

症例報告

不安を抱え退院を拒む長期入院患者 に対する退院支援

—地域へ戻ることへの意志決定が促された4つのエッセンス—

昭和大学附属烏山病院

平井 尚子*

昭和大学大学院保健医療学研究科

榊 恵子

抄録：精神科慢性期病棟 A 病棟は、1 年以上の長期入院患者が約 64% を占めており、この現状を改善すべく 2015 年度より多職種による退院支援強化の取り組みを開始した。本研究は 5 年 8 か月に及ぶ長期入院生活のなか、自宅退院に向けて援助を継続した事例である。退院への不安を抱える長期入院患者 B 氏の地域移行が、多職種連携による取り組みにより実現した。この取り組みにどのようなエッセンスや効果があったのか、退院支援の実践結果を明らかにし、今後の長期入院患者に対する退院支援への課題を検討する。効果的な支援のエッセンスを抽出したところ「フォーミュレーション」「自己効力感へのアプローチ」「退院支援ミーティング（第三者としての医療スタッフの加入）」「再入院の保障」の 4 つとなった。長期入院の B 氏は病院という環境への慣れから持てる能力を十分発揮しているとは言えない状況であった。しかし、退院したいという意向を大事にして、多職種で各々の職種の特色を生かして支援することにより、B 氏を退院に導くことができた。さらに長期入院患者の多職種退院支援の 4 つのエッセンスを今後の支援に向けた指標として明らかにすることができた。本事例では、第 3 者である医師の後押しが保護的な環境からの脱却の契機になっていたが、こうした第 3 者性をどのように活用していくかが今後の課題である。本研究における多職種とは、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師、退院支援相談員のことである。

キーワード：精神科、長期入院、不安、退院支援、エッセンス

はじめに

2014 年に厚生労働省から告示された「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」¹⁾のなかで、精神障害者の地域移行および入院医療について「1 年以上の長期入院精神障害者は約 20 万人（入院中の精神障害者全体の約 3 分の 2）であり、そのうち毎年約 5 万人が退院しているが、新たに毎年約 5 万人の精神障害者が 1 年以上の長期入院に移行している」と報告されている。退院支援をミッションとする慢性期閉鎖病棟である A 病棟の患者特性として、回復に長期を要する慢性期にある患者、再燃を繰り返している患者、退院先の環境調整をするために時間を要する患者の 3 つ

に大別することができる。そして、ミッションを達成するために、日々多職種で、精神症状の安定化、セルフケア能力の低下を防止すること、療養生活を継続しながら病状や生活能力に応じた援助を行っている。しかし、厚生労働省の告示を言い表すかのように、A 病棟では 1 年以上の長期入院患者が約 64% にのぼっていた。そこで、2015 年度より「患者が帰りたい場所に帰れる」ことを病棟目標に掲げ、固定チーム活動を向上させ、多職種で退院支援強化対策への取り組みをスタートした。精神科長期入院患者の退院支援に関する先行研究では、長期入院患者が病院から地域へ戻ることへの支援を検討する事例研究が報告されている²⁻⁴⁾。しかし、長期入院患者に対して、多職種で有効な退院支援を行う上

*責任著者

で重要となる要素をテーマとしている文献は見当らなかった。本研究は、5年8か月におよぶ長期入院生活のなか、自宅退院に向けて援助を継続した事例である。退院への不安を抱えながらも地域移行できた長期入院患者B氏に対して、多職種連携により取り組んだ退院支援の過程とその要素、さらに方向性をここに報告する。

研究方法

1. 研究デザイン：事例検討。
2. 研究期間：20XX年4月～5月。

3. 事例紹介：B氏、女性、50歳代、統合失調症。同胞2名中第2子次女として出生した。両親、姉、B氏、姉の娘の5人暮らしで婚姻歴はない。出生時問題はなく、大過なく過ごす。大学卒業後、広告会社とラジオ局に勤務するが「いじめを受けている」「テレビやラジオで自分の考えが筒抜けになっている」と被害妄想や思考伝播が出現したためクリニックを受診し30歳頃統合失調症の診断を受ける。その後は無職となり、体調の良いときは家事全般を行っていたが、臥床しがちであった。趣味は、買い物や、映画鑑賞、小旅行と語る。クリニックや病院を転々として通院加療をしていたが、「心臓病で余命がない」「ある人がみんなを使って自分をいじめている」など被害妄想や心気妄想が続きクリニックの紹介で医療保護入院となった。精神療法、薬物療法による治療で精神状態は落ち着き、入院生活に逸脱はなく翌月に任意入院となる。現在、B氏の精神状態は落ち着いており、家族の受け入れも良好であるため、毎週末には自宅への外泊を繰り返している。退院には消極的であったが、病棟内で企画している退院支援のためのピアサポートグループには最初から参加しているものの自己評価は低く、新しいことには消極的である。自分の病気は理解し、内服薬も自己管理している。清潔行動において、入浴すると「苦しくなる」と予期不安が強く、病棟で入浴することを拒否し外泊中に母と入浴している。医師が退院を勧めたが、内科の疾患があり、あと2年で治ると内科医に言われたと主張し、「胸の苦しさが治れば退院したい」「あと2年は入院したいです」「話をしていると息苦しいです」と心気妄想が出現し、心氣的になり不安が増強するなど、医師や家族の再三の説得にも関わらず、退院を拒み続け退院支

援が難航していた。この5年8か月という長期入院に至った経過は、精神疾患の入院治療の特殊性が浮かび上がる。B氏の急性期症状である被害妄想や心気妄想は入院後1か月で減退し、入院治療が治療促進的に働いていた。しかし、B氏は、退院へ向けた支援という環境変化に適応できず、ストレス脆弱性による幻覚妄想、息苦しさ、不安の増強等の急性期症状の再燃と安定を繰り返すうちに、限られた空間である入院生活への安心感が強まり症状軽減に時間を要し治療が長期化し、病院内寛解という問題を抱えていた。

4. データ収集・分析方法：1) 医師経過記録、看護記録から患者の状態、看護介入、治療の経過を情報収集する。2) 不安を抱え退院を拒む患者B氏の言動と多職種の関わりを「退院支援フローチャート」などをもとにしてフォーミュレーションする。3) 長期入院患者B氏に対して多職種による退院支援のエッセンスを支援の流れに沿って抽出する。4) エッセンスごとに退院支援の課題は何か、どのような退院支援が有効であったのか、多職種による効果は何かを明らかにする。

5. 用語の定義

エッセンス：本研究では、長期入院患者に対して有効な退院支援を行う上で核心となるべく要素をテーマとしている。そこで「物事の本質」⁵⁾と定義づけられる「エッセンス」を用語として用いる。

6. 倫理的配慮

本研究の実施においては、研究対象者へ当該研究についての情報・計画の概要を記載した研究内容説明書を通知し、研究への協力は任意であり、途中で辞退も可能であること、協力の有無によって不利が生じないことを知らせ、個人情報には明らかにならないように配慮すること、結果を公表することについて説明し同意を得た。また、筆頭著者の所属機関の臨床試験審査委員会の承認を得た（承認番号B-2017-002）。本研究に関連する利益相反はない。

結果

退院支援の経過とエッセンスの抽出

退院支援の経過から効果的な支援となったエッセンスは何かを探るべく退院支援フローチャートを活用した。退院支援フローチャートは、入院前から、現在までの状態や状況、退院までに必要とされる介

入が1枚の用紙でオーバービューできる様式で、8項目に分割されており ①退院に向けた患者の意向確認 ②入院前の生活状況（食事・清潔・住居・金銭管理・服薬管理・日中の活動・社会資源）③治療・看護の方向性（スタッフミーティング開催；開催日・検討内容・決定事項・次回開催日）④支援者ミーティングの実施（開催日・参加者・検討内容・決定事項・次回開催日）⑤退院決定（退院先・退院時期）⑥退院準備（介入の必要性；食事・清潔・住居・金銭管理・服薬指導・外来通院・日中の活動・社会資源の準備・その他）⑦外泊訓練 ⑧退院（日時）となっている。そこに集められた数々の情報から統合的に捉え効果的支援とされる次の4つのエッセンスが抽出された。

1. フォーミュレーション

多職種でフォーミュレーションを実施しゴールセッティングを行った。フォーミュレーションとは、困りごとの状況を見立て、いかにシンプルな解決への筋道を示すことができるか、患者のさまざまな訴えの中から要となっている問題を見極めアセスメントすることであるが、個別的な退院支援を進めるために、多職種で状態の共有強化が必要であったため、退院支援フローチャートを活用した。B氏の抱える思いを担当看護師が継続して多角的に捉え続け、それを記録に残した。その後、B氏が不安を抱え退院を拒む言動の数々と家族の思い、多職種の関わりを、医師経過記録、看護記録、インタビューからアセスメントしたものを合わせて、多職種によるスタッフミーティングを開催し、B氏の望む「どうしたいのか、どうなればいいのか」を主軸に置き、ゴールセッティングを行った。B氏は、退院に向けた患者意向の確認時、こちらが思いもよらない驚く発言をする。それは、「退院して、結婚したい」と、はにかみながら語ってくれたが、まさにB氏の健康的な思考や感情が垣間みれた瞬間でもあり、この語りを大切に、本格的な長期入院からの退院支援を開始した。

2. 地域移行支援事業の活用、作業療法導入による自己効力感へのアプローチ

心気妄想があり、新しいことに向かうことが困難であるB氏に対して、自己効力感へのアプローチとして、次の2つを取り入れた。まず、毎週末、家族付き添いで外泊していたが、退院後の生活をイ

メージして家族以外の誰かと繋がりが持てるように、地域移行支援事業を活用し、ひとりで外出・外泊できるように移動支援を依頼した。2つ目に、日中も臥床傾向であったため、病状の安定や対人関係の改善、基本的な日常生活への援助、退院後の生活を想定し、社会生活への援助を目的に、B氏の趣味から、映画・音楽鑑賞、ヨガ、ストレッチが行える作業療法が導入された。1日のタイムスケジュールを自ら意識でき、趣味と連動するプログラムに参加することで好きなことに集中して取り組むことで精神の安寧が図れた。参加前後での表情や動作、心氣的訴えの有無とその内容の確認も作業療法士とともに情報を共有した。

3. 退院支援ミーティング（第三者としての医療スタッフの加入）

B氏を中心に置きながら退院支援を計画的にすすめていく中で、B氏の環境変化に伴う症状再燃に対しても、思いを傾聴し共感するなど、「病院内」から「地域」への橋渡しの状況設定としての地域移行支援事業の活用や作業療法導入による自己効力感へのアプローチを重ねながら少しずつテリトリーを広げることができてきた。しかし、看護師からできていることのフィードバックをその都度行ってみたものの、スタッフが「退院に向けて」というキーワードを出すと、途端にB氏は「退院なんてとてもできる状態じゃないですよ、胸が苦しい」と不安や胸痛を訴え、頓服薬を使用する行動をとり退院を拒み続けた。チームとしても退院支援の兆しがかめないうまま膠着状態に陥り、B氏は、退院支援ミーティング候補者として挙げられた。A病棟のカンファレンス構成は、3パターンあり、看護師のみで行う日々のカンファレンス、定期的で開催され、多職種で複数事例を検討するスタッフミーティング、処遇困難事例とされる1事例を第3者としての医長が加わり、多職種少人数制で実施される退院支援ミーティングがある。B氏は、退院支援ミーティングで検討することが決定された。B氏へ第三者である医長、主治医、PSW、看護師の計4名が出席する話し合いが行われることを伝え、「あの有名な先生ですよ。私なんかのために時間をとってくださるなんて」と驚いたように、そして目を大きく開き嬉しそうな表情で開催を承諾した。退院支援ミーティングで、医長からB氏の5年8か月の入院治

療の経過を振り返りながら、今後は退院して地域へ戻るためのサポートを約束することが伝えられると、始めは退院することの不安を繰り返し訴え続けていたが、医長からのB氏の状態を肯定的に捉えた後押しで、B氏はようやく重たい首を力強く縦に振った。それは同時に退院への決心を固めた瞬間でもあった。しかし、退院支援は順調にはいかず、一進一退を繰り返した。「胸が苦しいし、いつ発作が起こるか分からない。だからあと2年入院します」という心気妄想が出現したときには、内科医師から入院が必要となるほどの検査上の異常はないことの説明をして、「外泊しても、ひとりでは何もできない」という過小評価に対しては、看護師が外泊中に「できたこと」をB氏、家族、スタッフとともに共有し、不安を多く訴えるB氏に寄り添う援助を続けた。

4. 再入院の保障

地域移行支援事業での移動支援を活用しながらB氏の意味（will）を尊重し、外泊の期間を2泊から7泊と日数を拡大しながら徐々に自信につなげられるよう支援を続ける。自宅外泊を繰り返し、日中活動として作業療法へ参加するなど自己効力感を高めるアプローチを行った。しかしながら、「それでもやっぱり退院することが不安です」と訴えるB氏に対して、不安を安心に置き換えられる手段として、退院と同時に1か月後の入院を保障する、再入院の保障を行った。その後も、B氏の不安に対して根気強く、「どうしたいのか、どうなればいいのか」設定したゴールセッティングに立ち戻りながらB氏のペースを守りつつ、活動や行動範囲を広げ地域移行が実現した。

考 察

5年8か月に及ぶ長期入院中のB氏は「退院して、結婚したい」という希望を語り、このプロジェクトの対象となった。しかし、長期間“患者”として医療の枠組みのなかで捉えられてきたことで、いわば、守られた変化の少ない環境に安心感を得てしまい、退院するための、新たな数々のアプローチに強く不安を抱える日々が続いていた。それは、B氏をサポートしているスタッフも同様で、これまで長年「落ち着いている患者さん」として捉え、変化による精神状態の不安定さを抱え込み過ぎていたと考え

ることができる。このように双方の思いが絡み合い、退院支援が膠着、難航している状況のB氏に、地域へ戻ることを決心させた4つのエッセンスをもとに有効な介入と課題を明らかにしたい。

1. フォーミュレーション

多職種でフォーミュレーションするために、「退院支援フローチャート」をツールとして活用した。退院支援フローチャートの特徴として、退院支援の進行状況が一目瞭然となり、スタッフで援助の方向性が統一でき、退院支援の標準化が可能となる。その結果、日々の担当看護師は、B氏が退院するために把握が必要な項目について、丁寧にかつ具体的に情報収集でき、B氏が本来もっている能力を引き出すために、またセルフケア能力を高めるための継続したケアの展開につなげることができた。スタッフミーティングにおいても、常に「退院支援フローチャート」をもとに情報をそれぞれが出し合い、情報をタイムリーに更新しつつ課題を明確にした。萱間⁶⁾は、「その人がこれまでどんなふうに生きてきたのか、どんな願いを持って、どんな可能性を信じて生きてきたのか。病を得つつも、その人の目の前に広がる可能性を引き出すことが、その人が生きていくための支援となる」と述べている。フォーミュレーションをもとにゴールセッティングする際、問題よりも可能性を意識しながら捉えていくことが非常に重要である。

2. 地域移行支援事業の活用および作業療法導入による自己効力感へのアプローチ

B氏は社会経験をもち、身だしなみや人とのつきあいは保たれていた。しかし、入院が長期化した影響もあり、ソーシャルサポートが病院関係者や家族に限られ、日常生活上のニーズを認識し、自己決定することが困難な状況であると考えられる。退院に向けてB氏、家族、多職種によるケースカンファレンスを繰り返す中で、退院後の生活をイメージした家族以外の誰かとつながりを持つことや、自宅以外の日中活動の場を確保することが合意された。B氏の意向を踏まえ外部との交流を推進することは、病状を適切に把握し、困ったときの相談、病状悪化時の通院をサポートするなど自己管理能力を高め再入院防止につながると考える。B氏はもともと「なにもできない」「退院なんてとてもできる状態ではないですよ、胸が苦しい」と自己効力感が低い状態

であった。B氏は、自分でも何を相談したいのか、何が問題なのかははっきりと言い表せないでいることがあった。この時に「どうなったことが良くなったことになるのか」を聞くことで問題を解決の側から見られることをサポートすると、自ら問題を解決への糸口を見つけ出せることもあった。中間⁷⁾は、「自己効力感が低い状態は、人は落ち込みやすくなり、気分が落ちているときには実力を発揮できずにパフォーマンスが低迷する。すると、人は落胆してふさぎ込み『駄目だ、自分には能力がない』と自己効力はどんどん目減りして次のパフォーマンスにまで悪い影響が及ぶ」と述べている。B氏に、病院から自宅までの移動や、自宅からひとりで作業療法へ参加してみるなど、自ら課題に取り組んで成功体験を積み重ねてその都度、「達成した自分を褒めてあげること」「解決への方向」を支援したことが自己効力感へのアプローチとして有効であったと考える。

3. 退院支援ミーティング（第三者としての医療スタッフの加入）

これまで、幾度となくB氏が同席のもと多職種による退院に向けた話し合いを重ねてきた。しかしその実態は、固定的であり、退院への見通しが見つからない膠着状態となっていた。そのため、新たに退院支援ミーティングという第三者としての医長を含むミーティング開催を試みた。B氏にとってこのミーティングの出席は初めてであったが、B氏自身いつもの話し合いとなんら違いを感じていなかったであろう。しかし、B氏の目を大きく開き嬉しそうな表情は、この話し合いがこれまでのものと違うものになる兆しを現していた。中間⁷⁾が「大切な人や信頼性の高い人物から受けた言語的説得は、自己効力に強くて永続的な影響を及ぼす」と述べている通り、主治医以外の安心できる憧れの医長が同席したミーティングの意義は動機づけに大きく関与するもの考える。さらに、いつもとは異なって、第三者の心理的距離を持つ、医長から退院して良い状態であることが告げられた体験が、過去に社会経験のあるB氏の、本来、基になっている自尊感情に優位に働き、自己充実感が強められ、一歩踏み出す結果につながったのである。第三者の存在の重要性について寺口⁸⁾は「ある課題を行っている際にその別の誰かが観察している場合には、観察していない時よりも課題に対するパフォーマンスが上がる。これは他者

が高いパフォーマンスを期待しており、自身がその評価にさらされるという懸念からパフォーマンスを高めようと努力する事によって生じる現象である。」と述べている。こうした、第三者性を多職種による支援においてどのように活用していくかは今後課題となるであろう。

4. 再入院の保障

退院支援を段階的に行うなかで、B氏の不安感情が露わとなり、退院に対して積極的な意思表示がなかなか得られなかった。しかし、退院したいという意向を大切に強化しながら、長く入院していた病院とのつながりも絶たれない再入院という「場の保障」を行ったことによって、B氏の安心感を高め退院へ導くことができたのではないかと考える。宇佐美⁹⁾が「人は環境の中に身を置くとその環境にふさわしい行動をとるようになり、保護的な病棟という環境においては、患者のもっている能力がすべて発揮されているわけではない」と述べているように長期入院のB氏は、持てる能力を十分発揮しているとはいえない状況であった。それでも、B氏から「退院して、サポートセンターに行きたい気持ちになった」と退院後の不安を抱えながらも、退院を決意した発言へと切り替えることができたのは、本人、家族と多職種による話し合いで、本人の意思を担保した1か月後の再入院を保障しつつ、生活の場を病院から地域に戻すだけであることを意図的な接触のなかで伝えられたことによって、プラスのエッセンスを生み出すことにつながったからだと考える。また長期入院患者は、病院のスタッフと馴染みの人間関係を長期に培っているため、その関係をスタッフから絶たずに継続する意向を示すことが、より患者が安心できる退院支援につながるとすることも明らかになった。患者のニーズを主軸に置きながら、「どうしたいのか、どうなればいいのか」を多職種で共有し、ゴールセッティングすることが重要であり、接触の多さは患者の臨床転帰の向上に関連することから、関わりを多く持ちながらプラスのエッセンスを探求し、それを実践することが、安心して“地域に戻る”ことにつながることを示唆された。

利益相反

本研究に関し開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 厚生労働省. 「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」とりまとめについて. 2014年7月14日. (2017年10月20日アクセス) <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000051136.html>
- 2) 四方知子. 退院に消極的な長期入院患者の退院支援 退院準備度評価尺度 (DRI) を用いて. 日看会論集: 精看. 2016;46:189-192.
- 3) 工藤華菜恵. 長期入院患者が退院しようと思えるまでの支援を通して 退院の不安を軽減するために. 日看会論集: 精看. 2012;42:10-12.
- 4) 笹川由佳. 精神科長期入院患者の退院に関する思いと看護の役割. 日看会論集: 精看. 2012;42:3-6.
- 5) エッセンス. 新村 出編. 広辞苑 第四版. 東京: 岩波書店; 1991. p283.
- 6) 萱間真美. 希望のために 問題よりも【可能性】を. リカバリー・退院支援・地域連携のためのストレングスモデル実践活用術. 東京: 医学書院; 2016. p20.
- 7) 安達智子. 自己効力-私の能力はどの程度? 中間玲子編. 自尊感情の心理学 理解を深める「取扱説明書」. 東京: 金子書房; 2016. pp50-60.
- 8) 寺口 司, 釘原直樹. 攻撃抑止における第三者の重要性. 2013;13:71-81.
- 9) 小高恵実. 退院後の生活の場に応じた退院支援ケアパッケージ. 宇佐美しおり, 岡谷恵子編. 長期入院患者および予備軍への退院支援と精神看護. 東京: 医歯薬出版; 2008. pp29-41.

DISCHARGE SUPPORT FOR LONG-TERM HOSPITALIZED PATIENTS WITH
ANXIETY AND REFUSAL TO LEAVE HOSPITAL
— FOUR POINTS WHICH HELP PATIENTS TO AGREE TO DISCHARGE —

Naoko HIRAI

Showa University Karasuyama Hospital

Keiko SAKAKI

Department of Nursing, Showa University School of Health Sciences

Abstract — The psychiatric chronic period ward accounted for about 64% of long-term inpatients staying for more than one year. Efforts were begun to strengthen the discharge support using a multi-disciplinary position in attempt to improve this situation of too many patients staying too long. Here, we discuss a patient of long-term hospitalization (five years and eight months) who required continued assistance to persuade the patient to discharge to home. The regional transition of the long-term inpatient (herewith called “patient B”) who had anxiety about leaving the hospital was undertaken using a multi-occupational cooperation approach. Here, the results of the practice of discharge support are clarified, and the problems related to the discharge support of a long-term hospitalized patient are examined. The essence and effect of this effort are described according to four points: 1) effective support formulation, 2) approach to self-efficacy, 3) discharge support meeting (medical staff join as a third party), and 4) guarantee of re-hospitalization. Patient B had long-term hospitalization and became quite accustomed to the hospital environment. Although this situation was difficult to change, the staff was able to lead patient B to agree to become discharged from the hospital by encouraging his intention to leave the hospital and by making use of the features of each profession of multiple occupations. Regarding the support for many long-term hospital patients, we were able to clarify one essence as an indicator for future support. In the present case, medical staff joined as a third party and physician's support provided the opportunity to encourage discharge from the protective hospital environment. However, it remains an issue as to how to utilize such a third party in the future.

The various professions involved in this study were doctors, nurses, mental health workers, occupational therapists, pharmacists, and discharge support counselors.

Key words: psychiatry, prolonged hospitalization, anxiety, discharge support, essence

〔受付: 5月19日, 受理: 7月18日, 2018〕