

D. 考察

1) 訪問看護ステーションからの同行訪問について

訪問看護ステーションからの精神科訪問看護における同行訪問は、約8割の施設と高い割合で実施されているという実態が明らかになった。精神科医療機関からの同行訪問の理由としては、利用者の安全確保に加え、暴力行為があることを挙げている施設が16%あった。精神科病院からの訪問看護では、一般病院に比べて同行訪問を実施する割合が高く、精神科訪問看護においては、利用者とケア提供者の安全確保のために、より同行訪問の必要性が高いことが伺えた。

訪問看護は利用者の居宅に訪問してケアを行うため、利用者とケア提供者双方の安全、安心感を確保することは非常に重要である。特に、訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の適応が広がっている現状を考えると、より精神症状等が重篤で、利用者自身やケア提供者の安全を十分に保つことが難しい利用者が増えることも予想される。有効な援助を提供するためには、その基盤として安心できる関係性を確立することが重要であり、利用者が安心して利用できるよう訪問看護の質を高めることが求められている。今後、退院促進が進み、地域で生活する精神障害者が増加する中、その地域ケアを支えるためには、訪問看護ステーションからの同行訪問が、適切に実施されることが必須と考えられる。

以上の結果から、訪問看護ステーションからの同行訪問が診療報酬化されることは、利用者とケア提供者双方の安全感を保障するだけでなく、訪問ケアで対応可能な対象者の症状のレベルを広げることができる手段であると言え、訪問看護ステーションからの同行訪問が診療報酬化される必要

性は極めて高いと考える。

2) 訪問看護ステーションからの退院前訪問について

精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションからの退院前訪問は、74%のステーションで実施されており、積極的に行われている実態が明らかになった。また退院当日の住まいへの訪問も44%と高い割合で実施されていた。

これまでの研究では、退院後患者を訪問する看護師が退院前カンファレンスの参加や退院前訪問を行うことで、患者や家族の退院支援につながった例が複数報告されている^{2) 3)}。精神科病院は急性期ケアの重点化によって急性期ケアに特化する方向にあり、退院日から病院ではなく訪問看護ステーションが訪問ケアを提供する場合が増加しており、今後この傾向はますます進むと考えられる。

このことから、病院だけではなく、訪問看護ステーションの看護師が退院前訪問を積極的に行うことで、精神科入院患者の退院促進を行ううえで必須であると考えられる。精神科外来において「継続看護が役に立っていない」と答えた患者が、その理由として「継続看護の看護師に会ったことがないから」「入院中に関わっていない看護師は自分の状態を知らないから」を挙げたという調査結果もある⁴⁾。

以上の結果から、利用者との関係性を確立し、有効な援助を提供するためには、精神科における退院前訪問の必要性があるといえる。

E. 結論

精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションからの、同行訪問や退院前訪

問、退院日の訪問は、高い割合で実施されており、利用者への有効なケアを提供する上で重要であることが伺えた。訪問看護ステーションにおいて、同行訪問と退院前訪問が診療報酬化されることは、今後の精神障害者の地域ケアにおいて必須であるといえる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

-
- 1) 萱間真美, 松下太郎, 船越明子ほか, 精神科訪問看護の効果に関する実証的研究 精神科入院日数を指標とした分析, 精神医学 47(6): 647-653, 2005
 - 2) 中嶋敬代, 西村容子, 斎藤由美, 退院前合同カンファレンスにおける家族支援の評価 家族の生活力量アセスメント指標からの分析, 日本看護学会論文集 地域看護 35: 93-95, 2005
 - 3) 伊藤叔子, 稲葉真理子, 魚返佐智子, 精神遅滞患者の家族支援への取り組み—家族関係の改善に向け退院前訪問看護を試みて, 日本精神科看護学会誌 48(1): 78-79, 2005
 - 4) 大矢幸子, 精神科継続看護に対する患者の認識調査, 日本看護学会論文集 精神看護 35: 39-41, 2004

分担研究報告書

－精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究－
精神科の薬物処方・行動制限における看護職の役割に関する研究

分担研究者 末安 民生 慶應義塾大学看護医療学部 助教授

研究要旨：本研究では、入院患者への精神科クリニカルパス（以下、パスとする）の妥当性と経済性を明らかにしようとしたが対象病院が少なく、退院支援のためのツールとして定着しているカンファレンスに焦点を当てるとともに、服薬管理についての看護師の意識と役割について検討した。

研究方法：パスを導入している病院の聞き取り調査、退院時カンファレンスを実施している病院の医師、看護師、精神保健福祉士へのヒアリングとグループインタビューを実施した。更に、薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト研修会に参加した急性期病棟の看護者を対象に、薬物療法に関する意識調査を実施し、分析を行った。

結果：パスの活用が継続されていないのは、チーム医療の確保が難しいことが原因であるという意見がある。また、パスを活用しなくとも退院支援カンファレンスによって有効な治療継続していることが明らかになった。薬物療法の調査では急性期治療病棟の看護者の 88.2%は処方に関心があり、88.8%が受け持ちあるいは入院直後の患者の処方を把握していた。看護者の情報が処方に影響を及ぼすと考えている割合は 72.5%であるが、医師に情報提供を積極的に行っているのは 28.1%であった。

まとめ：パスに取り組んでいる病院が少ない原因は、パスを展開する過程においてチームで共有する機能が働きにくいため、その代替機能として退院支援カンファレンスが重視されていた。退院までの支援の中で重要な位置づけとなる服薬管理については、看護師は受身的で積極的な役割の遂行ができていない現状が明らかになった。その原因の 1 つに専門職間のコミュニケーション不足があげられた。今後、精神科治療における薬剤処方の最適化を進めていくためには、医師、薬剤師、精神保健福祉士、看護師等が効果的なコミュニケーション方法の確立を目指した取り組みを行うことが必要である。現状のままでは退院促進機能の充実は困難であり、その改善のためには精神科治療チームによる退院支援カンファレンスの診療報酬上の評価が必須であるといえる。

研究協力者氏名	所属施設及び職名	研究協力者氏名	所属施設及び職名
吉浜 文洋	富山大学医学部看護学科 助教授	仲野 栄	(社)日本精神科看護協会常任理事
辻脇 邦彦	翠会成増厚生病院 教育師長	塩田 宗光	NPO法人色えんびつ 理事長
青木 典子	総合心療センターひなが 看護師	片山郁子	南部町国民健康保険西伯病院 精神科医長
渡辺 とよみ	八幡浜医師会立双岩病院看護課長	高田久美	同 認定看護師
東 美奈子	愛命会泉原病院 看護師	島内美月	八幡浜医師会立双岩病院 総務部係長
井上 有美子	京都大学医学部附属病院 病棟師長		

I はじめに

精神科入院医療の診療報酬体系においては、他の領域と同様に施設基準を定めた定額支払い制度の導入によって1990年代から病棟ごとの機能分化が推進されてきた。しかし、これに伴うチーム医療、とりわけ職種の果たす役割をより活性化するような医療、福祉職者に対する教育が十分に行われてきているとはいえない。現在は、それぞれの病院が、あるいは職種ごとの学会や職能団体が認定資格取得などの基盤となる基礎教育内容を反映させながら、それぞれの専門性を高める教育活動を展開している。その結果、職種を横断して目的を形成し、達成するような臨床の方法論の確立はいまだ不十分であると言わざるを得ない現状がある。

本研究は、精神科病院でのチーム医療の結節性を高めると考えられているパスの活用状況を調査し、現状の課題を明らかにすることを目的に始めた。しかし、パスが導入されている病院が少ないという現状があったため、パスが変わる手段としては何が優先されているかを学会論文などによって調査した。そして、次年度に精神科救急入院料病棟、精神科急性期治療病棟、精神療養病棟、老人性認知症治療病棟などを対象とした調査を実施するための予備資料を作成することとした。

チーム医療を診療報酬に反映させるための検討を行う場合には、人的資源をどこまで算入させることが可能かを予め検討することが前提となる。その人的資源の投入とコスト計算は不可欠ではあるが、「退院」を成果物とするだけではなく、「外来」継続、病状再燃の際の「予防的再入院」をも視野に入れたストーリーを先ず形成しなくてはならない。チーム医療の確保は診療行為ごとの測定ではなく、患者に関する職種ごとの専門性を結節するカンファレンスとその決定に患者がどのように参加、もしくは決定事項を了解するかを評価することが望ましいと考える。本研究では、チーム医療を診療報酬上で適正に評価するためのプレテストとして退院支援カンファレンスを実施している民間精神科病院と公的総合病院精神科病棟の現状を調査した。

また、退院支援カンファレンスをはじめとする退院に向けた支援の中で重要な服薬継続に関して、看護師への意識調査を実施した。

薬物療法に関しては、看護師の意識調査や患者への服薬教室の実施に関する研究報告は散見するが、「退院」へのかかわりと医師への情報提供に特化した報告やデータはなかった。

II 研究の進め方

本研究は、以下の3つの調査から成り立っている。

- 調査I パスを活用している病院(学会報告、専門誌掲載、もしくは研究会等での報告)を対象に、現在の活用状況についてインタビューを行い、チーム医療と退院促進の観点から経済コストをどのように意識しているかを聞き取った。
- 調査II 精神科病院においてはパスを導入していない病院が圧倒的に多いため、パスを活用していないもののチーム医療と退院促進を推進している病院に対して、退院支援カンファレンスの効果について関係職種によるグループインタビューを実施し、患者のカンファレンスへの参画を退院という結果と照合することによって、有効性を確認した。
- 調査III 退院支援カンファレンスを含めた退院に向けた支援の中で重要な薬物療法に関して、看護師への意識調査を実施した。これらの研究結果は、今後、看護師がチーム医療の中でどのような役割を果たすことが、患者の退院への意志を形成することに寄与していけるかというプロセスを明らかにするための研究の基礎資料になると考えられる。

1. 調査期間

平成17年8月から平成18年3月

2. 倫理的配慮

- (1) インタビュー対象者に対して、調査研究の目的を口頭にて十分に説明し、了解を得た。
- (2) インタビュー対象者の所属施設管理者の了承を得た。
- (3) プライバシー保護の観点から、報告書

- の情報は個人を特定できないように記号化を行い、分類した。
- (4) 得られた情報は、本研究以外の目的に一切使用しない。

Ⅲ 方法と結果

1. 調査 I

(1) 研究目的

精神科病院でのチーム医療の充実と退院促進を図ると考えられているパスの活用状況を調査し、現状の課題を明らかにしつつ、次年度に精神科救急入院料病棟、精神科急性期治療病棟、精神療養病棟、老人性認知症治療病棟などにおいての拡大調査を実施するための予備資料を作成する。

(2) 研究の方法

1) 対象病院の特定と方法

パスに関する過去 5 年間の学会発表や研究会報告および雑誌投稿などから、パスを導入している精神科病院を特定した。その結果 19 の病院があがった。そのうち現在も医療チームでパスを活用しており、調査への協力が得られた 3 施設を訪問し、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士に対し、実施状況をインタビューした。

2) インタビュー内容

- ① パスの活用の現状
- ② パスの効果と限界に対する対策
- ③ パスのチーム医療での有効性
- ④ パスの成果と評価
- ⑤ パスのコスト計算についての現状認識

3) 調査の結果および考察

① 精神科分野でのパス活用と現状での限界

精神科におけるパスの活用について文献検索および関係者からの情報収集を行い、19ヶ所の病院に問い合わせ、その内 3 施設を訪問し、パス活用の現状と限界及びコスト計算の可能性についての聞き取りと資料収集を

行った。その結果、全病院的に取り組みながらパス活用の効果を蓄積し、更に診療報酬上の位置づけを視野に入れた成果に対する研究を行っている施設は 1 施設であった。

精神科分野のパス活用の限界とコスト計算に対する研究の困難性については、既に文献等で指摘されている。困難性については、独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センターにおいてパスの実践と研究のリーダーである橋本喜次郎医師の「クリニカルパスによる急性期統合失調症治療－BPRSと薬物療法などの解析」などの研究の中で、以下のように示されている。

『入院時の重症度に差がないにもかかわらず、急性期の統合失調症患者には、入院期間を 3 ヶ月と想定して十分な患者群と、3 ヶ月以内では退院が困難で少なくとも 4、5 ヶ月の入院期間が必要な患者群の存在が推定される。このような経過の違いは、これまでのさまざまな報告から、次の(1)から(3)の項目にまとめられる。すなわち、

(1) 患者個人の因子：発症年齢や家族負因、病態水準（重症度）、受診までの期間

(2) 治療側の因子：薬物療法の是非、主治医の経験や能力、看護ケアの質など

(3) 患者を取り巻く因子：家族の姿勢、経済問題などであり、検討すべき因子は多岐にわたる。』

② パス活用の成果で一定の評価が得られるもの

上記の研究の中心は『パス適用者を一定の条件で成功群と不成功群に定義した。パス適用 33 例は、成功群 18 例と不成功群 15 例に分けられ、入院期間の平均はおのおの 60.4 日と 132.7 日であった。両群は、入院時並びに退院時においても BPRS の総計点で有意差はなかったが、入院 2 週目と 4 週目で成功群が有意に改善していた。処方解析では、入院と退院の両時点で処方量に差は認められなかったが、最大処方量で不成功群は有意に量が多く、処方の変更率でも成功群に比し有意に高かった。

上記の背景には、患者個々の薬物への反応性の違いが示唆された。また、急性期統合失調症の治療では、入院 2 週目の BPRS 改善率が入院期間を予測する客観的指標に成り得ることが示唆され、3 ヶ月の標準的な入院期間以外に、別期間の設定プランが必要と考えられた。(中略) 医師と看護師おのおの症状評価を行い、診療に活かすと同時にこれを研究にも寄与させる。また、医師による処

方のバラツキを抑えるために、J P S S (Japan Prospective Schizophrenia Study) の薬物ガイドラインに沿った薬物療法を採用している。リハビリ面では、心理教育的アプローチと、退院後の外来サポートへの導入を図ることを目指している。(中略) その結果、

○両群共に、入院時と退院時の両時点でBPRS総計点に差はなかった。しかし、成功群では2週目と4週目のBPRS総計点改善率が有意に高かった。

○入院時の処方量と処方パターン、退院時処方量にも差はなかったが、不成功群では、最大処方量が多く処方変更率でも成功群に比し有意に高かった。』という報告である。

また、同センターの急性期医療チームは、短期間の入院期間を経て退院へ至った患者を対象とした「デイケア継続連携パス」に関する研究を行い、『継続パス利用者47名(死亡、転院の2症例は、除外)の退院後の再入院の有無を調べ、後ろ向き研究を行った。デイケア導入・継続クリティカルパスの終了群と未終了群で群間比較した。その結果、継続パス終了群は17名中2名の再入院、継続パス未終了群30人中17名の再入院で、デイケア継続連携パス終了群の再入院が優位に少なかった。』と報告している。

これらのことから既にパスの活用につい

ては課題を残しながらも、入院期間の短縮、退院後の生活安定、再入院防止のための方策のひとつとして期待できるとして、基礎的研究に入ることでできる段階であると考えられる。しかし、パスの精度を維持しながら、実施・評価するシステムと治療体制が整備されにくい現状については、早急に解決すべき課題である。

③ その他のパスを実施している病院の現状

他の病院のインタビューでは、クリニカルパスを作成して導入しているものの、チームカンファレンスと意図的に連動させて継続的に効果を測定するというところまでには至っていないことが明らかになった。これらの病院では、「パスが診療報酬上に位置づけられなければ、疾病別スケジュール表という評価から脱することは難しいのではないか」という意見が聞かれた。また、使用後の評価を試みても薬物療法の管理等について他職種の協力が得られにくい現状があり、臨床研究を行うことは困難な状況もみられた。

※ 下記は、肥前精神医療センターの精神科救急入院料病棟でのパスを定額と出来高を比較した場合の出来高で得られる点数一覧である。

検 査	生化学 (S1)	130 点
	判断料	155 点
	加算	40 点
	CBC (S7)	42 点
	判断料	135 点
胸部X-P (大角1枚)		163 点
胸部CT (半切1枚)		882 点
	判断料	450 点
脳波		400 点
	判断料	140 点
心電図		150 点
バウムテスト (2回)		280 点
血中濃度 (3回)	例) カルバマゼピン	750 点
	バルプロ酸	750 点
	ハロペリドール	750 点
精神療法 (毎日) (指) 360 点×21 日		7,560 点
作業療法 (15日目より) 週5回 220 点×12 日		2,640 点
隔離加算 (月7日間) 220 点×7		1,540 点

服薬指導 (週 1 回)	350 点×4	1,400 点
入院料	例) 1 日 1,372 点×31 日	42,532 点
合 計		60,889 点

定額

1 日につき、30 日以内の期間 3,200 点、30 日以上期間 2,800 点

30 日以内の期間 3,200 点×31=99,200 点 30 日以上期間 2,800 点×31=86,800 点

2. 調査Ⅱ

(1) 調査の目的

入院患者の退院に関する方針について、患者の退院の意思の形成や退院に向けた具体的方策の検討をカンファレンスで行っている場合、そのカンファレンスがどのような役割を果たしているのかを明らかにする調査を行うための予備的な資料を作成する。

(2) 調査対象

入院患者の退院に向けた方針決定に際して、複数の職種による退院支援のためのカンファレンス(以下、退院支援カンファレンス)を行っている病院のカンファレンス参加者(患者を除く)である医療、福祉従事者。

<対象施設及び職種>

- ① A 病院 民間法人精神科病院 (単科) 看護師長・精神保健福祉士各 1 名
- ② B 病院 公立総合病院 (半数が精神病床) 医師・病棟看護師各 1 名

(3) 調査方法

インタビューガイドに沿って上記対象者への 90 分のグループインタビューを行い、その後 30 分のレビューを行う。

(4) 調査日

2007 年 1 月に病院を訪問してカンファレンス記録を閲覧し、2 月に対象 2 病院の対象者にグループインタビューを実施した。

(5) 調査の実施にあたって

①インタビュー協力者(対象者)のプライバシーは保護し、この研究に関して協力者の所属する病院名や氏名などの属性は匿名化する。このインタビューは録音し、データ化さ

れるが、研究終了後に音声は消去する。

②本調査の結果については関連の研究に直接もしくは間接的に反映されること、研究者の論文執筆および専門誌への投稿、学会発表される可能性があることを説明し、了承を得た。提出資料は発表の際には病院名、個人名が特定されないように表現に十分に注意する。

③研究への協力同意については、協力者の上司宛の文書の発送と、本人宛の文書の発送によって了解を得た。

(6) インタビュー項目

- ① 両施設においてこの 3 年間に退院に向けて患者も含めた複数の職種による何らかの カンファレンスが行われた患者の実数と、医療従事者の決定のみによって退院した患者の実数を明らかにする。
- ② インタビューではこの実数の変化の意味を検討するとともに、カンファレンスが行われることになった患者の代表的な 3 事例の概要(年齢、病名、入院期間、カンファレンスを提案した人、患者の退院の意思の変化、家族の反応、退院を困難にさせている理由、プランの要約と最優先課題、カンファレンス後の展開、他)について検討する。
- ③ カンファレンスが行われたときの主だった参加者の職種。
- ④ カンファレンスを開催する前には誰がどのように準備をするのか。
- ⑤ 簡単な討議の経過、主に誰がイニシアチブをとったのか。印象的な会話はあるか。
- ⑥ 具体的な課題としてよくみられるものはなにか。
- ⑦ 家族に対して行われるかかわりにはどのようなことがあるか。
- ⑧ 服薬調整に関してカンファレンスでの取り上げ方はどのようになっているか。
- ⑨ カンファレンスの記録、伝達、調整は誰

- が担当するのか。
- ⑩ 再度、カンファレンスが必要になったときの理由と対処。
 - ⑪ その他

(7) 調査の結果および考察

両施設とも、平成 16 年より「患者参画型カンファレンス」を導入し、退院支援カンファレンスとして効果を上げている。両施設の直近 3 年間の退院患者数と退院支援カンファレンスの実施状況を、下記のグラフと表に示す。

*用語の説明：「チームあり」・・・患者参画型のカンファレンスを実施してプランニ

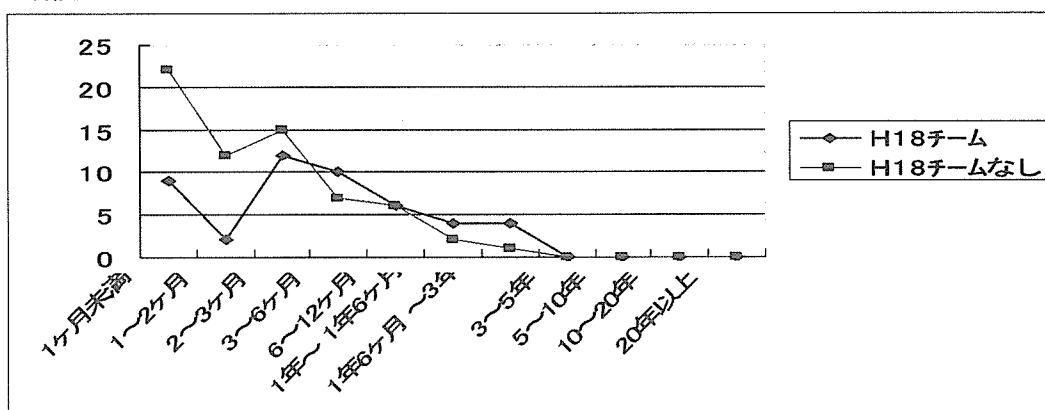
A病院では、退院支援カンファレンスが行われた患者の実数は、医療スタッフによる決定によって退院した患者の実数よりも少ないものの、入院期間が6ヵ月～1年以上の患者の場合には患者参画型のカンファレンスを行ったケースの退院件数が、医療スタッフ主導のカンファレンスよりも上回っている傾向にある。

1) 退院支援カンファレンスと退院患者数
(退院患者の入院期間と退院支援カンファレンス実施の有無)

ング、「チームなし」・・・患者の参加はなく、医療従事者によるプランニング

平成 18 年実績

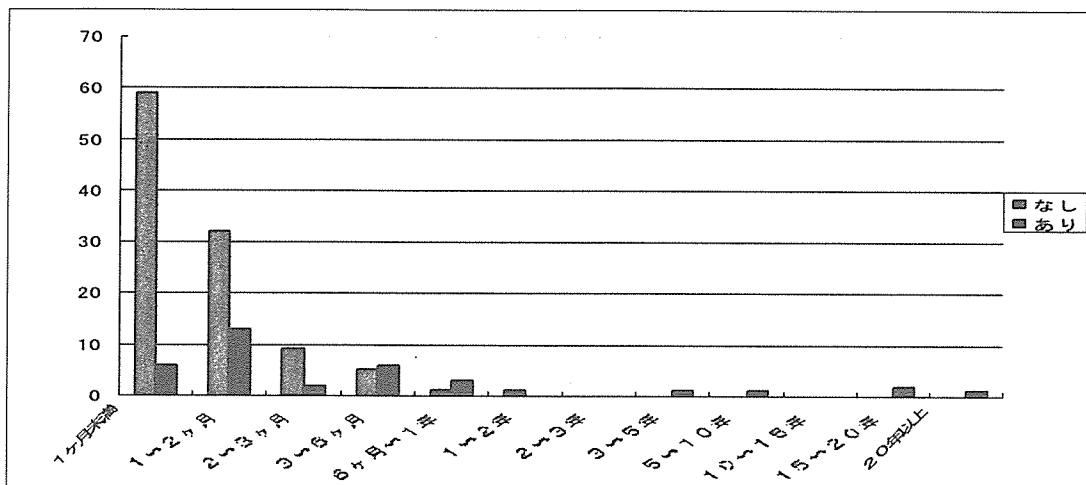
A病院 2007. 1. 1 - 2007. 12. 31



平成 18 年

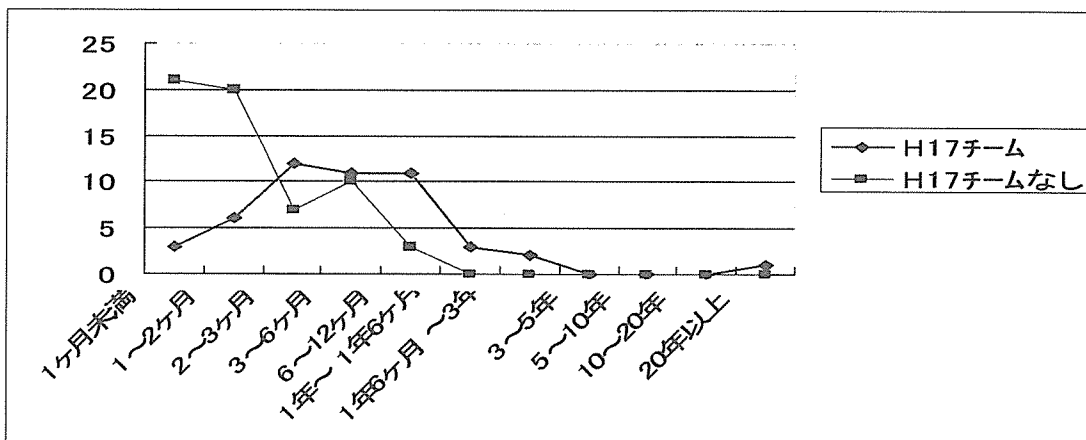
	1ヶ月未満	1~2ヶ月	2~3ヶ月	3~6ヶ月	6~12ヶ月	1年~1年6ヶ月	1年6ヶ月~3年	3~5年	5~10年	10~20年	20年以上
あり	9	2	12	10	6	4	4	0	0	0	0
なし	22	12	15	7	6	2	1	0	0	0	0

B病院2007. 1. 1-2007. 12. 31



平成 17 年実績

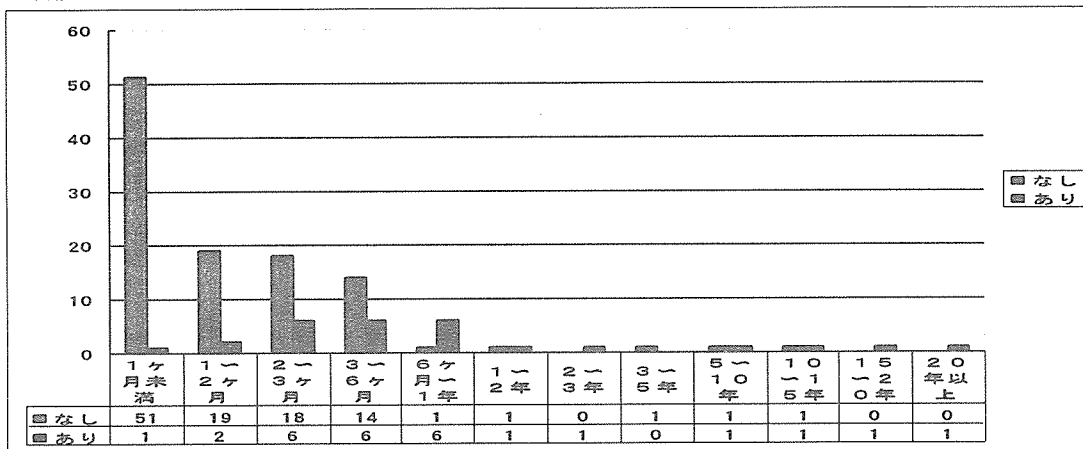
A病院 2006. 1. 1-2006. 12. 31



平成 17 年

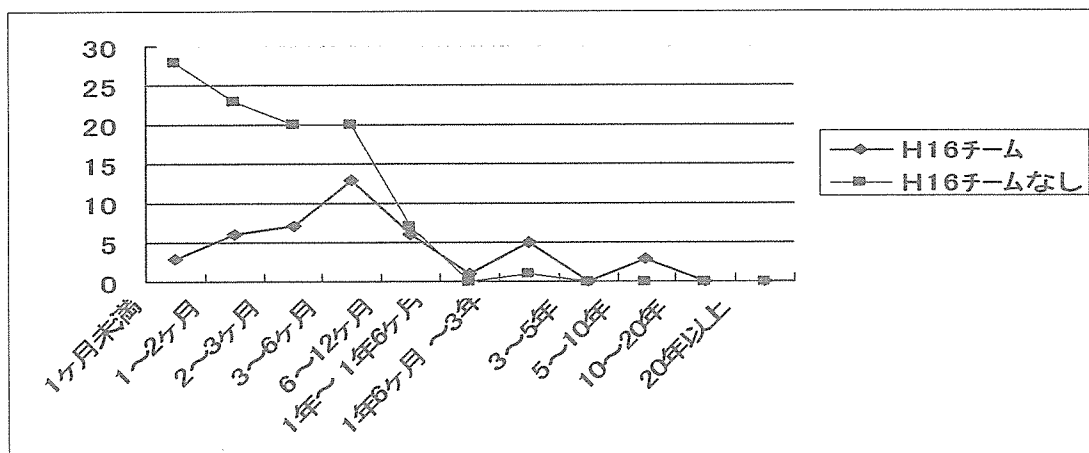
	1ヶ月未満	1~2ヶ月	2~3ヶ月	3~6ヶ月	6~12ヶ月	1年~1年6ヶ月	1年6ヶ月~3年	3~5年	5~10年	10~20年	20年以上
あり	3	6	12	11	11	3	2	0	0	0	1
なし	21	20	7	10	3	0	0	0	0	0	0

B病院 2006. 1. 1-2006. 12. 31



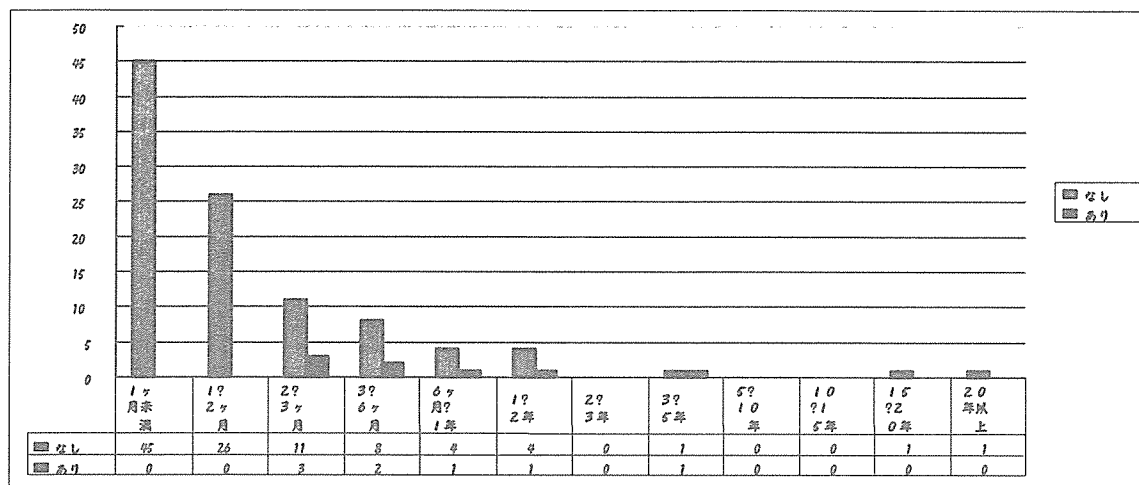
平成 16 年実績

A病院 2005. 1. 1-2005. 12. 31



平成 16 年

	1ヶ月未満	1~2ヶ月	2~3ヶ月	3~6ヶ月	6~12ヶ月	1年~1年6ヶ月	1年6ヶ月~3年	3~5年	5~10年	10~20年	20年以上
あり	3	6	7	13	6	1	5	0	3	0	0
なし	28	23	20	20	7	0	1	0	0	0	0



2) 退院支援カンファレンスの対象者の選定

入院期間が1ヶ月未満の患者については、退院支援カンファレンスを行うまでもなく入院時の治療計画による予測の範囲内で退院できることが多く、6ヶ月を超える入院患者については退院支援カンファレンスを多職種チームで実施する方が退院につながる傾向がある。この両群について退院後の予後調査を実施することができれば、多職種による退院支援カンファレンスの有効性が示されることになる。

また、退院支援カンファレンスの対象者や実施のための条件を明確化し、定期的アセスメントなどを診療報酬上で評価することができれば、「この人はなぜ退院できないのか?」という疑問を放置せずに退院促進が図られることになる。そして、長期入院患者だけでなく入院患者全般に患者参画型の退院支援カンファレンスを実施することができれば、短期入院で治療を外来に切り替えられる患者群の中でも頻回な入退院を繰り返す患者の予後にも、よい影響をもたらすことが期待できる。

3) 退院支援カンファレンス導入の理由

入院治療を進めていくときに、医療従事者だけが参加したカンファレンスを行っている病院は多い。しかし、そのカンファレンスの中で「患者自身の思いはどうなのだろう

か?」ということが検討事項に上ることが少なくない。これまでの治療計画や看護計画は院内完結型で立案・遂行されることが多かったが、退院後の生活や問題については本人や家族に一任されてしまうのが現状である。これからは、退院支援カンファレンスの際に患者の退院後の生活の問題点全体に視野を広げ、セルフケアの査定(評価)も可能な限り複数の看護師で行うことが望ましいと考えられる。両施設とも、この視点で患者参画型の退院支援カンファレンスを継続して実施している。退院支援カンファレンスの内容や展開についても、今後の調査によって明らかにすることが望まれる。

4) 退院支援カンファレンスの提案及び決定

退院支援カンファレンス実施の提案は、誰からでもよく(医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、患者自身他)、必ずしも医師から提案されるとは限らない。医療従事者の関心は急性期の患者に向けられることが多く、入院期間が長期化した患者ほど医療従事者の関心が低下することはさまざまな報告から明らかになっている。退院支援カンファレンスには前述の職種の他に、薬剤師、栄養士等も事例に合わせて参加する。

5) 退院支援カンファレンスの特徴

A病院ではセルフケアアセスメント表を工夫して、文字だけではなく絵で表現するな

どのオリジナリティを加えて、患者とともに評価（査定）を実施していた。B病院では、患者の退院への意志を確認する協働作業を作業療法やSSTの他に、受け持ち看護師とのマンツーマンの時間の中で行っていた。これはいわば、患者との退院までのシナリオを共同で作成することであり、患者が受け持ち看護師と一緒に書き換えながら、よりよいストーリーを作っていく過程と理解することができた。これらの試みからは、退院支援カンファレンスによって次のステップに進んでいくためのさまざまなツールが作られ、活用されている可能性が示唆された。

6) 退院支援カンファレンスの問題点と課題
「退院支援カンファレンスにはどのような職種が関わるか」については、患者に合わせて柔軟に変更するべきであると両施設のスタッフとも述べている。「退院支援チームは多職種によって構成されるもの」という基本

的考え方は共通である。これは、これまでの医療チーム、委員会、プロジェクトなど多様な治療支援チームの延長線上のイメージであるが、患者のニーズに合わせて職種を柔軟に組み合わせたチームが患者ごとに編成されることと、患者の意志が常に直接に反映されるということが相違点であると考えられる。また、病院によっては精神保健福祉士の配置が少ないために、病棟業務に関与できないことがあり、この点についても今後の課題として検討しなくてはならない。

7) 事例の展開

実際に退院支援カンファレンスが行われた事例を示し、その経過と概要(年齢、病名、入院期間、カンファレンスを提案した人、患者の退院の意思の変化、家族の反応、退院を困難にさせている理由、プランの要約と最優先課題、カンファレンス後の展開、他)を、以下に記載した。

表：A病院の事例の展開

	A	B	C
年齢	40歳代 女性	40歳代 男性	50歳代 男性
病名	非定型精神病	統合失調症	統合失調症・AL
入院期間	5年	2年	8年
カンファレンスを提案した人	Ns	PSW	OTR
患者の退院の意思の変化	「このままずっと病院で過ごさないといけないのか。退院が見えない」 ↓ 「退院後の不安や自信のない事に対する方法がわかった。退院への希望が持てるようになった。」	「退院したいが、そのために何をどうしたらいいかわからない」 ↓ 「退院準備のために必要なことがわかった。自分でできる事から始める」	「家族が退院を受け入れてくれないと退院できない」 ↓ 「家族と同居でなくても退院できる方法があれば、退院する」
家族の反応	混乱状況に対する具体策が知りたい。 方法がわかれば退院させたい。	関わりたくないあるいは関われない。	退院について、強固な拒否感を示す。
退院を困難にさせている理由	○ 症状と障害 地域生活での不安 家族の希望 本人の思い などに対するアセスメント不足 ○ 症状のみに焦点をあてたケアプラン	・退院後の生活に関するアセスメント不足 ・院内生活の安定を最終目標にしたケアプラン ・本人及びスタッフの病理理解不足	・退院後生活する場所についての情報不足 ・家族アプローチの不足 ・生活管理能力についてのアセスメント不足

プランの要約と優先課題	<ul style="list-style-type: none"> ① 退院計画のためのアセスメント ② 本人と家族の希望に合わせたケアプラン ③ 他職種との連携 ④ 本人、家族を含むカンファレンスの調整・実施 	<ul style="list-style-type: none"> ① 退院計画のためのアセスメント ② 病理理解のための学習会 ③ 単身生活に向けての準備（家族関係者との調整） 	<ul style="list-style-type: none"> ① 退院計画のためのアセスメント ② 家族の思いに関するアセスメント ③ アセスメントに基づくケアプラン
カンファレンス後の展開	<ul style="list-style-type: none"> ① アセスメントに基づくケアプランの実施 ② セルフケア査定を行ない項目別に、退院後に本人の希望する暮らしを実現させるために不足している事を明らかにする。 ③ 不足を補うケアプラン ④ 退院後、利用できる社会資源について情報収集と調整 	<ul style="list-style-type: none"> ① アセスメント後、受持ちNsが調整し、チームアプローチを計画、実施。 ② 本人、Dr、Ns、OTR、PSWで月1回チームミーティングを実施 ③ 単身で生活できるアパート探し ④ 社会資源活用の施行 ⑤ 病理理解のための学習会の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ① 他職種協働で退院支援のためのケア計画、検討会実施。 （本人、Dr、Ns、PSW、OTR、AL係） ② 家族に対して本人と共に定期連絡（手紙） ③ 自宅以外の退院先について、本人及び家族に情報提供 ④ 社会資源活用試行
その他	<p>地域でのケア会議を退院前に実施 （本人、家族、PSW、Ns、地域スタッフ…保健師・ホームヘルパー等の参加）</p>	<p>アパートでの単身生活 デイケア、作業所利用 家族関係者調整の為、家族に関わる関係スタッフと調整会議を実施</p>	<p>生活訓練施設（援護寮）入所 デイケア、作業所利用</p>

8) 退院支援カンファレンスの開催準備

基本的には受持ち看護師が行うが、提案によっては精神保健福祉士や作業療法士が事前準備を行ない、プレゼンテーションを行うこともある。

まず、退院支援計画のために本人の意思のアセスメントを行ない、

①そのアセスメントに基づき、カンファレンス目的を明確にする。

②関係者、必要な職種、団体への呼びかけ
カンファレンス実施、調整（出席者、方法、日時、場所など）

③資料、記録の準備

進行役は受け持ち看護師や行うことが多いが、他の職種が担当することもある。まず、簡単な経過を説明し、必要があれば本人にコメントを求める。

○基本的には、

①退院計画、アセスメント内容の確認

・退院後、本人がどのような暮らしを望んでいるか。

・主治医の方針と本人の理解度の相違はないか。

・その暮らしを実現するために現状では何が不足しているのか。

・その不足を補う方法はあるか。

・不足を補うための方法や、実践上困難なことは何か。

・本人のモチベーションはどうか。

・家族の思いはどうか。

①本人の望む生活実現のため、それぞれの職種ができることをプラン化する。

②プランによって、週1回～月1回のカンファレンスを実施し、評価・再検討していく。
印象的な会話から

①長期入院者の生活イメージは、入院前のイメージに左右される発言内容が多い。

・自宅で暮らす→仕事につく→結婚する

・自宅で暮らす→勉強し進学する→仕事につく

このような発言は、“非現実的妄想発言”と受け取られて処理されてしまうことがある。患者の気持ち、意識、考え方はスタート地点ではすべてを活用されなければ、過去から抜け出せないし、展望も持てないことが多

い。一見、非現実的なことを言っているようであるが、患者の唯一の意欲であるにとらえる姿勢が必要となる。

②入院 1 ヶ月以内にセルフケアアセスメントを行なうと、現実的で生活のしづらさが浮かび上がりやすい。しかし、具体的プランを患者と共に考えなければアセスメントが活かされなくなるため、患者の可能性を信じる関わりと保護的関わりとのバランスを常に意識しておかなければならない。保護的関わりが多いと、入院の長期化を招いてしまうのではないかと考えられる。

③患者に対して「どうですか?」「どうしますか?」というような聞き方は、患者にとって漠然とした問いと感じられるようである。「どのように答えてよいかわからないときがある」「何が聞きたいのか、何を答えたら良いのか、わかりやすく聞いてもらいたい」という患者の発言があった。

一方、退院後の生活について「どう考えていますか?」と問うと「大丈夫です。」「何とかかなります。」「何とかします。」という返事ばかりで、アセスメントが不十分なまま終わってしまう。話が續かないと感じているスタッフもいる。この相互的な反応は、医師と患者、医師と精神保健福祉士との間でもおきることがある。

9) 具体的な課題

- ①単身生活者の場合…孤独感、寂しさ、毎日のスケジュールの単純化、治療の継続、経済的管理など
- ②家族と同居の場合…患者の病気や障害に対する家族の理解不足、家族関係の調整。
- ③社会資源・サービスの地域格差 など

10) 家族への対処

- ①退院支援チーム内への参加を促す。
- ②アプローチとして治療状況の説明を行う。(主治医治療方針の確認説明など)
- ③家族自身の不安に対応する。 など

11) 退院支援カンファレンスの記録、伝達、調整

A病院：主として受持ち看護師

B病院：受け持ち看護師や他のスタッフ、退院プロジェクトチーム

12) 再カンファレンスの頻度

原則的には、退院まで継続する(開催頻度の違いはある)

13) 退院支援カンファレンスでの薬に関するエピソード

服薬の調整については、実にさまざまな出来事が退院支援をめぐって起こっており、これらは調査Ⅰ、Ⅲとも勘案しなければならないが、看護師も医師とは別の視点で直接かかわっていることがわかる。特に症状なのか、作用・副作用なのかが判然としない場合の関わりは重要である。このようなさまざまなエピソードに何らかのパターンや典型モデルを作成することの可能性については今後の課題となる。

< A病院 >

① 入院前は日中出かける事が多く、昼の薬を飲み忘れる事が多かったということがわかったため主治医に報告。退院後の生活を想定し、処方が見直された。(朝・昼・夕) → (朝・夕)

② 「処方された薬は何の薬であれ、服用しなければならない」という思いが強く、自宅では就寝前薬を飲む前に寝てしまわないように、就寝前薬の服用予定時刻に目覚しをかけて起きて飲んでいたということが分かり、主治医に報告。服用しなくても朝まで眠れるかを外泊時に試行した結果よく眠れる事がわかり、処方が見直された。(就寝前薬は頓用になる)

③ 入院前は3日以上排便がないという状態はなかったのに、入院後は4日たっても排便がないため落ちつかず「イライラする」と主治医に報告すると、臨時薬が処方された。臨時薬の服用よりも下剤の調整をしてもらった方が良いのでは?と伝え、処方変更になった。臨時薬(一)下剤を増量。

④ 『『幻聴が入る』と診察の時に言ったら薬が増えた。だんだんと体がだるくなって、近頃は作業療法にも行けない。夜も8時頃には眠ってしまって楽しみにしている野球も見る事ができなくなった。』という相談があった。退院支援カンファレンスで、「幻聴は前からあったが、それまで言ったことがなかった。入院して初めて言ってみ

た。」と本人から発言があった。逆に体のだるさについては主治医に伝えたことはなく、「主治医にそんなことを言っているの？」と本人より驚きの声があった。症状や薬の作用・副作用を説明した後、本人が主治医に自覚症状を直接伝えた結果、減薬された。

⑤ 「自分がどういう病気で、何に効く薬を飲んでいるのか」の疑問が服薬行動に影響を及ぼしており、自己調整をしている事が退院支援カンファレンスで本人の発言によって明らかになった。その後、薬剤師も加わってのアプローチでコンプライアンスが高まり、処方の見直しがあった。

⑥ イレウスや言語不明瞭等の副作用が出現して減薬になった。薬が減った事について「病状が悪化するのでは」という不安があると本人から相談があった。病状の中で本人が一番気になるのは幻聴であり、「あっち行け」「バカ、バカ」等被害的な内容のもので、それが増えるのではないかと不安がある。「今は変わらないが、薬が減っているのでいつか幻聴が増えるかもしれない」と神経質になっている。その不安を主治医にうまく言えないということでチームが支援し、薬剤管理指導も行なった。減薬して2ヶ月経過して安心される。主治医からは頓服にジプレキサを処方され、不安が解消した。

⑦ 処方変更が3日前にあり、口渇と倦怠感がひどくなった。「薬がきつくなっているのではないかと、主治医に聞きたいが診察の時には言い出せない。『変わらないです』と言ってしまおう。」と、処方に対する不安の訴えがあった。変更前の薬と現在処方されている薬(セロクエル→ジプレキサ)について、カンファレンスの中で学習することにした。(CP換算値では減薬されている)一週間後に再度話し合うも、自覚症状は変わっていないため主治医に報告し、ジプレキサ→セロクエルに変方される。調整時には説明を行った。口渇は軽減したが、倦怠感が残っている。活動と休息バランスを考えることにした。

⑧ 「退院後は作業所に行く生活を考えているが、今は一日中体が元気ない感じがす

る。このままでは作業所に行けるか自信がない。入院前は、朝・昼・夕、同じ薬だった。今は、朝・昼・夕が全部違う。良くなっていないのかな。前と同じ薬になったら退院できるのかな。」と薬の数にこだわっていたケース。確認すると「朝は血圧の薬」「夕には抗不安薬」が処方されているとわかり、抗精神病薬は変わらないことを説明すると、「そう言えば、『夕方になると、何だか不安になる』と主治医に伝えたことがある。現在、気持ちは落ちついていて不安はない」という。そのことについて、診察時に本人から主治医に伝えると、夕薬の抗不安薬が減薬された。退院可否の目安として外泊を試行し、変わらないことを確認する。

⑨ 退院支援カンファレンスで「日中の眠気の原因は何だろうか？」と話し合った。抗精神病薬は朝・夕2回(リスパダール)で副作用も考え難いため、一日の生活スケジュールを確認していったところ、「うーん。熟睡感がないからなあ」と本人弁。ゆっくり眠れたのは、外泊時、頓服の眠剤を服用した時だったということがわかり、就寝前薬が処方され、睡眠リズムが整っていた。

< B病院 >

① 独居の男性、アルコール依存とうつ状態で入退院を繰り返す。入院中に服薬について話し合った。本人は「薬の数が多くて、途中でわけがわからなくなってしまう」と言われる。退院後、薬はシートで渡されていることがわかり医師に伝えると、本人がシートのままがいいと希望したとのことであったが、本人は「前はそうだったけれど、最近は歳をとって自分でできなくなっていた」と言われる。入院中の薬は一包化されているため、こちらにも気づかず、本人も入院中は服薬に不自由を感じていなかったため、聞かれなければ言わなかったと話された。どのようにしたらよいのかを本人と話し合い、退院後は一包化にしようことと、100円ショップで仕分けのためのトレイを買い、薬を分別することに決めた。

② 高齢独居の男性であったが、独居が困難になり一時施設入所していた。今回退院後も施設入所の方向で検討していたが、本人の強い希望で再び自宅で生活することになった。

ケア会議で退院後の生活のサービス調整をしていく中で、薬を自分で服用しなければならない時間帯があることがわかった。これまで自宅で使用していた薬のケースを持ってきてもらい、すぐに服薬自己管理を開始した。退院後はホームヘルプサービスと訪問看護で服薬確認が行われている。

③ 女性。自宅では薬を飲まず、袋ごと捨てることもあった。入院中はきちんと飲んでいたが、時折「薬の数が多」「薬が苦い」と訴えがあった。今回退院に向けての外泊訓練の際に、「前夜眠れなかったから」との理由で一日分の薬をまとめて服用してしまった。いつも眠れないわけではないようなので、退院支援カンファレンスでは不眠時の追加薬の検討も行われた。

④ 50代の男性。長期間未治療のまま生活しており、退院後には服薬中断の可能性が高かった。入院中は服薬自己管理ができていたため、退院後も同じやり方でやろうと本人と話し合っていたが、退院後服薬ができていないようだと言われた。保健師から情報が入った。病棟看護師が訪問して本人の話を聞いた結果、薬は食事の後に服用するものだと思っっていること、食事が不規則なため薬が規則的に服用できなくなっていたこと、起床時間が遅いことなどがわかった。本人に再度説明すると共に、服薬の回数を日に3回から、昼・夕の2回に変更するなど検討した。また、薬トレイの工夫もした。

⑤ 男性。病状も落ち着いてきた頃に「何かしようという気持ちになってきたが、体がだるくて思うように動けない」と言われる。薬の調整が必要ではないかと判断し、医師に伝え、減量になった。

⑥ 「ちゅうき（脳卒中）になったようだ」との訴えがある。精神科薬を服用しており、副作用ではないかと考えて医師に報告。薬物によるパーキンソン症状であることがわかり、薬物調整された。

⑦ 「薬を飲むと頭がボーっとする」「何もできなくなる」と服薬に対して拒否的な訴えがあった。患者は退院後に就労の希望があり、退院前に薬物の調整が必要ではないかと判断した。服薬は自分らしい生活をするために必要であることを説明し、自分の今の状態にあうよう服薬調整する必要もあるため、医師と相談することを提案する。また、どうしても服用が必要な場合には、服薬時の違和感に少し慣れることも必要であることを伝える。仕事の仕方も検討していかなければならないことなどを話しあう。医師には話し合った

ことを伝えた。

⑧ 服薬中断のため、病状悪化。悪化時のことは覚えていない。今回退院が近いため、退院後の服薬について話し合う。前回退院後すぐに服薬中断しており、その理由を「面倒だし、飲んでも飲まなくても変わらなかった」と言われる。医師に報告し、薬についての説明をもらった。薬剤師の服薬指導開始。「統計的にも薬を飲んでいないと再発する確率が高いと言われた」と話される。服薬自己管理開始となる。

⑨ 服薬中断のため入退院を繰り返す。今回、薬について話し合う。「受診日を忘れてしまい、それっきり薬も飲まなくなる」と言われる。病識はないが、病感はある。時折認識できる幻聴に対し強い恐怖感があるため、そのエピソードを服薬の動機づけとした。服薬の必要性については一時的には理解できたようだが、服薬管理を持続して行うことは困難と判断し、訪問看護を提案。医師に報告、今回退院時利用することになった。

⑩ アルコール依存・うつ状態。「夜中に目が覚めると、いろんなことを考えて不安になる。家では、つい酒を飲んでしまう」と言われる。入院してからも同じような睡眠パターンであると訴えあり、調整が必要と判断。早朝覚醒があり、本人も睡眠導入剤より、抗不安薬を希望されるため、主治医に報告。頓服として抗不安薬が処方される。

⑪ 50歳代女性。長期入院後、独居生活。退院促進事業による退院支援を行った。退院への準備として、服薬自己管理、薬剤指導を行う。退院後服薬遵守できない傾向になったものの、最低限の服薬はできていたため、症状観察をしながら見守った。

2回目の入院時に、服薬指導と服薬自己管理を再度行った。服薬継続の動機づけとなるように服薬と症状の関係を表につけてもらい、服用の方法・回数などを変更し検討するが、本人の認知は改善されず、効果は乏しかった。退院後は元の服薬状況に戻った。前回同様に、訪問看護で症状観察を行っている。

⑫ 50歳代女性。治療中断して再燃、医療保護入院なる。入院中は服薬遵守できていたが、退院後は、朝・昼・夕・就寝前薬を順不同に服薬するようになった。睡眠障害は少なく、睡眠導入剤が必ずしも必要ではなかったため、訪問看護と相談して1日4回の投薬内容をすべて同じにするという指示にした。本人には一日4回服用することと説明し、現在必要な服薬が可能となった。

⑬ 30代女性。服薬遵守できずに症状が悪

化して急遽受診するという状況が続いていた。今回、症状悪化による希死念慮が出現し、大量服薬で入院。入院中も、抗パ剤や抗不安薬の頓服の希望が頻回に認められた。抗精神病薬に対する拒否感が強いため、必要な抗精神病薬の服薬を継続できないと判断して退院前にデポ剤の使用を開始し、ベースとなる薬物の投与を確保した。頓服の使用法・回数などについても、本人・看護師・訪問看護師などと話し合って統一した。

⑭ 50代男性。22年間の長期入院。退院促進事業を利用し、退院した。退院支援を開始した頃、SSTの場面で不安が強いという訴えがあった。主治医に頓服を頼むという練習をして課題が達成され、抗不安薬を服用して不安が改善した。その後、服薬自己管理と服薬指導を行った。

3. 調査Ⅲ

(1) 調査の目的

患者を退院へと導く支援の中で、服薬継続のための支援は重要である。入院直後の急性期治療における有効性を高めることも重要であるが、退院までに患者のコンプライアンスを向上させるような働きかけを行うこと

が退院後の生活を安定させることにつながる。そのためには、入院中にかかわる看護者の役割が重要になると考えられ、薬物療法に関する看護者の関心等について意識調査を行った。

(2) 調査の対象

2007年1月26日～27日に開催された薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト研修会に参加した10名の看護者に対して、自院の急性期病棟の看護者を対象としたアンケート調査の協力を依頼し、153票が回収された。

(3) 調査の方法

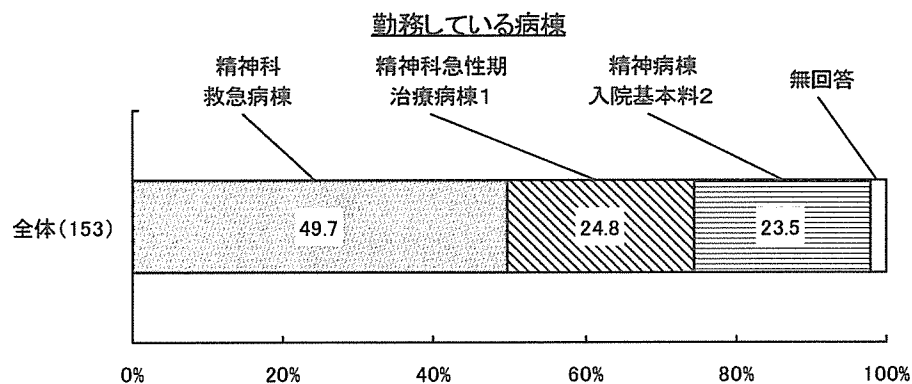
調査票を郵送方式にて配布・回収した。

(4) 調査の期間

2007年1月～2月

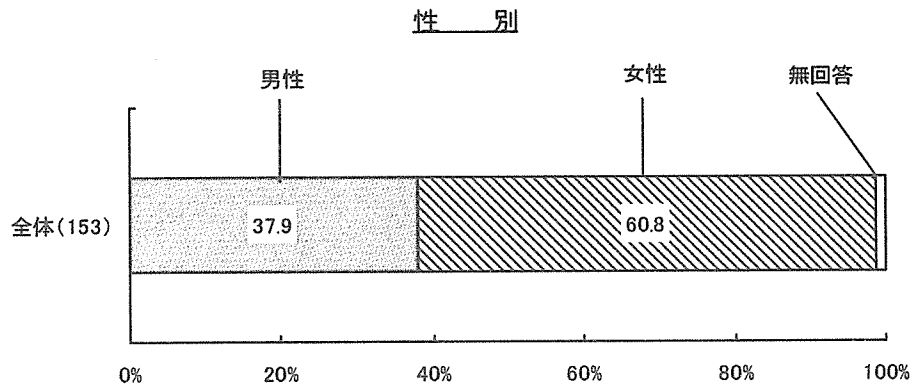
(5) 調査の結果および考察

1) 対象者の概要

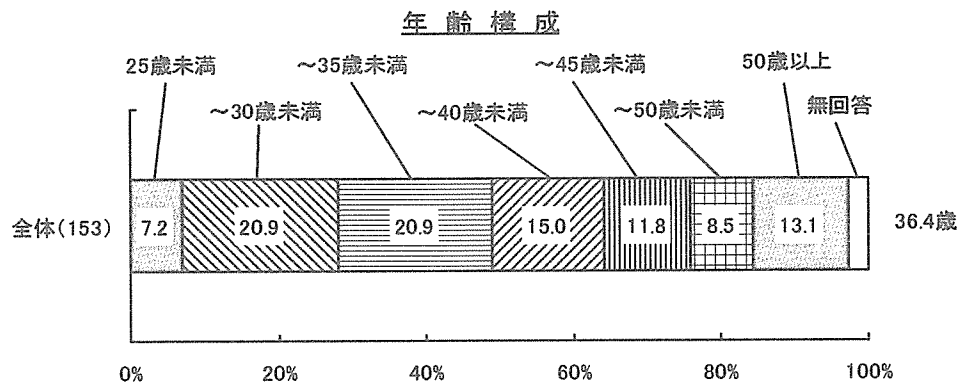


回答者が勤務している病棟は、「精神科救急病棟」が49.7%、「精神科急性期治療病棟1」

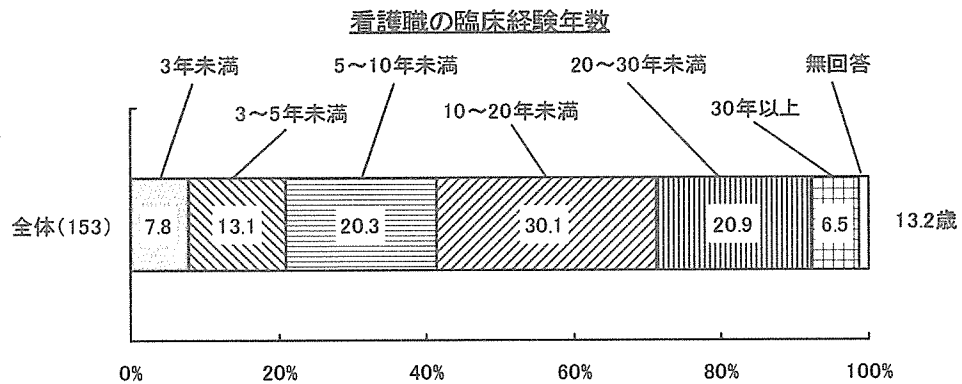
が24.8%、「精神病棟入院基本料2」が23.5%であった。



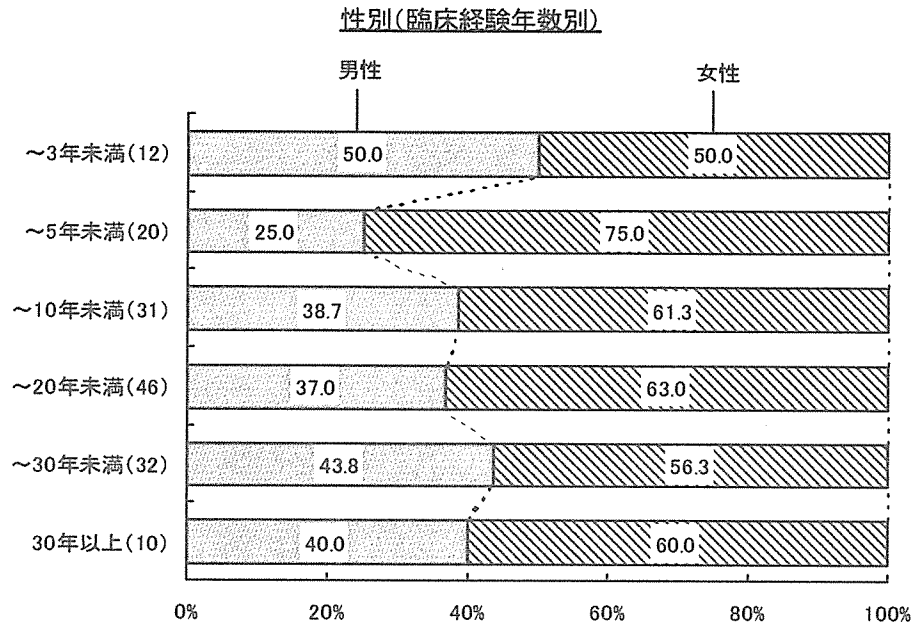
全体の男女比は、「男性」が 37.9%、「女性」が 60.8%であった。



年齢構成は、「25歳以上 30歳未満」と「30歳以上 35歳未満」が最も多く共に 20.9%で、平均年齢は 36.4歳であった。



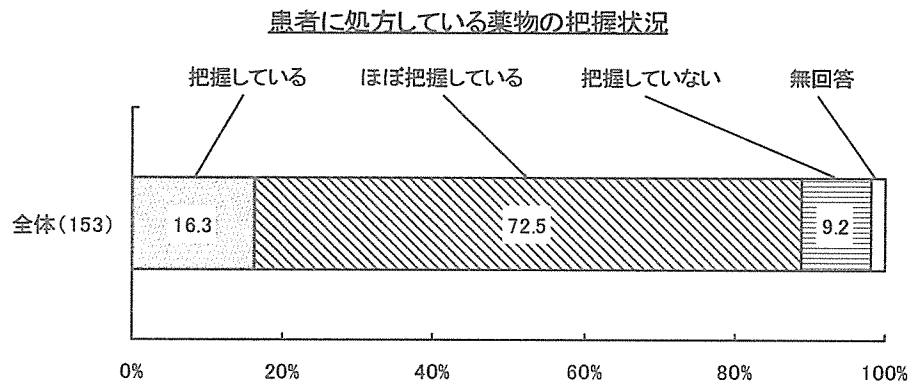
看護職の臨床経験年数は、「10年以上 20年未満」が最も多く 30.1%、次いで「20年以上 30年未満」が 20.9%、「5年以上 10年未満」が 20.3%と続いている。



性別と臨床経験年数の関係を見ると、どの年代も女性が多いが、「3年未満」では男女半数ずつになっている。男性は、入職後早い時

期に急性期病棟に配属される傾向があることがわかる。

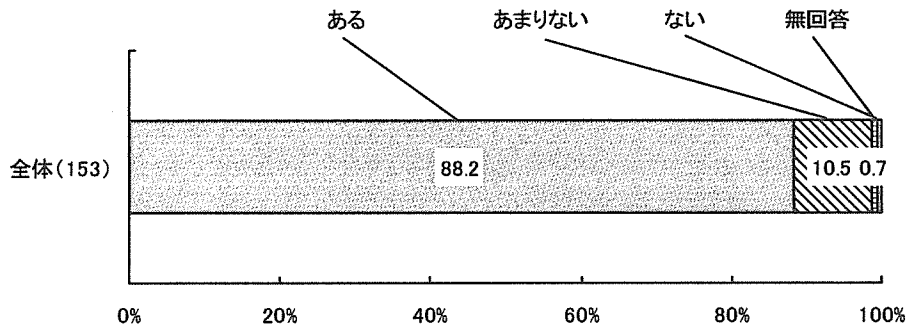
2) 看護師の処方への関心



受け持ちあるいは入院直後の患者の処方について把握しているかについては、「把握している」が16.3%、「ほぼ把握している」が

72.5%となっており、回答者の9割近くが把握していた。一方、「把握していない」が9.2%であった。

看護職の処方への関心の状況



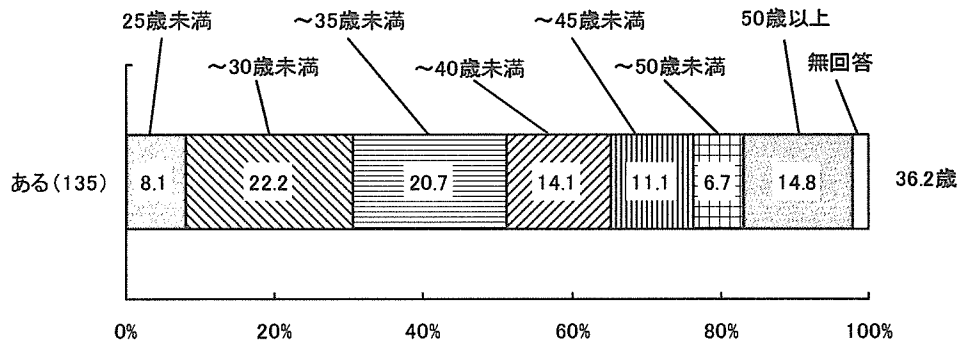
看護者は処方について関心があると思うかの設問には、「ある」が88.2%、「あまりない」が10.5%、「ない」が0.7%という結果が出ており、看護者の薬剤処方への関心は高いと言える。

関心がない理由としては12票のコメントがあり、処方医師の権限であるからという理由が3票、医師からの相談や報告がないというコミュニケーション不足を理由としてあげたものが3票、他は効果がわかりにくい等であった。

関心をもってもらうために必要なことについては、114票のコメントがあった。その中で最も多かったのが、勉強会等看護者が薬

物療法について学習する場をもつことで42票あった。次いで、ケースカンファレンス等処方に関して医師の考えを聞く機会をもつが39票であった。日々の業務の中で病状や薬効についての観察を行ったり、自己学習等によって看護者自身が関心を高める努力をする必要があるという意見も25票と多かった。その他に、薬物療法に関する情報を共有する工夫として、個々の患者の薬物療法に関する情報がパソコン上ですぐに検索できるシステムや、わかりやすいガイドラインを求めるコメントもあった。また、医師に読みやすい字で処方を記載してほしいという意見も2票あった。

薬剤処方に関心がある方の年齢構成



処方への関心が「ある」と回答した方の年齢構成をみると、「25歳以上 30歳未満」が22.2%、「30歳以上 35歳未満」が20.7%で

あった。一方、「あまりない」と回答した方の年齢構成は「35歳以上 40歳未満」と「45歳以上 50歳未満」が25.0%であった。