

シ ン ポ ジ ウ ム

シンポジウム

2004年7月25日(日) 13:20~16:00

『病いと共に生きる人々を支えるコラボレーション』

—看護の果たす役割と課題—

シンポジスト

- | | |
|--------|---------------------------|
| 小迫 富美恵 | (横浜市立市民病院 がん看護専門看護師) |
| 高橋 美枝 | (医療法人つくし会南国病院 副院長・神経内科部長) |
| 武田 廣一 | (社会福祉法人さんかく広場 常務理事・施設長) |
| 佐藤 美穂子 | (日本訪問看護振興財団 常務理事) |

ファシリテーター

- | | |
|-------|-------------------------|
| 藤田 佐和 | (高知女子大学看護学部 教授) |
| 小笠原充子 | (医療法人近森会近森病院 老人看護専門看護師) |

がん看護専門看護師の活動とコラボレーション

横浜市立市民病院　がん看護専門看護師
小迫富美恵

日本看護協会の専門看護師の役割機能としては、「実践、教育、相談、調整、研究」があり、今年度あらたに「倫理調整」が加わった。専門看護師は特定領域の専門性を生かしながら組織の中であらゆる職位、職種の方々と協働してがん患者・家族のケアを組み立てていくことが求められている。本シンポジウムでは、専門看護師としての立場から7年間の活動の進め方を振り返りながら、協働におけるさまざまな活動パターンをご紹介します。

1) 専門看護師の位置づけと他部門へのアプローチ

教育活動：緩和ケア勉強会の企画、運営をとおして様々な人に出会う。
院長主催の勉強会で院長、部長との協働の機会を得る
緩和ケア看護講習会（院内教育）への活用
（医師、薬剤師、看護師、認定看護師、栄養士、ケースワーカー等）

2) 病棟所属ではないフリーの立場のメリットと抵抗

コンサルテーション：新しい看護システムを構築するための関係性
事例をとおして看護チームの人々と出会う
事例をとおして主治医と出会う
合同カンファレンスで他職種が参加する

3) 連携から協働へ

調整：情報収集、情報提供をつなぐ段階、情報の共有、目標の共有
いっしょに動いてみる
倫理調整：お互いの価値観を確認し、専門性を尊重して取るべき道を探る

4) チーム活動の基盤

実践：患者・家族の力を得て前進する
看護チームとの協働で自在に役割を変化させる
研究：実践研究、指導をとおして病棟、診療科、教育委員会と協働し、
看護ケアを開発する

プロジェクト活動：組織の目標に沿ってプロジェクト活動を行い、専門看護師として
役割を発揮する
専門領域に関する院外のネットワークを構築する

現在は、一般病院での緩和ケアプログラムを周知するために「緩和ケア勉強会」を基盤として多職種のメンバーによるプロジェクト活動を継続している。患者・家族、他職種共通のツールとして症状緩和アセスメントシートを活用し、コミュニケーションが活発になってきたが、今後は専門看護師のコンサルテーションシステムの発展型として医師・薬剤師・看護師に加えて、必要時に他職種が柔軟に参加できる「緩和ケアチーム活動」を確立することを目標にさらなる協働が必要である。

MEMO

病と共に生きる人々を支えるコラボレーション
—看護の果たす役割と課題—
神経難病医療におけるコラボレーション

南国病院 副院長・神経内科部長
高橋美枝

神経内科で扱う疾患の大半は慢性・進行性・難治性である。すなわち徐々に身体機能が低下し介護を要するとともに、経済的・社会的・精神的問題が顕在化してくることが多い。このようなことが予測される神経難病においては診断確定と同時に、患者を支えるためのさまざまな職種からなる支援体制が必須となる。しかしながら未だ国内には確立された支援体制はない。

リハビリテーションにおける治療チームを King ら¹⁾は以下の4型に分類している。(1)伝統的医学的モデル：主治医が患者の要望に対応する。複数の職種を主治医一人がコーディネートするため、しばしば連携が不十分になりやすい。(2)多職種参加型チーム：一定の体制のもとで多数の専門家が会議をもち意見を交換する。各専門家間のコミュニケーションはあるものの、主な関係はやはり主治医と各職種とのやりとりであり、縦の流れである。(3)多職種連携型チーム：患者を中心に医師・他職種も平等に参加し、決定およびその責任はグループで負う。欠点はグループ内の意志疎通を図るために、かなりの時間をカンファレンスに費やすことである。(4)超職種型チーム：多職種間のコミュニケーションに加えて、各職域を越えて実践する型。長期的なケアを要するケースにおいて一般的である。

このモデルは神経難病医療においても充分、通用する。病期が比較的短い疾患においては伝統的医学的モデルに終わらざるを得ないだろうし、病期が長い疾患においては多職種連携型チームの成立が可能であるが、その反面、患者—スタッフ間でさまざまな心理的問題が生じる。

シンポジウムでは在宅医療を望む、2名の筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者との関わりを通して学んだことを紹介したい。

<症例1>

68歳男性。心疾患をわずらう妻との二人暮らし。ALSと診断されたときには既に寝たきり状態であった。人工呼吸器装着は本人がかたくなに拒否。妻の看護疲れを癒すためのショートステイやレスパイト入院も妻と共にでなければ拒否。訪問看護や各種ホームヘルプサービスをすべて利用し、家族に見守られながら息を引き取った。

<症例2>48歳女性。夫・子供とは別に実家で老母と共に暮らしている。寝たきりではあるが呼吸筋麻痺はなく、胃瘻から流動食をとっている。訪問看護はない。ホームヘルプサービスは身体介護のみ。病期が20年に及び、精神的にうつ状態を呈するときもあった。老母の健康状態によっては胃瘻からの経管栄養チューブを誰がつながか、という問題がある。

核家族化あるいは老々介護といわれる昨今の家庭事情をかんがみると、様々な職種が協力しあい、持てる技術を結集することが望まれる。課題としては、以下のことが挙げられる。

- (1) 患者の存在をどこで知りうるか？
- (2) 患者・家族の希望をどう取りまとめるか？
- (3) その希望に添えない場合とは何か？

<参考文献>

1. King JC and Titus MND: "Prescriptions, referrals, and the rehabilitation team" in Rehabilitation Medicine: Principles and Practice, 2nd ed., Delisa JA (ed), JB Lippincott Company, Philadelphia, 1993, pp227-230.

病とともに生きる人々を支えるコラボレーション ～精神科ソーシャルワーカーとして～

社会福祉法人さんかく広場 常務理事・施設長
武田 廣一

1. 精神障害のある人への地域生活支援の視点
 - (1) 精神機能の障害であって「こころ」が病んでいるのではない
 - (2) 疾病と障害を併せ持つのは精神障害にだけの特徴ではない
 - (3) 地域生活支援は医学モデルではなく生活モデルで
 - (4) ただ地域で「生きている」時代から「うまく・よく生きてゆく」時代へ
 - (5) 福祉とは「生きがい」「しあわせ」

2. 個々の利用者とのコラボレーション
 - (1) 施設利用へのオリエンテーション
 - (2) 機能的施設システムの整備
 - (3) 危機行為への介入と予防～迷惑行為調査から

3. 家族や関係機関とのコラボレーション
 - (1) 家族との
 - (2) 医療機関との
 - (3) 行政機関との
 - (4) 関連団体との

4. 地域社会とのコラボレーション
 - (1) 地域に必要とされる良いものをつくり、提供する
 - (2) 地域の一員としての役割を果たす
 - (3) 小学校から生活探検隊がやってくる
 - (4) 教育機関との連携～精神障害のある人への態度変容研究から

5. 精神科領域で対人援助を仕事とする人に欲しい能力
 - (1) 職業倫理 ①葛藤状態に置かない ②操作しない
 - (2) 資 質 ①肯定的人間観と人間関係づくり能力 ②基本的信頼と協調性
 - (3) 欲しい能力 ①自己覚知 ②悩める ③立ち直りの早さ ④相互作用
⑤体験学習 ⑥自己研修 ⑦要約して伝える ⑧社会性

MEMO

病と共に生きる人々を支えるコラボレーション～訪問看護の立場から～

日本訪問看護振興財団 常務理事
佐藤美穂子

1 わが国の訪問看護制度と在宅療養支援

わが国では1982年に制定された老人保健法のもと、老人医療受給対象者への訪問看護に限って1983年に「退院患者継続看護・指導料」が診療報酬で初めて認められた。その後、1986年に「精神科訪問看護・指導料」、1988年には「在宅患者訪問看護・指導料」が診療報酬で認められて、老人以外の在宅療養者も訪問看護を医療保険で利用できるようになった。

一方、(老人)訪問看護療養費が支給される「訪問看護ステーション」については、老人保健法等の一部改正で制度化されて1992年から開設が始まり、1994年には健康保険法等の改正で老人以外の在宅療養者にも広がっている。2.5人以上の看護職員を配置し看護師又は保健師が管理者となって経営管理する事業所である。2000年4月からは「訪問看護」が介護保険制度の居宅サービスのひとつとして位置付けられ、訪問看護ステーションは、病院・診療所と共に要介護者等にも訪問看護を行って介護報酬が支給されている。介護保険法の非該当者には従来どおり訪問看護は医療保険で支給されている。

2 病院・診療所の訪問看護等在宅医療サービスの状況

厚生労働省の医療施設調査から、1999年と2002年の在宅医療サービスの実態を比較すると、病院・診療所ともに、訪問看護ステーションへの指示書交付件数は半減し、訪問看護・指導も減少している(精神科訪問看護・指導は増加している)。一方、医師による在宅患者訪問診療の実施件数は5~6倍と急増し、医師自らが在宅医療に積極的に取り組んでいる傾向が伺える。

3 訪問看護ステーションの活動状況

2004年4月1日現在、5,571カ所(休止の150ヶ所含む)の訪問看護ステーションが都道府県知事の指定を受けて開設されている(日本訪問看護振興財団調査)。2003年9月の実態調査では利用者数は262,992人で、そのうち介護保険が216,705人(82.4%)であった(厚生労働省 介護サービス施設・事業所調査)。傷病別では循環器系疾患が最も多く55.1%、神経系疾患が24.8%、筋骨格系・結合組織疾患が24.4%、内分泌・栄養・代謝疾患が16.4%、新生物が10.7%などとなっている(日本訪問看護振興財団 平成15年訪問看護・家庭訪問基礎調査)。また、訪問看護ステーションには常勤換算で5.4人の従事者が、1人当たり1ヶ月に57.0回の訪問看護を行っている。1訪問看護ステーション当たりの平均利用者は56.2人で、利用者1人当たり平均月5.5回利用している(同上調査)。訪問看護の内容は「病状観察」「機能訓練および指導」「創傷以外の医療処置」「家族支援」「清潔保持」「排泄ケア」などで、「統合失調症」の利用者には約8割に服薬管理を行っていた(同上調査)。特に医療依存度の高い、人工呼吸器装着の在宅療養者では、訪問看護師が日中4時間以上滞在して排痰ケアなど看護を実施した場合、吸引回数は平均32.1回から22.9回に減少したことから、長時間訪問看護の有効性が明らかになった(日本訪問看護振興財団 人工呼吸器装着等医療依存度の高い長期療養者への24時間在宅ケア支援システムに関する研究 2003年3月)。

4 訪問看護のコラボレーション

1) 利用者と看護のプロセスを共有

非医療的生活の場で、断続的な訪問という形態で本人及び家族の療養生活を支援するのが訪問看護で、健康の保持・増進・悪化を予防する(あるいは安らかな終末期ケアを含む)。そのために、訪問看護では心身の状態、治療の状況及び日常生活の状況、家族の介護状況、

療養環境などを総合的に判断して、看護計画を立て実施し評価するプロセスをたどるが、そのプロセスは利用者本人及び家族と共有して行われる。

2) コラボレーションの上に成り立つ訪問看護ステーション

訪問看護を開始するに当たっては主治医の指示を必要とし、介護保険の利用ではケアマネジャーが作成するケアプランに位置付けられることで保険からの支給となる。

主治医との連携をはじめ、ケアマネジャー、退院患者の受け入れ時には医療機関の医師・看護師・医療ソーシャルワーカー等との連携、さらに地域の診療所の主治医、保健所や市町村保健センター、在宅介護支援センター、訪問介護等福祉サービスや医療機器メーカー、薬局などと連携する。このような連携の上に成り立つのが訪問看護であり、病院の看護との大きな違いである。医療依存度の高い、人工呼吸器装着者などが退院するときは、殆どが退院前に病棟訪問したりカンファレンスに参加し、退院当日も家庭訪問して療養生活への移行を支援している。情報と技術の共有化を図ることで信頼関係が強化される。

3) 訪問介護とのコラボレーション

ホームヘルパーや介護福祉士は食事、入浴、排泄などの身体介護や家事援助を行って、日々が気持ち良く過ごせるように支援し、利用者の日常生活が維持・拡大することをめざす。介護保険の主要なサービスである訪問介護の対象者が医療的ニーズも併せもっている場合は、訪問看護計画に基づいて看護と介護の役割分担を行い、それぞれの専門性が発揮できるようにしたい。利用者のQOLを高めて在宅生活の継続が図られるように訪問看護師はケアのマネジメントとケアチームメンバーを支援し、ケア力を向上させる役割があろう。

5 地域の看護サービスの拠点

今後、在院日数の短縮化による在宅療養者の増加、要介護状態の重度化、ターミナルケアの増加などが予測される。介護予防も訪問看護師が積極的に取り組む事業である。また、地域にある通所施設や通学施設、グループホーム・有料老人ホームなど、いわゆる「居宅」以外でも訪問看護を必要とする利用者が存在する。さらに、現状では、通所リハビリテーションと通所介護しかなく、医療依存後の高い利用者の通所受け入れが困難である。家族に介護する意思があっても疲労困憊すると入院を余儀なくされる。家族のレスパイトや社会参加を支援し在宅生活を継続させる方策として、訪問看護ステーションが訪問看護の延長線上で「通所看護」を提供することにより在宅療養者の受け入れが容易となる。日本訪問看護振興財団では、厚生労働省の「未来志向研究プロジェクト」の1つとして、平成15年度、平成16年度に「介護事業所における小規模多機能化事業「通所看護等」の実践検証事業」を行って成果を出しており、制度化を提言している。

訪問看護ステーションの約7割は24時間体制で看護に関する相談に対応し、必要に応じて訪問看護を実施している。今後、訪問看護ステーションが訪問だけでなく通所や入所サービスを提供し、訪問介護と通所介護も一体的に運営できる、看護系の小規模多機能拠点となることも考えられる。「病と共に生きる人々をささえるコラボレーション」が一層実現しやすくなるだろう。地域には看護師の機能を発揮する場や機会が限りなくある。訪問看護師を現在の約30,000人から5年間で100,000人に増員するくらいの受給見通しを早急に立てて、看護サービスの充実と機能強化が図られることを期待する。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省 大臣官房統計情報部 [介護サービス施設・事業所調査] 平成14年, 平成15年
- 2) 日本訪問看護振興財団「人工呼吸器装着等医療依存度の高い長期療養者への24時間在宅ケア支援システムに関する研究」平成15年3月
- 3) 日本訪問看護振興財団 「人工呼吸器装着等医療依存度の高い長期療養者へのケア体制に関する評価研究事業」平成15年3月
- 4) 日本訪問看護振興財団「平成15年 訪問看護・家庭訪問基礎調査」平成16年3月