

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「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」
分担研究報告書(令和4年度)

地域における医療機能の分化・集約化、医療介護連携に係る課題の対応に向けて

研究分担者 小林美亜 山梨大学大学院総合研究部医学域
瀬戸僚馬 東京医療保健大学

研究要旨

本研究は、「医療機能の集約化、役割分担・連携の強化」「医療と介護との連携」に係る対応と課題に関して、ヒアリング調査を通じて、検討することを目的とした。

地域医療連携推進法人制度を活用して地域医療構想の推進を図り、また地域包括ケアシステムの実現にも向けた情報共有と連携体制の構築を行った好事例の取組として「日本海ヘルスケアネット」、「医療機能の集約化、役割分担・連携を図るための対応と課題」「入院(急性期・回復期・慢性期)から在宅医療や介護施設等への退院における対応と課題」は、岩手県の両磐医療圏の高度急性期・急性期医療を担う県立磐井病院等、「地域医療構想における連携の強化」に係る取組について済生会熊本病院からヒアリングを行った。

その結果、医療機能の分化・連携により質の高い効率的な医療提供体制の確保を図るためには、地域の特徴と課題を踏まえ、医療提供体制の確保と経営の効率化を図る方策を検討し、医療崩壊の防止、働き方改革の実現、医療従事者の教育体制の充実化が重要であることが示された。医療、介護の連携を図るためには、介護機関もICTを使った情報共有に積極的に参画することのできるシステム整備が重要であることが示された。医療機能の分化を図った医療機関同士の連携を強化するためには、各医療機能を「つなぐ」役割が必須であり、その役割を果たす人材を育成するための教育プログラムの開発と提供、専門的知識と技術を持った人材を地域で上手く活用するためのシステム整備を進めることが重要であることが示された。

A. 研究目的

本研究は、「医療機能の集約化、役割分担・連携の強化」「医療と介護との連携」に係る課題と対応に関して、①医療機能を集約化し、役割分担・連携の強化を図る方策、②医療機関入院後(急性期・回復期・慢性期)に必要な治療を終えた後に在宅医療や介護施設等へ患者の退院を円滑に進めるための体制整備、③医療機関退院後の療養生活を支える地域資源・システム及び人材のあり方の視点から、ヒアリング調査を通じて、検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. ヒアリング対象

地域医療連携推進法人制度を活用して地域医療構想の推進を図った好事例の取組として、日本海ヘルスケアネットにおいて、公表されている情報を収集するとともに、運営の中核を担う日本海総合病院(酒田市病院機構理事長、病院長、副病院長、地域連携担当者ら)と、その亜急性期・回復期の連携医療機関である本間総合病院(心不全連携を担当する循環器内科医)から、医療介護連携、人事交流、心不全連携や

ICTの活用などに関して、ヒアリングを行った。

また、「医療機能の集約化、役割分担・連携を図るための課題」「入院（急性期・回復期・慢性期）から在宅医療や介護施設等への退院における課題」に関して、現在の取組状況や今後の方策を、岩手県の両磐医療圏の高度急性期・急性期医療を担う県立磐井病院（病院長、地域連携担当者ら）、回復期・慢性期を担う一関病院（病院長、地域連携担当者、訪問看護担当者ら）、一関市（保健福祉部）から、ヒアリングを行った。

地域医療構想を推進する上での看護の取組として、高度急性期・急性期の病院から、回復期・在宅医療・介護施設等へ患者の退院を円滑に進め、地域全体で連携を図り、ケアの質保証につなげる好事例として、退院支援を担う看護師の人材育成や看看連携などの取組に関して、熊本済生会病院（看護部）から、ヒアリングを行った。

（倫理面への配慮）

ヒアリングを行うに際し、研究の趣旨とヒアリング内容を事前に送って説明を行い、ヒアリング対象機関から同意を得た。

C. 研究結果

1. 日本海ヘルスケアネットの取組

1) 概要

日本海ヘルスケアネットは、2018年4月に発足した山形県庄内地域の13法人・団体が参加する地域医療連携推進法人である。理念・運営方針は、表1に示す通りである¹。

表1 理念・運営方針

（理念）

庄内地域において急速に進む少子高齢化、過疎化の状況の中で、山形県が進める地域医療構想の実現を図り、地域包括ケアシステムのモデルを構築

し、医療、介護、福祉等の切れ目のないサービスを、将来にわたって安定的に提供することを目指す。

（運営方針）

- ・参加法人間において地域に必要な診療機能、病床規模の適正化を図り、将来を見据えた医療需要に対応できるよう業務の連携を進め、地域医療構想の実現を図る。
- ・地域包括ケアシステムの構築を行政と共に進め、地域住民が住み慣れた地域で、切れ目なく適切な医療、介護、福祉、生活支援が提供できる取組を進める。
- ・参加法人の個性、特徴を活かした相互連携を進め、優秀な人材の育成や持続可能な経営を通じて地域に貢献する。
- ・参加法人は、公共の福祉のために、連携推進業務の推進を図る責任を負う。

医療機能の集約化、役割分担・連携の強化の方策として、以下を行っている。

① 診療機能等の集約化・機能分担、病床規模の適正化

○重複投資等の抑制と効率化を図るため、日本海総合病院に検査機能及び手術機能を集約化させ、一方、維持透析機能については、本間病院への集約化を図る。

② 医療機器等の共同利用

○CT、MRI等の高額医療機器の重複投資等を抑制し、参加法人間で共同利用出来る仕組みを構築し、参加法人の経営効率化を図る

③ 委託業務の共同交渉

○参加法人が個々に委託する管理業務等について見直し、検討を行い、スケールメリットを活かせる業務の共同交渉を行う

④ 連携業務の効率化

○患者IDの共通化を行い、電子カルテ、会計シ

システム、部門システム等の連動を推進し、連携業務の効率化を図る。医療介護従事者の派遣体制を整備し、人材育成や人事交流を図る。

○医療介護従事者の確保が難しい事業所に対して、体制を整備し、参加法人間で職員の派遣を行う他、人材育成の一環として、共同での研修会の開催や人事交流を行う。

○介護従事者の確保においては、職員養成を行う仕組みを構築し、職員定着を図るとともにサービスの質の向上を目指す。

⑤ 地域フォーミュラの推進（表2）

わが国で最初の地域フォーミュラを開始している。医療機関と調剤薬局が薬剤費の適正化に取り組み、調剤薬局の在庫管理を容易とする。

表2

日本海ヘルスケアネット 地域フォーミュラ 一覧

	薬剤名	備考	開始時期
胃酸の分泌を抑える薬 プロトンポンプ阻害薬 PPI	ランソプラゾール	ジェネリック薬	平成30年11月～
	ラベプラゾール		
	オメプラゾール		
食後血糖を抑える薬 α-グルコシダーゼ阻害薬 α-GI	ボグリボース	ジェネリック薬	平成30年11月～
	ミグリトール		
高血圧治療薬 アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬 ARB	テルミサルタン	第1推奨	平成31年2月～
	オルメサルタン	第2推奨	
	カンデサルタン	第3推奨	
コレステロールを下げる薬 HMG-CoA還元酵素阻害薬 スタチン	ロスバスタチン	選考理由 ★作用が強い ★相互作用が少ない	平成31年2月～
	ビタバスタチン		
骨粗鬆症治療薬 ビスホスホネート製剤	アレンドロン酸Na35mg	第1推奨	令和元年6月～
	リセドロン酸Na17.5mg	第2推奨	
	リセドロン酸Na75mg	第1回内服	
抗ヒスタミン薬 (アレルギー性鼻炎に限る)	ロラタジン	選考理由 ★服くなりにくい(安全性)	令和元年12月～
	フェキソフェナジン		
抗インフルエンザ薬 (成人の治療に限る)	オセルタミビル	内服 第1推奨	令和元年12月～
	ゾフルーザ	内服 第2推奨	
	イナビル	吸入薬	
	リレンザ	吸入薬	
	ラビアクタ	注射薬	
神経障害性疼痛緩和薬	プレガバリン	ジェネリック薬	令和3年4月～
抗ヘルペスウイルス薬	バラシクロビル	腎機能やアドヒアランスに問題がある場合はアモキシシリンを推奨 それ以外はバラシクロビルを推奨	令和3年4月～
	アモキシシリン		
高血圧治療薬配合剤 ARB+Ca拮抗薬	テラムロ	テルミサルタン+アムロジピン	令和3年4月～
	カムシア	カンデサルタン+アムロジピン	
バイオシミラー製剤	インフリキシマブ	先行品より安価	令和元年6月～
便秘薬	酸化マグネシウム	推奨薬	令和4年11月～
	ルビプロストン		
	エロピキシパット	オプション	
	リナクロチド		
	センソジド		
	ピコスルファート ピコスルファート センナ・センナ薬	オプション (屯用)	

2) 医療・介護などの連携

①入院患者の在宅療養生活への円滑な移行の推進、病院と介護施設の連携強化

統一的な退院支援、退院調整ルールの方策や地

域連携パスの充実を図り、これらを可能とするために必要な施設情報や患者情報の共有するためのネットワークとして「ちょうかいネット」を通じたICT等を利用している。

また、要介護者の急変時に対応できるよう、24時間、365日対応できる病院（日本海総合病院、酒田リハビリセンター病院、本間病院、山容病院）、診療所（上田診療所等）、介護施設（ひだまり、うらら、シェ・モワ、かたばみ荘等）、訪問看護ステーション（スワン、かがやき等）の連携体制の強化を図り、地域包括ケアシステムの構築を実現している。

② 介護事業・地域包括ケアの推進

介護事業所を持つ参加法人間（医師会、健友会、山容会、宏友会、光風会、かたばみ会）で役割分担を明確化し、業務の効率化を図るとともに、24時間対応できる体制作りや新たな業務内容（訪問リハビリ等）の検討を随時、検討している。日本海ヘルスケアネットは、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援等のサービスを包括的に提供できる地域包括ケアシステムの構築に向けた地域の取組みの支援を行っている。具体的には、在宅患者をチームで支える多職種連携を強化できるようにちょうかいネットの充実化を図り、ケアマネジャーが基幹病院の電子カルテを閲覧して情報収集を効率的に行うことが可能となっている。また、地域の診療所・クリニックの医師が病院・介護施設で当直を輪番制で担当することにより、医療と介護連携がスムーズになっている。

③ 看護・介護の人材確保

看護・介護の人材確保に向けて、人事交流は参加法人の中で、最も取り組み希望の多い事業となっている。看護師の人事交流は、比較的、看護師の確保が行えている酒田市病院機構からの出向が主となっている。出向の形態は、「在籍型出向」となっており、出向元と出向先で契約を結び、出向元の身分と職を維持しながら、出向先との雇用関係に入る仕組みとなっている²。出向期間は、原

則1年間で、引き続き、出向が必要な場合には、別の職員に交代することになっている。この仕組みの構築により、参加法人間の相互理解が進み、日常業務でのコミュニケーションの円滑化が図られるようになったとのことであった。令和2年度、3年度の実績は表3に示した。

出向先のメリットとしては、「出向による増員で新たな施設基準の取得や維持が可能になり経営面でプラスになった」、「過剰な勤務シフトが緩和された」、「経験の異なる職員と仕事することでスキルアップにつながった」ことがあげられていた。出向元のメリットとしては、「出向を職員のキャリアアップ、能力開発の一つとしてとらえ、他法人での経験を通じて幅広い視点や新たな発想を身に着けることが可能となった」ことがあげられていた。

表3 派遣実績

令和2年度

派遣元	派遣先(設立団体)	職種	派遣診療科目等	延派遣日数/月
日本海総合病院	本間病院(医療法人) 宏友会(医療法人)	医師	内科、整形外科、宿日直	9日/月
		看護師	透析室、訪問看護	60日/月
本間病院	日本海総合病院(地独法山形酒田)	医師	外科、循環器内科、放射線科	12日/月
		コメディカル	臨床工学技士	1日/月
酒田地区医師会	日本海酒田リハ病院(地独法山形酒田)	医師	宿日直	11日/月

令和3年度

派遣元	派遣先(設立団体)	職種	派遣診療科目等	延派遣日数/月
日本海総合病院	本間病院(医療法人) 宏友会(医療法人)	医師	内科、整形外科、宿日直	9日/月
		看護師	透析室、訪問看護	60日/月
本間病院	日本海総合病院(地独法山形酒田)	医師	外科、循環器内科、放射線科	12日/月
		コメディカル	臨床工学技士	1日/月
酒田地区医師会	日本海酒田リハ病院(地独法山形酒田)	医師	宿日直	11日/月

④ ちょうかいネットの活用

ちょうかいネットは、複数の医療機関の間で、

個人情報を保護した上で、ID-Linkを使った仕組みにより、インターネット回線を用いて、医療情報を共有するシステムである。ちょうかいネットの登録の件数は、毎年、増加している(図1)。共有情報(表4)は、機関によって異なるが、機関病院である日本海総合病院は全ての情報を共有できるようにしている。

年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
2011年	75	86	96	83	114	105	179	201	150	171	170	225	
2012年	180	149	250	315	340	393	409	393	320	385	390	283	
2013年	276	332	478	638	577	478	377	351	371	364	345	373	
2014年	405	342	572	571	388	412	402	381	387	379	355	363	
2015年	255	292	408	401	355	461	437	381	353	430	390	428	
2016年	433	434	516	476	449	493	654	503	484	490	573	418	
2017年	480	428	450	487	458	591	498	488	463	486	521	527	
2018年	624	578	668	390	677	638	698	652	647	559	684	611	
2019年	472	468	478	463	480	528	641	371	515	509	428	518	
2020年	447	429	488	238	388	489	514	411	460	511	471	475	
2021年	450	400	578	515	427	484	424	600	463	429	489	434	
2022年	521	431	541	471	432	439	457	492	492	324	434	485	59,281

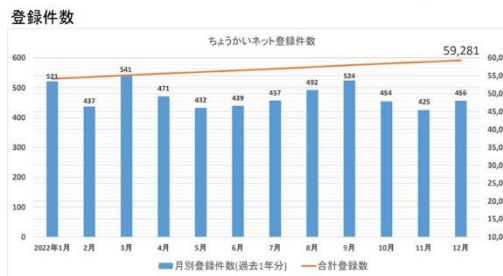


図1 ちょうかいネット登録件数

表4 共有情報

開示項目	日本海総合病院	本間病院	荘内病院	Net4U(鶴岡地区医師会)	庄内余目病院	庄内検診センター(酒田市国保)
診療録	○	○	○	○	○	
簡易サマリー	○	○	○			
処方	○	○	○	○	○	
注射	○	○	○	○	○	
検査結果	○	○	○	○	○	
画像検査	○	○	○	○	○	
入院歴	○	○	○	○	○	
温度板	○	○	○	○	○	
DICOM画像	○	○	○	○	○	○
読影レポート	○	○	○	○	○	
病理レポート	○	○	○	○	○	
入院サマリー	○	○	○	○	○	
看護サマリー	○	○	○	○	○	
地域連携パス	○	○	○	○	○	
健診結果						○

ちょうかいネットの参加機関は、医療機関だけではなく、酒田市の歯科、薬局、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、小規模多機能居宅介護、デイサービス、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、グループホーム、訪問看護ステーションとなっており、地域包括ケアシステムを構築する基盤としての情報共有が行うことができるように整備されている。介護機関の参加により、医療・介護連携が推進しやすくなっており、医療から介護への移行もスムーズとなっている。また、ちょうかいネットを通じて、連携する各機関同士が必要な情報を収集しあうことが可能となっているため、地域連携パスがなくても、連携を図ることが可能となっている。

なお、ちょうかいネットは、情報提供病院が更新費用や継続費用を負担することで維持を図っており、情報閲覧機関ではこれらの費用は発生しない形式となっている。また、山形県からの補助金（350,000円）と市の負担金（酒田市：50,000円、鶴岡市50,000円）から、継続費用の支援も受けている。2011年にちょうかいネットを導入した際は、地域医療再生基金を活用しており、情報提供病院である日本海総合病院は、診療報酬からの医業収益を更新・継続費用に充当している。2017年度の場合、維持費用と診療報酬による収益がほぼ均衡したとのことであった。

その他、ちょうかいネットの継続運用をもたらす重要な点として、情報提供病院に医師記録の開示を義務付けていることがあげられる。このネットワークに参加している機関が、そのメリットを実感することにより、システムの活用の継続性や重要性を認識し、結果として、ネットワークから離脱しなくなるとのことであった。現在、山形県では地域の拠点病院のほとんどが医師記録を開

示しており、山形県内の広域連携、秋田県・山形県広域連携の促進に貢献している。

⑤ 心不全連携体制の構築

高齢化に伴い心不全患者は増加しており、2030年には130万人に達し、「心不全パンデミック」に陥ることが予測されている²。庄内地域では、高齢化が全国平均よりも10年ほど早く進行しており、心不全患者数のピークも2025年頃になる可能性があることから、心不全パンデミックへの対応が喫緊の課題となっており、日本海総合病院で侵襲的な治療を行い、その後の継続治療を亜急性期の本間病院で継続することのできる医療連携体制を早くから構築してきた。日本海総合病院で、心不全で転院となった全患者の7～8割を本間病院の急性期一般入院料の10対1算定病棟で受け入れている（表5）。また、本間病院から退院した患者で、急性増悪し、再び、コントロールが必要になった患者は、本間病院が受け入れを行い、日本海総合病院の急性期患者の受け入れに支障をきたさないようにしている。転院対象となる心不全患者は、他の疾患とは異なり、急性増悪を防止し、カテコラミン等による治療を継続し、在宅復帰を目指した管理が必要となる患者がほとんどである。このため、循環器内科医や心臓リハビリテーションを担当できる他職種がいる医療施設でなければ、実質上、受け入れが困難となっている。加えて、心不全の治療に用いられる薬剤が高額であることから、包括支払い方式が導入されている地域包括ケア病棟での受け入れも困難となっている。このため、TAVIなどの治療を終えた後の転院先として、一般急性期病棟の受け皿があることが必要不可欠となっており、日本海総合病院では、本間病院との連携を確立している。しかしながら、現在、本間病院が算定している急

性期一般入院料 10 対 1 の算定要件である重症度、医療・看護必要度の重症患者割合の基準が厳格化された場合、地域包括ケア病棟に切り替えることが余儀なくされることが懸念されている。このような地域連携を維持するためには、心不全パニックへの対応として、適切な評価を含めた政策的な対応が求められている。

現在、日本海総合病院が中心となり、地域の多職種で、心不全患者をフォローできるように、訪問看護師やセラピストなどに対する研修・教育体制の整備を検討している。具体的には、日本海総合病院の慢性心不全看護の認定看護師や心不全療養指導士が地域の医療者に対して教育を行うことのできる体制の構築を目指している。

表 5 日本海総合病院から本間病院への転院状況

令和 2 年度 日本海総合病院から本間病院への転院患者 集計表	
※循環器内科、心臓血管外科に限る	
集計期間	令和2年4月～令和3年3月 ※令和4年9月6日現在
1. 転院患者数	34 人
2. 転院時の平均年齢	85.9 歳
3. 本間病院からの退院先	
自宅	14 人
死亡	12 人
施設	5 人
老健	2 人
他院	1 人
入院中	0 人
4. 本間病院退院後、1年以内に再入院した患者数	
※詳細は別紙の通り	
※循環器内科、心臓血管外科に限る	
日本海総合病院	1 人
本間病院	5 人
5. 平均在院日数（退院日含む）	
日本海総合病院	26.3 日
本間病院	56.3 日

2. 岩手県の両磐医療圏の取組

1) 岩手県の特徴

岩手県は、二次保健医療圏ごとに 9 つの基幹病院を設置し、20 病院 6 地域診療センター（うち 1 病院は精神科の単科病院）により運営を行っており、全国でも多い県立病院を有する県となっている（病院数、稼働病床数、患者数の県内における

割合がいずれも全国平均を上回る）。一方、県内の市町村立医療機関は 8 病院 30 診療所にとどまり、地域の医療提供体制は県立病院に集中する構造となっている。

基幹病院が二次保健医療圏の範囲を対象とした高度・先進医療を担い、基幹病院と地域病院が一体となって、救急、へき地等における医療や、小児・周産期、災害、精神などの医療を行っている。一方、県立病院は、県の医師偏在指標が全国的にも低く、医師不足の問題を抱えている。これに対して、県立病院のネットワークで、医師や看護師等の医療従事者が不足している県立病院等や市町村立医療機関に医師を派遣し、対応している取り組みがなされている。このようなことを踏まえ、岩手県は、「持続可能で希望ある岩手を実現する行財政研究会」において、岩手県の現状と課題、取組の方向性を整理している⁴（表 6）。



表 6 取組の方向性

2) 両磐医療圏における現状と課題

両磐医療圏の状況は表 7 に示した。地域医療構想の構想区域は、両磐の二次医療圏と設定されている。平成 24 年の「医療計画作成指針」では、①人口規模が 20 万人未満の二次医療圏で、②患者流入割合 20%未満、かつ、③患者流出割合 20%以上の場合は、設定の見直しについて検討することとされた。岩手県では 9 圏域中 6 圏域が見直しの要件に該当したものの、流出患者の多くが盛岡

3) 在宅医療・介護連携

(1) 連携の状況と課題

「宮城県北地域も含めた両磐圏域での連携が必要」「県立、公立、民間病院が地域内各地に配置され、医療連携を図ることが必要」「地域包括ケアシステム」の取組を契機とし、市全体に「医療と介護」の連携を図る意識が波及した背景に加え、東日本大震災による被災者支援を通じ、医療と介護の連携の重要性が強く意識されるようになり、平成 23 年度末に、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、医療機関、ケアマネ事業所、地域包括支援センター、振興局及び保健所、一関地区広域行政組合（保険者）等により構成される「一関市医療と介護の連携連絡会（以下、連携連絡会）」（事務局：一関市健康づくり課）が設立された。この連携連絡会は、在宅医療・介護連携推進事業の一環として、医療と介護の連携の取り組みを進めるとともに、平成 25 年度からは平泉町も参加している。「顔の見える関係づくり」を重視しており、この連携連絡会で医療介護連携を担う担当者間での交流が進み、「医療と介護の連携マニュアル」を整備している。

県立磐井病院のポストアキュートおよび一関市のサブキュートの役割を担っている一関病院（地域包括ケア病棟、療養病棟を有し、付属施設として、訪問看護ステーション、一関病院医療と介護の連携センターを設置）の連携担当職員や訪問看護ステーションの看護職員も、この連携連絡会を通じて、県立磐井病院との職員との顔の見える連携が進み、お互いの役割と対応能力を知ることができ、信頼関係が構築され、連携がスムーズになったとのことであった。また、一関病院は県立中央病院からの要請を断らない方針で患者を受け入れており、県立磐井病院では予定入院で退院日が決まっている患者についてはあらかじめ、緊急入院患者などは退院の予定が見通せる時点で、すぐに転院要請を行っており、一関病院の病床コントロールも円滑に行えているとのことであった。

連携手段としては、両磐区域では、地域共通の地域連携パスの活用ではなく、医療機関ごとに作成された地域連携パスを使用していることから、県立磐井病院や一関病院でも、患者情報は、連携連絡会で作成している「医療と介護の連携マニュアル」で既定されている「退院シート」や「くらしのシート」を通じて共有が行われている。

県立磐井病院では、退院支援を得意とする看護師が少なく、退院支援が看護師を育成するためのラダー教育に組み込まれていないため、今後は、組織として、退院支援を行うことのできる看護師を育成が課題となっていた。

(2) 一関市の在宅医療・介護連携の課題と対応

令和 2 年 9 月に、第 8 期介護保険事業計画（令和 3 年～5 年度）に向けて求められた、「①地域の医療・介護の資源把握」「②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議」「③切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進」「④医療・介護関係者の情報共有の支援」「⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援」「⑥医療・介護関係者の研修」「⑦地域住民への普及啓発」「⑧在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」の事項を基盤として、PDCA サイクルをまわしていることとあり、現在の課題と対応の状況は、以下となっている。

①在宅医療を行う医療資源の確保（一関医師会で在宅医療の人材育成研修会を実施。医師や看護師、介護従事者の修学資金貸付）

②在宅医療を行う医療機関の連携体制の構築の推進（一関地域の 1 病院、2 診療所が「機能強化型在宅療養支援チーム」を結成し、必要に応じて各医師の専門分野を活かした訪問診療を実施）

③在宅医療の理解の推進（終末期の在り方や在宅での看取りを含めた啓発活動）

④ICT を活用した医療情報ネットワークの推進

(事業化されておらず、県全域でのネットワーク構築や他県との情報連携について取り組むように要望中)

3. 退院支援を担う人材育成と看看連携

1) 退院支援看護師の育成

済生会熊本病院 (DPC II 群) は、熊本医療圏の救急医療および高度医療の役割を担うとともに、予防医療や地域連携、また自機関だけでなく、他機関の看護の人材育成にも貢献している。入院患者の 45% が予定入院、55% が緊急入院患者となっており、全入院患者のうち、72% が自宅退院 (在宅医療含む)、28% が回復期病院等への転院となっている。中期事業計画に、「スムーズな診療プロセスと患者フローの構築」を目指すことが掲げられたことを踏まえ、PFM (Patient Flow Management) が構築されており、入院前から (予定患者) ハイリスク患者を抽出し、効率と質を担保し、多職種・地域と協働し、療養支援を行っている。その中で、患者教育と退院後のフォローを強化し、再入院の防止を行っていくために、2009 年より院内認定退院支援看護師 (C-Nurse : Care Management Nurse) の育成を図っている。

C-Nurse は、①高度急性期病院における退院支援のあり方を理解し、各部署で患者の個別性を考慮した入退院支援の実践を行うこと、②退院支援の推進者となり、自部署のスタッフの育成を行うこと、③多職種や地域と連携しケアをコーディネートしていくことの役割が求められている。この院内認定を受けるためには、申請資格として、看護師経験 5 年以上かつクリニカルリーダーⅢ以上の要件が必要となっている。申請後、2 年間の育成カリキュラムを受講することで、C-Nurse として認められることになる。研修プログラムは、「①入退院支援の概論と基礎知識」「②社会資源の基礎知識」「③地域包括ケアシステム」「④認知症看護」「⑤がん看護」「⑥意思決定支援」「⑦多職種連携、入退院支援の実際」「⑧訪問看護研修」から構成され、

自分のペースで e-learning で学習をすすめるとともに、院内の認定看護師の講義を受講し、事例やグループ検討会、退院前カンファレンスの実習や院外研修として訪問看護研修に参加する内容となっている。

現在、11 期生まで受講が終了し、院内に約 130 名の C-Nurse がおり、患者の退院に関する困りごとに関して相談にのるとともに、「患者カンファレンスへの参加 (患者情報の共有、調整進捗の確認)」「多職種と患者アウトカムの確認」「退院指導・教育」「在宅・転院先でも処置が可能になるような工夫を考案」「ケアマネジャー来院時の情報共有」の役割を担っている。自宅・施設退院は、C-Nurse が担当し、転院調整や社会的問題のある患者は転院調整部門の看護師やソーシャルワーカーが担当し、役割分担を図っている。

C-Nurse の活用効果として、“転退院評価テンプレート”を使用して、患者状態を評価し、安全確認を行う退院支援が行わるようになったことから、7 日以内の再入院率が、2021 年 6 月時点では 2.16% であったが、2022 年 9 月には 0.8% まで低下し、2022 年度目標であった 1.2% 以下を達成している。

また、C-Nurse は、生活の場へ移行して、暮らしを続けるための外来・病棟内のコーディネーター役を果たすことで、在宅復帰が困難な患者に対しても、自宅退院へとつなげている。実際に、転院が必要であるが、自宅に帰ることを希望するカテコラミン投与中の心不全の患者に対し、在宅でカテコラミン投与経験のあるクリニックを探し、退院前訪問を実施して在宅での暮らしが可能かどうかの家屋調査をしたり、また試験外泊を試みたりする介入を行っている。加えて、退院前カンファレンス等を通じて、地域や社会資源との連携・調整も行っている。

2) 看看連携

①連携施設と意見交換を通し人事交流を行うことで、ケアの継続性や連携病院間の看護の質

確保に寄与できる一歩となることを目指す、②地域における看護ケアの標準化を推進し、患者の安全・安心な療養生活を支え、地域全体での看護の質向上を目指す、③地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域での人材育成の課題と連携における情報共有を図ることを目的に、2015年より、看看連携を推進している。看看連携では、院外の新人および中堅看護師の研修を実施したり、看護ケアの質保証・向上にむけて看護ケアの標準化を図ったりする取組が行われている(表10-表13)。

表10 看看連携の取組テーマ

日時	テーマ	参加数
① 2015/2/23	① 新人看護研修→指導者育成強化 ② 施設毎の課題共有→人材育成 急性期からの治療方針の共有、継続看護	14施設 33名
② 2016/2/23	① 新人看護師研修→指導者の目標・役割の明確化、メンタルケアの工夫 ② 医療依存度の高い患者のケアの継続、人材育成	20施設 42名
③ 2017/9/28	① 新人看護師研修→災害支援教育 ② 看護ケアの標準化(疼痛 転倒転落 嚥下 口腔ケア)	28施設 60名
④ 2018/2/27	① 看護ケアの標準化、共有化について各施設の現状と課題、共有できるかを討議(疼痛評価、嚥下評価、転倒転落評価)	33施設 56名
⑤ 2019/3/25	① 新人看護師研修9年間の振り返り ② 入退院支援、患者サポートセンターの紹介と連携	17施設 42名
⑥ 2021/12/10	新型コロナウイルス感染症対応から学ぶ看護管理 ～地域連携を通じた情報共有と人材育成～ ① 地域連携を通じた情報共有 ② リソースナースを活用した人事育成	16施設 47名

表11 院外新人研修

	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2021年	2022年
管理1		看護研修										
医療安全1		KYT										オンライン
目標管理												
メンタルヘルスケア												
コミュニケーション												
リスクケア												
輸送管理												
感染・汚染 管理・心臓												
感染対策												
BLS												
医療安全2												オンライン
シフト												オンライン
管理2												オンライン
マネジメント												

表12 中堅看護師研修

2018年度の新人看護職員意見交換会において、2010年度からの研修実績にて指導者となる看護師が当院研修を受講しており、指導者よりも中堅看護育成に関するニーズが高く、要望された。

↓

2019年より、『中堅看護師研修』を開始した

項目
① 認知症せん妄について
② 摂食嚥下障害のケアについて
③ 転倒転落について

病院看護師としての実践力向上およびリーダーとしての役割発揮をめざす。
地域包括ケアシステムの構築へ向けた取り組みとして、グループワークにて多施設間での情報共有を行い、ケアの標準化へつなげる。

表13 ケアの標準化を図る取組

【疼痛評価】
現状：参加施設の90%が疼痛評価を実施、70%が評価シートを用いて疼痛評価を実施していた。
また、その評価ツールの内容は、フェイススケール、NRS、VAS を活用していた。
課題：疼痛評価を導入していない施設においては、当院が患者説明に運用している疼痛評価のツールの説明書を資料として提供し、可能であればそのまま運用・活用してもらう。
評価方法は、NRSフェイススケールを各施設で検討し、評価後のケアのあり方について、今後情報交換を行う。

【嚥下評価】
現状：参加施設の80%において反復嚥下テストや水飲みテストを用いて嚥下評価を行っていた。
地域包括・回復期のある施設ではSTがその評価を行っており、結果を共有して食事形態の選択や嚥下ケアを行っていた。
また、食事の段階や食事形態の名称は、各施設によって異なり、食事形態の情報が伝わりにくくがわかった。
課題：各病院において、食事の段階や食事形態の名称にばらつきがあり、どのような食事を摂取可能であるかが伝わりにくい。
日本摂食嚥下リハビリテーション学会[学会分科2013(食事)意見表]を提示し、この分類を共有・連携することで患者の嚥下機能に応じた食事が提供できる→各施設の検討事項とし、食事形態については、栄養士も交えて検討する。

【転倒転落評価】
現状：参加施設の95%において転倒転落のアセスメント評価を行っていた。設定項目や表現にばらつきがあるが、項目の整理や表現の統一をはかることで標準化が可能である。
課題：転倒転落リスク評価は、設定項目の表現や項目を統一することで、連携施設間で共有するツールが可能である。
リスク評価後の介入ケアの標準化も今後検討が必要である。

また、人事交流を通じて看看連携の推進も行っている。済生会熊本病院と地域の回復期の病院間で看護師を派遣しあうことによって、双方で行われているケアを理解することにつながり、急性期と回復期の連携がスムーズとなり、ケアの質保証に貢献している(表14)。

表14 人事交流

【脳卒中看護連携】→ 当院より地域へ

目的：回復期医療機関での退院支援、及び地域との連携について学ぶ
病院：A病院、B病院等
内容：回復期・地域包括ケア病棟研修 4週間
参加者：脳卒中センター看護師 2名

【心不全看護連携】→ 地域より当院へ

目的：急性期における心不全患者のCureとCareについての知識向上と情報の共有を行う。
ケアの質向上や、地域療養の場でのアウトカム評価につながるシステムを構築する
病院：B病院等
内容：毎週の循環器病棟心不全カンファレンスに参加
参加者：心不全療法認定看護師 1名

3) リソースナースの地域での活用

済生会熊本病院の認定看護師の資格を有する看護職(表15)が、院外の看護師対象の研修を行ったり、転院先の医療機関の看護職員に対して、患者のケア方法の教育やコンサルテーションなどを行ったりしている。済生会熊本病院では、日本看護協会の認定看護師21領域中、14領域の合計27名のリソースナースが活動している(表16)。

表15 リソースナースによる院外看護師を対象とした研修

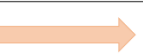


2017	2018	2019	2022
□感染対策 感染管理認定看護師		□認知症せん妄 認知症看護CN	□感染対策 感染管理CN
□スキンケア 皮膚排泄ケア認定看護師			
□蘇生訓練 クリティカルケア認定看護師			
□災害看護	□急変シナリオ訓練 クリティカルケア認定看護師	□接食嚥下障害	□フィジカルアセスメント

表 16 リソースナース

領域	人数	具体的活動内容 ※院外へ提供可能
集中ケア	5	フィジカルアセスメント教育 Rapid Response System (容態変化迅速対応)
救急看護	2	心肺蘇生法訓練、災害看護
脳卒中リハビリテーション看護	2	再発予防の患者教育 神経徴候観察評価の指導
認知症看護	2	せん妄、認知症・高齢者対応力向上研修
摂食・嚥下障害看護	1	摂食・嚥下評価、NST、口腔ケア
慢性心不全看護	2	心不全ラダー看護師教育 ACP推進
慢性呼吸器疾患看護	1	呼吸ケア、口腔ケア
緩和ケア	2	苦痛に対する早期介入 (スクリーニング) 意思決定支援
がん性疼痛看護	1	
がん化学療法看護	2	化学療法 I V ナース教育
がん放射線看護	1	セルフケア支援
皮膚・排泄ケア	3	創傷ケア・ストーマケアの充実 (地域への教育活動)
感染管理	2	感染管理全般 PPE装着
手術看護	1	ペリオ外来 (術前リスク評価) 術後疼痛管理

皮膚・排泄ケアのリソースナースは、アライアンス病院、転院先の病院、訪問看護ステーション緒の訪問看護師と、ZOOM を使って創傷・ストーマ患者の情報を提供し、また転院先の病院に、退院後に訪問し、処置やポジショニングなどのコンサルテーションを実施し、継続ケアを保証している。また、転院先の病院の看護師が自分たちのケアや処置の場面を撮影した動画をリソースナースに送り、リソースナースはその動画を閲覧して助言を行っている。訪問看護ステーションの看護師は、患者が退院する前に来院して、ケア・処置方法について撮影して動画として保存し、継続ケアを保証する体制を事前に整備して患者の受け入れを行っている。

感染管理のリソースナースは、特別養護老人ホームでクラスターが発生したときに、「計画

的な検査実施と未介入の検査指示（保健所へ依頼）」「安全性とマンパワーやスキルを考慮しゾーニングの調整」「患者と接触しないエリアでのPPE使用（不適切使用）の中止とPPEの設置場所や適切な着脱方法の指導」「動線に合わせた手指消毒剤の設置場所の提案」「ビニールカーテン撤去」「入所者の食堂利用の方法の提案」「クリーニングなどアウトソーシングに関する相談対応」など、特別養護老人ホームだけでは対応が困難なことにに関して、全般的な介入支援を行っている。

クリティカルケアのリソースナースは、フィジカルアセスメント研修を「看護協会での地域看護師を対象とした研修」「アライアンス病院看護師対象としたシミュレーション研修」「看護学生を対象とした講義」で行っている。

心不全看護のリソースナースは、ペーシング埋め込み患者に対して、心不全増悪兆候のアラートが出現したときに、電話訪問し、心不全の増悪がないかどうかの確認を行い、心不全入院の回避や早期発見し、外来受診につなげる試みを実施している。

D. 考察

1. 日本海ヘルスケアネットの取組について

日本海ヘルスケアネットでは、公立病院と民間病院が共倒れにならない地域医療構想の実現を目指して、診療機能等の集約化・機能分担、病床規模の適正化が図られていた。特に、社会的に問題となっている心不全パンデミックに対しても、早期から基幹病院と受け入れ先病院との連携が構築されていた。急性期と回復期・慢性期が連携するに際しては、それぞれの医療機能を担う機関が経営を存続できる体制を整備することが、前提として必要となる。急性期後の患者を受け入れる病院が不採算となる場合、受け入れが困難となる危険性がある。したがって、心不全のように侵襲的な治療を終えたあとも、地域包括ケア病棟では管理が難しいような疾患に対しては、一定の評価が必要と考える。医師や看護師不足など、医療従事者の対応としては、人事交流

などの仕組みは、他の医療圏でも参考にできる取組である。

地域連携においては、情報共有が必須である。日本海ヘルスケアネットでは、地域包括ケアシステムを実現するために、ケアマネジャーや介護機関なども、基幹病院や診療所などからの ICT を活用して情報収集を患者の入院中から行うことができるようになってきている。これにより、早期から在宅や施設での受け入れ体制の準備に着手することができ、ケアカンファレンスでの検討も行いやすくなっている。医療と介護の連携を促進するために、介護機関も情報共有に参画するシステムの構築が重要と考える。なお、地域医療介護総合確保基金を活用することにより、ネットワークを構築するための初期導入費用を確保することはできるが、システムを維持するためにはその費用の捻出方法を検討しなければならない。日本海ヘルスケアネットでは、情報提供機関が、診療報酬からの医業収益をその費用に充当していた。医療情報を共有するためのインフラを整備しても、継続運用できなければ、せっかく構築したネットワークシステムの運営に支障をきたすことになる。このため、システムを導入する段階から、会費や利用料を徴収するのか、診療報酬を充当する等の更新・継続費用を確保する方策を十分に検討していく必要がある。

2. 岩手県両磐医療圏の取組について

岩手県は、他都道府県と比較しても、突出して県立病院数が多く、病院事業会計の繰出額は人口1人あたりで全国最大となっている³。また、公立病院の県営と市町村営の構成比率は、全国の都道府県営が42.4%であるのに対し、岩手県は84.0%と大幅に上回っており、県立病院が医療提供体制の大部分を担っている特徴がある。岩手県は、盛岡以外は医師少数区域となっており、全国で医師が最も少ない県となっている。医療需要予測においては、岩手県の入院患者数は2025年にピークを迎えて減少に転じ、外来患者数は既にピークを過ぎ、さらに減少することが見込まれている。

このような状況と、2024年の医師の働き方改革

を踏まえると、持続可能な医療提供体制を確保し、適切な医療提供体制の維持をするためには、地域において効率的な医療提供体制を構築し、医師の効果的かつ効率的な配置の検討していく必要があると考えられる。しかしながら、令和4年9月時点の地域医療構想の進捗状況調査では検証済みとされ、二次保健医療圏の見直しは行われておらず、従来の医療圏設定で、引き続き、県立病院の運営がすすめられている状況である。

岩手県内の医療機能の集約化の例として病院、県立花巻厚生病院と県立北上病院が統合し、2009年4月1日より岩手県立中部病院が開院した事例がある。この統合により、全身麻酔で行う手術件数は、外科医師数は変わらないものの増殖し、外科の入院収益が50%以上の増収になった実績がある。また、教育施設として充実化が図られ、医師の働き方改革にもつながっている⁵。

復興道路を活用したアクセシビリティの改善や、また医療DXもますます推進されていく状況を考慮すると、1つの市に1基幹病院を設置するよりも、人口20万人以上を基準とした構想区域として、各医療圏の基幹病院の集約化をすることで、医療の提供体制や経営の効率化と充実化、医師不足を解消した救急医療体制の確保、医師の働き方改革、教育体制の確保による医療の質の向上につながる可能性があると考えられた。

3. 熊本済生会病院の取組について

地域医療構想において、医療機能の分化・連携を推進するに際し、各医療機能間を「つなぐ」ことができなければ、シームレスな医療とケアを提供することができず、再入院を引き起こしたり、疾病管理に支障を来したり、住み慣れた在宅で安心かつ継続した生活を遅れなくなったりする問題を患者に引き起こす危険性がある。済生会熊本病院では、看護師がこの「つなぐ」役割を果たすことができるよう、「院内認定退院支援看護師の育成」、「看看護連携の体制構築」、「リソース

ナースを院外で地域全体の資源として活用」するといった取組を行っていた。入退院支援を推進するためには、病院内にMSWも不足していることから、社会的資源の活用を含めた専門的知識を習得し、実践を果たすことのできる人材として看護師の育成が必須である。済生会熊本病院における体系化された2年間にわたる教育プログラムは予防可能な再入院を減少させる効果もあげており、今後の退院支援看護師の育成に大いに参考になる。

現在、患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のために、診療報酬では、「退院後訪問指導料」と「訪問看護同行加算」が評価されている。しかし、急性期病院の看護師が、回復期や慢性期の看護職に対して継続ケアのための指導を行っても、評価する仕組みがない。済生会熊本病院では、在宅だけではなく、回復期・慢性期の医療機関に転院する患者に対しても、継続ケアを保証するために、オンラインや転院後に、直接、出向いて教育や指導を行ったり、ケア方法の動画等も提供したりしている。ケア継続が必要な患者は、在宅患者だけではないことから、退院支援のさらなる強化に向け、このような取組に関する評価も求められる。また、今後、医療DXにより、遠隔からの看護師の介入事例も増えていくことが見込まれることから、当該介入に対する評価も、効果を踏まえて検討していく必要がある。

E. 結論

医療機能を集約化し、役割分担・連携の強化を図るためには、地域の特徴と課題を踏まえ、医療提供体制の確保と経営の効率化を図る方策を検討し、医療崩壊の防止、働き方改革の実現や医師など、医療従事者の教育体制の充実化による医療の向上につなげることが必要である。医療、介護の連携を図るためには、介護機関もICTを使っ

た情報共有に積極的に参画することのできるシステム整備及び維持が求められる。医療機能の分化・連携を推進するためには、各医療機能を「つなぐ」役割を果たす人材の活用が必須であり、その人材の育成やリソースを上手く活用するためのシステム整備を図る必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表なし
2. 学会発表なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

引用

1. 日本海ヘルスケアネット
<https://nihonkai-healthcare.net/>
2. あきほ 2022年春 53
http://www.nihonkai-hos.jp/akiho/akiho_53.pdf
3. Yuji Okura et al.: Impending epidemic: future projection of heart failure in Japan to the year 2055. *Circ J.* 2008 Mar;72(3):489-91. doi:10.1253/circj.72.489.
4. 持続可能で希望ある岩手を実現するための行財政改革に関する報告書
<https://www.pref.iwate.jp/kensei/yosan/1053003/1059510.html>
5. 県医連会報
<https://www.ishiren.gr.jp/wp-content/uploads/2020/08/%E7%9C%8C%E5%8C%BB%E9%80%A3%E4%BC%9A%E5%A0%B12020No1.pdf>