

「精神症状の安定・改善への援助」では、主に幻覚・妄想などの陽性症状に関するケアと不安に対するケアがなされていた。

幻覚・妄想に対してはその内容にはあえて聞き入らないことが原則であり、利用者が自ら幻覚・妄想について話してきたときには、話すことで不安が軽減するならば傾聴し、しかしその内容に対して肯定はしない対応をしていた。

利用者が妄想かどうか判断しかねている問題については妄想であると伝えることで、現実見当を促し、適切な対処方法ならばそれを支持していた。

また不安に対しても細かなケアが実施されていた。利用者の不安を傾聴し、不安を抱かせないようにするため、バイタルサインの結果をあえて伝えないようにしたり、妊娠妄想がある利用者に対して、月経血や妊娠検査薬をもとに確認し、妊娠していないことを伝え、不安を軽減していた。

疲労の蓄積は精神症状の悪化に繋がるため、利用者のスケジュールと疲労度を考慮し、行動計画の時間調整など精神状態に合わせた活動の調整を行っていた。

地域社会の中で暮らす利用者にとって、一人で頑張りすぎず困ったときは助けを求めることが大切であると伝え、訪問看護師は困ったときにはいつでも相談に乗ることができる存在であることを示し、安心感を伝え、他者の支援を求めることの必要性の意識付けをしていた。

これらのケアを通して精神症状の安定・改善を図り、再発の予防をしていた。

### ③ 危機予防のためのモニタリング・アセスメント

#### 領域③ 危機予防のためのモニタリング・アセスメント

ケアコンテンツ	データ
訪問前に安否の確認を行う	・訪問日の3～4日前に電話して訪問日を確認 ・調整する際に「調子はどうですか」と安否を尋ね、声の調子などを確認する
自傷行為の有無を観察する	・自傷行為の有無を尋ねる ・見える範囲（手の辺りなど）を観察し傷がないか確認
不調のサイクルを観察する	・症状をモニタリングし、（作業所に行くなどの）活動拡大できるケースのサイクルを把握した上で、あえてこちらから作業所に関する話題は上げず様子観察し続ける ・好調・不調の季節を把握する

「危機予防のモニタリング・アセスメント」では、自傷行為についての有無を問い、身体面を観察し、危機介入の判断としている。

また継続的な訪問により利用者の再発・再燃の不調のサイクルやパターンを把握し、症状悪化時の早期介入の判断としている。

#### ④ 睡眠状況のモニタリング・アセスメント

##### 領域④ 睡眠状況のモニタリング・アセスメント

ケアコンテンツ	データ
睡眠に関して訪問前に情報収集する	・睡眠に関する訪問前の情報収集
夜間睡眠時間の確認をする	・夜眠れているか聞く ・「睡眠はどうですか？」と聞く
睡眠パターンの確認をする	・睡眠状況や眠気の出現を尋ねる
睡眠に影響する要因を探る	・「ところで夜眠れているの？ストレスがたまって疲れがたまってたりすると眠れてないんじゃない？」と聞く

#### ⑤ 睡眠の維持・確保への援助

##### 領域⑤ 睡眠の維持・確保への援助

ケアコンテンツ	データ
睡眠習慣を確立するための指導をする	・「昼間起きていないとまずい」という話をする
睡眠薬の適切な内服時間を指導する	・睡眠薬は寝る前に飲むように勧める

「睡眠状況のモニタリング・アセスメント」では、精神症状の悪化が、睡眠状況に反映されやすいことから、夜眠れているのかといった睡眠状況を確認し、日中の眠気の出現など睡眠状況の変化を把握し、睡眠障害をアセスメントしている。

「睡眠の維持・確保への援助」では、睡眠の維持・確保が精神症状の安定に繋がるため、日中の活動と夜間の休息のバランスを取れるような指導をしたり、睡眠導入剤の適切な内服時間の指導を行っている。

## ⑥ 服薬行動のモニタリング・アセスメント

### 領域⑥ 服薬行動のモニタリング・アセスメント

ケアコンテンツ	データ
どの程度の内服確認が必要か判断する	・ケースの日常生活動作（玄関のベルを鳴らしてドアが開くまでの時間）やドア越しの第一印象から、当日の内服確認レベル（口頭だけでよいか、残薬まで確認が必要か）から判断する
口頭で内服確認を行う	・口頭で服薬確認を行う
残薬を確認する	・残薬を確認（薬袋の日付確認、服薬カレンダーなどセッティングされたものから飲み残しのチェック）
屯用薬の服用の程度について確認する	・屯用薬はどの程度内服しているか聞く
副作用の程度を観察する	・歩行状況（ふらつき）、手指振戦を確認する ・睡眠状況や眠気の出現の観察

## ⑦ 服薬行動の維持・向上のための援助

### 領域⑦ 服薬行動の維持・向上のための援助

ケアコンテンツ	データ
服薬準備の援助を行う	・処方変更がないかの事前確認 ・日付の記入・ボードへのセット（共に行う場合もある） ・一日分ずつにカットしておく
服薬に関して相談に乗る	・困りごとがあるか聞く
飲み忘れ時の対応を指導する	・飲み忘れ時の指導（多少内服時間がずれてしまっても内服する）
睡眠薬の適切な内服方法を指導する	・睡眠薬は寝る前に飲むように勧める
屯用薬の適切な内服方法を指導する	・対人関係の話題から屯用薬を内服するタイミングの指導
服薬行動に関して深く追及しない	・困っていることが特にない時はそれ以上追及しない ・飲まなかったことに対して「ふーんどうしたのかな」という返事であったためそれ以上は聞かずにおく
服薬の意味づけをする	・以前中断した時のことを伝えケースに想起させることを繰り返し行う
内服管理について肯定的に評価する	・内服管理への本人の対処行動を保障・肯定的に評価する ・確実に内服できていることを利用者に伝える
服薬行動をセルフケアレベルに応じて援助する	・本人が服薬管理できるように段階的に支援していくことを提案する
協力者へ指導する	・家人に服薬カレンダーなどを紹介する

「服薬行動のモニタリング・アセスメント」「服薬行動の維持・向上への援助」では、服薬行動が精神症状の変化には欠かせない観察・問診項目であるため、利用者の状況に合わせてさまざまな確認方法がとられていた。残薬確認などの直接的な観察方法と共に、日常生活行動から副作用や精神症状の変化を捉えるといった間接的な観察も行いながら、利用者の服薬行動のセルフケアレベルに応じた段階的なケアを提供し、適切な内服管理の継続を支援していた。

## ⑧ 通院行動のモニタリング・アセスメント

### 領域⑧ 通院行動のモニタリング・アセスメント

ケアコンテンツ	データ
確実に通院しているか確認する	・受診しているか聞く
通院時の状況を確認する	・受診時の報告を聞く
通院予定を確認する	・次回受診日を確認する
通院行動のセルフケアレベルをアセスメントする	・初めての単独外来受診日の様子を観察・見守る ・家族が代行していた行動を本人が自立して出来ることを確認する
協力者からの情報収集を行う	・家族から通院状況について情報を得る

## ⑨ 通院行動の維持・向上のための援助

領域⑨ 通院行動の維持・向上のための援助	
ケアコンテンツ	データ
通院行動に付き添う	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初めての単独外来受診日に駅まで迎えに行く</li> <li>・付き添って受診する</li> </ul>
本人の通院行動を評価する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・単独で外来受診できたことを評価しねぎらう</li> <li>・家人なしでも自立し行えたこと（診察券を出す）について本人にフィードバックする</li> </ul>
通院行動をセルフケアレベルに応じて援助する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・単独で外来受診が出来るように段階的支援していくことを提案する</li> </ul>
通院していない時の早期対応を行う	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通院していない時は訪問し外来の予約をその場でとり通院の支度を促す</li> </ul>
金銭面での通院困難時の対応を行う	<ul style="list-style-type: none"> <li>・金銭的に外来受診が出来ないとき支払いはあとでも可能であることを説明し受診を促す</li> </ul>
主治医不在時の対応策を提案する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医不在時の診察について話す（本人の表情がこわばり本人が疑問に思ったようなので何か気になることがあれば診察医に相談するように話す）</li> <li>・主治医不在時の診察について本人の希望を聞く（次回受診日に主治医が不在であることを伝え受診形態・薬だけという方法もること、について確認する）</li> </ul>

「通院行動のモニタリング・アセスメント」「通院行動の維持・向上への援助」では、利用者本人に通院の有無を確認することから始まり、必要に応じて付き添い、生じた問題に合わせた迅速な対応が行われていた。通院の必要性を意識付けながら、通院が中断されないように支援していた。

### 【精神症状の悪化や増悪を防ぐ】 まとめ

統合失調症は、妄想・幻覚などの陽性症状と無為・自閉などの陰性症状をもつ慢性疾患であり、症状の再燃・再発を繰り返すことによって本来の健康的な残存機能までも低下させる可能性がある。そのような特徴から疾患による症状そのものを観察する視点と、日常生活機能や社会機能の側面からみてどの程度の障害が及ぶかということを観察する視点とが必要である。

看護は人間を身体的・精神的・社会的存在として捉える。精神科訪問看護においては

精神症状の査定を行い、日常生活障害を評価し、今後予測される問題に対して、予防的な介入が期待される。よって精神科訪問看護師は、訪問前の安否確認から対象のモニタリングを始め、表情・話し方・会話内容・日常生活行動すべてにおいて、共に過ごす訪問時間を費やし、悪化の徴候や病状変化のパターンを把握し、症状管理に努めていた。さらに、必要であれば受診や入院の必要性を判断しすすめるといった危機介入が行われている（伊藤ら、2004）。

このように統合失調症患者が地域生活を維持するためには、疾患の特徴を踏まえた上で日常生活を支援する精神科訪問看護の果たす役割は大きいと考えられる。

#### 引用文献

伊藤恵美子, 相澤和美, 風間真理, ほか (2004). 地域支援における精神障害者の危機に対する看護者の判断・実施過程の構造と特徴: 入院に至る過程に焦点をあてて. 山梨県立看護大学紀要, 6: 33-45.

## (5) 身体症状の発症や進行を防ぐ

定義：身体症状の発症を予防し、何らかの疾患が発症した場合には、その経過をモニタリングし、悪化を防ぐ介入を行う。この援助には、悪化を防ぐための本人の対処能力の向上への働きかけを含む。

### 【身体症状の発症や進行を防ぐ】のケア領域

【身体症状の発症や進行を防ぐ】のケア領域は、「身体症状のモニタリング／改善・悪化防止」「生活習慣（全般）についての助言・指導」「生活習慣（運動）のモニタリング／助言・指導」「生活習慣（食事）のモニタリング／助言・指導」「排泄のモニタリング／助言・指導」「自己管理能力を高める援助」「身体症状に関する不安の軽減」の7つに分類された。

表 III-1-3) - 5 身体症状の発症や進行を防ぐ

身体症状のモニタリング／改善・悪化防止
生活習慣（全般）についての助言・指導
生活習慣（運動）のモニタリング／助言・指導
生活習慣（食事）のモニタリング／助言・指導
排泄のモニタリング／助言・指導
自己管理能力を高める援助
身体症状に関する不安の軽減

各ケア領域に含まれるケアコンテンツと、データ、それぞれの解説を以下に示す。

## ① 身体症状のモニタリング/改善・悪化防止

### 領域①-a 身体症状のモニタリング

ケアコンテンツ	データ
バイタルサインの測定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血圧測定</li> <li>・ 脈拍数の測定</li> <li>・ 脱脂綿で体温計を消毒し、利用者に手渡し自分で測ってもらう</li> </ul>
体重測定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 体重測定</li> </ul>
一般状態の観察	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 表情や顔色を見る</li> </ul>
通常のバイタルサインの把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問前に外来受診時の血圧測定値を見て覚えておく</li> <li>・ 心疾患の状況をアセスメントするために、前回訪問時の身体面（バイタルサイン、めまい、動悸）を記録から確認</li> </ul>
症状についてのアセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「お腹が痛い」という症状について聞く</li> <li>・ 痛んでいた膝の具合はどうか聞く</li> <li>・ 肘の腫れを触り、表情の変化を観察する</li> </ul>
異常早期発見のための観察	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ イレウスの既往があるので、自閉生活による活動量の低下により腸蠕動低下が予想されるため、排便状態の情報収集をする</li> </ul>
合併症の症状の有無を確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 倦怠感やめまいの有無を確認</li> </ul>
症状が発生した経過の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心電図をとるまでの経過について、本人の話を聞く</li> </ul>
予測される症状の有無の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自転車で転んだという話を聞き、大丈夫か尋ねる</li> </ul>
検査結果の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自身の健康について心電図検査の結果について本人から聞く</li> <li>・ 不正出血があり、近くの大学病院で受けた検査の結果を聞く</li> </ul>

### 領域①-b 身体症状の改善・悪化防止

ケアコンテンツ	データ
リハビリ指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 肩の骨折後の自宅で行えるリハビリ方法を指導する</li> </ul>

「身体症状のモニタリング」は、身体症状の発生の予防や身体症状に関する異常を早期に発見するための援助である。

血圧・脈拍・体温といったバイタルサイン測定や表情・顔色など一般状態の観察、体重測定などから、その時の身体状態を把握していた。既に何らかの身体疾患を合併している場合には、身体状態の把握に加え、症状の有無や程度を聞いたり、検査結果を確認することにより、合併症の状態をアセスメントしていた。また、利用者の通常のバイタルサインを把握しておくことで、異常の早期発見や合併症の悪化兆候の早期発見に努めていた。

「身体症状の改善・悪化防止」は、既に起こっている症状に対し、悪化を防ぐための援助である。

今回のインタビューからは、骨折後のリハビリ指導のみが抽出された。



## ② 生活習慣（全般）についての助言・指導

### 領域② 生活習慣（全般）についての助言・指導

ケアコンテンツ	データ
生活習慣についての指導	・ホルター心電図検査の結果が出るまでにすべき日常生活上の注意を本人の求めに応じて話す
節煙・禁煙についての指導	・タバコを減らすように指導

「生活習慣（全般）についての助言・指導」では、日常生活上の注意点を話したり、節煙・禁煙指導することで、身体症状の発生予防、悪化防止を行っていた。

## ③ 生活習慣（運動）のモニタリング／助言・指導

### 領域③-a 生活習慣（運動）のモニタリング

ケアコンテンツ	データ
日課である運動の継続状況を確認	・いつもの散歩を続けているか聞く

### 領域③-b 生活習慣（運動）の助言・指導

ケアコンテンツ	データ
運動量を維持・促進するための援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・イレウスを再度起こさないためにも活動量を増やす必要性を説明する</li> <li>・運動をすると約束、翌週に確認</li> <li>・一緒に散歩に行く</li> </ul>

「生活習慣（運動）のモニタリング／助言・指導」は、主に肥満、高脂血症、糖尿病などを合併している利用者に対する、身体症状の発生予防、悪化を防止するための運動療法である。

日課である運動の継続状況を確認したり、運動量を維持・促進するために、運動の必要性を説明したり、実際に一緒に散歩に行くなどといった援助を行っていた。

#### ④ 生活習慣（食事）のモニタリング／助言・指導

##### 領域④-a 生活習慣（食事）のモニタリング

ケアコンテンツ	データ
間食状況の把握	<ul style="list-style-type: none"><li>・部屋にある食べ物のごみで間食をチェックする</li><li>・母親に間食についての情報を得る</li></ul>
食習慣の把握	<ul style="list-style-type: none"><li>・本人記載の食事記録を読む</li><li>・利用者の現在している食事の内容を聞く</li></ul>

##### 領域④-b 生活習慣（食事）の助言・指導

ケアコンテンツ	データ
栄養指導	<ul style="list-style-type: none"><li>・「血糖値が高めだったら、栄養指導よろしく」と言う</li><li>・（本人記載の食事記録を読み）望ましい生活習慣が取れるようにコメント</li><li>・（利用者の現在している食事の内容を聞き）それなら大丈夫だろうと返答する</li></ul>

「生活習慣（食事）のモニタリング／助言・指導」は、主に肥満、高脂血症、糖尿病などを合併している利用者に対する、身体症状の発生予防、悪化を防止するための食習慣に関わる援助である。

間食状況や食事内容の情報から、利用者の食習慣について把握していた。そして、利用者の食習慣に合わせた栄養指導を行っていた。

## ⑤ 排泄のモニタリング/助言・指導

### 領域⑤-a 排泄のモニタリング

ケアコンテンツ	データ
排便状況の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排便の状況を尋ねる</li> <li>・トイレやリハビリパンツを見て、便が付着しているのを見て排便があることを確認する</li> </ul>
失禁の状態の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ゴミ箱に捨てられているリハビリパンツを見て、失禁の状態を確認する</li> </ul>

### 領域⑤-b 排泄の助言・指導

ケアコンテンツ	データ
下剤の使用方法について把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下剤の使用方法について尋ねる</li> </ul>
下剤の使用方法について指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下剤の使用方法について助言する</li> </ul>

「排泄のモニタリング」では、利用者に排便状況を尋ねたり、訪問看護師が実際にトイレやオムツを確認することで、利用者の排泄状況についてアセスメントしていた。

「排泄の助言・指導」は、主に排便に関する援助であり、利用者の排便状況や下剤の使用状況に応じて、適切な下剤の使用方法を指導していた。

## ⑥ 自己管理能力を高める援助

### 領域⑥ 自己管理能力を高める援助

ケアコンテンツ	データ
問題の意識付け	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「ちょっと体重が増えましたね」と言う</li> <li>・測定値を伝える</li> </ul>
自己管理行動の促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脱脂綿で体温計を消毒し、利用者に手渡し自分で測ってもらう</li> <li>・いつもの散歩を続けているか聞く</li> </ul>
検診についての情報提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の検診や受けられる検査について情報を提供する</li> </ul>

「自己管理能力を高める援助」は、身体症状の悪化や新たな疾患の発症を防ぐための利用者自身の身体面に関する管理能力を高めるような働きかけである。

訪問看護師は、利用者に測定値や体重増加という悪化兆候を伝えることで、利用者自身が自分の問題を捉えることが出来るように関わっていた。

また、あえて利用者自身に体温測定を行ってもらい、利用者が自己管理行動を取れるように関わったり、利用者が日常生活の中で行うことができる自己管理行動を確認し、その行動が継続していけるように関わっていた。

さらに訪問看護師は、利用者が自分の健康状態を客観的に捉える機会である検診などについての情報の提供も行っていた。

## ⑦ 身体症状に関する不安の軽減

### 領域⑦ 身体症状に関する不安の軽減

ケアコンテンツ	データ
生活習慣に関する不安の軽減	・ホルター心電図検査の結果が出るまでにすべき日常生活上の注意を本人の求めに応じて話す
食事内容に関する不安の軽減	・利用者の現在している食事の内容を聞き、それなら大丈夫だろうと返答する
合併症に関する不安の軽減	・コレステロールや高脂血症について、本人の心配について話を聞く

利用者は、身体疾患を合併していること自体やその管理方法など、様々な不安を抱えていた。「身体症状に関する不安の軽減」は、これらの不安を軽減させるための援助である。

利用者の話を傾聴し、利用者の希望に応じて生活習慣に関する注意事項を説明したり、利用者の行動を保証したりすることで、不安の軽減を図っていた。

### 【身体症状の発症や進行を防ぐ】 まとめ

精神に障害をもつ方は、もともと生活経験が乏しく生活能力が低い方が多い。また精神症状や向精神薬の副作用は、日常生活に影響を及ぼしやすい。このように精神に障害を持つ方は、生活習慣に乱れをきたしやすい状況にあり、そのため肥満・糖尿病・高脂血症などの生活習慣病を合併するリスクも高い。また、精神症状や向精神薬の副作用が、直接身体症状を誘発することもある。今回のインタビュー対象者から語られた事例も、約半数が何らかの身体疾患を合併していた。このように、精神障害者は身体疾患を合併するリスクが高く、身体状態の観察とケアは、精神科訪問看護の重要な役割の一つとして位置づけられるであろう。

【身体症状の発症や進行を防ぐ】 ケア領域は、症状がまだ起こっていない段階から、既に起こっている段階にまで対応していた。

訪問看護師は、利用者の生活習慣や身体症状をモニタリングし、症状の発生予防のため、あるいは発生している症状の悪化防止のために、異常の早期発見や危険因子のアセスメントに取り組んでいた。そして、そのアセスメントをもとに、利用者に適した指導・助言を行っていた。萱間（2005）は、病棟は看護師が管理する空間であるが、自宅はその自宅の主が管理する空間であり、その空間のあり方について、われわれは望ましいあり方、そして具体的な実現方法について助言を行うことは出来るが、最後にそれをどうするか判断するのは患者自身であると述べている。本調査においても、ケア領域として抽出された「症状の悪化防止・改善にむけた援助」は、利用者自身が食事療法や運動

療法などに取り組んでいくための「指導・助言」が主であった。これは、医療者が生活を管理しがちである施設内ケアと異なり、利用者が主役である生活の場に出向いてケアを提供するという精神科訪問看護の特徴であるといえるだろう。

また、分析の結果「自己管理能力を高める援助」「身体面に関する不安の軽減」というケア領域が抽出された。これらは、利用者自身が主体的に身体症状管理に取り組めるように、利用者のモチベーションを高めたり、身体面に関する不安を軽減していくような関わりであった。青木（2005）は、病院から地域への移行期における看護ケアの中に「自己管理できるように行動力を強める」「意志や自分で考える力を強める」という利用者の自立に向けた関わりを挙げている。今回の調査における事例は、青木の言う移行期にあたるケースは少なかったが、地域で暮らす精神障害者にとって、自立に向けた関わりが重要であるという観点は一致する。生活や身体症状を管理するのは利用者自身であり、このようなケアがあってこそ、症状の悪化防止・改善に向けた指導・助言というケアも生きてくるのだろう。

#### 引用文献

青木典子（2005）. 精神障害者の病院から地域への移行期における看護活動の実態. 日本精神保健看護学会誌, 14(1): 42-52.

萱間真美（2005）. 精神看護エキスパート 8 精神科訪問看護. 中山書店: 6 - 7.

## (6) ケアの連携

定義：本人をサポートしている関係者との連携や、本人のサポートに関する検討。  
情報収集・情報交換・情報伝達・情報共有を含む。

(関係者とは、部署内スタッフ、ホームヘルパー、保健師、P S W、外来、主治医、  
デイケア、作業所、その他職種、家族など)

### ケアの連携の領域

ケアの連携の領域は、大きく分け、施設内関係者（訪問看護師同士など施設内スタッフ）と、施設外関係者（他施設職員、家族など）との連携に分類された。さらに、各々はネットワーキングと、個別の援助に分類された（表 III-1-3）-6）。

表 III-1-3）-6 ケアの連携の領域

施設内関係者とのネットワーキング
施設内関係者との個別の連携・検討
施設外関係者とのネットワーキング
施設外関係者との個別の連携・検討

本領域では、訪問看護時に利用者に提供するケアのほかに、利用者をサポートしている家族や他職種との連携など、間接的に行う援助が含まれる。看護師らは、施設内外の他職種や家族、主治医らと、利用者に関する情報を、収集・伝達・提供・共有するなどして連携を取りながら、援助していた。

各ケア領域に含まれるケアコンテンツと、データ、それぞれの解説を以下に示す。

## ① 施設内関係者とのネットワーキング

### 領域① 施設内関係者とのネットワーキング

ケアコンテンツ	データ
施設内関係者会議の開催	<ul style="list-style-type: none"><li>・関係者会議開催の必要性について、訪問看護スタッフに提言し、共有する</li><li>・訪問看護スタッフで、関係者会議について事前に打ち合わせておく</li><li>・訪問看護スタッフで、関係者会議について振り返る</li><li>・関係者会議を記録に残す</li><li>・外来とのケースカンファレンスを実施する</li></ul>
記録の共有	<ul style="list-style-type: none"><li>・デイケア部門、診療部門、訪問部門で記録を共有する（一患者一カルテ）</li></ul>

「施設内関係者とのネットワーキング」では、施設内関係者と会議を実施し、また訪問記録やカルテを共有することで、連携を図っていた。会議前には、あらかじめ訪問看護部門内において会議のための事前打ち合わせを行う、会議の振り返りを行うといったように、前後に会議に付随した業務を行っているケースもあった。

また、一患者一カルテという方式を採用している施設では、訪問看護記録、医師のカルテや他部署の記録も共有できるシステムを利用し、施設内でのネットワーキングが行われていた。

## ② 施設内関係者との個別の連携・検討

### 領域② 施設内関係者との個別の連携・検討

ケアコンテンツ	データ
施設内関係者からの情報収集・交換・伝達・提供・共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問部門の他のスタッフと連絡調整する（訪問順序・担当等）</li> <li>・外来カルテや他のスタッフから、前回訪問以降の利用者の変化、問題点や状態を確認する</li> <li>・インテークをとったスタッフから情報を得る</li> <li>・訪問終了後からステーションに戻るまでに、利用者から電話がなかったかを確認する</li> <li>・訪問時の状況を記録する</li> <li>・ケースの特徴を押さえ（成績が良かったことなど自分からなかなか言わない）情報をもらい、ケースに返すことでともに喜ぶことを味わう</li> <li>・（訪問前に）処方変更の有無を確認する</li> <li>・前回の訪問記録を見る</li> <li>・訪問に行った翌日、スタッフに経過を話す</li> <li>・（初回訪問の場合には）観察や援助の視点について、主治医や他部門のスタッフと連絡をとる</li> <li>・外来の看護師に情報を流す</li> <li>・特に問題がある場合は、部門長に口頭で報告する</li> <li>・ホルターやったんだなとか、外来カルテを見て行きます</li> <li>・カルテを見て、診察すべき項目の確認と薬の変更がないかについて確認する</li> <li>・外来看護師から情報収集を行う</li> </ul>
訪問看護方針の検討・共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護スタッフで、今後の訪問方針について話し合う</li> <li>・訪問看護部門で事例検討会を行い、訪問看護の方針を検討・共有する</li> </ul>
記録の作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問記録への記載（訪問時の会話の内容、今後の方針、連絡機関との連絡内容、訪問中の本人の変化、訪問時の家族の様子、最近の生活状況等）を行う</li> </ul>

「施設内関係者との個別の連携・検討」では、施設内関係者と、個人的に、ケースごとに連携を図る方法が抽出された。看護師は、主治医、外来看護師、ソーシャルワーカーらと個別に連絡をとり、ケースの病状や特徴、変化などを伝達・共有していた。また、前回訪問時の記録や口頭での経過報告、カルテ等から、訪問看護前に利用者の情報を得てから出かけていた。また、訪問後には、訪問記録を記載し、特に問題がある場合は口頭で他スタッフに報告し、情報伝達をしていた。スタッフ同士で、今後の訪問方針について検討することも、個人レベルで行われていた。



### ③ 施設外関係者とのネットワーキング

#### 領域③ 施設外関係者とのネットワーキング

ケアコンテンツ	データ
関係者会議の実施・参加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係者会議で家族・関係者（保健師・ケースワーカー）の話を聞く</li> <li>・関係者会議について家族・関係者（保健師・ケースワーカー）に打診する</li> <li>・関係者会議の決定事項を、保健師からヘルパーに伝えてもらうことを確認する</li> <li>・関係者会議の決定事項を、家族から本人に伝えてもらうことを確認する</li> <li>・半年に1回のケア会議を行う</li> <li>・家族の窓口となる人を、家族・関係者間で合意する</li> </ul>
連絡ノートの使用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問した家族やヘルパーと連絡を取り合うノートを使用する</li> <li>・本人宅にヘルパーとの交換日記をおき、本人が現状で困っていることを連絡記載し、他職種と共有する</li> </ul>
訪問看護の取り組み報告	<ul style="list-style-type: none"> <li>・区の福祉連絡協議会を主催し、取り組み報告として事例を出す</li> </ul>

「施設外関係者とのネットワーキング」では、訪問看護施設以外の、利用者をサポートする関係者や家族との会議を実施し、参加することで、情報を共有し関係者間の連携をはかっていた。

関係者をつなげる工夫として、利用者の家に連絡用のノートを置いておき、家族、看護師、ホームヘルパーらが連絡を取りやすくしているケースもあった。

また、訪問看護事例を福祉連絡協議会の場で報告することで、他職種と連携を図るきっかけを作ろうとするケースもあった。

#### ④ 施設外関係者との個別の連携・検討

領域④ 施設外関係者との個別の連携・検討	
ケアコンテンツ	データ
施設外関係者との情報収集・交換・伝達・提供・共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係者（保健師）より、家族についての情報を受ける</li> <li>・関係者の連絡先を事前に把握しておく</li> <li>・御主人が入院している病院のケースワーカーより今後の方針についての連絡を受ける</li> <li>・訪問前に主治医や関連機関のスタッフに現状を報告し、意見をもらう</li> <li>・デイケア等関係機関から情報提供を受ける</li> <li>・作業所へ通所状況・作業状況の確認を行い、作業所側から日常情報の確認を受ける</li> <li>・外来・PSW・支援センター・市の障害福祉課・ヘルパー関係・OTとの情報交換</li> <li>・主治医に経過や状況、本人の意向等を報告する</li> <li>・関係者会議の決定事項を主治医に伝える</li> <li>・同じ訪問者の訪問を希望する利用者の意向を主治医に伝え、共有する</li> <li>・関連機関のスタッフに、本人の意向を伝える</li> <li>・関連機関のスタッフに、決定した今後の方針を伝える</li> <li>・ヘルパーとのケアの重複状況を、関係者に説明する</li> <li>・家族以外の専門的な支援を受けながら自立している他事例を例に出して話す</li> <li>・変化があった場合に、ヘルパー・デイケアスタッフにメール及び口頭で連絡する</li> <li>・福祉事務所のSWと情報交換</li> <li>・主治医に意見書作成を依頼する</li> <li>・支援センターに再通所できるようになるために、本人が信頼する支援センター職員に自宅訪問をしてもらい、本人が悩みを話せる状況を設定する</li> </ul>
方針確認・検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>・SWと今日の様子を振り返り、現状維持を目標として確認する</li> <li>・福祉事務所のSWと方針立てを行う</li> <li>・コーディネーターに訪問の報告をする</li> </ul>
役割分担の検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>・過去の訪問を通じて、ヘルパーとのケアの重複をアセスメントする</li> <li>・ヘルパーの役割を提案する</li> <li>・ヘルパーが提供できる援助内容を、具体的に示す</li> <li>・情報交換（心理療法後）で指導などが必要なとき、どちらから伝えれば効果的に働くかを査定する</li> </ul>

「施設外関係者との個別の連携・検討」では、援助者間や訪問看護師と家族など、個人レベルで、連携する方法が抽出された。

連携の相手は、家族、施設外の主治医、保健師、デイケアのスタッフ、ホームヘルパー、精神保健福祉士、作業療法士などであり、利用者に関する情報を伝達・共有していた。また、情報を伝達するだけでなく、ケアの方針を確認・共有する、役割分担を検討する、という業務も行われていた。

## ケアの連携 まとめ

本研究のデータから、看護師らは、ネットワーク作りから個人レベルでの情報伝達まで、様々なレベルで関係者と連携をはかり、訪問看護利用者を援助していることが示された。それらの中には訪問看護日以外に行う業務もあり、例えば、他機関との連絡調整や、半年に一度のケア会議など、対象日以外に実施されたものについても語られた。しかし、対象となる利用者に対して実施されていることが明らかであったため、すべて抽出することとした。

今井ら（2005）は、ホームヘルパーとの協働においてケアマネジメントを行う必要性を指摘しているが、今回の調査では、ケースにより、看護師がリーダーシップをとりマネジメントしているケースや、そうではないケースもあった。看護師がどのような状況で、どの程度のケアマネジメントを行っているのかを明らかにするには、更なる調査が必要である。

連携業務は、ケースにより多様であったが、訪問看護対象者や訪問看護師自身だけでなく、施設特性、周囲の資源によっても左右されると考えられるため、調査対象ケースを増やすことにより、さらなる業務が抽出される可能性が考えられた。

## 引用文献

今井美江子, 松尾令子 (2005). ヘルパーとの連携が生活を支える: 訪問看護は地域生活のコーディネーター. 精神科看護, 32 (5): 48-54.

## (7) 社会資源の活用

定義：施設サービス、人的サービス、支援制度などの社会資源の有効な活用に向けた援助。

### 社会資源の活用のケア領域

社会資源の活用のケア領域は、「社会資源の利用に関する基本的な情報の提供」「社会資源の利用導入のための援助」「社会資源の利用状況モニタリング」「社会資源の有効な活用に向けた援助」の4つに分類された。

表 III-1-3-7 社会資源の活用のケア領域

社会資源の利用に関する基本的な情報の提供
社会資源の利用導入のための援助
社会資源の利用状況モニタリング
社会資源の有効な活用に向けた援助

今回インタビューより得られた事例は社会資源の一つである訪問看護を利用していることが前提であるが、その他にも多くの事例がデイケアや地域生活支援センターなどの施設サービス、ホームヘルプサービスなどの人的サービス、精神障害者保健福祉手帳などの支援制度によるその他の社会資源を利用していた。精神障害者の地域生活にあたってのこれらの社会資源の活用は、活動の場の拡大、経済的負担の軽減、生活技能の向上、生活環境の維持向上などにつながり、本人の地域における生活の質の向上、地域生活の継続に寄与する重要な要因であると考えられる。

また、保健医療機関の利用に関する援助は、看護の焦点「精神症状のマネジメント」「身体症状の発症や進行を防ぐ」で主にとりあげる。

なお、「ケアの連携」では利用者をサポートしている関係者間での行為を主に扱い、「社会資源の活用」では、利用者およびその家族に、そのニーズに応じ提供されるケア行為を扱う。

各ケア領域に含まれるケアコンテンツと、データ、各々の解説を以下に示す。