



病院で関わるWOC在宅ケア ～急性期病院での在宅支援活動～

本田あや子

名古屋第二赤十字病院 患者支援センター 地域包括ケア支援室 看護係長、皮膚・排泄ケア認定看護師

Point

- ▶ 急性期病院での入院期間だけですべての医療や療養上の問題に対応することは限界。在宅療養まで視野に入れた支援計画を考える
- ▶ どのような支援をすれば退院できるか、病院でしかできないこと、在宅でできることを見きわめ、判断、調整する力が必要である
- ▶ 在宅支援が円滑にいくためには、地域との信頼関係の構築が決め手である
- ▶ 依頼を待っていても始まらない！自分のペースで始めてみる
- ▶ 今後はPFM（Patient Flow Management）の導入により、入院前から退院後の支援の必要性をリスクアセスメントし、早期介入できる可能性がある

はじめに

超高齢社会を迎え、在院日数の短縮化や在宅医療への推進、地域包括ケアシステムなど、病院と地域が連携して患者を支援する体制が整えられつつあります。2012年度の診療報酬改定では「在宅患者訪問看護・指導料3」が新設され、2016年度には退院直後の在宅療養を支援すべく、入院していた医療機関がおこなう訪問指導に「退院後訪問

指導料」が新設されました。これは、皮膚・排泄ケア認定看護師だけでなく、病院で勤務する看護師も在宅へ活動の場を広げることが求められているといえます。

このような背景を受け、800床を超える急性期病院である当院にも2014年4月に地域包括ケア支援室が設立されました。院内の褥瘡管理をしながら、



ら、限られた時間の中での在宅支援活動を開始しました。「忙しくて訪問に行く時間なんてない！」と思われる方もいらっしゃると思いますが、

筆者がおこなってきた在宅支援の現状をお伝えしたいと思います。

患者支援センター 地域包括ケア支援室の紹介 (図1)

患者支援センターは、患者の身体的・社会的・精神的側面を捉え、退院後を見据え最適な医療を提供する、いわゆる、PFMの考え方に基づき、入退院に関連する部門を統合して創設された部門です。

入退院支援室、入院業務支援室、相談支援室、医療福祉支援室、地域包括ケア支援室の5つの部門が統合され、相互の迅速な連携が可能な環境となりました。

地域包括ケア支援室には、地域と連携・協働して患者・家族を支援すべく、さまざまな専門・認定看護師が所属しています。訪問看護師や地域への教育活動をおこない、さらなる地域での看護の質の向上に取り組む役割を担っています。そのため、診療報酬に結びつかない訪問であっても、患者や家族、そして地域のためになるのであれば、どんどん出向いていく方針です。

訪問対象者は、入院中に筆者自身が直接関わっていた患者や、図2にあるように患者支援センターの仲間であるMSWや退院支援看護師、訪問看護師から依頼される患者です。依頼の中から、外来受診

が困難である、もしくは生活環境を評価し指導が必要である患者を訪問対象者としています。

地域との関わりが徐々に増えてくるなか、訪問看護ステーションから勉強会を依頼されたり、逆にこちらから退院前に施設へ勉強会の開催を提案したりと、教育活動も積極的に実施しています。

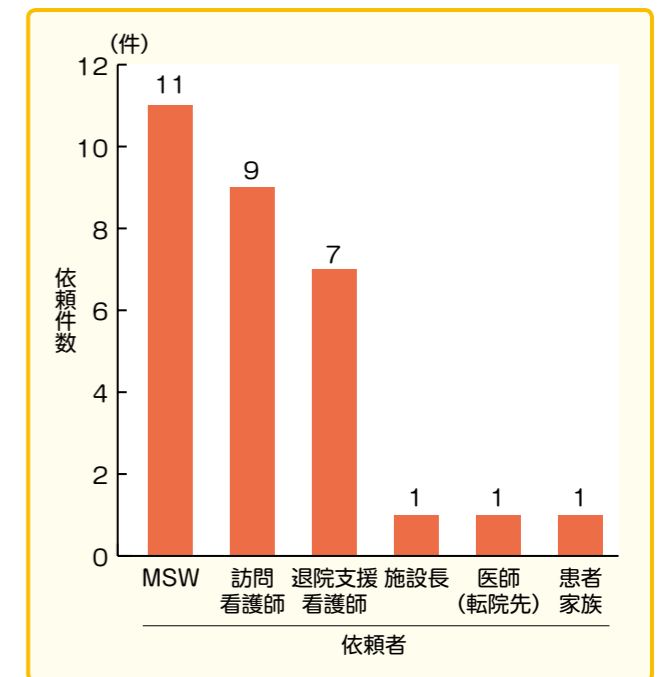


図2 依頼者

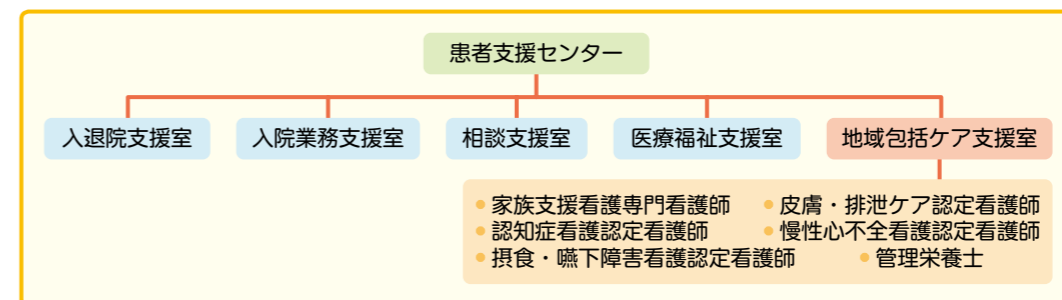


図1 患者支援センターの組織図