

この度は第4回精神科看護勉強会にご参加いただきまして、誠にありがとうございました。  
今回、【現場意見に基づいた、これからの地域連携を考える】をテーマに、病院勤務チーム、訪問看護勤務チームに、分かれて座談会が行われました。病院で勤務をされている皆さんは、訪問看護は普段、何を視点で支援をしているかご存知でしょうか。新人さんから説明を求められたら、どのように説明しますか。退院支援をするなかで、チームの役割は知らないとなりませんが、意外と知らないチームの役割。知らないことで、支援に大きなズレが生じます。病院と訪問看護の連携について、結果から一緒に考えてみてください。

※勉強会の座談会は、思ったことを自由に発言することを大切にしており、正解や不正解を問うものではありません。

## 第4回精神科看護勉強会

平成31年3月24日

Q：長期入院患者さんが、地域に退院することについて、皆さんの思いを教えてください

訪問チーム

- ・落ち着いているのに退院していない。                      ・再入院するだろう。                      ・あきらめ
- ・患者が衣食住など、どうして良いか。不安が大きすぎる。
- ・目立たない方が長期で入院している。                      ・環境変化を恐れる
- ・病院が家になっている。(NSはできない所を見ていた)
- ・退院後、再入院が早くなっても良い。                      ・1人では無理→支援が必要
- ・再入院した時の責任に関わる。                      ・失敗する不安                      ・急性期にはSSTがあった。

病院チーム

- ・患者さんと家族から「退院させられる。今さら」と言われる。
- ・何十年と入院している人が、生活技術を得ることができるのか。練習することで退院できた事例を知ると希望をもてる。                      ・患者のタイミングと病院経営                      ・メリットはあるのか。誰のためのメリットなのか。本人の思い、家族の思いが一致すると良い方向。
- ・全員の退院は無理なのだろうという思いがある。                      ・管理者として退院させなければ。

Q：訪問：地域での生活を継続させるために、どの様な支援をしているか。

病院：地域での生活に向けてどの様な支援をしているか。

訪問チーム

- ・服薬確認(毎日飲めなくても良い。継続するために医師と一緒に相談)
- ・ヘルパー相談員との連携(担当者会議)                      ・訪問(見張り)
- ・社会資源の情報提供(活用するために支援)                      ・外来受診
- ・在宅時々入院                      ・特別指示箋で毎日訪問                      ・距離を置く(家族関係の調整)

- ・栄養指導(ウォーキング、ジム通い、泉場、ボーリング、食事)      ・余暇の過ごし方
- ・生活で困っていることを聞く(どのような生活をしたいかクライシスプラン)

#### 病院チーム

- ・まずは生活からか、薬からか、何から介入するか

#### 生活

- ・療養病棟で茶話会(コミュニケーションを図る。簡単にできる食事・方法や調整)
- ・院外で食事、買い物      ・自分でお金を持って買う      ・残金を気にする
- ・洗濯はどうしている      ・気持ちを伝える。

#### 薬

- ・服薬管理を進めて、家に帰ってできるか。セッティングするところから始まる。使用する物品の選択(カレンダー、一回分、本人の使っていたケース、一回家に行きその人のやり方を選ぶ) 自己管理をしてもらうことで病棟の負担は減る。
- ・退院イメージできない      ・本人がやっていけるという気づきを持ってもらえる支援
- ・退院支援の中、退院できる人と退院決まっている人で変わる。

### Q：訪問：病院に求める支援と視点は？

病院：訪問看護に求める支援と視点は？

#### 訪問チーム

- ・服薬行動(意識して服薬できるか)
- ・カンファレンスに声をかけてほしい。
- ・面会制限などの情報提供(隔離中の面会の有無など)
- ・社会資源の見直し      ・マッピングシートの継続
- ・注意サインなど

#### 病院チーム

- ・求めることが思いつかない → 何をしているのか思いつかない。別領域のところ。
- ・訪問と関わることはあるか(退院決まった後に、病棟からの応援、退院後訪問はしているか?)
- ・何をやりたいのか、本人の希望。患者の思いを掘り起こしてほしい。
- ・どんな介入をしているかの情報(家族関係変調のきっかけ、その人への関わり方、その人らしさ、良い時の状況、サマリー、その人らしさを知らないと援助方法と段階が変わる)
- ・良いときにクライシスプランを作る
- ・本人の生きづらさ、考えは何なのか」の情報を。

Q：これまでの結果から、必要とされるチームでの取り組みは？

- ・共通したツール(現実として何もない)
- ・地域で情報提供書は使用しているのか。
- ・同じ形式のサマリーを使う(生活歴、処方、頓用薬使用、注意サイン、今後の課題)
- ・情報の交換だけではない。病棟 NS と訪問 NS のコミュニケーションを図る。
- ・ツールを使う時、意味を持っているのか。
- ・情報提供を待つのではなく、自分達からも聴きに行くという意識を持つ。

## 感想

- ・自分達からも聴きに行くという意識を持つ。
- ・訪問知らない、分かっているつもりでわかっていなかった。
- ・病棟から訪問に移動したら、外部目線、考えになっていた。
- ・生かされる情報をつなげていきたい
- ・顔の見える関係大切。
- ・すぐ連絡しあえる関係
- ・別部署的なイメージではなく、OOさんサポートチームくらいの関係がいい。
- ・病院と施設間でも話をする機会が少なかった。
- ・訪問し退院訪問にも出ていきたい。

