

# わくわく訪問看護ステーション

大田原市下石上1452番地



利用者保険割合  
医療保険：3割  
介護保険：7割

看護師長  
島居香織様

## 施設アピール

同敷地内に那須中央病院、健診センター、老人保健施設、居宅介護支援事業所が併設されており、医療・福祉の連携も充実しています。

病気や病状ではなく、「今その人にとって何が大切なか」を考え、最期の一瞬まで自分らしく過ごせるお手伝いをしていきます。私たちがお手伝いをする方々が、必ず誰かの大切な方であることを忘れません。そして「夢を叶える」ステーションでありたいと願っています。

## 施設の役割や特徴

昨年からのコロナ禍での対応において、法人全体で感染症対策を徹底しています。

訪問看護ではC型インフルエンザ感染予防マニュアルを使用し、訪問の際の医療器具はすべてアルコールで拭き取れるように工夫し、感染予防に努めながら支援しています。

常に訪問車の中に除菌セット一式を準備しています。コロナについては新しい情報がどんどん入ってきますので、順次対応することが必要だと考えます。

医療保険ではターミナル患者が多く、年間20人前後の患者様を看取っています。

訪問リハビリは、病気や障害に合わせたストレッチや歩行練習などの訓練や、生活動作の練習を行います。これらの練習は転倒を予防し、安心・安全な療養生活の継続につながります。

在宅には不思議な力があります。食事が摂れなくて心配していたら、食べられるようになったり、中には痛みが取れてしまったりするこ



桜色の制服が事務室をはなやかにしています。

とも案外と多いのです。「余命1か月と診断されたけれど、半年頑張れた」などのような話を耳にしたことはありませんか？

痛みを緩和させるのは鎮痛剤だけでなく、家族・友人、住み慣れた我が家で生活を充実させることも要因になっていきます。

病院のように「迅速な対応」は難しいかもしれませんが、信頼のおける在宅チームスタッフには、それを力バーでできる臨機応変な対応力とチームワークがあります。

訪問看護は縁の下の力持ちであり、応援団です。何よりも「本人と家族の希望」を大切にしています。

## 連携している主な医療機関

那須中央病院、阿部内科医院、小林内科外科医院、橋本内科クリニック、高橋外科医院、はらクリニック、鎌田浅香医院、なすのはらクリニック、原内科小児科医院、菅間記念病院、独協医科大学病院、自治医科大学病院

## ケアマネジャーとの連携で

### 心掛けていること

訪問看護にとって、ケアマネジャーは心強い相棒です。

信頼関係が強く結べると、利用者様は、安心して療養ができます。その為に、情報交換を密にして、情報の共有に心がけています。

ターミナル患者で要介護1の男性の例。妻と二人暮らし。サーピス内容は訪問看護が週2回、訪問介護が一日3回の支援でした。一日3回支援する理由をお聞きしました。介護する妻の不安が大きく、負担軽減が理由でしたが、本人にとって何が必要なのかを一緒に考えました。場合によっては特別指示書に切り替えることもできます。

また支援時間についてもケアプラン通りにいかないこともあります。ケースバイケースで対応しなければならぬこともあり、ケアマネジャーに相談し、了解を得ています。その結果、必ず事業所内でもミーティングで情報を共有し、誰が行っても対応可能な体制で臨んでいます。



優しい口調で、訪問看護に対する思いを話してくださいました。一度、この声の歌を聞きたいですね。

## ケアマネジャーに期待すること

在宅支援において多職種連携が重要ですが、特にケアマネジャーは要となる存在です。

コロナ禍で病院での退院指導が十分でない場合が多々あり、「特別指示書」によりその役割を訪問看護師が担っていますが、患者様に経済的負担がかかることもあり、いろいろな側面から考慮しなければならぬことがあります。

本人の希望通りにいかないこともあるかもしれませんが、最善策をみんな考えて、一つ一つの命や生活が輝けるようにチームケアで支援していきたいでしょう。

時として、新人の訪問看護師は病棟の経験が長いことから義務感が強い為に、気分のムラのある患者様から責められることがあります。そんな時でもチームでカバーし、信頼を損ねることなく継続した看護を行っています。

ケアマネジャーとの連携をとる際に気を付けていることは、どのタイミングで連絡がとれるか事前に確認をしています。



## 関わった事例で心に残ったこと

ドレインを挿入しながら退院した男性患者さんで、退院指導が十分にできていませんでした。

常に詰まりやすい状態で入退院を繰り返しており、地域包括支援センターの介入と主治医から訪問看護の依頼があり、訪問させていただきました。

自宅でドレインをミルキングし、ご家族にも指導したことによりドレインの詰まりは解消されました。外来受診中の看護師による指導不足を感じました。

最初は妻も介護への不安がありましたが、訪問看護師の介入により在宅介護への自信に変わっていききました。

ある時、外来の通院介助をした時に、本人の決心を聞くことができました。

「今回で俺は最後だと思ってる。ここまで頑張ってきたので、これ以上頑張れと言わないでくれ。妻にも伝えて欲しい」との訴えがありました。しかし、いざ急変した際に妻からの電話がありました。

「救急車を呼んで欲しい!」「在宅で最期を迎えるのではないのですか?」と問いかけると「何もしてくれないのですか!」との妻の答えでした。

直ぐに自宅を訪問すると、親戚の人たちが集まっていました。妻に「今、救急車を呼んでも車の中で・・・」と説明すると、妻は、

落ち着きを取り戻して、「そうでした。いざとなると慌ててしまいました。夫と家族で決めたことでした。」との言葉が返ってきました。

最期は、家族に看取られて安らかに旅立ちました。

①ウイルス菌が付きにくく、消毒しやすいように、ビニール製のケースを手作り

②訪問時は、フェイスシールド、マスク、ビニールエプロン、手袋を装着

③帰宅時の除菌室、使用した物の分別廃棄

