

〔原著〕

精神科急性期治療期間を超過した患者の入院長期化を防止するための看護

葛谷 玲子 石川 かおり

**Nursing Care Aimed at Preventing Prolonged Admission of Psychiatric Patients
Who Have Exceeded the Acute-Phase Treatment Period**

Reiko Kuzuya, Kaori Ishikawa

要旨

本研究の目的は、入院3ヵ月以上1年未満で退院した患者を対象に行われた看護内容を明らかにし、更なる長期入院患者を生み出さないための示唆を得ることである。

研究対象者は、急性期治療病棟を有している病院に勤務する看護師10名であった。対象者に、入院3ヵ月以上1年未満で退院した事例を想起してもらい、実践した看護に関する半構成的面接を行った。1回につき1時間程度の面接を行い、対象者の許可を得て面接内容を録音し、逐語録を作成した。逐語録を熟読し、実施された看護の内容を類似と差異の観点から比較検討し、グループ化とカテゴリ化の作業を段階的に行った。そして、実施された看護の内容と入院期間との関連を検討し図式化した。

分析の結果、看護の内容は、【患者に寄添う姿勢】、【入院期間を考慮したケアの点検】、【患者のセルフケア能力に応じた生活のサポート】、【患者の意思・自己効力感の支持】、【家族支援・連携】、【専門職連携】の6つの最終カテゴリに集約された。

明らかとなった看護内容の特徴から急性期治療期間の3ヵ月を超過した患者の入院長期化防止を目指すために、今後の方針の再検討をすることや治療上の理由以外で退院が延期しないよう確認し合うなど入院期間を考慮してケアの点検を行うこと、退院を焦らせない時期と退院を推し進める時期を見極めて援助すること、入院期間が3ヵ月を超過することが予想される患者には社会資源の利用を早期から検討することが必要な看護として示唆された。

キーワード：精神科急性期治療期間、入院長期化防止、退院

I. はじめに

わが国の精神保健医療福祉は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方針のもと、長期入院患者の退院を促すだけでなく、急性期医療の充実により直接的に早期退院を実現するとともに、新規の長期入院患者を生み出さないような取り組みが進められている。この結果、入院の短期化が進められている一方、入院期間1年以上の長期入院患者の動態に大きな変化がみられない現状が報告されている。これは、入院期間1年以

上での退院は毎年5万人弱で推移しているものの、新たに入院期間1年以上となる患者が5万人程度存在するからである¹⁾。すなわち、長期入院患者が退院しても新たな長期入院患者が生じている現状にある。

入院期間が1年を過ぎると退院準備に関連した患者の持つ力が低下することが明らかとなっており²⁾、長期入院によりインスティチュショナルリズムを引き起こす可能性が高くなる。また、急性期治療期間である3ヵ月という在院日数の制限がある急性期の病棟から制限のない

他の病棟に移ることで、退院に向けた看護が緩徐となることが危惧される。このようなことから、診療報酬上の急性期治療期間である入院3ヵ月以内に退院に至らなかった患者に対して、1年以上の長期入院に至る前に退院し地域生活に移行できるよう支援していくことが看護においても重要である。

II. 文献検討

精神科における退院支援に関する先行研究を検討した。精神科急性期における看護師の退院に関連した判断に関する研究^{3,4)}や入院3ヵ月以内に退院した患者と退院に至らなかった患者とを比較した量的研究⁵⁾では、入院3ヵ月以内に退院できるかどうかに関連する要因は明らかにされているが、これらの要因を考慮して入院3ヵ月以内に退院に至らなかった患者に対する有用な看護を明らかにした研究は見当たらない。

宇佐美らは、退院後3ヵ月未満で再入院する精神障害者と入院3ヵ月以上の精神障害者は類似した患者特性をもつという先行研究の結果をもとに、どちらも含めて長期入院患者予備群とし、修正版集中包括型ケア・マネジメント (M-CBCM) を実施し、その評価をしている⁶⁾。M-CBCMは、専門看護師が中心に実施する小集団精神療法や外部の人的資源の導入などの特徴から、どの病院においてもすぐに導入できるものではなく、これらの特徴的なケア内容のうちどれが最も効果を示したのかについては明らかにされていない。

葛谷らは、精神科長期入院患者の退院に関連する2002年以降の国内看護研究の成果から、長期入院患者を対象とした退院支援における看護の内容を整理し、「患者へのケア」、「家族へのケア」、「多職種連携のための働きかけ」、「退院支援システムの改善のための働きかけ」といった4つの退院支援における看護の方向性を示している⁷⁾。

このように、精神科急性期の患者や長期入院患者への退院支援に関する研究は行われているが、入院3ヵ月以上入院1年未満の患者に焦点を当てた退院支援に関する研究は手つかずの状況である。したがって、精神科急性期治療期間である3ヵ月を超過した患者に焦点を当て、更なる入院長期化を防止するための看護を検討することが必要である。

III. 研究目的

本研究では、入院3ヵ月以上1年未満に退院した患者を対象に行われた看護内容を明らかにし、更なる長期入院患者を生み出さないための看護上の示唆を得ることを目的とした。

IV. 研究方法

1. 対象者

研究対象者が所属する施設は、精神科救急入院料病棟もしくは精神科急性期治療病棟を有する施設のうち研究協力への同意が得られた施設とした。この施設に勤務する看護師で、入院3ヵ月以上が経過した患者への看護を実際に行い、その患者が1年以内に退院した体験を持つ者とした。精神科救急入院料病棟もしくは精神科急性期治療病棟を有する施設と限定した理由は、診療報酬の面から入院3ヵ月以内の早期退院を目指して看護が提供されていることが明白であり、それでも3ヵ月以内で退院に至らなかった患者が1年以内に退院できたことは退院に向けて有用な看護が実施されたと考えられるためである。なお、対象者の偏りを防ぐため、協力を依頼する施設は異なる県から複数選択し、1施設の対象者の人数のばらつきが少なくなるようにした。

2. 倫理的配慮

研究対象の候補者は、看護部長もしくは看護師長から紹介を受けた。研究協力の依頼についての説明を候補者が受けるかどうかを自由に決定できることを紹介者から研究対象の候補者に伝えてもらい強制力が働かないように配慮した。研究対象の候補者へは、文書および口頭で研究の目的や方法、研究への参加は対象者の自由意思によるものであること、研究参加による利益、不利益とそれらへの対策、参加者の権利（プライバシーの権利、研究開始後に同意を撤回する権利および撤回により一切不利益は生じない権利）について十分に説明し、同意をするかどうかを検討する期間を設けた。郵送あるいは電話にて同意の意向が確認できた者に対して、希望を考慮して面接場所と日時を決定した。面接日に再度研究の目的等について説明し、文書で同意を得た。なお、研究開始前に、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の審査を受け、承認を得て実施した（承認番号0001）。

3. データ収集方法

対象者に、入院3ヵ月以上1年未満で退院した事例を想起してもらい、実践した看護に関する半構成的面接をインタビューガイドを用いて1回につき1時間程度行った。インタビューガイドの内容は、下記の①～⑦を設定し、質問を投げかけながら自由に語ることができることを優先した。

- ①患者自身もしくは患者を取り巻く状況がどのような状態・状況になれば退院できると考えていたか（どのような目標を設定していたか）。
- ②実際に行った患者へのケアの内容とケア提供の時期（外出・外泊、病識・服薬・治療、ADL、退院への意欲・不安、家族との関係、対人関係、問題行動、身体合併症などに関するケア等）。
- ③実際に行った家族へのケアの内容とケア提供の時期。
- ④サポート体制に関する支援の内容とケア提供の時期。
- ⑤他職種と連携して実際に行った支援の内容とケア提供の時期。
- ⑥困難に感じたり、必要だと考えたが実施できなかったケア。
- ⑦退院支援を行ううえで、大切にしていたこと。

また、対象者の属性として、年齢、看護専門職の経験年数、精神科看護の経験年数について口頭で回答を得た。

面接場所は、対象者の希望に合わせて対象者が所属する施設内の一室もしくは研究者が所属する大学の一室とし、いずれもプライバシーが保たれる場所とした。面接は、研究者と対象者の1対1の形で行き、全対象者の面接を同じ研究者1名が実施した。対象者の許可を得て面接内容をICレコーダーにて録音し、逐語録を作成し、データとした。なお、看護師1名につき2事例について話す場合には2回面接を行うこととした。

データ収集期間は2011年8月～11月であった。

4. データ分析方法

逐語録を熟読し、実施された看護の内容を示している部分を抽出し、その看護の具体的内容を残しながら一文で内容が理解できるように加工した。加工した一文を類似と差異の観点から比較検討し、類似したものをグループ化し、カテゴリ化した。この作業をこれ以上グループ化できなくなるまで行った。一連の分析過程は複数の研究者が共同で実施し、グループ化の適切性、カテゴリの

命名や抽象度の適切性等について共同研究者間で確認し、適切でない場合はデータや下位カテゴリに戻り研究者間で合意が得られるまで再検討を繰り返した。

なお、グループ化の作業においては、グループ化できない内容を無理にまとめることで重要な看護内容が埋もれてしまうことを防ぐため、特定のサブカテゴリやカテゴリに含まれない異質なものがあつた場合、無理にまとめる必要はなく、1つであってもサブカテゴリやカテゴリを形成する⁸⁾という考えを採用した。

5. 真実性の確保

HollowayとWheelerの真実性を確保するための4つの基準（信頼可能性、移転可能性、明解性、確認可能性）⁹⁾を参考にして真実性の確保に努めた。

信用可能性として、共同研究者に質的研究に習熟した者を含み、研究計画やインタビューガイドの作成、分析等において、共同研究者間で検討しながら研究をすすめた。また、多様なデータを得るために、本研究の目的に照らして研究対象者が所属する施設を異なる県、施設から複数選択した。

移転可能性として読み手が研究結果を他に移転して適用できるか評価できるように、また明解性として読み手が研究プロセスを辿れるように、研究対象者の選択方法や特徴、研究方法について詳細に記述することとした。

確認可能性として、読み手が研究プロセスの適切さを査定でき、研究の結論や解釈がデータから直接引き出されていることが確かめられるように研究目的、研究方法、分析結果等について詳細な記述を試みた。

V. 結果

1. 研究対象者の概要

研究対象者が所属する施設は、急性期治療病棟を1病棟有しているA県のx病院とy病院、B県のz病院であった。これらの3つの病院から計14名の看護師（准看護師を含む）の紹介を受け、同意の得られた看護師10名（内、准看護師2名）を対象とした。対象者の性別は男性4名、女性6名、年齢は20歳代～50歳代、看護師（あるいは准看護師）経験は2～39年で、精神科看護経験は2～25年であった。1事例を想起して実践した看護を語った看護師は9名、2事例を想起してそれぞれに実践した看護を語った看護師は1名であった。本稿では看護師と准看護師を

合わせて「看護師」と表記した。

2. 入院3ヵ月以上1年未満に退院した患者を対象に行われた看護の内容

看護師10名が事例を想起して語った内容から得られたデータを分析した結果、入院3ヵ月以上1年未満に退院した患者を対象に行われた看護は、101の一次カテゴリから6つの最終カテゴリに集約された(表1)。行われた看護について、最終カテゴリ毎に説明する。

なお、文中の《 》は一次カテゴリ、〈 〉は二次カテゴリ、[]は三次カテゴリ、【 】は最終カテゴリ、「 」は研究対象者の語りを一文で内容が理解できるように加工したものを示す。

1) 患者に寄り添う姿勢

【患者に寄り添う姿勢】には、《年齢や生活歴、家族関係に合わせた関わり方をする》、《病状や対処能力に合わせた関わり方をする》の〈患者の特性に合わせた関わり〉と《忙しくても時間を確保し患者の話を傾聴》の内容が含まれた。

2) 入院期間を考慮したケアの点検

【入院期間を考慮したケアの点検】には、《入院当初に退院の見通しを設定》、《退院時の目標を設定》、《入院長期化に伴い退院の見通しを再設定》の他に、「受け持ち看護師からは、看護チームリーダーに普段、どのような看護をしていけばよいかという話はしているので、受け持ち看護師が居ない日でもその日のリーダーと師長と主治医とで、入院3ヵ月が経過した時に今後どうするかを話し合う」というような《入院3ヵ月を機に今後の方針の再検討》をする内容が含まれた。また、《主治医に退院について確認したり、退院を押し》ことや《家族の希望に合わせて退院を延期しないように主治医に話をする》という〈治療上の理由以外で退院が延期しないよう主治医に念押し〉するという内容が含まれた。

3) 患者のセルフケア能力に応じた生活のサポート

【患者のセルフケア能力に応じた生活のサポート】という看護には、《看護師が薬を管理したり介助する》ことや《薬の効果・副作用を確認する》という〈確実な与薬とモニタリング〉や〔必要時に日常生活上のセルフケア不足に援助〕すること、〈必要時に他患者とのトラブルに介入〉するという内容が含まれた。また、〈外出・外泊の勧めと同行〉や「外泊中の目標は1つか2つぐらい

に設定してもらった」、「外泊の初めのうちは無理せず、休んでいていいということで進めていった」などの〈外出・外泊前の患者との相談・準備〉、「外泊から帰院後、目標についてどうだったかを聞いた」、「外泊中の目標が出来なかったとしても、ここができたならいいのではないかと伝えた」などの〈外出・外泊について患者との振り返り〉を行うというような〔患者と共に外出・外泊の事前準備と事後評価〕の内容が含まれた。そして、〈通院や服薬の理解度、病識の程度の把握〉、「何回か入院を繰り返しており、そのたびに薬が飲めてない状態で入院してくることが多かったので、薬の必要性、薬を飲まないという症状が出て、今のように入院してしまうということを入院中に言っていた」というような〈通院や服薬の必要性の理解や疾患に関する教育〉、《患者の状況に応じて段階的に服薬自己管理を進める》ことや《精神症状の悪化時に頓服薬を使用することを勧める》などの〈病気とうまく付き合うために必要なことの取り組みの促進〉の〔病気と付き合い治療を継続するための患者の力を強化〕する内容が含まれた。さらに、「病識や、内服が必要という理解が得られないので退院してもまた同じことになると思い、訪問看護を導入しようとした」というような〈社会資源を含めた退院後のサポートの検討〉や〈社会資源の見学・体験〉、「デイケアに通うので、職員にはどのような職種の人がいるのかと、話しやすい人に話せばよいことを患者に伝えた」というような〈社会資源に関する具体的な説明〉や〈社会資源を利用する際の具体的内容の検討と決定〉の〔退院後のサポートの検討と具体的準備〕の内容が含まれた。

4) 患者の意思・自己効力感の支持

【患者の意思・自己効力感の支持】という看護には、〈退院に向けた希望を伝えることを患者に促進〉することと〈退院に関する決定を患者だけに任せず提案〉することの〔退院に関する患者の意思決定の支持〕、《外泊ができるようになるまで良くなった患者の状態を評価する》というような〈ポジティブな変化のフィードバック〉が含まれた。また、「患者には入院3ヵ月を過ぎたから療養病棟に行かなければいけないのか、ずっとここにいってもいいのかという思いがあったので、主治医から転棟の話はないから気にしなくていいということは常に話していた」というような《入院が3ヵ月以上になっても

表1-1 入院3ヵ月以上1年未満に退院した患者を対象に行われた看護内容

最終カテゴリ	三次カテゴリ	二次カテゴリ	一次カテゴリ
患者に寄り添う姿勢		患者の特性に合わせた関わり	・年齢や生活歴、家族関係に合わせた関わり方をする(F1, F2, G)
			・病状や対処能力に合わせた関わり方をする(F2, G)
入院期間を考慮したケアの点検		退院時の目標を設定	・忙しくても時間を確保し患者の話を傾聴(C)
			・入院当初に退院の見通しを設定(C, D, E, I, J)
			・退院時の目標設定を「急性期症状や症状に伴う問題行動が消失することとする(A, B, D, I)
			・退院時の目標設定を「生活リズムが整い、日常生活が営めることとする(A, C, H, J)
			・退院時の目標設定を「服薬ができるようになり、病識を持ち通院の必要性を理解することとする(B, C, G, H, I)
			・退院時の目標設定を「患者自身の能力の回復や強みを強化することとする(A, B, H)
			・退院時の目標設定を「サポート体制が整うこととする(B, E, F1, F2, G, I)
		治療上の理由以外で退院が延期しないよう主治医に念押し	・退院時の目標設定を「退院後の生活の見通しがたつこととする(B, F1, F2)
			・入院長期化に伴い退院の見通しを再設定(D, E, F1, G, H)
			・入院3ヵ月を機に今後の方針の再検討(D, E, H, I)
			・主治医に退院について確認したり、退院を押し(E, G)
患者のセルフケア能力に応じた生活のサポート	必要時に日常生活上のセルフケア不足に援助	確実な与薬とモニタリング	・看護師が薬を管理したり介助する(A, B, H)
			・薬の効果・副作用を確認する(D, F1)
		必要時に日常生活上のセルフケア不足に援助	・摂食のセルフケア不足に対して介入する(B, C, E, H)
			・調理ができるように作業療法への参加を促す(C)
			・飲水のセルフケア不足に対して介入する(J)
			・排泄のセルフケア不足に対して介入する(E, F, J)
			・清潔・整容のセルフケア不足に対して介入する(A, B, C, E, H)
			・清潔・整容のセルフケア不足に対して取敢えず介入しない(B, F)
			・生活リズムを整えるように介入する(C, D, I)
			・休息を促したり、過活動にならないように介入する(C, D, E, F1)
	・日中の活動を促すために作業療法への参加を促す(A, C, H, J)		
	・身の回りのことが自分でできるようにサポートする(A)		
	必要時にモノの自己管理不足に援助	・嗜好品の管理不足に対して介入する(B, H)	
		・私物の管理不足に対して介入する(B)	
		・私物管理について取敢えず介入しない(B, G)	
	必要時に他患者とのトラブルに介入	・他患者とのトラブルに介入したり、注意をする(A, E, F2, G, H, J)	
		・他患者とのトラブルに直接介入せず、患者自身で解決するためのアドバイスを(A, C)	
患者と共に外出・外泊の事前準備と事後評価	外出・外泊の勧めと同行		・積極的に外出・外泊を患者に勧める(A, F, G, H, I)
			・外出・外泊に伴うリスクを考えながらも、チャレンジを勧める(H, I)
			・患者の希望に応じて外出に付き添う(B)
	外出・外泊前の患者との相談・準備	・精神状態を確認し、調子が悪い時には外出できないことを説明する(F1)	
		・単独での外出前に時間通りに病棟へ戻ってくるように伝える(B, F1)	
		・外泊先を一カ所に決めるように伝える(C)	
		・外泊中の小さな目標を1~2個立てられるように話し合う(C)	
		・外泊中の過ごし方や注意すべき点についてアドバイスする(C, D, E, F1)	
	外出・外泊について患者との振り返り	・外泊中の過ごし方について患者に聴く(A, C, F1)	
		・外出・外泊での過ごし方について患者と振り返り、評価する(C, G)	
病気と付き合い治療を継続するための患者の力を強化	通院や服薬の理解度、病識の程度の把握		・病識の程度を患者の話から把握する(I)
			・通院や服薬の理解度を患者の話や記録から把握する(A, B, C, F1)
			・通院や服薬の必要性、疾患に関する知識を患者に伝える(B, D, H, I)
	通院や服薬の必要性の理解や疾患に関する教育	・通院や服薬の必要性の理解を深め、疾患の知識向上のため心理教育への参加を勧める(H, I)	
	病気とうまく付き合うために必要なことの見直し	・通院場所について具体的に話し合う(A)	
		・患者の状況に応じて段階的に服薬自己管理を進める(B, F1, F2, G, I)	
		・精神症状の悪化時に頓服薬を使用することを勧める(F1, G, I)	
		・病気が悪化しないためにどのようにすればよいか伝える(F1, I)	
		・症状があっても交流の時間の増加を目的に作業療法参加を促す(D)	
		・患者の持つ問題や改善点についてはっきりと伝える(C, F1, F2, H, J)	

*表中のA~J:研究対象者である各看護師のデータを示す。2事例について話した看護師の、1回目のデータをF1、2回目のデータをF2と表記する。

*表中の斜線:本研究では、グループ化できない内容を無理にまとめることで重要な看護内容が埋もれてしまうことを防ぐため、特定のサブカテゴリやカテゴリに含まれない異質なものがあつた場合は次の段階のグループ化・カテゴリ化まで無理にまとめることはしない。そのため、二次・三次カテゴリの段階でグループ化できなかった場合は、斜線で表記する。

表1-2 入院3ヵ月以上1年未満に退院した患者を対象に行われた看護内容(つづき)

最終カテゴリ	三次カテゴリ	二次カテゴリ	一次カテゴリ
	退院後のサポートの検討と具体的な準備	退院後のサポートの検討	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後のサポートについてカンファレンスで検討する(A, B) ・デイケア利用の必要性や通所の頻度などを検討する(A, E, G, H) ・患者にとって訪問看護が必要かどうか検討する(A, B, H, J) ・介護保険の利用について検討する(E)
		社会資源の見学・体験	<ul style="list-style-type: none"> ・デイケアの利用を勧めたり、見学や体験をしてもらう(A, D, F1, F2, G, I, J) ・援護寮や福祉ホームの見学や体験をもらう(B, F2) ・デイケアの見学や体験の後、患者に話を聴く(A, B)
		社会資源に関する具体的な説明	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で受けられるサービスを患者に紹介する(A) ・デイケア利用の具体的方法について説明したり、利用上必要なことを伝える(A, C, D, F2) ・福祉ホームでの生活の仕方や注意点について話をする(F2)
		社会資源を利用する際の具体的な内容の検討と決定	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービスの具体的内容について検討する(E) ・複数の社会資源の利用計画を立てる(A)
患者の意思・自己効力感の支持	退院に関する患者の意思決定の支持	退院に向けた希望を伝えることを患者に促進	<ul style="list-style-type: none"> ・退院の希望を家族に伝えるように患者に勧める(G) ・外出の希望を主治医に伝えるように患者に勧める(A)
		退院に関する決定を患者だけに任せず提案	<ul style="list-style-type: none"> ・退院に関することは主治医や家族を含めた話し合いで決めていくことを勧める(C, G) ・患者にとって望ましい退院先を検討し勧める(A, B, F2) ・どのような状態になってから退院した方が良いかを患者に伝える(C, E)
		ポジティブな変化のフィードバック	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状態が良かった点やできていることを評価する(A, C, H) ・外泊ができるようにまで良かった患者の状態を評価する(D, H) ・心理教育を受けられるまで良かった患者の状態を評価する(H)
			<ul style="list-style-type: none"> ・入院が3ヵ月以上になっても焦らなくても良いと説明(C, D, F2, G) ・退院許可が出た後に退院日を延期しないよう患者を後押し(F2)
家族支援・連携		家族関係の調整	<ul style="list-style-type: none"> ・面会時の様子を患者に聴き、家族関係をアセスメントする(F1) ・家族との時間を大切にしてもらうために面会中そっとしておく(F1) ・患者と家族の間でうまく伝わらない話の内容を代弁したり再確認する(J, H)
		家族と患者についての情報の共有	<ul style="list-style-type: none"> ・家族から見た患者の状態や患者への思いについて話を聴く(F1, F2, J) ・NSの観察した様子と比較しアセスメントするため家族が捉えた患者の様子を聴く(F1, H) ・外泊中の患者の様子を家族に確認する(D, F2) ・患者の状態について家族に伝える(B, D, I) ・患者の良いところを家族に伝える(B, F2, G, I)
		入院中に家族ができることを具体的に依頼	<ul style="list-style-type: none"> ・家族に対して外泊中の様子を見てもらうように依頼する(C, F1, F2) ・家族に外出・外泊を依頼したり、日時を調整してもらう(A, H) ・患者からの電話で気になることがあれば看護者に連絡をするよう家族に依頼する(F1) ・社会資源の利用について家族に説明したり手続きを依頼する(A, E) ・主治医との面談を家族に勧める(F2, H)
		退院についての家族の意向確認	<ul style="list-style-type: none"> ・患者がどのような状態になったら退院してもよいか家族に確認する(I, J) ・退院後患者にどのように過ごしてほしいか家族に確認する(B, F1)
		病気に関する家族教育	<ul style="list-style-type: none"> ・病気の理解を深めてもらうために家族教室への参加を勧める(I) ・服薬の必要性を家族に伝える(D)
専門職連携	看護師間・多職種間の情報共有	看護師間での情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・クリニカルパスを使用して看護師間で情報を共有する(I) ・患者・家族にどのように対応してほしいか看護師に周知する(A, B, F1, J) ・入院が長期化している理由を病棟看護師に説明する(D, F1)
		他職種との情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・他職種と話をして情報共有をする(A, B, C, D, E, F1, F2, I, J) ・他職種と記録を介して情報共有をする(A, C, F1, F2, H, J)
		他職種への援助の依頼	<ul style="list-style-type: none"> ・状況に応じて他職種に患者への説明・介入をってもらう(A, D, E, F1, F2, G, I) ・状況に応じて他職種に家族への説明・介入をもらう(A, I, J)
		主治医への支援の提案	<ul style="list-style-type: none"> ・外出・外泊が可能かアセスメントし、主治医に提案する(A, B, F1, I) ・看護師間で話し合った内容を主治医に報告や提案をする(H, I) ・主治医に訪問看護の利用を提案する(I) ・患者のデイケア利用の希望を主治医に伝え許可を得る(A)

*表中のA~J: 研究対象者である各看護師のデータを示す。2事例について話した看護師の、1回目のデータをF1、2回目のデータをF2と表記する。

*表中の斜線: 本研究では、グループ化できない内容を無理にまとめることで重要な看護内容が埋もれてしまうことを防ぐため、特定のサブカテゴリやカテゴリに含まれない異質なものがあつた場合は次の段階のグループ化・カテゴリ化まで無理にまとめることはしない。そのため、二次・三次カテゴリの段階でグループ化できなかった場合は、斜線で表記する。

焦らなくても良いと説明》することと《退院許可が出た後に退院日を延期しないよう患者を後押し》するという内容が含まれた。

5) 家族支援・連携

【家族支援・連携】には、《患者と家族の間でうまく伝わらない話の内容を代弁したり再確認する》というような〈家族関係の調整〉、《外泊中の患者の様子を家族に確認する》ことや《患者の状態について家族に伝える》などの〈家族と患者についての情報の共有〉、《家族に外出・外泊を依頼したり、日時を調整してもらう》ことや《主治医との面談を家族に勧める》などの〈入院中に家族ができることを具体的に依頼〉すること、〈退院についての家族の意向確認〉をすること、〈病気に関する家族教育〉の内容が含まれた。

6) 専門職連携

【専門職連携】には、〔看護師間・多職種間の情報共有〕、「精神保健福祉士にデイケアの見学、時間やプログラムの内容の説明を依頼した」、「退院か施設かなど今後のことについて、精神保健福祉士からも家族に話をしてもらった」というような〈他職種への援助の依頼〉、「薬をまた飲まなくなる可能性もあるので訪問看護を実施した方がいいのではないかと主治医に提案した」というような〈主治医への支援の提案〉の内容が含まれた。

VI. 考察

初めに、入院3ヵ月以上1年未満に退院した患者を対象に行われた看護内容と入院期間との関連について述べる。次に、行われた看護内容と入院期間との関連における特徴を踏まえ、精神科急性期治療期間を超過した患者の更なる入院長期化を防ぐための看護上の示唆について述べる。

1. 入院3ヵ月以上1年未満に退院した患者を対象に行われた看護内容と入院期間との関連

明らかになった看護内容と入院期間との関連について、面接で語られた患者の状態や看護が行われた時期を加味して検討し図式化した(図1)。

まず、【患者に寄り添う姿勢】は入院直後から退院まで常に必要かつ基本的な看護の内容と考えられる。次に、【入院期間を考慮したケアの点検】として、入院初期の段階で退院の見通しを考え、退院時の目標を設定するが、

入院が長期化してくると再度退院の見通しを考え、入院3ヵ月を機に今後の方針を再検討することが必要だと示された。そして、退院可能となった時には、治療上の理由以外で退院が延期しないよう主治医に念を押すことも時には必要となることが示唆された。【患者のセルフケア能力に応じた生活のサポート】として、入院直後から確実な与薬とモニタリング、日常生活上のセルフケア不足への援助などを行い、治療・看護によって急性期症状が落ち着き回復期に移行してくると、患者と共に外出・外泊の事前準備や事後評価を行ったり、病気とつき合い治療を継続するための患者の力を強化する等が必要だと考えられた。同じく急性期症状が落ち着いてくると、【患者の意思・自己効力感の支持】として、退院に関する患者の意思決定の支持やポジティブな変化のフィードバックを行い、入院3ヵ月が経過して焦る患者に対して、焦らなくても良いと説明することが必要となることが示された。しかし、退院できる状態となり退院許可が出た後には、退院日を延期しないよう患者を後押しすることも必要となることが示唆された。また、【家族支援・連携】として、患者の入院直後から家族関係の調整を図り、家族と患者についての情報を共有したり、入院中に家族ができることを具体的に依頼していく必要があることが示された。そして、回復期からは退院について家族の意向を確認したり、病気に関する家族教育を行うことが必要だと考えられた。さらに、【専門職連携】として入院直後から退院までの全期間において看護師間・多職種間での情報共有が重要となり、他職種への援助の依頼や主治医への支援の提案も必要となる場合があることが示された。

2. 精神科急性期治療期間を超過した患者の入院長期化防止を目指すための看護上の示唆

1) 入院期間を考慮したケアの点検と連携

早期退院を目指すうえで、入院初期の段階で退院の見通しを考え、退院時の目標を設定することの重要性は明らかである。加えて、本研究で示された入院3ヵ月を機に今後の方針を再検討することの必要性は、3ヵ月が経過しても退院の目途が立たない場合、薬物療法と保護・休養を主にするのではなく、生活レベルでの改善や地域生活へ戻っていくことを想定しての治療目標の設定などを開始すべきである¹⁰⁾という考えを論証するものであ

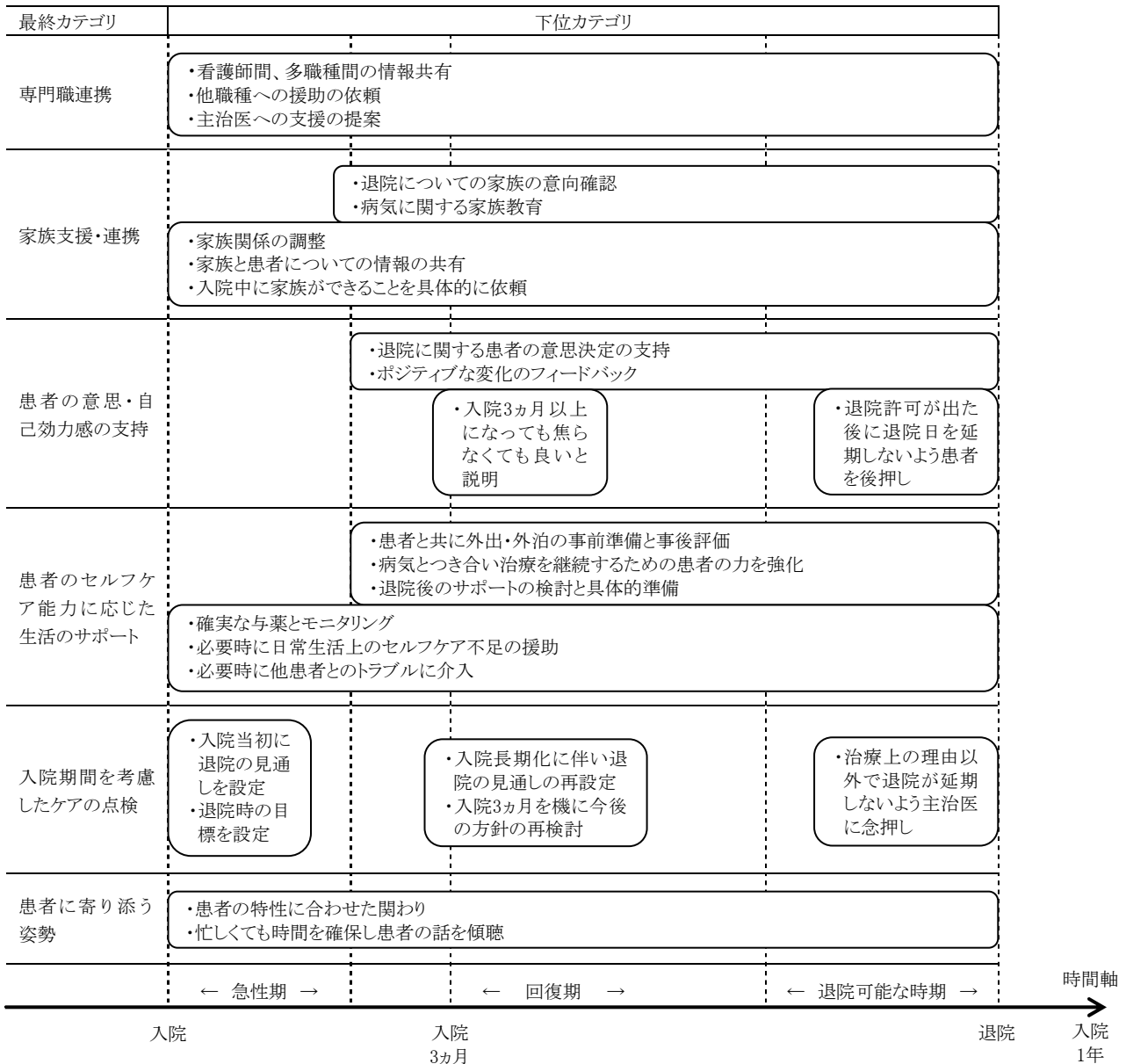


図1 入院3ヵ月以上1年未満に退院した患者を対象に行われた看護内容と入院期間との関連

り重要である。今後の方針を再検討する際には看護師だけでなく、医師はもちろん精神保健福祉士やケースに応じて臨床心理士や栄養士等を含めた多職種で検討する必要があり、専門職連携が必要となる。しかし、退院支援を行う際に、連携の不十分さやチーム内の協働の難しさ¹¹⁾といった連携上の困難が生じることが明らかにされているため、役割分担の柔軟性や事例検討会の開催¹²⁾、他職種との直接のやり取りや職種の専門性の理解¹³⁾などを基にして連携を強化することが必要である。また、入院1～5年の患者への退院支援においては看護の慢性化が生じることが明らかにされている¹⁴⁾。これは、入院期間1年を超えて突如起こるものではなく、3ヵ月という診療

報酬上の入院期間の制限がなくなった時点から看護が慢性化する危険性が生まれると考えられる。そのため、入院3ヵ月を機に今後の方針を再検討することは退院に向けて新たな目標を設定し、その目標に向かって看護を提供することとなり看護の慢性化の防止にもつながると考える。また、患者に寄り添う姿勢を入院時から継続することも看護の慢性化を防ぐうえで重要であると考えられる。

次に、治療上の理由以外で退院が延期しないよう主治医に念を押すという看護の内容は先行研究では明らかにされておらず、特徴的である。これは、主治医の退院への躊躇に対する働きかけ、すなわち主治医に起因する退院阻害要因に対する働きかけである。このように本研究

では看護師から主治医への働きかけが明らかとなっていたが、長期入院患者に対して症状・問題中心に捉えること¹⁵⁾や退院に対する変化への抵抗¹⁶⁾が看護師に生じることが明らかにされているように、看護師の退院への躊躇が退院阻害要因になる可能性も否定できない。したがって、看護師の患者に対する否定的な捉え方や退院への抵抗が急性期治療期間を超えた患者の退院を阻害していないかどうか点検することが必要である。このように、医師や看護師だけでなく各専門職の退院に対する抵抗や躊躇が退院を阻害していないか専門職が互いに点検することが必要であると考え。

2) 退院を焦らせない時期と退院を延期しない時期の見極め

入院が3ヵ月以上になっても焦らなくても良いと患者に説明するという看護に類似した内容は先行研究では見当たらなかった。急性期治療病棟への入院では、3ヵ月以内での退院が目標であり、3ヶ月を超えた場合には別の病棟へ移動する可能性があることが患者に説明されている場合がある。そのため、入院3ヵ月以上になること自体に患者が焦り、精神状態が悪化する可能性があるため焦らなくてもよいと説明することが必要となる。今後の方針を再検討することで、たとえ3ヵ月以上であってもケースによっては必要な入院期間であるとチームで共有できれば、看護師自身も焦らず、3ヵ月という枠組みにとらわれることなく退院を焦らせない援助を行うことができる。

一方、患者が退院日を延期しないことを意図した援助は、患者が治療上退院できる状態になっても、退院を躊躇してしまうことに対する援助である。入院1～5年の患者の体験として退院できるという自己感覚と退院後の生活への不安の両者の間で退院に向けた心理的葛藤が生じ、この葛藤を解消するための対処のひとつとして患者は退院の具体化を保留することが明らかにされている¹⁷⁾。また、大学病院精神科に90日以上入院している患者の入院長期化の要因について、精神症状の改善が不十分であること、支援が不足していることその他に、医療の立場からは退院可能な状態である患者が退院への不安や恐れなどにより退院を拒否することなどが主要因として明らかにされている¹⁸⁾。したがって、患者に退院への躊躇や拒否があったとしても退院可能な状態になれば退院を延期し

ない援助が重要である。しかし、退院を延期しない援助を行う時期まで、退院に関する患者の意思決定を支持し、ポジティブな変化をフィードバックすることによって退院への自己効力感を高める援助が重要となる。

3) 社会資源の利用を含めた退院後のサポート体制の検討

本研究では、行われた看護として退院後のサポートの検討と具体的準備が明らかとなっており、社会資源の利用に関連した支援内容が大半であった。しかし、先行研究で明らかにされている急性期治療病棟で行う退院後の地域生活を維持・促進させる看護ケア¹⁹⁾のなかに社会資源の利用に関する支援は含まれていなかった。このことから、3ヵ月以内で退院に至る患者に対しては積極的に社会資源の利用を検討する必要性は高くないが、入院が3ヵ月以上の長期となることが予想される患者に対しては、早い段階から社会資源の利用を含めてサポート体制について検討し、必要に応じて具体的準備を進めていくことが重要であると考え。

V. おわりに

本研究では、入院3ヵ月以上が経過した患者への退院支援を実際に行って、その患者が1年以内に退院した体験を持つ看護師に面接を実施し、精神科急性期治療期間を超えた患者から更なる長期入院患者を生み出さないための看護について以下の示唆を得た。

- ・入院3ヵ月を機に今後の方針について多職種で再検討すること、医療者の退院への躊躇が患者の退院を阻害していないか多職種間で確認し合い、躊躇があれば働きかけるなど入院期間を考慮したケアの点検を行うこと。
- ・退院が可能な時期かどうかを的確に捉えて退院を焦らせない時期と退院を推し進める時期を見極めて援助すること。
- ・入院が3ヵ月以上の長期になることが予想される患者には、早い段階から社会資源の利用を含めたサポート体制について検討し、必要に応じて具体的準備を進めていくこと。

本研究の意義は、入院期間を考慮したケアの点検、退院を焦らせない時期と退院を推し進める時期の見極めという新たな看護の視点が見出された点にあると考える。

最後に、研究の限界として、対象者が看護師10名と限られていること、1年以内に退院できなかった患者を対

象に行われた看護との比較・検討をしていないことが挙げられる。今後、対象者を増やすこと、1年以内に退院できなかった場合との比較等を行い、必要な援助についてさらに検討していく必要がある。

謝辞

本研究にご理解をいただき、お忙しいなかご協力を賜りました3つの病院の看護部長様、看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。

なお、本研究は政策医療振興財団の助成を得て行った研究の一部である。また、本研究の一部を日本看護科学学会学術集会にて発表した。

文献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2010) : 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて (今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書), 2010-03-30, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf>
- 2) 小宮浩美, 岩崎弥生: 精神科看護の退院援助の調査と患者の強みを取り入れた退院準備状況アセスメント表の試案. 日本看護科学学会学術集会講演集, 30; 543, 2010.
- 3) 田上美千佳: 急性期精神疾患患者の早期退院に関する看護者の判断要因, 日本赤十字看護大学紀要, 6; 41-51, 1992.
- 4) 新村順子, 田上美千佳, 長直子, 他: 急性期治療病棟における統合失調症患者の退院に関わる看護師の判断—看護師のインタビュー調査より—, 日本精神保健看護学会誌, 15(1); 67-76, 2006.
- 5) 稲岡文昭, 西村俊彦, 福士千代, 他: 精神分裂病患者の早期退院に関与する精神症状及び日常生活・社会生活上の機能障害との関連, 日本看護学会誌, 6(1); 36-45, 1997.
- 6) 宇佐美しおり, 中山洋子, 野末聖香, 他: 長期入院となりやすい精神障害者への修正版集中包括型ケア・マネジメント (M-CBCM) の評価に関する研究, 看護研究, 44(3); 318-332, 2011.
- 7) 葛谷玲子, 石川かおり, 丸茂さつき: 精神科長期入院患者の退院に関連する国内看護研究の検討—新障害者プラン後に焦点を当てて—, 岐阜県立看護大学紀要, 11(1); 3-12, 2011.
- 8) グレグ美鈴: 質的記述的研究, よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 看護研究のエキスパートをめざして (グ

レグ美鈴, 浅原きよみ, 横山美江編); 54-71, 医歯薬出版株式会社, 2007.

- 9) Immy, H., Stephanie, W. : Qualitative Reseach in Nursing (2st ed.), 2002, 野口美知子監訳, ナースのための質的研究入門; 250-251, 医学書院, 2006.
- 10) 池淵恵美: 退院困難要因の評価表: 基本的な考え方, 精神科退院支援ハンドブック ガイドラインと実践的アプローチ (井上新平, 安西信雄, 池淵恵美編); 13-17, 2011.
- 11) 中添和代, 近藤静江, 藤岡邦子, 他: 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, 2007.
- 12) 栄セツコ: 「連携」の関連要因に関する一考察—精神障害者退院促進支援事業をもとに—, 桃山学院大学総合研究所紀要, 35(3); 53-74, 2010.
- 13) 田野将尊, 池島静佳: 精神科病院における院内連携の実情と課題—都内精神科A病院の現状から—, 日本精神保健看護学会誌, 20(1); 33-41, 2011.
- 14) 石川かおり, 葛谷玲子, 丸茂さつき: 精神科入院期間1~5年の患者への退院支援における看護師の体験 (第1報) —退院支援上の困難—. 日本看護科学学会学術集会講演集, 30; 431, 2010.
- 15) 石橋照子, 川田良子, 曾田教子, 他: 長期入院精神障害者の社会復帰への援助を阻害する看護者の捉えと態度, 日本看護学会誌, 11(1); 11-20, 2002.
- 16) 前掲14).
- 17) 石川かおり: 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, 2011.
- 18) 渡邊久美, 伊東美希, 國方弘子, 他: A大学病院精神科における在院日数90日以上患者に対する看護アプローチ検討のための長期入院患者の分析. 日本精神保健看護学会誌, 17(1); 132-138, 2008.
- 19) 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目指して, 看護研究, 36(6); 55-66, 2003.

(受稿日 平成24年 9月20日)

(採用日 平成25年 2月 5日)

Nursing Care Aimed at Preventing Prolonged Admission of Psychiatric Patients Who Have Exceeded the Acute-Phase Treatment Period

Reiko Kuzuya, Kaori Ishikawa

Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the nursing care provided to patients who were hospitalized for more than 3 months but less than a year in order to obtain factors that could aid in preventing further instances of prolonged patient hospitalization.

The participants of the study were 10 nurses who worked at hospitals having an acute psychiatric therapeutic ward. The participants were asked to recall examples of patients who were hospitalized for more than 3 months but less than a year and attend semi-structured interviews about the nursing care provided to them. Each interview was conducted for about one hour. After obtaining approval from each participant, the interview was recorded and transcribed to verbatim. After reading the transcriptions thoroughly, similarities and differences in the reported nursing care were examined, compared and grouped and categorized in stages. Finally, the association between the reported nursing care and the period of patient hospitalization was examined and schematized.

As a result of the analysis, the nursing care provided were finally grouped into 6 categories : ‘attitude that is supportive of the experiences of patients’, ‘inspection of the care services considering the period of hospitalization’, ‘appropriate lifestyle support according to each patient’s level of self-care ability’, ‘support patients’ will and self-efficacy’, ‘support and co-operate with the patient’s family’, and ‘cooperation between medical and allied health professionals’.

The features of nursing care elucidated from the study suggested that the nursing care required to prevent prolonged hospitalization for acute-phase treatment were as follows : 1 to inspect care services after considering the period of hospitalization for example, to re-examine future treatment policies and to check each other for delaying the time of patient discharge for reasons other than medical treatment, 2 to identify when a patient is feeling pressurized to leave the hospital and when a patient is encouraged to leave the hospital, and 3 to examine the use of social resources at an early stage for patients whose hospital stay is expected to be longer than 3 months.

Keywords: Psychiatric acute-phase treatment period, prevention of prolonged hospital stay, discharge