利用者とともに成長する

―― 精神科訪問看護

わが国において、精神科医療機関からの訪問看護が健康保険制度で認められたのは、1986年のこと。当院では、1999年から病棟看護師・ソーシャルワーカーらによって行われ、2001年に専従職員が配置された。利用者は、統合失調症・精神遅滞の方が大半で、一日平均5～6件訪問する。精神障害は、客観的にデータ化して判断できないため分かり難い点が多い。退院後、あるいは自宅療養中に服薬・通院の中断、家族や近隣づきあいなど対人関係からくるストレス、日常生活リズムの乱れなどから、病状の悪化を招きやすいことが、本人にも周囲にもなかなか理解されない。異変を早期に発見して再発を予防し、社会生活を支えるために、訪問看護の果たす役割は大きい。

当院訪問看護で実際に看護者が行う内容は、表のように生活全般に及び、訪問先の状況で臨機応変に行うスタッフの力量が大いに求められる。これら援助行為や会話をしながら、看護者は五感を研ぎ澄ませて利用者の状況をとらえ、不安を受けとめ、孤立感から解放し自信を回復していけるよう支援する。そして、利用者ひとりひとりが、病気や障害を受け入れ、必要な資源を利用して生活の質を高めていけるように目指しているのである。

「いつも笑顔で迎えてもらい、エネルギーをもらっているのは私の方だと感じています」

訪問看護師の磯谷師長はすがすがしい表情で話す。
今回は、当院の地域医療を担う重要な柱―訪問看護についてお伝えします。

訪問看護師として

訪問看護に至るきっかけは、入院時からまたは退院時や外来時に、担当医師などに勧められることが多い。入院中の看護は引き継がれるが、今度は利用者が営む実生活の場面で、利用者と訪問看護師との良い関係が新たにベースとなる。

「利用者はとても敏感で、形やうわべだけの援助は求めていません。社会で生活している利用者に敬意と配慮を常に持ちながら接していますが、こちらの人間性が問われる場面もあります」

訪問看護の中心的役割を担う磯谷師長は、当院の病棟勤務が3年半、精神科医療に携わって20年のベテランである。

「訪問に携わってから気づいたことはたくさんあります。利用者のみなさんは、看護者が考えている以上に社会生活への意欲をしっかり持っています。退院しなければよかったときいているかを考えたり、自分の役割を振り返る機会が最近多くなりました。今後検討していきたい課題がいくつかあります」

- ▼退院後を踏まえ、入院時からスタッフ間の連携を密に図る
- ▼入院・在宅療養者やご家族に社会生活への希望と安心を持っていただくために、訪問看護について広く伝えていく
- ▼時代に応じたニーズに対応できる知識と技術の習得（高齢者、痴呆症状などへの対応）
- ▼地域との連携をさらに広げる

利用者が生活上の問題を感じなくなり、看護者の援助を必要としなくなれば、訪問看護の終了時期となる。「それを願いながら、でもまだまだこの方と関われますように――と祈る気持ちも胸に、今日も笑顔でチャイムを鳴らします！」

具体的な援助内容例

症状の観察	精神症状、睡眠状態など
身体管理・指導	バイタルチェック―血圧・体温・排泄・体重など
栄養管理・指導	食事指導、調理代行、配食サービスの手続き
金銭管理・指導	銀行同行、ATMの使い方指導、生活費のやりくり、買い物時の支払い、おつりの確認
諸手続きの説明・同行	福祉・区役所関係、手帳受付、公共料金支払い方法
他科受診の同行	診療先スタッフとの連携
生活指導	衛生面、入浴指導、余暇時間の使い方、ゴミ出しのルール、水道凍結防止、セールスの受け方・断り方、季節に応じた服装・必需品の用意、交通機関の利用方法
家族とのコミュニケーション・指導	
その他	

わが国において、精神科医療機関からの訪問看護が健康保険制度で認められたのは、1986年のこと。当院では、1999年から病棟看護師・ソーシャルワーカーらによって行われ、2001年に専従職員が配置された。利用者は、統合失調症・精神遅滞の方が大半で、一日平均5～6件訪問する。精神障害は、客観的にデータ化して判断できないため分かり難い点が多い。退院後、あるいは自宅療養中に服薬・通院の中断、家族や近隣づきあいなど対人関係からくるストレス、日常生活リズムの乱れなどから、病状の悪化を招きやすいことが、本人にも周囲にもなかなか理解されない。異変を早期に発見して再発を予防し、社会生活を支えるために、訪問看護の果たす役割は大きい。

当院訪問看護で実際に看護者が行う内容は、表のように生活全般に及び、訪問先の状況で臨機応変に行うスタッフの力量が大いに求められる。これら援助行為や会話をしながら、看護者は五感を研ぎ澄ませて利用者の状況をとらえ、不安を受けとめ、孤立感から解放し自信を回復していけるよう支援する。そして、利用者ひとりひとりが、病気や障害を受け入れ、必要な資源を利用して生活の質を高めていけるように目指しているのである。

訪問看護師として

訪問看護に至るきっかけは、入院時からまたは退院時や外来時に、担当医師などに勧められることが多い。入院中の看護は引き継がれるが、今度は利用者が営む実生活の場面で、利用者と訪問看護師との良い関係が新たにベースとなる。

葛藤をバネに…

「時間的にゆとりがなく、型にはまった訪問内容になっていないかを常に反省し、ニーズにあった援助ができているかを考えたり、自分の役割を振り返る機会が最近多くなりました。今後検討していきたい課題がいくつかあります」

- ▼退院後を踏まえ、入院時からスタッフ間の連携を密に図る
- ▼入院・在宅療養者やご家族に社会生活への希望と安心を持っていただくために、訪問看護について広く伝えていく
- ▼時代に応じたニーズに対応できる知識と技術の習得（高齢者、痴呆症状などへの対応）
- ▼地域との連携をさらに広げる

利用者が生活上の問題を感じなくなり、看護者の援助を必要としなくなれば、訪問看護の終了時期となる。「それを願いながら、でもまだまだこの方と関われますように――と祈る気持ちも胸に、今日も笑顔でチャイムを鳴らします！」

事　例

概要：50歳代男性　アルコール症　訪問看護歴6ヵ月

酒を飲まない時は温和で、理解力は乏しいが単身生活を送ることができる。しかし、いったん飲酒すると止まらず、酩酊して室内を荒らして転倒し、近隣から苦情がくることがある。アパート管理人は好意的で、本人に何かあれば訪問看護師に連絡をくれる。日中は当院デイケアに通うが、1ヵ月前から休みがち。配食サービスを毎日利用する。週1回生活支援センターから訪問があり、金銭管理を主に頼んでいる。支援センタースタッフと訪問看護師は、連絡ノートで情報交換をしている。

援助内容：週3回

飲酒状況・身体状況を主とした生活指導

平成16年○月○日

～室内・本人の様子から飲酒・現状況を把握する。元気な様子だが、部屋の隅に焼酎ビンがあり、アルコール臭が残る。飲んでしまったことを自分から言えるよう話をしていき、飲んだことは責めない。血圧を測ると高め。以前通っていたデイケアには、仲の良い人がいないので行きたくないと言う。家に居てもやることがないのなら、スタッフもいるし行事もあるので気晴らしに来てみてはと促してみる。お金が不足してしまったと言うので、支援センターに確認をとり、銀行の窓口に同行する。帰宅後、表情が少し明るくなり、居間の掃除を一緒に行う。帰り際、明日デイケアに行くかもしれないと話す。

利用者と関わるスタッフ（医師・ソーシャルワーカー・デイケアスタッフなど）や地域とさらに連携して、本人らしい社会生活をこれからも支えていきたい。

利用者から一言（K氏）

訪問看護をお願いして一年が経ちます。週に一度、看護師さんが来る前に、部屋の掃除をしてお待ちしていますが、訪問看護は私にとって良い刺激になっています。一時間弱の短い時間ですが、一人暮らしの寂しさがまぎれ、いろいろ相談にのってもらい楽しい時間を過ごしています。本当はもっと長い間お話しできたらいいなと思うこともあります。