

病院看護師の研修受入事業 を振り返って

令和元年度訪問看護に関する事業報告会
及び集団指導

令和2年3月20日（金・祝）

公益社団法人富山県看護協会・富山県



富山市立富山市民病院
看護師 金盛 佐紀子

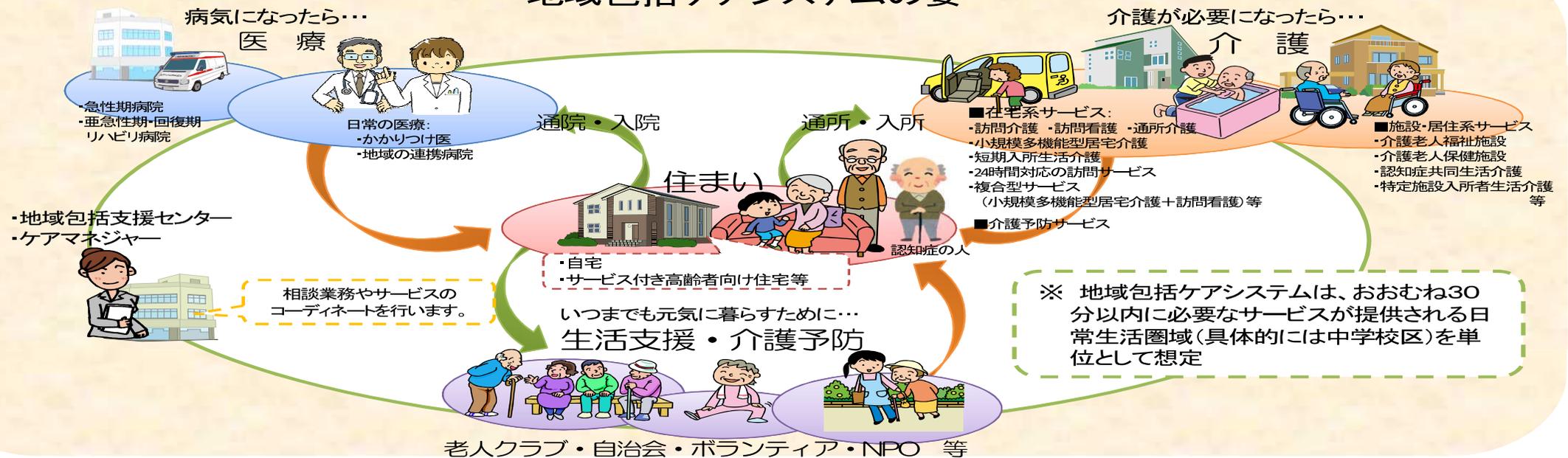
医療・看護・介護 変革の時代

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姿

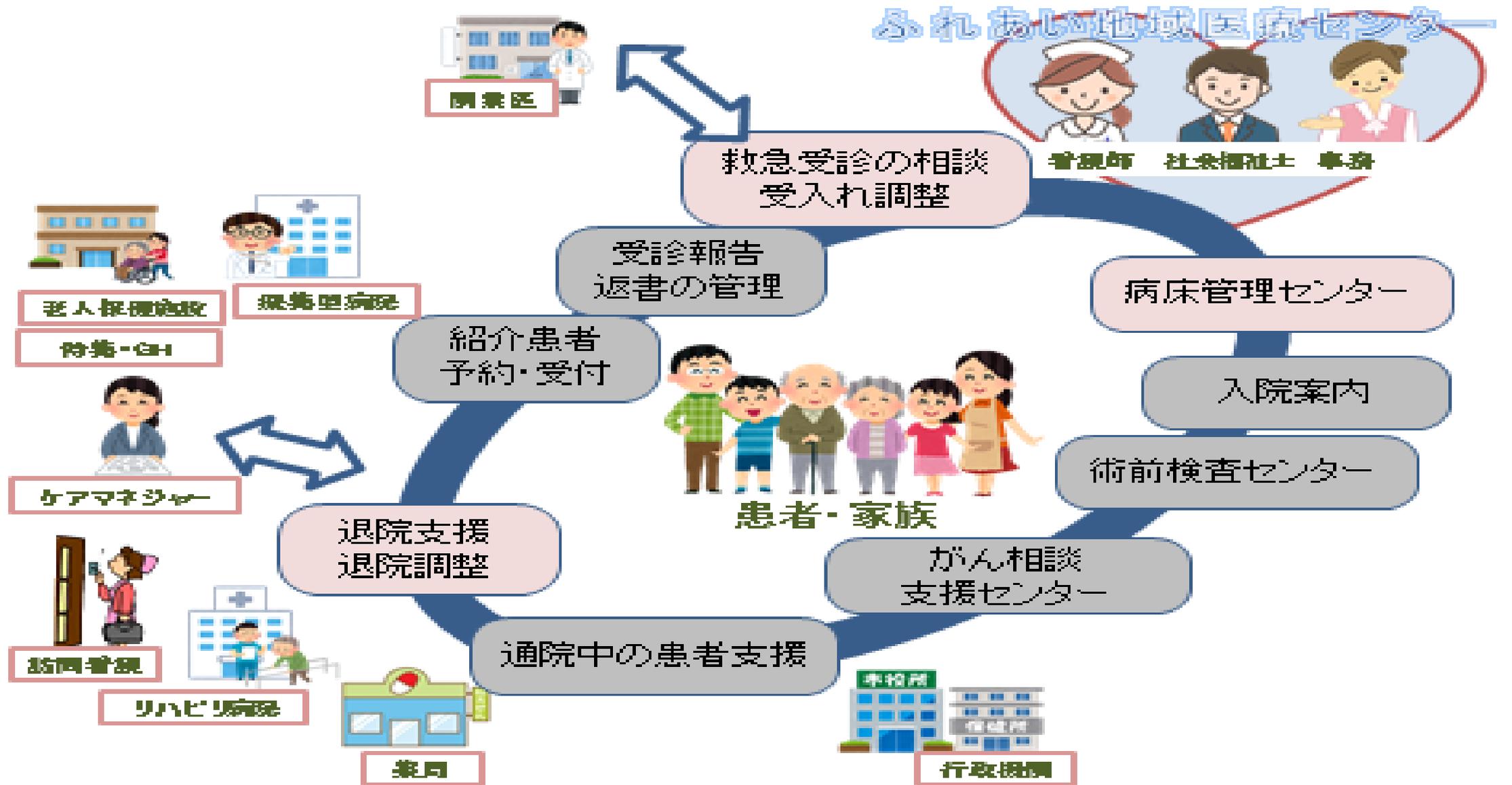


富山市民病院の体制

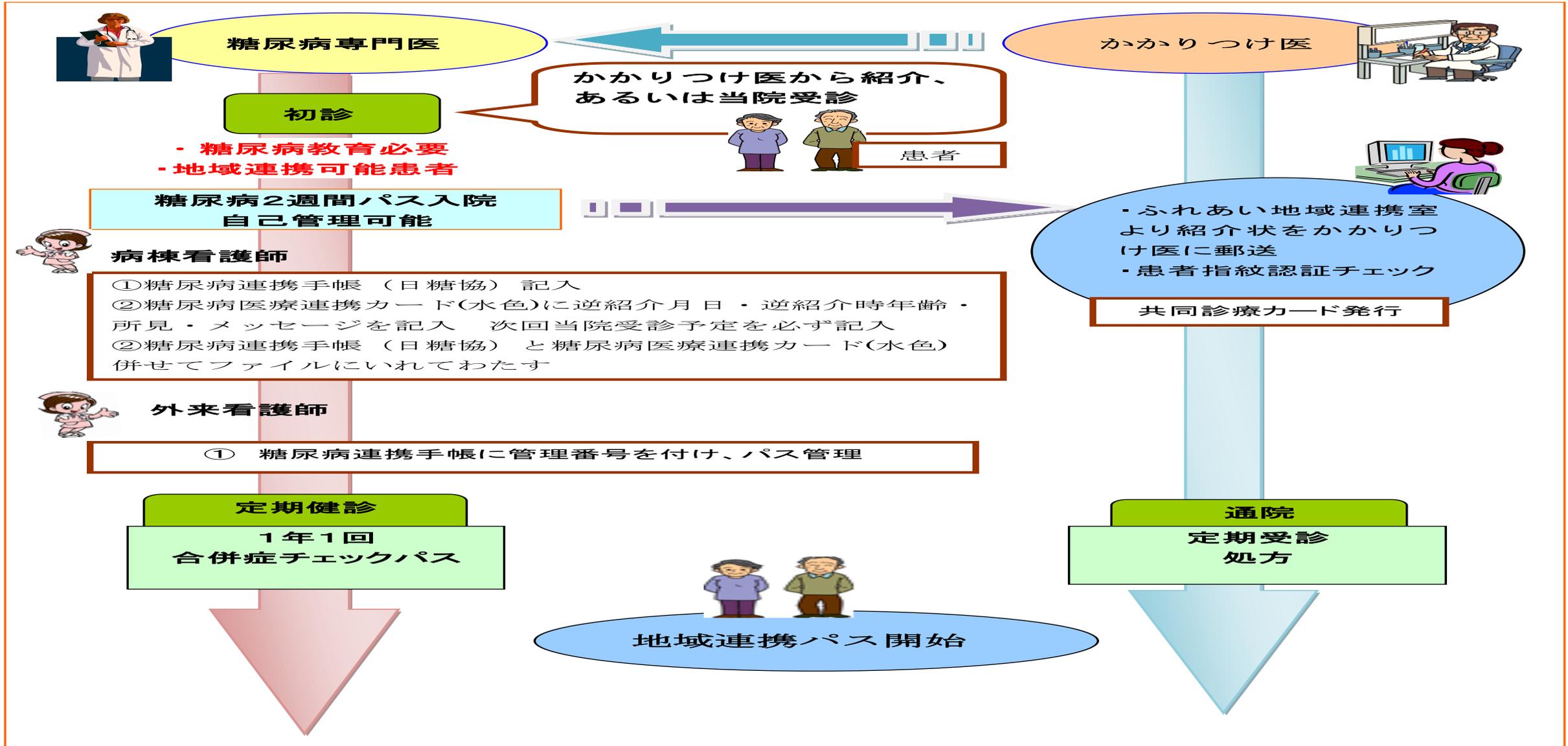
地域医療支援病院としての役割



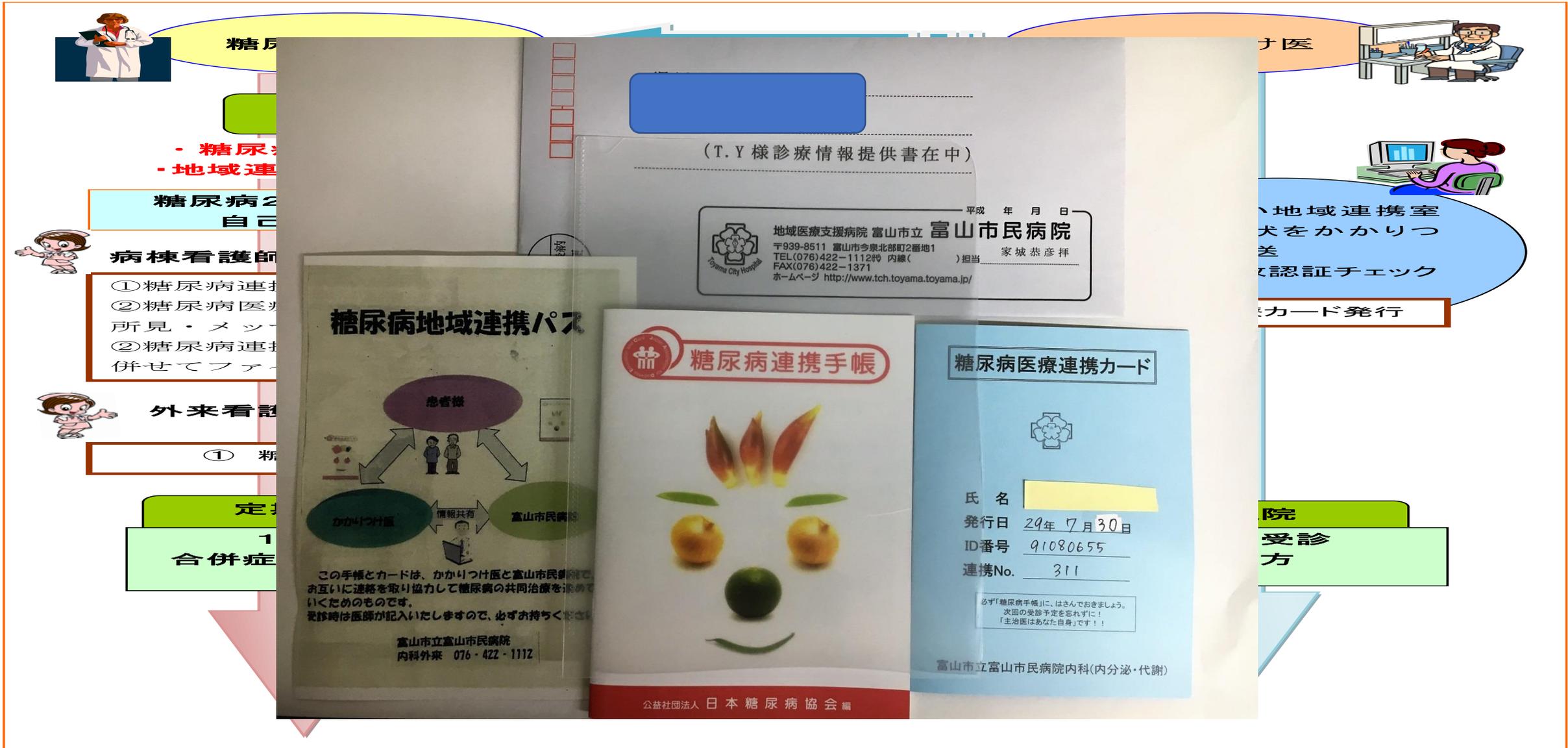
富山市民病院のふれあい地域医療センター



糖尿病地域連携パスチーム概念図



糖尿病地域連携パスチーム概念図



目的

訪問看護ステーションでの研修を通し、訪問看護の理解を深め、退院支援に必要な知識や技術研修を行うとともに、地域包括ケアシステムを担う関係諸機関との実際を学ぶ。

目標

- ①在宅における看護の役割を理解し、必要な支援について学ぶ
- ②事例を通し患者の療養環境や家族機能のアセスメントができる
- ③地域での支援やネットワーク、チーム医療について学ぶ



研修の実際

- 研修期間：令和1年10月1日（火）～10月31日（木）
- 研修場所：光風会訪問看護ステーション
- 研修内容

○同行訪問件数（緊急時訪問1件含む）	66件
継続的に訪問（2回～6回）	14名
• 糖尿病：40件・要介護5：7件・心疾患：4件	
• 末期がん：3件・人工呼吸器使用：2件・小児：1件	
• 精神科疾患：1名・生活保護：1件	
○利用者情報伝達会議	4回
○退院合同カンファレンス参加	2回
○サービス担当者会議参加	2回
○地域密着型通所介護施設見学・体験	1回

 フットケア介入 	
爪切り	4名
巻き爪ケア	2名

糖尿病患者（利用者）の治療内容

薬物療法

内服

- DPP-4阻害薬
- SU薬
- グリニド薬
- α-グルコシターゼ阻害薬
- ビグアナイド薬



自己注射

- インスリン注射

持効型

混合型

- GLP1受容体作動薬注射



トルリシティ皮下注0.75mgアテオス



食事療法

運動療法

さまざまな糖尿病薬

SGLT2 阻害薬

- 腎臓にある尿細管からのブドウ糖の取り込みを抑え、尿中に糖を排泄しやすくします。
- 起こりやすい副作用：脱水、尿路・性器感染など

ビグアナイド薬

- 主な働きとして、肝臓が糖を作るのを抑えます。また、消化管からの糖吸収の抑制や、筋肉などでインスリンの感受性を改善する作用などがあります。
- 起こりやすい副作用：下痢、悪心など

チアゾリジン薬

- 脂肪組織、筋肉、肝臓などにはたらきかけ、からだでのインスリンの効果を高めます。
- 起こりやすい副作用：むくみ、体重増加など

スルホニル尿素 (SU) 薬

- 膵臓でのインスリン分泌を促します。
- 起こりやすい副作用：低血糖、体重増加など

速効型インスリン分泌促進薬 (グリニド薬)

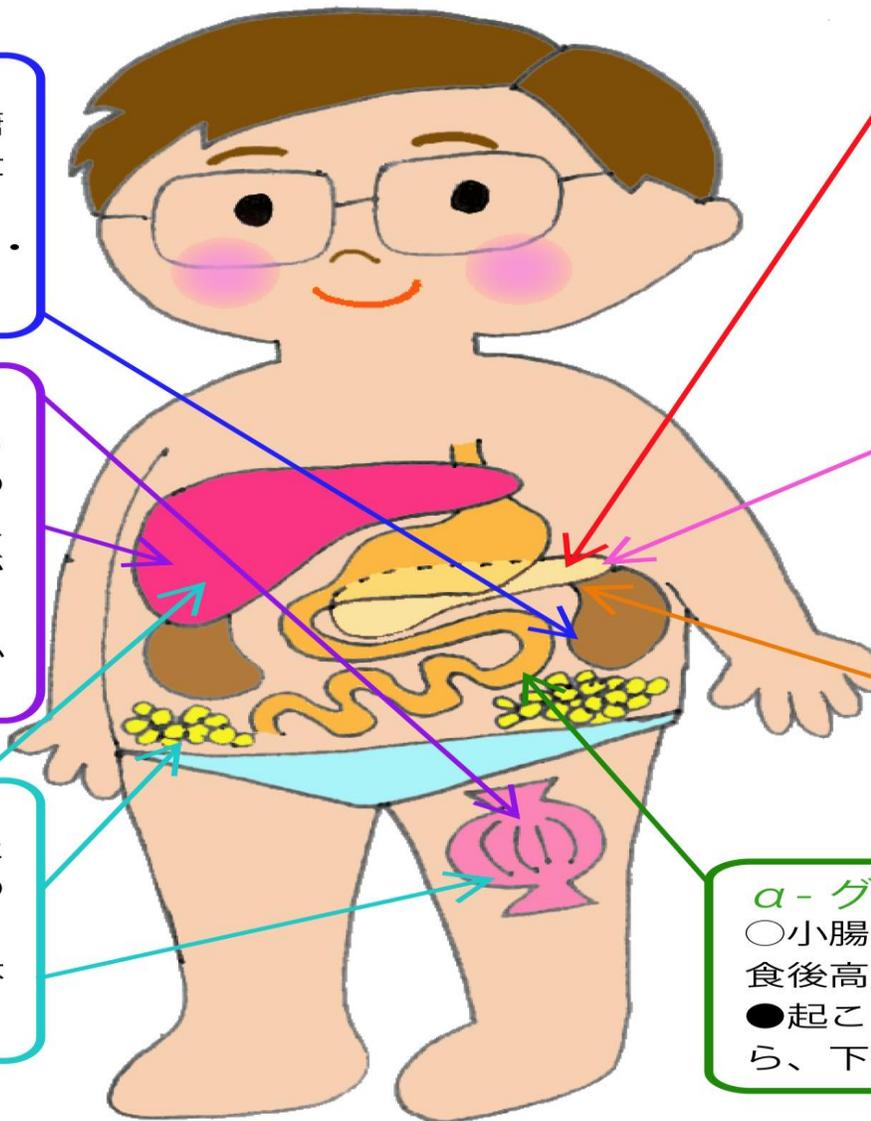
- 速やかに効き、短時間の膵臓のインスリン分泌を促します。食後高血糖を改善します。(食直前内服)
- 起こりやすい副作用：低血糖など

DPP-4 阻害薬

- 膵臓にはたらくインクレチンというホルモンのはたらきを強めます。
- 起こりやすい副作用：便秘、低血糖など (特に SU 薬やインスリンと併用時に起こりやすい)

α -グルコシダーゼ阻害 (α -GI) 薬

- 小腸での糖の消化・吸収を遅らせます。食後高血糖を改善します。(食直前内服)
- 起こりやすい副作用：お腹のはり、おなら、下痢など





「低血糖について」

- ・低血糖の対処として、サイダー・コーラなど使用することが多いが対処法として適切ですか？
- ・食べものを目の前にしてから打つことを指導しているが、注射のタイミングが早すぎる可能性がありますか？？
- ・食事量にばらつきがあり、低血糖のリスクが高い状態でどのように食事指導することがよいですか？

- ・糖尿病を持つ利用者さんが、在宅で自己管理するために十分に頑張っていることをまずは認めてあげることが大事です。
- ・低血糖のリスクがある場合の対応方法については、利用者さんや介護者が不安なく過ごせるように、どのような治療をしていて、どの種類の薬剤を使用しているかを十分に理解していること
- ・病院受診時に低血糖になってしまう方のアセスメント（受診日はいつもよりも活動量が増えることを踏まえ）→もしかしたら、利用者さんが、採血時の血糖値を気にして普段よりも朝食の量を減らしてしまっていることもあるので確認してみる。
- ・利用者さんがいつも食べているものや食べやすいもので、準備しやすいもの・調達しやすいものを優先し「しっかりと食べること」を伝える。



今後の課題 (個人)

- 療養の優先順位を考える。
- 入院中から患者の身体的側面・心理的側面・社会的側面の変化を見極めて情報共有する。
- 医療者と患者の考え方のずれを知る。
- 在宅での生活には本人の自立性を促すためにその人なりの生活の視点で援助を考える。
- 再発予防に対する指導を継続する。
- 常に語りを聞く姿勢で実現可能なことを共に考える。
- 患者だけでなく家族のQOLも考慮した支援が必要である。
- 退院がゴールではなく、退院直後から在宅療養のスタートであるという意識を持つ。
- 物を大切に使う
- 柔軟な思考回路を持つ

慢性疾患の管理

- 慢性疾患の管理の目標
 - 悪化を予防する
 - 病気と上手に付き合っ​​て生活や人生への影響を最小にする

慢性疾患の管理

- 日常生活の中で行われる
- 日々継続することが求められる
- 主体は慢性疾患を持つ人自身



その人の生活や人生に視点を置いた継ぎ目のないケアの提供

生活を継続するには

- 持っている力を維持する
- 多職種と協働する

看護の対象者を生活者として 理解し支援するためには

- ① 看護職者が自分自身の生活体験を豊かにしていく努力をすること
- ② 教育としては、生活の3つの側面*について、その人を理解するための一般的知識を学ぶ必要がある
* ①生命、②生活習慣、社会的活動、生計、暮らしむき、③価値観、信条、生きかたの側面
- ③ 常に対象者から学ぶ謙虚な態度をもち、その人に対する気がかりを手がかりに、推測を働かせながら関心をよせて対話していくことが大切となる
- ④ その人の生きてきた歴史、人生における今（健康障害によって療養が必要になったことによって生じるさまざまなこと、ずれなど）とこれらに対する思いや意味を理解し共有することそのものが重要な支援となる
- ⑤ 臨床現場では、対象者の生活を大切にした実践が記録されていること、そのことに話題をもっていける看護職者（ロールモデル）がいることが重要である

今後の課題と対策（組織）

★在宅療養の実態が分からない看護師が多く入院中から退院後に繋げれるケアができていない現状

- 入院時から患者・家族の退院後の不安や気持ちに寄り添う努力が必要
- ・サマリーが届くのに時間がかかっているため、医療連携、看看連携など速やかに対応できるようなシステムの構築が必要
 - ・情報連絡票をみても分からないことは、すぐに問い合わせができる対応など
 - ・退院前だけではなく、入院時や入院中にもケアマネージャーさんと情報交換できると良い

一般病棟で起きていること

- 手術を受ける患者の強化インスリン療法
- 糖尿病教育入院
- 高齢者のインスリン導入や血糖コントロールが難しい患者の転院先

<病棟看護師の思い>

- 病院と同じケアを在宅でもできるのかと思っている
- 処置内容（注射・内服・SMBG）を覚えないと退院できない・・・
⇒自宅に帰って生活にできるのか？

糖尿病患者の退院調整スクリーニングの特徴

- 糖尿病合併症があり、日常生活に支援が必要なひと

- ADL自立している方が多い

→糖尿病でも患者が医学的ケアのニーズを自覚し、それを求めているときや、合併症の出現がなく、日常生活に支障をきたさない段階であれば抽出されにくい。

今後の課題と対策（組織）

★病院側からの情報と訪問看護ステーション側が欲しい情報にズレがあり、家族からの情報があるときは、憶測でアセスメントされている。

- 入院中の利用者の正確な病状を知るためには「適切な情報連絡票」が必要
- 自宅での生活を調整するために「今後自宅でどうしていききたいか」を確認し、「療養者の思い」を具体策を記載する。
- 入院中の出来事や状態変化を具体的に記載する。
内服薬が追加された場合はなぜ追加されたのか理由も記載。
- 入院中の血糖値の推移や血糖コントロール目標を提示し、在宅で安心して治療継続できるように記載する。

感想

- 訪問看護は糖尿病看護と近似するものを感じた。
- 訪問看護師は、熟練した知識・経験が必要で、それを活かして利用者を支援し、利用者にとっての安心材料になっている。
- 在宅療養では、利用者のかかりつけ医が多種多様であり、人間関係や信頼関係が重要で関係調整能力が求められる。
- ネットワークやチーム連携がとても重要であり、バイタルリンクに参入できれば良いと思った。
- 住み慣れたところで、病いをもちながらも、その人らしく生活するために、訪問看護ステーションの存在は大変重要な社会資源である。
- やはり、入院期間は少しでも短くし、早急に在宅療養に移行すべきである。
- 入院中はなるべくADLを低下させず、そして患者のできることを奪わない関わりが必要である。
- たとえ加算は取れなくても、インスリン注射が必要な在宅療養者には、退院後訪問を行っていきたいと思った。

病気とともに生活することを支える



それぞれの場所で
患者の生活を支える

VitalLink
バイタルリンク®

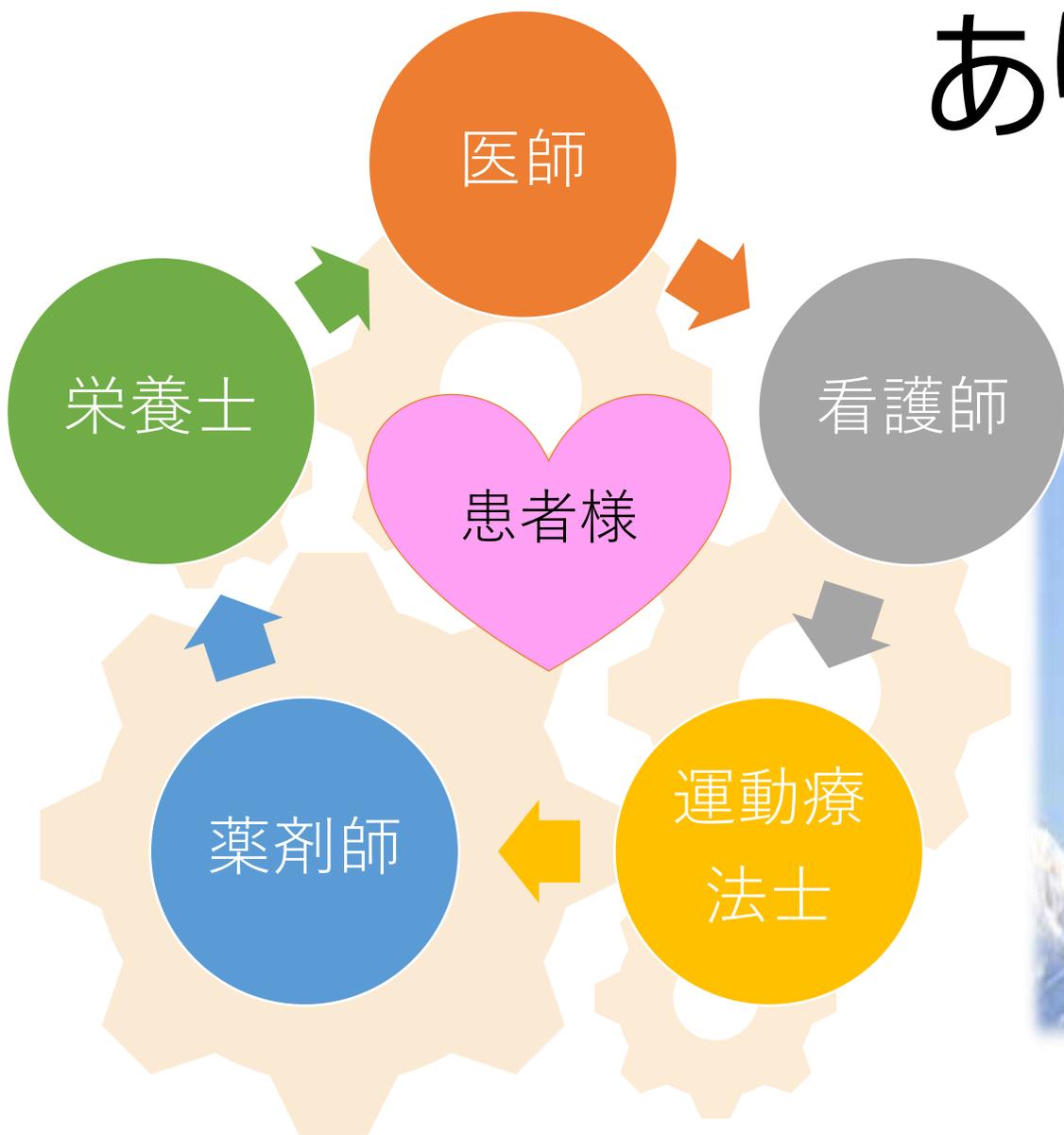
多職種連携情報共有システム

地域包括ケアシステムの運用をささえる

～住み慣れた地域で自分らしい暮らしを～



ありがとうございました。



私たちは、医療を通して皆様の健康を守り
豊かな地域づくりに貢献します。

