



在宅ホスピスを支えるネットワーク

看護と介護の連携を中心として

近江真貴子
医療法人社団爽秋会 岡部医院、看護師
成田憲史
同、医療ソーシャルワーカー

大村哲夫
同、東北大学、臨床心理士、チャプレン
岡部 健
医療法人社団爽秋会理事長、医師

はじめに

現在、自宅で死を迎える人は1割程度にとどまる反面、病院で亡くなる人は8割以上にのぼる。その背景として国民皆保険制度と医療技術の向上、核家族化や共働きによる家族関係の変化、労働人口の都市集中化と地域共同体の崩壊による社会変化などが考えられる。

こうした変化は、必然的に病院という場において看護職が介護や看取りを担わなければならない状況をつくりだしてきた。

一方、本来自然現象である死は、家庭から姿を消し、家族の介護力や看取りに関わる文化は急速に失われてしまった。

本院は今から10年前、病院の管理下で最期を迎えるのではなく、自宅で医療処置を受けながら自分の人生を生きることを支援するために、在宅療養支援診療所として開設し、現在は年間約200人(在宅看取り率84%)の看取りに関わっている。

昨今の社会情勢の変化から、再び在宅での看取りが見直されるようになってきた。団塊世代が寿命を迎える2038年問題を前に、在宅支援を行なう医療機関や介護事業所が増加するなど、遅ればせながら体制は整いつつある。

各地で病院と在宅療養支援診療所をはじめとする地域の診療所との連携が行なわれてきているが、

当院ではそのことはもとより、チームケアのなかでの専門職同士の連携、特に看護と介護の連携に重点を置いてきた。本稿ではこの看護と介護の連携を中心に紹介していきたい。

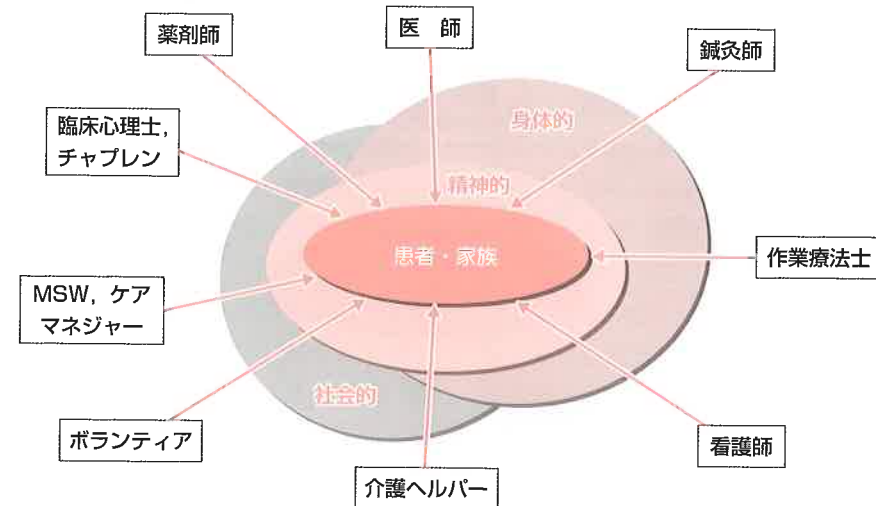
チームアプローチの実現

爽秋会では、在宅緩和ケアを中心とした在宅支援のためにさまざまな専門職が同じチームのなかでケアに当たっている。現在、医師、看護師、作業療法士、臨床心理士、チャプレン、鍼灸師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、ヘルパー、ボランティアコーディネーター、事務職、地域文化研究員など80名を超えるスタッフからなるチームとなっており、院外の調剤薬局はじめ他事業所とも連携をとっている(図1)。これらの職種やネットワークも開設当初からあったわけではなく、患者のニーズに応じて徐々に増えていったものである。

看護と介護のフリートキング

今回原稿依頼を受けて、早速看護職と介護職を中心に、これまで行なってきた連携についてのフリートキングを行なった。以下はそのなかで挙

図1 爽秋会の行なうチームアプローチ



げられた指摘の一部である。

- ・介護をヘルパーに依頼することで看護師は医療に専念できる(看護師)
- ・医療的なことに専念できると同時に、看護師である自分に求められることの専門性がより高くなり、自己学習の時間が増えた(看護師)
- ・ヘルパーは援助方法に生活のなかでの工夫を織り交ぜていて、よりその人にあった方法で取り組んでいてとても効果的だと思う(看護師)
- ・病院で働いていた時は清拭などで時間に追われることが多かった(看護師)
- ・これまであたりまえにやっていた生活援助の部分をヘルパーに依頼することに、初めのうちは違和感があった(看護師)
- ・患者さんのお宅からいつでも看護側に連絡をとることができるので、医療的な問題にすぐ対処できて不安がない(ヘルパー)
- ・ヘルパーが医療的な配慮もしながら24時間介入できるので、看護側も安心できる(看護師)
- ・現場からの連絡などで患者さんの情報がすぐに共有できてよい(ヘルパー、看護師)

- ・患者さんの要望や必要性が、看護側よりただちに伝わるのですぐに対応できる(MSW)
- ・たとえば排泄の方法など、介護側の提案にはなかなか受け入れてくれない患者さんでも、医療側から提案してもらうことでスムーズに導入できる時がある(ヘルパー)
- ・患者さんの身体状況を正確に把握することで、安心して介護に当たることができる(ヘルパー)
- ・患者さんがヘルパーに見せる生活のなかでの一面は、医療者にはなかなか見せないこともあり、貴重だ(看護師)
- ・スタッフルームを共有し密に顔を合わせて情報交換することで、目的・問題を共有できている実感がある(ヘルパー、看護師)
- ・ヘルパーが看護師から技術的なことを教えてもらうことによって、介護の技術が向上した(ヘルパー)
- ・責任、問題、悩みを分かち合える(看護師、ヘルパー)
- ・他職種からのそれぞれの視点があり、患者を多面的に見られる(看護師、ヘルパー)
- ・がんの患者さんは病状の進行が早い。情報共有

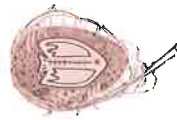
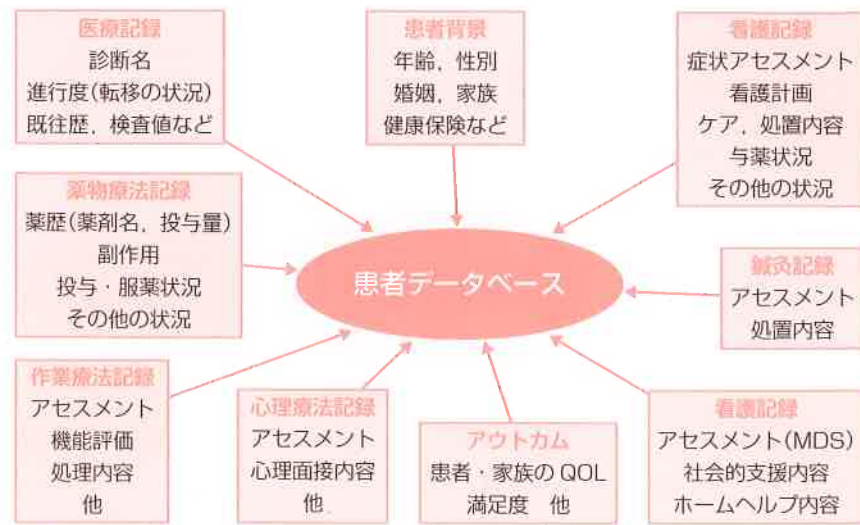


図2 電子カルテを用いた患者データベース



によって、スピード感や臨場感もてる(看護師、ヘルパー)
 ・看取りの経験をしたことがなかったので、はじめはとても不安だった(ヘルパー)

以上のことからいくつかのことがわかってきた。

看護と介護の連携

在宅緩和ケアの訪問看護は医療保険で行なわれる。在宅における看護の役割としては、看護診断の必要性が高く、その範囲も広い。病院においては介護的側面も担わなければならないが、作業範囲は広域にわたるが、在宅においては医療的専門性がより要求される。

そこでヘルパーが介護面を専門的に担うことで、看護師は医療の質の向上に専念できるようになる。看護師が介護行為を行なうことには患者の状況把握をするという観察的側面もあるが、介護側とコミュニケーションを密にすることで状況把握は可能となる。

そのような意味からも介護との連携が重要である。患者の生活を直接支えるのは介護であり、生活が整わなければ医療の提供も難しくなる。

しかし看護と介護の連携を困難にする障害もある。医療保険と介護保険という制度の違いが、患者の療養生活に制約を与えることは少なくない。急な対処が必要な医療保険適用患者の場合、あらかじめ計画されたケアを提供する介護保険は制約を受けやすい。

しかし変化する身体状況に応じたニーズに応えることができなければ、在宅療養を支えていくことはできない。爽秋会ではこのような制度上の問題に当たった時、「患者さんのニーズに応えることは、現行制度の制約に優先される」という共通理解をもって支援に当たってきた。

このようにそれぞれの専門性を高めつつ連携によって患者の全体像を把握することが必要であることは、他の職種間の連携についてもいうことができる。

電子カルテとネットワーク

がん患者の症状変化は激しく、医療依存度も高い。そのため、在宅緩和ケアでは、休日、夜間を含めた24時間対応が必須である。爽秋会では、電子カルテ型情報共有ツールを用い患者情報を共有して24時間対応を行なっている(図2)。

具体的にはメール等を用い症状の変化や生活上の問題など、情報を共有・交換し、タイムリーに対応・解決できるように各職種が努めている。また定期的なカンファレンスでの情報交換はいうまでもなく、時には現場から電話でやり取りしながら、今日の前の問題についてお互いに相談し、ケアをすすめることも欠かせない。

在宅における緩和ケア

緩和ケアは、患者の身体面、心理ないし精神面、社会面、スピリチュアルな面の苦痛ないし苦悩を解消し、患者と家族にとってのQOLを可能なかぎり最良に維持することを目標としている。

患者のこの4つの側面に焦点を当て、トータルペイン(全人的苦痛)の視点でアセスメントすることによって、患者のニーズに近づくことができる。

そのため医師、看護師にとどまらず、ソーシャルワーカーや臨床心理士、チャプレンを含めたさまざまな専門スタッフで構成されるチームアプローチが有効である。

これらのチームが有機的に連携して患者のトータルペインに当たることで、「住み慣れた家で最期を過ごしたい」「家族や親しい人に看取られたい」という自宅での療養を望む人の要望に応えることができる。

おわりに

以上、爽秋会における看護と介護の連携を中心に述べてきた。爽秋会では電子カルテや電話会議など電子ツールを駆使して、チームの一人ひとりが患者さんの「今」を共有している。そしてこの方式を提携する訪問薬局や訪問看護ステーション、介護事業所に拡大することで実効性のある地域ネットワークを目指してきた。もちろんそのためには患者のプライバシーの保護に十分留意していることは当然である。

しかし、どのように詳細で瞬時の情報であっても、共有するスタッフの間に信頼関係がなければ意味をなさない。スタッフルームやケース会議、勉強会、レクリエーションなどさまざまな「顔の見える関係」のなかで築き上げてきたお互いの信頼があってはじめて、これらの電子ツールが生きた意味のある情報となるのである。

さらにいえば自然の死を担ってきた「看取りの文化」の再評価と、死から生を見つめ直す死生観の教育は、在宅ホスピスをはじめ看取りに関わるネットワークを支えるすべての職種の養成で不可欠であるといえる。

近江真貴子 ● おおみまきこ
 医療法人社団爽秋会 岡部医院
 〒981-1226 宮城県名取市植松 1-1-24