

那須赤十字訪問看護ステーション

大田原市中田原1081番地4

施設のアピール

那須赤十字訪問看護ステーションは、信頼・安心をモットーに訪問看護事業を展開しています。利用者様へ専門家の伴走で最適なケアの提供や異常の早期発見、病気と上手に付き合っていく方法など、直接的・間接的に支援させていただいています。24時間365日、0歳から終末期まで、全ての利用者様の価値観や人生観を一番に考えたサービスをご提供することを目標に取り組んでいます。一人ではできないこともチームや周りの力を集めればきっとできると信じ、チームナーシングを導入しています。瞬時の対応は、事前の準備と情報の共有があつてこそ。スタッフ全員の意識や行動レベルが同じバクトルになるようにミーティングを大切にしています。



事務所内ミーティングの様子

施設の役割や特徴について

①24時間体制、小児訪問看護の実施体制、ターミナルケア実施体制が強化された事業所として機能強化型ステーションの認定を受けています。スタッフには、緩和ケア認定看護師・糖尿病療養指導士・実習指導資格保持者・吸引指導資格保持者・赤十字救急法等指導員等の有資格者を揃えており、質の高い看護を目指しています。

②居宅介護支援事業所も併設しています。急性期病棟を経験した看護師のケアマネジャーで、医療に強く、ケアマネジャーの経験も豊富です。医療依存度の高い状況の方でも、安心して医療・介護の連携が可能です。

③県から訪問看護教育ステーション推進事業を受託し、今年で6年目になります。県北地区の訪問看護師の人材育成、ステーション間の連携強化、全体のレベルアップの支援等を目的に、当法人内外問わず、研修や見学を受け入れています。また、近隣ステーションやケアマネジャー等からの相談・助言、情報発信、研修会の開催を行っております。今年にはコロナ感染症の蔓延で、実習の受け入れや研修会の開催はできませんが、県北

地区の訪問看護事業所との情報共有は密に行っています。

利用保険割合
医療保険：3割
介護保険：7割



連携している主な医療機関

当ステーション設立の主な目的が法人病院の入退院支援の推進であることから、当然、法人病院が一番多いです。近年、在宅看取りがクローズアップされ、地域の先生方との連携も増えています。

ケアマネジャーとの連携で

ちょっと気になったこと

・説明がないまま、訪問介護ステーションを替えられたケースがありました。再度、依頼がありました。変わった理由の説明があったらよかったです。

・拡大カンファレンス時、ケアプランが作成され、訪問看護の予定日や時間・支援内容ができていたことがありました。調整の都合もありましたので、事前に、お互いの状況を確認し合えるといいと思います。

・ご家族から訪問看護依頼があり、カンファレンスに参加したところ、ケアマネジャーから訪問看護は必要ないと断られたことがあります。

た。

訪問看護導入への見解の違いはあると思いますが、拡大カンファレンスの前に、お互いに情報共有が必要だったかなと感じました。

・ターミナル期の利用者で、主治医から訪問看護依頼があり、契約をしました。しかし、ご家族の希望で、デイサービスとショートステイが優先され、介入前に亡くなられた事例がありました。ご本人の意向は、どうだったのかなと感じました。

ケアマネジャーに期待すること

私たちは、利用者の療養生活を支えるという共通の目的で、それぞれの専門性に合わせたアプローチをする仲間です。当たり前ですが、上下関係はありません。そんな仲間同士であるからこそ、お互いに配慮し合える関係が大切だと思います。確かにケアマネジャーからは、「日赤の訪問看護師はおっかない」と言われることもあるようですが(苦笑)、もちろん私たちも迷うことは多いです。これからも仲間として、支え合うことができれば、お互い対応できる幅は、大きく広がっていくと思っています。



所長
大場利子様

笑顔でお話をしてくださいました。

私たちが大切にしていること!

初回の担当医への挨拶
担当ケアマネジャーとの連携＝会話
必要な確な情報
訪問看護を利用する目的
利用者本人・家族の意思決定

地域のねがいはひとつ
医療のみんなと介護のみんながつながって、
みんなの願いが叶うこと！

事業継続計画(BCP)の活用

非常事態に備えて作成するBCPは、被害を最小限に抑えつつ、最も重要な事業を素早く再開させ、損害の発生を最小限にとどめるための対策等を取りまとめた計画のことであり、重要な経営管理手法の一つです。

当所のBCPには、不足する物品の調達方法や関係機関の役割が明文化されているため、東北震災時やコロナ禍では、各訪問看護ステーションに情報提供させていたいただきました。

特に、今回のコロナ禍ではマスク、防護服、手袋等々の調達に大いに活用されたと聞いており、訪問看護ステーションの教育機関としての役割を果たせたと感じました。

関わった事例で心に残ったこと

直腸がん終末期の利用者で独居の方でした。「最期は自宅に帰りたい。」と、本人の強い希望で病院を退院されました。すでに寝たきりで、下血も止まらない状況で、意識も混濁し始めていました。近くに住む娘さんとケアマネジャー、ヘルパー、訪問看護師、そして主治医とで協力しながら在宅看取りをした事例です。

既に看取り期に入っていたため、大急ぎで娘さんを含めた在宅医療・介護チーム間で、今後予測される病状の変化や予後、症状緩和方法などについて話し合い、次の3つについて確認しました。

■緊急時の連絡方法を決め、連絡網を作成。全職種に渡して24時間連絡体制を構築する。
■娘さんを含めたチームの役割分担を確認し、全員でチーム構成員の一人一人をサポートする。
■在宅医療・介護チーム間で、毎日の報告を行い情報を共有しながら不安や疑問に答えていく。

事例を通して感じたこと

末期の訪問看護は、医師による特別指示書で、医療保険で訪問看護を利用することができませんが、終末期だからこそ医療と介護の専門職が、「チーム」として連携し、迅速に情報を共有、

在宅看取りに向けて専門性を発揮し合うことが必要だと感じています。

意思決定支援(ACP)の実際

当ステーションでは、2018年10月に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を参考に、独自でACPフローチャートを作成しました。同年11月から終末期の利用者・家族との関わりにおいて、このチャートとOPTIMの看取りのパンフレットを併用活用しています。その効果として

①利用者にとっては、受けたい医療やケアを自分で決め、家族や周囲に伝えることができ、自らの望みをかなえることが可能になった。

②家族にとっては、利用者本人の選択を医師や看護師等と情報共有することで、「本人の望みを叶えることができた。」という充実感を得ることができた。

③看護師にとっては、利用者の人生観や価値観を知ることができ、看護者自身の死生観にも影響を及ぼした。

ということがありました。また、この併用活用は、症状マネジメントだけでなく、利用者本人による決定を基本とした意思決定支援にも繋がっています。

現状を振り返ってみると、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人の希望が必ずしも叶えられておらず、本人が望む最期を迎えられていないのではないかと感じています。

本人が希望する医療・ケアをあらかじめ考え、家族、医療・介護関係者と話し合うことが当たり前となるような連携はどのようにするべきなのか・・・その上で、本人の希望が実現できるよう、人生の最終段階における意思決定支援をどのように進めていくべきなのか・・・在宅で最善の医療が受けられるよう看護実践を通して、利用者の尊厳を守ることにつながる意思決定支援を本人・家族とともに考えていくことが、訪問看護の果たす役割であると考えています。



訪問看護ステーションが新設され、移転します。現在建築中です。