

令和5年度 訪問看護出向支援事業報告会

～出向者の立場から～



尾道市立市民病院
横山利恵

出向支援概要

出向期間：令和5年10月1日～12月31日
出向先：訪問看護ステーションむかいしま
訪問エリア：尾道市向島町の島内



出向動機

○地域医療支援病院の看護師として在宅療養に向けた退院支援への悩み

患者の生活能力の低下
家族の介護力の問題



在宅退院困難者

自宅に帰りたい患者の希望を叶える事が出来ない・・・



地域で暮らす人々の生活環境や在宅療養を支えるシステムを知ろう！
「その人らしく地域で暮らす」とは・・・を考えたい！

出向に向けての準備

出向開始までにeラーニングで事前学習

公益財団法人 日本訪問看護財団

マイルーム 目次 コース情報 学習成績 チュート ガイダンス

◆◆◆この動画は視聴済みです/受講期間中は何度でも視聴することができます◆◆◆

地域包括ケアシステムにおける「5つの要素」

（出典：平成25年3月 地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステム構築に向けた取組の現状と課題」）

（出典：三慶UPLリサーチ&コンサルティング「地域包括ケア研究会」地域包括ケアシステムと地域マネジメント「地域包括ケアシステム構築に向けた取組の現状と課題」）

05:04 / 15:51

公益財団法人 日本訪問看護財団

マイルーム 目次 コース情報 学習成績 チュート ガイダンス

訪問看護 eラーニング ～訪問看護の基礎講座～

前ページ 次ページ

第1章 訪問看護概論

1節 保健医療福祉をめぐる社会的動向と訪問看護のニーズ

◆◆◆この動画は視聴済みです/受講期間中は何度でも視聴することができます◆◆◆

療養者から見た訪問看護のニーズ

【身体機能が低下した場合の住宅】

- 現在のまま、自宅に留まりたい：37.5%
- 改装の上、自宅に留まりたい：21.6%

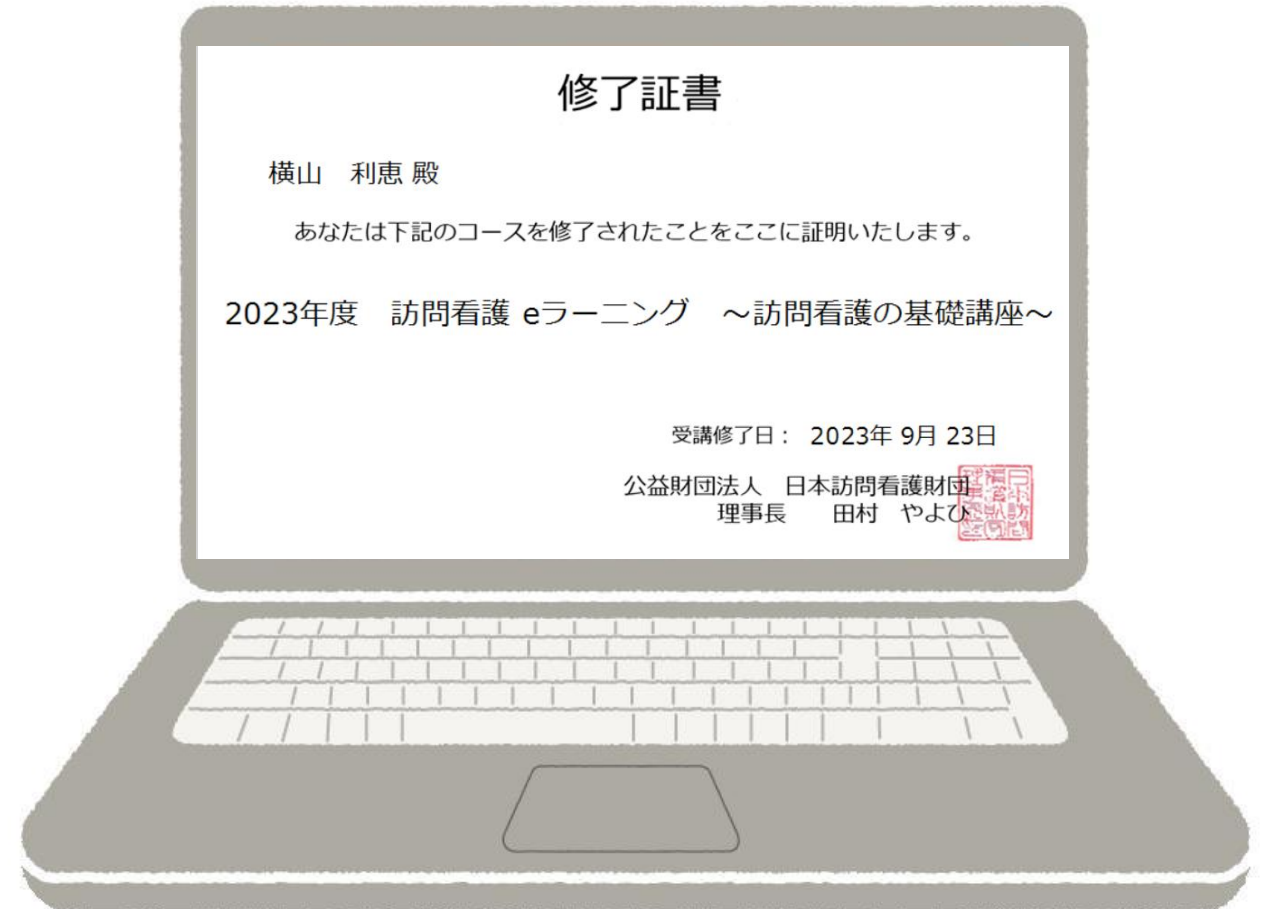
多くの高齢者が要介護状態になっても自宅での生活を望んでいる

- ①療養者の価値観と尊厳の尊重
- ②療養者の自立支援と介護予防、重症化予防
- ③専門職が担う看護と介護
- ④地域のケア力を高める訪問看護

自宅ならかわいいペットと一緒に暮らせます

訪問看護の出番です！

- 死亡数と死亡場所の変化（2）
- 死亡数と死亡場所の変化（3）
- 死亡場所の構成の変化
- 要介護（要支援）認定者数の推移
- 介護保険サービス受給者の推移
- 介護保険サービス給付費の推移
- 国民医療費と訪問看護医療費の推移
- 訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移
- 小児および精神の訪問看護
- 社会状況から見た訪問看護のニーズ
- 療養者から見た訪問看護のニーズ
- ニーズから考える訪問看護の役割



3か月の自己目標

1か月目



- ・地域の特性と自宅で暮らす療養者の生活を知る
- ・保険制度の仕組みを知り、在宅療養に必要な社会資源の活用方法の理解

2～3か月目

- ・同行訪問を行いながら要支援者→要介護者への単独訪問ができる
- ・利用者の起こっている症状をアセスメントし、状態に応じた処置や対応ができる
- ・在宅療養に必要な視点を理解し、看護サマリーに活用できる情報を再認識する

実施状況

1か月目

- 同行訪問
 - ・観察、ケアの一部実践
 - ・訪問看護記録の入力
 - ・訪問リハビリの同行・見学
- 訪問看護報告書、訪問計画書の評価
- 居宅介護支援事業所の見学、研修
 - ・ケアマネの役割、介護保険について
 - ・地域包括ケアについて
- カンファレンス見学
 - ・土本医院との在宅カンファレンス見学
 - ・リハビリスタッフカンファレンス見学
 - ・退院カンファレンスの同行、見学
- 地域活動の見学
 - ・オレンジカフェの見学
 - ・訪問看護ステーションむかいしまの地域支援「おかげさまカフェ」の見学

オレンジカフェ



おかげさまカフェ



実施状況

2か月目

- 同行訪問（シャドウウィング実践）
- 単独訪問
- デイサービス見学
- ステーション内のカンファレンス参加
- 在宅医へ症状報告
- 在宅（Web）カンファレンスの状態報告書類の作成
- 訪問看護報告書の入力、訪問看護計画の評価
- 外泊前カンファレンスへの参加
 - ・緩和ケア患者の外泊に関わるカンファレンス
- ターミナル期における外泊訪問の同行

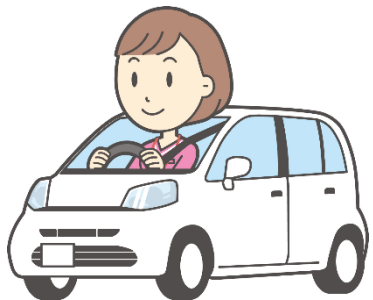
3か月目

- 同行訪問（シャドウウィング実践）
- 単独訪問
- ステーション内のカンファレンス参加
- 看護専門学校へ講師と同行
 - ・在宅看護論の授業参加
 - ・学内実習の指導参加



訪問実績

	同行訪問	複数加算訪問	単独訪問
【1か月目】 10月	27名 53件	2名 14件	0件
【2か月目】 11月	26名 48件 (内:外泊訪問1件)	2名 12件	6名 6件
【3か月目】 12月	13名 28件	2名 19件	8名 14件 (内:新規4名)



3か月で延べ86名 194件
単独訪問:延べ14名、実質10名 20件

訪問看護の1日

朝のカンファレンス



「おはようございます。訪問看護です」



1日のスタートです。



午後の訪問終了。帰ります。

それぞれのご自宅に
訪問し、症状観察
清潔ケア、褥瘡ケア
胃管管理、気切管理
スチーム管理etc・・・
1人あたり30分～1時間
1日4～6件訪問を訪問
します。

訪問看護での学び

地域で暮らす方々の医療サポート



在宅酸素管理



20mの延長チューブを使用して家中を移動



服薬管理

週間投薬カレンダー

	朝	昼	夕
日			
月			
火			
水			

鎮痛剤は錠数を決め箱にセット



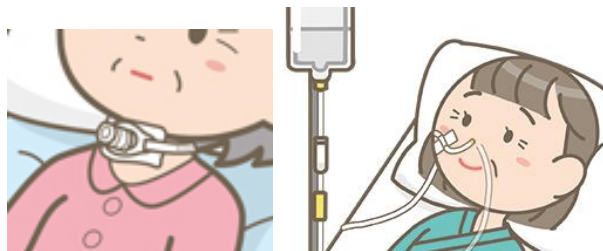
DMコントロール



訪問日にトルリシティ施注



気管切開・胃管の管理



ターミナルケア



生活の中に
医療的ケア

生活と医療の包括的サポート

A氏 80歳台 寝たきり
介護度：要介護：5
生活状況：独居
近隣の市街に住む長女と孫が
泊まりで介護
日中は自宅ベッドでTVを見ながら
1人で過ごしている

社会資源

訪問看護、訪問介護、訪問リハビリ
福祉用具レンタル、デイサービス
ショートステイ、配食サービス



在宅での生活の工夫

カーブのついた
スロープ






出入口のドア

生活を広げる為の住宅改修

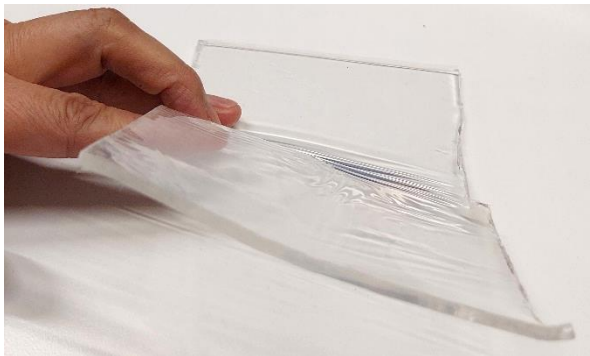
どんな形でも生活に
合わせて工夫は
できる！

社会資源を活用した生活と医療のサポート

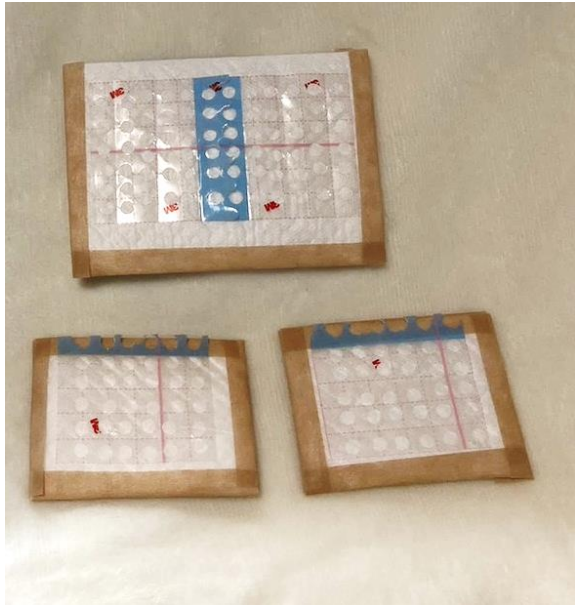
生活	医療
<p> 食事：配食サービス 清潔：入浴（デイケア） 保清、部分浴（訪問看護） 排泄：オムツ交換（訪問介護） 活動：車椅子（福祉用具レンタル） 住居：スロープ（福祉用具） 電動ベット（福祉用具） 家族のサポート：ショートステイ </p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">生活ケアは自分らしい生活と居場所作り</p>	<p> 在宅医・歯科医の往診 訪問看護、訪問リハビリ導入 </p> <p> <u>看護問題</u> #症状増悪リスク #褥瘡リスク #便秘リスク #筋力低下 #家族の介護負担 </p> <p> <u>訪問看護内容</u> ○V/S測定、症状観察 ○清潔ケア：手浴、足浴、陰部洗浄 ○排便コントロール（摘便）、水分促し ○褥瘡予防仙骨：デガダーム貼布 臀部：ワセリン塗布 ○ポジショニング ○家族の介護メモ確認 （食事量・水分量・尿回数・排便状況等） </p> <div style="text-align: right;">  </div> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">医療的ケアは生活の中にある自分らしい療養生活</p>

在宅での物品の工夫

褥瘡予防

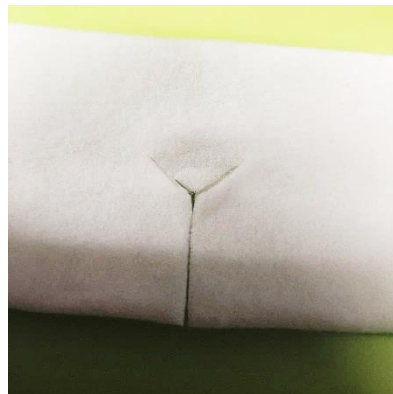
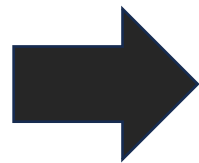


褥瘡用の処置ガーゼ



オムツの吸水シート・サージカルテープ

在宅での物品の工夫



胃婁や気切部ガーゼ:クッキングシートを代用



衛生的

軟膏類の塗布は
綿棒で代用

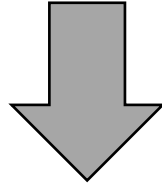
新聞紙は万能！

汚染したオムツのごみ袋
摘便時の介護用シーツの代用

セルフケア支援

在宅では患者・家族が主体

患者・家族が自ら考え動けるような支援を大切にしている



主体的な自立と自己決定の促し

訪問の場では看護師は黒子
患者家族に受診を促し
在宅医・ケアマネには事前に
状態報告をしておく

↓
多職種連携



介護指導



創部や褥瘡汚染時の処置指導

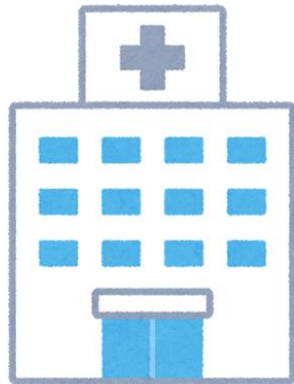


受診促し



意思決定支援

在宅の間では**生活(余生)の質**や**死の質**を重視



家族の悩み



心臓マッサージ・挿管・呼吸器・・・
どこまで治療を続けるのか・・・

どこで看取るのか・・・
点滴をしない治療もある・・・

悩む場所や内容は違えど、患者家族の揺らぐ思いに寄り添い支えていく



家に帰りたいよ...

家に連れて帰って
あげたいけど...
こんな状態じゃあ...
退院したら病院から
看護師さんに来てもらえ
ないし...

**どんな形でも
自宅で生活はできる**

病院と地域医療は繋がってる。
訪問看護のサポートがあります。
地域看護へ繋がれば自宅での
療養生活は可能ですよ。

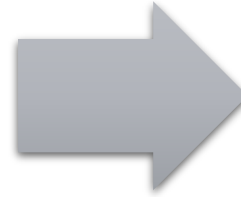
訪問看護導入で医療面をサポート
訪問介護で生活面のサポート
通所リハビリや訪問リハビリで身体活動のサポート
住居環境は退院前訪問で生活しやすいように整えよう
家族家族の生活に対する不安を聞いて退院前指導
患者は自宅でどんな生活を考えてる？

大切な事は私達の価値観で考えない！



退院支援におけるパラダイムシフトの転換

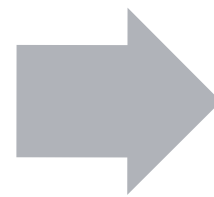
在宅退院困難者



自宅で生活が可能な患者

そのためには・・・

医療者が困難と
考える生活



患者家族が困難と
考える生活



患者家族がどのような生活を望んでいるのか
どのような資源を活用しゴールに向かうのか？

その人らしく地域で暮らす

多職種による
医療・介護サービス

地域生活における
社会参加や社会活動

住まいの確保

自己決定支援



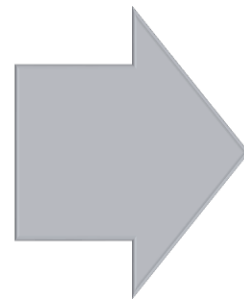
訪問看護、訪問介護
訪問リハビリ、通所介護

オレンジカフェ、地域サロン
シルバー体操
近隣との付き合い

自宅、高齢社住宅
小規模多機能サービス住宅

生活に対する思いや捉え方
自宅で生活する事への意志決定

幸せの形は人それぞれ



生活の形や思いも
人それぞれ

地域へと繋ぐ看護



地域療養のサポート条件

生活における
支援体制



適切な処置
やケア指導



地域療養へ
のサポート

今後の課題

退院前訪問

退院前
カンファレンス

看護要約

地域へと繋ぐ看護

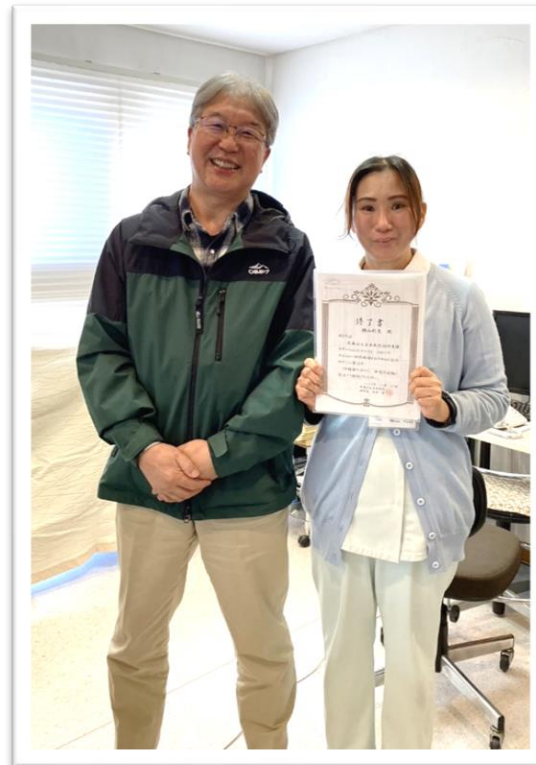


退院前訪問	退院前カンファレンス	看護要約の充実
<ul style="list-style-type: none">○生活環境を知り、安全安楽に過ごす為の環境を患者とともに考える○患者の意向に沿った生活様式の環境調整	<ul style="list-style-type: none">○患者家族の不安に思う部分を聞きながら、必要に応じて訪問看護師と指導内容を共有→退院前共同指導○生活と医療の視点を持ち話し合い、患者にとって必要なサポートを導き出し介入	<ul style="list-style-type: none">○患者が自宅で生活している姿を想像しながらどのようなサポートが必要か。生活と医療を包括した情報の提供○ACP(あなたの思い)在宅療養に対する思いや受け止め方、患者家族の望む生き方



入院前からの退院支援で早期サポート

今回の出向にあたり、ご尽力頂いた
土本ファミリークリニックの院長を始め、
訪問看護ステーションむかいしまの皆様
自宅訪問を了承して頂いた地域の皆様
広島県看護協会の関係者の皆様に心より
感謝を申し上げます。



ご清聴ありがとうございました

