

平成30年度 第1回 独立行政法人地域医療機能推進機構仙台南病院地域協議会議事録

日 時：平成30年7月27日(金) 17時30分～18時30分

場 所：病院3階 旧職員食堂

出席者: 洞口 真美 (訪問看護ステーション葵会仙台)
川延 裕美 (西中田訪問看護ステーション)
加藤 梓 (在宅リハビリ看護ステーションつばさ南仙台)
藤本 由紀 (袋原訪問看護ステーション)
佐々木 法子 (袋原訪問看護ステーション)
山崎 瞬 (エムツー訪問看護ステーション仙台長町)
佐藤 はなだ (太陽の郷愛島ナースステーション)
引地 恵美 (訪問看護ステーションシンシア)
奈良 久美 (訪問看護ステーションシンシア)
稲田 順子 (ケア21長町)
田中 たか子 (東北福祉サービス)
大野 文 (四郎丸在宅介護支援センター)
栗野 貴子 (仙台南病院附属居宅介護支援センター)

朝倉院長、遠藤副院長、開沼副看護部長、松浦地域連携室長、伊藤病棟看護師長
小野寺地域包括ケア病棟看護師長、庄子病棟看護師長、高橋外来看護師長
加藤医療安全室長、大網WOC認定看護師、菊地がん性疼痛看護認定看護師
藤井認知症看護認定看護師、小原附属老健副看護師長
加藤MSW、南館MSW、佐藤地域連携室員

本会の主旨

急性期医療を脱した患者への切れ目のない医療サービスの提供を行うために、地域の医療・介護・福祉施設との連携強化が必要であり、直接的に患者の退院支援に携わる担当者との「顔の見える関係作り」と「情報共有」が重要であるとの認識から、地域協議会の構成メンバーを、訪問看護ステーション及び居宅介護事業所等の「現場サイド」へ落とし込み、仙台南病院地域協議会を開催している。

今回は、訪問看護同行訪問についての事例報告と当院での運用案内を目的として開催した。

議事内容

1. 開会の挨拶:朝倉院長

本日は仙台南病院地域協議会へご出席いただき、ありがとうございます。

今日は当院の認定看護師の大網から、この4月から訪問看護の同行訪問を始めましたので、それについての話をするということになっております。

どうぞ今日は最後までお付き合いいただければと思います。よろしくお願いします。

2. 同行訪問について(当院への依頼の流れも含めて):大網皮膚・排泄ケア認定看護師

一般的などころですが、同行訪問は比較的新しく始まったものです。2012年新設された診療報酬にな

ります。その後訪問看護ステーションの皆様方は知っていると思いますが、悪性腫瘍の患者に対する緩和ケアだったり、褥瘡ケア、平成30年度からはストーマケアも大丈夫になりましたので、人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて他の医療機関もしくは訪問看護ステーション診療の看護師と協働して同日一日で看護又は療養上必要な指導を行った場合にとるというものになります。当院には4人の認定看護師がおります。当院で訪問可能な曜日は、皮膚・排泄ケアは月曜日以外は全部。がん性疼痛であれば金曜日。糖尿病看護は火・水曜日。認知症看護は金曜日が活動日ではあるんですが、その時に認知症カンファレンスを開いています。同行にいける日が時間があるかどうか分からないので、応相談にさせていただいて、もう1日活動日が不定期で入りますのでお電話いただいての調整ということになります。相談可能な内容は先ほど言った多くの領域ですと創傷ケア、褥瘡ケア、褥瘡以外の創傷ケアも承ります。ストーマケアとスキンケアが入ります。多くの領域全て対応させていただきたいと思っております。ただし、診療報酬が算定できるのはご存知のとおり真皮を超える褥瘡、真皮を超える二度以上からの褥瘡になりますけれども、後ストーマです。ストーマも糜爛とか例えば漏れて漏れて皮膚障害が起きていないというところは診療報酬がとれないですけれども、糜爛が直ったり出たり、直ったり出たりというふうに反復している状態が続けば、人工膀胱でも人工の腸、お通じのほうの人工肛門でも対応は可能となります。診療報酬が算定OKということです。それ以外は見れないのかということなんです。当院では診療報酬に関係ないところでも対応させて頂くというところを強みにしたいので、真皮までの褥瘡の方でもOKですし、あと褥瘡予防の必要性で凄いケアに困っていますという方でもいいですし、ストーマケアで皮膚障害起きてないけど漏れて漏れて大変なんですよというところでもいいです。あとは、マンモの癌の自壊の方だったり膀胱ケアでお困りの方。私失禁のほうも多少はやっておりますので、スキンケア方法だったりオムツケアでお困りの方っていうところで、この範囲でさせていただきたいと思えます。診療報酬算定が可能なのと、診療報酬は取れないけど当院では対応しますというのをこの一覧で出しています。がん性疼痛は結構幅広く診療報酬が算定可能なので診療報酬算定不可って項目はないですけれども、痛みのアセスメントだったりとか、薬物療法の副作用に関する、疼痛緩和技術に関する、患者、家族指導に関する、痛み以外の苦痛に関する、痛み以外の辛い症状を出している、癌の痛みによって鎮痛剤を使用しているけどもあまり効果が感じられないとか、副作用で困っていますっていうふうな場合も幅広くOKなので、こういうもしお困りなことがあれば是非うちの菊地が参りますので、是非是非ご相談いただければと思います。一般的な同行訪問では皮膚排泄ケアとがん性疼痛というところの診療報酬算定可能なものになっております。当院では糖尿病看護と認知症看護もあります。診療報酬がとれませんが糖尿病看護、認知症看護の領域に関しても同行訪問をしたいと思えます。糖尿病看護は血糖パターンのマネジメント、フットケア技術、その方の生活に合わせた具体的な食事・運動の提案、インスリンの自己注射手技指導になります。それ以外には、足の爪、フットケアになるんですけども爪が長いとか厚みがあって切れないんですって方に対して、行ってケアを展開できることがあると思えます。フットケアなので靴とかの相談でも大丈夫だと思います。あとは足のケアの方法について知りたい方のご依頼を受けたいと思えます。認知症看護は、認知機能低下に伴う生活障害や療養困難に対するケア、認知症の診断がなくても対応は可能です。診療報酬は取れませんが認知症の全般、診断がなくても生活上困っている方に対しては対応させていただきます。当院での対応できる範囲はこのくらいになります。実際の依頼方法は、専門性の高い看護師AさんがJCHO仙台南病院にいます。訪問看護師のBさんが在宅の主治医から訪問看護指示をもらって、在宅の患者さんに褥瘡が出来てしまった。病院には今すぐ連れて行けないのでどうしようかなとなった時にJCHO仙台南のAさんに相談してみようかなというところで、一緒に行ってくれないかなみたいなことが出たとします。必要性をBさんが判断するのでいいんです。必要性を判断した訪問看護師Bさんはまず本人とご家族に必要性の説明をして頂きたいんです。こういう風な床ずれができたけれども病院に行くのは大変だから来てもらおうと思っているんだけど来てもらっていいかな位の感じでいいと思います。説明して頂いて同意を得ていただきます。申し込むときでいいんですけど同意が得られたら、料金についてのお話と同意書作成と保険証のコピー一枚を準備して

頂いておきます。次に在宅主治医のほうにこういう専門性の高い看護師が介入することについて、了解を取っていただきます。専門性の高い看護師Aさんに在宅主治医からの訪問指示書はいりません。訪問看護師があくまでも必要だと判断したらご家族と主治医のほうに了解を得ていただいて、当院の連携室のほうにFAXで申し込んでもらいます。今後ホームページに上がる予定にはなっていますが、この同行訪問依頼書というのをFAXで出します。当院のほうで認定のほうにその書類がいつて対応ができるかできないかというところとか、あとは日程調整というところを直接訪問看護ステーションさんに認定のほうからお電話をさせていただいて、日程調整とかそれ以外の必要な情報とか確認することとかをお話させていただきたいと思います。訪問日が決まりました。当院の場合ですと基本的に診る患者さんは当院に受診歴がなくてもOKです。ただ新患の場合は当院で診療録のほうを作らせていただくので保険証のコピーが必要になります。一緒に待ち合わせをして行きます。まず最初にケアが始まって後で書類を受け取るどちらでもいいんですけど、まず書類のほうの確認というところがありますけれど、同意書はコピーを2枚とっていただきたいんですけど、同意書の原本を認定に渡していただきます。カルテの方に原本が入るようになりますので、認定のほうに同意書の原本を渡していただいて取ったコピー2枚は在宅の先生と、訪問看護ステーションさんもしくは患者様と訪問看護ステーションさんでもいいです。必要であれば3部とって皆様でもいいかと思います。あとは、保険証のコピーを渡していただきます。認定のほうからは受け取ったら当院のお支払いについてご家族に説明します。以上が書類上のものであります。次に実際のケアを展開させていただきますけれども、決まっているのはAさんと訪問看護師のBさんが同じ日に患者さんのところに行きます。看護又は療養上必要な指導を行うんですけども一緒に例えば清拭をやりますとかではなく、依頼されたケアの内容だけしかできないということになっています。褥瘡であれば褥瘡の処置は出来るけどもそれ以外の清拭と一緒にやってくださいとか、洗髪一緒にやりましょうとかいうのができないことになります。それは、在宅医からの指示がないので許可されているのは相談されている内容だけということになるのでできません。Aさんは現状の状態を確認してアセスメントをして問題点の整理を行って、看護問題を解決するために訪問看護師さんと一緒に検討していきます。訪問看護師のBさんは日頃のケアの確認できたしこれだったら大丈夫かなできそうってところでその日訪問が終わります。ここでどうやって私が患者さんのおうちまで行くかということになるんですけど、うちの取り決めで原則ご依頼していただいた訪問看護ステーションさんの車に乗せていただきたいのです。交通費取らないということもあるので可能であれば乗せていただきたいです。若しくは訪問看護ステーションが遠かった場合、訪問看護ステーションまでうちの病院の車でいきますけれども、ステーションさんで待ち合わせをして訪問看護師さんの車に乗せて頂いて患者さんのおうちへ行くとかですね。ただどちらでも同乗が難しいですって場合は、相談させて頂きたいなと思いますのでよろしくお願い致します。訪問看護師さん分かつと思うんですけど、駐車場問題がありますよね。なので2台でいけないってところを充分ご理解いただけるとと思いますので、その辺大変かもしれないんですけど調整していただけるとありがたいなと思います。まず先ほども言ったとおり診療報酬ですね。Aさんは訪問看護師Bさんから傷病名とかを聞き取らせていただきます。もちろん紹介をする最初の申込のところに傷病名とか書いていただくところがありますので、それ以外ないですかとかたちで聞き取ります。レセプト請求の時に傷病名とあと「在宅患者訪問看護・指導料3」1285点を記載して、レセプトを通します。これが月1回だけ算定可能になるのでおのずと同行訪問は月1回しか行けないということになります。Bさんは訪問看護記録に基づいて通常どおり訪問看護療養費を請求して頂きます。ただし、訪問看護基本療養(Ⅰ)のハまたは(Ⅱ)のハを算定したら訪問看護管理療養費の算定はできないということになっていますのでご注意ください。次に報告、記録です。基本的に診療報酬で謳っているのは、Bさんが記録する訪問看護記録以外には患者さんに関する記録等は特に義務付けられていないんです。訪問看護師さんが主治医に訪問看護に行った記録を出しますよね、報告書として、それ以外はいらないんです。そこに何処何処の認定が来てこんなことしていきましてよっていうふうな、こんな感じなのでたぶん書くと思うんですけど、それだけでいいとされています。なのでAさんからの報告書はいらないということになります。病院側としては診療録が無くてレセプト請求可能なんですけれども当院ではカルテを作るという形にしています。でもそうするとあの人なんて言ったっけかなとわかんなくなっちゃうじゃないですか。来た時

にレコーダーで録っているわけでもないし、こういうふうに言ってこういうふうにいっぱい言われたときに、何処を注意するんだったっけかなとか、どこまでを先生に言えばいいのかなというのがわからなくなりそうなので、当院では同行訪問報告書というのを認定が作成して数日お時間いただきますけども、ちゃんとステーションさんのほうにお送りします。それ以外にも主治医のほうにもお送りしています。入っている内容は状況確認させていただいて、現状を見たり、アセスメント、問題点、看護計画を立てて、私の場合は褥瘡なのでポジショニングについて書いて連携室を通して郵便局のほうから主治医と訪問看護ステーションに郵送していきますので、自分たちのところに着いたら主治医のところにも着いているんだなあと思っていたら、報告書はJCHOの認定から行ってると思いますが、はしょれると思います。これが一連の流れになります。実際に同行訪問をされた経験がある方とない方いらっしゃると思うんですけども、私が同行訪問をさせていただいた事例をこれから紹介をしたいと思います、この流れになって今までご紹介した流れにはなっていません。今回の事例は退院後訪問から移行させていただいた方ですので、実際に外部のステーションさんの方から依頼があって介入したっていうのは、この会をきっかけに作っていきたいと思っているので何かあればお願いします。

事例紹介に入りたいと思います。Aさん、90歳くらいの方で蘇生後脳症という病名になっておりまして人工呼吸器管理、経鼻経管栄養、褥瘡ハイリスク状態にあるということです。ご家族なんですけれども奥さんとの2人暮らしです。同行訪問までの経過ですけども、在宅療養、おうちに帰るところを目的で当院に調整で転院されてきております。転院後に呼吸器の離脱にトライしたんですけどもちょっと困難だったため、気管切開をさせていただいて、医療介入が多い状態にありまして実際にいよいよ帰るとなった時に退院後にどういうふうな状態になっているかというところを、私たちが調整したのが適切だったとかというところを評価するために、退院後訪問をさせていただきました。調整してお伺いしたのが2週間後だったんですね。入院中は褥瘡軽微なⅠとかⅡ度くらいが発生してはすぐ直りだったんですけど、2週間後には褥瘡が既に発生した状態でちょっとできたって感じでした。あとで褥瘡の写真出しますけど退院後訪問が終了した後もやはりこの状態では終わりにできないというところがありまして、同行訪問に切り替えた次第です。このAさんどんなケアがあったかというところなんですけど気管切開、人工呼吸器管理、頻回な吸引も必要で気管切開の器械からどろどろした痰が出てくるような状況でした。経鼻経管栄養が入っておりまして1日2回投与になっております。皮膚がぼちゃぼちゃしているんですけど、ご高齢特有の薄い感じの脆弱な感じがあってむくみとかも時々出るので、非常にこうすぐにスキンテアだったりとか褥瘡が出来やすい状態でした。バルーンカテーテルも入っていて、ポジショニングやマットレスもちろん管理する技術も必要だし、除圧ケアとして体位変換とかいろいろしていかなければいけないのと、もちろん清潔ケアとして清拭とかもしていかなければいけないというところがあったので、非常にケアがたくさんあって奥さんが1人でできるのだろうかというところで、ちょっと大変だったんですけども実際おうちに帰ったときにはステーションさん3事業所に入っていて、連日介入して頂いて、朝・夕入っていただきました。訪問介護さんのほうでヘルパーさんをお願いして1事業所で朝・夕で入っていただきました。在宅の主治医は開業している次男、入浴サービスも週1回入っています。この様にたくさんの医療、介護職で在宅療養を支援するサポート体制をとって在宅に変えられています。まず退院訪問行きましたので退院後訪問の目的です。退院前に私としてはポジショニングをお伝えしたんですけど、訪問看護だとかヘルパーさんにお伝えしたんですけどやっぱり1回、2回ではなかなか覚えられないかなと思って、ちょっとそれに不安があったって言うことですかね。あとはご家族の負担を軽減するために自動体位交換を設定したんですけど、それとポジショニングクッションを併用したことによって相性が病院では大丈夫でしたけど、入れる手がたくさんなければ難しいんじゃないかということもあって、そこが上手く機能しているかというところを確認したかったというところがあります。3つのステーションさんが関わるので情報が上手く伝達できるかどうかということも不安になりまして、実際の介護の場面で負担がないのかなあとかもっとこうして欲しかったとかあるのかなあってところもありまして、退院後訪問に行かせていただきました。一番懸念していたのは褥瘡が発生していないのかということですけども、結局的には退院後2週間で5ミリくらいの褥瘡が発生して、その後一週間毎に行かせて頂いたんですけども、次ぎ行った時には大きくなってきて黒色化しています。肛門に非常に近いので便も非常にゆる

かったりとかして非常に管理が難しいだろうなっていうふうになりました。その次に行った時にはこんなに大きくなってたんですね。ポケットもできていて壊死組織もあってというところで結構ひどくなって、この状態で退院後訪問が期日が終わるんですよ。ちょっとそれではというところがあってこういうふうに悪化した原因とかを追求しないとたぶんもっともっとひどくなるだろうというところがありまして、同行訪問というところで切り替えさせていただいております。まずは、介入から1ヵ月経ったときに、このような状態だったので現状把握しなきゃというところがありまして、ポジショニングの再検討前に写真を撮らせてもらって設定したポジショニングとちょっとずつ変わっていったというのがあります。上半身とお尻の間のところにクッションが入っていなかったとかですね。特殊な上半身支えるクッションを使っているのも非常にこれ入れるの難しかったと思うんですけど、2回の説明ではなかなか伝わらなくて、どうしても丸い状態のところなので上半身が不安定になってしまっただけで落ちていてというような状況になっています。あとクッション、せったく除圧のクッションしてるんですけども、そのクッションの上にバスタオルとかあってちょっと除圧が弱くなってしまったというところもありますし、行って初めてわかったんですけどオスカーっていうところのを指定しているんですね。最新のもお願いしますってかたちで写真も撮っていったんですけど古いタイプが入っていたんです。設定がちょっと難しかったんじゃないかなと思うんですね。もっと大まかな設定なんで古いタイプは。なのでそれも指摘させていただいて、その間に褥瘡が発生していますのでちょっと難しかったのかなと思っていました。これを簡単に字にしたんですけどまずポジショニングが安定していないというところは担当者によってちょっとずつ入れ方の誤差が生じていました。こっちのほうがいいんじゃないかなあと皆さんが良くしたい思いが強くて、ポジショニングの方法がちょっとずつ変更していつてしまっただけで安定しなかった。あとは長時間の経腸栄養これもちょっときつかったなというところですね。どうしてもベットアップしなければいけないので朝夕と1回3〜4時間かかる経腸栄養が入りますのでかかると6時間から8時間ずっとベットアップしっぱなしになりますし、奥さんのおしりのところの除圧をするって約束をしていたんですけど、これが失念されていてされていなかった。排泄物が非常にゆるい状態で朝のケアの時に摘便していただいていたんですけど、排便がどうしても緩すぎてきちんと掻き出せていないところがあるんですよね。なかなか緩いと難しいじゃないですか。どうしても褥瘡の中に排泄物が入って付着してしまっただけで悪化をされているというところですね。不顕性感染の症状まではいってないけど、瘡の中には恐らく大腸菌とがたくさんいて悪くなっている。低栄養というところがあります。入院時は900kcalくらい経腸栄養で入れていたんですけど量を減らしていただいて、入院時から非常に低栄養状態にあったんですけど、その低栄養が加速したんじゃないかというところで免疫力も低下しますし、もともと治る力も弱っていたというところもあいまってずっと全身状態の悪化とかもあって、褥瘡がさらに悪化したんじゃないかという負のスパイラルに陥っていました。アセスメントとしては、ポジショニングについては皆さんが良くしてあげたいという思い、看護師だけじゃないんです、在宅の先生もこちらのほうがいいんじゃないかといったところでポジショニングを提案していただいていたいました。私が行ってない間にどんどんポジショニングがちょっとずつ変わっていくっていうかたちになってさらに不安定になっていつて、きちんとした除圧ができなくなっていったんじゃないかなっていうふうに思っています。経腸栄養のかたちについては、やはり仙腸骨の圧回避ができなかったというところが一番原因かな。排泄物が緩いというところも経腸栄養の影響もあるんだらうなというところもありました。あと低栄養は先ほどお伝えしたとおり全身状態、免疫機能の低下が繋がったんだらうというところでアセスメントをしていまして、問題としては、全部一個に集約するとこの赤になります。ポジショニング方法の統一・除圧管理の徹底ができていることが褥瘡悪化をもたらした最大の原因じゃないかというところで導き出しまして、具体策としてはポジショニングの方法の統一をすれば解決するものがたくさんあるなあっていうところがありましたので、まず私のほうでは簡易の体圧測定器がありますので、体圧測定器を持って実際に体圧を測ってみよう皆さんにお見せしよう、そして訪問看護師さんたち3ステーションさんがいらっしゃるので出来るだけステーションさんに集まって頂いて、一度に皆さんで情報共有したい、そしてやる方たちが可能かどうかというポジショニングを設定したいと思って調整をさせてい

いただきました。ポジショニングの再設定です。上半身からいきますね。先ほど丸いところに乗っている感じでしたけれどここでわかりますかね。ちょっとなだらかになっていて体が沈みこんでいる状態を作っています。少しわかりにくいかも知れませんが、後ろの足の方のクッションと上半身のクッションはここでちゃんと合わさっている状態にしています。これで圧を仙骨部の圧を測って今こんな状態なので前はこうだったけど今こうですよって圧の差を見てもらっています。これで現実的にやれますかというところを簡単にさせていただいて話し合いの中決めていきます。次上肢と体幹ですね。これはご本人がですね入院の時から持っていたぬいぐるみなんですけど、お家に行ったらウサギさんが増えていてかわいい感じでにぎにぎされてしまったね。まず上肢の浮腫が出てきたとかスキンテアが発生したりとかしているのと、体幹がとっても不安定っていうのはどうしても上肢がだるんとなってしまうのでそういうことも影響しているんじゃないかというところを訪問看護師さんが確実にアセスメントして頂いてまして、訪問看護師さんから言われています。この腕のところをどうしたらいいですかということで、全ての体圧を測ってこの高さでこうしましょうかというのをお伝えして訪問看護師さんやヘルパーさんから意見をもらって設定しています。もちろん医療関連機器がたくさんありますので医療関連機器圧迫創傷を予防したりスキンテアが予防できるような体位としても考慮してやっています。この方すごく身長が高い方でしたのでクッションをお尻のほうまで入れてしまおうとかかたが出てしまうんですね。ちょっとおうちの方をお願いしてもう一つ同じようなクッションを入れて段違いで使わせてもらいました。回旋するのを防ぎたいので五つに分かれているクッションで真ん中であげると回旋防止になるのでこういうクッションを使わせていただいてかかとの圧を測って皆さんで共有しています。むくみとかもですねこのとき出てたんですね。足をひざ曲げて足をベットにつけてる角度にしていたのでちょっとむくみが出始めたというところできちんと測定が支えられていることと、なるべく自然体なここが水平になるというところで設定をして翌月にはむくみが取れていったので、それで評価して頂きました。こういう感じで時間はちょっとかかりますけれども圧を測定したりお話ししたりとかしながらどういったほうがいいのかというところを話し合いました。同行訪問の報告書には今の褥瘡の状態、あと問題点と計画を立てています。あとは今回はこちらにはポジショニングを設定したので、この前の状態と設定した状態というところを書いてポイントも書いてお送りしています。もちろんこれだけじゃなくて毎回行かせていただいた時にそこが具体的にどうなっているかというところを圧計測してみなさんがやっていたらいいポジショニングが非常に正しいんだっていうふうな客観的評価、いいですね合ってますねっていうものでやってもらっています。同行訪問の結果としては褥瘡の経過を見ていただくのがいいかと思うんですね。上は退院後訪問の時でマットレスのバージョンが違うことに気づいて褥瘡が出来てるとなりまして、ここ一ヶ月くらいかかったんです。マットレスが届くのにも。変更して実際患者さんのところに入ったのですがね。それまで悪化の一途をたどりまして悪化していったことで先生とか看護師さんがそれぞれいいポジショニングを検討してもらってたんですけど、それが上手く統一性にできなくてそれぞれ違うポジショニングが入るってかたちになってしまったのでどんどんひどくなってしまっていて、もちろんマットレスのせいがあるかもしれませんが、こんな形で褥瘡がどんどん丸くなっていってしまいました。同行訪問に切り替えてもう一回ここで再アセスメントをさせていただいて、最初ちょっと悪くなるんですね少し。デブリしてもらっても悪くなるんですよ。なんでかというところとヨードホルムガーゼを瘡内に入れるっていう先生の指示が出てまして、ヨードホルムガーゼ非常にいいんですけど圧迫するんですね。詰め込むので。なので何回かちょっと浅めにしましょうか、この辺から始まっているんですけど何回か浅めに入れて下さいとは言っていたんですけどやはり圧迫が回避できなくてというところで先生にお伝えして、ちょっとやめさせてもらっていいですか

というところを言って、別のものに変えさせてもらってそれから肉芽のコントロールができつつあって若干不良肉芽ではありますけれども、壊死組織もきれいになくなってここで在宅の先生にデブリをしてもらっています。こんな感じでちょっとづつ良くなってきています。お尻の回りのスキントラブルも減って凄いきれいになったんですね。さらに肉芽がとっても良くなりまして奥で骨はまだ露出しておりましたけれども、すごくきれいな肉芽になったのでこの状態であれば本人の状態を考えてポケット切開でいいんじゃないかなって思っていた矢先に状態を崩されてこの3週間後くらいにお亡くなりになってしまったっていう形になります。ですので褥瘡であれば何処がダメって訳じゃないんですけど皆さんの思いがあって逆に悪くなっていつてしまっている経過とかもあると思うので、何処をポイントを絞ってどういうふうにコントロールすれば良い方向に向いていきますっていうところが、自分たちでやっているとなかなか気がつかないところもあるので、一度見させていただいて悪いところを指摘するのではなくて、もう少しこういうふうにしたらもっとコントロールするんじゃないですかとか凄い大変な思いしてるのかもっと簡単な方法がありますよとかいうところをお伝えできれば、いいのかなって思いますので是非ですね4人の当院の認定のほうにご相談いただければいいかなと思います。ちょっと同行訪問ではないんですけど退院後訪問に行かせて頂いた方々の記念写真ということで撮らせていただいたのをお披露目して終わりにしたいと思います。

3. 意見交換

一緒に同行訪問した袋原訪問看護ステーション佐々木さんにご意見とか感想を聞かせて頂きたいと思います。

事例発表のAさんの訪問のほうに関わらせていただいたんですけど、その時の振り返りということでまとめてきたんですけど読ませていただきたいと思います。

病院での治療が終了したために在宅に戻る予定ですということで連携室から連絡がはいってから、実際に退院されてくるまでの期間がちょっと長すぎたなあって印象がありました。病院側で人工呼吸器を装着した患者が退院するっていう事例が今までなかったっていうところでお聞きしております。退院までにどのような準備をしていいかわからないということが病院側の情報として聞いた事があったんですけども、訪問看護ステーションとかそういういった利用者を何名か受入れて訪問している事が多いので、もう少し情報とか何が問題であって問題でないかということをもう少し情報として発信していただければ、病院側の都合とか検討しながらも退院までの期間が長く空くようであれば、経過や詳細についても教えて頂ければ助かります。連携室の情報と病棟看護師の情報でズレがあって実際にどちらが正しいのかなあというのもあったりして、訪問看護師として何を評価して関わるべきかとか何に注意して指導すべきとか退院までに準備したり、カンファレンスなど行ってしっかり見てきた上で退院して欲しいとまでは思いませんので、何処までできて何処までできない実際に退院されてきて3つの訪問看護ステーションでメールでのやり取りとかファックスなどいろいろな方向で申し送りしていきました。この方もともと褥瘡リスクが高いということで、連携の部分では先生を含めての連携で、在宅では病院のように24時間体制での管理は不可能なので、限られた時間の中でいろいろなアドバイスをいただいたということは、病院の中で勤務する看護師さんと在宅で関わる事ができたということは、自分たちがやってきた事が自信につながる機会でしたので今後もっともっと病棟と連携室から情報のズレがあってというところで戸惑ったということもあったようなので、こちらのほうでも情報はすり合わせをして正確な情報をきちんと送っていかなきゃいけないなあということを痛感しました。

同行訪問を申し込んで来てもらったステーションさんでどのくらいいますか。ゼロですか。

今回みたいにレスピレータをつけて自宅に帰るっていう形で非常に医療度の高い患者さんが在宅療養を継続できるようにしていかなくやいけないんだなってそのためにはやはり地域の皆様方の力が必要なんだなあということを凄く感じた症例でもありました。

同行訪問に来月から切り替えるんですけれどもシンシアさんが私今退院後訪問で4週間ほど行かせて頂いていたんですけど引地さん何かあればお願いします。

私たちもともと救命とか救急出身でしてICUとか長くやっていたので結構医療的な器械が自信があってやってきたんですけども、医療ってのは年々変わってきて新しいのが入ってくるのももちろん褥瘡の有無の知識だったり治療法であったりっていうところはめまぐるしく変わるというところを日々勉強させていただいて、効果のある事なんだってことを実践して参りました。今回も多くの人に入っていて同じような結果、患者さんたちが笑って看護支援をさせていただければ、病院にいる看護師さんと接するということは専門性以外の呼吸器の器械であったり、そういった知識をすぐに教えていただけますのでそういった意味でも心強かったです。

西中田訪問看護ステーション川延さんから褥瘡ではないんですけども、退院後訪問でストマケアと一緒にした報告をします。

大網さんと一緒にご自宅にいけるっていうのを知ってえって驚いたんですけど、わりとストマのケアに関しては私たちも数多くやってきたので大丈夫かなと思っていたんですけど、やっぱり同行した時にすごく細かいことを聞いたのがすごく安心でした。ご家族が不安なったり、看護師さんが大丈夫だよって一言言っただけでそしたら奥さんもご本人も自信がついたというか、私たちは関わったばかりだったので引きつった笑顔だったんですけど、皆さんの顔を見てほっとしたっていうのが、支えられるのっていいことだし安心して、今まで不安だったのが安心したというふうになれたので、いいシステムだったなあと思いました。同行訪問始めましたということで是非小さい迷いを抱えながら訪問看護師は訪問しているので是非力を頂いていければと思います。

松浦地域連携室長：

生の声が聞けて大変参考になりました。事前にとらせていただいたアンケートの中で一番多かったのがやはり褥瘡に関することで困っているというアンケートの結果もありましたので近く同行訪問について病院のホームページに掲載されますのでなるべくそれを見ていただいて活用していただければいいかなと思います。何かあれば強い味方がいますので褥瘡に関しては大網がいますので一番皆さん悩んでいる褥瘡というところですので連携とりながら地域で長く患者さんが暮らしていくためにがんばって連携とってやっていきたいと思いますのでよろしくお願いします。

大網WOC認定看護師:

まだホームページにはアップしていないんですけどまだ詳細の書類の修正がありまして近日中にはホームページにアップはするんですが、今日ご参加いただいたステーションさんのほうには書類ができましたら一式お送りします連携室の方から。今日ご参加いただいた方々の事業所さんのほうには一部印刷してお出ししたいと思います。

4. 閉会の挨拶:開沼副看護部長

お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございました。

今、同行訪問を開始しましたというお話が大網からありましたけれどもようやくスタートを切る事ができました。是非該当される患者さんがおりましたら小さいことでもいつでも相談していただいて活用して頂きたいと思います。退院後訪問についても今細々とやっている状況なんですけども病院の退院後一ヶ月に限り5回までしか訪問ができませんので、それ以降は是非皆さんのステーションのほうにつないで在宅療養つなげていただきたいと思っておりますのでよろしくお願いします。そういったところをやっていながらできれば今後事例検討会とかを堅苦しい場ではなくてざっくばらんに話せるような会を設けて病棟のスタッフにもフィードバックして退院調整に在宅療養支援の質を上げていきたいなと考えておりますので今後ともよろしくお願いします。今日はありがとうございました。