

そわにえ
Soigner



第13号

「Soigner (ソワニエ)」とは、「世話をする・手当てする」という意味のフランス語です。

2008年4月15日発行

発行/東京訪問看護ステーション協議会 (責任者 森山弘子)
〒162-0815 東京都新宿区筑土八幡町4-17
社団法人東京都看護協会内
TEL : 03-5229-1534・1520 / FAX : 03-5229-1524

INDEX /

- さんぼみち……………①
- 医学教育と地域……………②
- ステーション紹介……………④
- 一日体験研修……………⑤
- 道路交通法改正……………⑥
- マイヒーリング……………⑥
- 委員会報告……………⑦
- 編集後記……………⑧



『ピオラの花』岩瀬喜一郎さんの息子さん撮影

20年度の診療報酬改定では退院前後の支援や訪問看護の評価が見直されました。回復期リハの病床120床を持つ私どもの病院では、これまでの在宅リハ支援事業をさらに強化するため、6月から「在宅生活支援ナース」を新規に配置する予定です。

当院の患者さんの約8割は自宅退院です。看護師による退院指導は入院直後から計画的に実施してきました。しかし、退院患者さんから、病院で実施出来たことが自宅に戻ったら出来なくなった、生活の範囲が狭まって不安感が強くなった、退院後の生活についてももっと教えてほしかったなどの声が聞かれました。病院の看護師は個々の問題点を生活者の視点で、医師やセラピストと協同してサポートしていく必要があります。しかし、社会資源の活用方法や制度の問題、退院後の生活上の課題を、ご本人や家族と一緒にケアプランを立ててのアドバイスが不足していました。また、地域の訪問看護ステーションやケアマネジャーへの情報提供不足など、問題の解決を地域に依存していた傾向があったかと思えます。

私たちは平成19年度の看護部目標の一つに「退院計画の充実を図る」を掲げ、二つの取り組みを検討してきまし



●病院と地域を繋ぐ
在宅生活支援ナースへの期待●

東京都リハビリテーション病院
看護部長 鈴木順子



た。現在、実施していることのひとつは看護部門が中心となり作成した「暮らしのなかの元気づくり」の冊子(①運動機能の向上②口腔機能の向上③栄養指導④社会参加⑤もの忘れ対策⑥生きがいづくり)を退院患者さんに配布し、退院後も実施できるように指導しています。もう1つは個性を盛り込んだ入院生活から退院後の暮らしに繋いでいく「退院計画パス」を検討しているところです。パスには入院中のスケジュール、介護保険や身体障害者手帳の申請方法など社会資源の紹介、家屋改善、退院後の生活計画などを基礎疾患の管理に加えて折り込み、患者さんやご家族の意見を反映した内容にしています。このパスを病棟看護師から地域リハ科の在宅生活支援ナースに引継ぎ、退院直後に訪問して直接アプローチすると共に、地域の訪問看護ステーションの在宅ケアに繋いで行きたいと考えております。このような退院計画パスを提示することで、ケアの質の保障を図り、個々の患者さんに責任ある切れ目のない医療の提供が出来ると思います。

私たちのこの体制は、まだスタート点に立ったばかりですが、「在宅生活支援ナース」が病院と地域を繋ぐ太いパイプ役として機能していく日はもう間近です。