

令和6・7年度

地域包括ケアシステム・在宅医療（かかりつけ医）

推進委員会答申

「第8次医療計画を踏まえた更なる在宅医療・介護連携の
推進～特に意思決定支援におけるとびうめネットを含む
ICTの利活用について～」

令和8年3月

福岡県医師会地域包括ケアシステム・在宅医療（かかりつけ医）推進委員会

令和8年3月19日

福岡県医師会
会長 蓮澤浩明 様

地域包括ケアシステム・在宅医療（かかりつけ医）推進委員会
委員長 岡部浩司

答 申

地域包括ケアシステム・在宅医療（かかりつけ医）推進委員会では、貴職からの諮問「第8次医療計画を踏まえた更なる在宅医療・介護連携の推進～特に意思決定支援におけるとびうめネットを含むICTの利活用について～」について鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

地域包括ケアシステム・在宅医療（かかりつけ医）推進委員会

委員長 岡部浩司
委員 伊藤大樹
委員 岩見元照
委員 占部嘉男
委員 梶間晃道
委員 川本京子
委員 桑野恭行
委員 酒谷陽右
委員 白垣幸助
委員 末廣剛敏
委員 末松剛
委員 田中耕太郎
委員 田中眞紀
委員 辻裕二
委員 堤康雅
委員 西秀博
委員 西原昌代
委員 原速一
委員 原祐一
委員 平井智加香
委員 福原敏江
委員 向笠洋介
委員 牟田文彦
委員 村松圭司
委員 矢津剛

(五十音順)

目次

I	はじめに	1
II	福岡県における在宅医療の現況と将来予測	3
III	在宅医療・介護現場の意思決定支援におけるICT利活用の現況と将来	5
IV	とびうめネットの現状	8
	(1) 「とびうめネット」に関する福岡県の取組について	11
	(2) とびうめネットの導入に関する意見	13
	(3) 救急用画面に必要な緊急時に表示されるべき情報について	15
	(4) ACP (Advance Care Planning) 情報の取り扱いについて	16
V	在宅医療・介護現場においてとびうめネットに期待すること	18
VI	福岡県における在宅医療・介護の連携体制の充実に向けて	22
	(1) 医師会の立場より『5ブロック地域包括ケア推進構想～医師会・病院を 連携拠点とした日常生活圏域ごとに住民目線の在宅療養支援体制の構築～』	22
	(2) 訪問看護ステーションの立場より	24
	(3) 在宅医療・介護の連携の更なる充実に向けた福岡県の取組について	25
VII	おわりに	28
	【参考資料】	
参考1	行橋市内 高齢者施設からの救急要請・搬送件数等について	31
参考2	居所変更実態調査集計結果 (行橋市・苅田町・みやこ町)	36
参考3	とびうめネットの画面について	47

I はじめに

日本は諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している。65歳以上の人口は2042年には約3,900万人でピークを迎え、その後も75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている。2040年の医療需要については、医療と介護の複合ニーズを有する高齢者が増加することに伴い、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれている。一方で医療従事者においては高齢化に伴い生産年齢人口が減少することで、人材確保がますます困難となることが予想される。今後限りある医療資源の中で増加する在宅医療に対応していかなければならない。そのためには地域の医療機関と訪問看護ステーションなどの多職種連携による24時間体制の構築、介護との連携及びICTを活用した情報共有等による効率的かつ効果的な在宅医療提供体制の構築が重要となってくる。福岡県によると、自宅等で疾病や障害を抱えながら生活する高齢者などが2040年にかけて増加することが推測される。令和6年度の訪問患者数は5万2,000人に達しており、今後の在宅診療の見込み需要予想では高齢化の進行に伴う自然増加分と地域医療構想強化による追加的需要分を踏まえると、令和11年までの6年間で1万人増加という目標値を設定している。退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、この4つの機能の確保のため、医療機関と多職種連携による切れ目のない在宅サービスを提供できる連携体制の構築、在宅医療に必要な拠点の整備、及び福岡県医師会診療情報のネットワーク「とびうめネット」を活用した効果的かつ効率的な多職種連携を推進する必要がある。在宅ターミナルケアを受けた患者数は令和5年度は6,516人であり、令和11年度の目標値は8,023人である。このような状況の中、今後国民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれている。このため厚生労働省においては、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。

全国規模の患者情報プラットフォーム（マイナンバーカード）には疾病や処方薬などの医療情報はあるものの、アレルギー情報、ACP、緊急連絡先、介護情報などの情報はなく、地方の患者情報プラットフォーム（とびうめネット）との共存が望ましいと思われる。福岡県医師会が実施主体である「とびうめネット」を活用した情報連携体制の構築を通じて、第8次福岡県保健医療計画の具現化並びに在宅医療・介護連携及び地域包括ケアシステムの推進、地域共生社会の構築に取り組んでいく必要がある。また救急搬送時において「とびうめネット」を閲覧するにあたって、患者の希望する救急搬送受け入れ病院の記載であったり、ACPの項目が後ろにありその記載した時期や内容など多くの問題点の指摘がある。

さらに最も大きな問題は登録件数の伸び悩みである。行政連携導入により登録数の増加を認めているが、未だに行政連携が出来ていない郡市区医師会が大半である。またかかりつけ医からの登録が少ないとの不安や、登録があっても実働が少ないなどシステムの使い勝手の改善が必要となっている。「MCS」や「LINE」などの簡易な別のシステムを利用しているケースが多々見られ、セキュリティ問題もあるが「とびうめネット」をもっと簡便に利用できる改正も必要と思われる。マイナンバーカードや他のシステムには無いバックアップシステムを備えた「とびうめネット」の強みをアピールすることも、普及させる一つの切り口となるのではないかと考えられる。

今回、以上を踏まえ各委員に分担執筆をお願いし、福岡県医師会長諮問「第8次医療計画を踏まえた更なる在宅医療・介護連携の推進～特に意思決定支援におけるとびうめネットを含むICTの利活用について～」に対して答申を取りまとめた。

II 福岡県における在宅医療の現況と将来予測

(1) 現況

本県では平成 24 年度より県行政が、平成 28 年度よりは本会と合同で在宅療養支援診療所・病院・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料届出施設（以下、「在支診」、「在支病」、「在医総管届出施設」）に対し在宅医療（主に訪問診療）についての調査を行っており、そのデータは、現状分析や将来予測はじめ各種施策の原資とされている。本項では令和 6 年度の調査を中心にその概略を報告する。

1) 令和 6 年度調査概要

令和 6 年 7 月時点で九州厚生局に届出がある、在支診 779 か所、在支病 125 か所、在医総管届出施設 458 か所の合計 1,362 か所に対し調査。回答率は 96.6%。

2) 調査結果概要

- ・令和 6 年 8 月の訪問診療患者数 合計 51,201 人（割り戻し推計、訪問診療 I-2 含む）
- ・令和 5 年度調査より約 6,000 人増加し、今までで最も増加数が多い
- ・コロナ禍以降第 7 次保健医療計画策定時の予想より増加率が上向きなっている
- ・訪問診療を受けている場所は、自宅が約 3 割弱で 7 割以上が高齢者向け施設である
ただし、二次医療圏毎に見ると大きく異なる
- ・20 歳未満の患者さん（医療的ケア児）は、少しずつ増えてきていたが、一昨年より 1 年間で 200 人以上増え 577 人となった
- ・訪問診療提供元のうち約 16%は病院の在宅医療部門（在支病・在医総管届出病院 157 施設）であり、県内約 450 病院の約 3 分の 1 が在宅医療を提供している
- ・在宅看取りもコロナ禍以降大きく増加しており、年間約 8,000 人以上となっている
- ・在宅医療に係わる届出施設は平成 28 年度には 1,284 か所で、その後 78 か所増えたようであるが増加分のうち 58 か所は病院であり、診療所の増加は 20 施設。福岡・糸島医療圏、北九州医療圏以外ではほとんど変化なし（増えない）
- ・訪問診療に従事する医師数は約 2,000 人強でここ数年は変化なく、一施設当たり、一医師あたりの訪問診療数が 1.7 倍になっている計算
- ・訪問診療に従事する医師の年齢も高齢化しており、現在 60 歳代以上が

約半数となっている

- ・二次医療圏毎に一般・療養病床数（県内は約 64,000 床）との比較は、数か所ですでに病床数と同じくらいかそれ以上に増えてきている
- ・県内の訪問看護ステーション数はここ数年で倍増している。令和 6 年度で 1,000 施設を超え、人材不足が深刻化してきている中でも、そこに従事する看護師（保健師、助産師、准看護師も含む）は約 8,000 人と看護師数も倍増している

（２）将来予測と課題

以上を鑑み、おおまかな将来予測と現況から見えてきた課題を下記に示す。

- ・国の予想では 2040 年のピーク時は県内の訪問診療必要数は 65,000 となっているが今の増加率を見ても、本県におけるピーク時は約 70,000 になると考えていた方がいい
- ・福岡、北九州都市圏以外はすべての地域で、2030 年ころより 85 歳以上人口が急に増えてくる予想となっており、まずは 2030 年に向け対策をとる必要がある
- ・医師多数区域である本県でも在宅医療に携わる医師数は横ばいであり、その年齢構成をみると、この先 10～15 年で計画的な世代交代が必要であり、若い医師の在宅医療へのさらなる参入促進を進める
- ・救急搬送の約 6 割が高齢者であり高齢者施設における医療・介護連携強化が必要
- ・多職種連携のさらなる推進による在宅医療体制の整備が急務
- ・技術や財政、セキュリティ面からハードルは高いが在宅医療現場での ICT の適切な導入普及は避けては通れない
- ・現在の二次医療圏毎の検討のみでは解決できないので医療圏を越えた診療圏での議論が必要
- ・令和 8 年度より新たな地域医療構想、第 8 次医療計画の中間見直しが始まるが、近い将来の訪問患者数から考えると、将来の在宅医療をしっかりと見極めながら、その地域に必要な病床数や救急体制の整備が必要となる
- ・在宅医療の 4 機能（退院支援、療養支援、急変対応、看取り）をカバーする拠点整備を推進することが必要
- ・郡市区医師会を「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として位置づけ、自治体、保健所が今以上に支援していく枠組み作りを推進する
- ・訪問診療数のみを増やすのではなく、質を担保した適切な整備が必要
- ・そのためにもアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の推進や、看取りに関する県民向け啓発活動を今以上に進める

Ⅲ 在宅医療・介護現場の意思決定支援におけるICT利活用の現況と将来

(1) 「ACP」と「HIE」

Advance Care Planning (ACP) の定義は各国のガイドライン等によって様々であり、国際的に統一した見解は示されていない。日本の厚生労働省ではACPを「今後の医療・療養について患者・家族等と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス」と定義している。医療や介護の現場におけるACPと意思決定支援の主目的は、患者の自己決定権の尊重と尊厳の確保である。しかし、ACPのプロセスがすすみ、既に本人が意思決定できていたとしても、医療機関・自宅・介護施設など、療養場所の移行を繰り返す間に、その意思が共有されず繋がらない現状がある。その結果として、希望しない病院への救急搬送、心肺蘇生術の施行、希望する死の場所とのギャップなどが生じている。

諸外国では、このような状況を改善する方法として、Information and Communication Technology (ICT) を利活用する取り組みが行われ、その手法や効果についての報告がなされている。多くの取り組みと議論の中で、必要な診療情報の共有に焦点をあてた診療情報交換 Health Information Exchange (HIE) とよばれる概念が導かれた。HIEは質の高い、安全な患者ケアのために、適切に、時宜を得て患者情報の共有をはかることで、ケアの意思決定を支援し、再入院、投薬過誤を防ぎ、重複検査の削減に寄与し、診断を向上させることを目指す。

(2) 諸外国での取り組み：「EPaCCS」

患者の希望する死を実現するために導入された終末期に関するICTシステムは、「電子緩和ケア・コーディネーション・システム Electronic Palliative Care Co-ordination Systems (EPaCCS)」と呼ばれる。EPaCCSは、ケアの希望を電子的に記録し、それを患者のケアに携わる関係者間で共有することで、死の質 Quality of Death (QOD) を向上させることを目的とする。EPaCCSはまさしくHIEである。EPaCCSでは、かかりつけ医、訪問看護師、緩和ケアチーム、病院スタッフ、救急隊などケアに関わっている専門家や組織だけがその患者情報にアクセスできる。EPaCCSの例として、英国ロンドンの Coordinate My Care (CMC)、スウェーデンの The Swedish Register of Palliative Care (SRPC)、オランダの the Danish Palliative Database、オーストラリアの Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC)、米国の Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) registries、スコットランドの Scottish electronic Palliative Care Summary (ePCS) などがある。

英国のCMCは、世界的に有名なEPaCCSの1つである。最低限共有される情

報として、①患者基本情報（名前、住所など）、②現在の関与（その患者のケアに関わっている他のヘルスケア及びショーシャルケアの専門家の名前と詳細）、③医療情報（診断、アレルギー、薬剤など）、④ケアの希望（患者の期待、希望、委任状の取り決めについての詳細）、⑤特別な要求事項（話し言葉、障害、ケアの好み）がある。かかりつけ医の電子カルテ、2次病院や救急、ホスピス等で使用されているシステムにAPI（Application Programming Interface）で提供される。CMCで情報共有をした患者の82.4%が病院外で、77.8%が希望した場所（うち71.8%が第1希望の場所）で死を迎えることができたと報告されている。

（3）日本での取り組み：「全国医療情報プラットフォーム」と「地域医療情報連携ネットワーク」

日本でも、医療DXの実現に向け、全国医療情報プラットフォームの創設、電子カルテ情報の標準化、診療報酬改定DXを柱とする取り組みなどが政府主導で進められている。全国医療情報プラットフォームでは、マイナンバーカードの保険証利用やマイナポータルと医療や保健、保険情報が連結される。一方、地域医療情報連携ネットワーク（地連ネット）とは、地域の病院・薬局・そのほかの施設が患者の医療介護情報をオンライン上で共有・閲覧できるシステムである。導入した医療機関では、「患者紹介の円滑化」や「医療従事者間の情報共有の向上」などの効果が期待されている。全国医療情報プラットフォームと地連ネットはともにHIEの概念に沿った医療情報共有システムとして理解できる。日本総研のデータでは、2023年の時点で地連ネットは全国に約270存在している。全県単位、2次医療圏単位、市町村単位のものなどがある。福岡県のとびうめネット、長崎県のあじさいネットなどは全県単位の地連ネットである。総務省ではクラウド型EHR高度化事業の推進、厚生労働省では基金を利用して地連ネット支援事業を進めているが、利用が低調なネットワークが多数報告されている。その理由として、包括的なシステムの体系が存在しておらず、医療データのシステムが多様で拡散しており、標準化された医療情報を共有するための情報基盤が整備されていないこと、電子カルテシステム等の普及が一般病院で約57%、一般診療所で約49%と未だ低調であること、入力を担当するファシリテーターの養成が必要であること、などが挙げられる。さらに、日本のこれまでの研究や報告では、地連の登録患者数や参加医療機関数に関する報告は複数みられるものの、日常臨床でHIEが医療・介護・福祉従事者にどのように利用されているかに関する客観的なデータ、アウトカム研究や効果比較研究が不足している。

在宅医療における多職種間で情報共有ツールとして、Meical Care Station®やVital Link®などの非公開型Social Network System（SNS）が多用されている。このような非同期コミュニケーションは仕事の効率化を促し、間接的に患者ケア

の質と量を向上させることが期待されるが、これについても効果比較試験はなくエビデンスは乏しい。

(4) EPaCCS の将来

このような情報共有のためのネットワークを介して、患者中心の意思決定支援を行っている医療や介護、福祉専門職が、患者と共有した患者固有のACP情報を連結させることで、その患者の価値観や療養意向などアイデンティティーを支える情報を、既往歴やヘルスレコードと同レベルに格上げすることができる。このような取り組みは、患者のQOLに密接に関わる患者の価値観よりも病名が重要な情報とされている現在のスタンダードから、その患者の支援において患者のQOLに密接に関わる患者の価値観を知ることが病名と同等に重要な情報であるという認識へパラダイムを転換させることにつながると考える。

EPaCCSの有効性を示した **controlled trial** はなく、そのエビデンスはまだ不十分である。また、最初に述べたように、ACPや EPaCCS の主目的は患者の自己決定権の尊重と尊厳の維持であり、病院死を減らすことは2次的アウトカムであることを理解すべきである。ACPや EPaCCS が「患者固有の価値観の共有」を促進する潤滑油となり、意思決定を基盤にした全人的ケアが社会にさらに普及することを期待している。

IV とびうめネットの現状

超高齢社会をむかえた我が国において、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者、特に85歳以上の人口が2030年以降急速に増加することが見込まれている。本県においても「Ⅱ 福岡県における在宅医療の現況と将来予測」でも述べたとおり、2040年のピーク時には訪問患者数は約70,000人になると予測され、人口の増減にかかわらず、県下すべての地域で、2030年以降85歳以上の人口が急速に増加することが見込まれている。このような中、国の予想では2020年から2040年にかけて85歳以上の救急搬送件数は約75%増加する見込みであり、また老人ホーム等からの救急搬送件数も2040年には約67万人に達すると予測されている。本県においても現状で救急搬送患者のうち約6割は65歳以上の高齢者であり、今後の救急医療体制を崩壊させないためにも、看取りを含めた医療・介護連携の深化推進は新たな地域医療構想での最重要課題の一つとなっている。一方、生産年齢人口の減少に伴い、医療・介護領域においても人材確保はますます困難となっており、医療・介護現場でのICTの利活用による効率的なサービス提供は今後益々重要となってくる。

福岡県医師会では、平成26年度より「とびうめネット」を開始し、「県民が安心し、納得できる医療情報の共有」を事業理念として、福岡県における医療・介護提供体制の充実及び県民が迅速かつ適切な医療を受けることで安心して暮らせる環境の実現を目的に、診療情報や各種健診情報等の一元化に取り組んできた。

とびうめネットは、以下の三本柱で構成され、患者や医療機関の状況、ニーズに応じた活用が可能となっている。

① 救急医療支援システム

かかりつけ医が患者の病名、病歴、服用しているお薬、アレルギー、緊急連絡先等を登録することで、救急搬送先病院が情報を参照し、診療を円滑かつ効率的に行うことを可能とする仕組み。

② 多職種連携システム

救急医療支援システムに登録された患者基本情報を、多職種間で共有できるほか、SNS機能を活用してリアルタイムに情報共有を行うことで、迅速な対応を可能とする仕組み。

③ 災害時バックアップシステム

電子レセプトデータや電子カルテデータをバックアップすることにより、大規模災害や医療機関内での事故、サイバー攻撃発生時にも保全したデータを電子的に提供し、診療等の最低限の業務継続を可能とする仕組み。

とびうめネットには、令和7年10月末時点で883医療機関が参加し、登録

患者数は 72,256 人、多職種連携システムには 18 医師会が参加している。また、令和元年度からは、北九州市医師会、北九州市及び福岡県医師会の共同事業として、北九州医療・介護連携プロジェクト「とびうめ@きたきゅう」を開始し、現在はこの取り組みを福岡県行政と連携して他市町村へ拡大しているところであり、その詳細は次項にまとめている。

国においては、マイナ保険証の普及を進め、オンライン資格確認等システムを基本とした全国医療情報プラットフォームを構築しているが、地域医療情報連携ネットワークであるとびうめネットは、県内各地域の在宅医療・介護連携や地域包括ケアシステムの推進に資するツールとして、今後も要介護人口の増加を見据え、地域の実情に応じた切れ目のない医療・介護提供体制の確保に寄与することが期待される。

今般の委員会では出された、現状でのとびうめネットの課題や今後の対応についての要望等を以下にまとめてみた。

<とびうめネット基本システムについて>

- ・セキュリティ確保のため、現状は IP-VPN 方式が主だが、SSL-VPN など代替案も検討してほしい
- ・現状では iPad 限定利用になっているが、スマートフォン (iPhone、Android) でも対応可能としてほしい
- ・災害時やサイバー攻撃時の医療継続や救急受入れに備え、データバックアップ利用の推進を目指す

<とびうめネットの各システムについて>

①救急医療支援システム

- ・京都医師会では以前より登録はあるが、実働は少ない
- ・システムの使い勝手の改善が必要
- ・久留米市では導入当初は活発だったが、現在は利用が停滞気味
- ・救急隊への情報提供はまだ実施されていない
(飯塚地域)
- ・まだ活用実績がないが、マイナカードとの違いを市長に説明し、県内共有の利点を P R
(京都地域)
- ・北九州市同様の行政連携に係る協定により 1,800 件の登録実績があるが、市民から「かかりつけ医が登録していない」との不安の声もあり
(県行政)

- ・協定市町の登録者数が伸び悩んでいる
- ・特に住宅型高齢者施設の職員体制が課題。包括支援センター等の活用が鍵
- ・登録者増加と市町のフォローアップが重要

②多職種連携システム

- ・北九州市ではMCSやLINEなどの簡易システムが主流
- ・とびうめの導入にはタブレットの導入などハードルがある
- ・とびうめネットは操作や導入のハードルが高く、認知も不足
- ・より利用しやすい形への改善が必要
- ・地域でもとびうめの活用は進んでおらず、他業者のシステムに依存するケースが多い
- ・看護師の立場として、MCSはスマホ1台でリアルタイム連携可能な利点あり
- ・弁護士を招いたICT勉強会でも個人端末使用のリスクを指摘された
- ・情報の機密性に応じて「とびうめネット」「電話」「MCS」など使い分けが必要
- ・医療・介護情報の取り扱いに関してガイドラインの遵守が不可欠
- ・院内で業務用スマートフォンを配布し、個人端末（BYOD（Bring Your Own Device））ではなく管理する必要がある
- ・BYOD（私的端末利用）は「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン6.0」では原則禁止
- ・セキュリティ面からも注意が必要で、富士通と調整中
- ・制度面・技術面の両面から見直しと改善を進めている
- ・令和7年度、遠賀中間地区で在宅患者400人から登録を開始予定

③災害時バックアップシステム

- ・災害時バックアップシステムは認知度が比較的高い
- ・登録機関数が伸び悩んでいる

<緊急時に表示されるべき情報について>

- ・情報閲覧が階層的で見づらく、重要情報、特にACP（アドバンス・ケア・プランニング）や緊急連絡先情報が奥（画面下部）にあり、救急時等の即時確認が困難。ACP情報を最初の画面に表示できたほうが良い。改善案として「画面上部への表示」または「ボタンで情報をポップアップ表示」を検討中
- ・チェックボックス付きの既存情報は同意取得済みのため削除不可
- ・必要情報を最上部に表示すべき
- ・ACPを上部に表示しすぎるのは危険。参考情報程度にすべき

- ・禁忌薬を目立つ色で表示すべき
- ・入力項目が多すぎる印象。主治医の負担軽減を図るべき
- ・レセプト・健診データ活用により登録を効率化すべき

<情報更新・責任体制について>

- ・連絡先変更等の更新が行われにくい状況が課題
- ・入力後の情報更新体制の整備が必要

<画面設計について>

- ・画面を「救急用」と「多職種連携用」に分けて選択式にすべき
- ・必要な情報をクリック式で展開する仕様が望ましい
- ・アウトカム評価の導入（例：使用後の評価ボタン）も検討

<ACP情報の取り扱いについて>

- ・参考情報としての表現が妥当。決定情報と誤認させない構成にすべき
- ・「治療方針」と「看取り場所」の情報は分けて扱うべき
- ・チェック式入力＋フリーテキスト併用で効率と柔軟性の両立を図るべき
- ・主治医がチェックを入れる場合は責任が生じる点に留意しなければならない

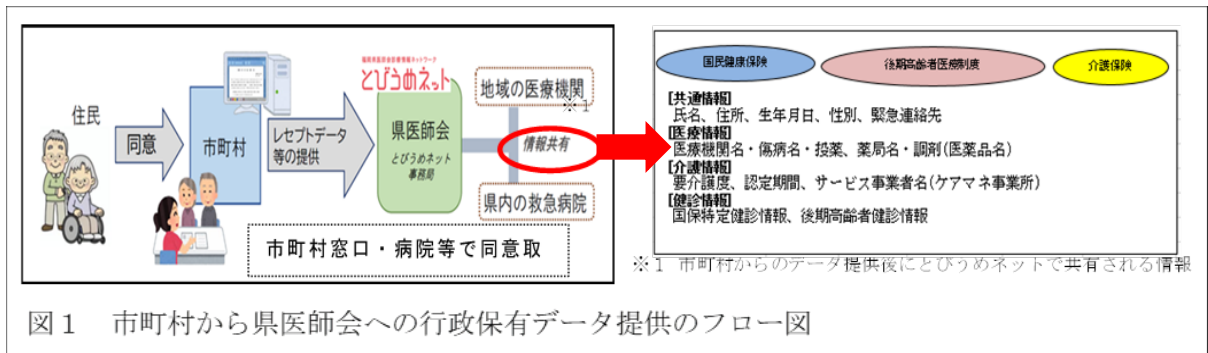
(1) 「とびうめネット」に関する福岡県の取組について

「とびうめネット」は、緊急時に患者の基本情報を共有する救急医療支援機能、在宅医療において多くの職種が情報を共有する機能のほか、災害時に備え電子カルテ等をバックアップする機能を有している。

このため、「とびうめネット」は平時の救急のみならず、災害、大規模事故等、県民の健康を脅かしかねない事態への備えとして、公益性の高い事業であるとともに、人生百年時代を誰もがいきいきと活躍し、健康で充実した人生を過ごせる福岡県を目指す上で、意義のある取組みである。このことから、福岡県は福岡県医師会が行う「とびうめネット」の活用拡大のため、主にネットワークシステム開発整備に必要な経費に対する支援を行ってきたところである。

また「とびうめネット」は、市町村が保有する国民健康保険や後期高齢者医療のレセプトデータなど、行政が保有する情報を患者御本人の同意の下、とびうめネットの患者情報登録に活用する機能を有している。

この機能により、かかりつけ医の情報入力に係る負担を軽減するとともに、患者住所地の市町村に所在する医療機関だけでなく、県内の救命救急センターや救急告示医療機関等の約 100 か所の救急医療機関で患者情報を閲覧でき、住所地以外の県内市町村で救急搬送された場合も適切な処置が受けられるようになることが期待される。(図 1)



この機能を活用した「とびうめネット」の利用拡大のための連携協定を、県、市町村、福岡県医師会、郡市医師会の4者間において締結する取組（以下、「行政連携」）を進めており、令和6年度末において、大牟田市、大川市、北九州市、みやま市、行橋市、苅田町及びみやこ町の県内7つの市町で協定の締結が行われたところである。（表1）

表1 県内市町村との協定締結状況について

	市町	協定締結日	協定締結者
1	大牟田市	令和5年1月19日	福岡県、福岡県医師会、大牟田市、大牟田医師会
2	大川市 (とびうめ@おおかわみずま)	令和6年2月13日	福岡県、福岡県医師会、大川市、大川三瀬医師会
3	北九州市 (とびうめ@きたきゅう)	令和6年4月15日	福岡県、福岡県医師会、北九州市、北九州市医師会
4	みやま市 (とびうめ@みやま)	令和6年4月30日	福岡県、福岡県医師会、みやま市、大牟田医師会、柳川山門医師会
5	行橋市・苅田町・みやこ町 (とびうめ@行橋・苅田・みやこ)	令和6年7月31日	福岡県、福岡県医師会、行橋市、苅田町、みやこ町、京都医師会

さらに、福岡県では、協定を締結した市町村がこの取組を始めるにあたって、専用端末の設置などの初期費用が発生することから、この費用の助成を行っているところである。（表2）

表2 市町村への初期費用の補助について

<p>事業名：とびうめネットを活用した救急医療DX推進事業 対象経費：事業の実施に必要な専用端末購入費、専用回線敷設工事費及び登録申込書作成費 補助率：10分の10</p>
--

現在、「とびうめネット」を取り巻く環境としては、国の医療DXにおいて、レセプト、特定健診、電子処方箋などの医療情報や、要介護認定情報などの介護情報、予防接種などの情報との連携を実現し、マイナンバーカードで受診する場合に患者の同意のもと、必要な情報を共有できる「全国医療情報プラットフォーム」の構築が進められているところで、「とびうめネット」を含む地域医療情報連携ネットワークと「全国医療情報プラットフォーム」との連携や役割分担に関し、国で検討が開始されたところである。

福岡県としては、国の検討状況を注視しつつ、その内容を踏まえ、事業者である県医師会と今後の「とびうめネット」の取組について協議をしながら、一人でも多くの県民の皆様の安全・安心につながる支援を行っていきたいと考えている。

(2) とびうめネットの導入に関する意見

【救急システムについて】

とびうめネット導入の課題としてチームリーダーとなる診療所医師が基本情報を入力する煩雑さがあったが、京都医師会の圏域では令和6年7月31日1市2町（行橋市、みやこ町、苅田町）、県庁、県医師会、京都医師会において調印式がなされ、救急医療支援システムを活用した行政連携の取組みである北九州および大牟田方式の導入、つまり国保連合会のレセプトデータ（個人名、生年月日、レセプト病名、薬剤名など）を基本情報に自動入力することで多くの手間が省かれることとなった。



令和7年11月現在、この1年3か月で行橋市2,773人、みやこ町430人、苅田町320人（計3,523人）の登録を確認した。行橋市にかぎり詳細を検討すると、総人口（71,895人）の3.9%が登録され、年齢別に分類すると65歳以上の12.3%、75歳以上の18.7%、85歳以上の29.9%が登録されていることとなり、当初の目標年2,000人登録目標は達成されている。男女比は女性67.4%、男性32.6%であった。登録者の種別を検討すると、最も多かったのは地域包括支援センターの1,607人で57.2%を占め導入において最も有効な導入先となった。提出者はその次に本人・家族で18.1%、ケアマネジャー9.4%、施設9%、病院4.7%、その他0.2%となった。（図1）

(図 1)

行橋市とびうめネット登録申込状況（令和6年8月1日～）										令和7年11月21日 現在		
2,773人 登録申込済												
総人口 71,885人の 3.9%			65歳以上 21,947人の 12.3% (2,698人)			75歳以上 12,689人の 18.7% (2,377人)			85歳以上 3,814人の 29.9% (1,140人)			が登録申込済(人口は令和7年10月末日現在)
● 男女比				● 登録種別				● 申込者のうち、あんしん情報セット配布対象者				
男性	女性	新規	変更	999人								
904人	1,869人	2,773人	36人	※配布済2,666人(R6.8.1現在)の 37.5% がとびうめネット登録申込済								
(32.6%)	(67.4%)											
● 年代別（受付時）												
10歳未満	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳代	100歳以上		
1人	2人	2人	4人	5人	41人	135人	800人	1,415人	356人	12人		
(0.0%)	(0.1%)	(0.1%)	(0.1%)	(0.2%)	(1.5%)	(4.9%)	(28.8%)	(51.0%)	(12.8%)	(0.4%)		
● 提出者別												
本人	家族	後見人	包括	CM	施設	病院	その他	計				
431人	79人	1人	1,607人	265人	253人	132人	5人	2,773人				
(15.3%)	(2.8%)	(0.0%)	(57.2%)	(9.4%)	(9.0%)	(4.7%)	(0.2%)		※その他：民生委員等			

導入方法としては地域包括支援センターからの勧誘が有用であることが示されたが、老人会や地域イベントにおける本人・家族からの登録や施設管理者や診療所での医師からの導入が期待される。

今回の救急システムの利点としては自動基本情報入力とともに多職種連携システムと救急システムとの連動、救急との連携が図られ情報の中にACP（アドバンス・ケア・プランニング）の内容の一部が共有される点である。デバイスは1市2町の救急指令室にも設置され運用されたが、実際の稼働はこれからというところである。

【多職種連携システムについて】

日々の診療あるいは多職種連携において医療DXは確実に進んでいる。特にチームワーク医療が求められる在宅医療においてはオンタイムのコミュニケーションが求められ、現場では様々なICTツールが使用されている。そもそも京都医師会（1市2町）においては平成31年（2019年）3月にとびうめネット多職種連携ツールが導入され、令和6年6月から令和7年（2025年）11月までに合計329→383名が登録され、住居先では自宅211→246、施設118→137であった。疾患別では癌165→181、非がん160→196、医療的ケア児4→6の患者に導入された。それぞれ1患者につきチームが構成されるが、チーム職種には病院・診療所医師7→8、歯科医師3→3、薬局8→8、訪問看護ST19→21、施設管理者7→7、通所施設7→8、地域包括支援センター+ケアマネジャー23→25、自治体行政7→6、保健所1、小児相談支援事業所3など合計89→92か所の多職種連携がなされた。特徴としては医療的ケア児や難病など行政や公的機関も参加できるセキュリティの固さにあり専用デバイスの使用も県の支援によって可能となった。

【課題と今後の方策】

行橋市における 2014 年～2024 年における高齢者施設からの救急要請・搬送件数などの報告（参考資料 1）によると、搬送事例の 54%がサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）および住宅型有料老人ホーム（住宅型有料）からの搬送であった。また 1 市 2 町の居所変更実態調査集計結果（参考資料 2）によると特に住宅型有料の利用者は医療依存度の高度化、介護依存度の増加にもかかわらず、夜間の医療者の不在、ACP の不明なことが多く死亡退去率が低い。一般的に救急時のトラブルも多い傾向にある。今後 2040 年に向け超高齢化による救急搬送事例の増加は救急システムの破綻を招く可能性もあり、とびうめネットの利用は喫緊の課題である。しかしながら、前述のように現状では 65 歳以上の 12.3%、75 歳以上の 18.7%、85 歳以上の 29.9%しか登録はなされておらず、救急隊もとびうめを開くことで時間を要するほどのメリットを感じてはいない。今後目標として 65 歳以上の 5 割、75 歳以上の 6 割、85 歳以上の 7 割程度の登録率があれば、利用する意義があるものと思われる。さらに、定期的な ACP 事項の更新やネット画面での見易さなどの改善も必要である。

当地区では在宅医療介護支援センターと行橋市で高齢者施設へのとびうめネットのアンケート調査や勧誘事業を今後実施する予定であり、より多くの施設入居者の登録を促進されることを期待している。

多職種連携とびうめに対しては、登録は微増であり、他の M C S やカナミック、L I N E、IDLink などの普及が進んでおり、今後の対応については再考を要するが行政や救急隊との連携に対しては、セキュリティ面で優れており災害やパンデミック時などの B C P に組み入れ可能な特性を生かした連携手段としてさらなる発展が望まれる。

（3）救急用画面に必要な緊急時に表示されるべき情報について

わが国の高齢者人口がピークを迎える 2040 年の医療需要については、85 歳以上の高齢者は医療・介護の複合ニーズを有する場合が多く、85 歳以上人口の増加に伴い、2020 年と比較して、自宅だけではなく高齢者施設等からの救急搬送も増えるため 85 歳以上の高齢者の救急搬送は 75%増加することが見込まれる。そのため救急搬送時の情報は重要になってくるが認知面の点で疾病や内服状況が不明なことも多く、救急隊及び搬送先病院が情報収集に難渋することとなる。本委員会では、緊急時の情報を取得しやすくする目的でとびうめネットの救急用画面を作成した（参考資料 3）。

患者基本情報として必要なものは「登録病院」、「担当医」、「担当看護師」、「ケアマネジャー」それぞれを記載し、次に 24 時間連絡の取れる「緊急連絡先」と

「続柄」を複数人記載、そして「現在の住居の種類」とその「住所」を記載する。診療に関して緊急時に必要な情報として、「処方」、「禁忌薬」、「主病名」、「既往歴」、「病歴」、「アレルギー」、「現在の医療、処置」、「退院サマリー」、「添付文書」は項目のみ記載し、タブで内容を表示し画面を簡潔に見やすくする。特に「禁忌薬」に関しては強調させるために色を変更する。次に「緊急救命医療が必要な場合」については「担当医の判断に委任する」と「臓器提供意思の有無」等の選択項目以外はフリースペースとし状況によって変わってくるために、最終確認日を必ず記入するようにした。

ACP記載欄は人生の終末期に関する意思確認ができていない場合が多く救急搬送する場合は救命優先であるため処置が行われる。救命処置を希望しない旨を記載する場合は、意思確認者もしくは代理決定者の氏名と連絡先、記入日を記載する。救急要請する人が意思決定者もしくは代理決定者でないこともあるため確認が必要となる。また輸血を禁じている宗教があるためその場合は同様に記載し本人関係だけではなく搬送先病院への確認が必要である。

以上の必要情報は1つの画面確認できるように配置し、スクロールしなくていいように表示は項目のみで内容はドロップダウンリスト形式とする。

(4) ACP (Advance Care Planning) 情報の取り扱いについて

日本では高齢化が進行しており、人生の最終段階における医療・ケアのあり方が重要な社会課題となっている。厚生労働省は、本人の価値観や人生観に基づく意思決定を支援するため、アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning : ACP、いわゆる「人生会議」) の普及を推進している。ACPは、本人・家族・医療・介護従事者が繰り返し対話を行い、本人の意思や希望を共有・記録する継続的プロセスとして位置づけられ、特に最終段階の医療方針を適切に反映するために不可欠な仕組みである。

しかし現状では、医療・介護の現場においてACPの記録方法や共有体制が統一されておらず、本人の意思が十分に現場で尊重されない事例が散見される。例えば、「住み慣れた自宅で最期を迎えたい」「侵襲的治療は望まない」「家族に負担をかけたくない」といった理由から、救急搬送や積極的治療を希望しない患者も一定数存在する。こうした価値観を理解し、医学的見通しや治療選択肢を本人に適切に伝えた上で、家族・介護者（代理決定者）を含む合意形成を図ることは、意思決定支援の中心的要素である。また、ACPに基づく内容は文書化され、緊急時に迅速に参照可能であることが求められる。

また、一方で、ACPの実施にはさまざまな課題が指摘されている。具体的には、①記録様式のばらつき、②医療・介護機関間での情報共有の困難さ、③本人

の意思変化に応じた更新体制の不備、などが挙げられる。これらの課題が存在するため、救急医療現場では本人の意思が不明確なまま対応せざるを得ず、結果として医療の質の低下や家族とのトラブル、さらには医療訴訟のリスクへと発展する可能性がある。

これらの課題を解決する手段として、地域医療情報連携ネットワークである「とびうめネット」を活用したACP情報の標準化・共有が有効と考えられる。本委員会では、「とびうめネット」は、ACP情報を医療・介護・救急機関が参照可能な形で共有する仕組みを構築していることから、ACPの記載欄をフリースペースとして設け、主治医が完結に内容を記載し、更新日時及び代理決定者の氏名を明示することで、緊急時に介護施設、救急医療機関が即時に参照できる体制を整えるべきとの意見が出された（参考資料3）。本取り組みにより、本人の意思を適切に尊重した医療提供が可能となり、地域におけるACP実践の質向上が期待される。

V 在宅医療・介護現場においてとびうめネットに期待すること

2040年に向け医療と介護双方のニーズを持つ75歳以上の後期高齢者が増加すると見込まれる中、自宅や介護施設における在宅医療の需要も大きく増加することが予測されている。とびうめネットに登録されている患者情報は緊急時・平時を問わず医師・看護師・ケアマネジャーなど様々な専門職の連携を円滑に行えるツールとして大変期待されているところである。また国が掲げる「時々入院、ほぼ在宅」を実現可能にするためにもこのようなツールは欠かせないものとなっている。

<とびうめネットの利用で期待できること>

- ・とびうめネットの救急医療支援システムの患者情報があれば患者の容体が急変した際、受け入れ医療機関が24時間いつでも情報を確認できるため迅速かつ的確な処置が行えるようになり救命に大きく貢献することができる。
- ・在宅医療や介護現場では医師・看護師・介護士・ケアマネジャーなど様々な専門職が連携して患者をサポートしている。とびうめネットの多職種連携システムの登録情報はこれら多職種間でリアルタイムな情報が共有でき、円滑な対応が可能となる。また多職種がそれぞれ個別に患者情報を確認する手間が省け、業務の効率化が期待できる。
- ・在宅医療においては患者さんが住み慣れた地域や自宅で安心して療養を継続できるよう病院・診療所・訪問看護ステーション・薬局など多くの職種がかかわり合いながら支援体制を整えている。その中でとびうめネットの患者情報を共有できることで患者さんはもとよりその家族や介護施設職員にも大きな安心感をもたらしてくれる。
- ・患者さんが退院する際、とびうめネットの患者情報を共有することで病院から在宅医療や介護現場への円滑な移行を支援することができる。
- ・とびうめネットの患者情報を共有することによって患者さんが望む場所での看取りが円滑に行われる体制を確保でき、適切な支援が行える。

以上のようにとびうめネットの患者登録情報の共有を行うことでのメリットは多々あるが、これらを生かすためには福岡県各地区での登録患者数を増やす取り組みや使用者側である医療機関・消防署等での活用の広がりに向けた取り組みが今一番の課題である。

<登録患者数を増やす取り組み・活用の広がりに向けた取り組み>

- ・患者さんへ登録のメリット（例えば緊急時に迅速な救命措置や適切な治療が出

来る)を具体的かつわかり易く周知していく。

- ・登録手続きのさらなる簡素化を図る。
- ・広範囲の地方自治体とのさらなる連携強化。
- ・かかりつけ医・救急隊・地域包括支援センターなど住民と接する機会の多い機関との協力体制の強化。
- ・自治体や医療機関でのパンフレット配布やウェブサイト・SNS・地域の広報誌・登録メリットの解説動画など媒体を通じた情報発信の強化。
- ・地域で行われている健康イベントや防災訓練などの場での地域住民への啓発活動の強化。
- ・介護保険の申請時にとびうめネットへの登録の勧めを強化。
- ・医療DXに関する補助金の利用促進。
- ・とびうめネットの利用で「在宅医療情報連携加算」等が取得できることをかかりつけ医などに周知。

以上のような対策を行っていきとびうめネットの活用利点をさらに高めていくことが必要である。

現在わが国では救急隊が患者のマイナ保険証で得た既往歴や薬剤情報、受診歴などの患者情報を受け入れ医療機関に送信するシステムの導入や救急隊と複数の搬送先医療機関が共有できる「救急医療情報連携プラットフォーム」の構築などが進められている。またこれらマイナ保険証で得た患者情報を応急処置や搬送先選びの参考にする「マイナ救急」の実証事業も2026年度の本格運用に向け始まっている。しかし現時点ではこれらの患者情報では不十分なところが多く、福岡県では国に先駆けて独自に「とびうめネット」を開発し、運用している。とびうめネットの特徴は緊急時・平時を問わずこれら患者情報を医療・介護に携わる多職種間で相互利用・共有できることにある。今後とびうめネットには、情報入力のさらなる簡素化や多職種間で双方向での情報のやり取りが可能となるシステムの検討なども含め、福岡地域の特性を生かしたツールへとカスタマイズされていき、さらに使いやすいものになることを期待している。

北九州市ではとびうめ@きたきゅうとして令和元年より事業をスタートさせている。それまで主治医が同意書を取得し患者情報を登録していたため、中々登録者数が増えずそのためとびうめネットの本来の目的の一つである救急医療支援システムが稼働していなかった。北九州方式では登録のしやすさを追求し登録者数を増やすことで救急搬送された際にとびうめネットの情報を医療機関や救急隊の本部で早期に確認できることを目指し順調に登録者数を増やし、その結果病院でのヒット率(ヒット数/検索数)は2割を超えるようになってきた。しかし現在、

介護情報、連絡先、ACPの記載などの情報以外はマイナンバーカードで簡単に情報が得られるようになっている。尚且つ連絡先、ACPの情報の更新、あるいは亡くなった方の取り消しなどをだれが責任をもってするのが曖昧のままで経過しておりこのままの運用ではメリットを感じることは困難である。

次に在宅医療・介護現場では必須となる多職種連携ツールとしての利用である。ただし在宅における多職種の連携では関わる事業所が多く、患者ごとにその数は異なり多岐にわたる。そのため今のセキュリティを維持したまま多数の事業所とつながることは非常に困難である。しかし限られた連携の中ではそのセキュリティの高さは利点になるのではないだろうか。例えば介護保険施設と協力医療機関、あるいは特別の関係である医療機関と訪問看護ステーションとの間での連携ツールとしては今後期待ができるのではないかと考える。

セキュリティの高い多職種連携ツールとして中身や運用方法の見直しを随時行うことで、一部の在宅医療・介護現場では有用な多職種連携ツールになり、その結果、円滑な在宅医療の提供、看取り数の増加につながることに期待したい。

日本における疾病構造の変化や高齢化の進行に伴い自宅で疾病や障害を抱えながら生活する方が今後も増えてくると予想されており、在宅医療の需要も増えてくると考えられる。在宅医療は一つの医療機関のみで行えるものではなく、訪問看護、訪問介護、ケアマネジャー、薬剤師等の多職種や他の医療機関との連携が必要になることが多々ある。在宅医療においてICTを活用することは有用であり、推進していくことが望ましいと考える。

とびうめネットには①救急医療支援システム、②多職種連携システム、③災害時バックアップシステムの3つのシステムがあり、在宅医療・介護現場においては②多職種連携システムが有用であり、急変時のことを考えると①救急医療支援システムも有用な場面があると考えられる。

一方、田川地区においては在宅医療・介護現場にICTが活用されるケースは少なく、ICTが利用されているケースでもとびうめネット以外のシステムを利用されていることが多い。

元々高齢化が進んでいる等のためICTの普及がすすんでいない地域であるのが在宅医療でもICTがあまり活用されていない理由の一つと思われる。しかし将来的には田川地区等の地方でもICTが普及し医療現場でも利用されるケースが増えると思われ、とびうめネットが活用されることに期待したい。

田川地区における在宅医療でのICT利用ケースでは、訪問看護ステーションが利用しているシステムに医療機関も参加させていただき、訪問時の情報交換等を行うことが多い。しかし、そのシステムは電子カルテと連動しておらず、電子カルテに入力したことと同じような内容を多職種連携システムにも入力する必要

があり、システムにログインする手間等も考えると活用できた感じではない。

また、多職種連携のICTシステムを選ぶ際には訪問看護等の多職種の意向が優先されることが多く、とびうめネットが多職種でも利用しやすいシステムにする必要がある。その一つとしてデバイスがあり、セキュリティ等の問題もあるが、スマートフォンで簡便に使えるようになると利用ケースも増えるのではないかと考える。

救急現場においてもとびうめネットが活用されているケースは少ないと思われ、逆に田川地区のいくつかの町では「安心情報シート」等の名称で氏名・病名・緊急連絡先・ACP等を記したシートを自宅の分かりやすいところに置いておき救急搬送時等に役立てるという取り組みを始めている。先にも述べたようにICTが普及していない地域ということもあり、救急現場でも紙ベースでの対応が主体になっていると思われるが、将来的には救急現場においてもICTを普及させていく必要があると思われる。

以上、田川地区の現状について述べたが、今後とびうめネットが普及していくには①電子カルテと連動させていくこと、②訪問看護や救急隊も含め多職種においてスマートフォン等で簡便に使えること等が必要と考える。

田川地区においても訪問看護等の事業所内での情報交換にLINE等のSNSを利用しているケースもあり、在宅医療の現場でICTが全く利用されていない訳ではない。北海道函館地区ではIDLinkというシステムがほとんどの医療機関において医療・介護連携に活用されていると聞いた。とびうめネットも改良することにより在宅医療・介護現場にて活用されるようになると思う。在宅医療・介護現場での情報交換や急変時の救急隊・搬送先病院との連携・情報提供においてとびうめネットが活用されることに期待したい。

VI 福岡県における在宅医療・介護の連携体制の充実に向けて

(1) 医師会の立場より

『5ブロック地域包括ケア推進構想～医師会・病院を連携拠点とした日常生活圏域ごとに住民目線の在宅療養支援体制の構築～』

【取り組みの背景と目的】

日本は急速な高齢化の進展に伴い、国は「地域包括ケアシステム」と「地域医療構想」を一体的に推進し、「住み慣れた地域で医療や介護を受けながら安心して生活できる」体制の構築を目指している。特に、第8次医療計画では在宅医療の整備が重視されており、地域内の医療機関と介護施設に対し、これまで以上の連携強化が求められている。このような国の動向を受け、飯塚医療圏（飯塚市、嘉麻市、桂川町）では、2015年度から飯塚医師会と飯塚市が主導し、「地域包括ケア推進センター」を設置した。このセンターを通じて、医療・介護の専門職、行政職員、そして地域住民が協力し合い、実践的な在宅医療・介護体制を構築してきた。2018年からは嘉麻市と桂川町も参画し、より広域での連携が図られている。

【5ブロック地域包括ケア推進構想】

この「5ブロック地域包括ケア推進構想」は、医師会と病院が連携拠点となり、地域の実情に応じた住民目線の在宅療養支援体制の構築を目指すものである。具体的には、飯塚医療圏を5つのブロックに分け、在宅医療や地域包括ケア病棟の実績がある8つの病院を「医療介護連携拠点病院」（以下、「拠点病院」）として配置している。

<ブロック地域拠点病院>

1. 鎮西・二瀬・菰田・飯塚・飯塚東地区
飯塚市立病院、共立病院、児嶋病院
2. 穎田・庄内・鯉田地区
穎田病院
3. 桂川町、筑穂・穂波西・穂波東地区
済生会飯塚嘉穂病院
4. 稲築・碓井地区
社会保険稲築病院、西野病院
5. 嘉穂・山田地区
嘉麻赤十字病院

これらの拠点病院は、在宅医療や介護に関わる関係者の連携を円滑にするため、以下の5つの役割を担っている。

- ① 協議の場の提供：各ブロックで「5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会」を立ち上げ、専門職、自治体職員、民生委員などが集い、地域の課題を抽出・共有する機会を提供すること。
 - ② 住民への啓発活動：住民の健康づくりや病気の予防に関する啓発活動を実施すること。
 - ③ 包括的・継続的な医療提供：多様な専門職が協力し、包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制を構築すること。
 - ④ 介護施設との連携支援：介護施設との連携を支援し、施設での看取りを推進すること。
 - ⑤ 災害時の連携調整：災害に備えた医療・介護の相談支援や連携調整。
- 後方支援体制としてさらに、2つの地域医療支援病院（飯塚病院と飯塚市立病院）が、すべての拠点病院を後方からサポートする役割を担い、連携を強化している。

- ① 救急・急変時の対応：拠点病院が対応できない救急・急変時の対応（二次・三次救急）。
- ② 早期退院の推進：病状が回復した患者の、回復期・慢性期の病院への早期転院、または自宅への退院を推進すること。
- ③ 教育・研修機会の提供：医療や介護に携わる人々への教育・研修機会を提供すること。
- ④ 診療面のサポート：その他、拠点病院への診療面などのサポート。

飯塚医療圏では、このように拠点病院が積極的に在宅医療を担い、在宅療養患者の緊急時には在宅チームを支援する体制を整備している。そして、2つの地域医療支援病院が拠点病院を後方支援することで、在宅医療と救急医療の両立を可能にしている。地域の医療機関の規模や機能の違いを踏まえ、互いの機能を補完しながら連携を強化することで、地域の実情に適した在宅療養支援体制の確立を進めている。

【取組みの成果と課題】

本事業単独の成果とは言い切れないが、取り組みの結果、以下のような改善が見られた。病院での死亡割合の減少：2011年時点で約85%と非常に高かった病院での死亡割合が、2022年には72%まで減少した。救急搬送の適正化：飯塚消防本部による救急車搬送に占める心肺停止状態（C P A）の搬送件数の割合も、2021年度の3%から2024年度には1.9%まで減少した。これは、地域での看取りが進み、不必要な救急搬送が減少していることの表れと考えられる。飯塚医療圏では、「希望するすべての人が在宅医療を受けられる」ことを目標に掲げ、2025年までに在宅での看取りを合計500人（自宅250人、施設250人）達成すること

を目指している。項目目標（2025年）・実績（2022年度）達成状況在宅看取り合計500人・505人、目標達成。自宅での看取り250人・339人、目標達成。施設での看取り250人・166人、目標未達（84人不足）。2022年度の実績では、総数と自宅での看取りについては目標を達成することができたが、一方で以下の課題が残っている。施設での看取りの不足：施設での看取りが目標の250人に対し、約80人不足している。在宅医療提供機関の減少：在宅診療を行う患者数は増加しているにもかかわらず、在宅診療を提供している医療機関数は減少傾向にある。

【持続可能な地域医療提供体制を目指して】

在宅医療の需要増に伴い、診療所医師は外来診療と在宅診療を兼務しており、負担が増加している。また、救急医療の人手不足も深刻化しており、医療機関の負担軽減が急務である。

今後は、医師会、自治体、医療機関だけでなく、介護、住民をはじめとする多様なステークホルダーとさらなる連携強化を図り、住民が安心して暮らせる地域づくりを進めていきたい。そして、そのために

1. 在宅医の負担軽減策・新規参入促進
2. 医療・介護連携による、施設での医療的対応力の向上と看取り体制強化
3. 多職種・多機関連携による在宅医療・救急医療連携の強化
4. 地域住民への多角的な啓発活動の推進（例：健康増進、フレイル（虚弱）予防、医療・介護サービスの適切な利用、ACP（人生会議）の普及啓発など、住民の健康リテラシー向上に資する取り組み）

上記4点を重点的に推進していきたい。

（2）訪問看護ステーションの立場より

福岡県では高齢化率の上昇、独居・高齢者世帯の増加、医療機関の再編などを背景に、地域における在宅医療・介護の連携体制の強化が急務となっている。在宅での療養を支えるためには、医師、訪問看護、ケアマネジャー、介護事業所が一体となり、迅速かつ正確な情報を共有しながら支援にあたる仕組みが不可欠である。第8次医療計画では在宅医療の提供体制整備と地域包括ケアの推進が重点事項として掲げられており、その実現に向けてICTの活用が重要な役割を果たすと考える。訪問看護ステーションの現場では、意思決定支援に関する課題が顕在化している。医療機関との連携は個々の事業所の経験や人的ネットワークに依存する傾向が強く、新規開設ステーションや新人管理者にとっては地域の医療資源の把握が困難である。また、夜間・緊急時に対応可能な医師が限られており、一部の医療機関に負担が集中する状況が見られる。加えて、急変時の判断材料が

限られ、訪問看護が現場で得た情報を迅速に医師へ届けられない場面も依然として存在する。情報共有の点では、とびうめネットをはじめとしたICTツールが十分に活用されているとは言い難い。医療と介護の間で、依然として電話やFAXに頼る場面が多く、退院直後の初期支援で必要な情報が届かない、あるいは遅れるケースが見られる。特にADLの変化、家族の介護力、ACP内容、服薬状況など、訪問看護が初動で把握すべき重要情報が不十分なまま訪問開始となることは、利用者の安全性の観点からも改善が求められる。これらの状況を踏まえ、訪問看護ステーションの立場として、ICTを活用した連携体制の強化を以下のように提案する。第1に、とびうめネットを基盤とした意思決定支援の仕組みの整備である。医師の専門領域、対応可能エリア、訪問可能時間、緊急対応の可否などをデータベース化し、事業所間で公平に参照できる環境を整えることで、地域内の医療資源を適切に活用できる体制が構築される。第2に、訪問看護が取得したバイタル、創部写真、動画、生活状況の変化などをリアルタイムに共有できるICT環境の整備が必要である。これにより医師の往診判断が迅速化し、不要な救急搬送の抑制につながる。さらに、退院支援部門と地域側の連携強化も不可欠である。退院前のカンファレンスにおいて、医療情報・生活情報・家族状況・ACP内容をとびうめネットを通じて統一的に共有する仕組みを整えることで、訪問開始初期の支援が安定し、利用者の安心度が高まる。多職種が同じ情報を参照できる環境は、地域包括ケアの質を大きく左右する。また、訪問看護職員に対するICT活用研修の充実も重要である。操作方法の習得だけでなく、ICTを活用した臨床判断支援、遠隔での医師連携の実践研修などを県単位で標準化することで、事業所間の格差を縮小し、地域全体で質の高い在宅医療を提供できる体制が整うと考える。以上の取り組みは、医療アクセスの公平性、多職種連携の強化、急変対応の迅速化、再入院の抑制、訪問看護師の負担軽減に寄与するものである。とびうめネットを含むICTの活用は、福岡県における在宅医療・介護の連携を深化させ、どの地域においても利用者が望む暮らしを安心して続けられる基盤となる。訪問看護ステーションとして、現場の視点を持ちながらICTを積極的に活用し、地域の在宅療養体制の充実に今後も貢献を重ねていく。

(3) 在宅医療・介護の連携の更なる充実に向けた福岡県の取組について

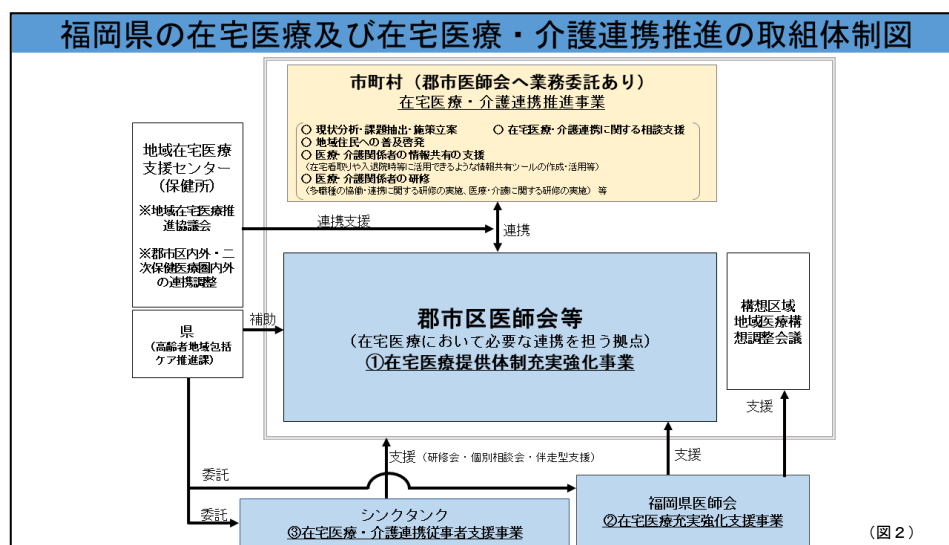
2040年に向け、85歳以上人口を中心とした高齢化が急速に進展し、医療と介護の複合ニーズは一層高まることが見込まれている。この複合的なニーズの増加と、医療従事者の人材確保がますます困難となる状況において、限りある医療資源を効率的かつ効果的に活用し、地域住民が安心して質の高い在宅医療・介護サービスを受けられる体制を構築することは、福岡県にとって喫緊の課題であり、

県民の生活に直結する重要課題である。

県では、医療と介護の連携が求められる4つの場面（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）における機能の確保に向けて、第8次医療計画において、各郡市区医師会を「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として位置付け、退院時から看取りまでの包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスの提供等、在宅医療・介護連携推進事業との十分な連携を図ることとしている。

また、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として郡市区医師会が実施する取組に対しては、財政的な支援を行うとともに、郡市区医師会が実施する取組と在宅医療・介護連携推進事業が相互に補完し合い、在宅医療の圏域内外に関わらず連携が図られるよう、県の保健福祉（環境）事務所をその調整機関として位置付け、地域の取組を支援している。

さらに、在宅医療・介護連携の推進に向けた取組は、各地域が個別の課題解消に向けて進めているところであるが、地域によって医療資源の整備状況等に違いがあることから、アドバイザーの派遣により、地域の実情に即した相談支援など、従事者への技術的支援にも取り組んでいる。（図2）



このように、県では、県医師会及び各郡市区医師会の協力をいただきながら、それぞれの地域の実情に応じて、在宅医療・介護連携の取組を進めているところである。

今後、さらに在宅医療・介護連携の取組を進めるに当たっては、一体的なケア体制の構築に向けた多職種連携を推進していく必要があり、医療・介護分野に従事する人材に限られる中、ICTツールの利活用は不可欠となっている。

本委員会においても、在宅医療・介護連携のより一層の充実のため、ICTの更なる推進について多角的な議論が展開された。

福岡県医師会が事業主体となる「とびうめネット」は、多職種連携システムを有し、多職種間で写真なども用いながら患者の最新情報を共有できる大変優れたシステムである。

在宅医療チームの中で必要な患者情報が常に共有されている状態を確保することは、患者が不安なく在宅医療を受けることができる環境整備において極めて重要な要素である。しかしながら、これまでの運用においては、セキュリティと利便性の両立の困難さや画面構成上の理由などから、本来の機能が十分に発揮できていないといった課題を抱えていた。

今般、本委員会において、画面構成から必要な情報の精査に至るまで深く議論が行われたところであり、今後は、これを契機に、高い安全性は確保されたまま、より利便性の高い「とびうめネット」へと発展していくことが期待される。

県としては、引き続き、「とびうめネット」を活用した効果的かつ効率的な多職種連携の取組を支援することにより、在宅医療・介護の連携体制の充実を図っていくこととしたい。

VII おわりに

第8次医療計画が令和6年度から運用開始されているが、医療機能の中でも特に在宅医療の需要や実際の診療数が増加している。

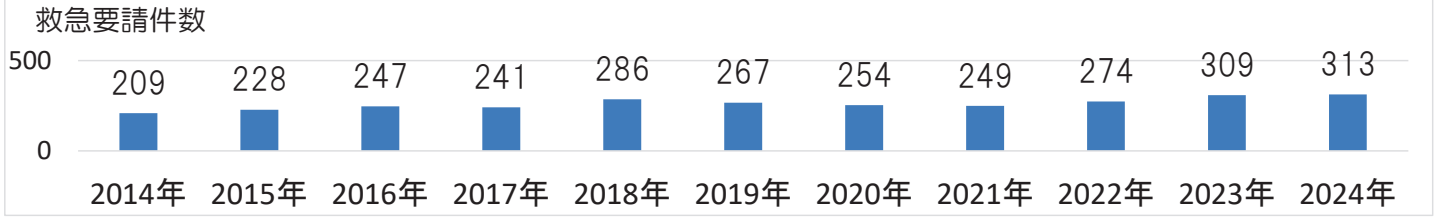
今後、医療計画は地域医療構想のもとで議論されることになるが、すでに2040年に向けた次期地域医療構想策定に向けての議論の中で、在宅医療に関する課題が浮き彫りになってきている。80歳以上の人口比率が急増するとされる人口予測、医療需要予測の中で、主に高齢者の生活の場になるであろう高齢者施設内での医療、施設からの救急搬送、施設内での看取りに対する対策が急務とされている。これらの課題に取り組むためには、医療だけでなく、日常生活を支援する介護職員の役割が欠かせない。これまで医療と介護の連携といった単語は多く語られてきたが、実際の現場における医療者、介護者のコミュニケーションはなかなか進まなかった。さらに人口減少や医療介護分野の経済的問題は医療介護分野での深刻な働き手不足を招き、外国人人材の活用やICT技術の活用を急いで導入しなければならない状況に置かれている。これらの厳しい状況を打破するには医療介護分野におけるICT機器の利活用を今まで以上に迅速に進めなければならない。福岡県医師会ではいち早くICTの利活用の重要性を認識し、「とびうめネット」のシステムを構築し、県内の行政機関と連携しながら医療機関への導入を進めてきた。また国においては国民生活のデジタル化を推進する目的でマイナンバーカードの普及を進めている。

このような社会情勢であるので、すぐにでも使えるこれらのICT機器やインフラを利活用し、医療と介護の情報共有、救急医療における迅速な個人情報の利活用、ACPなど看取りにおける意思決定支援の仕組みの支援など多くの分野で、実際に役立つ運用方法を多くの関係者の意見を調整しながら進めることが切に求められている。

【参 考 资 料】

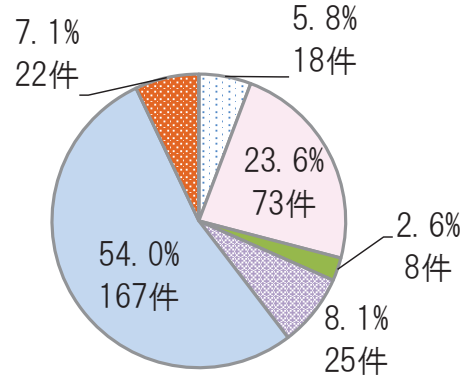
行橋市内 高齢者施設からの救急要請・搬送件数等について

◎行橋消防署への救急要請件数推移（各年 1月～12月）



2024年救急要請・救急搬送件数 （行橋市内施設等種別割合）

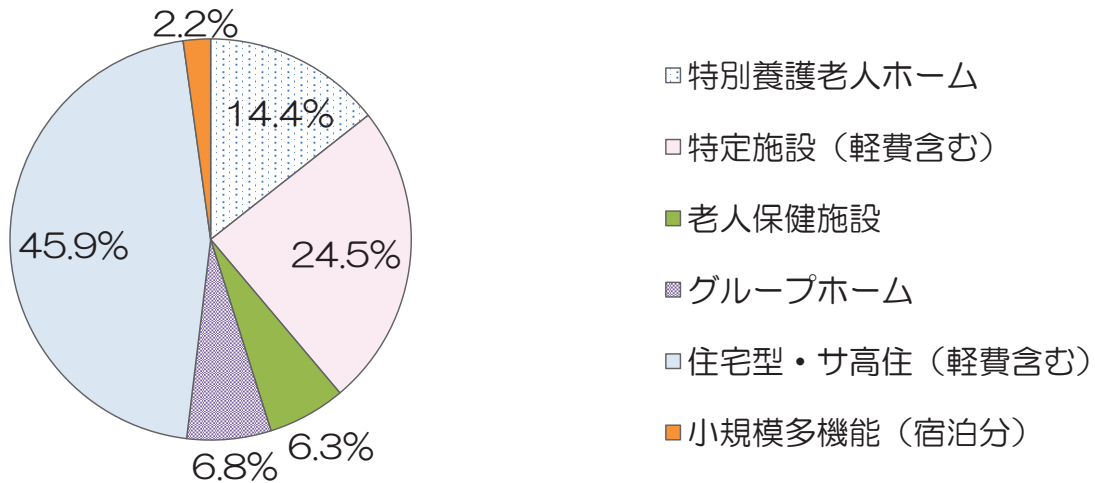
- 特別養護老人ホーム
- 特定施設（介護付有料）
- 老人保健施設
- グループホーム
- サ高住・住宅型有料等
- デイサービス・小規模多機能



<搬送先医療機関>

	件数
新行橋病院	189
小波瀬病院	102
市内（大原、新田原聖母 等）	5
市外（京町、京都、小倉記念、労災病院等）	7
未搬送（不搬送）	10

行橋市内施設 床数比率

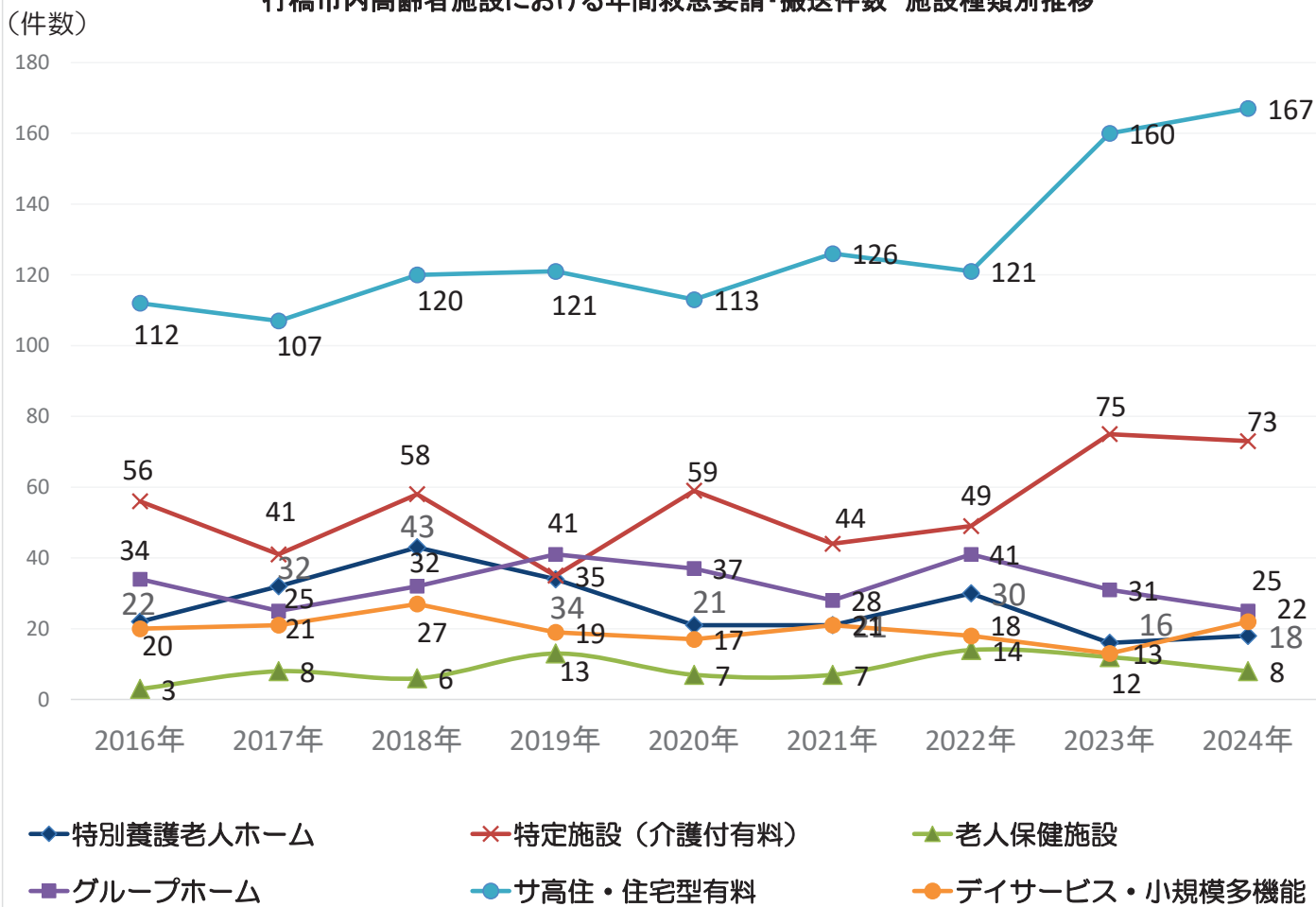


【行橋市内の入所・入居施設数および部屋（床）数】

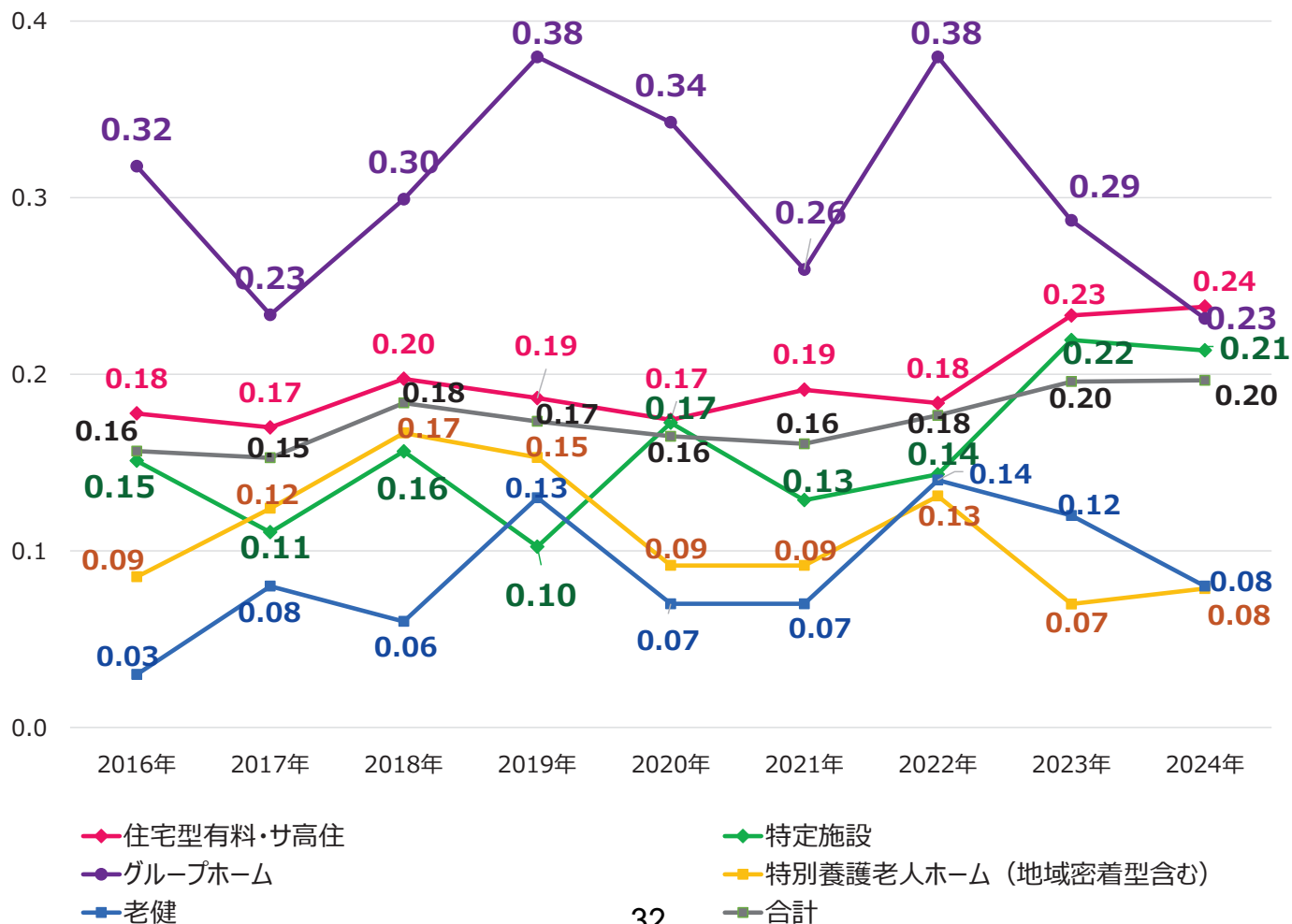
	R6年12月時点	
特別養護老人ホーム（地域密着型含む）	4箇所	229床
特定施設（軽費含む）	6箇所	390床
老人保健施設	1箇所	100床
グループホーム	10箇所	108床
住宅型・サ高住等	29箇所	731床
小規模多機能（宿泊分）	5箇所	35床
施設数合計	55箇所	1593床

※デイサービス数
：38箇所

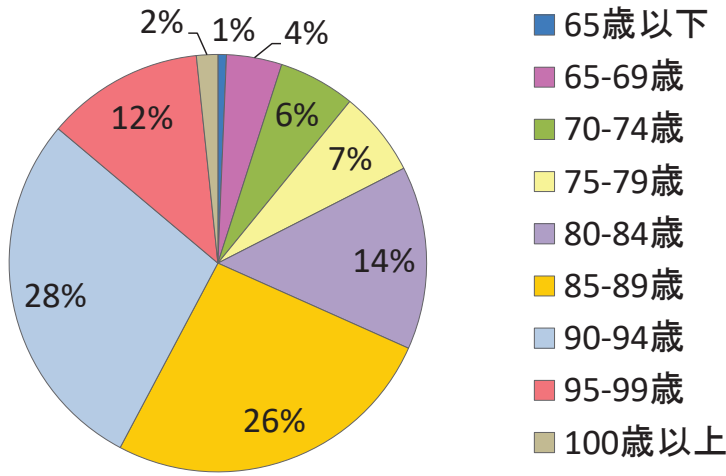
行橋市内高齢者施設における年間救急要請・搬送件数 施設種別別推移



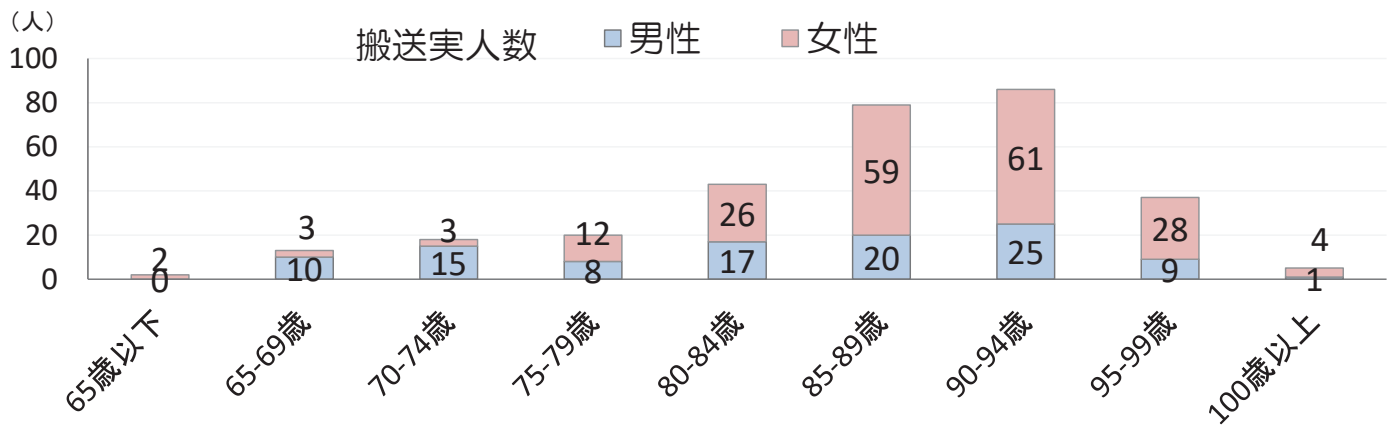
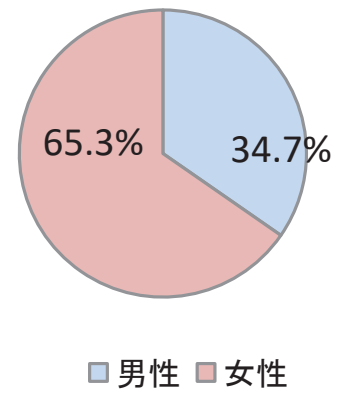
居室あたりの救急要請・搬送件数



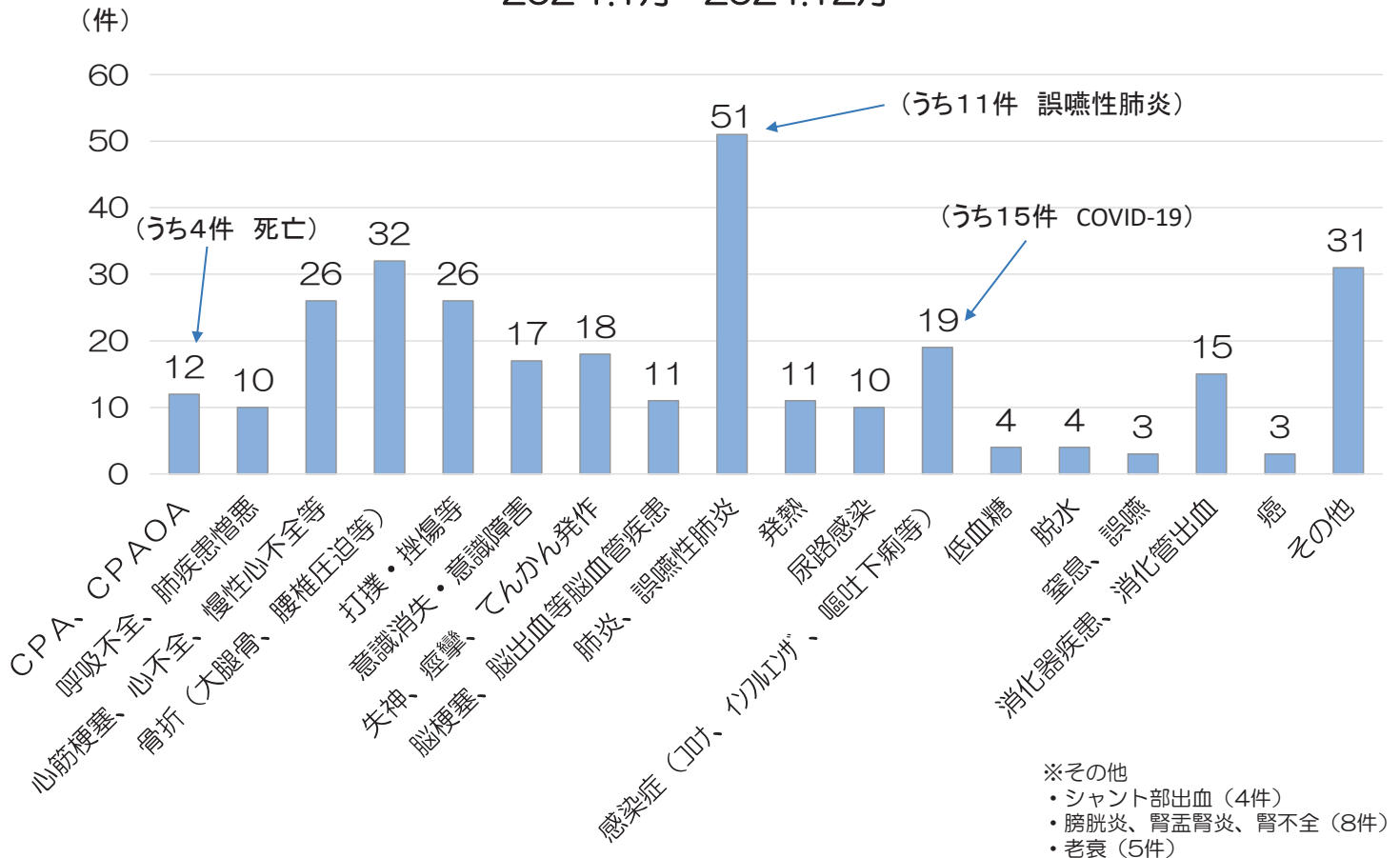
救急搬送 年齢割合



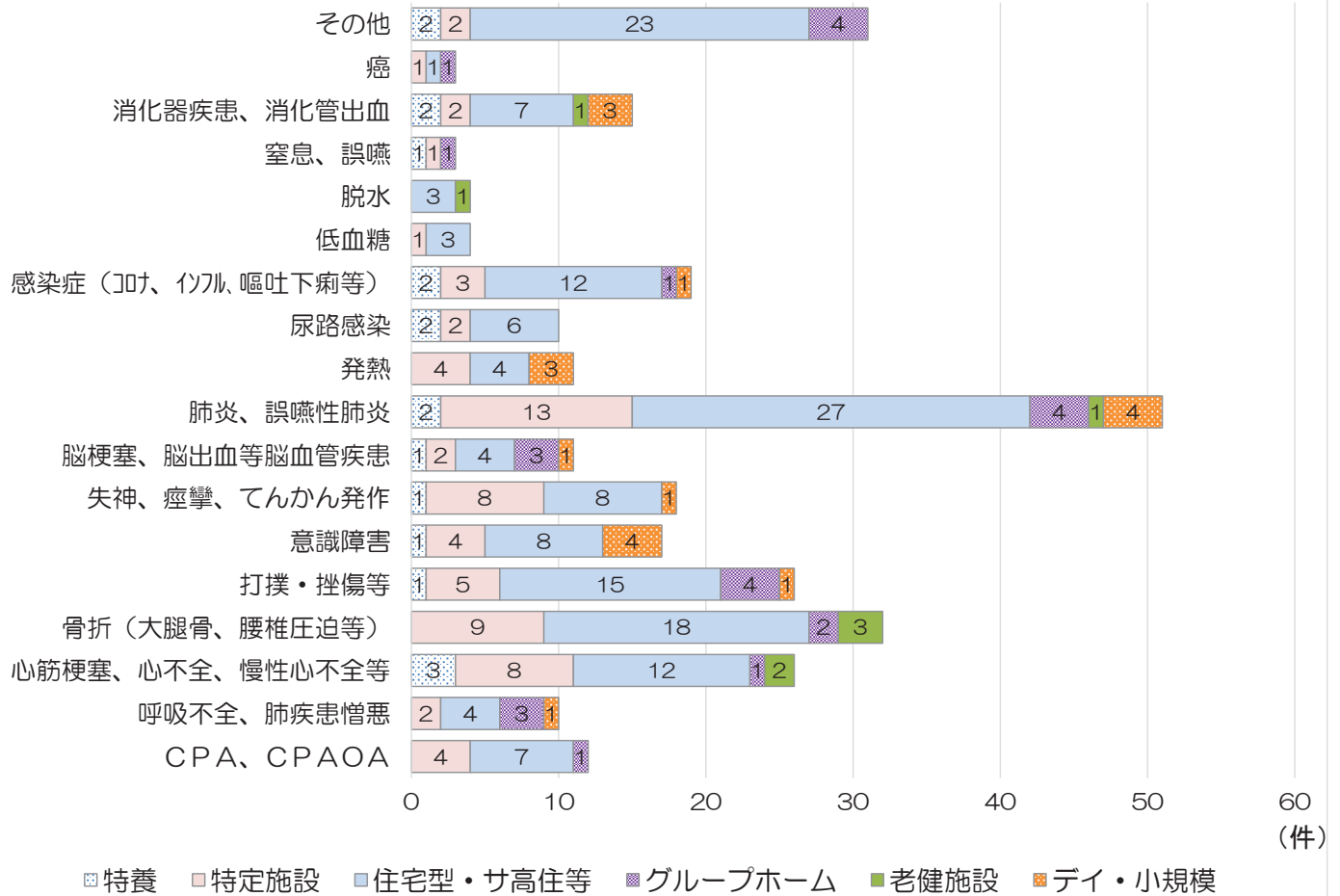
救急搬送 男女割合



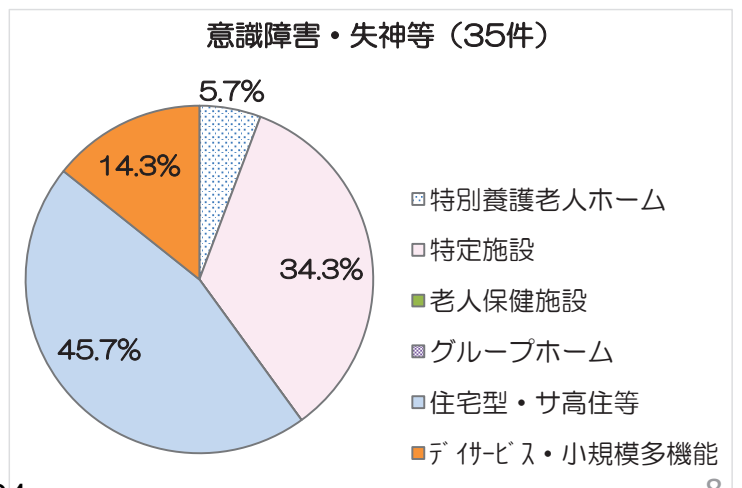
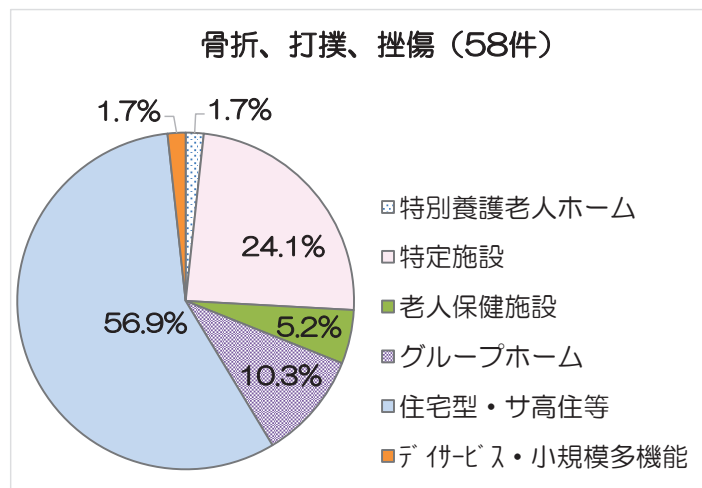
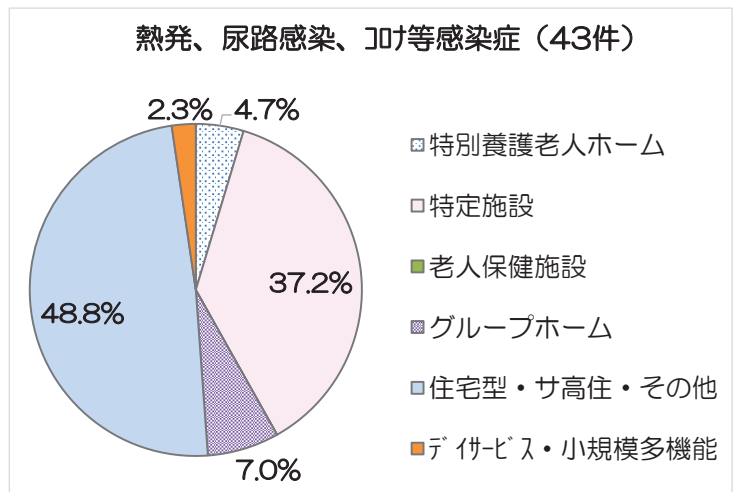
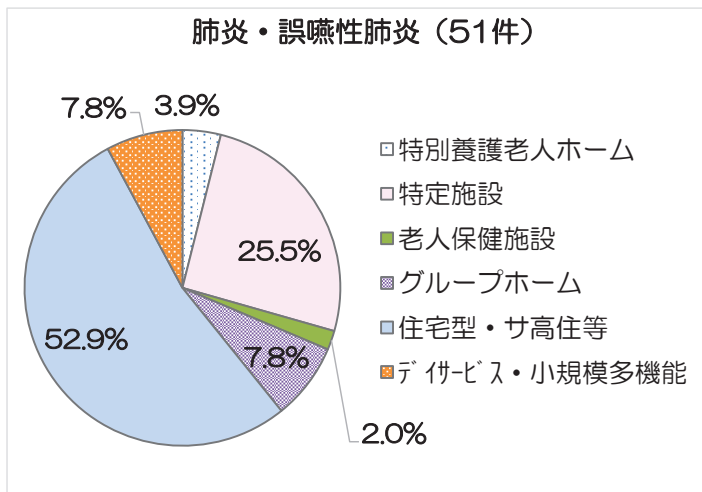
行橋市内施設 救急搬送原別等 (件数)
2024.1月~2024.12月



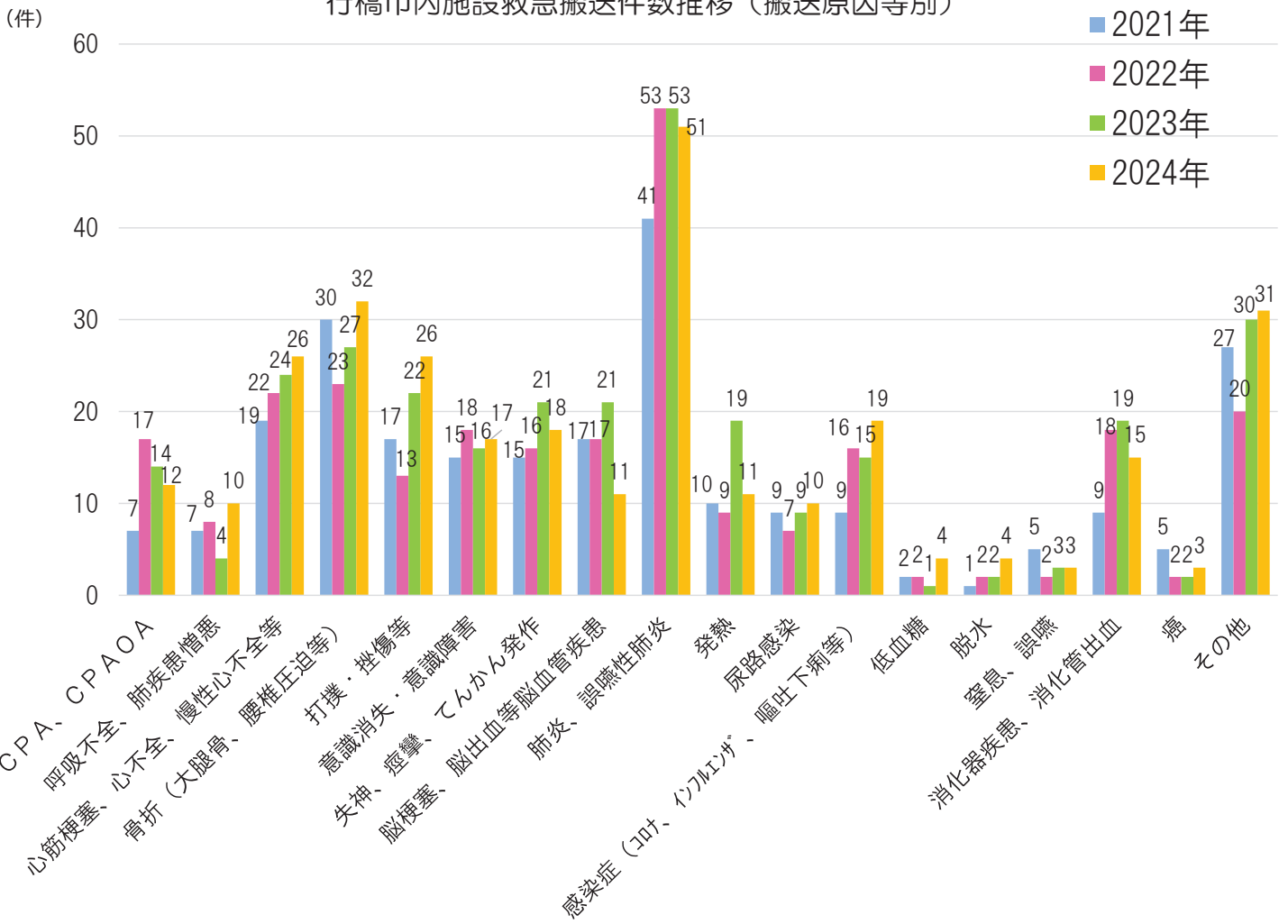
施設種別・原因別等（搬送件数）



2024年 救急搬送件数 原因別等施設割合



行橋市内施設救急搬送件数推移（搬送原因等別）



居所変更実態調査 集計結果

2025/02/14

福岡県行橋市・苅田町・みやこ町

令和6年10月1日時点調査

(入退所調査期間：令和5年10月1日～令和6年9月31日)

発送事業所数：89件

回収事業所数：89件

回収率：100.0%

※R4年10月1日時点調査：87箇所 回収率100%

R2年6月1日時点調査：86箇所 回収率100%

(注1) 不正確な回答や無回答等がある場合、正確な集計結果となっていないおそれがあります。エクセルファイルに入力したデータを良くご確認ください。

(注2) グラフのレイアウト等を変更する場合は、エクセルファイル上のグラフを修正の上、このファイルに貼り直してください。

(注3) 構成比を示す表は、セルの赤色が濃いほど100%に近いことを示しています。

1

【居所変更実態調査】

調査の目的

- ・居所変更実態調査では、①過去1年間で施設・居住系サービスから居所を変更した方の人数や、②その理由等を把握します。
- ・そして、調査の結果や、調査結果に基づいた関係者間での議論を通じて、施設・居住系サービスでの生活の継続性を高めるために必要な機能や、外部サービス資源との連携等を検討し、具体的な取組につなげていくことを目的としています。

調査の概要

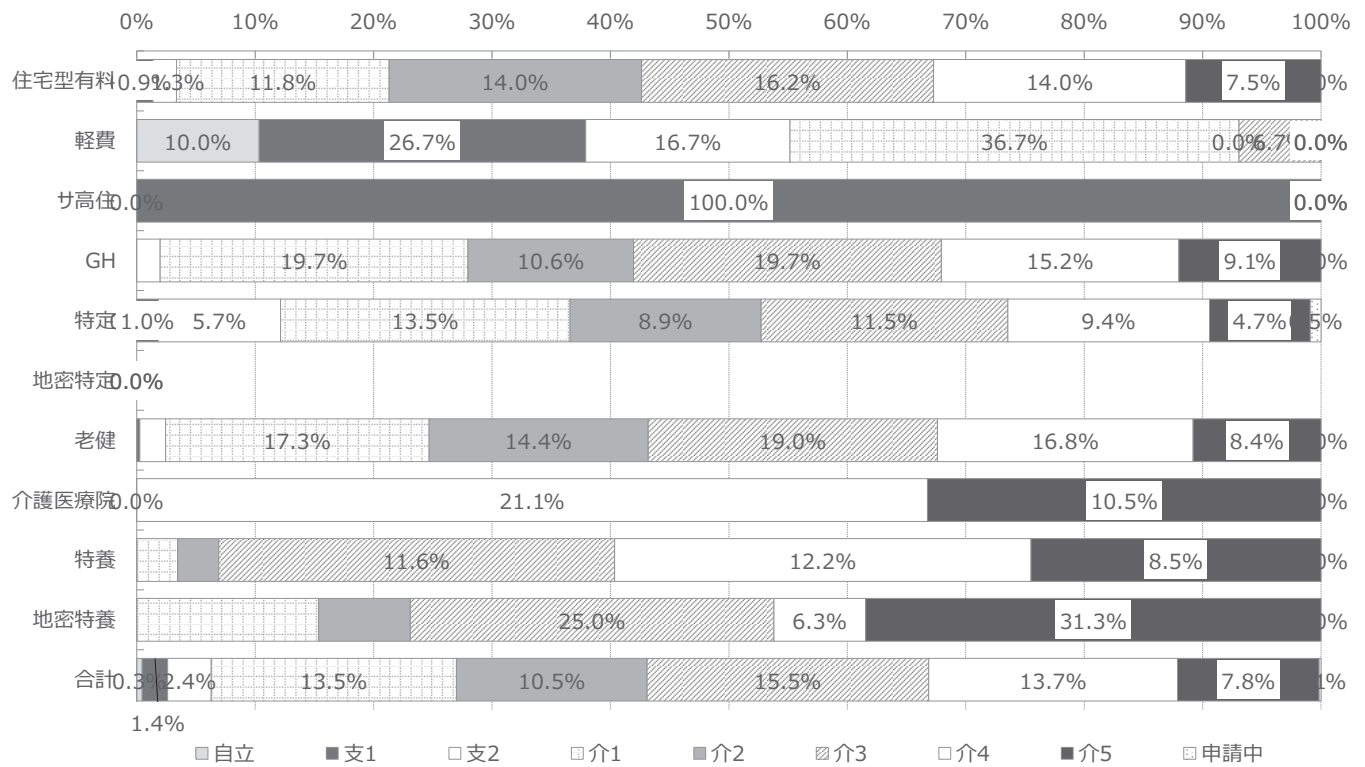
- ・アンケートは、施設・居住系サービスの管理者の方などにご回答いただきます。
- ・調査では、各施設・居住系サービスから過去1年間で居所を変更した方の人数と行先、居所変更の理由などを把握しますが、これは、「要介護者が、住み慣れた住まいで暮らし続けることができている」という、地域のビジョンを達成するために、各施設・居住系サービスに「どのような機能が必要か」を検討することが目的となっています。
- ・今後は、介護人材の確保が困難となる地域も多い中、地域の施設・居住系サービスで最後まで暮らし続けるために、「量の拡大」ではなく、どのような「機能の強化」が必要かを検討することが重要になるのではないか、という考えに基づいています。

注目すべきポイント

- ・過去1年間で居所を変更した人と、死亡した人は、どの程度いるか？（どの程度の方が、最後までその施設等で暮らし続けることができたのか）
- ・居所を変更する理由として、多いものは何か？（どのような機能を強化することで、その施設等で暮らし続けることができるようになるのか）
- ・各施設・居住系サービスで、各医療処置を受けている人の人数はどの程度か？（各医療処置への対応が可能な施設・居住系サービスはどこか）

※ 特に居所を変更する理由や、必要な機能等については、アンケート調査の結果のみでなく、調査結果をもとに各施設・居住系サービスへのヒアリング調査などを通じて把握することが重要です。

現在の入所・入居者の要支援・要介護度



過去1年間の退居・退所者に占める居所変更・死亡の割合

サービス種別	居所変更	死亡	合計
住宅型有料	150人	78人	228人
(n=35)	65.8%	34.2%	100.0%
軽費	29人	1人	30人
(n=2)	96.7%	3.3%	100.0%
サ高住	3人	0人	3人
(n=1)	100.0%	0.0%	100.0%
GH	48人	18人	66人
(n=22)	72.7%	27.3%	100.0%
特定	106人	86人	192人
(n=12)	55.2%	44.8%	100.0%
地密特定	0人	0人	0人
(n=0)	0.0%	0.0%	0.0%
老健	324人	92人	416人
(n=5)	77.9%	22.1%	100.0%
介護医療院	6人	13人	19人
(n=1)	31.6%	68.4%	100.0%
特養	57人	107人	164人
(n=8)	34.8%	65.2%	100.0%
地密特養	13人	3人	16人
(n=2)	81.3%	18.8%	100.0%
合計	736人	398人	1134人
(n=88)	64.9%	35.1%	100.0%


注目すべきポイント
 ・看取りまでできているのはどの住まいか？

過去1年間の退居・退所者に占める居所変更・死亡の割合（参考）

注目すべきポイント・看取りまでできているのはどの住まいか？

(令和3年10月1日～令和4年9月30日)
令和4年10月1日時点

(令和元年6月1日～令和2年5月31日)
令和2年6月1日時点

サービス種別	居所変更	死亡	合計
住宅型有料 (n=31)	125人 59.2%	86人 40.8%	211人 100.0%
軽費 (n=2)	22人 95.7%	1人 4.3%	23人 100.0%
サ高住 (n=2)	11人 52.4%	10人 47.6%	21人 100.0%
GH (n=22)	57人 58.8%	40人 41.2%	97人 100.0%
特定 (n=12)	98人 54.7%	81人 45.3%	179人 100.0%
地密特定 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
老健 (n=6)	295人 77.2%	87人 22.8%	382人 100.0%
療養型・介護医療院 (n=1)	1人 11.1%	8人 88.9%	9人 100.0%
特養 (n=8)	63人 46.0%	74人 54.0%	137人 100.0%
地密特養 (n=3)	15人 68.2%	7人 31.8%	22人 100.0%
合計 (n=87)	687人 63.6%	394人 36.4%	1081人 100.0%

サービス種別	居所変更	死亡	合計
住宅型有料 (n=31)	126人 64.0%	71人 36.0%	197人 100.0%
軽費 (n=2)	13人 81.3%	3人 18.8%	16人 100.0%
サ高住 (n=2)	12人 54.5%	10人 45.5%	22人 100.0%
GH (n=22)	58人 70.7%	24人 29.3%	82人 100.0%
特定 (n=12)	78人 59.5%	53人 40.5%	131人 100.0%
地密特定 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
老健 (n=6)	452人 85.8%	75人 14.2%	527人 100.0%
療養型・介護医療院 (n=1)	0人 0.0%	7人 100.0%	7人 100.0%
特養 (n=7)	48人 42.9%	64人 57.1%	112人 100.0%
地密特養 (n=3)	14人 58.3%	10人 41.7%	24人 100.0%
合計 (n=86)	801人 71.6%	317人 28.4%	1118人 100.0%

過去1年間の住宅型有料老人ホームの入居及び退居の流れ

新規入居

262人

【住宅型有料】

35施設
877室

退居

228人

居所変更

150人
(65.8%)

入居前	市区町村内	市区町村外	合計
自宅	59人 22.5%	35人 13.4%	94人 35.9%
住宅型有料	39人 14.9%	13人 5.0%	52人 19.8%
軽費	0人 0.0%	1人 0.4%	1人 0.4%
サ高住	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
GH	4人 1.5%	1人 0.4%	5人 1.9%
特定	2人 0.8%	0人 0.0%	2人 0.8%
地密特定	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
老健	3人 1.1%	1人 0.4%	4人 1.5%
介護医療院	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
特養	1人 0.4%	1人 0.4%	2人 0.8%
地密特養	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
病院・診療所	58人 22.1%	42人 16.0%	100人 38.2%
その他	1人 0.4%	1人 0.4%	2人 0.8%
把握していない			0人 0.0%
合計	167人 63.7%	95人 36.3%	262人 100.0%

R4年：31施設
768室

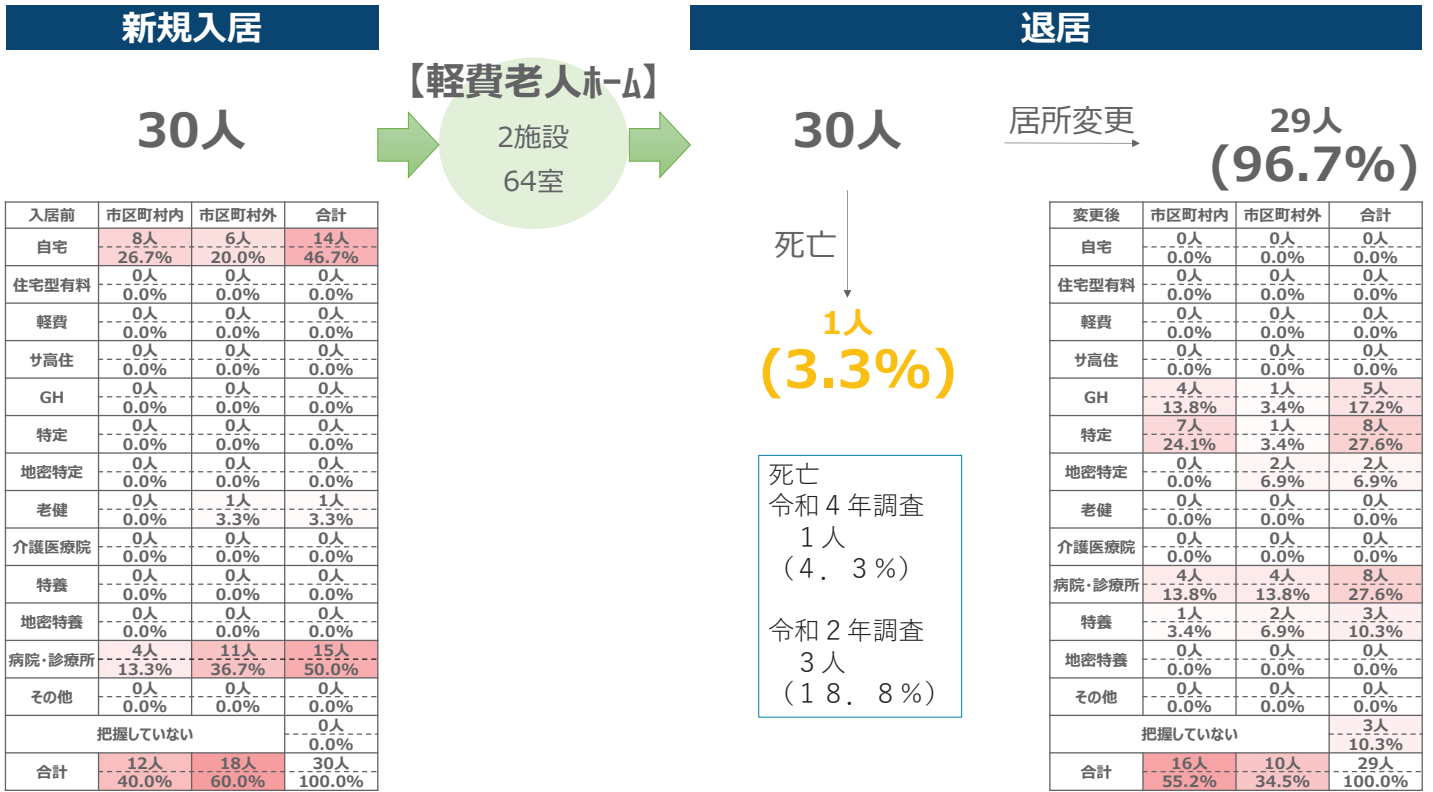
R2年：31施設
746室

死亡
78人
(34.2%)

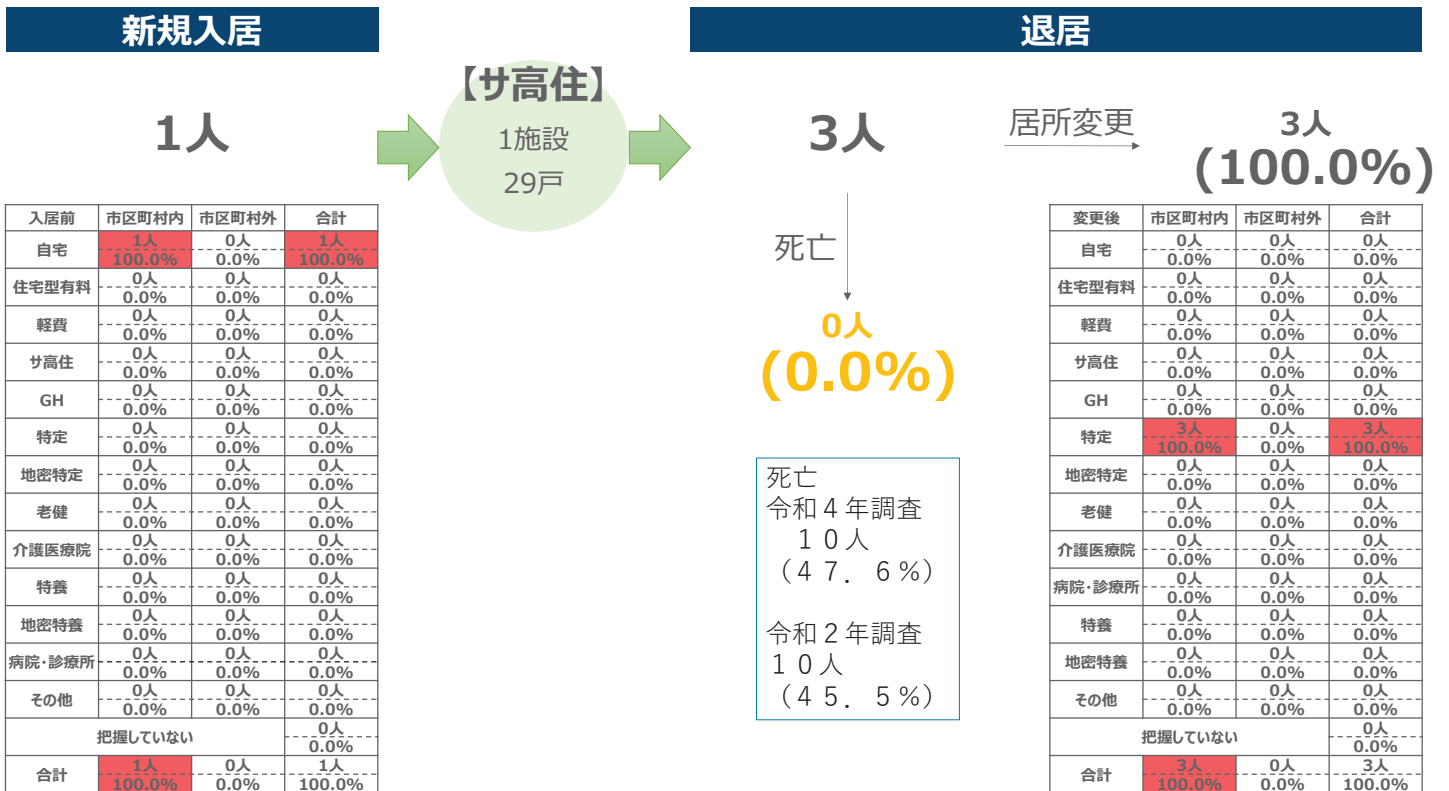
死亡
令和4年調査
86人
(40.8%)
令和2年調査
71人
(36.0%)

変更後	市区町村内	市区町村外	合計
自宅	6人 4.0%	4人 2.7%	10人 6.7%
住宅型有料	8人 5.3%	5人 3.3%	13人 8.7%
軽費	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
サ高住	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
GH	1人 0.7%	2人 1.3%	3人 2.0%
特定	1人 0.7%	2人 1.3%	3人 2.0%
地密特定	0人 0.0%	1人 0.7%	1人 0.7%
老健	1人 0.7%	1人 0.7%	2人 1.3%
介護医療院	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
病院・診療所	56人 37.3%	44人 29.3%	100人 66.7%
特養	11人 7.3%	3人 2.0%	14人 9.3%
地密特養	0人 0.0%	1人 0.7%	1人 0.7%
その他	1人 0.7%	0人 0.0%	1人 0.7%
把握していない			2人 1.3%
合計	85人 56.7%	63人 42.0%	150人 100.0%

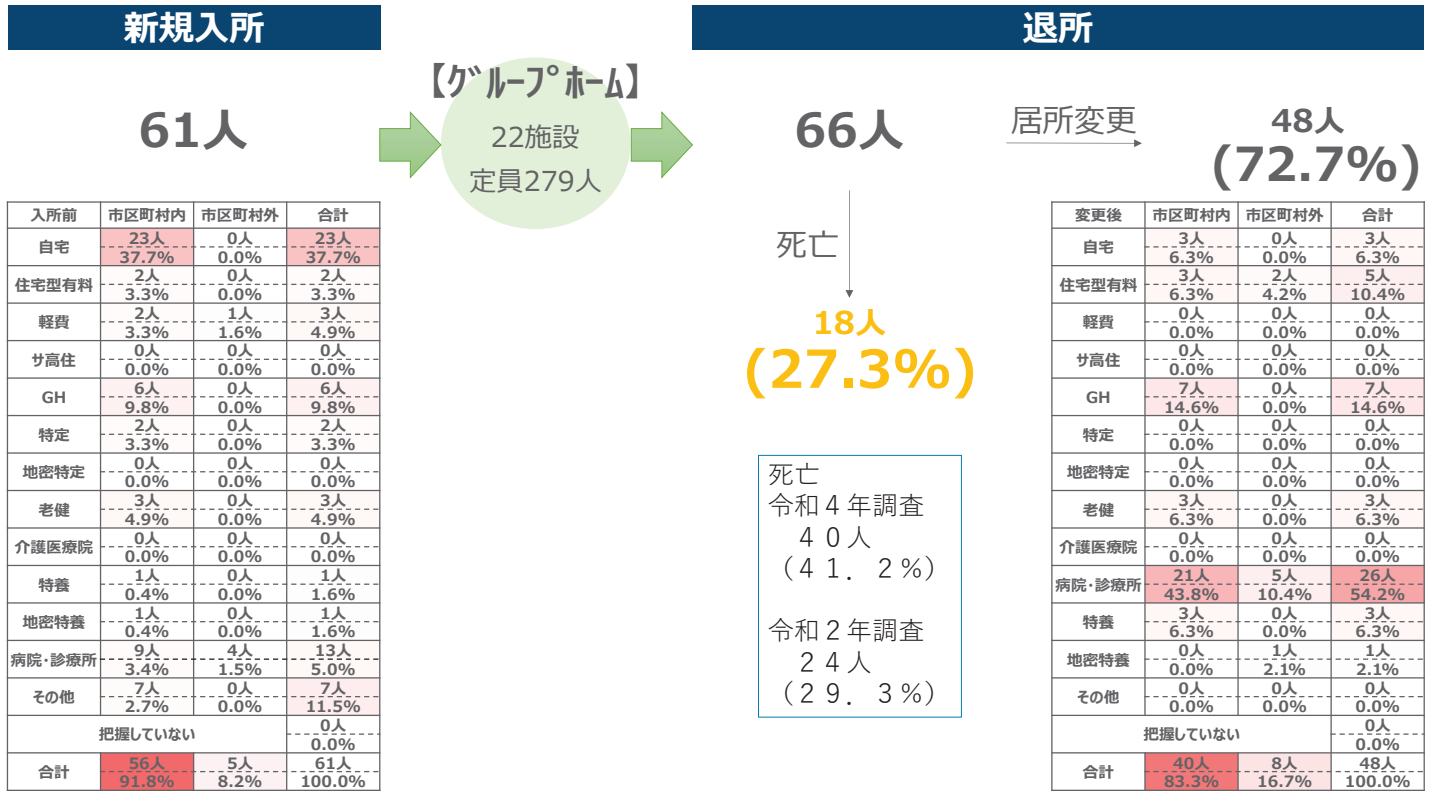
過去1年間の軽費老人ホームの入居及び退居の流れ



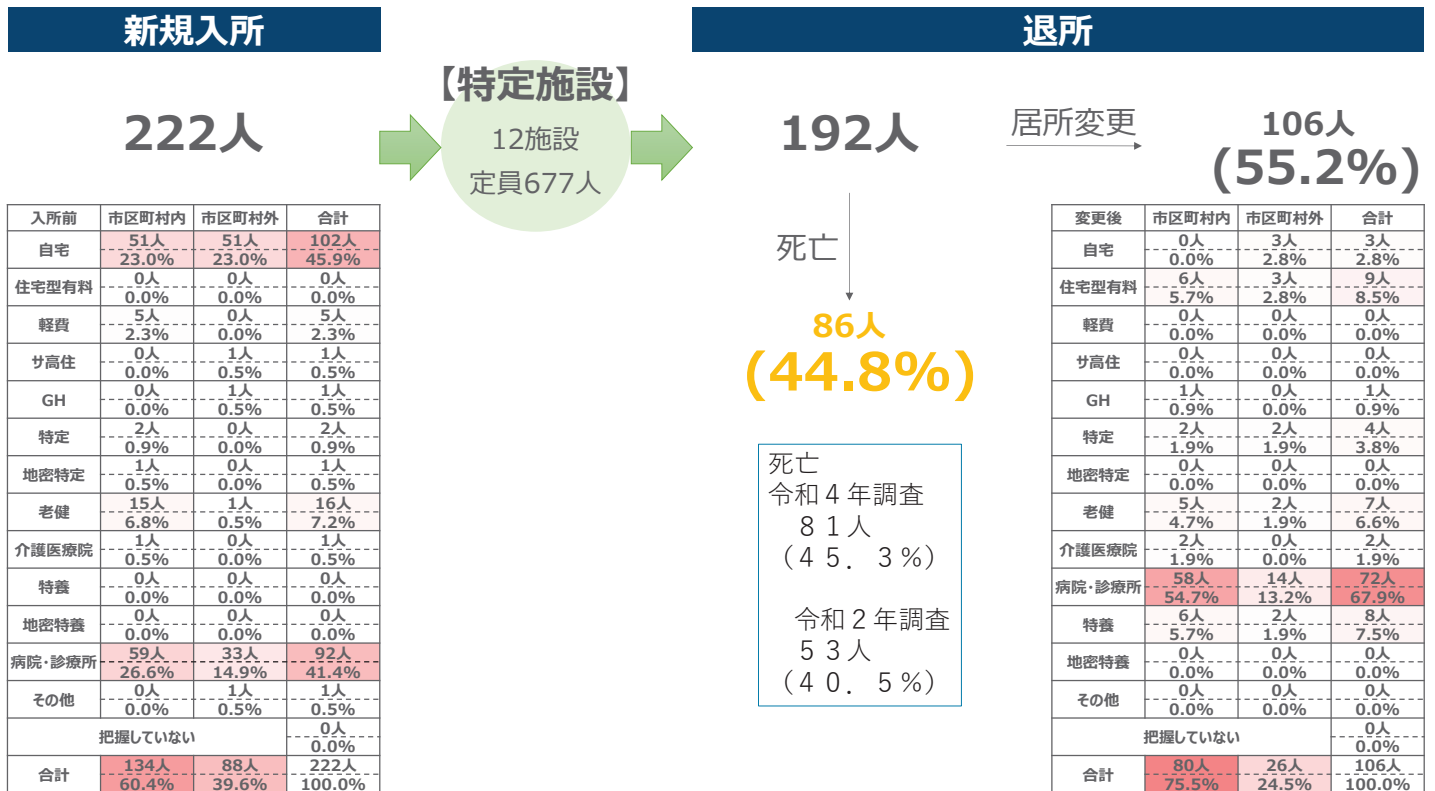
過去1年間のサービス付き高齢者向け住宅の入居及び退居の流れ



過去1年間のグループホームの入所及び退所の流れ



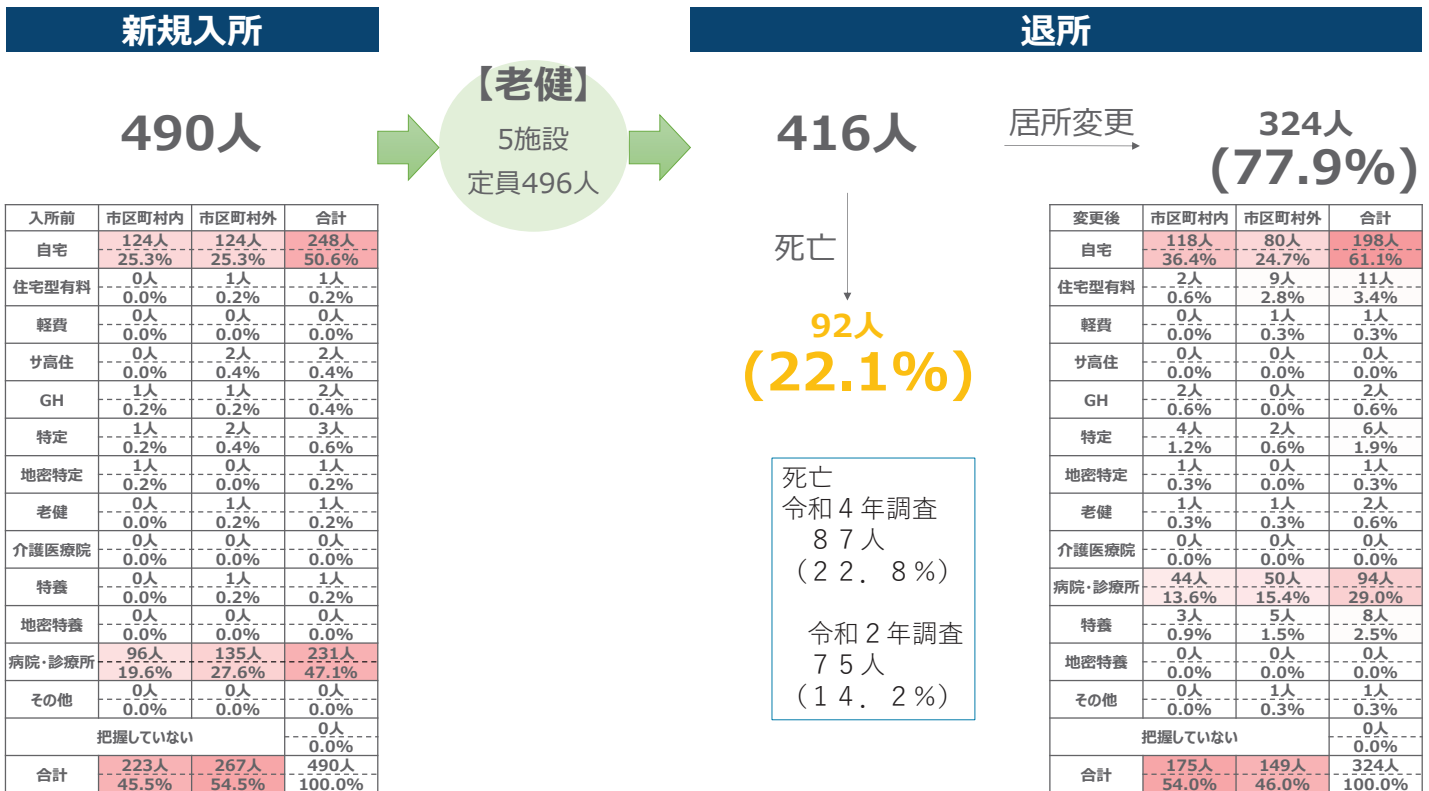
過去1年間の特定施設の入所及び退所の流れ



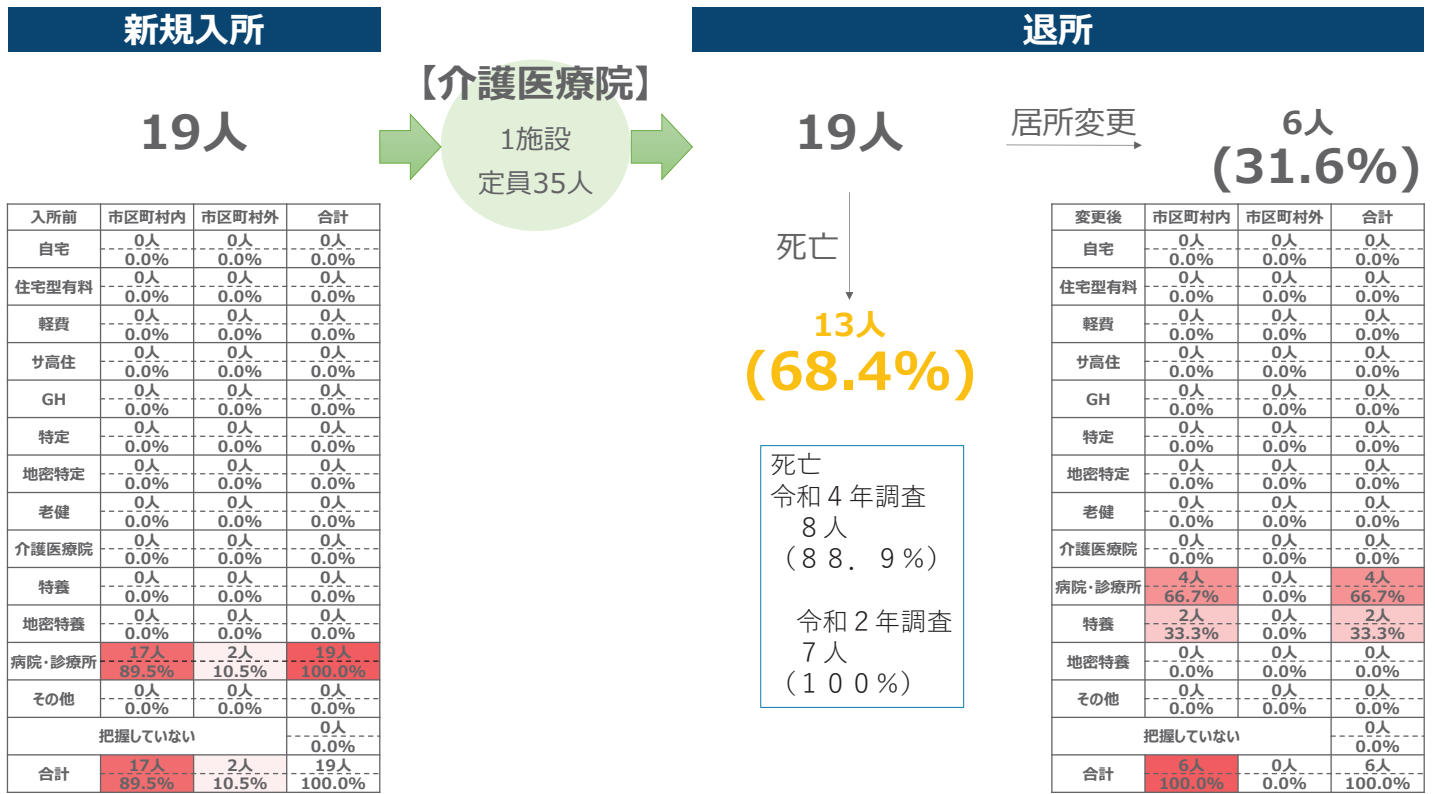
過去1年間の地域密着型特定施設の入所及び退所の流れ



過去1年間の介護老人保健施設の入所及び退所の流れ

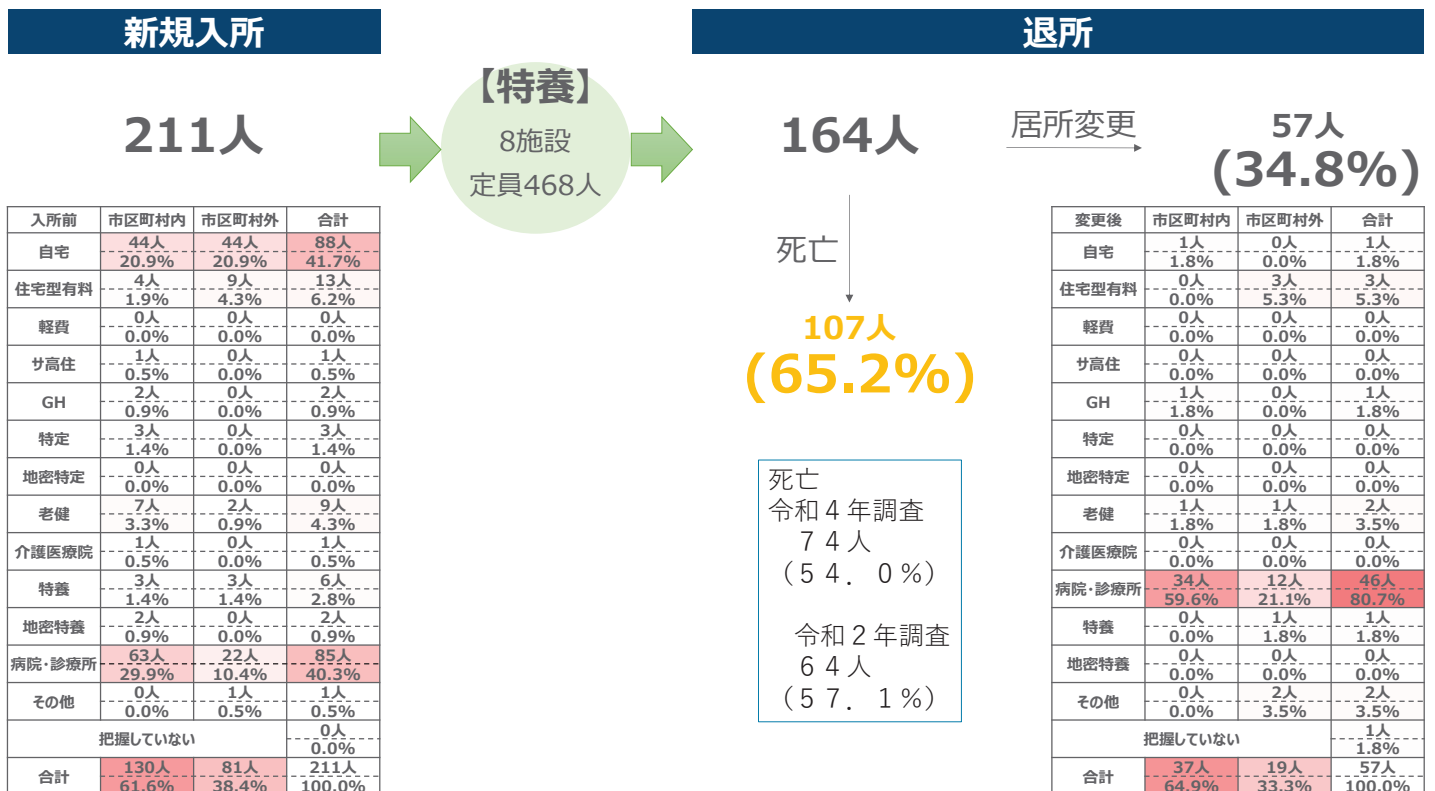


過去1年間の介護医療院の入所及び退所の流れ



13

過去1年間の特別養護老人ホームの入所及び退所の流れ



過去1年間の地域密着型特別養護老人ホームの入所及び退所の流れ

新規入所

21人

【地密特養】

2施設
定員58人

退所

16人

居所変更

13人
(81.3%)

死亡
3人
(18.8%)

死亡
令和4年調査
7人
(31.8%)

死亡
令和2年調査
10人
(41.7%)

入所前	市区町村内	市区町村外	合計
自宅	5人 23.8%	5人 23.8%	10人 47.6%
住宅型有料	1人 4.8%	1人 4.8%	2人 9.5%
軽費	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
サ高住	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
GH	1人 4.8%	0人 0.0%	1人 4.8%
特定	0人 0.0%	1人 4.8%	1人 4.8%
地密特定	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
老健	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
介護医療院	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
特養	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
地密特養	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
病院・診療所	3人 14.3%	0人 0.0%	3人 14.3%
その他	2人 9.5%	2人 9.5%	4人 19.0%
把握していない			0人 0.0%
合計	12人 57.1%	9人 42.9%	21人 100.0%

変更後	市区町村内	市区町村外	合計
自宅	1人 7.7%	0人 0.0%	1人 7.7%
住宅型有料	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
軽費	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
サ高住	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
GH	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
特定	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
地密特定	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
老健	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
介護医療院	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
病院・診療所	6人 46.2%	5人 38.5%	11人 84.6%
特養	1人 7.7%	0人 0.0%	1人 7.7%
地密特養	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
その他	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
把握していない			0人 0.0%
合計	8人 61.5%	5人 38.5%	13人 100.0%



15

居所変更した人の要支援・要介護度

サービス種別	自立	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	死亡	申請中	合計
住宅型有料 (n=35)	0人 0.0%	2人 0.9%	3人 1.3%	27人 11.8%	32人 14.0%	37人 16.2%	32人 14.0%	17人 7.5%	0人 0.0%	78人 34.2%	228人 100.0%
軽費 (n=2)	3人 10.0%	8人 26.7%	5人 16.7%	11人 36.7%	0人 0.0%	2人 6.7%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	1人 3.3%	30人 100.0%
サ高住 (n=1)	0人 0.0%	3人 100.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	3人 100.0%
GH (n=22)	0人 0.0%	0人 0.0%	1人 1.5%	13人 19.7%	7人 10.6%	13人 19.7%	10人 15.2%	6人 9.1%	0人 0.0%	16人 24.2%	66人 100.0%
特定 (n=12)	0人 0.0%	2人 1.0%	11人 5.7%	26人 13.5%	17人 8.9%	22人 11.5%	18人 9.4%	9人 4.7%	1人 0.5%	86人 44.8%	192人 100.0%
地密特定 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
老健 (n=5)	0人 0.0%	1人 0.2%	7人 1.7%	72人 17.3%	60人 14.4%	79人 19.0%	70人 16.8%	35人 8.4%	0人 0.0%	92人 22.1%	416人 100.0%
介護医療院 (n=1)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	4人 21.1%	2人 10.5%	0人 0.0%	13人 68.4%	19人 100.0%
特養 (n=8)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	2人 1.2%	2人 1.2%	19人 11.6%	20人 12.2%	14人 8.5%	0人 0.0%	107人 65.2%	164人 100.0%
地密特養 (n=2)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	2人 12.5%	1人 6.3%	4人 25.0%	1人 6.3%	5人 31.3%	0人 0.0%	3人 18.8%	16人 100.0%
合計 (n=88)	3人 0.3%	16人 1.4%	27人 2.4%	153人 13.5%	119人 10.5%	176人 15.5%	155人 13.7%	88人 7.8%	1人 0.1%	396人 34.9%	1134人 100.0%

居所変更した人の要支援・要介護度（老健を除外）

サービス種別	自立	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	死亡	申請中	合計
住宅型有料 (n=35)	0人 0.0%	2人 0.7%	3人 1.0%	27人 8.8%	32人 10.5%	37人 12.1%	32人 10.5%	17人 5.6%	78人 25.5%	78人 25.5%	306人 100.0%
軽費 (n=2)	3人 9.7%	8人 25.8%	5人 16.1%	11人 35.5%	0人 0.0%	2人 6.5%	0人 0.0%	0人 0.0%	1人 3.2%	1人 3.2%	31人 100.0%
サ高住 (n=1)	0人 0.0%	3人 100.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	3人 100.0%
GH (n=22)	0人 0.0%	0人 0.0%	1人 1.2%	13人 15.5%	7人 8.3%	13人 15.5%	10人 11.9%	6人 7.1%	18人 21.4%	16人 19.0%	84人 100.0%
特定 (n=12)	0人 0.0%	2人 0.7%	11人 4.0%	26人 9.4%	17人 6.1%	22人 7.9%	18人 6.5%	9人 3.2%	86人 31.0%	86人 31.0%	277人 100.0%
地密特定 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
介護医療院 (n=1)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	4人 12.5%	2人 6.3%	13人 40.6%	13人 40.6%	32人 100.0%
特養 (n=8)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	2人 0.7%	2人 0.7%	19人 7.0%	20人 7.4%	14人 5.2%	107人 39.5%	107人 39.5%	271人 100.0%
地密特養 (n=2)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	2人 10.5%	1人 5.3%	4人 21.1%	1人 5.3%	5人 26.3%	3人 15.8%	3人 15.8%	19人 100.0%
合計（老健除外） (n=83)	3人 0.3%	15人 1.5%	20人 2.0%	81人 7.9%	59人 5.8%	97人 9.5%	85人 8.3%	53人 5.2%	306人 29.9%	304人 29.7%	1023人 100.0%

★施設等における死亡率（向上を目指す）  **29.9%**
 ★要介護2以下の居所変更率（低下を目指す）  **17.4%**

17

居所変更した人の要支援・要介護度（参考）

【令和4年調査】

サービス種別	自立	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	申請中	合計
住宅型有料 (n=31)	0人 0.0%	3人 1.9%	3人 1.9%	33人 20.4%	29人 17.9%	35人 21.6%	29人 17.9%	30人 18.5%	0人 0.0%	162人 100.0%
軽費 (n=2)	2人 9.1%	4人 18.2%	5人 22.7%	3人 13.6%	2人 9.1%	3人 13.6%	3人 13.6%	0人 0.0%	0人 0.0%	22人 100.0%
サ高住 (n=2)	6人 54.5%	0人 0.0%	0人 0.0%	1人 9.1%	0人 0.0%	1人 9.1%	2人 18.2%	1人 9.1%	0人 0.0%	11人 100.0%
GH (n=22)	0人 0.0%	0人 0.0%	3人 4.2%	13人 18.3%	12人 16.9%	15人 21.1%	18人 25.4%	10人 14.1%	0人 0.0%	71人 100.0%
特定 (n=12)	3人 2.4%	7人 5.6%	6人 4.8%	30人 24.0%	15人 12.0%	26人 20.8%	19人 15.2%	19人 15.2%	0人 0.0%	125人 100.0%
地密特定 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
老健 (n=6)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	94人 30.9%	58人 19.1%	61人 20.1%	53人 17.4%	38人 12.5%	0人 0.0%	304人 100.0%
療養型・介護医療院 (n=1)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	1人 100.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	1人 100.0%
特養 (n=8)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	4人 3.7%	5人 4.6%	24人 22.2%	42人 38.9%	33人 30.6%	0人 0.0%	108人 100.0%
地密特養 (n=3)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	5人 23.8%	9人 42.9%	7人 33.3%	0人 0.0%	21人 100.0%
合計 (n=87)	11人 1.3%	14人 1.7%	17人 2.1%	178人 21.6%	121人 14.7%	170人 20.6%	176人 21.3%	138人 16.7%	0人 0.0%	825人 100.0%

居所変更した人の要支援・要介護度（参考）

【令和2年調査】

サービス種別	自立	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	申請中	合計
住宅型有料 (n=31)	1人 0.8%	2人 1.6%	5人 3.9%	20人 15.7%	16人 12.6%	30人 23.6%	24人 18.9%	29人 22.8%	0人 0.0%	127人 100.0%
軽費 (n=2)	0人 0.0%	4人 30.8%	4人 30.8%	2人 15.4%	2人 15.4%	1人 7.7%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	13人 100.0%
サ高住 (n=2)	3人 25.0%	1人 8.3%	0人 0.0%	1人 8.3%	2人 16.7%	3人 25.0%	0人 0.0%	2人 16.7%	0人 0.0%	12人 100.0%
GH (n=22)	0人 0.0%	0人 0.0%	2人 3.2%	10人 15.9%	17人 27.0%	16人 25.4%	9人 14.3%	9人 14.3%	0人 0.0%	63人 100.0%
特定 (n=12)	1人 1.0%	5人 5.1%	9人 9.2%	27人 27.6%	18人 18.4%	20人 20.4%	6人 6.1%	12人 12.2%	0人 0.0%	98人 100.0%
地密特定 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
老健 (n=6)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	118人 26.1%	83人 18.4%	99人 21.9%	85人 18.8%	67人 14.8%	0人 0.0%	452人 100.0%
療養型・介護医療院 (n=1)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
特養 (n=7)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	1人 2.1%	7人 14.6%	10人 20.8%	12人 25.0%	18人 37.5%	0人 0.0%	48人 100.0%
地密特養 (n=3)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	1人 5.3%	6人 31.6%	6人 31.6%	6人 31.6%	0人 0.0%	19人 100.0%
合計 (n=86)	5人 0.6%	12人 1.4%	20人 2.4%	179人 21.5%	146人 17.5%	185人 22.2%	142人 17.1%	143人 17.2%	0人 0.0%	832人 100.0%

19

居所変更した理由

サービス種別	生活支援	身体介護	認知症	医療的ケア	その他状態像の悪化	状態等の改善	居宅サービス利用を望まなかった	費用負担	本人の希望	その他	無回答
住宅型有料 (n=35)	2 5.7%	5 14.3%	5 14.3%	30 85.7%	5 14.3%	4 11.4%	0 0.0%	6 17.1%	3 8.6%	8 22.9%	0 0
軽費 (n=2)	0 0.0%	2 100.0%	2 100.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0
サ高住 (n=1)	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0
GH (n=22)	3 13.6%	9 40.9%	2 9.1%	16 72.7%	3 13.6%	0 0.0%	0 0.0%	2 9.1%	3 13.6%	4 18.2%	0 0
特定 (n=12)	0 0.0%	2 16.7%	3 25.0%	11 91.7%	3 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 8.3%	1 8.3%	2 16.7%	0 0
地密特定 (n=0)	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0
老健 (n=5)	0 0.0%	0 0.0%	2 40.0%	3 60.0%	1 20.0%	3 60.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 40.0%	3 60.0%	0 0
介護医療院 (n=1)	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0
特養 (n=8)	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	8 100.0%	1 12.5%	0 0.0%	0 0.0%	2 25.0%	1 12.5%	5 62.5%	0 0
地密特養 (n=2)	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0
合計 (n=88)	6 6.8%	19 21.6%	15 17.0%	74 84.1%	13 14.8%	7 8.0%	0 0.0%	12 13.6%	12 13.6%	22 25.0%	0 0

受け入れ可能な医療処置の種類

サービス種別	点滴の管理	中心静脈栄養	透析	ストマの処置	酸素療法	呼吸机	気管切開の処置	疼痛の看護	経管栄養	モニター測定	褥瘡の処置	カテーテル	喀痰吸引	バルブ注射
住宅型有料 (n=35)	6 17.1%	0 0.0%	25 71.4%	21 60.0%	25 71.4%	0 0.0%	0 0.0%	8 22.9%	11 31.4%	0 0.0%	27 77.1%	13 37.1%	5 14.3%	20 57.1%
軽費 (n=2)	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%
サ高住 (n=1)	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
GH (n=22)	1 4.5%	0 0.0%	3 13.6%	4 18.2%	8 36.4%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.5%	0 0.0%	0 0.0%	7 31.8%	4 18.2%	2 9.1%	4 18.2%
特定 (n=12)	6 50.0%	2 16.7%	9 75.0%	7 58.3%	10 83.3%	1 8.3%	0 0.0%	8 66.7%	3 25.0%	1 8.3%	8 66.7%	6 50.0%	3 25.0%	9 75.0%
地密特定 (n=0)	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
老健 (n=5)	2 40.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 80.0%	2 40.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 20.0%	5 100.0%	0 0.0%	5 100.0%	5 100.0%	5 100.0%	5 100.0%
介護医療院 (n=1)	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%
特養 (n=8)	0 0.0%	0 0.0%	4 50.0%	7 87.5%	5 62.5%	0 0.0%	0 0.0%	2 25.0%	8 100.0%	0 0.0%	7 87.5%	5 62.5%	3 37.5%	6 75.0%
地密特養 (n=2)	1 50.0%	0 0.0%	1 50.0%	2 100.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	2 100.0%	2 100.0%	1 50.0%	1 50.0%
合計 (n=88)	17 19.3%	3 3.4%	42 47.7%	46 52.3%	53 60.2%	1 1.1%	0 0.0%	21 23.9%	29 33.0%	2 2.3%	57 64.8%	36 40.9%	20 22.7%	47 53.4%

21

医療処置が必要な入所・入居者数の割合

サービス種別	医療処置を受けている 入所・入居者数
住宅型有料 (n=35)	71人 8.7%
軽費 (n=2)	1人 0.0%
サ高住 (n=1)	0人 0.0%
GH (n=22)	6人 0.4%
特定 (n=12)	56人 1.0%
地密特定 (n=0)	0人 0.0%
老健 (n=5)	132人 0.4%
介護医療院 (n=1)	19人 3.3%
特養 (n=8)	79人 0.0%
地密特養 (n=2)	31人 1.9%
合計 (n=88)	395人 14.5%

(注) 割合は各セルの人数を施設等ごとの入居・入所者数で除して算出しています。

とびうめネットの画面について

(現在の画面)

施設患者ID
なし

トビウメ イチロウ
飛梅 一郎

1939年08月03日生
85歳 8ヶ月 11日

福岡県メディカルセンター
アスト A

✕
閉じる

患者基本情報

緊急時紹介先医療機関

熊本県 浮羽 榑川山門 大川三遊 小郡三井 朝倉 八女 筑後 大牟田 久留木 飯塚 田川 直方 鞍手 宗像 相屋 糸島 筑紫 福岡市 豊前 上 京都 遠賀 中間 北九州市 大牟田 Eクリニック 富士通東医療センター

施設名	前回記録日	最新記録日
Eクリニック	2025/02/14	2025/02/14
富士通東医療センター	2019/03/04	2019/03/04
Aクリニック	2016/12/02	2016/12/02

■ 退院サマリ

施設名	前回記録日	最新記録日
該当なし		

■ 添付文書 ファイルアップロード

施設名	文書名
福岡県メディカルセンター	レントゲン
福岡県メディカルセンター	退院サマリ
福岡県メディカルセンター	退院サマリ
福岡県メディカルセンター	テスト
福岡県メディカルセンター	test
福岡県メディカルセンター	test
福岡県メディカルセンター	テストサマリ
富士通東医療センター	サマリサンプル1

患者基本情報

地域の緊急時紹介先医療機関全て

地域の緊急時紹介先医療機関全て

A 北九州市
B 遠賀中間
C 京都
D 豊前 築上
E 福岡市

■ 患者基本情報

登録病院	Eクリニック
緊急時紹介先医療機関	地域の緊急時紹介先医療機関すべて
保険証(記号)	21 700023
保険証(番号)	21
住所種別	自宅
郵便番号	812-0001
住所	福岡県福岡市博多区大井
本人連絡先	090-000-9999
緊急連絡先①	080-000-8888
緊急連絡先①(続柄)	家族
担当医	田中 一郎
担当看護師	富士通訪問看護
ケアマネ	富士 太郎

■ 主な病名

病名①	慢性心不全(2014.6)
病名②	慢性心房細動(2014.6)
病名③	高血圧症(2006.10)
病名④	心室性期外収縮(2010.5)

■ 病名・病歴等

2015年6月、前医開院より当院での経過観察開始。来院時病名①②を認め、利尿薬、抗凝固薬開始。2019年7月、心不全増悪(TRF-Rmode)、2020年1月、胸椎骨折(L1)3ヶ月心不全増悪入院サクスル開始。5月9日心不全再燃サクスル増量。足首痛石>左あり。2021年6/23 HDS-R19点。難聴徐々に増悪あり。

■ 患者情報(に関する患者さんの意向)

多職種間で患者情報を利用してよい

■ 備考

備考入力

メール通知

処方

ザラス配合錠HD 1T (朝)
イグザレルト10mg (朝)
サムスカ15mg (朝)
カルベジロール5mg (朝)
フロセミド30mg (朝)
スピロラクトン25mg (朝)
フェブリク10mg (朝)
ランゾプラゾール15mg (朝)
アミティーザカプセル24μg 錠剤 (夕)

■ 禁忌薬

禁忌薬1
禁忌薬2

■ アレルギー

喘息

■ 現在の医療・処置

透析療法

■ 日常生活状態

食事	自立
栄養経路	経口
食事形態	普通
排泄	自立
移動	自立
呼吸	自立

■ 障害者医療

身体障害者	4級
療育	療育手帳
精神障害者	1級

■ 介護保険

要支援	1
要介護	2
申請	申請中

■ 障害情報

障害部位(下肢)

聴覚障害 コミュニケーション手段(その他)

■ 認知自立度

I 日常生活は自立

長谷川式スケール	12点
MMSE	34点

■ 行動の特徴

被害的、一人で出たがる

その他の理由 難聴にて理解力低下あり

■ 緊急救命医療が必要な場合

担当医の判断に委任する、私の臓器を提供したい

診療情報提供書 履歴 修正 印刷 削除

(救急用画面イメージ)

【現在の画面からの変更点】

- ① 「地域の緊急時紹介先医療機関すべて」欄を削除（左記、中央（患者基本情報）にも掲載があるため）
- ② 患者基本情報の掲載順の変更（登録病院の下に担当医、担当看護師、ケアマネ、緊急連絡先を移動）
- ③ 処方、主な病名、病名・病歴等、アレルギー、現在の医療・処置、退院サマリ、添付文書については、項目名のみ表示し、ボタン押下すれば内容が表示されるよう変更
- ④ 禁忌薬は強調させるため色を変更
- ⑤ 「緊急救命医療が必要な場合」欄を最下部から移動させ、最終確認日、フリースペース、参考情報である旨を追加
- ⑥ 「保険証（記号）」「保険証（番号）」欄を削除
- ⑦ 「緊急時紹介先医療機関」欄は、項目名のみ表示し、ボタン押下すれば内容が表示されるよう変更

(多職種連携用画面イメージ)

【現在の画面からの変更点】

- ① 「地域の緊急時紹介先医療機関すべて」欄を削除（左記、中央（患者基本情報）にも掲載があるため）
- ② 患者基本情報の掲載順の変更（登録病院の下に担当医、担当看護師、ケアマネ、緊急連絡先を移動）
- ③ 処方、主な病名～行動の特徴、退院サマリ、添付文書については、項目名のみ表示し、ボタン押下すれば内容が表示されるよう変更
- ④ 禁忌薬は強調させるため色を変更
- ⑤ 「緊急救命医療が必要な場合」欄を最下部から移動させ、最終確認日、フリースペース、参考情報である旨を追加
- ⑥ 「日常生活状態」～「行動の特徴」欄に時点を追加
- ⑦ 「保険証（記号）」「保険証（番号）」欄を削除
- ⑧ 「緊急時紹介先医療機関」欄は、項目名のみ表示し、ボタン押下すれば内容が表示されるよう変更

救急用画面との違い

- ・日常生活状態や障害者医療に関する情報等、多職種連携時に必要な情報を掲載
- ・患者情報に関する患者さんの意向欄、備考欄を掲載

