



DATA 東京歯科大学すがの訪問看護ステーション×東京歯科大学市川総合病院患者支援センター

[すがの訪問看護ステーション]スタッフ：訪問看護師10名、その他スタッフ2名

[患者支援センター]部門(スタッフ)：連携事務部門(事務員4名)、患者相談部門(医療相談員<MSW>4名・がん看護専門看護師2名)、在宅療養支援部門(看護師7名)、退院支援部門(看護師10名)、ベッドコントロール部門(看護師・事務員各1名)

開所から6年目となる すがの訪問看護ステーション

急性期治療を担う市川総合病院では、治療が一段落した患者さんは退院をむかえることとなりますが、退院後の生活に不安を抱える患者さんは少なくありません。患者さんが安心してご自宅で療養生活を送れるよう、2019年6月に当院敷地内に「東京歯科大学すがの訪問看護ステーション」を開所しました。

すがの訪問看護ステーションは、市川総合病院の患者支援センターと連携し、退院後も住み慣れた地域で暮らせるようサポートを行っています。

切れ目のない 医療を提供するために

訪問看護は、主治医の「訪問看護指示書」をもとに訪問看護計画を立て、利用者さんのご自宅で療養上の世話や診療の補助を行います。

利用者さんの中には、退院後も点滴や輸血、カテーテル管理などの医療的な処置が必要な方もいらっしゃいます。ご自宅でも継続して医療やケアが受けられるように、利用者さんをサポートしています。状態の観

「住み慣れた地域で暮らす」を支える訪問看護

■訪問看護師ができること

体調管理	病気や障がいの状態の観察、体温・脈拍・血圧の測定や全身の観察
医療的処置 (医師の指示のもと)	点滴・注射・輸血・痰の吸引・酸素吸入・経管栄養、カテーテル管理(膀胱留置カテーテル・ストマケア・中心静脈栄養など)、褥瘡の処置
服薬管理	服用および副作用の確認、必要があれば薬剤師と連携
日常生活の支援	医療的ケアが必要な方の入浴・洗髪・食事・排泄など
リハビリテーション	訪問看護師によるリハビリ
認知症ケア	症状に応じたケア、服薬管理、家族支援など
医療機器の 管理や指導	人工呼吸器や在宅酸素機器の適切な使用の確認および支援
ターミナルケア	終末期の苦痛緩和やお看取り、家族の心のケア

察やアセスメントを行い、看護計画を立案することは、病棟看護師と変わりませんが、利用者さんの中には高齢で複数の病気を併発されている方が多いため、体調管理や服薬管理などに加えて、日常生活の支援を含めたトータルケアを提供できることも、訪問看護の強みだと思っています。

訪問看護で得た情報は、主治医やケアマネージャーと利用者さんと共有しています。必要があれば他の医療機関とも連携するなど、利用者さんの状態の変化に、迅速に対応できる環境を整えています。

患者さんと地域の橋渡しを担う 患者支援センター

一方、患者支援センターでは、「退院支援看護師」が中心となり、患者さんの転院や在宅療養などの退院に向けた専門的な支援を行っています。当センターでは



患者さんが安心して療養できるよう、医師や看護師で情報を共有し、力を合わせて支援します。

利用者さんにご家族の思いにより添う看護を提供

東京歯科大学すがの訪問看護ステーション×
 東京歯科大学市川総合病院患者支援センター

入院前から退院後の状態を見据えて、あらかじめ一緒に退院後の生活を考えていくことが、患者さんの不安の軽減につながると考えています。

退院時に行う「退院時共同指導」や「介護支援等連携指導」では、患者さんが在宅療養生活へスムーズに移行できるように、在宅療養を担う医療機関や訪問看護ステーションのスタッフ、ケアマネージャー、当院のスタッフ、そして患者さんやご家族が集まります。カンファレンスでは、患者さんの医療処置の頻度や栄養管理についてだけでなく、退院後のケアプランや介護サービスについても検討しています。

退院時共同指導や介護支援等連携指導の際は、地域の先生方を含めた多職種の方々に当院へお集まりいただく必要があります。貴重なお時間を頂戴することになります。しかし、患者さんが安心して在宅療養生活を送るため、専門職が集まり多様な意見交換ができる大切な機会だと考えておりますので、ぜひお力をお借りできればと思っております。

その患者さんらしい生活を地域で協力してサポート

すがの訪問看護ステーションは、市川総合病院に入院・通院されていない患者さんでも、市川市内にお住まいの方であればどなたでもご利用いただくことができます。地域の先生方には、一人で通院が難しい方や、体力や認知機能の低下が心配な患者さんがいらっしゃいましたら、ぜひ訪

問看護についてご案内いただければと思います。医療的処置でお困りの患者さんやお看取りが必要な患者さんも、訪問看護が介入することで地域の先生方、患者さんやご家族のご不安・ご負担を軽減できるかもしれません。

今後も地域の先生方、すがの訪問看護ステーション、そして市川総合病院の3者で協力し、在宅療養されている患者さんを支えていきたいと考えております。かかりつけ患者さんで訪問看護を必要とする方がいらっしゃるときは、すがの訪問看護ステーションへお気軽にお電話ください。

東京歯科大学すがの訪問看護ステーション

所在地 市川総合病院敷地内

Tel 047-706-6500

受付時間 平日午前9時～午後5時

*緊急時は24時間体制で対応

訪問エリア 市川市内（その他の地域については応相談）



▲すがの訪問看護ステーション

Staff profiles



患者支援センター センター長
医師 大木貴博 Ohki Takahiro

出身地 東京都杉並区
 趣味 写真撮影旅行



患者支援センター 地域医療連携室 室長
看護師 市野由香 Ichino Yuka

出身地 千葉県浦安市
 趣味 ホットヨガ（ヨガ歴は2年ほど）



患者支援センター 地域医療連携室 看護師長
看護師 篠崎由枝 Shinozaki Yoshie

出身地 千葉県大多喜町
 趣味 サッカー観戦（ジェフユナイテッド市原・千葉推しです）



東京歯科大学すがの訪問看護ステーション 所長
看護師 篠塚里恵 Shinotsuka Rie

出身地 大阪府枚方市
 趣味 登山（高尾山や筑波山など比較的気軽に行ける山）



東京歯科大学すがの訪問看護ステーション 参与
看護師 山木まさ Yamaki Masa

出身地 三重県松阪市
 趣味 花の栽培、季節の花めぐり

退院時共同指導料 1

（在宅療養を担う医療機関が算定できる点数）

診療報酬

在宅療養診療所：1,500点
 上記以外の医療機関：900点
 特別管理指導加算：200点
 （特定の状態にある利用者さんに対する加算）

退院時共同指導の内容

- 退院後在宅で療養するにあたり必要な指導を行う
- 上記は入院中の保険医療機関と、在宅療養を担う医療機関が共同で行う（オンライン可）
- 診療報酬の算定は患者さんの入院中1回限り

退院時共同指導に参加できる職種

- 保険医、保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士

医療機関の先生方へ

市川総合病院 初診事前予約申込書

当院と地域の病院・診療所の先生方との間で、患者さんのご紹介などを円滑に行えるように、「地域医療連携室」を設置しています。ご不明な点がございましたら、右記へお尋ねください。

患者支援センター 地域医療連携室

Tel 047-322-0151(内線2214) Fax 047-324-8539

開室時間 月曜日～金曜日：午前9時～午後5時

土曜日：午前9時～12時（第2土曜日は休診日）