

## チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 田口良子 委員

<b>チーム（取組）の名称</b>
退院支援調整チーム
<b>チームを形成する目的</b>
病院等で医療を受けた患者・家族が、退院後も切れ目なく必要な医療の提供と、ライフステージに合った在宅療養生活支援を安心して受けられる退院システムを構築する。
<b>チームによって得られる効果</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院患者は退院後の生活支援を積極的に受ける事で早期に在宅生活に復帰できる。</li> <li>・患者・家族を取りまく地域関係機関・各職種との連携強化が図れることで、患者は療養生活の質を維持向上できる。</li> <li>・病院内部のそれぞれが、チーム医療・連携協働意識をもつことで、病院と地域との連携がスムーズに進み、患者への継続した医療の提供が可能となる。</li> </ul>
<b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b>
退院後の生活を考慮した在宅医療、在宅療養支援について具体的計画の検討
○医師：
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者・家族への病状に関する説明</li> <li>・退院に向けた今後についての具体的方針</li> <li>・退院後の医療施設との連携体制の確認（緊急時の対処方針、病病・病診連携等）</li> </ul>
○看護師：
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅ケアに向けた技術指導</li> <li>・退院後、通院時外来との連携方法の検討</li> </ul>
○薬剤師：
<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬の説明、地域薬局との連携</li> </ul>
○退院支援部門（MSW/看護師/保健師等）：
<ul style="list-style-type: none"> <li>・開業医・訪問看護ステーション等必要な医療機関の確保</li> <li>・患者をとりまく関係機関との調整、地域福祉制度・患者会等の情報提供</li> <li>・在宅で使用する衛生材料や薬品、医療機器など、院内だけでは解決できない課題は、病棟看護師とも相談し、在宅ケア継続環境調整を行う。</li> <li>・自宅での状況を想定した準備（24時間ケアプラン）やサポート体制を検討する。</li> </ul>
○医事課：
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費の説明</li> </ul>
○その他診療に関係した必要な専門職：
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅生活に役立つ技術習得、情報提供</li> </ul>
<b>チームの運営に関する事項</b>
○病院方針の徹底：（病院長、運営会議、診療会議）
在宅で生活する患者・家族支援の基本的考え方・価値観の共通認識を職員で共有した上で、各職種の機能と役割を發揮した院内のチーム医療・連携協働意識を持つことで、病院と地域との連携システムを病院方針として構築をする。

## ○退院計画の検討：

退院に向けて、現在の病状や治療方針・家族情報・地域資源等を共有する。

- ① 長期入院患者の要因に関する検討
- ② 医療機器装着で退院する予定の患者の診療方針の共有と対策を検討するため、地域関係者を含めた退院前カンファレンスを実施
- ③ 社会的問題を抱え在宅療養生活上支障が予測される患者の退院方針・計画を検討し、関係職種機能を發揮した役割分担を行う。

## 具体的に取り組んでいる医療機関等

独立行政法人神奈川県子ども医療センター

チーム医療の具体的実践事例

提出委員名 田口良子 委員

<p><b>チーム（取組）の名称</b> 地域関係機関と連携した在宅療養生活支援チーム</p>
<p><b>チームを形成する目的</b> 患者が在宅療養生活を継続するために、地域関係機関の役割機能を発揮し、ライフステージにおいて必要な在宅療養生活支援システムを構築する。</p>
<p><b>チームによって得られる効果</b> ・医師やその他関係職種による医療機関の支援を受けることで、一度退院した患者がその後も必要な医療の提供と在宅での療養生活を続けることができる。 ・開業医・往診医・病院との情報交換・連携強化を図り、保健・医療・福祉機関との連携と相談体制の確保をすることで、在宅での療養生活の支援強化につながる。</p>
<p><b>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</b> 医療機関を含んだ地域関連機関が主体となる在宅療養生活支援チームの構築</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○（病院）医師：             <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院中の病状や病気の経過および治療方針を地域関連機関へ情報提供を行い、医療の継続性と連携を促進する。</li> <li>・各方面、医療機関等に対する連携とリーダーシップを発揮する。</li> </ul> </li> <li>○（在宅）医師（開業医・往診医）：             <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院患者の在宅医療の中心者として、訪問看護ステーション看護師と連携し継続した治療を実施する。</li> <li>・患者家族の自己管理、予防意識の高揚と実践を支援する。</li> <li>・質の高い医療の提供と地域医療者におけるリーダーシップ機能をもつ。</li> </ul> </li> <li>○（地域）保健師：             <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関から退院患者の連絡を受けた場合、必要時には退院前カンファレンスに参加し、環境整備、かかりつけ医の確保、関係機関との連絡調整、家族調整等を行い、患者の退院受け入れ準備を行う。</li> <li>・在宅療養生活上の課題や問題が生じた場合には、情報の共有、支援方針の合意、問題・課題解決を図るためのケースカンファレンスを開催する。</li> <li>・在宅療養に必要な地域の情報を提供する。</li> </ul> </li> <li>○訪問看護ステーション看護師：             <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅ケア技術援助を通して、退院後の在宅療養生活で新たに加わったケア上の問題や患者・家族のニーズ・問題の早期発見と早期対応策の調整に努める。</li> <li>・患者が快適な療養生活を維持するため、主治医・関係機関との連携を図る。</li> </ul> </li> <li>○地域福祉関係者：             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネージャー、介護保険施設、福祉施設職員、福祉行政職等は、患者家族の療養生活に必要な関係者で情報提供、情報共有、役割分担・機能分担を図る。</li> </ul> </li> </ul>

<p> </p>
<p><b>チームの運営に関する事項</b> ○在宅生活における医療上の問題を把握し、地域関係機関との調整を図る。医療上の連携が必要な場合は、病病連携、病診連携の再構築に努める。 ○在宅寝たきりによる医療ケアが必要な場合、診療報酬の積み分けを検討する。（例えば、呼吸補助療法、栄養補助療法等の栄養チューブ、濃厚栄養剤、カニューレ、人工鼻などの診療材料等の提供、在宅医療指導管理料加算、訪問看護指示書等） ○入院中に計画された退院計画に沿って、患者にあった地域での支援チームを準備する。 ○病気や状態に対して、地域での対応困難等の問題が生じた場合、患者を取り巻く環境調整や関係者の理解を支援する方策を検討する。（患者を取り巻く地域関係者向けの研修会等の開催により理解を得る）</p>
<p><b>具体的に取り組んでいる医療機関等</b>  神奈川県域保健福祉事務所</p>

(キーワード：責任・機能・連携・発展)

病院〈緊急・急性期・精密検査〉	地域〈在宅〉
<ul style="list-style-type: none"> <li>○最良の医療を提供できる診療チーム</li> <li>○必要な時に必要な医療を受けることができる</li> <li>○退院後の生活を考慮して準備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ライフステージに応じた支援チーム</li> <li>○地域の中で安心安全な療養生活を支援できるチーム</li> <li>○患者家族のニーズ、QOLを保障できるチーム</li> <li>○自立・自己実現・予防</li> </ul>

