

2. ヒヤリング資料

資料1

おやま城北クリニック院長

太田秀樹先生

出前医療17年の実践から

地域看護の現状 課題 そして、未来へ

医療法人アスミス 太田秀樹

■ 地域での現状と課題 問題意識

①ケアはナーシングの格下なのか

②看護の本質(健康な暮らしの支援)

急性期看護→生活期看護→障害に対するケア(治療困難)→(在宅ケア)→終末期ケア

③ライフケア

命の看護、生活の看護 人生を看護

④地域看護 コミュニティーとは何か (概念は曖昧 単なるエリアではない)

地域で看護→提供する場所

地域が看護→多職種協働の一員

地域を看護→地域再生させる社会活動

⑤看護師の役割

患者家族からみて 裁判官としての医師に対して、病気や健康管理の代理人(弁護士役)

医師からみて 生活情報の提供 医師の諜報部員

多職種協働において 介護職員・歯科医師・薬剤師・リハ職との関係づくり 手続き不明確

※ 医師の指示に基づく 介護職には指導する立場(正しいか?) 協働の訓練 未熟

■ 実行可能な教育 夢と対策 (言葉でなく、一瞬の感動が、意識を変える 見せること)

①地域看護(訪問看護)に特化した看護師教育機関

②看護教員に訪問看護現場体験・ケアマネジャー資格取得(介護保険制度の理解への講習)

③マインドをスポイルしない 職業モデルを示す (ex. 72歳の訪問看護師)

医師はライバルではない! 役割が異なる

④地域看護(訪問看護)は、急性期病棟看護の上級編(看護評価 看護診断が求められる)

師長クラスが明言する なぜできないか?

⑤看取り(エンジェルケア)は看護職としてのたしなみ→長期間継続的に要介護者とかわる

⑥消去法による訪問看護師→訪問介護との差別化 リスクマネジメント 入浴介助の意義

⑦エンパワメントできるフィールドを制度的に誘導 (ex.通所療養介護など、看護外来創設)

⑧最先端医療の対極でなく、その先にある地域ケア (在宅医療 在宅看護) 偏見を払拭

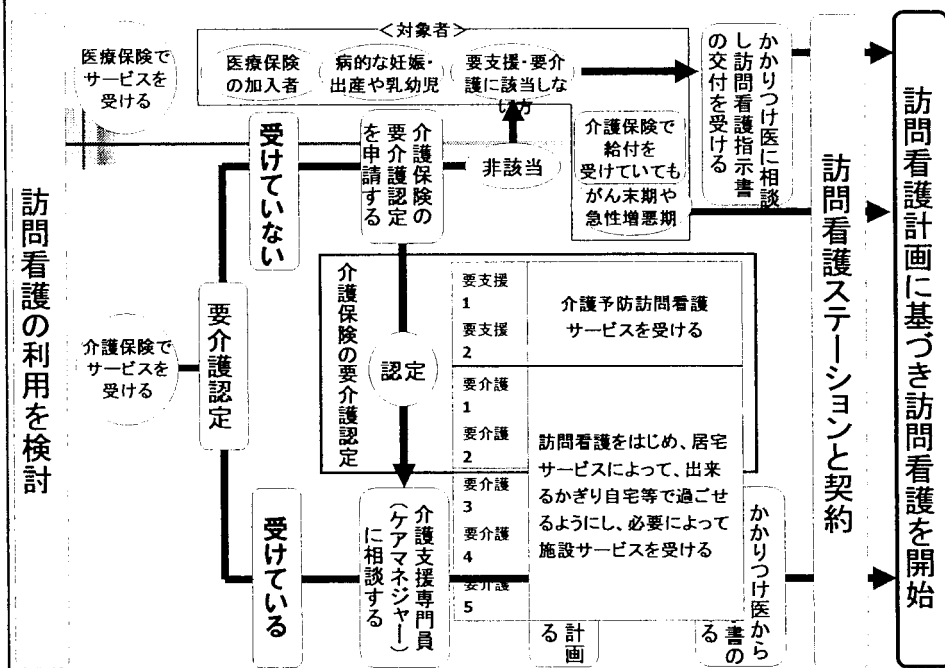
ケアーズ白十字訪問看護ステーション所長

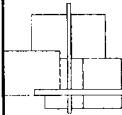
秋 山 正 子 先 生

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

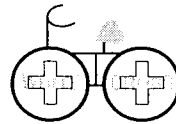
訪問看護サービスを受けるまでの流れ





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

在宅療養支援診療所数 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 141 12.2 60 5.2

(杉並・中野・新宿)

- 新宿区 33 10.6 18 5.8

- 東京都二次医療圏の人口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

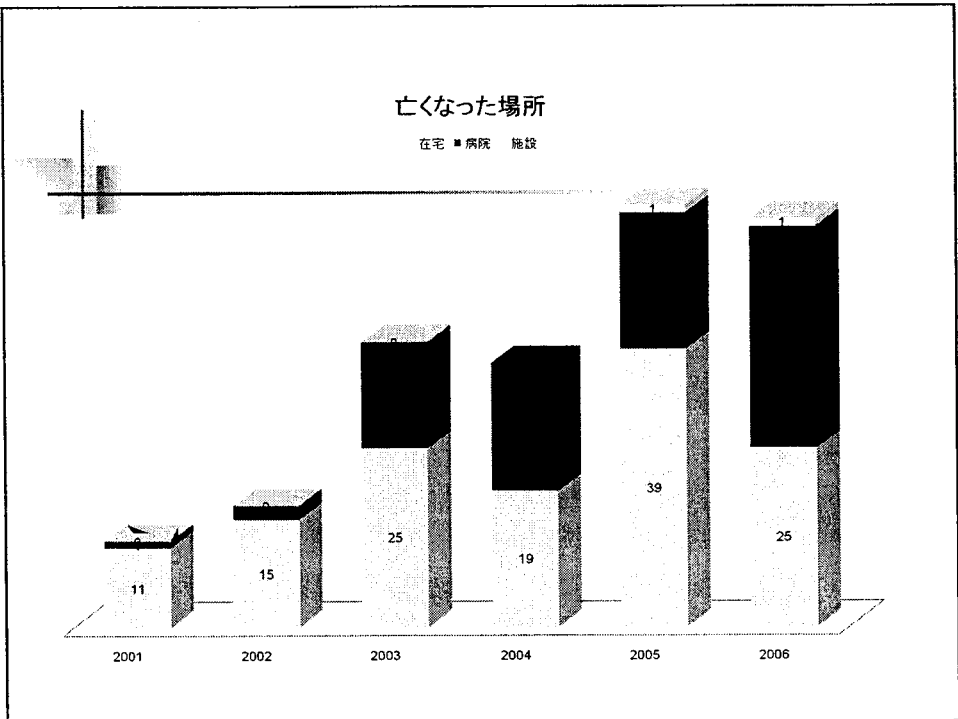
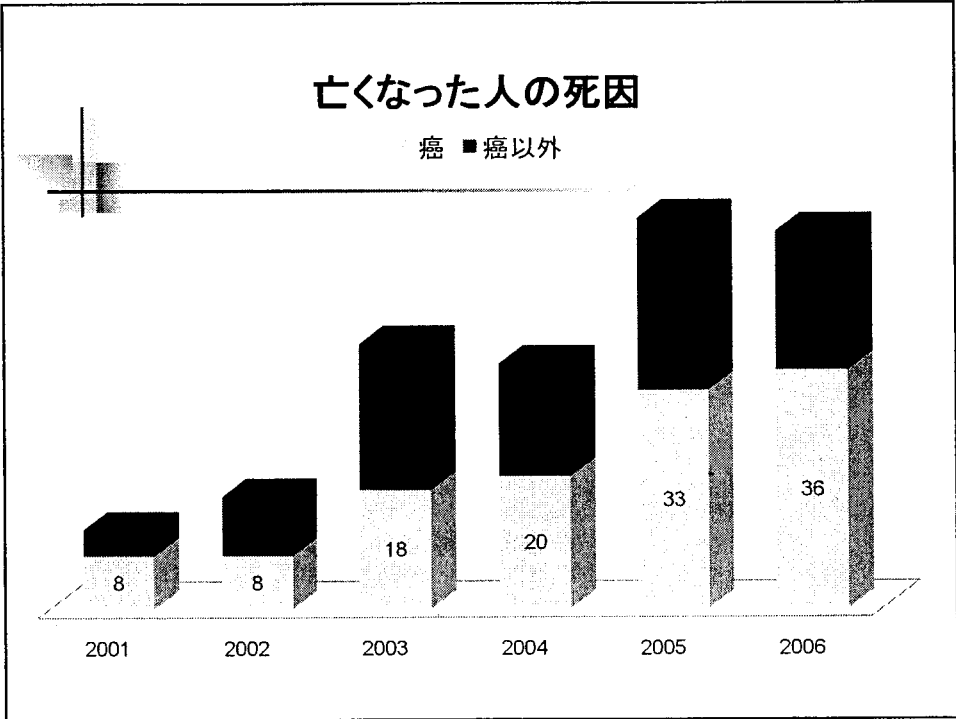
当訪問看護ステーションの最近の動向

- 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%)



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

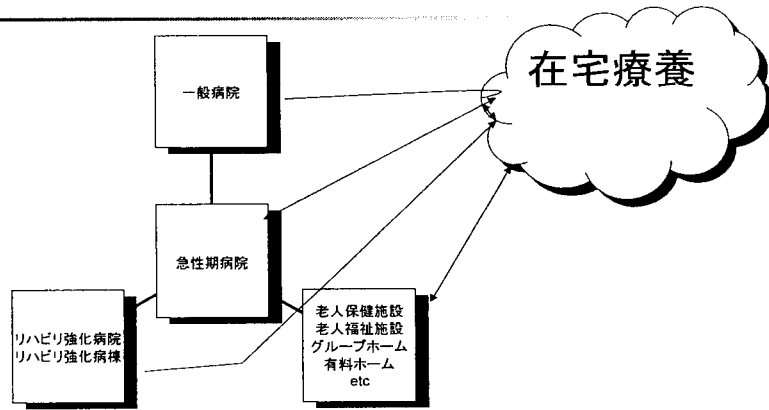
地域での関連機関など

- 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ィング
- 難病対策推進(専門医往診)事業参加

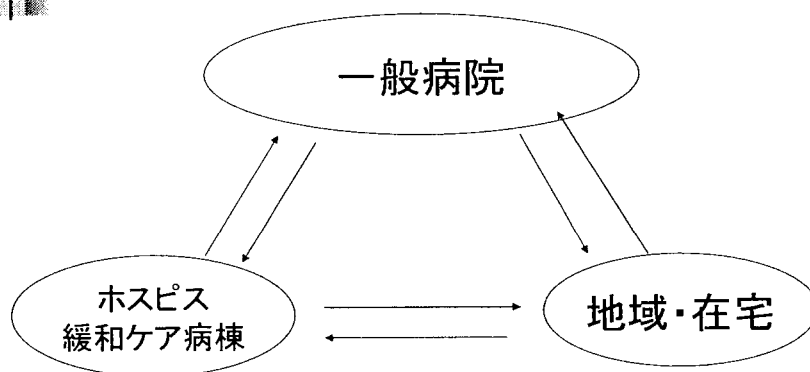
実習生の受け入れ状況

- 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



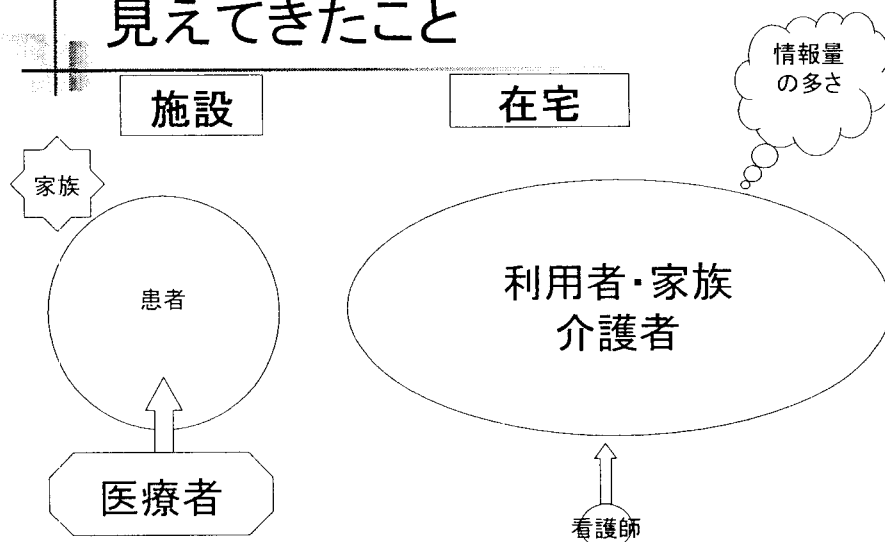
ホスピスケアの三角形



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

他・多職種との関係の中で

- 介護保険の中では
地域の中での他・多職種と連携する機会が多くなった。
- ・急性期病院との連携・地域の診療所医師・薬剤師との連携は必然である。
- ・施設等との連携も必要
- ・予防的な視点も含めての提言
- ・慢性・長期化・重度化する難病患者の看護の受け皿（保健師・自立支援とのかかわり）

在宅からの提言例・発想の転換

- 誤嚥性肺炎で入院した高齢者の退院調整場面にて
- 嚥下訓練をしているが、末梢からの点滴が入っている→中身は？
K低下が起きるのでK製剤を入れている。
- 在宅の提案
経口薬に変えられないか？→錠剤が大きいから危険だ→薬剤師と相談（水薬があり、経鼻チューブから安全に投与できる）

在宅看護論導入10年

- 看護展望VOL33no4(2008.3)掲載
- 峰村らの研究レポートより
- 新カリキュラムによる訪問看護実習体験は“認識”の「予測と予防」「ケアマネジメント」「行動」の「ケアマネジメント」で有意差があり、現在の在宅看護の現場において他職種との連携が以前より機能している事を体験していることが推察されている

看護の「場」の違いを 初期の段階で

- アジア地域の中では、始めに、地域を見せ、その中の家族を担当し、それから病人としての個人の健康問題に取り組むというやり方をしているところがある。(プライマリーヘルスケアの考え方)
- 基礎教育の中では、「人間」を全体としてとらえることはなされているが、実習の場面では病人としての個人の問題から取り組むパターンとなっている。
- 生活者としての看護の対象の理解には、急性期病院の現場の前に、地域を見る視点もいるのではないだろうか？

役割の見直しに向けて

- 柔軟に対応できる姿勢と実践能力の
必要性

基礎教育の中でどこまでが必要か？

- 在宅での「経験知」は、慢性維持期の看護のみならず、急性期でも、応用ができるのではないか？

柔軟な考え方ができる人を 育てる

- 入学者の基礎的な資質の条件
- 少子化の中で、看護を目指す人を世の中にどう啓蒙していくか？
 - ex) 看護専門学校の受験生の様変わり
 - 男性の比率が高くなっている
 - 訪問介護の経験者が社会人入学してきている
 - 4大生は偏差値で進路が決まる⇔動機付け？
- ・職業として魅力ある内容であろうか？

中高生への「いのち」の授業

- 中高一貫校の総合カリキュラムで、「いのち」の授業を引き受けたことがある。
- 12歳～18歳まで月1回程度2学期間行った
- 高3生には選択科目としての、医療・福祉の講義・演習を担当
- 人間の「いのち」に関わる仕事として現場で起きている「いのち」のドラマを看護の立場で話すと、とても興味をもってくれた。

卒業後に伸びてゆける人を

- 20年後は、ますます看護の「場」の拡大が進み、他・多職種との連携が必要で、地域でのケアマネジメントの中での、調整能力は基礎的な資質として、備えられる必要がある。
- 変化に耐えうる柔軟な思考や、分析能力には、入学時点での基礎的な資質に加えて、基礎教育での、総合的なトレーニングが必要
- 実践の魅力は、20年経ったとて変わらずに教育すべき内容と考える

自分史の中で

- 40年前、家族の看取りをきっかけに看護の道を目指し、当初脳血管疾患や、リハビリに興味があったのに、卒後すぐは助産(周産期)の道へ。動機付けは重要と感じている。
- 看護教育の経験の中で、人を育てることの困難さと面白さと体験。このときに、看護以外の分野の教員と交流し、視野が広がった。
- 在宅ホスピスへの傾倒から現在へ。
- 地域保健計画への参画の要請もあり、マネージメント(経営者としての自立も含め)の能力を問われている。

- 根底にある看護実践そのものへの変わらぬ興味は、動機付けによるものに加え、看護基礎教育の賜物と理解している。

20年後の看護基礎教育は？

- 多様な価値観をもつ人々への、あらゆる健康レベルへの看護提供ができることをめざす。
- 実践の科学である事は変わらないが、医学モデルからの脱皮が進み、生活者としての対象者を見る視点、ケアの組み立てが変化に応じて考えられ、実践の為のイメージが湧く必要がある。実習場所の再検討を要する。
- 看護提供の「場」の拡大に応じられる人材の育成は、ますます必要とされるだろう。



訪問看護はいのちに寄り添うケアを生活の場にお届けします。

島根県健康福祉部健康増進課調整監

永江直美先生

「看護の基礎教育のあり方に関する懇談会ヒアリングにおける意見について」
～地域における看護職に求められる役割等について～

島根県健康福祉部健康推進課 永江尚美

1. 10年後、20年後想定される社会環境について

1) 社会構造の変化

- ・総人口の減少、平均寿命の伸長、高齢化の上昇、出生率の低下による少子時代
- ・母子・父子家庭の増加、シングルライフを楽しむ世代の増加
- ・女性の社会進出、高齢者の雇用拡大による労働力の向上
- ・個人の生活スタイルにあわせた生活設計ができる就労形態、自宅勤務者の増加
- ・男女問わずに育児休業、看護休暇、介護休暇等の利用促進
- ・都道府県の広域化（道州制？）、市町村の更なる広域合併

2) 生活スタイルの変化

- ・男女の役割分担意識が薄れ、男女共同（協働）による家事・育児の実施
- ・仕事優先の考え方が薄れ、家族とのふれあい、自己を高める活動時間の増加
- ・少子に伴う子ども優先の家庭生活環境への移行
- ・個としての生活が増加する時代

3) 子どもを取り巻く環境の変化

- ・多様な働き方が普及し、夜間保育・障害児保育・病児保育など、多様な保育サービスが充実
- ・育児に関する24時間相談体制、ITを活用した子育て情報機能の充実

4) 高齢者を取り巻く環境の変化

- ・夫婦のみで暮らす高齢者世帯、女性のひとり暮らし高齢者の増加
- ・高齢に伴う認知症のある高齢者の増加
- ・高齢者の社会参加の活発化による自立高齢者の増加
- ・高齢者自らボランティアを推進し高齢者が地域社会を支援
- ・在宅維持の困難な後期高齢者は、老人ホーム・介護施設等への入居が増加

5) 保健・医療・福祉を取りまく環境の変化

- ・医療の機能分化、総合病院が統合・拠点化（？）、在宅医療が充実
- ・地域におけるホームドクター・ホームナースが一般化
- ・医療機器を装着した医療依存度の高い人達の自宅療養が促進
- ・高齢者介護において、身体ケアに加え認知症ケアの必要性増大
- ・医療専門職種が協同した在宅チーム医療サービス産業が進出（？）
- ・訪問看護・訪問介護の充実、開業保健師・開業看護師・開業栄養士も進出（？）
- ・民間のサービス産業が拡大し、行政サービスは監視・調整・専門的機能業務（？）
- ・生涯現役高齢社会における生活習慣病予防・介護予防・QOL向上対策の強化
- ・新たな感染症、健康被害等の健康危機管理体制の充実
- ・保健、医療、福祉のサービスを買う時代

2. 様々な社会環境の変化において期待される看護の機能・役割について

1) 保健分野における看護職の機能・役割

- ・健康長寿な高齢社会に対応した疾病予防・疾病管理・介護予防を重視した保健活動
- ・新たな社会資源・地域資源の発掘および民間と連携した地域資源づくり
- ・様々な民間団体等の参入による健康支援活動の調整、情報整理、資質向上の支援
- ・安心して生活できる地域、健康なまちづくりのための環境づくり
- ・超高齢社会を担う若年高齢者等が、自己実現を可能にする生きがい支援
- ・地域の子ども達との共同社会の仕組みづくり
- ・人生の終末をどう送るか生き方の共有できる人づくり
- ・セーフティプロモーションの活動
- ・様々な健康被害等に対応できる健康危機管理体制の構築

2) 医療分野における看護職の機能・役割

- ・地域で展開する保育現場における病児・障害児等への医療的看護ケアの実施
- ・病児・障害児保育等を実施する保育所等施設関係者への助言・指導
- ・医療依存度の高い在宅療養者への医療的看護ケアの実施
- ・専門医療を必要とする在宅療養者の支援として専門医療機関との調整・連携づくり
- ・在宅緩和ケアを支える医療・福祉サービス機関等の情報整備
- ・死別後の遺族を支えるグリーフケア、支援するボランティアの育成、遺族相互ケア

3) 福祉分野における看護職の機能・役割

- ・ひとり暮らし高齢者・障害者を支える介護福祉ボランティアの育成
- ・地域ケアを担う人材の育成
- ・他職種間の連携チームにおけるコーディネーター

3. 看護の機能・役割を果たすために看護職員に求められる資質・能力について

- ・地域で生活する人々とのコミュニケーション能力、地域のアセスメント能力
- ・個人、家族、地域を総合的に捉え、複眼的なアプローチができる能力
- ・ニーズを施策化するための企画力、ネゴシエーション能力、リーダーシップ力
- ・様々な地域資源と看護職の持つ能力をつなぎマネジメントする能力
- ・地域の看護職である保健師のもつ公共性、専門性を活かした包括的な管理能力
- ・地域における多様な保健・医療・福祉サービスの再構築に必要な戦略的能力
- ・多様なニーズに合わせたサービスの提供ができる保健・福祉・医療のスキル
- ・医療と介護・福祉の連携、医療と福祉と住民をつなぐコーディネート能力
- ・地域包括センター・市町村保健行政・訪問看護ステーション・医療機関・介護施設等、生活を支える保健医療福祉の看護職としての高齢者生活像を把握する能力
- ・在宅緩和ケアのネットワークを活かした地域連携推進の調整能力
- ・地域における保健・医療・福祉提供サービスの実施評価、能力
- ・看護職として必要な法律等の理解力、行政施策の説明能力
- ・医療現場と地域現場をつなぐ家族調整、地域調整能力
- ・看護職自身のためのセルフケア、相互ケア能力