

(案)



北九州医療・介護連携プロジェクト会議

北九州とびうめネット 連携事業 【案】

今後、とびうめネットの改善について、この案をもとに、引き続き、関係者（県医師会・市医師会・各区医師会、福岡県後期高齢者医療広域連合（以下「後期広域連合」という。）、福岡県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）、プロジェクト会議構成団体、市内部機関等）と協議・調整を行うこととし、これらの関係者と協議・調整の終了をもって確定とする。

令和元年 10 月 1 日時点

北九州医療・介護連携プロジェクト会議事務局
(北九州市保健福祉局地域医療課)

背景及び位置づけ

1. 背景

○ 団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年、その先までを見据え、地域包括ケアシステムにおける「医療・介護の連携」を円滑にし、患者・利用者を中心として、切れ目のない医療・介護等の支援を提供する仕組みづくりが求められている。

○ こうした背景から、本市では、医療・介護等の多職種・多機関の連携のあり方について、問題点・課題の整理と施策の立案に資する議論のとりまとめ（以下「WG とりまとめ」という。）を行った（平成 29 年 9 月）。具体的には、医療機関・介護事業所等との患者・利用者情報の受け渡しなどが、地域共通のルールやツールによってバラつきがなく、どの患者・利用者からみても、多様なサービスが一体的に提供されるために必要なメニュー案が示された【別添参考 1】。

また、「北九州市高齢者支援と介護の質の向上推進会議（在宅医療・介護連携推進に関する会議）」では、今後、本市における医療・介護等の多職種・多機関の連携について、この「WG とりまとめ」に沿って施策を着実に進めるべき旨の意見集約があった（平成 29 年 11 月）。

○ これを踏まえ、患者・利用者を本位として、切れ目のない医療・介護等サービスを提供するため、医療・介護等の多職種・多機関の連携について、本市で取り組むべき事項の策定・合意、当該事項の普及・徹底の方策・進捗管理、効果検証・見直しを行うため、「北九州医療・介護連携プロジェクト会議」（以下「プロジェクト会議」という。）を立ち上げた（平成 30 年 8 月）。

この中では、「WG とりまとめ」で示されたメニューのうち、どれから、どうやって実現するかを、議論・合意していくこととした（平成 30 年 8 月 第 1 回プロジェクト会議合意事項）。

○ プロジェクト会議で実施した「医療・介護連携に関する調査」（平成 30 年 9 月実施）及び「現状調査」（平成 30 年 12 月実施）によれば、病院や在宅関係者（かかりつけ医・訪問看護師・ケアマネジャー等をいう。以下同じ。）で、患者・利用者情報の提供・引継ぎにおいて、

① 「地域で取扱い（ルール・ツール）が最低限揃っていることや、体系的な研修会・勉強会により定着していくこと」が理想的な状態であること

② 「しかしながら、「誰が患者の関係者（かかりつけ医・ケアマネジャー等）であるかがわからない」（病院）、「病院の窓口やルールがバラバラで把握することが大変」（診療所・訪問看護師・ケアマネジャー）など、連携の基本的な事項すら困難に感じていること

③ また、患者・利用者の入院に関する病院から在宅関係者への連絡など、情報提供の在り方について、病院側の運用と、在宅関係者の希望との間にギャップがあること

④ 「WGとりまとめ」のメニュー案のうち、「患者・利用者情報を取得するための何らかのツール（カード・冊子・シート等）」や「病院の情報提供窓口やルールの一覧」など地域ルール・ツールが優先的に望まれていることなどが示された。【別添参考2】

○ このうち、上記の一部に対応するものとして、各病院の入退院時の窓口・退院調整ルールを一覧化した「病院窓口ガイド」については、各病院の協力の下、平成31年3月に公表し、モデル的な運用を開始した。

さらに、今後は、残された課題に対応していくべく、

- ① 地域、医療・介護団体等の研修の体系化
- ② 患者・利用者情報を取得する何らかのツールの具体化
- ③ 情報提供ルール・退院調整ルールづくり
- ④ 作ったルール・ツールの運用が適切に行われているかを確認・改善する仕組みを具体化していく必要がある(平成31年2月 第3回プロジェクト会議合意事項)。

2. 位置づけ

○ このうち、患者・利用者情報を取得するための何らかのツールが「紙媒体」（カード・冊子・シート等）のみの場合には、「本人が持参しなかつたり紛失したりする」、「緊急時にありがたかわかない」、「24時間対応した受け渡しが困難となる」などの可能性が高いほか、情報を記入する医療・介護関係者の負担が大きいことなどから、運用自体や市内全体への普及に大きな課題がある。

また、同様の考えから、病院からは、ICTの活用を望む声もある。【別添参考3】

○ 現在、医療情報の連携のためのICTインフラとしては、福岡県医師会が平成26年より「福岡県医師会診療情報ネットワークとびうめネット」(以下「とびうめネット」という。)の整備・運用を進めているが、診療所が行うこととされている医療情報の入力にかかる負担が大きく、「登録患者数が増えない」、「登録患者についても情報が更新されない」、このために「病院側も参照していない」等の運用・普及に課題がある(北九州市では、現在登録者患者数が1500人弱となっている)。

○ しかしながら、とびうめネットについては、市内で約100医療機関がすでに導入していることなどから、患者・利用者情報を取得するための何らかのツールをICTインフラで実現するためには、まずは、とびうめネットの改善可能性について検討・整理する必要がある。

○ このため、今回、とびうめネットについて、本市が関与することによる改善可能性を検討し、改善策を別添（北九州とびうめネット連携事業）のとおり整理した。

別添の内容は、本市における医療・介護の連携の現状に鑑み、最低限行う内容であり、今後の検討状況によって、「対象者、提供する情報、閲覧者の範囲、同意取得窓口」等は拡充していくことが考えられる。

3. その他の取組

- 医療・介護連携については、
 - ① 本事業により、病院ではとびうめネットを閲覧することで、例えば、入院時に患者の関係者（かかりつけ医・ケアマネジャー等）がよりわかりやすくなることから、患者・利用者の入院に関する病院から在宅関係者への連絡のルール化などを検討すること
 - ② こうしたルールを設けることができれば、在宅関係者が患者・利用者の入院を確実に覚知し、「病院窓口ガイド」に沿って患者・利用者情報をよりの確に病院に提供すること
 - ③ このように、連携にかかる地域での取扱い（ルール・ツール）が明確になれば、これらを体系的な研修会・勉強会により定着させていくよう、地域、医療・介護団体等の研修を体系化させていくこと
 - ④ あわせて、病院の「北九州市病院連携会議」において、作ったルール・ツールの運用が適切に行われているかを確認・改善する仕組みを設けること

が可能となる。

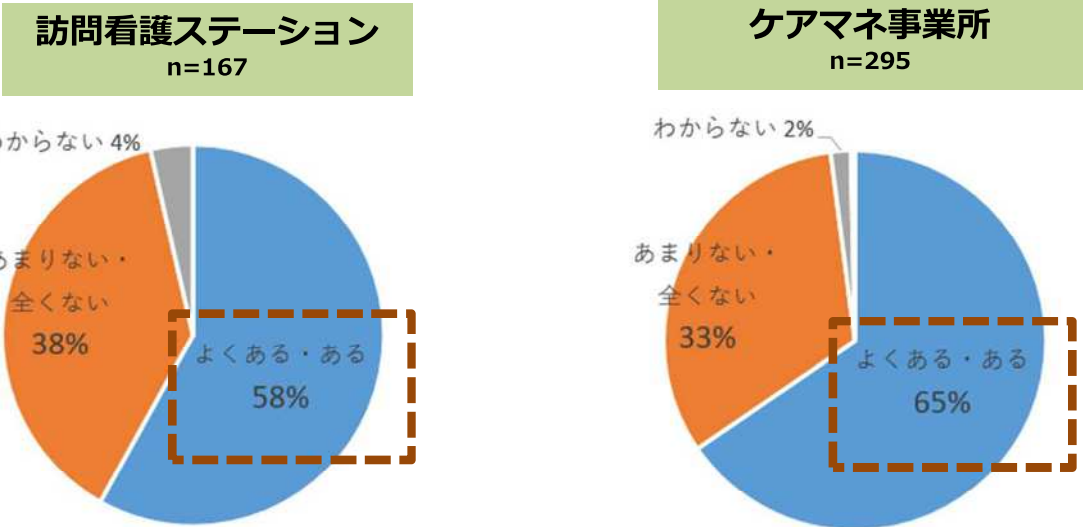
- 本事業をテコに、上記のような切れ目のない医療・介護の提供のため医療・介護等専門職が的確かつ効率的に連携できる環境をパッケージとして整備していくこととする。【別添参考4】

在宅医療・介護連携推進に関するワーキング会議とりまとめ（平成29年9月）

連携に関する主な課題	左を解決するメニュー
<ul style="list-style-type: none"> 急性期病院のスタッフは、在宅医療のことをほとんど知らない。在宅でどのような医療ができるかもイメージが無い。忙しいため、サマリーも病院のコンピューターソフトを利用して作っているだけで、在宅側が必要な情報がなにかを考慮することがない。 病院から退院するとき、ケアマネ宛に情報提供がある場合もあれば、何も無い場合もありバラバラの状態。退院時に出す情報について一定のルールがあるという。 病院側としては、退院時にはかかりつけ医・歯科医がいるかを尋ねるといったアナログな確認の方法しかない。しかも、ある病院ではかかりつけ医やケアマネ等の情報を把握できても、別の病院に入院するとその情報は共有されないため、また始めから聞き取りするしかない。 互いに必要最低限な情報だけでも共有でき、また転院した場合でも引き継がれていくような方法が必要。 入院中に、退院指導等に関わるのは病棟看護師等の医療職のため、医療ケアが中心になってしまい、退院後の日常生活に寄り添う支援が不足しがち。院内の看護師が在宅を知る必要がある。またケアマネも、ターミナルなど急変する疾患に対応した経験がない場合、連携支援センターに「どうしていいかわからない」と相談がある。医療と介護の連携は非常に大事と感じる。 現在のところ、1人の患者情報を多職種で共有するような様式を確立している地区はない。情報提供は1対1の関係。診療所から病院、診療所からケアマネなど、それぞれに必要な情報を提供している。 連携支援センターで実施している多職種連携研修会等を通じて、お互いの顔の見える関係が必要。医療従事者は介護保険を理解していない、また介護従事者は医療のことはほとんど知識が無く、知識を得る機会がない。研修会や地域ぐるみで勉強会をもつと行う必要がある。 家族が適切な介助方法を習得せずに在宅に戻っているケースが多い。場合によっては危険なこともある。帰った後にどんな生活になるかなどのイメージがないまま退院している。家族に対する説明や準備等の支援が不十分だと感じる。 病院間でも施設間でも、共通言語がない。カンファレンスも決まっていることを確認する場になっている。自宅が和式トイレだったのに、洋式トイレと思い込んで訓練していたなど、必要な情報が入ってこず退院直前にわかったこともあった。病院はまだまだ遅れていて、学びの場が必要だと感じている。 退院調整を、病院スタッフが学ぶ場がない。病院の情報をそのまま在宅側に渡すことを連携と思っている。共通言語を持つことや、どんなことに気をつけるべきかを実際に学ぶ場が必要だと思う。 まずは、このワーキング会議で議論したルールやツールを検討し、実際に形あるものを作るべき。 医療・介護の現場では「連携」の重要性は以前から言われており、むしろ連携が「徹底・継続」されていないことが課題である。 とりまとめの中で、取組みが患者や利用者にとってより望ましい医療・介護を受けられることを目的としたものであることを明確にしたほうがよい。 	<ol style="list-style-type: none"> 本人・家族の情報について共通シート・冊子等の作成 情報伝達ルールの策定 <ul style="list-style-type: none"> 各施設や専門職固有の用語でなく、別施設・専門職や本人・家族も理解できる情報伝達・用語のルール化 入退院時病院→在宅連携ルールの策定 在宅時連携ルールの策定 医療機関、各事業所等の入退院時の窓口連絡先、担当者、提供できるサービス内容一覧（地域関係者一覧）の作成・公開 1～5の運用（作成・更新、個人情報の取扱い等）についてのガイドラインの策定 1～5についての医療・介護等専門職に対する研修 入院時、退院調整時、退院時（在宅移行時）、在宅療養時に、医療・介護等専門職が共通して使えるパンフレット等の作成 本人・家族への説明へのスタンスや説明内容、8のパンフレット等についての医療・介護等専門職に対する研修 各種教育・研修の共通化 <ul style="list-style-type: none"> 教育・研修の体系化（共通テーマの設定、重複の排除） 市全体・年間を通じた教育・研修内容・対象者情報の集約・一貫化と公開、各機関・施設、職能団体への情報提供 教育・研修と参加者のマッチングを図るための対象者の明確化 教育・研修情報の医療・介護等現場への周知（についての各機関・施設管理者への依頼・徹底のパンフレット等）についての医療・介護等専門職に対する研修 入院患者について退院支援の必要性や進捗確認を行う定期カンファレンス 退院調整担当者による在宅への訪問支援、ケアマネージャーによる退院調整担当者への訪問 ケアプラン作成支援時の介護支援専門員に対する医療職による情報提供 主治医、副主治医制 後方支援病院への在宅急変患者の受入れ体制の整備 <ul style="list-style-type: none"> 患者の受入れ先病院の決定、患者の診療情報の共有、主治医・地域医療・介護関係者との連絡方法の共有 病棟医師、在宅医療に取り組んでいない診療所の医師の在宅医療にかかる研修（同行研修等） 病棟・外来看護師の在宅医療にかかる研修（訪問看護同行研修等） ケアマネージャーその他の地域医療・介護関係者の医療にかかる研修（病院訪問研修等） 教育・研修設計の精緻化 <ul style="list-style-type: none"> 参加者のニーズの事前把握（マーケティング） 実践性、即効性のある内容への充実化（見学と座学、ディスカッションの効果的な組み合わせ等） 職能団体と公的機関による教育・研修の協力・連携（役割分担や共通テーマの設定） 参加しやすい方法の工夫（eラーニング・動画等） 効果検証のためのアンケート設計 教育・研修の達成状況の明確化（修了マークの作成、名刺や名札への表示等） 教育プログラムの作成（機能別に最低限修了すべき教育・研修内容の整備等） 企業などに対する出前講演の実施 学校教育との協力・連携

0

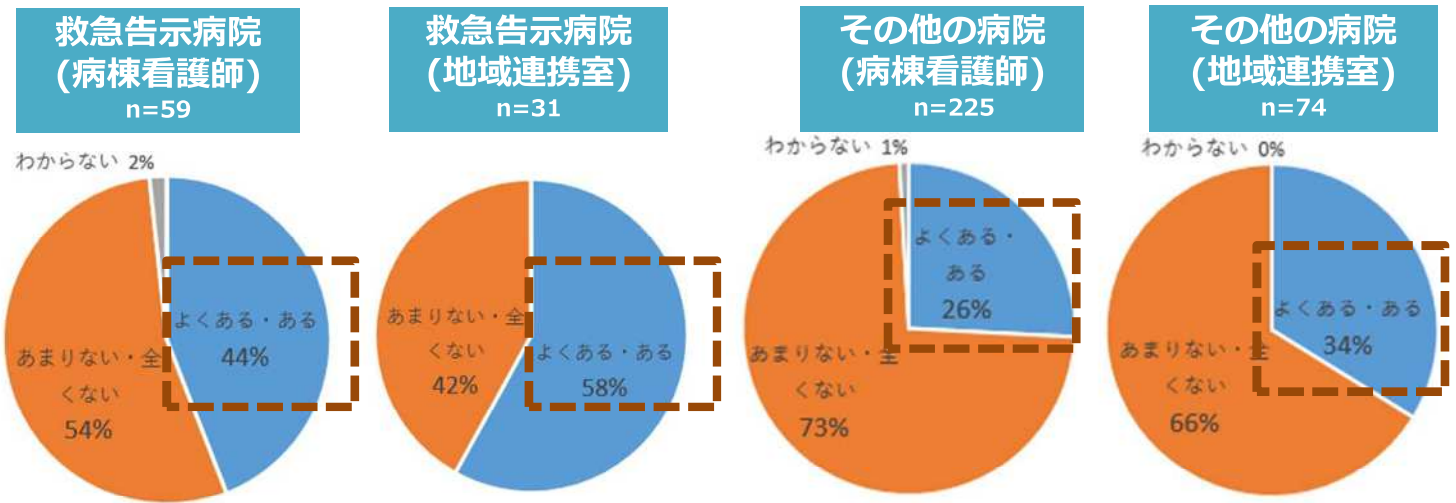
Q 各病院など窓口がわからない、また医療機関や事業所でルールに差があり、それを把握したり合わせたりすることが大変だと感じる



各医療機関・事業所の窓口や取扱いのバラバラさに困っている

【出典】北九州医療・介護連携プロジェクト会議「医療・介護連携に関する調査」（平成30年10月）

Q 新しく患者・利用者を引き受けるときに、今まで患者に関わっていた医療機関や事業所がわからない（情報が無い）ことがある

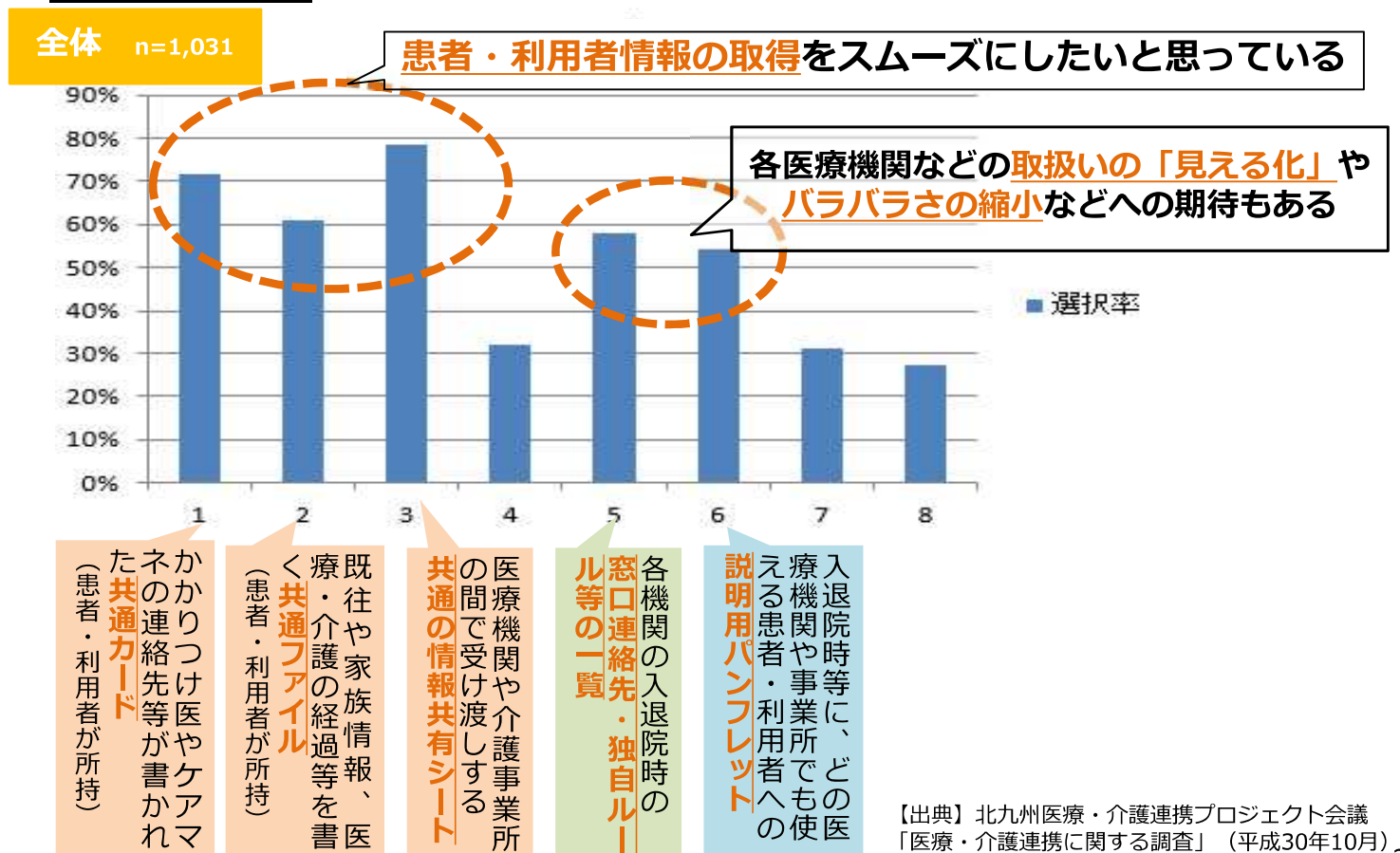


患者の情報の取得に（しかも基本的な情報すら）苦勞している

2

Q 市内全体で効率よく患者・利用者情報が提供・共有される仕組みを作るためには、何が必要か？（5つまで選択）

別添参考 2-3



3

Q 患者が入院した際の第一報を行う患者像

【病院】 全ての患者 27.9%



Q 患者・利用者が入院した際の第一報をもらいたい患者像

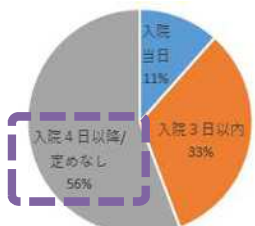
【診療所】 全ての患者 83.9%

【訪看・CM事業所】 全ての患者 79.7%

【出典】北九州医療・介護連携プロジェクト会議
「現状調査結果」（平成31年2月）

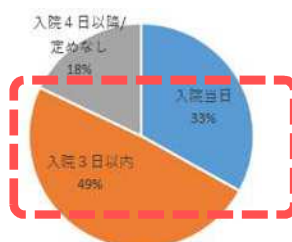
別添参考 2-5

Q 患者が入院した際の第一報を行う時期
(「入院4日以降」または「定めなし」が6割)

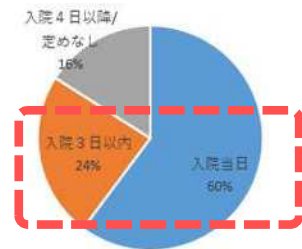


病院
n=43

Q 患者・利用者が入院した際の第一報を
もらいたい時期 (「入院3日以内」が8割)

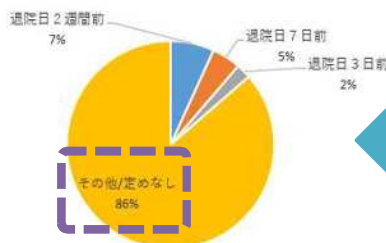


診療所
n=155



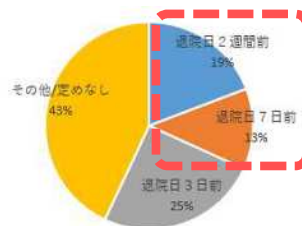
訪看・CM事業所
n=256

Q 患者の退院見込みの連絡を行う時期

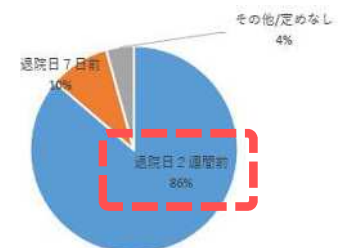


病院
n=44

Q 患者・利用者の退院見込みの連絡を
もらいたい時期



診療所
n=155



訪看・CM事業所
n=256

【出典】北九州医療・介護連携プロジェクト会議 「現状調査結果」（平成31年2月）

○患者・利用者情報を引き継ぐための何らかのツールとして、
ICTの活用を望む声。

【プロジェクト会議立ち上げ時の公的病院への説明の中で出た意見】

(A病院) 平成30年10月10日

院長：もうクラウドの時代。24時間発生する行き倒れの人を救うには、とびうめを開業医中心の取り組みから、地域の病院や行政などからも情報を入れられるようにしていき、それを土台にしていくというようにすることがよい。

(B病院) 平成30年10月15日

院長：とびうめネットの活用など、既存のインフラとの関係をどうするか考える必要がある。いずれにしても、簡単などころから手をつけていって、少しでも良くなる方向に進むといい。

事務長：連携の話はとても重要だが、紙ベースの取り組みは、当院のように膨大な患者が来るところでは難しい面がある。

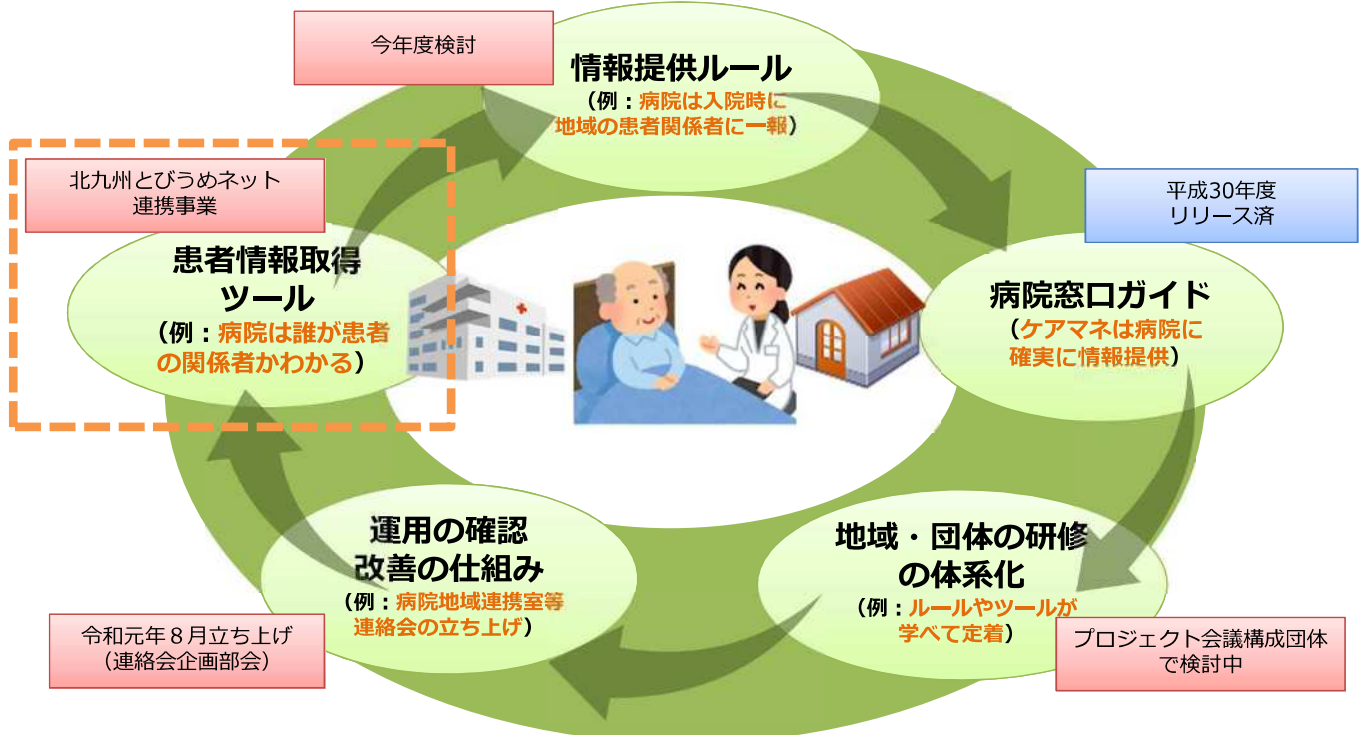
(C病院) 平成30年10月17日

院長：今後、独居高齢者も増えてくるので、カードでも何でもいいが、共通ツールがあるといい。とにかくやってみること。運用が大事。モデル地区などで、どこかでやってみるなど。やってみると意外とうまくいくかもしれないし、そうでないかもしれない。本来は、電子カルテの仕様を決めてもらって、地域でつなぐのが一番早いのだが。

事務長：共通のカードをキーに、どこかクラウド上とかに情報を集約して、見にいけるようになればいい。

連携職員：退院に向けた連絡調整を患者の担当ケアマネジャー等と行う必要が発生したが、患者のケアマネジャー等がわからない場合がある。その際は、患者の住所地周辺にあるケアマネ事業所に手当たり次第に電話確認をしている。

**切れ目ない医療・介護の提供のため
医療・介護等専門職が的確かつ効率的に連携できる環境を整備
＝北九州医療・介護連携プロジェクト**



○「病院窓口ガイド」は平成30年度に作成・公表
○その他のツール・ルールや取組は今年度実施 (第3回プロジェクト会議合意事項)