

群馬県訪問看護ステーション連絡協議会だより

平成 28 年 9 月 30 日

第 23 号

発行 群馬県訪問看護ステーション  
連絡協議会  
群馬県医師会内  
住所 〒371-0022  
前橋市千代田町一丁目 7-4  
TEL 027-231-5311  
FAX 027-231-7667  
<http://www.gunma.med.or.jp/houmon/>  
責任者 須藤英仁



## ～訪問看護へ向けた皆様からのメッセージ～



### 地域包括ケアの推進～訪問看護に期待すること～

群馬県地域包括ケア推進室長 田村 裕

皆様には、日頃から在宅療養を送る方々の心身の大きな支えとなっていただき、心から感謝申し上げます。

さて、本県における平成 26 年の高齢化率は 26.8%となり、平成 37 年には 31.1%と推計され、高齢者人口の更なる増加が確実に見込まれています。

このような中、県民が、可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域包括ケアを推進するためには、生活の中での療養を支える訪問看護は必要不可欠です。介護保険制度が開始されて 15 年経ち、多くの職種が在宅に関わるようになった今、訪問看護に期待する役割は専門的な看護の技術提供はもとより更に大きく、ケアの質を決める鍵になるものです。

特に訪問看護の皆さんに期待したいことを、2つ挙げたいと思います。

まず、第 1 は、「予防的観点で全体を俯瞰する」ことです。

在宅ケアに関わる職種が多くなっている現在、看護の目で本人、家族、環境全体を観察し、予防的な観点で早めの対応を行うことで重篤化を防ぎ安定的な療養生活が可能になり、看取りまでを含めた支援につながるものと考えます。

第 2 は、「つなぐ」ことです。

医師や看護職、リハ職等医療職間をつなぐ、医療職と介護職をつなぐ、本人と家族、地域をつなぐ等、あらゆる社会資源をつなぎ、つながる人々の力を引き出し、本人を支えるネットワークを構築していくのは、訪問看護の力ではないかと思えます。

これからの高齢社会を支えるためには、より多くの人材が必要になります。昨年度、保助看法の改正で潜在看護職の届出制度が始まりました。訪問看護は、ご自身の人生に柔軟に合わせて働き続けられる分野ではないかと思えます。県では、今年度から短期間の訪問看護研修（入門編）も始めます。ぜひ、訪問看護に携わる方のすそ野を広げ、県民の望む在宅療養を支えるため、今後ともご尽力くださいますようお願いいたします。



## 地域包括ケア時代の訪問看護師の役割

群馬家庭医療学センター 前橋協立診療所 高柳 亮

わたしたちの診療所では常時 150 名前後の在宅患者さんを担当しております。その大部分の患者さんを訪問看護師と連携して診療しております。在宅医療は訪問看護師との連携なしには成しえません。誤解を恐れずに言えば、「在宅医なしの在宅医療はありうるが、訪問看護師なしの在宅医療はありえない！」とまで感じております。超高齢化・多死時代を迎える日本において、訪問看護師に求められる役割について考えてみました。

訪問診療の導入時、わたしたちは患者さんやご家族、関連するスタッフのみなさんとともに約 1 時間の面談を行っております。この場で患者さんのライフストーリー、価値観、今後の希望についてお聞きします。同時に在宅で過ごす上での不安についても必ずお聞きしております。大部分の方たちから挙げられる不安がふたつあります。ひとつは「急に病状が変化したときの対応」、もうひとつは「動けなくなった時の対応」です。このふたつの不安いずれに対しても対応できる専門職が訪問看護師です。医療と介護の双方の視点と技術を持つ訪問看護師は、患者さんの生活を支える連携のかなめとしての役割を求められております。では、具体的にはどのような能力が求められているのでしょうか？

オランダの地域看護師による在宅ケア組織 Buurtzorg (以下ビュートゾルフ) の教訓は参考になります。他の在宅ケア組織が看護師は少数で、介護士が中心であるのに対し、ビュートゾルフは 6 割以上が学士レベル以上の地域看護師で構成されます。利用者に対する最善の「解決策」提供に向け、(1) ニーズアセスメント・ケアプラン作成、(2) インフォーマルネットワークのマッピングと活性化、(3) 専門職ネットワークのマッピング (家庭医・パラメディカル・福祉・病院等) と連携・調整、(4) QOL 向上に向けたケア提供 (看護・介護・ガイダンス、家事援助は関連組織 Buurtdiensten との連携)、(5) 共感的・社会関係支援の提供、(6) セルフケアの支援、を実施しています。

オランダでは 1990 年代、組織の大規模化と、個人へのケアの分業化を推し進めた時期がありました。しかし利用者は細切れで継続性なく提供されるケアへの不満を高め、看護師は組織のヒエラルキーに翻弄され利用者に向き合えず、自律性とプロフェッショナリズムを欠く仕事への不満を高めたといえます。その時期を経て誕生したビュートゾルフは、1 チーム最大 12 人のナースのセルフマネジメントチームであり、一人ひとりの看護師に対する高い信頼に基づき、全看護師が自律性、リーダーシップを発揮することが期待されています。ケースマネジメントとケア・サポート

の提供を分業せず、ケア・サポートも細切れの機能別分業を廃し、地域看護師がジェネラリストとして全プロセスに責任を持ち、包括的な支援を展開しています。

日本でも地域包括ケア、多職種協働を進める上で、訪問看護師は分業にとらわれず、ケースに応じて利用者の利益を最優先し、職種間の「越境」を積極的に行ってほしいと思います。つまり訪問看護師には、医療、介護、予防、生活支援、住まい等々、利用者にとって必要なことにはどんどん首を突っ込んでもらいたい。



むしろその方がケアマネジャーや各専門職との連携・調整もスムーズになるのではないかと考えています。

ポイントはコミュニケーションスキルと情報共有のしくみです。コミュニケーションスキルでは No Blame Culture「責めない文化」が大切と考えます。自戒を込めてですが、命の現場で過重労働を強いられる医療者は、とかく他の職種や、他の施設に対してダメだしして溜飲を下げる傾向があることを否めません。お互いの事情に思いを馳せて、「責めない文化」を醸成していくことが必要と考えます。またお互いの得意分野を公開しあう関係づくりも大切です。特に医師や看護師は弱みを見せるのが苦手と感じます。「わからないので教えて」「何でも教えるよ」と言いあえる関係を作りたいものです。

情報共有については守備範囲と伝達速度が重要です。医療面だけでなく患者さんの家族背景や社会的背景、心理状況、そしてライフストーリーや価値観を含めて情報を把握できれば素晴らしいです。そして情報伝達は早すぎて悪いことはありません。Face to Face、電話に加えて今後 ICT の活用も鍵となっていくでしょう。



日本の訪問看護師は諸外国と比べてまだまだ少ない現状にあります。訪問看護師のみなさんが、自身から発信し若手にその魅力を伝えてほしいと思います。そして病院中心の看護師養成だけでなく、地域における看護師養成をあたりまえにしていかなければなりません。そのための教育の一翼も是非担っていただきたいと思います。

多様な価値観をもつ利用者さんが、住み慣れた場所で、その人らしく生活を続けられ、そして最期を迎えられるように…。その鍵を握るのが訪問看護師です。今後も連携して頑張ってまいりましょう。

## 地域包括ケアシステムにおいて訪問看護に期待すること

前橋市薬剤師会 豊邊 将晴

常日頃より薬剤師会として在宅介護においてかかわれることは何かと模索しております。

介護の現場では投薬等実際に薬にかかわっているのは訪問看護師の皆様だと認識しております。その現場では様々な困りごとがあるのではないかと思います。残薬の問題・副作用の問題・院外処方箋なのに家族が薬局に行けない・医療材料について・一包化・がん末期の緊急の麻薬の処方・胃瘻の際の服薬等々。是非、薬の専門家である薬剤師にご相談下さい。

薬剤師が患者さん宅に訪問し、薬の調剤と服薬管理支援や、患者さんの体調チェックをし、その内容を医師・看護師・ケアマネジャー等にお伝えし、連携して患者さんをフォローすることも可能です。訪問看護の方々から気軽に相談される窓口となりたい薬局・薬剤師も多くあります。何か医薬品や医療材料のことでお困りになり、どこの薬局に相談してよいかわからない時は是非地域の薬剤師会に一度ご相談してください。そこから顔の見える関係となり介護の現場での良いパートナーになればと期待しています。



## 地域包括ケアシステムにおいて訪問看護に期待すること

群馬県ホームヘルパー協議会認定介護技術トレーナー 篠田 幸子  
(ホームヘルパーステーションはまかわ管理者)

訪問介護の立場から訪問看護に期待することを述べさせていただきます。まずは、ケアの目的を両者で共有し、「主役は住民」という認識の下、ニーズを踏まえた「それぞれの専門性の発揮」が必要かと思えます。次に「顔の見える関係性づくり」です。専門職同士の連携、個々の質の向上と共に、多職種が連携し、持ち味を活かしながら支援していく上で、この「顔の見える関係性」が重要であると感じます。

その為には、サービス担当者会議等が機能的に実施され、何かあれば連絡し合える関係性が築かれていることが必要かと思えます。例えば利用者に軟膏が処方された場合、訪問介護には、家族から伝達される場合が殆どですが、訪問看護からの伝達であれば、使用時の注意点から副作用等に至るまで、細かな情報提供と共有が可能になり、連携による利用者の安心も増し、経過報告も円滑となります。さらに高度な医療的ケアが必要な場合や終末期ケアへの移行時にもこの関係性は、多いに役立つと感じます。「医療と介護をつなぐ」訪問看護の役割に今後とも期待すると同時に、訪問介護も、チームの一役として連携していく事が大切だと考えます。

その為にも、介護技術を根本より学び、地域と後世に伝える事を理念とする「介護技術トレーナー」の一人として、今後とも専門性を磨いて参ります。

## 地域包括ケアシステムにおいて訪問看護師に期待すること

患者家族の声

病と共に走り、そのゴールを自宅で迎えた家族として・・・。「自分の家に居たい！」このどうしようもなくシンプルでごく当たり前の行為が、老いや病を含んだ瞬間、途方もなく困難に変わるのは何故なのでしょう？病気の事やこれからの人生の心配で、頭も心も一杯の本人。まるで際限なく膨らみ続ける“不安の風船”を、一人で抱えてしまったかの様な気持ちになる家族。病院や施設ならば、この“不安の風船”の持ち手を誰かに代わってもらえる事もできます。しかし在宅では、さらに他のいくつもの風船を抱えながら、暮らしてゆかなければならないのです。抱える事で精一杯の家族は、風船を解き放つ窓も扉も閉じてしまうのです。そんな毎日に、そっと声を掛け心を届けてくれたのが訪問看護師でした。だから私は、個々の患者や家族を訪ねることができる訪問看護師は、“不安の風船”をまだ小さいまま軽いまま手放せるような、“風”を送り込むことができると思っています。さらに地域包括ケアシステムの中で、全てを繋ぎ、街の中を駆け抜ける“風”にさえなれるのが訪問看護師ではないかと期待しています。

### 編集後記

不安定な天候の中、ぼんやりした頭で読んだ上毛新聞の記事の中に『県地域連携包括ケア連携室は、在宅看取りを望む人に応えられる会社にしていくことが重要であり課題である。』と記されていました。その担い手である私たち訪問看護師は、従来の自宅への訪問という枠を超えて、地域包括ケアシステムの核となるような働きが求められているのでしょうかね。