

訪問看護理解・連携促進事業に参加して（出向先）

訪問看護ステーション みなみ風
看護師 田原 美散

訪問看護ステーションみなみ風は、鹿児島市の北部に位置し、在宅ケアサポートみなみ風（居宅介護支援事業所、療養通所介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所）の1事業所として、南風病院はもとより、地域の関連機関と連携して在宅でのトータルケアに取り組み、重症難病・癌末期・小児・精神・人工呼吸器や腹膜透析など、医療依存度の高い方の在宅での療養生活を支援しています。より専門的で質の高いケアが提供できるよう、在宅褥瘡管理者（日本褥瘡学会）・ACLS（救急）・精神有資格・医療的ケア教員（2名）・認知症サポーター等があり、また、特定分野における実習指導者（2名）が中心となり学生指導・研修協力機関として日々、訪問看護を展開しています。

病院看護師の受け入れについて

当施設内では、看護学生・看護師・医学生をはじめ、研修の受け入れはしていましたが、法人外の看護師を長期間受け入れたことはなく、2025年問題を前に、どこまでのレベルで指導させて頂くか、当初、作成した3ヶ月教育プログラムは迷いもありました。出向者は同地域の病院に勤務する看護師（八反丸リハビリテーション病院：中村 洸香さん）でした。病院同士は普段から連携をとらせていただいていたので、地域において、「病院」「訪問看護」それぞれの立場を活かし、より一層、協働体制や地域包括ケアの充実を共に考えていくパートナーであり、出向者が利用者様に安心・安全な看護が提供できるよう、また、出向者のストレスが軽減するようチームで考えながらサポートしました。



中村さんが心臓リハビリをされたO様

事業の評価

出向元・出向先共に、本事業を理解し、短期間の準備時にすり合わせを行い、事業に取り組めたことで、それぞれの役割が再確認できました。3ヶ月と限られた期間で、非常に集中した取り組みが出来、出向先としては、病院に戻られても良い思いで、訪問看護の魅力を発信して頂けるよう常に考えていました。終了後の出向者から「病院」「訪問看護」の両者の長所を活かし、連携協力していけば、在宅療養困難とされていた重症者も住み慣れた地域の生活の場へ戻れ、「生活を見据えた支援」を入院中からアプローチしていくことが重要であると、発表会で聞いた事は大変嬉しく、本事業に参加させていただいた事で相互看護理解がさらに深まり、有意義な事業が実施できたと思いました。

取り組みの成果と苦労した点

苦労した点は特にありませんでしたが、工夫した点は、①準備時に、全スタッフや病院スタッフに事業目的・内容・教育プログラムを周知・打ち合わせをし、全員でサポートしていけるようにしたこと ②出向者の机を中央にし、コミュニケーションがとりやすく、発言しやすい雰囲気作りをしたこと ③不安な時や相談時、ラインや携帯電話でいつでも繋がることで単独訪問も安心して行けるようにしたこと ④プリセプターを決め随時、相談・助言を受けられるようにしたこと ⑤出向期間中に興味をもたれた外部研修を取り入れたこと（スキルアップ・リフレッシュ） ⑥ケアマネージャーと退院前住宅確認（改修）に同行していただき、生活視点のポイントを見ていただいたこと ⑦連携のあった当院の整形外科のOP室見学等をして頂いたこと ⑧担当利用者様を新規から受け、訪問看護をプリセプターとともに展開していただいたこと、等です。取り組みの成果としては、①短期間（3ヶ月）訪問看護育



2人暮らしのK夫婦と中村さん

成プログラムが検討でき、多様な看護人材の育成・活用力の向上が図れたこと ②同地域の基幹病院である出向元の体制・退院支援などの看護が理解できたこと ③地域での療養継続を支える看看連携ができたこと ④十分なマンパワーをいただけたこと ⑤法人外の方を受け入れたことで事業所が活性化し、学びあえたこと、等です。

今後の課題と取り組み

退院が決まった時ではなく早い段階で、退院前から

訪問看護を学んで



名瀬徳洲会病院
地域包括ケア病棟看護師
中島 珠美

日本は超高齢化社会となり、医療提供も見直され、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしができる「地域包括ケア」の体制構築を進めています。その中で、在宅療養を支える訪問看護には大きな期待が寄せられています。また、病院では早期退院在宅復帰支援の機能強化が求められています。

今回私は「訪問看護理解・連携促進事業」に参加する機会をいただき、平成30年9月から3か月間「名

病院（看護師）と連携強化に努める必要性を感じました。訪問看護師が関わることで、不安のないスムーズな在宅移行は実現できると思います。患者（療養者）やご家族の思いに沿ったより具体的な退院支援を共に考える「在宅継続療養看看連携システム」を早期に構築していきたいと思っています。

瀬徳洲会訪問看護ステーション」へ出向し訪問看護の実際を経験することができました。訪問看護師は医療的処置や在宅での生活リハビリなどの看護に限られた時間や資源で行っていることを知りました。またケアマネージャーや在宅サービス事業所と連絡報告、相談を密に行い利用者の生活を支えていることを学びました。

在宅では、本人、家族の思いを尊重したケアプランに沿って各サービス事業所が同じ目標に向かって利用者を支えていることを知りました。病棟でのケアが在宅へ繋がっておらずどのようにケアしていくべきか行きづまっていたため、在宅生活に視点をおき、細かいケアを行っていくことにより早期退院を目指すのではないかなと思うようになりました。

地域包括ケア病棟へ戻ってスタッフへの伝達講習を行いました。退院支援カンファレンスにおいても助言や気づきを伝えていく中で在宅生活を見据えた充実した内容へ変わってきていると感じます。他のスタッフとも家族の状況や患者の環境など情報共有できるようになり、訪問看護での学びが活かされているように感じとても充実感があります。

今後も包括ケアを行う関係事業所と交換研修など行いながらお互いの理解を深めていけたらよいと感じています。

