

ウトリーチサービス利用者を対象に聞き取り調査を実施した。回答結果を詳細に分析し、地域の相違及び属性によって比較検討を加えた。入院時に、退院後の地域生活で家族以外の他者の支援が必要だと考えられていることがらとしては、地域特性にかかわらず、特に「病状が悪化したときの対処」と「就労のこと」が必要だと思われており、加えて、「家族との関係」が比較的多く求められている支援内容だと考えられた。また、単身で家族の支援がなく生活している人が多い飯田病院 OS 利用者群では、ACT-J 利用者群に比べ、「住居のこと」や「身の回りのこと」など生活レベルでの支援が必要とされていた。

入院中には、両群ともに 50%以上の人が、「服薬についての助言」、「院内リハビリ」、「福祉手続きについての助言」、「家族への説明や家族関係の調整」を病院スタッフから受けていた。なかでも、「福祉手続きについての助言」は、「退院後の地域生活において必要だった」と評価されていた。

退院後に ACT-J または飯田病院アウトリーチサービス以外で利用している地域精神保健福祉サービス」としては、両群ともに、「自立支援医療（精神）」、「精神保健福祉手帳」、「障害年金」が多く利用されていた。地域の違いでは、飯田病院 OS 利用者群で「デイケア」の利用者が多かった。

入院時の生活と退院後の地域での生活の比較では、85%以上の人が「退院後の地域での生活」の方に満足していた。

ACT-J または飯田病院アウトリーチサービスのうち、必要なものとして、特に「様々な職種チームによる支援」、「本

人の）ニーズを踏まえた支援」が挙げられた。一方、「必要である」の回答比率が 50%に満たない質問項目は両群で「金銭管理についてのアドバイス」のみで、ACT-J ならびに飯田病院アウトリーチサービス支援は、利用者にとってニーズの高いものから構成されていると指摘された。

属性の違いによる比較検討の結果、年齢の低群は高群に比べ、就労に関する支援を必要としており、実際にも利用している比率が多いことが明らかとなったが、就労している人の数は少なく、特に年齢の低い患者への就労支援の拡大が求められると考えられた。また、直近の入院期間の低群は高群に比べ、薬の説明や服薬についてのアドバイスを必要としている比率が高いことが明らかとなった。

ACT-J または飯田病院アウトリーチサービスの満足度の回答比率において、「居宅に訪問しての支援」、「住居探しなどの手伝い」、「24 時間、土日を含めて電話で相談できること」の 3 つの項目で差が見られたが、これはまさに地域特性による差であると考えられた。

CSQ-8J の合計得点は、ACT-J 利用者群・飯田病院 OS 利用者群ともに、「満足している」以上の得点であり、両群ともに、サービスへの満足度はおおむね高い結果が得られた。

すでに 3. で述べたとおり、精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における複数の先駆的な取り組みの分析から、多くの事例で、①患者の地域生活支援についての共通認識を有する多職種チームによる包括的支援、②病院と精神福祉施設・団体などの間の有機的ネットワークの存在が認められ、また、全ての事例で

共通する目標は、一人ひとりの患者にとってよりよい支援の提供であったことが明らかとなっている。これらの取り組みの共通項や目標は、ACT-J 利用者群及び飯田病院 OS 利用者群を対象とした聞き取り調査からも、患者が必要としているものであることが明らかとなったと言える。

E. 結論

1. 千葉県内精神保健福祉関連の社会資源（居住支援・日中活動別）の施設数及び定員等の増減（平成 18 年と平成 21 年）等を調査・分析した結果、社会資源（居住支援）は、自宅以外の入居必要定員の推定値（平成 18 年 6 月 30 日現在）には達していないことが明らかとなった。

千葉県内で平成 20 年度に閉鎖または別の市町村に移転した精神保健福祉関係施設 5 施設に聞き取り調査を行った結果、閉鎖または移転の理由として最も多かったものは資金難であった。さらに、平成 20 年度にある県の状況を調査した結果、自立支援法施行による利点と問題点が指摘された。

加えて、他の都道府県の社会資源の整備状況を確認し、整備のための支援策を具体的に検討していくためには、各都道府県において自宅以外の居住施設を必要とする患者の数の把握が不可欠であることが指摘された。

2. 精神科入院患者の退院支援や地域生活支援の先駆的事例においては、それぞれの地域特性に応じた支援の展開がなされていた。多くの事例において①患者の地域生活支援についての共通認識を有する多職種チームによる包括的支援、②病院と精神福祉施設・団体などの間の有機

的ネットワークの存在が認められた。また、全ての取り組みに共通する目標は、一人ひとりの患者にとってよりよい支援の提供であった。

3. 精神科入院患者の退院支援や地域生活に必要な精神保健福祉サービスの具体を明らかにするため、サービスの利用者である患者を対象とした支援の必要度や満足度の調査を実施した。具体的には、平成 20 年度は ACT-J 利用者 20 名、今年度は飯田病院アウトリーチサービス利用者 20 名を対象に、必要な支援や現在の支援に対する満足度について、調査聞き取り調査を実施した。平成 19 年度ならびに平成 20 年度に実施した、精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における複数の先駆的な取り組みの分析から、多くの事例で、①患者の地域生活支援についての共通認識を有する多職種チームによる包括的支援、②病院と精神福祉施設・団体などの間の有機的ネットワークの存在が認められ、また、全ての事例で共通する目標は、一人ひとりの患者にとってよりよい支援の提供であったことが明らかとなっている。これらの取り組みの共通項や目標は、ACT-J 利用者群及び飯田病院 OS 利用者群を対象とした聞き取り調査の結果からも、患者が必要としているものであることが明らかとなった。

G. 研究発表

1. 論文発表

・英一也、足立千啓、小川ひかる、河西孝枝、小林園子、佐藤文昭、田中幸子、津田祥子、野々上武司、原子英樹、松島崇明、梁田英麿、山下真有美、佐竹直子、伊藤順一郎. ACT における多職種の協働－臨床現場でチームアプローチした

事例を中心に－. 精神科臨床サービス
7:508-514, 2007

- ・佐竹直子, 伊藤順一郎. ACTによる措置入院患者への支援. 精神科治療学
24:1117-1122, 2009

2. 学会発表

- ・佐竹直子, 塚田和美. 総合病院の一機能としての ACT (包括的地域支援プログラム) の可能性. 第 20 回日本総合病院精神医学会総会, 札幌, 11 月, 2007.
- ・佐竹直子, 樽谷精一郎, 早川達郎, 塚田和美. 当院における精神科救急病棟と ACT (包括型地域支援プログラム) との連携について. 第 21 回日本総合病院精神医学会総会, 千葉, 11 月, 2008.
- ・佐竹直子, 樽谷精一郎, 早川達郎, 塚田和美. 精神科救急病棟と ACT (包括型地域生活支援プログラム) の連携について — 病棟削減を通して見られた変化. 日本精神科救急学会第 17 回大会, 山形, 9 月, 2009.
- ・佐竹直子, 羽間京子. 退院支援及び地域生活支援の必要度及び満足度について — ACT-J における調査より — . 日本精神障害者リハビリテーション学会第 17 回大会, 郡山, 2009.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

Appendix

「精神科退院患者の地域生活に必要な精神保健福祉サービス内容と現在の地域生活支援に関する満足度調査」

<調査参加者回答用>

Q1 あなたが入院中のことについておうかがいします。

あなたが入院中に、「退院後に家族以外の他者の支援が必要だ」と思っていたことは为什么呢。

① 金銭管理のこと	(1)支援が必要だと思っていた	(2)支援が必要だとは思っていなかった
② 住居のこと	(1)支援が必要だと思っていた	(2)支援が必要だとは思っていなかった
③ 食事, 清掃, 買い物などの身の回りのこと	(1)支援が必要だと思っていた	(2)支援が必要だとは思っていなかった
④ 服薬管理のこと	(1)支援が必要だと思っていた	(2)支援が必要だとは思っていなかった
⑤ 規則正しい生活を送ること	(1)支援が必要だと思っていた	(2)支援が必要だとは思っていなかった
⑥ 病状が悪化したときの対処	(1)支援が必要だと思っていた	(2)支援が必要だとは思っていなかった
⑦ 家族との関係	(1)支援が必要だと思っていた	(2)支援が必要だとは思っていなかった
⑧ 近所との関係	(1)支援が必要だと思っていた	(2)支援が必要だとは思っていなかった
⑨ 電車の乗り方など, 社会生活を送る上での知識	(1)支援が必要だと思っていた	(2)支援が必要だとは思っていなかった
⑩ 就労のこと	(1)支援が必要だと思っていた	(2)支援が必要だとは思っていなかった
⑪ 病気についての理解 (注1)	(1)支援が必要だと思っていた	(2)支援が必要だとは思っていなかった
⑫ その他	(具体的に:)	

(注1) この項目は, 飯田病院調査時に追加したものである。

Q2 あなたが退院してからのことについておうかがいします。

Q2-1 入院時に病院スタッフから受けた支援の中で、あなたの退院後の生活のうえで、実際に必要だったものは何でしょうか。(注2)

① 金銭管理についての助言	(0)受けていない	(1)必要だった	(2)必要なかった
② 住居探し	(0)受けていない	(1)必要だった	(2)必要なかった
③ 買い物や調理の練習	(0)受けていない	(1)必要だった	(2)必要なかった
④ 服薬についての助言	(0)受けていない	(1)必要だった	(2)必要なかった
⑤ 院内リハビリ(作業療法, デイケア)	(0)受けていない	(1)必要だった	(2)必要なかった

⑥ 福祉的手続きについての助言	(0)受けていない	(1)必要だった	(2)必要なかった
⑦ 家族への説明や家族関係の調整	(0)受けていない	(1)必要だった	(2)必要なかった
⑧ 電車の乗り方やATMの使い方などの生活についての助言(注3)	(0)受けていない	(1)必要だった	(2)必要なかった
⑨ 病気や治療についての説明(注4)	(0)受けていない	(1)必要だった	(2)必要なかった
⑩ グループミーティング	(0)受けていない	(1)必要だった	(2)必要なかった

⑪ その他	(具体的に:)
-------	----------

(注2) 飯田病院調査時では、ACT-J調査で実施した「作業所や地域活動支援センターなどの説明, 見学」の質問項目を除いた。

(注3) 飯田病院調査時では、「電車の乗り方についての助言」「ATMの使い方についての助言」をまとめて1つの質問項目とし、「電話のかけ方についての助言」の質問項目を除いた。

(注4) この項目は、飯田病院調査時に追加したものである。

Q2-2 退院後の生活を送る上で、入院中にこういう支援があったらよかったのに、と思うことは何でしょうか。

(具体的に:)

Q2-3 あなたが、飯田病院アウトリーチサービス以外で、現在利用している精神保健福祉サービスは何でしょうか。(注5)

① 精神保健福祉手帳	(0)はじめて聞いた (知らなかった)	(1)知っているが利用していない	(2)利用している
② 障害年金	(0)はじめて聞いた (知らなかった)	(1)知っているが利用していない	(2)利用している
③ 生活保護	(0)はじめて聞いた (知らなかった)	(1)知っているが利用していない	(2)利用している
④ 自立支援医療(精神)	(0)はじめて聞いた (知らなかった)	(1)知っているが利用していない	(2)利用している
⑤ デイケア(デイケア, ショートケア, 保健所デイケアクラブ)	(0)はじめて聞いた (知らなかった)	(1)知っているが利用していない	(2)利用している

⑥ 地域活動支援センター	(0)はじめて聞いた (知らなかった)	(1)知っているが利用していない	(2)利用している
⑦ 作業所, 授産施設	(0)はじめて聞いた (知らなかった)	(1)知っているが利用していない	(2)利用している
⑧ ヘルパー	(0)はじめて聞いた (知らなかった)	(1)知っているが利用していない	(2)利用している
⑨ ピアカウンセリング	(0)はじめて聞いた (知らなかった)	(1)知っているが利用していない	(2)利用している
⑩ 自助グループ	(0)はじめて聞いた (知らなかった)	(1)知っているが利用していない	(2)利用している

⑪ 就労サービス	(0)はじめて聞いた (知らなかった)	(1)知っているが利用していない	(2)利用している
⑫ その他	(具体的に:)		

(注5) 飯田病院調査では、「中核地域支援センター」(千葉県独自のサービス)の項目を除いた。

Q3 入院中の生活と、退院後の地域での生活についておうかがいします。

Q3-1 入院時の生活と、退院後の地域での生活を比べると、あなたはどちらに満足していますか。

(1)入院時の生活	(2)退院後の地域生活
-----------	-------------

Q3-2 (Q3-1で(1)の「入院時の生活」と答えた方に)退院後の地域生活に満足していない理由やあなたにとって課題となっていることを教えてください。

(具体的に: _____)

Q3-2 (Q3-1で(2)の「退院後の地域生活」と答えた方に)入院時に比べて、今の生活に満足しているのはどのような理由からですか。また、今の生活で改善できたらいいと思う点があれば教えてください。

(具体的に: _____)

Q4 飯田病院アウトリーチサービスについておうかがいします。

Q4-1 飯田病院アウトリーチサービスの次の支援は、あなたにとって必要ですか。(受けていない場合は、(1))

① 居宅に訪問しての支援	(1)必要ではない	(2)必要である
② 不安や困りごとについての相談	(1)必要ではない	(2)必要である
③ 金銭管理についてのアドバイス	(1)必要ではない	(2)必要である
④ 食事、掃除、買い物などさまざまな日常生活の支援	(1)必要ではない	(2)必要である
⑤ 住居探しなどの手伝い	(1)必要ではない	(2)必要である

⑥ 薬の説明や服薬についてのアドバイス	(1)必要ではない	(2)必要である
⑦ 体調や症状が悪くなったときの緊急支援	(1)必要ではない	(2)必要である
⑧ 入院が必要なとき、その手続きの手伝い	(1)必要ではない	(2)必要である
⑨ 身体の悩みについての相談	(1)必要ではない	(2)必要である
⑩ 社会資源の活用についての相談	(1)必要ではない	(2)必要である

⑪ 家族に対するアドバイス	(1)必要ではない	(2)必要である
---------------	-----------	----------

⑫ 対人関係に関する相談	(1)必要ではない	(2)必要である
⑬ 仕事探しの手伝いや仕事について後の支援	(1)必要ではない	(2)必要である
⑭ 24時間、土日を含めて電話で相談できること	(1)必要ではない	(2)必要である
⑮ 様々な職種のチームによる支援	(1)必要ではない	(2)必要である

⑯ あなたのニーズを踏まえた支援(注6)	(1)必要ではない	(2)必要である
⑰ ゆっくり話をきいてもらえること(注7)	(1)必要ではない	(2)必要である
⑱ 以上のほかに飯田病院アウトリーチサービスで、あなたにとって必要なもの、必要でないものについて、具体的に教えてください。	(自由回答:)	

(注6) この項目は、飯田病院調査時に追加したものである。

(注7) この項目は、飯田病院調査時に追加したものである。

Q4-2 飯田病院アウトリーチサービスの次の支援に、あなたはどれくらい満足していますか。

① 居宅に訪問しての支援	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足
② 不安や困りごとについての相談	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足
③ 金銭管理についてのアドバイス	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足
④ 食事、掃除、買い物などさまざまな日常生活の支援	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足
⑤ 住居探しなどの手伝い	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足

⑥ 薬の説明や服薬についてのアドバイス	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足
⑦ 体調や症状が悪くなったときの緊急支援	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足

⑧	入院が必要なとき、その手続きの手伝い	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足
⑨	身体の悩みについての相談	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足
⑩	社会資源の活用についての相談	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足

⑪	家族に対するアドバイス	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足
⑫	対人関係に関する相談	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足
⑬	仕事探しの手伝いや仕事についた後の支援	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足
⑭	24時間、土日を含めて電話で相談できること	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足
⑮	様々な職種ของทีมによる支援	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足

⑯	あなたのニーズを踏まえた支援(注8)	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足
⑰	ゆっくり話をきいてもらえること(注9)	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足
⑱	(Q4-1-⑯)で具体的な支援を挙げた方にその支援の満足度を4件法でうかがう)				

(注8) この項目は、飯田病院調査時に追加したものである。

(注9) この項目は、飯田病院調査時に追加したものである。

Q4-3 あなたが受けた、飯田病院アウトリーチサービス全体についておうかがいします。

①	あなたが受けた援助サービスの質はどの程度でしたか。	(4)大変よい	(3)よい	(2)まあまあ	(1)よくない
②	あなたが望んでいた援助サービス(プログラム)は受けられましたか。	(1)全く受けなかった	(2)そうでもなかった	(3)大体受けた	(4)十分に受けた
③	この援助サービス(プログラム)は、どの程度あなたが必要としたものでしたか。	(4)ほぼすべて必要としたもの	(3)だいたい必要としたもの	(2)いくつかは必要としたもの	(1)全く必要としたものではなかった
④	もし、知人が同じ援助を必要としていたら、この援助サービス(プログラム)を推薦しますか。	(1)絶対にしない	(2)しないと思う	(3)すると思う	(4)必ずする

⑤	困っていることに対して、十分に「時間」をかけた援助をうけたと満足していますか。	(1)とても不満	(2)どちらでもないか少し不満	(3)ほぼ満足	(4)とても満足
⑥	この援助サービス(プログラム)を受けたことで、以前よりも、あなたが自分の問題によりよく対処するのに役立ちましたか。	(4)おおいに役立った	(3)まあまあ役立った	(2)全く役立たなかった	(1)悪影響を及ぼした
⑦	全体として、一般的にいてあなたが受けた援助サービス(プログラム)に満足していますか。	(4)とても満足	(3)だいたい満足	(2)どちらでもないか少し不満	(1)とても不満
⑧	また援助が必要となったとき、この援助サービス(プログラム)をもう一度受けたいと思いますか。	(1)絶対受けたい	(2)受けたいと思う	(3)受けると思う	(4)必ず受けたい

Q4-4 飯田病院アウトリーチサービスの継続意向についておうかがいします。

あなたは、飯田病院アウトリーチサービスの継続をどのように考えていますか。	(1)すぐやめたい	(2)いつかはやめるがしばらく続ける	(3)このまま継続	(4)わからない
--------------------------------------	-----------	--------------------	-----------	----------

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

平成 19－21 年度 総合研究報告
分担研究報告書

精神科看護の効果の実証に関する研究

分担研究者 岩崎 弥生

厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業)

精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究

精神科看護の効果の実証に関する研究 (まとめ)

分担研究者 岩崎弥生 千葉大学看護学部 教授

研究協力者 小宮浩美 千葉大学看護学部 助教

研究要旨:本研究は、精神障害者の退院促進を指向した看護援助の実態を明らかにし、退院支援における看護の効果を検討することを目的としている。平成19年度は、退院支援事例についての看護師への聞き取り調査と包括的な退院支援を行っている地域の視察から、退院促進のための看護援助項目を抽出した。平成20年度は、①事例調査から、看護師による退院援助の実際と患者の状態の変化を明らかにし、退院援助による効果を検討した。また、②全国295か所の精神科病院を対象とした質問紙調査から退院援助の実施状況を把握した。平成21年度は、退院準備状況アセスメント表の試案作成と退院援助の実施状況の調査を行った。これらの研究結果から、退院促進を指向した看護援助として、「グループアプローチ」に並んで重要となるのは、「社会資源の体験への同行」や「患者や家族への訪問指導」といった『地域とつなげる援助』であるが、看護師によって援助の実施に差が生じていたことが明らかとなった。また、これらの援助は一回あたりの時間が多いため、退院促進を進めるためには、退院援助を実施する時間の確保が課題であることが示唆された。そして、入院期間4か月から1年未満の患者の群が最も退院準備状況の得点が高く、1年以上になると得点が下がっており、退院のための患者の力が減少していた。これより、効果的な退院援助の実施には、入院期間4か月から1年未満の患者に対する重点的なシステム作りが求められる。また、看護師によって援助の実施に差が大きいことから、病棟看護師が地域に暮らす精神障害者の力と生活について理解が深まるような教育体制が必要である。

A. 研究目的

本研究は、精神障害者の退院促進を指向した看護援助の実態を明らかにし、退院支援における看護の効果を検討することを目的としている。平成19年度は、①退院支援事例についての看護師への聞き取り調査から、退院促進のための看護援助項目の抽出、②患者の病期に応じたクリニカスパス、③包括的な退院援助の構造を明らかにした。平成20年度は、①事例調査から、看護師による退院援助の実際と患者の状態の変化

を明らかにし、退院援助による効果の検討した。また、②全国295か所の精神科病院を対象とした質問紙調査から退院援助の実施状況を把握した。以上の研究結果から、退院支援には患者や家族を中心とした多職種による課題の共有が必要であること、希望や能力といった患者のストレングスを重視した支援方法が効果的であることが示唆された。しかし、現在わが国で用いられている患者の退院に向けた課題を共有するためのアセスメント表は、患者の退院困難の

度合いを測るもの（佐藤ら、2008）や、退院に向けた準備状況について、患者側と環境側の両側面から評価する井上ら（2008）の退院準備度評価尺度Discharge Readiness Inventory（DRI）がある。しかし、これらは患者の能力の不足や病状による悪影響といった負の側面を評価するものであるとともに、患者や家族と共有するには理解が難しい項目があり、応用に限界がある。よって、平成21年度は、患者の強みを取り入れた退院準備状態アセスメント表の試案作成と退院援助の実態調査を行い、患者の退院準備状態と退院援助に関連する要因を検討した。

本稿では、これまでの研究内容の概要と総括を述べる。

B. 研究方法

1) 平成19年度研究

①看護師からの聞き取り調査

入院中の精神障害者の退院援助を行っている精神科看護師9名に対し、過去約一年の間の退院援助を行った事例（全15事例）について聞き取り調査を行い、患者の属性およびケア必要度、退院援助における看護技術を明らかにした。

②クリニカルパスの調査

クリニカルパスを用いている病院（7施設）に、試行中も含めた急性期、退院準備それぞれのクリニカルパスの郵送を依頼し、上記で明らかになった看護技術との比較検討を行った。

③包括的な退院支援を行っている精神科病院の視察

中国地方B圏域の精神科病院の看護管理者および看護師9名に対し、インタビュー

を行い、包括的な退院支援の構造について検討した。

2) 平成20年度研究

①退院促進における看護の事例調査

退院支援に定評がある千葉県内の精神科医療施設6か所、地域との連携の中で包括的な退院支援を行っている島根県X市と沖縄県Y市の精神科医療施設（各1か所）とし、合計8か所であった。

対象者は、調査当時、退院援助を受け始めた、あるいは受け始めて間もない患者のうち、調査への協力が得られる者とし、16名の患者が対象となった。これらの患者への退院まで（もしくは調査終了時まで）に看護師が行った退院援助の具体的内容と所要時間、および患者の状態変化を把握するため、CP換算値、Global Assessment of Functioning（GAF）、退院困難度24項目（佐藤ら、2008）、ケア必要度24項目（大島ら、2000）を調査した。

②看護援助の実施状況調査

全国の病院評価機構の認定を受けている精神科病院協会会員施設および国公立精神科病院（総合病院の精神科病棟を除く）295施設の看護部宛に各5部ずつ調査用紙を郵送し（配布数1475部）、退院支援を行なっている看護師への配布を依頼した。調査内容は、①患者および看護師の基本属性、②退院困難度（佐藤ら、2008）、③退院支援における看護援助の実施状況であった。調査内容への回答に当たり、退院支援をしている患者一事例を想定して回答するよう依頼した。

退院困難度は24項目（三件法：「あてはまらない=1点」、「ややあてはまる=2点」、「非常にあてはまる=3点」）から成る。

退院支援における看護援助の実施状況に関する質問紙は、看護援助の実施程度を問う質問紙と、看護援助の実施頻度・所要時間を問う質問紙から構成されている。看護援助の実施程度は、我々が平成19年度に実施した研究の成果および先行研究をもとに作成したもので、看護援助43項目（四件法：「よくしている=4点」、「ときどきしている=3点」、「あまりしていない=2点」、「まったくしていない=1点」）から成る。看護援助の実施頻度・所要時間の質問紙は、厳選した退院援助16項目から成り、過去2週間の実施の有無を問い、実施した援助項目について過去2週間の援助の頻度と援助に要した平均時間を自由記述で問うものである。

3) 平成21年度研究

関東のX県内で退院支援の定評がある3カ所の精神科病院の精神科病棟に勤務する331名の看護師を対象に、患者属性、退院準備状態アセスメント項目（研究者らが作成、28項目）と退院支援内容（平成20年調査で使用、48項目）を調査した。看護師1名につき、1名から2名の患者について回答を依頼した。

C. 研究結果

1) 平成19年度研究結果

(1) 看護師からの聞き取り調査

関東地方A県にある精神科医療施設に勤務する看護師に聞き取り調査を依頼した。協力が得られたのは、9名の看護師（男：3名、女：6名）であり、平均年齢は、43歳（SD=12）、看護経験年数の平均は19年（SD=8）である。退院支援の事例の概要とケア必要度を表1に示す。

表1 退院事例の概要（N=15）

性別	男：7 女：8
平均年齢	47.5歳（SD=17.4）
主疾患名	統合失調症：13 躁うつ病：1 アルツハイマー病疑い：1
病棟	一般精神病棟（閉鎖）：8 一般精神病棟（開放）：4 精神科救急病棟：3
入院形態	医療保護：10 任意：4 措置：1
過去の入院回数	3回以上：9 1~2回：4 初回：2
学歴	中卒：6 高卒：4 短大・大学：2 不明：3
職歴	あり：10 なし：5
婚姻歴	未婚：9 離婚：4 既婚：2
退院時の同居家族	あり：7 なし（独居）：4 施設退院：4
経済背景	家族からの援助：10 本人の年金：2 生活保護：3
利用している社会資源	退院前の利用なし：10 退院後の利用あり：12
退院・退院予定先	自宅：6 アパート：3 福祉ホーム・救護施設：2 他医療施設・養護老人ホーム：4

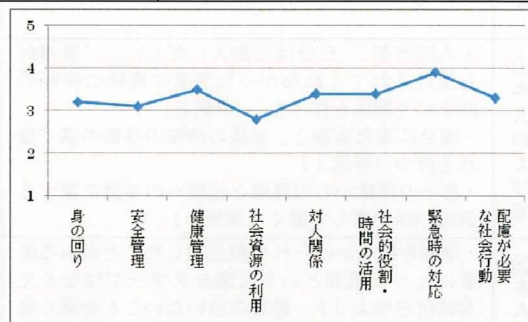


図1 対象事例のケア必要度

ケア必要度の算出は、精神障害者ケアマネジメントで用いられているケア必要度の項目を用い、情報は対象看護師から聴取した。「1：自立」から「5：通常の助言や援助を受け入れられず、強力な働きかけが必要な状態」までの5段階で評定する。2.5より点数が高い場合が要援助であり、対象事例はすべての項目においてケアニーズが高く、特に心配ごとの相談や悪化時の対処などの「緊急時の対応」のケアニーズが最

も高く、交通機関の利用などの「社会資源の利用」についてはややケアニーズが低い傾向がみられた。

精神科入院患者の退院を促す看護技術として、①本人および家族との関係づくり、②本人および家族の退院に向けた取り組みへの動機づけ、③本人および家族との退院先のすり合わせ、④本人の地域生活能力の拡大と他者の力の活用、⑤本人の病气管理能力の拡大と他者の力の活用、⑥他職種との関係づくり、⑦他職種への本人や家族の希望・意向の代弁、⑧支援会議の調整、⑨施設外関係者との連携などの大項目と具体的な看護行為の項目を抽出した(表2参照)。

表2 精神科入院患者の退院を促す看護技術

大項目	データ(抜粋)
① 本人および家族との関係作り	<ul style="list-style-type: none"> ・入院当初、「自分は芸能人」だといって看護師を受け入れてくれなかった患者に趣味の映画の話をして関係を作った。(事例8) ・面会に来た家族と、家族の趣味の写真の話で接点を持つ(事例1) ・息子の発症からの経緯と治療への不満に関する母親の話を遮らず聞く(事例7)
② 本人および家族の退院に向けた取り組みへの動機づけ	<ul style="list-style-type: none"> ・退院を持ちかけられ自殺企図したことがある患者にとって退院という言葉がタブーではなくて柔軟化させようと、患者の言いたいことを聞く会「〇君を励ます会」を月に一回開催し、その日勤務している看護師、医師全員でステーション内で患者を囲んで話を聞く。(事例3) ・退院に不安が強い家族に、ベッドを空けておくから、1週間外泊だと思って自宅に退院してみて、1週間後また病棟に来るよう提案する。なんとかやれたという家族の評価があり、次に2週間後、3週間後と期間を開けていった(事例1)
③ 本人および家族との退院先のすり合わせ	<ul style="list-style-type: none"> ・故郷の実家に退院したいという患者に、「兄とけんかしちゃっているのではないかと指摘する(事例4) ・娘は、患者である母親は自宅に退院できる状態じゃなく、施設への転院を望んでいたが、車椅子の夫は、自分の面倒をみるために早く自宅に帰りたいと家族の意向が合わなかった。車椅子の夫に、病状の重さをわかってもらうために本人と面会させ状態を説明した。(事例13)

④ 本人の地域生活能力の拡大と他者の力の活用	<ul style="list-style-type: none"> ・おもちゃを買ってきて、「これがあれば生きていける」と所持金全てを使ってしまうことを繰り返していた患者だったが、アパートに退院したいという気持ちが強く、そのためにはどうしていくか、何をしていくのかと1日10分程度プライマリが話し合い、失敗しても、1日200円を1日分から3日、一週間分の管理と伸ばしていった(事例12) ・アパートで一人暮らしするにあたり、父親に日々の生活費を分割で銀行口座に入金してもらい、本人がカードを管理することになった(事例3)
⑤ 本人の病气管理能力の拡大と他者の力の活用	<ul style="list-style-type: none"> ・「耳の中に虫がいるから」という患者にライトを渡し、自分で見てみるよう勧め、対処行動を促す(事例7) ・心理教育の服薬教室での宿題になっている薬の作用や副作用について、一緒に調べながら用紙に書く(事例12) ・自宅に帰ったら母親が管理している患者には自己管理を勧まない。(事例11)
⑥ 他職種との関係づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・CWに「こんな感じでこういう状態だが、どうしたらいいか?」と泣きついたり、患者のケアと関係ない話をしてコミュニケーションをとる(事例11)
⑦ 他職種への本人や家族の希望・意向の代弁	<ul style="list-style-type: none"> ・短い面談時間では限界があるので、家族が退院後の生活で困難な具体的な内容を医師に伝達し、退院後の社会資源の検討を依頼する(事例6) ・以前中華料理店で働いていた患者のデイケアのチャーハン作りに参加したいという希望を医師につたえる。(事例3)
⑧ 支援会議の調整	<ul style="list-style-type: none"> ・医師やCWに患者の状況を説明し、他の職種の意見を伝え、話し合いを持ちたいが、日時がよいかと、支援会議を調整する。(事例3)
⑨ 施設外関係者との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・施設への体験宿泊中に手持ちの薬が足りなくなり、施設スタッフから内服しなくてよいか問い合わせがあったときに、処方内容と病棟での睡眠状況から判断して問題ないと回答した後、医師に報告した(事例4)

(2) クリニカルパスの調査

入手したクリニカルパスの看護援助の項目と看護技術の大項目と比較した結果、急性期、慢性期、退院計画のいずれのクリニ

カルパスにも、本研究で明らかになった「退院に向けた本人および家族の動機づけ」、「本人および家族との退院先のすり合わせ」に該当する項目はなかった。

(3) 包括的な退院援助の構造

B圏域の退院支援体制を表2に示す。

表3 B圏域の退院支援体制

管内人口	約174千人(1市1町)
精神科ベッド数 (504床)	総合病院精神科 :3 単科の精神科病院:2 精神科クリニック:7
精神障害者 施設概況	地域生活支援センター:2 通所授産施設:3 グループホーム:5 生活訓練施設・福祉ホーム:2 共同作業所:6

包括的な退院支援の構造として、次のことが明らかになった。圏域全体の退院支援のコーディネートを行う退院支援員（精神科看護師）が地域活動支援センター内に配置されており、精神科病院の入院患者に直接面接、退院計画の立案や病院職員および地域の関係者との調整役として機能していた。そして退院支援員は、退院の希望を失っている患者に対し、患者の得意なことや希望を見出し、これを糸口にしながら、患者と共に計画を立て、支援を行っていた。また、入院経験のある当事者がNPOを組織し、生活サポーターとして、病院を訪問し、入院患者との面談、ピアカウンセリング、外出同伴を行っていた。これにより、病院職員の意識改革、入院患者への自立生活役割モデルの提示、発病直後の本人・家族のショックの緩和、慢性期患者の心理的支援などに効果をあげていた。さらに、精神科医療に関連した勉強会が月に一回開催され、過去20年間継続されていた。これにより、退院支援に関わるスタッフの「顔の見える

関係」が形成され、効果的な連携につながっていた。また、この会の会員による市民向けの精神保健に関する講演会やコンサートを通じた啓発活動が行われ、障害者を受け入れる地域の醸造を行うとともに、地域に開かれた病院作りにも寄与していた。

地域における救急事例には、医師を含む多職種による精神科救急支援チームのほか、精神科クリニックに併設されたデイケアと訪問看護が障害者の退院後の生活におけるソフト救急としての機能を果たしていた。

2) 平成20年度研究結果

(1) 退院促進における看護の事例調査

①対象概要

対象施設、対象患者の概要を表4、表5に示す。対象患者は、中年期の長期入院者である傾向が認められた。研究に協力した看護師は、70名（男性13名、女性57名）であり、平均年齢44.2歳（SD=13.2）、看護師臨床年数は平均18.1年（SD=13.0）、うち精神科看護の臨床経験年数は平均9.6年（SD=9.0）であり、中堅からベテランが多かった。

②対象患者の状態変化

改善したものは、GAF得点の平均値（開始時47.7、終了時54.7）、退院困難度（資料図1、有意差なし）、ケア必要度（資料図2）のうち「身のまわりのこと」「対人関係」「社会的役割・時間の活用」に有意差がみられた（Wilcoxonの符号付き順位検定）。改善しなかったものは、CP換算の平均値（開始時616.9、終了時676.3）、退院困難度（図1）のうち、一時的なものを含めて全16事例中6事例に、「退院への不安」の増強があった。

③退院援助カテゴリと所要時間

退院援助の記述から、531の退院援助コードを抽出し、これらから52の下位カテゴリおよび23の退院援助カテゴリに分類し

た（資料参照）。

一回あたりの援助時間が最も長いのは、「患者の社会資源の体験に同行」や「患者や家族への退院に向けた訪問指導」といった『地域につなげるケア』であった。なお、「社会資源の体験に同行する」援助は、単に社会資源についての患者の理解を進めることが目的なのではなく、地域生活への不安が高く、退院に積極的になれない患者に対し、社会資源を体験することで自信を再獲得する機会として用いられていた。

次に所要時間が長かったのは、『患者の地域での生活技能を高めるグループアプローチ』であり、SST（生活技能訓練）や退院支援グループが行われていた。一方で、『患者との話し合い（退院後の生活について）』や『退院に対する患者の意思確認と動機づけ』といった個別の看護面接が、1回あたり平均約15～18分と所要時間は短いですが、頻回にグループへの患者の参加意欲の維持や患者の退院に対する意向や希望の明確化を目指して実施されていた。

（2）看護援助の実施状況調査

回答は秋田県を除く全国から寄せられ、476名から回答があった（回収率32.3%）。対象看護師の平均年齢は42.4歳で、精神科看護の平均経験年数は11.8年であった。対象患者は、男性58%、女性42%、平均年齢は52.3歳であった。

退院援助の実施状況としては、「患者の退院に対する不安や困難への対応」や「他職種との個別の相談」は半分以上の看護師が実施したと答えていた一方で、「患者の社会資源の体験への同行」「患者や家族への訪問指導」といった援助の実施割合は、1割から2割程度であった。看護師の属性と退院援助8因子の実施程度を検討したところ、『地域で暮らす精神障害者へのケアの経験』、『退院援助の研修経験の有無』にのみ、

退院援助の実施程度と統計的に有意な差がみられた。すなわち、地域で暮らす精神障害者へのケアの経験を持つ看護師や退院援助の研修の受講経験がある看護師のほうが、実施程度が高かった。また、患者の入院期間によって退院困難度に違いが見られた。

実施頻度と1回あたりの平均実施時間の回答結果をもとに算出した、1ヶ月あたりの退院援助の推計値の合計は、月に33.2時間であった。「SST（生活技能訓練）」に並んで多くの時間を占めているのが「患者の社会資源の体験への同行」であった。（資料「平成20年度質問紙研究図表」参照）

3）平成21年度研究結果

①対象病院の概要

研究協力が得られた3施設は、全て関東のX県内の医療法人の精神科病院であった。詳細は表2のとおりである。3施設全体の調査時の1カ月当たりの入院患者数は平均4.4人（SD=7.8）、退院患者数は平均5.2人（SD=6.3）、平均在院日数は2093日（SD=1997）であった。対象施設の概要を表4に示す。

表4 対象病院の概要（n=3）

	A病院	B病院	C病院
設置主体	医療法人	医療法人	医療法人
病床数 （精神科 以外も含む）	238 病床	388 病床	868 病床
病棟数	4病棟	7病棟	15病棟
調査月の 精神科 入院患者 数	23人	39人	36人
調査月の 精神科退 院患者数	26人	35人	36人
付属施設	地域活動支 援センター	なし	福祉ホーム 通所授産施 設

職員数	医師：11 看護師：36 准看護師：32 看護助手：34 PSW：6 薬剤師：3 OT：6 臨床心理士：3	医師：14 看護師：5 准看護師：52 看護助手：44 PSW：5 薬剤師：3 OT：3 臨床心理士：3	医師：39 看護師：164 准看護師：151 看護助手：114 PSW：9 薬剤師：10 OT：10 PT：1 臨床心理士：1
退院支援体制	退院支援プロジェクト・委員会設置	退院支援プロジェクト・委員会設置	退院支援の専門部署設置

②対象看護師の概要

対象病院に勤務する看護師 241 名から回答があった（回収率 72.8%、有効回答率 71.6%）。対象看護師の平均年齢は 48.9 歳（SD=10.3）で、精神科看護の平均経験年数は 12.6 年（SD=10.0）であった。所属病棟は精神療養病棟および精神一般病棟が多かった（併せて約 8 割）。また、精神科訪問看護・精神科外来・デイケアにおける看護の経験がないものは 5 割以上を占めていた。対象看護師の概要を表 5 に示す。

表 5 対象看護師の概要 (n=240)

性別	男：19.2% 女：80.0% 欠損：0.8%
平均年齢	48.9 歳 (SD=10.3)
職種	准看護師：43.3% 看護師：55.8% 欠損：0.8%
職位	スタッフ：85.4% 主任・副看護師長：8.3% 看護師長：2.1% その他：2.5% 欠損：1.7%
最終看護教育	准看学校：36.3% 専門学校：57.1% 短大：2.1% 大学：0.8% その他：0.8% 欠損：2.9%
看護経験平均	看護全般：21.4 年 (SD=10.9)

年数	精神科看護：12.6 年 (SD=10.0)
所属病棟	精神療養病棟：47.1% 精神一般病棟：32.5% 精神科急性期治療病棟：10.8% 精神科救急病棟：6.3% その他：2.5% 欠損：0.0%
地域で暮らす精神障害者への看護経験	精神科訪問看護：35.8% 精神科外来：5.8% デイケア：3.3% 該当なし：52.1%
研修受講状況	退院支援の研修受講者：6.3% 該当なし：64.2%

③対象患者の概要

対象看護師には受け持ち患者 1～2 名について退院準備状況と退院援助内容の回答を依頼したところ、439 名の回答が得られた。男女差はなく、平均年齢は 56.8 歳であった。統合失調症が 8 割であり、全体の約 4 割に身体合併症を持っていた。今回の入院期間は、3 か月以下から 20 年以上と幅広いが、全体の傾向としては平均入院期間が約 9.9 年と長かった。また、178 名（40%）の患者が退院が難しいと対象看護師によってみなされていた。患者の概要の詳細を表 6 に示す。

表 6 対象患者の概要 (n=439)

性別	男：50.1% 女：49.9% 欠損：なし
平均年齢	56.8 歳 (SD=14.0)
診断名	統合失調症：80.26% 躁うつ病：8.2% その他：10.5% 欠損：1.1%
身体合併症	あり：38.0% なし：59.2% 欠損：2.7%
平均初診年齢	32.7 歳 (SD=15.6)
今回の入院期間	3 か月以下：17.3% 4 か月～1 年未満：11.4% 1 年～5 年未満：20.3% 5 年～10 年未満：10.0% 10 年以上 20 年未満：15.7% 20 年以上：18.0% 不明：7.3%

平均入院期間 (月)	119.4ヶ月(約9.9年) SD=146.1
家族サポート	あり: 82.2% なし: 16.9% 欠損: 0.9%
経済背景 (複数回答)	家族の扶養: 171名 障害年金: 117名 生活保護: 87名 その他(貯蓄等): 40名 欠損: なし
退院の可能性	① すぐにでも病院から離れて 単独での地域生活可能: 8名 ② すぐにでも病院の近くであ れば単独での地域生活が可 能: 16名 ③ すぐにでも家族と同居の地 域生活が可能: 62名 ④ 継続的な退院支援で一人 でも退院が可能である: 35名 ⑤ 一人では退院は難しいが、 管理人がいるグループホーム などには退院できる: 100名 ⑥ 退院は難しい: 178名 ⑦ その他: 24名 ⑧ 不明: 16名

④退院準備状況の因子構造

439名の患者の退院準備状況アセスメント表(28項目)の結果を因子分析(主因子法、プロマックス回転)した結果、5因子で最も解釈しやすい結果が得られた。抽出された因子は、寄与率の高い順に「社会的行動力」「活動管理能力」「精神症状の安定さ」「疾患理解」「緊急時の他者への要請」で累積寄与率は60.1%であった(資料「平成21年度研究結果」参照)。下位尺度のCronbachの信頼係数は0.779~0.924で、十分な内的一貫性が認められた。5つの下位尺度は互いに有意な正の相関を示した。

⑤退院準備状況と患者属性の比較

退院準備状況と患者属性を比較したところ、いくつかの差がみられた。まず、退院準備状況の合計得点の平均値を患者の退院可能性で比較したところ、有意な差がみら

れた。また、入院期間による比較では、入院期間3カ月未満と4カ月~1年未満の2群と1年以上の入院期間の間にのみ有意な差がみられた(資料「平成21年度研究結果」参照)。つまり、入院期間が1年を過ぎると退院準備状況得点が大幅に減少していた。

次に、因子ごとの退院準備状況の得点と退院可能性および入院期間を比較したところ、退院可能性の全ての群間で因子得点に有意な差がみられた。特に、「退院は難しい」群の『社会的行動力』『緊急時の他者への要請』の点数が低く、退院の可否にこれらの領域が重要視されていることがわかる。また、入院期間によっても退院準備状況の因子得点に違いがみられた。入院期間4か月から1年未満の群が最も得点が高く、1年以上になると得点が下がっていた。

⑥退院援助と患者属性の比較

退院援助の実施状況については、資料に一覧を示した。これらの退院援助項目の回答結果は、平成20年度の因子構造をもとに尺度化し因子ごとに患者の属性と比較した。

入院病棟別では、急性期治療病棟が最も退院援助を実施していたが、入院期間別で見ると、4か月から1年未満の患者の群が最も退院援助を受けていた(資料「平成21年度研究結果」参照)。つまり、4か月以降に集中的な退院援助の開始時期があることが予測される。

⑦退院援助と看護師属性の比較

退院援助の因子と看護師属性を比較したところ、退院後の精神障害者への看護の経験がある者のほうが、いくつかの退院援助

の実施において有意な差がみられた（資料「平成21年度研究結果」参照）。

D. 考察

1) 退院支援における看護援助の効果

研究1において、調査開始時に比べ、調査終了時の患者の退院困難度とケア必要度に改善がみられたことから、今回の事例に提供されていた退院援助内容の効果が示唆される。その一方で、一部の事例に、退院援助が進んでゆくに伴って、退院困難度の「退院への不安」の増加がみられた。この項目は、退院後の生活で一人で過ごす不安を訴えたり、退院後のセルフケアや症状悪化を予期して不安を表現するという患者の行動を問うものである。このような患者の変化は、退院を明確な目標として認識し、退院のための準備について話し合える状況にすることができたために生じたものと考えられる。しかし、退院への不安によって患者が精神状態を悪化させる可能性もあり、退院について患者と話し合う援助と並行して、綿密な観察とアセスメントが重要な援助になると考えられる。

2) 退院援助の実施に関連する要因

研究1の結果から、社会資源の体験に同行する援助は、患者と地域をつなぐ重要な援助であることが示唆される。しかし、研究2の結果から、このような地域とつなげる援助は、地域で暮らす精神障害者へのケアの経験があること、および退院支援の研修会の受講経験を有するといった一部の看護師によって提供されていた。退院援助をさらに進めるためには、看護師の職業経験の交流や研修体制の構築が必要と考えられ

る。

1ヶ月あたりの退院援助の推計値を合計したところ、33.2時間であり、一ヶ月の看護師の労働時間が160時間とすると、一人の看護師が担当できる退院事例数は月に4.8人となる。我が国の精神科医療で最も多くの病床を占める精神療養病床群では、日勤帯における看護職員数は患者15人に一人の割合が最低基準である。15人の患者に退院援助を提供するとなると一ヶ月あたり498時間となり、看護師の労働時間の持ち分を大幅に超えている見込みになる。現在の臨床状況においては、退院支援の時間を確保するための対策を講じる必要がある。

3) 退院準備状態アセスメント表の試案

本研究で作成した退院準備状態アセスメント表は、全ての因子において高い α 係数が算出され、十分な内的一貫性が得られたといえる。今後は、概念の近い既存の尺度（精神科リハビリテーション行動尺度：Rehab など）を用いて妥当性を検証する必要がある。

4) 入院4カ月から1年未満の患者への重点的退院援助

本研究結果では、入院期間が1年を過ぎると退院準備状況得点が大幅に減少していた。また、4か月から1年未満の入院患者への退院援助の実施が最も高かったことから、入院期間4か月から1年未満の患者に対する重点的な退院援助の実施を実現するシステム構築が求められる。

5) 退院援助の実施に関連する要因

退院援助の実施に関連する要因として考