

在宅医療のリアル ～（１）K氏編～

(2011.5.20 17:30～18:45)

訪問看護ステーション¹Tを開設した理由

看護師って時間に追われて患者さんと少ししかお話出来ないし、接することが少なく、病院に勤務していた頃は患者さんに対して満足なことが出来なかったんですね。在宅看護の講座を受講している中で在宅の方が1、2時間みっちり自分が提供できる看護(神経難病患者専門の看護)を施せると言っていたのを思いだして、病院附設の訪問看護ステーションMに勤めたんです。これがうまく土台にのったので、今度は自分で開いてみようと思って、今のステーションTを開きました。今、スタッフは常勤2名パート2名事務1名です。数少ないスタッフの中、18人の利用者の方へのサポートを行っていますよ。呼吸器をつけている利用者さんの元へはほぼ毎日出向いていて月に200件近く、午前午後合わせて多い時は一人で五件を受けてるかな。難病の方は1時間から3時間訪問という長期の看護が必要なんですね。普通は、朝2軒昼2軒が理想です。うちは難病を持つ利用者が多いので医療保険では適用されず、利用者さんの実費でサービスを受けてもらうこともありますねえ。

注1：訪問看護：病気・けがなどにより家族で療養する方々に対し、かかりつけ医の指導の下看護師が利用者の自宅に訪問し、病状観察や看護・医療処置、看護相談や指導などを、一人一人の状態に合わせた「看護」として提供し、住み慣れた自宅で快適な療養生活を送れるように、医療従事者の連携によって利用者のセルフケア能力が高まるように支援すること。

在宅医療の姿

ところで、在宅医療ってどんなものかわかります？平たく言えば、病院の病室がぼこっと自宅にかえるようなものですかね。機械をいっぱいつけていてね、病室でさえも注意しなければいけない人でも安心して看護を家で受けられるくらい設備は整っているし、しっかりサポートできるようになりましたし。ここでは、重症の方に看護師さん・介護士さん・ヘルパーさんなどいろんな人がサポートしていて、中には、理学療法士や歯科医師さんなどもいます。いろんな先生がタッグを組んでてね。利用者の対象者はオールマイティで現在は、最低年齢が15歳、最年長は98歳のおばあちゃんまで診ています。今このおばあちゃんは100歳を目指しているんですよ！利用者の方の中には健康チェックだけの人もありますし、本人さんより家族の相談を小1時間聞くような事もありましたねえ。もちろんカテーテル・点滴などもしていて、今日もインタビューが終わった後に一人、点滴が必要な方がいらっしゃるんですよ。

自分が現場で働くからこそわかること

在宅看護は、ご家族の協力が不可欠であり、ご家族の受け入れがあってこそ可能になるものなんですよ。ターミナルケア²のサービスも行って、死の看取り方など、家族への教育も私たちはしています。これらのサービスを提供し続けられるのは、医師とご家族の在宅医療に対する理解が深まってきたからでしょうね。少し苦労話をすると、朝 6 時から 88 歳のお母さんから電話がかかってきたり、些細なこと、例えば、「昨日ご飯をあんまり食べなかったけど大丈夫かなあ。」など、つい 5 分前まで訪問に行っていたところから相談があったりする時は、スタッフが少ない分、対応しきれない所があります。しかし、50 歳を越えて今でもこの仕事を続けられているのは、叱られることもありますが、やっぱり利用者ご家族の笑顔、「ありがとう」「また来てください」の言葉があるからですね。新規の利用者さんとは、信頼関係を結ぶ為に、私が必ず出向いたりしてるんですよ。しんどいですけど、このような努力をしないと小さい施設は長続きしませんからねえ。

注 2：ターミナルケアとは、自宅で安心して最期を迎えたいという方々のお手伝いを訪問看護スタッフが行うこと。

利用者との関係(トラブルがない理由)

利用者さんがね、無茶振りしたって対応するようにしてますよ。ニーズに応えていけば、利用者さんの家族との間に問題なんて起こりませんからね。そうね、例えば 17 歳の癲癇発作の子がいるんだけど、その母親から時間の変更要求がよくあります。無理なときは断るんだけど、なるべくあわせるようにしてるわね。やっぱり個人経営ならではの対応よね。実は訪問看護は自宅で実施することが基本だから、通学援助なんかも本来なら禁止されているんだけど、「散歩」ってこじつけて学校の授業も共に受けたりなんかしてね。その子の母親は今ヘルパーとして働いているから夜勤があるのよ。そんなときは自宅に電話をかけて安否なんかのね、確認も取るようお願いされています。他のステーションではどうするか知らないけど、ほら、うちは小規模なステーションだから、そうやって利用者さんとの信頼関係も築いているんです。ここまで家族的にしているから利用者さんとのトラブルはありませんねえ。

逆にうちのスタッフのほうが慣れて親しくなりすぎちゃって。私はないんだけど、「この時間に行ってもいいか」なんてスタッフ側から言うこともあるらしくて、謝罪することもありますよ。利用者さんからすればね、スタッフが代わる代わるするよりも 1 人の人が入ってくれるほうがいいのかもしれないけど、やっぱりそうなるとお互い、ほら、慣れちゃってねえ。こういう事態も起こっちゃうのよ。まあ、私も経営者である前に看護師ですからね、多少の無茶ぶりは受けいれるし、T では交通費も取らないようにしています。この仕事はもう趣味でやっちゃっているんですよ。だからトラブルはありませんね。

ステーションのスタッフ

スタッフが揃うことが一番だから、スタッフが働きやすいようにしています。ステーション T(以下 T)では訪問さえ行ってくれば、事務所で事務仕事しろなどとは言わないです。普通なら何時から何時までは訪問が無くても「事務所で仕事しろ」、などがありますが、Tは規模も小さくスタッフに長続きもしてほしいし働きやすくもしたいので、予定は必ずきっちり、訪問の人数は一ヶ月何人と決めて、「空いている時間は自分の時間に当ててください」と言っています。スタッフも子供が小さかったりするから突然休むこともあります、そういうときに「出て来い」とは言いません。その代わりに自分が入るようにしているから、自分が入れるように余裕を持った時間を組んでいます。それから、苦情はすべて自分で処理しています。そして、利用者のニーズに沿ったことをするようにしています。

うちのスタッフはお子さんがいるから日祝休み・勤務時間は 5 時までとしていますし、面接にきた方に条件を言われたらそれをのむようにもしています。ステーションは開設するにあたり、一施設につき看護師 2.5 人が要ります。2.5 人いないと訪問看護ステーションは開けないんですよ。とりあえず T は 2.5 人いるんですけど、今厚生省のほうで一施設につき 1 人いれば訪問看護ステーションを開けるように申請していて、まだ通っていないけれど、それが通ればすごく楽だと思うんですよ。いつ通るかは分からないけれど、結構一人で訪問介護にまわっているところっていうのは多いんです。名前だけ借りて、書類に看護師がいると書けば、実際に働いていなくても来てくれていたら良いので。

2.5 人という枠は働いている人にはすごくきつい枠です。「訪問看護師になりましょうか」という人はいないし、卒業したばかりの人に「訪問看護師になれ」といっても絶対無理だから、いろいろ経験をしてくださった 30 後半くらいの人が訪問看護師になるのが適当ですよ。病院でいろんな訓練をしてもらってからで。一人で利用者のお宅に入って一人で看護しなければならぬし、何が起るかわからないからね。命を預かっていますからね。1 時間でも 2 時間でも入ったら、そのときご家族の方はいないですから。ヘルパーの方も一緒だと思います。

利用者さんに関しては、信頼関係を結ぶために自分が先に入っていくということです。また、事務は息子にさせているので、あれしてこれしてと言えるから楽です。給料計算では税理士さんに入ってもらうこともあるんですけど、他人さんではできないところもあるからあまり入ってもらわなくてもいいように税もすべて息子に任せているんですよ。税理士さんに入ってもらうと事務は事務でこっちのレセプトの仕事、といったような形になるかと思いますが、身内だから収支が分かって別にも構わないところもありますからね。私の言う「スタッフ」とは実際に現場に出ているスタッフの話です。

今後のステーションの規模

今後のステーションの方針としては、スタッフの一人化を行っても良いですし、特にス

テーションの規模を大きくしようとはあまり思っていないので、小規模で自分一人でも提供できるような形で、利用者に対して綿密に看護が提供できたらいいなと思っています。訪問看護を始めて8年ほどになりますが、スタッフが揃わないという現実が目の当たりにあるから、それだったら無理して大きくする必要もないかなあという感じですね。横のつながりがあって、同じようにステーションを開いている方ともよくお話するんですが、やはり「スタッフが集まらない。私一人でもいけるのになあ。でも、それほど大きくはできない。」という感じらしいです。

あと、自分がやりたい専門性っていうものがありますよね。今はいろんな人を受け入れているんだけど、私もI病院で看護師をしていたことがあるから、それで神経性難病が入ってくるんだと思います。自分の専門性を伸ばしていくっていうのも良いんじゃないでしょうか。あっちもそっちもとマルチにしなくても、重症なら重症っていうところでスーッと入っていきますしね。だから看護協会の管理者さんなんかはターミナルが専門でやりたいて言われてますし、いろいろみんなそここの専門性を活かしていったらいいんじゃないでしょうか。

この18人のなかでALS^(注)の方というのは4名ですね。鳴門であったり石井であったり市内であったりと距離が遠いから、片道30分くらいかかっていたら実質3時間くらいは1人の人にかかってしまうことになるので、近場で10分以内でまわれるのなら何人でもこなされるんだけどねえ。そういうことはないから。

だから私は今のところは(ステーションは)大きくはしないで、自分で小ぢんまりと綿密にやっていきたいなと思っています。

【注釈】

注) 筋萎縮性側索硬化症 Amyotrophic Lateral Sclerosis(ALS)

在宅看護者の悩み

たとえば、ある患者家族の娘さんは93歳のおばあちゃんを看護しています。そして将来お母さんが亡くなったらどうしようとか、自分の方が燃え尽きてしまったらどうしようとか、それに加えて自分がもし病気で倒れてしまった後、自分を誰が面倒見てくれるんだろうかという相談を結構してきます。本人じゃなく、介護してる人が病気になった時どうしたらいいんだろうという相談が多いくらいです。今、93歳の人を看てるこの娘さんなんかすごく神経質なので、看護に行った際、娘さんの方の血圧を測ってあげたりして、最初のほうはすごく血圧が高くて訪問の度に血圧を測ってあげてました。よく「どっちの介護に来てるんだろう」と思うことがあります。なので、私がモットーにしているのは、介護者さんが楽になれるような訪問看護にしていきたいということです。

訪問看護ステーションを開くきっかけ

実は訪問看護ステーションを開くということに関しては、自分の家族も訪問対象にしようと思って開いたということがあります。私はサポートに入れたいんですけど、うちのステーションとしては義父と義母の介護にあたっています。今義父は84歳なんですけど、68歳の時に脳梗塞で倒れて、それから半年くらいは病院にいたんです。10何年か前なんで介護保険とかも無い時代なんですけど、家に帰ってくるってなって…。さあどうしよう、ということになりました。寝たきりのままではいかんということで、いろんなところにリハビリに連れて行ってました。だけど義父自身「もういつ死んでもかまん」という具合だったのでなかなかリハビリにならず、私はその時 A 病院に勤めていたので、そこに入院してもらいました。そこで本人に「家に帰りたいんだったらリハビリしよう。杖で歩けるようになったら家に連れて帰ってあげる。」と言って、なんとかリハビリを促しました。今、杖で歩くことは出来ないんですけど、立てるようになったので病院から連れて帰りました。しかし、これからどうする、ということになり、これはもう訪問看護に来て頂かないといけないということになりました。家でリハビリを継続しないといけないということですが、訪問看護も充実していなかったですし、リハビリの仕方が理学療法士さんしか分らなかったのどうやって回復させればいいのか相談したんです。そこでなんとか理学療法士の A 先生に来ていただいて、メニューを作ってもらって、それをみんなでやっていき、やっと杖歩行ができるようになりました。未だに、そのリハビリメニューにいくらか付け加えたりしながらリハビリをしています。今12年目なんですけど、家の中では杖で歩けるようになっています。その後、義母が肺炎にかかってしまい、在宅酸素が必要になってきたので今は『病状観察と健康チェック』ということで義母についても訪問介護を頼んでいます。

家で看取るということ

今年、私の実母が肺炎で亡くなったんですよ。私は家で看取りたかったんですけど、主人は「家でなくてよかったな」と言うんです。やっぱり私は医療に携わってるんで分ってるからいいんですけど、主人とかは素人なので家で看取るのは不安だということなんです。うちの母は家で看取れなかったの今度はこの2人(義父、義母)は家で看取りたいと言ったら「嫌じゃ!」と言われて今そのことでもめています。でもがんばってこの2人は家で看取りたいと考えています。

今まで在宅で看取った人数ですか?3人くらいです。末期で高齢の方はご家族の方が分かっているのでもいいですけど、一番難しいケースとして1人暮らしの方が1人いたんです。呼吸器もつけなくて、家で亡くなりたいと言われてて、最後亡くなる2カ月くらい前ですか、同意書を書いて頂いたんです。もし、亡くなって救急車を呼んだら“検死”

ってことになるので、そういうのにならないように「私は病院に運ばれても延命はせず、最低限度の治療でいいです」というのを証明する同意書を作って、印鑑を押してもらい、それを持ってもらってたんです。2週間に1回はみんなと家族で意思確認をしていました。ところが、いざそういう時になったときには、いつも往診に来てくれていた先生が不在で、その先生が勤めている病院に連絡して看取ってもらいました。その日の朝に亡くなられたんですけど、医者がいなかったのだから家では看取れなかったというのがちょっと悔しいです。でも最期は「ありがとう」って言ってたよと付き添いの方から言われたら、「あーよかったな」と思いました。亡くなったあとでも、こういう風に言われるので、本当にやりがいがあります。

これまでの経歴

私はX県出身で、その看護学校を出てA病院に勤めていたときに主人と会って今のY県に来ました。その後B病院で2年働いて、耳鼻科、次が今のC病院で最後だと思います。A病院にいた時に外来の方にまわされて、たまたまそこで救急などを経験させてもらいました。あとは学生のころ、夜間の病院なんかにも勤められているんな経験が来ました。そしてその現場に入ることによって、たくさんの知識なんか身に付きました。

資格

資格ですか？50過ぎてから、訪問看護の専門ナースの資格があるので、受けたいなと思っておったんですけど、機会がなかったんです。だけど、この間同じくらいの年齢の人が受けに行くということになったんですけど、どうやら年齢制限があるようです…。年齢の上限は無いんですけど…あるようです。本当は何かあったほうがいいかなあと思って主人に相談したんですけど、半年間東京に研修期間と行かないといけないこともあり、「仕事しながら父や母の面倒は見れない」と反対されました。本当は専門ナースになりたかったんですけどね。結構歳のいった方はいけないみたいな暗黙の了解があるようです。ケアマネの資格と産業カウンセラーの資格は持ってます。訪問看護をしててケアマネをするということではできないので、ペーパーケアマネですね。でも、やっぱり必要になってくるので、勉強はしてます。

社会福祉士にもなりたかったんですけど、大学を出ないとなれないと知ったのであきらめました。現在、専門ナースは県内1人だけです。40代ぐらいの人が行って育てるのが重視されているようです。

在宅医療のリアル ~ (2) O氏編 ~

(2011.5.27 15:00~)

訪問看護の現状

訪問看護ってというのは、言わば病院でいうと看護師ですよ。それが患者さんを迎えるんじゃないでこちらから出向いていくかたちのものです。そうですね、全体的に厚労省、国の主導で在宅医療が推進されてます。だから病院の患者さんを、精神科も小児も癌末期もすべての領域において疾病をお持ちの方を在宅に流していこうというような流れがあります。ですからこの何カ年の計画の中でも訪問在宅医療はかなり推進されております。ですからその中で医療をサポートする立場である看護師ってというのはこれからもっと需要が高まるってということが言われてますので、そこに対する公衆単価ってものを全体的に評価して上げています。というかニーズが増えてくるんだったらそれに対する評価も上げなくちゃいけない、人を増やさなくちゃいけないっていう風なかたちで全体的に流れています。けれども現実的には地域格差が発生しますので、どうしても都心なんかではそういったサービスが多いけれども山間部だとか田舎のほうにいくとサービスが整わないですよ。そういったものをどうやって埋めていくかっていうのが大きな課題ではあります。推進事業とされている割にはなかなか推進していかない状況っていうのがあります。また在宅だけではなく病院でも医師不足・看護師不足って言われてますよね。この影響が在宅の中にもあるんです。

T 医師会での在宅看護の特徴

私どもは医師会立っていう立場がありますので、どうしても利用者を紹介して下さる先ってというのはドクターが多いんですね。開業医の先生もそうですけど機関病院もそうですし。ですからどうしても医療措置が多い方が多いです。機器類が付いている方ってというのはそれだけ緊急事態だとかそういった対処を必要とされる方が多いですので、医師会の訪問看護は医療措置とかそういったものにまあ長けているというか、その専門性を高く持っているということと、緊急時対応っていう医療面に対して重点を置いています。

勤務体系と訪問件数

スタッフは管理者の私を含めて16名ほどいます。で、大体月平均800...まあばらつきがあるんですけどね、850前後あります。ただ勤務形態として常勤職の9時~17時のフルタイムのかたちが5名と非常勤が11名です。非常勤ってというのはパートタイマーだとかいろいろなかたちがあるのかもしれませんが、比較的拘束がなくてある程度自己都合でシフト組んでますので件数の平均っていうのはかなりばらつきがあります。ですから、フルタイムで働いている者でしたら、大体平均的に70件くらい月にまわります。体調とか子育てとかに合わせて勤務している方に関しては50件前後くらいです。1日だとフルタイム

の方は午前 2 件、午後 2 件というかたちです。でも 1 件にかかる時間帯がみなさん違います。30 分で終わるケースもあれば、医療保険の方だったら 120 分かかるケースがあるので、ある程度余裕をもっていける、まあ移動距離もありますので 4 件くらいがマックスかなと思ってます。

日曜日や夜間時の対応

日曜日に入るときは、緊急の点滴だったりとか医療処置が必要になった方、それと人工呼吸器などの高度な医療機器管理が必要だったり介護者の状況で医療職が入ったほうがいいと思われるケース、大体この 2 つですね。

夜間のほうは 24 時間対応をしております。管理者ともう 1 人スタッフが携帯電話を 1 週間ごとに持ってます。電話が鳴ったら基本的には電話に出た者もしくは患者の家の近くの者に連絡を取って訪問させるというかたちですね。現実には緊急電話を受け取ってそれが深夜帯とかでしたらね、寝ているスタッフを起こすよりかはそのまま自分で、つまり電話を取った者が対応することが多いです。幸いにも携帯電話は飲酒しないものが持ってます。あといろんな制度上で准看護師は対応の電話が持てないとかの諸事情があって、ある程度限定しています。ローテーションでスタッフ全員が緊急の電話を持つ事業所もありますけどなかなかそこまで行ってないです。

移動範囲について

基本的には市内と、開設当初には佐那河内が手薄な地域だったので、そこを担うということで徳島市内と佐那河内だけだったんですけど、現在では割と T 医師会に加入されている先生が対応している利用者の方だったら、鳴門だろうが板野だろうが行くケースが増えています。ただそれはすごくパーセントでは少ないです。ただ基本は T 医師会の先生方の場合は遠隔地でも対応しているという状況です。本来ならば集中したマッピングで移動距離とかそういったもののコストとかストレスとかも考えるとある程度徳島市内に集中したいところではあります。けどもそれが許さない状況です。T 医師会員の先生方っていう条件もありますし、利用者を受けてくれるステーションが近くに見つからなかったとか。基本的には一番近いのに打診していく方向であるんですけど。というのは緊急時の対応を踏まえてますから、遠隔地で緊急時の体制を維持できるかっていうとその部分ができないものがあるんです。

ステーション同士の交流

各都道府県に訪問看護ステーション連絡協議会っていう協議会があるのがほとんどです。徳島にもあります。そこに加入しているステーションに関しては、定期的に研修会であったり、今年の 5 月には連絡協議会の総会・理事会というものがあつたりします。そういつ

た会を通じて連携を取っていきます。徳島県の場合も西は半田から、南は海部のほうまでと地域が広いですから、連絡協議会でも会議はしますけど、地域性を重視して西部地区・東部地区・南部地区というようなかたちでそれぞれ勉強会だとか連携強化のための勉強会みたいなことはやっています。

管理者として困ること

困っていることといえば、その、スタッフの管理というか、職場環境を整えるっていうのが一番難しいです。女性の職場なのでどうしても子供さんが発熱で休んだとか、車で移動する形態をしておりますので案外追突されたりして事故が発生したりとかすることがあります。このたびも事故があったりしたんですけど、事故の要因ってたくさんありますよね。相手方が100%悪いのもありますけど、私たちも集中力欠くようなすごく過密なスケジュールをこなしてたりだとか、体調が思わしくないのに勤務を組まざるを得ないだとか。そういう環境を整えていくっていうのが厳しいですかね。どうしても緊急に利用者が来たりとかしますから、余裕を持ったスケジュールを組んでいるようでも、さらに働いてもらわなくちゃいけないというようなかたちがあります。決まった人数で決まった人数以上の訪問先を対応しなくちゃいけないことがあるので。なにが一番大事かってスタッフが一番大事ですから、それが安全とかそういったことを確保していくのが現状では難しいことですね。

またこういう医療職っていうのは緊急事態がつきものなんですよ。来週のスケジュールを組んでいくんですが最初に組んだスケジュール通りには大体終わってみたいんですよね。すべて変わってしまいます。今日もみなさんが来る前にお昼から緊急に点滴をしてくださいっていう指示を頂いて、昼からのスケジュールも全部完全にスタッフの行き先が決まっているんだけど、そこに新しい人や追加できる人を緊急にいれていきます。そんな風に緊急事態っていうのは当然ありえます。まあそれに対応できる経験と知識のある看護師がいるのでその部分に対しては困りませんけども。

訪問看護でのやりがい

この仕事がやっぱり好きで、病院に勤務してからこちらにきました。だから病院以上にやりがいを感じます。それはやっぱり、病院だと看護師って何対何っていうかたちですよ。1対1で患者さんと接する時間ってすごく少ないんですよ。けど訪問に行くとそこのお宅にいったのやり取りですね。だから自分のしたことに対する反応が良いも悪いもすごくダイレクトにいただける、評価をそのままいただける。だからそういう意味においてはすごくダイレクトに評価されるっていう部分で、勉強していかないといけませんよね。見えないことのほうがやっぱり不安ですからね。きちっと評価いただけるっていうのは、この仕事のやりがいに通じるものではないかと。

ホワイトボードについて

上から順番に月曜日からの日付ですね。それが午前中と午後に分かれています。カラーのやつは、スタッフ個人の部分になります。16名いるので16色あって利用者の名前の中にスタッフをいれていきます。つまり利用者を中心にスタッフをおいていくというかたちです。あと利用者を保険別で分けていて、黒いのが医療保険、青いのが介護保険、赤いのは緊急であま急遽医療保険を使うにいたったかたちで3色あります。それと、緊急連絡という追加のこと、たとえばこれを持っていってくださいみたいなことはもちろんメールなんかでやりとりはするんですけど、持っていったか持ってないかを書くためにも書いてます。で、持っていったら消すっていうような。つまりスケジュールだけじゃなくて項目リストとしても使っています。横に書いてある数字は利用者の数ですね。件数はかなり変動します。

平成5年の開設以来このやりかたでやっています。ちなみに管理者4人から開始したと聞いています。だから開始時の状況からは変化しているので、これは本当に見にくいので、もっと見やすいようにしたいんですが、管理者が変わっても修正してないっていうような状況です。開設時から在籍してた古いスタッフも残っているんですよ。そういった流れの中でタイミングを逃してきたっていうのが現状かなと。本当はスタッフの中に利用者を埋めていくっていうほうが落ちが少ないです。訪問するのはスタッフですよ。だから利用者を落とさないってことにもつながるかと思うんですよ。見間違いだとかヒューマンエラーというやつをなくすには自分はこの人ですっていうものが提示されているほうが人の勤務だとかを探さなくてすみますよね。自分の名前があるところだけを見ればいい。基本的に行く人の名前を落としさえしなければ問題はないかと思います。実際そういうところのほうが多いです。上にヘルパーステーションがあるんですけど、そこではスタッフの名前の中に利用者の名前を入れています。他のステーションでもそういうところのほうが見学させてもらった場合は多かったんで、そのやり方のほうが妥当性を持っているかなと思います。

24 時間対応について

24 時間対応で実際の業務時間以外での対応はだいたい平均的に月に20件くらいが多いですけれども、その月に抱えている利用者の疾病の種類にもよりますね。例えば、これはかなり波がありますけれども、例えば、先月がんの末期の方が10人近くいるような月の場合は緊急の出動が増えますね。それと医療機器管理が必要な状況で退院してきた方。新たに増えたりした場合は操作が家族の方が不十分だとかそういったことで緊急の出動が増えますね。あらかじめ緊急の事態が発生するだろうということは予測がつかます。必ずしもではないんですけれども、定期的に訪問しているわけですからその時にこれがおこりうるというようなことで、ある程度の準備はしているんですよ。

よくある要望

要望ってかなり個別で重複してこの要望が多いとかっていうのではなくて、満遍なく多いんですけど、割といわれるのはフルスタッフを固定してほしいとか担当制にしてほしいとか。それと極端な話で、日替わりで来てほしいとかです。おんなじ人が来たら飽きるからじゃないですけど、やっぱりいろんな話を求めたりするんですよ。自分たちは外に出ていけなかつたりするから。だから、おんなじ人が続けてくるよりも、新しい人とか交代でいろいろ来てくれるほうがいろんな話を楽しめる。割とこういう話はずっとありますね。もしくはその方によって声が小さい人の方がいいとか大きい人の方がいいとか。体が大きい人の方が安心できるだとか。それはもう本当に人の数ほどあります。これっていうのはよく私たち感じるんですけども私たちも病院で勤務していましたからね。そういうときには聞かなかったことですね。あくまで病院では自分たちはされるほうなのでそういった要望ってあまり出しにくい。けどおうちに帰ってきたら自分の家に帰ってきたんだから言わせていただくっていうのが多いですね。希望がある場合にはよほど精神的なものとか病気によるものに関しては人を減らしていきますけども、基本的に緊急時とか日中力入れてますから緊急事態の時に必要な人員をそこに向かわせるためにはある程度の人数は準備しておかないといけないんですよ。スタッフの方も休みますし、トラブルがあるわけですから、1人2人のスタッフだけではなくこれだけ交代交代に入れさせてもらってないと緊急時にお宅に訪問できないかもしれないですけど、それでもいいですかということまでできます。それは困るから仕方がないから5人までとかね。そんな話をします。

現在の制度について

あの、私たち医療職からしても利用者からしても、ちょうどっていうのはやっぱり難しいですね。というのもやっぱり、以前と違って費用負担...どうしてもこれは必要な医療処置なんだけれどもお金が、経済的なものがあって利用できないとかそういうのでまますね。これはでも病院受診をね、医療費の高騰で控えるというのと一緒に、本当だったらニーズに即して十分なものをうけられるというのが望ましいのかなと思うんですけど、現実にはある程度の費用負担が利用を制限しているっていう現状がありますので、そういったものをどうにかこう、改善できたらなという意識はありますね。

利用者、利用者家族との距離感

ある程度の一線を引くようにという指導はしているんです。というのは、それは家の中まで上がりこんでいきますし、気安くなりやすい環境ではありますね。そうすると、いろいろ業務、看護師として提供するサービス以上のものを要望されたりする。これどっかに届けてきてほしいとか、自分たちは出ていけないからこうしてくれないとか、それだ

けじゃなくてやっぱり病院でもありますけど、セクハラとかありますし、他はパワーハラ
メントだとかいろいろあります。そういうものをやっぱり発生させる土壌をなるべく
少なくするというのを病院以上に気を遣います。というのも、扉、玄関入って扉閉め
たら、まったく利用者と私たち、もしくは介護者がいる中でなんですよね。で、何かあ
った時に避難ができるかっていう避難経路っていうのはねえ、あの、ま、一軒家でしたらあ
の、はきだしから逃げるかもしれないんですけど、マンションとかだったら玄関しか行け
ないですね。玄関に立ちまだかられたら逃げる場所がないですね。で、こういうこと
で度々あります。あの皆さん方の大学の方の研究なんかで、セクハラ、訪問看護なんか
におけるそんなもの研究していただいた方もいらっしゃるんですけども、やっぱりそれをど
っか片隅で持っていないと私たちが被害をこうむるだけでなく、それを加害者になっ
てしまう方、ひいては加害者のもとに庇護されている利用者の方、全体的にそのものが壊れ
てしまうんですよね。なるだけ刑事事件とかそういったものに発展しないように、意識を
もっておくと。一線をひくと。

セクハラの実態

実際にセクハラ、ありますよ。病院なんかでもありますよね。本当に簡単な所から。だ
けどそれをどんなふうに対処していくかっていうのはやっぱり、まあ、何人も訪問看護師
が入ってるって言うのはそこにメリットがあるんですよ。あの人、どっかそういう風な
気配があるとか、全然感じないスタッフもいれば、ちょっとこうそういう異変というか、
空気を感じやすい人もいます。じゃあ気をつけていきましょうって絶対背後に立たれない
位置に立つだとか、ケアするときに背中を向けないとか、そういう些細なことですけどね。
例えば私こういうパンツルックですけども、もうひとつ夏場にキュロットみたいなもの
もあるんですよ。そこの訪問先にはキュロットははかないだとか、半そでだけでも、
肌は出さなくて割烹着を着ていくだとか、そういうものってやっぱり準備するべきもの
があります。相手をそういう気持ちにさせないっていうんではないんですけど...それは向こ
うの勝手な感情ですから。だけどもある程度セーブさせていくっていう配慮はいると思いま
す。だからそれはやっていますね、みなさん。

スタッフの構成等について

ここのスタッフの若手は、若手と言っても皆さんからしたらあれですけど、だいたい平
均40代ぐらいですね。上は56から下は28までいますけど、だいたい多い年齢層が30代
後半、40代くらいというところですね。だけどもうね、これはね、セクハラっていわれる
ようなものは年齢とか見た目だけじゃないんですよ。お互いにそういう要素を持って
いるっていう言い方も語弊があるんですけども、遭う人と遭わない人っていうのが現実的
にあるんです。だから、そういうふうなことに遭いやすい人はそういう訪問先は外すよう
にしています。それが一番安全ですからね。安心して訪問できるので。ま、男性に聞くのも

あれですけどね。隙があるっていうんでも、そういうとスタッフを責めるような形になってしまうんですけど、やっぱりそういうのってあるんですよね。つけられやすいとか。私より大分上の者でも、そういう被害に遭う人はいます。

セクハラへの対応

セクハラに対する研修は特別にしているって訳じゃないんですけど、OJT みたいな感じで色々そういうのを経験しながら、「こういうことが起こったときにこういう対処したから、このお宅に対してこれからどうしていこうか」といったことを、週に 3 回カンファレンスしています。その中で話しあったりしますので、対セクハラ研修会っていうのは大々的にはしないんですよね。ですから、訪問先で自分たちがされたこととか事例を通して、話し合っていくっていう形が多いですよ。それから、そういう問題が起こったところへは私が乗り込んでいって、「二度と体に触るようだったら訪問はやめますよ」と言って釘を刺したりもします。それでだいたい向こうが謝るケースが多いですね。しつこくしてくるところは本当にお断りしますから。私たちはケアするのが目的であって、それに伴うセクハラだとかいろんな周辺環境のために訪問しているわけではないですから、その部分は私のほうで別付けで利用者に申し入れしていったりだとか時間をとったりとか、そういうふうにして、最終的に私がスーパーバイズしていく体制を取っていますね。で、訪問に私も同行することもあるんです。事実確認とかいうことも含めて。ですから最終的にはその、調整はこちらでしますね。

ステーションのスタッフの育成

ここのステーションでは、基本的には「総合的にすべて対応できるスタッフ」というのを頭においています。神経難病、人工呼吸器等という専門性が強くても、無理なんですよ。例えば、小児科の経験がないから小児科にいけませんっていうのでは困りますので。それをここにきて勉強してもらうために、経験のある者と一緒に同行して小児科にも連れていきます。そして習熟度にあわせて何度でも同行させます。病棟でしたら、それぞれの専門の方がいらして容易に可能ですよね。ですが、そういうニーズが来るっていうのが前提にありますので、必ずそういう勉強をする機会を持たせています。だから精神疾患の方から小児の患者さんまで受けいれられるんです。

もちろん、何度も同行させることはコストの問題もありますが、次そういう利用者が来たときに、2、3人のスタッフで対応できないのであれば、今度逆にステーションの運営自体、スケジュール自体が動かないんですよ。だから 1 人でも対応を広くできるスタッフを増やすというのが必要と感じています。というのも、今スタッフは 16 名いるんですけど、なかなか募集かけても新規のスタッフっていうのは雇用につながっていないんですよ。ということは今いる人員で維持できるだけの体力というか知識経験というのを積み上げていかないと、いずれ退職者もでてくるわけですからね。そこら辺はすごく気を遣うところ

です。

新規スタッフの獲得の困難さ

なぜ募集をかけても新しい人が入ってこないか、ですか？そうですね、それに関してはいろいろ聞きます。医師会は平成 5 年から開業しておりますので割と訪問看護に対して厳しい体制で整えられているし、難しいといわれているものもあります。全体的に看護師不足がありますから、かなりの施設でも給与面だとか待遇面ですね、福利厚生とかもかなり充実したものを提供しているんですよね。それに比べて、小中規模の訪問看護ではそれに見合うだけの対応をしようという良い環境が準備できませんよね。だからその待遇面のために新規のスタッフが入らないというのがあります。

あとですね、訪問看護自体が体力的に、肉体的に厳しい職場な上に、1人で判断しなくてはいけないという環境があります。訪問看護自体が厳しいというのは言われているんです。それはうちの医師会が厳しいという所もあるかもしれないですけど、一般的な所では業務自体が難しいんですよ。病院等でしたらサポートしてくれるスタッフが 1日の勤務の中に 20人以上いますが、訪問看護ではそうはいきませんからね。

在宅医療とは

「在宅医療とは病室がそのまま家に来るようなもの」というのはまさしくその通りです。地域が病棟になっているって言い方は、そのままナースコールを押したら誰かが来てくれる環境ですね。一番皆さんが心配するのはそうですね、緊急時。結局そういったものに対応できるだけの訪問看護ステーションにしたいが、なかなか体制はとれてないですね。そういう、こう、シームレスなものを提供して初めて在宅は推進されるのかなと思います。それを公に言えるような環境があれば、利用者の方は在宅に戻ってこられるんだっていう認識を持って頂けるとと思います。それだったらご家族が病気になったときに、安心して帰れると思いませんか？目指すところではありますが、なかなかそこまでいけていません。

信頼関係を作るために必要なこと

信頼関係には、いろいろコミュニケーションとかあると思いますけど、私たちは看護師として行きますから、看護師としての技術がなにより確立されてないと信頼が得られないと思います。そこから出発すると思いますね。ですから、あの人性格が悪いし声もきついし嫌やけど、ちゃんとすることしてくれるからまあいいかっていうこともあります。その逆もあります。個人的な感情っていうのは、どうすることもできないですよ。好き嫌いだとか。だけどその、好き嫌いはどうすることもできないけれども、きちっとした技術に関しては私たちが絶対もっておらなければいけないものなので。それをまずしておくことですよ。

スタッフの教育

よく言うのは、看護師としてよりもまず人としての礼儀だとか、常識的なことをまず確認しますね。だから人の家に上がったときにインターホン鳴らすだとか声をかけて名前を名乗って入るだとか、玄関上がったら靴をちゃんとそろえるだとか。そのまま脱いであがっていくようなことをうちのスタッフはしないと思います。個人の生育歴なんかは、私たちは把握 100%しているわけではないです。だけど人として、礼儀として、その部分はまず言いますね。同行で教育していくときに、そこは必ずおさえときます。

訪問看護の将来

多岐に渡る選択肢を、みなさん持っています。治療に関しても、最新の癌治療を受けたいと思って世界中とび回って治療法を探してくる人もいるし、いいや自分はもう延命処置や手術なんか一切しません、っていうことを言われる人もおりますし、そういう書籍も出てますよね。その方が、在宅ではすごく大変な医療処置とかあるけれども、病院じゃなくて家で亡くなりたいって言ったら、全力でその環境を整えるための努力をしていきたい。しかし在宅医療が推進されたかといって、家で死にたい人ばかりじゃないですよ。家族に迷惑かけたくないから、最期は病院で亡くなりたいっていう方もいらっしゃる。それに対応しうるものを、訪問看護がどう変わっていくかっていうより、そういうそれぞれのニーズに応えられるだけの、経験とか技術を、備えていきたいと思っています。

私たちも連絡協議会だとか、いろんな会があります。そこで言われてるのは、自分たち(療養者および療養者家族)が主体的に選択をする。病気になったときに、先生がこうやって言われたから、抗ガン剤治療して、こんなふうになると思わなかったっていう最期をする方って多いんですよ。もう病院にいったらまな板の鯉だっという言い方を。だから、医療者主体じゃなくって、医療を受ける側がね、きちっと選択できるだけの啓発活動というか、そういったものを、私たちはしていくべきなのかなあって。いろんな会でそういった話をしています。だから、たくさんの選択肢や情報を与えられたうえで、ちゃんとその人がその人らしく選択できる、そういった準備を私たちは支援していくべきではないかな。

Iの将来構想

Iの将来構想ですか。数字的なところで言いましたら、スケールメリットが働くひとつの指標として、常勤 7 人だとかがあります。本来はそれを目指したいところです。ニーズはありますのでね、利用者をどんどん増やしていくとか、営業して増やしていくっていうことは可能なんですけどもね、スタッフの数だとか考えましたら、ある程度今の状態を維持しなくちゃいけないっていう現状ではありますけどね。

うちもスタッフが 20 人近くいて、入所数も今よりもちょっと多かった時期とかもありますけど、スタッフがやめたりだとかで、今のかたちになっています。私たちがみたいな、

まあ比較的大規模って言われてるステーションでも、やっぱり毎日の緊急訪問とかで疲弊してってます。だけど、疲れても次がいる、交代ができるっていうような、安定した需要体制ですね。利用者の方ももちろん大事ですが、やっぱりスタッフが大事なので、安心して働ける環境。だけどそれはすごくね、今は絵空事のように、かなり遠い目標になってます。

1 と他の訪問看護ステーションとの比較

私たちと同じ規模ぐらいでしたら、X法人。ただ、X法人さんっていうと、自分ところの患者さんは自分のところに回せますので、そういったかたちではちょっと偏りがあるかもしれないけどね。一般的に、誰でも広く受け入れるような、まあある種独立性の高い訪問看護ステーションとしてはうちが大きい方かなあっていうくらいです。

他県に行くと、サテライトをいくつも持っているステーションっていうのもあります。よく訪問看護ステーションのアンケートをしているところでの具体的な数字でいきましたら、だいたい職員 10 人未満の所を小規模っていうんですよね。20 人以上いるスタッフの所を大規模。スタッフの数だけじゃなくて、利用者数でいうところが多いですけれど。やっぱり利用者が 150 を超えるようなところは大規模になります。徳島にはそういうステーションはないですけど。

0 氏が訪問看護を選んだ由来

看護って、小児科を希望する人、手術室、救急、精神、整形外科とかいろいろありますよね。私は訪問看護は特別なものじゃなくて、その中の一つだと思ってます。ですからジェネラルなものを求められる。

もともといた病棟が、脳神経外科に所属しておりまして、必ず、後遺症を持ったまま退院される。まあ退院できたらいいんですけど、だいたい転院される。すごく遠隔地に転院せざるを得ない方とかいらっしたんですよね。命がけっていうほどたいそうではないけど、ほんとにその方を救命すべく、手術とかそういったことをいろいろ関わってきたわけで、その後の報告をお手紙なり頂いたこともありますけど、その後が見えないんですよ。そこにすごく気がかりな部分をずっと抱えたまま、どんどんどんどん新しい患者さんは来ますしね。その部分がすごくね、人として気になったっていうのがあって、その部分を見たい。訪問看護は比較的最終な部分ではないけれども、ある程度安定して、最終の、私の目指したやりがいの部分であるかと思っています。

訪問看護自体は制度ができたのが平成 5 年って言われてますけど、もう 70 年代からやる人はやってたんですよね。制度として整ったのは最近だけれども、制度が整う前から、基盤を作っていたってことは間違いなくあるんですよ。私が学生のときにはもう在宅看護論っていう、総論の部分ですけどありましたしね。ですから、決して訪問看護が新しい考

え方っていうのではなくって、選択肢としてやはりありました。やっぱりある程度自分がベースとしたところで仕事をこなせるようになったら、深く追求していく部分っていうのが出てくるのかなあって。

病院勤務時代

わりと柔軟な病院だったので、5年勤めた脳神経外科では自分の担当の患者の手術に同席したいと言えば手術も見せてもらえましたし、転院するとかいったらその転院先まで同行するってこともあって。

さらに、看護力っていうことをすごく重要視する病院だったんですね。だから患者をよくするのも悪くするのも、術後の管理。これは看護師としてどうするかが大事。その人の生命予後とかを判断する。だからいかに看護的な視点で、その方の生活全般をみるか。だからその術後っていうピンポイントじゃなくって、全人的な関わり。この人が退院するにあたって、どこまで目的を達成していればシュームレスに出ていけるかとか、そういう看護の視点をすごくポイントとする病院でした。

ドクターも含め、すべての職種は比較的对等な職場だった。A県だったら、というか田舎にいくほどドクターとでこう、ありますよね。けどその部分では、検査技師も、その、助産師も、看護師も、保険師も、ドクターも、専門職としての連携をとるので、どこが一番トップっていうような考え方はなかったです。だから県外で仕事してたので、A県で仕事してギャップはありました。ドクターに対して上申っていう言葉も、私初めて聞きましたので。上申って書けます？上に申すって書くんですよ。看護師としてドクターなりなんなりに報告する中で、普通にしゃべってしまうのでね。先生に横柄な口、とかってよく怒られました。

注

i> 訪問看護一件における値段のこと

