

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(クオリティ・オブ・デス)」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“生きること”を支える**。
- * **ACP(アドバンス ケア プランニング)**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。

「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。

【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おう。
- ・ 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。

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。