



第⑤回

医療連携で心穏やかに
居られるだけ自宅、難しくなれば入院へ

今 話題の“地域包括ケア病棟”の原型のような、地域密着・医療連携の看取りを見つけてきました。岩手県の山中のこの地域は、30年前は医療機関がなく、住民はいよいよとなると町を出なければなりません。「この町で死ぬようにしたい」という首長の願いでできたのが、一関市国民健康保険藤沢病院（以下、藤沢病院）です。

この地域唯一の医療機関の責任を果たすべく、病棟（10対1看護で54床）、2次救急を担い、手術室やCT・MRIなど最新の医療機器、健康増進外来（糖尿病の生活改善）、フットケア外来、物忘れ外来、退院支援、訪問診療、訪問看護など、生活を支える医療をフル装備。医療者と住民と一緒に学びつてきた、創業院長の佐藤元美さんと看護師長畠山貴江さんのお話です。

*

藤沢病院は在宅死を目指しません。「在宅看取り率」を気にしないのです。でも在宅死を望む人は、できるだけかなえる。そのため訪問診療も訪問看護も充実。

「できるだけ家で過ごし、これ以上うちにいるのはもう無理となったら病院に」です。入院しても訪問診療医が担当医として継続し、看護師も顔見知りで安心。最期をどこでどう過ごすかの決断は誰にとっても難しいので、後悔しないよう、一緒に考える意思決定支援が重要です。

看取りを覚悟しての入院は、家族の出入りは自由、一人部屋に移り、モニター類は外します。ただ、予後が見通しにくく、看護目標も看護計画も立てにくいという難しさがあります。そういう患者さんに看護はどう関わればいいのか？

家でも病院でも施設でも、どこで過ごすにしても、「患者さんもご家族も心穏やかにいられることを大切に」と畠山さんは言います。そのためには話

しやすい会話の中で、その人や家族の大切なモノやコト、今したいこと、元気な時どう過ごしていたか、生きる支えなどをキャッチして看護計画を立てます。「花が好き」と分かれば、外出を計画して見に行く、床頭台に野の花を挿すなど……。

病院では、患者や家族が“気安く語れる環境づくり”も必要になります。入院すると家族は「病院の患者になったので、医師や看護師がケアするから、近寄りにくい」と感じがち。なので、家と同じように気安く触れ合える環境づくりが大切です。

例えば病室では、ベッドは壁際に置いてベッド柵を立てることが多い。それでは患者さんの顔のそばに近づけません。最期の日々で動きが少ない状態にベッド柵は必要ないので外し、部屋の真ん中にベッドを動

かす。そんなちょっとした環境づくりで、みんなが近づいて患者さんに触れたり、語り掛けたり、心穏やかに過ごせると、畠山さん。

よくお世話した家族は「そろそろ」と分かると、いったん家に戻り弔問客を迎える準備を始めます。そのような家族を、若き日の佐藤医師は「ずいぶんクールで冷たい」と感じたそうですが、「死は、息を引き取る瞬間のことではなく、プロセス」だと、徐々に分かってきたと言います。

*

人生最期の日々のプロセスを、バッドニュースとしてではなく受け入れるように話し合えること。治療しすぎないバランスを、医療チームで話し合えること。そしてケアに困ったときは、緩和ケア認定看護師も交えて相談できるエンドオブライフケアチームがあること。これらが、藤沢病院のスタッフを支えています。



さまざまな人生最後の光景
病室の窓からわが町を一望（撮影：佐藤元美）

むらかみきみこ◎看取り・医療安全・在宅ケアを取材。著書に「患者の目線—医療関係者が患者・家族になって分かったこと」（医学書院）、岩波新書『納得の老後—1日欧在宅ケア探訪』。