



出雲市立総合医療センターにおける 在宅医療及び高齢者施設連携の取組



島根県在宅医療介護連携推進事業にかかる意見交換会(2024/02/16)

本日の内容

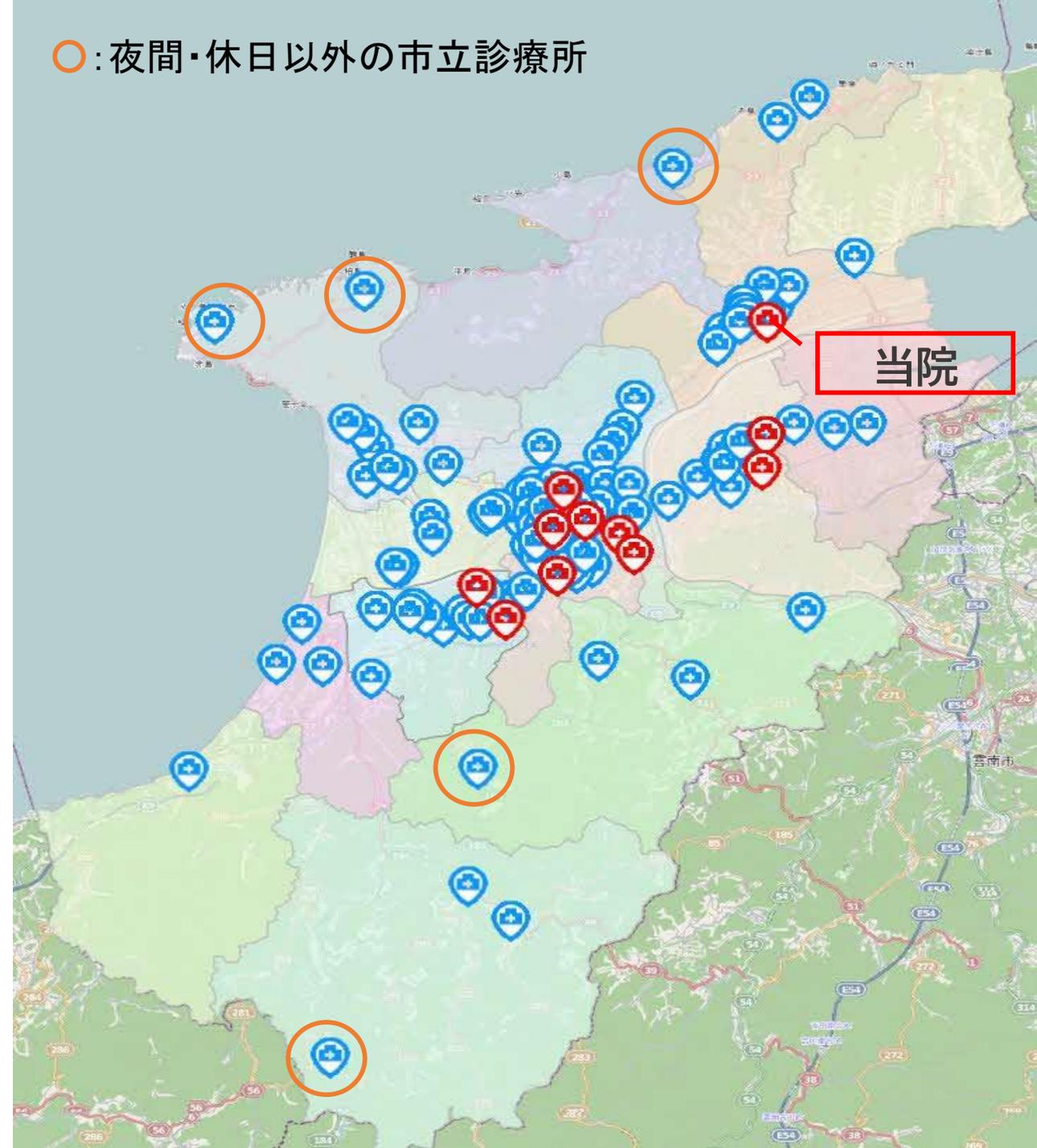
1. 出雲医療圏および当院の概要
2. 在宅医療の取組
3. 高齢者施設等との連携の取組

出雲医療圏の特徴

(出雲市医療介護資源マップより)

- ・出雲医療圏は出雲市のみで構成
- ・3次救急が2病院、2次救急が3病院
3次救急: 県立中央病院、大学病院
2次救急: 市民病院、徳洲会病院、当院
- ・市立診療所6カ所(うち夜間・休日1カ所)
- ・出雲市中心部に医療機関が集中している
- ・南側山間部、北側海岸部は資源が乏しい
- ・当院は出雲医療圏東部地域を主に担当

○: 夜間・休日以外の市立診療所



当院の概要

開業日：平成17年3月22日

(昭和27年5月26日旧平田博愛病院開設)

経営形態：地方公営企業法全部適用(平成24年4月1日)

標榜科目：16診療科

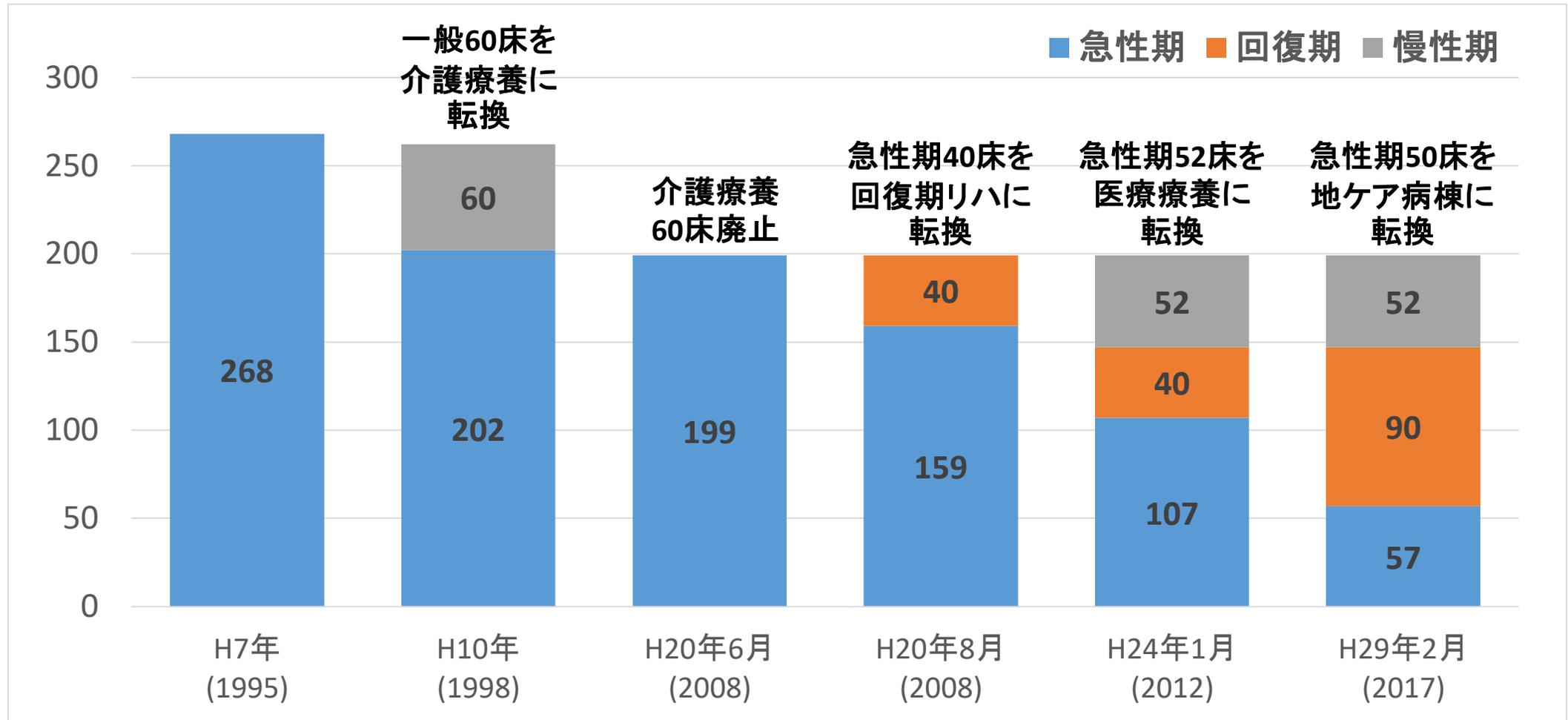
病床数：199床(一般147床、療養52床)

急性期57床、地域包括ケア50床、回復期リハ40床、療養52床

併設施設：訪問看護ステーション(令和3年4月1日開設)

指定等：救急告示病院、在宅療養支援病院(単独機能強化型)

病床数及び病床機能見直しの経過



当院のスローガン(経営強化プラン)

「地域で暮らす」を支える病院

高度急性期病院と連携した地域完結型医療を推進し、

住み慣れた地域で暮らし続けられるよう

「治し支える医療」に取り組みます

当院の役割

予防医療

出雲市全域の健診・人間ドック

R7年4月リニューアルオープン予定

外来医療

かかりつけ医機能
一部の専門外来

救急医療

一次・二次救急
(三次救急への患者集中を防ぐ)

入院医療

急性期・回復期・慢性期
在宅療養者のレスパイト入院
介護施設からの入院受入

在宅医療

訪問診療・訪問看護・訪問リハ
今後は訪問栄養管理指導も

地域医療

市立診療所(塩津・鷺浦)への
診療支援

本日の内容

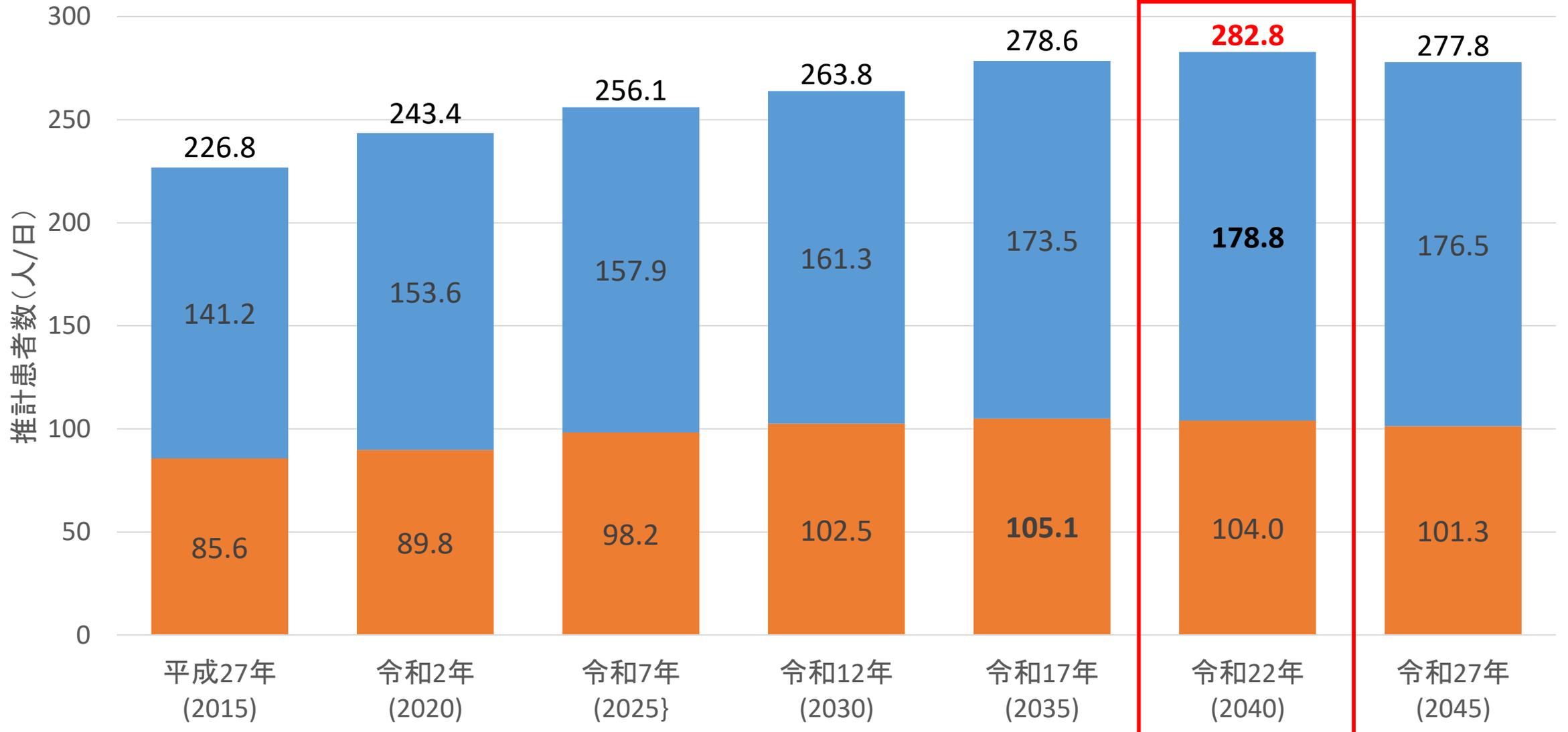
1. 出雲医療圏および当院の概要
2. 在宅医療の取組
3. 高齢者施設等との連携の取組

当院が在宅医療に取り組む理由

- ① 高齢者の増加による
在宅医療ニーズの増加↑
- ② 開業医の高齢化による
在宅医療供給量の減少↓

在宅医療患者数の推計(出雲医療圏)

■ 訪問診療 ■ 往診



「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)及び患者調査(厚生労働省)を用いて推計

地域別在宅医療供給量の将来見込み



当院の在宅医療の取組経過①

時期		取組内容
平成	28年 12月	新改革プラン策定 運営方針に「在宅医療の推進」を新たに追加
平成	29年 2月	急性期病棟(50床)を地域包括ケア病棟に転換
平成	30年 6月	平田地域の在宅医療の推進に向けた関係機関との意見交換会
	7月	当センター内に在宅医療推進委員会を設置
	8月	近隣開業医との意見交換
平成	31年 1月	総合医療センターにおける今後の取組方針を決定 医師会平田ブロック会議で取組方針の説明
	3月	試行的に訪問診療開始(毎週木曜日午後 2名程度で開始)
令和	元年 7月	職員定数条例の改正(175人→200人)
	8月	訪問リハビリテーション開始
	11月	地域包括ケア病棟入院料1の算定開始(年間約4千万円の増収)

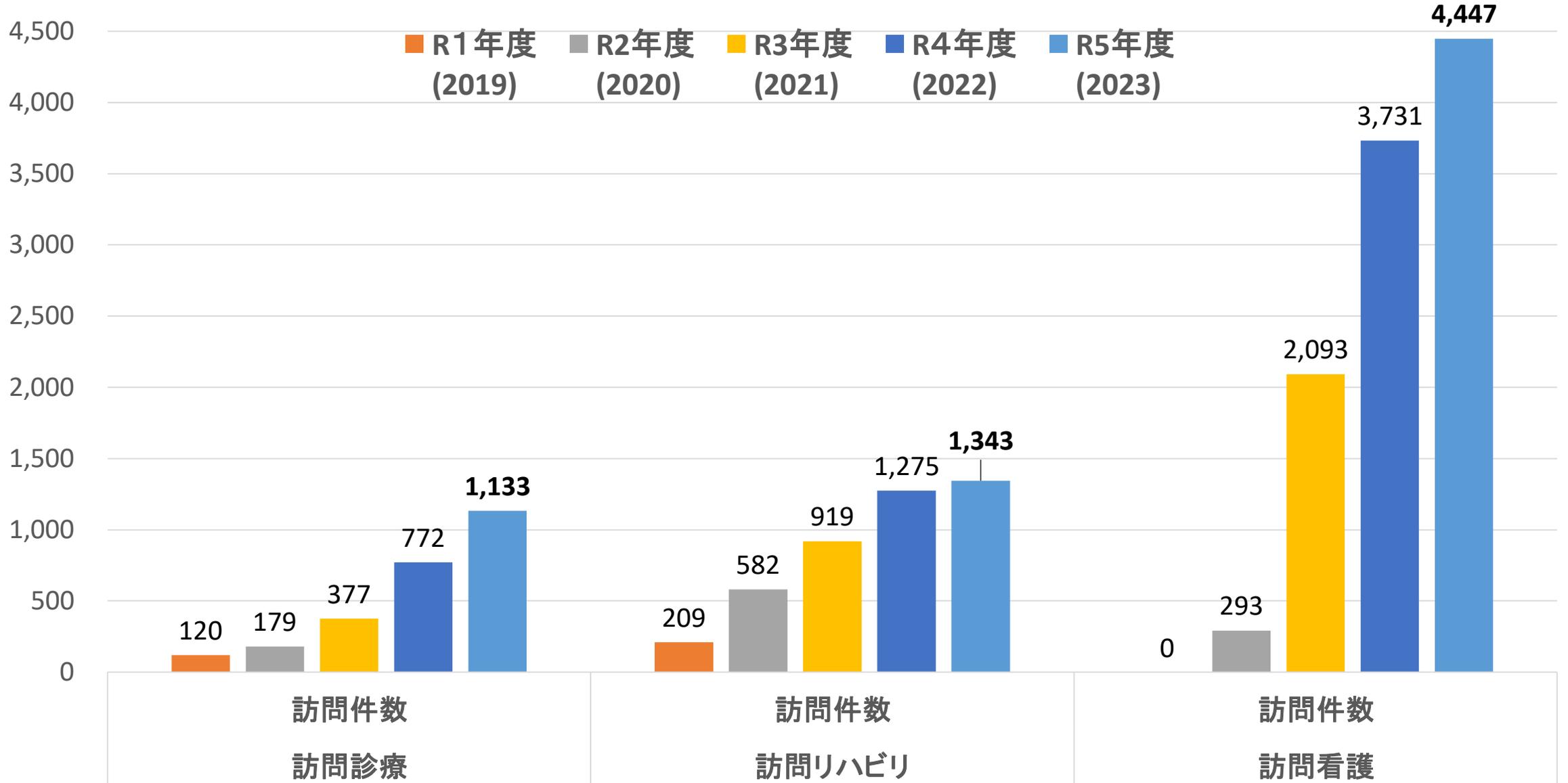
▶在宅医療をスタートさせ、入院料の上位基準取得など経営的メリットを示す時期

当院の在宅医療の取組経過②

時期		取組内容	
令和	2年	4月	在宅ケア科医師(訪問診療担当医師)1名採用
		6月	訪問診療を週2日に拡大
		9月	訪問看護(みなし事業)を開始、訪問診療紹介外来を開設
令和	3年	4月	訪問看護ステーションを開設
		4月	内科医師(訪問診療担当医師)1名採用、訪問診療を週3日に拡大
		7月	在宅ケア科医師(訪問診療担当医師)1名採用
		9月	訪問看護ステーションの24時間対応を開始
		11月	訪問診療の平日日中の往診対応を開始
令和	4年	1月	訪問診療の24時間対応を開始
		4月	在宅療養支援病院(機能強化型)の取得、訪問診療を週5日に拡大
令和	5年	4月	在宅ケア科医師(訪問診療担当医師)1名採用
令和	6年	9月	内科医師(訪問診療担当医師)2名採用(現在、医師6名が主に関与)

▶ 在支病を目指し、必要な体制整備と実績確保に取り組んだ時期

在宅医療実績の推移



当院の訪問診療・往診体制（専従ではなく、これまでの業務に上乗せ）

○訪問診療体制

- ・6名の医師が曜日ごとに担当（火曜午後のみ2枠に増設）
- ・医師と看護師が1組となり訪問（5～6件/日）

曜日	月	火		水	木	金
午前	A医師	B医師		D医師	E医師	F医師
午後	A医師	B医師	C医師	D医師	E医師	F医師

○24時間連絡・往診体制

- ・6名の医師が中心となり、夜間・休日の往診待機（当番制）
- ・患者連絡はまず訪問看護へ ➡ 内容に応じ往診待機医に連絡
- ・夜間・休日の往診を抑えるため、平日日中の往診を積極的に実施

訪問診療提供エリアマップ (R6年12月現在)

在宅医療専用
スケジュール管理ソフト
CrossLogより抽出



利用者数
➡約75名
訪問診療
➡約1100件/年
平日日中往診
➡約110件/年
夜間休日往診
➡約25件/年
お看取り
➡約15件/年

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の適正化

単一建物診療患者数が10人以上の患者について、当該医療機関における直近3カ月間の訪問診療回数及び当該医療機関と特別の関係にある医療機関（2024年3月31日以前に開設されたものを除く）における直近3カ月間の訪問診療回数を合算した回数が2100回以上の場合で、次のいずれかの要件を満たさない場合は、それぞれ所定点数の6割に相当する点数を算定する

- (イ) 直近1年間に5つ以上の医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績がある
 - (ロ) 当該医療機関において、直近1年間の在宅における看取りの実績が20件以上あることまたは15歳未満の超・準超重症児に対する在宅医療の実績が3カ月に10件以上
 - (ハ) 直近3カ月に在総管または施設総管を算定した患者のうち、施設総管を算定した患者の割合が7割以下
- (二) 直近3カ月間に在総管または施設総管を算定した患者のうち、要介護3以上または厚生労働大臣が定める状態等の患者（「特掲診療料の施設基準等」別表第8の2）の割合が5割以上

入居者の多い高齢者住宅の患者を数多く診ているクリニックへの影響が大きい見直し

頻回訪問加算の見直し

- ・ 頻回訪問加算

初回	800点
2回目以降	300点

在総管などの在宅医療の管理料は軽症・重症にかかわらず同じ報酬点数であるため、**頻回訪問加算こそが重症患者を診ていることへの報酬**となっていた

在宅医療の改定は重症患者や看取りを推進する方向だと捉えていたため、今改定のマイナス方面の見直しには違和感が**(重症患者をみるモチベーションをそがれる改定)**

包括的支援加算の対象の見直し

- 要介護2以上から**要介護3以上**へと要介護度が引き上げ
- 認知症高齢者の日常生活自立度はランクIIb以上から**III以上**へ
- 「**麻薬**の投薬を受けている患者」が対象に

[対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護3以上または障害支援区分2以上の患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクIII以上の患者
- (3) 週1回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時または訪問看護時に、注射や処置を受けている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合は、医師の指示を受けて看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置、注射を行っている患者
- (6) **麻薬の投薬を受けている患者**
- (7) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

重症患者を診ることに対する報酬を削減しておきながら、一方で重症患者を診ないとこれまでの報酬はあげませんという**ダブルパンチ**

在宅医療事業の経営・運営への影響と課題

- 在宅医療事業全体の収益は約1億円/年(医業収益の約4%)
- 在宅医療の実施が要件となる地ケア入院料1や外来機能強化加算取得による増収
(現在は200床未満病院の地ケア入院料は在宅医療実施が必須)
- 在宅医療患者の治療や看取り、レスパイトによる新規入院者数増
- 医療依存度の高い患者の自宅退院ハードル低下
- 都市部に比べ移動距離が長く、地理的採算性は低い傾向
- 在支病取得には、当直医と往診待機医を別に置くことが必要
- R6改定で在支病要件に訪問栄養管理指導が追加(要体制整備)

本日の内容

1. 出雲医療圏および当院の概要
2. 在宅医療の取組
3. 高齢者施設等との連携の取組

医療と介護の連携の推進（イメージ）

- ▶ これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

- ・ **介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化**
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- ・ **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- ・ **介護保険施設等連携往診加算の新設**
入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- ・ **介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- ・ **協力対象施設入所者入院加算の新設**
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

地域包括診療料等を算定する医療機関

- ・ **地域包括診療料等の算定要件の見直し**
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

●：診療報酬 ■：介護報酬

(1) 平時からの連携

(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- **協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定**
- **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
- **協力医療機関連携加算の新設**
- **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- **介護保険施設等連携往診加算の新設**
- **医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**

(4) 入院調整

- **協力対象施設入所者入院加算の新設**
- **退所時情報提供加算の見直し**

(5) 早期退院

- **退院が可能となった場合の速やかな受け入れの努力義務化**

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

- ・ **診療や入院受け入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化**
以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
①入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
②診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
③入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- ・ **協力医療機関連携加算の新設**
介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- ・ **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**
感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- ・ **退所時情報提供加算の新設**
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- ・ **早期退院の受け入れの努力義務化**
退院が可能となった場合の速やかな受け入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

- ・ **入院時情報連携加算の見直し**
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- ・ **通院時情報連携加算の見直し**
算定対象に歯科医師を追加

R6改定による協力医療機関の対象見直し

施設類型	契約義務	契約対象となる医療機関
<ul style="list-style-type: none">・介護老人福祉施設(特養)・介護老人保健施設・介護医療院	義務	<ul style="list-style-type: none">・在宅療養支援病院・在宅療養後方支援病院・地域包括ケア病棟を持つ病院
<ul style="list-style-type: none">・特定施設入居者生活介護(サ高住・有老等)・認知症対応型共同生活介護(GH)	努力義務	<ul style="list-style-type: none">・在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅療養後方支援病院・地域包括ケア病棟を持つ病院

➡上記以外と契約していた施設は新たな協力先を探すことになった

医療機関と介護保険施設等の連携の推進①

協力対象施設入所者入院加算の新設

- 介護保険施設等の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、**当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価**を新設する。

(新) 協力対象施設入所者入院加算 (入院初日)	1 往診が行われた場合	600点
		2 1以外の場合

[対象医療機関]

在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する病院

[算定要件]

- (1) 協力対象施設入所者入院加算は、介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて診療が行われ、入院の必要性を認め入院させた場合に、入院初日に算定する。
- (2) 「2」については、「1」以外の場合であって、**当該保険医療機関が当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて当該患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く）に対し、診療**を行い、入院の必要性を判断して入院した場合について所定点数に加算する。
- (3) 当該保険医療機関と当該介護保険施設等が特別の関係にある場合、協力対象施設入所者入院加算は算定できない。

[施設基準] (概要)

- (1) 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、**緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保**していること。
- (2) 次のいずれかの要件を満たすもの。

ア 次の(イ)及び(ロ)に該当していること。

- (イ) 入院受入れを行う保険医療機関の保険医が**ICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。**
- (ロ) 介護保険施設等と当該介護保険施設の協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。

イ 介護保険施設等と協力医療機関として定められている医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。

- (3) 介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

改定を踏まえた当院の対応

- 病院との連携に関連する介護報酬側の改定内容を精査
 - 連携加算のICT活用について、まめネット事務局や出雲市医療介護連携課と情報共有・対応検討
 - 近隣施設に改定の対応状況を確認し、希望施設とは面談を実施
 - 大社地域等の施設とも連携検討（搬送アクセスを考慮しつつ）
 - 施設側にICT活用案を示し、ICT導入ハードルを軽減
- **協力医療機関契約は28施設、**
うち**7施設**とは、**連携加算・感染対策加算も契約**

連携範囲毎の実施内容

連携範囲	実施内容
協力医療機関 契約施設	<ul style="list-style-type: none">・契約施設の入所者の急変時等の受入・入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認(年1回)
連携加算 取得施設	<ul style="list-style-type: none">・ICTを活用し入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図りつつ、年3回のカンファレンスを実施(当院はまめネット・ルピナスネットを活用)※ICTを活用していない場合は毎月カンファレンスが必要
感染対策加算 取得施設	<ul style="list-style-type: none">・年に1回、当院の感染対策研修に施設職員が参加(当院はオンライン対応)・3年に1回、認定看護師等が施設に出向き、ゾーニング等の感染対策指導

➡高齡者施設との連携強化により、入退院の円滑化を図るとともに
感染症流行時の医療崩壊リスクの軽減につなげたい！

最後に

- 新たな地域医療構想等の流れを踏まえると、病院は基幹型急性期と地域密着型多機能病院に整理されていく方向性
- 200床未満病院は地域密着型多機能病院を選択せざるを得ない
- 地域密着型多機能病院の役割は、サブ・ポストアキュートの受入、下り搬送・転院の受入、在宅医療の提供または在宅診療所の後方支援（開業医との連携）、高齢者施設の協力医療機関など
- 当院は近隣開業医との症例検討会「三水会」にて連携に努めている
- 県や市の医療・介護関係部局とも密なコミュニケーションをとりつつ、地域に必要な医療をバックキャストで整備・提供していくことが重要

医師会の先生方のお力添えをお願いいたします