

(一社)南区医師会 平成27年度納涼会

「在宅医療(訪問診療)のすすめ」 ～訪問看護ステーションの20年の実践から～

2015.7.11.

一般社団法人南区医師会 在宅事業部
南区医師会訪問看護ステーション 居宅介護支援センター
在宅医療連携拠点事業 南区在宅医療相談室
高砂裕子

訪問看護とは

対象者が在宅で主体性をもって健康の自己管理と必要な資源を自ら活用し、生活の質を高めることができるようになることを目指し、訪問看護従事者によって、健康を阻害する因子を日常生活の中から見出し、健康の保持、増進、回復を図り、あるいは疾病や障害による影響を最小限に留める。また、安らかな終末を過ごすことができるように支援する。そのために具体的な看護を提供したり指導をして、健康や療養生活上の種々の相談にも応じ、必要な資源の導入・調整をする。

訪問看護の内容

主治医(かかりつけの医師)の指示書に基づき、次のサービスを提供する

1. 療養上の世話 食事(栄養)の管理・援助、排泄の管理・援助、清潔の管理・援助(清拭等)、ターミナルケア
2. リハビリテーションに関すること
3. 家族支援に関すること 家族への療養上の指導、相談、家族の健康管理
4. 診療の補助 褥瘡の処置、カテーテル管理等の医療処置

健康や療養生活上の種々の相談

- 療養生活指導・相談 疾病や虚弱からの回復期にある人や疾病や障害を持って生活する状態にある人と家族に対し、より健康的な生活を送ることができるように働きかけること
- 介護指導・相談 介護上の悩みや問題に対し、サービス利用などを含め問題に対処できるように働きかけること
- 家族指導・相談 家族全体または家族成員に対し、家族内に生じている健康生活上の問題について、家族成員の関係性をとらえ、主体的に解決ができるように働きかけること

地域包括ケアシステム 「植木鉢」図(2013)



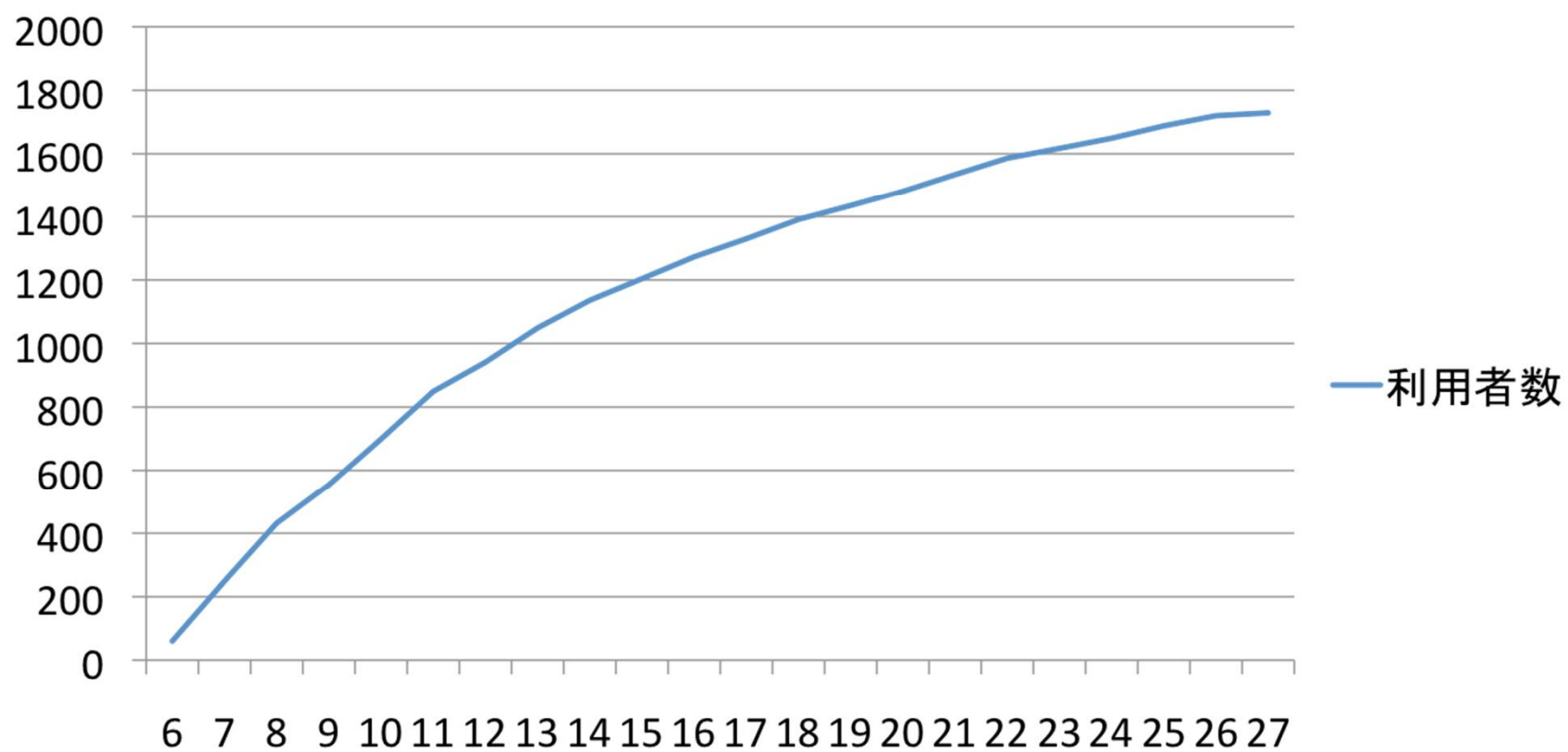
訪問看護の基本姿勢と責務

- 在宅療養者とその家族の主体性の尊重
介護保険の基本理念は、自立支援
- 在宅ケアにおけるチームワークとその責務
訪問看護ステーションのネットワーク
医療サービスとしてのスーパーバイズ
- 訪問看護の社会的責任
医療の安全と安心の確保、インフォームド・
コンセント

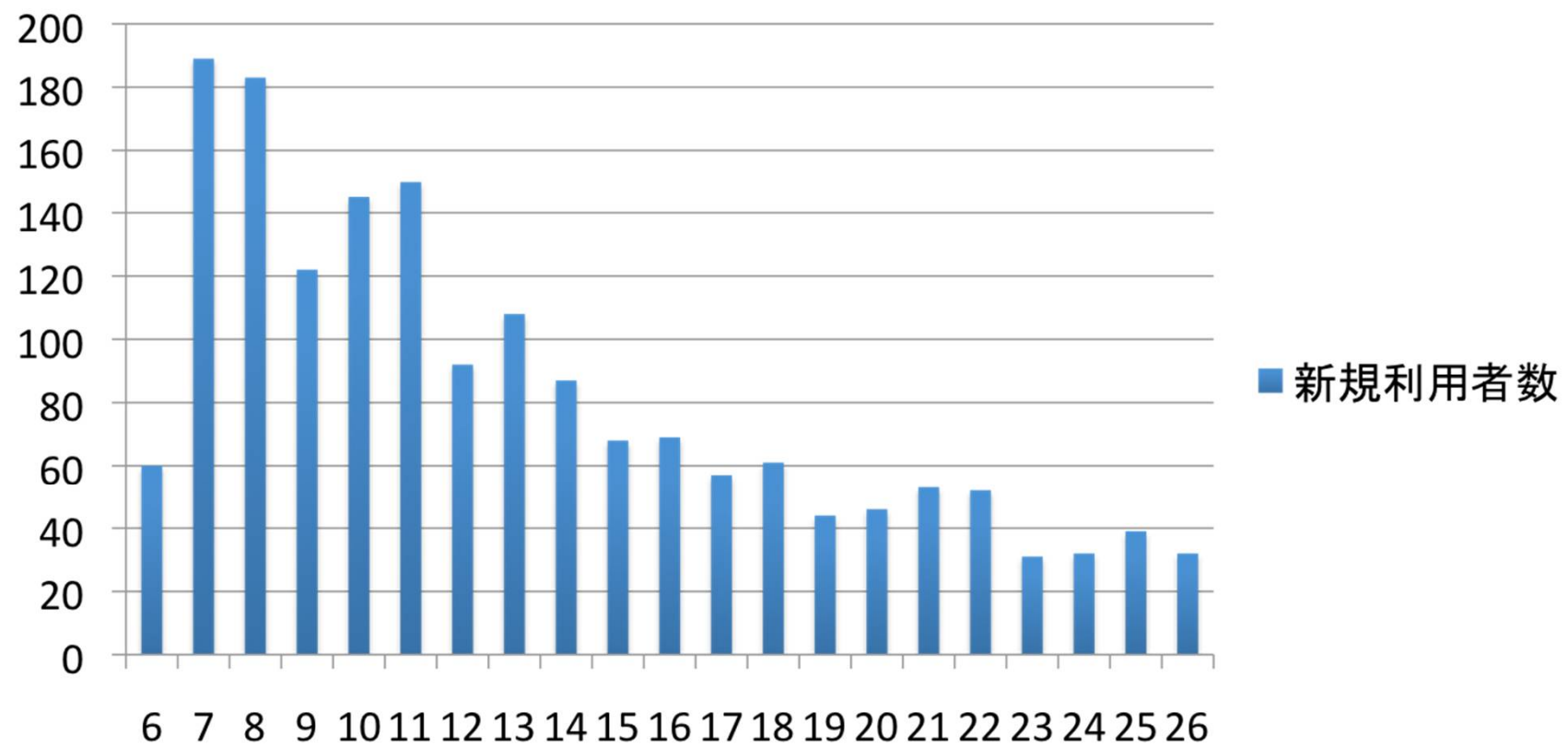
訪問看護の実際

1729人へ訪問

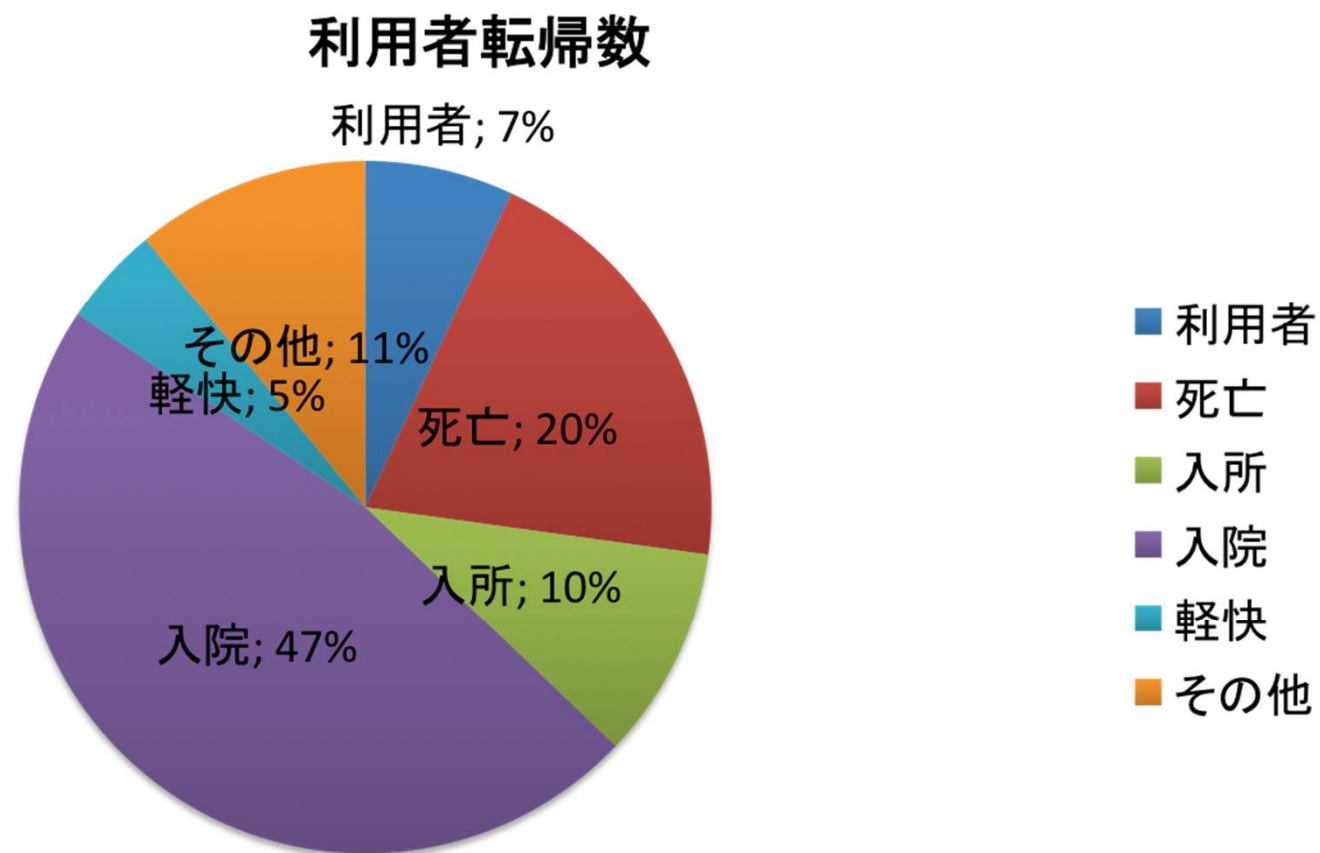
利用者数



新規利用者数



1729人の転帰



訪問看護ステーション(11ヶ所)の概要

開設年度	ステーション数
～1999年	2カ所
2000～2005年	3カ所
2006～2010年	2カ所
2011年～	4カ所

看護職常勤換算 (リハスタッフ含む常勤換算) 3人未満	7カ所 (6カ所)
4人代	2カ所 (1カ所)
5人代	(1カ所)
6人代	(1カ所)
9人代	1カ所
10人代	1カ所
11人代	(1カ所)
19人代	(1カ所)

24時間対応	8カ所
サービス提供体制強化加算	4カ所
事務職配置(常勤換算数)	8カ所 (0.1～3.1人)

南区医師会訪問看護ステーションの 概要

- 平成7年2月1日開設
- 職員数は、看護師17名（常勤換算11名）、作業療法士2名、理学療法士1名、（介護支援専門員兼務7名）、事務職3名
- 常勤者：看護師6名、作業療法士2名、理学療法士1名、事務職3名
- 区内に訪問看護ステーションが13カ所ある

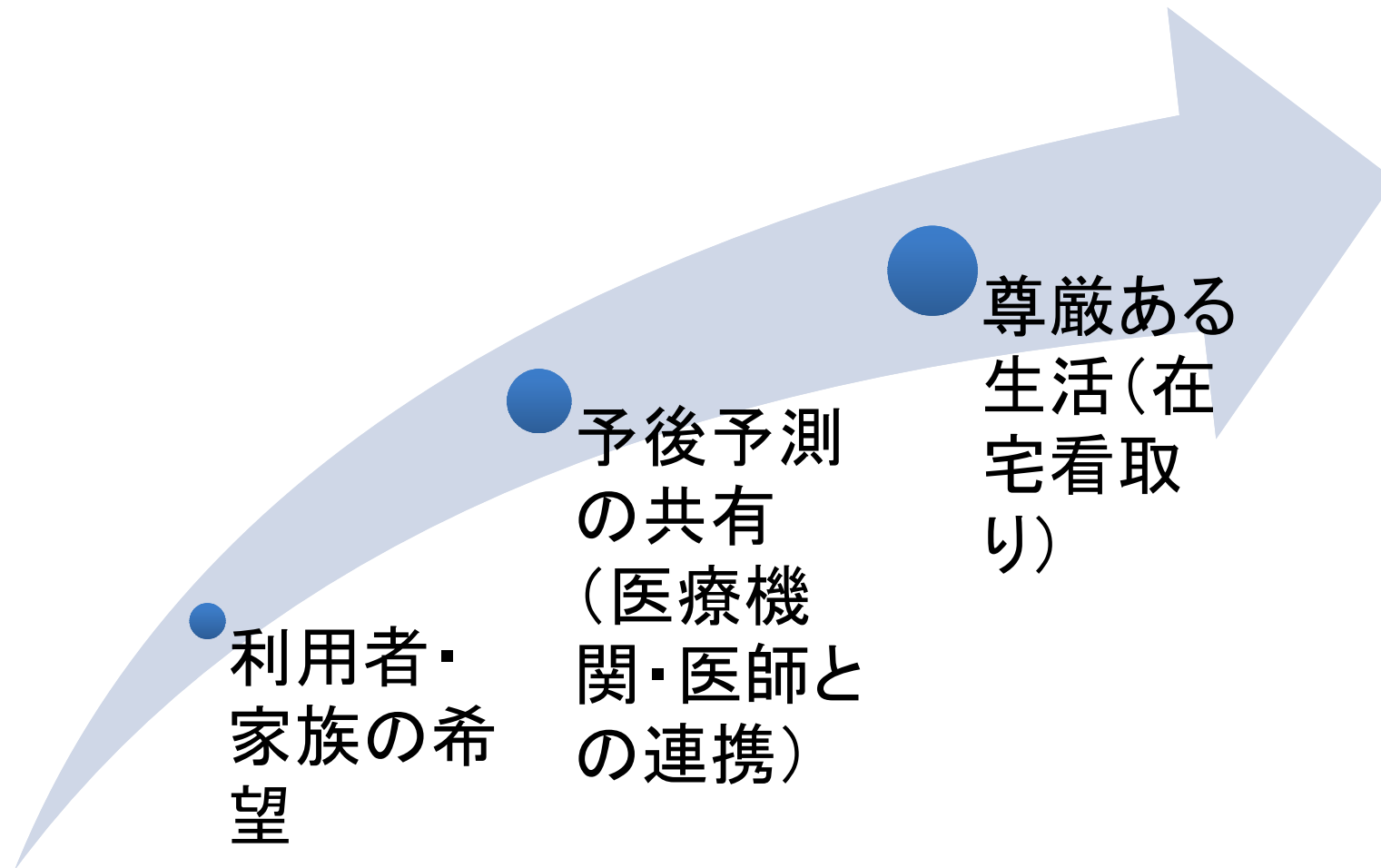
ステーションの基本理念

どのような疾病や障害があっても、その人らしく
その家らしく生活できるよう、利用者や家族に寄
り添った訪問看護を実践する

《活動目標》

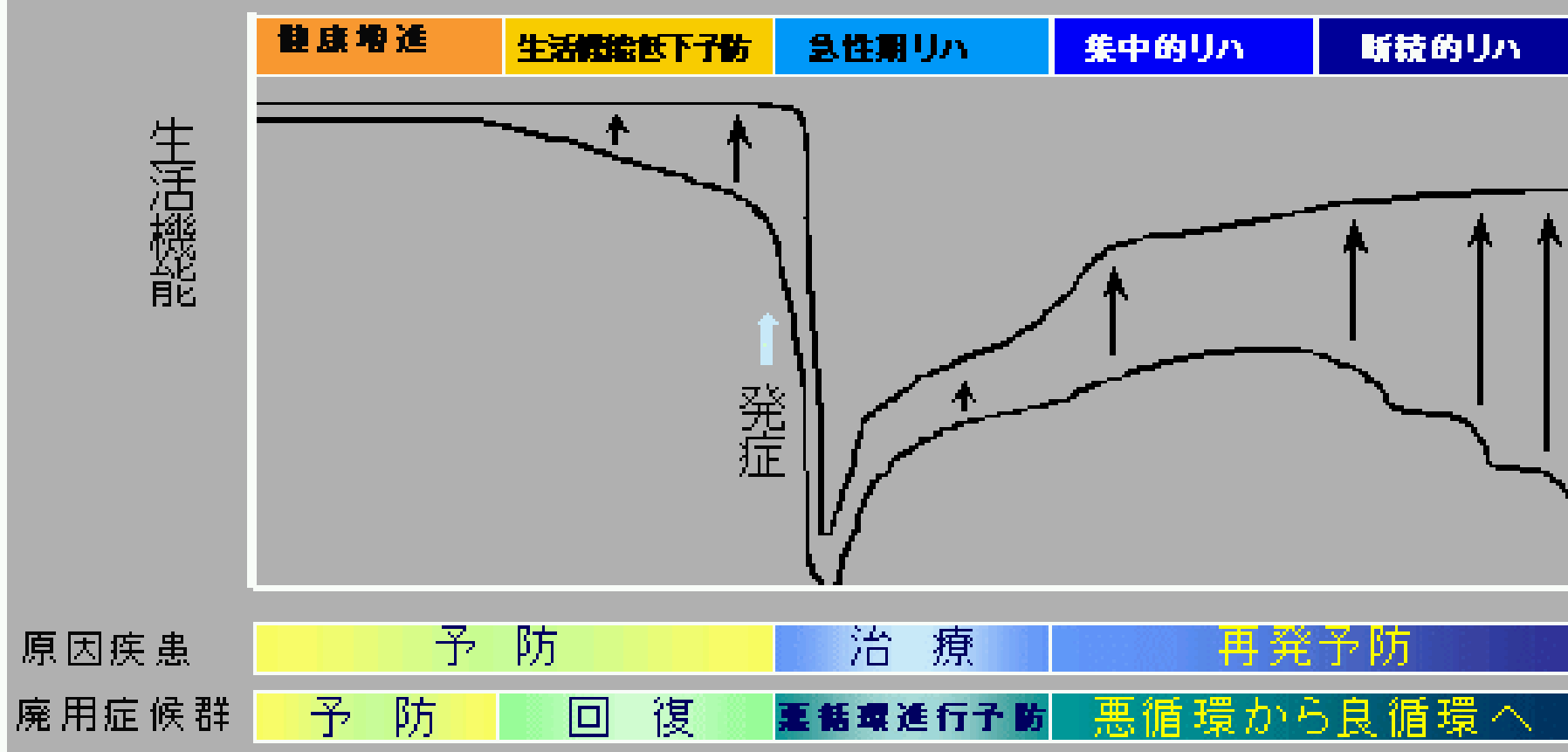
- 在宅療養の継続を目標とした支援
- 24時間の安心の提供（いつでも相談できる場）
- 新たな看護技術や習熟したケアの提供の確保
（事例検討の継続、褥瘡などのケアへの取組み、
フットケアの活用、脳血管障害者に対する訪問
看護プログラムの検討など）
- チームケアの実践（多職種・他機関との連携）

在宅看取りの支援



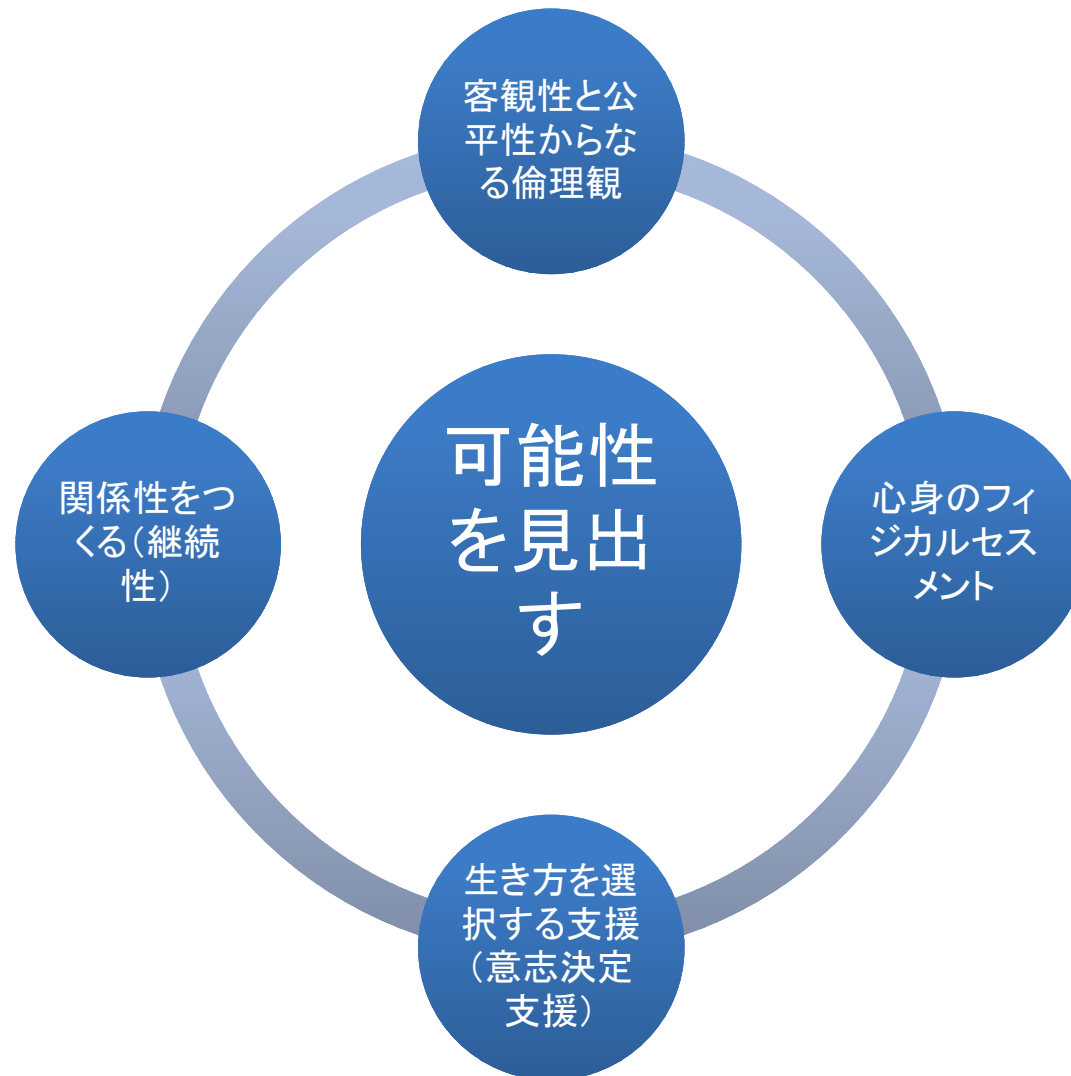
図表39 生活機能低下の状態像－(1)－

脳卒中モデル（脳卒中・骨折など）

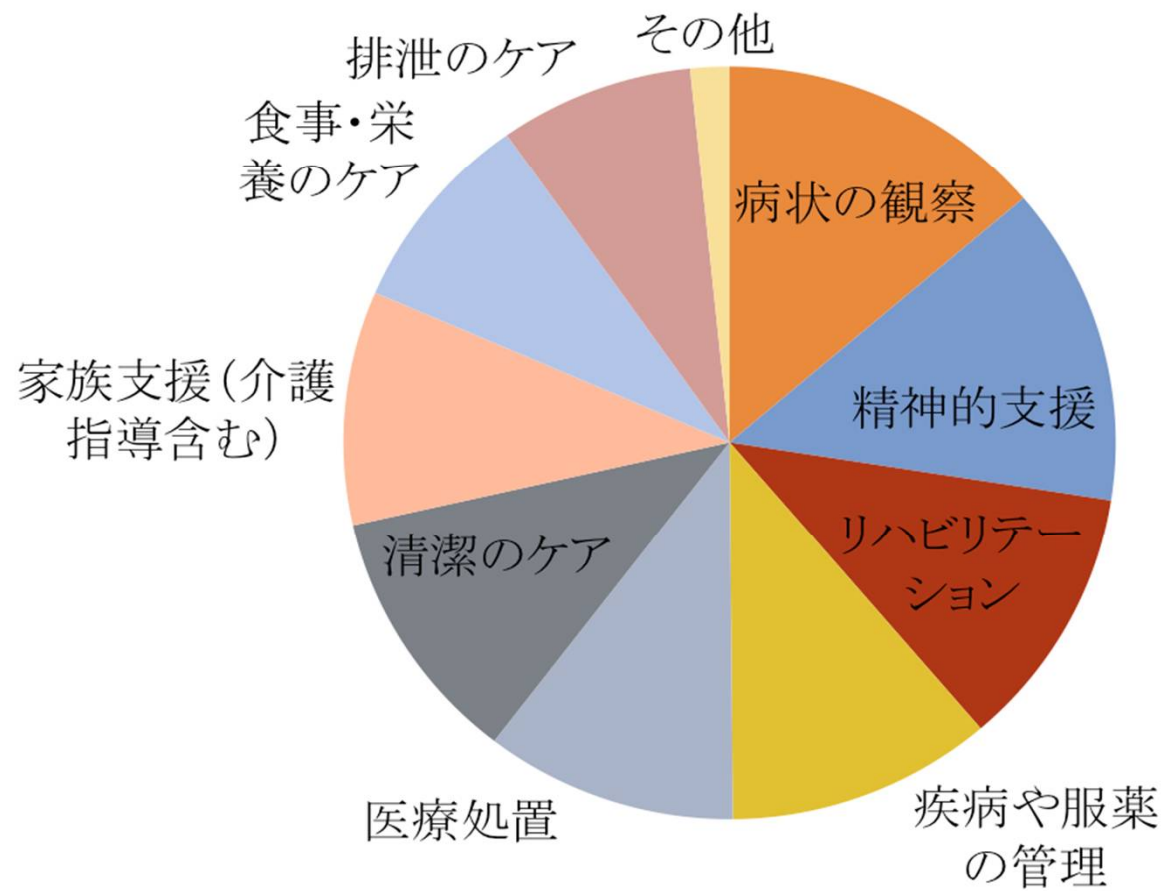


資料 高齢者リハビリテーション研究会(第1回)上田委員プレゼンテーション資料より作成

良質の在宅看護



訪問看護内容



200X年4月4日 デイスサービスで心肺停止状態

- ・ 救急隊から家族に連絡
「このまま蘇生を続けますか」



- ・ 連日面会へ、わずかな表情筋や手足の動きが
楽しみ

家族の反応

- このまま病院で過ごすのか？
- 本人の望みは何か？
- 家に帰ろう
- 退院カンファレンス
- 胃瘻は、嫌だと本人が言っていた
- 経口摂取は、不可能IVHで帰る



退院直後の訪問看護

- 4月27日(土)管理者より
電話「退院おめでとう」
- 4月28日(日)家族で卒寿祝
- 4月29日(祝)管理者初回訪問
- 4月30日(火)1回目主任訪問
- 主な訪問看護: 清潔の援助、
排便調整、車椅子移乗、摂食
嚥下訓練、精神的支援 2回目
OT訪問発症後初めて座れた



退院2か月後



訪問看護の導入

提供されて
いるケア量

必要なケア
量

通所介護

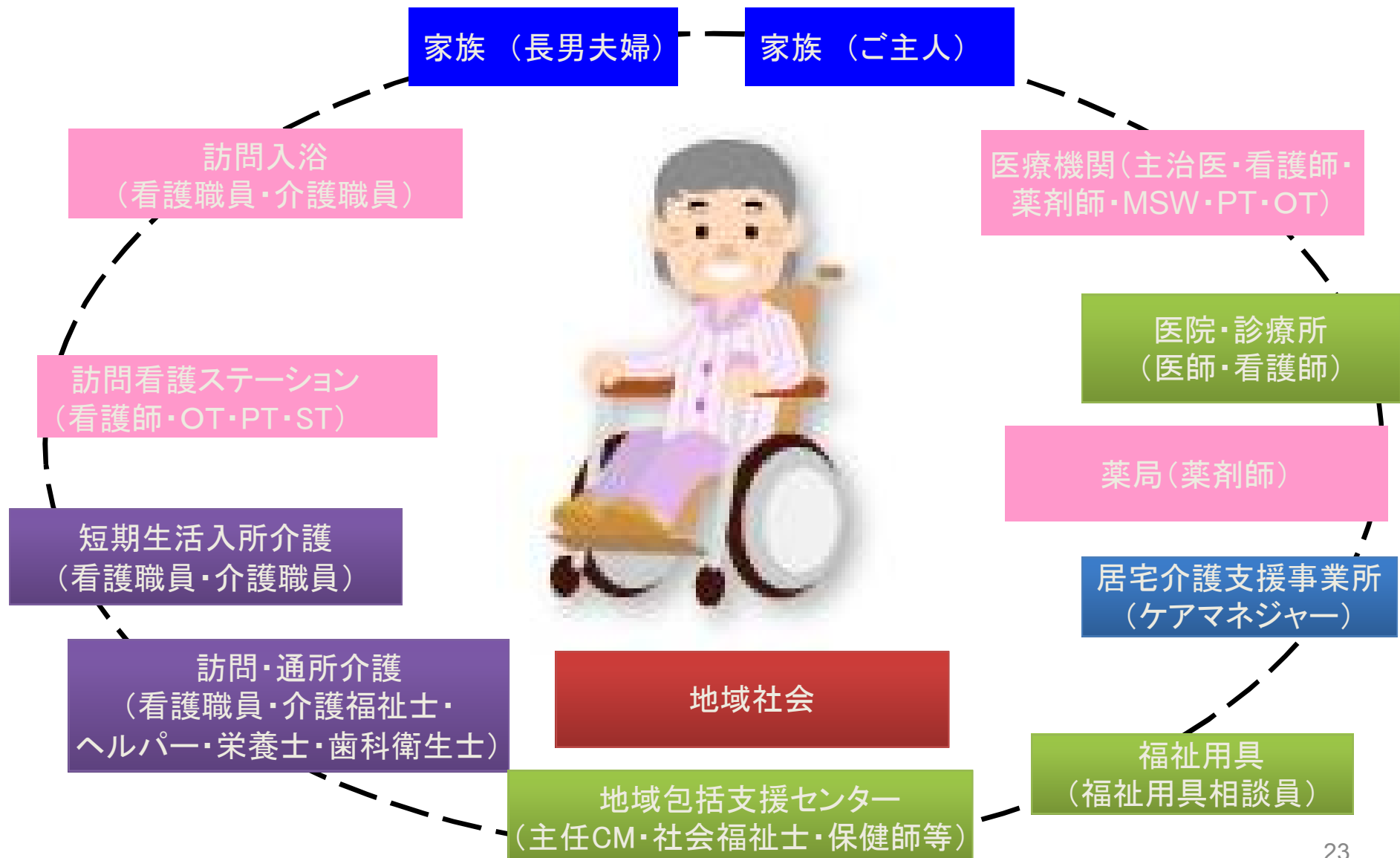
訪問介護

健康状態

生活機能

背景因子





在宅医療連携拠点事業とは

多職種連携を推進し
医療・看護と介護の連携を実現す
る
安心して生活が継続できる地域づ
くり

横浜市では、2013年度より西区医師会でモデル事業を開始

2014年度に南区を含む10区で実施

18区で実施予定

在宅医療連携拠点事業とは

(1) 相談・支援業務

ア 退院時支援

イ 地域包括支援センター・ケアマネジャー等からの相談・支援

ウ 情報支援

(2) 医療連携・多職種連携業務

ア かかりつけ医のバックアップの仕組みの確保・強化

イ 在宅患者急変時の緊急一時入院に対応する病院との連携

ウ かかりつけ医の在宅医療研修の企画・実施

エ 多職種間での連携会議・事例検討

(3) 市民啓発業務