

第1回東京聖新会 地域交流勉強会報告

社会福祉法人東京聖新会では「地域のみなさまが安心して健やかに地域で暮らし続ける」を目標として、平成11年4月開設以来、地域のみなさまと共に歩み続けてまいりました。平成27年度より、ハートフル田無訪問看護ステーション等を開設し、地域のみなさまの様々なニーズにあらゆる角度からお応えできる法人施設として取り組んでおります。

今回、ハートフル田無訪問看護ステーションが一周年を迎えるのを機として、地域包括支援センターとの共催で「地域市民交流・勉強会」の一環として「地域の医療・福祉・看護・介護のシームレスケア&キュア シンポジウム」を平成28年2月3日（水）に開催いたしました。訪問看護センター長である武内昭子看護師による在宅での看取り事例を始め、西東京市の訪問診療に取り組んでいる松原クリニックの松原医師による講演が行われ、現場からの発信と問題提議、そして活発な意見交換が行われました。（参加者44名 民生委員を始めとする地域市民8名、居宅支援事業所等より8名、訪問診療等5名、医師、その他含む）

当日の内容をここに掲載致します。

東京聖新会地域シンポジウム

「地域の医療・福祉・看護・介護のシームレスケア&キュアについて考える」

日時 平成28年2月3日(水曜日) 18時30分～20時00分
場所 社会福祉法人 東京聖新会 老人保健施設ハートフル田無 2F 機能訓練室
主催 社会福祉法人 東京聖新会
老人保健施設 ハートフル田無
訪問看護ステーション
訪問リハビリセンター
特別養護老人ホーム フローラ田無
フローラ田無居宅支援事業所
共催 社会福祉法人 東京聖新会
特別養護老人ホーム フローラ田無向台地域包括支援センター連携室
一般社団法人ユニバーサルアクセシビリティ評価機構
テーマ 在宅での看取る実践事例を通して
「地域の医療・福祉・看護・介護のシームレスケア&キュアについて考える」

プログラム

司会進行 東京聖新会法人本部通所リハビリ統括部長 鈴木 祐司

1. 開会 挨拶 老人保健施設ハートフル施設長 増山 茂
(東京医科大学渡航者医療センター教授)
2. シンポジウム
「地域の医療・福祉・看護・介護のシームレスケア&キュアについて考える」
座長 特別養護老人ホーム施設長 尾林 和子
(一般社団法人ユニバーサルアクセシビリティ理事長)
 - 1) 在宅で看取る事例発表
「地域の医療・福祉・看護・介護のシームレスケア&キュアについて考える」
ハートフル田無訪問看護ステーションセンター長 武内 昭子
 - 2) 講演 「施設在宅と居宅在宅について」
まつばらホームクリニック院長 松原清二 医師
3. 質疑応答
意見交換
4. 閉会 挨拶 特別養護老人ホーム施設長 尾林 和子

(以下内容報告サマリー)

1. 開会挨拶
高齢社会を地域の施設が単体で支えることは不可能である。さらに今後の未来を見据えたとき「住み慣れた在宅生活」を支えることが施設としての課題となってくるだろう。地域の施設として地域を支えるためには、医療を含むその他の地域社会資源との協働が行われることは必至となる。地域の医療と福祉について、その連携の重要性を再認識し、それらをつなぐ役割としての施設が主体的に地域福祉を支えていくことが大きく求められていく。
(ハートフル田無 施設長 増山茂 Dr)
2. シンポジウム
「地域の医療・福祉・看護・介護のシームレスケア&キュアについて考える」
 - 1) 「在宅で看取る」事例発表
事例 在宅生活から、体調不良となり病院へ入院。退院後、介護老人保健施設へ入所。2ヶ月のリハビリを経て、在宅生活へ復帰。その後、再び体調不良となるが、入院はせず、介護サービスと在宅医療サービスを利用し、自宅で最期の時を迎える。

医療ニーズが高かったものの、ご本人の希望により、入院せずに在宅での生活をスタートされた。訪問診療を受けつつ、訪問看護、介護サービス通所 2ヶ所（デイサービス週3回 デイケア週2回）短期入所（2ヶ所）を利用し、住み慣れた自宅生活を継続していた。最終的には、ご自宅での看取りとなり、「看取りプロセス」を報告させていただいたが、一連の経過の中で、いくつかの問題点が認められた。入院から入所、そして退所となる各所での評価の共有、在宅時の情報共有としてノートの活用方法等、様々な工夫を講じられていた。そこで、常に課題となったのは、ここに収集した「情報の共有の仕方」「どこまでどのように共有できたかの確認」を「どのように行うのか」であった。複数の事業所を利用することで、利用者の様々な生活形態のニーズに対応できるが、各事業所での情報の収集の在り方、記録の仕方、その情報をどのような機会での職種へ連携していくのか等、共通フォーマット等の在り方などの調整が必要ということだった。

「シームレス」。つなぎ目のない継続的、包括的な連携を図ることがシームレスケアの実践に繋がり、ご本人のキュア「治療、癒し」にも繋がっていく。これは在宅ケアには必須で、それらをマネジメントする役割はとても重要。介護保健サービスのまとめ役はケアマネジャーとなるが、複数のサービスを利用する場合、その全てを把握し、全ての事業所に連絡をしていくことは、なかなか難しい。さらにそこに医療サービスが加わるため、情報量は増大していく。排泄の管理や、水分や栄養量の管理など、把握しなければならないことはたくさんあり、なかには不要な情報もまぎれていることもある。そうした情報の精査、整理と集約を、連携を図りつつ行っていくことは容易ではない。他職種間でのメンタルモデルの違いを理解しながらマネジメントを行わなければならないケアマネジャーにはスキルと経験値が求められるのだろう。

今回の事例では、様々な工夫によって必要な情報を他職種が共有できた結果「在宅生活が継続できる」あるいは「サポートすることができる」に繋がったと思われる。「専門職間の円滑な連携」によって「ご本人の望む生活」が実現できるという、今、まさに世の中に求められているニーズの再現に近づけたのではないだろうか。

利用者が望んだ自宅での「最期」を全うし、家族からは、「入院させないで良かった」「本人らしい最後であった」というお言葉をいただけたことと合わせ、適切なケアをシームレスに展開できたことが、ご本人の望むキュアな生活実現となったと思われる貴重な事例であった。

看護師として臨場できたことを心から感謝したい。

（ハートフル田無訪問看護ステーションセンター長 武内 昭子）

2) 講演 「施設在宅と居宅在宅について」

まつばらホームクリニック院長 松原清二 Dr

施設入所の場合、施設の医師、看護師・介護士の思いと、家族の思いが噛み合

わないことが快々としてあり、利用者本人の意思がなかなか反映されていない現実が実際である。

現在、在宅で介護することが社会的な背景から難しくなっているが、そういった中で、親を施設に入れることに対して背徳感を抱いている家族は多いのではないかと？そうした背徳感がなにかあった時のクレームにつながるのではないだろうか……。本来、クレームは信頼が崩れたときに発生する。もともと背徳感をもっている家族は、ほんの少しの誤解でもクレームの対象となっていくことは想像に難くない。施設としては、自宅で生活ができない要介護の利用者を支える場として「信頼関係」の構築がポイントとなってくるが、家族のもっている背徳感に対しての対応も行わなくてはならない。

また、施設で働く人は、生活への介入者であるが、利用者や家族の代理人にはなれない。そのあたりも、どのようにアプローチを行い、ご本人の「真のニーズ」やご家族の思いを引き出していけるか、それを反映させたサービスの提供が実践していけるかに、施設サービスを提供する側としての「技量と覚悟」が問われる。基本姿勢を問われるのである。「相手を信頼できる関係性」を築くためにも施設側の基本的な姿勢や理念が重要となってくる。

看取りケアにおいては、施設であっても在宅であっても、最終着陸地点が「看取り」となれば「医療ケア」に大きな差があるとは言えない。で、あれば、施設で全て行って欲しいという意見もある。しかし、施設であれ、在宅であれ、どちらであっても根幹となる信頼関係の構築は重要であるし、こと看取りケアに対しては「ぶれない心を持つ」ことが重要だ、といわれている。

在宅の場合は家族の心情が揺れ動くことを前提として関わっていかなくてはならない。急変時を想定していただきたいが、家族に急変時にも慌てない、と言っても簡単に理解できることは難しい。そのためにも、機会があるたびに「繰り返し話し、伝える」ことが求められる。コミュニケーションを円滑に行うことが「信頼」を得るために一番必要なことなのだ。

医療的配慮としては、居宅在宅の場合、まず、内服コントロールができていけるかはとても大切で、経口から内服できるか否かは重要なポイントとなる。内服コントロールをしっかりと行った上で、訪問看護師や他職種と連携をとり、ケアの実践へと移っていく。それらの指示、情報を円滑に整理し、マネジメントを行っていくためには、ケアマネジャーなどが在宅で行える医療について理解していくことが大切である。利用者の状況と対処方法が「わかる」ことで、ケアを俯瞰することが可能となるからである。

在宅での看取りケアを行なう上で、「情報・知識の共有」には、十分な配慮が必要であり、専門職スタッフはその配慮が必要であることを、理解できていなくてはならない。

在宅医療や訪問看護とは、決して「あきらめの医療」ではなく、自宅での療養に合わせた「オーダーメイドの医療」なのである。自宅での療養によって、病院では得られなかった、利用者自身の安堵感を提供できる「オーダーメイド医療」

が即ち在宅診療サービスである。

施設から在宅への移行時、介護サービス提供者も在宅で行える医療、看護を理解し、知識を得ることが、在宅での生活を希望する利用者の希望をかなえる一助となりえるのではないだろうか、感じている。

※講師の松原先生には、前出の武内看護師の事例報告のケースの往診医を担当していただいております。

3. 質疑応答 意見交換

「自分も自宅での看取りを経験した」

「施設でも、在宅でも同じような医療ケアができると知って、心強かった」

「専門知識がないと話が理解できない、もっと知りたい」

…会場から意見が出され、活発に交流が行われる。

医療域専門職トップのドクターに、カンファレンスを出席していただきたいが、開業時間との兼ね合いで、ご参加いただけないことが多い。時間的配慮も行わなければならない、ケアマネジャーとしては頭の痛いところであるのが現状。保健算定できるシステムにしないと厳しい面があるのではないかと？

各専門職間で、お互いにお互いのメンタルモデルを理解しつつ、事象についての理解を深めることが大切。具体的に、どのような連携を図ることが必要となるのか、精査が必要。もっとあらゆる角度から振り返ることが必要～いずれにせよ、情報の集約整理を始めとする調整等のマネジメントを行わなければならないケアマネジャーの役割は大きいと思われる・・・。生活全般を支え、家族を支えるケアマネジャーとしてスキルは、あらゆる知識、情報等を求められる。マネジメントのプロフェッショナルとして今後も頑張りたい。

そのために、今回のような勉強会はどんどん開催されたいし、利用していただきたい。

・・・等、会場からの意見に応える形で松原先生、尾林座長よりセッションが行われ、今後の地域的な課題も顕在化され、盛況裡に終わる。

(座長 特別養護老人ホーム施設長 尾林 和子)

4. 閉会 挨拶

今回のテーマである「地域の医療・福祉・看護・介護のシームレスケア&ケアについて考える」を事例を通して振り返ることができた。事例のなかで円滑に進んだ点や、解決すべき地域課題等を確認することが少しでも進んだように思える。今後はこれらを参考として、住み慣れた在宅での生活を継続できる支援体制を構築するべく施設法人としても携わっていききたい。

ご本人の社会参加や自己実現を果たすべく、さらには自己決定による「最期の迎え方」を、それぞれの「オーダーメイドの医療」を提供されつつパーソナルなケアの実践により地域で支えていくことが目標となる。他職種間によるシームレス

な連携を進めることを今後も模索していきたい。

(特別養護老人ホーム施設長 尾林 和子)

以上が報告内容となります。

終了後のアンケートでは

「一人に対して、他職種が関わっている事を知った。しかし連携ができていないと、在宅で安心して生活ができないと感じた」、

「情報共有の大切さを改めて知った」

「続けて開催していただきたい」

「もっと掘り下げた事例を取り上げて欲しい」など、ご意見を頂きました。

今回、会の開催を通じて、老人保健施設が地域福祉にどのように関わっていくのか、また、「医療と密接に関わっていくためには、何が必要か」を改めて、見つめ直すきっかけとなっただけなのではないかと私たちは感じております。

地域の医療・福祉・看護・介護が一体的に、また、地域に対しシームレス&キュアなサービスの提供ができるよう、今後も取り組んでまいります。ご協力のほどよろしく願いいたします。

平成 28 年 2 月 3 日

社会福祉法人 東京聖新会

地域連携室室長

鈴木 祐司

老人保健施設ハートフル田無施設長

増山 茂

特別養護老人ホーム フローラ田無

尾林 和子