

# 令和元年度 第1回いなべ在宅医療・介護連携研究会を開催しました！

今年度からいなべ地域では、「連携」から「協働」へと目指すところを進化させ、階層別の連携コーディネートをとり入れた重層的な事業の推進をめざします。

そこで、今年度最初の研究会は、全国でいち早く厚生労働省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」に取り組み、地域医療体制の充実と医療・保健・福祉・介護の連携・協働を推進している岩手県釜石市の「在宅医療連携拠点チームかまいし」の実践報告を受けました。

“チームかまいし”の階層別連携コーディネート（一次連携、二次連携、三次連携の三層構造）を学び、実践報告後の意見交換では、同一職種毎のグループに分かれ、自分たちの団体でできることなどについて語り合いました。

司会 渡部委員(とまと歯科)  
太田委員(パークレジデンス)



## 1. 先進地実践報告

岩手県釜石市『在宅医療連携拠点“チームかまいし”の取り組みについて  
報告者：「チームかまいし」連携コーディネーター  
地域包括ケア推進本部事務局 副主幹 小田島史恵 氏



## 2. 意見交換会

『チームかまいし』の実践報告を受けて、自分たちの団体でできることなどについて語り合ってみましょう。

- 日 時 令和元年7月19日(金)19:30~21:15
- 場 所 員弁コミュニティプラザ
- 参加者 147名



## 実践報告の感想

- ☆専門職同士が連携して結果を出している取り組みを聞き、この地域でももっと協働、連携ができるという希望が持てました。
- ☆一次連携、二次連携という形はとても分かりやすかったです。この地域でもして欲しいと思いました。
- ☆改めて同職種間の連携の大事さに気づいた。
- ☆各職種に話しやすい人をつくるということに感銘を受けました。
- ☆チームづくりへの誰もが持つ不安、期待を共有することが大切と確認できました。

## 意見交換会の内容

### ●医師・看護師●

- ・各職種でまず問題点を出し、それぞれがアセスメントし、解決していかなければならない。
- ・病院職員は地域を知らない。知る機会があればもっと良いと思う。

### ●薬剤師●

- ・病院も含めて連携できると良い。
- ・薬業連携で病院薬剤師も含めて一回全員で集まってみたい。
- ・ケアマネとはぜひ二次連携したい。

### ●介護職員●

- ・意見交換できる場が欲しい。
- ・医療だけ、介護だけではいけない。他の分野の専門性を理解できるよう日頃からの関係性が必要。

### ●リハ職●

- ・薬剤師のことがよくわからない。薬剤師会と二次連携をお願いしたい。
- ・病院なので地域がわからない。職種間の共通の認識が取れていない。

### ●歯科医師・歯科衛生士●

- ・歯科で取り組めることを知ってもらえると良いと感じる。
- ・医科歯科在宅医療同行訪問研修なども地域で行えると良い。

### ●介護支援専門員●

- ・一次連携、二次連携の職種の課題のすり合わせをして欲しい。
- ・薬剤師会との連携をしたい。
- ・専門職で集まると課題共通が共鳴できる。

### ●MSW・PSW・社会福祉士●

- ・いろんな意見を出しあえる場が欲しい。
- ・連携を意識して働いていきたい。

### ●管理者・事務長・施設長●

- ・連携の図に介護職が蚊帳の外？になっているように思えた。
- ・管理者の集まる研修があっても良いのでは。

### ●管理栄養士・栄養士●

- ・三重県栄養士会に入っていない人とは交流がない。これを機会に集まりたい。



# 令和元年度 いなべ在宅医療・介護連携研修会を開催しました

●日 時：令和元年11月16日（土）

14：30～16：30

●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：99名

※研修会はいなべ医師会との合同研修会  
として開催しました。

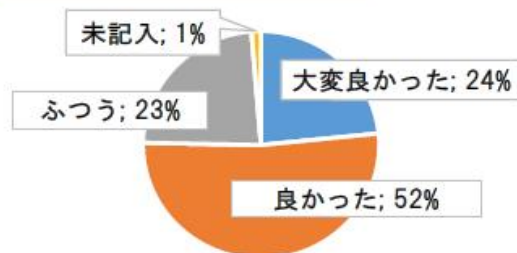


☆司会：守山委員  
(いなべ訪問看護ステーションのぞみ)

## 1. 説明\*『介護認定審査会における主治医意見書について』 説明者：東員町長寿福祉課 山下哲郎 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。

### 主治医意見書について



### 【アンケート結果より】

- ・認定調査の際、看護師として正確な情報を細かく伝える必要性を理解できました。
- ・主治医意見書の特記事項に関して、今まで意識していなかったのが重要性が改めて理解できた。
- ・特定疾患も、事故による脳疾患などは特定疾患にならないことを教えていただきました。

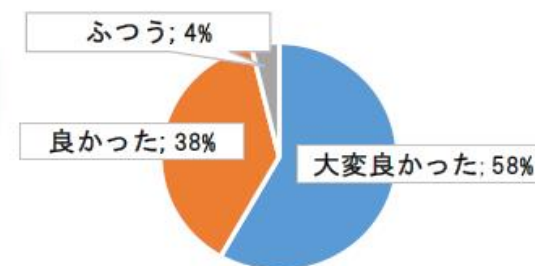
## 2. 講演\*『病院？ホスピス？それとも自宅？ ～病人は何を考えたどう過ごしているのか～』 講師：しんじょう医院 院長 新城拓也 先生

“医療が患者のためになっていない！”という思いから、神戸市で在宅医療専門診療所を開院。先生のこれまでの葛藤と、その都度出会った本を通して葛藤を乗り越えてこられたお話を聞くことができました。

“医療者と患者の未来像が一緒であることが大事！”自宅で生活することの意義と在宅医療の現状を教えていただいた講演でした。

「本当のプロはたった1回、たった1人のための治療やケアを創造できる人です。」新城先生のこの言葉を目標に、いなべ地域の皆さん頑張りましょう！

### 講演内容について



### 【アンケート結果より】

- ・先生のこれまでの壁、その壁を乗り越えるに至った考え方を聞かせていただくことで、人生の終わり方、死との向き合い方・・・生き方を考える機会となりました。
- ・病人の心の動きや、病人と医療人との向き合いなど、今までの概念を変えた内容であり、とても考えさせられた。
- ・医療・看護の話だけにとどまらず、その人らしく生きる意味、生きがいとは何かという所について深く知る事ができた。

# 令和元年度 第2回いなべ在宅医療・介護連携研究会を開催しました

いなべ地域では、多職種連携が更に円滑に進むよう、令和2年2月1日より、エンブレース(株)が提供するメディカルケアステーション (MCS) といいます) を利用し、これまでの電話やファックス、メールといった連携方法に加えて、新たにICTを用いた連携方法を導入します。

今回は、「ICTを用いた連携」の実践事例を学び、多職種で思いや考えを意見交換して『自分達が目指すICT活用』についてイメージを膨らませました。



## テーマ『実践例から学ぶ、現場で使える医療と介護の連携 Part7』

日時：令和2年1月17日(金) 19:30~21:15

場所：員弁コミュニティプラザ 2階 集会室

参加者：139名

### ◆事例報告「ICTを活用した、医療と介護の連携」

報告者 どんぐり診療所 院長 平山将司 さん  
訪問看護の立場から 守山浩子 さん  
薬剤師の立場から 一木 淳 さん  
ケアマネの立場から 野崎大祐 さん  
訪問介護の立場から 岡 直子 さん



### ◆意見交換会(多職種でのグループワーク)

今の連携で困っていることや「ICTを用いてどのような連携ができそうか?」といったICTを用いた連携についての思いや考え等、自由に話し合いました!

MCSの活用により、「仕事にかかる時間を減らすことができる」「浮いた時間で、より多くの情報をやり取りできるようになる」「各職種による利用者さんに対する理解が深まり、質の高いサービスにつながる」。

しかし、課題や山積みです。ですが、とりあえず使ってみましょう!!



司会：江口委員(紫苑)  
藤岡委員(いなべ市包括)



## ★★アンケートから★★

### 事例報告について

- ・ICTを利用することで、より利用者にあったサービス支援につながっていると感じた。
- ・実際の活用例を知ることによって、利用する際のイメージがつかめた。
- ・連携を取り合ったメンバーが1人ではなく、関わりを持った職種からの発表だったので、それぞれの立場からの考えや思いが知れてわかりやすかった。

### ICTについて

- ・とにかくまず使ってみようという前向きな気持ちでいます。
- ・情報共有がしやすく、画像の添付は様子がわかってよい。
- ・情報共有の内容も今まで以上に細かな情報の共有ができることが期待されるのではないかと思います。

### 意見交換会について

- ・利点だけでなく、具体的な使用方法や不安点も話し合うことができた。
- ・普段関わっていても、本当はこういうタイミングで情報をもらえると助かる、こういう情報をもらえたら有り難いという今まで聞けなかった意見が聞けた。



「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

## 「第2回アクションミーティング」を開催しました。

- 日時：令和2年2月7日(金)  
18:00～19:30
- 場所：いなべ市役所シビックコア  
研修室4
- 参加者：29名



### (1)第1回アクションミーティング後の退院支援・在宅支援について

#### ◆いなべ総合病院の現状

- ・入退院支援看護師 三谷 祐子さん
- ・病棟退院支援看護師 川元 八重美さん
- ・いなべ訪問看護ステーションのぞみ 川杉 洋子さん

#### ◆日下病院の現状

- ・看護部顧問 岡本きみ子さん

### (2)「いなべ地域入退院の手引き(案)」について

#### ◆手引き(案)の試験的運用における中間評価

##### ①いなべ総合病院

- ・病棟退院支援看護師 日沖 さとみさん
- ・医療相談室 MSW 門 杏奈さん

##### ②日下病院 地域連携室室長 吉田 真二さん

##### ③ケアマネジャー

- ・いなべ市ケアプランセンター 土井 貴子さん
- ・居宅介護支援センターパークレジデンス 正崎 真由美さん

#### ◆全体ディスカッション

- ・退院支援・在宅支援や手引き(案)についての意見交換



## ～第1回アクションミーティング(H30.5)後の変化～

### 【病棟看護師】

・ケアマネジャーからは連絡票を用いて情報提供があり、入院前の食事、排泄、歩行の状態やどの程度の介助が必要なのかを確認し、看護介入している。その情報は、院内のリハビリと共有し、退院後のADLのゴールをどこまでにするかを相談したり、MSW とは、入院前のサービスで帰宅できるかを相談して退院調整をしている。

### 【医療連携室】

・情報は、電子カルテに取り込み多職種で確認でき、週1回開催する院内カンファレンスでも共有している。  
・病状説明への同席が難しい場合は、必要に応じ、ケアマネジャーへも内容を連絡する。  
・院内での入退院の流れを再確認し、院内ルールを整備し、各部署と共有し、実際に動いていきたい。

### 【ケアマネジャー】

・ファックスを活用して、入院後すぐに利用者のホットな状況を伝えることができるようになった。  
・連携シートの内容を基に、病棟看護師が家庭状況も踏まえた支援ができるよう医師との仲介役になってくれた。  
・連携シートに退院カンファレンスへの参加希望をチェックすることで、病院から開催の連絡をもらえるようになった。また、カンファレンスでは、利用者の状態について看護師からわかりやすく説明してもらい、担当者としても安心できる。  
・地域包括ケア病棟では、ショートでは対応困難なケースを受け入れてもらえありがたい。

試験運用中の「いなべ地域入退院の手引き」についても、利用の現状を基に、活発な意見交換を行いました。今後は、最終確認を行い、4月には本格運用をスタートします。さらに入退院連携が円滑に進むことが期待されます。

