

看護のチカラ

2/15

2019 no.509

地域包括ケア時代をサポートする実践情報誌



実践事例

非常勤の活躍で 常勤も輝く職場づくり

■ 横浜相原病院 ■ 岸和田徳洲会病院

座談会

地域包括ケアシステムにおける 訪問看護師の役割

■ 大原在宅診療所 ■ 訪問看護ステーション虹
■ 老健ケア・スポット梅津

調査速報

2018年 病院賃金実態調査 集計結果

■ 産労総合研究所 附属 医療経営情報研究所調査

連載

人財の確保と定着の POINT
Nursing spirit
経営に強い看護部長になろう!
NEW 地域拠点型 new balance ARENA 事業

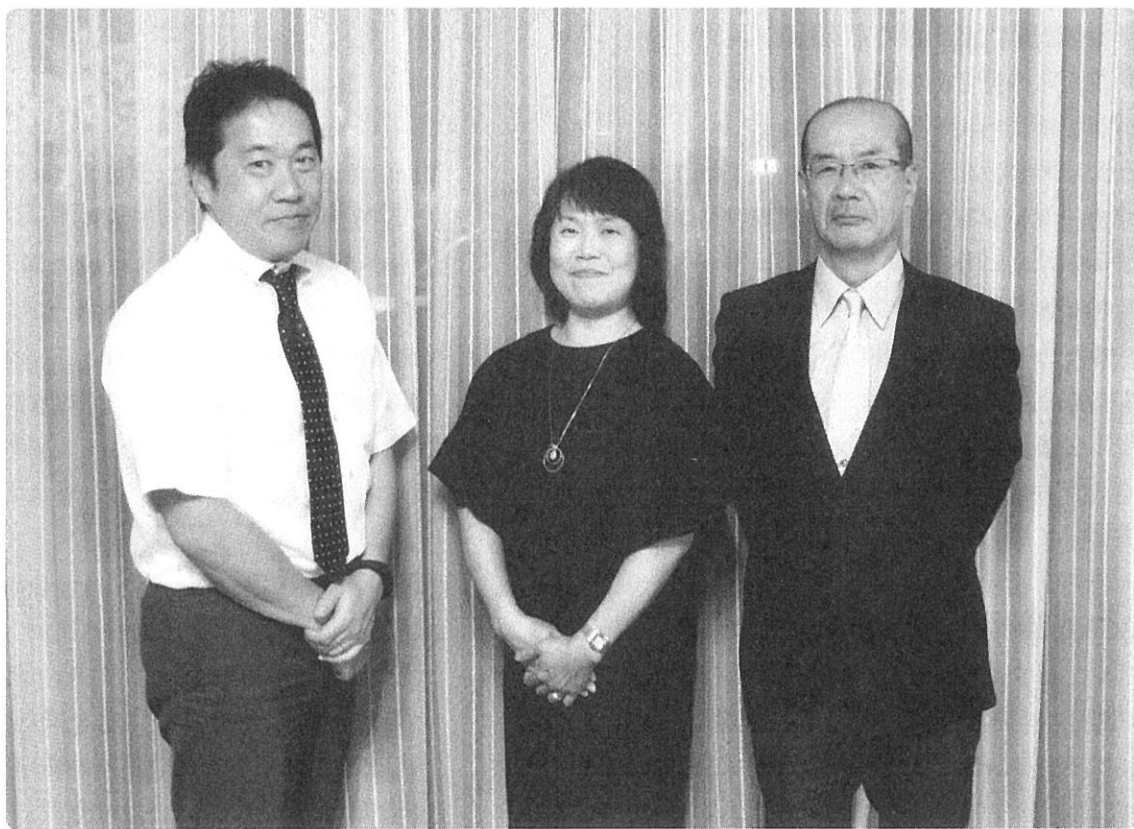


キーパーソンは訪問看護師 地域での役割拡大

ICT活用と多職種連携で、0歳から120歳まで雨でも台風でも伺います!

地域包括ケアシステム構築の必要性が打ち出されてから15年が経過した現在、その中心的役割を担うのは誰なのでしょう。

今回は、地域包括ケアシステムの実情や訪問看護師の役割、今後の期待を「大原在宅診療所」医師の桑田克也氏、「訪問看護ステーション虹」管理者の西尾希美重氏、「介護老人保健施設ケア・スポット梅津」事務長の山田裕喜男氏（司会）のお三方に語っていただきました。



右から桑田克也氏、西尾希美重氏、山田裕喜男氏

●大原在宅診療所

設立主体：京都大原記念病院グループ
所在地：左京区下鴨西林町6
上文堂ビル
TEL：075-705-0787

●訪問看護ステーション虹

設立主体：合同会社ナースケア虹
所在地：下京区蛭子町136-1
TEL：075-354-7277

●介護老人保健施設ケア・スポット梅津

設立主体：医療法人平盛会
所在地：右京区梅津尻溝町66-1
TEL：075-863-2185

● 個人の人脈が頼り……!?

山田：今日は、地域包括ケアシステムにおける訪問看護師の役割ということで、在宅診療医の桑田先生と訪問看護師の西尾さんに来ていただきました。まずは桑田先生、自己紹介をお願いいたします。

桑田：はじめまして。大原在宅診療所、医師の桑田克也と申します。どうぞよろしく申し上げます。

大原在宅診療所は京都大原記念病院グループの在宅診療所で、回復期を中心に終末期に至るまで幅広いステージで安心して満足していただける医療・介護サービスをモットーに、訪問診療を行っています。診療体制は、私を含めて常勤医3人のほかに、大学病院からの非常勤の医師もおられ、診療科は内科・外科・神経内科を中心としています。

2018年8月からは、訪問診療に加えて訪問リハビリテーションも併せ持ち、利用者さんを支援しています。リハビリテーションは当グループが提供するサービスの核となる要素です。

偉そうなことを言っていますが、私は2018年4月から在宅系に携わりまして、この中でも一番のひよっこです。今日はいろいろお話を伺って、今後の仕事の役に立たせてもらおうと思います。私も思いは言わせてもらいますが、何か間違ったことがありましたら、遠慮なくご指摘ください。

山田：ありがとうございます。続いて西尾さん、お願いします。

西尾：訪問看護ステーション虹の西尾と申します。当ステーションは京都市の真ん中、下京区にあります。現在は、私を含めて常勤が4人、非常勤が2人の計6人で訪問している小さな、小さなステーションです。この地域の方たちのために訪問看護ステーションを建てようと思って合同会社を設立し、当ステーションは10年目になります。雨が降ろうが、台風が来ようが、訪問させてもらっています。

うちは自転車とバイクで行ける範囲なので、下京

区と中京区が中心です。小児の場合は、その周辺の東山区、上京区、右京区、南区などにも行っています。対象者は0歳から120歳までというのがうちの看護理念で、小児やから断るといのが頭になかったので、立ち上げたときに、「え？ 小児も訪問してくれんの？」とびっくりされて、「何で？ え？ 断っていいの？」と逆に聞いたくらいです。

現在、68人ぐらいの利用者さんのうち、18歳以下は16人ほどです。13トリソミーなどの染色体異常や神経難病など、医療依存度が高いお子さんが多く、ALSなどの方たちもどんどん在宅に戻ってきていますし、ターミナルケアも増えているので、訪問看護師の役割も非常に重要になっているな、と思っています。

山田：完全に都会型の訪問看護ステーションですね。

西尾：そうですね。

山田：自転車とバイクですか。車は考えませんでしたか？

西尾：ただ単に邪魔くさいのと、ほかのステーションに聞くと、みんな「車で回れへんよ、持ってても」と言わはったので。

山田：なるほど。雨が降ったら、かっぱを着て？

西尾：そうです。

桑田：小児も受けているステーションは少ないのですか。

西尾：少ないです。

山田：意外ですね。

では、私の紹介をいたします。介護老人保健施設ケア・スポット梅津で、事務を担当している山田と申します。2018年4月の診療報酬・介護報酬の同時改定では身構えてはいたんですが、今回、介護はどちらかというとプラス改定になったので、ホッとしています。老健は今回の改定で、「超強化型」、「強化型」、「加算型」、「基本型」、「その他」の5つに区分されました。だから、「老健に行ったら……」という言い方をすると、「どの老健？」と聞かれるので注意してください（笑）。

西尾：そうなんですか。

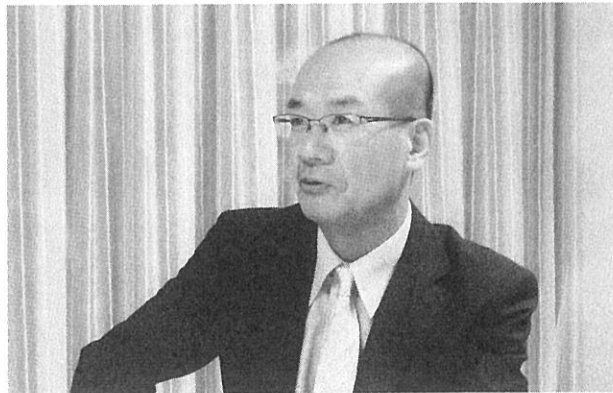
山田：はい。「強化型の老健」と言われると、「ああ、この人、知ってはるなあ」と僕らは思いますね。当施設はおかげさまで、2018年8月から「強化型」という上から2つ目の加算を取れるようになりました。今までの老健は、入所・退所時は、ご家族が利用者さんを連れて迎えに来ていたんですが、「超強化型」や「強化型」は、老健のスタッフが利用者さんのお宅に訪問して、家の状況などを見て、在宅へ戻すという形です。また、急性期病院からの紹介や在宅で重度化された方を受け入れることが多くなったので、平均介護度が上がってきました。

西尾：老健は3カ月しかいられない、という認識です。

山田：そうですね。これは介護報酬上、3カ月たったら、いくつかの加算が取れなくなるという施設側の勝手な理屈であって、実際、当施設の在所日数は1年から1年半の方がほとんどです。だから、在宅関連の方にわれわれがもっと周知していかないと、「3カ月で帰らんとあかんねやったら、紹介できへんわ」と言われてしまいます。老健も地域包括ケアシステムの一部を担っていますからね。

地域包括ケアシステムの基本的な理念は、高齢者になっても、住み慣れた地域で自立した生活を最期まで送りましょう、ということです。ここからは僕の個人的な見解ですが、どうしても絵に描いた餅感がぬぐえない。例えば、法人間で業務提携を行って、システム化されているかという点、なかなかそこまでは進んでいません。今日のように知り合になった個人の人脈で成り立っているのが、今の地域包括ケアシステムの1つの課題だと思っています。西尾さんはどのようにお考えですか。

西尾：地域によって非常に差があるという印象です。京都大原記念病院グループがある左京区は頑張っている感じがしますよね。それと、山田さんがおっしゃったように、個人の顔見知りがお互いに、「〇〇やってくれへん？」みたいに依頼して成り立っている



桑田氏

るんだなと感じています。

そういう現状を行政がどこまで把握しているのか……。うちの事業所から保健師さんに「出てきていただけますか」と依頼しても、少し話してすぐ帰られるので、連携にならないこともあって。だから、システムとして確立させるなら、行政がきちんと状況を把握して、行政や主治医などが中心となって、地域住民やサービス事業者との顔の見える関係をつくっていかないといけないのではないかと思います。

山田：そちらの地域ケア会議はどんな感じですか？

西尾：よく耳にはするのですが、呼ばれたことがないんです。参加メンバーが固定化しているようで。

山田：地域ケア会議を市町村とか区役所が実施してはいるものの、形骸化している。

西尾：そうですね。

山田：どこも一緒なんですね。桑田先生は地域包括ケアシステムの課題など、どうお考えですか。

桑田：お二方のおっしゃるとおり、厚生労働省から定義されているのは概念であって、そこから地域がどうやってつくり上げていくかが課題です。

左京区は頑張っていると言ってもらえるのですが、確かに、いろいろな職種間でも人脈が結構しっかりしているなど実感しています。京都の医師会長は高校の同級生で、彼からも褒めてもらいまして。しかし、地域によって温度差が生じてしまうということは、仕方ないかと思っています。住まい・医療・介



西尾氏

護・予防・生活支援と5本の柱をメインとして構築していかんと、このシステムは成り立たないわけですが、地域の特性はさまざまです。特性に応じたネットワークづくりをするためには、地域での人脈づくりが大事なことじゃないかと思っています。

山田：ありがとうございます。地域包括ケアシステムの中で、訪問診療と訪問看護の役割は非常に重要になってきていると思いますが、桑田先生、いかがですか。

桑田：訪問診療は、住まい・医療・介護・予防・生活支援の全てに関わってくるので、医療を核としたネットワークづくりが大切なんじゃないかと思っています。そのためには、医療の垣根が低くないといけない。医師が積極的にいろいろな職種の方と関わって、同じ目線でお話をさせてもらうことが、これからの課題だと考えています。

山田：訪問看護師さんもそうでしょうが、われわれ介護側からすると、「先生」は垣根が高かったり、怒られるんちゃうかみたいなイメージを持つ人が少なくありません。僕が地域で聞いた中に「ケアマネタイム」というのがあって、医師の手が空いている時間、例えば、開業医の先生でしたら、午前診が終わって13時から15時ぐらいは介護側の話を聞いてもらいやすい、電話を取り次いでもらいやすいということで、「ケアマネタイム」と呼んでいるそうです。要するに、とても気を遣っていると。桑田先生は地

域とはどうしていらっしゃるでしょうか。

桑田：この仕事をさせてもらうようになって、キーワードとなるのは、コミュニケーションだと思っています。利用者さんとのコミュニケーションはもちろんですし、多職種の方とのコミュニケーション、これも大事なことだと思います。利用者さんは常に不安・悩みを抱えておられるので、話しやすい雰囲気をつくらせてもらう。そして、ほかの職種の方ともお互いの仕事を理解し、リスペクトする、そういう姿勢が大事なんじゃないかと。病院に勤めているときは、かなり上から目線で仕事をしていたと反省しています。訪問診療を始めてからは、人間的にも変わったなと思っているんです。ただ、医療と介護の連結機能を果たすためには、訪問看護師さんの役割が重要だと思っています。

山田：訪問看護師さんがパイプ役となって、介護職や医師をつなぐということについて、西尾さんはいかがですか。

西尾：みんなが桑田先生みたいな医師だったら、本当にしゃべりやすいです（笑）。

利用者さんに関わる方々のパイプ役になるのも訪問看護師の役割だと私たちは思っていますので、そこはうまく使っていただけたらと思います。

最近経管栄養をされている方も増えていますが、医療依存度が高くても家に戻ってくる方は、今後ますます増えていくでしょう。医療的管理の24時間対応は必須です。ただ、マンパワー不足で……。それが私たちの役割だと分かっているのです。でも、うちのステーションはやっと常勤が4人になりましたが、以前の2人で365日24時間体制は本当にしんどかった思いがありまして。訪問看護も、システムをきちんと確立していくのであれば、報酬についても考えてほしいと思っています。

山田：桑田先生も訪問診療として365日24時間体制を取られています、いかがでしょう。

桑田：西尾さんと同じで、対応が非常に難しいです。うちでもマンパワー不足は例外ではなくて、正直、

不安を抱えています。

山田：いわゆる残業の頻度は多いんですか。

桑田：僕はまだそんなにはしんどい目に遭っていないのですが、避けては通れないでしょう。ちなみに、当診療所の2017年の臨時訪問、いわゆる往診件数は約600件だったそうです。この件数を特定の医師が対応されていたそうで。

西尾：それは厳しいですね。訪問看護もターミナルの患者さんがおられると、毎日呼ばれたりします。

山田：毎日？

西尾：ありますね。

山田：でも、「それが24時間365日の地域包括ケアシステムやろ」と言われると、9時から18時までの勤務とはちょっとニュアンスが違ってきますよね。

西尾：そうなんです。交代制で動いているわけではなくて、日勤で仕事をして、そのまま緊急用の携帯電話を持って、呼ばれたら夜中に訪問して、また次の日、出勤なんです。

山田：一般企業は8時間労働で、われわれは24時間で3倍やっているわけやから、マンパワーも3倍近くいんと、回らないのですね。

西尾：だから、先生1人でやっておられるのは、ものすごい大変やったと思います。

山田：そうですね。

老健も在宅支援という方向に進んできています。今、多くの老健が取り組んでいるのは、往復型みたいな形で、家で頑張れなくなったら老健に来てください、そして、回復したら家へ帰ってもらって、それを往復しながらやっていきましょう、ということです。

その中でわれわれがいつも気になるのが、自宅へ帰られた方の後追いというか、フォローアップが全くできていないことです。例えば、老健から家に帰られた方が訪問看護や訪問診療を使っていると、ちらっと耳に入ることはあっても、具体的にどんなサービスをどのくらい利用されているのか分からない。「地域包括ケアシステムが、途切れなく継続的に行

えているのか？」と聞かれたら、「ノー」と感じたりする。今はクラウドなどの便利なツールがあるので、利用者さんの情報を一元管理して、関わる人と情報共有できればと思っています。

● 病院勤務との違い

西尾さんが病院にいらしたころは、事務職員が担っていた業務も多かったと思うのですが、訪問看護を始めてからは全部、看護師さんがやるわけですよ。病院勤務のころとの違いはありますか。

西尾：看護業務の違いは全くないのですが、雑務がたくさんあります。何年か前からICTの利用が推進されていますが、うちは去年（2017年）、看護師1人に1つのタブレットを配ることができました。

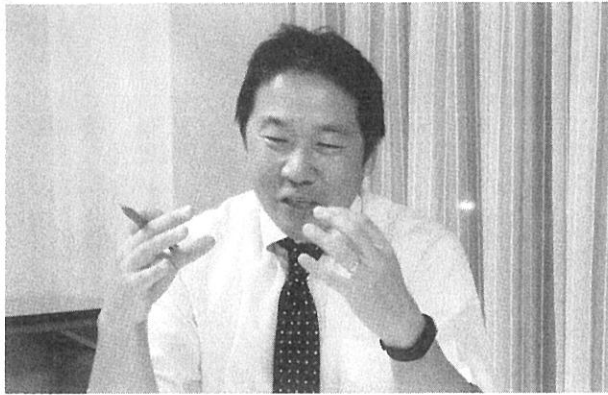
山田：それはすごい。

西尾：お金が掛かることなので、どうしようかとずっと考えていましたが、ICTを導入してから、事務に割く時間は非常に省けるようになりました。

また、利用者さんの疾患だけではなくて、その方がどういう家に住んでいるか、どんな介護状況にあるのかなど、まさしく包括的にケアを見渡すのが訪問看護師の役割です。病院と在宅での一番の違いは、病院とは比にならないほど多くの職種と連携ができることだと思います。

山田：個人的意見なので怒らないで聞いてほしいんですけども、訪問看護師さんって、組織からスパイアウトした人が多いのではないですか？

西尾：私も、どうしようかと思ったときに、大きな組織にいるのがものすごくしんどくなってきて。もし、別の訪問看護ステーションに転職しても、中間管理職としての業務がいっぱいあるのは目に見えていたので、それなら自分で始めてしまおうと。訪問看護歴が長かったので、「ちょっとやってみて、あかんかったら、すぐやめよう」みたいな感じで立ち上げました。確かにスパイアウトと言われると、そうかもしれないです。



山田氏

山田：訪問看護ステーションは自分で立ち上げたほうがいいと。

西尾：私はお勧めします。

山田：でも、会社をつくったり、いろいろ大変ではありませんでしたか？

西尾：私は訪問看護の経験が長いので、だいたいの業務の流れは分かっていたのですが、会社をつくるというハードルは高かったです。そんなの今から思うと簡単なことです。

山田：意外と簡単？

西尾：会社をつくるのは非常に簡単なことだし、お金がある人は、どこかに頼めばよいので。訪問看護として頑張りたいと思う方は、ぜひぜひやってほしい。

桑田：訪問看護師さんはよく知っているんですが、自分で起業された志の高い方には初めてお会いしました。本当に感動しています。

西尾：そんなことはないです（笑）。

山田：桑田先生も病院から訪問に移られたわけですが、違いを感じますか。

桑田：全く違いますね。

山田：そんなに違うもんですか。

桑田：先ほども言いましたように、いろいろな方とのコミュニケーションを大事にしていかなあかん。しかも、同じ目線でコミュニケーションを取るということです。

指示を出すにしても、きめ細かさが必要です。例えば、軟こうを塗るという指示について、家庭の状況を把握して、いつ、どこで、誰が塗るのかなど、細かく情報を書かないとあきません。この利用者さんは朝しか薬が飲めない。じゃあ、朝に全部まとめようとか。病院で入院患者さんを診ていると、指示を出せば、看護師さんやヘルパーさんがなんぼでもやってくれる、そんな世界やったんでね。今はそれを全部、自分でやらんとあかんので、大変です。

訪問を始めてから、医師がいろいろな職種の方に支えてもらっていることを痛感しています。ですから、ほかの職種の方の仕事を理解してリスペクトして、やっていきたいと思っています。

山田：なるほど。ありがとうございます。

昔から在宅診療はありましたよね。京都なら「わらじ医者」こと、早川一光先生がその走りかど。ちなみに僕、学生アルバイトで、一光先生の往診のかばん持ちをしていたんです。だから、在宅医療はそのころから関心がありました。

ただ、僕がバイトしたときに比べると、「往診」の感覚が遠のいてきている感じがするんです。「先生に来てもらったらええやん」という感覚が、昔のほうがハードル低かったんちゃうかなあと。最近の利用者さんから、いろいろな手続きをしないと使えないと思われているように感じるんです。

桑田：そういう情報は、割と直接いただいている印象はありますけどね。職種間の垣根は、ずいぶん低くなっていると。お互いにあんまり遠慮せずに、フランクに仕事ができるようになってきていると思います。

西尾：開業医の先生だと、近くやったら割とすぐ「ああ、行ってあげるよ」言うてくれますよ。

山田：そうですか。それは安心しました。僕が医療から離れていただけですね（笑）。

2018年は診療報酬・介護報酬の同時改定がありましたが、その有用性などをお聞きします。西尾さん、お願いできますか。

西尾：有用性はあまり感じないですね。緊急時訪問看護加算がアップされましたが、国は24時間対応を求めているので、「緊急時加算は上げたろ」みたいなことだと思います。また、これまでの訪問看護情報提供療養費の適応範囲が広がって、医療機関と学校への情報提供も評価されるようになりました。訪問看護は、患者さんが入院するときやお子さんが学校に通うときに必ずサマリーを出すので、それがやっと診療報酬として認めてもらえたんやと思ったら、たくさんの条件が付いていて、全然使えません。もう少し算定しやすくしてほしいと、どこのステーションも感じていると思います。

山田：桑田先生はいかがですか。

桑田：分かる範囲でお話しすれば、かかりつけ医の機能や継続診療を評価する加算が新設された一方で、月2回以上の訪問を行った場合に算定できる在宅時医学総合管理料が減算されました。根底の部分はやっぱり圧迫されていて、有用性は実感できませんね。

山田：ありがとうございます。

実際のところ、老健と訪問診療、訪問看護はなかなかお付き合いがない現状ですが、老健などの施設に期待していることはありますか？「ショートステイが使えない」とはよく聞くんですけども。

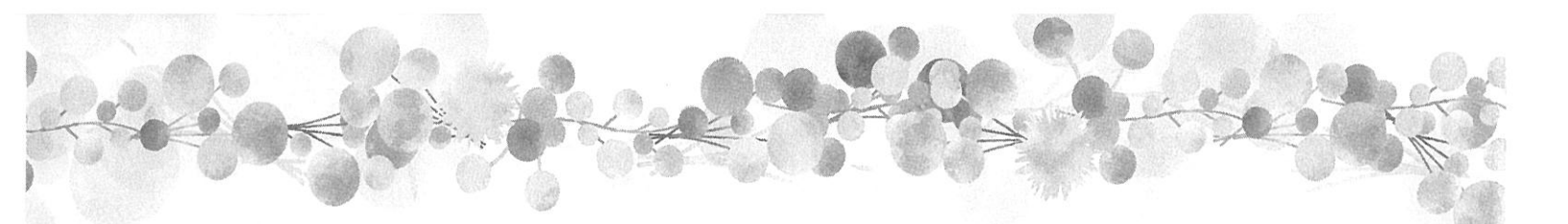
西尾：そのとおりです。老健が高齢者以外の方たちを受け入れるのは現実的ではないのかもしれませんが、地域包括ケアというのであれば、高齢者ではない方のことも考えて動いてくれへんかなと、ずっと思っています。小児やALS、筋ジストロフィーの患者さんのご家族のレスパイト先がなくて困っていて。高齢者の場合も、「ショートステイは、医療依存度の高い人は入れへん」とよく言われるので、この方たちはどこに行ったらいいんやろうって。特養は最近、「胃ろうの人も受け入れます」と言われるところもありますが、「でも5人まで」と。看護職が少ないから、結局それぐらいしか受け入れられないんでしょう。ベッドが空いている病院の情報を一元化したりできないですかね。医療依存度の高い



方に多くの報酬が付けばショートステイの受け入れ先が増えて、地域の中でみんなが分かり合えるのではないかと思います。

山田：そうですね。ここの老健は胃ろうOKやけど、そっちはあかんとか、医療的な部分での線引きがバラバラで、それぞれに電話して聞かなければならない。先ほどおっしゃったように、地域包括ケアシステムを名乗るのであれば、子どもさんも含めて、この施設ではこういう人を受け入れるという情報の整備と一元化、情報共有が必要です。桑田先生はいかがですか。

桑田：施設によって、医療の許容範囲に非常に差があります。これは病院勤務のときから感じていて、どこに頼めばいいのかわからないことがよくありました。だから、老健で往復型の利用が増えてきているということは、利用者さんも入所を在宅生活の一部と捉えるようになってきたということですよ。施設を利用したらADLやQOLが下がったということになったらまずいので、施設での生活の質の維持・向上が求められていると思います。生活の質の尺度は利用者さんによって違うので、その多様なニーズに対応できる施設が少しでも多くなったらと思います。



● 主役は利用者 カギは訪問看護師

山田：今、国は地域包括支援センターを重視していますが、実際、彼らはほかの業務でバタバタしていて、機能が追いつかないようですし、地域ケア会議も形骸化していて、回数を重ねてもどこに向かっていいのか見えてこないと感じています。桑田先生は、地域包括ケアシステムのかじ取りは誰が中心になっていくとお考えですか。

桑田：本来、かかりつけ医がかじを取るべきかと思うのですが、それぞれの立場で拾える情報は異なるので、医療も介護も含めた生活全般を多角的に捉えられる訪問看護師さんが実質的にはカギになるんじゃないかと。実際、利用者さんは、医師には言えないことや本音を看護師さんには言うことも多いようで、看護師さんからの情報はわれわれとしても参考になるし、勉強になります。

山田：西尾さんはどうですか。

西尾：私も看護師がキーになるのではないかと思います。地域包括ケアシステムの推進は「看看連携」にあると。看護師は今、在宅、訪問入浴、デイケア、病院、施設、支援学校、行政など、いろいろなところで重要な役割を担っているの、利用者さんをどうやってつないでいくか話せるのは看護師じゃないかと思います。

山田：地域包括ケアセンターにも看護師さんがいらっやいますが、訪問看護師さんとの接触って、どんな感じですか。

西尾：利用者さんを紹介してくださるときしか接点がないので、もっと顔合わせをして、勉強会などができればいいんでしょうけど、なかなか難しいです。

山田：なるほど。

地域包括ケアシステムで、途切れなくサービスを提供していくということですが、各担当が異動や退職などで途切れることもある中、桑田先生は、地域包括ケアシステムの主役は誰だと思われませんか。

桑田：かっこつけるかもしれないけど、主役は利用者さんだと思います。これは絶対に無視できません。われわれは、利用者さんが人間として尊厳を持って生きていく上で、それを支援する重要な脇役であるべきだと思います。ですから、医療職や介護職だけではなく、地域住民も巻き込んだネットワークをつくるべきじゃないかと。

山田：西尾さんはどうお考えですか。

西尾：桑田先生のおっしゃるとおり、主役は利用者さんで、私たちはサポーターだと思います。昔は地域におせっかいを焼いてはるおばちゃんとかいたんやけど、そういう人もいなくなったし、隣の人が何してはるかも分からへんし。

私自身、地域の民生委員さんや児童委員さんの顔も知らないんです。どこかでお会いしたいのですが、顔を合わせる機会がなくて。この地域の人のために会社をつくったのに、これじゃ駄目だと私自身思っています。

山田：地域包括ケアシステムといいながら、利用者さんの24時間・1週間・1カ月の一部しか見られていない感覚があるんですね。関わった時間は知っているけれど、それ以外の時間はどんなふうにごしてはるんだらうかと。そこが見えてこそ、地域包括ケアシステムに到達するのかな、と思ったりします。

西尾：そうですね。

山田：桑田先生から訪問看護師さんに向けてお伝えしたいことがあればお願いします。

桑田：先ほどもポロツと言いましたが、看護師さんは、医師では捉えられない情報をたくさん持たれていますので、お互いに自身のアンテナ的な機能として活用できたら、非常によい関係ができると思います。これからもよろしくお願いします。

山田：では、訪問看護師さんから訪問診療の先生にお伝えしたいことがあればお願いします。

西尾：桑田先生のように、「コミュニケーションが大切」って言うてくださる先生は、電話もしやすい

んです。京都には医師会主体の「京あんしんネット」という医療・介護情報の共有・連携のためのセキュリティ付きSNSがあります。ターミナルケアや緩和ケアの状態、利用者さんに変化があると、特にご家族は「電話したけど先生、つながらへん。どうしよう、どうしよう」と慌ててしまいます。そんなとき、「京あんしんネット」に投稿したらすぐに返事があって、最後までうまくいったケースがありました。「京あんしんネット」は、主治医、クリニックの看護職、訪問看護師、ケアマネジャー、訪問薬剤師などのいろいろな職種の方が集まっています。皆さん当然、外出がちなので、SNSでつながるのは非常に効果的だと思います。今後もICTの活用場面が増えていけば、私たちはもっと動きやすくなるでしょうね。

桑田：「京あんしんネット」、詳しく見たことはないのですが、活用できれば効果的だなと思います。訪問看護師さんから、「かかりつけ医の往診に同行して、情報を拾っていきたい」という声も聞きますので。それぞれが行っている支援をリアルタイムに共有できれば、利用者さんはもちろん、支援者にとっても安心できるツールになると思います。

ターミナルケアは永遠の課題

山田：先ほどから出ているように、顔と顔を合わせるコミュニケーションが前提にあって、そこへICTやIoTを手段としてうまく使い分けることで、地域包括ケアシステムになっていくのかなと感じました。

地域包括ケアシステムは高齢者だけでなく、少子高齢化の一助にもなると僕は思っています。桑田先生はどのようにお考えですか。

桑田：今日、西尾さんからお聞きして、お子さんの利用が多いことを知ったのですが、親御さんの思いって、やはり強いのだと思います。体がどんな状態でも、やっと生まれたわが子を家で育てたいと。です。高齢者だけではなく、お子さんやご家族の



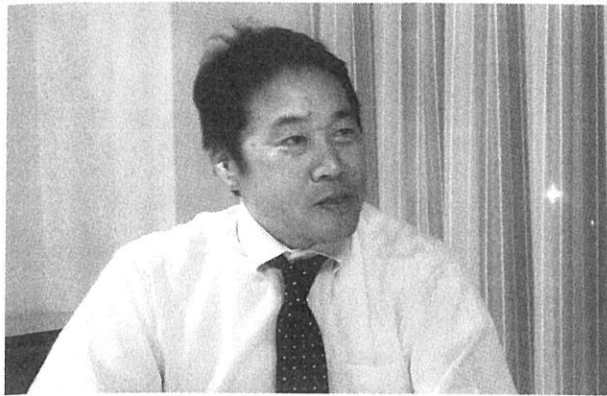
思いも地域で応援できるシステムとして、活用して欲しいと思います。

山田：地域で健康に過ごすためのシステムという見方ももちろんありますね。西尾さんはいかがですか。

西尾：この10年ぐらい、「死に場所がないから、在宅で頑張ろう」、「訪問看護師を活用しよう」と言われ続けて、私はちょっとうんざりしています。「分かってますよ」、「でも、看護師がいないのよ」と。

緩和ケアって、とても難しく、最近すごく短いです。依頼が来てから、2週間ぐらいで亡くなっちゃう場合もあって、その方がどこで亡くなりたかったのかも分からないままなことが多いんです。

以前、IVHをしていた方に、初めての訪問から5カ月たったころに「どこで亡くなりたいですか」と聞いたんです。彼は、「僕は家で死にたいと思ってるんやけど、家族にやっぱり迷惑が掛かる」とおっしゃいました。「あと1カ月ぐらいだな」と思ったときに、もう1回聞いたんです。そうしたら、「うーん、迷ってんねん」って言わはって、そこで初めて奥さんに、「こういうふうにおっしゃっているんですけれども、どうされます？」と話すと、奥さんはすごく迷っていました。「緩和ケア病棟でと思っていたのに、家で死なせていいのかなあ」と。亡くなる8時間ぐらい前にも言わはったので、「奥さん。もう、ここで頑張ろう。24時間来てくれはるお医者さんもいるから、大丈夫。私たちだって、何回呼ん



でもらってもいいから」と励まして、彼は家で亡くなりました。

奥さんは涙しながら、「良かったと思います」って言ってくれはったんで、ホッとしたんですが、2週間で亡くなられると、「この方は、本当に家で死にたかったのかなあ」という思いが残ることがあります。

小児に関しても、今後はおうちで亡くなる時代が来るでしょう。今、訪問させてもらっている小児の中で、生存率が低くて小学校に行けるはずがなかったのに、もう小学生になったお子さんがいます。きっと親御さんは、家で最期を迎えさせたいと思っているんじゃないかな。だから、そのときが来たら、どういうふうに支援をするかが私の課題です。

山田：救急隊も似たような問題を抱えているようです。到着して生きてはったら蘇生せんとあかんけども、「家で死にたい言うてるから」とご家族は止める。救急隊は困りますよね。

桑田：最期をどこで迎えるかを決めるのは本人さんやご家族で、在宅関係者は、決めたことへの支援をするわけですが、そもそも決めること自体難しいですよね。

西尾：はい。

桑田：聞いた話ですが、結局は、ご家族の判断になる場合が多いと。利用者さんが自宅を希望されてい

るので、救急車を呼ばずに、かかりつけの先生を呼んで、死亡確認してもらって、と決めていても、いざとなったら、ご家族は救急車を呼ばれる……。それが現実なんですか。

西尾：年に何件かはありますが、仕方がないと思っています。

桑田：人によって、ご家族の捉え方はもちろん違うのですが、利用者さんの一番近くにいらっしゃるご家族が、どういう受け止め方や考え方をされてターミナル期に臨まれるのか……。これ、答えは出ないんじゃないかと思います。

西尾：そうです。永遠の課題だと思いますよ。

桑田：延命治療は望まないとおっしゃっても、そもそも延命治療って何なんだと。

西尾：どこまでが延命治療やと考えるはるんかなと思いますよね。

桑田：一番難しい話です。

山田：最後に、お二方から看護師の方にメッセージをいただきたいと思います。

桑田：やっておられる仕事に感動しています。これからもお互いに頑張りましょう。利用者さんが喜んでくれはったら、本当に力になりますからね。明日も頑張りましょう。

台風のとき、僕もかっぱを来て訪問しましたが、喜んでくれはりましたね。帰りは、駐車場から車が出せなくなって歩いたんですが、途中で倒木をまたいだりぐったりしてドロドロになって、家へ着いて飲んだビール、うまかったです。

西尾：そら、うまいです！

訪問看護にちょっとでも興味があったら、やってみるのがお勧めです。当然、合わない人も中にはいらっしゃいます。でも、看護師としての実力を発揮できる場だと思っています。

山田：お二人とも、本日はありがとうございました。

[2018年10月]