

訪問看護出向事業報告会

出向者の立場から

令和7年3月8日
広島大学病院 大石愛子

出向事業概要

- 期間：令和6年9月1日～11月30日
- 出向先
広島県看護協会訪問看護ステーション「こい」
(広島市西区己斐上)
- 訪問エリア
広島市西区、佐伯区

出向者の背景

- 広島大学病院 混合内科病棟に所属
(血液内科、内分泌糖尿病内科、
消化器内科、がん化学療法科)
- 糖尿病看護認定看護師
- 看護師特定行為研修修了
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
血糖コントロールに係る薬剤投与関連

事前学習

院内 在宅療養移行支援人材養成研修に参加

「ヘルスケアシステムにおける看護師の機能と役割」
(日本赤十字広島看護大学 松原先生)

「大学病院における入退院支援の現状と看護師の役割」
(地域連携室 看護師長)

「訪問看護ステーション事業」
(YMCA訪問看護ステーションピース 濱本先生)

eラーニング

日本訪問看護財団～訪問看護の基礎講座～ (30時間)

院内 地域連携室研修 3日間

3か月の実践目標

1. 訪問看護の利用者の生活を把握し、地域で生活するために活用できるサービスや多職種連携について学び、病院での退院支援の際の情報提供や社会資源の導入に活かすことができる

2. 訪問看護の提供体制を理解し、在宅での看護実践の実際、セルフケア支援について学び、病院での患者指導の方法と内容の検討に活かし、継続看護につなげることができる

3か月の実践目標

3. 病院との連携の実際を把握し、退院前支援に必要な情報や準備について学び、病院での実践とスタッフ教育に活かすことができる
4. 地域で生活する利用者の意思決定支援の実際について学び、病院でACPを実践できる
5. 糖尿病看護認定看護師として、糖尿病を持つ利用者の自宅での療養状況を把握し、病院と地域の連携の学びを深めることができる

1か月目の実践

同行訪問56件 単独訪問2件

- ・ 医療管理、処置

在宅酸素療法中の管理、永久気管孔の管理、ウロストミーパウチ交換、モルヒネ持続皮下注射中の点滴管理、褥瘡皮膚ケア、末梢点滴、膿胸ガーゼ交換、内服管理、血糖測定、食事指導、水分食事摂取量の把握、摘便、排便コントロールなど

- ・ 保清ケア

全身清拭、陰部洗浄、シャワー浴、入浴介助、洗髪、足浴

- ・ リハビリ

呼吸リハビリ、口腔・嚥下体操、関節可動域訓練、歩行訓練

- ・ 家族への指導や精神的援助

1か月目 学び

- 医療依存度が高い利用者の自宅での生活の実際
- 一人ひとりの生活に合わせた個別性のある看護を提供している
- 利用者、家族の価値観を尊重したケア方法を検討し、提供している
- 訪問を継続する中での信頼関係の構築と状態に合わせたケア方法の変更
- リスクを予測し
自宅で安心して過ごせる環境づくりや指導



地域での多職種連携

- 地域包括センター（己斐包括、五月が丘包括）訪問
- サービス担当者会議に参加
- 居宅介護支援事業所研修
- 通所介護（ここからキャンパス）の見学
- 認知症カフェの参加
- 西区訪問看護ステーション連絡会の多職種研修会に参加
- 業者による勉強会に参加
(人工呼吸器、カフアシスト尿管留置)



糖尿病を持つ利用者 事例紹介

Dさん 80歳代 男性

妻と二人暮らし

2型糖尿病

既往歴：脳梗塞 認知症 結節性多発動脈炎
(ステロイド内服中)



日常生活自立度 A1 認知症ランクⅡB

介護認定 要支援1 (10月から要介護1)

糖尿病治療について

- ヒューマログミックス50 朝8単位 夕4単位

※超速効型と中間型が50%ずつ混合

(ステロイドの量によって単位変更あり)

トラゼンタ5mg 1錠 1×朝食後

メトホルミン250mg 2錠 1×朝食後

- インスリン注射は妻が実施
- 朝食後～昼食前に低血糖になりやすいので
間食の指示あり

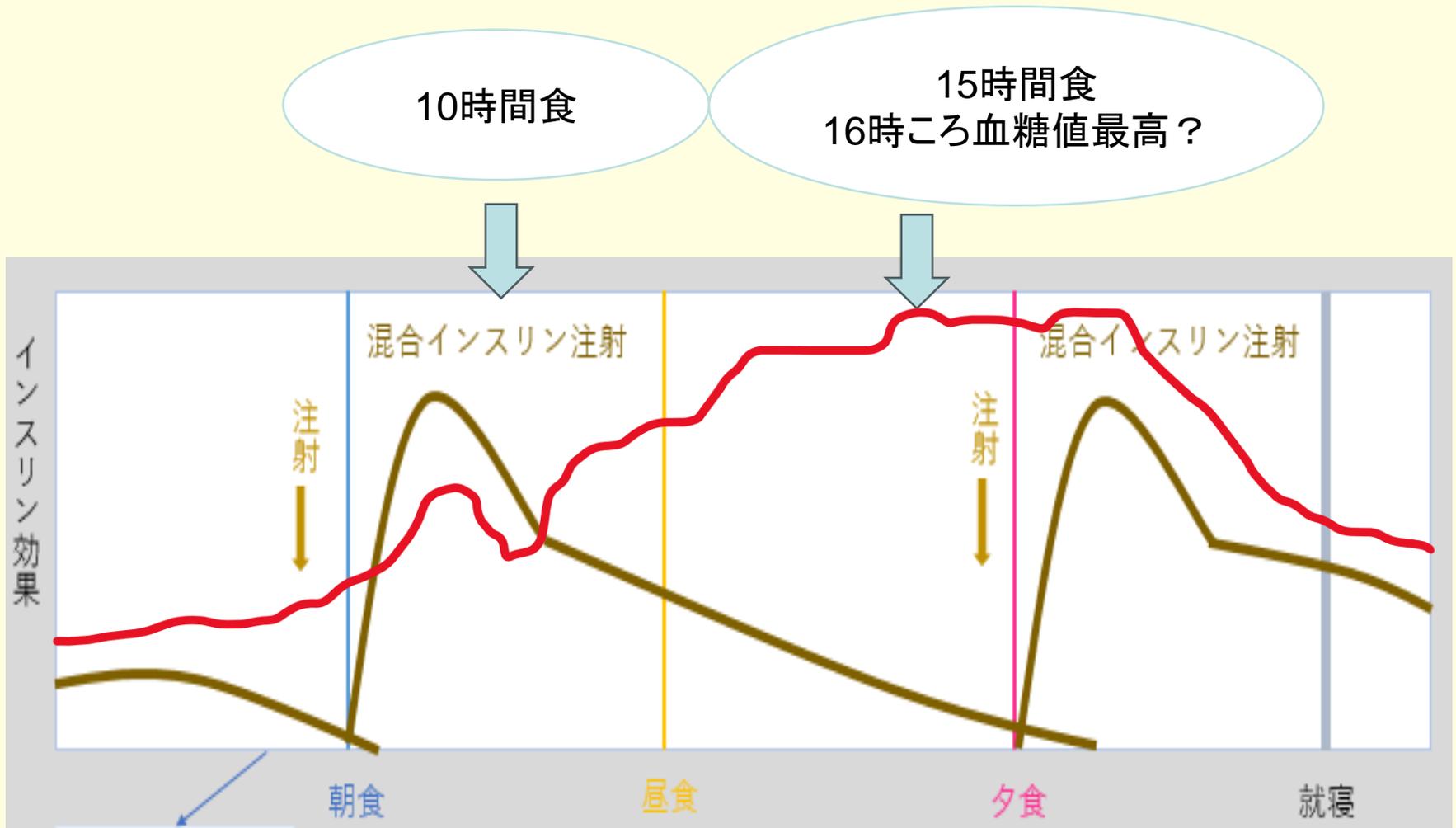


私も持病があって大変です・・・

血糖値の変動

- 血糖測定は訪問時 週1回のみ
16時過ぎころ 330~440mg/ d L
- 妻不在時 昼食を摂取しておらず
低血糖となったことあり
(訪問看護時発見 血糖値43mg/ d L
意識混濁 経口摂取は可能)
- 10時ころ、15時ころ毎日間食している
- 食事は妻調理により副食は野菜中心
主食は白米170g

注射の効果と血糖値の変動の予測



Aさんにできることは？

血糖管理の目標

低血糖を起こさない！

高血糖緊急症を起こさない！



- 10時の間食：バナナ、果物
→脂質を含んでおらず、望ましい間食
- 15時の間食：できればないことが望ましいが…
- 低血糖予防 低血糖時の対処
→妻不在となる時 訪問依頼あり
TELでも確認
→バクスミーの定期的な使用方法の確認

2～3か月目の実践

2か月目：同行訪問33件 単独訪問39件
3か月目：同行訪問17件 単独訪問63件

- 主治医、ケアマネジャー、リハビリ担当者への報告や相談
- 退院前カンファレンスに参加
(自施設を含め、3病院、4件のカンファレンスに参加)
- 訪問看護計画の新規立案、修正・評価
- 主治医への報告書の作成
- 日中の緊急訪問対応
- がん末期の新規利用者の訪問開始
(病状変化の可能性があり毎日訪問)
- 担当利用者の入院時看護サマリー作成

退院前カンファレンスに参加して

- 病棟看護師からの発言がない
→看護上の問題点や継続看護内容が不明
- 看護サマリーのADL支援内容が分かりにくい。
「入浴全介助」と書いてあるけれど…
福祉用具は必要？訪問看護での保清援助は？
- 訪問看護指示書発行の医師の認識は大丈夫？
- 必要な医療材料は？
- 本人、家族の病状認識は？

事例紹介

Aさん 80歳代女性

- 運動ニューロン疾患の疑い
- 声帯神経麻痺あり、気道狭窄による窒息の可能性があり、B病院で気管切開実施
- 自宅退院までのワンクッションとしてC病院に転院
- 自宅退院にあたり、介護保険申請、訪問看護導入の依頼あり
- 次女と二人暮らし、日中は仕事に出かける

病院での初回面談

本人、次女、地域連携室看護師で面談



ADLは自立しています。
吸引の手技は娘さんに指導中、本人は
自己吸引に拒否的で、自分ではできそうに
ないです。
吸引回数は本人希望時に1日6～7回、
ネブライザーもしています。
食事は…ムース食を食べているようです。
退院後のB病院受診？
医療材料、うちから出すことになるんでし
ょうか？

病院での初回面談



退院したらどうなるのでしょうか？
B病院の耳鼻科にはチューブの交換があるから受診が決まっていますが、神経内科は全然分らないです。何も説明ないです。

B病院では水分にとろみをつけていたようですが、C病院に転院してからは、なしになっているようですね。
食事はどんなものを食べたらいいんですか？
家ではベッドは使っていないですね。

病院での初回面談



「口がカラカラ」
「水分とれない」
「便がでていない」 「もう3日」
「調子悪い」

ふらつきながら立ち上がり、伝い歩きで病棟トイレに歩いて行かれた

本人の調子の悪さから、希望あり面談後、B病院耳鼻科に受診予定となっていた

→障害者手帳交付の対象となるのか

神経内科受診はどうなるのか

訪問診療導入はどうか

次女に確認していただくよう依頼

自宅訪問

初回面談の日に自宅に訪問

- ベッドの置き場所は？
- 吸引器、ネブライザーの準備は？
- 夜間吸引が必要な時に備え、次女はどこで寝るか？
- トイレへの導線は？
- 浴室の環境は？
- 食事の準備は？
- 緊急時の連絡方法は？
- 次女の1日のスケジュール、その他支援が得られる家族は？

退院までの準備

- ベッド、ネブライザー付き吸引器、シャワーチェアの準備
(要支援 1, 身体障害者手帳の対象ではない)
- 宅配食の紹介
昼食のみムース食を配達してもらう
- 訪問看護指示書をどの病院でだしてもらうのかの確認
(B病院からは訪問診療は不要との返答)

いよいよ退院



退院日に自宅に訪問

- 医療材料の確認
→消毒綿、ネブライザー吸入液なし
- 次女の吸引手技の確認
→夕方にも訪問し、手技問題なく実施可能
- 看護サマリー確認
食事摂取量の記載なし
最終排便の記載なし（便秘の記載はあり）
日常生活行動 具体的な支援が不明
「気切部のベルト固定が弱いと肉芽形成を誘発してしまうため、しっかり固定する」と記載あり

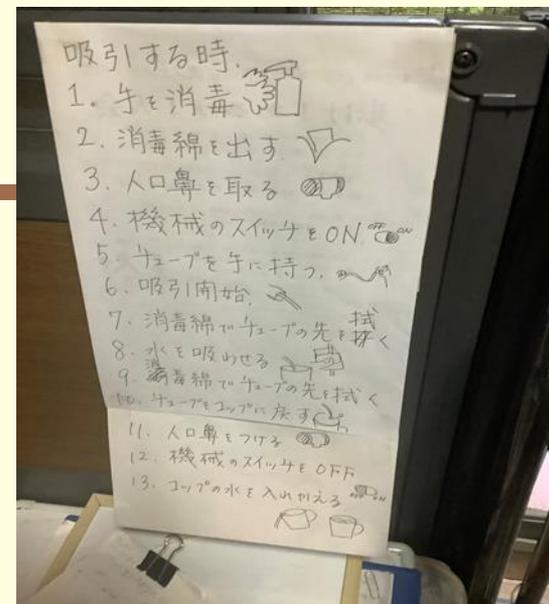
退院後～1週間

- 水分摂取が困難
 - とろみ付きのお茶の作り方を説明
 - 水分摂取量を把握するためメモしてもらう
 - 1日150～300mlの摂取が精一杯…
- Yカットガーゼ交換の方法
 - 気切ベルトの固定は緩めでないと苦しい
- 便秘が継続
 - 頓用のセンノシド毎日内服するが緊急対応で浣腸
 - センノシドも5回分しか処方なし
- シャワー、洗髪の援助方法の検討

退院後～1週間

次女不在の時間をどう過ごすか？

吸引を自分でできることが必須！
吸引手技の指導を開始



自分で行った方が、チューブの
挿入深さや時間を調整でき、
楽に行える

一方で

緊急時の連絡方法の練習

嚥下体操、下肢運動のリハビリは提案するがほとんど実施できず

退院後～2週間

「めまいが強い」「気分が悪い」
→次女がもともとのかかりつけクリニックに連絡
往診あり、3日間点滴実施



点滴が気持ちよかった
楽になりました

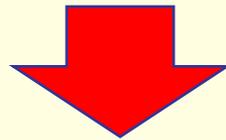


経口摂取量が足りていないから？
基幹病院が主治医だと、体調不良時の
対応の相談が難しい・・・

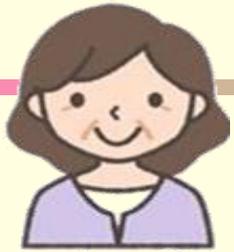
外来受診に同行

神経内科医師（主治医）より病状説明あり
本人、家族から現在の状況を伝える

- 入院中から症状があった、めまい、目のかすみが続いている
- 経口摂取量の不足
- かかりつけクリニックで点滴を行っている状況



早めの胃瘻造設を勧める
往診医を決めるために相談室に連絡
眼科に紹介
リハビリは効果があることを説明



胃ろうは作りたくないようです。
母の意思を尊重したいです。
エンシュア、メイバランスを頑張ってとっています



調子はまあまあ、という日が増えた
「食事は完食を心掛けています」
嚥下体操を促すとできる
次女との散歩も頑張っている



訪問診療も開始となって、体調も落ち着いてきた。
でも、この主治医からの説明や対応は、入院中に
できたことだったのでは？

事例から学んだこと



退院準備として行わなければならないこと

- 必要な福祉用具を準備し、自宅の環境を整える
- 必要な医療材料の準備
- 本人のセルフケア能力、家族の介護力の査定
→何ができていれば自宅で過ごせるのか
どんな指導が必要か？
- 入院時の主病名への対応だけでなく、全身状態の
アセスメント（栄養状態、排便コントロールなど）
既往歴も含め、フォロー体制を確認
- 今後の見通しから、必要な支援を検討
- 医師からの説明、理解度の確認
- 看護サマリーの内容の確認

今後の課題 病棟看護師として

全身状態をアセスメントできる看護師の育成
地域で生活するために必要な知識の向上

退院支援の質向上

- 療養場所選択についての意思決定支援のための情報提供
- 退院までに行わなければならない準備の把握
- 多職種連携
 - IC状況の確認、退院前自宅訪問、薬剤管理
- 外来看護師、地域スタッフとの情報共有、継続看護依頼
- 看護サマリーの充実
- 退院支援についてのスタッフ教育

糖尿病看護認定看護師として

地域でどのように暮らしていきたいか？

- 本人のセルフケア能力、家族のサポート体制から多職種で目標を設定し共有する
- 安全に薬物療法が継続できるか確認する
- 生活状況を確認し、必要な資源につなぐことができるように連携する
- 災害時の対応についての指導を行う

- 地域との連携方法を検討する

基幹病院の看護師として

地域スタッフとの連携強化

- 退院支援
- 利用者が入退院する際の必要な情報共有
- 地域の資源についての知識を持つ
- 外来通院中の利用者の情報共有、相談ができる体制づくり

今後の取り組み

病棟の退院支援の強化

- 退院支援に関する学習会の実施
- 病棟の退院支援カンファレンスの充実
 - 情報収集シートの評価修正
 - 朝のカンファレンスを活用した情報共有
 - 退院前訪問の提案
- 看護サマリーの充実
 - サマリーのテンプレート作成

地域での生活を考慮した糖尿病継続看護の提供

- 糖尿病教育入院患者の退院指導の充実
- 糖尿病看護外来開始について検討

広島県看護協会事業部の皆様
広島県看護協会訪問看護ステーション「こい」の皆様
に感謝いたします。

ご清聴ありがとうございました