

3. 長期入院者の地域生活をどのように支援するか ～長期入院者が地域で呈しやすい課題、 それへの対処、受け入れシステムを考える～

戸田病院 第2デイ・ケア 藤間 智子 藤井 恒

1. はじめに

国全体で、「入院医療中心」から「地域生活支援中心」への転換が、急速に進められてきています。当院においても、長期入院者の方の退院を促進するとともに、グループホームやデイ・ケア及びデイ・ナイト・ケアの充実を図っています。

そうした「病院から地域へ」という動きの中、長期間入院生活を送っていた方が退院してアパート等で一人暮らしを始めることは、非常にハードルの高いことです。そこで、グループホームへの退院という需要があります。当院では、平成20年よりグループホームの開設が相次ぎ、急速に入居者を増やしています。現在18部屋、計51名の方が入居されています。

また、デイ・ケアでは平成21年に第2デイ・ケアが創設され、現在2か所、合わせて定員100名の大規模デイ・ケア、デイ・ナイト・ケアを実施しています。

この春、5名の長期入院者の方が退院してグループホームに入居し、デイ・ケアへの参加も開始されました。なお、ここでは5年以上の入院患者の方を「長期入院者」と定義させていただきます。

2. 本発表の内容

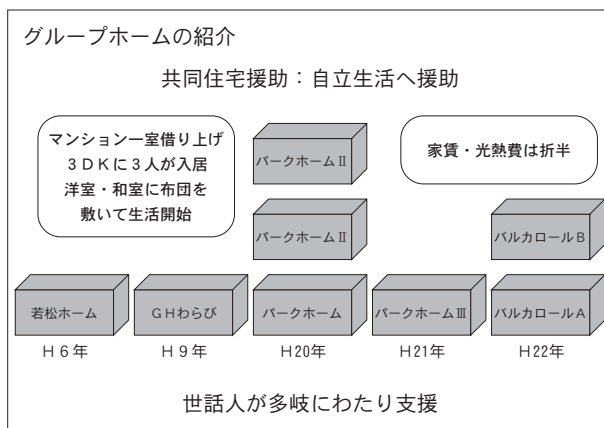
初めに、地域生活を支える受け皿としてのグループホームとデイ・ケアについて紹介します。そして、この春受け入れた5名の長期入院者の方が実際に地域で暮らし始め、どのような課題や問題が生じたか、またどのような対応や対策を行ってきたかについて、2つの事例を含めて提示し、考察します。

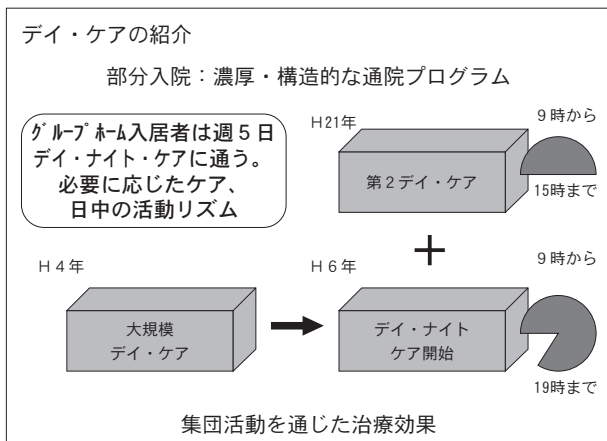
3. グループホームとデイ・ケアの紹介

グループホームは、「共同住宅援助」と定義されます。マンションやアパートの一室を借り上げ、2名から3名で共同生活を送ります。それぞれ個室を持ち、家賃や光熱費は入居者同士での折半となります。グループホームでは、入居者が地域で自立した生活が送れるよう、「世話人」が多岐にわたる支援を行っています。

デイ・ケアは、アメリカでは「部分入院」と呼ばれています。「安定した治療関係のもと行う、濃厚かつ構造的な通院形式のプログラムであり、包括的な精神保健福祉サービスと連携してそれらの一翼を担うもの」とされます。

当院のデイ・ケアでは、グループホーム入居者に対し、原則的にデイ・ナイト・ケアへの通所を義務付けています。これは、必要に応じたケアを受けながら、地域で暮らしていく上で必要な日中の活動リズムをつけること、集団でのプログラム活動を通して治療効果を上げることを目的としています。





4. この春受け入れた長期入院者5名の方について

平均入院期間は15年4ヶ月、平均年齢は57歳、診断名はいずれも統合失調症で、人によっては軽度の精神遅滞を持つ方もいました。

このうち、「同居者とすぐに仲良くなれるなど対人関係能力が高い男性」と、「理解力は低いが何度も繰り返し伝えていくことで習得できた女性の方」に関しては、比較的問題は少なく経過しました。また、「身体的機能が低下している女性の方」は、「脚が痛くて病院へ行けない」等、依存的な訴えが強く見られましたが、同行通所やバスを利用する訓練を始め、今では一人で通所されるようになりました。一方、「自己表現が少なく訴えがほとんどない男性の方」と、「他者との交流が見られず対人関係能力が低い男性の方」に関しては、受け入れ時からこれまでに、様々な問題が示されました。以下、2名の方の事例です。

5. 事例1「怠薬」「体重減少」

事例1は、60歳の男性です。53歳の時に母が亡くなったのをきっかけに入院され、6年5ヶ月の入院を経て、今年4月に退院と同時にグループホームへ入居されました。「大丈夫です」「はい、はい」と受け答えが良く穏やかな反面、言葉や感情の深みがこちらに伝わりにくいという印象でした。

順調にグループホームでの生活をスター

トしたと思いましたが、入居8日目にデイ・ケアで様子に異変があり、怠薬が分かりました。入院中はできていても服薬意識が低かったことが分かり、スタッフによる服薬管理と指導を開始しました。

また、入居3ヶ月後より食事量が減り、体重と体力の低下が見られました。当初熱中症を疑い、自室のエアコンを修繕したり、内科受診で検査を受けましたが異常が見られませんでした。その後、体重減少の原因として、本人に歯がないため食べ物が咀嚼できなかったことと、病棟での食事形態が継続されなかったことが判明しました。エンシュア処方とデイ・ケアでのお粥提供、義歯の作成により、課題は解消しました。

この事例では、元々訴えの少ない方であり、スタッフは状態変化の把握や対処が遅れがちになったという課題が明らかになりました。

6. 事例2「洗剤撒き」「行方不明」

事例2は、軽度の精神遅滞をもつ54歳の男性です。41歳の時から13年間の入院を経てこの春退院し、グループホームに入居となりました。入院中も他者との交流は少なく、不安が強く、腹部の不快感が続いている方でした。

グループホームに入居した翌日から、「お腹が痛い」と自宅に引きこもり、ゴミ箱に薬を捨てる、世話人訪問時にゴミ箱の中身を撒き散らす、洗濯洗剤を部屋中に撒き散らすなどの行動がありました。入院以前からの、引きこもりがちな傾向と、身体症状化のしやすさ、不安や混乱を抱え込みやすい傾向をスタッフが理解できていなかったことが、不安や混乱を大きくした一因だったのではないかと思います。そこで、服薬管理とデイ・ケアへの通所支援、頻繁な声かけと見守りを開始しました。すると、少しずつプログラムへの参加や、本人からの言葉での訴えが見られるようになりました。

しかし、生活に慣れ始めた入居4ヶ月半

後には、一昼夜行方不明となり、翌日無事に保護されました。本人は、「迷子になった。パチンコをした。風俗に行こうと思ったが行けなかった」など、恐る恐る話されました。デイ・ケア中心の生活には順応してきたものの、地域での行動範囲には限界があったのではないかと考えます。行動範囲を拡大するための交通機関の指導を行うとともに、ご家族と相談して携帯電話を購入し、緊急時の電話連絡や交番での尋ね方などの練習を重ねました。

この事例により、緊急時のスタッフ対応や、日頃からSOSの出し方を訓練する必要性が明らかになりました。

7. その他の長期入院者の方について

退院したばかりの頃は、不安や不満などの様々なストレスが押し寄せることで、退院の嬉しさとは裏腹に「入院したい」「病院に帰りたい」と訴える方も見られました。また、ストレスが言葉でうまく表現できない方は、事例のように行動面において顕著にあらわれました。

様々な課題は、入居直後の方に限られたものではありません。昨年入居した長期入院者の方でも、「デイ・ケアへ来る道の途中で倒れる」「グループホームのマンション廊下での放尿」「飲食店での排泄汚染」などを起こしており、地域生活においてメンバーもスタッフも様々な課題に向き合わねばなりません。

8. 受け入れシステムの整備

様々な課題への対処を通して、受け入れシステムの整備が図られました。

今年3月にグループホームとデイ・ケアのスタッフルームが共有となり、毎朝合同ミーティングを行うなど、より連携が取りやすい環境になりました。4月からは、外来部門において情報共有を行う「外来ミーティング」が開始されました。また、主治医の外来診察時に、デイ・ケアでの様子の

フィードバックを開始しました。グループホームの運営や入居者の状況を共有する「グループホーム連絡会」が開始され、入居者の増加を受けて業務の見直しが行われました。

こうして、地域医療や生活を支える連携の強化が進められています。

受け入れシステムの整備

3月：GHとDCのスタッフルーム共有

4月：外来ミーティング開始

(外来、訪問看護、GH、連携室、DC)

主治医の外来診察時にDC様子を送る

4月：グループホーム連絡会

(事務長、総師長、GH、連絡室、外来、DC)

9. 考察 1

この春受け入れた5名の長期入院者の方の経過から、次の5つの課題が抽出されると考えます。

考察1：長期入院者の課題

以上の経過から、次の5課題が抽出

①入所初期の課題

②身体機能の課題

③社会性・自己中心思考の課題

④自己表現の課題

⑤危機的状況時の対処能力課題

①入所初期の課題

退院後は、自分で食事の確保をする、自分で薬を飲む、自分で眠る準備をするなど、自分でやるべきことが突然増えます。グループホームもデイ・ケアも、まだ自分の居場所になっておらず、心細さや混乱が大きくなり、入院中にできていたことができなくなる時期だと思われます。入所初期は安心感を優先し、特に食事と服薬に関する手厚い支援が必要となることが分かりました。また、入院中に数日間のデイ・ケア体験通所やグループホーム体験宿泊を経験することも、効果的ではないかと考えます。

②身体機能の課題

長期の入院生活で足腰の力や体力が低下

し、デイ・ケアで1日を過ごす体力がない方や、何かしらの内科疾患を併せ持つ方、高齢の方も多いため、身体面での継続したフォローが必要となります。

③社会性・自己中心思考の課題

「間に合わないからエレベーター内で放尿する」「ばれないから寝たばこをする」「疲れたから道路で座り込む」など、"住民として"よりも"患者として"の自分が定着しているが故に、社会的なルールの理解が難しいことがあります。スタッフとして、とても根気の要る支援ですが、地域で暮らす住民として「自分の行動の責任は自分で担う」という社会性の視点を伝える必要があります。

④自己表現の課題

訴えが少ない、または訴えが日常茶飯事であるため、スタッフの対応が遅れてしまうことがあります。その方の持つコミュニケーションの傾向は、デイ・ケアやグループホームへの定着に大きく影響すると考えられます。自己表現や対人関係能力が、比較的低い方に対しては、様子の観察などスタッフからの働きかけを多くする必要があります。

⑤危機的状況時の対処能力の課題

体調の急変、道に迷うなど、緊急事態に助けを求めて自分を守るように、携帯電話の使い方や交番の場所、道の尋ね方など具体的に繰り返し練習する必要があります。日ごろからスタッフに相談するという関係づくりも重要になります。

10. 考察 2

5名の長期入院者の方々は、退院後も様々な課題を持ち、時に「問題行動」に至ることがありましたが、大きく状態を崩すことなく地域生活を継続し、デイ・ケアやグループホームでのケアにより少しずつ自分で

きることを増やされています。重要なことは各部署の連携の充実です。2つの事例を通して、情報共有と各部署の連携が課題の発見と対処につながり、あらためてその大切さを実感することができました。地域医療の受け皿である、デイ・ケア、グループホーム、訪問看護、外来などにおいて情報共有を密にし、必要に応じてスムーズな介入が行える支援が望ましいのではないかと考えます。

11. 最後に

観念的な言葉ですが、支援者の「静かな熱意」というものについてです。

長期入院者が退院し、地域で生活されるようになることは、支援を続けてきた病棟スタッフにとって悲願のことだと思います。長期入院者にとっても、自分の状態の悪い時を知っているスタッフには特別な思い入れがあるはずです。

一方で、長期入院者は来所当初から様々な課題をあらわしており、受け入れる側のデイ・ケアやグループホームスタッフは、その方の人柄や傾向を理解するよりも先に、課題や問題自体への対応を求められるようになります。そこで、入院中に病棟スタッフが感じたその方の傾向やエピソード、「この患者さんを地域に送り出したい」「ずいぶん成長されて良かった」という熱意も含めて、デイ・ケアやグループホームスタッフが引き受けていけたら良いと思います。

地域生活を始めてから自立を目指していく方たちにとって、各部署からの矛盾のない専門的な支援が不可欠です。地域においてもこの「静かな熱意」を持ち合い、支援をしていきたいと思っています。
