

特集

医療連携における看護師の役割

医療連携の推進が課題となっており、そのための医療計画や診療報酬上の様々な対応が強化されつつある。しかし、焦点は医師と病院にあり、ケアを直接担う病棟看護師や、患者を受け取る訪問看護師や施設の看護師の立場からは、連携する際の留意点、方法、書式等についての具体的な検討は十分なされておらず、こうした観点から本特集を企画した。

まず、厚生労働省の在宅看護専門官や、在宅ケアの実践者としてのご経験から山田雅子先生は、退院調整担当者として治療や看護の内容をできるだけシンプルに調整する必要性を指摘している。とかく病院のケアが最善であり、それを退院後も継続することが連携先の責務である、という病棟看護師の考え方から発想を転換する必要性、また ALS 呼吸装着者の具体的な例を介して地域として必要なサービスを開発する必要性を強調した点には同感する。

実践例として、病院としては東大病院の柳澤愛子先生が、訪問看護ステーション、かかりつけ医、関連病院、介護保険施設との連携、および地域医療連携部として取り組んできた退院困難例の把握と支援、看護職間の地域との合同カンファレンス開催等の取り組みを紹介している。また、国立がんセンターの大松重宏先生は、退院後に外来化学療養と緩和ケアにそれぞれ移行する際の患者・家族の緊急時や治療の継続性に関する不安に対して、病院として採るべき対応を MSW の立場から解説している。

次に、福井小紀子先生は、研究者として全国の病棟看護師を対象として行ったがん終末期患者の調査に基づいて在宅移行の実現に関連した要因の分析、およびインタビュー調査による阻害要因の成果を報告し、退院支援部署の活用、合同カンファレンスの開催、ガイドラインの作成、緊急時対応や後方ベッドの確保の重要性を述べている。また、鳥海房枝先生は、特別養護老人ホームの副施設長(執筆時)である看護師の立場から、入院することの功罪、病院から患者を受け取る側からの問題点を指摘している。

最後に、池崎と筆者の論文は、看護における医療連携の3年にわたる研究の集大成であり、まず連携ニーズの高い対象者を介護保険の認定者に限定し、次に病棟看護師の視点を在宅や施設におけるニーズに向けるために、悪化前の入院前状態、入院時、退院時の3時点でアセスメントする方式、および患者・家族向けに作成した「退院後ケアの留意書」の複写を関係機関に配布する連携方式について解説している。

以上の論文が、看護における医療連携に役立てば幸いである。

池上 直己

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授