

大病院の訪問看護は脅威ではなく 質の高い地域医療を支える存在 藤田医科大学の試みは新しい地域医療の モデルケースになると期待している

とになり、どう
でしたか？
大上 ひと口で
いうと、最初はア

伊藤 大学が地域医療の何たるかを知らず、とても重要ですね。それに大学の意識改革……。例えば「急性期病院に入院を必要としている患者さんは、自宅に帰さない」という思い込みからの脱却も図れるんじゃないかと思えます。
小島 まさにその通りです。看護主任が訪問看護を学んでいるのは、そのためでもあります。当院では退院調整を行っているスタッフの中心が看護主任なので、地域の実情を知ること、より患者さん視点に立った退院支援ができるようになるのではと考えています。

伊藤 始めて4年ほど経ちますが、感懐はいかがですか？
小島 病院に戻ってきた看護士は訪問看護の経験で得た視点を今の業務に役立てています。例えば、E日に戻った看護士は、入院時から患者さんだけでなく家族のことまで考えるようになったと聞いています。

伊藤 訪問看護を経験して見えたもの「患者さんには帰る場所がある」
伊藤 大上さんは3回目に所向けされたんですよね。病棟看護士からいきなり訪問看護士として地域医療に携わることは要らない。寝る前の服薬が「いい」と断固として、朝、薬を飲まないんです。そこで睡眠薬とステロイドを一括化して夜に飲んでもらうという提案をしました。「ステロイドは興奮作用があるから朝がいい」と反対するスタッフもいたのですが、薬剤師に確認を取ると、「夜の服用でも問題ない」と。まずはその方法で一週間試してみました。

伊藤 それでどうでしたか？
大上 まったく問題ありませんでした。その方は退院されて、外来通院していました。病状は安定しています。

伊藤 病院の治療は100点満点主義だけれど、在宅なら80点でいい。そういう考えができるのと、できないのでは退院支援に持っていき方が違います。

伊藤 ずっと（訪問看護）じゃなくないけれど、経験は必要だと思えます。伊藤 業務や知識が専門的になるほど、深い医療や看護はできるよになるし、実際にそれを自指す看護士さんもいる。けれど、やはり病気に特化するのではなく、患者さん全体を、その人の暮らし

ウエーが満腹でした。これだけ私たちが看護士や病棟に守られていたのか、思い知りましたね。進いよいよ、患者さんにとつて病院はアウェーであり、自宅がホーム。今までは患者さんに帰る場所があるというところが見えていっていませんでした。それが見えるようになった。そこが訪問看護を経験する前後の大きな違いだと思います。

伊藤 患者さんの雰囲気も、病院と自宅とは違いますよね。
大上 そうなんです。ある女性のがん患者さんなんです。ずっと退院を拒んでいたので、でも、いざ退院して在宅で診ることになり、お宅を訪問したら「どうぞ、どうぞ、お入りください」と笑顔で迎えてくださった。家に戻るとしつかりされるんです。

伊藤 訪問看護自体については、ハードルは高くないですか？
大上 ほとんど知識がありませんでしたので、正直、不安でしたが、先発隊から情報を得ていましたし、主任会でも情報共有をしていたので、できないことはないだろうとも思っていました。実際、最初は戸惑いましたが、一人で訪問に回れるようになってからは、何もないところ

や行き方も含めて看なければいけないと、僕はあるんですよね。
伊藤 最初でも話したように、大病院が地域に外向くという発想は斬新ですが、一方で、地域ですべて在宅医療や訪問看護を行っている医療機関などとの連携は、けっこうたいへんだったのではないのでしょうか？
小島 もう昔のことなので……
伊藤 そこをどう乗り越えたのか、ぜひ教えてください。

小島 最初は「藤田が今度は何をやるんだ」という空気がありました。大病院が訪問看護ステーションを作ったら、地域の医療機関からすれば競合ではなく、脅威ですから。もちろん、私たちはそういうつもりではなく、訪問看護を必要としている人たちがもつているだろう、そういう人たちに地域で看護の支援をという思いがありました。

伊藤 その思いは通じましたか？
小島 個々のステーションと連携を取り合ったり、豊明市では看護連絡協議会があるのですが、そこに入って活動する中で、協力し合える体制が整ってきました。当院の認定看護師が地域医療を担う施設や事業所に向き、講義や演習対象者へ直接看護を実践する仕組みが

から模索できる看護って面白いと思うようになってきました。
伊藤 病棟と訪問看護ステーションで違うのは勤務形態です。例えば、訪問看護ステーションは夜勤がないけれど、オンコール24時間体制です。

大上 専用の携帯を持ったのは出向して1カ月くらい経ってからです。初めての訪問は看護士でしたが、在宅医に手取り足取り教わりながら、じつになった方の処置をさせていただきました。これは当院の訪問の特徴でもあります。ターミナルの患者さんをたくさん受け持っているの、看護士に関わるケースは多いです。

伊藤 今までは病院での看護しか立ち合ってこなかった大上さんが、訪問看護をするようになって自宅で働くようになるケースを経験するようになった。病院の死と自宅での死、何が違いますか？
大上 答えになっていないかどうかわかりませんが、在宅での死って、家でじつになっただけのこと。なんです。昔からこうやって死があつたんだなあと思つたといひますか……

伊藤 確かに生活の場での死、それは病院の死と大きく違うところかもしれません。
伊藤 心不全のターミナルでも帰れる
地域医療を知るからできる提案
伊藤 出向から戻ってきて、現在は退院支援に関わっていますが、経験はどんな

あります。連携強化だけではなく、看護の質の向上にも貢献できる機会となっています。
伊藤 大病院がバックにいることで、在宅医療に関わる医療者も安心して医療や看護を提供できるようになったのではないですか？
大上 退院支援で在宅医と話すことが多いのですが、「いざというときは返つていいですか？」と聞かれることも少なくありません。そのときは「もちろんどうぞ」と答えています。

小島 実際、誤嚥性肺炎で入院を繰り返していた患者さんに、当院の摂食嚥下の認定看護師が予防から関わったことで、入院することがなくなったという事例もあります。
伊藤 地域と病院、両方のレベルアップを図れる、いいモデルケースになるような気がします。

小島 この取り組みは補助金に頼っていないので、いろいろと経営的にはたいへんなことがあると思います。それでもこうやって続けられているのは、理事長をはじめとする執行部の理解が大きく、感謝しています。
伊藤 退院支援における病院の意識改革はどうでしょう。家に帰せるという考え方は、スタッフの共通認識になりつつありますか？
小島 共通認識には至っていませんが、

場面で活かされているのでしよう。
大上 退院支援って実は流行っていて、とにかく自宅に帰さうという気運があります。一方、現場ではギャップが生じていて、地域医療を知っているスタッフと知らないスタッフとでは、考え方に温度差があるのを痛感します。

伊藤 特に医師は患者を帰したがいらないという印象があります。
大上 医師は治すことが使命なので、なかなか家に戻すという発想に行き着かないです。ただ、今回初めて強心薬のドパミンが必要な心不全の患者さんを帰すことになりました。本人が家に帰りたいという希望が強く、担当医も診てくれる先があれば帰せると話していたので、何とか在宅医を見つけてきました。今度の日曜日に退院します。

伊藤 それは素晴らしいですね。
大上 不安はありますが、どうしても患者さんの希望を叶えてあげたかった。何度もカンファレンスを聞いて、医師と打ち合わせました。
伊藤 大上さんがそこまでするようになったのは、訪問看護を経験したからこそ、現場を経験するって大切ですよ。

大上 患者さんの処方について医師に提案する機会も増えました。
伊藤 具体的にどう？
大上 皮膚疾患でステロイドを内服している患者さんがいたので、「朝の薬

病棟によっては変化がみられています。
大上 ある病棟では、一度、成功体験をした医師や看護士が「この人は帰せるかな？」とどんどん相談してくるようになってきました。今はそういう事例を二つひとつ重ねている段階です。

伊藤 積み重ねは大事ですね。地域や病院がどう変わるか、この先が楽しみです。超高齢化社会のなか、医療の在り方が変わらなければいけないといわれて久しいですが、患者さんも医療者も、その現実にとこまで向き合っているか、疑問に感じるところも多い。でも、今日の現場には希望を感じました。あとは因や社会の更なる後押しに期待したいですね。ありがとうございました。



伊藤準也が行く
男性の家族と訪問看護士とで記念写真

地域の訪問看護との連携体制を重視 地域医療のレベルアップに貢献

伊藤 最初でも話したように、大病院が地域に外向くという発想は斬新ですが、一方で、地域ですべて在宅医療や訪問看護を行っている医療機関などとの連携は、けっこうたいへんだったのではないのでしょうか？
小島 もう昔のことなので……
伊藤 そこをどう乗り越えたのか、ぜひ教えてください。

小島 最初は「藤田が今度は何をやるんだ」という空気がありました。大病院が訪問看護ステーションを作ったら、地域の医療機関からすれば競合ではなく、脅威ですから。もちろん、私たちはそういうつもりではなく、訪問看護を必要としている人たちがもつているだろう、そういう人たちに地域で看護の支援をという思いがありました。

伊藤 その思いは通じましたか？
小島 個々のステーションと連携を取り合ったり、豊明市では看護連絡協議会があるのですが、そこに入って活動する中で、協力し合える体制が整ってきました。当院の認定看護師が地域医療を担う施設や事業所に向き、講義や演習対象者へ直接看護を実践する仕組みが

から模索できる看護って面白いと思うようになってきました。
伊藤 病棟と訪問看護ステーションで違うのは勤務形態です。例えば、訪問看護ステーションは夜勤がないけれど、オンコール24時間体制です。
大上 専用の携帯を持ったのは出向して1カ月くらい経ってからです。初めての訪問は看護士でしたが、在宅医に手取り足取り教わりながら、じつになった方の処置をさせていただきました。これは当院の訪問の特徴でもあります。ターミナルの患者さんをたくさん受け持っているの、看護士に関わるケースは多いです。
伊藤 今までは病院での看護しか立ち合ってこなかった大上さんが、訪問看護をするようになって自宅で働くようになるケースを経験するようになった。病院の死と自宅での死、何が違いますか？
大上 答えになっていないかどうかわかりませんが、在宅での死って、家でじつになっただけのこと。なんです。昔からこうやって死があつたんだなあと思つたといひますか……
伊藤 確かに生活の場での死、それは病院の死と大きく違うところかもしれません。
伊藤 心不全のターミナルでも帰れる
地域医療を知るからできる提案
伊藤 出向から戻ってきて、現在は退院支援に関わっていますが、経験はどんな

PROFILE
伊藤 準也
(いとうしゆんや)

医療ジャーナリスト
写真家
医療情報研究所代表

患者中心の医療を実現するため医療ジャーナリストとしてテレビや雑誌などのメディアで活動中
ホームページ shuryu@fjtv

藤田医科大学の看護士と伊藤