

気仙沼圏域での医療・介護連携における退院支援強化に向けた取組 — 『退院へ向けた気仙沼市立病院と介護支援専門員との連携の手引き』の作成—

気仙沼保健福祉事務所 成人・高齢班

○技術主査 洞口 亮, 次長(班長) 小野寺 敏広, 技術主査 高橋 祥恵, 技師 渡部 和馬

Key words: 地域包括ケア, 医療・介護連携(退院支援), 見える化

I はじめに

気仙沼圏域では、これまで介護支援専門員が医療機関等と情報交換をする手段として、①平時の連絡(連携連絡票)②入院時の情報提供(入院時情報提供の手引き)が整備されてきた。これらの運用にあたり、平成27年3月に入院機能を持つ管内7病院の看護部長・地域連携担当者とケアマネジャー協会気仙沼支部、市町担当(地域包括支援センター)を参集した「病院とケアマネジャーの連携調整会議」において、現在の医療・介護連携についての情報交換を行なった。その際、病院側から「入院時の情報提供書の様式は決まったが、退院時はどのような情報を出せばよいのか?」と退院時の情報提供のルール化や情報提供書の検討も必要であるとの声があがった。そこで今回、③退院支援の強化として、当圏域の中核病院である気仙沼市立病院をモデルに「退院へ向けた情報提供書・連携体制検討会」を開催し、「退院へ向けた連携の手引き」としてまとめたので、その取組について報告する(図参照)。

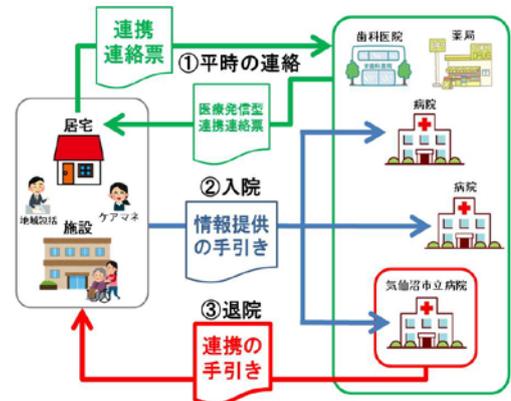


図 気仙沼圏域の情報交換イメージ

II 活動内容

1. 退院へ向けた情報提供書・連携体制検討会の開催

まずは当所が事務局となり、気仙沼市立病院の各部署へ検討会開催の趣旨説明並びに協力依頼を行い、検討メンバーに看護部2名、地域医療連携室1名、リハビリテーション室1名、医事課2名を選出。ケアマネジャー協会気仙沼支部3名、気仙沼市地域包括支援センター1名も参加し、当所4名の計14名で検討を行った。平成27年6～9月に月1回で集まり、計4回開催。検討会では現在の退院支援の方法を確認し、退院へ向けた情報連携体制のルール(いつ・誰が・誰に・何を連絡するのかの明確化、連絡するタイミング、情報提供書の様式等)を整理し、手引きという形で見える化しまとめた。この手引きは11月より運用が開始され、使用してみたの評価(見直し)を平成28年2月に行う予定である。

2. 手引きの構成

手引きは、I 連携の実際(連携体制を状況により5パターンに分け、病棟・地域医療連携室・ケアマネジャー・地域包括支援センター・患者家族の役割をフローチャートで整理)、II 情報連携ツール(情報提供書や気仙沼市立病院で使用する看護連絡票等の掲載)、III 参考資料(連携に関する診療報酬・介護報酬の情報、相談窓口の連絡先の掲載)の3構成で一冊にまとめた。

3. 関係機関への周知及び圏域全体への普及

手引きは、気仙沼市立病院内では会議や職員研修の場で周知し、また介護支援専門員には11月にケアマネジャー協会気仙沼支部と共催で運用に向けた説明会を開催し、手引きを配布して周知を図った。また気仙沼・南三陸地域在宅医療福祉推進委員会等において関係機関へ報告した。さらに平成28年3月には昨年度同様に「病院とケアマネジャーの連携調整会議」の開催を予定しており、今回の気仙沼市立病院での取組について情報提供を行ったうえで、圏域全体への普及について検討していく。

III 考察

気仙沼圏域での医療・介護連携においては、退院時に情報が欲しいと病院へ要望するだけでなく、まずは地域ができることとして実施した。入院時に現在の生活情報を病院へ伝えるという取組(上記②)がうまく波及し、その結果、今度は病院から退院へ向けた情報提供をしたいと主体的な動きが生じ、退院支援の強化につながった。そして病院の動きに対してタイミングを逃さず事業化することができ、患者に円滑に退院してもらいたいという共通の目標に向かって、病院と介護支援専門員及び行政がお互いの課題を共有し、それぞれの立場を踏まえた具体的なルールづくりを通して、また一歩、医療・介護連携が強化された。今後は圏域全体への普及について、各病院の体制や状況を勘案しながら検討していく必要がある。

IV 結論

気仙沼圏域では、地域包括ケアシステムの構築へ向けたこれまでの取組が確実に積み重なっており、この地域特性を活かしながら、今後もさらなる医療・介護連携の促進へ向けて取り組んでいきたい。