

地域移行に向けての取り組み ～事例を通して～

医療法人社団 五稜会病院
吉野 賀寿美

平成24年3月6日

五稜会病院の概要

- 外来部門 (H23.12まで)**
 外来診療 215.9人/日
 内) デイケア 68人/日
 訪問看護 9件/日
- 入院部門 (")**
 精神科病床 193床
 病床利用率 91.4%
 平均在院日数 102.9日
- 社会復帰施設 (定員)**
 グループホーム 37人
 共同住居 6人

在院者入院期間の内訳 (H23.12月末)

退院者の在院期間

精神科療養病棟 (107床)

90日以内

90日～1年未満 (38床)

1年以上 (53床)

3～5年未満 (48床)

5年以上 (40床)



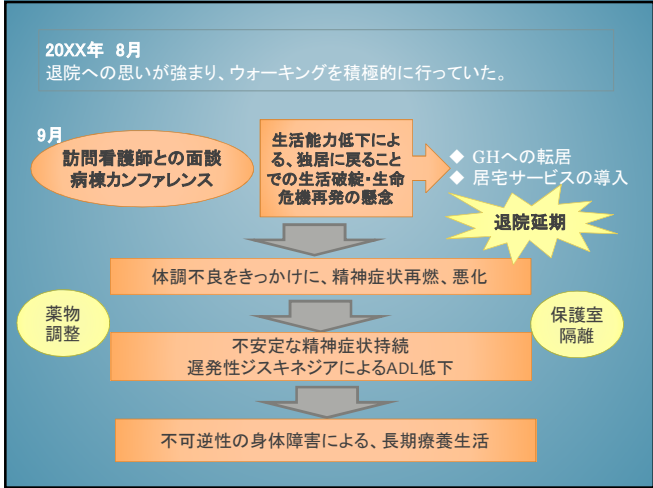
事例1: Aさんへの支援を通してケアを考える

Aさん 男性 64歳
 病名: 統合失調症 (29歳頃幻覚妄想状態で発症)
 他院含めて過去7回の入院歴ある。精神症状悪化すると、食事を摂らなくなり、動けなくなる。今回の入院までは独居で、訪問看護と外来通院で生活。時折幻聴や不眠もあるが何とか生活し、町内会の役割も持っていた

20XX年7月 訪問看護師が自宅で倒れているところを発見
 暑い部屋で食事もとらず過ごしていたところ、脱水・意識障害を呈していた。

救急車にてQ病院に救急搬送

当院転院後、筋力低下もあり車椅子や介助を要しながら生活していた。徐々にADL自立していったが、自室で生活することが多かった。歩行は自力で出来るようになったが、ふらつきはあった。

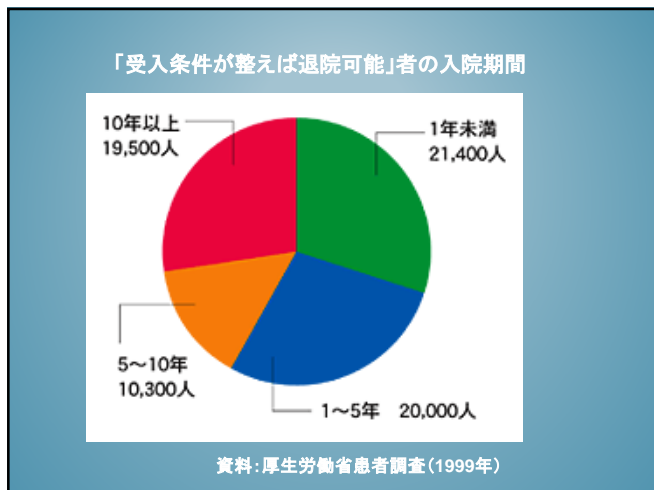
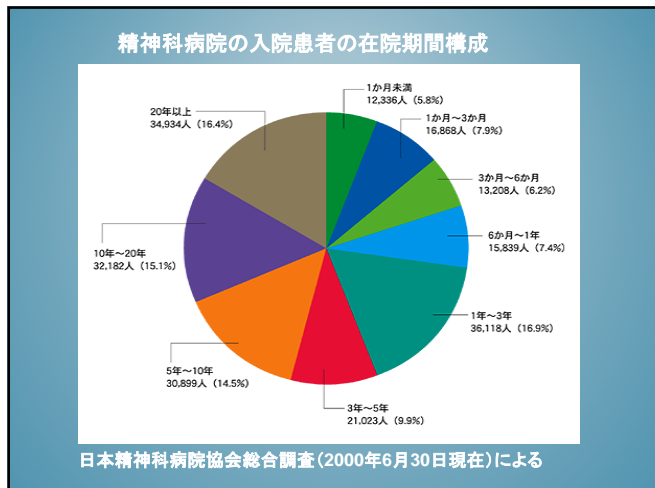
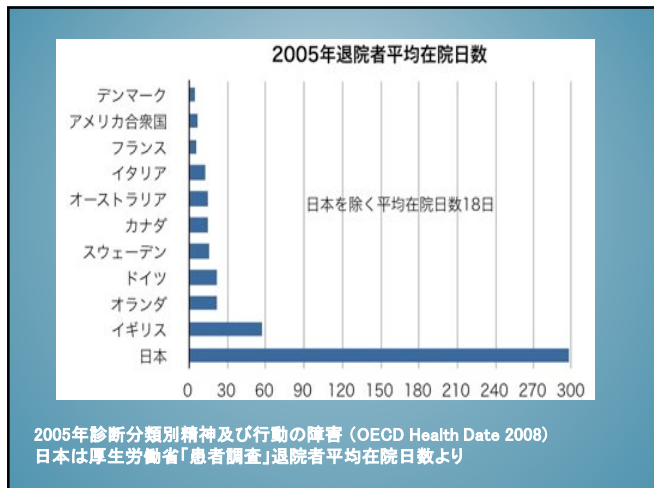


疑問

カンファレンス後のAさんの精神症状の悪化はなぜ起こったのか？

- 希望を失った
- 自分では決定することのできない自分の人生

支援者として私たちがしたことは？
 なぜ、私たちはAさんの思いを叶えられなかったのか？



事例2: Bさんへの関わりを通して

Aさん 男性 32代 APでの独居生活
病名:統合失調症(20歳頃幻覚妄想状態で発症)
他院で数回の入院歴ある。薬物抵抗性で内服による精神症状の改善困難。通電療法で症状軽減するが、数か月で再燃の繰り返し。精神症状悪化すると、被害妄想強くなり、暴力的となっていた。

20XX年 5月
m-ECT(無痙攣通電療法)実施目的で急性期病棟入院(保護室)
精神状態:妄想活発・粗暴・病識なし

ECT10回施行

妄想持続・粗暴さは消失・礼節保たれる・現実検討力低い
ECT終了したため、退院希望

20XX年 6月
B氏の繰り返しの再発を防ぐ退院支援の検討

Bさん: 退院後は、作曲活動しながら生活したい。時々、バイクに乗って自由に出かけたい。障害者なので、多くは望まない。生活保護内で生活できればいい。

母: 再発の繰り返しが心配。自宅に閉じこもるか、実家に入り浸る生活に戻る心配。生活が破綻する心配。

病棟カンファレンス NS・PSW

◆ Bさんの生活を支える母への安心感の提供

当院外来通院 訪問看護 地活通所

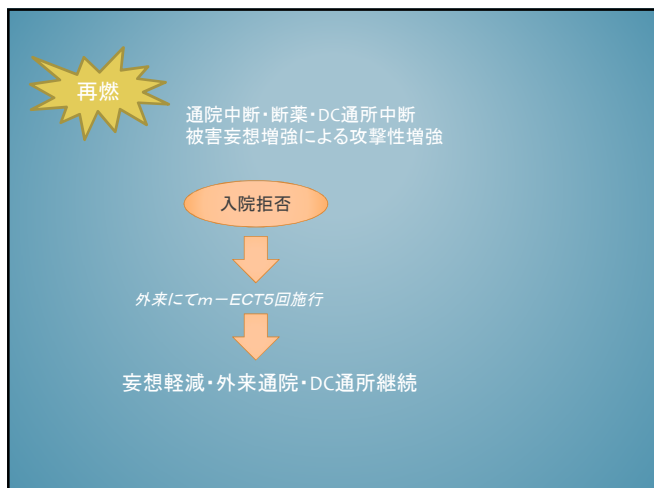
◆ Bさんと現実世界へのつながり
◆ Bさんの楽しみ継続のための支援

地活通所

退院前訪問実施

訪問看護 地活通所 DC通所

7月 退院



Bさんの退院・地域生活継続を可能にしたのは？

- ◆再発可能性・現実検討力の低さ、妄想世界で生きることによる生活破綻を予測
 - ➡ リスクを抱えることができる協力体制(母との密な話し合い)
- ◆Bさんの希望≧保護的姿勢(パターンリズム)
 - ➡ Bさんらしさを支えるリカバリー支援

Aさん・Bさんの事例から

当院での地域支援の限界

GH 共同住居 DC(大規模・小規模) 訪問看護 リワーク

外来カウンセリング(看護・心理)

病院という構造化された中で患者をケアすることの限界

- 支援者が地域に向く柔軟性(患者の生活を支えるために自分たちが構造化する)
- ACT(Assertive Community Treatment)
- 患者の保護ではなく、患者の希望を支えるための勇気

患者一人一人のリカバリーを支えるために私たちができることは？
すべきことは？

ご清聴ありがとうございました

地域移行に向けての取り組み

医療法人社団 五稜会病院
吉野 賀寿美

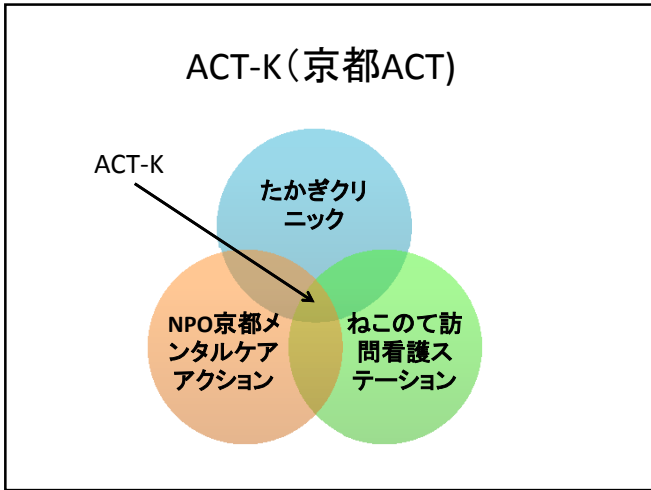
平成24年3月14日

五稜会病院の概要

- 外来部門
 - 外来診療 215.9人/日
 - 訪問看護 9件/日
 - カウンセリング(看護・心理)
- 入院部門
 - 精神科病床 193床
 - 精神科療養病棟 107床 (開放 54床 閉鎖 53床)
 - 急性期治療病棟 38床 (PICU 1床 保護室 3床)
 - 思春期ストレスケア病棟 48床
 - 平均在院日数 102.9日
- 社会復帰施設
 - GH・共同住居・リワーク・DC(大規模・小規模)

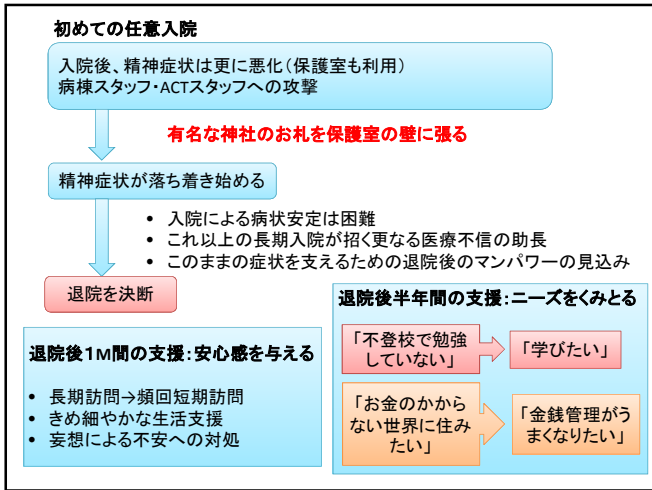
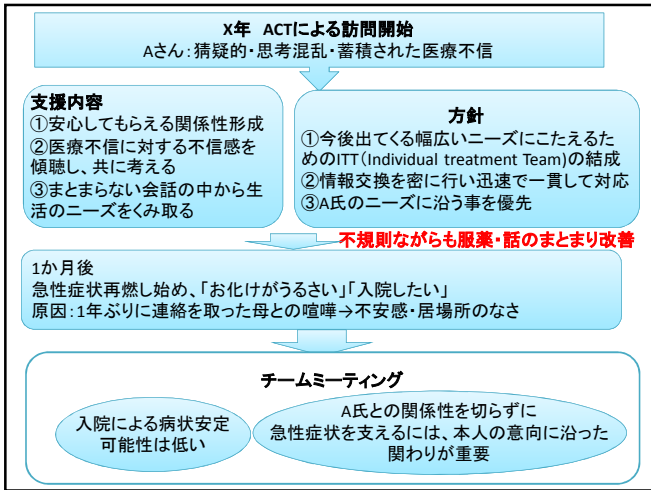
ACT(Assertive community Treatment)
包括型地域生活支援プログラム

- 重い精神障害を抱えることで頻回入院や長期入院を余儀なくされていた人々が地域でうまく暮らし続けていけるように、医療と福祉を合わせたチームで援助していくプログラム。
- 精神保健福祉士、看護師、作業療法士、精神科医などが多職種でチームをつくり、24時間365日途切れないサービスを提供する。
- 日本では未治療・治療中断の人や、通院が途切れがちで引きこもっている人が少なくない。



Aさんへの地域生活継続支援

50歳代 男性 統合失調症(20歳代初めに発症)
 25歳ころから憑き物妄想が強く出現。
 精神症状が悪化すると近隣への被害妄想、近隣住民へのストーカー行為、暴力行為を行い、30年近く繰り返す。
 母は近くに住んでるが、A氏の不注意による出火で自宅を焼失してから会うことはない。



退院後半年以降の支援: 地域生活を送る力を取り戻す

- 「できること」と「できないこと」の明確化
- 支援の量→質への転換
- A氏の新しい人生の模索

現在のA氏(退院後2年経過)

- 電気工事関係の資格取得のための勉強にはげむ
- 疎遠であった母との交流の取戻し
- 地域で現実に向かい合う日々

A氏を支えることができたポイント
 A氏のニーズを実現するかかりを通して「安心・信頼できる人」となること

具体的行動

- > A氏から逃げずにしっかり向き合う
- > A氏の「世界」を理解する試み
- > 「脅かさない医療」の提供
- > A氏の意味や夢を否定せずに、希望に寄り添う

A氏の事例からの学び

- ① 人は地域で生活していくのがあたりまえ
- ② チームは地域で生きていくことを支援するためにある

- ◆ 「治す」という医療中心→「生活」への視点
- ◆ 病院という構造化された枠内への閉じ込め
 → チームが構造化してその人の生活領域に入って、必要な時に必要な支援を届ける

考えてみましょう！

「自分はフランス軍人だ」といつきかない人が翌月の生活保護の支給日を待たずに生活費を使い果たすがしばしばあり、お腹を空かせてイライラしては興奮や猜疑心などを伴って入退院を繰り返していた。

あなたなら、どうかかわりますか？

DMがある統合失調症の人が、退院後、カロリーコントロールできずに血糖値が上昇していった。病院の訪問看護師が、その人の身体状況や合併症併発のリスクを心配してとった行動は、「冷蔵庫に鍵をする」でした。

あなたは、この対処法をどう思いますか？

Bさんの地域生活移行・継続支援を実現するために

50代 男性 統合失調症

大学在学中、20代で発症。弟も統合失調症で同じ病院に入院していた。20代前半頃は数回入退院を繰り返していたが、後半から30年近くの長期入院。被害妄想強く、ひどくなると暴力的となる。弟は破瓜型で、人格荒廃していた。5年くらい前に心不全で急死。生前は、療養型閉鎖病棟に入院中の弟の面倒を見ながら療養型開放病棟等で療養し、時折市内の実家に外泊していた。弟の死後、主治医や病棟Nsに対する被害妄想増強し薬物調整では困難となっていき、療養型閉鎖病棟で過ごしている。

X年(薬物調整ではどうにもならなくなってきた頃)
他院への転院を家族に提案するが拒否。「死ぬまでここ(当院)に」

m-ECT実施により、妄想軽減するが、3~4か月ごとに妄想増悪を繰り返す。症状安定期間は、徐々に短期化(現在1~2か月ごと)。

B氏の妄想言動に対し Bさん、本当にその人のこと心配してるんだよね。ただ、心配していると表現できなくて、あんな言い方になっちゃうんだよね。



受け持ちNs

Bさんに例え数年でも、Bさんらしく過ごせる人生を送らせたい！！

課題

- ① B氏を恐れているスタッフの不安の軽減と協力
- ② 退院支援プロジェクトの結成
- ③ B氏の施設病の克服
- ④ 母がB氏の退院を了解するための支援

課題①

療養型開放病棟への院内散歩の実施 → B氏への恐怖心減少

課題②

病棟間を超えたプロジェクトチーム・地域連携室との協力体制整備
「退院後も病棟から出向いて24時間支援する」

課題③

- 病院近辺への受け持ちNsとの外出
- B氏の夢へのアプローチ
- 疾病教育への参加による現実との向き合い提供

美術館への外出意欲
外出に対する不安軽減

「退院したくない」 → 「生活保護で生活できるんですか？」
「GHに見学に行きたい」
「退院はまだできないけど...」

課題④

- B氏の変化をこまめに報告
- 諦めずに外泊受け入れ依頼
- B氏の退院後の支援継続意向伝達

3年ぶりに2泊の外泊実現

現在のBさん(退院支援1年経過)

- 1~2か月に毎のm-ECT継続
- スタッフのB氏に対する恐怖心はほぼ消失・地域連携室スタッフの恐怖心はまだある
- 次の外泊計画
- 暖かくなったら、外出範囲の拡大計画
- いつでもGHを確保できる体制づくり
- 「退院したい。でも、まだできない...」本人の気持ち

安心感の提供

B氏の「世界」を理解しようとする姿勢

B氏の現実との向き合いを支援

B氏の夢と希望を支える

諦めない

地域と連携協力して、私たちができることは？
すべきことは？

ご清聴ありがとうございました