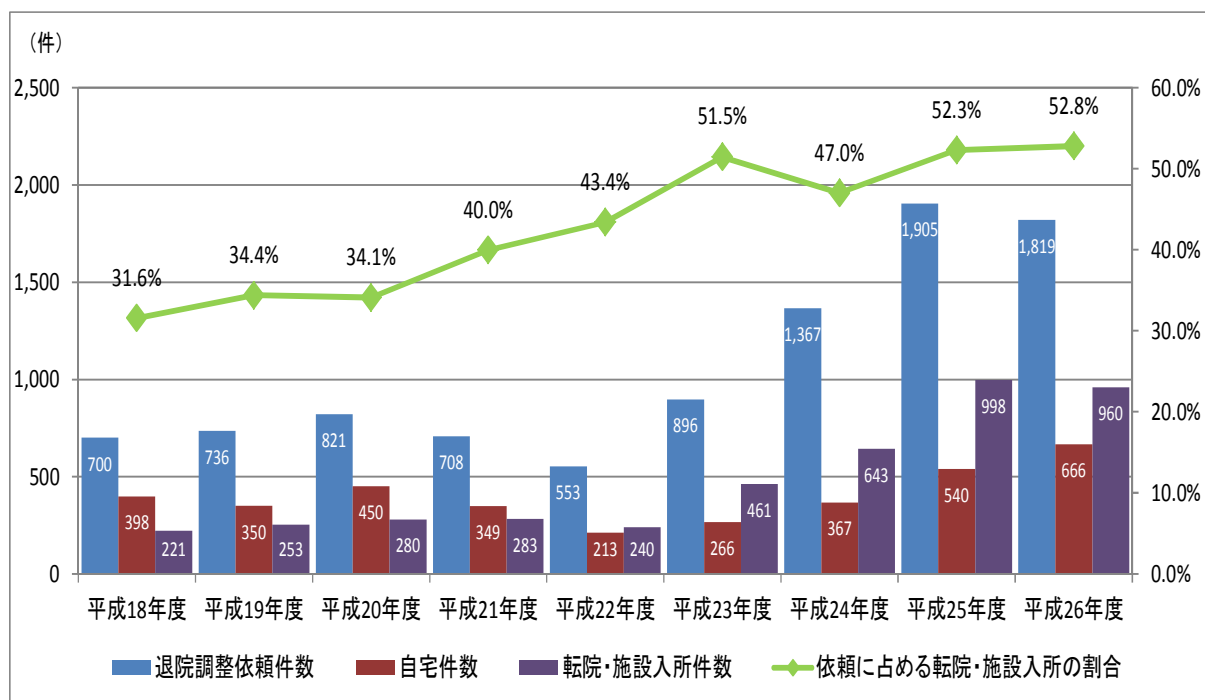


3. 退院調整室による転院患者の割合



当院で急性期治療を終えた患者の療養先確保については、転院を受ける病院も限られ、医療処置を残したままでの在宅療養へ移行する患者も増加しつつある。

平成25年2月から藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センターが設置され、スムーズな在宅医療への移行支援体制が整い連携を行っている。しかし、在宅療養が困難な患者の場合は、病院・施設への転院を余儀なくされている。退院調整件数全体の約50%が転院であることから、医療機能の異なる医療機関、あるいは医療と介護・福祉との連携についても、今後連携強化が必要とされる。

今年度、新棟開設に伴い、病床数も減少し手術室増設などから、益々早期退院が必要となる。地域連携パスの作成・活用、病病連携の推進、在宅医療への移行などを積極的に推進することで、平均在院日数短縮、病床利用率・回転率をあげ、高度急性期機能病院として求められる医療を提供することが重要である。

データ提供 医療連携福祉相談部