

病院看護師の 研修受入事業に参加して

高岡市民病院

副看護師長

高松 美晴

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連携の実際を学ぶ。

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。

研修の動機

- 訪問看護に興味があった
- 訪問看護を必要とする人とその家族に対して、疾患の特徴や地域の特性、生活状況を踏まえ在宅生活を継続するために必要な訪問看護の基本的知識・技術を習得したい
- 急性期病院での退院支援時に必要な情報や退院準備（本人及び家族への指導、必要物品の準備など）を学び実践したい

当院での退院支援の課題

- 高齢者独居や高齢者のみの世帯の患者が多く、退院支援が必要な患者が増えた
- ADLや認知機能低下により自宅退院を希望しない
- 病棟スタッフの在宅退院に関する知識不足により、退院支援に時間がかかる
- 在院日数の短縮による退院調整困難事例が増えた

研修前の 訪問看護に対するイメージ

- 医療行為（人工呼吸器、気切、胃瘻、点滴、創処置、ストマ管理等）が必要な人が利用する
- 在宅で終末期を迎える人の訪問を行う

研修の実際

研修期間：令和2年11月11日(金)

～12月11日(金) (20日間)

研修場所：✳もみじ 訪問看護ステーション

研修時間：9:00～17:45

(訪問は午前2件、午後2～3件)

研修内容：同行訪問件数 85件（38名）

（うちOTに同行3件）

退院合同カンファレンス参加 1回

サービス担当者会議参加 1回

ステーション定例会参加 1回

新規契約立ち合い 2件

事例報告会（12月9日）

訪問の実際

①利用者の主な疾患（重複あり）

認知症：9名　パーキンソン病：4名

癌末期：4名　糖尿病：4名

精神疾患：4名

人工呼吸器使用疾患：3名

創処置(褥瘡含む)：3名

心疾患：2名



②ケア内容



- 状態確認
(バイタル測定、聴診、連絡ノート確認、
本人や家族から情報収集)

➡ 連絡ノートで介護ヘルパーや訪問入浴スタッフと情報共有を行い、利用者の状況がタイムリーにわかるようにチームでケアを行っていた。



- 清潔援助

(全身清拭、陰部洗浄、オムツ交換、
入浴介助、洗髪、足浴、寝衣交換、
口腔ケア、爪切り、耳かき)

➡ 家庭にある物を使用して、介護者の負担にならないように行うことが重要。オムツの当て方など次のオムツ交換時に漏れがない、皮膚トラブルがおきないような工夫が重要であることを学んだ。

- 排泄援助
(浣腸、摘便、腹部マッサージ、温罨法、
膀胱留置カテーテル管理)

➡ 訪問看護の中で一番重要なケア。特に排便コントロールは重要であり、家族の介護意欲継続につながるケアであった。訪問時に排泄援助を行うことで介護者の介護負担軽減につなげることができることを学んだ。

- 内服管理
(セット、調整、残薬確認)



➡ 利用者の多くがさまざまな種類の薬を内服している。独居や高齢者世帯の利用者が正しく内服していることで疾患の悪化を防ぐことができる。一週間分をセットし、内服されていることの確認と共に下剤の調整や内服の相談を主治医と行い、利用者の生活を支えていた。

- インスリン
(実施見守り、残量確認)



➡ 認知症を持つ独居の利用者が毎日インスリン実施することができず、可能なサービスの範囲内でインスリン実施の回数を主治医と相談していた。訪問看護だけでは介入できず、ヘルパーの力も借り、週3回の見守りでインスリンを実施しており、在宅での治療継続の難しさを実感した。

- 処置
（創傷・褥瘡処置、軟膏処置、胃瘻）

➡ コスト面や準備できることを考慮した物品を使用して処置を行う。医師から準備された物だけでなく、市販の物を利用したりする工夫が求められた。





- 看取り（終末期看護）

➡ 在宅で最後を迎えることを希望した利用者及び家族との関わりは介護負担と共に利用者との時間を確認することが大切であった。点滴継続の有無や在宅での看取りの意思といった日々変化する心情を確認し、対応することの難しさを感じた。

その他の処置

- 点滴（実施、交換、刺入部確認）
- ストマ管理
- 医療機器管理
（人工呼吸器回路交換、HOT）
- リハビリ
（ROM、移乗動作、呼吸器RH、
体操、散歩、レクリエーション）
- 訪問診療介助
（気切交換、胃瘻交換、診察）



③新規契約（初回訪問）



➡ 契約書を用いて提供サービス及び費用についての説明を行う。お互いの信頼関係を築く上で重要であると共に、利用者が求めるサービスの確認が必要である。また、利用者の生活状況を把握しケアを行う上で必要な物品や場所の確認を行う。

地域包括ケアシステムを担う関係諸機関との連携の実際

①退院合同カンファレンス



退院後の利用者の生活を支える関係機関が集まり、必要な情報交換を行う。退院後の緊急時の対応やサービス利用予定など家族も一緒に情報共有を行うことで不安なく退院後の生活が過ごせる事を再確認できた。

地域包括ケアシステムを担う関係諸機関との連携の実際



②サービス担当者会議

介護に関わる関係機関の情報交換を実施。ケアマネが計画したケア計画を家族と共に確認し、チームとして利用者に関わっていることを知ることができた。

事例

対象：心疾患、アルツハイマー型認知症、脳梗塞の要介護5である80歳代女性

家族背景：長男夫婦と同居

家族の思い：いずれ病院または施設入所を希望

利用サービス：ヘルパー 1回/日（食事介助他）

訪問看護 2回/週

訪問入浴 1回/週

訪問診療 2回/月



看護の実践

①褥瘡処置及び予防

利用者の持っている物で対応。介護者が実施できることを提案する。

②皮膚状態の観察・保湿

保湿剤は準備できる物を使用する。

③排便コントロール（下剤の使用、摘便）

下剤を訪問前夜に内服し、訪問時に便性状を確認し摘便を実施する。

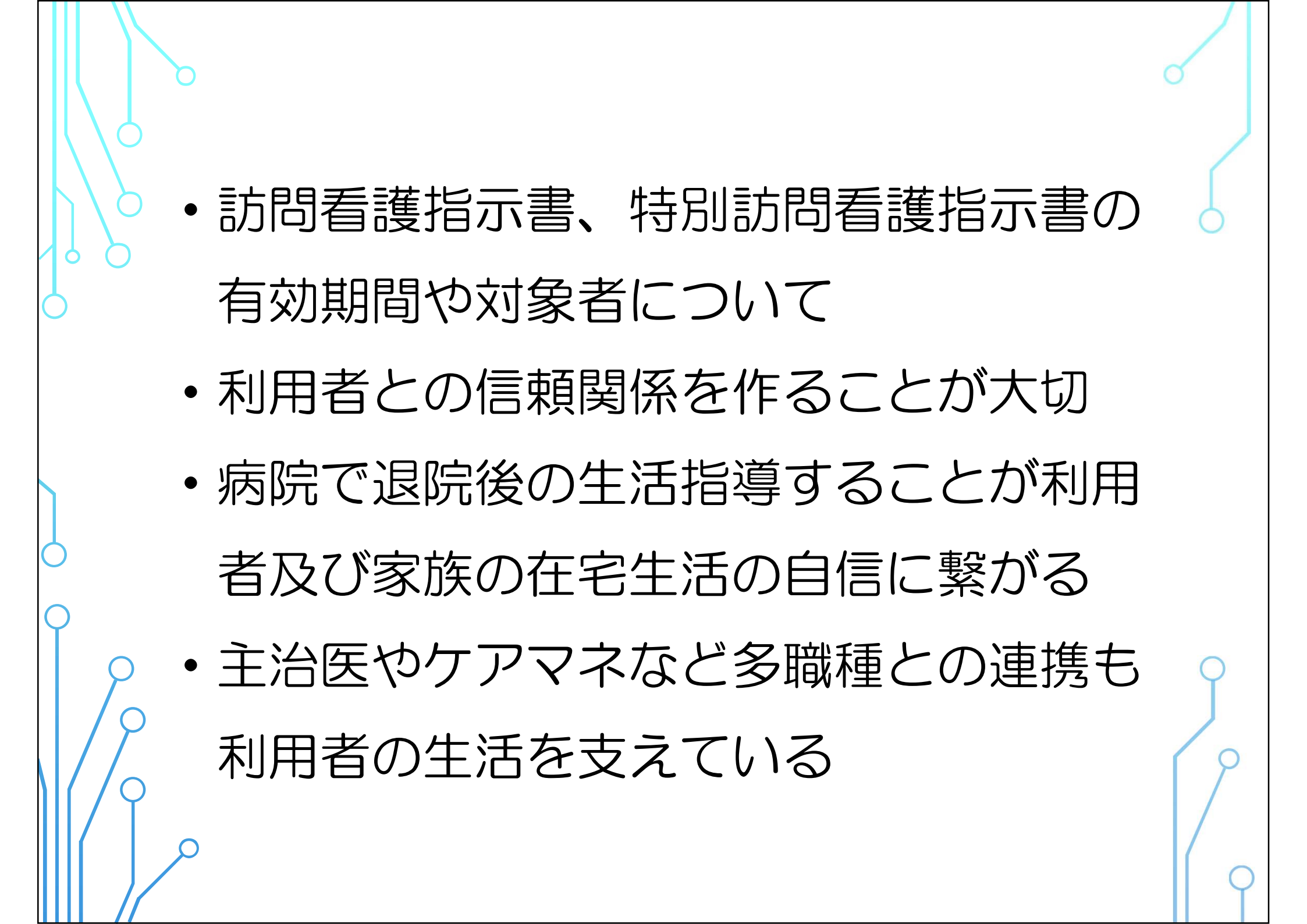
事例の学び

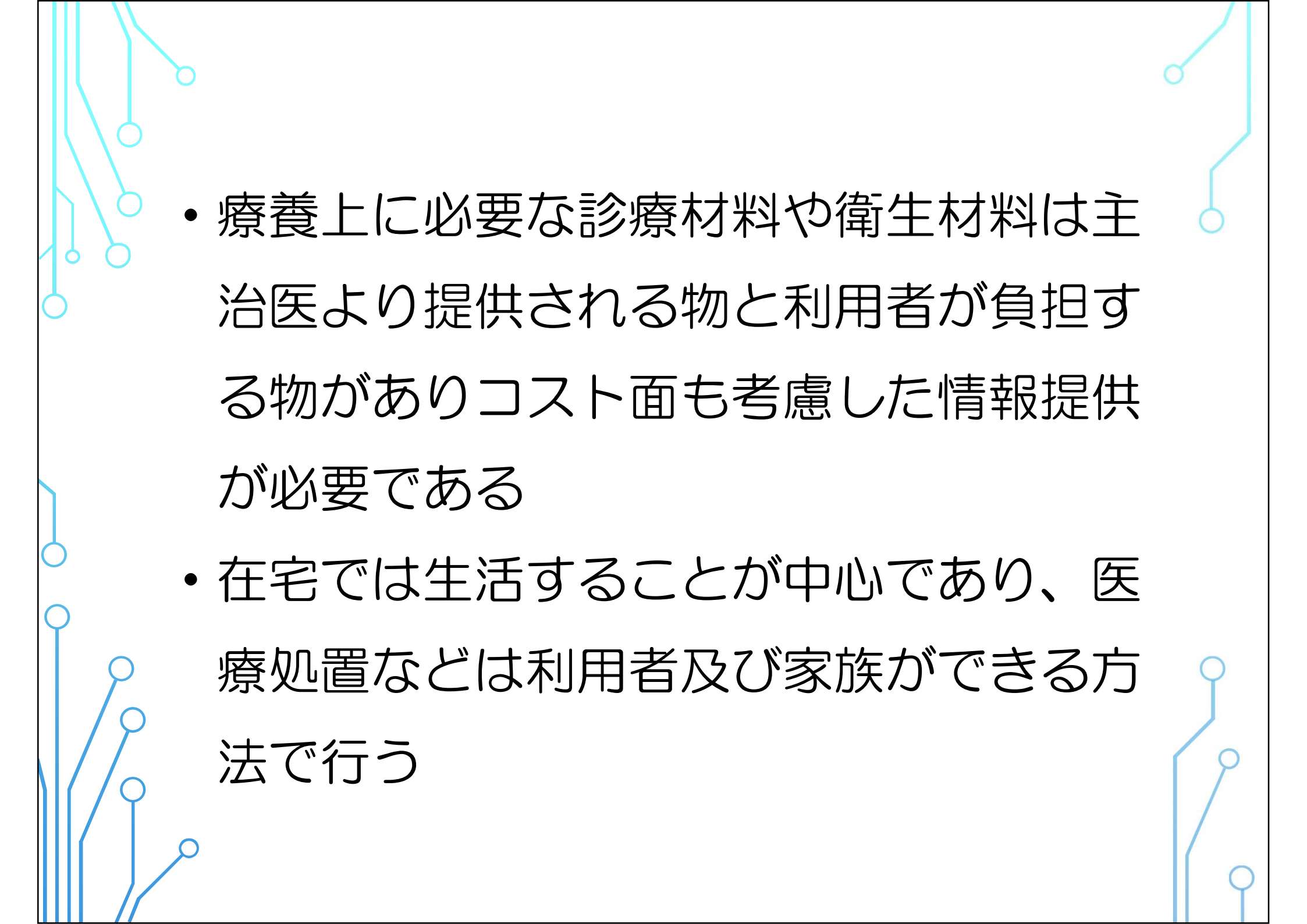
- 排便後のオムツ交換が介護負担であったため、下剤内服のタイミングや摘便を実施し、排便コントロールを行うことで介護意欲低下の軽減につなげた
- 褥瘡悪化及び予防のためエアマットの自動体位変換機能の使用や貼用物での工夫、オムツの当て方など家族にできることを個別に考えて対応する必要がある

- 家族に日頃の介護を労い、介護意欲低下につながらないようにコミュニケーションを図ることが重要である
- 連絡ノートを用いて、家族や他職種（ヘルパー、訪問入浴）との連携を図ることが大切である
- コスト面も考慮した物品使用の提案も重要となる

研修の学び

- 訪問看護（在宅生活を支える看護）と病院看護（治療生活を支える看護）の違い
- 医療保険（40歳未満の医療行為が必要な人）と介護保険（65歳以上で介護認定を受けている人）による法的な違いや金銭的な違い

- 
- 訪問看護指示書、特別訪問看護指示書の有効期間や対象者について
 - 利用者との信頼関係を作ることが大切
 - 病院で退院後の生活指導することが利用者及び家族の在宅生活の自信に繋がる
 - 主治医やケアマネなど多職種との連携も利用者の生活を支えている

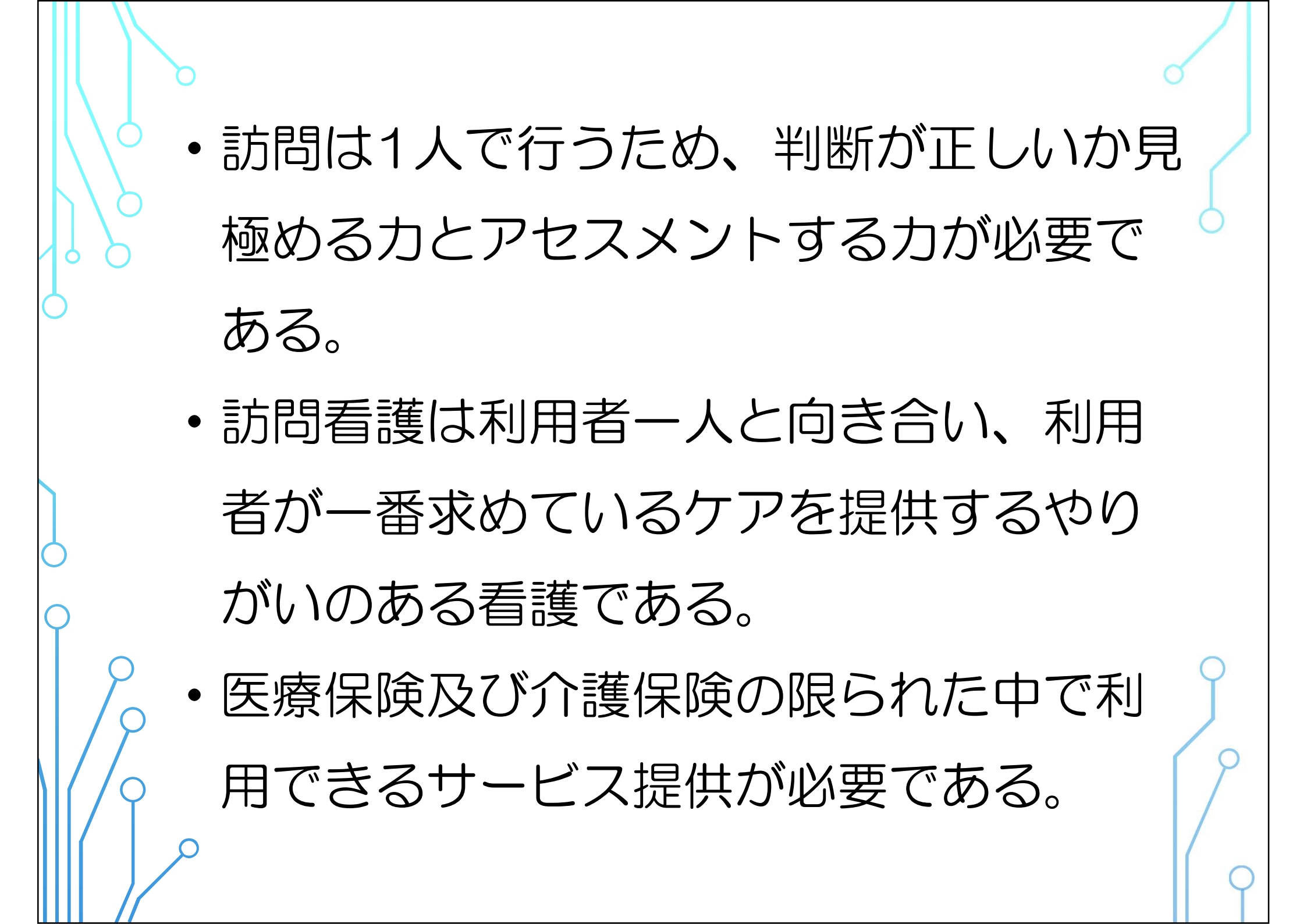
- 
- 療養上に必要な診療材料や衛生材料は主治医より提供される物と利用者が負担する物がありコスト面も考慮した情報提供が必要である
 - 在宅では生活することが中心であり、医療処置などは利用者及び家族ができる方法で行う

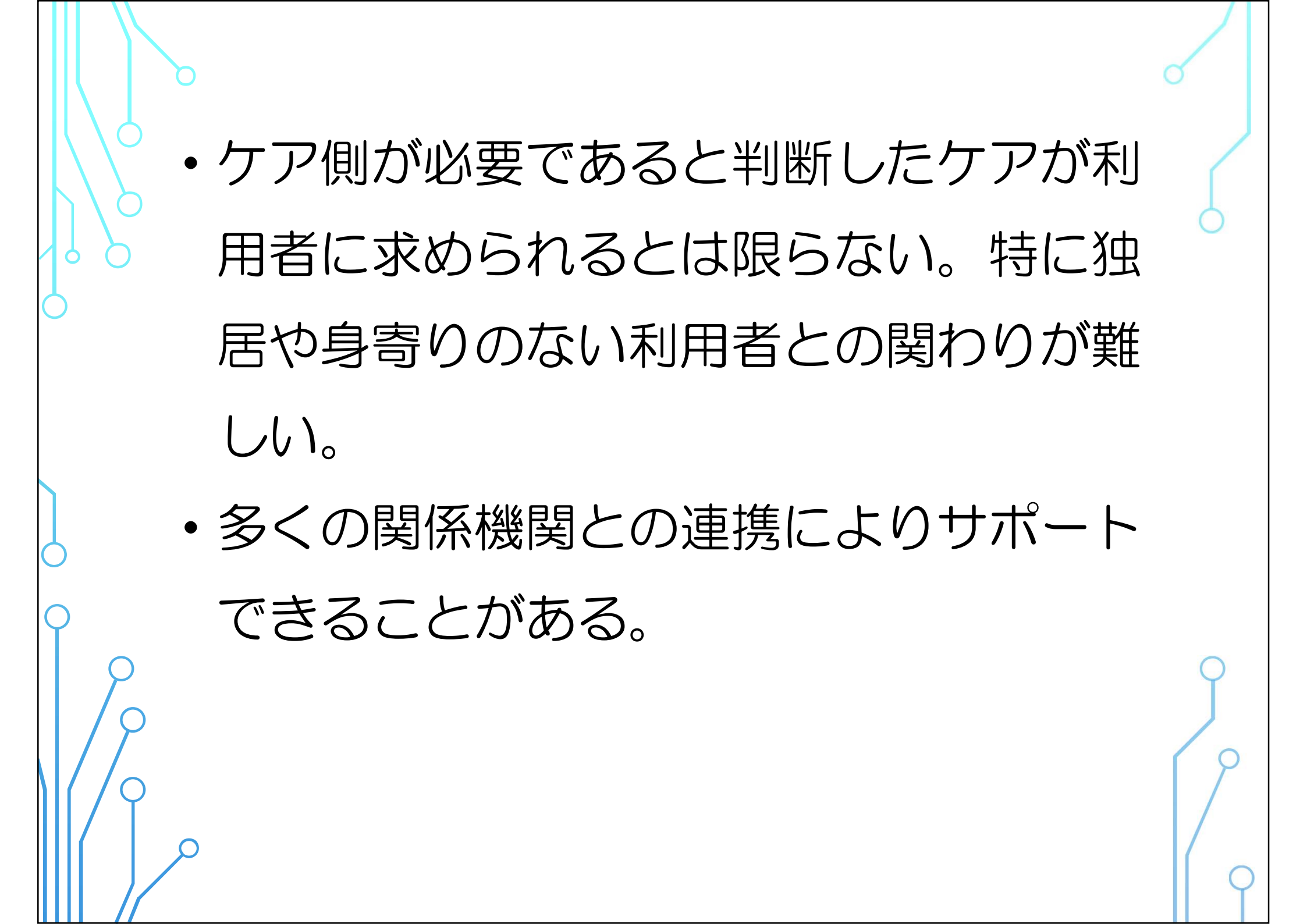
今後の自施設での課題

- 在宅生活を見据えた患者が実施できる退院指導が必要である
- 入院前のサービス状況を踏まえた退院支援の実施を行う
- 早期から在宅退院を阻害する問題点や患者及び家族の不安を知り、改善策をアドバイスする。

研修を終えて

- 訪問看護は決められた時間内で利用者が求める看護を提供する必要があり、看護師としての経験や家族との人間関係が大きく影響する。
- 利用者個々に応じた看護が求められ、介護者ができることを提供しなくてはいけない。

- 
- 訪問は1人で行うため、判断が正しいか見極める力とアセスメントする力が必要である。
 - 訪問看護は利用者一人と向き合い、利用者が一番求めているケアを提供するやりがいのある看護である。
 - 医療保険及び介護保険の限られた中で利用できるサービス提供が必要である。

- 
- ケア側が必要であると判断したケアが利用者に求められるとは限らない。特に独居や身寄りのない利用者との関わりが難しい。
 - 多くの関係機関との連携によりサポートできることがある。



ご清聴ありがとうございました