

タイトル：

再入院予防を目的とした精神障害者への看護ケアの実態

Title: THE NURSING CARE FOR PSYCHIATRIC PATIENTS TO PREVENT HOSPITAL READMISSION.

著者：

宇佐美しおり¹⁾ 中山洋子²⁾ 野末聖香³⁾ 藤井美香⁴⁾ 大井美樹⁴⁾

Shiori Usami Yoko Nakayama Kiyoka Nozue Mika Fujii Miki Ooi

1) 熊本大学大学院生命科学研究部

Graduate School of Life Sciences, Kumamoto University

2) 高知県立大学大学院看護学研究科

University of Kochi, Graduate School of Nursing

3) 慶應義塾大学看護医療学部

Faculty of Nursing and Medical care, Keio University

4) 富尾会 桜が丘病院

Sakuragaoka Hospital

キーワード：看護ケア、再入院予防、気分障害、統合失調症

Nursing care, Hospital-readmission-prevention, Mood disorders,
Schizophrenia

原稿の種類：研究報告

要旨：本研究は、退院後早期の再入院予防のための急性期治療病棟および退院後のケアを明らかにすることを目的とした。入院中、退院後の看護ケアを疾病ごとに抽出し、質的な内容分析を行った。ケア対象者である患者の平均年齢は47.4歳、発病からの期間は11.5年であった。ケア提供者である看護師は24名で平均年齢41.1歳、看護師の平均経験年数14.5年、精神科看護の平均経験年数は、10.2年であった。分析の結果、統合失調症、気分障害患者双方に抽出された看護ケアは、＜退院後の安定した生活を意識しリソースを活性化する＞＜地域生活を維持するために必要な在宅での安全・安心なケアを提供する＞で、統合失調症患者には症状管理やセルフケアの獲得支援に関する支援が、気分障害患者には、うつ状態に関する自己理解を促進する支援が行われていた。

本研究結果から、退院後早期の再入院予防のためには、急性期入院治療中から退院後まで継続的な症状の自己管理支援、危機時の速やかな介入、多職種による有機的連携強化が重要であることが示唆された。また、退院後3か月未満で再入院した患者と再入院しなかった患者の入院中の看護ケアの違いは見いだせなかった。すなわち、患者のこれまでの入院の仕方・地域での生活の仕方、患者の疾患、再入院の理由などを理解した個別的な看護ケアが十分に展開されているとはいえず、この区別が課題として残された。

Summary : The purpose of this study was to clarify nursing care in the acute care unit and after hospital discharge to prevent rehospitalization of the patients soon after discharge. The subject was 83 patients with mental disorders who were hospitalized in the acute care unit and consented to participation in this study. The kinds of nursing care for the subjects during hospital admission and after hospital discharge were extracted for each disease and qualitatively analyzed. The average age of the patients was 47.4 years old and the time period from onset was 11.5 years. The total past admission period was 4.5 years. The average age of nurses who provided nursing care to the patients was 41.1 years old, with their total nursing care

experience of 14.5 years, and psychiatric nursing care experience of 10.2 years on average. <Considering patients' stable living after hospital discharge and activating resources> and <providing safe and secure care at home> were extracted in both schizophrenia and mood disorder patients. It was considered that support for encouraging symptom management and self-care was given to schizophrenia patients, and support for encouraging the recognition of depressive conditions and symptoms, and stress management and self-insight was given to mood disorder patients to prevent rehospitalization soon after hospital discharge. There was no difference in the nursing care given between patients who were rehospitalized within three months after hospital discharge and those who were not. We discussed the results of this study from the viewpoints of the care needed for each patient, symptom management, self-care, adequate crisis intervention and continuing supports by professional team in community.

I. はじめに

1996年の「障害者プラン—ノーマライゼーション7か年戦略」、2003年の「精神保健医療福祉の改革プラン」では精神障害者の地域移行支援、施設が多機能化や病院の機能分化、精神科病床数の削減が推奨されているが、日本の精神科入院患者の平均在院日数は298.4日でありイギリスの57.9日、カナダの15.4日、アメリカ合衆国の6.9日と比較すると非常に長い。また精神科病院における入院患者33.2万人の中では、入院1年未満が35%と最も多いものの、入院1年以上5年未満が29%、5年以上10年未満が14%、10年以上が22%と、入院患者の36%は5年以上入院しているという現状がある（厚労省，2008）。宇佐美らは先行研究において、障害者・家族のセルフケア能力に問題があって退院が進まず入院が6か月から2年になる患者や、退院後早期に再入院する患者が、長期入院予備軍となりやすいことを報告した(宇佐美, 2006)。患者を長期入院予備軍にしないためには、急性期治療病棟および退院後の継続ケアが重要であるが、効果的なケア・プロトコールは明確化されていない。

そこで、本研究は急性期治療病棟に入院した統合失調症と気分障害患者及びその家族に対して提供された早期再入院を予防することを意図した看護ケアの実態を調査し、ケア・プロトコール作成のための基礎的資料を得ることを目的とした。

II. 文献検討

1. 海外における研究

Jungらは、再入院・長期入院予防に有効とされている看護介入を抽出してメタアナリシスを行った(Jung, T. X. and Newton, R, 2009)。精神障害者の再入院・長期入院予防のためには、精神科ケース・マネジメント、危機介入、心理教育が効果的であり、緩やかな効果としては、家族への介入、再発の兆候を認識できるよう支援すること、重症な精神障害者との面接、トークンエコノミー、セルフケア能力の改善が有効であると報告している。Jungらによると、精神科ケース・マネジメントでは、ACT (Assertive Community Treatment) が精神障害者のサービスへのアクセスを増やし、患者の日常生活、社会的機能を改善し、再入院率の減少に役立ったこと、必要とされる危機時の介入は精神障害者の再入院を減らし患者満

足度を高めることが、統合失調症患者・気分障害患者を対象とした家族介入(家族への心理教育、感情表出を減らす支援)では、患者の再発・再入院回数を減少させ、家族の感情表出を減らすことが明らかとなっている。また、再発の兆候を認識できるよう支援することは、再発の機会を減らし、重症な精神障害者との2-3日に1回の面談は、電話相談より効果が見られ、精神障害者、特に統合失調症患者へのトークンエコノミーは、陰性症状を減少させ、精神状態を改善することが明らかとなっている。

Khnankehらは統合失調症患者に対して無作為化比較試験を実施し、急性期治療病棟におけるセルフケア能力改善への介入は、有意にセルフケアを改善し退院を促進していたことを報告している (Khnankeh, H., et al, 2011)

2. 国内における研究

海外に比べて日本においては、精神科急性期治療および退院後の看護ケアと退院後早期の再入院・長期入院予防に関する研究は少ない。

田井らは、退院後1年以内に症状悪化して再入院し、再入院後3か月以内に退院した統合失調症患者にケアを提供した看護師6名にインタビュー調査を行った。看護師は症状マネジメントの習得に向けたケアと地域生活維持に向けて支援体制を整えるケアが提供されていたことを報告している (田井他, 2010)。

宇佐美らは、退院後早期の再入院を繰り返している患者を長期入院予備軍と呼び、長期入院予備軍29名に、再入院時から退院3か月後までM-CBCM(修正版集中包括型ケア・マネジメント)を実施し、病状、日常生活・社会的機能、家族の負担感について、再入院時、退院時、退院3か月後に評価を行った。退院できなかった患者は、年齢が高く、発症からの期間が長く、病状が重く、日常生活・社会的機能が低いことが特徴だった。また退院後早期の再入院を防ぐ方法として、患者・家族双方への支援、人格と発達上の課題を理解した支援、地域生活における専門職の発掘と連携が重要であることを報告していた (宇佐美他, 2010)。これらは長期入院患者に対する研究であるが、急性期治療病棟を退院した後3か月未満での再入院が繰り返されて長期入院となっていたため、急性期治療病棟に入院した患者にもこれらの成果を活用していくことが必要であると考えられた。

以上のように、日本においても再入院・長期入院予防のための急性期治療病棟および退院後の看護ケアについては検討されはじめているが、ケアの内容については不明な部分が多い。そこで、本研究においては、退院後早期の再入院予防を目的として提供された急性期治療病棟における看護ケア・退院後のケアの実態を明らかにすることを目的とした。再入院予防を目的とした看護ケアとは、退院後3か月未満の早期の症状悪化による入院を予防するための看護ケアと定義した。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象者および調査方法

2つの精神科病院急性期治療病棟において、研究に同意の得られた統合失調症患者42名、気分障害患者41名計83名と、その患者を入院中、退院後に担当し研究に同意の得られた看護師24名（1名の看護師が数名の受け持ち患者を担当していた）を対象とした。入院中は受け持ち看護師が中心となり看護記録を記載し、退院後は外来看護師、訪問看護師が看護記録を記載した。また患者83名の状態を把握するため、入院時・退院時・退院3か月後に、症状評価（PANSS、MADRAS）、日常生活機能（LSP）、社会的機能の全体的評価（GAF）について患者を対象に面接調査を行った。気分障害患者の病状（MADRAS）については自己記入を依頼した。

2. 調査期間

平成23年3月から平成24年3月31日まで

3. 用いた質問紙

1) 病状評価

統合失調症患者の病状評価として、Positive and Negative Syndrome Scale（PANSS）を用い、気分障害患者の病状評価として、Montgomery Asberg Depression Rating Scale（MADRAS）を用いた。PANSSは主に統合失調症の精神状態を全般的に把握することを目的として作成された評価尺度（Kay, 1991）である。陽性症状評価尺度の平均は18.2、陰性症状評価尺度21.0とされている（Kay, S. R., 2001）。またMADRASは、抑うつ症状と無快感症状の評価を行なううつ病評価尺度であり、患者自身が評価する自己評価と医療者が評価する他者評価

からなる。この質問紙の内的妥当性、併存妥当性、構成概念妥当性は十分に検討されている(北村, 1995)。

2) Life Skills Profile(LSP)

LSP は日常生活機能を評価し、Rosen, A, Hadzi-Pavlovic, D., and Parker, G らによって開発された質問紙である。内部一貫性は高いことが報告されており ($\alpha = 0.77-0.88$)、LSP は地域で生活する統合失調症患者の日常生活機能と障害を評価するための質問紙として発達している (Rosen, A., et al:1989. 1995)。

3) The Global Assessment of the Functioning(GAF)

GAF は DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition-Text Version, DSM-IV-TR) の 5 軸である社会的機能の全体的評定である。GAF の再テスト法による信頼性は $\gamma = 0.62-0.82$ の範囲であることが報告されている (伊藤, 2000)。

4) 個人の要因に関する質問紙

上記以外の患者特性については、年齢、発症からの期間について、看護記録から抜粋した。

5) 看護ケア

看護ケアについては対象患者の入院中および退院後の看護記録を対象とした。

4. 分析方法

対象患者の入院中の看護記録、外来・訪問の看護記録からケア内容を抽出し質的な内容分析を行なった。まず看護記録を記述データとして看護ケア内容ごとにコーディングし、相違点、共通点を比較して類似したコードを集めてサブカテゴリーを作り、類似したサブカテゴリーを集めてカテゴリー化した。カテゴリーの妥当性の検討は研究者間で行った。

個人の要因を把握するための質問紙については、入院時、退院時、退院 3 か月後に質問紙調査を行った。個人の要因については SPSS, VER. 21.0 を用い量的記述分析を行った。

5. 研究の倫理的配慮

熊本大学疫学・一般研究倫理委員会および対象施設の倫理委員会で承認を得た

後、患者・看護師に研究の目的・意義・方法、研究の利益・不利益、個人や施設が特定されない形で分析を行うこと、研究への参加は自由意思であり、参加しなくても診療や看護ケア、看護師の評価に影響しないこと、研究結果を学会誌に発表するがその際にも個人や施設が特定されないことを伝え同意を得た。患者が入院したばかりで症状が活発な際には、本人の同意以外に家族の同意を得て実施した。患者の症状が安定した後に再度、患者本人から同意を得て実施した。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の背景

対象となった急性期治療病棟は、気分障害・統合失調症患者が任意入院もしくは医療保護入院で入院している病棟であり、退院後早期の再入院を抑制し、地域生活を促進するために、入院時、入院2週後、入院1か月・2か月・3か月後に、医師、看護師、他職種がどのような治療目標のもとに治療を展開するかを記載した急性期クリティカル・パスを活用していた。そして看護では、オレム－アンダーウッドモデルを活用した支援目標で急性期クリティカル・パスを作成していた。

対象となった看護師の平均年齢は41.1歳(±10.1)、看護師の経験年数14.5年(±8.1)でそのうちの精神科経験年数は10.2年(±5.1)だった。

看護ケアの対象となった患者の年齢は47.4歳(±14.9)、発病からの期間は11.5年(±7.7)で病院間、疾患別での差はみられなかった。過去の入院期間は平均4.5年(±2.7)で、統合失調症が6.5年(SD±3.2)、気分障害患者が2.4年(±2.2)で、統合失調症患者の方が有意に長かった(U=3.21, P<0.05)。リスパダール換算値の平均は3.4mg(±1.7)、トリプタノール換算値の平均は46.7mg(±25.2)だった。疾患別で対象者の年齢、発病からの期間、性別などの特徴に差はみられなかったが、疾患は日常生活機能・社会的機能に影響を与えるため、分析は疾患ごとに行った。

対象患者83名の平均在院期間は57.8日で、病状(PANSS合計, PANSS陽性・陰性症状、MADRAS-自己・他者評価)、社会的機能、日常生活機能すべてで、入院時—退院時、入院時—退院3か月後において、Wilcoxonの符号付順位検定で有意差が見られた(z=-3.52~-3.98, p<0.01)。しかし退院時—退院3か月後については、

どの項目も有意差はみられなかった。また 83 名中退院後 3 か月未満で再入院した対象者 21 名 (26.5%) は統合失調症 8 名 (11.1%)、気分障害 13 名 (31.7%) だった。これらの結果を表 1 に示す。

2. 対象患者への入院中・退院後で共通してみられた看護ケア

表 1 挿入希望位置

対象患者 83 名は最低 2 回以上(1 回 30 分以上)の心理教育を受けており、その内容には病気や病状に関する理解、病状への対処、服薬管理が含まれていた。分析の結果、統合失調症患者および気分障害患者の入院中および退院後の看護ケアで共通するカテゴリーとして、＜退院後の安定した生活を意識しリソースを活性化する＞＜地域生活を維持するために必要な在宅での安全・安心なケアを提供する＞が抽出された。

＜退院後の安定した生活を意識しリソースを活性化する＞は「退院後の安心できる居場所を探し、社会資源を活用する準備を整える」「多職種カンファレンスを開催し、今後の支援の方向性を探る」「患者への対応方法に関する家族支援を行う」というサブカテゴリーに分類できた。また＜地域生活を維持するために必要な在宅での安全・安心なケアを提供する＞は「電話で心配事の相談を受ける」「具体的な生活・症状管理の方法を話しあう」「家族に安全・安心感を提供する」という支援のサブカテゴリーに分類できた。

3. 入院中の統合失調症患者への看護ケア

入院中の統合失調症患者のみに提供されていた看護ケアのカテゴリーは、＜症状管理を支援する＞＜セルフケアの獲得を支援する＞に分類できた。＜症状管理に関する支援を提供する＞は「患者の刺激・不安を減らし精神症状管理を行なう」「症状管理の方法を患者とともに検討する」のサブカテゴリーに分類できた。さらに＜セルフケアの獲得を支援する＞は、「日中の活動を促進する」「家族・友人との付き合い方を検討する」「生活上の出来事に関する対応方法を改善する」のサブカテゴリーに分類できた。

4. 入院中の気分障害患者への看護ケア

入院中の気分障害患者のみにみられた看護ケアのカテゴリーは＜うつ状態を積極的に管理する＞＜うつ状態から抜け出す体験を強化する＞＜うつ状態をきたす

生活・出来事を認識してもらい自己理解を促進する>であった。<うつ状態を積極的に管理する>は、「自殺の査定を行う」「入院時は休息をとってもらおう」のサブカテゴリーに分類できた。また<うつ状態から抜け出す行動を強化する>は、「入院 2 週目頃から活動を促す」「入院 2 週目ころから看護師と話すことで人と話すことによる安心感を提供する」のサブカテゴリーに分類できた。さらに<うつ状態をきたす生活・出来事を認識してもらい自己理解を促進する>は、「うつ状態悪化の原因を追求し、悪化しないための状態管理の方法を考える」「悪化しないための生活の仕方を考える」「退院後の復職、復学、リワークについて検討する」に分類できた。

上記の統合失調症、気分障害患者へ入院中・退院後に共通してみられた看護ケアおよび、各疾患にみられた看護ケアの分析結果を表 2-1, 2 に示す。_____

表 2 挿入希望位置

5. 退院後 3 か月未満で再入院した患者と再入院しなかった患者の入院中・退院後の看護ケアの比較

退院後 3 か月未満で再入院した患者と再入院しなかった患者の特徴について、年齢、発病からの期間、過去の入院期間、同居人数、仕事の有無、性別、リスパダール換算値、トリプタノール換算値、PANSS、MADRAS、GAF、LSP のすべての項目において、有意差はみられなかった。調査期間中、退院後 3 か月未満で再入院した患者は 21 名 (26.5%) で、その内訳は統合失調症患者 8 名 (11.1%)、気分障害患者 13 名 (31.7%) であった。統合失調症患者 8 名中 3 名 (37.5%)、気分障害患者 13 名中 8 名 (61.5%) は訪問看護を受けていた。また退院後 3 か月未満で再入院した患者と再入院しなかった患者の入院中および退院後の看護ケアのカテゴリー、サブカテゴリーに違いはみられなかった。

また再入院の理由は、両疾患患者とも「退院時にも症状が強くなっていた」「退院時から退院に拒否的」で、退院不安への対応や本人のニーズが十分に反映されずに退院している可能性があると考えられた。

V. 考察

1. 看護師が行った再入院予防を意図した看護ケアの概要

ケア対象患者は、全体的には発症からの期間が長いものの、過去の入院期間は

4.5年と比較的短かった。また統合失調症患者については、退院後3か月未満の再入院率は、先行研究で報告されている21%と比べると統合失調症については少なく、気分障害患者については多かった(宇佐美 2009, 2010 ; 新村, 2012)。

今回の対象者たちは、年齢が比較的高く、また発症からの期間は長いものの、地域での生活期間は長い患者と考えられた。統合失調症患者および気分障害患者に対して行われる再入院予防を意図したケアは、＜退院後の安定した生活を意識しリソースを活性化する＞＜地域生活を維持するために必要な在宅での安全・安心なケアを提供する＞が抽出され、症状管理、ストレス管理に関するセルフケア能力を高めること、地域で活用できる資源を活性化することと考えられた。疾患別にみると、統合失調症患者には、症状管理やストレスを管理しセルフケア能力を強化するための支援が、気分障害患者には、自分にとってうつ状態をきたす原因となるような出来事は何かを見つめ、自己洞察、自己理解を促進するケアが提供されていた。今回の調査では、抽出されたケアが再入院予防に影響しているかどうかの検証はできなかったが、看護師が行う再入院予防を意図したケアの概要をつかむことができたと考える。さらに今回対象となった病棟は両方ともオレムールアンダーウッドモデルを用いた急性期クリティカル・パスを用いて治療が進められており、一定の標準化された治療やケアは提供されていると考えられた。

2. 精神障害者の地域生活を維持するための急性期治療病棟および退院後に必要とされる看護ケア

Jung ら、Khnankeh らの研究では、患者の地域生活支援として、急性期入院治療における服薬管理、症状管理への支援、セルフケア能力の改善、心理教育の提供が、退院後は危機介入、ケース・マネジメント(ACT, M-CBCM)、服薬管理、患者・家族双方への支援が重要であることが明らかとなっている (Jung, X. T., & Newton, R, 2009 ; Khnankeh, H., et. al, 2011 ; 宇佐美, 2009, 2010)。また宇佐美ら (2011) の研究でも入院中から、地域で患者を継続して支援してくれそうな専門家を発掘し連携すること、退院後の生活に必要なとされるセルフケア能力の獲得を意識して支援することの重要性が示されている。本研究でも、患者への服薬支援や症状管理への支援、セルフケア能力の改善への支援、日常生活で困った時・困

ったことへの支援が行われていた。また、危機時の介入、電話相談や多職種間でのカンファレンスの開催、看護師・臨床心理士共同の心理教育も提供されていた。さらに、患者・家族双方への支援も行われており、急性期クリティカル・パスを用いた看護ケアにより、退院後の患者の地域での居場所を意識し、患者が退院後も安心して生活できる居場所の確保を看護師が重要視して看護ケアを提供していることも明らかとなっていた。

これらのことから、退院後早期の再入院予防のためには、症状の自己管理支援、危機時の速やかな介入、多職種による有機的連携強化が重要であることが示唆された。症状の自己管理を支援しつつ、危機時に時宜を得て多職種が効果的に支援することができるためには、患者の状態をモニタリングし、職種間連携をコーディネートする専門職が不可欠である。今回の調査では患者や家族を対象として提供されたケアに焦点化したため、看護師による多職種連携のコーディネーション機能については内容の詳細が浮かび上がらなかったが、今後はケース・マネジメントの視点から、上記ケアの効果的提供と多職種連携の実態と効果について明確にする必要があるだろう。

ケース・マネジメントは、治療やケアの断片化を防ぎ、それぞれのケア効果を高めるための支援体制として必須であることが指摘されており（大島，2003）、今後、ケース・マネジメントの支援体制を検討していくことで、提供されているケアや治療をより効果的にする可能性があると考えられた。

3. 統合失調症患者と気分障害患者への看護ケアの違い

今回、両疾患に共通している看護ケアと疾患によって異なる看護ケアが抽出されたが、統合失調症患者には、患者のストレスを減らしたり、症状の軽減を積極的に図る支援、セルフケアの獲得に関する支援、生活上の出来事への対応方法を改善する支援が提供されていた。また気分障害患者に対しては、うつ状態のモニタリングと悪化要因に対する対応策、自己理解を促進する看護ケア、うつ状態から抜け出すための体験の強化と行動の促進が展開されていた。また、地域における居場所の確保だけではなく、入院前の生活、すなわち学校や職場などに戻れるような支援が行われていた。本研究の対象となった 今回統合失調症と気分障害

患者の入院時の LSP、退院 3 か月後の GAF は有意に異なっており、気分障害患者の日常生活・社会的機能が高かった。また今回の気分障害者は 40 代後半であり仕事との関係や家族関係の悪化が原因で入院している患者も多かった。従って日常生活、社会的機能が高いゆえに、単に症状管理やストレス管理だけではなく、患者自身が自分をみつめて病状悪化を予防できるよう自己洞察や自己理解をすすめる支援、現実的な社会復帰にむけての支援が必要であると考えられた。

Fortinash らは、統合失調症患者には脆弱な自我を支持しながら現実的な問題や日常生活への対処をすすめる支援が重要であるが、気分障害患者には、うつ状態の回復度に応じた自分自身の生活や人との関係の見つめ直しに関する支援が重要であると述べている (Fortinash, M.K., 1995)。今回もそれぞれの疾患においてこれらのケアが提供されていると考えられた。しかしながら各疾患で退院後早期に再入院している患者の特徴に応じた看護ケアの抽出を行うことはできず、今後これらを意識した看護ケアの特徴を明確にする必要であると考えられた。

宇佐美らは、退院後早期に再入院を繰り返す統合失調症患者に対し、専門看護師・外来看護師とのコラボレーションによる集中包括型ケース・マネジメントの評価研究において、退院後早期に再入院する患者に対しては、通常の病棟でのケアと退院後の訪問看護以外に、集中包括型ケース・マネジメントが有効であることを示しており (宇佐美, 2010)、今回退院後 3 か月未満で再入院をした患者と再入院しなかった患者の看護ケアの特徴に差がみられなかったのは、退院後 3 か月未満で再入院をする患者には、再入院しない患者とは異なる支援が必要であるにも関わらずその区別がなされないまま支援が進んでいるとも考えられた。

さらに気分障害患者は、日常生活機能や社会的機能が統合失調症患者より高い状態であるにも関わらず、再入院率が高かった。気分障害患者の再入院については、気分障害が精神障害という枠組みの治療の中で考えられ、気分障害の専門外来で治療されないために再入院がおこることも指摘されており、精神看護においても気分障害に特化した専門性の高いケアが必要とも考えられた (厚労省, 2009)

3. 本研究の限界と今後への研究への示唆

本研究では、入院中および退院後に必要とされる看護ケアについて看護記録を

もとに抽出したため、細やかな看護ケアの展開や、ケア内容と再入院予防との関連については明確にすることができなかった。今後は、抽出した看護ケアを提供することが退院後早期の再入院予防にどのような影響を及ぼすのかを検証する研究に取り組み、退院後早期の再入院・長期入院予防を目的とした急性期ケア・プロトコールの作成につなげていくことが必要であると考えられた。

謝辞

研究にご協力頂きました、対象施設の患者・ご家族・看護者の皆様に感謝いたします。本研究は平成 22, 23 年度文科省科学研究費基盤研究 (C) (研究代表者宇佐美しおり) によって行なわれた研究の一部である。

引用文献・参考文献

- Benner, P., Sutphan, M., Leonard, V., Day, L. (2010)/早野 ZITTO 真佐子監訳(2011). ナースを育てる. 87, 東京: 医学書院.
- Fortinash, M. K., Holoday-Worret, A. P. (1995)/北島謙吾, 川野雅資監訳 (1997). 精神科看護ケアプラン. 82-87, 東京: 医学書院.
- Fujita, H., Shimodera, S., Izumoto, Y., Tanaka, S., Kii, M., Mino, Y., et. al (2002). Family attitude scale: measurement of criticism in the relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Research*, 110, 273-280.
- Jung, XT, Newton, R. (2009). Cochrane Reviews of non-medication-based psychotherapeutic and other interventions for schizophrenia, psychosis, and bipolar disorder: A systematic literature review. *International J. Ment Health Nurs*, 18(4), 239-249.
- Kay, Stanley R. (1991). *Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia*. Routledge Mental Health, 33-36, ISBN 0-87630-608-3.
- Khnankeh, H., Rahgozar, H., and Ranjbar, M. (2011). The effects of nursing discharge plan (post-discharge education and follow-up) on self-care ability in patients with chronic schizophrenia hospitalized in Razi psychiatric Center. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 16(2), 162-168.
- 北村俊則 (1995). 精神症状測定の理論と実際. 第 2 版, 海鳴社, 東京.

- 厚生労働省(2009). 気分障害について, 第 18 回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会
- 新村順子, 田上美千佳, 大竹眞裕美, 鈴木利枝(2012). 精神科救急入院料病棟および精神科急性期治療病棟を退院したユーザーの地域生活の実態-インタビューの調査 その1-. 日本精神保健看護学会第 22 回総会・学術集会プログラム・抄録集, 178-179.
- 大島巖他 (2003). 米国における脱施設化と集中型・包括型ケースマネジメント: その経験から学ぶこと. 病院・地域精神医学, 45(4): 18-35.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., Parker, G. (1989). The Life Skills Profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 15, 325-337.
- Sederer, L. L. & Dickey, B. (1996) /伊藤弘人訳 (2000). 精神科医療アセスメントツール, 51, 東京: 医学書院.
- 田井雅子, 野田智子, 大川貴子, 大竹眞裕美, 濱尾早苗, 中山洋子他(2010). 再入院した統合失調症患者の症状マネジメント習得と支援体制確立に向けたケア. 日本精神保健看護学会誌, 19(1), 66-73.
- 宇佐美しおり (2006). 精神障害者の地域生活を促進するためのインテンシブ・ケア・マネジメントモデルの開発に関する研究. 平成 15-17 年度文部科学省研究費, 基盤研究◎(2)
- 宇佐美しおり, 野末聖香, 中山洋子, 川田美和, 岡谷恵子, 矢野千里他 (2009). 病状が不安定な精神障害者の自立支援における退院支援ケア・パッケージを含む集中型包括型ケア・マネジメントモデルの開発. インターナショナル・ナーシングレビュー, 32(1), 88-95.
- 宇佐美しおり, 佐伯重子, 矢野千里, 斉藤ひろみ, 樺島啓吉 (2010). 精神障害者への Assertive Community Treatment (ACT) の評価に関する研究-ケースマネジメントにおける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, 第 6 号, 85-98.

宇佐美しおり, 中山洋子, 野末聖香, 矢野千里, 樺島啓吉, 中川優子他(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), 318-331.

表1 対象者の特徴と入院から退院3か月後までの病状、日常生活・社会的機能の実態

変数	全体 平均 (SD)	統合失調症 (n=42)	気分障害 (n=41)	Man-Whitney U 検定/ χ^2 検定
年齢	47.4 (14.9)	45.7(12.5)	47.6 (16.4)	0.4
発病からの期間	11.5 (7.7)	11.2(6.7)	10.5 (9.0)	0.2
過去の入院期間(年)	4.5(2.7)	6.5(3.2)	2.4(2.2)	3.2*
同居人数	1.7(1.1)	1.6(1.0)	1.9(1.2)	0.8
仕事 あり (%)	8名(9.6%)	0名	8名(9.6%)	$\chi^2 =3.0$
なし (%)	75名(90.4%)	42名(56%)	33名(44%)	
性別 男性 (%)	42名(50.6%)	23名(54.8%)	19名(46.3%)	$\chi^2 =0.2$
女性 (%)	41名(49.4%)	18名(45.2%)	23名(53.7%)	
リスパダール換算	3.4 (1.7)	3.4 (1.7)	0	-
トリプタノール換算	46.7(25.2)	0	46.7(25.2)	-
入院時 PANSS	55.2(20.1)	55.2(20.1)		-
退院時 PANSS	38.8 (12.6)	38.8(12.6)		-
退院3か月後 PANSS	39.3 (19.6)	39.3(19.6)		-
入院時陽性症状	24.7(10.3)	24.7(10.3)		-
入院時陰性症状	25.1(9.9)	25.1(9.9)		-
退院時陽性症状	17.4 (5.9)	17.4(5.9)		-
退院時陰性症状	18.1(6.3)	18.1(6.3)		-
退院3か月後陽性症状	19.0(10.1)	19.0(10.1)		-
退院3か月後陰性症状	20.3(8.9)	20.3(8.9)		-
入院時 MADRAS (他者評価)	28.5(10.1)		28.5(10.1)	-
退院時 MADRAS (他者評価)	8.1(6.7)		8.1(6.7)	-
退院3か月後 MADRAS (他者評価)	4.0(3.7)		4.0(3.7)	-
入院時 MADRAS (自己評価)	10.4(3.4)		10.4(3.4)	-
退院時 MADRAS (自己評価)	3.4(1.7)		3.4(1.7)	-
退院3か月後 MADRAS (自己評価)	3.2(1.4)		3.2(1.4)	-
入院時 GAF	45.3(9.3)	44.4(11.4)	46.6(7.6)	0.7
退院時 GAF	63.3 (8.5)	63.0(10.5)	64.9(7.9)	0.6
退院3か月後 GAF	60.0 (9.0)	54.7(7.7)	66.9(5.1)	3.6**
入院時 LSP	111.0 (14.4)	102.5(14.4)	118.6(9.6)	4.0**
退院時 LSP	123.6 (12.7)	116.7(16.3)	127.9(9.4)	1.7
退院3か月後 LSP	119.2 (8.7)	116.6(9.9)	122.3(6.3)	1.4
再入院者数 (%)	21名(26.5%)	8名(11.1%)	13名(31.7%)	$\chi^2 =1.5$
訪問看護あり (%)	16名(19.3%)	10名(23.8%)	6名(23.8%)	$\chi^2 =0.4$

表 2-1 統合失調症患者の入院中および退院後の看護ケア

(*下線部は統合失調症、気分障害患者の共通の看護ケアのカテゴリー)

入院中の看護ケア		
カテゴリー	サブカテゴリー	ケアの内容
症状管理を支援する。	患者の刺激・不安を減らし精神症状管理を行なう。	刺激を減らし、頻回に訪室しながら声掛けを行う。
		患者の不安の軽減を行う。
		患者の内服に関する不安を軽減しながら服薬支援を行う。
	患者の症状にあった服薬内容、服薬回数なのかを医師と確認しながら患者へ服薬支援を行う。	
症状管理の方法を患者とともに検討する。	症状管理の方法を患者とともに検討する。	症状から離れることを助言する。
		症状出現時の対応方法（歩く、臨時薬、好きなことを促す、活動を促す、相談する）を促す。
		症状悪化時のストレスや状況から離れることを話しあう。
セルフケアの獲得を支援する。	日中の活動を促進する。	退院後の生活にあった活動を促す。
		再燃を防ぐための休息のとり方、活動の仕方を一緒に考える。
	家族・友人との付き合い方を検討する。	家族との距離のとり方について確認し練習する。
生活上の出来事に関する対応方法を改善する。	生活上の出来事に関する対応方法を改善する。	家族との話し方を練習する。
		友人との付き合い方と距離の置き方を練習する。
<u>退院後の安定した生活を意識しリソースを活性化する。</u>	<u>退院後の安心できる居場所を探し、社会資源を活用する準備を整える。</u>	自分にとって大変な生活上の出来事の認識を促す。
		生活上困った出来事への対応方法を検討する（その場で人にきく、人に対応方法を相談する、ゆっくり対応する、失敗したら忘れる）。
	<u>多職種カンファレンスを開催し、今後の支援の方向性を探る。</u>	今後の生活に関する患者のニーズを探す。
		退院後自宅に引きこもらないで生活できる場所を探す。
		地域において支援してもらえる人を探す(訪問看護、ヘルパー、保健師、友人)。
<u>患者への対応方法に関する家族支援を行う。</u>	<u>患者への対応方法に関する家族支援を行う。</u>	入院中から退院後の支援者、居場所とつなぐ。
		今回の入院目的と今後の支援の方向性を多職種間で確認する。
		患者・家族の今後の生活に関するニーズを確認する。
		目標に応じた職種間の役割を確認する。
<u>患者への対応方法に関する家族支援を行う。</u>	<u>患者への対応方法に関する家族支援を行う。</u>	家族が患者の状態をどうとらえるかについて確認する。
		患者の状態への対応方法（特に自傷行為や衝動行為への対応）について家族と話しあいを行う。
		家族が困った時の相談窓口を明らかにしておく。
		患者と日々の生活をどう送るかについて話しあう。
<u>患者への対応方法に関する家族支援を行う。</u>	<u>患者への対応方法に関する家族支援を行う。</u>	家族のストレスマネジメントの方法を話しあう。
退院後の看護ケア		
カテゴリー	サブカテゴリー	ケアの内容
<u>地域生活を維持するために必要な在宅での安全・安心</u>	<u>電話で心配事の相談を受ける</u>	お金の使い方、家族とのけんか、近隣からの苦情に関する対応方法について電話で話しあう。
		薬の飲み忘れに関する相談を受け対応方法を伝える。
		患者の思いを傾聴し、安心感を提供する。

なケアを提供する。		電話で状態悪化時の対応方法をともに検討し（寝る、歩く、活動する、忘れる、考えない、外来へ次の日にくる）、緊急時としてやれそうな方法を伝える。
	具体的な生活・症状管理の方法を話しあう。	日常生活の過ごし方を確認する 1週間の様子を聞いて不安感や孤独感を軽減する。 服薬確認を行う。 病状のモニタリングを行う。 患者の家族や友人に対する不満を聞き、人との付き合い方の確認を行う。
家族に安全・安心感を提供する。		家族・友人との不満を聞き、人との付き合い方の確認を行う。 家族の患者への思い、不安感・負担感を軽減する。 家族の患者への対応方法について必要に応じて話しあい、対応方法を検討する。

表2-2 気分障害患者の場合の入院中および退院後のケア

入院中の看護ケア		
カテゴリー	サブカテゴリー	ケアの内容
うつ状態を積極的に管理する。	自殺の査定を行う。	自殺のハイリスクアセスメントを行う。 うつ状態の程度と自殺との関係を査定する。 自殺企図のモニタリングを行い、頻回に訪室する。
	入院時は休息をとってもらう。	頻回に訪室しながら休養を促す。 気になっていることから離れることを促し、患者の不安の軽減を図る。 休息をとるための方法を検討する。
うつ状態から抜け出す行動を強化する。	入院2週目頃から活動を促す	退院後の生活を意識した活動（作業療法、心理教育、生活ミーティング）を促す。 うつ状態管理のための活動を促す。
	入院2週目頃から看護師と話すことで人と話すことによる安心感を提供する。	看護師を媒介として人と話すことによる安心感を体験してもらう。 気になっていること以外の会話の活性化をはかる。
うつ状態をきたす生活・出来事を認識してもらい自己理解を促進する。	うつ状態悪化の原因を追求し、悪化しないための状態管理の方法を考える。	うつ状態悪化の原因を共に考える。 うつ状態が悪化しないよう、理由となっている出来事から物理的に距離をとることを促す。 状態悪化時の症状を認識し、早期にうつ状態を管理する方法を考える。
	悪化しないための生活の仕方を考える。	家族・友人との物理的距離のとり方を練習する。 自分だけの時間を持ち、気になることから離れる時間を作る。 悪化の兆候を理解し、兆候がでてきた場合の対応策を考え練習する。 SOSを出せる人を探し、実際SOSを出してみる。 自分の怒り、感情を表現できる人を探す。 否定的に考える習慣をかえることを進めてみる。
	退院後の復職、復学、リワークについて検討する。	患者の復職・復学のニーズを確認する。 復職・復学の方法と過程について職場・本人と話しあう。 復職・復学のための入院中、退院後の生活について話しあう。

<u>退院後の安定した生活を意識しリソースを活性化する。</u>	<u>退院後の安心できる居場所を探し、社会資源を活用する準備を整える。</u>	今後の生活に関する患者のニーズを探す。
		退院後自宅に引きこもらないで生活できる場所を探す。
	<u>多職種カンファレンスを開催し、今後の支援の方向性を探る。</u>	今回の入院目的と今後の支援の方向性を確認する。
		患者・家族の今後の生活に関するニーズを確認する。
<u>患者への対応方法に関する家族支援を行う。</u>		地域において支援してもらえる人を探す。
		入院中から退院後の支援者、居場所とつなぐ。
		目標に応じた職種間の役割を確認する。
		患者の状態をどうとらえるかについての話しあいを行う。
退院後の看護ケア		
カテゴリー	サブカテゴリー	ケアの内容
<u>地域生活を維持するために必要な在宅での安全・安心なケアを提供する。</u>	<u>電話で心配事の相談を受ける。</u>	お金の使い方、家族とのけんか、近隣からの苦情に関する対応方法について電話で話しあう。
		薬の飲み忘れに関する相談を受け対応方法を伝える。
	<u>具体的な生活・症状管理の方法を話しあう。</u>	患者の思いを傾聴し、安心感を提供する。
		電話で状態悪化時の対応方法をともに検討し（寝る、歩く、活動する、忘れる、考えない、外来へ次の日にくる）、緊急時としてやれそうな方法を伝える。
<u>家族に安全・安心感を提供する。</u>		状態悪化時の対応方法をともに検討し（寝る、歩く、活動する、忘れる、考えない、外来へ次の日にくる）、やれそうな方法を実施してもらう。
		1週間の様子を聞いて不安感や孤独感を軽減する。
		服薬確認を行う。
		病状のモニタリングを行う。
		家族・友人との不満を聞き、人との付き合い方の確認を行う。
		家族の患者への思い、不安感・負担感を軽減する。
		家族の患者への対応方法について必要に応じて話しあう。