

# 地域医療連携室の紹介



島根県立中央病院

地域医療連携室 三原 かつ江

# 1. 島根県立中央病院医療理念 (医療方針)

地域から信頼される 患者さんと医療職員の

人と人 心と心の ふれ合いのある

患者さんサイド 県民サイドの 医療の実践

**医療の主人公は患者さん**

## 2. 島根県立中央病院の特徴

- 県の基幹的病院
- 高度・専門・先進的医療の実践
- 救命救急センターを併設
- 急性期に特化した医療
- 各種診療拠点病院
- 各職種にわたる研修・実習病院 etc.

# 3. 地域医療連携室の設置目的

平成14年4月開設

- 1) 患者中心の医療を推進するために、地域との医療連携体制の強化
- 2) 病病連携・病診連携の推進により、地域医療機関との役割分担の仕組み作りと、より質の高い医療の提供および急性期型病院の実現を目指す。
- 3) 診療情報提供機能を組織化し、良質な医療提供のための診療評価情報の提供・効率的経営のための経営評価情報の提供・医療情報の活用範囲の拡大・医療情報の精度の向上など、医療情報管理の機能強化を図る。

# 4. 役割・機能

19年4月から

- 1) 病期・病状に応じた患者さん中心の医療を推進するために、地域の医療・福祉関連機関との連携体制を構築・強化する。
- 2) 急性期病院に特化した、より質の高い医療を提供するために、地域の医療機関との役割分担を明確にし、病-病連携、病-診連携、看-看連携を推進する。
- 3) 今日的水準の医療を維持し、研究の質的向上を支えるために、図書室機能の整備・充実を図る。

# 5. 組織

病院組織：5局3室体制で運営  
19年4月から

## ■ 地域医療連携室の体制

■ 地域医療連携室長 — 室長補佐 — 地域医療連携科

■ (副院長が兼務)

■ (看護局次長が兼務)

- 
- 
- 
- 

MSW 4人 (科長含む)

看護師 1人

事務職員 3人

図書室

司書 1人

事務職員 1人

## 6. 業務の概要

【地域医療連携科】

- 1) 相談業務
- 2) 退院調整
- 3) 健診・検診・人間ドック事務全般
- 4) 地域医療・保健・福祉機関との連携  
推進
- 5) 患者友の会への支援
- 6) 病院ボランティアとの連携
- 7) その他

---

# 7. 具体的業務

## 1) 相談業務

- ・ 医療相談：精神的・経済的・社会的支援
- ・ セカンド・オピニオン窓口
- ・ 苦情・要望 etc.

## 2) 退院調整

- ・ 患者・家族の退院先の決定を支援
- ・ 退院先による調整
- ・ 長期入院予防対策

## 3) 健診・検診・人間ドック事務全般

- ・ 契約・予約受付・受検案内・報告・医事請求
-

## 4) 地域医療・保健・福祉機関との連携推進

- ・ FAX・ITによる診療予約・検査予約受付
- ・ \*病院・診療所とのネット：「医療ネットしまね」
- ・ 医師会との合同研修会の実施
- ・ 訪問看護連絡会への参加
- ・ 保健所の会議等への参画
- ・ 地域医療関係者への研修機会の提供
- ・ 広報活動：「連携室たより」の発行



## 5) 患者友の会への支援

- ・ 脳卒中リハビリ
- ・ 人工肛門
- ・ 糖尿病
- ・ せきそんの集い etc.

\*失語症（あしたの会）:19年4月から、出雲保健所へ移行

## 6) 病院ボランティアとの連携

## 7) その他



# 年間相談件数



17年度  
(6月～3月)

18年度  
(4月～3月)



MSW

3089

3819



看護師

608

898

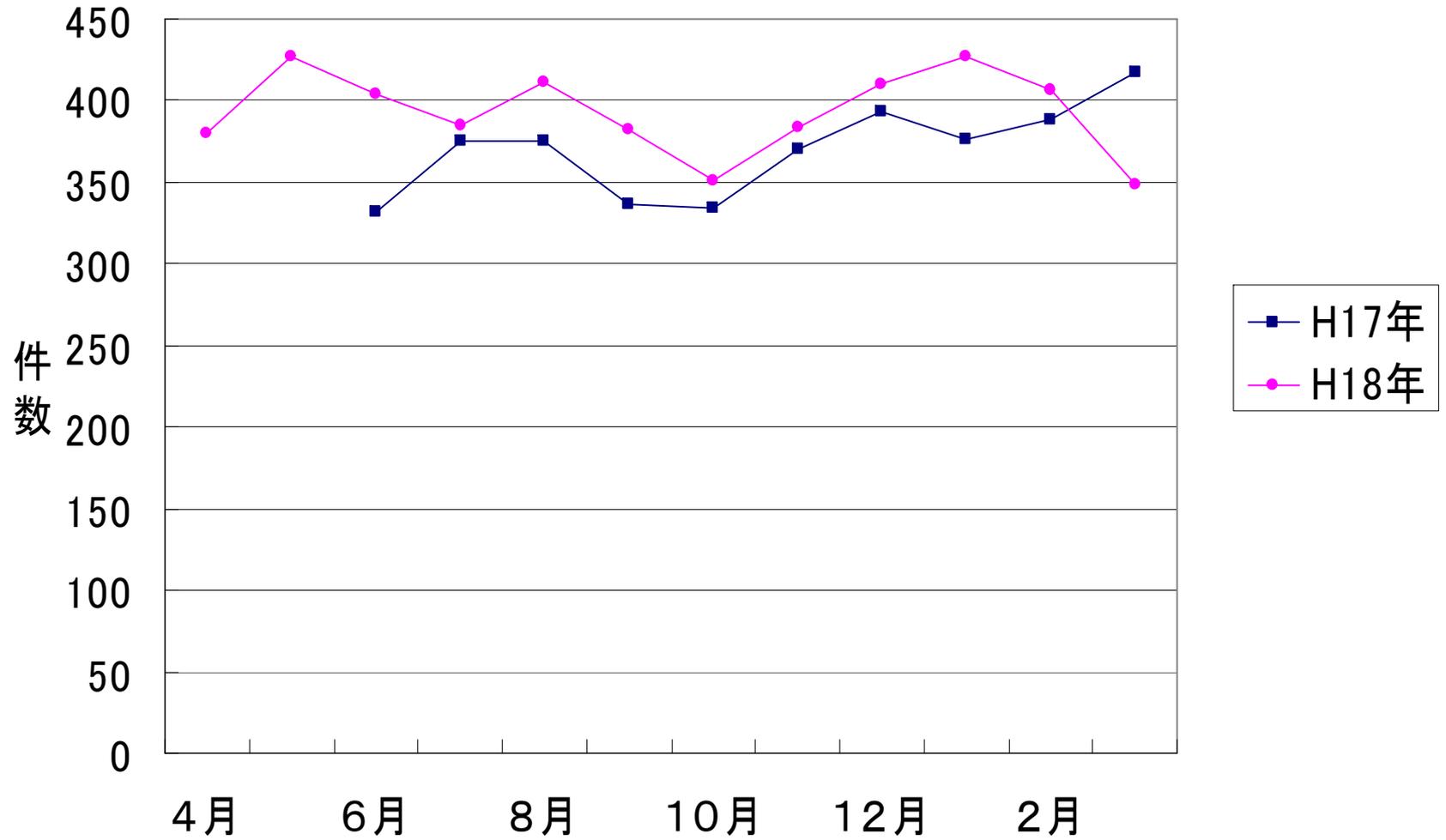


合計

3697

4717

# 相談件数



# 8. 退院調整について

- ＊ 在院日数の短縮に貢献

## 業務分担

- MSW：退院後の生活の場の決定に関わる。  
（在宅療養・転院・施設入所）
- 看護師：在宅療養で、医療依存度の高い患者の  
看護に関わる。  
；病院と地域の継続看護  
↓  
看 - 看連携

# 退院調整とは

- 患者・家族の主体的な参加のもと、退院後も自立した自分らしい生活が送れるように、教育指導を調整したり、諸サービスの活用を支援するなど、病院内外においてシステム化された活動・プログラムである。
- 退院調整看護師養成プログラム作成委員会（2005年）より

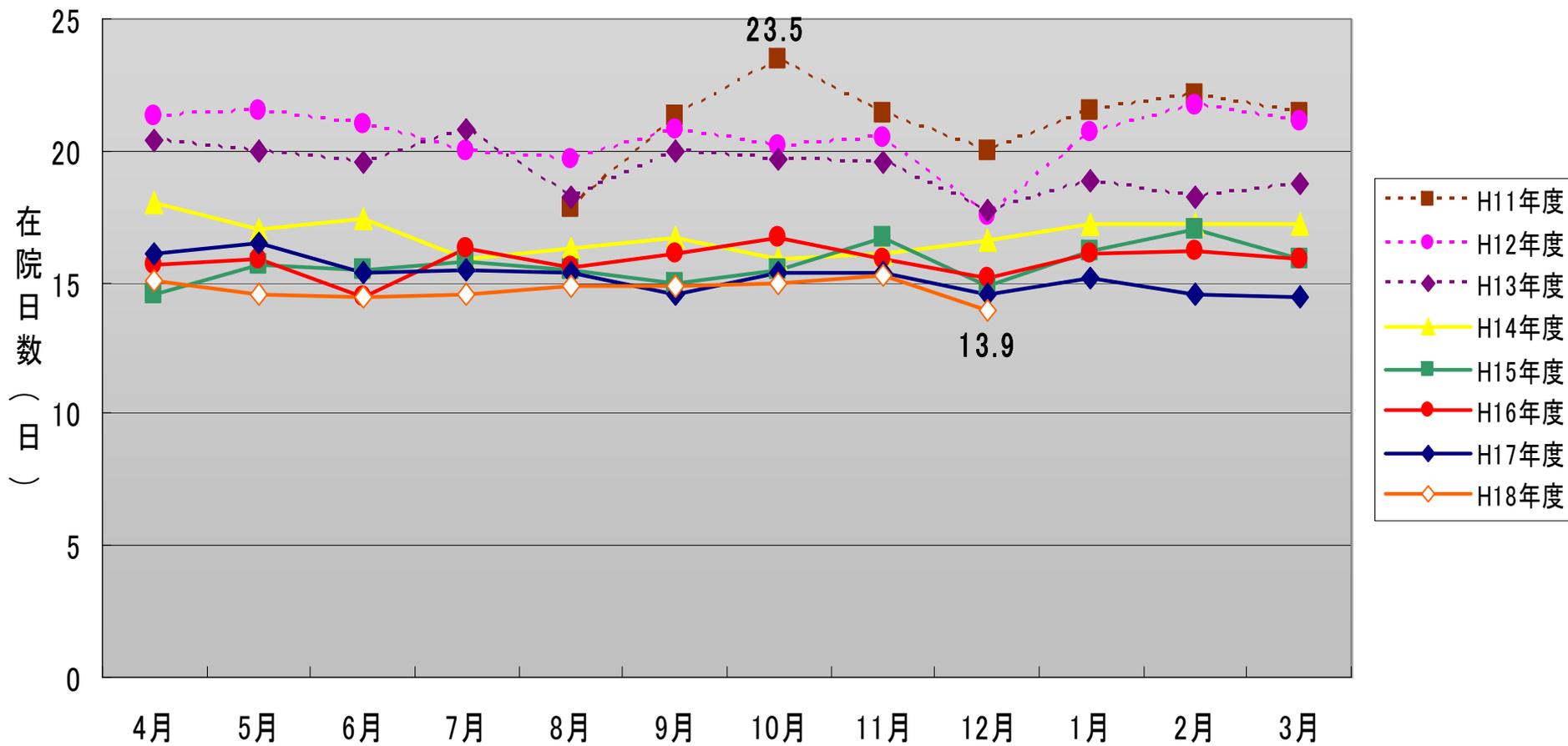
# 退院調整看護師とは

- 退院調整を行う看護師の総称。
- 地域医療連携室など専門の退院調整部署に配属されている専任看護師だけでなく、病棟で看護業務を兼任している看護師も含む。

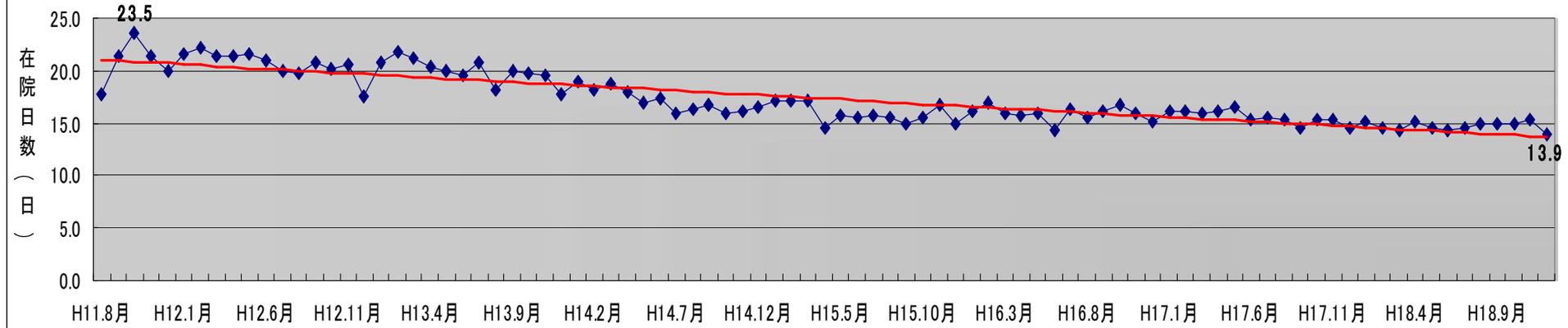
# 急性期病院の3大要件 (18年3月まで)

- 1) **平均在院日数** (精神を除く、一般病棟のみ対象) 17日以下  
(15.3日以下)
- 2) **紹介率** (紹介患者数+救急患者数) / 初診患者数 30%以上  
(40%以上)
- 3) **入外比率** (外来患者数 / 入院患者数) 1.5以下  
(1.5以下)
- 以上の3大要件を達成した場合に、
- **急性期特定入院加算** (200点 ⇒ 2,000円/日)
- が、14日を限度として入院患者に算定できた。
- \* ( ) 内の数値は当院の経営目標

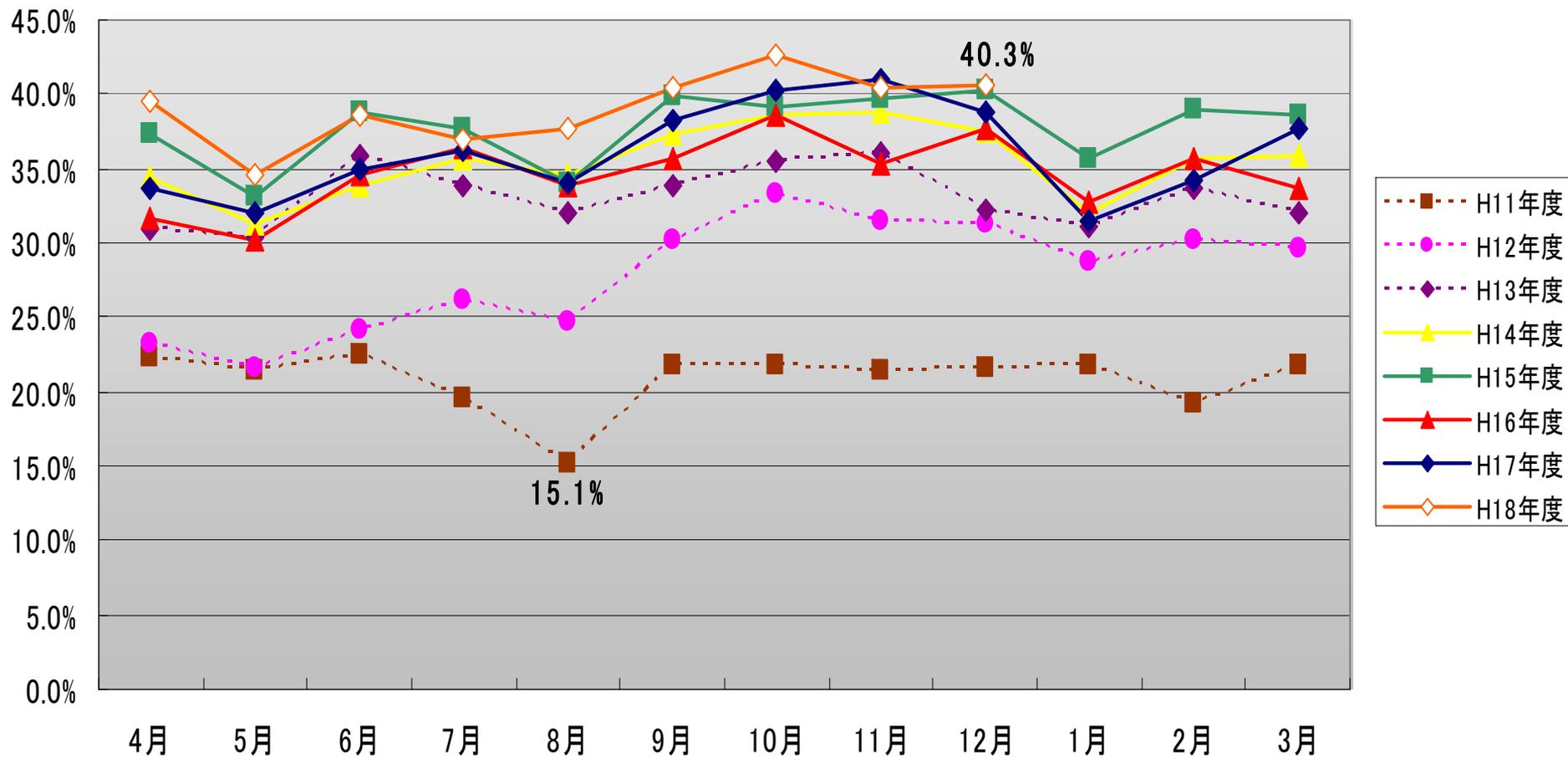
平均在院日数推移(一般病棟)



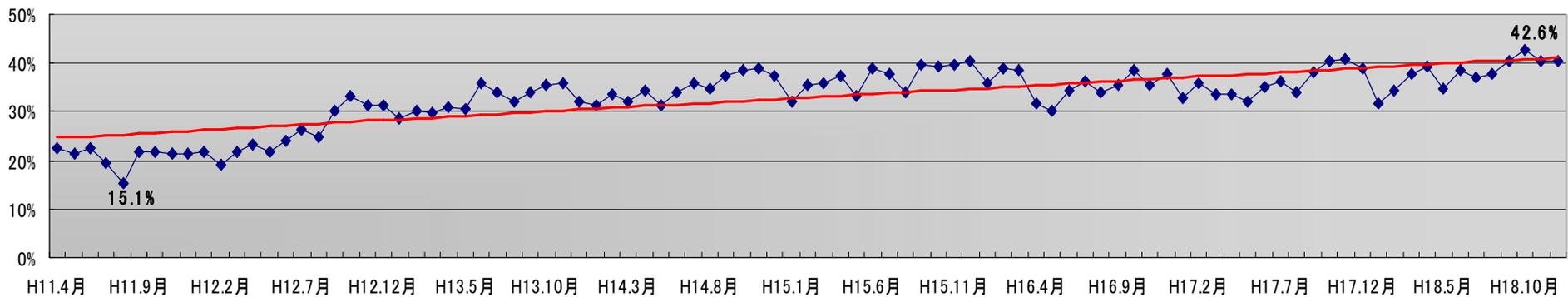
平均在院日数推移(一般病棟)



# 紹介率の推移



紹介率の推移



---

## 9. 成果

- 急性期病院への目標を実現できた。
  - 患者・家族にとって、退院後の生活の場を選択・決定するための情報窓口が明確になった。
  - 医療依存度が高くても在宅療養が可能となった。
-

# 10. 地域医療連携の課題

- 地域医療連携室の役割拡大と明確化
- 退院調整チーム（MSW・Ns・今後は？）活用推進
- 「患者さん中心の医療」の推進
- 急性期病院の役割として、適切な病床の提供および退院先の調整
- 地域ぐるみで行う地域連携の仕組み作りへの参画
- 地域関係機関との連携の推進（医療・保健・福祉）
- 地域医療連携パスの作成と推進

ご清聴ありがとうございました。







地域医療連携科看護師の  
役割と業務

# 役割

患者・家族が抱える療養・生活面の問題  
に焦点を当て、在宅療養あるいは転院・施設  
入所に向けて、看護の継続について  
病棟・MSW・地域との連携を図り、  
退院計画を支援し、先導的に関わる。

# 業務

## 医療依存度が高い在宅療養患者への退院調整

- ①ハイリスク患者のスクリーニング
- ②介入依頼があった入院患者を訪問
- ③退院計画への支援
- ④社会的支援が必要な場合はMSWに依頼
- ⑤退院前合同カンファレンスの調整と進行
- ⑥訪問看護指示書の依頼（かかりつけ医に）
- ⑦記録
- ⑧評価

# 在宅療養在移行時の確認事項

■ （連携科看護師として、病棟側（医師・看護師）に  
■ 関与する場合の確認すべき視点）

1. 患者・家族の在宅療養の意思決定は確実か。
2. 患者の家での生活をイメージして関わっているか。
3. 主人公は患者・家族であることを認識しているか。
4. 各種処置・介護指導に対して患者・家族の習得状況の把握ができているか。
5. 退院後の在宅療養における医療の主担当は誰か  
■ （かかりつけ医の担当範囲の確認必要）。

---

# 地域との継続医療・看護における 受持ち看護師（病棟側）の役割

- 患者・家族との信頼関係の形成
  - 患者・家族中心の継続したケア
    - ・ インフォームド・コンセントに基づいた意思決定の尊重
    - ・ 個別的な関わり
  - 他職種の支援を受ける場合、コーディネーター役
    - ・ 介入の必要性の判断を主体的に！
    - ・ 介入要請のタイミングを適切に！
    - ・ 地域医療連携科の有効活用を！
-