

訪問看護 ステーション便り

No.29

問 訪問看護ステーション
☎ 32 - 2416

訪問看護のサービスは、紹介や相談によって開始します。今回は、ケアマネジャー、在宅医療サポートセンター（以下サポートセンター）、入院先、訪問看護が連携することで、初めて入院・退院した方が、かかりつけ医を持つことができ、訪問看護が開始になった事例を紹介します。

病気知らずだったJさん

Jさんは、83歳まで大きな病気をすることなく、畑仕事をして過ごしていました。健康だったため、かかりつけ医もありませんでした。



ある日、突然腹痛におそわれ、救急車でA病院に搬送されました。治療が無事に終了したJさんですが、入院前のように動けなくなりました。身の回りのことにも手伝いが必要になったため、介護申請をして

ベッドなど必要なものを準備して退院しました。

退院後、担当ケアマネジャーは、定期的な体調管理が必要と判断し、訪問看護に相談しました。

訪問看護はA病院の医師が主治医でも開始することができますが、Jさんとご家族が通院困難と感じているため、近くで訪問診療をしている医師に主治医を依頼する方法を提案し、サポートセンターを紹介しました。



サポートセンターでは、A病院・ケアマネジャー・訪問看護と情報を共有して、Jさん宅へ訪問できる医師を探し、B診療所を紹介しました。

B診療所の医師は、診察後『かかりつけ医』を受けてくれました。必要時、A病院への紹介もしますとの説明に、Jさんとご家族は安心されました。

B診療所の医師は、訪問看護開始の指示を出されました。



現在、Jさんは月1回の訪問診療と、週1回の訪問看護を利用しています。病院に通院しなくても診察を受けることができ、安心して自宅で過ごすことができます。

そして、Jさんの体調や生活・訪問時の様子などは、医師・ケアマネジャー・訪問看護でチームを作り、インターネットを介して情報共有しています。

【ケアマネジャー】

要支援または要介護と認定された人が、適切な介護サービス（要介護度別に1か月に利用できるサービスの上限額が決まっています）を受けられるようにするために、介護サービス計画を作成する専門職のことです。

介護を要する方の状況や、家族がどんなことに困っているのかを理解し、計画を立て、必要なサービスを受けられるようにサービス事業者へ手配するのが、ケアマネジャーの仕事です。



【新城市医師会在宅医療サポートセンター】

地域住民だけでなく、医療・介護関係者に対して、在宅医療に関する相談を受けたり、情報提供をしたりしています。必要時には相談先・対応先の紹介も行っています。

例えば、かかりつけ医のない方や往診を希望される際の医師との連絡調整などを行います。



在宅医療サポートセンターの詳細は広報ほのか1月号 11 ページをご覧ください。

