

平成30年度第1回吹田市地域医療推進懇談会作業部会資料

看護部としての役割拡大 ～地域に向けての人材活用～

大阪府済生会吹田病院

佐藤 美幸

急性期病院の看護師はやっぱり在宅のことがわかっていない？

これからの時代、地域で活動することは不可欠
在宅・訪問看護の現状を知ることが必要



→ 病院以外の施設での看護を経験することを
クリニカルラダーの要件にする

□ 特定研修修了者(WOC)の訪問看護師との同行訪問

□ 病棟から訪問看護ステーションへ出向



特定研修修了者(WOC)の訪問看護師との同行訪問

- 認定看護師などスペシャリストが病院単独で在宅訪問や施設に出向き、施設の職員とケアを実施。時には副看護部長や師長も同行

なんとなく感じる在宅・地域との温度差

『顔の見える関係作り』 『病院から1歩地域に出よう』

- 研修など啓蒙活動を実施

地域のケアの質の向上



特定研修修了者の活動内容 ～院外～

- 訪問看護ステーション
- 特別養護老人ホーム
- 介護老人保健施設

〈メリット〉

1. 早期治癒・重症化予防に繋がる
2. 介護負担が軽減する
3. 地域で働く看護師の質の向上に繋がる

特養・老健等の
退院後訪問（適宜）



在宅褥瘡訪問（適宜）



特別養護老人ホーム
訪問フットケア（2～3回/月）



訪問看護師とご家族と処置



特養とのつながりが奏功した事例（褥瘡）

外来受診1回/月

当院からの**施設訪問**1回/2週



介入2週間後



介入19週目

特養にて ケアマネ



施設Ns

WOCN

当院Ns

施設Ns

特定行為 & 一緒に実践 & 根拠など説明

病棟から訪問看護ステーションへ出向

訪問看護ステーションへの出向は一時的なものではなく、看護部の戦略として取り組む



【 看護師の声 】

「訪問看護に関心はあるし、いつかは行ってみたいけど、今じゃない」
病院での看護経験しかないため、一人で訪問し判断することに不安が強い



管理職が地域の現状を知り、在宅でのケアのあり方を
理解してマネジメントすることが大切



病棟から訪問看護ステーションへ出向

意義

- 訪問看護ステーションへ、病院の看護師が出向することにより、地域で暮らす視点を身につけると共に、地域と病院をつなぐことができる

目的

- 在宅の視点を持ち病院でも地域でも活動できる看護師を育成する

目標

- 在宅での療養生活に必要な視点を学ぶ
- 訪問看護で必要な知識・技術を習得し、単独訪問ができる
- 在宅で療養生活を送るために病院で何をすべきか課題を見出すことができる

訪問看護ステーション出向の現状

師長を訪問看護ステーションへ1年間出向開始

平成28年 10月 師長 1名

平成29年 6月 ~ 12月 中堅看護師 2名

9月 ~ 主任1名

平成30年 1月 ~ 中堅看護師 2名

平成30年 9月 ~ 主任1名



- 病院の看護師は在宅・地域での看護の理解が深まる
- 訪問看護ステーションにとっては人材確保につながる
- また病院でのスキルがわかり質の向上につながる

WIN—WINの関係を構築することが大切

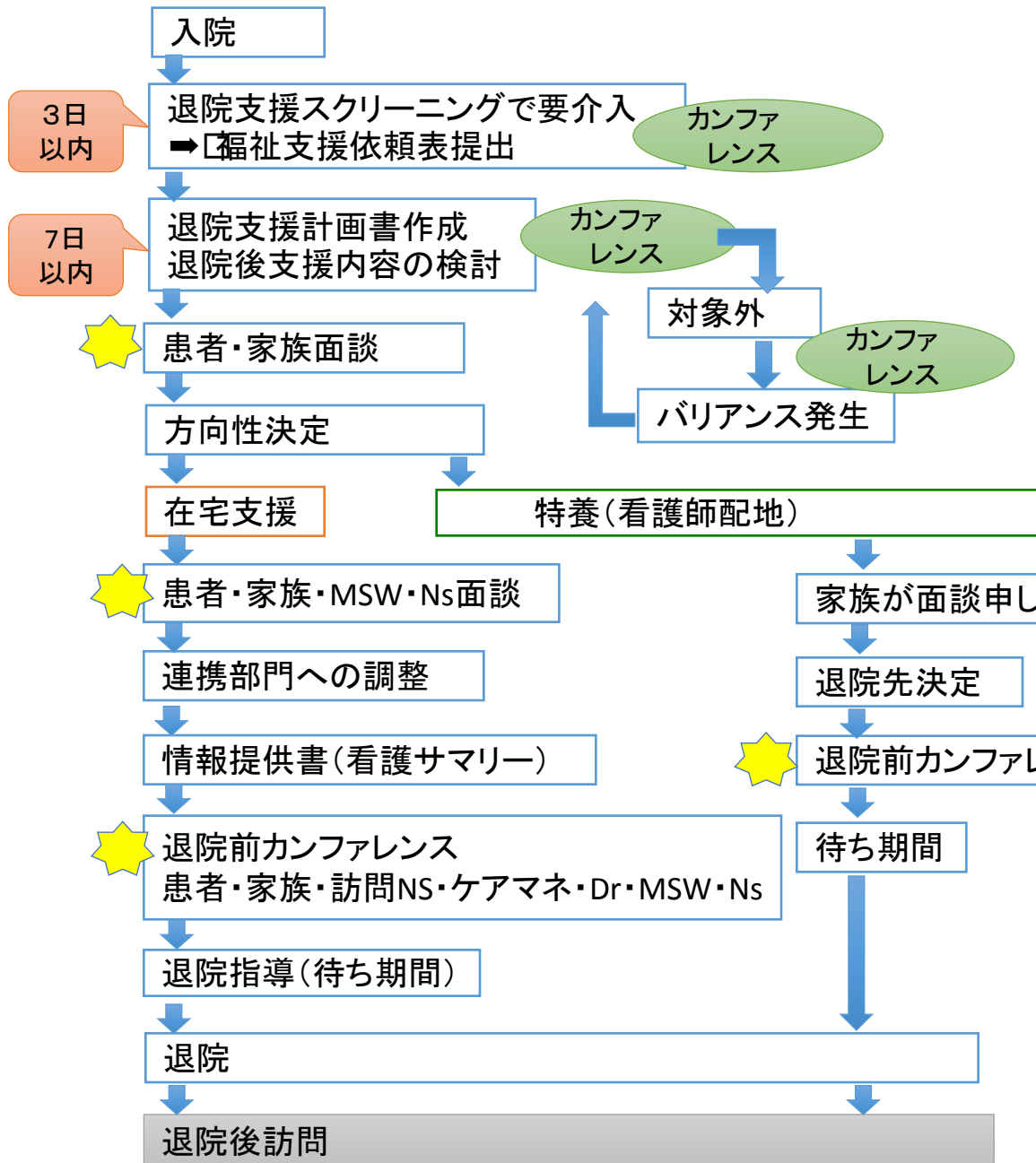
訪問看護ステーションへ出向した看護師の声



- 1ヶ月目はスタッフと同行訪問。2ヶ月目から単独で訪問開始。
3ヶ月目くらいから自分のペースで訪問できるようになった
- 小児科の経験はなかったが、自分自身の育児の経験が活かされた
- 保清や・浣腸は問題なかったが、ターミナル期のケアや傷の処置は判断が難しかった
- 病院で薬剤を飲んでもらう工夫をしていた。在宅では性格や・QOL・思い・マンパワーなどを考え、半分飲めたらいいと考えるようになった
- **ベストを目指すのではなくベターを目指す** 継続できることが大切
- 「来てくれてよかった、待っていた」 → やりがい・責任感
- 病院・・・医療者中心 在宅・・・利用者さん中心

必要とされている実感

退院後訪問フローチャート



- 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上 または
- 1、在宅悪性腫瘍など患者指導管理もしくは在宅気管切開患者移動管理を受けている状態にある者
又は気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態にある者
 - 2、以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己腹膜還流指導管理
 - 在宅血液透析指導管理
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理
 - 在宅人工呼吸指導管理
 - 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - 在宅自己疼痛管理指導管理
 - 在宅肺高血圧症患者指導管理
 - 3、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
 - 4、真皮を超える褥瘡の状態にある者
 - 5、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上の褥瘡保有またはスキン-ケア保有者

カンファレンス

このタイミングで
**退院後訪問対象を
チェックリストで検討**

退院後訪問について患者・家族に説明、また指導料が発生することを説明（580点又は600点）
訪問日時を患者・家族、訪問看護師と調整