

## 地域医療構想実現に向けた医療・介護連携体制の整備に係る検討

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

本研究では、①医療・介護の提供体制の整備を推進する方策、②医療と介護の双方を必要とする高齢者住民のニーズに対応するための医療と介護の連携体制を推進する方策、③医療従事者の労働力を最大限に活かし、質の高い医療やケアを提供し、地域医療に貢献するための方策を検討することを目的に、地域医療連携推進法人である日本ヘルスケアネット、高度急性期・急性期の済生会熊本病院を対象とし、インタビュー調査を行った。

その結果、①人的資源が限られている地域において、医療・介護の提供体制の整備を推進するためには、人事交流や派遣制度を整備することや分散化している医療資源を集約化し、生産性と効率性をあげることが重要であること、②地域で医療・介護の連携の中心となる機関を設置し、地域の社会資源を一元管理して情報共有できる仕組みに加え、関係する医療・介護に係る様々な職種の連携の促進につながる協議会や検討会、研修などを開催し、医療と介護の両サービスを適切に組み合わせたケアマネジメントプランの作成と提供につなげていくこと、③二次医療圏全体で、看護人材育成を図ったり、コンサルテーション機能を果たすことによって、地域連携を促進する人材育成にもつながり、地域全体の医療の質の向上に貢献する。

### A. 研究目的

2040年に向けて新たな課題に対応するため、①地域医療構想の実現に向けた取組、②医療従事者の働き方改革、③医師偏在対策を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革が進められている。

このような中、医師・看護師等の医療従事者不足の問題を抱える構想区域では、高齢社会の介護を含めた不足する労働力を補うとともに、地域住民のニーズに応えるための医療と介護の連携体制を整備する方策が必要となる。また、医師の働き方改革による対応として、生産性を落とすことなく、効率性を高めるために、人材

育成を含めた地域医療提供体制を維持することのできる対策を講じる必要がある。

本研究では、①医療・介護の提供体制の整備を推進する方策、②医療と介護の双方を必要とする高齢者住民のニーズに対応するための医療と介護の連携体制を推進する方策、③医療従事者の労働力を最大限に活かし、質の高い医療やケアを提供し、地域医療に貢献するための方策について、これまで継続してインタビュー調査を実施してきた地域医療連携推進法人(日本海ヘルスケアネット)と、高度急性期・急性期病院(済生会熊本病院)を通じて把握し、今後の課題を検討する。

## B. 研究方法

本研究では、地域医療連携推進法人である日本ヘルスケアネット、高度急性期・急性期の済生会熊本病院を対象とし、訪問によるインタビュー調査を実施した。インタビュー調査を行うに際し、インタビューガイドを作成して、あらかじめ対象機関に、そのインタビューが可能な担当者に対応を依頼した。インタビューの際には、まず、各質問項目の主たる回答者が回答の概要を説明し、その後、関係者間で、回答に対する質問を通じて理解を深め、今後の課題について検討を行った。

(倫理面への配慮)

インタビュー調査を行うに際し、対象となる各施設長から同意を得た上で行った。

## C. 研究結果と考察

### 1. 日本海ヘルスケアネット

#### 1) 組織の概要

山形県の北西部の酒田市(人口約10万人)、遊佐町(人口約1.3万人)、三川町(人口約7600人)、庄内町(約2人)、鶴岡市(12.2万人)から構成される庄内二次医療圏(計26.3万人)で、2018年に設立された地域医療連携推進法人が日本海ヘルスケアネットである。高齢化率36%(全国平均28%)であり、過疎化および少子化が進んでいる地域である。3次救急医療機関である日本海総合病院(630床)を基幹病院として、医療法人や社会福祉法人、地区、歯科医師会や薬剤師会、行政機関として酒田市も参加しており、13法人・団体で構成されている。

連携業務として、診療機能等の集約化・機能分担、病床規模の適正化の他に、“連携業務の効率化”、“医療介護従事者の派遣体制の整備、人材育成、人事交流”、“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”、“介護事業その他地域包括ケアの推進に資する事業に関する事柄”を行っている。

#### 2) 医療・介護の提供体制を確保する方策

庄内二次医療圏は、医師少数区域となっており、急性期機能は日本海総合病院に集約化がされているが、回復期・慢性期に移行する際の受け皿の整備が課題となっている。特に、現在ある小児科診療所の5か所のうち、最年少医師が68歳、泌尿器科診療所の2か所の最年少医師が80歳、また酒田市地区の診療所は、10年後には半分が閉院の危機を迎えることが予測されており、開業医の高齢化と減少に向けた対策が急務となっており、外来医療体制の計画的整備が課題となっている。このため、地域密着型中小病院の役割への期待が高まっている。

日本海総合病院の退院後の主たる受け皿としての回復期機能を担っているのが本間病院である。本間病院は、病診・病病連携を強化するとともに、介護福祉施設とのネットワーク作りにも力を入れている。在宅・施設での医療・療養支援に加え、同一法人内に老人保健施設、訪問看護ステーション、通所リハビリ、認知症対応型通所介護施設、地域包括支援センター、介護予防特化型通所介護、有料老人ホーム、訪問リハビリテーションを有しており、患者の状態に応じて、患者が地域で支える体制が整備されている。

特に、日本海総合病院と本間病院では、心不全や肺炎の在宅医療との連携体制が確立している。心不全の患者は増加傾向にあり、また死亡率や再発率も高く、予後不良な疾患であり、入院日数も長期化しやすいことから、循環器診療への負担も大きいものとなっている。本間病院では、日本海総合病院で急性期の治療を終えたあと、入院加療による心不全のコントロールに加え、在宅療養でのフォローアップや在宅療養患者の急性増悪時の対応や入院の受け入れを行っており、果たす役割は大きいものとなっている。

日本海ヘルスケアネットでは、平成20年に旧山形県立日本海病院と旧酒田市立酒田病院を再編・統合することで、日本海総合病院を設立したことで、循環器内科と心臓血管外科を有する拠点

病院が誕生した。急性期病院の医師数は、それぞれ4名と3名の体制であったが、この統合により7名体制となり、現在は、働き方改革への対応として、11名までの増員が図られ、当直回数も減り、チーム制も導入することが可能となった。そして、循環器疾患の高度急性期医療を集約化することで、高度な医療機器を導入するとともに、TAVI（経カテーテル的大動脈弁植え込み術）、不整脈に対するカテーテルアブレーションなどの治療が行えるようになった。集約化により、急性期の内科と外科の機能が統合され、高度医療の提供体制が構築され、専攻医のプログラムの提供だけでなく、連携先の病院の医師も、日本海総合病院で高度医療に携われる仕組みも整えている。このような高度急性期の教育体制があることで、地域における若手医師のモチベーションも向上し、離職防止にもつながっていると考えられる。

また、心不全の回復期は、心臓リハビリテーションだけでなく、通常の疾患と異なり、基礎疾患や危険因子の管理、合併症への対応等を図りながら、亜急性期治療を要する。このため、急性期治療を終えた心不全患者の次のステップとして、亜急性期治療を担える一般急性期機能（入院基本料10対1）を有する受け入れ先が必要となる。その機能に加え、訪問診療や看護ステーションの機能を使いながら、外来での回復期・維持期の医療や在宅での緩和ケアの提供体制を整備しているのが本間病院である。特に、訪問看護ステーションでは、終末期を在宅で過ごせるように、患者の希望を実現させることができるプランを立案して、ケアにあたり、患者のQOLの向上をはかっている。

人的資源が限られている地域において、各機能を担う機関が分散化している場合、人手不足に陥り、結果的に医療・介護を提供することが困難となる。このため、人的資源の確保が困難な機能については、一法人に集約化し、効率的に医療・介護を提供できる体制の構築も必要と考える。

また、日本海ヘルスケアネットでは、人員の採用計画や不足する職種の情報を法人間で共有を

図っている。そして、その情報をもとに、ネットワークに参画している機関の再編・統合、職員派遣や共同研修も実施している。例として、訪問看護ステーションの再編・統合を実施し、機能の充実や、事務業務の負担などを軽減し、効率的な運用を図ることで、経営の安定化につなげている。具体的には、4法人にあった訪問看護ステーションを、2法人ずつ再編・統合している。また、特別養護老人ホームなどの社会福祉法人では、嘱託医を確保することが高いハードルとなっていたが、地域医療連携推進法人内で調整し、嘱託医を派遣することが可能となった。また、多額の費用を支払って、地域外のフラインドクター等と契約していた医療機関も、外部からの派遣に依存することなく、医師を確保できるようになった。

加えて、コロナ禍では、地域医療連携推進法人も参加している施設で感染者が発生した際、日本海総合病院の認定看護師を派遣することで、ゾーニング等の感染防止や対策を講じ、感染拡大を食い止めることができた。さらに、地域医療連携推進法人で、各医療機関・施設の感染対策に必要な医療物品や医療材料などの在庫状況を共有し、把握することで、これらの物資が不足しないようにコントロールを行い、地域におけるコロナ診療の確保につながった。

このように、人事交流や派遣体制の整備を通じて人手不足を解消したり、また新興感染症の発生や発災などの際に、特定の機関が物質不足に陥ることがない管理を図ることのできる仕組みを構築できるのが地域医療連携推進法人の強みであると考えられた。

しかしながら、庄内二次医療圏には、二次救急を担う鶴岡市立荘内病院（520床）がある。鶴岡市は、酒田市が中心となる日本海ヘルスケアネットには参加していないことから、同じ医療圏であっても、医療機能の分化を図り、前述したような連携体制を構築することが現状、困難となっている。市町村単位を超え、構想区域内で医療機能の分化や連携体制の構築を図ることが課題である。

### 3) 医療・介護の連携体制の構築

酒田市では、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進するための在宅医療・介護連携推進事業を実施している。

この事業の一環として、2015年1月より在宅医療と介護連携についての相談窓口として「在宅医療・介護連携支援室ポンテ」を開設し、その一部業務は酒田地区医師会に委託されていた。しかし、患者の動きの流れは、通常、急性期医療から開始となることから、地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構（日本海ヘルスケアネットに参画）に委託先が変更となった。それにともない、「在宅医療・介護連携支援室 ポンテ」は、日本海総合病院2階に移転された。委託業務の内容は、①地域の医療・介護の資源の把握を行うこと、②在宅医療・介護連携の課題の抽出を行うこと、③切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築増進を図ること、④在宅医療・介護関係者に関する相談支援を行うこと、⑤地域住民への普及啓発を行うこと、⑥医療・介護関係者の情報共有の支援を行うこと、⑦医療・介護関係者の研修を行うこととなっている。

ポンテには、看護師と事務員を配置し、酒田市にある地域包括支援センター10か所と連携し、地域包括支援センターのケアマネジャー、社会福祉士、保健師からの相談を受けている。また、酒田市内で利用できる医療や介護の資源などのデータベースを構築し（ほたポNDERータ）、ホームページを通じて、会員専用のほたポNDERータにアクセスすることで、ケアマネジャーは、ショートステイ3機関、精神科3病院、有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の空き情報を知ることができる（1週間に1回更新）。また、地域の医療や介護の機関情報やケアマネジャーとの連絡方法などの情報も入手可能となっている。このように、情報が一元管理され、共有化が図られて

いることで、ケアマネジャーが容易かつ効率的に情報を収集し、在宅医療や介護につなげることに役立っている。

また、ポンテでは、①医療や介護に従事する関係者の連携を支援し、諸課題を分析・改善するための「ポンテ運営会議」、②地区医師会、薬剤師会、医療機関、介護保険施設などの関係者が意見交換や情報共有を図り、連携した緩和ケアの提供体制を構築する「地域連携緩和ケア協議会」、③庄内地域の地域リソースを考慮し、地域課題と今後の取り組むべき方向性を定める「在宅医療に係る地域課題検討会」を開催している。

会議	対象	開催
① ポンテ運営会議	酒田市 ケアマネ連協 包括支援センター 連携支援室ポンテ	奇数月
② 地域連携緩和ケア協議会	酒田地区医師会 酒田地区薬剤師会 庄内保健所 酒田市高齢者支援課 連携支援室ポンテ 病院医師・看護師	毎月
③ 在宅医療に係る地域課題検討会	鶴岡地区医師会 酒田地区医師会 酒田地区歯科医師会 山形県栄養士会 介護支援専門員協会 庄内 地区支部訪問看護連絡協議会 連携支援ポンテ 鶴岡リハビリテーション病院 山形県所内保健所	5回／年

そのほかに、ケアマネジャーや介護職を対象とし、「医療職との連携に必要な医療知識等を理解し、知識と実践の統合を図り根拠に基づいた看護・介護を提供する」ことを目的とした医療サポート研修会、「医療と介護が連携し円滑な支援を行う」ことを目的とした「医療と介護の合同研修会」、「在宅ケア講演会」を開催している。このような集合研修に加えて、訪問研修も行っている。

訪問研修では、実際に、ポンテの職員が依頼のあった施設等に訪問し、現状を把握して、問題抽出を行い、改善策をともに考え、解決につなげている。また、実際の在宅医療や介護現場で、最新のケアに係わる知識や技術を学べるように、地域の人的資源である認定看護師・専門看護師・認定看護管理者を講師として派遣も行っている。

医療と介護の連携を推進するためには、医療と介護の連携のために必要となる具体的な方策を確立し、運用していくことが重要となる。ポンテのこのような取り組みは、他の地域でも実現が可能な方策であり、参考になると思われる。特に、医療と介護が対等な立場でコミュニケーションをとることにより、医療と介護の連携が円滑に進み、また医療と介護の両サービスを適切に組み合わせたケアマネジメントにつながるため、ポンテで提供している集合研修や訪問研修や検討会等の取組は、医療・介護それぞれの立場での専門的な知識や技術の差異を解消するためにも重要と考える。

## 2. 済生会熊本病院

### 1) 組織の概要

済生会熊本病院は、熊本・上益城医療圏（熊本市、御船町、嘉島町、益城町、甲佐町、山都町）に属する。熊本市は、老年人口（65歳以上）は17万7,325人で、高齢化率が24%を超えている。済生会熊本病院は、救命救急センター42床（EHCU18床、救命救急病棟24床）、集中治療室（ICU）18床、ハイケアユニット12床、急性期一般入院料1算定病床328床を有する高度急性期・急性期病院である。

### 2) 地域医療・介護連携を推進する方策

#### (1) PFMの構築と院内認定退院支援看護師の育成

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」を掲げ、①入院予約、②入院、③退院許可、④退院、⑤在宅までのフローを管理するPFM（ペイシェント・フロー・マネジメント）を構築している。具体的には、入院前から退院支

援を強化し、退院困難患者に対しては早期介入を行うことにより、入院日数の適正化を図っている。手術予定患者に対してはリスク評価を通じて、リスク管理と予防を行い、周術期管理外来の強化とチーム医療の推進を図っている。また、入院予約のプロセスの見直しと日帰り手術室活用の拡大も図っている。具体的には入院前より、患者サポートセンターで、ハイリスク患者を抽出し、患者の問題を共有し、治療における意思決定支援を行い、退院後に在宅生活を支援できるよう、多職種と協働しながら、ケアマネジャーとの調整を開始している。さらに、患者教育と退院後のフォローを強化し、院内認定退院支援看護師を活用することにより、再入院の予防につなげている。

院内認定退院支援看護師の役割は、①高度急性期病院における退院支援のあり方を理解し、各部署において患者の個別性を考慮した入退院支援の実践を行う、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、③多職種や地域と連携しケアをコーディネートすることとなっている。臨床経験5年以上かつクリニカルラダーⅢ以上の看護師が、資格取得のための申請を行うことができ、2年間の育成カリキュラム（eラーニングと演習）を受講することにより、院内認定退院支援看護師になることができる。2009年より育成が開始され、2023年9月現在で、院内認定者は計137名となっている。院内認定看護師は、介護保険の利用者が入院した場合にはケアマネジャーへの対応、退院前カンファレンスへの参加、患者・家族の意向確認、退院前の訪問看護、退院後の訪問看護、退院後の電話対応などを行っている。自宅・施設退院は、院内認定退院支援看護師が担当し、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MSWが対応している。

2021年9月から、全病棟に院内認定退院支援看護師が配置され、7日以内の再入院率が2021年6月は1.67%であったが、2022年4～9月は0.92%まで低下しており、院内認定退院支援看護師の配置による効果が影響しているものと推察される。

院内認定退院支援看護師は、MSWのように、育

成カリキュラムを通じて、社会資源の活用方法について学んでいることから、医療と介護・福祉の側面から、ケアマネジャーとケアプランについて調整することが可能となっている。看護師が社会資源の活用に係る基礎知識を持つことにより、医療だけに偏らない、介護・福祉との連携がスムーズとなることから、MSW の一部の退院支援機能を果たすことのできる看護師を院内で育成することは重要と考える。特に、MSW が不足している病院では、医療的側面だけでなく、ケアマネジャーと社会資源の活用を含めたケアプランを調整することのできる看護師を育成し、有効活用していくことも望まれる。

## (2) 在宅施設との地域連携（看看連携）

①地域在宅医療・保健・福祉サービスに係る機関の役割機能を理解し、看護を軸にした地域住民の安全・安心な療養生活を支えるための急性期病院と在宅医療の連携について考えられるようになること、②地域の在宅医療・保健・福祉サービスに係る機関との強固な連携の基盤を創ることを目的として、在宅施設との地域連携（看看連携）の取り組みを行っている。具体的には、2009 年より訪問看護実習を開始し、2018 年からは、在宅医療・介護に係る 28 施設（訪問看護ステーション、居宅介護支援事業者など）と連携会議を開催している。双方向の連携が図られることで、急性期と在宅間での双方での受け入れの円滑化やシームレスなケア提供につながっている。

## (3) 救急外来における医療連携と在宅連携

救急外来にトリアージナースを配置し、トリアージナースは、地域・在宅へつなぐ継続ケアも行っている。具体的には、帰宅患者の状態評価に基づいて帰宅後の支援を行っており、電話訪問（定期的に電話し、安否を確認）も実施している。また、在宅や地域との連携も図っており、かかりつけ医や施設、訪問看護ステーション、ケアマネジャーへ情報提供も行っている。転院先には、患者の状態、治療方針、継続ケアの方法などについて

情報を提供し、共有を図っている。救急外来受診後 72 時間以内に、再受診する患者も一定数いることから、再受診のリスクが高い患者に対し、電話訪問によるフォローアップは重要である。なお、電話訪問の対象は、以下となっている。

- ・高齢独居または、高齢夫婦世帯の痛みなどの有症状の患者
- ・入院を勧めたが帰宅した患者
- ・来院時より ADL 低下の患者
- ・未来院患者（創処置や検査フォロー患者）

## (4) 転退院時の看護情報提供の強化

患者のニーズに沿ったケアの継続を円滑にするために、看護サマリーを見直し、「患者・家族の治療・療養に対する意向」の記載を必須化し、様式 50 の項目に準じた看護サマリーの改訂を行っている。また、オンライン地域医療連携システムを導入し、転院依頼や退院可否の返答を電話からチャットに、患者情報を FAX からパソコン上での PDF ファイルでの共有にすることで、業務の効率化が図られ、転院調整の円滑化に寄与している。

## (5) 回復期病院との連携体制

地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟を持つ回復期病院では、必要に応じて、患者を受け入れる前に、済生会熊本病院を訪問し、人口呼吸器や処置などの方法を学び、継続ケアを提供できる体制を整えている。また、定期ミーティングを開催し、情報共有を図っている。

## 3) 連携体制の構築と運用

### ① ストーマ連携会議

消化器外科では、年間 100 例程度の人工肛門（ストーマ）造設術を実施し、高齢患者の割合も増加しているが、併存疾患や家族背景などの複数要因から、急性期病院のみでのケア確立は困難な状況となっている。このため、セルフケアの手技指導や在宅復帰支援など、退院後も継続したストーマケア支援の需要が増えていることから、連携先の

医療機関や訪問看護ステーションの看護師（20～30名程度）とストーマ連携会議を2010年より、1年1回開催している。ストーマ連携会議では、事例紹介やストーマケアに係る情報提供、ストーマケア手技の実践演習が行われている。また、患者、家族でのセルフケア困難に対する支援に関して、連携先の病院や訪問看護ステーションでは、看護者間でばらつきがあったり、知識が不足していたりすることが課題であったため、ストーマケア情報シートを作成し、このツールを使って、標準的な継続ケアを提供できる仕組みを構築している。

急性期の入院中では、入院期間も短く、医療処置や管理などに係るセルフケアを確立すること困難なため、継続して、連携先の病院や訪問看護ステーションが介入できるように、このような取り組みの体制を整備することは、再入院することなく、在宅で療養を継続できるようにするために、とても重要である。

## ②心不全連携

多職種からなる心不全チームをつくり、このチームを中心とした広報連携体制を整備している。多職種による心不全チームは、「心不全回診」「心不全カンファレンス」「心不全療養指導士による患者教育」「スタッフ教育」「院内認定退院支援看護師による転退院調整」「在宅調整」「慢性疾患看護専門看護師（専従）による患者・スタッフサポート」などを行っている。高度急性期・急性期を担う済生会熊本病院が、回復期を担う病院で継続した心不全の亜急性期治療と心臓リハビリテーションを行うことができるように、心不全カンファレンス、連携ミーティング、回復期を担う病院に訪問する取り組みを行っている（図1）。済生会熊本病院では、回復期や在宅での管理において急性増悪した場合には、いつでも受け入れることのできる体制を構築している。

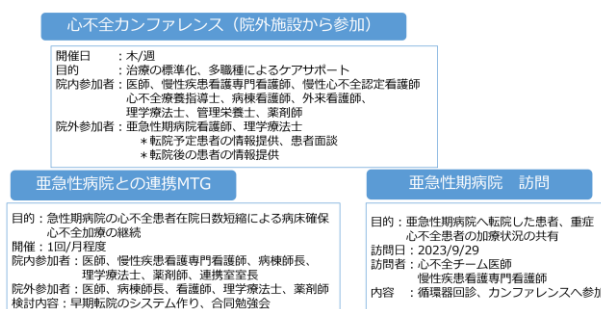


図1 回復期を担う病院との連携

また、回復期を担う病院に早期に転院調整するための要件を作成し、それぞれの担う役割が明確化されている（表1）。転院調整も円滑に推進するためには、送る側と受け入れる側で納得のいく、転院調整の要件を作成することが重要であると考える。

表1 亜急性期病院との早期転院調整要件

- ①年齢や認知機能、フレイルの状況から高度急性期病院の入院適応が悩ましい症例
- ②心不全入院2回目以降の70歳以上の患者
- ③既に看取り方針の症例、積極的な治療希望がない症例（NPPV・挿管・胸骨圧迫まで可）
- ④急性期入院料4の要件のA項目2点以上が望ましい。酸素・シリンジポンプあり
  - ・NPPV受け入れ可能台数（3台）、
  - ・酸素需要量（5L）
  - ・DOB投与量定量（3γ）

## ④透析連携

熊本県は単位人口あたりの透析患者数は全国平均の1.4倍と多くなっている。済生会熊本病院では、以下の要件を満たす患者に対し、退院後、在宅療養が継続できるように、訪問看護ステーションと連携して、退院後訪問指導を行っている。

### <訪問要件>

- ・導入および腹膜炎等による退院後（1～2回訪問）
- ・車にて30分圏内



<訪問する看護師の要件>

- ・クリニカルラダーⅢ以上(PD導入期指導が可能)
- ・病棟と血液浄化室看護師の2名体制による訪問

訪問指導の際には、自宅環境の確認、CAPD手技の確認に加え、生活指導や患者の不安への対応、訪問看護師との情報共有を図っている。

また、在宅支援を強化することを目的に、訪問看護ステーション、病院、クリニックの20施設を対象に、腹膜透析に関するWebセミナーを開催し、地域連携を図っている。

#### 4) 地域における医療人材の育成とケアの質の向上

済生会熊本病院では、「医療を通じて地域社会に貢献する」という理念のもと、基本方針の中で、「医療人の育成」を掲げており、自院以外の機関の新人看護職員の人材育成の支援として、新人看護職員研修を組織的にサポートしている。地域の中小規模病院では基本的な技術を根拠に基づいて学ぶ環境が充実していないことから、2010年度より、新人看護職員に対する研修を開始し、2012年度からは2年目フォローアップ研修を開始、2013年度からは指導者の育成研修を開始している。2019年度からは、地域において、中堅看護師を育成するための教育ニーズが高いことから、中堅看護師研修を開始している。院外新人研修開始から10年経過し、研修実績として。その研修受講修了者が指導者となり、地域のケアの質の向上に貢献している。また地域連携を促進する人材として活躍している。

また、済生会熊本病院では、看護相談窓口を開設し、専門看護師(2名)、認定看護師(14分野、28名)、特定行為研修修了者(23名)が電話やメールなどでの看護相談に応じている。また、出張セミナーとして、施設に出向き、教育的支援を実施している。看護相談の取り組みを通じて、間接的な効果として、紹介患者数の増加、在院日数の短縮、7日以内の再入院率の低下につながっている。

現在、これらの運用費用は、済生会熊本病院が負担し、地域貢献している現状だが、今後は、財政支援などを通じて、取り組みの継続を支援することも求められる。

#### D. 結論

今回の調査と通じて、以下の取り組みが重要であることが示唆された。

1. 人的資源が限られている地域において、医療・介護の提供体制の整備を推進するためには、人事交流や派遣制度を整備することや分散化している医療資源を集約化し、生産性と効率性をあげる。
2. 医療と介護の連携体制の推進においては、地域で医療・介護の連携の中心となる機関を設置し、地域の社会資源を一元管理して情報共有できる仕組みが有効である。また、関係する医療・介護に係る様々な職種がお互いの立場を理解し合い、それぞれの不足している知識を深めるとともに課題解決を図ることのできる協議会や検討会、研修などを開催することが鍵となる。これらの取り組みが、結果的に、医療と介護の両サービスを適切に組み合わせ、医療と介護をシームレスにつなぐケアマネジメントプランの作成と提供につながる。
3. 二次医療圏全体で、看護人材育成を図ったり、コンサルテーション機能を果たしたりすることによって、地域連携を促進する人材育成にもつながり、地域全体の医療の質の向上に貢献する。

#### F. 健康危険情報

#### G. 研究発表

1. 論文発表(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)  
なし
2. 学会発表  
なし



H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし