

平成30年10月5日
第138回
市町村職員を対象とするセミナー
@厚生労働省

北九州市における医療・介護の多職種連携の取り組み ～「連携」から「協調」へ～



● 本日のお話

1. 北九州市のご紹介
2. これまでの北九州市の医療・介護の多職種連携
3. 今後の北九州市の医療・介護の多職種連携

地方都市での多職種連携の現状と、まだまだ道半ばの「試み」を共有することで、「議論の素材」にしていただければ幸いです。

(注)事実関係に関わる部分以外には、私見が含まれています。

1. 北九州市のご紹介



北九州市のご紹介①

- 九州では福岡市に次ぐ大都市
- 三大都市圏や県庁所在地以外では初の政令指定都市



●人口：95.5万人

●高齡化率：**30.1%**

※平成30年3月31日時点

北九州市のご紹介②

●政令市で一番の「高齢化率」 & 「人口減少数」

(単位:人)

	推計人口			高齢化率		推計人口			高齢化率
	H27年10月1日	H28年10月1日	増減	H28年3月31日		H27年10月1日	H28年10月1日	増減	H28年3月31日
北九州市	961,286	956,243	-5,043	29.0%	千葉市	971,882	973,549	1,667	24.6%
静岡市	704,989	701,803	-3,186	28.5%	熊本市	740,822	739,606	-1,216	24.4%
新潟市	810,157	807,450	-2,707	27.3%	名古屋市	2,295,638	2,304,794	9,156	24.2%
京都市	1,475,183	1,474,735	-448	27.1%	相模原市	720,780	721,552	772	23.8%
堺市	839,310	837,603	-1,707	26.7%	広島市	1,194,507	1,196,853	2,346	23.8%
神戸市	1,537,272	1,535,765	-1,507	26.6%	横浜市	3,724,844	3,731,293	6,449	23.4%
浜松市	797,980	797,164	-816	26.0%	仙台市	1,082,159	1,084,674	2,515	22.2%
大阪市	2,691,742	2,702,033	10,291	25.1%	さいたま市	1,264,253	1,275,331	11,078	22.2%
札幌市	1,952,356	1,958,405	6,049	25.0%	福岡市	1,538,681	1,553,778	15,097	20.8%
岡山市	719,474	720,571	1,097	25.0%	川崎市	1,475,213	1,489,477	14,264	19.3%

※高齢化率について:京都市・浜松市・札幌市・熊本市・名古屋市・相模原市・さいたま市は、平成28年4月1日付の値

北九州市のご紹介③

「50歳から住みたい地方
ランキング」



第1位

「2017年度次世代育成環境
ランキング（政令市）」



第1位

- 病院が多い（医療・介護の充実）
- 物価が安い（住居費、食費など）
- 子育てしやすい（待機児童ゼロ）

週末田舎暮らし 50歳から住みたい地方ランキング
人生がもっと豊かになる!

2017年8月号

田舎暮らしの本

売家180万円から! 安い、近い、気軽!
週末田舎暮らし

お得意満点の借地権付き別荘物件を狙え!
交通至便の湯河原でお宝マンション探し

100万円の小家が夢の別荘に!

鳥居恵で相手を募集

新幹線で通った!
北陸でお試し移住

大森・名取川・相模川

田舎ゲストハウスの開き方

50歳から住みたい地方
ランキング(1)

1位 福岡県北九州市
2位 新潟県新潟市
高知県高知市

北九州市のご紹介④

●大都市の中でトップの医療・介護資源

(全国344圏域の医療・介護余力レベルマトリックス)

大都市		介護 (介護ベット準備レベル)							
		少ない ←					→ 余裕		
		1	2	3	4	5	6	7	
医療 (急性期医療密度レベル)	余裕 ↑	7							
	6		札幌(北海道) 仙台(宮城) 福岡(福岡)		京都(京都) 大阪(大阪)	北九州(福岡)			
	5	区中央部(東京) 区西部(東京)	区南部(東京) 区西南部(東京) 区西北部(東京) 区東部(東京) 一宮(愛知) 高槻(大阪) 枚方(大阪) 東大阪(大阪) 松原(大阪) 堺(大阪)	明石(兵庫)	千葉(千葉) 川崎南部(神奈川) 名古屋(愛知) 北名古屋(愛知) 豊中(大阪) 尼崎(兵庫) 広島(広島)	区東北部(東京) 平塚(神奈川) 神戸(兵庫)			
	4	船橋(千葉)	松戸(千葉) 立川(東京) 三鷹(東京) 横浜南部(神奈川) 藤沢(神奈川)	厚木(神奈川) 瀬戸(愛知) 春日井(愛知) 岸和田(大阪)	和光(埼玉) 春日部(埼玉) 小平(東京) 横浜北部(神奈川) 相模原(神奈川)	さいたま(埼玉) 八王子(東京) 川崎北部(神奈川) 大和郡山(奈良)	川口(埼玉) 横浜西部(神奈川) 横須賀(神奈川)		
	3				上尾(埼玉)				
	2								
	1 ↓ 少な								

日本創成会議・首都圏問題検討分科会 提言
「東京圏高齢化危機回避戦略」(平成27年6月4日)より

北九州市のご紹介④

【医療】

※平成30年4月又は7月時点

病院数		診療所数		歯科診療所数	
	ベッド数		在宅療養支援診療所数		在宅療養支援歯科診療所数
91	19,028	961	176	659	149

薬局数	
在宅患者訪問薬剤管理指導料	地域支援体制加算
557	142

【介護・福祉】

※平成29年4月時点

※施設数

特別養護老人ホーム	認知症対応型グループホーム	介護老人保健施設	地域包括支援センター
77	145	36	24

介護付有料老人ホーム	住宅型有料老人ホーム	サービス付高齢者向け住宅
38	145	30

北九州市のご紹介⑤

●病院で亡くなる方が多く、在宅死の割合は少ない

※ただし、在宅死の割合が低い理由は、住まいや生活の状況、医療・介護サービスの状況、地域の慣習といった本人・家族を取り巻く様々な要素が複合的に影響しており、一概には判断できない。

在宅死割合九州低く

北九州市8.7%
自治体で数倍差
14年、厚労省調査

- 医療機関で亡くなる方は約85%
全国平均（76%）より上
 - 在宅（自宅+老人ホーム）で亡くなる方は約12%と低い
- ※政令市平均は20%、
最高は仙台市の25%

市区町村別の在宅死の割合	
人口20万人以上	
神奈川 横須賀市	22.9%
東京都 葛飾区	21.7%
千葉県 市川市	21.5%
東京都 新宿区	21.4%
東京都 墨田区	20.0%
東京都 江戸川区	19.9%
東京都 葛飾区	19.9%
千葉県 船橋市	18.7%
東京都 江東区	18.7%
福岡市	18.5%
秋田市	9.2%
新潟市	9.2%
群馬県 伊勢崎市	9.0%
大阪府 枚方市	9.0%
松江市	8.8%
北九州市	8.7%
北海道 旭川市	8.5%
富山市	8.5%
長崎県 佐世保市	8.5%
鹿児島市	8.0%
市区町村別の在宅死の割合	
人口5万人以上20万人未満	
兵庫県 芦屋市	25.6%
東京都 中央区	21.5%
千葉県 浦安市	20.0%
奈良県 生駒市	20.0%
千葉県 大塚白里市	19.1%
東京都 立川市	19.0%
佐賀県 鳥栖市	19.5%
福島県 伊達市	19.4%
愛知県 半田市	19.3%
岩手県 北上市	19.3%
奈良県 天理市	19.2%
北海道 江別市	6.9%
福岡県 行橋市	6.9%
佐賀県 伊万里市	6.9%
鹿児島県 白川町	6.9%
青森県 五所川原市	6.6%
石川県 小松市	6.7%
大分県 宇佐市	6.6%
秋田県 由利本荘市	6.5%
群馬県 沼田市	6.7%
佐賀県 武雄市	5.7%
愛知県 蒲郡市	5.5%

医療が乏しく、早く亡くなる方が多く、在宅死の割合は少ない。全国的に在宅死の割合は、高齢化が進むにつれて増加傾向にある。北九州市は、全国的に在宅死の割合が低い自治体である。これは、医療機関で亡くなる方が多く、在宅死の割合が少ないためである。また、全国的に在宅死の割合が低い自治体は、医療機関が充実していることが要因の一つである。北九州市は、全国的に在宅死の割合が低い自治体である。これは、医療機関で亡くなる方が多く、在宅死の割合が少ないためである。また、全国的に在宅死の割合が低い自治体は、医療機関が充実していることが要因の一つである。

在宅死の割合、死亡者のうち、医療機関で亡くなる方が約85%と高い。これは、全国的に在宅死の割合が低い自治体である。これは、医療機関で亡くなる方が多く、在宅死の割合が少ないためである。また、全国的に在宅死の割合が低い自治体は、医療機関が充実していることが要因の一つである。北九州市は、全国的に在宅死の割合が低い自治体である。これは、医療機関で亡くなる方が多く、在宅死の割合が少ないためである。また、全国的に在宅死の割合が低い自治体は、医療機関が充実していることが要因の一つである。

全国的に在宅死の割合が低い自治体は、医療機関が充実していることが要因の一つである。北九州市は、全国的に在宅死の割合が低い自治体である。これは、医療機関で亡くなる方が多く、在宅死の割合が少ないためである。また、全国的に在宅死の割合が低い自治体は、医療機関が充実していることが要因の一つである。北九州市は、全国的に在宅死の割合が低い自治体である。これは、医療機関で亡くなる方が多く、在宅死の割合が少ないためである。また、全国的に在宅死の割合が低い自治体は、医療機関が充実していることが要因の一つである。

2. これまでの北九州市の医療・介護の多職種連携



市町村での「医療・介護の多職種連携」について

- 市町村での「医療・介護の多職種連携」の取り組みは、介護保険の「地域支援事業」の中の「在宅医療・介護連携推進事業」の枠組みが用意されている。
 - ・これまで医療は都道府県行政がメインで市町村から遠かったが、医療・介護の連携が市町村の権限に。
 - ・厚労省からメニューリストが示されている。
平成30年度～は、全市町村ですべてのメニューを行うこととされている。
 - ・保険料財源なので、事業の継続的な実施が可能。



- 医療・介護の連携（薬局との連携含む）も、基本は、この中で整理していくことが合理的。

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険法の地域支援事業 平成27年～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、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
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、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

（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



（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し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 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。

（ウ）切れ目のない在宅医療と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

（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

（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

地域の医療・介護資源の把握

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を都市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

<p>(ア) 地域の医療・介護の資源の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化 ◆ 必要に応じて、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 ◆ 結果を関係者間で共有 	<p>(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用 ◆ 在宅での看取り、急変時の活用 	<p>(キ) 地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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、HP等を活用
<p>(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者等が参加する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討 	<p>(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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。 	<p>(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村、連携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
<p>(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	<p>(カ) 医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通して、多職種連携の実践を習得 ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等 	

○ **在宅医療に取り組む施設**（病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション事業所）について、**地図情報と検索ツール（施設詳細情報）を組み合わせた、施設検索システムを稼動。**（平成29年～）

POINT 1

「病院・診療所」「歯科」「薬局」などが条件検索で見つかる！

所在地のほか、細かな条件検索にも対応。絞り込みに便利です。

北九州市在宅医療資源情報データベースシステム

きたきゆう 在宅医療情報ナビ

検索情報

2017/08/01
きたきゆう在宅医療情報ナビを公開しました！

- 病院・診療所を探す
- 歯科診療所を探す
- 薬局を探す
- 訪問看護・訪問リハビリテーション事業所を探す
- 地図から探す (G-mottyへのリンク)

小倉北区
八幡東区
八幡西区

機能強化型訪問看護管理医療費1
サービス提供体制強化加算

機能強化型訪問看護管理医療費1
サービス提供体制強化加算

24時間

POINT 2

地図から施設を探せる！

地域情報ポータルサイト「G-motty」と連携、地図画面から視覚的に施設を見つけられます。



在宅医療・介護連携に関する相談支援 (在宅医療・介護連携支援センターの設置・運営など)

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を都市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通して実施状況を把握。

事業項目と取組例

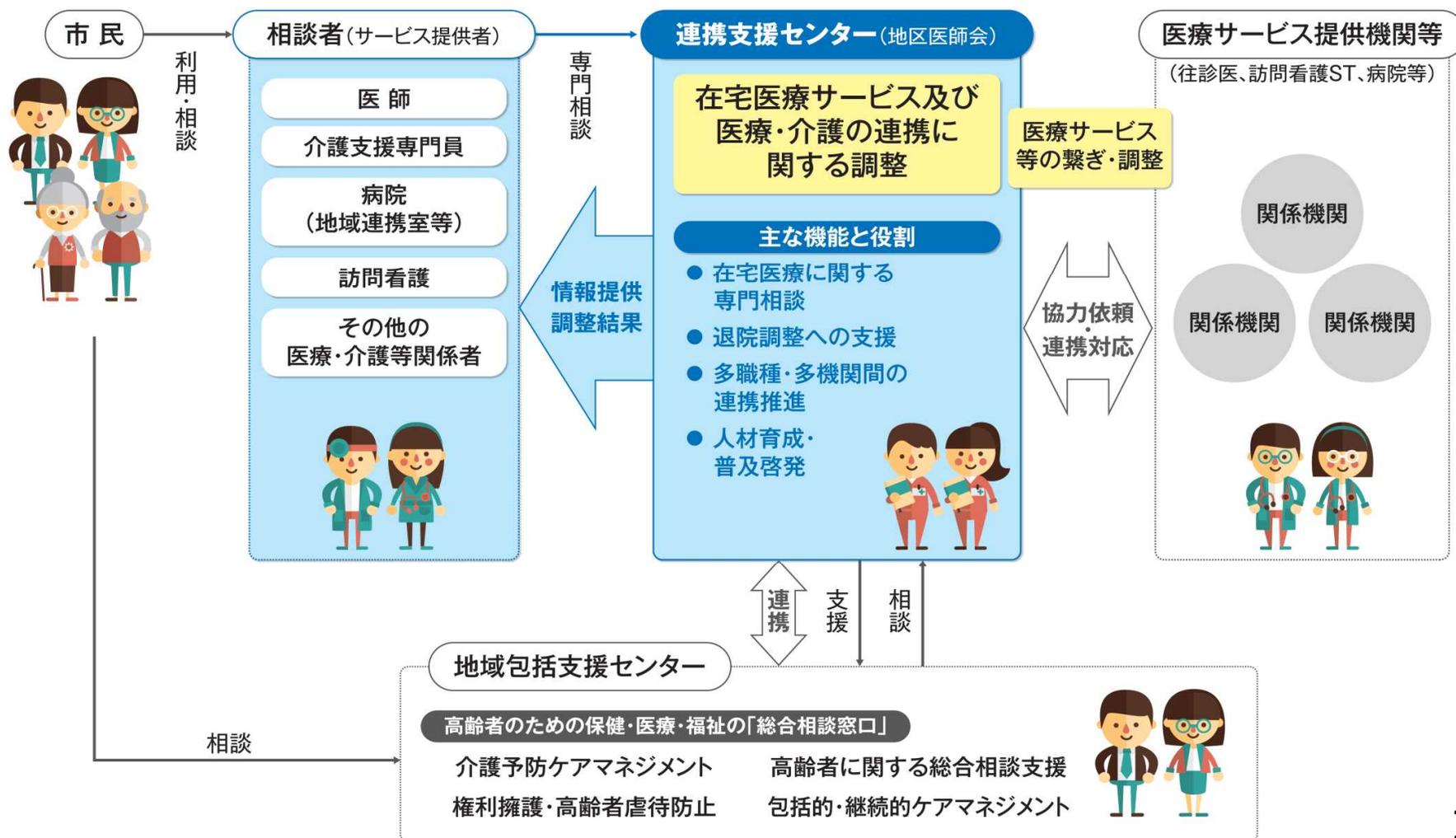
<p>(ア) 地域の医療・介護の資源の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化 ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応可能な日時等）を調査 ◆ 結果を関係者間で共有 	<p>(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用 	<p>(キ) 地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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
<p>(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者等が参加する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討 	<p>(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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。 	
<p>(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	<p>(カ) 医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を習得 ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等 	<p>(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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

- **北九州市内5か所（地区医師会）に「在宅医療・介護連携支援センター」を設置。（平成28年～）**
- 医師や病院の地域連携室ほか、地域の医療・介護関係者からの**在宅医療に関する相談**を受けたり、**多職種連携研修会、住民啓発**などを実施。



在宅医療・介護連携に関する相談支援 (在宅医療・介護連携支援センターの設置・運営など)

- 地域の医療と介護を結びつける「コーディネーター拠点」として、市内5か所（地区医師会）に設置。
- 看護師や社会福祉士の資格を持った専門相談員が、在宅医療サービスや医療・介護連携に関する様々な相談に対応。



医療・介護関係者への研修 (在宅医療・介護連携支援センターの設置・運営など)

1 多職種連携研修会

○地域の医療・介護関係者の現場レベルにおける医療と介護の顔の見える関係づくりを進めることを目的に、講演会やグループワーク等を開催した。

主催	門司C	小倉C	若松C	八幡C	戸畑C	計
回数	3回	3回	4回	3回	3回	16回
参加者数	342名	495名	337名	445名	241名	1,860名



2 医療・介護関係者への研修

○地域の医療・介護関係者等に対して、それぞれの職種がお互いの分野についての知識を深め、関係者間の連携を円滑にすることを目的に開催した。

主催	市	市医師会	門司C	小倉C	若松C	八幡C	戸畑C	計
回数	1回	1回	3回	2回	4回	2回	3回	16回
参加者数	154名	180名	240名	282名	171名	188名	271名	1,486名

「在宅医療等における薬剤師の役割等に関する啓発セミナー」

○医療・介護関係者に対し、在宅医療等における薬剤師の活用促進を目的に、薬剤師の役割や連携方法に関する研修会を開催。

在宅医療等における薬剤師の役割等に関する啓発セミナー

平成30年3月16日（金） 19:00～20:30

場所：ウェルとばた 多目的ホール

◎参加者数：154名

<内訳>

職種	人数	職種	人数	職種	人数
介護支援専門員	50名	看護師	48名	薬剤師	25名
歯科医師・歯科衛生士	2名	社会福祉士・医療ソーシャルワーカー	5名	保健師	1名
リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）	6名	介護福祉士・介護職	6名	管理栄養士	2名
管理者・代表者	4名	サービス提供責任者	2名	事務その他	3名

○コーディネーター

：北九州市薬剤師会
副会長 白水 京子氏

○シンポジスト

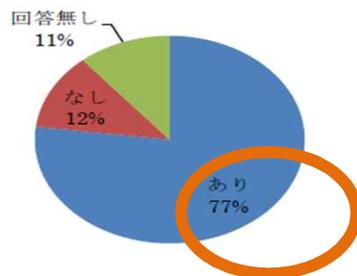
：北九州市薬剤師会 理事 佐藤 千穂氏
若松区医師会訪問看護ST児玉 美香代氏
いわき福祉ケアプランサービスセンター 有常 真理氏

<参加者へのアンケート結果>

<服薬に関する状況について>

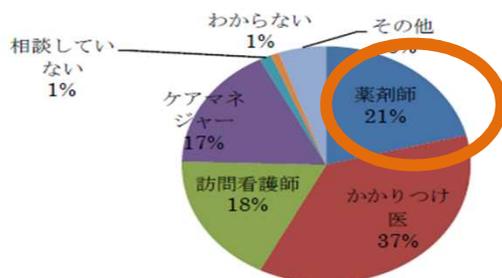
◎服薬について困った、悩んだ経験の有無

有り	97名
無し	15名
回答なし	14名



◎服薬に関する相談先（複数回答あり）

薬剤師	47
かかりつけ医	82
訪問看護師	40
ケアマネジャー	38
相談していない	3
誰に相談していいかわからない	2
その他	12



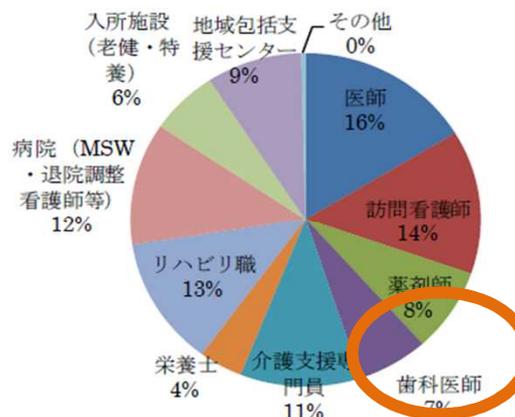
○服薬について困った割合が高い一方で、その相談先としての薬剤師は2割程度

在宅医療等における薬剤師の役割等に関する啓発セミナー

<多職種連携について>

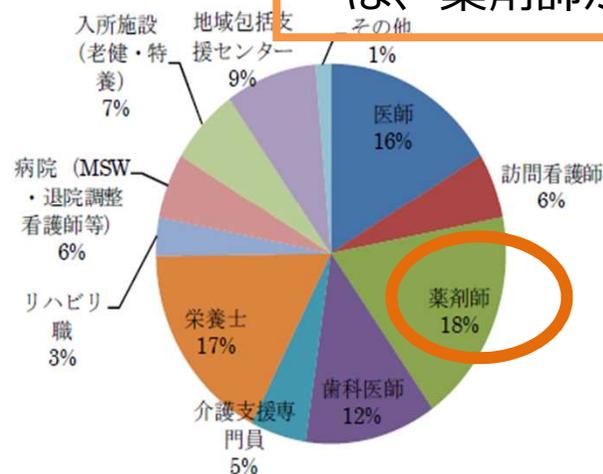
◎現在連携している職種（機関）（複数回答あり）

医師	85
訪問看護師	73
薬剤師	42
歯科医師	34
介護支援専門員	58
栄養士	21
リハビリ職	65
病院（MSW、退院調整看護師等）	62
入所施設（相談員等） ※老健・特養等	33
地域包括支援センター	46
その他	2



◎連携が不足していると感じる職種（機関）（複数回答あり）

医師	35
訪問看護師	12
薬剤師	39
歯科医師	26
介護支援専門員	11
栄養士	37
リハビリ職	7
病院（MSW、退院調整看護師等）	12
入所施設（相談員等） ※老健・特養等	14
地域包括支援センター	18
その他	3



○現在連携している職種では、
薬剤師は1割未満
○連携が不足している相手では、
薬剤師が多い

在宅医療等における薬剤師の役割に関する啓発パンフレット

じょうずに
お薬と付き合うために

～薬剤師・薬局活用のススメ～

公益社団法人 北九州市薬剤師会
北九州市

- **薬剤師の役割や利用方法**について理解を深めるため、啓発パンフレットを作成し、市民および関係者へ配布することで、**在宅医療における薬剤師の活用を促進**。
(北九州市薬剤師会・北九州市において作成)

第2部

～在宅医療や介護が必要な方を支える皆様へ～

在宅における薬剤師の役割について

(在宅療養管理指導・在宅患者訪問薬剤師管理指導)

在宅で介護されているご家族や、ご本人・ご家族を支援する医療・介護の関係者の皆さん、薬のことでお困りのことありませんか？

利用者(患者)さんがきちんと薬が飲めているか心配だ

ふらつきが多くて転倒が心配だけど、薬の影響はないのかな

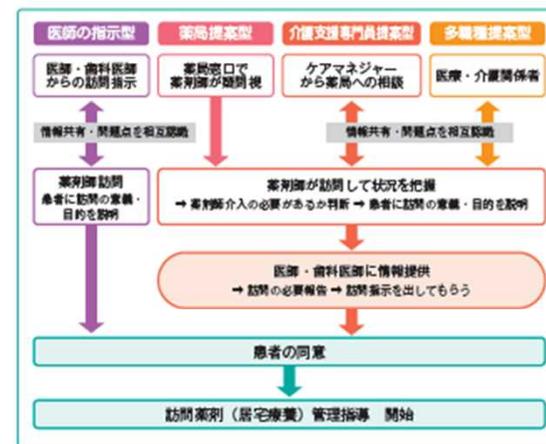
徐々にもの忘れがひどくなっているのに、独居で本人が薬の管理をしているけれど本当に大丈夫かな

処方された薬を嫌がって飲まないで困っている



上記のような例があれば、まず薬を調剤した薬局にご相談ください。薬局には、服薬状況を含めて処方薬を管理する役割があります。必要に応じて訪問等を行い、服薬状況等の確認をしてかかりつけ医等関係者へ情報提供を行います。また、ご本人の心身の状況によっては在宅での支援も行います。

薬剤師が在宅に参加するパターン



図のように、薬剤師が訪問にいたるにはいろいろなパターンがあります。医師の指示をはじめ、ご家族や多職種の方からの相談や提案を受けて、薬剤師の在宅医療での関わりがスタートします。

訪問薬剤師(居宅療養)管理指導は、利用の要件が、いわゆる「寝たきり」の状態にあることではなく、**患者さんが一人で薬局へ来ることができない場合**であるため、幅広く利用できる制度です。

薬に関する問題点や疑問点を薬剤師に情報提供いただくことで、在宅医療に参加することができ、相互の認識を深めることができます。

3. 今後の北九州市の医療・介護の多職種連携 （「連携」から「協調」へ）



今後の問題意識①

- 地域の医療・介護資源の把握、在宅医療・介護連携に関する相談支援体制（在宅医療・介護連携支援センターの設置・運営）、医療・介護関係者への研修など、「インフラ」や「場」の整備は進んできた。



- 今後は、「ソフト」面での対応が必要。
- 医療・介護の連携についての現場・実務の課題を丹念に聞いてみた。



今後の問題意識②

●現場・実務者が感じる課題や望みはたくさんある。

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	現場・実務者的に「あったらいいな」という地域の取組
<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、在宅側に必要な情報がなにかを考へることがない。 ・病院から退院するときに、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い。 ・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っと行う必要がある。 ・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おら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"> 1 本人・家族の情報について共通シート・冊子等の作成 2 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 3 入退院時病院—在宅連携ルールの策定 4 在宅時連携ルールの策定 5 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 6 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 7 1～5についての医療・介護等専門職に対する研修 8 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 9 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 10 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・一覧化と公開、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 11 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 12 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 13 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 14 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 15 主治医・副主治医制 16 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 17 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） 18 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） 19 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） 20 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（職能別に最低限修了すべき教育・研修内容の整備等） 21 企業などに対する出前講演の実施 22 学校教育との協力・連携

【参考】入退院時連携ルール（福井県）

福井県退院支援ルール
～病院と地域で切れ目のない連携をめざして～

平成28年4月
(最終改定 平成29年4月)

福井県「退院支援ルール」検討会

福井県「退院支援ルール」は、福井県内の6つの連携推進センターの圏域ごとに、病院の地域連携の担当者、在宅介護支援事業所・地域包括支援センターのケアマネジャー、市町介護支援担当者等、地域の医療と介護の関係者が集まり、それを基として福井県全体の共通ルールとしてとりまとめたものです。

4 福井県「退院支援ルール」
A 入院前にケアマネがいる（介護保険サービスを利用していた）場合

A 入院前にケアマネがいる患者の場合

①入院時の連絡
・病院担当者は、患者が入院前に介護保険サービスを利用していたことを確認したら、すみやかに患者を担当しているケアマネジャーに入院の連絡を入れる。
・ケアマネジャーは、利用者（要介護・要支援とも）の入院が分かったら、すみやかに病院担当者に連絡を入れる（「病院・有床診療所の連絡窓口一覧」（資料1）の「ケアマネジャーからの入院時の連絡を受ける窓口」参照）。また、「入院時情報提供シート」（参考様式1）等により病院担当者に利用者の情報を提供する。
・病院担当者とケアマネジャーは、お互いにすみやかに入院時の連絡に努める。

＜病院担当者が患者のケアマネを確認する方法＞
・入院時の本人・家族への聞き取り、介護保険証等の確認
・上記の方法でもケアマネジャーが不明な場合は患者の居住地の市町役場に確認
ケアマネジャーが利用者の入院に早く気付くための工夫
・利用者の介護保険証・医療保険証にケアマネの名前を記入しておく
・利用者（要介護・要支援）に介護保険証と一緒にはり付けた本人、家族に入院が決まったらケアマネに伝える
・サービス事業所に利用者の入院に気付いたら

①入院時の連絡

- ケアマネジャーは、利用者の入院が分かったら、すみやかに病院担当者に連絡を入れる（「病院・有床診療所の連絡窓口一覧」（資料1）の「ケアマネジャーからの連絡を受ける窓口」参照。）また、「入院時情報提供シート」（参考様式1）等により病院担当者に利用者の情報を提供する。

②入院中の連携
・病院担当者とケアマネジャーは、入院期間の見込みや患者の状況等について、入院時から連携して情報共有に努める。

③退院支援開始の連絡
・病院担当者は、患者が在宅退院できそうと判断できれば、ケアマネジャーが退院準備に必要な期間（ケアプランの作成、事業所との調整等の期間）を考慮して、入院時情報提供があったケアマネジャーに退院支援開始を連絡する。

＜在宅退院ができそうと判断する目安＞

1. 病状がある程度安定した状態である
2. 在宅での介護ができそうな状況である

④退院前調整
・病院担当者は、ケアマネジャーがケアプラン作成等に必要の情報（「退院支援情報共有シート」（参考様式2）の内容等）を、カンファレンス等の面談日までに院内の関係者から収集する。
・病院担当者とケアマネジャーは、カンファレンス等で退院支援に必要な情報を共有する。（「退院支援情報共有シート」は情報共有のツールとして活用する。）
・追加のカンファレンスや退院時共同指導の実施の要否については、病院担当者とケアマネジャーで調整し、病院が決定する。

⑤退院時・退院後の情報提供
・病院担当者は、看護・介護の引継ぎ書（退院後に設定される看護・介護の課題や最終検査日・入浴日、服薬内容等）をケアマネジャーに提供する。
・ケアマネジャーは、原則として患者の退院後にケアプランの写しを病院に提供する。

※転院時の連絡
・病院担当者は、患者が転院することが決まるとともに、転院先の病院に患者を担当しているケアマネジャーについて情報提供を行う。

＜ケアプラン作成の流れ＞

① 契約 要介護本人・家族	・退院後の住居	・退院後の生活上の
② 病院からの情報収集	・連絡・ニーズ	・希望
③ ケアプラン作成	・身体機能の	・希望
④ サービス事業所との調整	・自立支援、	
・退院前カンファレンス	・事業所の選	

③退院支援開始の連絡

- 病院担当者は、患者が在宅退院できそうと判断できれば、ケアマネジャーが退院準備に必要な期間（ケアプランの作成、事業所との調整等の期間）を考慮して、・・・（略）・・・ケアマネジャーに退院支援開始を連絡する。

④退院前調整

- 病院担当者は、ケアマネジャーがケアプラン作成等に必要の情報（「退院支援情報共有シート」（参考様式2）の内容等）をカンファレンスの面談日までに院内の関係者から収集する。

わかってきたこと

●背景にひそむ、「地域包括ケア」や「多職種連携」をめぐる現場の「2つの感情」

「病院完結型」



地域包括ケアシステム

- 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、**住まい・医療・介護・予防・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**していきます。
- 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です。
- 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**が生じています。
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に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**必要があります。

「地域完結型」 わくわく感

メリット

多職種連携

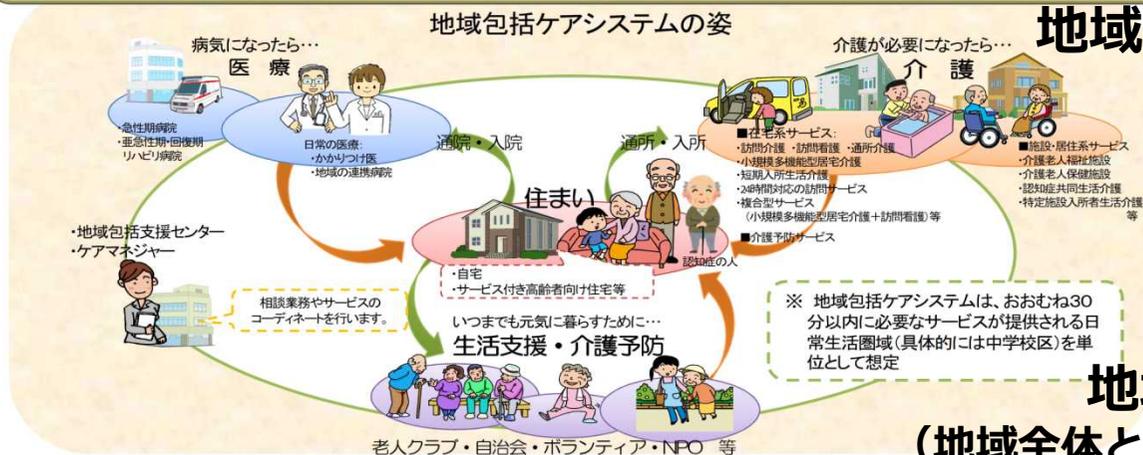
地域の多様なニーズに対応

デメリット

やれやれ感

主体がバラバラ

地域のマネジメント不在
(地域全体として最適なシステムになっていない)



参考①：「連携」の「次元」

次元1．連携（Linkage）

- 必要なときに、必要なサービスにつなぐというつながり。
- 全体の調整機能には至らない、個別の仕組み。

（例）医療機関同士の紹介状

次元2．協調（Coordination）

- 組織間の連携がより強く、また構造化されている状態。
- 利用者からみて多様なサービスが一体的に提供されているように見える。

（例）??

次元3．統合（Full integration）

- 看護・介護・通い・訪問・泊まり、ケアマネジメントなど、必要なサービス資源がひとつの事業者のもので提供。

（例）看護小規模多機能型居宅介護

参考②：「連携」の「要素」

要素1：ネットワークがあること



要素2：信頼関係があること



要素3：規範があり持続性あること



わかってきたこと

●地域のマネジメント不在によって生じること

- 地域で「連携の課題」を言い放し、ぶつける先もない。
- 「連携の進捗・課題」が「数字」で見えていない。

- 「連携の課題」を解決する地域合意(ルール・ツール、取組)を作れていない。

- 地域合意(ルール・ツール、取組)を作って終わり。
普及しない・徹底されない。

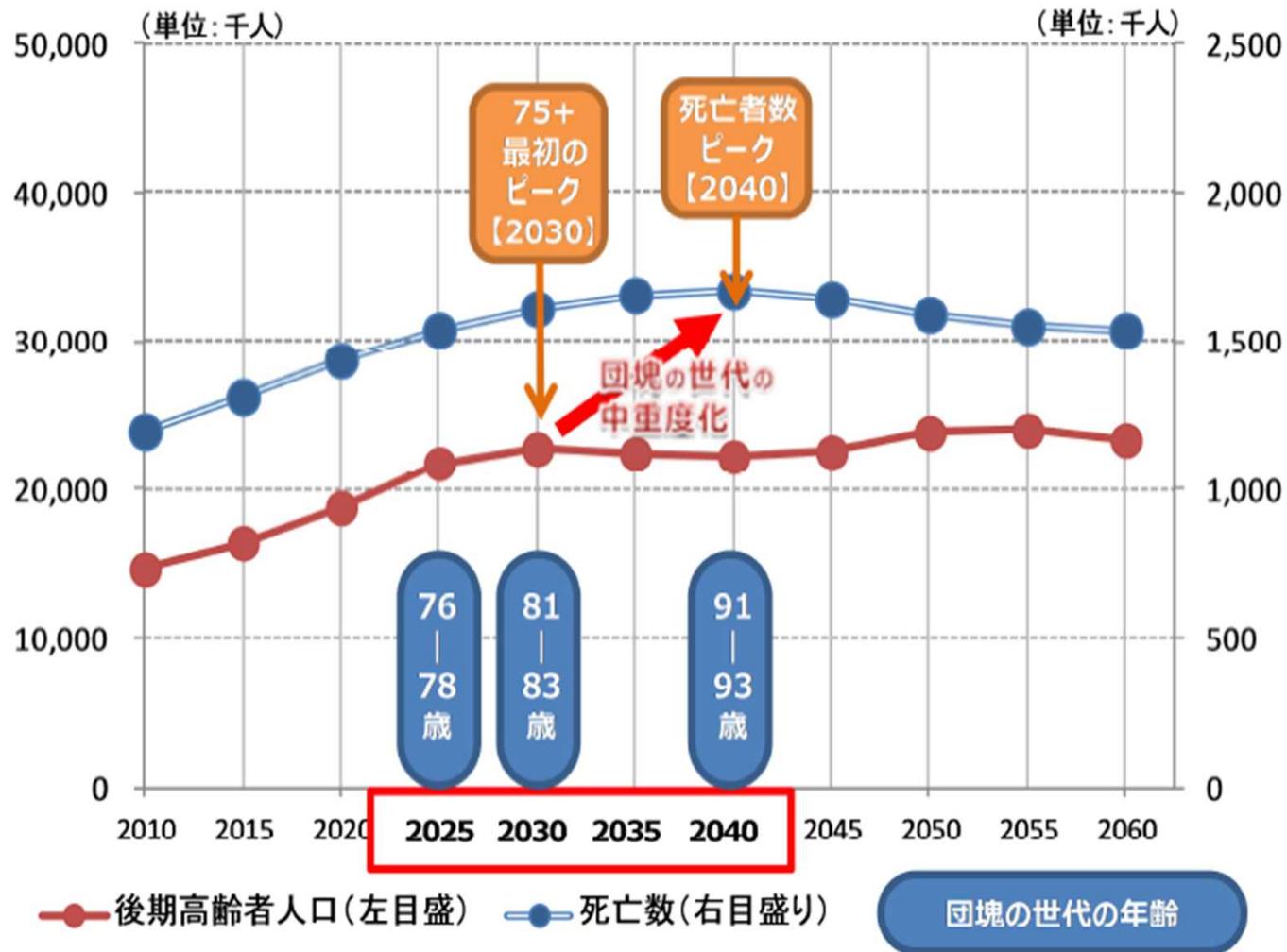
- 取組が長く続かない、見直しができていない。
どこまで進んだかわからない。



- ただし、都市部では、どこからどう手をつけるか、「段取り」が難しい。

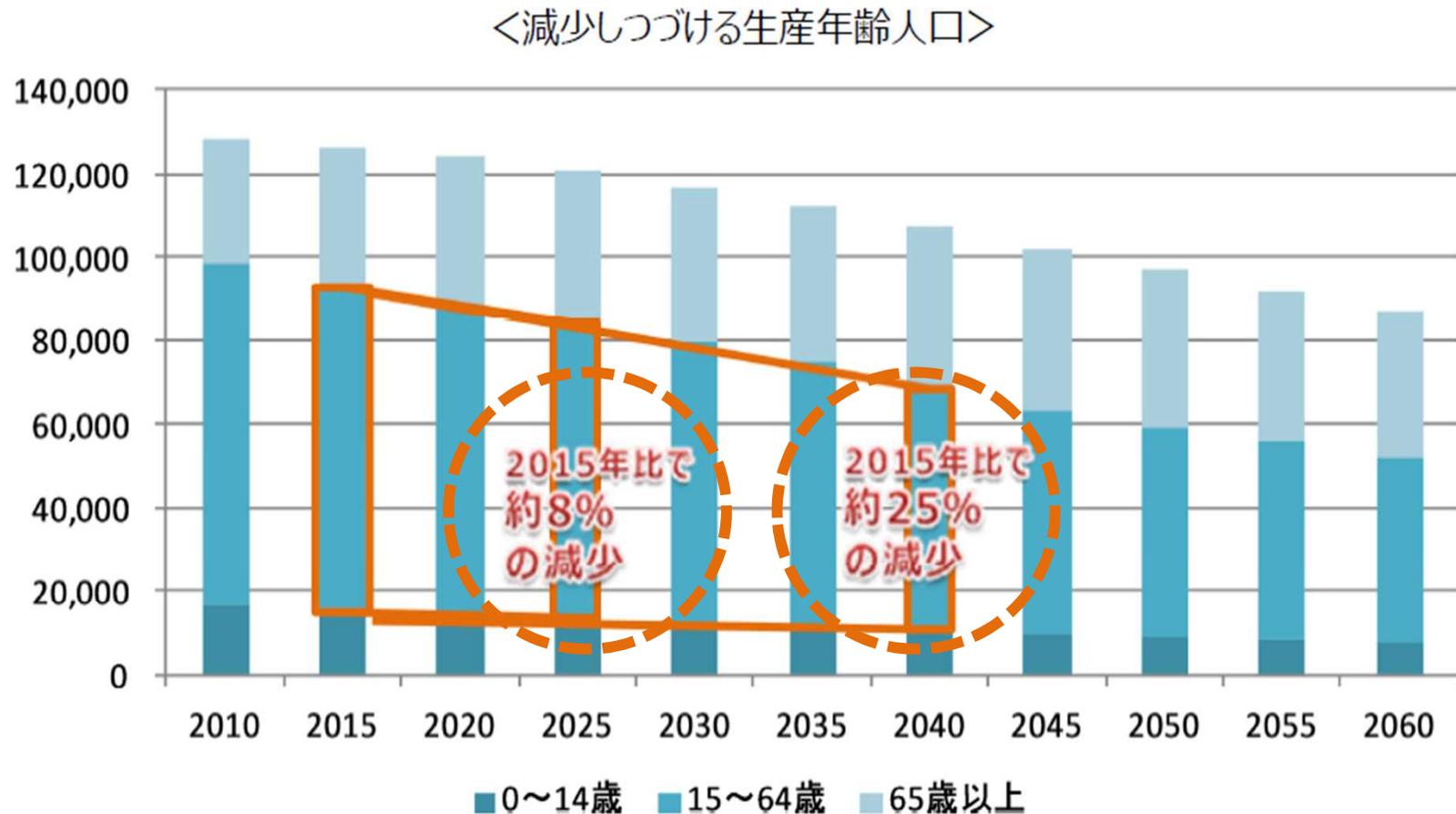
課題の大きさ①

- 2040年に向けて、団塊の世代が85歳に差し掛かる。
中重度者・看取りの急増にどう対応するか(山は2040年)。



課題の大きさ②

- 2040年に向けて従来の水準での人材の確保はムリ。（量的な対応はできない。）
少ない人材でどのように効果・効率の高い対応ができるか。（質的な対応の必要。）



資料) 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）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果（日本における外国人を含む）

目指したい方向性と段取り①

●行政は「目指したい方向性」・「段取り」を作っていける主体。

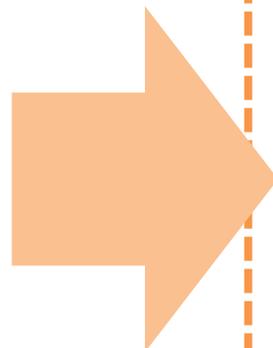
地域のマネジメント不在によって 生じること【再掲】

- 地域で「連携の課題」を言い放し、ぶつける先がない
- 「連携の進捗・課題」が「数字」で見えていない

- 「連携の課題」を解決するルール・ツール、取組を作れていない

- ルール・ツール、取組を作っても普及しない、徹底されない

- 取組が長く続かない、見直しができていない、どこまで進んだかわからない



目指したい方向性 (協調・規範・持続性)

- 地域や団体の研修等で、「連携の課題」を集約できる
- 「連携の進捗・課題」が「数字」で見える

- 皆で取り組むルール・ツール、取組を「地域合意」にできる

- ルール・ツール、取組を実施する「協力医療機関・事業所」が見える
- 地域や団体の研修等で、ルール・ツール、取組を普及・徹底できる

- 取組の効果検証や見直しをする
- 「連携」の進み具合が数字で見える

目指したい方向性と段取り②

地域のマネジメント不在 によって生じること【再掲】

- 地域で「連携の課題」を言い放し、ぶつける先がない
- 「連携の進捗・課題」が「数字」で見えていない

- 「連携の課題」を解決するルール・ツール、取組を作れていない

- ルール・ツール、取組を作っても普及しない、徹底されない

- 取組が長く続かない、見直しができていない、どこまで進んだかわからない

必要な段取り

(現場とつながったマネジメント)

- 各地域・団体の研修を一覧にする
共通の研修(課題集約等)を依頼する
- 地域の連携の進捗・課題を調査する

- ルール・ツールのイメージを具体化する

- 各医療機関・事業所へ説明する
- ワークフローに組み込んでいただく
- 「協力医療機関・事業所一覧」を作る
- 各地域・団体へ共通の研修を依頼する

- ルール・ツールごとに進捗管理・効果検証を行う
- 必要に応じて見直しを行う

目指したい方向性 (協調・規範・持続性)【再掲】

- 地域や団体の研修等で、「連携の課題」を集約できる
- 「連携の進捗・課題」が「数字」で見える

- 皆で取り組むルール・ツール、取組を「地域合意」にできる

- ルール・ツール、取組を実施する「協力医療機関・事業所」が見える
- 地域や団体の研修等で、ルール・ツール、取組を普及・徹底できる

- 取組の効果検証や見直しをする
- 連携の進み具合が数字で見える

汗をかいて行うチームが必要

「北九州医療・介護連携プロジェクト会議」の立ち上げ

患者・利用者や、その家族を中心として、切れ目のない医療・介護等の支援を提供するため、**市内の医療・介護等の関係機関が実施すべき取組**や、その**普及・徹底方策の策定**、それらの**実施状況の進捗管理、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」を立ち上げ（平成30年8月）

構成員

NO	氏名	団体（所属）	役職
1	安藤 文彦	公益社団法人北九州市医師会	専務理事
2	犬塚 寛	公益社団法人福岡県介護老人保健施設協会 北九州ブロック	
3	加藤 ひとみ	小倉医師会訪問看護ステーション	管理者
4	閑地 敦子	公益社団法人福岡県看護協会	北九州 地区長
5	佐藤 千穂	公益社団法人北九州市薬剤師会	理事
6	重藤 弘之	一般社団法人北九州市歯科医師会	理事
7	白木 裕子	NPO法人ケアマネット21	代表
8	白土 健司	小倉在宅医療・介護連携支援センター	管理者
9	曽我 満美	公益社団法人北九州高齢者福祉事業協会	副会長
10	玉野 和男	公益社団法人福岡県作業療法協会	理事
11	坪根 雅子	公益社団法人福岡県介護支援専門員協会	常任理事
12	藤好 正和	一般社団法人福岡県医療ソーシャルワーカー協会	理事
13	山内 康太	公益社団法人福岡県理学療法士会	理事



<http://ssl.city.kitakyushu.lg.jp/hoku/18301215.html?print=true&css=>

今年度のスケジュール

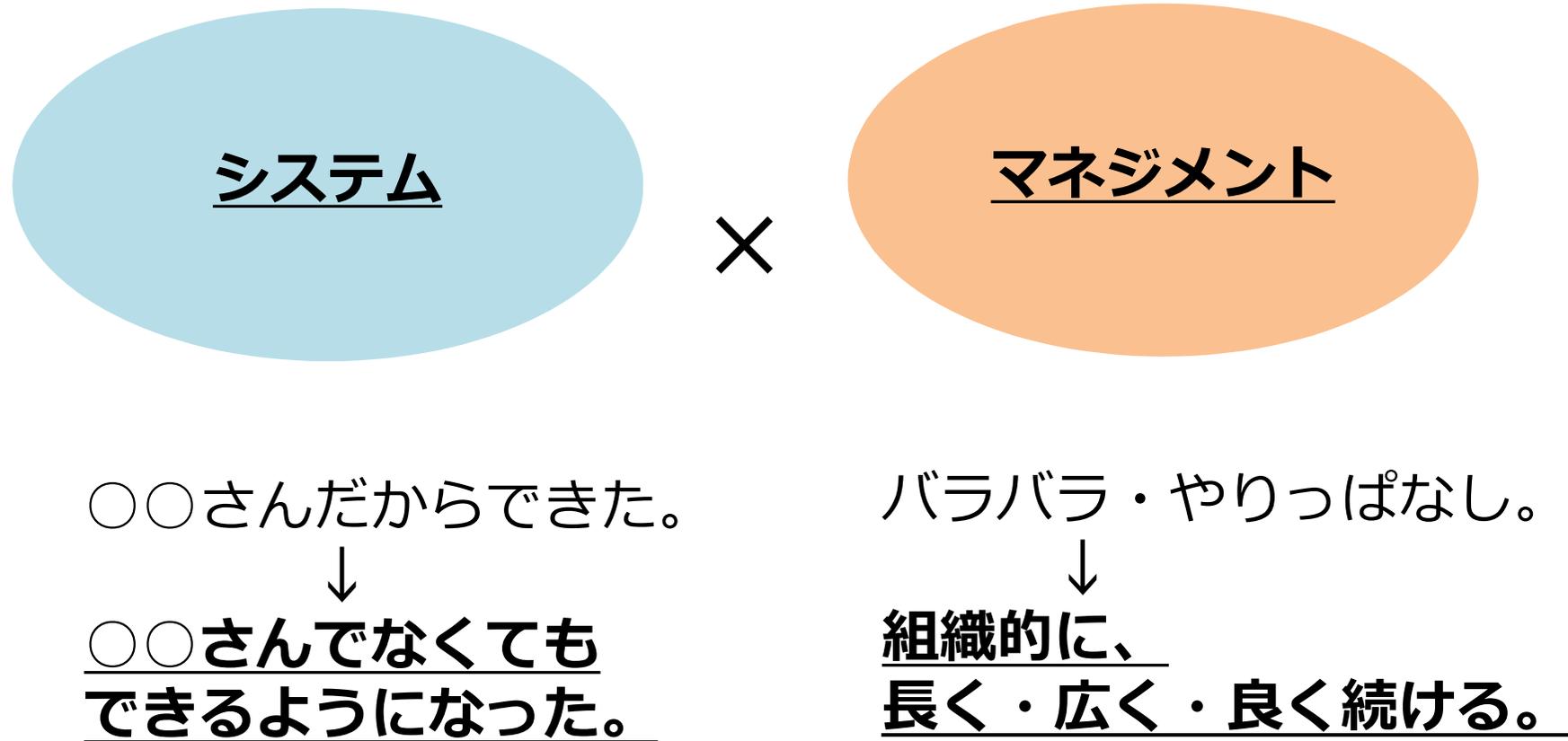
- 「**連携の課題の定量的・客観的把握**」と「**市内周知・協力依頼**」を並行。
- 市内で**協力してくれる医療機関や介護事業所等を整理**し、それとセットでルールやツールをリリースする。

時期	内容	
平成30年 ～8月	【立ち上げ期】 ○プロジェクト会議の立ち上げ（8月17日）	
夏	【仮説の設定、裏付け期】 ○ 連携の課題の定量的・客観的把握（調査） ○連携の既存の取組の情報収集	【市内周知・協力依頼】 ○市内の医療機関・介護事業所等へ、議論の状況周知、 ○ 協力依頼等
秋	【調整期】 ○医療・介護等団体の協力意向等の確認 ○ 医療機関・介護事業所等の協力意向等の確認	
冬	【具体化期】 ○市内で取り組むべきルール・ツール・取組の策定・合意 ○普及・徹底の方策	
平成31年 以降	【モデル実施期】 ○市内でモデル実施、効果の検証	

プロジェクト会議の立ち上げ後の周知状況

説明日	分類	相手方	内容
30.8.18	CM	ケアマネット21	研修会
30.8.22	多職種	在宅医療・介護連携支援センター	連携職員連絡会
30.8.25	多職種	小倉在宅医療介護従事者研修会	小倉在宅医療介護従事者研修会
30.8.28	特養	北九州高齢者福祉事業協会	高福協施設長会議
30.8.30	内部	保健福祉局	保健福祉局幹部会
30.9.2	OT協会	OT協会北九州ブロック	地域ケア会議に関する研修会
30.9.4	医師	北九州市医師会	高齢社会対策委員会
30.9.5	内部	区役所	区保健福祉課長会議
30.9.7	多職種	若松区多職種連携研修会	若松区多職種連携研修会
30.9.10	内部	区役所	地域包括支援センター担当係長会議
30.9.14	特養	地域連携交流会	地域連携交流会
30.9.15	PT	福岡県理学療法士会	管理者研修会
30.9.18	老健	北九州ブロック介護老人保健施設協会	研修会
30.9.28	内部	区役所	地域保健係長会議
30.10.2	病院	市立八幡病院	看護師長会研修会
30.10.5	厚労省	厚労省（医薬・生活衛生局）	「市町村職員を対象とするセミナー」
30.10.6	CM	福岡県介護支援専門員協会	研修会
30.10.11	CM	福岡県介護支援専門員協会	研修会
30.10.18	CM	コスモケア	研修会
30.10.19	多職種	八幡在宅医療介護従事者研修会	八幡在宅医療介護従事者研修会
30.10.20	老健	北九州ブロック介護老人保健施設協会	全体研修会
30.10.23	病院	市立医療センター	看護師長会研修
30.10.27	施設	小規模多機能型居宅介護	研修会
30.11.9	老健	北九州ブロック介護老人保健施設協会	通所リハ研修会
30.11.10	病院	北九州病院グループ	リハビリテーション部門講演会
30.11.17	多職種	ケアマネット21	西日本福祉機器展シンポジウム
31.3.3	医師・SW	三重県医師会	研修会

- 「顔の見える関係」も大事だが、それは連携の「要素」の一つ。
- 今後は地域のシステム・マネジメントが欠かせない。



- こうした機能は各地域に必要であり、行政は方向性と段取りを描くことが期待されている。

中長期的な展望

- 北九州医療・介護連携プロジェクト会議をきっかけに、今後10年・20年にわたる生じる地域課題に向き合う「プラットフォーム」をつくる。

北九州医療・介護連携プロジェクト会議

1. 市全体で一つ取り組んでみる

- 市全体での情報収集（デジタル化）
- 市全体でできる簡単で低コストな取組
（患者情報共有ツール、情報提供ルール）など

2. 市全体での連携の取り組みを定着・深化させる

- 1の取組の進捗管理・検証
- 市内・他都市の先進事例の市全体での取り組み
（アドバンスド・ケア・プランニングのやり方、研修の体系化）など

3. 連携以外の課題にも一緒に対応する

- 医療・介護人材の確保・裾野の拡大
など

○地域包括ケアシステムは「掛け声」だけでなく「実務」に落とし込む必要があります。

その際、現場・実務者から市町村への期待は大きいです。

○市町村同士学びあいながら、地域包括ケアシステムを作っていきます。

○ご清聴ありがとうございました。

