

平成 21 年度 厚生労働省障害者自立支援プロジェクト報告書

病状・セルフケアが不安定な退院 3 カ月未満で再入院をする患者もしくは入院 3 か月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害患者（長期入院予備軍）の退院促進ならびに地域生活定着支援研究事業—医療・福祉および病院・行政統合型ケア・マネジメントモデルの評価—

研究事業代表者：宇佐美しおり（熊本大学大学院生命科学研究部精神看護学）

共同研究事業実施者：

中山洋子（福島県立医科大学看護学部，教授）
野末聖香（慶應義塾大学看護医療学部，教授）
矢野千里（芳和会 菊陽病院，総看護師長）
権島啓吉（芳和会 菊陽病院理事長，精神科医）
中川優子（芳和会 菊陽病院外来，看護主任）
和田冬樹（芳和会 菊陽病院院長）
斎藤ひろみ（芳和会 菊陽病院，副総師長）
井形るり子（熊本市障害福祉局，医療主幹，精神科医）
大寫高昭（富尾会桜が丘病院，精神保健福祉士）
大関宏治（杏仁会くまもと青明病院，精神保健福祉士）
青木聖久（日本福祉大学准教授，精神保健福祉士）
中西真理子（富尾会桜ヶ丘病院，病棟師長）
伊藤弘人（国立神経・精神センター精神保健研究所，社会精神保健部長）

金 額：3,400,000 円

目 次

| | |
|--|----|
| I.はじめに | 4 |
| II.文献検討 | 5 |
| 1. ケア・マネジメントの定義 | 5 |
| 2. ケア・マネジメントの効果と課題 | 5 |
| 3. インテンシブ・ケア・マネジメントのもたらす効果 | 5 |
| 4. ACT のもたらす効果 | 6 |
| 5. 高度実践家のケア・マネジメントにおいて果たす役割 | 6 |
| III. 研究方法 | 8 |
| 1. 調査の概要 | 9 |
| 2. 実施期間 | 9 |
| 3. 分析方法 | 9 |
| 4. 用いた質問紙 | 9 |
| 5. 研究の倫理的配慮 | 10 |
| 6. 研究事業のデザインと研究事業のフローチャート | 10 |
| IV.結果 | 11 |
| 1. セルフケアが不安定で退院後3カ月未満で再入院を繰り返す患者および入院3 カ月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害患者の特徴ならびにケアの実態 (比較群と介入群) | 11 |
| 1) 比較群の実態 | 11 |
| 2) 介入群の実態と介入群・比較群の対象者の特徴の比較 | 12 |
| 2. 介入群の病状、日常生活・社会的機能、家族機能、QOL についての介入前後 の比較 | 13 |
| 3. 介入群における事例の特徴 | 15 |
| V.考察 | 17 |
| 1. 今回の対象者の特徴とそれに応じた支援 | 17 |
| 2. 退院促進支援相談員の存在の意義 | 17 |
| 3. 外来看護師と精神看護専門看護師の共同での治療チーム構築の意義 | 18 |
| 4. 今回の対象者へのCBCMの意義 | 19 |
| 5. 地域資源の発掘の必要性和「人」から「場」への移行支援の重要性 | 20 |
| 6. 家族支援の強化の必要性 | 21 |
| 7. 今回の研究事業の限界と今後への示唆 | 21 |
| VI. 結論 | 22 |
| 謝 辞 | 22 |
| 引用・参考文献 | 22 |
| <付録1>入院中の退院支援ケア・パッケージと退院後の地域生活包括型ケア・マネ ジメントプロトコール | 26 |

| | |
|--------------------------|----|
| <付録2>研究への協力のお願い | 28 |
| <付録3>質問紙等 | 32 |
| <付録4>研究事業報告会議事要録、資料(PPT) | 40 |

表目次

| | |
|---|----|
| 表1 対象者の特徴 | 43 |
| 表2 介入群の対象者の特徴と病状、日常生活・社会的機能、家族機能、QOLの評価 | 46 |
| 表3 介入群の介入内容 | 48 |

図目次

| | |
|----------------------|----|
| 図1 CBCMによる支援と「場」への移行 | 21 |
|----------------------|----|

I. はじめに

平成 20 年 9 月現在、日本における精神病床数は 348,121 床（厚生労働省医療施設動態調査）、精神病床における一日平均在院患者数は 316,402 人（厚生労働省病院報告）と報告されており、病院総数の 20.0%を占めている。また精神障害者の平均在院日数は 310.8 日と世界の中でも最も長く、精神科病院入院患者数の内訳は入院期間 1 年未満の入院が最も多く、次いで入院期間 1 年以上 5 年未満、10 年以上、5 年以上 10 年未満の順に少なくなっており、入院期間 1 年以上 5 年未満と 5 年以上 10 年未満、入院 10 年以上の入院患者の割合は 6 割を占めており、まだ入院 1 年以上の長期入院予備軍ならびに入院 5 年以上の長期入院患者が多く存在している。一方、平成 17 年度現在、精神障害者の入院、外来患者数をみると入院患者が 35.3 万人であるのに対し、外来患者数は 267.5 万人であり、また同年の患者調査によると精神障害者数ならびに外来患者数は急激に増えてきている。入院患者では、統合失調症が最も多く、ついで認知症、気分障害となっている。また外来患者では、気分障害患者が最も多く、ついでストレス関連性障害、統合失調症の順になっている。これらの統計の結果から、精神科の入院患者数ならびに患者の平均在院日数は少なくなっているが、世界との比較ではまだ多く、入院患者の約 6 割は長期入院予備軍ならびに長期入院患者である。さらに、精神疾患の病像が変化し、ストレス関連性障害や気分障害をもつ患者が増え、また重複診断や人格障害・発達障害などの障害を併存する患者も増えてきており、様々な治療の組み合わせが必要となっていており、精神科医療において多様な治療やケアが必要とされている。

一方、日本においては医師不足や医療の地域格差が社会問題となり、全国的に医師養成数の増加、医療における多職種間での役割分担やチーム医療の推進が叫ばれている（厚生労働省医政局発第 1228001 号，2007）。そのような中、看護においては看護系大学院を修了し、所定の経験を経て、日本看護協会の認定を受けた専門看護師（Certified Nurse Specialist, CNS）やある所定の訓練を受けた看護師（認定看護師など）の裁量範囲の拡大に焦点があてられるようになってきている。専門看護師とはケア困難な患者への直接ケア、治療スタッフへのコンサルテーション、病院や病棟のケアの質を高めるための教育、ケアの質を改善、維持していくための研究、倫理的問題が生じた場合の倫理的調整機能を有しているが、その活動の仕方は施設によって様々である。現在、日本の医療状況において専門看護師を含む高度看護実践家の裁量範囲の拡大および裁量権の獲得に関する論議が、日本看護系大学協議会、日本学術会議健康・生活科学分科会、日本専門看護師協議会や日本看護系学会協議会を中心として検討され、多職種とも協議が始められている。特に精神看護においては、重症な精神障害者の退院支援や地域生活支援を行うためのケア・マネジメントにおいて中心的役割を担うことが期待されている（太田，2008）。

そこで、本事業においては、退院後すぐに再入院を繰り返す精神障害者ならびに長期入院予備軍に対し、海外でも有効とされている集中包括型ケア・マネジメントを実施し評価を行った。すなわち外来看護師と精神看護専門看護師をケア・マネージャーとし、ケア・マネジメントチームを構築し、医療と福祉ならびに病院と行政の統合を目指した集中包括型ケア・マネジメントを展開し、その評価を行うことを目的とした。

本事業は、精神病院を退院後すぐに再入院するもしくは長期入院患者予備軍を対象とした医療やチームの在り方を検討するための貴重な資料となるだろう。

II. 文献検討

1. ケア・マネジメントの定義

ケア・マネジメントとは、地域社会の中で、サービスを提供する際に、利用者の生活全般にわたるニーズと公私にわたるさまざまな社会資源との間にたつて、複数のサービスを適切に結びつけ、調整をはかりつつ、包括的にサービス供給を確保する機能である。仲介型やリハビリテーション型、ストレングス型、臨床型など多様なタイプが存在する。その中でも、1970年以降、海外では精神障害者のニーズを充足し、再入院や再燃を繰り返す精神障害者を対象に、地域生活促進のための地域生活支援体制であるインテンシブ・ケア・マネジメント(Intensive Care Management, ICM, または集中型包括型ケア・マネジメントとも表現される)が発達してきた。近年ではCommunity Based Case Management (以後, CBCMと呼ぶ)と呼ばれている。ケア・マネジメントとは、地域で生活する精神障害者が様々な形で提供される医療や各種の社会的支援を、そのニーズにそって継続的・総合的に利用できるように援助することを目的としており、ケア・マネジメントはアメリカ合衆国では1980年代以降に発達し、病院から退院した精神障害者に対し、病状と患者のニーズに応じて、ケアを断片的に提供するのではなく、身体的、心理的、社会的側面から総合的に多職種によって提供する地域ケアシステムの一つである。

2. ケア・マネジメントの効果と課題

Kentらは、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い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, 1994)。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、この原因を断ち切るためにケア・マネジメント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、因果関係を明らかにできたとはいえない。

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ケア・マネジメントの内容を分析し、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を最も関連していると報告している。さらに、Craigらは、2年間に渡るケア・マネジメントの研究を行い、その中で、ケア・マネジメント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)。しかし、その一方で、Sandsらは、インテンシブ・ケア・マネジメントと伝統的なケア・マネジメントを比較するための準実験研究を行い、再入院率には有意な差がなかったことを報告している(Sands, 1994)。

これらの結果は、病院の利用状況を評価指標とした場合のケア・マネジメントに関する研究であるが、これらの研究結果からケア・マネジメントの有無、ケア・マネジメント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、精神障害者の再入院率に関連があることを明らかにしている。さらに、ケア・マネジメント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、服薬中断が挙げられていた。

3. インテンシブ・ケア・マネジメントのもたらす効果

さらに、Champney, Ruffolo, Francis, Shemらは、精神障害者のケア・マネジメントと精神症状、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; Shem, 1994)。Shemは、5年間に渡るテンパーでの精神障害者541名へのインテンシブ・ケア・マネジメントに関する縦断研究を行い、サービスを受け始めて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(Shem, 1994)。さらにRuffoloらは、219名の重症精神障害者へのケア・マネジメントを行い、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, 1994)。これらの研究は、ケア・マネジメント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。

また、Francisらは、446名の精神障害者へのケア・マネジメントに関する満足度を調査し、ケア・マネジメント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。すなわちケア・マネジメントの存在は、単に再入院率を低下させるだけでなく、障害者の満足度を高めていた(Francis, 1995)。さらに、宇佐美らは精神障害者へのCBCMの成果に関する文献レビューを行い、CBCMが退院後すぐに再入院を繰り返す患者の病状の改善、再入院回数の減少、救急室の使用頻度の減少、薬物依存の改善、ケアへの満足度を高めることを報告している(宇佐美ら, 2004)。

しかし一方、CBCMは精神障害者の退院後半年から1年間、精神障害者への危機介入、カウンセリング、病状への支援などを行うが、スタッフの担当症例数が多く、また明確な介入基準がなく、また提供される期間が限定され治療チームの障害者への直接ケアが少ないことから、精神障害者の再入院率の増加(回転ドア現象)、地域での生活期間の短さが問題として指摘されるようになってきた

(Drake, R. E., 2003; Preston, N. J. 2000)。そして、CBCMでも地域生活が促進されない精神障害者には、Assertive Community Treatment (ACT) と呼ばれるケア・マネジメントが実施されるようになった。

4. Assertive Community Treatment (ACT) のもたらす効果

ACTは1972年にアメリカのウイスクンシン州において、重症な精神障害者の退院支援ならびに地域での生活支援を目的として実施されはじめた地域生活支援のための支援システムであるケア・マネジメントの一部であり、日本においては包括型地域生活支援プログラムと呼ばれている。重症な精神障害者とは1年間に2回以上の入院、社会的機能においてGAF (Global Assessment of the Functioning, 社会的機能評価)が35以下、35歳未満の場合GAF30以下で重複診断を有する患者を対象とするものである。海外においては、ACTが重症な精神障害者のセルフケアや病状を改善し、精神障害者の地域での生活を定着させ、障害者のニーズをみだし生活の質を高めることが報告されている(大島, 2003; 志井田, 2004; Bond, R. G., 2004)。ACTは上述した重症な精神障害者を対象とし、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士、職業カウンセラー、精神科医など多職種によって構成されるチームであり、集中的なサービスが提供できるよう一人の患者につき10人程度のスタッフからなるチームで構成されるが、サービスの質を保つため、一人のスタッフが10名以上の患者を受け持つことができないことになっている(Alleness, D, 2003; 西尾, 2004)。さらにチームのスタッフ全員で一人の患者のケアを共有し、医療、看護、福祉サービスのほとんどをチームが責任をもって直接提供し、サービスの統合性と継続性をはかり、1週間に3回以上訪問を行い、1日24時間、365日体制で危機介入にも対応し、患者の病状管理のみではなく、日常生活・社会生活上のニーズを満たし、患者や家族の生活の質を高めるための支援が展開されるケア・マネジメントである。日本においても、ACTへの取り組みが2002年以降始まり、国府台病院や茨城県のKUINAセンターや京都でもACT-Kとして実践報告や研究報告が出始めている(伊藤, 2008; 志井田, 2004; 高木, 2008)。

5. 高度実践家のケア・マネジメントにおいて果たす役割

どの職種においても、大学院を修了した者が一定の訓練や認定を受け、高度専門職業人として活躍する報告は多い。海外においても精神保健福祉士や臨床心理士、専門看護師など大学院を修了し精神医療に従事する高度実践家の精神科ケア・マネジメントの実施に関する成果報告は多い。これらの報告の多くはケースの重症度やニーズの違いによってどの職種が精神科ケア・マネージャーとして適切かを報告している研究である。日本においても医師不足や医療の地域格差の問題から、各職種において高度実践家を育成する動きや裁量範囲の拡大の必要性が厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討会」でも報告されている（厚生労働省，2010）。

看護においては、看護系大学院を修了し、所定の経験を経た後、独立した看護実践を行う高度看護実践家（Advanced Practice Registered Nurse, APRN もしくは APN と呼ばれている）の役割が注目されるようになってきている。Sells らは、APRN が重症な精神障害者に対して、精神科ケース・マネジメントチームを構築し、障害者の仲間を含む集中包括型ケース・マネジメントを展開した結果、障害者の治療への動機付けが高まり、治療に患者自身が参加し続けられることを報告している（Sells, d, Davidson, L., 2006）。また Havassy, E. B らは、薬物乱用歴のある精神障害者 286 名を対象に集中包括型ケース・マネジメントを展開し、APRN を中心とした集中包括型ケース・マネジメントは特に薬物乱用歴のない精神障害者には日常生活機能や社会的機能の改善、再入院率の低下がみられたが、薬物乱用歴のある精神障害者にはあまり効果がなかったことを報告している（Havassy, E. B., Shopshire, S. M., et al, 2000）。さらに Price は、入院期間の長くなった統合失調症患者に APRN を中心としたケース・マネジメントの提供は、病院から地域への移行を容易にし、再燃を予防し、退院後 1 年間の再入院を抑制できることを報告している（Price, M. L., 2007）。これらの結果から薬物乱用などのない重症な精神障害者や長期入院患者には、高度看護実践家を中心とした集中包括型ケース・マネジメントが患者の日常生活や社会的機能を改善し、退院後の地域での生活期間を長くすることが報告されている。

以上の結果から、精神障害者の重症度や特徴に応じたケア・マネジメントが国外で積極的に展開され、その成果も明らかであるが、日本においても、CBCM や ACT がケア・マネジメントとして展開されるようになってきている。そしてケア・マネジメントは、精神障害者の病状やセルフケア能力、再入院日数、ケアへの満足度に影響を与えているが、ケア・マネジメントの内容（入院中からのスタッフの接触頻度、入院初期からの退院計画、ケア内容の有無）、患者の服薬状況、病気の否認の程度、犯罪歴などに成果が左右されることも明らかになってきている。さらに、ケア・マネジメントの研究以外でも、精神障害者の地域生活支援においては、入院初期の介入と退院後の生活にむけたケア内容が重要であることが明らかとなってきている。

そこで、本研究事業は、病状・セルフケアが不安定で退院後 3 か月未満で再入院をするもしくは入院 3 か月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害患者（長期入院予備軍）40 名に対し、訓練を受けた看護師もしくは精神看護専門看護師を「精神科ケア・マネージャー」とし、また自治体内の精神保健福祉担当部門との連携を円滑にするために「退院促進支援相談員」を配置し、医療と福祉および病院と行政を統合したケア・マネジメントチームを作り、入院 1-2 か月間の退院支援ならびに退院後 6 か月間の地域生活定着支援研究事業を行い、病状、日常生活・社会的機能、家族機能、QOL、再入院率の側面から、研究事業の評価を行い、さらに患者の病状やセルフケアに応じ

た地域生活支援体制のパターンを明確にすることを目的とした。本事業を行うことで、セルフケアが不安定で退院後3か月未満で再入院するもしくは入院3か月以上の長期入院予備軍の統合失調症・統合失調症性感情障害への自立支援策として、医療と福祉および病院と行政の統合を図るためのケア・マネジメント体制の提案を行うことができるだろう。

Ⅲ. 研究事業の方法

1. 研究事業および調査の概要

1) 研究事業及び調査に同意の得られている2つの精神病院において、平成20年8月1日から平成21年8月1日までの間に、セルフケアが不安定な退院後3か月未満で再入院するもしくは入院3か月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害患者(長期入院予備群)100名の病状、対象者の特性、地域生活支援体制、再入院・入院3か月以上の理由を医療記録ならびに看護記録から把握し、再入院患者の特徴を明確にした(比較群)。

2) 比較群の実態、国内外の成果をもとに、退院促進において重要な役割を担う看護職を中心とした医療・福祉および病院・行政統合型ケア・マネジメント体制を構築した。研究事業対象の精神病院においては訓練を受けた看護師もしくは精神看護専門看護師を外来に設置し「精神科ケア・マネージャー」とし、また行政の精神保健福祉担当部門との連携を図るために「退院促進支援相談員(地域移行支援相談員)」を設置した。そして医師、受持看護師、訪問看護師、精神保健福祉士、作業療法士、ヘルパー、民生委員等を入れて、精神科ケア・マネジメントチームを構築した。そして平成21年8月の段階で、セルフケアが不安定で退院後3か月未満で再入院をしたもしくは入院3か月以上の統合失調症もしくは統合失調症性感情障害患者で研究事業に同意の得られた患者29名に対し、退院促進ならびに地域生活定着支援研究事業を実施することとした(介入群)。

3) 介入群では、平成21年4月から平成22年3月31日までの間に、退院後3か月未満で再入院してきた統合失調症もしくは統合失調症性感情障害の患者で研究事業に同意の得られた患者29名に集中包括型ケア・マネジメント(CBCM)を実施し、再入院時から、CBCMプロトコールにそって支援を行った。すなわち、受持看護師との1日1時間以上の退院後に必要とされるセルフケアに関する訓練、退院不安を軽減するための1週間に1時間の小集団精神療法、1週間に1時間以上の心理教育および生活技能訓練、1週間に1時間以上の家族支援、2週間に1回以上のケア会議を実施する。また退院時に退院後支援体制の必要性の有無について精神科ケア・マネジメントチームで判断し、チームによる介入が必要な場合とチームによる介入が不要な場合を明確にし、介入が必要な場合、退院後3か月間の間、1週間に1回以上の訪問看護、1週間に1回の患者同士の小集団精神療法、危機介入、ヘルパー、民生委員による訪問、3週間に1回のケア会議を開催した。そして必要に応じて退院促進支援相談員の助言を得た。

4) 退院後の精神科ケア・マネジメントチームによる介入の有無にかかわらず、入院時、退院時、退院3か月後、退院6か月後に無記名にて病状(Brief Psychiatric Rating

Scale, BPRS)、日常生活 (Life Skills Profile, LSP)、社会的機能 (Global Assessment of the Functioning, GAF)、家族機能 (Family Attitude Scale, FAS)、QOL (WHO-QOL)、医療費について質問紙調査を行い、介入前後の比較を行うとともに、チームによる介入が必要な場合と必要でなかった場合の地域生活支援のパターンを明確にした。質問紙調査においては病状、日常生活・社会的機能、家族機能について、入院時、退院時、退院3カ月後に主治医もしくは訓練を受けた看護師もしくは精神看護専門看護師が記載し、QOLについては対象者が無記名にて記載し返送を依頼した。また、チームによる介入内容については、医療記録に残し質的に分析し、研究事業内容の妥当性の検討を行った。

研究事業の評価



2. 実施期間：倫理委員会で承認を得た日から平成22年3月31日まで実施した。

3. 分析方法：病状・セルフケアが不安定で退院後3か月未満で再入院をするもしくは入院3か月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害100名の病状、再入院・入院3か月以上の理由などを記述統計、質的分析を用いて明らかにした。さらに介入群の病状、日常生活・社会的機能、家族機能、QOLについては介入前後の比較を行い、研究事業実施内容については質的に分析を行い、退院後の精神科ケア・マネジメントチームによる支援が必要な場合と、必要でなかった場合の状態に応じた域生活支援の特徴を質的分析により明確にすることとした。

4. 用いた質問紙

病状については Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS, 1988)、社会的機能については The Global Assessment of Functioning (GAF) を用い、さらに日常生活機能については Life Skills Profile (LSP) を用いた。家族の態度に関する質問紙は Family Attitude Scale (FAS)、QOL の評価には WHO-QOL (田崎美弥子他監修) を用いた。BPRS は 1988 年の最新版を用い、18 項目からなり 7 段階評価を行う病状評価尺度で各項目 7

点満点で合計 126 点、点数が高くなると病状が悪いことを意味している。また GAF は DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition-Text Version, DSM-IV-TR, 精神疾患の分類と診断) の 5 軸である社会的機能の全体的評定であり、0-100 点で表現し、点数が高くなると社会的機能が低いことを意味している。さらに LSP は、日常生活機能をさし、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 つのカテゴリーからなり点数が高いと機能が低いことを意味する。さらに、FAS は感情表出の高い家族の中でも特に家族の攻撃性と患者への敵意を測定する質問紙であり 30 項目からなる。FAS の信頼性は高くまた GHQ や CMI、FMSS との関連妥当性の関連性も高いことが報国されている (Fujita, H, Shimodera, S., et al, 2002)。さらに WHI-QOL は 26 項目から構成され、身体的領域、心理的領域、社会的領域、環境、全体の評価を自己記載で評価する質問紙であり、点数が高いと満足度が高いことを意味している (田崎美弥子他, WHO-QOL)。BPRS, GAF については各調査時期に主治医が記載し、LSP については精神看護専門看護師が記載した。FAS については家族へ質問紙による調査を行い、また QOL については患者に質問紙の記載を無記名で依頼した。これらの質問紙調査は、入院時、退院時、退院 3 カ月後に行い、対象者に無記名で記載を依頼し、郵送法にて回収を行ったが、調査がいくつかの時点で行われるためすべての質問紙は同一番号にて管理し、研究事業終了時に番号のつけかえを行い個人が特定されないよう留意した。

5. 研究の倫理的配慮 :

熊本大学医学薬学研究部倫理委員会ならびに病院の倫理委員会で承認を得た後、比較群については、平成 20 年 8 月 1 日から平成 21 年 8 月 1 日までの間に、退院 3 カ月未満で再入院をしたかもしくは入院 3 カ月以上の統合失調症患者の医療記録と看護記録を対象とするが個人や施設が特定されない形での情報収集を行った。さらに、介入群は、平成 21 年 4 月 1 日から平成 22 年 3 月 31 日までの間に、K 病院に入院した患者で退院 3 カ月未満で再入院をしたかもしくは入院 3 カ月以上の統合失調症患者に対し、本研究事業の目的、意義、方法を伝え、研究事業への参加は自由意思であることを伝え、途中で参加を辞退できること、また研究へ参加しなくても不利益を伝え同意を得た。また得られたデータは個人や施設が特定されない形で分析することを伝え同意を得、さらに得られた結果は、専門学会へ発表を行うが、その際にも個人や施設が特定されることはないことを伝え同意を得た。

6. 研究事業のデザインと研究事業のフローチャート

比較群 100 名 : 平成 20 年 8 月 1 日から平成 21 年 8 月 1 日までの間に、病状およびセルフケアが不安定で退院後 3 カ月未満で再入院を繰り返した患者および入院 3 か月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害患者の病状、ケアの内容、地域生活支援の特徴、再入院ならびに入院 3 カ月以上の理由を医療記録・看護記録から把握した。

↓

介入群 29 名 : 平成 21 年 4 月 1 日から平成 22 年 3 月 31 日までの間に、病状およびセルフケアが不安定な患者で退院後 3 カ月未満で再入院した患者もしくは入院 3 ヶ月以上の患者で同意が得られた患者に対し、精神科ケア・マネジメントチームによる支援が必要かどうかを判断した。

↓

介入が必要と判断した場合には、退院後にも精神科ケア・マネジメントチームによる介入を行い、評価を再入院時、退院時、退院3カ月後に行った。精神科ケア・マネジメントチームによる介入がうまくいかなかった対象者たちについては、退院3カ月後の調査を行い、いつ・どのような状況でうまくいかなかったのかについて明確にした。



結果においては、介入の結果、退院後3ヶ月未満で再入院もしくは入院が継続されているもの、退院3ヶ月以上地域で生活できていた患者の病状、日常生活・社会的機能、家族の態度、QOL、介入の特徴について分析を行うこととした。

7. 入院中の退院支援ケア・パッケージと退院後の地域生活包括型ケア・マネジメントプロトコール(CBCM)については付録1に示す。

IV. 結果

1. セルフケアが不安定で退院後3カ月未満で再入院を繰り返す患者および入院3カ月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害患者の特徴ならびにケアの実態(比較群と介入群)

1)比較群の実態

比較群[2病院]ならびに介入群は合計129名で、比較群100名、介入群29名だった。比較群(2病院を2群とする)の対象者は100名で調査に同意の得られた2つの病院に入院・外来通院している患者を対象とした。比較群の年齢は50.28才(SD±14.61)で、A病院は年齢48.12才(SD±14.49)、B病院53.53才(SD±14.35)、発症年齢は比較群28.49才(SD±12.19)、A病院は31.06才(SD±14.11)、B病院は25.13才(SD±8.11)で両病院間に有意な差はみられなかった。またCP換算量は比較群の平均は779.21(SD±646.49)でA病院は697.65(SD±637.65)、B病院は895.43(SD±649.98)、過去の入院期間合計は比較群全体で8.23年(SD±11.22)、A病院5.07年(SD±6.62)、B病院は13.10年(SD±14.74)でCP換算ならびに過去の入院期間の合計とも有意な差がみられていた(U=852.50,8.77,P<0.05)。また過去の仕事期間は13.90ヶ月(SD±38.30)で両病院間での有意な差はみられなかった。さらに比較群の男性は50名(50.51%)、女性49名(49.49)で、A病院の男性は32名(53.33%)、女性27名(46.67%)、B病院の男性18名(45%)、女性22名(55%)で、両病院間での有意な差はみられなかった。さらに、家族との同居は比較群全体で60名(57.69%)、A病院で32名(53.33%)、B病院28名(70%)、単身生活者は比較群全体で43名(41.35%)、A病院27名(45%)、B病院12名(30%)で両病院間での差はみられなかった。さらに再入院理由は比較群においては妄想や幻聴などの症状の悪化が最も多く(36名30%)、ついで「ほか(症状は固定しているが近隣への迷惑行為や家族の負担感など)」が30名30%と次に多く、A病院では症状悪化との複数の要因が9名15.0%で最も多く、B病院では「ほか」(症状は固定しているが近隣への迷惑行為や家族の負担感)が27名(67.5%)と最も多く、病院間での有意な差がみられていた($\chi^2=34.57,P<0.01$)。また家族の支援の有無においては、比較群全体においては「あり」が63名(63%)と多く、ついで「家族支援なし」が36名(36%)で、A病院では「あり」34名(56.67%)、「なし」が26名(43.33%)、B病院では家族支援「あり」が30名(75%)、「なし」が10名(25%)で両病院間での

有意な差はみられなかった。さらに主な支援者は、比較群全体においては両親が 33 名(53.23%)と最も多く、ついで友人 13 名(13%)、兄弟 12 名 (19.35%) で、病院間での有意な差はみられなかった。また過去の仕事の有無については比較群全体では「あり」が 14 名 (13.86%)、「なし」が 49 名 (48.51%) で A 病院で「あり」が 2 名(4.26%)、「なし」が 26 名(55.32%)、B 病院で「あり」が 12 名 (22.22%)、「なし」が 23 名 (42.59%) で 2 群間で有意な差がみられていた ($\chi^2=6.63, P<0.05$)。さらに社会資源の活用については、比較群全体では「あり」が 51 名(69.86%)、「なし」が 22 名(30.14%)、両病院とも「あり」が多く病院間での有意な差はみられなかった。さらに社会資源の内容については、比較群全体ではデイケアが 32 件(53.33%)と最も多く、ついで作業所 17 件 (28.33%)、訪問看護 11 件(18.34%)で、A 病院では訪問看護が最も多く、B 病院ではデイケアの活用が多く、病院間での有意な差がみられていた ($\chi^2=25.63, P<0.01$)。これらの結果を表 1 に示す。

2) 介入群の実態と介入群と比較群の対象者の特徴の比較

今回比較群 100 名、介入群 29 名を対象としたが、129 名の全体平均年齢は 47.78 才(SD \pm 14.89)、発症年齢は 27.10 才 (SD \pm 11.77)、平均 CP 換算は 756.91 (SD \pm 595.61)、過去の入院期間合計の平均は 7.55 年 (SD \pm 10.36)、平均仕事期間は 11.49 ヶ月 (SD \pm 33.57) だった。一方、介入群は平均年齢 39.14 才 (SD \pm 12.64)、発症年齢は 22.79 才 (SD \pm 9.26)、CP 換算量は 666.82 (SD \pm 309.49)、過去の入院期間合計は 5.33 年 (SD \pm 6.49)年で比較群と比較すると年齢、発症年齢、過去の入院期間の合計、過去の仕事期間との間で有意な差がみられていた($\chi^2=15.61, 10.52, 8.91, 21.74, P<0.05$)。すなわち介入群の方が比較群より若く、発症年齢も若く、CP 換算は少なく、過去の入院期間、過去の仕事期間も短かった。また比較群については男性 50 名 (50.51%)、女性 49 名 (49.49%)、介入群の男性は 12 名 (37.93%)、女性は 19 名 (62.07%)、比較群では家族との同居者 60 名 (57.69%)、単身生活者 43 名(41.35%)、介入群の家族との同居者は 25 名 (86.21%)、単身生活者 4 名 (13.79%)で、両群間での有意な差がみられていた ($\chi^2=12.70, P<0.05$)。また比較群の再入院理由は、「妄想や幻聴などの症状の悪化」が 36 名 (36%)と最も多く、ついで「ほか (症状は固定しているが近隣への迷惑行為や家族の負担感が大きい)」が 30 名(30%)と次いで多かった。また介入群では「妄想や幻聴などの症状の悪化」が 16 名(55.17%)と最も多く、ついで友人・家族とのトラブルが 13 名(44.83%)で多く、両群間で有意な差がみられていた ($\chi^2=71.82, P<0.01$)。また比較群では家族との同居が 60 名 (57.60%)、介入群では家族との同居 25 名(86.21%)と多く、両群間での有意な差がみられていた ($\chi^2=12.70, P<0.05$)。また家族支援は比較群では「あり」が 63 名 (63%)、「なし」が 36 名 (36%)、介入群では家族支援「あり」が 27 名 (93.10%)と両群間での有意な差がみられていた ($\chi^2=12.88, P<0.01$)。介入群では家族との同居群が多く、家族支援もありと考えられる状況にあった。また家族の主な支援者は比較群が「両親」33 名 (53.23%)、ついで「友人」が 13 名(20.97%)で、介入群では両親が 24 名 (88.89%)、ついで兄弟 2 名(7.41%)と両群間に有意な差がみられていた ($\chi^2=12.75, P<0.05$)。また過去の仕事の有無では比較群は「あり」が 14 名 (13.86%)、「なし」が 49 名(48.51%)で、介入群ではありが 5 名 (14.29%)、「なし」が 24 名(85.71%)と両群とも過去の仕事がないものが多かったが、両群間において有意な差はみられなかった。また社会資源の活用では、比較群では「活用あり」が 51 名 (69.86%)、「なし」が 22 名(30.14%)、介入群では「あり」が 18 名(66.67%)、「なし」

が9名(33.33%)であり両群とも活用していたが有意な差はみられなかった。さらに社会資源の活用内容については、比較群では「デイケア」が32件(53.33%)、「作業所」が17件(28.33%)、訪問看護11件(18.34%)であり、介入群では「訪問看護」が7件(41.18%)、「デイケア」7件(41.18%)であり、社会資源の内容については両群間で有意な差がみられていた($\chi^2=28.47, P<0.01$)。すなわち介入群は比較群と比較して過去に仕事をした経験が少なく、社会資源では訪問看護を活用しているのに対し、比較群はデイケアや作業所などを活用している傾向が見受けられた。

2. 介入群の病状、日常生活・社会的機能、家族機能、QOLについての介入前後の比較

調査に同意が得られ、介入した群29名において、地域で介入後3ヵ月以上地域でやれた対象者(C群)とそうではなかった対象者(D群)を比較すると、C群は17名(58.62%)、D群は11名(41.38%)だった。C群の平均年齢は35.82才(SD±7.44)、発症年齢は21.53才(SD±4.67)、CP換算量665.00(SD±304.16)、過去の入院期間の合計は3.08年(SD±2.51)でD群の平均年齢は43.09才(SD±17.51)、発症年齢は25.09才(SD±13.98)、CP換算670.11(SD±353.58)、過去の入院期間の合計は9.12年(SD±9.08)で、年齢と過去の入院期間の合計で有意な差がみられていた($U=51.00, 52.50, P<0.05$)。すなわちC群の方が年齢が若く入院前の入院期間が短かった。またC群では男性より女性が多く11名(64.71%)、D群では男性6名(50%)、女性6名(50%)であり、また再入院理由も両群とも「妄想や幻聴などの症状の悪化」が若干多く、家族支援については両群とも「家族支援あり」が多く、主な支援者も両親が多かったが両群間での有意な差はみられなかった。またC群では家族との同居が13名(76.47%)、D群では12名(100%)で両群間での有意な差はみられなかった。

また病状、日常生活・社会的機能、QOLを両群で比較すると、入院時BPRSはC群が62.12(SD±15.85)、D群が68.80(SD±13.28)、入院時GAFはC群が39.76(SD±11.28)、D群が41.10(SD±11.25)、入院時LSPはC群が108.82(SD±16.58)、D群が92.80(SD±15.82)、入院時FASはC群が54.44(SD±8.96)、D群が53.88(SD±6.81)、入院時QOLがC群3.03(SD±1.47)、D群が2.06(SD±0.46)であり、両群間で有意な差はみられなかった。またC群については退院時、D群についてはC群の退院時点での時期の評定は、BPRSがC群38.47(SD±11.97)、D群が39.55(SD±12.07)、GAFがC群51.65(SD±14.32)、D群41.10(SD±11.25)、LSPについてはC群118.59(SD±11.73)、D群が106.10(SD±7.37)、FASがC群で40.94(SD±13.60)、D群で45.63(SD±13.68)、QOLについてはC群が3.07(SD±0.27)、D群が2.66(SD±0.45)であり、入院時のLSP、退院時のLSP、入院時QOL、退院時QOLに有意な差がみられていた($\chi^2=44.50, 28.50, 24.50, 36.00, P<0.05$)。すなわちどちらの群とも日常生活機能は改善し、QOLも高くなっていた。さらに退院3ヵ月後(D群についてはC群が退院した時期と同じ時期)については、BPRSがC群41.00(SD±15.31)、D群69.67(SD±9.50)、GAFはC群52.47(SD±12.26)、D群38.33(SD±18.93)、LSPはC群119.41(SD±13.29)、D群103.00(SD±2.65)、FASがC群43.75(SD±10.80)、D群55.00(SD±1.41)、QOLがC群3.01(SD±0.26)、D群2.72(SD±0.42)でどちらの群とも改善はみられており、退院3ヵ月後のBPRS、LSPで有意な差がみられていた($\chi^2=3.00, 5.0, P<0.05$)。これらの結果を表2に示す。FASにおいては、両群とも高い感情表出を示す値であることが報告されており(Fujita, H, Shimodera Shinji, et

al,2001) 両群とも高い FAS の値であったが C 群では FAS は退院時、退院 3 ヶ月後に有意に改善していた。

さらに介入群において介入前後について対応のある場合の母平均値の差の検定 (Friedman 検定) を行うと、BPRS, GAF, FAS,QOL において、有意な改善がみられていた。

また介入群の C 群では退院促進支援相談員を活用した患者は 17 名中 7 名であり、D 群では 12 名中 3 名であった。

また介入群の介入内容について質的な内容分析を行うと、介入群は<地域で患者の健康的側面と成長発達を支援するために中心となる人的資源の獲得><患者の精神状態・症状・セルフケアと人格および発達上の課題の区別を行う><治療チームによる治療目標と各職種の役割の確認・進捗状況の確認><今後の生活に必要なとされるセルフケアへの支援><家族の患者への対処行動の獲得と家族自身のストレス・マネジメントへの支援>に分類できた。しかしこれは介入群の中でも地域で 3 ヶ月以上生活できている群と退院できなかった群とでは出現頻度が異なっていた。

<地域で患者の健康的側面と成長発達を支援する中心となる職種の獲得>は「退院支援相談員を介して患者の要望と病状に応じた生活の場をさがし、やれるかどうかを検討する過程をふむ」「患者・家族の移行の体験を支える」「地域における患者の要望と成長発達を理解する支援員との調整」に分類できた。

また<患者の精神状態・症状・セルフケアと人格および発達上の課題の区別を行う>は「患者の精神状態ばかりに目をむけず患者の健康的な側面とセルフケア能力に焦点をあてケア計画をたてる」「患者の人格と成長発達上の課題に目を向け患者のニーズをもとに支援を再構築する」「家族の患者の成長発達に関するニーズの理解の有無を把握し、必要に応じて理解を促進する」に分類できた。今回、統合失調症の患者を対象としたが、人格や成長発達上の課題をもった対象者も多く、統合失調症以外に広汎性発達障害や人格上の課題をかかえた対象者が多く、治療者は病状と人格・広汎性発達障害の課題に目をむけないと支援が組み立てられない状況にたたされていた。

また<治療チームによる治療目標と各職種の役割の確認・進捗状況の確認>は、「治療チームでの治療目標に対する討議」「役割分担を明確にする」「各職種の進捗状況の確認」に分類できた。

また<今後の生活と必要とされるセルフケアへの支援>では「今後の生活の場を本人、家族と話しあいながら決める」「患者自身の決定の過程に立ち会う」「生活上の自分の限界と家族の限界を理解する」「やれることの強化と不得意なことへのサポートの強化」に分類できた。

さらに<家族の患者への対処行動の獲得と家族自身のストレス・マネジメントへの支援>は「患者の状態悪化時の対応方法の獲得」「日常生活上理解できないことへの対応方法の獲得」「家族自身の生活スペースの確保」「家族のストレス・マネジメントの獲得」に分類できた。また家族への関わりはかなり困難で、家族のこれまでの負担感を軽減し、患者の発症と病気の経過に伴う外傷体験を軽減し、家族自身も一緒にやってみようと考えられるようになるまで、チームメンバーが患者と行動をともにし、家族に頼りすぎずに具体的な退院への道筋をつけていくことで家族自身も改めて患者のケアへの参加をする意欲がでてくる、ことがみられていた。また患者の言動はあまりかわることはないこと、そのような中で家族としてできることとできないこと、できない場合にはどのような資源を活用するのかについて幅広く検討していくこと

で、家族自身も患者とのつきあい方を学習することができるようになっていた。また患者の状態が悪い場合、家族を責めたりすることも多く、家族自身も中等度のうつ状態におかれている場合が多く、家族への精神的支援はさることながら、家族自身のストレス・マネジメントの方法を一緒に検討することが、逆に患者との適切な距離を保つことにつながっていた。

一方、介入群で退院にいたらなかった、もしくは退院後3ヵ月未満で再入院してきた患者への支援および患者や家族の特徴としては、＜患者の病状およびセルフケアの改善へむけての支援が一貫しない＞＜治療チーム全体のあきらめとまとまりの悪さ、支援の断片化＞＜治療の方向性が見えない＞に分類された。

＜患者の病状およびセルフケアの改善へむけての支援が一貫しない＞は、「患者の病状が日内変動でまた関わりにくく安定した状態の査定が行いにくく介入が一貫していない」「病院外でのセルフケアが把握しづらく病状中心の支援である」に分類でき、薬物療法も実施されているが、病状の改善がみられにくく、患者との疎通がとれにくいことが記録に多く出現していた。ある患者は母親が病気で入院し、自宅への退院が困難になったが、母親の病気のことをうけとめられず、スタッフへの攻撃、暴言、暴力が続き、スタッフからも患者とのかかわりが困難に感じられるようになり。日々のケアが攻撃的言動がなければいい、という目標になり、退院を視野にいれた支援とはなりにくい状況が存在していた。

また、＜治療チーム全体のあきらめとまとまりの悪さ、支援の断片化＞では、「日々のケアを中心となってすすめていく受け持ち看護師などの支援者の存在が薄くケアがルティーン化できない」「情報伝達がスムーズでない」「治療チーム間での話し合いが少なく、パターンリズムが打破できない」「目先の問題行動に対して支援をしがちである」に分類できた。さらに＜治療の方向性が見えない＞では、「患者の生活に関わる家族が疎遠で家族への支援ニーズがわからない」「患者の今後の生活の場所が確保できない」「治療スタッフに患者のこれまでのセルフケア能力や健康的な側面などが十分理解されていない」に分類できた。

これらの結果を表3に示す。

3. 介入群における事例の特徴

今回、介入群は介入によって退院後3ヶ月以上生活できた対象者（C群）と退院できなかったもしくは退院後3ヶ月未満で再入院した患者（D群）に分類できた。両群とも統合失調症を有しさらにさらに発達上の課題や人格上の課題を有している対象者だったが、C群では退院後の生活において、より地域に密着しかつ精神障害者だけが用いる資源ではない社会資源を（保健福祉センターや地域における交流の場など）用いており、精神障害者の社会資源の活用のみならず資源の活用を限定していない状況が今回の特徴であった。一方D群では、家族のFASが高く家族への支援が不十分であること、再入院時に地域を視野にいれた退院支援プログラムではなく入院と地域での生活が断絶し、一連の支援となっていないことが介入の特徴であった。

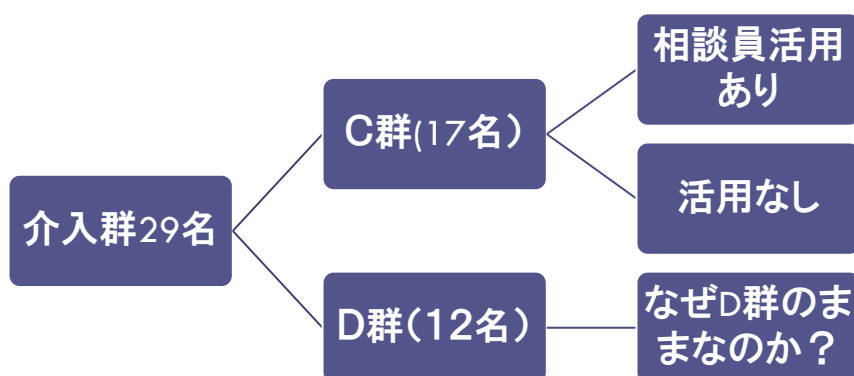
C群のある対象者は、統合失調症で発達上の課題があり、友人がほしいが友人になってほしい相手に暴力や暴言をはき、また家族も患者への対応にこまりかつ家族としての責任をひきうけたくないという状況がみられていた。患者はどうしても自宅へ帰りたが家族への暴力のために家族が患者の受け入れを拒否し、帰ることができなかったため、家族への精神的支援を行いながらも、患者と家族とともに患者が自宅へ帰

るために患者が行う必要のあるセルフケアを確認し、また家族も患者に対してできることとできないことを明確にしながら患者の地域での生活をひきうけていった。またさらにデイケアや作業所において暴力行為がでるため長期に継続して通うことができず、退院促進支援相談員の助言を受け、病院で過ごす場所を提供しながらも、地域における発達障害患者の地域資源を活用することとなった。患者は自分の得意なことがここでできるかもしれないと感じ始め、病院だけではなく、この新しい地域資源の場を自分の居場所の一つとして意識しはじめた。そのことが、患者の自己の世界を広げ、病院や家族に対して暴力と暴言の繰り返しだった側面が改善されるようになってきた。

一方D群においては、ある患者は自宅へ帰りたが、患者の入院前の幻聴による衝動行為、暴言、暴力、近所への迷惑行為によって家族は患者を恐怖から受け入れることができなくなっており、また自宅の近くに活用できる社会資源がないことから、家族が患者の家に帰りたというニーズを満たすことは困難だった。アパート生活やグループホームを患者へすすめるも患者は自宅へ帰りたが気持ちが強かった。そこで家族との定期的な面接をはじめ、家族のこれまでうけてきた精神的な苦痛の軽減を行い、家族の精神的な負担感をどのように軽減できるのかについて具体的に検討を行った。家族はすこしずつ患者を受け入れはじめ、それとともに患者も自宅へ帰るという執拗な要求が減るようになった。そして患者は家族の状況も理解し始め、グループホームへ入ることを決断し、グループホームへむけたセルフケアの改善を行う努力を始めたが、このプロセスに時間がかかり、今回の事業期間では退院には至らなかった。

これらの結果から、患者の再入院時点での早期からの家族支援の重要性、再入院時点でも病状のみに終始するのではなく、入院と退院後の生活が一連の過程にあることを認識しながら支援を行うことの重要性が示唆された。

<介入群>



V. 考察

今回、病状・セルフケアが不安定で退院3か月未満で再入院をするもしくは入院3か月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害患者（長期入院予備群）の退院促進ならびに地域生活定着支援を行ったが、退院3か月未満で再入院をするもしくは入院3か月以上の統合失調症感情障害の患者は、全国平均より年齢、発症年齢とも高く、介入群では比較群に比べると年齢、発症年齢とも若干若かった。また比較群、介入群とも家族が主な支援者であり過去に仕事をした経験が少なくまた社会資源を十分活用しているとはいいがたい状況であった。また社会資源は作業所とデイケア、訪問看護に限られていた。さらに介入群の中でも退院して地域で3か月以上生活できている対象者の入院前の入院期間は短く、患者の病状、日常生活機能、QOLは退院3か月未満で再入院することになった患者よりも改善されていた。今回、支援において、退院促進支援相談員を配置し、また治療チーム内では外来看護師と精神看護専門看護師が中心となってCBCMチームを構築したが、患者、家族双方への支援、病状管理だけではなく人格や発達上の課題と今後の生活上の要望、地域において患者の病状だけではなく人格の特徴や成長発達上の課題を理解して関わる専門職の発掘と有無、精神障害者のための社会資源だけではなく地域や他の障害者が用いる社会資源を発掘し活用へとつなぐことが患者の地域生活への定着を促進することが明らかとなった。

ここでは特に、1. 今回の対象者の特徴とそれに応じた支援、2.退院促進支援相談員の存在の意義、3.外来看護師と精神看護専門看護師の共同での治療チームの構築の意義、4.今回の対象者へのCBCMの意義、5.地域資源の発掘の必要性和「人」から「場」への移行支援の重要性、6.家族支援の強化の必要性、7.今回の研究事業の限界と今後への示唆、について考察を行う。

1. 今回の対象者の特徴とそれに応じた支援

今回の比較群は、年齢が高いにも関わらず両親が主な支援者であり、また介入群において退院3ヶ月以上地域での生活ができていた群も両親の支援が主であったが、退院後病状や日常生活機能や社会的機能が改善していた。また家族の患者への攻撃性や非難的態度も軽減してした。日本において家族の精神障害者にとっての役割は非常に重要であるが、近年患者の自律的生活をめざした支援が行われるようになってきている。にも関わらず患者自身の家族との生活へのニーズが高いのか、医療者の家族への期待が高いのか不明ではあるが、家族が患者の地域での生活において重要な機能を担っていた。

井形らの調査では、日常生活機能が低くても地域で長期間やれていた患者の特長として、家族とのほどよい距離が重要であることを述べており、今回も家族と生活することがだれのニーズなのかを治療チーム内で検討し、患者が家族のもとへ帰る際の患者や家族にとっての意義などを患者とともに改めて見直す必要があるとも考えられた（井形，2009）。

2.退院促進支援相談員の存在の意義

今回、病院の治療チームを中心とした集中包括型ケア・マネジメントチームを構築するだけでなく、地域における生活支援を強化していくため、退院促進支援相談員（精神保健福祉士）をチームの一員とし、支援計画を検討していった。精神科ケア・マネジメントは本来、病院内の治療チームだけで構築されるものではなく、地域における

様々な職種によって構成されるものであるが、日本においては地域での支援スタッフを導入したケア・マネジメントは少ない。しかし今回、退院促進支援相談員を介して、患者が地域で可能な活動の場と地域住民との交流の場を入院中に確保し、なじみになることで、患者にとっての生活の場を拡大することとなり、患者の自己実現への一歩へと近づくことができ、患者自身、病気を中心とした生活から病気をもっている自分の自己実現やニーズを積極的に満たすことが可能であるという希望をもつことが可能になったといえよう。

清水・栄らは、精神障害者の地域生活を支援していく上で、地域資源開発が非常に重要であり、かつこの開発は患者の強みをいかすことのできる地域資源であることが重要であり、これこそがストレンクス・モデルであると述べている(清水・栄, 2008)。また Sell,D らは、重症な精神障害者へのケア・マネジメントにおいて、同じ病気を持ち地域で生活している精神障害者や地域における支援者(専門家や近隣の人や自治会の人など専門家ではない支援者)をケア・マネジメントメンバーとして導入し、彼らと定期的に接触を促進することで、患者のコミュニケーション能力を改善し、また自分自身の存在の意味を再確認することを促進し、退院後の地域での生活期間を延長したり、再入院までの期間を3ヵ月から6ヶ月に伸ばすことが可能であったことを報告している(Sell,D,2006)。今回、精神障害者の仲間をケア・マネジメントチームとしては導入できなかったが、退院促進支援相談員を通じて地域における支援スタッフを動員することで患者の地域での生活に安心感や希望をもたらすことができると考えられた。

また退院促進支援相談員は外部から支援者であり、外部からの客観的な評価や助言は、地域生活の視点だけでなく、巻き込まれて動きがとれなくなりがちな治療チームに空間を提供し、患者や家族のニーズはこれまでの生活能力、強みなどを再検討する貴重な機会となり、この機会が治療チームによる患者の地域生活への支援をより強化することにつながったと考えられた。

3.外来看護師と精神看護専門看護師の共同での治療チーム構築の意義、

今回、外来看護師と精神看護専門看護師を精神科ケア・マネージャーとし、病状やセルフケアが不安定で退院3ヵ月未満で再入院をする患者もしくは入院3ヵ月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害患者の退院促進を、集中包括型ケア・マネジメントによって展開してきた。今回、介入群の中でも退院3ヵ月以上地域で生活できた患者の特徴をみると過去の入院期間も短く、家族の支援も存在し、また社会資源も訪問看護を積極的に導入しており、また介入においても治療チームのまとまりがよく、情報交換が密であり、役割分担が明確であり、治療チーム間のパターナリズムを克服していた。一方、介入群の中でも退院ができなかった患者の特徴は、うまくいった群と比較すると対照的であった。介入群の中で退院後3ヵ月未満で再入院もしくは退院できなかった患者についてはGAFが33.40でACTの対象と考えられ、またBPRSも高かったがCP換算量については成功群とかわらなかった。すなわち病状は重く機能の低さが退院への支援を阻害したのか、あるいは治療チーム間のパターナリズムが影響し治療がいきづまってしまったのか検討を要するが、集中包括型ケア・マネジメントの支援内容では支援を提供するのが限界なのか、プロトコールが実施されなかったのか、検討していく必要があるだろう。また今回、介入群の中で退院後3ヶ月以上地域で生活できた患者群は統合失調症以外に広汎性発達障害や人格上の課題を有し、治療

チームに陰性感情を抱かせることもあり、また家族自身も一貫性がなく、患者との距離をとることが困難な家族であった。そのような中、治療チーム間の逆転移をチーム・ミーティングで取り上げ、患者—家族—治療チーム間で何がおこっているのかを検討し、目標を再設定する中でケア困難な患者や家族への支援を可能にしていた。

Fisher らは専門看護師と外来・病棟看護師・多職種との連携が重症な精神障害者の地域生活を成功に導くことを報告し、その中でも特にⅡ軸に人格上の課題や発達上の課題をもち、治療チームに逆転移を生じさせる患者と家族には有効であることを述べている (Fisher,2003)。また Price は、入院が長期にわたっている精神障害者に対し、高度看護実践家もしくは精神保健福祉士もしくは修士号をもつ精神保健の専門家を精神科ケア・マネージャーとし集中包括型ケア・マネジメントは統合失調症患者の中でも特に発達課題や人格上の課題を有するケア困難な患者の退院後の生活期間を延長させ、病院への再入院を減少させ、患者をエンパワメントし患者のリカバリーを促進することを報告している (Price,M.L.,2007)。今回も同様の結果が得られたが成功例は 29 名のうちの 17 例であり、今後、今回のプロトコルを維持しながら成功例を増やしていく必要があるだろう。そのためには今回用いたプロトコルならびに集中包括型ケア・マネジメントを一般化し、どのようなチームにおいても展開していくよう教育プログラムなども充実していく必要があるだろう。

さらに、今回、外来看護師が支援の中心となったが、外来看護師が支援の中心となることで、病棟ならびに地域との連携をとることが容易となっていた。また患者の再入院時に患者の状況をアセスメントすることが可能となりこの情報が早期に治療チームへ伝えられることで再入院の必要性を検討できたことは、容易に繰り返される再入院を阻止し、地域での患者への支援を充実させることで、患者の地域での生活期間を延長させることに貢献していたといえよう。

4. 今回の対象者への CBCM の意義

今回、病状・セルフケアが不安定で退院 3 ヶ月未満で再入院をするもしくは入院 3 ヶ月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害の患者に対し、病院と地域を統合した集中包括型ケア・マネジメントを展開したが、介入した対象群、比較群はどちらも病状も重症で、GAF/LSP も低く家族の患者への支援を中心としており、社会資源の活用程度、さらに介入群においては今回のケア・マネジメントとプロトコルが円滑に実施されたかどうかの結果に影響を与えていた。また今回の介入群は統合失調症以外にも本来の人格、成長発達上の問題を有しており治療スタッフへの逆転移を生じさせやすい側面も存在していた。

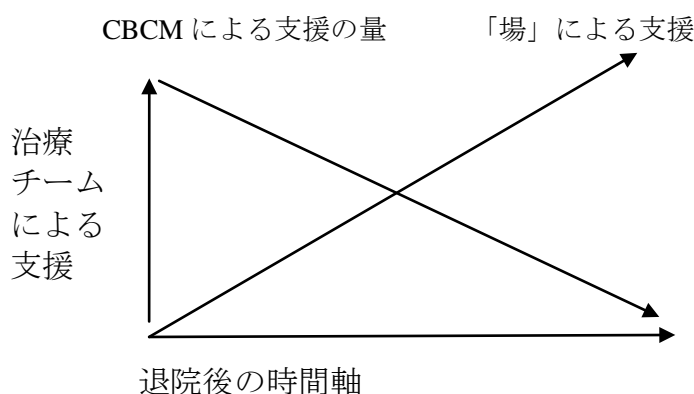
このようなケア困難な患者に対し、今回の病院と地域資源を統合した形での集中包括型ケア・マネジメントを実施することは患者の日常生活機能を改善し、QOL を促進し、患者の地域での生活期間の延長に貢献していると考えられ、また治療者にとっても患者と家族のニーズの把握やこれまでの生活史から、病状だけでなく患者の性格や成長発達、強みなどを含めて丁寧にアセスメントし、治療プランを展開することにつながっていた。さらに退院促進支援相談員の存在は治療チームに患者の地域での生活を意識させることにつながっていた。すなわち今回 CBCM を実施することで治療チームが患者のニーズに対し、自分たちの機能を意識しながら役割を遂行し、病気をもつ患者としてだけではなく、病気をもちながらも地域で生活してきた患者として支援計画を展開することが可能となっていた。

今回介入群の中でも17例が成功例であったが、1年間で17例は、他の文献と比較すると多い症例数である。伊藤らの専任ACTチームによる支援は3年間で59例が成功例であることを考えるとACTチームのように専任スタッフで構成されていない今回のCBCMは1年間に17例が成功例であり、十分な成功例の数といえるだろう（伊藤, 2008）。またCBCMが半年間提供され、かつケース・マネージメントが定着しスタッフが専任である海外のケース・マネージメントの例においても、退院後3ヶ月以上地域でやれている率は年間134例中の中で78%であり、今回は58.6%の成功率であったことと比較すると今回のCBCMチームの改善の余地はあるが、今回の試みは重症な精神障害者の地域生活支援においてうまくいったと考えることができるだろう（Havassy, E.B., 2000）

しかし一方ケースによっては成功しなかった事例もあり、今後どのように成功例を増やしていくのか、病院と地域の効果的な連携の方法、CBCMチームのマネージメント、CBCMのプロトコルの充実、システム化など検討していく必要があるだろう。さらに、今回、家族が患者の支え手として中心的な存在となっていたが、患者・治療者とも家族の患者への支援だけに頼ることなく、患者・家族双方が納得して今後の生活の場や生活の仕方の決定、自分たちのニーズにそって治療過程を踏むことが可能になるような専門家としてのアプローチが早期から必要であると考えられた。

5. 地域資源の発掘の必要性と「人」から「場」への移行支援の重要性

今回、退院後3ヶ月以上地域で生活できていた対象者は、地域における社会資源の中でも精神障害者むけの支援に限られず、発達障害やほかの身体疾患や地域住民のためのふれあいの場を活用しながら地域へ戻っていった。従ってCBCMチームは、精神障害者の地域における（精神障害者だけではない）社会資源の発掘とその場への移行を支援していくことが重要であった。さらに、CBCMのチームメンバーによる人の支援から地域の「場づくりへ」の支援、さらにはその「場」での精神障害者のニーズをもとにした自己実現や自己責任の獲得を促進することにつながっていたといえる。すなわちCBCMを中心とした支援から、自分の居場所を発見、認識し、その場へくることで自分の生活を再構築できる支援が重要であり、そうすることにより患者が自分自身で自分の生活状況を管理することが可能になると考えられた。外口らは、地域における社会資源において、初めに「ニーズありき」の試みは、個別的な出会いとなり、ないサービスを当事者あるいは家族、仕事仲間とともに作り出せるという特徴があり、これが「居場所」へと発展し、新たな人とのつながりを再生する拠点となりそこに責任感や役割が生じ、人としての成長を促進すると述べている（外口, 2007）。今回も、CBCMという患者のニーズを中心とした支援から自分の居場所を地域の中で獲得し、自分自身の社会性や成長を促すことにつながっていた。すなわち、CBCMによる支援からCBCMとともに発掘した地域における場の中で、患者自身がその場をどのように自分で活用できるのか、その移行時期を見極め、人による支援からセルフケアへと移行を促進することが重要であると考えられた。しかし、危機状況である際には、主治医や専門看護師や外来看護師等とつながり、症状管理に関するSOSをだせる、もしくは治療者が気づける支援体制は維持できることが重要であると考えられた。



*危機時に SOS をだせたり症状管理ができる人とつながっておく
(主治医、もしくは外来看護師、専門看護師等)

図1 CBCM による支援と「場」への移行

6. 家族支援の強化の必要性、

今回、特に入院が継続されたあるいは退院後3ヶ月未満で再入院した対象者たちの家族は、患者の再入院時の病状に関する恐怖感が強く、患者が希望しても退院をうけ入れることがかなり困難であった。小谷らは、精神障害者の家族は、患者の暴力や暴言など症状にまつわる言動から家族間の連携や凝集性が低くなり、患者一家族間の自我境界が弱くなっているため、患者一家族間の自我境界を安全に保つことが、家族の精神的健康をとりもどし、エネルギーを活性化させる重要なカギであると述べている(小谷, 2010)。今回も入院が継続された家族は患者への批判的言動に関する得点も高く、患者と家族間の空間が安全に保てていないと考えられた。今後、患者の再入院時に早期に家族と患者のバウンダリーを維持するための支援を行うことは、家族自身の安全な空間を取り戻し、患者と家族との関係を見直し、同居するかどうかは別としても患者との付き合い方を検討する機会となり、患者と家族がお互いに自分と家族の関係性をみつめながらやれることとやれないことを区別し、一人の人間としての安全空間を取り戻す重要な機会になると考えられた。

7. 今回の研究事業の限界と今後への示唆

今回、比較群と介入群で研究事業を実施したが、比較群については過去1年間の医療・看護記録を対象としたため、病状や日常生活機能・社会的機能を把握できず、介入群との比較ができにくかった。さらに介入群においては、退院後3ヶ月未満で再入院した、もしくは入院が継続された患者に対し、介入内容については医療・看護記録、ケース会議の際の記録をもとに分析を行ったが、家族への支援の不十分さや治療チームの合意の難しさ、病状一家族機能の改善のなさ一退院がすすまない、という悪循環のサイクルをたつことができず、これらについては、なぜ、これらの現象がおこっているのかについてインタビューや参加観察法による研究が必要であると考えられた。さらに今後対象者を増やし、研究の一般化をはかる必要があると考えられた。

また再入院により、地域での生活から離れないよう、再入院時から患者の地域での生活を中心とした地域生活支援を中心とした支援、すなわち今回の集中包括型ケア、

マネジメントを、再入院時早期から開始していくことの必要性が示唆された。

VI. 結論

今回、病状やセルフケアが不安定で退院後3カ月未満で再入院する統合失調症患者ならびに統合失調症感情障害の患者に対し、退院促進支援相談員を活用し、また外来看護師と精神看護専門看護師を精神科ケア・マネージャーとしたCBCMは、対象となった半数の患者には効果がみられたが、半数の患者には効果がみられなかった。今回、外部からの地域に密着した生活支援のための方法論に関する助言や対象者の成長発達や健康的な側面を強化した外部の退院促進支援相談員からの助言、さらに病院内からの精神科ケア・マネージャーが展開するCBCMは、病状やセルフケアが不安定で再入院する患者には外部と内部双方からのアプローチが重要であると考えられたが、一方では、パターンリズムが強くまた病状のために今後の方向性が見出せない患者に対する支援については、今後もっと検討していく必要があるとも考えられた。また治療者の逆転移への支援、治療チームの硬直化をどう改善していくのか、患者の特徴に応じたCBCMではない精神科ケア・マネジメントチームの構築、治療関係の構築についてケースごとに分析していく必要性があると考えられた。

さらに再入院により地域生活が途絶されることなく、地域生活を中心としたCBCMを再入院時から早期に開始し、さらには家族支援を強化していくことが病状やセルフケアが不安定で再入院を繰り返す患者や長期入院患者予備軍には重要であると考えられた。

謝辞

本研究事業にご協力いただき、今の状況をお知らせいただきました患者さま、ご家族の皆様にご心より感謝いたします。またお忙しい中、ご協力いただきました菊陽病院、桜ヶ丘病院のスタッフにも心より感謝いたします。

引用・参考文献

- Allness, D., et al: National Program Standards for ACT Teams, Revised, June 2003
- Arlene, M., Carter, NC (1997): Case management in psychiatric inpatient recapture, *Millitary Medicine*, 162(1), p. 44.
- Bond, R. G., et al: Prediction of Outcome from the Dartmouth assertive Community Treatment Fidelity Scale, 9(12), p937-942, *CNS Spectrums*, 2004.
- Biegel, DE., Tracy, EM (1995): Barriers to social network interventions with persons with severe and persistent mental illness, *Community Mental Health Journal*, 31(4), p, 335-349.
- Blank, MB., Chang, MY (1996): Case manager follow-up to failed appointments and subsequent service utilization, *Community Mental Health Journal*, 32(1), p. 23-31.
- Champney, TF., Dzurec, LC. (1992): Involvement in productive ICMivities and satisf[CMion with living situation among severely mentally disabled adults, *Hospital and Community Psychiatry*, 43(9), p_ 899-903.
- Clark, RE., Drake, RE. (1995): Interviewforcommunitytreatment-mentalillness management service-, *Medical Care*, 33(7), p. 729-738.
- Cohen, K., Edstorm, K. (1995): Identifying early dropouts from a rehabilitation program for psychiatric outpatients, *Psychiatric Services*, 46(10), pie76-1978
- Cook, JA., Jonikas, JA. (1995): A randomized evaluationofconsumerversusnon-

- consumer training of state mental health service providers, *Community Mental Health Journal*, 31(3), p. 229-238.
- Craig, T.J., Bracken, J. (1995): A Case control study of rapid readmission in a state hospital population, *Annals of Clinical Psychiatry*, 7(2), p. 79-85.
- Dekker, J, Wijdenes, w., Koning, YA, Gardien, R., et al: Assertive Community Treatment in Amsterdam,
- Diezen, LL., Bond, GR. (1993): Relationship between case manager contICM and outcomes for frequently hospitalized psychiatric clients, *Hospital and Community Psychiatry*, 44(9), p. 839-843.
- Drake, RE, Mercer, -McFadden, C., Mueser, KT: Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients with Dual Disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), p589-608, 2003
- Falloon, IR., Bensemam, C(1996): The role of ICM in mental health care, *New Zealand Medical Journal*, 109(1015), p. 34-36.
- Fisher, E. S, Vaughan-Cole, B. (2003): Similarities and Differences in Clients Treated and in Medications prescribed by APRNs and Psychiatrists in a CMHC, *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(3), June, p101-107
- Francis, P., Merwin, E ' : Relationship of clinical case management to hospitalization and service delivery for serious mentally ill clients, *Issues in Mental Health Journal*, 16(3), p257-274, 1995.
- 福田紀子, 宇佐美しおり, 野末聖香, 片平好重ほか: 精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究(3), *看護*, 55(15), p78-85, 2003
- 福田紀子, 宇佐美しおり, 野末聖香, 片平好重ほか: 精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究, *看護*, 56(1), p86-94, 2004
- Havassy, E. B., Shopshire, S. M, et al(2000): Effects of Substance Dependence on Outcomes of Patients in a Randomized Trial of Two Case Management Models, *Psychiatric Services*, 51(5), p639-644
- Fujita, H., Shimodera, S. et al(2002): Family attitude scale: measurement of criticism in the relatives of patients with schizophrenia in Japan, *Psychiatry Research*, , 110, p273-280
- 井形るり子他(2009): 精神障がい者の円滑な地域移行のための地域体制整備に関する調査研究, 平成20年度厚生労働省障害者自立支援プロジェクト報告書, 3月
- 伊藤順一郎, 塚田和美, 他: 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究, 総括研究報告書, 平成17-19年度厚生労働科学研究費補助金
- Kent, S., Yellowless, P. (1994): Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization, *Hospital and Community Psychiatry*, 45(4), p. 347-350
- Kracher, S. : Role of the APRN, ACT and CBCM, *Adult Mental Health Division*, 2008
- 片平好重, 宇佐美しおり, 福田紀子, 野末聖香ほか: 精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究, *看護*, 56(2), p84-87, 2004
- 厚生労働省医政局発第1228001号: 医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について, 2007年8月
- 小谷英文(2010): 現代心理療法入門, PAS心理研究所, 印刷中
- Michelle, P., Masterson, TW, Fekete, DM: Transferring Clients from Intensive Case Management, *ImpICM on Client Functioning*,
- Mobray, CT., Moxley, PT(1996): Consumers as community support providers-issues by role innovation-, *Community Mental Health Journal*, 32(1), p. 47-67.
- 西尾雅明: 精神障害者ケアマネジメントと今日的課題, *病院・地域精神医学*, 46巻3号, p88-93, 2003

- 西尾雅明：ACT入門，精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム，金剛出版，p16-17，2004
- 西尾雅明：日本におけるACTの実施状況，精神医学，50(12)，p1157-1164，2008
- 日本学術会議健康・生活科学委員会看護分科会：看護職の役割拡大と安全と安心の医療を支える，日本学術会議健康・生活科学委員会看護分科会報告書，p3-7，2008
- 大島巖編著：ACT・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，p98-99，2003
- 大島巖：ICM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，P38，精神看護出版，2004
- 太田喜久子：医師と看護師との役割分担と連携の推進に関する研究，厚生労働科学研究費補助金，厚生労働科学特別研究事業，平成20年度総括研究報告書，p303-312，2008
- Preston, N.J. : Predicting Community Survival in Early Psychosis and Schizophrenia Populations after receiving Intensive Case Management, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34: p122-128, 2000
- Price, M. L. (2007) : Transition to Community: A Program to Help Clients with Schizophrenia Move from Inpatient to Community Care; A Pilot Study, Archives of Psychiatric Nursing, 21(6), p336-344
- Reesal, R. T. : Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders, II, Principles of Management, The Canadian Journal of Psychiatry, 46, Suppl, 22S-28S
- Repper, J., Ford, R. (1994) : How can nurses build trusting relationships with people who have severe and long-term mental health problems?—experience of case managers and their clients, Journal of Advanced nursing, 19, 1096-1104.
- Ruffolo, M.C., Nichols, N. (1994) : Satisfaction and role performance of case managers in the mental health system, Journal of Case Management, 3(1), p. 36-42.
- Sand, G.R., Cnaan, A.R. (1994) : Two modes of case management—assessing their impact, ICM, 30(5), p. 441-457.
- 精神障害者ケアガイドライン検討委員会：精神障害者ケアガイドライン、平成9年度厚生科学研究報告書、1998.
- Sells, D., Davidson, L, et al (2006) : The Treatment Relationship in Peer-Based and Regular Case Management for Clients With Severe Mental Illness, Psychiatric Services, 57(8), p1179-1184
- Shern, D.L., Wilson, N.Z. (1994) : Client outcomes—longitudinal client data from the Colorado Treatment Outcome Study, Milbank Quarterly, 72(1), p. 123-148.
- 志井田孝他：トロント市マウントサイナイ病院ACTチームの在宅医療，病院・地域精神医学，47(2)，p124-130，2004
- 清水由香，榮セツコ (2008) : 日本のケアマネジメントの実践課題，生活科学研究誌，VOL. 7, P1-12, 2008
- Sledge, W.H., Astrachan, B. (1995) : Case management in psychiatry—an analysis of task, American Journal of Psychiatry, 152(9), p. 1259-1265
- Solomon, P. (1992) : The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients, Community Mental Health Journal, 28(3), p. 163-180.
- 高木俊介，上田綾子ほか：ACTとアウトリーチ，精神医学，50(12)，P1195-1201，2008
- 田崎美弥子他監修 (1997) : WHO-QOL, 26, 金子書房
- 外口玉子 (2007) : 日本の保健福祉システムにおける小規模多機能サービス事業体の機能と役割の再評価とその定着・発展に向けた要件の明確化、及び施策化にともなう課題に関する研究，ファイザーヘルスリサーチ，vol. 49
- 宇佐美しおり，野末聖香，片平好重，福田紀子ほか：精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究(1)，看護，55(12)，p67-74，2003
- 宇佐美しおり，野末聖香，片平好重，福田紀子ほか：精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究(2)，看護，55(13)，p76-81，2003

宇佐美しおり：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, P85-98, 2010年

上野恭子:精神科・慢性長期在院患者の社会復帰プログラム作成に関する研究、平成11-13年度文部科学省科学研究費補助金研究成果報告書, 平成14年3月

Wilson, D., Tien, D(1995):Increasing the community tenure of mentally disordered offenders—an assertive case management program-, International Journal of Law Psychiatry, 18(1), p. 61-69.

山角駿:精神病床のあり方に関する検討会論議に基づいて, 日精協誌, 18(4), 41-44, 19925.

Yang, J.M. et al: Assertive Community Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness in Ethnic Minority Groups, Psychiatric Services, 56(9), p1053-1055, 2005

<付録1>

入院中の退院支援ケア・パッケージと退院後の地域生活包括型ケア・マネジメントプロトコル(CBCM)については付録1に示す。

(1)入院中の退院支援ケア・パッケージ

①病状・セルフケアが不安定で退院後3ヶ月未満で再入院された患者さまもしくは入院3カ月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害の患者さまを対象とし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比較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。

③訓練を受けた看護師もしくは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立てます。これらの計画が実施されているかどうかを、患者さまの入院中は、2週間に1回ケア会議を開き確認します。この際患者さまやご家族にも入っていただきます。

④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、「なぜ入院してくるようになったのか」「何を回復、練習することで外での生活が可能なのか」「どういう生活を送っていききたいのか」「自分にできること、できないことは何か」を中心にみなさまと話しあいを行い、生活をふりかえり、自宅や地域で安心して生活して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、最低1時間以上の時間をとり、「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にチェックと介入内容の記載を行います。

⑤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、自分の生活における達成感の獲得などをこのグループで話しあっています。このグループは訓練を受けた看護師もしく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。

⑥また、1週間に1時間以上、心理教育・生活技能訓練を行い、地域生活に必要とされている日常生活技能（食事・活動の仕方・人とのつきあい、病状・服薬管理、交通機関の使い方）について訓練します。

(2)退院後の地域生活定着支援事業（CBCMプロトコル）

①退院時、訓練を受けた看護師もしくは精神看護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（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。またケア・マネジメント会議をみなさまに入っていていただき、3週間に1回行い、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。

②また退院時に精神科ケア・マネジメントチームによる介入の有無についても判断します。精神科ケア・マネジメントチームによる介入が不要な場合もありますが、患者さまとも話しあいながら決めていきます。

③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。

④退院後は、みなさまの病状、社会的機能、日常生活機能、家族機能、再入院日数や再入院率を評価の視点にしていきます。

⑤どのような方には精神科ケア・マネジメントチームが必要なのか、またどのような方には必要ないのか、について明らかにしていきます。

CBCMの構成

退院促進支援
相談員

(外来看
護師と精神看護
専門看護師
(CNS)

<付録 2 >

研究への協力をお願い

病状・セルフケアが不安定で退院3か月未満で再入院をするもしくは入院3か月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害患者（長期入院予備群）の退院促進ならびに地域生活定着支援研究事業-医療・福祉および病院・行政統合型ケア・マネジメントモデルの評価-

1. 研究の目的

本研究事業は病状・セルフケアが不安定で退院3か月未満で再入院をするもしくは入院3か月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害（長期入院予備群）と診断された40名に対し、訓練を受けた看護師もしくは精神看護専門看護師を「精神科ケア・マネジャー」とし、また地域の障害福祉課との連携を図るために「退院促進支援相談員（保健師）」を配置し、医療と福祉および病院と行政を統合したケア・マネジメントチームを作り、入院1-2か月間の退院支援ならびに退院後6か月間の地域生活定着支援研究事業を行い、病状、日常生活・社会的機能、家族機能、QOL、再入院率、医療費の側面から評価をしていきます。本研究事業は、地域で生活したいと願う統合失調症・統合失調症性感情障害の患者さまが、どのように自分の病気や生活を管理されると地域における安定した生活が可能なのかを検討していくための事業です。

この研究事業は、厚生労働省の平成21年度障害者自立支援プロジェクトによる研究事業助成金によって実施されるプロジェクトです（代表：宇佐美しおり）。

2. 研究方法

1) **事業実施方法**：各施設の倫理委員会で承認で承認が得られましたら、研究事業及び調査に同意の得られている精神病院において、セルフケアが不安定で退院後3か月未満で再入院するもしくは入院3か月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害（長期入院予備群）患者さま40名を対象に、退院促進の重要な役割を担う看護職を中心とした精神科ケア・マネジメントチームを作ります。このチームは地域の障害福祉課との連携をとりやすい退院促進支援相談員以外に、訓練を受けた看護師もしくは精神看護専門看護師を中心とし、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、作業療法士、ヘルパー、民生委員から作られています。このチームはみなさまの入院中もしくは退院後に支援を行います。退院後にこのチームによる支援が必要かどうかについては、退院時に精神科ケア・マネジメントチームを作ります。ただ退院後精神科ケア・マネジメントチームによる支援が必要かどうかは退院時に再度みなさまに入ってください、話しあいを行います。

入院中に皆様に提供されるケアは、受持看護師との1日1時間以上の退院後に必要とされる日常生活に関する話しあいや振り返り、退院不安を軽減するための1週間に30分以上のグループ（小集団精神療法）、1週間に1時間以上の心理教育および生活技能訓練、1週間に1時間以上の家族への支援、2週間に1回以上のチームでの話しあい（ケア会議）を行います。

そして、退院される時に、退院後も精神科ケア・マネジメントチームによる支援を行う場合には、退院6か月間は1週間に1回以上の訪問看護、1週間に1回の患者さま同士の小集団精神療法、危機介入、ヘルパー、民生委員による訪問、3週間に1回のチームによる会議（ケア会議）を実施します。この会議には皆様にも参加していただきます。

そして皆様には、入院時、退院時、退院3か月後、退院6か月後に病状(Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)、社会的機能(Global Assessment of the Functioning, GAF)、日常生活機能(Life Skills Profile, LSP)、家族機能(Family Attitude Scale, FAS)、生活の質満足度(WHO-QOL)を主治医もしくは訓練を受けた看護師もしくは精神看護専門看護師が皆さまに面接しながら記載を行っていきます。WHO-QOLのみ、ご本人に無記名にて記載して頂きます。またご家族には、家族機能尺度の記載を無記名にて記載していただき、同封の封筒で返送していただきます。

同一人物であることを確認するため、同一の番号で質問紙を管理し、研究事業終了後番号をつけかえ、個人や施設が特定されない形で処理していきます。また研究事業実施内容については医療記録に残し、質的な内容分析を行います。

2) 実施期間：倫理委員会で承認を得た日から平成22年8月31日まで実施する予定です。

3) 分析方法：得られた質問紙につきましては、入院時、退院時、退院3か月後、退院6ヶ月後の時期で、差があるかどうかを分析し、また皆様への支援内容が適切だったかどうかを統計学の手法と質的分析の手法を使って分析します。

4) 研究の倫理的配慮：皆様から得られた結果は、研究期間中は同一人物であることを確認するため番号で管理していきませんが、研究終了時には、別番号におきかえ、個人、施設が特定されない形で分析、結果のまとめ、専門雑誌あるいは専門学会誌への発表を行っていきます。また本研究事業への参加は自由意志であり、途中で中断することもできます。また本研究事業へ参加されなくても、また中断されても治療やケアがかわることはありません。また皆様の希望に応じて、報告書を送付いたします。

3. 利益相反に関する事項：本研究(試験)計画は、国から交付された研究費(厚生労働省障害者自立支援プロジェクト)によって行われる予定ですが、本研究事業に携わる全研究者によって公正に費用を使って研究が行われます。本研究(試験)の利害関係については、熊本大学大学院医学薬学研究部等臨床研究利益相反審査委員会の承認を得ております。また、当該研究(試験)経過を熊本大学医学薬学研究部長へ報告等を行うことにより、利害関係の公正性を保ちます。

本研究事業の趣旨をご理解いただき、本研究事業へご協力いただけますようお願い申し上げます。なお不明な点は研究事業責任者までご連絡ください。

研究事業責任者： 教授 宇佐美しおり
〒862-0976 熊本市九品寺4-24-1
熊本大学医学部保健学科精神看護学
TEL&FAX：096-373-5470

共同研究事業実施者：

中山洋子(福島県立医科大学看護学部, 教授)
野末聖香(慶應義塾大学看護医療学部, 教授)
矢野千里(芳和会 菊陽病院, 総看護師長)
樺島啓吉(芳和会 菊陽病院理事長, 精神科医)
中川優子(芳和会 菊陽病院外来)
和田冬樹(芳和会 菊陽病院院長)
斎藤ひろみ(芳和会 菊陽病院, 副総師長)

井形るり子（熊本市障害福祉局，医療主幹，精神科医）
大瀧高昭（富尾会桜が丘病院，精神保健福祉士）
大関宏治（杏仁会くまもと青明病院，精神保健福祉士）
青木聖久（日本福祉大学准教授，精神保健福祉士）
中西真理子（富尾会桜ヶ丘病院，病棟師長）
伊藤弘人（国立神経・精神センター精神保健研究所，社会精神保健部長）

同 意 書

熊本大学医学薬学研究部長
教授 原田信志 殿

私は、「病状・セルフケアが不安定で退院3か月未満で再入院をするもしくは入院3か月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害患者（長期入院予備群）の退院促進ならびに地域生活定着支援研究事業-医療・福祉および病院・行政統合型ケア・マネジメントモデルの評価-」について、研究者より文書により説明を受け、研究の意義について理解いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。

<本人署名欄>

同意日：平成 年 月 日

氏 名： _____

住 所： _____

<説明者>

説明日：平成 年 月 日

氏 名： _____

研究参加の同意取り消し通知書

私は当初、

研究の目的・意義
研究期間および研究の方法
研究の協力を同意しない場合でも不利益をうけないこと
（研究への不同意）
研究の協力を同意した場合でも中断できること
（研究協力の参加同意の撤回）
プライバシーの保護
研究成果の公表の仕方
利益相反に関する事項

について説明を受け、理解したので、本研究に参加することに同意しましたが、研究参加への同意を取り消します。

平成 年 月 日

住 所：
氏 名：

上記の方の研究参加への取り消しを確認しました。

平成 年 月 日

研究代表者： 熊本大学医学部保健学科教授，精神看護専門看護師
氏 名： 宇佐美しおり

<付録3>

①<比較群の医療記録、看護記録からの抜粋>

| 番号 | 年齢 | 性別 | 発症年齢 | GAF | 精神科薬物換算量 | 再入院の理由(入院3か月以上の理由) | 家族の支援 | 入院前の合計入院期間 | 仕事の有無 | 社会資源の活用 |
|----|----|----|------|-----|----------|--------------------|-------|------------|-------|---------|
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | | | | |
| 36 | | | | | | | | | | |
| 37 | | | | | | | | | | |
| 38 | | | | | | | | | | |
| 39 | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | |

| | 入院時 | 1-2 カ月間 | 退院時 | 退院後 3 カ月まで | 退院後 6 カ月まで |
|--|-----|---------|-----|------------|------------|
| 精神状態の査定, 精神の健康度の把握, セルフケアの査定 | | | | | |
| 毎日のセルフケアに関する話しあい | | | | | |
| 1 週間に 1 時間以上のセルフケアの話しあい | | | | | |
| 2 週間に 1 回のケア会議 | | | | | |
| 1 週間に 1 時間以上の家族との面接 (精神的支援と家族としての対応) | | | | | |
| 1 週間に 1 回 30 分以上の小集団精神療法 | | | | | |
| 1 週間に 1 時間以上の心理教育・生活技能訓練 (食事・活動の仕方・人とのつきあい・交通機関の使い方・病状・服薬管理) | | | | | |
| 1 週間に 1 回以上の訪問看護 | | | | | |
| 危機介入 | | | | | |
| 3 週間に 1 回のケア会議 | | | | | |
| | | | | | |

入院時・退院時・退院3カ月後 年 月 日
 患者氏名： 記載日 年 月 日 記載者

②BPRS

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、風変わりな思考内容 | 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 |

③GAF(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よって心理的、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、生活に大体満足し、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：症状があつたとしても、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：時にすぎる休みしたり、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つて、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：死をはっきり予想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：大便を塗りたくる）、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

④ FAS 尺度

研究への協力をお願い

記載日 年 月 日 番号

病状・セルフケアが不安定で退院3か月未満で再入院をするもしくは入院3か月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害患者（長期入院予備群）の退院促進ならびに地域生活定着支援研究事業-医療・福祉および病院・行政統合型ケア・マネジメントモデルの評価-

1. 研究の目的

本研究事業は病状・セルフケアが不安定で退院3か月未満で再入院をするもしくは入院3か月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害（長期入院予備群）と診断された40名に対し、訓練を受けた看護師もしくは精神看護専門看護師を「精神科ケア・マネジャー」とし、また地域の障害福祉課との連携を図るために「退院促進支援相談員（保健師）」を配置し、医療と福祉および病院と行政を統合したケア・マネジメントチームを作り、入院1-2か月間の退院支援ならびに退院後6か月間の地域生活定着支援研究事業を行い、病状、日常生活・社会的機能、家族機能、QOL、再入院率、医療費の側面から評価をしていきます。本研究事業は、地域で生活したいと願う統合失調症・統合失調症性感情障害の患者さまが、どのように自分の病気や生活を管理されると地域における安定した生活が可能なのかを検討していくための事業です。

この研究事業は、厚生労働省の平成21年度障害者自立支援プロジェクトによる研究事業助成金によって実施されるプロジェクトです（代表：宇佐美しおり）。

2. 研究方法

1) **事業実施方法**：各施設の倫理委員会で承認で承認が得られましたら、研究事業及び調査に同意の得られている精神病院において、セルフケアが不安定で退院後3か月未満で再入院するもしくは入院3か月以上の統合失調症・統合失調症性感情障害（長期入院予備群）患者さま40名を対象に、退院促進の重要な役割を担う看護職を中心とした精神科ケア・マネジメントチームを作ります。このチームは地域の障害福祉課との連携をとりやすい退院促進支援相談員以外に、訓練を受けた看護師もしくは精神看護専門看護師を中心とし、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、作業療法士、ヘルパー、民生委員から作られています。このチームはみなさまの入院中もしくは退院後に支援を行います。退院後にこのチームによる支援が必要かどうかについては、退院時に精神科ケア・マネジメントチームを作ります。ただ退院後精神科ケア・マネジメントチームによる支援が必要かどうかは退院時に再度患者さま、ご家族に入ってください、話しあいを行います。

入院中に皆様に提供されるケアは、受持看護師との1日1時間以上の退院後に必要とされる日常生活に関する話しあいや振り返り、退院不安を軽減するための1週間に30分以上のグループ（小集団精神療法）、1週間に1時間以上の心理教育および生活技能訓練、1週間に1時間以上の家族への支援、2週間に1回以上のチームでの話しあい（ケア会議）を行います。

そして、退院される時に、退院後も精神科ケア・マネジメントチームによる支援を行う場合には、退院6か月間は1週間に1回以上の訪問看護、1週間に1回の患者さ

ま同士の小集団精神療法、危機介入、ヘルパー、民生委員による訪問、3週間に1回のチームによる会議（ケア会議）を実施します。この会議には患者さま、ご家族にも参加していただきます。

そして入院時、退院時、退院3か月後、退院6か月後に病状(Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)、社会的機能(Global Assessment of the Functioning, GAF)、日常生活機能(Life Skills Profile, LSP)、家族機能(Family Attitude Scale, FAS)、生活の質満足度(WHO-QOL)を主治医もしくは訓練を受けた看護師もしくは精神看護専門看護師が皆さまに面接しながら記載を行っていきます。WHO-QOLのみ、ご本人に無記名にて記載して頂きます。

ご家族には、家族機能尺度の記載を無記名にて記載していただき、封筒で返送していただきます。また同一人物であることを確認するため、同一の番号で質問紙を管理し、研究事業終了後番号をつけかえ、個人や施設が特定されない形で処理していきます。また研究事業実施内容については医療記録に残し、質的な内容分析を行います。

2) 実施期間：倫理委員会で承認を得た日から平成22年8月31日まで実施する予定です。

3) 分析方法：得られた質問紙につきましては、入院時、退院時、退院3か月後、退院6ヶ月後の時期で、差があるかどうかを分析し、また皆様への支援内容が適切だったかどうかを統計学の手法と質的分析の手法を使って分析します。

4) 研究の倫理的配慮：皆様から得られた結果は、研究期間中は同一人物であることを確認するため番号で管理していきますが、研究終了時には、別番号におきかえ、個人、施設が特定されない形で分析、結果のまとめ、専門雑誌あるいは専門学会誌への発表を行っていきます。また本研究事業への参加は自由意志であり、途中で中断することもできます。また本研究事業へ参加されなくても、また中断されても治療やケアがかわることはありません。また皆様の希望に応じて、報告書を送付いたします。

3. 利益相反に関する事項：本研究（試験）計画は、国から交付された研究費（厚生労働省障害者自立支援プロジェクト）によって行われる予定ですが、本研究事業に携わる全研究者によって公正に費用を使って研究が行われます。本研究（試験）の利害関係については、熊本大学大学院医学薬学研究部等臨床研究利益相反審査委員会の承認を得ております。また、当該研究（試験）経過を熊本大学医学薬学研究部長へ報告等を行うことにより、利害関係の公正性を保ちます。

本研究事業の趣旨をご理解いただき、本研究事業へご協力いただけますようお願い申し上げます。なお不明な点は研究事業責任者までご連絡ください。

研究事業責任者： 教授 宇佐美しおり
〒862-0976 熊本市九品寺4-24-1
熊本大学医学部保健学科精神看護学
TEL&FAX：096-373-5470

共同研究事業実施者：

中山洋子（福島県立医科大学看護学部，教授）
野末聖香（慶應義塾大学看護医療学部，教授）
矢野千里（芳和会 菊陽病院，総看護師長）
樺島啓吉（芳和会 菊陽病院理事長，精神科医）
中川優子（芳和会 菊陽病院外来）
和田冬樹（芳和会 菊陽病院院長）
斎藤ひろみ（芳和会 菊陽病院，副総師長）
井形るり子（熊本市障害福祉局，医療主幹，精神科医）
大寫高昭（富尾会桜が丘病院，精神保健福祉士）
大関宏治（杏仁会くまもと青明病院，精神保健福祉士）
青木聖久（日本福祉大学准教授，精神保健福祉士）
中西真理子（富尾会桜ヶ丘病院，病棟師長）
伊藤弘人（国立神経・精神センター精神保健研究所，社会精神保健部長）

FAS(Family Attitude Scale,日本版)

あなたの患者さんに対する気持ちや考えの例が以下に書いてあります。各項目がどれくらい現れるのかをあてはまる所に1つ○で囲んで下さい。

| | なし | 少し | 時々 | かなり | 毎日 |
|---------------------------------|----|----|----|-----|----|
| 1. 一緒に過ごすのはいいことだ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. わたしを疲れさせる | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. わたしの忠告を聞いてくれない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. 実際のところ一緒にやっていくのは難しい | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. わたしの方がどなったりする | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. ここにいて欲しくない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. わたしを狂わせようとしている | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. わたしの方がかっとなることがある | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. 一緒にやっていきやすい | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. 世話をしなければならずうんざりする | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. わざとわたしの手をわずらわせる | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. 一緒にいると楽しい | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. 本当にお荷物だ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. 言い争うことがある | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. たいへん親密に感じる | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. なんとかうまくやっていける | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. わたしの手には負えない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | なし | 少し | 時々 | かなり | 毎日 |
| 18. わたしの方がかんかんに怒ることがある | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. 意地悪や嫌みをいってしまう | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. わたしがしたいことに感謝してくれる | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. 以前よりは一緒に生活しやすくなった | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. 私を一人にしておいてほしい | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. 私に面倒を見てもらうのは当然と思っているようだ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. (彼または彼女は) 自分をコントロールすることができる | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. 親密な感じになりやすい | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. 以前よりも一緒に生活しにくくなった | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. とても不満を感じる | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. たいへん物分かりがよい | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. 私は失望している | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. 私とうまくやっっていこうと試みている | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

<付録4 >

平成 21 年度 厚生労働省障害者自立支援プロジェクト発表会報告会

I. 日 時:平成 22 年 3 月 22 日 月曜日, 13:00-16:00, 参加者 54 名(県内の精神科病院看護師、精神保健福祉士、精神科医が参加)

II. 場 所:熊本大学医学部保健学科看護学専攻棟 1 階 E105 教室
熊本市九品寺 4-24-1

III. 内 容:

テーマ 「退院後すぐに再入院となる、もしくは入院が長期化しはじめている精神障害者の退院促進ならびに地域生活への支援—医療・福祉および病院・行政統合型ケア・マネジメントモデル(Community Based Case Management,CBCM)の評価」

1. 13:00-13:30, 平成 21 年度障害者自立支援プロジェクト報告

宇佐美しおり(熊本大学大学院生命科学研究部精神看護学, 教授, 精神看護専門看護師)

今回の研究事業の目的、研究事業方法を提示し、結果および考察について報告を行った。

比較群では年齢が高く家族が主な支援者であり(特に両親)、統合失調症以外に発達上の課題や人格上の課題を有している対象者で、CP 換算値が若干高く、過去の仕事期間が短く、社会資源の活用ではデイケアが多かった。また介入群は 29 名で退院後 3 ヶ月以上地域で生活できた患者 17 名(C群)と退院 3 ヶ月未満で再入院した患者 12 名(D群)に分類できた。介入群の特徴は、比較群と比べると年齢が若く、発症年齢も低く、CP 換算は比較群に比べると少なく過去の仕事期間は少なかった。また主な支援者はやはり家族の中の両親だったが、用いている社会資源は C 群ではデイケア、D 群では訪問看護が多く用いられていた(PPT 参照)。また入院時の BPRS は両群とも高かったが C 群では退院時、退院 3 ヶ月後では病状が軽減し、GAF・LSP とも高くなっていた。また家族の攻撃性や非難度をはかる FAS では両群とも高く C 群では退院時には改善しており、D 群では病状も改善があまりなく日常生活も社会的機能も改善しないため、家族の FAS も改善されていないという結果であった。また QOL は C 群が高かった。また介入内容については C 群では目標を明確にしながらかチームの構築、各職種の役割分担、家族のストレス・マネジメントに関する支援内容が多かった。一方、D 群では治療目標が不明確だったり患者への無力感などが強く、どのようにこれらを打破するかが今後、重要な課題となっていた。

2. 13:45-16:00

シンポジウム「退院後すぐに再入院となる、もしくは入院が長期化している精神障害者への退院支援と地域生活への支援」

座長:東 清己

(熊本大学大学院生命科学研究部地域看護学教授)

1) 13:45-14:10 中川優子(菊陽病院, 外来主任):CBCM を実施して—看護者の立場から 2 事例についてCBCMの経過を述べながら看護の現状と課題についての意見を述べられた。1 事例は統合失調症と診断され、人格上の課題があり患者に CBCM を実施。退院したいという気持ちをもちながらも、過度に退院を不安がる患者さんに対し治療チームがどのようにまとまって支援していけるのかについての意見が述べられた。さらに 2 事例めは統合失調症患者で発達的な課題がある患者に対し、CBCM が地域の中で患者の居場所や活躍の場を作るために、どのように流れを作っていけるのかを検討することが重要との報告がなされ

た。退院支援において患者の地域での生活の場に目をむけた支援体制の構築が必要との結論が得られていた。

2)14:10-14:35 樺島啓吉(芳和会理事長):病院から地域へ-精神科医の立場から-
病院から地域へという医師の立場でのご発言。今後の精神保健医療福祉改革を提示し、地域においてお互いが支えあうシステムをどのように作っていくのかが重要になってきている。また厚労省は7万人の統合失調症患者を退院させたいと考えている。また今後入院中心医療から地域医療中心へとかわっていくだろう。その時に障害者の権利条約が重要になり、この条約をもとにどのように精神障害者と関わっていくのかが重要になっていくだろう。そのような中で精神科医療がどのようにかわっていくのか、医療モデルの危機、医療者の抱え込みが問題となっていくのではないだろうか。一方、当事者はみな、地域の中での生活をしたいと思っていて、医療者も実際楽観的に今後の希望をもって支援していくことが必要だろう、そしてそのような中で、チームの責任を医師としてどう引き受けていくか、また上手な薬の使い方、などが重要になってくると考えている。さらに退院支援においてはこれまでの経過を理解した個別性を重要視したケアを展開していく必要があるのではないか。再発予防という視点から生きづらさや暮らし下手への支援が必要なのかもしれない。

3)14:35-15:00 青木聖久(日本福祉大学, 准教授):地域で支えるための支援方法-PSWの立場から-

4つの視点から PSW として報告。PSW のたつ位置としては、医療の中でも福祉職。着眼点としては人と社会とのインターフェイスに問題があるのではないかと、実践におけるアセスメント、すなわち、既存の社会資源の乏しさ、地域における居場所の確保や障害年金受給にむけた精神保健福祉士の役割、社会保険労務士の活用を含めた障害年金受給の促進、精神障害者が地域で生活する中で、地域の中での居場所の確保、経済的基盤、地域生活支援体制などが重要になってくる。地域生活支援の中でフォーマルな支援以外にインフォーマルな支援が重要で、患者自身の動機づけというのはあとでくっついてでてくることが多いのではないかと、また動機づけが生活の質を高めるきっかけとなることが重要と考えている。

4)15:00-15:25 井形るり子(熊本市しょうがい福祉課, 医療主幹):退院支援における病院と地域の現状、課題

熊本市でも平成 20 年度に障害者自立支援プロジェクトを実施し、退院阻害要因や退院促進のために必要なことを明らかにした。主治医が退院可能と考えた患者のうち 6 割近くがそのまま継続で入院している実態があった。その際に退院促進ができない理由をスタッフにきくと服薬管理、金銭管理などができないことが抽出され、また当事者からは食事ができない、さびしさがある、などで退院できない理由であった。多重回帰分析を行うと退院の有無には年齢と性別、服薬の有無(支援ありでも)が関連していた。また GAF は低い方が在宅生活が長く続く方は、これまでの入院期間が長い、未婚もしくは離婚、家族と離れた生活、家族からの積極的な支援はないが退院に反対していない、などが特徴として存在していた。また大阪では長期入院は人権侵害であるという意識のもとに、退院支援を促進してきている。また家族や医療スタッフの思い込みが強く退院支援を促進できないということがあった。現在、熊本市地域移行自律生活体制検討会では、今後、医療機関の枠をこえた生活体験施設の必要性、公的保証人制度の確立などが重要といえるだろう。

3. 15:25-16:00 質疑応答

医師たちへの働きかけ、精神科訪問看護の積極的活用、孤軍奮闘している PSW への支援、日本の場合は精神科のベッド数が多く在院日数も長いが経済的なモデルができないとベッド数が軽減し退院促進はできにくいのではないかと、またピアサポートを充実していくためのペア支援者の育成(WRAP の指導者を呼び実際育成が熊本市でもはじまる予定、また大学院修士をでている高度実践家も各職種ででてきているので、精神科ケア・マネージャーの育成の必要性などが要望としてあげられた。さらに入院 5 年以上の患者をどのように退院への動機づけを高めていくのかなども質問としてだされ、患者間で集団で退院支援を行っていく方法などもあるなどの提案が行われた。

4. 15:45-16:00 指定発言 大嶋高昭(桜ヶ丘病院精神保健福祉士)

今回の事業を通して、入院中から退院支援を行っていくこと、患者のニーズを常に確認しながら支援を行っていくこと、患者自身が地域で活用できる・つながれる場や人などを増やしていくことなどが重要であると考えられた。

5. 代表研究事業実施者:宇佐美しおり(熊本大学大学院生命科学研究部精神看護学) 電話&ファックス 096-373-5470, E-MAIL susami@kumamoto-u.ac.jp

共同研究者・共同事業実施者

- 中山洋子 (福島県立医科大学看護学部, 教授)
- 野末聖香 (慶應義塾大学看護医療学部, 教授)
- 矢野千里 (芳和会 菊陽病院, 総看護師長)
- 権島啓吉 (芳和会 菊陽病院理事長, 精神科医)
- 中川優子 (芳和会 菊陽病院外来)
- 和田冬樹 (芳和会 菊陽病院院長)
- 斎藤ひろみ (芳和会 菊陽病院, 副総師長)
- 井形るり子 (熊本市障害福祉局, 医療主幹, 精神科医)
- 大嶋高昭 (富尾会桜ヶ丘病院, 精神保健福祉士)
- 大関宏治 (杏仁会くまもと青明病院, 精神保健福祉士)
- 青木聖久 (日本福祉大学准教授, 精神保健福祉士)
- 中西真理子 (富尾会桜ヶ丘病院, 病棟師長)
- 伊藤弘人 (国立神経・精神センター精神保健研究所, 社会精神保健部長)

表1 対象者の特徴

| | 全体(N=129) 平均値、()内は標準偏差 | 比較群 (N=100) 平均値、()内は標準偏差 | | | | 介入群 (N=29) | 3 群間の検定 (Kruskal Wallis 検定, カイ二乗値) |
|---------------|---|---|---|--|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| | | 全体(N=100) | A 病院 (N=60) | B病院 (N=40) | Mann-WhitneyのU検 定/ χ^2 検定 | | |
| 年齢 | 47.78 (14.89) | 50.28 (14.61) | 48.12 (14.49) | 53.53 (14.35) | 932.50 | 39.14 (12.64) | 15.61** |
| 発症年齢 | 27.10 (11.77) | 28.49 (12.19) | 31.06 (14.11) | 25.13 (8.11) | 770.00 | 22.79 (9.26) | 10.52** |
| C P換算 | 756.91 (595.61) | 779.21 (646.49) | 697.65 (637.07) | 895.43 (649.98) | 852.50* | 666.82 (309.49) | 4.95 |
| 過去の入院期間の合計[年] | 7.55 (10.36) | 8.23 (11.22) | 5.07 (6.62) | 13.10 (14.74) | 8.77** | 5.33 (6.49) | 8.91* |
| 過去の仕事期間[カ月] | 11.49 (33.57) | 13.90 (38.30) | 7.49 (7.10) | 19.03 (50.74) | 273.50** | 5.86(17.66) | 21.74** |
| 性別 | 男性 62 名(48.06%) 女性 67 名(51.94%) | 男性 50 名 (50.51) 女性 49 名 (49.49) | 男性 32 名 (53.33%) 女性 27 名 (46.67%) | 男性 18 名 (45.0%) 女性 22 名 (55.0%) | 0.81 | 男性 12 名 (37.93%) 女性 19 名 (62.07%) | 1.56 |
| 同居の有無 | 家族との同居 85 名 (65.89%) 単身生活 43 名(41.35%) 不明 1 名 (33.33%) | 家族との同居 60 名 (60.00%) 単身生活 39 名 (49%) 不明 1 名(1.0%) | 家族との同居 32 名 (53.33%) 単身生活(27 名、45%) 不明 1 名 (1.67%) | 家族との同居 28 名 (70.0%) 単身生活 12 名 (30.0%) | 3.21 | 家族との同居 25 名 (86.21%) 単身生活 4 名 (13.79%) | 12.64* |
| 再入院理 | ① 22 名(17.05%) | ①□9 名 (9%) | ① 7 名 | ① 2 名(5.0%) | 34.57** | ① 13 名(44.83%) | 71.82** |

| | | | | | | | |
|----------|---|--|---|---|-------|---|---------|
| 由(注1) | ② 5名(3.88%) ③ 3名(2.33%) ④ 52名(40.31%) ⑤ 30名(23.26%) ⑥ 17名(13.17%) | ②□5名(5%) ③□3名(3%) ④□36名(36%) ⑤□30名(30%) ⑥□17名(17%) | (11.67%) ② 4名 (6.67%) ③ 2名 (3.33%) ④ 9名 (15.0%) ⑤ 21名 (35.0%) ⑥ 9名 (28.33%) | ② 1名(2.5%) ③ 1名(2.5%) ④ 27名(67.5%) ⑤ 9名(22.5%) | | ② 0 ③ 0 ④ 16名(55.17%) ⑤ 0 ⑥ 0 | |
| 家族支援の有無 | あり 90名(69.77%) なし 38名(29.46%) 不明 1名(0.77%) | あり 63名(63%) なし 36名(36%) 不明 1名(1%) | あり 34名(55.73%) なし 26名(42.62%) 不明 1名(1.65%) | あり 29名(75.0%) なし 10名(25.0%) | 3.19 | あり 27名(93.10%) なし 2名(6.9%) | 12.88** |
| 主な支援者 | (N=90) 両親 57名(63.33%) 兄弟 14名(15.56%) 友人 17名(18.89%) ほか 2名(2.22%) | (N=62) 両親 33名(53.23%) 兄弟 12名(19.35%) 友人 13名(20.97%) ほか 4名(6.45%) | (N=34) 両親 18名(52.94%) 兄弟 6名(17.65%) 友人 6名(17.65%) ほか 4名(11.76%) | (N=29) 両親 15名(51.72%) 兄弟 6名(20.69%) 友人 8名(27.59%) ほか 0名(0%) | 2.53 | (N=27) 両親 24名(88.89%) 兄弟 2名(7.41%) 友人 1名(3.70%) ほか 0名(0%) | 12.75* |
| 過去の仕事の有無 | あり 18名(13.95%) なし 73名(56.59%) 不明 38名(29.46%) | あり 14名(13.86%) なし 49名(48.51%) | あり 2名(4.26%) なし 26名(55.32%) | あり 12名(22.22%) なし 23名(42.59%) | 6.63* | あり 4名(14.29%) なし 24名(85.71%) | 7.99 |

| | | | | | | | |
|---------------------------|---|--|---|--|---------|---|---------|
| | | 不明 38 名 (37.63%) | 不明 19 名 (40.42%) | 不明 19 名 (35.19%) | | | |
| 社会資源 の活用 | あり 69 名 (53.49%) なし 31 名 (24.03%) 不明 29 名 (22.48%) | あり 51 名 (69.86%) なし 22 名 (30.14%) | あり 38 名 (71.7%) なし 15 名 (28.3%) | あり 13 名 (65%) なし 7 名 (35%) | 0.31 | あり 18 名 (66.67%) なし 9 名 (33.33%) | 0.48 |
| 社会資源 の内容 [複数回 答] | 作業所 20 件 (25.32%) デイケア 39 件 (49.37%) 訪問看護 18 件 (22.78%) 併用 2 件 (2.53%) | 作業所 17 件 (28.33%) デイケア 32 件 (53.33%) 訪問看護 11 件 (18.34%) 併用 | 作業所 4 件 (15.38%) デイケア 8 件 (30.77%) 訪問看護 11 件 (42.31%) 併用 3 件 (11.54%) | 作業所 13 件 (35.14%) デイケア 24 件 (64.86%) 訪問看護 (0%) 併用 (0%) | 25.63** | 作業所 3 件 (17.64%) デイケア 7 件 (41.18%) 訪問看護 7 件 (41.18%) | 28.47** |

*P<0.05, **P<0.01, 注1 : ①友人・家族とのトラブル、②拒薬、③暴力・暴言、④妄想や幻聴などの症状の悪化、⑤ほか (近隣への迷惑、家族の精神的負担など)、⑥複数回答

表2 介入群の対象者の特徴と病状、日常生活・社会的機能、家族機能、QOLの評価

| | 全体(N=29) | 退院後地域生活3カ月以上 (C群) (N=17, 58.62%) | 退院後地域生活3カ月未満 (D群)(N=12, 41.38%) | Mann-Whitney の U 検定・ χ^2 検定 |
|-------------------|---|--|--|-------------------------------------|
| 年齢 | 39.14(12.64) | 35.82(7.44) | 43.09(17.51) | 51.00* |
| 発症年齢 | 22.79(9.26) | 21.53(4.67) | 25.09(13.98) | 99.00 |
| C P換算 | 666.81(309.49) | 665.00(304.16) | 670.11(353.58) | 66.50 |
| 入院前入院期間の 合計[年] | 5.33(6.49) | 3.08(2.51) | 9.12(9.08) | 52.50* |
| 過去の仕事期間 [カ月] | 5.86(17.66) | 9.88(22.32) | 2.88(3.14) | 55.00 |
| 性別 | 男性 12名 (41.38%) 女性 17名 (58.62%) | 男性 6名 (35.29%) 女性 11名 (64.71%) | 男性 6名 (50%) 女性 6名 (50%) | 0.63 |
| 同居の有無 | 家族との同居 25名 (86.21%) 単身生活 4名 (13.79) | 家族との同居 13名 (76.47%) 単身生活 4名 (23.53%) | 家族との同居 12名 (100%) | 3.20 |
| 再入院理由(注1) | ①□13名 (44.83%) ②□16名 (55.17%) | ① 8名 (47.06%) ② 9名 (52.94%) | ① 5名 (41.67%) ② 7名 (58.33%) | 0.08 |
| 家族支援の有無 | あり 27名 (93.10%) なし 2名 (6.90%) | あり 16名 (94.12%) なし 1名 (5.88%) | あり 11名 (91.67%) なし 1名 (8.33%) | 0.07 |
| 主な支援者 | 両親 24名 (88.89%) 兄弟 2名 (7.41%) そのほか 1名 (3.7%) | 両親 16名 (100%) 兄弟 0 (0%) | 両親 8名 (72.73%) 兄弟 2名 (18.18%) ほか 1名 (9.09%) | 4.91 |
| 過去の仕事の有無 | あり 4名 (13.79%) なし 25名 (86.21%) | あり 4名 (25%) なし 12名 (75%) | あり 0 (0%) なし 12名 (100%) | 3.50 |
| 社会資源の活用 | あり 17名 (58.62%) なし 9名 (31.03%) 不明 3名 (10.35%) | あり 14名 (93.33%) なし 1名 (6.67%) | あり 3名 (21.43%) なし 8名 (57.14%) 不明 3名 (21.43%) | 12.24** |
| 社会資源の内容 | 作業所 3名 (17.64%) デイケア 7名 (41.18%) 訪問看護 7名 (41.18%) | 作業所 3名 (21.43%) デイケア 7名 (50%) 訪問看護 4名 (28.57%) | 作業所 0 (0%) デイケア 0 (0%) 訪問看護 3名 (100%) | 5.20 |

| | | | | |
|--------------------|---------------|---------------|--------------|---------|
| 社会資源の利用度 (回数/週) | 2.75(1.44) | 3.00(1.36) | 1.00(0.00) | 4.08 |
| 入院時 BPRS | 64.59(15/05) | 62.12(15.85) | 68.80(13.28) | 53.50 |
| 退院時 BPRS | 42.29(13.98) | 38.47(11.97) | 39.55(12.07) | 50.50 |
| 退院 3 カ月後 BPRS | 45.78(18.01) | 41.00(15.31) | 69.67(9.50) | 3.00* |
| 入院時 GAF | 37.41(11.88) | 39.76(11.28) | 33.40(12.38) | 55.00 |
| 退院時 GAF | 47.74(14.03) | 51.65(14.32) | 41.10(11.25) | 47.00 |
| 退院 3 カ月後 GAF | 50.11(13.98) | 52.47(12.26) | 38.33(18.93) | 10.50 |
| 入院時 LSP | 102.89(17.84) | 108.82(16.58) | 92.80(15.82) | 44.50* |
| 退院時 LSP | 113.96(11.89) | 118.59(11.73) | 106.10(7.37) | 28.50** |
| 退院 3 カ月後 LSP | 116.95(13.62) | 119.41(13.29) | 103.00(2.65) | 5.0* |
| 入院時 QOL | 2.67(1.28) | 3.03(1.47) | 2.06(0.46) | 24.50** |
| 退院時 QOL | 2.92(0.39) | 3.07(0.27) | 2.66(0.45) | 36.00* |
| 退院 3 カ月後 QOL | 2.97(0.29) | 3.01(0.26) | 2.72(0.43) | 15.50 |
| 入院時 FAS | 54.25(8.16) | 54.44(8.96) | 53.88(6.81) | 62.00 |
| 退院時 FAS | 42.50(13.52) | 40.94(13.60) | 45.63(13.68) | 46.50 |
| 退院 3 カ月後 FAS | 45.00(10.79) | 43.75(10.80) | 55.00(1.41) | 7.0 |

*p<0.05, **p<0.01

注 1 : ①友人や家族との関係のトラブル、②妄想や幻聴など症状の悪化

表3 介入群の介入内容

| 退院後3カ月以上地域で生活できる対象者への介入内容 | | 退院後3カ月未満で再入院した対象者への介入内容 | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|--|
| カテゴリー | サブカテゴリー | カテゴリー | サブカテゴリー |
| 地域で患者の健康的側面と成長発達を支援するために中心となる人的資源の獲得 | 退院支援相談員を介して患者の要望と病状に応じた生活の場をさがし、やれるかどうかを検討する過程を踏む | 患者の病状およびセルフケアへの改善へむけての支援が一貫しない | 患者の病状が日内変動でまた関わりにくく安定した状態の査定が行いにくい ため介入が一貫していない |
| | 患者・家族の移行の体験を支える | | 病院外でのセルフケアが把握しづらく病状中心の支援である |
| | 地域における患者の要望と成長発達を理解する支援員との調整 | | |
| 患者の精神状態・症状・セルフケアと人格および発達上の課題の区別を行う | 患者の精神状態ばかりに目をむけず患者の健康的な側面とセルフケア能力に焦点をあてケア計画をたてる。 | 治療チーム全体のあきらめとまとまりの悪さ、支援の断片化 | 日々のケアを中心となってすすめていく受け持ち看護師などの支援者の存在が薄くケアがルティーン化できない |
| | 患者の人格と成長発達上の課題に目をむけ患者のニーズをもとに支援を再構築する | | 情報伝達がスムーズでない |
| | 家族の患者の成長発達に関するニーズの理解の程度を把握し、必要に応じて理解を促進する | | 治療チーム間での話し合いが少なく、パートナーリズムが打破できない 目先の問題行動に対して支援をしがちである |
| 治療チームによる治療目標と各職種役割の確認・進捗状況の確認 | 治療チームでの治療目標に対する討議 | 治療の方向性がみえない | 患者の生活に関わる家族が疎遠で家族の支援ニーズがわからない |
| | 役割分担を明確にする | | 患者の今後の生活の場所が確保できない |
| | 各職種の進捗状況の確認 | | 治療スタッフに患者のこれまでのセルフケアの能力や健康的な側面など |

| | | | |
|-------------------------------------|---|--|-------------|
| | | | が十分理解されていない |
| 今後の生活に必要とされるセルフケアへの支援 | 今後の生活の場を本人、家族と話し合いながら決める。 | | |
| | 患者自身の決定の過程に立ち会う 生活上の自分の限界と家族の限界を理解する | | |
| | やれることの強化と不得意なことへのサポートの強化 | | |
| 家族の患者への対処行動の獲得と家族自身のストレス・マネジメントへの支援 | 患者の状態悪化時の対応方法の獲得 | | |
| | 日常生活上理解できないことへの対応方法の獲得 | | |
| | 家族自身の生活スペースの確保 | | |
| | 家族のストレス・マネジメントの獲得 | | |