令和3年度　訪問看護出向事業報告会
出向者の立場から

地方独立行政法人広島市立病院機構
広島市立広島市民病院
山田　久美

出向時期・動機

〇出向時期：2021年10月1日～12月31日

〇出向事業への参加動機

・病棟看護師として小児や成人の医療的ケアを必要としている患者家族の退院支援に多く関わってきた。

・患者個々で自宅環境や家庭環境は大きく異なり、私たち急性期病院の看護師が考えている療養環境、必要な指導はもちろんのこと、在宅療養可能な患者像についても実際とはギャップがあるのではないかと感じていた。

⬇

・在宅療養の実際や訪問看護をはじめとする在宅チームの具体的な関わりについて学ぶことによって、急性期病院の看護師として必要な在宅療養支援能力の向上を図る。

・在宅療養側のニーズを把握し連携を図り、出向後は患者家族が安心して在宅療養に移行できるよう取り組んでいく。

事前準備

- 訪問看護eラーニングの受講
- 自病棟での指導パンフレットの内容の確認

項目		内容
訪問看護概論		訪問看護の役割、介護保険など保健医療福祉制度、訪問看護ステーション開設・運営の基礎、訪問看護の倫理など
在宅ケアシステム論		地域包括ケアシステム、多職種連携、ケアマネジメント、在宅移行支援など
リスクマネジメント論		医療安全、労働災害予防、感染管理、災害対応など
訪問看護対象論		訪問看護の対象（療養者、家族、地域）
訪問看護展開論		訪問看護過程、訪問看護の実際・記録など
訪問看護技術論	訪問看護展開のための知識・技術	療養生活の支援、フィジカルアセスメント、リハビリテーション看護、服薬管理など
	医療処置別の知識・技術	経管栄養法、中心静脈栄養法、スキンケアと褥瘡ケア、ストーマケア、腹膜透析、在宅人工呼吸療法など
	対象別の知識・技術	急変時、がん、認知症、精神、小児、難病、エンドオブライフケア

出向内容

1か月目

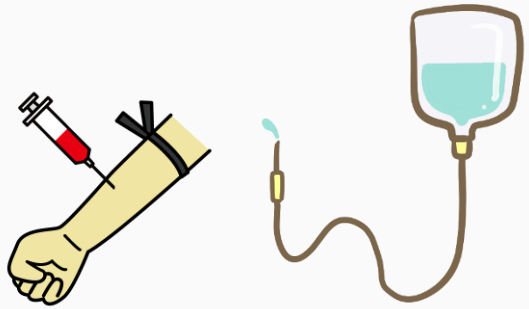
・訪問看護ステーションの概要、訪問看護にまつわる制度、
介護保険制度、居宅介護支援についてのオリエンテーション
・同行訪問　57件　48人　1人当たりの訪問時間は30分～1時間半
・退院前カンファレンス参加2件
・担当者会議参加2件
・在宅往診医とのカンファレンス参加
・ケアマネージャーの居宅モニタリングに同席

2か月目

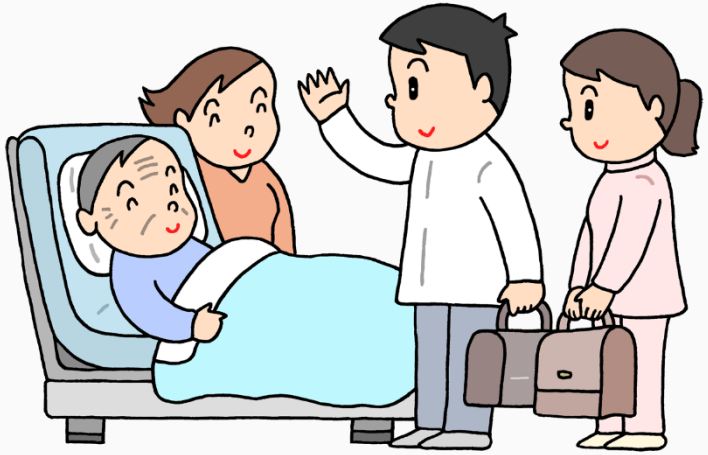
単独訪問
スタート

・同行訪問　27件
・単独訪問　6人　31件
　在宅の方法での吸引、気切部処置、NPPV管理、胃瘻部処置、点滴投与、
　利用者家族への栄養剤注入指導、ウロストミー面板交換見守り実施
・担当者会議参加4件(単独での参加2件)
・他の担当看護師、スタッフとの情報共有と問題に対する対応策の検討
・助言を受けながら多職種(主治医・ケアマネージャー・ヘルパー・デイサービス・
　デイケア)との連絡調整
・Webでの退院前カンファレンス参加1件
・デイケア見学、小規模多機能型施設見学、サービス付き高齢者住宅の訪問
・カンファレンスの場で事例の共有

3か月目



・同行訪問　25件
・単独訪問　6人　35件　1人当たり30分～1時間半
　自宅で採血、点滴投与を実施
・3カ月間で計62人の利用者さん宅に訪問
・3カ月間で計10人の利用者さんの担当看護師として訪問
・主体的に多職種との連絡・調整
・ターミナルの利用者さんへの同行訪問
・弔問1件
・往診の同席2件、初回往診時の同席2件
・小児の退院前カンファレンス参加1件



訪問車の車窓から

雪が降る日も

多くの利用者の方が地域で生活が可能

認知症のある独居の女性
徘徊はしない
朝・夕ヘルパー介入
週に1回の訪問看護で健康管理と内服管理
入院中は食事摂取量が減少していたが退院して食べられるようになる

人工呼吸器装着中のALS利用者
意思伝達装置利用
平日毎日訪問看護、
週に1回長時間訪問
ヘルパー、訪問入浴利用

ターミナルの利用者
状態に合わせて家族に現在の状況を説明
訪問日以外でも電話で状況の確認
自宅で家族に見守られ永眠

往診医によって麻薬のコントロールを実施
必要時在宅で腹水穿刺を実施可能な医師もいる

排泄に援助が必要な女性
日中1人の時間帯あり
定期巡回随時訪問介護看護利用

気管切開、寝たきりの男性
日中1人の時間帯あり
平日毎日訪問看護介入、
昼の注入実施
ヘルパー介入あり保清
週に1回入浴介助

認知症のある夫婦二人暮らし
朝夕ヘルパー介入あり食事の準備や掃除の援助
デイサービスで入浴介助
週に1回訪問看護介入し内服管理、骨粗鬆症予防の皮下注射実施

歩行に不安がある高齢の独居の女性
認知機能は保たれている
訪問看護で入浴介助
あんしん電話の導入

病院とは異なる在宅の工夫

厳密な内服管理は困難

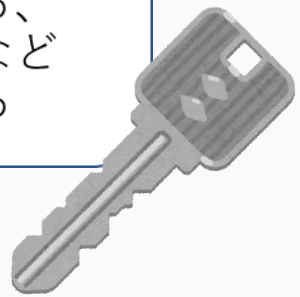
訪問時に次の訪問までの内服薬をセットし残りは訪問看護で管理し持ち帰る

低血糖が怖いので血糖は高めにコントロール

主治医へ了承を取り、曜日によって内服時間が異なるが他者介入時に確実に内服

鎮痛剤の過剰内服防止のため決められた個数のみ訪問時にセット

自宅の鍵を開けることが困難な利用者さんは外の倉庫に隠す、郵便受けに入れ南京錠を関係者が預かる、キーボックスの利用など様々な工夫をしている



どこでどうやって転んだのか

自宅での実際の動線を考え手すりの設置

病院と在宅の違い

在宅看護の実際を知れば
もっと自宅退院を希望される人が
増えるのではないか

・対応の途中でも、状況に応じて他

・利用者さん個々に合わせたケア

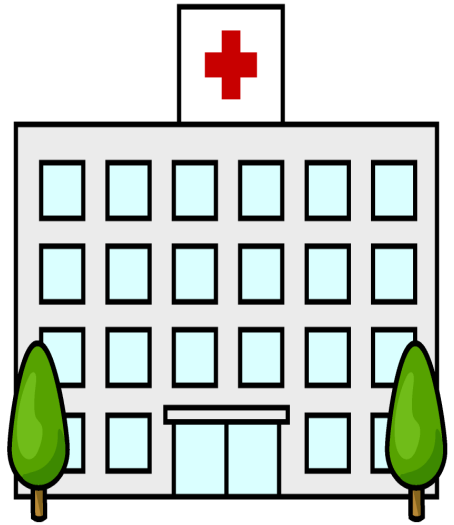
病院スタッフが在宅の現状を
知っていれば自宅退院できる
患者さんも増えていくのではないか

ケース①ALS女性

退院前カンファレンスの情報では…

- 夫と2人暮らし、ご主人の介助が可能
- 入院中にラジカット2クール実施
- 胃瘻造設後注入手技を獲得して退院
- 杖を使用し自力歩行可能
- シャワー浴は浴室までの見守りを行い自身で実施できる

家族のサポートがあるため自宅で生活できます



父は説明すればできるので巻き込んでください

別居の息子さん

実際は…

ご家族のサポートはすぐには難しそう

サービスを整えないと自宅での生活は難しいかも

＜サポート体制の調整＞

- 電動ベッド、歩行器レンタル
- 歩行器を使用予定であったが動線の確保ができず困難
- 1点杖使用しトイレ歩行時に転倒→4点杖に変更

→廊下の片づけ、タンスを移動させ動線確保
トイレまで歩行器が使用できるようになる

- 平日は毎日看護師訪問(1時間～1.5時間)
- 昼の注入時間に訪問し、注入の指導と介助を実施
- 夕方ヘルパー導入し注入の準備、見守り実施
  30分予定→1時間に延長
- 週に1回掃除のためヘルパー導入
- 疼痛コントロールのため1日2回カロナール定期内服注入
- 在宅のかかりつけ医の所に訪問し状況報告、血糖測定とインスリンコントロール開始

退院後は生活するのに精いっぱい

↓

2~3週間後頃より生活に少し余裕が出てくる

↓

生活に余裕が出てくると今後の病気について考え始める

↑

精神的なサポートを！！

ケース②DM、HT、認知症のある独居の高齢女性

- 血糖コントロール不良のため入院、トリルシティ皮下注射でコントロール良好となる
- 主治医の勧めもあり自宅退院
- 精神科の既往あり、被害妄想等あり入院前は自ら警察に行きトラブルとなったこともある
- 家族は同居しておらず、定期的に食材を届けたり病院の受診の対応をされていた
- 歩行に介助必要
- アパートの2階に居住、階段の昇降に介助が必要

一人暮らしでこの状態では自宅退院は難しいのでは？？

＜退院してみると＞

- 移動は歩行器使用し時間はかかるが自宅内はなんとか可能
  →自宅で転倒もしているようだが骨折等大きな怪我はない
- デイケアを週に3回計画も嫌がり退院当初は行けないことも
  →デイケアの送迎時自宅内まで迎えに行くことで休まず行けるようになる
- 内服カレンダーは高いところが取れないため日付を記載しケースで管理
  →内服忘れ、内服薬が落ちていることもあり
  デイケア(週に３回)迎えの際に確認
  ご家族が夕方に毎日様子を見に行き内服の残を確認
- 夕食は配食弁当を利用。外まで自身で取りに行こうとされるため
  キーボックス利用し自宅内まで届けてもらう

病院の看護師の立場であれば無理そうだと思われたが
実際には自宅でなんとか生活が可能だった！

出向での学び

・在宅療養可能な患者像が大きく広がった

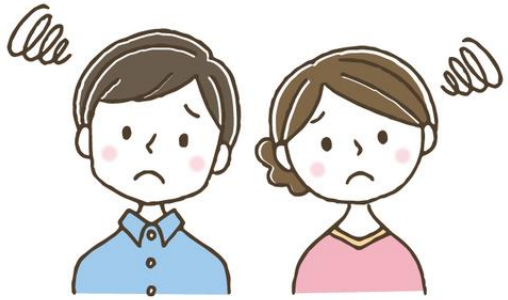
自宅退院を希望された患者さんがいた場合、たとえ病院サイドから見ると難しそうな方でも本人家族の希望があり、在宅のサポート体制がしっかり整えさえすれば

退院してみればなんとかなる！
なんとかしてもらえる！！

・病院を退院後どのように生活を整えていくのか、どのようなサポートが必要なのかを知ることが出来、実践できた

自宅退院は難しい、ご家族が大変です

自宅退院を
諦めさせてしまう



先生が言われるのだから

家に帰りたいけど家族に
迷惑をかけるなら我慢しよう

こんなサポートができます

自宅退院の選択肢が
増えるように

患者さんは
自宅への退院を
希望されています

訪問看護をお願い
してみましょう

➡ 医師へ伝えていく

看護サマリーについての現状と課題

現状

・簡単な経過、現在の状況を記載

・ 指導を実施している方の場合は指導の状況と習得状況について記載している

・内服薬について退院時に薬剤師より指導はされているが、サマリーには記載はない

・ICの内容を詳しく記載出来ていないことが多い

・患者家族の希望について把握し記載ができていない

問題点

・看護のことのみで治療や経過について記載がないものもあり、医師からの紹介状は在宅の主治医へのみ送付されているため訪問看護側では経過の把握が難しい

・訪問看護師が介入し内服管理を行っているケースも多いが、内服薬について理解できていない患者家族もいるため把握しずらい

・訪問看護師は意思決定支援に関わることが多いが、どのような説明を受けてどのように感じているのか分からず関係性が築けていない間は今後について話すことが難しい

・病院スタッフがACPについての知識が不足しており、意向を確認できていない

退院前カンファレンスについての課題

現状

・施設間でカンファレンスの流れに大きな違いはない

・退院前カンファレンスにはできるだけ受け持ち看護師が出席するようにしているが、日程が直前に決まることもあり勤務の都合で出席できないことがある

・病状や現在の病院での状態、医療的ケアの手技取得状況についての話し合いがされ、その後退院の日程の調整がされることが多い

問題点

・退院前カンファレンスに参加している看護師が患者さんの情報について把握しきれていないことや、その後の引継ぎがうまくいっていないことがある

・パンフレットを使用して指導を実施どのような指導が行われているのか、具体的には訪問看護側は分からないことがある

・病院内でも病棟間で指導内容は統一されておらず、病院と在宅では指導内容が異なることもある

移動や時間に関する負担についての理解不足

- 訪問看護側は、退院時にはできるだけ退院時間に合わせて訪問できるように調整されている。しかし退院予定時間を大幅に遅れて退院されることもあった。

→患者さんの退院時間について、時間に合わせて準備するよう意識はしているが他の受け持ち患者さんの予定や新規の患者さんに意識が向きがちで退院後の生活について想像できていない

- 移動に介助がいる方、人工呼吸器を装着中の方は簡単には移動ができず、多くの人手を必要とし介護タクシーの料金などもかかる

→受診のための負担をどの程度理解できているのか？

出向後の取り組みと今後について

○病棟で報告会を実施

- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]制、[illegible]宅

病棟全体で在宅支援について取り組んでいく

↓

その後在宅の輪を院内全体に広げていけるように

○事[illegible]

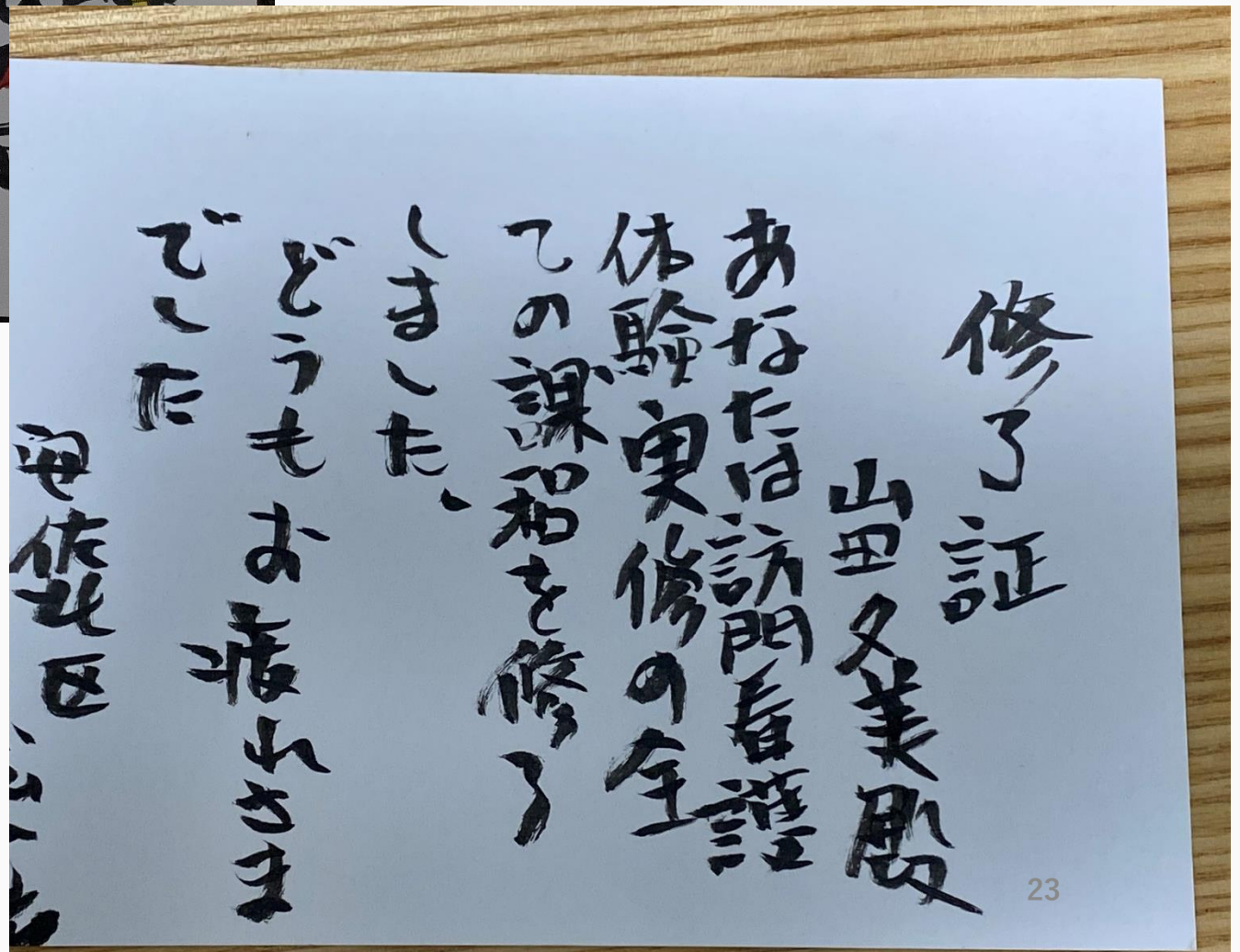
→自宅退院できた事例についてはどのようにして自宅退院が可能となったのか、自宅退院ができなかった事例についてはどうすれば自宅退院が可能であったのか。事例検討会を行うことでスタッフの意識の向上を図る。

今後の理想

- 退院前訪問を行い自宅の状況を把握し、環境を整えてから退院する
- 退院後訪問を行い、退院後の現状の把握し実施した退院指導の振り返りを行い、他のスタッフへフィードバック行う

→スタッフの意識向上に繋がる

→自宅退院を希望される患者さんがいる際には、スタッフ自身が退院に向けて諦めない気持ちをもち、医師へも働きかけることができるようマインドの育成を行っていく


修了証
山田久美殿
あなたは訪問看護
体験実修の全
ての課程を修了
しました。
どうもお疲れさま
でした

広島県看護協会の関係者の皆様、
訪問看護ステーション「ひびき」の皆様に
心より感謝申し上げます

ご清聴ありがとうございました