

シンポジウム I

「つなぐ」「つなげる」アドボカシー： 地域連携の間隙をどう埋めるか

Advocacy for creating and connecting ties: How to fill the gaps in aligning communities

座長 勝原裕美子

●オフィスKATSUHARA

「地域」という言葉からは、そこで暮らす人々や場の“拡がり”、あるいは“つながり”が想像される。本来、地域にはそういう意味が包括されているのであろう。だが、わざわざ地域「連携」や地域「包括」という言葉を用いなければ、地域内が分断され、人々の生活が阻害されていく。そのような危うさをもつのも、「地域」なのであろう。このシンポジウムに登壇してくれた3人の看護師たちは、その危うさを受け止め、患者から学び、地域の間隙を埋めるための活動に邁進していた。

番匠氏は、急性期病院から地域に戻る患者には三つの壁があるという。それを踏まえ、壁を低くする仕組みの一つとして、訪問看護師が院内に出入りできるようにしたことが紹介された。堀内氏は、自身が運営するグループホームでは、入居者をケアする人たちと入居者は、横並びの関係であることを強調された。その入居者たちの健康管理のためには、外部機関との普段からのつきあいが大切であることを例示された。野口氏は、かつて訪問看護師として活躍し、現在は院内で

退院調整の任にある。その経験を活かし、Advance Care Planningによって、つなげることのできる最善のケアを保証していることを話された。

今ここを生きる患者は、それぞれの生活の場を持ち、人生の途中にいる人たちである。看護師が得意とするのは、その患者を今という「点」で捉えるのではなく、そこに広がる空間やその人の生きる時間、そしてその人を取り巻く人々を含んで見ることができるということだ。身体の状態をアセスメントしたうえで、その人らしく生きられるようにコーディネートする力だ。それは、医療機関であっても、訪問看護ステーションであっても変わらない。その力は、地域という拡がりで見たとときにも発揮される。しかし、地域内のさまざまな組織と組織の間には、物理的にも心理的にも隙間ができかねない。そこに気づき、あくまでも「その人らしい生き方」を支えることへの高い倫理性をもち続けること、その大切さを本シンポジウムでは確認することができた。

身体的な問題を抱えた認知症の人を地域でどう「つなぎ」「つなげる」のか？

堀内 園子 (認知症対応型グループホームせせらぎ ホーム長)

グループホーム(以下、ホーム)は、入居している認知症高齢者と職員が、共に食事を作り、食べ、歌を歌い、食器や家具、トイレなどを共有するなど時間や空間、活動を共有する場です。職員は、暮らしを共にしながら、認知症の症状緩和を目指していますが、入居される方々は、認知症のほかにさまざまな身体的な問題を抱えています(表1)。これらに対して協力医療機関と連携をとっていますが、手術などの外科的治療や、積極的な治療が必要になると、専門病院とつなが

る必要があります。そのようなとき「認知症」を理由に、入院を断られることは少なくありません。「認知症? 治療してどうするの?」「認知症の人が動けないほうが、介護は楽になるんじゃないの?」と言われてたことも一度や二度ではありません。認知症を理由に、適切な医療やケアにつながれないのです。

しかし、うまくつながった例もあります。加藤さん(仮名・70代女性)はホームに入居後、直腸がんが発覚しました。幸い、患部を切除すれば予後はよいと思

表1 入居者が抱えている健康問題

便秘	統合失調症
糖尿病	うつ
喘息	骨粗鬆症・骨関節変形
浮腫	甲状腺機能障害
高血圧・狭心症	白内障・緑内障
高脂血症	不整脈
洞不全症候群	出血傾向
房室ブロック	パーキンソン症候群
狭心症	日光過敏症
がん(直腸・肺・胃)	白癬
手足のしびれ	
尿失禁	

われる病状でしたが、手術をしてくれる病院は簡単に見つかりませんでした。ようやく受け入れてくれる病院がありました。その病院からは、入院前、家族に「がんの手術を成功させることをここでは最優先したい。術後、治療の継続に必要な抑制を許可してほし

い」という要望がありました。また、ホームにも「認知症、そして加藤さんについてよく知っているホームの方に、急性期でできるケアと一緒に考えてほしい」と言われました。家族も、ホームもこの提案を受け入れ、加藤さんは手術を受けました。1カ月後、加藤さんは退院し、ホームへと戻ってきました。がんを切除した加藤さんは、退院後にせん妄は起こしたものの、表情は明るく、明らかに元気になりました。ホームでは、家族の了承を得て、病棟スタッフに退院後の加藤さんの様子をDVDで見てもらいました。病棟スタッフも加藤さんのあまりの回復の様子に「すごい!」と喜んでくれました。この例から見えるのは、つながる相手に「何をしてもらいたいのか? それをもらうために、自分たちは何ができるのか」を明確に伝えることの重要性です。つながる相手も持っている強みと、自分たちのもつ強みは何かを言語化し、伝え合えるよう努めたいと考えています。

つなぐ・つなげるアドボカシー：急性期病院の立場から考える地域連携

番匠千佳子(聖隷浜松病院 看護部)

超高齢社会を迎える2025年を前に、日本は「病院完結型医療」から「地域完結型医療」へと大きく舵をとった。行政は2025年までに地域包括ケアシステムを構築することを目標にしている。急性期病院は、高度な医療の提供と退院支援を役割とし、地域の医療機関などとの連携強化を求められている。今まで戦後70年もの間、日本は高度医療を推進し、国民皆保険やアクセスフリーによって国民誰もがよりよい医療を受けられる制度に守られてきた。患者は急性期病院を“かかりつけ医”ととらえていることも少なくない。地域包括ケアシステムでは、地域に密着した後方病院などを経由し在宅移行する機能分化を推進している。患者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう推進するためには、急性期病院の医療者の立場で感じる壁がある。それは「くすり調整」「食事」「先端医療処置」の壁である。くすり調整においては、薬価の高い薬剤は変更することや、施設で取り扱いできない薬剤を使用している場合など、患者の住む地域から遠く離れた施設しか選択肢がない場合がある。食事においても同様である。最期まで食事をしたいと願う患者の希望を

達成すべく訓練をしても行き先を失う場合もある。先端医療処置を希望する場合にはほぼ在宅療養の選択肢となる。患者も医療者も意識改革を迫られている。療養場所の意思決定を支援するとき医療者も倫理的ジレンマを抱える。

それらの壁に風穴を開ける当院での取り組みを紹介する。一つは訪問看護師が半日ずつ病院と訪問看護ステーションをタイムリーに行き来する看護連携モデルである。これにより圧倒的に互いの情報量は増加し「信頼し合える関係」となり、終末期がん患者など困難事例の退院が増えた。もう一つは慢性期病院との肺炎地域連携パスの試行である。看護師長同志が顔を合わせて話し合うことによって、信頼感をもって患者を「託す」ことができるようになった。

つなぐ・つなげるアドボカシーのためには、医療者同士が「顔が見える関係」から、「信頼し合える関係」に発展できるかどうかだろとうと考える。地域連携の壁を打破するには、まずは看護師間で信頼し合える関係を創りあげることが鍵となろう。

利用者にとっての最善の生活を多職種で検討する

野口 忍 (北摂総合病院 退院調整担当看護師長 在宅看護専門看護師)

利用者にとっての最善の生活とは、地域包括ケアシステム内において、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的の下で、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供がなされることである。そのためには急性期病院であっても、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう支援することが求められる。

多職種連携でかなえた終末期がん患者の在宅での看取り事例で、あらかじめ緩和ケアチームのCNと本人と妻がACP(アドバンスケアプランニング)を行っていたことで、アドボカシーが機能したことや、改めて院内はもとより、普段からの地域での多職種との連携の重要性を痛感したことを述べた。

地域へのアウトリーチとして、2015年8月から地域包括ケアシステムの連携強化のために多職種連携の会を自院の地域医療連携室室長、訪問看護所長、ケア

プラン所長、退院調整担当看護師長をコアメンバーとして立ち上げ、整形外科部長を会長に、内部世話人に副院長(救急診療科)、副院長補佐(消化器内科)、看護部長、外部世話人に開業医2名(内科、外科)と多様な専門職が集結した。地域の多職種間の顔の見える連携を目指して定期的な交流会を年3回行い、その第2回目の会の様子を報告した。

おわりに老病死から逃れられる人間はおらず、そのうえでどう生き、どう死ぬのかを利用者だけでなく、私たちも自分の課題として考え続ける必要がある。人間の老病死を支える地域包括ケアシステムは、単一職種だけの支援だけでは実現不可能であり、特に看護師はキーマンである医師を巻き込む役割がある。住民も多様、専門職種も多様なほうが、その方にとってのよりよい最善が検討できる。多様性の尊重こそが持続可能なシステムを作るとするのは周知の事実であると締めくくった。