

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

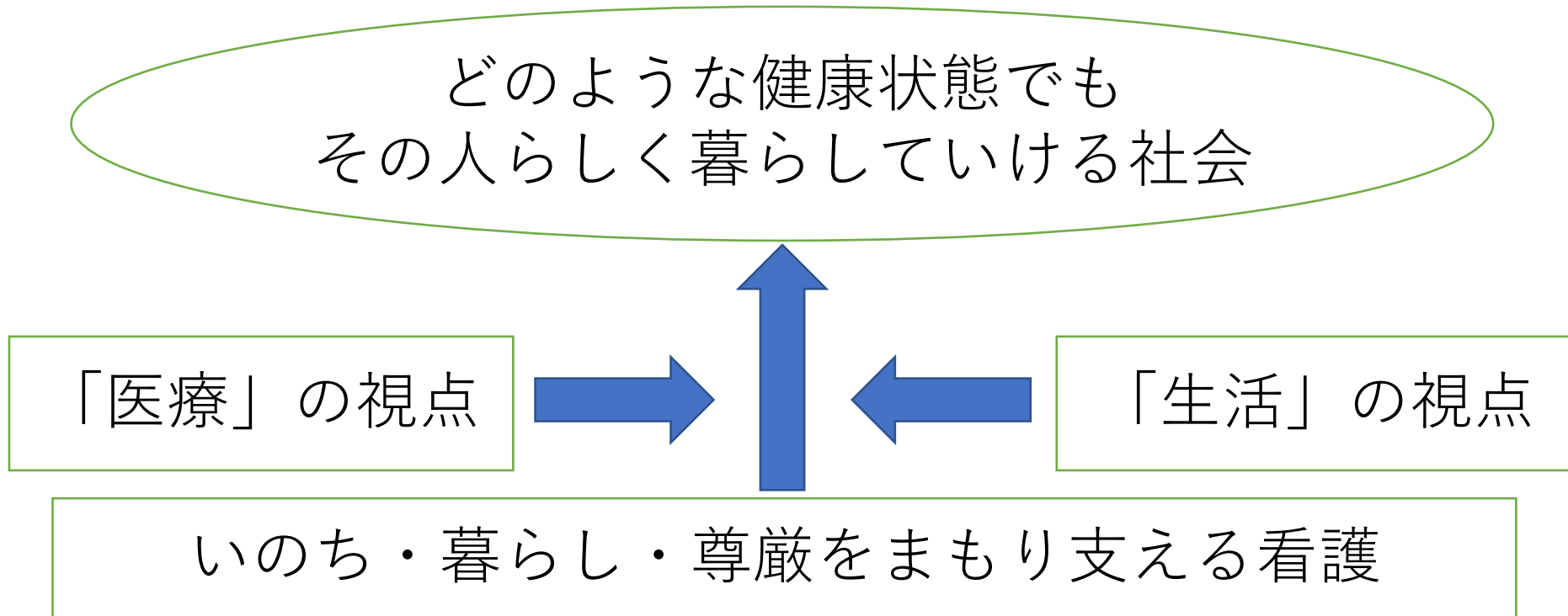
本日の内容

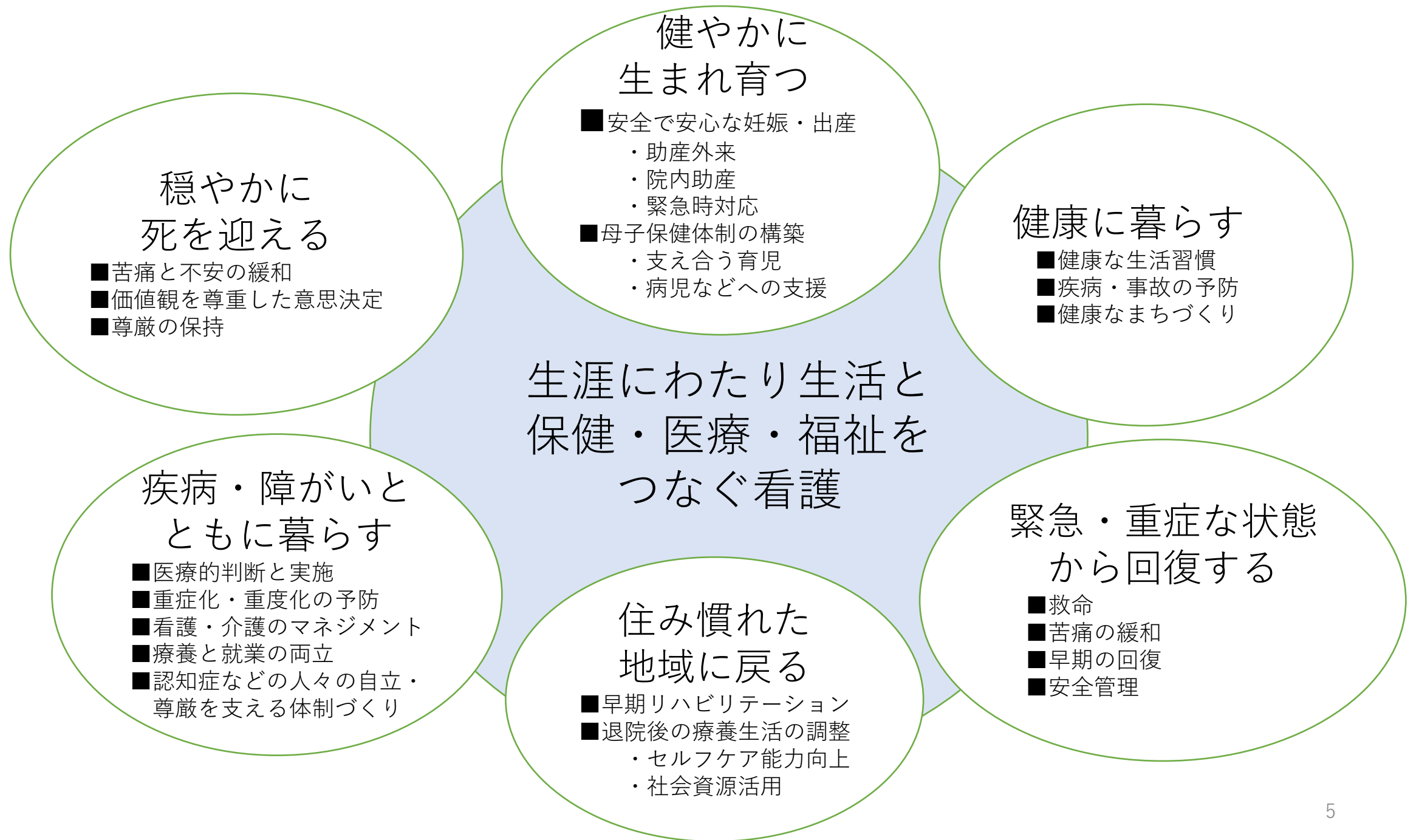
1. 在宅看護（訪問看護）がめざすもの
2. 訪問看護の役割と機能
3. 介護支援専門員への調査研究事業より
4. 地域包括ケアシステムと多職種連携

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

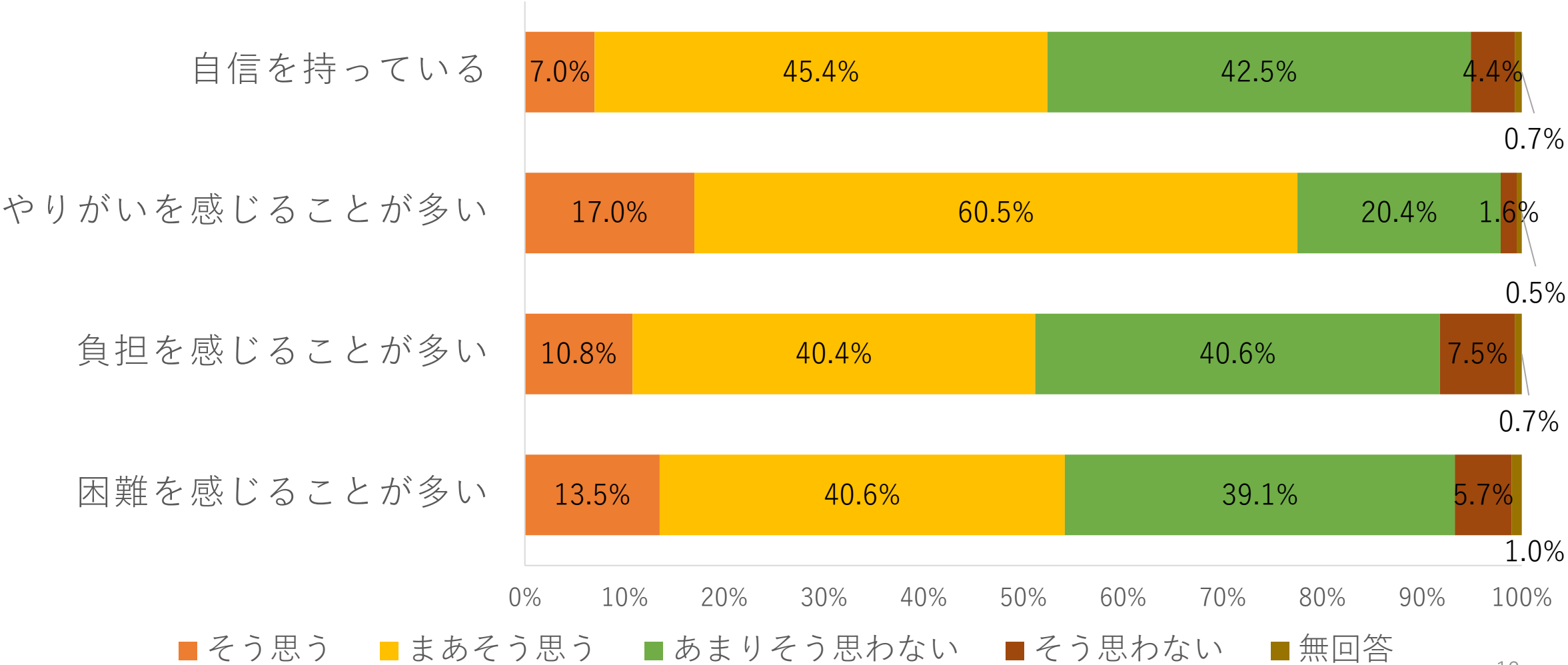
対 象： 日本介護支援専門員協会会員2,884名より無作為抽出した
介護支援専門員 2,000名

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

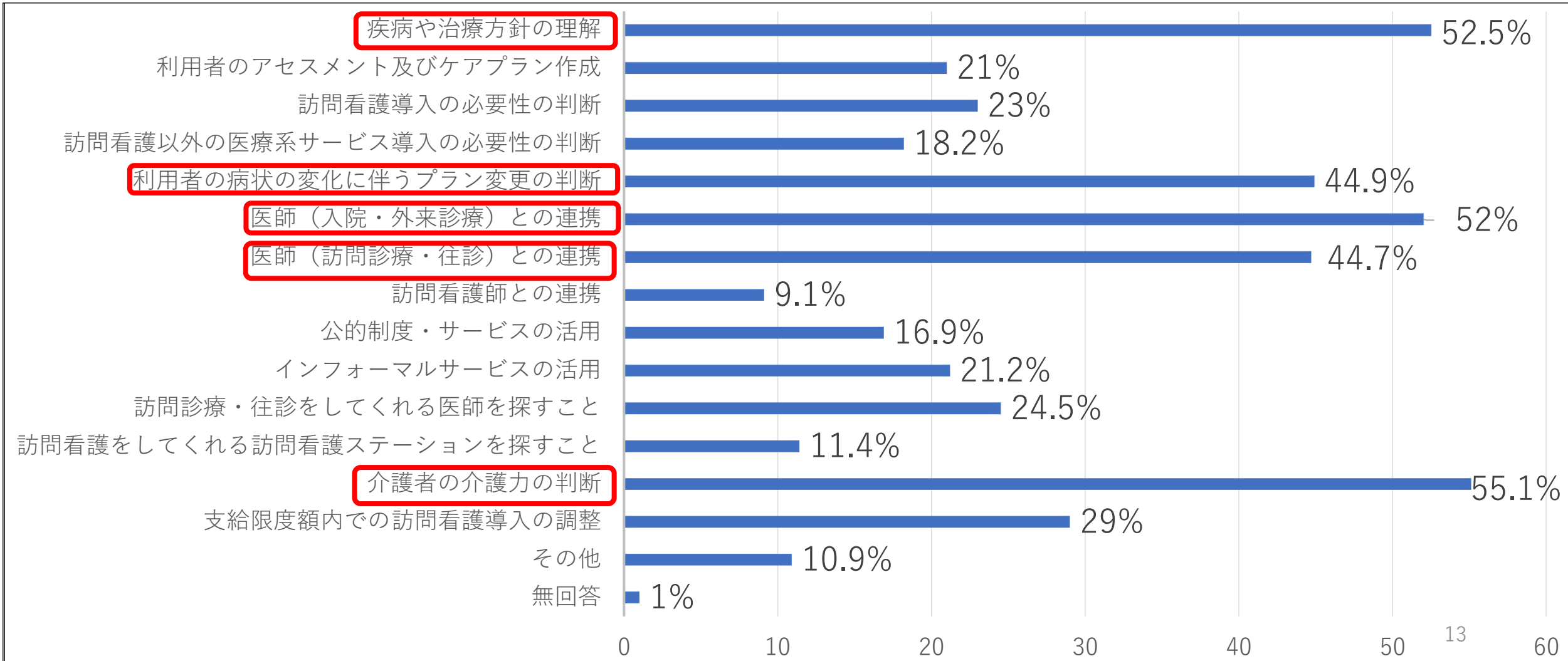
実施者：日本訪問看護財団検討委員会

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

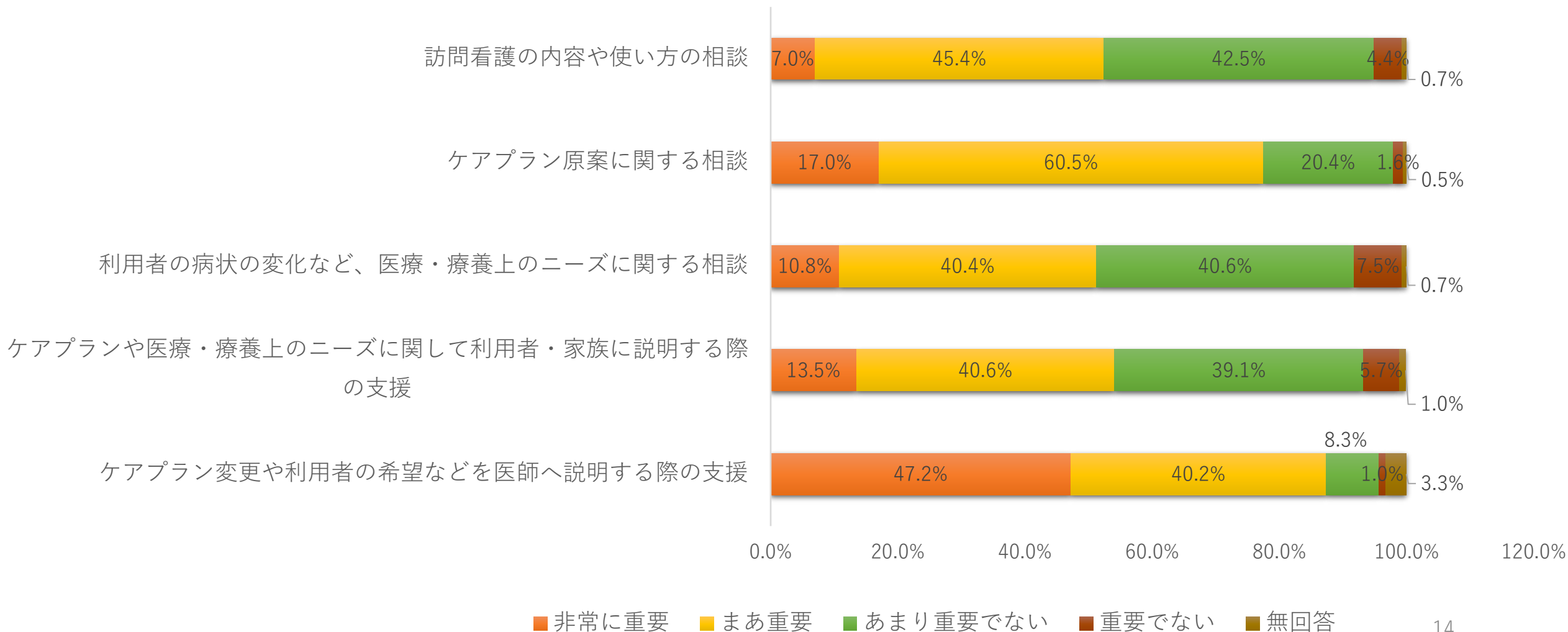


ケアマネジメントに困難を感じる内容

(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。

地域包括ケアシステムの姿



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

介護支援専門員の役割

[受け皿]、[器]、
[土壌]を整えた上で、
[3枚の葉]を繋げる



[3枚の葉]を地域に整備し、
互いに連携して広げる

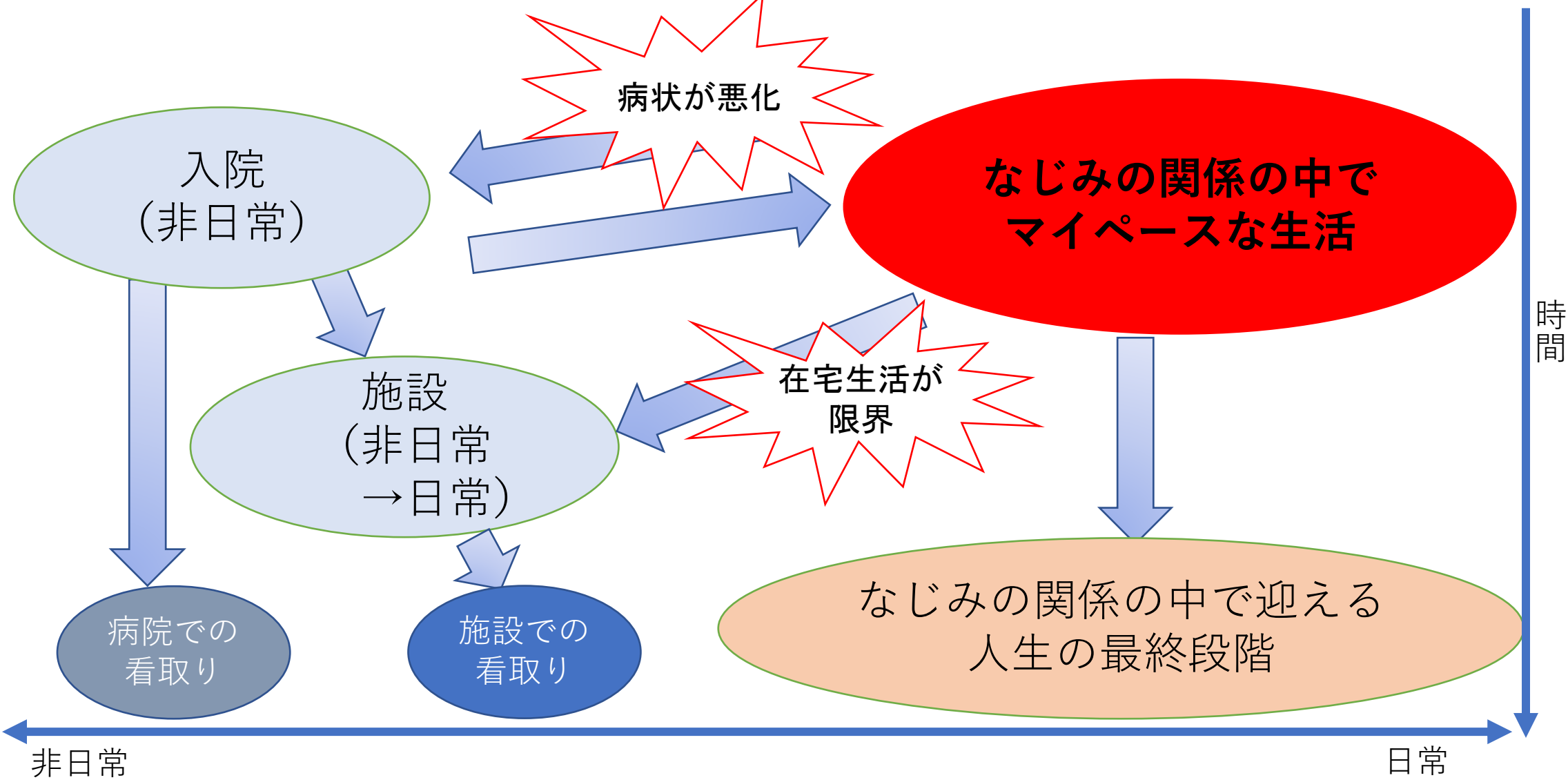
地域の特性を反映した生活
支援による[土壌]を耕す

すまいの[器]をしっかりと
固める

どのような生活を送りたいか
選択する際の[受け皿]を整える

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 ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む）・薬局
- ・訪問看護事業所・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所 等

急変

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所・市町村 等

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】

小児等40歳未満の者、
要介護者・要支援者
以外

（原則週3日以内）

厚生労働大臣が定める者
（特掲診療料・別表第7※1）

特別訪問看護指示書^注の交付を受けた者
有効期間：14日間（一部、2回交付可※2）

厚生労働大臣が
定める者
（特掲診療料・
別表第8※3）

認知症以外の精神疾患

【介護保険】

要支援者・要介護者

〔限度基準額内 無制限〕
（ケアプランで定める）

算定日数
制限無し

※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

プリオン病
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
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
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

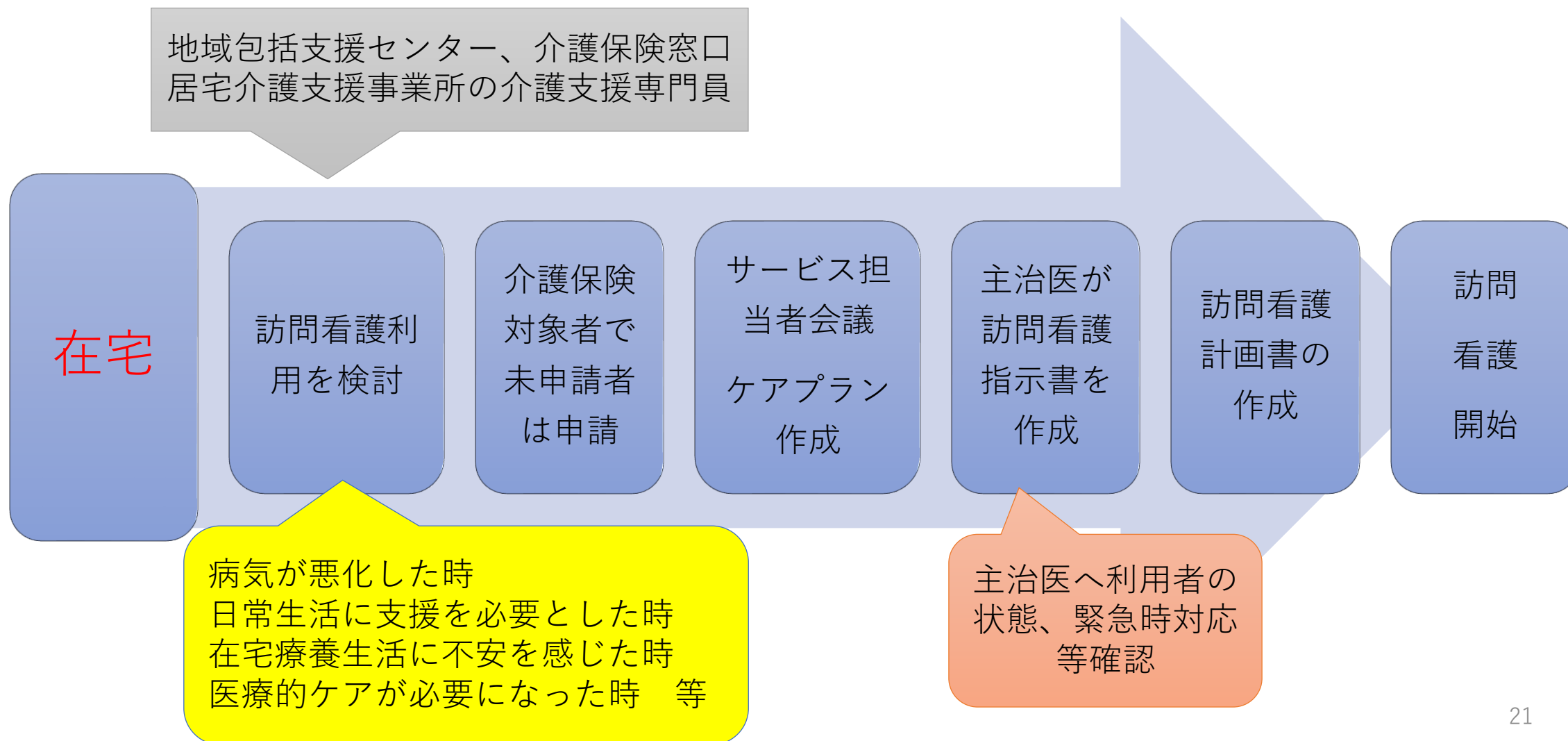
注）：特別訪問看護指示書

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

退院調整看護師、MSW、病棟看護師、主治医、リハ職、介護支援専門員、訪問看護師 等

病院

退院準備開始

訪問看護利用を検討

介護保険申請

介護支援専門員決定

退院前カンファレンス
ケアプラン作成

主治医が訪問看護指示書を作成

訪問看護計画書の作成

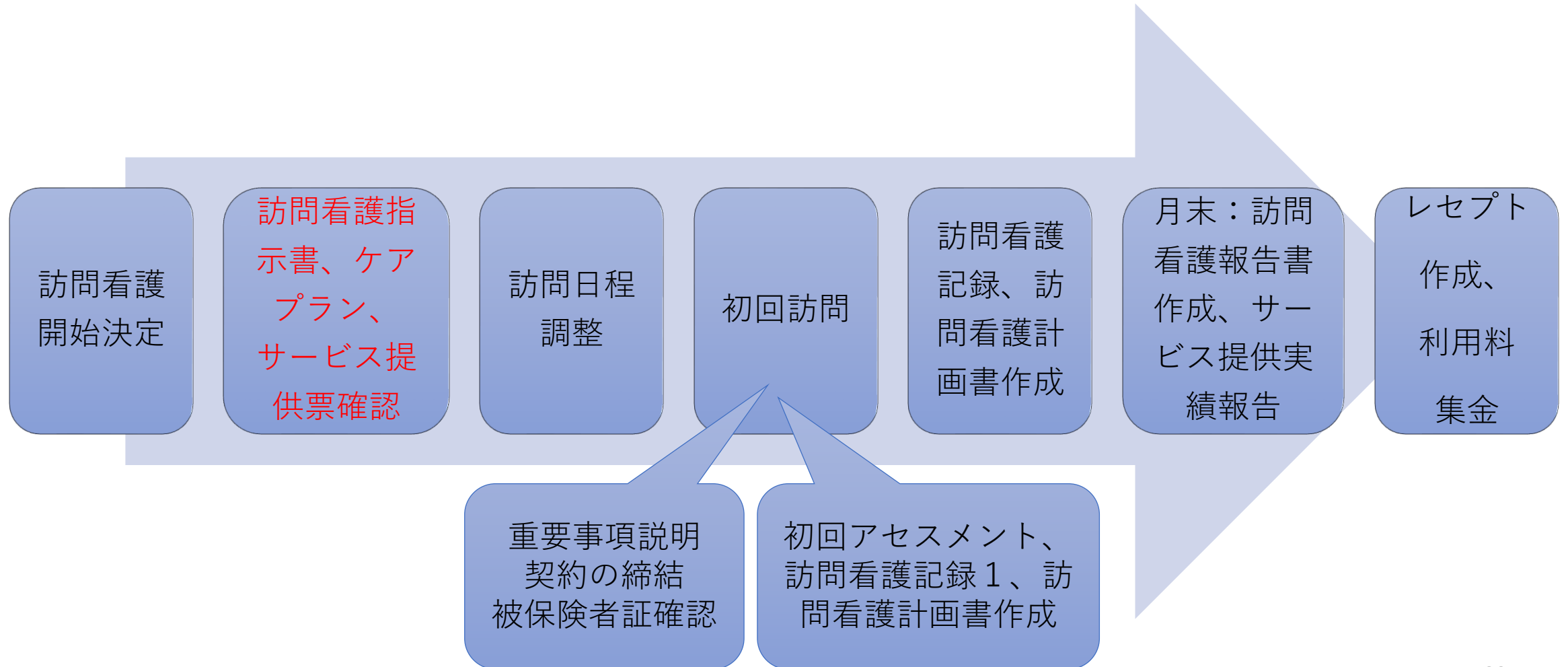
退院

訪問看護開始

退院後の在宅療養生活に不安を感じたとき
医療的ケアが必要になり自己管理に不安がある時 等

患者・家族への支援
必要なケアサービスの選定
医療材料、医療機器準備
福祉用具・住宅改修の検討 等

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。