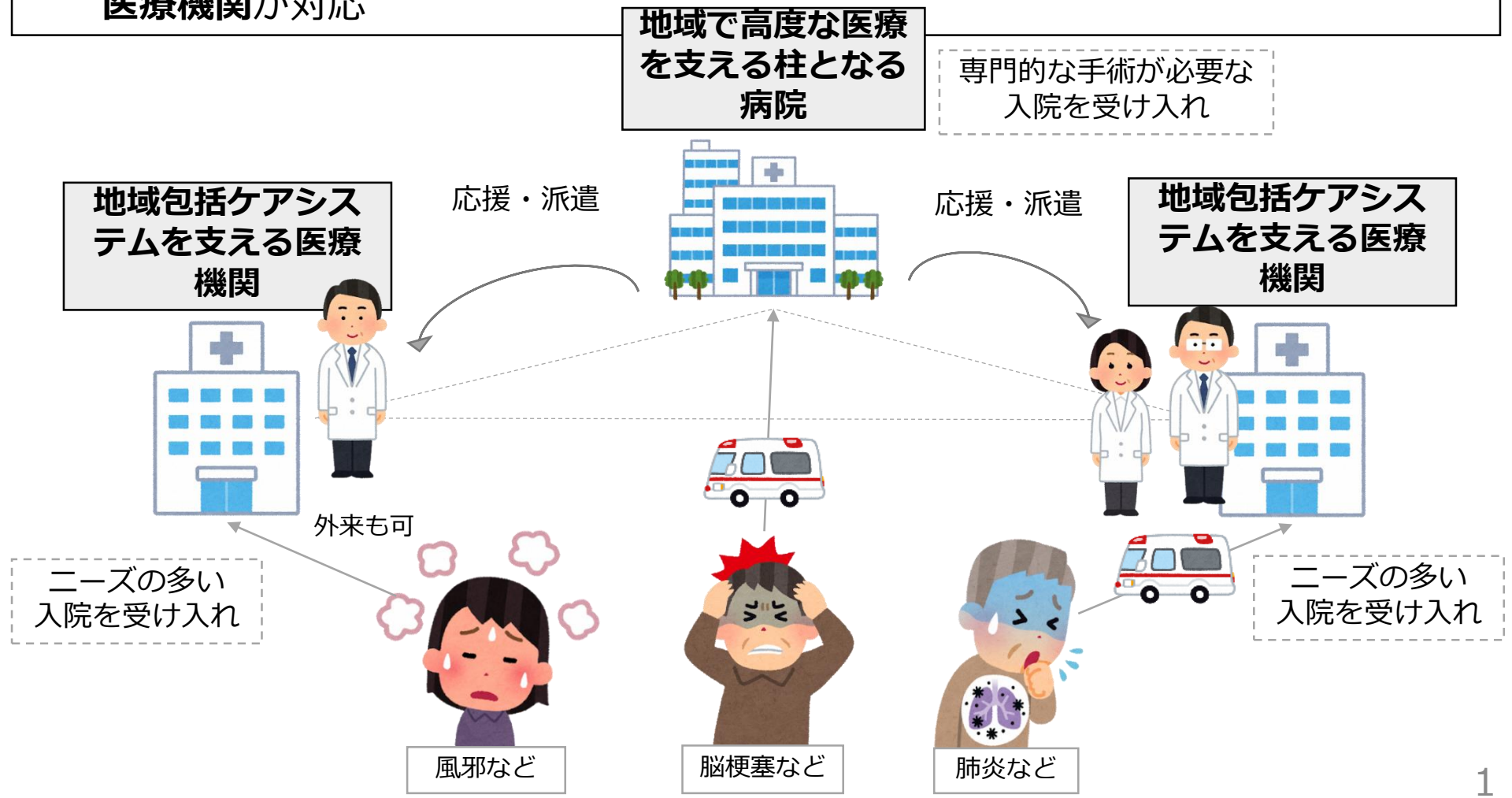
地域包括ケアシステムを支えるための医療機関の機能分化と連携強化の方向性（グランドデザインPart２）について

令和５年１月
新潟県福祉保健部

グランドデザインが目指す大枠の方向性

○ **「地域で高度な医療を支える柱となる病院」**の体制が強化され、**専門的な手術や救急で入院**が必要になった時に、構想区域内で質の高い医療を提供

○ **ニーズの多い入院**（後期高齢者等）については、**地域包括ケアシステムを支える医療機関**が対応

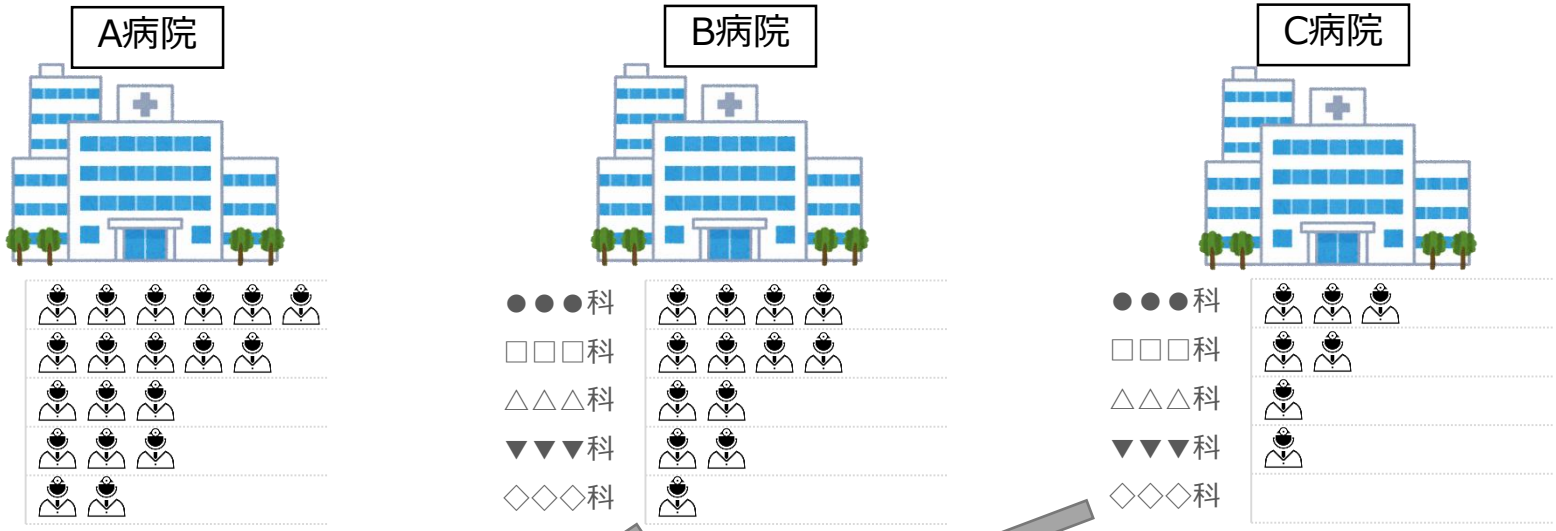


地域医療構想の必要性を踏まえた整理

○　圏域ごとに特定の病院に**医師等を集約**し、**「手術」や「救急」に確実に対応**

○　それ以外の病院では、**役割を見直す**

これまでの体制



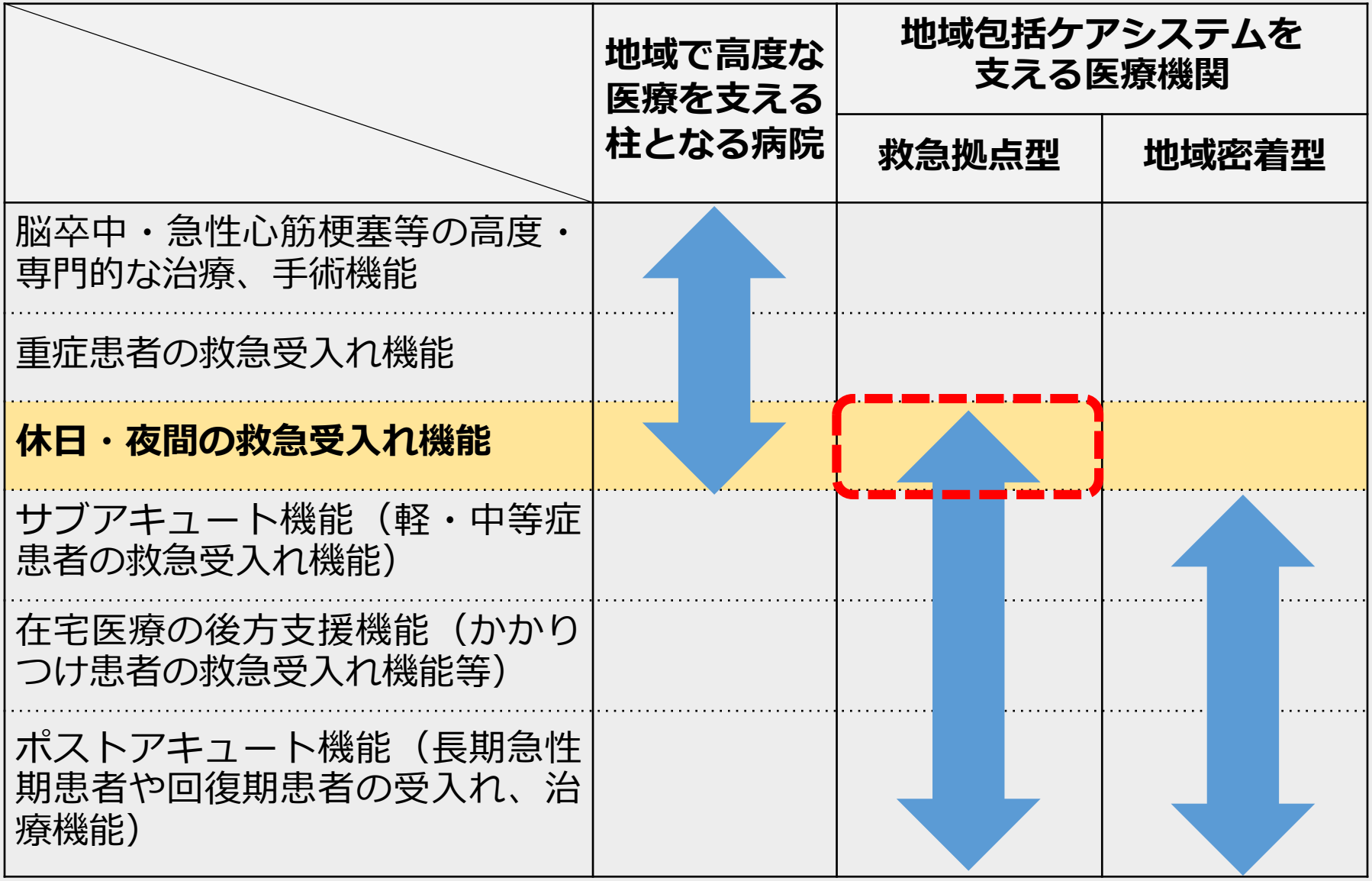
「手術」や「救急」に確実に対応するため体制強化が必要ではないか？

増加する後期高齢者の入院ニーズを担うなど、役割の見直しが必要ではないか？

将来の体制

＜各病院の役割の基本的なイメージ＞

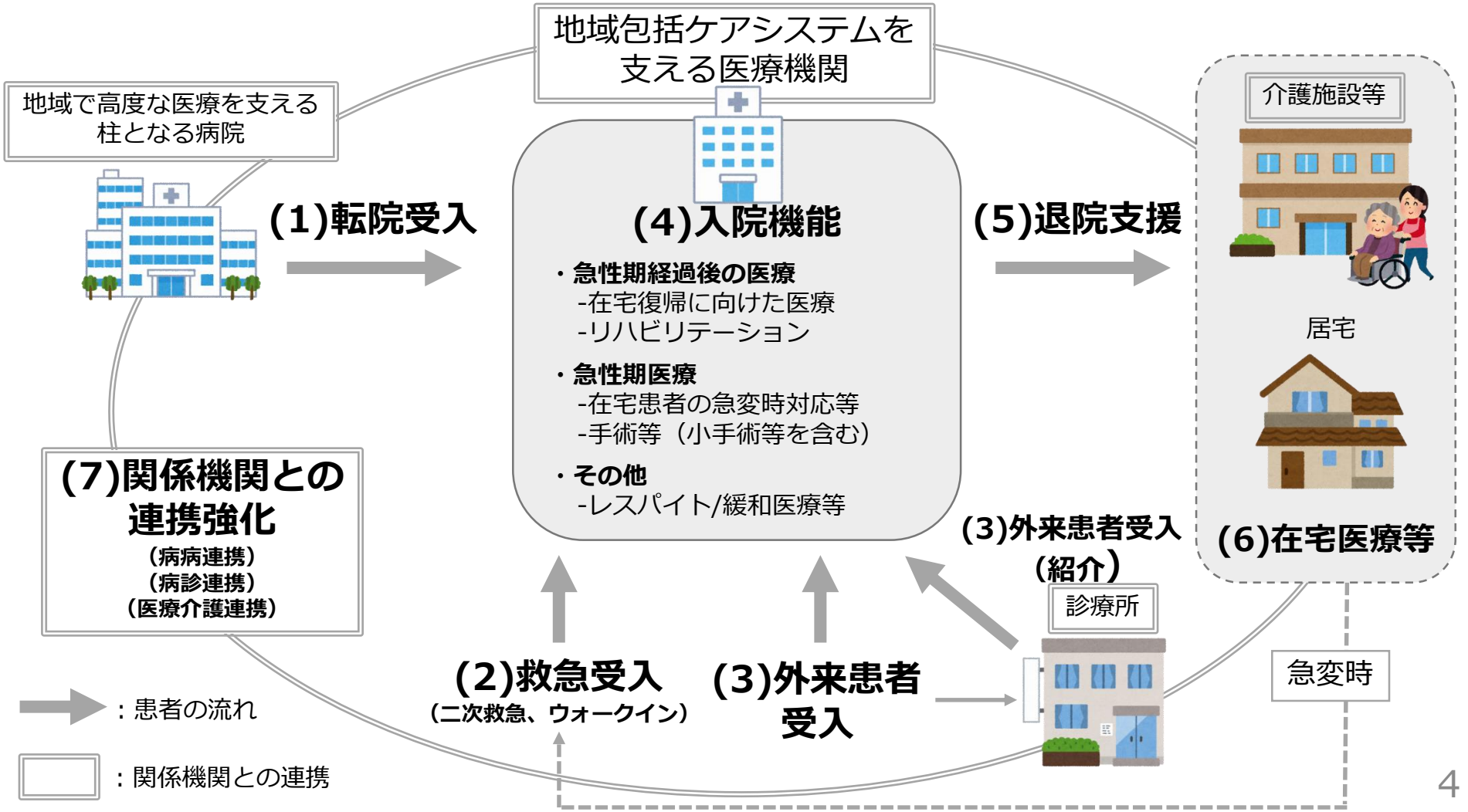
一部改変



※　上記以外の機能の役割分担については、別途検討する必要がある。

「地域包括ケアシステムを支える医療機関」のあり方に係る主な観点

○　「地域包括ケアシステムを支える医療機関」のあり方について、(1)転院受入、(2)救急受入、(3)外来（紹介）患者受入、(4)入院機能、(5)退院支援、(6)在宅医療等及び(7)関係機関との連携強化等の観点から明確化していく。



グランドデザインPart２の議論のための知見収集等について

○　先進地域（県内外）のヒアリング内容や公開データを用いた分析結果、書籍等を参考にした。

＜ヒアリング＞

●県内外の先進的な回復期医療を提供している医療施設等を対象に実施。（県外は熊本県等）

＜データ分析＞

●病床機能報告、DPC公開データを用いて、課題等を分析。

⇒人口規模が類似した政令市を有し、病院の機能分化や連携の取組が進んでいる熊本県と比較し、課題等を分析

※留意点

本県と熊本県では、以下のような違いもあることを踏まえつつ、機能分化や連携強化を進める余地が十分あることを示すものであり、新潟県における医療提供体制改革の相対的な優位性等があれば積極的に発信していく。

	新潟県	熊本県
医師偏在指標（2020）	172.7（47位）	255.5（14位）
１人当たり年齢調整後入院医療費（2020）	113,284円（１位）	173,802円（42位）
平均寿命（2020）	男81.29／女87.57	男81.91／女88.22
健康寿命（2019）	男72.61／女75.68	男72.24／女75.59

グランドデザインPart２の議論のための知見収集等について

＜文献＞

- 回復期医療（誤嚥性肺炎、慢性心不全治療等）に関する書籍等
- 回復期医療に関する団体等の発表資料等

（※詳細は別掲のとおり）

グランドデザインを実現するためのポイント

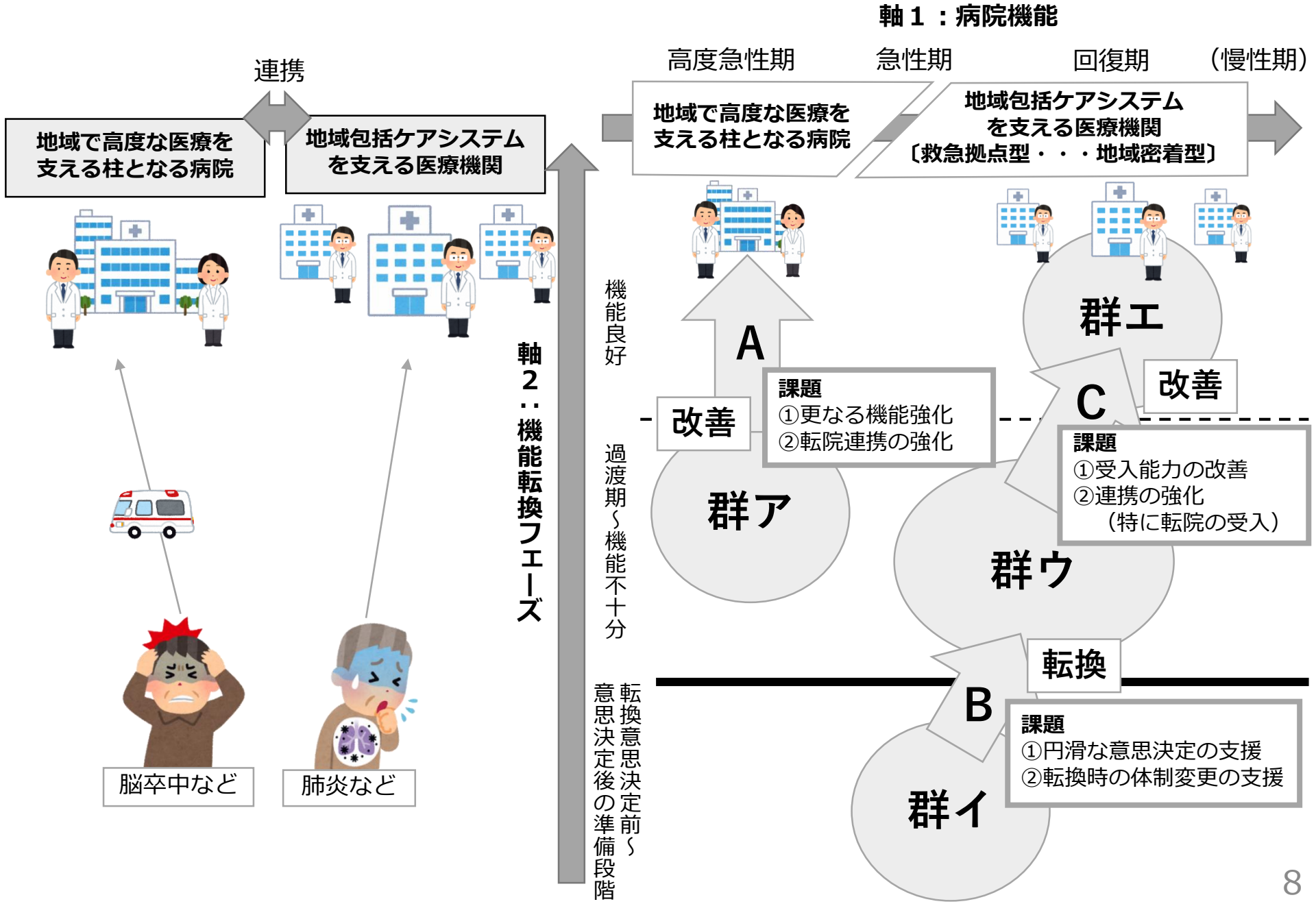
地域で高度な医療を支える柱となる病院

- ○　救急の幅広・大量・迅速な受け入れ
- ○　高度医療の24時間365日の提供
- ○　スムーズな転院の連携

地域包括ケアシステムを支える医療機関

- ○　連携としての転院の受け入れ
  ＋地域からサブアキュートの受け入れ
- ○　多疾患高齢者への適切な医療ケアの提供
- ○　スムーズな在宅、介護等との連携

グランドデザインPart２の全体像と実現する上での課題



どのような軸で問題をとらえるか？

軸１：病院機能

- 地域で高度な医療を支える柱となる病院　　地域包括ケアシステムを支える医療機関
- 高度急性期　　急性期　　回復期
- （※公立・公的、民間ごとにも分類）
- （※機能不十分、機能良好ごとにも分類）

軸２：機能転換フェーズ

- 転換意思決定前、意思決定、意思決定後の準備段階、実行、過渡期、機能不十分、機能良好

軸３：患者の流れ

- 転院時連携、入院、退院時連携

軸４：経営資源

- ヒト（組織、医師、看護師、その他コメディカル）／モノ／カネ／情報

軸５：対応方法（抽象⇔具体）

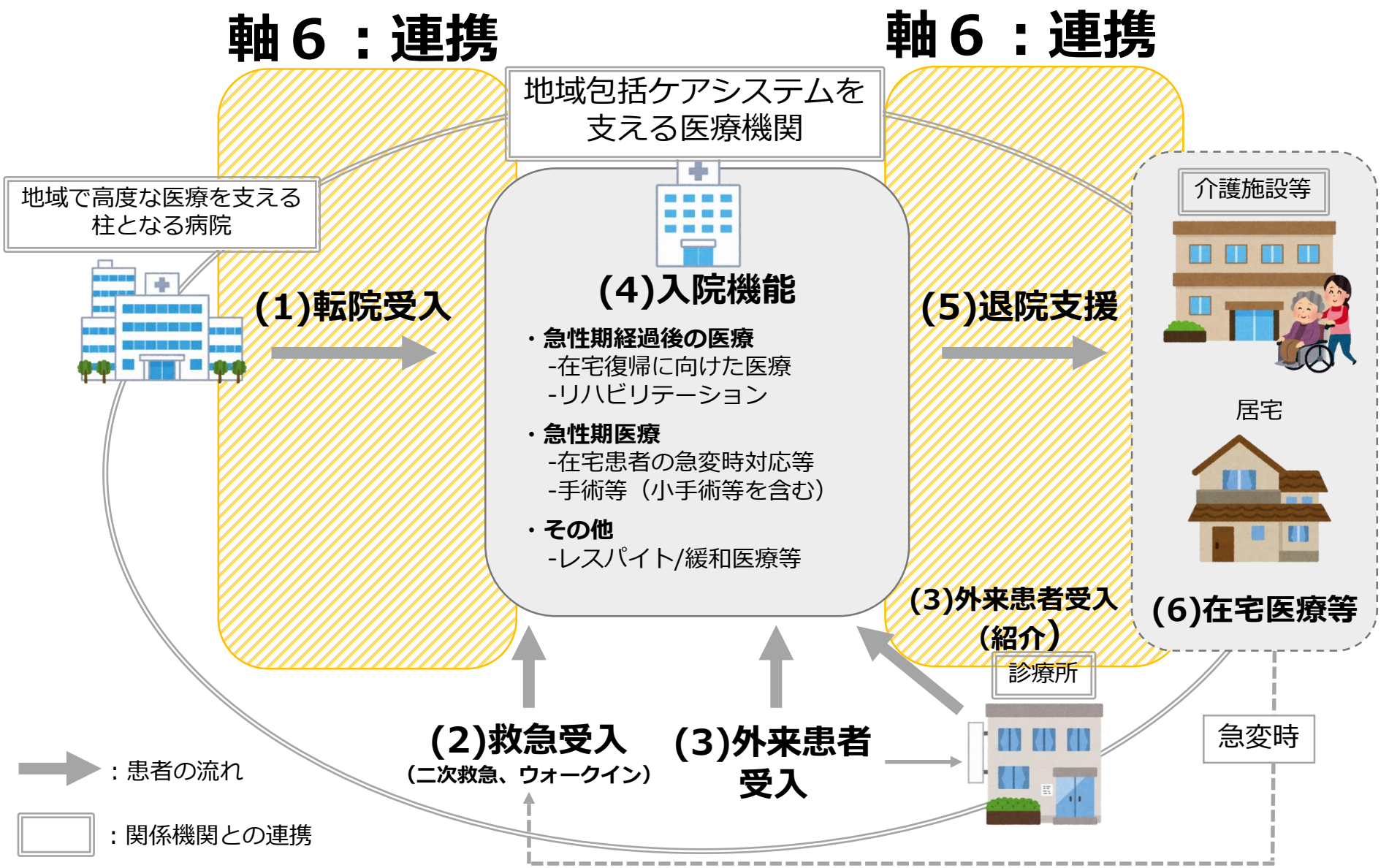
- グランドデザイン、ガイドライン、制度設計、複合モデル事業、単一モデル事業、マニュアル、研修

軸６：連携

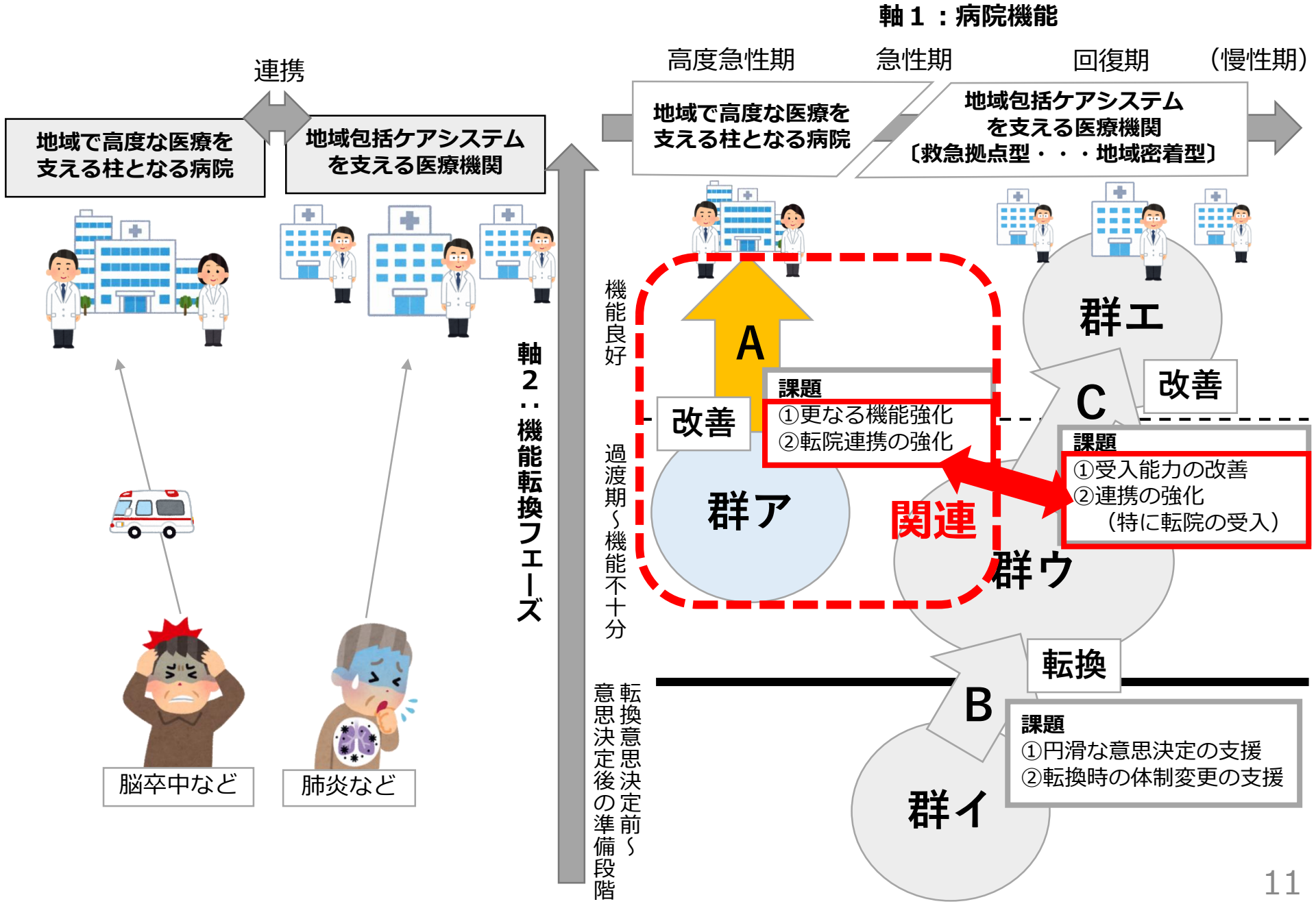
軸７：検討から実行の段階

- 課題抽出ー原因分析ー意思決定ー実行

主な連携の場面


軸６：連携
軸６：連携
地域包括ケアシステムを支える医療機関
地域で高度な医療を支える柱となる病院
(1)転院受入
(4)入院機能
・急性期経過後の医療
-在宅復帰に向けた医療
-リハビリテーション
・急性期医療
-在宅患者の急変時対応等
-手術等（小手術等を含む）
・その他
-レスパイト/緩和医療等
(5)退院支援
介護施設等
居宅
(6)在宅医療等
(3)外来患者受入（紹介）
診療所
(2)救急受入
（二次救急、ウォークイン）
(3)外来患者受入
急変時
：患者の流れ
：関係機関との連携

改善場面Ａ


軸１：病院機能
高度急性期
急性期
回復期
（慢性期）
連携
地域で高度な医療を支える柱となる病院
地域包括ケアシステムを支える医療機関
地域で高度な医療を支える柱となる病院
地域包括ケアシステムを支える医療機関〔救急拠点型・・・地域密着型〕
軸２：機能転換フェーズ
機能良好
過渡期～機能不十分
転換意思決定前～意思決定後の準備段階
A
改善
課題
①更なる機能強化
②転院連携の強化
群ア
関連
群エ
C
改善
課題
①受入能力の改善
②連携の強化
（特に転院の受入）
群ウ
転換
B
課題
①円滑な意思決定の支援
②転換時の体制変更の支援
群イ
脳卒中など
肺炎など

改善場面Aの課題

①　更なる機能強化（≒集約・高度化）

●高い目標設定（救急受入等の拡大／高度医療の拡大）

②　転院連携の強化

●様々なボトルネックを同定し、克服することが必要

- 特に、意識改革が重要（患者を取るために、患者を出す、他地域の回復期病院にも患者を出す等）

柱となる病院の転院連携のボトルネック・ポイント

（１）院内関係者の理解・周知

早期に他の病院に患者を任せられることを、Dr、師長、担当Nsが理解している

（２）院内連携

地域連携室MSWやNsが病棟多職種とスムーズに連携できている（手間が最小限）

（３）患者説明・同意がスムーズ

入院前の外来や入院初期段階で患者、家族の意向確認、説明・同意がとれる

（４）早期情報収集・転院先との連携

家族、ケアマネなどから情報を入手し、共有できる

転院先の得意領域を把握している

（５）頻度、タイミング、数

地域で高度な医療を支える柱となる病院（改善場面A）

＜現状＞

- **<u>高度医療の密度が低い</u>**
  （７対１基本料で比較すると、新潟県は熊本県と比べ、在院日数が長く、病床利用率が低く、１床あたり手術数も少ない。一方で、10対1基本料を算定している病院では、カバー率が高く、救急医療係数が高い傾向にあり、7対1の機能の低さとあいまって、機能分化の未熟さを反映している可能性がある。）

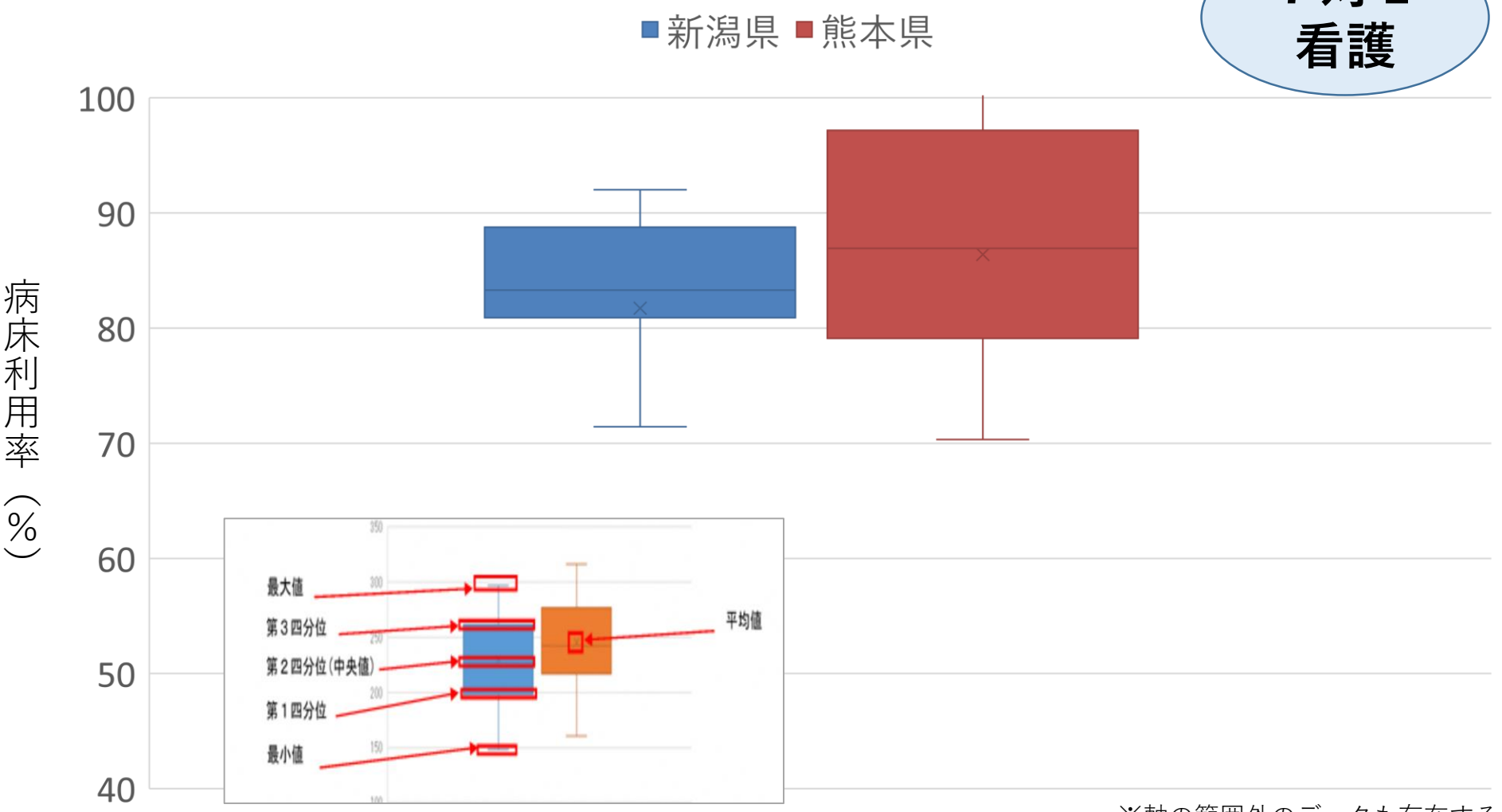
- **<u>他の病院との連携が不足している</u>**
  （転院が少なく連携が進んでいない。）

➡ この２点は関連しており、**連携が進まない**ため、**高度医療の密度が低く**なっている可能性がある。

急性期一般入院料１（７対１看護）の**病床利用率**の分布

○　新潟県は熊本県に比べ**病床利用率が低い。**

７対１看護

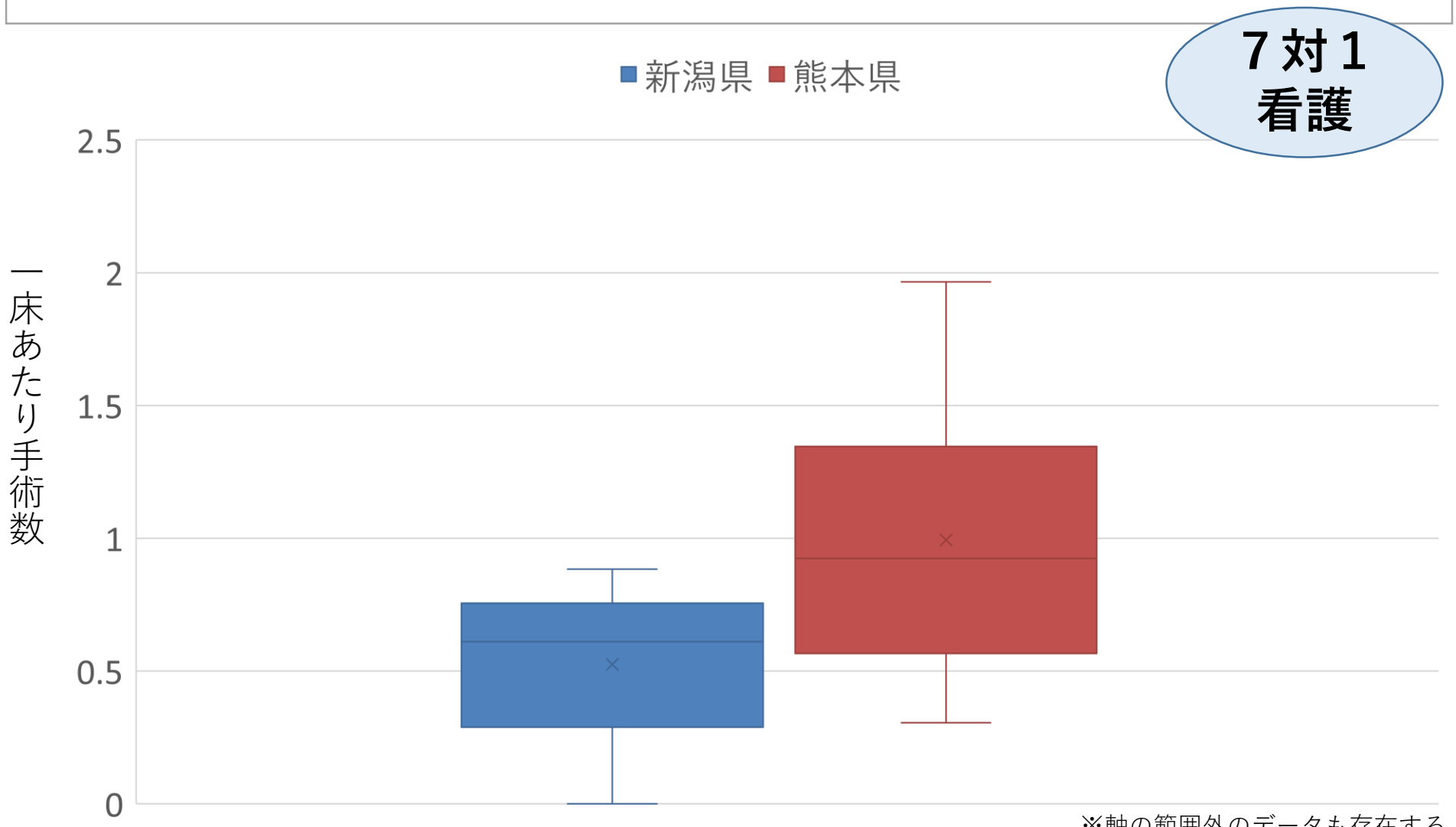


※軸の範囲外のデータも存在する

資料：令和元年病床機能報告

急性期一般入院料１（７対１看護）の**１床あたり手術数**の分布

○　新潟県は熊本県に比べ**１床あたり手術数が少ない。**

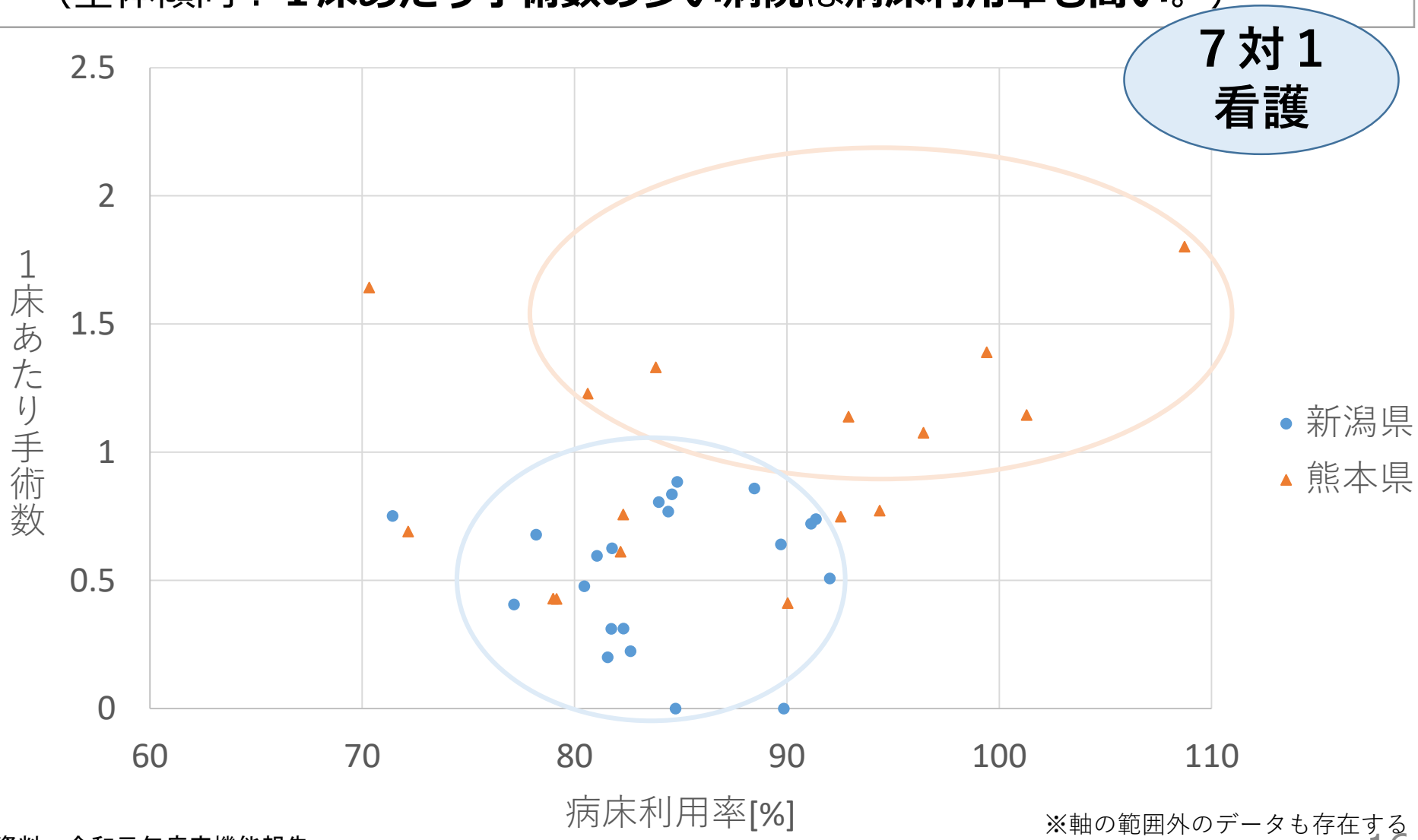


※軸の範囲外のデータも存在する

資料：令和元年病床機能報告

急性期一般入院料１（７対１看護）の**病床利用率**と**１床あたり手術数**

○　新潟県は熊本県に比べ**１床あたり手術数も病床利用率も低い。**
（全体傾向：**１床あたり手術数の多い病院**は**病床利用率も高い。**）

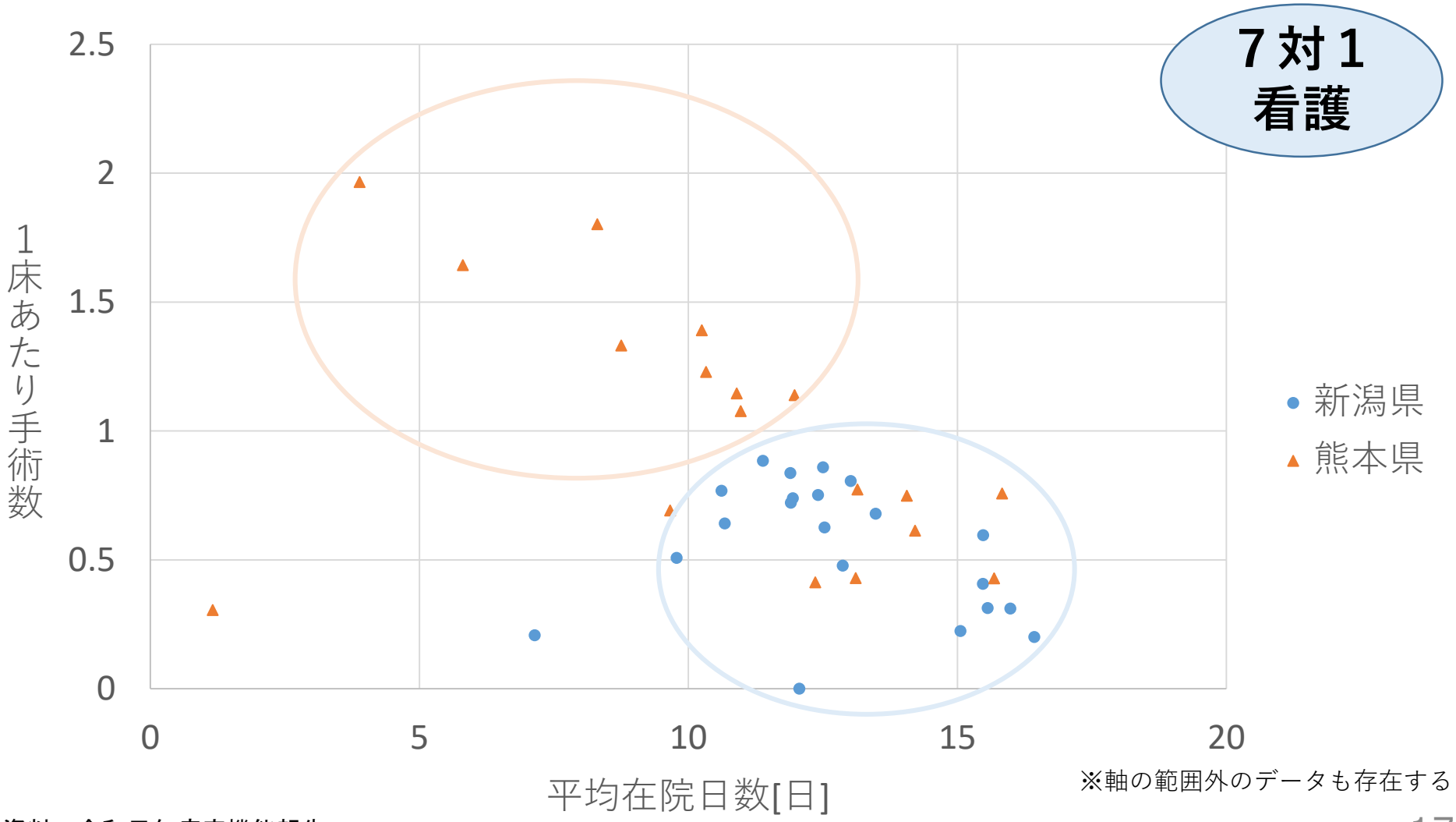


※軸の範囲外のデータも存在する

資料：令和元年病床機能報告

急性期一般入院料１（７対１看護）の**平均在院日数**と**１床あたり手術数**

○　新潟県は熊本県に比べ**平均在院日数が長く、１床あたり手術数が少ない。**
（全体傾向：**１床あたり手術数の多い病院**は**平均在院日数も短い。**）

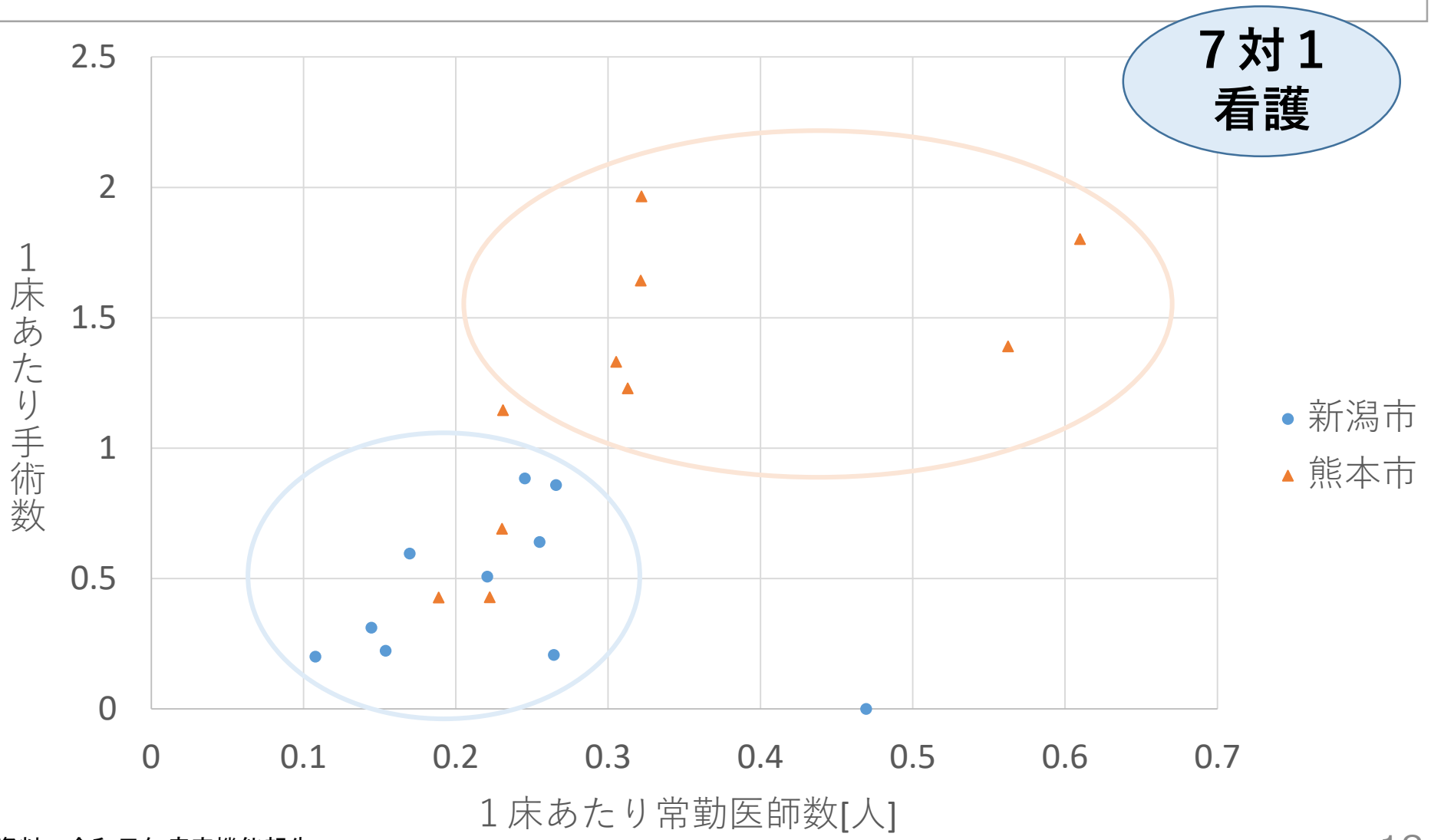


※軸の範囲外のデータも存在する

資料：令和元年病床機能報告

急性期一般入院料１（７対１看護）の**１床あたりの手術数**と**常勤医師数**

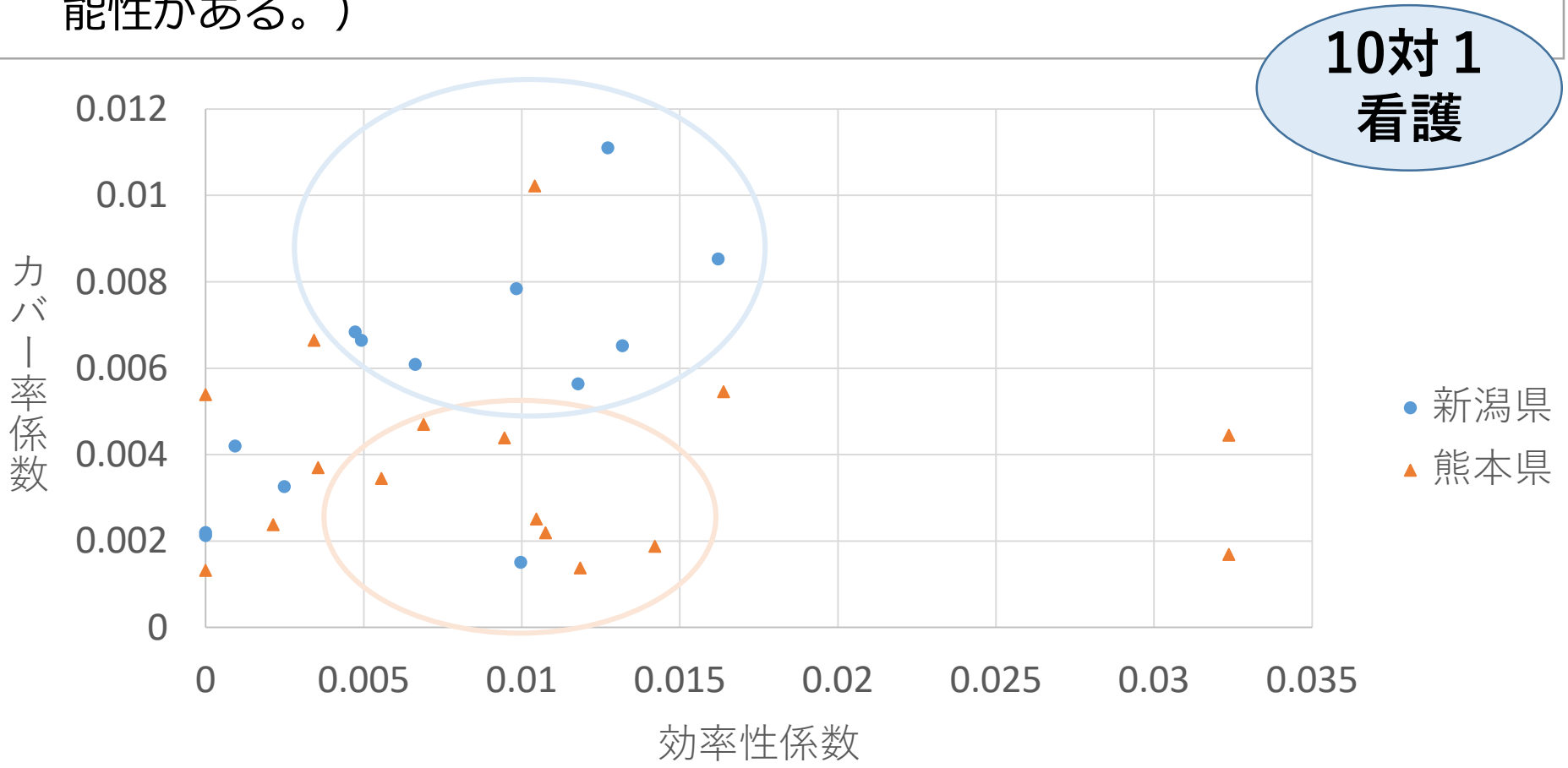
○　新潟市は熊本市に比べ集約化が進んでいない。



資料：令和元年病床機能報告

急性期一般入院料２～７算定病院（10対１看護）の
DPC**効率性係数**と**カバー率係数**

○　新潟県は熊本県に比べて、10対1における**カバー率が高い**傾向にある。（7対1の機能の低さとあいまって、機能分化の未熟さを反映している可能性がある。）

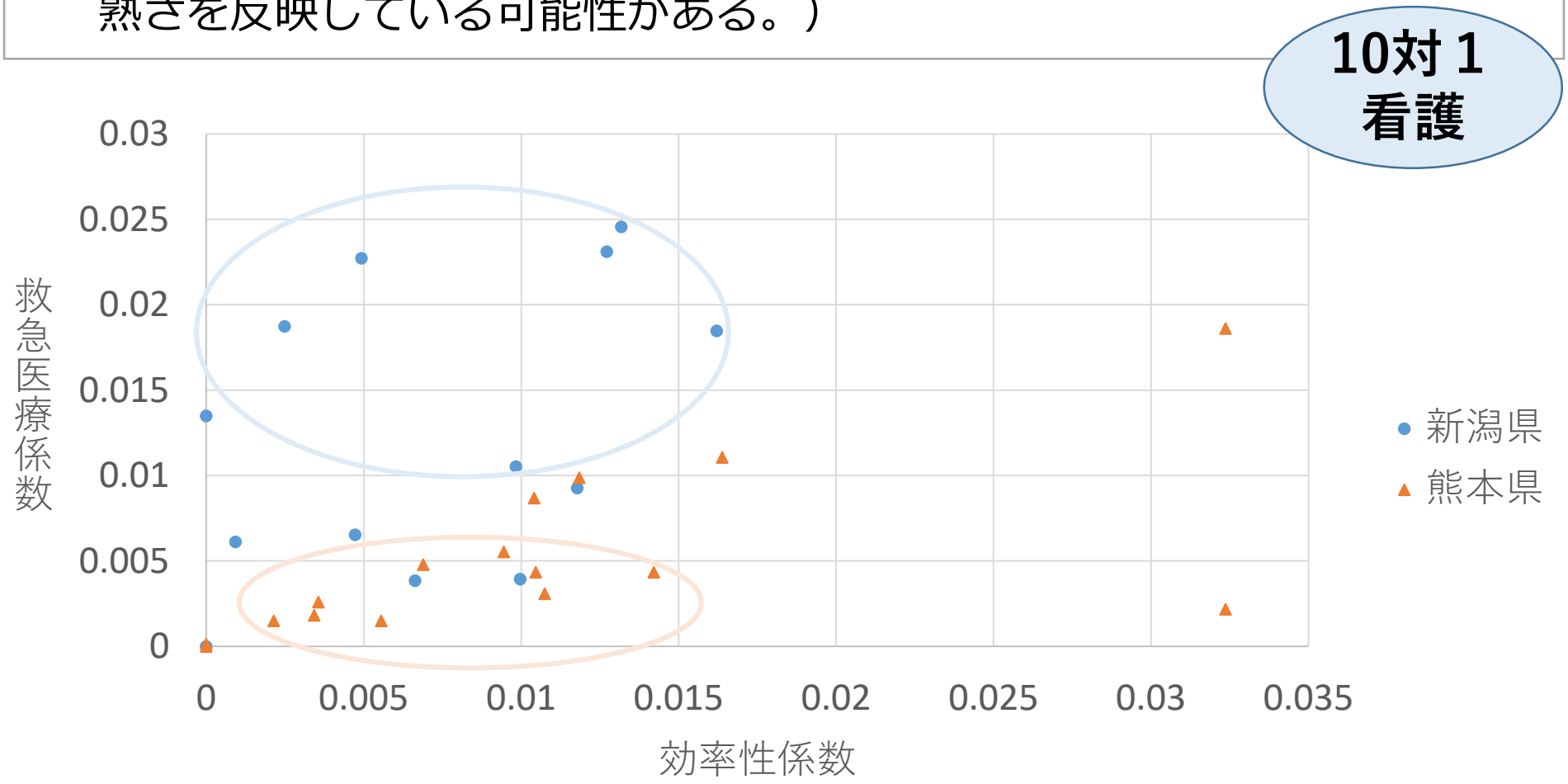


※カバー率係数⇒様々な疾患に対応できる総合的な体制の評価
※効率性係数⇒各医療機関における在院日数短縮の努力の評価

資料：令和元年病床機能報告、2019年DPC機能評価係数IIの内訳

急性期一般入院料２～７算定病院（10対１看護）の
DPC**効率性係数**と**救急医療係数**

○　新潟県は熊本県に比べて、10対1における**救急医療への医療資源の投入量が多い**傾向にある。（7対1の機能の低さとあいまって、機能分化の未熟さを反映している可能性がある。）



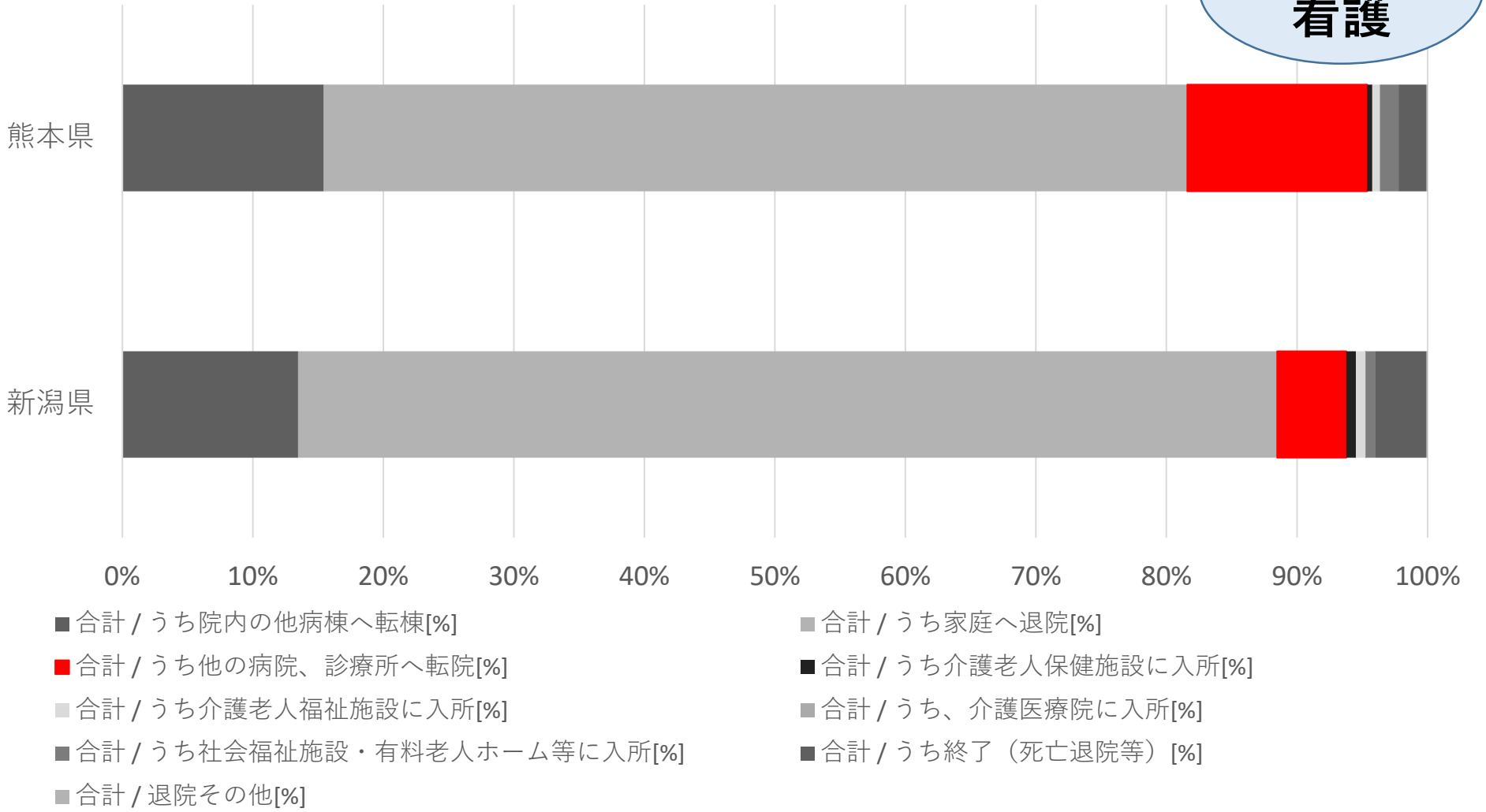
※救急医療係数⇒救急医療の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価

資料：令和元年病床機能報告、2019年DPC機能評価係数IIの内訳

急性期一般入院料１（７対１看護）の**退院経路**

○　新潟県は熊本県に比べ**退院経路のうち転院の割合が少ない。**
（転院連携が進んでいないことが示唆される。）

７対１看護



資料：令和元年病床機能報告

再掲

地域で高度な医療を支える柱となる病院（改善場面A）

＜現状＞

- **<u>高度医療の密度が低い</u>**
  （７対１基本料で比較すると、新潟県は熊本県と比べ、在院日数が長く、病床利用率が低く、１床あたり手術数も少ない。一方で、10対1基本料を算定している病院では、カバー率が高く、救急医療係数が高い傾向にあり、7対1の機能の低さとあいまって、機能分化の未熟さを反映している可能性がある。）

- **<u>他の病院との連携が不足している</u>**
  （転院が少なく連携が進んでいない。）

➡ この２点は関連しており、**連携が進まない**ため、**高度医療の密度が低く**なっている可能性がある。

改善場面Aの課題

再掲

① 更なる機能強化（≒集約・高度化）

●高い目標設定（救急受入等の拡大／高度医療の拡大）

② 転院連携の強化

●様々なボトルネックを同定し、克服することが必要

- 特に、意識改革が重要（患者を取るために、患者を出す、他地域の回復期病院にも患者を出す等）

柱となる病院の転院連携のボトルネック・ポイント

（１）院内関係者の理解・周知

早期に他の病院に患者を任せられることを、Dr、師長、担当Nsが理解している

（２）院内連携

地域連携室MSWやNsが病棟多職種とスムーズに連携できている（手間が最小限）

（３）患者説明・同意がスムーズ

入院前の外来や入院初期段階で患者、家族の意向確認、説明・同意がとれる

（４）早期情報収集・転院先との連携

家族、ケアマネなどから情報を入手し、共有できる

転院先の得意領域を把握している

（５）頻度、タイミング、数

グランドデザインPart２の全体像と実現する上での課題

再掲

軸１：病院機能

高度急性期　急性期　回復期　（慢性期）

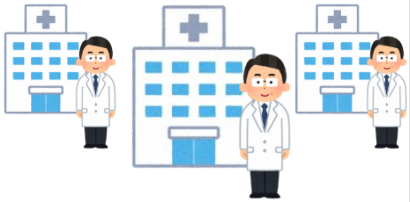
連携

地域で高度な医療を支える柱となる病院

地域包括ケアシステムを支える医療機関

地域で高度な医療を支える柱となる病院

地域包括ケアシステムを支える医療機関〔救急拠点型・・・地域密着型〕



軸２：機能転換フェーズ

機能良好

過渡期～機能不十分

転換意思決定前～意思決定後の準備段階

A

改善

課題
①更なる機能強化
②転院連携の強化

群ア

群エ

C

改善

課題
①受入能力の改善
②連携の強化
（特に転院の受入）

群ウ

転換

B

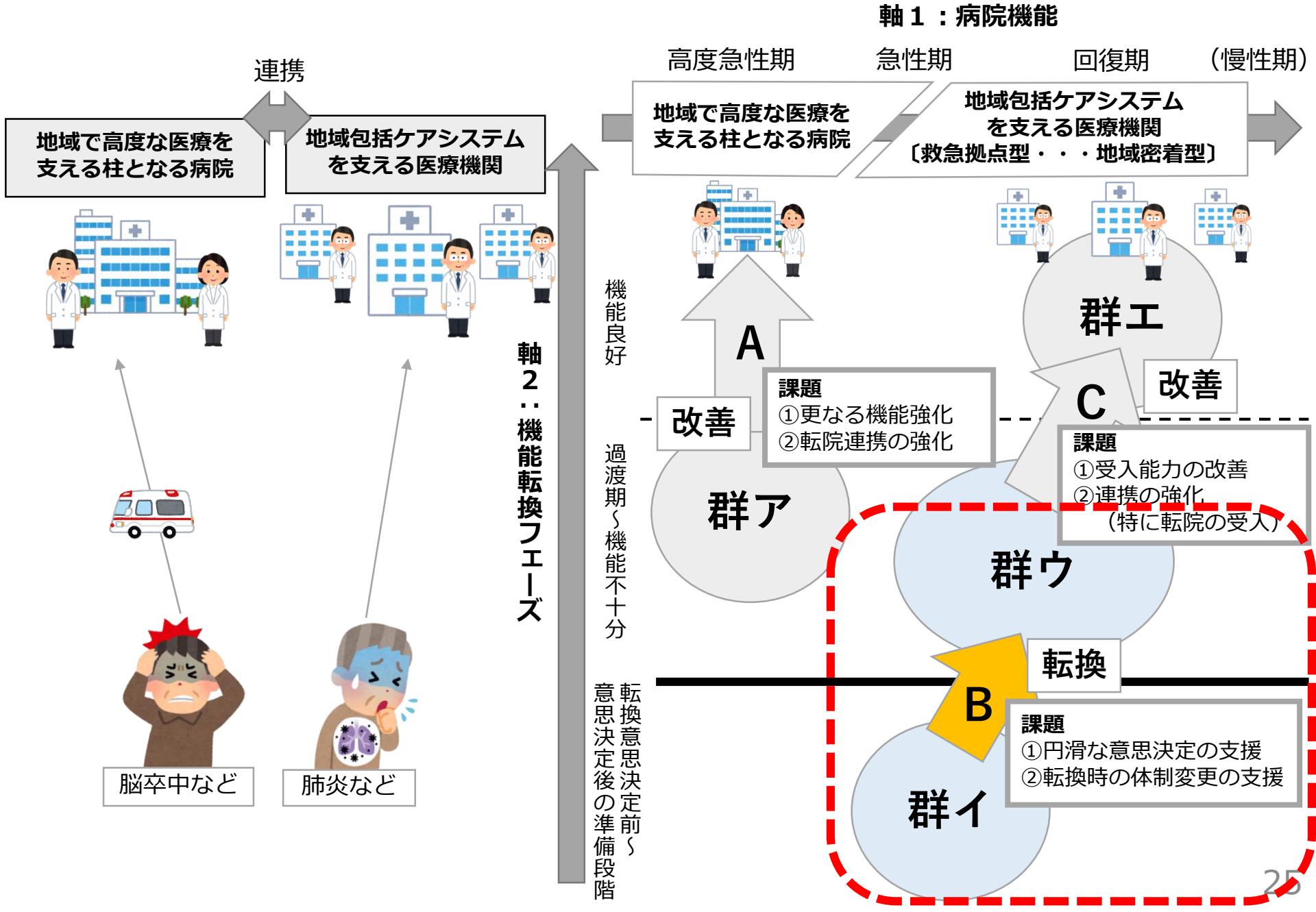
課題
①円滑な意思決定の支援
②転換時の体制変更の支援

群イ

脳卒中など

肺炎など

転換場面B


軸１：病院機能
高度急性期
急性期
回復期
（慢性期）
連携
地域で高度な医療を支える柱となる病院
地域包括ケアシステムを支える医療機関
地域で高度な医療を支える柱となる病院
地域包括ケアシステムを支える医療機関〔救急拠点型・・・地域密着型〕
軸２：機能転換フェーズ
機能良好
過渡期～機能不十分
転換意思決定前～意思決定後の準備段階
A
B
C
群ア
群イ
群ウ
群エ
改善
改善
課題
①更なる機能強化
②転院連携の強化
課題
①受入能力の改善
②連携の強化
（特に転院の受入）
転換
課題
①円滑な意思決定の支援
②転換時の体制変更の支援
脳卒中など
肺炎など

転換場面Bの課題

（現状）

- 手術等といった**急性期ニーズに対応しておらず**、**平均在院日数も長い**（**急性期ニーズに対応していない可能性がある**）ものの、回復期等への転換が遅れている医療機関が一定程度存在する可能性がある。
  へき地・離島等で急性期医療を実施せざるを得ない急性期病院は存在するが、病床利用率は高く、平均在院日数は短い傾向がある。
- 急性期から回復期への転換を行う際には、**①転換の意思決定を行い、②転換そのものをスムーズに実行**、するというステップで行われる。
- 近年、「地域包括ケア病棟入院料（管理料）」等の届出が県内でも行われており、一定の知見が蓄積している。
- 転換後は、さらなる回復期医療の充実のため、連携の強化等に取り組む必要がある。（改善場面Cとして、別途整理。）

（取組の方向性）

①円滑な意思決定の支援

○患者像の変化や制度上のメリットの理解・周知

・医療ニーズ（病期ごとの患者数・必要病床数等の変化／予測値等）及び各病院の実施している医療内容の見える化・周知

・診療報酬の安定化、患者増、患者調整の安定化（最大60日で調整可能）等

②転換時の体制変更の支援

○県内外の事例の集積、周知、横展開等

群イ→群ウ
これから急性期を転換
（転換場面Ｂ）

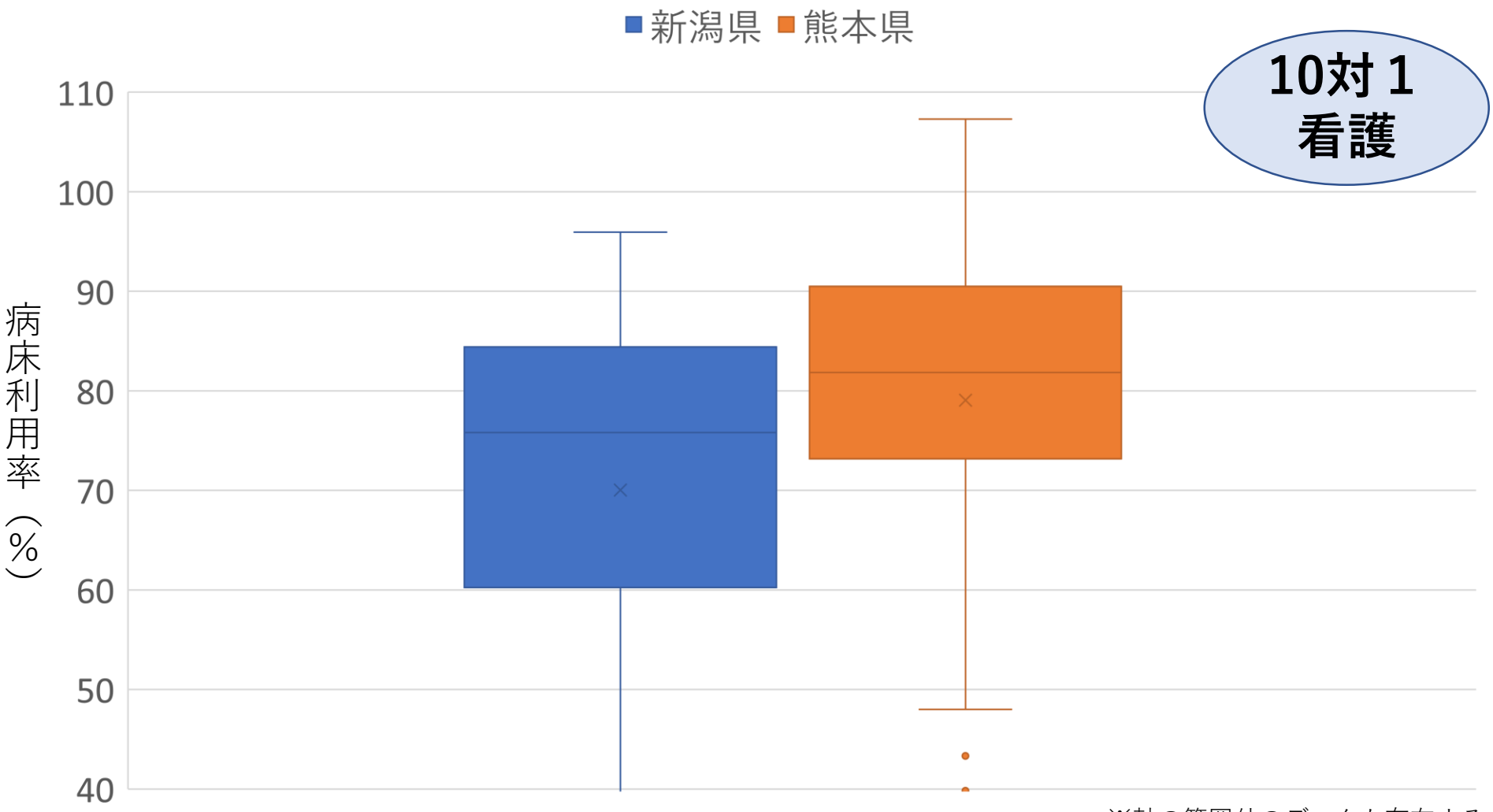
＜現状＞

・**急性期ニーズに対応していないが、回復期にも転換できていない医療機関が存在するのではないか**

（現状では急性期とされるが、平均在院日数が長く、手術が少ない医療機関（特に公立・公的が多い）が一定数存在）

急性期一般入院料２～７（10対１看護）の**病床利用率**の分布

○　新潟県は熊本県に比べ**病床利用率が低い。**

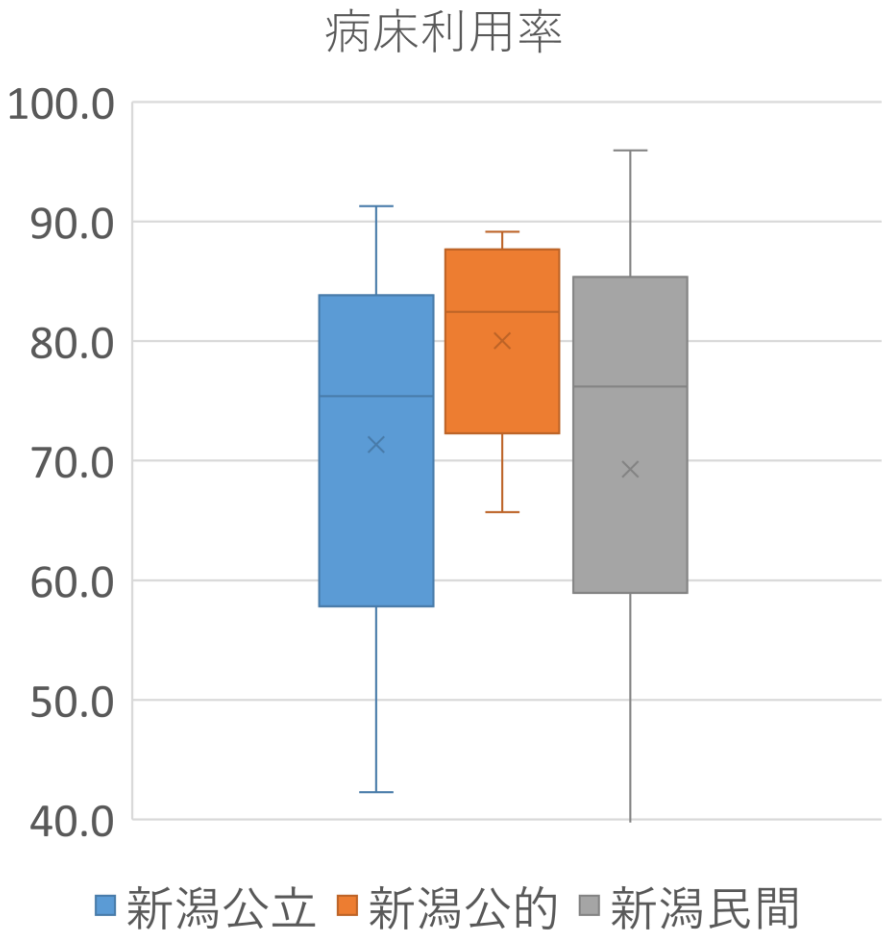


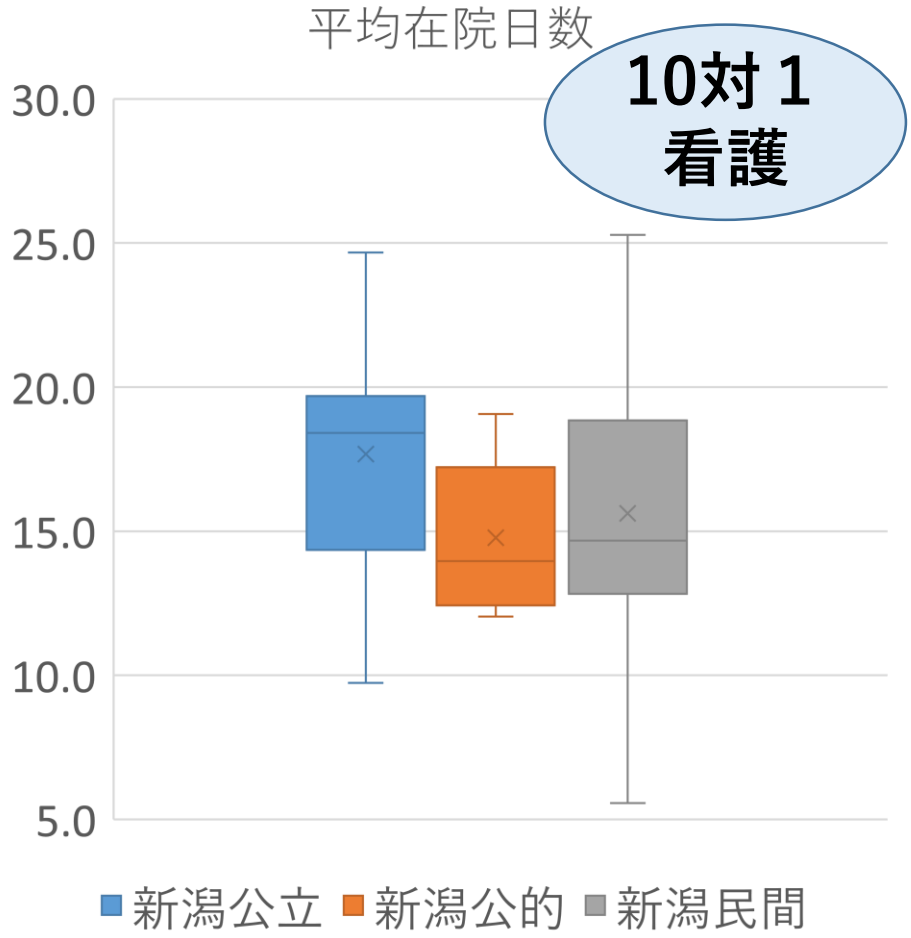
※軸の範囲外のデータも存在する

資料：令和元年病床機能報告

急性期入院基本料２～７（10対１看護）の
病床利用率と**平均在院日数**

○　公立病院で**病床利用率が低く、平均在院日数が長い**傾向がある。
※へき地・離島等で急性期医療を実施せざるを得ない急性期病院は存在するが、病床利用率は高く、平均在院日数は短い傾向がある。



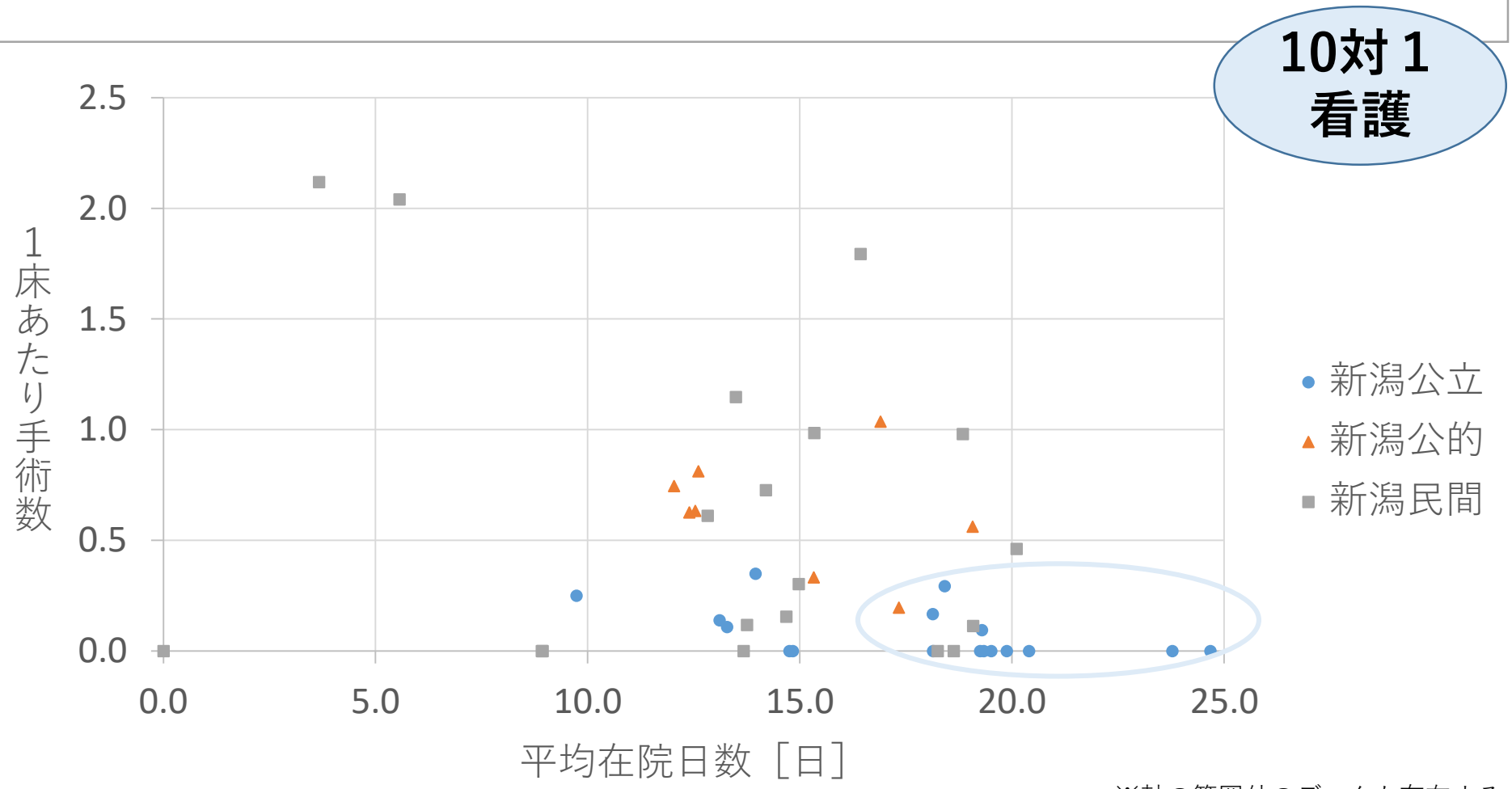


※軸の範囲外のデータも存在する

資料：令和元年病床機能報告

急性期一般入院料２～７算定病院（10対１看護）の
平均在院日数と１床あたり手術数

○　公立病院で**在院日数が長く**、**手術件数が少ない**傾向にある。



※軸の範囲外のデータも存在する

資料：令和元年病床機能報告

転換場面Bの課題

再掲

（現状）

- 手術等といった**急性期ニーズに対応しておらず**、**平均在院日数も長い**（**急性期ニーズに対応していない可能性がある**）ものの、回復期等への転換が遅れている医療機関が一定程度存在する可能性がある。
  へき地・離島等で急性期医療を実施せざるを得ない急性期病院は存在するが、病床利用率は高く、平均在院日数は短い傾向がある。
- 急性期から回復期への転換を行う際には、**①転換の意思決定を行い、②転換そのものをスムーズに実行**、するというステップで行われる。
- 近年、「地域包括ケア病棟入院料（管理料）」等の届出が県内でも行われており、一定の知見が蓄積している。
- 転換後は、さらなる回復期医療の充実のため、連携の強化等に取り組む必要がある。（改善場面Cとして、別途整理。）

（取組の方向性）

①円滑な意思決定の支援

○患者像の変化や制度上のメリットの理解・周知

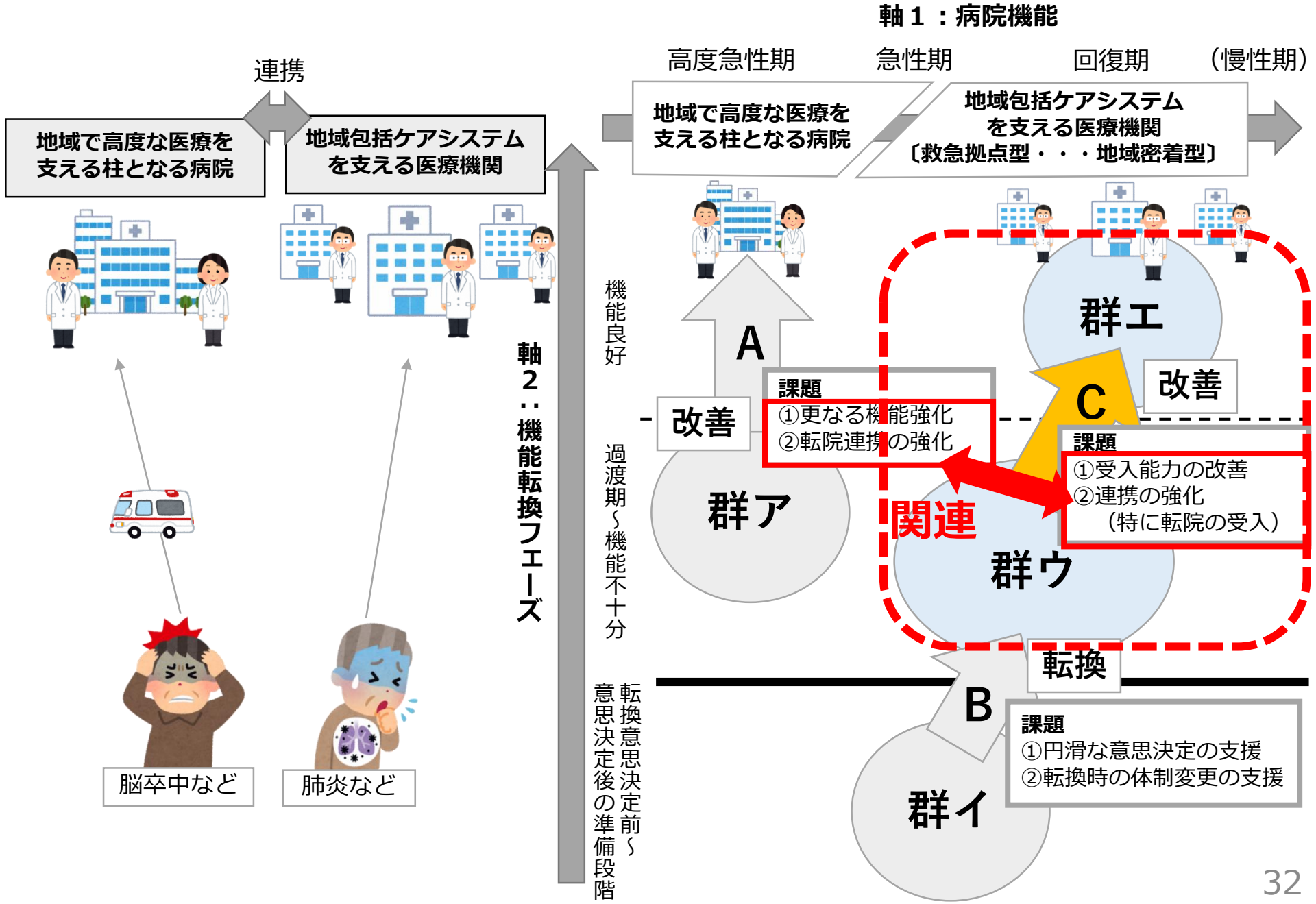
・医療ニーズ（病期ごとの患者数・必要病床数等の変化／予測値等）及び各病院の実施している医療内容の見える化・周知

・診療報酬の安定化、患者増、患者調整の安定化（最大60日で調整可能）等

②転換時の体制変更の支援

○県内外の事例の集積、周知、横展開等

改善場面Ｃ


軸１：病院機能
高度急性期
急性期
回復期
（慢性期）
連携
地域で高度な医療を支える柱となる病院
地域包括ケアシステムを支える医療機関
地域で高度な医療を支える柱となる病院
地域包括ケアシステムを支える医療機関〔救急拠点型・・・地域密着型〕
軸２：機能転換フェーズ
機能良好
過渡期～機能不十分
転換意思決定前～意思決定後の準備段階
A
群ア
群エ
群ウ
群イ
改善
課題
①更なる機能強化
②転院連携の強化
C
改善
課題
①受入能力の改善
②連携の強化
（特に転院の受入）
関連
転換
B
課題
①円滑な意思決定の支援
②転換時の体制変更の支援
脳卒中など
肺炎など

改善場面Cの課題

軸３：患者の流れ

軸４：経営資源

			患者入院時（②連携の強化（転院の受入）） 軸６：連携	入院機能（①受入能力の改善）	患者退院時（②連携の強化（在宅介護等）） 軸６：連携
ヒト	組織		**（１）連携に必要な情報** ○患者（医療／介護／社会） ○病院（お互いの能力・文化・リアルタイム情報（空床等）） **（２）能力・文化・関係性** ○信頼関係の醸成 ・高い医療／介護／社会リスクが事前明示される関係 ・急変時に送り返せる関係 **（３）手続き、仕組み** ○情報共有 ・共有シート化 ・空床情報共有／病床調整 ・共同診療（回診）、定期訪問 ・転帰報告 ○連携パス（=共有シート） ・対 病院 ・対 介護施設 ・対 外来 ○転院の具体的なフロー ・シートのみでの意思決定などシンプルな仕組み ※頻度、タイミング、数	**（１）診療内容** ①原疾患 ・幅×深さ（※特に肺炎、心不全等の高頻度疾患の診療） ②リハ・栄養 ・早期介入、多職種の自律的介入と連携 ③介護 ・高介護度患者、認知症 **（２）院内システム** ○ベッドコントロール・連携（※特に異なる入院基本料の迅速な受け渡し） **（３）人材育成** ○OJT（全国的に同様の状況） ※心理的抵抗vs診療能力の観点	**（１）連携に必要な情報** ○患者（医療／生活／社会） ○介護資源 **（２）能力・文化・関係性** ○信頼関係の醸成 ・リスクが事前明示される関係 ・急変時に送り返せる関係 **（３）手続き、仕組み** ○情報共有 ・共有シート化 ・合同カンファレンス ・定期訪問、転帰報告 ○困難例への対応 ・他地域の情報把握 ・介護度UPのための早期調整
	専門職	Dr			
		Ns			
		ｺﾒﾃﾞｨｶﾙ			
	モノ・カネ				
	情報				

群ウ→群工
急性期からの転換を行ったが更なる機能充実が必要（改善場面C）

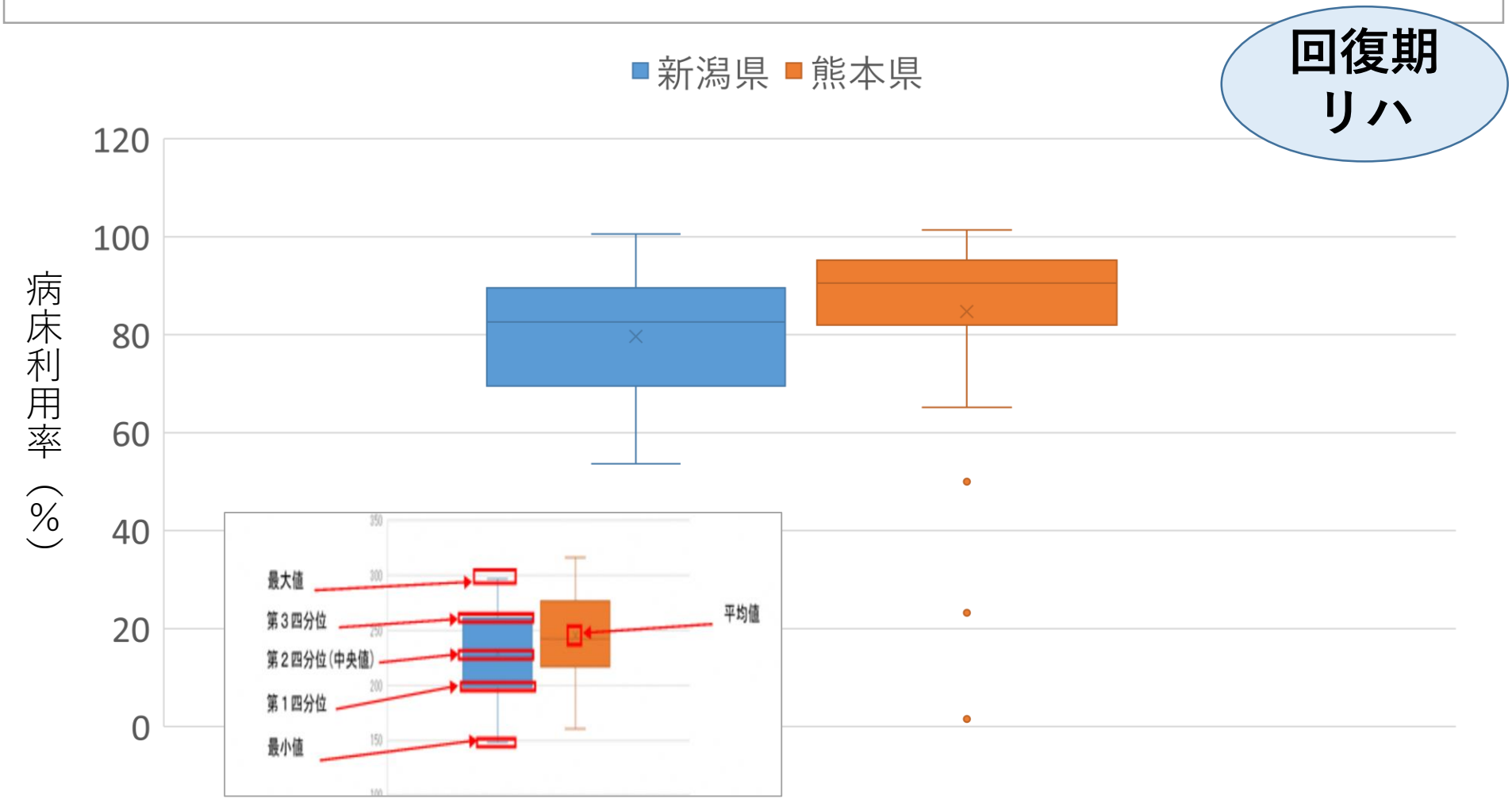
＜課題＞

○連携により患者受入を改善し、稼働の効率化を図る余地があるのではないか。

- 新潟県においては、**回復期の**医療機関の**稼働率が低く**なっており、**連携による患者受入割合も少ない傾向**がある。

回復期リハビリテーション病棟の**病床利用率**

○　新潟県は熊本県に比べて**病床利用率**が低い。



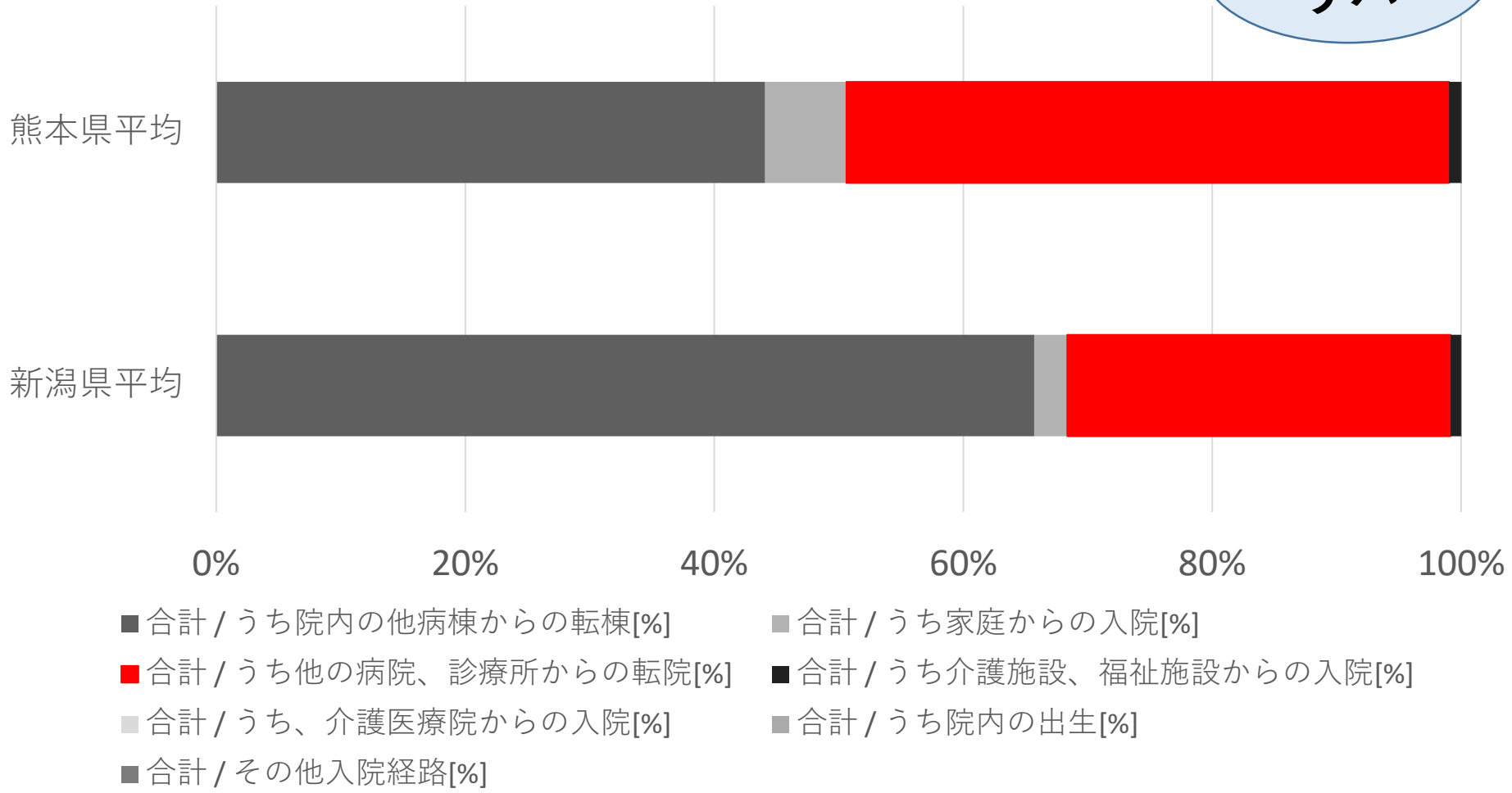
資料：令和元年病床機能報告

回復期リハビリテーション病棟の**入院経路**

○　新潟県は熊本県に比べて**転院の割合が少ない。**

○　高度急性期からの受け入れを向上させる余地あり。

回復期リハ

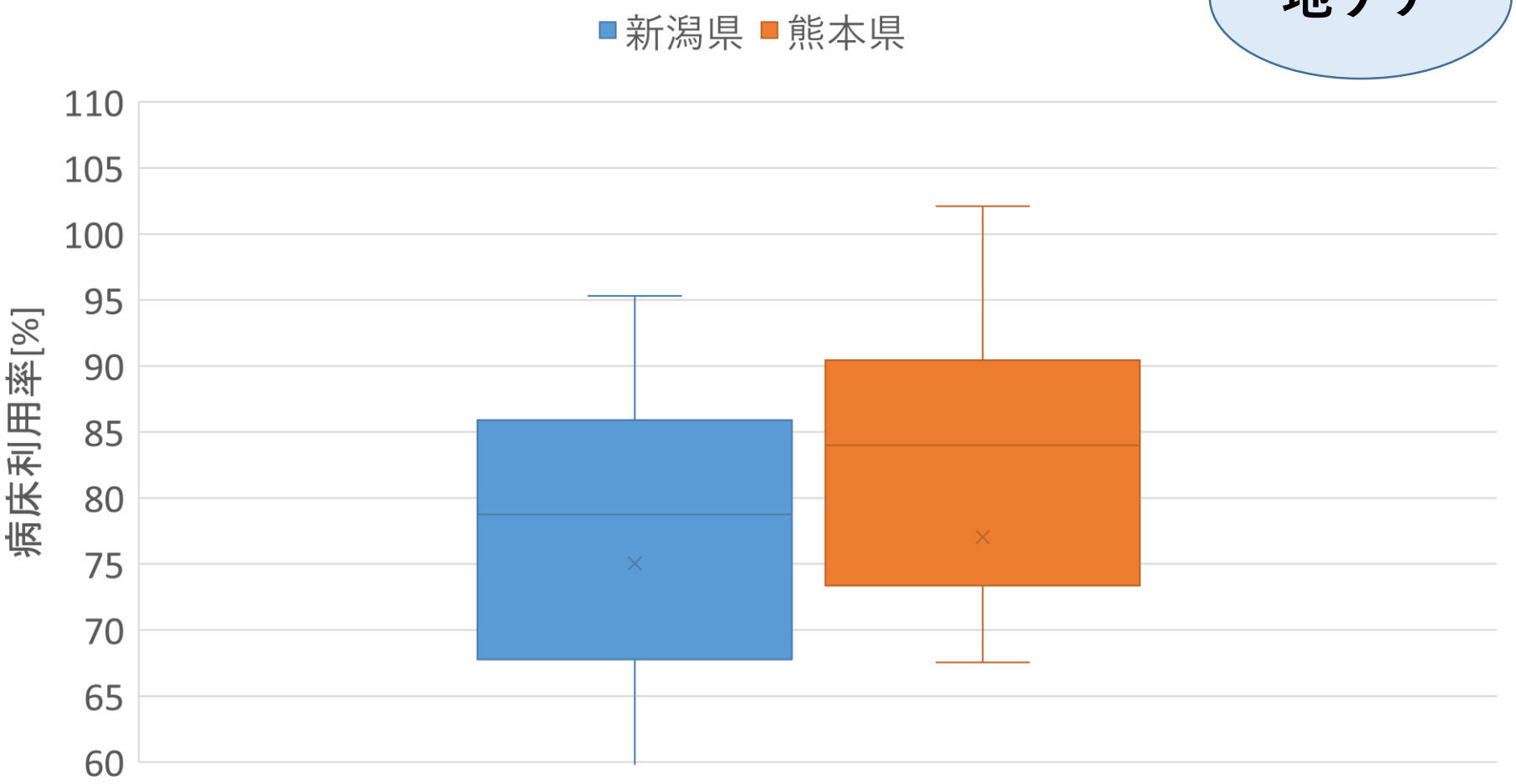


資料：令和元年病床機能報告

地域包括ケア病棟の**病床利用率**

○　新潟県は熊本県に比べて**病床利用率が低い。**

地ケア



※軸の範囲外のデータも存在する

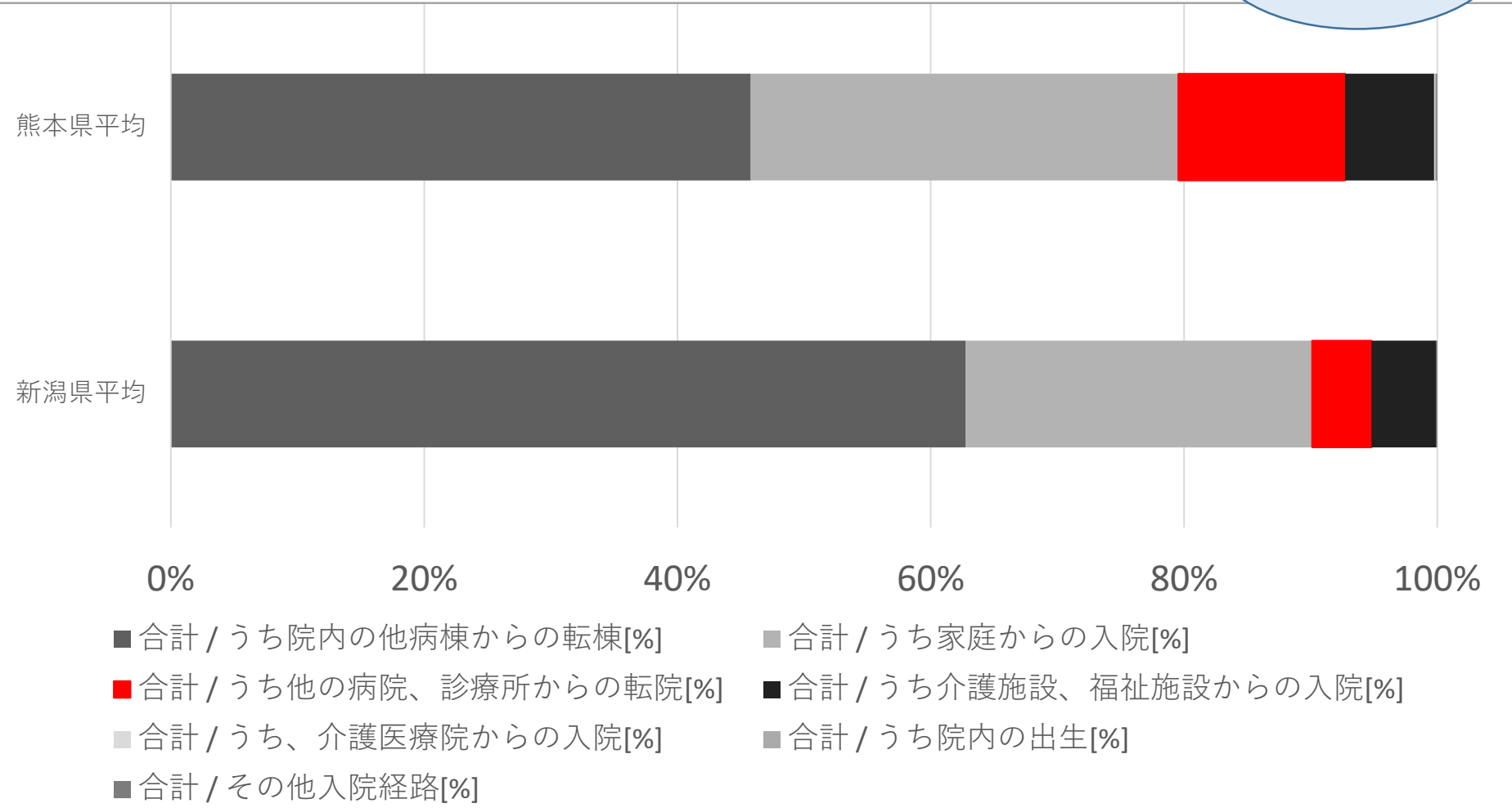
資料：令和元年病床機能報告

地域包括ケア病棟の**入院経路**

○　新潟県は熊本県に比べて**転院の割合が少ない。**

○　高度急性期からの受け入れを向上させる余地あり。

地ケア



資料：令和元年病床機能報告

再掲

群ウ→群工
急性期からの転換を行ったが更なる機能充実が必要（改善場面C）

＜課題＞

○**連携により患者受入を改善し、稼働の効率化を図る余地があるのではないか。**

- 新潟県においては、**回復期の**医療機関の**稼働率が低く**なっており、**連携による患者受入割合も少ない傾向**がある。

改善場面Cの課題

再掲

軸３：患者の流れ

軸４：経営資源

	患者入院時（②連携の強化（転院の受入）） 軸６：連携	入院機能（①受入能力の改善）	患者退院時（②連携の強化（在宅介護等）） 軸６：連携
ヒト 組織	**（１）連携に必要な情報** ○患者（医療／介護／社会） ○病院（お互いの能力・文化・リアルタイム情報（空床等）） **（２）能力・文化・関係性** ○信頼関係の醸成 ・高い医療／介護／社会リスクが事前明示される関係 ・急変時に送り返せる関係 **（３）手続き、仕組み** ○情報共有 ・共有シート化 ・空床情報共有／病床調整 ・共同診療（回診）、定期訪問 ・転帰報告 ○連携パス（=共有シート） ・対 病院 ・対 介護施設 ・対 外来 ○転院の具体的なフロー ・シートのみでの意思決定などシンプルな仕組み ※頻度、タイミング、数	**（１）診療内容** ①原疾患 ・幅×深さ（※特に肺炎、心不全等の高頻度疾患の診療） ②リハ・栄養 ・早期介入、多職種の自律的介入と連携 ③介護 ・高介護度患者、認知症 **（２）院内システム** ○ベッドコントロール・連携（※特に異なる入院基本料の迅速な受け渡し） **（３）人材育成** ○OJT（全国的に同様の状況） ※心理的抵抗vs診療能力の観点	**（１）連携に必要な情報** ○患者（医療／生活／社会） ○介護資源 **（２）能力・文化・関係性** ○信頼関係の醸成 ・リスクが事前明示される関係 ・急変時に送り返せる関係 **（３）手続き、仕組み** ○情報共有 ・共有シート化 ・合同カンファレンス ・定期訪問、転帰報告 ○困難例への対応 ・他地域の情報把握 ・介護度UPのための早期調整
ヒト 専門職 Dr			
ヒト 専門職 Ns			
ヒト 専門職 ｺﾒﾃﾞｨｶﾙ			
モノ・カネ			
情報			

グランドデザインPart２の課題と取組等について

○　連携の強化に向けて、各圏域において以下のような取組等を展開していく必要がある。

＜改善場面A＞

①更なる機能強化
- 現状の定量的な見える化
- モデル的な取組の実施（好事例共有等）

②転院連携の強化（改善場面Cと表裏一体）
- モデル的な取組の実施（ボトルネック・ポイントに沿って実施）

＜転換場面B＞

①円滑な意思決定の支援
- 将来医療ニーズ及び現状の定量的な見える化
- モデル的な取組の実施

②転換時の体制変更の支援
- 先行事例の共有等

＜改善場面C＞

①受入能力の改善

②連携の強化（特に転院の受入）
- モデル的な取組の実施（情報連携の仕組み、標準化シート、簡素化等）

※必要に応じて、個別の項目ごとに県全体の具体的な取組方針や標準化モデル等を提示する。

グランドデザインPart2の課題と取組等について

軸１：病院機能

高度急性期　　急性期　　回復期　　（慢性期）

地域で高度な医療を支える柱となる病院

地域包括ケアシステムを支える医療機関
〔救急拠点型・・・・・・・・・・・・・・・・地域密着型〕

軸２：機能転換フェーズ

機能良好

過渡期～機能不十分

転換意思決定前～意思決定後の準備段階

群ア

A 改善

課題と取組等
①更なる機能強化
-現状の定量的な見える化
-モデル的な取組の実施
（好事例共有等）

②転院連携の強化
-モデル的な取組の実施
（ボトルネック・ポイントに沿って実施）

群工

C 改善

課題と取組等
①受入能力の改善
-将来医療ニーズ及び現状の定量的な見える化
-モデル的な取組の実施

②連携の強化（特に転院の受入）
-先行事例の共有等

群ウ

群イ

B 転換

課題と取組等
①円滑な意思決定の支援
②転換時の体制変更の支援
-モデル的な取組の実施
（情報連携の仕組み、標準化シート、簡素化等）

新潟県地域医療構想調整会議におけるご意見等

＜改善場面A＞

①（救急医療機能について）

・圏域ごとに、どの地域にどの程度の救急医療機能を残すかという議論を早期に進めるべき。

②（大きな仕組みづくり）

・個々の病院同士の連携構築に頼るだけでなく、圏域全体のペイシェントフローマネジメントを考えて連携構築ができる体制が重要。
・早期に転院を考える風土、文化の醸成が必要。
・患者説明や同意取得の仕組み化および住民説明や理解の促進が重要。

③（情報連携）

・もっと簡素な情報（特に医師以外が提供できることが重要）に基づき、早期にたくさんの患者を送ってもらい、転院を拡大することが重要。

④（診療科ごとの取組）

・回復期医療が必要な疾患は、①骨折等、②脳卒中、③慢性心不全、④誤嚥性肺炎の４つがほとんどである。
・診療科によって、転院の連携に必要なボトルネックが異なるため、県等の支援によって、迅速なサポートを伴った好事例の創出が必要。

新潟県地域医療構想調整会議におけるご意見等

＜転換場面Ｂ＞

・将来推計やビッグピクチャーに加え、収支シミュレーションや地域包括ケア病床の運用事例等のテクニカルな情報を示し、転換の意思決定を促すべき。

・特に中小病院では、急性期から回復期への転換を急ぐべき。

＜改善場面Ｃ＞

・連携強化について新潟大学が音頭を取る場合は、臓器別で行うことも検討すべき。

・早期転院受入を促進するには、土日も受け入れを可能とするなど、フレキシブルな対応等の改善が必要。

参照サイト・参照資料

一般社団法人地域包括ケア病棟協会（https://chiiki-hp.jp/）

厚生労働科学研究成果データベース「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」（https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/26760）

厚生労働科学研究成果データベース「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」（https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/27395）

鳥取市立病院資料「高齢の誤嚥性肺炎患者を地域で支える～予防と治療、そしてその後の生活を見据えた連携とは～」（https://hospital.tottori.tottori.jp/files/20180823084428.pdf）

松江市医師会・松江市歯科医師会・松江市薬剤師会「誤嚥性肺炎予防マニュアル（介護家族・施設職員向け）松江市版」（https://www.matsue-med.or.jp/wp-content/uploads/2022/02/201910_goenseihaien-yobou-manual_matsue.pdf）

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌2020年第29巻第２号「高齢者における肺炎の予後に対する誤嚥リスクと誤嚥性肺炎治療の自宅退院不能例に関する因子の検討」（https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsrcr/29/2/29_341/_pdf/-char/ja）

厚生労働省科学研究費補助金　地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究（https://plaza.umin.ac.jp/isobegroup/）

厚生労働科学研究成果データベース「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」（https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/27113）

厚生労働科学研究費補助金　循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「地域のかかりつけ医と多職種のための心不全診療ガイドブック」（https://www.mhlw.go.jp/content/shinfuzen_guidebook.pdf）

日本医科大学千葉北総病院循環器内科院長　清野精彦「高齢者の心不全ケアで大事な事」（http://tcm-kampo.com/crayondb/upload/DoxuEpp6nk3IvWzoZyTahFrhgu2lTm.pdf）

大分医療センター循環器内科　大分東臨床懇話会資料「心不全ポイントを用いて心不全の再入院を防ごう」（https://oita.hosp.go.jp/oshirase/20210707_shinfuzen.pdf）

心臓 Vol.51 No.5（2019）「地域で取り組む心臓リハビリテーション」（https://www.jstage.jst.go.jp/article/shinzo/51/5/51_462/_pdf/-char/ja）

YAKUGAKU ZASSHI Vol. 138, No. 6,797-806 (2018)「地域連携パスから発展した心不全の地域包括ケア～多職種協働による薬物療法管理～」（https://www.jstage.jst.go.jp/article/yakushi/138/6/138_17-00209-4/_pdf）

GLOBIS知見録「ジョン・コッターのリーダーシップ論と変革の8段階のプロセス」（https://globis.jp/article/2239）

参照サイト・参照資料

独立行政法人地域医療機能推進機構「医療機関が地域包括ケアに取組むための事例集」（https://www.jcho.go.jp/wp-content/uploads/2016/04/20160413chiiki_jireisyu.pdf）

病院羅針盤　2020年４月15日号　No.167「後方支援病院は「地域」での役割の再考を」（https://www.kawahara-group.co.jp/wp/wp-content/uploads/2020/04/20200415rashinban2.pdf）

金沢市立病院資料「地域連携室通信　スクラム　2018.01 vol.48」（http://kanazawa-municipal-hosp.com/img/renkei/tsushin_vol48.pdf）

季刊SOLASTO　No.15　2016「特集　地域包括ケア病棟が医療を『変える』！」（https://www.solasto.co.jp/share/pdf/kikansolasto_2016_15.pdf）

Towa Communication Plaza「地域包括ケア病棟とこれからの地域医療を語る」（https://med.towayakuhin.co.jp/medical/pdf/tcp36_001.pdf）

厚生政策情報センター「地域包括ケアシステムにおける病棟再編の考え方と実際」（http://www.hogy.co.jp/pdf/medical/operatimes/opera_vol05.pdf）

平成27年度厚生労働省委託事業　地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究「市町村職員のための医療・介護連携ことはじめ～事例を通した取組のヒント～」（https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000134434.pdf）

Medical Alliance Vol.1 No.1 2015「地域包括ケア時代における多職種連携と医師の役割」（http://medicalalliance.gakken-mesh.jp/pdf/ma_1_1_6.pdf）

看護人材育成 Vol.17 No.1「病棟看護師への入退院支援研修と教育支援」（https://www.nissoken.com/jyohoshi/ed/zai/ed171_sample.pdf）

平成29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金　地域包括ケアを支える看看連携を円滑にする体制の構築に関する研究「病院看護管理者のための看看連携体制の構築に向けた手引き―地域包括ケアを実現するために―」（https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000538278.pdf）

九州理学療法士・作業療法士合同学会2016「業務効率を最大限に求められた地域包括ケア病棟での取り組み～回復期・地域包括ケア病棟でのリハ職兼務について～」（https://www.jstage.jst.go.jp/article/kyushuptot/2016/0/2016_103/_pdf/-char/ja）

日本慢性期医療協会 平成29年２月９日定例記者会見資料（https://jamcf.jp/pdf/2017/chairman170209.pdf）

森田正美「中規模地域医療支援病院の経営戦略－SWOT分析と病床再編シミュレーションによる検討－」（https://www.u-hyogo.ac.jp/mba/pdf/SBR/7-2/191.pdf）

中津川市公立病院機能検討委員会「中津川市公立病院「改善経営シミュレーション」説明資料」（http://nakatsugawa-hp-vision.jp/docs/992645de239d1b640e1c36c53a5295c2accda9ba.pdf）

病院経営事例集「2025年を予測した病院経営分析～学生論文～（下）」（https://hpcase.jp/kimura_lab_paper3/）

参考文献

雨森正記編（2019）『しくじり症例から学ぶ総合診療』日本医事新報社

荒隆紀（2021）『在宅医療コア　ガイドブック』中外医学社

大浦誠編（2021）『終末期の肺炎』南山堂

岡田晋吾・田城孝雄編（2015）『スーパー総合医　地域医療連携・多職種連携』中山書店

髙久史麿ほか編（2021）『総合診療　第31巻　第７号』医学書院

髙久史麿ほか編（2021）『総合診療　第31巻　第２号』医学書院

福井次矢ほか編（2022）『総合診療　第32巻　第９号』医学書院

森川暢・大浦誠編著（2021）『誤嚥性肺炎　ただいま回診中！』中外医学社

山田修（2021）『AIにはできない総合医療・全人医療の療養病床治療ガイド－慢性期病床での問題を速効で解決－』考古堂書店

和田忠志編（2014）『スーパー総合医　高齢者外来診療』中山書店