

<精神看護専門看護師に必要とされる役割・機能・臨床能力①>

再燃・再発を頻回に繰り返す 気分障害・統合失調症患者に対する グループ・ケア・プロトコール

Usami Shiori 宇佐美 しおり
熊本大学大学院保健学教育部

Nozue Kiyoka 野末 聖香
慶応義塾大学看護医療学部

Fukushima Yoshie 福嶋 好重
横浜国立市民病院

Fukuda Noriko 福田 紀子
慶応義塾大学大学院看護医療学部

Kaneko Ayako 金子 亜矢子
東京共済病院

Yagi Kozue 八木 こずえ
五稜会病院

Shinoki Yumi 篠木 由美
東京武蔵野病院

Hirai Motoko 平井 元子
慶応義塾大学看護医療学部

シリーズのはじめに

近年、医療の高度化や複雑化、診断技術の進歩や生活習慣病などによる合併症の増加、ストレス社会による気分障害者数の増加などから、重症な身体疾患を持ちながらうつ状態を有する人々が増え、また気分障害や適応障害を有する人々も増加する一方、在院日数の減少とともに彼らを継続的に地域で支援する必要性が高くなってきている。その上、彼らをケアする専門職のうつ状態や不安障害も増え始め、職場での不適應の問題も社会的問題となりつつある。さらに精神病院においては、1年以内に数回再燃・再発を繰り返す患者の数も多く、彼らへの地域生活支援における看護職の役割はますます重要になってきているとともに、長期入院や頻回な再入院を繰り返さないための急性期治療病棟から地域に向けた早期の包括的支援が必要とされている。

そこで今回、これらの問題を共有する患者集団に対し、精神看護専門看護師によって提供される可能性の高いケア・プロトコール(一定の対象者特性を持ったグループに対するグループ・ケア・プロトコールと呼ぶ)について検討し、必要とされる精神看護専門看護師の役割・機能・臨床能力について、事例をとおして討議することを目的とした。シリーズは全4回で、予定する内容は以下のとおりである。

- 第1回：再燃・再発を頻回に繰り返す気分障害・統合失調症患者に対するグループ・ケア・プロトコール
- 第2回：急性期病棟から自宅へ退院する精神障害者ならびに就労支援が困難な精神障害者へのグループ・ケア・プロトコール
- 第3回：総合病院で適応障害と考えられる患者および家族へのグループ・ケア・プロトコール
- 第4回：PTSRやうつ状態を有する医療職の精神的支援のためのグループ・ケア・プロトコール

以上、それぞれを試案として提示し、精神看護専門看護師の実践を明確化していく試みを行いたい。

はじめに

入院する精神障害者の内訳を見ると、40%が入院3カ月未満で退院していく患者、約25%が退院後3カ月未満で再入院してくる患者、20%が入院3カ月以上の患者(再入院予備群)、15%が20年以上の長期入院患者である。このうち退院後3カ月未満で再入院してくる患者および入院3カ月以上の患者(再入院予備群)の約45%が、地域ケアや支援システムによって地域生活が可能であると考えられている^{1,2)}。

また国外では、再入院を1年に2回もしくは20日以上繰り返す、あるいは年間3カ月以上入院している精神障害者(再入院予備群と呼ばれる)には集中・包括型ケース・マネジメント(Intensive Case Management: ICM、現在はCommunity Based Case Management: CBCMと呼ばれている)と、さらに個別就労支援(Individual Placement and Support: IPS)が退院後3~6カ月間、集中的に提供され、精神障害者の地域生活の安定化ならびに障害者のニーズに応じた個別就労支援が可能となり、精神障害者の就労率が約7倍に増えたことが報告されている³⁾。

しかし日本では、GAF(The Global Assessment of Functioning: 社会的機能評価尺度)40以上60未満で退院後3カ月未満で再入院を繰り返す患者および再入院予備群(入院3カ月以上2年未満の患者)の数が、入院患者の45%を占めるにもかかわらず、彼らへのCBCMおよびIPSに関する研究報告は少ない。また、日本における精神障害者の再入院の関連要因として、「地域における居場所のなさ」「障害者同士のネットワークの少なさ」が挙げられているにもかかわらず、それらの構築に関する体系的な研究報告は少ない。

一方、日本で活躍する精神看護専門看護師はまだ302名であるが、医師不足や病院の急性期化に伴い、看護師自身が判断し、治療を展開する高度看護実践家の役割が注目されるようになってきている。日本看護系大学協議会も、厳しい医療状況の中、自律して専門性を発揮できる高度実践看護師の養成を視野に大学院教育の検討を始めている。

本稿は、日本看護協会の専門看護師の認定を受け、実際に活動を行っている精神看護専門看護師の活動が、さまざまな問題を抱える現在の精神医療においてどのよう

に活用できるのかを模索することを目的とする。すなわち、精神看護専門看護師が関わることの多い対象者の特徴を浮き彫りにして、回復や地域生活を促進するためのグループ・ケア・プロトコールを試案し、専門看護師の役割や活動を明確化したい。

ここでは2つの事業を紹介し、退院後3カ月未満で、病状やセルフケアが不安定なために再入院する患者に対する、看護専門看護師の活動や役割の明確化について検討する。

重症な精神障害者を対象としたACTにおける精神看護専門看護師の役割とその可能性⁴⁾

Assertive Community Treatment (ACT: アクト)は、1972年にアメリカ・ウイス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始めた包括型地域生活支援プログラムである。重症な精神障害者とは1年間に2回以上の入院、精神障害者の社会的機能においてGAF35以下、35歳未満の場合にGAF30以下の対象者を指す。海外ではこれまで、彼らに対してCBCMが実施されてきた。しかしCBCMの提供期間が限られていること、専門家による直接ケアが少ないことで、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にくいことが指摘されていた^{5,6)}。

そこで、病状やセルフケアが不安定で、再入院を繰り返す精神障害者へのアクトが注目されるようになった。アクトは、CBCMとは異なり、障害者の変化するニーズに対し、多職種による専門家チームで構成され、対象者に直接的にケアを提供し、ケア提供期間が限定されていないことが前提である。さらにスタッフの受け持ち患者数が限定され、サービスが入院治療の場ではなく、患者の地域での生活を基盤として提供されることがその特徴である。そして重症な精神障害者に対してアクトを実施することにより、精神障害者の再入院率が低下し、地域での生活期間が長くなり、地域での定着率が高くなることが報告されている^{7,8)}。

日本においても、京都府のアクト-K、千葉県国府台病院、茨城県のKUINAセンターでアクトが実施され、その成果が報告され始めている⁹⁾。しかしながらアクトが日本の精神医療において精神障害者の地域生活をどのように定着させ、障害者の生活の質を高めているかにつ

いての検討は、まだ始まったばかりと言えよう。また重症な精神障害者の多くは、日本においては精神病院に入院中であり、海外のように地域ケアシステムが充実していない我が国では、精神病院がその一部を担わざるを得ない現状もある。

したがって、ここではGAF35以下で、かつ病状やセルフケアが不安定な、再入院を繰り返す重症な精神障害者に焦点を当て、精神病院を中心に結成したアクトにより、どのような支援の成果が得られるのかを示し、またその中で精神看護専門看護師の役割を明確にすることで、日本の精神医療に応じたアクトを開発することを目的とした。

2005年12月から2007年2月までの間に、九州管内の私立K病院に退院後3カ月未満で再入院を繰り返していた、GAF35以下で研究に同意の得られた統合失調症患者15名を対象にアクトを実施し、研究期間にアクトを実施し1年間を経た患者10名(アクト実施群)と、対照群11名を対象とした。研究に同意が得られた対象者にアクトおよび対照群への支援内容を説明し、自由意志に基づいて、どの群に属したいかを確認した。

実施群ならびに対照群のいずれも、アクトの実施前、実施1カ月後、3カ月後、6カ月後、12カ月後に精神状態と、社会的機能、および日常生活機能について質問紙調査を行い、主治医ならびに精神看護専門看護師もしくは看護師長が記載した。

ケアへの満足度については実施前、実施時1カ月後、3カ月後、6カ月後、12カ月後に、ケア満足度質問紙(Client Satisfaction Questionnaire: CSQ)を用い、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。調査がいくつかの時点で行われるため、すべての質問紙は名前と番号にて管理し、研究終了時に番号の付け替えを行い、個人が特定されないよう留意した。

回収した質問紙はSPSSのver.16.0を用いて2群間の母平均値の差の検定、相関係数の算出を行うとともに、実施記録については質的な内容の分析を行った。アクトの実施についてはDeborah AllnessらのNational Program Standards for ACT Teamsを基にし、前年度のパイロットテストを基に修正を加えたものをプロトコールとし実施した。

アクトチームの質を表すフィデリティ・スケールは3.3点(5点満点)であり、アクトチームは主治医、病棟看

護師、精神看護専門看護師、訪問看護師、精神保健福祉士、デイケアスタッフ、生活支援センター長、作業療法士、必要に応じて地区の保健師、生活保護課職員、民生委員、ヘルパーで結成され、1メンバーの担当がアクト患者10名を超えないことを原則にチームづくりを行った。

この調査は、K大学医学薬学研究部およびK病院倫理委員会にて承認を得た後、アクト実施群および対照群に対し、研究目的、研究方法、研究参加による利益・不利益を伝えて同意を得て、どちらの群に参加したいか意思確認をした上で各群への割り当てを行い、対象者については人為的抽出を行った。また研究への参加を辞退もしくは途中で中断しても、治療に差し障りはないことを伝え同意を得た。

両群ともすべての対象者が統合失調症で、アクト実施群の平均年齢は42.25歳(SD±12.09)、実施群39.56歳(SD±10.37)、対照群44.81歳(SD±13.34)であった。実施群についての変化を比較すると、実施前のBPRSと1カ月後のBPRS、3カ月後のBPRS、3カ月後のGAFで有意な中等度以上の相関がみられていた。また実施前のGAFと3カ月後のBPRSで有意差がみられていた。開始前の入院期間が長いと日常生活機能が低く、また実施前の病状と1カ月後・3カ月後の病状との間に強い関連を認め、薬物量に変化しないにもかかわらず病状の変化がみられたことから、アクト実施によるものと考えられた。

さらに実施前のLSPと3カ月後のLSP、12カ月後のLSPで有意な強度の相関がみられ、日常生活機能はアクト実施によって1年間変化し続けることが明らかとなった。また、実施前の入院期間は1年間で平均12カ月だったが、実施1年間の平均再入院期間は3.3カ月と減少していた。さらに、アクトへの満足度は実施前が22、実施後が24と若干上がっていた。これらの結果から、アクトを実施することで再入院は軽減でき、患者の満足度も若干高まるが、病状や社会的機能、日常生活機能の有意な改善はみられず、継続した支援が必要であることが明らかになった。これらの介入例において、重症な精神障害者への地域生活支援における多職種によるチームを構築し、濃厚な支援を継続していくためには、他職種だけでなく看護職においても専門看護師のようなチームを包括していく役割が重要であると考えられた。

退院後3カ月未満で再入院を繰り返す、もしくは入院3カ月以上の精神障害者へのCBCMにおける精神看護専門看護師の役割とその可能性¹⁰⁾

アメリカでは、アクトの対象となるほど重症ではないが再入院を繰り返す精神障害者には、集中包括型ケースマネジメント (Community Based Case Management : CBCM) が実施されるようになってきている。CBCMは再入院を繰り返す患者に対し、1日24時間・週7日間、病状の安定とアウトリーチを目標として、1対1でコンタクトを取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単位を有した者)、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CNSも含む高度看護実践家 (Advanced Practice of Nurse : APN) 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・マネージャーかチーム・リーダーが患者を訪問する。ケア・マネージャーは約300人まで患者を受け持つことができる。特にこのチームは危機介入と症状管理に大きな責任を担うが、単に病状管理だけではなく、患者のニーズに焦点を当てたチーム・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持つ。

このように、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、特にアメリカでは明らかになってきている。

日本における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が報告されている¹¹⁾。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、CBCMというケア・マネジメントチームをつくって、その成果を報告した実践・研究は少ない。また日本で7万2,000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が指摘されており、病院以外に患者が地域の中で安心して過ごせる場所、人々のつながりはまだ少ない。

こうした状況を踏まえ、本研究事業では、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。

精神看護専門看護師がケア・マネージャーとなれる2つの病院において、退院後3カ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得られた者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カ月間、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カ月後に評価した。対照群は、2つの病院で、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・パッケージは、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を練習することを含め、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。

入院時と退院時および退院3カ月後において、精神状態・社会的機能・日常生活機能についてそれぞれ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、主治医ならびに精神看護専門看護師が評価を行った。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評価を行った。

調査は各施設の倫理委員会、K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

で分析を進め結果をまとめることを伝え同意を得た。

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カ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。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カ月(SD±3.33)であった。病状に変化はみられないが、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カ月後では病状、心理社会的機能、日常生活機能、ケア満足度とも介入群に上昇と改善がみられていた。また介入群では、退院3カ月後の再入院者が33名中4名(12%)だった。

精神看護専門看護師を中心とした精神科ケア・マネジメントチームをつくり、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かつ早期に査定され、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、患者のみならず家族への支援が行いやすくなっていた。

ケース・マネジメントにおけるグループ・ケア・プロトコールと精神看護専門看護師に必要とされる能力

以上の結果から、精神看護専門看護師の役割・機能については次のように考えられた。

1) 病状やセルフケアが不安定で、再入院を繰り返すもしくは精神状態が重度で退院できにくい患者へは、CBCMやアクトチームなど患者の特徴に応じた多職種からなるチームを結成し、精神看護専門看護師は精神科ケア・マネージャーとしての役割を担う。精神看護専門看護師が非常勤で勤務している場合には、常勤で勤務し、できれば外来や在宅ケア部門に配属されている看護職と精神看護専門看護師とで組んで精神科ケア・マネージャーの役割を担っていく。この場合、病院管理者や看護部長の理解と支援が必須であり、病院としての理念の下にCBCMやアクト

を実施することが必要である。そのため、時間をかけてこれらの導入に関する検討を行い、先立って学習会を実施し職種を超えてこれらの実践の必要性が理解できるようにしていく。また数例から始め、成功体験を共有する。

- 2) その場合、精神看護専門看護師は対象者の精神状態や精神の健康度・病状の特徴をを把握し、患者のニーズ、セルフケアの特徴、家族の機能と患者のサポートネットワークの特徴、再入院が繰り返しになっている要因、患者と家族が活用できる社会資源、地域で活用できる保健師や支援者を明確にする。また精神看護専門看護師はこれらを1週間に1回査定し、他スタッフや多職種との共有を行っていく。
- 3) 該当者でありながらも、これらの関わりを希望しない患者・家族の場合には、多職種チームで関わらない他の代替方法を提案・提示する。
- 4) チームを結成したら、患者のニーズならびに治療目標を患者・家族を交えて明確にし、最低でも1週間に1回、できれば毎日、定期的にカンファレンスを開催する。その際、これらを実施していく中での患者や家族の言動、思いの揺れなどを理解し、患者と家族、患者と家族と治療スタッフ間の力動を理解しながら、お互いが支援を提供しやすいように、またその場に応じた支援できるように場面ごとに話し合いを進める。例えば、治療チームの訪問を患者の家族にその場で断られた場合の支援方法や、断られた理由について理解できるよう、日頃から話し合っておく。
- 5) さらにチームの役割分担をニーズに応じて実施でき、モニタリングし、それぞれの職種の役割遂行がうまくいっているかどうかを明確にする。うまくいかない場合には、チームメンバーならびにそれぞれの部署にこれらのことを提示し、改善策を検討する。
- 6) 関係性を構築することが困難な患者および家族との信頼関係を構築し、さらに治療チームとの信頼関係を構築して展開する。1週間に3回以上、精神看護専門看護師が患者の生活の再構築と地域生活への移行に伴う精神的支援を実施しつつ、患者・家族のニーズや思いに沿っていくつもりであることを、患者や家族に示していく。
- 7) チームが関われる範囲と患者・家族が責任を持つ範囲を明確に提示できた上で、治療・看護計画が展開

できるよう、チームおよび患者・家族の動きをモニタリングし、経過をチーム間で共有する。CBCM やアクトの対象となる対象者は、次の再入院までの期間をどう考えるかという話し合いをすでに持っている、夜間に当直医を説得して入院したり、入院するために行動化や衝動行為が起こる場合も多いので、このようなことが発生した場合の対応についても、患者・家族を交えて話し合いを行い、それぞれがどのように各自の立場で努力・支援をするかを明確にしておく。

- 8) 患者の地域での生活が数カ月維持できるようになったら、患者・家族のさらなるニーズ、日常生活や社会的機能を改善・維持するためにはどのような方法が可能かをチーム間で共有し、一般および福祉的就労への関心が高い場合には、それに関連した専門職をチームに巻き込んで、患者・家族の自己実現を支援し続ける。患者・家族が自分でニーズを満たしたり、危機時の対応ができるようになったり、日常生活や社会的機能が向上したら、チームによるアプローチをいつ終了するのか、また訪問看護や地域の保健師や民生委員だけの支援で可能なのかを見極め、チーム間で、また患者・家族を交えて話し合い、支援の頻度や程度を減らしていく。

病院の中のデイケアの活用で止まることなく、地域において地域住民や他の障害者と関わりながら生活ができる方法(町の自治会などへの参加、地域包括支援センターへの通所など)を考え、患者と家族が地域で生活できる時間を増やせるよう、アパートや自宅のある地域での生活を中心とした生活のあり方に、少しずつシフトできるようタイミングをみながら社会資源を紹介し、一緒に見学や参加をして地域におけるソーシャル・サポート・ネットワークを構築していけるよう働きかける。

- 9) 重度な精神障害者ならびに、病状やセルフケアが不安定で再入院を繰り返す患者とその家族に対し、高度看護実践家として独立した形で、個人・家族・集団精神療法や認知行動療法などを実施する。1人の患

者につき1週間に最低でも1回30分以上行い、さらにアクトであれば毎日情報交換をしながら、治療目標の達成度や患者・家族のニーズをより満たすためにも、最低でも1週間に1回以上は定期的にカンファレンスを開催・運営する。また、患者の入院中には心理教育や個別のセルフケア支援、集団精神療法などを組み合わせ、1週間に3時間以上提供できるようにし、これらの実施に関して予め各スタッフの役割分担を行っておく。

- 10) チームアプローチによる成果、患者や家族の変化は1カ月ごとに評価し、評価の度にチームアプローチの見直しを図り、患者・家族の地域生活を助けていく。

●引用・参考文献

- 1) 大島巖・伊藤順一郎：米国における脱施設化と集中型・包括型ケース・マネジメント, 病院・地域精神医学, 45(4), p.18-35, 2003.
- 2) 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), p.5-11, 2003.
- 3) 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.
- 4) 宇佐美しおり・佐伯重子・矢野千里他：精神障害者へのアサーティブ・コミュニケーション・トリートメントの評価に関する研究, 平成18-19年度科学研究費補助金, 2008.
- 5) 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, p.122-128, 2000.
- 6) Drake, R.E. : Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients with Dual Disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 24 : p.589-608, 2003.
- 7) 大島巖編著：アクトケアマネジメント, 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, p.98-99, 2003.
- 8) 志井田孝・秋板真史他：トロント市マウントサイナイ病院アクトチームの在宅医療, 病院・地域精神医学, 47(2), p.124-130, 2004.
- 9) 前掲書 8)
- 10) 宇佐美しおり・中山洋子・野末聖香他：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, 平成19年度厚生労働省障害者自立支援プロジェクト報告書, 2008.
- 11) 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.