

展示2

尾道方式地域医療連携について

尾道市立市民病院 地域医療連携室

医療ソーシャルワーカー

中谷 公香

- 急性期病院における、**多職種協働**
で患者・家族を支える退院支援（
退院前ケアカンファレンス）の流れを
紹介する



入院されたら (在宅主治医)

- 適宜、入院中の患者の診察に来られる
 - 休診日や往診の合間、
他患者のカンファレンス前後などに
- 在宅主治医も当院で主治医とともに患者を診察、加療することができる
- 退院後に、在宅主治医は入院経過を熟知した状況で診察できる

入院されたら (ケアマネジャー)

- 担当ケアマネジャーが患者の入院前情報を持参される
(要介護度、利用サービス内容等)
- ICU等の面会制限がある場合を除き、なるべく一緒に病室訪問



ケアマネジャー

連携室スタッフ

退院調整の開始 (地域医療連携室)

- 医師からの病状説明
 - 説明内容の理解促進
 - 場合によっては、ケアマネジャーも同席できるよう調整
 - 病状説明を踏まえて、退院後の生活様式を相談
- 院内外での多職種での情報共有の促進
 - 院内での科別カンファレンスへの参加
 - 院外関係機関への連絡、相談

退院調整

- ケアマネジャーが病院訪問
 - 病院スタッフから、退院後の療養上必要な情報提供
 - その他プラン作成に必要な情報収集



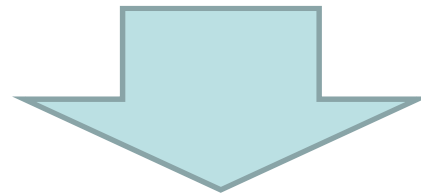
退院前訪問

- 必要な場合、退院前に患者の自宅を訪問
- 病院スタッフ(リハビリ、病棟Ns、連携室スタッフ等)と在宅スタッフ(ケアマネジャー、福祉用具業者、住宅改修業者等)と共に、自宅の環境確認を行う



退院前ケアカンファレンス

- 入院前に比べて在宅ケアの内容が大きく変わる場合
- 医療管理・医療処置が継続する場合
- 癌の終末期や難病等、病状が進行する場合
等



退院前ケアカンファレンスの開催へ

ケアカンファレンスの参加者

患者家族と
その患者に関わるスタッフ全員が参加

主な参加者

- 在宅

在宅主治医・歯科医師・訪問看護・訪問介護
通所リハ・通所介護・福祉用具・施設関係者
民生委員 など

- 院内

医師・病棟看護師・薬剤師・栄養士・リハビリ
臨床心理士・認定看護師、腎センター など

ケアカンファレンスの開催日程の調整

- 在宅主治医と病院主治医の都合を軸に日時調整
- 各スタッフへの連絡
 - 在宅主治医・在宅歯科医師・病院スタッフは、地域医療連携室から連絡
 - 在宅サービス事業所は、ケアマネジャーから連絡
 - 調剤薬局は、在宅主治医もしくは地域医療連携室から連絡

ケアカンファレンスの事前準備

- 資料の作成

退院前カンファレンスに参加するスタッフは
事前に資料を作成する

- 病院内スタッフは各職種毎にサマリーを作成
- ケアマネジャーはサービス計画書を作成

情報共有・カンファレンスでのポイントの確認

ケアカンファレンスの開催

- ケアカンファレンスの目的紹介
- 参加者自己紹介
- 病院スタッフより入院中の経過や今後の注意点
- 在宅主治医からの確認
- ケアマネジャーからサービス計画を説明
- 在宅介護サービス事業者等からの確認
- 患者・家族からの確認、希望等

最終確認の場

15分で実施



ケアカンファレンスの利点 (患者側)

- 退院前に在宅生活を支えるチームを知ることで、退院後の生活に安心感を得ることができる
- 関係者が一堂に会することで、患者・家族の思い、ケアのポイント、緊急時の対応等について共通認識を持つことができる
- 必要なケアは何か、誰がそのケアを行うのかを明確にし、確実に在宅生活につなげていくことができる

患者・家族の安心できる在宅生活

ケアカンファレンスの利点 (病院・在宅スタッフ側)

- 在宅スタッフ同士、また病院スタッフと在宅スタッフとのコミュニケーションを促進することができる
- 各スタッフ間のコミュニケーションの促進により、以降の連携をスムーズに行うことができるようになる
- 医療スタッフ・介護スタッフ相互のレベルアップにつながる

「顔の見える」連携

おわりに

- 入院中からID-Linkを利用することで、退院前カンファレンスの前における程度情報提供、情報収集を行うことが可能
- 退院前カンファレンスで使用した資料がID-Link上に掲載される事で、その後も同じ情報を確認することが可能になる