

# 患者相談窓口の現状



尾道市立市民病院 地域医療連携室  
MSW 金原 由佳

# 尾道市の概要

人口  
(平成23年) 147,149人

高齢化率 約30%

急性期病院 (3)

有床診療所・療養型病院 (14)

回復期リハビリ病院 (2)

老人保健施設 (7)

特別養護老人ホーム (10)

尾道市医師会は会員数、開業医 150余名

勤務医 100余名

(合併により因島・瀬戸田も尾道市になったが、医師会は別のため省いている。)

# 尾道市総合医療センター(24年度~)

- 尾道市立市民病院
- 公立みつぎ総合病院
- 瀬戸田診療所

589床



# 尾道市立市民病院

- ・地域の中核病院
  - 「地域医療支援病院」の承認を受けている
  - 病床数330床（ICU4床・CCU3床） 23科
  - 県指定がん拠点病院 ・ 集学的がん治療センター
  - 血管診療センター
  - 平均在院日数 15.8日
  - 紹介率 64.4%
  - 逆紹介率 53.7%
  - 医師数44名
  - 看護師数（実働）282名
  - 看護体制 7対1看護
  - DPC包括評価制度導入



臨床研修指定病院 日本医療機能評価病院（Ver.6）

# 地域医療連携室の業務

- 1) 紹介患者の受付業務とご案内（紹介患者事前受付け）
  - 2) 地域医療機関等への紹介依頼・予約
  - 3) 入院患者の退院支援（在宅訪問支援）
  - 4) 外来・入院患者の医療・福祉相談・介護保険
  - 5) 各種書類の申請の説明（身体障害・限度額など）
  - 6) 地域医療機関・施設等の連絡調整（退院前CC）
  - 7) 多職種連携（院内・地域）
  - 8) 広報活動
  - 9) 地域医療支援病院としての活動  
（共同診療支援・講演教育活動の支援など）
  - 10) 地域医療連携パスの開発，推進，評価  
（大腿骨・脳卒中・がん・AMI・糖尿病）
- 24年度から患者サポート体制（相談窓口）



# 開業医との前方連携の強化

- 広報や地域連携パスの説明に直接開業医訪問  
(院長、Dr、看護部長、事務部長とともに)
- 病診連携・病病連携の強化・促進のため  
顔が見える連携を図っている



# 尾道地区システム連携（IDリンク）について

- 尾道地域医療連携推進特区に平成24年3月9日付で認定
- 総務省医療介護連携支援のための健康情報活用基盤構築の実証実験（通称天かける）に参加
- ICTネットワークで急性期病院と開業医とがカルテの一部の情報を共有（検査データ・画像等）

# 総務省「健康情報活用基盤構築事業」医療介護連携支援事業



## 天かける医療介護連携(広島県尾道市他)

～ 地域で家族友人とともに、笑顔で過ごしたい 高齢化社会のサポートシステム ～

協力:尾道市医師会、NPO法人 天かける、NEC

※特定非営利活動法人 天かける <http://amakakeru.jp/>より引用



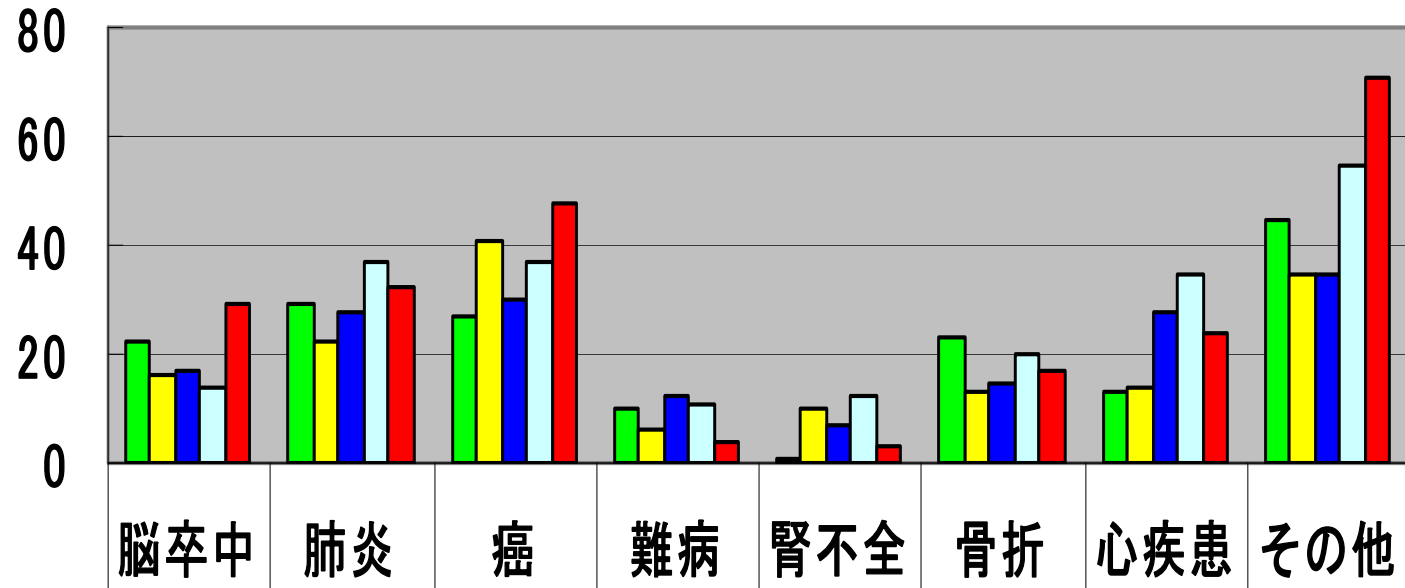
# 支援対象患者

- 医療管理・医療処置が継続する場合
- ADL低下し在宅ケアに援助を要する場合
- 癌の終末期や難病等、病状が進行していく場合
- 経済的な問題がある場合
- 家族の介護力が低い場合
- 認知症により療養が困難な場合
- 在宅での療養管理が不十分で入退院を繰り返す場合
- 地域連携パス適用の場合（大腿骨骨折・脳卒中  
• 癌・心筋梗塞）

支援内容(23年度)	件数
退院・転院支援	7639(31.2%)
地域における関係機関・職種との連携	6401(26.2%)
療養中の心理的・社会的問題の解決援助	4421(18.1%)
社会保険・社会福祉制度やサービスの活用援助	3437(14.1%)
その他	2099(8.6%)
経済的問題の解決・調整援助	465(1.9%)

がん相談支援内容(23年度)	件数
退院・転院支援	322(25.7%)
地域における関係機関・職種との連携	304(24.3%)
療養中の心理的・社会的問題の解決援助	101(8.0%)
社会保険・社会福祉制度やサービスの活用援助	304(24.3%)
その他	204(16.3%)
経済的問題の解決・調整援助	17(1.3%)

## 年度別疾病別退院前ケアカンファレンス

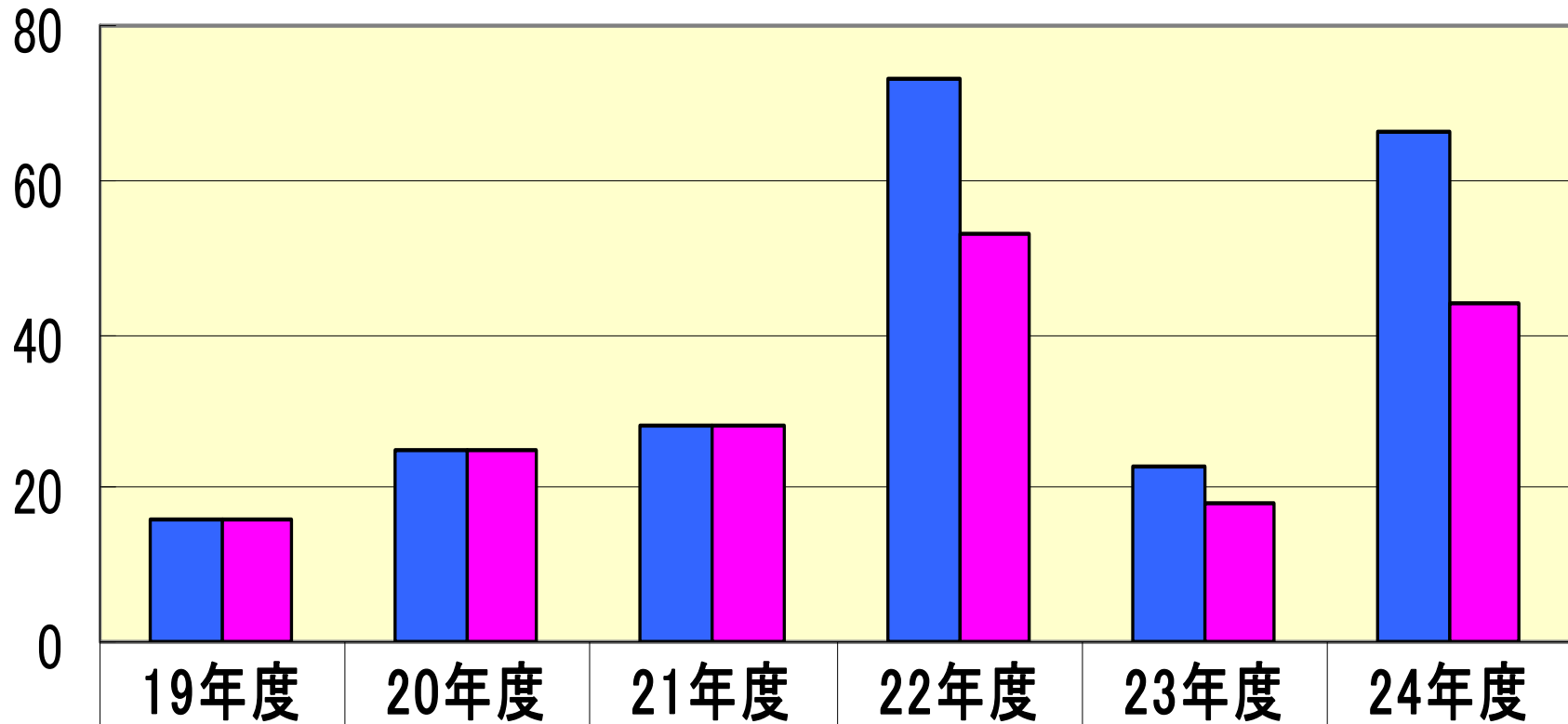


■ 19年度(170例)	22	29	27	10	1	23	13	45
■ 20年度(157例)	16	22	41	6	10	13	14	35
■ 21年度(172例)	17	28	30	12	7	15	28	35
■ 22年度(221例)	14	37	37	11	12	20	35	55
■ 23年度(228例)	29	32	48	4	3	17	24	71



# 在宅訪問回数(緩和ケア訪問)

■ 全体  
■ 癌患者



■ 全体	16	25	28	73	23	66
■ 癌患者	16	25	28	53	18	44

# 退院支援の事例

## ★患者情報

71歳 男性 肺小細胞癌末期状態

在宅での療養を希望⇒在宅支援

ADLは殆どベット上・ポータブルトイレも重度介助

家族背景は6人暮らし（妻「キーパーソン」と二男・長男夫婦・孫）

## ★病棟での支援

インスリンの自己注射

麻薬のフェントステープ・オキシコンチン・オキノーム使用

⇒ 奥様に指導

## ★在宅側との調整（家族の意向を確認しながら）

- かかりつけを選択し情報提供
- 介護保険の申請とケアマネジャーの選択と依頼
- 訪問看護師との医療的な情報共有
- 緩和ケアチームの介入と疼痛コントロール
- 在宅での介護サービスの調整・福祉用具の準備をケアマネジャーに依頼

# 退院前ケアカンファレンス

## ○病院側からのスタッフ

主治医・病棟看護師長・看護師・薬剤師

管理栄養士・緩和認定看護師・地域連携室

## ○在宅側

奥様とお嫁様・ケアマネージャー・訪問看護師・福祉用具業者

ケアカンファレンスの一風景



# 在宅訪問を取り入れた

## 効率的な地域との連携

### ○緩和ケアチームの在宅療養支援

- ・退院後一週間以内に在宅へ緩和ケアチームで訪問  
(在宅側訪問看護師・ケアマネと同日時間訪問)

- ・在宅主治医医療機関へ直接訪問

⇒在宅側多職種との円滑な情報共有と活用が可能

- ・薬剤師から薬剤情報提供

⇒確実な疼痛コントロールができる

患者・ご家族の安心と満足を目指して！



# 在宅訪問で 「顔が見える・心が通う」チーム連携



病院主治医・薬剤師・緩和認定看護師・連携室看護師・ケアマネ・訪問看護師

ご清聴ありがとうございました！

