

病棟・在宅とともに紡ぐ看護外来のあり方

大阪はびきの医療センター 慢性呼吸器疾患看護認定看護師

渡部 妙子

呼吸器疾患患者様が自分の望む安定した生活を送っていくためには、セルフマネジメントが必要である。在院日数の短縮化により早期のセルフマネジメント支援が必要になるが、高齢化社会となった日本では、原疾患の進行とあわせて身体機能・認知機能の低下により、支援が十分できずに退院するケースも少なくない。退院時カンファレンスや看護サマリーなどを通じた連絡・調整を行い、病棟・外来・在宅間のシームレスな看護を目指して取り組んでいるのが現状である。

当センターでは2006年より呼吸器看護専門外来を立ち上げ、現在では慢性疾患看護専門看護師、慢性呼吸器疾患看護認定看護師の4名にて平日運営している。患者様との対話を通して価値観や療養生活などを知り、個別的な知識・技術を提供しながら行動変容を見守っている。1-3か月ごとの外来通院時にその評価を行い、患者様とともに療養生活を再構築できるように支援するが、患者様の生活拠点である在宅と連携を図ればより細やかなケアが可能となる。患者様を取り巻くチーム連携により患者様は安心感を得ることができ、タイムリーなフィードバックにより自己効力感、アドヒアランス向上に繋がることから、在宅との連携は重要である。

本シンポジウムでは、病棟を退院した患者様が自身の望む安定した在宅生活を継続していくための中継地点としてどのような関わりを行っているか、在宅での日常を支える訪問看護とどのような連携を行っているかなど、well-being を目指して紡ぐ一糸として当センター看護外来での取り組みをご紹介します。