

24. 社会資源の少ない地域で、精神科病棟看護師が訪問看護を行うことによる効果

- 前川順一（旧所属：三重県立志摩病院、現所属：三重県立こころの医療センター）
堀田凡子（所属：三重県立志摩病院）
松田明彦（所属：三重県立志摩病院）
松山明道（所属：三重県立志摩病院）

はじめに

精神科医療において、治療の中心は入院から地域サポートが主流となっている。しかし、医師不足が病院経営を圧迫するような地域では、訪問看護ステーション、作業所、援護寮、ケアホームなどの社会的支援も少ない現状がある。そこで、本研究では、精神科入院病棟から訪問看護を実施し、退院後の支援とサポート体制を構築することを目的とする。

I 研究目的

当院医療圏地域の社会サポート体制を明らかにし、精神科入院病棟から訪問看護を実施し、退院後の支援とサポート体制を構築する。

II 研究方法

1. 研究期間：平成22年6月1日～平成23年7月31日
2. 障害者自立援法で自立支援医療と精神科通院制度についての調査
3. 県内の自立支援法を申請している訪問看護ステーションへのアンケート調査
4. 当院の訪問支援に関する現状分析と訪問看護実施のシステム作り
5. 訪問看護師の育成
6. 訪問看護の実施と患者満足・症状評価
SF-8（健康関連QOL尺度）、GAF（包括的社会機能評価尺度）、SBS（社会行動評価尺度）を、訪問対象者に対して、退院前、退院後1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月に実施した。
7. 入院中に必要な心理教育、社会的教育の構築とパンフレット作成
8. 市町の福祉担当者と保健師とサポート体制について連携

III 倫理的配慮

本研究は三重県立志摩病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

アンケート調査及び聞きとり調査では対象の施設に対して、研究の目的および主旨、プライバシーの保持、自由意思による研究の参加を拒否する権利、不利益の回避方法、情報守秘に伴う管理法に関する倫理的配慮を文章に表わし同意が得られた上で実施した。

IV 結果

1. 医療圏内である2市、1町に対する、精神科訪問サービスに関する聞き取り調査
- 3 市町で精神科初期面接の担当は、保健師、自立支援法相談支援事業職員、精神保健福

社士であった。市町からの訪問看護は、2 市町で保健師と自立支援法相談支援事業職員が 8 人から 10 名を対象に 1 月に 1 回実施していた。市町によるディケアは 2 市で 3 人から 10 人を対象に 1 月に 1 回実施されていた。

2. 訪問看護ステーションへのアンケート調査

県内の自立支援法を申請している 27 訪問看護ステーションに、アンケート調査を実施したところ、回収率は 16 件 (59%) であった。精神科の利用者がいるが 13 件 (83%) であった。精神科訪問看護に関して困難なことは、「精神科経験豊富なスタッフ居ない 12 件 (75%)」、「キャンセルや拒否がある 9 件 (56%)」、「地域社会資源とのネットワークがない 8 件 (50%)」、「症状悪化時の受け入れ先がない 7 件 (44%)」、「アドバイスがタイムリーに受けられない 4 件 (25%)」、「主治医との連携がうまくできない 3 件 (19%)」であった。

3. 当院の現状分析と訪問看護システムづくり

1) 平成 21 年度の退院病棟退院者 49 名から、在宅支援の必要性がある患者と医師が判断したのは、11 名であった。また、施設入所した 3 名はともに自宅での生活を希望しており、訪問看護等での支援があれば、本人が望む生活を送ることができたと判断した。

2) 当院医療圏における障害者自立支援利用者数の調査では、自立支援医療の申請数と人口との比率は、三重県全体 20698 件 (1.11%)、A 市 553 件 (0.97%)、B 市 143 件 (0.67%)、C 町 126 件 (0.85%) であった。医療圏居住者の障害者自立支援医療者が当院への受診者率は 34% である。

志摩病院退院患者を対象とし、月曜日と木曜日に訪問看護を実施した。また、訪問対象者については、24 時間訪問実施病棟で電話相談できる体制を整えた。訪問実績は、訪問看護対象患者 8 名、訪問支援件数 217 件、電話相談件数約 20 件、再入院率は 5.8% であった。

4. 訪問看護師の育成

①精神科病院訪問看護の実習を 3 名、各 1 日 ②訪問看護ステーションスタッフ講師による院内研修会「訪問看護コツ」8 名、3 時間。③精神科看護技術協会訪問看護 I 1 名 ④アウトリーチによる地域ケアマネジメント並びに訪問による生活訓練研修、1 名 ⑤精神科全スタッフ 30 名を対象に訪問看護 1 件の体験学習を実施し、「在宅看護の質評価尺度」で在宅看護に関する看護実践能力を測定した。訪問体験前平均 2.7 から訪問体験後平均 3.5 へ上昇した。また、訪問を実施している病棟 3.3 に比べ、実施していない病棟 2.6 の点数は低かった。

5. 訪問看護の評価

表 1 SF-8 の平均値

| | PF | RP | BP | GH | VT | SF | RE | MH | PCS | MCS |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 退院前 | 42.9 | 42.8 | 44.8 | 44.7 | 44.6 | 36 | 42 | 44 | 43 | 41.2 |
| 退院 1 ヶ月後 | 43.8 | 43.6 | 50.6 | 49.1 | 47.9 | 34 | 46.2 | 45.6 | 45.8 | 42.6 |
| 退院 3 ヶ月後 | 45.5 | 48.3 | 48.6 | 51.9 | 51.3 | 38.6 | 46.2 | 45.6 | 48.1 | 44.2 |
| 退院 6 ヶ月後 | 49.3 | 50.6 | 48.5 | 54.5 | 51.8 | 46.3 | 49.3 | 48.5 | 50 | 47.7 |

1) SF-8 は主観的評価 (標準値 50) である。ここでは、「PF: 身体機能」、「RP: 身体日常生活役割機能」、「VT: 活力」、「RE: 精神日常生活役割機能」、「MH: こころの健康」の平均は退院前 (43.2) から退院後 6 月 (49.9) への経過と共に回復した。「BP: 体の痛み」、「GH: 全体的健康観」の平均は退院前 (44.8) から退院後 1 ヶ月 (49.9) で大きく回復した。「SF: 社

会機能」の平均値は退院後3ヶ月（38.6）から6ヶ月（46.3）に大きく回復した。「PCS：身体的サマリースコア」に比べ「MCS：精神的サマリースコア」は約2.79点低い、どちらも退院後の経過とともに回復が見られた。

2) SBSは社会行動の客観的評価で、4段階21項目で点数が低いほど問題がない。「4：社会との適切な接触」「15：抑うつ」の行動の点数が高く、次いで「1：コミュニケーション」「2：会話の一貫性」「3：会話の奇妙さ」「8：パニック、恐怖」「20：集中力」「21：社会的適応を妨げる行動」が高い。「15：抑うつ」「21：社会的適応を妨げる行動」は退院後6ヶ月後に上昇した。

3) GAFも客観的評価で包括的な社会機能評価（精神症状）である。退院前と1ヶ月、3ヶ月6ヶ月が同じスコアが4名、3か月目にスコア増加が3名、3か月目にスコア低下が1名いた。

表2 SBS,GAFの平均値

| | SBS | GAF |
|-------|-----|------|
| 退院前 | 0.6 | 50.3 |
| 退院1月後 | 0.9 | 50.3 |
| 退院3月後 | 0.8 | 52.0 |
| 退院6月後 | 0.9 | 50.0 |

6. 入院中に必要な心理教育、社会的教育の構築

地域生活に向けて必要な情報として、病気の理解、治療、症状とその対処、生活、管理、地域の資源と困った時の記録や相談に関する内容のパンフレットを必要に応じて綴じるリーフレット形式で作成した。

7. 市町の福祉担当者と保健師との連携

研究開始8ヶ月間は、看護師、医師が同席し、カンファレンスを積極的に開催した。退院数27名で、拡大カンファレンス対象者は10名で、内8名に訪問看護を開始した。カンファレンス開催数は28回、家族の参加回数は7回、福祉担当者参加回数は11回、保健師参加回数は10回、精神科委託事業回数は11回、ケアマネージャー参加数は1回、施設職員参加数15回であった。

10ヶ月から13ヶ月では、全てをカンファレンスとして調整するのではなく、精神保健福祉士を窓口で電話での調整を行った。

訪問は、病院がアウトリーチ機能の全てを担うのではなく、地域で支援してもらうことを目的にした。ケースによっては、市の保健師やヘルパーと共に病院スタッフが複数訪問することや、週替わりで訪問を実施するなどの方法で実施した。

訪問後の保健師やヘルパーからは、症状に関する関わり方の相談や、症状の変化に関する情報を病棟看護師と共有することができた。

V 考察

1. 地域で精神障害者を支援するシステムの構築

今回の研究において、市町福祉担当者、保健師、相談支援事業所と病院スタッフで精神科に入院中であり退院を目指す患者について地域で拡大カンファレンスを積極的に実施した。実際に顔を合わせて議論をすることは互いの考えや支援の方向性などを知る上で有効であることは言うまでもないが、調整や開催には労力を要する。しかし、開催回数を重ねることによって、半年後にはカンファレンスという形をとらずとも電話などによる調整が可能となった。これは、各々の専門職が地域での役割を認識し、遂行する支援体制を構築できたためと考える。

地域の訪問看護ステーションへの調査では、精神科経験がないこと、福祉・医療との連

携が不十分といった不安があった。今回保健師と病棟スタッフが一緒に行う訪問看護には、患者をよく知る看護師が直接訪問や地域の支援者と情報交換を行えること、訪問先での困難な対応などを相談できることといった利点があった。これは、利用者への個別性のある対応だけでなく、院外の訪問スタッフの安心につながったと考える。藤田は「たとえ地域に ACT チームが無くても、他機関連携（例えば、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、地域活動支援センター、医療機関、保健所など）によるアウトリーチ（その場に出向く）を支援の中心に置くことによって、地域で責任を持って支援する体制が可能になる」¹⁾と述べている。このような精神科訪問看護を実現するためには、質を高めると同時に、地域で支援する支援者の支援も必要となる。

また、院内スタッフがより訪問看護において適切に相談に対応するためには、治療的な患者と看護師に関係を築くことが必要不可欠である。入院中の患者—看護師関係とはことなり、関係性を構築するのは患者が生活する現場であるため医療者優位の関係性は成立しない。訪問看護師の育成に加えて、病棟スタッフが訪問看護を体験したことによって、退院後に患者・家族の生活を考慮した支援が不十分であったことに気づくことができた。

2. 訪問看護による患者の変化

退院前から退院後1か月の経過をみると、包括的健康関連 QOL を測定する SF-8 では、すべての項目が一般的な国民標準以下であった。また、看護師が客観的に測定する社会行動評価尺度 SBS では「社会との適切な接触」が回復した。GAF は、全体を見ると大きな変化を捉えることはできなかった

次に退院3か月後と6ヶ月後では SF-8 の結果では、「SF 社会機能」は国民標準値より低い評価であったが、他の7項目すべての項目が標準値を大きく上回る評価に回復した。しかし、SBS では1ヶ月経過時より「社会との適切な接触」の評価が軽減したが、退院後3ヶ月から6ヶ月にかけて「抑うつ」と「社会生活を妨げる行動」の評価が上昇した。

今回の結果から、退院後1ヶ月ころまでは、精神状態の不安定さを患者自身が認識し、客観的評価においても生活し辛さがうかがえる。萱間は、「私たちが日ごろ日常自分の生活のなかでぶつかるよりもずっと大変な出来事にぶつかっても、それでも自分の生活を送りたいと願う。その出来事を乗り越え、生活者としての自信をより深めた表情をみせる」²⁾と述べており、今回の結果からみると、退院後1か月の時点では患者自身に大きな生活の壁がある時期であり、これを乗り越え3ヶ月後にはよい変化が期待できるといえる。退院前の自信がない時期、退院直後に期待していた生活と違う、生活のし辛さがある、ということを経験した患者自身と支援するスタッフが理解した上で、誰もが通る予測できることでありこれを乗り越えることによって自信がもて充実するという希望を共有しながら支援を進めることが必要である。

3. 訪問利用患者の主観的評価と客観的評価

主観的評価である SF-8 では身体的健康と精神的健康が似た傾向で回復することが分かった。精神疾患患者は、精神的に不健康と思われがちであるが、本人の自覚としては身体的に不健康でもある。支援者はこれを理解して、精神的・身体的両面からアプローチし評価していくことが必要となる。

次に主観的評価と客観的評価について、SBS と GAF の客観的評価ではあまり変化がないのに対して、SF-8 の主観的評価では3か月後に大きな改善があった。精神障害者のリカバ

リーを考える上では症状を消退することが目的ではなく生活のしづらさを改善していくことが重要となる。今回行った訪問サービスによって主観的 QOL が改善したということは大きな成果であり、評価する側は客観的評価に留まらず主観的な満足度や QOL を評価しながら本人の希望にそった支援を継続していくことが求められるリカバリー課題となる。

主観客観ともに社会機能についての課題があった。SBS と SF-8 の両方において、退院後から 1 月から 3 ヶ月までは大きな変が見られず、6 ヶ月目に大きく回復していた。社会復帰してからの生活のし辛さが数ヶ月に及ぶこと、社会生活慣れるまで約半年要すことが明らかになった。

VI 結論

1. 地域で生活する精神障害者は、精神的不調と身体的不調を自覚しており、訪問看護では身体と精神の両面から生活のし辛さを改善するように支援する必要がある。
2. 病棟に勤務する看護師に対して地域サポートのための教育を行うことは、患者の地域生活をイメージした臨床看護を実践できることにつながる。
3. アウトリーチにおける地域専門職間の調整や、地域における精神障害者の支援者に対するサポートを、精神科入院病棟の看護師が行なうことが効果的であった。

おわりに

アウトリーチ構築に向けて、精神症状や妄想に支配された患者をみるので無く、一人の人間が持つ力に働きかける必要がある。訪問看護を足がかりに、今回共同した専門職と患者・家族への支援に加えて、住みやすい地域づくりへの働きかけも忘れてはならない。

〈引用・参考文献〉

- 1) 藤田大輔：実践アウトリーチ入門 日本評論社 2011
- 2) 萱間真美：精神訪問看護・訪問指導ハンドブック 南江堂、2002
- 3) 大島巖 他：精神科臨床サービス、アウトリーチで変わる精神科臨床サービス、星和書店、2011
- 4) 岩淵恵美 他：「リカバリー」再考：生きがいを支援する、星和書店、2010
- 5) 福原俊一：健康関連 QOL 尺度 SF-8 日本語版マニュアル、健康医療評価機構、2004
- 6) 日本精神保健看護学会誌 VOL19, N02. 日本精神保健看護学会 2010
- 7) 末安民生：医療ニーズの高い精神障害者等のケアマネジメントにおける福祉・医療の連携を推進する 部署・機関等の構築や人材の育成等に関する調査研究事業、日本精神科看護技術協会出版 2010

【経費使途明細】

| | |
|------------------------------------|-----------|
| 印刷代(心理・社会教育パンフレット 200 部) | 177,086 円 |
| スケール使用料、マニュアル、スコアリングプログラム | 37,000 円 |
| 訪問交通費(訪問件数 217 件×40 円/km) | 180,480 円 |
| 研修費(院内研修、日精看研修、アウトリーチ研修) | 86,000 円 |
| レコーダー | 15,800 円 |
| 通信費(切手 140 円×27 往復、指標使用許可、研修申し込み等) | 8,500 円 |
| 合 計 | 504,866 円 |