「地域で暮らし続ける」を実現するための“在宅療養支援体制づくり”を目的に、いなべ地域の専門職（看護職・相談支援専門職）による**アクションミーティング**を開催しました。

健康管理と生活の視点から在宅療養支援を考えることができ、医療・介護の各専門職の業務内容や活用方法がイメージしやすい看護職、そして相談支援専門職。“病院と地域がツナガルこと”が重要と考え、病院看護師・MSW・訪問看護師・ケアマネジャー・地域包括支援センターの代表の皆さまにお集まりいただきました。

【テーマ】『在宅・地域で暮らし続けることを目指す
”いなべ地域に求められる在宅療養支援”』
講師　在宅ケア移行支援研究所　宇都宮宏子オフィス　代表　宇都宮　宏子　氏

●日　時　：　平成３０年６月２３日（土）　１３:００～１５:００
●場　所　：　員弁コミュニティプラザ
●参加者　：　３４名

(1)いなべ地域の取組み紹介：東員町長寿福祉課長
(2)導入レクチャー：宇都宮　宏子先生
(3)病院での退院支援・在宅療養支援の現状
　テーマ『よくある病態・状態像に沿って退院支援のプロセスを考えてみよう』
　①いなべ総合病院の現状　医療相談室 MSW　杉本　淳子さん
　　入退院支援看護師　三谷　祐子さん
　②日下病院の現状　　看護部長　一色　琴美さん
(4)全体ディスカッション

≪アクションミーティングの感想≫

☆ 病院と在宅の連携ではなく、**協働**と言われたことにハッとしました。
☆ とてもわかりやすかったです。現状を知り、革新していくためには**ストレートな先生のアドバイス**が**心に響き**ました。
☆ 人材不足だけではすまされない。考え方をかえていく、いかなければいけないことがよくわかった。
☆ **情報を得る必要性**が理解でき、**退院支援や訪問看護につなげる意味**がわかった。

≪　いなべ地域みんなで取り組む入院・退院支援についてのご意見　～参加者アンケートより抜粋～　≫

＊病棟看護師＊
- 入退院支援の具体的な動き、システムづくりをしていく。そのために、病院内での話し合いをしていく。
- 患者・家族様の現状と考えを聞き取り、多職種で理解できるようにしていく。
- ケアマネや訪問看護との連携の必要性。
- 患者様の在宅での生活を知り、生き方を支援する。
- 病棟と外来、地域との連携シートの作成。
- 入院前からの自宅訪問、ｱｾｽﾒﾝﾄｼｰﾄの有効活用。

＊訪問看護師＊
- 利用者・家族様が安心できる状況を作る。
- 訪問看護にできることや役割を、病院側やケアマネ、住民の方々に、もっとよく知ってもらう。
- 病院へ足を運び、病棟看護師やMSWの方々と情報共有。

＊MSW＊
- 医療・福祉・介護をつなぐ橋渡しとして、連絡事項をしっかりと伝え、情報共有を行う。
- 病棟看護師との患者状態や心身の状況の共有、ケアマネとの情報共有。連携によるコミュニケーション。

＊ケアマネジャー
・地域包括支援センター＊
- 病院看護師との連携。
- 現在取り組んでいる入退院連携システムについて、お互いの事情を理解しあって構築していきたい。
- 入退院時の情報提供と病院訪問。病棟看護師との連携。

平成 30 年度 いなべ在宅医療・多職種連携研修会を開催しました

【テーマ】『地域みんなで取り組む入院・退院支援
～aging in place(この町で暮らし続ける)を実現するために～』
講師　在宅ケア移行支援研究所　宇都宮宏子オフィス　代表　宇都宮　宏子　氏

●日　時　：　平成３０年６月２３日（土）　１６：００～１７：４５
●場　所　：　員弁コミュニティプラザ
●参加者　：　１１５名

①医師　２名	②歯科医師　２名	③薬剤師　４名
④看護師・保健師　３２名	⑤理学療法士　３名	⑥作業療法士　１名
⑦歯科衛生士　３名	⑧管理栄養士　６名	⑨介護支援専門員　２５名
⑩介護職　３名	⑪社会福祉士　１０名	⑫MSW　４名
⑬事務職　２名	⑭行政職員　１８名	

《講演内容》

＊ 退院支援は人生の再構築を支援すること。大事なことは“本人は”という、主語を忘れないこと！
＊ 病院の看護師から訪問看護への情報提供。「医師説明と本人・家族の受け止め、今後の療養への思い」が重要！　連携から『協働』へ　ツナガル aging in place を目指す！
＊ 治癒の時代から、病気とともに生きる時代へ。疾病構造の変化・医療技術の進歩により、病気や老いに伴う暮らしづらさを持ちながら、暮らし、生きる。
＊ 『なるべく在宅、ときどき入院、誰もが通る看取り』
＊ 入院はあくまでも通過点、「生活の場に、おうちに帰ろう…」。高齢者は特に入院ダメージが強い。人生を遮断しない。病院から生活していた暮らしの場に返す。生活の場で継続可能な医療提供。
＊ 診療所や病院の外来で、「暮らしぶり」を考えよう！
＊ 「QOD(ｸｫﾘﾃｨ･ｵﾌﾞ･ﾃﾞｽ)」は暮らしの場にある。病院では言えない「何もしない」という選択。だから「自然に支える」ことができる在宅。
＊ 意思決定支援。本人が選択できるように支援し、本人の思いをつなぎ“生ききること”を支える。
＊ ACP(ｱﾄﾞﾊﾞﾝｽ ｹｱ ﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞ)とは、人生の終末期での望む暮らし方を、医療者や家族等の大切な人と話し合うコミュニケーションのプロセス。主語は「わたし」で、「もしも…」を話し合おう！

★　講演会の感想　★

☆自分たちの職種がやるべき事や他職種がやるべき事が見えました。
☆日々の中で一番の大事な「本人の」というところに改めて思いました。退院時の支援も日々の中で支援がつながることがよくわかりました。
☆本人主体。支援をしている中で、本人主体ではなく周囲の支援者中心になってしまいがちだと痛感した。地域での支え合い(話し合いの場)でも話題提供できたらと思う。一緒に考える環境を整えていきたい。
☆私は病院で働く看護師です。連携シートよりもケアマネさんと直接話せるとより良い退院支援ができると思いました。
☆本人や家族の思いはどんな場面でも揺れます。思いの奥にある意思についてじっくりと話をききながら本当に寄り添う支援を心がけていきたいです。
☆本人が決定するということを改めて確認できました。気づけば支援者側が先導、操作するという形になってしまっていることも良くあると思います。伴走、双方向の相談をいつも忘れずにいたいです。

平成 30 年度　第1回いなべ在宅医療・介護連携研究会を開催しました

テーマ『 実践例から学ぶ、現場で使える医療と介護の連携　Part4 』

司会 ： 守山委員（訪看　のぞみ）・田中委員（特養　アイリス）

●日　時：平成３０年７月２０日（金）19：30～21：15
●場　所：員弁コミュニティプラザ
●参加者：１３２名

“Part４”となる今年度第 1 回目は、「昨年度、医療系専門職から報告のあった**末期がん患者への支援**が、**サービス付き高齢者向け住宅を拠点に、デイサービス・訪問看護により実践**されていること」また、「本人や家族が専門職の支援を希望する場合、家族の協力が得られにくい場合の**高齢者支援**について、**介護系専門職が看護師と連携して、自宅復帰を目指すことができる**こと」について“いなべ地域の実践事例”をご報告いただき、皆さまとともに**医療と介護の連携による在宅療養支援のあり方**について考える機会としました。

１．実践事例『自宅以外の在宅支援
“サービス付き高齢者向け住宅”における多職種支援～』

事例１：末期がん患者へのデイサービス・訪問看護を中心した取組実践
事例２：老衰の高齢者への自宅復帰を目指した取組実践

＊報告者＊　ＮＰＯ法人　宅老所　紫苑
ケアマネジャー：笹岡余史子さん、看護師：加藤佐代子さん
デイサービス：伊藤清詠さん・伊藤エミさん、サ高住・訪問介護：伊藤春美さん

２．意見交換会
「医療と介護に関わる者が連携して、『本人の選択、本人・家族の心構え』に寄り添うためにできること」

意見交換会の内容

☆ 何度も本人や家族さんに話しを聞く。家族の事情を理解したうえで、本人の気持ちを一番に大切にする。**本人・家族の思いを明確化**。
☆ ケアマネを中心として情報をまとめ、電話・FAX・ノート、実際に顔を合わせるなどの**関係づくり**。情報漏れをなくす。共通のツール。
☆ 他事業所・他職種を**受け入れる心構え**は、関係を良くするために**言い方に気をつける**（上からものを言わない）。**専門用語は使わない**。
☆ 連携するために、自分自身が**垣根を取らないとダメ**。
まずは**“相手を信じること”“相手に任せること”**が **連携の第一歩**。
☆ 同じ事業所内でも連携・情報共有は難しい。**方向性を一緒**にしないと希望に沿えない。**手間はかかるが話し合い**が大切。
☆ **多職種との関わりが上手くでき始め、連携しやすくなっている**。

実践報告の感想

☆ **私たちに今何ができるか？**ということを、多職種で考えて利用者やご家族の想いに応えていけたことがとても素晴らしかった。
☆ **連携**がしっかりできていることは、**本人・家族の安心**はもちろんだが、**関わる支援者も安心**につながると感じた。
☆ 本人様・ご家族様の気持ちに寄り添うために、どうすればよいか考えることができた。多職種との連携の大切さを改めて知ることができた。
☆ **ご本人・ご家族のニーズ、その人自身を尊重した関わり**が勉強になった。

平成 30 年度　第2回いなべ在宅医療・介護連携研究会を開催しました

テーマ『 実践例から学ぶ、現場で使える医療と介護の連携　Part5 』

●日　時 ： 平成30年9月21日（金）19:30～21:15
●場　所 ： 員弁コミュニティプラザ
●参加者 ： 138名
●司　会 ： 渡部委員（とまと歯科）　太田委員（パークレジデンス）

“Part５”の今年度第２回は、看護と介護の一体的支援を行う『**看護小規模多機能型居宅介護**』での“いなべ地域の実践事例”を通して、支援内容や暮らしぶりを知り、**「いなべ地域の多職種連携で何ができるか、どのように支えることができるか」**について、参加者の皆さまとともに考える機会としました。

１．実践事例『自宅以外の在宅支援
“看護小規模多機能型居宅介護”における看護・介護の一体的支援～』
～医療依存度の高い在宅療養者への取組実践～
＊報告者＊　ナーシングホームもも鳥取
看護師：前葉かおりさん
ケアマネジャー・介護福祉士：須藤泰世さん

２．意見交換会
多職種による『連携・協働には何が必要か』『連携する際の課題は何か』

意見交換会の内容

- **関わるスタッフ**がその利用者の**状態を共有**し、利用者の**目標を常に意識**し、**事業所を超えてチームで動いていると認識**する。
- １人ひとりに合った支援やケアができれば、看多機のレベルのケアができるが、連携・協働したとしても、どうしても時間がかかってしまう。**スピードのロスをどうするか**。
- **流れを作れば連携はできる**。ケアマネジャーに情報が入ってくる。
- 情報が聞けるようになると、協力できたなと感じる。
- **顔の見える関係の先に、ICT**があるのではないか。
- お互いが、**気兼ね**があって**遠慮で言えない・聞けない状況**がある。**もう一歩つっこんで聞く**ことが大切。
- 事業所ごとにバラバラに**連絡ノート**がある。1 冊になれば、家族も 1 回書けばよいし、事業所もつながる。

実践報告の感想

☆ **スピーディな対応**がされており、利用者の様子・自分の思いを持てるようになる等、**連携の大切さ**を学びました。
☆ 医療ニーズの高い利用者の在宅生活を支える上で、**看多機が担う役割の大きさ**、またその**機能の柔軟性**などを改めて感じることができました。
☆ 一人の利用者さんに対して、これだけ**他職種と連携**をしてうまくいけば**理想的**だと思いました。
☆ 連携していくためには、**他の事業所とも関わりをもつことの重要さ**を改めて感じることができました。
☆ **事例**を通し**介護職と医療が上手に連携**していることが伝わってきました。

平成30年度　第3回いなべ在宅医療・介護連携研究会を開催しました

●日　時：平成３０年１１月１０日（土）１４：３０～１６：１５
●場　所：三重北医療センターいなべ総合病院　２階　会議室
●参加者：７５名
※第３回の研究会は、いなべ医師会と合同で開催しました。

司会：いなべ医師会　萩原和光医師
佐藤委員（いなべ総合病院看護師長）

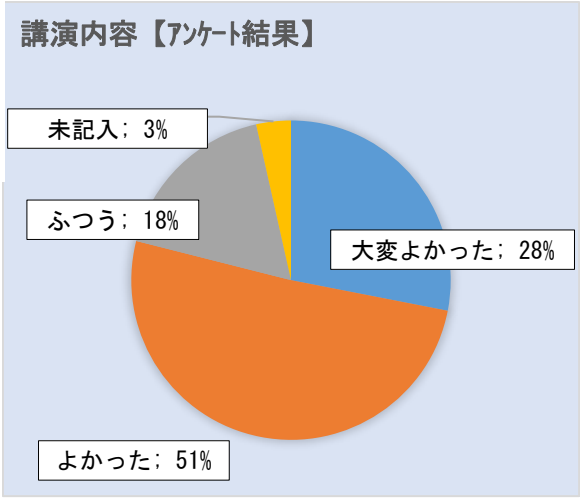
1.『介護認定審査会における、主治医意見書について』
いなべ市福祉部介護保険課　藤田瑤子氏

介護保険の流れや介護認定審査会、主治医意見書の利用方法や特記すべき記載、審査会で求められるポイントについて説明がありました。

2. 講演『甲状腺の病気と検査』
講師　医療法人　甲仁会
名古屋甲状腺診療所　院長　椿　秀三千　先生

甲状腺疾患はまれで珍しい病気ではなく、**身近な疾患**です。しかしながら、**早期発見が難しい病気**のひとつです。症状だけでは判断できないので、早期発見には検査が有効です！

～講演内容を紹介します～
- ホルモンについて
- 甲状腺、甲状腺ホルモンの役割について
- 甲状腺機能亢進症と甲状腺機能低下症について
- バセドウ病、橋本病、無痛性甲状腺炎について
- 甲状腺の血液検査・他の検査方法について



～講演内容の感想の一部を紹介します～
- 甲状腺疾患の基本的な内容を学ぶことができた。
- 医学的な内容で難しい内容でしたが、今後の学びに役に立てたいと思います。
- わかり易く講演していただき良かった。症状が出たときは検査を！
- 甲状腺疾患の知識が深まった。
- バセドウ病・橋本病は知っていても、はっきり説明ができないことがあったが、わかりやすい説明で、また検査のことを説明していただき参考になりました。
- 高齢者と甲状腺ホルモンの関連について様子を知ることができた。
- 甲状腺疾患の方も多いので参考になりました。

平成30年度　第4回いなべ在宅医療・介護連携研究会を開催しました

テーマ『実践例から学ぶ、現場で使える医療と介護の連携　Part6』

●日　時：平成３１年１月１８日（金）
　　１９：３０～２１：００
●場　所：員弁コミュニティプラザ
●参加者：１１８名

司会：山本委員（ブーケ）
　　佐藤委員（ほくせい調剤薬局）

"Part6"の今年度最後の研究会は"特別養護老人ホーム"における他職種支援の事例を通して、各専門職のアセスメントから取り組み実践・振り返りのサイクルについて考えました。

これまでの、研究会を通して、実践事例も意見交換会も、ますますパワーアップしています!!
皆さまのアンケート結果からも、『連携』が進んできたと実感されている方も増えてきています!!

実践事例報告の感想

＊ **特養さんの実情**を知る機会はあまりなく、良い機会となりました。
＊ 本人の希望を最大限事業所全体でかなえようと、それぞれの**職種の強みを発揮**していたことが良かった。
＊ **特養での対応や連携の方法**がわかりやすかったです。
＊ 個人に対して各職種が適切なアセスを行っていても、**関わる者たちが情報共有していなければ、連携はうまくいかない**ということが再確認でき良かった。
＊ 施設でも外出支援されている。喜ばしいです。**施設も悪くない**。

１．実践事例

『自宅以外の在宅支援“特別養護老人ホーム”における多職種支援
～アセスメントから考察までのサイクルを目指した取組実践～

報告者　特別養護老人ホーム　アイリス
　総合サービス管理室副室長
　（介護福祉士・介護支援専門員）川瀬　真理さん
　介護支援専門員（介護福祉士）　岩坂　純子さん
　看護主任（認知症看護認定看護師）島村 真美さん
　管理栄養士　　辻　紫さん

２．意見交換会

『「連携って何？」「協働って何？」何をイメージしますか？』
「連携」について考え方や思い、困っていること等

意見交換会の感想

＊ 今まで**「連携・協働」について具体的に考えた**ことがなく、良い機会になった。
＊ **「連携」「協働」の定義**について**考え方を共有**できたことは**有意義**であった。
＊ **連携と協働がよくわかった意見交換**となりました。話し合うことは本当に良いことだと思います。
＊ それぞれの専門家が、何を大切に、どのように考えられているのか、**生の意見が聞けるとても貴重な時間**になっています。
＊ 他職種の**活動や思いを聞くだけでも勉強**になった。
＊ 他職種との意見交換はとても良いと思います。**強化してほしいコーナー**です。