

## 〔資料〕

## 精神科長期入院患者の退院を支援する看護の検討

石川 かおり 葛谷 玲子 高橋 未来 松下 光子 北山 三津子

## Nursing Care to Promote the Discharge of Long-term Psychiatric Inpatients

Kaori Ishikawa, Reiko Kuzuya, Miku Takahashi, Mitsuko Matsushita and Mitsuko Kitayama

## I. はじめに

わが国の精神医療は施設中心から地域を中心としたケアへと舵を切り、患者の退院や地域生活への移行を支援するための様々な取り組みがなされているところである。しかし、平成22年病院報告によると、全国精神科病院における平均在院日数は301.0日、岐阜県においても306.7日であり、僅かであるが全国平均を上回っている(厚生労働省, 2008)。また、平成20年患者調査を基にした「受け入れが整えば退院可能」な入院患者数の推計は、全国で62,000人とされ、岐阜県のそれは800人と報告されている(精神保健福祉白書編集委員会, 2012)。これらについて、前回調査の平成19年病院調査および平成17年の患者調査の結果と比べると、在院日数は微減し、社会的入院の患者数も減少している。しかしながら、依然として社会的入院を余儀なくされている長期入院患者が多く存在していることも事実であり、これらの患者の地域生活移行を支援することは、わが国の精神医療の主たる課題の一つであり、岐阜県下においても同様である。

そこで、岐阜県内複数の精神科病院の看護職者と岐阜県立看護大学の教員とが協力して、県内の長期入院患者の退院支援に向けた看護の充実を図ることを目指した取り組みを開始した。

本稿では、この取り組みのなかで長期入院患者への退院支援を行った看護実践事例を素材として、長期入院患者への退院支援に有用な看護について検討することを目的とする。

## II. 研究方法

## 1. 取り組み全体の概要

平成22年～24年度の3年間に、本研究の趣旨に賛同した県内の複数の精神科病院(平成22年度8施設、平成23、24年度7施設)の看護職者(以下、現地メンバー)と、岐阜県立看護大学の教員(以下、大学メンバー)が協力して実施した。

各施設は、長期入院患者の退院支援に関する自施設の課題を施設ごとに検討して、その課題解決に向けて看護研究計画を立案して実施した。各施設の計画には、退院支援に焦点を当てた看護の実践、退院支援マニュアルの作成、患者グループを対象とした活動の実施、看護師の意識改革を目的とした勉強会の開催、看護師を対象としたアンケート調査など施設の課題に応じて様々な内容が含まれていた。

そして、年度ごとに約2ヶ月に1回(計5回)研究会を開催し、各施設の取り組みの進捗状況について資料を用いて報告し、意見交換を行った。研究会で出された意見やアドバイスは、その後の看護実践の改善、研究の推進等に活用した。研究会の開催場所は各施設持ち回りとし、毎回の会議録を作成した。各回の参加者数は19～29名で、現地メンバーと大学メンバーの他に退院支援を行う際に協働する地域の保健師、精神保健福祉士(以下、PSW)、退院調整認定看護師などにも可能な範囲で参加を依頼し、多角的な視点で検討できるように考慮した。

年度ごとの参加メンバー数を表1に示す。

表1 年度毎の参加メンバー数

年度	参加メンバー
平成22年度	8病院から現地メンバー31名 (うち管理職8名) 大学メンバー6名 合計37名
平成23年度	7病院から現地メンバー25名 (うち管理職7名) 大学メンバー6名 合計31名
平成24年度	7病院から現地メンバー26名 (うち管理職7名) 大学メンバー4名 合計30名

## 2. 分析対象とデータ収集方法

本稿では退院支援における有用な看護を検討することを目的としている。そこで、今回は第一段階として、退院支援に焦点を当てた看護実践事例12事例のうち、問題解決に至らなかった事例を除き有用な結果が得られた事例に焦点を当てることとした。そのため、援助対象者である入院患者に何らかの効果的な変化が見られ、かつ実施した看護の具体的内容が報告資料から読み取れる8事例を分析対象とした。データは、研究会で各施設が報告する際に用いた資料から収集し、会議録および研究者のメモから得た情報をデータ解釈時の補足のデータとして活用した。なお、報告資料の作成に関しては、研究課題が施設によって様々であったため定型のフォーマットは使用しなかった。退院支援に焦点を当てた看護実践事例の場合は、当該研究会までの間に行った看護と患者の状態・状況の経過について個人情報保護に留意して記載することと当該研究会で検討したい課題を含めることを事前に申し合わせていた。しかし、実際の資料のなかには、具体的な看護の記載が不十分な場合も少なからずあり、その場合は口頭での補足説明をメモとして残した。

## 3. データ分析方法

報告資料に記載された内容を事例毎に熟読し、長期入院患者への退院支援のために実践された看護を抽出し、意味内容を損なわないように要約したものをコードとした。すべての事例のコードを併せて、内容が類似するものをグルーピングし、カテゴリ化する作業を行った。意味内容を確認する際には、前後の文脈を確認したり、議事録や研究者のメモ書きの内容を参照するようにした。

最後に、カテゴリに示された看護内容は誰に対するアプローチであったかという視点から分類した。

なお、上記の分析作業は精神科看護の経験、質的研究の経験をもつ者を含めて3名で行い、最終的な分析結果については更に2名の研究者を加えて確認した。

## 4. 倫理的配慮

現地メンバーが行う看護実践・研究に関しては、対象者である患者と家族にその趣旨、方法、研究者の義務である倫理的配慮として研究参加の自由意思の尊重、拒否する権利や中途拒否の権利の保証、拒否による不利益を被らないこと、研究会での看護実践の報告の方法、研究成果の公表方法、匿名性と守秘の保証などについて、口頭と文書にて十分な説明を行い、同意書へのサインを以って承諾を得て実施した。その際、強制力が働かないように十分に配慮した。

研究会では、守秘義務を厳守し、個人が特定されるような記述や発表を避けて資料や会議録を作成・報告するなど匿名性に配慮した。また、当日用いた資料は毎研究会終了時に回収し、枚数を確認した上で、施設ごとに専用ファイルを用いて厳重に保管した。

なお、本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得て実施した（承認番号2204）。

## Ⅲ. 結果

### 1. 看護実践事例の概要

分析対象とした看護実践8事例の概要を表2に示す。

援助対象者である患者は男性6名、女性2名の合計8名で、年齢は30歳代1名、40歳代2名、50歳代3名、60歳代1名、70歳代1名であった。全員が統合失調症の診断を受けており、入院期間は1年以上であった。

退院支援開始時の家族の状況は、いずれも患者との関係が疎遠であったり、退院に対して抵抗を示したりしていたが、支援後はなんらかの前向きな変化が確認できた。また、退院支援開始時の患者の状況は、全員が日常生活上のセルフケアはほぼ自立しており、病状は安定もしくは症状があってもトラブルなどはない状態であったが、明確な退院希望があったのは4名であった。支援を通して実際に退院した者は2名、行動制限・代理行為が縮小して生活行動が拡大した者が4名、退院に向けた前向きな言動が確認できた者が2名であった。その一方で、支

表2 対象とした看護実践8事例の概要

性別	男性6名 女性2名
年齢	30歳代1名 40歳代2名 50歳代3名 60歳代1名 70歳代1名
診断名	統合失調症8名
入院期間	1年以上～2年未満：2名 5年以上10年未満：3名 10年以上（最長22年）：3名
支援開始時の家族（キーパーソン）の状況	外出は可能だが外泊・退院には反対（両親）：1名 外泊は可能だが退院には反対（妻、母親）：2名 患者以外の家族員に障害・身体的不調があり世話が必要なため退院に反対（父親・母親・両親）：3名 音信不通（母親）：1名、遠方で疎遠（兄夫婦）：1名
支援後の家族の変化	退院に賛成：2名 退院について考える：1名 家族と患者・医療者との関係性が良い方向に変化：3名 外出の受け入れ：2名
支援開始時の患者の状況	基本的日常生活上のセルフケアはほぼ自立、病状は安定もしくは症状があってもトラブルはなし：8名全員 退院を希望：4名 このままが良いと希望：3名 退院を希望するが病院に居た方が良いとも思う：1名
支援後の患者の変化	退院：2名 行動制限・代理行為の縮小：4名 退院に向けての前向きな言動：2名

援途中で身体状態や精神状態が一時的に悪化した者も3名あった。

## 2. 長期入院患者の退院支援のための看護

分析の結果、187コードから53サブカテゴリ、17カテゴリを析出し、それらは患者に対するアプローチ、家族に対するアプローチ、専門職に対するアプローチに大別することができた（表3）。以下に、それぞれに含まれる看護の内容について、【カテゴリ】と【サブカテゴリ】を用いて説明する。

### 1) 患者に対するアプローチ

【患者の気持ちやペースに合わせた関わり】には、現状の[入院治療に関する思いを聴く][患者の気持ちやペースに合わせる]が含まれており、これらは長期間の入院を余儀なくされてきた患者の気持ちに配慮し、患者を焦らせないようにするケアであった。

【患者の希望を把握し現状を鑑みて後押し】には、患者からは具体的な退院の要望がなくてもまずは退院の希望や今後の夢、やってみたいことなど[これから先の希望について聴く]、その希望が実現するように[励まして患者の希望を後押しする]が含まれていた。その一方、看護師は患者の述べる希望をそのまま後押しするのでは

なく、患者を取り巻く現状を踏まえて[退院を現実的に考えられるように働きかける]ケアも行っていた。

【患者と共に目標設定・実施・評価】には、[目標設定を一緒に行い、患者の取り組みを後押しする][外出・外泊の様子や目標の達成度について話を聴く]が含まれており、これらは長期の入院生活のなかで安定した生活を送ってきた患者が、退院に向けた新たな目標に主体的に取り組み、変化を実感できるよう支えるケアであった。

【患者の強みや変化に合わせて徐々に活動を拡大】には、[患者の趣味や楽しみなど健康的な部分に働きかけ活動できるように働きかける][病棟外への関心の拡大のため散歩をすすめる][外泊をすすめる]が含まれており、これらは退院を目指して、長期入院や慢性期症状によって活動範囲が狭まっている患者の活動や視野を拡大するケアであった。

【患者の力量に合わせてセルフマネジメントを強化】には、[内服の自己管理を導入する][自己管理が上手いことがあってもそれに気づけたことを評価する][能力にあったソーシャル・スキルズ・トレーニング（社会生活技能訓練）を導入する]といった薬物療法の自己管理に関連する支援を少しずつ進めることや、[現金

**表3 長期在院患者の退院支援のための看護** (※表中の数字は事例数を示す)

アプローチの対象	看護の内容	
	カテゴリ	サブカテゴリ
患者へのアプローチ	患者の気持ちやペースに合わせた関わり	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院治療に関する思いを聴く (2)</li> <li>患者の気持ちやペースに合わせる (4)</li> </ul>
	患者の希望を把握し現状を鑑みて後押し	<ul style="list-style-type: none"> <li>これから先の希望について聴く (4)</li> <li>励まして患者の希望を後押しする (3)</li> <li>退院を現実的に考えられるように働きかける (1)</li> </ul>
	患者と共に目標設定・実施・評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>目標設定を一緒に行い、患者が取り組みを後押しする (3)</li> <li>外出・外泊の様子や目標の達成度について話を聴く (3)</li> </ul>
	患者の強みや変化に合わせて徐々に活動を拡大	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の趣味や楽しみなど健康的な部分に働きかけ活動できるように働きかける (2)</li> <li>病棟外への関心の拡大のため散歩をすすめる (2)</li> <li>外泊をすすめる (2)</li> </ul>
	患者の力量に合わせてセルフマネジメントを強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>内服の自己管理を導入する (2)</li> <li>自己管理がうまくいかないことがあってもそれに気付けたことを評価する (1)</li> <li>能力にあったソーシャル・スキルズ・トレーニングを導入する (1)</li> <li>現金や私物の自己管理ができるよう能力に合わせて枠組みを設定する (3)</li> <li>物品の購入の制限を解除する (1)</li> <li>洗濯を自分で行うよう提案する (1)</li> <li>外泊中に自分で調理ができるよう本人と家族に伝える (1)</li> </ul>
	退院後の生活を支えるために必要な社会資源の利用を調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後に利用可能な社会資源をすすめる (3)</li> <li>退院後に利用可能な社会資源の体験ができるよう調整する (3)</li> <li>退院後の生活を支えるための資源を活用できるよう引き継ぐ (1)</li> </ul>
	病状悪化時は病状改善のためのケアを優先	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態悪化時のケアを行う (3)</li> <li>多飲水防止のための管理・見守りを行う (1)</li> <li>睡眠状況を改善するケアを行う (1)</li> </ul>
家族へのアプローチ	家族と直接話せる機会を設定	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族と会う機会を設定し家族の話を聞く (3)</li> <li>次の面接の日程調整をする (2)</li> </ul>
	家族の負担感に配慮	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院に関連する家族の心配や希望等の状況について聴く (3)</li> <li>家族に圧力をかけないように配慮し受容的に接する (3)</li> <li>家族を労う (2)</li> <li>家族の体調や大変さを理解し、配慮して無理強いしない (4)</li> </ul>
	患者に対する支援の方向性を家族に提示	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の退院支援をしていく旨を家族に伝える (4)</li> <li>患者の希望にそって外泊をすすめていくことを家族に提案する (1)</li> </ul>
	患者の状況や思いを家族と一緒に確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院中の患者の様子や生活場所を説明・案内する (2)</li> <li>患者の良い変化を家族と一緒に確認する (1)</li> <li>患者と家族の双方が自分の思いを伝えられるよう間を取り持つ (3)</li> </ul>
	家族ができる範囲でケアに参加できるよう後押し	<ul style="list-style-type: none"> <li>外泊中の過ごし方について家族に説明する (1)</li> <li>外泊中の患者の様子を家族から聞く (1)</li> <li>他の家族の協力を得る (2)</li> <li>家族に薬の重要性を伝える (1)</li> </ul>
	家族の状況に配慮して社会資源の利用を調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>様々な福祉サービスを家族に知ってもらう (2)</li> <li>患者が利用すると良いサービスを検討し、家族に具体的に提案する (3)</li> <li>社会資源の利用に際して家族の不安や意向に配慮する (2)</li> </ul>
	多専門職種間で情報を共有し、支援の方向性について検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>多職種間で退院支援をすすめていくことを確認する (1)</li> <li>他職種と話し合う場（カンファレンス、支援会議など）を設定する (5)</li> <li>他職種と患者・家族の状況に関する情報交換・共有をする (3)</li> <li>多職種間で今後のケアの方向性について検討する (5)</li> </ul>
専門職へのアプローチ	他専門職と協働してケアを実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>それぞれの専門性を考慮して必要なケアを依頼する (4)</li> <li>PSWと一緒に家族面談を行う (2)</li> <li>PSWと協力して退院前訪問を実施する (3)</li> <li>退院後の支援が継続できるよう他職種と協力する (2)</li> </ul>
	看護チーム内で協力して病棟のケアを実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護チーム内で患者の状況、支援の経過等の情報を共有する (3)</li> <li>看護師チーム内でケアの方向性や方法について検討する (2)</li> </ul>
	医師との連携上の困難への対処	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院支援に協力してもらえるよう医師に患者の状態や状況の変化を伝える (2)</li> <li>医師との連携がうまくいかないため、他職種に相談したり介入してもらう (2)</li> </ul>

や私物の自己管理ができるよう能力に合わせて枠組みを設定する[物品の購入の制限を解除する]など長期入院に伴う医療者管理によって失われた自己管理の機会を提供することが含まれていた。また、[洗濯を自分で行うよう提案する][外泊中に自分で調理ができるよう本人と家族に伝える]といった、地域生活のなかで必要となるライフスキルを身につけていくためのケアも含まれていた。

【退院後の生活を支えるために必要な社会資源の利用を調整】には、[退院後に利用可能な社会資源をすすめる][退院後に利用可能な社会資源の体験ができるよう調整する][退院後の生活を支えるための資源を活用できるよう引き継ぐ]が含まれており、これらは、住む場所、経済面、日中の過ごし方など退院支援が進むなかで浮上してきた様々な課題に対応するものであった。

【病状悪化時は病状改善のためのケアを優先】には、[状態悪化時のケアを行う][多飲水防止のための管理・見守りを行う][睡眠状況を改善するためのケアを行う]が含まれていた。退院支援をすすめるプロセスにおいて、患者の精神状態や身体状態が一時的に悪化するケースがあったが、そのような場合に、看護師は退院に関する具体的な支援はひとまず中断し、病状改善を最優先にケアしていた。

## 2) 家族に対するアプローチ

【家族と直接話せる機会を設定】には、[家族と会う機会を設定し家族の話を聴く][次回の面会の日程調整をする]が含まれていた。これらは長期入院によって患者と家族が疎遠になっていたり、様々な事情からなかなか面会に来られない家族が多いことから、まずは家族との接点を作り、家族の状況を把握すると共に退院を含め今後の支援の方向性について話すための機会を作るケアであった。

【家族の負担感に配慮】には、[退院に関連する家族の心配や希望の状況について聴く][家族に圧力をかけないように配慮し受容的に接する][家族を労う][家族の体調や大変さを理解し無理強いしない]が含まれていた。これらは、長期入院によって家族の状況が大きく変化していることや家族の気持ちや負担等に配慮するケアであった。

【患者に対する支援の方向性を家族に提示】には、[患者の退院支援をしていく旨を家族に伝える][患者の希望

にそって外泊をすすめていくことを家族に提案する]が含まれており、今後の支援の方向性について看護師として家族に明確に示すことであった。

【患者の状況や思いを家族と一緒に確認】には、[入院中の患者の様子や生活場所を説明・案内する][患者のよい変化を家族と一緒に確認する][患者と家族の双方が自分の思いを伝えられるよう間を取り持つ]が含まれていた。これらは、長期入院によって関係が疎遠になっていたり、退院に関して意見の齟齬が生じている家族が歩み寄りきっかけを作るケアであった。

【家族ができる範囲でケアに参加できるよう後押し】には、[外泊中の過ごし方について家族に説明する][外泊中の患者の様子を家族から聞く][他の家族の協力を得る][家族に薬の重要性を伝える]が含まれていた。これらは、家族にケアを押し付けるのではなく、可能な範囲のなかで家族でも負担なくできることを提示し協力を得る働きかけであった。

【家族の状況に配慮して社会資源の利用を調整】には、[様々な福祉サービスを家族に知ってもらう][患者が利用すると良いサービスを検討し家族に具体的に提案する][社会資源の利用に際して家族の不安や意向に配慮する]が含まれた。患者が地域生活を送るために社会資源を利用できるよう家族に説明したり提案することは、家族自身の負担感の軽減や安心につながるケアであった。

## 3) 専門職に対するアプローチ

【多職種間で情報を共有し支援の方向性について検討】には、[多職種間で退院支援をすすめていくことを確認する][他職種と話し合う場を設定する][他職種と患者・家族の状況に関する情報交換・共有をする][多職種間で今後のケアの方向性について検討する]が含まれた。患者を取り巻く専門職間で患者に関する情報を共有し、今後の方針や具体的な支援のすすめ方について検討するものであった。

【他専門職と協働してケアを実施】には、[それぞれの専門性を考慮して必要なケアを依頼する][PSWと一緒に家族面談を行う][PSWと協力して退院前訪問を実施する][退院後の支援が継続できるよう他職種と協力する]が含まれ、これらは、退院支援の過程で看護師が他の専門職と役割分担をしたり、一緒にケアを実施したりすることであった。

【看護チーム内で協力して病棟のケアを実施】には、[看護チーム内で患者の状況、支援の経過等の情報を共有する][看護師チーム内でケアの方向性や方法について検討する]が含まれた。長期入院患者の退院支援には受け持ち看護師が責任をもって中心的に取り組んでいたが、看護チームのなかで目標や方向性、実際のケアの内容等について共通理解を得て、チームの協力を得て実施していた。

【医師との連携上の困難への対処】には、[退院支援に協力してもらえるよう医師に患者の状態や状況の変化を伝える][医師との連携がうまくいかないため他職種に相談したり介入してもらう]が含まれていた。退院支援をすすめる際に医師との間で意見の対立があったり、医師との連携がうまくいかず支援が中断するケースもあり、これらはその際の対処や工夫であった。

#### IV. 考察

本研究で得られた長期入院患者への退院支援のための看護について、その有用性と課題を検討する。

##### 1. 患者のストレングスへの焦点化

患者に対するアプローチでは、患者の希望を把握すること、趣味や楽しみなど健康的な部分に働きかけること、ライフスキルやセルフマネジメント能力など患者の持つ力を生かしたり促進したりすることに焦点が当てられていた。これらは、患者のストレングス（強み）に着目したケアとして捉えることができる。近年では、患者の対処能力のなさなど患者の欠陥や問題に焦点を当てることの問題が指摘され、ダメージモデルからストレングスモデルへのシフトチェンジに関心が高まっている（Rappら、2006）。特に、長期入院患者の場合は、長期間精神科病院に身を置くことによって自己評価の低下や意欲低下を引き起こし、更なる長期化を引き起こすこと（奥村ら、2005）、退院後の生活に対する自己効力感が退院率に影響すること（安西、2009）が指摘されており、患者のストレングスに焦点を当てることは退院支援の観点からも有用であると考えられる。

また、支援開始時に明確な退院希望を述べていた者は4名であったが、退院希望を言語化するか否かには、患者と医療者の信頼関係が影響することが示唆されるため（石川、2011）、本研究で示された患者のペースや気持ち

に合わせるケアは、患者との信頼関係構築のための努力として長期的に継続していく必要がある。

さらに、長期入院の統合失調症患者は、時間の経過と共に環境の変化を受け入れるなかでいつしか慣れた病棟生活となり（小出水ら、2006）、入院が長期化するなかで患者は入院生活に適応せざるを得ない（石川、2011）ことから、長期入院患者のライフスキルやセルフマネジメントを促進することは退院支援において極めて重要である。しかしながら、本研究では患者自身が自分の病いにつきあっていくためのスキルの獲得に関連するケアは薬物療法の自己管理に限定されており、今後の課題であると考えられる。

##### 2. 患者と家族の揺れや負担感への配慮

これまでの長期間の入院のなかで安定した生活を送ってきた患者にとって、退院は新たな挑戦であり大きな不安や負担を伴うものにもなりうる。長期入院患者は、退院できるという自己感覚と退院後の生活への不安の間で心理的葛藤を体験しており（石川、2011）、看護師の体験からは退院に対する患者のためらいが長期入院患者の退院支援の困難要因の一つとして明らかとなっている（石川ら、2013）。特に長期入院患者の退院支援は長期間に亘ることが予測されるため、今回の看護実践事例にもあったように退院という変化への不安から身体状態や精神状態に変調をきたす場合もあるだろう。そのため、支援プロセスの中での一時的な状態悪化の可能性も念頭において関わることと、これらの変調を否定的に捉えて退院支援を中断してしまうのではなく、患者が退院を現実的に考えている時期として捉えて腰を据えて関わる姿勢も重要である。

同様に、家族にとっても長期に亘る入院の間に患者不在の状態が家庭内が安定していたりすると、退院は大きなストレスになりうる。長期入院患者の家族の多くは高齢で体力的にも精神的にも、また経済的にも患者を支える余力を残しておらず、両親の死去により保護者がきょうだいに代替わりしている場合も少なくない（坂田、2004）。長期入院患者の退院支援の困難や障壁として、退院に対する様々な家族の抵抗、家族と接点がない状況、家族との敵対関係（石川ら、2013）や、キーパーソンへの不安（吉村、2013）が看護師の視点から示されている。一方で、長期入院患者の退院を家族が受け入れ

るプロセスでは、不安をほぐしてくれる専門家の存在が家族の退院の意思決定に影響を与えている（香川ら，2009）。これらを踏まえると、本研究で実践されていたような、家族と直接話せる機会を設定し、家族の負担に配慮した上で家族ができる範囲でケアに参加できるように後押しするケアを通して、家族の退院に対する抵抗感を和らげることができれば患者の地域生活移行を促進する一助となるのではないかと考える。また、ソーシャルサポートと家族の不安・抑うつとQOLには因果関係がある（國方，2005）ことから、社会資源の利用を調整する支援は家族の精神的負担とQOLの維持・向上にも有用であることが示唆される。

### 3. 多職種連携の推進

先行研究では、長期入院患者の退院支援において、看護師は同僚の看護師、医師からの反対に遭遇するとそれ以上は退院支援を進めることを躊躇し、支援を諦めたり中断せざるを得ない状況を体験していた（石川ら，2013）。また、退院促進支援事業に関する調査では、支援者の認識の差、チーム内協働の難しさなど連携上の問題が指摘されている（中添ら，2007）。これらの問題に関連して、専門職連携上の障壁として、組織の連結程度、専門職間の権力格差、ジェンダー格差、専門職間の価値や行動の違い、連携に関する知識の欠如が明らかにされていること（松岡，2000）から、精神科病棟においては、閉鎖的な空間のなかでかつての収容主義の名残や職種間のヒエラルキーなど、日本の精神医療現場特有の風土や文化が未だに影響していることが推察される。本研究で示された専門職に対するアプローチの内容は、これら専門職連携上の課題への対処として活用可能な内容ではないと思われる。しかしながら、具体的な連携は、他専門職へのケアの依頼などいわゆる役割分担にとどまっていたり、連携の相手がPSWなど特定の職種に限定されている場合もあり、多専門職チームとして継続的に退院を支援する体制は未だ不十分であると思われる。特に医師との連携においては苦慮している現状が示されており大きな課題となっていた。多専門職チームで円滑に連携・協働して退院支援をすすめていくためには、専門職連携に必要なスキルを各自が身につけていくことと、古い体制を組織的に改革していく取り組みが急務であると考えられる。

## V. おわりに

本研究では、退院支援に焦点を当てた看護実践事例から看護実践の内容を抽出し、その有用性と課題について検討したものである。抽出された看護の内容は、検討会で用いた報告資料の記載内容をデータとしているため、看護師が実際に行った全ての看護を網羅しているとは言えないが、現地メンバーが試行錯誤しながら取り組んできた成果の一部を可視化することはできたと考える。今後も事例を積み重ねて検討を続けていくこと、できるだけ具体的で詳細なデータを収集する方法を工夫することが課題である。一方で、長期入院患者の退院支援をすすめる上での障壁も少なからず存在するため、今回は対象としなかった効果的な変化がすぐには生じない事例や、支援途中で困難が生じた事例などから課題を抽出して打開策を模索していくことも必要である。そのため、今後も県内の複数施設の看護職が協力して知恵を出し合い、ケアを工夫し改善しながら患者の地域生活移行を支援する体制づくりをすすめていくことが重要である。

## 謝辞

本研究にご協力を賜りました患者と家族の皆様、研究会を通して経験や知恵を分かち合ってくださいました大湫病院、岐阜病院、黒野病院、慈恵中央病院、須田病院、聖十字病院、のぞみの丘ホスピタル、南ひだせせらぎ病院の看護師（現地メンバー）と精神保健福祉士の皆様に感謝申し上げます。

## 利益相反

本研究は、平成22年度～24年度の岐阜県立看護大学の共同研究事業の助成を受けて実施した研究の一部である。研究開始前に、施設ごとの取り組みの実施および成果発表等に関しては現地メンバーがその役割と責任を担い、全体の統括と本稿で焦点をあてている「退院支援のための看護」に関するデータ分析および公表に関しては大学メンバーがその役割と責任を担うことを合意の上、実施した。

## 文献

安西信雄. (2009). 長期在院患者はどのような人たちが、集中的リハビリテーションは退院促進にどう役立つか—退院促進研

究班の経験から明らかになったことー. 精神科臨床サービス,  
9(3), 340-343.

(受稿日 平成25年 9月 2日)

(採用日 平成25年11月26日)

石川かおり. (2011). 精神科ニューロングステイ患者の入院生活  
の体験. 岐阜県立看護大学紀要, 11(1), 13-24.

石川かおり, 葛谷玲子. (2013). 精神科ニューロングステイ患者  
を対象とした退院支援における看護師の困難. 岐阜県立看護  
大学紀要, 13(1), 55-66.

香川里美, 越田美穂子, 大西美智恵. (2009). 長期入院統合失調  
症患者の家族が退院を受け入れる心理プロセスー同居と別居  
の差異. 日本看護科学会誌, 29(4), 88-97.

國方弘子. (2005). 精神障害者の家族員のQuality of Life. 日本看  
護科学会誌, 25(3), 96-101.

小出水寿英, 美王真紀. (2006). 精神病院に長期入院している統  
合失調症患者の捉える入院生活. 日本赤十字広島看護大学紀  
要, 6, 39-47.

厚生労働省. (2010). 平成22年病院報告. 2013-8-19.

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/dl/byoin.pdf>

松岡千代. (2000). ヘルスケア領域における専門職間連携ーソー  
シャルワークの視点からの理論的整理. 社会福祉学, 40(2),  
17-37.

中添和代, 近藤静江, 藤岡邦子ほか. (2007). 精神障害者の退院  
促進に向けた支援体制づくり. 香川県立保健医療大学紀要, 4,  
91-97.

奥村太志, 渋谷菜穂子. (2005). 統合失調症患者の「長期入院に  
関する」認識ー統合失調症患者の語りを通して、長期入院へ  
の姿勢の構成要素を明確にするー. 日本看護医療学会雑誌,  
7(1), 34-43.

Rapp, Charles A., Goscha, Richard J. (2006/2008). 田中英樹監訳,  
ストレングスモデル: 精神障害者のためのケースマネジメン  
ト(第2版)(pp.22-29). 金剛出版.

坂田三允. (2004). 家族と暮らす. 坂田三允総編集, 長期在院患  
者の社会参加とアセスメントツール(第1版)(pp.33-34). 中山書  
店.

精神保健福祉白書編集委員会編集. (2012). 精神保健福祉白書  
2013年版: 障害者総合支援法の施行と障害者施策の行方(pp.  
195). 中央法規.

吉村公一. (2013). 退院の意向をもつ長期入院統合失調症患者に  
対する精神科看護師の「退院調整の障壁」ー精神科看護師の  
態度からの一考察ー. 日本精神保健看護学会誌, 22(1), 12-20.