

2023年度(令和5年度)

在宅ケア事業のご紹介

職員構成・人数と利用者数

2023年4月1日現在

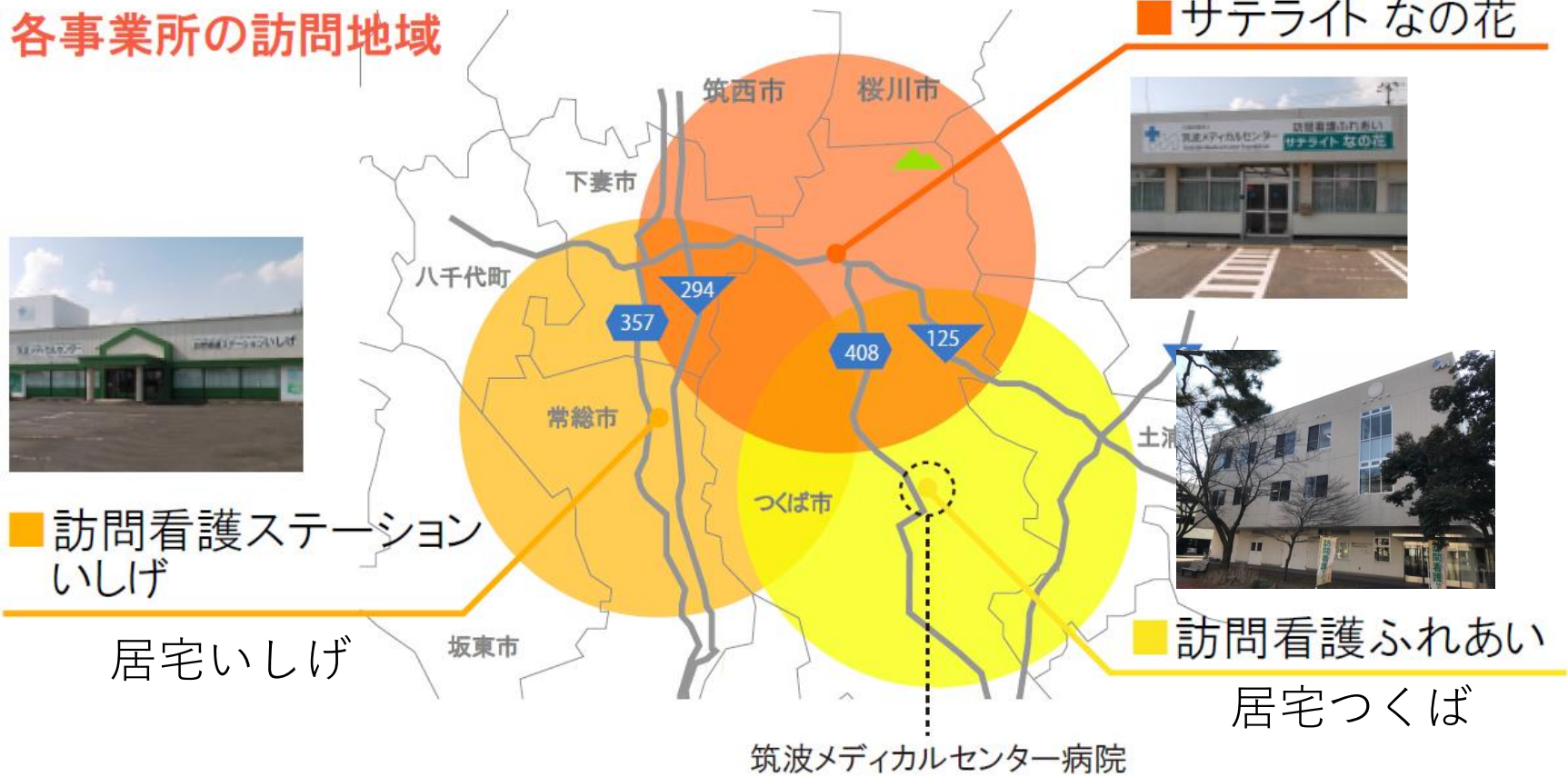
人(常勤換算人数)

病院勤務3～5年で人事異動があります

1	訪問看護 ふれあい	看護師 14(11.4)	リハビリ PT6 OT3	事務職員 2(1.4)	利用者数 訪問看護 440人/月 訪問リハビリ (再掲) 150人/月
2	サテライト なの花	看護師 11(8.6)		事務職員 2(1)	
3	訪問看護 いしげ	看護師 12(10.95)		事務職員 2(1.4)	
4	居宅介護支援 事業所 (居宅つくば)	ケアマネジャー 7(6.6)		利用者数 320人/月	
5	居宅介護支援 事業所いしげ (居宅いしげ)	ケアマネジャー 3(2.5)			
	合計	職員63人 (52.45人) * 事業長、管理部長、業務管理課係長を除く		利用者数 760人/月	

事業所はどこにある？

各事業所の訪問地域



つくば市、土浦市、常総市、下妻市、八千代町、坂東市、桜川市（旧真壁町）、筑西市（旧明野・関城町）

※実施地域以外はご相談ください

県内最大規模の訪問看護ステーションです

緩和ケア認定看護師、摂食嚥下認定看護師、呼吸療法認定士、心臓リハビリテーション指導士などの専門家が所属しています

医療保険：

機能強化型訪問看護管理療養費 1

介護保険：

看護体制強化加算 1

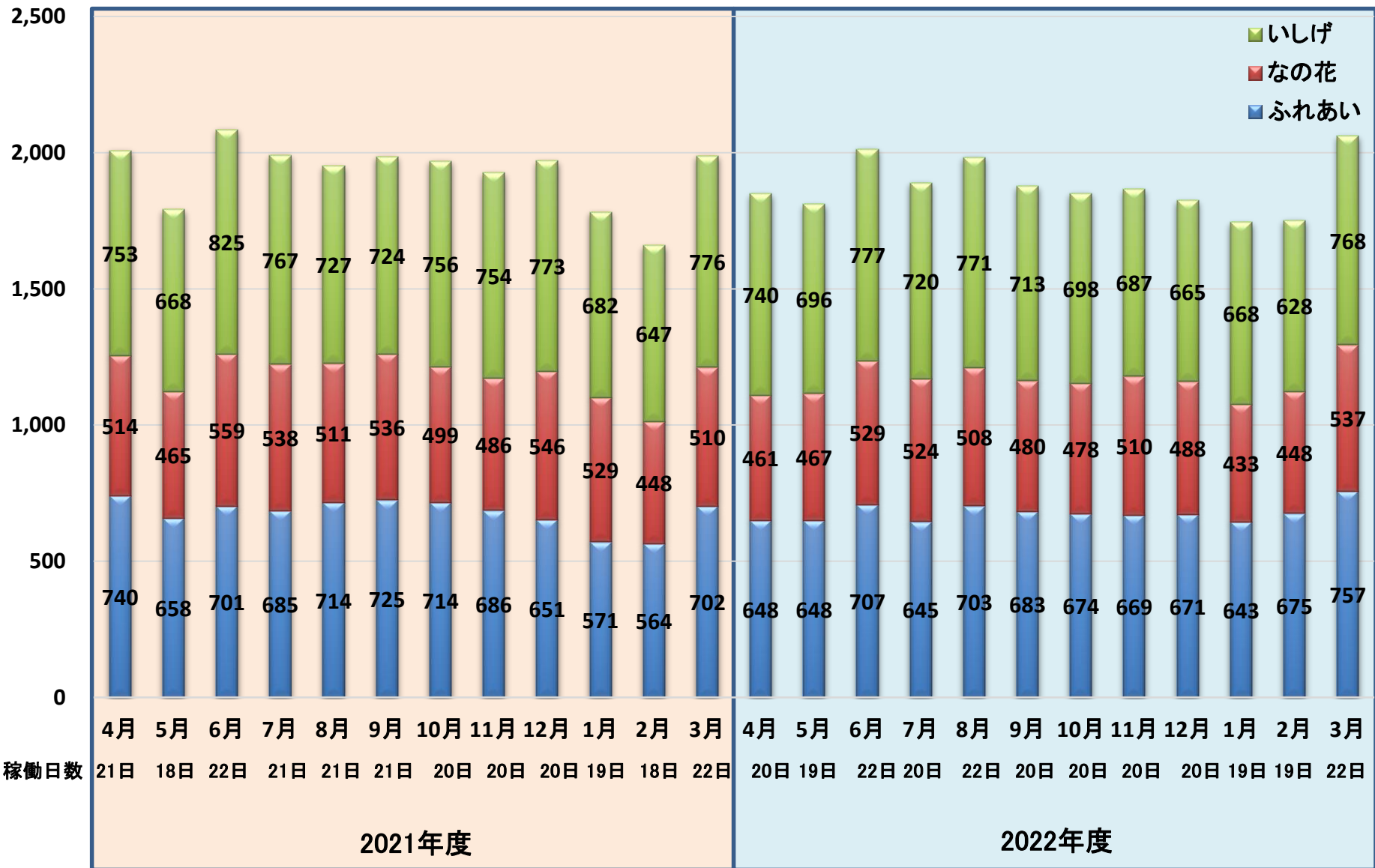
居宅つくば

介護保険：特定事業所加算 2

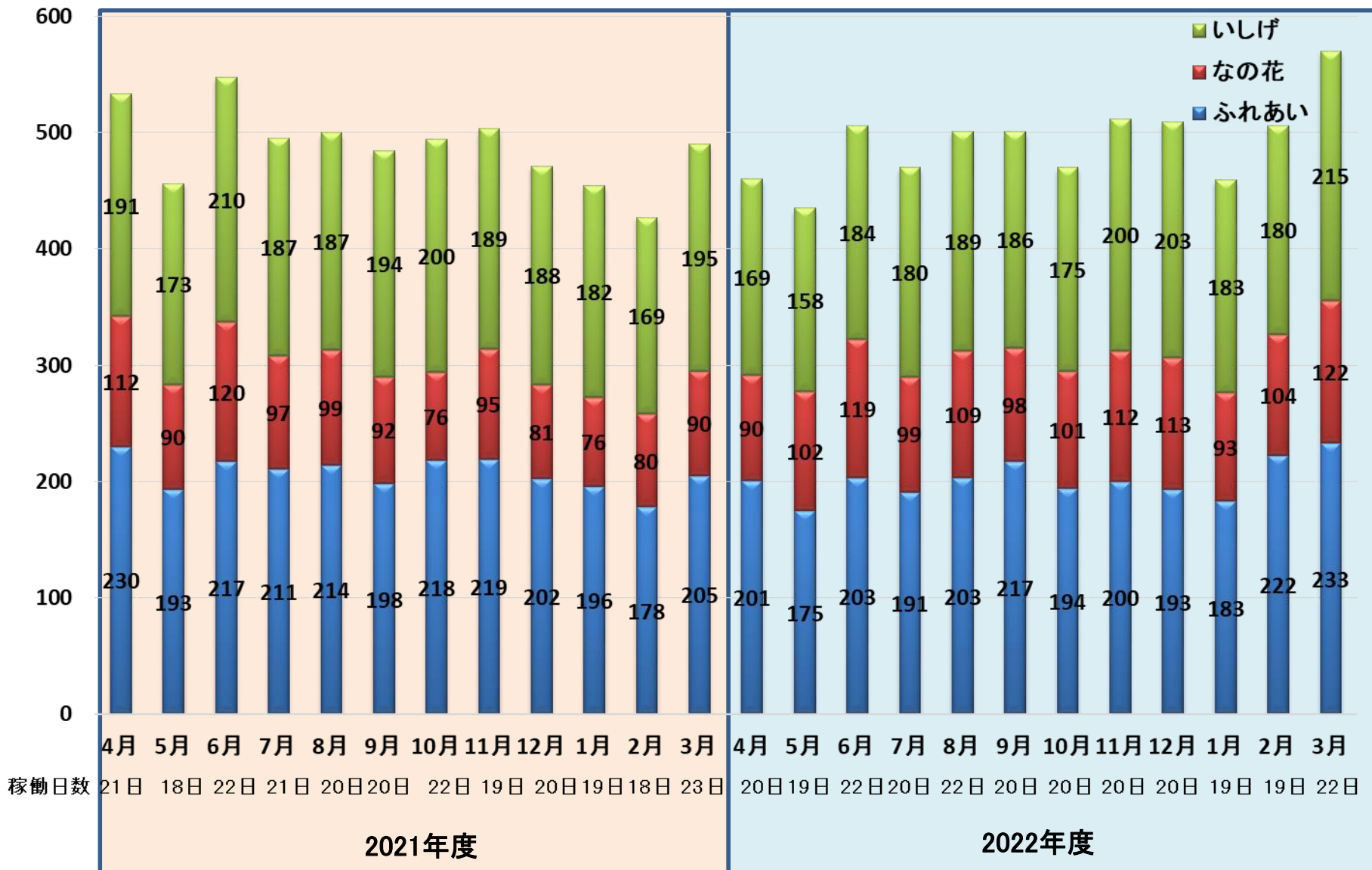
居宅いしげ

介護保険：特定事業所加算 A

訪問看護 訪問件数推移 2021年4月～2023年3月

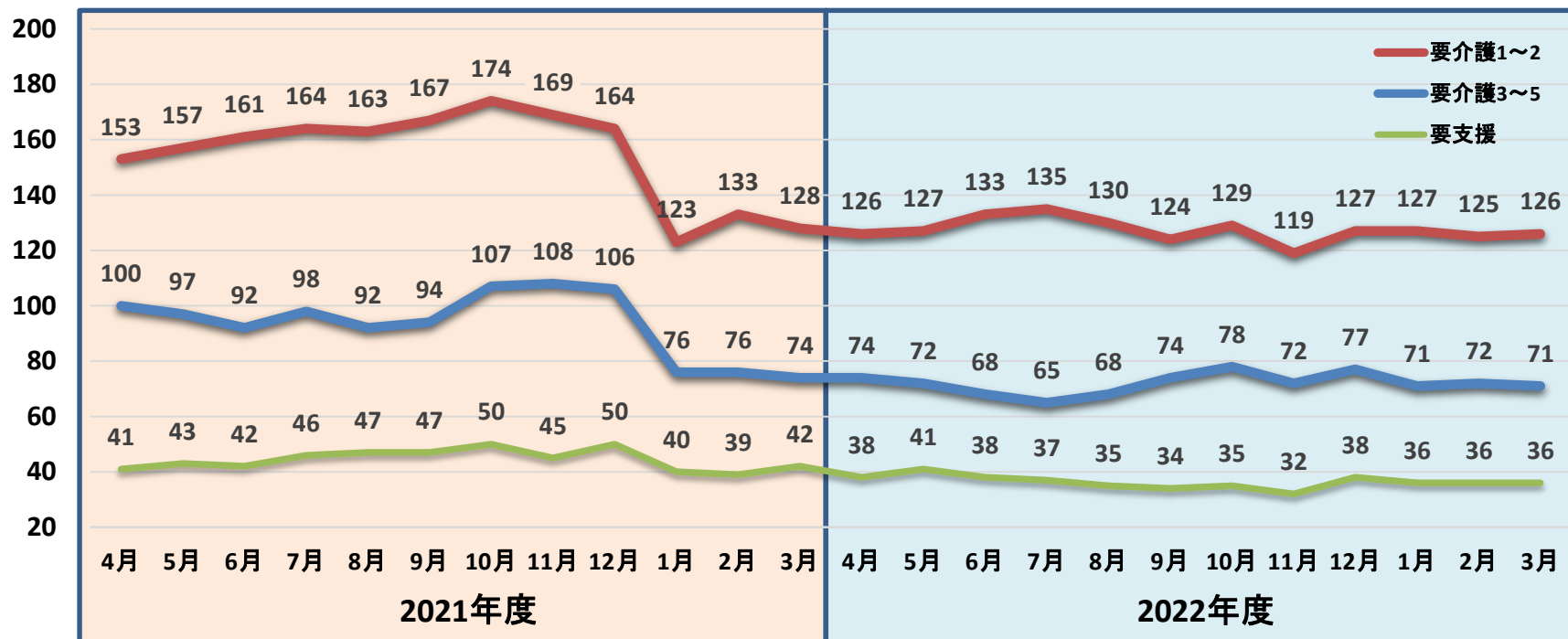


訪問リハ 訪問件数推移 2021年4月～2023年3月



つくば居宅 請求件数及び重度率推移 2021年4月～2023年3月

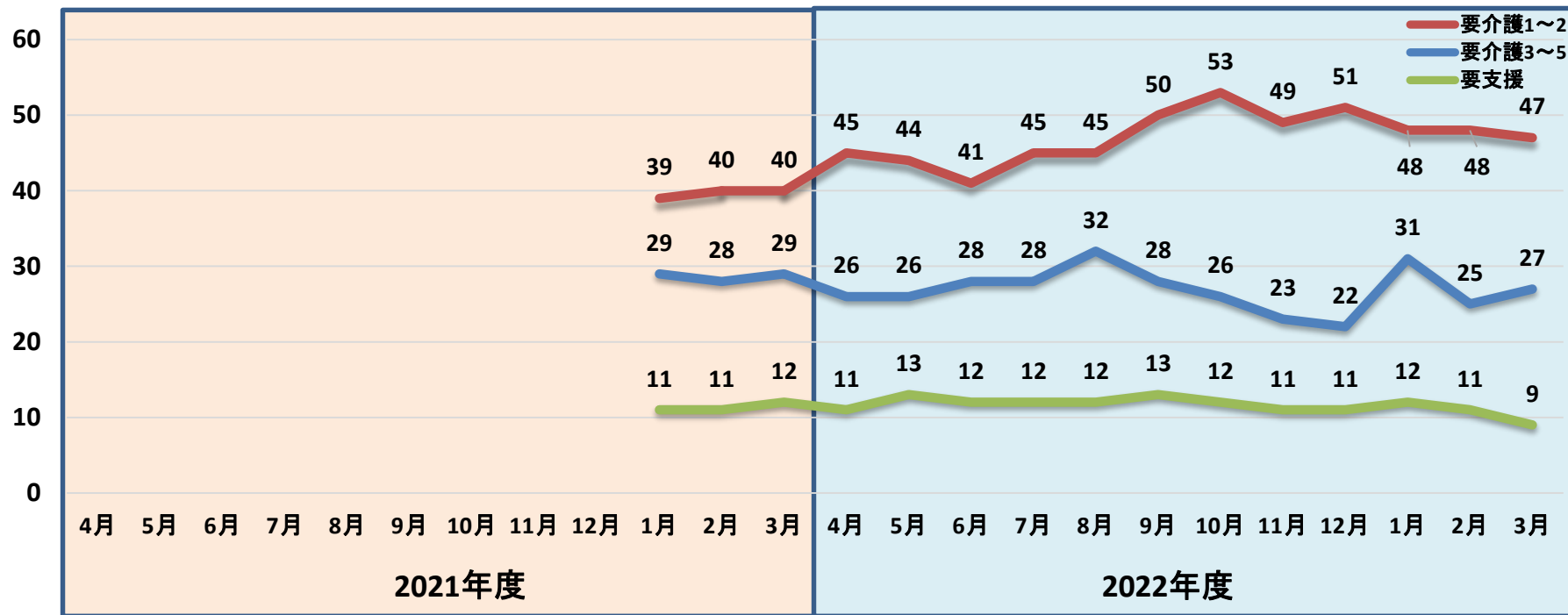
単位:件



	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
重度率 (%)	39.5	38.2	36.4	37.4	36.1	36.0	38.1	39.0	39.3	38.2	36.4	36.6	37.0	36.2	33.8	32.5	34.3	37.4	37.7	37.7	37.7	35.9	36.5	36.0

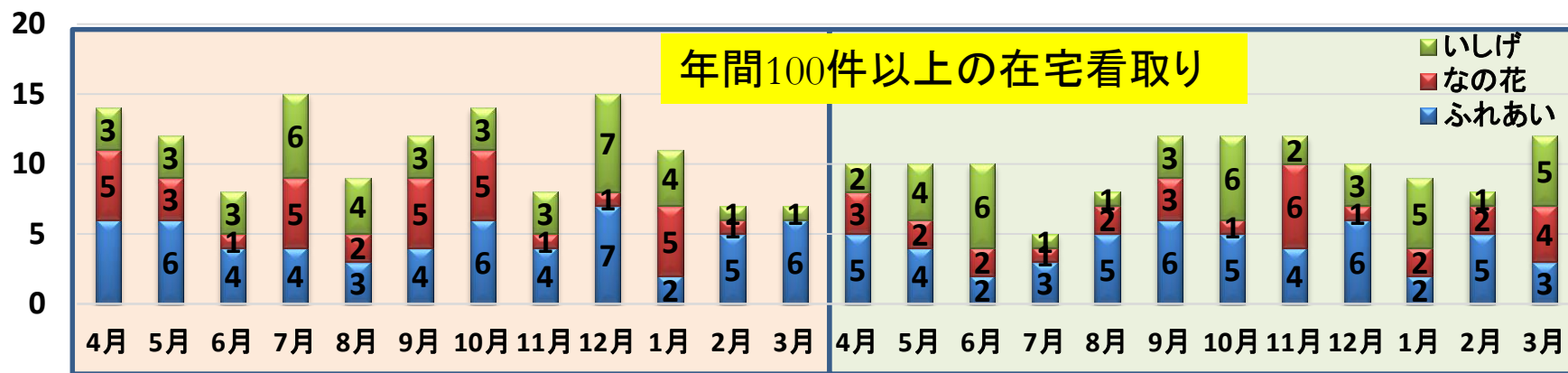
いしげ居宅 請求件数及び重度率推移 2022年1月～2023年3月

単位:件



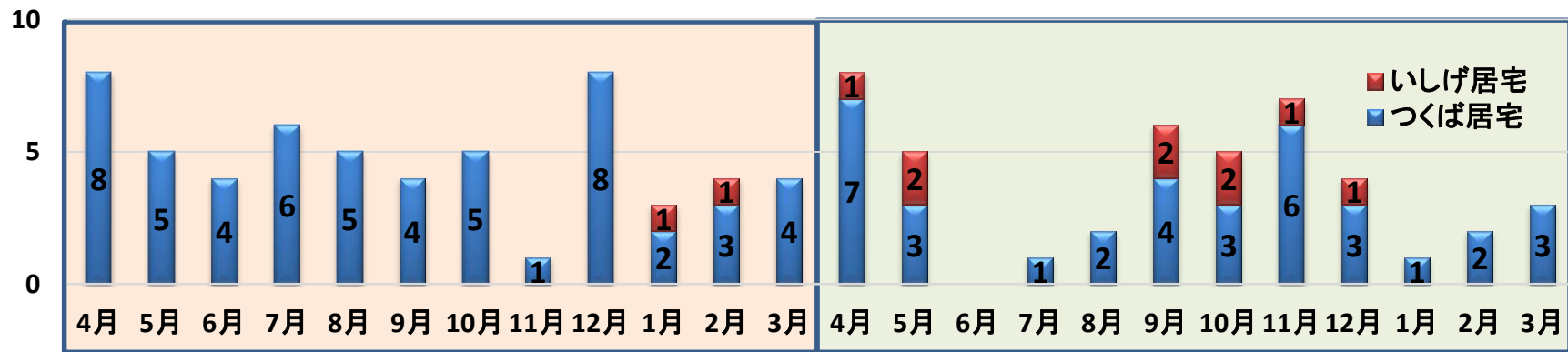
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
重度率 (%)										42.6	41.2	42.0	36.6	37.1	40.6	38.4	41.6	35.9	32.9	31.9	30.1	39.2	34.2	36.5

訪問看護 在宅看取り件数 2021年4月～2023年3月



リハ介入件数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	1	3	1	2	0	2	1	1	0	0	1	1	2	0	1	1	1	3	2	0	2	2	1	1

居宅 在宅看取り件数 2021年4月～2023年3月



ターミナル加算件数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	1	0	4	1	0	0	2	1	2	1	1	2	2	1	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0

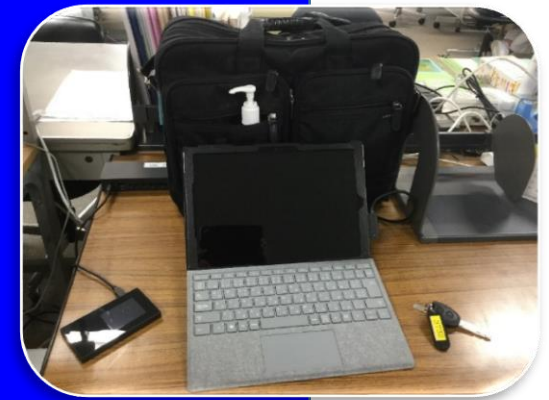
訪問の7つ道具



公用車で訪問
直行・直帰あり



1. 訪問バッグ
2. バイタルセット
3. 感染防護具
(マスク・フェイスシールド・ガウン
・手袋・消毒薬)
4. タブレット
5. 公用車KEY
6. 携帯、財布
7. ペットボトル





密着!!

訪問看護のおしごと

在宅ケア事業では、病院や診療所に通院することが困難で、自宅療養している方のお宅を看護師やリハビリスタッフが訪問し、ご自宅での生活を支援しています。
また、ケアマネジャーによるケアプラン作成などのサービスを提供しています。
現在、つくば市内に2か所、常総市に1か所の訪問看護事業所と、居宅介護支援事業所があります。
今回は、訪問看護スタッフのお仕事の一部をご紹介します。

朝のミーティング



本日の訪問スケジュールの調整や、緊急訪問(夜間)などの申し送りをし、訪問先へ向かいます。



中心静脈栄養が必要な利用者さん宅への訪問



点滴を24時間実施している利用者さんです。点滴のラインと針を交換します。利用者さんは、スタッフと楽しそうに会話をしていました(“)



体調の確認をします。生活状況と一緒に振り返り、困ったことなどを丁寧に聞き取ります。



訪問時の利用者さんの様子を記入し、在宅診療の医師や他の在宅サービスのスタッフと共有します。何か心配なことがあれば当事業所に連絡をもらえるよう、記録を残します。

医療的ケアが必要なお子さん宅への訪問



週に1度の訪問日です。家庭にお話を聞きながら体調を確認します。聴診器をあてて肺の音を聴いています。これからお薬を吸入して、痰を吸引します。



喉がとれて、肺の音もスッキリ！「よく頑張ったね。」と、声をかけながら呼吸状態を確認します。

タブレットで記録



2018年よりクラウド型の業務支援システムを導入。訪問の合間に利用者さんの情報を入力することにより、リアルタイムに情報共有ができるほか、時間の有効活用にも繋がっています。



訪問看護ふれあい



訪問看護ステーション いしげ



訪問看護のお仕事

看護師の働き方として、病院だけではなく、地域で**在宅医療が必要な人の生活を支える「訪問看護」**があります

- 1日4件、1件60～90分 訪問します
- 主治医が作成する訪問看護指示書に基づき、**病状の観察・療養指導・医療処置・入浴や排泄などの療養のお世話・認知症の対応・終末期ケア**を行います
- 利用者とその家族の**介護相談**に乗り、**アドバイス**をします
- 利用者⇔家族⇔主治医の**橋渡し**
- 利用者と関わる他職種との連携をスムーズにおこなう**調整役**
- グループホーム等の**居宅**にも訪問
- **24時間の電話対応**や**夜間・休日の緊急訪問**
- **在宅での看取り**



訪問リハビリ(訪問看護ステーションの)のお仕事

PT、OTの働き方として、病院だけではなく、**社会復帰、在宅でADL自立、寝たきり予防のため「訪問リハビリ」**があります

- 1日4件、1件40分・60分 訪問します
- 主治医が作成する訪問看護指示書に基づき、**痛みの予防・軽減、筋力の維持・向上**を図ります
- **退院直後のリハビリと終末期のリハビリ**
- **起き上がり・トイレ動作・歩行・階段昇降の練習**
- **家事動作・外出・趣味活動の支援**
- **入浴・食事動作の練習**
- **福祉用具の選定、使用方法のアドバイス**
- **住宅改修のアドバイス**



介護支援専門員（ケアマネジャー）の実際

	月	火	水	木	金	土	日	
8:00	ヘルパー		ヘルパー					
		デイサービス			デイサービス		娘さん	
14:00				訪問看護			近所の方	
15:00	訪問リハビリ							
20:00			ヘルパー				ヘルパー	



週末に
退院です

電動ベッドとポータブルトイレをすぐ準備しますね

介護支援専門員(ケアマネジャー)のお仕事

実務経験5年以上でケアマネジャー試験が受けられます
合格すると居宅介護支援事業でケアマネジャーとして活動できます

自宅で暮らす、要支援・要介護の利用者のためにケアプランを作るのがケアマネジャーです

- 担当の利用者宅を月1回訪問し、今何に困っているか、心身の状態はどうかをヒアリングして介護サービスを調整します
- 1人が担当する利用者は40人程度です
- 介護関係者、医療関係者、利用者、利用者の家族などが一同に会するサービス担当者会議を開きます
- 24時間の電話対応をします

オンラインミーティングの実用化

ノートパソコン又はタブレットを職員1人に1台貸与

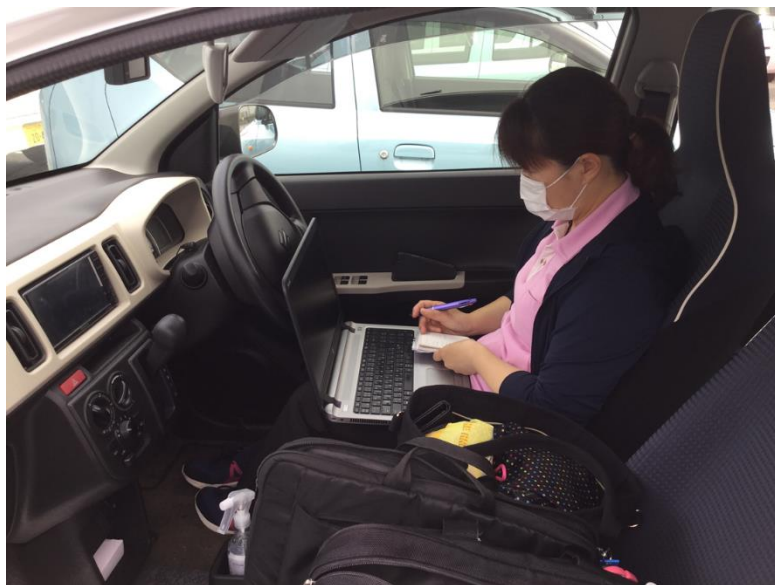
Zoom office365 teams導入

看護・リハビリ・
ケアマネジメント

を語る場

孤立感、孤独感
の打破

公用車内



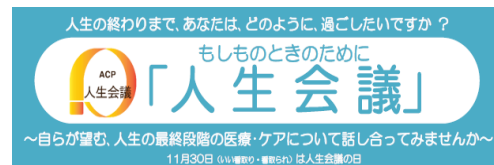
事務所内



在宅全体、事業所別、職種別、法人内多職種、あけぼの薬局等と
定時開催。朝、みんなの顔が見える。声がよ〜く聞こえる。
各自が意見を言う。多職種の意見を聞く。時間厳守で事例検討ができた。
⇒看護・リハビリ計画やケアプランの追加・修正⇒方針の統一⇒実践へ

病棟の退院前カンファレンスに参加します

(オンライン会議・ミーティングOK)



1 本人・家族の希望と心配

退院に向けての希望、どう暮らしたいか、病院に聞いておきたいこと、ケアマネジャーにお願いしたいこと

2 在宅支援者(ケアマネジャー・訪問看護)からの質問意見

- 家の見取り図
- トイレ・風呂の状況
- 主たる介護者
- 病状理解と意思決定



3 緊急時の対応

患者や家族は体調が変わった時の緊急連絡先を知っているか

4 加算の算定

入退院支援加算 退院時共同指導 経営の視点も大切です

ときどき入院, ほぼ在宅

家で安心して生活できるように**多様なニーズ**にお応えしてケアを提供します

1人暮らしの母
(90歳)が認知
症になりました
入院しないで
家にいます



春から保育園で
す. 痰の吸引に
毎日保育園に
来て下さい

がんでも痛み
をとって家に
いたいです

うちの子(1歳)は人
工呼吸器をつ
けています.
リハビリし
て下さい

酸素を付けた
ままで炊事
や掃除
犬の散歩も
したいです