群馬県訪問看護ステーション連絡協議会だより

たいよう

平成28年４月15日

第22号

発　行　群馬県訪問看護ステーション
連絡協議会
群馬県医師会内
住　所　〒371-0022
前橋市千代田町一丁目7－4
TEL　027-231-5311
FAX　027-231-7667
http://www.gunma.med.or.jp/houmon/
責任者　月岡興夫

じゃんけんぽん地域生活支援室
群馬県介護支援専門員理事　須田　和也

2000年4月の介護保険制度からスタートから「医療と介護の連携」が課題であると言われてきました。近年では「医療と介護の連携強化」を目的とした、多職種連携をテーマに多くの研修会が行われています。しかし、私自身ケアマネジャーの立場から見ても、「医療と介護の連携」は決して十分とは言えません。

その理由は、世間で言われているように医療者に対してケアマネジャー側のアプローチが不足していることもありますが、医療者側にも様々な原因もあるように思います。そこで、私が訪問看護に望むことは３つあります。

１つ目は、「医療と介護のパイプ役」になってもらいたいことです。医療機関は福祉専門職の立場から見るとまだまだ「敷居が高い」と感じています。訪問看護がパイプ役になることで連携はスムーズになるのではないでしょうか。

２つ目は、「生活モデル」を是非理解してもらいたいということです。家や地域で暮らすことは「医療的モデル」の視点で言えばリスクだらけです。しかし、「住み慣れた自宅や地域で暮らすこと」や「その人らしく暮らすこと」は今後ますます求められます。

最後に３つ目ですが「ソーシャルワークの視点」を持ってほしいことです。地域で暮らす人々は医療的な問題以外にも様々な問題を抱えています。それらを全て訪問看護が解決するためにではなく、他の専門職に繋げること、そしてその人自身の「QOLを高めるための支援」の方向性をチームとして共に考えて行くことができます。少し主観的なことを記載しましたが「よりよい地域包括ケアシステム構築」のために我々ケアマネジャーと連携強化を今後もお願いいたします。

訪問看護を利用して良かったこと

介護老人保健施設青梨子荘　居宅介護支援事業所　ケアマネジャー　飯島　尚子

訪問看護は疾病や障害を抱え生活する利用者にとっても、支援するケアマネジャーにとっても心強いチームの一員です。特に私のような福祉系（介護福祉士）の基礎資格のケアマネジャーは、訪問看護が頼りになる存在と感じる方は多いのではないでしょうか？

今回、訪問看護師との連携により、利用者の念願を叶えることができた事例を紹介します。Aさん（男性67歳）は、肺癌を患っており、ケアマネジャーの関わりが始まった時には腹水がかなり貯留していました。Ａさんは起居動作・歩行などADL動作に影響が出ている状態で、辛そうでした。そのような状態でも娘さんが通院に付き添いますが、日常生活は友人や近くの店舗の方の協力を得、普段は自宅での一人暮らしを継続していたのです。

そこで、家事的な動作は身体への負担も大きいため、訪問介護での支援および福祉用具貸与の利用を開始しました。また、症状観察と体調相談、医療連携、自宅での安楽な動作方法や環境整備を主の目的として主治医より指示をもらい、訪問看護利用も開始したのです。

ある日、訪問看護事業所よりケアマネジャーに連絡が入りました。訪問看護師が、Ａさんに「何かやり残したことはないか？」と声をかけたところ、心の奥にしまっていた最後の希望を話し始めたのです。「新築した娘さんの自宅に行きたかったが、一度も行っていないんだ…。」と、娘さんに言えない心境を訪問看護師に話してくれたのです。また、訪問看護師はケアマネジャーの私に「Ａさんの身体状態から遠出をするのなら、今を逃すと難しくなるかもしれない。」と説明をしてくれました。ケアマネジャーから娘さんにＡさんの最後の希望を伝えました。それから数日後、娘様からケアマネジャーに連絡がありました。娘さん家族が協力し、新潟県の娘さんの家にＡさんを連れて行く方向性になったのです。Ａさんは念願の新築した娘さん宅へ出かけ、お孫さんらご家族と楽しい有意義な時間を過ごされました。帰宅したＡさんは満面の笑みを浮かべ「もう、俺は思い残すことはないな･･･。」と、嬉しそうに話す姿を見ることができました。

日頃、利用者が希望する生活を支援する中で、利用者、家族へ情報提供を行う事がケアマネの大事な役割であります。私達の関わりの中で、その情報提供を話す「きっかけ」「タイミング」が大切と感じています。今回の事例は訪問看護師による状態観察・予後予測に基づき、適した時期にご本人の希望や本音を引き出し、連携がスムーズにできたたことで、Aさんの念願を実現することができたのではないかと思います。

これからも、利用者の望む生活の実現の為に、チームの一員として連携をはかり協働していきたいと思います。どうぞ宜しくお願い致します。

訪問看護からケアマネさんを利用して良かった事例

前橋赤十字訪問看護ステーション　柏谷　あき代

90歳代後半で独居、キーパーソンは遠方に在住の甥子さんのみでした。

弱視で明暗もはっきりせず物の輪郭がやっとわかる程度の中、年齢相応の認知症も加わり1人暮らしをするには危険が多すぎる状況でしたが、ご本人の意志は、「今住んでいる家から決して外には出たくない」と、施設入所もデイサービス利用も拒否され、介入できるサービスは訪問看護とヘルパーのみでした。寂しさもあり甥子さんに1日何十回と電話をかけたり、公共機関にも電話を頻回にかけたりと多彩に問題が発生してしまいました。

そんな中、ケアマネジャーは介護サービス関係者のみならず、時には医師、公共機関関係者、地域の方を交えての担当者会議を適宜設け、意見交換を行う機会を設けました。多くの関係者と話し合うことで「この方の幸せ」や人生への価値観について関係者間で葛藤することもありました。しかし根気よく話し合いを続けるうちに、関係者が共通理解を深めることができ、最期まで自宅で生活することに向かってのサポート体制を整えることができました。

ここに至るまでケアマネジャーの尽力は多大なものがあったと思います。独居や高齢者世帯が増加する社会で、個人の穏やかな在宅療養生活を可能にするには、関係職種がその方の価値観を共有し、大事にしていく姿勢が必要であり、それを実行していくための要となるのがケアマネジャーという存在であることを改めて感じました。

Q＆A

◆ケアマネジャーから訪問看護師へよくある質問　～Q＆A～◆

Q：医療保険で訪問看護が入っている場合も、訪問看護ステーションをサービス担当者会議に呼んだほうが良いでしょうか？

◆

A：サービス担当者会議参加の義務はありませんが、医療保険で訪問看護をしている場合でも利用者さんを取り巻くチームの一員ですので、ぜひ声をかけてください。

医療保険で訪問看護を行っている場合は、健康状態が不安定である利用者が多いため、他のサービス提供者も利用者へ安全に関わるために看護師や医師の意見が必要となるからです。また、ケアプランをいただけると全体の流れが分かり、連絡や提案など連携が取りやすくなります。

訪問看護師とケアマネジャーの合同研修会の報告

群馬県訪問看護ステーション連絡協議会では、平成25年度から群馬大学大学院保健学研究科教授の内田陽子先生をお招きし、訪問看護師とケアマネジャーの合同研修会を開催しています。テーマに沿った内容でグループワークを行い、その後内田先生にフォローしていただきながらグループごとに内容を発表しています。過去のテーマは第１回（平成25年度）「訪問看護とケアマネ連携戦略－利用者の医療や生活ニーズの早期解決へ」、第２回（平成26年度）「在宅看取りケアのアイデア発見－訪問看護とケアマネ一致団結して多死社会時代を乗り越えようー」、第３回（平成27年度）「高齢社会における地域エンドオブライフケアの実現に向けて具体的戦略－訪問看護とケアマネが団結して妨げる要因を解決するアクションプランー」でした。グループワークでは有意義な意見交換ができ、休憩の時間にはおいしいケーキとコーヒーを頂きながらケアマネジャーと訪問看護師で交流を深めることも出来ました。発表の内容は今度の取り組みに大変役立つ内容でしたので、集約して発表できるように準備しております。

また、来年の３月頃に内田先生を招聘して合同研修会を開催いたしますので、多くの方々にご参加いただきたいと思います。今後はヘルパーの方も参加出来るよう研修内容を検討していきたいと思います。

〈平成27年度の研修会の様子〉

編集後記

地域包括ケアシステムに向けて、重度者対策、地域づくり、認知症対策など、訪問看護ステーションの課題は増えています。私たちは社会変動を敏感に感じつつ、それに振り回されることの無いように、しっかりと基盤をかためていく必要があると思います。その為には、地域支援力の要となるようケアマネジャーに期待される訪問看護ステーションを目指したいと思います。（C,N）