

〔研究報告〕

精神科における再入院患者の地域生活への移行に向けた看護の充実

石川 かおり¹⁾ 葛谷 玲子¹⁾ 足立 円香²⁾ 高橋 未来¹⁾ 篠原 朋子³⁾
鈴木 将史⁴⁾ 服部 ちなみ⁴⁾ 早川 圭子⁴⁾ 長尾 美咲⁵⁾

Improving Nursing Care for the Transition to Community Life
for Readmitted Patients of Psychiatric Ward

Kaori Ishikawa¹⁾, Reiko Kuzuya¹⁾, Madoka Adachi²⁾, Miku Takahashi¹⁾, Tomoko Shinohara³⁾,
Masashi Suzuki⁴⁾, Chinami Hattori⁴⁾, Keiko Hayakawa⁴⁾ and Misaki Nagao⁵⁾

要旨

本研究では、精神科病棟における再入院患者に焦点をあて、地域生活移行を支援するための看護の充実を目指し、以下の3点を目的とした看護実践研究に取り組んだ。

1. 再入院患者の地域生活移行を支援するための看護上の課題と課題を改善するための方策を明らかにする
2. 1.の方策を基に、地域生活への移行を支援するための方法を作成し、その実践と評価の内容を明らかにする
3. 実践の前後の看護師の認識の変化を明らかにする

看護師の認識調査と事例検討などから導いた看護上の課題は、1) 再入院患者について改めて理解するための関わりが不足している、2) 症状により本人の思いの確認が困難な場合がある、3) 家族の思いや状況を把握できていない、4) 再入院患者に関するカンファレンスが少ない、5) 服薬支援や疾患教育が不十分である、6) 薬剤師や医師など他職種との連携が不足している、7) 再入院患者に対する看護のモチベーションが低下している、であった。方策は「再入院患者を既に知っている患者と思い込まず、できるだけ早期に再入院に至るまでの状況を他職種からも情報収集して患者を改めて理解する」「患者の病状によっては本人の思いを確認することが難しいことも予想されるが、関心を寄せて対話を重ね、退院後の地域生活に関する本人の目標や家族の思いを確認する」など6点を挙げ、それらの方策を具体的な支援方法に落とし込み、実践・評価した。看護師対象の事後の質問紙調査では、7割以上が支援方法について「病棟全体の看護の改善・充実」に役立ったと回答した。

支援方法を用いた2事例の実践から、課題1)、2)、4)、5)、7)の改善につながったと示唆された。また、再入院患者の地域生活移行を支援する看護において、入院初期にカンファレンスを開催し、患者の経過や目標、家族の思いを把握することで看護師の「既知の患者」という思い込みを解消することなどが重要であると考えられた。

キーワード：精神科病棟、再入院患者、地域生活移行、精神看護

1) 岐阜県立看護大学 地域基礎看護学領域 Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

2) 岐阜県立看護大学 看護研究センター Nursing Research and Collaboration Center, Gifu College of Nursing

3) 元岐阜市民病院 Formerly of Gifu Medical Hospital

4) 岐阜市民病院 Gifu Medical Hospital

5) 独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター National Hospital Organization Shimofusa Psychiatric Medical Center

I. はじめに

精神障害の有無にかかわらず、誰もが地域で安心して暮らせるよう、医療や福祉、介護、住まい、就労、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（厚生労働省，2017）」の構築を目指し、岐阜県は令和5年度の精神病床退院後1年以内の地域生活日数を国の目標と同じ316日以上にすることを掲げた（岐阜県，2021）。

研究者が所属する岐阜県内A病院精神科病棟（以下A病棟）の令和3年度の退院患者の平均在院日数は約36日で、患者は概ね1ヶ月で病状が改善して退院していたが、約6割が4週間以内に再入院していた。再入院患者（39名）の退院後の地域生活期間は平均75.3日で、入院中のケアが精神状態の改善に偏り、地域生活への支援が不足していたと推察された。特に再入院患者の場合は、地域生活への移行に何らかの課題があった可能性があり、看護の改善が必要であると考えた。

先行研究では、看護師へのインタビューから、再入院患者の症状マネジメントと支援体制の確立に向けたケア（田井ら，2010）や、地域定着の支援プロセス（牧ら，2018）が示されているが、病棟の看護の現状や課題を踏まえた具体的な実装方法は明らかになっていない。また、再入院予防を目的とした看護について、患者のこれまでの入院の仕方や地域での生活、再入院の理由を理解した個別的な看護ケアが不十分であること（宇佐美ら，2014）や、入退院を繰り返す患者に対する看護師の無力感や葛藤が退院支援に影響している状況（福浦ら，2022）が指摘されているが、これらの課題への対応策は示されていない。そのため、再入院患者の地域生活移行支援を充実させるには、病棟の看護上の課題を明らかにし、改善策を講じることが重要であると考えた。

そこで、本研究では、精神科病棟における再入院患者に焦点をあて、地域生活への移行を支援するための看護の充実を目指し、以下の3点を目的とする。

1. 再入院患者の地域生活移行を支援するための看護上の課題と課題を改善するための方策を明らかにする
2. 1. の方策を基に、地域生活への移行を支援するための方法（以下、支援方法とする）を考案し、その実践と評価の内容を明らかにする
3. 実践の前後の看護師の認識の変化を明らかにする

II. 方法

1. 研究デザイン

看護実践上の課題を明確にし、その課題を解決するための方策を考案し、方策の実施・評価を行うことで看護実践の質向上を目指す「看護実践研究」を基盤とした記述的研究である。なお、看護実践現場の看護師（以下、現地メンバーとする）と看護大学に所属する教員（以下、大学メンバーとする）が協働して取り組む共同研究として実施した。

2. 研究方法

- 1) 方法1：再入院患者の地域生活への移行支援に関するA病棟看護師の認識の把握

現地メンバーを除くA病棟看護師18名を対象に、再入院患者の地域生活への移行を支援する看護に関する認識を把握することを目的に無記名、自記式の質問紙調査を郵送法にて実施した（以下、事前調査とする）。先行研究および精神看護に関する書籍で示されている精神科入院患者の地域生活への移行に関する一般的な支援内容を参考に看護実践内容を19項目作成し、それらについてどれくらい意識して実施しているか（看護実践状況）、どれくらい難しさを感じているか（看護の難しさ）に関する認識を5件法で回答してもらい、データは単純集計した。

- 2) 方法2：再入院患者への看護実践の検討

退院後1年以内に再入院となった2事例について、A病棟看護師間（現地メンバーを含む）で前回入院時と今回入院後の看護を振り返り、不足していた看護と今後必要な看護について検討し記録した。次に、記録を基に共同研究者間で事例の看護実践についてさらに検討した。検討内容をメモしたものをデータとし、検討内容の概要を整理し、必要な看護に関する内容を抽出した。

- 3) 方法3：課題の明確化と地域生活への移行を支援するための方法の作成

共同研究者間で、方法1と2の結果について共有した上で、再入院患者の地域生活への移行を支援するための看護上の課題は何かについて話し合い、合意形成を図った。話し合いの内容をメモし、最終的に合意した課題に該当するメモをデータとして、意味の通る一文に表現して「課題」とした。

次に、これらの課題を改善するための方策について話し合い、合意形成を図った。話し合いの内容をメモし、最終的に合意した方策に該当するメモをデータとして、意味の通

る一文に表現して「方策」とした。

さらに、支援のプロセスを誰もが同様に実践できるようにするために、共同研究者間で方策を現行の支援に組み入れるための方法について話し合い、地域生活移行を支援するための方法（以下、支援方法とする）を作成した。

4) 方法4：支援方法を用いた看護実践・評価

実践に先立ち、課題、方策、支援方法について現地メンバーよりA病棟看護師に説明し、内容について了解を得た。再入院患者を対象に、支援方法にそってA病棟看護師（現地メンバーを含む）が看護を実践した。本研究の対象は、研究協力に関する説明を聞き同意を得るプロセスが精神状態に影響を与えることがないと主治医により判断され、本人の同意が得られた2事例とした。

現地メンバーが、既存のアセスメントシート、看護記録、カンファレンス記録、診療録を参照して、支援内容とその結果に関連する情報をもとに作成した実践経過記録を共同研究者間で共有した上で、評価について話し合い、評価に関する意見をメモした。実践経過記録と評価のメモをデータとして、事例ごとに「看護実践と評価の概要」として再構成した。そして、実践した内容がどの方策に該当しているかについて照合した。

5) 方法5：再入院患者の地域生活への移行支援に関するA病棟看護師の認識の把握

方法4までの取り組み終了後に、現地メンバーを除くA病棟看護師17名（人事の都合により1名減）を対象に、無記名、自記式の質問紙調査を郵送法にて実施した（以下、事後調査とする）。看護実践状況と看護の難しさに関する認識については方法1と同様の質問項目を用いた。加えて、支援方法が「自分が実践する患者への支援」、「病棟全体の看護の改善・充実」、「多職種連携による支援」、「カンファレンスの改善・充実」にどの程度役立ったかについて5件法で確認し、選択理由について自由回答を求めた。データは単純集計し、看護実践状況と看護の難しさについては方法1の事前調査結果と比較した。

3. 研究期間

令和4年9月～令和6年1月であった。

4. 倫理的配慮

本研究は岐阜県立看護大学研究倫理委員会の承認（承認番号0309：令和4年8月）（承認番号0324：令和5年7月）及び岐阜市民病院臨床研究審査委員会の承認（承

認番号779：令和4年9月）（承認番号819：令和5年8月）を得て実施した。

対象事例の患者およびA病棟看護師に対して、研究の趣旨、目的、匿名と守秘の保障、参加拒否および中途拒否する権利、拒否により不利益を被らない権利等について書面と口頭で説明し、同意を得た。

Ⅲ. 結果

1. 再入院患者の地域生活への移行支援に関するA病棟看護師の認識（事前調査）

回答者は16名（回収率88.9%）であった。看護実践状況に関する認識を表1の各項目上段に、看護の難しさに関する認識を表2の各項目上段に示す。表1と表2の括弧内に示す各回答の割合は小数第2位以下を切り捨てて表記した。

看護実践状況について、「よくする」と「しばしばする」を合わせた回答が5割以下の項目は、「3. 前回退院後から再入院に至るまでの状況について関わりのある訪問看護師、ホームヘルパー、保健師などから情報収集を行う（6.2%）」「14. 服薬の自己管理に向けた援助を行う（6.2%）」「15. 通院継続に向けた援助を行う（6.2%）」「16. 院内の他職種と連携して退院後の生活に必要なサービス調整を行う（12.5%）」「17. 院外の手機関・他職種と連携して退院後の生活に必要なサービス調整を行う（12.4%）」など9項目であった。

看護の難しさについて、「とても難しい」と「まあまあ難しい」を合わせた回答が5割以上の項目は、「16. 院内の他職種と連携して退院後の生活に必要なサービス調整を行う（56.2%）」「17. 院外の手機関・他職種と連携して退院後の生活に必要なサービス調整を行う（68.7%）」「18. 家族に対する援助や情報提供を行う（50.0%）」「19. 患者の強みを把握し、退院後の生活に向けた支援に活かす（50.0%）」など7項目であった。

2. 再入院患者2事例の看護実践の検討

以下に、各事例の検討内容の概要を述べる。今後必要な看護を【】で示す。

1) 事例A

Aは統合失調症の50代女性で、前回退院から2ヶ月後に妄想状態で再入院（22回目）した。これまでは夫が「退院可能」と判断すれば退院しており、A本人の目標は確認

表1 再入院患者への看護実践状況に関する病棟看護師の認識

上段：事前調査 (N=16) 下段：事後調査 (N=10)
人数 (%)

質問項目	よく する	しばしば する	たまに する	あまり しない	全く しない
1. 前回退院後から再入院に至るまでの状況について患者から情報収集を行う	6 (37.5%) 4 (40.0%)	7 (43.7%) 6 (60.0%)	3 (18.7%) 0	0 0	0 0
2. 前回退院後から再入院に至るまでの状況について家族から情報収集を行う	3 (18.7%) 1 (10.0%)	6 (37.5%) 6 (60.0%)	3 (18.7%) 2 (20.0%)	4 (25.0%) 1 (10.0%)	0 0
3. 前回退院後から再入院に至るまでの状況について関わりのある訪問看護師、ホームヘルパー、保健師などから情報収集を行う	1 (6.2%) 0	0 2 (20.0%)	5 (31.2%) 4 (40.0%)	6 (37.5%) 4 (40.0%)	4 (25.0%) 0
4. 再入院の要因について検討する	2 (12.5%) 2 (20.0%)	9 (56.2%) 5 (50.0%)	5 (31.2%) 3 (30.0%)	0 0	0 0
5. 前回入院時に実施した看護を振り返る	1 (6.2%) 1 (10.0%)	3 (18.7%) 5 (50.0%)	10 (62.5%) 4 (40.0%)	2 (12.5%) 0	0 0
6. 患者との信頼関係を構築する	5 (31.2%) 4 (40.0%)	10 (62.5%) 6 (60.0%)	1 (6.2%) 0	0 0	0 0
7. 薬物療法の支援など精神症状への援助を行う	3 (18.7%) 5 (50.0%)	10 (62.5%) 3 (30.0%)	3 (18.7%) 1 (10.0%)	0 1 (10.0%)	0 0
8. 安心して休息できるような環境を整える	6 (37.5%) 7 (70.0%)	10 (62.5%) 3 (30.0%)	0 0	0 0	0 0
9. 日常生活上のセルフケア向上に向けた援助を行う	6 (37.5%) 6 (60.0%)	8 (50.0%) 4 (40.0%)	2 (12.5%) 0	0 0	0 0
10. これまでの生活を患者と一緒に振り返る	3 (18.7%) 3 (30.0%)	8 (50.0%) 7 (70.0%)	5 (31.2%) 0	0 0	0 0
11. 退院後の生活に関する患者の意向や、今後の目標や希望について確認する	5 (31.2%) 5 (50.0%)	7 (43.7%) 4 (40.0%)	4 (25.0%) 1 (10.0%)	0 0	0 0
12. 退院に向けた家族の意向を確認し、患者の意向との調整を図る	1 (6.2%) 3 (30.0%)	6 (37.5%) 5 (50.0%)	8 (50.0%) 0	1 (6.2%) 2 (20.0%)	0 0
13. 症状悪化時のサインや対処方法について援助する	2 (12.5%) 3 (30.0%)	7 (43.7%) 7 (70.0%)	6 (37.5%) 0	1 (6.2%) 0	0 0
14. 服薬の自己管理に向けた援助を行う	0 2 (20.0%)	1 (6.2%) 2 (20.0%)	10 (62.5%) 6 (60.0%)	5 (31.2%) 0	0 0
15. 通院継続に向けた援助を行う	0 2 (20.0%)	1 (6.2%) 0	9 (56.2%) 6 (60.0%)	6 (37.5%) 1 (10.0%)	0 1 (10.0%)
16. 院内の他職種と連携して退院後の生活に必要なサービス調整を行う	0 1 (10.0%)	2 (12.5%) 4 (40.0%)	8 (50.0%) 4 (40.0%)	5 (31.2%) 0	1 (6.2%) 1 (10.0%)
17. 院外の他機関・他職種と連携して退院後の生活に必要なサービス調整を行う	1 (6.2%) 1 (10.0%)	1 (6.2%) 4 (40.0%)	11 (68.7%) 3 (30.0%)	2 (12.5%) 1 (10.0%)	1 (6.2%) 1 (10.0%)
18. 家族に対する援助や情報提供を行う	0 1 (10.0%)	4 (25.0%) 5 (50.0%)	7 (43.7%) 3 (30.0%)	5 (31.2%) 1 (10.0%)	0 0
19. 患者の強みを把握し、退院後の生活に向けた支援に活かす	0 2 (20.0%)	7 (43.7%) 4 (40.0%)	6 (37.5%) 4 (40.0%)	3 (18.7%) 0	0 0

※ () 内の割合は小数第2位以下を切り捨てて表記しているため合計が100%にならない項目もある

されていなかった。前回退院後、Aは服薬ができず、夫は介護疲れを感じていた。これまでの看護は服薬管理、血糖管理、体重管理に重点が置かれ、退院後の服薬支援が不十分であった。また、妄想があるため、看護師は現実的な会話に難しさを感じていた。今回、夫は施設退院を希望しているが、施設について具体的に理解しておらず、A本人も退院後の希望が不明であった。今後の看護として【退院後の生活に関する本人と家族の思いを把握する】【本人の思いを踏まえて小さい目標を立て達成感を感じられるよう関わる】【入院中だけでなく退院後も継続して内服できるよう支援する】などが必要だと検討した。

2) 事例 B

Bは摂食障害の50代女性で、前回退院後に訪問看護を受けていたが、6週間で低栄養・脱水状態により再入院(13回目)した。看護師は家族関係が希薄であることを認識していたが、これまで家族からの聞き取りはしていなかった。Bは「家に帰りたい」「普通に生活したい」と言うが、それ以上は具体的に話さず、看護師は本音を捉えづらいつと感じていた。入院中は身体的ケアが中心で、繰り返す入院に対し看護の目標が見出せないとも感じていた。今後の看護として【夫の現在の生活状況や思いを確認する】【本人が思いを言語化できるよう対話を続ける】【小さな変化も捉えて評価していく】が必要だと検討した。

表2 再入院患者への看護の難しさに関する病棟看護師の認識

上段：事前調査（N=16, 項目5・15はN=15） 下段：事後調査（N=10, 項目4はN=9）
人数（％）

質問項目	とても 難しい	まあまあ 難しい	やや 難しい	あまり 難しく ない	全く 難しく ない
1. 前回退院後から再入院に至るまでの状況について患者から情報収集を行う	1 (6.2%) 0	2 (12.5%) 3 (30.0%)	7 (43.7%) 4 (40.0%)	5 (31.2%) 3 (30.0%)	1 (6.2%) 0
2. 前回退院後から再入院に至るまでの状況について家族から情報収集を行う	2 (12.5%) 1 (10.0%)	3 (18.7%) 5 (50.0%)	5 (31.2%) 2 (20.0%)	6 (37.5%) 1 (10.0%)	0 0
3. 前回退院後から再入院に至るまでの状況について関わりのある訪問看護師、ホームヘルパー、保健師などから情報収集を行う	4 (25.0%) 4 (40.0%)	4 (25.0%) 4 (40.0%)	7 (43.7%) 1 (10.0%)	1 (6.2%) 1 (10.0%)	0 0
4. 再入院の要因について検討する	1 (6.2%) 0	4 (25.0%) 3 (33.3%)	5 (31.2%) 2 (22.2%)	5 (31.2%) 3 (33.3%)	1 (6.2%) 1 (11.1%)
5. 前回入院時に実施した看護を振り返る	1 (6.6%) 1 (10.0%)	2 (13.3%) 7 (70.0%)	9 (60.0%) 1 (10.0%)	3 (20.0%) 1 (10.0%)	0 0
6. 患者との信頼関係を構築する	2 (12.5%) 3 (30.0%)	6 (37.5%) 3 (30.0%)	5 (31.2%) 1 (10.0%)	2 (12.5%) 2 (20.0%)	1 (6.2%) 1 (10.0%)
7. 薬物療法の支援など精神症状への援助を行う	1 (6.2%) 0	7 (43.7%) 2 (20.0%)	4 (25.0%) 7 (70.0%)	3 (18.7%) 1 (10.0%)	1 (6.2%) 0
8. 安心して休息できるような環境を整える	0 0	4 (25.0%) 3 (30.0%)	5 (31.2%) 3 (30.0%)	6 (37.5%) 3 (30.0%)	1 (6.2%) 1 (10.0%)
9. 日常生活上のセルフケア向上に向けた援助を行う	0 0	2 (12.5%) 4 (40.0%)	8 (50.0%) 3 (30.0%)	6 (37.5%) 2 (20.0%)	0 1 (10.0%)
10. これまでの生活を患者と一緒に振り返る	0 0	4 (25.0%) 3 (30.0%)	4 (25.0%) 4 (40.0%)	8 (50.0%) 3 (30.0%)	0 0
11. 退院後の生活に関する患者の意向や、今後の目標や希望について確認する	1 (6.2%) 1 (10.0%)	3 (18.7%) 4 (40.0%)	4 (25.0%) 3 (30.0%)	8 (50.0%) 2 (20.0%)	0 0
12. 退院に向けた家族の意向を確認し、患者の意向との調整を図る	2 (12.5%) 2 (20.0%)	5 (31.2%) 3 (30.0%)	6 (37.5%) 3 (30.0%)	3 (18.7%) 2 (20.0%)	0 0
13. 症状悪化時のサインや対処方法について援助する	1 (6.2%) 0	6 (37.5%) 2 (20.0%)	7 (43.7%) 6 (60.0%)	2 (12.5%) 2 (20.0%)	0 0
14. 服薬の自己管理に向けた援助を行う	0 0	5 (31.2%) 2 (20.0%)	6 (37.5%) 6 (60.0%)	5 (31.2%) 1 (10.0%)	0 1 (10.0%)
15. 通院継続に向けた援助を行う	1 (6.6%) 0	5 (33.3%) 2 (20.0%)	8 (53.3%) 7 (70.0%)	1 (6.6%) 1 (10.0%)	0 0
16. 院内の他職種と連携して退院後の生活に必要なサービス調整を行う	4 (25.0%) 0	5 (31.2%) 4 (40.0%)	4 (25.0%) 5 (50.0%)	3 (18.7%) 1 (10.0%)	0 0
17. 院外の他機関・他職種と連携して退院後の生活に必要なサービス調整を行う	3 (18.7%) 0	8 (50.0%) 4 (40.0%)	3 (18.7%) 4 (40.0%)	2 (12.5%) 2 (20.0%)	0 0
18. 家族に対する援助や情報提供を行う	2 (12.5%) 1 (10.0%)	6 (37.5%) 4 (40.0%)	5 (31.2%) 2 (20.0%)	3 (18.7%) 3 (30.0%)	0 0
19. 患者の強みを把握し、退院後の生活に向けた支援に活かす	2 (12.5%) 2 (20.0%)	6 (37.5%) 3 (30.0%)	5 (31.2%) 2 (20.0%)	3 (18.7%) 3 (30.0%)	0 0

※（ ）内の割合は小数第2位以下を切り捨てて表記しているため合計が100%にならない項目もある

3. 地域生活移行支援における看護上の課題の明確化と支援方法の考案

共同研究者間で、再入院患者の地域生活への移行を支援するための看護上の課題について話し合った結果、課題は、1) 再入院患者について改めて理解するための関わりが不足している、2) 症状により本人の思いの確認が困難な場合がある、3) 家族の思いや状況を把握できていない、4) 再入院患者に関するカンファレンスが少ない、5) 服薬支援や疾患教育が不十分である、6) 薬剤師や医師など他職種との連携が不足している、7) 再入院患者に対する看護のモチベーションが低下している、の7点になった。

そして、これらの課題を改善するための方策は、a) 再入院患者を「既に知っている患者」と思い込まず、できるだけ早期に再入院に至るまでの状況を他職種からも情報収集して患者を改めて理解する（課題1）に関連）、b) 患者の病状によっては本人の思いを確認することが難しいことも予想されるが、関心を寄せて対話を重ね、退院後の地域生活に関する本人の目標や家族の思いを確認する（課題2）3）に関連）、c) 病棟でストレングスモデルを基盤とした実践を試みていることを前提に、本人の思いを中心とした達成可能な目標を立てて本人が達成感を感じられるように関わる（課題2）に関連）、d) 再入院患者のカンファレンスが少な

い傾向にあるため、定期的なカンファレンスを設定し、多職種で再入院患者について理解する（課題4）6）に関連）、e）退院後の生活に必要な内服自己管理と症状悪化時のサインや対処法を身につけられるよう支援する（課題5）に関連）、f）病棟でストレングスモデルを基盤とした実践を試みていることを前提に、カンファレンスでは問題だけでなくストレングスにも焦点を当て、良かった支援も検討する（課題7）に関連）、の6点になった。

方策6点を現行の支援に組み込む形で具体的な支援方法を検討した。支援のプロセスを誰もが同様に実践できるようにするために、具体的に図化したものを「支援方法」としてA病棟看護師および関係する他職種に提示することとした（図1）。図を作成するにあたり、再入院してから退院までの支援の流れを段階（急性期、回復期、維持期）に分ける、A病棟看護師が患者・家族に行うことと多職種で連携して行うことを分ける、ストレングスモデルに基づく患者・家族への関わりのポイントを示す、情報収集の視点を示す、多職種連携のポイントを示す、カンファレンスについては目的・検討内容・ポイントを示すこととした。

4. 支援方法を用いた看護実践・評価

事例Cと事例Dに対する看護実践と評価の概要を説明する。課題を改善するための方策に関連する部分を〔〕で示し、該当する方策の記号a～fを付記した。

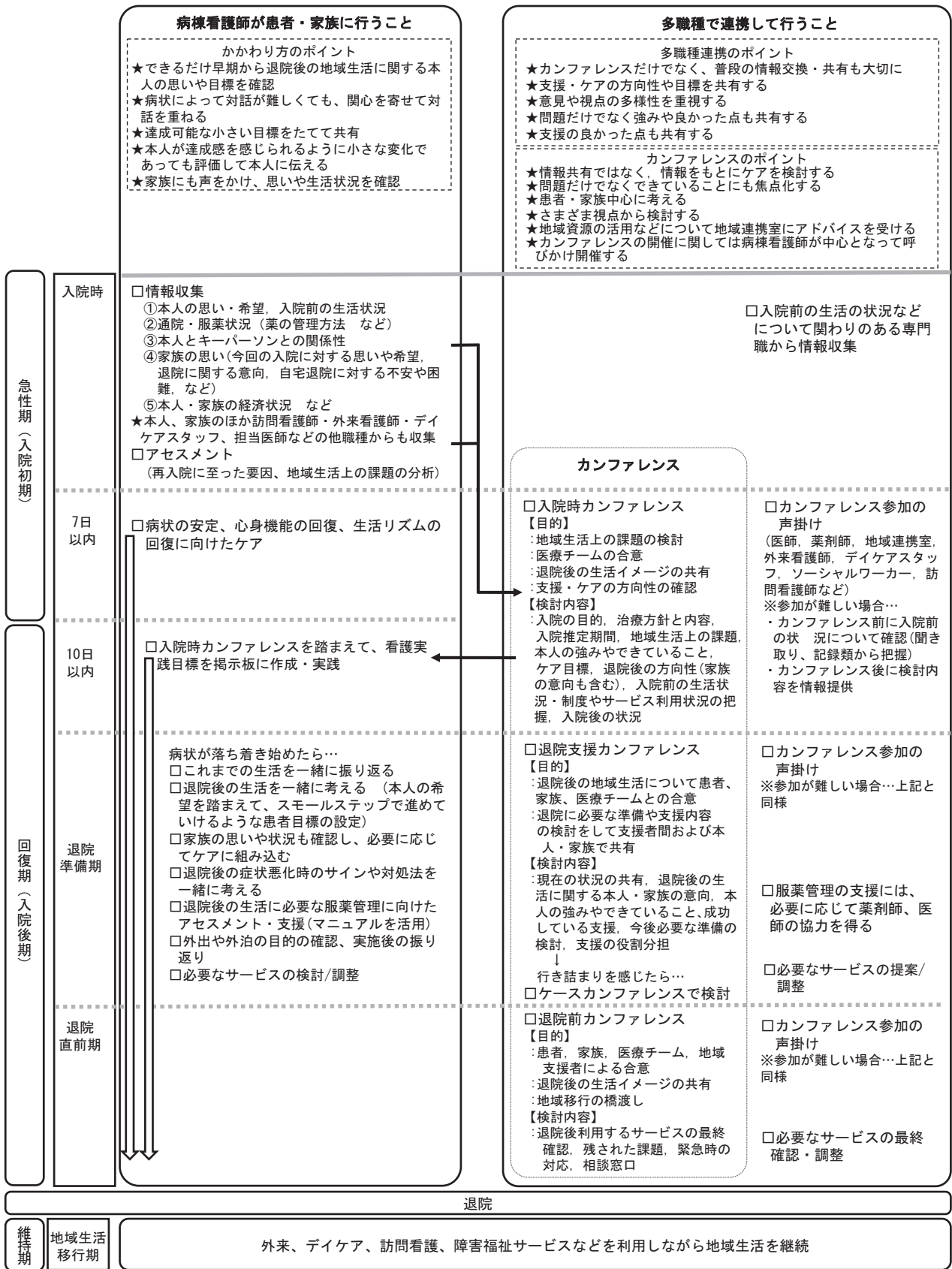
1) 事例C

Cは摂食障害の20代前半の女性で、過食嘔吐、下剤の乱用、希死念慮による入院経験があった。前回は就職1ヶ月後に希死念慮のため入院となり、1ヶ月程度で退院しデイケアに通所していた。Cは「親が怖い」「いい子でいないといけない」という思いを持っていたが、親に不満などは言えず、それが下剤の乱用につながるが多いようだった。前回退院から3ヶ月半程で再入院となった（5回目）。入院当初は自傷行為があったため身体拘束が行われた。入院3日目に〔入院時カンファレンスを行い、家族との話し合いの必要性や患者の捉え方・関わり方について共有した（d）〕。また、〔これまでは自傷行為を他者へのアピールとして捉えがちであったという意見があり、自傷行為の背景にある本人の気持ちに焦点を当て傾聴し、丁寧に関わるようにした（a）〕。Cは「自分の未来が見えない」「目的がなくどうしていいかわからない」などと気持ちを言語化するようになった。「他人に自分の気持ちを話すことで少し落ち着いた」と話し、

自傷行為をしないと約束ができたところで身体拘束解除となった。看護師に気持ちを話すことで、自分を追い込む気持ちが緩和され、信頼感や安心感につながったと評価した。また、〔退院後の生活を一緒に考えるなかで、Cにできるようになりたいことを確認すると（b）〕、「母親と電話で良いことを3つ言い合う」「病棟内の歩行」を挙げた。〔看護師はそれを継続できるよう後押しし、入院中に目的を持って過ごせるよう支援した（c）〕。そして、〔入院時カンファレンスでは、母親はCの現状を受け入れたくない思いがあるかもしれないこと、母以外の家族の状況が把握できていないことから、家族にアプローチする必要性を共有していた（d）〕が、入院1ヶ月頃にCの希望で急遽退院となったため、家族とは話す機会がないまま退院した。自宅では母のみが本人に対応しているため、今後は母親との関係づくりから始める必要がある。〔これまでの生活を一緒に振り返るなかで、Cは「家にはいると下剤を使用したり自傷行為をしてしまうため、それを防いで死なないためにデイケアを利用している」と話しており、退院後に通所予定であるデイケア利用の目的はある程度明確になっているとアセスメントした（a, f）〕。今回はデイケアスタッフがカンファレンスに参加することはなく、急な退院のためにデイケアと直接連携する機会もなかったが、地域生活移行を支援するという観点からは、今後はデイケアや外来と情報共有し連携していけると良いと評価した。

2) 事例D

Dは統合失調症の20代後半の女性で、前回退院から3ヶ月半程で幻聴等が出現し、家族の疲弊もあり再入院（4回目）となった。〔入院時カンファレンスを行い、今後必要な情報（就労経験、自宅での生活、家族との関係、症状への対処法、今後の希望など）を共有した（d）〕。Dは気持ちの表出が苦手であるが日記を書いていたため、〔退院後の生活を一緒に考える上で、まずストレングス・マッピングシートを書いてもらい対話したところ（b）〕、初めて就労への希望等を表出した。〔就労に関して精神保健福祉士に相談したが主治医の指示がないと面談ができないということで退院までに調整することができなかった（d）〕。看護師は〔必要なサービスの検討/調整として、ハローワークの障害者向け雇用相談と居住地の相談窓口に関する情報を退院時に提供した（c）〕。短い入院中に就労支援をすることは難しくても、患者が求める適切な情報を提供できるよう、今後は地域連携部の精神保健福祉士と連携していく必要がある。



* 行うことを□、ポイントを★、留意点を※で示す。黒色矢印は順に行うこと、白抜き矢印は継続して実施することを示す。

図1 再入院患者の地域生活への移行を支援するための方法（支援方法）

また「入院時カンファレンスでは入院前に昼食後薬を自己判断で内服していなかったことを共有し、入院中に自己管理できるよう援助することを確認した (a, e)」。[薬を飲みたくない理由について、D が自分で主治医に伝えられるよう後押しすると自分で相談でき昼食後薬は中止となった。そこで、自分で相談できたことを肯定的にフィードバックした (e, f)]。D にとって、内服について主治医に相談してみる価値があるという経験を得ることができたとアセスメントした。[退院後の継続に向けて服薬自己管理の練習を始め、できたことを肯定的にフィードバックし (e, f)、自己管理ができるようになった。[本人の置かれている状況を改めて検討してみると、主に D の支援を担ってきた同居の祖母は、D の状況を悲観的に捉えて指示的、管理的に関わりがちであったが、それが D のストレスになり再発に影響している可能性が考えられた (a)]。そのため、祖母の面会時に D の「現状を肯定的に評価して伝えると (f)」、「この数年で身の回りのことが出来るようになった」と話した。[この祖母の言葉を D に伝えると「ありがとうございます」と受け止めており、相互理解を促進する一助となったと評価した (f)]。また、D と関わる際に実施してほしいことを看護師間で共有したことで、看護チーム全体で意識的に関わるることができたと評価した。

5. 再入院患者への地域生活への移行支援に関する A 病棟看護師の認識 (事後調査)

回答者は 10 名 (回収率 58.8%) であった。看護実践状況に関する認識を表 1 の各項目下段に、看護の難しさに関する認識を表 2 の各項目下段に示す。看護実践状況に関する認識 19 項目について事前調査と比較したところ、「7. 薬物療法の支援など精神症状への援助を行う」と「8. 安心して休息できるような環境を整える」以外の項目で「よくする」と「しばしばする」を合わせた割合が増加した。

看護の難しさに関する認識について、事前調査と比べて「とても難しい」「まあまあ難しい」を合わせた割合が減少したのは、「7. 薬物療法の支援など精神症状への援助を行う」「13. 症状悪化時のサインや対処方法について援助する」「14. 服薬の自己管理に向けた援助を行う」「15. 通院継続に向けた援助を行う」「16. 院内の多職種と連携して退院後の生活に必要なサービス調整を行う」「17. 院外その他機関・他職種と連携して退院後の生活に必要なサービス調整を行う」の 6 項目、変化がなかったのは「18. 家族に対する援助や情報提供を行う」「19. 患者の強みを把握

し、退院後の生活に向けた支援に活かす」の 2 項目であった。残りの 11 項目のうち、「とても難しい」と「まあまあ難しい」を合わせた割合が 30% 以上増加した項目は、「3. 前回退院後から再入院に至るまでの状況について関わりのある訪問看護師、ホームヘルパー、保健師などから情報収集を行う」と「5. 前回入院時に実施した看護を振り返る」の 2 項目であった。

また、支援方法について「とても役立った」「まあまあ役立った」「やや役立った」を合わせた割合は、「自分が実践する患者への支援」で 77.7%、「病棟全体の看護の改善・充実」で 88.9%、「多職種連携による支援」で 77.7%、「カンファレンスの改善・充実」で 88.9% であった。役立った理由について、「入院時にどのようなことを情報収集したらよいかかわかった」「支援方法の流れに沿って行動することで見落としが減った」「カンファレンスを行うことで意見を統一できた」「多職種に声掛けをして情報を共有し退院への目途が立ちやすかった」「方向性を共有するためのカンファレンスが多くなり、具体的な内容で話し合うことが少し増えた」という記載があった。

IV. 考察

結果を踏まえ、再入院患者の地域生活への移行を支援する看護の重要性について、看護上の課題との関連を考慮しつつ検討する。また、地域生活移行支援に対する看護師の認識についても考察する。

1. 再入院患者の地域生活移行を支援するための看護の重要性

再入院患者の地域生活移行支援に関する看護上の課題 1) と 4) では、再入院患者の状況把握や検討の不足が示された。事例 C と D の実践から、入院初期にカンファレンスを開催し、再入院に至る経過を確認して患者を捉え直すこと、患者の目標や家族の思いを把握すること、さらに得られた情報をカンファレンスで共有し支援の方向性を検討することが、看護師の「既知の患者」という思い込みを取り除く上で重要であったと考えられる。田井ら (2010) は「退院後の生活について入院初期から頻繁に話すこと」を支援の一つとして挙げ、牧ら (2018) は「患者の理解と退院後の生活のイメージ」を示している。入院初期にカンファレンスを行い、地域生活を見据えた関わりを持つことが、入院期間の短縮が進むなかで一層重要であると考えられる。

また、ストレングスモデルに基づき、患者の思いに焦点を

当て達成可能な目標を立てることにより、事例CとDでは信頼関係が構築され、患者が退院後の生活について看護師と共に考え取り組む姿勢が促進された。事例Cでは自傷行為や希死念慮の背景に焦点を当て患者と共に向き合い、事例Dでは服薬拒否の理由を把握して自ら医師に相談できるよう支援した。これらの実践は、牧ら（2018）の「安全感を保障した信頼関係の形成」や「患者が病気を受容し、課題に向き合う支援」に通底するものである。特に、患者と看護師が退院後の生活を共に考えることは、今後の患者－看護師関係のあり方やケアのあり方において、両者にとって良い影響をもたらすと期待される。さらに、本研究に取り組む以前は精神症状の軽減に焦点化したいわゆる臨床的リカバリーを目指す看護が中心だったが、今回の取り組みは、パーソナル・リカバリー（Slade, et al., 2015）、すなわち患者自身が希望する人生や目標に向けて進む支援につながるものである。パーソナル・リカバリーは近年、精神保健医療における中心概念となりつつあり、地域生活移行支援において、リカバリー志向のケアが重要だと考えられる。

再入院患者のカンファレンスが少ないという現状を受け、定期的なカンファレンスの開催を支援方法に組み込み、カンファレンスのポイントを示すことで、入院初期から支援方法を検討するようになり、支援が充実した。また、従来のカンファレンスは患者の問題に焦点を当てがちだったが、患者のストレングスや看護師の良い支援にも目を向けることで、患者の捉え方が変わり、支援の目的がより明確になった。福浦ら（2022）は、精神科看護師が再入院患者に対して無力感を抱き、退院支援に葛藤を感じていることを指摘しているが、これは本研究の課題7）の看護師のモチベーション低下と関連すると考えられる。再入院は、地域生活における課題を患者と共に考える機会でもあると看護師の認識を変えていくことも重要である。

課題6）の院内外の多職種連携については、事例C、Dいずれも十分に実施できなかったが、地域連携部や外来、デイケアスタッフとの連携の重要性を認識できた。笹本ら（2015）は、看護師が多職種連携の促進要因・阻害要因を学ぶことが、円滑な連携に繋がると述べており、今後、多職種で連携して支援していくためには、それらの要因について分析した上で、具体的な連携方法を検討することが重要であると考えられる。

そして、先行研究では地域生活移行支援や退院支援に

おいて「家族との関係作り、家族関係の調整、家族の協力の依頼（田井ら、2010）」、「患者への対応方法に関する家族支援（宇佐美ら、2014）」「患者と家族の幸福を志向した退院後につながる支持的な家族関係の調整（牧ら、2018）」など、家族関係の調整や家族の対応方法への支援の重要性を指摘している。本研究でも課題3）を踏まえて、家族の思いや状況を把握し、必要に応じて家族へのケアを行うことを支援方法に盛り込んだが、A病棟では急な退院決定があるため、短期間でどのように支援するかが課題である。事例Cの母は現状を受け入れることに抵抗があり、事例Dの祖母は悲観的に状況を捉えており、どちらも不安を抱えていたと考えられる。甘佐ら（2013）は、家族の知識不足が不安を増大させ、その不安が患者への関わりを避ける行動につながると指摘している。今後は家族の反応や行動を認知や感情との関連からアセスメントし、入院中から調整を図ることが重要であると考えられる。

2. 再入院患者の地域生活移行支援に関する看護師の認識についての検討

再入院患者の地域生活移行支援における看護実践状況に関する認識では、調査した19項目のうち「7. 薬物療法の支援など精神症状への援助を行う」と「8. 安心して休息できる環境を整える」以外の項目は、事後調査で実践割合が増加していた。これにより、本研究の支援方法が、地域移行支援に必要な看護を意識的に実践する効果をもたらしたと示唆される。項目7については、研究前から精神症状に対する支援が行われていたこと、項目8については精神科入院患者への基本的援助として、取り組みの前後で変化が見られなかったことが、実践割合が増加しなかった理由の一つとして推察される。

看護の難しさに関しては、「3. 前回退院後から再入院までの状況について関わりのある訪問看護師、ホームヘルパー、保健師などから情報収集を行う」と「5. 前回入院時の看護を振り返る」の2項目で、難しいと感じる割合が特に増加していた。これは、事例CとDで看護師が困難を感じながら実践していた内容と一致しており、意識的に実践することで難しさが浮き彫りになったと考えられる。

また、事後調査では、回答者の7割以上が支援方法について「自身が行う患者への支援」「病棟全体の看護の改善・充実」「カンファレンスの改善・充実」「多職種連携による支援」に役立ったと回答しており、支援方法が看護の

改善に有用であったことが示唆された。これは、看護実践研究の手法を用いて看護師の認識や実践事例を分析し、看護上の課題を特定し、その改善策に基づいて支援方法を作成したこと、さらに課題や方策、支援方法を病棟看護師と共有して実践を進めたこと、分析結果を適宜フィードバックしたことが貢献したと考えられる。

3. 本研究の意義と今後の課題

本研究はA病棟における事例的な取り組みであるが、看護実践上の課題を明確化し、その解決策を考案・実施・評価する一連のプロセスを通じて、看護実践の質を向上させることを目指した。精神科病棟の状況や課題は多様であり、本研究の結果を一般化することは難しいものの、病棟の現状や課題に基づいて地域生活支援にどのように取り組むべきかを具体的に検討した実践的研究はこれまで少なく、基礎的資料としての意義はあると考えられる。今後は、A病棟で支援方法を用いた事例をさらに蓄積するだけでなく、他施設でも同様の看護実践研究を実施し、その成果を統合していくことが課題である。

利益相反

本研究における開示すべき利益相反は存在しない。

謝辞

本研究にご協力を賜りました患者の皆様、病棟看護師の皆様にご感謝申し上げます。

本研究は岐阜県立看護大学共同研究事業（令和4-5年度）の助成を受けて実施した。内容の一部について看護実践研究学会第5回・6回学術集会にて発表した。

文献

甘佐京子, 川口優子. (2013). 精神科看護師による急性期にある精神疾患患者の家族への看護. 人間看護学研究(紀要), 11, 11-19.

福浦善友, 舞弓京子, 藤原由泰ほか. (2022). 入退院を繰り返す成人中期患者への精神科看護師が抱く葛藤. 日本精神保健看護学会誌, 31(2), 19-27.

岐阜県. (2021). 第3期岐阜県障がい者総合支援プラン. 2023-5-1. <https://www.pref.gifu.lg.jp/uploaded/attachment/240118.pdf>

厚生労働省. (2017). 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル. 2023-5-1. <https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/aa/1a>

[jp/aa/1a](https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/aa/1a)

牧茂義, 永井邦芳, 安藤詳子. (2018). 3か月以内に再入院した統合失調症患者に対する地域定着に向けた中堅・熟練病院看護師の支援プロセス. 日本看護研究学会雑誌, 41(4), 713-722.

笹本美佐, 岡崎明子, 追中敏孝ほか. (2015). 精神科病院において多職種連携で行う統合失調症患者への退院支援で看護師が得た学び. 日本赤十字広島看護大学紀要, 15, 21-29.

Slade, M., Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. BMC Psychiatry, 15(1), 1-14.

田井雅子, 野田智子, 大川貴子ほか. (2010). 再入院した統合失調症患者の症状マネジメント習得と支援体制確立に向けたケア. 日本精神保健看護学会誌, 19(1), 63-73.

宇佐美しおり, 中山洋子, 野末聖香ほか. (2014). 再入院予防を目的とした精神障害者への看護ケアの実態. 日本精神保健看護学会誌, 23(1), 70-80.

(受稿日 令和6年 8月20日)

(採用日 令和6年11月13日)

Improving Nursing Care for the Transition to Community Life for Readmitted Patients of Psychiatric Ward

Kaori Ishikawa¹⁾, Reiko Kuzuya¹⁾, Madoka Adachi²⁾, Miku Takahashi¹⁾, Tomoko Shinohara³⁾, Masashi Suzuki⁴⁾,
Chinami Hattori⁴⁾, Keiko Hayakawa⁴⁾ and Misaki Nagao⁵⁾

1) Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

2) Nursing Research and Collaboration Center, Gifu College of Nursing

3) Formerly of Gifu Medical Hospital

4) Gifu Medical Hospital

5) National Hospital Organization Shimofusa Psychiatric Medical Center

Abstract

This study focused on patients readmitted to psychiatric wards to enhance nursing care support for their transition to community living. This study addresses the following three points:

1. Identify the nursing issues involved in supporting the transition of readmitted patients to community living and specify methods to aid in this transition.
2. Implement and evaluate nursing practices using the identified support methods.
3. Examine changes in the perceptions of nurses pre-and post-intervention.

The identified nursing issues in supporting the transition of readmitted patients to community living were as follows: 1) insufficient engagement to better understand readmitted patients, 2) difficulty in confirming the patients' intentions because of their symptoms, 3) lack of understanding of the family's thoughts and circumstances, 4) few conferences regarding readmitted patients, 5) inadequate medication support and disease education, 6) insufficient collaboration with other professionals, such as pharmacists and physicians, and 7) decreased motivation for readmitted patients. Therefore, the following strategies were proposed: "avoid assuming that readmitted patients are already known; gather information from multiple professions immediately to understand better the patients' situation leading to their readmission," "although it may be difficult to confirm the patients' intentions depending on their condition, show interest and engage in dialogue to confirm the patients' goals for community living post-discharge and family's thoughts," and "develop achievable goals centered on the patients' intentions to help them feel accomplished."

The evaluation of the two cases in which the support methods were implemented indicated improvements in issues 1, 2, 4, 5, and 7. However, issues 3 and 6 remained insufficiently addressed.

A questionnaire survey conducted with ward nurses post-intervention revealed that the support methods were useful for "directly supporting patients," "improving and enriching overall ward nursing," "improving and enriching conferences," and "support through interprofessional collaboration."

Key words: psychiatric ward, readmitted patients, transition to community life, psychiatric nursing