

「よりよい地域医療介護連携を目指すために 急性期と回復期に必要な連携を考える」

- 1 当院の概要
- 2 有明地域の医療環境
- 3 多職種連携と地域包括ケア
- 4 チームとカンファレンス
- 5 まとめ



2014年1月15日(水)
地方独立行政法人 大牟田市立病院
MSW がん専門相談員 北嶋晴彦

病院概要

病 床 : 一般350床

診療科目: 30診療科

看護基準: 7対1

開設年 : 昭和12年6月(大牟田市診療所)／昭和25年病院開設)

理 念 : 良質で高度な医療を提供し、市民に愛される病院をめざします

経営形態: 地方独立行政法人(平成22年4月～)

職員数 : 約400人

各種指定・届出等(一部)

地域医療支援病院(平成24年7月)

地域がん診療連携拠点病院

災害拠点病院

日本医療機能評価機構認定病院

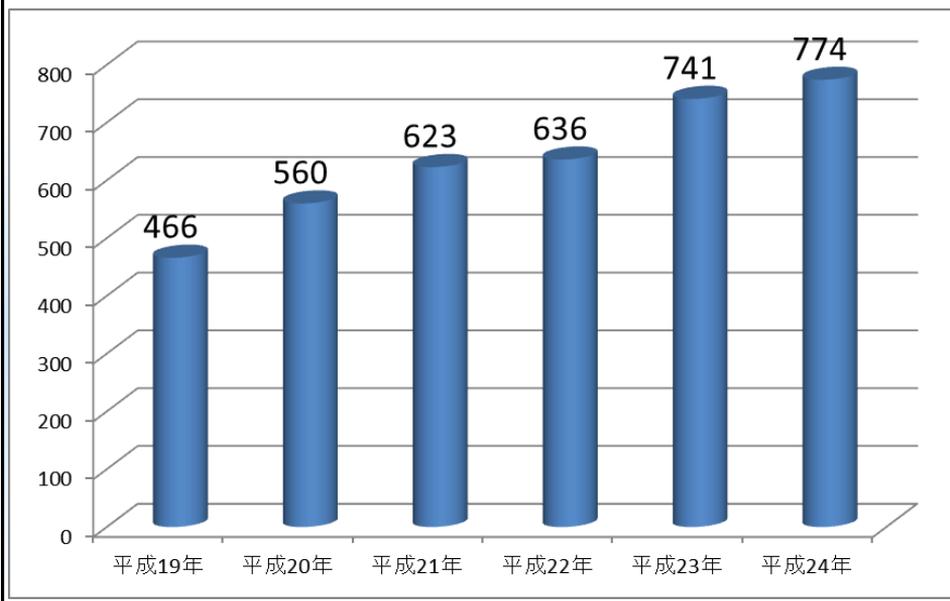
久留米大学医学部教育関連病院

※8年連続単年度黒字経営！！



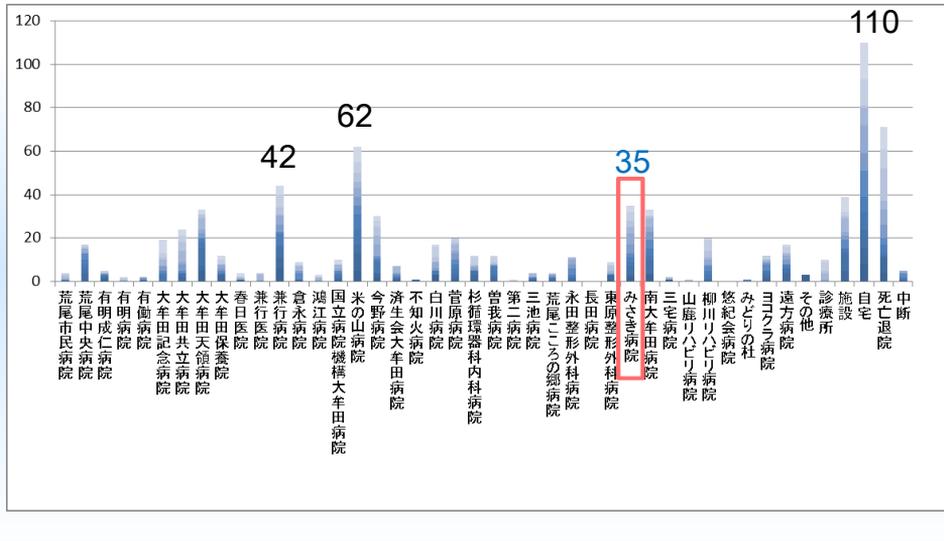


大牟田市立病院退院支援数(外来相談件数除く)



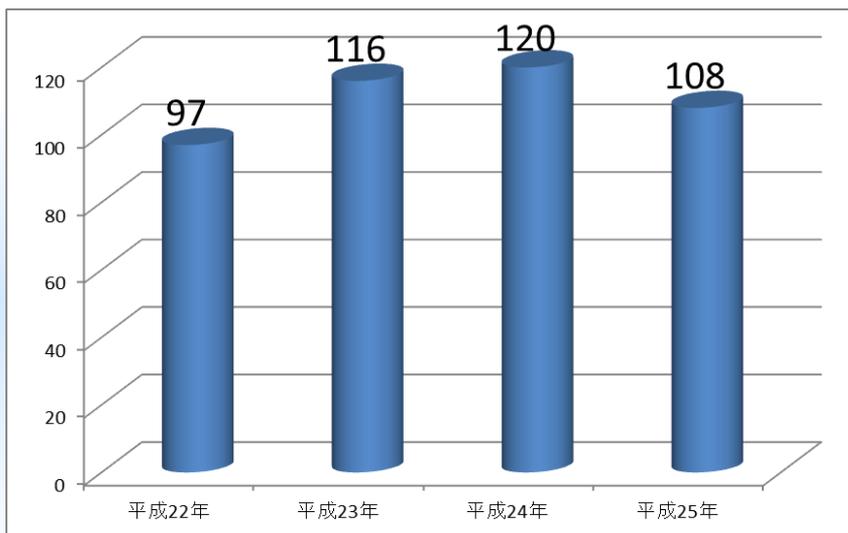
平成24年度 退院支援件数(入院患者)

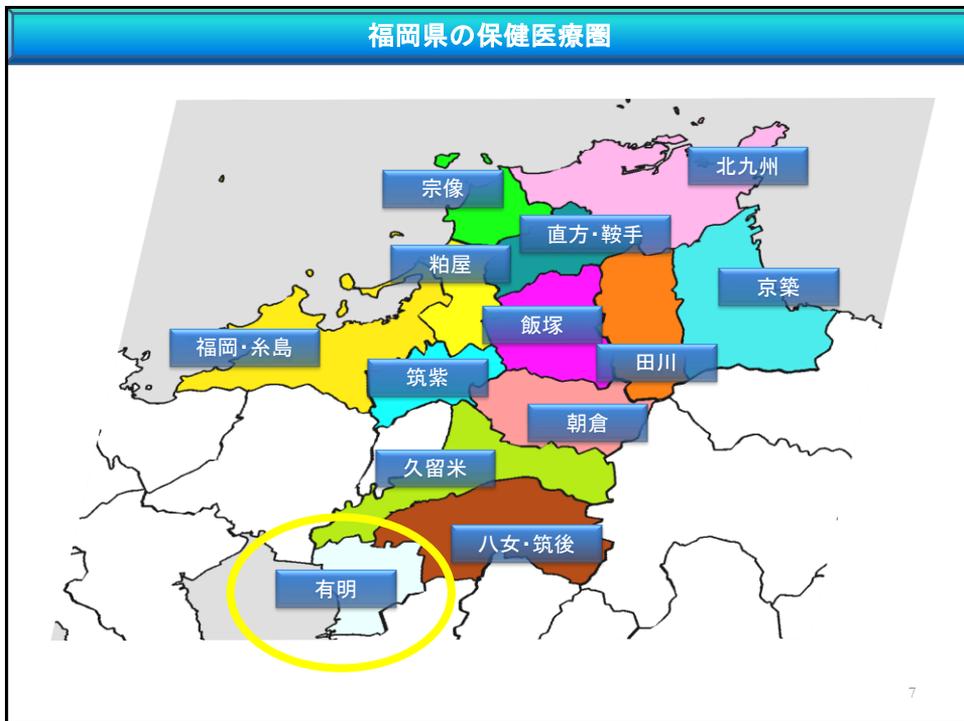
N=741



脳卒中パス実績(Aパス発行件数)

※平成25年は4月～12月(9か月実績)





(参考)

医療機関の医療情報センター | ウェルネス > 運営サイト/コンテンツ > 二次医療圏データベースシステム ダウンロード - Microsoft Internet Explorer

http://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/

wellness

医療機関向けサービス | 企業向けサービス | (株)ウェルネスについて | **運営サイト/コンテンツ** | マーケティング/イベント/メンバー | 採用情報

運営サイト/コンテンツ

- 運営サイト
- コンテンツ
 - 出版
 - インタビュー一覧
 - 商品資料ダウンロード
 - **二次医療圏データベース**
 - ウェルネス提携施設ネットワーク
 - PET検診施設ネットワーク
 - 北海道・東北地域
 - 関東地域
 - 北陸地域
 - 中部地域
 - 関西地域
 - 中国・四国地域
 - 九州・沖縄地域

コンテンツ

二次医療圏データベースシステム ダウンロード(無償)

本サービスは国際医療福祉大学大学院・医療経営管理分野(キャンパス:東京都港区青山)高橋泰教授と共同開発しました。全国の二次医療圏の病院名、人口、面積、医師数、DPC対象病院数などの統計情報を無償にてダウンロードすることができます。

【開発の経緯】

「二次医療圏データベースを作ろう」と思った理由と開発の経緯
国際医療福祉大学大学院 教授 高橋泰

→ [開発の経緯はこちら](#)

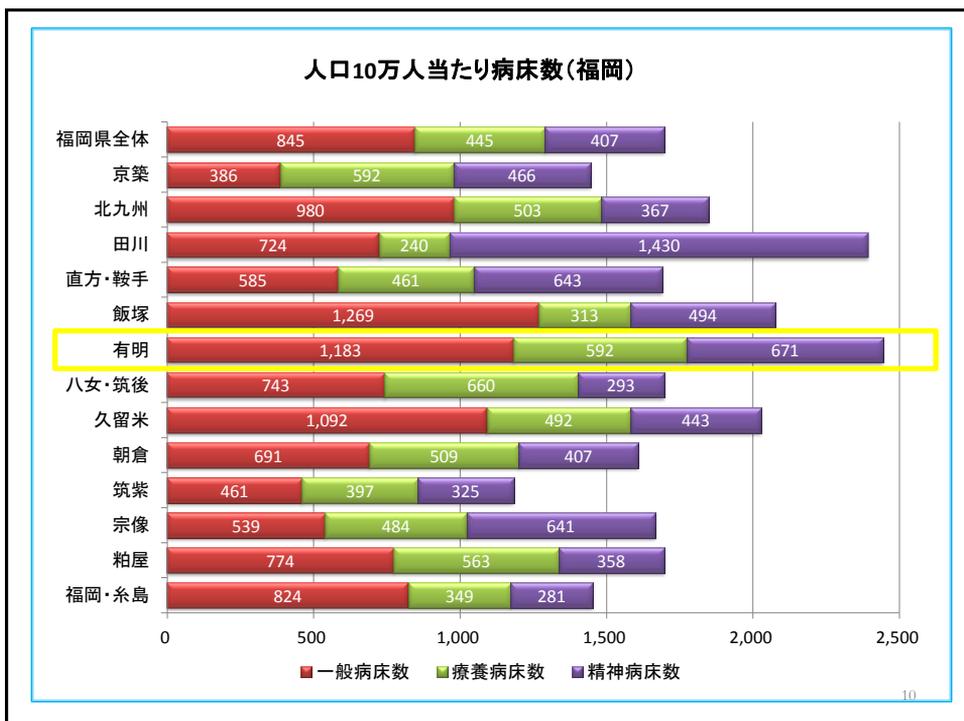
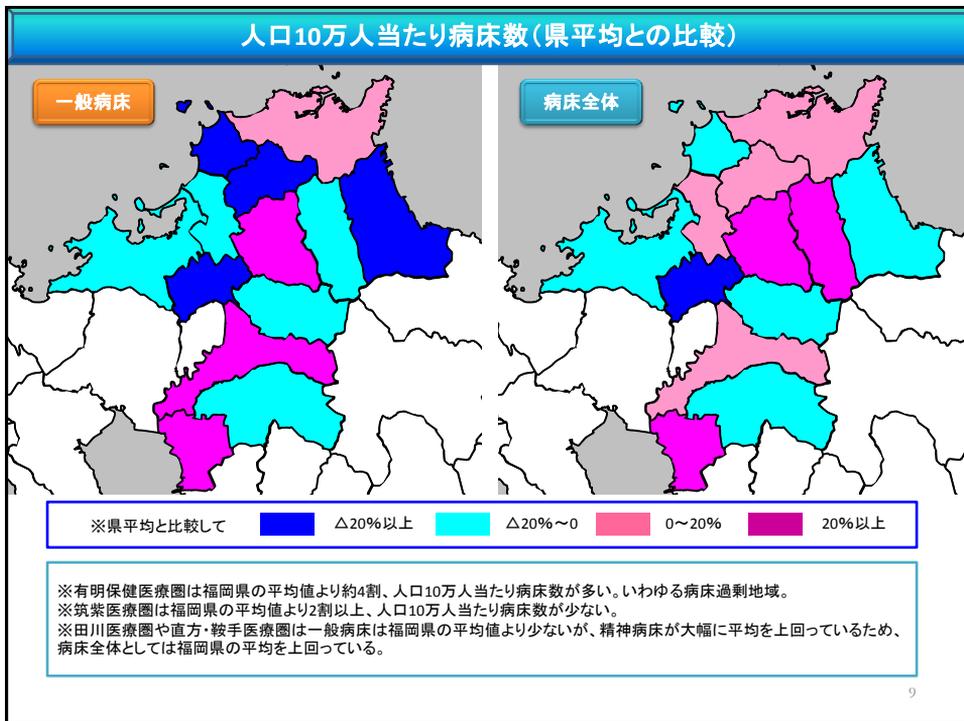
本システムならぬにデータベースの著作権はウェルネスに帰属します。以下の(1)~(3)に示す条件での使用を許可します。詳細はお問い合わせください。

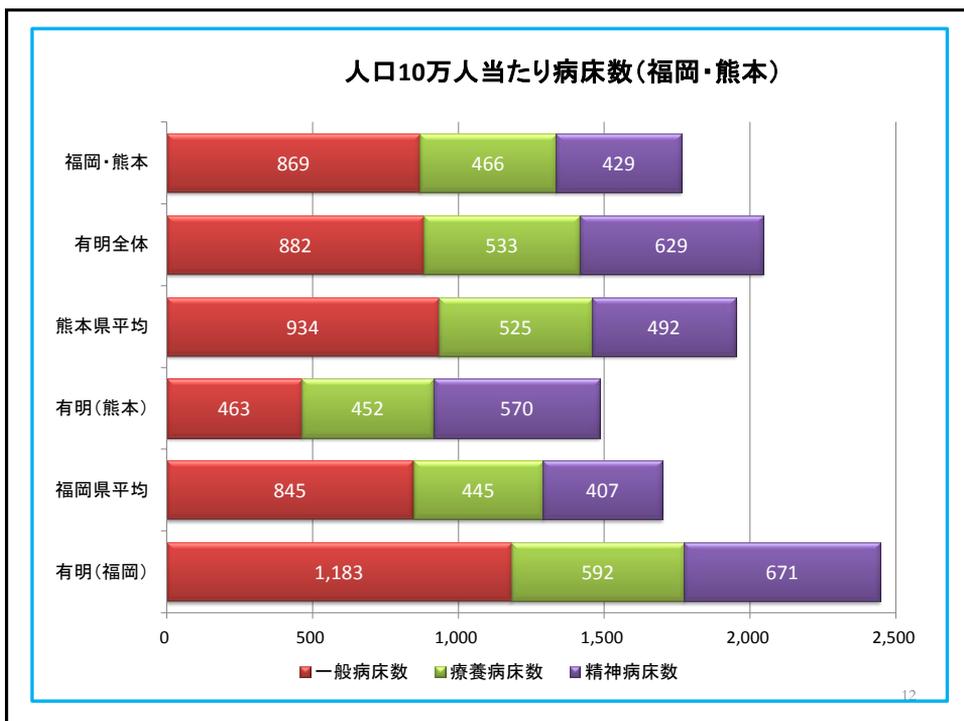
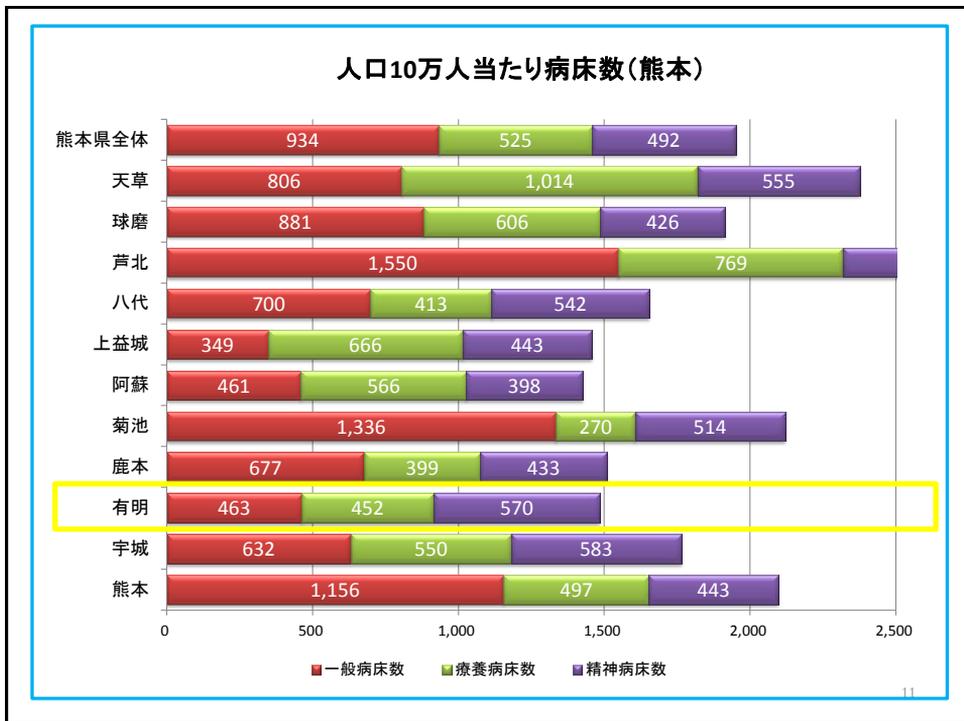
- (1)行政(医療圏の見直し等)、研究、教育等に対する利用を許可します。※著作権表記は不要です。
- (2)本システムならぬにデータベースの複製は禁止します。
- (3)上記以外での目的で利用される場合、弊社の著作権を表記しての利用を許可します。

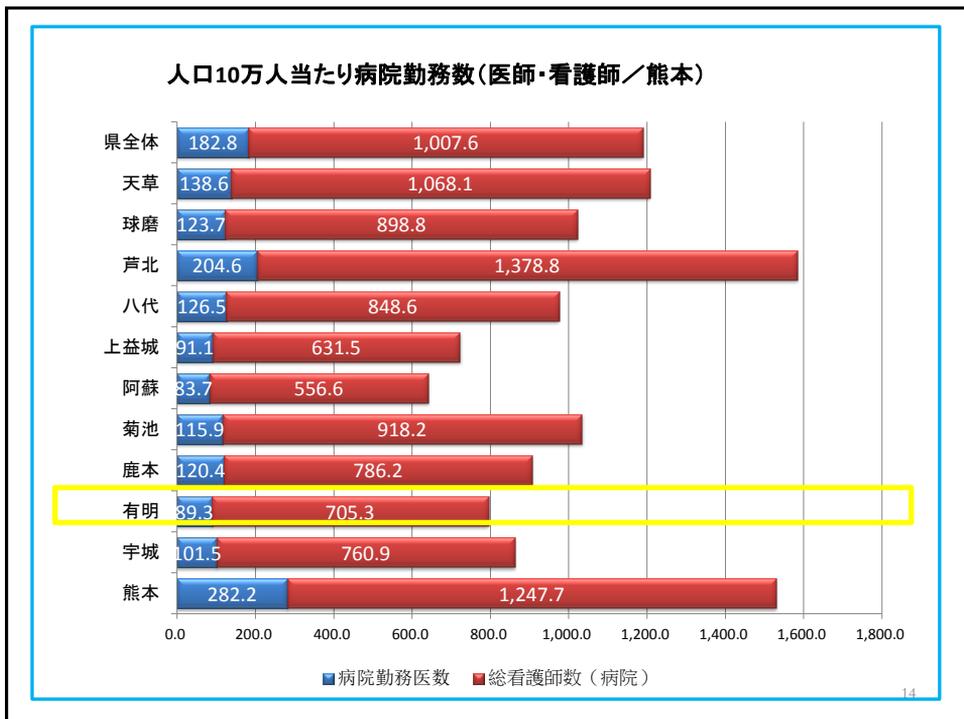
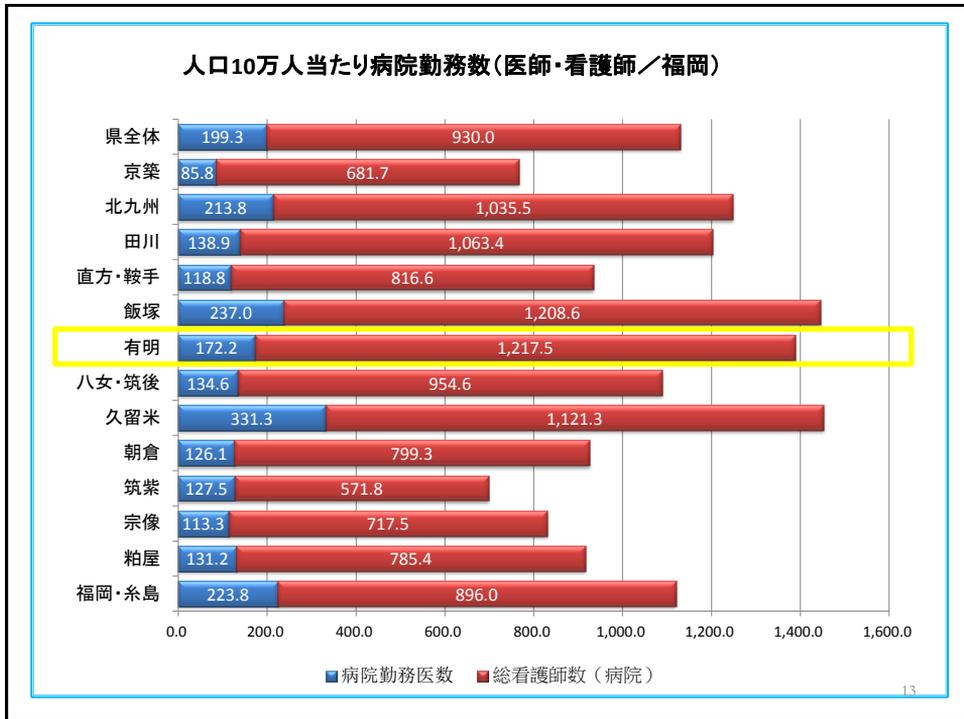
著作権表記: Copyright © WELLNESS. All rights reserved.

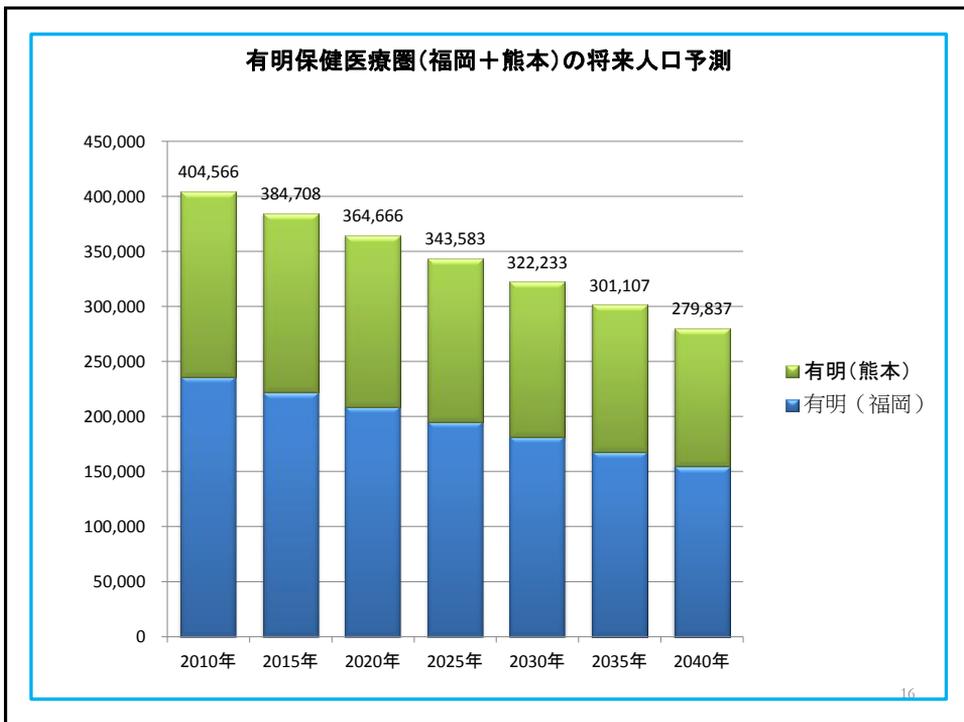
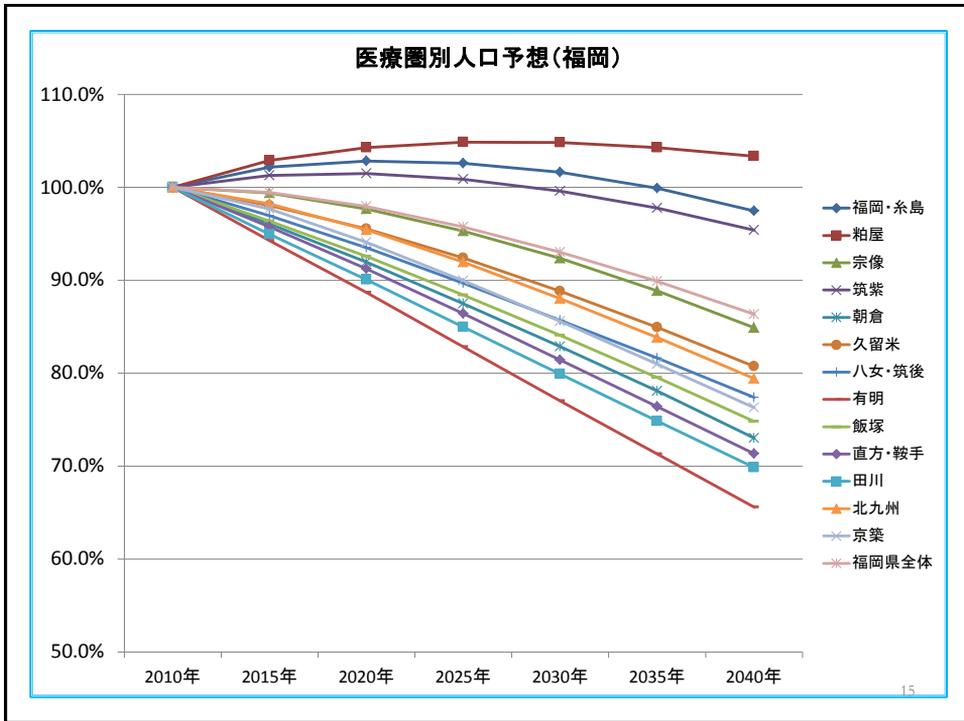
http://www.wellness.co.jp/index.php

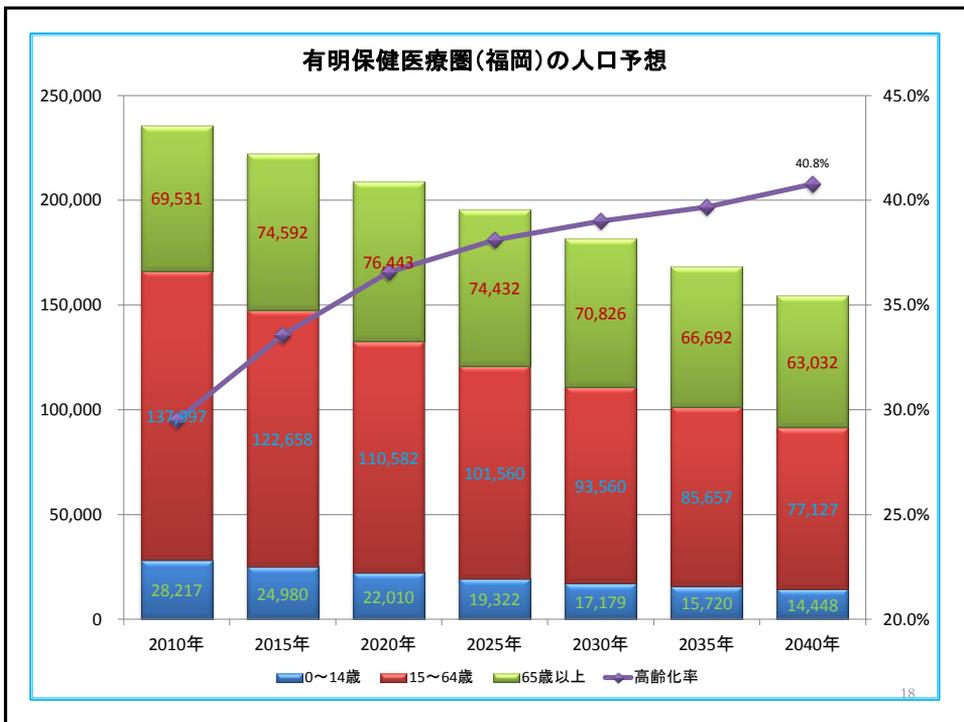
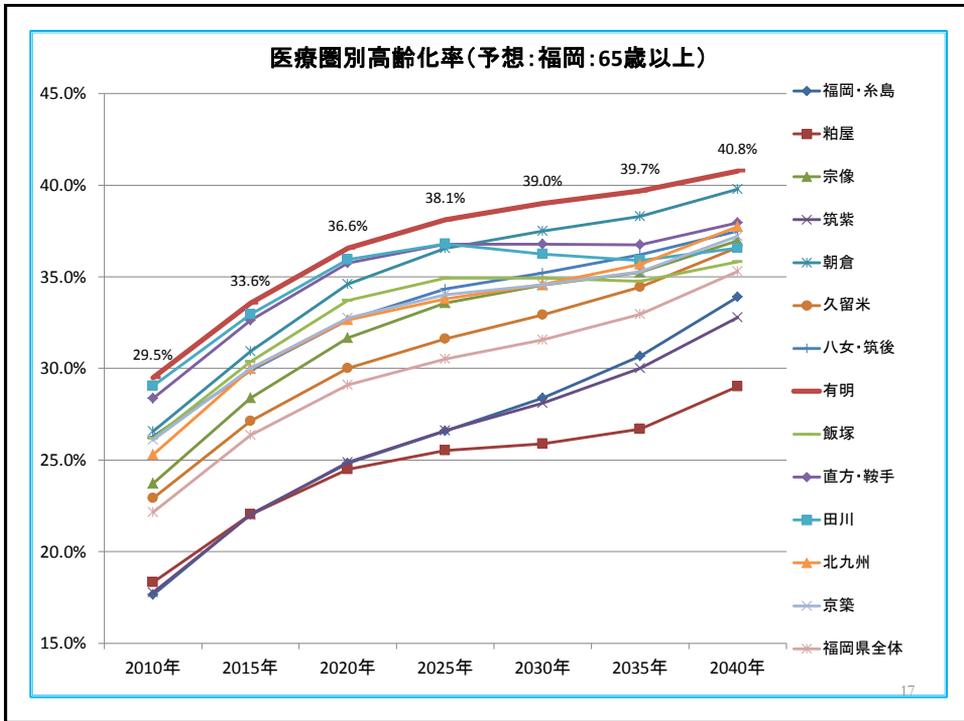
二次医療圏色塗りツール及びサマリー作成ツール
当Excelファイルにはマクロが含まれております。ご使用のExcelのバージョンにより、マクロの実行を

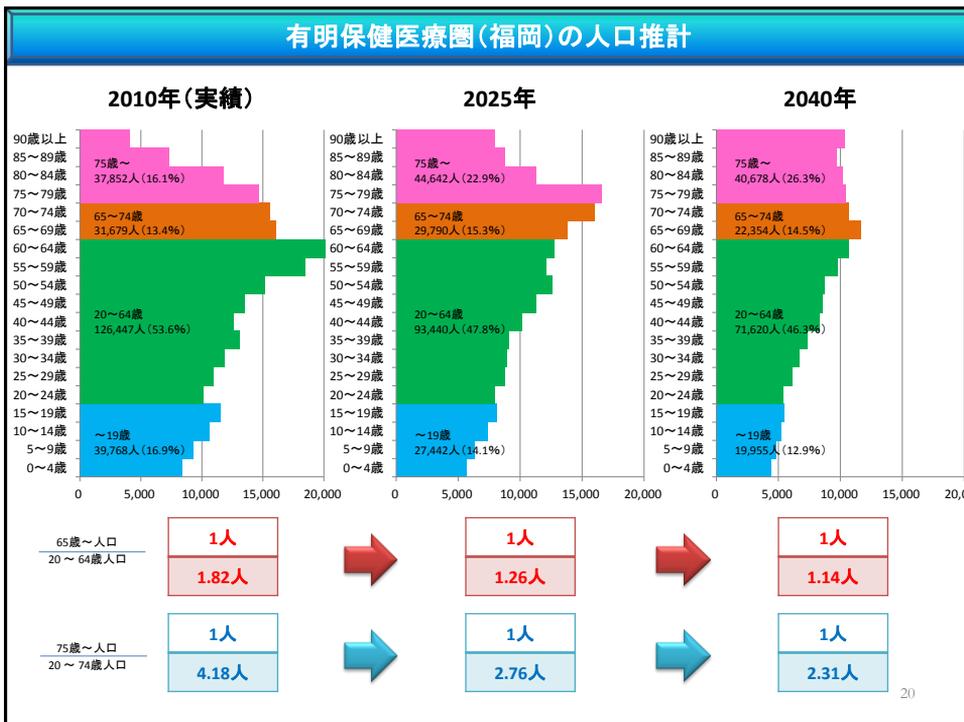
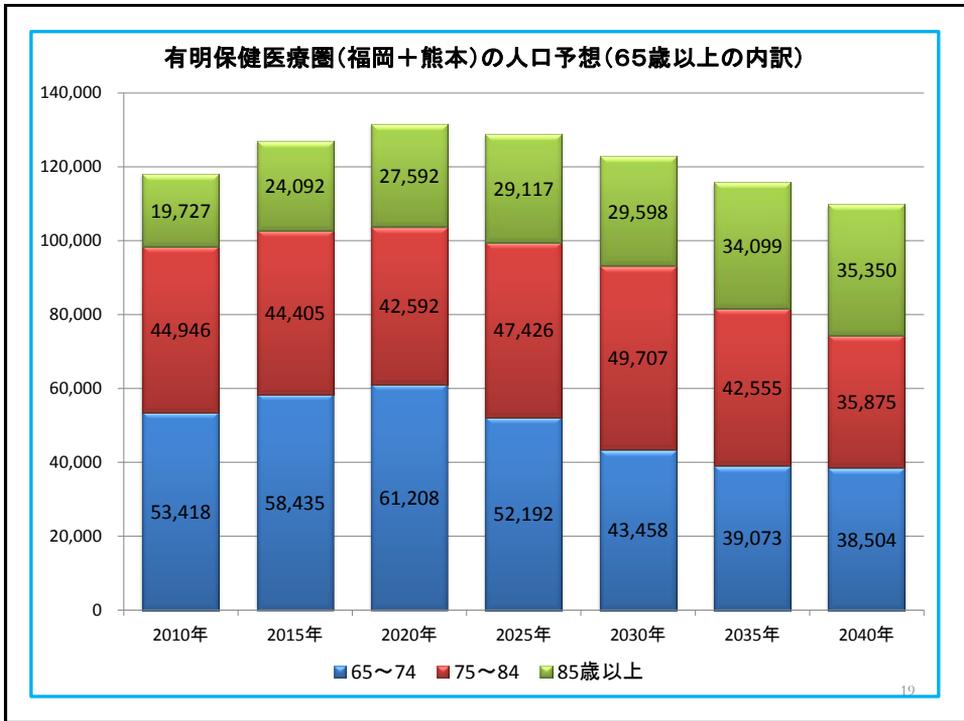


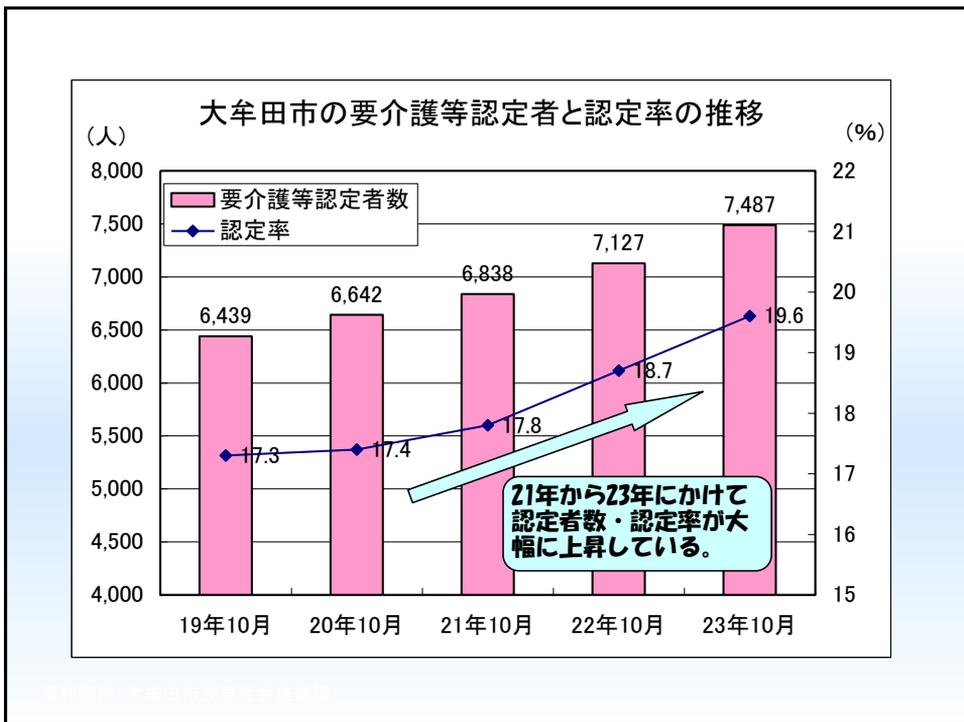
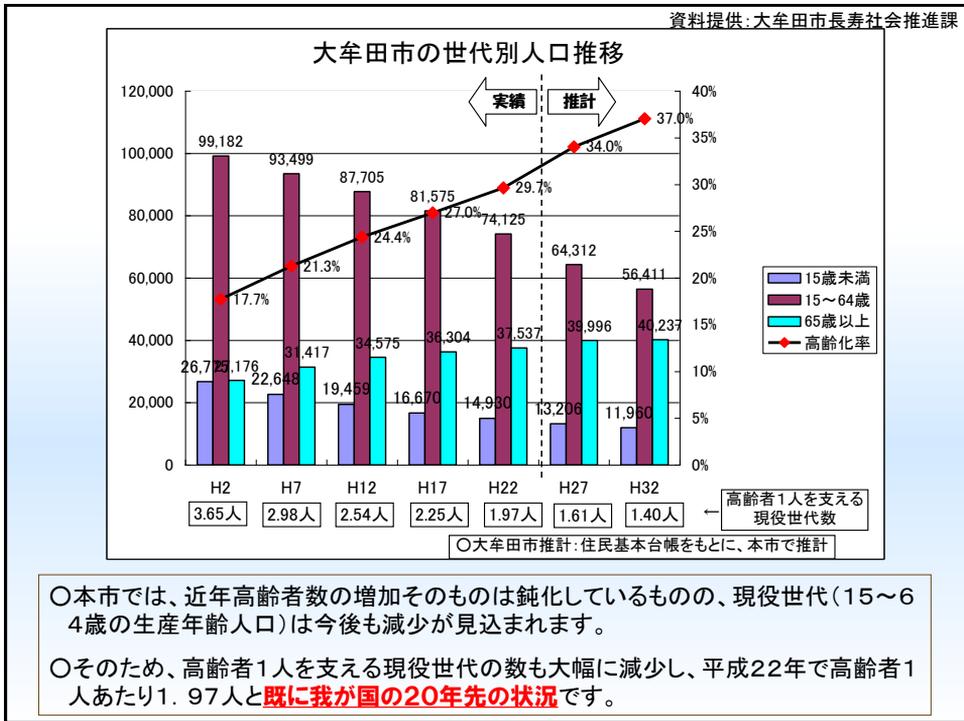








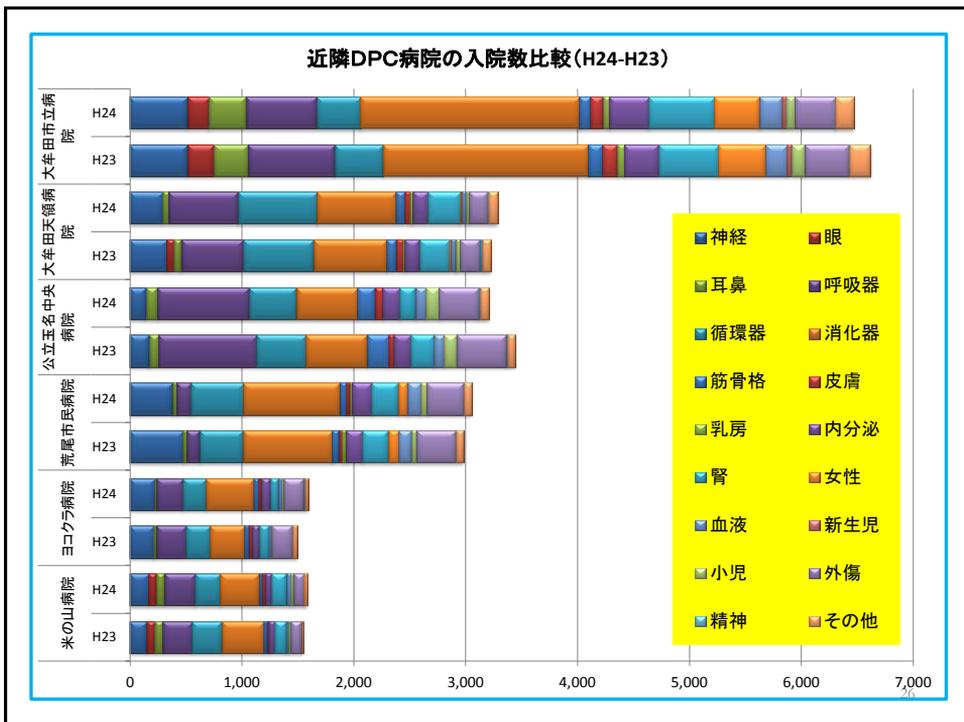
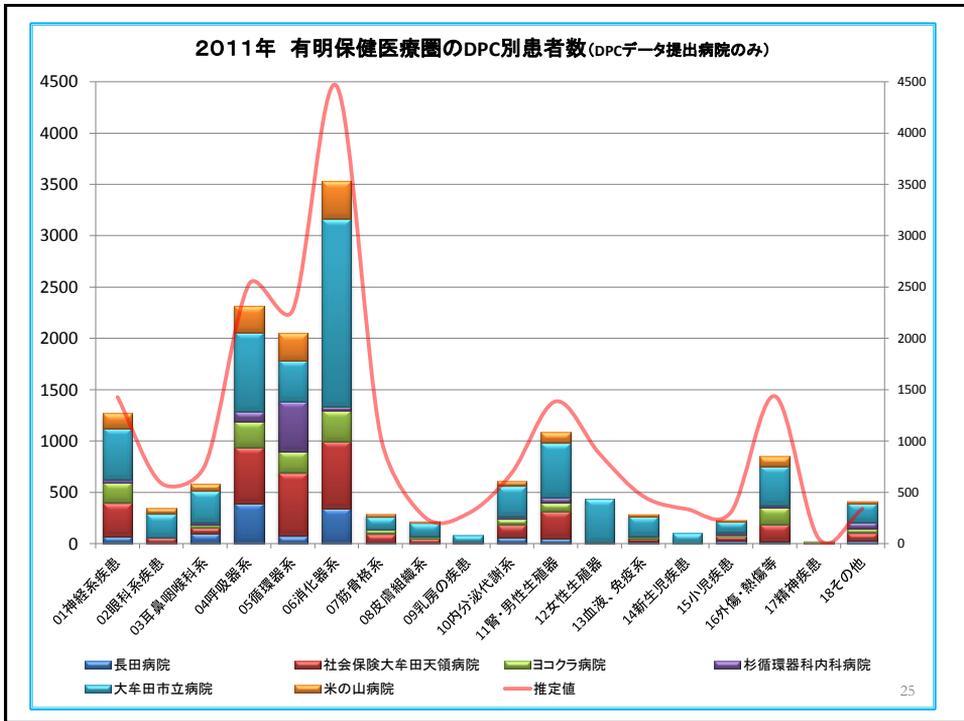


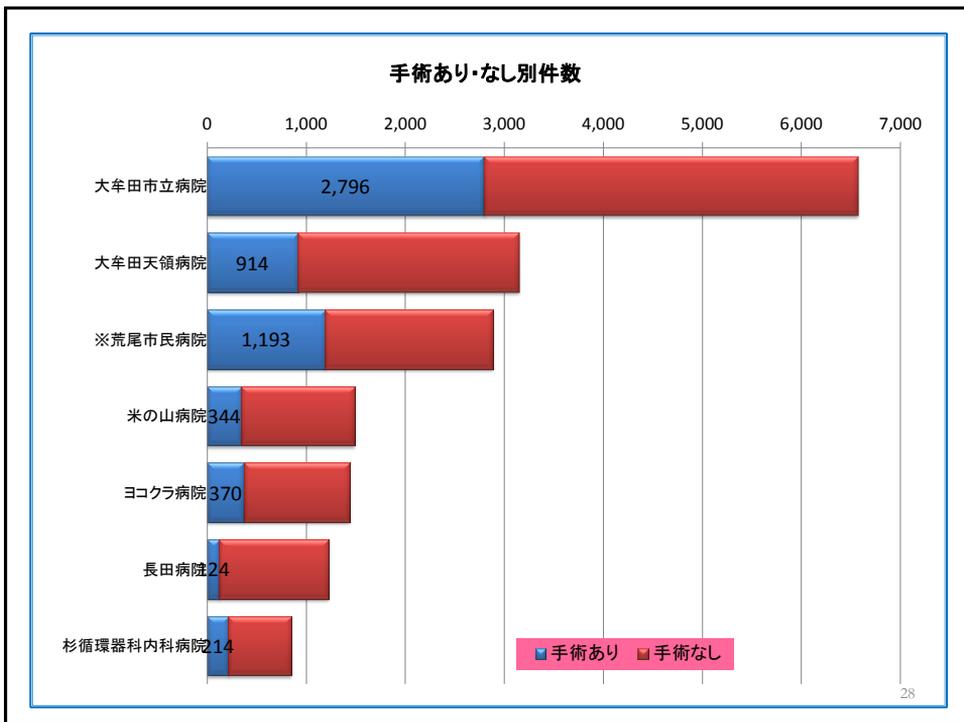
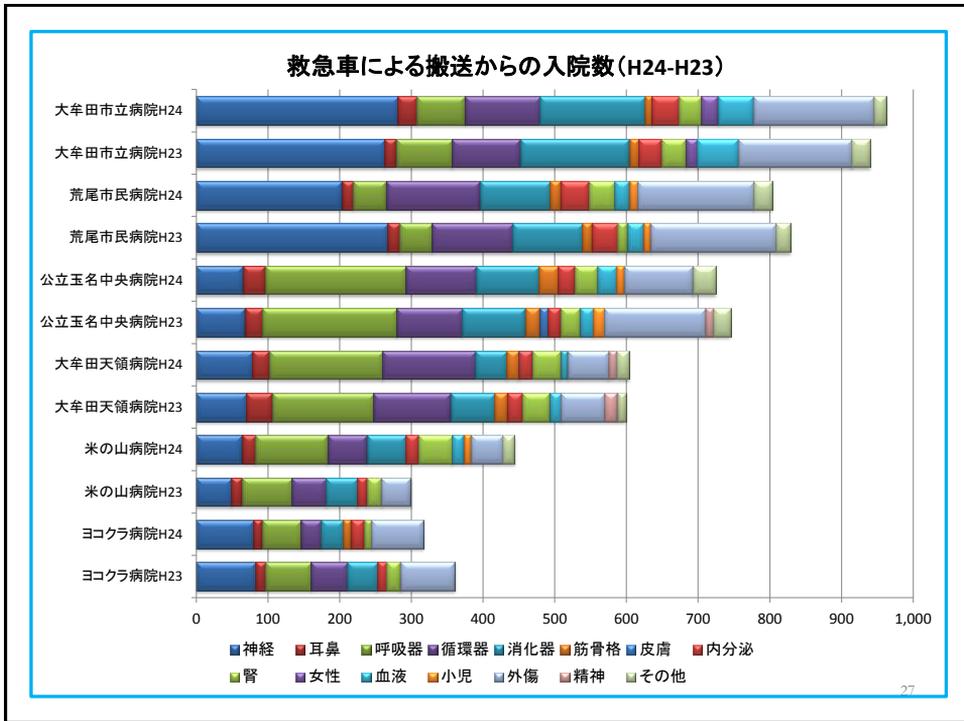


DPCデータから見た医療圏分析 (2011年データ)

23







1-1脳卒中リハビリテーションの流れ

脳卒中治療ガイドライン2009 (p274)

●エビデンス (附記)

「急性期治療に早期から退院支援を加えることは、
入院期間の短縮など医療費の削減につながるが、
後方連携がしっかりと整備されていなければ
十分な効果は望めない。」

「連携に関するキーワード3つ」

① 「連携」と「関係」の意味の違いは何？

→ 「関係」・・・ 駅伝型 (multidisciplinary team)
つながって次に及ぶこと

「連携」・・・ サッカー型 (interdisciplinary team)

同じ目的を持つ者が互いに連絡をとり協力しあって物事を行う



② 「医療連携」と「地域連携」の意味する概念のちがいは何？

→ 「医療連携」は医療機関同士の連携。

「地域連携」は保健・医療・福祉を含めた連携を示す。

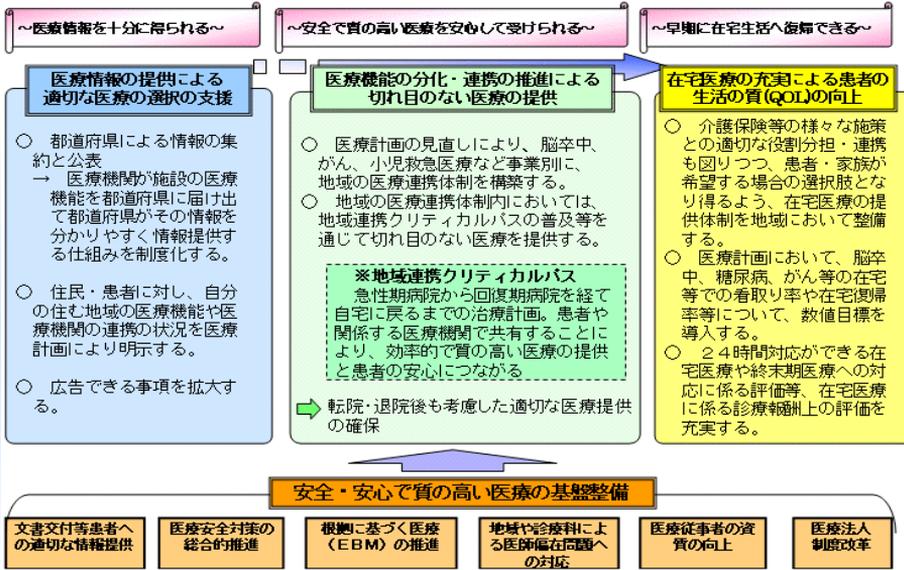


③ 「マネジメント」とはどのような意味でしょうか？

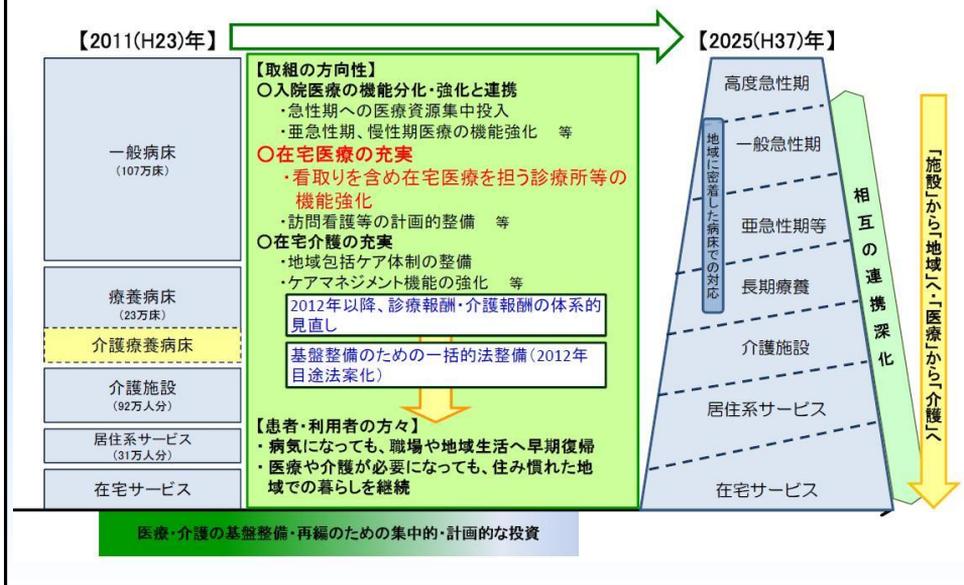
→ 経営、管理。目標を達成するために必要な要素を分析する (アセスメント)
限られた資源で最大の効果効率を上げる。

医療制度改革大綱による改革の基本的考え方(平成18年)

患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築



将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ (社会保障・税の一体改革)



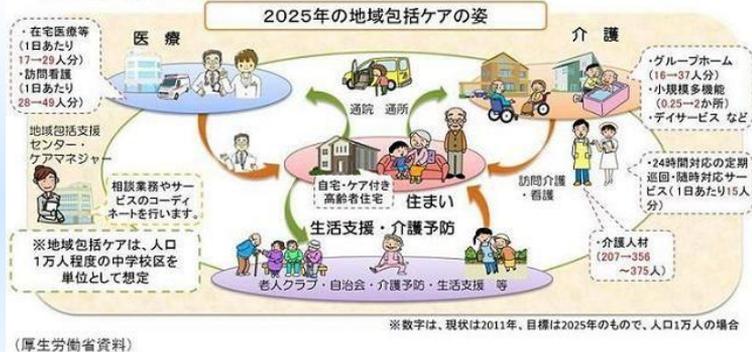
地域包括ケアの5つの視点による取組み

社会保障・税一体改革成案による介護の将来像

○住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになる。

<改革の主な具体策>

- ・24時間対応の訪問サービス、グループホームや小規模多機能型サービスなどのサービスが充実。
- ・介護予防事業等により要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発になる。
- ・介護職員の処遇を改善し、キャリアパスを確立することにより、介護に必要な労働力が安定的に確保され、介護職員が誇りを持って仕事に取り組むことができる。



- ①医療との連携強化
- ②介護サービスの充実強化
- ③予防推進
- ④多様な生活支援サービスの確保や権利擁護（見守り、配食、買い物など）
- ⑤高齢者住まいの整備（高齢期になっても住み続けることのできる）

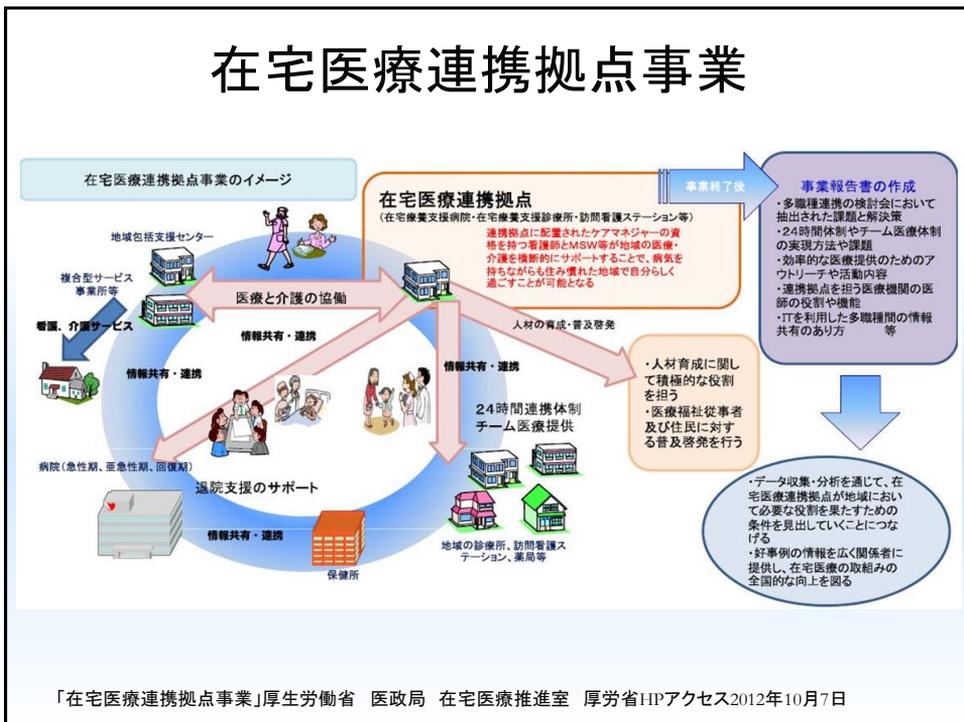
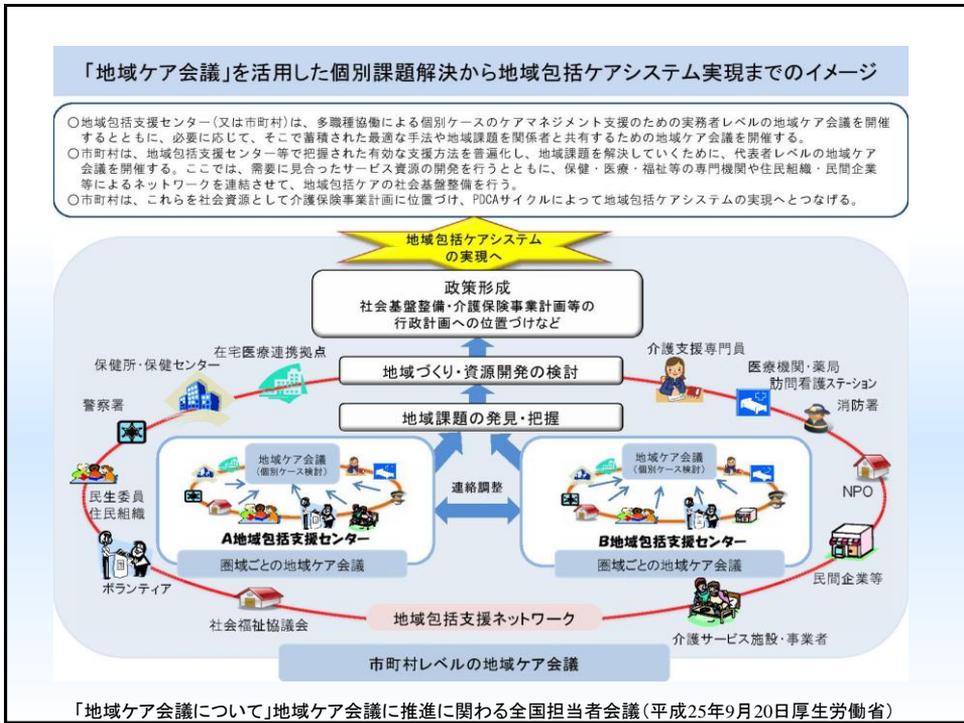
「地域包括ケアシステム」を正確に理解する

- ✓ 地域包括ケアシステムの「実態は『システム』ではなく『ネットワーク』、主たる対象は都市部」
- ✓ 地域包括ケアシステムの具体的な在り方は地域によって異なる
- ✓ 誰が地域包括ケアの中心を担うのかも、地域により異なる
- ✓ それぞれの地域で力がある組織や人がリーダーシップを取ってやるしかない

二木立（日本福祉大学学長）2013. 5. 1(水)「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター（通巻106号）」2013年3月15日の日本慢性期医療協会役員を対象とした講演より。

全文は非営利・協働総合研究所「いのちとくらし」HPから見られます。

<http://www.inhcc.org/index.html>



本来の緩和ケアとは？

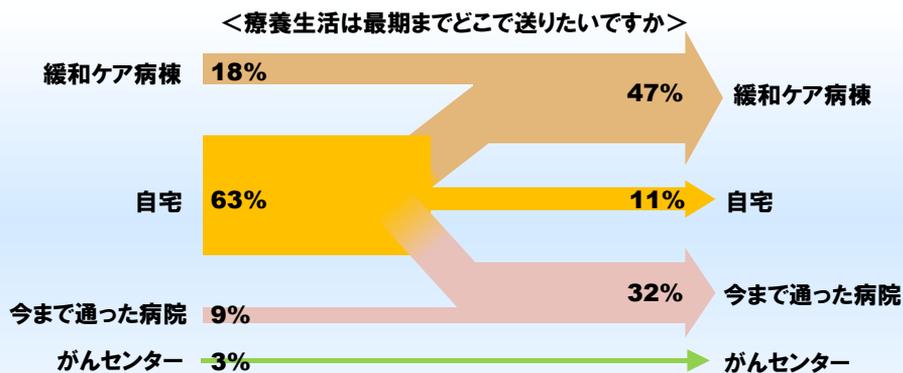
- ・ 疾患・年齢を問わず受けられるケア
 - ・ 非がん疾患、小児の緩和ケア
- ・ ほとんどの人が一生に一度は受けるケア
 - ・ GOLD PATIENT（優待患者）
- ・ どこでも受けられるケア
 - ・ 在宅・地域が中心としつつ、あらゆる場へ届けるケア（施設、急性期）
- ・ 特別なケアではなく、だれもが提供するケア
 - ・ 専門的医療からプライマリ・ケア・モデルへ
 - ・ 全ての専門職がチームで関わるもの（看護師、介護職）

「エンド・オブ・ライフ・ケア」の視点を有する在宅医療の重要性」
東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所 在宅サポートセンター 平原佐斗司 2012年12月

希望する療養場所は変化する

死期が迫っている(余命が半年以下)と告げられた場合 一般集団2,527人(2008年)

厚生労働省、平成20年終末期医療に関する調査



⇒ いつでも、どこでも、切れ目のない緩和ケアが提供できる体制を整備する必要がある

多職種連携への期待①

半田一登（2013）公益社団法人日本理学療法士協会会長

「異職種間連携を強化するための必須条件は、他の職種の本質を知ることである。臨床実習前教育および臨床実習教育にあって、他の職種のことを学ぶ機会は皆無に近いのが現状である。卒業した途端に職種連携といわれても、その素地すらできていないのである。多職種連携を推進するためには、まずは、多職種間連携教育を始めなければならない。（中略）シームレスは多職種間連携が完成すれば、患者満足度は大きく向上するはずである。（中略）2025年、タイムリミットは迫っている。」

半田一登（2013）「利用者を中心にした多様な連携」公益社団法人日本理学療法士協会会長
JOURNAL OF CLINICA REHABILITATION Vol. 22, No. 5, 2013. 5. p466

多職種連携への期待②

中村春基（2013）一般社団法人日本作業療法士協会 会長
兵庫県立リハビリテーション中央病院

「連携のためには、他職種の理解と合意形成のためのコミュニケーションならびに会議を進行させるためのコーディネート能力が必要とされる。しかし、現行のリハ専門職の養成教育課程には、このような内容を履修する時間的な余裕はない。多職種連携が希望するための、教育からの取り組みが必要である。」

中村春基（2013）「在宅支援を基盤とした多職種連携の紹介」
JOURNAL OF CLINICA REHABILITATION Vol. 22, No. 5, 2013. 5. p474
一般社団法人日本作業療法士協会 会長 兵庫県立リハビリテーション中央病院

多職種連携への期待③

深浦順一（2013）一般社団法人日本言語聴覚士協会 会長

「医学的リハ、職業的リハ、教育的リハ、そして社会的リハは必然的に多職種連携を要求しており、連携が進むことがリハの発展に寄与するであろう。」

深浦順一（2013）「言語聴覚士業務の特徴と多職種連携、地域連携の重要性」
JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION Vol. 22, No. 5, 2013. 5. p475

多職種連携への期待④

落合美美子（2013）NPO法人日本リハビリテーション看護協会 理事長

「専門職各人の目標に向かった方向性が同一であることが重要である。特に各専門職の役割分担の明確化やリハ概念の共有をベースにした自己開示、自由闊達議論、メンバーであるという意識が大切になってくる。」

落合美美子（2013）「人生のエスコート」NPO法人日本リハビリテーション看護協会 理事長
JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION Vol. 22, No. 5, 2013. 5. p480

地域包括ケアにおけるリハビリテーションの課題と指摘

- ①介護支援専門医員や医師等の理解不足（中略）などの影響から、他の介護サービスが優先され、必要なリハビリテーションが提供されていない。
- ②医療分野と介護分野の生活期リハビリテーションとが一体的に提供されていない。
- ③通所リハについては、通所介護のサービス内容に大差がなく、計画的なリハが提供されていない。
- ④訪問リハについては、他の訪問系サービスとの連携が不十分で一体的なサービスが提供されていない。

厚生労働省老健局老人保健課 井上智貴(2012年10月)「地域包括ケアシステムについて」PTジャーナル46(10)pp876-877

リハビリスタッフのカンファレンスへの参加(率)と課題

(単位: %)		一般病床	回復期リハビリ
退院時カンファレンス参加者 【病院職員】	PT	86.7	95.5
	OT	68.9	94.5
	ST	61.5	80.9
	SW	76.3	93.6
専従ソーシャルワーカー配置 (全病棟に配置)		5.1	19.1

<リハビリテーション提供における課題(一部)>

- ✓ 入院中カンファレンスへのリハビリ専門職(病院職員・病院職員以外とも)の参加
- ✓ 入院中カンファレンスへのケアマネジャーの参加
- ✓ 退院時カンファレンスの開催
- ✓ 専従ソーシャルワーカーの不足

医療保険と介護保険における効率的・効果的リハビリテーション連携のための調査研究事業
(平成22年度老人保健健康増進等事業・社団法人 日本理学療法士協会)

在宅医療連携を担う「連携リーダー」像

1. 連携リーダーは地域包括ケアと医療連携拠点の視線が必要
2. 地域包括ケアからは地域を見る目
医療連携拠点からは人間を見る目
3. 制度は外からの枠であり、これに信頼性や効率性を与えてはじめて地域に生きたシステムになることを銘記する。
4. 連携リーダーは医師でなくてもよいが、それぞれの職能を生かした連携リーダーにならねばならない。
5. 医師は医療の中心である以上、連携リーダーの指導性や役割の大きいことは言うまでもない。

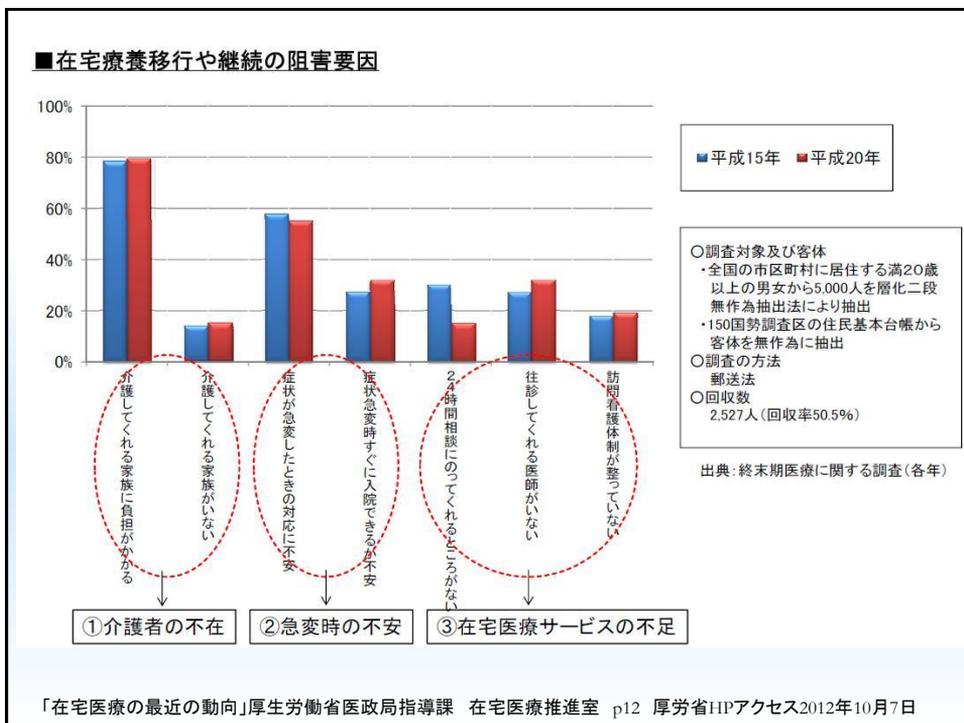
「在宅医療の本質と理想の在宅医リーダー」

医療法人社団萌気会 理事長 在宅医療推進会議 会長代行 理事長 黒岩卓夫 2012年10月

在宅を進めていく上での課題

- ① かかりつけ医の積極的な在宅医療への参加
- ② 24時間対応の在宅医療提供体制の支援体制の整備
- ③ 医療・看護と介護・福祉の連携
→ **多職種ケアカンファレンス等の
多職種連携システムの確立**
- ④ 住民に対する在宅医療の普及活動

「厚都道府県リーダー研修の目的と関係者の役割」 国立長寿医療研究センター 企画戦略室長 深田 修 2012年12月



ケアマネジャーから医療側への意見(一部)

医療・介護の連携推進のための意見交換会より

- ✓患者の高齢化に伴い、在宅に困難を要する患者も増え、**連携の強化が必要**であると思っています。
- ✓往診できる医療機関を知っておくとターミナル時も対応ができる。
- ✓今後在宅支援が増えてくると、**医師のCMの関係づくり**が必要。
- ✓**医師との面談は敷居が高く感じる**・・・永遠の課題と思うが・・・
- ✓ある病院では、医師へ介護認定結果やケアの留意点をお聞きしようと思っても、患者の受診時同席でない場合は、受付の看護師から断られる。
- ✓直接医師に面会を依頼しても時間が無いといわれることが有。
- ✓患者の退院に合わせて**カンファレンス**をしたいが**時間が無い**ので困難。
- ✓**ケアマネタイム**(医師とケアマネの情報交換の時間)を設けてほしい。1回/週でもよいので。

第1回～4回 1回/年 約120名(参加者) 主催: 大牟田市介護支援専門員連絡協議会

在宅移行におけるさまざまなバリア(一部)

病院側の抱えるバリア

- ✓在宅医療に対する知識不足
- ✓在宅移行の適当な基準・条件が不明確
- ✓退院支援システムが未確立
- ✓時間が無い(忙しい)



地域医療機関のバリア

- ✓職員のマンパワー不足
- ✓患者の情報共有が不十分
- ✓緩和医療の知識・技術不足
- ✓緊急入院先が確保できない

患者・家族側のバリア

- ✓病院に対する依存意識
- ✓在宅医療への関心の低さ
- ✓介護力(独居、高齢者世帯)
- ✓安心・安全の保証がない
- ✓経済力(自己負担)

制度のバリア

診療報酬・介護保険制度の限界

林 昇甫(2009)「本当に求められている地域医療連携とは」p105 緩和ケアVOL19. No2. 3月 ※左記文献に演者補足

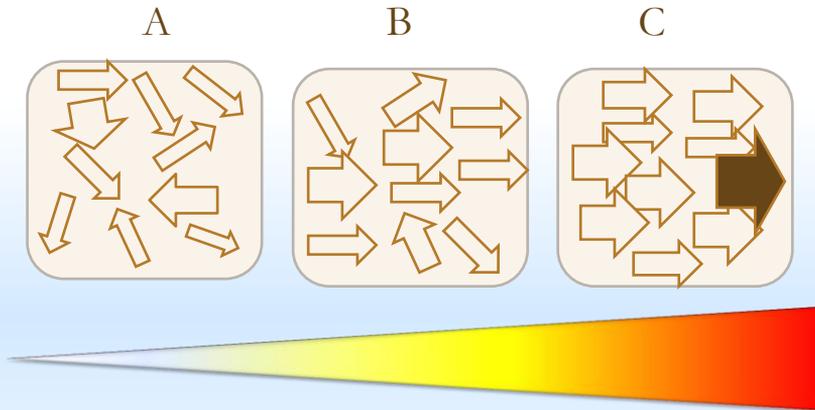
チーム・ビルディング

<チームの条件>

- ① チームの使命や目的があること
- ② メンバーが目的達成のために貢献する意欲をもっていること
- ③ メンバーの役割分担が明確であること
- ④ メンバー間に密接なコミュニケーションがあること

小川朝生・内富庸介(2010)「これだけは知っておきたいがん医療における心のケア」
財団法人医療研修推進財団 厚生労働省委託事業 2010年3月 p133

チームはみんなが同じ方向(目的や目標)を向くと強くなる



更に個人の成長がプラスすれば= チーム(組織)力UP

チームリーダーの条件 (私案:半田一登 2011)

- 1 専門的知識・技術が高い事
- 2 問題解決・改善能力が高い事
- 3 対人関係能力が優れている事
- 4 メンバーとの意思疎通能力が高い事
- 5 メンバーへの動機づけ能力が高い事
- 6 メンバーをまとめる能力が高い事
- 7 方針等がわかりやすく、ぶれないこと

(チームにはリーダーが必要な事を踏まえて・・・演者補足)

「チームにはマネージャーも必要で、組織的役割はある意味で現場責任者です。

この役割は、**医療ソーシャルワーカー(MSW)**か**作業療法士**が担うべきです。

(中略)組織の運営と外部との交渉は他の職種では困難です。」

多機関・多職種（ネットワーク型）チーム

チーム形成の困難な要素

- i 支援対象者の特殊性
- ii 多機関・多職種関与の課題
- iii 不確実なリーダーシップ
- iv コミュニケーション機会の制約

副田あけみ（2010）「チームワーク」総合リハビリテーション 38巻11号・2010年11月 p1053

資料11-2

チーム医療の目的に SWが特に貢献できることは青字の部分

- 近代の医療は専門分化が進む一方、患者の望む医療も多様化している
- 高度に進歩した専門的医療を患者の「生活」につなげることが重要である。
- これに対応するためには、高い専門性を持つメディカルスタッフが連携しつつ、適切に補完し合うことが不可欠である。
- 専門分化した医療を背景として、チーム医療の形態は多岐にわたっているのが実情である。
- 患者もチームの一員である。
- チーム医療では患者と各メディカルスタッフは情報を共有する。
- その結果、患者自身の最良の医療の選択が促進される。

2

厚生労働省チーム医療推進方策検討WG(2010年10月～) 初台リハビリテーション病院 MSW 取出涼子 提出資料

チーム医療のプロセスに SWが特に貢献できることは青字の部分

□ 方法

- ① ひとり一人、さまざまな背景をもつ患者から、治療に当たっての要望を十分に聞き取る
- ② 医科学の進歩：膨大な知識、臓器別治療技術の高度化と細分化をチームで補完する
- ③ 最新の情報を元に、標準的な療法、臨床試験、代替療法までを客観的に根拠(エビデンス)で患者に示す
- ④ 患者と共に、患者にとっての個別、かつ最良の治療方法を選択する
- ⑤ 治療自体を生活につなげていく
- ⑥ 家族のサポートやケアも忘れない

3

厚生労働省チーム医療推進方策検討WG(2010年10月～) 初台リハビリテーション病院 MSW 取出涼子 提出資料

チーム医療について・・・

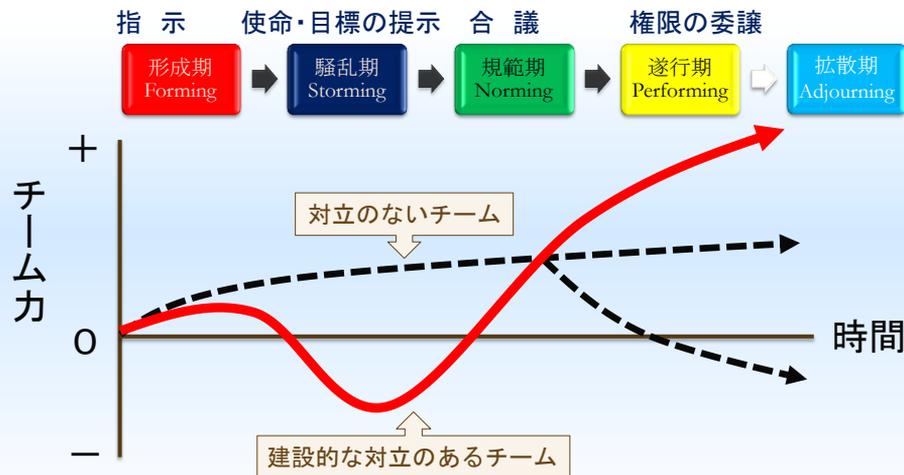
「**最初から理想的なチームは存在しない。**
チームは育て、そして立て直し続けていかななくてはならない。したがって、**チーム結成のスタートは、行き詰まりや失敗の連続である。**しかし、こうした行き詰まりや失敗について、メンバーがカンファレンスのなかで率直に話し合い、対策を検討することができれば、行き詰まりや失敗はチームが立ち直り、そして育つ糧となる。」

→目標や目的が、意思統一されているのが大事

小川朝生・内富庸介(2010)「これだけは知っておきたいがん医療における心のケア」
財団法人医療研修推進財団 厚生労働省委託事業 2010年3月 p.139

チームの変遷プロセス(タックマンモデル:1977)

- ✓ 葛藤がチームを強くする
- ✓ 立場が異なれば、意見も異なる(当たり前)



カンファレンスの定義

1. **支援の流れ**の中で、
2. 保健・医療・福祉の**専門家**が、
3. **それぞれの立場からアセスメント・支援計画**などを提示して、
4. それぞれの役割分担について**チームの合意**をえるための会議である。

福山和女 (2010) 『カンファレンス・協働—保健・医療・福祉の専門家のために—』 p3, 衛FK研究グループ

カンファレンスの意義と目的



- ✓ より良い支援体制の構築
→ 要因・原因を明らかにする。
- ✓ 他職種・他施設の連携と協力を深める
→ 専門家の機能や役割を知る機会
- ✓ 組織・地域・制度で埋もれている課題を
発掘する。→ 現状での限界を知る
- ✓ 社会資源を創造する。
- ✓ 職員の教育・研修の機会となる。

新・社会福祉士養成講座8『相談援助の理論と方法Ⅱ 第2版』
2010年 中央法規 p207-208を参考に作成

専門家は視点が異なる。意見が違ってあたりま
え。
情報共有をして、目標の意思統一を図る

複眼的視点の例①

活きのよい魚が皿の上に乗っています・・・



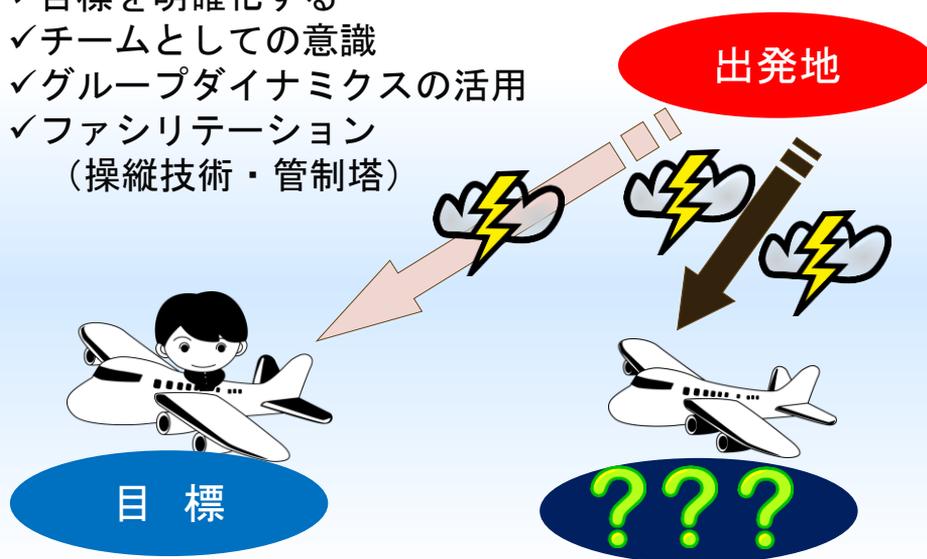
複眼的視点の例②

老夫婦がお互いに向き合っています・・・



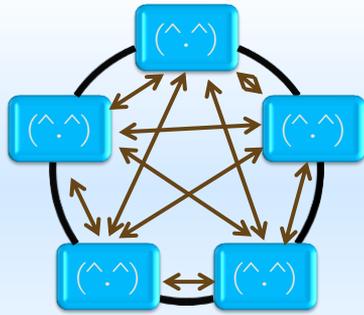
効果的なカンファレンスに必要なこと

- ✓目標を明確化する
- ✓チームとしての意識
- ✓グループダイナミクスの活用
- ✓ファシリテーション
(操縦技術・管制塔)

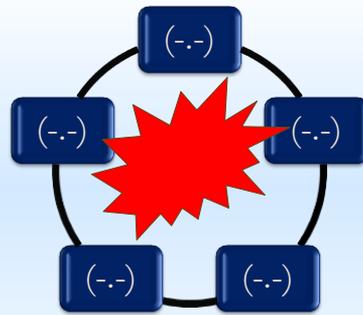


目標達成に向けたグループダイナミクスの働き

- ✓ 情報共有が進み、相互作用が活性化する
- ✓ 肯定的で建設的な意見交換
- ✓ 協調的で問題解決的な雰囲気が出てくる



強い関係
協調的な関係



弱い関係
競争的な関係

参考資料：相談支援センター相談員指導者研修会（ファシリテーションスキル）「グループダイナミクスとファシリテーション」
2011年 群馬県立がんセンター 精神腫瘍科・総合相談支援センター 大庭 章

「顔の見える関係」とは何か？

対象・方法 地域の医療福祉従事者207名の質問紙調査、5名のインタビュー調査
因子分析・相関分析、Consistent comparison analyses
結果 量的研究 「顔の見える関係がある」との相関

地域でがん患者に関わっている人たちについて・・・

具体的に誰がどのような仕事をしているかだいたい分かる
顔を思い浮かべられる
性格、つきあい方が分かる
名前と顔、考え方が分かる
施設の理念や事情が分かる
自分以外の職種の動き方が実感を持って分かる

森田達也，他 Palliat Care Research 2011

退院前カンファレンス（退院時共同指導2）

合同カンファレンスシート (患者ID:)		入院日: 2009 年 7 月 31 日	
ふりがな	〇〇〇〇 〇〇〇〇	性別	男性
氏名	〇〇 〇〇 様	生年月日	1968年3月21日
年齢	41		
住所	〇〇市〇〇町		
主治医	徳武一郎 先生・松下 友 先生 / 耳鼻科 / 入院科棟 (東3階)		
診察名 (連帯名のみ)	カンファレンス目的 一 今後の生活目標		
主1	舌癌術後	ご本人の希望も踏まえ、自宅退院 (在宅医療導入)	
主2	再発不妊性貧血 (25歳時骨髄移植)	+介護サービス導入) での退院支援を行っています。	
主3	左頸部リンパ節再発	退院は8月14日 (金) を予定しています。ご本人 (ご家族) と	
主4		医療・福祉関係者間による連携も有る。ご意思を踏まえ、安心・安全に退院して頂くようには医療機関と連携	
カンファレンス参加者 (施設名) 合計	5 人	議題	
議題	1. 参加者紹介 2. 現在の病状やケア状況についての確認 3. 受け入れ体制の確認 (医師、看護師、ケアマネ) 4. 緊急時の確認 (夜間対応など) 5. まとめ (退院日時の確認/準備するもの/他)		
確認事項	退院前カンファレンス (ふじさわ脳神経外科クリニック)、家庭医 (西尾、藤本)、米田看護師 (訪問看護ステーションなすび)、小森さん (ペナドリンタム会社)、松下医師 (当院主治医)、江川部長、MSW宅備		
介護	電動ベッド→8月14日 (退院当日) 13:00に納品。介護保険認定結果待ち。ボーラプトレイン移動必要。		
その他	自宅には、車、両親がいる (本人一人になる時は基本的になし)。連絡が看護師であり、家族のサポートも行う。患者は自宅トイレに行きたい希望あり。退院は、8月14日 (金) 14:00に当院を出発する。自宅退院時の搬送は、当院の緊急車で23:00。退院当日は、藤田先生と米田氏が12:00頃に来院して、輸液とボートの確認を行う。		
<input checked="" type="checkbox"/> 退院前カンファレンス <input checked="" type="checkbox"/> 在宅医療推進医の参加 <input type="checkbox"/> 在宅医療支援の専門職者以上の参加 <input type="checkbox"/> 在宅医療推進医 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他 ()			

「合同カンファレンスシート」は電子カルテへ保存。記載は直接カルテ記載し保存ができる。

※下記はがんターミナルケアカンファレンスの実際



その他、地域連携の評価(一部)

項目	平成24年	備考
地域連携診療計画管理料	900点	計画管理病院
地域連携診療計画 退院時指導料	600点	紹介先の医療機関
がん治療連携計画策定料	750点	がんの治療目的の初回入院のみ
がん治療連携指導料	300点	連携先の医療機関 1回/月
開放病院共同指導料 I (在宅医療を担う医療機関)	350点	患者1人1日につき1回算定
開放病院共同指導料 II (入院中の医療機関)	220点	患者1人1日につき1回算定
退院時 リハビリテーション指導料	300点	自宅退院時1回 リハスタッフ、看護師、 社会福祉士等でも可

退院支援(地域連携)に関する診療報酬上の評価(一部)
 ※2012年診療報酬改定

加算項目	保険点数	備考
退院調整加算1 (一般病床ほか)	340点 (14日以内退院) 150点 (15日以上30日以内) 50点 (31日以上)	退院困難スク リーニング実施 7日以内に退院支 援計画書作成
退院調整加算2 (療養病床ほか)	800点 (30日以内) 600点 (31日以上90日以内) 400点 (91日以上120日以内) 200点 (121日以上)	
介護支援連携指導料	300点	入院中2回 ケアマネと連携

退院支援に関する評価

退院時共同指導料

名 称	診療報酬	条 件
退院時共同指導料1 (在宅を担う医療機関)	1000点	在宅療養支援診療所 末期がんの場合2回可
	600点	上記以外
退院時共同指導料2 (入院中の医療機関)	300点 (+300点※1)	入院中の医療機関 末期がんの場合2回可
	+2000点	3職種以上の参加 ※2

※1 在宅医療を担う医師が参加した場合 +300点

※2 在宅医師、看護師、保険薬剤師、訪問ST看護師、ケアマネ、他

平成24年度介護報酬改定（医療と介護の評価一部）

項目	平成24年度	備考
入院時情報連携加算	200単位（訪問） 100単位（訪問以）	1回/月
退院・退所加算	300単位	3回/入院・入所期間
小規模多機能型 居宅加算	300単位	
緊急時等居宅 カンファレンス加算	200単位	2回/月 居宅カンファレンス

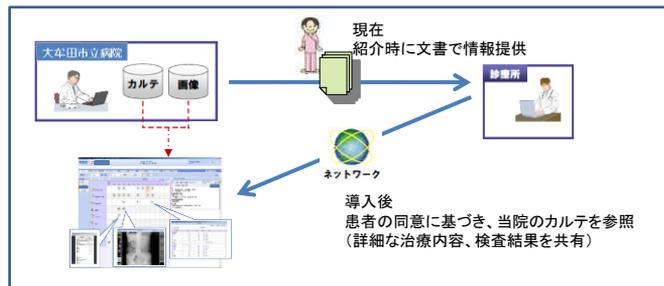
大牟田市立病院地域医療連携システム(H24年10月22日～)の概要

患者の同意のうえ、当院が保有する電子カルテ情報を連携医療機関へ参照可能とする。

利用までの流れ

- ①参照を希望される医療機関は、当院へ利用申請を行う(随時)10日～2週間必要
- ②利用者登録設定(ネットワーク接続アクセス権、ソフトウェア利用権限)
- ③紹介時に患者へ本システムの説明を行い、同意を得る
- ④同意を得た患者の連携医療機関へのカルテ参照設定
- ⑤連携医療機関での利用開始

【イメージ図】



操作概要

導入設定は、マニュアル参照により比較的簡単に設定できます。当院から、設定に何うすることも可能です。

- ①ネットワークに接続 (ID・パスワード入力。2回目以降は省略可)
- ②設定時に作成されたデスクトップ上のショートカットをよりシステム起動
- ③システムログイン (ID・パスワード入力。)
- ④貴院にて参照可能な患者さんが一覧表示。該当患者をクリック

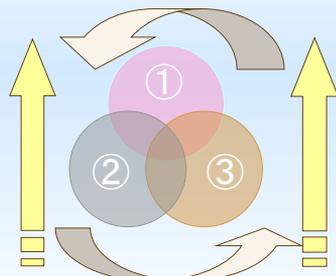
※接続中は、インターネット、メール送受信はできません。

カルテ参照画面

PAGE:2

よりよい地域医療介護連携の実現を目指すために・・・

- ✓ 対象者（地域）の問題・課題を共有する
- ✓ 良いチームをつくる（意識を持つ）
- ✓ 質の高いカンファレンスを行う（構成要素の理解）



正のスパイラル

①チーム（支援者）よし

②患者・家族よし

③地域よし

近江商人の思想・行動哲学

三方よし「売り手よし、買い手よし、世間よし」