

かかりつけ医機能に 関する事例集

～在宅および地域医療連携を中心に～

目次

かかりつけ医機能に関する各医療機関へのヒアリング結果のまとめ

【機能強化型在宅療養支援診療所】

- | | | |
|---|------------------------------|------|
| ① | 医療法人財団老蘇会 静明館診療所 | P. 2 |
| ② | 医療法人社団小柳真柄医院 KOYANAGI真柄CLINC | P. 5 |
-

【機能強化型在宅療養支援病院】

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| ① | 医療法人社団豊生会 東苗穂病院 | P. 9 |
| ② | 医療法人弘仁会 板倉病院 | P. 13 |
| ③ | 医療法人明倫会 宮地病院 | P. 16 |
| ④ | 医療法人社団久英会 高良台リハビリテーション病院 | P. 19 |
-

【地域医療支援病院】

- | | | |
|---|---------------------------|-------|
| ① | 日本赤十字社 さいたま赤十字病院 | P. 25 |
| ② | 社会医療法人 近森会近森病院 | P. 28 |
| ③ | 独立行政法人地域医療機能推進機構 人吉医療センター | P. 32 |
-

【機能強化型在宅療養支援診療所】へのヒアリング結果のまとめ

①医療法人財団老蘇会 静明館診療所

※以降のマップについては、地方厚生局の医療機関名簿の住所地情報をMicrosoft Power BI で実装している。
ヒアリングを実施した医療機関の市町村を単位として地域医療支援病院名は記載し、機能強化型在宅療養支援診療所/病院はヒアリングを行った医療機関のみ名前を記載している。
地図上の表記は以下を表している。

支援診1 = 別添1の「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所
支援診2 = 別添1の「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所
支援診3 = 別添1の「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所

支援病1 = 別添1の「第14の2」の1の(1)に規定する在宅療養支援病院
支援病2 = 別添1の「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院
支援病3 = 別添1の「第14の2」の1の(3)に規定する在宅療養支援病院

医療法人財団老蘇会 静明館診療所

① 病院の概要	所在地	北海道札幌市中央区南14条西18丁目5-33
	地域の特徴	<ul style="list-style-type: none"> 札幌市中央区の人口は252,823人（令和5年3月1日時点） 札幌市西区の人口は217,203人（令和5年3月1日時点） 道内（地方）からの流入により、中央区は今後人口が増加する唯一の区とされている ※当診療所は訪問対応地域を中央区・西区としている。
	診療科目	内科、神経内科
	許可病床数	無床
	関連事業	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護ステーション 小規模多機能型居宅介護事業所 居宅介護支援事業所 重度訪問介護 等
	スタッフ	医師：4名、その他：90名
	届出している施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 機能強化型加算 連携強化加算 地域包括診療加算 在宅療養支援診療所 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 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 在宅がん医療総合診療料 等
	算定開始時期	<ul style="list-style-type: none"> 機能強化型在宅療養支援診療所：平成18年～

出所：静明館診療所HP (<https://www.seimeikan.or.jp/Clinic/>)

受理記号：支援診1,2,3/支援病1,2,3/地域医療支援病院



医療法人財団老蘇会 静明館診療所

② 医療機関の 取組

(機能強化型在宅療養支援診療所の設計について)

- 一身上の都合により北海道にて在宅医療を行う決意をし、医師仲間とともに在宅中心の地域医療の診療所を開業した。

(医療連携について)

- 静明館診療所は連携型在宅療養支援診療所であり、他3か所の診療所と連携している。機能強化型在宅療養支援診療所となったときに3名の医師が在籍していたため単独型の要件を満たすことも可能であったが、地域のかかりつけ医機能強化のため他との連携を大事にするため連携型を選択した。

(かかりつけ医機能について)

- 診療の情報を収集するのはかかりつけ医機能の一つである。静明館診療所では、初診時に必要となる情報をすべて聞き出しカルテへ記載する。情報収集する際、各病院から正確で詳細な診療情報提供書を書いてもらったり、介護職員やケアマネジャー、MSWから情報を得たり、患者や家族の思いを聞き取ったりする。患者がどのような人生を歩み、どのような病気を経験してきたかを記載するためにノウハウが必要である。
- 緊急での対応が必要とならないよう、普段から対策をしている。万が一、緊急対応が必要となった時に診療所として対応できるように薬剤や訪問看護等の準備をしている。在宅においても緊急時の対応ができるようにしている（ホスピタルアットホームという訪問方法）。その上で病院と連携して入院してもらったり、緊急対応してもらったりしている。これら急変の予防、急変時の初期対応、救急搬送などを行うことで24時間265日のかかりつけ医機能を発揮することができる。

(行政との連携について)

- 地域住民と様々な活動をするための空間拠点「地域交流空間」などを利用し、介護予防の体操教室等を行政と連携して行っている。

(かかりつけ医機能を重視した地域の人材育成について)

- 医学生の同行や研修医の地域医療研修、在宅医療専門医の研修などを実施し、かかりつけ医機能を発揮するための在宅医療の教育をしている。
- 訪問看護等の多職種の人材育成を実施している。
- 在宅ケア連絡会においてレクチャーを実施したり、在宅医療介護のトピックを扱い、人材育成を実施している。
- 在宅ケア開拓塾を法人で行い、院内外の人向けの勉強会を実施している。

③ 横展開する ことが望まれる 効果的な 取組

- 北海道内でケアマネジャーが不足している地域もあり、利用者自身でケアプランを立てられるように支援を行っている町村もあること。
- 20年以上前から自主的に「在宅ケア連絡会」という集まりを実施していること。（幹事として中央区の地域包括支援センター所長が全員参加している）
- 平成14年から自主的に集まる会「在宅医の会」が始まったこと。そこから札幌市公式の在宅医療協議会が実施されるようになった。在宅医療協議会の活動は様々であるが、この3年間では新型コロナウイルス感染症が発生した施設への介入を積極的に行っていたこと。また、在宅医療に役立つ講演会等を主催していること。
- 住民の健康のための地域づくりをすることはかかりつけ医機能の1つである。

④ 取組を通じ ての課題

- 北海道内の地方都市から札幌へ転入してくる高齢者が多い。自宅の転居ではなく、高齢者施設に入ることが多いため施設を支える体制をつくる必要がある。しかし現状、施設に入所する高齢者に在宅医療を提供する一部の医療機関は、かかりつけ医機能を発揮する体制にない。また、札幌や北海道では、医療法人立の入所施設の割合が高いことは老人ホームでの死亡割合が低い。
- 北海道全体で十分なかかりつけ医機能が発揮されるためには、札幌市内の在宅医が北海道内の他の地域を手伝う仕組みがあると良いと考えている。
- 現在の高齢者見守り活動（住居への訪問など）では不十分な点もあるため、違った仕組みを検討する必要がある。

【機能強化型在宅療養支援診療所】へのヒアリング結果のまとめ

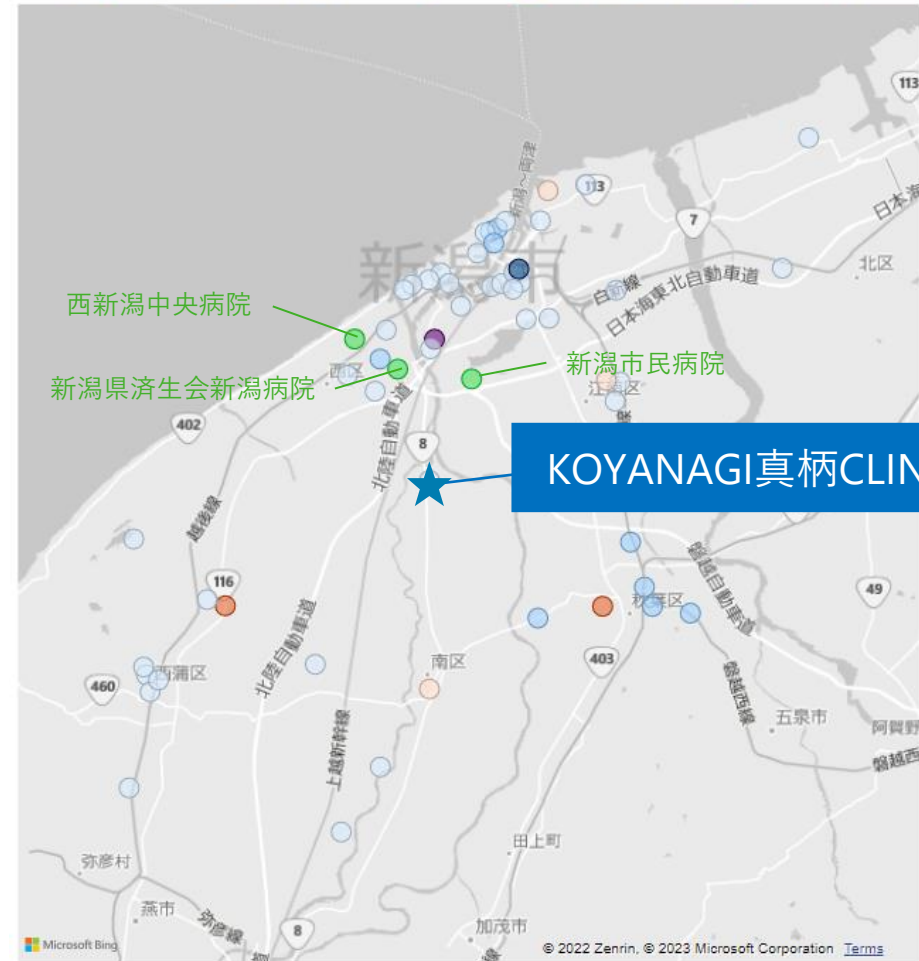
②医療法人社団小柳真柄医院 KOYANAGI真柄CLINC

医療法人社団小柳真柄医院 KOYANAGI真柄CLINIC

① 病院の概要	所在地	新潟県新潟市南区鷺ノ木新田5724-1
	地域の特徴	<ul style="list-style-type: none"> 新潟市南区の人口は43,437人（令和4年1月1日時点） 人口が散在しておりアウトリーチ型の医療が難しい 豪雪地帯にあり、大寒波時には一日で積雪60cmとなることもある
	診療科目	内科、循環器内科、呼吸器内科
	許可病床数	無床
	関連事業	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護ステーション
	スタッフ	医師：3名、看護師：2名、検査技師：2名、受付事務6名、庶務1名、訪問看護ST：5名、事務1名
	届出している施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 機能強化型加算 連携強化加算 地域包括診療加算 在宅療養支援診療所 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 <p style="text-align: right;">等</p>
	算定期	<ul style="list-style-type: none"> 機能強化型在宅療養支援診療所：令和2年～

受理記号：支援診1,2,3/支援病1,2,3/地域医療支援病院

受理記号 ● 支援診1 ● 支援診2 ● 支援診3 ● 支援病1 ● 支援病2 ● 支援病3 ● 地域医療支援病院



②
医療機関の
取組

- (既往強化型在宅療養支援診療所の設計について)
- 医系技官として従事している際、僻地医療対策での印象が強く、再び臨床現場にて従事することとした。新潟県に本籍があったため新潟県で診療を行うこととした。
- 医師偏在指標は医療の開拓可能性指標と考えている。また、地方では医師が多くなることを行うため医師の成長指標ともいえるのではないかと考えている。
- (連携について)
- 地域を面として捉え、切れ目のない関係を構築し、看取りまでを共同で行っていく体制を構築している。(次頁参照)
- 連携薬局：7件、連携訪問看護ステーション：10件、介護施設：12件
- KOYANAGI真柄CLINICは連携型である。単独型でも運営することができるが、周辺には往診を少なからず行っている医師が数多くおり、その医師たちと看取りを共同で行うため、連携型としている。南区と西蒲区の医師が集まり、看取りは共同で行う「留守番ネット」を運営している。
- (医療経営のために重要視していること)
- 診療圏が広大なためICTを積極的に活用している。
- 無積雪期には来院できるが、積雪期には来院できない患者・家庭を見極め、往診計画人数にはやや余裕を持たせている。
- 訪問薬剤指導のできる、地域に開かれた薬局と提携し、脳血管疾患の多い積雪期の服薬指導・管理を徹底している。
- 24時間対応の訪問看護ステーションと提携、もしくは自ら運営している。保助看法上、医師の指示のもと看護師ができることはたくさんあるため、訪問看護ステーションは、実質的に往診専門クリニックに近い存在と考えている。
- 後方支援病院の医師・看護師・メディカルソーシャルワーカー・連携室事務職員と密な連携を保っている。一般的かつ簡単なデバイス（LINEなど）で関係を保つのが重要と考えている。
- (往診について)
- 往診時は、医師一人でその場で対応可能なように道具一式を持参している。在宅医療を行う医師はおおよそのことに一人で対応できるようにしておくのがよい。
- (人材育成について)
- 新潟大学では3年前より総合診療科ができ、新潟市の総合医の養成プログラムを実施している。まだ一人前ではないため臨床現場にはでていないが、地域枠の方が多いため9年間は新潟県に残ることとなっている。その後のキャリアパスは不明だが、各地域の基幹病院の中核となるか、新潟市や医療資源の少ない市で在宅の総合診療を行ってくれることを願って育てている。
- (自動化について)
- 自動会計機を3台導入している。さらには診療所の対面機能と広報機能を分けている。新潟県の生産年齢人口の減少に伴い医療事務の人材が確保できないため、医療事務は対面で患者対応をする以外のバックヤードの事務処理はサイバースペースに任せ、オンラインワーカーを活用している。

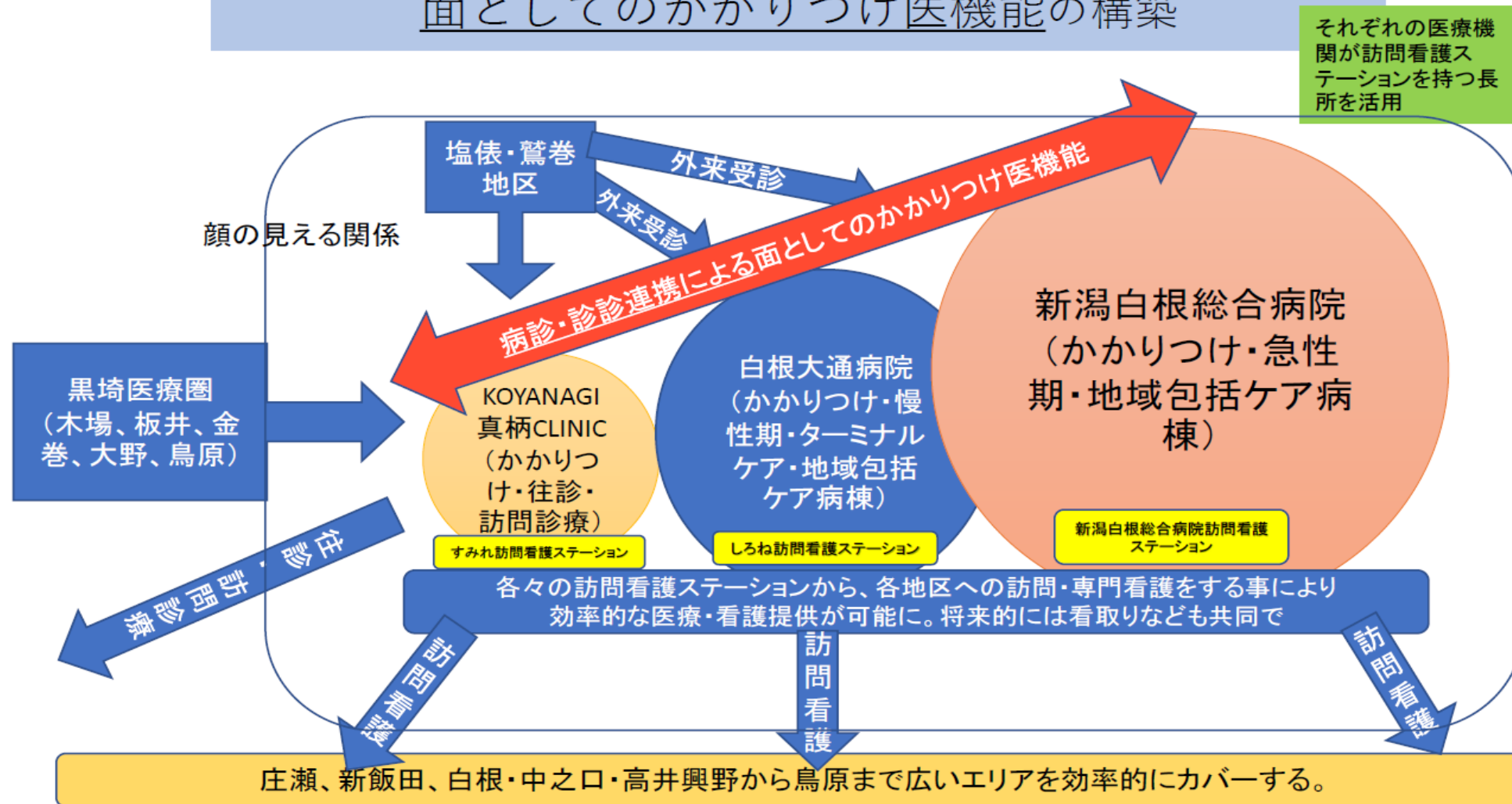
③
横展開する
ことが望まれる
効果的な
取組

- 周辺地域では人口が散在し、アウトリーチ型の医療が難しい場所である。新潟県全土で同様な問題があるため、新潟県医師会で拠点整備を行っていること。介護関連部局から在宅医療担当の医療部門へ事業委託をすること。
- 新潟県医師会在宅医療推進センター（基幹）より、全郡市医師会に在宅医療推進センターをつくったこと。
- 認知症の初期対応はかかりつけ医機能のひとつであると考えている。新潟県ではオレンジドクター制度をつくり、認知症の初期診断ができる医師を養成し、精神科・心療内科でなくても初期対応できる施設を県知事が認定し、100施設を達成したこと。
- 県の基金をICTシステムの構築にも使用している。地域で連携し情報共有を行うことができる、地連となるもの。県の医師会は関与せず、市の医師会がシステム構築に取り組んでいること。新潟市内では300施設（医療機関：150件、薬局：80件、介護施設・地域包括支援センター等：70件）が参加していること。
- 新潟市内の地連（SWANネット）は平成26年度から開始し、2年間は地域医療再生基金の新潟県在宅医療連携モデル事業として実施し、平成28年度からは地域医療介護総合確保基金のICT連携システム整備事業の補助金を活用していること。

④
取組を通じ
ての課題

- 現在の診療圏（往診範囲は16km圏内）を拡張したいと考えているが、現状、川を1本超えるのが限界であるため難しい。積雪時には雪道であり長距離運転も難しい。
- コロナ禍でのオンライン診療は本来は新潟市の保健所や医療当局が最初に旗振り役として始める必要があった。しかし、県と市で管轄の問題があり、県から新潟市への出向を通してようやくKOYANAGI真柄CLINICから始めたというのが実情である。
- KOYANAGI真柄CLINICは地連を推進している立場であるが、地域の経済事情を鑑みずに推し進めてしまった経緯があったのではないかと、利用者の金銭的負担のない形でやっていきたいと考えている。行政が進める地連ではなく、医療機関がリーダーシップをとり、些細な事を相談できるようなチャットワークのようなものがあればよいと考え、有料で契約し、全員に開放し集いの場として提供している。

当院の医療圏から白根大通病院・新潟白根総合病院への
面としてのかかりつけ医機能の構築



【機能強化型在宅療養支援病院】へのヒアリング結果のまとめ

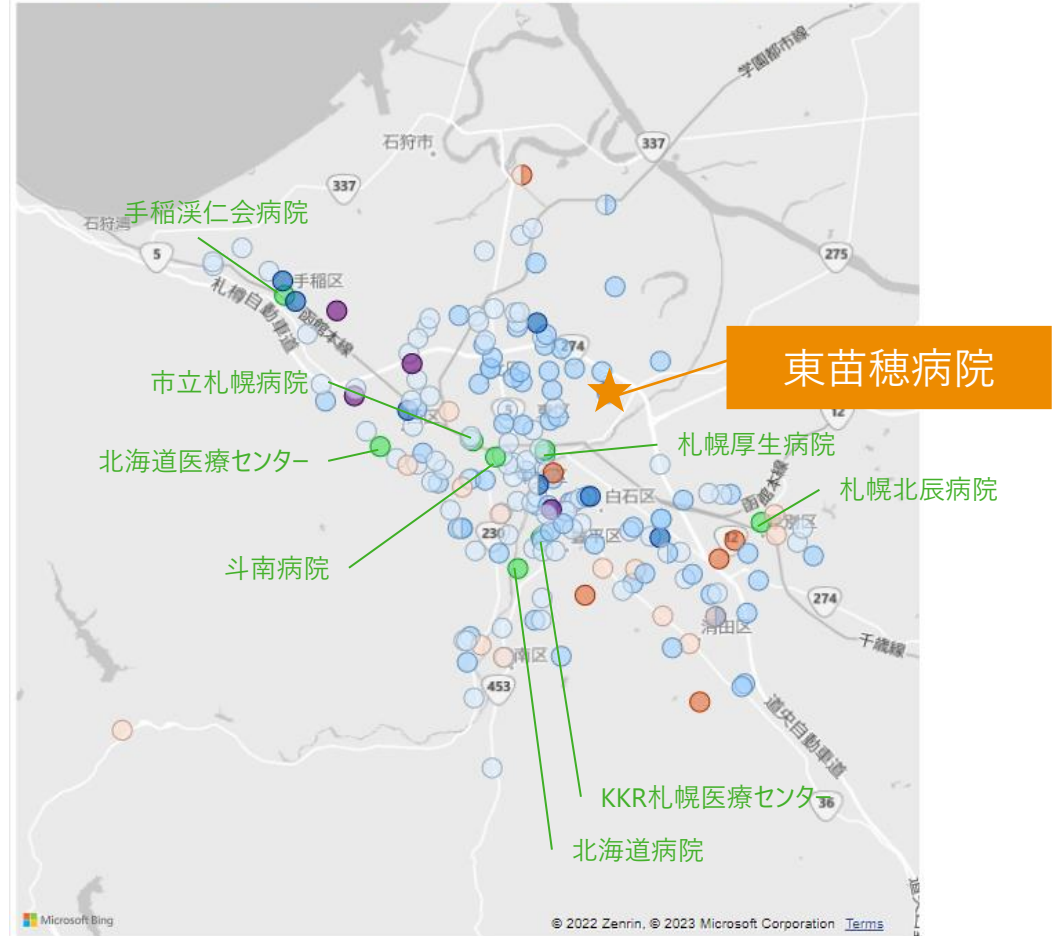
①医療法人社団豊生会 東苗穂病院

医療法人社団 豊生会 東苗穂病院

① 病院の概要	所在地	北海道札幌市東区東苗穂3条1丁目2-18
	地域の特徴	<ul style="list-style-type: none"> 札幌市東区の人口は264,347人（令和5年3月1日時点） 東区には公立病院がない。
	診療科目	内科、総合診療科、消化器内科、腎臓内科(人工透析)・循環器内科、呼吸器内科、神経内科、リハビリテーション科、心臓血管外科、老年脳神経外科、歯科、放射線科、アレルギー科(小児・成人)
	許可病床数	一般病床：60床 療養病棟(療養病床)：60床 回復期リハビリテーション病棟(療養病床)：41床
	関連事業	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護ステーション
	スタッフ	医師17名、その他：多数
	届出している施設基準	【基本診療料】 入退院支援加算 1 機能強化加算 入院時支援加算 総合機能評価加算 等
		【特掲診療料】 地域連携診療計画加算 在宅療養支援病院「第14の2」の1の(2) 在宅時医学総合管理料 等
	算定開始時期	<ul style="list-style-type: none"> 機能強化型在宅療養支援病院：平成24年8月～

受理記号：支援診1,2,3/支援病1,2,3/地域医療支援病院

受理記号 ●支援診1 ●支援診2 ●支援診3 ●支援病1 ●支援病2 ●支援病3 ●地域医療支援病院



② 医療機関の 取組

(機能強化型在宅療養支援病院の設計について)

- 昭和61年に病院を開院。介護制度が開始され、地域のニーズを鑑みると医療単体だけではなく介護も担っていくことが必要であると考え、早期から訪問看護や訪問診療を実施している。
- 平成18年に、「東苗穂たんぼぼクリニック」という在宅療養支援診療所を開院。法人として、「地域に根差した豊かな医療と福祉を創造」を理念としている。その指針として、まずは受け入れる、そして自分たちが何をすべきかを考えて取り組みをしている。医療、介護だけでなく、日常生活も視点に含めている。
- 現在、法人として、近隣に6か所の関連クリニックがある。結果として機能強化型在宅療養支援病院としての届け出をしている。
- グループ内の半数は地域で開設されていたクリニックを豊生会が継承しているもので、残りは法人として開設している。「東苗穂たんぼぼクリニック」は在宅療養支援診療所として開設。東苗穂訪問看護ステーションも法人が平成7年頃に開設している。レディースクリニック等も法人に参入している。
- 開設当初は120床程度を有しており、M&A等を経て、現在161床を有する。どのような病床機能が必要かを当時検討した結果、回復期リハビリテーション病棟を増床した経緯がある。

(行政（東区）との連携)

- 区の地域包括支援センターの案件で、個別地域ケア会議に当院で出席しており、外来での対応・通院状況等を訪問介護事業所に情報提供をしている。区の地域ケア連絡協議会参加する区の保健師やスタッフ、介護事業所、医療機関と高齢者に関する様々な情報共有・提供をしている。

(多職種による症例検証)

- 公的な会ではないが、20年くらい前から在宅医療支援協議（ケア連絡）会を多職種で行う支援をしている。地域の中の介護施設や高齢者施設の職員にも出席してもらっている。

(24時間体制の構築)

- 日中は主治医が対応、夜間は持ち回りの当番で対応している。電話対応する医師は6～7人である。
- 札幌市東区には公立病院がない中で、札幌医師会の主導で、地域の救急医療は札幌市全体の輪番体制をとっている。

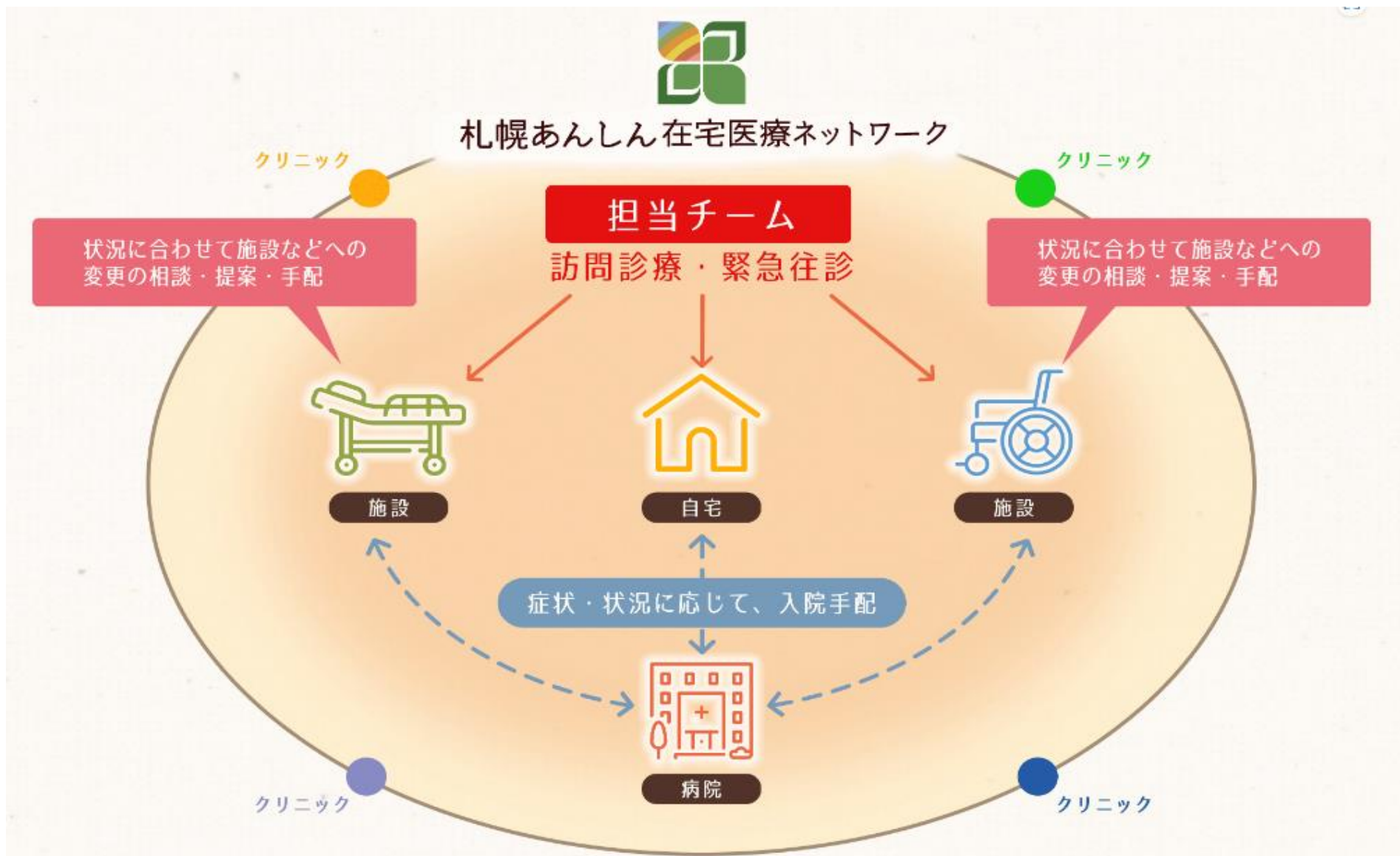
③ 横展開する ことが望まれる 効果的な 取組

- 在宅医療に関する研修会等を、提携先の病院で開催している。加えて、急性期病院から、在宅医療はどういったものか、講演をしてほしいという依頼があり、医療従事者に対して講演を行っていること。札幌厚生病院や協力先病院はもちろん、それら以外の病院からも依頼があること。当該取り組みはコロナの影響で現在は中断している。しかし、急性期病院が在宅につなぐことで急性期の患者も安心するというwin-winの関係があるため、急性期病院からは引き続き依頼があること。
- 豊生会グループにおける、在宅支援病院と関連するクリニックを含めた訪問診療全体の「札幌あんしん在宅医療ネットワーク」があり、ネットワークセンターを中心として情報を集約し、全体で情報共有し連携して在宅医療を行っていること。

④ 取組を通じ ての課題

- 24時間体制、夜間休日対応の体制構築が課題。今後医療の担い手が減っていくことが予想される中で、基本的には個人医師が夜間休日365日を自分のわかる範囲で対応するよりも、地域全体で継続的に対応することが求められており、システムを整えて情報を共有できることが望ましいと考えている。
- かかりつけ医機能を地域全体で面として創り上げる上では、情報の一元化が必要であるが、ICTの利活用が不十分。患者の過去の治療経過を、手紙で把握・作成することは大きな負担となる。よって、今までの経緯を全て把握することができるカルテ情報と、カルテをすぐ確認することができる環境が必要とされている。
- 現状、「あんしん在宅医療ネットワーク」は関連のクリニックで関わっている訪問診療、在宅医療の患者を中心としており、それ以外の地域クリニックや医師との連携体制は取れていないため、今後連携を強化する必要があること。

(参考) 札幌あんしん在宅医療ネットワーク



出所：札幌あんしん在宅医療ネットワークHP (<https://www.houseikai.or.jp/anshinzaitaku/>)

【機能強化型在宅療養支援病院】へのヒアリング結果のまとめ

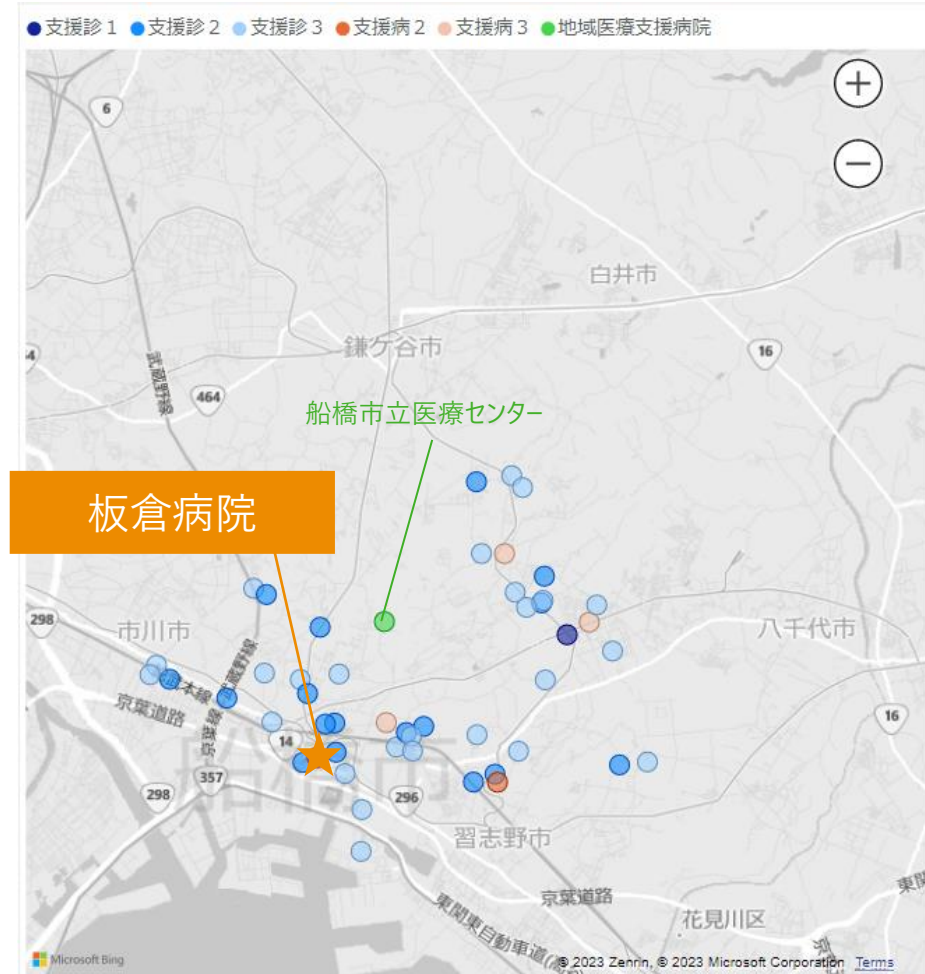
②医療法人弘仁会 板倉病院

医療法人弘仁会 板倉病院

① 病院の概要

所在地	千葉県船橋市本町2-10-1
地域の特徴	<ul style="list-style-type: none"> 船橋市の人口は641,500人 市内には大学病院（本院・分院）がない。 中核都市として保健所が独立している。
診療科目	内科、循環器内科、消化器内科、脳神経内科、外科、消化器外科、肛門外科、整形外科、リウマチ科、リウマチ・アレルギー内科、糖尿病内科、腎臓内科、脳神経外科、乳腺外科、呼吸器外科、疼痛緩和外科、肝臓・胆のう・膵臓外科、婦人科、皮膚科、形成外科、心療内科、リハビリテーション科、麻酔科
許可病床数	一般床：91床
関連事業	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護ステーション 居宅介護事業所 デイサービス 介護老人保健施設 クリニック <p style="text-align: right;">等</p>
スタッフ	医師：54名（常勤21名、非常勤33名）、その他244名
届出している施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 機能強化加算 地域連携診療計画加算 別添1の「第14の2」の1の（2）に規定する在宅療養支援病院 別添1の「第14の2」の2の（2）に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 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 <p style="text-align: right;">等</p>
算定開始時期	<ul style="list-style-type: none"> 機能強化型在宅療養支援病院：平成24年6月～

受理記号：支援診1,2,3/支援病1,2,3/地域医療支援病院



② 医療機関の 取組

(機能強化型在宅療養支援病院となった経緯)

- 以前より周囲のクリニックの医師たちが外来診療の合間の時間に往診を行ったり、夜間の呼び出しの対応を行ったりしていた。そのような医師たちをまとめ、連携型の機能強化型在宅療養支援病院となった。
 - 診たい患者のみを診るのではなく、あらゆる在宅患者を診なければならない。利益を追求するよりも、使命感を持ってクリニック同士をつなぎ、地域を面で支えることが、地域における役割であると考える。
- (連携について)
- 船橋の南部地域において、在宅医療に関わるケアマネージャーたちが気軽に相談できる「南部在宅研究会」を立ち上げ、ケアマネージャー等が参加し勉強会等を行っている。
- (緊急時の応需対応について)
- 輪番以外の日でも検査（採血・CT）が可能のため、連携医療機関からはファーストコールを受けつけている。さらなる高度医療を要する患者は、普段から連携している3次救急病院へ依頼する。
- (入退院の対応について)
- 体調が優れない在宅患者による受診希望に関しては、地域連携室に連絡が入るようになっており、受診や入院ベッドの確保等を行う。
 - 緊急時は日中でも夜間でも、外来の看護師（責任者）へ連絡が入るようになっており、搬送手段を判断し、救急外来にて対応する。
- (医師の負担軽減について)
- 在宅患者からの一日の緊急往診の依頼件数は多くない。働き方改革も考慮し、夜間当番の翌日は休みとして連続勤務とならないようにしている。
- (人材育成について)
- 大学や医療センターの研修施設となっている。現在、大学からは土日当直に後期研修医が派遣されてきており、教育を行っている（宿日直許可済み）。
 - 看護師に関しては、病院ローテーションの2年目後半に、関連する訪問看護ステーションで研修することとなっている。

③ 横展開する ことが望まれる 効果的な 取組

- 船橋市には平成25年度より「ひまわりネットワーク」という、34件ほどの事業所・行政・保健所が参加している在宅協議会がある。人材教育や市内で各職種が行う業務フローを明文化した「こころえ」を作成している。
- 「こころえ」によって、診療情報提供書に記載されている内容が統一化できている。

④ 取組を通じ ての課題

- ICTが導入される前から医療機関間では、各機関・事業所が独自のフォーマットを利用して良好な連携が取れていた。そのため、船橋に「カナミック」というソフトが導入されても、独自のフォーマットとの二度手間となってしまうことから、普及していない。さらに、訪問看護の事業所が「カナミック」を使用していないため、訪問看護師の情報が含まれていないことも、ソフトが普及しない要因となっている。
- 「カナミック」は行政が管理しており、タイムリーな情報共有が行えない。
- ケアマネージャー等の事業所がコスト面の負担やICTへの抵抗感から、ICTの活用に消極的である。

【機能強化型在宅療養支援病院】へのヒアリング結果のまとめ

③医療法人明倫会 宮地病院

② 医療機関の取組

(機能強化型在宅療養支援病院の設計について)

- 1995年に阪神淡路大震災で宮地病院が全壊し、再建した際にケアミックス病院となった。震災後2年間休院していた間、仮設診療所を開設して訪問診療の経験を積んだ。このことから訪問診療を継続する意思が強くなり、再建後の病院でも在宅医療を積極的に実施し、地域のニーズを考慮して平成24年に在宅療養支援病院となった。

(24時間体制について)

- 神戸市は東西で分けて2次救急を輪番で対応しており、最近では医療計画の兼ね合いから輪番をする病院が増えている。小児科や整形外科は別の当番制となっている。宮地病院は2次救急の輪番は月に4～5回ほど担当している。

(緊急時の対応について)

- 夜間や休日に呼ばれるのは看取りの患者がほとんどであり、施設の患者を含めて30～40件程度対応している。在宅での看取りは10件程度。看取り時期は概ね予測がついており、事前に何度も話し合いをしている。

(入退院について)

- 地域医療連携室を通し、容体急変時の受け入れを実施している。
- 宮地病院では、もとより必要な事業所を整備してきたため自院の事業所を利用することで、患者への早期のサービス提供が可能となる。自宅退院帰宅する患者は退院直後の不安も強いいため、継続してみてきたスタッフが対応することで、効率的であるとともに、患者にとっても安心感があり、再入院を予防することができる。

(介護連携について)

- 行政との連携が重要である。病院は4～5つの中学校区が診療圏であるため、宮地病院は地域とずれがある。そのため以前より地域ケア会議等で独自の地域包括を集めていたが、現在は行政が中心となって地域ケア会議を実施している。そこから日常生活圏域である東灘区内（東半分ほど）で共同の認知症カフェやお祭りへの参加等を実施していた（現在コロナで休止中）。

- 重度認知症デイケアがあり、認知症疾患センターから委託している。精神科の医師がおり、医療のデイケアを提供しているため、介護保険ではなく医療保険適応となる。

(医療連携について)

- 病診連携の会を自分たちで取り組んでおり、連携先の病院や施設、ケアマネージャー等と呼び「きずなの会」を実施していた（現在コロナで実施せず）。研修会や講演会を実施し、意見交換等をしてきた。参加者は、患者を紹介してくれる病院や逆紹介を受ける病院の方々や近隣の診療所の医師、連携先の医師、高齢者施設（生活相談員等）などである。

- 東灘区の医師会活動も活発で、東灘区としての病診連携がある。

(逆紹介について)

- 逆紹介は基本的に100%受け入れている。自院での対応が困難な時に他院に依頼をしている。逆紹介を受け入れた後の主治医は宮地病院の医師となる。その後在宅へ移行する際は、そのまま宮地病院が診る場合と、開業医へ紹介する場合があるが、基本的には開業医へ紹介することとなっている。

(看取りについて)

- コロナ禍となってから院内が面会不可となっているため、以前より患者家族が在宅での看取りを希望している。そのあと押しとして「おうちに帰ろう」プロジェクトを実施している。入院中や施設に入所している方でも自宅に帰れることを発信している。

③ 横展開することが望まれる効果的な取組

- 在宅診療の地域格差が大きいいため、全日本病院協会主催で関連の研修会がある。北海道から鹿児島までを過疎地から県庁所在地、大都市に分けて議論すること。

④ 取組を通じた課題

- 在宅医療に従事する職員や地域の人材の教育などを実施していく必要があるが、人員や時間に余裕がない。
- IT化の問題がある。院外でも医師がカルテを閲覧できるよう宮地病院ではモバイルカルテを導入し、院外へ持ち出し可能となった。しかしかなり高額である。
- 24時間体制をカバーするには情報の共有が不可欠であるため、患者の情報共有ができていない今は本当の連携とはいえない。現状、緊急入院の依頼等はあるが、往診の交代依頼はない。

【機能強化型在宅療養支援病院】へのヒアリング結果のまとめ

④医療法人社団久英会 高良台リハビリテーション病院

医療法人社団久英会 高良台リハビリテーション病院

① 病院の概要	所在地	福岡県久留米市藤光町965-2
	地域の特徴	<ul style="list-style-type: none"> 中核市で人口301,407人（2022年6月1日時点） 人口当たりの医師数が政令指定都市・中核市の中でトップである等、医療資源が豊富
	診療科目	内科、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、神経内科、放射線科、整形外科、リハビリテーション科、歯科
	許可病床数	100床 (回復期リハビリテーション病棟)
	関連事業	<ul style="list-style-type: none"> 通所リハビリテーション 訪問リハビリテーション
	スタッフ	【認定看護師】 感染管理認定看護師 1名 【回復期リハ病棟協会】 回復期リハ認定看護師 3名 回復期セラピストマネージャー 4名 等
	届出している 施設基準	【基本診療料の施設基準等に関する届出】 <ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟入院料1 総合機能評価加算 認知症ケア加算2 機能強化加算 入退院支援加算1 等
		【特掲診療料の施設基準等に関する届出】 <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援病院2 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 等
算定期	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援病院：平成26年10月～ 在宅時医学総合管理料の算定：平成26年12月1日～ 	

支援診/支援病/地域医療支援病院の状況

受理記号 ●支援診2 ●支援病2 ●地域医療支援病院



② 医療機関の取組

(ICTによる情報連携)

- 福岡県医師会では、ICTを活用した医療情報ネットワークが構築されており、当該ネットワークに参加した医療機関内で診療情報を共有している。当院では、具体的なケースとして、容体急変や緊急時の受け入れに際し病床確保が必要な場合は、当該ネットワークを用いることで、対象患者情報を迅速に共有・確認するために活用している。
- ① とびうめネット：病状が不安定な人についてあらかじめ病名や処方薬を登録しておくことで、入院した急性病院に情報が送られるシステム。主に福岡県内の医療機関が加入している。
- ② アザリアネット：「くるめ診療情報ネットワーク協議会」に参加した医療施設の間で、情報開示施設における投薬履歴や検査、入院中情報を閲覧することが可能。

(医療介護連携の場)

- 院内部門である地域支援部に所属するソーシャルワーカーは、ケアマネージャーや訪問看護師と事例を通して情報交換を行い、意見交換しながら連携している。
- 地域介護職との情報共有の場に積極的に参加することで、介護職との患者情報共有を積極的に実施している。(以下、事例。)
- ① 「自立支援地域ケア会議」：当院からは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士等といった多職種が参加している。主にケアマネージャーが提示する症例に対して専門的見地から助言を行う場であるが、虐待関連といった地域課題が懸念される事案が議題になれば、地域包括支援センターに相談するなどし、行政との連携を図ることもしている。
- ② 「荒木会議」：地域の課題検討を目的とする小地域ネットワークであり、当院の医療スタッフ、ソーシャルワーカー、歯科衛生士、栄養士等が参加している。例えば「健康づくり」が課題に挙がった際は、地域のコミュニティセンターで体を動かす「健康づくり教室」を開催するなど、会議で議題に挙がった課題解決に向けた活動に取り組んでいる。

(入退院時の支援)

- 久留米市で実施している入退院調整ルールに参加することにより組織的に患者の入退院時にケアマネと連携できる体制を構築している。ソーシャルワーカーやケアマネージャーなどの各専門職種も定期カンファレンスや家屋調査、各退院指導等を実施している。また、紹介元の医療機関、ケアマネージャー、訪問看護等宛てにサマリー等の情報共有を実施している。

(24時間体制の構築)

- 24時間対応の訪問看護ステーションと連携し、看護師の病態生理確認後に主治医が原則対応するシステムを採用している。主治医が初回対応するが、主治医による対応が困難な場合として、バックアップの医師を曜日毎に決めてサポートすることとしている。

(院内教育)

- 在宅部門で力を発揮できるよう、特定看護師の資格を4,5名に取ってもらっている。看護師特定行為の研修施設となり、年間1,2名に対して研修を実施するなど、教育環境の整備をしている。
- 学術団体や訪問看護ステーションにも特定看護師を配置することにより多様な技術が習得できるよう配慮している。

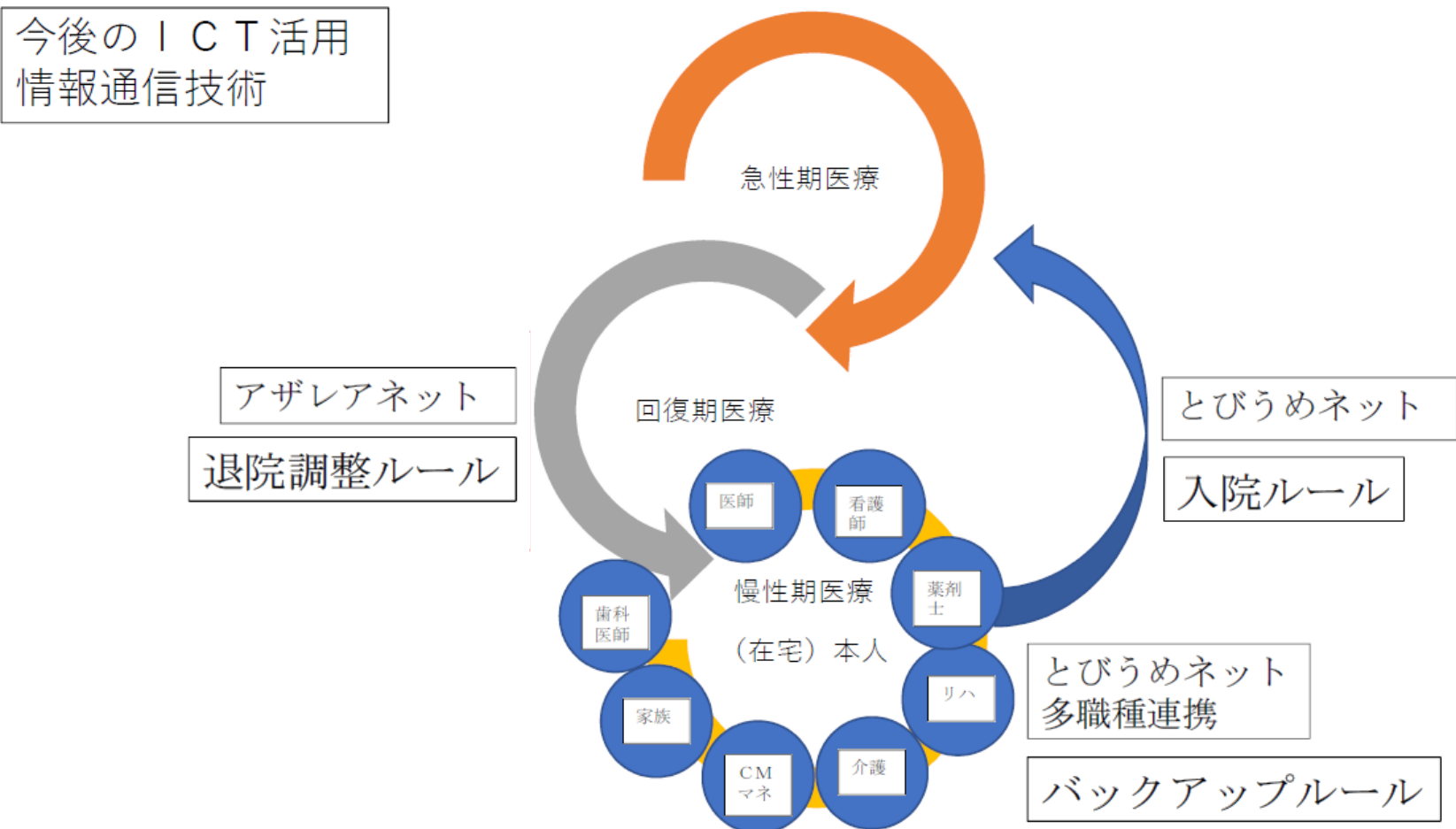
③ 横展開することが望まれる効果的な取組

- 医療介護資源が豊富な地域ではあっても、今後の高齢化等を見据え早期から県医師会等を通じて医療介護連携に取り組むこと。
- ICTを活用した情報連携基盤の整備、行政や他機関多職種を含めた連携に取り組むこと。
- 市外からの患者流入や流出に対応するため、周辺医師会とも連携の充実化を図ること。
- 福岡県医療介護総合確保基金や在宅医療・介護連携センター久留米運営基金を用いて、医療機関や訪問看護、調剤薬局と県・久留米市との円滑な入退院調整に係る連携を進めること(久留米医師会(久留米市)の取り組みであるKIICSと、当グループ(久英会)内での取り組みであるKIICSという2つの地域包括ケア)。
- 特定看護師の育成のみならず、病棟スタッフに対して、入院受け持ち患者が自宅退院する際に生活期在宅医療の初期介入までを経験させる試みを来期に予定するなど、院内教育にも力を入れること。
- 24時間体制を構築する上で、働き方改革の観点から曜日制を設けて医師の負荷軽減を図っていること。

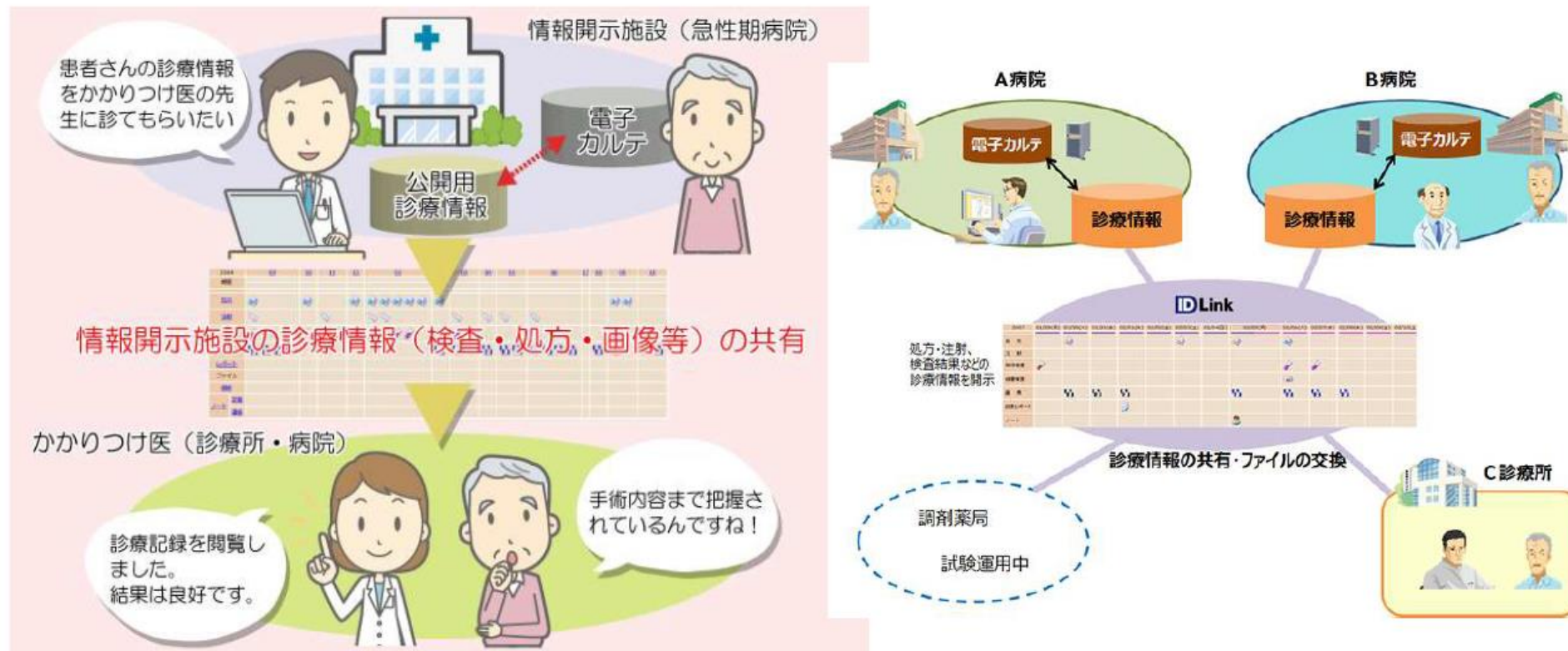
④ 取組を通じての課題

- 個人情報保護に配慮しながら、診療情報等の見える化をより図る必要があること。
- 入院チームと在宅チームの入院早期からの連携(入院中も途切れずカンファレンスに参加するといった継続的な課題解決の体制)をとること。
- 意見共有の場を設けても来なくなる人がおり、病院側との方向性や意識のすり合わせが不十分となること。
- 久留米市の地域ケア会議と、当院の開催している各会議の連携ができておらず、介護現場での問題や課題が医療と十分に結び付けられていないこと。
- ICTを活用した医療情報ネットワークの取組みについて、市民、患者の方に対する周知広報が不十分であること。
- とびうめネット、アザリアネットを活用する中で見えた、ICTの更なる推進に向けたそれぞれの課題について
- ① とびうめネットの課題：事前登録のため病状変化の度に手続きが必要であること。また、「書類作成→提出→更新」という手続きが必要となり、タイムリーに更新できず手間がかかること。
- ② アザリアネットの課題：情報を開示することができる病院になるためには、1200万円程度のインシャルコストが必要となること。

(参考) 久留米市地域包括ケアシステム(KICS)におけるICT活用による情報連携



アザレアネット



【地域医療支援病院】へのヒアリング結果のまとめ

①日本赤十字社 さいたま赤十字病院

日本赤十字社 さいたま赤十字病院

① 病院の概要	所在地	埼玉県さいたま市中央区新都心1番地5
	地域の特徴	<ul style="list-style-type: none"> さいたま市の人口は1,338,623人（令和5年3月時点） 高齢化率が高い一方で、慢性期に対応できる医療機関が少ない。
	診療科目	肝・胆・膵内科、消化管内科、呼吸器内科、血液内科、膠原病・リウマチ内科、腎臓内科、糖尿病内分泌内科、総合臨床内科、腫瘍内科、脳神経内科、循環器内科、心療科、小児科、消化器外科、乳腺科、整形外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、形成外科、リハビリテーション科、放射線診断科、放射線治療科、麻酔科、緩和ケア診療科、口腔外科、病理診断科、救急科
	許可病床数	638床
	関連事業	
	スタッフ	医師：251名、看護師：810名、薬剤師：36名、事務職：174名 等
	届出している施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1） 緩和ケア診療加算 入退院支援加算 1 地域医療体制確保加算 等
	承認時期	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療支病院：平成23年8月～

受理記号：支援診1,2,3/支援病1,2,3/地域医療支援病院

受理記号 ●支援診1 ●支援診2 ●支援診3 ●支援病1 ●支援病2 ●支援病3 ●地域医療支援病院



② 医療機関の取組

(登録医について)

- 医師会活動への参加を通じて関係性を構築するなど、地元の医師会とは連携することが多い。
- 以前「登録医1000名」と目標を掲げたことがあるが、増やすだけでいいものなのかとの議論から、サービスや質などの視点から検討することとした。
- 登録医の規定を作成している。

(介護連携について)

- 介護保険未加入の患者に関しては、居住区の市役所もしくは地域包括支援センターに連絡して申請を行う。コロナ禍でも、病棟に認定調査にきていただいている。
- 介護保険利用者に関しては、治療方針等の情報共有、退院に向けたカンファレンスを行っている。(退院時共同指導加算を取得している)
- 在宅医療へ移行する患者に関しては、居住区付近の医療機関に依頼をする。

(研修について)

- 「地域ケア意見交換会」という名称で、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、調剤薬局等も含めて月1回意見交換会(症例検討等を通じた情報共有)を実施している。
- 薬剤部が主催する「近隣調剤薬局との連絡会」では、さいたま市内の調剤薬局8件が参加し、薬剤に関する情報共有等を行っている。

③ 横展開することが望まれる効果的な取組

(紹介・逆紹介について)

- 逆紹介推進の取り組みとしてさいたま市内の有床病院(当院含め)38施設の連携部門と「さいたま地域連携の会」を平成30年に立ち上げた。そこに医師、看護師、SW、事務などが参加し、会を通じて顔の見える関係性を築いてきた。
- 紹介率が90%をキープできているのは完全紹介予約制としていることによる。
- 紹介について、地域の医療機関やさいたま市からの受け入れ依頼を、満床等の理由でやむを得ず断ることもあるが、後日連絡を入れ、断った理由等を説明している。連絡を入れることで、次の機会の紹介につながるように配慮している。

④ 取組を通じた課題

(地域の課題)

- 医療ネットワーク等を活用し病院間の情報共有を行っていききたいが、さいたま市がIT化推進に消極的なためIT化が進まない現状がある。
- 埼玉県は医師会が4つある珍しい地域であるため、すみ分けが難しい。
- 医療機関が提供しなければならないサービスがやや不明確であるため、地域における役割分担が明確化し、それらが地域の医療機関や国民に伝わると良い。(コロナ禍での変化)
- コロナ対応に機材や人員等が割かれるため、救急応需のキャパシティが減少し、救急応需率の低下がみられている。

【地域医療支援病院】へのヒアリング結果のまとめ

②社会医療法人近森会 近森病院

社会医療法人近森会 近森病院

① 病院の概要	所在地	高知県高知市大川筋一丁目1番地16
	地域の特徴	高知県の特徴として、高齢化率（65歳以上）が35%を超えており、高齢化が進んでいる。また、人口10万人あたり病床数について、一般診療所及び病院ともに全国平均を大きく上回っている。
	診療科目	外科、整形外科、内科、脳神経外科、消化器内科、リハビリテーション科、循環器内科、放射線科、麻酔科、泌尿器科、形成外科、皮膚科、脳神経内科、小児外科、心療内科、心臓血管外科、呼吸器外科、呼吸器内科、糖尿病内科、代謝内科、内分泌内科、腎臓内科、人工透析内科、病理診断科、救急科、消化器外科、リウマチ科、精神科、感染症内科、血液内科、歯科（計31診療科）
	許可病床数	512床 （一般病床452床、精神病床60床）
	関連事業	・ 回復期リハビリテーション
	スタッフ	【認定看護師】14名 （クリティカルケア、感染管理、皮膚・排泄ケア、認知症看護、心不全看護など） 【専門看護師】5名 （老人看護、精神看護、急性・重症患者看護） 【認定看護管理者】6名
	届出している施設基準	【基本診療料】 ・ 総合機能評価加算 ・ 認知症ケア加算1 ・ 入退院支援加算1 ・ 地域連携診療計画加算 等
	承認時期	地域医療支援病院：平成15年2月～

受理記号：支援診1,2,3/支援病1,2,3/地域医療支援病院

受理記号 ●支援診1 ●支援診2 ●支援診3 ●支援病1 ●支援病2 ●支援病3 ●地域医療支援病院



出所：近森病院HP (<https://www.chikamori.com/>)
地域医療情報システム（日本医師会） (<https://jimap.jp/cities/detail/pref/39#dl-area>)

② 医療機関の取組

(地域医療支援病院となった経緯)

- 地域医療支援病院の制度発足時（平成9年）より前から、地域医療支援病院として求められる役割を既に果たしていた。具体的には、救急患者は、病状が落ち着き次第、地域の医療機関に逆紹介の上継続診療したのち、1年後に当該医療機関に再診するという「キャッチボール外来」という診療形態をとっていた。また、年1回は専門医が地域の医療機関の診療内容を確認し、ガイドラインに合わせた投薬の助言など、地域の医師に対する教育的なことも実践していた。こうした草の根的な取り組みを実践する中で、2003年に地域医療支援病院の承認を得たという経緯がある。

※紹介率・逆紹介率の実績（2021年度）

- 地域医療支援病院紹介率 90.4%
- 地域医療支援病院逆紹介率 305.5%

(地域医療連携センターの運営)

- 近森病院内には、「地域医療連携センター」という部門を有しており、当該センターの役割としては、地域の病院、診療所からの紹介予約や入院調整の窓口となっているほか、患者やご家族からの医療に関する相談などを受けている。職種は、医師、看護師、ソーシャルワーカー、事務で構成しており、それぞれが専門性を活かして協力し合うことで地域医療連携の強化に努めている。

(医療介護連携の機会創出)

- 在宅訪問の担当医師、ER、地域医療連携センター、訪問看護の先生、ソーシャルワーカーを含めて事例検討を実施している。具体的には、看取りに関した救急搬送があった場合どのように情報共有すべきか、より患者の意思を尊重した医療を提供できるかという点について検討している。

③ 横展開することが望まれる効果的な取組

- 前述の事例検討会とは別に、各診療科で症例検討会や勉強会を実施している他、療養セミナーや臨床病理検討会を開催している。会議は公開としているため、当院以外の医療機関も受講が可能である。症例検討会については、各診療科ごとに研修計画を立てて実施している。
- 循環器科では、開業医に座長を担当してもらう「循環器ヨサコイMeeting」という研修会を開いている。当該研修会を開催することの利点として、病院からの一方的な症例提示やレクチャーでなく双方向性の議論ができること、開業医の視点からの意見は新しい発見も多いこと、特にご自身が紹介した症例だとより深い議論ができること、顔の見える信頼関係が構築でき連携が深まることが挙げられる。
- 地域医療連携センターでは、在宅看取りを現している地域の医師から、診療所の場の様子を聞く機会を設けることを実施しており、ケースに挙げた患者に関して、どこまでの診療を行えるのかといったことを具体的に共有することができた。
- 消化器内科の勉強会に、アルコール依存症を専門とする精神科の医師を参加させ、アルコール関連の消化器症状で運ばれた患者をどのように繋いだらいいかというような具体的なテーマセッション型の研修を実施した実績がある。こうした取組により、当院の消化器内科医が患者へアルコール依存症治療を働きかけられるようになった。
- 看護部では、地域の医療施設従事者がカンファレンスに参加する形の研修を実施している。また、看護協会からの依頼で、看護協会主催の研修会において認定医や看護師を研修講師として派遣することがある。
- 逆紹介先の医療機関情報が取りまとめられた「メディグル」というシステムを導入している。当該システムを活用することにより、地図上にどのような医療機関があり、各医療機関が有する機能を確認することが可能となっている。情報収集手段としては、医療機関に対し、「外来診療連携に関するアンケート調査」を実施しており、逆紹介の可否や対応可能な診療内容等を回答してもらうことで、当該システムに医療機関情報を蓄積している。

④ 取組を通じた課題

- 高知県の地域医療に対する課題としては、今後の人口減少・患者数の減少が予見される中で、医療機能の集約化や、二次医療圏における機能分化や連携、病院ごとの機能向上を図る必要があると考えているが、病院ごとの経営母体が異なることもあり、今後の医療施策方針の話し合いや連携が進んでいないこと。
- 病院の課題としては、医師・医療スタッフ不足が課題である。当院は救命救急センター、地域医療支援病院として役割を発揮する必要がある中で、医師の働き方改革もあり、医師を増やしていくこと、スタッフを集めていくことが必要であるが、高知県自体が働き手不足、医師不足ということが現実であり、工面するのが難しいこと。

(参考)「外来診療連携に関するアンケート調査」 アンケート表

(表面)

近森病院 外来診療連携に関するアンケート調査

【貴医療機関名: _____】
 【記載者ご氏名: _____】

1. 患者さんがかかりつけ医や近医への通院を希望した場合、貴院へ紹介してもよろしいですか？
 はい いいえ その他(_____)

2. 貴院の外来へ紹介してもよい診療科目をご教えてください。 ※複数選択可
 一般内科 循環器内科 消化器内科 呼吸器内科 糖尿病/内分泌内科
 リウマチ/膠原病内科 脳神経内科 血液内科 腎臓内科 アレルギー科
 一般外科 消化器外科 肛門科 乳腺甲状腺外科 整形外科 脳神経外科
 心臓外科 血管外科 呼吸器外科 形成外科 泌尿器科 皮膚科
 放射線科 産科 婦人科 小児科 小児外科 耳鼻咽喉科 眼科
 ペインクリニック リハビリ科 精神科 歯科 その他(_____)

3. 貴院の外来で施行可能な検査内容をご教えてください。 ※複数選択可
 血液検査 尿検査 心電図検査(□12誘導 運動負荷 ホルター型)
 超音波検査(□腹部 心臓 末梢血管 頸動脈 腎動脈 甲状腺 乳房)
 X線検査(□単純 造影) CT検査(□単純 造影) MRI検査(□単純 造影)
 消化管内視鏡検査(□上部 下部) 脈波検査 脳波検査 呼吸機能検査
 胸水検査(胸腔穿刺含む) 髄液検査 骨密度検査 認知機能検査
 視機能検査(□ヘスチャート 視野検査 他) その他(_____)

4. 貴院の外来で対応可能な診療内容をご教えてください。 ※複数選択可
 創傷縫合後の処置・抜糸・抜釘 通院リハビリ(□脳疾患 整形疾患) 物理療法
 ワーファリンコントロール 維持目的での血液透析 輸血 麻薬処方
 認知症・もの忘れ外来 睡眠時無呼吸症候群外来 禁煙外来 漢方外来
 その他(_____)

*裏面へ続きます

(裏面)

5. 貴院で対応可能な在宅医療についてご教えてください。 ※複数選択可
 5-1. 定期的な訪問診療
 かかりつけのみ 新規も可
 5-2. 臨時の往診
 かかりつけのみ 新規も可 日中のみ対応 24時間対応
 5-3. 酸素・呼吸器関連
 在宅酸素療法 在宅持続陽圧換気療法 在宅人工呼吸器管理
 5-4. その他
 (_____)

6. 貴院での薬剤処方についてご教えてください。 ※複数選択可
 6-1. 処方形態
 院内処方 院外処方 どちらでも可
 6-2. ジェネリック医薬品の処方
 処方可 処方不可

7. 紹介に適さない症例やご対応が難しい内容があればご教えてください。
 (_____)

8. その他、当院へのご要望等があればご教えてください。
 (_____)

* 回答のご返信につきましては、同封の返信用封筒をご利用のうえ、ご郵送ください。

担当:地域医療連携センター 大中・筒井

【地域医療支援病院】へのヒアリング結果のまとめ

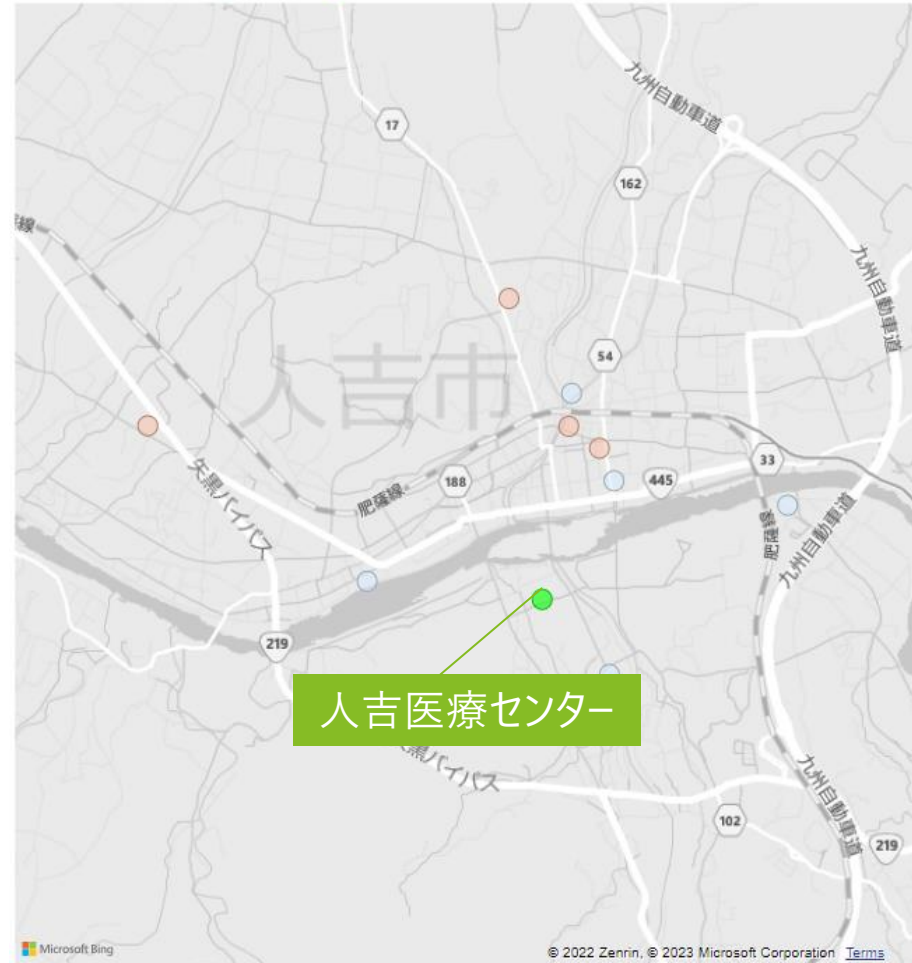
③独立行政法人地域医療機能推進機構 人吉医療センター

独立行政法人地域医療機能推進機構 人吉医療センター

① 病院の概要	所在地	熊本県人吉市老神町35番地
	地域の特徴	人吉市は熊本県最南部に位置する市であり、人口は30,655人（令和5年2月末現在）。球磨川付近に位置する。 二次医療圏（球磨）において、唯一の地域医療支援病院である。
	診療科目	呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、糖尿病・代謝・内分泌内科、血液内科、皮膚科、小児科、呼吸器外科、血管外科、乳腺外科、消化器外科、泌尿器科、脳神経外科、整形外科、形成外科、眼科、耳鼻いんこう科、産婦人科、リハビリテーション部、画像診断センター、麻酔科、病理診断科、救急科、歯科口腔外科、総合診療科
	許可病床数	252床 <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟：248床 感染病棟：4床
	関連事業	<ul style="list-style-type: none"> 予防医療センター 訪問看護ステーション 等
	スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> 診療看護師：1名 認定看護師（緩和ケア、がん化学療法看護、感染管理、手術看護、認知症看護、救急看護、集中ケア看護、糖尿病看護、脳卒中リハビリテーション看護など）：15名 等
	届出している施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2 在宅療養後方支援病院 等
	承認時期	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療支援病院：平成17年～

支援診1,2,3/支援病1,2,3/地域医療支援病院マッピング図

Column15 ● 支援診3 ● 支援病3 ● 地域医療支援病院



出所：人吉医療センターHP (<https://hitoyoshi.icho.go.jp/>)

独立行政法人地域医療機能推進機構 人吉医療センター

② 医療機関の取組

(地域医療支援病院となった経緯)

- 地域医療支援病院の制度が発足した当時は、今後の地域の役割分担が叫ばれていた時代であった。その中で、人吉医療センターも中核医療機関として地域医療を支えるビジョンを考えたときに、高齢化の進む地域における地域完結型医療の中心を担うことを意図し、地域医療支援病院を目指す方針となった。
- 地域医療支援病院になる上での取り組みとして、当院が担う役割は急性期病院であることの情報発信を徹底した。具体的には、地域の医療従事者、行政、保健所、代表を集めた協議会で宣言し、地域への周知を図った。同時に、地域住民に対しても、当院を受診する際は紹介が必要だということを連携室から普及・啓発活動を実施した。こうした活動を通じて、紹介された患者様は必ず逆紹介するという関係性を築きながら、紹介率・逆紹介率を上げていった。加えて、地域への周知として、職員が地域の病院を訪問して患者様に説明したり、勉強会や研修会を開催したりするなど草の根活動を実施した。

(医療・介護連携の取組)

- 平成31年に、当院は熊本県より人吉圏域における「地域在宅医療サポートセンター」の指定を受けた。「地域在宅医療サポートセンター」とは、各地域の在宅医療サポートセンターを中心に、必要な医療の提供体制づくり、マッチング、医療機関の連携促進、関係専門職の人材育成、県民への普及啓発等を実施する医療機関を目指すもので、当院の医療福祉連携室が当該センターの事務局を担っている。
- 具体的な取り組みとして、地域における医療介護連携推進事業の実施や、地域での連絡会議の開催及び参加している。他にも、施設での看取りを推進する目的で、施設等の看取り状況のアンケートを実施している。
- また、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及活動を実施している。具体的な普及活動として、ACPに関する研修会の開催や、民生会議等の場において当院職員による劇団の寸劇を実施している。

③ 横展開することが望まれる効果的な取組

- 登録医との強固な関係性を築き、紹介・逆紹介のスキームを構築するための各種取組を実施していること。具体的には、登録医と患者情報を共有し合い、それに基づいて紹介・逆紹介し、そうした取組を周知広報していく、ということサイクル化し、登録医との連携強化並びに地域発信を徹底している。その他、毎月の広報誌の中で、登録医が執筆したりレターヘッド等に掲載するなど関係性を密にしている。
- 公益社団法人熊本県医師会が事業主体である医療介護連携システム「くまもとメディカルネットワーク」について、当該ネットワークを地域内に普及・啓発し、医療機関及び行政機関との連携の推進に取り組んだこと。当該ネットワークを活用することで、登録医療機関や地域包括ケア支援センター、行政施設との間で患者情報等を迅速に共有し合うことが可能である。地域医療機関、行政機関との効率的な情報共有によって、具体的な患者支援や、地域での在宅に関する情報の把握、逆紹介時における地域医療機関との患者情報の交換等に役立てており、そうした利点について、地域内関係機関に周知広報を実施している。当該取り組みの結果、球磨医療圏においては登録患者数が約3万人、登録医療施設数も県内でトップの141施設となっており、効率的に医療機関の間で情報連携ができる体制が構築されている。
- 地域医療支援病院として、多岐にわたる研修を実施していること。(以下、研修の具体例)
 - ① 開催する研修は、医療に関する内容、地域連携等に関する内容を基本としているが、加えて、教育機関に出向いての出前講座として、例えば婦人科ガンに関する講座や、思春期に関する講座、BLSの講座を実施するなど、医療の現場で培われた知識とノウハウを普及するための活動を実施している。
 - ② 地域連携や病気に関しての地域住民の理解を促進するため、「地域医療サポーター制度」という取り組みを実施している。この取り組みでは、地域住民に対し、病院スタッフが医療的な内容や、地域完結型医療の内容、また予防に関する内容のレクチャーを実施している。

④ 取組を通じた課題

- 当院としてではなく、地域医療としての課題について
 - ① 疾病は県の施策、地域包括は市町村の事業というように、疾患や取組によって自治体ごとの縦割り構造となっていること。地域医療構想を更に進めていくためには、ICTの活用を含めた医療機関情報の集約・連携により、医療や自治体も連携して一元的・横断的に進めていくことが必要ではないかと考えている。
 - ② 化学療法に対応できる地域の医師が少ないため、化学療法を行っている患者については逆紹介が難しいこと。
 - ③ 地域において、回復期の患者を受け入れる医療機関と、地域包括ケア病床が少ないこと。