



令和4年度 訪問看護出向事業報告会

「出向者の立場から」

令和5年3月11日

宮迫ふみえ

マツダ株式会社マツダ病院 地域連携センター

出向事業概要

- 期間：令和4年10月1日～12月31日
- 出向先
安芸地区医師会訪問看護ステーション
(安芸郡海田町栄町)
- 勤務時間：8時45分～17時15分
- 訪問エリア
府中町・熊野町以外の安芸地区



現在の業務

- 退院調整看護師で地域連携センターに在籍
- 入院・外来患者の在宅療養支援・転院調整
- コロナ前は退院前後訪問で在宅へ行く機会もあり、入院患者の退院前後の様子も実際に見ることができていた



出向事業で学びたいこと

- 1) 在宅調整をした患者の在宅療養生活の実際
- 2) 医療依存度が高い療養者の看護・ケアの実践
- 3) 病院看護師として必要な在宅療養支援の視点、連携強化

3カ月間の実績と経験できたこと

- 延べ件数**144件**訪問 (**44人**の利用者さん宅に訪問)
 - **6人**の利用者さんの担当看護師として訪問
 - 単独訪問**7件**訪問時間：**30分～1時間30分**
 - 緊急訪問**1件** (平日：昼間)
-
- 利用者の訪問看護報告書の作成 (主治医宛て)
 - 他院の退院前カンファレンス参加
 - 看護ケア：創傷処置 バルン交換 点滴 採血 摘便
PEGからの注入食 レシピ^o管理、入浴介助などの清潔ケア

ケース1 ～概要～

- 80代 女性 Kさん
- 慢性心不全 不整脈 認知症 大腸癌(ストーマ)
- 長男と2人暮らし 隣家に次男家族がいる
- もともとADL自立 近くの開業医へ通院
- 友達との会食や地域の100歳体操など定期的に通う
- 6月から下肢浮腫が続き、7月入院。9月アブレーション入院
- 要介護1
- キーパーソンは長男

ケース1 ～初回訪問時～

本人の状態

- 会話していると肩呼吸に
- 下肢は浮腫が軽度
- 皮膚は乾燥著明 肥厚あり
- ストーマはすべて自己管理
- 面板の交換時期は自己流
- 薬は自己管理 残薬多数

本人・家族の思い

- 今までのように外出したい
- 家族の心配: 認知症の悪化

自宅環境・生活の様子

- 2階建ての1軒家
- 玄関には段差あり
- リビングの横が本人の寝室
- 1日のほとんどを椅子に座り
テレビをみて過ごす
- ダイニングテーブルの上に
届く範囲に自分の必要なもの
- 血圧・体重測定が朝の日課
(自身でメモしていた)
- 入浴は好きな時間に(夜中)

ケース1 ～アセスメント～

- 訪問看護の依頼はケアマネジャーで、状態観察目的
 - ⇒ 診療情報や看護サマリーはなし
 - ⇒ 入院中、どんな治療をしたのかわからない
 - ⇒ 下肢浮腫増強、体動困難があったとケアマネジャーから情報
- 本人や家族からの話、処方薬から考えて・・・
 - 不整脈による心不全治療目的だったのかなと推測**
- 担当看護師として、同行訪問から介入開始

ケース1 ～看護目標～

#1 病状が安定し下肢浮腫が軽減する(心不全予防)

#2 転倒を起こさず日常生活を送り外出できる

#3 サービスを利用しながら家族の負担が軽減する

ケース1 ～看護の実際 #1病状が安定し下肢浮腫が軽減する～

症状観察

バイタルサイン・症状観察

体重管理

「毎日、朝6時に測ってメモしてる
忘れるからね」

↓
テーブルにメモ書きがあり

↓
訪問時、血圧と体重をメモで確認

これを使わない手はない

薬管理

(利尿剤・抗不整脈薬・抗認知症薬)
リビングの椅子で1日を過ごす

↓
手の届く範囲に自分の物あり
↓
薬は少し離れた棚にあり(残薬多数)

↓
1週間分をまとめて、テーブルに

「日付書かれたら、忘れられんね」

⇒ 症状増悪なく経過、内服薬に変更はなく再入院はなし

ケース1 ～看護の実際 #2転倒を起こさず日常生活を送り外出できる～

観察・ケア

- ・下肢浮腫 冷感・皮膚肥厚あり、歩行困難が予想される
- ・足浴・軟膏塗布(皮膚科処方あり)
- ・足浴容器:自宅にある容器を利用(家族が準備)

転倒予防

- ・自宅内は問題ないが、体動が増えると呼吸困難は↑↑
- ・本人は呼吸困難の自覚なし、運動意欲あり
- ・100歳体操を実施

⇒下肢浮腫は軽減傾向 皮膚肥厚は改善
10月の初回訪問時に比べ、自宅内の活動範囲は増加したが
一人で外出するまでには至らず

ケース1 ～看護の実際 #3サービスを利用しながら家族の負担が軽減する～

訪問看護

- ・訪問時に家族の困っていることを確認
↓
- ・次男嫁の心配事：認知症の悪化
- ・家族の心配事：ストーマ交換が自分でできなくなったら？
↓
- ・認知症予防⇒訪問時に認知症予防体操や会話（昔話や興味のある話）
- ・ストーマ交換：家族の前でストーマ交換の一連の流れを確認
(家族が動画撮影)

⇒月1回、ケアマネジャー・長男 次男夫婦と現状を情報
交換し現在の問題、心配事などを共有した

ケース1 ～評価・振り返り～

#1: 症状増悪なく経過 内服薬に変更はなく再入院なし

#2: 下肢浮腫は軽減傾向 皮膚肥厚は改善

10月の初回訪問時に比べ、自宅内の活動範囲は増加したが、一人で外出するまでには至らず

#3: 月1回、ケアマネジャー・長男 次男夫婦と現状を情報交換し現在の問題、心配事などを共有した

⇒ 異常時の受診の目安が不明(体重増減など)

限られた時間の中で判断や実践、本人や家族の想いを共有するなど、優先順位をつける難しさがあった

ケース2 ～概要～

- ・80代 女性 ALS
- ・70代前半で、ALS発症 在宅療養8年目
- ・医療依存度
人工呼吸器装着・気管切開・胃ろう
- ・妹夫婦と猫と暮らす
- ・要介護5
在宅医、訪問看護、ヘルパーが介入し在宅介護

ケース2 ～生活の中の医療と介護～

・月：訪問入浴(14:15～15:15)		
・火：身体介護(9:00～11:00)		
・火：訪問看護(11:00～12:00)		
・木：身体介護(12:30～14:30)		
・木：訪問看護(14:30～15:30)		
・金：訪問看護(10:30～11:30)		
・金：訪問入浴(14:15～15:15)		
・特殊寝台・特殊寝台付属品・床ずれ防止用具 移動用リフト・体位変換器		
・(土：週1回：往診)＋レスパイ ト		

ペットのいる生活

本人と暮らしていた猫

妹夫婦が引きとり一緒に生活



⇒在宅療養生活可能な患者像が広がった事例

ケース3 ～概要～

- 70代 女性 Bさん
- 特発性間質性肺炎
- 当院かかりつけ
- 10月に同行訪問で1度だけ訪問
- 訪問看護(30分)
- 会話をしていると肩呼吸 呼吸困難感あり
- 出向後カルテを確認

半年以上入院歴がなく、外来通院中に介護申請→訪問看護導入

ケース3 ～出向後のかかわり～

<外来受診時に再開>

- 訪問看護師からの情報では、徐々にADLも低下傾向
- 当院への毎月の受診が困難のため、当院受診と平行に訪問診療開始
- 集中ケア認定看護師に相談し、外来受診に合わせて認定看護師と面談
- 受診時、認定看護師より呼吸法や自宅でできる運動療法を指導
- 訪問看護師への診察時の様子や指導内容を報告
- 外来看護師への情報共有
⇒今後も外来受診時に情報共有を依頼

**⇒病院側と在宅側が密に情報交換し連携することで
看護の幅もより広がっていくと感じた**

3ヶ月通して学びと課題①

1) 在宅調整をした患者の在宅療養生活の実際を知る

- 退院後の実際のサービスをみる事ができた
- 退院直後は症状は改善しているものの、入院前より体力は消耗していることを強く感じた
- 入院中に情報共有したことが実際の生活環境をみることでよく理解できた
- 「何かあったら、すぐに病院来てね!」と言っていたが、すぐに来れる環境の方ばかりではない現実を知った

⇒ 実際の在宅療養生活をみる事ができ有意義だった

3ヶ月通して学びと課題②

2) 医療依存度が高い療養者の看護・ケアの実践

- ・フィジカルアセスメントの重要性がわかった
- ・生活に即したケアが必要、自宅にある物を工夫して看護・ケアを実践していた
- ・入院中の療養指導が継続できるような視点が必要とわかった
- ・退院前カンファレンスの情報提供はとっても重要、かつ目的を明確にすることが大切
- ・病院側、在宅側お互いの知識をもっと共有したい

⇒退院前カンファレンス・退院前後訪問の充実

3ヶ月通しての学びと課題③

3) 病院看護師として必要な在宅療養支援の視点、連携強化

- ・生活環境に合わせた視点が重要

例：ラバーシーツは病院では褥瘡の高リスクのためNG、しかし在宅では汚れたシーツの洗濯を高齢家族がするため、負担を減らすため皮膚状態の観察しながら使用

⇒予測されることを考え観察や判断が大切

- ・在宅側の情報不足を感じる場面があった
(本人の病態、薬情報、検査結果など)
- ・退院後の異常時の受診の目安がわかりにくかった
- ・一番相談しやすいのは、地域連携だと感じた

⇒相談を受け、関係部署に繋ぐ役割を果たしたい

さいごに 心に残った安芸地区医師会スタッフの言葉・行動

◆担当リハビリスタッフの言葉

- ・「私の仕事は、身体をリラックスさせて心地よく車椅子に座ってもらい、楽しくデイサービスで過ごしてもらうことです」(脳性麻痺19歳利用者)

◆担当看護師の姿

- ・「この人、拘縮強いんですよね～」って言いながら、血圧測定する前に腕をマッサージし血圧を測定する姿(拘縮の強い高齢の利用者)
- ・意識レベルが低下傾向の終末期利用者の「お風呂を楽しみにしていた」の言葉を受けとめ細心の注意を払いいつも通りの入浴介助を行っていた姿(がん終末期の利用者)

◆安芸地区医師会訪問看護師のみなさん

- ・訪問してすぐバイタル測定をするのではなく環境を確認し、利用者の話を聞いてからバイタルを測定していたスタッフの姿 などなど

看護師として初心にかえったようでした!

ご多忙中、同行訪問やご指導いただきましてありがとうございました

ご清聴ありがとうございました

