

お互いの思いを 知ることから始めよう

— 訪問診療医と訪問看護師の一層の連携に向けて —



一般財団法人 オレンジクロス



目次

はじめに	3
1. 在宅ケアがスタートしたとき	4
1-1：先生に失礼になるし、もう聞けないって・・・	4
1-2：看護師さんとお医者さんの言う事が違う・・・	6
1-3：どうして急に治療法が変わったんだろう？	8
1-4：お医者さんや看護師さんによって毎回される事がバラバラ・・・	10
1-5：お医者さんと看護師さんはお互いに連絡とっているのかな・・・	12
2. 日々の療養生活の中で	15
2-1：自宅は病院と違って生活の場でもあるから・・・	15
2-2：看護師さんには色々みてもらってる・・・	18
3. ターミナルケアの時期を迎えたとき	20
3-1：そんなに悪いなんて知らなかった・・・どうしよう	20
3-2：ゆらぐ気持ちをきちんと受けとめてほしい・・・	23
3-3：家で看とるのは初めてで不安です・・・	25
おわりに	28

原則として、本文中の「医師」「看護師」はそれぞれ「訪問診療医」「訪問看護師」をあらわします。



はじめに

一般財団法人オレンジクロスは「地域包括ケアシステム構築」に資することを事業目的とし、2014年に設立されました。「地域包括ケアシステム構築」のためには、「在宅ケア」態勢のより一層の充実が極めて重要であるとの観点から、財団設立直後に「家庭医療・老年医療研究委員会」を立ち上げ、地域包括ケアに不可欠な多職種連携問題に取り組み、その一環として、訪問診療医と訪問看護師との間の様々な“連携”に着目し、研究を続けております。

「家庭医療・老年医療研究委員会」では、第一線の在宅ケアの現場で活躍されている訪問診療医7名、訪問看護師6名の方々にインタビューを実施しました。ここでは、在宅ケア現場での医療従事者間の“コミュニケーション・ギャップ”をはじめとして、患者・家族のみなさまの思いや要望に関わる意見など多岐にわたる貴重な「生の声」をお聞きすることができました。

そこで財団では、これらの現場の生の声が、今後の一層充実した在宅ケアの実現に役立つものと確信し、その一端をご紹介させていただきたく取りまとめを行いました。

内容は、在宅ケアを3つの場面（1.在宅ケアがスタートした場面、2.日々の在宅ケアの場面、3.ターミナルの時期を迎えた場面）に分け、それぞれの場面での訪問診療医と訪問看護師の体験事例をご紹介するため

- 患者・家族のみなさまには、どのような思いや戸惑いがあると感じているのか？
- その時、訪問診療医と訪問看護師は、患者・家族のみなさまに対して、また業務連携先の担当者に対して、どのような気持ちや考え方で対応し、どのような疑問や齟齬を感じることもあるのか、どうすれば信頼感・安心感の向上につながるのか？

という視点で、可能な限り「生の声」を活かしながら小冊子に編集いたしました。

この小冊子は、今後の在宅ケアにおける専門職連携のあり方を考える第一歩にすぎませんが、今後みなさまのご意見を賜りながら研究を深めていく所存です。

これからの超高齢社会、地域共生社会の中で、医療・看護・介護など在宅ケアを担っていかれるみなさまのお仕事の一助となること、そして日々繰り広げられている在宅現場での「お互い様」を思い、小さな“気づき”のきっかけとなり、ひいては患者・家族のみなさまのQOL向上につながればと願っております。

2019年10月
一般財団法人オレンジクロス



1. 在宅ケアがスタートしたとき



1-1 ある患者さん・ご家族の思い…

先生に失礼になるし、もう聞けないって…

医師の思うこと



在宅ケアを行っているご家族には当然恐怖感があります。医師は、ご家族から「家に来てくれ」と言われたら、まずはかけつけることが大切です。特にがん末期の患者さんを診る時は、ご家族が不安になり電話をしてきたら、フットワーク軽くすぐに駆けつけて、医師が患者さん・ご家族の不安を受け止めることで、患者さん・ご家族は安心されます。

医師は、ご家族から壁を置かれ、ご家族の心の中に入っていけないことがあります。しかし、患者さん・ご家族を支えている看護師さんがおり、また、ご家族と信頼関係ができていれば、例え患者さんの気持ちが揺れていても、患者さん・ご家族に言うべきことは言って、患者さんに大事なことを伝えられる…。医師・看護師・ご家族とそういう関係が出来ていればいいなと思います。

看護師の思うこと

患者さんやご家族もいっぱい医師に質問すればいいのにとおもいますが、「はい、わかりました」で終わってしまうことが多いです。しかし、やっぱり医師から言われたことを忘れて、分からなくなって、それでまた医師に聞くと、医師から「もう話しましたよね！」って言われて落ち込んでしまいます。患者さんやご家族からは、「先生に失礼になるし、もう聞けないって…」言われます。そういう場合には、「何度でも分かるまで先生に聞いていいんですよ。だから、もう一度聞いてみられたら」と促します。



医師がいろいろ説明しても患者さんやご家族が理解していない場合、それを噛み砕いたり咀嚼したり、翻訳したりするのは看護師の役割だと思います。



患者さんには生活保護の人もいれば、金銭的な問題のない人もいるなど置かれた状況はバラバラです。だからこそ、医師も私たち看護師も、患者さん一人ひとりの生活に視点を合わせる必要があります。「生活上こういうことに気がつけたら」とか「普段どんな生活をしていますか?」と聞いてくれる医師がいるとありがたいです。

ご家族は、医師から説明を受けていても、忘れて覚えていないことが多いのです。ですから、病院のように医師などがメモして記録みたいに置いてもらえた時は、ご家族はもとより、私もありがたかったです。

基本的には、看護師は医師と同時に患者さんのところに訪問することはしないです。ですから、訪問診療時に、患者さん・ご家族に対して、何をどう伝えたかを看護師にも教えてくれる医師には感謝しています。

例えば肺炎の場合、医師から「点滴して様子見ますか?それとも入院されますか?」と尋ねられ、患者さんは自宅で点滴することを選択します。でもその治療を続けて経過が長くなると、ご家族もだんだん疲れてきます。そういうときに、ご家族に「ご自宅で点滴して様子をみられると言われましたよね」と言う医師がいます。



ご家族の気持ちも揺れていますので、治療が一段落して、それでも回復しないようでしたら、もう一回ご家族に「どうされますか?」と聞いていただけたらとか、そういう“切り替え”をしてくれる医師はありがたいです。“切り替え”をしないままになると、ご家族も「どうしてこうなったのか?」となることもあります。

そういう時は、ご家族にも、私は「先生にお聞きしてみたら」と言うようにしています。どういう言葉で聞いたらいいのかわからないご家族もいますので「こう言ってみたら」と伝えます。看護師がご家族を代弁して聞いてしまうと、ニュアンスが違ってしまうこともありますので、きちんとご家族から聞いてもらいます。医師には患者さん・ご家族の思いを汲みながら、臨機応変に、治療方針を選択していただけたらと助かります。



1-2 ある患者さん・ご家族の思い…

看護師さんとお医者さんの言う事が違う…

医師の思うこと



医師が看護師に患者さんの情報を何も伝えないというのは、医師の側にお互いに協働しているという意識が足りない場合です。この様な一方通行のコミュニケーションで一番不幸なのは、患者さんです。そしてこの様な状況の中で、実際に一生懸命医師と患者さん・ご家族の間に立って来て、コミュニケーションをとってくれているのは看護師です。

医師と看護師で、状況をすり合わせていないと、医師が「大したことない」って言っているのに看護師は「大変」と言ったり、逆に、看護師が「こんなに心配している」のに、医師は「そうでない」とか、それぞれの認識が食い違うことがあります。

看護師はタイムシフトがあるので、申し送りをする文化があり、その訓練を受けています。しかし、医師は基本的に主治医制ですので、看護師のカルテの記録とかを見て、状況を判断するという形でずっとやってきますから、自分が患者さんに言ったことを、患者さん以外の誰かに伝えるという経験があまりないんです。



看護師間の申し送り事項・訪問看護記録を見ると、患者さん・ご家族の状況などが事細かに知れて、大変参考になりました。私は通常の訪問看護報告書はタイムラグがあるためあまり読みません。しかし、訪問毎の訪問看護記録は大変参考になりますので、リアルタイムに近い形で医師が読めるようになると、とてもありがたいです。



医師と看護師が、患者さんの病状に対して、同じレベルで共有しようと思うとけっこう大変です。ですから、患者さんをケアする上で、どこを看護師に知ってもらったほうがいいのか判断して、情報を取捨選択して伝えます。日々の中で特に急変する患者さんに関しては詳しく口頭などで、安定した患者さんに関しては診療記録のみなど、伝える内容により、伝達手段を使い分けると良いです。



「看護師はこういうことを求めているんだ」、あるいは「あ、そこまで知りたかったんだ」みたいなことはよくあります。一方、看護師の方でも看護の中で、ちょっとしたことは医師に言わないということもあるわけです。お互い様です。患者さんの情報に関して、どの辺までお互いに伝えるかというルールみたいなのが明確になったらいいと思います。

患者さんが安定期で、患者さんやご家族も落ち着いておられる時は、医師と看護師との間にギャップはそれ程感じません。

ただ、患者さんの症状が変化している時は、医師の一言一言の言動により、ご家族は一喜一憂し、また不安定になりやすいです。ご家族が患者さんの病状を受け入れることが難しい場合は、医師と看護師との間にギャップが生じやすいです。

看護師の思うこと

医師の治療方針とか診療報酬に関する事で、医師と患者さんがもめると不安になるのは患者さんですので、そういう時は、話の原点を患者さん・ご家族に戻して、患者さん・ご家族がどうしたいのかを話し合います。



何か問題・課題などがあればなるべく一回集まって、ちゃんとその時に医師と看護師の足並みをそろえようとしています。

デスカンファレンスでも、「そこまで往診の先生は考えておられたのか」とか「訪問看護ではこういうことをしてくれていたのか」と、お互いに気づきあうきっかけにもなります。

患者さんについての連絡を直接したいと、医師から自発的に要請されたりすると、看護師に対する医師の対応も変わってきますので、集まるために労力は使いますが、なるべく集まるようにしたいです。



1-3 ある患者さん・ご家族の思い…

どうして急に治療法が変わったんだろう？

医師の思うこと



医師は看護師に対して、処方する理由・処方しない理由を全ては話してはいません。



「これをしたい」という看護師からの要望が、本当に患者さんにとってのメリット・デメリットを考えてのことなのかなと思うことがあります。例えば、今後食事が食べられなくなりそうな人だと、看護師から先回りして「パッチ剤に変えて下さい」と言われます。私から、「そうすると逆に呼吸困難のようなデメリットが出てくるけど、あなたはどう思う？」と問いかけると、黙ってしまいます。このような説明を、看護師との間で細やかにしていくことが大切なのだと思います。

看護師の思うこと

医師の処方に対して、私が「何でこれなんだろう？」って思っても、医師には言えません。



服薬で、1日1回を2回に増やす医師は多いですけど、逆に内服が上手にできない患者さんに1日2回を1回に減らさない医師も多いです。

患者さんに複数の医師が関わっている場合、医師同士の情報交換がなされていない場合も多いです。ですから、ひとりの（特定の）医師の判断に対して右に倣えではなく、時には医師と衝突することがあっても、看護師からも遠慮なくいえて、医師もわかってくれるような関係、日々の人間関係づくりがあると良いです。



薬には、必ず飲まなければいけない薬とそうではない薬があります。食事が食べられないなど患者さん本人の生活をみている私たち看護師の意見を聞いて、患者さんに対する処方を変えて下さる医師もおられます。



医師によっては、食事ごとに薬を飲めない人に対しても一日3回の服薬処方をされたり、処方した薬をどのくらい服薬しているか、実際の服薬量がどのように変化しているかまでを診ていない方もいます。

一方、患者さんが薬を飲めず残薬が多量にありましたので、そのことに医師が気づいてくれて、医師が薬の飲む量を減らしたこともあります。このケースでは、訪問薬剤師が医師に連絡し、私も訪問看護記録に「朝は薬を飲めているが、あとはあまり飲めていない」と書きました。往診医師からのメモに、「今度からここの薬はなくします」と書いてありました。



1-4 ある患者さん・ご家族の思い…

お医者さんや看護師さんによって毎回される事がバラバラ…

医師の思うこと



年配の看護師ほど指示待ちのことも多く、そういう患者さんのところは本当に大変です。私の方で、逐一言わないとやってくれなかったり動かなかったりします。ある程度自分で判断したり、どこまで判断してどこからは医師に聞くとか、その辺のあんばい（呼吸）を大事にしてくれる看護師は医師にとって、とてもありがたいです。



私は、10箇所以上のステーションと付き合っているのですが、看護師の仕事の内容、スキルの差が大きいと思います。最近思いますのは、何かと任せるのが難しい看護師でも、次には安心して任せることのできる人が行ってカバーしてくれるような体制づくりが大事だということです。



私たち医師の側でも、例えば、患者さんが今日亡くなるのか明日亡くなるのか、一週間位なのかとか、その辺の感覚というのはなんとなく経験で身についてきても、それでも外れることも多いわけです。そういう時、また看護師も経験から考えて、「これは主治医に報告しておいた方がいいかな」と思って連絡をくれたりしています。

一方、どちらかというと言った報告も多いです。「37度5分の熱が出てるけども心配なので一応報告です」と言われてしまうと、医師としては「はい」としか答えられないのもあるわけです。



自分に経験がなかったりするケースの場合、担当の看護師が処置の提案をしてくれるのですが、意外とその提案が正解だったりもします。



20代、30代の医師は総合診療の経験もあるようですが、それより上の世代ですとトップダウンの病院での医療が身に沁み付いてしまっており、一つのチームとして、看護師と一緒に患者さんを診ていくという気持ちが少ないように感じます。



医師の立場で看護師さんから伝えて欲しいことは、バイタルの変化とか、「何かおかしい」と思った時の連絡です。経験豊富な看護師ですと、適切な時に適切な連絡が入ります。でも皆が経験豊富というわけではありませんから、看護師から届くたくさん情報の中から選択することになります。

訪問看護ステーションの規模が大きくなるにつれて、看護師との連絡が取りづらくなるように思います。

訪問診療では作成する書類が多く、電話の相談も長々だと両立への対応が難しくなります。



看護師の問題意識と我々医師の問題意識とは違う場合もありますし、看護師によっても違います。一時、新人の看護師からしょっちゅう電話がかかってきて、正直「どうでもいいだろう」と思うこともありましたが、それは問題意識の差なのです。

基本的には看護師は医師の指示によって動きます。ただ看護師の自由裁量もあると思うので、その報告はきちんと聞きます。看護師としての責任感もあり「医師に報告しました」ということで安心したいのだと思います。

看護師の思うこと

新人看護師の場合は、医師に電話一本できないことが多いですから、医師も「そんなことも分からないのか」ってなってしまう。病院であれば、新人看護師に対してリーダーや看護師長がその場で指示できますけれど、在宅ではそういう指示ができにくい。こういう状況が、新人看護師が職務継続しない理由でもあるんです。



最近、看取りの場面ですごく苦しんでいる患者さんがおられました。私は、「きっとあの先生だったらこの薬を使ってくれるだろう」と思い報告したら、「あの患者さんの寿命はもうあと数時間ですから様子を見てください」と言われてしまいました。その日は、いつもの先生がおられず、別の先生でした。患者さんは、苦しんだまま亡くなられとても衝撃的でした。苦痛緩和に対する考え方が、その医師と私とではちょっと違うのかなっていう風に感じました。その医師は、以前から「自分は苦痛緩和もやっています」とは言ってますけど、明らかに苦痛緩和の経験はないようでした。



1-5 ある患者さん・ご家族の思い…

お医者さんと看護師さんはお互いに連絡とっているのかな…

医師の思うこと



「こうした方がいいのでは？」という看護師から医師への提案は尊重します。また、看護師自身の不安から「〇〇をしなくてはいけないのではないですか？」と確認する看護師には、医師から「これで良いよ」とか「あとは自分が責任を持つ」と一言言ってあげる事も医師の大切な役割だと思います。

看護師は、患者さんの生活を見ているので、「患者さんが眠れないって」といった場合、ただ「睡眠導入剤を増やしてください」と医師に言うより、「いつ眠れないとか、寝つきが悪いとか…」そういう風に具体的に言ってくれるのが良いと思います。

「患者さんの熱が出たらどうする」とか、「患者さんの脈拍・血圧がこうなった場合にはどうするか」とか、医者と看護師との間とで、対処方法について事前にコンセンサスを取り決めておくといいです。



看護師が医師に対して「これでどうですか」という提案は良いと思いますが、「こうしてください」と断言するのはいかがかと思います。特に、年長の医師などは「訪問看護師は生意気だ」、「訪問看護師に指示された」とか思うこともあると思います。

看護師にもよるのですが、病棟の看護師以上に「私が診ている」という意識の看護師もいます。また、「この場合は家で見た方が良いでしょう」とか、「最後まで家で看取りましょう」みたいに、患者さんやご家族に治療方針なども自ら全部出してミニドクターみたいになる看護師もいます。こういう看護師はそう多くはないのですが、それが良い場合もあるのですが、やはりそれは違うと思い、看護師に「僕ら医師に聞いてから患者さんに伝えてもらえますか」とお願いすることもあります。



自分の診療所の看護師は、もともと訪問看護ステーションの所長です。私は彼女とはとても息が合い、お互い「あうんの呼吸」で、医師である自分が患者さんを診ていなくても、私の考えが彼女に伝わります。私の患者さんに対する感じ方がとてもその看護師と似ています。

しかし、このように空気を感じる力を持つことは難しいです。どうしたら、医師の考えが看護師に伝わるのか。同じ診療所で毎日医師・看護師と一緒にカンファレンスをしていても、必ずしも伝わりません。重要なのは、その看護師が、一緒に診ている医師と同じように空気を感じる力、感じ方、感覚を持っているかにもよります。

看護師の思うこと

連絡をしすぎてもダメだし、
何故連絡がない？とも怒られるし…

看護師が医師にきちんと報告をしているにもかかわらず、医師が往診に行ったら病状が変わっている場合に、医師から「なんで私に連絡をくれないのだ」と怒られたりします。

「看護師さん決めといて」とか「看護師さんの言う通り指示書を書くわ」という医師もいますし、一方で、「あなたは何でそこまでやってるんだ」と言われたりもしますので、看護師としてどこまでやっていいのかな、と迷うことがあります。



家族に十分に説明するとなると、ものすごく時間がかかります。医師がご家族に対して説明を端折ってしまえば、ご家族には見捨てられた感が残ります。しかし、先生も忙しい中でやっており、特に夕方とかは大変お忙しいのですが…。

医師から看護師への連絡の仕方も様々で、電話・FAX・SNSとか医師によって全然違います。

在宅ケア現場での医師と看護師の間のギャップは埋まってきていると感じています。というのは、医師から診療録を結構早めに出していただけるからです。早いところではその日に行った診療録を夕方には出していただけます。

その日の出来事がちゃんとその日の夕方までに伝わってきますと、看護師としては次回から訪問に伺った時、どんなに心強いかしれません。「医師はこういうアセスメントをされていますので、私たち看護師はこんなふうに取り組もう」と伝えられます。



私たち看護師の看護の方向性やアセスメント内容も医師にFAXします。さらに医師に「こういうものを使っていいか」とお聞きすれば、医師から「いいですよ」と適切な指示が出てきますので、私たち看護師による患者さんやご家族に対する説明も、医師とズレたりブレたりせずに出来ます。



訪問看護ステーションの看護師と連携先の医師とが、一回お互いに顔を合わせるだけで、看護師から医師に電話した時など（顔合わせしていない場合と比べ）空気感が全然違います。

看護師も、医師と一緒に場を共有する努力は必要で、訪問診療開始からできるだけ早い時期に、患者さん宅で感じたことを話すという行動をとるだけでも、医師と看護師の関係性は変わってくると思います。

そして何よりも、患者さん・ご家族が、医師・看護師に対して「一緒にやっ
てるんだな、何か連絡取り合ってるのね」と思ってくれることで、患者
さん・ご家族の医師・看護師に対する信頼感も増しますのでとても良いです。

2. 日々の療養生活の中で



2-1 ある患者さん・ご家族の思い…

自宅は病院と違って生活の場でもあるから…

医師の思うこと

医師の^{さが}性ですよ、どうしたら病気が良くなるんだろうって？



医師になるというモチベーションは、元来病気と戦うためということ。一方、看護師になるというモチベーションは、ケアするということにあります。お互いに、本来寄って立つところが違うということを理解したら良いです。また、医師には介護という認識が少なく、医師は“病気を治す”という癖があると思います。



訪問診療医は、やはり町医者感覚が大事です。“何でも診て、何でも相談に乗って、ご家族から話も聞いて、コミュニケーションをなるべく円滑にとる”ことが重要です。



医師は、在宅現場に看護や医療などの確固たる価値観を持ち込んで医療をしに行くのではなく、相手に合わせていける能力が大事です。医師にとり、阿吽の呼吸や、状況を察する能力を含めた総合力は、大学病院でも必要ですが、在宅現場で最も必要とされていると思います。



在宅医療を続けていると、様々な状況を医療だけでは解決できず、“医療2割、介護8割”ということがわかってきます。在宅現場にうまく色々な職種が参加し、患者さんやご家族の実際の生活が成り立つようにしていきたいです。



患者さん・ご家族は、訪問診療医との巡り合わせによって、在宅での過ごし方がかなり違ってくることがあります。そのことは、病気・ケガなどで治療に行った病院によっても治療法が異なるのと似ているとは思いません。

しかし、医師としては「こういう選択もある」ということをきちんとお伝えし、「私が説明した以外の選択・要望は受けません」という対応は良くないと思います。訪問診療医は「こうあるべし」ということではなく、幅広くコンビニ（小児から看取りまで365日24時間対応）のように対応することが必要だと思います。



最近は看護師ともきちっと話もでき、顔も見れるし言いたいことも言え、看護師の方からも提案してくれます。その中で擦り合わせながら進めることができるようになってきました。

しかし治療第一という医者（さが）の性で、そこはなかなか難しく、ある程度強気で医療介入するほうが良くなったりする患者さんもおられるので、最初から在宅（このままでいい）で、家だけで診ればよいというのは全部正しいのか、という疑問は常にあります。

看護師の思うこと

医師の中には、がんや小児の患者さんも全部一緒と捉えているような方もいます。一方で、一人一人の患者さん・ご家族に合わせた話（説明）ができる医師や、患者さん・ご家族の心のケアができる医師もいます。私はそういう医師を尊敬します。医師は、患者さんの発達過程やその患者さんに合わせた話し方の習得が必要な時もあります。



在宅現場では、患者さんを病院ほどきっちり管理はできないのです。患者さんを緩やかに管理していかなければなりません。ですから、私は「ここまではやらなくてはいけないが、そこまではやらなくて良い」と患者さんの生活に合わせた管理の許容範囲を見つけていきます。

人の意見を聞くことが苦手な医師もいる中、看護師から聞いたことを「そうなんだ」と普通に言える医師はとても貴重です。

週に1回グループホームに行った際、ケアスタッフのみなさんと話すと、「このことは看護師さんには言えない」って言っていたりしています。「看護師に言ってくれたら良かったのに」と言うと、ケアスタッフから「いや、なかなか看護師さんには言えなくて」という風に言われてしまいます。

そこで、看護師の方で「ノート」を作り、ケアスタッフに対し「何でもいいから書いといて」って言いますと、きちんと書いてくれる方もいます。結局、ケアスタッフには自分から歩み寄るしかないのかなって思っています。このことと似たような事が、医師と看護師の間にもあるのかなと、ちょっと思います。





2-2 ある患者さん・ご家族の思い…

看護師さんには色々みてもらってる…

医師の思うこと

患者さん、ご家族支援の キープレーヤーは看護師さん…



看護師は「間を取り持つ」すごいキープレーヤーです。患者さん・ご家族と医師の間も、医師と介護者の間も取り持つなど、まさにハブの中心にいるみたいな存在です。

医師には、“医療モード”と“介護モード”の時があります。“医療モード”の時は一気に前面に出て攻撃スタイルですが、“介護モード”の時は、看護師がやってくれた方が上手くいくと思います。

医師の役割は、メインプレーヤーではなく“コーチング”に近いのかもしれない。



在宅現場で医師が中心になると、医師がトップとなり関係者がみんな従う、というような形になりがちです。一つのチームというよりは、医師が命令をして関係者が従うというような感じです。すると、お互いに自分が知りたいことだけ知るみたいになってしまいます。

一方で、看護師が中心になって関係者みんなを繋いでもらおうと、上手く医療にもつながる、介護にもつながるという場合があります。そういう形の方が一番患者さんをサポートしやすいのではないかなと思います。看護師がどこかで卑屈になったり、一歩引かれたりしたら、そういうチームは出来ません。



看護師は、実際に動く役割もしますし、指示も出しますし、繋ぎの役割もこなします。看護師の一番の役割は、医療と介護との間のコミュニケーションのつなぎ役・橋渡し役です。

看護師の思うこと

看護師も医師に信頼してもらおう努力が大事だと思います。フットワーク軽くしっかり動く、医師の指示に対しても迅速に対応する、その繰り返しで信頼醸成や、患者さんを任せていただけることにつながると思います。



私は医師に、「ここまで看護的に任せたい」、「看護でここまでできる」ということを出来る限り伝えるようにしています。

医師によって、看護師との連携のバランスが違います。積極的に患者さん・ご家族に入っていかれる医師もおられれば、そうでもない医師もおられます。看護師は、ご一緒する医師によって、自分の動き方を変えるという柔軟な行動が必要だと思います。

3. ターミナルケアの時期を迎えたとき



3-1 ある患者さん・ご家族の思い…

そんなに悪いなんて知らなかった…どうしよう

医師の思うこと

異変を感じたら、
すぐ救急車を呼びますか？



ご家族から、「何か異変があったら救急車呼んでもいいですか？」と聞かれます。私が、ご家族に「ではなぜ救急車を呼びますか？」と尋ねると、「目の前で何か起こったらどうしようもないから救急車呼びます」と答えます。私が、「では、その目的はなんですか？…」という風に話をしていく中で、ご家族が、だんだん「これはちょっと違う」と考えられるようになることがありました。

ご家族から、「では、そういう場合どうしたらいい？」というので、医師である私が「私のところに連絡してください」とお伝えすることで、ご家族が安心して看取ることができるという方向に持っていける場合もあります。

病院の医師は、患者さん・ご家族にあまり悪いことを言いたくないので、厳しいことを伝えない場合が多いです。

私が退院カンファレンスに行った時、患者さんは家に帰りたいという思いを明確にお持ちでした。しかし、病院の担当医師から、余命が極めて短く、明らかに明日にも意識がなくなるかもしれないという状態の説明がきちんと伝わっていませんでした。家族は割とのんびりしていました。このケースは、たまたまよく関わっている病院でしたので、患者さん・ご家族と病院との間を上手く調整することができて、患者さんにはご自宅に帰ってもらえることができました。



病院だと、患者さん・ご家族とスタッフ間にギャップがあって、退院の調整がうまくいかないと、退院調整の看護師がいくら頑張っても帰れる人も帰れない場合があります。こんな時、訪問診療医が「今しかないんだよ」と言いますとようやく周りが動くんですよ、患者さんもご家族も。そこは医師が責任を持って、きちんと先にどうしたいかを聞いて、ちゃんと進めていかなきゃいけないと思います。

在宅ケアの場合、悪性腫瘍などで予後が1ヶ月以内という時は、その時点で急に出来た在宅ケアチームだとなかなか連携が難しいです。ただ、地域でかなり密な連携ができている訪問看護ステーションが加わりますと上手いいきます。

看護師の思うこと

ご家族の気持ちも
常にゆれ動いています…

病院では、患者さん・ご家族の言葉を翻訳するのが看護師の重要な役目だと言われますが、在宅現場でも基本的には同じだと思います。医師の治療方針が患者さんやご家族にとって本当に望むことなのかどうかということについての思いを医師に伝えられていないことも多いです。看護師は、どうしたら患者さん・ご家族の思いをきちんと医師に伝えられるかを考えなければならないと思います。



看護師が、「患者さんはターミナルの時期に入ってるよなあ」と思っても、ご家族はそこまでの認識はしていない場合があります。そういうときに限って、患者さんが急に苦しくなったりすることがあります。そのようなタイミングで、看護師が少しずつ、看護と家族の意思決定支援を併せてやっていきます。ご家族は今の状況をどう認識しているのかを確認し、ご家族の認識と目の前の現実との間にギャップがあるかについて考えます。

例えば、ご家族は患者さんがいつかは歩けるようになるのではないかと考えておられるような場合でも、看護職としては、患者さんがこれ以上良くなるはないだろうと明らかに分かる場合があります。看護師は、その場面で介入し、その状況を医師とも共有します。

患者さんの具合がちょっと悪くなった場合でも、看護師からみてこの状況は乗り越えられそうで、かつ患者さん本人も家にいたいとおっしゃっている。しかし、ご家族はちょっと不安だという場合があります。看護師としては、看護・介護やマネジメントで在宅が継続可能と思っていたところ、医師が往診に来られ、急に医師から予後の話が出て、「どこで死にたいですか」みたいな話をされてしまったことがあります。結局患者さん本人の意思に反して入院という決断が出ることもあります。



患者さんに今後変化が起こる可能性があり、そのことについて医師と看護師の間で議論する必要が想定されるような場合は、私は医師に同行します。例えば、がんの末期で、患者さん本人は（告知をされていてもされていなくても）最期までどう生きるかということを考えておられ、患者さんが極めて不安なまま揺らぎの中にあるような場合です。いろいろなタイミングがありますので、このタイミングであれば患者さんと話せるような瞬間がありそうと感じたときには、医師に同行します。そうすると、私から医師に「どういう話をしますか？」とかお尋ねし、医師が「こうしようか」となったりします。



医師側から「次は看護師に同席してほしいんだよね」とか「次回は患者さん・ご家族に大事な話をしますので、看護師さんからフォローしてほしいんだ」とかを言われることもあります。私から医師に「こういう風に検討できないですかね」と具体的に相談したりして、医師と足並みを揃えます。

患者さんが自宅で亡くなりたくないと希望するので、ご自宅で看取することを前提に在宅ケアを始めることがあります。この場合、訪問介護ヘルパーの訪問回数が一番多いので、訪問介護ヘルパーがご自宅を訪問した時に、患者さんが亡くなっているというケースが考えられます。



この時、関わっている多職種の間で「患者さんを自宅で看取る」という合意がなければ、訪問介護ヘルパーが救急車を呼んでしまうことがあると思います。ましてや、訪問介護ヘルパー以外の方が第一発見者になってしまったら、大方の場合患者さんを救急搬送せざるを得ません。

ご家族の気持ちも、患者さんを自宅で看取るのか、最期は入院して病院で看取るのは常に揺れ動いています。また、ご家族が、看護師には「こうしたい」と言っておられたことも、時間の経過や介護疲れによって変わることもあります。

このように、状況の変化に応じて、ご家族・医師・看護師の間で、速やかに情報を上手く擦り合わせていかなければならない部分は、ICTなどを活用できれば、解決策など明確に見えてきて、医師ともうまく状況を共有できると思います。



3-2 ある患者さん・ご家族の思い…

ゆらぐ気持ちをきちんと受けとめてほしい…

医師の思うこと

患者さんやご家族が
望む看取りのためには…



医師とか看護師の前では「お世話になります」といいこと言ってるけど、実際は「あんまりよくしてもらえなかった」と内心思ったりすることもあるようです。「なかなか看取りも良かった」と自分たちは自己満足していても、意外にご家族からすれば辛かったみたいなこともあるのではと思います。直接面と向かって言われたことはありませんが、ご家族の思いと医療者の思いは多分一致しているようでちょっと違っている面もあると思います。特に看取りの場面では、そういうことが結構出てくるかなと思います。

ある患者さんですが、老衰が進行し、ご家族はその事実を受け入れられないでいます。ご家族としては、何とかご飯を食べてほしいと思っているところです。そのため、関係する医師の方々と今後起こり得ること、あるいは今後の方向性についてご家族に話をしていました。

ところが、看護師がいきなり、「患者さんの心臓の音が弱いです。これは水分が足りないからではないですか？主治医に診てもらって下さい」、みたいな話を家族にしました。もちろん看護師は良かれと思って言ったんだとは思いますが、結局、我々医師が立てた筋道と、看護師が言っていることが大幅に違ってくるため、ご家族は非常に不安定になってしまうのです。



私は、患者さんやご家族が「病院に行きたい」と決めた場合は、病状に係る各種数値に関わらず、入院できる状況を作っています。病院に行きたくなければ、ある程度数値が悪くても家で看取するという方向で進めます。緩和ケアが必要な場合は、患者さんを緩和ケア病棟にも登録した上で自宅で緩和ケアを行います。そうすると、患者さんやご家族に緩和ケア病棟に登録しているという安心感が生まれます。実際に緩和ケア病棟を使うことは半分もありませんが、何かあった場合には、「緩和ケア病棟に登録してあり入ることができるので、それでいい」ということになります。



私は、（在宅に限らずですが）患者さんやご家族にとっておしつけではなく、選択肢があり、自分たち自身が選択できること、つまり「状況を変えられる、実現できる」ということもきちんと提示することが大事だと考えています。

例えば、「病院ではなく在宅がいい」、「できるだけ長く在宅でやって、最後は病院でと考えている」、「在宅をやっていて気持ちが変わった」など選択肢は様々あります。在宅が困難で病院に入るのは決して悪いことではありませんし、どれを選んだから優劣があるとか、どちらが偉いとか、どれが倫理的に良いとかではなく選択の問題なのだとして理解してもらえると良いと思います。

看護師の思うこと

患者さんの看取りが近くなると、やはり毎日訪問看護に行きます。患者さんの呼吸数や、血圧とかがこれまでと少し変化してきてると感じる時があります。

こういう時、私から医師に「この数日で患者さんの状態が悪くなってきているため、先生の次の往診日はこの日ですけれど、もう少し早く往診して頂けるなら…」というような感じでお伝えします。

そうすると、医師はその日の夕方に往診してくれます。医師からご家族に「あと数日位かもしれません」と伝えてくれます。ご家族もあと数日位と覚悟され、数日以内、いや仮にその日に亡くなくてもご家族は受け止めることができます。

もし、医師がその日の夕方に伺わなかったら、ご家族は心の準備ができないまま患者さんが急に亡くなるという形になってしまいます。つまり、この一言があるかないかで、状況が変化します。家族にとっては全然違うのです。

やはり、看護師は、患者さんに死の兆候が見えてきたら、医師に「状態が一段階落ちてきた、少し厳しい状況です」というような報告しておくのとおかないとでは、お互いの信頼関係にも影響してきます。



どういう形で最期をみとるかを決めるタイミングは、患者さん・ご家族の揺らぎの中で出てくるものです。決められないときは、決めないで黙っておくということもあり得る話です。こういうところは、看護師側というか訪問看護ステーション側のさじ加減が重要となります。



3-3 ある患者さん・ご家族の思い…

家で看とるのは初めてで不安です…

医師の思うこと



私自身が、あまり経験がないため、患者さんになかなか切り出しづらかったことがあります。そういう時、看護師が、私と患者さんとの話の中から自身で判断して、私の意図するところを患者さんに伝えてくれた場合とかはありがたいです。

外来の診察室での患者さんと医師との会話より、処置室での患者さんと看護師さんとの気楽な会話の方が結構重要だったりします。在宅ケアでも同様に患者さんと看護師との会話が重要なこともあります。



患者さんがターミナルの時期を迎え、血液検査の結果が悪いことを知っているのは医師である私だけの場合があります。その時、看護師から、「患者さんをきれいにしておあげたくて、お風呂に入れてあげたい」と言われた場合、「患者さんの血圧は低いけれども、入浴は大丈夫です」と言う医師とそうではない医師がいます。立場上医師ですので、患者さんにリスクがあれば「やめましょう」と言ったりもします。医師と看護師の立場の相違から、患者さんへの思いのギャップが生じてしまいます。医師と看護師とではどこまで言えるのかという違いがあると思います。



医師が看護師から、「ターミナルの時期の患者さんがお孫さんとディズニーランドへ行きます」と言われた場合、「それはリスクがある」との理由から、看護師さんに怒る医師もいます。しかしこのように、医師が看護師に怒ってしまったら、それ以降看護師は「これがいいんじゃないかな」と思っても、そのことを医師に提案できなくなってしまい悩むと思います。



「ケア・カンファレンス」の中で「この患者さんのケアは何を目的にするのか？」という時、医師である私から「目指している山が違わないようにきちっと説明する」と、関係者みんなが納得してくれます。「山への行き方はそれぞれ人によって違うかもしれませんが、おぶりたい人もいるかもしれませんが、最終的に関係者が同じ方向を向いているようにするために、この会をやっている」と説明すると、「ケア・カンファレンス」への参加状況が良くなります。

ケア・カンファレンスって 大変だけど大切…



「ケア・カンファレンス」は大事です。「この患者さんは今後どのような過程を踏んでいくのか」をイメージし共有することができます。しかし、在宅現場では、時々自分でも予想つかないこともあります。例えば、認知症で穏やかに過ごしていた人がいきなり脳梗塞を起こしたり、また一人暮らしの患者さんがいきなり心不全が起きてどうしようもなくなる時などです。誰もが予測できない場合があります。そういう時は、一回仕切り直しが必要です。

医師と看護師の間での“擦り合わせ”などがなかなかできない状況があります。例えば、担当者会議をなかなか時間的な都合で開催できなくて、その間に医師と看護師の考え方が微妙に違ってきてしまう場合などです。訪問看護師が担当者会議を一生懸命やっているのに、担当医師がなかなか出席してくれない場合もあります。

自分たち医師は「なかなか良い看取りだった」と自己満足していても、ご家族や看護師さんからすれば、意外と辛かったというようなこともあったりするのではないかと思います。自分は直接面と向かって言われたことはないけれども、ご家族の思いと看護師、医師の思いは多分一致してるようで、微妙に違っている面もあると思います。



ICTを活用すると、複数職種で在宅ケアの関わる時にお互いの意識が共有されるので、一つの方向に向けるということができて良いと思います。ICTを活用していないと、職種間でお互いにそれぞれに違った思いを持ち、そのことがご家族にとってもちぐはぐになったり…。

ターミナルケアの時期においても、お互いに状況・情報を共有していると、関係者が同じ気持ちで良い看取りができやすくなります。やはりそういう場合でもICTの活用が効果的だと思います。

医師は、患者さんの状態、ニーズを見抜く“目”が大切です。ターミナルの時期の患者さんであれば心のケアも重要で、介護生活が長い患者さんであれば様々な診療科の往診が必要となるわけです。この様な場合に、医師が「こういうプロセスが考えられる」、「こういうことが起こりうる」といった病気の状況・立ち位置を、的確に患者さんやご家族に説明することで安心につながると思います。特にターミナルケアの時期には、亡くなるまでに次に起こることを“見える化”して説明すると、ご家族は予測が出来ますので不安が減ります。

看護師の思うこと

結局この人に
何をしてあげられるのか…

患者さん・ご家族が望んでいる最期への希望と、私たち医療職が望んでいる最期への希望とは違う場合があります。私は、患者さん・ご家族に対して、「患者さん・ご家族の希望は、往診の医師が来られた時に必ずご家族の言葉として伝えてください」と言っていますので、医師との間にあまりギャップは生まれません。



在宅ケアの看護師の役割の半分は家族支援ですので、私たちがご家族の支援をしないと全く何も始まらないのです。

しかし、医師からご家族へきちんとした説明がなされていないと、私たち看護師がご家族にどんなに説明しても「先生はおっしゃってなかった」となってしまいます。

例えば看取りの時に、「この先どうなりますかね？」と、ご家族が担当医師とまだ話す前に看護師に尋ねられた時に、「一般論として申し上げて良いですか？」と確認した上で、「一般的にはこういう段階で進みます」と説明します。でも、「今度担当の医師が来られたときにもう一度聞いてくださいね」とお伝えすると、実際に医師との話の際にご家族には少し予備知識がありますので、医師の話に対するご家族の理解が深まります。

私は、やはり医師の考えが分からないのが一番辛いです。医師はこの患者さんをどうしてあげたいのかなという部分です。私は、患者さん・ご家族中心にしっかり考えておられる先生であれば何があってもやっていけます。



おわりに

本小冊子は、限られたインタビュー結果をもとに、財団が作成いたしました。もとより、全ての在宅ケア現場に当てはまるというものではありません。ぜひ、みなさまのご意見やご経験をお寄せください。お寄せいただきましたご意見・ご経験を参考として、さらにさまざまなケースをご紹介できればと考えております。

お気づきの点や、感想・ご意見は、下記までお寄せいただければ幸いです。

あて先

一般財団法人オレンジクロス 事務局

- 住 所 〒 104-0031 東京都中央区京橋 2-12-11 杉山ビル 6 階
- 電 話 03-6228-7216
- F A X 03-6228-7217
- メール info@orangecross.or.jp



2019年10月発行

編集・発行 一般財団法人オレンジクロス
〒104-0031 東京都中央区京橋 2-12-11 杉山ビル 6階
TEL:03-6228-7216
<http://www.orangecross.or.jp/>
印刷・製本 株式会社橋本確文堂

