

# 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 米増直美 坪内美奈 北山三津子 大川眞智子 (大学) 橋戸智子  
清水雅美 蒲佳浩 (須田病院) 家田重博 白田成之 山下かほり 一柳千百合 (慈恵中央病院)  
額瀨富久 佐合淳 三代沢邦恵 (大湫病院) 村岡大志 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 兼松裕子 藤田宗仁 安田佳緒里 (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<sup>1)</sup>。

平成16年度は、精神科病院に勤務する看護者が認識している長期在院患者の社会復帰に向けた看護実践の実際と課題を、大学教員による看護者の聞き取り調査から明らかにした。その結果、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取り組みを定着する必要性が明らかになった。そこで、平成17年度は5施設が各施設の状況に応じた到達可能な社会復帰に関する課題に取り組む、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。

平成18年度からは、2年間の共同研究で重要性が明らかになった「連携」をキーワードに、各病院の状況に応じて取り組んだ。

5年目を迎えた平成20年度は、これを機会に、大学が中心に運営していた検討会を、病院主体の実行委員会形式にて運営していくことになった。そして、平成18・19年度の取り組みから『連携』の重要性を再認識したため、本年度も継続して『連携』をテーマに取り組んだ。

## II. 方法

### 1. 方法

毎年、年度の初めに、5つの精神科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ている。本年度も4月に行い、年間計画と本研究参加の5病院から社会復帰に向けた看護実践の取り組み5課題の概要が提示された。その後、約2ヶ月に1回(5月、7月、9月、11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。

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。また、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送信され、情報の共有を図った。

本年度は、より多くの看護職との意見交換・情報交換の場が必要と考え、県内の全精神科病院に検討会参加への案内状を郵送し、新たに4病院(延べ43名)の参加があった。

また昨年度同様に、地域や関係機関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や関係機関に検討会への参加を要請した。各職種の参加は、保健師が3回(8名)、精神保健福祉士(以下、PSWとする)が5回(延べ7名)、訪問看護師が2回(延べ2名)であった。

### 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) 岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を

得た。

### Ⅲ. 各施設の取り組み結果

#### 1. A 病院

1) テーマ：援護寮入寮を目指して―他職種との関わり―

2) 主な取り組み：双極性感情障害・アルコール依存症の50歳代男性の援護寮入寮に向けて取り組んだ。対象者の援護寮入寮に向け、体験外出・外泊を開始した。そのなかで援護寮スタッフと情報交換をするなどの連携を図ることができた。病棟においては、作業療法士との連携、薬の自主管理に伴い薬局との連携が図れた。しかし、体験外出・外泊で問題行動があり、対象者の援護寮入寮への意欲も薄れ、思うように社会復帰ができない事による苛立ちからか精神状態が悪化した。それにより、援護寮入寮への取り組みが中断となった。考察：対象者は何回か体験外出・外泊を繰り返し、そのなかでの問題行動に対しての対処を行ってきたが、対象者にとっては「援護寮入寮」という目標が大きすぎて負担になったのではないかと考えた。

3) 今後の課題：病棟生活のなかで、社会復帰に向けて必要と思われる達成可能な目標を、本人と立案して自信をつける必要がある。

#### 2. B 病院

1) テーマ：キーパーソンのいない患者の社会復帰に向けた関わり

2) 主な取り組み：キーパーソンのいない患者の退院支援を行うなかで、他職種とのカンファレンス、退院前訪問看護を行った。主な取り組みとして、他職種とのカンファレンスでは、患者の問題点が見え、的確な援助へ繋げることができた。また、退院前訪問看護の後に課題を明確にしたことで、次の訪問看護に活かすこともできた。退院前訪問看護では、独居生活をする上で必要な事を考え、退院後の生活をイメージして、でき得限りの環境を整えてからの退院が、キーパーソンのいない患者にとっては必要と考えた。

3) 今後の課題：今回の取り組みでは、病棟スタッフへの情報提供がうまく行えず、意識の統一を図ることができなかった。今後は病棟内のカンファレンスを定期的に行い、病棟スタッフへの情報提供を行なっていく。

#### 3. C 病院

1) テーマ：カンファレンスの定着と充実

2) 主な取り組み：退院促進を図るために、他職種の連携に着眼し、カンファレンスの充実に向け

て取り組んだ。取り組む前は看護師間で定期的なカンファレンスが行えていなかったため、患者の情報共有ができていなかったり、統一した看護や対応ができていなかった。そのため、まず、看護師間でのカンファレンスを定期的に行なうことを目標にし、情報を共有したり、問題に対して全員で話し合えるようにした。さらに他職種を含めたカンファレンスを目標とし、患者に対する効果的なアプローチを話し合った。その結果、新たにいろいろな視点から患者の情報を得る事ができ、改めて他職種を含めたカンファレンスの重要性を感じた。また、他職種とカンファレンスを行うには、密な連絡や確実な申し送りが必要であるとわかった。

3) 今後の課題：他職種とのカンファレンスは定期的に行うまでに至らなかったため、定期的に開催ができるよう取り組む。また看護職間のカンファレンスは、定期的になりつつあるため、引き続き定期的に開催できるように取り組む。

#### 4. D 病院

1) テーマ：精神科療養病棟における地域移行支援の取り組み(第2報)―通常業務としての支援を目指して―

2) 主な取り組み：地域移行支援を業務として定着させるため「地域移行支援プログラム」を導入したケース検討を行った。主な取り組みとして、各受け持ちグループに1名の患者を設定し、担当スタッフが継続してプログラムに沿って支援を行った。また月に1、2回の地域移行支援カンファレンスを開催して支援の状況報告やケース検討を行った。

取り組みの区切りとしてスタッフに「ケース検討を行って」の聞き取りを行った。その結果、スタッフは患者の退院支援を意識して関わることができたが、プログラムをうまく使えない一面もあることがわかった。聞き取り調査から「業務中にプログラムを読み、理解することが難しい」「既存の看護計画を使ったほうがわかりやすい」という理由が明らかになった。

3) 今後の課題：スタッフの聞き取り結果を参考に使いやすいプログラムに改善していく。

#### 5. E 病院

1) テーマ：特定非営利活動法人(NPO)身元保証支援「きずなの会」を利用して退院した1事例

2) 主な取り組み：対象は60歳代前半の男性で、約7年前に入院し、家族とは疎遠になっていたため生活保護を受給している。今まで本人より退院希望があり、保証人の受け入れ確認(子供に手紙

を出したり)を行うが、家人は強く拒否をするため、退院の話がなかなか進まなかった。そのため、市の福祉課職員と10数回のミーティングをもった。今回、担当PSWより身元保証を引き受けるといふNPO法人「きずなの会」の情報を得て利用することとなり、平成20年9月中旬に契約し、10月上旬に援護寮へ入寮となった。援護寮入寮後、しばらくは落ち着いて生活をしてきたが、2週間が経過した頃から怠薬などの原因で調子を崩し応急入院となる。入院後徐々に状態が落ち着いてきたため、カンファレンスを行ない、デイケアや授産所の見学後、12月上旬に援護寮へ入寮となった。

#### IV. 本年度の共同研究における新たな試み

本共同研究も5年目を迎え、これを機会に看護職が中心となった実行委員会を結成することとなった。実行委員会では、検討会の充実および看護職の知識・技術の習得を目的に以下のことを試みた。

1) 岐阜県の全精神科病院に対して検討会参加の案内状を郵送し、他施設の参加を募った。

2) 岐阜県の精神科地域移行支援事業についての説明会を計画し、岐阜県の精神科病床を有する病院および大学に説明会の案内状を郵送し、参加を募った。

##### 1. 実行委員会形式の運営に関して

各病院より実行委員を選出し、実行委員会は6回開催された。実行委員会形式により研究会開催の準備や司会・書記、検討会の充実を目指した話し合いなどを行い、看護職が従来以上に主体的に取り組むことができた。

実行委員会形式の運営に関して、共同研究の参加者からは「実行委員会形式で行うことにより現地側看護職がより主体的になりつつある」「“やらされている・・・”といった感じからモチベーションもあがった。」「外部との連絡をとったりすることは大変だったが勉強になった。」「伝達方法でタイムリーにできなかったこともあった。今までは検討会後はすぐに別れていたが、実行委員会形式で行うことにより話し合うことも増え、親密になれたと思う。」「検討会主催時はえらかったけど勉強になった。」など、実行委員会形式での運営を今後も継続する意見であった。

##### 2. 参加病院の拡大に関して

他施設の参加は第1回の検討会の開催時から呼びかけを行った。第1回は1施設3名、2回～5回は3施設(10名)が継続して参加し、延べ

43名の参加があった。

検討会での参加者が多くなったことから、①参加者全員に検討会開始時の自己紹介と終了時の感想を述べること。②運営上では机やイスの配置、ネームプレート使用などの工夫を行なった。

他施設の参加者からは、「他の病院の事例が学べる」「具体的な取り組みを聞いて自分たちも今後実践してみたい」といった意見が聞かれた。

共同研究のメンバーからは「5施設以外の施設の方も積極的で、検討会が活発になってきている。」「情報も増え、盛り上がる。」「それぞれの病院の風土や見方があり、その意見を聞くことができて良かった。」「参加施設が増えることは良いことだと思う。参加方法を検討する必要があると思う。」「自施設にとっては近い病院の参加があり、近くの病院の貴重な意見を聞くことができて良かった。」など、参加病院の拡大を望む意見であった。

#### 3. 岐阜県の精神科地域移行支援事業についての説明会に関して

最後の検討会(第5回)開催時に、岐阜県健康福祉部保健医療課の精神保健担当保健師に岐阜県の地域移行支援の事業についての説明を依頼した。説明会だけの参加者は6施設2大学15名で、共同研究者および他施設の参加者を含めると12施設2大学45名の参加があった。

説明会に参加した感想に関するアンケートを配布した結果、32名の回答があった。主な感想として、「岐阜県の現状、目標、取り組みが理解できた。」「勉強になった。」「地域移行支援事業に関して理解できた。」「患者様・当事者が生活しやすい事業を期待したい。」などが多かった。なかには、「事業内容を初めて知った。」「長期入院患者様の退院の可能性がでた気がする。」「看護師がもっと積極的に関わっていきえるようにしなければいけない。」「保健師さんとの関わりを密にする必要がある。」などの感想があった。

説明会への参加の状況からも精神科看護に携わる看護職の地域生活移行支援への関心は高く、行政に期待する一面が伺われた。また、説明会を行ったことで、地域生活移行支援に対する看護職のモチベーションもあがり、今後の看護実践に活用できる説明会になった。

#### V. 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・19年度に引き続き“連携”をキ

ワードに、各病院の状況に合わせて5課題が取り組まれた。その内容は、主治医はもとより、PSW、作業療法士、薬剤師らと連携を図り、キーパーソンや保証人が不在の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3題、今年度より取り組む病棟が変わったものの平成17～19年度の継続課題として同様にチーム医療、看護者間の連携強化を図るためのカンファレンス充実に向けた検討が1題、「地域移行支援プログラム」を導入したケース検討が1題であった

今年度の共同研究においては、一見、社会復帰が困難のようにみえる状況にある精神科入院患者に対し、同僚である看護職、医師、PSWの他に、作業療法士、薬剤師、NPO法人など様々な方面との連携が行われ、取り組まれていた。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、多職種との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体験、知識、センス、スキルが望まれる。

## 2. 今後の課題

### 1) 長期在院患者および長期化防止に向けた看護実践の定着化

岐阜県下においても平成20年度から精神障がい者の地域生活移行支援事業が展開されている。精神科看護に携わる者にとっては重要な看護実践であることが認識され、位置づけられつつあると思われる。今後とも実践の定着化に向けて、検討事例での知識の積み重ねとともに、取り組みが上手くいかなかった場合にこそ、学ぶべきことが多く含まれており、貴重な機会として振り返りを丁寧に行なう必要がある。

### 2) 看護職主体の実行委員会形式による運営に向けてのバックアップ

共同研究の参加者からは実行委員会形式での運営は検討会の運営や外部との調整など大変なことも多いが勉強になり主体的に取り組むことができるため継続を希望するものであった。今後も現地側主体の実行委員会形式での運営に向けて、看護管理者および大学など周囲のバックアップをはかっていく必要がある。

### 3) 参加病院の拡大

大学と5つの精神科病院で始まった共同研究が、より多くの県下の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へと発展していくことが望まれる。参加病院の拡大に向け、検討

会の方法などを検討する必要がある。

## VI. 本事業の成果

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

各施設の状況に応じた看護実践が取り生まれ、変化がみられている。新たなプログラムを業務として導入できるようになっていたり、多職種との連携が必要なキーパーソンや保証人が不在の方を取り組む対象にしたりして看護職が連携を展開する範囲が拡大されてきている。また、カンファレンスが行なわれていなかった病棟ではカンファレンスができるようになってきたり、病棟内での改善が見られている。

### 2. 現地側看護職者の受け止めや認識

本事業へ長期的に参加したことで、長期在院患者への社会復帰支援に関する体験、知識が蓄積された。それにより、長期在院患者への社会復帰支援の可能性、多職種との連携の重要性を認識し、看護職が主体的に実践している。

### 3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

看護職は日常の看護のなかでは、自身の看護実践に関して具現化することが少ない。本学がかかわることにより、看護者自身の看護実践を振り返り、具現化する機会となる。それにより、看護の実践知の積み重ねになっている。また、その看護職の取り組みを講義内容に活用することができ、大学教育の充実につながっている。

## VII. 共同研究報告と討論の会での討議内容

討議では、自宅退院への現状と課題（工夫点、難しかった点、成功事例等について）を討議したい内容として、他施設の看護師、保健師の参加により行なわれた。

・退院支援プログラムを活用した取り組みを行って、スタッフの意識の向上につながった。今まで看護師は家族と連絡をとってきいていなかったため、連絡をとる手段がなく、誰が連絡をとるの？という話になっていた。退院支援プログラムを使った取り組みを行うようになってから看護師が家族へ連絡が取れるようになってきた。しかしこれまで連絡をとってきいていなかったために、家族と良好な関係が取れていないのが現状である。家族はできれば患者が自宅に帰ってきてほしくないと考えている場合もあり、連絡をとって連携をしていくことが必要であると感じている。

・入院が長期化してしまうと家族と疎遠になってしまう。家族からの経済的な支援はあっても、退院するとなると協力が得られないことがある。家族がどこまで関わってくれるかが今後の課題になると思う。

・家族とどのような関わりが良いと思うか？

→（地域包括支援センターの看護師）

精神障がい者で単身の方が地域に戻ってくると地域からの苦情が出てくることがある。また、生活保護の方なら市の生活福祉課が担当するが、65歳以上の方なら介護保険を申請するように言われ、包括支援センターが対応している。その後、市と包括支援センターの間での押し付け合いが始まり、市営住宅も絡んでくるとそこも押し付け合いが出てくる。行政の壁は厚く難しい。民生委員や連合会の間でも温度差があり、支援としては難しい。さらに様々な支援を計画し本人に提示しても、本人が同意しない場合に困ってしまう。

・看護師は法律や施策に弱い部分がある。PSWに法律などについては頼って調整を頼んでしまっている。看護師も法律の学習をしていかななくてはいけない。そのような学習をすることで違った目線で見えていくこともできる。

・PSWが退院の調整を行って、使えるサービスも探してきてくれる現状である。患者にあったサービスであるかどうかを見極めていかななくてはいけない。利用できるサービスを看護師は全て知っているわけではないので、PSWと関わり連携しあいながらサービスについても学習をしていかななくてはいけない。

・ひとつの職種だけではなく、多職種とのカンファレンスを開いて意見を交わすことが重要である。

・（地域の保健師）

患者の退院は病院任せであったが、地域でも家族や地域住民が受け入れる条件を整える活動をしていくことが必要である。地域とのつながりがあるのは精神保健福祉士（PSW）であるが、精神保健福祉士（PSW）では病棟中での生活のことまではわからない。ケース会議などを開いた時には是非、看護師に参加してほしい。

・急性期治療病棟勤務であり、入院患者とその家族とのつながりもあり、面会にも来ている。家庭で生活していながら病気により入院となって、家族も不安な思いを持っている場合もあり、そのような家族と関わるのは難しいところが

ある。面会時に声をかけて、不安を傾聴したり、安心感を与えられるような関わりをしている。

・どの患者も長期入院になろうとしてなったわけではないため、入院時の初めの家族との関わりが重要になってくる。

・患者のニーズにより、援護寮や自宅への退院を希望していたと思うが、患者のニーズと現実とのズレがしばしばあると思う。そのずれをどのように調整して来たのか質問したかった。

## 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入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.