

地域

ケアリンク

特集

医療と介護の新たな連携

特集編集
辻哲夫
東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授

6

2019 Vol.21 No.6



あの人に
インタビュー

特定非営利活動法人 支援技術開発機構
理事長

山内 繁

ケアリンク

地域

June 2019 CONTENTS

- 1 あの人にインタビュー **山内 繁** (NPO支援技術開発機構理事長)
- 特集 **医療と介護の新たな連携**
New cooperation between home medical and nursing care
- 6 **超高齢社会の到来と医療介護の連携について**
Promotion of interdisciplinary cooperation between home medical and nursing care toward super-aged society
辻 哲夫 (東京大学) Tetsuo Tsuji The University of Tokyo
- 12 **市民や一般の介護職・医療職にとって地域包括ケアとは**
The community-based integrated care system for citizens and general care workers and medical workers
長尾 和宏 (医療法人社団裕和会) Kazuhiro Nagao Medical Corporation Yuwakai
- 18 **横須賀市医師会・行政協働の地域包括ケアシステム作り**
Collaboration of Yokosuka medical association and administration to build the community-based integrated care systems
-comprehension and practice of the "communication channel concept"; an ultimate way to multi disciplinary cooperation-
千葉 純 (横須賀市医師会) Jun Chiba Social welfare corporation kokoronokai
- 27 **医療と介護の連携における立地政策について 一柏市一**
City planning for a longevity society in Kashiwa city —home medical treatment promotion—
稲荷田 修一 (柏市企画部) Shuichi Inarida Planning and Coordination Section in Kashiwa city
- 34 **地域住民の意思決定を支える新たな連携について**
For a new cooperation to support the decision-making of local residents
益田 果奈 (訪問看護ステーション来夢) Kana Masuda Raimu Visiting Nurse Station

福祉の現場から

- 40 ◎地域医師会事業の発展条件に関する一考察 一尾道市医師会方式を事例として一
高間 沙織 Saori Takama
- 49 ◎フレイル予防に対する身体活動量の向上を促す視点と方策
高木 大輔 Daisuke Takagi 影山 昌利 Masatoshi Kageyama
- 52 ◎認知症を抱える家族介護者への地域支援の取り組みへの提言 一認知症を抱える家族介護者と専門職者による語り合いの場を通して一
榛 直美 Naomi Ichiki
- 55 ◎救急一在宅連携・循環型アセスメントモデル構築に向けて
山口 真有美 Mayumi Yamaguchi
- 58 ◎チーム医療における看護専門外来の開発に関する研究
岩永 喜久子 Kikuko Iwanaga
- 62 ◎舌立体認知能と摂食嚥下機能評価への活用
増田 渉 Wataru Masuda 河岸 重則 Shigenori Kawagishi
- 66 ◎レセプトデータベースによる重症インフルエンザに関する疫学研究
横道 洋司 Hiroshi Yokomichi 望月 美恵 Mie Mochizuki 山縣 然太郎 Zentarō Yamagata
- 71 ◎地域包括ケア推進に不可欠なケア専門職のIPWスキルとは
松岡 千代 Chiyo Matsuoka
- 74 ◎地域特産品の有効活用を目指した柚子ペーストの開発
君羅 好史 Yoshifumi Kimira
- 78 ◎口腔ケアによるインフルエンザ予防の可能性
～口腔細菌によるインフルエンザウイルス感染促進メカニズム～
神尾 宜昌 Noriaki Kamio 今井 健一 Kenichi Imai
- 82 ◎多職種の実践過程を可視化するF-SOAIIPによる人材育成の提案
一「生活支援記録法ワークシート【初回・導入・OJT 版】」の意義と多領域での実践報告一
嵩末 憲子 Noriko Shimasue 小嶋 章吾 Shogo Kojima
- 92 ◎カロテノイドの機能性研究と有用食品素材の探索
前多 隼人 Hayato Maeda 泉 ひかり Hikari Izumi 福田 覚 Satoru Fukuda
- 97 ◎地域包括ケアシステムにおける病院看護部門の参画と自治体との連携に関する研究
石原 美和 Miwa Ishihara

特集

地域住民の意思決定を支える

新たな連携について

医療法人松尾クリニック訪問看護ステーション 来夢 管理者 益田 果奈



●ますだ かな
1999年より公立病院勤務を経て2006年より医療法人松尾クリニック訪問看護ステーション来夢にて勤務、2017年より管理者。グリフィス大学看護学部卒業、3学会認定呼吸療法士

●あらすじ

医療法人松尾クリニックでは患者会を企画・運営することで地域コミュニティを形成し地域住民の健康寿命を延ばす一端を担ってきた。また「在宅医療・看護を考える会」という多職種が参加できる会を開催し、医療・看護・介護の連携がスムーズになるよう活動している。在宅現場の多職連携種の手段については共通ツールを模索中で課題も多い、そこで当ステーションで行っている連携の方法の1事例について紹介する。超高齢化社会、多死社会を迎え、いかに高齢者に健康に過ごすことができるか、また人生の最終段階において自ら意思決定をすることが出来るかがポイントになる。地域を巻き込んだ、地域住民を多機関で支える「新たな連携」について考えてみたい。

● For a new cooperation to support the decision-making of local residents

Kana Masuda
Manager, Raimu Visiting Nurse Station
Matsuo Clinic Medical Corporation

はじめに

医療法人松尾クリニックは昭和60年10月1日に大阪八尾市に設立し、33年前の創立当初より在宅医療に取り組んできました。訪問看護ステーション来夢は、介護保険制度が始まる4年前の平成8年4月1日に設立。当事業所がある八尾市は人口266,943人(平成30年12月)で平成30年4月より中核都市に指定されました。平成27年の国勢調査結果では八尾市の高齢者率は27・4%(全国平均26・7%)となっており全国平均よりやや高く、夫婦共75歳以上

の高齢者世帯数は4,025世帯で全世帯の3・6%、75歳以上の単独世帯数は8,343世帯で全世帯の7・6%を占めています。また八尾市統計書2018年度版によると、要介護認定者数は16,177人、75歳以上の高齢者が38,692人在住しています。対して八尾市における一般病床数は1,949床、老人福祉施設と介護保険施設で計2,106床となっています。地域住民の高齢化により、在宅療養のニーズは高まってきています。現在は、在宅支援診療所や訪問看護ステーションも増え、在宅死を受け入れる現状が整ってきていますが、現状は病院で療養し亡くなる方が8

割を超えています。また病院―在宅間の連携のみならず、在宅の現場では、経営母体の違う様々な事業所が関連してチームをつくるため、共通の理念やツールが無い中で連携は難しい部分もあります。しかし、在宅療養を支えるためにはインフォーマルな支援も含め多職種で連携し関わっていくことが必要です。そこで今回、地域住民の意思決定を支える新たな連携について考えてみたいと思います。

1. 地域住民を知るといふこと ―患者会での取り組みについて―

医療法人松尾クリニックでは、「納得の行く質の高い診療」「親身になった在宅医療」「患者会を通じての患者さんとの交流」を基本理念として掲げて日々の診療や看護を行ってきました。昭和62年10月に「全人的医療」を行うには、患者さんの生活全般、性格、家族、ものの考え方、経済状態、人間としてのすべてがわからないとその人に合った医療などできない、という考えから、患者会が発足しました。現在32年目を迎え、

会員数約130名で、会費不要・入退会自由で運営しています。患者会は、年4回、新年会（1月）や春の集い（4月）、七夕祭り（7月）、作品展（11月）として開催し、病気や健康面にまつわる講義とレクリエーションを組み合わせて行い、作品展では、患者さんが制作した作品を展示し、発表する会を設けています。またクリニックでは、歌の教室や七宝焼教室、太極拳教室なども行っており、外来の患者さんには、待ち時間の待機中の時間を活用し、生け花を行ってもらう取り組みもしています。教室では時に患者さんが講師をし、医師はじめ看護師や事務スタッフが生徒ということもあります。作品展や各教室ではそれまで知らなかった患者さんの特技を知ること多々あり、その技術の高さに驚くと共に、その方の人となりを知ることが出来る機会になっています。クリニックの患者さんは近隣に住む住民の方が多く、そこで様々なイベントを企画することで新しいコミュニティが生まれて、例えば「今日はあの人来てないけど、大丈夫かな?」「ここにきたらみんなの顔が見られる」「相談することがで

きる」と、クリニックが地域の一部となり、顔の見える関係を築いてきました。地域に溶け込むことで、患者とスタッフという垣根を越えて、人と人のつながりを持つことが出来ていると思います。厚生労働省によると平成28年の健康寿命（介護を受けたり寝たきりになったりせず日常生活を送れる期間）は男性72・14歳、女性74・79歳で、平均寿命と健康寿命の差は男性8・84年、女性12・35年という結果でした。これからは、いかに健康寿命を延ばしていくかが課題です。患者会の参加者は、健康意識が高く、高齢であっても元気な方が多く、患者会活動で趣味や健康に関するレクチャーやコミュニティ作りをすることで、結果的に、フレイル予防が出来て、地域住民の健康寿命を延ばすことにつながっているのではな

2. 医療・看護・介護の 連携について

いかと感じています。

当院では平成16年より「在宅医療・看護を考える会」という、多職種が参加できる

人間としての全てがわからないとその人にあつた医療はできないという考えから患者会が発足しました。

表 在宅医療看護を考える会の活動内容

在宅医療看護を考える会		活動内容
第1回 「連携を考える」	第16回 「嚥下・口腔ケアなど」	
第2回 「呼吸不全の在宅ケア」	第17回 「住宅環境について」	
第3回 「ターミナル」	第18回 「認知症について」	
特別セミナー「肺高血圧症の最新治療と在宅療法」	第19回 「在宅での独居の問題について」	
第4回 「介護予防」	第20回 「高齢者における PEG をめぐって」	
第5回 「ALSの在宅ケアについて」	第21回 「口腔ケアと嚥下障害について」	
第6回 「認知症とうつ等」	第22回 「緩和ケアにおける浮腫について」	
第7回テーマ 「緩和ケアの連携を考える」	第23回 「終末期医療について(1)」	
第8回 「在宅での栄養管理」	第24回 「終末期医療について(2)高齢者の看取り」	
第9回 「フットケア」	第25回 「呼吸リハビリと排痰補助」	
第10回 「呼吸リハビリテーション」	第26回 「サルコペニアを含めた骨粗鬆症について」	
第11回 「遷延性意識障害者」	第27回 「生活参加を支援する口腔ケアプログラム」	
第12回 「在宅リハビリと連携」	第28回 「在宅でのむくみの診かた」	
第13回 「創傷治癒」	第29回 「嚥下性肺炎の予防」	
第14回 「小児の在宅医療について」	第30回 「フレイル予防」	
第15回 「排尿障害について」	第31回 「がん患者を支える取り組み」	

連携の為には各専門職が専門性を生かし把握した情報を共有していくことが必要です。

会を年に2回開催しています。当クリニックがある八尾市は大阪市に隣接しているため、地域住民の多くが大阪市内の病院にも

通院している現状があります。そこで、市内の専門病院と連携する必要があり、広域な地域に渡る連携が必須になっています。

病院―在宅間の連携がより一層スムーズになるように、「在宅医療・看護を考える会」を発足しました。会は次回で32回目を迎えますが、これまでに、多岐に渡る医療・介護の専門職の方々や患者・家族の方にも講義して頂き、終末期医療や呼吸リハビリテーション、リンパ浮腫のケア、独居高齢者への支援やALS患者への支援など、様々なテーマについて、互いに学びを深めることで、在宅医療・看護の質の向上に努めてきました(表)。

「連携」とは、「誰か」1人がその役割を担うものではありません。各専門職が自らその専門性を活かし把握してきた情報を発信し、共有していくことが必要です。連携を行う際には、相手の状況や職種の特長、関心している制度を理解するようにして、関係性はフラットです。実際の連携方法ですが、何か情報を発信する際には、連携先の事を知っておくと、どの方法が一番受け取りやすいのかを考えることが出来ます。現在はICTも発達し、情報共有も便利になってきていますが、事業所が違う多職種で連携することが多い在宅の現場では、どの共有

医療・介護・看護の連携手段として、連絡ノートを使って申し送りするのは有効です。



写真2 ご家族とスタッフの集合写真



写真1 連絡ノート

ソフトウェアを使用するのか、また個人情報
の保護の観点などの課題があります。

医療・看護・介護の1つの連携手段として、現在は、自宅に「連絡ノート」を据え置き使用しています。ご家族を始め、医師、看護師、介護士など関連機関に声をかけ、訪問内容日々の申し送り事項や留意事項、また依頼などを記入してもらいます。誰にでも使え、準備も容易で、自宅に置くため個人情報漏洩の心配もなく、直行・直帰の事業所があったとしても、自宅で経過を確認することが出来ます。

A L S (筋萎縮性側索硬化症) のAさんは、5年前より当ステーションからの訪問看護を開始された患者さんです。病状が徐々に進行し現在は人工呼吸器を24時間使用中です。当初より保健師やケアマネージャーと連携し、訪問診療と訪問看護ステーション2ヶ所(理学療法士の訪問も含む)・訪問介護ステーション2ヶ所・訪問歯科診療、歯科衛生士、訪問入浴を利用され、多職種で支援しています。訪問介入時よりノートを活用し現在は15冊目になります。ご家族は今までのノートを全て残して

おられ、連絡ノートは今までのAさんの療養記録にもなっています(写真1)。

A L S患者さんのケースでは、多くの職種で関わるが多く、その分連携が難しくなります。ノートを使用することで、各種の経時的な記録が残り、情報共有や申し送りに役立っています。また直接顔は合わせなくても、文字で関連職種とコミュニケーションを図ることができているように思います。またAさんのケースでは年2回ほど、春と秋にご家族はじめ医師や関連機関のスタッフ総出で花見や近隣の施設へ外出しています。(写真2)円滑な「連携」は実際の在宅の現場の医療・介護の質の向上や、日々起こりうる様々な患者さんの困り事をスムーズに解決するために必要不可欠です。こうした顔の見える活動を継続して行うことにより、より一層連帯感を持ち、ひとつの「チーム」として患者さんを支援することができていると感じています。

3. 地域住民の意思決定を支える

平成25年版高齢社会白書によると、高齢

死を身近で経験することが少なく、家族を自宅で看とるのが想像しにくい現実があります。

者の延命治療の希望について、65歳以上で「少しでも延命できるよう、あらゆる医療をしてほしい」と回答した人の割合は4・7%と少なく、一方で「延命のみを目的とした医療は行わず、自然にまかせてほしい」と回答した人の割合は91・1%と9割を超えています。また「治る見込みがない病気になった場合、どこで最後をむかえたいか」という問いに54・6%の人が自宅で療養したいというデータが示されているのにも関わらず、未だに病院で迎える死が多いのはなぜでしょうか。戦後のGHQの政策にて日本の医療は様変わりしました。人口動態統計によると昭和26年には自宅死が80%を超えていましたが、昭和51年には在宅死と病院死の割合が逆転し、現在では、病院死が80%近くを占めています。以前は家庭内で家族が亡くなっていく過程をみるのが当たり前に行われていましたが、時代の経過と共に「死」というものを身近で経験することが少なくなり、病院以外の場所で死ぬということや、家族を自宅で看取ることが想像できない現実があるように思います。

「死」に至る原因はがんや難病などの疾病や加齢に伴う臓器不全など様々ですが、キューブラー・ロスは、1969年に著書「死ぬ瞬間」において、末期的な病気で死に向かう人々には、否認、怒り、取引、抑うつ、受容の5段階の過程があると述べています。人が死の過程において感じることは普遍的で、死にゆくことに對する恐怖は皆が感じることです。その中で、患者さん自身やご家族に寄り添い、共に考え支援する人が存在することで、人生の最終段階の質を高められることにつながると思っています。ロスはまた、死への過程について、5段階のなか継続してある現象が「希望」だと言っています。それは、日々看護を続けるなかで実感することであり、死の過程の渦中にあっても「希望」があるから生きていられると思っています。医療者は、その希望の芽を摘み取るのではなく、患者さんが微少であつても何かしら希望を感じて生きていけるようにサポートする役割があります。

記のデータ通り、国民の多くが在宅療養を望んでいるのなら、どのように支援すればそれが可能になるのでしょうか。在宅支援に関連するサービスは、地域住民にとって複雑でなじみがなく一般的ではありません。実際に在宅療養を選択しても、退院前や退院直後は、自宅で療養することに対し不安を抱えている場合が多々あります。そうした不安が、在宅療養を選択する際の障害因子の1つになっているのだと思います。そこで、地域住民の方々が元気な時から、在宅支援サービスや制度や、いつかおとずれる死についてのデスエデュケーションを含め、多職種の専門職と共に考えていくことで、在宅療養に対する不安を解消することが出来ればと考えています。

4. 地域住民を支える新たな連携について

在宅療養では、病院のように「衣・食・住」が必ずしも保障されておらず個人差があります。住環境や栄養、清潔など生活の支援が適切に整わないと療養生活を維持でき

ず、それには、医療・介護の専門職や近隣の住民などのインフォーマルな支援も含め多職種で連携し関わっていくことが必要です。インフォーマルな支援は、地域の中にも差があり個人差もありますが、例えば、自治会長や民生委員、宅配弁当のサービス、なじみの喫茶店や八百屋・酒屋などの商店や、電化製品に異常があると駆けつけてくれる町の電気屋のサービスなど。これからは地域ぐるみで互いを支え合っているような関係性の構築が大切になってくるのではないかと思います。

また訪問看護で関わる方は、制度上既に現在要介護状態や疾病を抱え脆弱な状態になった方が多く、日々の訪問の中で、もっと早い段階で関わる事が出来れば…と思うこともあります。地域住民の方々が、要介護状態に陥る前に、訪問看護師や多職種の専門職と接することが出来る「場」や「機会」を作ることが出来れば、地域住民の健康支援の一端を担えるのではないかと考えています。そのためには、地域住民を支える「新たな連携」として、今支援を行っている在宅支援現場の多職種間の連携だけで

はなく、訪問看護師や多職種の専門職が、地域住民を支えている市町村や社会福祉協議会、保健所などや地域の自治会や市民団体の方々と連携していく必要があります。まずは自ら関連機関に向き、顔の見える関係作りを行い、地域の問題やニーズを共有し、解決の方法を共に考えていければ、と思っています。

制度の壁もあり、訪問看護師が「地域の看護師」としてどのような形で参画出来るか分かりませんが、日本看護協会が提言している看護師のクリニカルリーダーの4つの核となる看護の実践能力「ニーズをとらえる力」「ケアする力」「協働する力」「意思決定する力」この能力を活かし、地域住民のニーズをとらえ、そのニーズに対しケアを行い、問題解決のため協働して関わり、意思決定を連携しながら支えることで、看護師が地域に貢献することが出来るのではないかと考えています。

日本は世界でも例をみない超高齢社会を迎えています。地域住民に対し、当クリニクの「患者会」の活動や「在宅医療・看護を考える会」での多職種連携の研究會活動を続けながら、地域住民がこれからの超高齢、多死社会の中であっても、出来るだけ健康で、住み慣れた地域で自ら意思決定を行い暮らし続けられるよう支援していきたいと思っています。このような地域包括ケアシステムを築いていくためにも、まずは、地域住民を支える「新たな連携」として、在宅療養を支援している多職種や市町村や社会福祉協議会、保健所などや地域のインフォーマルな自治会や市民団体の方々と連携し、フレイル予防のための関わりや、在宅療養を支援するサービスや制度についての説明、いつかおとずれる死に対してのデステデュケーションなどの機会を作り、その中で、訪問看護師が「地域の看護師」として、どう寄りできるのかを模索し活動していきたいと考えています。

おわりに

住民が住み慣れた地域で暮らし続けるための「新たな連携」の模索が必要です。