

長期入院予備群の精神障害者へのインテンシブ・ケアマネジメント モデル (Intensive Care Management) の開発に関する予備的調査

—医療チームの役割と精神看護専門看護師の役割—

宇佐美しおり¹⁾ 富川順子²⁾ 深沢裕子³⁾ 南 裕子⁴⁾

The Preliminary Descriptive Study of Intensive Care Management for People with Mental Disorders

— The Role of Interdisciplinary Team and Certified Nurse Specialist —

Shiori Usami¹⁾, Junko Tomikawa²⁾, Yuko Fukazawa³⁾, Hiroko Minami⁴⁾

Abstract : The Purpose of this study was to describe the process of Intensive Care Management Model(ICM) in Japan and to find out the effectiveness of ICM for people with mental disorders. Ten schizophrenic patients were consented to this study and they were interviewed by researchers through questionnaire between June in 2003 and November in 2004. Furthermore the eight nurses, two physicians, three social workers and two certified nurse specialists were interviewed through semi-structured questionnaire about treatment and care process. Quality analysis and quantitative analysis were implemented. The results were as follows:

- 1) The age-average of 10 schizophrenic patients was 35.9 year old and there were 4 male and 6 female. They were discharged after 7.6months since ICM had been implemented by interdisciplinary team. The average of social support network of 10 patients were 2.5. The six patients were moved to group home, three patients were moved to apartment and one patient started to live with family.
- 2) The Mental States Examination, GAF and self care of patients were improved at the time of discharge.
- 3) All patients wanted to discharge but family of them didn't want them to come home. These patients had difficulty in money management, interaction with people, and poor confidence for discharge.
- 4) Interdisciplinary team provided care, which was to develop trust relationship, set the long-term goal, and encourage continuity holistic treatment care for those patients.
- 5) Certified nurse specialist in psychiatric nursing specially tried to support nurses in order for the continuity of care.

These results were discussed from the view point of function on Intensive Care Management.

Key words : Intensive Care Management, Psychiatric patients, Community living,
Interdisciplinary Team

1) 熊本大学医学部保健学科精神看護学 2) 光愛病院, 精神看護専門看護師
3) 松原病院, 精神看護専門看護師 4) 兵庫県立大学看護学部

I. はじめに

1995年、2000年の精神保健福祉法の改訂において、精神障害者の社会復帰が促進されるようになり、2002年には精神障害者ホームヘルプサービスが開始され、2003年には市町村を中心とした居宅支援事業が開始されるようになってきた。しかし精神障害者の長期入院の問題はまだ存在し、精神障害者の地域生活を促進するためのケア体制の整備が急務となってきている¹⁾。2002年以降精神障害者の地域生活を促進するためのケアマネジメントの導入が検討されるようになってきた²⁾。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、包括的かつ継続的にサービス供給を確保する機能であり、ケアマネジメントには様々なタイプが存在する³⁾。その中でもインテンシブ・ケアマネジメント(Intensive Care Management, 以後ICMと呼ぶ)は、サービスを統合、包括し、重症で退院困難な精神障害者への地域でのサービスを提供するのに有効であり、危機介入やカウンセリング、心理教育、家族へのサポートをチームメンバーが提供する。海外ではICMが病状の改善、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、消費者のケアへの満足度を高めることが明らかになってきている^{4)・7)}。精神障害者の長期入院や地域での生活が困難な要因として、対象者の背景(年齢、性別、同居の有無、過去の就労の有無)、ケアシステムに関連する要因(過去の入院期間・入院回数・地域での生活期間、ケアマネジメントの有無)、病状、ソーシャル・サポート・ネットワークが関連することがこれまでの研究から明らかになってきているが⁶⁾、ICMが日本においてどのように精神障害者の地域生活を促進するのかについては明らかではない。一方、日本では看護系大学院が急増し、看護系大学院修士課程を修了した看護師は専門看護師として現場

の中で活動し、専門看護師は、医療チームの調整、ケア困難な患者への直接ケア、コンサルテーションという機能を有しており今後精神障害者の地域生活を促進するための医療チームの形成やケアシステムの構築において重要な役割を担っている。

そこで本研究においては、精神看護専門看護師の配置されている私立精神病院において、長期入院予備群の精神障害者を対象としてICMを実施し、日本においてICMのプロトコルを開発していくための基礎的資料を得ることを目的とした。本研究を行うことで、日本でどのようにICMを実施していくことが、精神障害者の長期入院を抑制し、地域生活を促進するのかについての基礎的資料を提供することになるであろう。

II. 研究方法

1. 本研究でのICMの取り組み

ここではICMを、精神障害者のニーズ・アセスメントを身体的、心理社会的側面から包括的に行い、それぞれのニーズへの支援を多職種によって計画、実施し、評価する過程であり、これらの統括はケアマネージャーが行うと定義した。また長期入院予備群とは、これまでの文献検討をもとに精神病院に2年以上入院している精神障害者と定義した。

調査は同意の得られた熊本と大阪の2箇所の精神病院で、同じ施設に2年以上入院し調査に同意のえられた患者10名を対象とした。そして対象者の退院と地域生活促進を目標として、多職種によるチームをケースごとに構築した。入院中のケアマネージャーの機能は担当看護師あるいは精神看護専門看護師が担い、対象者の日常生活、経済状況、社会的役割におけるニーズに関する包括的なアセスメントを1ヶ月に1回医療チームで行い、各職種で目標共有と役割分担、役割遂行の程度の確認を定期的に行った。また患者への心理教育を毎週30分づつ、6回にわけて行い(病状の調整、日常生活の調整、薬の管理、危機管理、ストレス・

マネジメント、他者とのつきあい)、さらに人とのつきあい、金銭管理についてはSocial Skills Training (SST)を毎週30分づつ10回実施した。また家族への心理教育は毎週30分づつ、6回にわけて行った(病状への対応、患者との日常生活におけるつきあい方、薬の管理、危機管理、ストレス・マネジメント、他者とのつきあい)。家族と生活する患者の家族すべてに心理教育は実施した。また退院後の環境整備と地域でのサポート体制づくりを、患者とその家族に行った。

2. 調査方法

1) 対象者

退院に至った精神障害者10名と、10名にケアを提供した看護師8名、医師2名、ソーシャルワーカー3名、精神看護専門看護師2名を対象とした。

2) 調査期間

2003年6月から2004年11月に行った。

3) 調査方法

精神障害者へのICM実施前・退院時に、精神障害者の地域生活に関連する要因、すなわち病状(精神状態)・服薬量、ソーシャル・サポート・ネットワーク(家族を含む)、セルフケア、精神障害者と家族の地域生活でのニーズとその充足について、質問紙を用いて専門看護師が患者に面接調査を行った。対象者の背景(年齢、性別、過去の就労、同居の有無)およびケアシステムに関連する要因(入院期間、入院回数、地域での生活期間)は対象者の特徴に関する質問紙を用い、ソーシャル・サポート・ネットワークについてはSheetzによるNorbeck Social Support Questionnaire (NSSQ by Scheetz, 1986)を用い、ニーズの把握については大島らのケアニーズ調査用紙、精神状態の把握にはGAF (Global Assessment of Functions)と研究者らが作成した精神状態の査定用紙、またセルフケアの査定にはオレム・アンダーウッドのセルフケア査定用紙を用いた。また精神障害者にサービスを行った看護師8名、精神看護専門看護師2名と関連職種には、精神障害者のニーズにそってどのようにケアを意図的に提供

したのか、について研究協力者2名が面接調査を行った。

4) 分析方法

量的内容は記述統計を用いて分析を行い、面接調査によって得られたデータは質的内容の分析を行った。質的内容の分析はDenzinらの手法に沿い、逐語におこしたものを第1次、第2次コーディングで分類を行い、さらにコーディングをもとにカテゴリー化を行い、カテゴリーごとにネーミングを行った。

5) 研究の倫理的配慮

2つの精神病院の同意を得、熊本大学医学薬学研究部倫理委員会の承認後、精神障害者へ研究の説明を行い同意が得られた者を対象者とした。またスタッフにも同様に説明を行い、同意の得られた対象者に面接調査を行った。また得られた結果は本調査の目的以外に用いられないこと、また個人が特定化されることはないこと、また調査への参加は自由意思であり、途中で研究を中断できることを伝え同意を得た。

III. 結果

1. 精神障害者10名の特徴

対象者の平均年齢は35.9才、診断は統合失調症8名、統合失調症性感情障害2名、男性4名、女性6名であった。発症からの平均期間は11.9年、調査時での平均入院期間は33.7ヶ月であった。調査開始から退院までの平均期間は7.6ヶ月で退院先は共同住居6名、独居3名、家族との同居1名であった。

精神障害者があげたソーシャル・サポートの平均人数は1人あたり2.5人で、家族が中心であり、面会の頻度は2週間に1回から3ヶ月に1回程度であった。家族以外は患者、看護師、ソーシャルワーカーがあげられ、援助の頻度は毎日から週に3~4回と家族に比べて高い頻度であった。今回の対象者10名のうち、家族がいる患者は9名であった。

精神障害者は全員退院したいと希望していたが、家族は「帰ってきてほしくない」><自分のことができるようになるまで退院しないでほしい>と感じており、退院するとしても「病状の改善、悪化予防をしてほしい」><服薬を含めた日常生活のスキルを改善してほしい><支えていく自信はない>と感じていた。家族のしんどさや、支えていた家族が変わったことなどで、とくに金銭と退院先の話し合いを持ちにくい状況であったことが、精神障害者の退院をさらに困難にしていた。

対象者は抗精神病薬を全員使用しており、クロルプロマジンに換算した投薬量の平均値は、研究開始時650.1 (450-767)、退院時554.8 (267-800)であった。

2. ICMの評価

ICMの評価は、精神状態、セルフケア、ニーズの充足によって行った。精神障害者の精神状態は、「外見」「行動」「気分」「思考過程」「思考内容」「言語」「認識」「洞察と判断」とも調査開始前に比べ退院時には減少していた。また研究開始前のGAFは48.0、退院時は52.5と改善がみられていた。これらの結果を表1に示す。

また精神障害者のセルフケアは、オレム・アンダーウッドのセルフケア領域すべてにおいて改善がみられていた。さらにICM実施前は、ほとんど職員と話すことができなかった患者が、看護師

との信頼関係、心理教育、生活技術訓練を通して少しずつ感情を話し、困ったことを相談するようになり、他者との関係が改善していた。また研究開始前は9名が服薬に拒否的であったが、退院時には一部サポートは受けながら「自己管理」ができていた。

「現在困っていること」は、「電気やガスなど日常生活に必要なものが使用できない」><家族・人とうまくつきあえない><一人暮らしへの自信がない>に分類できた。地域生活で実際必要としているケアは、緊急時の対応、対人関係や家族との関係維持、症状・薬・金銭管理、社会的役割遂行に必要な援助であり、これらをサポートするサービスを受けて退院へとつながっていた。対象者のニーズを表2に示す。

3. 医療チームによるケア

医療チームは前述した基準に沿いながらケアを実施していったが、医師、看護師、ソーシャルワーカーは、長期ケアを継続させる技術を用いながら、定期的な関係づくり、長期目標達成のためのケア、チームをつなぐケアを行っていた。

1) 信頼関係づくり

治療目標に取り組む前に、「どのチームメンバーも定期的に訪室し信頼関係を築く」ことを行い「患者の希望をきき、身体的苦痛・精神的苦痛をとりのぞく」ことを重要視して治療、ケアを丁寧

表1 対象者の特徴

精神状態の査定項目：平均値（最小値-最大値）					
査定項目・対象者数	開始前	退院時	査定項目	開始前	開始後
外見	2.3 (1-3)	1.1 (1-2)	思考内容	2.6 (1-3)	1.4 (1-2)
行動	2.7 (1-3)	1.3 (1-2)	言語	1.8 (1-3)	1 (1-1)
気分	2.7 (1-3)	1.3 (1-2)	認識	2.5 (2-3)	1.6 (1-2)
思考過程	2.8 (2-3)	1.6 (1-2)	洞察の判断	6 (2-3)	1.6 (1-2)
GAFスコア					
GAF	48 (45-55)	52.5 (45-60)			
セルフケアレベルのアセスメント（1：全介助，2：部分介助，3：教育・支持）					
食事、水分	3.3 (3-5)	3.6 (3-5)	活動と休息のバランス	2.2 (2-3)	3.1 (2-5)
排泄	3.7 (3-5)	3.7 (3-5)	孤独と人とのつきあいのバランス	2.2 (2-3)	3.1 (3-4)
個人衛生	2.5 (2-3)	3.3 (3-5)	危険の予知	2 (2-2)	3.1 (3-4)

表2 対象者のニーズ

対象者のニーズ	サブカテゴリー
現在困っていること	「電気やガスなど日常生活に必要なものが使用できない」 「家族・人とうまくつきあえない」 「体力が衰えて一人暮らしへの自信がない」
本人を支える家族の希望	「症状が改善し悪化予防を学んでほしい」 「服薬を含めた日常生活のスキルを改善してほしい」 「支えていく自信がない」 「揃ってきてほしくない」
家族の退院への希望	自分のことができるようになるまで、退院しないでほしい

に行い、この関係を患者との共同作業の基本としていた。特に看護師からは関係づくりが強調されていた。

2) 治療チームの長期目標の設定

治療チームの治療目標は「服薬管理と病状とつきあえるようになる」><退院先で必要となるセルフケア、人とのつきあいや距離の取り方、金銭管理ができる><家族が患者と時間をすごし、患者の病状をうけいれ患者の病状に対処できるようになる><退院後の社会資源を調整し患者が自宅にいられるようになる>に分類できた。

<病状のコントロールと服薬管理ができる>では、特に看護師は医師、専門看護師と、もう一度病状と薬について見直し、病状の安定を図って対象者にあった飲み方を工夫し、病状や薬とのつきあひ方の練習を行っていた。

<退院先で必要となるセルフケア、人とのつきあいや距離の置き方、金銭管理ができる>では、看護師はソーシャルワーカーや作業療法士、地域サポート者と連携し、専門看護師も利用しながら、金銭管理や住宅環境を整え、生活技術、家族とのつきあひなど退院先で必要なセルフケアの練習を段階的に行って、患者の技術獲得をサポートしていた。

<家族が患者とすごし、患者の病状をうけいれ患者の病状に対処できるようになる>では、担当看護師はソーシャルワーカーや専門看護師と役割分担しながら、家族が患者と距離を取ってつきあえるようにサポートを行っていた。家族の本音を

言葉にしてもらったり、患者が実際にできていく姿を見てもらったり、生活の場でのつきあひ方を一緒に行ったり、悪化時の対応を具体的に決めたり、地域生活のサポート者と話し合う中で、患者の退院に反対していた家族に変化が起こり、患者も家族に協力するようになっていた。

<退院後の社会資源を調整し、患者が自宅にいられるようになる>では、担当看護師は専門看護師にも確認しながら、退院後の社会資源を調整し、患者が自宅にいられることをめざしたケアを、チームで役割分担をしながら行っていた。目に見える社会資源のサポートができていくことで、地域生活に自信のなかった精神障害者や家族が自信をつけていくことにつながっていた。また入院中から地域資源を利用しているため、外泊訓練などで地域サポート資源の調整をすみやかに行うことができていた。

3) チームをつなぐケア

チームをつなぐケアは特に看護師の中で抽出され、<退院のめどを患者・家族・治療チーム間で具体的にたて、共有した目標にむかって役割分担を進め、進行度を共有しあう><病院でのケアマネジメントを地域につなぐ>に分類された。

4) 長期ケアを継続させる技術

長期に渡るケアの中で動きが一旦停止するケースも多く、その状況を乗り越えたケア技術は「長期入院の理由を多方面から分析する」><1つのケアが止まっても今できることをやり続けながら機会を待つ><患者・家族・チームとの定期的な関

係を絶やさずに続ける><上手に専門看護師やチームの他者を利用して担当としての大変さにつきあう>に分類できた。

また今回ケアマネージャーの役割を担っていた精神看護専門看護師は<担当看護師と看護チームの力量を見極め、患者・家族の退院までの継続したケアを支える><治療チームの目標を共有し各チームの役割遂行を見守り、必要に応じて助言・保証する><医療チームへの補完的機能を行う>のケアを行いながら、特に看護師のケアを支えていた。

<担当看護師と看護チームの力量を見極め患者・家族の退院までの継続したケアを支える>はさらに、「担当看護師の患者・家族との信頼関係を把握し、必要に応じてコンサルテーションを行う」「患者の病状やセルフケアの拡大を確認する」「看護チームとの定期的なミーティングを行う」に分類できた。

ある患者は気分変動が激しく、様々な自分の思いを表現するわりには日常生活のスキルが低く、退院のためには訓練が必要だったが、患者への陰性感情のため、看護師のケアがとぎれとぎれになっていた。しかし専門看護師が受け持ち看護師とケアの進行状況を確認することで、患者への陰性感情を表現し、再度計画したケアを遂行することができていた。

<医療チームの目標を共有し各チームの役割遂行を見守り、必要に応じて助言・保証する>のカテゴリーは、さらに「看護スタッフと他職種が情報、負担を共有できる場を作りそれぞれの意見交換を促進する」「それぞれの職種の役割を強化する」に分類できた。

また<医療チームへの補完的機能を行う>は、さらに「チームのまとまりを促進する」「患者・家族のニーズの変化に対し柔軟に対応できる体制を作る」「病棟や他職種が実施できないプログラムを企画、実施する」に分類できた。医療チームのケアの特徴を表3に示す。

IV. 考 察

今回の結果から、長期入院患者予備群の社会復帰と地域生活促進に際し、長期に渡る看護と医療チームによるケアを継続することが特に重要と考えられた。本論文では日本におけるICMの意義と医療チーム、精神看護専門看護師の役割に焦点を当てて考察を行う。

西尾は、ICMの特徴として、集中的なサービスが提供できること、多職種によるチーム医療が展開できること、医療のみではなく、予防や医療、福祉サービスのほとんどをチームが責任をもって提供できる、と述べている⁹⁾。今回も、患者や家族のニーズが定期的に医療チームによって確認され、必要なサービスが提供、調整できる機能がみられ、ニーズの充足のみではなく精神状態やセルフケアの改善も行われていた。今後、医療チームの効果およびどのようなケアがこれらの変化をもたらしたのかについては検討していく必要があるだろう。

Francisらは、精神看護専門看護師がケア・マネージャーである場合、他の職種と比べ患者とのパートナーシップや協力的関係がより強化され、またチームの情報交換や役割が強化されたことを質的研究によって明らかにしている¹⁰⁾。今回も精神看護専門看護師がチームのまとまりを促進し、患者・家族のニーズを確認しながら、それぞれの職種の役割が明確化にされる結果が得られた。精神看護専門看護師の機能にはケア困難な患者への直接ケア、コンサルテーション、調整、教育、研究があり、これらの機能を通してケアの質の向上と改善を図る役割がある。今回の結果だけでは、ICMそのものがチームの形成を促進したのか、精神看護専門看護師がケアマネージャーを行ったからチームが形成されたのかは不明確であるが、精神障害者へのICMを実施する中で、精神看護専門看護師の機能が長期入院予備群の患者に対してはチームケアの効果をさらに高めると考えられた。

表3 医療チームのケアの特徴

医療チームのケアの特徴	サブカテゴリー
信頼関係づくり	「定期的に訪室し、信頼関係を築く」 「患者の希望をきき、身体的苦痛、精神的苦痛を取り除く」
治療チームの長期目標の設定	「服薬管理と病状につきあえるようになる」 「退院先で必要となるセルフケア、人とのつきあいや距離の取り方、金銭管理ができる」 「家族が患者と時間をすごし、患者の病状をうけいれ患者の病状に対処できるようになる」
チームをつなぐケア	「退院のめどを患者・家族・治療チーム間で具体的にたて共有した目標に向かって役割分担を進め、進行度を共有しあう」 「病院でのケアマネジメントを地域につなぐ」
長期ケアを継続させる技術	「長期に至った理由を多方面から分析する」 「1つのケアが止まっても今できることをやり続けながら機会をまつ」 「患者・家族・チームとの関係づくりを絶やさずに続ける」 「他者を利用して担当としての大変さにつきあう」
ケアマネージャーとしての精神看護専門看護師のケア (チームの補完機能と看護師へのサポート)	「担当看護師と看護チームの力量を見極め、患者・家族の退院までの継続したケアを支える」 「治療チームの目標を共有し各チームの役割遂行を見守り、必要に応じて助言・保証する」 「治療チームへの補完的機能を行う」

また稲岡らは入院期間が5年以上の精神障害者の退院を阻害する要因に関する研究の中で、長期入院の予測因子としてセルフケア、病状、社会的機能を上げ¹¹⁾、上野は、長期入院患者の退院阻害因子として家族の受け入れ、看護師のパターンリズムをあげている¹²⁾。本研究でも対象の精神障害者は病識のなさ、危険の予知の低さ、服薬の拒否などが続き、家族の受け入れも悪かったことから、家族と患者両者が現在の状況を受け入れ、ともに生活していくためお互いが妥協と努力をする必要があり、患者、家族双方と双方のサポートに必要な地域資源に働き続けていくために医療者のパターンリズムをのりこえることが重要であった。そのためチームの役割分担だけでなく、それらが遂行されているかどうかを確認し、変化に対し柔軟に対応していくチームの力量と継続する力が必要であった。今回退院できた患者に対しては、これらの関わりが実施できていたといえるだろう。

海外においてケアマネジメントは古い言葉になりつつあるが、患者の状況に応じて医師、ソーシャ

ルワーカー、精神看護専門看護師がケアマネージャーとなることが義務づけられて久しい。今回の結果から、日本においても今後、ケースの特長によって各職種がケアマネージャーの役割をにない、精神障害者の退院と地域生活を促進していく必要があると考えられた。今後、対象者数を増やし精神障害者の地域でのサービス継続の実態や再入院率や地域での生活期間を縦断的に把握しICMの評価を行っていく必要があるだろう。さらに、今後無作為抽出試験や対照群を用いた研究デザインの検討を行い、結果を一般化していくことが必要であろう。

なお、本論文は2004年度日本精神保健看護学会と2004年度病院地域精神医学会で一部分ずつ発表した内容に、未発表のデータを加えて加筆、修正したものである。

引用文献

- 1) 大島巖：障害者の地域ケアにおける課題と展望-精神障害者領域の地域ケア改革の検討から，地域福祉研究，29，16-24，2001
- 2) 高橋清久，大島巖：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，全家連，1999
- 3) 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，9-10，2003
- 4) Drake,R.E.,et al.: Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients with Dual Disorders, Schizophrenia Bulletin. 24: 589-608, 2003
- 5) McGrew,J.H.,et al: Critical ingredients of assertive community treatment, Judgements of the experts, J.Ment Health Adm, 22: 113-125, 1995
- 6) Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Mental Health Services: Assertive Community Treatment, Implementation Resource Kit, 2002
- 7) 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: 122-128, 2000
- 8) 宇佐美しおり：地域で生活する精神分裂病患者の自己決定に基づくセルフケア行動の実態，平成8年度聖路加看護大学大学院博士論文
- 9) 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
- 10) Francis,P.et al.: Relationship of clinical case management to hospitalization and service delivery for serious mentally ill clients, Issues in Mental Health Journal, 16:257-274, 1995.
- 11) 稲岡文昭：精神看護のはたらきかけ，精神看護，56，1996
- 12) 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

参考文献

Norman, K. D., et al.: Handbook of Qualitative Research, Second Edition, Sage Publication, Inc. 2000