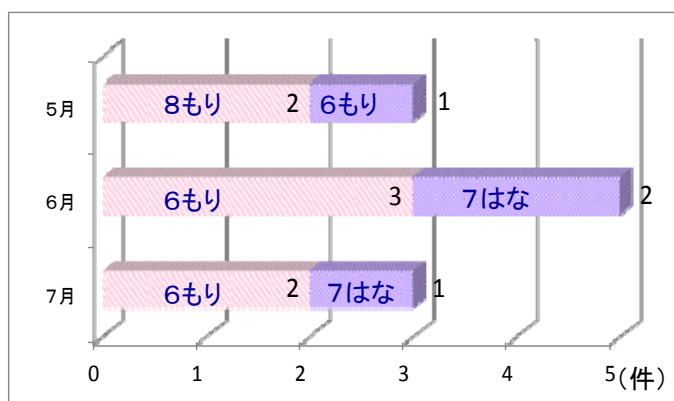


ひらか 連携ニュース

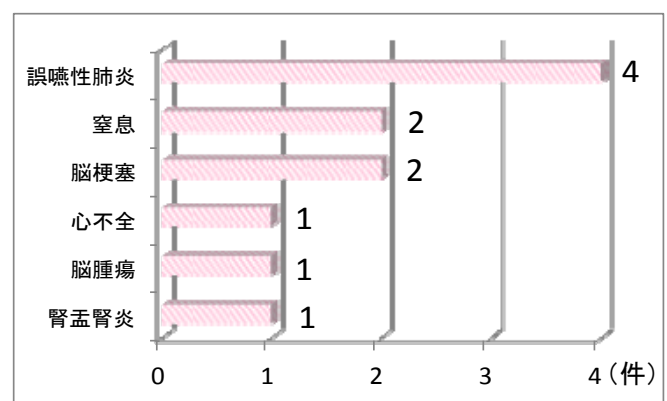
す。当室では、患者さんやご家族が安心して在宅療養生活を継続できるよう、医師を含めた多職種との退院時共同指導を推進しています。カンファレンスにより、ニーズに沿ったケアプランの作成が可能になるだけでなく、顔が見える、心がつながる関係づくりの場となり、チームでの在宅支援がスムーズに行われています。今回は、今年度の退院時共同指導の状況についてご紹介します。

安心をつなぐ退院時共同指導！

退院時共同指導の目的：在宅療養を支援する多職種が、退院後に予測される問題や生活目標を共有し、治療方針や介護サービスの内容、役割分担を検討する。



1. 病棟別の件数 (平成28年5～7月)



2. 疾患別の件数 (平成28年5～7月)

退院時共同指導へ参加した方々の感想

- 治療方針や療養上の留意点について、ご家族を含め、多職種と共有できるため、チームとして支援の方向性が明確になる。(かかりつけ医)
- カンファレンスで患者の治療経過や今後の方針について話し合うことにより、かかりつけ医との信頼関係が深まった。(主治医)
- 医療処置が必要な要介護状態の患者さんが、どのような支援を受けて在宅で療養するのかよく理解できた。(研修医)
- 患者さんの病状やご家族の介護状態に応じた、きめ細かやかなケアの方法を検討できる。(病棟看護師・訪問看護師)
- 医療管理上の問題を把握できるため、患者さんの病状に合わせた介護サービスの調整や緊急時の対応がスムーズに行える。(ケアマネージャー)
- こんなにたくさんの人たちが力を貸してくれることを知り、安心した。(ご家族)

このような患者さんは、ぜひ退院時共同指導を！

- 1) がん・非がんの終末期にある患者さん (看取りの可能性はある)
- 2) 訪問診療や訪問看護が必要な患者さん (医療機器を使用する、医療処置がある、症状のコントロールが必要など)
- 3) ADL・IADLが低下し、暮らし方の再構築、介護体制の検討が必要な患者さん (脳血管疾患、骨折、心不全、認知症など)
- 4) 社会的な問題があり、支援チームが情報を共有する必要がある患者さん (独居、老々世帯、家族問題や経済問題など)

