

地域連携と患者目線医療

小野池千秋

第60回国立病院総合医学会
(平成18年9月 於京都)

IRYO Vol. 61 No. 7 (477-480) 2007

要旨

急性期医療中心の病院にとって地域の病院や診療所との連携は不可欠である。国からも医療を病院でなく、地域で完結する方向が示されている。このような現状を踏まえ、患者が安心感と満足感を持ち入院生活を送られるよう、平成17年4月より地域医療連携室の業務内容を充実させた。とくに、前方連携は病床調整管理者（看護師長）が担当医師からの情報をもとに患者の状態を判断し、病棟決定には専門性は参考にするが必ずしも限定せず、空床状況から各病棟と病床調整を行うようにした。後方連携は退院調整専任看護師が医療ソーシャルワーカー（MSW）と共に入院時リスクアセスメントスクリーニング票の活用、病棟ラウンド、多職種とのケースカンファレンスの実施により患者や家族が安心して転院・退院のできる支援システムを作ることができた。看護の視点で患者を全人的にとらえ、看っていくことの重要性を浸透させることが「連携」の要である。患者が必要な時、自分の望む病院で適切・的確な医療が受けられるよう、患者目線に立った連携を目指し、急性期病院として独自性の発揮の努力を続けたい。

キーワード 患者目線、地域医療連携、病床調整管理者、退院調整専任看護師

はじめに

当院は高度総合医療施設として岡山県東南部に位置し、幅広い診療圏を持つ急性期医療中心の病院であり、平成17年度当院の平均在院日数は14.4日と大幅に短縮し、日々めまぐるしく入退院により患者が入れ替わっている。以前の地域医療連携室は主に前方連携を行っていたが、個々のライフスタイルやニーズに応じ、看護師が看護の視点で主体的に実践するため、平成17年4月「よりheartfulな連携を目指して」を主眼に地域医療連携室の再編を行い充実を図ってきた。当院が急性期病院として後方連携にも重点を置くことで、病・病連携、病・診連携が円

滑化できたことで患者や家族が希望される所や、望んでいる条件を受け入れ調整することで安心・安楽な気持ちで地域に帰ることができるようシステム作りをしてきた（いる）。

当院の抱えていた（いる）問題 （さらなる改善への課題）

平成16年度当初急性期特定療養加算取得のため在院日数を17日以内に短縮する必要があったが、医師、診療科（スタッフ）、病棟看護師長によって意識の温度差が大きかった。病床利用の効率化が困難で満床のためしばしば救急車による受け入れができなく

元国立病院機構岡山医療センター 看護部

別刷請求先：小野池千秋 元国立病院機構岡山医療センター 看護部 〒701-1192 岡山市田益1711-1

(平成18年10月27日受付、平成19年3月16日受理)

Role of Regional Medical Liaison Network for Patient Oriented Medical Support

Chiaki Onoike

Key Words: patient oriented medicine, regional medical network, coordinator for inpatient's bed control, full-time coordinator for discharge plans

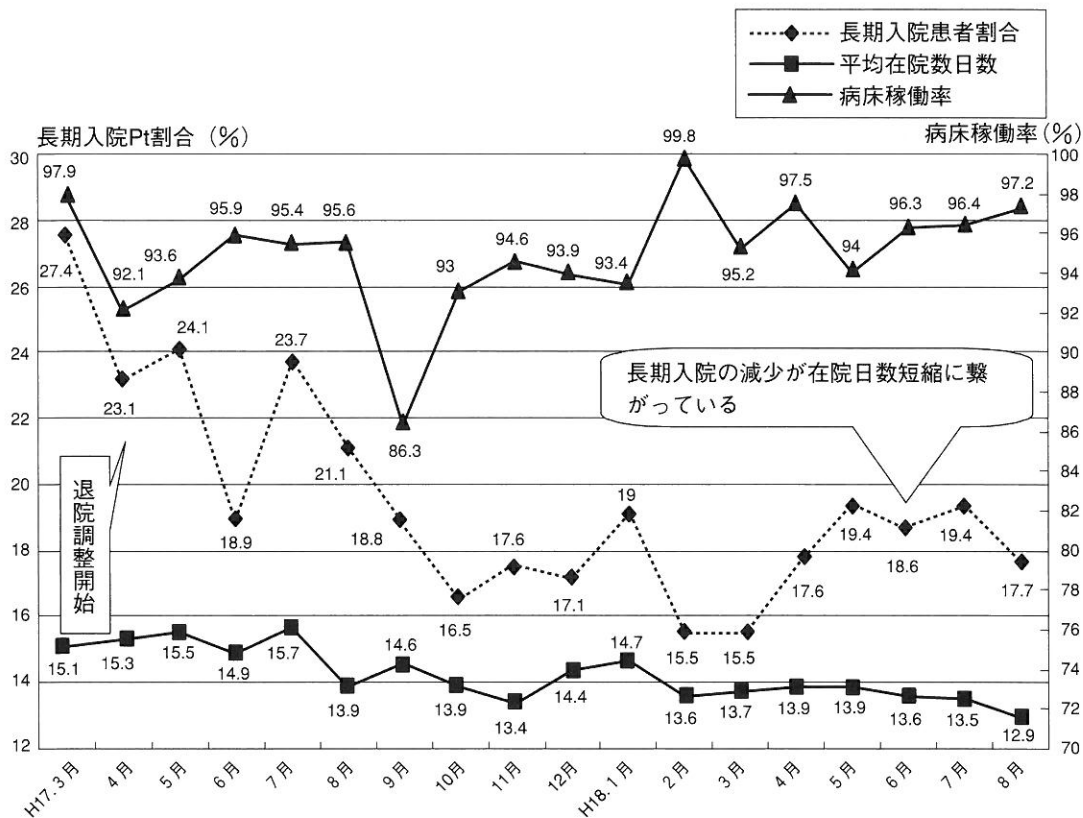


図1 成人の長期入院患者（1カ月以上の入院）数の推移

なっていた。また地域の医療スタッフとの意思疎通の窓口がはっきりせず「敷居の高さ」があり、官僚的でとっつきにくいイメージがあった。血液疾患、呼吸器疾患、腎臓疾患など長期入院が避けられない疾患の患者が多い。血液透析、人工呼吸器装着、ストーマ増設等医療処置を必要とする患者が多く、転院・退院の調整が主治医だけでは困難なケースが多い。また、退院調整に影響を与える主要因として①疾患特異性に加え、②主治医③病棟看護師の意識の「温度差」があると考えられる。

地域医療連携における看護の役割

現在地域医療連携室には専任の看護職として、前方連携の看護師長1名と後方連携の看護師1名を配置している。前方連携として、当院の抱えている問題としては、現在もしばしば生じている救急車による受け入れがベッドの状況で困難な場合でも「ベッドは入院を必要とする患者のもの」との考えのもと、空床のある限り患者を受け入れ、また紹介医からの患者は絶対に断らないことを意思統一し、病床の一元管理体制をしている。

表1 地域医療連携室の役割

前方連携

- ①紹介率、逆紹介率のアップ 効果的な病床管理
- ②完全予約制を含めた外来サービスの充実

後方連携

- ①スムーズな病床管理と転院・退院への支援
- ②退院困難が予想されるケースに対する早期からの退院支援と地域医療連携室スタッフを交えた退院準備カンファレンスの実施
- ③退院後の諸問題や臨床経過についての地域医療連携室スタッフとの意見交換会の開催
- ④地域連携や医療マネジメントに関する研修会や講演会の実施

後方連携に退院調整専任看護師を配置したことで、入院が長期化する可能性のある患者に対して院内外を問わず様々な職種と連携し、安心して退院できるよう支援している。その結果、成人の入院患者数の推移は図1に示すとおり、長期入院患者数が減少し、在院日数の短縮につながっている。

地域医療連携室の役割として表1に示す。

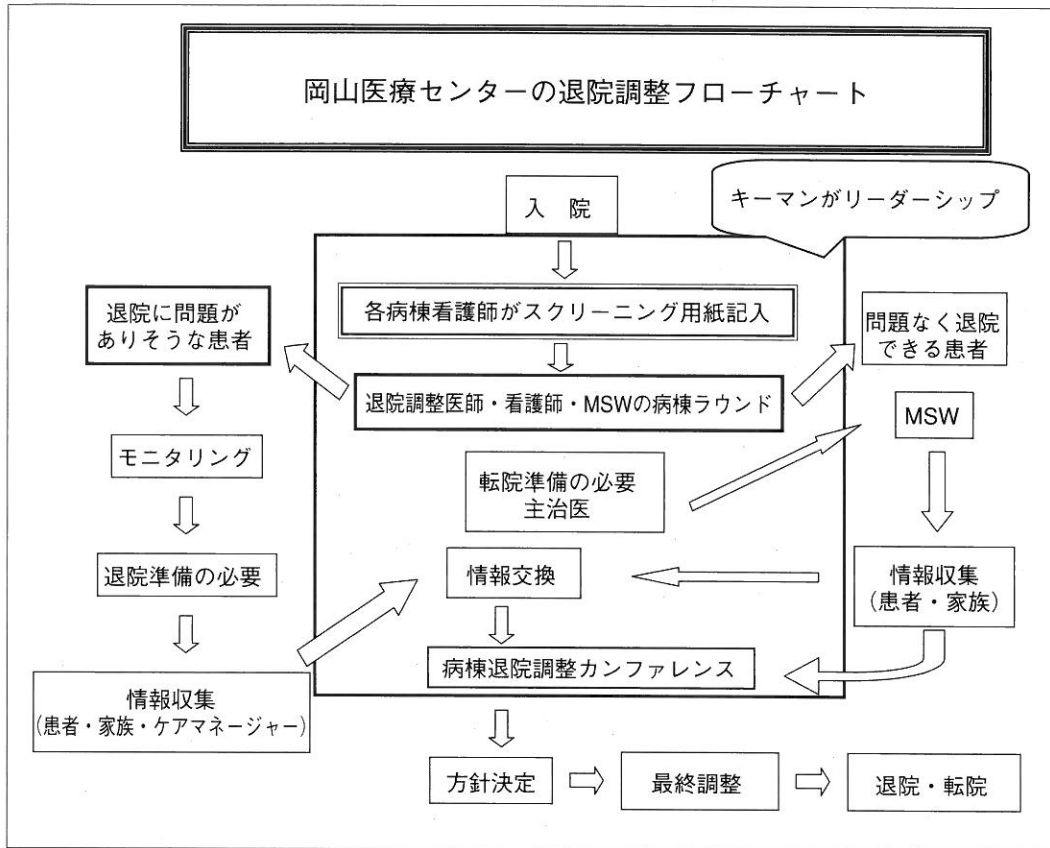


図2

前方連携では、病床管理師長が紹介医からの入院・かかりつけ患者の受け入れ・救急での入院にかかわり、病床管理を一元化している。このため病棟は混合診療科傾向になるが、空床は全科が利用するという原則により、病床利用が効率的に行えるようになった。また、病床管理師長は病床運用決定権を持っており、看護の視点で治療の専門性や日常生活動作の範囲を理解し、病棟を決定している。また、後方連携の退院調整専任看護師は、①入院時退院計画スクリーニング票の評価と決定、②MSWと定期的な病棟ラウンド、③キーマンミーティングの主催、④病棟カンファレンスの参加、⑤家族との面談・病棟との調整、⑥ケアマネージャーや訪問看護師との連絡調整、⑦低出生体重児・ハイリスク新生児訪問関連票送付、⑧母子保健担当者との連絡調整、⑨在宅・転院チェックリスト試行、⑩月毎の長期入院患者の把握とデータ収集を行っている。

退院支援を充実するため担当看護師＝キーマンを各病棟に配置した。キーマンの役割は①病棟内で退院調整としての中心的役割を担う②入院時退院計画スクリーニング票への記入率向上を目指す③退院調整看護師・MSW・多職種と病棟でのカンファレン

スへの参加とスタッフへの啓発④定例キーマンミーティングへの参加と病棟スタッフへの情報発信である。キーマンミーティングは月1回開催しており、主なテーマは各病棟からの退院調整についての意見交換、地域医療連携室からの情報発信、病棟での退院調整に関する勉強会の意見交換、各病棟の退院調整に関する目標設定と評価を行っている。

地域医療連携をより円滑にするためには、病棟看護師の役割が重要であり、看護の視点で患者の生活の自立度・患者の介護力を判断し、地域の中で生活する人として多角的にみる必要がある。病棟看護師は医療者の中で最も患者の近くに居ることを誇りに思うことであろう。また、退院調整看護師に対しては「依頼」ではなく「協働」「提供」であり、そして後方連携スタッフと共に考える姿勢であることが理想である。つまり医師・コメディカル・地域を巻き込んで患者・家族のサポート体制を整えることである。図2にあるように、入院から退院、転院までをシステム化させるために後方連携の充実を図ったことが患者の安全・安心につながり、患者の目線に立った医療の充実につながったといえる。

おわりに

患者に満足感と安心感を持って療養していただくことを最優先に考え、当院を支えていただいている中核病院、診療所、介護福祉施設、訪問看護ステーションとの情報交換、交流を行い、患者および家族が治療の終了したとき、退院を迫られ途方にくれる

ことのないよう、また、入院中に行っていたことが継続されるよう一層の充実を図りたい。そのことが地域における当院の役割として、重症患者や急性期の治療が必要な患者の受け入れを要請されたときの病床の確保につながり、必要なとき、自分の望む病院で適切・的確な治療が受けられる患者の目線に立った医療と考える。