

病院看護師出向研修 事業報告

富山県済生会高岡病院
林 佳用子

看護実践

- 研修期間 令和2年10月16日～12月15日
- 同行訪問数 103件（緊急1件）
- 初回訪問数 6件
- 単独訪問数 46件（緊急3件）
- 担当者会議 4件
- 退院カンファレンス 1件

- 利用者の年齢層：30～100歳代
- 利用者の疾患：呼吸器疾患、循環器疾患、糖尿病、精神疾患、脊髄損傷、神経難病、認知症など
- 家族構成：独居、高齢者2人暮らし、家族と同居
- 訪問先：自宅、サ高住、病院、診療所、居宅事業所など

- 業務内容：健康状態の観察、療養生活の介助、医療処置、医療機器管理、在宅でのリハビリテーション、療養者と介護者の精神的援助、介護者への支援、終末期の看護、医師やケアマネなど多職種への連絡や調整

利用者や家族の病気の受け止め方や、必要なケアについてアセスメントが必要

そのために情報収集が大切です

①身体的

既往歴、現病歴、成育歴、障害、機能、ADL,データ、治療の経過や内容、疾病の合併症など

②心理的

病気による心理面の変化、病気や障害身体状況の認識や受容、病状の変化による焦りやストレス、人間関係、生活の期待と意欲、生活環境の変化の影響

③療養している環境

療養や生活の場の環境や状況、日常生活の行動やリズムや習慣、経済交流、他者との交流、社会的役割、緊急時の連絡方法や対応方法

④家族や介護者の状況

家族の生活背景、家族の介護力や介護状況、利用者に対する病状の理解度、家族が介護している影響（身体的・肉体的）

生活を重視した目標を立てることが大切

生活安定のための病状管理

① 症状や生活が安定するための役割

- 生活環境
- 食事
- 排泄
- 清潔
- 移動
- 薬
- リハビリテーション



②生活に合わせた医療処置の仕方

- ・ 病院とは違い、限られた環境や道具を使う
- ・ 限られた時間の中で、手順を考え処置を行う
- ・ トラブル未然に防ぐためのアセスメントや支援が大切

利用者が生活者として主体的に 生活できるようにする支援

- 日常動作について、どのように考え、生活していたかを知る
- 入院中であれば、退院後はどのように生活したいかを知る
- 生活するうえでの問題点を整理し、必要な支援や、適切な援助方法を考える
- 利用者自身が、健康状態について把握できるような関わり

利用者・家族の新たな生活の再生

- 状態の安定が生活の安定
- 自宅での生活を送ることが、ADLやQOLの維持向上にもつながる
- 訪問看護が関わることで、利用者や家族のセルフケアが高まる
- 新しい生活様式の再編や、環境の変化、家族の中での関わりの変化に慣れるよう支える



病院看護師や地域連携室のMSWやPSWが患者や家族の希望を聞きだし、自宅での生活のイメージを掴めるよう援助します。

- 退院前カンファレンスや、担当者会議を通し、医療処置やケアの内容の調整を行いながら、自宅での療養を継続できるように、問題点を明確化したうえで支援を考える。
- 訪問看護師だけでできることには限界がある。ケアマネやヘルパーなどの多職種から情報共有を受けたり、ケア方針を相談し、チーム全体で利用者を支える。

今後実践したい 病棟看護師としての退院支援

- 自宅での療養をあきらめることを、患者や家族に言わない
- 患者や家族の、病状や自宅での生活の希望を明確にし、それぞれの受け止め方を把握する。
- 必要な支援や制度利用のための把握
- 退院日から初回の訪問看護が入るまでの間を、安全安心に過ごせる配慮。
- 病院からのサマリーには不足している部分も多かった。検討したい。



ご清聴ありがとうございました。