

# 令和4年度 訪問看護出向事業報告会 出向者の立場から

～出向を通して見えた地域の実情と当院の課題～



市立三次中央病院

永岡 奈穂子

# 出向時期・動機

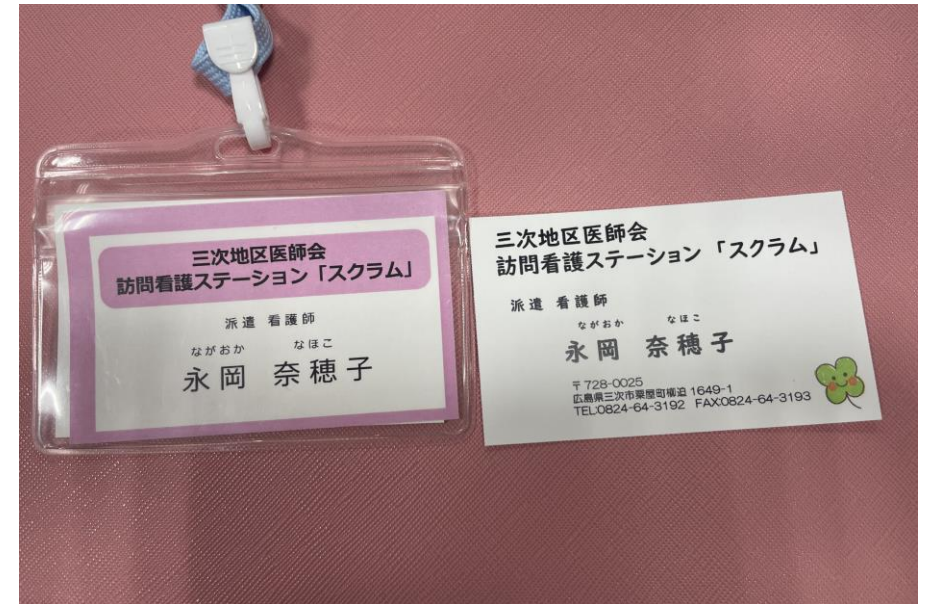
出向時期：2022年11月1日～1月31日

出向事業への参加動機：

地域包括ケア病棟での勤務の中で、退院調整を行い在宅療養へ患者を送り出してきたが、在宅で実際にどのように生活しているのかイメージできない部分があった。具体的に、調整したサービスをどのように利用して生活を行っているのかを理解できていないまま在宅療養支援をしている現状を感じていた。

→ 実際の在宅療養生活を知り、安心して退院できる療養支援をしたい！

# 訪問看護ステーション「スクラム」





## ご家族の方へ

～お別れのときの患者さんの状態とその対処方法～



### ○お別れが近づいたときの様子

- 徐々に寝ている時間が長くなりますが、周りの話し声は聞こえています。
- お食事や水分をとる量が減ってきます。また手足がむくむことがあります。



- 時間や場所、時にはご家族のことも分からなくなったり、大声を出したり、会話のつじつまが合わないことがあります。これは体のエネルギーが落ちてくるときの自然な経過です。決して“おかしくなった”わけではありません。
- 患者さんは体の中をきれいにしてから旅立とうとされます。そのため、場合によっては嘔吐、吐血、下血、多量の排便などが起こる事があります。
- 唇が乾燥し、ネバネバしたものが口にたまったり、呼吸をするときにゴロゴロと音がすることがあります。お口の汚れは濡らしたガーゼで拭いてください。  
これも体をきれいにしようとする反応です。自然な経過とご理解ください。
- 手や足が冷たくなり、皮膚は青白く、時には赤紫色になります。また青あざなどの内出血が見られる事もあります。
- 39度前後の高熱が出る時があります。これはお別れの前に残っている力を出し切ろうとする反応です。氷枕で頭やわきの下を冷やして見守ってください。

- 尿を作る力が弱まり、尿が出にくくなってきます。
- 10～30秒息が止まる、また下の顎を動かし体全体で息を吸うといった不規則な呼吸になります。

お別れが近づく中で患者さんの体にはいろいろな変化がみられます。これは自然な経過であり、患者さんは苦痛を感じる事はありません。どんな変化が起こるのかあらかじめ知っておくことで、あわてることなく対応することができます。

### ○お別れが来た時の様子

- 呼吸をしなくなります。
- 心臓が動かなくなります。
- 揺り動かしても、声をかけても全く反応がなくなります。
- 眼球が動かなくなり、まぶたは少し開いているか閉じています。



### ○お別れのときの対処方法

- まずはスクラムに連絡をお願いします
- 救急車や警察に連絡しないでください
- ご連絡後、医師がうかがい死亡確認をします。確認後、死亡診断書を作成します。
- ゆっくりとお別れをした後で、葬儀の連絡を行ってください。



訪問看護ステーションスクラム：(0824)-64-3192



安心と希望を  
あなたにお届けします・・・



● 訪問看護のご案内 ●

三次地区医師会訪問看護ステーション

スクラム

緊急時はお電話ください。

三次地区医師会訪問看護ステーション

スクラム

☎0824-64-3192

## 実践目標（出向を通して学びたいこと）

- ①急性期病院の看護師として、地域包括ケアシステムの構築に欠かせない訪問看護の実際を知り、学び、知識を深める
- ②在宅療養支援の実際を知り、急性期病院に求められる在宅療養支援能力の向上を図る
- ③当院を外からみることで、地域における当院の役割がわかり、看看連携に活かすことができる



## 1ヶ月目の目標

- 訪問に同行し看護の実際や生活の場における健康管理の実際を知る。
- 訪問看護師に必要な視点を養い、患者のニーズを把握。
- 実際の在宅療養支援を行い、地域医療における訪問看護の役割を理解。

# 1ヶ月目 実施状況

## 同行訪問（70件）

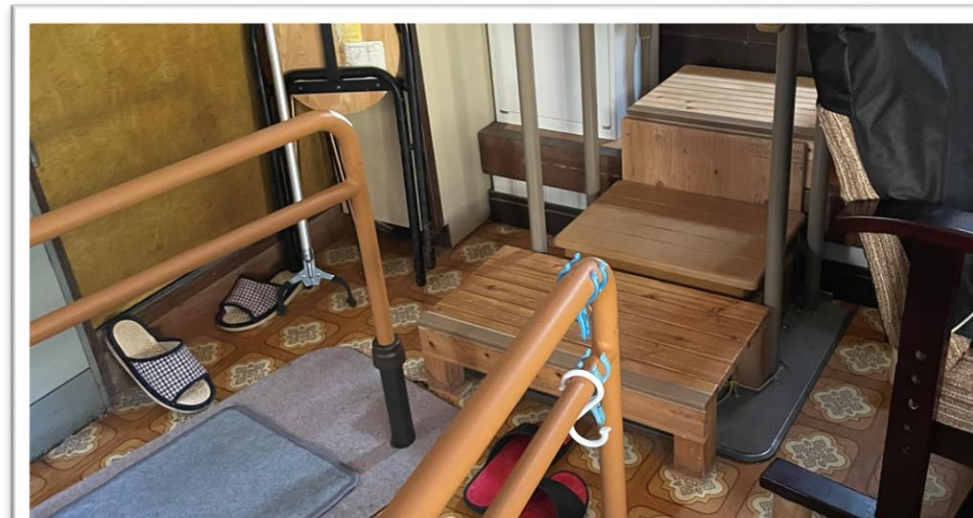
- 在宅での麻薬管理、点滴や褥瘡処置
- エンジェルケア看取り
- 入浴介助などの保清ケア
- HOT管理
- 浣腸・摘便などの便処置・バルンカテーテルの管理
- 往診同行、主治医やCMとの連携（見学）

## 単独訪問1件

## 新規訪問同行

## 退院前カンファレンス（医療センター）

## 医療連携しているグループホームへの訪問（体調管理など）



## 気付き・学び

- 訪問時に患者の状態変化があれば、主治医やCM、ヘルパーなど関係各所と日々連携を行っている。
- 利用者本人はもちろん、家族とのコミュニケーションが重要
- 当院外来患者における連携が難しい。
- 24時間緊急加算の対応は利用者や家族の大きな安心になっている。

## 2～3ヶ月目の目標

- 単独訪問を行い、利用者の状態をアセスメントし必要な看護がスムーズに行える。
- 地域包括ケアシステムにおける訪問看護の役割を理解し実行。（他職種連携）
- 緊急時対応に同行訪問し必要な援助・連携が理解できる。

## 2ヶ月目 実施状況

- 訪問件数：70件  
そのうち単独訪問16件、複数名加算の利用者への2名のうちの1名としての訪問19件。
- 看取り：1件
- 新規訪問：2件（2名ともターミナル期）
- コロナ濃厚接触者への訪問：2件
- 当番勤務時の同行：2名
- 主治医やケアマネージャーへの報告
- 利用者に合わせて看護方法の変更についてカンファレンスを行い実践（障害のある小児の入浴方法）



## 気づき・学び

- 訪問看護は地域包括ケアシステムにおける医療ケアの中心的役割を担っている。
- 外来患者に関する医療機関との情報共有や看看連携が難しい。
- 24時間緊急対応加算のある利用者の状態把握の重要性。
- 小児の利用者は特に父母との信頼関係が重要。

## 3ヶ月目の目標

- 受け持ち利用者に必要な看護を計画し、実践、報告書が作成できる。
- 利用者の療養環境や生活歴を踏まえたケアの介入ができる。
- 地域包括ケアシステムにおける他職種の役割を理解し、連携できる。

## 3ヶ月目 実地状況

・訪問件数：54件  
そのうち、単独訪問が29件、複数名加算の利用者への訪問で2名のうちの1名としての訪問が8件。

- ・看取り：1件
- ・新規訪問：2件（そのまま受け持ち看護師を行う）
- ・コロナ濃厚接触者への訪問：2件
- ・当番勤務時の同行：3件
- ・主治医への報告（内服管理について相談、排便コントロールについて報告など）
- ・ケアマネジャーとの連携
- ・自病院での退院前カンファレンス参加
- ・地域ケア会議、サービス担当者会議への参加
- ・同施設内の居宅介護支援事業所での研修  
（CMに同行など）

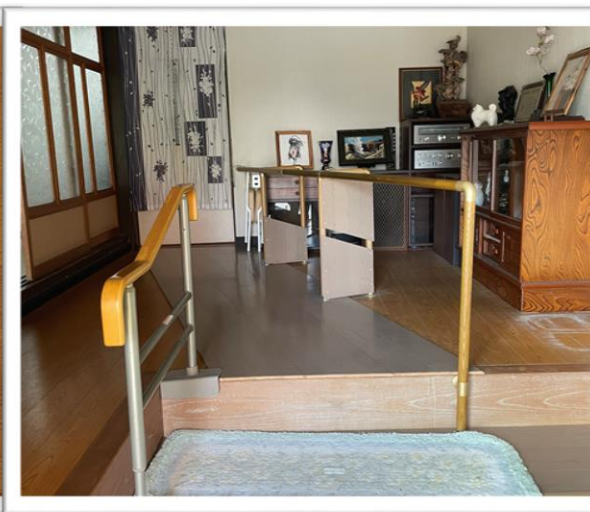
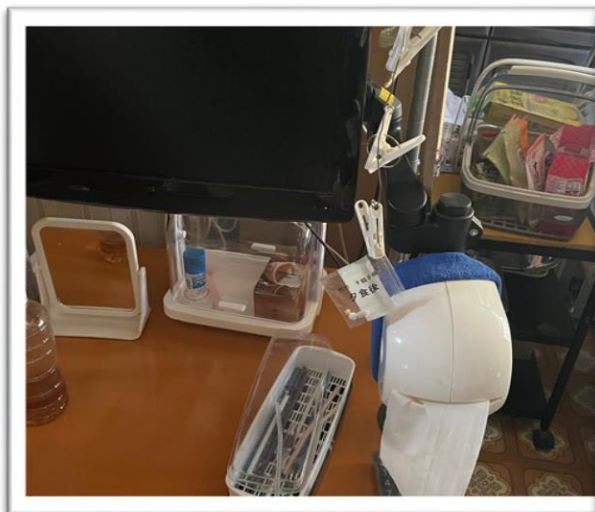
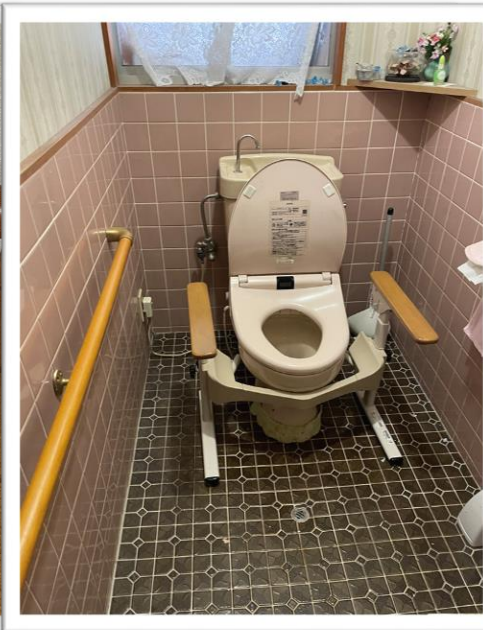


## 気付き・学び

- 訪問時には家族の状態も確認し、暮らしそのものを支えるケアが実践されている
- 急性期病院のレスパイト入院の必要性
- 三次市が行っている独自の介護支援を知り、実際にインフォーマルなサービスを利用し在宅生活を行っている現状を知ることができた。
- 困難事例に対して他職種での地域ケア会議を行い、地域で生活を支えるという地域包括ケアシステムの実際を学ぶことができた。

# 在宅での様々な工夫

- 住宅改修
- 内服方法



# 地域ケア会議



個人（困難事例）に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法、地域包括支援センターが主体となって行う。

事例）高齢の認知症のあるご夫婦2人暮らし、息子夫婦は関東在住

夫；認知症症状の進行に伴い急激にADLが低下し、緊急でショートステイへ  
妻；ADLは自立だが短期記憶障害の進行、介護疲労から夫へ暴言暴力あり

参加者）夫婦の担当CM、担当ヘルパー、デイケア担当者、デイサービス相談員、  
ショートステイ相談員、薬剤師、  
福祉用具担当者、訪問看護師

◎地域包括支援センター職員が司会進行、書記

目的）現状の確認  
今後の方向性の統一



# 課題

1. 金銭管理：息子様帰省時に確認、成年後継制度の紹介など
2. 生活の実態がわからない：サービスが入っていないときの様子が不明、夫がショートステイに入ってから妻のるい瘦が著明、食事をしていないのではないか
3. 地域の方との関わり方：元々は社交的でよい関係が築けていたが、現在は負担を感じている方もいる。民生委員が不在。負担にならないよう見守ってもらえる環境作りが必要

# 在宅のちから

事例)

くも膜下出血後の69歳女性Aさん

2021.2 発症、当院でクリッピング、血腫除去、外減圧→右片麻痺、  
構音障害、嚥下障害あり

2021.6 自立度C2のままリハビリ病院へ転院、胃瘻造設

2021.10 自力体動不可、命従困難、発声あるが発語なし。介護医療院  
への退院を提案されたが、夫は「寝たきりにしたくない」との  
強い思いから自宅退院を選択



訪問看護、訪問リハビリ、デイサービスを受けながら自宅で療養

現在では

- ポータブルトイレ移乗自立
- 簡単な意思表示可能
- お楽しみ程度だがプリンやヨーグルトなど経口摂取可能



ご家族の懸命なサポート、介護サービスの力



## 退院先は誰が決めるの？

本人・家族の意向でと言いなから

医師・看護師 「寝たきりで注入食、便処置も必要だから自宅は難しい」

→はじめから療養型病院や施設入所を勧めている現状

介護サービスを使いながらの在宅療養が第1選択になるには



**医療スタッフの在宅療養の知識の向上が必要**





## 地域の実情



### 三次市独自の取り組み

- 認知症高齢者生活援助事業：認知症の方を介護している世帯へのヘルパーの派遣、週2回1回4時間まで無料
- 高齢者等見守り隊事業：見守りが必要な高齢者宅を巡回し安否確認、無料など

### 三次市の弱み

- 山間部では受けられないサービスもある（例；訪問入浴は三次市に事業所がないため隣市の事業所がしているため）
- 重度心身障害児（気管切開など医療行為のある）の受けられるサービスが少ないなど



## 出向の成果



- 地域包括ケアシステムにおける訪問看護の役割を理解し、知識を深めることができた
- 訪問看護は在宅療養を行う方々の生活の一部であり、要である
- 当院との看看連携は、病院本位となっていることが多い
- 外来患者の在宅療養支援が重要となることを実感した



**当院看護師の在宅療養支援能力の向上が必要なことがわかった**



## 見えてきた当院の課題



- コロナ病棟開棟のため地域包括ケア病棟が閉棟しており、当院  
かかりつけの患者のレスパイト入院ができない（小児は除く）
- 訪問看護師など院外から当院医師への連絡・連携がとりにくい
- 当院では往診をしていないため、在宅看取り時に緩和医と往診可能な  
かかりつけ医が必要となり、連絡調整が難しい



## 今後の活動



- 訪問看護報告書（月毎）を医師だけでなく関係部署の看護師も共有し、看護をフィードバックし看護師間の連携強化を行う
- 入院初期から合同カンファレンスを行い、お互いが早めに情報共有できるようにする。（紙面だけでは得られない情報もある）
- 在宅療養中の外来患者の合同カンファレンスを行う。



# 報告書・計画書



## 訪問看護報告書(1月)

利用者氏名	様		要介護3	生年月日	昭和17年3月26日 (80歳)									
住所	広島県三次市十日市東様													
訪問日	令和4年12月		令和5年1月											
	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
	11	12	13	14	15	16	17	8	9	10	11	12	13	14
	18	19	20	21	22	23	24	15	16	17	18	19	20	21
	25	26	27	28	29	30	31	22	23	24	25	26	27	28
								29	30	31				
	【介護】：○通常／◇リハ訪問／×緊急時 【医療】：◎2回以上／○通常／◇リハ訪問／△特別指示／□長時間／▽30分未満 (精神のみ)													
バイタル	体温(36.1~36.8℃) 脈拍(56~75/分) 収縮期(右68~121mmHg)(左88~110mmHg) 拡張期(右40~65mmHg)(左57~69mmHg) SpO2(95~99%) 体重(48.3kg)													
病状の経過	日によって活気に波はあるが、経口摂取は可能。夜中に覚醒し間食することも多い状況。排便は内服でコントロール。下腿の硬性浮腫持続。末梢冷感あり。皮膚脆弱で表皮剥離を繰り返す状況あり。皮膚状況の観察を継続し、適宜フィルムテープで保護を行っている。同一体位で過ごす時間が長く、左臀部に褥瘡痕あり。車椅子での生活だがADLは低下しており、妻の介護負担は増えている。2/1に食事摂取量の低下と咽頭部痛の症状あり臨時訪問。しんどさの訴えもあり、貴院外来へ受診。抗原検査でCOVID-19陽性反応あり。即日入院となった。													
看護・リハビリテーションの内容	バイタルサイン、パルスオキシメーター、病状観察、足浴、手浴、パット交換、部分清拭、オムツ交換、寝衣交換、創処置、移動の介助、軟膏塗布、内服確認、入浴介助、洗髪、褥瘡処置、紙パンツ交換													
家庭での介護の状況	妻と2人暮らし。デイサービスは週2回の予定であるが、現在休んでいる。屋内では車椅子移動。立ち上がりやトイレ動作は妻の見守りと介助が必要。													
衛生材料等の使用状況	衛生材料等の名称	なし												
	使用及び交換頻度	なし												
	使用量	なし												
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性： 有 (無) 変更内容													
情報提供	① ② ③													
特記すべき事項 (頻回に訪問看護が必要な理由を含む)														
作成者①	氏名：宮本 正子 (看護師)	訪問看護を提供した職種												
作成者②	氏名：	看護師												

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。 事業所名 三次地区医師会 訪問看護ステーション「スクラム」  
 令和5年1月31日 電話番号 0824-64-3192  
 市立三次中央病院 管理者名 福岡 かおる  
 岡野圭介先生 御待史 担当者 宮本 正子

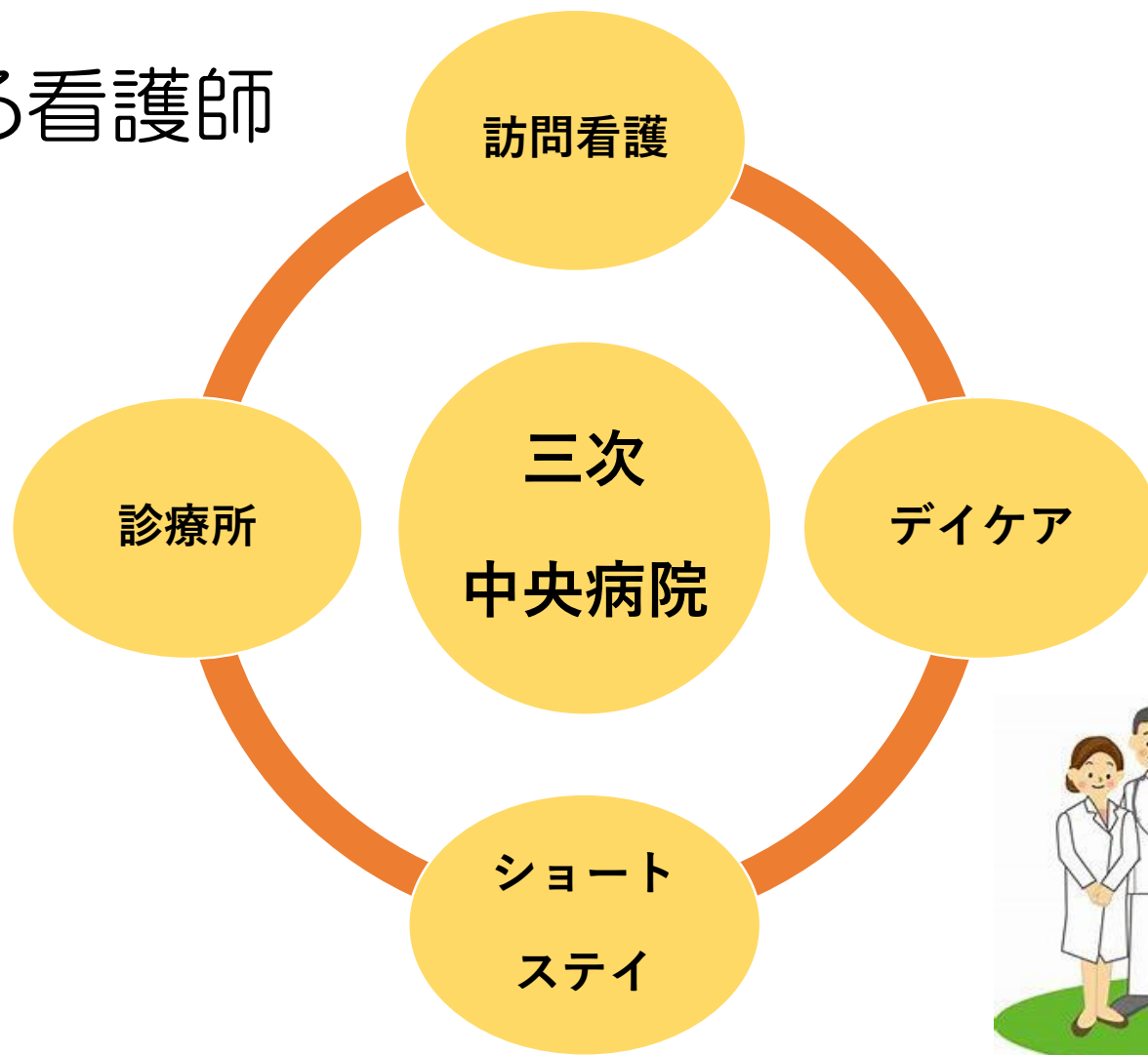
## 訪問看護計画書(1月)

利用者氏名	様		生年月日	昭和17年3月26日 (80歳)
要介護認定の状況	要介護3			
住所	広島県三次市十日市東様			
看護・リハビリテーションの目標				
【長期目標】				
看護	： 体調が落ち着き、下肢浮腫が軽減する。			
看護	： 自宅で安全に入浴できる。			
No	年月日	問題点	解決策	評価
#1	R3/3/26	下肢浮腫の増強 体重増加 服薬コンプライアンス不良	0)バイタルサイン、発熱の有無、腹部症状の有無、浮腫の有無・程度、食事摂取状況、排便状況、体重、皮膚状態 1-1)バイタルチェック 食事摂取、水分摂取状況の確認 週1回の体重測定(デイサービス利用時) 服薬確認、服薬を促す声かけ 入浴介助、移動の介助、更衣介助 マッサージ 環境調整(福祉用具の検討) 多職種との連携、ケアマネとの連携 緊急時の対応 主治医への報告、連携 栄養指導、補助食品の提案	体調に著変なく経過。デイサービスは休んでいる。プラン継続。
#2	R4/8/15	皮膚統合性障害リスク状態	0)創部の出血や浸出液の有無、大きさ 1)創部の処置を施行 ①洗浄②軟膏塗布③メロリン当てる④エアウォールで保護する 環境調整	#2皮膚脆弱状態あり、適宜処置施行 →プラン継続
衛生材料等が必要な処置の有無 有 (無)				
処置の内容		衛生材料(種類・サイズ)等		必要量
なし		なし		なし
備考				
作成者①	氏名：宮本 正子(看護師)	訪問予定の職種		
作成者②	氏名：			

上記の訪問看護計画書に基づき、指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。  
 令和5年1月10日

事業所名 三次地区医師会 訪問看護ステーション「スクラム」  
 市立三次中央病院 電話番号 0824-64-3192  
 岡野圭介先生 御待史 管理者名 福岡 かおる  
 担当者 宮本 正子 印

# 療養を支える看護師





おわりに

このような機会を与え、コーディネートして下さった  
広島県看護協会事業部の皆様

人手不足の中あたたかく送り出してくれた当院の皆様

そして、  
訪問看護のすばらしさを学ばせて下さった  
訪問看護ステーション「スクラム」の皆様に

心より感謝申し上げます。

