

訪問看護出向事業 報告

一広島県看護協会訪問看護ステーション

「ひろしま」へ3か月出向して一



広島市立広島市民病院 西9病棟 清水 紘美

出向者の紹介



- ▶ 広島市立広島市民病院に勤務
- ▶ 現在、耳鼻科・形成外科・内科の混合病棟に所属
退院後に在宅で処置や内服の継続が必要である患者が多い
当院内で退院時共同支援や退院前カンファレンスが活発に行われている病棟
- ▶ これまで消化器内科外科、皮膚科、呼吸器内科、脳神経外科病棟に勤務経験あり
- ▶ 病棟では 記録・クリニカルパス・学生指導 を担当
- ▶ 前年度 内服薬管理のインシデントについて 問題解決の取り組みを実施

訪問看護出向事業の目的

- ▶ 入院中に行われた指導や看護情報提供書の情報により、訪問看護師がどのように工夫し継続看護を提供するのか理解する
- ▶ 訪問看護での情報共有や連携の方法が分かる
- ▶ 地域での実際の生活を理解する
- ▶ 実際に患者や家族または介護者の声を聴き、問題点を明らかにする
- ▶ 退院前カンファレンスや指導の内容・方法の改善
- ▶ 看護情報提供書の改善点を提案し修正する

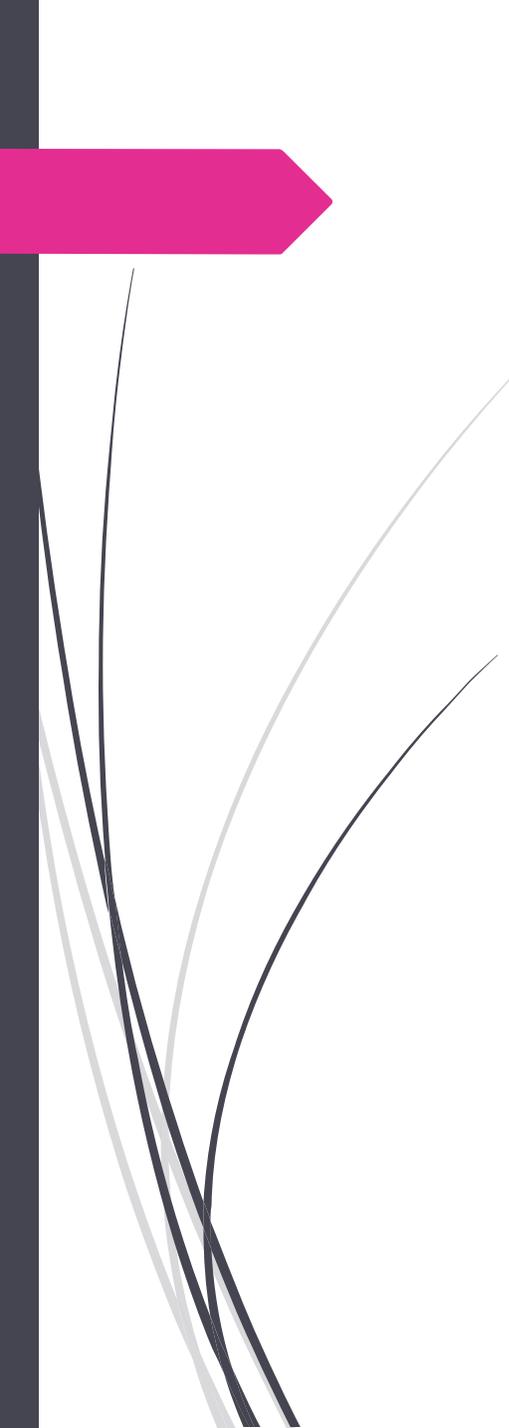
出向スケジュール

出向前

- 利用者の方へお知らせ 配布

1か月目

- 事業所オリエンテーションの実施
- 事業所内カンファレンスの参加
- 同行訪問（46件）、単独訪問（4件）
- タブレット使用し記録
- 退院前カンファレンスへの参加（2件）
- 各医院や施設への挨拶、紹介



2か月目

- 同行訪問（21件）、単独訪問（37件）
- 退院前カンファレンスへの参加（2件）
- 在宅での看取り
- 看護計画書作成、看護展開、計画評価
- 多職種連携

3か月目

- 同行訪問（14件）、単独訪問（43件） 休日訪問含む
- 看護報告書の作成、説明
- サービス担当者会議への参加
- 在宅での看取り、グリーンケア
- 地域薬局、地域包括センターでの研修

訪問看護 一日の流れ

- 8:30 出社（利用者宅へ直行の場合もある）
- 情報収集、タイムスケジュールの確認（時間や訪問者の変更があれば利用者へ連絡）、同行訪問であれば待ち合わせ等の確認、ミニカンファ、訪問方法（車や自転車）健康状態の確認
- 移動
- 利用者宅へ訪問（訪問1件30～90分）、看護提供、次回訪問の確認
訪問は2～5件/日
- 移動（時間があれば記録）、休憩
- 帰社
- 記録、ミニカンファ、連携（医師・ケアマネジャー等への報告）
翌日の準備
- 17:15 終了
- 事業所カンファレンスは1回/週



事業所カンファレンスや研修

▶ 毎週1回 1時間程度のカンファレンスや研修あり

- 事業所運営報告や新規利用者の紹介
- 事例検討やデスカンファレンス、研修報告
- 出向中に参加した研修 在宅酸素療法（業者）

利用者が使用している人工呼吸器（業者）

カフティーパーンプ（業者）

ハラスメント研修（看護協会）



緊急時対応について（24時間対応）



- ▶ 平日の営業時間内は 利用者の方へ事業所に連絡してもらい、個々の携帯電話や i P a d で対応します
- ▶ 土日祝日や夜間は緊急携帯電話に連絡してもらいます
緊急携帯電話は2台あり、当番制で対応します
必要時、訪問を行います

訪問看護師の主業務



- ▶ ケアマネジャーが居宅サービス計画書を立案
- ▶ 看護師は看護計画を立案、評価、報告書の作成
- ▶ 多職種との連携（医師、ケアマネジャー、薬剤師、ヘルパー、福祉用具会社等）、退院前カンファレンスや担当者会議へ出席
- ▶ バイタルサイン測定、一般状態や精神状態の観察
- ▶ 居住環境をチェックし、日常生活が送れているか、困っていることはないか確認
- ▶ 内服確認・食事摂取状況の確認
- ▶ ケア（排泄コントロール・保清）
- ▶ 介護者や家族の状況を確認
- ▶ 必要時、医療処置である点滴や採血などの実施
- ▶ ターミナルケア・グリーフケア

実際の訪問事例

- ▶ Aさん（80歳台、女性）
- ▶ 病歴 認知症、高血圧、高脂血症
- ▶ 姪と二人暮らし、1階に居室、2階に姪が居住（姪とは関係がうまくいっておらず、顔を合わすことも少ない）、キーパーソンは甥（関東在住）夫は半年前に他界（同ステーションが対応）
- ▶ 要支援1 ADLは自立しているが、物忘れが多く体調管理が必要
- ▶ 訪問看護導入のきっかけ
夫の訪問看護時より認知機能低下が見られ、かかりつけ医より依頼あり介入開始 介護ヘルパー3回/週、訪問看護2回/週で30分/回
ケアマネジャーよりディサービスの利用を勧められているが、了承されずにいる

実際の訪問事例（看護）

- ▶ 一般状態の観察、記録
- ▶ 医師への報告連絡（必要時）
- ▶ 定期受診の準備、促し
- ▶ 日常生活の支援
 - 部屋の片づけや郵便物の確認
 - 食事の確認、冷蔵庫の確認→本人が作ったり、ヘルパーさんが準備（購入） 冷蔵庫内の食品をチェックし、消費期限が過ぎているものは破棄
- ▶ 内服薬や軟膏の確認→薬剤師の介入あり、カレンダーを使用し管理、飲み忘れがないか確認する（写真）
- ▶ 精神的支援
 - 悲観的な発言あり、否定しないよう声掛け
 - 草花や地域猫の世話など、必要な存在であることを伝える



在宅での服薬管理について

➡ 利用者の内服薬の管理が難しい



➡ 家族や介護者に協力を依頼



➡ 訪問時に多職種で確認

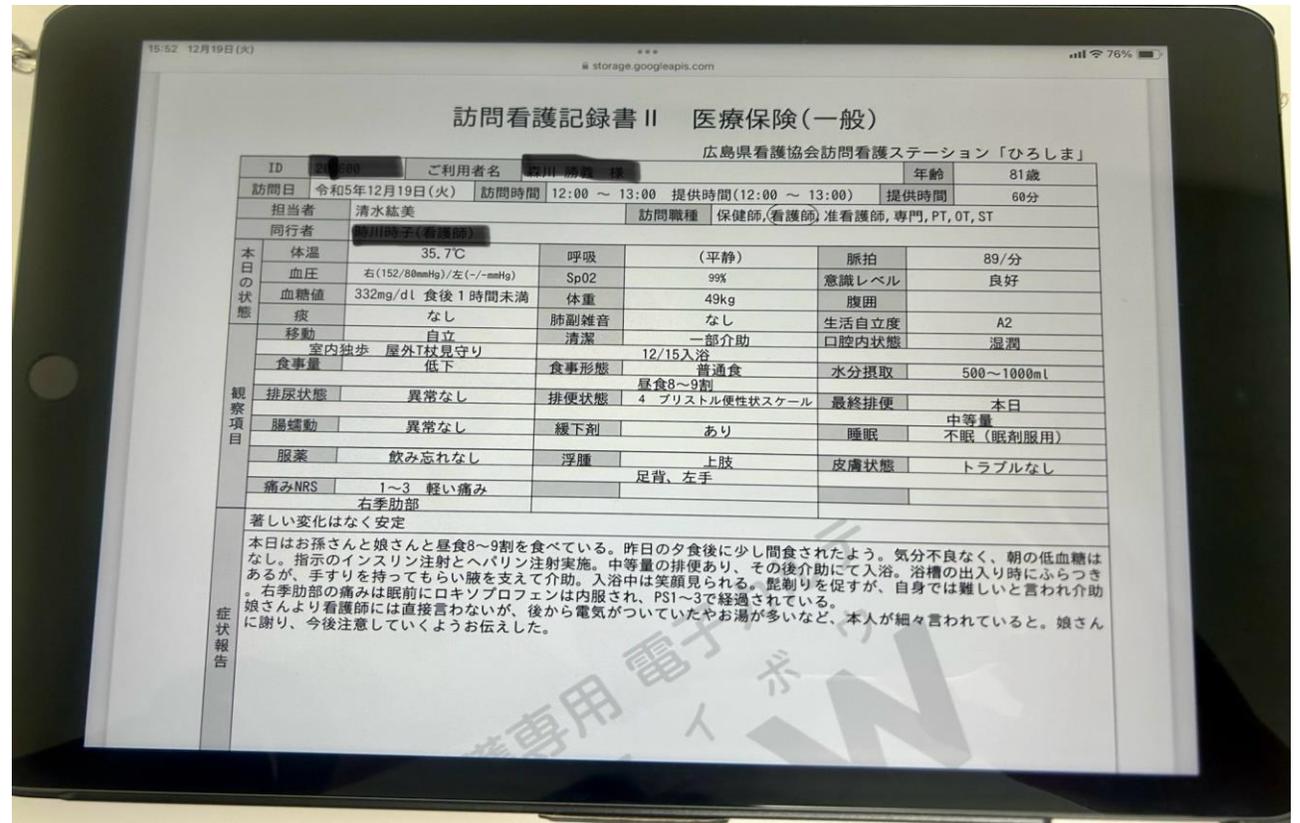
- 服薬カレンダー（写真）を使用し確認
- 必要最低限の薬にしてもらうよう医師へ依頼
- かかりつけ薬剤師に依頼・・・Aさんの事例

モバイル型ロボット電話
や
コミュニケーションロボット



多職種連携①

- ➡ ステーション内のスタッフ間は iPadの訪問看護専用電子カルテ iBOW に患者情報を記入し、いつでもどこでも情報を確認できる全員が把握しなければならない情報は通知され、未確認を防ぐ機能もあり、チャット機能を使用し連絡や情報共有



多職種連携③

- ▶ 医師や包括支援センター、訪問介護事業所、薬剤師などとソーシャルネットワーク（カナミックなど）やメール、ファックス、電話で情報共有
- ▶ 居宅サービス計画立案時やサービス計画変更時に担当者会議
- ▶ 退院時共同支援や退院前カンファレンスにできるだけ参加（医療保険や介護保険の加算あり）



出向事業を終えての学び

- ▶ 訪問看護の連携の実際を学び、制度やシステム、地域の様々な施設や資源が活用されており、それぞれが果たしている役割を学ぶことができた
- ▶ 生活状況を実際に捉え支えることができる看護師の役割は大きく、中心となって多職種と密に連携を取る必要がある
- ▶ 訪問看護では高い看護の質を維持するには看護師一人一人の豊富な知識や技術、アセスメント力だけでなく、コミュニケーション力や基盤となる高い倫理観を日々養う必要があり、自身の看護観を振り返る良い機会となった
- ▶ 訪問看護を経験し、今後在宅で患者またはその家族が生活の一部として治療を継続しながら、どうしたら安全に過ごしていけるのかという視点で支援していく必要がある
- ▶ 情報共有や提供の手段として分かりやすい記録が重要であり、今後多職種で連携するには必要な人に必要な情報が提供できるよう記録方法や意識の改善が必要である

出向後の事例

- ▶ Bさん（82歳、男性）
- ▶ 病名・病歴 不明
- ▶ 独居、木造賃貸の2階に住居、介護保険 未申請
保険は支払いしておらず、無保険だと思い、病院に行かなかった
- ▶ 半年ぐらい前より転倒が多くなり、歩行が難しいため、自転車を押しながら歩行していた 自宅に戻る時も階段を20分以上かけ、這って上がっていた 両下腿部に皮膚潰瘍剥離あり、歩行困難で倒れているところを通行人に発見され救急要請 外来CTで慢性硬膜下血腫あり、発熱あり、栄養不良で社会的入院となった
強いこだわりや短期記憶障害あり、認知機能低下が見られている
- ▶ キーパーソン 大家さん
- ▶ 兄弟が他県に住んでいるが、入院時点では連絡先は不明
Bさんは迷惑をかけるから連絡してほしくない

- ➡ 情報収集（本人、キーパーソン）
- ➡ 入退院支援カンファレンス
退院支援看護師、ソーシャルワーカー、病棟看護師で
情報共有し、必要な地域や公的機関と連携



- ➡ 地域包括センターや地域支え合い課と連携を取り、
居住環境や金銭的な問題の解決やキーパーソンの連絡先を
確認する準備を行う
- ➡ 介護保険の申請を行う
- ➡ 今後の方針で、本人は施設を希望
- ➡ 外出に付き添い（ソーシャルワーカーと医師）、居住を変える
準備を行う
- ➡ 栄養状態の改善、リハビリを依頼する

- ▶ 両下肢の潰瘍は改善、処置不要となる
- ▶ ADLは4点杖を使用し、見守りで歩行できる
- ▶ 認知機能低下は変わらず
- ▶ 介護保険 申請中（要介護 取得予定）
- ▶ 療養型病院へ転院となり、その後は高齢者施設に入所予定



課 題

- ▶ 訪問看護の慢性的な人材不足
- ▶ 急性期病院看護師の地域資源や訪問医療に関する知識の不足、問題意識の低下
- ▶ 在宅医療を支援する地域との情報共有が難しく、提供内容の改善が必要
- ▶ 多職種連携の継続

これからの活動

- ▶ 急性期病院看護師の知識や意識の向上を図る
 - 地域資源や訪問看護の実際を広報
 - 在宅でその人らしく過ごしていただくために必要な資源や情報を提供できるように伝達・広報
- ▶ 訪問看護出向事業の定期継続や企画
 - 在宅医療への意識付けを行い、訪問看護の人材を増やす
- ▶ 多職種連携を図るために《 **在宅へ繋ぐ看護** 》
 - 多職種での退院時共同支援や退院前カンファレンスの実施を促す
 - 顔の見える関係づくりを
 - それぞれの専門性を活かし、タスクシフト
 - 分かりやすい情報提供をするため、看護情報提供書の改善を提案・企画



今回、出向事業に協力して頂きました多くの方々に
感謝申し上げます



ご清聴 ありがとうございます