

ケアマネと席並べ

迫る2025 消滅

6

9部 訪問看護師の力

横浜市鶴見区医師会在宅部門を何度か訪れて驚いたのは、訪問看護師とケアマネジャーが同じ部屋にいて、話し合いをしていたことだ。どちらかというと医療と介護の「垣根」は高く、利用者の情報がうまく共有されないことも多い。

こうした状況を訪問看護師として長年見てきた栗原美穂子さん(49)が、2005年、二つあった訪問看護ステーションと、ケアマネが属する介護支援ステーションを一体化し「在宅部門」とした。自らが総括責任者になった。お互いの仕事内容が見えるように、両職種

を同じ部屋に配置した。

ケアマネは福祉系の資格しか持たない人が多く、「訪問看護につながる」という意識を持ちにくいのだという。「医療と介護の連携を強めれば、早めに訪問看護につながられるなど、



利用者の状態について情報交換するケアマネ(左端)と訪問看護師。同じ部屋にいるので、頻繁にコミュニケーションをとれる。横浜市鶴見区

利用者さんのためになる」と栗原さんはいう。

ケアマネへのサポート・研修態勢も整っている。看護師資格をもつケアマネが8人いて、福祉系のケアマネを支援する。新任ケアマネは、約2週間、看護師の訪問に同行する。

介護支援ステーションで約5年前からケアマネを務める木村貞治さん(36)は「風通しの良さ」を感じている。「利用者さんの医療的なことは、いつでもすぐ(同じ部屋にいる第1ステーションの)訪問さんに聞ける。訪問さんからも『床ずれができた』『薬を飲めていない』などの情報をもたらえるので助かる」。情報交換した内容は、ケアプランに反映させる。

栗原さんは「地域全体の多職種連携」にも取り組んできた。区医師会のバック

アップで、10年に「つるみ在宅ケアネットワーク」を立ち上げた。区医師会や病院の幹部、介護施設長や訪問看護師らがメンバーだ。

その成果の一つが「連携ノート」だ。きっかけは、数年前に区内の老老介護の在宅患者が、救急搬送時に病院に断られ続け亡くなった、という事案だった。慌てた家族が病歴などを説明できなかった、と聞いた。

「利用者さんの情報があれば、断られずに済んだかも……」。栗原さんは、会議で連携ノートの作成を提案した。メンバーの医師らも賛同、12年夏から在宅医が訪問時に配り始めた。

病名や既往歴、服用している薬の種類などが挟める。利用者が自宅で保管するため、例えば救急搬送の際も、ノートでわかりつけの病院がわかれば、そこに搬送することができる。

訪問看護師たちは、利用者を中心に地域全体が有機的につながるような仕組みづくりにも心を砕く。