
4. デイ・ケアにおける個別援助と他部門との連携 ～看護計画を導入して～

川口病院 デイ・ケア 本間 康美 武田つや子
相良 幸

I. はじめに

デイ・ケアは、規則正しい生活習慣を身につける、コミュニケーションを学ぶなどの社会的自立の準備、病気との付き合い方を身につけることによる再発・再入院の防止などを目的とし、医療の提供と福祉の提供によって利用者の社会生活を支える手助けをしている。つまりデイ・ケアは入院治療と外来治療の不十分さを補い、社会復帰の促進と生活の安定を図る重要な役割を担っているのである。

しかし、デイ・ケアでのリハビリテーションの難しさとして、入院治療とは違い、限られた時間内においてメンバーと関わるためデイ・ケア以外で起こる変化に対して迅速な対応ができない、ということがある。再入院を防止するためには、デイ・ケア内でいち早く病状変化を察知し、帰宅後やデイ・ケアに参加していないときの病状変化に対しても効果的な援助をしていくことが重要である。そのためには他部門との連携が重要であり、常に情報を共有していかなければならない。そこで今年から本格的に看護計画を導入し、他部門と連携しながら介入をした3事例を報告する。

II. 事例紹介

<ケース1>

1. 事例：A氏 55歳 男性 グループホーム入所中（当時）
2. 診断名：統合失調症
3. 経過：X-9年2月頃、幻聴、不眠、被害妄想出現 他院への入院を経て当院に入院、現在は統合失調症の残遺状態である。

デイ・ケアは、X-5年2月6日から参加、ハートフル荘にて生活訓練を行った後、X-2年5月7日グループホームに転居となる。転居後、デイ・ケアへは週5日きちんと参加できていたが、怠薬や診察を受けないことが続き、生活支援のため任意入院。その後も、幻覚妄想状態にて2回医療保護入院をしている。退院後はデイ・ケアに参加しながら受診していたが、間もなく参加が不規則となりそのうち怠薬、診察を受けないことが続き、さらにデイ・ケアの参加も全くなくなっていった。またグループホームの世話人からは1日の食事がおにぎりのみという報告を受け、生活の乱れ、栄養の偏りが心配された。そのため栄養のある食事摂取等の生活指導、治療のコンプライアンスのため看護計画を立案し介入した。

目標：精神状態の悪化と再入院を防止する
プラン：

O-P

- (1)精神状態
- (2)活動状況 1日の過ごし方
- (3)食事摂取状況 栄養状態
- (4)服薬状況

T-P

- (1)定期的に診察、治療を受けてもらう
 - ・P S Wと連携し治療が受けられるように環境を整える
 - ・訪問看護と連携しデイ・ケアへの参加を促してもらう
- (2)服薬してもらう
 - ・世話人に依頼し服薬を見守りしてもらう

- ・電話での指示で服薬してもらう
- (3) 栄養状態の偏りをなくしていく
- ・デイ・ナイト・ケアに参加してもらい、食事を食べてもらう

4. 実施：

退院直後は週5日のペースでデイ・ナイト・ケアに参加し、プログラムに添って行動していたが、そのためには常に声かけが必要であった。特に診察の日は本人が忘れてしまうため、継続できるようにスタッフが配慮した。内服薬については「飲んでい」「帰ってから飲む」と言っていたが、訪問看護で服薬していないことが判明した。そのため、主治医に報告すると共に服薬指導を重点的に行うことにした。デイ・ケアに薬を持参して服薬するよう説明することはもちろん、服薬したことをチェックリストに記入する、帰宅後、A氏の方から電話を入れてもらい服薬確認する、帰ったらポケットに薬を入れる等具体的に提案したがどれも実行にいたらず、再度主治医、訪問看護、PSWへ報告し、世話人には服薬の見守りを依頼した。

デイ・ケア内のミーティングでは、スタッフが薬を預かり服薬させるといった意見も出されたが、A氏がデイ・ケアまで薬を持ってくることで自身が困難になってきていたため、今度はA氏の帰宅後にスタッフが毎日電話をかけ、服薬確認をすることにした。しかし、電話連絡はグループホームの同室者がいる時はその人が取り次いでくれるが、不在時は全く連絡が取れない状態で、確実な服薬指導は困難であった。そこで訪問看護時に携帯電話の使い方を確認してもらったところ、操作ができないことが判明した。緊急時の電話対応も困難なことから、訪問看護スタッフとPSWに訓練を依頼した。

5月の連休明けからは全くデイ・ケア参加が無くなり、診察・治療がさらに継続困難となり精神状態の悪化が懸念された。更に食事に関しては、毎日おにぎり4個のみ

であったことから栄養の偏りが心配された。そのためPSWには診察日の同伴受診の依頼、訪問看護には生活面での情報収集と引き続き電話訓練を依頼、世話人には毎日の服薬確認と日常生活面での援助を依頼した。デイ・ケアでは、引き続き電話での参加の促しを行った。来ない理由を問うも「何も無いよ」と笑って答えるのみであった。退院から2ヶ月後、A氏はPSW同伴の診察の結果、急性増悪で再入院となった。

<ケース2>

1. 事例：B氏 43歳 男性 市営団地で1人暮らし

2. 診断名：統合失調症

3. 経過：24歳時より被害妄想出現、自発性の低下や感情の平板化が目立つようになる。X-12年3月より単身生活となるが聴覚過敏、被害念慮、壁を叩く等の問題行動が顕著となり他院へ2回入院、その後、他院で外来治療とデイ・ケアへの通所を行っていたが、X-6年3月自宅に近い当院へ転院となった。同時にデイ・ケアへの通所開始となる。その頃から水に対するこだわりが出現し、多飲による下痢も起こしていた。デイ・ケアには定期的に通えていたが多飲傾向、生活の乱れがひどくなりX-5年2月入院となる。その後外来通院とデイ・ケア通所を定期的にしてはいたが、恋愛妄想・多飲傾向・怠薬で入退院を繰り返している。またX-5年8月退院時は75kgであった体重が、暴食と多飲によってX-1年7月退院直後は95kg、9月には100kgとなった。そこで、体重を測定することで自分自身の体や食生活に対する意識付けができると考え、X年2月からデイ・ケア来所時と帰宅時の1日2回の体重測定を開始した。それと共に水中毒予防のため看護計画を立案した。

目標：水中毒を予防し再入院しない
O-P

-
- (1)精神症状
 - (2)来所時(朝)と帰宅時(夕食後)の2回体重を測定し、一緒に記入する
 - (3)帰宅時水分量をチェックし一緒に記入する

T-P

- (1)定期的にデイ・ケアに来所してもらう
- (2)本人より目標体重・本音・今後どうしていきたいかを聞きプランに生かしていく
- (3)体重を一緒に記録することで意識を高める
- (4)訪問看護と連携し情報共有(生活状況・空ボトルの本数などを確認してもらう)
- (5)母親との連携
- (6)来所時はプログラムに集中させる

E-P

- (1)適切な水分量、体重を本人と話し合いながら決めていく(本人の目標体重95kg)

4. 実施：

まず、水中毒予防のため体重が100kgを超えたら入院になることを本人・主治医・スタッフとの間で確認し、体重測定を来所時と帰宅時の2回体重測定を開始した。しかし100kgを超えることがしばしば見られ、本人にそのことを伝えると「入院はいやだ」と拒否。そこでなぜ体重が増えてはいけないか、水を飲み過ぎてはいけないか本人に再確認したところ「血液が変になって死んでしまうから」という言葉が聞かれた。

そこで①自分で目標体重を決める②体重と飲んだものを自分で記入する③一気飲みはしない、の3つの目標を設定した。はじめは「自分で書くのはいやだ」と拒否的であったが、スタッフと一緒に記入すること、個人体重表を準備することで納得し、体重表に「目標体重95kg」と本人が書き、記入開始となった。すると、自分から体重を測定し嫌がらずに記入するようになった。水分量に関しては、デイ・ケアだけで制限しても、帰宅後には自由に飲める環境にあ

ることや制限すること自体がB氏にとって負担となることなどを考え、本人の申告分を記入してもらうことにした。しかし、体重が100kgを超えるようになり、水分も4000mlから6000mlと増え、朝夕の体重差は3kg以上となった。そこで、最初に話し合った体重をコントロールする意味と目標体重を再確認すると、翌日からは100kg以下に減少するということの繰り返しがしばらく続いた。訪問看護には空ボトルの本数を訪問する毎に確認してもらった。

また母親がB氏の部屋に長期間泊まりに来ると、水を飲まないように言われることから、デイ・ケアに来て一気に飲んでいる傾向があった。デイ・ケアではなるべくプログラムに集中するよう声かけしたところ、集中している間は水分から離れているように見えた。体重記入が慣れた頃、水分量を自分で決めようと提案したところスムーズに自分で3000mlと決めることができた。その頃から、母親がB氏をスポーツジムに行かせていることが判明する。デイ・ケアも休みがちになり疲労が懸念されたため、母親に連絡、状況を説明し、日数や時間数を調整することでジムも続けられることを説明した。現在のところ体重が目標を下回りデイ・ケアにも通所できている。

<ケース3>

1. 事例：C氏 55歳 女性 一軒家に1人暮らし

2. 診断名：統合失調症

3. 経過：被害妄想、近所への迷惑行為にて当院へ入院、その後ハートフル荘へ入所しながらデイ・ケアに参加する。X-2年10月ハートフル荘での生活訓練が終了し、1人暮らしとなる。

最初は不安のためかハートフル荘に頻繁に電話をかけたが、デイ・ケアの開始から終了まで携帯電話の料金や固定資産税のことなどについて何度もスタッフに尋ねてきたりすることもあった。その頃は、頻回に

家族や近所の人に電話をかけており、支援センターに近所の人から苦情の電話が寄せられた。デイ・ケアでは「スタッフが話を聞いてくれない、意地悪をする」など被害的な言動が多かった。またデイ・ケアに遅れる不安から夜中にタクシーで来てデイ・ケアのドアが開くまで外で待っていることもあった。以上のことから被害妄想と強迫観念のため不安が強いと考え、軽減するため看護計画を立案した。

目標：不安感が軽減し現実的な行動がとれる

O-P

- (1) そわそわした、しっくりしない態度はないか
- (2) 落ち着かない行動の有無
- (3) 夜間の睡眠状況
- (4) 妄想・脅迫観念
- (5) デイ・ケアへの来所時間
- (6) 支援センター・訪問看護より情報を得る

T-P

- (1) 安心できる環境を提供する
- (2) 他に目を向けるようにプログラムの参加を促す
- (3) バスの時刻表を紙に書いて渡す
- (4) 支援センターと連携し参加日数を決めていく

E-P

- (1) 不安の理由をじっくり聞く
- (2) 不安がある時は言葉で表現できるように促し、それに合ったアドバイスをする
- (3) 被害妄想が強いときは、それは病的な妄想だと話す

4. 実施：

デイ・ケアプログラム中にもかかわらず同じことを何度もスタッフに尋ねてくることに対しては、担当のスタッフが話を聞き、窓口を1つに絞る対応をしたことで少なく

なり、プログラムに集中できるようになった。支援センターに近所から苦情の電話が入った時は、状況を詳しく聞き、C氏へ近所の迷惑になることはゆくゆく入院に繋がるということを繰り返し説明した。スタッフへの「私を無視している、嫌われている」という被害妄想に対しては、妄想であり、本人の持っている病気の部分であるときちんと説明した。

そうした対応により被害的な訴えの回数は減り、時には「これって私の病気がそう感じさせるのですか」と自覚するようになった。

デイ・ケアに何時間も早く来ていることに対しては本人と話し合い、不安にならず、かつ常識的にデイ・ケアに来ることができるといふギリギリの時間が7時30分前後ということになり、その時間帯のバス時刻表を紙に書いて渡した。初めは時刻表通りにゆっくり来ることができたが、次第に「遅れることが心配」と来所時間は早くなった。しかしタクシーで夜中に来所するというはなくなった。

X-1年4月、本人よりデイ・ケア参加日数を5日から4日にしたいという希望があり、デイ・ケアとハートフルスタッフと本人とで面談をした。そこでデイ・ケアを理由なく休まないことや家族に電話しない、近所へ夕食以降訪問をしない、人のことを信じるなどの約束をし、希望を受け入れた。現在も心配事や不安があると、スタッフに何度も尋ねたりすぐ被害的に受け取ったりすることもあるが、それらを自分の病気の部分と考えられるようになってきている。最近ではデイ・ケアの参加が週3日に変更されたが、近所からの苦情なく1人暮らしが続いている。

III. 考察

平成21年の9月からデイ・ケアでの受け持ち制が導入され、平成23年から本格的な看護計画立案が始まった。個別看護を行っ

ていく上で、デイ・ケアでの看護の難しさは、入院治療と違いメンバーと関わる時間が短く、一緒に行動しての指導が困難であることから、デイ・ケアに参加していない時の支援をどのように確保していくかが重要であると考えた。それには訪問看護、支援センター、外来、医療相談室、グループホーム世話人、家族と連携をとり、デイ・ケアスタッフが見ることでできない部分での変化をいち早く察知することで状態悪化を防止できると考えた。

ケース1の場合、統合失調症の残遺状態にて無気力であり思考能力低下、物事に関して無関心なため治療に対してノンコンプライアンスであり、また栄養の偏りが見られ常に援助する人が必要と思われた。しかしグループホームは歩いて30分と遠くデイ・ケアスタッフの範囲外とされ介入が難しい状態であった。そこで世話人やPSW、訪問看護に依頼し多方面からデイ・ケアの参加を促し、食事や服薬等のセルフケアの向上、ひいては精神状態の悪化と再入院の防止を図ろうとした。デイ・ケアに来所することで治療も食事も問題なく行えるようになって考えたが、入院という結果となってしまった。デイ・ケアスタッフの介入の限界を思い知らされたと同時に、メンバーがデイ・ケアに参加しているまさにそのときに、いかに関わっていくかが重要であることが分かったケースである。

ケース2の場合、元々水中毒の怖さを自覚している方であったため、体重と共に飲料水の種類と量を記入し視覚的に訴えることで、自身の体や食生活に対して更なる自覚が生まれたと考えられる。朝夕の体重差も1kg未満となっており、当初の本人目標体重である95kgを下回る日が多くなっている。自ら進んで体重表もチェックするようになり体重の減少が励みになっているようである。

また母親の協力がとてもあるケースだが、母親の思いと本人の思いが必ずしも一致せ

ず、体重増加時は母親の見ていないところで多飲していると考えられた。デイ・ケアとスポーツジムで疲れないか心配であったが、最近はデイ・ナイト・ケアに週3～4日は参加できておりスポーツジムも楽しいと話している。今後も母親と連携を深めることで更なる減量やセルフケアの向上をはかることができると考える。

ケース3の場合、強い不安からあらゆる所に電話をかけたり、被害的な訴えが頻回にあったりと、1人暮らしが継続できるか懸念されたが、支援センターと連携し、デイ・ケア参加日数をしっかりと設定し、訴えや頻回の電話対応を両方で行っていった。その結果、デイ・ケアや支援センターでの訴えや、参加していない時の電話は増えたが、家族や近所への電話は減らすことができ、地域での1人暮らしの継続を可能にしていると考えられる。被害妄想や頻回の訴えを「自分の病気がそうさせている」と捉えられることは、自分自身を冷静に見つめることにもなり、不安感の軽減にも繋がったと考えられる。最近では、デイ・ケア参加日を自らスケジュールを立て実行できるようになった。被害的な訴えは依然あるが、以前よりずっと軽減している。これからも地域での1人暮らしを維持していくため支援センター、訪問看護と連携し援助していく。

IV. 終わりに

今回は3つの事例を挙げ、他部署との連携を通じたデイ・ケア以外でのメンバーの援助と、デイ・ケアでの関わりについて考察した。

症状の再発や再入院を予防し、地域社会で安定した生活を送るためには、きっかけとなる小さなサインを見逃さないようにメンバー本人や彼らを支援するスタッフが注意し、再発のサインが現れたら迅速に対応することが重要である。そのためには、日頃から他部門との情報共有、メンバーと関

与しながらの観察とアセスメント、そして看護計画の立案をすることが大きな役割を果たすのである。今回デイ・ケアに看護計画を導入しメンバーに対する関わりの方向性を明確にしたことによって、メンバー一人一人の個別性を重視した援助がよりできるようになったと思われる。

しかし、デイ・ケアでの関わりはまずメンバーがデイ・ケアに来なければ始まらない。したがってメンバーがデイ・ケアに来たまさにそのときにしっかり観察やアセスメントができるかが、その後継続して援助できるかどうかの鍵を握るのである。しかし逆に言えば、状態が不安定でもデイ・ケアに通所していることで、症状悪化にすぐ対応し再入院を阻止することができるとも考えられるのである。

そして最初に述べた通りデイ・ケアには入院治療と外来治療の不十分さを補う、言い換えれば、病院と地域社会を「つなぐ」役割がある。我々デイ・ケアスタッフは、デイ・ケア（もしくは病院）以外でメンバーと関わることはほとんどないと言ってよい。しかしデイ・ケアでの限界があるからこそ、我々とは異なる視点から見ている人たちと繋がっていくことでメンバーを総合的に理解することができるのではないかと考えるのである。

また、今後の課題として各部門の連携から漏れた部分をどのようにきめ細かく援助していくかということが挙げられる。デイ・ケアに看護計画を導入し以前よりも具体的な援助が行えるようになったが、これからも各部門と連携を深め、よりいっそう効果的な援助が行われるようにしていきたい。

参考文献

- 加藤政子 松元信子 : 精神科看護とデイ・ケア 福祉との連携をめざして 医学書院 1984
村田信男 浅井邦彦編 : 精神科デイ・ケア 医学書院 1996
-