

「最期まで住み慣れた場所で暮らしたい！」  
を支えるための多分野における  
看護職の役割を考える

～滋賀県「くらしを支える在宅医療を推進する取組の  
『見える化』事業」事例から見えてくる看護師の姿～

松本 佳子



東京大学 医学部 在宅医療学拠点

Center for Home Care Medicine, Faculty of Medicine, The University of Tokyo

# お話しする内容

## 1. はじめに

## 2. 滋賀県「くらしを支える在宅医療の『見える化』事業」事例集より

### 1) 豊郷病院

#### 病院と地域をつなぐジョイントチーム

－外来看護師による在宅療養サポートセンター「とよサポ」－

### 2) 近江八幡市立総合医療センター看護部

#### 食べられる口・きれいな口を作ろう

－地域歯科医師たちと急性期病院看護部による口腔ケア回診－

### 3) 滋賀県済生会 訪問看護ステーション

#### 24時間の訪問看護・介護でどんな人にも安心した生活を

－法人の強みを活かした夜間・早朝訪問看護の地域拠点としての取組み－

### 4) 特別養護老人ホームふくら

#### 豊かなケアと豊かな気持ちの相互作用

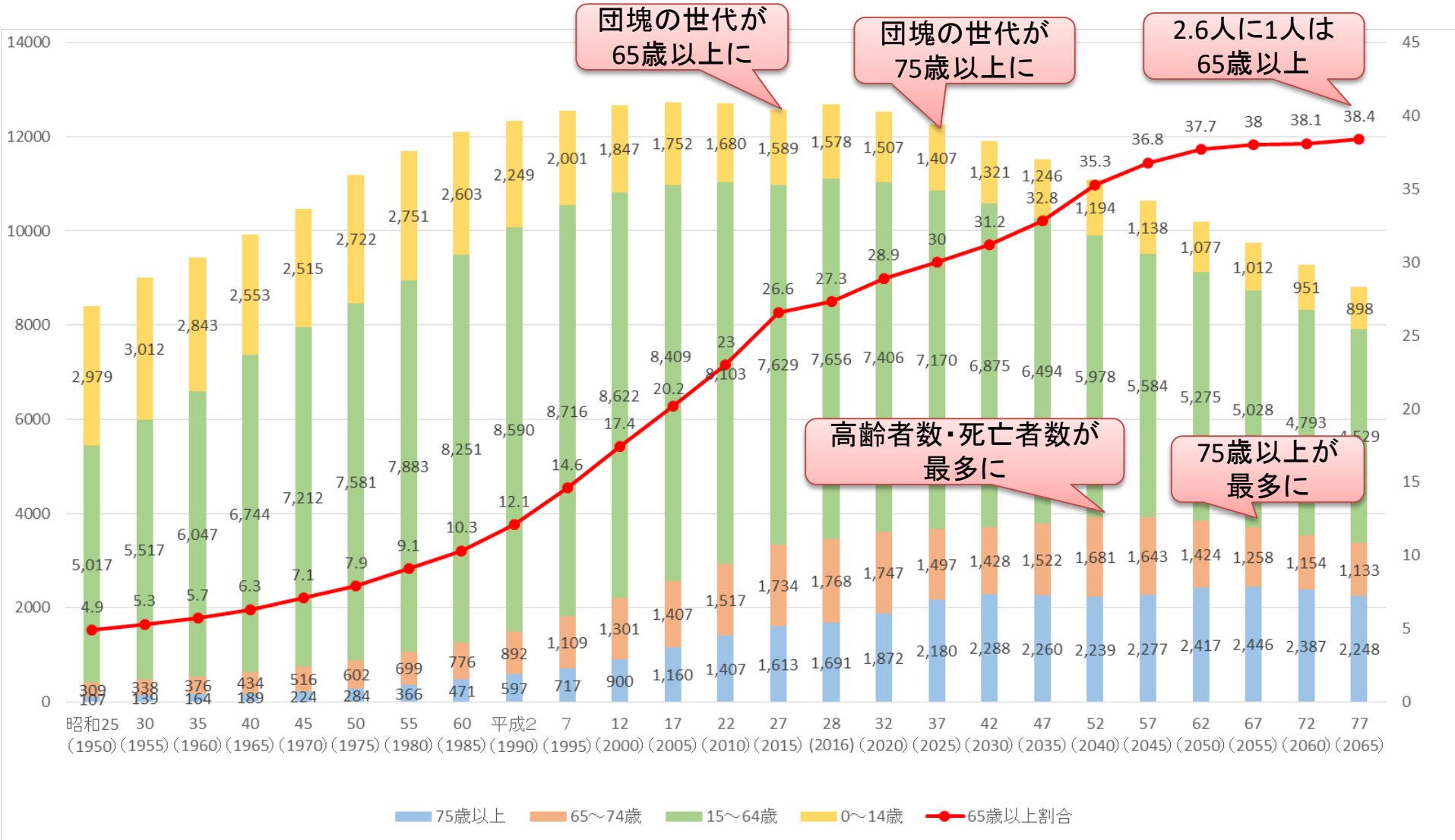
－チームでその人らしい人生の集大成を支える－

# はじめに

所属でのお立場や看護職であることをいったん忘れて、  
1人の大津市民（あるいはその家族）として、  
80歳～85歳になった時に、

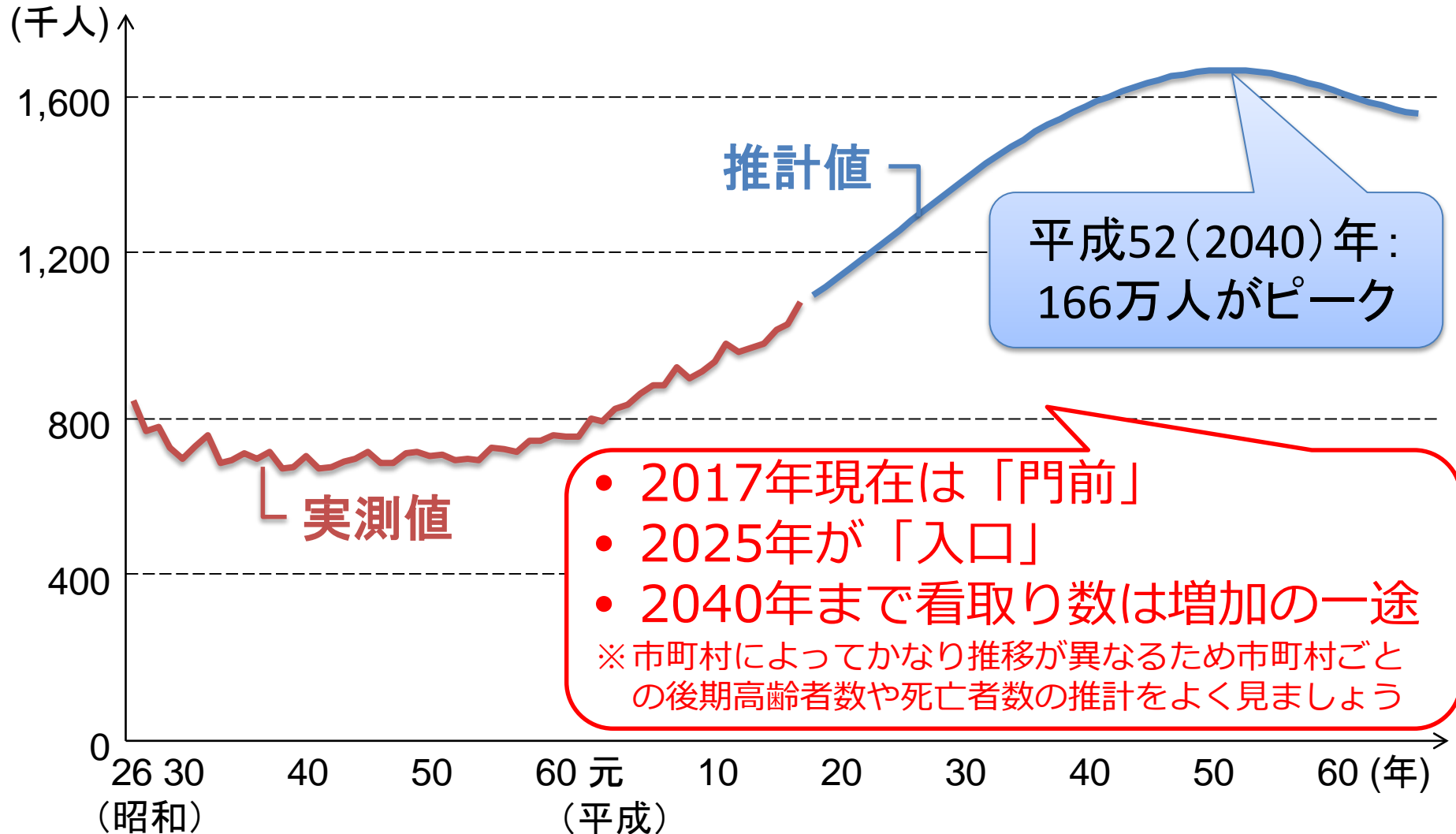
- どんな暮らしを送りたいでしょうか？
- どんな医療・介護を受けていたいですか？
- 自分にとっての「大往生」とは？

# 日本の人口の推移と将来推計



資料: 2010年までは総務省「国勢調査」、2015年は総務省「人口推計(平成27年国勢調査人口速報集計による人口を基準とした平成27年10月1日現在確定値)」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果  
 (注) 1950年~2010年の総数は年齢不詳を含む。高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。  
 出典: 内閣府 平成29年版高齢社会白書

# 在宅医療・介護連携の ピークは（ある意味では）2040年



# はじめに

所属でのお立場や看護職であることをいったん忘れて、  
1人の大津市民（あるいはその家族）として、  
80歳～85歳になった時に、

- どんな暮らしを送りたいでしょうか？
- どんな医療・介護を受けていたいですか？
- 自分にとっての「大往生」とは？

皆さんご自身が「我が事」で考える（妄想する）ことが、  
医療・介護の連携、地域包括ケアシステム構築の第一歩。

# 滋賀県 平成28年度 くらしを支える在宅医療を推進する取組の 『見える化』事業

## ▶ 目的

滋賀県「在宅医療推進のための基本方針」に沿った**県内の取組みを調査分析し、「見える化」して情報発信**することにより、在宅医療福祉に関わる事業所、団体にその取組のポイントやヒントを活用いただき、各地域における取組が一層推進すること

## ▶ 対象

滋賀県在宅医療等推進協議会の構成員から推進があった

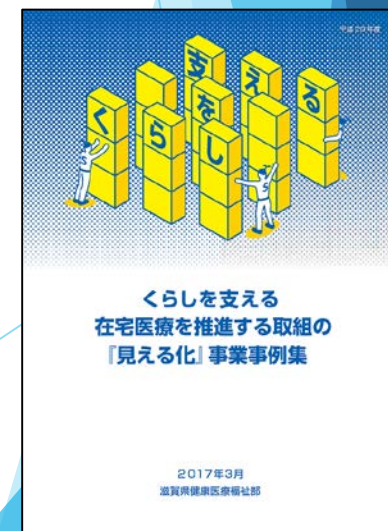
### 13施設・事業所

## ▶ 方法

滋賀県医療福祉推進アドバイザーと、県担当者が各施設、事業所、団体を訪問し、ヒアリング、見学

## ▶ おうかがいした内容

事業の概要 きっかけや苦勞 成果 今後の方向性



## 1. 豊郷病院

# 病院と地域をつなぐジョイントチーム

— 外来看護師による在宅療養サポートセンター「とよサポ」 —

### ▶ 当初の問題意識

病院は地域から何を期待されているのか？

→ 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、

訪問看護ステーションにヒアリング

- 患者・家族が病気の状態や見通しが理解できていない
- 服薬や食生活が不規則、生活習慣が病状に与える影響が理解できていない

⇒ 生活支援や家族支援について、患者も地域のスタッフも相談できる場が求められている



## 1. 豊郷病院

# 病院と地域をつなぐジョイントチーム

— 外来看護師による在宅療養サポートセンター「とよサポ」 —

### ▶ 取組みの着眼点

1)

●地域の医療・介護スタッフ＝患者の生活状況の情報を持つ

●病院医療スタッフ＝病気の状況がわかり、見通しがつく

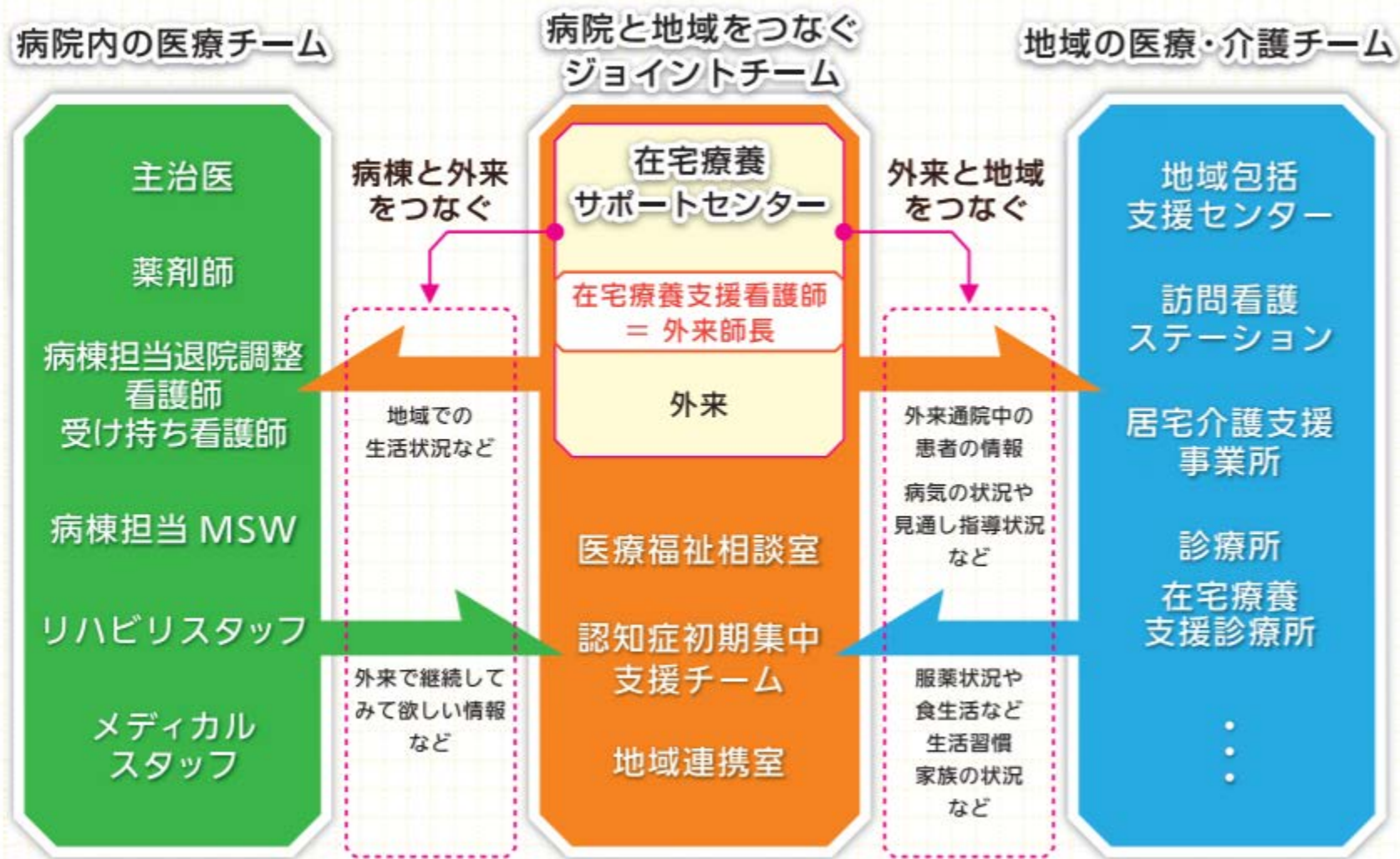
⇒この2つの情報が合致できたら、オーダーメイドで、  
ピンポイントな生活支援ができる

2) 病院のチームと地域のチームがつながるのは退院支援  
カンファレンス。その時はもう発症後。

⇒外来でつながれば、生活支援と重症化予防ができる

→病院と地域の間にある「外来」に「在宅療養支援看護師」  
をおき、病院と地域をつなぐ

# 豊郷病院 在宅療養サポートセンター「とよサポ」



図：豊郷病院看護部 力石氏の資料をもとに一部改変して作成

## 2. 近江八幡市立総合医療センター看護部

# 食べられる口・きれいな口を作ろう

—地域歯科医師たちと急性期病院看護部による  
口腔ケア回診—

### ▶ 当初の問題意識

- 口腔ケアに関する看護師のスキルアップを図りたい  
周手術期の患者、人工呼吸器関連肺炎、  
術後合併症予防、高齢者の誤嚥性肺炎予防
- 歯科の診療科がなく、口腔ケアや義歯の対応に苦慮

「この事業はもうやめられません。やみつきです！」と語っていただきました

## 2. 近江八幡市立総合医療センター看護部

# 食べられる口・きれいな口を作ろう

—地域歯科医師たちと急性期病院看護部による  
口腔ケア回診—

### ▶ 取組みの着眼点

1) 近江八幡の歯科医師会に相談

→地域資源の利用

2) 看護部に「摂食・嚥下リンクナース会」の発足

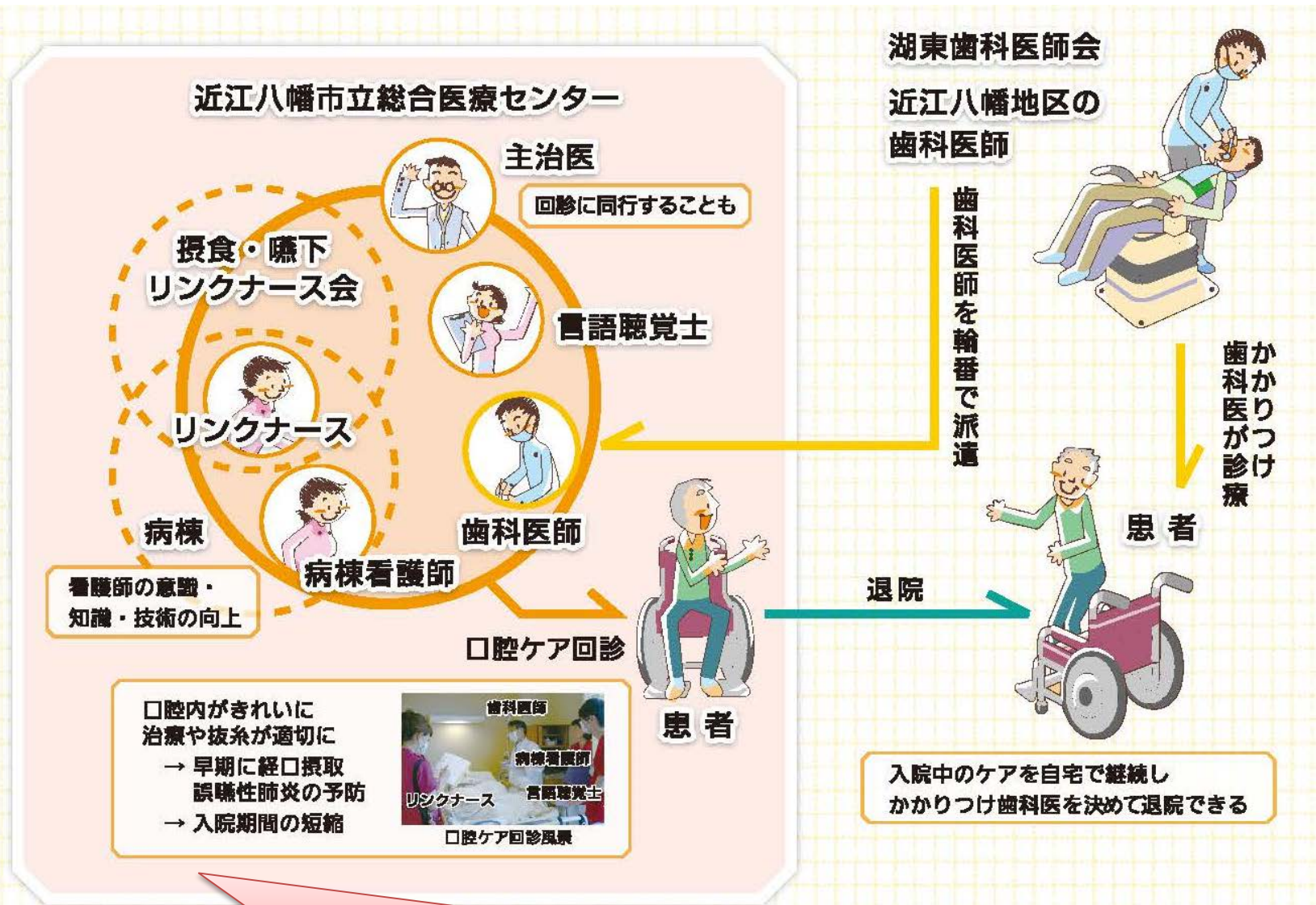
→一部の看護師ではなく、病棟看護師全体のスキルアップ

3) 全入院患者を対象に口腔内評価を実施し看護計画立案

口腔ケア回診の対象をスクリーニング

→病院全体のレベルアップ

# 滋賀県湖東歯科医師会と近江八幡市立総合医療センター看護部の連携：口腔ケア回診



退院後の口腔ケアに関する指導、患者QOLなど効果の数値化

### 3. 滋賀県済生会 訪問看護ステーション

## 24時間の訪問看護・介護で

# どんな人にも安心した生活を

—法人の強みを活かした夜間・早朝訪問看護の地域拠点としての取組み—

#### ▶ 当初の問題意識

- 入院期間の短縮により、医療依存度が高い利用者、退院後も治療が継続する利用者。

しかし老々介護、独居で管理が難しい方が増加。

→夜間・緊急時対応、訪問介護と連携した日中・夜間を通じた計画的訪問、随時訪問の提供が地域に必要。

→地域の夜間・早朝対応看護の拠点

- 訪問看護は利用者と家族にじっくりマンツーマンで関わられる。利用者満足度の高いケアの提供が求められる。

→「受け持ち看護師」としての自覚を持ち責任のあるケアを。

# 済生会訪問看護ステーションの組織図と連携体制

急性期病院から、退院調整部門の課長と、看護部長。

管理者・実務者の連携会議

済生会滋賀県病院

介護老人保健施設  
ケアサポート栗東

栗東デイサービスセンター

居宅介護支援事業所栗東

特別養護老人ホーム  
淡海荘

ご遺族へのグリーフケア  
3ヶ月に1回遺族会  
電話・訪問・葉書

看護師の相互研修も

夜間・早朝対応看護の拠点

[栗東市小柿]

【拠点】 滋賀県済生会訪問看護ステーション  
併設：訪問介護センターなでしこ  
(定期巡回・随時対応型訪問介護看護含む)  
居宅介護支援事業所栗東



[守山市播磨田]  
サテライト守山

[大津市青山]  
サテライト青山

[栗東市安養寺]  
栗東市訪問看護ステーション

[草津市西渋川]

滋賀県済生会訪問看護ステーション草津  
併設：看護小規模多機能型居宅介護  
訪問介護センターなでしこ草津  
(定期巡回・随時対応型訪問介護看護含む)

夜間・早朝対応がないステーションと連携

○ 同一法人以外の訪問看護ステーション

#### 4. 特別養護老人ホームふくら

## 豊かなケアと豊かな気持ちの相互作用

—チームでその人らしい人生の集大成を支える—

### ▶ 当初の問題意識

- 利用者の入所期間が短期化  
年間約20人が最期を迎える
  - スタッフ（介護）の重圧、不安、無力感、後悔
- 「看取り」についてスタッフの意見を整理・分析
- 家族と信頼関係ができないうちに最期を迎える
  - その人らしさがわからないまま最期に
  - ベテランの経験を活かせず、死を振り返れない



#### 4. 特別養護老人ホームふくら

## 豊かなケアと豊かな気持ちの相互作用

—チームでその人らしい人生の集大成を支える—

### ▶ 取組みの着眼点

1) 地域の人を地域で看取る。

看取りはスタッフの成長につながる。

「利用者よし、家族よし、スタッフよし」の実現。

→施設スタッフ・チームで方針の共有

2) 介護のプロ、看護のプロ、栄養のプロ、

医療のプロ、家族は「その人（利用者）のプロ」

チームで看取りケアを共有

→互いにリスペクトできる関係づくり・専門性の発揮

# ふくらでの看取りケアの流れと「豊かなケア」と「豊かな気持ち」の相互作用



医療依存度が高くなっても、本人・家族が希望すれば、診療所サポートのもとふくらで看取りを。自宅での看取りも。  
 →診療所（地域）と看護師の連携で医療面を支える。  
 看護師のサポートで介護士も利用者の観察、報告。

# まとめ

- ▶ 共通したこと
  - 1) 現実の課題を把握し整理する。
  - 2) 仲間を見つける。増やす。※組織の外にも視点を
  - 3) 目的を共有する。
  - 4) 専門性・強みを活かした取り組み。
  - 5) 患者・利用者の良い変化・フィードバックを共有する。
- ▶ 看護職の強み：医療と組み、暮らし（=介護職）を支える
  - 介護職の専門性が発揮され、暮らしに医療が融合
- ▶ 「良いケア⇔患者・利用者の良い反応」の正のスパイラル
  - 「従事者の働きがい」と「患者・利用者のQOL」が目的
- ▶ まずは「自分だったら・・・」の妄想を。
  - 今現在のケア、地域を振り返る。
  - そして、2025年、2040年、とつながっていく。