

平成27年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

地域包括ケアを支える病院の役割・機能のあり方に関する研究事業

報 告 書

独立行政法人地域医療機能推進機構

平成28年3月

目次

I. 研究の概要	1
1. 研究の目的	
2. 事業実施の概要	
3. 研究結果	
II. 医療機関が地域包括ケアに取り組むための事例集	5

Ⅰ 研究の概要

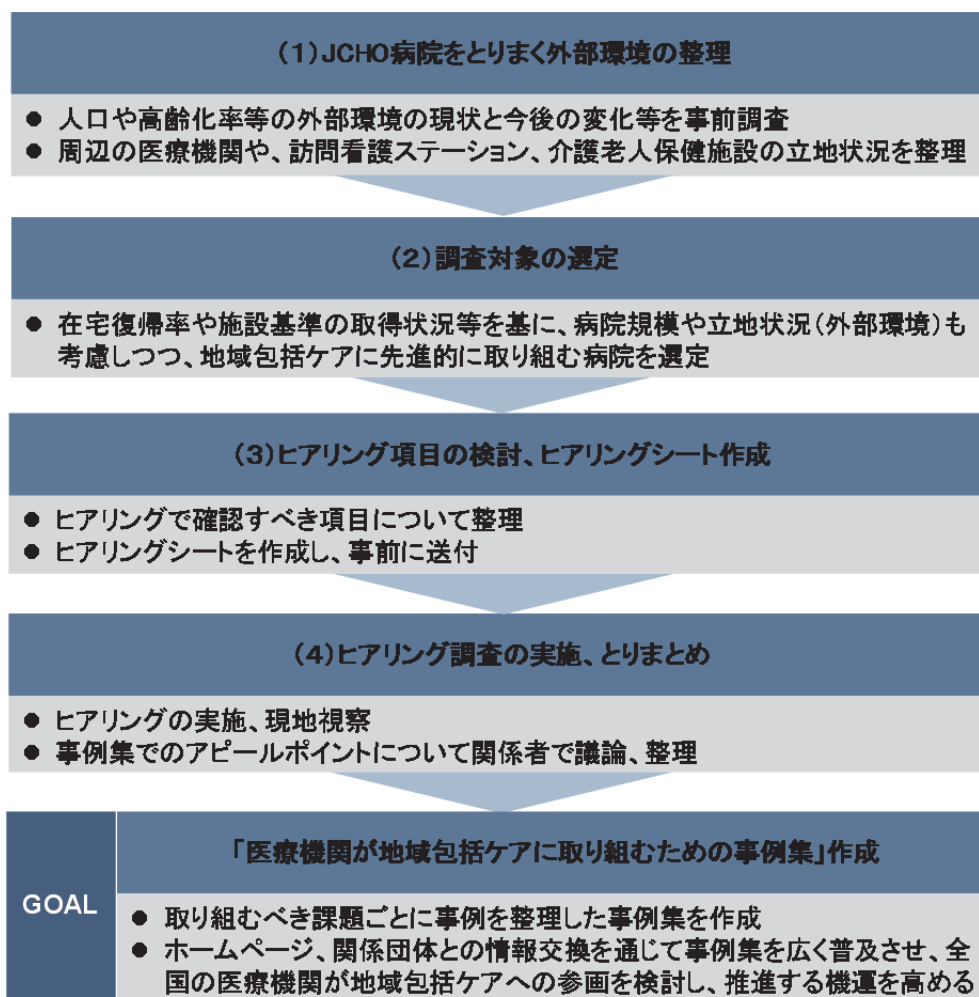
1 研究の目的

国においては、地域包括ケアシステムの構築や医療・介護連携の促進についての取組が進められ、病院等の医療機関についても、在宅医療の後方支援や訪問看護はもとより、看護・リハ職員等専門職の地域支援事業や在宅医療・介護連携推進事業への派遣や地域の介護・医療人材育成等の地域包括ケアにおける役割・機能が期待されている。

一方、一部の先進的な地域を除き、従来都道府県を窓口としてきた医療機関と、介護保険者としての市町村との関係は必ずしも密接なものとなっておらず、今後の医療・介護連携への参画の課題となっている。また、地域包括ケアに関する手引き等の多くは市町村や地域包括支援センターに向けたものであり、医療機関を主体としたものは策定されていない。

そこで、本事業においては、独立行政法人地域医療機能推進機構（以下「JCHO」という。）の病院等から、地域包括ケアへの参画に取組む先進的事例について調査を行い、その取組を事例分析し、全国の医療機関が地域包括ケアへ参画できるよう、医療機関が地域包括ケアに取組む際の「事例集」を作成することを目的とする。

本調査の進め方フロー



2 事業実施の概要

(1) 調査対象

JCHO 病院の所在する地域について、人口や高齢化率等の外部環境の現状と今後の変化等を事前調査するとともに、周辺の医療機関等の立地状況を整理した。

その上で、在宅復帰率や施設基準の取得状況、市町村事業の受託状況等を基に、病院の規模や立地状況（外部環境）も考慮しつつ、地域包括ケアに先進的に取り組んでいる JCHO 病院のうち 6 病院及びその所在する地域を選定し、ヒアリング調査を行う。

調査対象病院の一覧：

病院名	訪問日
二本松病院	平成 27 年 11 月 19 日
群馬中央病院	平成 28 年 1 月 19 日
高岡ふしき病院	平成 27 年 10 月 22 日
福井勝山総合病院	平成 27 年 11 月 26 日
神戸中央病院	平成 27 年 11 月 11 日
宮崎江南病院	平成 27 年 10 月 15 日

※秋田病院は、平成 28 年 3 月 1 日に訪問看護ステーション開設に伴い訪問し、地域包括ケアに関する取組に関してヒアリング調査実施。

※登別病院へは、電話、書面にて調査実施。

(2) 調査方法

調査すべき項目をあらかじめ整理の上、ヒアリングシートを作成し、事前に送付する。

対象病院を訪問し、経営幹部・担当者へのヒアリング調査及び現地視察を実施する。

訪問の際には、可能な範囲で当該病院の立地する市町村の介護保険部署や地域包括支援センターを訪問し、地域包括ケアシステムへの取組状況や日常生活圏域の特徴について調査を行う。

ヒアリング結果を基に、アピールポイントについて関係者で議論した上で、医療機関が地域包括ケアに取り組む際の課題ごとに事例を整理した事例集を作成する。

なお、事例集については、JCHO 病院の院長等から構成される地域包括ケア推進検討委員会の意見等を聴取する。

調査項目（例）：

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 病院の経営戦略（経営方針）と地域包括ケア<ul style="list-style-type: none">✓ 地域のニーズ、地域の医療機関等の状況の分析✓ 新事業実施（診療報酬、介護報酬改定等による方針の転換）に向けた院内多職種の理解、合意形成のプロセス2. 病院の運営方針と地域包括ケア2.1 病院 |
|---|

- ✓ 地域包括ケア病棟の役割と運用
- ✓ 回復期リハビリテーション病棟の役割と運用
- ✓ 緩和ケア病棟の役割と運用
- ✓ 在宅療養支援病院としての役割と運用
- ✓ 在宅療養後方支援病院の役割と運用
- 2.2 介護老人保健施設
 - ✓ 在宅復帰強化型算定をクリアーした経緯と今後の課題
 - ✓ 在宅復帰・療養支援加算の算定をクリアーした経緯と今後の課題
 - ✓ 施設における看取りの意義
- 2.3 訪問看護ステーション
 - ✓ 新たに訪問看護ステーションを立ち上げた経緯
 - ✓ 訪問看護ステーションの大規模化の意義と効果
- 3. 病院と併設の老健施設、訪問看護ステーション等との連携の推進
 - ✓ 定期的なジョブローテーション、一体的な人事管理（看護師、リハビリテーション、介護職員）
 - ✓ 地域医療連携の体制と運用（老健施設、訪問看護ステーション等の職員の積極的な参画）
 - ✓ 入退院、入退所状況等の日常的な情報共有、情報連携
 - ✓ 院内研修、院内多職種カンファレンス等の充実
- 4. 地域における関係者との連携の推進
 - 4.1 地域の医療機関、訪問看護ステーションとの連携
 - ✓ 地域の医療機関等との連携
 - ✓ 地域の訪問看護ステーション、介護事業所との連携
 - 4.2 自治体等との連携
 - ✓ 自治体、医師会等との連携
 - ✓ 地域協議会等の活用、充実
 - ✓ 地域包括支援センターの運営受託の経緯と運営状況
- 5. その他
 - ✓ 地域包括ケアに関する取組の地域への積極的な情報発信
 - ✓ 医療介護総合確保推進法に基づく各都道府県基金の活用
 - ✓ 訪問看護支援システム(モバイル端末を含む)の導入による訪問回数の増、継続的なデータ蓄積・活用等の業務品質の向上

3 研究結果

JCHO 病院の中でも地域包括ケアに積極的に取り組んでいる病院から情報を収集し、医療機関が地域包括ケアに取り組む際に直面する以下の課題ごとに事例を整理した事例集を作成することができた。

(医療機関が地域包括ケアに取り組む際に直面する課題)

- ・院内各施設の地域包括ケアへの取組
- ・院内各施設の連携・情報共有の推進
- ・地域における医療・介護関係者とのネットワークづくり
- ・地域へ向けた情報発信・交流の推進

本事例集は、JCHO ホームページに掲載するほか、他の医療関係団体との情報交換を通じて、全国の医療機関にも広く普及させることにより、全国の医療機関が地域包括ケアへの参画を検討し、推進する機運を高めていく。

本事例集が、全国の医療機関が地域包括ケアに取り組む際の資料となり、病床機能の見直しやより一層の地域における医療・介護連携の検討、新たな訪問看護ステーションの立ち上げなどに取り組む際の参考となることが期待される。

また、自治体からの地域包括ケアに関連する事業の受託（地域包括支援センターや在宅医療・介護連携推進事業の受託等）にも視野が広がり、医療機関がそれらの事業を受託することを検討するようになることも想定される。

医療機関が地域包括ケアに取り組むための事例集

平成 28 年 3 月

独立行政法人 地域医療機能推進機構

目次

I 事例集作成の目的と背景	1
1 病院が地域包括ケアに取り組む意義とは _____	1
2 地域包括ケアシステムとは _____	3
3 JCHO における地域包括ケアの推進に関する基本方針 _____	5
4 本事例集の特徴 _____	7
(1) 病院のみならず、市町村や地域包括支援センターにもヒアリング調査を 実施して地域の状況を多面的に把握・分析 _____	7
(2) どこからでも読めるように事例集を構成 _____	8
(3) 地域包括ケアことはじめ五か条を作成 _____	9
II ヒアリング対象病院の概要	10
(1) 二本松病院 _____	10
(2) 群馬中央病院 _____	10
(3) 高岡ふしき病院 _____	10
(4) 福井勝山病院 _____	11
(5) 神戸中央病院 _____	11
(6) 宮崎江南病院 _____	12
III 地域包括ケアを見据えた院内各病棟・施設の運営	14
1 病院の病棟転換や見直し _____	15
(1) 地域包括ケア病棟の運営（高岡ふしき病院） _____	15
(2) 回復期リハビリテーション病棟の運営（福井勝山総合病院） _____	18
(3) 緩和ケア病棟の運営（神戸中央病院） _____	20
(4) 開放病床を活用した地域の医療機関との顔の見える関係づくり （高岡ふしき病院） _____	23
(5) 地域医療支援病院として地域の医療機関との信頼関係を構築 （宮崎江南病院） _____	24
(6) 院内連携推進体制強化に向けた取組 地域医療連携室、医療相談室、 居宅サービスを集約（福井勝山総合病院） _____	26
2 地域包括ケアを見据えた介護老人保健施設の運営 _____	27
(1) 年間を通じた計画的なベッドコントロール（二本松病院） _____	28
(2) 管理データの見える化による効率的な職員間の情報共有（宮崎江南病院） _____	29

3 地域包括ケアを見据えた訪問看護ステーションの運営	31
(1) みなし訪問看護から訪問看護ステーション開設やその体制強化 (高岡ふしき病院・秋田病院)	32
(2) 多くの患者を支える大規模訪問看護ステーション (宮崎江南病院)	33
(3) 効果的なサービス提供に向けたサテライトの開設と ICT の導入 (登別病院)	35
IV 院内各施設の連携・情報共有の推進	37
1 病院と介護老人保健施設での一体的な看取りの実施 (二本松病院)	37
2 NST 活動を通じた病院と介護老人保健施設の一体的運営 (群馬中央病院)	39
3 目指すべき方向性を共有するための多職種間での取組 (宮崎江南病院)	40
4 多職種で地域包括ケアに関する定期的な院内研修を開催 (宮崎江南病院)	42
5 地域包括ケア人材育成のための人事異動 (福井勝山総合病院)	44
V 地域における医療・介護関係者とのネットワークづくり	46
1 認定看護師を活用した地域の介護事業所等との連携 (宮崎江南病院・秋田病院)	46
2 特定の訪問診療を通じた地域の介護事業所等との連携 (群馬中央病院)	48
3 「わたしの健康手帳」を活用した関係機関との情報共有 (宮崎江南病院)	50
4 医療・介護連携セミナーの開催を通じた地域の医療機関等との連携強化 (宮崎江南病院、神戸中央病院)	51
5 地域協議会での要望に対応した巡回バスの運行 (神戸中央病院)	52
6 院内での地域ケア会議の開催 (高岡ふしき病院)	53
7 市区町村の委託事業	55
(1) 地域包括支援センターの運営受託等 (神戸中央病院・二本松病院)	55
(2) 病児保育の運営受託 (高岡ふしき病院、秋田病院)	57
8 医師確保に関する自治体との連携 (福井勝山総合病院)	59
VI 地域へ向けた情報発信・交流の推進	61
1 外来スペースを活用したミニ健康教室の開催 (群馬中央病院)	61
2 地域住民を対象とした健康セミナーの開催 (神戸中央病院)	63
3 市区町村広報誌を活用した情報の発信 (福井勝山総合病院)	64
4 病院と地元小学校との交流 (高岡ふしき病院)	65

VII 参考資料	66
1 JCHO 病院の地域包括ケア関連事業	66
2 平成 28 年度診療報酬改定の内容（地域包括ケア関連）	67
(1) 退院支援に関する評価の充実	67
(2) 退院直後の在宅療養支援に関する評価	70
(3) 在宅医療における看取り実績に関する評価の充実.....	71
(4) 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価.....	73
(5) 緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実	75
(6) 歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価.....	76
(7) 認知症に対する主治医機能の評価	77
(8) 身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価.....	78
(9) 機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し.....	80

I 事例集作成の目的と背景

1 病院が地域包括ケアに取り組む意義とは

近年、わが国は世界に類を見ない少子高齢化が加速し、2025年には75歳以上の後期高齢者が2,179万人（全人口に占める18.1%）へと増加する。患者の年齢構成及び疾病構造の変化により、病院は、高度急性期・急性期を中心としてきた病床のうち、ある一定の割合については、回復期・慢性期等へシフトしていくことや、在宅医療への支援が求められている。また、各地域においては、都道府県の保健医療計画や市町村の介護保険事業計画に基づき、高度急性期・急性期医療から在宅医療・介護までの、切れ目のない医療や介護サービスの提供の実現を検討する必要がある。

このような背景の下、平成26年4月より独立行政法人地域医療機能推進機構（以下、「JCHO」という。）は57の病院群の独立行政法人として、高齢社会に即した地域包括ケアの実施を主な使命として設置された[JCHOの中期目標及び中期計画の地域包括ケアに関する抜粋(P2参照)]。JCHOの病院群は全国で病院事業を展開しており、急性期からリハビリまでの幅広い医療機能を有し、また、約半数の病院に介護老人保健施設を併設している等の特長がある。多くは200床前後の規模であり、最近の制度改正の流れを踏まえて、地域包括ケアにおいて要となるべく役割を検討している病院が多い。

地域包括ケアにおける役割の検討とは、まず、各病院が立地する地域の現状（外部環境）や、自院が有する機能や強み（内部環境）等の情報を整理し、中長期的な視点での絵姿として、自院が地域で果たすべき、あるいは、担える役割・機能等を検討し描くことである。その上で、病床機能の転換等や自治体や関係機関、地域住民のコミュニティー等との連携・信頼関係の構築・強化といった具体的な取組の方法を検討することが必要である。

しかしながら、地域包括ケアに対する個々の病院の意識の違いも見られ、取組の進捗も介護保険制度の開始以前から地域包括ケアに取り組んできた病院もあれば、これから新たに地域包括ケアへの取組を目指す病院まで様々である。

こうした現状を踏まえ、本報告書は、全国の中規模病院が地域包括ケアの推進に取り組む際の1つの参考資料となることを目的として、病院における地域包括ケアに関する取組について抽出し、課題ごとに事例集として、取りまとめたものである。

<JCHOの中期目標及び中期計画>

【中期目標】

高齢社会に対応した地域包括ケアの実施

医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応して地域包括ケアシステム（地域の実情に応じて高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、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立される体制。）づくりが進められている。

地域医療機能推進機構においては、約半数の病院に老健施設が附属しているという特色を活かし、医療サービスに加え、老健施設サービス、短期入所、通所リハ、訪問リハ、訪問看護等の複合的なサービスが一体的に提供される拠点として地域包括ケアの推進に努めること。

老人保健施設サービスなど各サービスの実施に当たっては、在宅復帰、認知症対策、看取りへの対応など国の医療及び介護政策を踏まえた適切な役割を果たすよう努めること。

【中期計画】

高齢社会に対応した地域包括ケアの実施

各病院の特色を踏まえ、地域における在宅医療施設やサービス事業所とも協力し、医療と介護の連携体制の強化を行う。また、約半数の病院に老健施設が併設されているという特色を活かし、老人保健施設サービス、短期入所、通所リハ、訪問リハ、訪問看護等の複合的なサービスが一体的に提供される拠点として地域包括ケアの推進に努める。

老人保健施設サービスなど各サービスの実施に当たっては、在宅復帰、認知症対策、看取りへの対応など国及び市町村の介護政策を踏まえた適切な役割を果たすよう努める。

① 地域包括支援センター

介護予防事業への取組など地域包括支援センターの運営を積極的に行う。

② 老健施設

病院に隣接し、病院と一体的に運営されているという特色を踏まえ、医療ニーズの高い者（喀痰吸引、気管切開等が必要な者）の受入を積極的に行う。

また、在宅復帰・在宅療養支援機能を強化する。さらに、高齢者のがん患者を含め、施設において本人や家族の意向を踏まえた看取りができる職員の対応能力を高め、看取りにも対応する。

③ 訪問看護・在宅医療

訪問看護ステーション等を充実させ訪問看護体制を強化する。

また、地域の在宅医療を担う医療機関の支援として退院支援が必要な患者や在宅療養者の急変時の受入を積極的に行うとともに、地域の在宅医療・介護関係者への研修を実施する。

④ 認知症対策

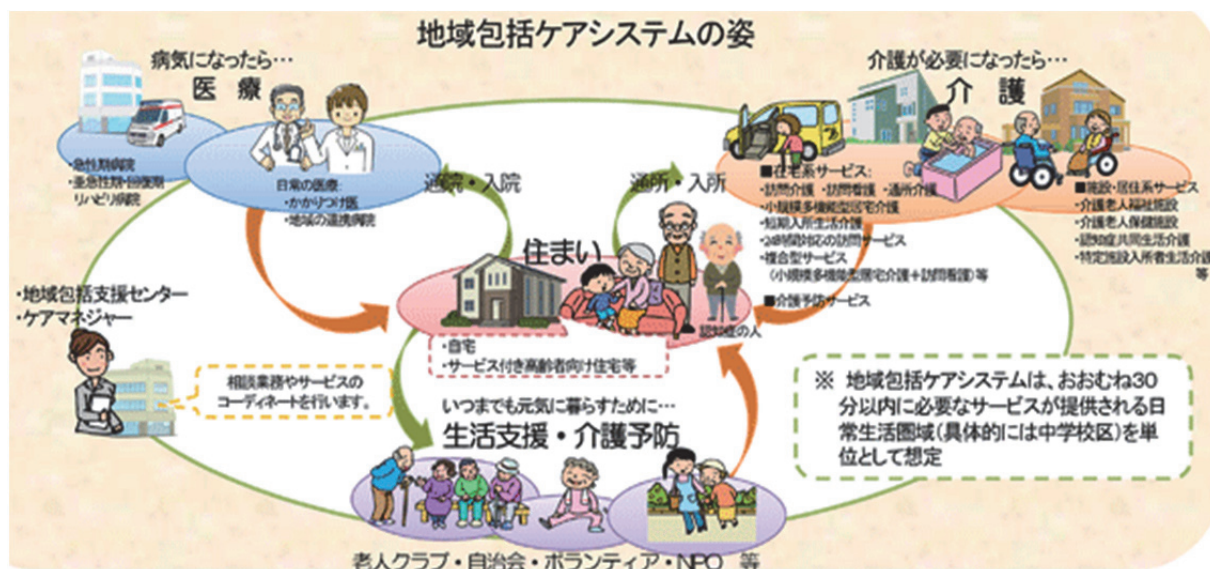
認知症を早期に診断し対応する体制を整備する。このため認知症サポート医の積極的な養成に努める。高齢者が自分らしく健康的な暮らしを継続できるよう、認知症に加え運動機能も適切に評価を行い、日常生活の指導を行うための専門外来（物忘れ外来等）を設ける。

2 地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムとは、高齢者が重度の要介護状態となっても可能な限り住み慣れた地域で、必要ときに必要なサービスを受けながら自分らしい暮らしを続けられるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体で提供する体制のことで、地域全体で高齢者の生活を支えていくためのシステムのことである。

地域包括ケアシステムの構築に向けては、医療と介護が切れ目なく一体的に提供される必要があり、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・介護の提供を行うことが必要となる。

厚生労働省においては、団塊の世代が75歳以上となる平成37年を目途に、市町村や都道府県において、地域の特性に応じて地域包括ケアシステムを構築していくことを目指している。

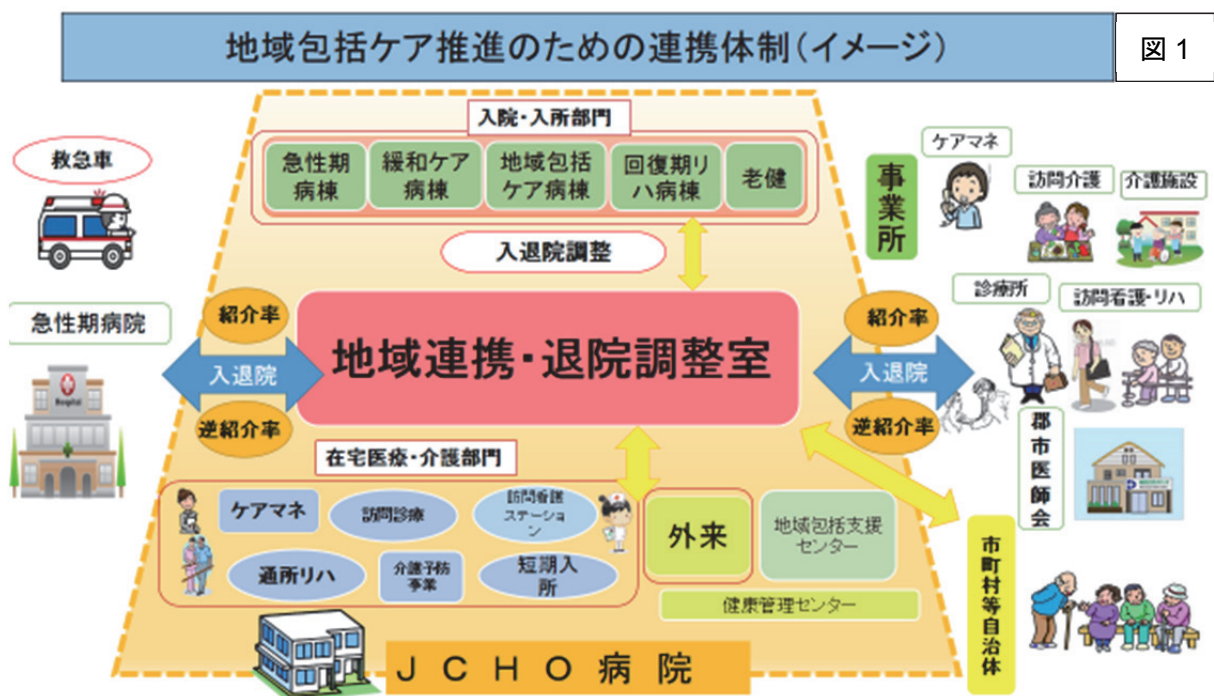


出典：厚生労働省 HP より

地域包括ケアシステムに対する国の絵姿を踏まえ、JCHO 病院においては、院内の体制整備や地域の関係機関との連携体制の構築を進めていくこととしている。

国の平成 28 年度の診療報酬改定の基本的考え方の第 1 番目に、「地域包括ケアシステム」の推進と「病床の機能分化・連携」を含む医療機能の分化・強化・連携が挙げられている。¹⁾

今後は、図 1 のように院内の地域医療連携室や退院調整室を中心として入院・入所部門、在宅医療・介護部門等の院内における連携や調整はもちろん、院外の急性期病院や診療所、自治体等との連携体制も構築し、医療と介護が切れ目なく一体的に提供されるように地域へ貢献していくことが重要となってくるものと考えられる。



出典：JCHO 本部作成

¹⁾ 地域包括ケアに関連する平成 28 年度診療報酬改定については巻末に記載。

3 JCHOにおける地域包括ケアの推進に関する基本方針

JCHOにおいては、中期目標、中期計画を踏まえて組織決定した、「地域包括ケア推進に関する当面の方針」を全JCHO病院へ通知した。

本事例集においては、この「当面の方針」を参考にしながら、病院における地域包括ケアに関する優れた取組事例をとりまとめることとする。

<地域包括ケア推進に関する当面の方針>

1. 地域における関係者との連携の推進

- 地域協議会等の活用、充実
 - ・ 地域協議会等の活用による自治体、医師会、地域の医療機関・介護事業所等の連携体制等の状況の把握、連携の推進
 - ・ 地域協議会等の分科会や実務者レベルの連絡会等の開催
- 自治体、医師会等との連携の推進
 - ・ 自治体、医師会等が主催する委員会等への積極的な参画
 - ・ 医療介護総合確保推進法に基づく基金の活用の検討、申請
 - ・ 自治体等の委託事業への積極的な関与（地域包括支援センターの受託、在宅医療・介護連携推進事業への参画）
 - ・ 自治体等が主催する事業への職員の派遣（地域支援事業へのリハビリ専門職の派遣、地域ケア会議への医療職の参画等）
- 地域の医療機関等との連携の推進
 - ・ 地域医療連携室の体制強化等による入退院調整の強化
 - ・ 紹介率・逆紹介率の少なくとも毎年1%以上の向上
 - ・ 地域連携クリティカルパスの実施
 - ・ 地域における先進的な地域包括ケアに関する取組への参画、先進的な取組の実施

2. 地域への情報発信の推進

- 地域包括ケアに関する取組の地域への積極的な情報発信
 - ・ ニュースレターの充実、地域の関係者への積極的な配布
 - ・ 地域住民に対する在宅医療・介護サービス、介護施設の利用方法等についてセミナーの開催
 - ・ メディアへの積極的な情報発信
- 研修等の充実
 - ・ 地域の医療・介護従事者に対する地域連携等についての研究会の開催

3. 病院と老健施設、訪問看護ステーション等との連携の推進

- 地域包括ケア推進室の体制整備
 - ・ 老健施設、訪問看護ステーション等の職員の積極的な参画

○ 病院と老健施設、訪問看護ステーション等との情報共有の推進

- ・ 入退院、入退所状況等の日常的な情報共有

○ 全ての職員の理解の促進

- ・ 全ての職員を対象とした勉強会の継続的な実施

4. 病院、老健施設、訪問看護ステーション等の今後の運営方針の明確化

○ 地域のニーズ、地域の医療機関等の状況の分析

- ・ アンケート調査、ヒアリング調査等による現状の分析

○ 病院、老健施設、訪問看護ステーション等の今後の在り方の検討

- ・ 訪問看護ステーション：訪問看護体制の強化、機能強化型へ移行の推進
- ・ 老健施設：医療ニーズの高い者（喀痰吸引、気管切開等が必要な者）の受入の積極的な実施、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定、在宅強化型の届出、ターミナルケアの実施等
- ・ 病院：在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院の届出、回復期リハ、地域包括ケア病棟の開棟等

5. ICT の活用による業務効率化、情報連携の推進

- ・ 訪問看護支援システム（モバイル端末を含む）の導入による訪問回数の増、継続的なデータ蓄積・活用等の業務品質の向上
- ・ 病院、老健施設・訪問看護ステーション等の情報連携システムの試験的な導入、効果検証
- ・ 地域における先進的な情報連携等の取組への参画、先進的な取組の実施

4 本事例集の特徴

(1) 病院のみならず、市町村や地域包括支援センターにもヒアリング調査を実施して地域の状況を多面的に把握・分析

本事例集の作成に当たっては、病院だけでなく、当該病院が属する市町村の介護保険を担当する部署や地域包括支援センター等へ出向き、担当者へヒアリングを実施した。

一般的にこれまで多くの病院は、国の診療報酬改定や都道府県の保健医療計画の動向を踏まえながら、病院経営を進めてきた。

多くの病院にとって、介護保険者である市町村の担当者、介護保険事業計画や地域包括支援センターの意義や活動内容については、どちらかといえば近くて遠い存在であったと考えられる。

一方で、市町村側も在宅医療や医療・介護連携の推進の役割が都道府県から移行されたため、これらの取組については、その進捗に大きな差が生じている。

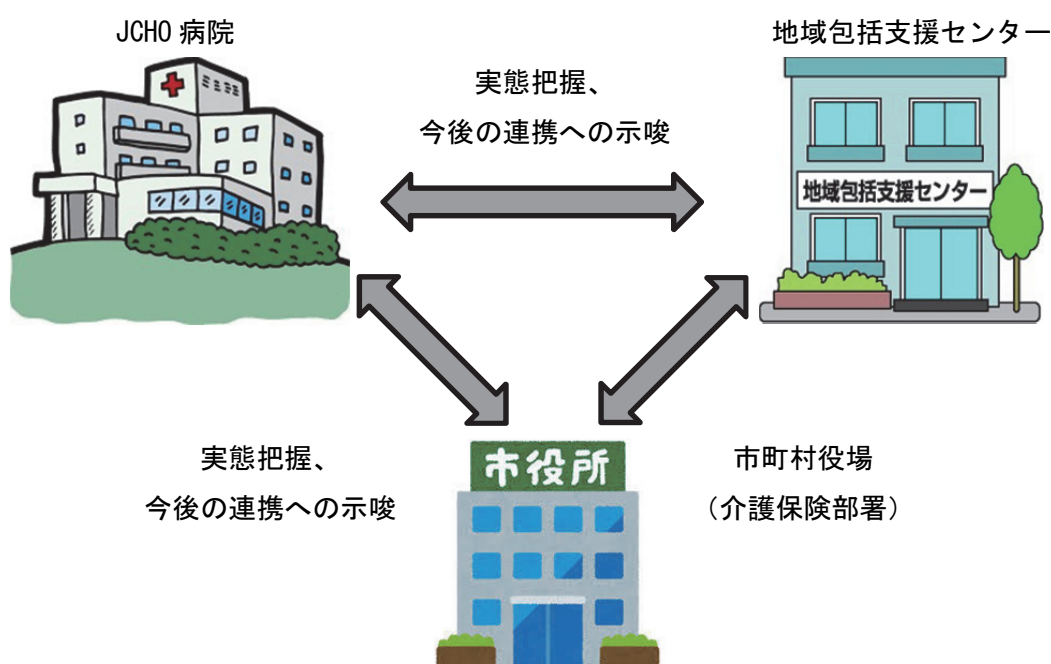
このため、市町村（介護保険者）の介護保険事業計画の内容や今後の実施事業等を把握することで、地域包括ケアシステムの進捗状況の把握に努めた。また、当該病院と市町村の連携状況や市町村からどのような役割について期待されているのか等についてもヒアリングした。

また、地域包括支援センターは、市町村事業であるが、その多くが法人への委託事業となっており、市町村よりも地域住民に近い機関であるため、当該病院との連携状況や当該病院へ期待する役割等についてもヒアリングした。

市町村及び地域包括支援センターへのヒアリング結果については、当該病院へフィードバックし、今後の市町村や地域包括支援センターとの連携についてもディスカッションした。

本事例集は、市役所及び地域包括支援センター等へのヒアリング結果から、特に重要と思われる箇所については記載することとした。

市町村・地域包括支援センターとの連携



(2) どこからでも読めるように事例集を構成

本事例集は、3章、4章、5章、6章で具体的な事例を紹介している。

3章については、地域包括ケアを見据えた病棟運営及び介護老人保健施設や訪問看護ステーションの運営について記載している。

4章については、院内多職種との連携や情報共有の在り方等について記述を行っている。同じ病院内においても医療（病院）と介護（附属施設）、部署間や職種間での壁ができてしまうことが懸念される。そのようにならないように、どのように連携等を進めていけばよいかについて記載をした。

5章については、地域包括ケアを推進する上で、地域にどのようなプレイヤーが存在し、どのような事業連携やコミュニケーションをとればよいかについて記載した。

6章については、地域への情報発信の推進である。地域包括ケアを推進する上では、コミュニティとの良好な関係を構築することはとても重要であり、地域への情報発信という切り口でJCHO病院の取組について記載した。

本事例集については、読み手の立場に立ち、なるべくわかりやすい見出しをつけることとした。また、関心に応じて、どこからでも読めるように配慮した。

(3) 地域包括ケアことはじめ五か条を作成

これから地域包括ケアに取り組もうとする病院関係者が、病院や施設の中で、地域包括ケアの具体的な取組をイメージしてもらうことを狙い、JCHOをもじって、「地域包括ケアことはじめ五か条」として身近に使っていただけるようにポイントをまとめたものである。



地域包括ケアことはじめ



五か条



第一条 情報を整理・共有しよう

自院や地域の状況について知り、院内全体で共有しましょう

例

- 地域医療連携の実績（紹介／逆紹介）をまとめて数値化する
- 院内各施設の業務連携の状況について文書化する
- 地域の医療機関、訪問看護・介護事業所、地域包括支援センターの一覧を作る



第二条 絵を思い描いて活動しよう

地域の中で自院に求められる役割、関係者との連携を検討し、自院及び地域全体の目指すべき方向性を関係者との間で共有しましょう

例

- 地域包括ケアに関する方針や目標について各施設を含んだ院内全体で共有する
- 院内各施設の業務連携、多職種連携の推進について検討する
- 地域協議会等で自院の運営方針、関係者との役割分担について議論する



第三条 委員会を開こう

地域包括ケアに関する取組の継続的な推進のため、多職種が参加する会議等を定期的
に開催しましょう

例

- 地域包括ケア推進室会議に多職種が参加する
- 事例検討や情報共有のための多職種によるカンファレンスを開催する
- 地域包括ケア推進のための勉強会を開催し、リンクナースを育成する



第四条 コミュニティとの関係性を築こう

地域包括支援センターや市町村（役所）、医師会等に出向き、顔の見える関係をつ
くりましょう

例

- 地域包括支援センター主催の地域ケア会議等、地域の関係者が参加する会議に積極
的に参加する
- メディアに情報提供し、市民向けの公開講座、医療介護従事者向けの研修会を開
催する
- 地域の医療機関、訪問看護・介護事業所等に足を運び、顔の見える関係をつくる



第五条 横断的に動こう

各施設の職員は所属する部署を越えて横断的に動き、院内全体、地域全体に幅広い視
点を持ちましょう

例

- 病院と各施設は一体的な運営をし、地域医療連携室は組織横断的に活動する
- 院内各施設の間での人事ローテーションを推進する
- 地域包括支援センターの受託など市町村事業を積極的に受託する

II ヒアリング対象病院の概要

ヒアリング調査を実施した 6 病院の概要は以下のとおりである。

(1) 二本松病院

二本松病院のある二本松市は東日本大震災の影響もあり、人口は減少傾向である。市の人口は平成 27 年 57,673 人で高齢化率 28.7%となっている。市内には医療法人辰星会の運営する病院、柘記念病院（216 床）、柘病院（109 床）があるものの、分娩を扱う医療機関がない状況である。

二本松病院の病床数は 153 床と小規模であり、10 対 1 で DPC 対象病院である。ただし、実働病床 100 床当たり医師数は 5.2 人と厳しい状況である。そのような状況下、二本松病院では生活習慣病に対する取組として、糖尿病等の予防、治療、指導等を進め、二本松地域の人工透析治療の拠点病院として透析センターを運営している。

附属施設として健康管理センター、介護老人保健施設と訪問看護ステーションを併設している。

附属介護老人保健施設ではショートステイの強化に取り組んでおり、在宅復帰者のためにショートステイのベッドを 20 床確保して積極的に在宅療養者を支えている。さらに、以前から職員の看取りに対する理解を深めるための取組を進めており、看取りに対する職員の抵抗は低く、また、病院と介護老人保健施設の切れ目のない連携も構築できている。

(2) 群馬中央病院

群馬中央病院の位置する前橋市は中核市であり、人口は約 34 万人、高齢化率は 28.7%となっている。市内には群馬大学医学部附属病院（723 床）や前橋赤十字病院（592 床）といった急性期の大規模な病院がある。

群馬中央病院の病床数は 333 床と中規模であり、7 対 1 で DPC 対象病院である。実働病床 100 床当たり医師数は 19.1 人である。

群馬中央病院は附属施設として健康管理センター、介護老人保健施設を併設している。

群馬中央病院では内視鏡検査室が充実しており、最新機器も配備され、全室個室の快適な環境の中で、年間 12,000 件以上の検査及び治療を行っている。

また、栄養療法を通して地域全体で患者を支えていくことを目的として、平成 20 年には「栄養療法ネットワーク・前橋」を立ち上げた。群馬中央病院に事務局を置き、現在では 100 以上の医療、介護、福祉施設が参加して、多施設合同 NST（栄養サポートチーム）に取り組む等、地域の関係機関との連携にも力を入れている。

(3) 高岡ふしき病院

富山湾に面する高岡市伏木地区は、戦前から港町として栄え、戦後、この地区で働く企業の従業員や船員を対象とした病院設置の機運が高まったところからスタートしている。高岡市の人口は 175,719 人で、高齢化率が 30%を超えている。

高岡ふしき病院の病床数は 120 床と小規模であり、10 対 1 で DPC 対象病院である。実働病床 100 床当たり医師数は 9.2 人である。

高岡ふしき病院のある伏木地区の高齢化率は 35.8%と市内平均よりも高く、地域の医療機関の数は限られている状況である。市内には厚生連高岡病院（562 床）や高岡市民病院（476 床）、済生会高岡病院（266 床）といった急性期病院が多数あるため、急性期以降の診療（地域包括ケア病棟他）を提供している。

さらに、地域のニーズに応えるため、平成 25 年 11 月から在宅療養支援病院の届出を行い、訪問診療にも力を入れている。

附属施設として、健康管理センター、訪問看護ステーションを併設している。

（４）福井勝山病院

福井勝山病院のある勝山市は福井北 IC から約 23km（約 40 分）であるが、地理的にも福井市内から離れており、二次医療圏は福井・坂井医療圏とは別の奥越医療圏となっている。奥越医療圏は全域が「豪雪地帯対策特別措置法」に基づき指定されており、冬期間の自動車・鉄道等、交通機関への影響がある。

人口 24,880 人で高齢化率も 32.1%と今回調査を行った病院の属する市町の中では最も高齢化率が高かった。勝山市内には福井勝山病院以外総合病院がない状況である。

福井勝山病院の病床数は 199 床と小規模であり、10 対 1 で DPC 対象病院である。実働病床 100 床当たり医師数は 10.5 人である。

院長の専門である脳神経外科領域を活かし、急性期以降の診療である回復期リハビリテーションを提供している。附属施設として、健康管理センター、介護老人保健施設、訪問看護ステーションを併設している。

（５）神戸中央病院

神戸市は政令市であるが、神戸中央病院のある北区は人口 225,677 人で高齢化率が 26.8%である。六甲山の北側から西側に位置し、神戸市役所のある中心市街地からは電車で 30 分程度離れている。

北区の面積は神戸市全体の約 44%を占めるが、面積のほとんどが農村・山林であり、神戸市の中では人口密度が最も低い。1960～70 年代に開発が進み、ニューファミリーの流入が進んだ。40 年以上が経過した現在、住民の高齢化が進んでいる。

神戸中央病院の病床数は 374 床と中規模であり、7 対 1 で DPC 対象病院である。実働病床 100 床当たり医師数は 19.4 人である。北区内の急性期病院は他に 1 か所、真星病院（174 床）がある。

神戸中央病院は平成 8 年より緩和ケア病棟を開設している。附属施設として、健康管理センター、介護老人保健施設、訪問看護ステーションを併設している。また、神戸市より地域包括支援センターの運営を受託しており、行政との連携にも力を入れている。

さらに、地域の関係者との連携にも力を入れており、年 1 回開催される地域協議会の活用や市民向けの医療セミナーの開催、医療機関向けの医療連携セミナーの開催等、幅広い関係者と連携・

関係強化を進め、顔の見える関係づくりができています。

(6) 宮崎江南病院

宮崎市は中核市であり、人口が約 40 万人で高齢化率が 24.4%と今回調査を行った病院の中では最も低かった。市内には県立宮崎病院（599 床）、宮崎大学医学部附属病院（596 床）といった大規模な急性期病院がある。

宮崎江南病院の病床数は 269 床であり、7 対 1 で DPC 対象病院である。実働病床 100 床当たり医師数は 12.8 人と医師数は少ない。

宮崎江南病院では地域医療支援病院の基準を取得し、地域医療に貢献している。また、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟等を開設している。附属施設として健診センター、老人保健施設、訪問看護ステーションを有している。特に訪問看護ステーションは平成 11 年に開設し、JCHO 病院の中で唯一機能強化 I を算定している。宮崎市との連携にも力を入れている。

ヒアリングを実施した JCHO 病院の外部環境、病院基本情報、附属施設の状況は次頁の表 1 とおりである。

※ 秋田病院、登別病院については、別途個別の取組事項についてヒアリングを実施。

表 1

ヒアリング対象病院の概要

病院名		二本松	群馬中央	高岡ふしき	福井勝山	神戸	宮崎江南	
外部環境	市町村	二本松市	前橋市 (中核市)	高岡市	勝山市	北区 (政令市)	宮崎市 (中核市)	
	施設が所属する市区町村の人口(H27)	57,673	339,956	175,719	24,880	225,677	405,750	
	65歳以上の人口(H27)	16,532	89,626	53,849	7,991	60,375	98,828	
	高齢化率(H27)	28.7%	26.4%	30.6%	32.1%	26.8%	24.4%	
	2次医療圏の人口(H27)	482,740	339,956	321,019	60,131	1,550,831	433,911	
	日常生活圏域	二本松地域	北部・中部 圏域	伏木・太田	中部圏域	北区	大淀地区	
	周辺の病院等設置状況	日常生活圏域 に急性期病院 1か所のみ	二次医療圏に 急性期病院7 か所	日常生活圏域 に1か所のみ	二次医療圏に 総合病院1か 所のみ	日常生活圏域 に1か所のみ	二次医療圏に 急性期病院9 か所	
病院基本情報	実働病床数(H27.12)	153	333	120	199	374	269	
	看護配置(H27.12)	10対1	7対1	10対1	10対1	7対1	7対1	
	医師数(H27.11)	7.9	63.7	11.0	20.8	72.6	34.4	
	実働病床100床あたり医師数(H27.11)	5.2	19.1	9.2	10.5	19.4	12.8	
	DPC	○	○	○	○	○		
	地域包括・回復期・緩和ケア病棟の有無	(地域連携 病棟)		地域包括	回復期	緩和ケア	地域包括 回復期	
	地域医療支援病院		○			○	○	
	在宅療養支援病院○ 在宅療養後方支援病院●			○			●	
	65歳人口1万人に占める在宅療養支援 診療所数	3.0	7.8	2.0	5.0	4.8	6.3	
	附属施設	老健施設 (H27.11)	入所定員数(人)	100	80	/	100	100
通所定員数(人)			40	50	/	40	40	50
在宅復帰強化型:◎、在宅復 帰・在宅療養支援加算:○			◎	○	/	○	○	◎
職員数(常勤換算)(人)			66.2	60.3	/	53.4	65.2	71.5
職員数(100床あたり)			66.2	75.4	/	53.4	65.2	89.4
65歳人口1万人あたり老健施設数		1.8	1.5	1.3	3.8	1.8	1.2	
訪問看護 ステーショ ン (H27.11)		開設年月日	H11.4.1	/	H23.4.1	H10.4.1	H10.4.1	H11.11.2
		職員数	7.8	/	6.5	7.0	6.3	18.5
65歳人口1万人あたり訪問看護ステー ション数		1.2	3.9	1.5	2.5	3.3	3.4	
地域包括支援センター			○ (※ランチ)			○		
居宅介護支援事業所	○			○	○	○		

III 地域包括ケアを見据えた院内各病棟・施設の運営

地域包括ケアを推進するためには、地域に不足している医療や、地域に求められている医療等、早期に地域の医療ニーズを把握し、適切な提供体制を整備することが求められている。

そのためには、サービス提供を推進するためのハード、ソフト面の体制整備が必要であり、最近では、平成 26 年に創設された地域包括ケア病棟や、従来からの緩和ケア病棟や回復期リハ病棟が在宅復帰や在宅医療を支援する機能を持つ病棟として位置づけられており、急性期病棟から転換を図る病院が増えている。

また、地域包括ケアを推進する重要な役割を担うのが地域医療連携室であり、院内と院外をつなぐ要となっている。地域の医療機関からの紹介・逆紹介を始め、介護事業所や地域包括支援センター等との連携の要となっている。また、病院だけでなく介護老人保健施設や訪問看護ステーション、居宅介護事業所等の介護系施設を運営している場合も、地域医療連携室が情報集約して各病棟や施設間の調整を図ることが多い。そのため、地域医療連携室がその機能を十分に果たすことができるよう、地域医療連携室に権限と役割をも持たせ、必要な情報を集約し、マネジメントスキルのある人材を配置することが不可欠である。また、ハード面からも、建物内での地域医療連携室の位置等により、院内・院外との連携が推進されることもあり、ソフト・ハード両面からの検討が必要とされている。

これらの院内における各病棟・施設、部門の整備や運営の工夫により地域包括ケアの取組を進めている病院の事例を紹介する。

1 病院の病棟転換や見直し

少子高齢化、人口減少により病院をとりまく外部環境は大きく変わってきている。国では急性期から回復期や慢性期、在宅、介護へ移行するように検討が進められている。

診療機能の見直しについては、病床数の多寡にかかわらず、地域の患者数の減少や他の医療機関との競合等を加味した上で、検討が避けては通れない問題である。ここでは病院の病棟転換や見直しについての事例を紹介する。

(1) 地域包括ケア病棟の運営（高岡ふしき病院）

《キーワード》

- ・ 運営方針の明確化、他院との役割分担、自宅や施設からの患者受け入れ

高岡ふしき病院においては、周辺に急性期医療を提供する病院が多いこともあり、地域の人口や患者数の減少といった今後を見据えて診療機能を見直すことになった。

その結果、地域の他病院に先駆けて地域包括ケア病棟を導入することとなり、高度急性期病院等からの患者を受け入れ、在宅や施設への復帰支援を行うとともに在宅や施設で療養中の高齢者の症状悪化時や緊急時の受け入れも行う等、病院として地域包括ケアの一部を担っている。

地域包括ケア病棟の開設の背景と現状

高岡ふしき病院のある高岡市には、市内に急性期を志向する病院が3病院存在している。

そのような中で高岡ふしき病院では、急性期病院としての競合を避け、急性期病院の後方支援に回ることが地域医療の中で、自院がとるべき立ち位置として適切であると考え、地域包括ケア病棟を選択した。

平成26年7月に地域包括ケアに寄与するため、一般病棟（看護基準 10:1）2病棟のうちの1病棟（60床）を地域包括ケア病棟へ移行した。

現在、地域包括ケア病棟の平均在院日数は39~40日となっており、病床稼働率は75%程度である。

地域包括ケア病棟における看護配置は本来13:1であるが、実際は10:1人員配置で手厚くしている。医師は主治医制であり、内科医も外科医も担当している。看護師26名（うち非常勤看護師5名）、理学療法士1名（専任）看護助手10名を配置している。

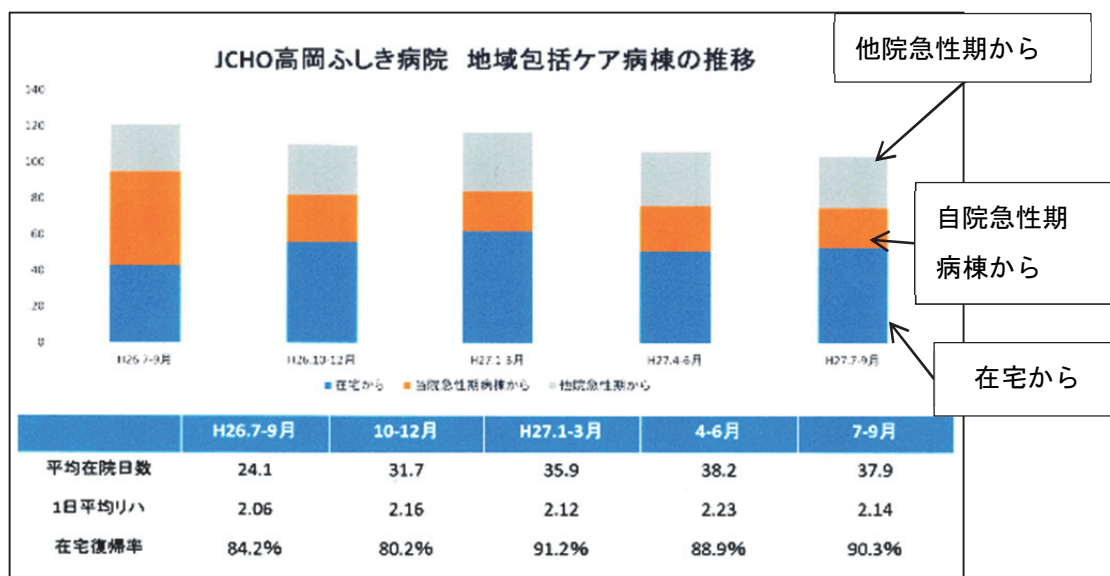
地域包括ケア病棟への入退院経路

院長自らが地域や他施設へ出向き、顔の見える信頼関係づくりを重視している。地域に根差した病院を体現していることから、地域住民だけでなく地域包括支援センター、医療機関、福祉施設にとっても利用しやすい病院となっている。

通常、他の病院では自院の急性期（一般）病棟からの転棟が最も多くなる。高岡ふしき病院においては、レスパイトやショートステイ等を積極的に受け入れ、地域の医療機関や地域包括支援センターの申出も断らないようにしている。

そのため、地域包括ケア病棟への入院ルートとしては在宅からの入院が最も多く、その他としては介護老人福祉施設から入院してくることもある。特定の病院との連携に頼っているのではな

く、非常に幅広く、自宅や施設から入院を受け入れている状況である。退院患者については約 8割が自宅へ帰ることができている。



地域包括ケア病棟への転換後の効果と今後の方向性について

地域包括ケア病棟への転換後、平均入院診療単価が 2,000 円程度上がったため病院トータルでの増収効果が見られた。

現在の 1 日平均リハビリ単位数は 2.2 程度で、以前からあまり変わっていない。院内に OT がいないため、現在 PT 7 名で対応しているが、地域包括ケア病棟でのリハビリは生活機能を回復させる、残存機能を維持する等、生活の質を向上させるリハビリが求められているため、今後どのようなリハビリを提供していくか検討中である。

これまでは施設基準ぎりぎりの人員配置をしていたため、職員に十分な研修機会を与えることができていなかった。現在は余裕のある人員配置を進めている結果、職員のリフレッシュにも繋がり、実習指導者養成講習会等の長期研修に参加する余裕もでき、認知症看護認定看護師を修得した職員も出てきている。今後も人材育成、職員教育には力を入れていく予定である。

今後の運営の方向

PT が 7 名と充実しているため、今後は訪問リハビリにも取組んでいきたいと考えている。病院全体の運営が厳しくなることが想定され、訪問系を増やして地域のニーズを把握していくことは重要と考えている。

また、高岡市の患者数は今後 5 年がピークで、その後は人口減少に伴い患者数も減ると予想される。周辺の急性期病院が地域包括ケア病棟に転換することがあればたちまち病棟運営等も影響を受けてしまう可能性があることから、他施設等との連携を密にし、もっと広いエリアから患者を受け入れる必要がある。

《参考：地域包括ケア病棟入院料 1 及び 2 の施設基準等》

- ・ 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションの届出を行っていること。
- ・ 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床 200 床未満の医療機関で 1 病棟に限る。
- ・ 療養病床については、1 病棟に限り届出することができる。
- ・ 許可病床 200 床未満の医療機関にあつては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ・ 平成 26 年 3 月 31 日に 10 対 1、13 対 1、15 対 1 入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7 対 1 入院基本料を届け出ることはいできない。
- ・ 看護職員 13 対 1 以上、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士 1 名以上及び専任の在宅復帰支援担当者 1 人以上が配置されていること。
- ・ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 A 項目 1 点以上の患者を 10%以上入院させていること。
- ・ 次のいずれかを満たすこと
 - ア 在宅療養支援病院の届出
 - イ 在宅療養後方支援病院（新設・後述）として年 3 件以上の在宅患者の受入実績があること
 - ウ 二次救急医療施設の指定を受けていること
 - エ 救急告示病院であること
- ・ データ提出加算の届出を行っていること。
- ・ リハビリテーションを提供する患者について、リハビリテーションを 1 日平均 2 単位以上提供していること。

(2) 回復期リハビリテーション病棟の運営（福井勝山総合病院）

《キーワード》

- ・ 運営方針の明確化、地域のニーズへの対応、充実したリハビリスタッフの活用

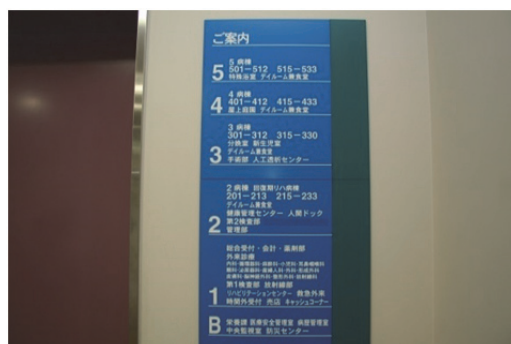
福井勝山病院は、奥越医療圏内に回復期リハビリテーション病棟がないこと等から、急性期病棟を転棟した。地域包括ケア病棟も選択肢だったが、診療科や介護老人保健施設を附属していることから、地域の中で、術後の切れ目のないリハビリテーションを実施することとした。回復期リハビリテーション病棟では、脳血管障害や大腿骨骨折等の疾患を中心にリハビリを行い、寝たきりの防止と日常生活動作の向上、社会復帰を目標に在宅復帰を推進し、地域包括ケアの一部を担っている。

回復期リハビリテーション病棟開設の背景

平成 27 年 11 月現在、福井県内の医療機関において回復期リハビリテーション病棟を設置している医療機関は 9 つあるものの、その多くが福井市内にある。

奥越医療圏においては、福井勝山総合病院に設置されるまで回復期リハビリテーション病棟がなく、福井市を中心に他の地域へ患者が流出している状況で、回復期リハビリテーション病棟開設を求める要望もあった。

このような背景の下、福井勝山総合病院では、平成 26 年 10 月に一般病棟（看護基準 10 : 1）4 病棟のうちの 1 病棟（2 階 41 床）を回復期リハビリテーション病棟へ移行した。



回復期リハビリテーション病棟は
2 階に設けられている

地域包括ケア病棟ではなく、回復期リハビリテーション病棟を選択した理由

福井勝山総合病院では、地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟の導入を検討していた。

病院長が脳神経外科を専門としていたこともあり、以前からリハビリの重要性を認識し問題意識として持っていた。

さらに、福井勝山総合病院では①福井県からの委託事業で地域リハビリテーション広域支援センターを担っており、病院内にリハビリスタッフが充実していたこと、②自院内に整形外科及び脳神経外科があり、急性期の手術等も行っており他の医療機関の紹介に頼ることなく自院内で十分に病棟運営をしていける状況にあったこと等から回復期リハビリテーション病棟の開設を選択した。

また、回復期リハビリテーション病棟は地域包括ケア病棟よりも名称がわかりやすく、市民に病棟機能を理解されやすいとも考えた。

結果として、地域のニーズに合致した病棟を設置したことは、患者だけでなく行政からも高く評価されることとなった。

回復期リハビリテーション病棟の運営状況

福井勝山総合病院においては、脳神経外科と整形外科を併せ持っており、自院内で回復期リハビリテーション病棟を有効に活用し、患者や家族が安心して在宅復帰できるよう支援している。病棟内を改装しリハビリスペースも設けた。

基本的には自院の一般病棟から在宅復帰を目指す患者を選出し、入棟させている。それに加えて他の医療機関からも一部受け入れを行っている。

入院患者は平均 30 名程度で、在宅復帰率は約 90%であり、脳神経外科の患者が 6~7 割を占めている。



病棟でのリハビリスペース

職員の配置状況

現在、福井勝山総合病院では医師 1 名（専任）、理学療法士 4 名（専任 2 名、専従 2 名）、作業療法士 3 名（専任 2 名、専従 1 名）、看護師 15 名（専任）、介護福祉士 3 名（専従）、非常勤の看護補助者 2 名（専従）を配置している。

若手の看護師は急性期病棟を希望する傾向が強いことから、回復期リハビリテーション病棟は開設時には意識的に経験年数 15~20 年のベテラン看護師を多く配置した。

今後の運営の方向

一般病棟からの転帰としては、①回復期リハビリテーション病棟へ転棟、②附属介護老人保健施設へ入所させる 2 ルートがある。ある意味で回復期リハビリテーション病棟と介護老人保健施設という自前の施設間で競合することになるが、患者の状態を的確に把握し、どちらがより適切であるかを検討し選択するようにしている。

今後は他の医療機関からの紹介患者を増やし、さらなる在宅復帰に向けた取組を進めていくことが重要であると考えている。

《参考：回復期リハビリテーション病棟の施設基準等》

- ・ リハビリテーション科を標榜していること
- ・ 総合リハビリテーション承認施設若しくは、PT II + OT II の施設基準を有すること
- ・ 病棟単位で評価（病院・病室単位ではない）
- ・ 病棟の病床数は、原則として 60 床以下を標準とする
- ・ 1 病棟で 1 看護単位
- ・ 病室の床面積は内法で 1 床当たり 6.4m² 以上
- ・ 患者の利用に適した浴室及びトイレが設けられていること
- ・ 回復期リハビリテーションの必要性が高い患者が 80%以上入院していること

(3) 緩和ケア病棟の運営（神戸中央病院）

《キーワード》

- ・ 運営方針の明確化、地域ニーズの先取り、緩和ケアチーム

神戸中央病院は、周辺地域の高齢化が進展し、今後は多死社会を迎えることが確実であるが、市内に緩和ケア病棟が不足していたため、緩和ケア病棟を開設し、地域包括ケアの一部を担っている。

緩和ケア病棟開設の背景

神戸市は全国的に見ても緩和ケア病棟が少ない。平成 27 年で緩和ケア病棟は 5 病院で 107 床（対人口 1 万人当たり 0.7 床）となっている。

そのため、緩和ケア病棟の開設が今後の地域医療のニーズに合致するものと考え、平成 8 年（前院長の時）に緩和ケア病棟を開設した。全国的に見てもかなり早い段階での決断であった。

緩和ケア病棟は神戸中央病院の最上階（7 階）にあり、ベッド数は 22 床で全て個室となっている。病室内には家族が宿泊できる簡易の設備もあり、別途病室外にも和室が 2 部屋準備されている。現在、病床の稼働率は約 75%である。



談話スペース



病室

職員の配置状況と緩和ケアチーム

緩和ケア病棟は 2 交代制で夜勤専従の看護師が 2 名、その他の看護師が 17 名、看護助手が 1 名、緩和ケア認定看護師が 1 名という体制である。

また、非常勤でチャプレン（施設付き宗教家）カウンセラーも在籍しており、週 1 回患者の心のケアを行っている。

緩和ケア病棟では毎日のように看取りがあるため、精神面での配慮から新人は配置しておらず、看護師として 4～5 年以上の経験年数を有する職員を配置している。

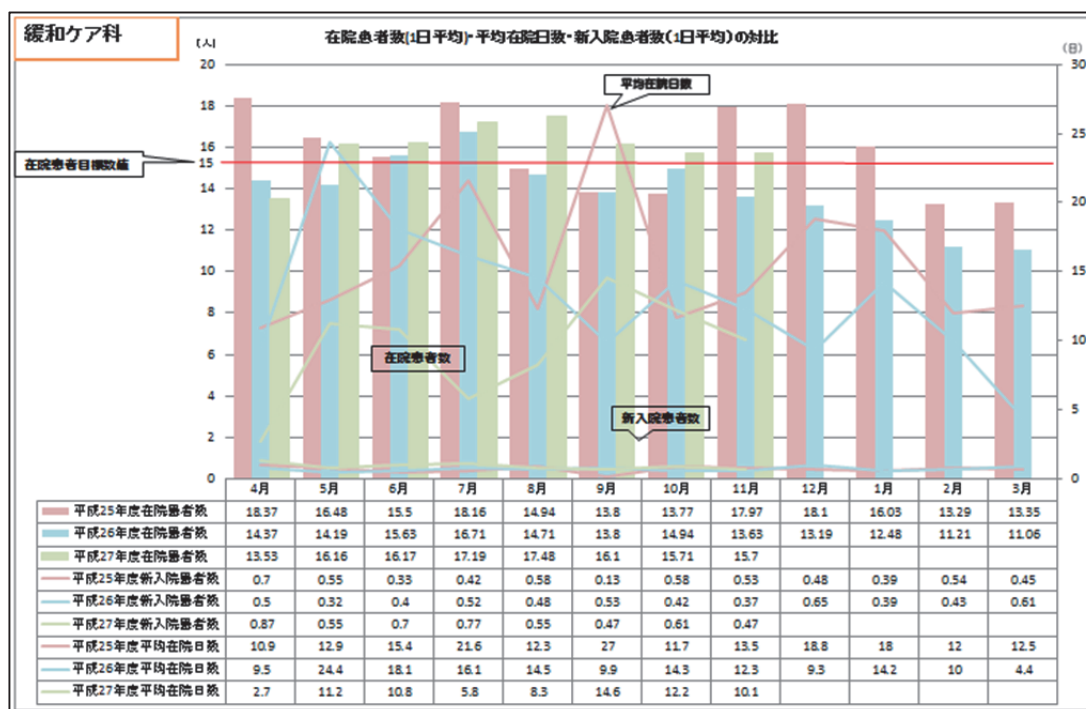
平成 18 年から緩和ケア診療加算を算定しており、緩和ケア専従医、精神科医、薬剤師、緩和ケア認定看護師というメンバーで緩和ケアチームを結成している。

入院患者の特徴

入院患者の平均年齢は 75.5 歳で大腸がん、肺がん、胃がんの順で患者が多くなっている。

緩和ケア病棟への入院は、症状緩和や看取りが主な目的となっており、レスパイトにも対応している。

紹介先及び紹介元については、いずれも約6割が自施設となっている。



在院患者数（1日平均）・平均在院日数・新入院患者数（1日平均）

今後の運営の方向

現在、病棟の医師が対応する形で火曜日と金曜日の週2回で緩和ケア外来を実施している。しかしながら、現状として入院相談や入院手続き、看護相談、医療費の相談等に止まっており、本来の緩和ケア外来の機能を果たしていない。今後は医師の確保とともに、緩和ケア外来の体制整備に取り組んでいく必要がある。

今後、高齢化のさらなる進展に伴って、がん患者はもちろん、他の疾患を合併した患者や認知症を合併した患者、介護を必要とする患者も増加すると考えられるため、緩和ケア外来のさらなる強化に取り組んでいく必要がある。

それと同時に、訪問看護ステーションとも積極的に連携をとり、本人や家族の希望に応じて、在宅でも緩和ケアを提供できるよう在宅患者を支えていく必要がある。

《参考：緩和ケア病棟の要件》

- ・ 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ・ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ・ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること（当該病棟において緩和ケア病棟入院料を算定する悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。

- ・ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- ・ 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。
- ・ 健康保険法第六十三条第二項第四号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第四号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。
- ・ がん診療連携の拠点となる病院若しくは財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。
- ・ 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。

(4) 開放病床を活用した地域の医療機関との顔の見える関係づくり (高岡ふしき病院)

〈キーワード〉

- ・ 地域の医療機関との連携、地域に開かれた開放病床、地域の医療機関の支援

高岡ふしき病院は、地域の医療機関に対して開放病床を有効活用してもらうことで、積極的に地域の医療機関と関わり良好な関係を築いている。また、周辺の診療所の減少により、希望に応じて在宅医療も行うことで、地域包括ケアの一部を担っている。

開放病床の有効利用

高岡ふしき病院では、院内に 8 床の開放病床を設けている。

一般的には、普段院内を利用しない地域の医療機関の医師が開放病床を利用するには敷居が高く感じられている。そのため開放病床はあまり利用されていないのが実情である。

しかし、高岡ふしき病院においては普段から院内で多職種間の勉強会やイベントを開催し、地域や地域の医療機関の医師に対して病院自体をオープンにする等、病院の敷居を低くするための取組をしている。その効果もあり、開放病床の利用率も高くなっている。

高岡ふしき病院のある伏木地区には 3 人の開業医がおり、うち 2 人は認知症相談医で、顔を合わせる機会が多く、あとの 1 人とも普段から顔の見える関係ができている

開放病床では地域の医療機関の医師が回診している姿をよく見かけ、地元歯科医師の回診や診療も行われている。さらに、高岡ふしき病院と地域の医療機関の医師（登録医）は毎月、紹介患者の症例検討や勉強会も行っており、開放病床が有効に活用されている。



院内に開放病床が 8 床あり
地域の医療機関が利用している



症例検討会の様子

〈開放病床とは〉

登録した地域の医師と病院の医師が、共に診療ができるように地域に開放された病床。登録医が開放病床の患者を訪室し診察する毎に登録医には、開放型病院共同指導料（Ⅰ）350 点、病院には開放型病院共同指導料（Ⅱ）220 点が加算される。

(5) 地域医療支援病院として地域の医療機関との信頼関係を構築（宮崎江南病院）

《キーワード》

- ・ 地域の医療機関との連携、地域医療連携室の充実・機能強化

宮崎江南病院は、地域医療支援病院として、紹介患者の積極的な受け入れや地域の医療関係者に対する研修、医療機関に対する情報提供に取り組んでおり、地域医療連携室を体制強化し、名称も「地域包括ケア推進センター」としている。

宮崎江南病院の地域連携の状況

宮崎江南病院は地域医療体制の中核を担うため、平成 18 年 11 月に地域医療支援病院に認定され、地域の医療機関の後方支援を行っている。（現在、宮崎県内において地域医療支援病院は 7 病院）

平成 26 年度の紹介率は 83.1%、逆紹介率は 84.6%となっている。

宮崎江南病院においては、平成 26 年 8 月現在の登録医療機関が 140、登録医数が 149 名となっており、地域医療連携室においては地域との良好な連携状況を示すように多くの施設のパフレットが置かれている。



地域医療連携室に置かれた多くのパンフレットからは地域との良好な関係が窺える



地域包括ケアを推進する上で重要な地域医療支援病院登録医一覧

地域医療連携室の人員体制と現状

地域医療連携室は平成 16 年に設置された。その後、平成 27 年 4 月に名称を「地域包括ケア推進センター」に変更し、地域からのアクセスが良く、連携がとりやすいよう病院内の 1 階に設置されている。

訪問看護ステーションの元管理者の看護師長をセンター長とし、専従の認定看護師（皮膚・排泄ケア）1 名、医療ソーシャルワーカー（全員兼務）3 名、午後のみ勤務する医療事務職 1 名を配置している。



1 階のアクセスの良いところに地域医療連携室が配置されている

紹介状や返書対応、診療・検査予約等、地域医療連携室での事務処理は多いが、事務処理専門

の常勤職員は配置していない。医療ソーシャルワーカー（MSW）が事務作業も兼務している。病棟に専従の退院調整看護師もいないため、入退・転院調整はセンター長が行い、退院調整はMSWが行っている。

地域医療連携室の取組

地域医療連携室は地域医療支援病院の要である。高い紹介率、逆紹介率を維持するため、基本的に紹介は断らない方針である。

毎月1回開催される江南医療連携の会（症例検討会）では、地域の医療関係者が多数参加し知識の共有、スキルアップを図っている。また、地域で開催される地域の主治医やケアマネジャー等、多職種が集まる交流会や勉強会には地域医療連携室からも積極的に参加している。



症例検討会の様子

今後の運営の方向

近隣において施設等の数が急増したことで紹介先の施設を十分に把握できていないという課題がある。地域医療連携室としては、資料だけでなく多機関・多職種との顔の見える関係づくりを更に一層推進していく必要があると考えている。

また、緩和ケアや家族への支援についても、充実していくことが必要であると考えている。

《参考：地域医療支援病院の主な要件》

- ・ 紹介患者に対し、医療を提供する体制が整備されていること。
- ・ 紹介率80%以上（紹介率が65%以上であって、承認後2年間で80%達成することが見込まれる場合を含む）※他の紹介率、逆紹介率の要件もあり。
- ・ 共同利用させるための体制が整備されていること。
- ・ 救急医療を提供する能力を有すること
- ・ 地域の医療従事者に対する研修を行わせる能力を有すること
- ・ 200床以上の病床を有すること

(6) 院内連携推進体制強化に向けた取組 地域医療連携室、医療相談室、居宅サービスを集約（福井勝山総合病院）

《キーワード》

- ・ 地域の医療機関等との連携、環境整備による院内各施設間の情報共有

福井勝山総合病院は、地域医療連携室と医療相談室を統合した地域支援室、居宅介護支援センター、訪問看護ステーションを同じオフィスに集約している。オフィスを集約することで、会議以外でも日常的に情報交換が可能となり、多くの在宅患者の状況や地域の医療機関や自治体からの情報も共有しやすい環境を整備している。また、患者や地域の関係機関のための相談窓口も一本化され、外部からアクセスしやすい1階に位置し、ワンストップで対応できる等、サービスの向上に繋がり、地域包括ケアの推進に貢献している。

地域連携部門の一体的な運営（連携体制の強化）

福井勝山総合病院では、病院の外来と介護老人保健施設が接する1階部分に地域支援室を設置している。地域支援室は、地域医療連携室と医療相談室を統合し、前方・後方連携を同じ部門で実施することで、効率的に情報把握が可能となり、戦略的に地域連携が可能となった。体制は、室長は保健師で、社会福祉士2名、事務職2名を配置している。院内の4病棟は保健師、社会福祉士2名で担当を決めている。

また、居宅サービスである訪問看護ステーション（看護師7名）と居宅介護支援センター（ケアマネージャー3名）を地域支援室と同じ部屋に配置しており、毎朝、職員が一同に介する時間に、必要な情報交換を行っている。例えば、ケアマネージャーが訪問看護師に患者の状態について相談できる等、あえて会議やカンファレンスをしなくても情報交換、情報共有がされるようになり、患者へのサービスの質の向上に繋がっている。



3つの機能が同一の部屋に配置されていることで密な連携と迅速な情報共有が可能となっている

患者や家族、地域の関係機関からは、窓口が1か所になったことで連絡しやすくなり、その後の連携もスムーズに図れるようになったと好評価を受けている。

地域の情報についても、地域の関係機関や自治体からの連絡も地域支援室へ入ることから、院内外の情報が地域支援室により集約されるようになった。

2 地域包括ケアを見据えた介護老人保健施設の運営

病院から退院した患者の在宅復帰を支えるため、介護老人保健施設を併設している医療機関は多い。介護老人保健施設は病院からの退院患者を受け入れるだけでなく、自宅等で介護が必要になった高齢者も受け入れる等、病院と自宅の中間施設として重要な役割を担っている。平成 26 年からは、診療報酬上の在宅復帰率に係る該当施設として介護老人保健施設が含まれ、さらに、介護老人保健施設の本来の機能である在宅復帰支援を強化する必要がある。そのため、入所サービスに加えて、通所リハビリテーションやショートステイ等の居宅サービスの強化も合わせて行い、病院との連携のもと、介護老人保健施設に求められる地域包括ケアを行う必要がある。

(1) 年間を通じた計画的なベッドコントロール（二本松病院）

《キーワード》

- ・ 運営方針の明確化、在宅復帰強化型介護老人保健施設、多施設間の連携

二本松病院附属介護老人保健施設においては、ショートステイの活用や定期入所者を確保することにより、在宅復帰率を維持できるよう努めている。

介護老人保健施設の概要

二本松病院では平成 9 年に介護老人保健施設を開設し、（定員入所：100、通所：40）平成 27 年度から在宅強化型を算定している。平成 27 年 4 月～7 月の入所利用率は 94.5%、平均在所日数は 101.4 日となっている。

在宅復帰支援を強化と同時に、在宅サービスである短期入所を強化しており、ショートステイの収益率は JCHO 老健の中で最も高い 18.5%となっている。

施設長は附属病院長が兼務しており、毎日施設に顔を出し入所者の状態管理を行っている。判定会も在宅復帰を第一目標に設定し、多職種で入所者の状態把握を行っている。

取組内容

① 農繁期における定期的な利用者の受け入れ

二本松病院周辺の地域では米はもちろん、気候を生かした野菜、特にきゅうり農家が多く、利用者の中には、農繁期等の家族介護力が一時的に弱まる時期にだけ施設入所を希望し、農繁期を過ぎたら自宅に戻って家族が介護をしたいという方もいる。

そうした入所者は、安定した入所者の確保に繋がるだけでなく、農繁期という決まった時期が経過すれば自宅へと戻るため、在宅復帰率の維持にも繋がっている。

一方、施設での入所期間が長くなった場合、退所後に家族が自宅で介護をするという意識が薄れてしまうことがある。そのため介護老人保健施設と訪問看護ステーションが連携して、ショートステイと訪問看護等を利用し在宅生活を継続する提案をする等、家族の在宅復帰に対する意識を保つような工夫も行っている。

② ショートステイの強化

ショートステイのベッド（20 床）を在宅復帰者のために確保し、在宅に戻った後もショートステイを利用し、介護老人保健施設から完全に離れることはなく、在宅生活を継続できるよう支援している。何かあったら助けてもらえるという安心感が、在宅生活を継続するポイントになっていると考えられる。

(2) 管理データの見える化による効率的な職員間の情報共有（宮崎江南病院）

《キーワード》

- ・ 運営方針の明確化、多職種プロジェクトチーム

宮崎江南病院附属介護老人保健施設においては、在宅復帰強化型を維持するために、管理データの見える化を行い、職員全員で共有している。それによって、在宅復帰も進み、職員においても地域包括ケアに関する意識が高くなった。

介護老人保健施設の概要

宮崎江南病院では平成 10 年に介護老人保健施設を開設し、（定員入所：80、通所：50）平成 25 年 2 月から在宅強化型を算定している。平成 27 年 4 月～7 月の入所利用率は 94.3%、平均在所日数は 169.3 日となっている。

在宅復帰支援を強化すると同時に、通所リハビリの強化をしており、年末年始以外毎日営業し、在宅生活を支えている。通所リハビリの収益比率は JCHO 老健内で最も高い 24.4%となっている。

職員の意識の向上に向けた取組

① 管理データの見える化

宮崎江南病院附属介護老人保健施設では在宅復帰率、要介護度 4・5 の割合、回転率等のデータを見える化し職員間で共有している。データを見える化し目標数値を具体的に出し共有することで、在宅復帰等の各種算定要件に対する職員の意識向上に繋がっている。

在宅強化型算定状況報告書 2015/4/30 (木)					
1. 在宅強化型施設の算定状況					
★ 現在、在宅強化型施設の算定要件、 達成中です					
① 在宅復帰率	53.1%	達成中	あと -3	名の在宅、在宅型通所者が必要です	
② 回転率	0.17	達成中	あと -22	名程度の入退所が必要です。	
③ 重度療養要件	39.9%	達成中	あと -1	名程度の重症者(要介護4,5)が必要です。	
2. 稼働率、入退所状況					
本日の稼働率	93.8%	未達成	あと 1	名の入所者が必要な状況です。	
当月の平均稼働率	97.6%	達成中			

② 復帰率達成後の稼働率維持

宮崎江南病院附属介護老人保健施設では、定員 80 名の中で利用者をタイプ別（短期入所、在宅復帰、長期及びターミナル）に分けた上で、それぞれのグループに応じた対応をすることでベッドコントロールを行っている。

例えば、在宅復帰を目指すグループにおいては、入所前指導はリハビリ職、支援相談員、介護職員等が実施しているが、長期及びターミナルのグループにおいては看護職が実施する等、グループ別に対応を行うことで高い在宅復帰率を維持している。

③ 入所者宅への同行訪問指導

長期入所者に対しては、職員が本人・家族と自宅へ同行訪問して、在宅復帰後の生活について一緒に検討し、家族や利用者の在宅復帰に対する不安を軽減するようにしている。

さらに在宅復帰後のショートステイや入所の再利用を約束することで、入所者の負担を和らげ安心して在宅復帰できるよう取組んでいる。

このような取組をすることで、職員一人一人が地域包括ケアに対する意識が高まり、仕事に対するモチベーションも向上している。

《参考：在宅復帰強化型の主な算定要件》

- ・ 在宅復帰率が 50%を超えていること、ベッドの回転率が 10%以上であること
- ・ 要介護度 4 又は要介護度 5 の利用者が 35%以上であること
- ・ 入所者の退所後に居宅訪問等により状況確認を行い記録すること
- ・ リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。

3 地域包括ケアを見据えた訪問看護ステーションの運営

地域包括ケアのための在宅療養支援の要として、訪問看護は、最近 10 年の診療報酬や介護報酬の改定では、手厚い経済的な評価が継続している。平成 28 年度診療報酬改定でも大規模訪問看護ステーションや病院からの訪問看護については評価され、今後も訪問看護サービスの供給は推進される。特に、病院併設型の訪問看護ステーションは、地域の診療所と病院の連携のもと、診療所との協働で、在宅の患者を支えることが求められている。ここでは病院からの訪問看護の実施や訪問看護ステーションの開設、さらには、大規模化をした機能強化型訪問看護ステーションの事例を紹介する。

(1) みなし訪問看護から訪問看護ステーション開設やその体制強化（高岡ふしき病院・秋田病院）

《キーワード》

- ・ 運営方針の明確化、訪問看護の機能強化、在宅療養支援病院

高岡ふしき病院においては、近隣地域内での医療機関の減少や訪問看護ステーションの空白地域であったこと等の理由により、地域のニーズに応じるべく新たに訪問看護ステーションを開設した。その他、地域包括ケア病棟の開設とともに、看護師を増員し、体制強化を図り、地域包括ケアの一部を担っている。

訪問看護ステーションの開設

高岡ふしき病院では、平成 18 年より、病院への通院が困難な患者の希望に応じ訪問診療（訪問看護・訪問リハビリ含む）を開始した。その後地域の医療機関が 3 か所へ減少したため、地域からは在宅医療を支える機能を病院に求められるようになった。病院が位置する高岡市北部地区には訪問看護ステーションがなかったため、富山県から訪問看護ステーションの開設について要請（補助金交付）があった。また、病院としても地域の医療機関への支援のために在宅療養支援病院の届出を検討していたため、訪問看護ステーションの開設が必要であったことから、平成 23 年 4 月に訪問看護ステーションを開設した。

訪問看護ステーションの開設に必要な人員は、近隣の閉鎖する訪問看護ステーションから 2 名を確保した。その後も利用者の増加に伴い体制を強化し、24 時間対応体制がとれるようになった。そのため、平成 25 年 11 月には在宅療養支援病院を届出した。

平成 26 年 7 月には 10 対 1 病棟の 1 つを地域包括ケア病棟へ移行し、更なる在宅療養支援体制を整備した。人員配置については、病棟移行に伴い、訪問看護ステーションの看護職員の増員を行い、より地域に向けた機能強化を行った。平成 26 年度以降は、診療報酬上評価されたことで、がん関連認定看護師が訪問看護師と同行訪問を開始し、在宅がん患者には専門的な疼痛管理を行っている。また、周囲のグループホームと定期的な健康管理の契約を結び、地域における看護のニーズへ対応している。

秋田病院の取組

秋田病院では、従来から来院できない患者に対し、外来事業として往診を行っており、平成 12 年からは、訪問看護（みなし訪問看護）も開始した。常時、対象患者は 50 名程度あり、訪問看護ステーションの開設については、経営的観点から移行を検討していたが、院内の意見がなかなかまとまらず実現することができずにいた。JCHO へ移行し、地域包括ケアの推進が使命となったことで、本部での訪問看護ステーション開設説明会に参加し、診療報酬・介護報酬の改定も後押しとなり、平成 28 年 3 月に訪問看護ステーションの開設に至った。

(2) 多くの患者を支える大規模訪問看護ステーション（宮崎江南病院）

《キーワード》

- ・ 機能強化型訪問看護ステーション、2チーム制による業務負担の軽減

宮崎江南病院は、在宅療養後方支援病院でもあり、地域の診療所等の支援として訪問看護ステーションは24時間対応や、難病患者、看取りへの取組を行っている。病院は、地域における訪問看護のニーズを分析し、介護保険制度の施行とともに、訪問看護ステーションを開設し、その後は職員数を増やして大規模化してきた。平成26年には機能強化型訪問看護ステーションを届出し、運営を工夫して多くの患者へ訪問看護を提供し、地域包括ケアの一部を担っている。

訪問看護ステーションの人員体制の推移

平成11年11月に訪問看護ステーションを開設（看護師数2.5人）した。

当初は1つのチームで業務を行っていたが、平成22年4月に利用者増加に伴い規模を拡大、2つの固定チーム体制（看護師数13名）へと移行した。そして、平成26年7月に機能強化型Ⅰの算定を開始（訪問看護師13名、リハビリスタッフ4名、事務員1名）した。

訪問看護ステーションでは地域の信頼を得なければ、利用者を確保することができない。ケアの質を高く保つため、訪問看護ステーションの職員には経験豊富な看護師を配置しており、現在の職員の平均年齢は約45歳となっている。

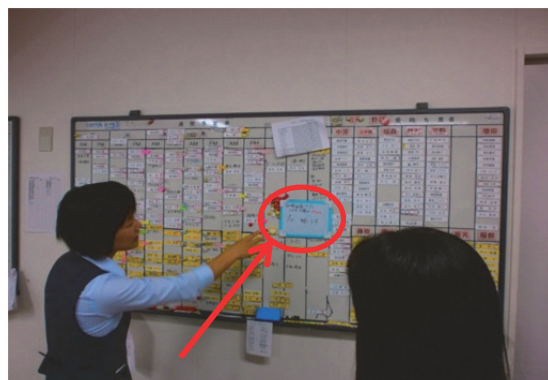
訪問看護ステーションの運営状況

訪問件数の目標を1日40件としており、スタッフ全員が目標を共有できるようホワイトボード上に目標を掲載している。

現在の看護師1人当たりの1日訪問件数は3.5件だが、まだ余力があり4件以上は訪問できると考えている。

しかし、重度の患者の場合、看護師を2人訪問させる必要があり、中には遠方利用者もいるため、なかなか理想どおりに運営できない状況である。業務の効率性や緊急時の対応を考えた場合、訪問看護ステーションから患者宅までに要する時間は片道10～15分が理想である。

現在の利用中の患者の保険割合は医療：介護＝3：7で介護保険が多い。



ホワイトボード上に1日の目標訪問件数を掲載し、誰もがみられるようにしている

利用者増加に向けた工夫

患者宅で行われる地域の多職種が集まるカンファレンス（サービス担当者会議）や交流会に積極的に参加することで地域のヘルパー等と顔の見える関係を構築し、そこからの口コミにより新規患者の紹介があり、利用者増加に繋がった。

地域の医師に対する働きかけから新たな利用者が生まれることは少ない状況である。新規利用者はケアマネジャーからの紹介が多いことから、ケアマネジャーとの繋がりを意識している。

大規模化・チーム制導入による効果

以前は1チームで運営していたため、100人近い利用者全員の症状や状態を把握する必要があった。大規模化に伴いチームを2つに分けたことで、1チーム当たりの担当利用者数が減り、利用者の状態把握という点において職員の負担は軽減された。

現在は職員数が増えたことで、夜間の緊急訪問翌日の時間年休等の習得もしやすい環境となり、職員の負担が軽減されモチベーションアップに繋がっている。

現在では職員を研修に行かせる余裕も出てきており、研修に参加することで各職員の知識や技術が向上し、質の高いケアを実現することにより、結果として利用者の増加に繋げることができている。

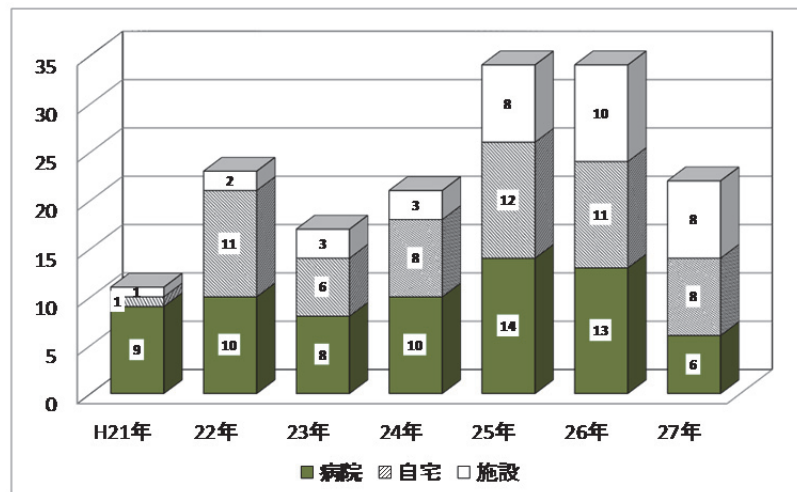
以前は院内が7割と多かった訪問看護指示書が、現在は院内4：院外6と逆転しており、他院からの指示書の受け入れが進み幅広い活動が展開できている。

機能強化型Ⅰの算定継続に向けて

機能強化型Ⅰの算定要件である「看取り件数、年20件以上」が非常に高いハードルとなっている。

また、院内において異動の際に訪問看護ステーションを希望する者が少ないことも課題である。訪問看護ステーションの魅力アップに加え、広く職員に訪問看護ステーションの活動状況をPRしていくことも重要である。

訪問看護ステーションの職員には高い知識やスキルが求められることから人材育成に力を入れており、常に地域の信頼を得られるようにしている。訪問看護ステーションに異動した職員は、異動後すぐに看護協会の訪問看護研修を受講し専門的知識を得ることで、自信をもって訪問看護を実施できるよう、教育体制を整えている。



看取り件数の推移

(3) 効果的なサービス提供に向けたサテライトの開設と ICT の導入（登別病院）

《キーワード》

- ・ ICT 活用による業務の効率化、市町村を通じた医療・介護総合確保基金の活用

登別病院は、病院周辺地域には対象となる患者が少なく、広域に訪問するために訪問看護ステーションのサテライトを設置した。そのため、情報共有や効率的な訪問をサポートするため、モバイル型の支援システムを導入した。登別市とのサテライト開設の協議の中で、医療・介護総合確保基金を活用できることとなり、サテライト開設及び ICT 導入に医療・介護総合確保基金を活用し機器やサテライトの整備を行い、医療資源の少ない地域での地域包括ケアの一部を担っている。

サテライト開設

登別病院は人口集中地域から離れた場所に位置し、住宅街がある登別駅迄は約 7.4km、車で約 15 分を要し、冬場は降雪の影響で更に時間がかかることになる。このことから病院より訪問看護利用者宅に行くまでに必然的に時間を要し、効率的な訪問ができない状況であった。そのため、平成 27 年 5 月 1 日に訪問看護ステーションを開設するに当たり、移動の効率化を考えサテライトの開設を検討した。

サテライトの設置場所は、登別駅に近い病院所有の職員宿舎を活用し、平成 27 年 9 月 1 日にサテライトの開設に至った。

システムの導入

サテライトを開設するに当たって、スタッフ間の情報共有、業務の効率化を目指し、システム導入に向け取組み始めた。システム導入に際しては、システム説明会へ参加して複数の業者の情報を収集したり、モバイル式タブレットのデモ機を活用して使いやすさを確認したり、また、実際にシステムを導入している他の訪問看護ステーションにも評価・感想等を確認した上で、最終的に管理者会議において決定を行った。その後、平成 27 年 9 月から正式運用に至っている。

さらに、モバイル式タブレットの活用により、記録時間の短縮、職員間の情報の共有等ができ、業務の効率化が図れている。さらに、利用者のデータをタブレット内には残さないため、紙媒体で情報を持ち歩くより、個人情報管理のセキュリティが高まっている。



車に戻って移動時間の合間に
記録している様子



自宅訪問時にバイタル等の
入力をしている様子

基金活用の経緯

平成 25 年から地域医療連携室の強化に伴い、登別市保健福祉部の 4 グループ（高齢介護、健康推進、国民健康保険、障害福祉）と定期的な懇談会を実施した。懇談会は年 1 回、計 3 回実施され「地域医療と在宅支援強化」について議論がなされた。

登別市からは保健福祉部長や各グループの主幹が出席し、登別病院からは事務部長、医事課長、地域医療連携室長、副看護部長、包括支援センター責任者等が出席した。

懇談会の中で平成 27 年 4 月に訪問看護ステーションのサテライト（未使用の医師宿舎）開設を目指していることを報告し、基金が活用できないか確認を行ったところ、登別市から基金対象になるのではないかと回答があり、その後登別市、北海道厚生局、室蘭保健所等と適宜連携をとりつつ、院内での調整も行い基金を受けるといったところ、平成 27 年 6 月には訪問看護ステーション支援システムの導入に関しても基金の対象になるかを北海道及び登別市に確認したところ、平成 27 年度医療・介護総合確保基金の対象になることが確認でき、9 月にモバイルの正式運用に至った。

IV 院内各施設の連携・情報共有の推進

地域包括ケアの推進を院内各施設が一体となって実践するためには、まずは各施設の運営状況・運営方針を院内全体で共有することが必要である。さらに、各施設間で業務連携や多職種間の連携推進について検討し、院内各施設の一体的な運営を目指すことが求められている。

1 病院と介護老人保健施設での一体的な看取りの実施（二本松病院）

《キーワード》

- ・ 病院と介護老人保健施設の連携推進、管理宿直看護師による介護老人保健施設への巡視

二本松病院では、病院との密接な連携をシステム化することで、附属介護老人保健施設でも積極的に看取りを進め、病院と介護老人保健施設が一体となって地域包括ケアの推進に取り組んでいる。

介護老人保健施設で看取りを取り入れようと考えた背景や経緯

二本松病院附属介護老人保健施設では10年以上前から看取りを行っている。

平成12年頃から看取りを実施し、平成26年度は14件、平成27年度は11月現在で8件である。多いときは年20件程度看取りを行った年もあった。

病院では平成17年頃から職員向けに勉強会を開催し、病院は治療をするところであり亡くなる場所ではないことや、看取りは在宅ですべきであり、本人も在宅を一番望んでいること等、まずは職員の意識を変えるところから始めた。

その後、高齢者夫婦世帯等での老老介護の現状もあり、在宅での看取りが難しい場合もあるため、介護老人保健施設で積極的に看取りの取組を行う方針とした。

当初は看取りに対する職員の抵抗感もあったが、医師等から老衰や自然死に関する説明を行うことを通じて、職員の看取りに対する意識変革を行った。また、仮に亡くなった場合でもすぐに病院から医師が駆けつけてくれることもあり、職員も安心して看取りを受け入れられるようになった。



介護老人保健施設の外観

看取りを行う上での病院と介護老人保健施設の連携

看取りを行う上では入所者の家族の理解が必要である。その点、院長（施設長）自らがデータをもとに家族への説明を行い、治療が必要な場合は病院がバックアップすることも併せて案内している。院長から説明することで家族の理解が得られやすい状況となっている。

また、毎日、介護老人保健施設状況報告書を用いて管理宿直看護師と宿直医師に対して看取りの対象者及びその方の状況を申し送るシステムができており、介護老人保健施設と病院で看取り対象者の情報共有がなされている。

さらに、病院側においても介護老人保健施設を自院の病棟の1つと捉えており、病院の管理宿直看護師が毎日20時頃に介護老人保健施設も巡回して、看取り対象者を含む入所者の状況確認を行っている等、一体的な運営がなされている

普段から総看護師長をはじめとして、病院の看護師が介護老人保健施設の職員と意識的に顔合わせをしていることも、介護老人保健施設と病院の円滑な連携の実現に貢献している。

患者家族の意思を尊重した看取りを推進

家族に対しては、院長から丁寧な説明を行い看取る場所について家族の意思確認を行っている。地域住民のニーズとして、本来在宅で看取りをしたいが、高齢者夫婦世帯の場合等、やはり在宅で看取することは困難という声も多く、本人も慣れた介護老人保健施設での看取りを望むことも多い。

一方、どうしても最期は病院で迎えさせたいと望む家族もあり、そのような場合は病院側に説明して入所者を引き受けてもらっている。このように、全ての入所者を介護老人保健施設で看取るということではなく、あくまでも家族の意思を尊重した看取りを行っている。

また、介護老人保健施設内にはいつでも家族が寝泊りできる部屋があり、入所者が安心して最期を迎えられるよう在宅と同じような環境を提供している。

今後の運営の方向

これまで長年看取りに取り組んできたことで、介護職員の看取りに対する抵抗はなくなってきている。今後はエンゼルメイクの勉強会を開催する等、入所者がより良い最期を迎えられるような知識を更に習得していく予定である。

2 NST 活動を通じた病院と介護老人保健施設の一体的運営（群馬中央病院）

《キーワード》

- ・ 病院と介護老人保健施設の連携推進、神経内科医による認知症患者へのアプローチ

群馬中央病院では附属介護老人保健施設への NST 活動（栄養サポートチーム活動）を通じて、病院医師が回診する等、病院と附属介護老人保健施設間の連携を図っている。

附属介護老人保健施設の NST 活動

群馬中央病院では平成 25 年 9 月から全国でもあまり例のない附属介護老人保健施設へ、栄養や嚥下の観点からの回診に取り組み始めた。

高齢化の進展に伴い、今後ますます増加することが予想される認知症と日本三大死因となっている肺炎（厚生労働省「平成 26 年人口動態統計」より）は、いずれも高齢者施設において重要な疾患となっており、附属介護老人保健施設での活動は、主に認知症や誤嚥性肺炎の患者を対象としている。

NST 活動のチームには、神経内科、循環器内科、消化器外科の 3 名の医師が参加しており、認知症の方に対しては神経内科医師を中心にアプローチ方法の提案や薬の調整を行っている。誤嚥性肺炎の方に対しては言語聴覚士を中心に食事摂取方法の提案や簡易的な嚥下評価を行い、誤嚥性肺炎の再発予防に取り組んでいる。

さらに、病院での診療が必要な入所者に対しては、それぞれの診療科の医師が仲介することでスムーズな受診に至っており、病院と附属介護老人保健施設連携の架け橋となっている。

病院と介護老人保健施設等との連携は今後ますます重要であり、附属介護老人保健施設の NST 活動を通して病院と介護老人保健施設の一体的な運営ができています。



附属介護老人保健施設の回診風景

【参加メンバー】
医師 3 名、看護師 3 名、
薬剤師 1 名、臨床検査技
師 1 名、言語聴覚士 2 名、
管理栄養士 2 名

3 目指すべき方向性を共有するための多職種間での取組（宮崎江南病院）

〈キーワード〉

- ・ 院内多職種連携、プロジェクトチーム、診療報酬・介護報酬の改定

宮崎江南病院では、普段から全員で情報共有や意識づけを進めることで、今後、地域包括ケアの推進に向けて取組んでいく自施設内での体制を整えている。それは、課題ごとに多職種で構成されたプロジェクトチームを作り、具体的な検討をするものであり、特に、診療報酬や介護報酬の改定への対応については、病院と介護老健保健施設の職員で検討を重ねている。

介護報酬改定に向けた準備体制

宮崎江南病院では、職種を越えて自施設の目指す方向性を共有するための取組として、報酬改定への対応を施設全体で共有し議論する取組を行っている

介護報酬の改定に関しては介護老人保健施設の支援相談員や居宅介護支援センターの管理者が国の最新情報（議論の状況）を収集する担当となっており、普段から情報収集を行っている。その情報をもとに、病院の管理者が集まる経営対策委員会で話し合いが行われ今後の方針が決定される。

その後、具体的な課題ごとに多職種で構成されたプロジェクトチームを作り、具体的な取組事項について検討を進めている。プロジェクトチームは、支援相談員、ケアマネジャー、リハビリ職員等の多職種が参加した6～7人で構成され、それぞれが対応策を検討している。

介護報酬算定に向けた検討スケジュール

～主な取組の流れ～

	日時	取組	主な内容
①	平成 27 年 2 月 18 日	第 1 回介護報酬改定検討委員会	介護報酬を 3 つに分類して算定の可否を検討
②	平成 27 年 3 月 25 日	経営対策委員会	対応策についての検討
		第 2 回介護報酬改定検討委員会	各基準等の解釈確認
③	平成 27 年 4 月 9 日	勉強会の開催	全職員への周知徹底
④	平成 27 年 4 月 22 日	経営対策委員会	対応策の取組状況の確認
⑤	平成 27 年 5 月 20 日	第 3 回介護報酬改定検討委員会	介護報酬改定前後での収支比較

介護報酬改定の前段階から「介護報酬で算定が可能なもの」、「算定が不可能なもの」、「少し努力すれば算定可能なもの」の3段階に分け、「少し努力すれば算定可能なもの」についてどうすれば算定できるようになるか対策を話し合っている。

そして、実際に算定した場合の収益増加分、算定できなかった場合の損失分について試算し、院長も入った場で今後の方針について決めている。

報酬改定後に対策を練るのではなく、報酬改定の前から国の動向を予測し対策を考え、後手を取らぬよう事前に動くことで国の動向に対して柔軟な対応ができています。それによって職員に経営意識を持ってもらう効果もある。

また、早い段階から今後算定したい介護報酬を決め、その算定に向け現在の施設内にいる患者を複数にグループ分けし、患者の状態について全員で共有することで施設内での多職種の理解を進め、早期に同じ目標へと向かえるよう工夫している。

院内多職種の理解や合意形成時における工夫

毎朝の朝礼を通じて数字や目標を全職員で共有し意識付けをすることで、改定に対応する雰囲気作りを進めている。

そのような中で、一度でも目標をクリアすると職員のモチベーションも上がり、全員が同じ方向性を共有できるので次回以降の運営がしやすくなっている。

宮崎江南病院附属介護老人保健施設では、介護報酬改定に向けた活発な議論の中で、職種の壁を越えて全職員が施設の方向性を共有しやすい雰囲気になっている。

4 多職種で地域包括ケアに関する定期的な院内研修を開催（宮崎江南病院）

〈キーワード〉

- ・ 院内多職種連携、オープンな院内交流会の開催

宮崎江南病院では、地域包括ケアに関するワールドカフェ方式²⁾の院内職員交流会を開催することで地域包括ケアへの職員の関心を高め、院内多職種が一体となって地域包括ケア推進に向け取組めるようにしている。

地域包括ケアを推進するには、院内の多職種間における連携は必須となっているが、しかし院内多職種間の連携や情報共有は思いのほかハードルが高く、自然に任せていては地域包括ケアの機運は醸成しづらい。そのため院内研修の仕組みとして交流の場を設け、それをきっかけに自然と連携の輪を広めている。

院内多職種研修

宮崎江南病院では、院内アンケートの結果から、職員同士の顔が十分に見えていない、お互いのことを分かり合えていないという課題が把握されたことをきっかけに、ワールドカフェ方式を取り入れた院内交流会を開催するようになった。全職員向けとして、平成27年7月からワールドカフェ方式の院内職員交流会「江南カフェ」を開催し、院内での顔の見える関係づくりや活発に意見交換できる環境づくりに努めている。



江南カフェの様子

多職種での交流を行うことで地域包括ケアへの関心が高まっている。

²⁾ 人々が『カフェ』のような空間でオープンに会話し、話し合うことができる手法である。グループで話し合い、テーブルホストを残して、ほかのメンバーは別のテーブルへ移動し、別のメンバーと更に議論を深めていく。このテーブル移動を繰り返すことで多くの人と話し合う機会を持つという特長がある。昨今、市町村等における多職種協働に向けた研修会でもしばしばとりあげられている。

多職種における日常的な情報共有の方法

① 地域包括ケア・医療連携委員会

月 1 回様々な職種の代表が集まって開催される「地域包括ケア・医療連携委員会」において活動状況が共有されている。

一般病棟の患者の入院期間等は医事課が管理しており、毎週開催される地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟のベッドコントロールに係る会議の際に転棟する候補者をリストアップしている。

地域包括ケア病棟の患者の入棟日や退院期限、退院予定の情報も医事課において整理し共有されており、当該情報を退院患者の後に転棟できそうな患者のピックアップや他院からの紹介患者受け入れ情報等、空床が出ない工夫がなされている。

また、退院調整が必要な患者のスクリーニングは、チェックリストを活用して各病棟で実施されている。その際、退院に向けて課題の多い患者に関しては地域医療連携推進室が介入している。



地域包括ケア・医療連携委員会は月 1 回多職種の代表が集まって開催される。

② 老健施設入所希望者カンファレンス

週に 2 回、地域医療連携推進室と介護老人保健施設の支援相談員がカンファレンスをし、病院から介護老人保健施設へ入所希望されている方の情報交換をしている。さらに、2 週間に 1 回、各病棟のリハビリスタッフも入り ADL から見た介護老人保健施設の利用対象者の情報交換も行っている。

③ 管理者会議での情報共有

介護老人保健施設の入退所については、介護老人保健施設の支援相談員が担当しており、毎日入所率や在宅復帰率、重度者割合等のデータを見える化しスタッフ間で情報共有を行い、毎週開催される病院全体の管理者会議でも情報共有されている。

地域の介護事業所との連携に際しては、円滑な連携を図るために宮崎市が作成した「医療と介護の連携シート」を活用している。

5 地域包括ケア人材育成のための人事異動（福井勝山総合病院）

〈キーワード〉

- ・ 施設間異動による人材育成、地域包括ケア人材育成

福井勝山総合病院は、病院と附属施設の一体的な人事異動を行うことで、地域包括ケア推進に貢献できる人材の育成を目指している。病棟の職員配置についても、看護補助者の活用が進められており、医療と介護がケアミックスとして一緒に働くことが広がりつつある。

人事異動により、病院のみならず介護老人保健施設や訪問看護ステーション等の附属施設を異動することで、介護事業や介護保険に関する理解が深まり、地域の関係機関や市町村との連携を通じて地域包括ケアの実践ができる人材を育成している。

病院グループでの一体的な人事異動を取り入れた背景やきっかけ

福井勝山総合病院では介護老人保健施設と訪問看護ステーションを設置しており、社会保険病院の時代から病院と附属施設（介護老人保健施設や訪問看護ステーション）を一体的に運営していく方針が共有されている。

この方針の一環として、施設の区別なく人事異動を行っていたため、職員は施設間異動に対する抵抗がなく、ごく自然なものとして施設間異動が行われている。

このような一体的な人事異動により、様々な施設・職種・業務を経験し、様々な職員と仕事を行うことで業務の幅や視野を広げてもらい、相互理解を図ることで、職種を超えた連携が深まることを期待している。

看護職員の教育体制と人事異動

福井勝山総合病院では、新人看護師も経験年数7～8年のベテラン看護師とパートナーを組んで看護業務を行っている。

新人看護師はベテラン職員と共に行動することで看護技術や患者との接し方等が直接学ぶことができるほか、不明な点をいつでも確認し、その場で指導を受けながら業務を行うことができ、二人で行動することによる安心感も得られる。

また、ベテラン職員においても新人看護師の新鮮な視点から学ぶこともあり、更には二人で業務をおこなうことで、業務の効率化にも繋り、双方にメリットがある。

介護老人保健施設や訪問看護ステーションの職員は、どちらもフィジカルアセスメント能力が求められるため、ある程度病棟で経験を積んだ看護師を配置するようにしている。

介護職員・リハビリ職員の人事異動

総看護師長は、看護師のみならず、介護職員にも急性期医療の知識を身に付けてもらい、幅広く業務に役立ててほしいと考え、計画的な人事異動を行っている。

以前は介護職員を採用後すぐに病院へと配属していた時期もあったが、介護業務を希望して入職した職員は、突然、病院に配属されることにギャップを感じる者もいたため、現在では採用直後は介護老人保健施設へ配置し、数年勤めた後で急性期医療を学んでもらうため、1～2年程度病院へと配属する方針としている。

リハビリスタッフにおいても施設間の異動を行っているが、長期間にわたって介護老人保健施

設に配置した場合、急性期医療に対する感覚が希薄になってしまうため、2～3年程度で病院へと異動させる等、施設間の異動に際しては配慮している。

V 地域における医療・介護関係者とのネットワークづくり

地域包括ケアを推進するためには、地域における様々な関係者・関係機関（自治体、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、社会福祉協議会、地区医師会等）との連携体制の構築が求められる。そして、関係者・関係機関との連携と一口にいても、その連携の在り様は、各地域によって多種多様であるが、各病院の強みを活かした連携方法がある。

ここでは、病院の特徴を活かした連携の事例について紹介する。

1 認定看護師を活用した地域の介護事業所等との連携（宮崎江南病院・秋田病院）

《キーワード》

- ・ 地域の介護事業所等との連携推進、認定看護師の活用

宮崎江南病院は、皮膚・排泄ケア認定看護師の専門知識・技術・経験を活かして、訪問看護師等へのコンサルテーションを行い、地域で在宅療養する患者のケアの質の向上に貢献している。平成 26 年度からは、診療報酬でも評価され、地域貢献とともに収益も得られている。

また、認定看護師が出前講座を行い、地域の医療機関や介護事業所の職員のケアの質の向上へ貢献している。

認定看護師の地域での活動

宮崎江南病院では、院内に所属する認定看護師の専門的な知識・技術・経験等を、院内のみならず、地域全体のケアの質の向上や個々の関係者、専門職のスキルアップ等に活用したいと考えていた。

そこで、まず、平成 26 年度の診療報酬改定で新設された、「悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師（認定看護師）による訪問看護師との同行訪問」（在宅患者訪問看護・指導料 3：1,285 点/月 1 回）をきっかけに、自院の訪問看護ステーションやそれ以外の訪問看護ステーションへのコンサルテーションを開始した。

特に宮崎江南病院には宮崎市内では数少ない形成外科医がいることで、皮膚・排泄ケア認定看護師の同行訪問はより質の高いコンサルテーションを実施している。

認定看護師は院外からも参加可能な勉強会を開催したり、「褥瘡・人工肛門管理」の他、「おむつマイスター等の排泄用品に関する専門家育成」等のテーマで講師を努めている。

さらに、地域の関係機関等が出席する在宅復帰患者の情報共有の会議等にも出席し、地域の関係機関との顔の見える関係づくりを積極的に行っている。

認定看護師が地域で活動した効果

院外からも参加可能な勉強会の開催や出前講座等の取組を通して、認定看護師と地域の関係機関や個々の専門職との繋がりができた。

さらに、認定看護師が直接地域からの相談に応じるシステムを作り、宮崎江南病院全体にとっても、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等との連携が円滑になった。

また、宮崎江南病院では皮膚トラブルへの専門的サービスが受けられると評判が高まり、訪問看護サービスの依頼が増える等の効果があった。

体制整備

皮膚・排泄ケア認定看護師を地域医療連携室に配置することで、入院患者のみならず、地域や在宅復帰する患者の情報を把握することができ、その後の地域の関係機関との連携を円滑に行うことができるようになった。



同行訪問の様子

秋田病院の取組

秋田病院では、昭和 62 年に訪問診療とともに訪問看護を開始し、自院のかかりつけ患者を対象としてサービス提供をしていた。平成 26 年には利用者数は 50 名を超えるまでに至り、平成 28 年 3 月 1 日に訪問看護ステーション開設に至った。

以前から院内には皮膚・排泄ケア認定看護師が 2 名（1 名が専任）おり、訪問看護ステーション管理者と連携し、開設したその日から同行訪問を開始している。褥瘡のある患者やストマのある患者も多く、同行訪問による専門的なケアの提供を積極的に行っている。

2 特定の訪問診療を通じた地域の介護事業所等との連携（群馬中央病院）

〈キーワード〉

- ・ 地域の介護事業所等との連携、訪問診療、施設や自宅での胃ろう交換

群馬中央病院は、施設や自宅へ訪問診療して胃ろう交換を行っている。また、地域の医療機関との他施設合同 NST（栄養サポートチーム）活動にも積極的に参画し、これまでの活動の中で得られた知見を地域の施設や関係機関に普及することで地域の関係者の支援を行い、地域包括ケアの一旦を担っている。

往診胃ろう交換の実施

胃ろう交換は通常地域の医療機関で行うが、通院は患者自身はもとより付添の家族や施設の職員等の負担が大きい。そこで平成 24 年から施設や自宅に訪問して胃ろう交換を行う事業を開始した。

群馬中央病院の地域医療連携室を窓口にして依頼を受け、往診のスケジュール調整をしているが、年々希望者が増え、群馬中央病院だけでは対応できない状況となっている。現在では他病院への技術指導も積極的に行う等、患者のニーズに柔軟に対応しながらも関係機関の支援も行っており、往診胃ろう交換を通じた地域貢献を果たしている。

往診胃ろう交換の成果

往診胃ろう交換を行うことで、患者は地域の医療機関へ行く手間が省け、患者はもちろん、付添の家族や施設職員の負担を大幅に減らすことができる。

一方、病院は往診先の介護・福祉施設の現状把握ができる。当該施設にどのようなスタッフがあり、どのような医療・介護が可能なのか、また、どのようなことをお願いできるのか等「顔の見える関係」を築ことができ、病院から患者を紹介する際の参考とすることができる。

多施設合同 NST による施設回診

群馬中央病院では NST 活動を行う中で、退院後栄養療法継続の重要性に気づき、栄養を通じた地域連携の構築を推進してきた。

平成 20 年には群馬中央病院が中心となって 100 以上の医療、介護福祉施設等とともに、「前橋胃ろうネットワーク」（現「栄養療法ネットワーク・前橋」）を立ち上げた。

群馬中央病院は、この参加者による合同チームの中心メンバーとなり、介護老人福祉施設等を訪問し、地域一体型 NST の実践をしている。

嚥下評価、栄養評価、摂食機能療法指導、服薬指導、義歯調整等の様々な指導、治療が行われ、地域全体での栄養学的な治療の情報共有や地域の関係機関との連携に繋がっている。



「栄養療法ネットワーク・前橋」による多施設合同 NST 活動

《参考：栄養サポートチーム加算に係る施設基準等》

主な施設基準等は以下のとおりである。



- ・ 栄養管理に係る診療を行うにつき十分な体制が整備されていること
- ・ 当該加算の対象患者について栄養治療実施計画を作成するとともに、当該患者に対して当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること
- ・ 当該患者の栄養管理に係る診療の終了時に栄養治療実施報告書を作成するとともに、当該患者に対して当該報告書が文書により交付され、説明がなされるものであること
- ・ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること

4 医療・介護連携セミナーの開催を通じた地域の医療機関等との連携強化（宮崎江南病院、神戸中央病院）

《キーワード》

- ・ 地域の医療機関等との連携推進、グループワークによる多職種交流会

以下の病院では、地域の医療・介護関係者との連携強化を図るため、多職種による交流会やセミナーを開催している。

	神戸中央病院	宮崎江南病院
対象者	地域の医療機関	地域の医療・介護従事者
テーマ	医療連携セミナーの開催	多職種交流会の開催
概要	<p>これからは地域住民のニーズに応えることと同様に、地域の医療機関の信頼を得ることが重要と考え、平成 27 年度から医療機関向けの「医療連携セミナー」を年 3 回実施予定である。</p> <p>今後を見据え地域の医療機関への PR を含め地域の医療機関との連携を深めるため、院内各科持ち回りで診療内容を紹介している。</p> <p>座長は医師会の医師に依頼することで、院外の医師が参加するモチベーションを維持するようにしている。</p>	<p>アンケート調査を①地域の医療機関向け、②地域包括支援センター等向け、③院内全職員向けに、それぞれ実施した結果、多職種間での勉強会等を望む声が多かったため、平成 27 年 6 月に地域の多職種向けとして、院外及び院内から参加者を募って勉強会とグループワークによる多職種交流会を開催した。</p> <p>認定看護師による在宅ケアの指導や病院職員との情報交換等が好評だったため、年内に第 2 回を開催予定である。</p>
写真 (様子)	 <p>医療連携セミナー時の様子</p>	 <p>院内外の多職種を招いた交流会の様子。 好評だったため第 2 回を開催予定。</p>

5 地域協議会での要望に対応した巡回バスの運行（神戸中央病院）

《キーワード》

- ・ 自治体・医師会との連携推進、地域協議会の開催

神戸中央病院では、地域において関係者の意見を聞く場（JCHO法に規定される地域協議会）を設置し、行政や医師会、住民・患者等の関係者が参加して、病院の今後の運営等について協議している。地域協議会では、地域のニーズを把握する機会であり、諸課題について対応することで、地域包括ケアの推進となっている。

地域協議会の設置について

地域医療や地域包括ケアの要として超高齢化社会における多様なニーズに応え、地域住民の生活を支えるために、広く病院利用者や地域医療機関等関係機関の意見を聞き参考とするために、地域協議会を設置しており原則として年1回開催している。

地域協議会の構成員

協議会は①病院代表（病院長、診療統括部長、地域医療推進部長、看護部長、事務部長）、②行政（兵庫県、神戸市、北区の医療・介護担当者）、③医師会（神戸市、北区）、④連携医療機関、介護施設担当者、⑤学識経験者、⑥患者、患者家族代表者が構成員となっており、病院の運営方針、運営実績や地域の医療等に関することについて協議がなされている。

地域協議会における成果

神戸中央病院 巡回バスのご案内

筑紫が丘、広陵町方面→病院

- ・土曜日、日曜日、祭日は運休です。
- ・停車地での二乗車の際は、手を挙げて合図をお願いします。
- ・停車地以外は危険ですので乗り降りできません。
- ・交通事情により遅れる場合があります。

病院出発	①筑紫が丘 正公園	②筑紫が丘 長4丁目	③広陵 児童館	④5丁目 ポケットパーク	⑤6丁目 4丁目	⑥5丁目 ポケットパーク	⑦広陵町 5丁目	病院到着
8:40	8:45	8:47	8:50	8:52	8:53	8:56	8:58	9:05
10:10	10:15	10:17	10:20	10:22	10:23	10:26	10:28	10:35
11:40	11:45	11:47	11:50	11:52	11:53	11:56	11:58	12:05
14:10	14:15	14:17	14:20	14:22	14:23	14:26	14:28	14:35
15:40	15:45	15:47	15:50	15:52	15:53	15:56	15:58	16:05
17:10	17:15	17:17	17:20	17:22	17:23	17:26	17:28	17:35



地域協議会の中で要望のあった巡回バス（2コース設けている）

地域協議会の中で患者の多くが公共交通機関を利用して病院へとアクセスするが、市営バス路線の廃止等で病院へのアクセスが悪く、病院側でバスを運行してほしいとの要望が出された。病院総務部が中心となり準備を進め、平成27年4月から巡回バスの運行を開始した（下記、写真参照）。巡回バスは乗車人数が27名で、巡回ルートを2コース設けている。

平日のみの運行で1コース当たり1日6便、朝7時台から夕方17時台まで運行している。平成27年5月は512名の利用があり、患者にとって重要な交通手段となっている。

バスの運行に際しては医師会との協議の中で、神戸中央病院において治療が完了した患者を、再度地域の医療機関へ戻すという「バトンタッチ紹介」（逆紹介）をアピールすることで理解が得られ、運行に至った。

6 院内での地域ケア会議の開催（高岡ふしき病院）

《キーワード》

・ 自治体・地域の介護事業所等との連携、地域ケア会議、自院で地域ケア会議開催

高岡ふしき病院では、地域ケア会議を自院の会議室で開催する等、地域包括支援センターとの連携を深め、地域包括ケアへの関与を積極的に行っている。地域ケア会議は、医療・介護等の多職種が協働して個別ケースや地域課題の検討がされる場であり、地域包括支援センターが主催する。地域包括支援センターは市町村が直営で運営するか法人等に委託する場合があります。保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等が配置され、地域における介護相談の窓口である。地域包括支援センターは、地域の様々な情報が集約されていることから、地域包括支援センターとの連携は重要である。

高岡ふしき病院は、地域包括支援センターとの密な連携により、地域の高齢者の健康問題等に臨機応変に対応している。

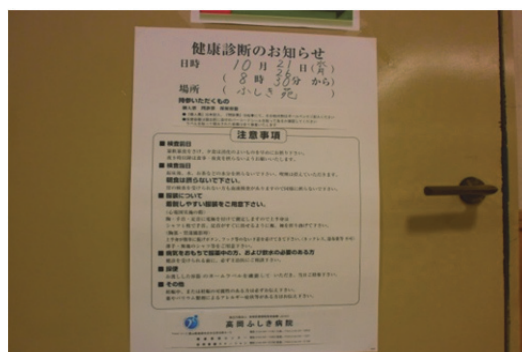
伏木・太田地区の地域包括支援センターの概要

高岡市には、計 11 か所の地域包括支援センターがあり、高岡ふしき病院がある地区は伏木・太田地域包括支援センターが管轄している。

伏木・太田地区は、人口 13,893 人で 65 歳以上の高齢者 5,270 人、高齢化率は 37.9%（H27.9 現在。高岡市 HP より）と高岡市内の高齢化率よりも高くなっている。

伏木・太田地域包括支援センターは社会福祉法人伏木会 特別養護老人ホームふしき苑内に設置（行政より受託）されており、ふしき苑の入所者に対する健康診断については、高岡ふしき病院が実施する等、日ごろから信頼関係ができています。

その上で、高岡ふしき病院では、地域包括支援センターを含めた施設や関係機関に対して、院長自らが出向くことで地域との良好な関係が保たれている。



地域包括支援センターが設置されている「ふしき苑」において行われた健康診断

地域包括支援センターから見た高岡ふしき病院

高岡市内には、市民病院、厚生連病院、済生会病院と 3 つの急性期病院がある。

高岡ふしき病院は急性期病院と診療所等の間の役割を担っている中間的なポジションであり、市内において高岡ふしき病院と同様の役割を果たしている医療機関は存在しない。

中間的なポジションのため、地域包括支援センターとしても急性期医療を担う病院よりも相談しやすく、かつ総合病院であることから、高岡ふしき病院を非常に頼りにしている。

日頃からお互いに相談し合うことで、高岡ふしき病院と地域包括支援センターの両者は良好な関係ができており、総合病院と地域包括支援センター間での密な連携が実現できている状況である。地域包括支援センターとの連携は、現在、地域医療連携室がメインで担当しており、長年積み重ねてきたお互いの信頼関係をもとに、些細なことでも相談できる関係となっている。

高岡ふしき病院と地域包括支援センターとの連携

例えば、判断能力の衰えた患者が一人で高岡ふしき病院を受診した際や、外来受診の際に病院側が不安を感じた患者の情報について、地域医療連携室から地域包括支援センターに情報提供することで、地域包括支援センターが当該患者の実態把握をすることができる。

逆に、突発的に自宅での生活が困難になった患者について、地域包括支援センターからの相談に応じ、一時的に高岡ふしき病院の地域包括ケア病棟で入院受け入れを行う。

さらに、急性期病院から退院となる患者について、自宅での独居生活に不安が残ることから、リハビリのための入院の受け入れを行う。

以上のような地域の住民が生活するうえで困難が生じたときに、病院と地域包括支援センターが協力し合い、地域の住民を支え合う体制ができており、信頼関係を築くことができている。

地域ケア会議を高岡ふしき病院で実施

日頃の信頼関係の下、地域ケア会議についても高岡ふしき病院内で開催されている。

地域ケア会議には医師や地域医療連携室、看護師長、訪問看護の職員、地域包括支援センター、ケアマネジャー、高齢介護課（事例による）、民生委員、自治会長等が参加し、個別ケースの課題に対して検討・合意形成が行われており多職種連携が進められている。病院にとっても地域の情報や課題を把握できる等、メリットが大きくなっている。

病院長による地域との関係づくり

地域包括支援センターに限らず、高岡ふしき病院においては院長が地域との関わりを大事にする考えを持っており、地域のイベントへの協力をはじめ、関係各所に院長自らが出向いている。

他の病院に比べ院長が地域にとって身近な存在であり、施設等の関係者が気軽に声をかけ相談できる存在である。

その結果、地域包括ケア病棟の入院経路として院内からの転棟割合は少なく、急性期病院だけでなく様々な地域の医療機関からの受け入れに繋がっており、日ごろの取組の成果が伺える。

今後の運営の方向

現在、地域医療連携室を中心に地域包括支援センター含め、地域の様々な施設等と良好な関係づくりができているが、更なる連携を進めていくためにも現病院内の4階にある地域医療連携室を1階に移動し、地域の方に利用しやすく、地域に開かれたものとして活用していく構想もある。

今後とも特定の施設との連携に頼らず、地域の中での他施設等と幅広く繋がりを持ち連携を進めていくことは、厳しい地方都市の状況の中で強みとなり、地域から選ばれる病院へと繋がると思われる。

7 市区町村の委託事業

(1) 地域包括支援センターの運営受託等（神戸中央病院・二本松病院）

《キーワード》

・ 自治体との連携推進、地域包括支援センターの受託

神戸中央病院では、地域包括支援センターの運営を受託することで、地域の関係者と協働して地域課題を解決することで地域包括ケアの推進に貢献している。周辺地域である神戸市北区においては、地域内の高齢化が進んでおり、地域包括支援センターの果たす役割は非常に大きくなっている。

地域包括支援センターは市町村に設置義務があり、現在全国の市町村の3割弱は直営、7割が委託となっている。高齢化が進む中、都市部では地域包括支援センターの設置数を増設、地方の直営していた市町村では、委託へ切り替えるところも出てきている。病院は、地域包括支援センターで必置とされている専門職（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）を確保しやすいので、地域包括支援センターを受託することを通じて、地域包括ケアの推進に貢献することを期待されている。

地域包括支援センターの運営受託を考えた背景や経緯

神戸中央病院では平成12年度、介護保険制度開始直後から在宅介護支援センターを運営し、地域での活動を行っていた。平成18年の介護保険制度改正に伴い、地域包括支援センターが創設されるため神戸市は公募を行った。

神戸中央病院がある北区においては、地域内の高齢化が進んでおり、病院として地域住民の生活を支援するためには、病院機能だけでなく、地域包括支援センターを受託する意義は大きいと考え、応募するに至った。

平成26年度には北区の高齢者が6,000人を超え、認知症高齢者や介護相談、困難事例や虐待事例等の支援も増えてきており、地域課題を考え解決していくために地域包括支援センターの役割はますます大きくなっている。

行政から受託している業務内容

業務内容は大きく4つ、①総合相談業務、②権利擁護業務、③包括的・継続的ケアマネジメント業務、④介護予防ケアマネジメントがある。また、地域包括ケアの構築のために、地域ケア会議の開催が義務付けられている。さらに、神戸市独自事業である地域支え合い活動推進事業として、地域住民間で見守り合い、支え合えるコミュニティづくりを支援する業務がある。

市において受託機関は3年ごとに公募しているが、契約は1年ごとに行っており、市の担当が不定期にセンターの運営状況や、地域や医療機関との連携状況、今後の展望についてのヒアリングを行っている。

市から中立性を強く求められていることもあり、自院で患者を抱え込んでいると言われたいためにも本人や家族の希望を十分に聞くようにしている。また、居宅介護支援事業所やサービス事業所、医療機関に関する相談を受けた際には、複数の事業所や医療機関を紹介し本人や家族に選定してもらうようにしている。

地域包括支援センターの人員配置

神戸市では、地域包括支援センターの職員は、常勤専従として、①保健師又は看護師に加え、②社会福祉士、③主任介護支援専門員、④地域支え合い推進員を配置することになっている。

地域支え合い推進員の配置は神戸市独自の仕組みであり、上記①～③に準ずる資格を持った者が配置される。また、兼務で認知症地域支援推進員も配置される。

配置する職員数については高齢者人口に応じて定められており、高齢者人口が 6,000 人未満の場合、上記①～④の職員を各 1 名ずつ配置する。6,000 人以上の場合、1,000 人増えるごとに①～③の職員のうち 0.5 名を加配すると運営要綱に定められており、人員配置に関して細かな管理がなされている。

北鈴蘭台あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）においては、管理者のもと主任介護支援専門員 1 名、看護師 1 名、社会福祉士 2 名、地域支え合い推進員 1 名等で運営されている。

今後の運営の方向

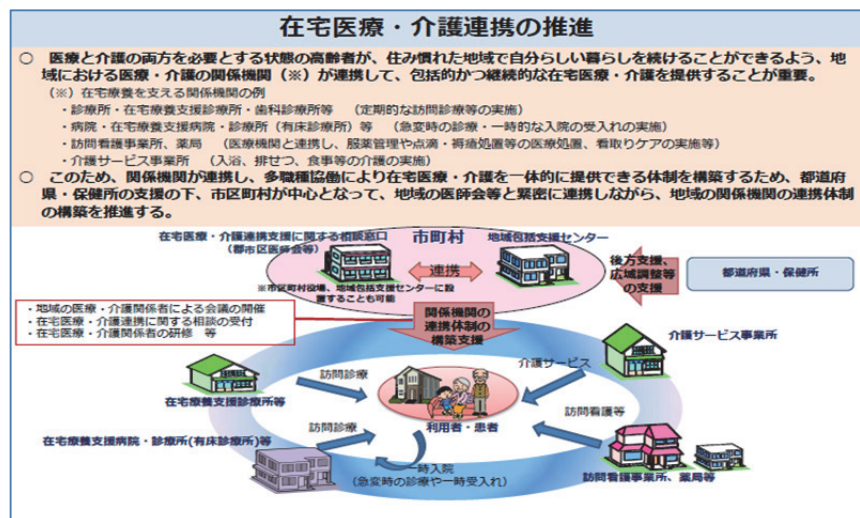
地域や医療機関への定期的な訪問を実施し地域と顔の見える関係づくりを進めていき、あんしんすこやかセンターの広報誌を作成、活用することでセンターの周知も図っていく。

また、地域の医療機関と連携して健康教室等を開催し、住民との連携を進めることで地域の課題について検討していく。

平成 27 年度の介護保険制度改正で、在宅医療・介護連携推進事業や認知症施策の推進事業が市町村の地域支援事業に組み込まれたことにより、病院はこれまでになく、市町村の介護保険担当課との連携を図ることが必要になっている。現在も在宅医療・介護支援に関する事業

について、神戸市から相談を受けているところである。

さらに、今後は地域医療連携室との一体的な運営を目指して取組を進めている。



出典：厚労省資料

二本松病院の取組

二本松病院では、二本松市第七次高齢者福祉計画・第六期介護保険事業計画の策定委員会において、当時の院長が委員長をつとめ、総看護師長も委員として参加した。

院長は平成 12 年の介護保険制度が施行される際にも二本松市に対して協力しており、当時から市と良好な関係を築いていた。

(2) 病児保育の運営受託（高岡ふしき病院、秋田病院）

《キーワード》

- ・ 自治体との連携推進、市町村委託事業

高岡ふしき病院や秋田病院では、医療・介護事業のみならず、市町村事業である子育て支援における病児保育を受託することで、地域のニーズに対応し貢献している。

病児保育室「おひさま」（高岡ふしき病院）

平成 27 年 1 月に地域のニーズを先取りした形で病児保育室「おひさま」を開設した。

子どもが急に体調を崩したが仕事を休めない人や親自身の体調が悪く看病ができない人等、様々な事情を抱えた保護者に代わって保育看護を行うため開設した。

開設に当たっては、子どもを育てるのは親だけでなく地域全体であるという高岡ふしき病院の考えが込められている。

今後高齢化及び人口減少が進む中で、医療需要の大幅な増加が見込めない高岡医療圏においては、地域のニーズを先取りし他の病院に先んじて対応していかなければ、病院の存在意義が問われることになるため、他の病院と異なる機能を持つことで地域に選ばれる病院を目指している。

平成 26 年度実績（平成 27 年 1 月～3 月）では稼働日数が 53 日、延べ利用者数が 82 人、平成 27 年度実績は平成 28 年 1 月 14 現在、稼働日数が 287 日、延べ利用者数が 287 人となっている。



地域のニーズを先取りして
設置した病児保育室「おひさま」

病児保育室「はっぴい」（秋田病院）

働くお母さんのため、子どもが病気になっても仕事を休まなくてもいいように、平成 22 年 5 月から病児保育室「はっぴい」をスタートした。

開設に際しては、医師及び看護師が近隣の病児保育施設に対して視察を行った。また、それまで新生児室として使われていた部屋をリフォームして病児保育の部屋を確保した。

当施設は能代市の委託事業となっており、生後 9 ヶ月から小学校 6 年生までを対象としている。

現在は、保育士 2 名、看護師 1 名で子どもの看護・保育を行っている。また、症状が急変した場合は自院の小児科にて対応を行っている。

近隣の保育園、幼稚園、小学校への広報活動を行う中で、年々認知度も高まってきており、現在は能代市だけでなく近隣市町村からの利用者もいる状況である。

平成 26 年度実績では稼働日数が 293 日、延べ利用者数が 527 人となっている。看護師の利用も多く、小さい子どもがいるスタッフの助けとなっており、また、働きやすい環境の提供により離職防止にも繋がっている。



働くお母さんの助けとなる
病児保育室「はっぴい」

8 医師確保に関する自治体との連携（福井勝山総合病院）

《キーワード》

- ・ 自治体との連携推進、知事のマニフェストによる医師確保

福井勝山総合病院は、二次医療圏（奥越医療圏）内で唯一の公的病院であり、勝山市内においては唯一の総合病院であることから、地域に欠かせない病院となっており、市や市民からの期待が大きい。地域包括ケアを推進する上で市との連携は重要であり、市との積極的な連携や意見交換を進め地域包括ケアを担う体制を整えている。

自治体との連携を考えた背景や経緯

福井勝山総合病院の属する奥越医療圏は勝山市と大野市の2市で構成されており、人口は約6万人、高齢化率は30%を超えている。

二次医療圏内において唯一の公的病院であり、勝山市においては唯一の総合病院でもある。ただし、二次医療圏内での医療の完結は難しく、福井・坂井医療圏への患者流出率は約50%弱で高い水準にある。

そのような中、医師確保に関しても病院単独の取組では難しくなっており、大学や県からの医師派遣については、勝山市の後押しが必要と考え、積極的に勝山市との連携を図っている。



勝山総合病院周辺の急性期病院（国土地理院地図より）

定期的な意見交換の場の設置

勝山市へのヒアリングからも把握できたことであるが、市民からは市立病院のように親しまれ、市からも病院に対する期待が大きいことが強く感じられた。

市役所と病院の物理的距離が近いこともあり、病院幹部が市役所を頻繁に訪問し、市と病院間において信頼関係が確立され積極的な連携が図られている。

医師派遣に関しても病院が県のもとへ出向いて派遣をお願いしていたが、病院単独で取組むには限界を感じていた。このため市と協調し、知事や県部長への働きかけ等について、市の協力を得ている。これらの取組を継続することで、勝山市健康福祉部長等の幹部とは連携ができており、病院内の会議室において定期的な意思疎通の場を設け、お互いに要望を出し合う等、日頃から顔の見える関係を築けている。

自治体との連携による成果

市との密接な連携を進めていたことで県への医師派遣の依頼に際しては市から県へ、知事に対しては市長から働きかけをしてもらった。その成果として知事のマニフェストの中で、地域医療の人材確保・体制強化として「福井勝山総合病院を医師派遣・患者搬送の地域拠点へ」と謳われることが決まった。

VI 地域へ向けた情報発信・交流の推進

地域包括ケアの推進においては、医療・介護関係者等のサービス提供者側のみならず、患者やその家族、住民に向けて積極的に情報を発信し、予防や健康に関する啓発活動を行うことも重要な取組である。ここでは、病院が取組む情報発信や啓発活動等について事例を紹介する。

1 外来スペースを活用したミニ健康教室の開催（群馬中央病院）

《キーワード》

- ・ 地域への情報発信の推進、健康教室の開催、外来待ち時間の活用

群馬中央病院では、外来スペースを活用して、ミニ健康教室を開催し、健康に関する様々なテーマについて啓発活動を行っている。在宅療養患者の増加において、患者自身の健康管理や家族による日頃のケアは重要であるが、予防や健康、ケアに関する正確な知識を身に付ける機会は限られている。病院が日常の診療に加えて、地域住民に対する健康教育等を通じて、地域包括ケアに貢献している。

ミニ健康教室「オアシス」の概要

群馬中央病院では平成 26 年 7 月から「ミニ健康教室オアシス」を開催している。

「ミニ健康教室オアシス」では様々な職種の職員が健康に関するテーマで、患者や家族、地域向けに日替わりでミニ講演を行っている。

院内 1 階にある外来の休憩コーナーにて、平日の 10 時 30 分から毎日 30 分程度、コメディカルが中心となって開催しており、予約不要、入退室自由とし、患者だけでなく地域住民誰でも参加できるようにしている。また、毎月第 4 金曜日はがんサロン「ひまわり」を開催し、がんに関するミニ講演も行っている。

ミニ健康教室 オアシス				
1月 予定表				
月	火	水	木	金
				1 元日
4	5	6	7	8
休み	→			
11 休み	12 ヒートショックにご用心	13 喫煙から禁煙へ	14 フットケア 足はとっても大切	15 ご存知ですか？ 私の場合の安心カード
18 脳卒中を予防しよう	19 インフルエンザについて	20 ご存知ですか？ 私の場合の安心カード	21 冬に必要な栄養素	22 痛みについて
25 名前を確認	26 乳がん検診について	27 喫煙から禁煙へ	28 冬に流行る胃腸炎	29 話を上手に聴く 5つのルール

平日10時半～ 外来1階 休憩コーナー
待ち時間にいかがですか？ JCHO 群馬中央病院

ミニ健康教室オアシスの予定表



ミニ健康教室開催時の様子

ミニ健康教室の目的及び効果

ミニ健康教室「オアシス」は、地域包括ケアを意識した患者教育と外来患者の待ち時間対策を目的としてスタートした。

様々な職種の病院職員が健康に関するテーマを分かりやすく講演しており、現在では外来患者だけでなく家族や地域住民の参加もあり、外来患者以外の地域住民が来院するきっかけとなっている。

ミニ健康教室での、患者や家族、地域住民に対する健康教育を通じて、地域の自助や互助の力を涵養することに繋がり、地域包括ケアへの貢献となっている。

また、多職種が毎日、日替わりで講演を行っているため職員教育と院内多職種連携の促進にも繋がっており、コメディカル職員の振り返りの場としても有効に活用されている。

ミニ健康教室の実績

平成 26 年 7 月から取組を開始し、12 月までの半年間で 111 回開催、延べ 1,875 名の方が参加した。平成 27 年においても 1 年間で 227 回開催し、延べ 3,061 名の方が参加した。

ミニ健康教室の主なテーマ（一例）

看護師	医療ソーシャルワーカー
夏の肌トラブルとスキンケア	介護保険の手続き
フットケア足はとっても大切	高齢者施設ってどんなところ？
熱中症と脱水	高額療養費の計算方法
小児の感染症	傾聴のススメ
あわてないで！子どものけいれん	自宅で使える介護サービス
薬剤師	管理栄養士
正しいお薬の飲み方と使い方	あなたのカロリーはどれくらい必要？
インフルエンザの薬について	胃腸にやさしい食事とレシピ
効果的な保湿剤の使い方	貧血予防！秋の食材レシピ
花粉症のお薬について	食事で健康維持しましょう！
女性必見！日焼け対策	冬の寒さを乗り切る食材・料理
リハビリ	放射線技師、感染、医療安全
ロコモ体操	CT と MR のちがい
オアシス体操	結核はどんな病気？
リハビリ福祉用具－車イス－	安全のために名前を確認

2 地域住民を対象とした健康セミナーの開催（神戸中央病院）

《キーワード》

- ・ 地域への情報発信の推進、市民医療セミナー

地域包括ケアを推進する中で、市民の医療や介護に対する理解を深めることも重要である。神戸中央病院では市民向けのセミナーを開催することで、地域包括ケアの一部を担っている。

医療セミナーの開催

神戸中央病院では、平成 26 年から年 3 回、地域のホール（定員：500 人）を貸し切って、市民向けの「医療セミナー」を開催しているが、当該地域ではこれまでにない取組であったため、住民から喜ばれ、大好評となっている。

平成 27 年 6 月に開催した第 5 回のセミナーは、定員の 500 名を超える参加者となり、その後も毎回 300 名程度の参加者となっている。

神戸中央病院の診療部長が毎回持ち回りで当番世話人となり、市民に対してその科のアピールしたい内容を伝えるようにしている。これまでに「認知症とパーキンソン病」「ロコモティブシンドローム」等をテーマに開催している。

講演後はブースを設け、医師による個別相談コーナーや、栄養、お薬、リハビリ等の専門職による相談コーナー、頸動脈エコー等の市民が検査を実体験できるサービスも行っており、会を重ねるごとに参加者が増えている。

病院の取組と熱意をアピールするために毎回院長からの挨拶の場も設けている。

独立行政法人地域医療推進機構（JCHO）
神戸中央病院 第6回 市民医療セミナー
耳だれ、鼻づまり、
「いびき」や「無呼吸」はありませんか？
—当院の耳鼻科での最新治療—
日程 平成27年 11月7日 13:00開演（12:00開場）
聴講料コーナーの整理券は、「聴講料1000円」のみを配布
いたします。（聴講料600円）上記の金額は含まれていません。
会場 「すずらんホール」 神戸市中央区東三軒市
1丁目2番21-1
入場料 無料（申し込み不要）
プログラム 講演会 2階「大ホール」
13:00～ 開会のあいさつ 病院長 大友 敏行
13:15～ 「耳の手術の話」 耳鼻いんこう科医長 東田 敬章
13:45～ 「鼻の手術の話」 耳鼻いんこう科医長 竹中 まり
14:05～ — 休憩（15分間） —
14:20～ 「睡眠時無呼吸症候群の話」 耳鼻いんこう科部長 四ノ宮 隆
15:00～ 開会のあいさつ 地域医療推進部長 松本 圭吾
※ 講演コーナー（1階、多目的ホール） 15:30～16:30
※ 相談・体験コーナー（2階） 15:30～16:30
※ 聴講料エコー（聴講券をお持参の先着60名程度） ※ポスター展示
※ 看護・介護相談 ※リハビリ相談 ※お薬相談 ※栄養相談
※ 補聴器相談 ※遠隔問診対応の検査装置や治療装置の体験
協賛（有償会社）みたび情報社、フジワ電子株式会社、株式会社コンパルス
お問合せ先 JCHO神戸中央病院 総務企画課 企画係 TEL 078-534-2605

11月に開催された第6回市民医療セミナーでは耳鼻科に関するセミナーを行った



市民向け医療セミナー開催時の様子

3 市区町村広報誌を活用した情報の発信（福井勝山総合病院）

《キーワード》

- ・ 地域への情報発信の推進、市広報誌への掲載

福井勝山総合病院は、市との連携を深める中で、自院の取組が市広報誌へ掲載され、自院のPRに繋がるとともに、地域包括ケアの一部を担っている。

広報誌での病院紹介

福井勝山総合病院は市内で唯一の総合病院であり、市からの期待が大きい。病院としても市の幹部と定期的に打合せを行う等、市との連携や情報共有を積極的に進め、お互いに信頼関係を築くことができている。

このように市との信頼関係が築けたことで、市の広報誌の中で病院の活動について定期的に掲載してもらうようになった。例えば、回復期リハビリテーション病棟開設時には特集を組んで紹介してもらい、市民にPRする良い機会となった。

市の広報誌は全戸配布するものであり、地域の生活に役立つ情報が掲載されているため、多くの市民が目を通す。そのため、市民に効率的に新しい病院の取組等の情報を伝えることができている。



市の広報誌に掲載されることで病院のPRに繋がる

4 病院と地元小学校との交流（高岡ふしき病院）

《キーワード》

- ・ 地域住民との交流

高岡ふしき病院では、地域に根ざした病院を目指しており、地元の小学校との交流の場を定期的に設けて、病院と地域との交流を深めている。

入院患者と小学生の交流

高岡ふしき病院では地域に根ざした病院を志向しており、年に数回入院患者と地元の小学生が交流できる場を設けている。

交流会は病院1階のロビーで行われ、入院患者だけでなく、外来患者や小学生の家族も見学できるようにしている。

子どもを育てるのは親だけでなく地域全体であるという院長の考えのもと、地元の小学校との交流を通して、子どもの親世代、祖父母世代にも高岡ふしき病院を身近に感じてもらうことができ、地元住民との繋がりをより強くすることができる。また、入院患者

にとっては元気な小学生と交流することで、良い気分転換となり相乗効果を生んでいる。



地元の小学生と入院患者の交流

VII 参考資料

1 JCHO 病院の地域包括ケア関連事業

表 2

(平成26年7月調査)

都道府県	病院名	実働 病床数	附属施設					介護事業			
			老健施設	訪問看護 ステーション	みなし 訪問看護	地域包括 支援センター	居宅介護 支援事業所	短期入所	通所リハ	指定訪問 リハビリテ- ーション	訪問介護
1	北海道病院	277	◎		○	△	○	○			
2	北海道 札幌北辰病院	231									
3	登別病院	140		○		○	○	○			
4	宮城 仙台病院	418									
5	仙台南病院	190	◎				○	○	○		
6	秋田 秋田病院	167	○		○		○	○	○		
7	福島 二本松病院	153	◎	○		△	○	○	○	○	
8	栃木 うつのみや病院	193	●		○	○	○	○	○		
9	群馬 群馬中央病院	333	●			※○	○	○	○		
10	埼玉 さいたま北部医療センター	118		○			○				
11	埼玉 埼玉メディカルセンター	371	●		○	○	○	○	○		
12	千葉 千葉病院	200	○				○	○	○		
13	船橋中央病院	378			○						
14	東京 東京高輪病院	239									
15	東京 東京新宿メディカルセンター	520			○						
16	東京 東京山手メディカルセンター	343									
17	東京 東京東病院	129	○		○	○	○	○	○		
18	東京 東京蒲田医療センター	225			○						
19	神奈川 横浜中央病院	250		○							
20	神奈川 横浜保土ヶ谷中央病院	221		○			○				
21	相模野病院	201			○						
22	湯河原病院	201			○				○		
23	山梨 山梨病院	168			○						
24	富山 高岡ふしき病院	120		○							
25	石川 金沢病院	236	○	○		○	○	○	○		
26	福井 福井勝山総合病院	199	●	○			○	○	○		
27	福井 若狭高浜病院	90	●	○			○	○	○		
28	岐阜 可児とうのう病院	212	○	○		○	○	○	○		
29	静岡 桜ヶ丘病院	148			○						
30	静岡 三島総合病院	162	●			○	○	○	○		
31	愛知 中京病院	612	○				○	○	○		
32	三重 四日市羽津医療センター	195	●	○		△	○	○	○		○
33	滋賀 滋賀病院	232	○				○	○	○		
34	京都 京都鞍馬口医療センター	258			○						
35	大阪 大阪病院	565									
36	大阪 大阪みなと中央病院	228									
37	星ヶ丘医療センター	580		○							
38	兵庫 神戸中央病院	374	●	○		○	○	○	○		
39	奈良 大和郡山病院	235			○						
40	島根 玉造病院	253							○		
41	山口 下関医療センター	213	●	○			○	○	○		
42	徳山中央病院	519	○		○			○	○	○	
43	香川 りつりん病院	250		○							
44	愛媛 宇和島病院	199	●	○			○	○	○		
45	高知 高知西病院	165			○		○				
46	九州病院	575									
47	福岡 久留米総合病院	142	●		○		○	○	○		
48	福岡 福岡ゆたか中央病院	195									
49	佐賀 佐賀中部病院	160	●			○	○	○	○	○	
50	伊万里松浦病院	88		○							
51	長崎 諫早総合病院	323									
52	熊本 熊本総合病院	342									
53	熊本 人吉医療センター	252			○						
54	大分 天草中央総合病院	155	◎				○	○	○	○	
55	大分 南海医療センター	185	●				○	○	○	○	
56	大分 湯布院病院	243		○			○	○	○	○	
57	宮崎 宮崎江南病院	269	◎	◇			○	○	○		
合計			26	19	18	13	29	27	30	5	1

◎在宅復帰強化型 ●在宅復帰・在宅療養支援加算 ◇機能強化型訪問看護管理療養費1
※群馬の地域包括支援センターはプラチ △在宅介護支援センター

2 平成 28 年度診療報酬改定の内容（地域包括ケア関連）

（1）退院支援に関する評価の充実

○基本的な考え方

- ・ 退院支援の更なる推進を図るため、保険医療機関における退院支援の積極的な取組や医療機関間の連携を推進するために評価を行う。

○具体的な内容

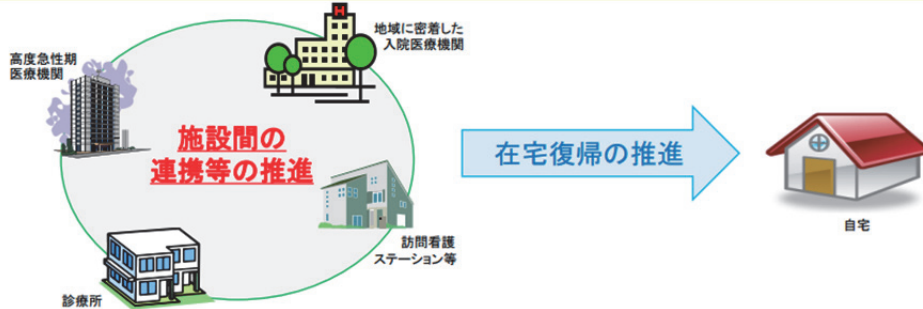
- ・ 病棟への退院支援職員の配置を行う等積極的な退院支援を推進するため、現行の退院調整加算を基調としつつ実態を踏まえた評価の新設
- ・ 退院調整加算について、入院日数に応じた評価の廃止
- ・ 現行の地域連携診療計画管理料等を基調としつつ地域連携診療計画を策定・共有した上で、医療機関間の連携を図っている場合についての評価の新設

○算定要件

- ・ 退院支援及び地域連携業務に専従する職員（退院支援職員）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後 3 日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。
- ・ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」は原則として 7 日以内、「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」は原則として 14 日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話合いを行うとともに、入院後 7 日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- ・ 入院後 7 日以内に病棟の看護師、病棟に専任の退院支援職員及び退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。
- ・ 病棟又は退院支援部門の退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等を訪れる等してこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。

患者が安心・納得して退院するための退院支援等の充実

患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、積極的な退院支援に対する評価の充実や在宅復帰機能が高い医療機関に対する評価の見直し等を実施。



退院支援の充実

- 退院支援に関する以下の取組みを評価
 - ・病棟への退院支援職員の配置
 - ・連携する施設の職員との定期的な面会
 - ・介護支援専門員との連携
 - ・多職種による早期のカンファレンス 等
- 在宅療養への円滑な移行を支援するための、退院直後の看護師等による訪問指導を評価

在宅復帰機能が高い医療機関の評価

- 高い在宅復帰機能を持つ有床診療所に対する評価の新設
- 7対1病棟等における在宅復帰率の基準の引上げと指標の見直し
- 療養病棟(在宅復帰機能強化加算算定病棟)における、急性期等からの在宅復帰を適切に評価するための指標の見直し

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑦

退院支援に関する評価の充実①

▶ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算1

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

(改) 退院支援加算2

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名(看護師又は社会福祉士)	専従1名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置(2病棟に1名以上)	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等(20か所以上)の職員と定期的な面会を実施(3回/年以上)	—
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績	—

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑨

退院支援に関する評価の充実③

- 現行の新生児特定集中治療室退院調整加算を基調としつつ、新生児特定集中治療室に入院した患者に対する退院支援に関する評価を新設する。

(新) 退院支援加算3 1,200点

【算定要件】

- ① 新生児特定集中治療室管理料等を算定した患者であって以下の退院困難な要因を有する患者、及び他の保険医療期間において当該加算を算定した転院患者について、家族等の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。
退院困難な要因：先天奇形、染色体異常、出生体重1,500g未満、新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る。）、その他生命に関わる重篤な状態
- ② 入院後7日以内に退院困難な要因を有する患者を抽出し、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始する。また、入院後1か月以内に退院支援計画の作成に着手し、文書で家族等に説明を行い交付する。

- 現行の地域連携診療計画管理料等を基調としつつ地域連携診療計画を策定・共有した上で、医療機関間の連携を図っている場合についての評価を新設する。

退院支援加算

(新) 地域連携診療計画加算 300点(退院時1回)

診療情報提供料(I)

(新) 地域連携診療計画加算 50点

【算定要件】

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

44

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑩

医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実

- 医療と介護の連携及び入院から在宅への円滑な移行を推進する観点から、介護支援連携指導料及び退院時共同指導料について、評価の見直しを行う。

現行		改定後	
介護支援連携指導料	300点	介護支援連携指導料	400点
退院時共同指導料1		退院時共同指導料1	
1 在支診の場合	1,000点	1 在支診の場合	1,500点
2 1以外の場合	600点	2 1以外の場合	900点
退院時共同指導料2	300点	退院時共同指導料2	400点

45

(2) 退院直後の在宅療養支援に関する評価

○基本的な考え方

- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために入院医療機関から行う訪問指導について評価する。

○具体的な内容

- 退院直後に、入院医療機関の看護師等が患者等を訪問し、当該患者又はその家族等退院後に患者の在宅療養支援に当たる者に対して、退院後の在宅における療養上の指導を行った場合の評価を新設する。

○算定要件

- 対象患者：認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上等
- 要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者（ただし保険医療機関を除く。）も算定可能とする。
- 算定回数：退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

平成28年度診療報酬改定

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑪

退院直後の在宅療養支援に関する評価

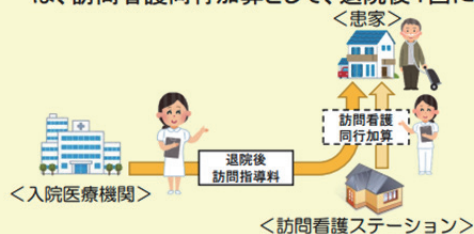
- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)

(新) 訪問看護同行加算 20点

[算定要件]

- 対象患者：別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※
※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。
- 算定回数：退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。



別表第8

- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
- 在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

46

(3) 在宅医療における看取り実績に関する評価の充実

○基本的な考え方

- ・ 在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績を有する在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院に対する評価の見直しを行う。

○具体的な内容

- ・ 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院のうち、緩和ケアに関する十分な経験を有し、十分な緊急往診や看取りの実績を有する保険医療機関に対する評価の新設。
- ・ 在宅療養実績加算について、実績の段階等に応じた評価の精緻化を行うとともに、医学総合管理料の見直しに伴う評価の見直し

○施設基準

- ・ 機能強化型の在支診・病の届出を行っていること。
- ・ 過去1年間の緊急往診の実績が15件以上、かつ、看取りの実績が20件以上であること。
- ・ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師がいること。
- ・ 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。
- ・ 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。
- ・ 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をする等、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑥

在宅医療における看取り実績に関する評価の充実①

▶ 在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績等を有する在支診・病に対する評価を充実する。

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

十分な実績を有する医療機関が、以下の項目に該当する診療を行った際に、以下に示す点数を所定点数に加算する。

緊急、夜間・休日又は深夜の往診	100点
ターミナルケア加算	1,000点
在宅時医学総合管理料	100～400点
施設入居時等医学総合管理料	75～300点
在宅がん医療総合診療料	150点

[施設基準]

- 機能強化型の在支診・病の届出を行っていること。
- 過去1年間の緊急往診の実績が15件以上、かつ、看取りの実績が20件以上であること。
- 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師がいること。
- 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。
- 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。
- 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

55

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑦

在宅医療における看取り実績に関する評価の充実②

▶ 在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績等を有する在支診・病に対する評価を充実する。

	在宅療養実績加算1	(新)在宅療養実績加算2
緊急、夜間・休日又は深夜の往診	75点	50点
ターミナルケア加算	750点	500点
在宅時医学総合管理料	75～300点	50～200点
施設入居時等医学総合管理料	56～225点	40～150点
在宅がん医療総合診療料	110点	75点

[施設基準]

	在宅療養実績加算1	(新)在宅療養実績加算2
過去1年間の緊急の往診の実績	10件以上	4件以上
過去1年間の在宅における看取りの実績	4件以上	2件以上
緩和ケアに係る研修	—	「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。

56

(4) 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価

○基本的な考え方

- 回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

○具体的な内容

- 回復期リハビリテーション病棟を有する保険医療機関について、当該病棟におけるリハビリテーションの実績が一定の水準に達しない保険医療機関については、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して1日に6単位を超えて提供される疾患別リハビリテーション料を、回復期リハビリテーション病棟入院料に包括する。

平成28年度診療報酬改定

質の高いリハビリテーションの評価等①

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

▶ 回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

現行	改定後
患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定	リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定(6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括(※))

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、
①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3か月ごとの集計・報告で2回連続した場合。

注)

- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
- ②は、実績指数(「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の(入棟から退棟までの日数)÷(疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数)の総和で割ったもの)が27未満である場合をいう。
- ②におけるADLスコアの評価については、FIM (Functional Independence Measure) の運動項目 (91点満点) を用いる。
- ②の算出においては、ADLが高いもの (FIM運動項目76点以上)、低いもの (FIM運動項目20点以下)、高齢者 (80歳以上)、認知機能の障害が大きいもの (FIM認知項目24点以下) を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者 (入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る) を全て計算対象から除外できる。

[経過措置]
 平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。

74

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について①

- 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの効果の実績に基づき、疾患別リハビリテーション料のうち、**1日6単位を超えるもの**(脳血管疾患等の患者であって発症後80日以内のものに対して行ったものを除く)は**回復期リハビリテーション病棟入院料に包括する**。

※ リハビリテーション充実加算(1日6単位以上)の施設基準等において、入院料に包括された疾患別リハビリテーション実施単位数は疾患別リハビリテーションの総単位数には含まない。

効果の実績の評価の対象となる医療機関

3か月ごと(1月、4月、7月、10月)の報告において、①かつ②が、2回以上連続した医療機関

①報告の前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から**退棟した患者数**(実績指数の対象となるものに限る)が**10名以上**かつ

②報告の前月までの6か月間の、回復期リハビリテーション病棟の**リハビリテーションの1日平均提供単位数が6単位以上**

$$1日平均提供単位数 = \frac{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者に提供された疾患別リハビリテーションの総単位数}}{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数}}$$

①の退棟患者数の計算対象

- 平成28年4月以降に入棟し、報告月の前月までの6か月間に退棟した患者
- ただし、実績指数の計算から除外された患者は除外

②のリハビリテーションの1日平均提供単位数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間の在棟患者
- ただし、回復期リハビリテーションを要する状態でなかった場合は除外

75

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について②

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の (FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差) の総和}}{\text{各患者の (入棟から退棟までの在棟日数 / 状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数) の総和}}$$

実績指数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者 (平成28年4月以降に入棟した患者のみ)
- ただし、以下の患者を除外

必ず除外する患者

- 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。
(高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者)

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- 入棟時に**FIM運動項目の得点が20点以下**の患者 ・ 入棟時に**FIM運動項目の得点が76点以上**の患者
- 入棟時に**FIM認知項目の得点が24点以下**の患者 ・ 入棟時に年齢が**80歳以上**の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

(除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。)

※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

76

(5) 緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実

○基本的な考え方

- ・ 緩和ケア病棟が、在宅緩和ケアを受ける患者の増悪時に緊急入院できる等、在宅生活を支援する役割を果たすことができるよう、緩和ケア病棟における地域連携の取組等について評価する。

○具体的な内容

- ・ 進行がん患者で、在宅で緩和ケアを行っている患者が緩和ケア病棟を有する病院に緊急入院した場合に、15日を限度として「緊急入院初期加算」を新設する。

○緊急入院初期加算の算定要件

- ・ 当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関から予め文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関の求めに応じて入院させた場合に、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院から15日を限度に、1日につき200点を所定点数に加算する。

平成28年度診療報酬改定

緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価②

緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実

- 進行がん患者で、在宅で緩和ケアを行っている患者が緩和ケア病棟を有する病院に緊急入院した場合の評価を新設する。また、緩和ケア病棟に入院中の放射線治療や退院した月の在宅療養指導管理料を別に算定できることとする。

現行	
緩和ケア病棟入院料	
1 30日以内の期間	4,926点
2 31日以上60日以内の期間	4,412点
3 61日以上	3,384点



改定後	
緩和ケア病棟入院料	
1 30日以内の期間	4,926点
(新) 緩和ケア病棟緊急入院初期加算	200点
(改) 2 31日以上60日以内の期間	4,400点
(改) 3 61日以上	3,300点

[緊急入院初期加算の算定要件]

当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関から予め文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関の求めに応じて入院させた場合に、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院から15日を限度に、1日につき200点を所定点数に加算する。

がん性疼痛緩和指導管理料の見直し

- 緩和ケア研修を受けていない医師が実施する「がん性疼痛緩和指導管理料2」について、1年間の経過措置を設けた上で、廃止する。

がん性疼痛緩和指導管理料

現行	
1 緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合	200点
2 1以外の場合	100点



改定後	
(改) がん性疼痛緩和指導管理料	200点
廃止	

90

(6) 歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価

○基本的な考え方

- ・ 医科と歯科の連携を推進して、入院中の患者の栄養状態の改善を図るため、歯科医師が院内スタッフと共同で栄養サポートを実施した場合の評価を行う。

○具体的な内容

- ・ 入院基本料等加算の栄養サポートチーム加算に、院内又は院外の歯科医師が参加した場合の評価を新設

平成28年度診療報酬改定

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化④

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

- 高度急性期医療を担う治療室においてチーム医療を推進する観点から、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置している場合を評価する。

(新) 病棟薬剤業務実施加算2 80点(1日につき)



[主な算定要件]

- ① 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、専任の薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施していること。

- 併せて、薬剤管理指導料の「救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合(420点)」を廃止し、「その他の患者に対して行う場合(325点)」に統合する。

栄養サポートチームの評価(歯科医師と連携した場合の評価)

- 入院基本料加算の栄養サポートチーム加算に、院内又は院外の歯科医師が参加し、当該チームとしての診療に従事した場合の評価を新設する。

**(新) 栄養サポートチーム加算(週1回)
歯科医師連携加算 50点**

39

(7) 認知症に対する主治医機能の評価

○基本的な考え方

- ・ 複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に、主治医機能としての評価を行う。

○具体的な内容

- ・ 認知症の患者に対する主治医機能について評価の新設

○認知症地域包括診療料

【算定要件】

下記の全てを満たす認知症患者

- ・ 認知症以外に1以上の疾患を有する。
- ・ 以下のいずれの投薬も受けていない。
 - ① 1処方につき5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき3種類を超える向精神薬
- ・ その他の地域包括診療料の算定要件を満たす。

【施設基準】

- ・ 地域包括診療料の届出を行っていること。

平成28年度診療報酬改定

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化①

認知症に対する主治医機能の評価

▶複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に、主治医機能としての評価を行う。

(新) 認知症地域包括診療料 1,515点(月1回)

【算定要件】

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症以外に1以上の疾患を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も受けていない。
 - ① 1処方につき5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき3種類を超える向精神薬
- (3) その他の地域包括診療料の算定要件を満たす。

※対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可

【施設基準】

地域包括診療料の届出を行っていること。

(新) 認知症地域包括診療加算 30点(再診料1回につき加算)

【施設基準】

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症以外に1以上の疾患を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も受けていない。
 - ① 1処方につき5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき3種類を超える向精神薬
- (3) その他の地域包括診療加算の算定要件を満たす。

※対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可

【施設基準】

地域包括診療加算の届出を行っていること。

35

(8) 身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価

○基本的な考え方

- ・ 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟における対応力とケアの質の向上を図るため、病棟での取組や多職種チームによる介入を評価する。

○具体的な内容

- ・ 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価

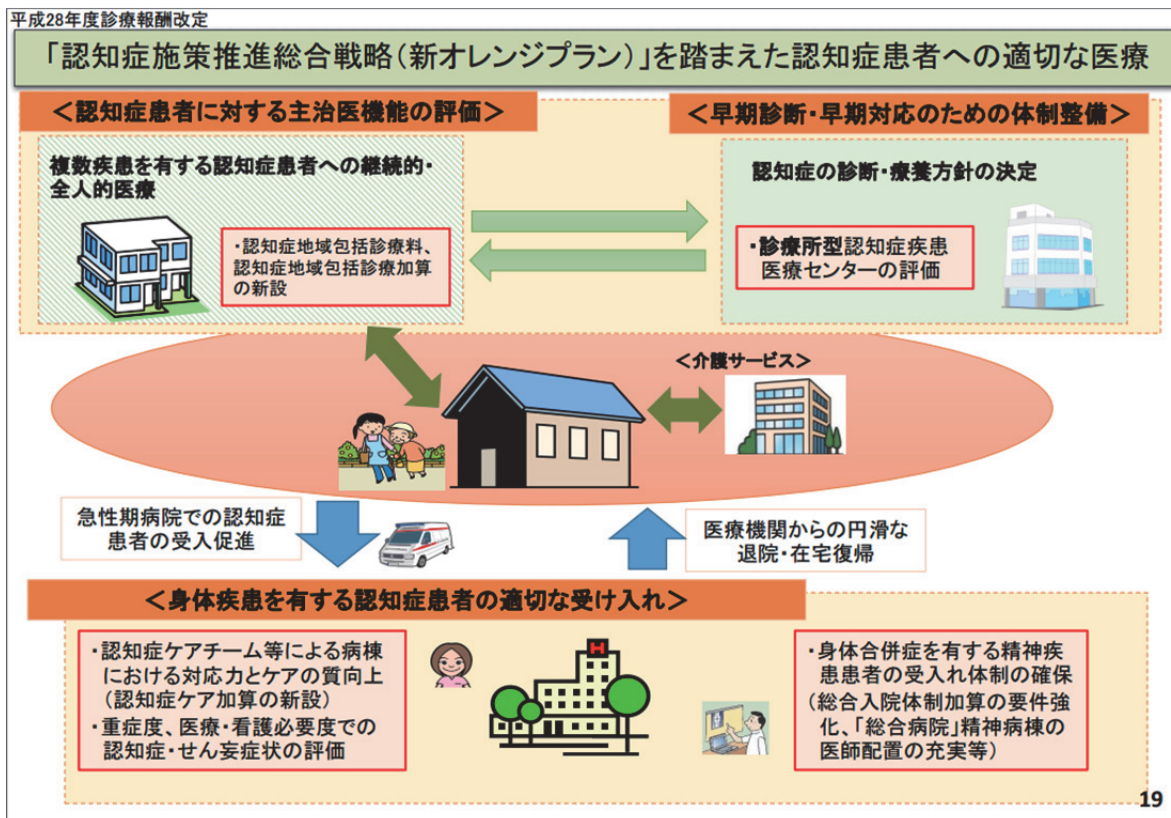
○算定要件

【認知症ケア加算 1】

- ・ 認知症ケアチームと連携して認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。
- ・ 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- ・ 認知症ケアチームは、①週 1 回程度カンファレンス及び病棟の巡回等を実施するとともに、②当該保険医療機関の職員を対象とした認知症患者のケアに関する定期的な研修を実施する。

【認知症ケア加算 2】

- ・ 病棟において、認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。



認知症患者への適切な医療の評価①

身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価

➤ 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。

(新)	認知症ケア加算1	イ	14日以内の期間	150点(1日につき)
		ロ	15日以上期間	30点(1日につき)
	認知症ケア加算2	イ	14日以内の期間	30点(1日につき)
		ロ	15日以上期間	10点(1日につき)



- ・身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。
- ・対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。

【算定要件】

認知症ケア加算1

- (1) 認知症ケアチームと連携して認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。
- (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- (3) 認知症ケアチームは、①週1回程度カンファレンス及び病棟の巡回等を実施するとともに、②当該保険医療機関の職員を対象とした認知症患者のケアに関する定期的な研修を実施する。

認知症ケア加算2

病棟において、認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。

【施設基準】

認知症ケア加算1

- ① 以下から構成される認知症ケアチームが設置されていること。
 - ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師(精神科・神経内科の経験5年以上又は適切な研修を修了)
 - イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 認知症患者等の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

認知症ケア加算2

- ① 認知症患者が入院する病棟に、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置すること。
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

(9) 機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

○基本的な考え方

- 在宅医療を推進するために、機能の高い訪問看護ステーションを実情に即して評価する。また、超重症児等の小児を受け入れる訪問看護ステーションを増加させるために、超重症児等の訪問看護に積極的に取り組む訪問看護ステーションを評価する。

○具体的な内容

- 機能強化型訪問看護管理療養費の算定要件に、在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者を含める。また、実績要件において、看取り件数だけでなく、超重症児等の小児を受け入れている実績を評価する。

○算定要件

要件	機能強化型 1	機能強化型 2
常勤看護職員の数	7人以上	5人以上
ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績（いずれかを満たすこと）		
①ターミナルケア件数	①20件/年	①15件/年
②ターミナルケア件数、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数	②15件/年、4人	②10件/年、3人
③超重症児・準超重症児の利用者数	③6人	③5人
末期の悪性腫瘍等の利用者数	10人以上/月	7人以上/月
24時間対応体制加算の届出を行っている		
居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 (居宅サービス計画、介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、1割程度の計画を作成)		
休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
情報提供・相談・人材育成（地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施）		

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑩

機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

▶ 在宅医療を推進するために、機能の高い訪問看護ステーションを実情に即して評価する。また、超重症児等の小児を受け入れる訪問看護ステーションを増加させるために、超重症児等の小児の訪問看護に積極的に取り組む訪問看護ステーションを評価する。

現行	改定後
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1】 ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計20回以上</p> <p>ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。</p>	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1】 ハ 次のいずれかを満たすこと。 ① ターミナルケア件数※を合計した数が年に20以上 ② ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上 ③ 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上</p> <p>ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。</p>
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費2】 ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計15回以上</p> <p>ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。</p>	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費2】 ハ 次のいずれかを満たすこと。 ① ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上 ② ターミナルケア件数を合計した数が年に10以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時3人以上 ③ 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時5人以上</p> <p>ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。</p>

※ターミナルケア件数:

訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、ターミナルケア加算の算定件数及び在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において**在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数**を合計した数

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑪

機能強化型訪問看護ステーションの評価



※ ★印は必須要件

★印は、ターミナルケア・重症児の受入実績のいずれかが必須要件

要件	機能強化型1	機能強化型2
1. 常勤看護職員の数	7人以上	5人以上
2. ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績甲(いずれかを満たすこと) ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①20件/年 ②15件/年、4人 ③6人	①15件年 ②10件/年、3人 ③5人
3. 別表第7に該当する利用者数	10人以上/月	7人以上/月
4. 24時間対応体制加算の届出を行っている		
5. 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 (居宅サービス計画、介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、1割程度の計画を作成)		
6. 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
7. 情報提供・相談・人材育成(地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施)		

別表第7

- | | |
|--------------|----------------|
| 末期の悪性腫瘍 | プリオン病 |
| 多発性硬化症 | 亜急性硬化性全脳炎 |
| 重症筋無力症 | ライソゾーム病 |
| スモン | 副腎白質ジストロフィー |
| 筋萎縮性側索硬化症 | 脊髄性筋萎縮症 |
| 脊髄小脳変性症 | 球脊髄性筋萎縮症 |
| ハンチントン病 | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 進行性筋ジストロフィー症 | 後天性免疫不全症候群 |
| パーキンソン病関連疾患 | 脊髄損傷 |
| 多系統萎縮症 | 人工呼吸器を使用している状態 |

注)ターミナルケア件数は過去1年間の実績を、超重症児・準超重症児の利用者数は常時要件を満たしていること。

平成 27 年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
地域包括ケアを支える病院の役割・機能のあり方に関する調査研究事業

平成 28（2016）年 3 月発行

発行 独立行政法人地域医療機能推進機構

〒108-0074 東京都港区高輪 3-22-12

TEL 03（5791）8220 FAX 03（5791）8258

不許複製