

“ひらめき”を生む視点 直感が看護の現場を変える！ 看護管理編

途切れない看護、 見せ合える看護、 渡し合える看護を しませんか

～点から線につなげる看看連携



山崎和代
西宮市社会福祉事業団
訪問看護課 課長/保健師

大学病院で5年間勤務。外来看護の経験より「自宅でも看護が必要」と想い、保健所勤務を経て1994年西宮市社会福祉事業団に入職。2001年社会福祉法人 西宮市社会福祉事業団 西宮市訪問看護センター管理者、2010年より現職。認知症の亡き父の介護経験から、「その人らしさ」を常に考えている。全国訪問看護事業協会理事、兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会運営改善委員、兵庫県看護協会訪問看護推進委員としても活動している。

「生活を見る医療者」 ～その人の思いや願いを支える

ここ数年、「人口減少（都会における顕在的な高齢化問題の表出）」「医療費削減」「病床機能の分化と連携」「在宅医療の充実」が加速するなか、地域では医療機関との連携が欠かれない不安定な状態や重症な高齢者を担当する機会が増加しています。

私の職場である西宮市社会福祉事業団は兵庫県西宮市にあります。西宮市は関西の若い年代に「住みたいまちナンバーワン」と評価され、高齢化率が20%前半と低いにもかかわらず、高齢独居、老老介護、認知症夫婦、複



佐藤 謙
公益財団法人 日本心臓血管研究振興会附属
榊原記念病院
監理部 部長 (企画・運営担当)

前号までのリレー連載では主に事務職による“ひらめき”を紹介してきましたが、新たに始まった本リレー連載では看護職による“ひらめき”を紹介していきます。初回のテーマは訪問看護です。今後、病院主体ではなく、病院から在宅への流れが加速していく中、より継続した看護の提供が求められます。そこで、病院での看護を在宅へと継続させるため、本稿が訪問看護師を知り、訪問看護師とどのようにかわるべきかを知るきっかけになれば幸いです。

数の合併症を抱える人、生きることへの問題を抱えた介護者や家族などが顕著に増えています。その地域において、西宮市社会福祉事業団の訪問看護ステーションは、「生活を見る医療者」として、その人の思いを知り、感じ、一緒に考え、その人らしい生活を支えています。

今後、さらなる診療報酬の改定や機能分類に基づいた病院・病床数規制等により、医療機関における看護師の再配分が始まろうとしています。ですが、そもそも医療機関の受け皿ともなる在宅医療では訪問看護と同時に提供しなれば在宅医療者の健康状態を良好に管理できなため、在宅医療には訪問看護師が欠かせません。

しかも、在宅医療者の状態に変化が生じた時、患者や家族から連絡を受けて対応するのは訪問看護師でもあります。在宅医療者や在宅で看取りされる方が増加していく中、医療機関の看護師のみならず訪問看護師を知り、点から線に途切れない看護、見せ合える看護、渡し合える看護をしませんか。

点から線へ、途切れない看護の 提供をしてほしい

私は訪問看護師になって22年になります

が、医療機関との連携、とりわけ看看連携において、お互いをよく分かった上で連携していると感じたことはほとんどありません。病院からすれば、訪問看護は介護保険サービスであるため、分かりにくさを深めていることでしょう。

私は病院の看護師の皆さんの前で話す機会がある時には、「訪問看護は看護師による医療提供の一部。在宅医療は、訪問看護と同時提供しなければ在宅医療者の健康状態を良好に管理できないため、在宅医療には訪問看護師が欠かせません」「病院での看護師一人ひとりの看護が患者一人ひとりの生き方への支援につながる」と伝えてきました。その思いがようやく叶えられ、2015年の9月より、病院の地域連携部署の看護師、病棟の担当看護師、MSW、ケアマネジャーや訪問看護師らと退院前の入院患者への院内ラウンドや退院時の自宅への同行訪問をさせてもらいました。

在宅療養につなげるための退院前の 院内ラウンドと退院時自宅訪問

病床数400床、平均在院日数9.9日の急性期病院において、1週間に1回30分程度で1～5事例の院内ラウンドに同行でき、地域医療連携部署スタッフからの相談も随時受けようになり、さらには退院時の自宅訪問へ同行させていただいた例もありました。振り返ってみれば、2016年3月末まで21回の院内ラウンドを実施できたため、2016年度も継続的に実施したいものです。

点から線へのつながり その1

肝性脳症で退院する人に対し、病棟の担当看護師、訪問看護ステーション管理者およびケアマネジャーと院内ラウンドをし、退院時の自宅訪問にも同行させてもらいました。病状共有：院内ラウンドにおいて、脱水の治

療をすれば肝性脳症は落ち着くため、その状態維持を自宅できずかを検証することを病棟の担当看護師、訪問看護師、患者と共有した。

内服管理：薬カレンダーやピアール（大きな瓶に入れており、一回分ごとにセットが必要）の在宅療養での管理の困難さに対し、訪問看護師から病院の看護師に相談していたにもかかわらずなかなか変わらなかったが、病院の看護師が退院時に同行訪問をした際、「大変なんだ」と分かってもらえるようになった。

夫の介護負担：生活環境や仕事を察し、「病院で夫にいろいろ指導してきたが、介護は難しいと感じている」との病棟の担当看護師の評価の下、在宅では、週4回のデイサービス、週1回の訪問看護、服薬管理や食事の調理、水分摂取の促しを目的に朝夕週4回のヘルパー訪問の計画につなげられた。

訪問看護ステーション管理者の感想：入院中の在宅療養候補者に対する院内ラウンドと退院日の在宅への同行訪問をすることで、病棟の担当看護師と訪問看護師やケアマネジャーがディスカッションでき、入院中から在宅療養を見越した看護行為等の修正や退院後のケアプラン作成につなげられ、円滑な在宅療養に移行できると思う。しかし、診療報酬の退院支援指導加算だけでは採算が合わないため、ふさわしい評価が欲しいところである。

点から線へのつながり その2

院内ラウンド終了後、地域連携室の師長より「外来受診時かなり状態が悪く、妻に訪問看護導入の了解を得ているため、説明に行ってももらえないか」との投げかけがあった。早速退院前に訪問し、在宅医につなぐ。訪問看

護を1回実施したが、その後短期間で在宅死され、家族と一緒にエンゼルケアを実施。

点から線へのつながり **その3**

病棟の担当看護師や地域連携部署の看護師から、在宅で亡くなった状況を教えてほしいと要望があった。その人らしいエピソードも含め、実際の家の風景を写真で見てもらったことで、入院での療養生活とはずいぶん異なっていた。いきいきとした様子と、入退院を繰り返していた人が在宅療養5カ月間という期間、入院せずに在宅で最期を看取れたことに対し、病院側の看護師より驚きの声が上がった。

* * *

院内ラウンドをすることで、病院側の看護師は多忙な中、情報把握に大きな努力をされている一方、「その人が生きていく上で大切な思いや願い、その他知り得た貴重な情報はどう活かすべきか」が分からず、困っていると感じたため、在宅医療へのつなぎ方を伝えるようにしています。しかし、そもそも病院側の看護師は在宅のことを知らないこともあり、直接外部の人とつながることに抵抗感が見受けられることもあります。

また、「もう一人でできているから大丈夫」と判断し退院させたのち、医療器具の管理や排泄がうまくいかないと本人からケアマネジャーに連絡があり、訪問看護ステーションが緊急対応的に対処することもたびたびありますので、病院側の看護師に対し、退院直後2週間の訪問看護（医療保険、1回当たり1割負担で1,300円ほど）による継続看護の必要性を常に伝えていきます。

今では普通になりつつある退院直後の訪問看護について、病院の地域連携部署の看護師より「患者さんが退院した後でも看護の目があり、安心して過ごすことにつながると分

かった」と話してくれるようになりました。今後、一層の連携推進に向けた取り組みとして、地域連携室の医師や病棟棟長を「連携推進者」とし、連携に潜む課題解決に向け、次のような看看看護連携にかかる構想の実現を模索しています。

- ①患者が過ごす場所が病院から自宅に変わると看護が必要でなくなるわけではない
- ②「家に帰りたい」と望む患者がいれば、訪問看護の必要性の有無にかかわらず、訪問看護ステーションに連絡や相談をするのが当たり前になる
- ③地域連携は地域連携部署だけの業務ではないことを看護師が理解し、病棟の担当看護師と訪問看護師の看看連携を当たり前にする
- ④患者の退院後の安心な在宅療養生活のための看看連携推進には、看護師だけでなく、医師や患者本人の理解が欠かせない。継続看護を常に頭の片隅に置き、看看連携を当たり前にする

看看連携が意味するもの

～病院看護師が地域包括ケアシステムに果たす役割は大きい！

今回の診療報酬改定において、地域包括ケアシステムの推進、つまり患者が住み慣れた場所で過ごすための退院支援や連携推進に対する新たな評価項目が設定されました。地域ケアマネジメントのあり方を問う「退院支援加算1（600点、1,200点）」では、介護と医療の連携推進をねらっています。病院が算定する項目は、「介護支援連携指導料」が300点から400点へ、「退院時共同指導料2」が300点から400点へ（規定の要件を満たせば2,000点加算）、新生児特定集中治療室からの退院を支援する「退院支援加算3」1,200点

の新設などがあり、地域の医療機関や訪問看護ステーションとの連携が評価されました。

末期状態の患者本人が「自宅で最期を！」と希望しているにもかかわらず、入院治療を優先してしまうことや、入院治療の優先に疑問を抱く看護師もいますが、本人や家族を含めた多職種協働で最期を迎えるため、いかに患者本人の思いに近づき支えられるかが大切であり、そこに医療機関と在宅、職種といった壁はないと思います。

もちろん、介護認定を受けていればケアマネジャーとの連携が必須ですし、その上訪問看護との連携も必要な場合があります。画一的な対応ではなく、個別に訪問看護の必要性を病棟看護師がアセスメントできなければ、退院直後の医療提供体制の中の「看護」部分が不十分になります。それほど病院看護師が地域包括ケアシステムに果たす役割は大きいのです。

さらに、退院直後の在宅療養支援に関して、退院後訪問指導料（580点）、訪問看護同行加算（20点）という評価も新設されました。これを機に、医療機関の看護師と訪問看護ステーションの看護師が協働し、在宅で退院支援のためのカンファレンスや引き継ぎが「当たり前前」になることを非常に期待しています。退院直後の不安定になりやすい状態の人の生活と医療、両面を見て看護ケアを提供し、主治医と連携して安定化を早期に図る役割を担うのは訪問看護師です。そこが保証されなければ、退院後すぐ再入院を繰り返してしまうため、ぜひ「退院後訪問指導」を訪問看護ステーションの看護師同行によって実現してほしいです。

ケアマネジャーが素晴らしいケアプランを立て、患者の在宅での生活全体をコーディネートしようとしても、その患者が入院して

しまっちは本末転倒のため、病院側の看護師一人ひとりが地域包括ケアシステムに果たす役割が大きいのです。

看看連携を普通に

～看護の本質を守るために

保健師助産師看護師法5条で看護師を「療養上の世話」と「診療の補助」の二面を行う者と定義していますが、急性期を担う医療機関の平均在院日数は年々短縮化している上、難易度の高い診療補助行為つまり特定行為を担うようになるなど、看護師業務は高度・専門化しつつあります。しかし、私たちの職場に「訪問看護がしたい」と就職相談に来る看護師からは、「病院では忙しすぎて本当の看護ができなない」「多くの人の最期を見てきて、本当にこれだけでよかったのかと疑問に感じ続けてきた」と言われることがあります。

今後、地域包括ケアシステムを踏まえた医療提供での適切な看護提供には、医療提供場に依存しない看看連携が一層必要になってくるため、看看連携を当たり前にしていくことが求められます。住み慣れた場所で最期まで過ごせる地域づくりのため、病院と訪問看護ステーションの看看連携強化がその大きな要です。さらに、化学療法室や透析室などの看護師、地域の多様な場所で働く看護職同士による看看連携も急務です。

病院や施設、訪問看護ステーションという形にとらわれず、予防も急性期も看取りも担う看護師集団が地域で発展すれば、看護の本質も専門分化での役割もすっかり発揮できるのではないのでしょうか。多忙な現場でも実践可能な方法を見いだせるよう、職能団体や研究者との協働も視野に入れて進めていければと思います。