

3) 効率的な医療提供のための多職種連携

・医療機関への退院支援相談、退院前カンファレンス参加・アドバイス

病院からの在宅移行やケアマネージャーからの紹介に際しては、カンファレンスの実施を病院へ要請。医師、看護師、ケアマネ、ヘルパー、家族等が一堂に会し、情報の共有や本人家族の意向確認を行う。

・愛媛大学医学部附属病院医療福祉支援センターに在宅医と看護師を派遣し、大学病院の連携窓口や地域包括支援センター等との協働により、そこを多職種連携の要として、患者家族、医療従事者、介護職を結びつける役割が担えるよう、在宅開始調整や医療的支援を積極的に行う。また、がん総合相談ケアセンターへ来訪した患者への相談助言や病棟での退院調整カンファレンスへの参加、在宅医療のアドバイスをを行っている。

また、連携窓口の職員への助言、相談と教育を実施。退院在宅移行時等のケアカンファレンスや、その後の入退院時の情報提供、入院時の患者訪問(状況確認等)による連携、病院連携室における看護師研修の実施(各病院連携室を当方連携担当看護師が訪問し1日ないしは2日間の研修を実施してもらい、その中で各病院の在宅移行に際し手順を知り、退院患者が円滑な在宅移行ができるための方策をともに考える。)、また相互理解の機会として、顔の見える連携ができるための環境づくりをする。