

この通信は、部会の様子をお伝えし、関連する機関のみなさまとの情報共有をめざして発行しています。

## 地域自立支援協議会・地域移行部会が開催されました！

今年度4回目の地域移行部会を、11月17日に開催しました。区内外から27名の方に参加していただきました。ありがとうございました。

この部会は、毎回テーマを設け、障害者が安心して地域で住み続けるための基盤整備について検討しています。今回もフロア一体となって、積極的に意見交換をしました。



## 11月17日の主な内容

- ☆『地域定着に向けた  
社会資源を考える』  
～訪問看護の実際～
- ☆ 情報交換  
東京都精神障害者退院促進支援事業  
など

## 東京都精神障害者退院促進支援事業の進捗状況

サポートセンターきぬたと地域生活支援センターMOTAが東京都事業を受託して3年目になります。広域化をキーワードに、受け入れ先の関係機関と連携を図るため継続した働きかけを行っています。

### 地域生活支援センターMOTA

#### 訪問看護との連携を中心に報告していただきました。

- 地域の相談窓口を知らない方もいるので、定期的に訪問看護の担当者が訪問してくれることはご本人にとって退院後の支えになっていると思います。
- 「(退院後)薬を飲み続ける必要があるのか」と言い続けていた方も、訪問看護が関わり、身体的な体調面を切り口にご本人と話ができるようになり、少しずつ信頼関係ができています。  
(宮本さん・玉置さんより)

### サポートセンターきぬた

#### 訪問看護との連携を中心に報告していただきました。

- 訪問看護が関わる中で、冷蔵庫に大量のお酒があることがわかり、「お酒はやめたほうがいいのか」とご本人に話をしてもらったことがあります。退院促進支援事業コーディネーターからではなく、訪問看護からの「健康のため」という言葉に納得してくださったのだと思います。
- 最初は訪問看護を拒否していた方でも、実際に訪問看護の担当者に会ったら、「3週間に1回程度ならよい」と言ってくださった方がいます。ご本人にとって、訪問看護の温かい感じが受け入れやすいのだと思います。(金川さんより)

## 世田谷区セーフティネット支援対策退院促進事業の進捗状況

### 障害者支援情報センター HASIC

#### 最近関わりのあった方や訪問看護と連携している方を中心に報告していただきました。

- 平成20年度から支援開始し、ここ1年ぐらいかけて長期外泊を試みていましたが、トラブル続きで外泊中止となったり、約束を守れなかったりして、事業を一旦中断せざるをえない方がいます。
- 自宅(集合住宅)の共同草取りと一緒に参加したり、畳や給湯器の修理を行うなど退院の準備に向け、引き続き支援を続けている方がいます。
- 仏壇購入の押し売りがあったとき、訪問看護の担当者が、「押し入れに入らないからやめたほうがいい」とご本人に説明して下さり購入せずに済んだ方がいます。(進藤さん)

11月のテーマは、「地域定着に向けた社会資源を考える」



～訪問看護の実際～ です。



区内にある訪問看護ステーション(代表1ヶ所)と医療機関の訪問看護(2ヶ所)から、訪問看護の目的、対象、実際の活動状況、課題などをそれぞれ報告していただきました。



訪問看護ステーション芦花から ■大原さん

### 世田谷区訪問看護ステーション管理者会に登録しているステーションは22ヶ所です。

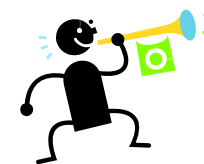
- 訪問看護ステーションでは、「2.5人」以上の常勤職員の配置が義務づけられています。全てのステーションが24時間体制というわけではありません。
- ステーションによって、保健師、看護師、准看護師、助産師、理学療法士、作業療法士、言語療法士など配置する職種は異なります。どのような支援を目的にするかで選んでいただくとよいと思います。
- 訪問看護は、年齢と疾病によって「介護保険」か「医療保険」を利用することになります。それぞれの保険で、訪問頻度、一回の訪問時間、利用金額などに違いがあります。

### 精神科疾患の利用者は全体の2割 増えつつある

- (当ステーションは)職員14名、利用者160名です。疾患別では、内科的疾患7割、精神科疾患2割となります。精神科疾患での利用者は平均年齢54歳で、内科的疾患と比較すると若い方が多いのが特徴です。最近、精神科疾患と内科的疾患を合併する方が増えています。
- 以前は松沢病院訪問看護からの移行ケースが多かったのですが、スタッフ全員が精神科訪問看護に従事できるようになり、最近では医療機関や地域から直接の依頼も増えています。

### 現状・課題として

- 1点目は、内科的合併症の対応についてです。内科的合併症の悪化時に対応してくれる病院がなかなか見つからないことがあります。入院元の病院には受入など柔軟な対応をお願いしたいと思います。
- 2点目は、夜間の電話対応についてです。電話対応でご本人の不安が和らいだり、気分が落ち着くことが多く、大切な支援だと考えていますが、職員が少ない夜間帯の対応は難しい状況です。
- 3点目は、訪問時間内での日常生活支援の限界についてです。「一緒に買い物に行ってほしい」「アパート探しに同行してほしい」との希望があっても、限られた時間では対応しきれない現状があります。
- 4点目は、勧誘や訪問販売への対応についてです。利用者の中には、毎週食べきれないほどの野菜や果物などを購入してしまう方もおり、購入をお断りするよう話をした方もいらっしゃいます。
- 5点目は、「医療保険」から「介護保険」への移行についてです。今後、高齢化により「医療保険」から「介護保険」の移行が増えていくため、新たにケアマネージャーとの連携が重要だと考えています。



松沢病院訪問看護から ■田村さん

### 今年7月から訪問看護が新体制へ 退院調整チームが入院中から支援

- 症状が不安定な方、再発・再入院を繰り返している方、服薬や外来通院の中断が懸念される方、単身生活等でご家族からの支援が受けられない方などを対象に訪問看護を行っています。
- 今年7月から、5つの訪問看護チームを編成しました。日中対応のほか、準夜帯に訪問看護のスタッフを配置し、夜間危機介入の試みとして臨時訪問や夜間電話相談に対応しています。(右上へつづく)

(つづき)

- 「退院調整チーム」は、訪問看護の導入を促進するため入院中から関わっています。退院直後は週1回ペースで訪問し、徐々に間隔を空けながら、時期を見て「訪問看護チーム」へ移行し、最終的には地域の訪問看護ステーションにお願いしています。
- 10月の実績では、訪問看護利用者207名の方に対し延520回訪問しました。退院から3ヶ月程度の方(週1回程度の訪問)が約半数です。移動時間も含めて2時間以内(自転車で移動できる範囲)の方が6割になります。
- 「退院調整チーム」が関わることで、これまでと比較すると新規の利用者が倍増しています。

### 夜間休日電話対応は年9,000件を超える

- 夜間休日の電話相談は年間9,000件を超えます。
- ご本人からの「話し相手」としての電話が最も多いですが、「眠れない、不安、死にたい」など深刻な相談もあり、当直医の受診を勧める場合もあります。
- これまでは管理看護長が当直業務と兼務しながら対応していましたが、7月以降、準夜勤帯は訪問看護で対応することになったので以前よりはじっくりと話が聞けるようになりました。

### 課題として～夜間臨時訪問の体制整備が必要

- 夜間、臨時訪問が必要となった場合、(臨時訪問に)同意のある方には対応できますが、同意のない方や緊急性が高い方への対応には限界があり、今後の体制整備が必要だと考えています。



烏山病院訪問看護から ■山口さん、河合さん、近藤さん

### 今年9月から訪問看護スタッフ2名増

- 今年9月からスタッフが増員し3.5名体制となりました。日中対応のみで夜間は当直対応になります。
- 訪問看護利用者は75～80名です。統合失調症の方が9割です。
- 訪問エリアは、病院から30分以内の範囲です。エリア外から希望があったときは、ケースワーカーや地区担当保健師などへ連絡し、地域の訪問看護ステーションなどを探そうとしています。
- 訪問看護では、自立支援医療の手続きを一緒にしたり、コンビニやATMの利用方法を教えたり、日常生活で困る場面があれば支援しています。

### 入院中からの関わりが重要

- 入院の短期化により、訪問看護の必要性やニーズが分からないまま退院していることが考えられます。「訪問看護」は院内でもまだまだ知名度が低いのですが、入院中から関わっていきたくており、まずは現場の私たちが行動しようという気持ちでいます。
- 病棟担当していた頃は退院する方が少なかったこともあり、「訪問看護」という支援まで考えが及びませんでした。訪問看護の担当になって、(訪問看護が)必要だと思っても、退院後に突然入っていくことはとても難しいと分かりました。改めて、入院中からの関わりの重要性を認識しました。

### 訪問看護で初めて分かること

- 先日、地域の保健師から訪問看護の依頼がありました。ご本人は統合失調症と発達障害の重複障害で、統合失調症の母親と2人暮らしです。保健師と同行訪問し、初めて自宅に入れていただいたところ、室内には柱しかないような状態で、床にはガラスの破片が飛び散り、生活環境に驚いたことがあります。10年以上通院している方ですが、主治医をはじめ誰もこの事実を知りませんでした。訪問に行くと初めて分かることもあり、今後も積極的に訪問看護で支援していきたくてと思っています。
- 訪問看護の担当になり地域を歩いてみると、様々な問題があることが分かります。社会資源の情報が分かりづらかったり、社会資源があっても利用を望まない方もいるのだということを知りました。また、訪問しているご本人宅より隣人宅の方がさらなる問題を抱えていそうだと感じることもあります。

# フロアーのみなさんとの意見交換をしました！！（一部をご紹介します）



## ○入院の短期化で地域生活の準備が不十分なままでの退院となると、訪問看護での苦労があるのではないかと

- ▶ 外来通院の継続が懸念される方もいるので、非自発的入院を繰り返してしまうのではないかと心配しています。ご本人の病識がないことを追求するより、病院のスタッフが訪問に行くことで、「病院がそんなに嫌なところではない」と思っただけのような支援を目指しています。

## ○例えば「爪を切ってほしい」というような日常生活の支援をお願いしたいとき、「訪問看護」が「訪問介護」が迷うことがある。訪問看護からみて、どのような支援の依頼が適切だと思つか。

- ▶ 境界線は明確ではなく、支援内容が重複することもあります。最初は訪問看護でよいのではないのでしょうか。まずは、ご本人の体調や人間関係を見ながら訪問看護で支援し、より丁寧な日常生活支援が必要だと判断したときは訪問介護に移行しています。
- ▶ 退院直後は入院中からの関係性で訪問看護のほうが入りやすいと思います。訪問看護で生活状況を把握し、継続的な日常生活支援が必要となれば訪問介護に依頼しています。通院同行の支援が必要な場合は、訪問看護でないと対応できないことがあります。
- ▶ 服薬管理目的でも、生活状況を見ながら、爪を切ったり、ごみをまとめるという日常生活の支援から始めています。「爪が伸びている」ということは、それ以外の問題も抱えている方だと思うので、まずは訪問看護でよいと考えます。

## ○退院後、通院先を変更する場合、医師の訪問看護指示書は、入院中の主治医になるのか、通院先を変更しからの主治医になるのか。

- ▶ 最初の指示書は入院先の主治医に記載していただき、外来変更後はその主治医に依頼することになると思います。自立支援医療（精神通院）を利用されている方は、訪問看護ステーションの申請も必要になります。

## ○最後に、地域の最前線で活動するなかで感じること、課題など。

- ▶ 精神科疾患があり、仕事にも就けず、自宅で悶々としている若い方が気になります。高齢者のデイサービスのように、どこか居場所があったらよいと思います。また、地域の商店街の方が気にかけてくれるとありがたいと思います。無理な押し売りではなく、ご本人に必要な買い物をアドバイスしてくださる方がいらっしやいます。地域づくりが大切だと感じます。
- ▶ 夜間に電話相談など相談できる場があってほしいと思います。また、身体疾患の合併症がある方も受け入れてくれる病院を増やしてほしいと思います。
- ▶ 移動サービスが充実するとよいと思います。気分が波があり、思うように外出できない方でも「映画を一緒に見に行ってほしい」と希望されることがあります。ご本人の希望を大切にしたいと思いますが、時間的に訪問看護で対応することは難しい現状があります。
- ▶ 2ヶ月分の障害年金を数日で使ってしまい、家賃、光熱費、医療費等を滞納し借金も膨らんでいる方がいらっしやいます。権利擁護制度の手続きを進めていましたが、ご本人は「自分には必要ない」と言って断ってしまいました。どこから手をつけていいのか困りながら、日々対応している状況です。
- ▶ それぞれの訪問看護ステーションの訪問範囲や精神科疾患に対応しているかなど、地域全体のガイドマップのようなものがあれば、お互いに紹介しあったり、連携を取りやすいのではないかと思います。

今後の開催予定

● 3月16日（水）午後2時～セミナールームA（三軒茶屋キャロットタワー）です

\* 関係機関のみなさまには、各回とも開催前に“開催のお知らせ”をお送りしています。送付のご希望がありましたら、下記担当までご連絡ください。

一次回以降も引き続き、みなさまのご参加をお待ちしていますー

