
2. 長期入院患者における社会復帰病棟での チーム医療の取り組み

戸田病院 看護部 第2病棟 上村 訓子 下田ちあき
佐久間純子 川村亜由美
貫井 美香

はじめに

精神医療の中で近年増床する入院患者の社会的問題背景として、長期入院患者の増加が重視されています。行政の動向として2006年より障害者自立支援法が施行され、地域を視野に入れた介入が強まっている現状がある。今後は、社会復帰への訓練を入院治療の早期より始めていくとともに、地域生活が可能となる環境を早い段階から整えていき、長期入院患者が一人でも多く社会復帰へと繋げていけるように関わっていくことが重要となってくると考えます。

当病棟は、社会復帰病棟であるが、様々な事情や問題を抱えているために、退院や地域への社会復帰することができずに、長期入院となってしまっている患者が多くみられています。このような長期入院患者の増床に対して何か対策案はないかと考え、長期入院患者の現状と今日に至った背景を知ることにより社会復帰支援への手がかりにつながるのではないかと考えました。

そこで、今回社会復帰に向けて①患者本人の退院の意思②家人の理解③病状の寛解を主軸に治療的アプローチをチーム医療で取り組んでいくことで地域生活が可能な環境を整えていくことができるのではないかとという仮説をたて、長期入院患者5名を対象に取り組んでいきました。

その結果自宅へ退院し、治療の場を地域へ移行できたことや、患者の退院意思や家人の思いを知ること、今後患者を社会復帰へと導いていくために必要な新たな看護

方略を見出すことができたためここに報告します。

研究目的

長期入院患者の現状と今日に至った背景を知り、社会復帰病棟としての新たな看護方略を見出す

研究方法

方法：治療方針に沿い各受け持ち看護師がチーム医療としてケースカンファレンスや対人関係を通し平成20年5月～10月までの関わりを研究材料とする

対象：長期入院患者5名

分析方法：平成20年5月～10月の受け持ち看護師の関わりから社会復帰に至る経緯を課題や有効とともに分析する

図1のグラフは対象患者の入院年月日を示したものである。平成20年8月31日現在までの5年以上の入院を閉鎖病棟からの入院期間としたもので、6年間から17年間と様々でした。

実施1

各受け持ち看護師が、本人と家族に退院及び社会復帰に対する思いを聴き出していき、カンファレンスにて問題点や今後の方向性についてチームで話し合いを行いました。対象患者の情報を得る上で長期入院の要因と思われる背景、退院に関する課題・問題

点、本人の退院のイメージ及び意志、家族の退院に対する理解とイメージ、入院時と比較しての症状の寛解度、退院促進に対しての実際の取り組み、チーム医療として看護と共に退院促進に対しての取り組みについて以上の項目にわけて、用紙にまとめていきました。

結果

「長期入院の要因と思われる背景については」

家人の「家庭の事情」つまり自宅に受け入れようとは考えるが、過去の患者が行った精神症状憎悪時のイメージがある家族が多くみられました。次に家族の仕事都合により、常時患者に付き添えないとの理由や、閉鎖・開放病棟生活の長期化によるホスピタリズムが進み、社会とのつながりを希薄化していることも要因でありました。

「退院に関する課題・問題点については」

「長期入院の要因と思われる背景」に属する、家族間の調整に不備がある結果が5名に見られました。

また、疎遠の問題が解決しても患者本人自身の「対処能力」つまり、対人関係や服薬に関する未熟度、情報処理・現実検討などの実質的な社会性活のスキルに問題がある患者も見受けられました。

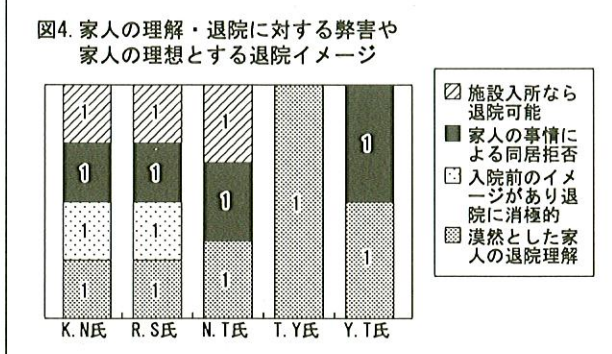
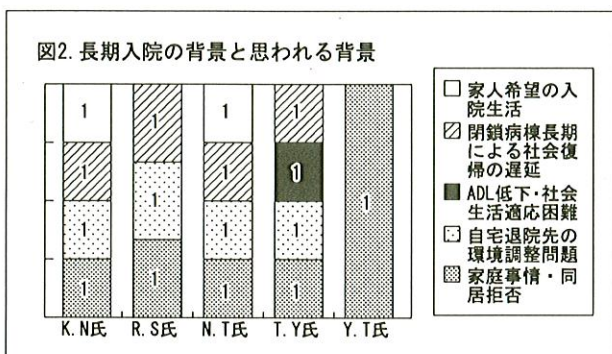
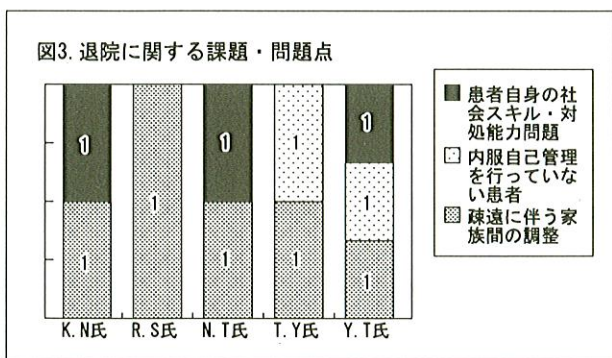
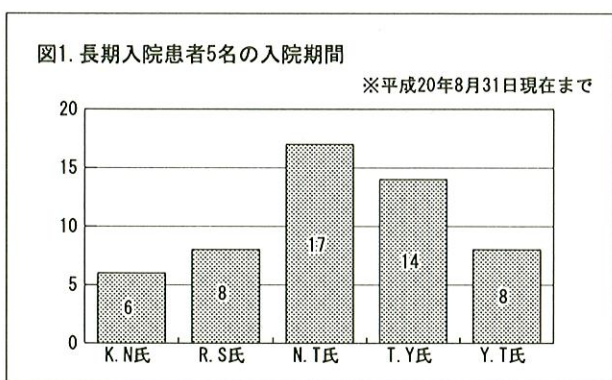
「家人の理想とする退院イメージ・意思については」

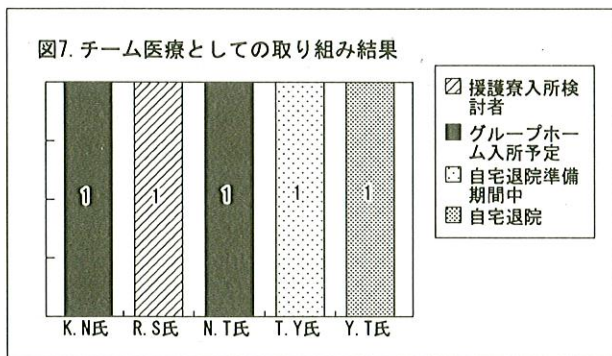
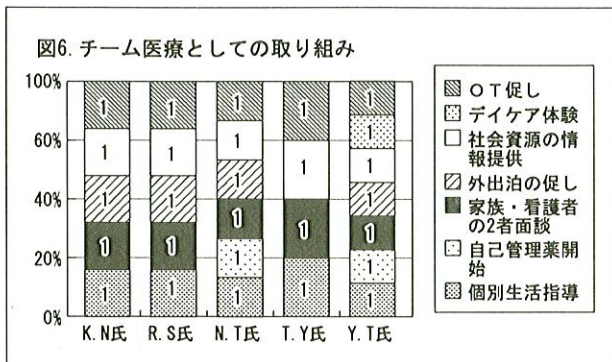
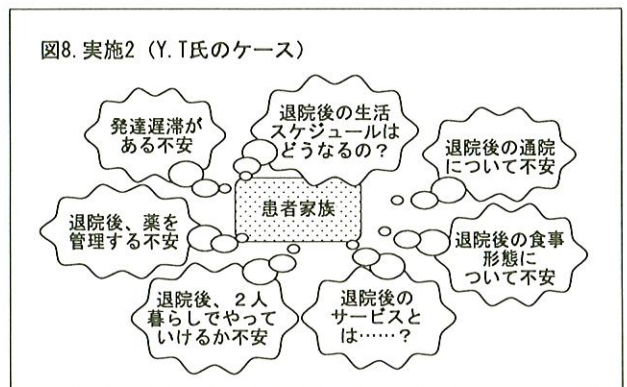
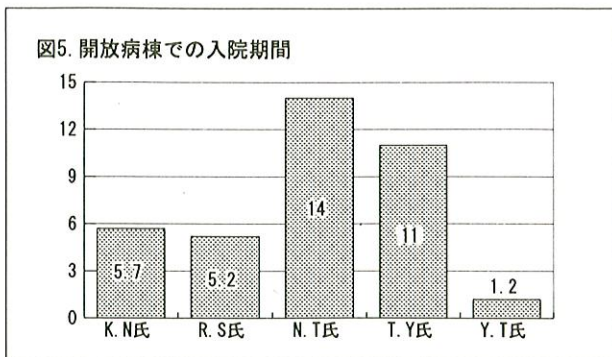
全員が漠然とはしているものの、退院のイメージがある結果になりました。しかし同居を視野に入れた場合、8割の家人が拒否を示す結果になりました。そのため、同居拒否を示した家人のほとんどが施設入所を示しました。

さらに「閉鎖病棟より開放病棟へ転入されてからの入院期間」を見てみると図のようになります。

転入し間もない患者では1年と開放病棟の生活期間が短いですが、入院してからの開放病棟生活が14年に達している患者も居りました。

それらの患者に対し、各コメディカルとケアにあたり、「チーム医療としての看護と取





しかし入院期間が8年であり、自宅で受け入れる家族の心境としては並々ならぬ様々な弊害を抱えていました。

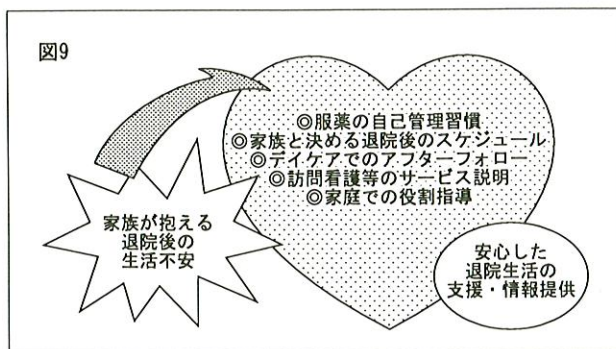
退院後の通院やアフターフォロー・服薬の管理・生活のイメージ等が不安となり退院の受け入れが思うように進まぬ現状がありました。そうした不安を1つずつ解決するため、次の内容を行っていきました。Y.T氏については看護師とPSWとのチーム医療をふまえて、退院前訪問看護を3回にわたり行っていきました。退院後に通うデイケアの送迎場所の確認を行ったが患者に精神発達遅滞があり、送迎場所までの道順や、時間帯・利用手順などをキーパーソンである父親を中心に説明していきました。また、訪問ごとに退院後の1週間スケジュールを患者および家族と共に作成し、家人が抱える生活のイメージを具体的に説明していきました。その中で曜日ごとに退院後のサービスを利用できるよう家族の意向もふまえて、月・水・金はデイケア・木曜日は訪問看護・火・土曜家族の手伝い日としてプランを提案しました。服薬に関しては退院予定日が決定した後から服薬自己管理指導を看護計画として導入し、病棟で徐々に服薬習慣が身についてきたことなど、病棟での生活を家族に伝えることで、かねてから父親の心配していた薬の管理の心配を軽減していくことができました。またY.T氏は過去に母が病没以来、常食を咀嚼し嚥下しない経緯があり開放病棟転入後も粥食を摂取してい

り組み」患者の個別性をふまえた生活指導や退院を視野に入れた患者の服薬管理指導、OTプログラム、ケースワーカーとの退院前訪問指導を行う過程の中で様々な関わりとなりました。

またその結果、H20.7.12 自宅退院1名、自宅退院の準備中1名、新設されるグループホームへの入所予定2名、ハートフル荘への入所予定者1名にいたる結果になりました。

実施2 (Y.T氏のケース)

Y.T氏は精神発達遅滞があり自宅には高齢の父が一人暮らしをしていました。医師の治療方針の下、自宅での生活を視野に入れて退院の話し合いを促していきました。



ました。しかし退院後も同様の食事形態で生活するには、高齢の父が行う調理手技に手間が生じるためもあり、病棟でナース見守りの基に粥食から常食への練習を行いました。そうした退院後の基本動作は入院中では容易に行えていても、自宅では障害となることから極力退院後の生活を想定し、1つずつ

患者家族の不安を取り除いていくよう、関わっていきました。そしてそれらをふまえた退院前の指導内容や今後継続して引き継いでいく援助をふまえ訪問看護部署やデイケアへ伝達し、継続看護につなげていくことができました。

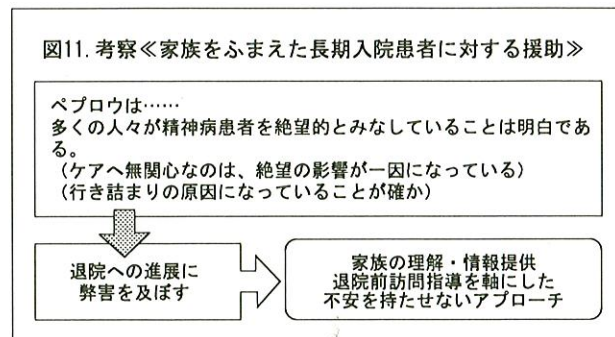
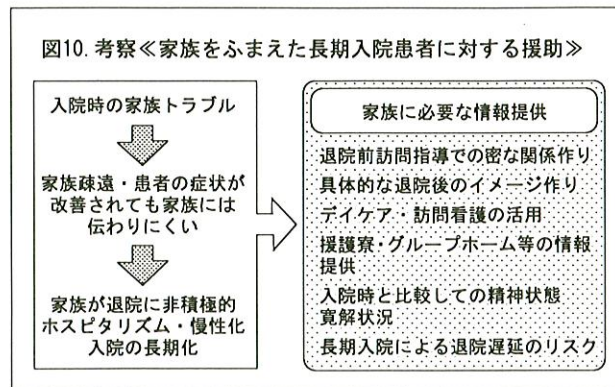
考察

今回の研究を通して長期入院の原因は患者の意思のみならず、家庭側の理由が複雑に連鎖し、様々な要因に至っていることが少しずつ明確となりました。

家庭側の原因としては、家庭の事情による同居困難や入院前の家庭内暴力、金銭トラブル、逸脱した行動などの負のイメージが強く残ってしまい、患者との同居に消極的になってしまっています。

また、家族は退院＝(イコール)自宅退院が主と考えており、グループホーム等の施設入所への退院は医療者側からの情報提供により、初めて他の選択肢があることを認識され、ほとんどの家族は理解を示す姿勢がみられました。

一方、患者側の原因としては、入院の長期化により入院生活自体が慢性的な習慣を経過



します。その結果社会性の欠如、自らの意思決定の低下を招いてしまい、家族の入院を望む意思が強いまま、症状が寛解されても入院生活を余儀なくされている傾向にあると思われます。

ペプロウは【多くの人が精神病患者を絶望的とみなしていることは明白である。精神病患者のケアへの資金供給に一般の人々が無関心なのは、絶望の影響が一因になっているであろう。(中略)又、看護師、医師、患者、家族及びその他の人々の行動でみられるこの絶望の反復的パターンが臨床実践における多くの行き詰まりの原因になっていることが確かである。(中略)】1)と述べています。このことは研究を始める前、家族面談は主に医師が行っており患者の意向よりも家族の意向が優先されていたため、退院への進展がみられずに経過している現状に繋がっていたと思われました。

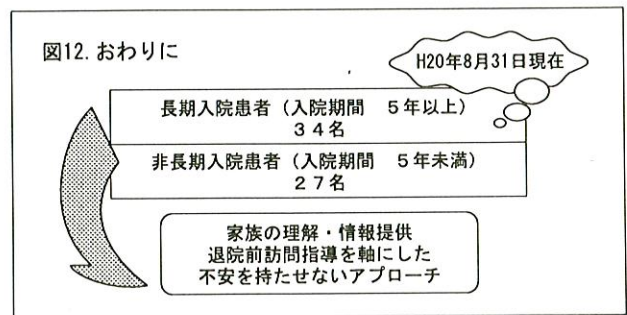
今回、長期入院における退院への取り組みを行っていく中で医療者側が色々な選択肢を家族に示唆することで新たな社会復帰への手がかりを掴むことができました。つま

り5名中1名のY. T氏事例の中で、退院後の生活準備を指導する退院前訪問指導や、デイケア・訪問看護などの退院支援の情報提供により、少なからず退院へのアプローチに繋がったと思われます。このことは患者の症状が寛解し、患者自身が退院を視野に入れた自己を捉えられる状態にある時、入院治療としての役割はほぼ終了しているといえるでしょう。しかし、家族の疎遠や長期のホスピタリズムが円滑な入退院の弊害となっています。その現状をグループホーム援護寮などへの情報提供、家族も含めた関係を密にすることの大切さ、家族に寛解の程度を外出泊や面談を通し体験させていくことが重要であるといえると思います。今回の取り組みで看護師と家族の面談を密にして、窓口を受け持ち看護師に絞り情報交換していき、個別的に介入した看護展開を行いました。また、医師の治療方針に基づき、コメディカルとの連携をとることで1名の退院と3名の退院準備に至ったと思われます。チーム医療における看護師の位置づけとして患者と家族の情報を密に捉え、各専門分野の役割を最大限に活かせるような、仲介役を担っていく必要性を改めて痛感しました。

しかし、現状では地域の社会資源の不足や、一般社会の偏見や理解不足、社会資源の情報を知る手段が限られてしまっていることにより社会復帰への障害となっていることも事実です。この現状を打破するためにも積極的な家族やコメディカルとチームを組んでいき、連携して社会復帰促進に取り組んでいくことが新たな看護方略となりうるのではないかと大きく感じました。

おわりに

H20年8月31日現在、当病棟では34名の長期入院患者が療養しています。今回の研究で今後患者を社会復帰へと導いていくために必要となる治療方針に基づいた積極的な家族への働きかけを新たな看護方略の1つ



の方向性が見いだすことができました。今後も一人でも多い社会復帰病棟としての機能を活性化させ、円滑な入退院に繋げていくことを今後の課題としていきたいと思えます。

引用文献：

医学書院 ペプロウ看護論 看護実践における対人関係理論