

〔原著〕

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

石川 かおり 葛谷 玲子

Experience of Nurse's Difficulties in Discharge Support for New Long-Stay Psychiatric Patients

Kaori Ishikawa, Reiko Kuzuya

要旨

本研究の目的は、精神科入院期間1～5年のニューロングステイ患者を対象とした退院支援において看護師が体験している困難について構造的に明らかにすることである。

研究参加者は、民間単科精神病院3施設にて長期入院患者の看護を実践している看護師6名であった。データは半構造化面接法にて収集し、面接時間は一人あたり平均74.66分であった。研究参加者の許可を得て面接内容を録音し、逐語録を作成した。メタ研究法として構造構成的質的研究法を位置付け、分析枠組みとして修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを採用し分析した。

分析の結果、看護師の困難体験として困難と対処の2側面が明らかとなり、困難に関しては67概念から19サブカテゴリと5カテゴリを、対処に関しては38概念から13サブカテゴリと5カテゴリを生成した。これらカテゴリ間の関連性の検討を基に、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体験を構造化した。

退院支援上の困難として、入院が長期化するなかで退院支援における看護の停滞状態が続く【看護の慢性化】と、退院という【変化への抵抗】が医療者や患者、家族に生じていた。さらに精神科医療現場特有のシステムや文化に付随する【旧態依然とした慢性期病棟の風土】が背景要因として影響していた。これらは退院支援の流れを阻む要因となり、看護師の【退院支援の萌芽】は【退院支援の袋小路】に帰結していた。

一方、看護師は上記の困難への対処も行っており、困難を低減しながら退院支援を進めている構造が明らかになった。すなわち、【看護の慢性化】に対しては【惰性的ケアの解除】【患者の可視化】、【変化への抵抗】に対しては【抵抗・緊張の緩和】、【退院支援の袋小路】に対しては【突破口の模索】、【旧態依然とした慢性期病棟の風土】に対しては【組織の耕作】がそれぞれの困難の対処となっていた。

キーワード：精神科ニューロングステイ患者、退院支援、看護師の困難体験

1. はじめに

わが国の精神障害者のケアは地域ケア中心型へと転換しつつあり、入院の短期化が進んでいる。平成20年度の入院患者の在院期間別構成割合では、1年未満が32.8%、1年以上5年未満は28.3%、5年以上は38.9%であり¹⁾、入院患者の7割近くは1年以上の長期入院の状況である。平成21年9月公表の「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最終報告)²⁾では、在院期間1年以上での退院は毎年5万人弱で推移しているが新たに入院期間1年以上となる患者が5万人程度であるため、結果的に1年以上入院患者数は23万人となり大きく変化していないことが指摘されている。さらに、退院患者のうち在院1年以上で退院した患者の割合は約13%で、うち転院や死亡による退院は6

割、在院期間が5年以上で退院した患者の割合は4%にとどまり、うち転院や死亡による退院は7割以上となっており、入院期間が長期化するほど、退院者数が減少し、転院や死亡による退院の割合が高くなっていることが示されている。これらのことから、入院1年以上の長期入院患者ではその動態に大きな変化がみられず、今後どのように地域移行を進め、長期入院患者の減少を図っていくかが課題となっている。

精神医療先進国である英国では、地域サービスが発展しても長期に病棟ケアが必要な患者はある一定数存在し、これらの患者は入院期間が1～5年で入院開始が比較的新しいことから“ニューロングステイ”と呼ばれ、さらなる“古い”長期入院患者にしないために最も質の高いケアが必要であると言われている³⁾。わが国においても入院期間1～5年の患者に着目し、更なる“古い”長期入院患者を生み出さないように支援することは喫緊の課題である。

ところで、長期入院患者に対する退院支援に関連する先行研究は散見し、看護実践上の知見が示されている^{4～7)}。しかし、長期入院の定義は6ヶ月以上から10年以上と様々であり、入院期間1～5年の患者に焦点を当てた看護や退院支援等に関する研究は見当たらなかった。入院期間1年から5年の患者を対象とした先行研究としては、筆者らによるニューロングステイ患者を対象としたインタビュー調査⁸⁾とアンケート調査⁹⁾があり、患者の入院生活の体験の特徴が示されているが、これらの患者を対象とした退院支援の実態や、有効な看護は明らかにされていない現状である。

そこで、本研究の目的は、入院期間1～5年の患者を対象とした退院支援における看護師の体験に着目し、特に退院支援上の困難に焦点を当ててその構造を探索することとした。

なお、本研究においては精神科医療施設に継続して1年から5年間入院している者を「精神科ニューロングステイ患者」とした。ここでいう入院期間は、研究参加者である看護師がインタビューの際に想起した事例の看護実践時点の入院継続期間を示すもので、総入院期間ではない。精神疾患は慢性に経過し療養が長期に亘ることが推測されるため、その間の病状の変化に応じて入院治療が必要になることがある。そのため、本稿では研究参加

者に事例を想起してもらう際に、事例の入院回数について特に限定をしないこととした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、看護師の視点から退院支援上の困難に関する体験を明らかにすることを目的としているため、仮説生成型の質的研究方法を用いた。なお、本研究においては、認識論、理論、技法、フィールド、対象者、解釈枠組といった研究を構成する全てのツールについて、現実的制約を勘案しつつ研究質問や研究目的に照らして選択する「関心相関的選択」という方法概念を備えた構造構成的質的研究法¹⁰⁾ (Structural-construction qualitative research method, 以下、SCQRMとする) をメタ研究方法として採用した。

2. 研究参加者

研究参加者は、研究目的に照らして精神科医療施設にて長期入院患者を対象とした看護を実践している看護師とした。この条件に見合う精神科医療施設を意図的に選択し、研究協力の許可が得られた施設において、看護部等から紹介を受けた者あるいは研究の案内文書のみて関心を示した者に対して、参加者の条件に該当するか否かを確認の上、研究への参加を依頼した。なお、研究参加者の偏りを防ぎ、多様性を確保するという観点から、施設を複数選択することとした。

3. 倫理的配慮

研究参加を依頼する際に、研究目的および方法、研究参加のメリット・デメリット、参加者の権利（自己決定、プライバシー、害されないこと、研究拒否や中断等）、研究者の義務等について、書面と口頭によるインフォームドコンセントを徹底した。そして、個人データを加工し匿名性の保護を厳守した。さらに、研究参加による時間的制約などに十分配慮し、インタビュー時間を1～2時間程度と設定することとした。

なお、研究開始前に岐阜県立看護大学研究倫理審査部会にて倫理審査を受け、承認を得て実施した（承認番号：2224）。

4. データ収集

本研究では、看護師の主観的体験に照射するため、インタビューガイドを用いた半構造化面接によりデータ取

集した。インタビューガイドの内容は、本研究の目的に照らして、対象者の属性、入院期間1～5年の受け持ち患者を想定した日常のケアの実際と困難、退院支援上のケアの実際と困難、対象患者との関係性、対象患者の家族へのケアの実際と困難、他専門職者との協働・連携の実際と困難などを設定し、これらの質問を投げかけながら、参加者が自由に語るができるよう配慮し、プライバシーが保たれる部屋で実施した。面接時間は一人あたり平均74.66分であった。参加者の許可を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成し、分析データとした。

データ収集期間は、2010年2月から3月であった。

5. データ分析

1) 分析枠組み

本研究は、仮説モデルの生成を目的としているため、データからボトムアップにモデルを構築する修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ¹¹⁾ (以下M-GTAとする) を分析枠組みとして採用した。M-GTAは少数事例研究に適さない面が指摘されているが、SCQRMにおいては、必要な事例数は研究目的に相関して決定するため、M-GTAのエッセンスを生かしつつ少数事例研究における科学性を担保する概念装置を備えている。これまで明らかにされていない看護師の困難体験について仮説モデルを探索的に生成する、という本研究の目的に照らすと、少数事例から得られた概念であっても、体験の多様性を表すものとして採用することが可能となる。

2) 分析手順

逐語録を熟読し、「看護師はニューロングステイ患者の退院支援においてどのような困難を体験しているか」という研究質問に関連する内容を、意味が読み取れる範囲をひとまとまりとして抽出し、類似性と異質性を検討し、類似内容を具体例として集め、概念名をつけた。その際、概念名とその定義、具体例、対極例や分析の視点を書き留める理論的メモからなる分析ワークシートにまとめた。分析ワークシートの例は表1のとおりである。さらに、複数の概念を包括するサブカテゴリ、複数のサブカテゴリを包括するカテゴリを作成した。次に、先の研究質問に照らして、データおよび概念との間を行きつ戻りつしながらカテゴリを比較して関係性を検討し、関係図を作成した。そして作成した関係図が各対象者の体験を説明し得るか、データに戻って点検しながら、関係

図の改訂を重ね、最終的な「精神科ニューロングステイ患者の退院支援上の困難」の全体構造を図式化した。

3) 理論的飽和化

理論的飽和は、理想形ではあるが原理的には不可能であるという見解があり^{12,13)}、M-GTAにおいても、その難しさを認めたと上で、概念の完成状態を判断する小さな理論的飽和化と、概念相互の関係、カテゴリの関係、全体としての統合性を検討し抜け落ちている部分の有無を確認する大きな理論的飽和化という独自の方法と立場が示されている¹⁴⁾。これらの議論を前提として、SCQRMにおいては、目的相関的飽和という立場を明示し、M-GTAの文脈であれば概念ごとの分析ワークシートを完成させることによって作られたモデルが、研究目的に照らして、それを達成できている状態としている¹⁵⁾。

以上を踏まえて、本研究においては、分析手順の全過程において、研究目的に照らした上で達成できているか確認することで理論的飽和化を図った。なお、分析過程においては、複数の学際的な質的研究者らによるSCQRMのワークショップにて分析結果を提示し検討するとともに、ニューロングステイ患者への看護経験を有する研究者間で検討し、その都度修正しながらすすめた。

Ⅲ. 結果

1. 研究参加者

研究参加者は、民間単科精神科病院3施設にて、入院期間1年以上の長期入院患者への看護を実践している看護師で、研究参加の同意が得られた6名とした。性別は男性3名、女性3名で、年齢は30代4名、40代1名、50代1名であった。看護師経験年数は平均13.83年、精神科経験年数は平均9.42年であった。職位はスタッフ5名、師長1名で、教育背景は全員が看護専門学校卒業でうち1名は看護系大学院博士前期課程に在学中であった。

2. ニューロングステイ患者を対象とした退院支援上の困難の体験

分析の結果、対象者の退院支援上の困難の体験として10カテゴリを生成した。カテゴリの比較検討から、退院支援上の困難の体験には困難と対処の異なる二つの性質が含まれていることが明らかとなった。困難に関しては67概念から19サブカテゴリと5カテゴリを生成し、対処に関しては38概念から13サブカテゴリと5カテゴリを生

表1 実際の分析ワークシートの例

概念名	医師との方針の相違
定義	看護師である自分あるいは看護チームと主治医の間で、退院に関連する意見や方針の違いがあり、退院支援が停滞すること
具体例	<ul style="list-style-type: none"> ・意見の食い違い。一番大きいのが、退院する・しないで、医者との温度差がある。看護師が退院のことを考え始めても、医者は「やっぱり無理」ということがある。でも私たちは先生の一言がほしいときがある (A氏) ・退院についてなぜ駄目なのか医師に聞いたら、「悪くなったらどうする」って。悪くなったらまた入院してもらえばと思うし、「悪くならないように訪問看護や地域のサポートを使ってもらうようにしても？」ときいても、「無理」と。では、どういう状態になったらいいのか聞いても、先生は具体的にこうなったらとは言わない (A氏) ・医師のなかには、「退院」という言葉を濁す場合もあるし、カンファレンスによっては今はまだ状態が悪いから退院なんてまだまだと言われる場合もある (B氏) ・「この人は明らかに退院できる状態だけれども、家族がかわいそうだから退院はさせない」とはっきり先生から言われると、私たちは何を目標にケアをしていくのかと思う (C氏) ・先生との間でギャップがあるときが結構ある。看護師としては、十分退院できる力があると思っても、「無理だよ、この人は」と言われることが結構ある (C氏) ・私たちの方は、最近では「完璧じゃなくてもこれくらいになればいいんじゃないか」という風に考えるようになってきてるが、家族からまだ心配という声があると、先生も「家族が可哀想」となるので、なかなか退院ということも言い出せなくなる (E氏) ・先生に「また戻ってきてもいいから、とりあえず、1ヶ月でも外で暮らせればいいのでは」と話をしてみたら、怒られた (E氏) ・患者の状況をみて、「そろそろ外泊をすすめられないか」と提案してみても「あの人はまだね」という先生もいて、結局ずっと外泊しないまま過ぎてしまう (F氏)
理論的メモ	<p>「医師との方針の相違」と対極の概念はあるか？</p> <p>→見当たらなかった (困難に焦点を当てているため?)</p> <p>→対極ではないが、「医師の方針も少しずつ変化している」を变化の兆しと捉えている。</p> <p>「医師との方針の相違」がある場合、看護師はどのように対応しているか？</p> <p>→「退院を目標に支援することを医師に表明」、「医師に根気よく働きかけ巻き込む」</p> <p>→「諦観」、「私のためらい」</p> <p>他の専門職との間でも意見や方針の違いがあるのか？</p> <p>→「他職種と連携した活動は少ない」</p> <p>→「看護チーム内の温度差」</p> <p>→「看護師の諦め」</p>

成した。これらカテゴリ間の関連性の検討を基に、精神科ニューロングステイ患者を対象とした退院支援上の困難の全体像を示した。概念、サブカテゴリ、カテゴリの一覧を表2と表3に、全体像を図1に示す。以下、概念を []、サブカテゴリを < >、カテゴリを 【 】 として表記し、看護師の困難体験の構造について説明する。

1) 退院支援上の困難

①退院支援の始まりと困難の帰結

看護師は、担当するニューロングステイ患者に対して、[このまま病院で過ごすのは変][なんとか退院させたい] など<退院してもらいたい>という思いを持ち、[病状から退院の可能性を判断]したり[セルフケア能力から退院の可能性を判断]するなど<退院の可能性を査定>しており、これらは【退院支援の萌芽】となっていた。しかし、最終的には、[患者の声を聴けていない][家族との接点がない]など<関係者と接点がない>ことや、[医師との方針の相違][家族との敵対]など退院支援の関係者との<意見の相違・対立>に遭遇し【退院支援の袋小路】に帰結していた。

②退院支援を阻む要因

看護師はニューロングステイ患者の状態について[病

状は安定している][セルフケアレベルは維持されている]など<安定=変化なし>と捉えがちで、いつしか[落ち着いていてケアの必要がない患者][物静かで目立たない患者]など病棟のなかで<存在感のない患者>となっている現状を語った。すると、次第に[安定すると退院しづらい][患者がいることが当たり前]といった<長期入院に対する違和感の薄れ>が生じ、このような患者の[病棟内での優先度は低い][評価が得られずやりがいがない]など<看護チーム全体のモチベーションが高まらない>状況になっていた。また、[患者の意思を確認し具体的に支援する知識・技術がない][家族へのアプローチ方法がわからない]など<退院支援における看護が未確立>という状態が生じていた。これらから、退院支援における看護の停滞状態が続く【看護の慢性化】が生じていた。

また、退院支援を進めようとしても、[看護師の諦め][医師の諦め]といった周囲の<諦観>と[医療者側の状態悪化の懸念][患者のなかのプレッシャーや不安]といった<予期的不安>が生じていた。そして、[疎遠な家族関係][家族のトラウマ]が要因となる<家族の抵抗>や[寝た子を起すな][古参看護師からの圧力]など他の<医療者の抵抗>に遭遇し、[反対されると弱腰][完璧を

表2 ニューロングステイ患者を対象とした退院支援上の困難

カテゴリ	サブカテゴリ	概念
退院支援の萌芽	退院の可能性を査定	病状から退院の可能性を判断 セルフケア能力から退院の可能性を判断
	退院してもらいたい	このまま病院で過ごすのは変 なんとか退院させたい
退院支援の袋小路	関係者と接点がない	他職種と連携した活動は少ない 患者の声を聴けていない 家族と接点がない
	意見の相違・対立	看護チーム内の温度差 医師との方針の相違 患者との捉え方のズレ 家族との敵対
変化への抵抗	家族の抵抗	家族関係が疎遠 家族のトラウマ 今更困る
	医療者の抵抗	寝た子を起こすな 古参看護師からの圧力
	患者のためらい	具体的なイメージが持てない 意思を表明し行動することの限界 患者の家族への遠慮 患者の医療者への遠慮
	私のためらい	反対されると弱腰 完璧を目指して失敗できない 家族を脅かしたくない 患者への関わりに及び腰 看護チームの足並みを乱せない 変わらないことの安心感 重責感が伴う 試行錯誤のジレンマ
看護の慢性化	諦観	看護師の諦め 医師の諦め 患者の諦め
	予期的不安	医療者側の状態悪化の懸念 患者の中のプレッシャーや不安 家族の漠然とした負担や不安
	存在感のない患者	落ち着いていてケアの必要がない患者 物静かで目立たない患者 患者のことをほとんど知らない
旧態依然とした慢性期病棟の風土	長期入院に対する違和感の薄れ	長期入院が不思議ではない 安定すると退院しづらい 患者がいることが当たり前 退院支援の課題を言語化できない
	看護チーム全体のモチベーションが高まらない	病棟内での優先度は低い 成果や変化が見えにくい 評価が得られずやりがいがない 患者から期待されていない
	退院支援における看護は未確立	ケアニーズが捉えづらい 期間的目標が立てられない 目標設定があやふや 患者の意思を確認し具体的に支援する知識・技術がない 家族へのアプローチ方法がわからない 他職種と連携する具体的方法がわからない
	安定＝変化なし	成果や変化が見えづらい 病状は安定している セルフケアレベルは維持されている
旧態依然とした慢性期病棟の風土	収容主義の後遺症	一生病院で面倒をみるという約束 精神病・精神病院に対する偏見 家族が可哀想＝面倒は家族がみるべき
	病棟内のヒエラルキー	医師主導の医療 医師と対等に話ができない 患者は蚊帳の外
	閉じている病院	世間から隔離されている医療者 外部の人を受け入れない病院 社会に出る機会が制限される
	看護体制の限界	機能別看護体制に伴う限界 退院支援のための時間がない 勤務交代によるケアの中断 問題志向型看護の限界

目指して失敗できない』といった〈私のためらい〉を引き起こしていた。さらに、患者のなかに、退院について[具体的なイメージがもてない][家族への遠慮]など〈患者のためらい〉があると認識しており、これらが相まって、退院という【変化への抵抗】が生じていた。

③困難の背景要因

上記の①②の負のプロセスには、精神科医療現場特有のかつてのシステムや文化に付随する【旧態依然とした慢性期病棟の風土】が背景要因として影響していた。

看護師は、[一生病院で面倒をみるという約束][精神病・精神病院に対する偏見]など、かつての精神科病院の<収容主義の後遺症>や、[世間から隔離されている医療者][社会に出る機会が制限される]など<閉じている病院>の状況が退院支援を難しくしていると実感していた。また、退院支援にはチーム医療が不可欠とされていても実際には[医師主導の医療][患者は蚊帳の外]など

<病棟内のヒエラルキー>が存在しており、それが看護師の諦めにつながっていた。そして、[機能別看護体制に伴う限界][勤務交替によるケアの中断]など現行の<看護体制の限界>も退院支援を行うための十分な時間を確保できないことや支援の中断などに影響していた。

2) 退院支援上の困難への対処

①患者・家族へのアプローチの工夫

看護師は、[患者の声を聴く][患者の意思を把握するためのコミュニケーションの工夫]など<患者の意思を確認・尊重>する姿勢で、[患者と共に退院に向けてできることを探索]したり、[患者とケアプランを共有]したりするなど<患者と共に取り組む退院支援>を試みていた。また、疎遠になりがちな家族に対して、[患者の現状を知らせ理解を得る][患者の良い面を家族にアピール]するなどして<患者の現状を家族に明示>するようにしていた。これらは、病棟内で存在感が薄れがちな【患者の可

表3 ニューロングステイ患者を対象とした退院支援上の対処

カテゴリ	サブカテゴリ	概念
惰性的ケアの解除	見方を変えて新しい可能性を探索	患者の強みの発見 多方面からの可能性の検討
	退院をイメージしてできることから	退院を目指して今できること 退院後の生活を具体的にイメージ 現在できていることの維持・充実
患者の可視化	患者の意思を確認・尊重	患者の声を聴く 患者の意思を把握するためのコミュニケーションの工夫 患者の意思・希望の尊重 患者の自己決定の促進
	患者と共に取り組む退院支援	患者と共に退院に向けてできることを探索 患者とケアプランを共有 看護の意図の伝達 日常的ケアを通じた信頼関係の構築
	患者の現状を家族に明示	患者の現状を知らせ理解を得る 患者の良い面を家族にアピール
抵抗・緊張の緩和	焦らず段階的なすすめ方	無理しなくて良いことを伝達 スモールステップの積み重ね 看護師が焦ることなく長期的視野をもつ
	安心して失敗できる土壌作り	患者が安心してトライ&エラーできることを保障 看護師自身が失敗しても大丈夫と思える 不調時はいつでも入院できることを家族に伝達
	家族をほぐす	家族と対面できる機会の設定 家族の不安や心配の傾聴 患者と家族の妥協点を探索
	退院に向けて支える信念の宣言	退院を目標に支援することを医師に表明 退院を目標に支援することを患者に表明
突破口の模索	看護師からの歩み寄り	医師に根気よく働きかけ巻き込む 他職種に声をかけて連携
	変化の兆しを糧として評価	患者の本音が見えてきた 患者と協働できるようになってきた 看護チームで退院支援の話がしやすくなってきた 働きかけで家族も少しずつ理解するようになってきた 医師の方針も少しずつ変化している
組織の耕作	組織的に取り組む仕組み作り	退院支援委員会の創設 円滑に活動するための根回し 業務の一環としての位置づけ
	看護チームの建設的な雰囲気	退院支援に向けた前向きな空気 看護チームのなかで変化や気づきの共有

視化】につながっていた。

また、退院の目処が立ってなくても現状を踏まえた上で[退院を目指して今できること]や[現在できていることの維持・充実]など、患者に対して<退院をイメージしてできることから>始めていた。同時に、問題志向や先入観を排除して[患者の強みの発見][多方面からの可能性の検討]といった<見方を変えて新しい可能性を探求>しようとしていた。これらのアプローチは、これまで漫然と行われてきた【惰性的ケアの解除】につながるものであった。

②退院支援に取り組む関係者間の対立の低減

患者を含むチーム全体が安心して退院支援に取り組めるように、[スモールステップの積み重ね]を意識し、[看護師が焦ることなく長期的視野をもつ]など<焦らず段階的なすすめ方>を心がけていた。また、[患者が安心してトライ&エラーできることを保障]し、[看護師自

身が失敗しても大丈夫と思える]のような、<安心して失敗できる土壌作り>をしていた。さらに、[家族の不安や心配を傾聴]し、[患者と家族の妥協点を探索]するなどして<家族をほぐす>ことで、退院支援に取り組む関係者の【抵抗・緊張の緩和】を図っていた。

③意識改革と環境整備

看護師は、チームで退院支援に取り組むことを意識し、[退院を目標に支援することを医師に表明][退院を目標に支援することを患者に表明]など<退院に向けて支える信念の宣言>をしていた。また、[医師に根気よく働きかけ巻き込む][他職種に声をかけ連携]するなど、支援プロセスのなかで対立や齟齬が生じた相手に対しては<看護師からの歩み寄り>を試みていた。さらに、[患者の本音が見えてきた][看護チームで退院支援の話がしやすくなってきた]など患者、家族、看護チーム、医師などに生じた<変化の兆し>を退院支援の糧として評価し、

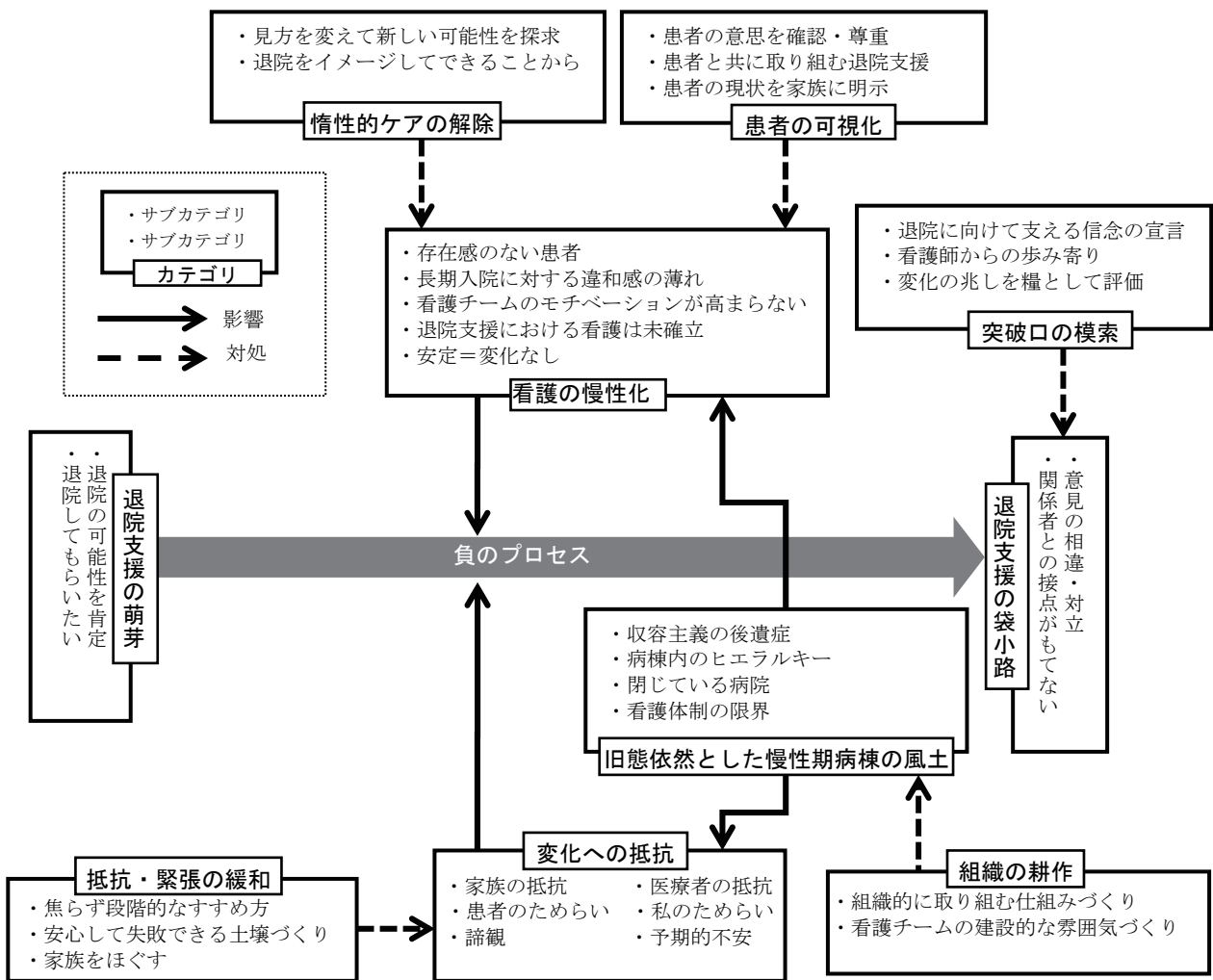


図1 精神科ニューロングステイ患者を対象とした退院支援上の困難

停滞する退院支援の【突破口の模索】を試みていた。

そして、病棟内での[退院支援に向けた前向きな空気][看護チームのなかで変化や気づきの共有]といった<看護チームの建設的な雰囲気作り>を通してチーム全体のモチベーションを高める努力と共に、[退院支援委員会の創設]や[円滑に活動するための根回し]など<組織的に取り組む仕組み作り>を行い、【組織の耕作】のための活動となっていた。

これらの活動は硬直した医療者の意識と環境の変革を目指していた。

3. 全体構造

入院1～5年の患者に対する退院支援における困難の体験は、看護師の【退院支援の萌芽】は【退院支援の袋小路】に帰結するという負のプロセスを踏んでいた。このプロセスには、看護の停滞状態が続く【看護の慢性化】と、医療者、患者、家族が退院を拒む【変化への抵抗】が退院支援の阻害要因として影響していた。さらに、これらの背景には、精神科医療現場特有のかつてのシステムや文化に付随する【旧態依然とした慢性期病棟の風土】が影を落としていた。

他方、看護師は困難だけでなく退院支援に向けてなんとか困難を乗り越えようと努力もしていた。【患者の可視化】と【惰性的ケアの解除】は【看護の慢性化】を打開し、【抵抗・緊張の緩和】は【変化への抵抗】を低減するための対処であった。また、【突破口の模索】は【退院支援の袋小路】を切り開き、【組織の耕作】は【旧態依然とした慢性期病棟の風土】を変革するための試みであった。

IV. 考察

本研究で得られた精神科ニューロングステイ患者の退院支援上の困難の構造について、関連する先行研究と比較しながら検討し、困難を踏まえた看護のあり方について検討する。

1. 潜行する看護の停滞

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る¹⁶⁾とされる。ニューロングステイ患者を対象とした調査でも、入院が長期化するなかで患者は病と対峙する状況に否応なく置かれ、入院生活に適應せざるを得ないこ

とが示されている¹⁷⁾。本研究において、看護師はニューロングステイ患者の状態について、変化がみられず安定していると捉えていたが、これは上記の入院の長期化によって病棟内で安定せざるを得ない患者の状況と一致するものである。

また、看護師にとってニューロングステイ患者は病棟のなかで存在感のない患者となっていた。これは、入院の長期化により、入院生活に適應し安定しているように見える患者が次第に看護師の視野から消えてしまう、いわゆる消える患者現象¹⁸⁾に陥っているといえよう。患者の存在が看護師の眼に見えなくなることから、次第に長期入院に対する違和感が薄れ、看護チーム全体のモチベーションが高まらない状況を招いていたと考えられる。このような看護の慢性化は、今回背景要因として明らかになった、外部との交流が乏しい病院の閉鎖性や看護体制の限界などの影響から、潜行しながら長期間かけて蓄積していくと推測され、入院の長期化は患者だけでなく看護にも深刻な影響を与えていると考えられる。

本研究で示された、患者の意思を尊重し共に退院支援に取り組み、見えなくなった患者を可視化するケアや、惰性的になっていたケアについて新しい可能性を探求し、できることから始める試みは、看護の慢性化を食い止める一助となるであろう。しかし、ニューロングステイ患者への退院支援における看護が確立されておらず、患者や家族にどうアプローチして良いかわからないという状況も含まれたため、ニューロングステイ患者の特徴を踏まえたアプローチを工夫していく必要がある。

2. 患者の希望と退院支援の葛藤

看護師は、担当するニューロングステイ患者について退院できるのではないかと判断しても、患者が退院の意向を明確に示さず戸惑いをみせると、それ以上は積極的に進められない現状があった。このことから、看護師は、患者のためらいを「退院したくない」という意思表示として受け止め、患者の意向を尊重するという観点から退院支援を中断するという判断を下す傾向にあることが予測される。しかし、ニューロングステイ患者を対象としたアンケート調査 (n=103) では、8割以上が退院を考慮し退院を希望しており¹⁹⁾、同じくニューロングステイ患者を対象としたインタビュー調査では、退院への明確な希望が存在することと同時に退院に向けて心理的葛藤が

あるために退院の具体化を保留することが示されていた²⁰⁾。このことから、ニューロングステイ患者のためらいは、必ずしも退院拒否の意思表示ではないと考えられるが、そこに看護師の捉える患者の意向との齟齬が生じていると思われる。

以上のことから、ニューロングステイ患者は本人が明確に退院希望を述べなかった場合でも、退院希望が潜在している可能性があることを前提として、患者の思いや意向について時間をかけて丁寧に傾聴し、看護師が捉えた患者の意向との齟齬を解消していく必要がある。また、ニューロングステイ患者を対象とした先行研究では患者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²¹⁾ため、患者－看護師関係を真摯に検討し信頼関係構築のための努力を継続することが重要である。

3. 家族の意向との対立

ニューロングステイ患者の退院支援において、退院に対する様々な家族の抵抗に遭い、家族と接点がもてない状況や家族との敵対関係に陥ると、その先の打つ手が無い苦しい状況となっていた。これら家族との軋轢には、背景要因として明らかになった、一生病院で面倒をみる約束が家族と交わされていたことや、医療者のなかにある面倒は家族がみるべき（だから家族が可哀相）という考え方が影響していると考えられる。入院患者の家族を対象とした調査（n=612）では、入院6ヶ月未満では「早く退院してほしい」家族は52.4%、「退院は考えていない」家族は6.1%であるのに対し、入院5年以上になると「早く退院してほしい」家族は9.4%、「退院は考えていない」家族は39.0%となり、入院が長引くほど退院に肯定的な家族は減少していた²²⁾。また、入院3年以上の家族を対象とした調査（n=46）では、73.5%が退院後の受け入れに消極的であった²³⁾。そのため、本研究結果のように、入院が1～5年であっても患者と家族の関係は疎遠になる場合があり、結果的に病院と家族の間のコミュニケーション、意思疎通、情報交換の機会が徐々に減少することにつながり、退院支援を行う際の家族との溝を深める原因と成り得る。

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²⁴⁾。本研究で示された「家族が可哀相」という医療者の考えは、実は患者の面倒は家族が見るべきであるという考えと表裏一体であったが、まずはこのパターンリズムを排除すべきであろう。そして、家族は敵対する関係ではなく、共に患者をサポートする存在であり、ケアの対象でもあるということを再認識することが重要である。そのため、本研究結果の、患者の現状を家族に明示する、家族と対面できる機会を設定する、家族の不安や心配を傾聴する、患者と家族の妥協点を探索するといった試みは、緊張し頑なになってしまった家族をほぐし、家族との対立を低減する上でも有用であると考えられる。ただし、反対する家族のもとに退院することは患者にとっても容易なことではないため、退院の可能性を閉ざさないよう家庭以外の退院先についても患者と家族と共に検討していくことも必要であろう。

4. 退院支援を巡る専門職間の対立

看護師は、退院支援を開始しようと思っても、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てしまい、その時点で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。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浮上している²⁵⁾。また、これらの問題に影響する要因として、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といった連携上の障壁²⁶⁾の存在が示唆されている。こと精神科病棟においては、病院という閉鎖的な空間のなかでかつての収容主義の名残りや職種間のヒエラルキーなど、日本の精神医療現場に残存する特有の風土や文化がそれらの障壁に色濃く影響していると思われる。

そのため、今回明らかになった、組織的に退院支援に取り組む仕組みや病棟内での建設的な雰囲気作りといった組織を耕すような動きは、凝り固まった組織文化に風穴を開ける一助となると考える。しかし、トップダウンで一気に改革することが期待できない場合は、看護師一人で行うのは困難で更なる軋轢を生みかねない。そのため、少しずつ仲間を見つけて新しい精神科病棟の土壌を創造していく地道な努力を続けていくことが大切であると考えられる。

また、退院という変化への医療者の抵抗には、医療者

自身の諦観や病状悪化を恐れる予期的不安が影響しており、退院を支援しようとする看護師との考え方に齟齬が生じていた。今回、看護師自身の退院支援の意向を他職種に宣言したり、看護師から歩み寄る努力がなされており、これらは他者との意見の相違や対立への有用な対処となり得る。他方、これらの対立は、それぞれの立場や、患者の状態の捉え方や患者の地域生活のあり方に関する考え方の相違に由来していることから、それぞれが自身の信念に疑義の余地を持たず、矛盾する信念に直面することで陥る信念対立²⁷⁾の問題として捉えることもできる。信念対立は解消するのは難しいが、解消には至らずとも、どのような信念対立に陥っているのか客観的に分析することで、建設的に第三の道を模索することも可能になるだろう。看護師には、退院支援に伴う変化への抵抗を様々な角度から点検し、吸収・緩和する方法を模索していくことが求められる。

V. おわりに

本研究では、入院期間1～5年のニューロングステイ患者を対象とした退院支援において看護師が体験している困難の構造化を試みた。これまで、長期入院患者の退院の困難要因は、患者や家族の問題という文脈で語られることが多かった。しかし、今回看護師が退院支援の際に、どのような困難を感じたり対処をしたりしているのかを看護師の視点から捉えることで、看護する側の問題、患者・家族・医療者の変化への抵抗、精神科医療に蔓延る歴史的な課題が患者の退院支援を阻んでいる要因として示され、ニューロングステイ患者の退院支援をすすめていくための新しい視点を提示できたと考える。これらの困難は時間の経過と共に解決していくことが難しくなることが示唆されるため、できるだけ早く困難の構造を捉え、対処していくことが重要である。

ただし、今回の研究参加者は6名と限定されているため、今後も対象数を増やして検討し、結果を精練していく必要がある。また、ニューロングステイ患者を対象とした先行研究の結果とあわせて、ニューロングステイ患者に焦点を当てた退院支援のために具体的なアプローチを提示し検証していくことも課題である。

謝辞

本研究にご理解とご協力を賜りました研究協力者の皆様に感謝申し上げます。

なお、本研究は科学研究補助金若手研究(B)の助成を得て行った研究(課題番号:19791742)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) 精神保健福祉白書編集委員会：精神保健福祉白書2012年版 東日本大震災と新しい地域づくり，初版；186，中央法規，2011.
- 2) 厚生労働省：「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最終報告），2012-07-24，<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>
- 3) F.N.ワッツ，D.H.ベネット編，福島裕，兼子直，伊勢田堯ほか訳：1990年代への精神科リハビリテーション，精神科リハビリテーションの実際①臨床編，初版；1-39，岩崎学術出版社，1991.
- 4) 松枝美智子：精神科超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因－日本版治療共同体における看護師の変化－，日本精神保健看護学会誌，12(1)；45-57，2003.
- 5) 高橋香織，片岡三佳，長瀬義勝，他：精神疾患をもつ長期在院患者の社会復帰に向けての看護実践と課題（第二報）－職位による看護職の認識－，岐阜県立看護大学紀要，7(1)；11-19，2006.
- 6) 田嶋長子，島田あずみ，佐伯恵子：精神科長期入院患者の退院を支援する看護実践の構造，日本精神保健看護学会誌，18(1)；50-60，2009.
- 7) 宇佐美しおり，富川順子，深沢裕子，他：長期入院予備軍の精神障害者へのインテンシブ・ケアマネジメントモデルの開発に関する予備的調査－医療チームの役割と精神看護専門看護師の役割－，熊本大学医学部保健学科紀要，2；65-72，2006.
- 8) 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.
- 9) 石川かおり，岩崎弥生，小宮浩美，他：精神科長期入院患者の退院支援の状況－入院期間1～5年未満の患者を対象としたアンケート調査．日本看護科学学会学術集会講演集，

- 29 ; 502, 2009.
- 10) 西條剛央：ライブ講義質的研究とは何かSCQRMベーシック編，初版；60-71，新曜社，2007.
- 11) 木下康仁：ライブ講義M-GTA実践的質的研究法；修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて．弘文堂；15-120, 2007.
- 12) アンセルム・ストラウス，ジュリエット・コービン著，操華子，森岡崇訳：質的研究の基礎ーグラウンデッド・セオリー開発の技術と手順，第2版；170，医学書院，2004.
- 13) 戈木クレイグヒル滋子：ワードマップ グラウンデッド・セオリーアプローチ理論を生み出すまで，初版；143-144，新曜社，2006.
- 14) 前掲11) 223-229.
- 15) 前掲10) 231-235.
- 16) 小出水寿英，美王真紀：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；39-47，2006.
- 17) 前掲8) .
- 18) 中澤正夫：精神看護のための50か条，初版；67-68．萌文社，2005.
- 19) 前掲9) .
- 20) 前掲8) .
- 21) 前掲8) .
- 22) 白石大介：精神障害者へのスティグマ - ソーシャルワークリサーチからの報告，第1版；149，中央法規出版，1994.
- 23) 布川征一郎，真野ゆり子，田村博之：長期在院患者の家族および患者の退院を阻む要因，日本精神科看護学会誌，44(1)；493-496，2001.
- 24) 坂田三允：家族と暮らす，長期在院患者の社会参加とアセスメントツール（坂田三允総編集），第1版；33-34，中山書店，2004.
- 25) 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；91-97，2007.
- 26) 松岡千代：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)；17-37，2000.
- 27) 京極真：医療関係者のための信念対立解明アプローチーコミュニケーション・スキル入門，初版；3-11，誠信書房，2011.

(受稿日 平成24年 9月20日)

(採用日 平成24年12月12日)

Experience of Nurse's Difficulties in Discharge Support for New Long-stay Psychiatric Patients

Kaori Ishikawa, Reiko Kuzuya

Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

Abstract

The objective of this study is to structurally elucidate the difficulties and strategies experienced by nurses during discharge support for new long-stay patients who undergo psychiatric hospitalization for a period of one to five years. The data was collected through a semi-structured interview that lasted an average of 74.66 min. per nurse. With the participants' permission, the interviews were recorded and transcripts made. Modified grounded theory approach (M-GTA) was utilized for the analytical framework, and structural-construction qualitative research method (SCQRM) for the meta approach.

From the results of the analysis, five categories and nineteen subcategories were created from sixty-seven concepts related to difficulties, and five categories and thirteen subcategories were created from thirty-eight concepts related to coping methods. The experience of nurses in discharge support for new long stay psychiatric patients was structured on the basis of an examination into the relationship between these categories.

In difficulties related to discharge support, "the chronicity of nursing", in which the stagnant state of nursing continues when hospitalization is prolonged, was raised as an issue. Medical professionals, patients, and families also showed "resistance to change" in regard to discharge. Furthermore, the "outdated climate of chronic phase wards" associated with culture and the psychiatric care field-specific system was an influencing background factor. This then became a factor blocking the flow of discharge support, and the "development of discharge support" for new long stay patients resulted in the "dead-end of discharge support."

On the other hand, the discharge support strategies employed by nurses became coping methods for the above difficulties, and it became clear there was a structure where discharge support was facilitated while reducing difficulties. In other words, the "cancellation of inertial care" and the "visualization of patients" were an attempt to mitigate the "chronicity of nursing." "Easing resistance and tension" reduced "resistance to change," "searching for a breakthrough" confronted the "dead-end of discharge support" without giving up, and "cultivating organization" was an effort to reform the "outdated climate of chronic phase wards."

Keywords: new-long-stay patients in the psychiatric ward, discharge support, experience of nurse's difficulties