

1. 目的

- ・ 病院側に在宅医療における訪問診療や訪問看護，介護サービス等の実際を知ってもらうことで，在宅について具体的なイメージを持つことができる
- ・ 実際に入院している患者の退院に向けて，在宅チームとの連携の促進を図る

2. 内容

グループワーク ※出張版「顔の見える関係会議」をイメージ
テーマ「スムーズな在宅への移行と急変時等の病院との連携」
～どのような情報があったらよいでしょうか？～

3. 研修対象者

【病院側】 医師・看護師・MSW 等

【在宅側】 医師（在宅プライマリケア委員会）・訪問看護師・ケアマネジャー 等

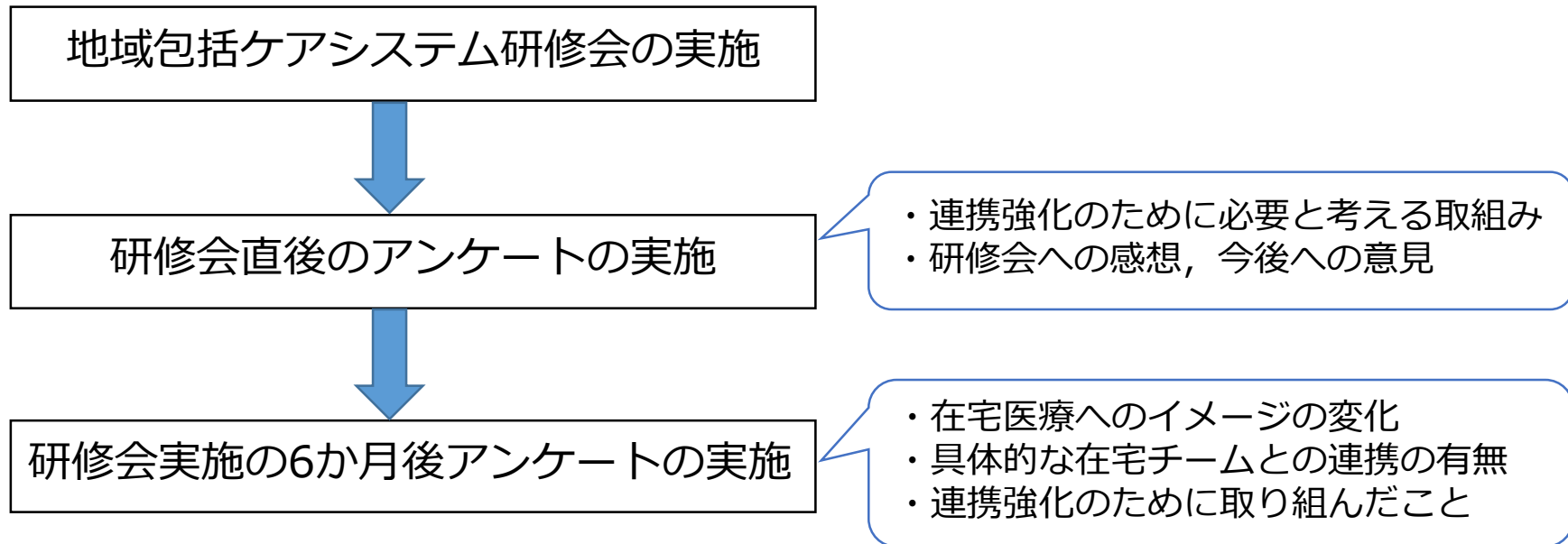


4. 研修の評価

(1) 目的

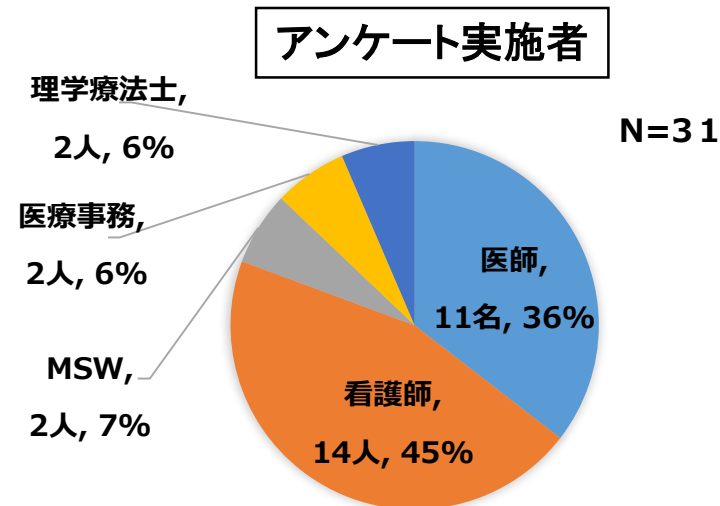
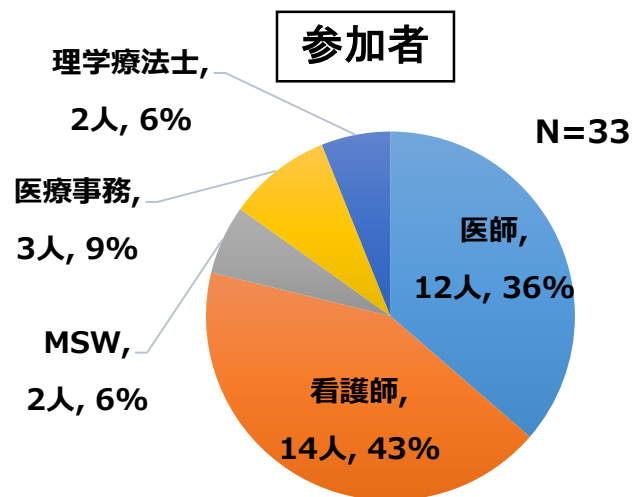
- 出張版「顔の見える関係会議」をイメージし、平成30年度に試行的に実施した研修会が、病院側にとってどのような効果へつながったのかを検証する。
- 病院側の研修後の意識や行動面の変化について確認し、本研修の実施方法や評価方法について標準化を図り、今後の病院と在宅との連携強化の一助とする。

(2) 方法



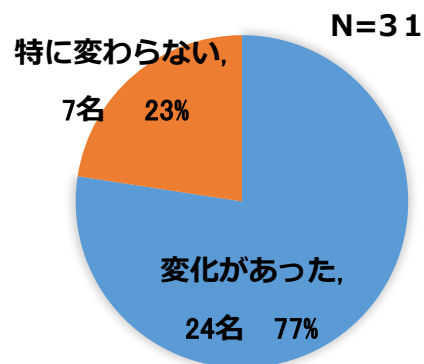
おおたかの森病院 実施6か月後アンケート結果

(1) アンケート実施状況 研修参加者：33名 アンケート実施：31名（回収率94%）



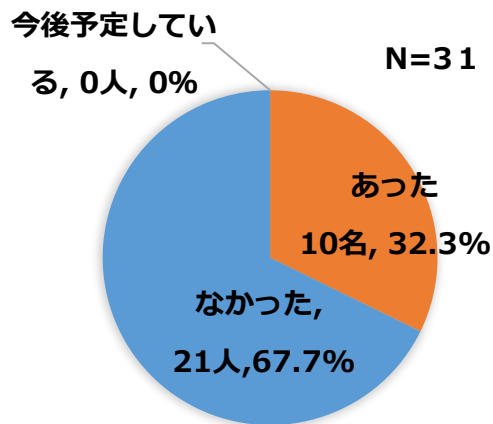
(2) アンケート結果について

①在宅医療へのイメージの変化について



医師	- 多様な角度から在宅医療を考えるきっかけとなった。 - 顔がわかるので、安心して在宅へ移行できた。
看護師	- 在宅に移る際に必要とされる状況や在宅のスタッフの思いがわかり、退院前に私たちができることを考えるようになった。 - 地域包括ケアシステムは理想と思う程度だったが、実際に顔を合わせて在宅チームと意見交換することで、理想ではなく現実化するための構築が必要だと考えが変わった。
MSW	退院後の病院との連携に不安を抱えていることを知り、意識して業務につくことができた。

②研修会後の、業務における在宅チームと連携する機会について



【具体的な連携の内容とその相手】

- ・退院前カンファレンスの実施。
(在宅チーム：訪問診療医，訪問看護師，ケアマネ，薬剤師，
病院：主治医，看護師，薬剤師)
- ・退院時共同指導を実施。
(訪問診療医，訪問看護師，ケアマネ，薬局薬剤師，福祉用具担当者)
- ・急性期の入院の段階から，退院を見据えて，MSWへの介入を依頼することが多くなった。
- ・食事摂取困難な患者を，在宅チームとカンファレンスをして，在宅へ移行した。

③研修後に、在宅チームとの連携体制強化のために行ったこと

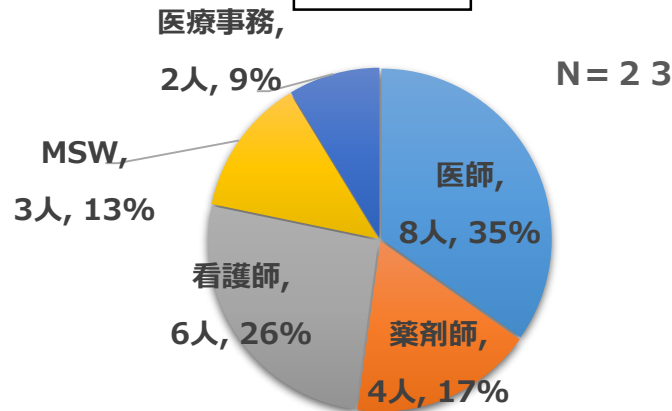
医師	・病院の医師は極めて時間的な調整が困難な状態なので，勤務形態を考えている。 ・病診連携の会などで，顔の見える関係づくりをしていく。 ・紹介状を丁寧に書くようになった。
看護師	・サマリーの見直しを図った。 ・入院後，なるべく早くから，家族やSWと相談しながら退院調整を行うようにしている。 ・長期の治療が必要だと予測される患者に対して，治療の場は病院だけでなく，在宅でも可能なこと，在宅チームとも連携できることを情報提供している。
MSW	・来院した訪問診療医，訪問看護師，ケアマネ等と積極的に話をするようになった。 ・連携室スタッフと，退院時に必要な文書を早めに用意するように声かけしている。
リハ職	・リハビリサマリーで在宅生活，ADLの見通し等を記載する。

柏市立柏病院 実施6か月後アンケート 集計結果

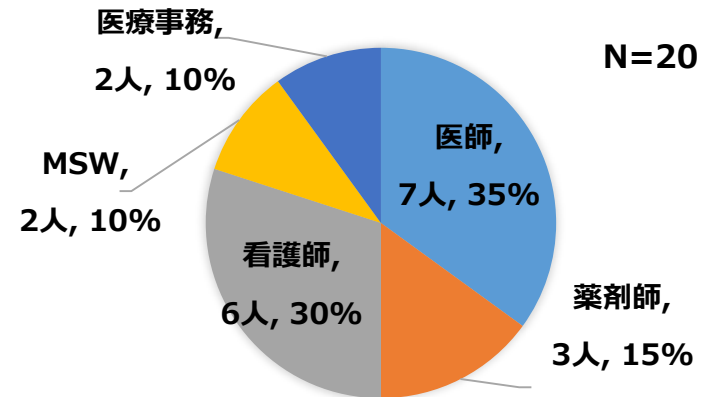
(1) アンケート実施状況

研修参加者：23名 アンケート実施：20名（回収率87%）

参加者

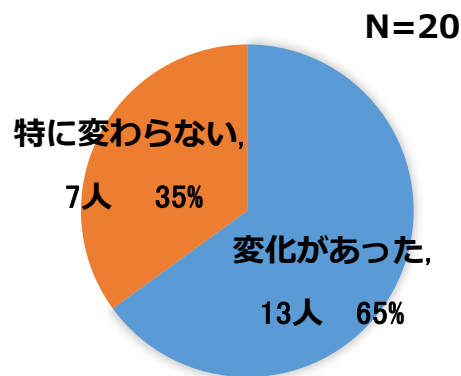


アンケート実施者



(2) アンケート結果について

①在宅医療へのイメージの変化について



医師

- ・ 患者情報の共有の大切さがわかった。
- ・ 在宅医療で行える医療行為はイメージしていたよりも多かった。

薬剤師

- ・ 在宅から入院となった時にほしい情報が理解されていないと感じたが、同じことは逆の場合でもあると気付いた。

看護師

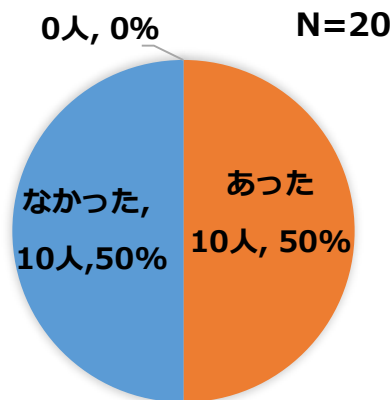
- ・ 連携を積極的に行おう(取っても大丈夫)と思えるようになった。
- ・ 他職種の方の思いを感じることができ、その思いを大切にしていきたいと思った。

MSW

- ・ 在宅の先生と直接交流でき、訪問診療の依頼をしやすくなった。

②研修会後の、業務における在宅チームと連携する機会について

今後予定している、



【具体的な連携の内容とその相手】

- ・退院前カンファレンスの実施。
(在宅医師, ケアマネ, 訪問看護, デイサービス担当者等が参加)
- ・退院時共同指導を調整した。
- ・病棟での退院カンファレンスに参加 (管理栄養士, MSW, 看護師, リハビリ職と連携)
- ・救急車を受けた時に, 地域の訪問看護師に情報提供してもらったことで, その後のスムーズな対応につながった。
- ・在宅医師や訪問看護師と連携し, 看取り目的の支援に繋がられた。

③研修後に、在宅チームとの連携体制強化のために行ったこと

医師	・MSWに在宅医療に関する問い合わせを行い, 在宅医療が可能か検討するようになった。 ・診療情報提供書に記載する内容を意識するようになった。
薬剤師	・院外処方箋を応需している保険薬局から一包化や睡眠薬の相談を受け, 医師とのパイプ役となり対応した。 ・退院指導を行う際に, 在宅における支援者にもわかるように, お薬手帳等に記入する内容等に注意するようになった。 ・退院前カンファレンスに参加する上で, さらに必要な情報がないか, MSWと話し合った。
看護師	・MSWとのやり取りを密にするようにした。 ・患者の背景を把握し, どのような事業所と関わりがあるのか, 注視するようになった。
MSW	・カナミックをまめに更新するようにした。

アンケート結果から見た研修会の効果

- 参加者の多くに、在宅医療のイメージの変化が見られている。早期からの在宅チームとの連携や情報共有の必要性を認識することにつながり、患者の退院後の選択肢として、在宅医療を前向きにとらえる契機となっていた。

⇒在宅医療や多職種との連携に対する意識がプラスに変化した

- 研修後に、実際に在宅チームとの連携の機会を得ている参加者もいた。具体的には、退院時共同指導の実施や、患者の入退院時における早期からの在宅チームとの情報共有が図られていた。
- 在宅チームとの連携を意識して、紹介状・看護サマリー・お薬手帳等の内容充実や、積極的な院内の多職種との連絡調整に取り組んでいた。

⇒院内及び在宅チームと連携した上での入退院支援につながっている

※今年度の地域包括ケアシステム研修会の開催予定（現時点）

東京慈恵会医科大学附属柏病院 令和元年12月10日（火）