

病院勤務のWOCナースが在宅に出る意義

森崎紀代美

埼玉石心会病院 クオリティマネジメント部門、皮膚・排泄ケア認定看護師

Point

- ▶ 急性期病院のWOCナースが在宅に出るためには病院の理解が必要である
- ▶ 当院の退院後訪問指導の対象者の傾向を紹介する
- ▶ 退院後訪問指導により学んだことを紹介する

はじめに

埼玉石心会病院（以下、当院）は埼玉県西部に位置する450床の急性期病院です。断らない医療、患者主体の医療を基本理念とし、年間7000台の救急車の受け入れをおこなっています。緊急入院を受け入れるために退院支援に力を入れ、入院時より早期退院を念頭に置き、看護をおこなっています。平均在院日数は11日であり、軽快退院する患者もいれば、医療依存度が高い状態で在宅療養へ移行する患者も多く存在しています。医療依存度が高い患者、高齢者、独居の患者は退院調整に時間を要することも少なくありません。また、退院にあたり専門的な支援が必要な患者も存在しています。

筆者は退院後訪問指導が新設する以前より、皮膚・排泄ケア認定看護師の活動の一環として在宅療養患者の訪問を実践してきました。それは同じ法人内の事業所の異なる居宅療養室、訪問看護ステーションからの依頼であり、在宅患者訪問看護指導料が算定できない活動でした。2016（平成28）年度診療報酬改定により円滑な在宅療養への移行および在宅療養の継続を目的とした退院後訪問指導が新設され、当院ではスムーズに退院後訪問指導を開始することができました。本章では、皮膚・排泄ケア認定看護師として退院後訪問指導が可能となった経緯や活動の実際について紹介します。

2014（平成26）年～2016（平成28）年の活動

筆者は2014（平成26）年に皮膚・排泄ケア認定看護師の資格を取得しました。当時は病棟勤務の傍ら週1～2回程度の認定看護師活動日のなかで、入院患者の皮膚障害のコンサルテーション、ストーマ外来、褥瘡回診などをおこなっていました。当院は居宅療養室を併設し、居宅療養室往診医より褥瘡患者、ストーマ患者、瘻孔患者の訪問依頼がありました。訪問依頼に関して看護部長に相談したところ、「どんどん外に出なさい」と後押しされ、訪問を開始することができました。

居宅療養室がおこなう訪問看護に同行する形で褥瘡患者、ストーマ患者、瘻孔患者に介入しまし

た。褥瘡患者の介入では、創のアセスメント、ケア方法指導、薬剤選択、患者家族指導をおこないました。ストーマ患者の介入では管理困難なストーマに対し、装具選択をおこないました。瘻孔患者の介入では、瘻孔アセスメント、処置方法の検討、瘻孔をもつ患者の苦痛への対応を検討しました。また当院には皮膚科常勤医が在籍していましたが、多忙であり往診することは困難であったため、薬剤選択に関しては画像診察でディスカッションをおこないました。

訪問事例紹介

事例1 70歳代の男性

【病名】転倒による頸髄損傷後、慢性心不全

【家族構成】同世代の妻（認知機能の低下あり）と2人暮らし

【訪問の経緯】転倒による頸髄損傷後、準寝つきの状態であり、在宅療養中に右外踝部に褥瘡発生し、心不全の悪化により入院となりました。入院後、持ち込み褥瘡に対し、褥瘡対策チームとして介入しました。心不全が軽快し、再び在宅療養へ移行となりました。

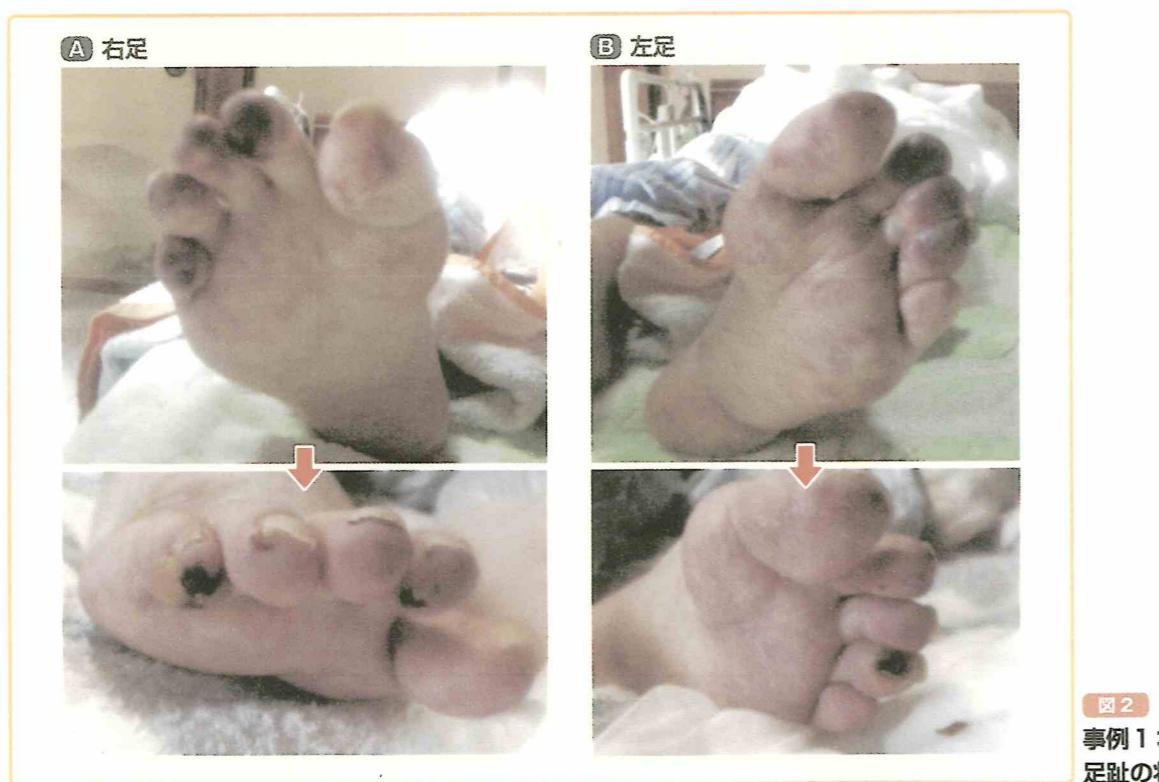
退院に向け、病棟看護師から妻に対し、ポジショニング、褥瘡局所ケア、日常的におこなう清潔ケアや尿道カテーテル管理についての指導がされました。しかし理解を得るまでにかなりの時間を要しました。マンパワーを補うために、介護ヘルパー、デイサービス、訪問看護などのサービスの調整をおこない、退院となりました。退院時、褥瘡は壊死組織が残存した状態であったため、全身管理とともに居宅療養室の往診医

が褥瘡治療を担うことになりました。退院後より下肢痛が出現し、褥瘡予防のためのポジショニングの実践が困難となりました。褥瘡治療の弊害となる可能性があることから、往診医より皮膚・排泄ケア認定看護師に訪問看護の依頼があり、再び看護介入することになりました。

【訪問の実際】褥瘡治療、予防ケアを継続するためには下肢の疼痛改善が最優先であり、原因アセスメントをおこなう必要があると考えました。その結果、疼痛、皮膚色、動脈触知の状態から末梢動脈疾患が疑われました。往診医に相談の結果、鎮痛薬、血管拡張薬が開始されました。その後、下肢痛が緩和され除圧に有効なポジショニングがとれるようになりました。黄色期の褥瘡に対しては滲出液のコントロールをおこないながら壊死組織の融解を目指しました。このとき一番注意したことは、認知機能が低下している妻に処置内容を正しく伝えること



図1
事例1：
褥瘡の状態



です。処置を変更することに、ケアマネジャー、訪問看護師の同席を調整し、処置変更後数日は妻がおこなう処置に同席を依頼しました。その後、黄色期から赤色期に改善したため、皮膚・排泄ケア認定看護師による訪問は終了しました。
(褥瘡の状態) 図1
(足趾の状態) 血管拡張薬の使用により血流が増加しました (図2)。

退院後訪問指導開始までの準備

当院は看護部で PFM (Patient Flow Management) という概念を取り入れ、2013 (平成25) 年より組織的に取り組んでいます。予定入院患者の情報を入院前に把握し、問題解決に早期に着手すると同時に、病床管理を合理的におこなうものです。

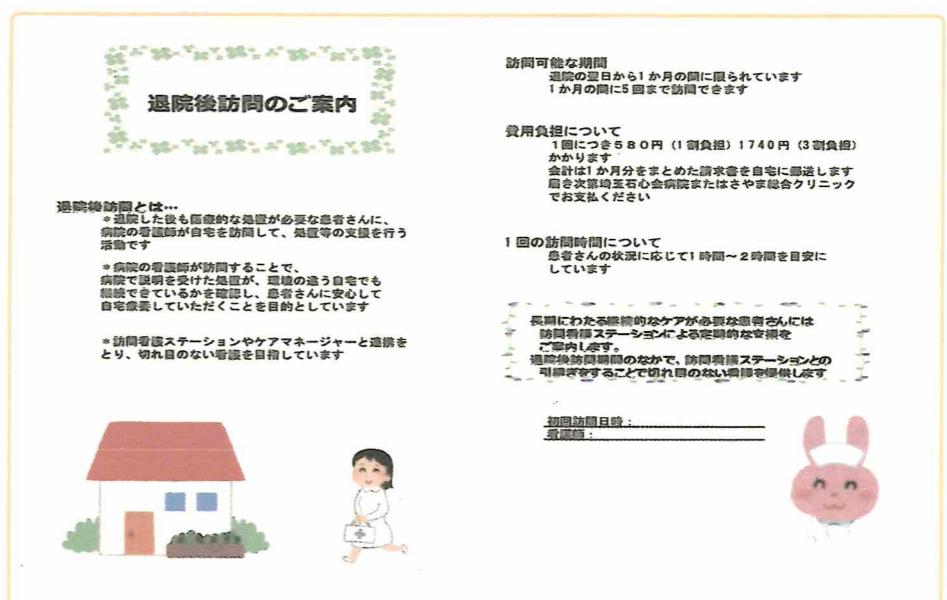
病床管理を円滑におこなううえで、退院調整が重要となってきます。退院調整の場面では「あと

少しの期間、看護師の介助があれば自宅で過ごせる」といった場面があります。そのように感じていたときに退院後訪問指導が新設され、入退院調整部門により準備がおこなわれました。

①患者配布用紙の作成 (図3)

②記録用紙の作成 (図4)

③医事課との調整



退院後訪問指導	
D 氏名	退院日 H
訪問看護師 ()	訪問日 H
訪問回数： 同行の有無： 有 無	
観察・指導項目 チェック	
バイタルサイン	
全身状態の観察	
ベッド周囲の環境調整	
排泄内容の確認	
家庭調整	
(その他)	

担当者： 本人・家族サイン：
*訪問より帰宅後会計へ

図4 記録用紙

④退院後訪問指導実施の流れ

- (1) 医師、看護師で退院後訪問の適応患者について情報共有
- (2) 医師が退院後訪問指示を出す
- (3) 患者、家族に退院後訪問の案内(図3)を配布し説明する
- (4) 患者、家族の了承が得られれば日程調整をおこなう
- (5) 院内の車をあらかじめ予約し車にて訪問
- (6) 訪問時に記録用紙(図4)を記載し、患者または家族に同意の署名をもらう。必要時、次回訪問日を設定する

- (7) 帰院後、電子カルテに訪問内容を入力し、記録用紙を医事課へ提出する
- (8) 訪問した患者の情報を入院していた病棟看護師、病棟師長、主治医へ報告する

退院後訪問指導は、リハビリ部門、地域連携部門の車両を利用し、実施しました。しかし、訪問時間が長引くと、他部門の訪問へ支障が出ました。その後、看護部長は地域包括ケアシステム構築のなかで、急性期病院の看護師が地域に出向くことを推進するために看護部に車両を用意しました。処理が煩雑となる交通費は患者に請求せず、当院の負担としました。

訪問する看護師の選定

退院後訪問指導を実施する看護師にとくに条件は設定されていません。継続看護に必要な知識、技術をもち、患者と面識がある看護師が訪問して

います。病棟看護師が訪問する場合もありますが、ほとんどは退院調整看護師と皮膚・排泄ケア認定看護師の筆者が訪問しています。

訪問した患者一覧(平成28年から現在に至る)

平成28年から現在に至るまでに訪問した患者一覧を表1に示します。

表1 訪問した患者一覧(平成28年から現在に至る)

患者	訪問目的	訪問場所	訪問看護の有無
A氏	褥瘡術後の再発予防指導	有料老人ホーム	
B氏	ストーマ管理困難症例のケア指導	自宅	訪問看護あり
C氏	ストーマ、術後創管理指導	自宅	訪問看護あり
D氏	がん性創傷のケア指導	自宅	訪問看護あり
E氏	回腸導管セルフケア指導	自宅	訪問看護あり
F氏	回腸導管セルフケア指導	自宅	
G氏	回腸導管セルフケア指導	自宅	
H氏	静脈うつ滌瘻のケア	自宅	
I氏	皮膚疾患のケア	自宅	
J氏	重症下肢虚血肢のケア	有料老人ホーム	
K氏	腎機能カテーテル管理指導	自宅	
L氏	胃瘻管理指導	自宅	訪問看護あり
M氏	呼吸管理指導	自宅	
N氏	内服管理指導	自宅	

退院後訪問指導事例紹介

事例2 70歳代の男性

【病名】大腸がん、腹膜転移

【家族構成】同世代の妻と2人暮らし。妻の健康状態は良好で、週2回程度のパート勤務を継続していました。

【訪問の経緯】がんに伴う疼痛、食欲不振などの苦痛な症状緩和目的に入院。入院後、腹部にがん性創傷を併発し、瘻孔となりストーマ装具によるパウチングを開始しました。がんに伴う症状緩和が図れ、退院する運びとなりました。自宅で瘻孔管理をおこなうため訪問看護を導入することになり、退院後訪問指導の指示が出ました。

【訪問の実際】訪問看護と同日に退院後訪問指導を設定し、パウチング方法を訪問看護師に指

導しました。瘻孔の数が増えたため、パウチング方法の変更などがありましたが、計2回の訪問を実施することにより、在宅でも良好に瘻孔管理ができました。入退院を繰り返していたため、長期にわたり関わっていた患者であり、訪問を通して、瘻孔管理だけでなく、がん性疼痛のマネジメント、褥瘡予防のスキンケア、おむつ選択のアドバイス、精神的支援、家族支援も念頭に置いた関わりを心がけました。その結果、患者・家族から「よく知っている人が来てくれるのは安心する」と、言葉をいただけました。自宅で1か月ほど過ごし、その後、緩和ケア病棟に入院となり、緩和ケア病棟でも最期まで瘻孔管理に関わることができました。

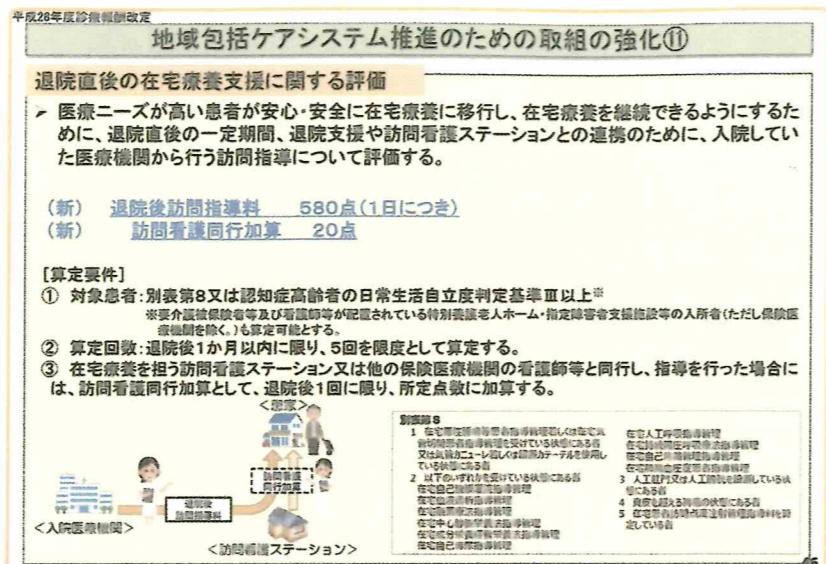
退院後訪問指導を実施して

近年、入院患者の高齢化が進み、退院後も皮膚・排泄ケア領域の看護を必要とする患者が多くいます。創傷ケアやストーマケアの手技習得には時間を要するため、退院時期を延期せざるをえないケースも出てきます。そのようななか、退院後訪問指導が導入されたことで、全身状態が安定した時点で退院を考慮し、自宅で創傷ケアやストーマケアの手技習得を目指していくことが可能になりました。退院後訪問指導の算定期間の1か月で問題が解決できないと予測されている場合には、訪問看護を導入しています。訪問した患者のなかには、算定期間の対象患者(別表第8)¹⁾に該当しな

い人も含まれています(図5)。しかし、退院後訪問指導が必要と判断した場合は、看護部の方針として算定期間の有無に関わらず訪問することが認められています。

退院後訪問指導をおこなうことで、患者、家族、施設職員、訪問看護師、ケアマネジャーから「安心した」「来てくれてありがとう」「がんばるよ」「また相談してもよいですか?」などの言葉が聞かれました。また退院後訪問指導を通じて、地域のケアマネジャー、訪問看護師と顔の見える関係が築け、地域の訪問看護を利用している患者についての情報共有もできるようになりました。関係性が

構築できたことで電話相談も増えました。退院後訪問指導は地域連携の強化につながることを実感しました。専門的知識をもつ看護師が、退院後訪問指導に出ることは、地域の看護の質向上の一手段となりうる可能性があります。そして、自宅へ訪問することで患者の生活状況を把握でき、病院で提案したケアから、生活状況や経済状況に応じたケアへ変更することができました。看護上の問題点は入院中に把握できるものばかりではなく、退院後の生活状況を見て初めて抽出される問題点もあります。病院看護師は退院後の問題に直接介入することは困難ですが、抽出さ



れた問題点を在宅療養を支えるスタッフに伝えることはできました。

退院後訪問指導の問題点

訪問は車で行くため、駐車する場所の問題があります。当院がおこなう退院後訪問指導の地域は比較的の道事情にゆとりがあるため、患者宅前の道路に駐車するスペースがありますが、住宅密集地では駐車スペースに問題が生じる可能性があります。また、病院から距離のある場所への訪問は筆者自身の業務の都合もあり実施できていません。

先日、せん妄による不穏でスキンテアを生じた患者がいました。入院の継続が困難となり急遽退院となりましたが、高齢の家族はスキンテアの処置を自宅でおこなうことや、せん妄が改善するのかという不安を強く訴えていました。高齢の家族がせん妄状態の患者を病院に連れてくることは困

難であり、退院後訪問指導が必要と判断しました。しかし患者の自宅は当院から40分以上かかる場所であったため、せん妄が落ちついた時点でスキンテアに対し近医の受診を勧めました。

また他院で、退院後訪問指導を躊躇する問題の1つに訪問時の車による事故の対応があると聞いたことがあります。当院では訪問時の事故の報告はありませんが、勤務中の事故であり労災での対応をおこないます。

また、現状では1人での訪問ですが、独居の異性患者の訪問には2人体制とすることも検討が必要と思われます。

今後の課題

当院は救急車を断らない急性期病院であり、常に満床の状態です。退院後訪問指導の導入により、自宅で創傷ケアやストーマケアの手技習得を目指すことが可能になりましたが、すべての患者に実施できているわけではありません。セルフケア指導のために入院が長引く症例もあります。今後は退院後訪問指導の件数を可能なかぎり増やし、在宅

でのセルフケア指導に移行することで、入院期間短縮、病床稼働率へ貢献していきたいと思います。

また、現在は退院調整看護師と皮膚・排泄ケア認定看護師の訪問がほとんどです。今後は院内で皮膚・排泄ケア領域看護のスペシャリストを人材育成し、病棟看護師も在宅療養に出向き、質の高い看護を実践できるようにしていきたいと思います。

おわりに

病院勤務のWOCナースが在宅に出ることの意義として、病院内でおこなわれる退院指導の在り方を振り返る機会になります。

在宅療養生活を支えるスタッフから、「病院の看護師は患者にいろいろなスキンケア用品を買わせる。家に帰ると使われていない」という言葉を聞いたことがあります。病院でよかれと思い勧めている用品が、実は患者・家族にとって経済的な負担になっていたり、使用を継続する必要性の理解が不十分で使用されていなかったりすることもあります。患者・家族にとって負担なく継続できる用品だけを入院中は勧める必要があります。

文献

- 1) 厚生労働省: 平成28年度診療報酬改定の概要. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku/seisaku-12400000-Hokenkyoku/0000115977.pdf> (2018年4月閲覧)

Profile

森崎紀代美 (もりさき きよみ)

埼玉石心会病院 クオリティマネジメント部門、
皮膚・排泄ケア認定看護師

1996年 看護師免許 取得。2006年より埼玉石心会病院 外科病棟、
緩和ケア病棟 勤務、2014年 皮膚・排泄ケア認定看護師資格 取得、
2017年6月 摂食管理看護師となり現在に至る。