
1. 私らしい地域生活 ～長期入院患者の地域生活に必要な支援とは～ (外来部門の基盤体制にむけて)

戸田病院 外来部門 宮坂 恵子 石井 文世
内田 幸子

はじめに

退院促進事業が開始され、長期入院患者が地域へ退院されている昨今、退院環境を整える意味で訪問看護、外来、グループホーム、ハートフル荘、デイ・ケア、支援センターの役割も変化している。昨年までは長期患者を地域でどう受け入れていくため、外来部門（デイ・ケア、グループホーム）の体制整備の在り方についての研究をまとめた。

それから2年、長期患者の退院患者が促進される一方、高齢化や生活能力の低下などの課題が山積みとなり外来部門において質的な向上が必然的に求めざるを得ない状況となった。退院患者にとって退院は喜ばしいことではあるが、入院という保護的な環境から单身もしくはグループホームへの自立は不安が強いことは否めない。入院生活と同様、保護的な生活環境が必要となると同時にデイ・ケア、グループホーム、訪問看護などによる密度の高い支援体制、統一した関わりが必要とされる。精神障害者社会生活評価尺度（以下LASMI）を用いて評価し各部署の役割が明確となり治療効果、生活水準の向上に繋がったので報告する。

研究目的

外来部門毎にバラバラであった評価基準に精神障害者社会生活評価尺度を用いることで、一定の水準を得られるかを確認することにある。

LASMIが当院の評価に有効であることができれば、共通の評価指標を用いることができるようになり、各部門の役割と今後の行動

の指針とできる。

研究方法

長期入院を経てグループホームに入居されている6名と、外来、デイ・ケア、訪問、看護利用中の单身生活者4名を対象に、LASMIの指標を用いて生活技能の適切さを比較する。

1) 研究対象者

○長期入院した後にグループホームに入居した6名（男性：3名 女性：3名）
U・M氏 女性 病名 統合失調症
入院歴22年
当院平成2年より入院され平成24年4月退院しGH入居となる。外来通院、訪問看護、デイ・ケア利用されている。

○地域生活者4名（男性4名）

M・Y氏 男性 病名 統合失調症
入院歴3年
当院平成19年より入院され平成22年12月自宅退院となる。現在、父と2人暮らし。外来通院、訪問看護、デイ・ケア利用されている。

2) 研究期間

平成24年4月1日～8月31日

3) 研究場所 外来部門

4) データ収集方法

LASMI利用マニュアルに従い評価する。
5つの評価項目を各部署で評価し、総合的に評価した。

個別面接を各部署で実施し、患者のニーズ、支援内容、診療状況などの情報交換を行った。評価者は、直接観察でき

表1 グループホーム入居者得点プロフィール

	A氏		B氏		C氏		D氏		E氏		F氏		平均	
	実施前	実施後	実施前	実施後	実施前	実施後	実施前	実施後	実施前	実施後	実施前	実施後	実施前	実施後
日常生活	3.1	3.1	1.5	1.0	1.8	2.3	1.3	1.3	0.4	1.0	1.0	0.2	1.5	1.5
対人関係	3.1	3.0	1.0	1.7	1.5	1.7	0.8	1.1	1.0	0.9	0.6	0.8	1.3	1.5
労働または課題の遂行	3.3	3.6	1.4	1.9	2.6	2.5	1.3	2.1	1.0	1.3	0.9	1.2	1.8	2.1
持続性・安定性	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.0	2.5	3.5	3.5	3.5	3.3	3.4
自己認識	3.6	1.0	1.3	3.0	2.0	2.0	1.3	2.3	1.6	0.3	1.3	1.0	1.7	1.6

表2 単身生活者得点プロフィール

	G氏		H氏		I氏		J氏		平均	
	実施前	実施後	実施前	実施後	実施前	実施後	実施前	実施後	実施前	実施後
日常生活	0.3	0.1	0.5	0.2	1.5	0.2	1.3	0.1	0.9	0.2
対人関係	1.1	0.8	1.2	0.6	1.0	0.4	0.2	0.6	0.9	0.6
労働または課題の遂行	1.5	1.2	1.0	0.4	1.0	0.7	0.3	0.6	1.0	0.7
持続性・安定性	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	2.0	1.5	1.5	1.6	1.4
自己認識	2.6	1.3	2.3	2.3	0.6	1.0	0.0	0.3	1.4	1.2

る立場にあるか、直接観察している情報提供者から十分な情報を得られることとした。

なお、評価時にはLASMI評価シート（戸田病院・外来部門版）を作成した。

5) データ分析方法

研究対象者毎に“面接および支援プラン”の実施前後の評価値をレーダーチャートにて比較する。

結果

1) 得点プロフィール

LASMIの評価結果の得点プロフィールを上表に示す。

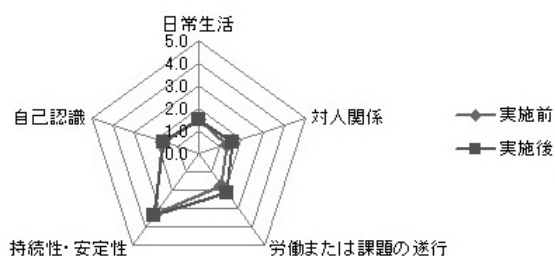
グループホーム入居者は、個人ごとには変化があるものの、平均値では変化が小さい。単身生活者は“日常生活”が0.8ポイント改善され、“持続性・安定性”が1.5ポイント悪化という結果となった。

2) レーダーチャート

グループホーム入居者および単身生活者の平均値のレーダーチャートを示す。両者ともに“持続性・安定性”の指標が、他の指標と比較して低下していることが分かる。

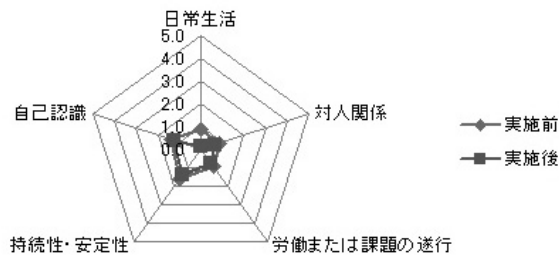
レーダーチャート1

グループホーム入居者平均



レーダーチャート2

単身生活者平均



考察

LASMIの結果および各部署での役割を振り返り、次の3課題が抽出されると考える。

①患者のニーズと支援内容の課題では、

LASMIを取り入れたことで、実施前後の評価、プランを各部署共有をはかる。

先述の結果をみても、個々の地域生活のしづらさが表れていた。私たちは、日々、面談および支援プランをたて関わっている

が、果たしてそれが患者のニーズに沿ったものを提供できているのかと考える。

退院し地域生活へ移行され患者の環境の変化とともにニーズの変化もみられる。その変化に私たちも対応していかなければならない。ケアの質にとらわれ過ぎてしまい患者の思いが共有されるよう今後も取り組んでいきたい。

②各部署の役割の課題では、

今回の関わりを通し、部署ごとの役割の見直しが必要と考えた。

外来は外来ミーティングや個別情報の有効活用を整理する、患者の方向性、支援内容の実施、方針の確認、効果的な診察や外来支援にいかす、訪問看護は、個別テーマを明確にし、情報共有をはかり1人の人として支えることをすすめていく、グループホームは、個別支援計画の作成の実施、地域生活技能習得に向けての援助、日常生活観察により報告を行う、デイ・ケアは、各コースのケア会議の実施、治療ポイントの明確化、利用者のゴール設定が今後必要と考える。

③チーム医療の課題では、

LASMIの評価を共有するまでは、各部署でケアプランを立て部署ごとに行い問題が生じた時に状況を報告する形で行っていた。問題が生じた時に連携を図ることは、患者へのケアが本当にいかされているのか考える。共有シートを用いることで、常日頃の患者ケアの把握ができるのではと考えた。

また、部署ごとに役割が異なるため、特性を生かしながら連携をはかり、医師との協力関係の強化も必要と考えられる。

おわりに

上田氏は「生活機能・障害の構造は障害のある人の現状を解釈するためではなく、よりよい方向に変えるためにある」と述べている。私たちに必要なことは、患者のゴールとしているものは何か患者と寄り添いながら方向付けを行い、目標を明確にしてい

くことが不可欠である。そのために、私たちは日々の関わりを大切に今後も支援していきたい。

引用文献

上田敏氏『ICFの理解と活用方法』萌文社 2010年4月10日

伊勢田堯氏『LASMI利用マニュアル』きょうされん 2003年5月