

# 重症な精神障害者への退院支援

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  
宇佐美 しおり ● Usami Shiori

国内外において、精神障害者の退院支援は臨床家たちの重要な関心事ならびに仕事となっている。精神看護の領域においては、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などの研究や実践が現在注目を集めている。

また実際、2008年度の診療報酬改定において、長期入院患者への地域移行支援として精神科地域移行支援加算(新)、精神科地域移行実施加算(新)などが算定できるようになり、精神障害者の地域生活支援は名実ともに日本においても重要な課題となってきている。ここでは、特に再入院を繰り返したりする重症な精神障害者への地域生活支援に焦点を当てる。

## keywords

精神障害者  
退院支援  
ケア・マネジメント

## 研究概要と経緯

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の内容は大きく、①要因の検討、②ケアシステムとしてのケア・マネジメント開発、に分類できる。

### 1. 要因の検討

精神障害者の再入院、もしくは重症な精神障害者への地域生活支援に関連する要因には、対象者の特徴(年齢・性別・これまでの就労の有無・同居の有無)、ソーシャル・サポート・ネットワーク、病状に関連する要因、ケア・システムに関連する要因(これまでの入院期間、地域での生活期間)が挙げられる。

筆者ら<sup>1)</sup>は、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、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。そこでは、過去に就労した経験があり、同居しており、病状が安定し、男性であるほど再入院回数は減っており、さらにソーシャル・サポート・ネットワークは精神障害者の再入院回数および在院期間を減少させ、地域生活を定着させることが報告されている<sup>2)</sup>。また、これまでのように入院期間が長く、地域での生活期間が短くなればなるほど、再入院を繰り返すことも明確になってきている。

### 2. ケア・システムとしてのケア・マネジメント開発

一方、Sledgeら<sup>3)</sup>は、ケア・マネジメントについての文献

レビューを行い、ケア・マネジメントの活動内容およびプログラムの内容、ケアマネジャーの機能および責任に分けることができると述べ、ケアマネジャーやケア・マネジメントがこれらの実行について、どれだけ権威を持っているかを言及している。

Sledgeらによれば、ケア・マネジメントの活動内容には、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、特にケア・マネジメント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インテンシブ・ケア・マネジメントが重要ではないかと述べている。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。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、因果関係が明確であるとは言い難い。

Wilsonらは、バンクーバーで、犯罪歴のある精神障害者に Assertive Community Treatment : ACT を提供し、その効果を再入院および再逮捕との関連で見るという、3年にわたる準実験研究を行った。その結果、ACTを受けた精神障害者

の再入院率および補導率は低かったことを報告している。また、Dietzenらも、ACTと再入院率との関連を探索する関連探索研究を行っているが、その中でスタッフの障害者との接触回数が最も再入院と関連していたことを報告している。また、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およ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年間にわたるケア・マネジメントの準実験研究を行い、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。

これらの結果から、精神障害者の再入院率には、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関連していることが明らかになってきた。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、服薬中断などが特徴として抽出されていた。

一方、海外においては医療にかかるコストをケア・マネジメントの評価指標にしている研究も多く存在しており、ケア・マネジメントは障害者の病床利用率を低下させ、コスト削減につながっていることが報告されているが、今後コストに関するケア・マネジメントの評価研究は、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考えられた。

さらに、Champneyら<sup>4)</sup>、Ruffoloら<sup>5)</sup>、Francisら<sup>6)</sup>、Shernら<sup>7)</sup>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。その中でShernは、5年間にわたるアメリカのデンバーにおける精神障害者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年以上た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<sup>8)</sup>。さらにRuffoloら<sup>9)</sup>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。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と言えるだろう。

一方、ChampneyならびにBlankら<sup>10)</sup>は、ケア・マネジメントと障害者の満足度、QOLとの関連を探索している。Champneyは、ケア・マネジメントの中でも、特に居住調整の有無を入れたケア・マネジメント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ケア・マネジメント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<sup>11)</sup>は、446名の精神障害者へのケア・マネジメントの有意と満足度を調査し、その結果、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。これらの結果から、ケア・マネジメントの存在は障害者の満足度を高めていると言えよう。

またACTは1960年代後半、SteinとTestらによってアメリカのウィスコンシン州マディソン市で重症な精神障害者を対象に開始されたが、院内でのリハビリテーションが地域で役に立たないこと、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取っていないことが、精神障害者の「回転ドア現象」を起こしたとして、その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、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。また、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<sup>12)</sup>。

ACTにおける無作為抽出法による多くの研究は、ACTを実施した介入群が対象群に比べ、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と報告されている。またACTに関する研究を基に、海外においてはACTに関するNational Standardが存在し、それに沿いなが

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持つ対象者にACTが実施されている。さらに介入の基準としてFidelity Scaleを用い、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。

以上の結果から、精神障害者へのケア・マネジメント、重症の精神障害者へのACTの成果については、国内外において報告が見られるようになってきた。しかし重症ではないが、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言い難い。さらに日本においてもACTが試行されるようになってきているが、どのようなシステムであれば、精神病床数の8割が民間の精神病院にある日本の現状に適合するのかについても明らかではない。

### 重要論文の評価

海外では、再入院を繰り返す患者にはIntensive Case ManagementとIndividual Placement and Support(集中・包括型ケース・マネジメントプログラムと援助付き雇用プログラム)が提供され、退院後の精神障害者の危機介入や定期的な訪問看護を中心に提供しながら積極的な就労支援が提供されている(重要論文1)。

しかし、さらに重症の精神障害者、すなわちGAF40以下で二重診断を持ち薬物依存などの犯罪歴を持つ精神障害者には、ACTが提供され、重症な精神障害者の再入院を減少させ、地域生活を継続させることに成功している(重要論文2)。

#### 重要論文 1

Burns, T., Catty, J., Becker, T., et al. (the EQOLISE Group): The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness; a randomised controlled trial, *Lancet*, 370 (9593), p.1146-1152, 2007.

この論文では、312名の重症な精神障害者の中で、156名の患者にICMとIPSを、156名の患者に普通の職業サービス

を提供し、18カ月間、再発率、再入院率、就労の定着状況を比較した。その結果、ICM&IPS群の再発率、再入院率は対象群に比べて有意に低く、就労定着率もよかった。またICM&IPS群では、就労の中断率が低かった。

しかしながら、これらの研究は作為的抽出であり、就労に関連する要因の検討が十分になされておらず、また2群間の対象者の特徴が異なっているため、2群に介入の違いによって差が生じているのかについては、今後追試が必要である。

#### 重要論文 2

Allness, D., Knoedler, W.: National Program Standards for ACT Teams, revised June 2003.

この論文は、重症な精神障害者へのACTに関するガイドラインである。

ACTは超職種チームであり、統合失調症、気分障害、重篤な精神症状を有し、GAF35以下で、再入院を繰り返し、二重診断を持っていたり、長期入院の患者を対象としている。また、対象となる患者は、表1のうち、少なくとも1つ以上の重い機能障害を特徴として持つ。

そして、さらに表2のうち少なくとも1つ以上の持続的、かつ高いサービス・ニーズを有している患者が対象となる。

ACTはケア・マネジメントのプロセスで実施されるが、具体的には、地域場で、薬の処方と提供、病気と服薬を患者が自己管理するための支援、心理教育などを通じて、病気・服薬の意義・再発のサインなどについての患者の理解を深めたり、自己コントロールへの支援を、訪問時またはグループで行う。また個別の支持的療法、危機介入、入院期間中の継続支援、住居サービスに関する支援、日常生活の支援、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などを患者の自宅で行う。

ACTの特徴は、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、職業カウンセラー、精神科医など、さまざまな職種の専門家から構成されるチームによって、集中的なサービスが提供できるように、一人のスタッフが受け持てる患者数は10人である。また、担当スタッフがいない時でも質の高いサービス

を提供できるように、チームのスタッフ全員で一人の利用者のケアを共有し、支援し、必要な保健・医療・福祉サービスのほとんどを、チームが責任を持って直接提供することで、サービスの統合性を図っている。

さらに、自宅や職場など、患者が実際に暮らしている場所により効果の上がる相談・支援が行われるように、積極的に訪問が行われ、原則としてサービスの提供に期限を定めず、継続的に関わっていき、24時間365日体制で危機介入にも対応する。ACTの特徴を踏まえたサービスを、チーム内のスタッフが燃え尽きることなく提供できるよう、明確な基準(Fidelity Scale)が開発され、重視されている。これらの特徴は、国際的にもコンセンサスが得られている。

### 臨床実践への適用

上に述べた2つのアプローチは、どちらも筆者が精神看護専門看護師として仕事をする菊陽病院および熊本大学医学部附属病院にて実践を行っているものである。両者とも海外の地域生活支援システムであるため、そのまま日本のケースに適用することはできない。自身が所属する医療施設の組織風土や組織の強さをよく理解した上で、施設側と十分に検討を行い、どのような点において導入が可能なのか、導入したことによる長所と欠点を繰り返し話し合う必要がある。その際、最も重要なのが看護部の理解である。

今回紹介した論文を応用する際、①どんな患者たちに応用ができるのか(何名存在しているのか)、②このモデルを使うことのメリット、③病院を中心としたACTと海外で定義されているACTの構成上の差異をどのように修正することが可能なのか、④ACTチームの編成、⑤運用の仕方(ACTのカンファレンスの仕方や情報交換をどう行うか)、⑥スタッフ訓練をどのように行うのか、⑦ACTとICMの違い(実施する対象者の違いやチームの動きの違い)、などを明確にして実施した。

まず、ACT・ICM・IPSの対象となる患者が何名いて、全体の何%を占めるのかを調べ、さらにACT・ICM・IPSを実施する前に海外のモデルを海外視察も含めて調査を行い、医療システムの違いを明確にした。その中で明らかになったこ

表1 ACTの対象となる患者(機能障害)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・衛生・栄養・事務管理・医療・法律・住宅サービスの利用、自己や財産の安全管理など、地域生活における基本的な日常の生活課題を一貫して遂行できない</li> <li>・家族・友人・親戚から相当な支援がなければ日常の生活課題が一貫して遂行できない</li> <li>・自立的な就労や主婦としての役割を遂行することができない</li> <li>・度重なる立ち退き勧告を受けたり、住宅を失うなど、安全な住居を維持できない</li> </ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

表2 ACTの対象患者が有するサービス・ニーズ

<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期入院(年2回以上)、精神科救急の頻回利用</li> <li>・持続的または頻回の精神病症状、自殺企図・未遂など</li> <li>・6カ月以上の薬物・アルコール乱用の合併</li> <li>・犯罪への高いリスク・過去の犯罪歴</li> <li>・基本的な生活に必要なニーズが満たせない、または標準以下の住居、ホームレス、ホームレスへの切迫したリスクを持つ</li> <li>・病院に入院あるいはケア付き住居にいるが、より強力なサービスの提供によって独立した生活が可能</li> <li>・伝統的な診察室を基盤とするサービスには参加できない</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

とは、診療報酬、チームのつくり方、システム、チームの構成要因が最も異なるということだった。

したがって、現在の日本の診療報酬ではACTが独立してつけれないため、訪問看護や生活支援センターの職員を地域支援のスタッフとし、他のスタッフも病棟と兼任であったが、ACTを結成した。そしてケース・マネジャーの機能(精神看護専門看護師が非常勤であったため、病棟師長および看護部長が専門看護師と一緒に動くことにした)、精神科医や精神保健福祉士の役割、動き方などを確認し、まず病院全体で対象となる患者を患者のニーズを含めて抽出し、実際に実施してみることにした。その際、ACTの実施基準が満たされているかどうか、すなわち、患者の機能、1週間に7割以上の地域での生活、危機介入や支援を自宅で行うことに最も配慮しながら、展開を行った。

また、病状や日常生活機能、社会的機能などを毎月評価し、実践を開始して3年になるが、病院内で結成したACTの長所

(重症な精神障害者の地域生活を可能にできること)、と欠点(病状や再燃に焦点が置かれ、患者の幅広いニーズに注目しにくくなる)を共有しながら、生活支援センターや訪問看護ステーションを中心としたACTへと移行を図っているところである。

さらに、重症な精神障害者にはACTが展開できるようになったため、今度は退院後3カ月未満で入退院を頻繁に行い、ACTの患者ほど重症ではない患者へのICM・IPSを半年前から展開し始めている。この場合も、まず実態を把握し、ICM・IPSについての長所と欠点を出し合いながら、現在の状況でどのようなチームづくりと動きが可能なのかをプログラムを作成しながら実施・評価している最中である。

ACT・ICM実施の上で最も気をつけていることは、現在の日本および施設の現状を把握した上で、どのような展開が可能なのかを看護管理者や医局、ならびに精神保健福祉士たちと十分話し合いながら、お互いの力を活用し、システムづくりを行う点にある。それぞれが自律性を発揮しながら治療目標を達成し、専門看護師と管理者そしてスタッフとの相互作用と信頼を築き、役割分担と成果を共有することが最も重要になってくる。

### 精神看護分野を知るために欠かせないリソース

まずは、精神医学の治療や診断の流れ、精神科看護の流れを把握する必要があるため、こまめにNational Institute of Mental Health、American Psychiatric Nursing Association、National Alliance for the Mentally Ill (NAMI=アメリカ家族会)などにアクセスすると、治療や診断、支援方法、プログラムの把握が可能である。さらに、治療ガイドラインやアルゴリズムを調べたい場合には、APA Practice Guideline ([www.psych.org/cme](http://www.psych.org/cme))、National Health Committeeのガイドラインにアクセスすることが重要である。

また、エビデンスまで含めて把握したい場合には、Cochran Reviewを探索することも必要となってくる。これらの文献を過去5年間見渡しながら、治療や看護の動向を把握していくことで、看護における最近の治療や支援、プログラムなどの把握が可能になってくる。

### ●引用・参考文献

- 1) 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)，p.25-38，1998.
- 2) Becker,T., et al. : Social Networks and Service Use among Representative Cases of Psychosis in South London, *British Journal of Psychiatry*, 171, p.15-19, 1997.
- 3) Sledge,W.H., Astrachan,B. : Case management in psychiatry-an analysis of task, *American Journal of Psychiatry*, 152(9), p.1259-1256, 1995.
- 4) Champney,T.F., Dzurec,LC. : Involvement in productive activities and satisfaction with living situation among severely mentally disabled adults, *Hospital and Community Psychiatry*, 43(9), p.899-903, 1992.
- 5) Ruffolo,M.C., Nichols,N. : Satisfaction and role performance of case manager in the mental health system, *Journal of Case Management*, 3(1), p.36-42, 1994.
- 6) 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), p.257-274, 1995.
- 7) Shern,D.L., Wilson, NZ. : Client outcomes 2-longitudinal client data from the Colorado Treatment Outcome Study, *Milbank Quarterly*, 72(1), p.123-148, 1994.
- 8) 前掲7)
- 9) 前掲5)
- 10) Blank,M.B., Chang, MY. : Case manager follow-up to failed appointments and subsequent service utilization, *Community Mental Health Journal*, 32(1), p.23-31, 1996.
- 11) 前掲6)
- 12) 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.
- 13) Solomon,P. : The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients, *Community Mental Health Journal*, 28(3), p.163-180, 1992.
- 14) 大島巖：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，38，2004.
- 15) 大島巖・高橋清久：ケアガイドラインに基づく精神障害者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.
- 16) 宇佐美しおり・住吉亜矢子 他：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.
- 17) Abbott,F.K. : Daily Lives of persons with schizophrenia living in the community, University of California, Unpublished Doctoral dissertation, 1992.
- 18) 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.

- 
- 19) Attkisson, C.C., Zwick, R. : The client satisfaction questionnaire: psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Eval Prog Planning* 5, p.223-237, 1982.
- 20) 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.
- 21) 志井田美幸, Chow,W., Sadavoy,J. : 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・地域精神医学学会総会抄録集，102，2006.
- 22) Becker,D.R., Drake,R.E. : A Working Life for People with Severe Mental Illness, Oxford University Press, Inc, 2003.
- 23) 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.