

資料 1

令和5年1月30日

令和4年度兵庫県保険者協議会
講演会・事例発表会

訪問看護の取組について



公社)兵庫県看護協会尼崎訪問看護ステーション
所長 緩和ケア認定看護師 東根 聖子

2023年1月30日

訪問看護サービスは

看護師などが居宅に訪問し、主治医の指示や連携により行う看護（療養上の世話又は必要な診療の補助）
病や障害があり、医療機器を使用しながらでも、居宅で最期まで暮らせるように多職種と協働しながら療養生活を支援するサービス

24時間365日、住み慣れた地域で、
病や障害があっても、自宅で安心、安楽に自分らしく
過ごすことができるように支援するサービス

訪問看護の対象者は

0歳からご高齢までのすべての年齢の方で、居宅等において療養を必要とする状態にあり、主治医が訪問看護が必要と認めた方

主治医からの訪問看護
指示書が必要となります

訪問看護で行うケア

病院と変わらない看護
ケアが行われている

健康状態の管理



医療処置・医療機器の管理



リハビリテーション



療養生活の相談・支援



家族の相談・支援

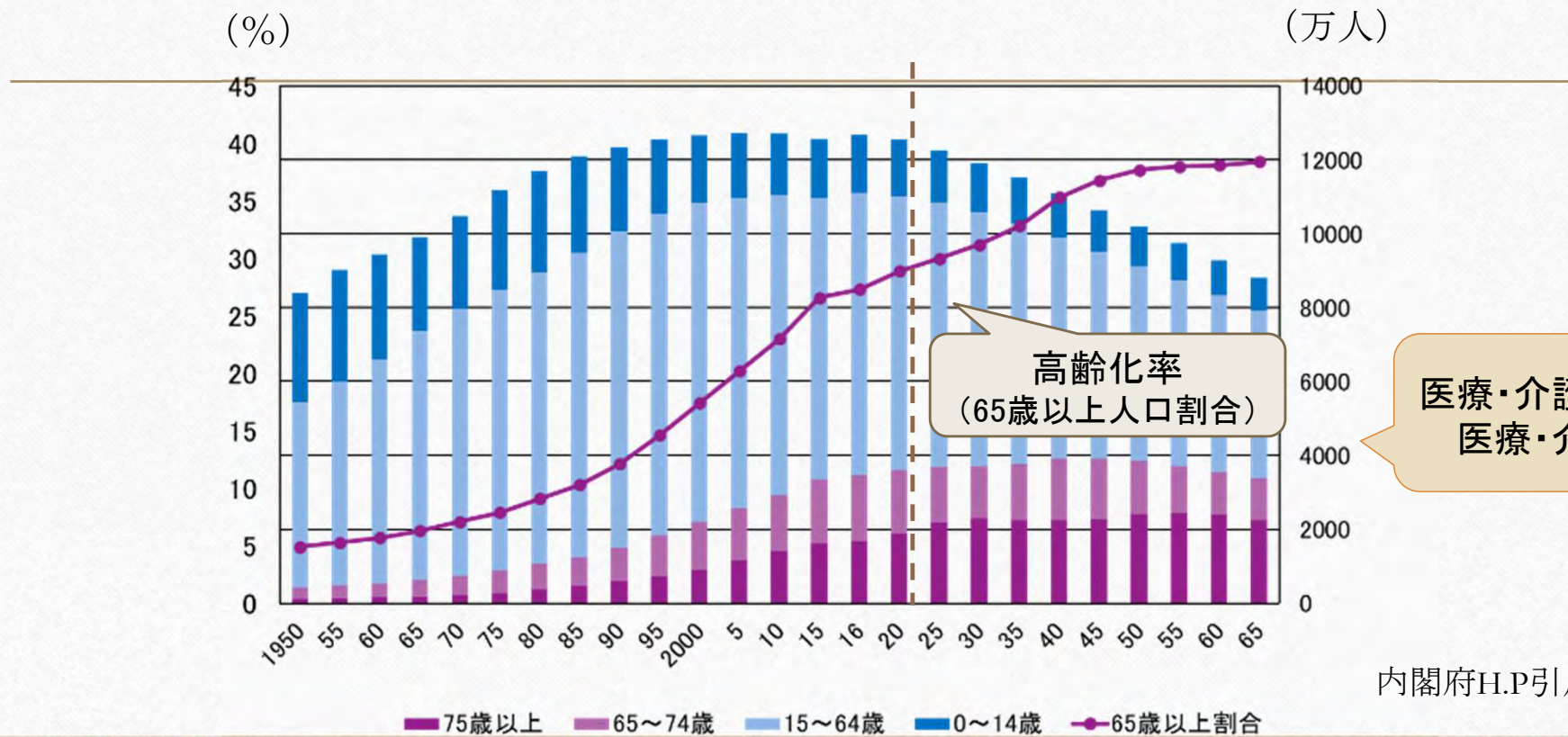


エンド・オブ・ライフ・ケア

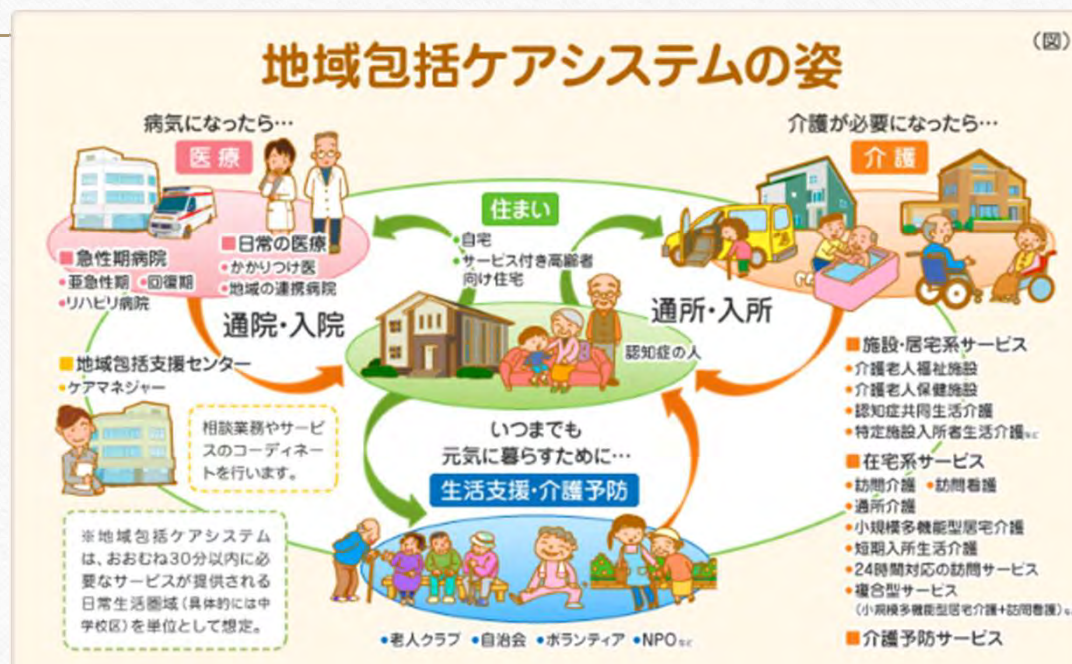


小児看護

高齢化の推移と将来推計



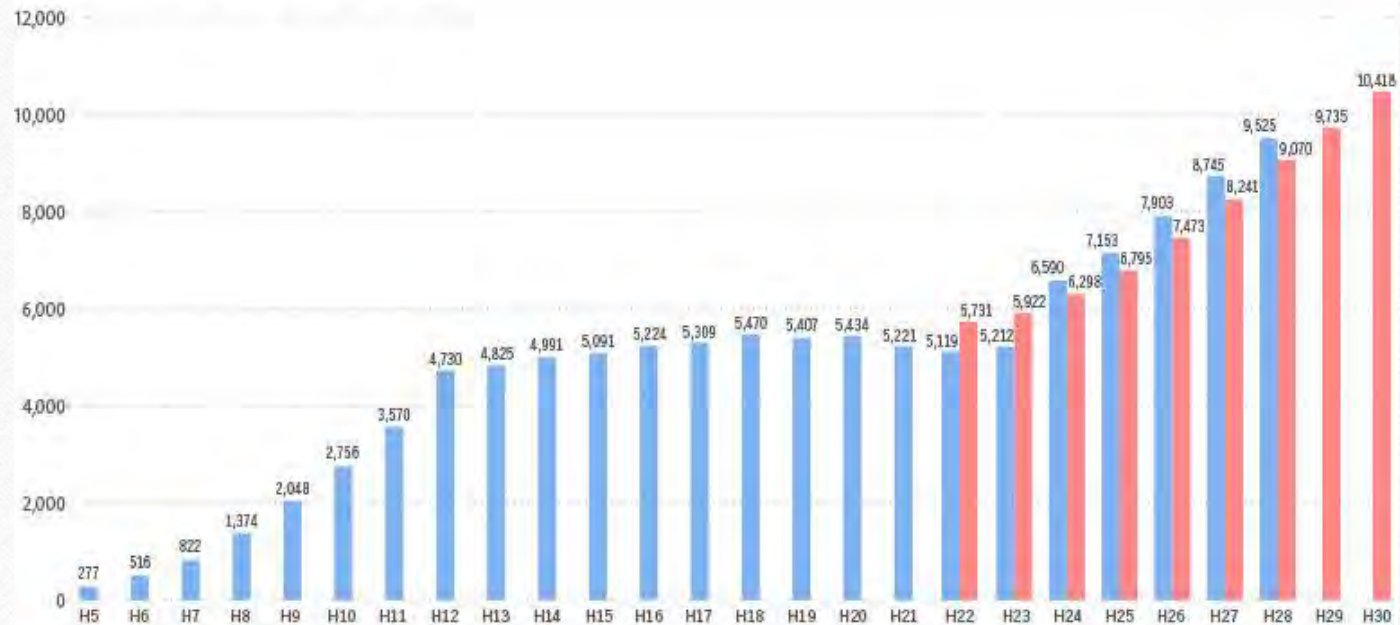
地域包括ケアシステム



住み慣れた地域での在宅療養を、最期まで支える

訪問看護ステーション推移

指定訪問看護ステーション数(全国)



一般社団法人全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション数調査 <http://www.zenhokan.or.jp/>

■ 平成5年～平成11年 訪問看護実態調査(厚生労働省統計情報部)、平成12年～平成28年 介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省統計情報部)

■ 平成22年～平成30年 訪問看護ステーション数調査(全国訪問看護事業協会)

尼崎訪問看護ステーションの紹介

- 機能強化型 I ステーション
(大規模ST:医療度の高い療養者・看取り件数が多い)
- 居宅、ヘルパーステーション併設
- 教育ステーション
- 認知症初期集中支援事業
- 認定看護師在籍
(在宅ケア・皮膚排泄・緩和ケア・
認知症看護)



看護師21名・PT3名



より専門的、
質の高いケアを
目指して

当ステーションの利用者の背景①

- 利用者・・・266名/月
 - 新規・・・8～21名(平均13名/1か月)
 - 終了者・・・8～19名(平均13名/1か月)
- 看取り・・・46件/年

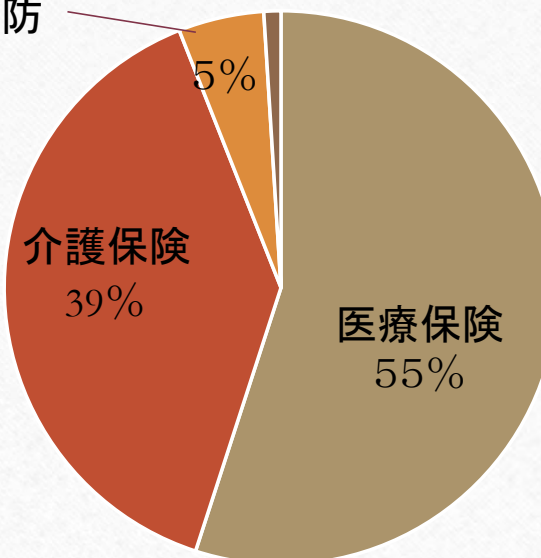


2021年度実績より

当ステーション利用者の背景②

医療と介護の割合

介護予防



- 40～64歳； 2号保険者
対象疾病
- 65歳以上

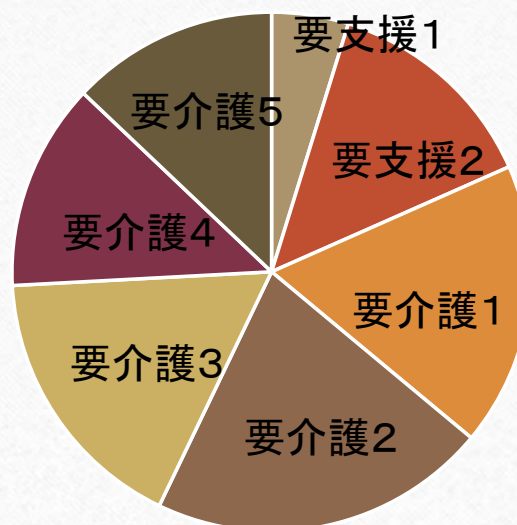
- 小児等40歳未満の者
- 要介護者・要支援者以外
- 厚生労働大臣が定める者
- 特別指示書の交付を受けた者
- 精神疾患

■ 医療 ■ 介護 ■ 介護予防 ■ その他(自費・申請中)

2021年度実績より

当ステーションの利用者の背景③

要介護度別割合

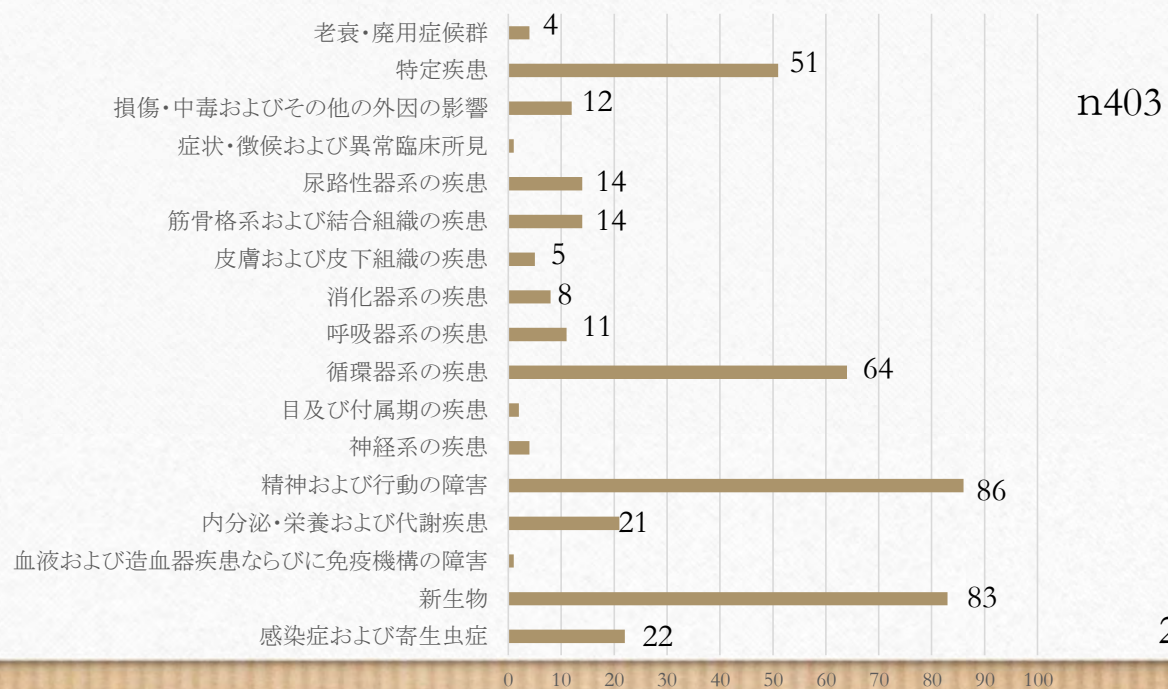


2021年度介護保険による訪問看護
利用者における要介護度別割合

■ 要支援1 ■ 要支援2 ■ 要介護1 ■ 要介護2 ■ 要介護3 ■ 要介護4 ■ 要介護5

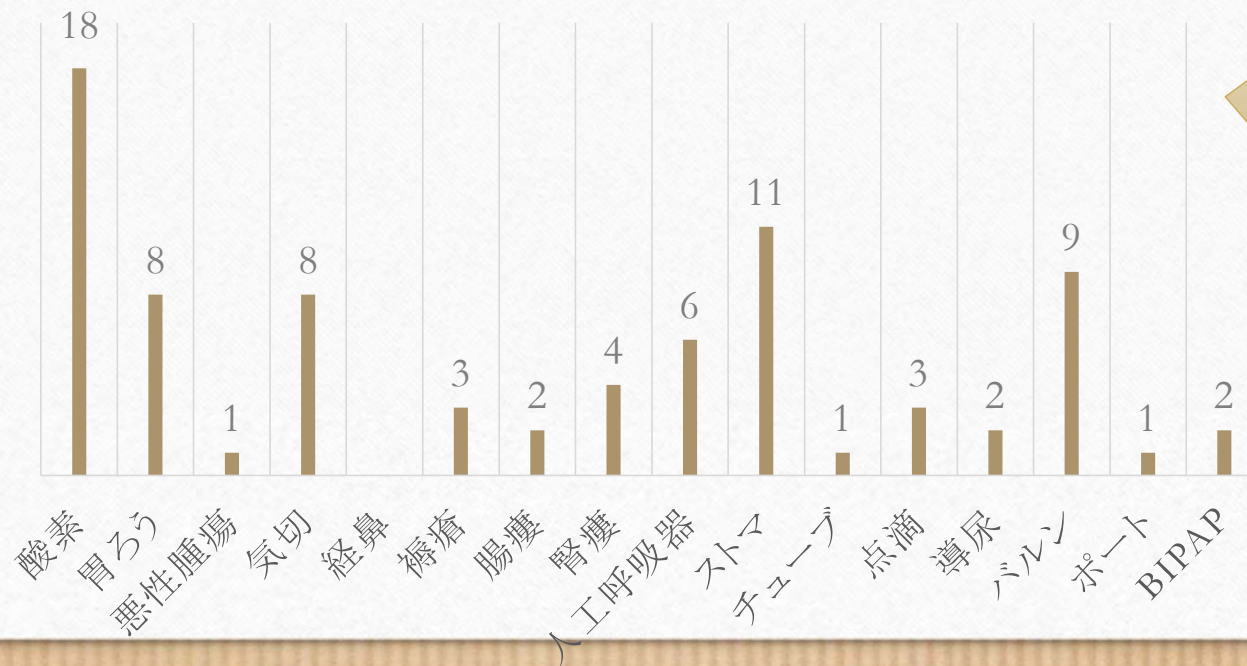
当ステーション利用者の背景④

疾患分類別利用者数(年間)



当ステーションの利用者の背景⑤

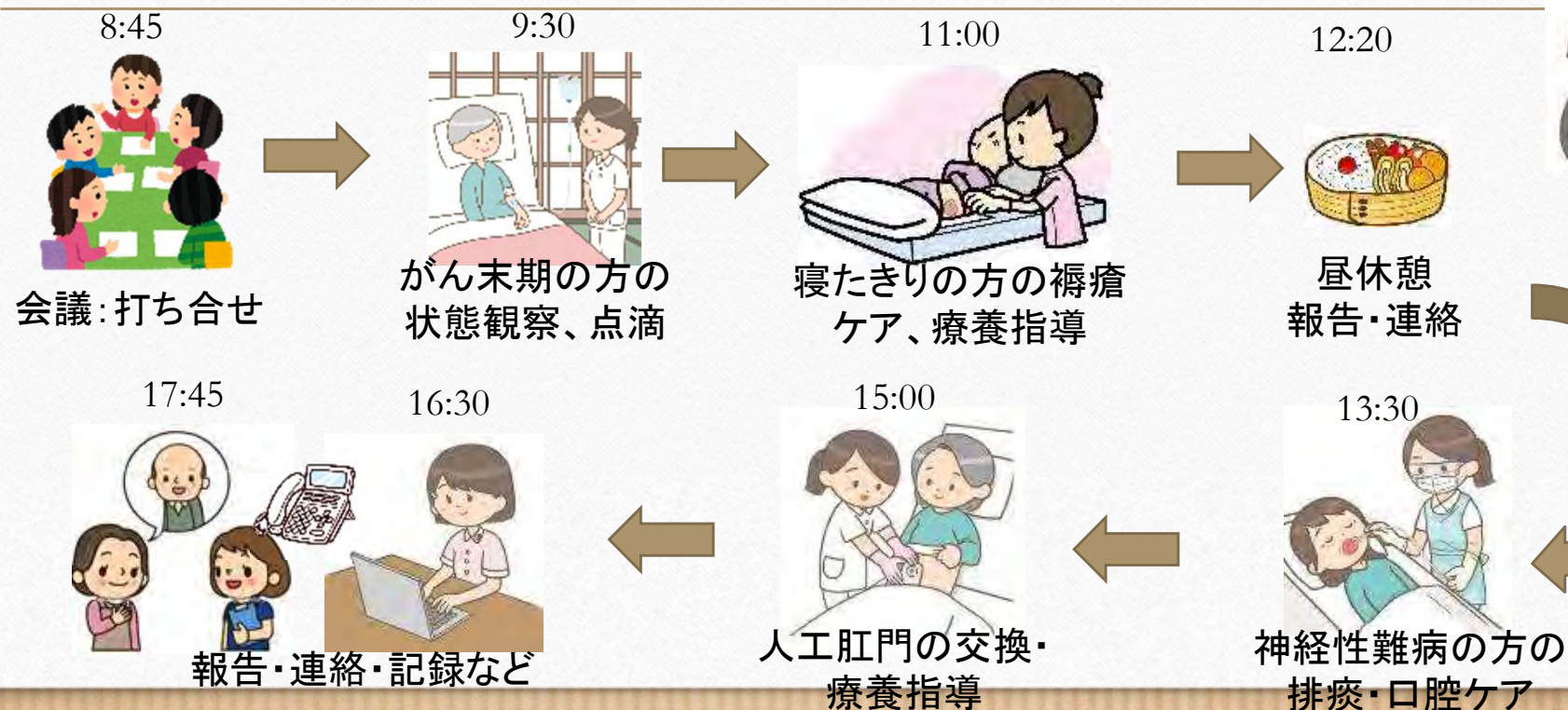
特別管理加算利用人数(2022年2月)



利用者の約3割
が医療機器の
管理を要する

訪問看護師のある1日

次の訪問までの間、
安定して過ごせる、療
養生活に困らないよう
にケアを行っています



緊急連絡体制

体調の変化や療養における困りごとに対し、24時間連絡が取れる体制を取り、医師と連携し、24時間365日支援しています

例)

いつもと様子が違う、ぐったりしてる
熱がある
痰がゴロゴロしてる
バルカテーターから尿が流れ出ない
転倒した

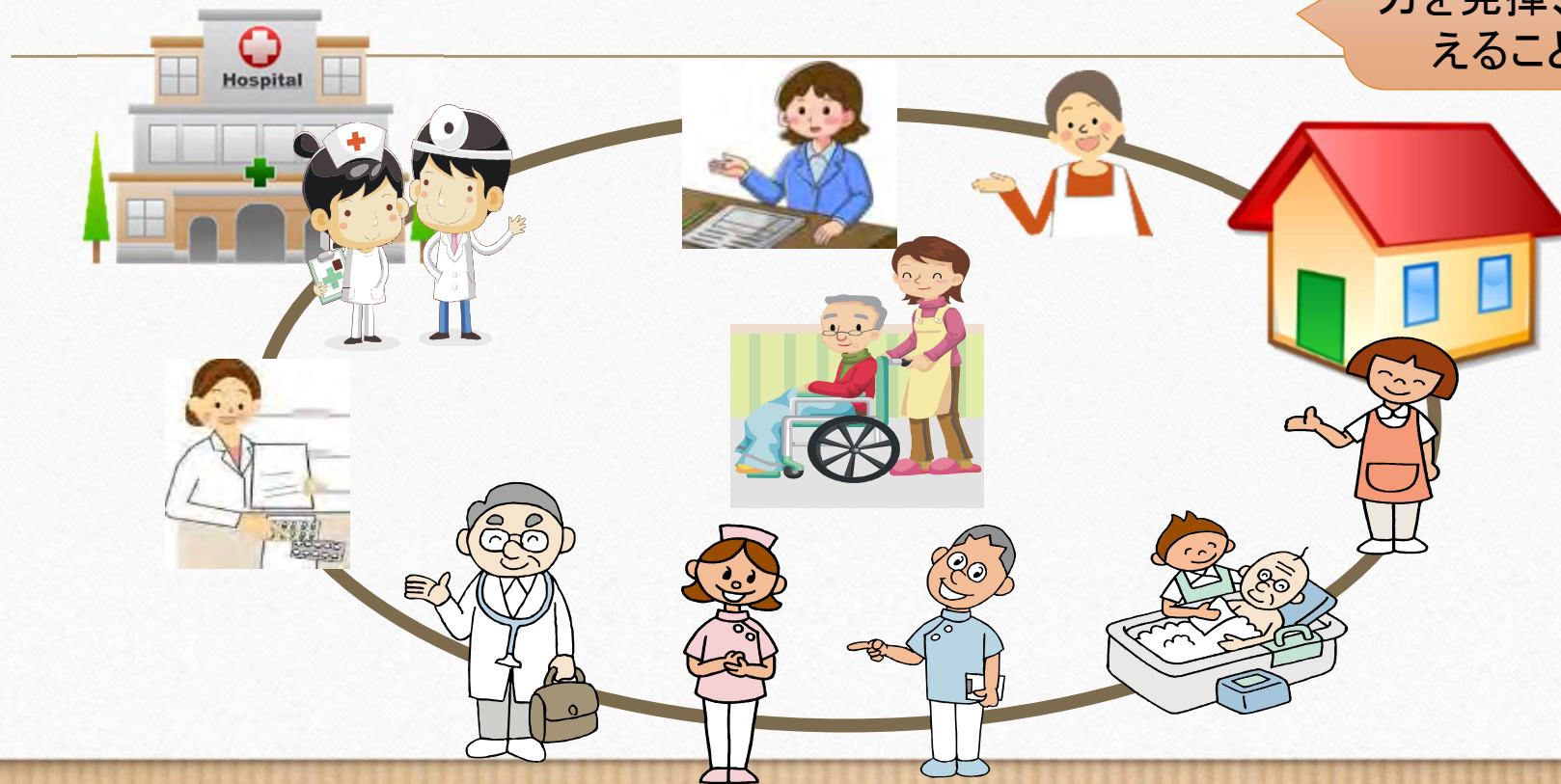
など



利用者の約75%が
緊急契約している

医療・介護連携

訪問看護は、在宅
チームの連携により、
力を発揮、療養者を支
えることができる



訪問看護の実際； 事例(1)慢性心不全の利用者Aさんへの関わり

Aさん 73歳 独居

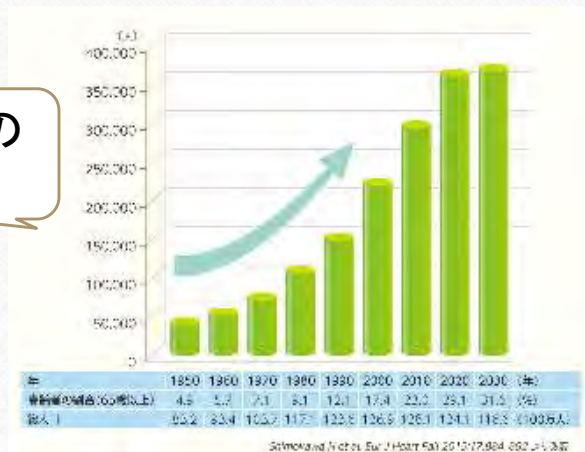
経過； X年7月 認知症を機に関わることとなった。
労作時息切れ、眼瞼浮腫、腹部膨隆、両下肢浮腫あり、
通院歴、服用状況など不明
循環器受診、うっ血性心不全にて入院した。
利尿剤、服薬管理にて体重17kg減少
内服コントロール可能となり、退院後より訪問看護が開始となった。

X-10年 心室細動、肥大型
心筋症診断、
ペースメーカー装着
X-5年 通院歴あり

高齢者に多い心不全

心不全は、ポンプ機能の低下により全身に十分血液を送り出すことが出来なくなった状態

80歳代の
1/10人

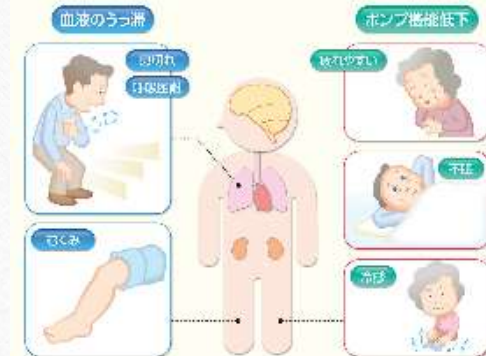


日本における心不全新規発症者の推移

心不全の要因



心不全の症状



公社)日本心臓財団 H.P

訪問看護の実際；

事例(1)慢性心不全の利用者Aさんへの関わり

- 訪問看護 退院直後は5回→1回/W訪問
 - ・内服管理・・・1回/日、1包化服用に調整
 - ・体重コントロール
 - ・食事、水分摂取状況の確認
 - ・在宅医、ケアマネ、ヘルパーと連携
 - 体調変化が見られると早期受診、入院回避



訪問看護の実際； 事例(2)精神疾患があり、血糖コントロールの 必要な利用者Bさん

Bさん 60代 女性 姉と同居

病名 統合失調症、糖尿病

経過 高血糖で2回入院歴がある。ベースに統合失調症があり、服薬管理中。妄想があり、姉に対して攻撃的。食事指導が守れず、内服コンプライアンス不良。血糖300～500代と高く、インシュリン導入、退院後より訪問看護が開始となる。

事例(2)精神疾患があり、血糖コントロールの 必要な利用者Bさん

- 訪問看護3回/Wで開始
 - ・自宅で血糖測定やインシュリンが自立して行うことができるか確認
 - ・食事内容の確認、療養相談、指導
 - ・運動療法についてのアドバイス
 - ・病院、地域連携室や栄養士さんとの連携



事例(2)精神疾患があり、血糖コントロールの必要な利用者Bさん

□ 訪問看護3回/Wで開始

- ・自宅で血糖測定やインシュリンが自立して行うことができるか確認
- ・食事内容の確認、療養相談、指導
- ・運動療法についてのアドバイス
- ・病院、地域連携室や栄養士さんとの連携

姉も一緒に

生活習慣の中にインシュリン療法、食事や運動をうまく取り入れることができるようになる。

訪問看護2回/Wへ、定期的な関わりにより、状態が維持

高齢者の疾病をめぐる特徴

- 症状経過が典型的ではない
- 合併症を起こしやすく、複数の疾病をもつ
- 慢性的に経過することが多い
- 病状が急変しやすい
- 脱水、電解質異常を起こしやすい
- 意識障害、せん妄を起こしやすい
- 薬剤の副作用が出やすい

状態が変化しやすく、症状をうまく訴えられない療養者が多い。

療養者さんのアセスメント、看護の展開、サービスの見直しが重要となる



老年症候群

□ 加齢により全身諸臓器の機能が低下し、様々な疾患が複合して生じる。高齢者に多く、特有な治療あるいはケアが必要な症状の総称

特徴・原因が多岐にわたること

- ・慢性的な経過をたどること
- ・高齢者の自立を著しく阻害すること
- ・簡単には治療、対処法が見いだせないこと

代表的なもの

- ・フレイル
- ・サルコペニア
- ・廃用症候群
- ・認知機能の低下

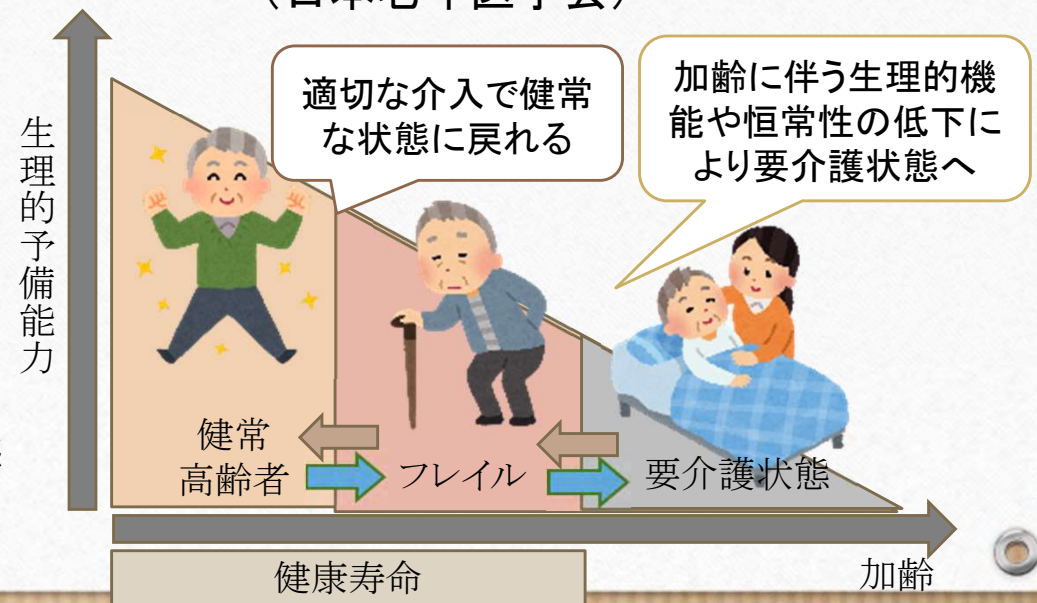


フレイル

□ フレイルとは、年齢に伴って筋力や心身の活力が低下した状態
(日本老年医学会)

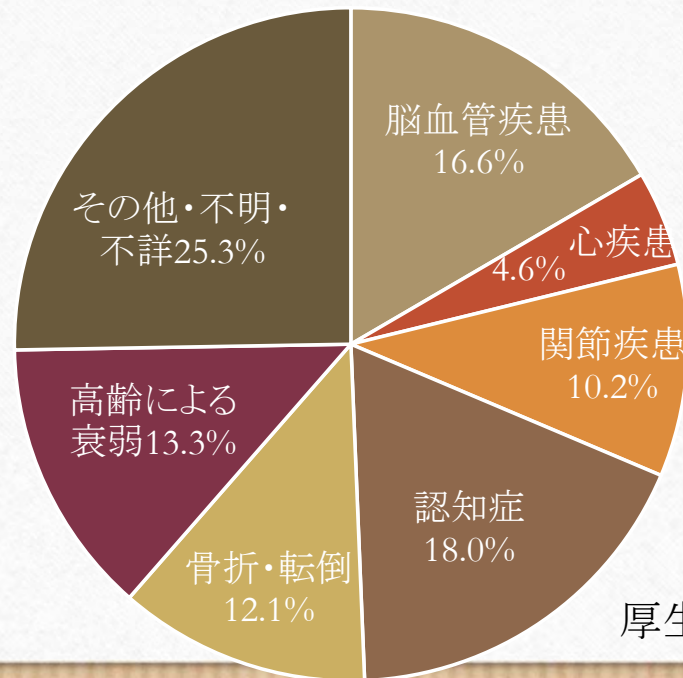
- 体重減少
- 筋力低下
- 疲労感
- 歩行速度低下
- 身体活動量低下

5つのうち3つ以上が当てはまる状態



加齢に伴う身体的機能低下とフレイル

要支援・要介護になった疾患の割合



厚生労働省「平成28年国民基礎調査」

訪問看護の実際； 事例（3）転倒を機に寝たきり状態になったCさん

Cさん 90代 男性 妻と二人暮らし 要支援2

病名 心筋梗塞の既往、神経因性膀胱があり自己導尿

経過 尿路感染症を繰り返していることより、状態観察、自己導尿の確認、療養指導目的で訪問看護が開始となった。
1回/Wの訪問看護の介入、状態観察、療養指導、内服確認等により感染増悪なく、状態は安定していた。

訪問看護の実際； 事例（3）転倒を機に寝たきり状態になったCさん

ある日、玄関先で転倒した。
骨折はなかったが、ベッドより動けなくなった。
筋力低下が進んでおり、動くことへの不安もみられた。



Cさんは寝たきり状態になり、徐々に衰弱
ヘルパー、訪問入浴等連携支援し、最期まで自宅で過ごされた。

ACPについて ～人生会議～



「Advance Care Planning」

もしものときのために、自らが大切にしていることや希望する人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族等の信頼できる人や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組のことをいう。

「Advance」は「事前の」、「Care」は「介護・看護」、「Planning」は「計画すること」

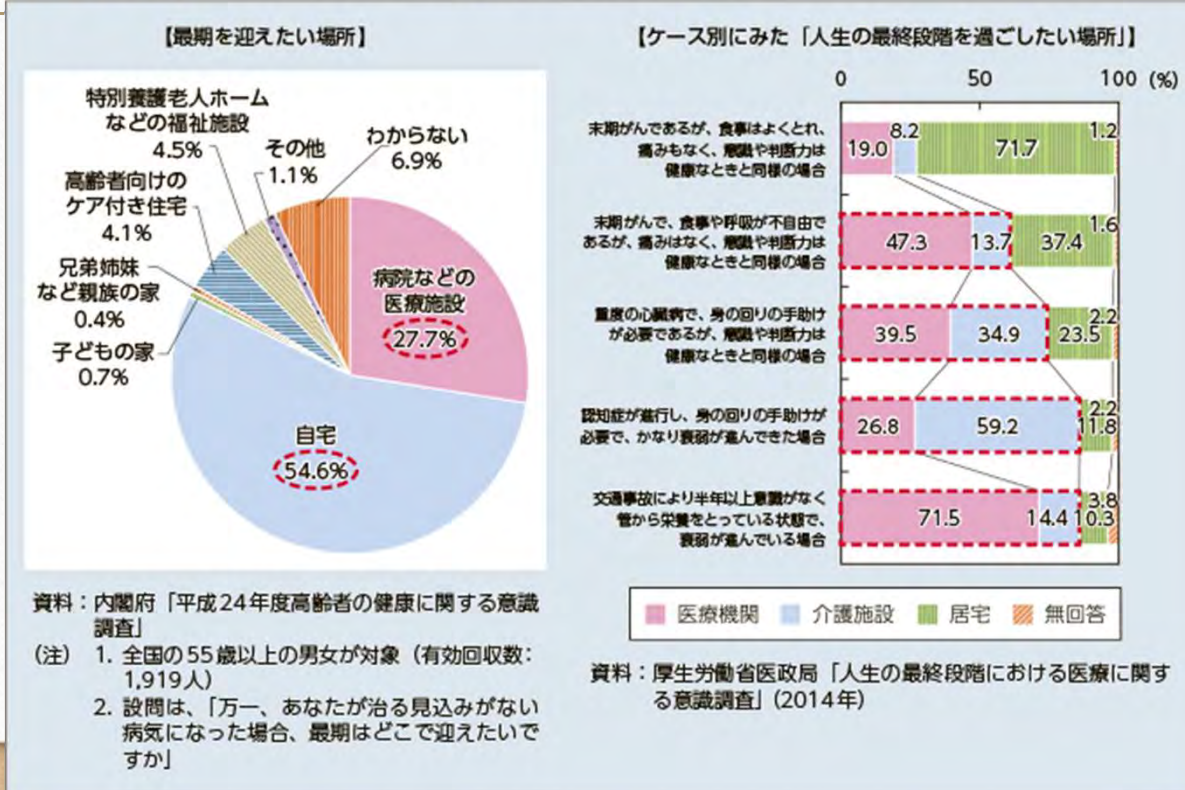
実際には・・・

終末期においては約70%の患者で意思決定が不可能

Silveira MJ, NEJM 2011

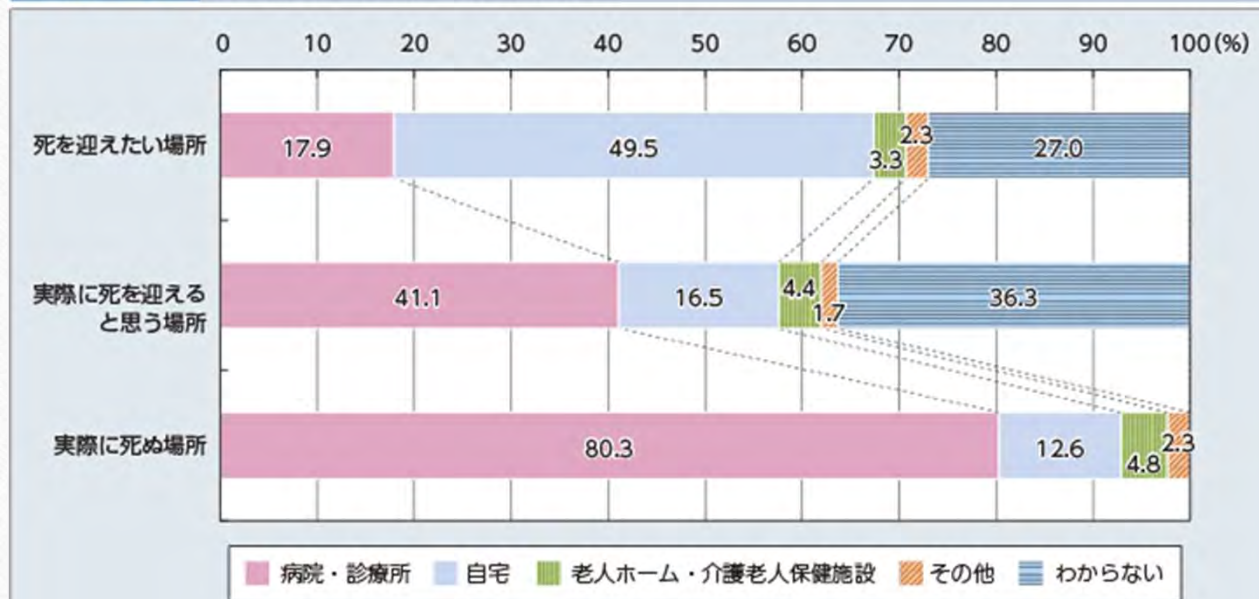
療養の場の希望

図表 2-2-8 人生の最終段階について～最期を迎えたい場所～



最期を迎える場所

図表 2-4-3 最期を迎える場所～希望と現実

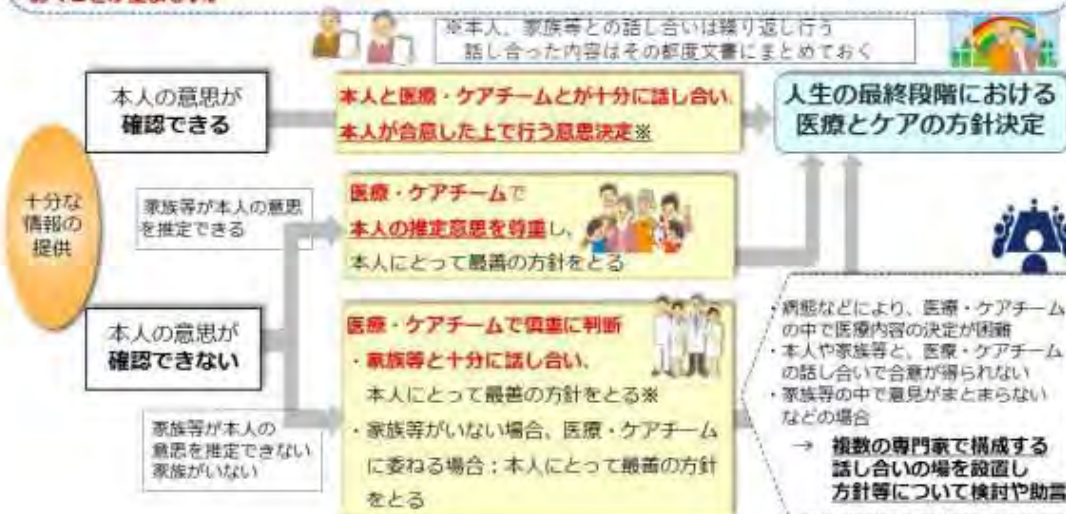


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成22年人口動態統計」及び「安心と信頼のある「ライフエンディング・ステージ」の創出に向けた普及啓発に関する研究会報告書」（経済産業省）より

人生の最終段階における医療・ケアの決定

参考3 「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」見直し

- ① 人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が多専門職の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと話し合いを行い、本人による意思決定を基本として進めることが最も重要な原則
- ② 患者の意思は変化しうるものであることを踏まえ、医療・ケアチームにより、患者が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて話し合いが繰り返し行われることが重要。話し合いに先立ち、患者は特定の家族等を自らの意思を推定するものとして前もって定めておくことが望ましい。



ACPで話し合う内容

- 療養者が望めば、家族や友人とともにおこなわれる
- 療養者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい。
- ACPの話し合いは以下の内容を含む
 - ・療養者本人の気がかりや意向
 - ・療養者の価値観や目標
 - ・病状や予後の理解
 - ・治療や療養に関する意向や選好、その提供体制



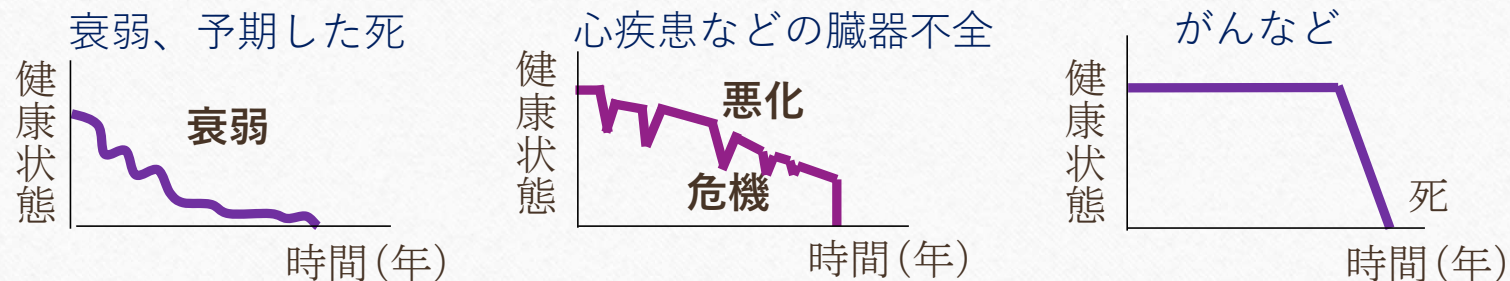
心づきり

お名前： _____ 日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 大切にしていること
2. 自分の生き方（心情）
3. 病気になったときに望む医療やケア、望まない医療やケア
4. 自分で意思表示ができないときに望む治療
5. 自分の代わりに判断してほしい人
6. これだけは嫌なこと
7. 最後まで暮らして欲しい場所

終末期における訪問看護師の役割

➤ 終末期の疾患の軌跡



(Field MJ & Cassel CK, 1997; Lunney JR et al., 2003)を一部改変

➤ 訪問看護師の役割

- 終末期、看取りプロセスの調整役
タイムリーな医療介護連携、苦痛が最小限、安全安楽に過ごせるように
- 患者・家族の代弁者
気がかり、意向、思いを多職種に繋ぐ。意思決定を支える

訪問看護の実際； 事例(4) 家族に見守られ自宅で最期を迎えられたDさん

Dさん 80代 女性 独居 要介護4

病名 胃がん(噴門部)末期

既往歴なし

経過 3, 4か月前より食事量減少、嘔気嘔吐あり、体重減少、体力低下認められた。受診結果、胃がん診断され、ステント挿入、退院後より訪問看護が開始となった。

訪問看護の実際； 事例(4) 家族に見守られ自宅で最期を迎えられたDさん



Dさん

今まで病気ひとつしてこなかった。出来ればここで過ごしていきたい

身体のこと心配、仕事があるので介護を助けて欲しい。最期はホスピスに入院させたい。



娘、息子

訪問看護3回/W、ヘルパー朝・昼2回/日、デイサービス2回/W
娘がDさん宅より出勤(夜間介護)、兄や弟夫婦の協力支援

訪問看護の実際； 事例(4) 家族に見守られ自宅で最期を迎えられたDさん



Dさん

しんどい、
起きていられない。
寝てていい？

食べれなくなって、
一人で起きれない。
入院を考えてたけど、
母は家にいる方が安
心するように思う。



娘、息子

看護師やヘル
パーさんが来て
くれると安心

訪問看護4回/W、ヘルパー朝・昼・夕3回/日、マットレスをエアマットに変更
娘は介護休暇、兄や弟夫婦の協力支援

訪問看護の実際； 事例(4) 家族に見守られ自宅で最期を迎えられたDさん

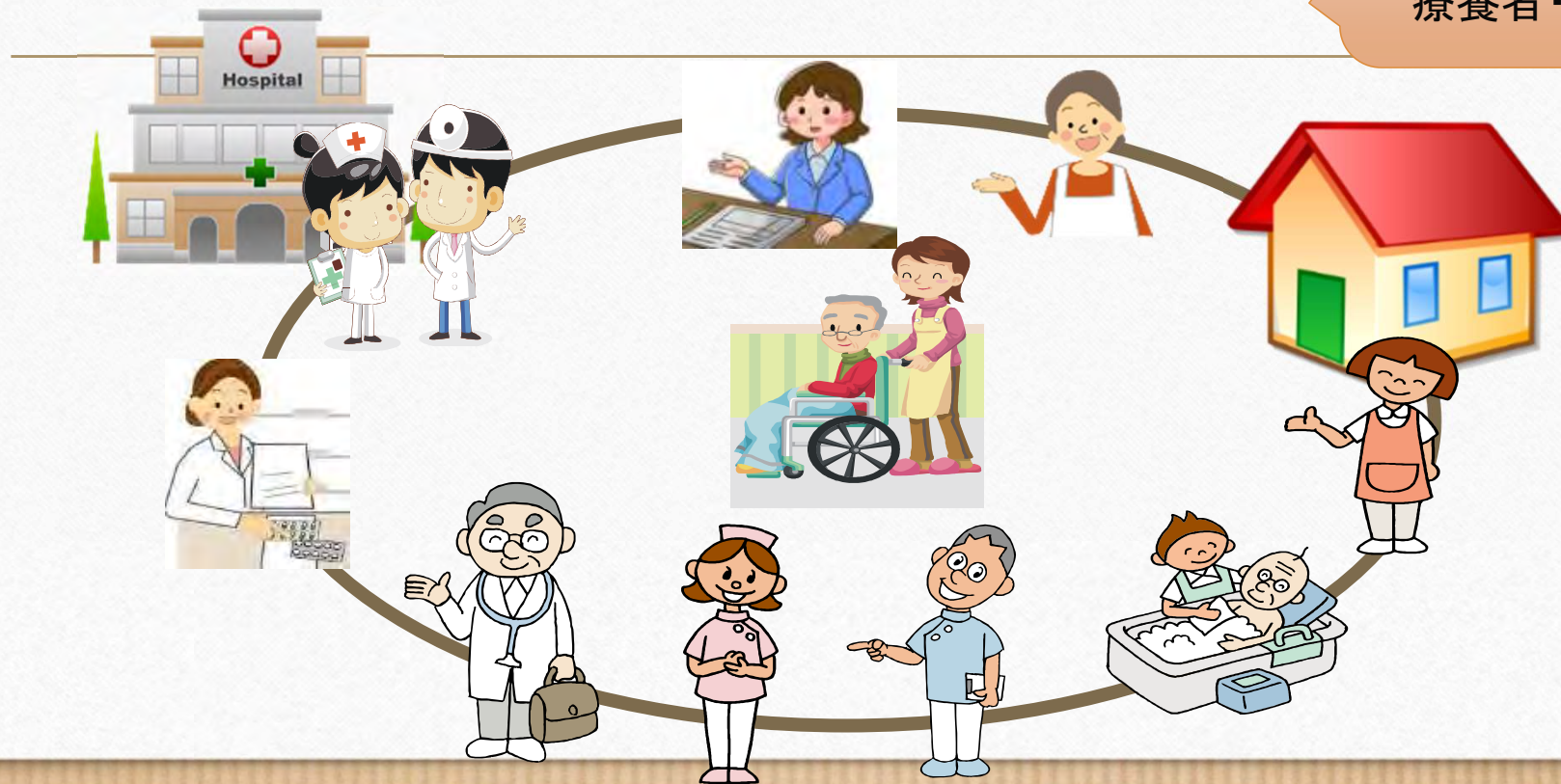
眠っている時間が多くなる。
時々「なにか飲みたい」等話され、
お茶やジュースを飲まれた。
声を掛けると頷かれたり、おむつ交換の際には
腰を上げてくれた。

退院されて約1か月後、家族が見守るなか
Dさんは旅立たれた。



医療・介護連携

専門職としての力、
チーム力により
療養者・家族を支援



終末期を支える地域づくり



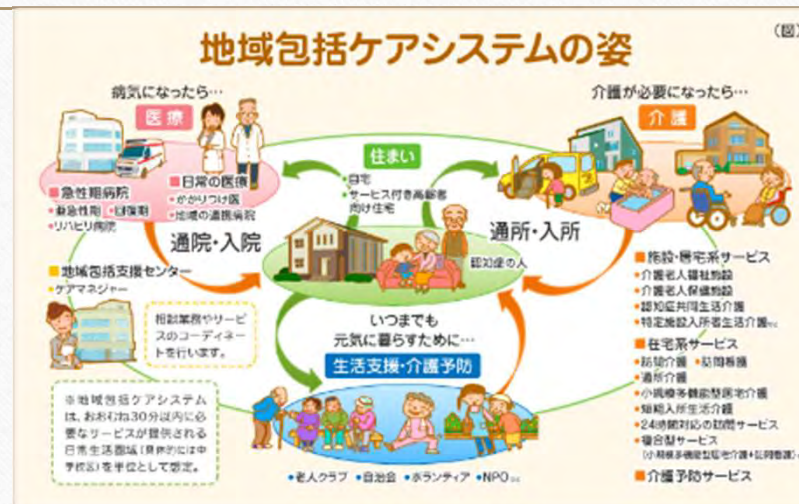
- 訪問看護師としての専門性に責任を持つ
- 多職種、チームメンバーを尊重する姿勢、協働
- 療養者・家族主体の終末期ケア

それぞれの専門性・チーム力によるケア

その人らしく、安心して穏やかに過ごせる

多職種チーム員、チームが成長・成熟

地域を支える訪問看護師の役割



住み慣れた地域での在宅療養を、最期まで支える

訪問看護・介護領域
の看護人材確保

訪問看護事業
所の基盤強化

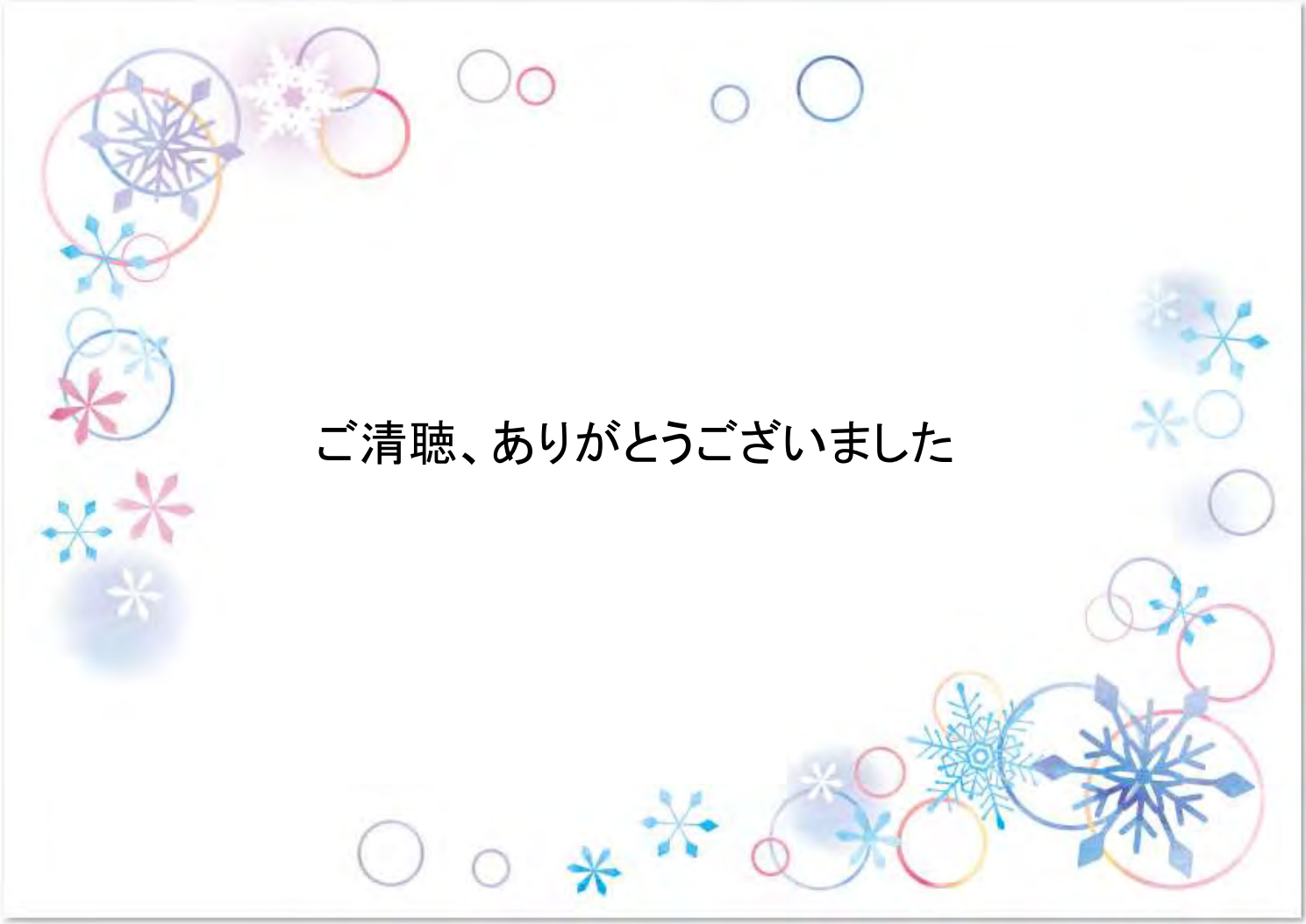
効率的なサービス
提供体制の整備

看護の質の向上
連携・調整力強化

訪問看護は

- 病や障害のある療養者・家族が安心、安楽に生活できるように支えている。
- これからの療養について、よりよく過ごせるように意思決定を支援している。
- 住み慣れた地域で安心・安楽に過ごせるように、在宅チームにおけるキーパーソ的な役割を担っている。
- 地域を支える上で、サービスの基盤強化、質の向上など課題に向き合っていく必要がある。



A decorative slide with a white background and a light blue border. The slide is adorned with various winter-themed illustrations, including snowflakes in shades of blue, pink, and white, and circles in blue, pink, and yellow. The text "ご清聴、ありがとうございました" is centered on the slide.

ご清聴、ありがとうございました