

看護交流集会講演

第14回看護実践学会学術集会「看護の基本を極める」

看護提供方式を学ぶ ～看護の基本を極めるために～

須藤 久美子

株式会社麻生 医療事業開発部・飯塚病院

日時 2021年9月18日(土) 9:00~16:30 会場 オンライン開催

はじめに

今日は本当にこのような機会を頂きましたことを心より感謝いたします。それと、第14回看護実践学会が開催されますことを本当にお喜び申し上げます。私は今回このテーマを頂きまして、資料を作るのがとても楽しかったです。わくわくしながら「看護の基本を極める」とはどういうことだろうと思いがらまとめさせていただきました。どの程度お役に立てるか分からないのですが、50分という時間を頂いておりますので、お話しさせていただきます。よろしくお願いいたします。

セル看護の開発経緯

セルを始める前といますか、開発する前の動機といますか、導入前の現状は本当に大変な状況でした。飯塚病院では断らない医療ということを院長が全面に掲げて、救急病床を随分と増やしていった時代でした。現場からも看護師不足の声が上がり、経営委員会などでも「ナースが足りない」「救急病床を開くためにはナースが必要だ」ということでナース集めにも奔走したという経緯の中で、現場はどうだったかという、やはり楽しく働いていないなと思いました。

残業が多く、終業時間は17時なのですが、17時になったら始まる仕事があったりしました。それから急変が多い。これもナース不足、観察不足によるものだと思います。転倒・転落・身体拘束患者が多い。事件・事故・インシデント、それからクレーム対応に振り回されてビクビク、ド

キドキするような毎日。センサーやナースコールに振り回されるような後手後手の対応をやっている。物品や人探しでうろうろする。リーダーや先輩に聞かないと分からないことが多過ぎる。上司や同僚が現在何をしているのかが分からない。一生懸命やっているのにと思いつつ、ナースは疲弊感を高めていってモチベーションを下げ、病院としては残業代が高騰していく。ナースは疲れ切ってしまうと辞めていく。だから、さらなる看護師不足を招くという状況でした。

看護部長もいろいろ考えてはいるのですが、現場とのミスマッチもありましたし、現場は現場で経営方針も知らないし、方針の不徹底ということが発生していました。私も看護部長になって最初の仕事はナース集めでした。本当に沖縄から北海道までナース集めに奔走しました。そして、少々ですけれどもナースに入ってもらったのですが、ナースが少々入っただけでは現場の大変さは全く変わりませんでした。私は何をやっているのだろうと思って。あるとき、ふと思ったのです。ナースを少々増やしても、やり方を変えないと変わらないのだと。要するに、ナース不足のときのやり方をやっていたのでは、ナースを少々増やしても変わらないのだなとつくづく思いました。

私は今回、セルに込めた思いというテーマを頂きました。そのとき思ったのですが、どうやってこのセルを考えていったのかということ、やはり一番に思ったのは楽しく働いてもらいたい、楽しく働きたいということでした。看護職の大変さは過去・現在・未来、私は変わらないと思っています。

だから、この大変さをやりがいにできないかということを考えました。ナースたちが楽しいと思う場面は、大体は患者さんのそばにいるときだったのです。だから、ナースが患者のそばにさえすれば、ナースはひとりで生産性を上げてくれるのではないかと思いました。ですので、セルの根本的な動機は、楽しく働きたい、楽しく働いてもらいたいということだったと思っています。

セル看護提供方式とは

セル看護提供方式で狙っているのは、患者や看護職にとって利益にならない無駄を省いて、ケアの受け手の価値を最大化することです。私たちが一生懸命何かするものではありません。ケアの受け手の価値を最大化することなのだと決めました。では、どうやるかということ、まず動線に着目して、いかに動線の無駄を省いて患者のそばにいられるようにするかということでした。現在飯塚病院では動線はある程度達成したので、看護業務のあらゆる無駄に視点を置いています。それともう一つは、受け持ち患者数を減らしたかったのです。受け持ち患者数を減らすために、受け持ち患者は、師長以外の全てのナースで均等割りにしました。それから、ケアの必要度の高い場面に看護師を配置しました。

セルの語源は、製造業のセル生産方式に由来しているのですが、もう一つ私が大事だなと思ったのは、私たちは基礎教育のときから对患者のことについて学んできていますし、卒後教育も对患者にある意味で限局していると思っています。そのやり方に時間軸を入れるということです。始業から終業時間までにやりたい看護を終わらせるということです。要するに、時間軸を入れるということは、言い換えれば時間外勤務、残業をなくすことだと思っています。

こうすることで勤務時間内に最高のパフォーマンスを発揮できるようになり、その仕組みづくりがセル看護提供方式だと思っています。セル看護提供方式をやることで、どの施設でもやりたい看護が実践できるようになる。私はその点においてセルは優れていると思っています。

そのために、業務の無駄を三つ特定しました。一つ目に動線の無駄です。何回も往復する、物を取りに行く・戻る、人や物を探すことなどです。

二つ目に記録の無駄です。私が一番無駄だと感じるのは、チーム医療メンバーに読まれない記録です。例えば所属長の師長は、病棟の夜勤の重症

者、気になる患者さんの記録を全部読んでいますか。私も師長時代、スタッフが書いた夜勤の記録はほとんど読んでいませんでした。たくさん書き過ぎているからです。チーム医療メンバーに読まれない記録は、私は無駄な記録だと思っています。ましてやメモや下書きは無駄以外の何物でもないと思っています。

三つ目に配置の無駄です。配置で一番無駄だと思うのは、受け持ち患者を持たない看護師です。担当患者がいない看護師を置くことが一番の無駄だと思っています。それから、常時〇対〇というのがありますね。入院基本料もそうなのですが、特にICUや救急病床では、常時2対1、常時4対1でナース配置をすると夜勤時間が膨大な数になります。100時間を優に超えますので、どの病院も多めに配置していると思います。例えばICUであれば、日勤はほぼ1対1、入院患者数が少ないと逆に2対1ぐらいになっていると思いますので、私はやはり日勤のICU、救急病床はちょっと余剰だと捉えていました。

これは情報収集の場面ですが、朝と夕方にスタッフステーションに来てカルテをそろえたり、電子カルテの場合は画面の前に座ってやるわけですが、これだと時間がかかるのです。患者を看ていませんから、全部見ないといけないことになります。だけど、患者さんのそばでやると、ナースの五感、六感もあるのですが、人としての五感、六感も十分に発揮できますので、患者さんを一目看ればその人の調子がいいのか悪いのか、痛いのか痛くないのか、ドレーンも排液の量・性状が一瞬に目に飛び込んできます。そうすると、カルテや電子カルテを見る手間が省けることになりますので、患者さんを看ながら情報収集をすることがいいだろうと思っています。

それと、カンファレンスに結構時間を取られています。カンファレンスは、やっている本人は患者のためにやっていると思うのですが、カンファレンスでスタッフステーションなどに皆さんが集合すると、患者さんのそばには誰もいないことになります。それから、緩和ケア病棟や回復期リハ病棟は、診療報酬上の縛りも多分あるのだろうと思うのですが、多職種が集まったカンファレンスをしています。ある時間にみんなが集まるわけですが、時間になっても集まらない人がいますので、その人を待っている時間が発生しています。この待ちが私は最大の無駄だと思っています。

急性期であれば患者さんのベッドのそばにいる

ナースが一番情報を持っているのです。だから、そこで情報を取ろうとして薬剤師やリハビリ、栄養士、ドクターが集まってきます。そこで私は、軒先カンファをやって、それを記録に落とし込んでおけばみんなが一斉に集まる必要はないのではないか、集まらなくても情報共有ができるのではないかと考えています。

これは飯塚病院で患者のそばに行けるようになった最大の改善項目なのですが、パソコンカートのミニステーション化を行いました。すぐになくなるようなもの、頻回に取りに行っていたものをこの中に入れておくということです。病院によっては、廊下にミニステーションをつくり置きをしておくというところがあると思うのですが、必要なのは車輪が付いていることです。ナースとともにこのミニステーションが動いていくところに改善の鍵があると思っています。

それともう一つは、受け持ち患者を減らすことです。これは私も結構前から、師長時代からずっとありました。そのときに会った論文がこれです。ナースの受け持ち患者数が1名増えるごとに死亡率が7%上がるというものです。この後、10年後ぐらいにも同じような論文がありました。やはり受け持ち患者を増やすことは非常にリスクがあるということなので、ずっと受け持ち患者を減らしたいという思いはありました。ただ、なかなかうまくいかなくて。看護部長室で管理日誌を見ているときにふと思ったのです。病棟の総入院患者数を皆さん思い浮かべてください。自分のところの総入院患者数と日勤のナースの数、もちろん師長も入れます。全てのナースの数を入れます。それで割ってみると、大体7対1を取っている看護配置だと受け持ち患者数は3~4人にしかならないはずなのです。7対1はそういうものです。10対1だと6~7人ぐらいですかね。13対1だと8人前後になると思います。しかし、7:1の現場に確認すると受け持ち患者数が6人だの7人だの8人だの患者を持っています。

なぜそういうことが起こっているかというと、師長はもちろん受け持たない、それからリーダーナース、早番・遅番、学生指導やフリーナース、そういう患者を受け持たないナースがいっぱいいるからです。だから私は、セルで結構先を走っている病棟があったので、その師長さんのところに「師長以外全てのナースに受け持ちをさせてください」と指示を出したのです。どうかなと私も心配したのですが、これが案外すっとできたのです。

では、早番・遅番でやっていた業務内容をどうしていたのかというのが私も気になったので、聞いたのです。そうしたら、「今まで6人、7人、8人持っていたナースが4人しか受け持たないとすると、業務にゆとりができる。だから、そのゆとりの中で早番でやっていたような仕事、遅番でやっていたような仕事を振り分けると、全員が受け持つことが可能になった」と言っていたので、これはやれると思いきその部署だけでなく、全部の病棟で全員受け持ちをさせることにしました。受け持ち患者数が減るということは、業務量が減るということです。業務量が減るということは、業務にゆとりが出てくるということなので、私たちのやりたい看護をすることが可能になると思っています。

これが配置なのですが、ここはわざわざペアという言葉を使っています。当初、ペアという概念はなかったのですが、ペアになりたいためにPNSを取り入れられている病院があったので、それは本来のPNSとは違うのではないかと私は思いましたので、ここはあえてペアという言葉を入れました。それはなぜかということ、看護業務で一人でやれるような業務は何があるかということです。体位変換、寝間着交換、全身清拭は、ほとんど2人でやらないといけなようなケアばかりなのです。

ただ、注射や与薬はどうかということ、これもダブルチェックをやらないといけなないので、今の看護業務はほぼほぼペアで動かないとできない仕組みになっています。質が担保できない仕組みになっています。本当は1人で4人部屋を受け持てば動線は短くはなるのですが、人は思い込みがあるので、それを回避するために第三者の目が入りやすいように、4人受け持ちなのだけれども、この病室2人と隣の病室2人の計4人を持つというふうにしています。

この人は新人です。新人も4人受け持ちます。飯塚では、新人の独り立ちが7月にしています。だから、4月から1人受け持ちを始めます。リアリテショクなどありません。看護学校で1~2名は受け持っていますので、4月から1人受け持ちをして、7月の独り立ちまでに4人をちゃんと看られるようにしますので、新人も4人受け持ちは可能です。

それから、重症者を分散するという事がどこの病院もやれないとおっしゃるのです。同時に重症加算取得という診療報酬上の縛りがあって重症者を1か所にまとめてあるのですが、飯塚では重症

者をばらばらにしました。ばらしたことでいいことがたくさんあったのですが、それはまた後日ということにします。重症者をばらすと、新人以外の人も本当に4人しか持ちませんから、中に重症者が1人入っても、それほど業務過多にはならないことは立証済みです。こういうふうにはばらすと、この業務がなくなるのです。どこの病院も部屋移動は結構な業務負担になっていると思います。けれども、このようにすると部屋移動の業務がなくなります。と同時に、急性期であれば、治療看護の原則は安静なのです。安静が大事な患者さんを、部屋移動という名の下にごろごろごろ動かすのはどうかと思います。セル看護というのは、ケアの必要度の高い場面にナースがいますから、重症度が高い患者さんにはナースができるだけそばにつくことで、この配置を可能にしています。

これがタイムスケジュールです。ここに書いてありますように、限りある資源の利活用なのです。タイムスケジュールはどの病院にもあると思います。ないと監査が通りませんし、要求されます。どこの病院にもあるのですが、それは飾ってあるもの、ファイルの中にしまい込んであるもので、使っている人は1人もいらっしやらないと思います。だけど、私はこのタイムスケジュールに則ってやるのがとても大事だと思っています。この時間どおりにはなかなか進まないですよ。私たち看護職はこういうタイムスケジュールやマニュアルに沿ってやることに慣れていないし、私自身もこういうものに一番反対していたのです。私たち看護師は、患者さんの反応に合わせてケアを変えていくのだと。だから、マニュアルやタイムスケジュールどおりにはいかないのだと実は言っていたのです。でも、ISO9001を入れたときに指導の方に「よく分かります。でも、1回作ってみてください」と言われたので作成したのですが、案外患者間で大きな差はなかったという自分の経験から、タイムスケジュール、マニュアルで動くことは可能だったという思いがあります。

ただ、ここに書いてありますように、例えば情報収集ですが、ここはよその病院に聞いても結構長い時間をかけていたりして、この時間で始業前残業が発生している病院は結構多いと思います。同じタイムスケジュールを作っても、情報収集時間が1人のナースは10分で終わっていて、もう1人のナースは20~30分かかっている、もう1人のナースは1時間かかっているというのでは、いくらタイムスケジュールを使っても次の段階に同

様に行きませんので、情報収集にはマニュアルを作成しました。飯塚でも、なぜタイムスケジュールとおりにいかないのかという見直しをしているときに、結構これは大きな問題だったので、マニュアルを作りました。飯塚では朝の情報収集を15分以内でやるというマニュアルにしたのですが、このマニュアルどおりにやれば8時35分から始めて50分なので、大体15~20分ぐらいでやればタイムスケジュールどおりに動いていたこととなります。ですので、どの人も同じような時間でその業務が行えるようにすることはとても重要だと私は思っています。

病院によっては、やはりリーダーが外せないということで苦勞している病院もたくさんあります。飯塚ではそもそも指示受けはリーダー業務から外して、ほとんどのナースが受けられるようにしていたからできたのだと思うのですが、指示受けもマニュアルを作ったり、経験のあるナースが4人しか受け持たないから業務にゆとりがありますし、危険薬を使ったりする難しい指示の場合は電子カルテがあればどういう指示が出たかがいつでも閲覧できるので、新人がもしこの指示を受けるのであれば、「この指示は後で一緒に受けようね」というふうにすればいいと思いますので、リーダーという新たな業務はそれほどないのです。だから、これはスタッフのタイムスケジュールなのですが、リーダーはこういうことをやる（赤字の部分）ということだけがリーダー業務になっていて、スタッフ業務のタイムスケジュールの中にリーダー業務をこの程度入れているということです。

私はこれはちょっと驚いた事なのですが、飯塚のスタッフはこれをラミネート加工して、ポケットに入るサイズにしてみんな動いています。だから、私もラウンドという散歩をするときに、新人さんらしき若い人たちに「今日はスケジュールどおりにいっていますか」と声を掛けるのです。そうすると、ほぼほぼ皆さんポケットから出されて「今、何時ですかね」と言われて、「〇時でこれとこれとこれが終わって、今からこれをしようと思うので、ほぼタイムスケジュールどおりにいっています」と言ってくれるので、「ああ、そうなんだ」と安心できるのです。

もう一つ大事なことは、これを一人一人が先輩やリーダークラスのナースに聞かなくても、どうすればいいというのがタイムスケジュールまたはマニュアルに書いてあるので、業務をしながら学べる仕組みができるということだと思います。こ

れはとても重要だと思っています。業務の中に教育や指導を入れると絶対にその時間が押してきますので、業務は業務で着々と進むようにする工夫が大事だと思っています。

これが情報収集マニュアルなのですが、ナースは何でも知っておきたいという気持ちがありますよね。だから、その患者さんの全ての情報を朝の忙しい時間にとろうとします。そうではなくて、「本日のあなたの勤務時間内に必要なケアに必要な情報のみ取ってください」と目標が書かれていますので、朝の収集は10分（15分以内）で終了するようにしています。

これにはすごく葛藤があったのです。私は10分以内でやってほしくて、こうすれば10分以内でできるでしょうと言っていたのですが、現場は絶対に15分かかると言って譲らなかったのです。だけど、私はやはり10分以内というのを皆さんの頭の隅に置いておいてもらいたいと思ったので、「かっこ書きでもいいからマニュアルの中に残してください」と言って、どちらがかっこ書きだったか忘れたのですが、残してもらいました。

もう一つ大事なものは、情報収集するときに、必要な情報に行き着くまでにスタッフそれぞれで時間が違うと思ったのです。そのときは紙から電カルになっていたのですが、1人はワンクリック、ツークリックくらいで自分が得たい情報にたどり着いているのです。でも、あるナースは5回も6回もクリックしないとそこに到達しないということがあったので、2回クリックすると行き着くという一番合理的な方法をマニュアルに載せました。だから、マニュアルは具体的です。最初にどうする、次にどうする、最後にどうする、この画面からはこれとこれ、この情報を取るというふうに、本当に具体的にマニュアルには載せました。そうすることが、業務をしながら学べる仕組みづくりにつながります。新人や休暇明けに来た方などもできるようになったと思っています。

これは師長のマニュアルです。師長もマニュアルを作るのですが、師長は経験があり過ぎて、経験で動こうとするので、なかなかタイムスケジュール、マニュアルどおりには動いてくれなかったのです。私もとても葛藤しました。例えば、タイムスケジュールでも「師長さん、いかがですか」とラウンドしたときに言うと、「もうばっちりです」などと言われるのです。私も「えっ？」と思って「タイムスケジュールを見せてください」と言うと、「あっちに置いてあります」と言うのです。「そ

うですか、ではあっちに行きましょう」と言うと、いろいろ問答しながら最終的に師長は何と言ったと思いますか。「私の頭の中にあるんですよ」と言われたのです。でも、頭の中にあったのではチェックができないので、現在の看護部長に言って、師長にもラミネートに入れたものを作って配布しました。スタッフたちは自主的にやったのですが、師長たちはなかなかやっていただけなかったもので、そういうことはやりました。なので、師長さんにもマニュアルがあって、そのとおりにやっていただくことが大事だと思っています。新米師長も異動になった人に尋ねなくてもいいように、タイムスケジュールやマニュアルを見ながら師長業務を学べるようにしています。

セルにとっては、基準どおりにやるのがとても大事です。だから、師長にもタイムスケジュールとマニュアルを作り、マニュアルも一応師長マニュアルとしてはこういうものを作っています。スタッフにも、タイムスケジュールとしてはこういう種類のものがあって、こういうマニュアルを作っています。

それから看護計画も、私は師長時代に記録委員長などをやったのですが、看護計画を作成するにもすごく時間がかかっているし、誰も見ていません。本当に看護計画など要るのかとすごく葛藤しました。そういうときに東大の水流先生と「そうなのよ。看護師のための計画なんて要らないわよ。患者計画が必要なのよ」などと言って、「うわあ、もう乗った」と私は思ったのです。東大のフォーマットを頂いて、運用は飯塚病院で考えました。今は立派なものを東大がマップという形で作っているのですが、当時はなかなか追い付かなくて、当院がやるしかなかったので、運用は当院で考えて、看護ナビコンテンツとしてリスクの想定と未然防止策の業務設計図のような形で作りました。だから、このとおりにやるということになります。

このように基準どおりにやれば、新人看護師であれ、時短看護師であれ、長期休暇明けの人であれ、応援ナースであれ、誰もが同レベルのケアの提供が可能になると思っています。育休明けのナースが時短で来られていて、時短ナースも全て受け持ちしてほしかったので時短ナースに「受け持ち患者を持てるかしら」とラウンドするときに聞いたのです。すると、時短ナースが事もなげに「はい、大丈夫です。セルとナビがあれば患者受け持ちができます」と言ったのです。私も「えっ？」と思って、「どうやってやるの？」と聞くと、「セ

ルで患者のそばにいます。だから、患者のそばにいれば大体患者の様子が分かります」と言うのです。出勤時は、患者の様子もまだ分からないので、看護ナビどおりにケアをして、セルで患者のそばにずっといるから患者さんのことがよく分かるので、セルとナビがあれば患者受け持ちは可能ですと言われたのです。でも、この人は結構優秀な人かもしれないと思ったので、全く別の病棟でもう一人に聞いたのです。そうすると同じ答えが返ってきたので、もうそれ以上聞きませんでした。それ以上聞かずに、時短ナースも患者受け持ちをやってください、午前中パートのナースも受け持ちをやってくださいということで、全てのナースが患者を受け持つようにしました。

これらがあれば、業務をしながら自らが誰かに聞かなくても、それから応援に行ったときもそこにいる人が教えないといけないという手間が発生するので、そのようなことはなくなります。そのとおりにやればできると思っています。ただ、応援もそうですが、新人が不得手なのはその病院のやり方を知らないだけだと私は思います。最先端の基礎教育を受けてきているし、学習もしているわけです。その病院のやり方を知らないのです。応援ナースもそうだと思います。その病棟のやり方を知らないのだと思うので、この基準書(タイムスケジュール・マニュアル・看護ナビコンテンツ)があれば誰もが同レベルのケアの提供につながるし、新人もそれらを通して自らが学ぶ仕組みができるとしています。

でも、考えないナースをつくるのではないかという質問が必ず来るのです。でも、私はそうだろうかと思うのです。あなたが考えてほしいことはどんなことですか。でも、このタイムスケジュールやマニュアルでやろうとしていることは、日常業務がスムーズにできるようにするだけ、この疾患の気を付けてほしいこと、この疾患の合併症だったり予兆だったり、早く見つけてほしいが早くに分かるようにしているのがタイムスケジュール、マニュアルなのです。そういうことをやって業務効率を上げて、本当に考えてほしいことを考えられるようにすることが大切なのではないかと思っています。

今のコロナ禍で私たちは、できないことがたくさん出てきています。従来どおりにやろうとすると感染拡大させてしまうのではないか。だけど、本当にそれでいいのか、そんな看護でいいのか、感染を拡大させないだけが看護なのか、私たちに

はそれだけしかできないのだろうかということ、今みんなで考えなければいけないことなのではないか。「ああ、忙しい、忙しい」と言うだけでは考える時間の余裕は生まれません。業務効率を上げるためにセルを使っていたら、私たちの病院が今やらなければいけない看護をみんなで考えていくことがとても大切なことなのではないかと思っています。

それと、これは飯塚のナースの言葉なのですが、「タイムスケジュールで動くということは、チーム医療メンバーを意識するということだと思います」と言ってくれたのです。私はすごいなと思いました。先生が「今日は〇時からオペに入る」と言っていたので、この時間に来るからここまでこれをやっておかないといけないとか、ここまで電子カルテに記録しておかないといけないとか、リハビリさんがこの時間に来るからこれまでに済ませないといけないとか、そういうチーム医療メンバーのことを意識します。チームで動くということは、チームメンバーのお互いを思いやることがないと私はチームがパワーを出せないと思っていますし、チームメンバーが同じベクトルに向けて治療やケアに介入していくことがとても大事だと思いますので、タイムスケジュールで動くということはチームメンバーをいたわり合う、思いやることに直結すると思っています。

こういうことも大事なことです。セルばかり強調して、何か患者に寄り添うとか、患者のそばに行くことばかり言っていて、疲れてしまっている現場を時々お見かけするのですが、案内物を探しに行ったら物がなかった、期限が切れていた、奥にしまわれてたということがあったらモチベーションをすごく落としますし、まずイライラしてきますので、取りに行けばすぐ取れるように整理整頓されていることがとても重要です。そうされていることが入れ替えなどにも役立ちますし、膨大に物が少なくなります。「膨大に少なくなる」は表現が変ですが、医療者の特性なのでしょう。何かがあったら困る、何か足りなくなったら叱られるということで余剰にしまい込んでいることが多いのですが、1週間に一回補填されるのであれば、こんなにストックしておく必要はありません。大体これをQC活動などでやると20万~30万円は軽く浮くという経験を飯塚ではよくするので、整理整頓をして、探しに行ったときに探し物がすぐ見つかることがセルには欠かせない作業だと思います。

患者のそばにいて、どんないいことがあるかという、そばにいて患者さんの日常が分かるようになります。すると、些細な病状の変化に早期に気付くことができ、早期発見・早期介入が可能になります。ジャスト・イン・タイムという言葉を使っているのですが、ジャスト・イン・タイムな医療を提供することが私たちが目指す方向なのではないかと私は強く思っています。どういうことかという、この患者さんに必要なものを、必要なときに、必要なだけ、その患者さんの受け入れが容易なように治療・ケアを提供することがジャスト・イン・タイムな提供だと考えています。

ですので、そばにいれば患者さん同士がどんな会話をしているのかというのもよく分かりますし、そばにいればナースコールも減りますし、記録も同時にできます。ドクターの指示受け、それから時間外になっていたような作業、内服のセット作りのようなことも患者さんの指導を含めてやって、ペアのもう一人の人にダブルチェックをしてもらったり、退院が近い患者さんであれば患者さんにダブルチェックをしてもらったりすることも可能になるのではないかと思います。

全てうまくいったように思われるのですが、開発段階で一番困難に感じたことは、患者さんのそばに続けることでした。あれだけそばにいたいと言っていたナースたちだったのですが、患者のそばに続けることは非常に難しかったのです。それで、私は目標とは別に標語を作りました。「ナースはベッドサイドに」「スタッフステーションにナースがいない」、要するに「ナースはベッドサイドに」と作ったのですが、時間になったら、処置が終わったらスタッフステーションにたくさん戻ってきます。ナースがステーションにたくさんいるということは、患者のそばには誰もいないということですので、スタッフステーションにナースがいないという、ものすごく分かりやすい標語にしたのです。

そうすると、こんな現象が起きました。これは1人ですが、廊下にずらっと並んだのです。ナースが本当に縦列駐車のように、笑い話ではないのですがずらっと続いたのです。スタッフステーションにいられなくなったのです。私も頻回にラウンドしていましたが、師長も私に付度して、そろそろ看護部長が来る時間だと思ったならステーションから早く出ていくように促していたので、居場所がなくなってここにいたということなので

す。そこで、私も声を掛けるのです。「どうしてこんな所にいるんですか。ここでは患者さんは見えないじゃないですか。もう少しこっちに来たら見えるんじゃないですか」と言うと、スタッフはみんな、ぷーっとして「患者さんが嫌がるんですよ！」と言うのです。みんなそう言うから、「あなたが嫌なんですね」などと嫌味を言ってラウンドしていたのです。

でも、どうしてナースは患者の側に居続ける事ができないんだろうと悩んだときに、それこそ悩んだときにはやはり看護覚書に戻る、私たちの年代はそういう人が多いのではないかと思うのですが、終わり書きのところにこれがあったのです。「患者は見つめられることを嫌がる。と言うのは、不注意なナースの誰もが言う言い訳である」と。ナイチンゲールのときからこうなのだと思います。ですので、「ベッドサイドで仕事ができる」「患者さんの声が聞こえますか？」という標語を展開しました。

なぜ患者のそばにいられないのかと聞いていたら、気付いたのです。スタッフにはいられない理由があったのです。これはとても大事です。スタッフが持つ不安や不満を解決してあげないとスタッフは動きません。いられない理由があったのです。カーテンがみんな閉まっているような所に一人でいられないのです。私もいられないなと思いました。それから、枕元でカチャカチャと音がすると患者さんもうるさいので、「あっちへ行け」と言われます。なぜカーテンを閉められるのだろう、なぜ「あっちに行け」と言われるのだろう。これは、私も短いナレッジですが、たくさんしてきました。師長会でもやりましたし、そこに居合わせたスタッフともたくさんやりました。

たどり着いた答えはこうでした。「患者さんが自分に関心を寄せてくれている、自分の治療の理解者、自分の治療の協力者だとナースを認めたときに、患者さんはそばにいてもいいと認めてくれるのです。ナースが下を向いてカチャカチャやっているだけでは、「うるさい、あっち行け、あんたに見られたくない」と言ってカーテンを閉めるのです。でも、自分の理解者だと知ってくると、ナースが「今日はこんな治療があって、こんな副作用を私は心配しているので、ちょっとでもいいから開けておいていただけますか」と言えば、ノーと言う人は一人もいないと思います。ここに至るまでに結構時間がかかりました。

今はこのような状況で、このナースはこの患者

さんを心配しているのだとか、この患者さんを
見てくれているのだなというのが、散歩をしなが
らでも私にも分かるので、私はこれでいいと思っ
ています。患者全員を見張っているわけではない
と思っています。

セル看護導入後の成果

成果については、ここを強調したいです。ナース
の人数を増やさずに、やり方を変えただけで得
られた成果ということです。

退勤時間は30分ぐらい早くなったし、ストレス
も、低くはないのですが、以前が高かったからで
すね。でも、右肩下がりにストレスが下がって
きました。これは大きな変化だと思います。

「患者が嫌がるんですよ！」とほとんどのナース
が言っていたので、実際に患者さんに聞いてみ
ようというのもあって患者さんにアンケートで聞
いてみたら、私の想定外でした。想定外に患者さん
はナースがそばにいてくれることを受け入れて
くれているのだなと思いました。ナースがそばに
いることで安心できたと87%の患者さんが言っ
てくれたのです。私は、これはとてもうれしかった
です。一人になれなかったことがあるかという
と、そのようなことはないという答えが多かった
です。ナースがいても邪魔にならなかったと言っ
ているのだと思っています。

COVID-19に有効だと、セルを入れている病院
の方から私にメールがありました。私も「えっ？」
と思って、飯塚とも相談して、こういうことが
COVID-19の感染対策にもなっているのだなと思
いました。要するに、そばにいるから些細な病状
変化にも気付き、タイムリーなケアの介入ができ
るということと、そばにいるから「手を洗いまし
たか」とか「どこに行かれるのですか」「マスク
をしてください」などと声掛けすることで感染対
策が可能になったということがあります。そして、
頻回に触る所には頻回な消毒が必要です。ナース
がそばにいて、カートの中にアルコールも入っ
ていますので、ベッド柵や床頭台などをこまめに消
毒することが可能になりましたし、こまめに換気
もできました。まさにジャスト・イン・タイムな
ケアの提供だと思っています。

スタッフステーションも密になりません。スタ
ッフステーションに一同が集まるのは、セルでは
朝の5分間だけです。それ以外にスタッフ全員が
集まることはないのです、密にはなりません。それ
から、患者の受け持ちが少なく、部屋の移動も少

ないので、そこでも密になりません。それから、
お昼には休憩時間に入のですが、お昼ご飯の
ときはケアの必要度の高い時間です。やることも
たくさんありますし、急変の可能性も高いので、
ケアの必要度が高い時間になぜナースが一気に
いなくなるのかということで、飯塚では3分割で
休憩を取っています。でも、ある回復期病院の
看護部長に聞くと「うちは昼食時間は全員出
るようにしています」と言っていました。回復期
はやはり、お昼はケアの必要度が高いのだな
と思いました。患者さんの昼食時間を外して
休憩に行っていると言われていたので、すごい
なと素直に思いました。それから、動線が混
み合わないこともあります。

もう一つは、意外でしたけど、普通の看護
方式だと患者さんのそばにずっといることに
慣れていないので、COVID-19で患者さん
を看ている場面はほとんどセルなのです。患
者のそばで仕事が完結するようにできてい
ます。あれは、何も言わなくてもセルが
できていると私は思っていますので、
ずっとそばにすることに抵抗感がな
かったということです。なぜセル看護が
COVID-19の感染対策に有効かとい
うと、要するに業務効率を上げれば
そのこと自体が感染対策にも有効
であるからだと思っています。

これは、飯塚がいろいろやっているのだな
と私が思ったことなのですが、80代女性
の事例です。COVID-19感染による肺炎
で、人工呼吸器装着で入院して、一度
抜管したのですが、19日目に悪化
して、厳しい状況にあるということが
家族に説明されました。家族は
それから頻回にface timeで面会
に来られて、お孫さんやひ孫さん
たちもよく面会に来られて、患
者さんはうれしそうにface time
で面会されていました。これは
死亡日の午前中なのですが、開
眼はできなかつたけど反応はあ
ったということで、ここは何回
読んでも私自身も感動するの
ですが、スマートフォンを開いたら
たくさんLINE通知があったので、
「読んでいいですか」と言っ
たらうなずいたので、読んで
あげて写真に収めました。亡
くなられた後、エンゼルケ
ア後もきれいになった姿を
もう一度スマートフォンに
残して、ご家族へ引き継ぎ
ました。

私はこのことについて、ここにいたナース
たちといっぱいディスカッションしたい
なと本当に思いました。これを
読んで、そばにいたからこそ
見えた、そばにいたからこそ
できたことなのだとなつ
くづく思いました。コロナ禍
でもできる看護がある、
コロナ禍だからこそやら
なければいけない

看護がある、コロナ禍だからこそ変えないといけない、コロナ禍でも対応できる看護技術を私たちは開発していかなければいけないのではないか、そういうことを考えるためにもセルは有効だと思っています。

セル看護提供方式の商標登録について

私はセルを広めたいということで動いているのですが、この3項目がそろえばセル看護を導入していますとホームページに上げてくださいます。1と2はやはり業務量削減なのです。業務量を削減して患者接点を増やしましょうということ、全員が受け持つということ、業務の無駄を省きましょうということが1と2です。それから、タイムスケジュールとマニュアルで動くとい

うことは、限りある資源で残業を減らしていく、最高のパフォーマンスを上げていくということですね。

セル看護に込めた思いというのは、ナースたちの大変さをやりがいにしたい、やりがいにすればナースたちは技術開発に勝手に動いていくと私は思っています。そうするためには、看護師を労働者として、限りある資源として正しく捉えることが私はとても大切だと思います。何回も言ってきましたが、無駄取りをして看護の基本を極める時間や空間を作り出していきましょう。やれない理由ばかり挙げてもどうにもなりません。チェンジするためには、今がチャンスであり、チャレンジだということを皆さんにお伝えして終わりたいと思います。ご清聴どうもありがとうございました。