

地域医療連携室の立場から

高橋華成子 柿坂佳央里 川邊こず恵
沖野桂子 栗栖泰郎 佐伯英明

第61回国立病院総合医学会
(平成19年11月17日 於名古屋)

IRYO Vol. 63 No. 2 (130-133) 2009

要旨

浜田医療圏には、地域連携クリティカルパスはまだ存在しない。浜田市における医療連携の現状を地域医療連携室の業務を通して整理することで、今後の地域連携クリティカルパス作成の準備とする。

浜田医療センターの地域医療連携室の役割は次の3点である。1. 前方・後方連携の推進, 2. 退院支援体制の強化, 3. 地域医療福祉従事者の教育研修。

平成18年度については、1の結果、平均紹介率73.7%、地域支援病院紹介率87.0%、逆紹介率39.8%であった。2の結果、退院支援患者数は875件、退院の転帰は在宅36.4%、福祉施設31.5%、病院21.0%、死亡11.1%であった。3の結果、医師会・薬剤師会との合同症例検討会、また、看護師・介護士を対象とした地域医療従事者研修会を定期的に開催した。それぞれの参加者は、304人、348人であった。

この中で、とくに2.については、地域医療関係者との意見交換会の後、退院時ケアカンファレンスフローチャートを作成し、運用を開始した。この過程は、今後のクリティカルパス作成の土台になるものと思われる。

キーワード 地域医療連携, 退院支援, 退院時共同指導

はじめに

患者の視点に立ち、入院前から退院後までの治療を複数の関連機関が協力分担して継続させるためには、医療連携が必須である。そのためには、地域連携クリティカルパスの利用が有用と思われるが、浜田医療センターの位置する浜田医療圏にはまだ存在しない。当院の地域医療連携室（以下、連携室）の業務を通して、その現状を把握することにより、今後の地域連携クリティカルパスの立ち上げについて検討する。

浜田医療圏における当院の役割と現状

浜田市は島根県西部に位置し、人口6万2千人、高齢化率29.5%と非常に高い。浜田医療センターは浜田市の急性期医療を担う中核病院である。病床数は354床、救命救急センター10床、感染症4床、亜急性期12床で、政策医療として、がんおよび循環器を担当している。平成17年12月には地域医療支援病院として承認された。平成18年度の稼働状況は、1日入院平均患者数317.5人、病床利用率89.7%、平均在院日数17.8日、一人1日入院平均点

国立病院機構浜田医療センター 地域医療連携室

別刷請求先：高橋華成子 国立病院機構浜田医療センター 地域医療連携室 〒697-8511 島根県浜田市黒川町3748
(平成20年7月9日受付, 平成20年9月12日受理)

Regional Alliances Critical Path and a Community Medicine From the Situation of the Regional Alliances Room
Kanako Takahashi, Kaori Kakisaka, Kozue Kawabe, Keiko Okino, Yasuro Kurisu and Hideaki Saeki, NHO Hamada Medical Center

Key Words : community medicine cooperation, discharge support, I teach it jointly at discharge time

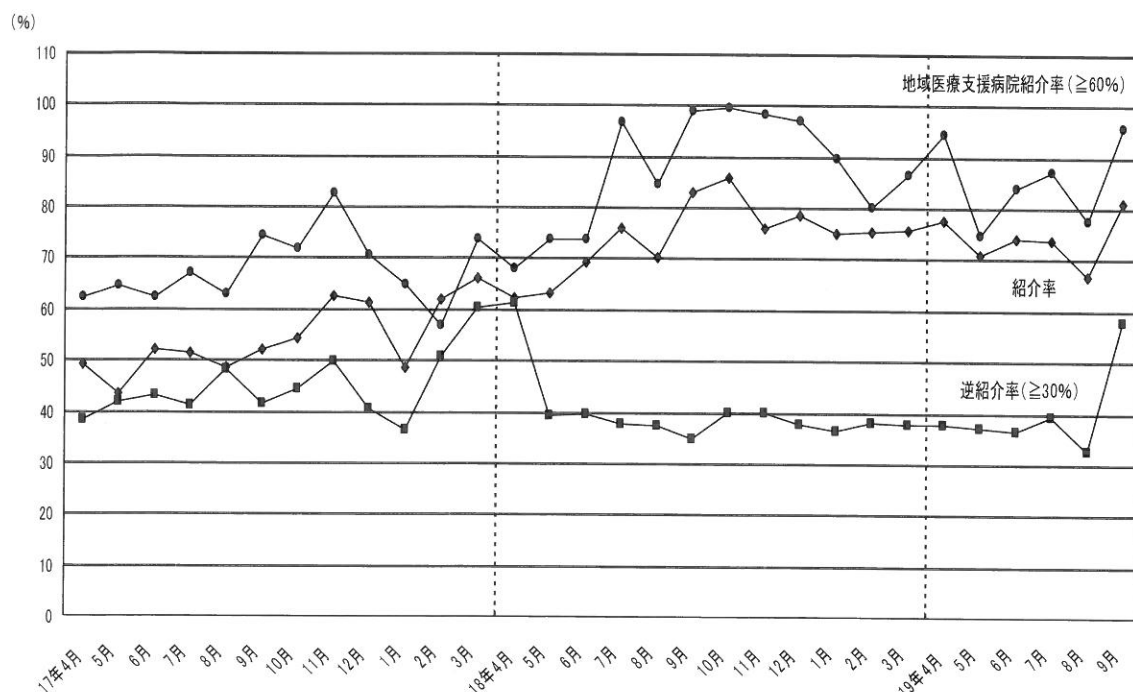


図1 紹介率・地域医療支援病院紹介率・逆紹介率の推移

数3,826点であった。1日外来平均患者数478人、1人1日外来平均点数873点、年間救急患者来院件数12,101人、年間救急車搬送総数2,380件であった。

地域医療連携室の沿革

連携室は、平成14年に設置され、1人のスタッフで退院支援業務から始めた。平成17年に、診療部長を室長とし、専任の社会福祉士、入退院調整師長が配属され、非常勤看護師、事務員を加えた計6人体制となり、返書の管理システムを構築、紹介患者を受け入れる前方連携と退院支援の強化を図る後方連携を充実させた。

連携室の役割

当院連携室の主な役割は次の3点である。1. 前方・後方連携の推進、2. 退院支援体制の強化、3. 地域医療福祉従事者の教育研修。

地域連携の現状

1. 前方・後方連携の推進

連携室では紹介患者の予約、診療情報提供書等の返書管理を行っている。患者には「かかりつけ医」を持っていただき、治療がある程度終了すれば、逆紹介して「かかりつけ医」のもとへ帰っていただい

ている。当院で、対応できない治療が必要な場合には、他院へ紹介する。平成18年度の平均紹介率73.7%、地域医療支援病院紹介率87.1%、逆紹介率39.8%であった(図1)。

2. 退院支援体制の強化

平成17年7月より、退院支援強化のため、次のようなシステムを構築した。入院早期から担当看護師がスクリーニングシートによって、退院が困難な患者を抽出し、連携室スタッフと共に退院支援を行うというものである。このシステムにより、支援患者数は年々増加傾向にある(図2)。しかし、退院支援上、いつも問題となる点は、家族が在宅ではなく、施設を希望することである。平成18年度の退院支援患者の年齢構成では、75歳以上の後期高齢者が、693人で全体の80.0%を占めた(図3)。また、退院の転帰内訳は、在宅36.4%、福祉施設31.5%、病院21.0%、死亡11.1%であった(表1)。家族のみで、介護することが困難なことも多く、自宅への退院が進まない一因と考えられる。

そこで、平成19年10月より、退院時ケアカンファレンスを効率的に実施するためのシステムを構築した。

退院時ケアカンファレンスの目的は「患者・家族に対して、退院後の居宅における療養上必要な指導を、「かかりつけ医」、在宅医療福祉従事者等と院内

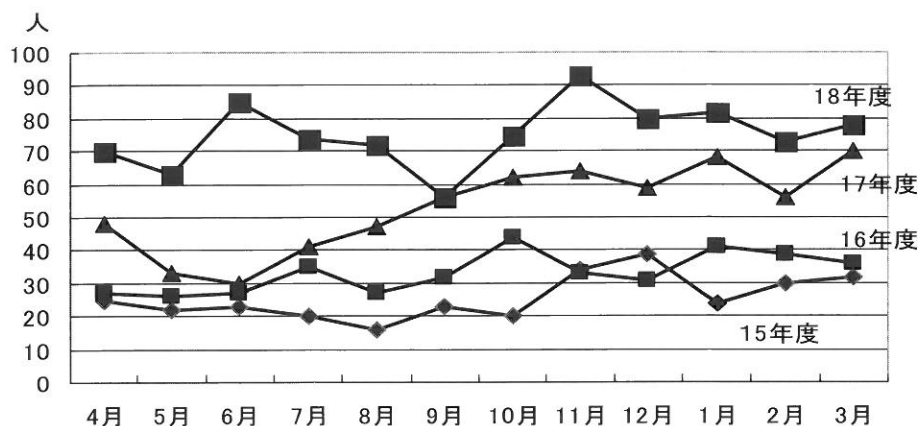


図2 新規支援患者数推移

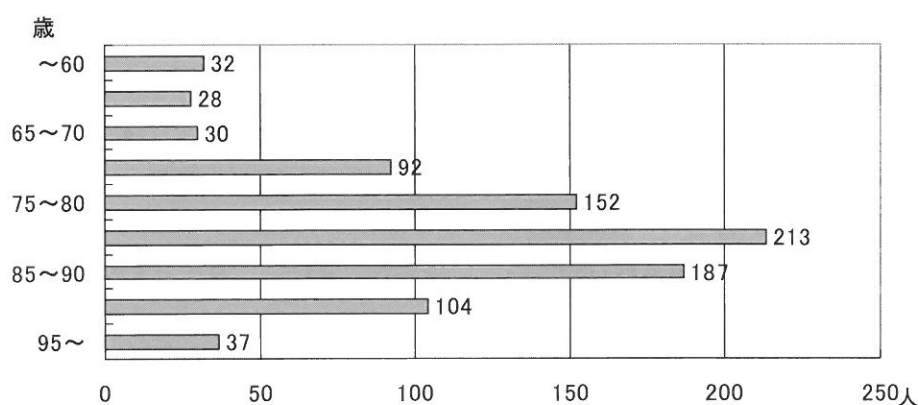


図3 平成18年度 退院支援患者の年齢構成

表1 平成18年度 退院の転帰内訳

前居住	人数 (%)	最終居住 (%)
自宅	560 (64.0)	294 (36.4)
施設	259 (29.6)	254 (31.5)
病院	59 (6.4)	170 (21.0)
死亡		90 (11.1)

の医師、看護師その他コメディカルと共同してカンファレンスを行い、居宅での療養が、安心できるように支援する」である。方法は①院外の連携は介護支援専門員が日程調整を行い仮のケアプラン作成後、会議にて提出意見交換する。②院内の連携は連携室スタッフが調整を行い、介護支援専門員とで調整を図り連携を行う。③司会は介護専門員が行い、20分程度の議論で終了させる。④内容は残された問題について検討し仮プランの確認を行う、である(図4)。実施にあたり、地域医療連携の先進地域である尾道市に、地域の医師会、保健所、市の包括支援センタ

ー、広域行政組合、訪問看護ステーション、介護支援専門員、他の医療機関等20人で視察し、意見交換会を設けた。

これまでも、退院後に自宅で医療や介護保険を用いて療養される患者とその家族に対して退院前の合同カンファレンスを実施してきた。しかし、退院後に「かかりつけ医」をはじめ、一堂に会して行うカンファレンスには時間の制約、「かかりつけ医」の診療時間との関係から開催件数の増加はあまり進まない傾向であった。少しでも患者の情報提供ができないかと入院診療計画書を紹介いただいた「かかりつけ医」へ送信し、治療方針やおよその入院期間等の概略が「かかりつけ医」にもわかり、退院時共同指導に向けた準備となった。こうした細かい配慮から、地域との連携を深めることによってシステムの確立を堅持したい。

3. 地域医療福祉従事者の教育研修

平成18年2月16日より、地域の医師会、薬剤師会との合同症例検討会を始めた。平成18年度7回開催