

# 地域医療連携や病床機能区分を 推進する先進・優良事例

2016年3月31日

平成27年度 厚生労働科学研究費補助金  
「病床機能分化・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」班

はじめに

本事例集は地域医療構想の実現に向けて、先進的な病床機能の分化や連携の好事例を収集し、都道府県が地域医療構想の策定や構想の実現のための施策を立案し、実施する際の参考とすることを目的として作成しました。

2025年の医療提供体制のあり方については、現在、各都道府県で地域医療構想の策定が進められています。病床の機能分化・連携の推進（例：退院調整等の円滑な実施、重症度別病棟制等）、病床の利用の効率化（例：在院日数の減少）等を推進するそれぞれの施策について、プロセスの分析・整理を行い、医療機関等における病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等の推進に資する優良事例を収集しました。

事例については、病院団体を通じて依頼をした結果、61医療機関より79事例を収集することができました。

病床機能区分については、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟への転換事例が報告されました。合わせて職員の配置転換や教育の充実を図る事例も収集できました。

また、地域医療構想だけでなく、地域医療連携室の体制および活動強化等、病院が取り組む地域包括ケアについての事例の報告がありました。地域連携パスについても37事例を収集し、全国から優良事例を収集することができました。

本事例集が、都道府県や医療機関が今後の施策や病院経営を検討する際の一助になれば幸いです。

平成27年度 厚生労働科学研究費補助金  
「病床機能分化・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」班  
研究代表者 今村 知明（奈良県立医科大学）

## A. 基本情報

## ① 所在地

徳島県 徳島市

## ② 医療機関の名称

名称：医療法人平成博愛会 博愛記念病院

## ③ 許可病床数と病床数の内訳

許可病床数 210 床

(内訳：一般 57 床、療養 153 床、精神 0 床、結核 0 床、その他 0 床)

## B. 調査項目

## ① 取組みの種類

## ■ 院内の病棟再編・新病棟の設置など

(例えば、新たな病棟の構築、急性期等から回復期・慢性期への転換、重症患者の集約、救急から入院を受け取る病棟の集約など)

## ■ 看護師等の大きな配置換え、新たな職員(職種)の確保、職員の増減員など

## ■ 病院—病院連携の強化

## ■ 病院—診療所・施設等(介護ステーションやかかりつけ医等)との連携の強化

## ■ 院外の広範囲な職種や団体(例えば保険者や患者団体)との交流・会議の増加等

 上記以外の取組み

## ② ①で選んだ取組み内容を、200字程度で具体的におまとめ下さい。

平成24年度に厚生労働省在宅医療連携拠点事業を受託し、地域の診療所からの入院依頼に24時間365日対応するシステム構築に取り組んだ。以後も、在宅医療連携拠点病院として地域包括ケアシステム構築に向けて先進的な取り組みを継続して実施してきた事に伴い、住宅系施設及び自宅へ退院する患者は年々増加して、その成果が現れている。

高度急性期病院からの重症患者受け入れを積極的に行ってきた経緯より、慢性期機能を主体とする病院であっても、各病棟において看護職員、介護職員、リハビリスタッフ等については、法定数よりも2割～3割は多く配置していた。その為、平成26年4月の診療報酬改定時に一般病棟15対1入院基本料(51床)から地域包括ケア病棟入院料2(51床)へ病床転換するにあたり職員の配置変換等は必要であったが、新たに専門職を雇用する必要もなく、比較的スムーズに病床機能の転換が図れた。

## ③ ②でお答えになった取組み前後の実感等

## イ) 取組み前の問題意識(なぜ取組みを始めたか等)

世界に類を見ない超高齢化社会の日本において、増え続ける高齢者に対応する為、地域の開業医にスポットが当てられ在宅医療が推進されている。しかし、24時間365日体制で地域診療所医師が全ての急変患者に対応するのは難しく、軽・中等度症例の患者が高度急性期病院に搬送されるケースも少なくない。過度の負担による地域診療所の疲弊と、今後益々増えると推測される高齢者患者搬送による救急医療の崩壊を防ぐためにも、慢性期患者の急変対応については、出来る限りのサポートをする必要がある。平成19年4月からは、周辺の在宅療養支援診療所との連携を推進し在宅療養支援ネットワークを構築、平成24年4月以降は在宅療養患者の後方支援病院同士をつなぐ徳島市後方支援病院緊急

ネットワーク(BBEN)を構築し、在宅療養中患者の状態悪化によるかかりつけ医からの要請や連携先の医師の依頼に応じて、24時間365日体制で入院を受け入れている。このような取り組みは、1人の医師(主に診療所医師)が多数の患者を診ていく中でのセーフティネットとして活躍しており、在宅療養後方支援病院として、慢性疾患患者の診療については責任を持って担当することで、徳島県における当院の存在意義を示していきたいと考えている。

平成26年4月の診療報酬改定において、高度急性期病院でも在宅復帰率75%の要件が求められていたことから、後方支援病院として次の受け皿である地域包括ケア病棟の設置が必要であると判断した。

#### ロ) 取り組みを進める上での障害や問題、乗り越えたことなど

##### ・地域住民への医療資源(病床)の共同利用の意識改革

当院には併設施設が多いため、病状安定後は在宅復帰せず、施設入所を目的とした患者紹介が大部分を占めている。平成26年4月診療報酬改定に向けて、要介護度の低い在宅療養可能な患者には、患者・家族説明会を実施し、自宅退院をサポートした。

※平成26年2月に合計3回の説明会を開催。患者2名、家族55名の参加実績。

##### ・入退院判定者会議の実施

当院には、約10年前まで特殊疾患療養病棟があり、気管切開後や人工呼吸器を装着している患者を多く受け入れてきたが、地域包括ケア病棟や療養病棟の在宅復帰機能強化加算を届出したあとも、この方針は変えず、在宅復帰が難しい患者も積極的に受け入れ続けている。多職種で協議することで院内、併設施設のベッドコントロールを含め、自宅からの入院患者、高度急性期病院からの転院患者もできるだけ早期に入院受け入れできるように努め、入院待機日数の短縮を図っている。

検討内容は、①新規入院患者の受け入れ病棟、②施設入所者で状態が悪化した患者の受け入れ病棟、③退院患者の退院先、④転棟を要する患者の受け入れ病棟、⑤施設間で移動可能な入所者の選択、⑥病院・介護施設の空床状況と利用率、⑦各病棟の在宅復帰率としている。

医療介護の連携した多職種で行うことにより、ベッドコントロールの強化・円滑化が図れた。

・救急告示指定、地域包括ケア病棟届出に向けた診療体制強化の為、医局、看護部への勉強会開催  
救急患者受入対応について、平成26年3月救急隊員2名、副院長2名、看護部長、事務課長で協議  
高度急性期病院との交流会議として、紹介患者の症例報告などを定期的に開催。

「地域包括ケア病棟について」・「看護必要度について」の職員説明会を26年3月に合計3回開催。

##### ・医療機関、各種事業所への広報活動

年3回、医師・歯科医師・看護師・介護支援専門員・リハビリスタッフ・社会福祉士など多職種で交流できる「地域医療連携会議」を当院5階講堂にて開催。在宅医療における課題の抽出と解決策を検討して、一人でも多くの方が在宅で療養できるよう努めている。病院以外の他職種と幅広く交流することにより、医師に対する要望やそれぞれの職種の苦勞を知ることができる。

##### ・人員補充

地域包括ケア病棟入院料1の施設基準取得にあたった運用を実際に開始すると、入院日数上限60日、在宅復帰率7割等の実績を取るための入退院調整にかなりの人的労力を要した。また、救急告示指定取得により救急患者の受け入れも多くなり、外来・病棟ともに診療部門の負担が大きくなった。業務量増大に対応するため、医師クラーク・看護クラーク・リハビリクラークとして事務作業補助職員の人員補充により、専門職が診療業務に専念出来るよう診療体制強化に取り組んだ。

#### ハ) 取り組み後の実感、課題

地域包括ケアシステムの構築に向けて兼ねてより先進的に取り組んできていたことより、平成 26 年 4 月の診療報酬改定時は比較的スムーズに病床機能の転換が図れた。しかし、実際には入退院調整部門として、病院職員だけでなく、併設の介護施設職員も交えた毎日のベッドコントロールが必要となり、1 日約 30 分～1 時間程度のカンファレンス実施が必須となった。従って、病院単独ではなく、どのような状態の患者、利用者が現在どの程度地域にいて、受け入れ可能な病院、施設の空床状況はどのようになっているかを、常に把握する必要がある。

医療機関単独で全てのサービスを担うことは難しいので、今後迎える超高齢化社会において、二次医療圏内(中学校圏域)での完結型の医療介護サービス提供の推進を図っていく上で、都道府県、市町村単位での地域の特性に応じた患者情報共有システムの構築が必須と考える。

住宅系施設ではなく、自宅へ退院される患者が少ない事も現状の課題としてある為、今後は在宅サービスを充実させ、患者が安心して自宅へ帰れる環境作りも必要である。

また、地域における医療資源がどの程度存在しているかについて、医療従事者だけでなく地域住民への普及と情報共有を図る上で、各自治体単位での積極的な広報活動も必要と考える。

#### ④ 地域連携ツール(パス、マニュアル、ガイドライン、医療連携手帳等を含む)に関して

イ) 地域連携ツールの名称
脳卒中連携パス 大腿骨頸部骨折連携パス
ロ) 連携ツールを適応する医療機関・事業所の数(問題なければ名称も) うち、連携のための会議に参加している数もお答え下さい。 うち、連携パスに参加している数もお答え下さい。
【脳卒中連携パス】 徳島赤十字病院、阿南共栄病院、徳島大学病院、徳島県立中央病院、徳島市民病院、徳島県鳴門病院
【大腿骨頸部骨折連携パス】 徳島赤十字病院、徳島県立中央病院、徳島市民病院、徳島県鳴門病院 会議への参加：合同会議年 4 回 参加している数：6
ハ) 地域連携ツールが適用される症例や疾患は何ですか？
脳卒中、大腿骨骨折
ニ) 地域連携ツールの検討や作成の主体となる職種は何でしょうか？
看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士
ホ) 地域連携ツールを企画した時期と準備に要した期間、および運用開始の時期をお答えください。
企画時期; 年 月頃 準備完了; 年 月頃 運用開始; 平成 21 年 4 月頃
ヘ) 情報通信技術(ICT)は利用していますか？ ( <input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし ) →なしの場合、その理由や今後の導入見通しは？
ト) 地域連携ツールの利用状況はどれくらいでしょうか？

回復期リハビリテーション病棟 30 床及び地域包括ケア病棟 51 床入院患者のうち、前医より連携パスを利用されている患者全員に行っている。月 10 件程度実施。

チ) 地域連携ツールの導入効果として、どのようなアウトカム指標を用いて評価していますか？  
導入効果の検討方法をお教えてください。

紹介元にデータを返している。

リ) 地域連携ツールの適応基準に該当したにも関わらず使用されなかったケース、また連携ツール使用中に適応が困難あるいは適応できなくなったケースについてのバリエーション分析は実施していますか？  
具体的な方法をお教え下さい。

死亡もしくは長期療養病棟への転棟をバリエーションとして提出している。分析は行っていない。

ヌ) 二) でお答えになった主体は、地域連携ツールの導入効果をどれほど実感されていますか？

—

ル) 地域連携ツールの今後の課題や見直すべきことがあれば、お教えてください。

ない

## A. 基本情報

## ① 所在地

(大阪)都・道・府・県 (吹田)市・町・村

## ② 医療機関の名称

名称:社会医療法人恩賜財団大阪府済生会吹田病院

## ③ 許可病床数と病床数の内訳

許可病床数 500床

(内訳:一般500床、療養 床、精神 床、結核 床、その他 床)

## B. 調査項目

## ① 取組みの種類

 院内の病棟再編・新病棟の設置など

(例えば、新たな病棟の構築、急性期等から回復期・慢性期への転換、重症患者の集約、救急から入院を受け取る病棟の集約など)

 看護師等の大きな配置換え、新たな職員(職種)の確保、職員の増減員など 病院—病院連携の強化 病院—診療所・施設等(介護ステーションやかかりつけ医等)との連携の強化 院外の広範囲な職種や団体(例えば保険者や患者団体)との交流・会議の増加等 上記以外の取組み

## ② ①で選んだ取組み内容を、200字程度で具体的におまとめ下さい。

中堅看護師を対象とした院内研修を行い、訪問看護の基礎知識や在宅生活に向けた退院支援の学習を行った。また、外来看護師も参加した退院前カンファレンスを行い、情報共有を図った。情報共有には、電子カルテのほか、ICTも活用した。さらに、シームレスな支援体制を構築するため、訪問看護ステーション(吹田市・東淀川区)の看護師等と、当院の外来看護師等との連携カンファレンスを計画している。

## ③ ②でお答えになった取組み前後の実感等

## イ)取組み前の問題意識(なぜ取組みを始めたか等)

・2025年に向けて、地域包括ケアシステムを構築してことが課題であり、「退院後」を意識した入院患者への支援に力をいれるため。

・在宅の視点をもつことは、これからの病棟での看護において重要であるが、病棟看護師に足りない部分でもある。

・治療が外来へシフトされているがん患者をはじめ、入院することで生活を変えてしまう可能性が高い高齢者や認知症をもつ患者へ「悪化予防」「症状緩和」「ケア体制を整える」支援を提供することで入院が回避できる「時々入院なるべく在宅」の実現のため。

～退院支援から、外来支援へ どう生きるかを地域でつなぎ、支える～

## ロ)取組みを進める上での障害や問題、乗り越えたことなど

既存の電子カルテにテンプレートを作成するため、カルテ上ページに無理が生じた。

外来看護師へカンファレンス予定、退院予定を伝えるシステムづくり。

**ハ) 取組み後の実感、課題**

訪問看護実習終了後、研修生自ら問題を抽出してきた。

業務改善に向け、再度集合しグループワークを行うなど積極的な姿が見られた。

中堅看護師なので、病棟でのリンクナースとして活動してもらおう、引き続き教育が必要  
訪問看護ステーションスタッフ-外来看護師・病棟看護師の相互理解を深める。



## A. 基本情報

## ① 所在地

( 奈良 ) 県 ( 奈良 ) 市

## ② 医療機関の名称

名称: 社会福祉法人恩賜財団 済生会奈良病院

## ③ 許可病床数と病床数の内訳

許可病床数 194 床(平成 27 年 11 月 1 日より)

(内訳: 一般 194 床: 急性期 129 床、回復期リハビリテーション病棟 43 床、地域包括ケア病棟 22 床)

## B. 調査項目

## ① 取組みの種類

## ■ 院内の病棟再編・新病棟の設置など

(例えば、新たな病棟の構築、急性期等から回復期・慢性期への転換、重症患者の集約、救急から入院を受け取る病棟の集約など)

- 看護師等の大きな配置換え、新たな職員(職種)の確保、職員の増減員など
- 病院—病院連携の強化
- 病院—診療所・施設等(介護ステーションやかかりつけ医等)との連携の強化
- 院外の広範囲な職種や団体(例えば保険者や患者団体)との交流・会議の増加等
- 上記以外の取組み

## ② ①で選んだ取組み内容を、200 字程度で具体的におまとめ下さい。

## ・地域包括ケア病棟の開設

地域密着型の医療を推進する当院では、住民の方々が病気や高齢になり医療・介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるための体制整備が課題である。今回、地域包括ケアシステムの入院機能として平成 27 年 11 月 1 日地域包括ケア病棟 22 床を開設した。現在は独自の病棟運用ルールを作成し、主として院内の急性期病棟から急性期治療を終えた患者を受け入れ、住み慣れた自宅等地域に戻れるため支援を、多職種チームで取り組んでいる。またレスパイト入院の受け入れもやっている。今後は地域の介護施設等からのサブアキュート患者の受け入れも視野に入れ、医療・介護・介護予防・生活支援・住まいの 5 つのサービスを、一体的に受けられる支援体制づくりに貢献できる力強い病棟に成長できるよう研鑽を積みたいと考える。

## ・急性期病床の削減

急性期病棟の療養環境の改善と急性期患者割合の減少から6床部屋を→4床部屋にし急性期病床を153床から129床へ削減した。

## ③ ②でお答えになった取組み前後の実感等

## イ) 取組み前の問題意識(なぜ取組みを始めたか等)

・急性期病棟に急性期を経過した患者が社会的退院困難な状況で入院し、平均入院単価も他病院の急性期病床に比して低く推移している状況。

・多床室の入院環境は、カーテン一枚で仕切れ健康の回復や増進に必要な、パーソナルスペースが

確保できていない。

・地域の活性化には地域住民の幸せな暮らしを支えることが欠かせないが、そのために「自分たちには何ができるか」という問いは以前より持ち続けていた。

#### ロ) 取組みを進める上での障害や問題、乗り越えたことなど

##### ● 地域包括ケア病棟が当院に開設される目的とその機能の全職員への周知

・特に、医師の理解と合意を得ることは重要かつ必須であると考え、運営委員会等の意思決定の場で発信する前に、関連する各部長に直接説明を行い意見を聞くようにした。

##### ● 急性期病床 7:1 看護体制の継続と新病棟の開設

・看護部では、開設に伴い外来の当直体制を夜勤体制に変更するなどの対応も必要になり限られた人的リソースの中での病棟新設という面では、如何に応援体制を日々の状況に応じてとっていか、また業務改善を図っていくかという課題は今も大きい。

##### ● 地域包括ケア病棟の対象患者像の概念化と職員間での共通理解

急性期治療後の在宅復帰支援病棟として回復期リハビリテーション病棟 43 床を併せ持つ当院における対象患者像の共通理解に困難さを感じた。これに対し、副院長が地域包括ケア病棟長となり、週 1 回多職種での病棟開設に向けた会議を開催し検討を重ね病棟運用ルールに対象となる患者を明記した。対象患者のシミュレーションを病棟師長と開設までに複数回行い実際にどのような状況の患者が転棟対象者となるか等、共通認識が持てるようにした。その際に、患者に在宅復帰に向けた準備等の必要性があるかを一番の軸に考えられるようにした。

##### ● 閉鎖していた病棟を開棟しからの病棟づくりであった点

・建築工事業者と病院関係者、また病院関係者間でも「どういう患者が入院する病棟を作りたいか」の共有とすべての関連する職種の視点から見た見解の合意形成が不十分であり、チェンジオーダーの発生や引き渡し後の不備の発覚等があった。

・他病棟に患者が入院したまま、一部外来患者(外来化学療法等)を 3 階で受け入れながらの開棟工事であり、騒音やほこりやにおいがあった。しかし様々な予防対策を取り大きなトラブルになることは無かった。

#### ハ) 取組み後の実感、課題

● 開設後 1 か月が経過した。この 1 か月は運用ルールに沿って運用してみることに精一杯な状況であった。看護師 8 名の配属であり師長兼務の私自身が患者を担当しプレイヤーの現状である。しかしそうして動いているからこそ「何とかしたい」という思いを強く持つこともできる。患者を 60 日以内に退院させる病棟ではなく、患者が自ら喜んで帰って行かれることを目指し、看護師が質の高い退院支援を自信をもってできるようにすることが課題である。そして私たちの成果(評価)は組織の外に現れると考え今後は、退院した患者がどのように過ごされているのか、地域の支援事業者と当院の地域連携室を介した連携を図る等のフィードバックを受け改善に向けたいと考えている。

地域包括ケア病棟が開設されたことによって、週 2 回のベッドコントロール会議を多職種で開催することができた。この会議を通して急性期・回復期・地域包括ケアの 3 つの病棟機能をいかに活用していくか、経営的な側面からも現状把握がリアルタイムに行え、迅速かつ柔軟な対応ができる。今後この貴重な会議の場を「自分たちが経営への参画をしている。」「自分たちの意思決定が病院を動かしている」という責任と感覚が醸成され、モチベーションに変わるように、会議の目的を明らかにし年間計画を立て PDCA サイクルを回し戦略的に行えるようにしていきたい。

---

厚生労働科学研究費補助金

「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」班

**【監修】**

今村知明（奈良県立医科大学）

池田俊也（国際医療福祉大学）

長谷川友紀（東邦大学）

**【編集】**

小林美亜（千葉大学）

瀬戸僚馬（東京医療保健大学）

野田龍也（奈良県立医科大学）

**【編集協力】**

株式会社三菱総合研究所

---