

入退院支援特集(後編)

「農民とともに」307号(2018年10月31日発行)で行なった「入退院支援特集」の後編です。前編では「入院前と入院中」をテーマに、本院と佐久医療センター、小海分院、それぞれの施設で入退院支援に携わる4名の職員に語っていただきました。

今回はその後の「地域へ戻るとき」がテーマです。退院後の患者さんとそのご家族に対し、地域に密着しながら支援を行う職種を代表し、3名の職員にお集まりいただきました。「手順としての業務」では語りきれない心構えや視点をすることができます。司会は前回に引き続き病棟看護の経験も豊富な日向師長でお送りします。



【司会】

日向美佐江(ひなた・みさえ)
佐久医療センター 地域医療連携室師長

【スピーカー】

碓氷篤子(うすい・あつこ)
佐久総合病院 居宅介護支援事業所所長

更級さおり(さらしな・さおり)
佐久総合病院 地域ケア科師長

渡辺剛史(わたなべ・つよし)
佐久総合病院 医療社会事業科科長

それぞれの職種の役割

日向…今回は患者さんを「地域へ戻るとき」がテーマです。数ある職種のなかからケアマネジャーとソーシャルワーカー、訪問看護師の皆さんに代表でお集まりいただきましたが、地域へ戻るとき、それぞれどんな役割を果たされているのでしょうか。

碓氷…ケアマネジャーの業務は、病院から在宅に帰ったときに、「今まで長く送

ってきたご自分の生活」に戻れるよう支援をすることが一番です。介護保険などの制度の一環としてのフォーマルなサービスや、家族や友人、地域でいろいろな活動をしている団体・コミュニティなどインフォーマルなサービスの両方を利用し、病院から在宅までを繋げます。

そのときに、生命を守ることは一番ですが、価値観や習慣を崩してしまうと、その方が在宅での生活を送れなくなってしまうことがありますので、そこを大切にしながら、さらにご家族の思いともすり合わせながら、繋げていきます。

日向…その人の長い人生のなかでは、価値観や物語、家族との関係性など、いろいろなことが複雑に絡み合っていますよね。そのなかで「治療」だけではなく「生活」にも視点を置くわけ

すね。

渡辺…病気や障害を持つことによって、その人の生活や役割などが変わり、本人を取り巻く環境が変わることが多いです。ソーシャルワーカーは、社会福祉の立場から、経済的・心理的・社会的な問題や退院・社会復帰に向けての課題などに対して一緒に取り組んだり、相談を通じて患者さん自身が変わっていきけるような働きかけをしたりしています。

そういったことを実現するために介護保険制度などの福祉制度やケアマネジャー、訪問看護師などの社会資源があり、私たちはそれらへの橋渡しができるよう心掛けています。入院は大きな分岐点になると思いますが、「生活を支えること」に関わるうえで、短期間では踏み込んだ支援ができないことも多く、継続的に外来で相談していくこともありま

す。

日向…一般的にソーシャルワーカーのような役割を持つ人たちの存在はまだ浸透していませんが、経済面などいろいろなことで困っている状態で入院することになったときに活躍するのだと思います。生活を支えるうえで大きな役割ですね。

更級…地域ケア科では現在、約190名の患者さんに対して訪問診療を行なっていて、月に220〜230件の訪問があります。医師が当番を組み、24時間体制で往診やお看取り、臨時の対応をしています。訪問看護ステーションは6カ所あり、看護師は現在50名程で、訪問看護は月に4,000件程度です。

佐久病院の訪問看護の特色は、「医療に強い」点です。

医療依存度の高い患者さんを受けることが多く、ターミナルで帰られる方も多いので、病院から在宅に戻すにあたり、迅速に対応できるように体制を整えています。

「治療」はもちろんですが、在宅のメインは「生活」です。生活を支える視点に立ち、退院してからの生活で困らないように、本人とご家族の不安軽減を図ります。そのために病院と在宅の連携、すなわち病棟からの引き継ぎや情報共有を密に行う必要があります。病院で行う治療を在宅で「継続看護」していくこと、また、患者さんの生活状況に合った形で医療を提供すること。私たちはこれらの点を特に意識して佐久病院グループ内で連携しています。

■生活を支える医療と顔の見える関係づくり

日向…「生活を支える」ということが出てきました。その点では地域包括ケアシステムの図を見るとよくわかりますが、病院単位だけではなく地域との繋がりが多種多様です。(図1)

碓氷…こうして見ると、医療も「暮らしのなかの一部」ですね。それにやはり、暮らしを守っていかないと、病気もよくなりませんね。

日向…そうですね。その人の生活スタイルや環境、習慣、癖などの「暮らしの情報」が大事で、ケアマネジャーからの情報が退院支援には必要不可欠です。

渡辺…暮らしのなかに医療があるというのはその通りかもしれないですね。退院をゴールとして捉えがちですが、「生活を支える」という視点で情報を共有しないと、支援者側と話が噛み

合わないこともあると思います。そのために、在宅

での生活ぶりや患者さんご本人とご家族の思いなどの情報を共有することがとても大事です。電話や文書でやりとりをするだけではなく「顔の見える関係づくりで支援者同士が繋がること」が大事ですね。

碓氷…佐久地域はシステムがよく整備されていて、各病院に窓口があるので助かっています。以前は「どうするかい？」といった感じでしたが、今では連携が格段にしやすいなりました。

渡辺…佐久保健福祉事務所が中心となり、医療機関と薬剤師会、介護保険事業者連絡協議会でまとめた「佐久地域における介護保険利用者等の入退院に関する医療・介護連携の仕組み(入退院連携ルール)」により窓口が一本化されているな

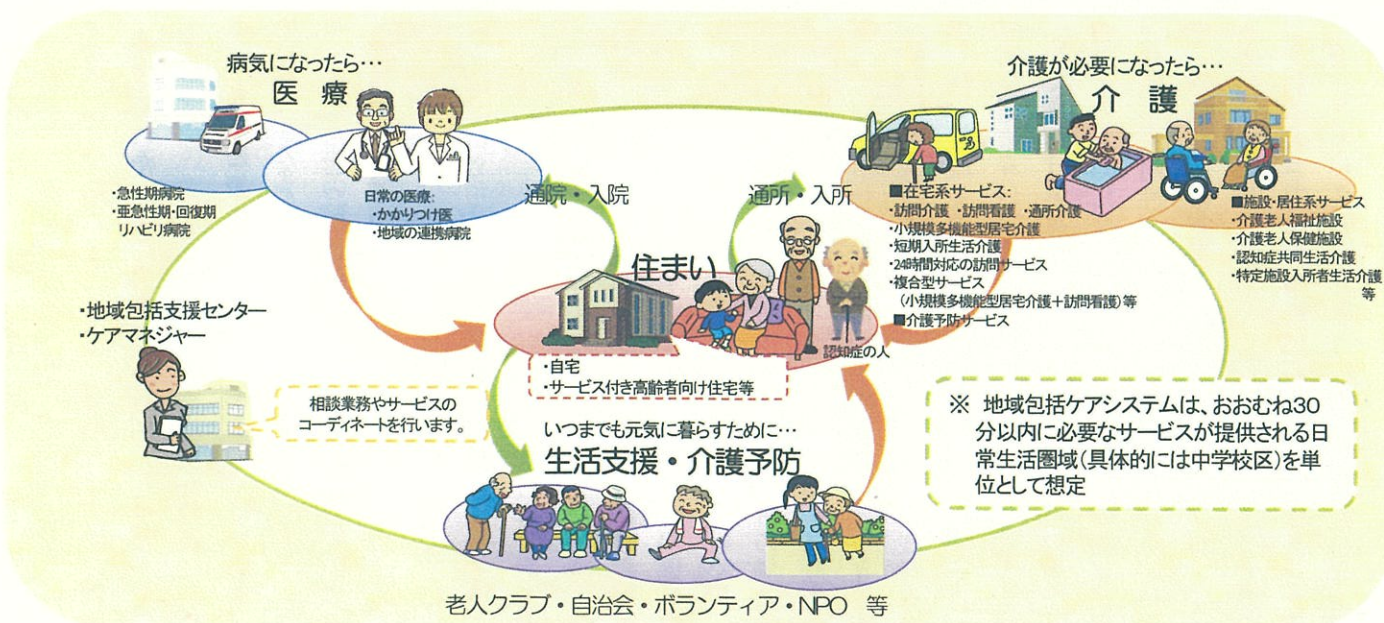


図1 「地域包括ケアシステムの姿」厚生労働省ホームページより

ど、外から見てもわかりやすく、よりスムーズな連携が可能ですね。

確氷…ケアマネジャー側としてもありがたいし、住民にとっては、入退院連携のシステムが整備されたことで、生活・暮らしが安心・安全になったと思います。

日向…敷居が低く連携が速やかになりました。ケアマネジャーの皆さんには本当に気軽に病院へ来ていただいている情報提供をいただいています。こういう関係は、患者さんへの支援に直結します。地域包括ケアシステムのなかで私たちはより太いパイプで繋がって連携を実践できていると感じます。

また、退院調整会議のときにも訪問看護師やケアマネジャーに病院に来てもらって実際に患者さんに会ってもらいます。患者さんの前にして処置などの様子を見てもらい「お家に帰った

居宅介護支援

○入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価する。

〈改定前〉

入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位/月
・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供
入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位/月
・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

〈改定後〉

入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位/月
・入院後3日以内に情報提供 (提供方法は問わない)
入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位/月
・入院後7日以内に情報提供 (提供方法は問わない)

図2 平成30年度の介護報酬改定によって入院時の情報提供の方法が変わった
参考：厚生労働省ホームページ「平成30年度介護報酬改定の主な事項について」

生とそんなふうに話ができるんですか？」と驚かれます。平成30年度の介護報酬改定で「3日以内の情報提供」が加まりましたが、情報提供の方法については問われなくなっていました(図2)。しかしやはり顔をみてやりとりをしないと、その後の連携もスムーズになりますので、顔の見える関係と見えない関係ではまったく違います。

日向…敷居が下がり顔の見える関係で助け合えることはすばらしいですね。地域の健康と暮らしを守ることにに関して、患者さん・ご家族のことを中心に、みんなで一緒に考えていく体制が佐久地域には根付いているように思います。

■患者さんの価値観・思いの共有

日向…患者さんのなかには、ペットが心配で病院に来ら

れなかったり、帰ることを強く希望されたりする方もいます。

確氷…「犬にご飯をあげる人がいない」などですね。

日向…本人にとってはそれが大事なことです。それ

更級…本人が大事にしていることを、私たちもやはり共有して支えていかなければいけません。「帰りたい目的」が何なのか。それを聞き出して、それに向かって何をしたらいいのか考える。それが退院支援に繋がります。

渡辺…そうですね。その結果、少しでもスムーズに、負担も軽く地域での生活に移行できるように、連携して支援できればと思います。

日向…そのためには、人を見る経験や人間性、幅広い知識、価値観への寛容さなども必要ですね。

確氷…利用者さんの言葉の裏を読むことが必要なとき

もありますからね。

日向…こう言っているけど、本当はその裏に別の思いがあるのではないかということですね。

価値観についてよくあるのが、たとえば「お風呂に毎日入らなくてはいけないのか」ということです。「3カ月に1回しか入らなくていい」とか「嫌だ」という価値観を持つ人もいます。私たちの価値観だけで測るのではなく、いろいろな思いを含めて調整をしていく必要がありますね。

確氷…無理やりお風呂に入れる方策をとろうとしても入らないし、そこで関係が断ち切れてしまえばおしまいですからね。

日向…信頼関係が崩れてしまいますから、無理強いできませんね。

確氷…そうですね。こちらの思いも伝えられず、利用者さんの思いも私たちに伝

わってこなくなってしまう。ですからその人の思いを大事にして、私たちは年単位で付き合っていく必要があります。2～3年、場合によっては10年以上のときもあります。そうすると「待つ」ということも大切です。

渡辺…ときにはどうしてもうまくいかないことに対して、私たちも向き合わないといけないこともありますよね。

■より多くの職員に在宅を知ってもらう

日向…今は在院日数が短くなっていますが、患者さんを一人の人、地域で生きてきた人として捉えて、生活のイメージや本人の思いを拾い上げて行く。それを入院中にして、地域のケアマネジャーや訪問看護師に繋げられればいいですね。
確氷…そうですね。病棟の看護師さんには、できれば

無駄話をしてもらいたいというか、病気や症状そのものの以外にもっと目を向けてもらいたいと思います。
更級…在宅やお家での生活をイメージしてもらうことと、本人の意思・思いです。ね。これからどうしたいか、帰ったら何をやりたいかを確認して、それに沿って退院支援を行い、私たちが在宅側に繋げてもらえれば、すごくありがたいです。
日向…これからどうやって生活をしていくのか、どういうことをこの人は望んでいるのか。イメージするのは難しいですが、意識するだけでも違いますね。
更級…私たちは病棟の看護師が在宅をイメージできるよう、一つひとつの症例を病棟に返す取り組みを始めたいです。退院し、在宅に戻った患者さんがどうしているか、病棟でも気にしています。退院後の生活の様

子、退院調整の結果の評価(よかった点、できたことやできなかったことなど)を病棟にフィードバックします。病棟はそれを踏まえ次の支援に活かします。連携が極めて重要で、本来であればケアマネジャーの皆さんみたいに、訪問看護側から病棟へ積極的に顔を出して、顔の見える関係のなかで情報共有できれば理想的です。しかしマンパワー的にそこまではできない現状です。

また、看護部では今年度から、本院と佐久医療センターの病棟から看護師を訪問看護に配置するという取り組みを始めました(写真1)。半年～1年間、在宅研修として訪問看護に従事してもらい、在宅を知ってもらったうえで病棟に戻ってもらいます。在宅をイメージできる看護師を病棟に



写真1 佐久医療センター2階南病棟から訪問看護ステーションに研修に来ている飯森清美さん

少しずつ増やしていくことでスムーズな連携が取れるようになるのでは、という意図で行なっています。病棟から来てもらっているスタッフに聞くと、本当に在宅側も病棟側もお互いのことを全然知らない状態だということがよくわかります。

日向…退院支援の研修に1日来た職員も、やはり退院支援のことはほとんど何も知らずに来るので、終わったときには「本当に来てよかったね」となります。

更級…その現場に行くとかかることがすごくあります。**日向**…そういうことが看護師をやっていくなかでとても大事なことでと思いますし、看護師としての幅を広げることに繋がりますね。

さて、ありがとうございます。今回の対談の中心は、「生活・暮らし」を支える「だったように思います。患者さんの価値観や思い、暮らしの様相、家族の思いなど、関わってくる要素は挙げれば切りがありません。しかし病棟や在宅、多職種のスタッフや地域の方々が、顔の見える関係のなかでお互いに繋がっていくことによって、より補完し合いながら「支え」を実現できるのだと思いました。「地域の医療を守る」、「地域住民のいのちと健康と暮らしを守る」の真髄、いかがでしたでしょうか。

(後編 終)