

平成 28 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分)

**地域包括ケアを支える中核医療機関の役割・機能の
あり方に関する研究事業**

報 告 書

平成 29 年 (2017 年) 3 月

公益社団法人 全日本病院協会

地域包括ケアを支える中核医療機関の役割・機能のあり方に関する研究事業 報告書(概要)

1. 調査研究の目的

地域包括ケアの推進に関しては、近年、介護保険制度の改正による各種地域支援事業の充実やサービスの重点化・効率化といった変更もあり、医療機関・施設・事業所等の連携のもと、身近な地域でサービス提供を行える体制構築が今後さらに推し進められるものと考えられる。

このような中、地域の中核医療機関が地域包括ケアの中で地域の医療機関・施設・事業所等と有機的に連携し、成果を挙げている事例を全国から収集し、情報提供することは、地域特性に応じた地域包括ケアの構築に資するものとする。

上記の背景をもとに、本調査研究では地域包括ケアの中で中核医療機関が果たしている役割をアンケート調査によって明らかにするとともに、地域包括ケアに積極的に参画し、効果をあげている中核医療機関の活動を事例集としてとりまとめ、地域の中核医療機関が地域包括ケアに参画する際のポイントや果たしている役割、期待される効果を明らかにすることを目的とした。

※ここでの「中核医療機関」は、高度急性期病院や病床数の多い病院等、医療における基幹病院に限定せず、「地域包括ケアにおいて中心的な役割を果たすことが期待される医療機関」を指すものとした。

2. 調査研究方法

本調査研究はアンケート調査（全国調査、詳細調査）とヒアリング調査によって実施した。

(1) アンケート調査(全国調査)

調査対象	全国の病院(8,452 施設)を対象としたアンケート調査を実施(悉皆調査)
実施方法	郵送配布・郵送回収(自記式)
実施時期	平成 28 年 10 月 11 日(火)～10 月 31 日(月)
回収状況	発送件数:8,452 件、回収件数:1,894 件(回収率 22.4%)

(2) アンケート調査(詳細調査)

調査対象	全国調査への回答病院より抽出した 510 病院へ、アンケート調査を実施
実施方法	郵送配布・郵送回収(自記式)
実施時期	平成 28 年 12 月 13 日(火)～平成 29 年 1 月 5 日(木)
回収状況	発送件数:510 件、回収件数:197 件(回収率 38.6%)

詳細調査については、下記の2つの視点及び3つの病院の分類ごとに、下表のとおり病院を抽出した。

※【視点①】「地域の関係機関との連携等に関すること」（全国調査・設問1～設問9）

【視点②】「患者・家族や住民の支援等に関すること」（全国調査・設問10～設問16）

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
視点①により抽出した病院	102病院	100病院	50病院
視点②により抽出した病院	105病院	100病院	53病院

→計510病院

なお、詳細調査では3つの病院の分類から、それぞれ均等な数の病院を抽出することとしたため、7又は10対1病棟を有する病院では他の病院分類と比較して、地域包括ケアに関する取組における回答数が比較的多い病院が抽出されている。このため、詳細調査を基にした3つの病院分類の取組状況の比較は、偏りを生じた結果になりうる点について、留意が必要である。

(3)ヒアリング調査

本ヒアリング調査は、7又は10対1病棟を有する病院、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院等の取組を比較することではなく、様々な特性を持つ各病院の取組内容の特徴をまとめ、事例として提示することを目的として実施した。

対象病院は下記の方法により4病院を抽出した。

◆詳細調査への回答があった病院を4つに区分

アンケート詳細調査への回答があった病院を、「7又は10対1病棟を有する病院」、「7又は10対1以外の一般病棟を有する病院」、「一般病棟を有しない病院」の区分で分類した。さらに、全国調査において回答が多かった「7又は10対1病棟を有する病院」については、「視点①」の取組が多かった病院、および「視点②」の取組が多かった病院の2つに分類し、計4つの区分とした。

◆4区分ごとに、地域包括ケアに関する取組を多く行っている病院を抽出

地域包括ケアに関する取組を多く行っている病院として、詳細調査票のうち、地域包括ケアに関する取組を問う項目である問4～問8について、回答数が多かった病院を検索した。

◆4区分から各1病院を選定

回答数が多かった病院を、4区分ごとに1病院ずつ選び、計4病院をヒアリング対象病院とした。

また、病院の選定にあたっては、以下のような基準にも配慮した。

- ①自由記載を含む回答内容から、取組による効果があったと想定される病院を選ぶ。
- ②選ばれた4病院が地理的に偏らないよう、配慮する。
- ③選ばれた4病院が、同じような取組をしている病院とならないよう、配慮する。
- ④病床数、設置主体（公的／民間等）、地域包括ケア病棟の有無等についても、特定の偏りが生じないように配慮する。

選定されたヒアリング対象病院は、以下のとおりである。

施設名	所在地	実施日
医療法人仙養会 北摂総合病院	大阪府高槻市	平成 29 年 2 月 17 日
北茨城市民病院	茨城県北茨城市	平成 29 年 3 月 6 日
甲賀市立信楽中央病院	滋賀県甲賀市	平成 29 年 2 月 22 日
医療法人金澤会 青磁野リハビリテーション病院	熊本県熊本市	平成 29 年 2 月 15 日

3. 調査研究の主要結果

(1) アンケート調査（全国調査）

■ 併設施設

7又は10対1病棟を有する病院では「訪問看護ステーション」30.6%が最も多く、次いで「居宅介護支援事業所」28.2%であった。7又は10対1病棟以外の一般病棟を有する病院では「居宅介護支援事業所」36.5%が最も多く、次いで「通所・訪問リハ事業所」35.1%であった。

併設施設

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象数	1052	282	490
往診・訪問診療を行う診療所	4.6%	3.9%	4.1%
往診・訪問診療を行わない診療所	5.2%	3.5%	4.7%
訪問看護ステーション	30.6%	24.5%	24.1%
通所・訪問リハ事業所	23.1%	35.1%	35.9%
介護老人保健施設	17.5%	24.1%	20.8%
特別養護老人ホーム	3.3%	4.3%	3.7%
居宅介護支援事業所	28.2%	36.5%	34.7%
地域包括支援センター	7.1%	5.0%	7.3%
グループホーム	4.4%	10.6%	21.0%
その他	6.8%	9.2%	12.9%

■ 病院の受けている指定等

7又は10対1病棟を有する病院、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院ともに「救急告示病院」が最も多かったが、7又は10対1病棟を有する病院では64.1%、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では40.8%と、23.3ポイントの差があった。

病院の受けている指定等（7又は10対1病棟の有無別）

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象数	1052	282	490
地域医療支援病院	17.4%	1.1%	0.6%
救命救急センター	10.8%	0.4%	0.2%
二次救急医療機関	61.1%	32.3%	6.9%
救急告示病院	64.1%	40.8%	5.5%
特定機能病院	2.5%	0.0%	0.0%
在宅療養支援病院	15.3%	17.4%	10.6%
在宅療養後方支援病院	6.2%	3.5%	2.0%

■ 地域包括ケアに関して、病院で実施している取組

7又は10対1病棟を有する病院では「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加」64.0%が最も多く、次いで「職員の地域ケア会議への参加」55.4%、「地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施」44.7%であった。7又は10対1以外の一般病棟を有する病院、一般病棟を有しない病院でも「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加」が最も多かった。また、患者・家族等の支援等に関する取組については、いずれの区分でも「在宅・施設患者の急変時の入院受入」が最も多かった。

地域包括ケアに関して、病院で実施している取組
（7又は10対1病棟の有無別：地域の関係機関との連携等に関すること）

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象者	1052	282	490
地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施	44.7%	20.9%	21.0%
地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加	64.0%	56.7%	47.8%
地域の関係機関への医学的・専門的知識の啓発（研修等）	42.9%	20.6%	19.6%
職員の地域ケア会議への参加	55.4%	46.1%	42.2%
開放病棟の設置	19.6%	1.4%	6.3%
地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表	22.0%	12.1%	6.7%
I C Tネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有	25.4%	15.2%	10.2%
地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力	39.4%	26.2%	25.1%
地域の関係機関との地域包括ケアに関する協定等の締結	12.4%	8.5%	5.9%

地域包括ケアに関して、病院で実施している取組
(7又は10対1病棟の有無別：患者・家族等の支援等に関すること)

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象者	1052	282	490
在宅・施設患者の急変時の入院受入	74.8%	63.8%	44.3%
在宅患者のレスパイト入院の受入	48.2%	47.5%	37.8%
往診・訪問診療を病院の医師が直接実施	34.2%	42.2%	31.4%
訪問看護を病院の看護師が直接実施	25.2%	18.4%	24.3%
地域包括ケアまたは在宅医療に関する住民向け講座	19.9%	12.8%	8.4%
地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼	59.9%	36.5%	35.7%
地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成	51.7%	31.2%	27.6%

最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組（7又は10対1病棟の有無別）

7又は10対1病棟を有する病院では「在宅・施設患者の急変時の入院受入」23.3%が最も多く、次いで「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加」11.1%であった。

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「在宅・施設患者の急変時の入院受入」29.1%が最も多く、次いで「ICTネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有」「地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼」10.1%であった。

最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組（7又は10対1病棟の有無別）

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象者	387	79	130
地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施	8.0%	3.8%	5.4%
地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加	11.1%	2.5%	9.2%
地域の関係機関への医学的・専門的知識の啓発（研修等）	5.7%	6.3%	2.3%
職員の地域ケア会議への参加	5.4%	2.5%	8.5%
開放病棟の設置	0.0%	1.3%	0.0%
地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表	3.9%	6.3%	1.5%
ICTネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有	5.7%	10.1%	3.8%
地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力	9.3%	7.6%	3.1%
地域の関係機関との地域包括ケアに関する協定等の締結	2.3%	3.8%	3.1%
在宅・施設患者の急変時の入院受入	23.3%	29.1%	30.0%
在宅患者のレスパイト入院の受入	2.1%	3.8%	6.9%
往診・訪問診療を病院の医師が直接実施	1.3%	3.8%	3.8%
訪問看護を病院の看護師が直接実施	1.6%	0.0%	1.5%
地域包括ケアまたは在宅医療に関する住民向け講座	2.1%	1.3%	0.0%
地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼	9.3%	10.1%	10.0%
地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成	8.5%	7.6%	10.8%
その他	0.5%	0.0%	0.0%

■ 地域包括ケアの中で病院が担うべきと思う役割（7又は10対1病棟の有無別）

地域の関係機関との連携等に関することについては、いずれの区分でも「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加」が最も多かった。患者・家族等の支援等に関する役割については、いずれの区分でも「在宅・施設患者の急変時の入院受入」が最も多かった。

地域包括ケアの中で病院が担うべきと思う役割

（7又は10対1病棟の有無別：地域の関係機関との連携等に関すること）

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象者	1052	282	490
地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施	51.9%	36.5%	29.2%
地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加	53.3%	41.8%	35.1%
地域の関係機関への医学的・専門的知識の啓発（研修等）	47.2%	33.3%	28.0%
職員の地域ケア会議への参加	47.1%	36.9%	35.5%
開放病棟の設置	23.2%	13.8%	15.3%
地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表	45.1%	30.9%	26.3%
I C Tネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有	44.9%	30.5%	28.0%
地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力	52.4%	41.1%	36.7%
地域の関係機関との地域包括ケアに関する協定等の締結	34.2%	26.6%	26.7%

地域包括ケアの中で病院が担うべきと思う役割

（7又は10対1病棟の有無別：患者・家族等の支援等に関すること）

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象者	1052	282	490
在宅・施設患者の急変時の入院受入	58.1%	47.5%	40.8%
在宅患者のレスパイト入院の受入	47.2%	39.4%	31.8%
往診・訪問診療を病院の医師が直接実施	28.8%	28.4%	27.6%
訪問看護を病院の看護師が直接実施	30.3%	18.8%	21.6%
地域包括ケアまたは在宅医療に関する住民向け講座	44.2%	33.0%	28.6%
地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼	51.3%	35.8%	36.5%
地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成	54.0%	43.6%	37.6%

■ 地域包括ケアの推進において最も重要と考える役割
(7又は10対1病棟の有無別)

いずれの区分でも、「在宅・施設患者の急変時の入院受入」が最も多かった。

地域包括ケアの推進において最も重要と考える役割 (7又は10対1病棟の有無別)

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象者	420	83	144
地域包括ケア(退院支援)に関する院内職員への研修実施	2.9%	4.8%	4.9%
地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加	6.7%	3.6%	6.3%
地域の関係機関への医学的・専門的知識の啓発(研修等)	6.4%	3.6%	4.2%
職員の地域ケア会議への参加	3.6%	3.6%	2.8%
開放病棟の設置	0.2%	1.2%	1.4%
地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表	9.8%	3.6%	5.6%
I C Tネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有	10.5%	13.3%	8.3%
地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力	9.3%	9.6%	8.3%
地域の関係機関との地域包括ケアに関する協定等の締結	6.7%	8.4%	9.7%
在宅・施設患者の急変時の入院受入	25.2%	20.5%	22.9%
在宅患者のレスパイト入院の受入	2.9%	6.0%	5.6%
往診・訪問診療を病院の医師が直接実施	1.9%	4.8%	2.8%
訪問看護を病院の看護師が直接実施	0.5%	1.2%	0.7%
地域包括ケアまたは在宅医療に関する住民向け講座	3.6%	2.4%	6.3%
地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼	3.8%	3.6%	4.9%
地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成	5.7%	8.4%	5.6%
その他	0.5%	1.2%	0.0%

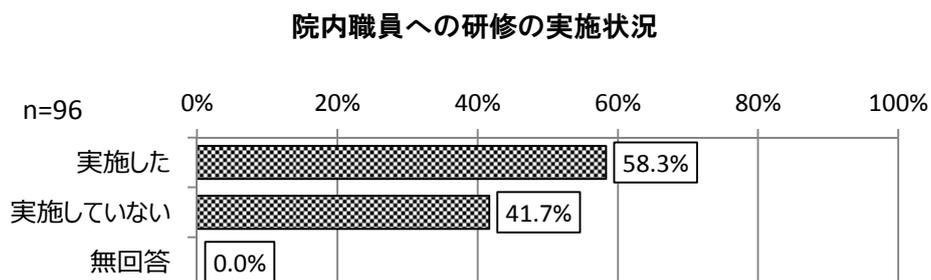
(2) アンケート調査結果（詳細調査）

病院の地域包括ケアに関する取組について、「7 又は 10 対 1 病棟を有する病院」「7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院」「一般病棟を有しない病院」別に分析を行った。

<7 又は 10 対 1 病棟を有する病院>

■ 地域包括ケアに関する院内職員への研修の実施状況

「実施した」58.3%、「実施していない」41.7%であった。



■ 研修で取り上げたテーマ、実施内容

「退院支援の具体的方法の説明」73.2%が最も多く、次いで「在宅医療・介護連携の重要性に関する講義」62.5%であった。

研修で取り上げたテーマ、実施内容

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	56
厚生労働省が示す地域包括ケアの内容説明	50.0%
地域の医療・介護に関する施設・事業所の機能説明	30.4%
地域の医療・介護に関する個別の施設・事業所の紹介	16.1%
退院支援の具体的方法の説明	73.2%
在宅医療・介護連携の重要性に関する講義	62.5%
地域包括ケアに関する自治体事業の説明	21.4%
地域包括ケアに関する病院の方針・取組内容の説明	53.6%
その他	3.6%

■ 院内職員への研修により得られたと感じる効果

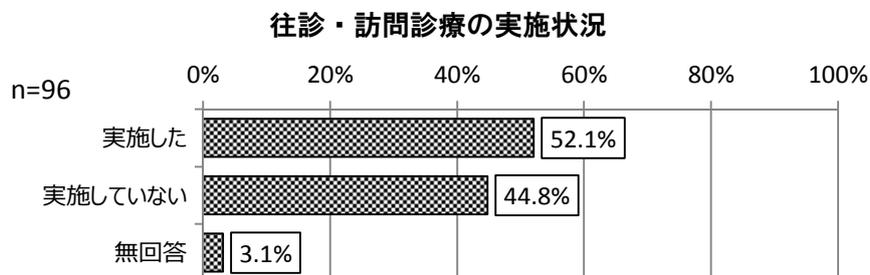
「退院支援が円滑に進むようになった」66.1%が最も多く、次いで「医師、看護師等病院職員が地域連携に積極的になった」64.3%であった。研修のテーマ、具体的な効果とも退院支援に関するものが多い傾向がうかがえた。

院内職員への研修により得られたと感じる効果

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	56
地域の関係機関への連携（訪問等）が増えた	42.9%
医師、看護師等病院職員が地域連携に積極的になった	64.3%
退院支援が円滑に進むようになった	66.1%
在宅復帰率が高まった	14.3%
平均在院日数が短縮された	19.6%
特に効果は感じない	3.6%
その他	5.4%

■ 往診・訪問診療の実施状況

7又は10対1病棟を有する病院では「実施した」52.1%、「実施していない」44.8%であった。



■ 1 か月間に訪問診療を行った患者数

「20人以上」54.0%が最も多く、次いで「1～5人未満」18.0%であった。また、往診・訪問診療に従事する医師1人あたりの訪問診療を行った患者数は「0人超5人未満」43.8%が最も多く、次いで「10～30人未満」25.0%であった。

1 か月間に訪問診療を行った患者数

1 か月間に訪問診療を行った患者数		(往診・訪問診療に従事する医師1人あたりの訪問診療を行った患者数)	
	7又は10対1病棟を有する病院		7又は10対1病棟を有する病院
対象数	50	対象数	46
0人	2.0%	0人	0.0%
1～5人未満	18.0%	0人超5人未満	43.8%
5～10人未満	16.0%	5～10人未満	18.8%
10～20人未満	10.0%	10～30人未満	25.0%
20人以上	54.0%	30～50人未満	4.2%
		50人以上	8.3%

<7又は10対1以外の一般病棟を有する病院>

■ 地域包括ケアに関する院内職員への研修の実施状況

「実施した」18.8%、「実施していない」81.3%であった。

院内職員への研修の実施状況



■ 研修で取り上げたテーマ、実施内容

院内職員への研修を実施している病院について、取り上げたテーマ等をみると、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「地域包括ケアに関する病院の方針・取組内容の説明」66.7%が最も多く、次いで「厚生労働省が示す地域包括ケアの内容説明」58.3%であった。

研修で取り上げたテーマ、実施内容

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	12
厚生労働省が示す地域包括ケアの内容説明	58.3%
地域の医療・介護に関する施設・事業所の機能説明	16.7%
地域の医療・介護に関する個別の施設・事業所の紹介	8.3%
退院支援の具体的方法の説明	25.0%
在宅医療・介護連携の重要性に関する講義	8.3%
地域包括ケアに関する自治体事業の説明	0.0%
地域包括ケアに関する病院の方針・取組内容の説明	66.7%
その他	0.0%

■ 院内職員への研修により得られたと感じる効果

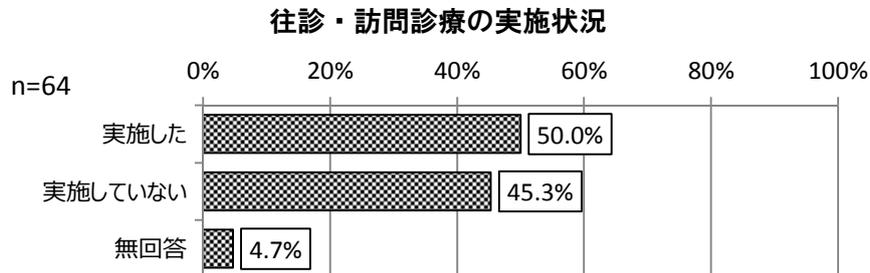
7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「医師、看護師等病院職員が地域連携に積極的になった」50.0%が最も多く、次いで「地域の関係機関への連携（訪問等）が増えた」「退院支援が円滑に進むようになった」33.3%であった。自院の取組や制度説明を多く取り入れ、これにより地域連携の重要性等を啓発する傾向がうかがえた。

院内職員への研修により得られたと感じる効果

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	12
地域の関係機関への連携（訪問等）が増えた	33.3%
医師、看護師等病院職員が地域連携に積極的になった	50.0%
退院支援が円滑に進むようになった	33.3%
在宅復帰率が高まった	25.0%
平均在院日数が短縮された	8.3%
特に効果は感じない	25.0%
その他	8.3%

■ 往診・訪問診療の実施状況

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「実施した」50.0%、「実施していない」45.3%であった。



■ 1か月間に訪問診療を行った患者数

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「20人以上」50.0%が最も多く、次いで「1～5人未満」23.3%であった。また、往診・訪問診療に従事する医師1人あたりの訪問診療を行った患者数は、「0人超5人未満」「10～30人未満」27.3%が最も多かった。

往診と比較して、訪問診療を行った患者数は多い傾向がうかがえた。

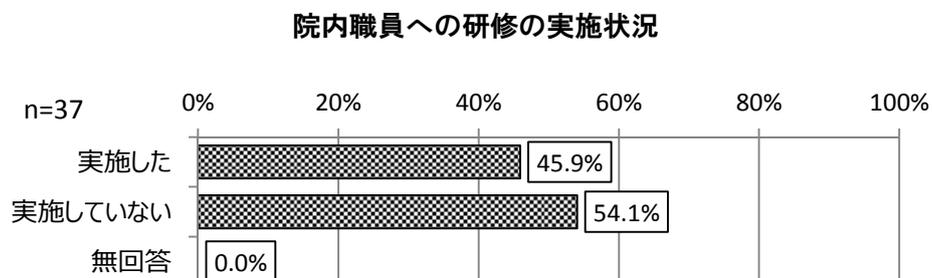
1か月間に訪問診療を行った患者数

1か月間に訪問診療を行った患者数		(往診・訪問診療に従事する医師1人あたりの訪問診療を行った患者数)	
	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院		7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	30	対象数	22
0人	6.7%	0人	13.6%
1～5人未満	23.3%	0人超5人未満	27.3%
5～10人未満	10.0%	5～10人未満	4.5%
10～20人未満	10.0%	10～30人未満	27.3%
20人以上	50.0%	30～50人未満	13.6%
		50人以上	13.6%

<一般病棟を有しない病院>

■ 地域包括ケアに関する院内職員への研修の実施状況

「実施した」45.9%、「実施していない」54.1%であった。



■ 研修で取り上げたテーマ、実施内容

「厚生労働省が示す地域包括ケアの内容説明」58.8%が最も多く、次いで「退院支援の具体的方法の説明」「地域包括ケアに関する病院の方針・取組内容の説明」47.1%であった。

研修で取り上げたテーマ、実施内容

	一般病棟を有しない病院
対象数	17
厚生労働省が示す地域包括ケアの内容説明	58.8%
地域の医療・介護に関する施設・事業所の機能説明	29.4%
地域の医療・介護に関する個別の施設・事業所の紹介	11.8%
退院支援の具体的方法の説明	47.1%
在宅医療・介護連携の重要性に関する講義	23.5%
地域包括ケアに関する自治体事業の説明	11.8%
地域包括ケアに関する病院の方針・取組内容の説明	47.1%
その他	0.0%

■ 院内職員への研修により得られたと感じる効果

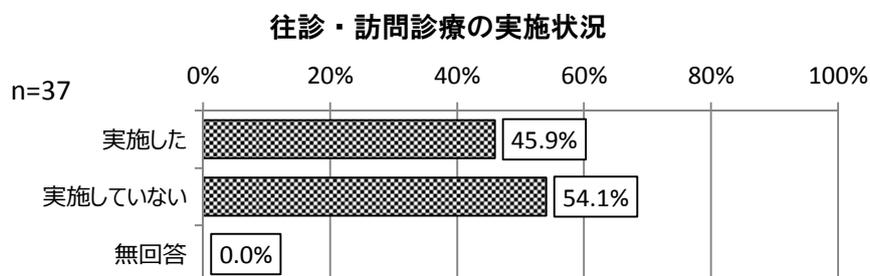
一般病棟を有しない病院では「医師、看護師等病院職員が地域連携に積極的になった」「退院支援が円滑に進むようになった」35.3%が最も多かった。

院内職員への研修により得られたと感じる効果

	一般病棟を有しない病院
対象数	17
地域の関係機関への連携（訪問等）が増えた	29.4%
医師、看護師等病院職員が地域連携に積極的になった	35.3%
退院支援が円滑に進むようになった	35.3%
在宅復帰率が高まった	11.8%
平均在院日数が短縮された	17.6%
特に効果は感じない	29.4%
その他	0.0%

■ 往診・訪問診療の実施状況

一般病棟を有しない病院では「実施した」45.9%、「実施していない」54.1%であった。



■ 1 か月間に訪問診療を行った患者数

一般病棟を有しない病院では「20人以上」64.7%が最も多く、次いで「1～5人未満」17.6%であった。また、往診・訪問診療に従事する医師1人あたりの訪問診療を行った患者数は、「10～30人未満」29.4%が最も多く、次いで「0人超5人未満」23.5%であった。

往診と比較して、訪問診療を行った患者数は多い傾向がうかがえた。

1 か月間に訪問診療を行った患者数

1 か月間に訪問診療を行った患者数		(往診・訪問診療に従事する医師1人あたりの 訪問診療を行った患者数)	
	一般病棟を有しない病院		一般病棟を有しない病院
対象数	17	対象数	17
0人	11.8%	0人	11.8%
1～5人未満	17.6%	0人超5人未満	23.5%
5～10人未満	5.9%	5～10人未満	0.0%
10～20人未満	0.0%	10～30人未満	29.4%
20人以上	64.7%	30～50人未満	17.6%
		50人以上	17.6%

(3) ヒアリング調査結果

1. 医療法人仙養会 北摂総合病院

所在地	大阪府高槻市（人口：351,829人）
病床数	217床 一般病床：217床（一般病棟入院基本料（7対1））

(1) 地域包括ケアに関する背景

○平均在院日数が11日台の急性期病院である。療養病棟や地域包括ケア病棟などを持たないため、地域との後方連携の必要性が高い背景があった。このため、地域の医療・介護関連の施設、事業所との関係づくりは昔から行っている。

(2) 地域包括ケアに関する取組・効果の実際

- 一昨年から、地域の医療・介護に関する施設、事業所を対象とした「多職種連携の会」を立ち上げた。これによる効果は様々だが、地域の医療・介護に関する施設、事業所との関係性が強化されたほか、院内でも地域連携に関する関心が高まり、院内の医師向けにも退院支援や介護保険制度に関する啓発等を実施することにつながった。
- 多職種連携の会は、退院支援を前提とした連携促進に大きな役割を果たしているが、退院支援の促進のみを目的とするものではなく、地域の医療機関・事業所の関係性をつくることにもつながっている。

(3) 地域包括ケアの実践に関するポイント

<会議のねらいを事前に明確化しておく>

○多職種連携の会など、連携を目的とした会議は、何をねらいとして会議を開催するのか明らかにしておくことが、効果的な会議開催のポイントである。多職種連携の会では、少しでも成果を積み重ねていくことを重視した。これにより、参加者の動機づけ、成功体験が生まれ、より地域連携に積極的になっていく。

<関係機関の各職種が連携して、地域包括ケアに関する取組を推進>

○地域連携の企画・運営に関する専従職員はおらず、今後、地域包括ケアに関する活動をさらに展開しようとする、マンパワー的な不安があることは否定できないが、現在は、MSW、看護師、院外の事業所のケアマネジャー、訪問看護ステーションそれぞれの管理職的な立場にある職員を中心に、連携・協力しながら業務を進められている。

<医療と介護の連携のあり方>

○医療・介護の連携構築には医療・介護双方からの積極的な発信が必要。また、医療側から介護側にどれだけ積極的にアプローチできるかということも重要。専門職としてのやり取りは当然ある上で、グループワークや懇親会等を通してそれ以外の「ゆるい」場所をあえて作ることで、連携構築につながる。

2. 北茨城市民病院

所在地	茨城県北茨城市（人口:44,412人）
病床数	183床 一般病床:137床(一般病棟入院基本料(10対1)) 療養病床:46床(医療療養病棟)

(1) 地域包括ケアに関する背景

○少ない医師で今後増えていく高齢者への医療提供を行う観点から、特定の診療領域に特化した専門医の育成よりも、より広い診療領域に対応できる総合診療医（家庭医）の育成・確保が重要との考えを持っており、同県にある筑波大学と連携した種々の取組を行っている。

(2) 地域包括ケアに関する取組・効果の実際

- 病院内の看護師4人が、訪問看護を実施している。訪問時には必要性に応じ認定看護師と一緒に訪問し、専門的視点からの直接ケアや、訪問看護師への助言等を行うことがある。
- 大学との連携のもと、地域への在宅医療の提供および医師等の医療職への教育を目的とした「北茨城市民病院附属家庭医療センター」を立ち上げた。家庭医療センターは病院附属の診療所と位置付けられ、外来診療・訪問診療を行うほか、研修医の臨床や学生実習も行われている。
- 地域住民の暮らしを支えるとともに、地域の医療・介護専門職の連携を進めていく「コミュニティケア総合センター」を立ち上げた。地域住民からの様々な相談窓口として機能するとともに、地域の医療機関・介護事業所との密な連携を図り、地域住民を巻き込んだ活動を展開することで、地域づくり・コミュニティづくりを進めることを目的としている。センター内の各部署間はオープンスペースとして、センター内の機関・職員が連携しやすい形となっている。

(3) 地域包括ケアの実践に関するポイント

<医療・介護間の密な連携の構築、地域づくり>

- 医療・介護専門職の連携について、コミュニティケア総合センターの部署間をオープンスペースとすること、職員が地域のケアマネによる研究会に出席するなど、様々な形で連携の深化に努めている。関係機関の垣根を払うための方策を様々な点から行うことが重要な点と考える。
- また、専門職だけではなく、地域住民への周知啓発等を通じて、地域包括ケアに関する取組にいかに関わりを巻き込んでいくかという「地域づくり」も重要と考えている。

<行政との連携>

- 取組推進の背景には行政、特に市長の理解があったことが大きい。市長は元々医療・介護等分野を重要なものと考えているが、他自治体においても日頃から地域包括ケアの重要性・意義を行政に理解してもらうよう働き掛けることで、いざという時の円滑な取組の実現に繋がるものと考える。財源の確保についても、行政の理解を得ることは非常に重要である。

3. 甲賀市立信楽中央病院

所在地	滋賀県甲賀市（人口：90,901人）
病床数	40床 一般病床：40床（一般病棟入院基本料（13対1））

（1）地域包括ケアに関する背景

○信楽中央病院は平成26年に在宅療養支援病院を取得しているが、20年以上前から往診・訪問診療を続けている歴史があるなど、地域包括ケアに関する取組、地域連携や在宅患者の療養支援を行うことが元々当然に行われている病院である。

（2）地域包括ケアに関する取組・効果の実際

<訪問診療・往診>

- 常勤医5人全員が訪問診療・往診に従事している。元々かかりつけであった患者だけでなく、他の病院からの退院時に新規に依頼されるケースも多い。
- MSWがおらず、退院支援は病棟看護師長、主任が直接ケアマネジャー等との連携により行っている。当初は、病棟業務に追われ退院後の在宅生活に目が向かなかつたり、退院支援に消極的な看護師もいたが、在宅療養支援病院を取得していること、患者の退院支援が重要であることを折に触れて説明し、退院支援に関する意識を院内に浸透させていった。
- 退院支援をより円滑に行うためのツールとして、パンフレットの作成に向けて取り組んでいるところである。パンフレットの作成は、病棟看護師から取組が提案された。

（3）地域包括ケアの実践に関するポイント

<医療・介護間の密な連携の構築>

- 地域のケアマネジャー等と医師・看護師のやりとりがしやすい関係性が築かれている。この背景としては、実践経験に裏付けられた医師の在宅医療への理解等に加え、病院側からの積極的な働き掛けがあった。介護専門職が病院に感じる連携の難しさを緩和するための方策として、医療側からの積極的な働き掛けは効果の高いものである。

<地域包括ケアの重要性、取組等に関する院内周知>

- 病棟看護師から退院支援に関するパンフレットの作成等、地域包括ケア・地域連携に関する具体的な取組が提案された。退院支援・在宅生活の支援の重要性を職員が理解することで、こうした主体的・積極的な取組が出されるようになったことがうかがえた。

<取組を進めるための人員・マンパワー>

- 地域連携を専門とする職員がいないため、病棟看護師・看護部などの各職員が、業務の繁閑をみながら、また職員間で協力しながら、少しずつ地域包括ケアに関する取組を進めている。施設内の多部署、あるいは地域内の多施設が協力しながら、それぞれが得意とする分野の業務を分担することが、効率的な取組推進の1つの方法である。

4. 医療法人金澤会 青磁野リハビリテーション病院

所在地	熊本県熊本市（人口：740,822人）
病床数	232床 一般病床：77床（地域包括ケア病棟入院料1：36床、障害者施設等入院基本料：41床） 療養病床：155床（回復期リハビリテーション病棟入院料2：60床、介護療養病床：47床、医療療養病床：48床）

（1）地域包括ケアに関する背景

○熊本の地域特性として、住民の立場に近い立ち位置での医療提供がなされているように思う。退院後の生活まで気かけ、他機関と連携をとり、退院後の支援まで目を向けることが当たり前の雰囲気がある。

（2）地域包括ケアに関する取組・効果の実際

○200床を超える病院であるが、当院をかかりつけとする患者も多い。一方、回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟を有する病院として、療養病床を有する病院としての役割・機能も有しており、急性期以後の様々な役割に対応できる地域の病院となっている。このように、急性期以外の様々な役割を有することができている背景としては、熊本の医療機関が明確な役割分担のもと機能していることが挙げられる。こうした病院間の役割分担は、お互いの病院を信頼していないと難しく、ここにも日頃からの関係性構築の重要性がみてとれる。

○訪問診療はあくまで外来の延長としてとらえており、当院をかかりつけにしている患者の外来通院が難しくなった場合や、入院患者が在宅に復帰する際に「退院後の様子を見に行く」ということで訪問診療につながるケースがほとんど。外来に通えなくなっても同じ医師が診てくれるという患者への安心感、診療の継続性、また在宅復帰時に「先生が来てくれる」という安心感を持った退院ができ、心理的にも円滑な退院支援が行えるといった効果がある。

（3）地域包括ケアの実践に関するポイント

<地域とのつながり>

○地域に医療機関の顔が見えないことがある。病院の近所づきあいとでも言うべき、地域との連携が必要である。広報誌などを活用した病院の周知も一定の効果はあると思うが、地域の会合、集まりに直接病院職員が顔を出すことも重要である。これにより、地域の医療機関として根付き、当院の機能の一つである「大きな有床診療所」（かかりつけ医）としての機能をより発揮できるようになるほか、退院支援を含む地域連携も円滑に行えるようになる。

○小規模の病院であっても地域とのつながりを作っていくことは可能。地域で開催される懇話会へのMSWの参加や、併設の介護老人保健施設の管理職が事務局を担い、地域の医療・介護施設・事業所向けの勉強会を開催するなどしている。

4. 考察

本調査研究では、「7 又は 10 対 1 病棟を有する病院」「7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院」および「一般病棟を有しない病院」における取組状況やその効果、および取組におけるポイント等について、アンケート調査・ヒアリング調査により分析した。

<7 又は 10 対 1 病棟を有する病院>

■ 地域包括ケアに関する様々な取組への着手

- 許可病床数は平均 246.5 床であり、7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院(平均 123.4 床)と比較して病床数の多い大規模な病院が多かった。また、地域包括ケアに関して病院で実施している取組については、アンケート(全国調査)で設けた 16 項目(その他除く)のうち多くの項目で、7 又は 10 対 1 病棟を有する病院のほうが、回答割合が多い傾向にあった。
- 7 又は 10 対 1 病棟を有する病院は規模の大きさから職員数が多く、また地域連携部門等役割に応じた様々な部門が形成されていることも多いことから、地域包括ケアに関する様々な取組に着手していることがうかがえた。この点については、ヒアリング調査からも、7 又は 10 対 1 病院の院内部門の多さに触れる意見があった。
- なお、地域包括ケアに関する取組を病院の病床数別にみると、「地域包括ケア(退院支援)に関する院内職員への研修実施」など、多くの項目で病床数が多いほど実施している取組の割合が高くなる傾向にあった。地域包括ケアに関する取組には、7 又は 10 対 1 病棟の有無のほか、病院の病床規模も影響している可能性があることがうかがえた。

■ 退院支援を踏まえた地域包括ケアに関する取組

- 二次救急医療機関の指定を受けている病院が 61.1%、救命救急センターを有する病院が 10.8%と、急性期の機能を有する病院が多かった。また、アンケート(全国調査)から「地域包括ケア(退院支援)に関する院内職員への研修実施」の取組状況をみると、7 又は 10 対 1 病棟を有する病院では 44.7%、7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では 20.9%と差が見られたほか、アンケート(詳細調査)から地域包括ケアに関する院内職員の研修テーマをみると、7 又は 10 対 1 病棟を有する病院では「退院支援の具体的方法の説明」73.2%が最も多い状況であった。
- 急性期が多いことから、平均在院日数の短縮、患者の早期の在宅復帰等に伴う退院支援がより求められ、結果的に地域包括ケアに関する取組も退院支援等に関するものが多くなることが想定された。
- さらに、このような取組による効果は、病院と他の医療機関・施設・事業所間の退院支援に関する連携が強化されることにとどまらず、当該病院以外の地域の医療機関・施設・事業所間の連携強化にも資することが、ヒアリング調査からうかがえた。

■ 地域包括ケアに関する取組を進めるポイント

- 医療セクターからの積極的なアプローチにより介護側の心理的障壁を取り除き地域の介護に関する事業所等との連携を密にすることがある。具体的手法として、ヒアリング調査からは「あらかじめ目的を明らかにした上での地域連携の会の立ち上げと積極的な周知、参加の促進」「院内における地域包括ケアの取組の周知・理解促進」「少しずつでも形の見える取組の推進（情報共有シートなど）」などが挙げられたが、このような取組を病院側から発信することで、地域全体の医療・介護の質の向上や適切な住民の支援が行えるようになると思われた。
- 多くの病院は院内・院外における研修等を行っているが、何のためにその取組を行うのかを明確化し、その目的に資する手法・テーマを採用することや、病院側・医療側からの地域への積極的な働き掛けが、地域包括ケアの推進に有効であることが示唆された。
- また、アンケート調査（全国調査）では「最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組」「地域包括ケアの推進において最も重要と考える役割」のいずれにおいても、「在宅・施設患者の急変時の入院受入」が最も多い回答として挙げられた。在宅生活の継続にあたり、何かあった時に相談、入院が可能な機関があることは、身体的・精神的に介護者の大きな助けになることがうかがえた。
これは、7又は10対1病棟を有する病院以外の病院でも同様の傾向がみられ、どのような機能の病院にも共通する重要な機能・役割であると思われた。

<7又は10対1以外の一般病棟を有する病院>

■ 地域のニーズに沿った包括的な医療・生活支援の実践

- 本調査研究においては比較的病床数が少ない傾向がみられた（平均123.4床）。また、併設施設についてのアンケート調査（全国調査）結果をみると、「通所、訪問リハ事業所」（35.1%）、「介護老人保健施設」（24.1%）、「居宅介護支援事業所」（36.5%）などの項目で、併設していると回答した割合が多かった。
- この点について、ヒアリング調査で訪問した病院は、入院医療から出張診療所での診療、在宅医療までをすべて担う病院であったが、当該病院でなければ果たせない役割を、併設施設を含む各医療機関・施設・事業所等と密に連携しながら、地域に根差して行っている点が特徴と思われた。
- また、地域包括ケア病棟・地域包括ケア入院医療管理料算定病室を有する病院について、アンケート（全国調査）から受入経路・機能別の退院患者数の割合をみると、7又は10対1病棟を有する病院では「急性期からの受入」が63.9%と大半を占める一方、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「急性期からの受入」44.8%、「緊急時の受入（発症前の日常生活支援が必要）」27.4%などとなっており、病

院によって地域包括ケア病棟・病室の役割がより多様であることがうかがえた。

- 7又は10対1以外の一般病棟を有する病院の特徴としては、地域内の特徴・ニーズにあわせて様々な病院機能を有し、また必要な併設施設を有しながら、地域に根差した医療および様々な生活支援を包括的に提供していると思われた。

■ 往診・訪問診療の提供

- アンケート調査（全国調査）では、地域包括ケアに関する取組は、7又は10対1病棟を有する病院で多くの種類の取組が行われていたが、その中で7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では、往診・訪問診療を行う病院が多かった。
- また、アンケート調査（詳細調査）から、医師1人あたりの訪問診療の患者数をみると、1人あたり10人以上の訪問診療を行った病院は計54.5%、うち13.6%は医師1人あたり50人以上の訪問診療を行っており、医師等スタッフが少ない中で、地域の訪問診療等を必要とする患者を多く診ている傾向がうかがえた。
- ヒアリングを行った病院でも訪問診療を実施しており、従来当院がかかりつけであった患者への継続的な訪問診療の提供だけでなく、最初から訪問診療を目的とした紹介等も積極的に受ける方針がとられていた。このように、地域のニーズに応じた柔軟な医療の提供が、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院の特徴であると思われる。
- なお、地域包括ケアに関する取組を病院の病床数別にみると、100床未満の病院では44.6%が往診・訪問診療を直接実施していることから、7又は10対1病棟を有する病院においても、特に病床規模の小さい病院では地域のニーズに応じ往診・訪問診療を提供する病院も多くある点に留意が必要である。

■ 地域包括ケアに関する取組を進めるポイント

- ヒアリング調査からは「医療・介護間の密な連携の構築」「地域包括ケアの重要性、取組等に関する院内周知」などが挙げられた。
- 特に、地域包括ケアの重要性、取組等に関する院内周知に関しては、病院職員が地域包括ケアの推進による効果・必要性を認識することで、自ら地域包括ケアに関する取組を主体的に提案・実践する例がみられていた。これにより、具体的で効果の高い地域包括ケアに関する取組が行えるほか、様々な部署・職種により、少ないマンパワーの中でも多様な活動が行えていることがうかがえた。
- また、7又は10対1病棟を有する病院と同様、「医療セクターからの積極的なアプローチにより介護側の心理的障壁を取り除くこと」の有用性に関する意見がヒアリングにより聞かれており、地域包括ケアの推進にあたり中核的な役割を果たす医療側の働きかけ、意識の重要性は、どのような病院にも共通することがうかがえた。

<一般病棟を有しない病院>

■ 患者の状況等を踏まえた退院支援、地域包括ケアに関する取組の実践

- 病床数の平均は 157.7 床と、比較的病床数が少ない傾向が見られた。
- 併設施設については、「通所・訪問リハ事業所」(35.9%)、「居宅介護支援事業所」(34.7%)が多く、7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院と同様の傾向がみられた。また、「グループホーム」は 21.0%と比較的多いが、これは退院先の認知症高齢者グループホーム、障害者グループホームが併設されている病院が多いものと思われる。
- ヒアリング調査で訪問した病院でも、地域包括ケア病棟、障害者施設等入院基本料算定病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟等様々な病床機能を有し、また地域の医療機関や介護事業所等との連携を図られており、患者の状況にあわせた支援が提供されていた。
- これらのことから、一般病棟を有しない病院においても、患者のニーズに沿った退院支援等、地域連携・地域包括ケアに関する取組が進められていることがうかがえた。

■ 地域包括ケアに関する取組を進めるポイント

- ヒアリング調査からは、地域の医療機関として根付き、患者のニーズ、地域のニーズを踏まえた病院機能を発揮するために、地域とのつながりが重要であることが指摘された。
- 一般病棟を有しない病院は、病床規模の小さい病院も多く含まれることが想定されるが、小規模の病院においても、自治会町内会単位で開催される集まりに病院職員が参加する、地域の医療・介護専門職向けの勉強会を主催するなど、様々な機会をとらえて地域との連携を進めることができる。また、地域包括支援センター等、福祉・介護に関わる併設施設・関連施設を有する場合は、戦略的な職員異動により幅広い分野を職員に経験させることなども重要である。
- なお、当調査における「一般病棟を有しない病院」には、精神病床のみを有する病院、療養病床のみを有する病院等、様々な機能を有する病院が広く含まれるため、上記を参考としつつ、病院ごとの機能・特性に照らした地域包括ケアの取組を検討することが望ましい。

5. 提言・まとめ

- 7又は10対1病棟を有する病院では、医療セクターからの積極的なアプローチにより介護側の心理的障壁を取り除き、地域の介護に関する事業所等との連携を密にすることが重要と考えられた。このため、病院側からの働きかけにより、地域全体の医療・介護の質の向上や適切な住民の支援を促進していくことが必要である。また、地域包括ケアに関して最も多く取り組まれていること、また取り組むべきと考えられていることは「在宅・施設患者の急変時の入院受入」であり、在宅生活の継続において医療面の相談・入院が可能な機関があることは、身体的・精神的に介護者の大きな助けになることがうかがえた。
- 7又は10対1以外の一般病棟を有する病院の特徴としては、地域内の特徴・ニーズにあわせて様々な病院機能を有し、また必要な併設施設を有しながら、地域に根差した医療および様々な生活支援を包括的に提供していることがうかがえた。一方、職員が少なく、地域包括ケアに関する取組を進めるためのマンパワーが十分でないことも想定されることから、病院職員が地域包括ケアの推進による効果・必要性を認識するための取組を進め、自ら地域包括ケアに関する取組を主体的に提案・実践できるようにすることが重要である。
- 一般病棟を有しない病院では、地域の医療機関として根付き、患者のニーズ、地域のニーズを踏まえた病院機能を発揮するために、地域とのつながりを構築・発展させることが重要な点の一つと考えられるが、精神病床や療養病床など、病院により様々な機能を有することが想定されるため、病院ごとの機能・特性に照らした効果的な取組を検討することが望ましい。
- 本調査研究では、7又は10対1病棟を有する病院の有無等に着目し、様々な分析を行った。各地での地域包括ケアシステムの実践にあたっては、上記の分析結果を踏まえ、地域ごとの人口構成、疾病構造や医療・介護の需給、地域格差等を考慮した、ご当地ならではの取組を進めていくことが必要である。また、取組の推進にあたっては、各地の地域特性等に応じ、本調査研究のアンケートやヒアリング調査から得られた独創的な取組、高い効果のみられた取組を参考にすることも有用と思われる。

目次

I 調査研究の概要	1
1. 本調査研究の目的	1
2. 調査研究方法	1
II アンケート調査結果（全国調査）	8
1. 病院の概要等	8
2. 病院の医療機能等	12
3. 回復期リハビリテーション病棟について	15
4. 地域包括ケア病棟・地域包括ケア入院医療管理料算定病室について	18
5. 地域包括ケアに関連する取組等について	25
III アンケート調査結果（詳細調査）	41
1. 病院の概要等	41
2. 病院の地域包括ケアに関する取組	44
IV ヒアリング調査結果	115
1. 医療法人仙養会 北摂総合病院	115
2. 北茨城市民病院	119
3. 甲賀市立信楽中央病院	123
4. 医療法人金澤会 青磁野リハビリテーション病院	128
V 考察	133
VI 提言・まとめ	137
VII 附録 調査票	138
VIII 事業実施体制	150

I 調査研究の概要

1. 本調査研究の目的

地域包括ケアの推進に関しては、近年、介護保険制度の改正による各種地域支援事業の充実やサービスの重点化・効率化といった変更もあり、医療機関・施設・事業所等の連携のもと、身近な地域でサービス提供を行える体制構築が今後さらに推し進められるものと考えられる。

このような中、地域の中核医療機関が地域包括ケアの中で地域の医療機関・施設・事業所等と有機的に連携し、成果を挙げている事例を全国から収集し、情報提供することは、地域特性に応じた地域包括ケアの構築に資するものとする。

上記の背景をもとに、本調査研究では地域包括ケアの中で中核医療機関が果たしている役割をアンケート調査によって明らかにするとともに、地域包括ケアに積極的に参画し、効果をあげている中核医療機関の活動を事例集としてとりまとめ、地域の中核医療機関が地域包括ケアに参画する際のポイントや果たしている役割、期待される効果を明らかにすることを目的とした。

※ここでの「中核医療機関」は、高度急性期病院や病床数の多い病院等、医療における基幹病院に限定せず、「地域包括ケアにおいて中心的な役割を果たすことが期待される医療機関」を指すものとした。

2. 調査研究方法

本調査研究はアンケート調査（全国調査、詳細調査）とヒアリング調査によって実施した。

(1) アンケート調査（全国調査）

■ 調査対象

全国の病院（8,452施設）を対象としたアンケート調査を実施した（悉皆調査）。

■ 実施方法

郵送配布・郵送回収（自記式）

■ 実施時期

平成28年10月11日（火）～10月31日（月）

■ 調査項目

調査票
<p>《病院の概要》</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 病院名、設置主体 <input type="checkbox"/> D P C 対象病院又は準備病院の該当の有無 <input type="checkbox"/> 許可病床数（一般病床、療養病床、精神病床、その他病床、合計） <input type="checkbox"/> 併設施設 <p>《病院の医療機能等》</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 病院の受けている指定等 <input type="checkbox"/> 病院が取得している施設基準等 <p>《回復期リハビリテーション病棟について（当該病棟を有する病院のみ）》</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 回復期リハビリテーション病棟入院料 1・2・3 別の許可病床数、病床利用率、平均在院日数 <input type="checkbox"/> 転帰先別の退院患者数 <input type="checkbox"/> 病棟の在宅復帰率 <p>《地域包括ケア病棟・地域包括ケア入院医療管理料算定病室について（当該病棟・病室を有する病院のみ）》</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟入院料 1・2 別および地域包括ケア入院医療管理料 1・2 別の許可病床数、病床利用率、平均在院日数 <input type="checkbox"/> 転帰先別の退院患者数 <input type="checkbox"/> 病棟の在宅復帰率 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟入院料等の算定病棟・病室の状況 <input type="checkbox"/> 受入経路・機能別の退院患者数 <input type="checkbox"/> 発症前の日常的な生活支援の必要性の評価の有無 <p>《地域包括ケアに関連する取組等》</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 地域連携専門部署の職種別職員数、退院調整の実施率 <input type="checkbox"/> 病院で実施している取組、および地域包括ケアの推進に最も効果的と考える取組 <input type="checkbox"/> 地域包括ケアの中で病院が担うべきと思う役割、および地域包括ケアの推進において最も重要と考える取組

■ 回収状況

発送件数	回収件数	回収率
8,452 件	1,894 件	22.4%

(2) アンケート調査（詳細調査）

■ 調査対象

全国調査に回答のあった病院から、下記の考え方に沿って抽出した 510 病院を対象としてアンケート調査を実施した。

【抽出の考え方】

- 全国調査票の「5. 地域包括ケアに関連する取組等」の(2)（貴院で実施している取組）については、調査項目のうち
 - ・【視点①】「地域の関係機関との連携等に関すること」（設問 1～設問 9）
 - ・【視点②】「患者・家族や住民の支援等に関すること」（設問 10～設問 16）の 2 つに分け、各視点から地域包括ケアに関する取組を調査する。
- 詳細調査対象病院の選定にあたっては、地域連携に関する取組、および患者・家族や地域住民を対象とした取組を幅広く行っている病院から、バランス良く対象病院を抽出するため、**【視点①】、【視点②】ごとに各病院からの回答数を集計し**、取り組んでいるとの回答数が多い病院を調査対象とする。
- さらに、一般病棟入院基本料算定病棟の有無や、当該算定病棟の看護配置（7 又は 10 対 1 の病棟と、それ以外の病棟）によっても、地域包括ケアに関する取組状況は異なることが想定されるため、上記【視点①】、【視点②】に加え、**(1)7 又は 10 対 1 病棟を有する病院、(2)7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院、(3)一般病棟を有しない病院**の 3 つの分類ごとに病院からの回答数を集計し、取り組んでいるとの回答数が多かった順に、合計 500 程度の対象病院を抽出する。

※上記 (1)～(3) の分類

(1) 7 又は 10 対 1 病棟を有する病院	: 一般病棟入院基本料のうち、7 対 1 入院基本料または 10 対 1 入院基本料を算定する病棟を有する病院
(2) 7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院	: 一般病棟入院基本料のうち、7 対 1 入院基本料または 10 対 1 入院基本料以外の入院基本料を算定する病棟を有する病院
(3) 一般病棟を有しない病院	: 一般病棟入院基本料算定病棟を有しない病院

- 病院抽出は、上記の 2 つの視点及び 3 つの病院の分類ごとに、均等な数を抽出することを基本とするが、7 または 10 対 1 病棟の有無による差に注目するため、上記(1)、(2)の対象病院を多く抽出する。

上記の考え方にに基づき、2 つの視点及び 3 つの病院の分類ごとに、各病院の回答数を計算すると、下記のとおりであった。

なお、詳細調査では 3 つの病院の分類から、それぞれ均等な数の病院を抽出することとしたため、7 又は 10 対 1 病棟を有する病院では他の病院分類と比較して、地域包括ケアに関する取組における回答数が比較的多い病院が抽出されている。(例えば、7 又は 10 対 1 病棟を有する病院において、視点①では回答数が 7 項目以上の病院、視点②では回

答数が6項目以上の病院を抽出したが、7又は10対1病棟以外の一般病床を有する病院においては、視点①・視点②とも回答数が2項目以上の病院を抽出している)

このため、詳細調査を基にした3つの病院分類の取組状況の比較は、偏りを生じた結果になりうる点について、留意が必要である。

上記の方法により、名称・連絡先が不明な病院、視点①・視点②に重複して抽出された病院等を除いた対象病院数は、下記のとおりであった。

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
視点①により抽出した病院	102 病院	100 病院	50 病院
視点②により抽出した病院	105 病院	100 病院	53 病院

→計 510 病院

■ 実施方法

郵送配布・郵送回収（自記式）

■ 実施時期

平成28年12月13日（火）～平成29年1月5日（木）

■ 調査項目

調査票
<<病院の概要等>> <input type="checkbox"/> 設置主体 <input type="checkbox"/> 許可病床数 <input type="checkbox"/> 職員数 <input type="checkbox"/> 入院患者数・退院患者数 <input type="checkbox"/> 施設基準等 <<病院の地域包括ケアに関する取組>> (1) 地域包括ケアに関する院内職員への研修 <input type="checkbox"/> 地域包括ケアに関する院内職員への研修の実施状況 <input type="checkbox"/> 研修で取り上げたテーマ、実施内容 <input type="checkbox"/> 院内職員への研修により得られたと感じる効果 <input type="checkbox"/> 院内職員への研修による具体的な効果 (2) 地域の医療・介護関係者向けの研修 <input type="checkbox"/> 地域の医療・介護関係者向けの研修の実施状況 <input type="checkbox"/> 研修の定期的な実施の有無 <input type="checkbox"/> 研修で取り上げたテーマ、実施内容 <input type="checkbox"/> 研修により得られたと感じる効果 <input type="checkbox"/> 研修による効果の具体的な内容 (3) 自治体を実施する地域包括ケアに関する取組への参加・協力状況 <input type="checkbox"/> 自治体を実施する地域包括ケアに関する取組への参加・協力状況 <input type="checkbox"/> 参加または協力した自治体の取組・事業等

調査票

- 地域包括ケアに関する取組への参加・協力により得られたと感じる効果
- 参加・協力による効果の具体的な内容
 - (4) 在宅・施設患者の急変時の入院受入
 - 在宅・施設患者の急変時の入院受入の実施状況
 - 1 か月間に受入を行った患者数
 - (5) 医療必要度の高い在宅患者のレスパイト入院の受入
 - 医療必要度の高い在宅患者のレスパイト入院（レスパイト）の受入
 - 1 か月の入院期間別レスパイト患者数
 - レスパイトにより得られたと感じる効果
 - レスパイトによる効果の具体的な内容
 - (6) 往診・訪問診療を自院の医師・歯科医師が直接実施
 - 往診・訪問診療の実施状況
 - 1 か月間に往診を行った患者数
 - 1 か月間に訪問診療を行った患者数
 - 在宅患者の看取りを行った患者数
 - 往診・訪問診療に従事する医師数
 - 往診・訪問診療の患者数の、2 年前と比べた変化
 - 往診・訪問診療を自院で直接実施する理由
 - 往診・訪問診療を自院で直接実施することの利点
 - (7) 訪問看護を自院で直接実施
 - 訪問看護の実施状況
 - 1 か月間に訪問看護を行った患者数
 - 訪問看護に従事する職員数
 - 訪問看護を自院で直接実施する理由
 - 訪問看護を自院で直接実施することの利点
 - (8) 地域の医療・介護関係者への退院前カンファレンスの参加依頼
 - 地域の医療・介護関係者への退院前カンファレンスの参加依頼の実施状況
 - 地域の医療・介護関係者が参加して行う退院前カンファレンスの割合
 - 退院前カンファレンスに参加した地域の医療・介護関係者
 - 地域の医療・介護関係者に参加してもらうための工夫
 - (9) 地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成
 - 地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成状況
 - 地域の医療・介護関係者と連携して退院支援計画を作成した割合
 - 退院支援計画の作成において、地域の医療・介護関係者と連携するための手法
 - 退院支援計画の作成において、地域の医療・介護関係者と連携するための工夫
 - (10) 入院患者へのリハビリテーションの実施状況
 - 回復期リハビリテーション病棟の入院患者数
 - 疾患別リハビリテーション等を実施した入院患者数
 - ADL 維持向上等体制加算を算定した人数
 - 上記以外の個別リハビリテーションを実施した人数
 - 集団リハビリテーションを実施した人数
 - 入院患者へのリハビリテーションにより得られたと感じる効果

■ 回収状況

発送件数	回収件数	回収率
510 件	197 件	38.6%

(3) ヒアリング調査

本ヒアリング調査は、7 又は 10 対 1 病棟を有する病院、7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院等の取組を比較することではなく、様々な特性を持つ各病院の取組内容の特徴をまとめ、事例として提示することを目的として実施した。

対象病院は下記の方法により 4 病院を抽出した。

<詳細調査への回答があった病院を 4 つに区分>

アンケート詳細調査への回答があった病院を、「7 又は 10 対 1 病棟を有する病院」、「7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院」、「一般病棟を有しない病院」の 3 つの区分で分類した。さらに、全国調査において回答の多かった「7 又は 10 対 1 病棟を有する病院」については、「視点①」の取組が多かった病院、および「視点②」の取組が多かった病院の 2 つに分類した。

<4 区分ごとに、地域包括ケアに関する取組を多く行っている病院を抽出>

地域包括ケアに関する取組を多く行っている病院として、詳細調査票のうち、地域包括ケアに関する取組を問う項目である問 4～問 8 の回答数が多かった病院を検索した。

<4 区分から各 1 病院を選定>

回答数が多かった病院を、4 区分ごとに 1 病院ずつ選び、計 4 病院をヒアリング対象病院とした。

また、病院の選定にあたっては、以下のような基準にも配慮した。

- ①自由記載を含む回答内容から、取組による効果があったと想定される病院を選ぶ。
- ②選ばれた 4 病院が地理的に偏らないよう、配慮する。
- ③選ばれた 4 病院が、同じような取組をしている病院とならないよう、配慮する。
- ④病床数、設置主体（公的／民間等）、地域包括ケア病棟の有無等についても、特定の偏りが生じないように配慮する。

選定されたヒアリング対象病院は、以下のとおりである。

施設名	所在地	実施日
医療法人仙養会 北摂総合病院	大阪府高槻市	平成 29 年 2 月 17 日
北茨城市民病院	茨城県北茨城市	平成 29 年 3 月 6 日
甲賀市立信楽中央病院	滋賀県甲賀市	平成 29 年 2 月 22 日
医療法人金澤会 青磁野リハビリテーション病院	熊本県熊本市	平成 29 年 2 月 15 日

(参考) 詳細調査票における、地域包括ケアに関する取組を聞いた項目

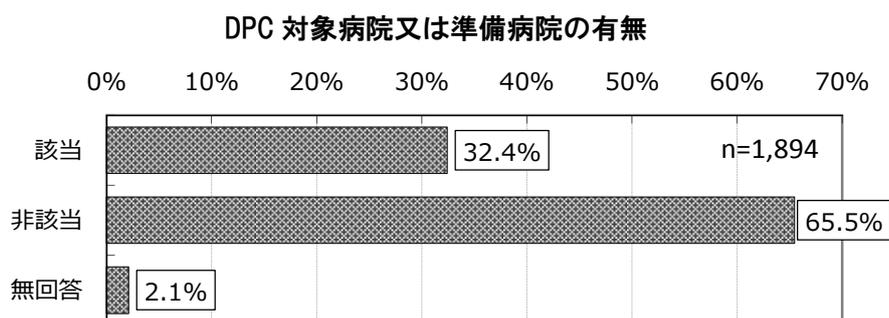
- ① 問4「地域包括ケアに関する院内職員への研修実施」
- ② 問5「地域の医療・介護関係者向けの研修実施」
- ③ 問6「自治体を実施する地域包括ケアに関する取組への参加・協力」
- ④ 問7の1「在宅・施設患者の急変時の入院受入」
- ⑤ 問7の2「医療必要度の高い在宅患者のレスパイト入院（以下レスパイト）の受入」
- ⑥ 問7の3「往診・訪問診療を貴院の医師・歯科医師が直接実施」
- ⑦ 問7の4「訪問看護を貴院が直接実施」
- ⑧ 問8の1「地域の医療・介護関係者に退院前カンファレンスへの参加依頼を実施」
- ⑨ 問8の2「地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成」

Ⅱ アンケート調査結果（全国調査）

1. 病院の概要等

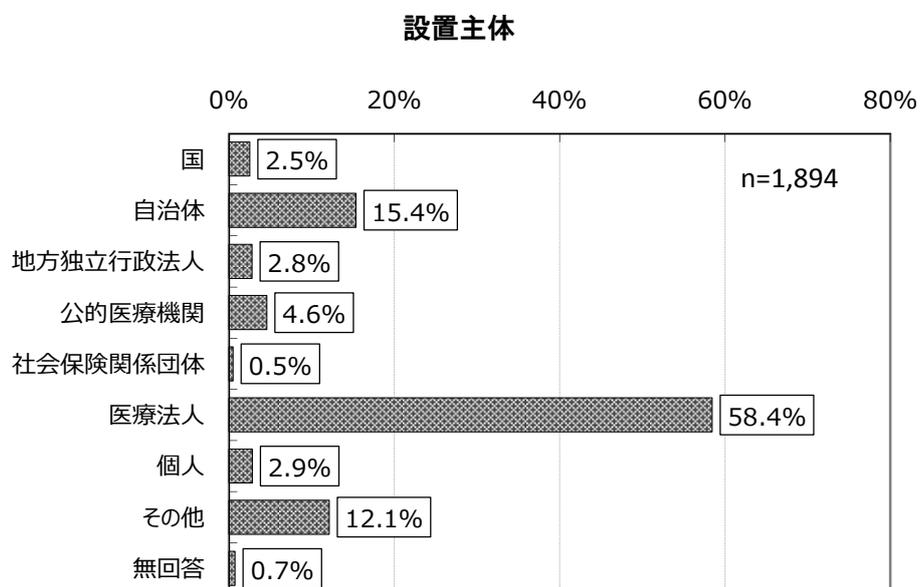
■ DPC 対象病院又は準備病院

DPC 対象病院又は準備病院の該当の有無については、「該当」32.4%、「非該当」65.5%であった。



■ 設置主体

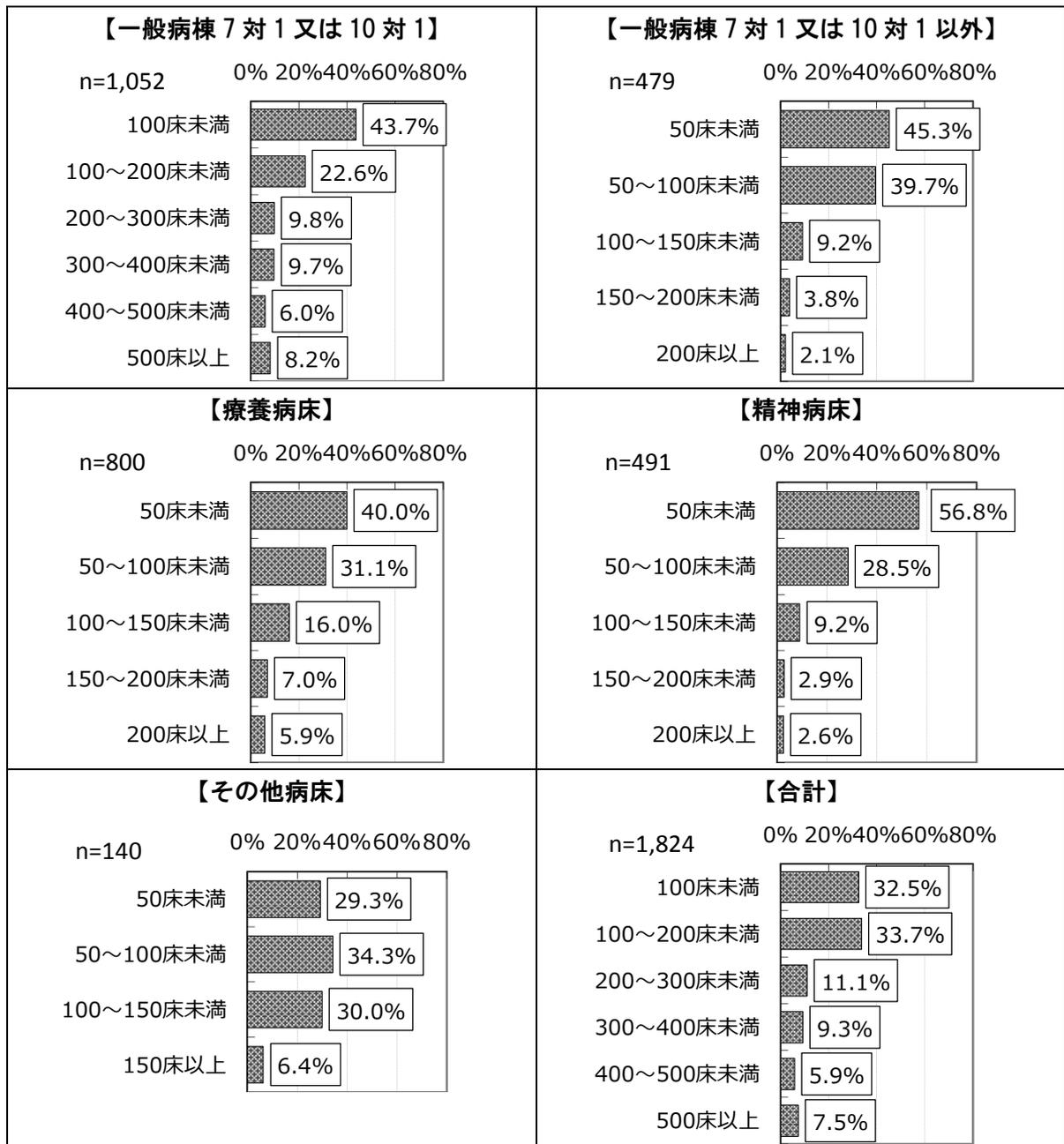
病院の設置主体は、「医療法人」58.4%が最も多く、次いで「自治体」15.4%、「公的医療機関」4.6%であった。



■ 許可病床数

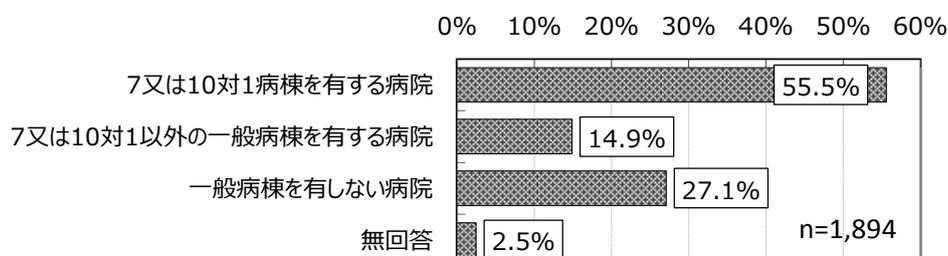
病床種別に許可病床数をみると、最も多くの病院が保有していた病床種別は「一般病棟入院基本料 7 対 1 又は 10 対 1 病棟」1,052 施設、次いで「療養病床」800 施設であった（いずれも無回答除く）。また、合計の病床数についてみると、最も多かったのは「100～200 床未満」33.7%、次いで「100 床未満」32.5%であった。

許可病床数（病床種別別）



また、一般病棟入院基本料 7 対 1 又は 10 対 1 病棟の有無をみると、「7 又は 10 対 1 病棟を有する病院」が 55.5% (1,052 病院)、「7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院」が 14.9% (282 病院) であった。

一般病棟入院基本料 7 対 1 および 10 対 1 病棟の有無



※「許可病床数」で「一般病棟入院基本料 7 対 1 または 10 対 1 病棟」に 1 以上の回答のあった病院を「7 又は 10 対 1 病棟を有する病院」とし、「7 対 1 または 10 対 1 以外の一般病棟入院基本料病棟」に 1 以上の回答のあった病院を「7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院」とした。

■ 病院全体の許可病床数 (7 又は 10 対 1 病棟の有無別)

一般病棟入院基本料 7 又は 10 対 1 病棟を有する病院と有しない病院、および一般病棟を有しない病院別に、病院全体の許可病床数をみると、7 又は 10 対 1 病棟を有する病院の平均病床数は 246.5 床であり、内訳は「100～200 床」未満 31.7% が最も多く、次いで「100 床未満」25.3% であった。7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院の平均病床数は 123.4 床であり、内訳は「100 床未満」52.1% が最も多く、次いで「100～200 床未満」33.3% であった。

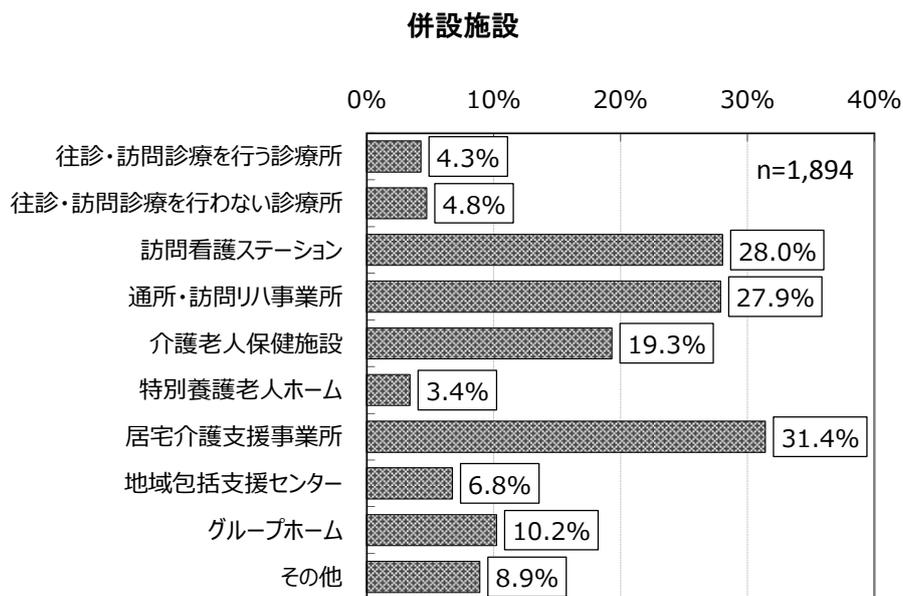
病院全体の許可病床数 (7 又は 10 対 1 病棟の有無別)

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象数	1052	282	490
100床未満	25.3%	52.1%	36.7%
100～200床未満	31.7%	33.3%	38.2%
200～300床未満	11.0%	8.5%	12.9%
300～400床未満	12.3%	3.2%	6.5%
400～500床未満	8.1%	1.8%	3.5%
500床以上	11.6%	1.1%	2.2%
(1施設あたり平均)	246.5床	123.4床	157.7床

■ 併設施設

病院の併設施設は「居宅介護支援事業所」31.4%が最も多く、次いで「訪問看護ステーション」28.0%、「通所・訪問リハ事業所」27.9%、であった。

また、併設施設を7又は10対1病棟の有無別にみると、7又は10対1病棟を有する病院では「訪問看護ステーション」30.6%が最も多く、次いで「居宅介護支援事業所」28.2%であった。7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「居宅介護支援事業所」36.5%が最も多く、次いで「通所・訪問リハ事業所」35.1%であった。



	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象数	1052	282	490
往診・訪問診療を行う診療所	4.6%	3.9%	4.1%
往診・訪問診療を行わない診療所	5.2%	3.5%	4.7%
訪問看護ステーション	30.6%	24.5%	24.1%
通所・訪問リハ事業所	23.1%	35.1%	35.9%
介護老人保健施設	17.5%	24.1%	20.8%
特別養護老人ホーム	3.3%	4.3%	3.7%
居宅介護支援事業所	28.2%	36.5%	34.7%
地域包括支援センター	7.1%	5.0%	7.3%
グループホーム	4.4%	10.6%	21.0%
その他	6.8%	9.2%	12.9%

併設施設を病床数別にみると、回答数の多かった「訪問看護ステーション」では「200～300床未満」35.0%が最も多く、「通所・訪問リハ事業所」では「100～200床未満」40.5%が最も多かった。また、「介護老人保健施設」では「200～300床未満」が最も多く、「居宅介護支援事業所」では「100床未満」が最も多かった。併設施設の種類にもよるが、病床数の少ない病院では併設施設が比較的多い傾向がうかがえた。

併設施設（病床数別）

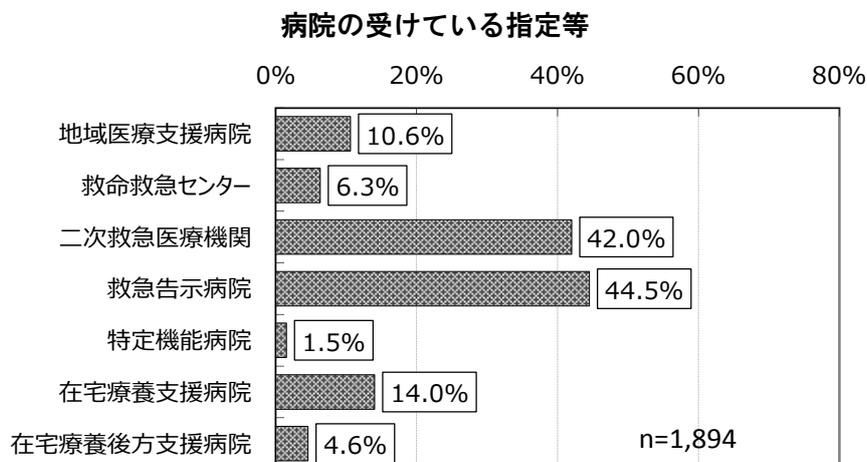
	100床未満	100～200 床未満	200～300 床未満	300～400 床未満	400～500 床未満	500床以上
対象数	593	615	203	170	107	136
往診・訪問診療を行う診療所	2.5%	6.3%	3.9%	4.1%	4.7%	3.7%
往診・訪問診療を行わない診療所	5.7%	5.0%	4.9%	3.5%	4.7%	1.5%
訪問看護ステーション	20.1%	34.3%	35.0%	27.6%	29.0%	22.1%
通所・訪問リハ事業所	29.5%	40.5%	25.1%	14.1%	12.1%	4.4%
介護老人保健施設	16.9%	22.9%	24.1%	20.6%	16.8%	8.1%
特別養護老人ホーム	2.9%	4.4%	4.4%	3.5%	2.8%	2.2%
居宅介護支援事業所	30.0%	41.8%	28.6%	24.1%	19.6%	11.0%
地域包括支援センター	5.6%	8.5%	6.9%	5.9%	9.3%	4.4%
グループホーム	8.1%	11.4%	15.3%	10.0%	7.5%	3.7%
その他	9.3%	9.9%	9.4%	10.0%	4.7%	2.9%

2. 病院の医療機能等

■ 病院の受けている指定等

病院の受けている指定等は「救急告示病院」44.5%が最も多く、次いで「二次救急医療機関」42.0%、「在宅療養支援病院」14.0%であった。

また、病院の受けている指定等を7又は10対1病棟の有無別にみると、7又は10対1病棟を有する病院、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院ともに「救急告示病院」が最も多かったが、7又は10対1病棟を有する病院では64.1%、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では40.8%と、23.3ポイントの差があった。また、7対1病棟を有しない病院では、「地域医療支援病院」「救命救急センター」「特定機能病院」が1%程度またはそれ以下と、指定を受けている病院が少ない状況であった。



病院の受けている指定等（7又は10対1病棟の有無別）

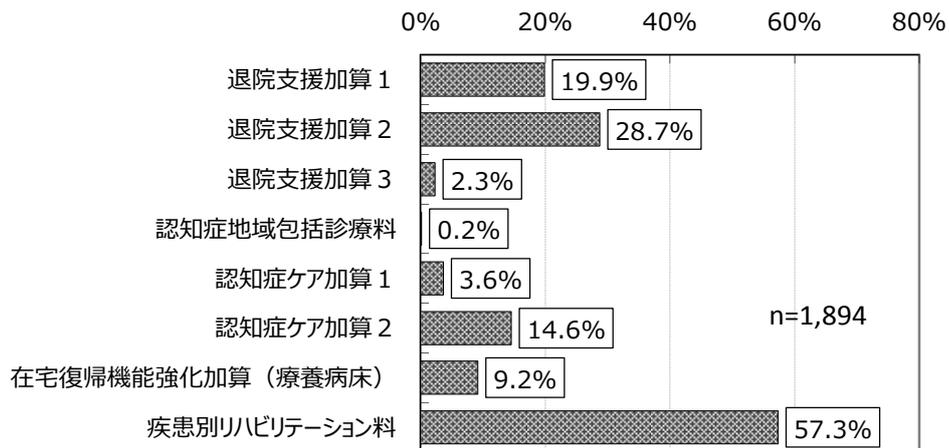
	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象数	1052	282	490
地域医療支援病院	17.4%	1.1%	0.6%
救命救急センター	10.8%	0.4%	0.2%
二次救急医療機関	61.1%	32.3%	6.9%
救急告示病院	64.1%	40.8%	5.5%
特定機能病院	2.5%	0.0%	0.0%
在宅療養支援病院	15.3%	17.4%	10.6%
在宅療養後方支援病院	6.2%	3.5%	2.0%

■ 病院が取得している施設基準等

病院が取得している施設基準等は「疾患別リハビリテーション料」57.3%が最も多く、次いで「退院支援加算2」28.7%、「退院支援加算1」19.9%であった。

また、病院が取得している施設基準等を7又は10対1病棟の有無別にみると、7又は10対1病棟を有する病院は「疾患別リハビリテーション料」66.5%が最も多く、次いで「退院支援加算2」38.5%、「退院支援加算1」30.2%であった。7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「疾患別リハビリテーション料」55.7%が最も多く、次いで「退院支援加算2」16.3%、「認知症ケア加算2」13.5%であった。7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「退院支援加算1」は6.4%と、有する病院より23.8ポイント低かった。

病院が取得している施設基準等



	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象数	1052	282	490
退院支援加算 1	 30.2%	 6.4%	 6.1%
退院支援加算 2	 38.5%	 16.3%	 15.9%
退院支援加算 3	 3.8%	 0.7%	 0.2%
認知症地域包括診療料	0.3%	0.0%	0.0%
認知症ケア加算 1	 5.6%	 1.1%	 0.8%
認知症ケア加算 2	 14.4%	 13.5%	 16.5%
在宅復帰機能強化加算 (療養病床)	 5.8%	 9.2%	 17.6%
疾患別リハビリテーション料	 66.5%	 55.7%	 41.0%

3. 回復期リハビリテーション病棟について

■ 許可病床数、病床利用率、平均在院日数

回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定病棟を有する施設は171施設あり、許可病床数は1施設あたり平均68.5床、病床利用率は91.5%、平均在院日数は71.9日であった。うち、7又は10対1病棟を有する病院では平均在院日数が66.3日、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では79.8日であり、7又は10対1病棟を有する病院のほうが平均在院日数は短い傾向であった。

回復期リハビリテーション病棟入院料2の算定病棟を有する施設は180施設あり、許可病床数は1施設あたり平均47.9床、病床利用率は83.4%、平均在院日数は68.7日であった。うち、7対1病棟を有する病院では平均在院日数が62.6日、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では72.2日であり、入院料1と同様、7又は10対1病棟を有する病院のほうが平均在院日数は短い傾向であった。

許可病床数、病床利用率、平均在院日数（保有施設1施設あたり平均）

	保有施設数	許可病床数	病床利用率	平均在院日数
入院料1の算定病棟	171施設	68.5床	91.5%	71.9日
うち、7又は10対1病棟を有する病院	100施設	55.7床	91.7%	66.3日
うち、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	25施設	73.4床	89.3%	79.8日
うち、一般病棟を有しない病院	43施設	94.8床	92.7%	80.1日
入院料2の算定病棟	180施設	47.9床	83.4%	68.7日
うち、7又は10対1病棟を有する病院	101施設	42.7床	82.3%	62.6日
うち、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	33施設	53.5床	80.6%	72.2日
うち、一般病棟を有しない病院	39施設	56.5床	88.0%	81.1日
入院料3の算定病棟	28施設	45.1床	70.3%	66.4日
うち、7又は10対1病棟を有する病院	12施設	42.9床	73.1%	58.0日
うち、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	9施設	46.0床	64.9%	67.4日
うち、一般病棟を有しない病院	7施設	47.9床	72.6%	79.6日

※無回答を除いているため、内数の合計と全体の数は必ずしも一致しない。

■ 転帰先別の退院患者数

平成28年6月の1か月間における転帰先別の退院患者数をみると、最も多かったのは「自宅に退院」23.1人であり、次いで「他病院（療養病床含む）に転院」2.7人、「介護老人保健施設・特別養護老人ホームに入所」2.2人であった。

これを各病棟の有無別にみると、いずれの病院でも「自宅に退院」が最も多かったが、次いで、7又は10対1病棟を有する病院では「自院の他病棟に転棟」2.8人、「他病院（療養病床含む）に転院」2.3人が多く、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「他病棟（療養病床含む）に転院」2.9人、「介護老人保健施設・特別養護老人ホームに入所」2.7人が多かった。7対1病棟を有しない病院では、施設入所・転院による退院患者数が多い傾向であった。

転帰先別の退院患者数

	退院患者数			
		7又は10対1 病棟を有する病 院	7又は10対1 以外の一般病 棟を有する病院	一般病棟を有 しない病院
自宅に退院	23.1人	26.2人	21.6人	18.1人
介護老人保健施設・特別養護老人 ホームに入所	2.2人	2.1人	2.7人	2.4人
自院の他病棟に転棟	1.9人	2.8人	1.0人	0.5人
他病院（療養病床含む）に転院	2.7人	2.3人	2.9人	3.5人
居住系施設に入所	1.6人	1.3人	1.9人	1.8人
その他	0.5人	0.5人	0.3人	0.8人
(計)	32.0人	35.2人	30.4人	27.2人

転帰先別の退院患者数（退院患者数の合計に占める割合）

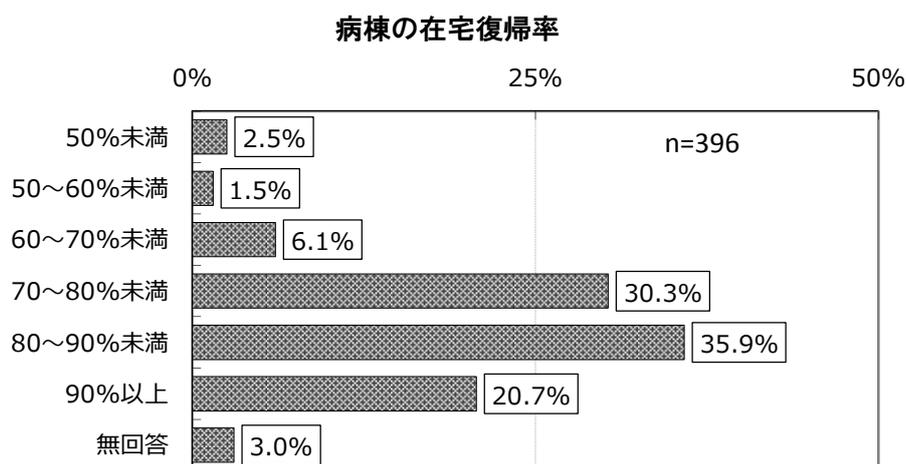
	退院患者数			
		7又は10対1 病棟を有する病 院	7又は10対1 以外の一般病 棟を有する病院	一般病棟を有 しない病院
自宅に退院	72.2%	74.5%	71.1%	66.5%
介護老人保健施設・特別養護老人 ホームに入所	7.0%	5.8%	9.0%	9.0%
自院の他病棟に転棟	5.9%	7.9%	3.3%	1.8%
他病院（療養病床含む）に転院	8.3%	6.5%	9.6%	12.9%
居住系施設に入所	4.9%	3.8%	6.2%	6.7%
その他	1.7%	1.5%	0.8%	3.1%
(計)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※「転帰先別の退院患者数」で回答のあった施設をn数としている。

■ 在宅復帰率

回復期リハビリテーション病棟を有する施設における病棟の在宅復帰率は平均 80.4%であった。また、「80～90%未満」35.9%が最も多く、次いで「70～80%未満」30.3%、「90%以上」20.7%であった。

在宅復帰率を7又は10対1病棟の有無別にみると、7又は10対1病棟を有する病院では平均82.2%、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では82.0%であった。また、内訳をみると、7又は10対1病棟を有する病院、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院ともに「80～90%未満」が最も多く、7又は10対1病棟を有する病院で次いで多かったのは「70～80%未満」「90%以上」であり、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「90%以上」「70～80%未満」であった。7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では、「50%未満」の病院が1.6%であり、7又は10対1病棟を有する病院と比べ割合が多い傾向であった。



※「3. 回復期リハビリテーション病棟について」のいずれか1つ以上の設問で回答のあった施設をn数としている。

在宅復帰率（7又は10対1病棟の有無別）

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象数	223	64	97
50%未満	0.4%	1.6%	8.2%
50～60%未満	1.8%	1.6%	1.0%
60～70%未満	4.5%	9.4%	7.2%
70～80%未満	30.9%	21.9%	33.0%
80～90%未満	37.2%	34.4%	33.0%
90%以上	22.9%	26.6%	13.4%
無回答	2.2%	4.7%	4.1%

4. 地域包括ケア病棟・地域包括ケア入院医療管理料算定病室について

■ 許可病床数、病床利用率、平均在院日数

地域包括ケア病棟入院料1・2の算定病棟を有する施設は216施設あり、許可病床数は1施設あたり平均44.2床、病床利用率は78.9%、平均在院日数は29.3日であった。うち、7又は10対1病棟を有する病院では病床利用率が77.8%、平均在院日数が28.7日、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では病床利用率が87.1%、平均在院日数が37.1日であった。

地域包括ケア入院医療管理料1・2の算定病室を有する施設は208施設あり、許可病床数は1施設あたり平均16.5床、病床利用率は83.2%、平均在院日数は27.7日であった。うち、7又は10対1病棟を有する病院では平均在院日数が26.4日であり、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では33.0日であった。平均在院日数に関しては、地域包括ケア病棟入院料1・2および地域包括ケア入院医療管理料1・2のいずれにおいても、7又は10対1病棟を有する病院のほうが短い傾向であった。

地域包括ケア病棟入院料1・2算定病棟の許可病床数は、7又は10対1病棟を有する病院において43.8床、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院において46.2床であった。また、地域包括ケア入院医療管理料1・2算定病室の許可病床数は、7又は10対1病棟を有する病院において16.7床、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院において16.1床であり、7又は10対1病棟の有無による顕著な差はない傾向であった。

許可病床数、病床利用率、平均在院日数（保有施設1施設あたり平均）

	保有施設数	許可病床数	病床利用率	平均在院日数
地域包括ケア病棟入院料1・2の算定病棟	216施設	44.2床	78.9%	29.3日
うち、7又は10対1病棟を有する病院	182施設	43.8床	77.8%	28.7日
うち、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	13施設	46.2床	87.1%	37.1日
うち、一般病棟を有しない病院	14施設	40.2床	84.6%	32.1日
地域包括ケア入院医療管理料1・2の算定病室	208施設	16.5床	83.2%	27.7日
うち、7又は10対1病棟を有する病院	168施設	16.7床	83.4%	26.4日
うち、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	25施設	16.1床	80.2%	33.0日
うち、一般病棟を有しない病院	8施設	13.5床	90.9%	32.9日

※無回答を除いているため、内数の合計と全体の数は必ずしも一致しない。

■ 転帰先別の退院患者数

平成28年6月の1か月間における転帰先別の退院患者数をみると、最も多かったのは「自宅に退院」24.6人であり、次いで「自院の他病棟に転棟」3.1人であった。

これらを7又は10対1病棟の有無別にみると、7又は10対1病棟を有する病院、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院ともに「自宅に退院」が最も多かったが、7又は10対1病棟を有する病院では26.9人、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では12.4人であった。7又は10対1病棟の有無等による許可病床数の顕著な差はない中で、自宅への退院患者数には2倍程度の人数、20ポイント以上の差が見られた。

転帰先別の退院患者数

	退院患者数			
		うち、7又は10対1病棟を有する病院	うち、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	うち、一般病棟を有しない病院
自宅に退院	24.6人	26.9人	12.4人	10.9人
介護老人保健施設・特別養護老人ホームに入所	2.8人	2.8人	2.5人	3.0人
自院の他病棟に転棟	3.1人	3.1人	4.0人	2.5人
他病院（療養病床含む）に転院	2.1人	2.2人	2.0人	1.5人
居住系施設に入所	2.1人	2.0人	2.9人	2.3人
その他	1.1人	0.9人	1.7人	2.6人
（計）	35.8人	37.8人	25.5人	22.7人

転帰先別の退院患者数（退院患者数の合計に占める割合）

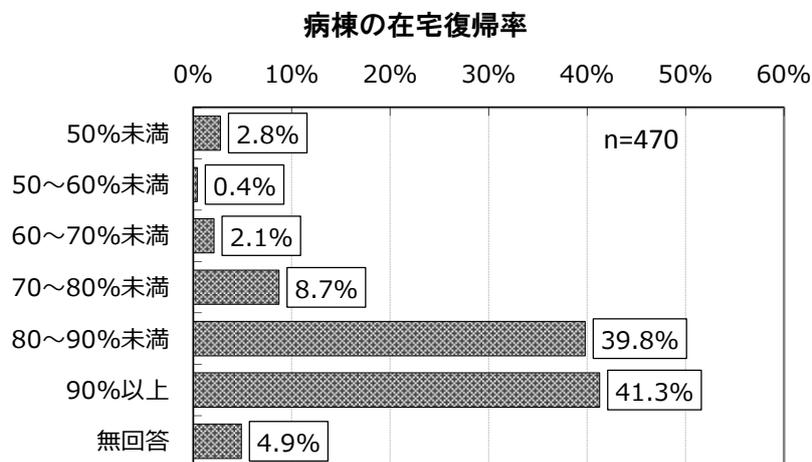
	退院患者数			
		うち、7又は10対1病棟を有する病院	うち、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	うち、一般病棟を有しない病院
自宅に退院	68.6%	71.1%	48.7%	42.8%
介護老人保健施設・特別養護老人ホームに入所	7.8%	7.3%	9.9%	11.7%
自院の他病棟に転棟	8.5%	8.1%	15.6%	9.8%
他病院（療養病床含む）に転院	5.9%	5.8%	7.8%	5.8%
居住系施設に入所	6.0%	5.3%	11.4%	9.0%
その他	3.1%	2.4%	6.7%	10.1%
（計）	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※「転帰先別の退院患者数」で回答のあった施設をn数としている。

■ 在宅復帰率

当該病棟等の在宅復帰率については平均 86.1%であった。また、「90%以上」41.3%が最も多く、次いで、「80～90%未満」39.8%、「70～80%未満」8.7%であった。

在宅復帰率を7又は10対1病棟の有無別にみると、7又は10対1病棟を有する病院では平均 88.1%、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では 84.9%であった。また、内訳をみると、7又は10対1病棟を有する病院では「90%以上」45.0%が最も多く、次いで「80～90%未満」38.7%であった。7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「80～90%未満」42.5%が最も多く、次いで「90%以上」32.5%であった。また、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「50%未満」の病院が 5.0%、7又は10対1病棟を有する病院では 0.8%と、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では、在宅復帰率が50%に満たない病院が多い傾向にあった。



※「4. 地域包括ケア病棟・地域包括ケア入院医療管理料算定病室について」のいずれか1つ以上の設問で回答のあった施設を n 数としている。

在宅復帰率（7又は10対1病棟の有無別）

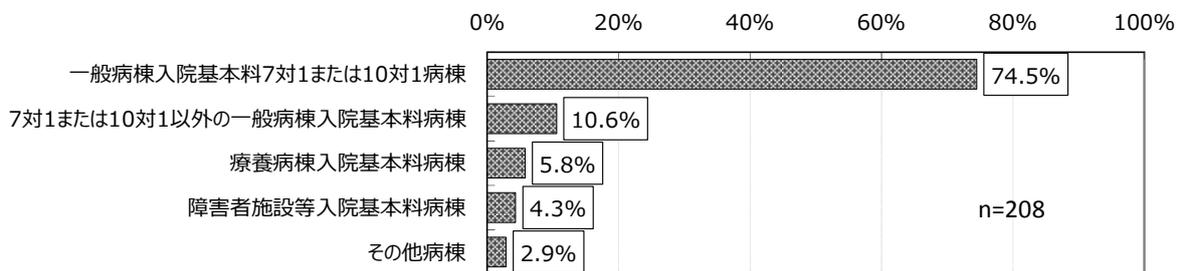
	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象数	382	40	32
50%未満	0.8%	5.0%	25.0%
50～60%未満	0.3%	0.0%	3.1%
60～70%未満	2.4%	2.5%	0.0%
70～80%未満	8.6%	10.0%	6.3%
80～90%未満	38.7%	42.5%	40.6%
90%以上	45.0%	32.5%	15.6%
無回答	4.2%	7.5%	9.4%
(平均)	88.1%	84.9%	86.1%

■ 地域包括ケア入院医療管理料算定病室のある病棟の基本料等

地域包括ケア入院医療管理料算定病室が、どのような入院基本料等を算定している病棟の中に設置されているかについてみると、病棟の種別としては「一般病棟入院基本料 7 対 1 又は 10 対 1 病棟」74.5%が最も多く、次いで「7 対 1 又は 10 対 1 以外の一般病棟入院基本料病棟」10.6%、「療養病棟入院基本料病棟」5.8%であった。

7 又は 10 対 1 病棟の有無別にみると、7 又は 10 対 1 病棟を有する病院では、88.7%の病院が「一般病棟入院基本料 7 対 1 又は 10 対 1 病棟」の中に、当該病室を有していた。7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では、「7 対 1 又は 10 対 1 以外の一般病棟入院基本料病棟」68.0%が最も多かった。

地域包括ケア入院医療管理料算定病室のある病棟の基本料等



※地域包括ケア入院医療管理料 1・2 算定病室の「許可病床数、病床利用率、平均在院日数」の設問で回答のあった施設を n 数としている。

※病棟が複数ある施設については複数回答となっている。

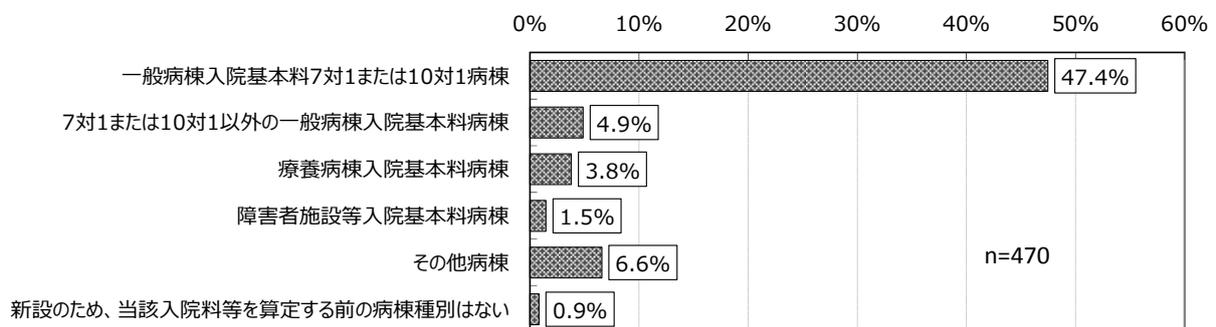
	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
一般病棟入院基本料7対1または10対1病棟	88.7%	0.0%	0.0%
7対1または10対1以外の一般病棟入院基本料病棟	2.4%	68.0%	0.0%
療養病棟入院基本料病棟	4.2%	4.0%	37.5%
障害者施設等入院基本料病棟	1.2%	8.0%	62.5%
その他病棟	0.0%	0.0%	0.0%

■ 地域包括ケア病棟入院料等を算定する前の基本料等

地域包括ケア病棟入院料等を算定する前の入院基本料等についてみると、「一般病棟入院基本料7対1又は10対1病棟」47.4%が最も多く、次いで「7対1又は10対1以外の一般病棟入院基本料病棟」4.9%、「療養病棟入院基本料病棟」3.8%であった。

7又は10対1病棟の有無別にみると、7又は10対1病棟を有する病院では「一般病棟入院基本料7対1又は10対1病棟」56.0%が最も多かった。また、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「7対1又は10対1以外の一般病棟入院基本料病棟」30.0%が最も多かった。

地域包括ケア病棟入院料等を算定する前の基本料等



※「4. 地域包括ケア病棟・地域包括ケア入院医療管理料算定病室について」のいずれか1つ以上の設問で回答のあった施設をn数としている。

※病棟が複数ある施設については複数回答となっている。

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象数	382	40	32
一般病棟入院基本料7対1または10対1病棟	56.0%	2.5%	6.3%
7対1または10対1以外の一般病棟入院基本料病棟	1.6%	30.0%	12.5%
療養病棟入院基本料病棟	3.1%	5.0%	9.4%
障害者施設等入院基本料病棟	1.0%	5.0%	3.1%
その他病棟	6.5%	2.5%	9.4%
新設のため、当該入院料等を算定する前の病棟種別はない	6.5%	2.5%	9.4%

■ 受入経路・機能別の退院患者数

平成 28 年 6 月の 1 か月間における、受入経路・機能別の退院患者数についてみると「急性期からの受入」25.3 人が最も多く、次いで「その他の受入」6.1 人、「緊急時の受入（発症前の日常的な生活支援が必要）」4.2 人であった。

うち、7 又は 10 対 1 病棟を有する病院についてみると、「急性期からの受入」27.8 人が最も多く、次いで「その他の受入」6.7 人であった。7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院についてみると「急性期からの受入」11.2 人が最も多く、次いで「緊急時の受入（発症前の日常的な生活支援が必要）」6.9 人であった。7 又は 10 対 1 病棟を有する病院では、急性期後の治療や回復期のリハビリを要する患者を予定入院で受け入れる経路・機能からの入院患者が多く、7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では、入院前から日常的な生活支援が必要であった方の緊急時の受入機能を目的とした入院患者が多い傾向があった。

受入経路・機能別の退院患者数（保有施設 1 施設あたり平均）

	退院患者数			
		うち、7 又は 10 対 1 病棟を有する病院	うち、7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院	うち、一般病棟を有しない病院
緊急時の受入 (発症前の日常的な生活支援が必要)	4.0 人	3.6 人	6.9 人	6.0 人
緊急時の受入 (発症前の日常的な生活支援は不要)	4.2 人	4.4 人	3.6 人	1.9 人
急性期からの受入	25.3 人	27.8 人	11.2 人	8.7 人
その他の受入	6.1 人	6.7 人	3.3 人	3.0 人
(計)	39.6 人	42.5 人	25.1 人	19.7 人

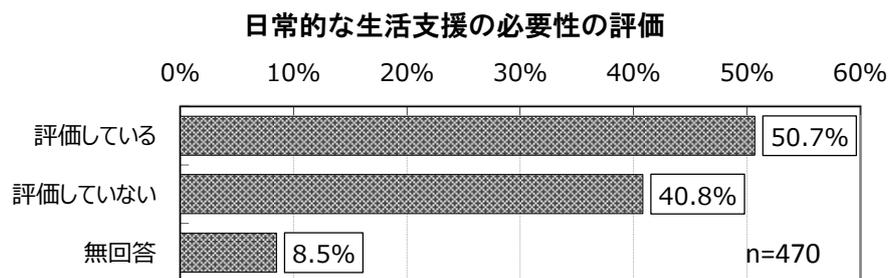
受入経路・機能別の退院患者数（退院患者数の合計に占める割合）

	退院患者数			
		うち、7 又は 10 対 1 病棟を有する病院	うち、7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院	うち、一般病棟を有しない病院
緊急時の受入 (発症前の日常的な生活支援が必要)	10.2%	8.5%	27.4%	30.6%
緊急時の受入 (発症前の日常的な生活支援は不要)	10.6%	10.4%	14.6%	9.6%
急性期からの受入	63.9%	65.4%	44.8%	44.4%
その他の受入	15.4%	15.7%	13.3%	15.4%
(計)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

■ 発症前の日常的な生活支援の必要性の評価

上記「受入経路・機能別の退院患者数」における「発症前の日常的な生活支援」の必要性を常に評価しているかとの問いについては、「評価している」50.7%、「評価していない」40.8%であった。

また、7又は10対1病棟を有する病院では「評価している」が48.4%と「評価していない」39.0%より多く、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院でも「評価している」が50.0%と「評価していない」40.0%より多かった。



※「4. 地域包括ケア病棟・地域包括ケア入院医療管理料算定病室について」のいずれか1つ以上の設問で回答のあった施設をn数としている。

日常的な生活支援の必要性の評価（7又は10対1病棟の有無別）

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象数	382	40	32
評価している	48.4%	50.0%	31.3%
評価していない	39.0%	40.0%	62.5%
無回答	12.6%	10.0%	6.3%

5. 地域包括ケアに関連する取組等について

■ 地域連携専門部署の職種別職員数

地域連携専門部署の職員数を職種別にみると、「看護職員」2.9人が最も多く、次いで「MSW」2.7人であった。

7又は10対1病棟を有する病院では「看護職員」3.6人が最も多く、次いで「MSW」3.0人であった。7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「MSW」1.8人が最も多く、次いで「看護職員」1.5人であった。また、「事務職員」は、7又は10対1病棟を有する病院で2.1人、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院で0.8人と、比較的差が大きい傾向であった。

地域連携専門部署の職種別職員数

	職員数			
		うち、7又は10対1 病棟を有する病院	うち、7又は10対1 以外の一般病棟を有 する病院	うち、一般病棟を有し ない病院
看護職員	2.9人	3.6人	1.5人	1.6人
MSW	2.7人	3.0人	1.8人	2.2人
事務職員	1.6人	2.1人	0.8人	0.5人
その他職員	1.4人	1.6人	0.9人	1.0人
(計)	8.5人	10.2人	4.9人	5.3人

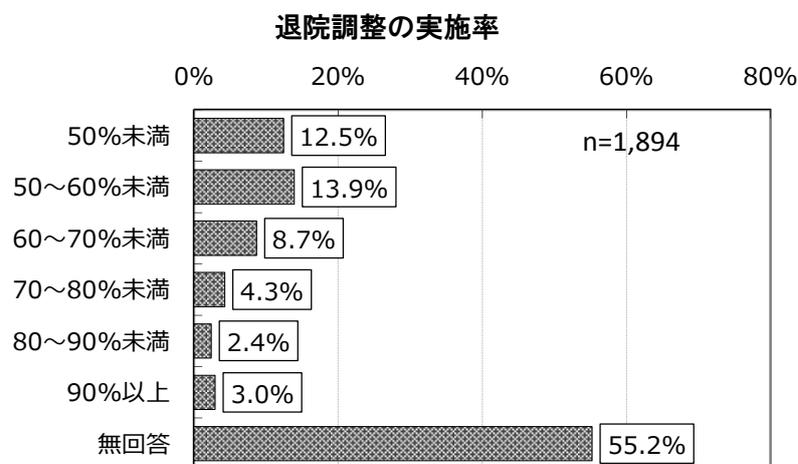
地域連携専門部署の職種別職員数（職員数の合計に占める割合）

	職員数			
		うち、7又は10対1 病棟を有する病院	うち、7又は10対1 以外の一般病棟を有 する病院	うち、一般病棟を有し ない病院
看護職員	33.6%	34.9%	29.6%	29.5%
MSW	31.8%	29.5%	36.3%	41.2%
事務職員	18.7%	20.2%	15.8%	9.7%
その他職員	15.9%	15.4%	18.3%	19.6%
(計)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

■ 退院調整の実施率

退院調整の実施率については平均 23.0%であった。内訳をみると「50～60%未満」13.9%が最も多く、次いで「50%未満」12.5%、「60～70%未満」8.7%であった。

実施率を7又は10対1病棟の有無別にみると、7又は10対1病棟を有する病院では平均 25.1%、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では 18.9%であった。また、内訳をみると、7又は10対1病棟を有する病院では「50～60%未満」22.1%が最も多く、次いで「60～70%未満」13.1%であった。7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「50%未満」16.3%が最も多く、次いで「60～70%未満」3.5%であった。



	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象者	1052	282	490
50%未満	10.6%	16.3%	15.7%
50～60%未満	22.1%	3.2%	2.9%
60～70%未満	13.1%	3.5%	2.4%
70～80%未満	6.5%	0.7%	1.2%
80～90%未満	3.1%	2.1%	1.2%
90%以上	3.7%	2.5%	1.8%
無回答	41.0%	71.6%	74.7%
(平均)	25.1%	18.9%	16.4%

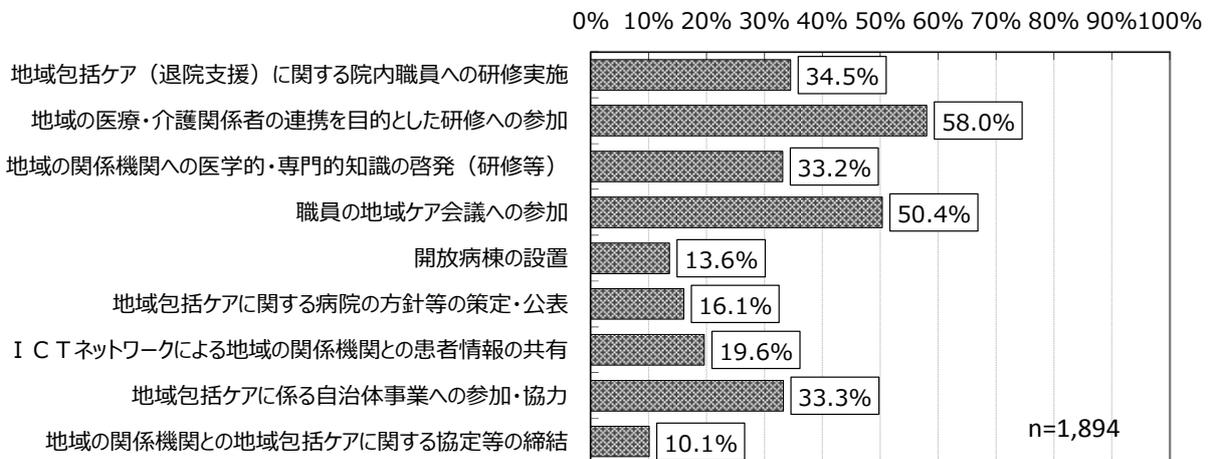
■ 地域包括ケアに関して、病院で実施している取組

病院の実施する地域包括ケアに関する取組については、「地域の関係機関との連携等に関すること」と「患者・家族等の支援等に関すること」の2つの視点にわけて分析を行った。

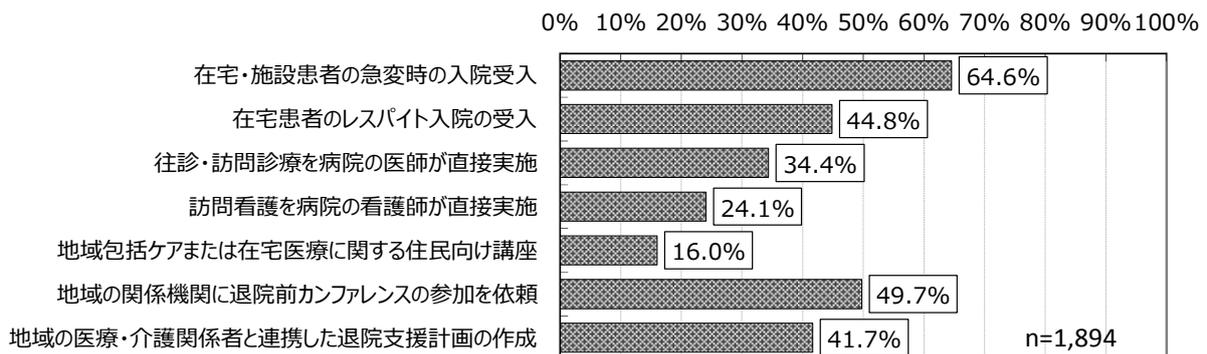
「地域の関係機関との連携等に関すること」では、「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加」58.0%が最も多く、次いで「職員の地域ケア会議への参加」50.4%、「地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施」34.5%であった。

また、「患者・家族等の支援等に関すること」では、「在宅・施設患者の急変時の入院受入」64.6%が最も多く、次いで「地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼」49.7%、「在宅患者のレスパイト入院の受入」44.8%であった。

地域包括ケアに関して、病院で実施している取組（地域の関係機関との連携等に関すること）



地域包括ケアに関して、病院で実施している取組（患者・家族等の支援等に関すること）



■ 地域包括ケアに関して、病院で実施している取組（7又は10対1病棟の有無別）

病院の実施する地域包括ケアに関する取組「地域の関係機関との連携等に関すること」を、7又は10対1病棟の有無別にみると、7又は10対1病棟を有する病院では「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加」64.0%が最も多く、次いで「職員の地域ケア会議への参加」55.4%、「地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施」44.7%であった。

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加」56.7%が最も多く、次いで「職員の地域ケア会議への参加」46.1%、「地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力」26.2%であった。

7対1病棟を有する病院のほうが、各項目とも回答割合が比較的多い傾向であった。

地域包括ケアに関して、病院で実施している取組
（7又は10対1病棟の有無別：地域の関係機関との連携等に関すること）

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象者	1052	282	490
地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施	44.7%	20.9%	21.0%
地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加	64.0%	56.7%	47.8%
地域の関係機関への医学的・専門的知識の啓発（研修等）	42.9%	20.6%	19.6%
職員の地域ケア会議への参加	55.4%	46.1%	42.2%
開放病棟の設置	19.6%	1.4%	6.3%
地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表	22.0%	12.1%	6.7%
I C Tネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有	25.4%	15.2%	10.2%
地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力	39.4%	26.2%	25.1%
地域の関係機関との地域包括ケアに関する協定等の締結	12.4%	8.5%	5.9%

また、病院の実施する地域包括ケアに関する取組「患者・家族等の支援等に関すること」を、7又は10対1病棟の有無別にみると、7又は10対1病棟を有する病院では「在宅・施設患者の急変時の入院受入」74.8%が最も多く、次いで「地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼」59.9%、「地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成」51.7%であった。

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「在宅・施設患者の急変時の入院受入」63.8%が最も多く、次いで「在宅患者のレスパイト入院の受入」47.5%、「往診・訪問診療を病院の医師が直接実施」42.2%であった。

7対1病棟を有する病院のほうが、「往診・訪問診療を病院の医師が直接実施」以外の各項目で、回答割合が比較的多い傾向であった。

地域包括ケアに関して、病院で実施している取組
(7又は10対1病棟の有無別：患者・家族等の支援等に関すること)

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象者	1052	282	490
在宅・施設患者の急変時の入院受入	74.8%	63.8%	44.3%
在宅患者のレスパイト入院の受入	48.2%	47.5%	37.8%
往診・訪問診療を病院の医師が直接実施	34.2%	42.2%	31.4%
訪問看護を病院の看護師が直接実施	25.2%	18.4%	24.3%
地域包括ケアまたは在宅医療に関する住民向け講座	19.9%	12.8%	8.4%
地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼	59.9%	36.5%	35.7%
地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成	51.7%	31.2%	27.6%

■ **地域包括ケアに関して、病院で実施している取組（病床数別）**

病院の地域包括ケアに関する取組を、病院全体の病床数別にみると、「地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施」「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加」「地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼」等の項目で、病床数が多いほど実施している取組の割合が高くなる傾向であった。

「往診・訪問診療を病院の医師が直接実施」については、病床数が少ないほど実施している取組の割合が高くなる傾向であった。

地域包括ケアに関して、病院で実施している取組（病床数別）

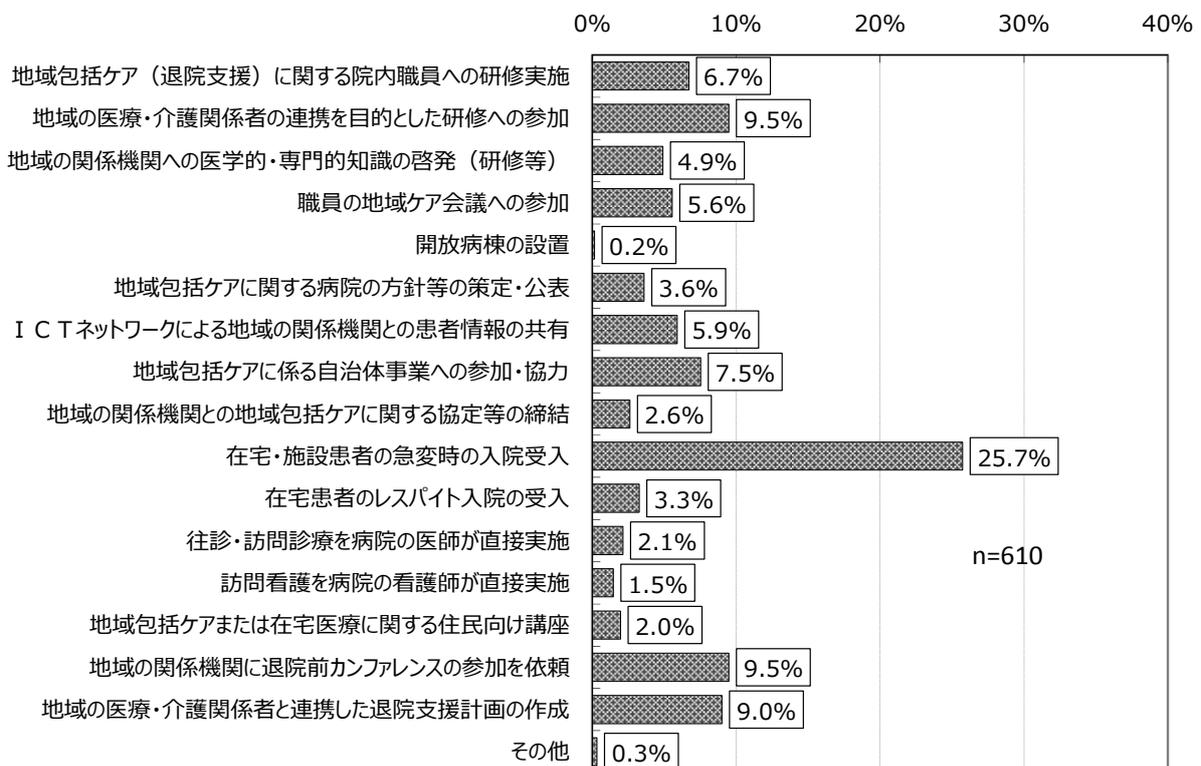
	地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施	地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加	地域の関係機関への医学的・専門的知識の啓発（研修等）	職員の地域ケア会議への参加	開放病棟の設置	地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表	ICTネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有	地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力	地域の関係機関との地域包括ケアに関する協定等の締結
100床未満	18.8%	45.9%	19.8%	39.2%	2.0%	9.7%	12.2%	23.2%	7.3%
100～200床未満	35.1%	62.0%	27.8%	53.3%	8.4%	17.4%	17.3%	33.1%	9.7%
200～300床未満	39.2%	62.7%	41.0%	52.4%	14.6%	16.5%	20.3%	30.7%	10.4%
300～400床未満	44.4%	65.7%	48.3%	59.0%	34.3%	24.2%	22.5%	47.2%	12.9%
400～500床未満	55.9%	66.7%	56.8%	58.6%	32.4%	23.4%	38.7%	46.8%	6.3%
500床以上	60.6%	70.1%	62.8%	63.5%	38.7%	21.2%	40.1%	51.8%	20.4%
無回答	40.4%	51.1%	36.2%	53.2%	27.7%	12.8%	25.5%	34.0%	17.0%

	在宅・施設患者の急変時の入院受入	在宅患者のレスパイト入院の受入	往診・訪問診療を病院の医師が直接実施	訪問看護を病院の看護師が直接実施	地域包括ケアまたは在宅医療に関する住民向け講座	地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼	地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成	その他	(対象数)
100床未満	58.1%	40.0%	44.6%	20.5%	7.8%	35.8%	30.5%	0.7%	590
100～200床未満	66.1%	50.4%	42.0%	25.5%	17.4%	50.4%	44.4%	0.6%	619
200～300床未満	64.6%	47.2%	22.2%	27.4%	15.1%	49.1%	41.0%	1.4%	212
300～400床未満	73.6%	47.8%	20.2%	29.2%	24.7%	61.2%	51.1%	3.9%	178
400～500床未満	70.3%	45.0%	16.2%	30.6%	20.7%	65.8%	50.5%	0.9%	111
500床以上	70.8%	35.8%	8.8%	19.0%	24.8%	77.4%	58.4%	1.5%	137
無回答	59.6%	36.2%	31.9%	14.9%	34.0%	57.4%	42.6%	0.0%	47

■ 最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組

病院で実施している取組のうち、最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組については、「在宅・施設患者の急変時の入院受入」25.7%が最も多く、次いで「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加」「地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼」9.5%であった。

最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組



■ 最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組（7又は10対1病棟の有無別）

病院で実施している取組のうち最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組を、7又は10対1病棟の有無別にみると、7又は10対1病棟を有する病院では「在宅・施設患者の急変時の入院受入」23.3%が最も多く、次いで「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加」11.1%、「地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力」「地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼」9.3%であった。

また、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「在宅・施設患者の急変時の入院受入」29.1%が最も多く、次いで「ICT ネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有」「地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼」10.1%であった。

最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組（7又は10対1病棟の有無別）

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象者	387	79	130
地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施	8.0%	3.8%	5.4%
地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加	11.1%	2.5%	9.2%
地域の関係機関への医学的・専門的知識の啓発（研修等）	5.7%	6.3%	2.3%
職員の地域ケア会議への参加	5.4%	2.5%	8.5%
開放病棟の設置	0.0%	1.3%	0.0%
地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表	3.9%	6.3%	1.5%
ICT ネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有	5.7%	10.1%	3.8%
地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力	9.3%	7.6%	3.1%
地域の関係機関との地域包括ケアに関する協定等の締結	2.3%	3.8%	3.1%
在宅・施設患者の急変時の入院受入	23.3%	29.1%	30.0%
在宅患者のレスパイト入院の受入	2.1%	3.8%	6.9%
往診・訪問診療を病院の医師が直接実施	1.3%	3.8%	3.8%
訪問看護を病院の看護師が直接実施	1.6%	0.0%	1.5%
地域包括ケアまたは在宅医療に関する住民向け講座	2.1%	1.3%	0.0%
地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼	9.3%	10.1%	10.0%
地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成	8.5%	7.6%	10.8%
その他	0.5%	0.0%	0.0%

■ 最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組（病床数別）

最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組を、病院全体の病床数別にみると、回答が最も多かった「在宅・施設患者の急変時の入院受入」については、「100床未満」の病院が最も多く34.9%、次いで「200～300床未満」33.8%であった。

最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組（病床数別）

	地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施	地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加	地域の関係機関への医学的・専門的知識の啓発（研修等）	職員の地域ケア会議への参加	開放病棟の設置	地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表	ICTネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有	地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力	地域の関係機関との地域包括ケアに関する協定等の締結
100床未満	2.0%	8.7%	5.4%	7.4%	0.7%	4.7%	6.7%	6.0%	2.0%
100～200床未満	5.3%	10.1%	1.9%	6.3%	0.0%	2.4%	6.3%	7.7%	4.8%
200～300床未満	4.1%	12.2%	6.8%	5.4%	0.0%	1.4%	2.7%	12.2%	1.4%
300～400床未満	12.9%	11.4%	5.7%	1.4%	0.0%	8.6%	0.0%	5.7%	0.0%
400～500床未満	6.8%	11.4%	4.5%	2.3%	0.0%	2.3%	11.4%	9.1%	0.0%
500床以上	22.2%	1.9%	13.0%	7.4%	0.0%	3.7%	9.3%	7.4%	3.7%
無回答	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%
	在宅・施設患者の急変時の入院受入	在宅患者のレスパイト入院の受入	往診・訪問診療を病院の医師が直接実施	訪問看護を病院の看護師が直接実施	地域包括ケアまたは在宅医療に関する住民向け講座	地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼	地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成	その他	（対象数）
100床未満	34.9%	4.0%	4.7%	1.3%	0.0%	4.0%	6.7%	0.7%	149
100～200床未満	21.7%	2.9%	2.4%	1.9%	1.9%	12.1%	12.1%	0.0%	207
200～300床未満	33.8%	4.1%	0.0%	1.4%	1.4%	5.4%	8.1%	0.0%	74
300～400床未満	27.1%	4.3%	1.4%	0.0%	5.7%	7.1%	7.1%	1.4%	70
400～500床未満	15.9%	0.0%	0.0%	2.3%	0.0%	25.0%	9.1%	0.0%	44
500床以上	9.3%	3.7%	0.0%	0.0%	1.9%	11.1%	5.6%	0.0%	54
無回答	33.3%	0.0%	0.0%	8.3%	16.7%	8.3%	16.7%	0.0%	12

また、回答を病床規模ごとにみると、「100床未満」から「300～400床未満」の病院については「在宅・施設患者の急変時の入院受入」が最も多かったが、「400～500床未満」では「地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼」25.0%、「500床以上」では「地域包括ケアに関する院内職員への研修実施」22.2%が最も多かった。

最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組（病床数別・行列入れ替え（再掲））

	100床 未満	100～ 200床 未満	200～ 300床 未満	300～ 400床 未満	400～ 500床 未満	500床 以上	無回答
地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施	2.0%	5.3%	4.0%	13.2%	7.0%	22.2%	0.0%
地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加	8.7%	10.1%	12.0%	11.8%	11.6%	1.9%	7.1%
地域の関係機関への医学的・専門的知識の啓発（研修等）	5.4%	1.9%	6.7%	5.9%	4.7%	13.0%	0.0%
職員の地域ケア会議への参加	7.4%	6.3%	5.3%	1.5%	2.3%	7.4%	0.0%
開放病棟の設置	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表	4.7%	2.4%	1.3%	8.8%	2.3%	3.7%	0.0%
I C Tネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有	6.7%	6.3%	2.7%	0.0%	11.6%	9.3%	7.1%
地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力	6.0%	7.7%	12.0%	5.9%	9.3%	7.4%	0.0%
地域の関係機関との地域包括ケアに関する協定等の締結	2.0%	4.8%	1.3%	0.0%	0.0%	3.7%	0.0%
在宅・施設患者の急変時の入院受入	34.9%	21.7%	34.7%	26.5%	14.0%	9.3%	35.7%
在宅患者のレスパイト入院の受入	4.0%	2.9%	4.0%	4.4%	0.0%	3.7%	0.0%
往診・訪問診療を病院の医師が直接実施	4.7%	2.4%	0.0%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%
訪問看護を病院の看護師が直接実施	1.3%	1.9%	1.3%	0.0%	2.3%	0.0%	7.1%
地域包括ケアまたは在宅医療に関する住民向け講座	0.0%	1.9%	1.3%	4.4%	0.0%	1.9%	21.4%
地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼	4.0%	12.1%	5.3%	7.4%	25.6%	11.1%	7.1%
地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成	6.7%	12.1%	8.0%	7.4%	9.3%	5.6%	14.3%

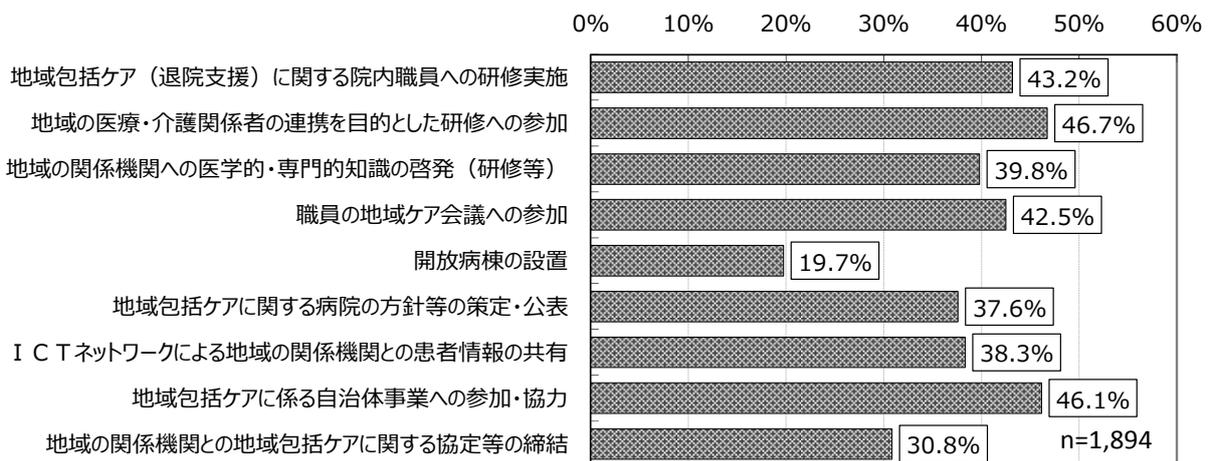
■ 地域包括ケアの中で病院が担うべきと思う役割

病院が担うべきと思う役割については、「地域の関係機関との連携等に関すること」と「患者・家族等の支援等に関すること」にわけて分析を行った。

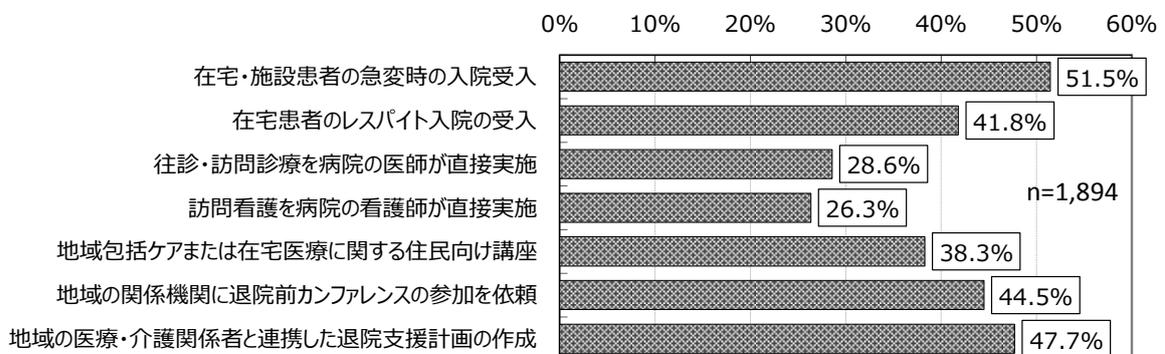
「地域の関係機関との連携等に関すること」では、「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加」46.7%が最も多く、次いで「地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力」46.1%、「地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施」43.2%であった。

また、「患者・家族等の支援等に関すること」では、「在宅・施設患者の急変時の入院受入」51.5%が最も多く、次いで「地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成」47.7%、「地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼」44.5%であった。

地域包括ケアの中で病院が担うべきと思う役割（地域の関係機関との連携等に関すること）



地域包括ケアの中で病院が担うべきと思う役割（患者・家族等の支援等に関すること）



■ 地域包括ケアの中で病院が担うべきと思う役割（7又は10対1病棟の有無別）

病院が担うべきと思う役割のうち「地域の関係機関との連携等に関すること」を、7又は10対1病棟の有無別にみると、7又は10対1病棟を有する病院では「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加」53.3%が最も多く、次いで「地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力」52.4%、「地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施」51.9%であった。

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加」41.8%が最も多く、次いで「地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力」41.1%、「職員の地域ケア会議への参加」36.9%であった。

7対1病棟を有する病院のほうが、各項目とも回答割合が比較的多い傾向であった。

地域包括ケアの中で病院が担うべきと思う役割

（7又は10対1病棟の有無別：地域の関係機関との連携等に関すること）

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象者	1052	282	490
地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施	51.9%	36.5%	29.2%
地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加	53.3%	41.8%	35.1%
地域の関係機関への医学的・専門的知識の啓発（研修等）	47.2%	33.3%	28.0%
職員の地域ケア会議への参加	47.1%	36.9%	35.5%
開放病棟の設置	23.2%	13.8%	15.3%
地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表	45.1%	30.9%	26.3%
I C Tネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有	44.9%	30.5%	28.0%
地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力	52.4%	41.1%	36.7%
地域の関係機関との地域包括ケアに関する協定等の締結	34.2%	26.6%	26.7%

また、病院が担うべきと思う役割のうち「患者・家族等の支援等に関すること」を、7又は10対1病棟の有無別にみると、7又は10対1病棟を有する病院では「在宅・施設患者の急変時の入院受入」58.1%が最も多く、次いで「地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成」54.0%、「地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼」51.3%であった。

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「在宅・施設患者の急変時の入院受入」47.5%が最も多く、次いで「地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成」43.6%、「在宅患者のレスパイト入院の受入」39.4%であった。

地域包括ケアの中で病院が担うべきと思う役割

(7又は10対1病棟の有無別：患者・家族等の支援等に関すること)

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象者	1052	282	490
在宅・施設患者の急変時の入院受入	58.1%	47.5%	40.8%
在宅患者のレスパイト入院の受入	47.2%	39.4%	31.8%
往診・訪問診療を病院の医師が直接実施	28.8%	28.4%	27.6%
訪問看護を病院の看護師が直接実施	30.3%	18.8%	21.6%
地域包括ケアまたは在宅医療に関する住民向け講座	44.2%	33.0%	28.6%
地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼	51.3%	35.8%	36.5%
地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成	54.0%	43.6%	37.6%

■ 地域包括ケアの中で病院が担うべきと思う役割（病床数別）

最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組を、病院全体の病床数別にみると、多くの項目で病床数が多いほど担うべきと思う役割の割合が高くなる傾向がみられた。

また、「往診・訪問看護を病院の医師が直接実施」については、「100床未満」から「200～300床未満」の病院で、比較的割合が高い傾向がみられた。

地域包括ケアの中で病院が担うべきと思う役割（病床数別）

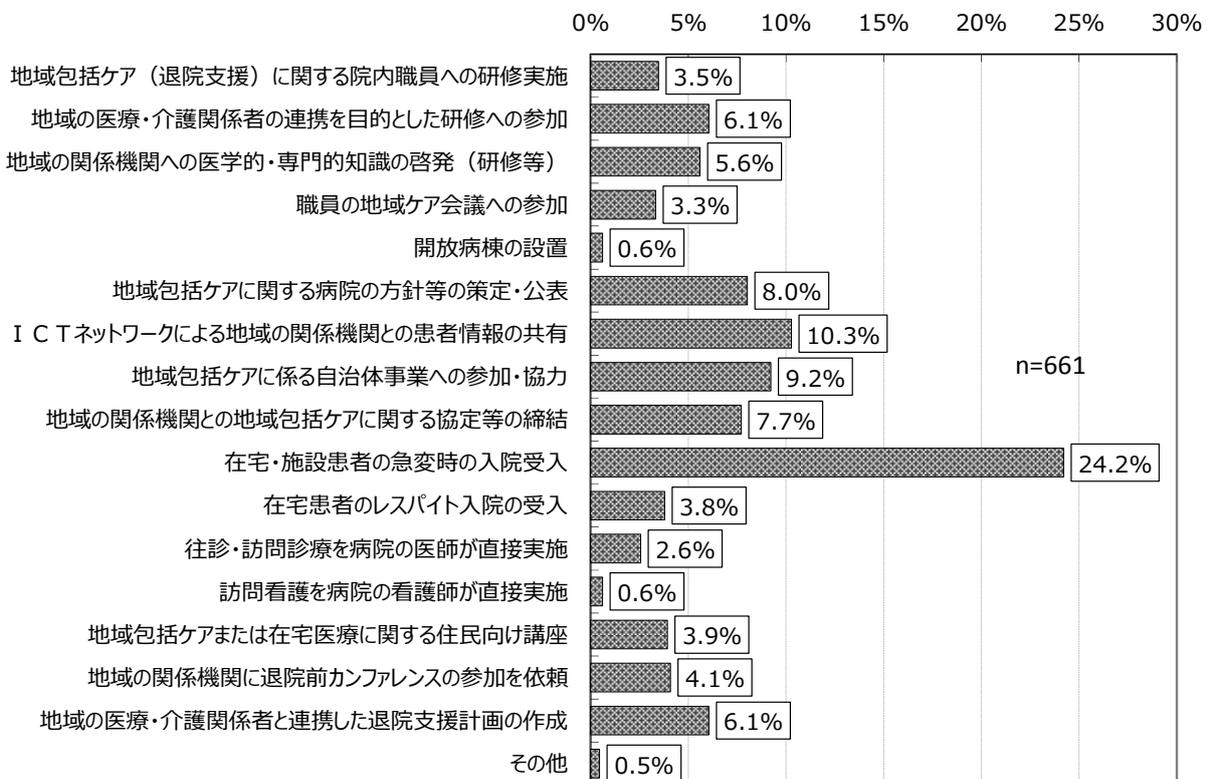
	地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施	地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加	地域の関係機関への医学的・専門的知識の啓発（研修等）	職員の地域ケア会議への参加	開放病棟の設置	地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表	ICTネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有	地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力	地域の関係機関との地域包括ケアに関する協定等の締結
100床未満	34.7%	36.6%	28.1%	33.2%	14.4%	30.5%	32.2%	38.0%	25.8%
100～200床未満	42.5%	49.4%	39.1%	45.6%	16.8%	37.5%	37.3%	49.4%	32.6%
200～300床未満	45.8%	49.5%	40.6%	47.2%	21.2%	42.0%	34.9%	44.8%	27.4%
300～400床未満	47.8%	51.1%	51.1%	39.9%	29.8%	40.4%	43.3%	49.4%	33.1%
400～500床未満	55.9%	55.9%	54.1%	52.3%	29.7%	43.2%	45.9%	53.2%	38.7%
500床以上	61.3%	57.7%	64.2%	53.3%	29.2%	54.0%	56.9%	58.4%	40.9%
無回答	46.8%	55.3%	44.7%	53.2%	29.8%	36.2%	53.2%	46.8%	29.8%

	在宅・施設患者の急変時の入院受入	在宅患者のレスパイト入院の受入	往診・訪問診療を病院の医師が直接実施	訪問看護を病院の看護師が直接実施	地域包括ケアまたは在宅医療に関する住民向け講座	地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼	地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成	その他	(対象数)
100床未満	42.5%	34.2%	29.2%	23.4%	29.7%	33.4%	38.3%	1.4%	590
100～200床未満	54.9%	44.7%	31.3%	26.8%	40.2%	47.3%	49.4%	1.5%	619
200～300床未満	52.4%	47.6%	32.5%	31.1%	39.6%	47.6%	50.0%	1.9%	212
300～400床未満	53.9%	48.9%	21.3%	25.3%	44.4%	46.6%	50.0%	4.5%	178
400～500床未満	63.1%	40.5%	20.7%	27.9%	45.0%	54.1%	60.4%	1.8%	111
500床以上	61.3%	42.3%	19.0%	27.7%	47.4%	64.2%	62.8%	2.9%	137
無回答	48.9%	46.8%	40.4%	31.9%	48.9%	44.7%	51.1%	6.4%	47

■ 地域包括ケアの推進において最も重要と考える役割

病院が担うべきと思う役割のうち、地域包括ケアの推進において最も重要と考える役割については、「在宅・施設患者の急変時の入院受入」24.2%が最も多く、次いで「ICTネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有」10.3%、「地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力」が9.2%であった。

地域包括ケアの推進において最も重要と考える取組



■ 地域包括ケアの推進において最も重要と考える役割
(7又は10対1病棟の有無別)

病院が担うべき役割の内地域包括ケアの推進において最も重要と考える役割を、7又は10対1病棟の有無別にみると、7又は10対1病棟を有する病院では「在宅・施設患者の急変時の入院受入」25.2%が最も多く、次いで「ICT ネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有」10.5%、「地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表」9.8%であった。

また、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「在宅・施設患者の急変時の入院受入」20.5%が最も多く、次いで「ICT ネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有」13.3%、「地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力」9.6%であった。

「地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表」や「ICT ネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有」、「地域の関係機関との地域包括ケアに関する協定等の締結」といった取組は、実際に行っている病院の割合は比較的小さい状況であったが、地域包括ケアの推進において最も重要と考える役割では比較的上位に位置づけられている傾向がうかがえた。

地域包括ケアの推進において最も重要と考える役割 (7又は10対1病棟の有無別)

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象者	420	83	144
地域包括ケア(退院支援)に関する院内職員への研修実施	2.9%	4.8%	4.9%
地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加	6.7%	3.6%	6.3%
地域の関係機関への医学的・専門的知識の啓発(研修等)	6.4%	3.6%	4.2%
職員の地域ケア会議への参加	3.6%	3.6%	2.8%
開放病棟の設置	0.2%	1.2%	1.4%
地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表	9.8%	3.6%	5.6%
I C Tネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有	10.5%	13.3%	8.3%
地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力	9.3%	9.6%	8.3%
地域の関係機関との地域包括ケアに関する協定等の締結	6.7%	8.4%	9.7%
在宅・施設患者の急変時の入院受入	25.2%	20.5%	22.9%
在宅患者のレスパイト入院の受入	2.9%	6.0%	5.6%
往診・訪問診療を病院の医師が直接実施	1.9%	4.8%	2.8%
訪問看護を病院の看護師が直接実施	0.5%	1.2%	0.7%
地域包括ケアまたは在宅医療に関する住民向け講座	3.6%	2.4%	6.3%
地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼	3.8%	3.6%	4.9%
地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成	5.7%	8.4%	5.6%
その他	0.5%	1.2%	0.0%

■ 地域包括ケアの推進において最も重要と考える役割（病床数別）

最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組を、病院全体の病床数別にみると、最も回答が多かった「在宅・施設患者の急変時の入院受入」は、いずれの病床規模においても概ね同程度の回答割合であった。

地域包括ケアの推進において最も重要と考える役割（病床数別）

	地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施	地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加	地域の関係機関への医学的・専門的知識の啓発（研修等）	職員の地域ケア会議への参加	開放病棟の設置	地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表	ICTネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有	地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力	地域の関係機関との地域包括ケアに関する協定等の締結
100床未満	2.4%	7.2%	4.2%	5.4%	1.8%	3.6%	11.4%	13.2%	6.0%
100～200床未満	2.2%	5.2%	3.5%	3.9%	0.0%	9.6%	10.9%	7.8%	9.1%
200～300床未満	2.6%	11.5%	5.1%	1.3%	0.0%	9.0%	6.4%	11.5%	5.1%
300～400床未満	4.3%	8.6%	14.3%	1.4%	1.4%	11.4%	10.0%	4.3%	8.6%
400～500床未満	10.6%	0.0%	2.1%	4.3%	0.0%	10.6%	10.6%	12.8%	4.3%
500床以上	7.0%	1.8%	10.5%	0.0%	0.0%	7.0%	10.5%	3.5%	10.5%
無回答	0.0%	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%	8.3%	8.3%	8.3%	16.7%

	在宅・施設患者の急変時の入院受入	在宅患者のレスパイト入院の受入	往診・訪問診療を病院の医師が直接実施	訪問看護を病院の看護師が直接実施	地域包括ケアまたは在宅医療に関する住民向け講座	地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼	地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成	その他	（対象数）
100床未満	24.6%	3.6%	3.0%	0.6%	3.6%	1.8%	6.6%	1.2%	167
100～200床未満	23.0%	5.2%	3.5%	0.9%	4.8%	4.8%	5.7%	0.0%	230
200～300床未満	26.9%	2.6%	3.8%	0.0%	5.1%	2.6%	6.4%	0.0%	78
300～400床未満	24.3%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	2.9%	2.9%	1.4%	70
400～500床未満	23.4%	2.1%	0.0%	2.1%	2.1%	6.4%	8.5%	0.0%	47
500床以上	24.6%	1.8%	0.0%	0.0%	7.0%	8.8%	7.0%	0.0%	57
無回答	25.0%	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%	8.3%	8.3%	0.0%	12

また、回答を病床規模ごとにみると、いずれの病床規模の病院においても「在宅・施設患者の急変時の入院受入」が最も多かった。

次いで多かった取組は各病床規模で差が見られたが、「地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力」は「100床未満」「200～300床未満」「400～500床未満」の3つの区分で、2番目に高い割合となっていた。

最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組（病床数別・行列入れ替え（再掲））

	100床未満	100～200床未満	200～300床未満	300～400床未満	400～500床未満	500床以上	無回答
地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施	2.4%	2.2%	2.5%	4.4%	10.9%	7.0%	0.0%
地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加	7.2%	5.2%	11.4%	8.8%	0.0%	1.8%	0.0%
地域の関係機関への医学的・専門的知識の啓発（研修等）	4.2%	3.5%	5.1%	14.7%	2.2%	10.5%	7.1%
職員の地域ケア会議への参加	5.4%	3.9%	1.3%	1.5%	4.3%	0.0%	0.0%
開放病棟の設置	1.8%	0.0%	0.0%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%
地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表	3.6%	9.6%	8.9%	11.8%	10.9%	7.0%	7.1%
I C Tネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有	11.4%	10.9%	6.3%	10.3%	10.9%	10.5%	7.1%
地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力	13.2%	7.8%	11.4%	2.9%	13.0%	3.5%	14.3%
地域の関係機関との地域包括ケアに関する協定等の締結	6.0%	9.1%	5.1%	8.8%	4.3%	10.5%	14.3%
在宅・施設患者の急変時の入院受入	24.6%	23.0%	27.8%	23.5%	21.7%	24.6%	28.6%
在宅患者のレスパイト入院の受入	3.6%	5.2%	2.5%	4.4%	2.2%	1.8%	0.0%
往診・訪問診療を病院の医師が直接実施	3.0%	3.5%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%	7.1%
訪問看護を病院の看護師が直接実施	0.6%	0.9%	0.0%	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%
地域包括ケアまたは在宅医療に関する住民向け講座	3.6%	4.8%	5.1%	0.0%	2.2%	7.0%	0.0%
地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼	1.8%	4.8%	2.5%	2.9%	6.5%	8.8%	7.1%
地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成	6.6%	5.7%	6.3%	2.9%	8.7%	7.0%	7.1%

Ⅲ アンケート調査結果（詳細調査）

1. 病院の概要等

■ 設置主体

7又は10対1病棟を有する病院では「自治体」36.5%が最も多く、次いで「医療法人」28.1%であった。7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「医療法人」56.3%が最も多く、次いで「自治体」25.0%であった。

設置主体

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象数	96	64	37
国	6.3%	1.6%	2.7%
自治体	36.5%	25.0%	8.1%
地方独立行政法人	7.3%	0.0%	2.7%
公的医療機関	7.3%	1.6%	0.0%
社会保険関係団体	1.0%	0.0%	0.0%
医療法人	28.1%	56.3%	78.4%
個人	1.0%	7.8%	2.7%
その他	10.4%	7.8%	5.4%
無回答	2.1%	0.0%	0.0%

※設置主体は、全国調査票の調査結果とのひも付けにより集計した。

■ 許可病床数

回答病院の許可病床数についてみると、7又は10対1病棟を有する病院では「100～200床未満」24.0%が最も多く、次いで「500床以上」19.8%であった。

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「100床未満」50.0%が最も多く、次いで「100～200床未満」32.8%であった。

許可病床数

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象数	96	64	37
100床未満	14.6%	50.0%	32.4%
100～200床未満	24.0%	32.8%	37.8%
200～300床未満	11.5%	9.4%	8.1%
300～400床未満	16.7%	4.7%	13.5%
400～500床未満	13.5%	3.1%	2.7%
500床以上	19.8%	0.0%	5.4%

※許可病床数は、全国調査票の調査結果とのひも付けにより集計した。

■ 職員数

1施設あたり平均の職員数（常勤換算）を職種別にみると、7又は10対1病棟を有する病院では「看護師」271.4人が最も多く、次いで「医師」65.9人であった。

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「看護師」48.2人が最も多く、次いで「看護補助者」19.4人であった。

職員数（1施設あたり平均）

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象数	96	64	37
医師	65.9人	9.1人	8.8人
歯科医師	1.6人	0.2人	0.2人
看護師（保健師・助産師含む）	271.4人	48.2人	56.9人
准看護師	9.3人	15.4人	17.1人
看護補助者	28.0人	19.4人	23.7人
薬剤師	14.1人	3.0人	2.9人
理学療法士	14.4人	9.6人	14.3人
作業療法士	7.0人	6.2人	10.0人
言語聴覚士	3.3人	2.3人	3.4人
臨床心理技術者	1.0人	0.5人	0.6人
栄養士・管理栄養士	5.5人	2.0人	2.4人
社会福祉士	3.7人	1.4人	2.3人
精神保健福祉士（社会福祉士除く）	1.0人	0.6人	1.6人
介護福祉士（医師～精神保健福祉士除く）	5.5人	4.7人	9.1人
医師事務作業補助者	11.7人	0.6人	0.4人
その他の医療専門職	43.2人	7.1人	3.7人
事務職員	46.3人	14.5人	14.1人
その他の職員	15.6人	10.0人	8.9人

■ 入院患者数・退院患者数

平成28年6月の1か月間における入院患者数、退院患者数をみると、7又は10対1病棟を有する病院では入院患者数が814.6人であり、うち病院の所在する市区町村外の自治体に住んでいる入院患者数は390.6人（全入院患者数の47.9%）、二次医療圏外の自治体に住んでいる入院患者数は166.2人（20.4%）であった。

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では、入院患者数が65.9人であり、うち病院の所在する市区町村外の自治体に住んでいる入院患者数は28.7人（全入院患者数の43.5%）、二次医療圏外の自治体に住んでいる入院患者数は17.9人（27.1%）であった。

入院患者数・退院患者数（1施設あたり平均）

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象数	96	64	37
入院患者数	814.6人	65.9人	37.4人
（うち、病院の所在する市区町村外の自治体に住んでいる入院患者数）	390.6人	28.7人	17.2人
（うち、病院の所在する二次医療圏外の自治体に住んでいる入院患者数）	166.2人	17.9人	7.4人
退院患者数	511.7人	47.5人	32.8人

全入院患者数に占める、市区町村外および二次医療圏外の入院患者数の割合

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象数	96	64	37
入院患者数	100.0%	100.0%	100.0%
（うち、病院の所在する市区町村外の自治体に住んでいる入院患者数）	47.9%	43.5%	46.1%
（うち、病院の所在する二次医療圏外の自治体に住んでいる入院患者数）	20.4%	27.1%	19.7%

■ 施設基準等

対象病院の有する病棟・病室の施設基準等についてみると、7又は10対1病棟を有する病院では「地域包括ケア病棟入院料1」算定病棟を有する病院が24.0%と最も多く、次いで「地域包括ケア入院医療管理料1」算定病室を有する病院が15.6%であった。

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では、「回復期リハビリテーション病棟入院料2」「地域包括ケア入院医療管理料1」を有する病院が最も多く14.1%であった。

施設基準等

	7又は10対1病棟を有する病院	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	一般病棟を有しない病院
対象数	96	64	37
回復期リハビリテーション病棟入院料1	12.5%	7.8%	24.3%
回復期リハビリテーション病棟入院料2	11.5%	14.1%	18.9%
回復期リハビリテーション病棟入院料3	0.0%	3.1%	0.0%
地域包括ケア病棟入院料1	24.0%	10.9%	10.8%
地域包括ケア病棟入院料2	0.0%	0.0%	0.0%
地域包括ケア入院医療管理料1	15.6%	14.1%	5.4%
地域包括ケア入院医療管理料2	4.2%	0.0%	0.0%

2. 病院の地域包括ケアに関する取組

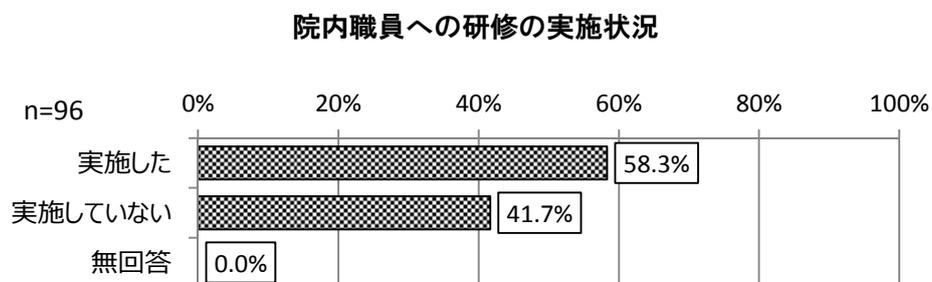
病院の地域包括ケアに関する取組については、「7又は10対1病棟を有する病院」「7又は10対1以外の一般病棟を有する病院」および「一般病棟を有しない病院」別に分析を行った。

(1) 7又は10対1病棟を有する病院

<①地域包括ケアに関する院内職員への研修>

■ 地域包括ケアに関する院内職員への研修の実施状況

院内職員への研修の実施状況を見ると、「実施した」58.3%、「実施していない」41.7%であった。



■ 研修で取り上げたテーマ、実施内容

院内職員への研修を実施している病院について、取り上げたテーマ等を見ると「退院支援の具体的方法の説明」73.2%が最も多く、次いで「在宅医療・介護連携の重要性に関する講義」62.5%であった。

研修で取り上げたテーマ、実施内容

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	56
厚生労働省が示す地域包括ケアの内容説明	50.0%
地域の医療・介護に関する施設・事業所の機能説明	30.4%
地域の医療・介護に関する個別の施設・事業所の紹介	16.1%
退院支援の具体的方法の説明	73.2%
在宅医療・介護連携の重要性に関する講義	62.5%
地域包括ケアに関する自治体事業の説明	21.4%
地域包括ケアに関する病院の方針・取組内容の説明	53.6%
その他	3.6%

「その他」の回答内容

地域の保険医療機関の職員と共に在宅支援についての検討

地域包括ケア入院医療管理料1、データ提出加算、在宅療養支援病院の施設基準

市の病院のため他の課で行なった

■ 院内職員への研修により得られたと感じる効果

「退院支援が円滑に進むようになった」66.1%が最も多く、次いで「医師、看護師等病院職員が地域連携に積極的になった」64.3%であった。研修のテーマ、具体的な効果とも退院支援に関するものが多い傾向がうかがえた。

院内職員への研修により得られたと感じる効果

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	56
地域の関係機関への連携（訪問等）が増えた	42.9%
医師、看護師等病院職員が地域連携に積極的になった	64.3%
退院支援が円滑に進むようになった	66.1%
在宅復帰率が高まった	14.3%
平均在院日数が短縮された	19.6%
特に効果は感じない	3.6%
その他	5.4%

「その他」の回答内容

専門職意見の共有

国の目指していること、それに伴う当院の役割や方向性を共有できた

地域包括ケア入院医療管理料1取得に係る施設基準の理解が深まった

■ 院内職員への研修による具体的な効果

院内職員への研修による具体的な効果として、下記のような回答が寄せられた。

(退院支援への意識の高まり)

専従の退院支援看護師による退院促進。

看護部職員が退院支援に興味を示し、患者家族に情報提供をしたり、退院支援担当者に情報伝達がある様になった。

看護部退院支援リンクナースによる勉強会及び事例検討会

研修等を通じて、病棟看護スタッフが、退院支援についての意識が高まっているように感じます。

病棟での退院支援が充実した。

病病・病診の関連する先生方と懇話会などを開催し、中でも研修を重ねたので、当院の役わりが明確化され、患者紹介数につながった。退院支援課を新しく設置し、入院時から在宅が見える方向性でスムーズに動ける体制が整った。

当院は小規模病院のため、退院支援に関わるスタッフを配置していないためスタッフ各自が患者ひとり一人の退院支援に関わっている。そのため、研修会を通じて、退院支援に積極的に関わることができている。計画的に退院支援が出来るようになった。スタッフが地域の施設、関連機関への意識が高まった。

退院後の方向性を意識し、家族・本人に積極的に情報収集するようになった。サービス内容や施設についても理解ができ、退院調整看護師と共に退院調整ができるようになった。

退院支援に関して、医師・看護師から社会福祉士への問い合わせが増えた。(受け身だったのが自発的になった)

(地域連携の促進)

退院支援を通して連携の必要性が理解できた。地域の状況、社会資源を知ろうとする意識が高まった

地域の保険医療機関の職員の方々との意見交換で、在宅支援は、多職種の方々と共同して同じ方向性の中で行うのが最も大切であることが再認識できた。また、病棟看護師や総合内科医師の退院支援への関心が高まった。

平成28年10月より訪問看護室を開設し、地域とより密着した医療体制を構築することができた。

地域医療部の院内理解。地域住民含む介護事業所が医療中心に展開する地域医療部の理解等

(地域包括ケアに対する理解促進)

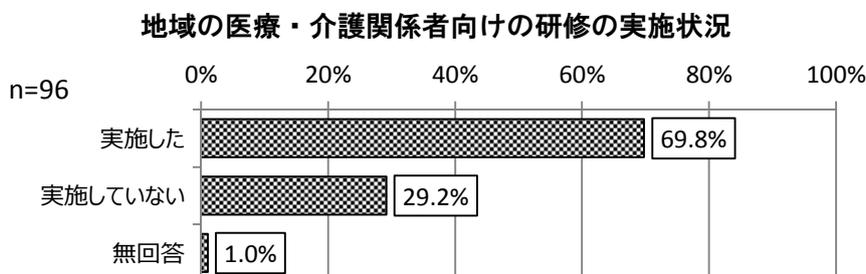
厚生労働省のホームページを参照して作成した講義資料をもとに研修を行った。研修後のアンケート結果では、地域包括ケアに対する理解が深まったとの回答が得られた。

地域包括ケアシステムのなかで、地域における当院の役割を理解し、その為の取り組みに対し、職員の意識が高まった。

<②地域の医療・介護関係者向けの研修>

■ 地域の医療・介護関係者向けの研修の実施状況

研修の実施状況については「実施した」69.8%、「実施していない」29.2%であった。



■ 研修の定期的な実施の有無

地域の医療・介護関係者向けの研修を実施している病院について、その頻度をみると、「年4回以上実施している」40.3%が最も多く、次いで「年2～3回実施している」31.3%であった。

研修の定期的な実施の有無

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	67
年1回以上実施している	10.4%
年2～3回実施している	31.3%
年4回以上実施している	40.3%
不定期に実施している	17.9%
今後の実施予定はない	0.0%
その他	0.0%

■ 研修で取り上げたテーマ、実施内容

テーマ、実施内容については、「地域の医療・介護関係者を対象とした、医学的・専門的な講演や説明会（最新の研究動向等）」73.1%が最も多く、次いで「在宅医療・介護連携の重要性に関する講義」46.3%であった。

研修で取り上げたテーマ、実施内容

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	67
厚生労働省が示す地域包括ケアの内容説明	10.4%
自院の機能、役割、組織等の紹介	41.8%
自院の退院支援の具体的方法の説明	29.9%
在宅医療・介護連携の重要性に関する講義	46.3%
地域包括ケアに関する自治体事業の説明	7.5%
地域包括ケアに関する病院の方針・取組内容の説明	22.4%
地域の医療・介護関係者を対象とした、医学的・専門的な講演や説明会（最新の研究動向等）	73.1%
その他	17.9%

「その他」の回答内容

事例検討会	包括ケア病棟・医師会登録制度の説明会
在宅退院患者の症例検討	訪問看護
ACPについて	感染対策
ディスカッション	認定看護師による専門的な知識・技術で身近なテーマ
摂食嚥下認定看護師による講演会	認知症研修会
在宅緩和ケアに関する事例を通しての研修会	包括的暴力防止プログラム

■ 研修により得られたと感じる効果

効果については「地域の関係機関からの連絡（相談・紹介等）が増えた」70.1%が最も多く、次いで「地域の関係機関への連絡（訪問等）が増えた」56.7%であった。

研修により得られたと感じる効果

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	67
地域の関係機関への連絡（訪問等）が増えた	56.7%
地域の関係機関からの連絡（相談・紹介等）が増えた	70.1%
退院支援が円滑に進むようになった	46.3%
在宅復帰率が高まった	9.0%
平均在院日数が短縮された	4.5%
地域全体の医療・介護の質が高まった	32.8%
特に効果は感じない	6.0%
その他	3.0%

「その他」の回答内容

意見交換を行い、施設調整がしやすくなった。

診察への相談が増えた

■ 研修による効果の具体的な内容

地域の医療・介護関係者への研修による具体的な効果として、下記のような回答が寄せられた。

(地域関係機関との連携頻度の増加)

地域医療支援課より地域の関係機関との連絡がスムーズに行えるようになった

面識があるため、コミュニケーションがスムーズになること。

当該研修により、「顔の見える連携」関係が構築でき、その後の連携を円滑に進めることができる。

在宅患者の急変時等の問い合わせが増えた。

ケアマネジャーが病院へ来やすくなった。(患者さんを見に来てくれる機会が増えた。)ケア会議がスムーズに行えるようになった。

(退院支援の円滑化)

病棟看護師の退院調整について(退院後の生活を考えた支援)訪問看護師との連携について

当院内の体制を見直す中で又退院支援加算1の取得にあわせて増加している。(従来行っていたことをみえる形にしたこと)

施設に戻る患者さんの調整がスムーズになってきた。

在宅サービス部門と連携して、退院時の自宅訪問を同行するようになった。

(地域関係機関のスキルアップ)

毎回、専門的なテーマを取り扱っており、参加者(医師、看護師等)のアンケート集約結果からも、大変有意義な研修であった等の意見が多くみられた。

医療的ケアのある患者の退院調整が円滑になった。・在宅PCAポンプ使用による退院が多くなった。

介護連携カンファレンス数増加・感染対策について施設内感染数の減少と終息までの期間減少

感染管理認定看護師が講師として、老人施設の職員に「感染に関する研修会」を実施している。施設職員より、質問や意見が多く出され、施設でのケアの向上につながっていると考える。

各種認定看護師による勉強会を実施し、地域の看護師等に専門的な知識を広めることができた

(その他)

平成27年10月より自病院主体に多職種連携の会を3回/年実施している。地域の開業医、訪問看護師OT、PT、栄養士、ケアマネ、介護職などの多職種が一同に会し、在宅に側したミニレクチャー、事例検討、グループ討議を行っている。このことによって、普段の連携も顔が見え、よりスムーズになった。・地域医療従事者向け研修を10回/年開催している。

紹介率と逆紹介率が向上している。

退院時カンファレンスの早期介入・参加の増加がみられ医療機関との顔の見える関係が築けている

本院が実施する研修会(勉強会)は、地域の先生方だけではなく介護関係者も対象にしていることから、毎回70～80名の参加者がいます。研修会を通して顔の見える連携が図れる他、質問や相談なども受けているので、さらなる連携強化につながっていると感じています。加えて研修会後にアンケート調査を行っており、参加者から知識が深まった、勉強になったとの回答を得られています。

研修会の日数を重ねることで地域の事業所スタッフも病棟に顔を出す機会が増え顔の見える関係が構築されている。

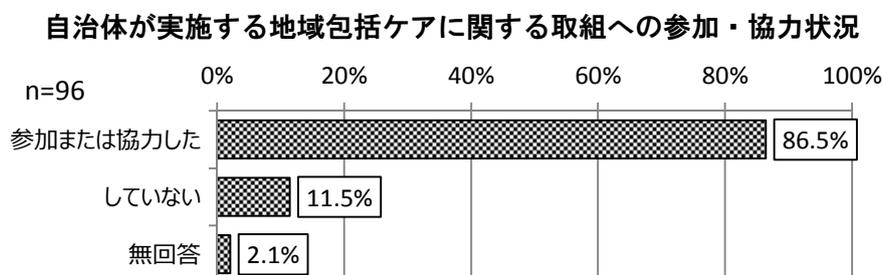
顔の見える連携が可能となり入院直後からの早期な情報提供やリハビリ見学、担当者会議への参加の増加が可能となった。

研修会を開催する事によって、顔の見える関係を築くことができている。本院の持っている強みと弱みを、開業医と連携する事によって解消できており、患者への医療の質を高める事ができている。

<③自治体が発する地域包括ケアに関する取組への参加・協力状況>

■ 自治体が発する地域包括ケアに関する取組への参加・協力状況

参加・協力状況については「参加または協力した」86.5%、「していない」11.5%であった。



■ 参加または協力した自治体の取組・事業等

自治体が発する地域包括ケアに関する取組への参加・協力を行っている病院について、その取組・事業等をみると、参加した取組として「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修」86.7%が最も多かった。また、協力した取組としても「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修」26.5%が最も多かった。

参加または協力した自治体の取組・事業等

	(参加した取組)	(協力した取組)
対象数	83	83
地域ケア会議	78.3%	14.5%
地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修	86.7%	26.5%
地域包括ケアに関する自治体主催の専門職向け研修	61.4%	16.9%
地域包括ケアに関する自治体主催の住民向け研修会	42.2%	20.5%
在宅医療・介護連携に関する相談窓口の運営	34.9%	20.5%
その他	2.4%	0.0%

「その他」の回答内容

自治体主催の地域包括ネットワーク事業会議	保健所や医師会が開催する多職種会議
医療、介護の連携の課題抽出のための意見交換会	

■ 地域包括ケアに関する取組への参加・協力により得られたと感じる効果

「地域の関係機関からの連絡が増えた」「退院前カンファレンス時など、自院への地域の医療・介護関係者の来訪が増えた」48.2%が最も多かった。

地域包括ケアに関する取組への参加・協力により得られたと感じる効果

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	83
地域の関係機関からの連絡が増えた	48.2%
入院・外来患者の紹介が増えた	9.6%
退院前カンファレンス時など、自院への地域の医療・介護関係者の来訪が増えた	48.2%
退院支援加算など、算定できる加算等の種類・件数が増えた	38.6%
退院する患者により適切なサービス・支援が提供されるようになった	44.6%
特に効果は感じない	16.9%
その他	3.6%

「その他」の回答内容

病院の役割を知ってもらえた	関係機関との連携が深まった。
---------------	----------------

■ 参加・協力による効果の具体的な内容

地域包括ケアに関する取組への参加・協力による具体的な効果として、下記のような回答が寄せられた。

地域ケア会議で自宅での生活を送っている事例を聞くことによって在宅復帰支援の幅が広がった。

地域医療支援課と、退院支援ナースの個別対応が効果をあげている。

がん末期患者の在宅医療と支援について考えるための事例提供・グループで意見交換。がん末期患者の在宅への移行から看取りまでの支援について考えるための事例提供・グループで意見交換

施設へのショートの利用や老健施設の退院支援により当院の在宅復帰にもう少し時間のかかる患者の受入れがすすんだ。

市町と連携したことで、包括センターとのパイプができ、早期から在宅患者の対応ができるようになった。市町と住民向けの「在宅看取り」医療講演が年10回ぐらい実施できるようになった。

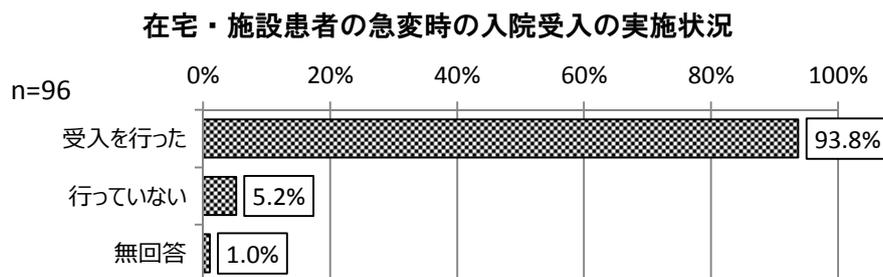
早期から具体的計画的に退院支援ができるようになった。患者家族も自分達で退院後の生活を具体的に考える機会になっている。

専門職向け研修においても地域包括ケアシステムの具体的な取り組みにはまだ時間がかかると感じる。住民に関しては地域包括ケアという名称から浸透しているかを知りたい。

<④在宅・施設患者の急変時の入院受入>

■ 在宅・施設患者の急変時の入院受入の実施状況

実施状況としては「受入を行った」93.8%、「行っていない」5.2%であった。



■ 1 か月間に受入を行った患者数

患者数は「5人未満」21.1%が最も多く、次いで「100人以上」14.4%であった。また、1施設あたり平均患者数は80.7人、1病床あたり平均患者数は0.26人であった。

1 か月間に受入を行った患者数（実人数）

7又は10対1病棟を有する病院	
対象数	90
5人未満	21.1%
5～10人未満	7.8%
10～20人未満	7.8%
20～30人未満	4.4%
30～50人未満	8.9%
50～100人未満	12.2%
100人以上	14.4%
無回答	23.3%

7又は10対1病棟を有する病院	
平均患者数	80.7人
1病床あたり平均患者数	0.26人

受入を行った患者数を、受入元と転帰先別にみると、「(受入元) 自宅→(転帰先) 自宅」(自宅から入院し、自宅へ退院した患者) 63.0人 (63.3%) が最も多く、次いで「(受入元) 自宅→(転帰先) その他」12.5人 (12.6%) であった。

受入を行った患者の受入元・転帰先（1施設あたり平均）

		7又は10対1病棟を有する病院	
対象数		64	
(受入元) 自宅	→(転帰先) 自宅	63.0人	63.3%
	→(転帰先) 施設	1.7人	1.7%
	→(転帰先) 他の病院	5.4人	5.4%
	→(転帰先) 死亡退院	4.1人	4.1%
	→(転帰先) その他	12.5人	12.6%
(受入元) 施設	→(転帰先) 自宅	0.8人	0.8%
	→(転帰先) 施設	5.7人	5.8%
	→(転帰先) 他の病院	0.8人	0.8%
	→(転帰先) 死亡退院	1.2人	1.2%
	→(転帰先) その他	0.2人	0.2%
(受入元) その他	→(転帰先) 自宅	2.6人	2.6%
	→(転帰先) 施設	0.1人	0.1%
	→(転帰先) 他の病院	0.7人	0.7%
	→(転帰先) 死亡退院	0.3人	0.3%
	→(転帰先) その他	0.3人	0.3%
(計)		99.6人	100.0%

また、受入を行った患者数を、1病床あたり平均でみると、7又は10対1病棟を有する病院では「(受入元) 自宅→(転帰先) 自宅」59.9%が最も多く、次いで「(受入元) 自宅→(転帰先) その他」11.7%であった。

受入を行った患者の受入元・転帰先（1病床あたり平均）

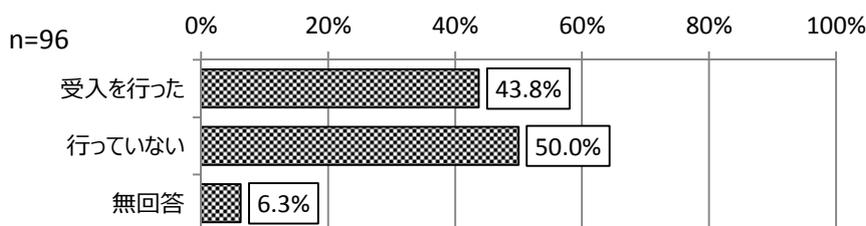
		7又は10対1病棟を有する病院
(受入元) 自宅	→(転帰先) 自宅	59.9%
	→(転帰先) 施設	2.4%
	→(転帰先) 他の病院	5.2%
	→(転帰先) 死亡退院	4.0%
	→(転帰先) その他	11.7%
(受入元) 施設	→(転帰先) 自宅	1.1%
	→(転帰先) 施設	8.6%
	→(転帰先) 他の病院	0.8%
	→(転帰先) 死亡退院	2.1%
	→(転帰先) その他	0.3%
(受入元) その他	→(転帰先) 自宅	2.0%
	→(転帰先) 施設	0.3%
	→(転帰先) 他の病院	0.5%
	→(転帰先) 死亡退院	0.6%
	→(転帰先) その他	0.3%
(計)		100.0%

<⑤医療必要度の高い在宅患者のレスパイト入院の受入>

■ 医療必要度の高い在宅患者のレスパイト入院の受入

7又は10対1病棟を有する病院では「受入を行った」43.8%、「行っていない」50.0%であった。

医療必要度の高い在宅患者のレスパイト入院（レスパイト）の受入



■ 1か月の入院期間別レスパイト患者数

28年6月の1か月間における、入院期間別のレスパイト入院の人数をみると、7又は10対1病棟を有する病院では「8～14日」1.5人が最も多く、次いで「4～7日」0.8人であった。

1か月の入院期間別レスパイト患者数（1施設あたり平均）

	7又は10対1病棟を有する病院	(割合)
対象数	30	
1～3日	0.4人	12.9%
4～7日	0.8人	23.8%
8～14日	1.5人	44.6%
15日以上	0.6人	18.8%

また、28年6月の1か月間における、ADL区分・医療区分別レスパイト患者数の人数をみると、7又は10対1病棟を有する病院では「ADL区分3-医療区分2」1.0人が最も多く、次いで「ADL区分2-医療区分2」0.6人であった。

1か月のADL区分・医療区分別レスパイト患者数（1施設あたり平均）

	7又は10対1病棟を有する病院	(割合)
対象数	22	
ADL区分1-医療区分1	0.1人	5.4%
ADL区分1-医療区分2	0.2人	8.9%
ADL区分1-医療区分3	0.0人	0.0%
ADL区分2-医療区分1	0.2人	7.1%
ADL区分2-医療区分2	0.6人	25.0%
ADL区分2-医療区分3	0.0人	0.0%
ADL区分3-医療区分1	0.1人	5.4%
ADL区分3-医療区分2	1.0人	39.3%
ADL区分3-医療区分3	0.2人	8.9%

■ レスパイトにより得られたと感じる効果

7又は10対1病棟を有する病院、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院のいずれにおいても「家族（介護者）の身体的な負担軽減が図られた」「家族（介護者）の精神的な負担軽減が図られた」との回答が多かった。

レスパイトにより得られたと感じる効果

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	42
家族（介護者）の身体的な負担軽減が図られた	66.7%
家族（介護者）の精神的な負担軽減が図られた	64.3%
在宅生活を継続できる期間が延びた	26.2%
患者本人の医療的ケアを行うことができた	31.0%
特に効果は感じない	0.0%
その他	0.0%

■ レスパイトによる効果の具体的な内容

レスパイトによる効果の具体的な内容として、下記のような回答が寄せられた。

要介護者が遠方に在住していたケース:1回/1~2Wペースで(片道4~5hかけて)帰宅。その労力も大変である。家族(介護者)の近くの施設入所調整を行い、入所前の精査目的で短期入院。施設入所後、介護者の負担も軽減し、定期的面会も負担なく頻回に可能となった。

自分一人と思わなくて良い。皆が助けてくれる。この様な病棟がある事がわかって良かった。大変になったら、ケアマネジャーと相談するよ。母が家でというのなら家で見るよ。とレスパイト後家族からこの様な声が聞かれました。

介護者自身の手術を受ける事ができた。

TPN頻回吸引の患者さんの受入れにより家族の休息につながった。

介護保険でのショートステイでは医療面から対応困難であるケースがあり、レスパイト対応により、負担軽減ができた。

医療依存度の高い患者の介護者は、レスパイトできる場所があるだけでも安心される。地域の医療機関がその役割を担うことで家族もその期間安心して休むことができるようになった。

ご家族が普段できない事(旅行等)をする事ができ、身体的・精神的な負担軽減が図られ、在宅生活を継続する事ができている。

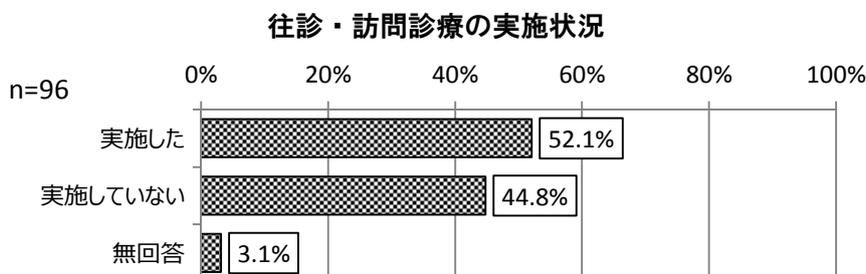
入院中にリハビリ等行い、ADLの向上がみられた。

心身的に苦しくなった時(いざという時)に入院させてもらえるという安心感があり、在宅生活を頑張るはげみになっている。

<⑥往診・訪問診療を自院の医師・歯科医師が直接実施>

■ 往診・訪問診療の実施状況

7又は10対1病棟を有する病院では「実施した」52.1%、「実施していない」44.8%であった。



■ 1か月間に往診を行った患者数

7又は10対1病棟を有する病院では「0人」37.5%が最も多く、次いで「1～5人未満」29.2%であった。また、往診・訪問診療に従事する医師1人あたりの往診を行った患者数をみると、「0人」37.0%が最も多く、次いで「0人超1人未満」21.7%であった。

1か月間に往診を行った患者数		(往診・訪問診療に従事する医師1人あたりの往診を行った患者数)	
	7又は10対1病棟を有する病院		7又は10対1病棟を有する病院
対象数	48	対象数	46
0人	37.5%	0人	37.0%
1～5人未満	29.2%	0人超1人未満	21.7%
5～10人未満	12.5%	1～2人未満	17.4%
10～20人未満	12.5%	2～5人未満	19.6%
20人以上	8.3%	5人以上	4.3%

■ 1か月間に訪問診療を行った患者数

7又は10対1病棟を有する病院では「20人以上」54.0%が最も多く、次いで「1～5人未満」18.0%であった。往診と比較して、訪問診療を行った患者数は多い傾向がうかがえた。

また、往診・訪問診療に従事する医師1人あたりの訪問診療を行った患者数は、「0人超5人未満」43.8%が最も多く、次いで「10～30人未満」25.0%であった。

1 か月間に訪問診療を行った患者数		(往診・訪問診療に従事する医師 1 人あたりの訪問診療を行った患者数)	
		7又は10対1病棟を有する病院	
対象数	50	対象数	46
0人	2.0%	0人	0.0%
1～5人未満	18.0%	0人超5人未満	43.8%
5～10人未満	16.0%	5～10人未満	18.8%
10～20人未満	10.0%	10～30人未満	25.0%
20人以上	54.0%	30～50人未満	4.2%
		50人以上	8.3%

■ 在宅患者の看取りを行った患者数

7 又は 10 対 1 病棟を有する病院では「0 人」40.8%が最も多く、次いで「1～5 人未満」26.5%であった。

在宅患者の看取りを行った患者数

7又は10対1病棟を有する病院	
対象数	49
0人	40.8%
1～5人未満	26.5%
5～10人未満	12.2%
10～20人未満	16.3%
20人以上	4.1%

■ 往診・訪問診療に従事する医師数

7 又は 10 対 1 病棟を有する病院では「3 人」35.4%が最も多く、次いで「1 人」16.7%であった。

往診・訪問診療に従事する医師数

7又は10対1病棟を有する病院	
対象数	48
1人	16.7%
2人	8.3%
3人	35.4%
4人	10.4%
5人	4.2%
6人	10.4%
7人以上	14.6%

■ 往診・訪問診療の患者数の、2年前と比べた変化

2年前と比べた患者数の増減についてみると、7又は10対1病棟を有する病院では「増加傾向にある」50.0%が最も多く、次いで「ほぼ変わらない」26.0%であった。

7又は10対1病棟を有する病院は、その多くが急性期医療を提供する病院と思われるが、近年では往診・訪問診療等を行う数が増えている傾向がうかがえた。

往診・訪問診療の患者数の、2年前と比べた変化

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	50
増加傾向にある	50.0%
ほぼ変わらない	26.0%
減少傾向にある	20.0%
無回答	4.0%

■ 往診・訪問診療を自院で直接実施する理由

7又は10対1病棟を有する病院では「対象患者が元々かかりつけの患者であったから」86.0%が最も多く、次いで「往診等は自院の役割と考えているから」54.0%であった。

経営的理由や要請等の外的要因よりも、元々かかりつけであった患者への継続的な医療提供や地域医療への貢献といった理由により、往診・訪問診療等を実施している傾向がうかがえた。

往診・訪問診療を自院で直接実施する理由

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	50
対象患者が元々かかりつけの患者であったから	86.0%
周辺に往診等を行う医療機関が少ないから	28.0%
往診等は自院の役割と考えているから	54.0%
病院経営上、必要であるから	12.0%
医師会や行政等、他からの要請があったから	6.0%
往診等を希望する患者が多いから	38.0%
特に理由はない	0.0%
その他	2.0%

「その他」の回答内容

患者様が通院困難なため

■ 往診・訪問診療を自院で直接実施することの利点

往診・訪問診療を直接実施することの利点として、下記のような回答が寄せられた。

(患者・家族の密な状況把握、信頼関係の構築)

日頃診療を担当している医師が訪問することで患者も安心でき状況の説明がわからない。・患者、家族の背景や生活状況が理解でき、全人的に把握できる為信頼関係を築きやすく、診療しやすい。

切れ目のない診療を行うことにより、お互いの不安が減少し患者さんとの信頼関係が築ける。

かかりつけ医として Dr が行くことにより安心感を持っていただける。在宅での状況を Dr と相談が密にでき、患者家族の気持ちを伝えやすい。

介護サービス(居宅、特に)との連携が図りやすい、入院が必要なギリギリの見極めができる。

(在宅看取りへの支援)

外来から、訪問診療への移行がスムーズ(同一カルテのため、情報共有しやすい)・急な退院後のフォローがしやすい。・在宅看取りが促進しやすい(適切なベッド管理)

患者が在宅での看取りを希望された時に連携が取りやすい。情報共有しやすい。訪問診療を受けている患者さんが入院が必要となった時、ベッドの確保がしやすい。

ターミナル期でも、患者が希望すれば住み慣れた我が家で暮らせる。・病院と比較して、患者が穏やかに過ごすことができる。・在宅看取りが可能となった。

(急変時の円滑・適切な対応)

患者の生活背景を含めて診ることができる。必要に応じてスムーズに入院につなぐことができる

訪問診療をすることで早期に退院でき、安心して自宅療養が送れる。自宅で看られなくなった時には病院で受け入れるため、状況に合わせた対応も可能である。家族と過ごす時間が増える。自由。

患者の状態を医師が把握すると共に、直接医師より訪問看護師に指示があるため連携がとりやすい。

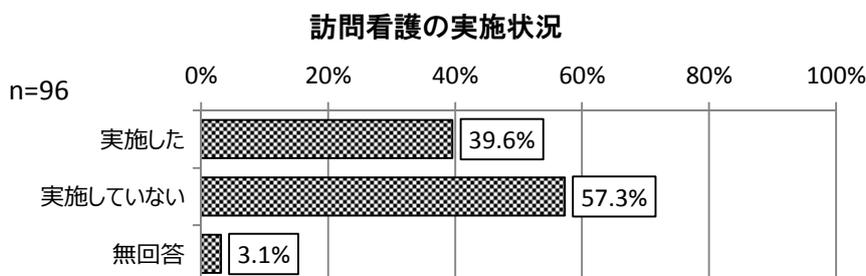
受診できない病状・身体的理由など、様々な状況の方に医療を提供できる。病状により、早期に入院対応ができる。住み慣れた地域で生活しながら、診療を継続できる(外来・入院・紹介患者)

患者の体調が変化したり、悪化した場合「往診→外来受診→入院」などと、情報を共有し、連絡、連携がとりやすい。電子カルテで情報を共有している。

<⑦訪問看護を自院で直接実施>

■ 訪問看護の実施状況

7又は10対1病棟を有する病院では「実施した」39.6%であり、往診・訪問診療と比較して、自院で直接訪問看護を実施する病院は少ない傾向がうかがえた。



■ 1か月間に訪問看護を行った患者数

28年6月の1か月間に訪問看護を行った患者数を職種別にみると、7又は10対1病棟を有する病院では、「看護師」による訪問看護が80.3人と最も多く、次いで「理学療法士」14.9人であった。

1か月間に訪問看護を行った患者数（1施設あたり平均）

	7又は10対1病棟を有する病院	(割合)
対象数	37	
看護師（保健師・助産師含む）	80.3人	82.9%
准看護師	0.0人	0.0%
理学療法士	14.9人	15.4%
作業療法士	1.1人	1.1%
言語聴覚士	0.5人	0.6%

■ 訪問看護に従事する職員数

「看護師」5.0人が最も多く、次いで「理学療法士」0.6人であった。

訪問看護に従事する職員数（1施設あたり平均）

	7又は10対1病棟を有する病院	(割合)
対象数	35	
看護師（保健師・助産師含む）	5.0人	87.0%
准看護師	0.0人	0.0%
理学療法士	0.6人	10.0%
作業療法士	0.1人	2.5%
言語聴覚士	0.0人	0.5%

■ 訪問看護を自院で直接実施する理由

7又は10対1病棟を有する病院では「対象患者が元々かかりつけの患者であったから」81.6%が最も多く、次いで「訪問看護は自院の役割と考えているから」57.9%であった。

往診・訪問診療と同様に、元々かかりつけであった患者への継続的な医療提供、地域医療への貢献等の理由が、訪問看護を直接実施する理由として多い傾向がうかがえた。

訪問看護を自院で直接実施する理由

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	38
対象患者が元々かかりつけの患者であったから	81.6%
周辺に訪問看護を行う施設等が少ないから	26.3%
訪問看護は自院の役割と考えているから	57.9%
病院経営上、必要であるから	21.1%
医師会や行政等、他からの要請があったから	10.5%
訪問看護を希望する患者が多いから	39.5%
特に理由はない	0.0%
その他	5.3%

「その他」の回答内容

退院支援の一環として地域活動として行っている

地域住民の健康を守ると理念にある

訪問診療だけの介入で必要時出勤

■ 訪問看護を自院で直接実施することの利点

訪問看護を直接実施することの利点として、下記のような回答が寄せられた。

(多職種間の連携促進)

新規介入時や入院退院時、連携がとりやすい。入院時からの医療面での状態把握も細かくでき、在宅へ移行できる。また、緊急時の連絡、対応もスムーズである。

在宅での状態を主治医に伝えることができる。かかりつけの病院で行うことによる患者さんの安心感

がん、難病、胃瘻、膀胱瘻、腹膜透析など医療依存度の高い患者が多くなっている。当院がかかりつけの患者を中心に訪問を実施することが多く、医師との連携はスムーズである。

病院母体である為、退院支援の連携が行いやすい。

入退院を繰り返す患者に訪問看護を導入することで在宅療養が継続される。在宅看取りを希望する人が退院しやすくなった。(希望していたが間に合わず病院で亡くなることがなくなった。)訪問看護が入っていると当院の医師の往診がスムーズになった。

病院内での他職種との連携をいかし、住み慣れた地域でご本人の有する能力に応じた日常生活が送れる

ように支援することができる

主治医との連携を行いやすく、必要薬剤の払い出し等、スムーズに行うことができる。医療ニーズの高い患者に対するレスパイト体制をとり、患者・家族の状態に合わせた対応を行うことができる。

定期的な病状観察により病状変化への対応が速やかに行え、常に主治医と連携をとっているため、適切に対応でき重度化を防ぐ事が出来る。

患者の病状・ケア・支援について、情報を集めやすく、患者家族の考え・思いを知り、医師と連携を取りながら支援することができる。

(その他)

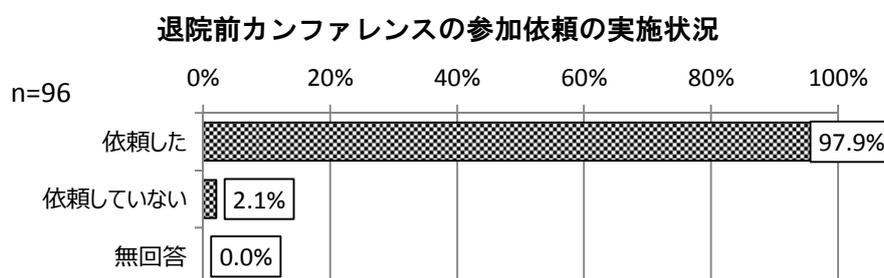
診療圏内の地域住民の大部分が高齢者の一人暮らしや老夫婦世帯が多いことやまた、病院へ通院するための交通手段がない方が多い。このような現状から、当院の訪問診療に対するニーズが高く、今後も地域に密着した医療を提供していきたいと考えている。

自宅(施設)での生活の様子、過ごし方がわかる。状態変化に早期に気づけ対応することができる(連絡、相談)

<⑧地域の医療・介護関係者への退院前カンファレンスの参加依頼>

■ 地域の医療・介護関係者への退院前カンファレンスの参加依頼の実施状況

「依頼した」97.9%、「依頼していない」2.1%であった。



■ 地域の医療・介護関係者が参加して行う退院前カンファレンスの割合

「概ね8割程度」56.4%が最も多く、次いで「概ね半数以下」20.2%であった。

地域の医療・介護関係者が参加して行う退院前カンファレンスの割合

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	94
概ね8割以上	56.4%
概ね半数から8割程度	13.8%
概ね半数以下	20.2%
わからない	6.4%
無回答	3.2%

■ 退院前カンファレンスに参加した地域の医療・介護関係者

退院前カンファレンスに参加した地域の医療・介護関係者を職種別にみると、7又は10対1病棟を有する病院「ケアマネジャー」100%が最も多く、次いで「訪問看護師」91.5%であった。

退院前カンファレンスに参加した地域の医療・介護関係者

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	94
退院後のかかりつけ医（予定含む）	57.4%
ケアマネジャー	100.0%
訪問看護師	91.5%
ホームヘルパー	77.7%
デイサービス・デイケア事業所職員	79.8%
福祉用具事業所職員	83.0%
その他	31.9%

「その他」の回答内容

施設相談員	医療機器業者
訪問薬剤師	配食サービス
栄養士	行政機関職員
児童相談所	行政職員
調剤薬局	入所施設職員
医療機器関係業者	学校、養護教諭
地域包括支援センター	訪問リハビリスタッフ
相談支援事業所	ショートステイ職員
入居予定の施設の管理者	介護タクシー職員
訪問入浴	生活保護ケースワーカー
看護師	歯科

■ 地域の医療・介護関係者に参加してもらうための工夫

地域の医療・介護関係者にカンファレンスに参加してもらうための工夫として、下記のような回答が寄せられた。

（多職種が参加できる日程調整）

各事業所へできるだけ早くカンファレンス開催日時を打診し、調整する。カンファレンスが短時間で済むよう運営している

開催日をかかりつけ医の都合を優先し、参加し易いようにしている。

多数の関係者が参加できるよう、複数の日程を提示したうえで日程調整を行い、開催日を決定している。また、カンファレンスでの議論が充実したものとなるよう、事前に患者情報をまとめたシートを参加者に送付するなどの取組を行っている。

事前にかかりつけ医の都合のよい時間帯を確認しておく・医師が無理なら診療所の看護師に出席依頼を行う・日頃から顔の見える関係をもつ

声をかけ、日程があうよう調整、どうしても不参加の場合は、後日単独で面談や電話・文書など密に連携する
早い時期に開催日を設定する、カンファレンスの時間を30分以内と短くする、事前に資料を配付しておく
本人の自宅で開催したり、時間帯をサービス関係者の都合にあわせている

(早期からの入院患者に関する情報共有)

入院後の病状説明時に担当ケアマネジャーにも同席してもらい、退院の流れ(タイミング)を知ってもらう
入院時に病棟の退院支援看護師からケアマネジャーへ一報を入れてカンファレンスについても事前に予告することで退院調整をスムーズに行えるようにしている。

入院直後から相互で情報交換するシステムを導入している事。早期より参加の必要性の有無を提案している。

入院時もケアマネが情報を提供する為に来院してくれるので、退院にむけた調整をしやすい。

入院時から、患者・家族の同意を得て、ケアマネと情報交換を行う。

入院後、ケアマネジャーと連携を図り、退院支援を実施。ケアマネジャーから入院前の情報をもらい、病院からは入院後の治療やADL等の情報提供をし、共に退院支援を行っている意識を共有し、連携を行っている。

(日常的な連携関係の構築)

事前に関係者の都合を確認し、日程調整・カンファ以外でも関係者と連携をとる

日々の関係性を構築し、少し無理がいえる関係にしておくこと

当院は地域の介護関係者と常に顔の見える関係がとれている。

ケアマネジャーとの連携、関係事業所へのアナウンス徹底

日頃の連携、日程調整

(事前の情報共有)

日程調整用(希望の日時を確認する)FAX用紙を準備している。どのようなことを、誰に聞きたいかをその際に記入してもらうようにしている。

退院前カンファレンス開催の目的を伝え、方向性の確認を事前に行う。また、電話や文書(診療情報提供書)等で事前に患者情報の定時を行う。

今後の見通しや入院用途、入院前の情報などを共有・連携していくこと

事前に基本情報をお伝えし、イメージを作ってきていただく。

事前に情報提供し、関係機関が参加しやすい期日を選択する。日々顔の見える関係づくり(TEL1本でOK)

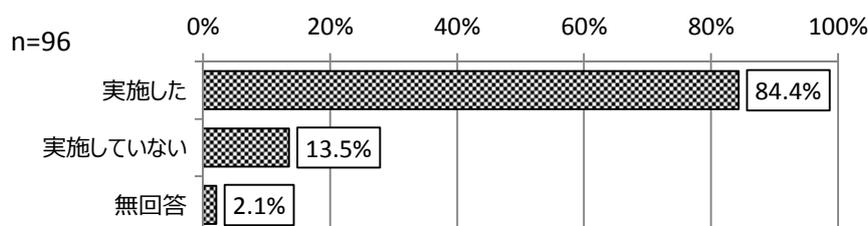
事前に状況報告、情報提供を行って、参加をお願いしている。

<⑨地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成>

■ 地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成状況

7又は10対1病棟を有する病院では、「実施した」84.4%、「実施していない」13.5%であった。

地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成状況



■ 地域の医療・介護関係者と連携して退院支援計画を作成した割合

7又は10対1病棟を有する病院では「概ね半数以下」48.1%が最も多く、次いで「概ね8割以上」21.0%であった。

地域の医療・介護関係者と連携して退院支援計画を作成した割合

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	81
概ね8割以上	21.0%
概ね半数から8割程度	18.5%
概ね半数以下	48.1%
わからない	11.1%
無回答	1.2%

■ 退院支援計画の作成において、地域の医療・介護関係者と連携するための手法

7又は10対1病棟を有する病院では「地域の医療・介護関係者に病院への来訪を依頼」90.1%が最も多く、次いで「地域の医療・介護関係者と電話で相談実施」87.7%であった。

退院支援計画の作成において、地域の医療・介護関係者と連携するための手法

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	81
地域の医療・介護関係者と電話で相談実施	87.7%
地域の医療・介護関係者に病院への来訪を依頼	90.1%
自院の職員が地域の事業所等を訪問し、相談実施	17.3%
患者宅で自院の職員と地域の医療・介護関係者等が相談実施	34.6%
その他	4.9%

「その他」の回答内容

ケアマネジャーから、入院前の様子を文書で情報提供を受ける。

家屋調査

病棟看護師による退院後在宅訪問

地域の看護関係者が自発的に来院

■ 退院支援計画の作成において、地域の医療・介護関係者と連携するための工夫

退院支援計画の作成において、地域の医療・介護関係者と連携するための工夫として、下記のような回答が寄せられた。

(入院中の状況の密な報告)

tel、fax、訪問など様々な情報交換方法を有効に活用しています。

入院時に病棟退院支援看護師からケアマネジャーへ連絡を入れて、早期から情報交換を行っている。

担当ケアマネがおられる場合には、入院後3日以内を目処に情報がとどく、地域連携が窓口となり状態や退院期間等を伝えられる。退院支援の流れが地域で周知されつつある。

地域生活連携シートを活用し、入院前の身体状況と退院時とを比較

介入当初から情報収集を行う、詳細に病状やリハビリの経過報告を行う

入院時の中間の情報提供の徹底

入院時から、患者・家族の同意を得て、ケアマネと情報交換を行う。

入院早期から情報交換し家族、本人の意向を踏えた退院の話合いをしている。できる限り、住環境の把握のため退院前訪問を実施している。

(顔の見える関係づくり)

定期的な共同での研修会、会合などになるべく多く参加し、日頃より信頼関係を築くこと。

地域の医療・介護関係者が来院された場合、可能な限り直接会って顔の見える関係作りに努めている。

・事前に情報提供し、関係機関が参加しやすい期日を選択する。日々顔の見える関係づくり(TEL1本でOK)

日頃から顔のみえる連携を心がけている。ちょっとしたことでも電話連絡をしたり、垣根を無くすようにしている。

地域で開催される研修会等に参加し、常日頃から顔の見える関係を作っておく事が重要である。予定入院の場合は事前に緊急入院の場合は可能な限り当日に情報提供支援を行い早期に介入できる様調整している。

(入院前情報の提供依頼、収集)

入院前の情報を書面でもらうようにしている。

入院前の正確な情報の入手・本人、家族のニーズの把握と情報提供・担当者と密なコミュニケーション

入院前の状況について速やかに情報を取って、退院時の状態のイメージを共有するように心掛ける

入院後、早期にケアマネジャーや訪問看護師等へ連絡し、情報支援を行う。その為には、入院時に必ず社会資源の利用状況について、病棟看護師が確認をしている。・入院前のケアプランを送付してもらい、退院支援計画の作成に活かす。

入院時の情報シートの依頼を介護保険事業所等に行い、退院支援計画に反映させている。

<⑩入院患者へのリハビリテーションの実施状況>

■ 回復期リハビリテーション病棟の入院患者数

7又は10対1病棟を有する病院では「40～60人未満」35.0%が最も多く、次いで「20～40人未満」30.0%であった。

回復期リハビリテーション病棟の入院患者数

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	20
1～20人未満	10.0%
20～40人未満	30.0%
40～60人未満	35.0%
60～80人未満	20.0%
80～100人未満	0.0%
100人以上	5.0%

※前述の設問「施設基準等」で、回復期リハビリテーション病棟入院料1～3のいずれかを有すると回答した病院を対象数としている。

■ 疾患別リハビリテーション等を実施した入院患者数

7又は10対1病棟を有する病院では「0～20人未満」40.0%が最も多く、次いで「40～60人未満」30.0%であった。

疾患別リハビリテーション等を実施した入院患者数

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	30
0～20人未満	40.0%
20～40人未満	16.7%
40～60人未満	30.0%
60～80人未満	10.0%
80人以上	3.3%

※前述の設問「施設基準等」において、地域包括ケア病棟入院料1・2および地域包括ケア入院医療管理料1・2のいずれかを有すると回答した病院を対象数としている。

■ ADL 維持向上等体制加算を算定した人数

「0人」49.0%が最も多く、それ以外の回答は2件（各1件）であった。

ADL 維持向上等体制加算を算定した人数

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	96
0人	49.0%
1～5人未満	1.0%
5人以上	1.0%
無回答	49.0%

■ 個別リハビリテーションを実施した人数

上記の回復期リハビリテーション、疾患別リハビリテーション等、ADL 維持向上等体制加算以外の個別リハビリテーションを実施した人数について、7又は10対1病棟を有する病院では「0人」21.9%が最も多く、次いで「1～100人未満」13.5%であった。

個別リハビリテーションを実施した人数

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	96
0人	21.9%
1～100人未満	13.5%
100～200人未満	10.4%
200～300人未満	6.3%
300～400人未満	2.1%
400人以上	1.0%
無回答	44.8%

■ 集団リハビリテーションを実施した人数

「0人」45.8%が最も多く、次いで「1～50人未満」4.2%であった。

集団リハビリテーションを実施した人数

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	96
0人	45.8%
1～50人未満	4.2%
50人以上	1.0%
無回答	49.0%

■ 入院患者へのリハビリテーションにより得られたと感じる効果

7又は10対1病棟を有する病院では「患者の身体機能、ADL低下を防止・緩和できた」59.4%が最も多く、次いで「患者のIADL低下を防止・緩和できた」39.6%であった。

入院患者へのリハビリテーションにより得られたと感じる効果

	7又は10対1病棟を有する病院
対象数	96
患者の身体機能、ADL低下を防止・緩和できた	59.4%
患者のIADL低下を防止・緩和できた	39.6%
患者の認知機能の低下を防止・緩和できた	36.5%
廃用症候群の患者が減少した	30.2%
退院までの期間（在院日数）が短くなった	30.2%
自宅退院する患者が増えた	29.2%
退院調整がスムーズに行えるようになった	30.2%
その他	3.1%

「その他」の回答内容

患者とその家族の満足を得られた。

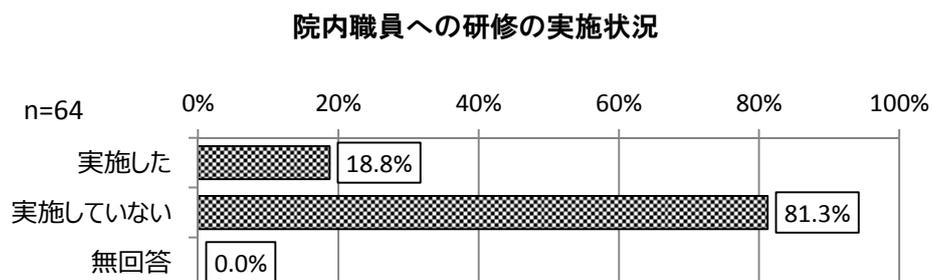
覚醒リズムが改善し、不穏が消失した

(2) 7又は10対1以外の一般病棟を有する病院

＜①地域包括ケアに関する院内職員への研修＞

■ 地域包括ケアに関する院内職員への研修の実施状況

院内職員への研修の実施状況をみると、「実施した」18.8%、「実施していない」81.3%であった。



■ 研修で取り上げたテーマ、実施内容

院内職員への研修を実施している病院について、取り上げたテーマ等をみると、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「地域包括ケアに関する病院の方針・取組内容の説明」66.7%が最も多く、次いで「厚生労働省が示す地域包括ケアの内容説明」58.3%であった。

研修で取り上げたテーマ、実施内容

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	12
厚生労働省が示す地域包括ケアの内容説明	58.3%
地域の医療・介護に関する施設・事業所の機能説明	16.7%
地域の医療・介護に関する個別の施設・事業所の紹介	8.3%
退院支援の具体的方法の説明	25.0%
在宅医療・介護連携の重要性に関する講義	8.3%
地域包括ケアに関する自治体事業の説明	0.0%
地域包括ケアに関する病院の方針・取組内容の説明	66.7%
その他	0.0%

「その他」の回答内容

施設看取りについて

■ 院内職員への研修により得られたと感じる効果

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「医師、看護師等病院職員が地域連携に積極的になった」50.0%が最も多く、次いで「地域の関係機関への連携（訪問等）が増えた」「退院支援が円滑に進むようになった」33.3%であった。自院の取組や制度説明を多く取り入れ、これにより地域連携の重要性等を啓発する傾向がうかがえた。

院内職員への研修により得られたと感じる効果

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	12
地域の関係機関への連携（訪問等）が増えた	33.3%
医師、看護師等病院職員が地域連携に積極的になった	50.0%
退院支援が円滑に進むようになった	33.3%
在宅復帰率が高まった	25.0%
平均在院日数が短縮された	8.3%
特に効果は感じない	25.0%
その他	8.3%

「その他」の回答内容

職員の理解が得られるようになった。

■ 院内職員への研修による具体的な効果

院内職員への研修による具体的な効果として、下記のような回答が寄せられた。

入院から退院、そして在宅治療への流れが、全体で共有できるようになり個々のコーディネーターとしてのスキルが上がってきた。

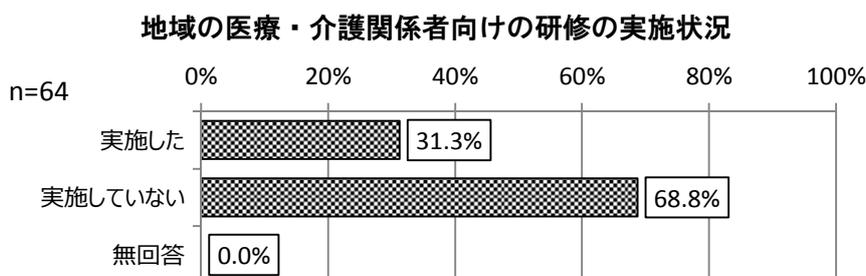
地域への活動（訪問栄養指導）の開始

術後の回復期リハビリテーション病院との連携が増加した。当院も地域包括ケア病床を有するべく、職員全体で取り組みを始めている。（職員のモチベーション向上）

<②地域の医療・介護関係者向けの研修>

■ 地域の医療・介護関係者向けの研修の実施状況

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「実施した」31.3%、「実施していない」68.8%であった。



■ 研修の定期的な実施の有無

地域の医療・介護関係者向けの研修を実施している病院について、その頻度をみると、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「年2～3回以上実施している」35.0%が最も多く、次いで「年4回以上実施している」25.0%であった。

研修の定期的な実施の有無

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	20
年1回以上実施している	20.0%
年2～3回実施している	35.0%
年4回以上実施している	25.0%
不定期に実施している	20.0%
今後の実施予定はない	0.0%
その他	0.0%

■ 研修で取り上げたテーマ、実施内容

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「地域の医療・介護関係者を対象とした、医学的・専門的な講演や説明会（最新の研究動向等）」70.0%が最も多く、次いで「自院の機能、役割、組織等の紹介」20.0%であった。

研修で取り上げたテーマ、実施内容

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	20
厚生労働省が示す地域包括ケアの内容説明	0.0%
自院の機能、役割、組織等の紹介	20.0%
自院の退院支援の具体的方法の説明	5.0%
在宅医療・介護連携の重要性に関する講義	15.0%
地域包括ケアに関する自治体事業の説明	0.0%
地域包括ケアに関する病院の方針・取組内容の説明	15.0%
地域の医療・介護関係者を対象とした、医学的・専門的な講演や説明会（最新の研究動向等）	70.0%
その他	25.0%

「その他」の回答内容

地域包括ケアに向けた各地域の震災後の取り組み

施設看取りについて

認知症勉強会

認知症サポーター養成

各施設・事業所の機能、役割。在宅医療・介護をみどりの再現劇を通して紹介。

■ 研修により得られたと感じる効果

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「地域の関係機関からの連絡（相談・紹介等）が増えた」55.0%が最も多く、次いで「地域全体の医療・介護の質が高まった」25.0%であった。

研修により得られたと感じる効果

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	20
地域の関係機関への連絡（訪問等）が増えた	20.0%
地域の関係機関からの連絡（相談・紹介等）が増えた	55.0%
退院支援が円滑に進むようになった	20.0%
在宅復帰率が高まった	5.0%
平均在院日数が短縮された	5.0%
地域全体の医療・介護の質が高まった	25.0%
特に効果は感じない	10.0%
その他	5.0%

「その他」の回答内容

現場での対応方法を学べた。

■ 研修による効果の具体的な内容

地域の医療・介護関係者への研修による具体的な効果として、下記のような回答が寄せられた。

（顔の見える関係の構築）

研修を開催する事で、顔のみえる関係が出来る。意見交換が出来、質の向上につながっていると感じる。顔馴染みの関係になることで入所相談や自宅退院後のフォロー等の相談がしやすくなった。また、逆に当院への相談や連絡も増え、他機関との連携が強まった。

顔のみえる関係づくりが進んだことにより連携がとりやすくなった。

（その他）

自院の役割や病院としての機能が明確（オープン）になり地域住民や施設との連携、協力が密になった。

近隣の医療機関6病院に対して、「高齢者の不穏症状について」⇒医師看護師対象、「認知症治療に於いて、看護師と医師の連携のために知っておくと役立つ知識」⇒看護師、介護師、一般職対象

地域の住民への講演会の実施（頭痛、めまい、もの忘れ、認知症に関する内容等）

研修参加者からの問い合わせ（さらに具体的内容をしたい、対象者についてなど）

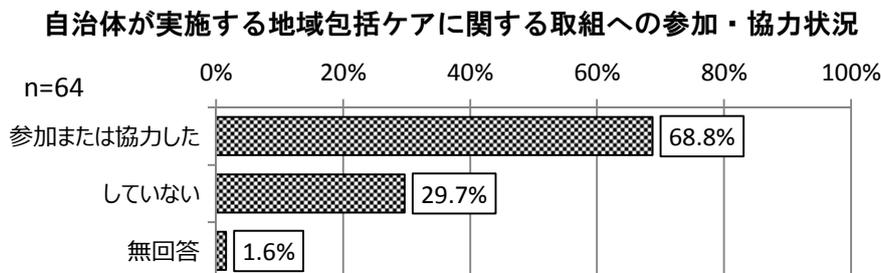
認知症に関する知識・看護技術・各種薬剤に関する知識等が高まった。

在宅療養支援ベッド制度の運用。

<③自治体が実施する地域包括ケアに関する取組への参加・協力状況>

■ 自治体が実施する地域包括ケアに関する取組への参加・協力状況

7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では「参加または協力した」68.8%、「していない」29.7%であった。



■ 参加または協力した自治体の取組・事業等

自治体を実施する地域包括ケアに関する取組への参加・協力を行っている病院について、その取組・事業等をみると、7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では、参加した取組として「地域ケア会議」75.0%が最も多かった。また、協力した取組としては「地域包括ケアに関する自治体主催の住民向け研修会」15.9%が最も多かった。

参加した自治体の取組・事業等

	(参加した取組)	(協力した取組)
対象数	44	44
地域ケア会議	75.0%	9.1%
地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修	72.7%	9.1%
地域包括ケアに関する自治体主催の専門職向け研修	52.3%	9.1%
地域包括ケアに関する自治体主催の住民向け研修会	31.8%	15.9%
在宅医療・介護連携に関する相談窓口の運営	22.7%	9.1%
その他	2.3%	4.5%

「その他」の回答内容

住民・医療介護関係者共同の研修

■ 地域包括ケアに関する取組への参加・協力により得られたと感じる効果

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「地域の関係機関からの連絡が増えた」47.7%が最も多く、次いで「退院前カンファレンス時など、自院への地域の医療・介護関係者の来訪が増えた」「特に効果は感じない」34.1%であった。

地域包括ケアに関する取組への参加・協力により得られたと感じる効果

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	44
地域の関係機関からの連絡が増えた	47.7%
入院・外来患者の紹介が増えた	15.9%
退院前カンファレンス時など、自院への地域の医療・介護関係者の来訪が増えた	34.1%
退院支援加算など、算定できる加算等の種類・件数が増えた	11.4%
退院する患者により適切なサービス・支援が提供されるようになった	31.8%
特に効果は感じない	34.1%
その他	0.0%

■ 参加・協力による効果の具体的な内容

地域包括ケアに関する取組への参加・協力による具体的な効果として、下記のような回答が寄せられた。

病院の知名度があがり、病院機能などを理解してもらう機会となった。・地域の動向や方針が可視化できるようになった。

ポストアキュート、レスパイトなどの紹介が増えた。

他職種間でのカンファレンスの実施ができる

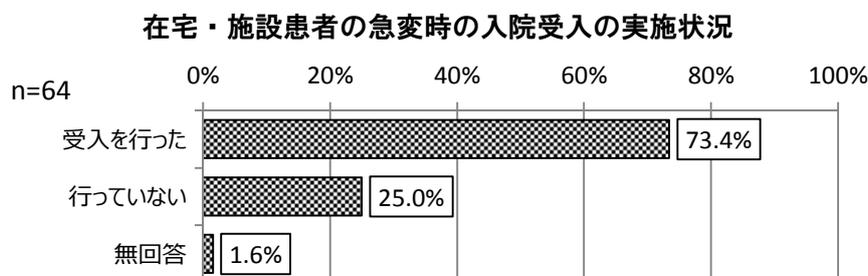
退院支援に介入する職種が増えたこと。看護師もまた在宅を知ろうとする意識が高まったことにより、その相互関係がよりよい在宅支援となってきている。

関係者から自院で診療可能な患者の紹介がある。

<④在宅・施設患者の急変時の入院受入>

■ 在宅・施設患者の急変時の入院受入の実施状況

7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では「受入を行った」73.4%、「行っていない」25.0%であった。



■ 1 か月間に受入を行った患者数

7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では「5 人未満」31.9%が最も多く、次いで「5～10 人未満」23.4%であった。また、1 施設あたり平均患者数は 15.2 人、1 病床あたり平均患者数は 0.18 人であった。

1 か月間に受入を行った患者数（実人数）

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	47
5人未満	31.9%
5～10人未満	23.4%
10～20人未満	12.8%
20～30人未満	17.0%
30～50人未満	6.4%
50～100人未満	6.4%
100人以上	0.0%
無回答	2.1%

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
平均患者数	15.2人
1病床あたり平均患者数	0.18人

受入を行った患者数を、受入元と転帰先別にみると、7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では「(受入元) 自宅→(転帰先) 自宅」7.1 人 (42.2%) が最も多く、次いで「(受入元) 施設→(転帰先) 施設」3.3 人 (19.6%) であった。7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では、施設からの急変患者も受け入れ、治療後に施設に帰していく人数が多い傾向がうかがえた。

受入を行った患者の受入元・転帰先（1施設あたり平均）

		7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	
対象数		41	
(受入元) 自宅	→ (転帰先) 自宅	7.1人	42.2%
	→ (転帰先) 施設	0.6人	3.3%
	→ (転帰先) 他の病院	0.8人	4.5%
	→ (転帰先) 死亡退院	0.6人	3.8%
	→ (転帰先) その他	0.1人	0.9%
(受入元) 施設	→ (転帰先) 自宅	0.8人	4.9%
	→ (転帰先) 施設	3.3人	19.6%
	→ (転帰先) 他の病院	0.1人	0.7%
	→ (転帰先) 死亡退院	1.0人	6.2%
	→ (転帰先) その他	0.3人	1.6%
(受入元) その他	→ (転帰先) 自宅	1.4人	8.3%
	→ (転帰先) 施設	0.0人	0.1%
	→ (転帰先) 他の病院	0.2人	1.5%
	→ (転帰先) 死亡退院	0.3人	2.0%
	→ (転帰先) その他	0.0人	0.3%
(計)	16.8人	100.0%	

また、受入を行った患者数を、1病床あたり平均でみると、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「(受入元) 自宅→(転帰先) 自宅」47.5%が最も多く、次いで「(受入元) 施設→(転帰先) 施設」20.8%であった。

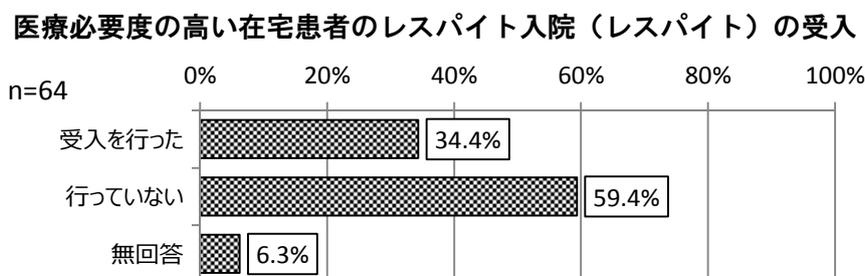
受入を行った患者の受入元・転帰先（1病床あたり平均）

		7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	
(受入元) 自宅	→ (転帰先) 自宅		47.5%
	→ (転帰先) 施設		1.9%
	→ (転帰先) 他の病院		2.9%
	→ (転帰先) 死亡退院		3.6%
	→ (転帰先) その他		0.6%
(受入元) 施設	→ (転帰先) 自宅		5.5%
	→ (転帰先) 施設		20.8%
	→ (転帰先) 他の病院		0.7%
	→ (転帰先) 死亡退院		5.8%
	→ (転帰先) その他		1.4%
(受入元) その他	→ (転帰先) 自宅		5.9%
	→ (転帰先) 施設		0.2%
	→ (転帰先) 他の病院		0.9%
	→ (転帰先) 死亡退院		1.8%
	→ (転帰先) その他		0.3%
(計)		100.0%	

<⑤医療必要度の高い在宅患者のレスパイト入院の受入>

■ 医療必要度の高い在宅患者のレスパイト入院の受入

7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では「受入を行った」34.4%、「行っていない」59.4%であった。



■ 1か月の入院期間別レスパイト患者数

28年6月の1か月間における、入院期間別のレスパイト入院の人数をみると、7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では「15 日以上」0.7 人が最も多く、次いで「4～7 日」「8～14 日」0.6 人であった。

1か月の入院期間別レスパイト患者数（1施設あたり平均）

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	(割合)
対象数	21	
1～3日	0.0人	0.0%
4～7日	0.6人	32.5%
8～14日	0.6人	30.0%
15日以上	0.7人	37.5%

また、28年6月の1か月間における、ADL 区分・医療区分別レスパイト患者数の人数をみると、7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では「ADL 区分 3－医療区分 1」「ADL 区分 3－医療区分 2」0.4 人が最も多かった。

1か月のADL区分・医療区分別レスパイト患者数（1施設あたり平均）

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	(割合)
対象数	15	
ADL区分1-医療区分1	0.1人	8.0%
ADL区分1-医療区分2	0.0人	0.0%
ADL区分1-医療区分3	0.1人	4.0%
ADL区分2-医療区分1	0.1人	8.0%
ADL区分2-医療区分2	0.1人	8.0%
ADL区分2-医療区分3	0.1人	8.0%
ADL区分3-医療区分1	0.4人	24.0%
ADL区分3-医療区分2	0.4人	24.0%
ADL区分3-医療区分3	0.3人	16.0%

■ レスパイトにより得られたと感じる効果

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「家族（介護者）の身体的な負担軽減が図られた」「家族（介護者）の精神的な負担軽減が図られた」59.1%が最も多かった。

レスパイトにより得られたと感じる効果

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	22
家族（介護者）の身体的な負担軽減が図られた	59.1%
家族（介護者）の精神的な負担軽減が図られた	59.1%
在宅生活を継続できる期間が延びた	27.3%
患者本人の医療的ケアを行うことができた	31.8%
特に効果は感じない	0.0%
その他	0.0%

■ レスパイトによる効果の具体的な内容

レスパイトによる効果の具体的な内容として、下記のような回答が寄せられた。

認知症の徘徊患者の家族が夜間も睡眠出来ず疲労していたが入院することにより家族の精神的・身体的負担の軽減が図れた。食事に偏りがあり栄養状態が悪かったが入院する事で栄養面の改善が図れた。退院時、家族が迎えに来られた際、笑顔がみられ必要な時には繰り返しレスパイト入院を利用したいと話された。

患者の医療的処置と認知症の対応を行うことで、主介護者の負担、不安を軽減することができた。

緊急時の受入れで、在宅生活の維持が可能となった。

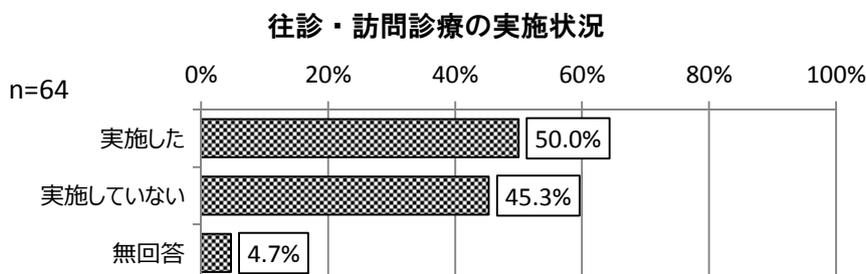
骨粗しょう症の治療(注射)をショートステイ入院期間中に行えた。

なかなか在宅での受け入れが困難であった事例において、レスパイトの受け入れ病院を確保することにより、在宅への導入が行えた。結果、在宅での期間が延長した。

<⑥往診・訪問診療を自院の医師・歯科医師が直接実施>

■ 往診・訪問診療の実施状況

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「実施した」50.0%、「実施していない」45.3%であった。



■ 1か月間に往診を行った患者数

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「0人」40.0%が最も多く、次いで「1～5人未満」36.0%であった。また、往診・訪問診療に従事する医師1人あたりの往診を行った患者数をみると、「0人」40.9%が最も多く、次いで「1～2人未満」22.7%であった。

1か月間に往診を行った患者数		(往診・訪問診療に従事する医師1人あたりの往診を行った患者数)	
	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院		7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	25	対象数	22
0人	40.0%	0人	40.9%
1～5人未満	36.0%	0人超1人未満	4.5%
5～10人未満	4.0%	1～2人未満	22.7%
10～20人未満	16.0%	2～5人未満	13.6%
20人以上	4.0%	5人以上	18.2%

■ 1 か月間に訪問診療を行った患者数

7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では「20 人以上」50.0%が最も多く、次いで「1～5 人未満」23.3%であった。また、往診・訪問診療に従事する医師 1 人あたりの訪問診療を行った患者数は、「0 人超 5 人未満」「10～30 人未満」27.3%が最も多かった。

往診と比較して、訪問診療を行った患者数は多い傾向がうかがえた。

1 か月間に訪問診療を行った患者数		(往診・訪問診療に従事する医師 1 人あたりの訪問診療を行った患者数)	
	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院		7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	30	対象数	22
0人	6.7%	0人	13.6%
1～5人未満	23.3%	0人超5人未満	27.3%
5～10人未満	10.0%	5～10人未満	4.5%
10～20人未満	10.0%	10～30人未満	27.3%
20人以上	50.0%	30～50人未満	13.6%
		50人以上	13.6%

■ 在宅患者の看取りを行った患者数

7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では「1～5 人未満」48.1%が最も多く、次いで「0 人」44.4%であった。

在宅患者の看取りを行った患者数

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	27
0人	44.4%
1～5人未満	48.1%
5～10人未満	7.4%
10～20人未満	0.0%
20人以上	0.0%

■ 往診・訪問診療に従事する医師数

7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では「1 人」51.7%が最も多く、次いで「2 人」「3 人」20.7%であった。

往診・訪問診療に従事する医師数

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	
対象数	29
1人	51.7%
2人	20.7%
3人	20.7%
4人	3.4%
5人	0.0%
6人	0.0%
7人以上	3.4%

■ 往診・訪問診療の患者数の、2年前と比べた変化

7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では「ほぼ変わらない」43.8%が最も多く、次いで「増加傾向にある」28.1%であった。

往診・訪問診療の患者数の、2年前と比べた変化

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	
対象数	32
増加傾向にある	28.1%
ほぼ変わらない	43.8%
減少傾向にある	21.9%
無回答	6.3%

■ 往診・訪問診療を自院で直接実施する理由

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「対象患者が元々かかりつけの患者であったから」81.3%が最も多く、次いで「往診等は自院の役割と考えているから」43.8%であった。

経営的理由や要請等の外的要因よりも、元々かかりつけであった患者への継続的な医療提供や地域医療への貢献といった理由により、往診・訪問診療等を実施している傾向がうかがえた。

往診・訪問診療を自院で直接実施する理由

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	32
対象患者が元々かかりつけの患者であったから	81.3%
周辺に往診等を行う医療機関が少ないから	34.4%
往診等は自院の役割と考えているから	43.8%
病院経営上、必要であるから	15.6%
医師会や行政等、他からの要請があったから	3.1%
往診等を希望する患者が多いから	25.0%
特に理由はない	0.0%
その他	3.1%

「その他」の回答内容

家族の希望(送迎が困難等)

■ 往診・訪問診療を自院で直接実施することの利点

往診・訪問診療を直接実施することの利点として、下記のような回答が寄せられた。

入院が必要な場合、調整をスムーズに行うことができる。

患者のニーズに答えるという意味では、患者本位の医療ができるメリットとなります。しかし、夜間の呼び出しに応ずるとなると、当直2人体制をひかないと、病院の患者放置となってしまうので困ります。

患者さんを計画的に治療、看護出来て、栄養状態の管理など、予測されるリスクを回避し入院が必要な状態を未然に防ぐことが出来る。

患者家族の負担軽減。気軽に相談出来、精神面で安心。

本人の在宅での状況等が把握できる

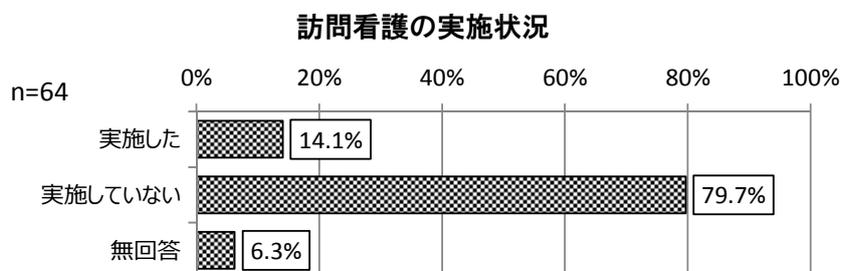
独居、身体的理由により来院できない患者さんの健康管理を行い地域に貢献する。

家族・患者様の負担軽減になり定期的な診察が出来、異常、問題点の早期発見・治療につながる。在宅での生活がよくわかり、指導や、在宅での生活の相談に乗りやすい。

<⑦訪問看護を自院で直接実施>

■ 訪問看護の実施状況

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「実施した」14.1%、「実施していない」79.7%であった。往診・訪問診療と比較して、自院で直接訪問看護を実施する病院は少ない傾向がうかがえた。



■ 1か月間に訪問看護を行った患者数

28年6月の1か月間に訪問看護を行った患者数を職種別にみると、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では、「看護師」による訪問看護が27.5人と最も多く、次いで「准看護師」9.3人であった。

1か月間に訪問看護を行った患者数（1施設あたり平均）

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	(割合)
対象数	8	
看護師（保健師・助産師含む）	27.5人	60.9%
准看護師	9.3人	20.7%
理学療法士	7.1人	15.7%
作業療法士	1.2人	2.7%
言語聴覚士	0.0人	0.0%

■ 訪問看護に従事する職員数

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「看護師」2.5人が最も多く、次いで「理学療法士」0.6人であった。

訪問看護に従事する職員数（1施設あたり平均）

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	(割合)
対象数	9	
看護師（保健師・助産師含む）	2.5人	70.1%
准看護師	0.4人	11.2%
理学療法士	0.6人	15.6%
作業療法士	0.1人	3.1%
言語聴覚士	0.0人	0.0%

■ 訪問看護を自院で直接実施する理由

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「対象患者が元々かかりつけの患者であったから」77.8%が最も多く、次いで「周辺に訪問看護を行う施設等が少ないから」「訪問看護は自院の役割と考えているから」44.4%であった。

往診・訪問診療と同様に、元々かかりつけであった患者への継続的な医療提供、地域医療への貢献等の理由が、訪問看護を直接実施する理由として多い傾向がうかがえた。

訪問看護を自院で直接実施する理由

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	9
対象患者が元々かかりつけの患者であったから	77.8%
周辺に訪問看護を行う施設等が少ないから	44.4%
訪問看護は自院の役割と考えているから	44.4%
病院経営上、必要であるから	11.1%
医師会や行政等、他からの要請があったから	11.1%
訪問看護を希望する患者が多いから	22.2%
特に理由はない	0.0%
その他	11.1%

「その他」の回答内容

法人内の訪問看護ステーションで実施

■ 訪問看護を自院で直接実施することの利点

訪問看護を直接実施することの利点として、下記のような回答が寄せられた。

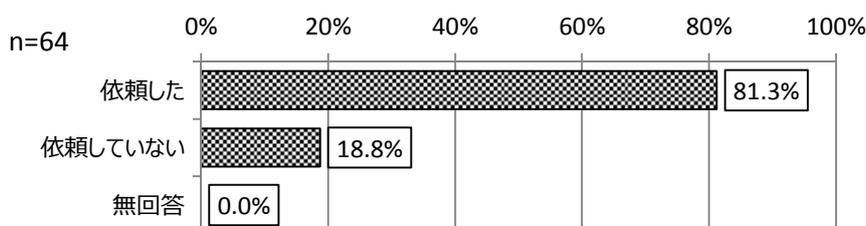
退院患者が安心して在宅生活を送ることができる。

＜⑧地域の医療・介護関係者への退院前カンファレンスの参加依頼＞

■ 地域の医療・介護関係者への退院前カンファレンスの参加依頼の実施状況

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「依頼した」81.3%、「依頼していない」18.8%であった。

地域の医療・介護関係者への退院前カンファレンスの参加依頼の実施状況



■ 地域の医療・介護関係者が参加して行う退院前カンファレンスの割合

「概ね8割程度」34.6%が最も多く、次いで「概ね半数以下」28.8%であった。

地域の医療・介護関係者が参加して行う退院前カンファレンスの割合

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	52
概ね8割以上	34.6%
概ね半数から8割程度	23.1%
概ね半数以下	28.8%
わからない	3.8%
無回答	9.6%

■ 退院前カンファレンスに参加した地域の医療・介護関係者

退院前カンファレンスに参加した地域の医療・介護関係者を職種別にみると、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「ケアマネジャー」100%が最も多く、次いで「デイサービス・デイケア事業所職員」78.8%であった。

退院前カンファレンスに参加した地域の医療・介護関係者

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	52
退院後のかかりつけ医（予定含む）	19.2%
ケアマネジャー	100.0%
訪問看護師	67.3%
ホームヘルパー	71.2%
デイサービス・デイケア事業所職員	78.8%
福祉用具事業所職員	61.5%
その他	15.4%

「その他」の回答内容

施設職員	薬剤師、栄養師、施設管理者
ショートステイ職員	包括支援センター職員
理学療法士、保健福祉課担当	

■ 地域の医療・介護関係者に参加してもらうための工夫

地域の医療・介護関係者にカンファレンスに参加してもらうための工夫として、下記のような回答が寄せられた。

(日常的な連携関係の構築)

常に連絡を取り合い連携を強める。また、病院で行っている支援や活動等をお伝えし、知っていただく。

日頃からのケアマネジャーとの交流ケアマネジャー会議への参加

退院前カンファレンスが当たり前の風潮になっており、ケアマネジャーから「開催したい」との要望も多く、特に工夫しなくても参加してくれる。

日頃からのケアマネとの連携

(早期からの入院患者に関する情報共有)

早めの日程調整 入院時よりカンファ開催の呼びかけ

退院が近づいてからの連携ではなく、入院時から連絡を取りながら初期カンファ、中間カンファへの参加を声かけする。また、入院中の経過についても密に報告・相談するようにしている。

状態がおちつきそろそろ退院かなと思われる時、早目にケアマネジャーに連絡をとっている。

(多職種が参加できる日程調整)

できるだけ早めに日時を決めるようにしている。

時間調整の困難である医師のスケジュール確認を1番最初に行っています。カンファレンスの7日～10日前より日時の調整を始めています。

退院前カンファレンス日程調整時、当院の関係スタッフ(受け持ち看護師、栄養士、透析室師長)が出席出来る時間帯、又、患者の支援に必要な関係者が出席出来る日程をケアマネジャーと決めている
急な連絡ではなく、早めの調整を心がける。

(カンファレンス前からの調整)

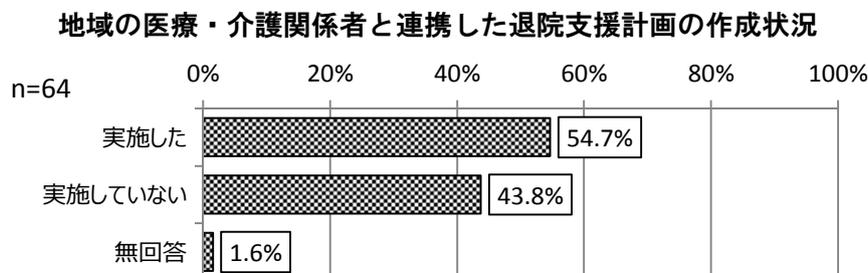
ケアマネがサービスを考えやすいようあらかじめ状態を理解していただき、必要サービスを立案の元、カンファレンスを行う。

カンファレンス前に、ご本人様と一度面談して頂く

<⑨地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成>

■ 地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成状況

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「実施した」54.7%、「実施していない」43.8%であった。



■ 地域の医療・介護関係者と連携して退院支援計画を作成した割合

「概ね8割以上」「概ね半数以下」34.3%が最も多かった。

地域の医療・介護関係者と連携して退院支援計画を作成した割合

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	35
概ね8割以上	34.3%
概ね半数から8割程度	22.9%
概ね半数以下	34.3%
わからない	8.6%
無回答	0.0%

■ 退院支援計画の作成において、地域の医療・介護関係者と連携するための手法

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「地域の医療・介護関係者に病院への来訪を依頼」91.4%が最も多く、次いで「地域の医療・介護関係者と電話で相談実施」80.0%であった。

退院支援計画の作成において、地域の医療・介護関係者と連携するための手法

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	35
地域の医療・介護関係者と電話で相談実施	80.0%
地域の医療・介護関係者に病院への来訪を依頼	91.4%
自院の職員が地域の事業所等を訪問し、相談実施	22.9%
患者宅で自院の職員と地域の医療・介護関係者等が相談実施	42.9%
その他	0.0%

■ 退院支援計画の作成において、地域の医療・介護関係者と連携するための工夫

退院支援計画の作成において、地域の医療・介護関係者と連携するための工夫として、下記のような回答が寄せられた。

患者・患者のご家族の退院後の希望を早めに聴取する。

必要があれば積極的に患者宅や事業者へ出向く

退院が近づいてからの連携ではなく、入院時から連絡を取りながら初期カンファ、中間カンファへの参加を声かけする。また、入院中の経過についても密に報告・相談するようにしている。

入院時、サマリーなどの情報をいただけたらスムーズに連携がはかれ確認作業等もポイントが明確にできます。患者さんの情報共有には電話の他直接会って、相談するように心がけています。

すでに介護保険利用されている方に対しては、入院時にケアマネから情報提供をもらい、随時経過報告を行う中で計画についての話をすすめる。

患者さんの状況をなるべく情報提供する

退院前カンファレンスが当たり前の風潮になっており、ケアマネジャーから「開催したい」との要望も多く、特に工夫しなくても参加してくれる。

<⑩入院患者へのリハビリテーションの実施状況>

■ 回復期リハビリテーション病棟の入院患者数

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「60～80人未満」30.8%が最も多く、次いで「1～20人未満」「20～40人未満」「40～60人未満」「80～100人未満」15.4%であった。

回復期リハビリテーション病棟の入院患者数

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	
対象数	13
1～20人未満	15.4%
20～40人未満	15.4%
40～60人未満	15.4%
60～80人未満	30.8%
80～100人未満	15.4%
100人以上	7.7%

※前述の設問「施設基準等」において、回復期リハビリテーション病棟入院料1～3のいずれかを有すると回答した病院を対象数としている。

■ 疾患別リハビリテーション等を実施した入院患者数

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「0～20人未満」53.8%が最も多く、次いで「40～60人未満」30.8%であった。

疾患別リハビリテーション等を実施した入院患者数

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	13
0～20人未満	53.8%
20～40人未満	15.4%
40～60人未満	30.8%
60～80人未満	0.0%
80人以上	0.0%

※前述の設問「施設基準等」において、地域包括ケア病棟入院料1・2および地域包括ケア入院医療管理料1・2のいずれかを有すると回答した病院を対象数としている。

■ 個別リハビリテーションを実施した人数

上記の回復期リハビリテーション、疾患別リハビリテーション等以外で個別リハビリテーションを実施した人数について、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「0人」26.6%が最も多く、次いで「1～100人未満」14.1%であった。

個別リハビリテーションを実施した人数

	7又は10対1以外の一般病棟を有する病院
対象数	64
0人	26.6%
1～100人未満	14.1%
100～200人未満	7.8%
200～300人未満	0.0%
300～400人未満	0.0%
400人以上	0.0%
無回答	51.6%

■ 集団リハビリテーションを実施した人数

7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では「0 人」40.6%が最も多く、次いで「1～50 人未満」3.1%であった。

集団リハビリテーションを実施した人数

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	
対象数	64
0人	40.6%
1～50人未満	3.1%
50人以上	1.6%
無回答	54.7%

■ 入院患者へのリハビリテーションにより得られたと感じる効果

7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では「患者の身体機能、ADL 低下を防止・緩和できた」42.2%が最も多く、次いで「患者の IADL 低下を防止・緩和できた」「患者の認知機能の低下を防止・緩和できた」25.0%であった。

入院患者へのリハビリテーションにより得られたと感じる効果

7又は10対1以外の一般病棟を有する病院	
対象数	64
患者の身体機能、ADL低下を防止・緩和できた	42.2%
患者のIADL低下を防止・緩和できた	25.0%
患者の認知機能の低下を防止・緩和できた	25.0%
廃用症候群の患者が減少した	15.6%
退院までの期間（在院日数）が短くなった	21.9%
自宅退院する患者が増えた	18.8%
退院調整がスムーズに行えるようになった	21.9%
その他	3.1%

「その他」の回答内容

摂食・嚥下機能の低下を防止・緩和できた

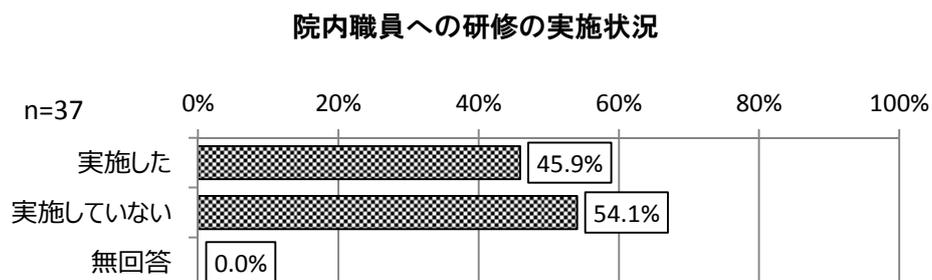
食事摂取が推進できた。

(3) 一般病棟を有しない病院

<①地域包括ケアに関する院内職員への研修>

■ 地域包括ケアに関する院内職員への研修の実施状況

院内職員への研修の実施状況を見ると、「実施した」45.9%、「実施していない」54.1%であった。



■ 研修で取り上げたテーマ、実施内容

院内職員への研修を実施している病院について、取り上げたテーマ等を見ると「厚生労働省が示す地域包括ケアの内容説明」58.8%が最も多く、次いで「退院支援の具体的方法の説明」「地域包括ケアに関する病院の方針・取組内容の説明」47.1%であった。

研修で取り上げたテーマ、実施内容

	一般病棟を有しない病院
対象数	17
厚生労働省が示す地域包括ケアの内容説明	58.8%
地域の医療・介護に関する施設・事業所の機能説明	29.4%
地域の医療・介護に関する個別の施設・事業所の紹介	11.8%
退院支援の具体的方法の説明	47.1%
在宅医療・介護連携の重要性に関する講義	23.5%
地域包括ケアに関する自治体事業の説明	11.8%
地域包括ケアに関する病院の方針・取組内容の説明	47.1%
その他	0.0%

■ 院内職員への研修により得られたと感じる効果

一般病棟を有しない病院では「医師、看護師等病院職員が地域連携に積極的になった」「退院支援が円滑に進むようになった」35.3%が最も多かった。

院内職員への研修により得られたと感じる効果

	一般病棟を有しない病院
対象数	17
地域の関係機関への連携（訪問等）が増えた	29.4%
医師、看護師等病院職員が地域連携に積極的になった	35.3%
退院支援が円滑に進むようになった	35.3%
在宅復帰率が高まった	11.8%
平均在院日数が短縮された	17.6%
特に効果は感じない	29.4%
その他	0.0%

■ 院内職員への研修による具体的な効果

院内職員への研修による具体的な効果として、下記のような回答が寄せられた。

地域の事業所との連携がしやすくなった。職員の支援に対する理解が向上した。

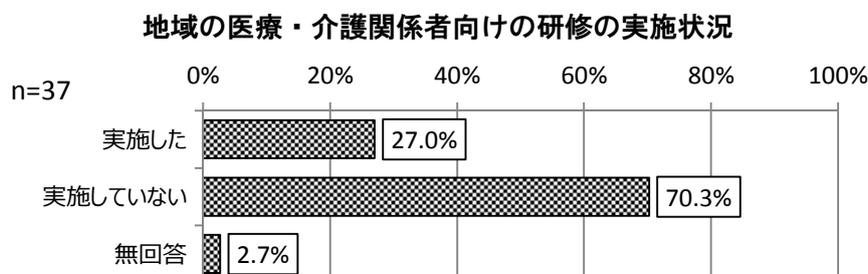
在宅あるいは在宅とみなされる施設への復帰について、意識的に取り組むようになった。

病棟スタッフ（看・介護職）は入院から在宅でどのように生活されていたのか、また、今後どのように生活されるのかを見据えケアに当たる意識ができてきた。

<②地域の医療・介護関係者向けの研修>

■ 地域の医療・介護関係者向けの研修の実施状況

一般病棟を有しない病院では「実施した」27.0%、「実施していない」70.3%であった。



■ 研修の定期的な実施の有無

地域の医療・介護関係者向けの研修を実施している病院について、その頻度をみると、一般病棟を有しない病院では「年2～3回以上実施している」40.0%が最も多く、次いで「年4回以上実施している」「不定期に実施している」30.0%であった。

研修の定期的な実施の有無

	一般病棟を有しない病院
対象数	10
年1回以上実施している	0.0%
年2～3回実施している	40.0%
年4回以上実施している	30.0%
不定期に実施している	30.0%
今後の実施予定はない	0.0%
その他	0.0%

■ 研修で取り上げたテーマ、実施内容

一般病棟を有しない病院では「地域の医療・介護関係者を対象とした、医学的・専門的な講演や説明会（最新の研究動向等）」50.0%が最も多く、次いで「自院の機能、役割、組織等の紹介」「在宅医療・介護連携の重要性に関する講義」20.0%であった。

研修で取り上げたテーマ、実施内容

	一般病棟を有しない病院
対象数	10
厚生労働省が示す地域包括ケアの内容説明	0.0%
自院の機能、役割、組織等の紹介	20.0%
自院の退院支援の具体的方法の説明	10.0%
在宅医療・介護連携の重要性に関する講義	20.0%
地域包括ケアに関する自治体事業の説明	0.0%
地域包括ケアに関する病院の方針・取組内容の説明	0.0%
地域の医療・介護関係者を対象とした、医学的・専門的な講演や説明会（最新の研究動向等）	50.0%
その他	30.0%

「その他」の回答内容

病院と在宅施設(有老ホーム)との連携と役割

看取りについて、認知症について、呼吸リハビリについて

腰痛予防対策について、介護技術等

■ 研修により得られたと感じる効果

一般病棟を有しない病院では「地域の関係機関からの連絡（相談・紹介等）が増えた」40.0%が最も多く、次いで「地域の関係機関への連絡（訪問等）が増えた」「退院支援が円滑に進むようになった」30.0%であった。

研修により得られたと感じる効果

	一般病棟を有しない病院
対象数	10
地域の関係機関への連絡（訪問等）が増えた	30.0%
地域の関係機関からの連絡（相談・紹介等）が増えた	40.0%
退院支援が円滑に進むようになった	30.0%
在宅復帰率が高まった	0.0%
平均在院日数が短縮された	20.0%
地域全体の医療・介護の質が高まった	20.0%
特に効果は感じない	10.0%
その他	10.0%

「その他」の回答内容

医療依存度の高い方でも受入れに理解が出てきた

■ 研修による効果の具体的な内容

地域の医療・介護関係者への研修による具体的な効果として、下記のような回答が寄せられた。

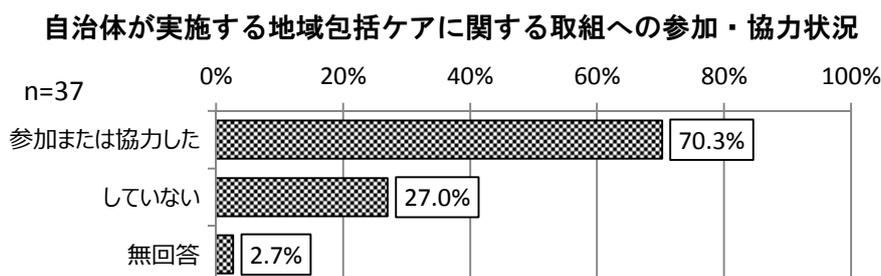
医療依存度の高い方でも受入れに理解が出てきた

月初めに施設入所申込みリストで入所の優先順位や症状の確認を行っている

<③自治体が発する地域包括ケアに関する取組への参加・協力状況>

■ 自治体が発する地域包括ケアに関する取組への参加・協力状況

一般病棟を有しない病院では「参加または協力した」70.3%、「していない」27.0%であった。



■ 参加または協力した自治体の取組・事業等

自治体が実施する地域包括ケアに関する取組への参加・協力を行っている病院について、その取組・事業等をみると、一般病棟を有しない病院では、参加した取組として「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修」84.6%が最も多かった。また、協力した取組としては「地域ケア会議」「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修」11.5%が最も多かった。

参加した自治体の取組・事業等

	(参加した取組)	(協力した取組)
対象数	26	26
地域ケア会議	76.9%	11.5%
地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修	84.6%	11.5%
地域包括ケアに関する自治体主催の専門職向け研修	65.4%	0.0%
地域包括ケアに関する自治体主催の住民向け研修会	34.6%	7.7%
在宅医療・介護連携に関する相談窓口の運営	26.9%	3.8%
その他	3.8%	0.0%

■ 地域包括ケアに関する取組への参加・協力により得られたと感じる効果

一般病棟を有しない病院では、「特に効果は感じない」を除くと、「地域の関係機関からの連絡が増えた」30.8%が最も多かった。

地域包括ケアに関する取組への参加・協力により得られたと感じる効果

	一般病棟を有しない病院
対象数	26
地域の関係機関からの連絡が増えた	30.8%
入院・外来患者の紹介が増えた	11.5%
退院前カンファレンス時など、自院への地域の医療・介護関係者の来訪が増えた	19.2%
退院支援加算など、算定できる加算等の種類・件数が増えた	3.8%
退院する患者により適切なサービス・支援が提供されるようになった	19.2%
特に効果は感じない	38.5%
その他	11.5%

■ 参加・協力による効果の具体的な内容

地域包括ケアに関する取組への参加・協力による具体的な効果として、下記のような回答が寄せられた。

お互い専門分野で紹介していただいている。TEL での相談も受ける

互いの施設や病院としての立場から、患者様とのかかわり方や問題点や意見などを出し合う研修を行っています。相手先の考えを理解する事により、退院支援時により円滑な支援を互いに行えるようになりました。

庄内地域の看護管理者ネットワーク会議が発足し地域医療構想を踏まえ各施設の役割や連携、地域包括ケアについて話し合いや勉強する機会を得ている。今後具体的な活動に発展させていければと思うがこういった機会を通して各施設の看護管理者と連絡する事が増えている。

自治体を中心に積極的に地域の関係機関との連携を計画する事により“顔の見える”連携が構築されている。

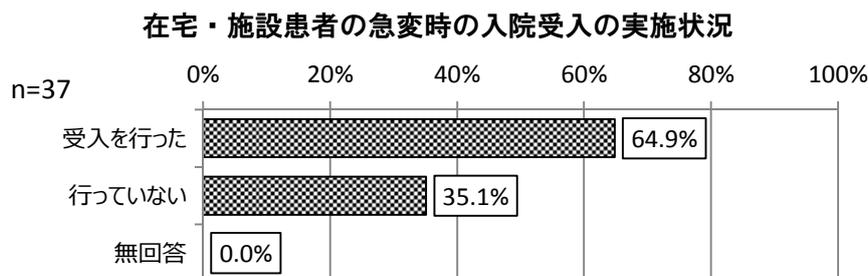
従来より地域社会復帰に向けたとりくみは積極的に行っており、特に大きな変化は感じない。

かかりつけ医やケアマネジャーからの受診、入院等の依頼

<④在宅・施設患者の急変時の入院受入>

■ 在宅・施設患者の急変時の入院受入の実施状況

一般病棟を有しない病院では「受入を行った」64.9%、「行っていない」35.1%であった。



■ 1か月間に受入を行った患者数

一般病棟を有しない病院では「5人未満」45.8%が最も多く、次いで「5～10人未満」29.2%であった。また、1施設あたり平均患者数は6.5人、1病床あたり平均患者数は0.06人であった。

1か月間に受入を行った患者数（実人数）

一般病棟を有しない病院	
対象数	24
5人未満	45.8%
5～10人未満	29.2%
10～20人未満	8.3%
20～30人未満	12.5%
30～50人未満	0.0%
50～100人未満	0.0%
100人以上	0.0%
無回答	4.2%

一般病棟を有しない病院	
平均患者数	6.5人
1病床あたり平均患者数	0.06人

受入を行った患者数を、受入元と転帰先別にみると、一般病棟を有しない病院では「(受入元) 自宅→(転帰先) 自宅」3.0人(40.4%)が最も多く、次いで「(受入元) 施設→(転帰先) 施設」1.1人(14.4%)であった。

受入を行った患者の受入元・転帰先（1施設あたり平均）

一般病棟を有しない病院		
対象数		20
(受入元) 自宅	→(転帰先) 自宅	3.0人 40.4%
	→(転帰先) 施設	0.2人 2.7%
	→(転帰先) 他の病院	0.1人 1.4%
	→(転帰先) 死亡退院	0.7人 9.6%
	→(転帰先) その他	0.5人 6.2%
(受入元) 施設	→(転帰先) 自宅	0.2人 2.7%
	→(転帰先) 施設	1.1人 14.4%
	→(転帰先) 他の病院	0.0人 0.0%
	→(転帰先) 死亡退院	0.4人 5.5%
	→(転帰先) その他	0.2人 2.7%
(受入元) その他	→(転帰先) 自宅	0.6人 7.5%
	→(転帰先) 施設	0.1人 1.4%
	→(転帰先) 他の病院	0.3人 3.4%
	→(転帰先) 死亡退院	0.2人 2.1%
	→(転帰先) その他	0.0人 0.0%
(計)	7.3人	100.0%

また、受入を行った患者数を、1 病床あたり平均でみると、一般病棟を有しない病院では「(受入元) 自宅→(転帰先) 自宅」45.5%が最も多く、次いで「(受入元) 施設→(転帰先) 施設」13.0%であった。

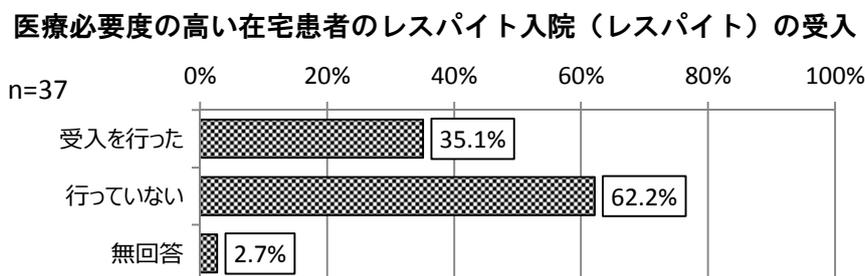
受入を行った患者の受入元・転帰先（1 病床あたり平均）

		一般病棟を有しない病院
(受入元) 自宅	→(転帰先) 自宅	45.5%
	→(転帰先) 施設	2.0%
	→(転帰先) 他の病院	1.0%
	→(転帰先) 死亡退院	10.3%
	→(転帰先) その他	3.7%
(受入元) 施設	→(転帰先) 自宅	3.0%
	→(転帰先) 施設	13.0%
	→(転帰先) 他の病院	0.0%
	→(転帰先) 死亡退院	5.2%
	→(転帰先) その他	2.4%
(受入元) その他	→(転帰先) 自宅	5.3%
	→(転帰先) 施設	1.5%
	→(転帰先) 他の病院	2.3%
	→(転帰先) 死亡退院	4.8%
	→(転帰先) その他	0.0%
(計)		100.0%

<⑤医療必要度の高い在宅患者のレスパイト入院の受入>

■ 医療必要度の高い在宅患者のレスパイト入院の受入

一般病棟を有しない病院では「受入を行った」35.1%、「行っていない」62.2%であった。



■ 1か月の入院期間別レスパイト患者数

28年6月の1か月間における、入院期間別のレスパイト入院の人数をみると、一般病棟を有しない病院では「15日以上」2.1人が最も多く、次いで「8～14日」1.8人であった。

また、28年6月の1か月間における、ADL区分・医療区分別レスパイト患者数の人数をみると、一般病棟を有しない病院では「ADL区分3-医療区分2」1.5人が最も多かった。

1か月の入院期間別レスパイト患者数（1施設あたり平均）

	一般病棟を有しない病院	(割合)
対象数	13	
1～3日	0.1人	1.7%
4～7日	0.7人	15.0%
8～14日	1.8人	38.3%
15日以上	2.1人	45.0%

1か月のADL区分・医療区分別レスパイト患者数（1施設あたり平均）

	一般病棟を有しない病院	(割合)
対象数	11	
ADL区分1-医療区分1	0.5人	13.9%
ADL区分1-医療区分2	0.3人	8.3%
ADL区分1-医療区分3	0.2人	5.6%
ADL区分2-医療区分1	0.2人	5.6%
ADL区分2-医療区分2	0.3人	8.3%
ADL区分2-医療区分3	0.0人	0.0%
ADL区分3-医療区分1	0.0人	0.0%
ADL区分3-医療区分2	1.5人	47.2%
ADL区分3-医療区分3	0.4人	11.1%

■ レスパイトにより得られたと感じる効果

一般病棟を有しない病院では「家族（介護者）の身体的な負担軽減が図られた」「家族（介護者）の精神的な負担軽減が図られた」76.9%が最も多かった。

レスパイトにより得られたと感じる効果

	一般病棟を有しない病院
対象数	13
家族（介護者）の身体的な負担軽減が図られた	76.9%
家族（介護者）の精神的な負担軽減が図られた	76.9%
在宅生活を継続できる期間が延びた	30.8%
患者本人の医療的ケアを行うことができた	46.2%
特に効果は感じない	0.0%
その他	0.0%

■ レスパイトによる効果の具体的な内容

レスパイトによる効果の具体的な内容として、下記のような回答が寄せられた。

ご家族が、ご本人とはなれることができ、少しだが、身体的・精神的負担から解放された。

栄養摂取不良にて受診され入院。持続点滴等を行い栄養改善した。肺炎にて入院し、酸素と抗生剤投与にて治癒され、自宅へ退院された。

主介護者である母親の負担軽減

神経難病や医療区分2、3のレスパイトを定期的に入院している。家族のニーズは高い。退院される時は次回入院日がきまっている場合もあり、そこまでの期間、在宅でがんばるとの発言が聞かれる。

老老介護等、在宅での療養を支えるツールとしてレスパイトを利用しています。レスパイトがないと在宅療養が続けられないという方がおられます。

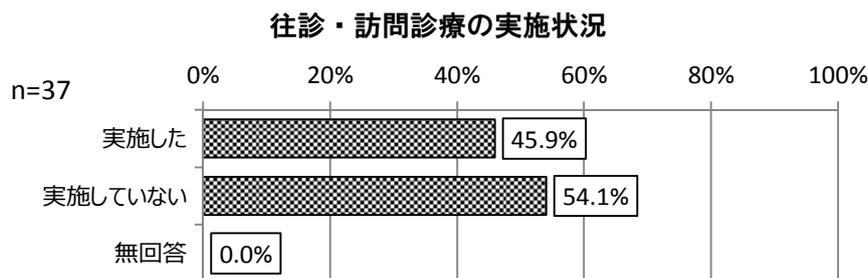
ネグレクトを疑う状態で受け入れることが多く、家族の心身の負担軽減を図るというより本人の生命維持につながっていると感じている。入院中・入院後も関係は薄く、病院側へ丸投げのケースも少なくない。

高齢の夫婦2人暮らしで、夫が妻の介護をしていたが、夫が入院したことから、妻の介護ができなくなり、妻はレスパイト入院となった。レスパイト入院したことにより、夫は安心して自身の治療に専念することができ、無事に退院することができた。

<⑥往診・訪問診療を自院の医師・歯科医師が直接実施>

■ 往診・訪問診療の実施状況

一般病棟を有しない病院では「実施した」45.9%、「実施していない」54.1%であった。



■ 1 か月間に往診を行った患者数

一般病棟を有しない病院では「1～5 人未満」41.2%が最も多く、次いで「0 人」35.3%であった。

また、往診・訪問診療に従事する医師 1 人あたりの往診を行った患者数をみると、「0 人」35.3%が最も多く、次いで「1～2 人未満」29.4%であった。

1 か月間に往診を行った患者数		(往診・訪問診療に従事する医師 1 人あたりの往診を行った患者数)	
	一般病棟を有しない病院		一般病棟を有しない病院
対象数	17	対象数	17
0人	35.3%	0人	35.3%
1～5人未満	41.2%	0人超1人未満	23.5%
5～10人未満	17.6%	1～2人未満	29.4%
10～20人未満	5.9%	2～5人未満	5.9%
20人以上	0.0%	5人以上	5.9%

■ 1 か月間に訪問診療を行った患者数

一般病棟を有しない病院では「20 人以上」64.7%が最も多く、次いで「1～5 人未満」17.6%であった。また、往診・訪問診療に従事する医師 1 人あたりの訪問診療を行った患者数は、「10～30 人未満」29.4%が最も多く、次いで「0 人超 5 人未満」23.5%であった。

往診と比較して、訪問診療を行った患者数は多い傾向がうかがえた。

1 か月間に訪問診療を行った患者数		(往診・訪問診療に従事する医師 1 人あたりの訪問診療を行った患者数)	
	一般病棟を有しない病院		一般病棟を有しない病院
対象数	17	対象数	17
0人	11.8%	0人	11.8%
1～5人未満	17.6%	0人超5人未満	23.5%
5～10人未満	5.9%	5～10人未満	0.0%
10～20人未満	0.0%	10～30人未満	29.4%
20人以上	64.7%	30～50人未満	17.6%
		50人以上	17.6%

■ 在宅患者の看取りを行った患者数

一般病棟を有しない病院では「0人」52.9%が最も多く、次いで「1～5人未満」35.3%であった。

在宅患者の看取りを行った患者数

	一般病棟を有しない病院
対象数	17
0人	52.9%
1～5人未満	35.3%
5～10人未満	5.9%
10～20人未満	5.9%
20人以上	0.0%

■ 往診・訪問診療に従事する医師数

一般病棟を有しない病院では「1人」29.4%が最も多く、次いで「2人」23.5%であった。

往診・訪問診療に従事する医師数

	一般病棟を有しない病院
対象数	17
1人	29.4%
2人	23.5%
3人	0.0%
4人	11.8%
5人	11.8%
6人	17.6%
7人以上	5.9%

■ 往診・訪問診療の患者数の、2年前と比べた変化

2年前と比べた患者数の増減についてみると、一般病棟を有しない病院では「ほぼ変わらない」47.1%が最も多く、次いで「減少傾向にある」29.4%であった。

往診・訪問診療の患者数の、2年前と比べた変化

	一般病棟を有しない病院
対象数	17
増加傾向にある	23.5%
ほぼ変わらない	47.1%
減少傾向にある	29.4%
無回答	0.0%

■ 往診・訪問診療を自院で直接実施する理由

一般病棟を有しない病院では「対象患者が元々かかりつけの患者であったから」88.2%が最も多く、次いで「往診等は自院の役割と考えているから」47.1%であった。

往診・訪問診療を自院で直接実施する理由

	一般病棟を有しない病院
対象数	17
対象患者が元々かかりつけの患者であったから	88.2%
周辺に往診等を行う医療機関が少ないから	11.8%
往診等は自院の役割と考えているから	47.1%
病院経営上、必要であるから	29.4%
医師会や行政等、他からの要請があったから	0.0%
往診等を希望する患者が多いから	29.4%
特に理由はない	5.9%
その他	11.8%

「その他」の回答内容

サ高住への訪問診療

関連福祉施設の入所者の訪問診療が多い

■ 往診・訪問診療を自院で直接実施することの利点

往診・訪問診療を直接実施することの利点として、下記のような回答が寄せられた。

元々かかりつけの患者なので、お互いの信頼関係が築けている。

バックベッドを持っており、途切れのない医療を提供することができる。

介護サービス(居宅、特に)との連携が図りやすい、入院が必要なギリギリの見極めができる。

緊急の入院要請であっても、個人情報や薬情等の情報収集がしやすく、患者像の共有が早い。家族も安心して在宅介護が継続できる。

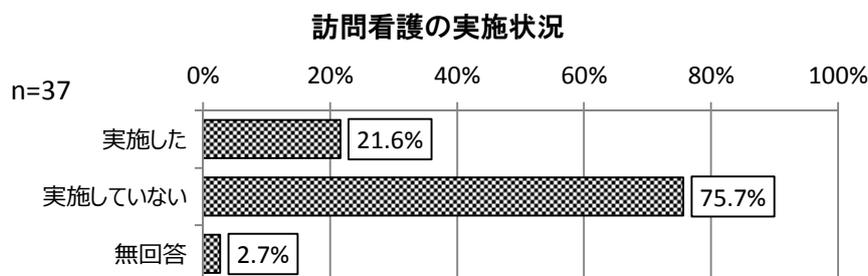
急変など状態悪化時に対応が円滑に行えること

緊急時の判断を直接医師から指示を受けることができ、必要に応じて当病院への入院や、他の医療機関へ紹介することができる。

<⑦訪問看護を自院で直接実施>

■ 訪問看護の実施状況

一般病棟を有しない病院では「実施した」21.6%、「実施していない」75.7%であった。往診・訪問診療と比較して、自院で直接訪問看護を実施する病院は少ない傾向がうかがえた。



■ 1か月間に訪問看護を行った患者数

28年6月の1か月間に訪問看護を行った患者数を職種別にみると、「看護師」による訪問看護が24.6人と最も多く、次いで「准看護師」1.6人であった。

1か月間に訪問看護を行った患者数（1施設あたり平均）

	一般病棟を有しない病院	(割合)
対象数	7	
看護師（保健師・助産師含む）	24.6人	94.0%
准看護師	1.6人	6.0%
理学療法士	0.0人	0.0%
作業療法士	0.0人	0.0%
言語聴覚士	0.0人	0.0%

■ 訪問看護に従事する職員数

「看護師」3.0人が最も多く、次いで「准看護師」0.4人であった。

訪問看護に従事する職員数（1施設あたり平均）

	一般病棟を有しない病院	(割合)
対象数	7	
看護師（保健師・助産師含む）	3.0人	84.0%
准看護師	0.4人	12.0%
理学療法士	0.1人	4.0%
作業療法士	0.0人	0.0%
言語聴覚士	0.0人	0.0%

■ 訪問看護を自院で直接実施する理由

一般病棟を有しない病院では「対象患者が元々かかりつけの患者であったから」75.0%が最も多く、次いで「訪問看護は自院の役割と考えているから」50.0%であった。

訪問看護を自院で直接実施する理由

	一般病棟を有しない病院
対象数	8
対象患者が元々かかりつけの患者であったから	75.0%
周辺に訪問看護を行う施設等が少ないから	0.0%
訪問看護は自院の役割と考えているから	50.0%
病院経営上、必要であるから	37.5%
医師会や行政等、他からの要請があったから	0.0%
訪問看護を希望する患者が多いから	25.0%
特に理由はない	0.0%
その他	0.0%

■ 訪問看護を自院で直接実施することの利点

訪問看護を直接実施することの利点として、下記のような回答が寄せられた。

入院中に関係作りができているため、退院後も関係の取れたスタッフが行くことで患者の安心につながり、地域への定着がしやすい

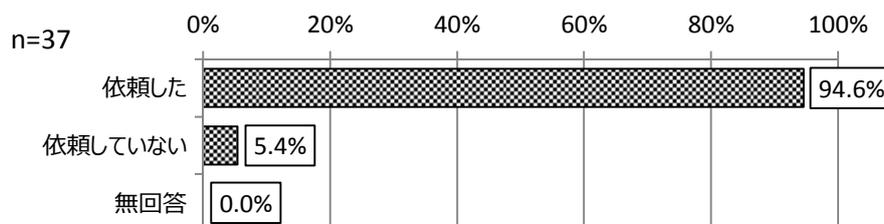
入院中から診ており、退院後の経過も把握できること、状態の悪化にも対応が円滑にできること

<⑧地域の医療・介護関係者への退院前カンファレンスの参加依頼>

■ 地域の医療・介護関係者への退院前カンファレンスの参加依頼の実施状況

一般病棟を有しない病院では「依頼した」94.6%、「依頼していない」5.4%であった。

地域の医療・介護関係者への退院前カンファレンスの参加依頼の実施状況



■ 地域の医療・介護関係者が参加して行う退院前カンファレンスの割合

一般病棟を有しない病院では「概ね 8 割以上」42.9%が最も多く、次いで「概ね半数以下」37.1%であった。

地域の医療・介護関係者が参加して行う退院前カンファレンスの割合

	一般病棟を有しない病院
対象数	35
概ね8割以上	42.9%
概ね半数から8割程度	17.1%
概ね半数以下	37.1%
わからない	0.0%
無回答	2.9%

■ 退院前カンファレンスに参加した地域の医療・介護関係者

退院前カンファレンスに参加した地域の医療・介護関係者を職種別にみると、一般病棟を有しない病院では「ケアマネジャー」91.4%、「訪問看護師」80.0%であった。

退院前カンファレンスに参加した地域の医療・介護関係者

	一般病棟を有しない病院
対象数	35
退院後のかかりつけ医（予定含む）	22.9%
ケアマネジャー	91.4%
訪問看護師	80.0%
ホームヘルパー	60.0%
デイサービス・デイケア事業所職員	62.9%
福祉用具事業所職員	62.9%
その他	31.4%

「その他」の回答内容

行政	院内の訪問診療医(かかりつけとなる場合)
薬局	ショートステイ職員
退院支援員	精神保健福祉士(クリニック)、施設相談員
訪問リハビリスタッフ	介護タクシー職員
訪問理学療法士	生活保護ケースワーカー
栄養士、看護師、歯科	

■ 地域の医療・介護関係者に参加してもらうための工夫

地域の医療・介護関係者にカンファレンスに参加してもらうための工夫として、下記のような回答が寄せられた。

(日常的な連携関係の構築)

日頃の顔なじみの関係づくり

各関係者へ頻回に電話連絡を行うとともに、年に数回は訪問を行っています。

地域の研修会や電話等でコミュニケーションをとり、お願い事をする時は出向いて、顔を合わせて話しをしている。

在宅療養の要となるサービス担当者に積極的に声をかけ調整する。

(早期からの入院患者に関する情報共有)

入院早期からの退院計画、事業者選定もなるべく早目に

入院時より担当ケアマネジャーとコミュニケーションを図り連携を行う。退院までの病状経過をふまえ、家族と、ケアマネジャーと情報共有しておく。

入院時に担当ケアマネジャーが居るか確認し、すぐに入院の報告を入れている。そうすることで社会背景等の情報収集、退院支援の方向性が見えてくるので、関係者と目標統一した取り組みができる。

入院前より担当していたケアマネ等いれば、入院直後より連携をとっていく。退院前訪問時には、概ね同行依頼を行ない、退院時期の確認と退院前カンファの時期を伝え、都合を確認していく。

(多職種が参加できる日程調整)

開催の日程調整

カンファレンスの日程調整はMSWが、ご家族、院内他職種、居宅ケアマネジャーに連絡し、居宅ケアマネジャーから、在宅の各事業所へ連絡して頂くことで、極力全ての関係者が、参加できる日時に行う体制をとっている。

なるべく早い時期から、開催日の日程調整を行う。

ケアマネジャーに介護関係者へ連絡をしてもらい、日程調整をしています

(その他)

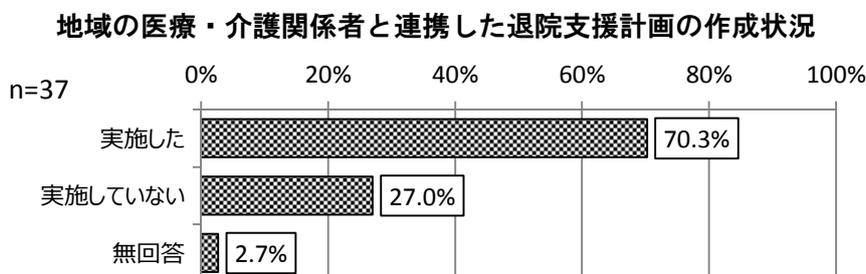
話し合いだけでなく直接ADLやリハビリ訓練の様子をみていただき、具体的に情報が伝わるようにしている。以上の点をケアマネに伝えて参加していただいている。

周辺状況として、当前のことだという認識である為工夫は不要です。

<⑨地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成>

■ 地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成状況

一般病棟を有しない病院では「実施した」70.3%、「実施していない」27.0%であった。



■ 地域の医療・介護関係者と連携して退院支援計画を作成した割合

一般病棟を有しない病院では「概ね8割以上」42.3%が最も多く、次いで「概ね半数から8割程度」26.9%が最も多かった。

地域の医療・介護関係者と連携して退院支援計画を作成した割合

一般病棟を有しない病院	
対象数	26
概ね8割以上	42.3%
概ね半数から8割程度	26.9%
概ね半数以下	23.1%
わからない	7.7%
無回答	0.0%

■ 退院支援計画の作成において、地域の医療・介護関係者と連携するための手法

一般病棟を有しない病院では「地域の医療・介護関係者と電話で相談実施」84.6%が最も多く、次いで「地域の医療・介護関係者に病院への来訪を依頼」76.9%であった。

退院支援計画の作成において、地域の医療・介護関係者と連携するための手法

一般病棟を有しない病院	
対象数	26
地域の医療・介護関係者と電話で相談実施	84.6%
地域の医療・介護関係者に病院への来訪を依頼	76.9%
自院の職員が地域の事業所等を訪問し、相談実施	30.8%
患者宅で自院の職員と地域の医療・介護関係者等が相談実施	53.8%
その他	7.7%

「その他」の回答内容

適切な情報の提供

在宅介護支援事業所のケアマネがケアプランを作成しているが作成の為に電話、病院への来訪依頼、患者宅での相談を通し情報提供している。

医師会、薬剤師会、看護協会、ヘルパー協会、SW 協会、ケアマネ協会等への研修参加による。

■ 退院支援計画の作成において、地域の医療・介護関係者と連携するための工夫

退院支援計画の作成において、地域の医療・介護関係者と連携するための工夫として、下記のような回答が寄せられた。

退院後を想定してそれぞれの役割について明確にする

分かりやすく適切な情報の提供。なるべく来院を促し、本人にあってもら

認知症のある患者については認知症ケア計画の用紙をケアマネに送り問題点や対応について情報を共有し安心して生活できるようにしている。※退院支援計画の作成は行っておりませんがケアマネに情報提供しています

地域の在宅医療をされている医師とのネットワークの構築。・医療・介護・福祉の関係者と合同に研修会を実施する。

患者様に元々ケアマネジャーの方が担当されていれば、入院日に連絡を取り情報収集したり、当院の窓口になると申し出ている

入院中の状況や退院後の希望を関係者と連携し、話を行い計画書に盛り込むこと。

退院後どのような生活を本人と家族が望んでいるのか情報共有し、役割分担をして関わっていく。

計画を作成するスタッフが直接自宅確認を行う。

<⑩入院患者へのリハビリテーションの実施状況>

■ 回復期リハビリテーション病棟の入院患者数

一般病棟を有しない病院では「100人以上」46.7%が最も多く、次いで「40～60人未満」33.3%であった。

回復期リハビリテーション病棟の入院患者数

一般病棟を有しない病院	
対象数	15
1～20人未満	6.7%
20～40人未満	6.7%
40～60人未満	33.3%
60～80人未満	6.7%
80～100人未満	0.0%
100人以上	46.7%

※前述の設問「施設基準等」において、回復期リハビリテーション病棟入院料1～3のいずれかを有すると回答した病院を対象数としている。

■ 疾患別リハビリテーション等を実施した入院患者数

一般病棟を有しない病院では「0～20人未満」40.0%が最も多く、次いで「20～40人未満」「40～60人未満」「80人以上」20.0%であった。

疾患別リハビリテーション等を実施した入院患者数

一般病棟を有しない病院	
対象数	5
0～20人未満	40.0%
20～40人未満	20.0%
40～60人未満	20.0%
60～80人未満	0.0%
80人以上	20.0%

※前述の設問「施設基準等」において、地域包括ケア病棟入院料1・2および地域包括ケア入院医療管理料1・2のいずれかを有すると回答した病院を対象数としている。

■ 個別リハビリテーションを実施した人数

上記の回復期リハビリテーション、疾患別リハビリテーション等以外で個別リハビリテーションを実施した人数について、一般病棟を有しない病院では「0人」32.4%が最も多く、次いで「1～100人未満」13.5%であった。

個別リハビリテーションを実施した人数

	一般病棟を有しない病院
対象数	37
0人	32.4%
1～100人未満	13.5%
100～200人未満	2.7%
200～300人未満	0.0%
300～400人未満	0.0%
400人以上	0.0%
無回答	51.4%

■ 集団リハビリテーションを実施した人数

一般病棟を有しない病院では「0人」54.1%が最も多く、次いで「50人以上」2.7%であった。

集団リハビリテーションを実施した人数

	一般病棟を有しない病院
対象数	37
0人	54.1%
1～50人未満	0.0%
50人以上	2.7%
無回答	43.2%

■ 入院患者へのリハビリテーションにより得られたと感じる効果

一般病棟を有しない病院では「患者の身体機能、ADL低下を防止・緩和できた」54.1%が最も多く、次いで「患者のIADL低下を防止・緩和できた」「患者の認知機能の低下を防止・緩和できた」29.7%であった。

入院患者へのリハビリテーションにより得られたと感じる効果

	一般病棟を有しない病院
対象数	37
患者の身体機能、ADL低下を防止・緩和できた	54.1%
患者のIADL低下を防止・緩和できた	29.7%
患者の認知機能の低下を防止・緩和できた	29.7%
廃用症候群の患者が減少した	24.3%
退院までの期間（在院日数）が短くなった	10.8%
自宅退院する患者が増えた	21.6%
退院調整がスムーズに行えるようになった	21.6%
その他	0.0%

IV ヒアリング調査結果

1. 医療法人仙養会 北摂総合病院

病院名	医療法人仙養会 北摂総合病院
所在地	大阪府高槻市
所在自治体の人口	351,829 人
病床数	217 床 一般病床:217 床(一般病棟入院基本料(7 対 1))
DPC 対象病院・準備病院	該当
受けている主な指定等	地域医療支援病院、救急告示病院
受けている主な施設基準等	退院支援加算1、認知症ケア加算2
医師数(常勤換算)	63.2 人
看護師数(常勤換算)	194.8 人

※人口は平成 27 年国勢調査より

(1) 地域包括ケアに関する背景

<地域特性>

- 平均在院日数が 11 日台の急性期病院である。療養病棟や地域包括ケア病棟などを持たないため、地域との後方連携の必要性が高い背景があった。このため、地域の医療・介護関連の施設、事業所との関係づくりは昔から行っている。
- 地域にある他の比較的大規模な病院も、同様に周辺地域との連携構築を図っている状況にある。
- 当院の所在する自治体では、当時病院も含めた多職種連携の会議が積極的に開催されていなかったこともあり、どこかが連携を主導しなければならないという思いもあった。また、院長が地域包括ケアに積極的な考えを持っていたこともあり、取組も円滑に進めることができた。

<地域包括ケアに関する考え方>

- 毎日、管理職級の職員が出席する朝礼があり、週に 1 回院長も話をする。その際に地域包括ケア、地域連携の重要性を話してもらうこともあり、連携室の職員が朝礼のスピーチで具体的な話をすることもある。また、院内用のイントラネットで地域包括ケアに関する情報発信も行っている。こうしたことを通し、院内に地域包括ケア、地域連携推進の重要性が徐々に浸透しているとも考えられる。
- 地域医療連携室は、MSW8 人、看護師 2 人、事務職員 1 人の 11 人となっている。また、併

設施設として居宅介護支援事業所（ケアマネジャー9人）、訪問看護ステーション（訪問看護師5人）を有する。

（2）地域包括ケアに関する取組・効果の実際

<多職種連携の会>

- 一昨年から、地域の医療・介護に関する施設、事業所を対象とした「多職種連携の会」を立ち上げた。当院の医局長を会長とし、当院が事務局となり運営。
- これによる効果は様々だが、地域の医療・介護に関する施設、事業所との関係性が強化されたほか、院内でも地域連携に関する関心が高まり、院内の医師向けにも退院支援や介護保険制度に関する啓発等を実施することにつながった。これは、多職種連携の会の会長を務めている医師（院内の地域医療連携担当）が院内で調整・支援にあたったことも大きい。
- 多職種連携の会を行うに当たり、事前に準備委員会を立ち上げて準備を進めたが、その中で周囲の医療機関・施設・事業所から、当院に求める役割、機能等についての意見聴取を行った。結果、当院に対するハードルの高さなどの意見があり、それらは多職種研修の会の運営等に活かしている。
- グループワークを必ず取り入れているが、あえてテーブルを置かず、膝を突き合わせてお互いに話し合う形式をとっている。これにより出席者がより密な関係となり、会以降の連携促進につながる。
- これまでに4回開催し、29年3月に5回目を開催予定。5回目は、増加する参加者に対応するため、病院内ではなく外部の会議場で実施（これまで、概ね70～80人程度の参加者があった）。また、情報共有シートの周知をより積極的に進めるなどの理由から、これまで参加していなかった地域の他病院にも参加依頼を行ったほか、終了後に懇親会を行うなど新たな取組を予定している。
- 多職種連携の会による効果の一つとして、院内職員の地域連携、退院支援に関する意識の変化が大きく見られている。ここ10年ほどに見られなかったほどの変化である。（具体的には、前述の医師向け勉強会などにつながっている）
- 対外的には、当院への訪問、相談が増加傾向にある。相談内容も、直接的な入院・受診相談だけでなく、在宅患者への支援に関する一般的な事項に関しての相談などもあり、地域の相談役としての役割がみられるようになっている。
- 当会は、地域機関の退院支援を前提とした連携促進に大きな役割を果たしているが、退院支援の促進のみを目的とするものではなく、当院以外の地域の医療機関・事業所の関係性をつくることにもつながっている。診療報酬上の加算要件にも結果的に合致することはあるが、要件を満たすために行うものではない。
- MSWが医師も含む関係機関との前方連携・後方連携を一括して担っているが、当会が開催される2～3年前までは、地域の診療所医師から直接入院・受診相談を受け、当院の医師との連絡調整を行う際など、うまくいかないことが多々あった。現在は、関係職種の知識習得や、職種間の顔の見える関係が構築されてきたこともあり、以前よりも調整が円滑に

進みつつあると感じる。

<情報共有シート>

- 多職種連携の会の中で、地域の各職種が入退院時に活用できる情報共有シートについてのニーズがあったため、多職種連携の会による「情報共有シート」を作成した。
- 平成 28 年 11 月からは、病院ホームページでダウンロードできるようになっている。当シートは高槻市医師会等とも情報共有しながら進めているが、医師会からもこうした情報共有ツールが統一化されることには前向きな意見が出ている。今後は、さらに医師会と連携を深めながらツールの活用、更新等を進めていく。

<地域医療機関へのあいさつ回り>

- 地域の診療所等に、当院の医師が直接訪問し、連携構築を進めることがある。月に 1 回程度、医師から都合の良い日の連絡を地域医療連携室が受け、その日程をもとに日程調整等を行った上で、連携室と医師と一緒に訪問。訪問先は、最近紹介患者が減ってきているところなどを中心に選択している。

<院内学会>

- 院内の全部署が毎年、部署ごとの業務改善に関する取組を発表する院内学会を実施している。元は平成 9 年ころから実施した QC 活動に端を発するが、現在では 30 弱の部署がそれぞれの活動を報告し、その後懇親会を行っている。

<経過観察入院等、地域医療機関との具体的な連携>

- 在宅療養をしている患者等を、地域の診療所医師からの紹介等を経て、検査入院などの形で 1 週間程度受け入れることがある（月に 1 人程度）。
- また、当院から地域の診療所（登録医）向けに「連携カード」を渡している。これは北摂総合病院の連絡先が書かれた名刺ほどの大きさのカードであり、かかりつけの診療所の休診時、長期不在時などの急変があった場合に、当院が連絡を受け、受診・入院対応等を行うもの。受診・入院に至った場合は、登録医に情報を返したり、紹介状を依頼したりする。

（3）地域包括ケアの実践に関するポイント

<会議のねらいを事前に明確化しておく>

- 当多職種連携の会など、連携を目的とした会議は、どこに向かっているのか、何を目的とするのが明確でなく、漫然と開催されることも多いように思う。何をねらいとして会議を開催するのか明らかにしておくことが、効果的な会議開催のポイントである。
- 多職種連携の会では、少しでも成果を積み重ねていくことを重視した。そのため、目下の

課題である情報共有シートの作成にとりかかり、形として見える成果物にした。これにより、参加者の動機づけ、成功体験が生まれ、より地域連携に積極的になっていく。

<関係機関の各職種が連携して、地域包括ケアに関する取組を推進>

- 多岐にわたる取組を進めているが、地域連携の企画・運営に関する専従職員はおらず、今後、地域包括ケアに関する活動をさらに展開しようとする、マンパワー的な不安があることは否定できないが、現在は、MSW、看護師、院外の事業所のケアマネジャー、訪問看護ステーションそれぞれの管理職的な立場にある職員を中心に、連携・協力しながら業務を進められている。

<医療と介護の連携のあり方>

- 地域包括ケアに関する取組を進めて感じたことは、病棟看護師等も患者の退院支援には高い関心を持っているが、日常業務に追われてそこまで対応できていないということや、医療・介護の連携は、介護側からするとまだまだハードルが高いということである。連携構築のためには、医療・介護双方からの積極的な発信が必要であり、そのための具体的手法として多職種研修の会ではグループワークを取り入れている。
- また、医療側から介護側にどれだけ積極的にアプローチできるかということも重要。専門職としてのやり取りは当然ある上で、グループワークや懇親会等を通してそれ以外の「ゆるい」場所をあえて作ることで、連携構築につながるのではないかと。

<その他>

- 取組推進に関しては、診療報酬改定が大きな意味を持つことも事実と考えられる。当院では退院支援加算1を取得しているが（全患者の2割程度で算定）、これにあたり退院支援の介入率がわかるよう、記録のフォーマットを変えるなどの取組を行った。
- 都道府県がん診療拠点病院である当院では、ターミナルで在宅希望の患者など、退院が決まってから1～2日で、一刻も早く退院できるような調整が生じるケースも相当数ある。このようなケースでは、ケアマネジャーは退院が決まったその日のうちに決める必要があるし、介護保険サービス事業所にもすぐにサービス提供に入ってもらい必要がある。この時に連携がとれていない、サービス提供の詳細が分からない事業所では難しいので、迅速な連携・支援体制の構築という意味でも当院における地域連携・地域包括ケアに関する取組は重要である。

2. 北茨城市民病院

病院名	北茨城市民病院
所在地	茨城県北茨城市
所在自治体の人口	44,412 人
病床数	183 床 一般病床:137 床(一般病棟入院基本料(10 対 1)) 療養病床:46 床(医療療養病棟)
DPC 対象病院・準備病院	該当
受けている主な指定等	二次救急医療機関、へき地医療拠点病院
受けている主な施設基準等	脳血管リハビリテーション料(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)
医師数(常勤換算)	16.5 人
看護師数(常勤換算)	85.9 人

※人口は平成 27 年国勢調査より

(1) 地域包括ケアに関する背景

<地域特性>

- 北茨城市は高齢化率が高く、2025 年時点で高齢化率が 36～37%となる見込みであり、また人口も 4 万人を割ることが想定されている（現在の人口は約 4.3 万人）。
- 病院は市内に 3 施設、うち急性期を担う病院は 2 施設あり、診療所は 14 か所あるが、医師数は人口 10 万人対 80 人ほどと、全国と比較して 3 分の 1 以下の数字となっている。また、新規に診療所を開業する医師は近年多くなく、また診療所の医師の平均年齢は 62 歳程度と、往診・訪問診療を始めることが難しい状況にある（現在、訪問診療を行っている診療所は 3 か所のみである）。

<地域包括ケアに関する考え方>

- 上記のような地域特性から、地域での在宅医療は、公立病院である当院においても担う必要があると考えている。
- また、少ない医師で今後増えていく高齢者への医療提供を行う観点から、特定の診療領域に特化した専門医の育成よりも、より広い診療領域に対応できる総合診療医（家庭医）の育成・確保が重要との考えを持っており、同県にある筑波大学と連携した種々の取組を行っている。

(2) 地域包括ケアに関する取組・効果の実際

<訪問看護>

- 病院内の担当部署（訪問看護室：平成 28 年 10 月開設）に在籍する看護師 4 人が、訪問看護を実施している。
- 訪問時には、患者の疾患、状態等の必要性に応じ認定看護師との連携により、専門的視点からのケアや、訪問看護師への助言等を行うことがある。

<家庭医療センター>

- 筑波大学との連携のもと、地域への在宅医療の提供および研修医、医学生への教育を目的とした「北茨城市民病院附属家庭医療センター」を、平成 27 年度に立ち上げた。
- 家庭医療センターは病院附属の診療所と位置付けられており、常勤医師が 3 名（うち市民病院との兼務が 1 名）、大学からの非常勤医師が 2 名、計 5 名の医師が在籍する。外来診療・訪問診療を行うほか、研修医の臨床教育や学生実習も行われており、実習生の宿泊施設も用意されている。また、市民への予防教育も行っている。

<北茨城市コミュニティケア総合センター>

- 北茨城市では、地域住民の保健・医療・福祉に関する相談の総合的な窓口として、地域の医療・介護専門職の連携を進めていく拠点となる「コミュニティケア総合センター」（愛称：元気ステーション）を立ち上げることにした（平成 29 年 4 月開設予定）。
- コミュニティケア総合センターには地域包括支援センターも併設され、地域住民からの様々な相談窓口として機能するとともに、地域の医療機関および介護事業所との密な連携を図り、さらに地域住民を巻き込んだ活動を展開することで、地域づくり・コミュニティづくりを進めることを目的としている。運営は地域活動が活発な市社会福祉協議会に委託することとした。
- 職員は保健師や社会福祉士、理学療法士、事務職員等様々な職種から構成されるが、センター内の各部署間はオープンスペースとし職員が連携しやすい形となっている。
- また、家庭医療センターと隣接しているため、総合センターから医療的な支援が必要な利用者の相談もすぐに家庭医療センターと共同で支援できるなど、両者の密な連携体制の構築が期待される。さらに、家庭医療センターの実習生・研修医が、総合センターで地域住民の支援の場に直接触れることで、地域を知ることにもつながると考えている。

<予防医学>

- 予防医学の重要性も認識しており、学校教育や市民公開講座等に取り組んでいる。
- 学校教育に関しては、小中学校の校長および養護教諭を対象として、在宅医療を含む市の医療の現状に関する講義を行っている。これにより市の現状に対する教員の理解を促進するとともに、子どもへの啓発にもつながり、多くの市民に現状を理解してもらうことが可能となる。

<人材育成・地域住民向け啓発活動>

- 自分の専門分野だけでなく、他分野の知識・技術を持つ専門職の育成については、筑波大学に委託して実施している。大学では地域の専門職向けに人材育成に関するインタビュー調査を実施し、その中からの課題等を踏まえ、専門職向けワークショップを開始している。
- 市民公開講座は定期的に行っている。最近では、ユマニチュードに関する講座を、考案者であるフランスのジネスト氏（Yves Gineste）に来訪いただき、直接話をしてもらうなどの取組をしている。ユマニチュードに関する講座は専門職向けにも別途実施した。

<筋力トレーニング講座>

- ロコモティブシンドロームの予防目的で、院内に設置したトレーニング機器を活用した筋力トレーニング講座を、筑波大学と連携して地域住民向けに実施している。
- 筋力維持、ロコモティブシンドロームの予防が目的であるが、トレーニング実施前と実施後（約 10 週間）の筋力維持・向上を科学的に評価し、被験者の筋力トレーニングの必要性和意欲を高めている。評価を筑波大学と連携して行っている。

<コミュニティケア研究会>

- 北茨城市内の在宅ケアに関わる医療・福祉関係者の有志により、平成 22 年 6 月に「コミュニティケア研究会」が立ち上げられた。参加者は、地域で在宅ケアに関わっているケアマネジャー、ヘルパー、看護師・医師、地域包括支援センター職員、市職員、社会福祉協議会職員などがいる（会長は歯科医師が務めている）。
- 多職種連携、地域全体でのケアなどをテーマとして、地域ケアシステムの確立に向けての事例検討や課題検討などを、概ね 2 か月に 1 回程度の頻度で行っている。こうした会議が長く続けられていることもあり、当地域では多職種が連携し、支援にあたる素地ができているものと考えている。

（3）地域包括ケアの実践に関するポイント

<医療・介護間の密な連携の構築、地域づくり>

- 大学による専門職へのインタビュー調査の結果、医療・介護専門職はお互いのことが十分に理解していないということが、人材育成・連携に関する課題として浮かび上がった。このため、どのようにすれば限られた医療資源を適切に活用するための、協働体制の構築ができるのかということを検討してきた。
- 解決策の一つの形として、コミュニティケア総合センターの開設や、当院の職員が地域のケアマネ研究会に出席するなど、様々な形で連携の深化に努めている。このように、関係機関の連携を促進するための方策を様々な点から行っていくことが、地域包括ケアの重要

な点と考える。

- また、専門職だけではなく、地域住民への周知啓発等を通じて、地域包括ケアに関する取組にいかに関わり地域住民を巻き込んでいくかという「地域づくり」も重要と考えている。

<行政との連携>

- コミュニティケア総合センターや家庭医療センターなど、当市では様々な取組を進めているところであるが、その背景には行政、特に市長の理解があったことが大きい。当市の市長は「人の健康・まちの健康」をスローガンに健康都市づくりを行っているなど、常に医療・介護等分野を重要なものと考えている市長であるが、他自治体においても且頃から地域包括ケアの重要性・意義を行政に理解してもらうよう働き掛けることで、いざという時の円滑な取組の実現に繋がるものと考える。
- また、各種取組に必要となる財源の確保についても、行政の理解を得ることは非常に重要である。

<取組を進めるための人員・マンパワー>

- 地域包括ケアを担当する専従職員はおらず、地域連携担当部署の職員等が患者支援等の業務と並行して実施している。マンパワー的な課題はあるが、それをできない理由にせずまずは取組を少しでも始めてみるのが大事と考える。その中で見えてくる効果や課題があり、これにどのように対応するかをさらに考えていく。

3. 甲賀市立信楽中央病院

病院名	甲賀市立 信楽中央病院
所在地	滋賀県甲賀市
所在自治体の人口	90,901 人(旧信楽町:12,132 人)
病床数	40 床 一般病床:40 床(一般病棟入院基本料(13 対 1))
DPC 対象病院・準備病院	非該当
受けている主な指定等	救急告示病院、在宅療養支援病院
受けている主な施設基準等	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)
医師数(常勤換算)	6.1 人
看護師数(常勤換算)	26.0 人

※人口は平成 27 年国勢調査より

(1) 地域包括ケアに関する背景

<地域特性>

- 甲賀市は 2004 年に 5 町が合併して誕生した市であり、信楽町はそのうちの 1 町である。人口は約 12,000 人程度、高齢化率は 30%を超え、今後は人口減少が予想されている。また、高齢者の独居者は、高齢者人口全体の 15.2%となっている(平成 28 年 3 月)。
- 市の中心部である甲賀からは少し距離があり、信楽町独自の取組も多くなされている。
- 隣町の甲賀病院との連携がとられている。町の医療機関は、信楽中央病院と重症心身障害児及び神経難病に特化した国立病院機構の病院、個人医院が 2 ヶ所ある。また、信楽中央病院の出張診療所が 3 ヶ所設置されている。

<地域包括ケアに関する考え方>

- 平成 26 年に在宅療養支援病院を取得しているが、20 年以上前から往診・訪問診療を続けている歴史があるなど、地域包括ケアに関する取組、地域連携や在宅患者の療養支援を行うことが元々当然に行われている病院である。医師をはじめ各職員にも、当院では往診・訪問診療を多く行っていることなど、地域包括ケアに関する取組について入職時に説明している。
- 院長も、新規事業等の立ち上げや地域包括支援センターとの連携を図るなど、地域連携・地域包括ケアに関して積極的である。

(2) 地域包括ケアに関する取組・効果の実際

<訪問診療・往診>

- 常勤医 5 人全員が訪問診療・往診に従事している。訪問診療・往診を行っている患者は月あたり 60 人弱（実人数）、訪問診療は月 50 回弱、往診は月 3～4 回程度行われている。訪問診療は、出張診療所での診療の帰りにあわせるなど、医師のスケジュールに合わせ計画的に組み込まれている。また訪問時、次回予定を訪問患者側の都合に合わせて調整している。医師は日本内科学会、日本プライマリーケア学会や日本整形外科学会等に所属しており、地域包括医療・ケア認定医の資格を有する医師も 1 名いる。
- 在宅診療を行う患者は、元々当院のかかりつけであった患者だけでなく、他の病院からの退院時に新規に往診・訪問診療を依頼されるケースも多い。
- 地域の医療機関・施設・事業所からは、当院の医師はよく話を聞いてくれる、といった意見が多い。実際にケアマネジャーが患者に同行し、医師の診察時に相談する姿などもよく見られる。
- 在宅看取りも月あたり 1 件程度みられている。
- 訪問看護は看護師確保の困難性等の理由から直接病院では実施せず、近隣の訪問看護ステーションとの密な連携により提供している。

<地域連携の会>

- 院長からの働き掛けにより、信楽町内の医療・介護関連施設、事業所を対象とする「地域連携の会」が平成 26 年度に立ち上げられた。立ち上げ後は、隣接する地域包括支援センターが事務局となり、地域の医療機関・施設・事業所を交えた定例会等が行われている。
- 具体的な活動としては、事例検討会や研修会をそれぞれ年 2 回開催している。内容は事例検討、医療・介護に関する知識・技術等の周知啓発となっているが、これにより地域の事業所等と病院の連携、事業所間の連携が促進される効果もみられる。

事例検討会のテーマ例	・退院前カンファレンスから在宅生活への移行まで ・入退院を繰り返した方のかかわり ・褥瘡の再発予防に向けた取組 など
研修会のテーマ例	・「嚥下・誤嚥性肺炎について」 ・「とろみについて（栄養士より）、シーティングについて（リハビリテーション専門職より）」…実演を兼ねて実施 ・「これって褥瘡？」 など

- 事例検討会には、患者家族に参加してもらい、入院生活や退院にあたって感じたことなどを話していただくこともある。この際、支援の中で患者家族が傷ついた発言など、反省点ともなる指摘を受けることがあるが、こうした指摘からも専門職が学び、今後のより良い

支援につなげることができている。

＜健康塾＞

- 地域住民向け啓発の一環として、医師、看護師等様々な職種による健康教室「健康塾」を開催している。概ね月1回程度、認知症、高血圧、糖尿病など様々なテーマを取り上げ、2時間程度での講義等を行っている。このほか、老人会等で医師や看護師が出前講座を行うこともある（年3回程度）。
- こうした講義等は、病院側から積極的に対象者への周知、参加依頼を行うようにしている。具体的には、その時その時のテーマに応じて対象となりそうな、受講してもらいたいと考える外来患者等に、健康塾の案内を渡して参加の呼びかけを行う。特に、医師から呼びかけてもらうと反応がよい。また、病院の広報紙にも開催予定を載せて周知を図っている。
- このような取組により、徐々に常連を含む参加者が増えており、実際に参加者の生活習慣の改善、意識の変化に効果がみられている。一方、健康塾の参加が途絶えるとすぐに糖尿病が悪くなるなどの事例があり、継続的に健康塾に参加してもらうこと、病院の専門職に気をかけてもらっているという意識を持ち続けてもらうことが大事と考える。

＜病棟看護師による退院支援＞

- MSWがおらず、退院支援は病棟看護師長、主任が直接ケアマネジャー等との連携により行っている。
- 病棟看護師による退院支援に取り組んだ当初は、病棟業務に追われ退院後の在宅生活に目が向かなかつたり、退院支援に消極的な職員もいたが、在宅療養支援病院を取得していること、患者の退院支援が重要であることを、加算取得につながることもあわせ折に触れて説明し、徐々に退院支援に関する意識向上を院内に浸透させていった（介護保険や退院支援に関する勉強会も行ったが、基本的には業務を通しての周知を図った）。最近では、病棟看護師による退院支援がかなり進んできたように感じられる。
- 具体的な支援としては、病棟師長や主任がケアマネジャーとの連絡調整を担い、退院前カンファレンスに地域の専門職にも参加してもらい、在宅生活における支援内容の検討・確認を行う。この際、受け持ちの病棟看護師にも可能な限り参加してもらう形をとっている。
- また、入院時に患者の社会的背景も含む基本情報（介護保険申請の有無、担当ケアマネジャーの有無など）をスクリーニングシートで情報収集を行い退院支援の早期介入を図り、退院前には在宅生活より良い在宅療養生活を送っていただけるよう理学療法士に同行し、退院前訪問を実施している。カンファレンスの後、病室で実際の処置、シーティングなどの看護・介護について地域の専門職に指導を行うなど、在宅支援につなげる取組を行っている。
- 上記の効果として、在宅生活の実際や様々な社会資源、介護保険サービス等を病棟看護師が理解することにより、在宅生活を見据えたケアを病棟看護師が考えられるようになってきたことが、円滑な退院支援にもつながっていると思われる。また、介護支援連携指導料

- の算定回数が、26年の3.6回／月から、27年は6.8回／月に増加した。
- 今後は、退院した患者宅への訪問なども行いたいと考えている。

<退院支援に関するパンフレットの作成>

- 退院支援をより円滑に行うためのツールとして、患者家族向けの退院支援に関するパンフレット（在宅で介護者が行うケアの実施方法など）をわかりやすく作るべきとの意見があり、作成に向けて取り組んでいるところである。
- パンフレットの作成は、病棟看護師から取組が提案された。

<看取りの寸劇>

- 信楽地域連携の会で、地域住民向けの啓発活動として、看取りの再現劇を行った。事業所が行ったシナリオをもとに医師、看護師、患者、家族等になり、在宅生活の実際（訪問診察や訪問入浴）や看取り時の対応までを劇形式で演じる。受講した市民の看取り、在宅療養生活への理解につながっているものとする。

<レスパイト入院>

- 胃ろうの交換のための入院、検査入院として、在宅療養をしている患者に2週間程度入院してもらうことがある。これにより、家族等介護者の身体的・精神的負担を大幅に緩和し、在宅生活の維持にも資するものとなっていると考える。特に当院では人工呼吸器をつけている患者の受け入れも行っており、施設のショートステイ等では対応できない患者への支援にもつながっている。
- 難病患者のレスパイト入院にも対応しているが、現時点で受け入れ患者はいない状況。

<地域の施設等への関与>

- 医師は信楽町内にある特別養護老人ホームの配置医であり、週に1回診察に行っている。また、施設からの患者受け入れ、施設への退院も多い状況にある。
- このほか、地域の企業の産業医であったり、当院で企業の健診を実施したり、健診のために学校医を担当したりするなど、町の様々な対象者、場面に当院が関与し、様々な役割を果たしている。こうしたことを通し、当院は地域に根差した病院、地域に開かれた病院としての位置づけを形成しているものと考えられる。

(3) 地域包括ケアの実践に関するポイント

<医療・介護間の密な連携の構築>

- 地域のケアマネジャー等と医師・看護師のやりとりがしやすい関係性が築かれている。この背景としては、実践経験に裏付けられた医師の在宅医療への理解、病院が開催する研修

会等への多くの事業所等の参加に加え、病院側から地域に積極的な働き掛けがあった（「健康塾」の患者への積極的周知、地域連携の会の立ち上げと参加依頼等）。

- 介護専門職が病院に感じる連携の難しさを緩和するための方策として、このような医療側からの積極的な働き掛けは効果の高いものであることがうかがえた。

＜地域包括ケアの重要性、取組等に関する院内周知＞

- 当病棟看護師から退院支援に関するパンフレットの作成等、地域包括ケア・地域連携に関する具体的取組が提案されていた。
- 退院支援・在宅生活の支援の重要性を職員が理解することで、こうした主体的・積極的な取組が出されるようになったことがうかがえた。この例は地域包括ケアの推進にあたり院内職員の理解促進が大きく寄与した例であると考えられる。

＜取組を進めるための人員・マンパワー＞

- 地域包括ケア、地域連携を専門とする職員がいないため、病棟看護師・看護部などの各職員が、業務の繁閑をみながら、また職員間で協力しながら、少しずつ地域包括ケアに関する取組を進めている。
- 一方、地域連携の会の事務局は、地域の医療機関・施設・事業所等との日常的な連携が多い地域包括支援センターが担うなど、業務内容によっては他の施設も含めた役割分担を行い、効率的・効果的に業務にあたっている。
- このように、施設内の多部署、あるいは地域内の多施設が協力しながら、それぞれが得意とする分野の業務を分担することが、効率的な取組推進の1つの方法であることがうかがえた。

4. 医療法人金澤会 青磁野リハビリテーション病院

病院名	医療法人金澤会 青磁野リハビリテーション病院
所在地	熊本県熊本市
所在自治体の人口	740,822 人
病床数	232 床 一般病床:77 床(地域包括ケア病棟入院料1:36 床、障害者施設等入院基本料:41 床) 療養病床:155 床(回復期リハビリテーション病棟入院料2:60 床、介護療養病床:47 床、医療療養病床:48 床)
DPC 対象病院・準備病院	非該当
受けている主な指定等	救急告示病院、在宅療養後方支援病院
受けている主な施設基準等	退院支援加算1、認知症ケア加算2
医師数(常勤換算)	11.9 人
看護師数(常勤換算)	79.4 人

※人口は平成 27 年国勢調査より

(1) 地域包括ケアに関する背景

<地域特性>

- 熊本の地域特性として、住民の立場に近い立ち位置での医療提供がなされているように思う。患者の生活に関心のある専門職、管理者が多い。退院後の生活まで気かけ、他機関と連携をとり、退院後の支援まで目を向けることが当たり前の雰囲気がある。地域のどの病院も、歴史が長い病院であることも要因の一つかもしれない(当院も開院 70 年以上経過している)。
- 青磁野リハビリテーション病院では、在宅介護支援センターを市から受託したことから、現在まで地域包括支援センターの委託を受け運営している。また、地域包括支援センター運営協議会の事務局も担っており、この中で市との共同作業、連携も多く行っている。
- また、熊本市は 27 の地域包括支援センターを委託により実施しているが、医療法人への委託が多いことが特徴と思われる(27 か所中 16 か所が、医療法人もしくは医療関連の団体である)。
- これにより、例えば医療法人が運営する地域包括支援センターの社会福祉士が、異動により病院の MSW に配属されるなどにより、地域のことわかり、病院内部のことわかる職員育成につながる。
- このように職員が様々な分野、職域等に触れることで、法人全体が医療だけでなく地域、福祉についても理解を深め、連携の素地を作っていくことにつながる。これは地域包括ケアの推進にとっても有用と思われる。

<地域包括ケアに関する考え方>

- 地域包括ケアとは、治療が必要な人は病院で入院治療を受け、治療が終わったら住み慣れた家で生活することを目指すものと理解している。1回でも、短い期間でもよいので地域生活に戻れるよう支援することが重要であり、これは地域包括ケアシステムが厚生労働省から提示される前から、当地域ですっと続けてきたことである。
- 一方、地域包括ケアシステム等に関する個別具体の制度や考え方等が国から示されるので、これについては勉強会などで学ぶことも必要であり、当院でも実施している。その際は、全く新たな概念を学ぶという考え方ではなく、これまで当院が行ってきた取組を想定し、その取り組みが国の示す制度や考え方に置き換えた時にどこに位置づけられるか、ということを考えている。これまでの当院、地域の取組を国の仕組みに置き換え、理解を深めていくという考え方をしている。

(2) 地域包括ケアに関する取組・効果の実際

<試験退院>

- 退院支援を含む患者支援に関して、当院では「試験退院」を行っている。外泊ではなく実際に退院の形をとり、介護保険サービスも利用しながら実際の在宅生活に限りなく近い生活を患者・家族に営んでもらう。期間は4日～1週間程度が多い。その内容を踏まえ、可能であればそのまま実際に退院するが、難しい場合には再入院とし、改めて生活課題の検討・退院調整等を行う。
- 退院支援に当たっては、当院のMSWおよび担当のケアマネジャー等が、試験退院期間内の細かな生活設計、支援内容を組み立て、万全を期すようにしている。たとえば、退院2日目の○時～○時まではヘルパーが入り、安否確認、調理をし、次は3日目の▲時～▲時に訪問看護が入り…など。ケアマネジャーのケアプランでは、ルーチンで毎週○曜日の○時にヘルパー、などの組み立ても多いが、本人・家族の意向を汲んだより詳細な支援設計が必要になるため、不慣れなケアマネジャーもいる様子ではある。
- 試験退院時は再入院のためのベッドを確保しており、いつでも戻れるようにしている。このような形での入院を想定していることから、当院の病床利用率はおおむね85～90%程度で推移している。

<地域（病院）との役割分担>

- 200床を超える病院であるが、上記のように当院をかかりつけとする患者も多く、いわば「大きな有床診療所」のような役割を有している。一方、回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟を有する病院としては、近隣の大規模な急性期病院（国立病院機構、済生会熊本病院、熊本赤十字病院、医師会病院等）からのリハを必要とする回復期の患者の

受け入れ、急性期治療が終わった後のポストアキュートの機能・役割を有している病院といえる。また、療養病床を有する病院としては、慢性期を受け入れる病院としての役割・機能も有しており、急性期以後の様々な役割に対応できる地域の病院となっている。

- このように、急性期以外の様々な役割を有することができている背景としては、熊本の医療機関が明確な役割分担のもと機能していることが挙げられる。前述の国立病院機構、済生会等の病院は、救急搬送されるような重症度の高い患者の受け入れ、治療に特化しており、ここから治療が終わった患者の受け入れを当院等が行うことが仕組み化されている。実際に当院で、急性期の患者の手術を行うことはない。逆にこうした急性期病院が地域包括ケア病棟に転換するなどの動きもみられない。こうした病院間の役割分担は、お互いの病院を信頼していないと難しく、ここにも日頃からの関係性構築の重要性がみてとれる(信頼ができない病院に、急性期治療が終わった患者を次々受け入れてもらうことは難しいと考える)。
- 人口 70 万人程度の都市なので、上記のような役割分担があつてこそ、大規模の急性期病院が 5 か所あつても医療提供体制が維持できている。各病院が別個に様々な機能を持つとしてみると、お互いに患者の取り合いのようになり、体制が持たない可能性もある。
- 地域包括ケア病棟は、自院の他病棟からの転院はなく、大半が急性期病院からのポストアキュート患者の受け入れとなっている(他の入院経路は、当院のかかりつけ患者の急性増悪時の入院等)。当院では今のところ、かかりつけ患者以外の急性増悪時の対応(サブアキュート患者の受け入れ)は行っていないが、急性期病院への患者の集中具合によっては、今後サブアキュート機能を持つことも検討しなければならないかと考えている。

<医療機関・施設・事業所との連携>

- 地域とのつながりを構築する一つの手法として、その地域で育った人を職員として雇用することも有用と思う。理事長は病院近辺に住んでいるが、「あの病院の事務長はどこの〇〇さん」など、地域に根差した認識をされることで、地域とのつながりが深まることもある。

<研修会・勉強会>

- 同法人内のみならず、他の法人も含めた地域の医療機関・施設・事業所等との連携に関して、当院では地域の医療機関・施設・事業所向けの勉強会(看護部主催)を開催している。
- 内容は看護、介護技術に関することや、医療機器の適切な利用方法(酸素飽和度を図る装置等)、利用者の急変時における重症度の判断のポイント等様々であるが、研修等を通して地域の施設等との関係性を構築し、退院支援等必要時にも相談しやすい素地を作ることも目的としている。

<動画の活用>

- 退院支援を含む患者支援に関しては、動画を活用している。入院直後の患者の状況を短く

ても、スマートフォン等でもよいので動画で記録しておき、治療（リハビリ）中またはリハビリ後に撮影した動画と比較する。これを患者家族、また在宅生活を支援する専門職も含めて見て、その回復の度合いや現在の状況を確認することで、本人、家族、専門職に在宅復帰のモチベーションを持ってもらったり（こんなに良くなったならそろそろ退院できるかもしれない、など）、逆に在宅以外の選択肢も含む今後の転帰を客観的に考えるきっかけとすることができる。

- FIM等の数値情報よりも、より具体的に患者家族等に理解してもらうことが可能であるし、介護系の専門職にもわかりやすい情報提供が行え、これにより円滑かつ適切な転帰先の決定、退院支援が可能になる。誰もが納得する選択肢の決定に有効である。
- 熊本県では、熊本メディカルネットワークを全県レベルで構築する動きがあり、ここで動画情報も共有できるようにすることで、上述の効果をより高く発揮することができると思われる。

<訪問診療・訪問看護>

- 当院の訪問診療はあくまで外来の延長としてとらえており、当院を退院後、当院をかかりつけにしている患者が、いよいよ外来通院することが難しくなった場合や、入院患者が在宅に復帰する際に「退院後の様子を何回か見に行く」ということで訪問診療につながるケースがほとんど。そのため、訪問診療は医師1名（理事長）のみが対応しており、また患者実人数も少なく10人を超えることはない。
- 外来に通えなくなっても同じ医師が診てくれるという患者への安心感、診療の継続性、また在宅復帰時に「先生が来てくれる」という安心感を持った退院ができ、心理的にも円滑な退院支援が行えるといった効果がある。
- 訪問看護も併設のステーションで実施している（24時間対応）。訪問看護は患者支援、ケアマネジャーへの医療面からのアセスメント支援など、地域の要となるサービスと考える。

（3）地域包括ケアの実践に関するポイント

<地域とのつながり>

- 地域に医療機関の顔が見えない（どのような医療機関なのかが地域住民にはわからない）ことがある。病院の近所づきあいとでも言うべき、地域との連携が必要である。広報誌などを活用した病院の周知も一定の効果はあると思うが、地域の会合、集まりに直接病院職員が顔を出すことも重要である。これにより、地域の医療機関として根付き、当院の機能の一つである「大きな有床診療所」（かかりつけ医）としての機能をより発揮できるようになるほか、退院支援を含む地域連携も円滑に行えるようになる。
- 小規模の病院であっても地域とのつながりを作っていくことは可能。当院では地域で開催される懇話会へのMSWの参加や、併設の介護老人保健施設の管理職が事務局を担い、地域の医療・介護施設・事業所向けの勉強会を開催するなどしている。これにあたり勉強会

用の会費を集めているが、会費を活用した懇親会を年 1 回程度開催している（余った会費は現金で還元する）。

- 熊本市の地域包括支援センター運営協議会の事務局機能を担っているが、受託にあたり市に「包括が設置される 27 の日常生活圏域ごとに、地域運営協議会を設置する」ことを条件とし、現在各圏域で協議会が運営されている。協議会には自治会町内会や民生委員児童委員協議会等のほか、地域の開業医にも参加いただいている。特に、開業医は地域包括支援センターの運営を受託している医療法人ではない医師に参加してもらい、より客観的で実態に即した検討が行えるようにした。現在、10 程度の地域運営協議会に、開業医に参加してもらっている。地域住民・関係機関の目で包括の運営を見ていくということにつながる。
- 地域福祉における大きな組織である社会福祉協議会に、医療機関が入っていないことが課題と考えている（入っているとしても相談役、顧問等の肩書である）。社協と医療機関、医療関係団体との関係性を構築していくことも重要と考えている。
- 7 又は 10 対 1 病院は、様々な院内組織が設けられていることが多いように思う。また、制度上研修の実施・受講が必要となっていることもあるのではないかと考える。

V 考察

本調査研究では、「7 又は 10 対 1 病棟を有する病院」「7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院」および「一般病棟を有しない病院」における取組状況やその効果、および取組におけるポイント等について、アンケート調査・ヒアリング調査により分析した。

<7 又は 10 対 1 病棟を有する病院>

■ 地域包括ケアに関する様々な取組への着手

- 許可病床数は平均 246.5 床であり、7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院（平均 123.4 床）と比較して病床数の多い大規模な病院が多かった。また、地域包括ケアに関して病院で実施している取組については、アンケート（全国調査）で設けた 16 項目（その他除く）のうち多くの項目で、7 又は 10 対 1 病棟を有する病院のほうが、回答割合が多い傾向にあった。
- 7 又は 10 対 1 病棟を有する病院は規模の大きさから職員数が多く、また地域連携部門等役割に応じた様々な部門が形成されていることも多いことから、地域包括ケアに関する様々な取組に着手していることがうかがえた。この点については、ヒアリング調査からも、7 又は 10 対 1 病院の院内部門の多さに触れる意見があった。
- なお、地域包括ケアに関する取組を病院の病床数別にみると、「地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施」など、多くの項目で病床数が多いほど実施している取組の割合が高くなる傾向にあった。地域包括ケアに関する取組には、7 又は 10 対 1 病棟の有無のほか、病院の病床規模も影響している可能性があることがうかがえた。

■ 退院支援を踏まえた地域包括ケアに関する取組

- 二次救急医療機関の指定を受けている病院が 61.1%、救命救急センターを有する病院が 10.8%と、急性期の機能を有する病院が多かった。また、アンケート（全国調査）から「地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施」の取組状況をみると、7 又は 10 対 1 病棟を有する病院では 44.7%、7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院では 20.9%と差が見られたほか、アンケート（詳細調査）から地域包括ケアに関する院内職員の研修テーマをみると、7 又は 10 対 1 病棟を有する病院では「退院支援の具体的方法の説明」73.2%が最も多い状況であった。
- 急性期が多いことから、平均在院日数の短縮、患者の早期の在宅復帰等に伴う退院支援がより求められ、結果的に地域包括ケアに関する取組も退院支援等に関するものが多くなることが想定された。
- さらに、このような取組による効果は、病院と他の医療機関・施設・事業所間の退院支援に関する連携が強化されることにとどまらず、当該病院以外の地域の医療機関・施設・

事業所間の連携強化にも資することが、ヒアリング調査からうかがえた。

■ 地域包括ケアに関する取組を進めるポイント

- 医療セクターからの積極的なアプローチにより介護側の心理的障壁を取り除き地域の介護に関する事業所等との連携を密にすることがある。具体的手法として、ヒアリング調査からは「あらかじめ目的を明らかにした上での地域連携の会の立ち上げと積極的な周知、参加の促進」「院内における地域包括ケアの取組の周知・理解促進」「少しずつでも形の見える取組の推進（情報共有シートなど）」などが挙げられたが、このような取組を病院側から発信することで、地域全体の医療・介護の質の向上や適切な住民の支援が行えるようになると思われた。
- 多くの病院は院内・院外における研修等を行っているが、何のためにその取組を行うのかを明確化し、その目的に資する手法・テーマを採用することや、病院側・医療側からの地域への積極的な働き掛けが、地域包括ケアの推進に有効であることが示唆された。
- また、アンケート調査（全国調査）では「最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組」「地域包括ケアの推進において最も重要と考える役割」のいずれにおいても、「在宅・施設患者の急変時の入院受入」が最も多い回答として挙げられた。在宅生活の継続にあたり、何かあった時に相談、入院が可能な機関があることは、身体的・精神的に介護者の大きな助けになることがうかがえた。

これは、7又は10対1病棟を有する病院以外の病院でも同様の傾向がみられ、どのような機能の病院にも共通する重要な機能・役割であると思われた。

<7又は10対1以外の一般病棟を有する病院>

■ 地域のニーズに沿った包括的な医療・生活支援の実践

- 本調査研究においては比較的病床数が少ない傾向がみられた（平均123.4床）。また、併設施設についてのアンケート調査（全国調査）結果をみると、「通所、訪問リハ事業所」（35.1%）、「介護老人保健施設」（24.1%）、「居宅介護支援事業所」（36.5%）などの項目で、併設していると回答した割合が多かった。
- この点について、ヒアリング調査で訪問した病院は、入院医療から出張診療所での診療、在宅医療までをすべて担う病院であったが、当該病院でなければ果たせない役割を、併設施設を含む各医療機関・施設・事業所等と密に連携しながら、地域に根差して行っている点が特徴と思われた。
- また、地域包括ケア病棟・地域包括ケア入院医療管理料算定病室を有する病院について、アンケート（全国調査）から受入経路・機能別の退院患者数の割合をみると、7又は10対1病棟を有する病院では「急性期からの受入」が63.9%と大半を占める一方、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では「急性期からの受入」44.8%、「緊急時の受入（発

症前の日常的な生活支援が必要)」27.4%などとなっており、病院によって地域包括ケア病棟・病室の役割がより多様であることがうかがえた。

- 7又は10対1以外の一般病棟を有する病院の特徴としては、地域内の特徴・ニーズにあわせて様々な病院機能を有し、また必要な併設施設を有しながら、地域に根差した医療および様々な生活支援を包括的に提供していると思われた。

■ 往診・訪問診療の提供

- アンケート調査（全国調査）では、地域包括ケアに関する取組は、7又は10対1病棟を有する病院で多くの種類の取組が行われていたが、その中で7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では、往診・訪問診療を行う病院が多かった。
- また、アンケート調査（詳細調査）から、医師1人あたりの訪問診療の患者数をみると、1人あたり10人以上の訪問診療を行った病院は計54.5%、うち13.6%は医師1人あたり50人以上の訪問診療を行っており、医師等スタッフが少ない中で、地域の訪問診療等を必要とする患者を多く診ている傾向がうかがえた。
- ヒアリングを行った病院でも訪問診療を実施しており、従来当院がかかりつけであった患者への継続的な訪問診療の提供だけでなく、最初から訪問診療を目的とした紹介等も積極的に受ける方針がとられていた。このように、地域のニーズに応じた柔軟な医療の提供が、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院の特徴であると思われる。
- なお、地域包括ケアに関する取組を病院の病床数別にみると、100床未満の病院では44.6%が往診・訪問診療を直接実施していることから、7又は10対1病棟を有する病院においても、特に病床規模の小さい病院では地域のニーズに応じ往診・訪問診療を提供する病院も多くある点に留意が必要である。

■ 地域包括ケアに関する取組を進めるポイント

- ヒアリング調査からは「医療・介護間の密な連携の構築」「地域包括ケアの重要性、取組等に関する院内周知」などが挙げられた。
- 特に、地域包括ケアの重要性、取組等に関する院内周知に関しては、病院職員が地域包括ケアの推進による効果・必要性を認識することで、自ら地域包括ケアに関する取組を主体的に提案・実践する例がみられていた。これにより、具体的で効果の高い地域包括ケアに関する取組が行えるほか、様々な部署・職種により、少ないマンパワーの中でも多様な活動が行えていることがうかがえた。
- また、7又は10対1病棟を有する病院と同様、「医療セクターからの積極的なアプローチにより介護側の心理的障壁を取り除くこと」の有用性に関する意見がヒアリングにより聞かれており、地域包括ケアの推進にあたり中核的な役割を果たす医療側の働きかけ、意識の重要性は、どのような病院にも共通することがうかがえた。

<一般病棟を有しない病院>

■ 患者の状況等を踏まえた退院支援、地域包括ケアに関する取組の実践

- 病床数の平均は 157.7 床と、比較的病床数が少ない傾向が見られた。
- 併設施設については、「通所・訪問リハ事業所」(35.9%)、「居宅介護支援事業所」(34.7%)が多く、7 又は 10 対 1 以外の一般病棟を有する病院と同様の傾向がみられた。また、「グループホーム」は 21.0%と比較的多いが、これは退院先の認知症高齢者グループホーム、障害者グループホームが併設されている病院が多いものと思われる。
- ヒアリング調査で訪問した病院でも、地域包括ケア病棟、障害者施設等入院基本料算定病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟等様々な病床機能を有し、また地域の医療機関や介護事業所等との連携を図られており、患者の状況にあわせた支援が提供されていた。
- これらのことから、一般病棟を有しない病院においても、患者のニーズに沿った退院支援等、地域連携・地域包括ケアに関する取組が進められていることがうかがえた。

■ 地域包括ケアに関する取組を進めるポイント

- ヒアリング調査からは、地域の医療機関として根付き、患者のニーズ、地域のニーズを踏まえた病院機能を発揮するために、地域とのつながりが重要であることが指摘された。
- 一般病棟を有しない病院は、病床規模の小さい病院も多く含まれることが想定されるが、小規模の病院においても、自治会町内会単位で開催される集まりに病院職員が参加する、地域の医療・介護専門職向けの勉強会を主催するなど、様々な機会をとらえて地域との連携を進めることができる。また、地域包括支援センター等、福祉・介護に関わる併設施設・関連施設を有する場合は、戦略的な職員異動により幅広い分野を職員に経験させることなども重要である。
- なお、当調査における「一般病棟を有しない病院」には、精神病床のみを有する病院、療養病床のみを有する病院等、様々な機能を有する病院が広く含まれるため、上記を参考としつつ、病院ごとの機能・特性に照らした地域包括ケアの取組を検討することが望ましい。

VI 提言・まとめ

- 7又は10対1病棟を有する病院では、医療セクターからの積極的なアプローチにより介護側の心理的障壁を取り除き、地域の介護に関する事業所等との連携を密にすることが重要と考えられた。このため、病院側からの働きかけにより、地域全体の医療・介護の質の向上や適切な住民の支援を促進していくことが必要である。また、地域包括ケアに関して最も多く取り組まれていること、また取り組むべきと考えられていることは「在宅・施設患者の急変時の入院受入」であり、在宅生活の継続において医療面の相談・入院が可能な機関があることは、身体的・精神的に介護者の大きな助けになることがうかがえた。
- 7又は10対1以外の一般病棟を有する病院の特徴としては、地域内の特徴・ニーズにあわせて様々な病院機能を有し、また必要な併設施設を有しながら、地域に根差した医療および様々な生活支援を包括的に提供していることがうかがえた。一方、職員が少なく、地域包括ケアに関する取組を進めるためのマンパワーが十分でないことも想定されることから、病院職員が地域包括ケアの推進による効果・必要性を認識するための取組を進め、自ら地域包括ケアに関する取組を主体的に提案・実践できるようにすることが重要である。
- 一般病棟を有しない病院では、地域の医療機関として根付き、患者のニーズ、地域のニーズを踏まえた病院機能を発揮するために、地域とのつながりを構築・発展させることが重要な点の一つと考えられるが、精神病床や療養病床など、病院により様々な機能を有することが想定されるため、病院ごとの機能・特性に照らした効果的な取組を検討することが望ましい。
- 本調査研究では、7又は10対1病棟を有する病院の有無等に着目し、様々な分析を行った。各地での地域包括ケアシステムの実践にあたっては、上記の分析結果を踏まえ、地域ごとの人口構成、疾病構造や医療・介護の需給、地域格差等を考慮した、ご当地ならではの取組を進めていくことが必要である。また、取組の推進にあたっては、各地の地域特性等に応じ、本調査研究のアンケートやヒアリング調査から得られた独創的な取組、高い効果のみられた取組を参考にすることも有用と思われる。

附錄 調查票

病院管理者様

平成 28 年度老人保健健康増進等事業
「地域包括ケアを支える中核医療機関の役割・機能のあり方に関する研究事業」
アンケート調査へのご協力のお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

今般、全日本病院協会は、厚生労働省老健局の老人保健健康増進等事業により、「地域包括ケアを支える中核医療機関の役割・機能のあり方に関する研究事業」を実施することとなりました。

この調査は、全国の病院を調査対象とし、地域包括ケアにおいて中心的な役割を果たすことが期待される医療機関における地域包括ケアへの参画に積極的な取組を調査し、報告書としてとりまとめるとともに、全国の病院等に向けて発信することを目的としております。

調査結果は、とりまとめの上で公表いたしますが、ご回答頂いた内容は、統計的に処理いたしますので、個別の回答をそのまま外部に出すことはございません。ご多用の折、お手を煩わせることとなり誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

調査票へのご回答が終わりましたら、平成 28 年 10 月 31 日 (月) までに同封の封筒にて弊社までご返送いただきますよう、宜しくお願い申し上げます。

謹白

公益社団法人 全日本病院協会

会長 西澤 寛俊

【調査実施機関】

公益社団法人 全日本病院協会

〒101-8378 東京都千代田区猿楽町2-8-8 住友不動産猿楽町ビル7階

【アンケート調査事務局（お問い合わせ先）】

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部

お電話	: 0120-775-139 (平日 9:00~17:00) ※上記の電話番号は、 <u>平成 28 年 10 月 31 日 (月) までご利用可能です。</u> 11 月 1 日以降のお問い合わせは、恐れ入りますが下記番号へお願いいたします。 0120-825-571 (平日 9:30~17:00)
FAX	: 03-5281-5443 (FAX 送信先、24 時間受付)

※本調査では、業務の一部をみずほ情報総研株式会社に委託して実施しております。

～本調査のご回答にあたって～

■平成 28 年 4 月 1 日現在の貴院の状況について、あてはまる内容をご記入ください。

■貴院の責任者の方にご記入をお願いします。

■本調査のご回答結果を踏まえ、後日地域包括ケアに関する詳細な調査票をお送りする場合があります。ご多忙の折誠に恐縮ではございますが、ご協力のほどどうぞよろしくお願いいたします。

厚生労働省平成 28 年度老人保健健康増進等事業 【調査実施機関：全日本病院協会】
 地域包括ケアを支える中核医療機関の役割・機能のあり方に関する研究事業 調査票

1. 貴院の概要等について、ご記入ください。

(1) 病院名			(2) DPC 対象病院又は準備病院	(該当 ・ 非該当)
(3) 設置主体 (○は1つ)	1 国	2 自治体	3 地方独立行政法人	4 公的医療機関*1
	5 社会保険関係団体*2	6 医療法人	7 個人	8 その他
(4) 許可病床数	① 一般病床	うち、一般病棟入院基本料 7 対 1 または 10 対 1 病棟		床
		うち、7 対 1 または 10 対 1 以外の一般病棟入院基本料病棟		床
	② 療養病床	床	④ その他病床	床
	③ 精神病床	床	⑤ 合計	床
(5) 併設施設 (○はいくつでも)	1 往診・訪問診療を行う診療所 2 往診・訪問診療を行わない診療所 3 訪問看護ステーション 4 通所・訪問リハ事業所 5 介護老人保健施設 6 特別養護老人ホーム 7 居宅介護支援事業所 8 地域包括支援センター 9 グループホーム 10 その他 ()			

※1 日本赤十字社、恩賜財団済世会、北海道社会事業協会、厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会

※2 健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合

2. 貴院の医療機能等について、あてはまるものに○をつけてください。(○はいくつでも)

(1) 貴院の 受けている 指定等	1 地域医療支援病院	2 救命救急センター	3 二次救急医療機関
	4 救急告示病院	5 特定機能病院	6 在宅療養支援病院
	7 在宅療養後方支援病院		
(2) 取得して いる施設 基準等	1 退院支援加算 1	2 退院支援加算 2	3 退院支援加算 3
	4 認知症地域包括診療料	5 認知症ケア加算 1	6 認知症ケア加算 2
	7 在宅復帰機能強化加算 (療養病床)	8 疾患別リハビリテーション料 (疾患名は問わない)	

3. 貴院の回復期リハビリテーション病棟についてご記入ください。(病棟が無い場合は回答不要です。)

(1) 病床数等	許可病床数	病床利用率 (平成 28 年 6 月)	平均在院日数 (平成 28 年 4~6 月)
①回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の算定病棟	床	%	日
②回復期リハビリテーション病棟入院料 2 の算定病棟	床	%	日
③回復期リハビリテーション病棟入院料 3 の算定病棟	床	%	日
(2) 平成 28 年 6 月 (1 か月間) における、転帰先別の退院患者数 (全病床の合計数をご記入ください)			
①自宅に退院	人	②介護老人保健施設・特別養護老人ホームに入所	人
③自院の他病棟に転棟	人	④他病院 (療養病床含む) に転院	人
⑤居住系施設*3に入所	人	⑥その他	人
(3) 病棟の在宅復帰率 (全病床の合計数をご記入ください)	() % (小数点 1 桁)		

※3 有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅、グループホーム等 (特定施設の有無は問いません)

4. 貴院の地域包括ケア病棟・地域包括ケア入院医療管理料算定病室についてご記入ください。

(病棟・病室が無い場合は回答不要です。)

(1) 病床数等	許可病床数	病床利用率 (平成 28 年 6 月)	平均在院日数 (平成 28 年 4~6 月)
①地域包括ケア病棟入院料 1・2 の算定病棟	床	%	日
②地域包括ケア入院医療管理料 1・2 の算定病室	床	%	日
(2) 平成 28 年 6 月 (1 か月間) における、転帰先別の退院患者数 (全病床の合計数をご記入ください)			
①自宅に退院	人	②介護老人保健施設・特別養護老人ホームに入所	人
③自院の他病棟に転棟	人	④他病院 (療養病床含む) に転院	人
⑤居住系施設 ^{※4} に入所	人	⑥その他	人
(3) 病棟の在宅復帰率 (全病床の合計数をご記入ください)	() % (小数点 1 桁)		
(4) 地域包括ケア病棟入院料等の算定病棟・病室の状況 ・あてはまる欄の番号に○をつけてください。 ・病棟が複数ある場合は、あてはまるもの全てに○をつけてください。	①地域包括ケア入院医療管理料算定病室の場合、病室のある病棟の基本料等	②地域包括ケア病棟入院料等を算定する前の基本料等	
1) 一般病棟入院基本料 7 対 1 または 10 対 1 病棟	1)	1)	
2) 7 対 1 または 10 対 1 以外の一般病棟入院基本料病棟	2)	2)	
3) 療養病棟入院基本料病棟 (看護配置等は問いません)	3)	3)	
4) 障害者施設等入院基本料病棟 (看護配置等は問いません)	4)	4)	
5) その他病棟 (具体的に:)	5)	5)	
6) 新設のため、当該入院料等を算定する前の病棟種別はない	/		6)
(5) 平成 28 年 6 月 (1 か月間) における、受入経路・機能別の退院患者数 (全病床の合計数をご記入ください)			
①緊急時の受け入れ (軽~中等度の急性期患者の、緊急入院での受入)	1) 発症前の日常的な生活支援 ^{※5} が必要な患者数	人	
	2) 発症前の日常的な生活支援 ^{※5} が不要な患者数	人	
②急性期からの受け入れ (急性期後の治療や回復期のリハビリを要する患者の、予定入院での受入)	人		
③その他の受け入れ (②以外の予定入院で、慢性期の定期的な抗悪性腫瘍剤治療士緩和ケア等や、短期滞在手術等基本料 3、糖尿病教育入院、医療必要度の高いレスパイトケア等の患者の受入)	人		
(6) 当該病棟等の入院患者において、(5) ①における「発症前の日常的な生活支援」の必要性を常に評価しているか	1 している	2 していない	

※4 有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅、グループホーム等 (特定施設の有無は問いません)

※5 「日常的な生活支援」は、老年症候群、フレイル (虚弱)、要介護状態、障害児・者や、疾病、外傷、先天的要因等様々な原因で、心身機能・構造、日常生活活動、社会参加の観点から支援を要する状態 (金銭的支援は除く) を指します。

5. 貴院の地域包括ケアに関連する取組等について、ご記入ください。

(1) 地域連携専門部署について	①職種別職員数 (実人数、非常勤含む)	看護職員	人	MSW	人
		事務職員	人	その他職員	人
	②退院調整の実施率 ^{※6}				%

※6 退院調整の実施率 = $\frac{(\text{退院支援加算 1} \cdot \text{2} \cdot \text{3} (1 \cdot \text{2は一般病棟入院基本料等) が算定された症例数)}{65 \text{ 歳以上の退院症例数 (退院時転帰が死亡であった症例を除く)}} \times 100 (\%)$

(2) ①貴院で実施している取組、および②地域包括ケアシステムの中で病院が担うべきと思う役割			
<ul style="list-style-type: none"> ①、②のあてはまる欄の番号に○をつけてください。(○はいくつでも) また、①のうち「最も地域包括ケアの推進に効果的と考える取組」と、②のうち「地域包括ケアの推進において最も重要と考える取組」には、◎をつけてください。(◎は①、②それぞれ1つのみ) 		①貴院で実施している取組	②地域包括ケアの中で病院が担うべきと思う役割
地域の関係機関との連携等 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	1 地域包括ケア（退院支援）に関する院内職員への研修実施	1	1
	2 地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加	2	2
	3 地域の関係機関への医学的・専門的知識の啓発（研修等）	3	3
	4 職員の地域ケア会議への参加	4	4
	5 開放病棟の設置	5	5
	6 地域包括ケアに関する病院の方針等の策定・公表	6	6
	7 ICT ネットワークによる地域の関係機関との患者情報の共有	7	7
	8 地域包括ケアに係る自治体事業への参加・協力	8	8
	9 地域の関係機関との地域包括ケアに関する協定等の締結	9	9
患者・家族等の支援等 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	10 在宅・施設患者の急変時の入院受入	10	10
	11 在宅患者のレスパイト入院の受入	11	11
	12 往診・訪問診療を病院の医師が直接実施	12	12
	13 訪問看護を病院の看護師が直接実施	13	13
	14 地域包括ケアまたは在宅医療に関する住民向け講座	14	14
	15 地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼	15	15
	16 地域の医療・介護関係者と連携した退院支援計画の作成	16	16
17 その他（ ）	17	17	

調査は以上です。ご協力いただき誠にありがとうございました。
 本調査のご回答結果を踏まえ、後日地域包括ケアに関するより詳細な調査票をお送りする場合がございます。
 ご多忙の折誠に恐縮ではございますが、ご協力のほどどうぞよろしくお願いいたします。

病院管理者様

平成 28 年度老人保健健康増進等事業
「地域包括ケアを支える中核医療機関の役割・機能のあり方に関する研究事業」
アンケート調査へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

全日本病院協会では、厚生労働省老健局の老人保健健康増進等事業により「地域包括ケアを支える中核医療機関の役割・機能のあり方に関する研究事業」を実施しており、その一環として去る平成 28 年 10 月にアンケート調査を実施いたしました。貴院におかれましては、御多忙の折アンケートへのご回答を賜り、誠にありがとうございました。

今回の調査は、10 月に実施したアンケートの結果を踏まえ、地域包括ケアに関する取組を多く行っていると考えられる全国の病院（約 500 病院）を対象に、より具体的な取組内容やその効果、工夫等を調査し、報告書としてとりまとめるとともに、全国の病院等に向けて発信することを目的としております。

調査結果は、とりまとめの上で公表いたしますが、ご回答頂いた内容は、統計的に処理いたしますので、個別の回答をそのまま外部に出すことはございません。ご多用の折、お手を煩わせることとなり誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

調査票へのご回答が終わりましたら、**平成 29 年 1 月 5 日（木）**までに同封の封筒にて弊社までご返送いただきますよう、宜しくお願い申し上げます。

謹白

公益社団法人 全日本病院協会
 会長 西澤 寛俊

【調査実施機関】

公益社団法人 全日本病院協会

〒101-8378 東京都千代田区猿楽町2-8-8 住友不動産猿楽町ビル7階

【アンケート調査事務局（お問い合わせ先）】

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部

お電話	： 0120-825-571（平日 9:30～17:00）
FAX	： 03-5281-5443（FAX送信先、24時間受付）

※本調査では、業務の一部をみずほ情報総研株式会社に委託して実施しております。

■貴院の状況について、あてはまる内容をご記入ください。なお、日時の指定がない設問につきましては、**平成 28 年 11 月 1 日現在の状況**をご記入ください。

■**貴院の責任者の方**にご記入をお願いします。

■本調査票の回答内容を踏まえ、後日、当調査研究事業の事務局から訪問インタビューのご相談をさせていただきます場合がございます。ご多忙の折恐縮ですが、ご協力下さいますようお願い申し上げます。

整理番号： _____

はじめに、この調査票にご回答いただいた方のお名前と電話番号をご記入ください。

1 ご回答者名		2 ご連絡先電話番号	() - () - ()
---------	--	------------	-----------------

問1 貴院の職員数^{※1}をご記入ください。(小数点第1位まで)

職 種	人数(常勤換算)	職 種	人数(常勤換算)
1 医師	人	10 臨床心理技術者	人
2 歯科医師	人	11 栄養士・管理栄養士	人
3 看護師(保健師・助産師を含む)	人	12 社会福祉士	人
4 准看護師	人	13 精神保健福祉士(上記12を除く)	人
5 看護補助者	人	14 介護福祉士(上記1~13を除く)	人
6 薬剤師	人	15 医師事務作業補助者	人
7 理学療法士	人	16 その他の医療専門職	人
8 作業療法士	人	17 事務職員	人
9 言語聴覚士	人	18 その他の職員	人

※1 常勤換算は、以下の方法で算出してください。

① 1か月に数回 非常勤職員の1か月の勤務時間 / 勤務の場合 貴院が定めている常勤職員の1週間の勤務時間 × 4

② 1週間に数回 非常勤職員の1週間の勤務時間 / 勤務の場合 貴院が定めている常勤職員の1週間の勤務時間

問2 平成28年6月の1か月間における、貴院の入院・退院患者数(実人数)をご記入ください。

1 平成28年6月における入院患者数	人
2 (1のうち) 貴院の所在する市区町村外の自治体に住んでいる入院患者数	人
3 (1のうち) 貴院の所在する二次医療圏外の自治体に住んでいる入院患者数	人
4 平成28年6月における退院患者数	人

問3 貴院の有する病棟・病室について、あてはまるものに○をつけてください。(○はいくつでも)

1 回復期リハビリテーション病棟入院料1	2 回復期リハビリテーション病棟入院料2
3 回復期リハビリテーション病棟入院料3	4 地域包括ケア病棟入院料1
5 地域包括ケア病棟入院料2	6 地域包括ケア入院医療管理料1
7 地域包括ケア入院医療管理料2	

以下の設問では、貴院の地域包括ケアに関する取組に関してお伺いします。

問4 貴院の地域包括ケアに関する院内職員への研修について、28年4月以降の実施状況をご記入ください。

1 地域包括ケアに関する院内職員への研修実施	1 実施した	2 実施していない
→ 「1 実施している」を選んだ場合は、次ページの①~③もお答えください。		
①研修で取り上げたテーマ、実施内容(○はいくつでも)		
1 厚生労働省が示す地域包括ケアの内容説明	2 地域の医療・介護に関する施設・事業所の機能説明	
3 地域の医療・介護に関する個別の施設・事業所の紹介	4 退院支援の具体的方法の説明	
5 在宅医療・介護連携の重要性に関する講義	6 地域包括ケアに関する自治体事業の説明	
7 地域包括ケアに関する病院の方針・取組内容の説明		
8 その他()		

②地域包括ケアに関する院内職員への研修により得られたと感じる効果	
1 地域の関係機関への連携（訪問等）が増えた	2 医師、看護師等病院職員が地域連携に積極的になった
3 退院支援が円滑に進むようになった	4 在宅復帰率が高まった
5 平均在院日数が短縮された	6 特に効果は感じない
7 その他（	）
③②でご記入いただいた効果の具体的な内容について、ご記入をお願いします。	

問5 貴院の実施する地域の医療・介護関係者（医師、看護師、ケアマネジャー、ヘルパー等）向けの研修について、28年4月以降の実施状況をご記入ください。（研修の内容は問いません。）

1 地域の医療・介護関係者向けの研修実施	1 実施した	2 実施していない
→ 「1 実施している」を選んだ場合は、以下もお答えください。		
①研修の定期的な実施の有無（○は1つ。現時点の予定も含む）		
1 年1回実施している	2 年2～3回実施している	
3 年4回以上実施している	4 不定期に実施している	
5 今後の実施予定はない	6 その他（	）
②研修で取り上げたテーマ、実施内容（○はいくつでも）		
1 厚生労働省が示す地域包括ケアの内容説明	2 貴院の機能、役割、組織等の紹介	
3 貴院の退院支援の具体的方法の説明	4 在宅医療・介護連携の重要性に関する講義	
5 地域包括ケアに関する自治体事業の説明	6 地域包括ケアに関する病院の方針・取組内容の説明	
7 地域の医療・介護関係者を対象とした、医学的・専門的な講演や説明会（最新の研究動向等）		
8 その他（		）
③地域の医療・介護関係者向けの研修により得られたと感じる効果		
1 地域の関係機関への連絡（訪問等）が増えた	2 地域の関係機関からの連絡（相談・紹介等）が増えた	
3 退院支援が円滑に進むようになった	4 在宅復帰率が高まった	
5 平均在院日数が短縮された	6 地域全体の医療・介護の質が高まった	
7 特に効果は感じない	8 その他（	）
④③でご記入いただいた効果の具体的な内容について、ご記入をお願いします。		

問6 貴院の属する自治体が実施する地域包括ケアに関する取組への参加・協力状況について、28年4月以降の状況をご記入ください。

1 自治体が実施する地域包括ケアに関する取組への参加・協力		1 参加または協力した 2 していない	
→ 「1 参加または協力した」を選んだ場合は、以下もお答えください。			
①参加または協力した自治体の取組・事業等 ※①、②のあてはまる欄に、○をつけてください。(○はいくつでも)		①参加した	②準備・運営に協力した
1 地域ケア会議			
2 地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修			
3 地域包括ケアに関する自治体主催の専門職向け研修			
4 地域包括ケアに関する自治体主催の住民向け講演会			
5 在宅医療・介護連携に関する相談窓口の運営			
6 その他 ()			
②自治体が実施する地域包括ケアに関する取組への参加・協力により得られたと感じる効果			
1 地域の関係機関からの連絡が増えた 2 入院・外来患者の紹介が増えた 3 退院前カンファレンス時など、貴院への地域の医療・介護関係者の来訪が増えた 4 退院支援加算など、算定できる加算等の種類・件数が増えた 5 退院する患者により適切なサービス・支援が提供されるようになった 6 特に効果は感じない 7 その他 ()			
③②でご記入いただいた効果の具体的な内容について、ご記入をお願いします。			

問7 貴院の在宅療養患者の支援に関する取組について、28年4月以降の状況をご記入ください。

1 在宅・施設患者の急変時の入院受入		1 受入を行った 2 行っていない		
→ 「1 受入を行った」を選んだ場合は、以下もお答えください。				
①28年6月の1か月間に受入を行った患者数(実人数)		人		
②①の受入を行った患者の受入元・転帰先		受入元		
		自宅	施設(特養・老健等)	その他
転帰先	自宅	人	人	人
	施設(特養・老健等)	人	人	人
	他の病院	人	人	人
	死亡退院	人	人	人
	その他	人	人	人
2 医療必要度の高い在宅患者のレスパイト入院(以下レスパイト)の受入		1 受入を行った 2 行っていない		
→ 「1 受入を行った」を選んだ場合は、以下もお答えください。				
①28年6月の期間別 レスパイト患者数(実人数)	1~3日	人	4日~7日	人
	8日~14日	人	15日以上	人

②28年6月のADL区分・ 医療区分別レスパイト患者数 (実人数)		医療区分1	医療区分2	医療区分3
		ADL区分3	人	人
		ADL区分2	人	人
		ADL区分1	人	人
③レスパイトにより得られたと感じる効果				
1 家族（介護者）の身体的な負担軽減が図られた 2 家族（介護者）の精神的な負担軽減が図られた 3 在宅生活を継続できる期間が延びた 4 患者本人の医療的ケアを行うことができた 5 特に効果は感じない 6 その他（ ）				
④③でご記入いただいた効果の具体的な内容について、ご記入をお願いします。				
3 往診・訪問診療を貴院の医師・歯科医師が直接実施			1 実施した	2 実施していない
→ 「1 実施した」を選んだ場合は、以下もお答えください。				
①28年6月の1か月に往診を行った患者数（延人数）			人	
②28年6月の1か月に訪問診療を行った患者数（延人数）			人	
③28年4月～9月の6か月に在宅患者の看取りを行った数（実人数）			人	
④往診・訪問診療に従事する医師数（実人数）			人	
⑤往診・訪問診療の患者数が、2年前と比べてどう変化したか（○は1つ）				
1 増加傾向にある 2 ほぼ変わらない 3 減少傾向にある				
⑥往診・訪問診療を貴院の医師が直接実施する理由（○はいくつでも）				
1 対象患者が元々かかりつけの患者であったから 2 周辺に往診等を行う医療機関が少ないから 3 往診等は自院の役割と考えているから 4 病院経営上、必要であるから 5 医師会や行政等、他からの要請があったから 6 往診等を希望する患者が多いから 7 特に理由はない 8 その他（ ）				
⑦病院が往診・訪問診療を直接実施することの利点について、ご記入をお願いします。				
4 訪問看護を貴院が直接実施（医療保険、介護保険いずれによるものでも結構です。以下の設問も同様です）			1 実施した	2 実施していない
→ 「1 実施した」を選んだ場合は、以下もお答えください。				
①28年6月の1か月に訪問看護を行った患者数（実人数）（実施した職種別にご記入ください）	看護師（保健師・助産師含む）が行った患者数		人	
	准看護師が行った患者数	人	理学療法士が行った患者数	人
	作業療法士が行った患者数	人	言語聴覚士が行った患者数	人
②訪問看護に従事する職員数（実人数）	看護師（保健師・助産師含む）		人	
	准看護師	人	理学療法士	人
	作業療法士	人	言語聴覚士	人

3 入院患者へのリハビリテーションの実施状況	
①28年6月の1か月間における、回復期リハビリテーション病棟1～3の入院患者（実人数）（回復期リハビリテーション病棟がない場合は回答不要です）	人
②28年6月の1か月間における、疾患別リハビリテーション等 ^{※2} を1回以上実施した、地域包括ケア病棟入院料1・2または地域包括ケア入院医療管理料1・2の入院患者（実人数）	人
③上記「①」「②」以外で、28年6月の1か月間における貴院の入院患者のうち、時間・単位にとられない個別・集団のリハビリテーションを実施した人数 ※以下の（1）～（3）にご記入ください	
（1）ADL維持向上等体制加算を算定した人数（実人数）	人
（2）上記「（1）」以外で、個別リハビリテーションを実施した人数（実人数）	人
（3）集団リハビリテーションを実施した人数（参加した実人数の合計）	人
④入院患者へのリハビリテーションの実施により得られたと感じる効果（○はいくつでも）	
1 患者の身体機能、ADL低下を防止・緩和できた	2 患者のIADL低下を防止・緩和できた
3 患者の認知機能の低下を防止・緩和できた	4 廃用症候群の患者が減少した
5 退院までの期間（在院日数）が短くなった	6 自宅退院する患者が増えた
7 退院調整がスムーズに行えるようになった	
8 その他（	）

※2 診療報酬に定められる各疾患別リハビリテーション料（心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料等）およびがん患者リハビリテーション料を算定したものを対象とします。

アンケート調査は以上です。ご協力誠にありがとうございました。

なお、本調査票の回答内容を踏まえ、後日、当調査研究事業の事務局から訪問インタビューのご相談をさせていただきます場合がございます。ご多忙の折恐縮ですが、ご協力下さいますようお願い申し上げます。

事業実施体制

「地域包括ケアを支える中核医療機関の役割・機能のあり方に関する研究事業」

事業実施体制

【事業検討委員会】

委員長	木下 毅	公益社団法人全日本病院協会常任理事 医療法人愛の会光風園病院理事長
副委員長	土屋 繁之	医療法人慈繁会土屋病院理事長
委員	猿原 孝行	医療法人社団和恵会湖東病院理事長
委員	清水 紘	財団法人仁風会京都南西病院理事長
委員	本庄 弘次	医療法人弥生会本庄内科病院理事長
委員	仲井 培雄	医療法人社団和楽仁芳珠記念病院理事長
委員	西村 勇人	医療法人社団芙蓉会二ツ屋病院理事長
委員	松谷 之義	医療法人社団松徳会松谷病院理事長
特別委員	栃本 一三郎	上智大学総合人間科学部社会福祉学科教授
事業担当副会長	猪口 雄二	医療法人財団寿康会寿康会病院理事長
事業担当副会長	安藤 高朗	医療法人社団永生会永生病院理事長
事業担当副会長	美原 盤	公益財団法人脳血管研究所美原記念病院院長

【業務一部委託先】

みずほ情報総研(株)	社会政策コンサルティング部 玉山 和裕 山崎 学
------------	--------------------------------

【事務局】

公益社団法人全日本病院協会 企画業務課 祝、久下、向井

【事業検討委員会開催日時】

第1回	平成28年8月11日(木・祝日)	16時00分～18時00分
第2回	平成28年11月16日(水)	17時00分～19時00分
第3回	平成29年3月3日(金)	17時30分～19時30分

不許複製 禁無断転載

平成 28 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中核医療機関の役割・機能の
あり方に関する研究事業 報告書

発行日 平成 29 年 3 月

発行者 公益社団法人全日本病院協会

住 所 〒101-8378

東京都千代田区猿樂町 2-8-8 住友不動産猿樂町ビル 7F

電話 03-5283-7441（代）