

広島県看護協会 訪問看護出向事業報告

広島大学病院 患者支援センター
大倉木の実



はじめに（広島大学病院の概要）

病床数	742床
平均在院日数	10.2日
病床稼働率	85.9%
在宅復帰率	91.7%
入退院支援加算1算定件数	11,467件
入院時支援加算算定件数	2,921件
介護連携指導料算定件数	147件
退院前指導料算定件数	140件

(2022年度)

はじめに（自己紹介）

所属：患者支援センター（入退院支援部門）

役割：副看護師長

退院調整看護師として在宅移行支援や転院調整、
スタッフ育成

院内の入退院に関する勉強会やリンクナース会議の企画運営
（上司と共に）

課題：退院調整看護師として地域へ繋いだ後に、在宅で生活している患者の実際の姿や生活の様子を確認することができておらず、在宅療養移行調整の質評価ができていなかった。

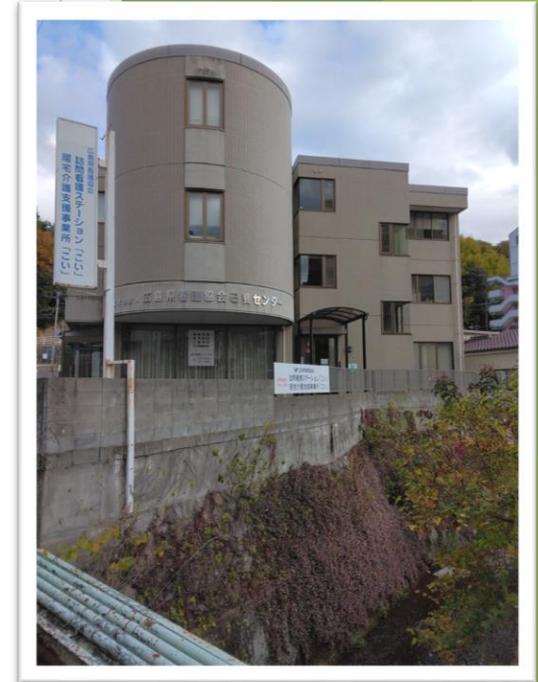
また、地域が当院に求めていることや連携における問題点が明確ではなかった。

出向事業での実践目標

1. 訪問看護利用者の生活状況や地域のニーズを把握し
自部署における新たな課題を明らかにし、多職種連携に活かす
2. 訪問看護の実際（知識・技術・態度）を学び、当院での
人材育成や退院指導に活かす
3. 訪問看護師の立場から、病棟での患者指導の際の工夫や地域が求める
情報などについて学びを深め、入退院支援の質向上に向けた
システム作りに取り組む
4. 地域包括ケアにおける医療・介護連携体制の構築に向けた訪問看護
ステーションの取り組みを学び、自部署が主催する情報交換会や
院内公開学習会等の開催に活かす

出向場所・期間

- ▶ 出向先：看護協会訪問看護ステーション「こい」（西区己斐上）
- ▶ 出向期間：2023年10月1日～12月31日
- ▶ 勤務時間：8時30分～17時15分
- ▶ 訪問エリア：西区、佐伯区、中区（一部）
- ▶ 提供サービス：対象は小児から高齢者まで、幅広い年齢層に対応。神経難病等、医療ニーズの高い利用者の看護やターミナルケア、緩和ケアにも積極的に取り組んでいる。



3ヶ月間の実践内容

- ▶ 西区の地域包括支援センター、居宅支援事業所の訪問
- ▶ 広島県看護協会訪問看護事業局合同研修会、ステーション内での勉強会の参加
- ▶ 担当者会議参加
- ▶ 退院前合同カンファレンス参加
- ▶ 西区ステーション連絡会の参加
- ▶ 通所サービス見学（コールの丘、ここからキャンパス）
- ▶ 同行訪問 93件/単独訪問 67件 （計160件）
- ▶ 訪問で実施した看護ケア

エンゼルケア、入浴介助、ウロストミーパウチ交換、歩行訓練、気管切開部処置
胃瘻からの栄養剤・薬剤注入、呼吸リハビリ、点滴管理、清拭、更衣、創傷ケア
リンパマッサージ、オムツ交換、摘便、グローブケア、ROM訓練、調理訓練 等



ケース紹介

【年齢】 66歳 **【性別】** 女性

【疾患】 皮膚型結節性多発動脈炎、統合失調症、難治性潰瘍、
末梢神経障害

【家族構成】 夫と2人暮らし、子供なし

【社会資源の活用】 介護保険申請なし

【介入までの経緯】

A病院皮膚科に毎週通院中

11/6 A病院外来MSWより、身体保清目的に訪問看護の
介入依頼あり

【状況確認】 11/8 地域包括支援センターの担当者と共に自宅訪問

- ・ 下肢浮腫著明、浸出液多量、広範囲に渡る潰瘍、黒色壊死あり
- ・ 痛みで下肢の進展も困難、ベッドもなく、急遽社会福祉協議会でレンタルした車いすに座ったまま眠っていた
- ・ 痛みと臥床できない苦痛から熟睡感は得られていなかった



【看護問題】

#1 潰瘍部からの感染リスク

これまでは本人が軟膏塗布と包帯交換を行っていたが皮膚状態の悪化により処置が出来なくなった。夫の支援もあったが悪化するばかりで対応に苦慮していた。創部感染は敗血症のリスク要因にもなり生命にも危険を及ぼす可能性がある

看護介入

- ・ 当日（11/8）からの特別指示書の依頼
- ・ 主治医は週2回の午前中のみ診察で連絡が取れなかったためA病院に訪問し外来看護師との直接面談で処置方法の確認
- ・ 毎日訪問し（土日を含め）シャワー洗浄と指示薬の塗布、包帯保護を行うことを計画

【看護問題】

#2 不眠による精神的安寧の阻害リスク

- 1) ベッドがなく車椅子で入眠していた
- 2) 常時8-9/10の痛みはあったが、受診時に医師へ伝えることが出来ず「カロナール（300mg）毎食後」のみ処方されていた。ロキソニンも頓用で処方されていたが、胃部不快感の為、内服はできずにいた

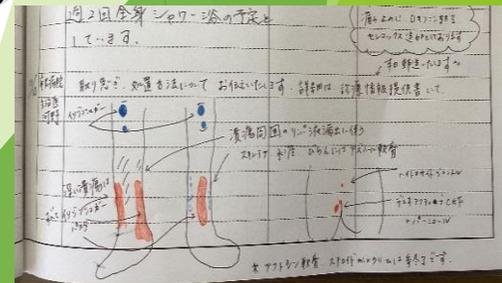
看護介入

1) 環境調整

- ・介護用ベッド、車いす、シャワーチェアの手配
- ・浴室まで車いすで移動できるようにケアスロープの設置
(ケアスロープとインタースロープを重ねて使う方法を提案)



- 2) 連携ノートを使用して主治医へ鎮痛剤の変更依頼と処置方法の確認を行ない、セレコックスの定期内服が開始となった



【本人・家族の思い】

本人 「痛くてしんどくて、こんな私が生きていてもいいのかって、ずっと思っていました。」

夫 「これまでも、受診の時に本人が痛がっていることや眠れていないことも伝えてきたつもりだった。でも何とか本人が処置していたから、薬も変えてもらえなかった・・・、自分もそれ以上は言えなくて・・・、本人が本当に何もできなくなって、どうしていいか分からなかった。」

自分一人で何をどうしていいかわからなくて困っていた。相談できる相手が出て安心できました。

(本人が) 精神的にも弱いので、できるだけ入院はせずに、穏やかに家で過ごしたいです。

看護師さんが来てくれるようになって安心しました。生きていてもいいんだって思えるようになりました。



【入院：在宅病院との情報共有の実際】（11/28～12/20）

在宅から病院へ 看護サマリーの作成

現行の処置と創部写真をまとめ看護サマリーと共に送付

病院から在宅へ 夫より、退院が12/20に決定したと連絡あり

【病院へ退院前合同カンファレンスを依頼】

12/15 現状と処置方法の確認目的で外来へ
主治医及び外来看護師から処置方法について情報共有

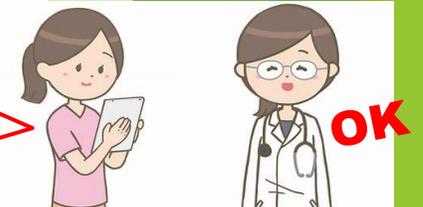


病院では
滅菌ガーゼとモイスキンパッド
吸水シート



在宅では
ガーゼを洗濯して繰り返し使用
尿取りパッドとペット用シート

使用可能な物品が異なること
を医師に確認



【訪問看護再開】 12/20 退院日に訪問し処置再開

- ▶ 看護サマリー確認（処置方法や薬剤情報の記載がなかった為、病棟へ電話連絡）
- ▶ 処置再開したが皮膚状態の悪化を認め、再度医師へ処置方法の確認を行った
- ▶ 処置方法の変更と鎮痛剤の追加がされたため、それに沿って継続処置方法を確立

右足



左足



手順書を作成し、他のスタッフと情報共有して継続

訪問看護出向事業での学び

1. 多職種連携について

退院前合同カンファレンスや退院前訪問の実施により地域との密な連携を図る。
また医師を含む多職種で問題を考え具体的な解決案を検討していくことが必要

2. 人材育成について

患者のゴールは「退院」ではなく、「地域の生活者に戻る」ことを考え、現実的かつ継続可能な看護ケアの提供を考えられる看護師を育成することが必要

3. 外来通院患者への対応について

患者が緊急入院せずに過ごせるよう、外来看護の充実を図ることが必要

4. 地域連携について

高齢者だけでなくA Y A世代、小児など問題・課題を抱える様々な患者に有効な支援を行うためには医療者だけでなく、行政や地域住民を巻き込んだ取り組みが必要

課題について

1. 在宅療養移行調整の質評価

利用者が訪問看護師の支援を受けながら安心して生活している姿を見ることができ、当院で行った調整が適切であったことを確認した

2. 連携において地域が当院に求めていること

地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションなど、地域支援者と十分な情報共有を行なうことと、適切なタイミングで情報提供を行うことが必要である

今後の取り組み

1. 全ての患者に対しシームレスな入退院支援を実施する

入院後の退院支援カンファレンスに医師や多職種を積極的に巻き込むよう自部署の看護師や退院支援リンクナースに働きかける

2. 人材育成

出向事業の報告会を実施し、多職種で地域の抱える問題について検討する。また、地域の社会資源や患者の生活を見据えた具体的な看護ケアの提供が考えられるよう勉強会を開催する

3. 外来通院患者に対する看護の充実

外来通院患者の状況把握と支援窓口の設置について検討を行う

4. 地域連携について

医療者だけでなく行政も巻き込んだ地域の問題解決の場を作る

ご清聴ありがとうございました

