

つなぐ 第24号

2017/5月発行
地域医療連携室

新緑の青葉が繁りたくさんの花々があふれる季節となりました。皆様には日頃よりご支援をいただき厚く感謝申し上げます。

新年度が始まり、地域医療連携室も退院調整では看護師2名、社会福祉士2名の4名体制で新たにスタートを切りました。地域の医療、介護、福祉関係の方々とは情報共有や連携を図りながら支援していきたいと思っております。今年11月には新病院となり、ますます皆様方と協力が欠かせないところであり『顔の見える連携』により一層取り組んで参りますので昨年同様どうぞ宜しくお願い致します。

新メンバーを紹介します



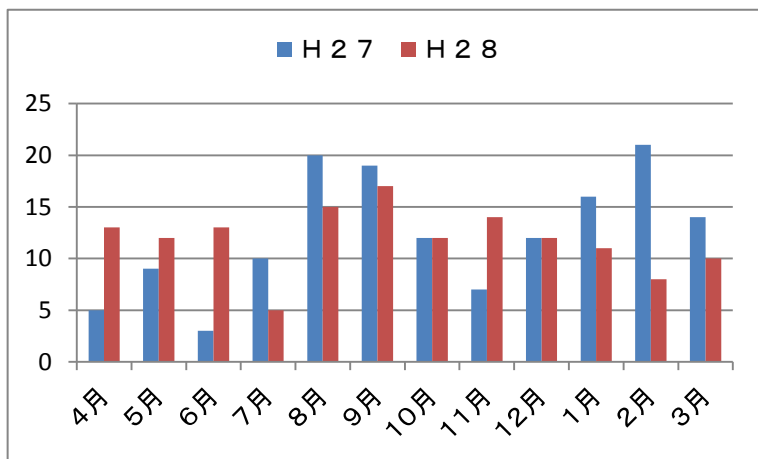
社会福祉士 熊谷勝市さん (35)

これまでは障害者生活支援センターや光ケ丘保養園の相談員として、地域で暮らす障害者の生活支援や長期入院者の退院支援にあたってまいりました。一日も早く業務を覚え、安心して退院支援の依頼をいただけるように頑張ります。

社会福祉士 千葉祥子さん (34)

これまで、地域包括支援センターで高齢者の相談支援を行っておりました。病院勤務は初めてですが、患者さんが安心して退院できるよう関係者の皆様と顔の見える関係を築きながら支援していきたいと思っております。宜しくお願いします。

連携連絡票の活用状況



連携内容

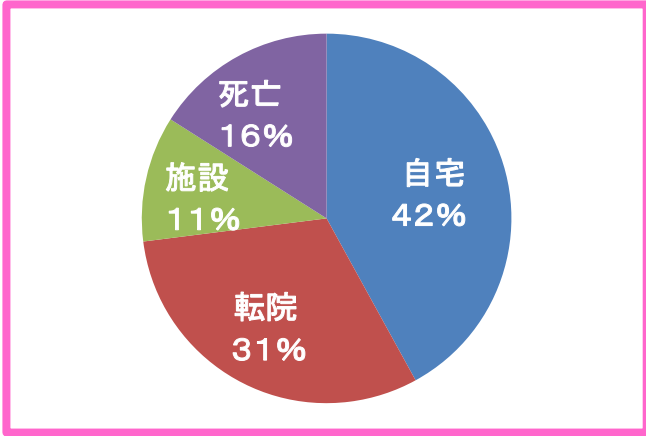
		H27	H28
ケアプラン作成	総数	33	24
	総数	78	75
医療系サービス	訪問看護	21	42
	訪問リハビリ	43	34
	通所リハビリ	25	21
	ショートステイ	3	0
	他	6	10
利用者の状況について相談	総数	24	10
その他		26	33

H27年度は148枚、H28年度は142枚の連携連絡票をいただきました。連携内容は医療系サービスの導入にあたり主治医の意見・相談が多く、訪問看護や訪問リハビリの相談が全体の約半数近くを占めています。H28年度では訪問看護導入の相談がH27年度の2倍となっています。自宅で介護する中、訪問看護に対する介入が増加している理由として「継続した処置が必要」「がん患者さんの状態観察・悩み相談」「内服薬の管理」「インシュリン等の指導」などが挙げられます。

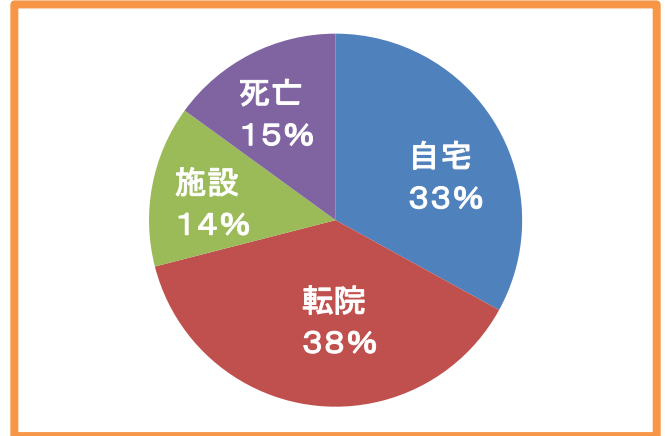
今後増々、地域包括ケアシステムを進める中で、病気を抱えながら在宅で療養する人たちが増えていくと予想され医療系サービスの需要が増えていくと考えられます。

退院支援活動報告

H27年度
退院支援患者退院先



H28年度
退院支援患者退院先



H27年度
退院先別平均支援日数

自宅	27.0日
転院	38.4日
回復期	29.0日
療養他	43.2日
施設	49.2日
死亡	40.1日

H28年度
退院先別平均支援日数

自宅	26.8日
転院	30.6日
回復期	27.1日
療養他	32.5日
施設	39.7日
死亡	24.5日

退院支援が必要な患者様は、一人暮らし高齢者や高齢者世帯のほか同居家族が仕事で介護できない等の事情があり退院後に在宅サービスや施設、転院などの調整が必要な場合です。

H27年度の介入数（新規、継続）は1961名で月平均163名、H28年度の介入数（新規、継続）は919名で月平均76名となっており、27年度末より電子カルテ移行に伴い全体的に退院支援件数の減少が見られるものの、支援が必要な患者様には患者様に寄り添ったきめ細やかな支援ができるようになりました。

退院先については27年度と28年度を比較すると自宅退院が減少して、施設や転院が増加しています。この背景には「自宅で介護する人がいない」「人口の高齢化に伴っての老老介護」「独居」「子供たちが遠方に住んでいる」などが挙げられます。

転院や施設入所については転院先や入所先の選定に時間がかかる（家族間での話し合い）、判定会で可決してもベッド調整が混んでいて時間を要したり、近隣の施設や病院が満床の場合は市外、県外の調整を行う場合があります。退院までに自宅退院が26.8日に対して30～40日程度かかってしまいます。むしろ自宅退院の方がケアマネと連携を取り在宅環境が整い次第退院となるため入院期間が短くなっています。

自宅退院が難しく思えるケースでも介護保険で在宅サービスを整えることで、自宅退院が可能になる場合もありますので、今後も多職種で連携し支援をしていきたいと思っていますので今年度もどうぞ宜しくお願い致します。

