

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる
実施可能な施策に関する研究」
分担研究報告書（平成29年度）

【地域包括班】医療側から見た地域包括ケアシステムの好事例の整理

研究分担者 町田 宗仁（金沢大学医薬保健研究域医学系 教授）
研究分担者 野田 龍也（奈良県立医科大学 講師）
研究協力者 牧野 憲一（旭川赤十字病院 院長）
研究協力者 木村 慎吾（石川県健康福祉部地域医療推進室 次長）

研究要旨

地域包括ケアがより推進されるために、医療と福祉のサービス利用者の立場からは、切れ目なく連続的なサービスが提供されることが重要である。当分担班は、医療と福祉の間の垣根に着目し、医療機関側の視点に基づいた取組事例のヒアリングを実施した。垣根を低くする事例として、病棟の退院カンファレンスに医師をはじめ関係職種が出席し、在宅移行等退院支援業務への院内の理解を広めること、福祉側から医療機関への照会窓口を一本化すること、地域連携室に医療と介護のハブ機能を持たせ、医療側が有する情報を福祉側が求める内容に調製し提供すること、地域との顔の見える関係を粘り強く保ち続けること等が共通して聴取された。昨今重要性が増している ICT の利活用は、対面での情報共有が前提であることも強く示唆された。診療報酬上の措置である「退院支援加算」が、退院患者のスクリーニングの後押しとなり、医療と福祉間の相互交流を促進しているとの声も数多く聞かれ、今後の重点的な施策ポイントであると考えられた。

A. 研究目的

地域包括ケアの推進にあたっては、医療と福祉のサービスが切れ目なく連続的に提供されることが重要である。地域包括ケアの推進については、在宅医療の推進を含め、幅広い多くの研究が実施されており、多数の好事例が収集され、公表、共有されている。しかし、それらは在宅医療や福祉セクターの視点からの調査研究事例が大半であり、医療機関側からの視点に立った取り組みに焦点を当てた調査例は少ない。

当分担班は、患者の在宅医療への移行に際して必ず越えることとなる医療と福祉の間

の垣根を更に低くすることを目的としている。具体的には、在宅医療等の福祉側が必要とする情報を医療機関側が提供しやすくするための活動や、退院支援業務に対する医師の理解を更に得るための取り組みなどについて、医療機関側の視点に拠った活動事例のヒアリングを行った。

なお、本項では便宜上、福祉には在宅医療、介護事業者、介護福祉施設を含むものと整理している。

B. 研究方法

以下の4地域に所在する医療機関等を訪

問し、地域や施設内における地域包括ケアに対する理解を深めるための取り組み等についてヒアリングを実施した。

1. 北海道旭川市（平成 29 年 8 月 29 日）
旭川三愛病院、旭川市役所、旭川赤十字病院、くにもと病院、吉田病院（50 音順）
2. 石川県能美市（平成 29 年 11 月 30 日）
芳珠記念病院（能美市役所職員同席）
3. 奈良県天理市（平成 29 年 12 月 1 日）
天理よろづ相談所病院
4. 東京都大田区（平成 30 年 1 月 29 日）
牧田総合病院

※（ ）内はヒアリング実施日

ヒアリングにあたり、すべての施設に対し、以下の 7 項目についてお尋ねした。

1. 病棟における医師と看護師間の患者退院方針（時期、退院後の療養先）に関する情報共有の方法
2. 病棟看護師と退院支援部門担当（看護師、MSW 等）との情報のやり取りの方法
3. 病棟医師に対する退院支援業務への理解を深めてもらうための方法
4. 退院支援部門による、退院時要支援患者のスクリーニングの有無とその手法
5. 退院支援部門から在宅医療側（医療、福祉施設）への情報提供内容
6. 在宅医療側からよく照会のある患者の療養環境に関する事項
7. ICT の活用

（倫理面への配慮）

本研究は、動物実験の実施を含まない。また、個人情報等を扱う性質のものではなく、特段倫理的配慮を必要とする事項はない。ヒアリングを行った施設へは内容の公表に関して、事前に確認を行った。

C. 研究結果

退院支援業務の促進につながった活動について、複数箇所でも共通して聴取された内容を以下示す。

1. 病棟における医師と看護師間の患者退院方針（時期、退院後の療養先）に関する情報共有の方法

- ・ 医師を交えた多職種間の退院調整の病棟カンファレンスを実施している。
- ・ 関係構築までの手間が掛かるが、院内関係者が直接会って、顔の見える関係が存在することは重要である。
- ・ 一つの病棟内で複数の診療科の患者が入院している、いわゆる混合病棟の場合、診療科単位での退院支援カンファレンスを実施し、関係する患者の議論の際に関係診療科医師の同席を求めるなどの取り組みを行っている。

2. 病棟看護師と退院支援部門担当（看護師、MSW 等）との情報のやり取りの方法

- ・ 患者入院後、数日（主には 7 日間）以内に、病棟看護師と退院支援部門でカンファレンスを持ち、退院見込みの情報を共有、確認している。
- ・ カンファレンス実施に当たり、入院患者のリスト化（治療方針、退院見通し時期、想定される退院先）を行っている。

3. 病棟医師に対する退院支援業務への理解を深めてもらうための方法

- ・ 退院方針に関するインフォームドコンセントの場に、医師の参加を求めている。
- ・ 新たに着任した医師に対しては、オリエンテーションの場で、また各診療科長から、退院支援のためのスクリーニング業

務に理解を求めよう、働きかけている。

4. 退院支援部門による、退院時要支援患者のスクリーニングの有無とその手法

- ・ 全入院患者を週単位の粒度でリスト化することにより、退院支援部門の患者状況の把握をしやすくしている。
- ・ 入院直後より、退院時期を意識した診療計画を盛り込んだ患者情報シートを作成し、退院支援部門が退院支援の必要性を確認次第、退院支援計画の作成に着手し、関係者（病棟や主治医）と情報共有を図る。

5. 退院支援部門から在宅医療側（医療、福祉施設）への情報提供内容

診療情報提供書、入院サマリー、退院前カンファレンス記録は、どの医療機関でも福祉側に提供する体制にあったが、書面、書式では伝わりづらい内容もあるため、補完的に以下の取り組みがなされていた（補完的ではあるが、医療と福祉の垣根を低くするためには重要な取り組みであると認識されていた）。

- ・ チェック項目を設け、情報提供に漏れがないよう努める。
- ・ 転退院先が使用している情報シートに、医療機関側の情報を付加し、転退院先に提供する。
- ・ 転退院先の施設や介護事業者等居宅サービススタッフが医療機関に足を運び、患者に面会して生活状態を実際に確認し、病院スタッフとの合同カンファレンスを通して、退院見込み時期や、退院後の細かな生活上の留意点についてすりあわせを行う。
- ・ 転退院先としての可能性のある施設や居宅には、病院の退院支援部門スタッフが足を運ぶ、ないしは、電話でやり取り

をして、キャパシティーや必要とされる情報などを把握する。

- ・ 転退院先からの照会については、医療面（服薬状態、食事内容に関すること）と生活面（家族背景の留意点、タバコや酒などの生活の場における嗜好）の両方に対応できる仕組みを、医療機関側が準備する。
- ・ 在宅医療側にニーズのある情報を分かりやすく提供できるよう、医療機関のMSWが患者に関する院内・院外情報を集約する。特に、情報を在宅医療側へ提供する前に、MSWが医療用語の解説等を加え、「翻訳」機能を果たす。

6. 在宅医療側からよく照会のある患者の療養環境に関する事項

- ・ 退院後の今後の療養目標
- ・ 書面には書きづらい、社会的背景を考慮した心理的社会的アプローチの方法
- ・ 医療必要度や、医療的処置の継続に関すること（誤嚥性肺炎、糖尿病、血圧コントロール等）
- ・ 嗜好品（酒、タバコ）の許容度や禁止事項
- ・ 外出、外泊の可否
- ・ 栄養に関すること（必要カロリー量、塩分制限、トロミ食や刻み食の定義、程度）
- ・ 食事介助の必要度の度合い（全介助か、どこまで本人が出来るか）

以上の照会に迅速に対応する仕組みとして、福祉側から医療機関への照会窓口を地域連携室などに一本化している事例が多かった。すぐに答えられない内容については、院内情報を収集した上で、後刻ないし後日、回答するシステムが成立していた。

7. ICT の活用

- ・ 共通電子カルテや SNS を用いた、同一法人組織内（医療機関、福祉施設）における情報共有には有用であり、各部門で必要な情報を収集しやすくなっている。
- ・ 他の法人等機関と連携を深める目的に関して、人間関係が構築された上で、活用が試みられていた。介護施設等事業者は病院における患者の生活情報を求めており、電子カルテの共有化よりも、電話や対面での情報入手のほうが、利便性としては高いようであった。

なお、訪問地域ごとのヒアリング結果については、別紙 1～4 のとおりである。

D. 考察

地域のヒアリングを通じて、より円滑な退院、在宅医療を実現するために、以下のポイントが共通して挙げられていた。

1. 病棟の退院カンファレンスに医師をはじめ関係職種が出席し、在宅移行等退院支援業務への院内の理解を広めること。
2. 福祉側から医療機関への照会窓口を一本化すること。
3. 地域連携室に医療と介護のハブ機能を持たせ、医療側が有する情報を福祉側が求める内容に調製し提供すること。
4. 地域との顔の見える関係を粘り強く保ち続けること。

どの医療機関においても、医師の退院支援活動への理解を進めることが重要との意見が強かった。

ヒアリングの実施前には、分担研究班とし

て、地域共通のフォーマット（地域パス）を活用することで、専門的な内容に関する共通言語でのやり取りが可能となり、地域医療連携の深化、地域包括ケアの推進に寄与するのでは、と仮定していた。しかし、フォーマットありきではなく、対面や電話による情報交換が常に、第一に、重要であるとの声が各地で聞かれた。

ICT の利活用については、日常的な対面や電話での情報共有を前提とした上での活用が試みられていた。ICT の積極的活用により、ミーティングの手間を省くべきとの意見もあるが、ICT が地域包括ケア推進のために積極的に導入されている地域は、導入前の段階で十分な顔の見える関係が構築されていたと思料される。逆に、地域連携の下地が十分でない段階で ICT を導入することは、地域包括ケアの促進に繋がるとは言えないというのが当分担班の結論である。

診療報酬上の措置である「退院支援加算」が、退院患者のスクリーニングの後押しとなり、医療と福祉間の相互交流を促進しているとの意見が各地域で数多く聞かれた。平成 28 年度の診療報酬改定において、「退院支援加算 1」が新設され、病棟への退院支援職員の配置、医療機関間の顔の見える関係の構築、介護保険サービスとの連携が算定要件として明示されたことで、医療機関にとっては、退院支援体制の目安が設定され、在宅医療との円滑な連携に向けた退院支援の活動に取り組みやすくなった可能性がある。

E. 結論

古典的手段であり、時間と手間を要するが、院外との「顔の見える関係」を継続的に構築することが、医療と介護の垣根を低くするのみならず、院内での退院支援の理解や活動を促進させていることが明らかとなった。今後

とも、診療報酬制度等の施策により、これらのソフトな取り組みを後押しすることが望ましい。

謝辞

当分担研究班のヒアリングにご協力をいただいた、下記機関の皆様方に、この場を借りて感謝いたします。

<北海道旭川市地域>

医療機関：

旭川三愛病院、旭川赤十字病院、くにもと病院、吉田病院

行政機関：

旭川市福祉保険部介護高齢課、旭川市保健所

<石川県能美市地域>

医療機関：

芳珠記念病院

行政機関：

能美市役所健康福祉部介護長寿課高齢者がやき支援室

<奈良県天理市地域>

医療機関：

天理よろづ相談所病院

<東京都大田区地域>

医療機関：

牧田総合病院

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

第 20 回 日本医療マネジメント学会 シンポジウム2 「地域医療介護連携 一多職種チーム医療の地域包括ケアのかかわりー」多職種を巻き込むための各地の取り組み～厚生労働科学研究班の活動より見えたこと～
(平成 30 年 6 月 8 日予定)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

ヒアリング概要（北海道旭川市内）

平成 29 年 8 月 29 日実施

<要点>

- 院内や施設間の顔の見える関係、直接会っての打合せが在宅医療への移行を円滑にする。
- 退院支援に関し、職種混合のカンファレンスを週 1 回以上実施することに加え、医師とその他の職種とが垣根なく日常的に対話できる関係が重要。
- 見やすくリスト化された入院患者情報（病状、治療・退院方針、退院後の環境等）を、院内の職種間で定期的に共有する仕組みが有用。
- 入院元の病院スタッフと退院・転院後に関わるスタッフが相互訪問することで情報のギャップが埋まる。相互訪問は特定のスタッフだけではなく、同一職種同士で行い、複数のチャンネルを確保することが望ましい。
- 医療介護連携の仲介役（ハブ機能）を急性期側の病院内に置くことで、退院後のケアに必要な情報を円滑にやり取りできる。
- 入院中に蓄積した患者情報の照会先を介護事業者側に明示しておくことは、介護事業者側に大きな助けとなる。
- 同一組織内（同一法人内）の情報を共有する場合に ICT は有用であるが、異なる運営主体の異なる職種にまたがる情報を同一の ICT 基盤で扱うことは良し悪しである。
- 重要なのは実質的な人の連携が図られることであり、フォーマットひとつのツールに過ぎない。

<市勢概況>

人口総数：340,959 人 男：158,520 人 女：182,439 人
（平成 29 年 8 月 1 日現在 旭川市ホームページより）

面積：747.66 km²

高齢化率

旭川市：31.8%（平成 29 年 4 月 1 日現在 旭川市「高齢者の現状」より）
（日本：26.7% 平成 27 年 10 月 1 日現在）

<お話を伺った病院概況（五十音順）>

旭川三愛病院 141 床（地域包括ケア病床 28 床）

旭川赤十字病院 520 床

くにもと病院 61 床（地域包括ケア病床 10 床）

吉田病院 263 床（地域包括ケア病床 50 床）

<病院における取り組み>

1. 病棟における医師と看護師間の患者退院方針（時期、退院後の療養先）に関する情報共有の方法

- ・ なるべく直接会って、退院前後の方針を決める、前もって顔の見える関係を構築しておく。
- ・ 週間、月例カンファレンス（医師、看護師、リハビリ、MSW、医事課、必要に応じて薬剤師、管理栄養士）を通じて医師より退院時期について方針が示される。
- ・ 週一回の地域包括ケア病棟カンファレンスで、退院先について、家族や本人の意向を医師に伝え、方針を得る。
- ・ 病棟が複数診療科による混合病棟であっても、診療科単位での退院支援カンファレンスを行い、医師が同席している場合はその場で、そうでない場合はカンファレンス後、協議結果を医師に伝え、方針を仰ぐ。

2. 病棟看護師と退院支援部門担当（看護師、MSW等）との情報のやり取りの方法

- ・ カンファレンス（病院全体の退院スクリーニング、病棟、リハビリ部門、等）
- ・ 全入院患者のリスト化（病状、退院見通し、退院先）
- ・ ご本人、ご家族との面談記録のカルテへの貼付。
- ・ MSWによるナースステーションの定期的な訪問。
- ・ 週一回の地域包括ケア病棟カンファレンスで、退院先を考える。
- ・ 退院支援患者スクリーニングを通じて、病棟看護師、退院調整看護師と病棟担当 MSW で情報を共有する。
- ・ 急性期病棟の看護師にも退院支援の重要性を理解してもらう仕組みが重要。
- ・ 看護部門は「退院支援教育プログラム」を受講し、システムの理解を含める。プログラム講師は、地域包括支援センター、介護事業者など。

3. 病棟医師に対する退院支援業務への理解を深めてもらうための方法

- ・ 医師による退院方針に関するインフォームドコンセントに MSW も参加し、必要に応じて退院先等について医師からの説明をサポートしている。
- ・ 退院方針に関するインフォームドコンセントへの医師の参加を求める。
- ・ 患者、家族との入院・転院相談時の方向性を医師に伝える。
- ・ カンファレンスに医師の同席を求める。
- ・ 医師に外泊や転院時期の提案を行い、退院支援スタッフに退院調整を任せる雰囲気づくりを行う。在宅診療を担うことで、更に関心が出てくる医師もいる。
- ・ 急性期の医師が在宅に関する細かい事項を飲み込んだ最適な診療を行えるようになるまでには10年間ほどを要するかもしれない。しかし、他の職種の知恵も借りて融和的な関係性を心がけることで、経験の浅い医師でも円滑な退院調整が可能である。
- ・ 特に赴任して間もない医師には、退院支援の重要性を理解してもらうためにも、治療方針や退院方針について尋ねる機会を増やす。
- ・ 退院後に退院調整部門が病棟に宛てて出した、「療養状況連絡票」を医師にも共有する。

4. 退院支援部門による、退院時要支援患者のスクリーニングの有無とその手法

- ・ 入院元の病院において、看護部門は療養・家庭環境情報の整理、リハビリ部門は身体機能の活用助言、MSWは、医療・介護の情報集約と用語の「翻訳」を担当している。
- ・ 毎週のカンファレンスで、転院前面談の際に家族から得た情報を共有し、スクリーニングを実施。
- ・ 毎週の全入院患者のリスト化（病状、退院見通し、退院先）により実施。
- ・ 入院直後から作成する face sheet で行っている。
- ・ 入院 48 時間以内に入院時退院調整スクリーニングシートで退院調整が必要な項目にチェックが入った患者について、スクリーニングカンファレンスを実施。退院支援が必要と判断されれば、入院 7 日以内に退院支援計画を立案する。

5. 退院支援部門から在宅医療側（医療、福祉施設）への情報提供内容

- ・ 退院・転院先施設からの照会については、医療面での問い合わせ（服薬や栄養など）と生活面での問い合わせ（家族背景の留意点や嗜好品など）の両面に対応できる仕組みが重要。
- ・ 同一組織内（同一法人内）の情報を、医師、看護師、リハビリ部門、関係する通所施設と共有する場合に ICT は有用である。異なる運営主体にまたがる急性期部門、退院調整部門、退院・転院先施設の情報を同一の ICT 基盤で扱うことは良し悪しであり、用語の不統一や可読性の低下、セキュリティと引き換えの操作性の低下から、情報流通に支障をきたす可能性もある。異なる運営主体間のコミュニケーションのためには、地域連携室などに医療と介護のハブ機能を持たせたほうが有用かもしれない。
- ・ 在宅スタッフが、患者さんの病棟における生活様式を実際に確認する。
- ・ 病院看護、リハビリ部門による転院先施設、家庭訪問。
- ・ 患者さんの受け入れ先のフォーマット。
- ・ 施設側に訪問していただき、その後、疑問点を持ち帰って施設側で整理し、後日照会。
- ・ 福祉側の情報提供（医療的スキル、施設の空き状況）。
- ・ 病院側の福祉施設の施設見学。
- ・ 遠隔の転出先施設とは相互訪問や面会は不可能であり、電話を頻回に。
- ・ 同一法人内は同一フォーマット。
- ・ 書式は医療相談室が記載し、医療者以外でも理解できる記載とする。
- ・ 患者さんの ADL 情報は、看護師、リハビリ職員とともに記載。しかし、難しい医学用語を使わないようにして、受け手側（介護士）が理解しやすいように作成。
- ・ 介護側へ伝える情報とケアの負担を軽減することを念頭に、臨床上可能な範囲で、注射から内服薬への切り替えや減薬等による治療の最適化を行う。
- ・ 家族背景など、書面には書きづらいこともあり、対面ないしは電話でのやり取りは重要。
- ・ 骨粗鬆症薬などでは数ヶ月に一度の投与となることがあり、非日常的な投与では介護側への情報欠落が生じやすい。薬剤師による薬剤指導の役割は大きい。
- ・ 本人面談記録、看護記録添書、リハビリ添書とあわせて、face sheet を入院直後に作成し、入院中、退院前と改訂し、施設側に提供する。

- ・ 同じ職種間の情報のやり取りが出来れば効率的。
- ・ 法人施設内は ICT で電子カルテ等を共有。
- ・ 退院先である施設や居宅サービススタッフも交えた院内での合同カンファレンスを実施する。これによって、受入側はキャパシティの都合による時期の要望や、退院後の生活の細かな点について、病院側に詳細に尋ねることが出来る。
- ・ 書面での情報のやり取りには大きな限界がある（睡眠は良好との記載があるが実際は安定剤を内服した上での状態記述だった、常時臥床との記載だったがベッド柵使用が常態化していただけだった等）。
- ・ 退院支援部門看護師が地域包括支援センターを訪問し、地域の福祉資源を把握し、退院先の特性に応じた情報を提供できるように努めている。
- ・ 情報提供先からの照会窓口を明確にして、回答に必要な情報を有する部門に繋いでいる。

6. 在宅医療側からよく照会のある患者の療養環境に関する事項

- ・ 各職種が必要な情報を他の職種が記載した情報から抽出し、「翻訳」して伝達するハブ機能がきわめて重要。その担当として、MSW（地域連携室）が当てられている施設が多い。
- ・ 医療必要度や、医療的処置をどこまで継続するか（誤嚥性肺炎、糖尿病、血圧コントロール）。
- ・ 院内でのリハビリの内容。
- ・ 嗜好品、禁止事項（酒、たばこ）の可否。
- ・ 外出、外泊の可否。
- ・ カロリー制限、塩分、むくみ出現に関する問い合わせ。
- ・ 退院後の今後の療養目標。
- ・ 主治医意見書の速やかな発行（意見書によって、患者が受けられるサービスが異なる）。
- ・ 24 時間、看護師など誰かが相談を受け付ける体制とし、連絡を受けた者が対応できない場合は、改めて回答する。

7. ICT の活用について

- ・ 同一法人内や同一組織内での電子カルテ等電子情報の共有は、有用なこともある。また SNS は、双方向性、即時性の情報交換ツールとして活用できる。
- ・ 利用者のケアに関する細かなことは、電話をして問い合わせたほうが早い。
- ・ 介護施設等事業者は、病院の手術情報や画像情報よりも、患者の病院における生活情報がサービス提供に必須であり、病院の電子カルテの共有化はさほど必要ではない模様。

ヒアリング概要（石川県能美市内）

平成29年11月30日実施

<市勢概況>

人口総数：50,186人 男：24,913人 女：25,273人
（平成29年12月1日現在 能美市ホームページより）

面積：84.14 km²

高齢化率

能美市：24.67%

（平成28年12月31日現在 能美市「平成28年版 能美市統計書」より）

<お話を伺った病院概況（芳珠記念病院）>

開設年：1983年 辰口町（現・能美市）に「辰口芳珠記念病院」として開設

一般病床200床（HCU2：15床、7対1：71床、地域包括ケア：82床、障害者：32床）

療養病床120床（医療療養：60床、介護療養：60床）

計320床

職員数：593名（2017年4月1日現在）

<芳珠記念病院における取り組み>

地域に貢献する病院としての理念を打ち出し、サブアキュート及びポストアキュートへの積極的な対応に取り組むとともに、経営層のリーダーシップのもと、病棟・外来の多職種のスタッフが機能的に連携し、強力な退院支援の体制を整備・推進している。

1. 病棟における医師と看護師間の患者退院方針（時期、退院後の療養先）に関する情報共有の方法

病院の「院内多職種協働」の方針のもと、入院診療計画書作成段階から、医師と看護師で協働して方針を考えるルールとしている。退院時期については、医師側から方針が示されることが多い。この方針に慣れていない新任医師の場合は、看護部から早期に退院支援に関する相談を行うこともある。入院患者ごとに「生活支援評価票」を作成し、患者さんの療養に対してどのような支援が出来るかを関係スタッフで議論し、見える化している。

2. 病棟看護師と退院支援部門担当（看護師、MSW 等）との情報のやり取りの方法

患者さんの入院後 7 日以内に共同で早期カンファレンスを持つとともに、入院中期、退院前にもカンファレンスを持ち、退院見込みに関する情報をこまめに共有している。外部のケアマネジャーとも連携し、入院時早期から退院後の療養環境を想定した情報共有を行っている。

3. 病棟医師に対する退院支援業務への理解を深めてもらうための方法

赴任したばかりの新任医師の場合、退院調整への理解が薄い場合もあり、医師も含めた多職種が、新規採用職員オリエンテーションや日々のカンファレンスなどを通じ、当院での退院までの流れについて理解を求めるように促している。MSW から医師への情報提供も有用と考えている。

4. 退院支援部門による、退院時要支援患者のスクリーニングの有無とその手法

入院直後の入院診療計画書作成段階から、退院を視野に入れた療養計画を立て、その情報を地域連携室と病棟とで共有している。

5. 退院支援部門から在宅医療側（医療、福祉施設）への情報提供内容

診療情報提供書、入院サマリーのほか、退院前カンファレンス記録を重視している。「地域内多職種協働」を心掛け、福祉側に院内療養環境を見聞していただいたり、逆に院内スタッフが退院後の療養の場を見学したりするなど、書面のやり取りに留まらず、相互の間の垣根を低くするよう努めている。カンファレンスに在宅側のスタッフをお呼びする取り組みも行っている。

6. 在宅医療側からよく照会のある患者の療養環境に関する事項

心理、社会面からのアプローチについて、問い合わせがある。タバコやお酒などの嗜好品の可否に関する問い合わせは地域連携室がワンストップで引き受けて院内の適切な職種へ照会している。

<能美市の取り組みについて>

病院と福祉施設側の実質的な連携を深める取組を進めている（関係者の会議の開催、地域共通情報共有書式の策定など）。

能美市では、以前から医師会関係者を中心に「メモリケアネットワーク能美（MCN）」という多職種の参加する会が活動をしていた。メモリケアネットワーク能美では、平成 23 年度から 25 年度までは県の補助事業（県医師会から各地域の在宅医療連携グループに対する活動費の助成）を活用して活動内容を充実させ、診療所、病院、在宅医療関係者が一堂に会して、認知症に関する研修会や認知症高齢者を支える医療連携体制づくりなど進め、平成 26 年度の県補助事業（在宅医療・介護連携推進事業）、平成 27 年度からは市事業（地域支援事業）につながっており、MCN のメンバーを中心に、「在宅医療・介護連携推進事業」の 8 項目の取り組みが進められている。MCN では、年 12～15 回と頻回に会合を重ね、MCN の参加仲間も増加している。今後、取組状況の評価を行うとともに、参加者が結果を持ち帰り、各団体で何が出来るかを団体内で議論した後に、こ

のMCNに提言するサイクルを充実していく予定である。

また、地域包括ケアシステムの構築に向け、「健康づくり・予防」、「地域医療・介護」、「助け合い・支えあい」という3つの専門部会の発足への発展している。さらに、平成29年度からは、国の我が事・丸ごとの地域づくり推進事業の採択を受け、高齢者だけではなく、障害者・障害児なども対象とした取り組みを始めるにあたり、市役所内に副市長をチーム長とする横系プロジェクトチームを設け、部局横断的な対応で進めている。

ヒアリング概要（奈良県天理市内）

平成29年12月1日実施

<市勢概況>

人口総数：66,192人 男：32,466人 女：33,726人
（平成29年11月1日現在 天理市ホームページより）

面積：86.42 km²

高齢化率

天理市：24.99%

（平成28年度10月1日現在 奈良県ホームページ「平成29年度 高齢者福祉対策の概要」より）

<お話を伺った病院概況>

天理よろづ相談所病院

開設年月日：昭和41年4月1日

本館・南病棟（303床）／東病棟・西病棟（512床）／白川分院（186床）

計1,001床

（天理よろづ相談所病院ホームページより）

<天理よろづ病院における取り組み>

1. 病棟における医師と看護師間の患者退院方針（時期、退院後の療養先）に関する情報共有の方法

診療科、病棟ごとに方針は異なるが、電子カルテでの退院方針に関する情報共有を行っている。

2. 病棟看護師と退院支援部門担当（看護師、MSW等）との情報のやり取りの方法

- ・ 現在、病棟によっては病棟主導で退院支援を行っている。これは、例えば手術後一定の日数が経過したらリハビリのために退院することが予め決まっているなど、病気や手術特性にも拠るところがある。
- ・ 一方で、来年からの退院支援加算2の算定を視野に、各病棟看護師と連携した地域連携室の看護師、社会福祉士が退院調整スクリーニングを行う体制を整えている。週に一回は退院支援部門と病棟で、スクリーニングを実施し、退院支援に関する一覧表を作成するなど、情報を共有している。
- ・ 各病棟で退院支援に理解を持つ看護師の育成も、地域連携室が呼びかけて継続的に実施している。

3. 病棟医師に対する退院支援業務への理解を深めてもらうための方法

- 大学から赴任した医師には、診療科の部長から各医師に、退院支援のスクリーニングをすることへの理解を求めるよう、心がけている。
- また、退院支援のシステム化を図ることで、医師への周知が広まることを期待している。
- 具体的には、誤嚥性肺炎で救急入院した場合、内科系当直医の協力を得て、一旦は全て救急部が患者を受け入れるものの、入院翌日には誰が退院支援を行うか、決定するルール化がなされている。脳卒中発症患者については、主治医、家族、MSWが入院後早々に面談を持ち、転退院を含むこの先の療養方針を考えるルールとなっている。
- 一方で、疾病によるものの、医師と転院先医療機関の医師とのやり取りだけで、退院支援に関する流れが結果として出来てしまう診療科もある。

4. 退院支援部門による、退院時要支援患者のスクリーニングの有無とその手法

病棟看護師と連携した地域連携室の看護師、社会福祉士が退院調整スクリーニングを行う体制を整えている。週に一回は退院支援部門と病棟で、スクリーニングを実施し、退院支援に関する一覧表を作成するなど、情報を共有している。

5. 退院支援部門から在宅医療側（医療、福祉施設）への情報提供内容

- 診療情報提供書に加え、看護サマリー、退院カンファレンス記録、診療科によっては転院申込票を用いて、患者さんの生活に関する情報を提供している。
- 可能なものはチェック項目を設けて、病院側の情報提供漏れがないよう努めているが、チェック項目化しづらいものもあり、その場合は、在宅医療側から地域連携室に電話をしていただき、院内で必要な情報を整理して、照会元に情報提供するシステムが出来ている。
- 年単位の入院、腹膜透析実施中など、経過が長い患者さんについては、病院から転院先に向き、病院における療養環境の実際について、お伝えすることもある。

6. 在宅医療側からよく照会のある患者の療養環境に関する事項

- 栄養に関すること（カロリー数、トロミ食や刻み食の定義や程度（やわらかさが耳たぶくらいか、マヨネーズくらいか、等））
- 食事介助（全介助か、一部介助の場合は、どこまで本人ができるか）
- 認知症患者さんの世話に関すること（車いす利用時のベルトの有無、食事の際のテーブルの有無、座位を何時間保持できるか、日常生活でどこまで自立しているか、ひとり自室で時間を過ごすことが出来るか、抑制は不要か、等々）
- 内服薬が多い場合の対処（本人が管理できるかどうか、そもそも減薬が出来るかどうか）
- 喀痰吸引の頻度（入院中の主治医と受け入れ先の主治医で認識がズレることがある）

7. ICTの活用について

分院、院内在宅医療支援部門は共通の電子カルテシステムを用いて、診療や療養の世話に必要な、患者さんの情報を各部門で閲覧することが可能である。情報収集に非常に役立っている。

8. その他

在宅医療を担当する「在宅世話どりセンター」を院内に併設し、専属の常勤医師、看護師らを配置している（専属医師1～2名、兼任医師1名、訪問看護師6名、事務員1名）。介護保険制度開始前の1991年から在宅医療を開始するなど、長年に渡って独自の取り組みを続けている。病院の一部であるため、病棟・外来と電子カルテが共通で情報収集やコミュニケーションがとりやすく、在宅医療側から病棟・外来の医師へ日常生活に合わせた服薬調整をお願いするなど、積極的な取り組みを続けている。

ヒアリング概要（東京都大田区内）

平成30年1月29日実施

<区政概況>

人口総数：723,257人 男：360,371人 女：362,886人
（平成30年2月1日現在 大田区ホームページより）

面積：59.49km²

高齢化率：22.7%

（平成29年10月現在 大田区ホームページより）

<お話を伺った病院概況（牧田総合病院）>

1942年大田区内に診療所を開設、1969年に総合病院として認定

病床数：284床（SCU：6床、7対1：190床、地域包括ケア：50床、療養病床（休床）：38床）

職員数：（非常勤込）1,353名、（常勤のみ）838名（2017年12月末時点）

<牧田総合病院における取り組み>

1. 病棟における医師と看護師間の患者退院方針（時期、退院後の療養先）に関する情報共有の方法

- ・ 週一度、退院調整の病棟カンファレンスを実施、その場に医師も同席することでお互いの情報共有を心がけている。
- ・ また、主治医ごとのカンファレンスも実施している。病棟単位の実施であると、複数の診療科が関わっている混合病棟もあるため、病棟カンファレンスだけでは、多数の診療科医師が、自身に関係のない診療科に関する議論にも参加することとなり、主治医とコメディカルとのコミュニケーションがとりづらい場合もある。
- ・ 一方で、混合病棟であるが故、担当患者の議論だけでも部分的に、誰か医師をカンファレンスに参加させる診療科も出てきている。
- ・ 入院時点で、社会的背景も考慮した退院の見通しについて、医師も含めた診療関係者が共有する。
- ・ カンファレンスは、手間はかかるが、患者の状況を共有するツールとして、やはり有効と考えられる。

2. 病棟看護師と退院支援部門担当（看護師、MSW等）との情報のやり取りの方法

- ・ 病棟、退院支援部門に関係する看護師、リハビリ職、MSWが週一回、退院方針に関する情報共

有を図っている。

3. 病棟医師に対する退院支援業務への理解を深めてもらうための方法

- ・ 在院日数を延ばさないための視点で、医師も退院方針に関心を持つようになったとも考えられる。取り組みの一つとして、医師、診療科ごとで、担当患者の在院日数の一覧を作成し、院内で共有している。
- ・ 医師が DPC や退院時支援加算に関してデータを活用して学ぶと、患者退院方針について、関心を持つようになったのかもしれない。

4. 退院支援部門による、退院時要支援患者のスクリーニングの有無とその手法

- ・ 患者が入院後、一週間以内には必ずスクリーニングを行っている。

5. 退院支援部門から在宅医療側（医療、福祉施設）への情報提供内容

- ・ 既存の診療情報提供書、看護サマリー、リハビリサマリーの提供のほか、退院先のスタッフが病棟に足を運び、患者の生活状態を確認することもある。
- ・ 同一法人内であれば、電子カルテが共有されているため、情報共有は難しくない。
- ・ 患者の状態や食事提供の状況等について退院前に施設や在宅側から状況を見に来ている。

6. 在宅医療側からよく照会のある患者の療養環境に関する事項

- ・ 特に、これといったよく問い合わせのある事項はないが、何かあれば、退院調整支援室に、患者家族やケアマネから電話をいただくことになっている。電話の窓口は一本化している。

7. 病院と在宅医療、福祉施設側との連携を密に図るための、ICT の利活用の実例について

- ・ 同一法人内施設において、積極的に活用し、例えば老人保健施設においても、病棟の電子カルテが権限に応じて確認できる。
- ・ 法人外の施設については、数件の近隣の開業医、薬局と、ICT ネットワークが構築できないか、検討に着手したところである。病院内の検査機器の使用予約を、院外の開業医がウェブ上で実施でき、この予約方法の利用者が増えているため、ネットワーク構築の素地があるのではないかと見極めているところである。
- ・ 病院と開業医間で ICT が活用できれば、専門外来と開業医を交互に受診する患者に関する情報が、リアルタイムで共有でき、結果として、紹介状を発行する手間が省ける可能性はある。