

地域医療介護総合確保基金 平成31年度事業【医療分】提案及び検討結果一覧表

事業名称	提案団体	事業区分	区域	提案概要				健康政策部内での検討結果				
				現状と課題	事業の必要性	事業の目標	事業内容	事業の成果	事業期間	必要経費(千円)	担当課	対応状況
1 病床機能分化促進事業	三愛病院	①	県全域	<p>現在、三愛病院は介護療養病床48床、障害者施設等病床2病棟98床と、病床機能が慢性期に偏っている。第7期高知県保健医療計画において平成37年の慢性期必要病床数は2,466床過剰、回復期必要病床は1,181床不足の見込みから、将来の医療需要に応じた必要病床数を確保する必要がある。</p>	<p>地域における機能分化を促進するため「地域包括ケア入院医療管理料の施設基準等」を満たし、不足することが予測されている回復期病床の整備を行う必要がある。 また、今後さらに「地域包括ケアシステム」の構築を推進するためにも必要な病床機能である。</p>	<p>地域医療介護総合確保基金を活用し、病院施設整備を行い「地域包括ケア入院医療管理料の施設基準等」を満たす20病床を確保することによって、慢性期機能から回復期機能への機能転換をおこなうことを目標とする。(第7期高知県保健医療計画 第9章第4節4地域医療介護総合確保基金※1)</p>	<p>地域包括ケア病床に必要な機能を有する病床へ一部転換するための施設整備を行う。具体的には廊下幅の確保、病室面積の確保、在宅復帰を見据えた回復期病床に適した浴室等の設備整備を行う。 また、施設整備を経て地域包括ケア入院医療管理料の届出のための実績を積み、2020年3月の運営開始を目指す。</p>	<p>病床機能分化を促進することにより、慢性期から回復期への一部転換を図ることで、地域医療構想に定める必要病床数の達成に寄与することが出来る。</p>	H31	64,887	医療政策課	<p>【既存事業により対応】 本提案の事業目標である、地域包括ケア入院医療管理料の施設基準を満たす病床確保に向けた施設整備については、医療政策課所管の既存事業である「病床機能分化促進事業費補助金」を活用することが可能。 年度当初に当補助金に係る案内文書を送付するため、そちらで対応</p>
2 病床転換促進・入退院支援体制構築に向けた「多職種協働及び地域・病院協働型の入退院支援体制構築のための指針」推進支援事業	高知県立大学(健康長寿センター)	①	県全域	<p>療養型病床数が多い高知県では、地域医療構想、地域包括ケアシステム構築において、回復期病床、地域包括ケア病床への転換、整備に向け、複雑多様化する患者・家族に対して、地域内における施設の役割機能を明確にした上で、看護職をはじめとする多職種が協働、また地域と協働した入退院支援を展開する能力の向上に取り組む必要がある。よって、地域課題の認識の下、入退院支援にイニシアティブが取れる入退院支援者を育成するプログラム展開が課題である。さらに、病院の機能分化が進み高度急性期病院においても在宅復帰率が課せられる現在、高度急性期、あるいは一般急性期から回復期・地域包括ケア、そして在宅へとシームレスに移行し、住民が安心安全に退院していくという医療圏域を意識したシステムが確立されていないことも課題となっている。</p>	<p>回復期病床、地域包括ケア病床への転換、整備に向け、平成28年度は、回復期リハ病棟における「地域・病院・多職種協働型退院支援の仕組み作りガイドライン」作成に取り組み、平成29年度までに、中央西、幡多、安芸福祉保健所管内、平成30年度には中央東、須崎福祉保健管内に及び、現時点で5地区5病院でガイドラインの普及、及び地域・多職種協働型入退院支援のシステム構築に取り組んできた。今後は、最も病床数の多い高知市に展開していきたい。また、平成29、30年度は、ガイドラインを活用し地域・病院・多職種協働型の入退院支援体制を構築し、入退院支援を展開していくことのできる人材育成を目的に、病棟変革を支援する「管理者研修」、「看護管理者研修」、「多職種協働研修」、「入退院支援コーディネーター能力修得研修」の研修プログラムを開発、実施し、平成30年度は高知県内全域を対象とした研修を2地域で実施した。これら事業展開を通して、事業終了後に各施設で地域・病院・多職種協働型入退院支援がシステムとして動いているかをモニタリングする中で、システムの維持発展に取り組む方法論の確立の必要性が課題としてあがってきた。また、研修事業は、いずれも定員以上の受講希望者があり、受講者からの評価も高く、平成31年度以降も開催のニーズがあるといえる。さらに、入退院支援コーディネーター能力修得研修受講生が増加する中、地域ごとの研修修了者のネットワークを構築し、地域や病院の入退院支援システムの改善に取り組む能力を向上していくことも新たな課題といえる。</p> <p>平成30年度からの新たな事業としては、病院の機能分化がますます促進する中で課題にあがった高度、一般急性期から回復期病床・地域包括ケア病床を経て在宅へとシームレスに継続した入退院支援システムの構築に向け、急性期病床(幡多けんみん病院)から3市町村3病院の回復期病床・地域包括ケア病床を経て在宅へとシームレスに継続した入退院支援システム構築を開始し、現在はこのガイドラインを作成している。さらに今後は、病院及び地域を拡大し幡多圏域全域でこのシステムが稼働していく普遍的な仕組みに発展させ、圏域を意識した「急性期→回復期→在宅へとシームレスに移行する地域・病院・多職種協働型入退院支援のフローシート」の普及定着に向けた取組への</p>	<p>幡多医療圏域を対象とした「急性期→回復期→在宅へとシームレスに移行する地域・病院・多職種協働型入退院支援体制のガイドライン」の普及定着に取り組む。 2)地域・病院・多職種協働型入退院支援体制のフローシートならびに「ガイドライン」を幡多地域全域で活用できるよう普遍化し、普及し、全市町村の中心となる病院、地域での活用につなげる。また、その入退院支援体制フローシートに基づいて入退院支援を展開できる専門職を育成する。あわせて、地域・病院・多職種協働型入退院支援の展開を促進するコーディネーター能力を修得した人材(各福祉保健所管内5名以上)を増やすとともに、今まで研修を受講した者のネットワーク作りを行うとともに能力の向上もを図る。 さらに、平成29年度から取組を行っている「ガイドラインの普及、及び地域・多職種協働型入退院支援のシステム構築」について、高知市へと地域の拡充を図る(高知市内の1病院をモデルにした地域・病院・多職種協働型の入退院支援の体制図を作成し、高知市内の病院に拡充する基盤をつくる)。</p>	<p>1)幡多圏域市町村全域に拡大して「急性期→回復期→在宅へとシームレスに移行する地域・病院・多職種協働型入退院支援体制のガイドライン」の普及定着に取り組む。 2)地域・病院・多職種協働型入退院支援体制構築への相談支援事業は、高知市内の病院をターゲットとして、実施していく。 3)地域・病院・多職種協働型入退院支援体制の構築や人材育成の全県下的な拡充を目指し、多部門を横断した管理者研修、看護管理者研修、入退院支援コーディネーター能力修得研修、多職種協働研修を継続実施する。 4)過去のモデル病院におけるモニタリング及び自施設で行なう地域病院多職種協働型入退院支援システムモニタリングシートの作成に取り組む。 5)成果を公表する事業報告会を開催する。</p> <p>1)高度急性期→回復期→在宅までのシームレスな入退院支援体制のガイドラインの普及、定着(幡多圏域市町村全域に拡大) (1)平成30年度作成版入退院支援の体制フローシート及びガイドライン説明会(四万十市、土佐清水市2ヶ所) (2)幡多けんみん病院ならびに土佐清水、四万十市、宿毛市内の3病院を対象とした事例展開への相談支援(月1回訪問支援、その他メール電話での相談支援) (3)病院・地域との検討会開催(四万十市、土佐清水市、宿毛市各2回) (4)入退院支援の体制フローシート及びガイドラインの見直し (5)最終版入退院支援の体制フローシート及びガイドラインの説明会(四万十市1回)</p> <p>2)病棟における指針活用に関する相談支援(コーディネーターのOJT含む) 高知市1病院 (1)高知市内病院を対象とした事業説明会(1回) (2)体制作りへの支援・課題抽出(3回) (3)運営会議(2回) (4)事例展開への相談支援(OJT1ヶ月1回、メール電話での相談支援)</p> <p>3)【研修事業】集合研修(県内1か所) (1)管理者研修 (2)看護管理者研修 (3)多職種協働研修 (4)入退院支援コーディネーター能力修得研修 (5)入退院支援コーディネーターフォローアップ研修</p>	<p>高知県の医療圏域で病床転換が必要となっている回復期リハビリテーション病床、地域包括ケア病床への転換促進に向け、地域内でリーダーとなりうる入退院支援職者が増加することで、各病棟もつ機能強化を図り、地域にある他施設の入退院支援の能力向上に寄与することができる。また、医療機関がシステムをモニタリングし継続的に発展的に入退院支援に取り組むことによって、在宅療養への移行がスムーズに進み、在宅療養を選択する人が増えるとともに、在院日数の短縮や、在宅療養生活の延長に繋がる。</p>	H31	16,233	医療政策課	<p>【実施の方向で検討】 本提案はこれまでに、安芸、中央東、中央西、高幡、幡多圏域において実施している退院支援事業を発展させたものであり、県下全域での地域連携型退院支援体制構築を目指すためにも、事業が実施できていない高知市での事業実施が必要である。 また、今年度、幡多圏域で実施している、急性期→回復期→在宅への移行体制構築を図る取組については、病床の機能分化を促進するためにも必要なことであり、来年度は、圏域全体へと取組を広げていくために地域を拡大して事業を実施する。</p>

提案概要										健康政策部内での検討結果			
事業名称	提案団体	事業区分	区域	現状と課題	事業の必要性	事業の目標	事業内容	事業の成果	事業期間	必要経費(千円)	担当課	対応状況	
高知県民の血管病重症化予防を推進する看看連携—血管病コーディネーター看護師の育成と看看連携の仕組みづくり	高知県立大学(看護学部)	③	中央圏域	<p>高知県の壮年期男性の死亡率が全国平均よりも高い。また、血管病疾患にかかる医療費をみても全国平均より医療費が高いことから、血管病の重症化予防ができずに透析導入や心筋梗塞への高度医療や脳血管障害による長期入院等で医療費高騰を招いていることが推測される。特に、外来医療費が全国平均を下回ることから、特定健診受診後の早期からの重症化予防の健康管理が定着していないことが示唆される。</p> <p>高知県の血管病重症化予防対策の取組みとして、1)特定健診の受診率向上、2)糖尿病性腎症重症化予防プログラム：①未治療ハイリスク者への早期介入と治療中断者に対する治療継続の支援、②治療中の重症化リスクの高い方の多機関連携による重症化予防の推進、③保健師等保健指導従事者のスキルアップ、3)管理栄養士による外来栄養食事指導の推進、が掲げられている。</p> <p>重症化予防プログラムの現状として、市町村では特定健診後の未治療ハイリスク者に対する受診勧奨の介入率は86.2%と高いが医療機関受診率は23.0%と低い。また、治療中断者に対する受診勧奨の介入率も40.2%、受診率16.1%と低い状況にある。</p> <p>平成30年度は、かかりつけ医と連携した保健指導の展開に重点が置かれている。ハイリスク者の場合はかかりつけ医と専門医の橋渡し(紹介、逆紹介)が重要となるが、ファーストコンタクトの医療機関は患者の背景となる生活情報が少なく治療継続につなげるための支援が十分機能していない状況にある。また、保健師も治療中の患者への保健指導にあたって、主治医を中心とした医療チームとの連携に難しさを感じている。</p> <p>国・各保険者が推進する糖尿病性腎症重症化予防プログラムは保健師と医師の連携が中心で看護師の関与は低いものの、佐賀県では糖尿病療養指導士の資格を持つ看護師を糖尿病コーディネーター看護師として育成し、地域医療連携のヒューマンネットワークとして大きな成果を上げていた。地域の既存リソースをいかに活用するかが地域連携を構築する上で鍵となることが示唆された。</p>	<p>血管病の重症化の背景には、健康格差を引き起こす社会的決定要因を踏まえた支援が必要であることが実際の保健師介入により明らかになっている。重症化の社会的決定要因として、産業保健サービスの機会が少ない零細・中小企業の就労者、低所得者、親の介護をしている独身男性などが顕著にみられる。これらに共通するのは、ヘルスリテラシーの不足、社会的役割や生きがいの欠如、周囲の情緒的・手法的サポートの不足といった心理社会的問題が累積している事例であり、いわゆる介入困難事例である。こうした事例への介入は、心理社会的アプローチが必要不可欠である。地域保健師の受診勧奨から、実際の受診と治療継続につなげるためには、当事者の認知の変容の鍵となる心理社会的支援が重要となる。</p> <p>社会的決定要因の課題を多くもつハイリスク者の重症化を予防するには、保健・医療・福祉の連携機能を担う役割が必要である。しかし、新たな職種を育成するにはコストも時間もかかることになる。</p> <p>そこで、血管病のハイリスク者を継続的に支援する役割として、地域特性を知っている専門的知識とスキルをもつ既存の人的リソースを活用し、保健医療福祉職の役割・機能を再編成していくことが現実的であると考えられる。</p> <p>血管病の重症化予防においては、かかりつけ医と専門医の連携が重要であるが、高知県の専門医は糖尿病41人、腎臓病専門医25人、透析専門医34人と少なく、かつ中央医療圏に98%が集中している。一方で、血管病患者ケアの特定資格をもつ看護職は高知県内に多数存在する。例えば、専門分野(糖尿病)における質の高い看護師育成事業の修了生らが組織する土佐会会員約90人、日本糖尿病療養指導士157人、高知県糖尿病療養指導士495人、腎臓病療養指導士は4つの医療圏に広がっている。また専門資格をもつ看護師は中央医療圏に集中しているものの、認定看護師39人が(糖尿病7人、透析2人、慢性心不全3人、脳卒中リハビリテーション7人、救急11人、集中ケア9人)、専門看護師19人(慢性疾患2人、急性重症患者2人、老人3人、在宅7人、家族5人)、合計58人存在する(2018年7月現在、日本看護協会)。</p> <p>特に、ハイリスク者への身体的かつ心理社会的支援を継続的に支援する役割として、血管病の専門的知識とスキルをもつ看護師はマンパワー的にも重要な立場にあることから、①かかりつけ医と専門医の橋渡しを柔軟に行い、②ハイリスク者へ保健師・MSW・栄養士・薬剤師ら他職種と連携して心理社会的支援を提供し、③受療継続のサポーターとして地域の課題解決に参画できる「血管病コーディネーター看護師(以下、コーディネーター看護師)」を育成すること、そしてコーディネーター看護師の活動を推進するため地域ごとに保険者、かかりつけ医と基幹病院の専門医、保健師・コーディネーター看護師等の看護職、MSW、栄養士、薬剤師などの多職種が事例検討を通じて課題を共有し、地域連携の方策を話し合う協議会の定期的な開催が必要となる。</p> <p>高知県が推進する血管病重症化予防対策において、高知県立大学は地域性や業種形態等の社会的決定要因を考慮したヘルスリテラシー啓発活動への支援、血管病重症化予防を専門に推進する看看連携に必要な人材育成、高知県・医師会・看護協会と連携し地域性を踏まえた看看連携の仕組みづくりを支援する役割を担っていく必要がある。</p>	<p>本事業は、血管病コーディネーター看護師の育成と活動支援を中軸にして保健師と看護師の看看連携の仕組みづくりを目標とする。これらを推進する上で、保健師・コーディネーター看護師におけるハイリスク者への社会的決定要因を踏まえた心理社会的支援のスキルアップをはかることがまず必要である。こうした看看連携を発揮するには、地区ごとの病診・病病連携におけるハイリスク者の受療継続支援の仕組みづくりが地域連携の基盤として必要不可欠である。地域連携は、当該地区の特性と課題について行政職と保健・医療・福祉の専門職による協議会などで構築していく必要がある。こうした地域連携の基盤を背景にした、地域・診療所・病院の様々な次元での看看連携とコメディカルの多職種協働によって、住民の生活と保健を継続的に支援し重症化を予防することが本事業の最終・最大の目標である。これは同時に病院完結型医療から地域完結型医療への移行を具現化することでもある。</p>	<p>平成31年度は、高知県の血管病コーディネーター看護師育成と看看連携の仕組みづくりの第一段階(準備作業)として、以下を計画した。</p> <p>1)高知県の特定地域をモデルとしたコーディネーター看護師育成の教育プログラム開発を行う。</p> <p>2)高知県の主導のもと特定地域での多職種による協議会を開催し、地域課題の共有、地域連携システムの検討、前述の教育プログラムの洗練化、看看連携システムに必要な要件の整備や役割規定等を行う。</p> <p>3)上記1)2)を踏まえて、コーディネーター看護師の潜在的メンバーを調査し、当該対象者向けに育成事業への参加促進と高知県の血管病重症化予防対策の周知を目的とした事前研修会を開催する。</p> <p>4)上記1)2)3)を踏まえて、保健医療福祉関係者、ならびに血管病患者会会員や地域住民を対象に公開講座を開催し、血管病の実態と地域連携による重症化予防の重要性を啓発するとともに、その役割を担うコーディネーター看護師の育成と活用について周知をはかる。</p>	<p>I. 平成31年度は、高知県の血管病コーディネーター看護師育成と看看連携の仕組みづくりの第一段階(準備作業)として位置づけ、下記1)～5)が期待される成果である。</p> <p>1)高知県の特定地域をモデルとしたコーディネーター看護師教育プログラム開発。</p> <p>2)高知県主導のもと特定地域の多職種による協議会において、特定地域の血管病の課題共有と重症化予防のための地域連携システムの方策検討、コーディネーター看護師の活動基盤(要件・役割規定)の整備。</p> <p>3)上記1)2)を踏まえて、コーディネーター看護師の潜在的メンバーを調査し、当該対象者向けに高知県の血管病重症化予防対策の現状と課題、ならびにコーディネーター看護師の必要性、活動の意義について理解を深める機会を提供すると同時に、育成プログラムへの参加促進がはかられる。</p> <p>4)高知県の血管病の実態と地域連携による重症化予防の重要性、ならびに血管病コーディネーター看護師による地域連携システムの構築について、県内の保健・医療・福祉職、ならびに患者会・地域住民へ周知される。</p> <p>5)地域の保健・医療・福祉職の血管病重症化予防に関する実態の理解や知識獲得による意識・行動の変化がみられる。</p> <p>II. 以下6)～10)は、本事業の継続により期待される成果である。</p> <p>6)血管病のハイリスク者・治療中断者について、保健師と病院・診療所の医師、ならびに看護師との連携機会が量的にも質的にも向上する。</p> <p>7)病院・診療所における血管病ハイリスク者の受診継続率の増加がみられる。</p> <p>8)特定健診後のハイリスク者の受診率・治療継続率が向上する。</p> <p>9)血管病の急速な重症化が阻止され、透析導入患者が減少する。</p> <p>10)血管病の入院医療費割合が減少し、外来医療費割合が増加する。</p>	H31	4,270	健康長寿政策課	○	<p>【実施の方向で検討】</p> <p>本提案は、糖尿病が重症化しやすいリスクを持った患者を血管病コーディネーター看護師が療養支援することで重症化予防を図るもの。重症化リスクが高まれば保健師等がかかりつけ医と連携して保健指導に関わるが、本県は保健師等のマンパワーが不足しており、提案にある医療機関での重症化予防対策は有効と考える。</p> <p>このため、提案内容を地域の実情に合わせて一部変更し、医療資源の少ない高知市以外の基幹病院をモデルに血管病調整看護師の育成と地域連携を構築する事業として実施する。</p>