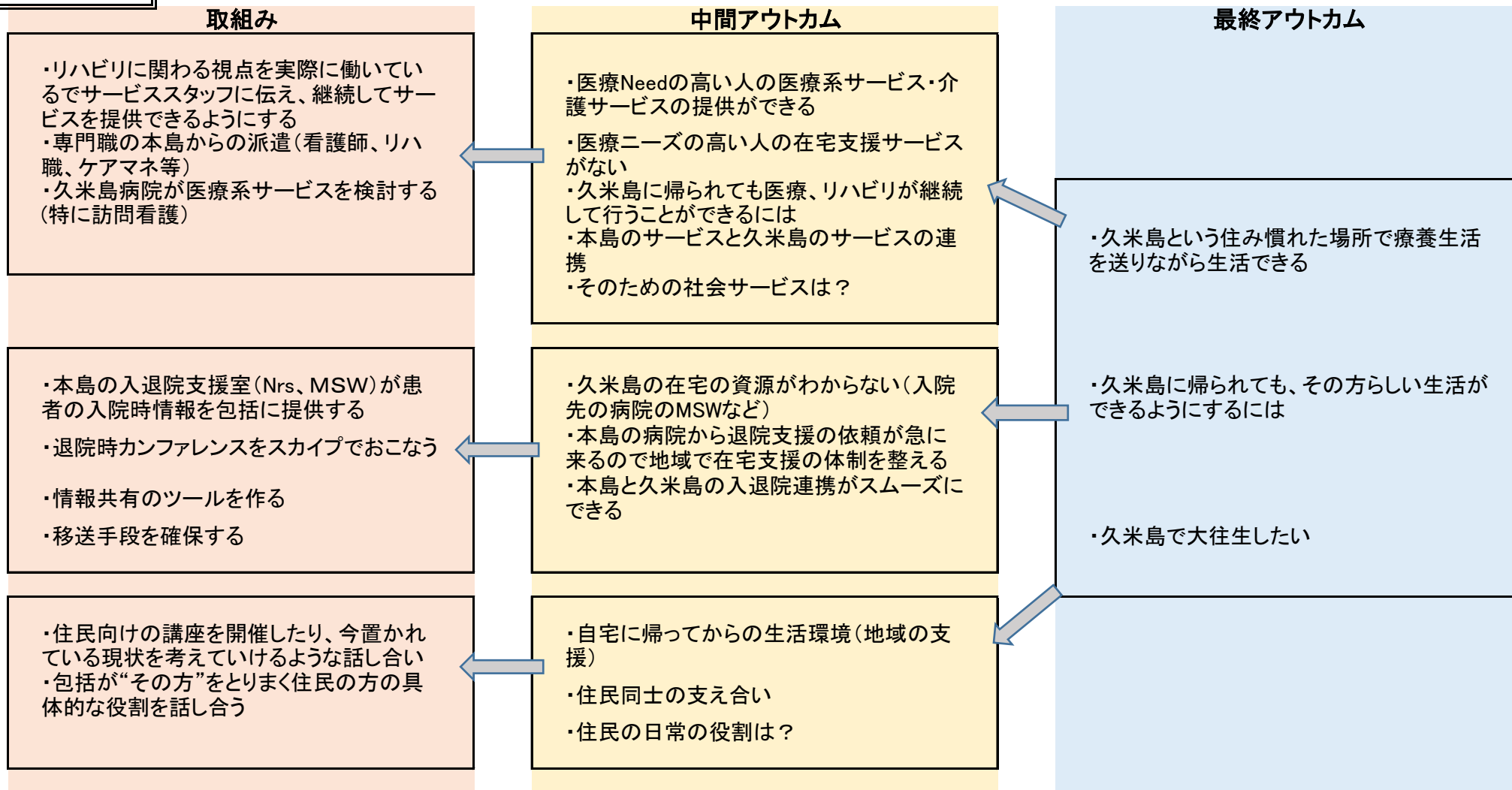


平成30年度沖縄県入退院支援連携デザイン事業「在宅医療・介護連携に係るモデル事業〈事例検討研修会〉」  
グループスタディ グループ発表 〈 沖縄協同病院会場 〉

実施主体：沖縄県、一般社団法人沖縄県医療ソーシャルワーカー協会  
 実施日：2019年01月28日（月）

Eグループ



Fグループ

取組み

・服薬指導を受ける訪問薬剤管理指導を受けた者の数、服薬指導を受けた患者数 **プロセス**

・服薬管理ができる

・栄養指導を受ける(栄養指導を受けた患者数 **プロセス**)

・栄養管理ができています

・送迎バスの情報提供(利用者数 **プロセス**、送迎バスの運用ができる事業所数 **ストラクチャー**)

・定期受診が継続できる

・病院内の受診支援  
・通院の促し

・緊急連絡先を決める(決めてある)

・総合事業と連携させる  
・院内に通いの場をつくる(行政と病院のタイアップ)

・(高齢世帯や独居の場合)近所の人や在宅生活が落ち着くまで見回ってくれる  
・退院後、在宅でのリハビリを継続し、ADL、QOLを維持する  
・通所・訪問リハビリを利用する  
・本人の明確な目標を関係者で共有する(どこに行きたい、何をしたい)  
・本人が参加できる場所(機会)をつくる

中間アウトカム

「再入院しないように体調管理ができる」  
・すぐ再入院しないように台帳の管理ができる  
・訪問薬剤師同を実施する。薬局・診療所・病院数 **ストラクチャー**

「入院前の役割を退院後も担える」  
・ADL、QOL

「入院前～退院後の経過を医療介護関係者で共有することができる」

「医療と介護が切れ目なく提供される」

最終アウトカム

入退院支援で困っている課題  
「住民が住み慣れた地域で必要な医療介護を受けながら自分らしく生活できる」

- ・住民が住み慣れた地域で医療・介護を受けられる
- ・医療と介護の両方を必要とする人が、住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることができる

Gグループ

取組み

中間アウトカム

最終アウトカム

- ・専門職が「入退院連携シート」の活用
- ・病院が速やかなカンファレンスの実施・声掛け

①(多職種が)医療と介護の情報が円滑に共有される「在宅→入院、入院←在宅」

- ・本人家族がACP(人生会議)
- ・病院が在宅介護の現状、生活の視点を少しでもイメージする
- ・行政及び各専門職が相談できる窓口を明確にする
- ・病院と患者家族で話し合いを何度も持つ
- ・病院と患者家族で医療介護の支援計画に本人家族も参画し見通しが立てられる

②本人家族が納得して理解できる事

③急変に対応できる仕組みがある

- ・市町村と医師会が資源マップの活用
- ・県が制度理解のための研修
  - ・家族向け(サービスは手段)
  - ・専門職向け(マンパワー不足)

④サービスや制度、病院機能や死せる種別を共有理解すること

⑤経済的見通し→行政の関与(チームとしての参加)

「病気を抱えながらも安心して生活を送ってほしい」