

(実践報告) 抄録用紙

演題名 (全角 80 字以内)	診療所ナースだからできる訪問看護 ～診療所と生活の場を結ぶ見守りと見廻り業務～
演者名	横田陽子、堀越美紀、小林知美、千場純
所属	三輪医院 (神奈川県横須賀市)

目的

独居・認知症患者の生活や医学的管理に難渋する際、診療所ナースとして積極的訪問介入を行い、外来または在宅療養に関する安心と信頼感を形成し、関連多職種間の連携調整を行ってチームワーク機能を高める。

実践内容

外来患者のうち、早期認知症や生活障害顕著な患者に対する家庭訪問を行い、生活環境や服薬状況の把握などを図り、家族に近況報告を適宜行なった。在宅患者では終末期支援と患者及び家族への傾聴、並びに多職種の連携調節のため訪問介入した。

実践効果

平成 25 年 4 月～平成 26 年 9 月までに外来 9 名, 在宅 16 名 [総訪問回数 82 回] に介入した。その結果、外来生活環境や家族背景などの特性や課題を把握し、親密性を深めることが出来た。在宅療養患者では“物語られる人生”の傾聴や食事～服薬管理等の課題抽出が出来た。結果、より全人的に患者を理解し、家族にも寄り添った看護的ケアの提供が出来た。事例紹介；肝硬変＋肝細胞がん末期の女性 (78 歳)。管理型介護の夫 (81 歳) は生真面目な独断と思込みにより、当初、病院から処方インスリン注射 [一日 4 回] 実施と多剤服薬を持って余しており、妻の病状悪化に伴っての苛立ちと緊張で表情が硬かったが、総計 16 回のナース訪問による服薬管理介助と日常的な会話～傾聴により、談笑の場が提供出来る様になった。また、終末期には訪問看護ステーションとの連携による在宅看取りに貢献できた。

考察

積極的な診療所ナースの訪問介入により、外来または訪問診療の傍らのわずかな時間では収集しえない多くの情報把握と患者の抱える幾つかの課題抽出に貢献でき、いずれ通院困難となる高齢独居あるいは認知症患者の在宅診療への導入を円滑にし、あるいは在宅での多職種連携においてハブ的な中継機能を持つことで地域における在宅診療所の連携機能も向上できると考えられた。今後多くの診療所において試みられるべき取り組みとして紹介したい。