

訪問看護における ケアマネジメントと --- 社会資源の活用



1 ケアマネジメントの考え方 P220

◇**ケアマネジメント**:対象者の生活全般の状況を総合的に把握し、自立した日常生活に向けての希望を十分に把握し、それをふまえてニーズに応じたサービスを一体的に提供する専門的な機能

「介護支援専門員専門研修ガイドライン」

P221

◇**ケースマネジメント**:対象者のニーズを満たすために、さまざまな社会資源を総合的に調整する機能

◇**ケアコーディネーション**:保健、医療および福祉の連携の下で最適なサービスを総合的に提供するための調整を行う

「地域保健法」に基づく「地域保健対策の推進に関する基本指針」

2 ケアマネジメントの要素・機能・過程 P221

◇ケアマネジメントの構成要素

①対象者 ②サービス調整者 ③サービス(社会資源)

◇ケアマネジメントの機能

構成要素  の3つを結びつける

適正なケア、一貫性を保つ

対象者に情報提供し、自己決定を援助する

ニーズにあわせたサービスを受けられるようにする

サービスの開発・組織化

◇ケアマネジメントの過程 P222 図6-17

- ①アセスメント、対象者に何が必要か？
- ②サービスの情報提供
社会資源の組合せを計画
- ③地域の福祉事務所や病院、用具レンタルの業者などとの仲介
- ④利用者の満足度の確認
- ⑤サービスの見直し、計画の修正・変更

ケアマネジメントの過程

インテーク

導入面接



ケアマネとの
初対面・相談

アセスメント

調査
事前評価



ニーズの
明確化

プランニング

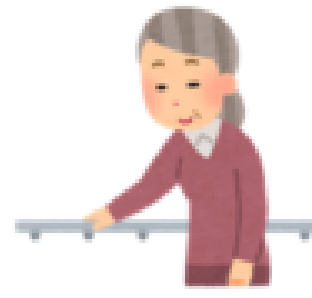
援助目標の設定
援助計画の作成



ニーズを解決する
ための計画立案

インター ベンション・ モニタリング

計画の実施
直接・間接介入
経過観察



計画の実施
経過観察

エバリュ エーション

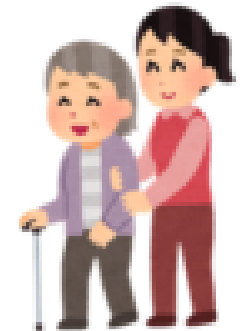
結果の評価
援助方針の
見直し



実施される計画
継続的な把握・評価

ターミ ネーション

保護廃止
援助終了
アフターケア



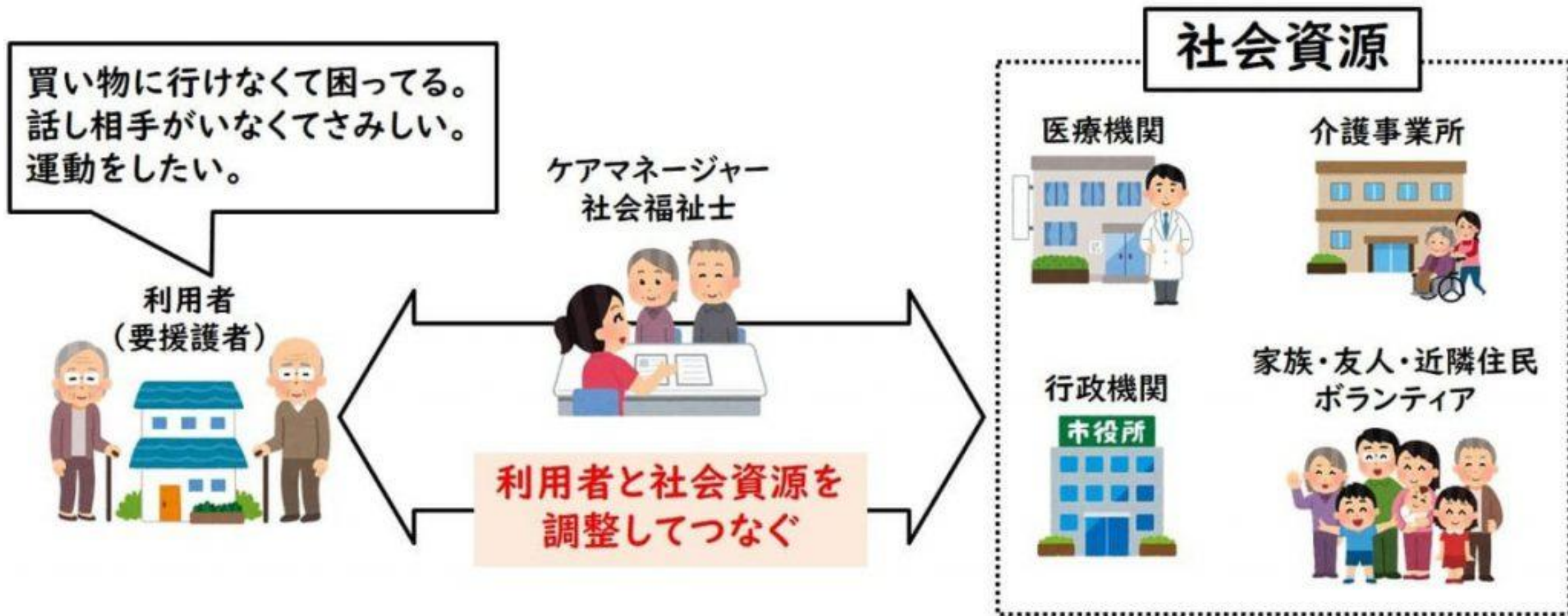
終了
事後支援

◇社会資源の活用

P222

①社会資源とは

②社会資源の分類



③社会資源の活用

利用者に必要な社会資源を紹介
社会資源の開発・整備

④地域・在宅看護に おける社会資源の活用

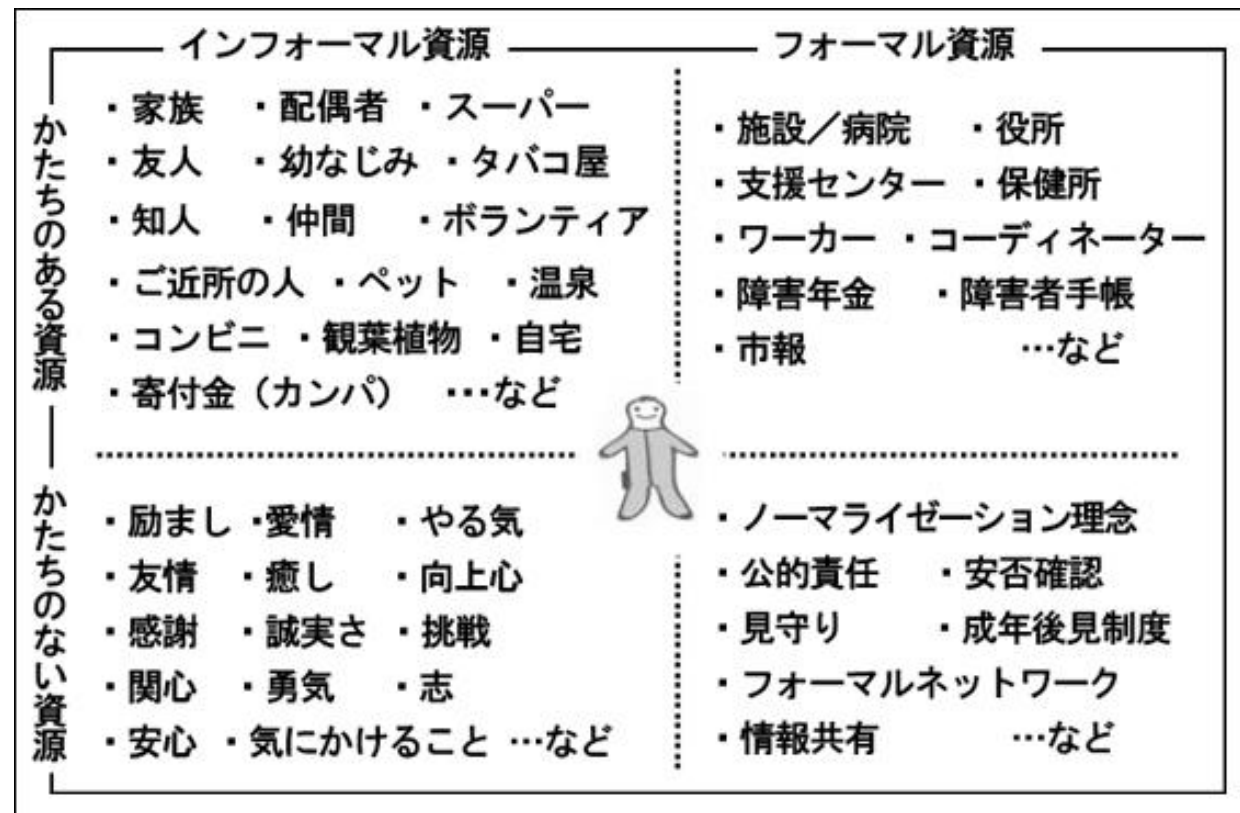


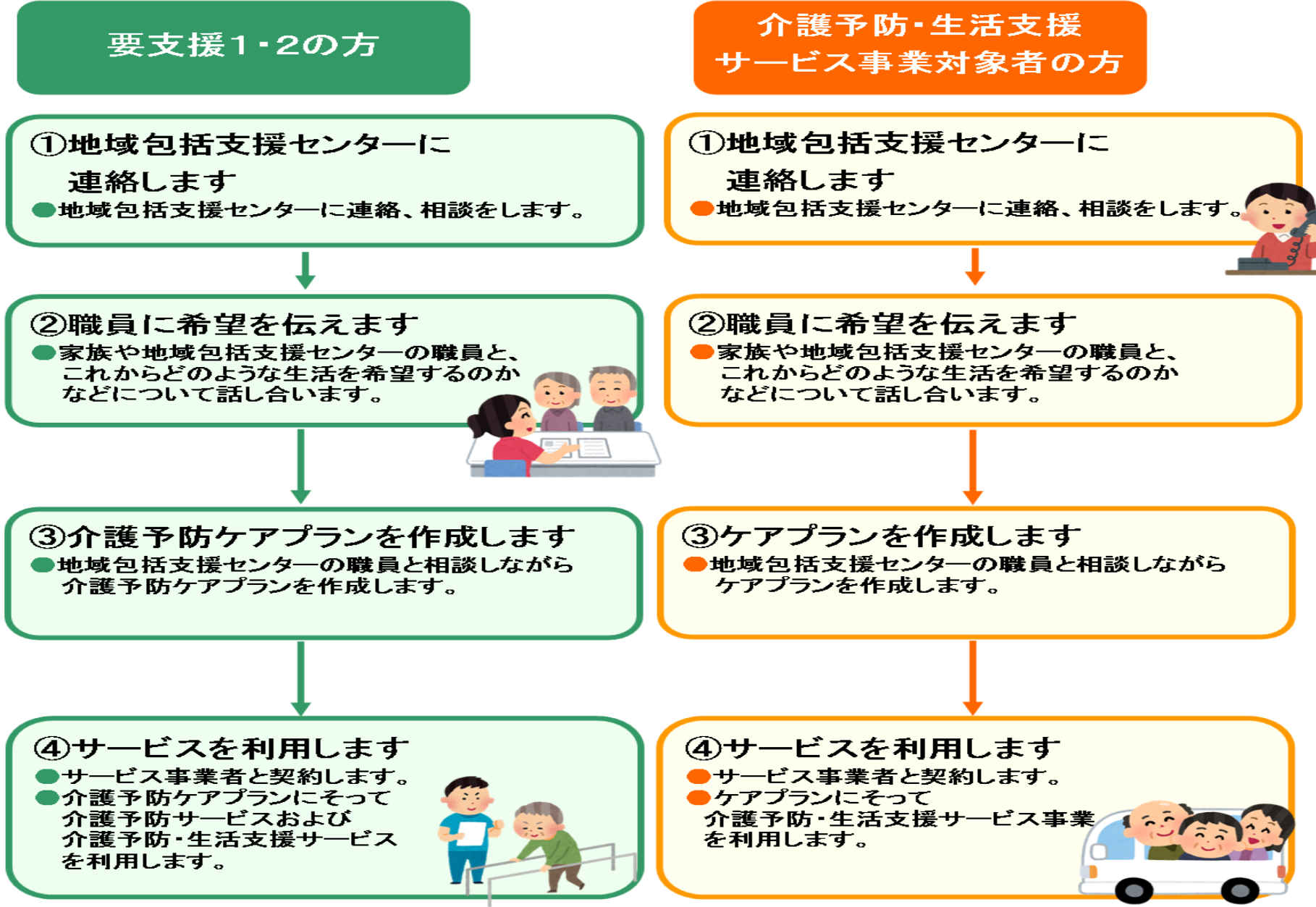
図 2-2-2 「社会資源の4領域」

4 介護保険制度におけるケアマネジメント P223

介護支援専門員
(ケアマネジャー)

表6-14

◇要支援者への
マネジメント👉



◇介護保険非該当の場合

①非該当の人

●介護予防（地域支援事業）の対象者

介護保険の対象にはなりませんが、生活機能が低下し、将来的に要介護状態にならないよう予防する必要がある人

保健師等による
簡易なアセスメント

チェックリスト等を用いて、利用者の心身の状態等を把握し、課題を分析します。

サービス担当者
との話し合い

複数のサービスを利用することが必要な場合などに実施します。

簡単な介護予防
ケアプランの作成

目標を設定して利用するサービスを決めます。

地域支援事業の
介護予防事業
を利用

一定期間ごとに効果を評価し、プランを見直します。

地域包括ケアシステムの姿

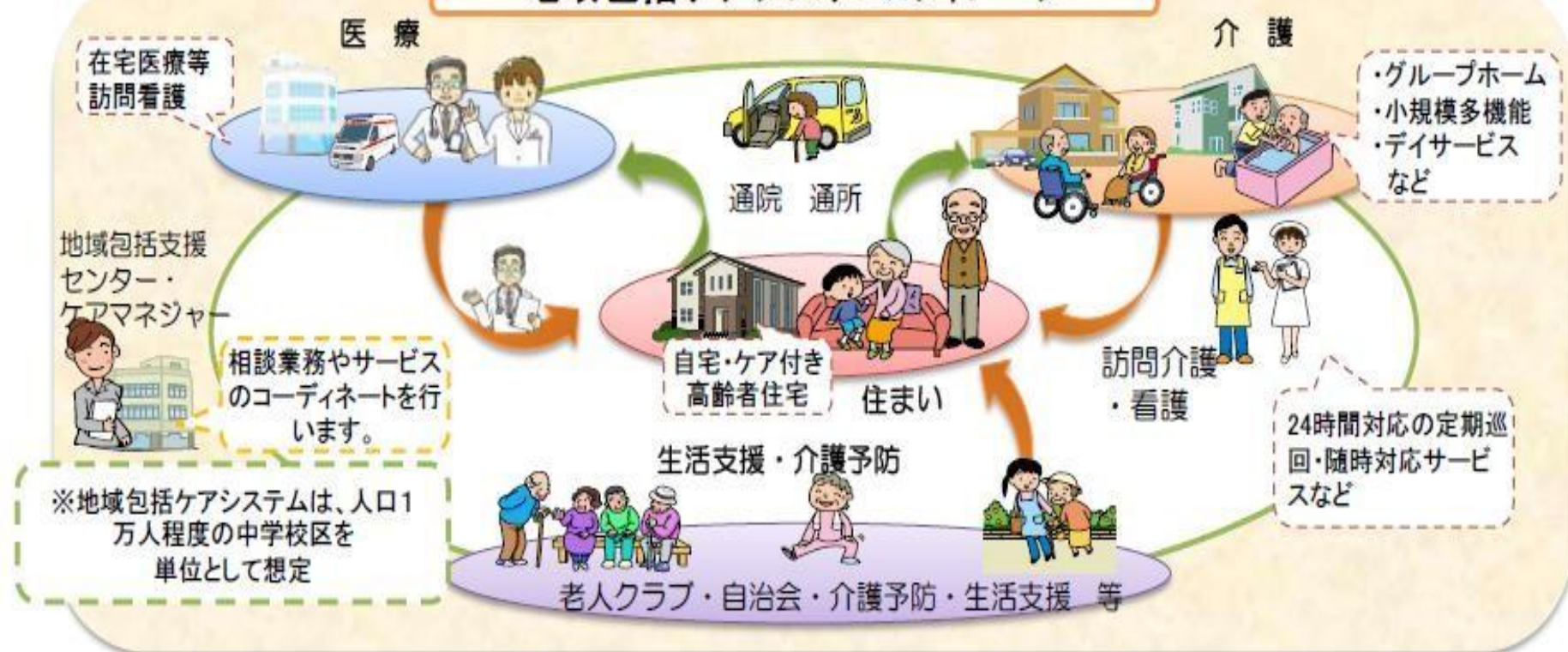


地域包括ケアシステム

- 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イメージ



高齢化に向けてどうすればよいのか

①訪問看護の量的拡大

住み慣れた地域で安心して健やかに暮らせるように、全国どこでも、必要な時にいつでも訪問看護を利用できる体制を整備する。

(1)訪問事業所の全国的な整備

(2)訪問看護師の安定的確保

現在の約3倍→約15万人に増やすことが目標

(3)医療機関と訪問看護ステーションの看護師の相互育成

②訪問看護の機能拡大

訪問看護の提供の場を拡大し、自宅の訪問だけでなく、介護施設など生活の場への訪問を拡大するとともに、重症度の高い利用者への対応や予防・相談機能など、訪問看護の機能を拡大する。

(1)訪問看護の提供の場の拡大

(2)訪問看護事業所の機能の拡大

(3)看護小規模多機能型居宅介護の拡充

(4)訪問看護業務効率化

③訪問看護の質の向上

健康の維持・回復・生活や穏やかな人生の最終段階を支える視点を持つ訪問看護師の育成を強化する。また、多職種と協働してケアチームの一員として、その役割を発揮できる力を強化する。

(1)健康の維持・回復、生活や穏やかな人生の最終段階を支える視点を持つ専門家の育成

(2)看護の専門性を発揮して多職種と協働

(3)訪問看護ステーション管理者のマネジメント力の向上

(4)看護基礎教育への対応強化

④地域包括ケアへの対応

それぞれの地域にあった地域包括ケアシステムの構築のために、地域住民・行政・他事業所・多職種と協働して取り組む。

(1)国民への訪問看護の周知

(2)地域包括ケアシステムの構築

(3)地域での生活を包括的に支援する訪問看護ステーションの
機能強化

(4)訪問看護の立場からの政策提言

多様化する在宅看護

地域における在宅看護

- ・在宅看護：人々が生活している居宅において行う
- ・対象：予防ケア、健康維持回復ケア、安らかな死に至るまでのターミナル・終末期ケアまで、幅広い。
- ・居宅、生活の場：気候・風土・文化・政治・経済・教育といった地域の特殊性によって影響を受ける。
- ・訪問看護ステーション、診療所他、保健・医療・福祉にかかわる機関利用のためのネットワークを広げる。
- ・社会の変化に応じた在宅看護を創造し続ける。

在宅看護の変遷 明治時代「派出看護師」

貧困者への巡回看護・結核患者への訪問看護事業

1970年代：病院から退院する患者への継続看護活動

1980年代：高齢化、老人保健法制定、

訪問看護活動が制度化

1992年：老人訪問看護ステーションが創設

1994年：健康保険法改正、すべての年代に訪問看護が

実施できるようになり、在宅看護の対象者が小児から

高齢者となる。医療機関から離れた地域であっても

訪問看護ステーションがあれば在宅看護が可能になる。

介護保険施行後の訪問看護

- ・2000年：介護保険法施行とともに医療保険での訪問看護は介護保険での実施が可能となる。

- ・介護保険サービスはケアマネジャー（介護支援専門員）が計画した介護支援計画に基づいて提供される。

ケアマネジャーとの連携が必須。

- ・介護保険法の施行は家庭内のものであった介護を社会化する大きな動きとなった。

- ・在宅重視の政策から、患者の居宅で行われる介護保険サービスが拡大し、患者は利用するサービスを選択できるようになる。改めて訪問看護の独自性が問われる。

これからの在宅看護

- ・わが国の在宅医療推進の医療政策は在宅看護に大きな影響を及ぼしている。
- ・診療報酬の改正により、多くの病院は入院期間の短縮を重大な課題としている。
- ・在宅医療への移行のために、在宅医療にかかわる機器・薬物も急速に整備されている。在宅看護における医療処置や医療機器を使用する対象者は急激に増加している。
- ・在宅療養：多様な療養スタイル、人工呼吸器装着、がん性疼痛緩和のための持続注入器の使用も可能。

継続看護と訪問看護 継続看護の意味

- ・看護の対象者に必要な看護が継続されること。
- ・看護の対象者は、年齢、健康レベル、疾患がさまざまであり、1つの病院でも集中治療室(ICU)、循環器集中治療室(CCU)、乳幼児集中治療室(NICU)などの医療別の部門が分化されている。
- ・医療制度改革により、病院は急性期病院と療養型病院に区分され、患者は複数の医療機関を経ながら治療を継続することになるので、どこにいても最適な医療を受け、在宅においても同レベルの看護が継続されなくてはならない。

継続看護としての訪問看護

- ・大半の患者は入院ののち、元の生活、在宅に戻る。
- ・入院期間の短縮されている。

全病院の平均在院日数：約30日、急性期医療：約14日

- ・在宅療養に必要な知識や技術を患者・家族が入院期間中に習得するのは困難ともいえる。退院後通院する外来看護においての個別の療養指導も難しい。
- ・退院後の療養生活が安定するまでの継続看護として、訪問看護の利用が効果的である。また、在宅看護の担当者から得られる患者の在宅療養に関する情報は、入院中の援助方法や退院指導に有効な情報である。

在宅看護における家族のとらえ方

- ・患者を家族のなかの存在としてみる視点が求められる。
看護師は家族を全体としてとらえる視点が必要となる。
- ・身近な家族は介護の担い手でもあり、患者の病状や生活の変化の観察者であるため、看護師にとって非常に重要な存在となる。
- ・施設内の看護に比べて家族への配慮が重要となる。
- ・看護師は、常に患者と家族の双方のQOLを尊重する姿勢が必要となる。

在宅看護の視点・特徴

①医療従事者と患者の位置関係

在宅看護では、医療従事者が居宅にいる対象者の生活の場を訪れる。そのため在宅看護においては、患者にとって看護師が訪問者（ゲスト）になる。

②看護師の責任性

看護師が居宅を訪問する時には多くの場合一人であり、その場にはほかの医療者従事者は通常いない。一人の看護師の観察や判断、それに伴う看護実践に対する責任がある。

③患者を支える在宅ケアチームの連携

他施設内の多職種・多機関で構成される。
在宅チームメンバーとの連携が重要であり、
関係調整能力が高く求められる。

在宅看護では、看護師は
チーム全体の調整者としての
役割が大きい。



在宅看護を担う看護師に求められる資質

- 1.常にゲスト（訪問者）である立場でケアを行う
- 2.挨拶と返事がきちんとできる
- 3.感謝の気持ちを伝える
- 4.電話の対応、接客、訪問のマナーを守る
- 5.組織の代表という意識を持つ
- 6.約束は守り、できない約束はしない
- 7.看護師としての資質を高めながら、患者と家族の主体性を尊重し、対象者の成長を喜び、責任をもって在宅看護を行っていくことが重要である

