

## 〔研究報告〕

精神科急性期治療期間を超過した患者のさらなる入院長期化を  
防止するために必要な看護

葛谷 玲子 藤澤 まこと

Nursing Required to Prevent the Prolonged Admission of Patients Who Have Exceeded  
the Acute Phase Treatment Period for Psychiatric Care

Reiko Kuzuya and Makoto Fujisawa

## 要旨

本研究は、精神科急性期治療期間を超過した患者を受け入れる機能を有するある一病棟において、入院3ヵ月以上1年未満で退院した事例に対して実施された看護や看護師の認識、退院患者の思いを明らかにし、そこから急性期治療期間を超過した患者のさらなる入院長期化を防止するために必要な看護を検討することを目的とした。

退院患者に対して実施された看護は〔患者に積極的に関わり、話を聴き、思いを捉えた上での説明・提案等の対応〕、〔身体・精神症状の軽減と安全の確保〕、〔日常生活上のセルフケア不足への介助〕、〔身体・精神上の健康問題に対する自己管理能力の向上〕、〔肯定的な評価〕等の9つに整理された。また、看護師の認識として〔適切な時期が来たら退院できる〕、〔退院は難しい〕、〔服薬自己管理は無理〕、〔すぐに再入院するかもしれないが退院できるうちにした方がよい〕等11の内容が明らかとなった。さらに、退院患者の思いとして〔看護師と会話ができて良かった〕、〔話を聴いてほしい〕、〔看護師には退院希望を言わない〕等29の内容が明らかとなった。

検討の結果、急性期治療期間を超過した患者のさらなる入院長期化を防止するための具体的な看護実践内容9つと看護師に必要な姿勢2つを合わせて11の看護が必要だと考えられた。その看護は、〔積極的に退院支援に取り組む姿勢〕、〔患者の力を信じる姿勢〕、〔患者に積極的に関わり、話を聴き、思いを捉えた上での説明・提案等の対応〕、〔肯定的な評価〕、〔退院を視野に入れてのアセスメント〕、〔身体・精神症状の軽減と安全の確保〕、〔日常生活上のセルフケア不足への介助〕、〔身体・精神上の健康問題に対する自己管理能力の向上〕、〔退院に関する思いや認識の確認と退院に向けた練習・具体的準備への支援〕、〔多職種間・看護師間で連携し援助方針の検討・提案・情報共有〕、〔家族の思いの把握と家族間調整〕であった。

キーワード：入院長期化防止、退院支援、精神科急性期治療期間

## I. はじめに

わが国の精神保健医療福祉改革は、「入院治療中心から地域生活中心へ」という基本方針のもと、入院の短期化を図るとともに長期入院患者の退院支援が進められており、改革の成果として精神病床の平均在院日数が年々している。しかし、1年以上の長期入院患者のうち毎年約5万人が退院しているものの新たに毎年約5万人が1

年以上の長期入院に移行している（厚生労働省，2014）。したがって、入院の短期化、長期入院患者の退院支援に加え、診療報酬上の精神科における急性期治療期間である3ヵ月を超過した患者のさらなる入院長期化を防止することが看護においても重要である。

先行研究では、田上（1992）や新村ら（2006）などにより入院患者が3ヵ月以内に退院できるか否かに関連す

る要因が明らかにされている。宇佐美ら（2011）は、入院3ヵ月以上の患者と退院後3ヵ月以内に再入院する患者を長期入院患者予備軍として、修正版集中包括型ケア・マネジメントを実施、評価している。しかし、入院3ヵ月を超過した患者に対する入院長期化を防ぐための看護は十分に明らかにされていない。

そこで、入院3ヵ月を超過した患者を受け入れる機能をもち、その患者に対する退院支援における看護に課題を抱えていることが確認できたある一病棟に大学に所属している筆頭筆者が研修生として関わり、その看護実践現場での課題や看護の現状を踏まえて、精神科急性期治療期間（以下、急性期治療期間とする）を超えた患者のさらなる入院長期化を防止するための看護について明確にするための研究を行った。この研究の第一段階では、急性期治療期間を超えた患者のさらなる入院長期化を防止するための看護に関するある一病棟での課題を明確化し、第二段階では、退院事例を基に急性期治療期間を超過した患者のさらなる入院長期化を防止するために必要な看護を検討した。第三段階では、第一段階と第二段階の結果を踏まえて、さらに必要な看護を明確化したうえで、その看護内容を基に事例の展開を行った。第四段階では、第三段階までの取り組みを振り返り、入院長期化を防止するために必要な看護内容を洗練し、その看護を病棟において定着・継続して実施するための方法について検討した。本稿は、退院事例を基に急性期治療期間を超過した患者のさらなる入院長期化を防止するために必要な看護を検討する第二段階に該当する。

そこで、本稿では、入院3ヵ月以上1年未満で退院した事例において実施された看護や看護師の認識、退院患者の思いを明らかにし、そこから急性期治療期間を超過した患者のさらなる入院長期化を防止するために必要な看護を検討することを目的とした。

## Ⅱ. 方法

まずは、筆頭筆者が研修を行った施設から急性期治療期間を超過したが、1年以上の長期入院に至る前に退院した患者（以下、退院患者とする）に対して実施された看護を看護記録や看護師への聞き取りから明らかにした。次に、退院患者を担当していた看護師の認識、退院患者の思いを明らかにした。

データ収集期間は、2012年7月～9月であった。

なお、本研究は修士課程の研究の一部であり、方法の全過程において看護研究に精通した教員2名のスーパーバイズを受けながらすすめた。

### 1. 研修施設の概要

研修施設は、精神科救急病棟あるいは精神科急性期治療病棟を有する精神科病院のうち研修ならびに研究協力の同意が得られた一施設とした。また、その施設内の主に急性期治療期間を超過した患者を受け入れる機能を有し、その患者の看護に課題を抱えていることが看護部長から確認できた一病棟とした。

研修施設は、約580床を有する民間単科精神科病院A病院内の精神一般病棟である閉鎖病棟のB病棟であった。B病棟は、15:1の看護体制で、病床数は54床であった。B病棟で勤務する看護師全員（学生である准看護師は含まず）から研修および研究として取り組む全過程への同意が得られた。看護師は、男性12名、女性6名の合計18名、年齢は30歳代から50歳代、看護師経験年数は2年から20年以上、精神科看護経験は1年から20年以上であった。

### 2. 退院患者に対して実施された看護の明確化

1) 退院患者に対して実施された看護の看護記録からの抽出

#### (1) データ収集方法

看護師に退院が困難、対応が難しいと思われていたが、研修施設から入院3ヵ月以上1年未満で退院し、地域生活が3ヵ月以上継続している患者の最後の入院の全期間の看護記録をデータとした。このように退院した事例において実施された看護は、入院長期化を防止するための必要な看護を検討するうえで参考になるとの考えに基づきデータとした。また、退院後も外来通院、デイケア通所等対象施設とのつながりが継続している、次の研究方法で看護師への聞き取りを実施するため看護師が実施した看護を想起できる、病状の面から研究協力ができると主治医が判断する、本人の同意が得られるという要件を満たす患者とした。

疾患名、入院期間、入院形態等の患者の属性は診療記録から収集した。

#### (2) データ分析方法

看護記録から実施された看護を示す全ての部分を、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てコードとし、グループ化しカテゴリ化した。なお、グループ化の作業において、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（グレッグ,2008）という考えを本稿では採用した。

## 2) 退院患者に対して実施された看護の看護師への聞き取りからの抽出

### (1) 対象者

退院患者が入院していた期間に中心的に関わつた看護師複数名とした。

### (2) データ収集方法

方法2-1)-(1)で整理した実施された看護を看護師に提示し、看護上難しかったこと、大事にしていたこと等を中心に退院患者に対して実施した看護について看護師に個別に聞き取りながら記録したものをデータとした。面接は看護について聞きとるため、プライバシーが保たれる場所に限定せず、対象者の希望に合わせて施設内の面談室やナースステーションの一角で行い、筆頭筆者と対象者の1対1の形で行った。

### (3) データ分析方法

データを意味が読み取れる範囲をひとまとまりとして区切り要約した内容をコードとし、カテゴリ化した。そして、カテゴリを実施された看護を示すカテゴリと看護師の認識を示すカテゴリに分類した。

## 3) 退院患者に対して実施された看護の整理

方法2-1)と2-2)で抽出した実施された看護を示すカテゴリを類似性に基づきグループ化し、抽象度をあげて実施された看護の内容を整理した。

## 3. 退院患者を担当した看護師の認識の明確化

方法2-2)で抽出した看護師の認識を示すカテゴリを用いた。看護師の認識を明らかにするのは、看護師の認識から看護師に必要な姿勢を考察するためである。また、必要な姿勢を検討する理由は、患者に対する否定的な捉え方、あきらめや無関心等の看護師の態度が長期入院患者の退院支援を阻害する（石橋ら,2002）ことから、具体的に実施する看護以外にも看護師の取り組み方、構えなどの姿勢も必要な看護に含まれるという考えからであ

る。

## 4. 退院患者の思いの明確化

### 1) 対象者

方法2-1)で対象とした退院患者とした。

### 2) データ収集方法

入院時に受けた看護や入院生活等に関する思いを明らかにするため対象者に聞き取りを行った。聞き取り項目は、①退院に向けて自身が取り組んでいたこと、②退院に向けて提供された支援（看護）、③希望していたが受けられなかった支援（看護）、④医療者（看護師）との関係、⑤現在の地域生活で感じる困難なこと、⑥現在の地域生活で充実していること、⑦現在の希望や目標としたが、対象者が自由に思いを話せることを優先した。退院患者の思いを明らかにするのは、その思いを基に必要な看護を考察するためであり、病院から地域への医療の移行は患者主体の医療提供の推進を目的としている（OECD,2014）と示されているように退院支援において患者を主体に看護を考えることは必須という考えからである。

面接は、対象者の希望に合わせて利用施設の面談室等プライバシーが保たれる場所で筆頭筆者と対象者の1対1の形で行った。聞き取りの内容をICレコーダーで録音し、逐語録に起こす、あるいは筆頭筆者が対象者の話を聴きながらメモを取り、聞き取り終了後直ちにメモを基に筆頭筆者と対象者の会話を想起し、記録を補完したものをデータとした。

### 3) データ分析方法

データを意味が読み取れる範囲をひとまとまりとして区切り要約した内容をコードとし、カテゴリ化した。また、カテゴリの内容を何に関する思いかという視点で分類した。

## 5. 倫理的配慮

研究への協力を依頼するにあたり、研究目的と方法、協力者の権利（プライバシーが守られる権利、研究協力に同意しない権利、研究協力に一度同意したとしても取り消すことができ、協力の取り消しにより一切不利益は生じない権利）、協力によるメリット・デメリット等について書面と口頭にて対象となる患者、看護師に説明した。また、協力者のプライバシーと匿名性の保障のための方法も説明し、その方法を厳守した。そして、十分な

検討時間を確保した後に書面での同意を得た。特に対象者が退院した患者の場合、研究への協力が治療・療養上問題ないと主治医が判断した患者を研究協力候補者とし、筆者の研究の説明を受けるか否かを強制力が働かないように配慮しながら利用施設のスタッフに確認してもらった。また、面談等において話したくないことは話さなくてよいと伝え、話さなくても不利益は一切生じないと説明し、聞き取り中は患者の疲労等を十分観察し、希望に合わせて適宜中断・中止することとした。

なお、本研究は、2012年6月岐阜県立看護大学大学院看護学研究科論文倫理審査部会の承認（通知番号24-A002-2）を得て実施した。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 退院患者の概要

方法に示した要件を全て満たす退院患者は2名であり、C氏は40歳代後半の男性、主病名は統合失調症であった。最終の入院期間は約6ヵ月、地域生活の継続期間（方法3実施時）は約1年2ヵ月であった。D氏は40歳代前半の女性で、主病名は双極2型障害であった。最終の入院期間は約4ヵ月、地域生活の継続期間（方法3実施時）は約11ヵ月であった。

#### 2. 退院患者に対して実施された看護

##### 1) 看護記録から抽出した退院患者に対して実施された看護

C氏とD氏の看護記録を分析した結果、実施された看護として67のサブカテゴリから23のカテゴリが生成された。分析の過程の一部を表1に示した。実施された看護を示すカテゴリは、【スタッフへの不満や被害的な捉えを傾聴し対応する】、【声をかけたり話を聴き、不満や気がかりなどを確認する】、【退院後も服薬が継続できるように考えを確認し指導する】等であった。

##### 2) 看護師への聞き取りから抽出した退院患者に対して実施された看護

C氏、D氏それぞれに入院中に中心的に関わった看護師各3名に対する聞き取り内容の分析の結果、46コードから26カテゴリが生成された。このうち15のカテゴリは実施された看護を示すものであった。分析の過程の一部を表2に示した。実施された看護を示すカテゴリは、【今後の希望をよく聴く】、【外出や外泊等の希望に対し

て主治医に聞くように伝える】、【肯定的に評価する】等であった。

##### 3) 退院患者に対して実施された看護

結果2-1)と2)の実施された看護を整理した結果、実施された看護は大きく9つの内容に整理された(表3)。実施された看護を〔 〕で示す。その内容は、〔患者に積極的に関わり、話を聴き、思いを捉えた上での説明・提案等の対応〕、〔身体・精神症状の軽減と安全の確保〕、〔日常生活上のセルフケア不足への介助〕、〔身体・精神上の健康問題に対する自己管理能力の向上〕、〔肯定的な評価〕、〔退院を視野に入れてのアセスメント〕、〔退院に関する思いや認識の確認と退院に向けた練習・具体的準備への支援〕、〔多職種間・看護師間で連携し援助方針の検討・提案・情報共有〕、〔家族の思いの把握と家族間調整〕であった。

#### 3. 退院患者への看護における看護師の認識

結果2-2)において看護師への聞き取りの分析から抽出された26カテゴリのうち、11カテゴリは看護師の認識を示すものであった。分析の過程の一部を表2に示した。カテゴリを【 】で示す。

入院当初、看護師には【適切な時期が来たら退院できる】という認識がある一方、【退院は難しい】、【一人暮らしできるとは思わない】という認識があった。そして、【すぐに再入院するかもしれない】、【服薬自己管理は無理】と思ったが【すぐに再入院するかもしれないが退院できるうちにした方がよい】と考え、【退院に際して患者に完璧さを求めない】ようになった。また、【自分が退院させようと思わない】、【退院は別の部署で動いていた】という認識がある一方で【精神保健福祉士のアプローチがあったから連携できた】、【退院支援は一人では無理】と捉えていた。

#### 4. 退院患者の思い

C氏、D氏が語った内容を分析した結果、退院患者の思いとして29カテゴリが生成され、11の内容に分類された。カテゴリを【 】、分類を〔 〕で示す。

退院患者は〔退院に向けての自身の取り組み〕として、【一人暮らしをした方がよいと自分で判断】したり、【一人暮らしのための準備】をすること、【主治医に退院希望を表明】することを行っていた。〔看護師との関係〕については、【看護師とよく話した】、【看護師と会話が



できて良かった】、【退院後も気にかけてもらえる】と思っていた一方、看護師との関係において【女性の看護師が

良い】、【看護師には退院希望を言わない】と捉えている場合もあった。また、〔希望する看護〕として【話を聴

表1 看護記録の分析の一部

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
カンファレンスの日程等を調整し、援助について多職種で検討・決定する	退院に向けてカンファレンスの日程や参加者を受持ち看護師が連絡・調整する	退院に向けて、主治医・訪問看護・福祉・NSでのカンファレンスの日程を受持ち看護師が調整していく予定とする(C)/退院に向けてのケースカンファレンスを主治医、PSW、訪問看護、デイケアに呼びかけ日程を決める(C)
	退院に向けて多職種で検討・決定する	院内・外の多職種と家族で退院調整ケース会議を行い、退院後の生活について話し合い支援内容を決定する(C)/主治医、PSW、デイケアスタッフを含めたケースカンファレンスを行い、薬の自己管理方法や観察項目について確認する。(C)/退院前訪問指導時に、患者、市役所職員3名、弟、PSW、看護師で住宅環境を確認し、具体的に1週間の生活、サービス利用について話し合う(C)/カンファレンスを行い、退院後のサービス利用についてや退院先、関わり方について共有する(D)
	患者への対応方法を検討・決定する	病棟カンファレンスを行い、患者への対応方法を決定する(C)/食事を部屋で食べたいと希望があるが、統一した対応をするため、主治医に報告・相談する(D)
退院後の社会資源利用に向けて具体的な準備を行う	社会資源の利用に向けて見学や説明を受けることをすすめる	主治医から退院後にデイケア通所を指示されていることを患者から聞き、デイケアの説明を聞くことを患者に勧める(C)/デイケアの見学・説明への参加を促す(C)/地域活動支援センターの見学に同行する(C)/明日からデイケアの体験をしていくように説明する(D)
	デイケア体験について確認し、質問への説明やアドバイスをする	デイケアの見学での様子を把握する(C)/デイケアに関する質問に対して説明する(C)/デイケアの感想を聴く(C)/デイケアから早く帰ると入院になるかという質問に対して、早く帰らなくなったらどうすればよいかアドバイスする(C)/デイケアの体験後、患者に話を聴く(C)/退院後のデイケア通所に関する不安を聴いて受容し、無理をしないように伝える(C)/デイケアの説明を受けた患者の反応を把握する(D)
	デイケア通所のための交通手段について提案や確認をする	デイケア通所のための交通手段について提案する(C)/退院後のデイケア通所についての方法や不安の有無を把握する(C)/デイケアの通所方法についての質問を患者から受け、デイケアの資料と一緒に確認する(C)
	社会資源の利用や退院に向けて必要な手続きや介入のため他職種につなぐ	主治医に患者の状況を報告し、今後デイケアの見学・説明を受けても可との指示を受ける(C)/デイケアに関連する申請について不明であるためPSWに連絡をしてPSWからの患者への説明につなげる(C)/退院後のデイケア利用に関する必要な手続きについて主治医に伝える(C)/精神保健福祉士に地域活動支援センターのことを聞きたいという希望を精神保健福祉士に伝え、患者のところへ来る日程を患者に伝える(D)/デイケアの説明、体験を依頼する(D)/PSWと今後の手続きの相談をしたいので連絡してほしい、相談したいと言う患者の話を聴く(D)/PSWにいろいろと聞きたいと言う患者の希望をPSWに連絡する(D)/市役所での相談の結果についてPSWに相談したいと言う患者の希望を受け、担当PSWに連絡をとる(D)/住民票異動の手続きについての疑問に対応するためPSWにつなげる(D)

\*コードの( )内のアルファベットC,DはC氏、D氏それぞれに対して行われた看護を示す。

表2 聞き取り内容の分析の一部

カテゴリ 内容	カテゴリ	コード
看護実施された カテゴリ	同じグループの看護師や上司が受持ち看護師に協力したりアドバイスをする	同じグループの看護師が通院ルートを調べて患者に説明し協力してくれた(C)/管理者、同じグループの看護師に他職種もカンファレンスに参加してもらおうとよいとアドバイスを受けた(C)/同じグループの看護師がデイケアまで公共交通機関で行けることを調べてくれて患者に説明した(C)/退院前にカンファレンスすることを同じグループの看護師が提案した(C)/受け持ちの看護師からカンファレンスで、どういうことを話せばいいかと相談を受けたので、話し合うと良い内容を伝えた(D)
	服薬継続に向けて服薬自己管理や服薬時間について看護師から主治医に提案する	主治医に服薬自己管理を実施して良いか看護師から確認し許可を得た(C)/デイケアで服薬の確認ができるように夕食後薬・就寝前薬を昼食後薬に変更できないか主治医に相談した(C)/主治医にデイケアで服薬確認できるように薬を昼にできないかと言った(C)
看護認識を 示す	適切な時期が来たら退院できる	入退院を繰り返していたので状態が良くなれば自然に退院できる(D)/時期が来れば退院できるとは思っていた(D)
	すぐに再入院するかもしれないが退院できるうちにした方がよい	すぐに再入院するかもしれないが、退院できるうちに退院した方がよいと思った(C)/今を逃したら良い状態が続かずまた悪くなるだろうし、またすぐ入院してくると思ったがもう退院した方がいいのではないかと(C)

\* ( )内のアルファベットは、看護師がどの患者について話したかを示す。

いてほしい】という思いがあった。さらには、【他患者の行動へ介入してほしい】という思いがあったり、〔入院中の苦痛〕として【外に出られないことが苦痛】と捉えていた。〔医師と看護師の関係〕としては、【医師よりも看護師が大変】と捉えている一方で、【医師の指示がないと看護師は動けない】と捉えていた。〔提供された看護〕としては、【身体状況の確認を受けた】、【退院以外の困りごとを聞いてもらった】、【帰院時間を守るよう指導を受けた】、【服薬継続に向けた支援を受けた】ことを認識していた。また、〔現在の地域生活〕において、【日常生活上の問題に対処している】、【療養上の困難に対処している】ことが明らかとなった。〔精神保健福祉士からの支援〕については、【精神保健福祉士の支援による楽さ】があったが、【思っていたよりも精神保健福祉士からの支援が受けられなかった】と捉えていた。また、退院患者は【医師と看護師の連携が大切】と捉えていた。さらに、〔看護師に対する評価〕として【看護師によって対応がまちまち】、【看護師は疾患や状況についてわかっていない】という思いがあった。〔病院に対する評価〕としては、【気分障害の患者にとってこの病院・病棟には入院したくない】という思いがあった。〔現在の地域

生活〕については、【趣味・娯楽が充実している】、【一人暮らしを選んでよかった】と捉えており、【就労が目標】、【年はとりたくない】といったそれぞれの〔現在の希望や目標〕があった。

#### IV. 考察

急性期治療期間を超過した患者のさらなる入院長期化を防止するために必要な看護について、結果を基に先行研究を参考にして検討する。必要な看護には、具体的な看護実践内容だけでなく看護師に必要な姿勢も含むと考え、結果2および4を基に考察する「必要な看護実践内容」と結果3および4を基に考察する「必要な看護師の姿勢」に分けて述べる。

##### 1. 急性期治療期間を超過した患者のさらなる入院長期化を防止するために必要な看護実践内容の検討

〔患者に積極的に関わり、話を聴き、思いを捉えた上での説明・提案等の対応〕については、患者を主体とした看護として特に重要であり、入院長期化を防止するための看護に限らずどの時期、どの対象にも必要である。長期入院患者は、退院後の生活への諦め（奥村ら，2005）があり退院する気持ちにならない（澤田，2008）

表3 退院患者に対して実施された看護

整理された看護の内容	実施された看護を示すカテゴリ
患者に積極的に関わり、話を聴き、思いを捉えた上での説明・提案等の対応	他患者との関係で生じる不満や不安を傾聴し介入する〈結果2-1〉／スタッフへの不満や被害的な捉えを傾聴し対応する〈結果2-1〉／声をかけたり話を聴き、不満や気がかりなどを確認する〈結果2-1〉／治療・検査や入院に伴う不安・不満・拒否・希望について傾聴し説明・提案をする〈結果2-1〉／外出・外泊の希望に対して現状を説明し主治医との話し合いを勧める〈表結果2-1〉／患者に積極的に関わる〈結果2-2〉／今後の希望をよく聴く〈結果2-2〉／外出や外泊等の希望に対して主治医に聞くように伝える〈結果2-2〉
身体・精神症状の軽減と安全の確保	身体症状の軽減を図る〈結果2-1〉／危険行為を防ぎ話を聴く〈結果2-1〉
日常生活上のセルフケア不足への介助	身辺ケアのセルフケア不足の介助をする〈結果2-1〉／活動と休息のバランスに対して支援する〈結果2-1〉／服薬時間の変更による眠気を観察する〈結果2-2〉
身体・精神上の健康問題に対する自己管理能力を向上	疾患理解を高めるために説明や傾聴をする〈結果2-1〉／精神状態悪化時に対応するとともに対処法を指導する〈結果2-1〉／退院後も服薬が継続できるように考えを確認し指導する〈結果2-1〉／身体的問題に対する自己管理能力を高める〈結果2-1〉／服薬自己管理を指導する〈結果2-2〉
肯定的な評価	肯定的に評価する〈結果2-2〉
退院を視野に入れてのアセスメント	退院には退院先、服薬管理、家族の受け入れが関連すると考える〈結果2-2〉
退院に関する思いや認識の確認と退院に向けた練習・具体的準備への支援	退院に関する思いを傾聴し退院可能な状態を説明する〈結果2-1〉／退院に関する認識を確認する〈結果2-1〉／外出・外泊に関する事前準備や評価をする〈結果2-1〉／退院後の社会資源利用に向けて具体的準備を行う〈結果2-1〉／退院を伸ばしたい理由が妥当でないため理由となる事柄の実施は入院中でなくても良いと説明する〈結果2-1〉／退院後に利用する施設の見学ができるようにする〈結果2-2〉／退院予定日を過ぎ心配する患者に大丈夫と伝える〈結果2-2〉
多職種間・看護師間で連携し援助方針の検討・提案・情報共有	他職種と連絡・報告し合う〈結果2-1〉／カンファレンスの日程等を調整し、援助について多職種で検討・決定する〈結果2-1〉／治療方針・患者への対応の仕方などを主治医から聞く〈結果2-1〉／同じグループの看護師や上司が受持ち看護師に協力したりアドバイスをする〈結果2-2〉／他部門と連絡する〈結果2-2〉／カンファレンスで対応について検討する〈結果2-2〉／多職種で退院後の支援について検討する〈結果2-2〉／患者の対応について主治医に確認する〈結果2-2〉／服薬継続に向けて服薬自己管理や服薬時間について看護師から主治医に提案する〈結果2-2〉
家族の思いの把握と家族間調整	弟への不満を傾聴し弟の状況説明や連絡手段の提案をする〈結果2-1〉／家族の認識や希望を把握する〈結果2-1〉

こと、新しい生活を始めることへの不安（奥村ら，2005）や退院後一人で生活することの不安（澤田，2008）を抱えており、患者の気持ちを捉え受け止める（高橋ら，2006；宇佐美ら，2006）、患者の話を聴く（宇佐美ら，2006）等の看護が必要だと明らかにされている。しかし、入院1年を超えて急に退院に対する意欲の低下や不安が増強するのではなく、急性期治療期間を超えてから徐々に意欲の低下、不安の増強が生じると考えられる。そのため、患者の話を聴き、思いを捉えることは看護の基本であり、入院長期化を防ぐために特化した看護でないが、入院長期化を防止するために必要な看護実践内容として示す必要があると考える。また、退院患者の思いとして【看護師とよく話した】、【看護師と会話ができて良かった】等肯定的に捉えていた場合もあったが、【看護師には退院希望を言わない】場合もあった。また、【話を聴いてほしい】、【外に出られないことが苦痛】など患者は様々な思いや苦痛を抱え、話を聴いてほしいと思っていたため、患者の話を積極的に聴くことが重要である。さらに、退院患者は【医師よりも看護師が大変】と思っていた一方で、【医師の指示がないと看護師は動けない】と思っていた。このことから看護師の患者に対する説明の不足や医師の指示がないとできない等の説明をしている可能性が考えられるため、患者に十分な説明をすることが必要と考える。これらのことから、[患者に積極的に関わり、話を聴き、思いを捉えた上での説明・提案等の対応]は急性期治療期間を超えた患者に対して必要な看護実践内容と言える。

[身体・精神症状の軽減と安全の確保]と[日常生活上のセルフケア不足への介助]は、入院直後から必要となる。また、[身体・精神上の健康問題に対する自己管理能力の向上]も宇佐美ら（2003）による急性期の患者に対して行われる、症状悪化の状況を話し合う、患者にとっての薬の意味について話し合うなど本人自身の症状コントロールの方法を知るための看護、田嶋ら（2003）による長期入院患者に対する患者が症状に対処できるよう働きかけという看護と類似した内容であり、どの時期の患者に対しても必要な看護実践内容である。また、退院患者は【服薬継続に向けた支援を受けた】と認識しており、地域生活において【日常生活上の問題に対処している】、【療養上の困難に対処している】ことが明らか

となっていた。このように服薬の継続や退院後も療養生活上で何かあれば他者に相談したり、自分で対処できることを目指し、入院中から退院後の療養生活上の対処能力を高める支援が必要となる。このことは、[身体・精神上の健康問題に対する自己管理能力の向上]に含まれる内容であると考えられる。

[肯定的な評価]は自尊心、自己効力感を高めることにつながるため、どの時期の患者に対しても必要だと考えられる。長期入院患者の退院支援において、自信につなげる（高橋ら，2006）、自尊心を高める（宇佐美ら，2006）という看護が示されているが、急性期治療期間を超えてもなかなか退院できない患者が退院への意欲を維持し、地域生活を送れるという自己効力感をもつためにも必要な看護実践内容であると考えられる。

実施した看護として抽出された[退院を視野に入れてのアセスメント]、[退院に関する思いや認識の確認と退院に向けた練習・具体的準備への支援]は、長期入院患者の退院支援における退院の可能性を査定する、生活用品を準備する、社会資源の活用につなげる（宇佐美ら，2006）、患者が自分で生活できるように一緒に取り組む（田嶋ら，2009）等の看護と一致する内容である。また、精神科ガイドライン（2011）では、退院支援は入院時より始まるといわれ、入院になった患者や家族、とりまく環境をアセスメントし、入院時から退院に向けた看護を展開することが必要であると明示されており、入院時から[退院を視野に入れてのアセスメント]が必要となる。しかし、急性期治療期間を超えた場合には退院を視野に入れることをさらに意識する必要がある。また、[退院に関する思いや認識の確認と退院に向けた練習・具体的準備への支援]は急性期の患者に対しても必要な看護実践内容であるが、具体的準備に含まれる社会資源の利用に関する支援は、急性期治療期間内での退院が困難であった場合により必要性が高まると考えられる。

さらに、精神科ガイドライン（2011）には早期の退院・社会復帰を目指すには、入院当初から多職種によるチーム医療が重要であると示されており、長期入院患者の退院支援でも、多職種間で協力し合う（高橋ら，2006；宇佐美ら，2006）、患者中心に連携する（田嶋ら，2009）等が必要と示されており、[多職種間・看護師間で連携し援助方針の検討・提案・情報共有]はどの時期におい



でも必要だと考えられる。ところで、退院患者は【精神保健福祉士の支援による楽さ】を感じていたが、【思っていたよりも精神保健福祉士からの支援が受けられなかった】とも捉えていたため、精神保健福祉士と連携して患者への説明を行ったり、患者の思いを精神保健福祉士に伝えることが必要であったと考えられる。さらに、退院患者は【医師と看護師の連携が大切】と捉え、【看護師によって対応がまちまち】、【看護師は疾患や状況についてわかっていない】と思っていたため、他職種との連携に加え、看護師間も連携し情報共有や対応の統一をすることが必要であり、[多職種間・看護師間で連携し援助方針の検討・提案・情報共有]が必要であると考えられる。

また、急性期の患者に対して、患者との接し方について家族に助言したり、病気の理解が得られるよう家族に知識提供をするといった家族調整に関するケア(大竹ら, 2006)や長期入院患者に対して、家族の意向を確かめる、家族の負担を減らす、患者への関わり方のアドバイス(宇佐美ら, 2006)等が必要と示されており、[家族の思いの把握と家族間調整]はどの時期でも必要な看護実践内容と考える。しかし、急性期治療期間内に退院できなかった場合、家族に関連する退院困難要因が生じている可能性を考慮し、家族の思いを再確認し、再度アセスメントをするなど家族へのケアを強化する必要があると考える。

このように、急性期治療期間を超えた患者に特化した看護実践内容はほとんどなく、入院時から退院を見据えたアセスメントを行い、必要な看護実践内容を継続することがまずは重要だと考える。また、急性期治療期間を超えた患者に対しては、患者の思いを良く聴き、再アセスメントを基に[肯定的評価]を強化したり、[退院に関する思いや認識の確認と退院に向けた練習・具体的準備への支援]として社会資源の利用を考慮し、[家族の思いの把握と家族間調整]を強化する必要があると考える。

## 2. 急性期治療期間を超過した患者のさらなる入院長期化を防止するために必要な看護師の姿勢の検討

### 1) 積極的に退院支援に取り組む姿勢

看護師は、実際に1年未満で退院でき、地域生活を継続できていたC氏、D氏に対して【退院は難しい】、【服

薬自己管理は無理】などと認識していた。長期入院患者に対する看護師の諦めや症状・問題中心の患者の捉え方などの認知や考えが退院支援を阻害する要因となることが指摘されている(石橋ら, 2002; 石川ら, 2013)が、入院3ヵ月を超えた患者が長期入院に至っていない段階においても、看護師は退院できない患者などと捉えてしまう可能性があることが示唆された。そのため、【退院は難しい】、【一人暮らしできるとは思わない】など患者に対して否定的な捉え方や固定した捉え方をしたり、諦めの気持ちをもつのではなく、【適切な時期が来たら退院できる】などと入院時から退院を視野に入れた看護を展開することが必要であると考えられる。また、医療者が退院後の生活に対する予期的不安を抱きすぎず、時には【すぐに再入院するかもしれないが退院できるうちにした方が良い】と考えて退院を支援する姿勢が必要と考えられる。

### 2) 患者の力を信じる姿勢

C氏、D氏は、看護師に【退院は難しい】と思われていたり、【服薬自己管理は無理】と思われていたが、退院して地域生活を送ることができていた。看護師は、【すぐに再入院するかもしれないが退院できるうちにした方が良い】と考え、【退院に際して患者に完璧さを求めない】など患者を症状・問題中心の捉え方、問題解決志向の見方ばかりで捉えるのではなく、心配な点があっても患者の力を信じて地域生活への挑戦をすすめていく姿勢があったと考えられる。一般的に、看護師は問題解決思考型で看護過程を展開してきた。しかし、アメリカでは問題状況(ウィークネス)をアセスメントして生活問題を捉えたうえでの介入は、対象者のQOLや地域での生活力を十分に高めることができていないことが20年以上前に明らかにされている(白澤, 2009)。また、当事者が地域社会に向かうことを可能にするためには、当事者と彼らを取り巻く社会の負の側面ばかりに注目するのではなく、当事者自身が自分に可能性を感じ、支援者が当事者の可能性を信じるが必要であると言われている(Rapp & Goscha, 2006)。したがって、正確なアセスメントを実施したうえで、患者の問題(ウィークネス)ばかりに目を向けず、患者の力(ストレングス)を見出し、その力を信じることで適切な時期に退院可能な状態と判断することが看護としても必要だと考える。これは、急



急性期治療期間を超えた患者に限らず入院時から必要だと考えられるが、退院が難しい場合には退院を阻害する問題ばかりに着目してしまう可能性があることを考慮し、[患者の力を信じる姿勢]を意識する必要があると考えられる。さらに、退院患者は、【一人暮らしのための準備】や【主治医に退院希望を表明】するなど退院に向けての自身の取り組みをしていたことから、患者主体の支援を行うためにもその取り組みを支持することが必要であり、患者の力を信じる姿勢に関連すると考える。

## V. おわりに

急性期治療期間を超過した患者のさらなる入院長期化を防止するために必要な看護実践内容として[患者に積極的に関わり、話を聴き、思いを捉えた上での説明・提案等の対応]、[身体・精神症状の軽減と安全の確保]、[日常生活上のセルフケア不足への介助]等の9つと、看護師に必要な姿勢として[積極的に退院支援に取り組む姿勢]と[患者の力を信じる姿勢]の2つを合わせた11の必要な看護が考えられた。今後、この入院長期化を防ぐための必要な看護について内容を洗練し、看護の具体的な内容の整理も行い、その看護内容を基に事例の展開を行う研究につなげていく予定である。

なお、本研究は一病棟を対象施設とした研究であり、研究対象者が限られていることから入院長期化を防ぐために必要な看護として一般化するには不十分と考えられるため、対象施設、対象者を増やす等が必要となる。

## 謝辞

本研究にご理解をいただきご協力を賜りました対象者の皆様、病棟看護師をはじめ病院関係者の方々に深く感謝申し上げます。また、本研究をご指導いただいた諸先生方に心より感謝申し上げます。

本研究は、平成25年度岐阜県立看護大学大学院看護学研究科の修士論文の一部に加筆し修正を加えたものである。

## 文献

グレッグ美鈴. (2007). 質的記述研究. グレッグ美鈴, 浅原きよみ, 横山美江(編), 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(pp.65). 医歯薬出版株式

会社.

石橋照子, 川田良子, 曾田教子, ほか. (2002). 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.

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.

厚生労働省. (2014). 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性. 2014-08-20. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo-kushougai-hoken-fukushibu-Kikakuka/0000051138.pdf>

新村順子, 田上美千佳, 長直子, ほか. (2006). 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.

OECD. (2014). Making Mental Health Count The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. 2014-08-10. <http://www.oecd.org/els/health-systems/MMHC-Country-Press-Note-Japan-in-Japanese.pdf>

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-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-, 日本看護医療学会雑誌, 7(1), 34-43.

大竹眞裕美, 大川貴子, 田上美千佳, ほか. (2006). 3ヵ月以内で退院した統合失調症患者に行われたケアと退院後の生活の実際. 日本精神保健看護学会誌, 15(1), 86-95.

Rapp, A. C., Goscha, J. R. (2006) / 田中英樹(2008): ストレングスモデル(第2版), 金剛出版, 東京.

澤田由美. (2008). 統合失調症患者の退院に関する意思決定(第2報)-退院への思いを固め、退院後の生活を描いた体験-, 看護・保健科学研究誌, 8(1), 305-312.

白澤政和. (2009). ストレングスモデルのケアマネジメント-いかに本人の意欲・能力・抱負を高めていくか-(第1版)(pp.2-7). ミネルヴァ書房.

田上美千佳. (1992). 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.

高橋香織, 片岡三佳, 長瀬義勝, ほか. (2006). 精神疾患をもつ長期入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.

田嶋長子, 島田あずみ, 佐伯恵子. (2009). 精神科長期入院患者の

退院を支援する看護実践の構造,日本精神保健学会誌,18(1),  
50-60.

特例社団法人日本精神科看護技術協会政策・業務委員会. (2011).  
精神科ガイドライン2011, 特例社団法人日本精神科看護技術  
協会.

宇佐美しおり,富川順子,深沢裕子,ほか. (2006). 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研究-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.

宇佐美しおり,中山洋子,野末聖香,ほか. (2011). 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.

(受稿日 平成26年 9月 1日)

(採用日 平成27年 2月 2日)

## **Nursing Required to Prevent the Prolonged Admission of Patients Who Have Exceeded the Acute Phase Treatment Period for Psychiatric Care**

Reiko Kuzuya and Makoto Fujisawa

Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

### **Abstract**

The aim of this study was to evaluate a feature of nursing practice for psychiatric patients discharged after a period of hospitalisation between 3 months and 1 year in a ward that admits patients who have exceeded their acute treatment period. Furthermore, this study aimed to explore the nurses' perspectives and the patients' thoughts. The findings were used to investigate the necessary nursing interventions to prevent further prolonged hospitalisation of the patients after the acute treatment period.

The nine types of nursing interventions provided to the discharged patients included 'offering explanations and suggestions based on the understandings of the patients' thoughts by actively engaging with patients and listening to their stories', 'alleviating physical and psychological symptoms and ensuring safety', 'providing assistance for insufficient self-care in their daily life', 'improving self-management abilities for physical and psychological health problems' and 'positive evaluation'. Moreover, the eleven types of nurses' perspectives included 'that the patients should be discharged at an appropriate time', 'reluctance pertaining to discharging the patients', 'a lack of the ability of self-managing their medications' and 'discharging the patients being the better option even if they may be readmitted in a short time span'. The patients' thoughts were described in 29 categories, including 'I appreciate having conversations with nurses', 'I want someone to listen to me' and 'I do not tell nurses my wish of being discharged', etc.

The findings of this study suggested that a total of 11 types of nursing interventions, including nine specific nursing practices and two types of nursing behaviours, were required to prevent a prolonged hospitalisation of psychiatric patients after their period of acute treatment.

These factors were 'an attitude of positively engaging in support for hospital discharge', 'an attitude of believing in the patient's strength', 'positive involvement with the patient, listening to them and offering explanations and proposals based on their thoughts', 'affirmative evaluation', 'assessment taking hospital discharge into account', 'reduction of physical and psychiatric symptoms and securing of safety', 'assistance with lack of self-care in daily lifestyle', 'improvement of self-management of physical and psychiatric health problems', 'confirmation of thoughts and perceptions of discharge and support for practice and concrete preparations for discharge', 'interdisciplinary and inter-nurse coordination and investigation, proposal and information sharing regarding support measures' and 'understanding thoughts of family members and coordination with family members'.

**Key words:** prevention of prolonged hospital stay, discharge support, psychiatric acute-phase treatment period