

(表紙)

平成 19 年度 障害者自立支援プロジェクト報告書

事業名：多職種共同チームによる精神障害者の地域包括インテンシブ・ケア・マネジメントモデル事業

調査事業名：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・パッケージ作成と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事業の有効性の検討

代表：日本専門看護師協議会，野末 聖香（慶應義塾大学看護医療学部，教授，精神看護専門看護師）

共同研究者：宇佐美しおり（熊本大学大学院保健学教育部精神看護学，教授，精神看護専門看護師）

中山 洋子（福島県立医科大学看護学部，教授）

川田 美和（光愛会光愛病院，精神看護専門看護師）

矢野 千里（芳和会菊陽病院，総師長）

樺島 啓吉（芳和会菊陽病院，理事長）

岡谷 恵子（近大姫路大学看護学部，教授）

伊藤 弘人（国立精神神経センター社会精神保健部，部長）

馬場 香織（熊本大学大学院保健学教育部精神看護学，助教）

倉知延章（九州ルーテル学院大学，教授）

平成 19 年度 障害者自立支援プロジェクト報告書

事業名：多職種共同チームによる精神障害者の地域包括インテンシブ・ケア・マネジメントモデル事業

調査事業名：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・パッケージ作成と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事業の有効性の検討

代表：日本専門看護師協議会，野末 聖香（慶應義塾大学看護医療学部，教授，精神看護専門看護師）

共同研究者：宇佐美しおり（熊本大学大学院保健学教育部精神看護学，教授，精神看護専門看護師）

中山 洋子（福島県立医科大学看護学部，教授）

川田 美和（光愛会光愛病院，精神看護専門看護師）

矢野 千里（芳和会菊陽病院，総師長）

樺島 啓吉（芳和会菊陽病院，理事長）

岡谷 恵子（近大姫路大学看護学部，教授）

伊藤 弘人（国立精神神経センター社会精神保健部，部長）

馬場 香織（熊本大学大学院保健学教育部精神看護学，助教）

倉知延章（九州ルーテル学院大学，教授）

事業費：7,500,000 円

目 次

I. はじめに	2
II. 文献検討	5
III. 事業実施および研究方法	8
1. 対象者および調査方法	
2. 実施期間	
3. 用いた質問紙	
4. 分析方法	
5. 研究の倫理的配慮	
IV. 結果	10
V. 考察および本事業の限界	15
引用・参考文献	17
付録	23
入院中の退院支援ケア・パッケージと退院後の集中型包括型インテンシブ・ケア・マネジメントプロトコール	

表 目 次

表 1-(1) 対象者の特徴	19
表 1-(2) 対象者の特徴（介入群）の特徴	20
表 2 介入群における介入前後の BPRS, GAF,LSP,CSQ の比較	21
表 3 退院支援介入内容	21

I. はじめに

近年、精神障害者の地域生活ならびに就労への移行支援が国の施策として実施されている。しかし、精神障害者の 11.6%が施設に入所し、身体障害者の 5.4%に比べて、入所の率は高くなっている。また、精神障害者の就労率は、一般 2.5%、福祉就労 0.2% となっており、他の障害者の一般就労 10.5%、福祉就労 20.7%と比較して低くなっている。一方、精神障害者のうち入院の内訳は、①約 40%が入院 3 ヶ月未満で退院していく患者、②約 25%が退院後 3 ヶ月未満で再入院してくる患者、③約 20%が入院 3 ヶ月以上の患者（再入院予備群）、④15%以上が 20 年以上の長期入院患者となっている（西尾，2003）。このうち、②③に該当する患者、すなわち、全入院患者の約 45%の患者は、地域支援システムの確立によって地域での生活が可能と考えられている（西尾，2003）。

1970 年以降、アメリカ合衆国では、精神障害者の再入院や再燃を予防し、地域生活促進のためインテンシブ・ケア・マネジメント(Intensive Care Management, 以後 ICM と呼ぶ)が展開されてきたが、スタッフの担当症例数が多く、提供されるケアの期間が限定されていること、専門家による直接ケアが少ないこと等で、精神障害者の再入院率が減少はしたものの地域での生活期間を長期化させ、定着を促進することができにくいと指摘されていた(Preston, N.J, 2000; Drake, R.E, 2003)。そこで、ICM に代わって、提供される治療やケアに制限を設けず、障害者の「生活」の場におけるニーズに焦点を当てて、病状の改善のみではなく障害者の生活の質の向上をめざしたケアやサービスを包括的に再入院を繰り返す精神障害者に提供していくアサーティブ・コミュニティ・トリートメント(Assertive Community Treatment, 包括型地域生活支援プログラム, 以後 ACT と呼ぶ)が注目されるようになった。アメリカ合衆国においては、ACT が精神障害者のセルフケアや病状を改善し、精神障害者のニーズを満たして地域での生活を定着させ、生活の質を高めることができたと言われるようになってきている。

ACT は 1972 年に、アメリカ合衆国ウイソコンシン州における病院閉鎖の流れの中で、重症な精神障害者を対象に行われはじめた包括型地域生活支援プログラムであり、重症な精神障害者の地域生活を促進する上で有効な支援システムであることが立証されている。しかし一方、ウイソコンシン州で実施されている ACT の対象者ほど重症ではないが、再入院を繰り返す精神障害者が日本には数多くおり、これら精神障害者を支援する方法として ACT は必ずしも十分とは言えない(宇佐美, 2008)。ICM を実施してきたイギリスにおいても、再入院を繰り返す精神障害者への支援体制を再検討し、ICM を強化している。現在では Community Based Case Management, CBCM と名前をかえて実施されるようになってきているが、これについての実績報告は未だないに等しい。

そこで、本研究プロジェクトの研究者らは、これまで精神障害者の地域生活を促進するためのソーシャル・サポートやケア体制についての研究を行い(宇佐美, 1997)、調査に同意の得られた私立 K 精神病院にて日本型 ICM の実施を試みてきた。その結果、精神障害者への ICM の実施は患者の退院後 6 ヶ月間の再入院回数を低下させたが、患者の地域での生

活期間が長くなるにつれて援助の頻度が少なくなり、障害者のニーズが変化していくことに対応することが困難で病状悪化を招くことが明らかになった。地域における人や資源とのつながりが重視される日本においては、地域での生活が不安定になる要因としてサポート体制の不足があげられている。こうしたことから、このサポート体制をさらに強化し、再入院を繰り返し、デイケアや外来などの病状および施設化により社会資源を活用できない精神障害者に、集中型包括型ケア・マネジメントモデル事業を実施し、精神障害者の再入院を予防し、地域での生活をより豊かにしていく取り組みの評価を行うこととした。

II. 文献検討

国内外において精神障害者の退院支援は、政策課題となっており、臨床家たちの関心も高い。精神科看護（Psychiatric-Mental Health Nursing）の領域においては、急性期ケアから地域生活への退院支援、再入院を繰り返す重症な精神障害者への地域生活支援と就労支援、ケア困難な人格障害患者への退院支援の研究や実践が注目を集めている。

また、日本における平成20年度の診療報酬改訂において、長期入院患者への地域移行支援、精神科地域移行支援加算、精神科地域移行実施加算（新）などが設けられ、精神障害者の地域生活支援は重要な課題となってきている。

これまでの再入院を繰り返すもしくは重症な精神障害者への地域生活支援に関する研究は、地域の支援体制の開発、整備とともに実践的に行われている。ここでは、検討した文献を（1）インテンシブ・ケア・マネジメント（ICM）、（2）アサーティブ・ケア・マネジメント（ACT）、さらに、インテンシブ・ケア・マネジメントの代わりに近年用いられはじめた（3）Community Base Case Management（CBCM）に分類し、再入院を繰り返す要因と地域における支援システムとその方法、効果について述べる。

（1）ICM

Sledge らは、ICM についての文献レビューを行い、ICM の活動内容及びプログラムの内容、ケア・マネジャーの機能及び責任にわけることができると述べ、ケア・マネジャーや ICM がこれらの実行についてどれだけ権威をもっているかを言及している（Sledge, 1995）。Sledge らによれば、ICM の活動内容には、障害者のニーズの見極め、社会資源との連携、直接サービス、間接サービスが含まれ、障害者のニーズの見極めにおいては、特に ICM のプログラムの種類が影響することが指摘されている。

また Cohen らは、精神障害者の治療中断の原因について、後方視的研究を行っている。その中で、治療中断につながる精神障害者に対して治療中断に気づき、治療中断した対象者に危機介入を行ったり服薬支援を行う ICM が重要ではないかと述べている（Cohen, 1995）。また、Kent らも、再入院してくる精神障害者 50 名を対象に、その原因を分析する中で、再入院の原因としては、病気の否認、服薬中断、対人関係のコントロールがうまく

いかなることが最も大きな原因になっていることを報告している (Kent, 1993)。これらは、精神障害者の再入院や治療中断に関する原因分析であり、これらの原因を解決し再入院を予防していくため ICM が重要であることが指摘されているが、あくまでも後方視的研究であり、因果関係が明確であるとはいえない。

Craig らは、地域生活を始めて 90 日未満で再入院してくる精神障害者への ICM の内容を分析し、特に障害者が退院する時のプログラムの存在及び退院計画が検討されてからの退院かどうか再入院に最も関連していることを報告している。さらに、Craig らは、2 年間に渡る ICM の準実験研究を行い、ICM を受けた群の再入院率は、有意に低く、入院日数も有意に少なかったことを報告している (Craig, 1995)。

これらの結果から精神障害者の再入院率には、ICM の有無、ICM におけるスタッフとの接触頻度、入院中からの退院計画の有無が関連していることが明らかになってきた。さらに、ICM を特に必要とする障害者の特徴としては、過去の犯罪歴、病気の否認の度合い、対人関係のコントロールの問題、服薬中断などが問題を有している患者の特徴として抽出されていた。

一方、アメリカ合衆国においては医療にかかるコストを ICM の評価指標にしている研究も多く存在しており、ICM は障害者の病床利用率を低下させ、コスト削減につながることが報告されているが、今後コストに関する ICM の評価研究は、スタッフの構成、スタッフと患者との接触の頻度などを含めた研究として発展していく可能性があると考えられている。

さらに、Champney, Ruffolo, Francis, Shern らは、精神障害者の ICM と精神症状、セルフケア能力の関係について比較を行っている (Champney, 1992 ; Ruffolo, 1994 ; Francis, 1995 ; Shern, 1993)。その中で Shern は、5 年間に渡るデンバーでの精神障害者 541 名への ICM に関する縦断研究を行い、サービスを受けだして 3 年以上経つと精神症状が有意に低くなっていたことを報告している (Shern, 1993)。さらに Ruffolo らは、219 名の重症精神障害者への ICM を行い、それを縦断的に評価した結果、セルフケア能力が向上したことを報告している (Ruffolo, 1993)。これらの研究は、ICM を受ける期間とサービスそのものの存在が、地域で生活をする精神障害者のセルフケアの能力と症状を改善することを示していると言えるだろう。

一方、Champney, Blank らは、ICM と障害者の満足度、QOL との関連を探索している (Champney, 1992 ; Blank, 1996)。Champney は、ICM の中でも、特に居住調整の有無をいれた ICM の内容比較を行う準実験研究を行っている。その中で居住調整が含まれた ICM への障害者の満足度は、対象群に比べて有意に高かったことを報告している。さらに、Francis らは、446 名の精神障害者への ICM と満足度を調査し、ICM を受けている障害者の満足度が、有意に高く、ニーズが満たされていると感じていたことを報告している。これらの結果から ICM の存在は、単に症状やセルフケア能力を改善し再燃を予防するだけでなく、障害者の満足度を高めていると言えよう (Francis, 1995)。

(2) アサーティブ・ケア・マネジメント (ACT)

ACTは1960年代後半に、重症な精神障害者を対象として、Stein,Testらによってウイスコンシン州マデイソン市で開始されたが、院内でのリハビリテーションが地域で役にたかないこと、回復過程の個人の特徴に応じたケアが提供できないこと、個人が必要とするケアの提供において、誰も責任をとっていないことが、精神障害者の回転ドア現象を引き起こす問題点が指摘された。そこで1972年にこれまでの欠点を踏まえた上で、Training in Community Living (TCL)が新しいプログラムとして開始され、これが現在のACTモデルへと発展した。ACTとは、地域における精神障害者のニーズに応じた柔軟なサービスを24時間、365日間、必要に応じて提供し、危機介入にも対応し、多職種によるチーム・アプローチを提供する。ACTでは、薬物の処方、病気と服薬管理の支援、支持的精神療法、危機介入、入院期間中の継続支援、住居サービス、日常生活支援、身体的健康に関する支援、経済的サービスに関する支援、就労支援、家族支援、社会的ネットワークの回復と維持のための支援を提供する(西尾, P32,2003)。ACTにおける無作為抽出法による多くの研究は、ACTを実施した介入群は、対照群に比べ、再入院率、再燃率の低下、在院期間の減少、障害者の日常生活の満足度が高まることが報告されている。またACTに関する研究をもとに、海外においてはACTに関するNational standardが存在し、standardにそいながら、ACTが実践されてきている。そして、そこではGAF40以下、統合失調症もしくは気分障害、二重診断、再入院1年間に2回以上などの基準をもつ対象者にACTが実施されている。さらに介入の基準としてFidelity scaleをもちい、行っているACTが基準に即しているかどうかを判断することとなっている。

このように重症の精神障害者へのACTや再入院を繰り返す精神障害者には対象者の特徴、支援体制の有無、支援体制の内容、スタッフ構成が関連していることが明らかになってきているが、重症ではないが、長期入院の精神障害者を多く抱える日本の精神医療において、どのような地域生活支援体制が適切なのかについての回答が得られているとはいえない。

(3) ICMからCBCM (Community Based Case Management) へ

アメリカ合衆国では、ACTほど重症ではないが、再入院を繰り返す精神障害者へのCBCMが実施されるようになってきている。CBCMとは、再入院を繰り返す患者への1日24時間1週間7日間、病状の安定とアウトリーチを目標として、1対1でコンタクトをとりながらサービスを提供するケア・マネジメントチームである。CBCMはケア・マネージャー(看護学や社会福祉に限らず心理学や社会科学に関する大学・大学院を修了し12単位を有したもの)、看護師、専門看護師(処方、精神療法、認知・行動療法などを行う)、精神科ソーシャルワーカー、活動療法士、就労スペシャリストから構成され、さらにケア・マネージャーについては専門看護師(Advanced Nurse Practitioner, ANP)もしくは医師がスーパーバイザーとして治療内容の確認を定期的に行う義務がある。さらに1週間に1回、もしくは2

週間に 1 回ケア・マネージャーもしくはチーム・リーダーが患者を訪問し、ケア・マネージャーは約 300 人まで患者をうけもつことができる。特にこのチームは危機介入、症状管理に強く責任をもつが、単に病状管理だけではなく、患者のニーズに焦点をあてたチーム・アプローチを行うこともでき、患者のニーズに応じて柔軟に対処できる特徴ももつ。この CBCM は、ICM を現在の診療報酬にあわせて修正したものであるが、あくまでも施設の外来部門やそれぞれの州の保健省への所属もしくは医療保険会社に所属するケア・マネジメントチームであり、入院部門にケア・マネジメントチームは存在していない。

以上の結果から、再入院を繰り返す精神障害者への地域支援システムとその効果については海外、特にアメリカ合衆国では明らかになってきている。

日本において、精神障害者の再入院に関連する要因として、年齢、性別、過去の就労の有無、家族との同居の有無、病状、過去の入院期間と地域での生活期間が関連していることを報告している（宇佐美、1998）、とくに、再入院の防止には、就労経験や家族同居などが大きく影響しており、地域生活を定着させるためには、本人の居場所と生活を支えるサポートが重要であることが明らかになっているが、ICM というケア・マネジメントチームを作ってその成果を報告した実践、研究は少ない。また日本において、72,000 人の社会的入院患者を減少させようとした際にも、地域における社会資源の少なさは指摘されており、病院以外に患者が地域の中で安心してすごせる場所、人々のつながりはまだ少ない。

こうした状況をふまえ、本事業では、地域の中で患者の居場所をつくっていくための退院支援グループを実施し、海外の CBCM (ICM) を修正して、再入院を繰り返す精神障害者への支援システムの確立および支援方法の検討を行うことを目的とした。

Ⅲ. 事業実施および研究方法

1. 対象者および調査方法

関西の光愛病院ならびに九州の菊陽病院にて、退院後 3 ヶ月未満で再入院してきた統合失調症、失調感情障害の患者で、本事業および調査に同意のえられた者 33 名を対象とした（介入群）。研究への参加同意が得られた介入群の 33 名には、入院中 1~2 ヶ月間退院支援ケア・パッケージとそれを含む集中型包括型ケア・マネジメント事業を実施し、その評価を入院中は入院時と退院時、退院後は退院 3 ヶ月後に評価した。

対照群は、光愛病院ならびに菊陽病院で、過去 1 年以内に退院 3 カ月未満に再入院してきた統合失調症ならびに失調感情障害患者 47 名で、必要なデータを看護記録および医療記録から収集し、介入群の対象者の特徴と区別した。

集中型包括型ケア・マネジメントのケア・パッケージについては付録 1 に示す。これは海外の ICM をもとに、デイケアや外来に定期的に通えない患者に地域での居場所を確保し、安心感を提供できる場の提供を目的とした。また同時に地域での生活に必要なスキルの練

習することを含めた。さらに地域における危機介入と地域の社会資源(保健師や民生委員を含む)との連携、訪問看護師やヘルパーによる支援を含むこととした。評価指標は、精神状態および社会的機能、日常生活機能を入院時、退院時、退院 3 カ月後に、簡易型精神症状評価尺度 (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) ,社会的機能評価尺度 (Global Assessment of Functioning, GAF)、日常生活機能評価 (Life Skills Profile, LSP) を用いて主治医ならびに精神看護専門看護師が評価し、退院時にケア満足度質問紙 (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ) を患者自身に記載してもらい、無記名にて返送してもらった。退院後はさらに再入院日数ならびに再入院率で今回の事業の評価を行った。

2. 実施期間

倫理委員会で承認を得た日から平成 20 年 3 月まで実施した。

3. 用いた質問紙

1) DSM-IV-TR and BPRS.

この研究においては、“精神疾患の分類と診断の手引き (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition - Text Revision , DSM-IV-TR)” を対象者の精神疾患の分類に用いた。さらに DSM-IV-TR に加え、簡易精神症状評価尺度 (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)を用い、現在の症状を査定する (付録 A)。BPRS は 16 の症状のカテゴリーを含み、それぞれの症状は 7 段階で評価するスケールである。入院したばかりの統合失調症患者における 16 の項目の評定者間の信頼性は 0.56 から 0.87 である (Overall & Gorham, 1962)。BPRS は、精神障害者の症状の評価を要約することができ、日本語版においても質問紙の改訂が行われてきている。対象者の診断と BPRS は対象者を治療している主治医によって評価される予定であり、今回は 18 項目からなる 1988 年版の BPRS を用いた。

2) Global Assessment of Functioning (GAF) と Life Skills Profile(LSP)

DSM-IV-TR の 5 軸である機能の全体的評定 (The Global Assessment of Functioning; GAF) は、対象者の心理・社会的・職業上の機能を 0~100 点で評価する質問紙である (付録 B)。GAF は対象者の機能レベルを評価するために多くの研究で用いられている (American Psychiatric Association, 2000)。GAF に加えてこの研究では、Rosen, Hadzi-Pavlovic, & Parker (1989) によって作成された生活技能の評価質問紙 (Life Skills Profile; LSP)を用いている。LSP はセルフケア、行動障害の少なさ、社会的接触、コミュニケーションと責任感の 5 つの範囲にわけられ 39 項目から構成されている質問紙である。この 5 つのカテゴリーからなる質問紙の内部一貫性は高いことが報告されている(それぞれの 5 つの範囲の Cronbach' s alpha は 0.88, 0.85, 0.79, 0.67, 0.77)。LSP は地域で生活する統合失調症患者の人々の機能と障害を評価するために発達し、今回の研究で用いた理由

は日本における統合失調症患者への研究で用いており、比較が可能であるためである。今回、GAFは精神科医が、LSPは精神看護専門看護師が評価を行った。

3) クライアント満足度質問紙 (Client Satisfaction Questionnaire: CSQ)

CSQはCAQ-18とCSQ-8があり(Attkisson & Zwick, 1982)、CSQ-18は高い内的一貫性をもちCronbach's alphaは0.91、またCSQ-8もまた同じである。CSQ-8は伊藤らによって日本語版が出版されており(伊藤, 栗田, 2000)、この質問紙はサービスに関する情報を質的側面に加え、量的にもとらえることができるため、今回この質問紙を用いることとした。

4) 介入記録・看護記録・医療記録.

介入記録は、チームの実施記録、看護・医療記録は患者の言動、日常生活(食事や排せつ、活動と休息、孤独と人とのつきあいのバランス、金銭管理、症状管理の方法など)についての患者の言動、自立度、介入内容を抽出した。

4. 分析方法

統計学パッケージSPSSVer.16.0を用い、介入群ならびに対照群の2群間については一元配置分散分析を行い、介入群については事業実施前後で、病状、社会的機能、日常生活機能、再入院率で評価を行った。

5. 研究の倫理的配慮

研究は各施設の倫理委員会、熊本大学医学薬学研究部倫理委員会にて承認を得た後、介入群、対照群ともに、研究の目的、方法を説明し、個人や施設が特定されない形で分析をすすめる結果をまとめることを伝え同意を得た。さらに、本研究への参加は自由意志であり、途中で中断することができること、中断しても治療に差し支えないことを伝え同意を得た。また結果を専門雑誌ならびに専門学会で発表するがこの際にも、個人や施設が特定されない形で発表することを伝え同意を得た。

IV. 結果

1. 対象者の特徴

対象者は80名で、今回の介入群33名と過去1年間の間に退院3ヶ月未満で再入院した対照群47名を対象とした。80名の平均年齢は42.15歳(SD±15.01)、男性36名、女性44名、統合失調症68名、失調感情障害12名であった。また、生活形態は、単身生活者39名、家族との同居者30名、共同住居生活者6名、不明5名であった。対象者の平均初発年齢は27.07歳(SD±13.453)で、精神科薬物使用量は、退院時でCP換算425.47(SD±364.19)、

アミトリプチン換算は 17.48(SD±38.63)、ジアゼパム換算は 8.71(SD±7.99)となっていた。過去 1 年間の再入院月数は、5.45 ヶ月 (SD±3.33) であった。

対象者の特徴を介入群と対照群で比較をすると、平均年齢は介入群 35.00 歳 (SD±9.03)、対照群 46.92 歳 (SD±16.47)、初発年齢は介入群 23.21 歳 (SD±9.09)、対照群 32.61 歳 (SD±16.68)、過去 1 年間の平均再入院月数は介入群 7.51 ヶ月 (SD±2.53)、対照群 3.91 ヶ月 (SD±3.01) であった。また、平均の CP 換算は介入群 417.09 (SD±417.09)、対照群 326.88 (SD±269.08)、アミトリプチンは介入群 5.46 (SD±17.52)、対照群 57.15 (SD±59.93)、ジアゼパムは介入群 8.59 (SD±8.38)、対照群 8.89 (SD±7.59) であった。平均年齢、初発年齢、過去 1 年間の平均再入院月数、CP およびアミトリプチン使用量において有意な差がみられていた ($t=-4.16, -2.46, 5.74, 2.15, -2.69, p<0.05$)。すなわち、介入群の方が対照群よりも年齢が若く、再入院したときの入院月数も長い対象者たちであった。対象者の生活状態は、生活保護と障害年金 24 名、家族からの支援と障害年金 52 名、不明 4 名だった。介入群は生活保護と障害年金が 5 名、家族からの支援 28 名、対照群については生活保護と障害年金 19 名、家族からの支援と障害年金 24 名、不明 4 名だった。これらの結果を表 1-(1) に示す。

また、対照群については不明であったが、介入群の精神的支援は家族が 18 名、友人が 1 名、医療者 6 名で、支援者がいない者はいなかった。生活上のサポートは、家族 18 名、友人 1 名、医療者 6 名で、経済的支援は、家族が 19 名、友人が 1 名、医療者 5 名であった。これらの結果を表 1-(2) に示す。

2. 介入群における病状(BPRS)、心理社会的機能(GAF)、日常生活機能(LSP)、ケア満足度(CSQ)の変化

BPRS は、入院時 73.29 (SD±27.63)、退院時 43.96 (SD±17.43)、退院 3 か月後は 32.63 (SD±11.63)、GAF については入院時 38.29 (SD±10.22)、退院時 51.57 (SD±10.47)、退院 3 ヶ月後 55.91 (SD±9.86)、LSP は入院時 105.68 (SD±18.29)、退院時 121.82 (SD±10.88)、退院 3 か月後は 125.44 (SD±11.98)、ケアへの満足度は、入院時 17.47 (SD±5.95)、退院時 21.77 (SD±2.73)、退院 3 か月後は 22.65 (SD±2.33) で、入院時と退院時の GAF、LSP、退院時と退院 3 か月後の BPRS、GAF、LSP、CSQ 間に有意な相関がみられていた ($\gamma=0.56-0.89, P<0.01$)。すなわち心理社会的機能および日常生活機能は入院時より退院時がよく、退院時と退院 3 か月後では病状、心理社会的機能、日常生活機能、ケア満足度とも介入群については上昇、改善がみられていた。また介入群では退院 3 か月後の再入院者は 33 名中 4 名 (12%) だった。これらの結果を表 2 に示す。

3. 介入内容について

今回、ケア・プロトコールに沿いながらケアを展開したが、一方で、介入内容の質的分析を行った。

実施した退院支援グループは合計7グループで、平均退院支援時間はグループで1週間に平均2.5時間、個別のケア時間は1週間に60分、1週間のケア・マネジメントチームによる平均ミーティング回数は1.5回、患者一人当たりの1回のミーティングの平均時間は4.8分だった。精神科ICMチームは、専門看護師・保健師、看護師、ソーシャルワーカー、訪問看護師、生活支援センター職員、デイケア・活動療法スタッフ、場合により生活保護課職員から構成されていた。訪問看護師による平均訪問時間は1週間に45分、1週間に1回、ホームヘルパーによる平均支援時間は一人平均60分（1週間の間）、訪問看護師およびホームヘルパーによる平均訪問時間は一人あたり1週間に195分だった。退院支援グループ、個別ケア、ケア・マネジメント会議、訪問看護師およびホームヘルパーによる合計ケア時間の合計は1週間に平均5.33時間とプロトコルの予定していた時間の半分であった。また家族と同居している場合の家族への支援時間は家族と同居している患者一人当たり1週間につき15分で母親および夫への介入が多かった。

介入内容の質的分析を行うと＜現在の精神状態の査定と生活状況およびストレスな出来事との関係の把握とケア計画＞＜本人・家族のニーズと必要な生活能力の獲得と確認、ニーズへの支援＞＜退院支援グループを安心できる居場所にし、患者の健康的な側面を強化する＞＜専門看護師は、各職種・チームメンバーの動きと役割を確認し、治療目標に対するマネジメントを行う＞に分類できた。

＜現在の精神状態の査定と生活状況およびストレスな出来事との関係の把握とケア計画＞においては、「再入院のきっかけとなった出来事との関係の把握」「服薬状況と症状の内容と程度の把握」「家族関係の把握と再調整」「支援方法の確認と役割分担」に分類できた。ある患者は、うつ状態になった母親が、別居している父親と電話で口論しているのを自宅で聞き、同時に自分自身も内服していなかったことから、被害妄想が悪化し、母親へ暴力をふるったり、近隣に文句を言いに行き、警察経由で再入院になってしまった。ケア・マネジメントチームは、母親のうつ状態の把握と母親のサポートシステムの構築、本人と母親との関係の再構築をめざし、お互いの生活ペースと精神的・物理的距離の確認を行うために、ケア・マネジメントチームで役割を分担し、本人、母親、家族、近隣へと関わることとした。また、またある患者は小さい頃より父親から暴力を受けていた。患者は母親と同居し、母親が高齢で身体的にも厳しい状況にあることを知りながらも、思うようにならないと母親をなぐったりした。殴られることに母親もなれてしまっていたが、患者を嫌っており、ともに生活したくないと主張した。母親が患者との同居を拒絶するため、別所帯を提案すると生活保護のための準備資金も準備できないから申請できないといい、結局は暴力をふるう息子と一緒に生活をしてきた。そこで、ケア・マネジメントチームは、母親との距離をとるためにお互いの生活の仕方を確認しながら、患者自身の暴力にかわる対処行動をさがして練習し、どうしても母への暴力をとめられない場合には、病院や警察の支援もかりながら、対処することとした。そのため母親および患者への支援、警察との話しあいを行う職種を分担し、定期的に患者や家族と会い、支援をしていくこととした。その中で患者の

暴力がひどくなる背景には、患者自身が母親を支援しなければならないと思いつつも金銭が自由にならないつらさから母親へ暴力をふるってしまうことになっていた。そこで患者自身の母を大切にしたいと思う気持ちを大事にしながらも、暴力という固定化された行動に対しては限界設定を行い、ケア・マネジメントチームの中に本人と母をいれ、彼らのニーズや思いに傾聴しながら、目標や役割、経過の確認を行っていった。

＜本人・家族のニーズと必要な生活能力の獲得と確認、ニーズへの支援＞では「病状の安定とともに本人の生活上のニーズを明らかにし、目標を定めて支援を開始する」「目標の変化に柔軟に対応し支援する」「家族自身のニーズを確認し、家族の生活の再構築を支援する」「社会資源を有効に活用する」に分類できた。

ある患者は統合失調症で発達障害を持ちながらも夫と長女のサポートをうけ、電話やメールのしすぎでお金がなくなったり、長女から家事をしないことでせめられると幻聴が増強し、行動が落ち着かなくなり退行し、暴力がでて家族の希望もあり、再入院となっていた。また夫の身体疾患も悪化し、患者の夫への様々な訴えに対応することが困難になってきたため、訪問看護とヘルパーを導入して家族の負担を減らし、同時に患者自身にも家に帰りたいことの再確認を行いながら、そうだとすればどのような今後の生活の仕方が必要なのか、またメールや電話での浪費、自分の気持ちがわかってももらえない時に幻聴が強くなるが、その時にどのように対処したらいいのか、病院に電話をして誰かにきいてもらえるのか、また患者自身が他の患者に話すことで安心できるのかなどを話しあい、日々生活のふりかえりを行っていった。

また＜退院支援グループを安心できる居場所にし、患者の健康的な側面を強化する＞は、「自宅（生活場所）で生じる緊張感を減らしていく」「話さなくても受け入れられる空間を作る」「自分への自信のなさを安心して話せる場にする」「健康的な側面を強化する」に分類できた。ある患者は母親が鬱状態で仕事ができるような精神状態ではないが、仕事をして生活をたてていかざるをえない家庭の状態であり、患者の父親が仕事をしないため、母親の父親（夫）へのストレスも高く母親はそのストレスを患者自身にぶつけていた。患者はその結果、幻聴が強くなり冷蔵庫や電化製品をこわしていた。父親は患者自身に対して支援的であったが、父親への母親のストレスは減らず、家庭内の緊張は強かった。そこで患者が安心して自宅にいられるよう母親への支援を行うことを目標とし、母親自身のニーズの確認、患者自身の今後の生活のニーズの確認、ニーズにそった症状のコントロール方法の確認と練習、1日の生活における仕事と休息のバランス、自分をわかってくれる人の確認を行っていった。また患者についても、幻聴が強くなり人とのコミュニケーションが困難であり、患者にとって家は安心できる場所ではなく、自分の部屋も弟に奪われ、居間にいると母親から独語がうるさいと叱られ、本人をかばい仕事をしない父親と母親のけんかがはじまると本人の幻聴が強くなり衝動性も高くなっていた。しかしながらこの患者自身自分への劣等感が強く集団の中にいることが不得意だったため、家にも地域にも居場所がない状態だった。そこで、退院支援グループを安心していられる場にし、自信のなさや不安

が語れる場にするとし、患者の健康的な側面をさがし認めることを目的とし、このグループへの参加を促していった。患者の言葉数は少なかったが次第に言語化がふえ、日々の振り返りやお金の管理、幻聴によって強まる衝動のコントロールの方法、居心地が悪い時の居方、自分が愛着を持っているものについて自分なりにノートに残していった。患者自身も緊張の強い家庭にいることへの不安が強いため、援護寮への単身生活および生活保護の申請を希望し、独居生活にむけての準備を始めていたが、援護寮が簡単にあかないため、いったん自宅へ帰ることとなった。そのため母親への精神的支援をさらに強化し患者の居場所を自宅にも作れるように支援していった。結果、患者は今後の生活への具体的な希望を語ったり、活動や1日の過ごし方を振り返ることができるようになっていった。

また<専門看護師は、各職種・チームメンバーの動きと役割を確認し、治療目標に対するマネジメントを行う>では、「各メンバーの動きを把握し、包括的アセスメントを行う」「患者の精神状態・ニーズをもとに介入計画をたてる」「ケア・マネジメントチームの動きを把握し、マネジメントを行う」に分類できた。精神看護専門看護師は今回、精神科ケア・マネジメントチームを看護部と話しあって構築し、患者の再入院の原因を探索し、患者の精神状態とこれまでのストレスとの関係、患者の安定しているときの精神状態とセルフケア、今後の患者のニーズを踏まえた治療計画、家族の状態の把握と今後の患者への支援体制の有無を査定し、介入計画をたてていた。さらに、これらの介入計画においてどの職種が実施可能かを検討し、これらの介入計画がすすんでいるのについての確認、ケア・マネジメントチームへのコンサルテーションと支援、を実施していた。

ある患者は、母親への暴力で入院するが、入院すると服薬管理も行い、ひきこもりがちで安定した生活を送るが自宅へ帰ると拒薬が始まり、幻聴も強くなり、弟が同じ精神病で弟をサポートする母親へ怒りをむけていたが、母親はこの弟とアルツハイマーとパーキンソン病が進行する夫の支援と生計を立てるのが精一杯で、長男で自分に暴力をふるい服薬も行わなくなる患者をいやがり、患者の共同住居への入居さえも拒否していた。また母親はソーシャルワーカー、患者の主治医など様々な職種に自分の状況を話して支援を求めるため、母親の思いに医療者が振り回され、退院の話しが滞っていた。そこで精神看護専門看護師は情報を統合し、窓口をきめて精神看護専門看護師が母親と面接を行い、患者の今後について話しあうこととした。また患者も自宅へ帰りたがいまの状況を理解して共同住居へ移ることに同意をしていた。従って自宅へ帰るわけではないので、家族としてこの話しを認めてほしいこと、また母親自身の身体表現性障害の治療および夫の医療に関する問題について母親と面接を行った。そして患者自身が努力すること、また母親の患者との距離の置き方、母親への精神的支援と家族の負担の軽減などについて話しあいを行い、それぞれの職種の役割を確認し、進行具合を毎週確認していった。結果、患者は共同住居へうつり、母親も患者が共同住居へうつることに同意し、特に患者のことに感情的な反応を示さなくなった。また母親も弟や夫への過度な不安や反応を示さなくなってきた。

V. 考察および本事業の限界

1. 精神科専門看護師のマネジメント機能の重要性と精神科ケア・マネジメントチームの構築

今回、集中型包括型地域支援事業において、精神科専門看護師を中心として精神科ケア・マネジメントチームを作り、病状および生活能力の回復、患者のニーズへの支援、患者の病状および生活の安定化のための家族への支援、患者の居場所の確保と安心して語れる場所を構築への支援を行った。また患者の入院時からケア・マネジメントチームを作り、意図的に支援を行うことで、患者の現在とこれまでの精神状態、生活能力、今後のニーズ、家族と患者との関係、患者にとってのストレスな出来事が容易に早期に査定され、ケア計画が展開しやすくなっていた。さらに、役割分担が容易となり患者のみではなく、家族への支援が行いやすくなっていた。

田上らも、患者の家族への支援を行うことが患者の地域での生活期間や生活を促進することを述べており（田上，2007）、Chesla は患者の家族の負担感を軽減することが患者への支援をより強化できることを述べている。今回、家族からの評価は確認していないため、家族の負担感がどのように減ったのかについての確認は困難であるが、患者の問題行動にも関わらず患者が家族のもとへかえることができた実態を考えれば、家族の負担感や今後の希望のなさは軽減されたといえるのかもしれない。

精神科医療の展開において、患者の病状を理解し、自宅や地域における支援体制を作っていく中で、チーム医療の展開が重要であることはすでに様々な文献でも指摘されている。しかし一方で、支援および治療目標を共有して患者の地域生活を継続して支援することの困難さも報告されている。そのような中、今回、ケア困難患者への直接ケア、コンサルテーション、調整、教育という機能を用いて、精神科ケア・マネジメントチームを構築し、患者の今後の希望と患者を取り巻く環境をアセスメントし、ケア・マネジメントチームのそれぞれの役割を確認しながら支援を進めていくことで、一貫した支援体制、統合された情報とアセスメント、一貫した介入が展開されていった。また同時に、専門看護師のコンサルテーションの機能は、ケア・マネジメントチームへの支援と一貫した介入計画の遂行を行うことに貢献していた。また専門看護師が病棟に所属せず、自由に動くことを保証することで、専門看護師の調整機能がより強化され、患者への支援を行いやすくなっていた。再入院を繰り返す精神障害者への支援を考える際に、精神科専門看護師を精神科ケア・マネジャーとしたケア・マネジメントチームを構築することで、患者の状態の悪化防止や再入院の抑制、また再入院しても短期間の入院ですむ、長期入院予備群をつくらずにすむと考えられた。

今後精神看護専門看護師の育成において、急性期から地域生活へ、また長期入院予備群および長期入院患者への地域生活支援に重点をおき、包括的アセスメントとチームの統合、適切な介入支援、チームのマネジメントが実施できる臨床能力を育成していくことが重要であると考えられた。

2. 精神科ケア・マネジメントチーム構築の重要性

今回、精神科ケア・マネジメントチームを結成して、再入院を繰り返す精神障害者への支援を行っていったが、今回チームによる支援の提供時間も長く、また一貫して支援を行うことで、入院3カ月以上になる20%の再入院予備群の数を減らすことができると考えられた。

今回、単に北米のICMを実施するだけではなく、社会資源の少ない日本において、デイケアや外来の活動療法、生活支援センターに通えない患者の居場所が作れる退院支援グループを実施していった。参加者の発言は少ないとはいえ、介入群の対象者たちの参加率が高く、また自分の家族との関係や今後の希望をグループの中で語っていたことから、地域における居場所になっていたとも考えられる。今後、社会資源の少ない患者への退院支援として、活動の有無にとらわれない患者が安心して通える場所をどう豊かに作っていくことができるのか、また居場所を作っていく際の患者との信頼関係を誰が展開していくのか、安定して柔軟性のあるケア・マネジメントチームをどう作っていくことができるのか、を検討していく必要があると考えられた。

北米ではICMにかわり、診療報酬の関係から内容はほとんどかわらないCBCMが実施されるようになってきたが、これは外来部門に存在する。Kracherらは、外来に存在する理由として病状に焦点をあてた支援だけではなく、日常生活から就労、社会的関係など幅広いニーズに焦点をあてた支援が可能になり、患者の病院だけではない社会生活を視野にいった支援を行うことが、患者の再入院すなわち回転ドア現象を予防することにつながることを述べている(Kracher,S,2008)。さらに、幅広いニーズアプローチを行い、適切な治療プランの展開とケア・マネジメントチームに対し、専門看護師による定期的で頻回なスーパービジョンなどが義務付けられており、患者の状態に応じ、またニーズを重要視した適切な支援をより強化していた。今回、入院中の医療スタッフによりケア・マネジメントチームを構築したが、今後、入院部門や外来部門などどの部門でチームを構築していくのか、また地域における社会資源をどう定期的にチームへ参画してもらうのか、を検討していく必要があると考えられた。

3. 現在の精神保健制度における本事業の意義

現在、長期入院患者への地域移行支援、精神科地域移行支援、精神科地域移行実施加算、在宅訪問看護指導料など急性期の状態から地域生活支援へ、あるいは長期入院患者を減らすための支援が診療報酬においても強化されているが、実質的には共同住居や援護寮などの地域社会資源は少なく、いまだ家族の支援にたよる状況にある。しかしながら今回、本事業を行うことで長期入院患者予備群の患者の長期入院を予防し、地域での生活への移行を支援することができ、地域社会資源や制度が乏しい中、入院患者の20%といわれている精神障害者の長期入院予備群を減らすことができる可能性が検討できた。しかしそのため

には、今回の精神科ケア・マネジメントチームをマネジメントし、それぞれの職種を有効に活用し、また統合する訓練をうけているものの存在、すなわち精神看護専門看護師の重要性も示唆された。

今後、対象者数の拡大を行い、支援方法の一貫性および介入内容の充実、家族や患者自身からのフィードバックを得ながら、ケア・マネジメントチームの構築を図るとともに、精神科ケア・マネジメントを展開できる専門看護師の育成が必要となるであろう。

引用・参考文献

- Abbott, F.K. : Daily Lives of persons with schizophrenia living in the community, University of California, Unpublished Doctoral dissertation, 1992
- Attkisson CC, Zwick R : The client satisfaction questionnaire: psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. Eval Prog Planning 5, 223-237, 1982
- Becker, T., et. al. : Social Networks and Service Use among Representative Cases of Psychosis in South London, British Journal of Psychiatry, 171, 15-19, 1997
- Champney, TF. , Dzurec, LC. : Involvement in productive activities and satisfaction with living situation among severely mentally disabled adults, Hospital and Community Psychiatry, 43(9), 899-903, 1992
- Deborah R. Becker, Robert E. Drake : A Working Life for People with Severe Mental Illness, Oxford University Press, Inc, 2003
- Francis, P. , Merwin, E. : Relationship of clinical case management to hospitalization and service delivery for seriously mentally ill clients, Issues in Mental Health Journal, 16(3), 257-274, 1995
- 伊藤弘人, 栗田広 : 精神医療アセスメントツール, 医学書院, 2000
- Kracher,S.:Role of the APRN,ACT and CBCM, Adult Mental Health Division,2008
- 西尾雅明 : ACT 入門, 精神障害者のための包括型地域支援プログラム, 金剛出版, 32, 2004
- 西尾雅明 : 脱施設化の概念とこれからの精神保健・医療・福祉機能分化の方向性, 病院・地域精神医学, 45(4), P5-11,2003
- 大島巖 : ACT インテンシブ・ケア・マネジメントホームヘルプサービス, 精神障害者地域生活支援の新デザイン, 精神看護出版, 38, 2004
- 大島巖, 高橋清久 : ケアガイドラインに基づく精神障害者インテンシブ・ケア・マネジメントの進め方, 精神障害者社会復帰促進センター, 5, 2001
- 大島巖, 松為信雄, 伊藤順一郎監訳 : 精神障害をもつ人たちのワーキングライフ, IPS : チームアプローチに基づく援助付き雇用ガイド, 金剛出版, 2004
- Ruffolo, MC., Nichols, N. : Satisfaction and role performance of case manager in the

- mental health system, *Journal of Case Management*, 3(1), 36-42, 1994
- Scheetz, S.L. : The relationships of social network characteristics to the performance of self-care by the chronically mentally ill adult in the community, Unpublished doctoral dissertation, University of California San Francisco, 1986
- Sederer, I.L., Dickey, B.: *Outcome Assessment in Clinical Practice*, Williams and Wilkins, 伊藤弘人, 栗田広訳 : 精神科医療アセスメントツール, 医学書院, p84-90. 2000
- Solomon, P. : The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients, *Community Mental Health Journal*, 28(3), 163-180, 1992
- Sledge, W.H., Astrachan, B. : Case management in psychiatry –an analysis of task, *American Journal of Psychiatry*, 152 (9) , 1259-1256, 1995
- Shern, D.L., Wilson, N.Z. : Client outcomes 2 –longitudinal client data from the Colorado Treatment Outcome Study, *Milbank Quarterly*, 72(1), 123-148, 1994
- 田上美知佳 : 長期入院精神障害者の退院および地域生活を促進する家族への援助に関する研究, 平成 16-18 年度文部科学省研究費補助金基盤研究 (C), 2007
- 宇佐美しおり : 地域で生活する精神分裂病者の自己決定に基づくセルフケア行動の実態, 聖路加看護大学大学院博士論文, 1997
- 宇佐美しおり : 地域で生活する精神分裂病者の自己決定に基づくセルフケア行動の実態, *看護研究*, 31(3), 25-38, 1998
- 宇佐美しおり, 住吉亜矢子ほか : 精神障害者の地域生活の維持・促進に関連するソーシャルサポート・ネットワークの実態, 兵庫県立看護大学紀要第 7 巻, 2000
- 宇佐美しおり : 精神障害者へのアサーティブ・コミュニテイ・トリートメント (ACT) の評価に関する研究, 平成 17-19 年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究(C), 2008
- 志井田美幸, Wendy Chow, Joel Sadavoy : 地域のニーズに適応させた ACT の実践 – 2 つのプログラムのケーススタディー –, 第 49 回日本病院・地域精神医学会総会抄録集, 102, 2006

表 1-(1) 対象者の特徴

	全体		介入群		対照群		T 値 およ びカイ 二乗	P
	N	M(SD)	N	M(SD)	N	M(SD)		
年齢	80	42.15(15.01)	33	35.00(9.04)	47	46.92(16.47)	-4.16	0.00**
初発年齢	80	27.07(13.45)	33	23.21(9.09)	47	32.61(16.68)	-2.46	0.02*
CP	80	425.47(364.19)	33	417.09(417.09)	47	326.88(269.08)	2.15	0.04*
アミトリプチン	80	17.48(38.63)	33	5.46(17.52)	47	57.15(59.93)	-2.69	0.02*
シアセパム	80	8.71(7.99)	33	8.59(8.38)	47	8.89(7.59)	-0.14	NS
過去1年間の再入院月数	80	5.45(3.33)	33	7.51(2.53)	47	3.91(3.01)	5.74	0.00**
性別	80		33		47		4.51	0.04*
男性		36名		10名		26名		
女性		44名		23名		21名		
診断	80		33		47		1.45	NS
統合失調症		68名		30名		39名		
失調感情障害		12名		3名		8名		
住居	80		33		47		4.56	0.01
単身		39名		26名		13名		
家族と同居		30名		4名		26名		
共同住居		6名		3名		3名		
不明		5名		0名		5名		
生活費	80		33		47		6.65	0.01
生活保護と障害年金		24名		5名		19名		
家族からの支援と障害年金		52名		28名		24名		
不明						4名		

*P<0.05, **P<0.01

表 1-(2) 対象者(介入群)の特徴

SN (精神的支援)	33		33				
家族		18		18名			
友人		1		1名			
医療者		6名		6名			
支援なし		0名		0名			
SN (生活上支援)	33	18名	33	18名			
家族							
友人		1名		1名			
医療者		6名		6名			
SN (経済的支援)	33	19名	33	19名			
家族							
友人		1名		1名			
医療者		5名		5名			
食事の自立度 (④自立-①つきそい必要)	33					3.70(0.571)	
過ごし方の自立度 (④自立-①つきそい必要)	27					3.11(0.892)	
睡眠の状態 (④よい-①悪い)	24					3.46(0.658)	
一人の時間の過ごし方に関する自立度 (④自立-①つきそいが必要)	24					3.50(0.780)	
人との時間の過ごし方に関する自立度 (④自立-①つきそが必要)	24					3.29(0.859)	
症状の管理に関する自立度 (④自立-①全面的に支援が必要)	30					3.03(0.850)	
危険の管理に関する自立度 (④自立-①全面的に支援が必要)	28					3.32(0.670)	
火の管理状態 (④自立-①悪い)	3					4.00(0.000)	
薬の管理に関する自立度 (④自立-①全面的に支援が必要)	23					2.78(0.795)	
セルフケア平均	38					3.33(0.514)	
住宅に関する自立度 (④自立-①つきそい必要)	14					3.50(0.650)	
金銭管理の自立度 (④自立-①全面的に支援が必要)	30					3.07(1.230)	

表2 介入群における介入前後の BPRS,GAF,,LSP,CSQ の比較 (N=33)

	平均(SD)	相関関係(γ)	有意確率
入院時 BPRS	73.29(17.63)] 0.27] 0.56] NS] 0.00**
退院時 BPRS	43.96(17.44)		
3ヶ月後 BPRS	32.63(11.64)		
入院時 GAF	38.29(10.21)] 0.71] 0.87] 0.00**] 0.00**
退院時 GAF	51.57(10.47)		
3ヶ月後 GAF	55.91(9.86)		
入院時 LSP	105.68(18.29)] 0.69] 0.71] 0.00**] 0.00**
退院時 LSP	121.82(10.88)		
3ヶ月後 LSP	125.43(11.98)		
入院時 CSQ	17.46(5.95)] 0.24] 0.71] NS] 0.00**
退院時 CSQ	21.70(2.73)		
3ヶ月後 CSQ	22.65(2.33)		

表3 退院支援介入内容

現在の精神状態の査定と生活状況およびストレスな出来事との関係の把握とケア計画	① 再入院のきっかけとなった出来事の把握
	② 服薬状況と症状の内容と程度の把握
	③ 家族関係の把握と再調整
	④ 支援方法の確認と役割分担
本人・家族のニーズと必要な生活能力の獲得と確認、ニーズへの支援	① 病状の安定とともに本人の生活上のニーズを明らかにし、目標を定めて支援を開始する
	② 目標の変化に柔軟に対応し、支援する。
	③ 家族自身のニーズを確認し、家族の生活の再構築を支援する
	④ 社会資源の有効活用
退院支援グループを安心できる居場所にし患者の健康的な側面を強化する。	① 自宅で生じる緊張感を減らしていく
	② 話さなくても受け入れられる空間を作る
	③ 自分への自信のなさを安心して話せる場にする
	④ 健康的な側面を強化する

専門看護師は各職種・チームメンバーの動きを役割を確認し、治療目標に対するマネジメントを行う。	①各メンバーの動きを把握し、包括的アセスメントを行う。
	②患者の精神状態・ニーズをもとに介入計画をたてる。
	③ケア・マネジメントチームの動きを把握し、マネジメントを行う。

付録1：入院中の退院支援ケア・パッケージと退院後の集中型包括型インテンシブ・ケア・マネジメントプロトコール

(1) 入院中の退院支援ケア・パッケージ

- ①退院後3ヶ月未満で再入院された患者様を対象とし10名未満のグループを作ります。
- ②この場合、過去1年以内の退院3ヶ月未満で再入院になった対照群に含まれた対象者にも今回介入をすることになることについて説明します。
- ②精神看護専門看護師を中心にチームをつくり(受け持ち看護師、ソーシャルワーカー、主治医、専門看護師が入っていれば可)、再燃を予防するために、再燃の原因に焦点をあてながらも患者さまのニーズを中心としたケア計画をたてます。これらの計画が実施されているかどうかを、1週間に1回チーム会議を開き確認します。この際患者さまにも入っていただきます。
- ③うけもち看護師との個別的なケアを中心とし、1週間に数回、合計、最低1時間以上、面接やセルフケアへの支援を看護師が行っていきます。看護師との面接およびみなさまのセルフケアへの支援においては、「なぜ入院してくることになったのか」「何を回復、練習することで外での生活が可能なのか」を中心にみなさまと話しあいを行い、生活をふりかえり、実際うまくいくための練習を行います。またご家族への支援が必要な場合には、この時間に加えて1週間に1回以上、最低30分以上の時間をとり、「本人への期待」「現状における家族としての認識と困難さ」「家族に実施できることと資源を活用すること」「家族の困難さの共有」に焦点をあて、ご家族と話しあいを行う時間を持ちます。アセスメントシート並びに実施記録はアクト用紙を用いまた介入内容については実施記録とチェック記録に記載していきます。
- ④ さらに今回対象となった患者さま方のグループを1週間に1回30分以上もち、病棟で生活していく中で、また看護師との振り返りの中で大変だったことを共有、自分だけが大変ではないことの共有(普遍化)、親しみ、共感の授受などをこのグループでおこなっていきます。このグループは精神看護専門看護師が中心に実施します。この際、ほかの職種が入ることもあります。

(2) 退院後の集中型包括型インテンシブ・ケア・マネジメントプロトコール

- ⑤退院時、精神看護専門看護師を中心としてインテンシブ・ケア・マネジメントチームを作り(担当看護師、訪問看護師、ソーシャルワーカー、必要に応じて保健師、生活保護課職員等)、最低1週間に1回訪問を行います。また1週間に1回、外来受診以外に、入院中に実施されていたグループへきて、外での生活の大変さや困難さ、また楽しみをもつ時間を30分以上もち、これは外来で行い、専門看護師が実施します。この際、次の入院中のグループの中に入るのではなく、これまでのなじみのグループメンバー間で外来で実施します。またインテンシブ・ケア・マネジメント会議をみなさまに入ってください、2週間に1回行い、インテンシブ・ケア・マネジメントチームからみなさまへ

の生活に関するフィードバック、そしてみなさまの生活状況、ニーズの確認、ケアの確認、修正を行っていきます。不満、要望がありましたらおしらせください。

⑥ 危機時や状態悪化時は必要に応じて看護師が訪問します。

退院後は、みなさまの病状、社会的機能、日常生活機能、再入院日数や再入院率を評価の視点にしていきます。

付録 2 :

記載日

記載者

番号

BPRS

この質問紙は患者さんの症状について問うものです。下記のそれぞれの項目について、該当する程度に○をつけて下さい。

1 = 症状なし 2 = ごく軽度 3 = 軽度 4 = 中程度 5 = やや重度 6 = 重度
7 = 非常に重度

1	心氣的訴え	身体の健康状態についての執着、 身体疾患への恐怖、心気	1	2	3	4	5	6	7
2	不安	心配、恐怖、現在や未来への過度 の懸念、落ち着きのなさ	1	2	3	4	5	6	7
3	情動的引き こもり	自発的交流の欠如、孤立、他人と の関わりの欠如	1	2	3	4	5	6	7
4	思考解体	混乱し、つながりの悪い、まとま らない断片化した思考過程	1	2	3	4	5	6	7
5	罪業感	自責、恥、過去の行動への後悔	1	2	3	4	5	6	7
6	緊張	神経質で身体的および運動機能に おける徴候、過度の落ち着きのな さ	1	2	3	4	5	6	7
7	衝動的な行 動や姿勢	風変わり、不適切、奇妙な行動及 び態度	1	2	3	4	5	6	7
8	誇大性	過度な自己評価、優越感、異常な 力量や能力の過信	1	2	3	4	5	6	7
9	抑鬱気分	悲哀、悲しみ、落胆、悲観	1	2	3	4	5	6	7
10	敵意	憎悪、軽蔑、敵対的、他人への侮 辱	1	2	3	4	5	6	7
11	猜疑心	不信、他者からの悪意や差別待遇 があるという確信	1	2	3	4	5	6	7
12	幻覚	正常な外的刺激の対応がない知覚	1	2	3	4	5	6	7
13	運動減退	運動または会話の減弱、遷延、身 体表情の変化の減退	1	2	3	4	5	6	7
14	非協調性	抵抗、用心深さ、権威への拒否	1	2	3	4	5	6	7
15	思考内容の 異常	通常ではみられない奇妙、奇怪、 風変わりの思考内容	1	2	3	4	5	6	7
16	情動鈍麻	感受性の減退、強い感情の減退、 平板	1	2	3	4	5	6	7
17	興奮	感情の高揚、興奮、反応性の増大	1	2	3	4	5	6	7
18	失見当識	人、場所、時間についての正確な 想定が混乱していたり欠如してい たりする	1	2	3	4	5	6	7

GAF(機能の全体的評定尺度)

精神的健康と病気という一つの仮想的な連続体にそって心理的、社会的、職業的機能を考慮してください。身体的(または環境的)制約による機能の障害は含めないでください。またたとえば、45,68,72のように、それが適切ならば中間のコードを用いて下さい。

91-100 点: 広範囲の行動にわたって、最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている、症状は何もない。

81-90 点: 症状が全くないか、ほんの少しだけ(例: 試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大満足し、日々のあふれた問題や心配以上のものはない(例: たまに、家族と口論する)

71-80 点: 症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(家族と口論した後の集中困難)、社会的職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例: 学校で一時遅れをとる)

61-70 点: いくつかの軽い症状がある(例: 抑うつ気分と軽い不眠)、または社会的、職業的、または学校の機能にいくらかの困難がある(例: 時にずる休みしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もある。

51-60 点: 中等度の症状(例: 感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に恐怖発作がある)、または社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例: 友達が少ない、仲間や同僚との葛藤)

41-50 点: 重大な症状(例: 自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引きする)、または社会的、職業的、または学校の機能において何か重大な障害(友達がいない、仕事が続かない)

31-40 点: 現実吟味か意志伝達にいくらかの欠陥(例: 会話は時々、非論理的であいまい、または関係性がなくなる)、または仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気事分など多くの面で粗大な欠陥(例: 抑鬱的な男が友人を避け、家族を無視し仕事ができない。子供が年下の子供を殴り、家で反抗的で学校では勉強ができない)

21-30 点: 行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または意志伝達や判断に粗大な欠陥がある(例: 時々、破裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、またはほとんどすべての面で機能することができない(例: 1日中、床についている、仕事も過程も友達もない)

11-20 点: 自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例: 死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮)、または時には最低限の身の生活保持ができない(例: 大便を塗りたい)、または意志伝達に粗大な欠陥(例: ひどい破裂か無言症)

1-10 点: 自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例: 何度も暴力を振るう)または最低限の身の清潔保持が持続的に不可能または死をはっきり予測した重大な自殺行為

0 点: 情報不十分

GAF得点	点
-------	---

ソーシャル・ネットワーク調査票

(Modified NSSQ by Sheetz,1986)

あなたの生活において、重要な人を教えて下さい。あなたにとって重要あるいはサポートをしてくれていると感じる人をすべてあげて下さい（家族・友達・専門家など）。

期間と頻度は、下からあてはまる番号をお選びください。

名前	関係	つきあって いる期間	会う頻度	どういう援 助か	援助の程度	満足度

* 期間

1. 6ヶ月以下 2. 6-12ヶ月 3. 1-2年 4. 2-5年 5. 5年以上

* 会う頻度

1. 1年に1回 2. 1年に2-3回 3. 毎月 4. 毎週 5. 毎日

* 援助の程度

1. ほとんどなし 2. 少し 3. まあまあ 4. かなり

* 満足度の程度

1. 満足していない 2. 少し 3. まあまあ 4. かなり

*この中であなたにとって、最も重要な人は誰ですか。

経済的に _____

精神的に _____

生活上のサポートで _____

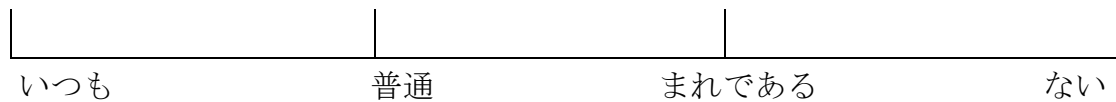
Life Skills Profile

Instruction:

() 様の全般的機能（彼もしくは彼女は病気ではあるが危機状況ではない、過去3ヶ月の全般的状態を示す）機能について、次のフォームを完成してください。

例：

もしこの患者さんの行動が部分的にはみられるが、普段はみられない場合、‘まれである’に○をつけます。



LSP は、障害と同様に機能を明らかにするための5段階評価です。得点が高いほど高い機能を示し、障害が少ないことを意味します。

LSP の得点：LSP は左のアンカーポイントが最も機能が高く、右のアンカーポイントが最も機能が低く、アンカースコアを足して計算します。左の「かなり」が1点、右の「そうではない」が4点、あとは左から2点、3点です。

セルフケアの合計項目：10,12,13,14,15,16,23,24,26,30

行動障害の少なさの合計項目：5,6,25,27,28,29,32,34,35,36,37,38

社会的接触の合計項目：3,4,20,21,22,39

コミュニケーションの合計項目：1,2,7,8,9,11

責任感の合計項目：17,18,19,31,33

LSP の合計項目はすべて

スコア

セルフケア： 点

行動障害のなさ： 点

社会的接触： 点

コミュニケーション 点

責任感 点

合計： 点

あてはまる記述に○をつけ、すべての項目に答えて下さい。

患者さんの氏名： ()

ID： ()

年齢： () 歳

性別： 男性 ・ 女性

評価者氏名： ()

評価日： 年 月 日， 入院日： 年 月 日

施設： ()

そうではない わずかに まあ かなり

(4) (3) (2) 普通以上 (1)

1. この患者さんは普段、会話をしたり質問に答えることが難しいですか。

--	--	--

2. この患者さんは普段、人の会話を中断したり、あなたの話をさえぎりますか。

--	--	--

3. この患者さんは社会的接触からひきこもっていますか。

--	--	--

4. この患者さんは普段他の人にあたたかさを示しますか。

--	--	--

5. この患者さんは普段他の人にいつも怒ったりしていますか。

--	--	--

6. この患者さんは普段、他の人に攻撃的ですか。

--	--	--

7. この患者さんはいつも視線をあわせて他の人と話しますか。

--	--	--

8. この患者さんは、普段、この患者さんの話し方のために理解しがたいですか。

--	--	--

9. この患者さんは、いつも奇妙な考えについて話していますか。

--	--	--

10. この患者さんはいつも身だしなみを整えていますか。

--	--	--

11. この患者さんの表情や態度は、普段周囲の環境に即していますか。

--	--	--

12. この患者さんはいわなくても自分で体を洗いますか。

--	--	--

13. この患者さんは、身体や、服、息づかいなどが普段、臭いますか。

--	--	--

14. この患者さんは、服が汚れていればきれいにして、普段はきれいな服をきていますか。

--	--	--

そうではない わずかに まあまあ かなり
(4) (3) (2)普通以上 (1)

15. この患者さんは、自分の健康を無視しますか。

--	--	--

16. この患者さんは、適切なダイエットをしていますか。

--	--	--

17. この患者さんはいわれなくても服薬をしたり、注射にきますか。

--	--	--

18. この患者さんは主治医に処方された向精神薬を拒否せずに内服しますか。

--	--	--

19. この患者さんは主治医や他の医療職に協力的ですか。

--	--	--

20. この患者さんは活動をあまりしませんか。

--	--	--

そうではない わずかに まあまあ かなり

(4) (3) (2)普通以上 (1)

32. この患者さんは他の人のスペース（部屋や個人のもの）に侵入しますか。

--	--	--

33. この患者さんは他の人のものをとりますか。

--	--	--

34. この患者さんは他の人に暴力的ですか。

--	--	--

35. この患者さんは自分を傷つけますか。

--	--	--

36. この患者さんは警察とトラブルをおこしますか。

--	--	--

37. この患者さんはアルコールまたは薬物を乱用しますか。

--	--	--

38. この患者さんは無反応ですか。

--	--	--

39. この患者さんは普段、親しくなろうとしますか。

--	--	--

付録6

クライアント満足度質問紙

この調査はプログラムをよりよいものにするため、あなたが受けたプログラムについて、いくつかの質問にお答え下さい。あなたの意見が肯定的なものであれ、否定的なものであれ、あなたの率直なお答えを期待しています。すべての質問についてお答え下さい。またあなたのご意見、ご提案も歓迎いたします。ご協力ありがとうございます。

もっともあてはまる答えの番号に○をつけて下さい。

1. あなたがうけたプログラムの質はどの程度でしたか。

4	3	2	1
大変よい	よい	まあまあ	よくない

2. あなたが望んでいたプログラムは受けられましたか。

1	2	3	4
全く受けなかった	そうでもなかった	だいたい受けた	十分に受けた

3. この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	3	2	1
ほぼすべて必要とした	だいたい必要としたもの	いくらかは必要としたもの	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、プログラムを推奨しますか

1	2	3	4
絶対にしない	しないと思う	すると思う	絶対する

5. 受けた援助の量に満足していますか

1	2	3	4
とても不満	どちらでもないか 少し不満	ほぼ満足	とても満足

6. 受けたプログラムは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	3	2	1
大いに役立った	まあまあ役だった	全く役立たな かった	悪影響を及ぼした

7. 全体として一般的にいて、あなたが受けたプログラムに満足していますか

4	3	2	1
---	---	---	---

とても満足 だいたい満足 どちらでもないか とても不満
少し不満

8. また援助が必要となった時、このプログラムをもう一度受けたいと思いますか。

1 2 3 4
絶対受けない 受けないと思う 受けると思う 絶対受ける

9. ほかが意見、感想等ありましたらお書き下さい。

(Sederer,I.L.,Dickey,B.:Outcome Assessment in Clinical Practice,Wiliams and Wilkins,
伊藤弘人, 栗田広訳：精神科医療アセスメントツール, 医学書院 P164-166.2000)