# 看護基礎教育のあり方に関する懇談会
# 在宅看護の現場から

ケアーズ白十字訪問看護ステーション
秋山　　正子

# 訪問看護サービスを受けるまでの流れ

訪問看護の利用を検討

医療保険でサービスを受ける

＜対象者＞

医療保険の加入者

病的な妊娠・出産や乳幼児

要支援・要介護に該当しない方

介護保険で給付を受けていても

がん末期や急性増悪期

かかりつけ医に相談し訪問看護指示書の交付を受ける

訪問看護ステーションと契約

訪問看護計画に基づき訪問看護を開始

受けていない

介護保険の要介護認定を申請する

非該当

介護保険でサービスを受ける

要介護認定

介護保険の要介護認定

認定

| | |
|---|---|
| 要支援1<br>要支援2 | 介護予防訪問看護サービスを受ける |
| 要介護1<br>要介護2<br>要介護3<br>要介護4<br>要介護5 | 訪問看護をはじめ、居宅サービスによって、出来るかぎり自宅等で過ごせるようにし、必要によって施設サービスを受ける |

受けている

介護支援専門員（ケアマネジャー）に相談する

る計画

かかりつけ医から る書の

# 訪問看護ステーションの活動紹介

東京都　新宿区　市ヶ谷

東京都　東久留米市

ケアーズ白十字訪問看護ステーション

# 訪問看護のご案内

- 1980年に市ヶ谷の地で始められた「在宅ケア」の精神を受け継ぎ、訪問看護ステーション制度発足の、1992年12月に、医療法人春峰会立白十字訪問看護ステーションとして活動を開始しました。
- 2001年医療法人解散に伴い、有限会社設立。同じ市ヶ谷の地で、地域の皆様の信頼に応えるべく、活動を継続してきています。（2006年新会社法にて株式会社に商号変更）
- 利用者様とご家族と医療者が、共有する場で作り上げるのが「在宅ケア」であり、訪問看護師は患者（利用者）サイドに立った調整役でもあるというのが当初からの考え方です。

# 目指していること

- 当ステーションは長年の訪問看護実践を通して、地域の在宅医療・福祉の経験を積んできましたので、その経験を生かし、さらに研鑽を積みつつ、質の高い看護を提供したいと努力しています。
- 利用者様が自らの尊厳を守られながら、住み慣れたご自宅での生活が続けられるように、生活リハビリテーションも含めて、お手伝いさせていただきたいと願っています。

# NPO法人白十字ボランティアの会

- 障害があっても、病気があっても、それがたとえ治らないとわかっていても、住み慣れた地域で暮らし続けたい多くの方々の願いを、叶えるのに、公的なサービスだけでは十分とはいえません。
- 訪問看護ステーションとも連携しながら、上記のようなニーズに、応えるボランティアを養成し、地域に貢献すべく2006年10月に認証をうけ、2007年より活動を開始しています。
- 白十字訪問看護ステーション内に事務所をおき、連携を密にとっています。

# 訪問看護事業の概要

新宿区　市ヶ谷

- 1ヶ月平均の利用者数　　130～140名
- 1ヶ月平均の延べ訪問件数　760～780件
- スタッフ数

　　常勤　6名　非常勤9名（常勤換算7名）

　　このうち　保健師資格保有者　　9名

　　ケアマネージャー資格保有　　7名

　　非常勤　PT　1名　　常勤事務　2名

# 活動の状況：地域特性

- 新宿区　　人口　30万　　15万世帯
- 高齢化率　18．２％（H19.10）外国人除20％
- 大学病院３・国立病院１・公立病院１・準公立病院２・民間病院２・・・・総ベット数　約６０００
- 中間施設としての老健が少ない
- 新宿医師会が在宅推進を早くから取り組んできた。　　在宅支援診療所33箇所
- 区立を含め、訪問看護ステーション２２カ所

  ⇒H19.12現在19ヶ所に

# 在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション数

| | 在宅支療養援診療所数 | 10万対 | 訪問看護ステーション数 | 10万人対 |
|---|---|---|---|---|
| ■ 東京都 | 1122 | 8.8 | 536 | 4.2 |
| ■ 二次医療圏 (杉並・中野・新宿) | 141 | 12.2 | 60 | 5.2 |
| ■ 新宿区 | 33 | 10.6 | 18 | 5.8 |

- 東京都二次了医療圏の人口10万人対施設数の算定基準となる人口は総務局「東京都の人口（推計）」2007年6月1日を使用
- 東京都、二次医療圏の在宅療養支援診療所数は2007年7月1日現在
- 新宿区の在宅療養支援診療所数・訪問看護ステーション数は2007年10月現在

# 当訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの最近の動向

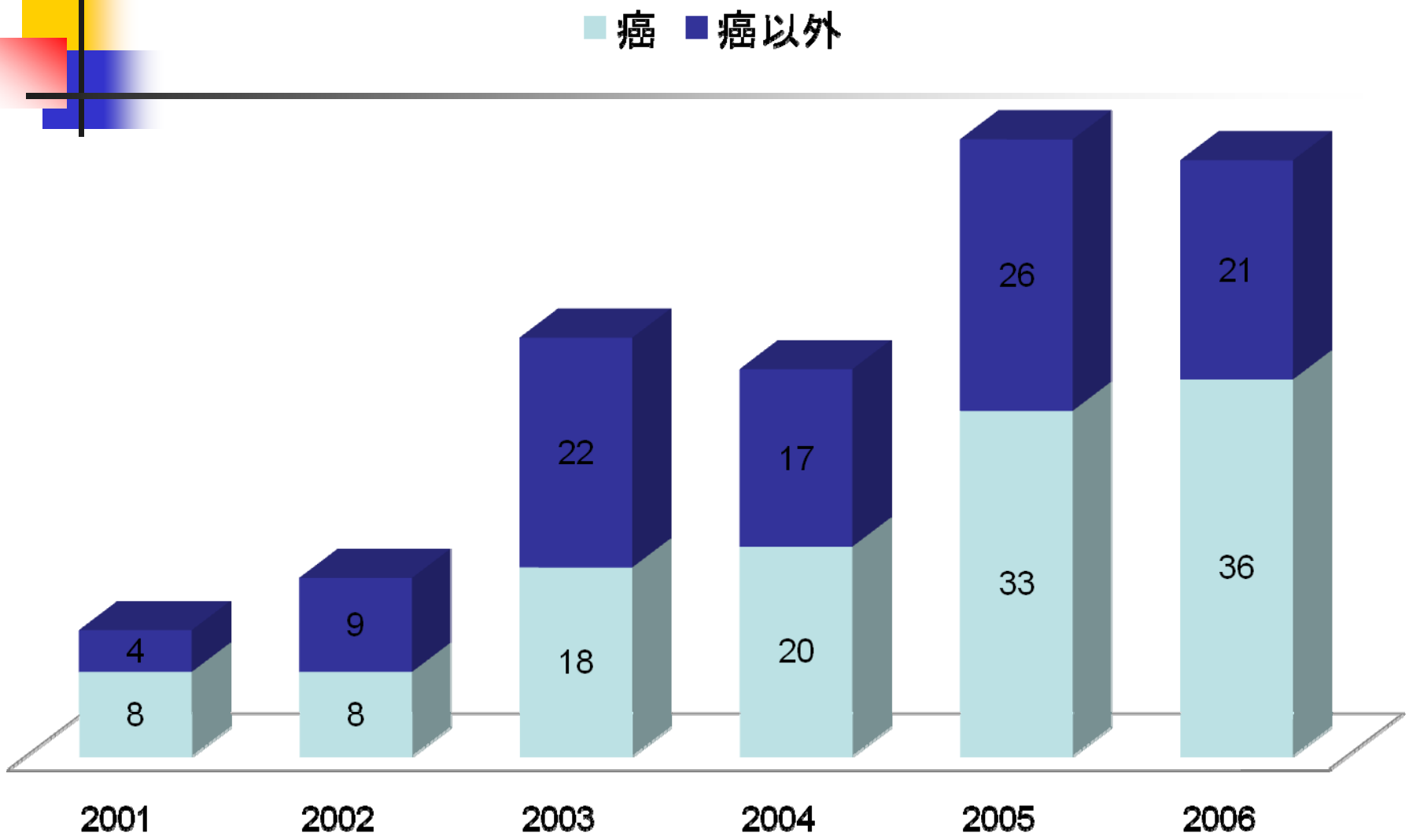
- ５年間の亡くなった患者数の推移

(2001～2005年)

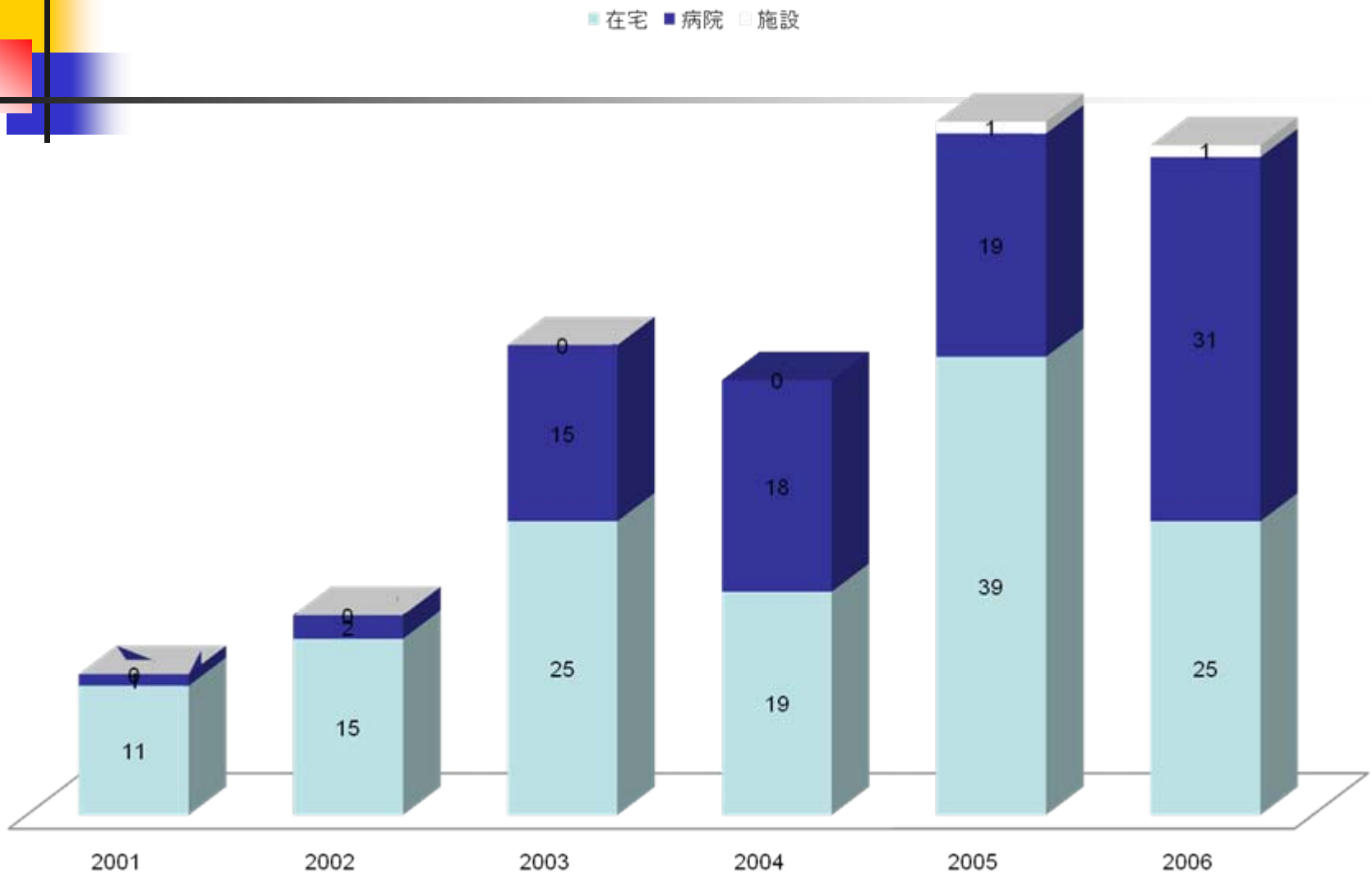
2001年　１２名（在宅１１名　病院1名）
2002年　１７名（在宅１５名　病院１名　PCU１名）
2003年　４０名（在宅２５名　病院１５名）
2004年　３７名（在宅１９名　病院１５名PCU3名）
2005年　５９名（在宅３９名　病院１３名PCU6名
施設＝有料ホーム1名）

１６５名中がん患者８７名（５２．７％）

# 亡くなった人の死因



# 亡くなった場所



# 後期高齢者の在宅医療の現状
## 訪問看護ステーションの現場から

2000.6 → 2006.6

30人の後期高齢者の転帰

平均年齢85.5歳（76～97歳）

中央値も　85.4歳

男性9人 ： 女性21人

6年後の変化

生存者　8人(男性1人・女性 7人)

死亡者　22人(男性8人・女性14人)

# 後期高齢者の在宅医療の現状
## 訪問看護ステーションの現場から

６年後の変化

生存者　　８人（男性１人・女性７人)

現在の居場所

- 自宅４人（全員女性:うち独居2人）
- 施設４人
  - 有料ホーム２人
  - グループホーム１人
  - 介護老人福祉施設１人

# 後期高齢者の在宅医療の現状
## 訪問看護ステーションの現場から

６年後の変化

死亡者　　２２人(男性８人・女性１４人）

＊死亡場所内訳

- 自宅１２人・・54.5%（男５人・女７人）
- 病院　６人《１人PCU》（男３人・女３人）
- 特養　３人《最終は病院2》（男０・女３）
- 老健　１人《最終は病院１》（男０・女１）

# 後期高齢者の在宅医療の現状
## 訪問看護ステーションの現場から

6年後の変化

死亡者　22人（男8人・女14人）

- 死因：在宅12人
  - 癌によるもの（最終は呼吸不全）　3人
  - 肺炎から呼吸不全・心不全　7人
  - 突然死（入浴中1人睡眠中1人）　2人
- 医療：
  - 酸素療法　3人　胃瘻・経鼻栄養　2人
  - 吸引　5人（数日のみ3人）　点滴　1人

# 地域での関連機関など

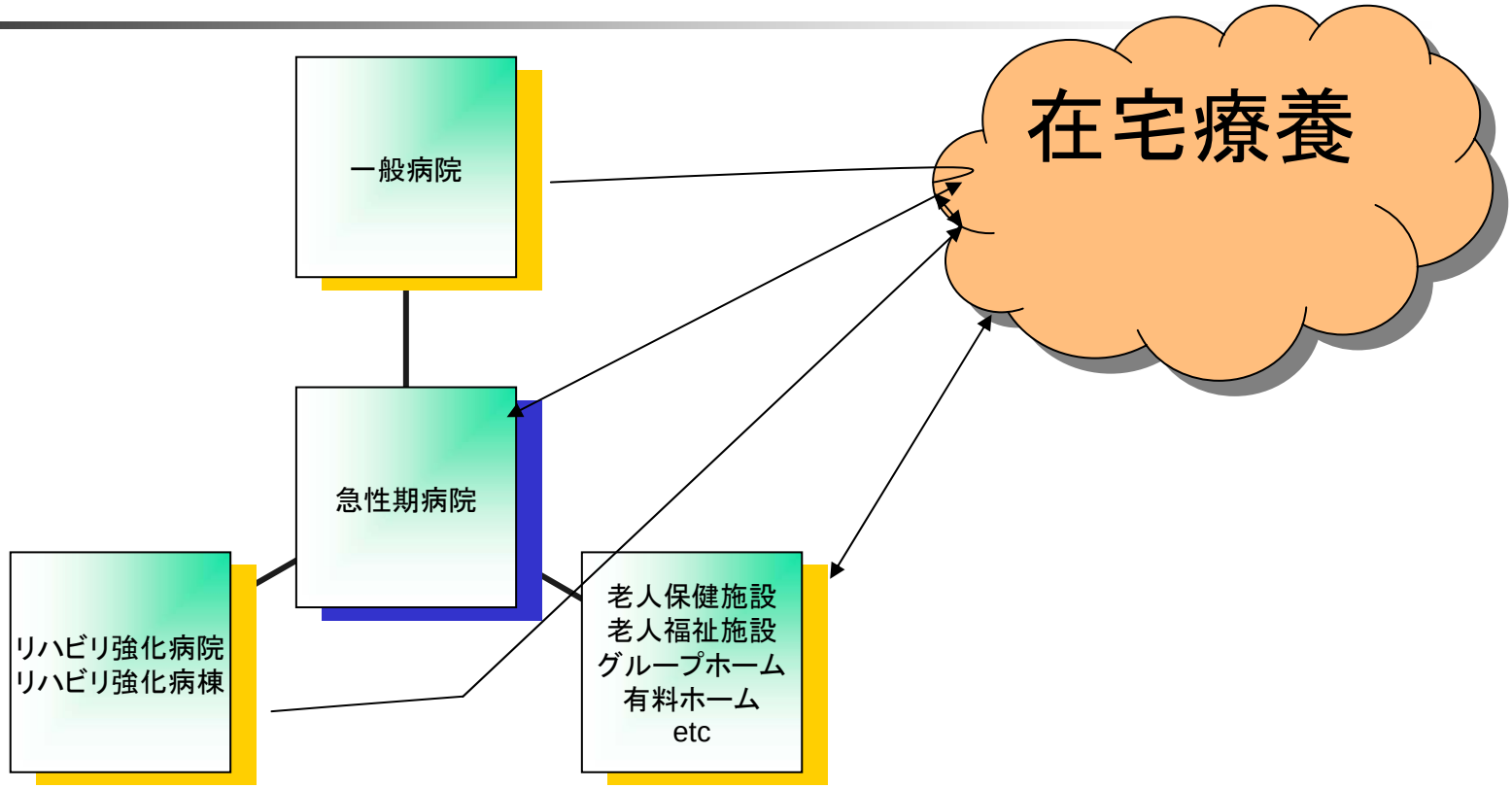
- 指示書交付の医師・医療機関　　４７ヶ所

- 新宿区内訪問看護ステーション連絡会
- 新宿区地域看護業務連絡会
- 新宿区介護サービス事業者連絡協議会
- ケアマネット新宿(介護支援専門員連絡会）
- 緩和ケアネットワークミーテイング
- 難病対策推進（専門医往診）事業参加

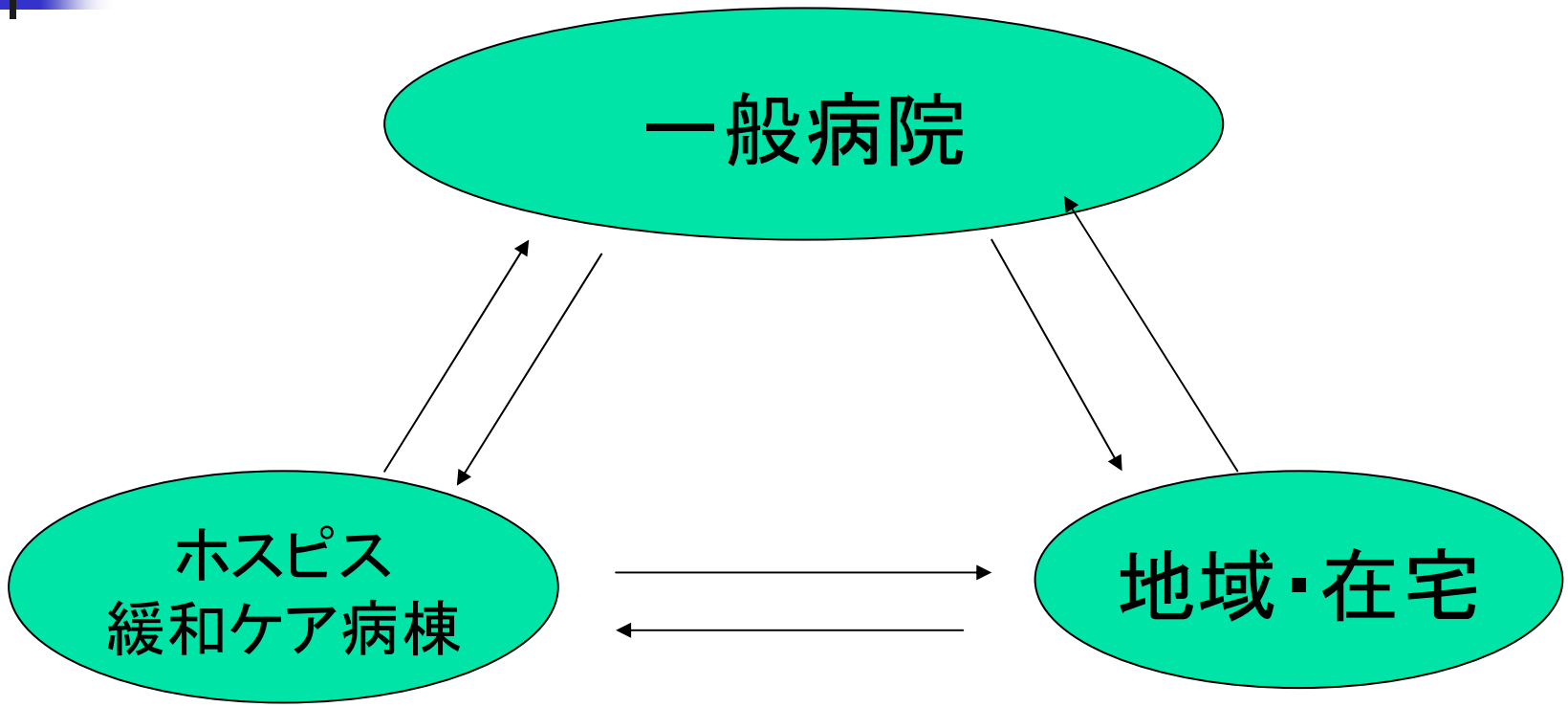
# 実習生の受け入れ状況

- 看護学校　　２＋１（予定）
- 看護大学　　４＋１（予定）
- 看護研修学校　１
- 認定コース　　４
- 大学院　　２
- 社会人研修　　多数（見学・同行）
- 介護福祉・ヘルパー実習　２
- 看護協会等からの依頼の施設見学（海外から）など

# 看護の場の広がりの中で



# ホスピスケアの三角形

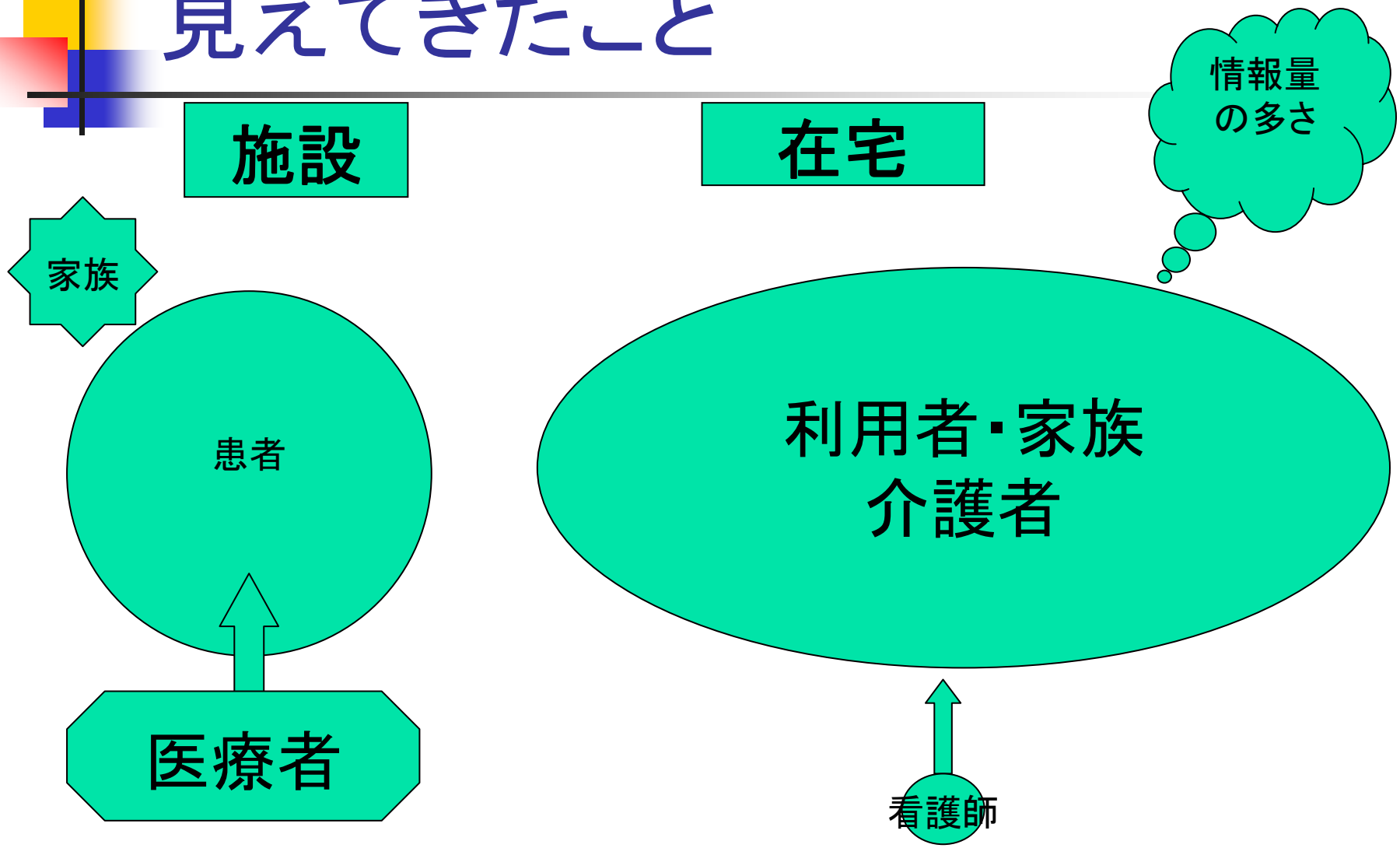


# 誰がその人の全体像を見るのか？

がん患者が脳梗塞を発症→急性期病院へ

- 回復期リハビリ病院へ転院→眼を見張る回復（ADLの改善）
- がんによる症状の出現→急性期病院の検査部門へ転院→がんの進行と緩和ケアの必要性
- 一般病院への転院の勧め→病状の急激な悪化→転院の日に永眠（19日目）

# 在宅での看護体験から見えてきたこと



# 在宅での経験知が役立つ

- 全体像を把握できる能力
- モニターのついていない患者を観察し、その情報を統合して判断する機会が多い。
- 自分で判断が難しいときには、問題の内容を分析し、誰に・どこに発信していけば良いか振り分ける（トリアージ・優先順位がわかる）能力がいる
- 多様化する価値観の中での家族調整

# 自立・自律して物を考える

- 病院という枠の中で教育されると「生活者」としての患者が見えにくい。
- 今後増えてくる在宅療養中の患者（利用者）に対して、どのような看護が必要か？

①自立した判断を要求される（フィジカルアセスメントも含めて）

②情報量の多さに対応できる

③調整能力が要求される