



医療法人結 結ファミリークリニック

鈴木欣宏

方法 A診療所で在宅移行支援に関わった2事例（パス未使用）を振り返り、課題抽出し、その課題に基づいてパスを作成した。作成したパスを用いて1事例在宅移行支援を行った。

人工呼吸器使用ALS療養者及び家族は退院後の在宅生活がイメージ出来ない事で、計り知れない多くの不安や戸惑いがある。その不安要因を解決するためには、入院時からの介入と多職種間の細かな情報共有や調整が重要である。しかし移行支援を全体的に捉えられるツールがないまま支援を行っていた。そこで課題解決するため、従来医療機関主体の考えで作成されている地域連携パスを在宅療養支援診療所の立場から、医療機関のみならず、在宅支援するケアマネジャー、訪問看護ステーション、介護事業所など多職種が系統立てて取り組む事ができるパスを作成した。退院時看護サマリーだけでは十分な情報が得られない内容をパスを用いてカンファレンスする事で、必要な情報を集約し情報共有が可能となった。また退院を視野に多職種が病期に行う支援や必要な指導項目を標準化したことは、アプローチ漏れの予防にもなった。パスを用いて在宅移行支援することは、生活がイメージ出来ず不安を抱える家族に意欲と理解を高め、短期間に在宅移行を目指す事が可能となった。そして療養者及び家族のニーズに沿って円滑に在宅生活に移行することが可能となった。今回の取り組みは効率的かつ有効的な取り組みであった。

課題 人工呼吸器使用療養者が安心して在宅療養できるように地域の関係機関、職種と協働し症例を蓄積し、パスの改善を目指す。

「1. パス作成過程」で明らかになった⑥地域課題について、行政に働きかけ現状報告する機会を得た。今後更に地域で医療的ケア資格取得者を拡充できるよう研修サポート体制を整える必要がある。

今回の演題に関連して、開示すべきCOI関係にある企業等はありません

[illegible]