

8.地域別ワーキングを開催し、診療・病診連携やMCSの活用を推進（岡山県岡山市）

（基本情報）

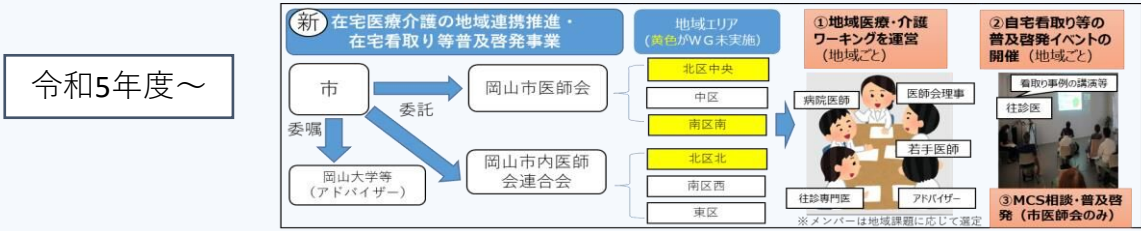
総人口・高齢化率	683,166人・ 65歳以上：27.5% 85歳以上：5.1%（令和6年1月1日時点）
面積	789.95km ² （令和6年10月時点）
取組開始時点	平成30年4月1日～現在
取組に関するホームページ	—
担当部署連絡先	岡山市地域ケア総合推進センター 086-242-3135

背景課題	● 市民の「人生の最終段階に過ごしたい場所」は「自宅」が4割で最多の一方、自宅死亡率は17%と乖離。在宅医療を担う診療所の医師の高齢化への対応・医師確保の必要性。 ● 2040年には市内死亡者は1,500人程増えるが、全てを受け止めるには病院の病床数は十分ではなく、自宅死亡者数が現在の約1,000人から増える見込みであり対応が必要。
取組概要	● 主治医不在時のグループ医による代診や主治医の専門外の症状が発生した場合の専門医への相談体制構築 ● 診療連携（グループ診療）や病診連携（退院後の患者の経過のフィードバック、在宅医からの相談・バックアップを目的）時にMCS(※)にて試行 (※)MCS：Medical Care STATION®。医療介護の現場で地域包括ケア・多職種連携のために活用されているコミュニケーションツール
効果	● 福祉区ごとにワーキングを開催することで、地域の状況に合わせて丁寧に検討することができた。グループ診療モデル事業により、福祉区ごとのグループと一定のスキーム（患者情報共有時にMCSを活用等）ができた。

主な取組内容

■在宅医療・介護連携推進ワーキングの開催

- 平成30年度より6エリア（6福祉区）ごとに在宅医療・介護連携推進ワーキング（以下「WG」という。）を設置。まず3福祉区（中区・南区西・東区）で実施したのち、コロナ禍で中断したが、令和5年度より残りの3福祉区（北区北・北区中央・南区南）でWGを再開。
- エリアごとの課題を明らかにし、関係者を交え、在宅医療提供体制構築に向け、3～4か月に1回開催。



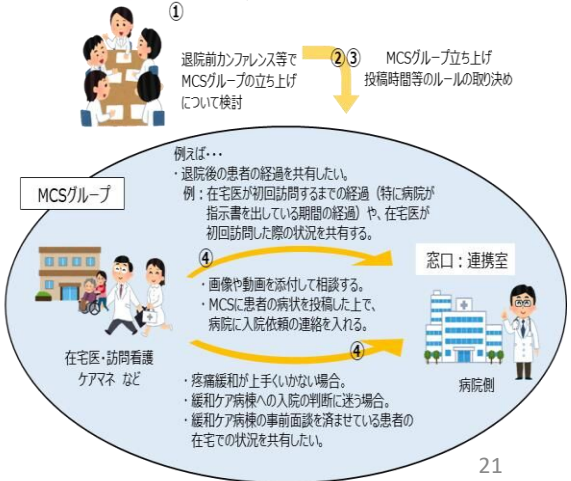
■グループ診療ルール

- グループ診療ルールを策定し、主治医不在時はグループ医が代診を行う。主治医の専門外の症状が発生した場合に主治医から協力医（専門医）に相談できる体制を構築。

■MCSの活用

- MCSの運用は岡山市医師会に委託しており、利用するには岡山市医師会を通じて登録。登録者数は2,247人（医師198人、歯科医師33人、薬剤師245人、看護師500人、介護支援専門員311人、その他960人）患者グループ1,094グループ（令和6年12月末時点）
- 令和4年10月から多職種連携で活用している。在宅医側から、病診連携の活用ニーズ（特に退院後の患者の経過のフィードバックや、在宅医からの相談・バックアップ）があり令和6年度モデル事業で試行。

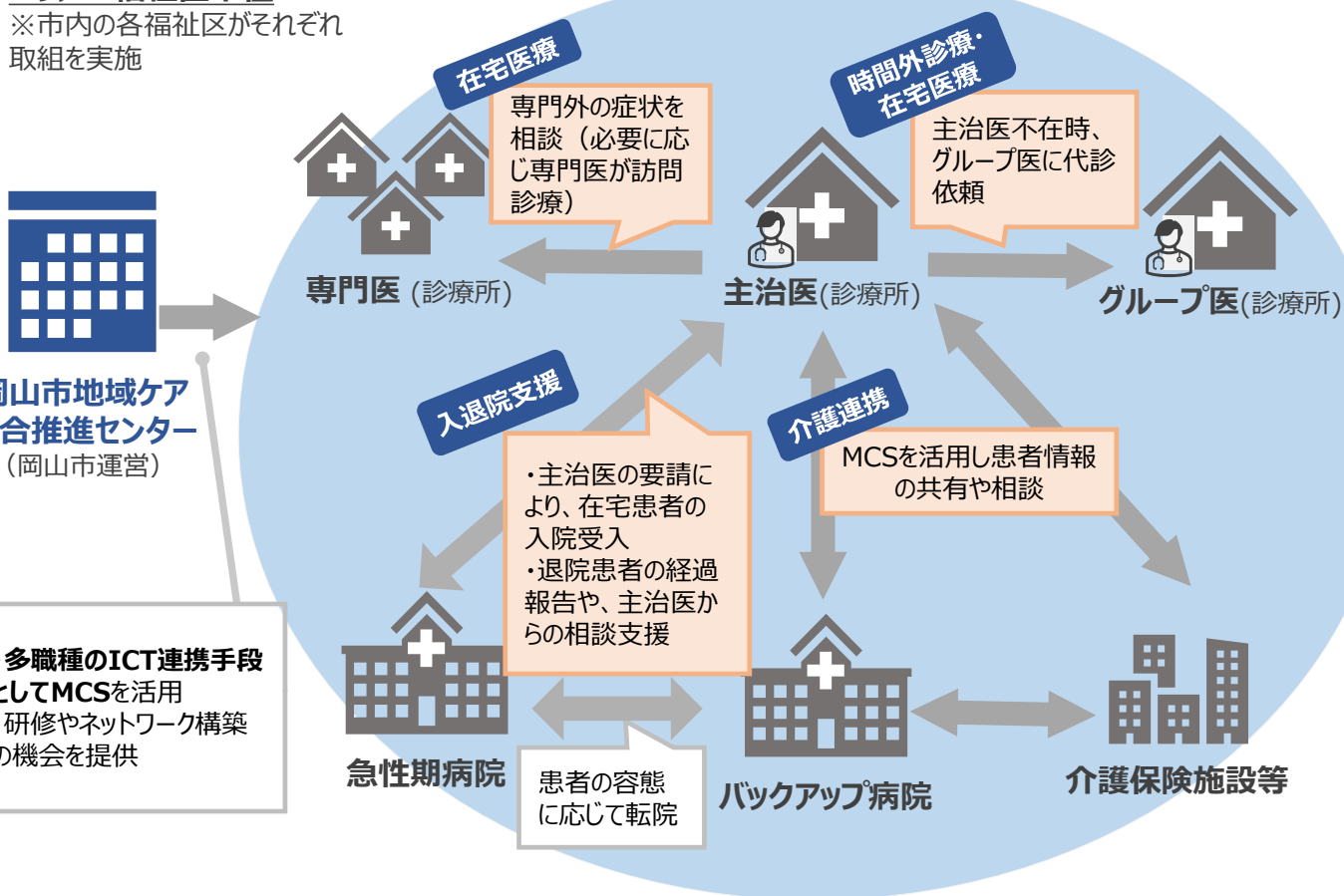
＜MCS活用モデル事業イメージ図＞



岡山市が目指しているイメージ図

エリア：福祉区単位

※市内の各福祉区がそれぞれ
取組を実施

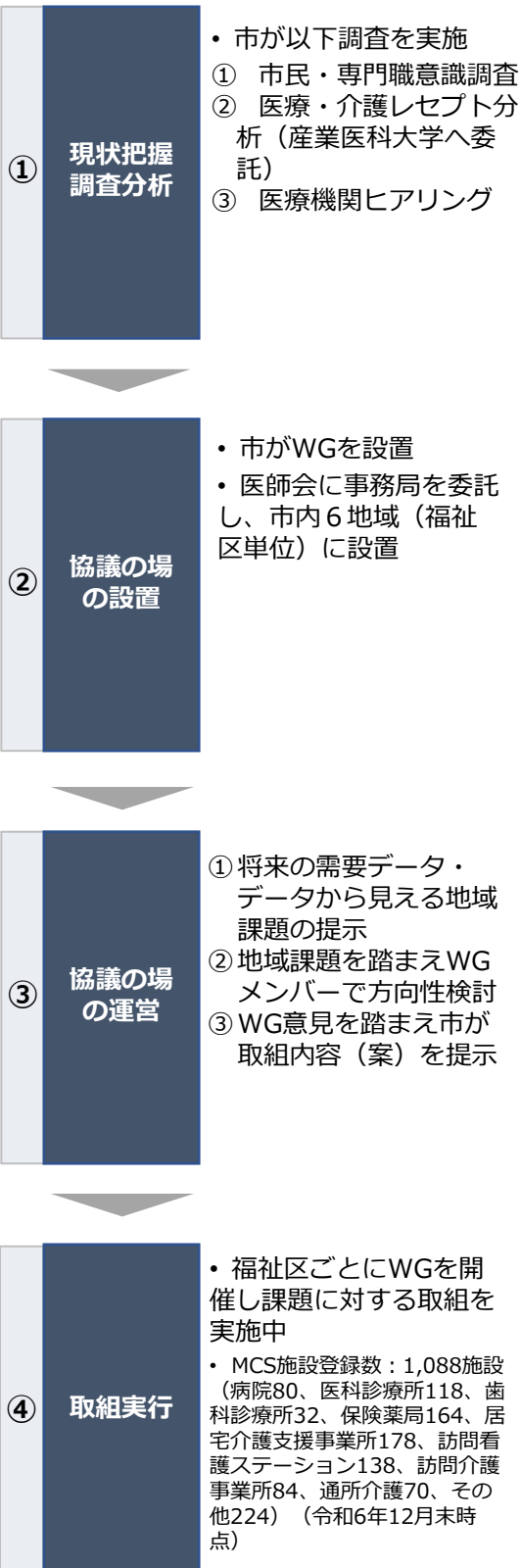


関係者の主な役割

岡山市地域ケア総合推進センター	- 在宅医療を支える基盤整備：在宅を担う専門職の質の向上、量的増加 - 在宅への流れの構築：MCSの活用による多職種でのネットワークの構築 - 市民がつくる在宅医療（普及啓発）：市民の在宅医療・介護に対する理解向上/市民が支え合う気運の醸成 - 地域包括ケアの深化に向けた取組
急性期病院	- バックアップ病院や診療所では対応できない急性期等患者の受入 - MCSを活用し、退院した患者の経過を在宅医に対して共有や、主治医からの相談対応※ ※令和6年度モデル事業として実施
バックアップ病院	主治医からの要請に基づき、事前に登録していた在宅患者の入院受入
診療所	- 診療所間で緩やかなグループを構築し、主治医不在時に連携して在宅患者へ往診 - それぞれの専門領域に応じ、専門医として主治医をサポート
介護保険施設等	MCSを活用し、患者の状態を医療機関と情報共有

協議の場の進め方

全体の流れ



実施事項・工夫点

- ・調査では、産業医科大学に委託し要介護者・疾患がどう増えるかを福祉区ごとに算出
- ・調査結果から、市が事業展開の4つの柱を提示
 - 1 在宅医療を支える基盤整備
 - 2 在宅への流れの構築（多職種連携・ネットワーク）
 - 3 市民がつくる在宅医療（普及啓発）
 - 4 地域包括ケアの進化に向けた取組（高齢者に限定しない）

- ・岡山市内でも状況が異なるため、6地域に分けて検討。平成30年度から順次実施していたが、コロナ禍で一度中断。令和5年度より地域状況の変化を踏まえて市内残りの3福祉区のエリア（北区北・北区中央・南区南）でWGを再開。

構成員選定

市が現状把握として医療機関ヒアリングを実施する中でキーパーソンに関する情報を得て、構成員を選定。往診専門の若手医師などが参加 等

- ・WG開催・運営の流れ（南区南WGの例）

- ① 市が事務局である医師会に開催相談
 - ② 医師会と市・病院が協議の場の進め方をすり合わせ
- <開催頻度> 3～4ヶ月に1回

関係者の役割

- ・WGメンバー（医師会含む）：提示したデータ・地域課題に関する意見だし、施策案の提示 等
- ・医師会事務局：メンバー参集・事前の打ち合わせ参集、会場準備、議事録作成、意見のまとめ 等
- ・大学関係者（アドバイザー）：提示したデータ・市の方針等への意見だし、参考事例の紹介 等
- ・市：まとめた意見をもとに方針を整理、取組内容（案）の提示 等

WGの議題例

診診連携（グループ診療）運用ルールの検討
病診連携（退院前カンファレンス）の情報共有方針
協力医（専門診療科）リスト作成に係る調査設計 等

- ・例）南区南WGで検討する令和6年度の実施取組

- ① WG参加診療所でグループ組成し、看取りの症例を中心にバックアップ体制構築。患者情報の共有や日々の診療の困りごとを情報交換する定期ミーティングを開催
- ② 協力医（専門医）の調査を行いリスト化し、診診連携グループで活用
- ③ 病院の地域連携室でモデル的にMCS活用を試行。退院後の患者のフィードバック・在宅医からの相談・バックアップが目的

9.在宅診療と他事業・多職種連携で病院と診療所を繋ぎ地域医療を支える (医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック：神奈川県川崎市)

(基本情報)

総人口・高齢者割合	1,478,342人・65歳以上：20.8% 85歳以上：3.6% (令和6年1月1日時点)
面積	142.96km ² (令和6年10月時点)
取組開始時点	平成23年4月(複数医師体制開始)～現在
取組に関するホームページ	https://www.tamafc.jp/homevisiting.htm

背景課題

- 地域の中核病院と診療所の間をつなぐ病院が両者の間にあることで、救急受診や一時的な入院治療の提供、必要に応じて中核病院への紹介、在宅復帰の支援などを担うことが可能。
- そのような病院は、人口規模が大きい地域では不足することも考えられ、同様の役割を診療所が担う必要がある場合もある。

取組概要

- 多摩ファミリークリニックが地域の医療機関や介護施設等の架け橋となる役割を担う
 - 外来診療、在宅医療で地域の多世代の患者さんを総合的に診療
 - 他院の受診状況や服薬状況も把握
 - 複数医師体制で24時間対応の在宅医療
 - 多職種・多事業所との顔の見える関係の構築と綿密な連携

効果

- 応急的な対応や必要なときに適切に入院に繋げるなど、地域の医療機関や介護事業所等の間での補完的な役割を担うことにより、患者に安心してもらえる地域医療体制の確保

主な取組内容

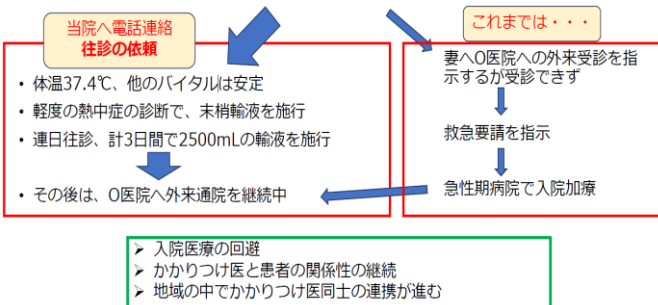
■ 地域の医療機関や介護施設等の架け橋となる役割

・24時間対応の在宅医療でかかりつけ医を支える対応例

症例1) 81歳、男性(妻と二人暮らし)

高血圧症、2型糖尿病で0医院へ外来通院中、介護保険の利用なし

- ・ 8月、妻から0医院へ相談の電話、「熱中症の疑い」と判断



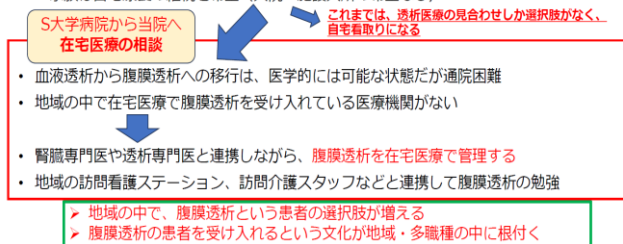
・地域を面で支えることで、地域のケア力が高まる対応例

症例3) 73歳、女性、長男夫婦、孫と5人暮らし

慢性腎不全、2型糖尿病、高血圧症で血液透析(HD)を実施中

→脳梗塞を発症し、透析のための通院が困難となる(要介護4)

- ・ 腎代替療法の選択肢は、透析医療の見合わせ、療養型病院への入院、腹膜透析への変更
- ・ 血液透析患者を受けられる療養型病院は多くないため、遠方の病院へ入院する可能性が高い
- ・ 家族は自宅療養の継続を希望(入院・施設入所の希望なし)



■ 他事業所・多職種との連携

- ・ 在宅医療では診療のみ担当し、他の医療サービスは近隣の関連事業所・多職種に任せることで、専門性の高い包括的ケアや、患者のニーズへの柔軟な対応、地域において患者を受け入れる文化の形成と支援体制の強化が可能。従って、在宅患者を囲む介護支援専門員、訪問看護師、訪問薬剤師ら関連事業所・多職種、在宅患者の主な紹介元である近隣の病院あるいは訪問指導を行う保険薬局との綿密な連携が必須。
- ・ ファーストコンタクトを看護師同士など同じ職種同士で実施することにより、同じ専門性や目線を持った人同士で連携。多職種間で互いの役割や機能を理解、尊重し、価値観を共有する意識をもつことで関係性を強化。

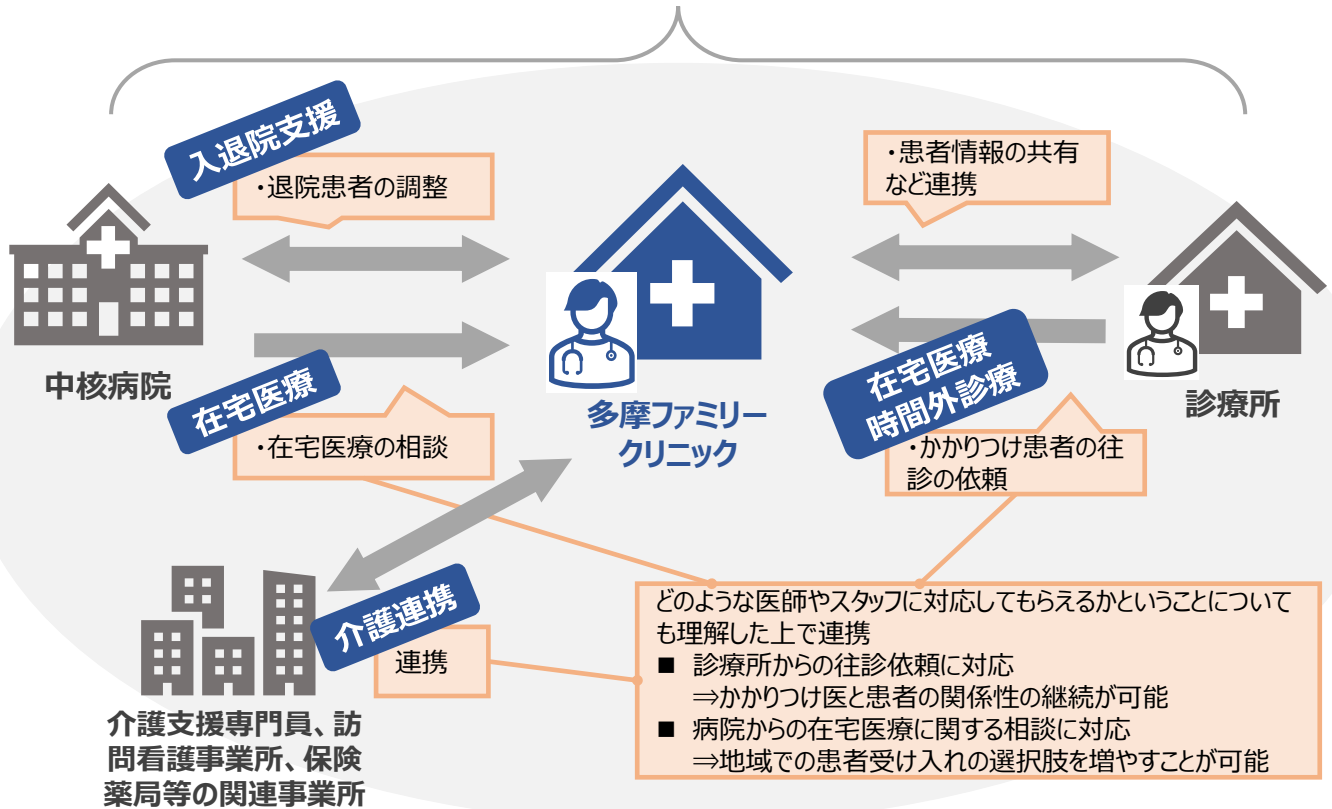
■ 多職種の院内連携

- ・ 在宅医療/医師間/後方支援/多職種連携などのチャットグループ作成や、職種や部門別などでのミーティング実施により、患者情報の共有やスケジュール管理、課題の相談等を行うことで、様々な診療形態で質の高い医療提供が可能。

地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：川崎市

- 地域の中核病院と診療所の間に、中小規模の病院や、多摩ファミリークリニックのような診療所が入ることで、救急受診の回避や、中核病院・診療所両者の強みを発揮できるような連携のハブとなることが可能。



関係者の主な役割

多摩ファミリークリニック	● 地域の中核病院と診療所の間で、応急的な対応や、病院・診療所・介護といった治療・ケア環境の架け橋となる役割を担う ● 外来診療、在宅医療で地域の多世代の患者を総合的に対応 ● 他院の受診状況や服薬状況も把握 ● 24時間対応の在宅医療、多職種・多事業所連携の推進などにより、地域医療のハブとして活動
診療所	● 多摩ファミリークリニックと受診状況や服薬状況を共有し、連携 ● 必要な場合はかかりつけ患者の往診を依頼
病院	● 退院患者の調整や、在宅医療に関して多摩ファミリークリニックと相談
介護支援専門員、訪問看護事業所、保険薬局等の関連事業所	● 訪問診療では多摩ファミリークリニックが診療のみ担当し、他の医療サービスは近隣の関連事業所・多職種に任せることで、専門性の高い包括的ケアや、患者のニーズへの柔軟な対応、地域において患者を受け入れる文化の形成と支援体制の強化

10.地域社会の一部となりかかりつけ医機能を発揮

(医療法人社団小柳真柄医院 KOYANAGI真柄CLINIC：新潟県新潟市)

(基本情報)

総人口・高齢者割合	761,312人・65歳以上：30.7% 85歳以上：5.7% (令和6年1月1日時点)
面積	725.99km ² (令和6年10月時点)
取組開始時点	平成24年8月(開院)～現在
取組に関するホームページ	https://www.km-c.org/

背景課題	- KOYANAGI真柄CLINICが所在する新潟市南区は、市中心部に向けたベッドタウンと、広大な農村集落の間に立地している。特に農村集落において高齢化が進展し、老々介護や独居老人が増加している。 - また同地域は積雪量が多く、年間での医療の安定的確保が課題。医療圏が広いため、医療機関の個別の課題としては積極的なICTの利活用、人員確保が課題である。地域の課題としては地域包括ケア構築のため医師同士の協力が不可欠な風土。
取組概要	- 警察医・学校医・産業医として、地域社会に参加。その関わりの中で、支援の必要な方の情報を把握することができ、適切な介入に繋げることができる。 - 地域の医療機関の得意分野を集めて一つの病院(仮想化総合病院：Invisible General Hospital)のように見立て、幅広い連携体制を構築している。
効果	地域社会の中で役割を果たす・人と関わることで、様々な方の情報が自然に耳に入り、医療提供にとどまらない必要な支援を行うことができている。

主な取組内容

■ KOYANAGI真柄CLINICが考える地域におけるかかりつけ医機能・理念

- かかりつけ医機能の目的は、「地域社会に参加し、その一員となって支えること」であり、そのために医師が協力し合い出来る全てのことをする。
- 医療の表面上の役割のみを担うのではなく、覚悟を持ち、地域社会の一部になることがかかりつけ医のあるべき姿。

■ 地域社会を支えるための取組

- 警察医・学校医・産業医・新潟県が認定する認知症対応医として地域で活動
- 地域医師会での集まりにおいて、警察医・学校医・産業医の役割分担について議論

■ 警察医(治安を守る機能)

- 地域の治安を守るために警察・警察協力医を務め検案を担当
- 警察友の会にも参加し警察と顔の見える関係を構築

■ 産業医(雇用を守る機能)

- 近隣の工場の産業医を務める
- 地域の雇用を守ることも医師の役割だと考える

■ 学校医(地域の宝を守る機能)

- 各学校を地域医師会の医師が共同して担当
- どの医師がどの学校を診るのかを地域医師会の協議体で決定

- 自治会に参加し、民生委員と話す中でその地域の健康に不安を抱える人を把握。民生委員から地域包括支援センターへの情報共有などを一緒に把握し、医療・介護・福祉を同時に早期介入することが可能。
- 地域社会に参加する中で、支援の必要な人の情報が自然に耳に入り、必要な支援に繋げることができる。

- 上記のように地域社会に参加していくには、積雪量の多い時期も含め、年間を通じて安定的に訪問診療等が行えるように往診などで運用が可能な端末に極力し、積雪期でもモビリティを維持する機動化を行っている。

- 医療圏が広大なため、医療介護複合ニーズへの対応に対しICTを積極的に活用しペーパーレスを進めている。

- KOYANAGI真柄CLINICでは、右図の5つの方針を掲げ、地域社会への参加とともに、積雪量の多い時期も含め日常診療を安定的に行えるよう取り組んでいる。



自動化 Automation

自動会計機
検査報告電子化
オンラインワーク



教育・訓練 Teaching & Training

職員研修
中央省庁見学
新潟大学医学部実習
研修実習
新潟青陵大学看護実習



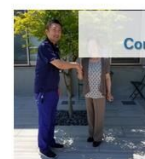
ペーパーレス化 Paperless

電子カルテ
地域医療情報連携
ネットワーク
院内：院内
チャットツール
公文書電子化
検査報告電子化



機動化 Mobilized

訪問診療
往診随時可能
訪問看護(24時間)
遠隔診療
往診車10台
大型除雪車
移動電子カルテ・エコー



地域社会構築 Community Development

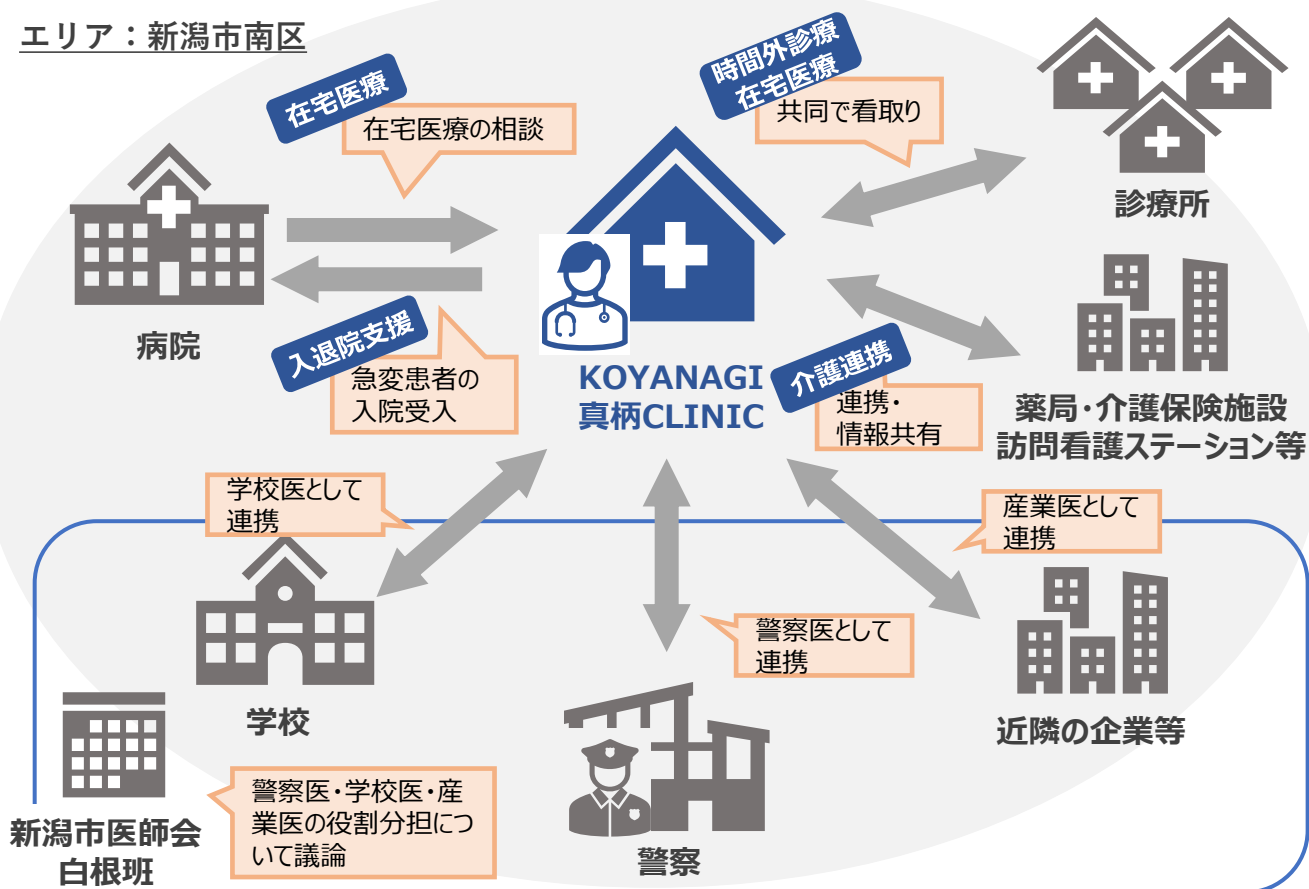
産業医活動
警察医活動
学校医活動
新潟県・市医師会各種委員
日本医師会委員

地域のかかりつけ医機能イメージ

■地域社会における役割

- ・ 警察医・学校医・産業医等として地域社会へ参加
- ・ 地域の中で役割を果たすことにより、支援の必要な方の情報を把握でき、適切な介入に繋げることができる。

エリア：新潟市南区



関係者の主な役割

KOYANAGI真柄CLINIC	● 学校医、警察医等、地域社会を支える活動に積極的に参加 ● 外来診療、在宅医療で地域の患者に対応 ● 他医療機関や介護施設等との連携の中心として、地域の医療ニーズに対応
新潟市医師会白根班	● 2～3ヶ月に一度集まり学校医、産業医、警察医の役割分担について議論
学校・警察・近隣の企業等	● 学校医・警察医・産業医に関してKOYANAGI真柄CLINIC等と連携 ● 地域の見守りなどを新聞配達員が行う体制もある。
病院	● 退院予定患者の在宅医療の相談・依頼 ● 急変患者の入院受入（後方支援病床の確保）
診療所	● 診療所間で連携して、看取りを共同で実施（訪問診療医が留守をする際に、御互いに留守番をし合う取組み）
薬局・介護保険施設等	● コミュニケーションにICT等を積極的に活用し、患者情報を相互に共有し、連携 ● （薬局）診療所と連携し、訪問薬剤指導や服薬管理を実施
訪問看護ステーション	● KOYANAGI真柄CLINICや同クリニックが運営する訪問看護ステーションと連携して、在宅患者の時間外対応

11. 診療連携による時間外対応体制の構築

(医療法人医純会 すぎうら医院：島根県出雲市)

(基本情報)	総人口・高齢者割合	168,170人・65歳以上：31% 85歳以上：6.6% (令和6年1月1日時点)
	面積	624.32km ² (令和6年10月時点)
	取組開始時点	平成25年4月～現在
	取組に関するホームページ	http://www.sugiurain.jp/dept_homecare.html

背景課題	● 以前は患者からの求めに応じて各診療所が自院の患者を往診していたが、医師の負担が大きかった。患者の安心と医師のワークライフバランスを両立しながら、時間外対応できる体制を構築する必要があった。
取組概要	● 「機能強化型在宅療養支援診療所」の制度を活用し、6診療所で時間外の輪番体制（チーム尊）を構築して往診対応。 ● すぎうら医院が中心となり、当初は2診療所で輪番制を始めた。訪問診療を実施している診療所等から参加希望があり、現在は6診療所で連携して実施している。 ● 患者からの休日・夜間の電話はコールセンター（看護師等対応）が受け付け、その日の担当医に連絡。 ● 担当医はコールセンターが集約した症状等の情報と、相互に閲覧可能な電子カルテ内容を見て症状を把握して訪問。
効果	● 医師の負担を軽減し、患者の安心と医師のワークライフバランスを両立しながら、時間外の輪番体制を構築して往診対応することが可能になった。

主な取組内容

■ チーム尊の取組

- 機能強化型在宅療養支援診療所として6診療所でチームを組み、「チーム尊」という名称で活動。時間外間の輪番体制を構築して往診対応。
- 休日夜間の当番医が、患者が受診する診療所の非常勤医として訪問診療を行う。
- 当番医がかかりつけの患者の対応をしてくれた際には、かかりつけの診療所から当番医に対して、1件あたり4万円を支払うインセンティブがある。

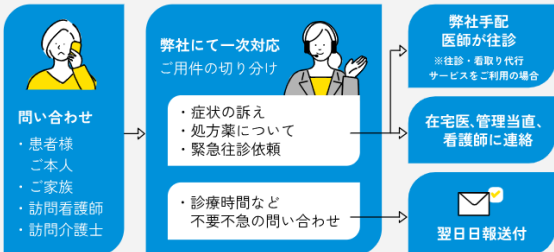
■ コールセンターの活用

- 患者からの休日・夜間の電話はコールセンター（看護師等の有資格者）が受け付け。
- コールセンターの看護師等は、相談内容をすべて聞き取り、一度電話を切り医療相談の場合はすぐ担当医に連絡。
- コールセンターの活用により次のメリットがあった。
 - ・ コールセンターが集約した症状等の情報と、相互に公開している電子カルテ内容を見て患者のことを理解してから医師が対応できる。
 - ・ 翌日の事務対応で可能なことは翌日報告される。緊急性のない電話で呼び出されない。
 - ・ コールセンターで必ず受電でき、着信漏れがない（以前は医師は安心して風呂にも入れない、運転もできない状況であった）。
- コールセンターの契約形態等
 - ・ すぎうら医院が「チーム尊」を代表して契約。
 - ・ 基本料金は6診療で按分。

2025年1月 医師待機日程表						
連絡先						
		7:00以降18:00まで (土曜のみ～13:00)		19:00以降翌日7:00まで		
月～金		3※～4※※9		09※～4※※※～27※※ (土曜は13:00～)		
土						
日・祝日						
上記の番号は医学総合管理科の契約をしている患者様専用の番号です。 契約患者様に際すのご相談・問い合わせのみにご使用ください。 診療時間外におきましては、以下の日程にて担当医師が担当させていただきます。						
月	火	水	木	金	土	日
			1	2	3	4
		杉浦	杉浦	江口	嶋嶋山	嶋嶋山
6	7	8	9	10	11	12
美川	須佐	遠藤	江口	津村	須佐	須佐
13	14	15	16	17	18	19
美川	杉浦	嶋嶋山	美川	江口	杉浦	杉浦
20	21	22	23	24	25	26
津村	須佐	杉浦	美川	江口	遠藤	遠藤
27	28	29	30	31		
津村	須佐	遠藤	杉浦	美川		
すぎうら医院 須佐クリニック 遠藤クリニック 遠藤クリニック	杉浦弘明 須佐健史 遠藤正博 嶋嶋山敦			豆の木在宅診療所 つるみクリニックの内科 江口内科	美川達郎 津村弘人 江口春樹	

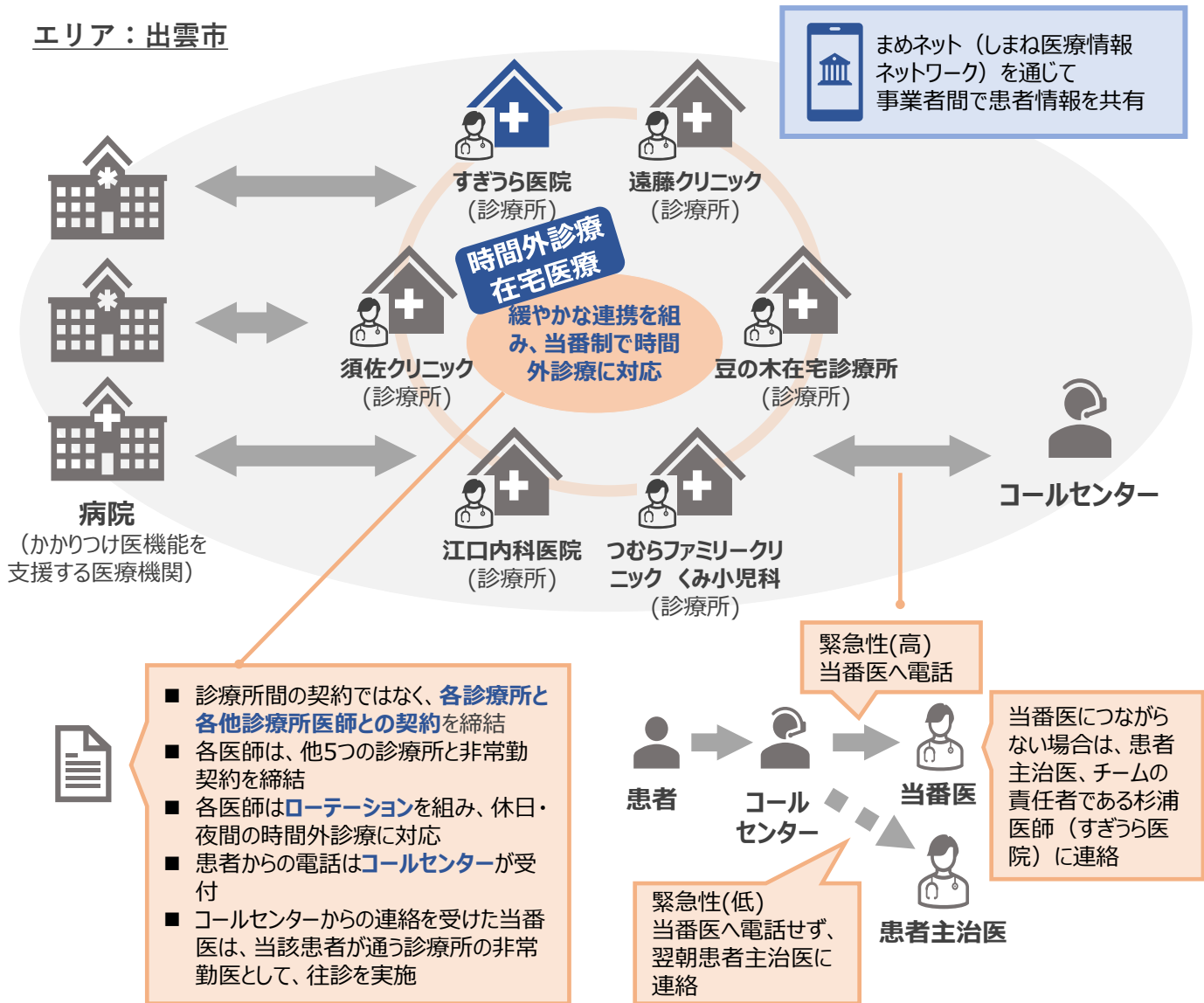
往診・看取り、オンコール代行の流れ

コンタクトセンタースタッフは
医療行為を行いません



地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：出雲市



関係者の主な役割

6診療所 [機能強化型 (連携型) 在宅支援診療所]	- 各診療所の医師がその他の診療所と非常勤契約を結び、時間外診療を当番制で担当 - 平時は、電子カルテの相互利用及びまめネットを通じてお互いの患者カルテを閲覧し、緊急時は電話やSNS等で担当医に連絡 - 時間外における連絡先電話番号を一元化するため共同でコールセンターに委託
コールセンター	- 時間外の電話受付業務を受託 - 電話受付は看護師等の有資格者が担当 - 緊急性に応じて、当番医や患者主治医へ連絡
病院	在宅療養中の患者が入院加療が必要になった際に、「まめネット」等で病状を把握し主治医の要請に応じて受入

12.エリア唯一の病院として乳幼児から高齢者まで幅広くかかりつけ医機能を発揮

(医療法人池慶会 池端病院：福井県越前市)

(基本情報)

総人口・高齢者割合	75,493人・65歳以上：31.4% 85歳以上：6.2% (令和6年1月1日時点)
面積	230.70km ² (令和6年10月時点)
取組開始時点	平成2年12月 (訪問診療・訪問看護開始) ~現在
取組に関するホームページ	https://ikebata.jp

背景課題	● 越前市郊外の王子保地区 (旧南条郡王子保村) と呼ばれる人口約6,000人の地域に立地。この地域の医療機関は診療所も含めて池端病院のみ。 ● 隣接する南越前町には診療所はあるものの病院はなく、池端病院は王子保地区から南越前町にかけてのエリアで唯一の病院。 ● 地域の高齢化率は約30%と高く、高齢者医療中心の慢性期病院の役割を担う一方で、初期救急機能も有している。エリア唯一の病院として乳幼児から高齢者までのかかりつけ医機能を持つ必要があった。
取組概要	● 小規模ながら地域包括ケア病床と療養病床を併せ持つ地域密着型多機能病院として、入院機能は在宅復帰・在宅医療支援機能、リハビリテーション機能、看取りを含む終末期医療機能に特化。 ● 高度急性期医療は他の医療機関が担うため、それらの機関と連携しながら対応。 ● 周囲に医療的ケア児に対応できる機関が少なく、人材も不足。小児を診る意欲を持つ在宅医を増やすべく、自ら医療的ケア児の外来・在宅医療にも取り組んでいる。
効果	● エリア唯一の病院として、地域のニーズに応じて乳幼児から高齢者までのかかりつけ医機能を提供。 ● 多職種連携により平均在院日数の短縮、在宅復帰率も高水準を維持。

主な取組内容

■ 地域のニーズに応じて在宅医療を提供

- ・ 非常勤を含む医師の多くが訪問診療や往診を行い、各部署の看護師も師長級はほぼ全員が訪問看護を経験。
- ・ 病院隣接の居宅介護支援事業所(ケアプランステーション)には常勤介護支援専門員8人(うち主任介護支援専門員3人)を配置し、月250件ほどのケアマネジメントを提供。

■ 医療・介護の多職種連携

- ・ 週1回、全職種の職員が出席する病棟カンファレンスを開催。多職種で意見を交換し方向性を共有。
- ・ 在宅支援に向けた個別症例の課題分析のほか、介護福祉士や介護支援専門員に医療知識を共有し、連携。
- ・ 多職種連携による在宅メニューの充実が図られているため、療養病床の平均在院日数は地域包括ケア病床23.9日、療養病床114.4日と全国平均を下回り、在宅復帰率も同88.1%、75.6%という高さを維持。(令和5年度実績)
- ・ 医療法人の体制として、看護師21人、保健師2人、介護福祉士21人、介護支援専門員18人など(令和6年9月時点)

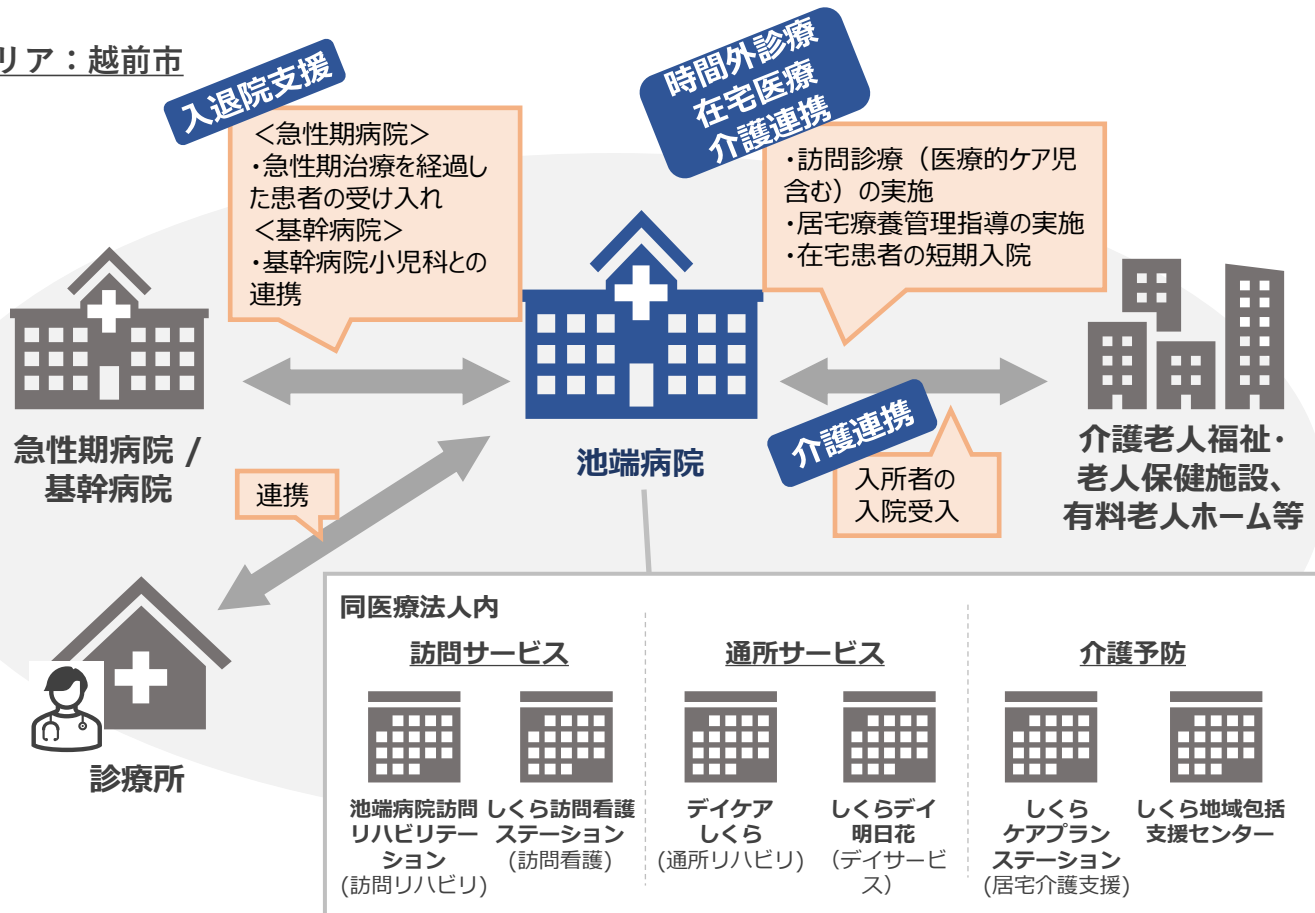


■ 小児の在宅医療に関する取組

- ・ 高齢者だけでなく、小児の在宅医療にも積極的に取り組み。
- ・ 地域に医療的ケア児に対応できる医療機関がなく、ニーズに応える形で取組を開始。
- ・ 現在は小児在宅専門医も非常勤医として勤務し、基幹病院小児科との連携のもと、小児在宅連携拠点として地域で在宅療養中の多くの医療的ケア児に訪問診療・訪問看護等を提供できる体制を整えている。

地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：越前市



関係者の主な役割

池端病院 （在宅療養支援病院）	● 30床1病棟という小規模ながら、地域包括ケア病床と療養病床を併せ持つ地域密着型多機能病院として、乳幼児から高齢者までを対象に、在宅復帰・在宅医療支援機能、リハビリテーション機能、看取りを含む終末期医療機能に特化して地域医療を展開 ● 法人内に各種介護サービス事業者を有し、保健医療福祉複合体として、医療・介護の別なく一体的な医療及び介護サービスと介護予防事業を提供 ● 小児在宅専門医を有し、基幹病院小児科との連携のもと、小児在宅連携拠点として地域で在宅医療中の医療的ケア児を診療
急性期病院 / 基幹病院	● 池端病院と連携し、急性期治療を終えた患者のリハビリテーションや在宅復帰目的の転院や、医療的ケア児の在宅・外来診療を要請
診療所	● かかりつけ医として外来・在宅診療を担う一方、主にマルチモビディティ（多疾患併存）の患者の急性増悪の際、入院医療等を池端病院に要請
介護老人福祉・老人保健施設、有料老人ホーム等	● 入所者が、誤嚥性肺炎や尿路感染症、脊椎圧迫骨折等高齢者特有の急性疾患や、慢性心不全や廃用症候群を含む慢性疾患の急性増悪等により治療が必要となった際、池端病院に往診や入院治療を要請

13.地域医療連携推進法人を中心に入退院支援や医介連携等を推進

(地域医療連携推進法人湖南メディカル・コンソーシアム：滋賀県草津市)

(基本情報)

総人口・高齢者割合	136,436人・65歳以上：22.8% 85歳以上：3.6% (令和6年1月1日時点)
面積	67.82km ² (令和6年10月時点)
取組開始時点	令和5年6月～現在
取組に関するホームページ	https://www.konan-mc.or.jp/

背景課題	● 高齢化とともに在宅医療の需要が高まり、高齢者施設や在宅からの救急搬送が増えることが想定され、対応が求められていた。 ● 高齢者が増え働き手が減少する中で、医療機関の機能分化と地域への患者の流れを担保するため、地域医療連携推進法人によるDXや間接業務の統一化に取り組む必要があった。
取組概要	● 社会医療法人誠光会が中心となり、地域医療連携推進法人湖南メディカル・コンソーシアム（以下「湖南MC」）を通じた連携 ・ 救急車を呼ぶほどではないが、自力で病院へ行くのは難しい患者のために、淡海ふれあい病院の看護師が同乗する地域医療サポートカーを運用し、介護保険施設や在宅から病院へ搬送。 ・ 全体の見える化のためコマンドセンターを運用し、各施設の稼働や職員の状況などをタイムリーに把握することで、近予測・分析し適正な入退院・入退所を支援。
効果	● 地域医療サポートカー運用による効果は以下のとおり。 ➢ 勤務時間内で業務を完結。施設、病院とも職員の負担や業務が軽減。 ➢ 病院搬送に対する遠慮や障壁の軽減、早期対応の重要性など職員の意識変容。 ➢ 迅速な病院搬送により治療介入が早くなり治療成績の向上と早期退院につながる。 ➢ 将来的には高齢者救急の新たな搬送手段として期待できる。

主な取組内容

■地域医療サポートカーの運用

- 湖南MCの患者搬送の事業としてサポートカーを運用。
- 介護保健施設に入所されている方や訪問診療を受けている患者が病気の急変で病院搬送が必要となった場合に利用。
- 淡海ふれあい病院の看護師が同乗するため、救急車と異なり、施設職員の同乗が求められず施設側の負担が少ない。
- 軽症・中等症の患者を救急車以外で対応することが、今後の高齢者救急体制において非常に重要。

地域医療サポートカー 搬送基準

	症状	サポートカー	119番通報
A 気道	声が出せるか？ 呼吸はあるか？	Yes	No
B 呼吸	呼吸回数 10回／分以下	No	Yes
	呼吸回数 31回／分以上	No	Yes
	SpO ₂ 92%未満	No	Yes
C 循環	血圧 90／以下	No	Yes
	冷汗・皮膚の湿り気	No	Yes
D 意識レベル	声掛けで容易に反応しない	No	Yes
	普段のレベルより著しく低下	No	Yes

■コマンドセンターの運用

- 各施設の稼働や職員の状況などをタイムリーに把握することで、近予測・分析し適正な入退院・入退所、医療資源の有効活用を支援。
- 病棟別の稼働状況と現状の作業量・将来予測、スタッフの力量による優先入院順位の表示
- 勤怠システムと連携し、病床毎の看護師リソースを可視化し、調整・再配分（応援指示）
- 急性期病院より退院が決定した患者のデータと後送病院や介護施設が受け入れ可能な条件をマッチングし、退院先を決定 等



淡海医療センター 病棟医長会



湖南メディカル・コンソーシアム事務所

淡海医療センター ベッドコントロールミーティング



淡海医療ふれあい病院 看護部長室



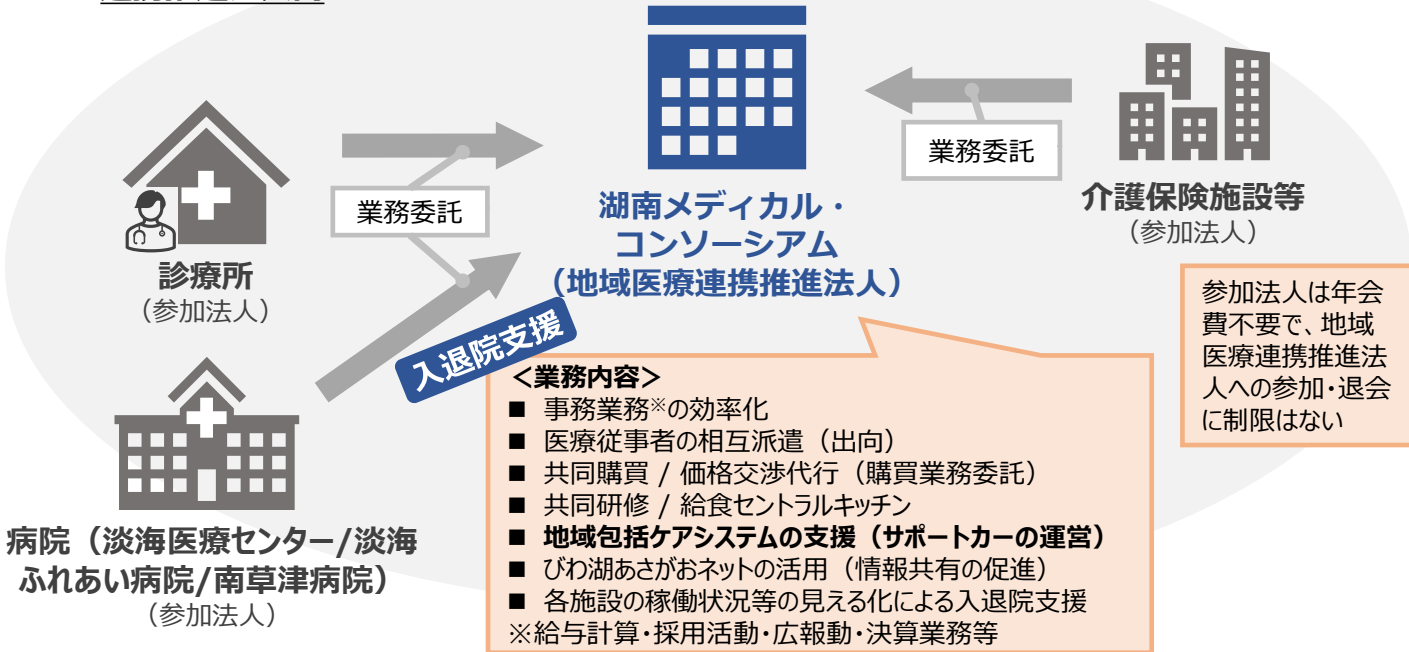
南草津病院 ベッドコントロールミーティング

■協力医療機関ミーティングの開催

- 湖南MCの参加法人（協力医療機関）のミーティングを開催し、報酬改定に基づく連携方法の確認や、地域医療サポートカーの活用状況など報告。地域の状況（高齢化や要支援・要介護認定者、独居高齢世帯の増加等）を伝え、連携や取組の必要性について認識合わせを行う。

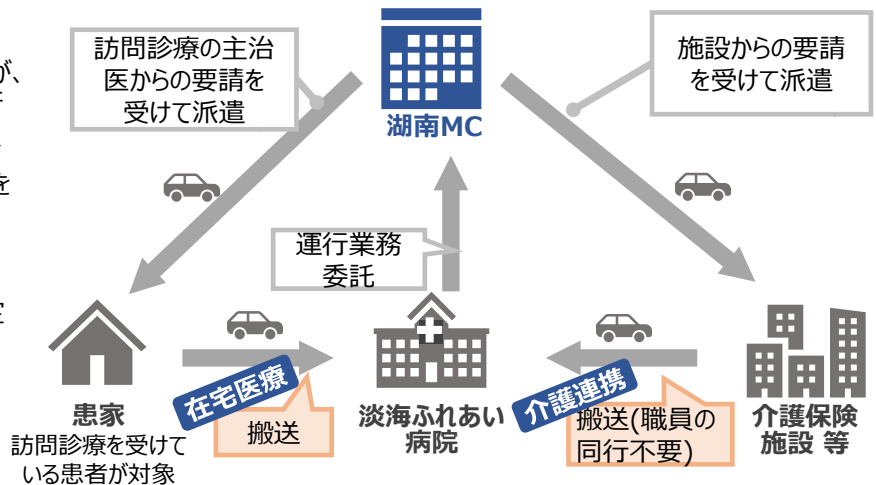
地域のかかりつけ医機能イメージ

連携推進法人内



(参考) 地域医療サポートカーの運営

- ・救急車を呼ぶほど重篤な症状ではないが、自力で病院へ行くのは難しい患者/入所者のために病院へ搬送する医療サービス
- ・要請を受けてから到着まで概ね 1 時間を目安
- ・淡海ふれあい病院の看護師が同行
- ・病状の重症度に応じた搬送基準を設定
- ・淡海ふれあい病院での迅速な検査と円滑な入院対応が可能



関係者の主な役割

湖南メディカル・コンソーシアム (地域医療連携推進法人)	● 地域の医療資源を最大活用に向けた施策の実施 (医療DXの推進による法人間のタイムリーな情報共有等) ● 共同購買や共同研修等の連携推進業務の実施 ● サポートカーの運行業務を通して地域包括ケアシステムを支援
参加法人	● コンソーシアムに対する事務業務等の委託 (一律ではなく、各参加法人の判断) ● 病院として迅速な患者受け入れと円滑な入退院を実現

14.地域医療の窓口として病診連携・病病連携を推進

(社会医療法人祐愛会 織田病院：佐賀県鹿島市)

(基本情報)

総人口・高齢者割合	27,367人・65歳以上：34.6% 85歳以上：7.2% (令和6年1月1日時点)
面積	112.12km ² (令和6年10月時点)
取組開始時点	平成16年(開放型病床開始)～現在
取組に関するホームページ	https://www.odahp.cotg.cooperation/

背景課題

- 佐賀県南部医療圏では、15年前と比較し、85歳以上の救急車搬送数は2.6倍に増加。織田病院における85歳以上の新規入院患者数も15年前の約3倍に増加。
- 地域医療の変化に伴い、在宅医療ニーズが急増しており、地域を支える医療機関として、在宅医療のバックアップ体制を構築することが求められた。

取組概要

- 次の方針で取り組み、地域のニーズに応じて、シームレスな病診連携に尽力
 - 地域の診療所の医師と連携による24時間365日救急受入れ体制の実現
 - 高度急性期病院の地域医療の窓口としての病病連携を推進
 - 多職種から構成する在宅医療支援チームによる手厚い退院時支援

効果

- 高齢化に伴う人口構造・患者の変化の中で地域の医療ニーズに対応。
- 多職種連携により平均在院日数の短縮、在宅復帰率も高水準を維持。

主な取組内容

■ 地域の診療所の医師と連携による24時間365日救急受入れ体制の実現

- ・ 病院と在宅医療のシームレスな連携を実現するために、地域の診療所への逆紹介を積極的に実施。外来患者数は大幅に減少し、その結果役割の明確化が果たされ医療資源の効率化も実現。
- ・ 開放型病床を有し地域のかかりつけ医(登録医46名)に開放し、診察や検査も利用できるようにしている。これにより地域の診療所の医師との二人主治医制を推進している。

■ 高度急性期病院の地域医療の窓口としての病病連携を推進

- ・ 大学の附属病院等の高度急性期病院に対し、当該医療機関が地域医療の窓口となり、急性期治療終了後の患者受入を積極的にしている。
- ・ さらに、高度急性期病院での対応が難しい患者ニーズに合った介護や福祉サービスを提供する観点でも、介護支援専門員(ケアマネジャー)やMSWとの連携を図ることにより、地域密着型病院として積極的に取組。

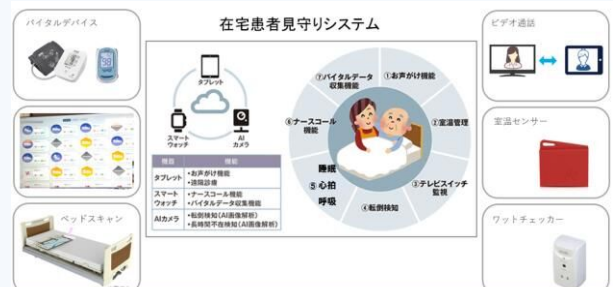
■ 多職種から構成する在宅医療支援チームによる手厚い退院時支援

- ・ 円滑な入退院時支援を実現するため、電子カルテから、入退院時に必要となる情報のみを抽出した入退院支援DBを構築したり、退院後のケアにおいて最も重要な時期である退院後2週間の手厚い対応のため、病院内に在宅医療支援チームを設置し、ICTを活用し患者・家族の不安解消や地域の医療機関のサポート実施。
- ・ このチームには、医師、訪問看護師、ソーシャルワーカー(MSW)、理学療法士、ヘルパー、介護支援専門員(ケアマネジャー)等が属し、医療・介護・福祉など幅広く支援できるようにしており、病院の在院日数の短縮も実現している。(平均在院日数：11.6日)



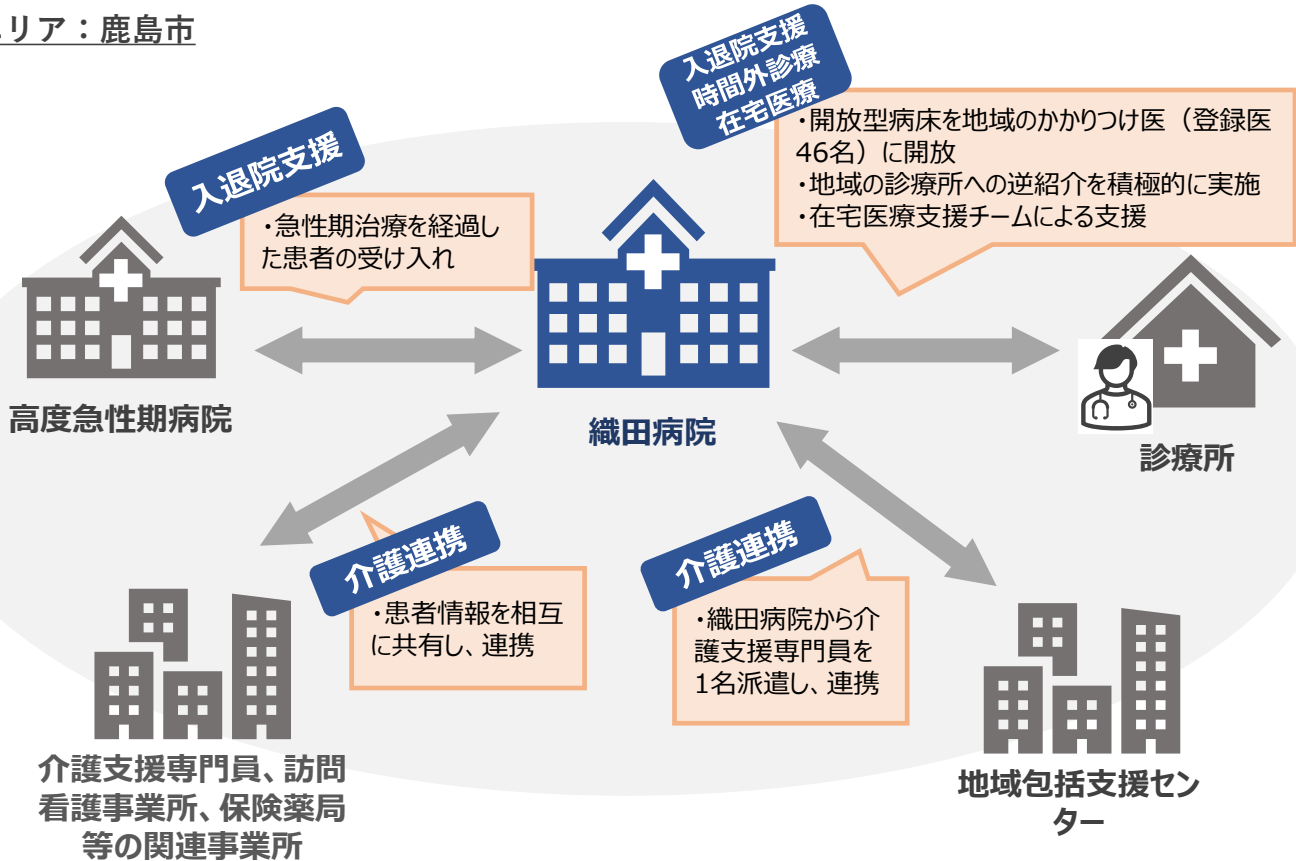
■ ICTを活用して在宅での見守り効率化

- ・ 在宅患者見守りシステムとして、患者宅にタブレット・スマートウォッチ・AIカメラ等を配置。
- ・ 当該機器を活用して、在宅患者のバイタルデータの収集、患者への声かけ、室温管理などを行い、在宅での見守りを行っている。



地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：鹿島市



関係者の主な役割

織田病院	● 多職種から構成する在宅医療支援チームによる手厚い退院時支援 ● 地域の診療所の医師との連携による24 時間365日救急受入れ体制の実現 ● 病院と在宅医療のシームレスな連携を実現するために、地域の診療所への逆紹介を積極的に実施 ● 大学の付属病院等の高度急性期病院に対し、当該医療機関が地域医療の窓口となり、急性期治療終了後の患者を積極的に受け入れ
急性期病院	● 織田病院と連携し、急性期治療を終えた患者の在宅復帰目的の転院等調整
診療所	● 開放型病床や織田病院からの逆紹介に対応し、連携
介護支援専門員、訪問看護事業所、保険薬局等の関連事業所	● 大病院での対応が難しい患者ニーズに合った介護や福祉サービスを提供する上で、織田病院と患者情報を相互に共有し、連携
地域包括支援センター	● 織田病院から介護支援専門員を1名派遣

15.県全域への入退院支援ルールの普及促進（一般社団法人新潟県医師会）

（基本情報）

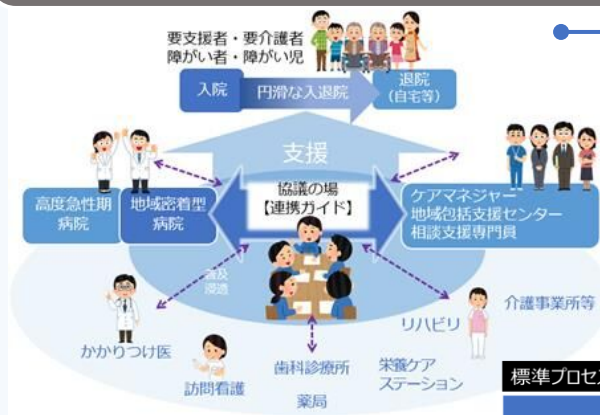
総人口・高齢者割合	2,137,672人 ・ 65歳以上：33.6% 85歳以上：6.7%（令和6年1月1日時点）
面積	12,583.67km ² （令和6年10月時点）
取組開始時点	令和5年度～現在
担当部署連絡先	新潟県医師会 在宅医療推進センターホームページ お問い合わせフォーム http://www.niigata.med.or.jp/zaitaku/

背景課題	- 市町村単位で始まった入退院連携ルール等の作成・運用の取組により、運用していない地域に比べ、入院時に介護側から迅速な情報提供が行われる等の有用性が県調査により明らかとなる中、ルール未整備の地域も存在した。 - 在宅医療の導入等、必要な支援が届かないまま退院する事例が少なくないことが県内多くの地域で課題となっていた。
取組概要	- 在宅医療推進センター（基幹センター）が中心となり、有識者や実践者等による検討を経て「入退院連携ガイドを活用した入退院支援の手引き」（以下「手引き」という）を作成し、県内自治体に展開。 - 市町村の担当者や当該事業を受託する医師会等に所属するコーディネーターが、自地域での入退院支援にかかる課題解決の一手段として活用することを想定。
効果	- 令和6年3月手引き発出を受け、2圏域（2次医療圏単位）で内容のブラッシュアップ、6地域（郡市医師会単位）で新たにルール作成に着手。 - 協議の場に参加した関係者からは、グループワーク等を通じ実際に話し合う機会があることにより関係性が深まった、機会を継続してほしいとの声が多く聞かれている。

主な取組内容

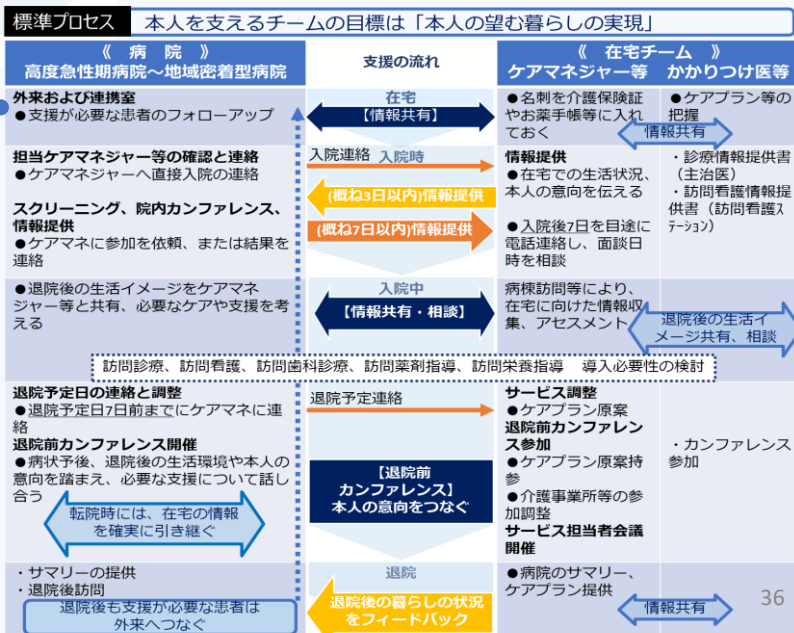
■手引きのコンセプト

- 手引きは、全県で遵守する一律の手順を示したマニュアルではなく、必要な人によりよい入退院支援を提供するために、情報共有等に関わるタイミングを決めておくための協議ツール。
- 手引きで示している「標準プロセス」をたたき台として、関係者が共に実践可能な方法を協議し、実践、評価。
- この過程を継続することにより、地域で顔の見える関係を醸成し、入退院支援の質の向上を目指す。



■手引きで示した「標準プロセス」（一部抜粋）

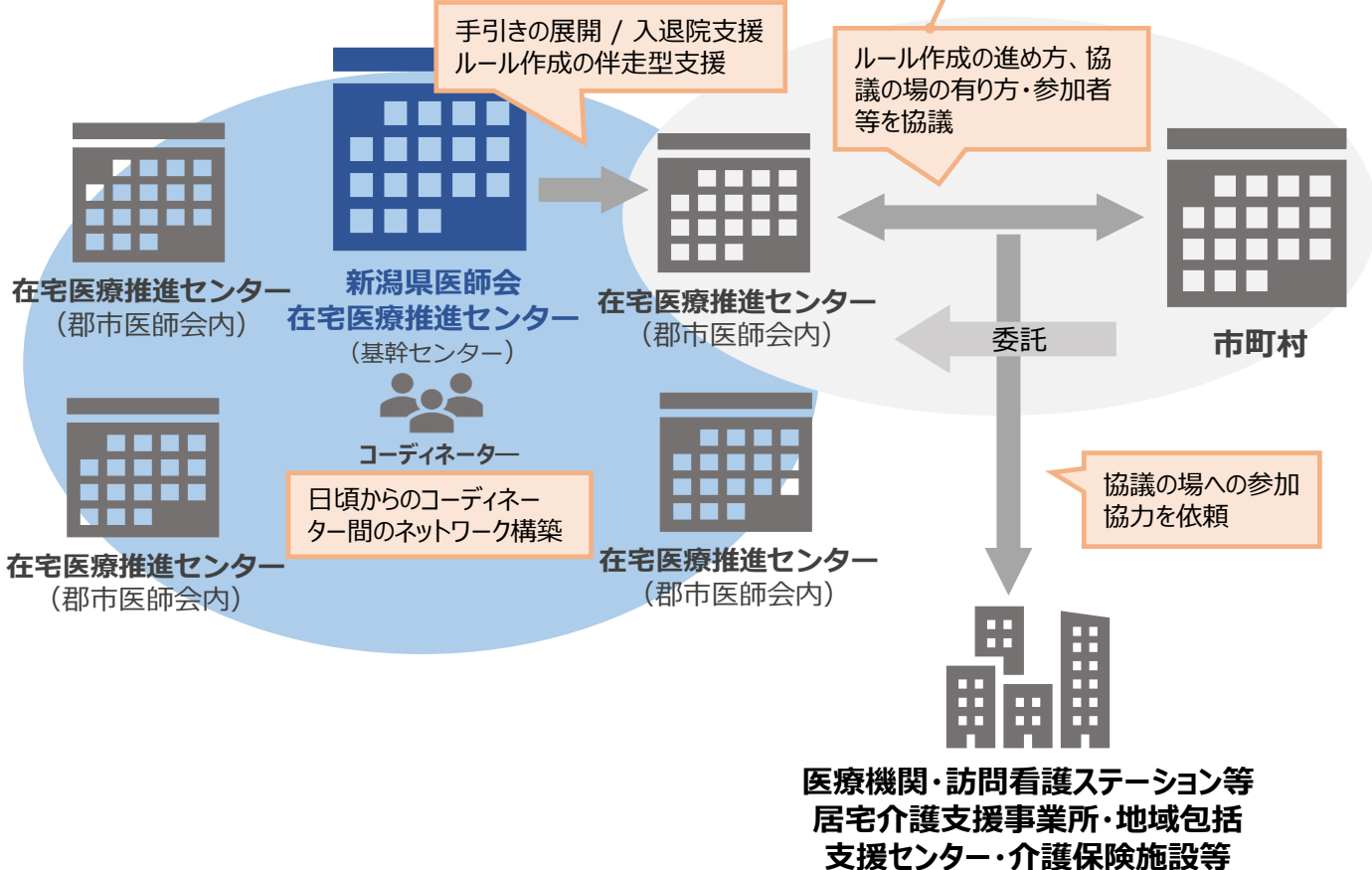
- 標準的な病院と在宅チームの支援の流れを可視化。
- その流れの中で、情報共有のタイミングを矢印で明示。診療報酬や介護報酬も意識して作成。
- 標準プロセスをたたき台に、地域で実践可能な方法を話し合っカスタマイズする、実践して評価していく道具として活用いただくことを想定。
- 各地域における取組を支援するため、基幹センターによる伴走型支援（研修会やWGへのオブザーバー参加、関連情報の提供等）を実施。



入退院ルール作成イメージ

エリア：原則都市医師会ごと
必要に応じて2次医療圏等の広域連携検討

■ 手引きで示した標準プロセスをたたき台に、地域で実践可能な方法を話し合っカスタマイズする、実践して評価していく道具として活用可能



関係者の主な役割

コーディネーター	- 新潟県医師会在宅医療推進センター（基幹センター）、都市医師会在宅医療推進センターに配置 - 基幹センターにおいて、当該事業に限らず、コーディネーターのスキルアップに資する研修会や情報提供、ネットワーク構築、伴走支援を実施。
新潟県医師会 在宅医療推進センター	- 有識者による入退院連携検討委員会設置、運営 「入退院連携ガイドを活用した入退院支援の手引き」を作成、在宅医療推進センターのネットワークを通じ、県内自治体に展開 - 入退院支援ルール作成の伴走型支援
都市医師会 在宅医療推進センター	- 入退院支援ルール作成、運用のために、市町村をサポート - 必要に応じて、作成のための検討委員会の事務局や協議の場のファシリテートを担当
市町村	所在する在宅医療推進センターと協働し、入退院支援ルールを作成、運用
都市医師会 在宅医療推進センター	- 入退院支援ルール作成、運用のために、市町村をサポート - 必要に応じて、作成のための検討委員会の事務局や協議の場のファシリテートを担当
医療機関 訪問看護ステーション等	- 市町村からの要請に応じて、入退院支援ルールに関する協議の場に参加 - 入退院時に情報共有を行う軸となるのは、病院の連携部門と地域のケアマネジャーであるが、かかりつけ医や訪問看護等もルールの標準プロセスに位置づけ、ルール協議の場に参画する機会を持つ。
居宅介護支援事業所、地域 包括支援センター、介護保 険施設等	

16.在宅医確保のために、座学研修と同行研修を実施（一般社団法人横浜市医師会）

（基本情報）

総人口・高齢者割合	3,637,015人・65歳以上：25.6% 85歳以上：4.6%（令和6年1月1日時点）
面積	438.23km ² （令和6年10月時点）
取組開始時点	平成28年7月8日～現在
取組に関するホームページ	https://www.yokohama.kanagawa.med.or.jp/

背景課題	● 横浜市医師会の開業医に対して在宅医療の取組状況に関するアンケートを実施したところ、 ➢ 在宅医療を行っている開業医が少ないこと ➢ 在宅医療に取り組むことが難しい理由として、「診療報酬の算定が難しい」「何を用意すればよいか分からない」等、共通の理由が多いこと ● などが把握でき、在宅医療に関する研修の必要性を認識した。
取組概要	● 市医師会員及び会員が管理者である医療機関の勤務医を対象に在宅医養成研修を開始。 ● 内容は、①座学研修と②同行研修の2類型。 ● 共通の知識・課題については座学研修で扱い、個別対応については在宅医への同行による研修の中で学ぶこととした。 ● 横浜市医師会から会員に対して開催周知し、受講者をとりまとめ。
効果	● 座学研修では、診療報酬の改定等に合わせて研修の内容も都度ブラッシュアップしているため、どのレベルにおいても参考になる情報を提供。 ● 同行研修では、外来を受診する際と異なり、自宅でのその人の生活を知っていただくことが可能。同行研修の参加者合計93名。

主な取組内容

■ 研修内容（横浜市医師会事務局で毎年度検討）



①座学研修

- ・ 年間3回開催
- ・ うち2回は同じテーマ（①医師一人で始めるノウハウ、②在宅医療の診療報酬）
 - 講義の内容は、「栄養管理」「疼痛（とうつう）管理」から「死亡診断書の書き方」「診療報酬点数の算定方法」まで幅広い。
- ・ 残り1回は社会動向に合わせてテーマを選定
 - 例えば令和5年度は「多職種協働で挑む在宅看取りの実践」
- ・ 過去に研修参加した者の再受講も可能



②同行研修

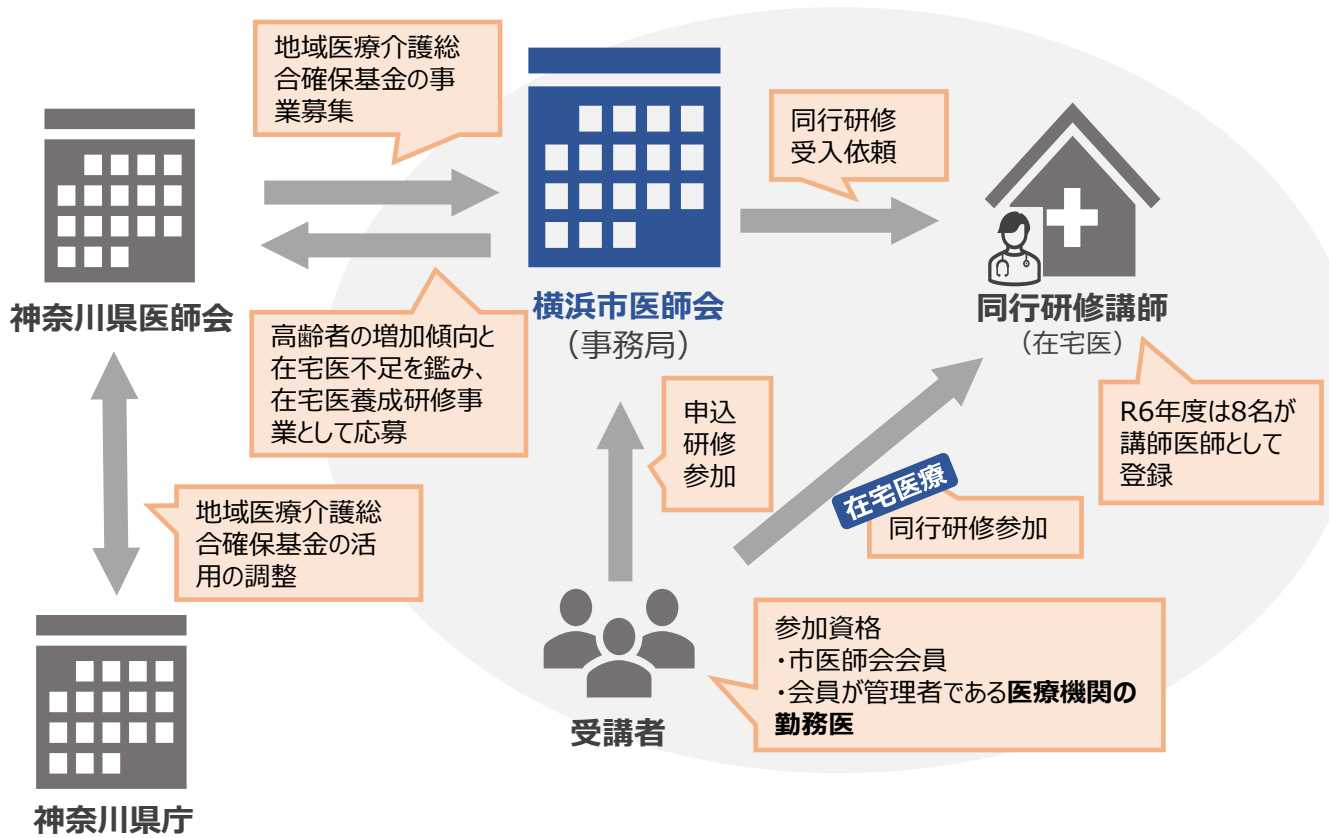
- ・ 受講者が、事務局を介し講師医師の在宅診療に同行・見学
 - 知識習得、ノウハウ共有・情報交換と人脈形成を支援
 - 経験談やカルテの記載方法、診療の工夫点など、同行しながら在宅医とマンツーマンでちょっとした疑問も含め聞きやすい
- ・ 10～3月までの期間で、受講者と講師が受講可能な日程で受講

■ 受講者の声・メリットなど

- ・ 座学研修
 - 特に在宅医療を実施したことのない医師、実施している中で疑問のある医師の満足度が高い。
 - 診療報酬の改定等にに合わせて研修の内容も都度ブラッシュアップしているため、どのレベルにおいても参考になる情報がある。
- ・ 同行研修
 - 病院の医師も参加することが可能で、その際には、外来だけでなく自宅での様子を知っていただくことができる。外来を受診する際と異なり、自宅でのその人の生活が分かり、どのような治療が必要か、どんな思いで病院に来ているかを感じ取ってもらうことが重要である。
- ・ 同行研修講師のメリット
 - 研修を実施する中で知り合いの医師が増えていく、同行研修にあたりあためて手順等を確認できる。
 - 研修先に選ばれるほど信頼性がある医療機関であるということ、患者家族に認識してもらえる。

在宅医養成研修の全体像

エリア：横浜市



関係者ごとの主な役割

横浜市医師会	- 地域医療介護総合確保基金を財源に、在宅医養成研修の事務局を運営 - 座学研修の実施
同行研修講師	- 受講者からの希望に応じて、同行研修を実施 - 事前に研修先の患家に対する説明の実施
受講者	- 在宅医養成研修への参加 - 参加資格は、市医師会会員又は会員が管理者である医療機関の勤務医
神奈川県医師会	地域医療介護総合確保基金の活用において神奈川県との間で調整を取り、在宅医養成研修の実施を支援