

医療法人社団 倫生会  
みどり病院

# 地域連携室

仕 事 の 流 儀

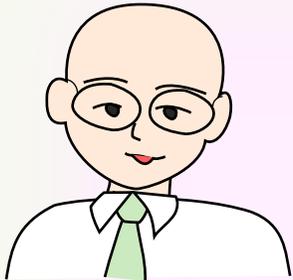
医療と社会の橋渡し

# スタッフ紹介

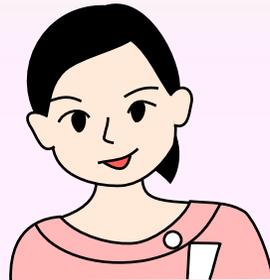
看護師 2名

社会福祉士 3名(1名育休中)

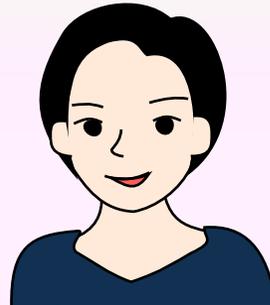
病気や療養に関するさまざまなご相談をお受けし、  
患者様、ご家族様と一緒に今後の生活について考えて  
いきます。



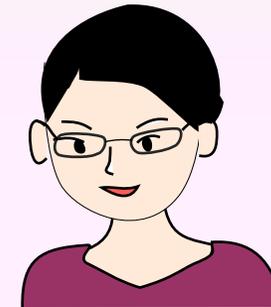
ベテランソーシャル  
ワーカーの  
永井  
(MSW)



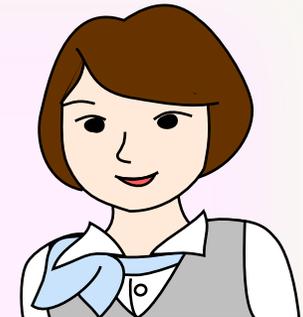
あっさりした性格  
いつもキュートな  
吉川  
(MSW)  
育休中



たよれる室長！  
看護副部長の  
廣嶋  
(看護師)



ユーモアセンス抜群の  
トークが面白い  
看護副主任の  
藤井  
(看護師)



縁の下の力持ち  
癒し系の  
鴨川  
(MSW)

# 医療と社会の橋渡し

病気になると、本人もご家族も経済的・心理的な悩みや課題が出てくる  
ことがあります。

みどり病院地域連携室では病気や療養生活に関するさまざまなご相談  
をお受けし、患者様・ご家族様と一緒に考えていきます。

退院後も住み慣れた場所で安心して過ごすことができるように地域の  
医療機関や保健・福祉サービス機関と連携して、患者様に切れ目の  
ない医療・看護・介護サービスが提供できるよう支援・調整を行います。

# 地域連携室のあゆみ

## 前方連携

病院はもともと完結型医療が主体でしたが、2000年以降の診療報酬改定に誘導される形で地域医療連携は進んできました。紹介率に関する加算の「急性期入院加算」が新設され紹介状を介した連携が発展、その紹介状の管理部門として多くの高度急性期病院で地域連携室が設置されました。2005年少子高齢化に対応するために国が進める政策の柱である「地域包括ケアシステム」の構築が各自治体で実情や特性にあった体制で始まりました。

## 後方連携

2006年の診療報酬改定で紹介率に関する加算がすべて廃止されました。その代わりに「退院支援・連携パス加算・退院時共同指導料」が新設されました。この算定は「在宅に退院する」ためにどうするか、ということを経営者として考えるきっかけになりました。また、在宅療養支援診療所が新設されたのもこのころです。これにより、診療所や小規模病院は地域の中で「在宅で生活をしながら療養している方を支えていく」という考え方に変わってきました。

当院の地域連携室は、2007年外来エリアで外来師長が兼務し、2人体制でスタートしました。

# 地域連携室の役割

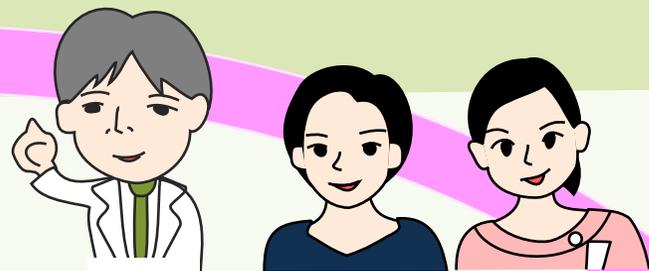
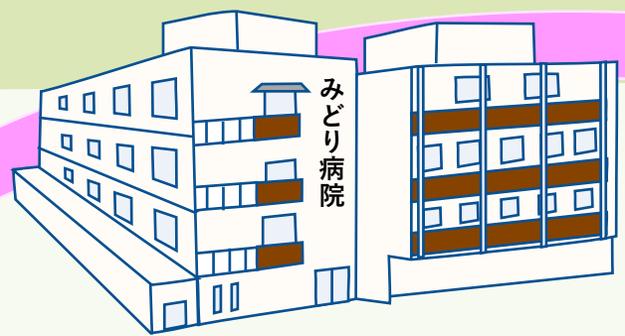
2008年以降、「地域完結型医療」へ動き始めました。地域の生活を支えていくためには、「病病連携」「病診連携」だけではなく、「**医療と介護の連携**」「**地域の診療所と診療所**」との連携も必要で、「医療・介護・在宅支援機関」同士のネットワークづくりへと医療連携部門の役割が変化しました。2016年頃から病床機能報告が開始され、現在の医療機能と6年後の姿を年に1回報告することが開始されました。都道府県や二次医療圏ごとに人口と病床数の関係や受療率から推計される必要病床数との比較などが示されるになりました。

各都道府県には、「地域医療構想」と「医療計画」が策定されています。

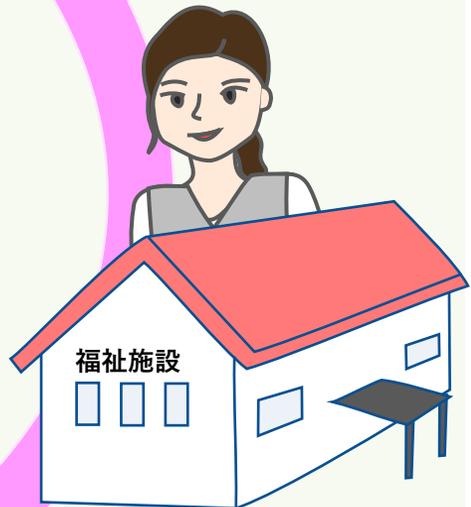
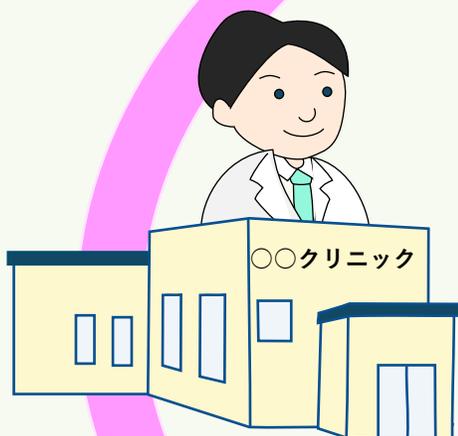
「**共生社会**」「**社会連携**」という概念が浸透してきました。「医療と介護」だけではなく、その地域に住んでいる老若男女、障害を持っている方も持たない方もすべての住民が**安心して暮らせる地域**を作るために、医療の面から地域の安全・安心を支えるため各種関係機関と連携を図ることが大切です。地域連携室では関係機関と連携を図り、情報交換と的確な情報提供を行うことが地域社会での役割であると考えています。

地域連携室では入退院状況等のデータを病床機能報告で報告しています。

2016年4月より地域包括病床の運用を開始しました(地域包括ケア病床は急性期治療を経過し病状が安定した患者さんに対して在宅や介護施設への復帰支援に向けた医療や支援を行う病床です)



地域包括ケア病床では急性期病院から  
在宅への橋渡しや介護中の一時入院を  
サポートします



# 安心して暮らせる地域



# ・地域連携室の業務について

- ・入院の受け入れについて(前方業務)
- ・退院調整について(後方業務)
- ・医療費、介護保険、後見人、生活保護申請、等について(相談業務)
- ・地域連携パスの運用、協議会への参加  
地域交流や広報業務、等について(その他)

院内外問わず、連携をして患者様を支援していく

**コーディネーション**

が重要な役割になります。

# ・地域連携介入の具体的な支援例

## ・ひとりでトイレに行けなくなった場合の支援

介護保険制度の説明を行い、申請について相談します。

家族介助が可能か確認 → 情報収集・家族面談し、本人・家族の意向を聞きます。

自宅退院希望 → ポータブルトイレ、手すりなどの福祉用具の導入を検討します。

施設入所希望 → 施設紹介、見学、面談の調整。

病状・介護度・値段・患者背景を考慮し案内します。

## ・認知機能の低下で問題行動がある場合の支援

介護保険制度の説明を行い、申請について相談します。

家族介助が可能か確認 → 情報収集・家族面談し、本人・家族の意向を聞きます。

自宅退院希望 → デイサービス・ヘルパー・宅食サービス等の導入を検討します。

新規でケアマネジャーの依頼をし、連携を図ります。

施設入所希望 → 施設紹介、見学、面談の調整。患者背景、パーソナリティを考慮し案内します。

# ・地域連携介入の具体的な支援例

- ・嚥下障害があり、十分な食事がとれなくなった場合の支援  
胃瘻造設を施行→対応施設を紹介  
中心静脈栄養→療養型病院を紹介  
お楽しみ程度で自宅へ退院→家族へ介助指導・介護保険サービスの調整
- ・自宅前の階段の上り下りができなくなった場合の支援  
介護保険制度の説明を行い、申請について相談します。  
訪問診療を検討→本人・家族の意向を聞きます。  
訪問診療が可能な医院を探します。  
訪問看護の依頼をします。  
主治医に訪問看護指示書を依頼をします。  
新規でケアマネジャーを依頼し、連携を図ります。

# ・支援の介入方法について

## ・治療が終わった！

(例)

88歳 女性

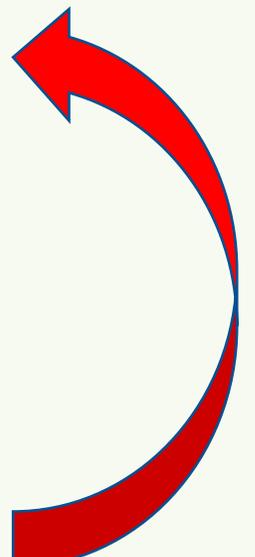
- ・ADLは車いすレベル
- ・介護保険申請して要介護2の判定
- ・ケアマネジャーは未定
- ・夫とは死別して独居
- ・娘さんが一人、東京に在住
- ・認知機能は88歳年相応、物忘れも・・・
- ・年金が月々15万円くらい
- ・元々集合住宅の2階に在住、エレベーターはあり
- ・亡夫と過ごした家に帰りたい希望強い



・住んでいた集合住宅に戻れそう？

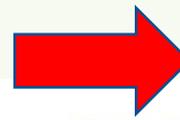
・それとも施設入所が必要？

入院翌日には看護師が聴取した情報を元に、**スクリーニング**を実施し支援の必要性を判定しています



・相談が必要！

・...でも治療し終わってからはちょっと遅い。

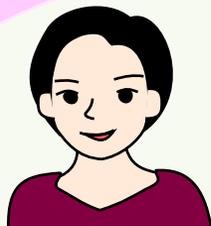


入院

退院支援開始

退院

外来受診



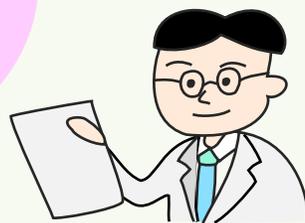
看護師



地域連携室



医師



薬剤科



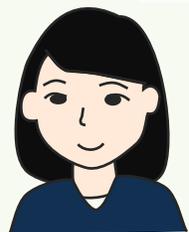
医事課



栄養科



検査科



リハビリテーション科



放射線科

秘書課



院内連携

院外連携



居宅サービス事業所



ケアマネジャー



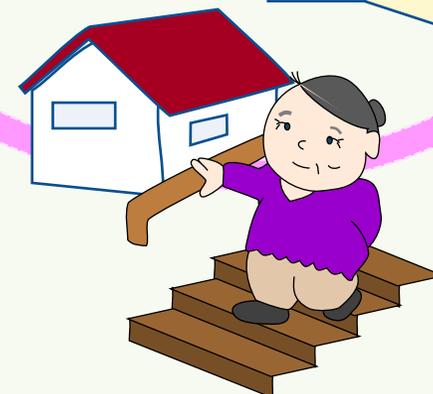
福祉施設

訪問看護師  
施設相談員  
後見人

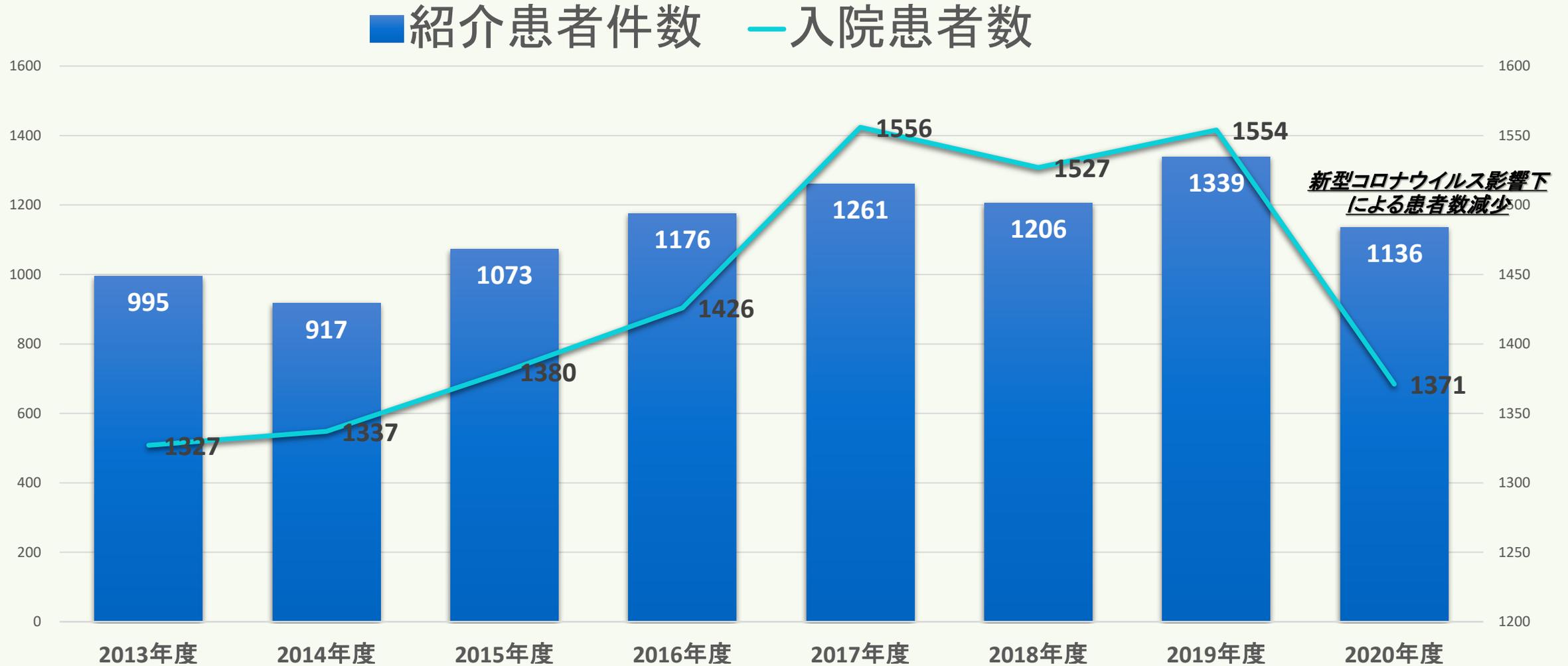


往診医

〇〇クリニック



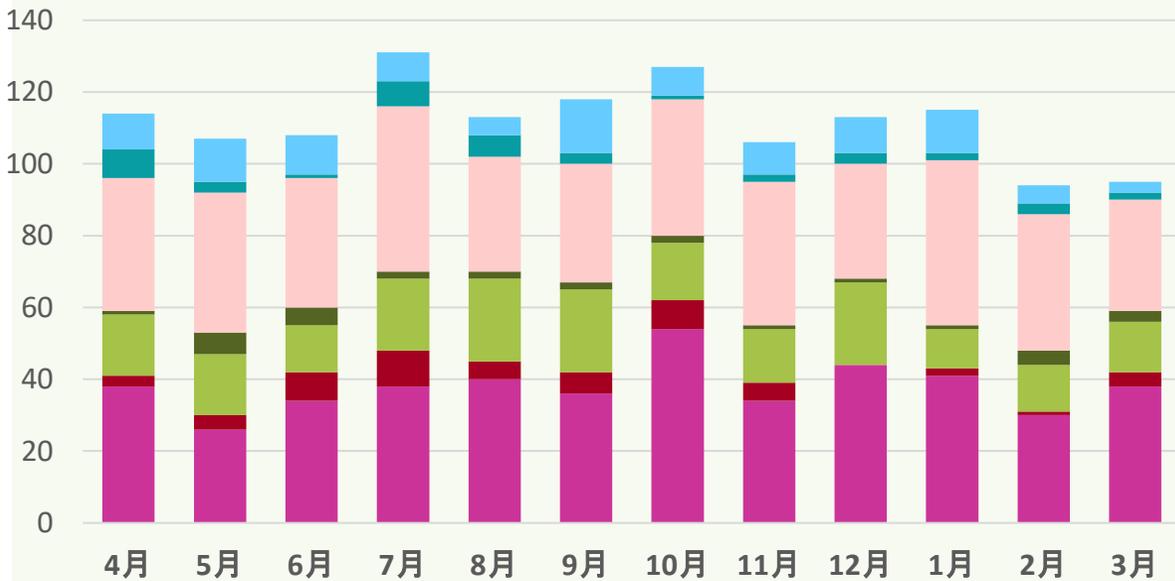
# 医療機関・施設からの紹介件数と入院患者数推移



# 科目別紹介患者数 (医療機関・施設からの紹介件数)

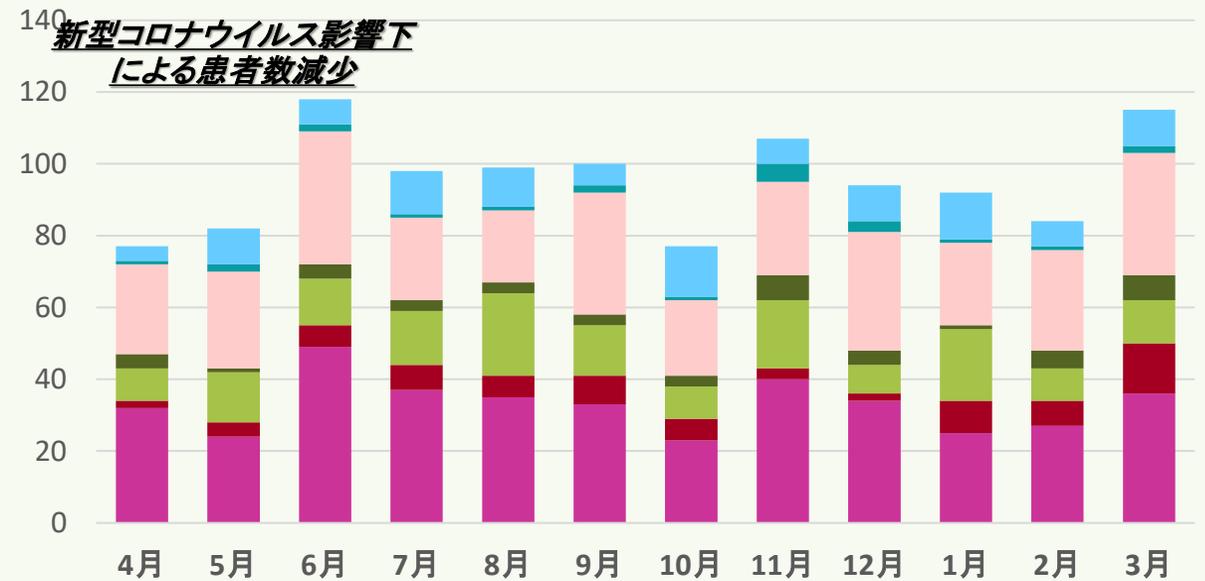
## 2019年度

- 循環器内科(心CT含む)
- 心臓血管外科
- 消化器内科
- 消化器外科
- 内科(リウマチ・透析含む)
- 整形外科
- 検査等(CT・MRI・CVポート)



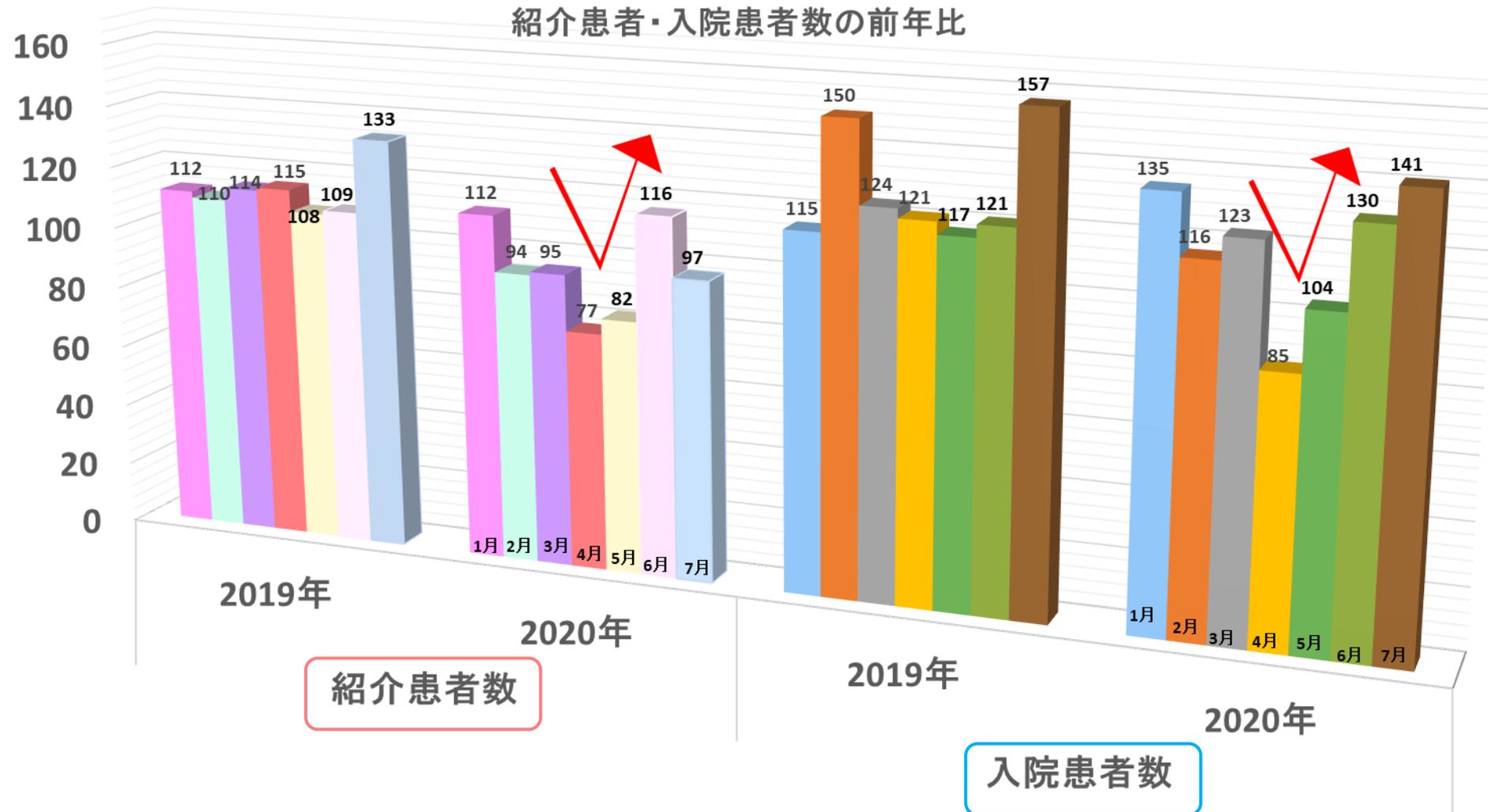
## 2020年度

- 循環器内科(心CT含む)
- 心臓血管外科
- 消化器内科
- 消化器外科
- 内科(リウマチ・透析・糖尿病含む)
- 整形外科
- 検査等(CT・MRI・CVポート)



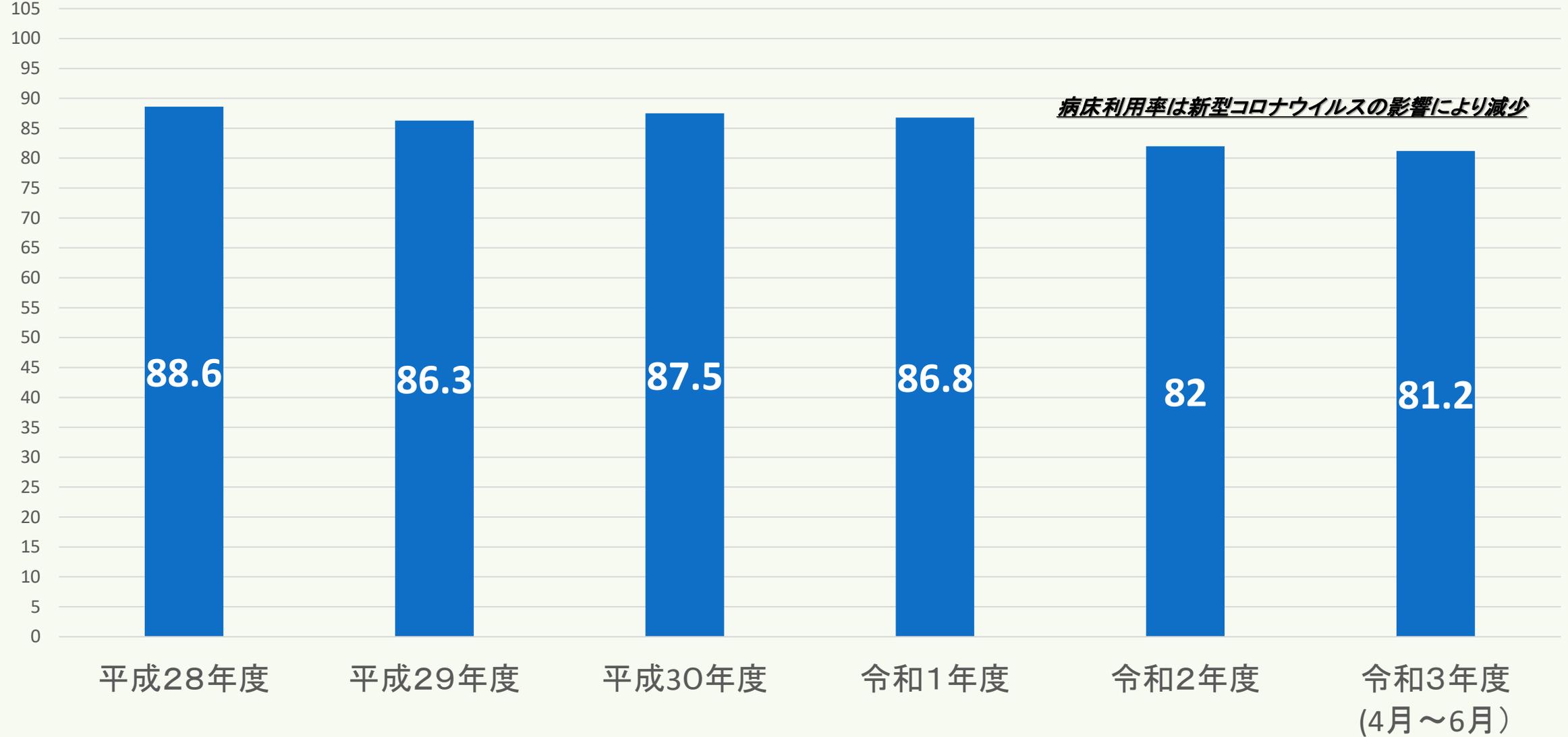
# 当院における新型コロナウイルスの影響による患者数の推移

緊急事態宣言(R3.4/7~5/31)により近医からの紹介患者・当院かかりつけ患者の受診が大幅に減少しました。しかし、緊急事態宣言解除後の患者数は直ぐに増加傾向となり地域における当院の役割が大きいことが分かります。今後もこれまでと同様に近医・地域からの信頼に応えられる病院運営を行っていきます。



# 平均入院患者数の推移(目標93床)

108床



# 入院ルート別割合(全入院・地域包括病床)

病床数 108床(内28床地域包括ケア病床)

地域包括ケア病床 28床(3階病棟)

2020年度

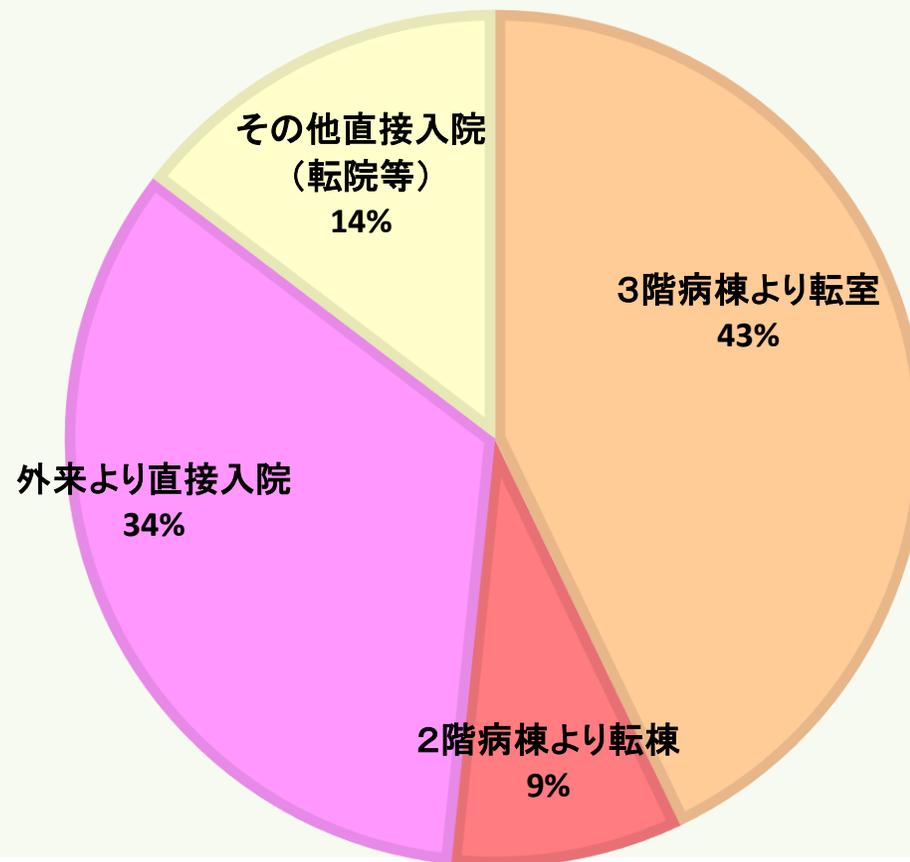
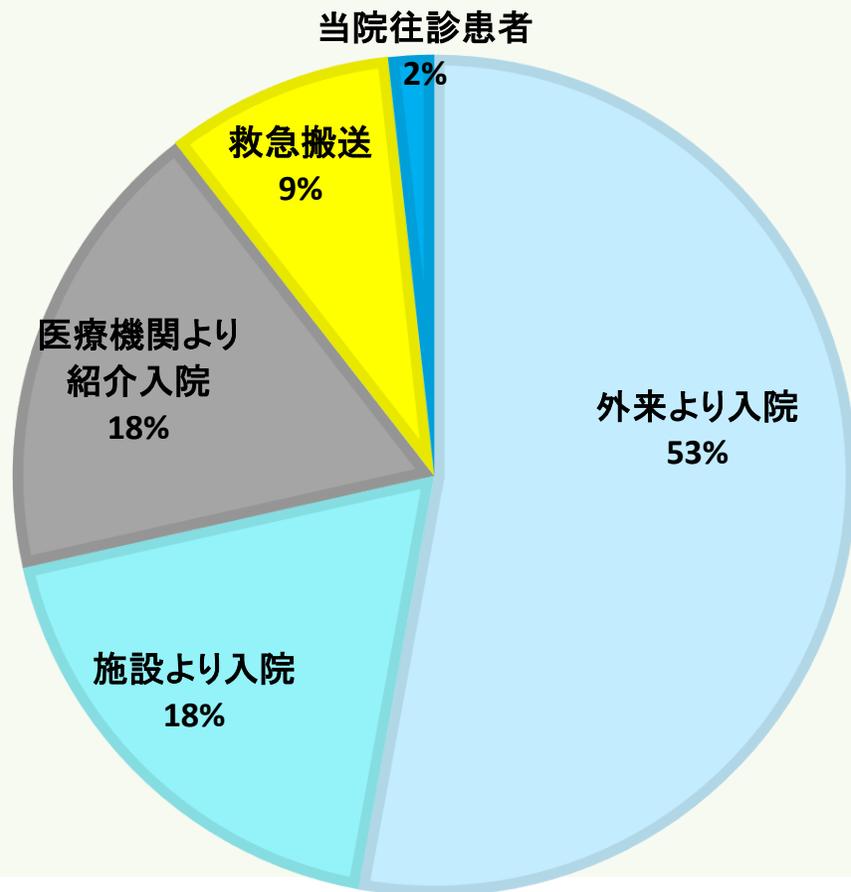
2020年度

全入院ルート別割合

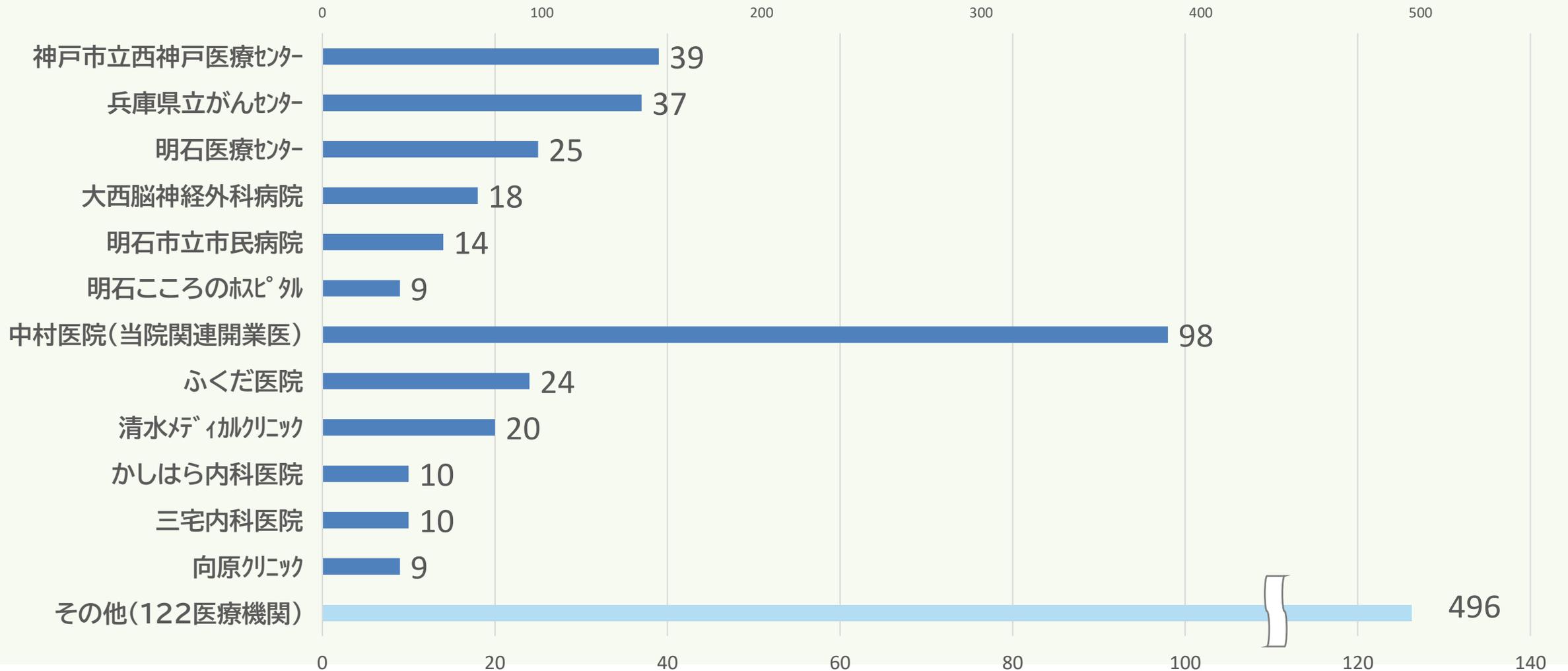
地域包括ケア病床入室別割合

n=1371

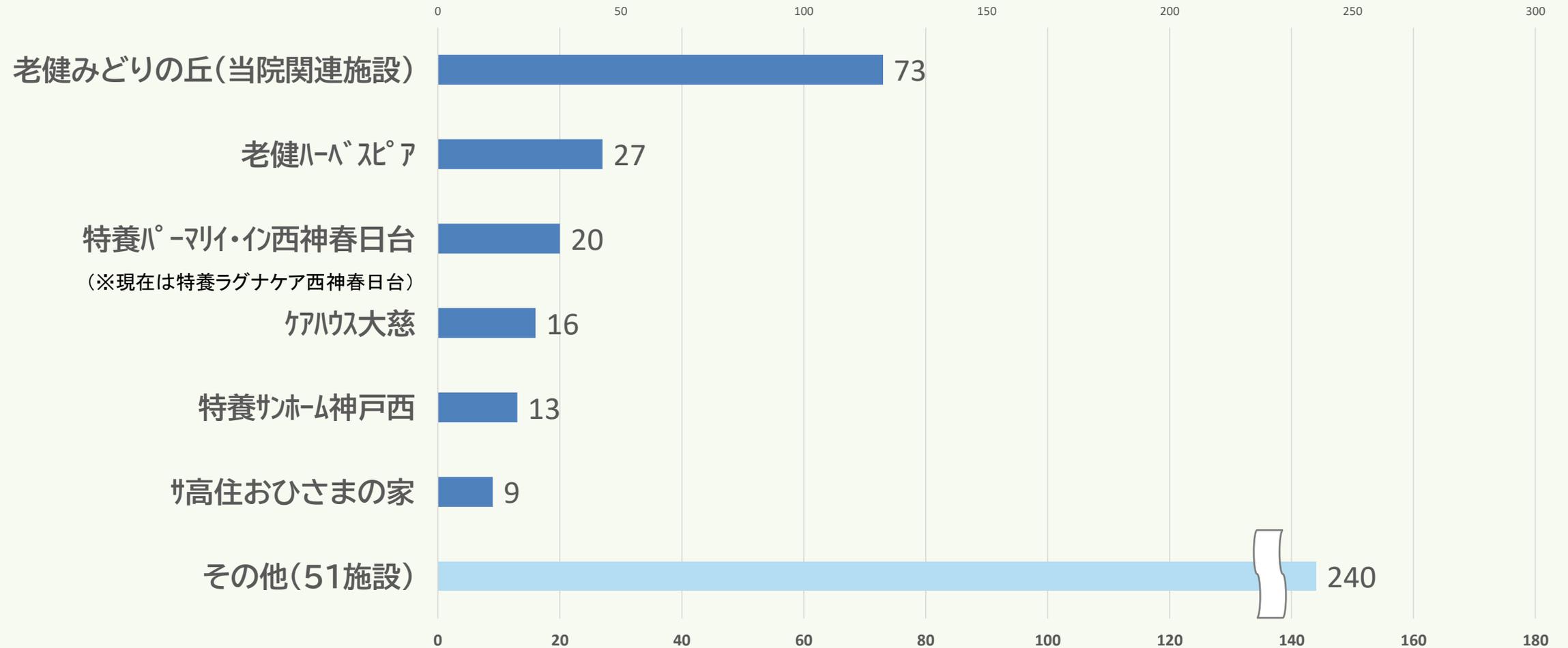
n=459



# 2020年度 主な紹介元医療機関

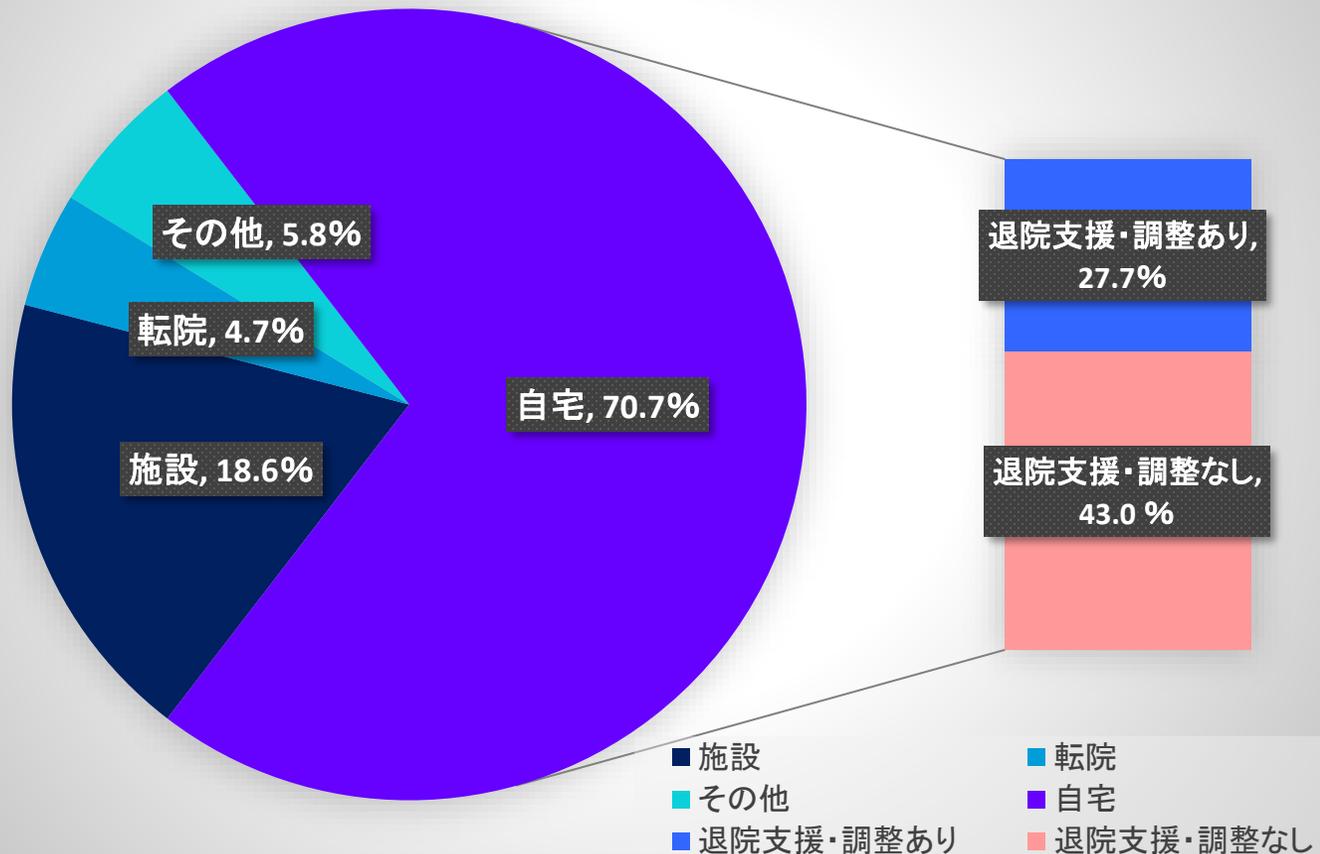


# 2020年度 主な紹介元介護施設



# 退院先と連携室が介入した患者割合（日帰り入院除く）

2020年度退院患者 n=1356



## 地域連携室が介入した患者様

- ・自宅退院（退院支援・調整あり）  
.....27.7%
- ・施設退院  
.....18.6%
- ・転院  
.....4.7%
- ・その他  
.....5.8%

計 56.8%

全入院の約6割の患者様へ介入します。

# 人材育成

## 昨年度参加した院内勉強会や研修

- 認知症について
- 知っておきたい！難病のハナシ。
- 定期巡回、随時対応サービス普及セミナー
- 緩和ケア、薬剤の選択・種類・副作用について
- 精神疾患の入退院時の支援
- ハラスメントをなくす風土作り
- 退院支援勉強会 他



# 院外活動

## 地域で行われる勉強会や会議への参加

- 東播磨脳卒中連携協議会(3回/年)
- 西神戸医療センター大腿骨頸部骨折連携パス(2回/年)
- 明石在宅復帰連携検討会(3回/年)
- 西区病診連携担当者会議(3回/年)
- 神戸市糖尿病地域連携パス(1回/年)
- 各種研究会参加
- 神戸市・西区の勉強会・交流会
- 西区医療介護サポートセンター主催の勉強会・交流会
- 開業医の先生、施設、病院へのあいさつ回り

# ワークライフバランス

## 労働環境

- 部署内は子育て世代のお母さんが多く、子育てへの理解があり、子どもの体調不良など急なお休みも取りやすい環境です。
- 職員のwedding partyを開催しました。
- 仕事以外にも新年会や忘年会、夏はバーベキュー大会など開催されます。



女子旅〜ソウルへ✈️



Wedding party♡



BBQ大会！

# 入職を希望される方へのメッセージ

報告・連絡・相談が行いやすく、和気あいあいとして  
笑顔の多い職場です。

支援を必要とする方や、そのご家族が退院後も安心  
して地域で暮らせるよう、一緒にお手伝いをしませんか。

