

はち丸っと



名古屋市はち丸在宅支援センターは、名古屋市からの委託事業である「在宅医療・介護連携推進事業」及び「在宅医療体制の整備事業」にかかる在宅療養支援窓口として名古屋市医師会が設置しています。在宅医療における多職種連携の推進を主軸に、在宅療養の相談支援、在宅療養に関する知識の普及啓発を行い、名古屋市の在宅療養の体制整備を行っております。

令和7年度 多職種向け研修会のお知らせ



名古屋市はち丸在宅支援センターでは、名古屋市の在宅療養者の支援に携わる医療・介護の多職種を対象に多職種連携推進を目的とした研修会を開催しています。今年度は3つの研修会を企画しました。多職種の皆様のご参加をお待ちしています。いずれも参加費は無料です。

在宅医療研修会 オンデマンド配信

●災害への備え、私たちに「今」できること ～被災経験から学ぶ～

配信期間：10月1日（水）～10月31日（金）

事前申込：8月25日（月）～9月28日（日）

講師：瀬島 照弘 先生 石川県鳳珠郡能登町 小木クリニック院長

講義：震災の備えのBCP ～医療過疎の医療機関で経験した令和6年能登半島地震について～

令和4年に事業継続計画（BCP）を策定していた小木クリニックでは、令和6年能登半島地震発災後、地域を支える診療所としてどのように業務を継続していったのでしょうか。支援者も被災者となる状況下での医療・ケアについて、自分事として考えてみませんか。講義のほか、講師と当市医師との座談会も配信予定です。

※内容は医師向けですが、その他の職種もご視聴いただけます。



ACP(アドバンス・ケア・プランニング)研修会 対面開催 (名古屋市医師会館6F講堂)

●基礎編 12月11日（木）・1月17日（土）いずれも14：00～17：00 内容は同一です。

講師：山岸 暁美 氏 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室

一般社団法人 コミュニティヘルス研究機構 機構長・理事長

講義：誰のための、何のためのACPなのか？

昨年度に引き続き、講義とグループワークでACPの基礎を学びます。多職種は何のためにACPを支援するのでしょうか。そもそもACPとは？今回のグループワークでは、人の尊厳とつながる「栄養」「排泄」に関する事例を通してACPを学びます。普段の支援を振り返り、改めてACPについて考える研修会です。

●実践編 11月1日（土）14：00～17：00

講師：稲葉 一人 氏 いなば法律事務所 代表弁護士、日本臨床倫理学会 副理事長

講義：おもいを叶えるために ―在宅医療・介護連携の中での臨床倫理的課題―

今年度より実践編をスタートします。本人の意向を尊重し、「本人にとっての最善」に向けて多職種で支援を進める、そのプロセスには様々なジレンマが生じます。そのジレンマにどう対処していますか？本人、家族、医療・介護の専門職チームの話し合いが「最善」に向かうためには「対話」が必要です。多職種で叶えるよりよい支援について、臨床倫理を入りに考えます。

※申込はいずれも9月初旬より開始する予定です。

開催済み 多職種連携研修会

●在宅療養の場における利用者・家族からの暴力・ハラスメント対策研修会

日時：8月23日（土）14：00～17：00

講師：藤田 愛 氏 医療法人社団慈恵会 北須磨訪問看護リハビリセンター 所長



上記研修会のお問合せ：事業企画グループ 052-971-0874（代）

はち丸ネットワークで
繋がる！

事業所の皆さんと石橋さん（前列左から2人目）

皆様こんにちは。天白区にあるソフィアメディ訪問看護ステーション天白の看護師石橋です。訪問看護とは、病気や障害を持った方が住み慣れた場所で安心して生活できるよう、看護師などが訪問して看護やリハビリを提供するサービスです。不安なく自宅で過ごせること、ご家族も無理なく継続してサポートできることが在宅療養の基本です。状況の変化を的確に把握しつつ、様々な職種や地域機関と連携しながら、先を見通したケアを実施し

ます。この多職種連携を図る中で、はち丸ネットワークは大変有用な情報共有ツールです。患者チャットを立ち上げることで、その方に関わる多職種が報告や情報共有、相談を書き込むことができます。写真を添付することで、医師に皮膚状態や褥瘡の相談をリアルタイムに行うことができ、迅速で的確に対応することができています。

また6月に天白区内のはち丸ネットワークに登録している医療機関・介護保険事業所（283名）を対象に、大規模災害を想定した災害時BCP模擬訓練が行われました。当日は災害発生から72時間後を想定し、チャットへ書き込みしあうことで災害時にどのように協力や連携を図ればよいかを学びました。災害を避けることはできませんが、事前の備えと対策により被害を軽減するための大事な取り組みであることを実感しました。まだ使用していない事業所もあると思いますが、より多くの方がはち丸ネットワークを使うことで、日頃にも災害時にも強い繋がりを持った多職種連携を発揮できる名古屋市でありたいと思います。

はち丸ネットワーク
HPはこちら↓

名古屋市はち丸在宅支援センター

住所 〒461-0005 名古屋市東区東桜1-4-3 大信ビル2階

受付時間 月曜日～金曜日 9時～17時 ※祝日・年末年始は除く

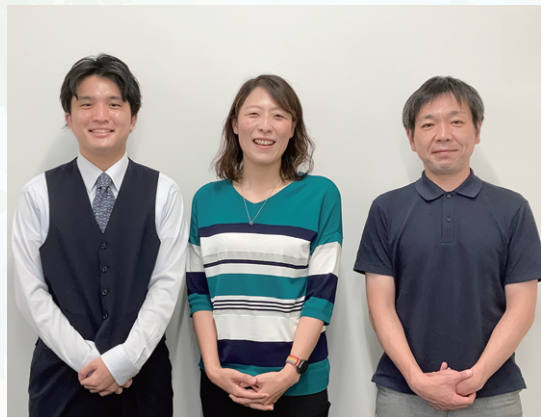
電話 052-971-0874

FAX 052-971-0875

ホームページ <https://hachimaru.ishikai.nagoya>

第2回 専門職にきく

在宅療養を支える様々な専門職の皆様から、日々の支援や在宅療養における多職種連携についてお話を伺う企画「専門職にきく」の第2回です。今回はリハビリテーションに着目し、病院と在宅多職種の連携についてお話を伺いました。



池野倫弘氏（写真右）愛知県理学療法士会 副代表理事

介護保険制度が始まった頃から在宅のリハビリに関わっています。当時介護保険といえば介護の仕事というイメージがありましたが、今は地域で働く理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が増えとても嬉しいです。
今村真由美氏（写真中央）名古屋市療養サービス事業団 名古屋市昭和・瑞穂ケアマネージメントセンター 所長

ケアマネジャーの仕事は利用者さんが望む暮らしを支える要になっていると思います。病院や在宅多職種と連携し、その時々のお困りごとを解決できるよう支援しています。
堀川柊平氏（写真左）東名古屋病院 医療社会事業専門員

回復期リハビリ病棟専従の医療ソーシャルワーカーとして、脳卒中、骨折後の患者さんの退院調整に携わっています。ケアマネジャーさん、在宅多職種の皆さんと協力し、ご本人が望む生活に戻っていただけるようお手伝いしています。

病院から在宅へ 退院時の連携

池野 コロナ禍では病院に在宅多職種が入ることに制限がありました。現在はいかがですか？退院前カンファレンスの回数はまだ少ないのでしょうか？

堀川 当院では、退院支援に必要な来院についての制限はなくなりました。回復期リハビリ病棟では、退院前カンファレンスも開催しますが、個別で病院にお越しただいて、主治医面談やリハビリに同席いただく形で情報提供しています。

池野 僕はあまり呼ばれないけど…。ケアマネジャーさんは退院前に関われば報酬がつく、サービス事業者にはつかないから、「呼ぶのもどうかなあ…」という意識があるのでしょうか？

今村 報酬面では申し訳ないですが、私はお声をかけています。それぞれの専門職に必要な情報を、ケアマネジャーが全て集めるのは難しい面があります。退院後に関わる在宅多職種にもカンファレンスに参加していただき、必要な情報を得ていただくのが良いと思っています。参加できない職種の方については仲介し、必要な情報が漏れないようにしたいと思っています。

池野 一度顔を合わせておくだけで何となく状況が把握できるので、退院前に関わる機会があると在宅でのリハビリもスムーズに進みます。サマリーに記載されている情報は限られるので、退院前カンファレンスで直接確認できるとありがたいです。

堀川 サマリーに関しては、どちらかと言うと評価ベース。例えば「吸引必要」とだけあって、回数や時間帯の情報が抜け落ちていることがあります。院内で情報を加えるよう働きかけていますが、不十分なままお渡ししていることもあるのではないかと思います。

今村 在宅サービスを退院後に整えるとなると、ご本人・ご家族に生活の不便さを強いることになりそうですし、リスクもあります。入院中、夜間提供されている医療行為が、在宅ではご家族ができない、ヘルパーは引き継げない、訪問看護師も夜間対応可能な事業所は少ない、となることがあります。ケアマネジャーは、在宅の環境や介護力をイメージして、退院後の課題を入院中に病院と相談できると良いですね。

堀川 病院だと「危ないからお風呂はデイサービスでね」とご本人やご家族に説明するケースがあります。しかし在宅ならではの方法や、ご本人が慣れた環境で引き出される力によってできることもあるのではないかと思います。

今村 退院調整のやりとりで、どうしてもサービス名が挙がってきますよね。でも、家に帰ってご本人の気持ちと状態を確認した時に、「やっぱりデイサービスに行きたくない」と言う方もいらっしゃいます。家で入浴できる方法を考え、やってみると意外にできたということもあります。

堀川 退院前訪問指導で生活動線を確認し、それを踏まえた話し合いが多職種できると良い。ご家族の不安軽減にも繋がるので、在宅多職種の方々にも是非ご協力いただけるとありがたいです。

池野 退院前訪問指導に関わらせてもらうと、この手すりはどういう意図で配置してるんだとわかります。それがなくて何でこんなところに手すりをつけたのかなと思うことがある。意図をわかっていると、次はこうしていかうかという支援の繋がりができる。病院での身体状態から、家での生活を予測して手厚く準備をしても、身体状況は変わっていきます。退院後リハビリ専門職が関わると、変化に合わせて福祉用具やご家族の介助方法の提案ができます。実際に2週間以内にリハビリ専門職が関わったかどうかで、ADLに差がでるというデータもあります。退院後早めに関わらせていただけると効果があると思います。

堀川 回復期リハビリ病棟は、基本的に毎日リハビリがあり、ご本人・ご家族は退院後リハビリの機会が減ることを心配されます。在宅でのリハビリについて、どのように説明すると良いのでしょうか？

池野 そうですね。どうしても物足りないみたいな話にはなりますが、リハビリ専門職が関わっていない時間帯にどんな生活をしてもらうか、ご自身で取り組むことのできるプログラムを含め提案しています。入院中に退院後の具体的な目標が



設定されていると助かります。例えば「〇〇まで買い物に行きたい」という目標なら、足の筋力、玄関先の環境整備、付き添う方の介助方法の指導が必要かもしれないですね。目標やイメージが持てると提案もしやすいです。

今村 退院前カンファレンスで、私たち専門職が専門用語で話してご本人・ご家族が置き去りにならないよう、退院後の生活にプラスのイメージを持ってもらえる工夫も大事だと思います。

在宅から病院へ 入院時の連携

今村 入院時にケアマネジャーは在宅サマリーをお送りしています。病院も入院時に聞いておきたい情報があると思うのですが、どうですか？

堀川 サービスの導入経緯、ご本人がどう望んでサービス調整しているか、同意や拒否のポイント、ご家族との関係性など、本人像や入院前の生活と結びつく情報があると、望む生活がクリアになり病院としては助かります。

池野 ご家族がどれだけ協力できるか、その辺りの情報は欲しいですね。退院後のリハビリで、ご家族に手伝ってもらおうとイメージしていて、結局手伝ってもらえない場合もあります。

今村 私はサマリーを送るときに、「これぐらいの段差がのぼれないと、家に帰れません。その評価はしてください」「ご家族は膝が悪く、身体介護はできません」「金銭的ご負担からサービス導入が難しい」など、必須条件を書くようにしています。

堀川 ケアマネジャーさんから在宅への必須条件を伝えてもらえると、リハビリの目標設定ができるのでありがたいです。回復期リハビリ病棟は患者さんが急性期病院から転院してきますので、ケアマネジャーさんの在宅サマリーが届かないこともあります。

池野 転院先の病院にも、ケアマネジャーさんから情報を送ってもらえると良いですね。

今村 急性期病院から在宅への退院だとケアマネジャーに連絡が入りますが、転院や施設入所の連絡はないことがあります。認知症で身寄りのない独居の方の退院先は分からなくなりがちです。退院先にも情報をお渡ししたいと思っているので、一報いただけると良いですね。

ご本人の希望を多職種で支える

今村 ご本人に「何かやりたい事ありますか？」「心配なことはありますか？」と尋ねてもなかなか出てこない。自宅に行ってみると、お花が綺麗に手入れされていたり、好みのグッズや習字が飾ってあるなど、これまでの生活が見える場面があります。デイサービスでの趣味活動と元々やっていたことが繋がらないか、違うかたちで再開することができないかをリハさんと考えています。

堀川 「活動」「参加」の部分で希望が持てると良いのですが、ご本人やご家族は元のADLを求める気持ちが強いと感じます。

池野 ご本人やご家族は身体機能の回復を強く望まれるけど、ある程度の時期になると、身体機能が上がることは難しい状況もあります。僕らは、ICFでいう「活動」「参加」にいかに関係していけるか、「どうやって地域・在宅で生活していくか」というところに、ご本人やご家族がシフトしてもらえるようアプローチしています。

今村 例えば「ご飯を作りたい」という希望に対し、リハさんに動きを考えてもらい、ヘルパーさんと一緒にご飯を作る。重度の方のポジショニングについて入院中のままとはいかないので、再評価していただくなどケアマネジャーが繋いでいく。ヘルパーさんとリハさんは日ごろすれ違いで会うことがないので、サービス担当者会議が大事なかなと思っています。

池野 僕らリハビリ専門職の強みは身体評価ができることと、身体機能の予後予測のイメージが作れること。退院後にできることが増える方もいれば、できないことが増える方もみえるので、状況をみながらお伝えしています。ケアプランの目標があって、関わっている多職種が同じ目標に向かって支援していくことが一番大事ですね。それぞれの職種、事業所で「こうしていきましょう」というイメージを統一させる必要があるかな。

今村 介護度が高い方ほどケアプランも提案型になってしまっていますが、ひとつでもご本人の目標を引き出せたら良いと思っています。そこには多職種も向かいやすいですね。

堀川 ご本人と対話を繰り返し「目標はこうだね」とわかっていくのが理想ですね。ご本人から確認できない時には、入院前の生活模様や希望について多職種で情報交換できると、本人の意思が推定できるのかなと思います。

在宅療養者のよりよい支援のために

堀川 脳卒中や骨折は、再発リスクが高い病気といわれています。入院中に再発リスクについて、ご本人・ご家族や、在宅多職種の皆さんと共有する必要があると思っています。そうすることが、再発した際の治療や生活についての話し合いに繋がっていくように思います。

今村 在宅で受け取ったご本人の望みを病院に繋ぐ。病院で受け取った患者さんの望みを在宅や転院先や施設に繋ぐ。その時々に関わる多職種が一から情報を集めるのではなく、医療と介護の連携で情報を繋ぎ共有できると良い。私たちは専門職なので、それができるとしています。

池野 急性期でも回復期でも在宅でも、それぞれリハビリ専門職が関わっています。その時々での身体状況を評価し、お伝えできるので、是非リハビリ専門職を活用していただきたい。名古屋市ではリハビリテーション専門職派遣実施事業として、高齢者サロンや老人クラブ等に出向き、腰痛予防・転倒予防などのお話をしています。予防に関しても力を発揮できると知っていただければと思います。

