〈研究ノート〉

精神科スーパー救急病棟におけるチームナーシングの実践: 2か月間で退院につなげた新規入院患者の事例研究

小林みゆき¹⁾ ・ 伊賀 聡子¹⁾ ・ 尾島 玲²⁾ ・ 島村 龍治²⁾ 佐久間奈津子³⁾ ・ 坪井 裕子²⁾ ・ 山室 緑²⁾ ・ 中嶋 尚子²⁾

【要旨】

本研究は、精神科スーパー救急病棟(精神科急性期入院料病棟)における標準的なモジュール型継続受け持ち方式の看護チームが、一人の新規入院患者に対し約2か月間の実践を行った看護実践内容と特徴を明らかにしたものである。その結果、プライマリーナースは『看護師間・看護-多職種間の調整・依頼』と『アセスメントの統合』『心理面へのケアと関係性の構築』、を主に実践し、看護チームのメンバーナースは『心理面へのケアと信頼関係の構築』と『対話による情報収集』『患者の精神症状の観察』を主に実践していた。

精神科急性期における看護実践では、入院初期からの十分なアセスメントと患者理解によって、短期間の入院、関わりであっても、患者にとって十分な「ケア」を行うことが可能であり、看護・多職種のチーム内において、情報や方針を共有することが、効率の良いケアと患者の入院日数の短縮につながることが示唆された。

キーワード:精神科スーパー救急病棟 チームナーシング 退院支援

I. はじめに

日本の精神科医療では、脱施設化と患者の在宅・地域生活への転換を迫られて久しい(厚生労働省:2004)。この背景には病院収容型であったこれまでの精神科医療における膨大な医療費に加え、患者のホスピタリズムによる社会復帰の困難さ、パターナリズムの問題など、社会的な問題と反省があることはすでに広く知られている。

こうした中で、精神科の入院期間の短縮が推し進められ、それに伴い病棟の急性期化がすすんだ。その結果、急性期の病棟、中でも精神科救急入院料病棟(以下精神科スーパー救急病棟)では3か月間の入院期間において薬剤調整とそのモニタリングのみを治療・看護とし

¹⁾ 城西国際大学看護学部看護学科

²⁾ 社会医療法人社団さつき会 袖ケ浦さつき台病院

³⁾前 社会医療法人社団さつき会 袖ケ浦さつき台病院

て行うことが標準的になり(平田: 2005)、急性期といえども人員配置基準の低い精神科の厳 しいマンパワーの中で看護師たちは日々新患を受けることに追われるのが現状となった。

ゆっくりと回復にむかう統合失調症圏の初発や急性増悪の患者、遷延化した気分障害の患者など、急性期治療の期間であっても本来十分な「ケア」を受けることが必要な患者たち(中井:2004)は、このような急性期医療の中で「ケア」を十分受けられていない。患者たちは急性期病棟を退院するとき十分回復していないために『回転ドア現象』が起き(阿保ら:2011)、このような現実の中で働く精神科看護師たちもまた、疲弊と無力感に晒されている。

こうした精神科医療の新たな問題の中で、患者に十分な「ケア」を提供するための看護ケアシステムの開発が必要とされている。一方で、精神科急性期病棟における有効な看護ケア方式やシステムの在り方に関して、先行研究は未だ行われていない。

現在日本における看護ケア提供システムには、大きく分けてチームナーシング、プライマリーナーシング、モジュール型継続受け持ち方式、機能別看護、の4種類があり、患者特性や看護の特性によって病棟ごとに方式を選択している(岡庭:2018)。精神科急性期病棟においても様々な方式で看護が提供されているが、患者の入院直後の多重な業務と平行して患者一看護師間の信頼関係の構築を必要とする精神科急性期看護には、チームナーシングの中に個々の患者に対する責任と一貫性を持つプライマリーナースが存在するモジュール型継続受け持ち方式が有効に活用できるのではないかと考えた。

そこで本研究では、精神科スーパー救急病棟における標準的なモジュール型継続受け持ち 方式の看護チームが、新規入院患者一事例に対し2か月間の実践を行ったケア内容と看護の 特徴を明らかにし、精神科急性期病棟における看護ケアの在り方について考察することを目 的とした。

1. 研究目的

精神科スーパー救急病棟におけるモジュール型継続受け持ち方式の看護チーム(以下看護チームと略)が、新規入院患者一事例に対し行った2か月間のケアの実践内容と看護の特徴を明らかにし、精神科急性期病棟における看護ケアの在り方について考察する。

2. 研究デザイン

B病院における看護チームが、新規入院患者 1 例の入院から退院までに行った看護ケアを明らかにする事例研究。

3. 研究方法・分析方法

- (1) データ収集方法
 - 1) 看護チームは研究協力者となる新規の入院患者1名を担当する。
 - 2) 看護チームの中からプライマリーナースを1名選出し、プライマリーナースを中心に

患者の看護計画を立案、看護チーム内で共有する。

- 3) 立案された看護計画に沿って患者へのケア提供を行う。
- 4) 看護チームは適宜カンファレンス等によって患者へのケア内容を検討・修正するなど 適切なケアを更新、実践を繰り返す。
- 5) 看護実践は患者の入院から退院までの約2か月間を目途とする。
- 6) 看護チームによる実践内容及びカンファレンス記録は詳細に看護記録としてカルテに残し、それら及び必要時医師など多職種によるカルテ記録をデータとして扱う。

(2) データ分析方法

1) データとなるカルテ記録は研究者である看護チームメンバーが熟読。患者の入院期間の時系列に沿って、病状の経過、起きたイベント、アセスメント内容を整理した。 それをもとに、アセスメントに基づいて行われた看護行為をすべて抽出し、それぞれプライマリーナースの看護実践、メンバーナースの看護実践の内容としてさらに整理した。

(3) 研究協力者

B病院における看護チームのメンバー7名及び、入院患者1名。

(4) 倫理的配慮

病院管理者および主治医の同意のもと、研究協力者には研究参加が治療への支障とならないことを口頭または文書を用いて研究の趣旨・方法などについて説明を行った。その際、自由意思による研究への参加、拒絶や中止による不利益を被らないことなどの倫理的配慮を伝え、個人が特定できないよう、氏名等はすべて符号化すること、具体的ケア内容についても文脈に影響を及ぼさない程度に加工することなどを保障した。

患者である研究協力者への説明は、精神症状の落ち着いた入院 3 日目に行うこととしたが、その際に、入院初日から 3 日目までのカルテ記録のデータとしての使用の諾否についてもこの期間のカルテを明示して説明した。

記録類はすべて B 病院の電子カルテ内にて保管されているものの閲覧とし、B 病院外部 へ持ち出すことなく扱うこととした。

また、資料として作成したデータに関しても個人情報については符号化し、病院内の施 錠可能な場所へ厳重に保管した。

本研究で得られたデータについては、研究終了後に破棄することとした。

尚、本研究はB病院の研究倫理審査委員会において承認を得て実施した(受付番号1)。

(5) 研究期間

201X 年 10 月~201X+1 年 3 月。

Ⅲ. 結 果

精神科スーパー救急病棟において、プライマリーナース1名、プライマリーナース以外のメンバーナース6名のチームを編成し(表2)、入院患者1名の看護ケアを実践した(表1)。 患者概要:

A、40 代、男性、てんかん性精神病。深夜に自宅で刃物や金属バッドを振り回し、同居の母親から警察に通報され、措置入院となった。事件時は飲酒をしており、イライラしていたとのことであった。A は保護室への入院、終日隔離となったが、その当日中に興奮は速やかに消失した。

I期:入院から隔離時間解除まで(入院当日~7日目)

Aの経過

A は入院日の夜には疎通性よく、攻撃性や幻覚妄想もなく過ごし、隔離室内にて落ち着いている様子であった。入院7日目に隔離一時解除観察となった。

② アセスメントと看護の経過

速やかに興奮が消退した A であるが、入院初期であることから、看護チームは A の行動化(Acting out)への注意とともに精神症状の観察とアセスメントを続けること、隔離室でのストレスの緩和と看護師と A との関係性を作るために、世間話をするなど気楽な関わりを持ってゆくこととした。

入院2日目にプライマリーナースのアセスメントと初期看護計画を看護チームで共有し、計画に基づいた看護実践を開始。入院5日目のカンファレンスにて看護チームから主治医へ隔離の一時解除観察を提案し、医師の判断とも一致、Aは隔離一時解除に行動が拡大した。

③ プライマリーナースの実践

プライマリーナースは、A の看護チーム間での情報と看護計画共有のためにカンファレンス開催を呼びかけ、看護チームが A へのケアに集中できるよう、病棟全体の勤務体制の整備を病棟管理職へ依頼するなどの調整を行った。また、A へ個別的なケアを展開した。 具体的には A の不安や思いの傾聴、こまめな声掛け、母親と姉の面会時の付き添いなどであった。

I期におけるプライマリーナースの看護実践は、以下のように整理された。

- 看護チームの『アセスメントの統合』
- ・『看護師間・看護師―多職種間の調整・依頼』 具体的ケア「受け持ち看護師の依頼・調整」「受け持ち看護師の勤務帯調整」 「隔離一時解除観察の検討依頼」
- 『心理面へのケアと信頼関係の構築』具体的ケア「思いの傾聴」「夜間帯も声掛けする」「部屋担当でなくても声掛けする」

「困っていることへの介入」「不安の傾聴」「楽しい時間の共有」

④ メンバーナースの実践

メンバーナースたちはアセスメントに基づき、Aの日々の精神症状を観察、その都度アセスメントした。また、隔離に伴う拘禁反応の観察、入院当日に十分聴取されていなかった生育歴や入院前セルフケア状況の聴取、行動制限のある Aの嗜好品や日用品の代行購入などのほか、プライマリーナース同様、各看護師たちは Aへの上記介入の際、常に Aとの対話を心がけ、対人関係の構築を図った。さらに、面会時の家族に対しては、疲労のみえた母親をねぎらい支持的に関わるなど、対応したメンバーナースの判断によって、適宜の介入が行われた。

I期におけるメンバーナースの看護実践は、以下のように整理された。

- ・『心理面へのケアと信頼関係の構築』 具体的ケア「思いの傾聴」「夜間帯も声掛けする」「部屋担当でなくても声掛けする」 「困っていることへの介入」「不安の傾聴」「楽しい時間の共有」
- ・『精神症状の観察』 具体的観察「入院時の激しい精神症状の変化」「面会時・面会後の精神症状の変化」 「行動制限による精神症状」「不眠による精神症状」
- ・『対話による情報収集』 具体的聴取「入院時の思い」「家族への思い」「生育歴やセルフケアについて」 「対人関係について」

⑤ I 期のケアの評価

- I期終了時のカンファレンスによって、看護チームのケアは以下のように評価された。
- ・入院直後より『心理面へのケアと信頼関係の構築』を目指した関わり、『精神症状の観察』を頻回に実施することで、Aの精神症状の安定につながった。そのため、入院7日目に隔離一時解除につなげることができた。また入院早期からカンファレンスを適宜行うことで、早期に看護の方向性が定まったことも、Aの精神症状が安定した一因であった。
- ・プライマリーナースによる勤務体制の調整、主治医への提案を行ったことで、継続した看護の提供、早期の行動制限緩和(隔離一部解除)の実現へと繋がった。
- ・家族に対して入院 4 日目からの早期介入をしたことで家族と A とのトラブルを回避 し、静穏な療養を促した。

上記の評価より、『(プライマリーナースによる) 看護師間・看護-多職種間の調整・依頼』『心理面へのケアと信頼関係の構築』『精神症状の観察』『対話による情報収集』という看護ケアの継続が適切であると考えられた。

Ⅱ期:時間開放延長から隔離解除まで(入院8日目~26日目)

Aの経過

A は穏やかに過ごし、隔離一時解除時間においても、徐々に他患者と交流することが増えた。このため入院 23 日目には隔離が解除となり、隔離室から一般病床に移って過ごすこととなった。一方、入院 17 日目の家族の面会の際、家族は看護師と二者での面談の中で A からの暴力を理由に自宅退院を拒否する意向を示した。これにより A は退院先や今後の経済的な問題に直面することとなり、多職種によって A の退院先が検討されることになった。

② アセスメントと看護の経過

A が落ち着いた様子で安定して病棟での生活を送れるようになったため、退院を見据えたケアの方向性を共有していく必要性があると判断した看護チームは、入院 13 日目、19 日目にそれぞれ看護チーム内カンファレンスを行い、A の精神症状の再査定と看護計画の修正を行った。A は病棟生活には適応できているものの、持病である難聴の影響もあり、コミュニケーションへの自信のなさ、病気(てんかん)を否認したい気持ち、仕事や経済面で A の思うようにならない現状を外罰的に受け止めているのではないかとアセスメントした。そのため、対人コミュニケーションスキルを向上できるようなケアや、自身の思いを他者に表出できるような支援を行った。また、家族から A の自宅退院を拒否したい意向を受けて、自宅以外の可能性も含めた退院先の検討と調整が必要であるとアセスメントし、看護師のみに告げられた家族の意向を A に伝えるタイミングを考えながら、精神保健福祉士の介入も依頼し、A の就労や経済面での社会資源の活用も踏まえた支援の検討資料の収集を行った。その結果、A は家族の状況や障害の重症度の評価によって障害者年金や就労支援などの社会資源の活用が困難であることがわかり、現実的には自宅への退院と、A 自身の一般(あるいは障害者雇用)での就労が望ましいことが明らかになった。

こうした局面において看護チームは、検討内容を A に伝えることによってこの局面を A と看護チームがともに乗り越えてゆく必要があると考え、再アセスメントと援助計画の修正を行うこととした。

③ プライマリーナースの実践

プライマリーナースは、A の状態の変化を見ながら、看護チーム内でのアセスメント共有のためのカンファレンスを提案、メンバーへの伝達、調整を行った。また、A と家族の面会や看護師と家族の面談についても、窓口として調整を行った。また、医師と看護チームの連携の窓口となり、A の精神状態に対する看護チームのアセスメントを医師に報告しつつ、行動制限の解除に関しても提案、検討した。さらに、家族が A の退院を拒否する意向を示した後には、迅速に退院先の調整の必要性を判断し、看護チームへ意見を諮った後、多職種カンファレンスの招集や PSW(精神保健福祉士)への介入の依頼を行うなどの調整をタイムリーに行っていた。

Ⅱ期におけるプライマリーナースの看護実践は、以下のように整理された。

- ・看護チームの『アセスメントの統合』
- ・『看護師間・看護師―多職種間の調整・依頼』 具体的ケア「カンファレンスの調整」「担当看護師のケア調整依頼」「家族面談の調整」 「医師面談の日程調整」「行動制限についての調整」「PSW への介入依頼」「多職種カンファレンスの開催調整」
- ・『心理面へのケアと信頼関係の構築』 具体的ケア「家族との面談に同席」「A に合わせた声掛け、援助」

④ メンバーナースの実践

メンバーナースたちは、精神症状の観察や信頼関係を構築するなどの看護ケアを I 期から継続して行うことに加え、A のコミュニケーションスキルの向上や自己表現を促す支援を行った。具体的には、入院前の生活状況や入院に至った経緯を A と一緒に振り返る中で、A のコミュニケーションや対人関係の在り方について共に考え、病棟での心理教育プログラムへの参加をすすめ、A の入院前から現在までの思いを適宜傾聴していた。これらのケアはメンバーナース自身も個々に A への理解を深めることにつながった。また、家族が A の退院を拒否する意向を示した後には、プライマリーナースのリーダーシップに沿って、退院調整のケアに向けて柔軟に対応し、A の今後の意向や経済面での具体的な心配事など、退院調整と多職種カンファレンスに必要な情報を速やかに収集するなど、臨機応変に実践した。

Ⅱ期におけるメンバーナースの看護実践は、以下のように整理された。

- ・『心理面へのケアと信頼関係の構築』 具体的ケア「家族との面談に同席」「A に合わせた声掛け・援助」
- ・『精神症状の観察』 具体的観察「対人関係における精神症状」「隔離解除後の精神症状の変化」「現実への 直面化による精神症状の変化」
- ・『対話による情報収集』 具体的聴取「疾病への思い」「経済面について」「就労経験について」「退院後の希望」

⑤ II 期のケアの評価

Ⅱ期終了時のカンファレンスによって、以下のように評価された。

- ・ケアプランに則り、疾病・経済面等に対する A の思いを知るケアや、家族へ関わったことにより、看護チーム全体が A への理解とアセスメントを深めることができた。それに加え、 I 期からの継続したカンファレンスの開催によって、家族の退院受け入れ拒否という大きな事態に対し看護チームがタイムリーにアセスメントし計画の追加・修正ができたため、A への支援体制を迅速に整えることができた。
- ・ I 期から看護チームが家族と関わりを持ち、看護チームと家族が信頼関係を築いていたことから、家族の A の受け入れの拒否の局面においても、家族と看護チーム間の関

係性が壊れることなく、看護チームは家族へのケアを継続できた。

上記の評価により、『看護師間・看護-多職種間の調整・依頼』『心理面へのケアと信頼 関係の構築』『精神症状の観察』『対話による情報収集』の看護ケアの継続が適切であり、 A と現実を共有し、退院に向けたケアを実践してゆく必要があると考えられた。

Ⅲ期:入院形態変更から退院まで(入院24日目~59日目)

Aの経過

Aは、入院 28 日目の多職種カンファレンスの際、家族、医療者同席のもと、精神状態が安定していることから、入院形態の措置入院から任意入院への切り替えを医師から提案され、それに同意した。加えて、家族からの自宅への退院の拒否があったこと、それに伴い医療者が収集した情報として、生活保護、障害年金の受給は A が要件を満たしておらず困難であることが伝えられた。また、こうした状況を総合した医療者の意見として、退院先としては自宅が最も現実的ではないかと提案された。

このカンファレンスの直後には、Aは看護師に「誰かのヒモになる」「アルコールが飲みたい」などと話し、ため息と投げやりな言動が増えていたが、精神症状の悪化はなく、数日後には「独り暮らしには(今の自分に)お金がない。働いてお金を貯めてから独り暮らししたほうが良い。」「生活保護は車を手放すことになるので困る。」などと話すようになり、自身の置かれた状況を現実的に考える姿があった。

その後、家族が A の自宅退院を受け入れる意向を示したことから、それを伝えられた A も自宅退院とその後の生活設計を具体的に考えるようになった。

その後入院 42 日目の多職種カンファレンスにおいて自宅退院が決定し、それに向けた外 泊を数回行い、入院 59 日目に自宅退院となった。

② アセスメントと看護の経過

Ⅱ期における入院 17 日目での、家族からの A の自宅退院拒否の意向を受け、A へ現状を伝えた上で今後について一緒に考えていくことを看護チーム及び多職種間でも共有した約 10 日後 (入院 28 日目) の多職種カンファレンスにて、上記は A に報告された。看護チームは A が自らの置かれた現実に直面して、心理的なショックを受けることを予測し、そのフォローアップをケアプランに入れつつも、A が安易に福祉に頼らず、現実を受け入れながら自立・自活できる強さを発揮することを支えてゆく方針を共有し、ケアを進めた。退院後の生活を A と看護チームがともに具体的に検討しながら、A が受けられる退院後の就労支援に関する情報収集や、訪問看護利用の調整、A の不安の傾聴や服薬管理方法の確認などのケアを実践し、家族へのケアと調整も同時に行いながら外泊を計画、外泊での様子を振り返りながら準備を整え、退院へとつなげた。

③ プライマリーナースの実践

プライマリーナースは最も A との関係性を深め、信頼を置かれる間柄になっていたこと

もあり、A に深刻な現状を伝える役割を担い、その心理的フォローアップを丁寧に実践していた。A の反応を見つつアセスメントし、ケアの必要性を判断、看護チームへとフィードバックした。また、家族へ定期的に電話連絡を行い、A が家族や退院後の生活について抱いている思いなどを A に代弁して伝えることで、A と家族との関係性の調整を図っていた。また、精神保健福祉士や医師との調整役も継続して実践し、様々な情報とアセスメントを集約しつつメンバーナースへと発信し、多職種による医療チーム全体の統制をしていた。Ⅲ期におけるプライマリーナースの看護実践は、以下のように整理された。

- 看護チームの『アセスメントの統合』
- ・『看護師間・看護師―多職種間の調整・依頼』 具体的ケア「PSW への連絡対応を依頼」
- ・『心理面へのケアと信頼関係の構築』 具体的ケア「家族との葛藤に寄り添った援助」「今後の不安に対し寄り添った援助」

④ メンバーナースの実践

メンバーナースたちは、A への直接ケアを担うプライマリーナースと協力しつつも異なる役割でケアを間接的に支えていた。A が深刻な現実に直面した際には、日々の精神症状の観察と査定をより丁寧に行い、A がショックをうけて投げやりな気持ちになっている時期や、少しずつ現状を受け入れている時期などを日々アセスメントし、看護チームへ適宜フィードバックした。また、A の思いを傾聴し、外出時などには前後の様子の変化を観察、退院後の生活についての具体的な相談や不安の表出を促すなど、プライマリーナースの実践を補助、支持する形で実践を行っていた。

Ⅲ期におけるメンバーナースの看護実践は、以下のように整理された。

- ・『心理面へのケアと信頼関係の構築』 具体的ケア「家族との葛藤の際に寄り添った援助」「今後の不安に対し寄り添った援助」
- ・『精神症状の観察』 具体的観察「母親拒否による精神症状の変化」「外出・外泊前後の変化」「退院前の精神症状」
- ・『対話による情報収集』 具体的聴取「退院後の希望」「母親に対する思い」「外出・外泊中の様子」「退院後の不安」 「再就職への不安」

⑤ Ⅲ期のケアの評価

A の退院後のカンファレンスによって、Ⅲ期のケアは以下のように評価された。

- ・ I 期からの継続した看護チームの関わりによって、A と看護チームとの信頼関係が構築されていたことから、家族が退院後の受け入れを拒否されるという危機的状況においても A は気持ちの表出ができ精神症状の悪化を回避することにつながった。
- ・適宜、カンファレンスを行い情報共有したことで、退院に際する問題に直面化した A

の困難や課題を時間差なくチーム間で理解でき、的確に支援することができた。

- ・多職種との連携と情報収集により、使用可能な社会資源が少ないことが明らかになり、その現実を A と看護チームがともに建設的に乗り越えてゆく方向性を共有できたことにより、A の自立を支えるケアを効果的に展開することができた。
- I~Ⅲ期のケアが展開された結果、Aの早期退院が可能になった。

Ⅳ. 考察

1. 精神科スーパー救急病棟におけるチームナーシングによる看護実践

本研究における看護チームでは、プライマリーナースとメンバーナースが、連携、協働しつつも異なる動きをしていることが明らかになった。

プライマリーナースは患者・メンバーナース・多職種間の調整を主軸に活動し、チーム全体が効率的に機能するよう適切なタイミングで依頼や提案をするなど、チームを統制していた。こうした実践を行う下地として、プライマリーナースはチームで共有した看護計画に沿った患者への直接ケアも平行して行い、患者との関係性も構築していた。このように、プライマリーナースは自身の看護実践とメンバーナースからの情報をもとにアセスメントを統合する作業を日々繰り返すことにより、患者の状態の変化したタイミングを逃すことなく適切な調整を行うことができたと考えられる。

また、メンバーナースたちはチームで共有したアセスメントと看護計画に沿って看護実践を行っていた。その中で、メンバーナースたちは計画通りのルーティーンワークとしてのケアに留まらず、「反応を見ながら声を掛け」たり、「楽しい時間を共有する」など、看護師の人間性を発揮するケアを織り交ぜながら患者に寄り添うことで患者との関係性を構築していた。また、刻刻と変化する患者の精神症状の観察を続け、精神症状の観察項目内容を時期ごとに細かく修正、設定することで、小さな変化を逃さず観察していた。これらの実践はチーム内で共有され、評価されることを繰り返し、チームナーシングとして円環していた。

本研究において、プライマリーナースの看護実践の中心的要素は『看護師間・看護 - 多職種間の調整・依頼』と『アセスメントの統合』『心理面へのケアと関係性の構築』、でありメンバーナースの看護実践の中心的要素は『心理面へのケアと信頼関係の構築』と『対話による情報収集』『患者の精神症状の観察』であるといえた。葛谷ら(2015)は、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 11 の看護実践を明らかにしているが、その中にも、アセスメント、多職種・看護師間の連携と援助方針の検討・情報共有、家族間調整などが含まれており、これらの支援の重要性をさらに裏付けるものといえる。

2. 精神科スーパー救急病棟の短期間入院で行われる「ケア」の在り方

本研究における看護実践では、患者を入院期間 2 か月未満で退院に導くことができた。日本の精神科病棟全体における平均在院日数は平成 26 年時点で未だ 280 日を超えている (厚生労働省:2015)。また、精神科スーパー救急病棟の算定要件は"新規入院患者のうち 6 割以上が入院日から起算して 3 カ月以内に退院し、在宅へ移行すること"であり、国内の精神科スーパー救急病棟はこの 3 カ月以内を目標に入院患者の退院を進めている現状がある。これに本研究の事例を照らし合わせると、急性期の初回入院で、退院先や就労等の調整を必要としたケースであったにも関わらず、短期間で退院できたといえよう。しかし、本研究における看護実践は、短い期間であっても、患者は看護師と十分に対話をし、困り事を相談し、愚痴を言うこともでき、看護師を信頼していた。では何故、短期間入院であっても十分な「ケア」を行うことができたのか。

最も大きな理由として考えられるのは、看護師たちが患者の入院初期から、常に自分が何をするべきかを明確に理解してケアに臨むことができていたことである。看護チームは、プライマリーナース主導の下、入院直後より頻繁にカンファレンスを開催し、アセスメントを共有して、個々の役割を明確に持って日々のケアを行った。メンバーナースたちは、チームで共有したアセスメントを持ち、行うべき行為を明確にイメージしながら患者のケアにあたることで、ケアそのものに専心できたのではないだろうか。

精神科スーパー救急病棟は、常に精神状態の不安定な入院患者を受け入れ、看護師たちは 患者を観察し、把握することに追われる。そのとき、出会って間もない入院患者に自傷他害 の恐れがないかという不安を伴っていることも少なくない。看護師たちは時間的なゆとりが ないことに加え、入院したばかりの患者をアセスメントしきれていない、理解できていない、 という焦燥感を抱えてベッドサイドに向かう。そのため、患者を観察して精神症状を把握す ること以外の「ケア」をする余裕が生まれない。本研究の結果は、入院初期から、十分なア セスメントと患者理解さえあれば、たとえ短期間の入院、関わりであっても、患者にとって 十分な「ケア」を行うことが可能であることを示したと言える。

本研究で明らかになった看護実践では、プライマリーナースとメンバーナースのタイムリーなアセスメントの共有、プライマリーナースの連携・調整能力が発揮されたことも短期での退院の要因だったと考えられた。田野(2013)は、精神科急性期病棟において入院時にカンファレンスが開催された事例は、開催されない事例に比べ有意に入院日数が短いことを報告しているが、本研究においても看護・多職種のチーム内において、情報や方針を共有することが、効率の良いケアと患者の入院日数の短縮につながることを示唆したといえる。

さらに、アセスメントや情報共有をチーム内で円滑に行うためには、本研究においてプライマリーナースが備えていた、アセスメントを統合する力、連携・調整能力、リーダーシップが必要不可欠である。このような臨床看護実践能力をもった看護師の育成は今後の課題であると考える。

表 1. 患者の経過と看護実践

	イベント	患者の入院経過	アセスメント
1日目	搭置入院 隔離開始	ふてくされた様子入院に納得していない 攻撃性や暴富、抵抗なく保護室へ入室 11日の予定や食事についてNSより説明を受けるが落ち着いた様子	易怒性・攻撃性なく観察を継続していく てんかん既往あるため、行動化の観察していく
2日目	かンアナンスの 思考情報の共有 初期報盤計画の共有 デームナーシング開始	「入原前イライリ、パットで叫いてしまったが、こんな大姿をなことになる けたは思えかった。」スタッフへの適虚と入前に紫張した様子がかられる 類様で情報器使用し疎通は臭針	スタッフNeが担当すること及び週1回かファレンスを開催することを確認 信頼関係の構築に努めることが大事 精神症状は落ら着いている
4日目	家族の面会① 母・姉ともに本人への良い印象なし	初面会でイライラした様子あるも問題なく過ごす	初面会でイライラした様子あるため、今後の面会時の様子を経過観察して いく必要あり
5日目	カンフェレンスの 物族ななく自動他者リスクが低いと予測しいへ隔離一時解除観察を 提案することを被認 各スタッフNeのアプローテ方法の変更と計画の修正	落ち着いて過ごし、攻撃性や幻覚妄想なく過ごす てんかん症状なく経過 要うきの悪きあり 初対面のスタッフに対し緊張で現線を合わせないことが多いが、話すと疎通 度く、影響性かられない 開瀬の時間間が中に対して決定なく緊張した様子 開放時間中に自ら施錠を希望されていることから、環境適応能力に乏しく、 易刺激性、警戒の改造が何える	議権症状のアセスシントを継続 落ち着いて過ごし、次挙性や幻覚を初け見られていない 自己決定能力が低い等 ストレスの議算ル世間を終めるように世間証がらアプローディでい 名スケッフルが情報収集し、重複する延額は避けて関わる
7日目	隔離一時解除穀豚の開始		
13日目	カンファレンスの 精神者は欠変により隔離一時間放時間を少しずつ延長することを検討 空間間接急。よって、認知調整を図る必要があるため自己の振り返りと家族 とどのように退院調整を図っていくかを検討していくことを共有	イライラした衝動性などなく、対人関係のストレスな(開放中は過ごし、傷室で 無理せず過ごしてもらう。「そんなに急に気持ちは変わらない」など発言あるも、 冗骸などか合動性に発言すること出せまでいる。 順應状況は、あまり変わらないが休息は取れている状態。「人院前は、よく飲酒 していた」と発言あり	退院調整の必要性があり、家族のアセスメントをするため 飲酒の延陽あり、改変の高まるリスクに注意していく テーム内の全知めがかかりと持ちきれている状況ではないが、関わった 和にはて影を支える話と増え、緊切回縁的がきている 関連でのコミュニケーションへの自傷のなさがある 財際の同様の他活あり 隔離によるストレスと自己表定能力の係さの自覚あり 関連による他者との関かり半角は単常でのストレスなどの問題自あり
17日目	家族の面会② 母親は、退院後自宅への受け入れに拒否	母親へのイメージは「昔からおっかない人であった」と話される	家族の気持ちを聴取していく 親子関係の希薄さあり。今は家族の休養を最優先にしていく 自宅退院の家族の拒否については、タイミングを見計らって本人へ伝える
19日目	カンファレンス@ 家族が受け入れを拒否しているため、主治医・家族共に一致させるための面 誘致定することを共有 看護計画の変更	「興奮したときはだめですね。向こうが病気。」「母親が入院すれば良い。」など の発言あり 他患との支流が増え、自分の着衣等を気にする様子あり 粗暴行為やてんかん症状なく過ごす	てんかんを受け入れたくない想いから病気を否認している 対人スキルの向上を図り、 <u>思いの表出できるよう」を</u> 建する必要あり 特裁が墓がを受けており自宅追除への受け入れに指否がある AEのストレス制性の低さを考慮は、 <u>周より自宅退除が指否されたことは</u> <u>本人へ信息なが</u> 変態との距離が誤除性にれるように <u>デイケケ等の</u> 提案 疾病の環解に更し後したしまうに <u>デイケケ等の</u> 提案 本人が窒息を招引、ているか確認したうえで「資際・再入除しないため」こ といったるシスク不能するを考め
23日目	隔離解除	荷物が自己管理となる	
26日目	かンアナレスの 計画額除後の入院知過の検討の確認 退院後の就労に関する検討	他患との交流も広がり発売者いて過ごす 失々への無常が持ず、最深面への天安が強く護かの発になろうかな、色 々な中毒を持っている。類略だから存金受給も終みたが支給はされなかった。 仕事も限したが、条件の合うものがなかった。」と他者依存的で、姉は障害が あり年金を受給していることを羨ましく思っている	退除後の生活支援や拡射に対しての介入をLTLV公 他無人の節節を乗り間室で他長りを直接庫を提供 対金不適匹が開機のためた用っているため、現状で年金は難しいことへの 直面化を図る 情報を使むした結果、生保安・給国間で自宅退除しか選択鉄がなく自宅退 院が受賞にあると判断する 開着者件での試介への提案・検討を図る 自宅での生活自称を組合がに、生活指導を行っていく 荷物の自己管理してからの問題行動なし
28日目	多職種かンファレンス● 任意人際に実更 国際先は自宅が妥当であると主治医より家族へ告げる 母は強く自宅基院を拒否	母親の自宅拒否を受けて「ああなると関得とかは無理。もう大人だからあの 人達とはおさらばですね。」と、怒りはなく、強がりと落題あり	帝の相合あり 家 <u>族の思いた聞いたり</u> 家族の避 巻を図って退 族をすすめて し <u>い</u> 受健所と訪問緊護の利用を家族へ設明していく
37日目	カンファレンス® 多職権カンファレンスでの内容をスタッフNeと共有し退院の方向性を確認	「住む場所決めないと」「誰かの趣になる」「アルコールが飲みたい」等、ため 息と投げやりな富動が観える。「独り暮らしにはお金がない働いてお金を貯め てから独り着したしたすが良い。生活保護は車を平放すと困る」など現実的 な問題の意言あり 自宅退除を検討しはじめる	先行きの不安とコーピングスキルの低さから、衝動性となる可能性あり 単独外出可能であるため、手続きは自身で主体的に行ってもらう 現状、単身生活は困難
42日目	多職員かンファレンス ⊕ 退除前の最終確認	自宅温貯が決まり、ほっとした様子 外沿をし、少しずつ家族とやっていく自信をつける 数労を目指すと前向き	退除に向けた最終確認 外治中、家族と問題なく過ごすことができている 服業指導を続けていく
	退院(目宅へ)	* PNs…ブライマリーナース	

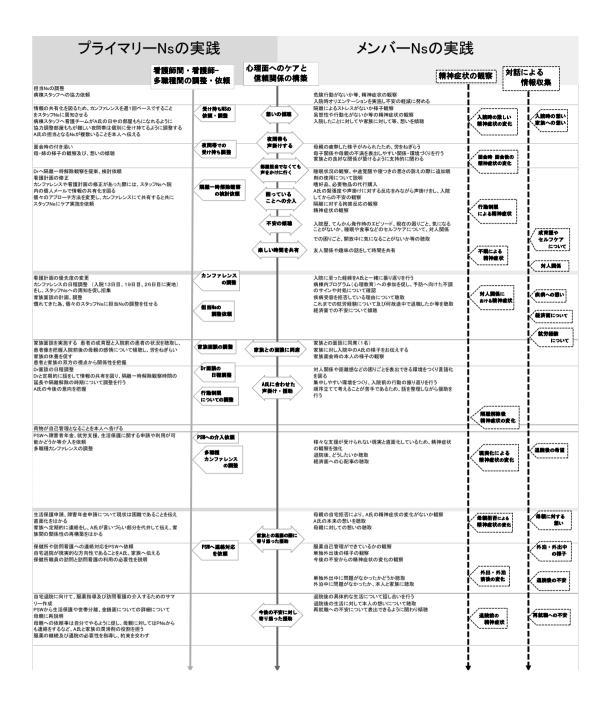


表 2 研究協力者 (看護チーム) の経験年数

看護師	看護師経験年数(うち精神科経験年数)
プライマリーナース	17 (17)
メンバーナース 1	10 (7)
メンバーナース 2	11 (6)
メンバーナース 3	8 (3)
メンバーナース 4	8 (3)
メンバーナース 5	4 (2)
メンバーナース 6	18 (1)

Ⅴ. 結 論

本研究では、精神科スーパー病棟における看護チームが一事例の患者に対し約2か月間の看護実践を行った。その結果明らかになった看護ケアは、プライマリーナースによる『アセスメントの統合』『看護師間・多職種間の調整・依頼』『心理面へのケアと関係性の構築』とメンバーナースによる『心理面へのケアと関係性の構築』『対話による情報収集』『患者の精神症状の観察』であった。

また、入院初期からの十分なアセスメントと患者理解によって、短期間の入院、関わりであっても、患者にとって十分な「ケア」を行うことが可能であり、看護・多職種のチーム内において、情報や方針を共有することが、効率の良いケアと患者の入院日数の短縮につながると考えられた。

謝辞

本研究にご協力を頂きました研究協力者の皆さま、病棟看護師をはじめ病院関係者の方々に心より感謝申し上げます。

なお、本稿は第27回日本精神保健看護学会学術集会において発表したものに、加筆修正したものである。

引用文献

阿保順子他(2011):回復のプロセスに沿った精神科救急・急性期ケア、精神看護出版、11-13.

平田豊明 (2005): 精神科急性期病棟群の運用実態と機能分化—平成 16 年厚生労働化学班研究速報,精神科救急, vol8,78-86.

厚生労働省保健福祉部(2004):今後の障害保健福祉施策について 改革のグランドデザイン案,

http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/10/s1012-4c.html

厚生労働省 (2015): 平成 26 年 (2014) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況.

葛谷玲子,藤澤まこと (2015):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,岐阜県立看護大学紀要,15(1),2015.

中井久夫,山口直彦(2004)看護のための精神医学 第2版,医学書院,79-149.

岡庭豊編集(2018): 看護師・看護学生のためのレビューブック 2018、第19編, メディックメディア.

田野将尊(2013):精神科急性期病棟におけるカンファレンス開催の実情と意義:都内精神科 A 病院の現状,リハビリテーション連携科学,14(1).

A case study of the team nursing practice enabling an impatient in a "super" emergency psychiatry ward to be discharged in two months' time

Miyuki Kobayashi, Satoko Iga, Akira Ojima, Ryuji Shimamura Natsuko Sakuma, Yuko Tsuboi, Midori Yamamuro, Naoko Nakajima

Abstract

This study analyses a case of an impatient discharged in two months' time from a "super" emergency psychiatry ward (psychiatric acute period admission fees ward), and especially focuses on the contents and process of the nursing care conducted there by the nursing team of a standard modular continuous supportive nursing system. The special features in this case include both the primary nurse's practice of coordination / request-exchanging between nurses / nursing -related multi-professionals, integration of assessment, and relationship building with care in psychological aspect and the other nursing team members' practice of mutual trust building with care in psychological aspect, information gathering through dialogue, and the observation of patients' mental symptoms. The results of the analysis suggest that in nursing practice of the psychiatric acute period, the sufficient assessment and understanding of a patient's case from the beginning of hospitalization allows sufficient "care" for patients, even in the case of short term hospitalization and involvement and that sharing information and policy within the team of nursing and nursing-related professionals leads to efficient care, thereby reducing the number of hospital stays for patients.

KEY WORDS: "super" emergency psychiatry ward, the team nursing practice, Discharge support