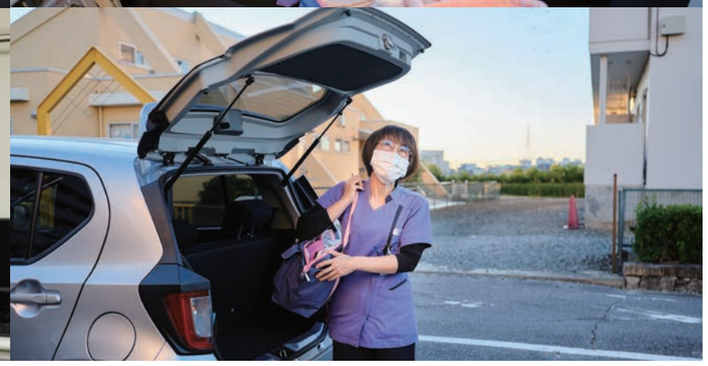

SPECIAL REPORT

病院と在宅を繋ぐ新しい看護の挑戦

訪問看護特集

**退院間もない時期を集中的にケアし、
病院から在宅へのスムーズな移行をサポート**

CHAPTER 01

在宅療養を可能にする訪問看護サービス

「こんにちは。おかげんはいかがですか」。この日、西尾市民病院・訪問看護ステーションの内藤香利（看護師）は、いつものように在宅療養中の男性患者のもとを訪れていた。この患者は肺がんを患い入院していたが、1カ月前に退院。平日は毎日、内藤が訪問し、健康状態をチェックして、在宅酸素の管理、痛みのコントロール、おむつの交換や清潔の援助、薬の管理などを行っている。本人や家族に「何か困ったことはないですか」と尋ね、さまざまな相談に応えるのも内藤の大きな役割だ。「実は来月、遠方に行く予定があって、どうしようかと…」という家族からの相談。患者を一人残しての遠出に躊躇しているようだった。内藤はすぐに、レスパイト入院（家族が介護から解放され、休息をとるための短期入院）を提案した。「市民病院というバックアップがあるから、レスパイト入院もご提案できますし、病状が悪化したときの入院もいつでもスムーズに受け入れることができます。ご家族が無理をせず介護を続けられるように全力でお手伝いしています」と内藤は話す。

この患者と内藤が最初に会ったのは、入院している病棟だった。肺がんが進行していて、残された時間はそれほど多くない。本人は「家に帰りたい」と考えていたが、家族は自宅で世話をするのは到底無理だろうと諦めていた。そこで、「退院しても、私たち訪問看護師が毎日通って医療的な処置をしたり、介護の方法をアドバイスしたりするなど、いろいろお手伝いできますよ」と伝えたところ、家族は覚悟を決めて在宅療養に踏み切ったのだ。「入院中からご本人やご家族とコミュニケーションをとれるのが私たちの強みですね。また、病棟の看護師からも情報が得られるので、入院中と同じような看護を継続して提供できます」と内藤。さらに、症状に応じてそれぞれの専門分野の認定看護師のバックアップが得られるのも、市民病院ならではの体制といえるだろう。褥瘡（じょくそう：床ずれ）や認知症、嚥下（飲み込む機能）障害など、専門的なケアが必要な場合、院内の認定看護師が同行訪問し、適切なケアをタイミングよく提供している。

COLUMN

●西尾市民病院では、摂食嚥下障害看護、認知症看護など特定の8つの分野において、専門的な知識と技術をもつ認定看護師を育成。このうち6分野はそれぞれ2名体制にして活動の範囲を広げている。

●さらに近年は、救急・集中ケアや褥瘡、慢性創傷など特定の分野で、一定の診療補助業務（特定行為）を行う特定認定看護師も誕生し、専門性を備えた看護師が、在宅療養においても看護の質を高めるために活躍している。

CHAPTER 02

病院から在宅へ移行する段差を埋める役割

西尾市内にはいくつかの訪問看護ステーションが運営されているが、同院があえて付属の訪問看護ステーションを開設したのはどうしてだろうか。「それは、患者さんの在宅移行期を徹底して支援するためです」と内藤は話し、次のように続けた。「退院が決まっても最初は病状が不安定で、多くの医療処置を必要とします。また、一人暮らしなどで療養環境が整っていないこともあります。そうした患者さんのケアをすべて地域の訪問看護ステーションにお願いするのは、リソース的になかなか難しいのが現状です。そのため、以前は入院期間が長引いたり、在宅療養を諦めたりしてしまうケースもありました。そんな状況を改善するために、退院後すぐの期間、当院の看護師が毎日訪問して手厚くケアする体制をつくりました」。市民病院の訪問看護であれば、病院のバックアップ機能を活用することで、多くの医療処置が必要な患者もしっかり在宅でケアできる。「今はかなり困難なケースであっても、スムーズに退院していただけるので、ご本人にもご家族にもとても喜んでいただいています」と、内藤はほほ笑む。訪問看護サービスの期間は原則として3カ月程度。病状が落ち着き、医療処置の回数が減り、家族も介護に慣れてきたら、地域の訪問看護ステーションへバトンタッチする体制を整えている。

今後の課題はどんなことだろうか。「今はまだ私たちが使うカルテと、院内の電子カルテが連携できていません。ゆくゆくは連携が進み、リアルタイムに院内の医師や看護師と情報共有できるようになればいいなと考えています。また、患者さんによっては、3カ月後も継続した訪問を望まれる場合もあります。そういうケースにも柔軟に対応していけたら理想的ですね」と内藤。走り始めたばかりの訪問看護ステーションで、目の前の課題を一つ一つクリアしながら、在宅療養を幅広く支えていこうとしている。

BACK STAGE

看護の連携で病院と在宅を繋ぐ

●入院期間の短縮化に伴い、医療依存度の高い状態で退院していく患者が増えている。病院での24時間体制の看護から一転、自宅に戻った患者本人はもちろん、家族も大きな不安を抱えての新生活となる。

●その最初の慣れない時期を乗り切るには、病院の看護と緊密に連携した手厚いケアが必要だ。病院付属の訪問看護ステーションだからこそできるアプローチが、市民の在宅療養を強力に後押ししている。