

〔資料〕

## 精神科長期入院患者の退院支援における家族への看護の検討 —複数施設で実施する事例検討会を通して—

高橋 未来 葛谷 玲子 石川 かおり 松下 光子 北山 三津子

### Family Nursing to Promote the Discharge of Long-term Psychiatric Inpatients: Through the Use of Nursing Case Study Meeting among Plural Mental Hospitals

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

#### I. はじめに

日本の精神医療において入院期間の長期化と社会的入院の問題が指摘されてきたが、現在は「入院治療中心から地域生活中心へ」という基本方針をもとに、患者の退院や地域生活への移行に向けた様々な取り組みが行われているところである。平成25年病院報告によると、岐阜県の精神科病院における平均在院日数は265.8日であり、全国平均の284.7日を下回っている(厚生労働省, 2014b)。しかし、平成23年患者調査を基にした岐阜県の精神科病床における受け入れ条件が整えば退院可能な推計入院患者数は1,000人であり、その入院患者における割合は27.6%と報告され、全国平均の17.1%よりも高い(精神保健福祉白書編集委員会, 2014)。これらから、在院日数は全国平均と比較して短縮しているが、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は多く存在していることが示唆され、このような患者の退院支援を行うことは重要な課題の一つである。この課題解決に向けて、これまで継続して岐阜県内の複数の精神科病院の看護職と岐阜県立看護大学教員とが協力して精神科長期入院患者の退院支援における看護の充実を目指して研究に取り組んできた。

ところで、精神科病院退院患者の退院先の6割以上が家庭であり(厚生労働省, 2012)、患者の77.2%が家族と同居している(全国精神保健福祉社会連合会, 2010)ことから、患者の退院や地域生活には家族の存在が重要な要素の一つとなっている。しかし、看護師は長期入院患者の退

院支援を行う際に、退院に対する家族の抵抗を困難として体験しているが、家族へのアプローチ方法は未確立である状況も示されている(石川ら, 2013)。我々のこれまでの取り組みにおいても、退院支援の際に家族へのアプローチの困難がしばしば浮上していたが、平成22～24年度の取り組みの成果から、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などして、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への移行を促進する一助となり得るという示唆を得た(石川ら, 2014)。そこで、平成25～26年度においては、家族を支援の対象として明確に位置づけて、長期入院患者の退院支援の更なる充実に取り組むこととした。

本稿では、長期入院患者の家族を対象とした退院支援の看護実践事例の分析から退院支援上の課題とその関連要因および実施した看護を明らかにすること、看護職と教員とが協力して行った長期入院患者の退院支援における家族への看護の充実を目指した取り組み後の看護師の認識を明らかにすること、それらを踏まえて長期入院患者の家族を支援の対象とした退院支援における看護について検討することを目的とした。

なお、我が国の診療報酬制度上は3カ月以上を長期入院としているが、精神科の長期入院の定義は研究によって様々である。そのため、本稿では厚生労働省により報告された「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」にある「1年以上精神疾患により入院している精神障害者」（厚生労働省，2014a）という考えに沿い長期入院患者を「1年以上に亘り精神疾患により精神科病棟に入院しているもの」と定義した。

## II. 研究方法

### 1. 取り組み全体の概要

#### 1) 参加メンバー

平成25～26年度に、本研究の趣旨に賛同した県内の複数の精神科病院（平成25年度は5施設、平成26年度は4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）が協働して実施した。年度ごとの参加メンバー数を表1に示す。

#### 2) 取り組みの概要

現地メンバーは、施設毎に入院が長期化している患者とその家族を対象とした退院支援計画を立案し、看護を実施した。そして、年間5回（計10回）の検討会を開催した。基本的には1年を通して1施設につき1事例について継続して検討することとしたが、実際には1年間に2事例を継続して検討した施設や2年継続して同じ事例を検討する施設、1回の検討会毎に検討する事例を替える施設もあった。各施設の看護実践の進捗状況については、資料を用いて報告し、意見交換を行った。検討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に活用し、次の検討会で経過を報告し、新たに出てきた問題点や継続している課題などを話し合うことを繰り返した。検討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。各回の参加者は15～21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精神保健福祉士（以下、PSW）や精神科認定看護師（退院調整）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ができるように考慮した。

また、年度末には、「看護実践の方法として改善できたこと」、「看護師の受け止めや認識」、「複数施設で検討会を行った成果や意義」についてメンバー間で確認し、本取り

表1 年度ごとの参加メンバー数

年度	参加メンバー
平成25年度	5病院から現地メンバー 18名 (うち、管理職メンバー 5名) 大学メンバー 5名 合計 23名
平成26年度	4病院から現地メンバー 14名 (うち、管理職メンバー 4名) 大学メンバー 5名 合計 19名

組みの評価を行った。

### 2. データ収集・分析方法

#### 1) 退院支援上の課題とその関連要因および実施した看護

検討会で取り扱った看護実践事例13例のうち、今回は1年（5回）以上継続して検討し、援助対象者である患者やその家族に何らかの改善や効果的な反応が見られるなど看護の有効性が確認でき、かつ、実施した看護の具体的な内容が検討会で用いた報告用資料から読み取れる事例を分析対象とした。データは、検討会で用いる報告用資料、会議録および報告用資料に具体的な看護が十分に記載されていない場合の口頭での補足説明を大学メンバーが書きとめた記録から収集した。なお、報告用資料作成に関しては、当該検討会までに行った看護と患者や家族の状態・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検討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。

報告用資料の内容を事例毎に熟読し、それぞれの事例の退院支援上の課題を読み取って端的に表現して抽出し、その内容が類似しているものをグループ化し、課題名をつけた。次に事例毎の報告用資料から①退院支援上の課題の関連要因、②実施した看護に関連する記述を抽出し、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。①と②それぞれについて退院支援上の課題毎にすべての事例のコードを併せて、内容が類似するものをカテゴリ化し、誰に起因した関連要因であるか、誰に対して実施した看護であるかという視点から①その課題の関連要因と②実施した看護の関連を確認した。これらの分析の際には、コードに戻って前後の文脈を確認したり、会議録や大学メンバーの記録の内容を参照するようにした。

#### 2) 看護実践研究取り組み後の看護師の認識

各年度末に1年間を通して行った検討会の成果や看護実践について意見交換した際の記録および、「看護実践の方法として改善できたこと」「看護師の受け止めや認識」「複数施設で検討会を行った成果や意義」について把握するために現地メンバーに記載して提出してもらった内容を分析データとした。現地メンバーは単年だけの者もいれば2年継続してメンバーである者もいたが継続年数による認識の変化には焦点を当てず、今回は検討会参加後の看護師の認識を明らかにした。

データを意味内容が読み取れる範囲を一まとまりとして区

切り、意味内容の類似と差異の観点から比較検討し、グループ化したものにカテゴリ名をつけた。そして、カテゴリの内容毎に分類した。

なお、上記1)～2)の分析作業は主として精神科看護の経験および質的研究の経験を持つものを含めた大学メンバー2名で行い、最終的な分析結果についてはさらに3名の大学メンバーを加えて確認した。

### 3. 倫理的配慮

現地メンバーが、対象者である患者とその家族にその趣旨、方法、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障、拒否による不利益を被らないこと、検討会での看護実践の報告の方法、研究成果の公表方法、匿名性と守秘の保障などについて、口頭と文書にて十分な説明を行い、同意書へのサインをも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。

検討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回の検討会終了時に回収し、枚数を確認した上で、施設毎に専用のファイルを用いて厳重に保管した。

なお、本研究は、各施設の看護部長等の管理職を現地メンバーとして含み、組織的了解を得て実施した。また、平成25年7月岐阜県立看護大学倫理審査部会の承認を得て実施した(承認番号0073)。

## III. 結果

### 1. 看護実践事例の概要

分析対象として選定されたのは6事例であった。援助対象者である患者は男性が3名、女性が3名の合計6名で、年齢は10歳代1名、40歳代1名、50歳代2名、60歳代2名であった。診断名は統合失調症が4名、統合失調感情障害が1名、広汎性発達障害が1名で、全員が入院期間1年以上であった。

研究期間中に退院に至った患者はいなかった。しかし、支援開始時に退院に対して抵抗を示したり、患者や医療関係者と疎遠であった家族の状況は、支援後には面談を通して患者や医療関係者と話し合いの場がもてる関係になったり、外泊に向けた協力が得られる等に変化した。また、支援開始時には精神症状に左右されたり、日常生活上のセルフケアが不足している患者もいたが、支援を通して日中活動の増加やセルフケアの拡大につながった者もいた。一方で、支援の期間中に退院に対する意欲が低下した患者も1名いた。6事例の概要を表2に示した。

### 2. 退院支援上の課題とその関連要因、実施した看護

退院支援上の課題とその関連要因および実施した看護について表3に示した。以下、退院支援上の課題を【】、関連要因を〔〕、実施した看護を<>として示す。

退院支援上の課題は各事例から一つずつ抽出され、2つに大別された。1つ目は家族員の健康不安や過去の症状悪化時のエピソードから退院に伴う負担や責任を負うこと

表2 対象とした看護実践6事例の概要

性別	男性：3名 女性：3名	
年齢	10歳代：1名 40歳代：1名 50歳代：2名 60歳代：2名	
診断名	統合失調症：4名 統合失調感情障害：1名 広汎性発達障害：1名	
入院期間	1年以上2年未満：2名 2年以上5年未満：2名 10年以上(最長19年)：2名	
支援開始時の家族(キーパーソン)の状況	定期的な面会があり外出はしているが、外泊や退院には反対(姉妹) 他家族員の介護があるため退院には反対(母) 家族の負担が軽減できる退院を希望(両親) 退院に反対はしていないが、遠方に住んでいるため協力が難しい(姉) 定期的な面会はあるが、退院についての思いは不明(両親) 遠方に住んでおり疎遠(姉弟)	
支援後の家族の変化	家族と患者・医療者との関係性が良い方向に変化した：3名 退院について前向きに考えるようになった：1名 外泊を受け入れられるようになった：2名	
支援開始時の患者の状況	精神症状	病状は安定もしくは症状があってもトラブルはない：3名 症状に左右された言動がある：3名
	日常生活上のセルフケア	日常生活上のセルフケアはほぼ自立：3名 日常生活上のセルフケア不足：3名
	退院についての思い	退院を希望：3名 退院の自信がない：2名 退院についての思いの把握ができない：1名
支援後の患者の変化	日中の活動が増加した：3名 セルフケアが拡大した：2名 退院に対するモチベーションが低下した：1名	

への抵抗があることや、退院に向けた今後の方向性が決まっていなかったこと等に関連した【退院に伴う負担感に対する家族の抵抗から今後の方向性が決まっていなかった】で、2事例から抽出された。この課題について、家族員の身体状態の悪化のために来院できないなどの〔家族の状況により頻回の来院が困難〕を含めた家族に起因する関連要因を3つ、地域生活に対する自己効力感が高いが、実際の日常生活はできていないなどの〔長期入院による日常生活能力の低下〕を含む患者に起因する関連要因を2つ抽出した。また、実施した看護は36コードから15カテゴリを抽出した。

2つ目は患者が自宅で過ごすことで症状により他家族員とトラブルになることを懸念して退院準備として外出や外泊に取り組んでいないことや、家族は患者の症状のため患者を一人にさせられない不安があること等に関連した【家族は退院に反対していないが退院後の生活に不安がある】で、4事例から抽出された。この課題について、他家族員への介護が必要のため患者へのサポートが必要であるが日常的な協力が難しいなど〔患者以外の家族員同士での生活が確立し患者へのサポートが困難〕を含む家族に起因する関連要因を5つ、長期入院により家事などを行う機会がないなどの〔長期入院による自己管理能力の低下〕を含めた患者に起因する関連要因を3つ抽出した。実施した看護は47コードから14カテゴリを抽出した。

以下に退院支援上の課題ごとに関連要因および実施した看護について説明する。

1) 退院に伴う負担感に対する家族の抵抗から今後の方向性が決まっていなかった

家族に起因する関連要因の〔家族の状況により頻回の来院が困難〕に対しては「PSWと一緒に家族の思いや状況を電話や手紙を使って確認する」「患者の将来について考えるきっかけをつくる」等が行われていた。また〔過去のエピソードによる家族の患者に対する否定的感情〕に対しては「患者の現在の状態を伝える」「退院支援を行った他の患者の事例を紹介する」が行われていた。〔家族の状況の変化によるサポート力の低下〕に対しては「精神科医療看護福祉を取り巻く社会的背景を説明」「家族員間の意見の調整」等が行われていた。

患者に起因する関連要因の〔長期入院による日常生活能力の低下〕に対しては「日常生活能力の維持・増進に向けて患者と一緒に考え実施」「社会資源に関する情報

提供」が行われていた。〔対人関係が不得手なことにより、家族との良好な関係がとれない〕に対しては「コミュニケーション方法を振り返る」「患者の思いを聴く」等が行われていた。

2) 家族は退院に反対はしていないが退院後の生活に不安がある

家族に起因する関連要因の〔患者以外の家族員同士での生活が確立し患者へのサポートが困難〕に対しては「家族に外泊を依頼する」「外泊前に外泊中の家族の支援内容を確認し外泊後に状況を確認する」等が行われていた。また〔過去のエピソードによる家族の患者に対する否定的感情〕に対しては「家族を労う」が行われていた。〔症状を抱えた患者の退院後の生活への家族の不安〕に対しては「症状に対する医療者のケアや対応・患者の努力を家族に伝える」が行われていた。〔外泊に関する家族の不安〕に対しては「外泊中にいつでも帰院してよいことを家族に伝える」、〔家族の疾患に関する知識が不十分〕に対しては「家族の疾患に関する知識・理解度を確認し疾患に関する説明を行う」が行われていた。

患者に起因する関連要因の〔精神状態が不安定〕に対しては「症状による不適切な行動や不安の軽減を心理士や作業療法士と共に図る」「症状への対処方法を患者が取得できるように説明や練習の支援をする」が行われていた。また〔外泊に関する患者の不安〕に対しては「外泊前後に患者の話を聴く」「外泊の失敗への不安に対して大丈夫と保障する」等が行われていた。〔長期入院による自己管理能力の低下〕に対しては「日常生活行動や体力づくりを患者のペースでできるように根気よく関わる」「薬の自己管理を支援する」が行われていた。

### 3. 取り組み後の看護師の認識

取り組み後の看護師（現地メンバー）の認識として21のカテゴリを生成し、内容別に7つに分類した（表4）。以下、カテゴリを【 】, 分類を〔 〕として説明する。

看護師は【家族支援の必要性を再認識】し、【家族の支援について考える機会の獲得】【家族の話の傾聴や関わり増加】といった〔家族支援に関する成果〕を実感していた。また、【多職種連携の重要性を再認識】し、【多職種連携による支援の実施】【現地メンバー以外の看護師との協働による支援の実施】といった〔連携に関する成果〕を認識していた。そして【他施設の事例の学びを参考にした自施設

表3 退院支援上の課題とその関連要因および実施された看護

課題	関連要因 〔関連要因の下の箇条書きで示したものは関連要因のデータの一部、 ( )内のa～fはどの事例のデータかを示す〕	関連要因に対して実施された看護 〔( )内のa～fはどの事例で行われた看護かを示す〕
退院に伴う負担感に対する家族の抵抗から今後の方向性が決まっていない	家族の状況により頻回の来院が困難 ・家族員の身体状態の悪化のため来院できない (c) ・忙しくて家族の都合がつかず、面談ができない (f)	・家族の思いや状況を他の家族員から確認する (c) ・患者の将来について考えるきっかけをつくる (c) ・家族の話聞く (c, f) ・PSWと一緒に家族の思いや状況を電話や手紙を使って確認する (f) ・患者自身で退院の意思があることを訴えられるように勧める (f)
	過去のエピソードによる家族の患者に対する否定的感情 ・入院前の症状が悪い時のトラウマがあり患者に対するネガティブな感情表出がある (c) ・患者の地域生活に対する自己効力感の高さへの不信感 (f)	・退院支援を行った他の患者の事例を紹介する (c) ・患者の現在の状態を伝える (c, f)
	家族の状況の変化によるサポート力の低下 ・家族員同士の考えや思いが共有できていない (c) ・高齢による家族が持つサポート力の低下 (f) ・母親が施設に入所し、キーパーソンがきょうだいへ移行した (f)	・精神科医療看護福祉を取り巻く社会的背景を説明 (c, f) ・PSWと協力して社会資源の利用について、メリットとデメリットを含めて説明する (c, f) ・家族員間の意見の調整 (f)
患者に起因	長期入院による日常生活能力の低下 ・長期入院による日常生活能力の低下 (c) ・現実検討能力の低下に関連した地域生活に対する自己効力感が高いが、実際の日常生活はできていない (f)	・日常生活能力の維持・増進に向けて患者と一緒に考え実施 (c, f) ・社会資源に関する情報提供 (f)
	対人関係が不得手なことにより、家族との良好な関係がとれない ・対人コミュニケーションスキルが低下 (c) ・退院への焦りにより家族へ一方的に退院を訴える (c) ・来院できない家族に対して投げやりな発言がある (f)	・コミュニケーション方法を振り返る (c) ・退院支援の進め方についてPSWと説明し、焦らないようにする (c) ・患者の思いを聴く (c, f)
家族は退院に反対はしていないが退院後の生活に不安がある	患者以外の家族員同士での生活が確立し患者へのサポートが困難 ・他家族員への介護が必要なため、患者へのサポートが必要であるが日常的な協力が難しい (a) ・他家族員は仕事があるため、キーパーソン1人への負担が大きい (b) ・母は施設へ入所し、姉は協力的であるが嫁いでいてそれぞれの家族がある (d)	・社会資源の提案・紹介・説明をPSWと一緒にする (a, b) ・家族に外泊を依頼する (d) ・外泊前に外泊中の家族の支援内容を確認し外泊後に状況を確認する (d)
	過去のエピソードによる家族の患者に対する否定的感情 ・過去の患者の状態悪化時のトラウマがあり、今の患者の状態を受け入れられていない (a) ・患者の病状の影響により家族 (兄弟夫婦) は患者への否定的感情がある (d)	・家族を労う (a) ・否定的感情のある家族員の役割調整を協力的な家族員に依頼する (d)
	症状を抱えた患者の退院後の生活への家族の不安 ・以前と状態の違う患者との暮らし (初めての経験) への不安 (a) ・今までも入退院を繰り返していることへの懸念 (a, e) ・退院後の日中活動場所が自宅以外にないことにより退院後の生活に不安を感じている (b)	・症状に対する医療者のケアや対応・患者の努力を家族に伝える (a, b, e)
	外泊に関する家族の不安 ・外出や外泊中の症状により家族に迷惑がかかることへの不安 (e)	・外泊中にいつでも帰院してよいことを家族に伝える (e)
	家族の疾患に関する知識が不十分 ・家族が考える外泊中の目標が患者の状態と乖離している (a) ・疾患や症状への対処方法の理解・知識不足 (b)	・家族の疾患に関する知識・理解度を確認し疾患に関する説明を行う (a, b)
患者に起因	精神状態が不安定 ・患者の精神状態が不安定 (a, b, e)	・症状による不適切な行動や不安の軽減を心理士や作業療法士と共に図る (b) ・症状への対処方法を患者が習得できるように説明や練習の支援をする (a, e)
	外泊に関する患者の不安 ・外泊が上手くいくかどうかの不安 (d) ・外出や外泊による症状悪化への不安 (e)	・外泊の失敗への不安に対して大丈夫と保障する (d) ・外泊前後に患者の話聴く (e) ・外泊中でもいつでも病院に戻ってきてよいことを患者に伝える (e)
	長期入院による自己管理能力の低下 ・長期入院により、家事などを行う機会がない (a) ・入院長期化による自己管理能力の低下 (d)	・日常生活行動や体力づくりを患者のペースでできるよう根気よく関わる (a, d) ・薬の自己管理を支援する (d)

の看護の検討】や【他施設の現状を知ることによる自施設の看護の再考】ができ〔他施設の事例検討からの学び〕を得たことを認識していた。さらに、【自施設の事例に対する意見を参考にした看護の検討】を行ったり、【複数施設の参加者の意見を聞くことによる視野の拡大】を認識するなど〔学習の機会の獲得〕ができていた。また、【メンバー同士での苦勞の共有と励まし】や【メンバーからの刺激】を受けるといった〔メンバー相互の影響〕があった。そして、【看護師が諦めず支援することの重要性を認識】し、【今後の退院支援・家族支援への意欲】や【カンファレンスの充実を図る意欲】といった〔看護師の肯定的変化〕がみられた。一方で、【連携に関する課題の再認識】や【退院支援・家族支援の困難さの再確認】といった〔課題・困難に関する気づき〕も得ていた。

#### IV. 考察

結果を踏まえて、長期入院患者の家族も支援の対象とした退院支援における看護について、検討する。

##### 1. 家族の負担感に伴う抵抗を緩和する

退院支援上の課題として示されたように、家族は患者の

過去の病的なエピソードなどから患者に対して否定的な感情を持っていたり、自分の身体状態の悪化や加齢などによってサポート力が低下していたりすると、患者が退院することについて様々な負担を感じ、退院支援に対する抵抗を示していた。こうした状況から、病院に来ること自体も難しくなっている家族の場合には、家族と今後の方向性を話し合うことも難しく、家族からの来院を待つといった受け身の姿勢では支援が進まないことが推測できる。今回の取り組みでは、まずは家族の思いや状況を確認したり、家族だけでケアを行い負担を背負わなくても良いように社会資源について説明をしたり、否定的な感情を和らげるために患者の現在の状態を伝えるなどの看護を実施することで、家族の話の傾聴や関わりが増加したことを取り組み後の看護師の認識から確認できた。さらに、患者の日常生活能力を維持・増進していくこと、患者と家族が良好な関係を構築できるように患者に支援を行ったことで、家族が感じる負担を間接的に減少することができたと考える。これらは家族の負担感に伴う抵抗感を和らげる働きがあり、その結果、家族の退院に対する姿勢や考え方の肯定的変化に繋がったと考える。現在の長期入院患者の退院支援においては、家族支援の体制が未

表4 取り組み後の看護師の認識

分類	カテゴリ	データ (一部抜粋、()内のA～Eはどの病院のデータかを示す)
家族支援に関する成果	家族支援の必要性を再認識	・退院の受け入れ拒否が強い家族の事例が多く、家族への支援の難しさも感じたが、それ故に家族への働きかけ・支援がとても必要であることを意識できた。(B)
	家族の支援について考える機会の獲得	・他施設からの意見や大学が準備した資料を基に、家族支援に関する取り組みについて再考する良い機会となった。(B)
	家族の話の傾聴や関わりの増加	・母親に対してよく話を聞くようになった。(A)
連携に関する成果	多職種連携の重要性を再認識	・退院支援を行う上で、1人で支援をするのではなく、病棟内の協力や多職種のカンファレンスなどの重要性が分かった。(D)
	多職種連携による支援の実施	・多職種カンファレンスが病棟で少しずつ始められるようになってきている。(D)
	現地メンバー以外のスタッフとの協働による支援の実施	・メンバーや協力者の取り組みを見た他のスタッフが、母親との関わりを持つようになったことを実感できた。(B)
他施設の事例検討からの学び	他施設の事例の学びを参考にした自施設の看護の検討	・慢性期患者を対象とした事例のため、各施設が抱える問題点は共通したものが多く、取り組みにおいて参考となるものも多く得られた。(B)
	他施設の現状を知ることによる自施設の看護の再考	・病院によってシステムや病院機能が違い、看護にも特色があり、自施設と比較検討し、より良い看護を考えていく良い機会になった。(B)
学習の機会の獲得	自施設の事例に対する意見を参考にした看護の検討	・他施設の方や大学の先生方からの意見を頂くことで当院の事例を客観的に捉えることができ、現状から進展させるためのヒントを多く得ることができた。(C)
	複数施設のメンバーの意見を聞くことによる視野の拡大	・自施設のことしか知らないと、自施設での方法しかわからず、行き詰ってしまうが、検討会に参加することで違う方法を知り、アプローチの幅が広がった。(A)
メンバー相互の影響	メンバー同士での苦勞の共有と励まし	・各施設でそれぞれ大変な事例に関わっていることがわかり励みになった。(C)
	メンバーからの刺激	・参加病院で検討会を行い、いろいろ刺激を受けることがあった。(B)
看護師の肯定的変化	看護師が諦めず支援することの重要性の認識	・アプローチ方法を考えることも大事だが、看護師があきらめず根気強く関わるのが大事だと思った。看護師のメンタルもすごく大事である。(D)
	今後の退院支援・家族支援への意欲	・今後もこの取り組みを継続及び改善していくことこそが参加した意義に繋がっていくと捉え、慢性期患者の退院に向け本人への支援だけでなく家族支援を行っていきたい。(B)
	カンファレンスの充実を図る意欲	・当院でも他職種の連携を高めカンファレンスを行う頻度を高めていきたい。(D)
課題・困難に関する気づき	連携に関する課題の再認識	・他施設の話を知ると自施設ではカンファレンスや多職種連携ができていないことに気づき当然のことをしっかり実施しなければならないと思った。(E)
	退院支援・家族支援の困難さの再認識	・長期入院によって家族と患者の間に距離ができると外出・外泊をするだけでも困難だということを改めて認識した。(D)

構築であったり、退院支援において家族にどのようにアプローチしてよいか分からないという状況にある（石川ら、2013）が、まずは家族の思いを知ることからはじめ、家族が抵抗する要因を探り、その抵抗を緩和するための関わりが重要であると考ええる。

## 2. 退院後の生活に対する患者と家族の不安を解消する

家族は、結婚や介護が必要な家族員が増えるなど家族の状態が変化することで患者のサポートが難しくなったり、患者が精神疾患を抱えながら地域で生活を続けていくことへの不安があることから、退院後の生活への不安という退院支援上の課題に繋がっていた。このような家族の不安に対して、外泊中に家族がどのようなサポートをすると良いか確認をしたり、精神症状に対して医療者がどのように患者に対応をしているかを伝える等の疾患に関する説明をしており、これらは退院後の生活に対する家族の不安をひとつひとつ解決し、家族にも安心してもらうことを目指した看護であったと考える。

また、支援を進めていく中で、精神的な不安を感じる患者もいた。今回の取り組みでは、症状への対処法を患者自身が習得できるように支援をしたり、外泊前後で患者の話を聞いたり、社会資源の情報提供などを患者に行うことで意欲の維持や不安の軽減に繋がっていた。家族に対しては患者の現在の状況や支援の内容を伝えていた。家族は退院を不安がる患者を心配して病院に居て欲しいと思う心理が働くことが明らかになっており（香川ら、2009）、家族の退院に対する不安感を解消するためには患者自身が退院支援に対して感じる不安を減少させるための支援が重要になる。

## 3. 家族が支援の対象であることを前提とする

今回、家族も支援の対象として位置付けて取り組んだことにより、患者だけではなく家族が抱えている患者の症状に対する不安や、家族の状況の変化により患者へのサポートができない困難さ、苦悩などに目を向けることが可能となった。看護師の認識からは、長期入院によって家族と患者の関係に距離ができると外出や外泊の依頼をすることにも困難さがあるというように支援の難しさを実感していたが、困難に気づいたことにより家族の支援の必要性について改めて考える機会を得ていた。また、看護師は家族の話の傾聴や関わりが増えた実感を得ていることから、退院支援を行う際には、家族を患者のサポート資源として捉えるのではなく、最初から支援の対象であると看護師の認識を変え、家族の状

況や思いの確認をしたり、話を聞いたり、家族を労う等の関わりが必要となる。

## 4. 支援する側の退院支援意欲を維持する

今回の取り組みにより患者や家族に何らかの肯定的な変化は得られたものの、本取り組み期間中に退院に至った患者はいなかった。取り組み後、看護師は退院支援や家族支援の困難さを再確認していたように、長期入院患者の退院支援は長い期間を要し、長年疎遠となっている家族と関わることも容易ではない。長期入院患者の退院支援では、病棟内での優先度が低く、評価が得られずやりがいがない等の看護チーム全体のモチベーションが高まらない状況にあることが示されており（石川ら、2013）、看護師の退院支援に対する意欲の維持は重要な課題である。しかし、今回の取り組みでは現地メンバーである看護師が諦めずに支援する重要性に気づいたり、メンバー間で苦労を共有したり励ましや刺激を得るなどしており、これらは長期に亘って粘り強く支援し続けることに影響を与えていたと考えられる。このように、長期に亘る支援においては、具体的な支援方法を検討するためのカンファレンスの中で支援者同士が励まし合い、助け合えるような体制が必要であろう。

また、この取り組みでは、看護師は他施設の事例からも自施設の課題に生かせる学びを得たり、複数施設のメンバーの意見を聞くことで視野の拡大を実感していた。これらのことから、病棟内の看護チームだけで検討するのではなく、多職種や必要に応じて患者に直接関わらないスタッフも含めて長期入院患者の退院支援について検討ができる体制づくりが必要ではないかと考える。

## V. おわりに

本研究では長期入院患者の家族を対象とした退院支援の看護実践事例の分析から退院支援上の課題とその関連要因、実施した看護を明らかにすること、本取り組み後の看護師の認識を明らかにすること、それらを踏まえて長期入院患者の家族を支援の対象とした退院支援の方向性について検討したものである。今回抽出された看護の内容は、検討会で用いた報告用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抽出できているとは言えないが、現地メンバーが自施設の看護師と協働しながら取り組んだ成果の一部を明らかにすることに繋がったと考える。今後も事例を積み重ねて検討を続けることや具体的な

データを収集する方法の工夫が必要である。さらに、県内の複数施設の看護職が看護の改善に向けて協力して課題に取り組める体制づくりを整え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、検討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、慈恵中央病院、須田病院、のぞみの丘ホスピタルの看護師（現地メンバー）と精神科認定看護師、精神保健福祉士の皆様に感謝申し上げます。

本研究は平成25～26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、施設毎の看護実践及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、全体の成果の分析と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。

なお、本研究の成果の一部を第34回、35回日本看護科学学会学術集会で発表した。

## 文献

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), 55-65.

石川かおり, 葛谷玲子, 高橋未来ほか. (2014) 精神科長期入院患者の退院を支援する看護の検討. 岐阜県立看護大学紀要, 14(1), 131-138.

香川美里, 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—同居と別居の差異. 日本看護科学学会誌, 29(4), 88-97.

厚生労働省. (2012). 平成21年度精神科病院退院患者の退院先の状況. 2015-6-29. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000028siu-att/2r98520000028t0u.pdf>

厚生労働省. (2014a). 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. 2014-7-14. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihoken/fukushibu-Kikakuka/0000051138.pdf>

厚生労働省. (2014b). 平成25年度病院報告. 2015-6-29. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/dl/gaikyo.pdf>

精神保健福祉白書編集委員会. (2013). 精神保健福祉白書2014

年版: 歩み始めた地域総合支援 (p.215). 中央法規.

全国精神保健福祉会連合会. (2010). 精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究. 2015-6-29. [http://seishinhoken.jp/attachments/view/articles\\_files/src/5.pdf](http://seishinhoken.jp/attachments/view/articles_files/src/5.pdf)

(受稿日 平成27年8月31日)

(採用日 平成28年1月13日)