

## ～第1回アクションミーティング(H30.5)後の変化～

「地域で暮らし続ける」を実現するための“在宅療養支援体制づくり”を目的に

## 「第2回アクションミーティング」を開催しました。

●日時：令和2年2月7日(金)

18:00～19:30

●場所：いなべ市役所シビックコア  
研修室4

●参加者：29名



### (1)第1回アクションミーティング後の退院支援・在宅支援について

#### ◆いなべ総合病院の現状

- ・入退院支援看護師 三谷 祐子さん
- ・病棟退院支援看護師 川元 八重美さん
- ・いなべ訪問看護ステーションのぞみ 川杉 洋子さん

#### ◆日下病院の現状

- ・看護部顧問 岡本きみ子さん

### (2)「いなべ地域入退院の手引き(案)」について

#### ◆手引き(案)の試験的運用における中間評価

##### ①いなべ総合病院

- ・病棟退院支援看護師 日沖 さとみさん
- ・医療相談室 MSW 門 杏奈さん

##### ②日下病院 地域連携室室長 吉田 真二さん

##### ③ケアマネジャー

- ・いなべ市社協ケアプランセンター 土井 貴子さん
- ・居宅介護支援センターパークレジデンス 正崎 真由美さん

#### ◆全体ディスカッション

- ・退院支援・在宅支援や手引き(案)についての意見交換



#### 【病棟看護師】

・ケアマネジャーからは連絡票を用いて情報提供があり、入院前の食事、排泄、歩行の状態やどの程度の介助が必要なのかを確認し、看護介入している。その情報は、院内のリハビリと共有し、退院後のADLのゴールをどこまでにするかを相談したり、MSW とは、入院前のサービスで帰宅できるかを相談して退院調整をしている。

#### 【医療連携室】

・情報は、電子カルテに取り込み多職種で確認でき、週1回開催する院内カンファレンスでも共有している。  
・病状説明への同席が難しい場合は、必要に応じ、ケアマネジャーへも内容を連絡する。  
・院内での入退院の流れを再確認し、院内ルールを整備し、各部署と共有し、実際に動いていきたい。

#### 【ケアマネジャー】

・ファックスを活用して、入院後すぐに利用者のホットな状況を伝えることができるようになった。  
・連携シートの内容を基に、病棟看護師が家庭状況も踏まえた支援ができるよう医師との仲介役になってくれた。  
・連携シートに退院カンファレンスへの参加希望をチェックすることで、病院から開催の連絡をもらえるようになった。また、カンファレンスでは、利用者の状態について看護師からわかりやすく説明してもらい、担当者としても安心できる。  
・地域包括ケア病棟では、ショートでは対応困難なケースを受け入れてもらえありがたい。



試験運用中の「いなべ地域入退院の手引き」についても、利用の現状を基に、活発な意見交換を行いました。今後は、最終確認を行い、4月には本格運用をスタートします。さらに入退院連携が円滑に進むことが期待されます。