

自立した日常生活を送るために

介護保険の軽度認定者に訪問看護を活用しましょう



訪問看護は重症化予防に効果があります

大分県

重症化予防のために訪問看護を効果的に活用しましょう。

介護保険の軽度認定者で、以下の項目にチェックが入る方は、訪問看護の利用をお勧めします。

- 複数の疾患(糖尿病、高血圧、心疾患など)がある。
- 複数の医療機関を受診している。
- 入退院を繰り返す。
- 脳卒中や骨折治療後など、入院中にADLが低下した。
- 病気に対する理解がない。
- 薬の管理ができない。
たくさんの薬を飲んでいる。
- 息苦しさを訴える。
- 食事・水分制限が必要だが守れない。
- 排尿、排便に問題(便秘、頻尿、尿漏れなど)がある。
- 表情が乏しい、抑うつである。
(閉じこもりがち)



訪問看護ステーションに相談しましょう。

早い段階で訪問看護を導入すると…

- ◆ 健康状態や治療の状況をアセスメントし、予防的支援や助言ができます。
- ◆ 主治医と円滑に連携ができます。
- ◆ 健康状態の変化に応じて、ケアプランを自立支援型にできます。

入院中から訪問看護と連携すると…

- ◆ 入院中の療養指導の内容を適切に在宅支援につなげることができます。

利用者の健康状態を維持し、重症化を予防することができます。



訪問看護の導入例

介護保険と医療保険を活用し、入退院の回数が減少した事例

(80歳 女性 要支援2)

一人暮らしで、ヘルパーとデイサービスを利用していたこの女性は、慢性心不全で、半年の間に4回の入退院を繰り返していました。

ケアマネジャーが訪問看護師に相談

- ◆ 訪問看護師は、病院へ連絡し主治医や担当看護師と打合せを実施。
- ◆ 外泊時に訪問看護師(医療保険)が訪問
→生活の様子や家の環境を見ながら、慢性心不全の自己管理方法を確認。
- ◆ ケアマネジャーと訪問看護師は、退院調整会議に参加
→退院直後から、スムーズな療養生活が始められるように、病院スタッフと調整。

入院中

ケアマネジャーがサービス担当者会議を開催

【ケアプランの内容】

- 《医療保険》
・特別訪問看護指示書により訪問看護を週4日2週間利用
→訪問看護師は在宅での健康状態のチェックや服薬管理・生活環境の整備を実施

《介護保険》

- ・食事は配食サービス利用。
- ・入浴のためにヘルパーを週1回利用。

退院直後

在宅

ケアマネジャーがサービス担当者会議を再度開催

- ◆ ケアマネジャーは、訪問看護師に在宅での生活が可能であることを確認。
- ◆ 健康状態の維持と悪化予防、ADLの向上を目的に検討。

【ケアプランの内容(変更)】

- 《介護保険》
・訪問看護を2週に1回利用
・ヘルパーとデイサービスを週1回づつ利用

健康状態の変化に応じた支援をケアプランに導入した結果、病状が安定し、在宅での生活を続けることができるようになりました。

ポイント!
介護保険と医療保険を上手に活用しよう

早い段階で訪問看護を利用することで効果がありました

薬の調整によって、認知症の興奮が治まった

アセスメント
によって、
興奮の原因が
明らかに

Aさん(80歳 男性 要介護1)

認知症のAさんは落ち着きがなく、うろうろ歩き回り介護職員を怒鳴っていました。

訪問看護師がアセスメントした結果、便秘で不快感を表現できないことが原因だと分かったため、主治医に報告し内服薬を調整してもらうことで、排便がスムーズになり、穏やかなAさんに戻りました。

その後、服薬管理と排便管理を目的に、訪問看護を週1回程度継続しています。(介護保険)



病気に対する不安が減り、入浴ができるようになった

Bさん(70歳 女性 要支援2)

ペースメーカーを装着しており、血圧の変動によって、めまい、ふらつきがあったBさん。不安から入浴を拒否していました。

訪問看護師が血圧測定をして、主治医に報告することで、入浴に問題ないことが確認できたため、安心して入浴できるようになりました。

その後も訪問看護を月2回継続することで、介護職員のみで入浴可能になりました。(介護保険)



再入院が減少した

Cさん(80歳 女性 要支援2)

一人暮らしで、訪問介護とデイサービスを利用していたCさんは、慢性心不全で、半年の間に4回の入退院を繰り返していました。

訪問看護師が、服薬、食事療法、リハビリの指導や体重管理を行い、ヘルパーには支援のポイントを伝えたところ、入院回数が少くなり、在宅療養を続けることができるようになりました。