

<精神看護専門看護師に必要とされる役割・機能・臨床能力②>

復職支援のためのケア/急性期病棟から自宅へ退院する患者へのケアと専門看護師の行うケア

Yagi Kozue 八木 こずえ
五稜会病院

Shinoki Yumi 篠木 由美
東京武蔵野病院

Usami Shiori 宇佐美 しおり
熊本大学大学院保健学教育部

Nozue Kiyoka 野末 聖香
慶応義塾大学看護医療学部

Fukushima Yoshie 福嶋 好重
横浜市立市民病院

Fukuda Noriko 福田 紀子
慶応義塾大学看護医療学部

Kaneko Ayako 金子 亜矢子
東京共済病院

Hirai Motoko 平井 元子
慶応義塾大学看護医療学部

はじめに

本シリーズでは、精神看護専門看護師が関わることの多い対象者とその対象に提供されるケア(一定の対象者特性を有するグループに対するケア)を4回にわたって提示し、さまざまな問題を持つ現在の精神医療において必要とされる専門看護師の役割・機能・臨床能力について論じていく。

1回目(前号)は、再入院を繰り返す重症な精神障がい者の地域生活支援のためのケアについて論じた。今回は、復職支援のケアならびに急性期病棟から自宅へ退院する精神障がい者のケアを試案として提示し、精神看護専門看護師の実践を明確化していく試みを行う。ただし、今回は、専門看護師の詳細な判断と動きについてはまだ一般化できないため「ケア・プロトコール」ではなく「ケア」と表現する。

復職支援のためのケア (八木こずえ)

精神疾患による休職者の復職支援を取り巻く状況

今日の職場の精神保健における最大の問題は、うつ病患者と休職者の増加であり、復職後の高頻度のうつ病の再発・再休によって、職場におけるうつ病の見方の悲観化が生じていると指摘されている。厚生労働省は「復職ガイドライン」を発表するなど、増大する心の病に対してメンタルヘルスの強化を呼びかけているが、各事業所での復職支援は整備されておらず、事業所としては精神疾患を有する従業員への対応は難しいとの見解がある。そこで1990年代より、円滑な復職や再発予防の目的で休職期間に行われる復職専門の精神科リハビリテーションが医療機関で実践されるようになった。

●シリーズの予定

第1回(143号): 再燃・再発を頻回に繰り返す気分障害・統合失調症患者に対するグループ・ケア・プロトコール

第2回(144号): 復職支援のためのケア/急性期病棟から自宅へ退院する患者へのケアと専門看護師の行うケア

第3回(145号): 総合病院で適応障害と考えられる患者および家族へのグループ・ケア・プロトコール

第4回(147号): PTSDやうつ状態を有する医療職の精神的支援のためのグループ・ケア・プロトコール

(※146号は臨時増刊号のため休載します。また、タイトル・内容は変更となる可能性があります)

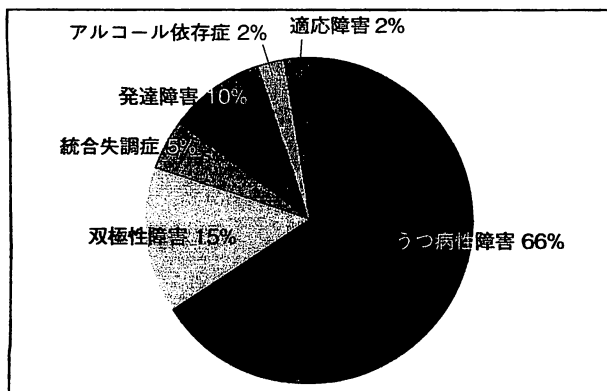


図1 リワーク終了者の疾病構成割合

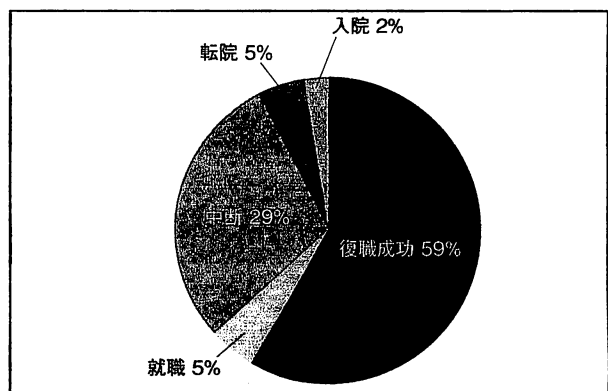


図2 リワーク終了者の転帰

専門看護師が復職支援を担当する経緯と目的

復職の成否は患者や家族にとって社会的・経済的立場を揺るがす大きな岐路であり、その後のメンタルヘルスや人生全般に与える影響は甚大である。復職支援の社会的ニーズは大きく、これが効果を上げて復職可能性が広がれば、精神疾患を有する労働者への偏見や不利益を減らし、社会的理解や制度を進化させる推進力も期待できる。しかし、医療機関の復職支援を要望する事業所は69%に上ると言われておりながら、まだその活動機関は少なく、プログラムの効果を実証的に検討した研究もないと言われている。

筆者の所属する精神科病院では、ストレスケア病棟の開設を機に、休職を余儀なくされた患者が復職への不安や焦燥感を抱えたまま退院し、その後、再入院する姿を目にすることが増えた。そこで2年半前に復職支援デイケアが新設され、筆者は専門看護師としてこの取り組みを確立する役割を担い、活動してきた。この小稿ではそのケアについて述べたい。

復職支援デイケアの概要

臨床心理士1名が専従スタッフで、他は専門看護師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・スポーツインストラクターといった多職種で構成している。プログラムは平日の6時間、集団認知行動療法、心理教育とグループワーク、パソコン訓練やアートセラピー、スポーツなどを行う。4段階のコース制で回復の程度や復職時期に合わせて週1～4日まで利用できる。開所日ごとに約8名前後が通所している（以下、復職支援デイケアをリワークと称する）。

現在の通所者は20名で、すでに終了した者は41名である。66%がうつ病性障害で最も多く、次は双極性障害で15%を占める（図1）。年齢は23～60歳で平均年齢は38.6歳、約75%が30～40代である。通所者は一般企業や公務員や教員が多く72%が男性、約半数が単身者である。通所平均期間は3カ月前後であり、期限を設けておらず、長期休職が可能な1年以上の通所者も数名いる。終了者のうち約6割が復職に成功しており、そのうちの6割が再休職経験者である（図2）。約3割を占める中断者は、ほとんどが開設後に途中から受け入れた就職希望者であった。

専門看護師の活動の概要

現在は専任スタッフと兼任スタッフ、専門看護師で別の役割が発揮されているが、役割が分化するまで専門看護師として以下の活動を行った。

1) 新規部門の確立に向けた基礎的・総合的活動

スタッフ自身にも果たすべき役割が明確になっていない段階では、専門看護師はまず具体的なケア方法やルールなどの核となる実践内容を規定した。そしてさまざまな患者や状況に対し、アセスメントや支援のポイントを示し、スタッフが対象特性を理解し、対応するための教育を進めた。そのプロセスでは、この部門の成果とは何かという価値や見方の共有を進め、スタッフ個々が共通の視点を持ちつつ職能を活かせるよう、ケア文化の構築を行った。また関係する部署や人と連携し、多職種チームで成果を上げていくための基盤をつくった。

2) 実践の進度に合わせた役割の分化、発展

表1 リワークにおける通所者アウトカムと専門看護師の役割

スタッフ	導入期	展開期	復職期
	週1~2回通所(1ヵ月程度)	週2~3回通所(3ヵ月前後・個人差大)	週3~4回通所(復職1~2ヵ月前)
通所者アウトカム	過度の不安や疲労、病状悪化が生じない	生活リズムが安定する(睡眠・休息・食事・服薬など)	復職に向けての見通しが持てる
	リワークの目的が理解されルール違反がない	気分の波を自覚でき、コントロール感覚を養える	過度の気負いや不安がない
	グループの一員として適度の対人関係が持てる	作業能力(集中力・発言力・思考力)が安定する	リハビリ勤務開始後に安定できている
	自分の気持ちや意見など、体験を話すことができる	休職・発病の要因について考察できる	疲労の自覚・休息ができています
	週2回の活動日に定期的に通所できる	肯定的発言や明るさ、だらかさが見られる	認知の修正力・柔軟性が見られる
	課題を自覚し、前向きに取り組める	自己洞察の深まりや対処能力の向上が見られる	
専門看護師の役割	新規メンバーの情報、適応状態を確認する。緊急性があれば直接関わる。ケアの焦点や留意点をスタッフにコンサルテーションする(休暇可能期間や休職の経緯、職場の理解度、疾病歴や現在の症状など)	通所者の進展状況を評価する。復職困難な患者をアセスメントし、医師や家族、職場と連携して個別プランを展開する。複数に共通する困難性には新規プログラムを展開する。方向性をスタッフに指導し実践する。	復職意志の継続と安定化に向け、復職困難な患者の家族調整と、個人面接を継続する。リハビリ勤務時の支援方法をコンサルテーションする。復職継続のために復職後フォローアップ支援を担当する。

実践が軌道に乗り復職成功者が出てくると、復職までのプロセスが順調に進む場合にはどのような回復段階を経るのか、共通性を分析してアウトカムを抽出し、チームが一体となり目標に向かえるように示した。同時に患者が個別に抱える病態や状況の違いによるケア視点を検討し、共通性と例外性を見分けて支援の方法をアセスメントできるように共通認識を深めた。

スタッフの能力向上に伴って役割分化を進め、専任スタッフの臨床心理士は最も身近な相談窓口として通所のステップアップを進める役割をとり、専門看護師は経過に伴って明確になってくる復職困難性が高い患者や、復職間近で手厚いケアが必要なグループを主に担当することとした。また専門看護師は、復職後のフォローアップ支援やその仕組みづくりなど、さらなる付加機能の充実に向けて活動している。(表1)。

復職困難な患者に対し専門看護師が行うケア： 専門看護師の特性と他スタッフとの役割分担

現在の活動の機能や役割について状況や具体例を交えながら述べる。

1) 対象特性や組織ニーズの変化に対応するシステムづくり
開設後の通所希望者の増加に伴って、気分障害以外の

病態像を受け入れる組織ニーズが強まり、支援の困難な患者が増えた。支援困難の背景には未診断の双極性障害や発達障害などの多数の問題が見出された。専門看護師は診断機能による調整を行い、主治医やスタッフとグループ適応や治療変更を検討し、支援方針の決定を促進する。

その後、復職が叶わず離職した患者や入院中に通所を希望するうつ症状の強い患者も通所するようになり、病態像が広がり効果的なグループが維持できなくなった。そこで、開設日を2倍にして4段階のコース制プログラムを組み、復職時期や回復に合わせ、低負荷から高負荷まで加える負荷の異なるグループ編成を行った。その結果グループの凝集性は回復し、通所者は段階を進む成長感が得られた。また対人トラブルが生じやすかった開始時に、集団ではなく個人中心のプログラムを導入してアセスメントと介入を行えるようにしたところ、この問題が減少した。専門看護師は、通所者の病態を総合的にモニタリングし、病状の変化や受け入れる疾病の広がりなど、変容する対象特性や組織ニーズを捉えながら、適宜、対応システムを考案し効果を維持できるように調整する。

2) 効果的なケアの根拠を集積し、標準化を進める
復職という目的の共通性から認知行動療法やアサー

ションなどの心理教育を行ったが、患者にとっては知識と自身を結びつけることが難しく、自己否定が強まるなどの課題も見えてきた。そこで開始初期には生き生きとした健康的な自己感覚を取り戻すプログラムで感情を解きほぐし、その後にグループワークをすると、心理教育が浸透し自己対処力が向上することがわかってきた。

専門看護師は日々のケアの成功・失敗要因を分析し、効果を生まない内容を積極的に廃棄してケア効率を高める。そして効果的な支援内容や順序などの根拠を集積し、学会発表や資料によって明文化しケアの標準化を進めている。また心理教育の教材開発をスタッフに呼びかけ、職能を活かしたプログラムの開発を促進する。

3) 多職種チームによるケア文化の育成

職能は異なっても“復職に効果的な支援とは何か”“通所者が望むゴールとは何か”について、患者の立場に立った探求的視点や価値観の共有が重要である。専門看護師は多職種カンファレンスを推進し、通所者の望ましい変化やケアの視点をスタッフと共有し困難感や達成感を分かち合えるチームづくりとケア文化の育成を推進する。

4) 復職困難を改善する視点の教育と新たな支援方法の考案

復職困難の要因には、失敗経験によるトラウマや職場への葛藤が多い。経済的困窮や高い不安も焦りを招き、適切な復職タイミングを待てない原因となる。問題を抱えた復職は再休職を招き、それが自信を低下させて復職困難の悪循環が生じやすいが、このようなケースも自己対処の向上によって復職が可能となる。

専門看護師は、安定通所できない、抑制症状が持続する、復職抵抗が強い患者に対し、困難の要因を見定めてスタッフと役割分担し、個人ケアやグループケアを考案して改善に向ける。その発想や着眼点は、互いに共有し合うことでチームとしてのスキルの発達を促進する。離職した患者には、就労支援機関と連携して切れ目のないケアが提供できるようケア機能の発達を進める。

5) ケア成果を評価し、イノベーションの方向性を探る

41名中の23名、約6割近い通所者が復職を果たしているが、復職者のうちの約6割が再休職経験者であり、

抱える課題も多い。復職継続を支えるケア機能を発達させるために、復職後の困難点や復職支援が役立った点を復職者から学び、新たな支援方法を練る。専門看護師はケア成果をモニタリングし、イノベーションに向けて方向づけをしていく。

6) 専門看護師の臨床能力と具体的な判断および行動

これらの取り組みから、専門看護師に求められる臨床能力について考察してみたい。

① 多職種の強みを活かすマネジメントによってケア効果を高められる能力

復職支援など多職種連携が不可欠な活動においては、職能を超えて目標やケア方法の共有ができるかどうかで成果を大きく左右する。さまざまな部署や人材と関わる専門看護師は、連携機能を発揮して臨床判断やアウトカムなど職能を超えた共通基盤や価値を構築し、それぞれの職能が発揮されるような効果的な役割発達を促進する。多職種と協力関係を築き連携する力が、多職種チームのコーディネーターとして成果を生み出すマネジメントを可能にする。

② ケアニーズの高まっている問題に対し、新たなケア機能を開発する能力

専門看護師は流動的な動きによって得られる総合的な視野とケアニーズの掌握力を活かし、需要が拡大するケアに照準を当て、新たな機能の開発に取り組む。復職支援のケア開発に当たっては病態のアセスメント力、困難性を見分けて支援する力が必要とされる。またその定着においては新たなケア機能を言語化し、明文化して形に表し、組織の理解や協力を得る力が必要である。新たなケア機能は組織ニーズと適合させる調整能力によってその位置づけが明確になり、活かされる活動へと発展できる。

③ 経験の意味を捉え直す支援の場を展開する能力

発病や休職を機に自殺を考えたと言通所者は多く、再び働けるようになるまでの苦悩は大きい。しかし休職して人生を立ち止まったことで価値観を見つめ直し、自分自身との付き合い方や柔軟さを学んだと、復職後に喜びを語る者は多い。病という限界経験はその後に成長していく新たな自己構築の機会にもなっている。発病や休職を負った経験だけでなく、人間的成長という観点でその経験の意味を捉え直せる支援の場が重要であり、そのダ

ループ力動を生み出す力が利用者の希望を支えていく。

急性期病棟から自宅へ退院する患者への ケアと専門看護師の行うケア (篠木由美)

急性期病棟における看護師が行うケアに関する文献検討

精神科急性期ケアに言及した文献は多数存在するものの、そのほとんどが事例研究や実践報告にとどまり、急性期ケアが体系的にまとめられている文献は少ないのが現状である。

そんな中でも、阿保⁶⁾は回復過程に沿った患者理解と看護展開の重要性を説き、各段階における看護の原則と具体策を述べている。また、宇佐美⁷⁾は再発・再燃の要因が、①治療に関するもの(服薬・外来の中断など)、②患者のセルフケア不足に関するもの(症状管理やストレス対処ができない、活動と休息のバランスがとれないなど)、③家族に関するもの(家族の疾患に対する理解の低さ、high EEなど)、④地域生活支援の不足に関するものにあることを踏まえ、急性期病棟の看護ケアとして「病状と治療のモニタリング」「信頼関係の構築」「病状に合わせたセルフケアの拡大」「日常生活のストレスへの対処技術獲得への援助」「家族への情報提供と気持ちの支え」「家族のサポートシステムへの援助」「退院後の生活の場とサポート源の確保」「危機時の対応への援助」を挙げ、再発・再燃予防を視野に入れた看護アプローチを提言している。

さらに宇佐美らは、精神障害者の地域生活を維持、促進させる急性期病棟における看護ケアの特性を明らかにするための研究において、再入院群と地域生活維持群に提供された看護内容を比較検討し、両群に共通するケアとして「精神症状と薬物療法の効果や副作用を把握し、適切な薬物療法が行われるように援助すること」「患者に安心感を与えること」「症状のコントロールができるように援助する」が、地域生活の維持・促進に有効なケアとして、「患者の病状とセルフケアの状態を確認し、それらの安定を助けるために患者と家族との関係調整を行う」「症状悪化の兆候について話し合う」「日常生活上で相談できる人と場をつくる」「病状やセルフケアの安定とともに患者の希望を踏まえた生活の再構成を行う」「患者の行動や疾患について家族に心理教育を行う」「家族

の思いを表出させる」が挙げられたと報告している。

加えて、先行研究⁸⁾から地域資源との連携やサポートネットワークが患者の地域生活を促進することが示唆されており、「サポートネットワークづくりを志向した看護ケア」の導入が今後の課題であるとしている。富川ら⁹⁾は、急性期治療病棟において再入院を防止する看護として、病状へのケアのみでなく、ケースマネジメント手法を用いて、患者の希望と強さを伸ばしていくことのできる地域生活支援を視野に入れた入院中からのケアが再入院の防止を可能にするのではないかと述べている。

急性期病棟から自宅へ退院する患者へのケア： 専門看護師の動きを中心として

過去の文献検索から、急性期病棟から退院するまでのケアには、①急性期から退院に至るまでの回復過程に沿ったケアと、②再燃・再発防止および地域生活の促進・維持のためのケア、③ケアの対象者として患者のみならず、家族や支援チームが含まれている必要があると考える。これらを踏まえ、整理したものが表2の「急性期病棟から自宅へ退院する患者のケア」である。

1) 急性期にある患者のケアについて

定常状態からの精神症状の悪化があり、心理的混乱から通常の防衛機制が破綻し生活面でも行動の統制がとれず適応的な役割が崩壊している時期である。病気の認識も混乱していることが多い¹⁰⁾。因果関係から言えば、生活面における何らかの破綻があつて、その後さまざなな症状が出現することが多いが、まずは、精神症状の改善を目指し、薬物療法が治療の中心となる。したがって、薬物療法の効果を高めるような補完的なケアがこの時期には重要であると言えるだろう。

精神症状と薬効、副作用のバランスをモニターし薬量調整をサポートすることは当然のことながら、人的・物的資源を支持的・保護的な治療環境へと整備していくことも不可欠である。身体的知覚、時間的知覚に歪みを生じている急性期は、通常のセルフケア行動がとれず、日常生活全般にわたって援助が必要であるが、この時期に温かい配慮のある関わりは、安定した信頼関係の構築にもつながるだろう。こうしたいいねいな関係づくりが、その後のさまざまな退院支援を活かしていく基盤となるものとする。

表2 急性期から自宅へ退院する患者のケア

急性期	安定期	回復期
<p><薬物療法の効果をもつためのケア></p> <ul style="list-style-type: none"> ・症状と薬効のモニタリング ・副作用のモニタリング 	<p><アドヒアランスを促進するケア></p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の自覚する症状(薬効・副作用なども含む)についてセルフモニタリングを勧め、ともに評価する ・症状管理や服薬管理における情報提供や教育を行う 	<p><症状管理・服薬管理の方法を獲得するための支援></p> <ul style="list-style-type: none"> ・症状管理・服薬管理の方法を獲得するための支援 ・入院に至るまでの生活状況を振り返り、病状悪化の要因について話し合う ・病状悪化の兆候を確認し、どのように対処すべきか決めて練習する(早期警告サインシートなどの活用) ・患者にとっての薬の意味について話し合う ・服薬自己管理の方法を決め、外泊で試しながら評価していく ・集団での服薬教室や心理教育への参加を促す ・症状管理や服薬に関する相談窓口を確認し相談の仕方を練習しておく
<p><支持的・保護的な環境の整備></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「守られている」と実感を持てるような物理的環境の用意(保護室・個室など) ・安全を保障し侵入的に働くような行動をとらない、患者の不安や心理的痛みを傾聴し汲み取るなど人的環境による保護 ・1対1の関係を基本とし、患者の安心できる人が関わるようにする 	<p><刺激と保護のバランスを図りながらの行動拡大></p> <ul style="list-style-type: none"> ・どの程度の刺激や活動が安全かを病状の変化の観察とともに査定する ・どのような環境、対人場面におかれると障害が軽減したり、安心できるのかを観察する ・患者と話し合いながら活動と休息のバランスを図る ・現実感覚を取り戻すことによって生じる不安に対処する 	<p><患者の希望を中心とした生活の再構成の支援></p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活における希望を聞く(具体的に、食事、活動、対人関係などにおいてどうしていきたいか) ・退院前訪問を実施しながら、患者の地域での生活状況を把握し必要な支援を査定する ・希望の実現が現実的かを、今の状況を振り返り話し合う ・希望する生活を実現するために、自分が取り組むこと、家族およびケアスタッフから支援してほしいことを確認して共同目標の設定と役割分担を行う ・地域生活を支えるケアスタッフを紹介し、具体的にどのように活用するか話し合う ・ケア会議への参加を促し退院計画をともに立てる ・外出や外泊で計画の実施を試みながらともに評価する
<p><不足するセルフケア行動の代償></p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体感覚の歪みに注意し、食事・排泄・睡眠などの基本的セルフケアを補完する ・時間間隔の歪みに対し、食事や服薬など具体的な行動の枠組みを提示し「いま何をすべきか」を説明して焦りや不安を静める 	<p><病状に合わせたセルフケアの拡大></p> <ul style="list-style-type: none"> ・セルフケアの回復度合いを査定し介入レベルを加減する ・生活における本人の希望や関心、欲求を受け止め、リハビリテーションに生かす ・できていることを肯定的に評価し自信をつけてもらう ・家族との関係再建に役立つ会話の練習 ・孤独と付き合いのバランスのとり方について確認し対人関係場面における課題がある場合には一緒に練習する 	<p><介護への自信を高めるためのケア></p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院支援計画における家族の介護役割は、現在家族ができていること、できそうなことを中心に取り上げ、負担にならないように配慮する ・家族が行っている患者へのサポートを認め肯定的なフィードバックを繰り返す ・ケア会議への参加を促し、退院後の生活に必要な支援についてともに考え、家族のニーズも支援計画に反映させる ・外出・外泊後、家族とともに退院支援計画の評価を行う ・危機時の対処について確認する ・退院後継続して関わる支援スタッフを紹介し、いつでも相談に乗ることを保証する
<p><家族との信頼関係の構築></p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族の負担を労う ・家族の不安や思いを聞き取り、罪悪感や被害感の軽減を図る ・家族の身体状態を気遣う、休息の保障をするなど家族自身に向けたケア 	<p><家族-患者間の相互作用を支える></p> <ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーションの取り方や問題行動への対処の仕方など患者への対応方法について病院でのやり方を紹介する ・希望があれば面会に立ち合う ・家族自身の気持ちのコントロール方法についてともに考える ・患者、家族双方の思いを代弁したり、表現を助けるなどしてコミュニケーションを促す 	<p><地域生活を支えるサポートネットワーク構築に向けた支援></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域ケアスタッフ(外来やデイケアスタッフも含む)、患者、家族も含めたカンファレンスの調整 ・患者との共同目標を設定し、それが達成されるための役割分担、行動計画の共有を図れるよう支援する ・支援計画実行中の患者のストレス度の把握や前駆症状を含めた精神症状をモニターし、支援の進め具合を調整する
<p><家族の病気に対する理解を高めるケア></p> <ul style="list-style-type: none"> ・疾患の説明や治療経過の見通しを伝える ・家族が不安に思っていることに対して具体的な対処法をともに考える ・家族の余力を踏まえた上で、単一家族での心理教育やSSTなどを勧める 	<p><退院にまつわる不安に対処する></p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活において不安や心配に思うことについて尋ね、対処方法をともに考える ・再燃・再発防止のためのケアや緊急時の対応について情報提供し、家族ができそうなものをともに考える ・退院後の家族全体の生活の変化について査定し、どのように生活を再構成するかともに考える ・退院後も相談できる窓口や人的資源を紹介する ・家族のニーズや学習への準備性を考慮した上で、集団での心理教育グループや家族会への参加を勧める 	<p><家族が必要と社会資源を活用できるように支援する></p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院から影響を受ける家族生活の変化について話し合い、どのような支援が必要かとともに考える ・社会資源に繋がる情報提供を行う ・家族会や家族セミナーへの参加を促し、実例の活用について質問する機会を確保する
<p><医療チーム間の連携を高めるケア></p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種によるカンファレンスの開催 ・相互のコミュニケーションを促進させるためのファシリテーター ・各専門職のアセスメントを統合し、患者の生活設定と復讐支援の連携を促す 	<p><患者の希望やニーズを生かす支援の提供づくり></p> <ul style="list-style-type: none"> ・チームメンバーや患者の希望やニーズに注目できるような支援をする ・患者のニーズを基にチームで共有を図れるよう支援する ・患者のセルフケア意欲と限界、家族を始めとしたケアフォーマルケアの範囲と限界、地域で使える社会資源などの情報共有を図れるよう支援する ・患者の希望やニーズを生かす支援を構築するためのサポートネットワークの在り方や具体的支援を検討し、必要な地域資源を特定できるように支援する 	<p><地域生活を支えるサポートネットワーク構築に向けた支援></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域ケアスタッフ(外来やデイケアスタッフも含む)、患者、家族も含めたカンファレンスの調整 ・患者との共同目標を設定し、それが達成されるための役割分担、行動計画の共有を図れるよう支援する ・支援計画実行中の患者のストレス度の把握や前駆症状を含めた精神症状をモニターし、支援の進め具合を調整する

また、初発・再発を含めて、急性期にある患者を支える家族にも不安や混乱が生じている。多くの文献においても、早い時期から家族と接触を持ち、情報を共有し、治療における協力関係を確立することが強調されており、家族もケアの対象であることを改めて意識する必要があるだろう。統合失調症エキスパートガイドライン¹¹⁾では、この時期から家族への心理教育開始が推奨されているが、機会的導入がかえって家族の負担を増すことにつながる可能性もあり、家族の疲労度や余力の程度、学習へのニーズなどを査定した上で、導入時期や学習形態(個別か集団かなど)が検討されるべきである。

さらに、先述したように支持的な治療環境がその後の支援の基礎的構造となるため、患者と関わる安定した治療チームの構築も急性期では欠かすことができない。したがって、チームメンバーが相互に協力・協働関係を築けるような支援や各専門職のアセスメントを統合し、支援の方向性を共有した後、具体的な行動手順について役割分担を図るなどのチームマネジメントも必要であろう。

安定化期への移行が困難なケースとして、急性症状がなかなか収まらず、保護室の使用が長期化している患者が挙げられるが、その背景には、診断が定まらないまま薬物療法も多剤併用になるなど、治療そのものの方向性を欠いて混乱を来している場合が少なくない。精神看護専門看護師は、医師や看護チーム、薬剤師などと協働しながら、精神症状、精神・身体機能の査定を行って、ターゲットとなる症状は何であるのかを見極める。また、処方薬の受容体プロフィールや薬物動態から、出現する効果と副作用を予測して、急性状態の遷延が治療の二次的障害により起こっていないかを判断するなど、診断・治療へのサポートにも役割発揮が期待されている。

2) 安定化期にある患者のケアについて

激しい陽性症状は沈静化に向かい、睡眠や食欲なども安定してくるが、急性状態終結後の疲労感や消耗感は依然強く、また、与えられる刺激によっては、再燃する可能性もあるなど不安定な面も残す時期である。しかしながら、残存する精神症状について距離を置いて語れるようになったり、治療についてその効果を認めたり、受け入れることができるようになるなど、疾患や治療に対する意識に変化も見られる。

この時期のケアとしては、どの程度の刺激や活動が安

全であり、また本人の自信や活動性の回復に役立つかを査定し、保護的な環境からより自立的な本来の生活環境へと慎重に行動拡大を進めていくことが必要である¹²⁾。また、症状や治療効果に対する患者自身の気づきや自覚を大切にし、セルフモニタリングをサポートすることは、後の疾患教育や服薬教育への動機づけともなる。

急性状態を脱して、周囲との疎通性も改善してくるこの時期は、面会などの機会を通して家族との交流が図られる。但し、入院に至る経過の中で患者本人と家族との間に何らかのトラブルを抱えている場合、患者と向き合うことに戸惑いや不安を感じる家族も多い。したがって、家族の心理的負担を軽減しつつ、患者—家族間の相互作用を支えるケアが必要である。

また、患者の回復は喜ばしい反面、退院という課題を背負い不安を強くしている家族もある。野嶋¹³⁾は、退院という課題に取り組んでいる家族は、退院後の生活や療養生活乗り切れる見通しや自信がなく不安定な状況に置かれているとし、退院計画の中に、「家族の体験を理解すること」「家族との援助関係を形成すること」「退院に向かう患者と家族をアセスメントし、家族像を形成すること」「その家族に適合した、家族の生活を再構築する方法やコンフィデンスを高める家族教育」などのケアを組み込んでいくことが必要であると述べている。

急性状態においては、症状の鎮静・安定化を図ることが医療チームの第一義的な目標であったが、患者が地域生活を維持できるような退院を目指すには、患者が本来持つ対処能力や主体性を最大限発揮できる支援体制の整備が不可欠である。そのためには、患者の問題点のみに着目するのではなく、患者の希望や強さを引き出すための支援に焦点を当てられるようチームを調整する必要があるだろう。

回復期への移行が困難なケースとして、些細な刺激ですぐ精神症状の再燃や短絡的な反応を示す、退行して家族や医療者への依存から自立に向かわないなどの患者が挙げられる。その背景には、先の見通しが立たないことへの不安や焦りがある、精神症状悪化のきっかけとなった生活上の出来事(経済的問題、対人関係上の問題、孤独など)が解決しておらず不安を強く抱えているなど、症状そのものではなく、現実的な不安や心理的葛藤が影響している場合が多い。精神看護専門看護師は、不安定さの要因を改めてアセスメントし、退院までのプロセスを

患者と共有する、現在の進捗状況を目に見える形で示し評価する、患者とともに生じている問題を整理し、多職種との協力を得ながら解決策を具体的に示してできるところから患者とともに実施するなどの支援を行う。

3)回復期におけるケアについて

精神症状、疾病への認識、治療との関わり、社会的な能力が平衡状態に達して、何らかの残滓は残しつつも、その人なりの生活に戻っていく時期である。セルフケアの比重が高くなり、支援の担い手も医療者から家族を含めた地域ケアスタッフへと移行することになる。

この時期のケアとしては、ケースマネジメント手法を用いて、患者・家族・支援チームをエンパワーメントし、患者の希望を中心とした生活の再構成を支援することが挙げられるだろう。

なお、この時期に問題となるケースは、障害への明らかな否認と認知能力の障害があり、提示した社会資源の活用やリハビリテーションを拒否して退院調整が進まない患者である。精神看護専門看護師は、患者との話し合いを重ね、合意形成を図る努力はするものの、その過程がかえって逆効果になる、ストレスが高まるような場合には、外来での精神看護専門看護師との定期的な面接を行ったり、場合によっては訪問・電話の受け入れを条件にいったん引き下がり、家族と協働しながら退院後も“見守る支援”を十分に行うようにして、支援受け入れのきっかけを待つようにする。

急性期病棟における退院支援に必要な精神看護専門看護師の臨床能力

急性期医療では、集中的な治療とケアの提供により、早期の退院を実現することが求められる。当然のことながら、急性期医療に期待されているのは、病状の安定を図るのみでなく、地域生活を維持できる退院を目指すことである。精神看護専門看護師は、このプロセスを支えるため患者・家族・支援チームをエンパワーメントしながら、患者を支えるシステムを構築することが求められる。以下に急性期病棟における退院支援に必要な精神看護専門看護師の臨床能力をまとめる。

①病理を踏まえた精神療法的視点とリカバリーの視点を持ちながら、患者と温かく安定した治療関係を築く能力

②過去の生活過程や病歴から、どのような状況下で悪化して、逆にどのような状況下で安定するのか、また患者本人の価値観や希望、強さを見出し、患者をめぐるストーリーを想定できる能力

③現実的な希望が持てるようリードする、肯定的なフィードバックを繰り返すなどの患者をエンパワーメントする能力

④支援チームメンバーと安定して支持的な関係をつくる能力と、チームダイナミクスを理解して相互支援を助けるなどのチームをエンパワーメントする能力

⑤患者本来の力を発揮できるよう各専門職からの支援を統合する、支援の進み具合をモニターする、支援の質を管理するなど、チーム全体として治療目標が達成できるためのマネジメント能力

⑥退院支援の中で家族が置かれている立場や、不安・葛藤を理解し、支持的な関係をつくる能力と家族が本来の力を発揮し、生活の再構築を進められるようエンパワーメントする能力

●引用・参考文献

〈八木〉

- 1) 岡崎祐士・西田淳志・伊藤雅之：うつ病で病休・休職中の患者の「復職可能」診断をめぐって—うつ病患者復帰準備尺度試案—, 臨床精神医学, p.1059, 2006.
- 2) 五十嵐良雄：うつ病 不安障害を対象としたデイケア, 精神科臨床サービスp.394-397, 2007.
- 3) 伊藤雅之・本田知之他：復職デイケアの可能性, 臨床精神医学, p.1079-1083, 2006.
- 4) 秋山剛：リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療に関する研究, こころの健康科学研究事業総括分担研究報告書, p.99, 2009.
- 5) 前掲書4) p.37-38

〈篠木〉

- 6) 阿保順子編：統合失調症急性期看護マニュアル, すびか書房, 2004.
- 7) 宇佐美しおり他：精神障害者の急性期治療病棟における看護ケア技術—再発・再入院の減少を目指して—, 木村看護教育振興財団看護研究集録, 8, 2001.
- 8) 宇佐美しおり・岡田俊：精神障害者の地域生活を維持・促進させる急性期治療病棟における看護ケア—急性期ケアプロトコルの開発をめざして—, 看護研究 36 (6), p.493-503, 2003.
- 9) 富川順子・宇佐美しおり：精神科急性期治療病棟において再入院を防止するための看護ケア, 第33回日本看護学会論文集<成人看護II>, p.286-288, 2002.
- 10) 池淵恵美：治療の経過に応じた心理社会的介入の選択, 精神科臨床サービス, 3(1), p.11-17, 2003.
- 11) J.P マクエヴォイ他：エキスパートコンセンサスガイドライン—統合失調症の治療—, 大野裕訳, ライフ・サイエンス, 2000.
- 12) 前掲5)
- 13) 野嶋佐由美：退院という課題に取り組む家族への看護のあり方, 家族看護, 2(1), p.6-14, 2002.