

令和3年度「在宅医療サポート介護支援専門員研修」

訪問看護師と介護支援専門員との連携  
～訪問看護の立場から～

令和4年3月13日  
公益社団法人徳島県看護協会  
地域ケア部門 統括  
邊見 知恵子

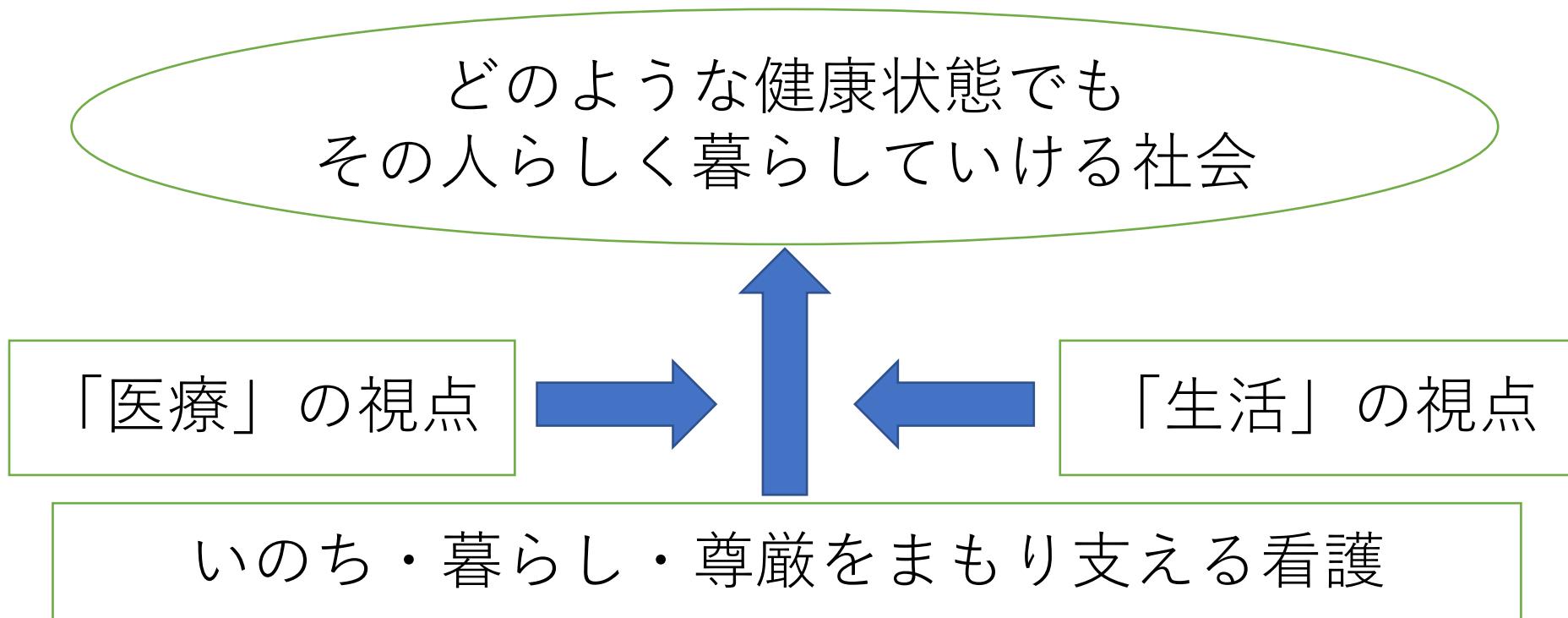
# 本日の内容

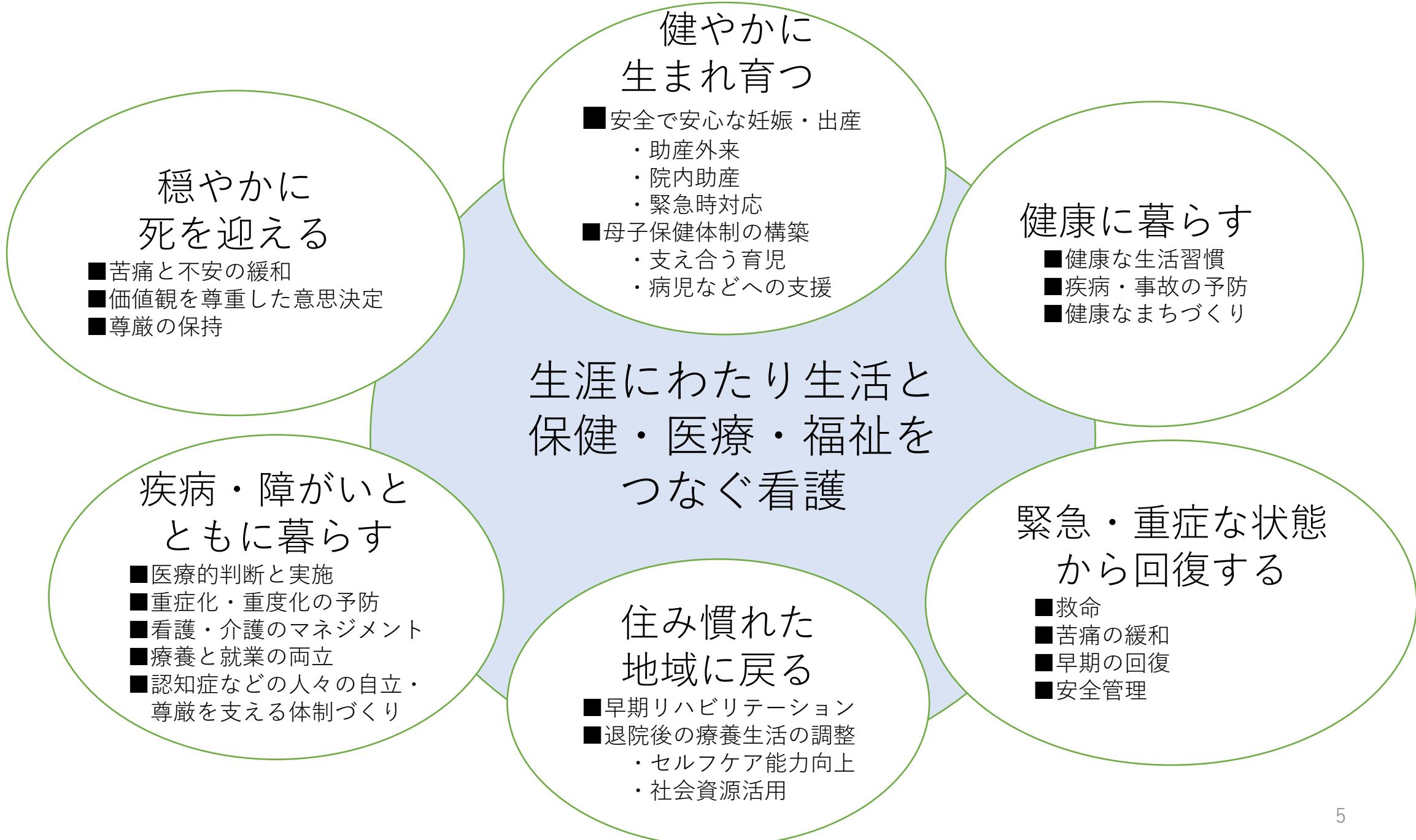
1. 在宅看護（訪問看護）がめざすもの
2. 訪問看護の役割と機能
3. 介護支援専門員への調査研究事業より
4. 地域包括ケアシステムと多職種連携

ケアマネジャーの皆さん

訪問看護を活用できていますか

# 日本看護協会がめざす 看護の将来ビジョン





# 在宅看護（訪問看護）がめざすもの

◆病気や障がいがあっても、自宅で  
“その人らしい”生活を維持・継続でき  
るよう、『いのち、暮らし、尊厳』を  
まもり支えること。

# 在宅看護（訪問看護）の主な視点

- 呼吸をする
- 適切な体温を維持する
- 食事をする
- 排泄をする
- 休息する
- 清潔を保つ
- 環境を整える
- 動く
- 安全を保つ
- コミュニケーションをとる
- 家族・社会とつながりをもつ
- QOLを維持する

# 高齢者疾患の特徴

1. 多くの疾患を合併している
2. 疾患が治りにくく、慢性疾患が多い
3. 症状が定型的でない
4. 疾患によっては介護を要する状態になる
5. 不定愁訴が多い
6. 複数の薬剤を投与されていることが多い

# 訪問看護の役割と機能

1. ヘルスアセスメント
2. 今後起こりうる病状の変化の予測と先を見越した介入
3. 療養生活の支援
4. 看取りのケア
5. 診療の補助（医療的ケア）
6. 自立（自律）生活の支援
7. 家族ケア
8. 療養生活の伴奏者としての意思決定支援
9. 他機関、他職種との連携（ケアマネジャー、医師、他機関看護職、介護職、施設職員など）

# 訪問看護の導入を考慮すべき状態

1. 慢性疾患があり、自己管理ができない
2. がんや神経難病等、病状進行のリスクがある
3. 状態が変化しやすく、入退院を繰り返している
4. 退院後の生活に不安がある
5. 麻痺やADL低下などがあり、生活の再構築やリハビリテーションが必要である
6. 介護者への支援が必要である
7. 医療との連携がうまくいっていない
8. 人生の最終段階になっている

「医療ニーズを有する利用者に対応する介護支援専門員への  
看護に関連する療養上の相談支援のあり方」に関する実態調査より

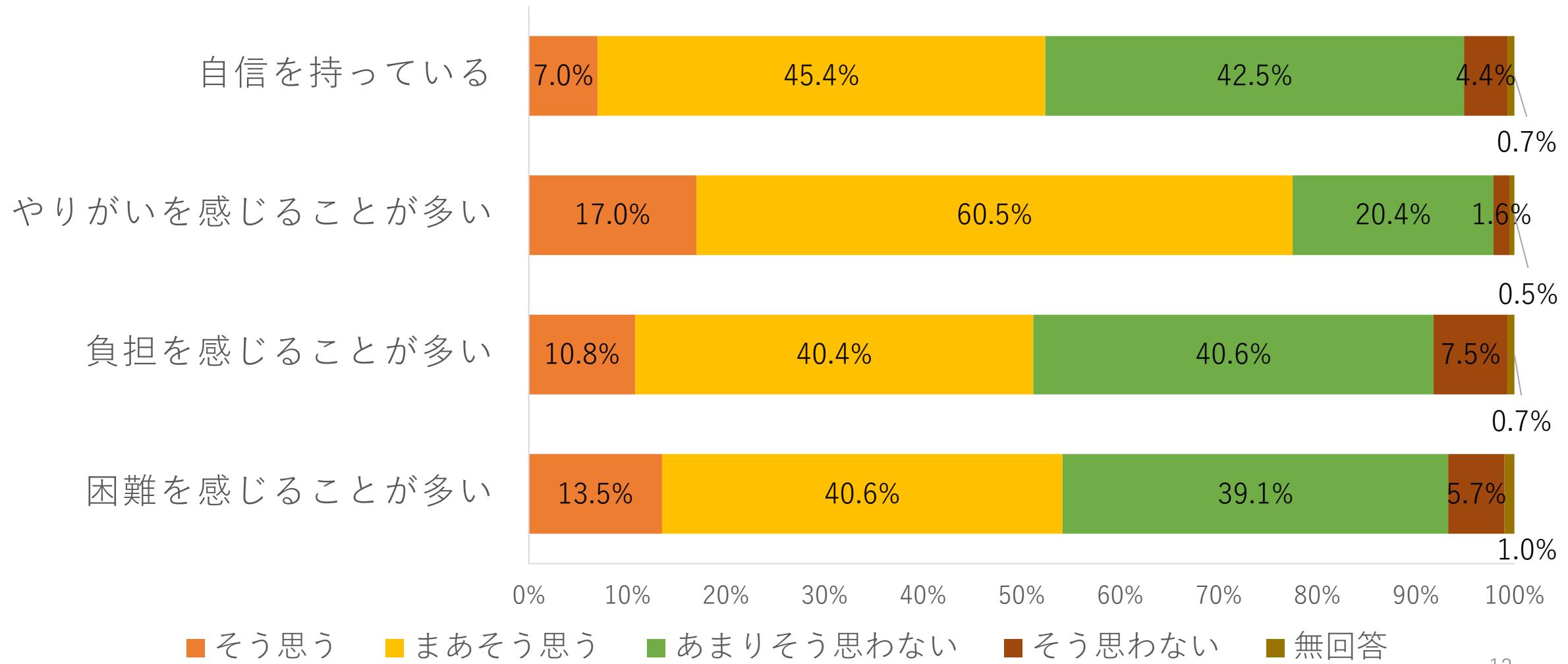
対象：日本介護支援専門員協会会員2,884名より無作為抽出した  
介護支援専門員 2,000名

配布数：1,899件 回収数：731件 回収率：38.5%

調査実施期間：平成29年12月12日～平成29年12月25日

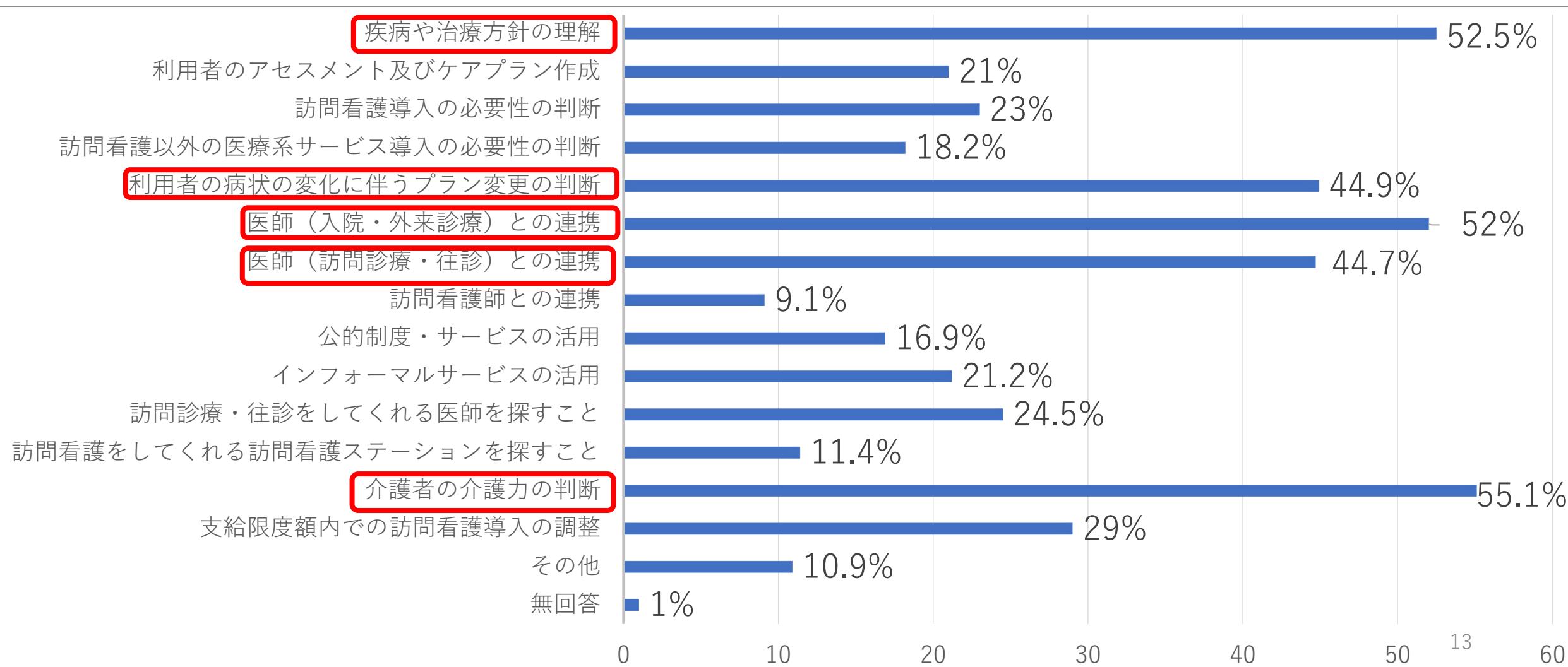
実施者：日本訪問看護財団検討委員会

# 医療ニーズを有する利用者へのケアマネジメントへの考え方

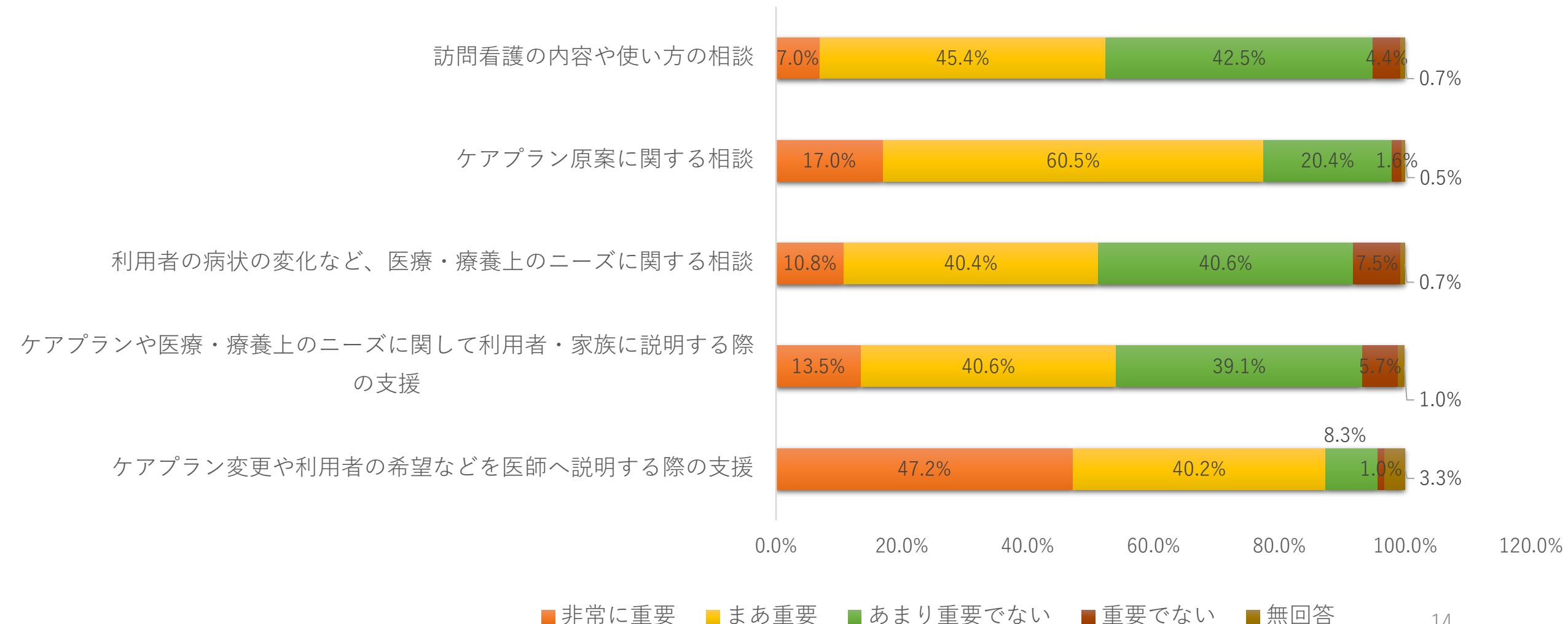


# ケアマネジメントに困難を感じる内容

(複数回答) (n = 396)



# 訪問看護師に対する相談支援に関する期待： 医療ニーズに関する相談

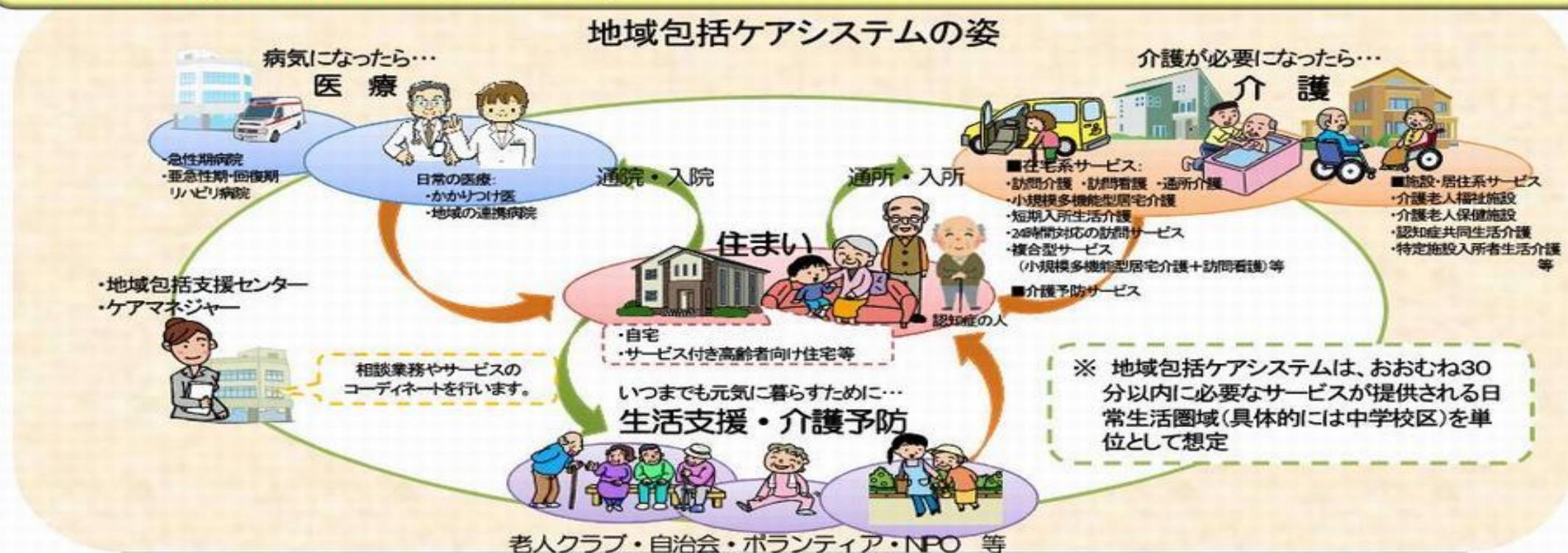


ケアマネジャーの皆さん

気軽に訪問看護師にご相談下さい

# 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。  
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



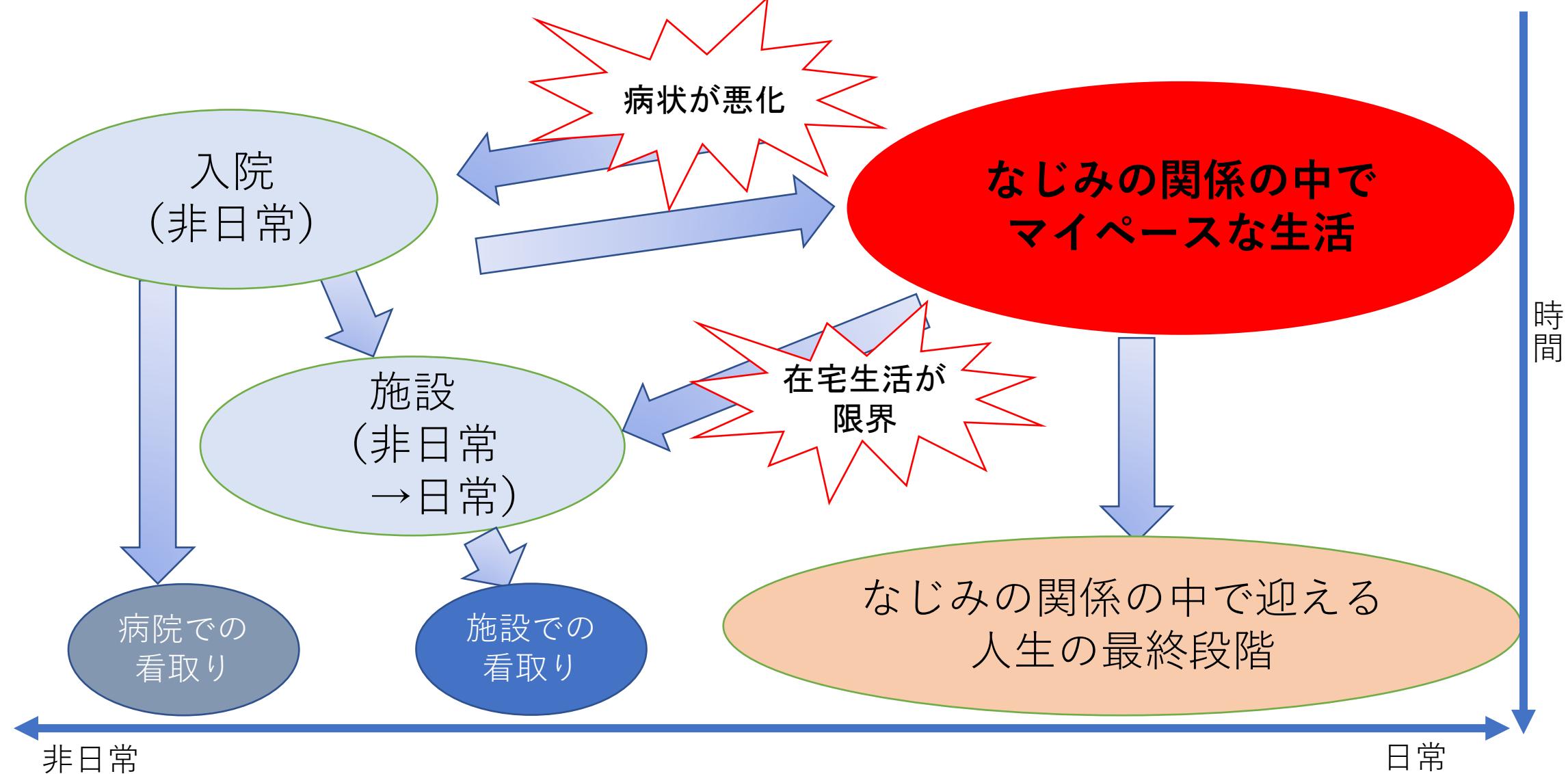
# 住民の地域生活を支える 地域包括ケアシステムの構成要素



出典：三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「平成27年度厚生労働省老人保健健康増進

事業 <地域包括ケア研究会> 地域包括ケアシステムと地域マネジメント（地域包括  
ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）」2016年

# 高齢者の人生の最終段階

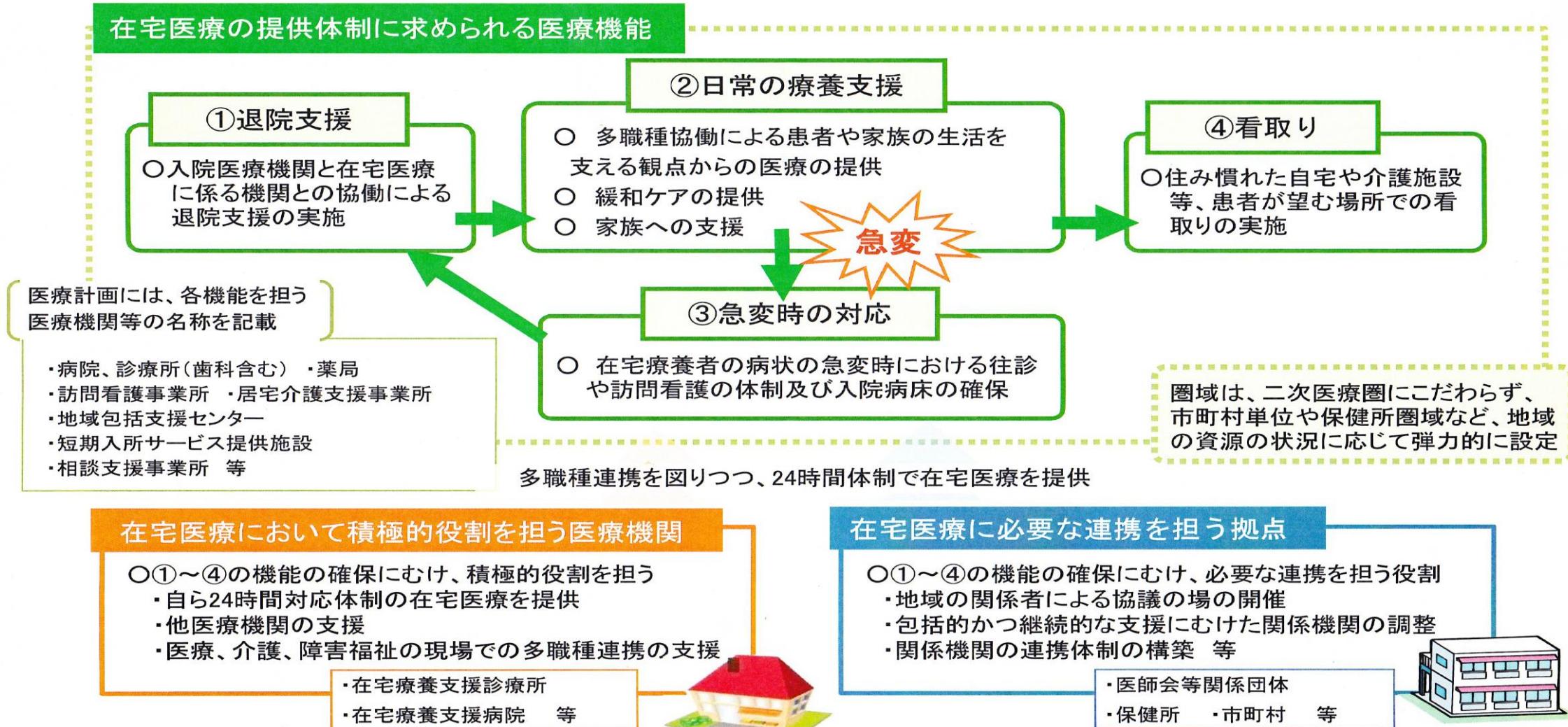


「地域包括ケアサクセスガイド」より引用一部改変

# 在宅医療の体制について

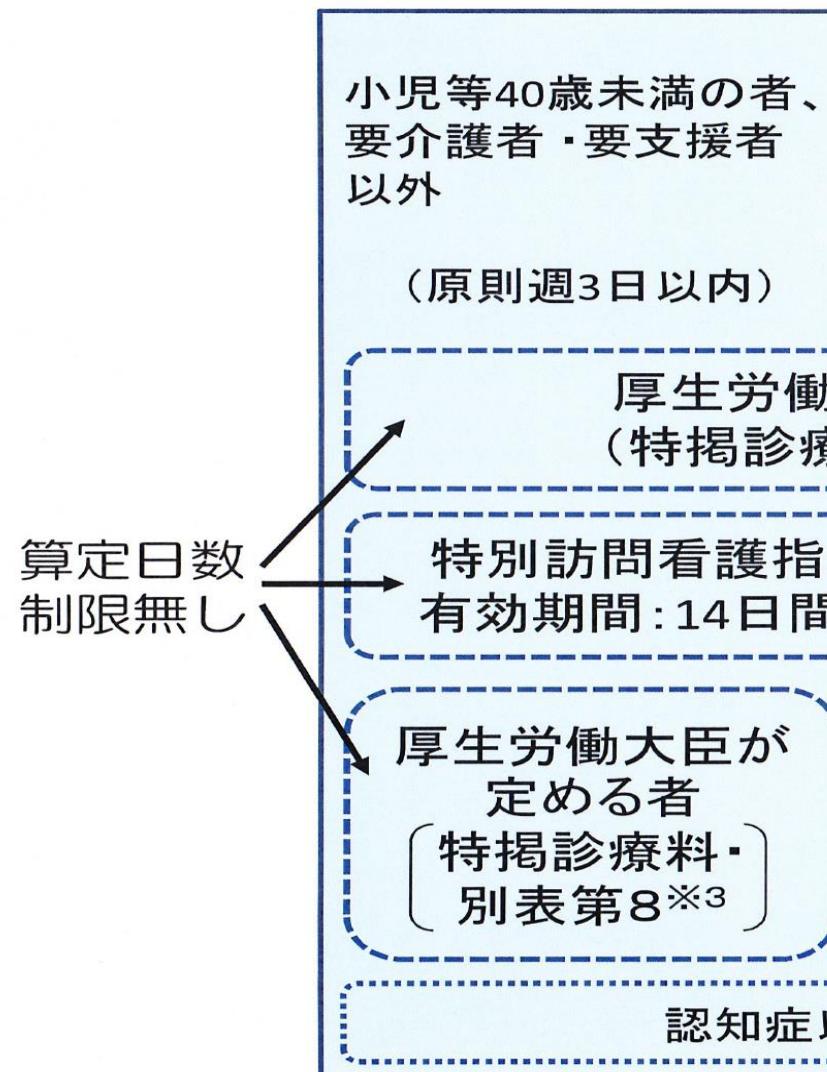
- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ～

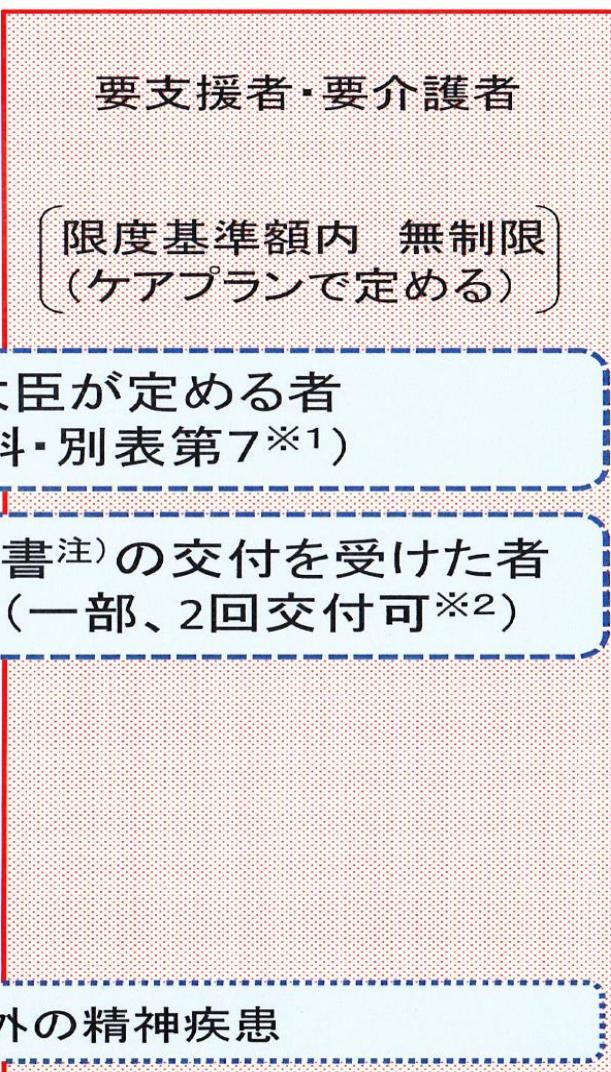


# 医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ（図）

## 【医療保険】



## 【介護保険】



### ※ 1 : 別表第7

末期の悪性腫瘍  
多発性硬化症  
重症筋無力症  
スモン  
筋萎縮性側索硬化症  
脊髄小脳変性症  
ハンチントン病  
進行性筋ジストロフィー症  
パーキンソン病関連疾患  
多系統萎縮症

ブリオン病  
亜急性硬化性全脳炎  
ライソゾーム病  
副腎白質ジストロフィー  
脊髄性筋萎縮症  
球脊髄性筋萎縮症  
慢性炎症性脱髓性多発神経炎  
後天性免疫不全症候群  
頸髄損傷  
人工呼吸器を使用している状態

### ※ 2 : 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者

(有効期間: 28日間)

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

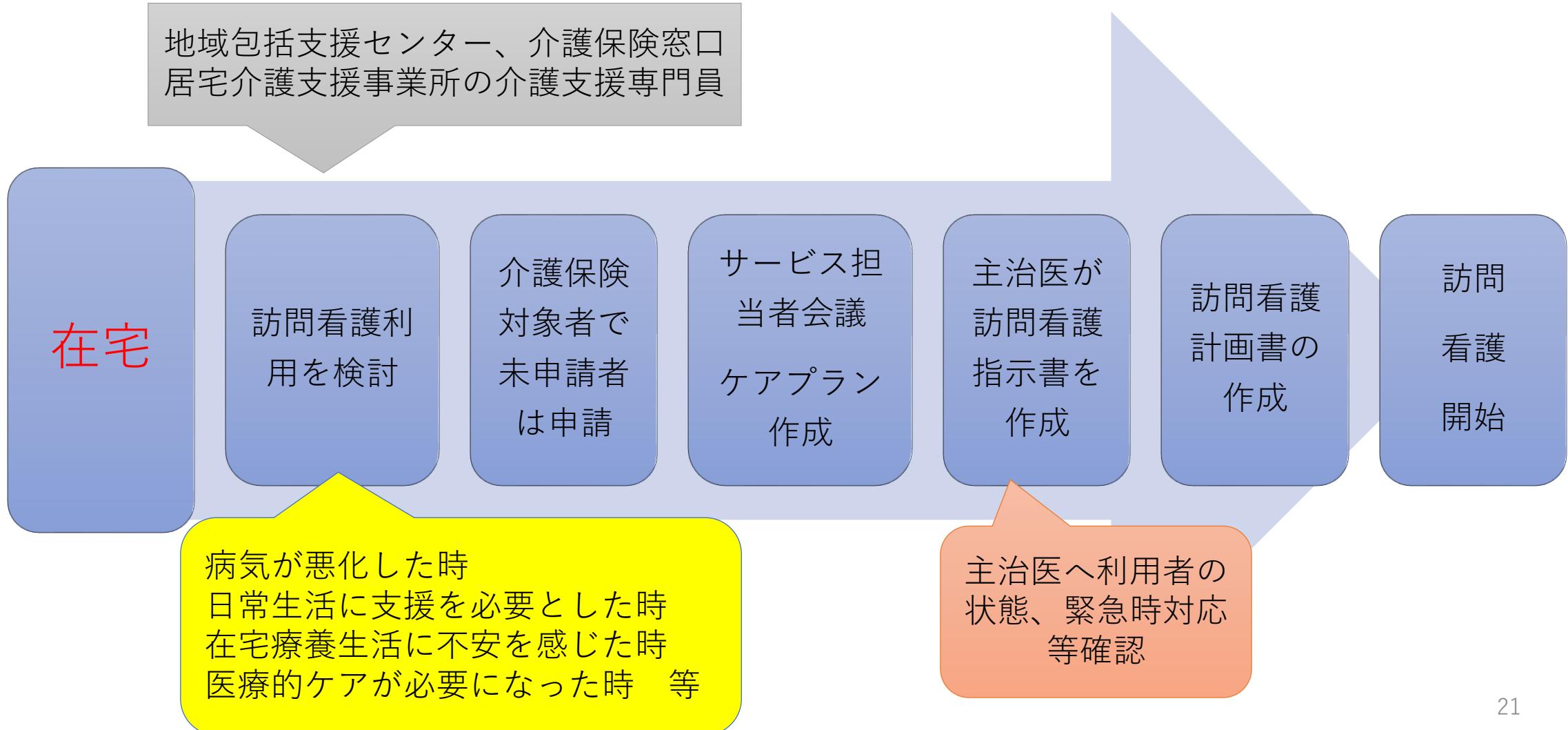
#### 注) : 特別訪問看護指示書

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回（週4日以上）の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

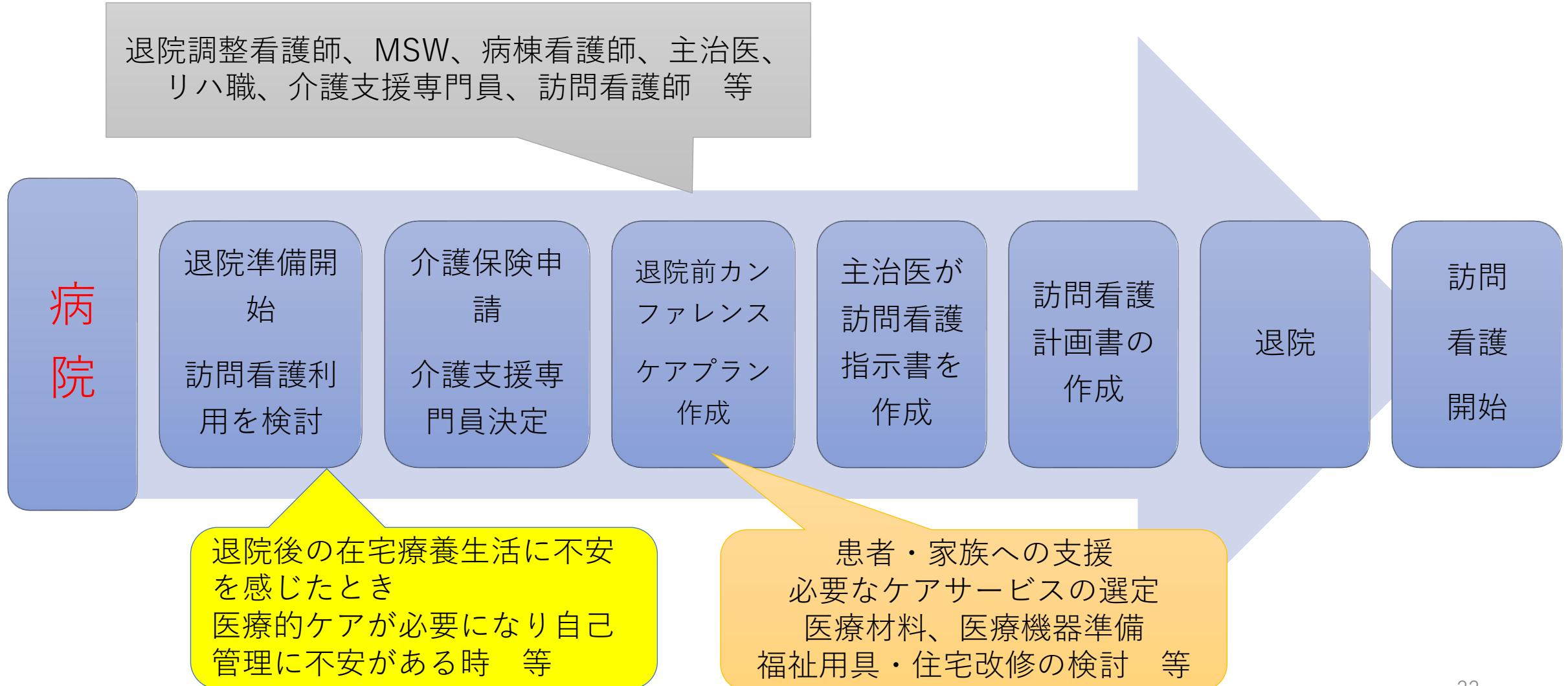
### ※ 3 : 別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者  
在宅自己腹膜灌流指導管理  
在宅血液透析指導管理  
在宅酸素療法指導管理  
在宅中心静脈栄養法指導管理  
在宅成分栄養経管栄養法指導管理  
在宅自己導尿指導管理  
在宅人工呼吸指導管理  
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理  
在宅自己疼痛管理指導管理  
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

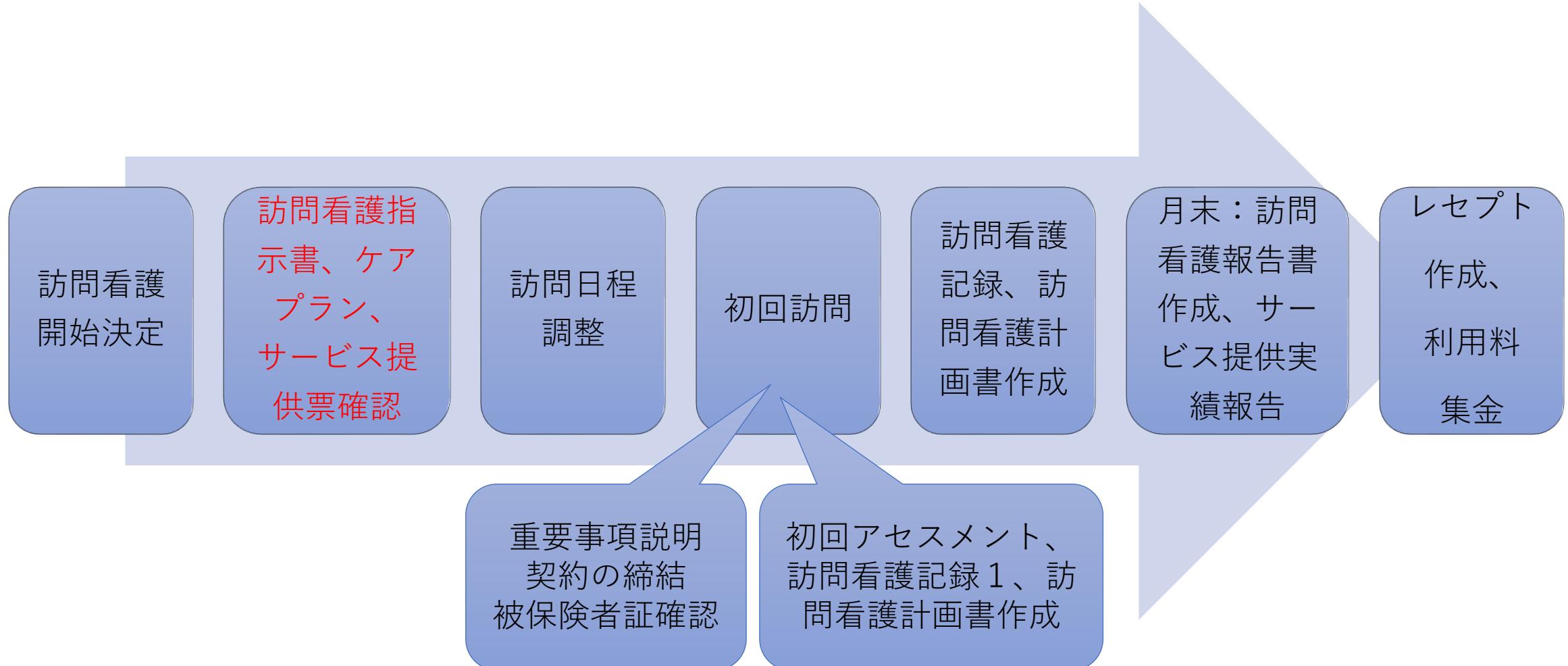
# 訪問看護開始までのながれ：在宅から



# 訪問看護開始までのながれ：退院時から



# 訪問看護のながれ



# ケアマネジャーの皆様へ

- ・介護を必要とする利用者は、その要因となる健康問題を抱えています。ケア的視点と医学的視点の両面からの視点をもったケアマネジメントができているか、チェックしてみましょう。
- ・「医療」と「生活」の視点をもつ訪問看護をうまく利用しながら、多職種連携で在宅サービスを充実させましょう。