地域医療連携センター

センターHP

1．スタッフ

センター長(教授)
武笠（むかさ）　晃丈（あきたけ）

副センター長(教授)
入江（いりえ）　弘基（ひろき）
中村（なかむら）　太志（たいし）
(副看護部長) 村上（むらかみ）　理恵子（りえこ）

看護師長	１人
看護師	９人
ＭＳＷ	５人
事務職	２人

2．地域医療連携センターの特徴

地域医療連携センター（以下「センター」という）は、より多くの人々が、特定機能病院としての高度で先進的な医療を受け、本院での治療を終了した患者様が地域において、継続的かつ適切な医療及び福祉サービスを最適な場所で受けることが可能となるように支援する。具体的には以下の業務を行う。

１）各診療科・各部門と協働し、患者様とそのご家族の意思確認や療養環境のアセスメント、それらに基づいた退院支援計画の立案、地域の医療機関や福祉サービス機関との調整を行う。

２）守秘義務を遵守し、患者様とそのご家族及び院内・外の関係する職種からの相談を受ける。

３）地域医療機関への情報発信や受診報告や返書などの地域連携業務を行う。
返書管理に関する申し合わせを令和６年５月に策定し、初診時・退院時についての一元管理を開始した。

４）入院前から「入院生活」「退院」「退院後の生活」を見据えて多職種で支援を行い、入院生活や治療内容・経過をイメージでき、少しでも不安が和らぎ、安心して入院生活を送ることができるように入院前支援業務を行う。

５）退院支援・地域連携に関する院内全体への教育と啓発活動を行う。

６）「がんセンター」及び「熊本県がん連携サポートセンター」と協働し、がん診療連携クリティカルパス「私のカルテ」の周知及び実際の運用を行う。

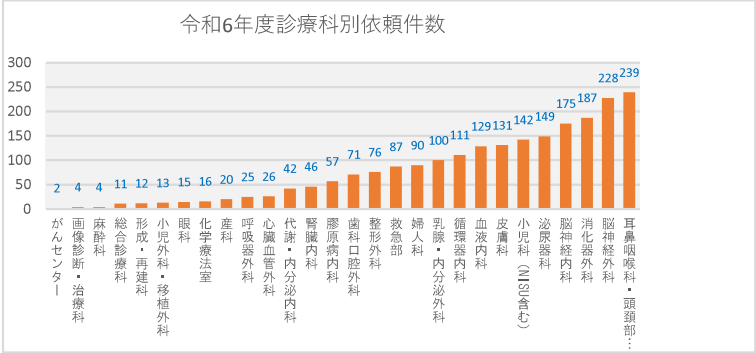
７）「熊本県脳卒中・心臓病等総合支援センター」と協働し、脳卒中や心臓病患者の相談支援業務に取り組んでいる。また、一次脳卒中センターコア施設として脳卒中相談窓口を設置し、脳卒中療養相談士として相談業務を行う。

3．業務体制

センターは、医師３人（兼任）、副看護部長１人看護師10人、ＭＳＷ５人、事務職２人で構成し、入院前支援部門は看護師２人、事務３人の体制である。

4．業務内容と実績

令和６年10月より段階を経て全病棟にセンター専任の担当者を配置し、病棟と協働して全入院患者に対してスクリーニングを実施し、退院困難な要因を有する患者に対して支援を行っている。
（図１）



１） 退院支援･在宅療養支援

退院後も継続した医療が受けられ、安定した療養生活を送ることができるよう患者・家族の意向を確認しながら各診療科・部門と協働で退院支援及び在宅療養支援を行っている。今年度は、病棟看護師と協働の上、ケアマネジャーや訪問看護師、訪問診療医との連携を強化し、患者の療養支援を実施した退院支援件数は1,694件であった。また、外来看護師の病棟カンファレンスの参加や退院前カンファレンスの参加もセンタースタッフと共同して実施しており、外来ー入院ー外来といった外来・病棟看護師の連携強化にも取り組んでいる。

その他、院内の虐待対応チーム（小児・成人）のメンバーとしてセンターの看護師、ＭＳＷが活動を行っている。またＭＳＷが院内の多職種チームであるＨＩＶ支援診療チーム、骨髄移植チーム、補助人工心臓チーム、臨床倫理コンサルテーションチーム、ＡＣＰ推進チーム等に所属し各種専門チームの活動をしている。

２）相談業務

本院では患者相談室・医療安全相談室に総合相談窓口を１本化しており、センターは専門相談窓口の役割を担っている。令和６年度のセンターでは医療費や介護に関する相談、虐待や両立支援に関する相談に対応している。相談件数は、6,179件であった。

３）「がんセンター」及び「熊本県がん連携サポートセンター」

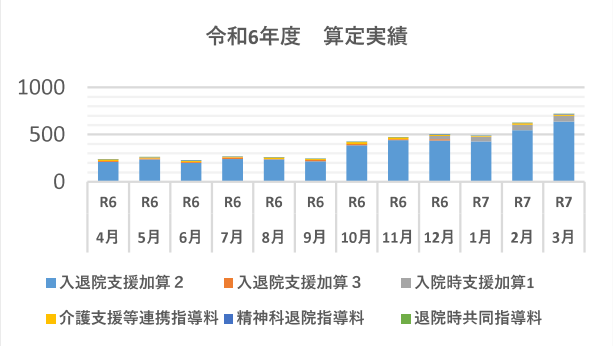
「熊本県がん連携サポートセンター」の事業推進員を中心に、７種のがん診療連携クリ

ティカルパス及び汎用クリティカルパスの導入支援と周知活動を行っている。導入件数の累計総数は、9,553 件から令和６年度 10,160 件となった。

５．病院経営への貢献

退院支援に関する加算にも病棟や外来と共に取り組み、算定状況としては、入退院支援加算２は 4,216 件、入退院支援加算３は 105 件、入院時支援加算 214 件、介護支援等連携指導料は 153 件、退院時共同指導料は 31 件であった(図２)。また、身寄りの無い患者や経済的問題を抱える患者への支援を行い、医療費の支払い困難なケースにも対応している。

(図２)



６．地域医療への貢献

１）地域の関係機関に対して

県内の保険医療機関へ「診療のご案内」や「診療割振表」「アニュアルレポート」を配付した。また、地域からのＦＡＸによる紹介患者に関しては、紹介元へ来院報告を 100％実施した。

施設訪問は 10 件実施し、関係機関等との応接対応は 153 施設実施した。その内訳は医療機関 47 施設、訪問看護 61 施設、施設等 45 施設である。

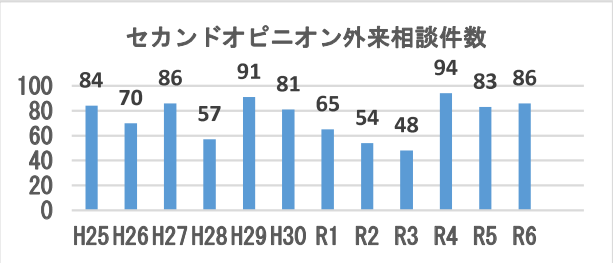
２）地域住民に対して

ささえりあ本荘圏域の地域住民を対象に、ささえりあ本荘と協働しＡＣＰの取り組みとして、「もしバナゲーム」体験会を開催した。参加者と人生において大切な価値観などについて共有し、それぞれが自分自身の在り方について考える機会となった。

３）セカンドオピニオンについて

本院のセカンドオピニオン外来は、16 の診療科へ申し込みがあった。令和６年度は 86 件相談・受付を行った。

(図３)



７．医療人育成の取組

１）院内外を対象にした講演会

「脳卒中と心臓病の両立支援」をテーマに４名の先生方に対面とＺｏｏｍ配信でご講演いただいた。

熊本産業保健総合支援センター
尾池　千賀子 先生
熊本託麻台リハビリテーション病院
理事長　平田　好文 先生
熊本労災病院　循環器内科
副病院長　松村　敏幸 先生
熊本労災病院　医療ソーシャルワーカー
椛谷　豊 先生

２）院内外を対象にした研修会

脳卒中後の治療と復職に向けての両立支援の研修会を脳卒中・心臓病等総合支援センターと協働し開催した。院内職員を対象に「両立支援のポイントについて」をテーマに神経内科特任教授の中島誠先生による講義とグループワークを全３回シリーズで開催した。

３）教育活動

自施設では、センターと連携して患者の退院支援を円滑に行えるように活動することを目的に、療養支援ナースを各病棟より選出している。療養支援ナース会議において、自施設の療養支援の現状と課題を抽出し、「療養に関する加算の算定」「患者意向の確認」「院内連携」「院外連携」の４グループで活動を行った。センタースタッフをグループ担当制とし、療養支援ナースの目標が達成されるように支援を行った。加算グループでは“入退院支援加算２”“介護支援等連携指導料”“退院時共同指導料２”の動画視聴周知を目標に活動を行った。意向の確認グループでは、意向に関する記録の質監査を実施し、次年度の課題を抽出した。院内連携グループは、病棟−外来連携チェックシートを全外来ブロックへ周知し、定着させるためのナース枠取得時の記録方法をまとめた。院外連携グループは、地域スタッフとの連携時に情報共有すべき内容についてフローチャートを活用した周知を行った。また、全体として療養支援に関する記録監査を実施し、退院支援スクリーニングのアセスメントの記載や退院支援計画書の作成など加算上必要な要件の確認と、患者・家族の意向の確認や退院後の継続した看護の確認など質の向上に関わる項目を確認した。

ＨＩＶ診療支援としてＭＳＷが多職種と協働し、啓発活動の一環で出前研修を行っている。疾患や感染対策、個人情報保護等について、介護支援事業所や医療機関に向けて令和６年度は５件の出前研修を行った。また、ＨＩＶ九州ブロック拠点病院と協働し、九州ＨＩＶ看護ソーシャルワーク研修会を開催した。