

精神科病院における社会復帰に向けた看護実践の取り組み

片岡三佳 井手敬昭 三宅薫 松下光子 北山三津子 大川眞智子（大学） 橋戸智子 宮下真一（須田病院） 瀨瀬富久 水野沢美 勝股和子（大湫病院） 家田重博 臼田成之 青木和己（慈恵中央病院） 村岡大志 堀淳 田中貴裕 葛谷玲子 杉本博司 高橋真由美（社団法人岐阜病院） 安藤正枝 日比野明美 吉浜恵 山中隆二 野村智登美 藤田宗仁 安田佳緒里 山本尚美 竹林要山田敦子（のぞみの丘ホスピタル）

I. はじめに

本共同研究は、日本の精神保健医療・看護の課題である精神科病床在院患者の社会復帰に向けて、長期在院患者に対する看護実践の検討および長期化防止へ取り組むことを目的に平成16年から始まった¹⁾。平成16年度は、看護者の聞き取り調査から病院の規模や地域特性が異なるため、各々の病院に応じた精神障がい者の社会復帰に向けた看護実践の取り組みを定着する必要があることが明らかになった。そのため平成17年度は各病院が到達可能な目標を設定し、各病院において精神障がい者の社会復帰に向けた看護実践に取り組み、その取り組みに関する検討会を全体で実施することで、取り組みの定着化を図り、長期在院患者の社会復帰や長期化防止のための看護実践を検討する機会とした。その結果、さまざまな方面からの実践が行われた。

そこで、平成18年度は2年間の共同研究で明らかになったキーワード“連携”を共通の課題として設定し、各病院の状況に応じて取り組み、前年度と同様に検討会を全体で実施し、取り組みの定着化を図り、長期在院患者の社会復帰や長期化防止のための看護実践を検討する機会とした。

II. 方法

1. 方法

第一回目の共同研究の開催時（5月）、5病院の主だった研究参加者が集合し、本研究の主旨と計画に関して共通理解をする機会を設定した。社会復帰に向けた看護実践の取り組み課題は本研究参加の5病院から9課題が提示された。

その後、約2ヶ月に1回（6月、8月、10月、12月）計5回、各課題の取り組みの経過や振り返りを担当者が報告し、意見交換を行った。

なお、病院の規模や地域特性などの影響を多少なりとも受ける看護実践を理解するには、お互いの職場を知ることが有効であると考え、検討会は各病院で行い、施設見学と検討会を合わせた形式

で実施した（午前：見学、午後：検討会）。

検討会は1回につき約4時間行い、必要に応じて、研究参加者が資料などを準備した。5回の検討会終了後には、共同研究者による課題の要約を提出してもらった。

検討会の内容は議事録として記録に残し、検討会終了後に次回案内とともに共同研究者全員に郵送し、情報の共有を図った。

2. 分析方法

議事録の内容および共同研究者による課題の要約などから、長期在院患者の社会復帰および長期化防止に向けた看護実践の実際と、看護実践の定着化について検討する。

3. 倫理的配慮

- 1) 検討会での守秘義務の励行、資料配布時の匿名性などを配慮した。
- 2) 共同研究者が行う看護実践および研究に対しては、対象者への研究趣旨、方法、研究への参加は自由であり、拒否する権利や中途拒否の権利、それにより不利益が生じることがないこと、研究の公表の方法、匿名性と守秘の保証などを口頭で説明を行い、同意を得た。

III. 各施設の取り組み結果

1. A病院

課題：引きこもり患者とその家族に交換日記を試みて

【目的】

家族の不安が大きく入院が長期化している統合失調症患者（20歳代、男性）を対象に、家族・看護者間、他職種との連携をとり、退院調整を行う。

【主な取り組み】

- 1) 1対1の関わりから始め、その後、より表現しやすい方法を考え、患者と交換日記を始めた。また、家族の不安の軽減も必要だと思い、母親とも交換日記を始めた（月4回外泊に行くため外泊時などに行う）。

2) 合同カンファレンス、ケア会議などの実施(参加者:母、看護師、主治医、精神保健福祉士(以下、PSW)など)。

その結果、交換日記を通して、患者は少しずつではあるが自己表現ができるようになり、安定した生活が送れるようになった。また、母親に対しては患者の不穏時の対応方法や退院後の社会資源の情報提供をしていったことで、不安の軽減をはかることができた。そのうち退院の話もでてきたため、他職種との連携をとり、合同カンファレンス、ケア会議を行った。そうすることで、他職種から新しい情報を得ることができ、退院に向けての方向性を決めていくことができた。そして、交換日記を始めてから約4ヵ月後、デイケアの利用、訪問看護、地域支援センターとのフォロー体制ができ退院に至ることができた。

【考察】

交換日記を行っていったことで、患者だけでなく家族も取り巻く看護をしていくことの必要性を再認識することができた。また、他職種との連携をとっていかないと退院に向けての援助が上手くできないと感じ、それぞれの職種が互いにとってカンファレンスの必要性も感じることもできた。

【今後の課題】

今回、これだけの職種の方と連携をとったことは初めてであったが、退院にまで繋げていくことができた。今後も他職種との連携をとって、複数の患者に対して退院に向けた援助をしていきたい。また、家族の不安などを軽減できるよう交換日記も取り入れていきたい。

2. B 病院

課題: コメディカルとの連携を図って ー スタッフの長期入院患者への意識変化 ー

【目的】

長期入院患者に対するスタッフの意識を知り、看護実践に生かす。

【主な取り組み】

- 1) スタッフの長期入院患者への意識の再確認のため、現在、入院している患者の入院期間、面会・外泊状況の調査をもとに質問紙調査を行い今後の課題を導き出し、取り組んだ。
- 2) 家族状況に詳しいPSWとの関わりをもつために、PSWの役割についてまとめ、スタッフに提示した。

その結果、質問紙調査の結果をもとに討議を行い、業務改善の見直し、退院できそうな患者の看

護計画の見直し、患者情報の共有およびコミュニケーションをとる目的で週1回のカンファレンスを行った。そこでは入院患者の症状変化だけではなく、患者の家族背景、家族の受け入れ状況なども徐々に明らかになってきた。

【考察】

看護師、医師、PSW、作業療法士(以下、OT)などが一人の患者を中心に専門的な角度から意見が言える場を作り、総合的な関わりをすることが必要であると思われた。さらにカンファレンスのあり方を振り返り、1事例をあげ検討中である。

【今後の課題】

他職種との連携により患者の方向性を検討していくチーム医療の必要性をスタッフに意識づけていく。

3. C 病院

課題: コラボレーションを基盤としたチーム医療の構築を試みて ー 合同カンファレンスの検討 ー

【目的】

チーム医療の充実を図るため、昨年度、実施出来なかった多職種(医師、看護師、PSW、OT)による合同カンファレンスが円滑且つ充実したものになるように、統合失調症患者1名について取り組んだ。

【主な取り組み】

看護師が全職種に合同カンファレンスの参加を求めたことでカンファレンスを開くことができた。しかしながら、話合いの論点をうまく把握出来ず、過剰に時間を費やした上、問題や今後の取り組みについて上手く話し合う事ができなかった。そこで、チームカンファレンスの運営方法を見直すとともに、家族との情報交換ノートを活用したり、家族の週一回の面会時には患者・家族と面談を行うなどの状況を十分理解した上でチームカンファレンスの議題を事前に提示した。事前に話し合う内容を決め、各職種が事前に情報をまとめた結果、カンファレンス所要時間が1、2時間から約30分に短縮することができ、患者の問題や今後の対策まで話し合う事ができた。その他、カンファレンスの記録用紙の作成や共同問題の立案などの取り組みができた。

【今後の課題】

問題リスト用紙の有効活用、計画評価方法、カンファレンスの運営方法(多くの患者、より定期的な実施、患者本人・家族の参加)などを検討する。

4. D 病院

D-1 課題：精神科療養型病棟における他職種間連携システム構築への試み — スタッフの意識調査と PSW との連携が出来るまで —

【目的】

スタッフの意識調査から他職種との連携へのシステム構築に向けて検討する。

【主な取り組み】

今回のキーワード“連携”をもとに、病棟看護スタッフ（20 名）・病棟担当 PSW（5 名）に対して聞き取りおよびアンケート調査を行った。その結果、“連携”は必要であると感じているが、各部署の専門性の理解不足やコミュニケーション不足、情報交換の場が少ないという結論に至った。これらのことから、コメディカルスタッフとの関係強化策では主に PSW に対して取り組んだ。PSW の業務内容の説明と勉強会を行い、週一回、PSW の方にミーティングに参加をしてもらった。まだまだ十分な関わりは出来ていないが、PSW の来棟する機会が増え徐々にではあるが活用できるようになった。

【考察】

今後、病院のシステムとして確立する前に各部署・各病棟が連携に対する意識を高め、お互いを尊重し特殊性・専門性を生かして取り組む姿勢が大切だと考える。そうした取り組みにより独自のシステムとして構築していけるのではないかと考える

【今後の課題】

今後も継続して連携に関して働きかける。

D-2 課題：急性期治療病棟での入院長期化防止への取り組み

【目的】

ソーシャルサポート、ソーシャルサポートネットワークが少ないと思われる患者 2 名の事例を通して、再入院防止のための看護実践を検討する。

【主な取り組み】

事例 1：統合失調症（50 歳代、男性、糖尿病、障害者年金にて公営アパートで単身生活）

問題点：糖尿病で食事療法が必要だが、近くにスーパーがなく買い物ができず、偏った食事になりやすく、退院後の食事に関して不安がある。

対策および経過：患者の希望もあり、ヘルパー利用を週に 1 回から 2 回に増やすことを院内の PSW に相談し、保健所に問い合わせた結果、退院前に患者を含めた 6 者面談（患者、主治医、院内およ

び地域の PSW、担当看護師、保健師）ができ、ヘルパー利用回数を増やす手続きをして退院。

事例 2：統合失調症（60 歳代、男性、協力者は近所の従兄弟。障害者年金にて持ち家で単身生活）
問題点：歩行が不安定で買い物に行きにくく、偏った食生活、家の掃除や整頓が不十分となりやすい。

対策および経過：退院直後に 65 歳となるため協力者の従兄弟に介護保険によるヘルパー利用を PSW と協力して勧め、代行申請を依頼して退院を迎えることができた。

【考察】

両者とも病状は安定しており、問題は家事能力の程度の中でも「家事・炊事」が中心となった。看護者だけでは対応できない問題であり他職種との連携が必要であった。また、慢性疾患患者は、ソーシャルサポートネットワークの大きさ、量とともに小さく、ソーシャルサポートネットワークやソーシャルサポートは病気の回復や求助行動を促進すると示唆されているため“連携”によるフォーマルサポートを増やしていくことが必要である。

【今後の課題】

入院初期から、退院後の問題点を把握する。

D-3 課題：コメディカルと連携した長期入院患者の社会復帰促進

【目的】

長期入院患者の社会復帰促進にむけたコメディカルとの連携。

【主な取り組み】

交通事故による器質性脳機能障害を抱えた入院患者（10 年前に罹患、当院での入院年数は約 3 年）に対し、医師、看護師、PSW と連携し、家族を交え、患者・家族の将来を十分に話し合った。看護師、PSW、家族との面談により将来的には社会復帰をさせたい意向がある事、妻は身体が悪く、直ぐには在宅での介護に自信が持てないため中間施設が望ましいことなどが確認された。その後は主治医を交え、現実可能な中間施設入所への検討を PSW の協力を得て具体的な今後の方針を確認し、家族からの承諾も得た。家族は未だ懐疑的な部分もあるが、以前に施設入所について良い返答が得られなかった事もあり、施設に対して懐疑的な部分もあるが、以前では聞くことができなかった家族の思い（患者の社会復帰を諦めてはいない事）が聞けるようになった。患者により良い環境を提供する事は我々医療従事者として当然の

事である為、精神科病院で入院生活を送る必要のない事を随時説明し、家族支援を続けていく必要がある。

【考察】

精神障がい者の社会復帰に必要な方法は、我々は経験上、ある程度知りえていたが、身体障害者の社会復帰については殆ど無知であった。今回、患者・家族の将来を導けた事は、多職種が関連した結果であると考え。それぞれの専門知識を生かし、患者・家族が望む将来を提供する事は、医療従事者として基本であるが、今回の連携で、改めてその重要性が認識できた。

【今後の課題】

コメディカルとの連携強化。

5. E 病院

E-1 課題：ワークシート活用による情報共有 — 申し送りを通しての取り組み—

【目的】

申し送りの情報伝達に誤差がある。そのため、症状改善へのケア統一ができず、急性期病棟の役割である早期退院に支障をきたす恐れがある。そこで、一連の連鎖反応を防ぐために、最初の段階である申し送りに着目した。看護の統一化への取り組みとして、ワークシート(以下、シート)を申し送りに取り入れ、情報の把握、共有化を目指す。

【主な取り組み】

申し送りに使用するシートを作成した。シートにはその日の業務に必要な情報が記載されている。このシートは申し送りの度に新しい情報に編集されスタッフ全員に渡される。以前は、カーデックスとシートを併用活用してきたがスタッフにアンケート調査を行い、内容の改善を行い、また看護記録物などの記入事項の検討と、統一を図った。他職種についてはシートの情報を PSW と共有した。徐々にスタッフの意識も変わり、自ら情報収集に取り組み、現在はカーデックスを廃止しシートのみでの活用で申し送りが出来るようになっていく。アンケート結果より情報は共有でき統一された。

【考察】

情報共有にはシートは有効であり、申し送りの補助道具としてどの媒介が有意義かを知り選択することで情報把握、共有ができた。また、申し送りによる情報共有には個人が情報把握ができていることにより図られる。

【今後の課題】

情報共有のもと一貫した看護へどう結び付け

ていくか。

E-2 課題：長期入院患者の退院の促進 —カンファレンスにて連携を計る—

【目的】

カンファレンスを通して、社会復帰準備病棟における関連部署間の連携をはかる。

【主な取り組み】

対人関係により社会復帰病棟より社会復帰準備病棟へ転入した統合失調症の患者(30歳代、女性)を対象とした他職種との連携によるチーム医療の提供について検討する。

その結果、看護部(病棟スタッフ)、地域支援部(PSW、外来看護職、デイケア、援護寮、地或支援センター)、診療部(医師、OT、薬剤師)が繰り返しカンファレンスを行い、連携した支援を行うことで目標とした退院を促進する事ができたが、家庭の情報が入りにくく有効な家族支援ができないことに関しては、地域支援部に課題提示を行っている。

【考察】

各部署はそれぞれ専門的な知識を持っており、その知識を生かすには専門的知識に裏打ちされた意見の交換の場が必要で、カンファレンスに限らず意志の疎通が重要と考える。今回、本ケースを担当した看護師はデイケアおよび地域支援部の研修を受けており地域支援部の状況も把握した上での対応により、より密な連携が出来たと思われる。互いの状況を知ることでよりスムーズな対応、意見交換が出来るものと思われる。

【今後の課題】

他職種との相互理解に向けた取り組み

E-3 課題：援護寮スタッフと病棟との連携

【目的】

開放病棟における慢性期患者の援護寮入寮を促進させていくために、必要な援護寮スタッフと病棟との連携に取り組む。

【主な取り組み】

病棟会議を開き、現在の病棟スタッフに援護寮についての理解がどの程度あるのか把握し、理解を深める目的で、援護寮のスタッフより説明、実際に見学を全員に行った。また、1泊体験にもスタッフが参加し、患者がどのような体験をするのかを共有できる機会とした。

結果、今回研究の期間に2名の患者が援護寮への入寮となったが、援護寮スタッフが患者に求めるもの(主に IADL)と、病棟看護師が入寮後に必

要となる患者の能力について求めるもの(ADL の充実、服薬管理など)に違いがあることが援護寮スタッフとの関わりを深めたことでわかった。そこで援護寮体験申し送り用紙を再検討した。また、援護寮入寮前に援護寮スタッフとのミーティングを行って情報の共有を行った。

【今後の課題】

他職種とのミーティングを入寮前後だけでなく継続的に共有することで患者にとって最善の目標が見つかり、入院時から必要なケアを把握し、退院後も患者に対して統一した援助ができるのではないかと考える。

IV. 考察

1. 長期在院患者の社会復帰および長期化防止に向けた看護実践と定着化に向けて

今年度は、“連携”をキーワードに、各病院の状況に合わせて9課題が取り組まれた。それは主に4タイプに分類することができた。①PSWなどのコメディカルとの連携が4題、②カンファレンス、ワークシート運用などの体系的な連携が3題、③患者・家族を中心にした連携が1題、④援護寮など他施設との連携が1題であった。長期在院患者の社会復帰および長期化防止に向けた看護実践において連携の重要性が再認識されるとともに、コメディカルのなかでもPSWとの連携が重要であることがわかった。ゆえに、長期在院患者の社会復帰および長期化防止に向けた看護実践が定着化されていくには、各専門の知識を活用したPSW、医師などを中心とするコメディカルとの話し合いの場を持つことができることが重要である。

V. 共同研究報告会と討論の会での討論内容

1. 長期在院患者の社会復帰に向けた看護実践

〔意見〕長期に入院されている方がどうして退院できないのかの理由を考えていくことも大切だと思う。帰る家がないことや家族などの家の状況も考えていくことが大事だと思う。急性期の患者でも退院できるチャンスがあるはずなので、そのポイントを振り返るようにするとよいと思う。

2. 長期在院患者の社会復帰に向けた連携

1) 保健師との連携について

〔意見〕保健師の立場から言うと、精神科に入院された方がいた場合、病院と地域保健師との連携をとってほしいと思う。地域の人は精神

科にかかっている方がいると心配してしまうことがある。近所の住民が心配して保健師にその方のことについて聞いてくれることがある。住民の方に説明して納得してもらえるようにしたい。そうできるように話し合いを持っていくことも必要だと思う。

〔質問〕具体的にどの部署と連絡をとっていけばいいのか？

→ 保健師が病院の窓口として連絡を取るのには医療相談室。しかし、医療相談室(PSW)と病棟(看護職)の連携が取れていない現状がある。患者個人の病状などの情報を持っているのは看護師であり、金銭的なことや家族背景などの情報はPSWが持っていることが多い。また地域、家での様子は保健師が情報を持っている。そのため、医療相談室などの部署との連携が必要になってくると思う。

2) 精神保健福祉士(PSW)との連携について

〔質問〕病院内での看護師とPSWの方との連携が難しいというような印象を持つが、PSWと事例検討を行うなどの連携を一緒に取り組んでみて、その成果は？

→ C病院看護師：昨年の取り組みでチームカンファレンスを行ったが、継続して行えなかったもので、今年度はそれを継続させることを目標に取り組んだ。他職種がつながっていくことが大事であり、チームカンファレンスを行うことでそれぞれ持っている情報が共有されていることが成果であると思う。看護師、PSW、医師などそれぞれの職種での目標や見解にズレがあったりするので、そこを同じにしていくことも大事で、そのために議題を明確にするという工夫をした。

〔質問〕PSWとの連携をどのようにしてとっていったらいいか？

→ D病院看護師：PSWは2病棟(約100人)の患者を1人で担当しているという現状がある。また看護スタッフがPSWの業務内容が分からなかったり、PSWと連携するためのシステムがあやふやであった。アンケート結果より、お互いの専門性を理解していないことがわかったので、PSWの業務内容を紹介する勉強会を開催した。その結果、

PSW の来棟が増え、ケース会議にも参加してもらおうようになった。このケースは退院できるのではないかとこの見方を見つけることができたりと、カンファレンスは効果的であった。

F 病院看護師：PSW は 1 病棟に 2 名担当者がいるので、活用している。入院から関わってもらっている。PSW からキーパーソンなどの情報を提供してくれる。早く退院し、家庭で生活してもらおうと自然な流れ、考え方ができている。PSW と看護師の話し合いも行い、PSW の意見も取り入れている。急性期は 3 ヶ月というリミットがあるので、やっていかないとという気持ちになっている。慢性期の場合も PSW 2 名の担当者がおり、何人か退院できそうな関われそうな人がいる。

VI. 今後の課題

今年度は、“連携”をキーワードに、各病院の状況に合わせて、患者・家族および他職種と連携した取り組みが行われた。なかでも PSW との連携が多く重要であることが明らかになった。

今後とも、これらの連携が継続・定着され、効果的な看護実践の具現化および看護実践の定着を目指し、本研究の取り組み方を検討する必要がある。

文献

1) 片岡三佳, 高橋香織, グレグ美鈴, 他: 精神疾患をもつ長期在院患者の社会復帰に向けての看護実践と課題 (第一報), 岐阜県立看護大学紀要, 5(1); 11-18, 2005.