

1. 長期入院患者の退院支援における看護の役割 ～退院が困難と思えた患者様へのあきらめない支援を通して～

川口病院 西2階病棟 看護師一同

藤原由香里 津島久美子 坂東真美子

1) はじめに

川口病院西2階開放病棟では、病院目標である「社会復帰支援事業の確実な実施」の実現に向け、平成20年4月より、5年以上の長期入院患者様の退院支援の取り組みを開始しました。今回対象となった事例は、家族の高齢化や代替わりなどで自宅への受け入れが困難となったため長期の入院を余儀なくされており、長期入院によって自立生活能力の低下、退院意欲の低下が目立つ患者様でありました。

患者様本人のもう一度社会で生活したいという希望をもとに、退院支援に取り組み、1名が施設入所、2名がグループホーム、1名が単身生活という結果を出すことが出来ました。その中でも、最も困難と思えた事例を振り返り、多職種チームとの連携した退院支援における看護の役割について考察しましたので、報告します。

2) 事例紹介

A氏 64才 男性

診断名：統合失調症

現病歴及び生活歴：

高校卒業後、4年間自衛隊に入隊、除隊2ヶ月前20歳代後半に発症す。以後4回の入院歴があり、現在約30年の入院となっている。入院前は家族と同居していたが、両親は他界され、キーパーソンである兄も高齢となり、自宅への受け入れは困難となっている。

妄想、意欲低下、一方的な会話、突進歩行など周りを気にせずマイペースに生活しているため他患からの苦情が度々あり、他者

との交流に支障をきたすこともあった。また、喫煙時間や喫煙場所を守れず、夜間洗面所などで喫煙をしてしまい、しばらくタバコも預かりとなっていた。服薬自己管理も確認前に服薬したり、飲み忘れや紛失など再々のチェックを必要としていた。日中は臥床傾向目立ち、OTやSSTへの参加は促しが必要であった。

自宅への退院が不可能であることを理解し、漫然と入院生活を送っており自ら退院希望をすることはなかった。5年以上の長期入院患者様の退院支援に候補者として話が出た際、退院に対して言葉での不安の表出はなかったものの、話を逸らせたり、一緒に決めたグループホームへの退院という目標を「聞いていない」と態度を一変させたりすることがあった。また、焦りからか、言動にまとまりがなくなることもあった。しかし、時間をかけ定期的に働きかけを行っていくうちに「退院したらコンサートに行きたい」「美味しいものも食べられるね」との前向きな発言が聞かれるようになり、本人の希望・意欲も出てきたため、多職種チームとの連携をとり、退院に向けての取り組みを開始した。

3) 退院支援における多職種チームと看護のはたらきかけ

入院前の生活環境や退院先、年齢や身近な協力者の有無、経済状況など、様々な要因で患者様個々に、必要とする支援が違ってくる。病棟看護師主体で行われるケースカンファレンスや、病院で行われている社会

表1 退院支援における多職種チームと看護のはたらきかけ

	第1期 退院支援の取り組み開始	第2期 活動範囲拡大の時期	第3期 退院に向けた自立生活能力の向上 への支援を行った時期
看護師	<ul style="list-style-type: none"> 多職種チームを交えてのケースカンファレンスを実施し、情報の交換、目標の共有化を行う。 日常生活能力の再評価、看護計画の立案、計画に沿った指導(喫煙、金銭管理、服薬自己管理、皮膚科処置の実施)を行った。 SSTへの参加促し 	<ul style="list-style-type: none"> 病棟レクリエーションへの参加により他患との交流を図る。 自転車訓練 (公園での実施後、グループホーム⇄病院間の実施) グループホーム周辺の利用施設(スーパー、銭湯、銀行、病院)の案内 自主的にSST中級への参加が出来るようなはたらきかけ 	<ul style="list-style-type: none"> 退院準備部屋への移動 グループホームへの単独外泊の実施 携帯電話利用訓練 グループホーム入所のための必要物品購入計画・買い物 SST上級へ
D r	<ul style="list-style-type: none"> 退院促進支援事業エントリー 服薬自己管理2日間指示 	<ul style="list-style-type: none"> デポ剤への切り替え 内服調整 服薬自己管理3、4日へ延長 	<ul style="list-style-type: none"> 服薬自己管理7日間へ延長
P S W	<ul style="list-style-type: none"> グループホーム調整・見学 社会復帰支援カンファレンス 	<ul style="list-style-type: none"> シミュレーション 	<ul style="list-style-type: none"> 携帯電話契約
O T	<ul style="list-style-type: none"> 退院に向けての動機付け 部分自炊(週2回昼食時の個別炊飯訓練)の実施 自炊を通して退院後の生活の一部を具体的にイメージできるように対応 	<ul style="list-style-type: none"> 具体的な目標(課題)設定 時間が守れない、炊飯器の操作が覚えられないなどの課題が表面化したため、それに対する指導の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 実際場面での訓練 OT室ではなく、現実感がもてるよう、実際の居住場所(グループホーム)での買い物・調理訓練を行う。
薬局	<ul style="list-style-type: none"> 服薬指導 	<ul style="list-style-type: none"> 服薬指導 	<ul style="list-style-type: none"> 服薬指導
支社 援会 事復 業婦	<ul style="list-style-type: none"> 小規模作業所について 	<ul style="list-style-type: none"> OBの話聞く 夕食会 地域での生活について話し合う 	

復帰支援カンファレンスでの多職種間の意見、患者様の意思を元に、支援内容をプランニングしていく。今事例において、多職種チーム、看護師により行った支援内容を(表1)にまとめた。

4) 結果

退院支援における多職種チームと看護のはたらきかけを各時期別に振り返り、「精神障害者ケアガイドライン」のケアアセスメント票を用いたケア必要度得点の変化を支援前後で比較した。

①第1期：退院支援の取り組み開始

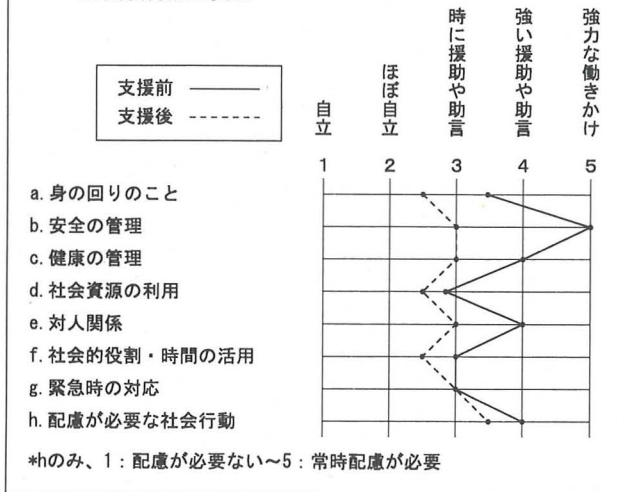
最初に、多職種チームとの情報の交換と目標の共有を目的にケースカンファレンスを行った。日常生活自立度の再評価を行い(図1 支援前)、看護計画を立案した。再評価を行うことで、支援の必要なポイントを絞るとともに、f. 社会資源の利用など、少しの助言で出来ることの多さにも気づき、スタッフ、A氏のモチベーションアップにもつながった。看護の実際の取り組みとしては、

a. 身の回りのこと、b. 安全の管理を中心に行い、喫煙ルールを守ることが出来るようになったり、服薬自己管理の間違いも少なくなるなどの変化が見られるようになった。

②第2期：活動範囲拡大の時期

曜日ごとに炊飯訓練、社会復帰支援事業、SSTなど、日中のスケジュールが出来、自ら参加することが出来るようになった。また、それ以外の時間でOTやレクリエーションの参加、図書館通い、自転車訓練を実施し、日中臥床している姿はほとんどなくなっていった。社会復帰支援事業やSSTでも、積極的な発言や行動が見られるようになり、出来たことの自信がやる気につながっていった。自信が付いたためか、単独でグループホームまで歩いて行こうとして、道が分からなくなってしまったこともあったが、すぐに引き返し無事帰院することが出来た。看護としては、第1期に引き続き、a. 身の回りのこと、b. 安全の管理を中心に、d. 社会資源の利用、g. 緊急時の対応についてもはたらきかけを行った。A氏にとって退院へ

図1. 支援前後のケアアセスメント票を用いた必要度得点の変化



の取り組みが苦痛となってしまうように、失敗してもあきらめず、成功した時には一緒に喜び、強要するのではなく、自ら実施したいと思えるよう配慮した。

③第3期：退院に向けた自立生活能力の向上への支援を行った時期

看護の取り組みとしては、病棟内で退院に向け取り組みを開始している患者様（退院準備室）を設け、A氏も部屋移動を行った。退院後にグループホーム同室予定者とも同室となり、関係作りを開始した。8人部屋から、4人部屋となり、退院を目標とした同じ環境にある同室の患者様とは特に問題なくすぐに打ち解けることが出来、当番制とした部屋掃除もきちんと出来ている。以上の取り組みの結果、支援前後のケア必要度は3.65から2.91となり、特に第1期より継続的に取り組んだa.身の回りのこと、b.安全の管理の項目で改善がみられた。

5) 考察

精神疾患をもち、長期に社会生活から遠ざかり、病棟内で管理された生活になれた患者様が自分の問題を意識したり、自分の判断で行動することは簡単なことではない。むしろ、判断をスタッフに任せるといった依存的言動が主である。そういった環境で

過ごす患者様の中には、今後の人生に「退院」という選択肢がなかったり、退院をあきらめてしまっている場合も多い。今回のA氏の場合も、「退院」という選択知がご本人の中になかったように思う。また、私たち看護師も入院しているA氏が当たり前となっており、A氏が退院するというイメージがなかった。最初に退院支援の候補者にA氏が挙げられたときも、「大丈夫かな？」という気持ちが大きかった。A氏へのかかわりで、可能性を捨てない、あきらめないといった希望や信念をもって働きかけることの大切さを実感した。

また、退院支援は看護だけではすすまない。多職種チームとの連携が必要となるが、患者様の日常生活に密に関わる看護師は、患者様のニードや対人交流のパターン、生活行動のパターンなどの様々な情報を持っている。その情報をふるいにかけて、多職種チームそれぞれの必要とする情報を提供し、その情報を支援にうまく役立てていく役割も看護の役割である。その情報を元に行った支援に対する患者の反応、変化を確認することの出来るのも看護師であり、またその情報を提供し、多職種がより良い支援を行えるよう、調整を行うことが退院支援における看護の一番の役割と思われる。

6) おわりに

このA氏へのかかわりを通して、患者様のもっている力を信じ、あきらめない取り組みにより、失敗は成功に、成功は自信につながると感じました。長期入院されていた患者様が退院され、外来やデイ・ケアなど病棟以外で顔を合わせる機会があります。皆様、笑顔で「退院出来てよかった」「もっと早く退院すればよかった」と声をかけて下さります。順調な社会生活の報告は、私達看護師のやる気につながります。

これからも、一人でも多くの患者様が笑顔で社会生活を送ることが出来るよう、あきらめないかかわりを実施していきたいと

思います。