

令和5年度東諸県在宅医療介護合同研修会
(2024.02.22 くにとみ屋)

東諸県の医療と介護を みんなで考えよう！ ～アンケートから見えてきたこと～



宮崎県立日南病院
副院長／患者支援センター
木佐貫 篤
kisanuki@pref-hp.nichinan.miyazaki.jp

「医療連携とは」

地域内の医療機関（病院，診療所など）がそれぞれの役割（機能）を分担・発揮し，お互いにスクラムを組んで，患者や住民の健康と福祉を支えていく仕組み。あわせて質の高い医療を効率的に提供する。

連携を成功させるためには，パートナーシップ（共存共栄）の関係を築いていくことが求められる

WIN-WIN-WINの関係構築

【地域医療連携の変遷】 (木佐貫による)

第1フェーズ (2000年～)

「診療報酬で誘導した医療連携」 (前方連携重視)
紹介状を介した病病連携・病診連携の発展、
地域医療連携部門の設置、病院の営業活動

第2フェーズ (2006年～)

「療養環境重視の医療連携」 (後方連携重視)
適切な退院調整による療養環境の継続、
地域医療連携部門への看護師配属、介護在宅との連携

第3フェーズ (2008年～)

「地域医療計画に基づく医療連携」 (地域全体を包括)
地域性を踏まえた医療・介護・在宅支援機関同士の
ネットワークづくり、医療連携部門の役割変化

第4フェーズ (2014年～)

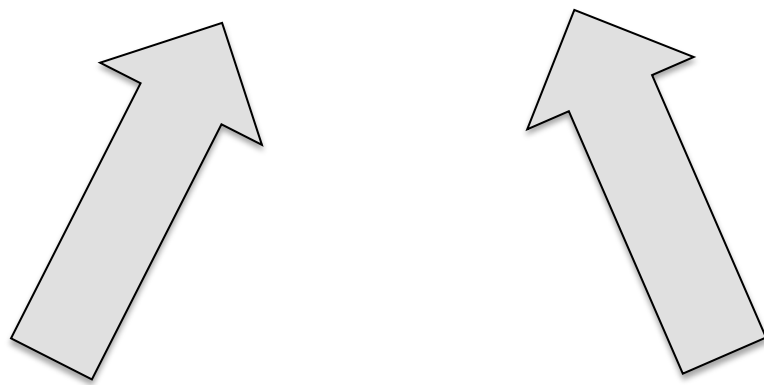
「地域医療構想/地域包括ケアを実現する医療連携」
データに基づき地域医療/地域包括ケアをめざすシステム設計、市民や他業種
を巻き込み地域全体を包括する連携 (社会連携) へ

第5フェーズ (2020年～)

「地域全体をマネジメントする医療連携～存在価値と再編統合」
地域に必要な医療資源、地域における医療機関の存在意義、平時と緊急時 (感
染症、災害) の医療提供連携体制、新しいIT技術を活用する連携

2025年にむけて われわれが取り組むべき2つの課題

地域完結型医療・地域医療構想の実現 地域包括ケアシステムの構築



医療と介護の連携
(ケア)

街づくり・地域づくり
(地域)

地域包括ケアシステムとは？

地域の実情に応じて、
地域住民が、可能な限り、
住み慣れた地域でその有する能力に応じ
自立した生活を送ることができるよう、
医療、介護、介護予防、住まい及び自立した
日常生活の支援が包括的に確保される体制

(地域医療介護総合確保促進法・社会保障制度改革プログラム法)

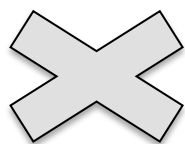


地域包括ケアシステムとは？

Community Based Integrated Care System

地域を基盤とするケア（community-based care）

地域の健康上ニーズ、健康に関する信念や社会的価値観にあわせて地域社会による参画を保証しながら構築されるケア



統合ケア（integrated care）

診断・治療・ケア・リハビリテーション・健康増進に関連するサービスの投入・分配・管理と組織をまとめる概念

地域における最適を地域が自ら選ぶことが重要

地域包括ケアシステムとは？

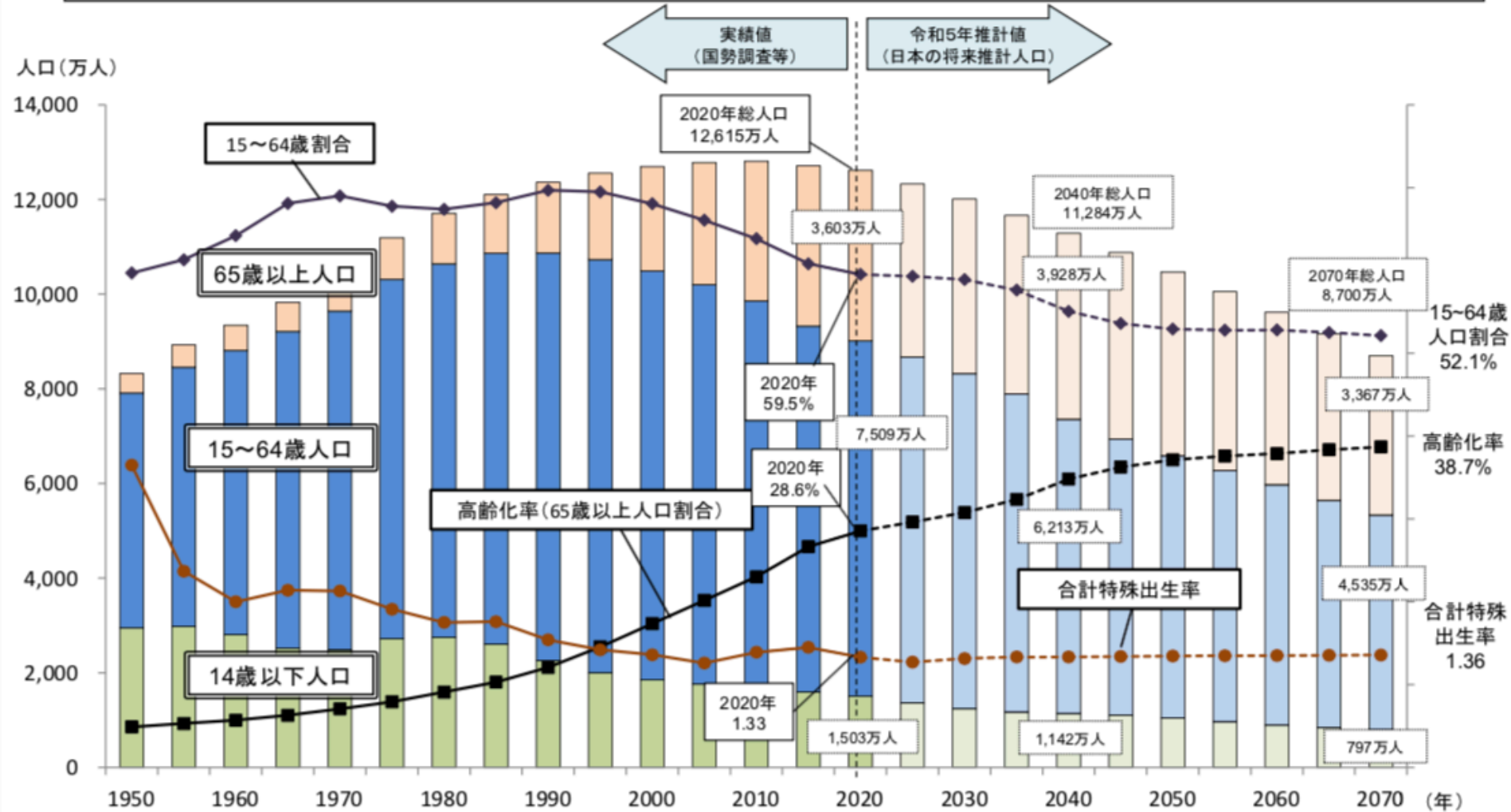
ひとつことでいうと

「みなさんが暮らしていくために必要なサービス（保健、医療、福祉や介護、くらし支援）をまとめて提供するシステムをつくりあげてみましょう」

ということです。

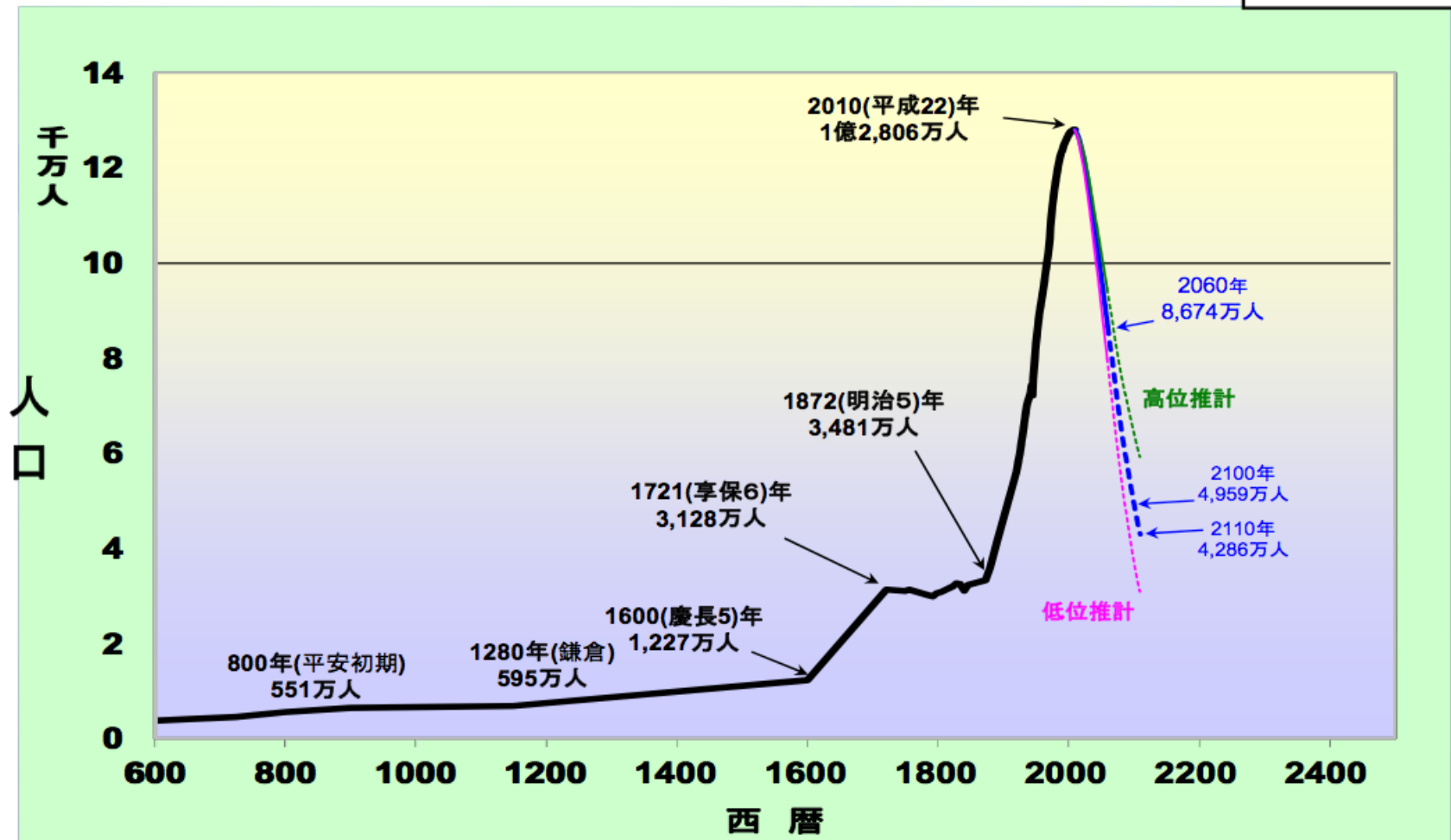
日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。



(出所) 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)

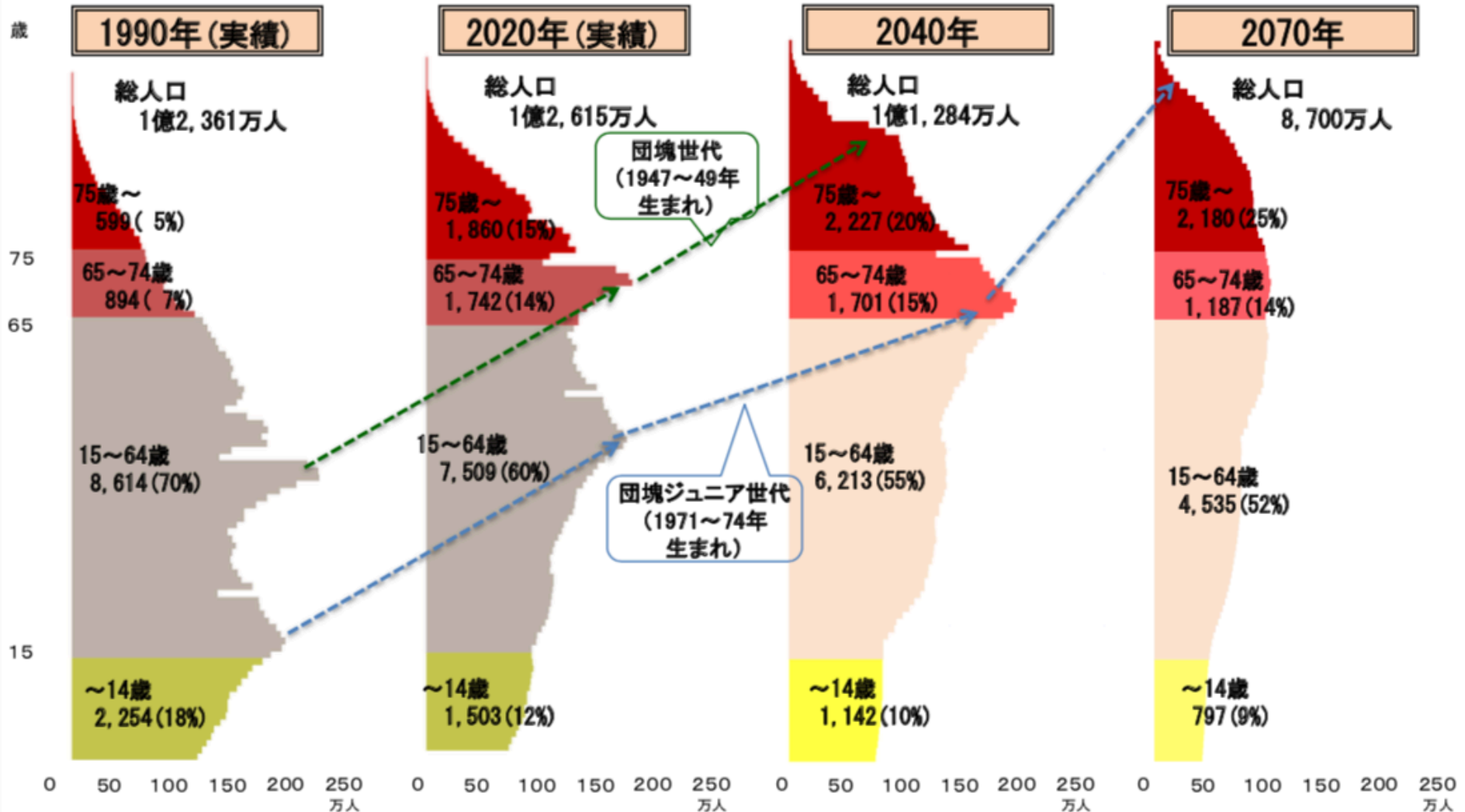
日本人口の歴史的推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」推計人口) 2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])

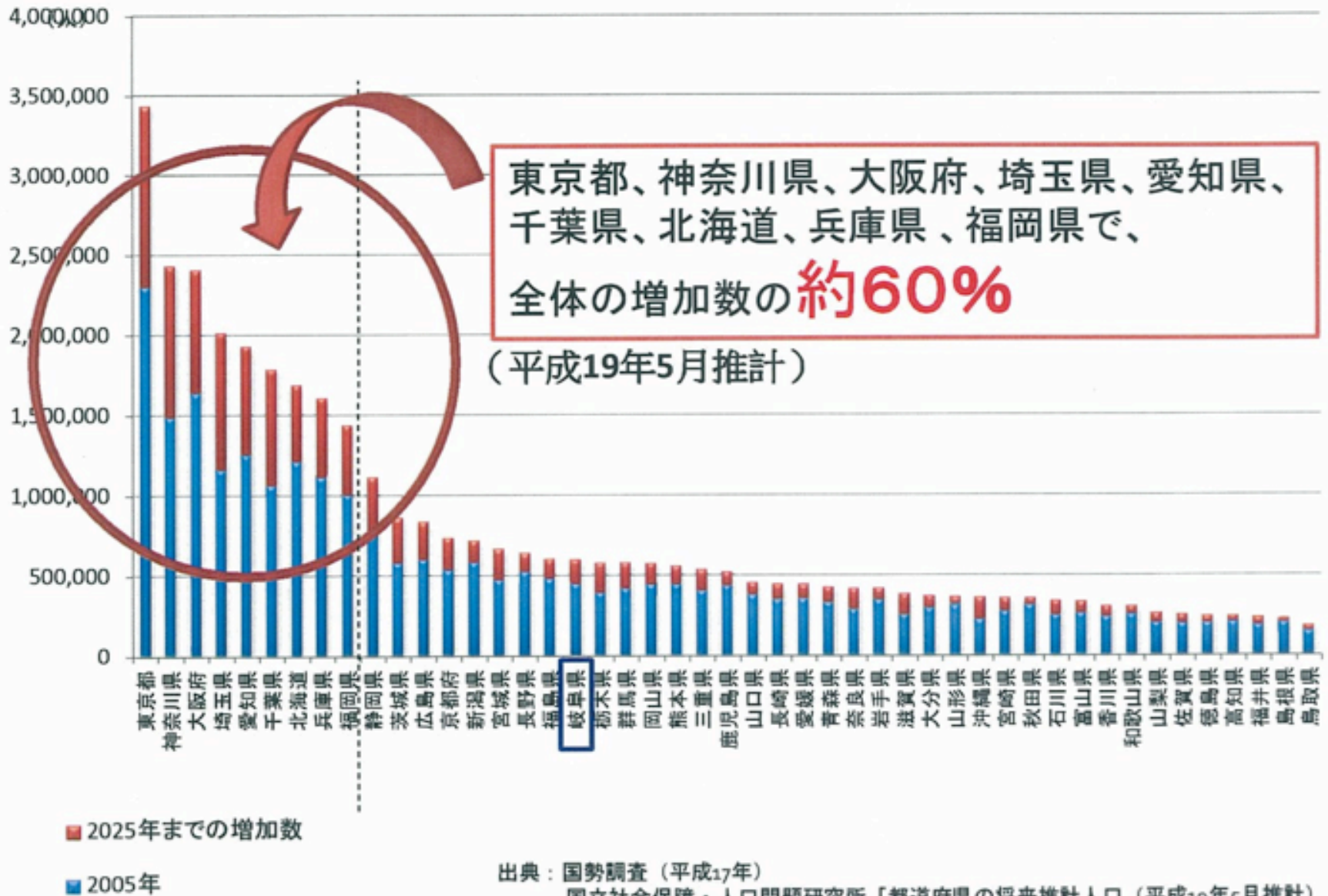
日本の人口ピラミッドの変化

○団塊のジュニア世代が65歳となる2040年には、65歳以上が全人口の35%となる。
○2070年には、人口は8,700万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約39%となる。



(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」「出生中位(死亡中位)推計」

都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)

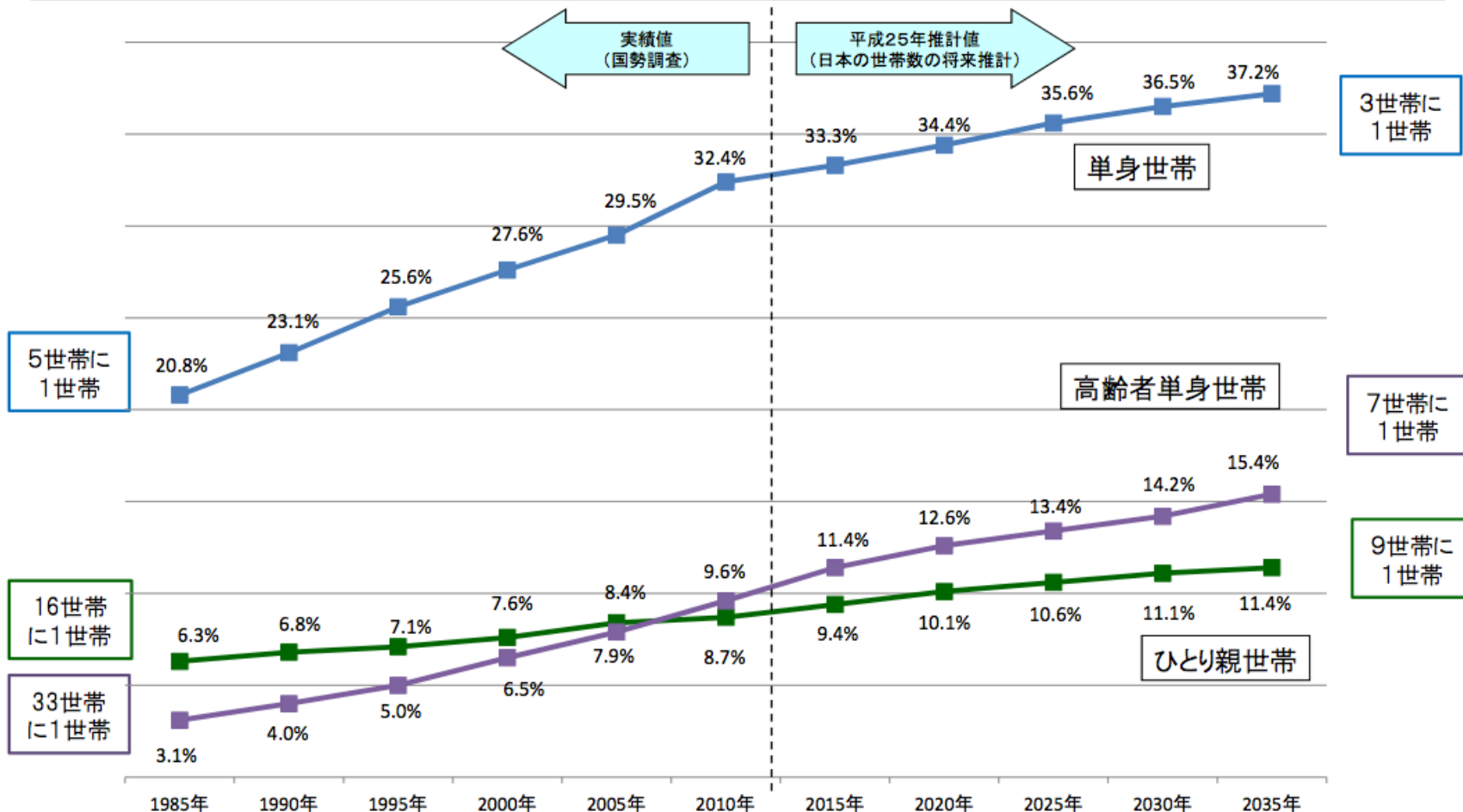


出典：国勢調査（平成17年）

国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成19年5月推計）」

世帯構成の推移と見通し

○単身世帯、高齢者単身世帯、ひとり親世帯ともに、今後とも増加が予想されている。
単身世帯は、2035年で約4割に達する見込み。(全世帯数約5,184万世帯(2010年))



(出典) 総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(2013年1月推計)」

(注) 世帯主が65歳以上の場合を、高齢者世帯とする。

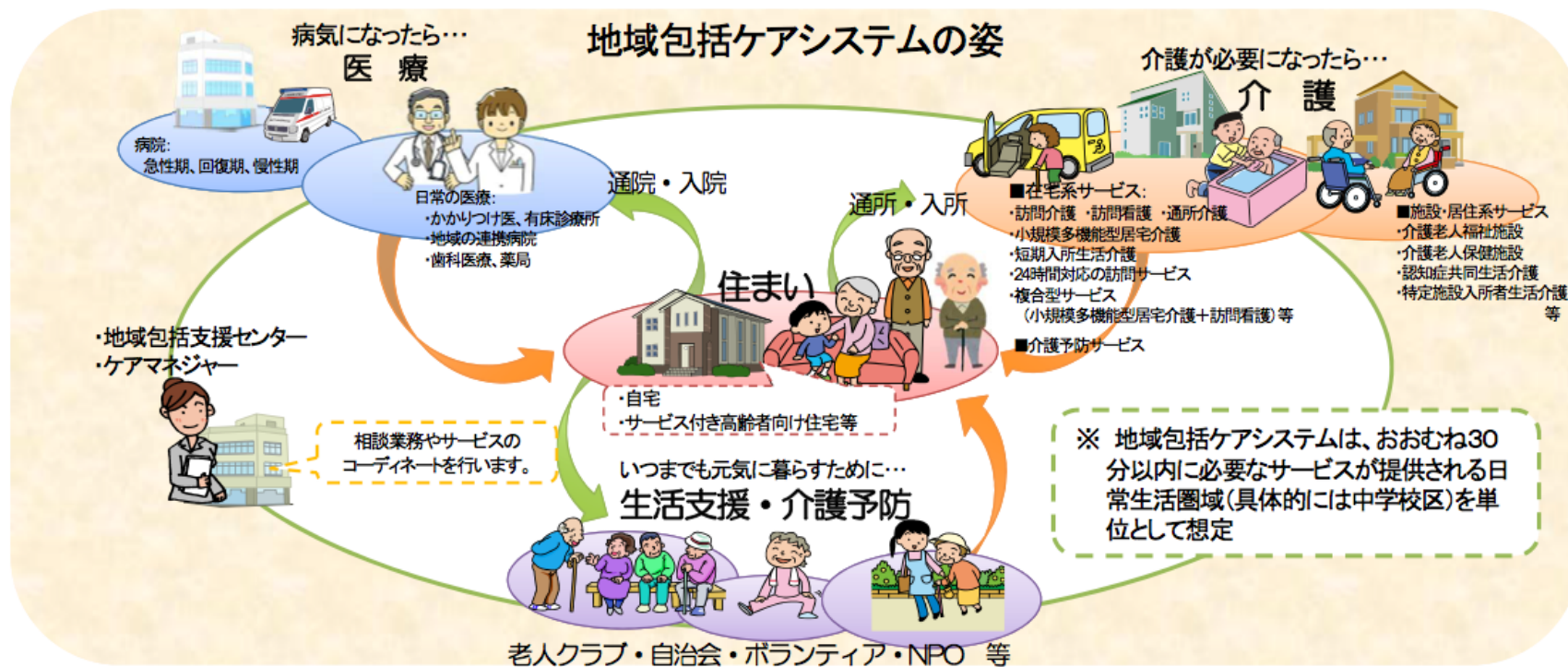
2025年から予想されること

- 1) 高齢者が多くなる (特に大都市)
- 2) 若い人が少なくなる
- 3) 高齢単独世帯が増える
- 4) 認知症の人が増える

どのような体制作りが必要か？

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



地域包括ケアで考えられている基本原則は、
デンマークで1982年に発表された
高齢者福祉3原則に近い。

(1) 居住の連続性：

これまで暮らしてきた生活と断絶せず継続性を
持って暮らす

(2) 自己決定：

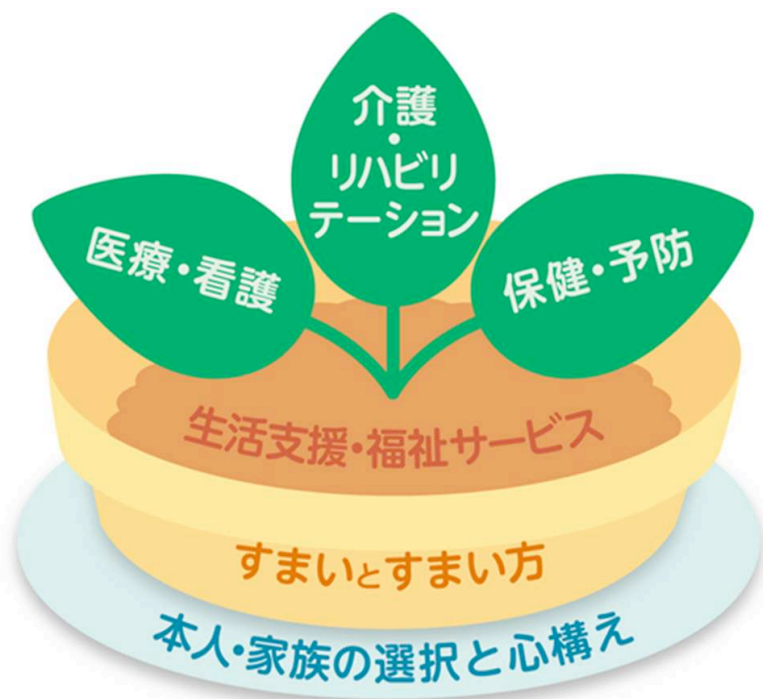
高齢者自身の自己決定を尊重し、周りはこれを
支える。

(3) 残存能力の活用：

今ある能力に着目して自立を支援する

住み慣れた地域での尊厳ある暮らしの継続
(Aging in Place)

- 地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「予防」といった専門的サービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉」といった分野が重要である。
- 自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる(体系化・組織化する)役割が必要。
- とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期待できない。



自助：
・ 介護保険・医療保険の自己負担部分
・ 市場サービスの購入
・ 自身や家族による対応

互助：
・ 費用負担が制度的に保障されていない
ボランティアなどの支援、地域住民の取組み

共助：
・ 介護保険・医療保険制度による給付

公助：
・ 介護保険・医療保険の公費（税金）部分
・ 自治体等が提供するサービス

地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」(平成25年3月)より

進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」



地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」報告書より
(2016.03)

地域包括ケアシステムを実現するために

- 医療を受ける側（患者市民）提供する側（医療）の相互理解
- 医療・介護は貴重な資源であり、その資源を住民福祉に最大限活かすためのコンセンサス形成
- 治す医療だけでなく、そのひとらしい生活を支える医療や介護への理解

地域医療連携を考えることは、地域で生きること／暮らすことを考えること、ひいては地域のあり方を考えることにつながる

地域で暮らす幸せ

求められる医療と介護の連携

- 医療と介護と制度はわかれているにもかかわらず、患者側からみると両者はつながっており区別することは難しい（制度の分かりにくさにも通じる）
- 医療系施設と介護系施設間の患者の移動が多くなっているが、相互理解がすすんでいない
- 医療と介護の連携を支援する（評価する）診療報酬体系ができていない

両者のシームレスな連携が必要ではないか？

● 医療と介護との連携がうまくすすまない

- ケアマネージャーからみて医師とのコミュニケーションがとれない。
- 連携室の動きがまちまち。同じ連携室という名称でも、ケアマネから見ると何をしているのかがよくわからない（退院調整？前方連携？）。
- 病院の医師／看護師の介護保険への理解不足。ケアマネへ丸投げしてしまう。
- 突然当日退院の連絡が来て困ってしまう。サービスプランができない。
- 病院とケアマネージャーのスムーズな関係が出来ていない、face to faceの連携ができていない。
- 入院時担当ケアマネがわからずこれまでのサービス情報がわからない。
- 病院の窓口がわかりにくい→ケアマネ同士の情報交換はあるが、病院同士の情報交換ができていない
- お互いに必要な情報が伝わらない（医療側／介護側の情報ミスマッチ）
- 退院後悪くなったときの病院側の受け入れが悪い（ベッドが空いていない、主治医がいないなどの理由）

（第9回宮崎医療連携実務者協議会
グループワーク「医療と介護の連携を目指して」より 2009.5）

● 医療と介護との連携がうまくすすまない

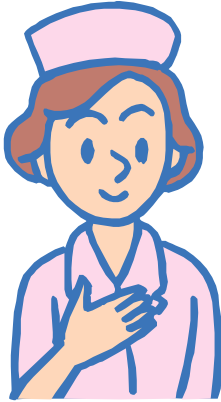
2021年2月にケアマネなどからいただいたアンケートのご意見等から

- 医師等、医療スタッフの介護保険制度についての理解不足
(介護サービス利用までの手順への理解不足など)
- 介護と連携する意思がない医師が多い (特に個人病院)
- 退院時情報提供がない、退院時情報提供シートの記載がない
- ターミナル患者の情報提供が遅い
- 情報不十分のまま退院したり、サービス調整の依頼が多い
- 院内情報共有ができていない (連携室、病棟それぞれからの情報提供)
- 病院地域連携室に直通の連絡先があると連携とりやすい
- ケアマネジャーによるプランニングの前に病院側でサービス調整をしている事例がある
- ケアプラン作成目的の診療情報提供書の質問への回答がずれている
- 主治医意見書作成を介護認定期限よりかなり前に依頼しても、作成してもらえない
- ケアプラン作成後に医療機関へ提供ができていない

理解不足 (人の問題)、情報共有提供・不足は変わらない?

● 医療と介護との連携がうまくすすまない

医療職と介護職の目指すもの（ゴール）が違う



病気をなおすこと



病とうまく付き合いながら自分らしい生活を送ること（病気はケア全体の一部に過ぎない）

同じものをみても考えていることが違う（翻訳が必要）

治療に必要なアセスメント 在宅生活に必要なアセスメント
欲しい情報が違う・立場が違うので気付かない

● 医療と介護との連携がうまくすすまない

医療職と介護職の背景が異なることを踏まえた上で、同じ場所に集まって、お互いの立場で同じものをみればよい。自分の欲しい情報を聞けばよい。

- ・ 入院後／退院前訪問、退院前カンファレンス
- ・ サービス担当者会議、退院後訪問・フィードバック
- ・ 情報共有・提供を当たり前にする仕組み・工夫
(診療・介護報酬、入退院ルール、ITツール)
- ・ 医療従事者には介護(保険)を、介護従事者には医療(保険)を知ってもらうための仕組み・工夫
(組織体制、合同研修会、など)

様々な形で両者がツナガル場を提供する

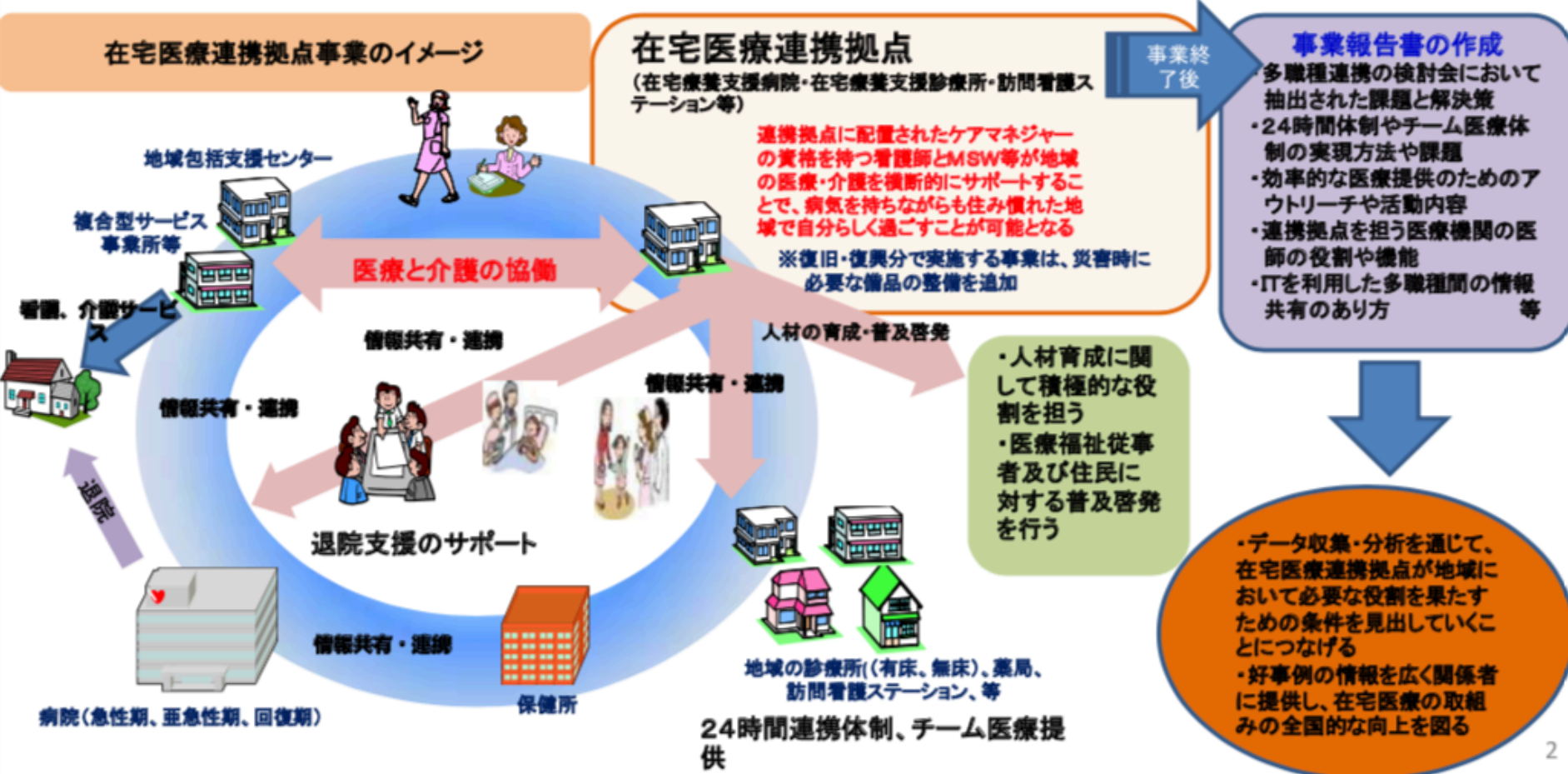
在宅医療連携拠点事業

24年度予算 2,058百万円 (H23 109百万円)

重点化分 1,010百万円
 復旧・復興分 1,048百万円

■本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



「在宅医療に必要な連携を担う拠点」？

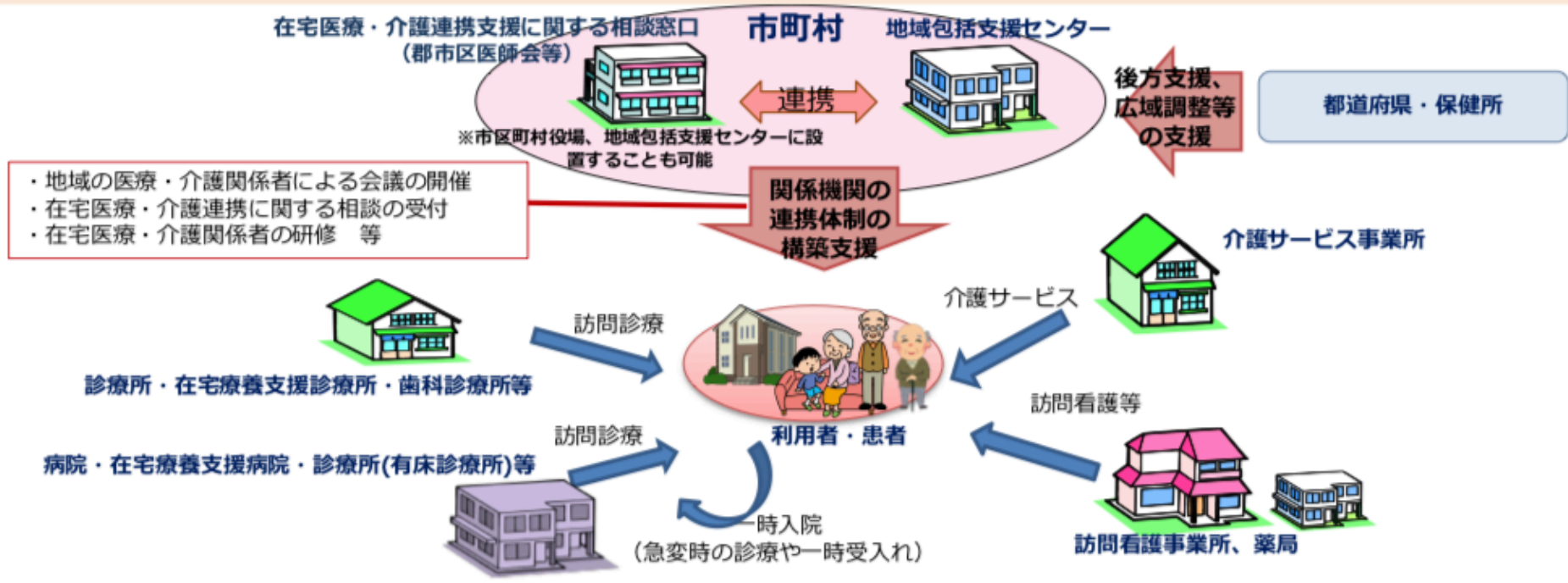
- 平成23/24（2011/12）年度に、厚労省医政局施策「在宅医療連携拠点事業」が行われた。全国105事業所で、宮崎県は薬局つばめファーマシー（宮崎市）が参加
(在宅医療・介護連携の推進体制のポイント)
 - ・ 公的機関が推進主体となること
 - ・ 医師会等（医科、歯科、薬剤師）との協働の重要性
 - ・ 地域の医療・介護関係機関の積極的な参加
- 平成30年度から全市町村で在宅医療・介護連携推進事業を開始。「全市町村に在宅医療拠点を置く」も含む。
(厚労省老健局施策)
日南市：Sunオリーブ（日南市在宅医療・介護連携推進室）
串間市：医療介護課 地域医療介護連携推進室

(私見) 連携拠点機能が不十分との評価？

在宅医療・介護連携推進事業（イメージ）

在宅医療・介護連携の推進

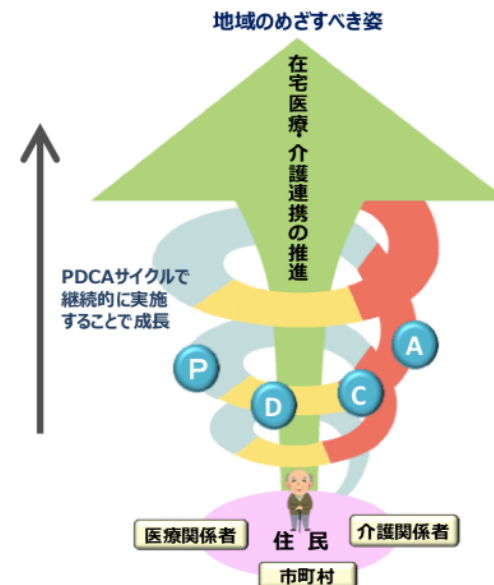
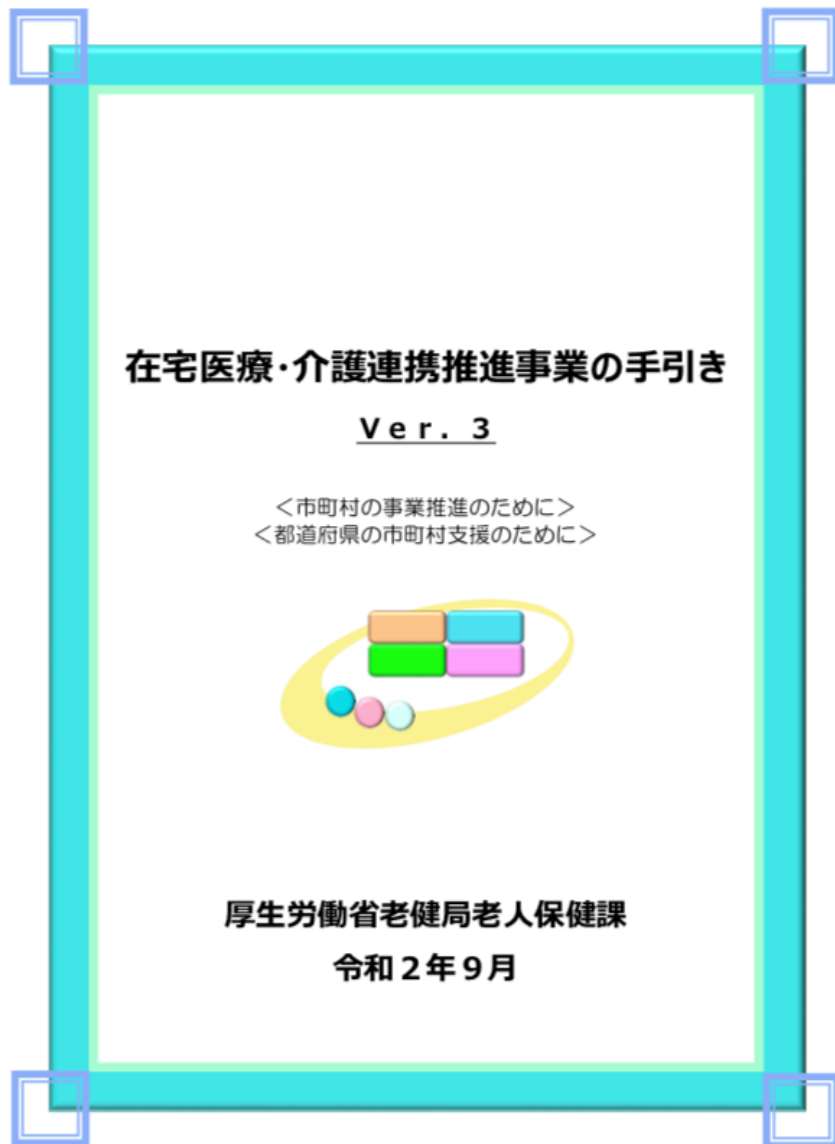
- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
（※）在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



在宅医療・介護連携推進事業

2018（平成30）年から全市町村実施
2020（令和2）年に手引き更新
取り組む8事業の位置付けを再構築
（ア）から（ク）をすることが目的
ではなく（事業の目的化を避ける）

PDCAサイクルに準じた事業実施



「8つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直しイメージ

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等

③ (ア) (イ) に基づいた取組の実施

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

事業全体の目的を明確化しつつPDCAサイクルに沿った取組を実施しやすくする
観点、地域の実情に応じてより柔軟な運用を可能にする観点からの見直し

地域のめざす理想像

- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

①現状分析・課題抽出・施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

②対応策の実施

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

+

<地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能>

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

- 地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施

③対応策の評価・改善

都道府県主体の役割へ変更

（都道府県は、地域医療介護総合確保基金や保険者機能強化推進交付金等の財源を活用。また、保健所等を活用し、②対応策の実施も必要に応じ支援。）

●総合事業など他の地域支援事業等との連携

第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ (2022.12.28 第8次医療計画等に関する検討会・医政局)

c) 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携

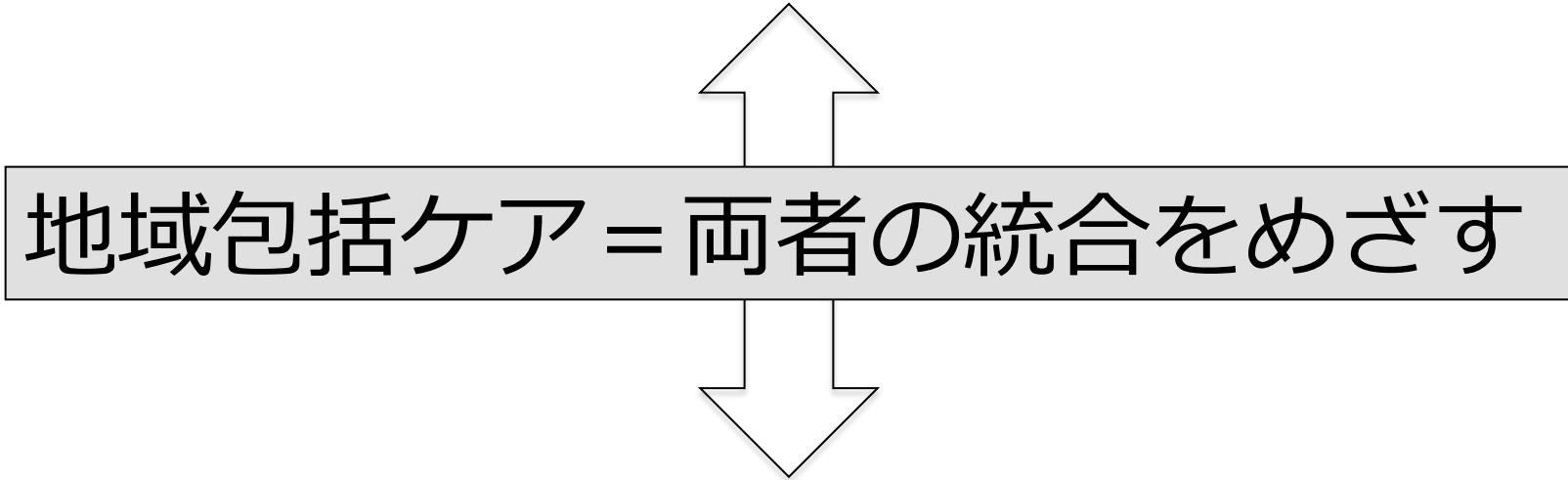
○具体的な内容

- ・ 拠点と推進事業が同一の実施主体となりうることも含めて、両者の関係を明確にして連携をすすめる。
- ・ 拠点整備状況と事業の連携の実態把握／進捗状況確認
- ・ 当該医療機関以外の診療所／病院も、地域の実情に応じて、引き続き在宅医療に必要な役割を担う。
- ・ 医療計画と介護保険事業計画の整合性を図る（都道府県、市町村の医療介護担当部局間での協議実施）

次期医療計画(2024.04)には拠点のあり方が記載される！ はず

街づくり・地域づくり

コミュニティデザインという手法で、フラットな関係性をもつ地域住民の様々な意見を引き出し、コンセンサスを引き出していく [水平連携]



地域包括ケア = 両者の統合をめざす

医療と介護の統合

命令系統が働く組織体で、エビデンスに基づき効率的に物事をすすめていく [垂直連携]

宮崎県・日南串間二次医療圏の概要

人口：63,944人（令和5年6月推計）

日南市48,173人、串間市15,771人

※令和2年10月国勢調査

日南市50,848人、串間市16,822人

高齢化率：41.4%（令和5年6月推計）

日南市40.07%、串間市45.83%

※令和2年10月国勢調査

宮崎県32.6%

39.7%（日南市38.6%、串間市43.1%）

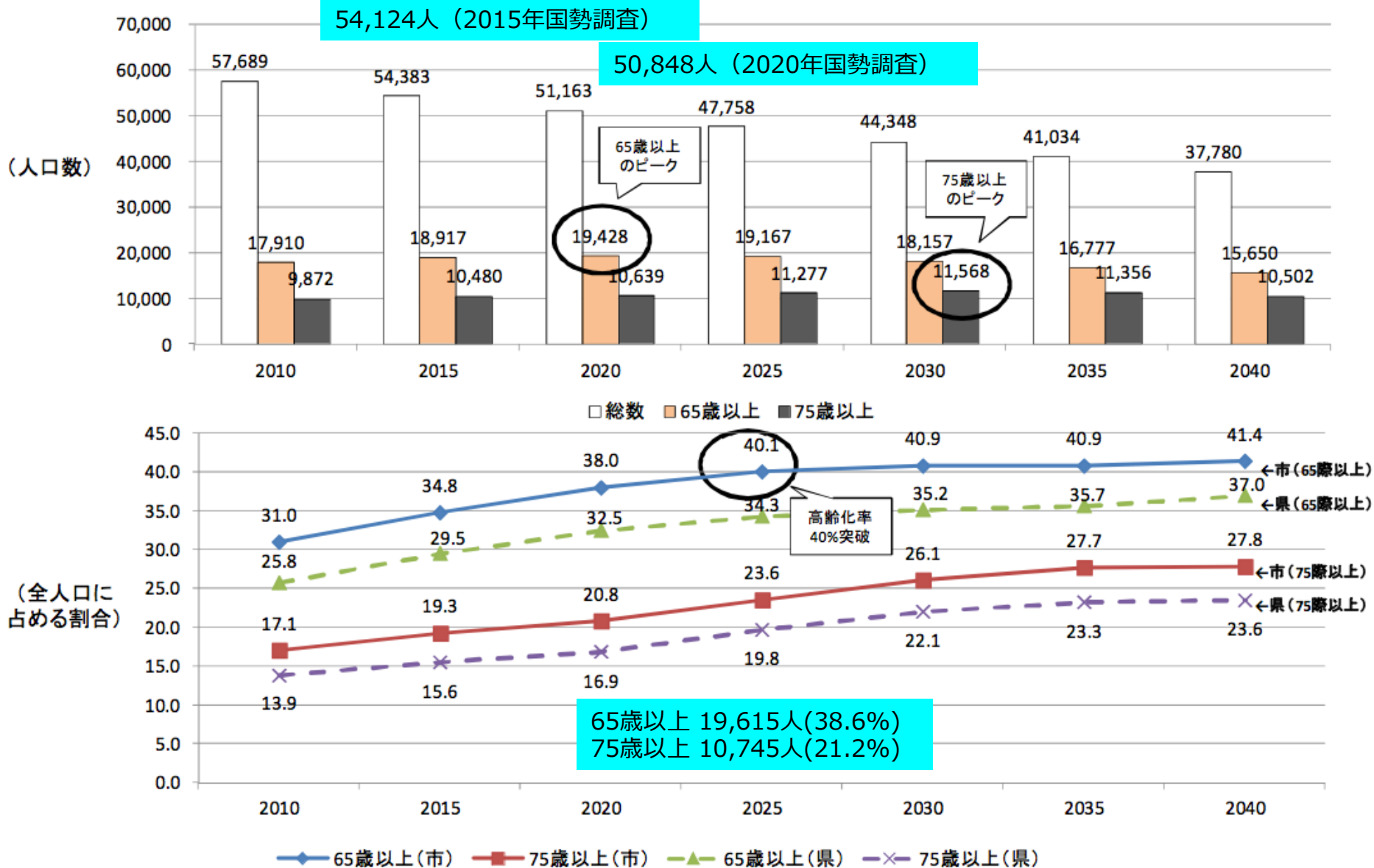
（医療機関数）病院8、診療所35



県立日南病院
（日南市）



日南市の人口推計



2025年から予想されること

- 1) ~~高齢者が多くなる~~ すでに多い
- 2) ~~若い人が少なくなる~~ もう少ない
- 3) 高齢単独世帯が増える
- 4) 認知症の人が増える

どのような体制作りが必要か？

日南市で地域包括ケアシステムの的な 考え方を作り上げるためには？

医療、介護、予防、生活支援・見守り、
住まい、それぞれの資源が不十分？
地域が広いいためサービス提供が難しい？
高齢者が多く、若い人が少ない

2015年 人口54,383人、65歳以上29,397人、高齢化率34.8%

2025年 人口47,758人、65歳以上30,444人、高齢化率40.1%（予測）

地域のコミュニティ（つながり）がある

宮崎県立日南病院の概要

- 281床（急性期病院）

（うち感染症4床、HCU4床、地域包括ケア50床）

地域医療支援病院、災害拠点病院、宮崎県がん指定病院、
地域周産期母子センター、DPCII群

- 日南串間医療圏における唯一の二次救急病院

（実質は2.5次救急まで行っている）

- 二次医療圏で当院のみ入院診療を行う診療科

小児科、産婦人科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科、歯科口腔外科

（令和4年度）

病床稼働率：62.0%（入院3,859人）

平均在院日数：15.5日

紹介率：67.9% 逆紹介率：103.7%



日南市における地域包括ケア推進への取り組み

●在宅医療・医療介護連携の推進

- ・ 南那珂在宅ケア研究会（日南・串間）の開催

毎月第2火曜日（日南） 第4水曜日（串間）

- ・ 日南市在宅医療・介護連携推進協議会設立（平成26年6月）

- ・ 日南市在宅医療介護連携推進室（Sunオリーブ）設置

（平成27年4月1日）

- ・ 日南市在宅医療介護連携 情報共有システム（Net4U） 導入

（平成27年9月1日稼働）

- ・ 都道府県 医療介護連携調整実証事業（平成27年度～）

- ・ ケア・カフェ（平成27年10月～、令和5年6月再開）

- ・ こどもケア・カフェ（平成28年2月～コロナで休止）

- ・ 医療関連企業連携セミナー（平成29年4月～平成31年3月）

日南市における地域包括ケア推進への取り組み

● 市民普及啓発活動

- ・ 在宅医療・介護連携に関するシンポジウム・市民講座開催
(平成26年11月, 平成27年3月・7月)
- ・ 地域医療リーダー養成講座「日南塾」 (平成26年度～第9期生)
- ・ メディカルサイエンスユースカレッジ
(平成27年8月6-8日、平成28年8月2-4日、平成29年8月4-5日、
令和5年7月27-28日)
- ・ 地域医療出前講座 (平成26年度～)
- ・ にちなんもちよりカフェ in Yotten (平成29年度～)

日南在宅ケア研究会とは

- ・ 毎月第2火曜日19-20時、南那珂医師会で開催。
- ・ 南那珂医師会主催（平成7年4月開始、令和5年11月に300回）
- ・ 目的は、多職種が一同に介して「在宅ケア」をキーワードにそれぞれの取り組み報告，事例検討などを行うことで、よりよい在宅ケア体制づくりを目指していくこと。
- ・ 医師，歯科医師，薬剤師，セラピスト（PT,OT,ST），看護師（病院，訪問看護ST），ケアマネジャー（地域包括支援センター等），保健所職員，行政（市，社会福祉協議会），介護施設職員，民生委員，などが参加。

多職種が集まってディスカッションする場

* [串間在宅ケア研究会](#)もあります（平成8年11月スタート）

毎月第4水曜日19-20時、串間市総合保健福祉センター

在宅ケア研究会で得られた成果は？

- 地域の取り組みや資源を知る／理解する場
地域包括支援センター、訪問看護ステーション、
調剤薬局、訪問歯科診療、etc
日南串間入退院調整コンセンサスルールを理解
情報共有システムNet4U導入運用について知る
緩和ケア、看取りの状況を知る（事例検討を通して）
- 医療介護関係者の交流によるコミュニケーション深化の場
発表／グループワーク等を通じて相互理解
- マクロ的な政策や動向を学び理解する場
介護事業計画・地域医療計画など

継続的な学びの場／交流の場の大切さ

在宅医療連携拠点の設置

日南市立中部病院に「在宅医療・介護連携推進室」を
27年4月1日設置

Sunオリーブ

体制：7名（兼務5名、専属2名）

機能	具体的業務内容
医師・多職種在宅医療・介護の連携支援	窓口を設置し、医療介護関係者、地域包括支援センター等からの相談の受付および情報提供
	医療機関から在宅に戻る際の調整支援機能
地域の医療・介護サービス資源の把握	地域の医療資源・介護資源の把握。リストの作成。ICTとも連動。情報を抜粋しHPで住民にも公表。
	連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査した結果を関係者間で共有。
在宅医療・介護サービス等の情報共有支援	ICTシステムの導入支援
地域住民への普及啓発	在宅医療・介護サービスに関する住民向け勉強会開催
	パンフレットの作成・配布
	HPの作成
在宅医療・介護関係者の研修	多職種連携のための研修開催

日南市の医療と介護を繋げるツール

- 在宅医療・介護情報共有システム
- 入退院調整コンセンサスルール

日南市在宅医療・介護情報共有システムNet4U

システム導入の目的：

在宅医療・介護連携推進のため、地域内の病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等が、患者／利用者情報を共有し、相互に円滑なコミュニケーションを図ることが可能な情報システムを構築する。（2015年9月稼働）

導入システム：Net4U（ストローハット社）



運用・管理：

管理：日南市在宅医療・介護連携推進協議会

（運用事務局：日南市長寿課）

費用：毎月の使用料は各施設負担、管理費は市負担

導入施設数：49（2024年1月1日）←35（2022年9月1日）

病院3、診療所4、歯科1、薬局8、訪看ST5（全て）、地域包括支援センター4（全て）、介護事業所等23、その他2

ヘルスケアSNS「Net4U」

患者さんの実際の医療や介護に関わる施設でのみ診療情報、介護情報を共有します。

病院



居宅介護支援事業所



Net4U

共有される診療・ケア情報は、情報の安全性を確保するため高度に暗号化されており、個人情報情報が漏れることはありません。

訪問看護ステーション



介護サービス事業所



歯科診療所



診療所



薬局

受診医療施設が変わっても継続した治療を受けることができ、重複した薬や検査を防ぐことができます。

日南市在宅医療・介護情報共有システムNet4U



患者ID・患者名で検索



県立日南病院
木佐貫 篤

← ホーム

タイムライン

カレンダー

共有ユーザー



患者情報の編集

A0001

にちなん たるう

日南 太郎

+ 投稿

昭和59年08月19日 (37歳・男性)

〒
日南市



☎ 000-0000-000

病名

治療中の病名はありません。

> 病名の編集・表示

アレルギー

最終更新: データなし

> アレルギーの編集・表示

サマリー情報

検査履歴

最終更新: 2017/05/31



患者の情報を入力しましょう



検索

2021年11月17日 (水)



会議 2021/11/17 10:55

内田 貴明 日南市役所

会議名	日南 太郎さんのカンファランス
会議日時	2021年11月17日 13:00~
参加予定者	木佐貫 篤, 萩原 彩織, 内田 貴明
通信方式	サーバー方式
一般参加用	
会議室URL	https://meet.net-4u.org/room/guest/q4_US3BINqLW6mW75XfzUQ
パスワード	123022

7人が既読

コメント0件

コメントする

いいね!

2021年09月13日 (月)



会議 2021/09/13 13:49

沼村 光代 県立日南病院

会議種別	オンラインカンファランス
会議日時	2021/09/13 13:49~

2021年7月にNet4Uが新システムにバージョンアップされた。

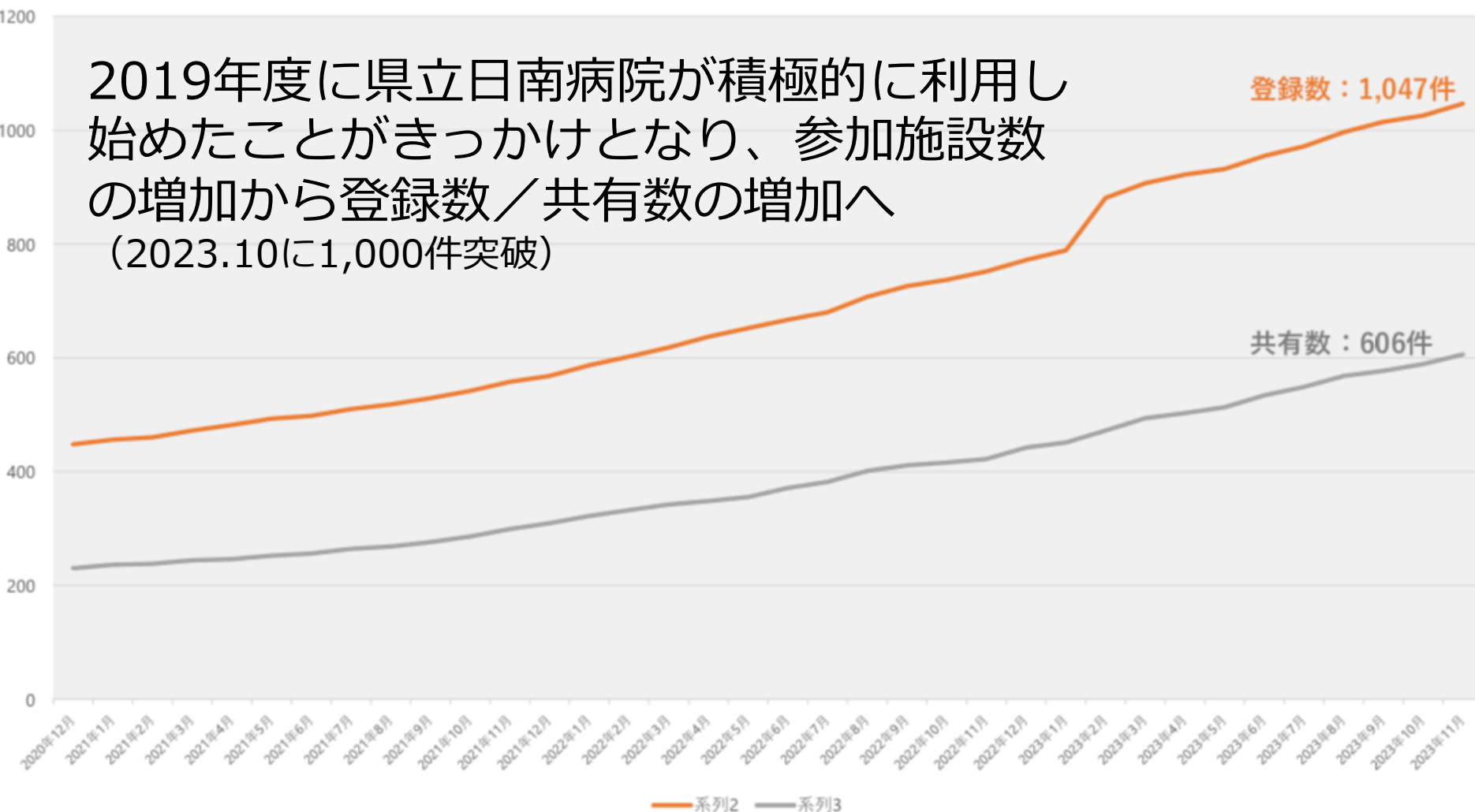
Medical Community Relations, Miyazaki Prefectural Nichinan Hospital

患者登録数・共有患者数

2019年度に県立日南病院が積極的に利用し始めたことがきっかけとなり、参加施設数の増加から登録数/共有数の増加へ
(2023.10に1,000件突破)

登録数：1,047件

共有数：606件



— 系列2 — 系列3

Net4U利活用推進による結果・直近の状況

- 患者支援センタースタッフの書き込みから、患者登録数／共有数、閲覧数増加など、システムが活性化した。
- 全体アクセス数は、当院アクセス数の増減と並行しており、中核病院からの情報共有等は重要と考えられる。
- 急がない問合せができる、オンライン退院前カンファができる、などの負担軽減につながった。
- ストーマ管理（WOC認定看護師と訪問看護師）腹膜透析管理（透析室と訪問看護師）では、画像による状況確認、受診必要性判断などができ、療養の質向上につながった。
- 在宅での状況（含逝去時）を県立日南病院スタッフに伝達することができ振り返りにつながっている。
- フォーラム活用により、医療介護に関連する様々な情報提供ができるようになった。
- 登録患者数増加により、Net4U登録入院患者が出てきた。

宮崎県医療介護連携調整実証事業

(平成27年度・日南串間二次医療圏)

(目的)

日南串間二次医療圏にて、入院時及び退院時に医療と介護のスムーズな連携が確保できるように、退院調整ルールを策定をおこなう

(取り組み)

管内の全12病院・48介護保険事業所・地域包括ケアセンター、行政（日南保健所・日南市・串間市）約100名が、全部で9回の協議（グループワーク）を重ねて、コンセンサスブック（ルール）を作成（27年6月～28年3月）



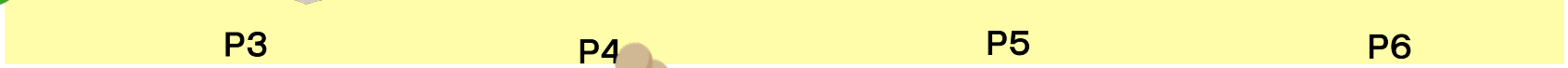


日南串間医療圏コンセンサスブック フロー図

入院前後

在宅

入院



P3

P4

P5

P6



【資料①】
ケアマネ連絡先用紙

コンセンサス ルール2

ケアマネは、利用者が入院したら、できるだけ1週間以内に、原則として病院訪問により（連絡がとれないときはFAX等により）入院時情報提供をしましょう

【資料③】
病院窓口一覧表
【資料④】
入院前の状況報告書

コンセンサス ルール1

ケアマネが担当している利用者（患者）が入院した事実を、ケアマネと病院でなるべく早く共有しましょう

コンセンサス ルール3

病院担当者は、患者が入院したら、ケアマネに入院時点での入院診療計画等について情報提供をしましょう

コンセンサス ルール4

退院後に介護保険サービスが必要と思われる患者で、入院前にケアマネがいない場合（介護保険認定を受けていない、またはケアマネが決まっていない場合）、病院から地域包括支援センター（又は居宅介護支援事業所）に連絡しましょう

【資料②】
地域包括支援センター
一覧表

【資料③】
病院窓口一覧表

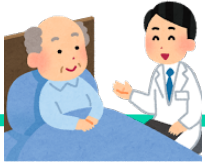




日南串間医療圏コンセンサスブック フロー図

退院前後

退院前



退院・転院



P7

P8

**コンセンサス
ルール5**

ケアマネは、病院から退院前カンファレンスの実施について連絡を受けた場合、なるべく出席しましょう

【資料⑥】
退院・退所情報提供書

**コンセンサス
ルール6**

病院担当者及びケアマネは、なるべく早く、双方で連絡を取り合うなど、退院に向けた情報共有をしましょう



【資料⑤】
退院・退所情報提供書

コンセンサスルール 1

ケアマネが担当している利用者（患者）が入院した事実を、ケアマネと病院でなるべく早く共有しましょう



ケアマネは利用者が入院したことを早期に把握し、病院も患者にケアマネがいることを早期に把握することで、早い段階から退院に向けたお互いの連携が進みます

取組みたいこと

○ケアマネ

- ・かかりつけ医に担当ケアマネを把握してもらおう（自分が担当であることを伝えておく）
- ・日頃から、本人家族、民生委員などに、「入院したら連絡をください」と依頼しておく
- ・利用者（患者）の自宅に、ケアマネがわかる連絡先を貼っておく
【参考】ケアマネ連絡先用紙 資料①
- ・本人家族の承諾確認をした上で、介護保険証やお薬手帳に、ケアマネの名刺を付けたり、事業所の情報を入れておく
- ・入院したら病院に介護保険証を持っていくよう、利用者（患者）・家族に声をかける
- ・介護サービス事業所に、利用者（患者）の入院に気づいた時はケアマネに連絡することを求めておく
- ・病院から連絡がある前に、利用者（患者）の入院に気づいた時は、ケアマネから病院へ連絡し担当ケアマネであることを把握してもらおう

○病院

- ・診察前の問診、入院時の聞き取りでケアマネを確認する。
※介護保険証等についている名刺、記載されている事業所、本人家族から介護サービス利用について確認
- ・患者（利用者）が入院し、担当ケアマネを把握した場合は、電話などで速やかに連絡する
- ・聞き取りでケアマネの有無を確認できない場合は、本人家族に承諾確認をした上で、地域包括支援センターへ確認する
【参考】地域包括支援センター一覧表 資料②

コンセンサスルール 2

ケアマネは、利用者が入院したら、できるだけ1週間以内に、原則として病院訪問により（連絡がとれないときはFAX等により）入院時情報提供をしましょう

※利用者（患者）が入院してから7日以内に情報提供した場合は、介護報酬助算（ケアマネ側）の対象となります（平成12年3月1日付け厚生省老人保健福祉局企画課長通知。平成24年3月16日改正）



ケアマネが自宅での様子を早く伝えることにより、病院は退院に向けた支援をスムーズに行うことができます
ケアマネは、早期に訪問することで、利用者の退院支援に必要な情報共有、病院との連絡をスムーズに行うことができます

取組みたいこと

○ケアマネ

- ・事前に電話などで必ずアポイントメントをとった上で、訪問またはFAXする
【参考】病院窓口一覧表 資料③
- ・訪問またはFAX等により、すみやかに入院前の状況報告書により情報提供を行う
FAXでの情報提供は誤送信がないよう、個人情報の取り扱いには各事業所で十分注意する
【参考】入院前の状況報告書 資料④
- ・急いで伝えたい情報（例：認知症、感染症の有無など）があれば、電話などで速やかに連絡する

○病院

- ・ケアマネへ入退院調整の窓口がわかるようにしておく
【参考】病院窓口一覧表 資料③
- ・担当ケアマネと面談を行い、入院前の状況をふまえた適切な退院支援についての情報共有を行う

宮崎県医療介護連携調整実証事業 (平成28年度以降)

状況を確認し、その後アンケート等で得られた課題について、グループワークを通して解決策を話し合った。またルールブックの読み合わせをして内容の再確認。

(取り組み)

- ・ 状況確認：病院／ケアマネアンケート実施（年1回）（6月）
- ・ 病院協議会、ケアマネ協議会の開催 [年各1回]（10-12月）
- ・ 病院ケアマネ合同協議会の開催 [年1回]（12月-1月）

コンセンサスブック（ルール）の改訂（ver.2→ver.3→ver.4→ver.5）

宮崎県庁HP掲載「日南串間医療圏における入退院調整ルール策定・運用事業について」



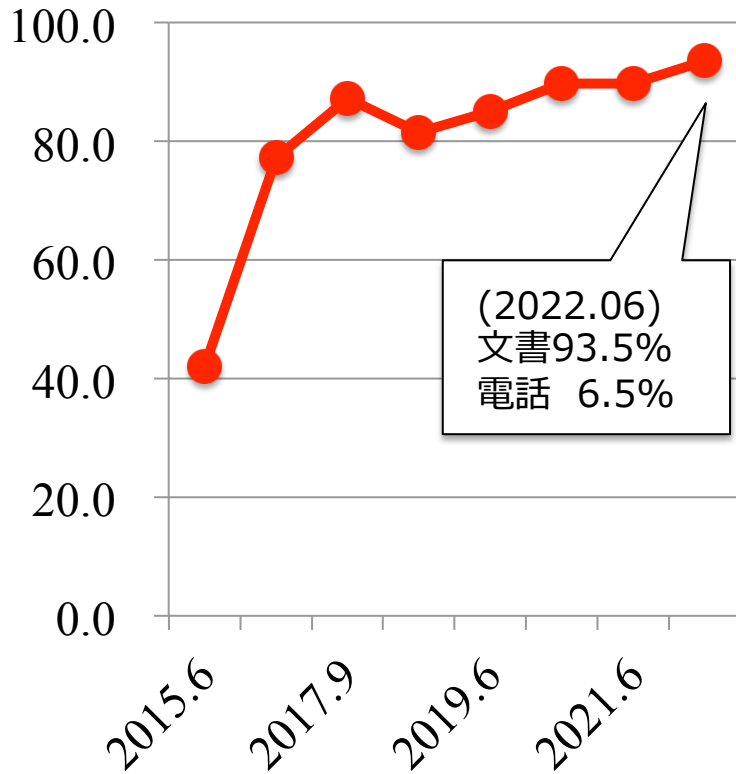
病院協議会（2017.12.27）



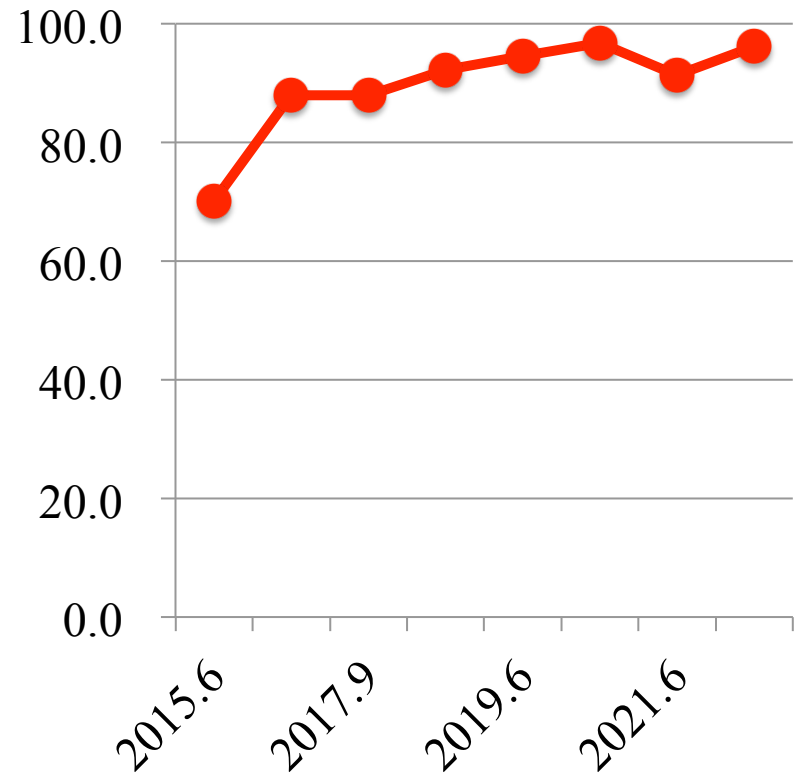
病院CM合同協議会
(2018.01.30)

「入院時情報提供」 「退院時情報提供」 推移

入院時情報提供（ケアマネ→医療機関）

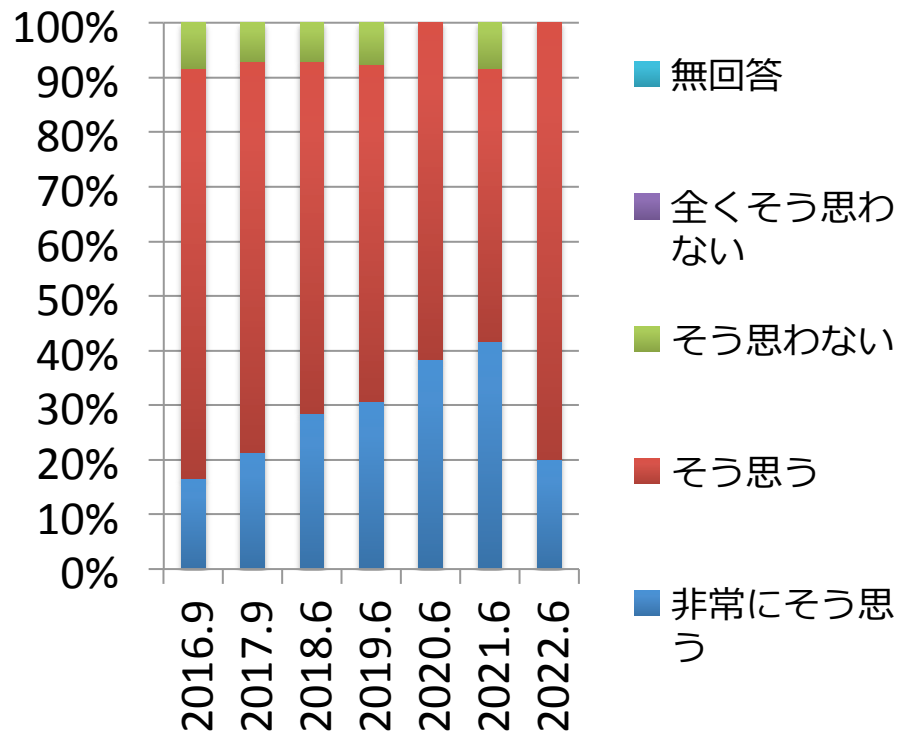


退院時情報提供（医療機関→ケアマネ）

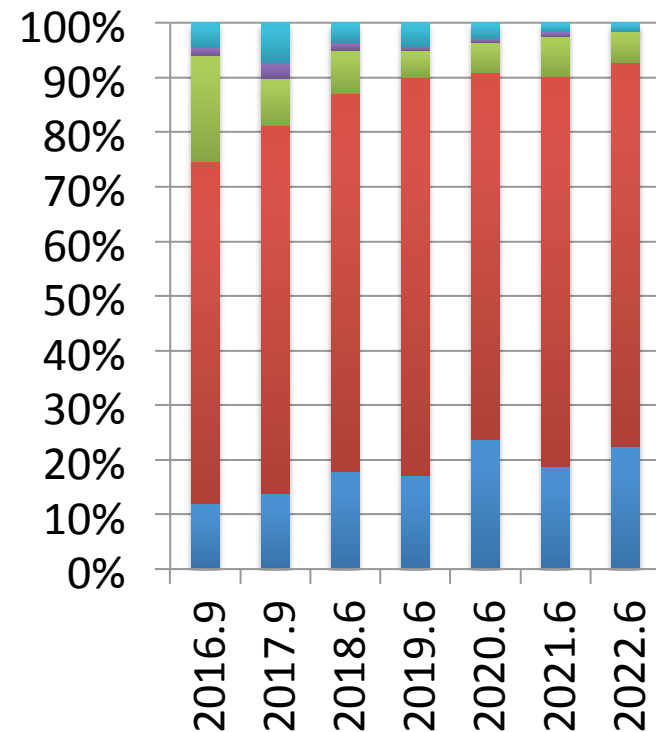


医療機関・ケアマネジャーからの評価

Q) 運用前と比較してケアマネとの連携は円滑になった (医療機関n=10-13)



Q) 運用前と比較して医療機関との連携は円滑になった (ケアマネn=123-140)



日南串間コンセンサスルール運用後の変化

1) 情報共有がすすんだこと

- ・ケアマネジャーからの入院時情報提供が増え、診療計画・看護計画の立案、退院前準備がスムーズになった。
- ・入退院の連絡はあたりまえとなり、かなり連携が図りやすくなった。
- ・入院期間がはっきりすることで、退院後の準備ができるようになった。
- ・退院時の情報提供が増えた。
- ・退院前カンファ時に退院時情報提供書を活用している（地域包括ケア病棟）。書類で内容をお互いに確認できるようになった。
- ・情報交換が増えたことで、在宅生活への意向調整やスムーズな退院後支援につながっている。

2) ケアマネジャーと病院スタッフのコミュニケーションがすすんだこと

- ・ルール策定過程で、それぞれの想いを十分に伝えることができ、相互理解につながった（思い込みや不満がなくなった）
- ・病院の窓口が明確になり問合せがしやすくなった。
- ・ケアマネジャーが病院スタッフと話せるようになった（こそこそ患者訪問しなくなった）
- ・コンセンサスルールをよく理解している病院では、ケアマネ依頼、施設調整等、本当に細かい支援を実施されており、MSWを介して医師との連携も図れるため、とてもありがたい状況である。
- ・ケアマネジャーから退院の問合せが増えた。

日南串間コンセンサスルール運用後の変化

1) 情報共有がすすんだこと

- ・ケアマネジャーからの入院時情報提供が増え、診療計画・看護計画の立案、退院前準備がスムーズになった。
- ・入退院の連絡はあたりまえとなり、かなり連携が図りやすくなった。
- ・入院期間がはっきりすることで、退院後の準備ができるようになった。
- ・退院時の情報提供が増えた。
- ・退院前カンファ時に退院時情報提供書を活用している（地域包括ケア病棟）。書類で内容をお互いに確認できるようになった。
- ・情報交換が増えたことで、在宅生活への意向調整やスムーズな退院後支援につながっている。

2) ケアマネジャーと病院スタッフのコミュニケーションがすすんだこと

- ・ルール策定過程で、それぞれの想いを十分に伝えることができ、相互理解につながった（思い込みや不満がなくなった）
- ・病院の窓口が明確になり問合せがしやすくなった。
- ・ケアマネジャーが病院スタッフと話せるようになった（こそこそ患者訪問しなくなった）

課題はまだあるが、医療と介護の連携に
少しずつよい変化をもたらしている

「8つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直しイメージ

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等

③(ア)(イ)に基づいた取組の実施

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

日南市・サンオリーブ（連携拠点）

地域のめざす理想像

- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

ア) Sunオリーブホームページ
日南市資源マップ

イ) 地域ケア会議、etc

カ) 日南在宅ケア研究会、ケアカフェ、etc.

ウ) 在宅医療介護連携推進協議会、日南串間入退院調整コンセンサスルール

エ) 日南市在宅医療・介護連携情報共有システムNet4U

オ) Sunオリーブ相談窓口

キ) 日南市出前講座、日南塾／地域医療を学ぶシンポジウム、看取りに関する研修会、etc

都道府県主体の役割へ変更

(都道府県は、地域医療介護総合確保基金や保険者機能強化推進交付金等の財源を活用。また、保健所等を活用し、②対応策の実施も必要に応じ支援。)

地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制

○既存の制度による解決が困難な課題

課題の複合化

- ・高齢の親と無職独身の50代の子が同居(8050)
 - ・介護と育児に同時に直面する世帯(ダブルケア)等
- ⇒各分野の関係機関の連携が必要

制度の狭間

- ・いわゆる「ごみ屋敷」
- ・障害の疑いがあるが手帳申請を拒否 等

高齢者

地域包括ケアシステム

【地域医療介護確保法第2条】

【高齢者を対象にした相談機関】

地域包括支援センター

共生型
サービス

障害者

地域移行、地域生活支援

【障害者を対象にした相談機関】

基幹相談支援センター 等

生活困窮 者支援

子ども・子育て 家庭

【子ども・子育て家庭を対象にした相談機関】

地域子育て支援拠点

子育て世代包括支援センター
等

「必要な支援を包括的に確保する」という理念を普遍化

「必要な支援を包括的に確保する」という理念を普遍化

土台としての地域力の強化

「他人事」ではなく「我が事」と考える地域づくり

これからの東諸県の医療介護連携にむけて

現状と課題はアンケートではっきりとみえてきています

- 人口規模の小さなエリアで高齢化率は38%
- 医療と介護を支える資源が少ない
(圏外への依存、急変時や看取りのあり方)
- 多職種の(様々な)交流がない
- 情報共有の仕組みがない

グループワークで
意見出しあいましょう！