

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 松下光子 北山三津子 大川眞智子(大学) 橋戸智子 宮下真一 清水雅美(須田病院) 家田重博 鷲見武志 西脇大介 白田成之(慈恵中央病院) 瀧瀬富久 勝股和子 佐合淳(大湫病院) 村岡大志 杉本博司 高橋真由美 田中貴裕 高木真太郎(社団法人岐阜病院) 安藤正枝 山本尚美 瀧絢一 山中隆二(のぞみの丘ホスピタル)

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。その結果、『連携』の重要性を再認識したので、平成19年度も継続して“連携”をキーワードに各施設で取り組んだ。

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、本研究の趣旨と計画に関して共通理解をする機会を設定した。『連携』をキーワードに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6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)。その際の運営は、検討会開催病院が中心となって実施した。

本年度から新しい試みとして、地域との連携が重要であることを考慮し、検討会実施病院を管轄する地域の保健師に検討会への参加を要請し、2地域において保健師参加の検討会を実施した。

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に対する実践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。

3) 本学研究倫理審査部会の承認を得た。

各施設の取り組み結果

1. A病院

課題:両親の高齢化によって退院困難になった患者とその家族への関わり

【目的】

退院への不安が強い家族を対象に、主治医・スタッフ間で連携をとり、家族の不安を軽減させ、早期退院に繋げる。

【主な取り組み】

- 1) 家族に月1回は外泊できるよう毎月依頼し、外泊時には家族の不安を聴く。
- 2) 生活リズムを整えるために、A氏と一緒に問題点を明らかにし看護計画を立て、実行する。
- 3) 3者面談(家族・主治医・病棟看護師)を行い、家族の病状理解を深める(予定)。

両親が春頃なら退院可能と話しており、A氏も早く退院したいと希望があったため、上記の関わりを行った。月1回の外泊は何とか継続できたが、家族の不安を聴くことはなかなかできなかった。しかし、A氏は病棟で早起きして朝食を摂取することを目標に頑張っていた。昨年末頃に家族に退院の話をする、高齢になってきたためA氏が不穏になったら、どうしようもできないという不安な気持ちを話され、退院の延期を希望された。

【考察】

春頃の退院に向けて取り組んできたが、月1回の外泊をしても家族からは良い印象が得られなかった。原因として、A氏の悪い時の印象が強いため、現在、病状的に落ち着いているにも関わらず、些細なことで不安になっているように考えられた。今後は、家族に対して主治医からA氏の病状説明を行い、家族の病状理解を得て、不安を軽減させることが大切ではないかと考える。

【今後の課題】

両親が高齢でありA氏の将来性を考慮すると、援護寮やグループホームへの方向性も考えていく必要があり、今後は、主治医・精神保健福祉士(以下、PSW)を交えて検討していく。

2. B病院

課題: チーム医療に向けた病棟での取り組み - 看護職間のショートカンファレンスの充実を目指して -

【目的】

本院では、平成17、18年度において、多職種との連携や情報の共有について取り組んだ。平成19年度は、平成17、18年度では取り組むことができなかった病棟スタッフ間での情報共有を行い、チーム医療に向けて取り組んだ。

【主な取り組み】

取り組みを行う前は、病棟での朝の申し送り後のショートカンファレンス(以下、ショートカンファと称する)と定期的な病棟カンファレンス(以下、カンファと称する)が行えておらず、病棟スタッフ間の意志の統一やケア方法の統一が行えていない状況だった。そこで、朝の申し送り後に、

患者のケアに関することを中心にしたショートカンファと、毎月第4火曜日勤務後に業務的なことを中心にしたカンファを実行し、病棟スタッフ間の意志の統一やケア方法の統一に向けて取り組みを開始した。その結果、月に1回のカンファは、スタッフ間の看護観の違いやキャリアの問題など、本取り組み以前の問題が次々とカンファ討論中にも明らかになり、7回のカンファ開催後に凍結状態となった。一方、ショートカンファはスタッフが求めていたことと合致したためか、現在も継続して開催できており定着することができた。

【今後の課題】

今後は、ショートカンファの継続をメインに患者中心の看護過程、看護計画、ケア方法など内容の充実および定着化を目指していきたい。また、ショートカンファに限らず臨時カンファも視野に入れ、病棟での取り組みを充実させていきたい。

3. C病院

課題: 認知機能障害のある患者との関わりを通じた主治医、精神保健福祉士との連携

【目的】

今回、統合失調症の50歳代の男性で認知機能障害のある一事例に取り組んだ。

【主な取り組み】

患者の症状は不安定で、訴えも多くスタッフ間の連携を密にする必要があった。まず初めに、家族背景を知るために本人、家族との面談をもち、それぞれの想いの違いを得ることができた。また、症状がいっこうに安定せず、その都度スタッフ、主治医、PSWとのカンファレンスにより、関わりを統一を検討した。その結果、カンファレンスを持ちスタッフ間で関わりを統一を図り、受持ち体制をとったことで、患者の訴えは減り症状は安定してきた。また、C氏と母親との関係では、三者または二者面談を実施することにより、それぞれの想いを表出することができた。

【考察】

受持ち看護師が主となり看護したことにより、C氏は「話を聴いてくれる人がいる」という安心感をもつことができたと考える。しかし、状態が落ち着かず訴えが頻回だったことは、認知機能の低下により状況判断ができなかったり、学習能力が低下していることによるものと考えられる。また、家族背景の情報を看護師が得たことで、患者・家族間の関係が築けるように今後もサポートをしていかなければと考える。

【今後の課題】

他職種とのカンファレンスを有効に持ち、患者、家族間のつながりを保ち退院に向けて連携をとっていく。

4 . D 病院

D-1 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援助

【目的】

看護師とコメディカルが連携を密にする事で、閉鎖病棟に長期間入院している患者が、社会復帰又は開放病棟へ転棟する事が出来る。

【主な取り組み】

平成 19 年 6 月以降、当病棟に入院する患者全員に対し、患者が望む将来の行き先について、聞き取り調査を行い、平成 19 年 12 月中旬までの結果として、研究の趣旨に添って変化をもたらす事が出来たのは、退院希望の中から退院する事が出来たのが 5 名、開放病棟へ転棟する事が出来たのが 3 名、開放病棟希望の中から 1 名が開放病棟へ転棟する事が出来た。退院した 5 名の平均入院期間は 5 ヶ月だった。開放病棟へ転棟した 4 名のうち、閉鎖病棟での入院期間は、うち 2 名は 2 年 5 ヶ月、1 名は 2 ヶ月、1 名は 22 年 5 ヶ月だった。

【考察】

退院した患者への援助では、比較的入院期間も短期だった事もあり、さほど社会性が失われていない事から、最低限の日常生活指導程度の援助が主だった。開放病棟へ転棟した患者への援助では、日中の過ごし方の改善、金銭使用の指導、衛生指導、等であった。

また、他職種と連携を密にした事で、退院、転棟する事が出来たのは、チーム医療の結果だと考える。

【今後の課題】

聞き取り調査では多くの患者が社会復帰を望んでいた。我々は、諦める事無く、患者の想いを実現する為に、援助を続けなければならない。

D-2 課題：退院促進におけるスタッフのモチベーションの重要性 - 退院促進に対する教育と実際の退院促進活動を通して -

【目的】

スタッフの「長期入院患者への退院支援」に対する意識・スキルを強化する。

【主な取り組み】

1) 病棟スタッフに対して、入院患者への退院支援の現状についてのアンケート・聞き取り調査

を行った結果、必要であるが方法が分からないという意見が多くあった為、社会復帰施設、介護保険施設、社会保障制度についての勉強会を行った。

2) 月に 1~2 回の「退院支援カンファレンス」を開催し、上記勉強会や退院支援のケースカンファレンスを行い、退院支援で困ったことなどを話し合う機会とした。

3) 入院患者に対しても退院支援についてのパンフレットを作成し、退院の意識向上を啓発した。

【結果】

スタッフの退院支援に関する意識が高まり、従来の定期カンファレンスにおいても退院支援の内容が増えた。また実際に長期入院の患者に対する退院を目標とした取り組みが行われるようになり、5 年以上の長期入院患者 1 名、4 年未満の入院患者が 4 名退院となった。この他、長期入院患者を含む 12 名が退院を目標に関わりがなされている。

【考察】

スタッフの退院支援に対する知識やモチベーションが高まることで、退院を意識した関わりが増え、患者側もこれまで見られなかった退院の意思を表すようになる。また実際に長期入院患者の退院を見て、他の患者も刺激され退院を意識するようになった。スタッフも関わった結果が退院という形で表されるためエンパワーメントされモチベーションの維持ができる。

【今後の課題】

退院支援の方法をシステム化して安定した看護サービスが提供できるようにする。

5 . E 病院

課題：施設入所を目指した連携・クリニカルパス作成の検討

【目的】

老人施設への入所を目指し、関係職種および患者本人・家族と連携を図る。また、施設入所用クリニカルパス作成を検討する。

【主な取り組み】

1) 養護老人ホームの見学を概ね 65 歳以上の 25 名の患者に対し実施した。見学は施設側の説明と居室等の見学を 1 時間ほど行った。患者の感想は入所に否定的なものが半数を占めた。入所希望者 3 名を含む患者 4 名の家族に対し PSW より施設説明を行ったが、家族側の拒否や医師の判断により本年度の入所には至らなかった。また、入所を希望し 1 年前に市役所との面接後、

結果が不明なケースがあった。

2)施設入所クリニカルパス作成にも取り組んだ。施設見学を柱の一つとしたほか、医師による方針の決定より前に支援を開始する型とした。一方で看護職者にパスが浸透しておらず、チェック項目が多い、ADL等の評価基準が不明との意見が挙がった。

【今後の課題】

今後は複数施設での見学や多職種カンファレンスにおける質の向上が課題である。またクリニカルパスについては、当院で使用している評価表の改良又はLASMI等の活用を検討するほか、実際に使用するなかでパスの簡素化にも取り組む。

・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

今年も平成18年度に引き続き“連携”をキーワードに、各病院の状況に合わせて6課題が取り組まれた。その内容は、主治医、PSW、スタッフ間での連携を図り長期在院患者の社会復帰を目指して取り組んだ事例検討が2題、平成17・18年度から継続してチーム医療を検討し、看護者間の連携強化を図るためにカンファレンスの定着に向けた検討が1題、他職種との連携を強化した実践検討が1題、病棟看護職の意識改革に向けた検討が1題、記録の検討も含めた施設入所を目指した検討が1題であった。

今年度の共同研究における連携には、患者やその家族、同僚である看護職、医師、PSWらの医療職、施設など様々な方面での検討が行われていた。これらのことから、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において、連携の重要性が再認識されるとともに、多岐にわたる連携において病棟看護師の役割の重要性がある。そのためにも、患者の状況に応じた連携をしていくための看護職の知識、センス、スキルが望まれる。

・共同研究報告会と討論の会での討論内容

1.取り組みに対する質疑

A 病院の課題に関して

Q. 医師と看護師の連携についてと家族とのかわりについて具体的に教えてほしい。

A. 家族は患者の病気が完治するものと考えているために不安を感じている。医師としては、現在の状態での安定が大事であると考えている。そのため主治医からの病状の説明と症状に対する対応の仕方の説明をしてもらうことにな

った。看護者と家族との関わりでは月に1回の外泊ができるように依頼を行なっている。また、外泊中に困ったことなどはなかったか聞き、疑問に対して答えたり、必要な場合は医師らと話し合ったりしている。今後の課題として、自宅にずっといるのは家族の負担が大きいため、訪問看護やデイケアなどの資源を活用していくことや、援護寮の活用なども考えていかななくてはいけないと考えている。

D 病院の課題2に関して

Q. 「退院支援パンフレット」の中身は？病院全体での取り組みか？

A. 患者向けのパンフレットで、スタッフがどのようなことを援助としてやっているのかを知らせるものである。主には「退院後の生活がイメージできるような内容(例)退院先として自宅、援護寮、グループホームなどがあり、各施設の説明」「患者への問いかけのような内容」「質問や相談は受持ち看護師や医師に相談するように」がある。

これはまだ、病棟独自の取り組みで、患者への退院に関する啓発を目的として作成した。患者は思っているもなかなか看護者に言い出せないところがあると考えたためである。パンフレットがあることで看護者も患者がどう思っているのかを聞くことができるようになり、聞かれることで患者も言えるようになった。

Q. 医師や精神保健福祉士(PSW)のバックアップがあっただけのことか？

A. 患者の退院に対する意思があれば他職種カンファレンスを開いて検討していくことが考えられ、それには家族も参加してもらえるといいかと考えている。

E 病院の課題に関して

Q. 施設入所にいたらなかった家族の反応は？

A. 1事例は金銭的問題があり、家族の金銭的援助も期待できず、本人も年金生活のため難しいことや、看護者の印象として家族が退院してきてほしくないという感覚を感じた。別の事例は家族の受け入れは良かったが、病状が不安定であり入所までは至らなかった。さらに別の事例では、入所の準備のために役所に連絡をして手続きを依頼し返事を待っていたのだが、役所からの返事が全くなく先に進まなかった事例があった。

2. 長期在院患者の社会復帰に向けた看護実践の取り組みについて

- ・当院の長期在院患者への取り組みとして委員会を立ち上げて、医師、看護師、PSW等の職種で検討をしている。それぞれの職種によって考え方の違いがあるため、修正を行なっている段階である。具体的関わりとしては、長期在院患者と言われる患者が今年は8人退院できた。現在も目標を立てた取り組みを4名の患者で行なっている。しかしそれ以外の退院できずに病院に残っていく患者は、退院の難しい患者となっている。30年近く入院していた患者が当院を退院して、家族の近くの病院に転院した。訪問看護、地域活動支援センターの活用で退院することができた事例であった。
- ・D病院の課題1に関しても、今年度は退院患者が多かったが、退院の難しい患者が残るという事態が起こり、次年度の退院数は減少すると考えられる。

Q. 退院が困難だと考える基準は？

A. 依存的で、いわゆるホスピタリズムといわれるような患者が残っていつている。そのため次年度は患者に積極的に関わることで患者の意欲を少しでも上げるような取り組みをしたいと考えている。患者自身にどのようなになりたいかという目標を持ってもらう。現在SSTを療養病棟の患者向けに実施しており、少しでも病院の外に出ようという気持ちになるような活動を行っていきたいと考えている。

- ・当院では退院できる患者は全て退院したような状況である。後は退院できないであろう患者が残っているような状況だが、退院できないと植えつけてしまったのは病院であるので、今後は病院が植えつけてしまったものを取り去っていかねばいけない。また現在保護者は甥や姪の代に交代してきており、患者の全てを家族に委ねるのは難しい状況である。そこで病院が支援し、保証を家族に与えることをしていかなければいけないと考える。

Q. 訪問看護師やデイケア以外で病院の看護師ができることは？

A. 地域とのつながりを持っていくことが必要とは思いますが、病棟の看護師は病棟業務で手一杯なところがある。また看護師自体が保健師の存在を十分に知らなかった。最近では保健師との関

わりが増えてきたため、保健師への認識がついてきたように思う。今後は地域との連携が保健師を通じて行なえていくのではないかと期待している。

- ・ 長期入院患者でヘルパーを活用し続けて安定して生活できるようになった事例がある。社会資源を活用したケアが行なわれれば良いと思う。

Q. 社会資源の情報を得るにはどこに問い合わせればよいか？

A. 市役所の窓口には福祉の手引きなどがある。または役所に連絡をすれば必要な資源については情報が得られると思う。

・今後の課題

今年度も平成18年度に引き続き“連携”をキーワードに、各病院の状況に合わせて、患者・家族および看護職や他職種と連携した取り組みが行われた。今後とも、これらの取り組みが継続・定着できるように実践していくとともに、退院が困難であると言われる超長期在院患者への援助についても、検討していく必要がある。

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.

1)