

一般社団法人熊本県医療法人協会
平成25年度 市民公開講座

訪問看護を知ろう
～安心して自宅で暮らすために～

日時：平成26年2月28日（金）
場所：熊本ホテルキャッスル

■一般社団法人 熊本県医療法人協会 平成25年度 市民公開講座 ■

テーマ「訪問看護を知ろう～安心して自宅で暮らすために～」

◆日時:平成26年2月28日(金) 15:00～17:00

◆会場:熊本ホテルキャッスル 2階 キャッスルホールA

14:30	開場・受付開始
	熊本県制作 KKT2月23日(日)15:55-16:25放送の「訪問看護について」録画放映
15:00	開会の辞
15:01	開会挨拶 熊本県医療法人協会 会長 金澤知徳 (医療法人金澤会 理事長)
	講師紹介 熊本県医療法人協会 会長 金澤知徳 (医療法人金澤会 理事長)
15:05	講 演 萬生会訪問看護ステーション 訪問看護認定看護師 落合信恵 氏
15:45	休憩(5分) (シンポジウム準備)
15:50	シンポジウム 座 長 : 金澤 知徳 (医療法人金澤会 理事長) シンポジスト:井田栄一氏(熊本ホームケアクリニック 院長) 落合信恵氏(萬生会訪問看護ステーション 訪問看護認定看護師) 浅見直美氏(まごころ居宅介護支援事業所 介護支援専門員) 村上 充氏(くまもと成仁病院 社会福祉士) 豊田正美氏(嶋田病院 事務職)
16:50	質疑応答
17:00	閉会の辞

講師紹介

萬生会訪問看護ステーション 訪問看護認定看護師 落合 信恵 氏

【プロフィール】

看護学校を卒業後済生会熊本病院へ就職、済生会勤務中に訪問看護に携わる。

平成 21 年 8 月に済生会熊本病院を退職

平成 21 年 9 月 大分県立看護科学大学看護研究交流センター

訪問看護認定看護師教育課程受講

平成 22 年 6 月 訪問看護認定看護師免許取得

平成 23 年 5 月 特定医療法人萬生会 訪問看護ステーション月出就職

(H25 年 10 月名称を 萬生会訪問看護ステーション へ変更)現在に至る。

訪問看護の基本方針 及び 現状と課題について

平成26年2月28日

特定医療法人 萬生会

萬生会 訪問看護ステーション

落合 信恵

今、2025年に向かって序奏している

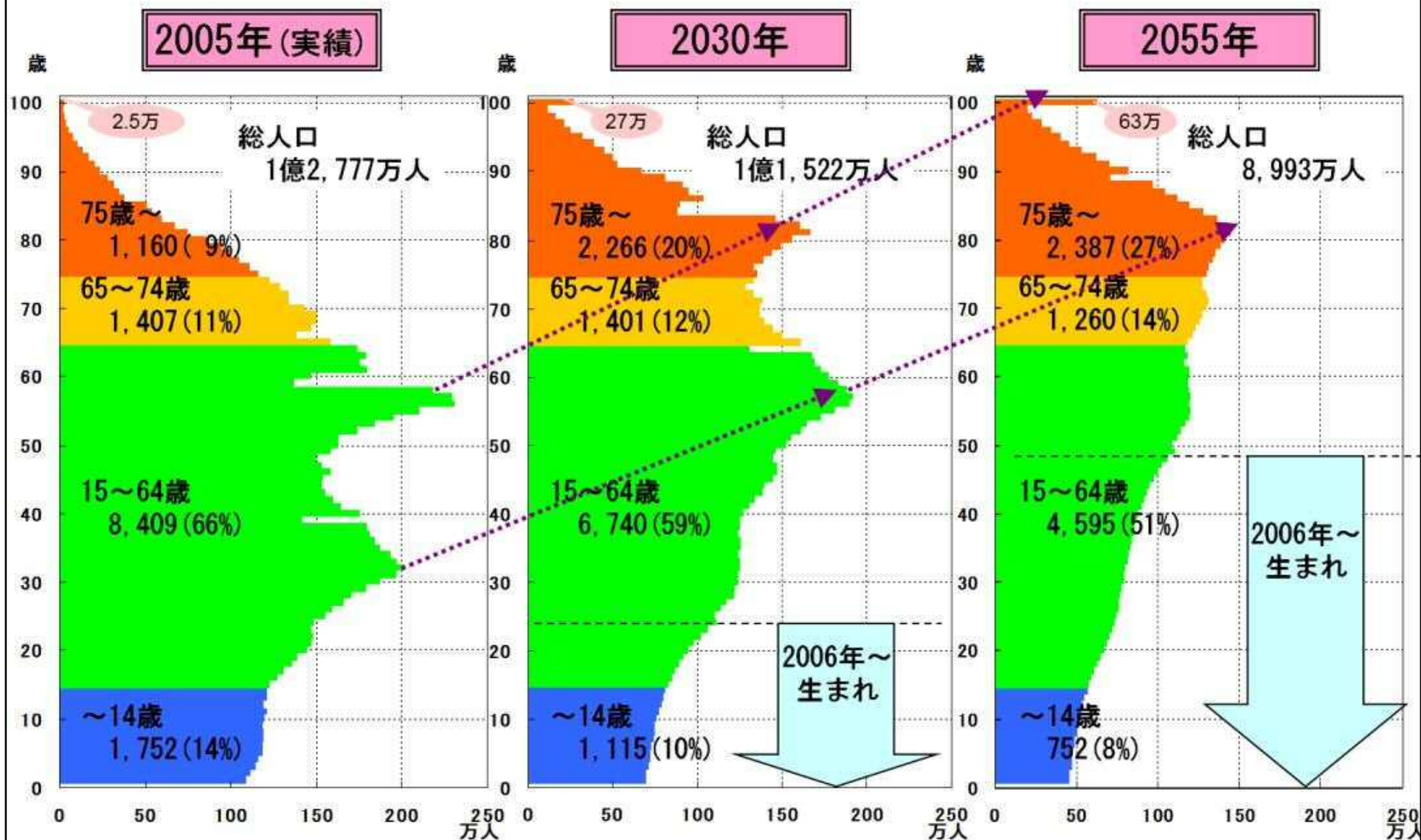
2025年に何が起きると考えられているのでしょうか？

長寿、生活スタイルの変化と疾病構造の変化

食生活をはじめとする生活環境の改善、感染症の減少等により、人生50年と言われた時代をはるかに超え、長寿を手にすることができた。また、家族の形態も変化した。

さらに、医学は進化を続けている。
そして、長寿と共に病気は長期化する傾向にある。

人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) -平成18年中位推計-



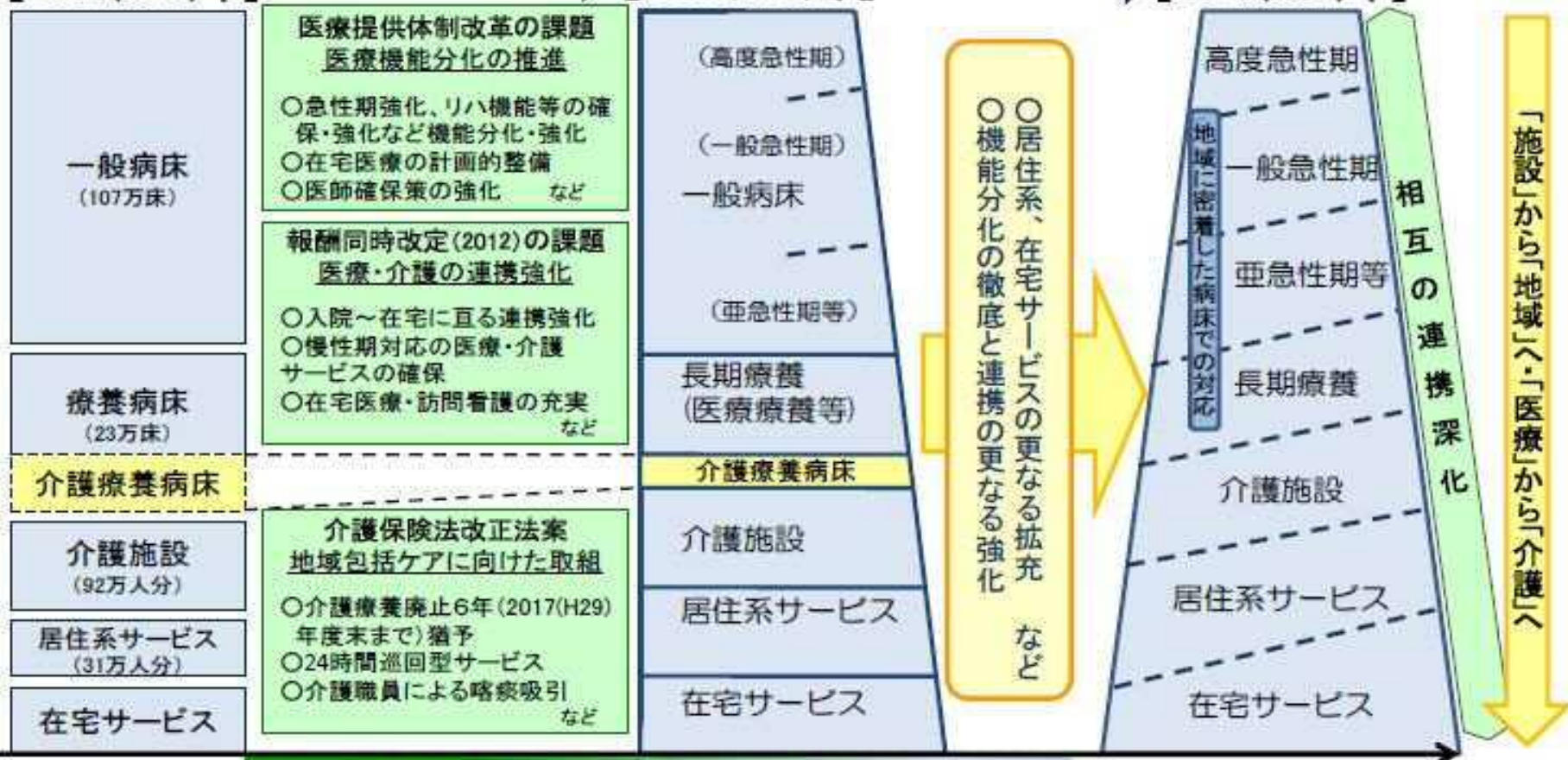
注: 2005年は国勢調査結果。総人口には年齢不詳人口を含むため、年齢階級別人口の合計と一致しない。2030・2055年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

国が考えている今後の医療の姿

○ 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。

○ 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

改革の方向性 ②

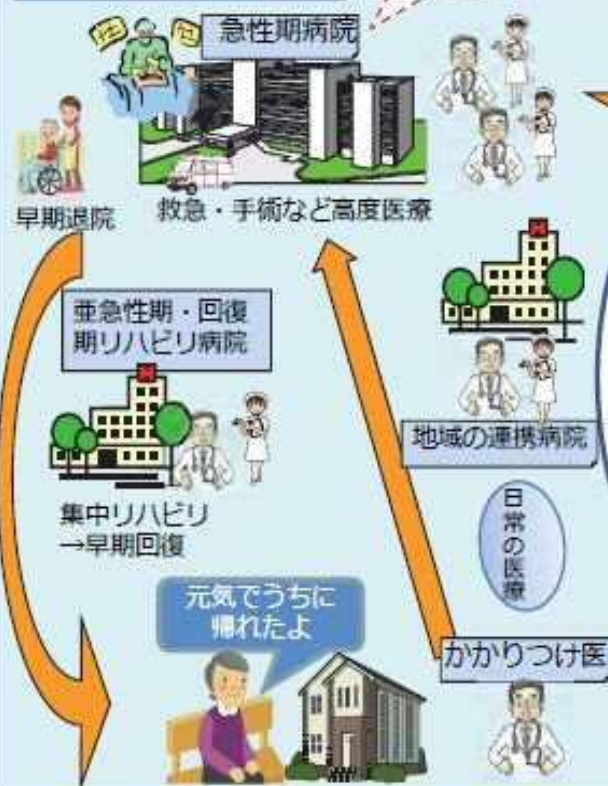
医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ

病気になったら



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

包括的マネジメント

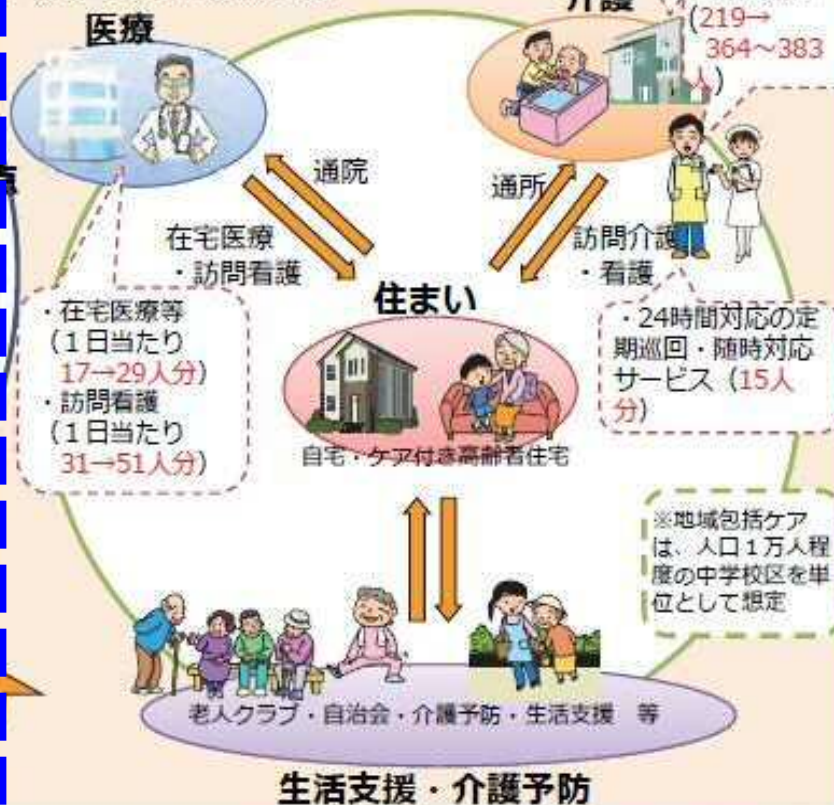
- ・在宅医療連携拠点
- ・地域包括支援センター
- ・ケアマネジャー



- ・医療から介護への円滑な移行促進
- ・相談業務やサービスのコーディネート

退院したら

<地域包括ケアシステム> (人口1万人の場合)



※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

国は、
医療機関で提供された医療を退院後
も、状態に応じて必要な医療を継続
するため、提供するために訪問看護
の機能に着目している。

訪問看護とは？



訪問看護は、乳幼児から高齢者まで、病気や障がいを持った人が、住み慣れた地域やご自宅で安心して療養生活を送れるように、かかりつけ医師の指示書を受け、訪問看護師などがご自宅等を訪問して、様々な医療、介護の専門職と連携しながら、24時間、365日対応で行うサービス。

訪問看護を提供する事業所は？

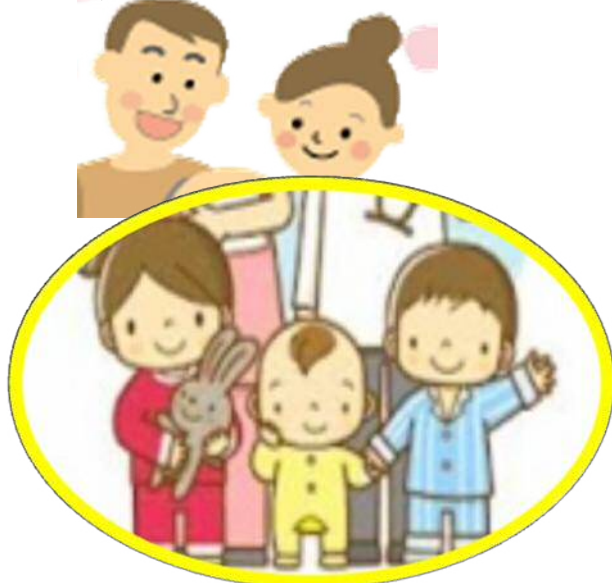
- 訪問看護ステーション
都道府県知事の指定を受け、訪問看護を行う専門の事業所
- 医療機関（病院・診療所）
病院や診療所内に「訪問看護部門」を設けている。
- 地域密着型サービス
複合型サービス事業所等

訪問看護に携わる職種

看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

訪問看護を利用できる人は？

- 自宅または一部の居住系施設にて生活をしている**乳幼児から高齢者**の方で、かかりつけ医師が訪問看護が必要と認めた方



だから訪問看護はやめられない引用

訪問看護を利用できる状態とは？

- 退院後の生活が不安な方とそのご家族
- 病状の悪化を予防するための指導の必要な方
- 精神疾患、認知症があって、生活の支援が必要な方
- 日中ご家族が不在な方や介護力が弱い方
- 閉じこもりがちな高齢者の方で寝たきりになるおそれのある方
- リハビリテーションや服薬指導が必要な方
- 最後までご自宅で療養を希望される方など

病院ではできて、自宅ではできない
医療があるのでしょうか？

かかりつけ医師の指示のもと、病院にいらっ
しゃる多くの専門職と連絡や協力を取りなが
ら、病院と同じように必要な医療を損得なく
提供できると考えています。

訪問看護サービス内容

相談

心配な事
不安な事
希望する事



家族支援

療養や介護の状況

療養環境
社会生活



心身

健康状態
病状の観察

かかりつけ医師
への報告



地域の社会資源の活用

地域包括支援センター
保健所
居宅介護支援事業所
市区町村の担当者など
連携して、保健、医療、
福祉の制度の紹介や導入、
各種サービス提供機関との連絡調整



訪問看護サービス内容



リハビリ

日常生活の訓練
運動機能の回復、維持
低下予防
関節拘縮の予防
嚥下訓練など



苦痛の緩和と看護

痛み、呼吸困難
発熱、不眠、
便秘と下痢などの緩和

マッサージ、体位の工夫
服薬支援

保清

入浴介助
清拭
足浴
口腔ケアなど

訪問看護サービス内容



医療処置

点滴静脈注射
たんの吸引や吸入
経管栄養
創傷処置
チューブ類の交換
在宅酸素療法
人工呼吸器
気管カニューレ
人工肛門
など



看取り エンゼルケア



訪問看護サービス内容



在宅移行支援

外泊中の支援・・・平成24年度診療報酬改定
2泊3日で8500円

退院時の支援・・・



外出時や旅行時の付き添い
など

* 料金は各訪問看護ステーションの取り決めに準じる

訪問看護のイメージ



携帯電話が、病室のナースコールと同様の機能を果たします。



道路を走って自宅に赴きます。道路は、病院の廊下と同じです。



自宅のお部屋は、病院の病室と同じ位置づけです。

訪問看護で利用できる保険制度は？

医療保険制度（後期高齢者医療制度、公費負担医療制度を含む）

介護保険制度

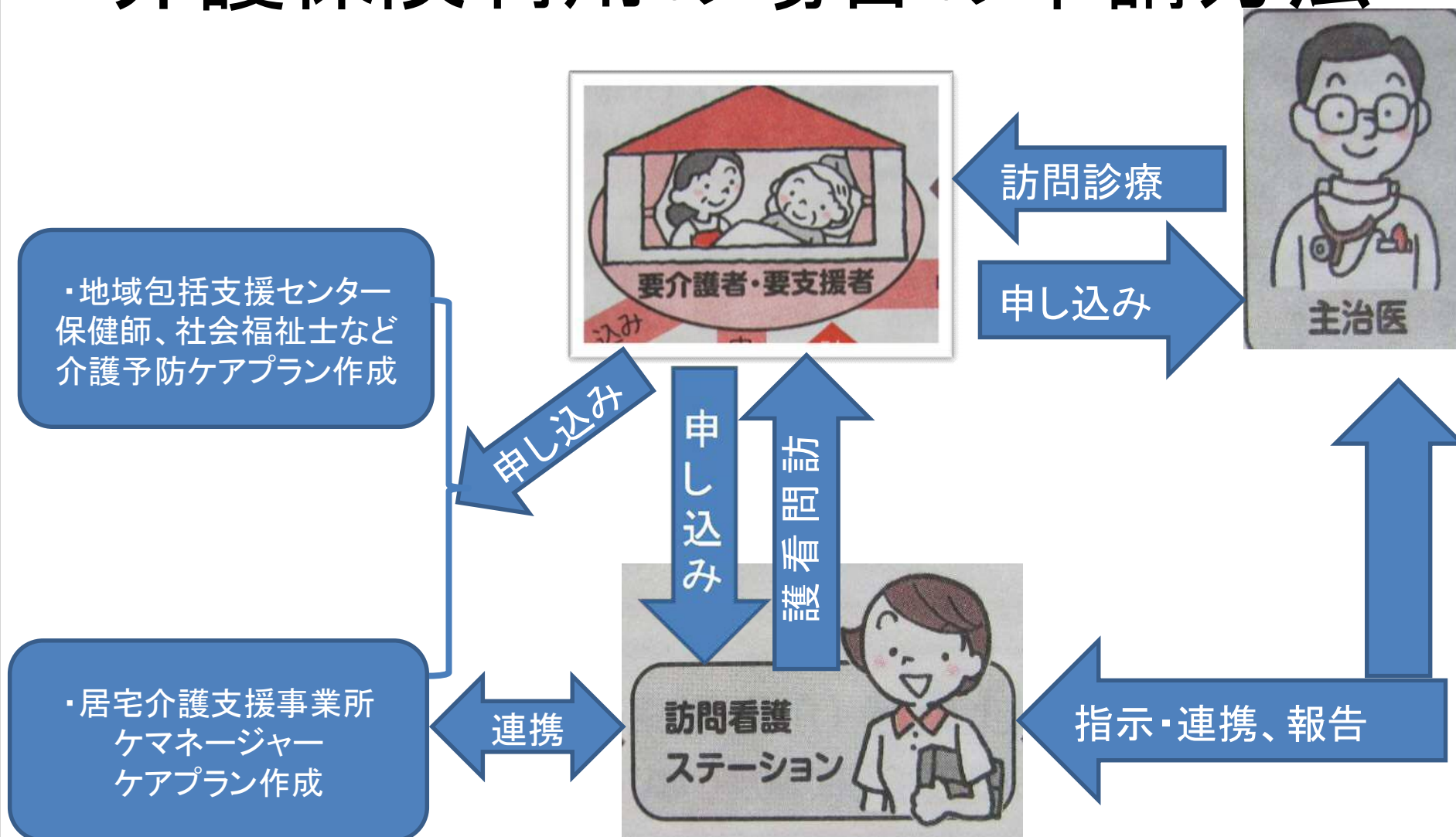
保険制度によって利用の仕方が少し、
複雑ですが・・・提供する看護そのもの
に相違はありません。

介護保険利用の場合

要介護度認定を受け認定された方で、かかりつけ医師により訪問看護が必要と判断された方

- 65歳以上で要支援・要介護と認定された方
- 40歳以上65歳未満は16特定疾患の方で、要支援・要介護と認定された方
- 自己負担額は原則、利用額の1割
(支給限度額を超える分は自己負担)
- 介護度により支給限度額が設定される。それに応じて訪問回数や訪問時間などが決定する。

介護保険利用の場合の申請方法



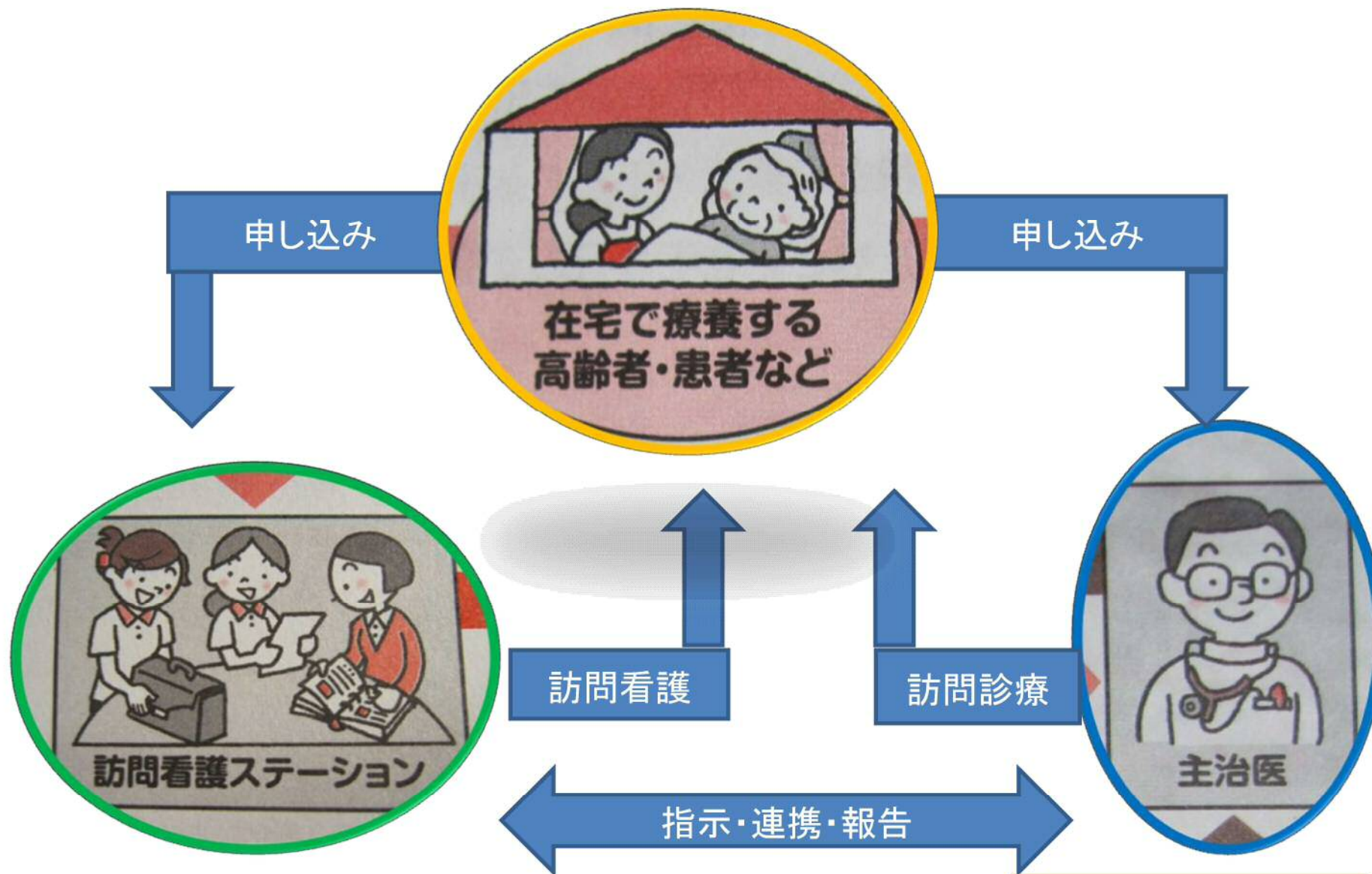
要支援・要介護の認定を受けていても、医療保険(健康保険など)で訪問看護サービスを利用することがあります。

医療保険の場合

(後期高齢者医療制度、健康保険・国民健康保険など)

- 主治医により訪問看護が必要だと判断された方
- 介護保険の対象外、末期の悪性腫瘍・難病・人工呼吸器など(「厚生労働大臣が定める疾病」)
または、病状悪化により医師の特別指示が出された場合
- 自己負担額は、**年齢によって利用額の1～3割**
(一定時間を超える分や休日、時間外は差額を自己負担)
- 訪問回数は、週に1～3回、利用時間は最大90分
病状に応じ訪問回数は異なる

医療保険の場合の申請方法



問い合わせ先

- 地域の訪問看護ステーション
- 病院の医療相談室（地域医療連携室など名称は病院によって様々）
- 市区町村役所（介護保険課や医療担当課など）
- 地域包括支援センター
（熊本市は高齢者支援センターささえりあ）
- 居宅介護支援事業所

訪問看護ステーションは、
住み慣れた地域で最期まで安心して療養生活を送
れるよう、様々な職種と連携し、24時間365日にわ
たり療養生活を支えています。



シンポジスト紹介

熊本ホームケアクリニック 院長 井田 栄一 氏

【プロフィール】

昭和58年 熊本大学医学部 卒業、同医学部産科婦人科学講座 在籍
平成 2年 栄光病院(福岡県) 内科・ホスピス病棟 勤務
平成 4年 聖フランシス・ホスピス(米国ハワイ州ホノルル市) 研修
平成 5年 イエズスの聖心病院 みこころホスピス 勤務
平成 17年 熊本ホームケアクリニック 院長 現在に至る

緩和ケアの専門医療施設として、在宅医療に専従。

日本緩和医療学会 暫定指導医

熊本大学医学部 非常勤講師 「地域医療における在宅医療」担当

医療法人社団昌洋会 まごころ居宅介護支援事業所
介護支援専門員 浅見 直美 氏

【プロフィール】

介護支援専門員のベースの職種は看護師

平成元年より、訪問看護を開始

平成 12 年の介護保険制度開始時より

介護支援専門員として業務につき、現在に至る。

特定医療法人成仁会 くもと成仁病院
地域医療連携室 課長 村上 充 氏

【プロフィール】

医療ソーシャルワーカー

（社会福祉士／介護支援専門員／認知症ケア専門士等の資格を保有）

平成9年 鹿児島国際大学卒業後、同法人介護老人保健施設平成唯仁館の介護職を経て、平成9年9月より同病院の地域医療連携室にて医療ソーシャルワーカーとして勤務。

熊本県医療ソーシャルワーカー協会事務局を担当

医療法人如水会 嶋田病院 事務部 豊田 正美 氏

【プロフィール】

大学卒業後、医療機器メーカーを経て、地元医療機関で長年事務職に従事。

平成 25 年より嶋田病院に勤務。

患者様の視点を重視したより質の高い医療サービスの提供を目指して、病院職員が情報を共有し、病院の活性化と地域に求められる病院づくりを事務職としてサポートしています。

年を重ねるにつれ、体や心の不調が多くなり、医療支援が必要となります

- ・ 医者の指示に基づき、看護師さんが、住まいを訪問し、支援してくれます。
- ・ 住まいで、安心した生活を送っていただくために、私たちケアマネにも医療面での助言をしてくれます。

病院に入院できる期間も短くなり、早めの退院が必要となってきています。

- ・ 退院前に、入院先の病院で、入院中の治療や看護、リハビリの内容を踏まえ、退院後の支援者（医師・看護師・リハビリスタッフ・介護士・ケアマネ等）と協議を行い、退院後の療養生活を安心して送っていただけます。

**入院して環境が変わることで、
認知症が悪化したり、機能低下
が生じてしまいます。**

・ 体や心の不調が生じたときでも、医師や看護師が住まいを訪問し、治療を行い、環境を変えずに療養生活を送ることができます。

・ 馴染みの方々に見守られ、安心して治療を続けることができます。

1. SW の業務及び訪問看護との関わりについて（初めの自己紹介）

私たちソーシャルワーカーは、主に病院や介護保険施設等での相談員として働いています。具体的には、①入院相談・病院外来への受診相談をお受けしたり、②病院から自宅へ退院する際の準備のお手伝いや調整等の生活移行支援を行っています。いわば、病院と患者さんとの関わりの中で『入口と出口の部分での相談・調整役』としての役割を担っています。その中で訪問看護との関わりでは、入り口の「入院」の段階では、①入院前の生活状況等の情報提供、②病院看護師との治療・ケアの統一のための申し送り等の関わりがあります。出口の「退院」の部分では、退院後も治療・ケアが継続できるように、病院看護師との情報交換や『退院前サービス担当者会議』への出席をお願いしたりの関わりがあります。

2. 退院に際してのかかわり、退院直後のかかわり

退院に向けた関わりでは、ご自宅へ安心して退院できるように、入院中に試験外泊を行っています。その際に訪問看護サービスを利用することができますので、問題点の把握や介護者であるご家族への介護指導等も行ってもらい、入院中により具体的に患者さん本人やご家族に在宅療養のイメージをつかんでもらうことができます。また退院直後の関わりとしては、ご家族の気持ちとしては退院してすぐというのが一番不安があったり、混乱したりするものなので、退院したその当日に訪問看護サービスを利用することができますので、不安の解消や介護指導の再確認を訪問看護師と連携しながら行っています。

3. 退院前カンファレンスについて

入院中は、先生や看護師、リハビリスタッフ、薬剤師、私たちソーシャルワーカー等、多職種が一つのチームとなって退院に向けて関わっていきます。退院後はそのチームが、それぞれのサービスを受ける事業所となっていきますので、そちらのチームへバトンタッチしていくために、退院前に『サービス担当者会議』を開催するようにしています。ここでは、入院中どのような経過をたどってきたか、どのような治療やリハビリをしてきたか等の申し送りをしたり、問題点の共有や退院後の注意点等をお互い出し合って話し合う場となっています。それと一番大事なものは、患者さん本人の想いやご家族の意向等を確認し、それぞれの担当者が意思統一を図り同じ方向を向いて支援していくことを確認する場でもありますので、退院前にこのサービス担当者会議を開催することは大変重要になってきます。

4. MSW から見た訪問看護像

患者さんやそのご家族が病院から自宅へ退院される際、皆さん何かしらの『不安』を抱えておられます。よく私たちが耳にするのが、病院と同じような治療の継続や介護ができなかったり、病状が急変した際の緊急時の対応をどうしたらいいのか？等の不安をよくお聞きします。そのような不安を『安心感』に変えていけるように、緊急時の対応を『より安全』に行えるように、『安心・安全』をキーワードに配慮しながら私達ソーシャルワーカー

一は退院支援を行うようにしています。その中で、訪問看護サービスは非常に重要な役割を担っています。主治医の指示に基づいて病院にいるときと同じような医療処置も可能ですし、24時間対応で訪問看護師さんがTELで相談を受けたり、直接訪問して対応してくれたりもします。そういった面では、訪問看護サービスを利用することで、病院にいるときと同じような『安心・安全』が獲得できると思っています。

5. 訪問看護に期待するもの

病院に入院中は、私達ソーシャルワーカーが患者さんやご家族の想いや意向を聞いたり、「よき相談者」となりますが、退院後は私達ソーシャルワーカーはどうしても関わりが薄くなってしまいます。そのため、医療的な知識やご家族への介護指導等の面でも一番身近な存在である訪問看護師さんがその役割を担っていくのが一番の安心感につながるのではないかと期待しています。