

研究報告

再入院を繰り返す精神障害者へのM-CBCMおよびIPSモデルの開発

福川摩耶¹⁾、宇佐美しおり²⁾、中山洋子³⁾

An Evaluation of Modified Community-Based Care Management (M-CBCM)&IPS (Individual Placement and Support) for Psychiatric Patients Readmitted within 3 months of Discharge

Maya Fukugawa¹⁾, Shiori Usami²⁾, Yoko Nakayama³⁾

Abstract :

The purpose of this study was to examine the Modified Community-Based Care Management (M-CBCM) &IPS care model for psychiatric patients who readmitted psychiatric patients within three month of discharge. This study was conducted with the cooperation of a psychiatric hospital in Kyushu at which M-CBCM&IPS were provided to 41 schizophrenic patients from the time of their readmission to six months after discharge.

The patients had been unstable both in their psychiatric symptoms and in self-care management. All were either readmitted within three months of their previous discharge or their hospitalization continued more than three months.

Evaluations were made upon of readmission, discharge, three months and six months after discharge. Evaluations were based on indexes rating psychiatric symptoms, daily living skills, social functioning, family perceptions of the patient being a burden, Quality of Life (QOL) and work-rate.

The patients were divided into two groups: 18 patients (Group A) were provided M-CBCM&IPS and 23 patients (Group B) were provided only M-CBCM. Many of the patients of both groups lived with their families, with parents playing the major role in terms of family support.

Significant difference were not recognized between two groups regarding the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), the Life Skills Profile (LSP), QOL and work-rate. However Significant improvements were recognized regarding BPRS, GAF, and FAS. And work-rate at the times of six month after the discharge were not recognized between two groups.

But patients in A-Group had high work-rate at the A type working house with that of B-Group. But many patients in both groups were working at B-type working house for psychiatric patients, not in the company.

These results were discussed from a viewpoint acknowledging the significance of M-CBCM&IPS, the necessity of finding and utilizing community resources, and the importance of transitional support from A-type working house to A-type working house.

Key words : M-CBCM, Psychiatric Patiens, IPS, Psychiatric Nursing

受付日 2012年11月16日 採択日 2013年1月25日

1) 熊本大学大学院保健学教育部 2) 熊本大学大学院生命科学研究部 3) 福島県立医科大学看護学部

投稿責任者: 福川摩耶 susuami@kumamoto-u.ac.jp

I. はじめに

平成18年4月から実施された障害者自立支援法、平成18年度に改正された障害者雇用促進法、平成18年12月の障害者に関する再チャレンジ支援総合プランでは、障害者の地域生活支援ならびに福祉的就労・一般就労支援への移行支援が施策として実施されているが、精神障害者303万人のうち35万人（11.6%）が施設入所し（身体障害者352万人の中での施設入所者は19万人、5.4%）、さらに精神障害者の就労率は、一般就労率（2.5%）・福祉就労率（0.2%）とも就労ニーズがあるにもかかわらず他の障害者の一般就労率（身体障害者10.5%、知的障害者20.7%）と比較してもその比率は低い¹⁾。

一方、精神障害者のうち入院の内訳は40%が入院3か月未満で退院していく患者、約25%が退院後3か月未満で再入院してくる患者、20%が入院3か月以上の患者、15%が20年以上の長期入院患者であり、このうち退院後3か月未満で再入院してくる患者および入院3か月以上の患者約45%（以後どちらも含み長期入院予備軍と呼ぶ）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²⁾。また国外において、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か月以上入院している精神障害者には集中・包括型ケア・マネジメント（Intensive Case Management、現在はCommunity-Based Care Management、CBCMと呼ばれる）および個別就労支援（Individual Placement and Support、以後IPSと呼ぶ）が集中的に退院後3～6か月間提供され、精神障害者の地域生活の安定化並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⁾。またCBCMおよびIPSを用いて支援を行うことで精神障害者の地域生活を安定化させ、障害者の日常生活および社会的機能を高め、精神障害者の生活への満足度を高めるという研究報告も多い^{4)、5)}。しかし日本において、社会的機能の全体的評定（Global Assessment

of the functioning、以後GAFと呼ぶ、これは0～100点で表わし、点数が高いほど社会的機能が低いことを意味している）40以上60未満で退院後3か月未満の再入院を繰り返す患者および入院3か月以上の患者の数が入院患者の45%を占めるにも関わらず（長期入院予備軍）、彼らへのCBCMおよびIPSに関する研究報告は少ない。また日本において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」があげられているにも関わらず、地域における居場所やネットワーク構築に関する体系的な研究報告は少ない。当研究者らは、再入院を繰り返す精神障害者に対し、海外で用いられている集中・包括型ケア・マネジメントを、スタンフォード大学慢性疾患セルフ・マネジメントプログラム（Chronic Disease Self-Management Program、以後をCDSMPと呼ぶ）を用いて⁶⁾日本の精神医療文化に適合するようCBCMを修正して、修正版集中・包括型ケア・マネジメント（Modified Community Based Care Management、以後M-CBCMと呼ぶ）を作成し、その成果を長期入院予備軍に対して実施し、成果をあげることが明らかとなった⁷⁾。従って今回、このM-CBCMに、さらに精神障害者の福祉的・一般就労を促進できるとされているIPSのエンクレープ方式（一人のジョブコーチが数人の患者を受け持ち就労の場で支援する）を加え、再入院を繰り返す統合失調症患者を対象とした地域生活支援および就労支援モデルを開発することとした。

海外において、長期入院予備軍へのCBCMとIPSの成果に関する研究が多々みられているが、日本において精神障害者の入院患者数の45%を占める長期入院予備軍に対するCBCMおよびIPSに関する研究は皆無である。さらに日本の精神医療の特徴、すなわち精神障害者のための社会資源や障害者同士のネットワークが地域において少ない状況を加味してCBCMを修正し（M-CBCM）、その評価を行った研究は当研究者らの先行研究のみで

ある⁸⁾。またさらにこれにIPSを用いた研究は皆無である。そこで、本研究を行うことで、長期入院予備軍の精神障害者に対し、どのような地域生活支援が日本の精神医療において可能なのかを、システムならびに具体的支援方法の側面から検討でき、地域生活が安定しない精神障害者への生活支援ならびに就労支援方法に関する基礎的資料を提供することができるだろう。今回は特に長期予備軍の中でも退院後3か月未満で再入院をする患者を対象とした。

II. 文献検討

1. 当研究者らによるCBCMの評価に関する研究

宇佐美らは、平成19年4月から平成20年3月までの間、所属機関及び施設の倫理委員会での承認を得た後、研究に同意の得られた33名の統合失調症患者に海外で有効性が示されているCBCMを実施し、その評価を行った。このCBCMは、海外における従来のCBCMに沿いながら⁹⁾、次のようなチームによる支援を行った。すなわち、精神看護専門看護師（非常勤）と外来主任（常勤）を精神科ケア・マネージャーとし、患者の入院中2か月間、退院後3か月間の精神科ケア・マネジメントを提供した。患者の入院時に多職種からなる精神科ケア・マネジメントチームを構築し、2週間に1回、定期的なチームによるケア会議を実施した。患者の入院中は、1週間に1回1時間以上、患者のセルフケアへの支援および2週間に1回以上の家族との面接を設定、実施し、患者のセルフケアへの支援内容については、退院後に必要とされかつ本人も希望しているセルフケア能力の獲得への支援を行った。また家族に対しては、家族の精神的・物理的負担感を軽減するための面接を行い、必要に応じて社会的資源の導入、調整を行った。また患者の退院後については、退院後3か月間、1週間に1回以上の訪問看護、1週間に1回以上地域の生活の場での患者との面接（日常生活の再構築や症状管理への支援）、必要時に危機介

入を行った。また患者の退院後も2週間に1回ケア会議を実施し、また家族については家族の精神的負担、物理的負担感の軽減のため、2週間に1回家族との面接を実施した。

このCBCMの対象者は平均年齢35.00歳（SD±9.03）、発症年齢は23.21歳（SD±9.09）、クロルプロマジン換算（以後CP換算）417.09（SD±364.19）、過去1年間の再入院月数は7.51か月（SD±2.53）で、単身者が多かった。CBCMの介入によって病状、日常生活・社会的機能、患者満足度は入院時と退院時、退院時と退院3か月後で有意に改善がみられ、入院前の再入院の繰り返しに比べ、退院3か月以上地域で生活できるようになった。しかし介入内容には、患者の病状の安定化を中心とした支援が多く、患者のニーズや自己実現、生活の場における社会資源の有効な活用ができていない、患者の地域でのネットワークを作ることが困難、などの課題が残り、患者は退院後も病院のデイケア、作業所を使うに留まり、患者のニーズを支援する精神科ケア・マネジメントにはなっていないことが課題として残された¹⁰⁾。

また宇佐美らは、精神看護専門看護師が存在し研究に同意の得られた九州管内の精神病院において、長期入院予備軍29名に、再入院時から退院3か月後までM-CBCMを実施し、病状、日常生活・社会的機能、家族の負担感、QOLを用いて、再入院時、退院時、退院3か月後に評価を行った。退院後3か月以上地域で生活できた患者17名（C群）と退院3か月未満で再入院もしくは退院できなかった患者12名（D群）に分けられた。両群とも家族との同居者が多く、家族支援において両親が中心的役割を担っていたが、退院3か月後の病状、入院時・退院時・退院3か月後の、日常生活機能、入院時・退院時QOLに有意な改善がみられ、日常生活機能は改善し、QOLも高くなっていた。特に退院3か月後の病状、日常生活機能の改善には両群間で有意な差がみられていた。また家族の負担感C群では特に退院時、退院3か月後に有意に改善していた。また介入内容としては、

C群では患者・家族双方への支援が行われ、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。これらの結果を、M-CBCMの意義、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、家族支援の強化の必要性、本研究の限界と今後への示唆の視点から考察を行っていた¹¹⁾。

2. 日本における精神障害者のIPSモデルに関する研究

海外において、精神障害者に対し、精神科ケースマネジメントである Assertive Community Treatment (ACT) やCBCMならびにIPSモデルに関する研究は、アメリカ合衆国を中心に進められており、CBCMやACTにより精神障害者のセルフケアや病状を改善し、精神障害者のニーズを満たして地域での活動を定着させ、生活の質を高めることができたと報告されるようになってきている。またACTなどの精神保健福祉の援助チームに加わって就労指導を専門的とするIPSに関する研究は、ニューハンプシャー州における自然発生的な実験として始まった。ある精神保健センターにおいて、重い精神障害をもつ人へのデイケアプログラムを閉鎖し、その代わりに、後にIPSとして知られる援助付き雇用プログラムを開始した。その結果、プログラム参加者の中で、一般雇用への算入率が33%から56%と著しく改善した。これにより各州へと広がり、その職業的成果について研究が進められ、IPSモデルに関しても、デイケアや福祉的作業所のプログラムからIPSプログラムへの転換に関するいくつかの研究で、重い精神障害をもつ人たちが一般雇用に移行できる潜在的な可能性は、予想よりもずっと高いことが示された¹²⁾。評価は多々あるが、IPS研究の地域生活へ

の支援システムの効果が明らかになっている。

しかしながら日本においては、IPSの成果については明らかではない。

III. 研究目的

本研究は長期入院予備軍の中でも、急性期治療病棟を退院し、退院後3か月未満で再入院を繰り返す統合失調症患者を対象に、M-CBCとIPSを提供し、精神障害者の地域生活の安定化と就労支援のためのモデル開発を行うことを目的とする。

IV. 研究方法

1. 対象者

調査に同意の得られた九州圏内の精神科病院の急性期治療病棟において、退院後3か月未満で再入院した統合失調症患者41名を対象とした。

2. 研究期間

平成22年1月熊本大学大学院生命科学研究部等疫学・一般研究倫理委員会、調査対象施設の倫理委員会で承認を得た後から平成23年3月までの期間、研究を実施した。

3. 研究方法および分析方法

入院後7-8名ずつグループを作り、平成21年度に開発したM-CBCMを実施した¹³⁾。M-CBCMは、精神看護専門看護師が精神科ケア・マネージャーとなり、入院中2か月間退院後の生活にむけた定期的な本人および家族への支援とケース会議を2週間に1回以上行い、また入院中と退院後3か月間は、1週間に1回以上、次の活動のそれぞれ、すなわち「精神科ケア・マネジメントチームによる訪問」「訪問看護ステーションによる訪問看護」「集団精神療法」「定期的なセルフケアプログラムの提供」を実施した。

さらに退院3か月後に、IPS実施群（介入群18名、A群）、M-CBCM追跡調査群（対照群23名、

B群) とに、対象者の希望に応じて入ってもらい、A群 (IPS群) には就労支援を3か月間 (退院3か月後から退院6か月後) 行った。IPSでは、就労場所に合った定期的な職業訓練、日々の振り返りと焦点化した技能の修得を精神科ケア・マネジメントチームの中の精神保健福祉士、作業療法士、デイケア看護師、精神看護専門看護師らが行った。就労支援スペシャリストはメンバーの中にはまだ存在しなかった。支援の頻度はケースにより異なっていた。

そして、評価を入院時、退院時 (M-CBCM導入時)、退院3か月後 (IPS導入時)、退院6か月後 (どちらも終了) に、簡易精神症状評価尺度 (Brief Psychiatric Rating Scale、BPRS)、社会的機能評価 (Global assessment of the Functioning、GAF)、日常生活機能評価 (Life Skills Profile、LSP)、生活の質評価 (Quality of Life、QOL)、家族の態度 (Family Attitude Scale、FAS)、就労率で行い、2群間の比較にはMann-WhitneyのU検定、介入前後の比較についてはFriedman検定を用いた。統計学パッケージSPSS、Ver.21.0を用いて量的分析を行った。また介入内容については、医療記録を質的に分析した。研究の過程を図1に示す。

4. 用いた質問紙

病状評価についてはBPRS (1988)、日常生活機能についてはLSPを用い、社会的機能についてはGAFを用いた。また、生活の質評価については、WHO-QOL日本語版を用い、家族の態度評

価については、FAS日本語版を用いた。

1) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS、1988)

BPRSは簡易精神症状評価尺度と呼ばれ、1960年代に開発され、1988年にはオックスフォード大学版BPRSとして改定されているが、心氣的訴え、不安、感情的引きこもり、思考解体、罪業感、緊張、衝動的な行動や姿勢、誇大性、抑うつ気分、敵意、疑惑、幻覚、運動減退、非協調性、思考内容の異常、情動鈍麻等の18項目からなり7段階評価を医療者が行う質問紙である。この質問紙は信頼性係数が高く、因子分析による構成概念妥当性も妥当であることが報告されている¹⁰⁾。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。

2) Life Skills Profile (LSP)

LSPは日常生活機能を評価し、Rosen. A、Hadzi- Pavlovic. D. and Parker. Gらによって開発され、セルフケア、行動障害の少なさ、社会的接触、コミュニケーションと責任感の5つの範囲に分けられ、39項目から構成されている質問紙である。この5つのカテゴリーからなる質問紙の内的一貫性は高いことが報告され ($\alpha=0.77-0.88$)、LSPは地域で生活を送る統合失調症患者の人々の機能と障害を評価するための質問紙として発達してきている¹⁵⁾。

3) The Global Assessment of Functioning (GAF)

GAFはDSM-IV-TR (Diagnostic and Statis-

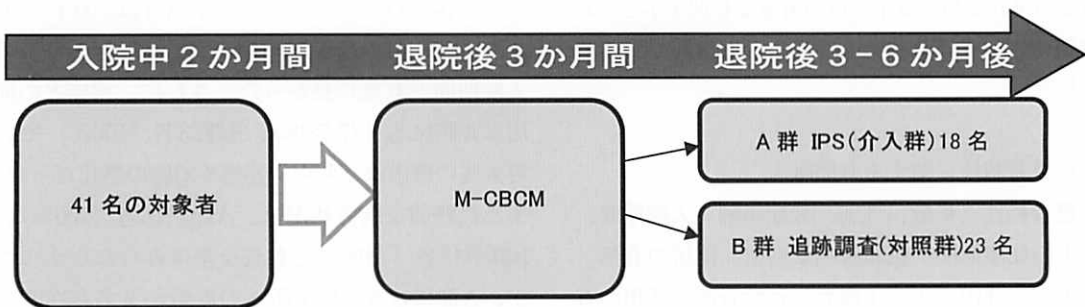


図1 研究方法

tical 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、一定期間連続して心理的に病んでいる状態から健康になるまでの全体的な心理社会的機能を表している。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おり、GAFの再テスト法による信頼性は $\gamma=0.62-0.82$ の範囲であることが報告されている¹⁶⁾。

4) WHO-QOL日本語版

WHOによって作成され、患者の視点で生活を評価した質問紙であり、身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境、全体的満足度の領域において、計26項目から構成され、それぞれの領域の内部一貫性は $\alpha=0.66-0.80$ 、再テスト法では $\gamma=0.56-0.84$ の中等度の相関がみられ信頼性は高い結果が得られている。また妥当性については、基準関連妥当性、構成概念妥当性についても概念の妥当性が十分に検討されているが、精神疾患患者への適用はまだ始まったばかりである¹⁷⁾。

5) Family Attitude Scale (FAS) 日本語版

統合失調症患者の家族の態度を測定する自記式質問紙でありKavanaghらによって1997年に開発され、家族の感情放出、批判的態度と行動を評価する30項目からなり、4段階評価を行う質問紙である。日本語版における再テスト信頼性は $\gamma=0.88$ 、The Camberwell Family Interview (CFI)、The General Health Questionnaire (GHQ) 尺度との併存妥当性は中等度の有意な相関を示しており信頼性、妥当性が確認できたことを報告している¹⁸⁾。

6) 患者特性に関する質問紙

患者特性(年齢、性別、発症年齢、入院期間、過去の仕事期間、抗精神病薬の量、同居の有無。再入院の理由、主な支援者、社会資源の活用の有無)について、医療記録から抜粋した。

7) 介入内容の記載

医療者の対象者への介入内容について、医療記録をもとに医療者の査定、実施した内容、医療者の言動と患者・家族の発言と言動を記載してもらった。また精神科ケア・マネジメントチームによるケア会議の記録も随時残していった。

5. 研究の倫理的配慮

平成22年1月、熊本大学大学院生命科学研究部等疫学・一般研究倫理委員会、調査対象施設の倫理委員会で承認を得た後、対象者に研究の目的、方法、意義、利益・不利益、プライバシーの保護について説明を行い、同意を得た後に実施した。また研究終了後、専門学会および専門雑誌へ発表を行うがその際にも個人や施設が特定されないことを伝え同意を得た。

V. 結果

1. 対象者の特徴

対象者の年齢は全体で37.46歳(SD±14.99)、A群(介入群)は33.82歳(SD±7.24)、B群(対照群)は41.09歳(SD±15.51)で、B群の年齢が有意に高かった。発症年齢は全体が21.12歳(SD±8.13)で、A群19.23歳(SD±4.27)、B群23.00歳(SD±11.98)でB群が高かったが有意な差ではなかった。さらに、CP換算は、全体で662.56(SD±326.40)、A群は675.00(SD±302.22)、B群650.11(SD±350.58)でA群の方が多かったが有意な差はみられなかった。また過去の入院期間は、全体で4.60年(SD±4.49)、A群は2.08年(SD±2.40)、B群7.12年(SD±6.59)でB群の過去の入院期間が有意に長かった。さらに、家族との同居はA群14名(77.78%)、B群23名(100%)で、再入院の理由はどちらも妄想や幻聴の悪化だった。また最終的な就労状況は、A群が18名(100%)、B群が18名(78%)と有意な差はみられなかったが、A群にはA型作業所への就労が3名存在していた。表1に対象者の特徴を示す。

表1 対象者の特徴

	全体 ()はSD N=41	A群 ()はSD N=18	B群 ()はSD N=23	P値
年齢 (歳)	37.46 (8.13)	33.82 (7.24)	41.09 (15.51)	0.02*
CP換算	21.12 (8.13)	675.0 (302.22)	650.11 (350.58)	NS
過去の入院期間 (年)	4.60 (4.49)	2.08 (2.40)	7.12 (6.59)	0.03*
家族との同居 (名)	37 (90.25%)	14 (77.78%)	23 (100%)	NS
再入院の理由	妄想や幻聴の悪化	妄想や幻聴の悪化	妄想や幻聴の悪化	NS
就労支援	A型3名 (7.31%) B型33名 (80.48%)	A型3名 (20%) B型15名 (80%)	A型0名 B型18名 (78%)	NS
再入院者	8名 (19.50%)	4名 (22.0%)	4名 (17.39%)	NS

* $p<0.05$

2. 入院時、退院時、退院3か月後、退院6か月後のBPRS、GAF、LSP、QOL、FASの変化

病状については、BPRS得点が、A群は入院時62.10 (SD±15.50)、B群は65.50 (SD±12.34)、退院時はA群36.47 (SD±9.21)、B群40.12 (SD±12.05)、退院3か月後は、A群は39.00 (SD±12.31)、B群は38.41 (SD±9.55) で、退院6か月後は、A群41.12 (SD±12.30)、B群39.41 (SD±11.07) で退院後病状得点は軽減していたが、2群間に有意な差はみられなかった。またGAFについては、入院時、A群38.46 (SD±10.25)、B群35.40 (SD±11.44)、退院時は、A群50.65 (SD±12.31)、B群49.60 (SD±10.25)、退院3か月後は、A群53.45 (SD±12.99)、B群52.55 (SD±10.26)、退院6か月後は、A群54.56 (SD±10.22)、B群53.67 (SD±9.26) で両群とも社会的機能は改善していたが、両群間に有意な差はみられなかった。

LSPについては、入院時がA群107.56 (SD±15.56)、B群103.22 (SD±15.42)、退院時は、A群116.55 (SD±10.56)、B群111.44 (SD±11.89)、退院3か月後は、A群119.45 (SD±12.29)、B群116.95 (SD±13.42)、退院6か月後はA群116.40 (SD±12.22)、B群114.25 (SD±12.40) と両群間とも退院後改善がみられ、有意な差はみられなかった。

QOLについては、入院時A群は3.03 (SD±0.55)、B群3.01 (SD±0.67)、退院時は、A群3.08 (SD±0.33)、B群3.06 (SD±0.55)、退院3か月後は、A群3.05 (SD±0.25)、B群3.02 (SD±0.43)、退

院6か月後は、A群4.77 (SD±0.26)、B群3.08 (SD±0.27) と両群間に有意な差はみられなかった。

FASについては、入院時はA群54.44 (SD±9.91)、B群53.88 (SD±8.21)、退院時はA群40.55 (SD±11.67)、B群42.55 (SD±12.28)、退院3か月後はA群41.55 (SD±8.96)、B群は43.89 (SD±13.01)、退院6か月後は、A群39.44 (SD±6.81)、B群は44.68 (SD±10.80) と患者への否定的な態度は減っていたが、両群間に有意な差はみられなかった。

さらに対応のある場合の母平均値の差の検定において、A群においては、BPRS、GAF、FASについては入院時と退院時、入院時と退院3か月後・6か月後で有意な変化がみられていたが、QOLについては介入前後での変化はみられなかった。またB群では、QOLで入院時と退院時に有意な変化がみられていたが、FASでは有意な変化はみられないもののFASは悪くなっていた。また再入院はA群については4名 (22%)、B群は4名 (17.39%) で、再入院者は退院後3か月を過ぎた後に再入院していた。以下に入院時、退院時、退院3か月後、退院6か月後のBPRS、GAF、LSP、QOL、FASの変化の結果を表2から表6に示す。

3. 両群間の支援の特徴

さらに支援の特徴を質的内容の分析を行うと、両群とも支援の特徴としては、<患者の健康的側面と成長発達を支援する人的資源の獲得><患者の精神状態・病状・セルフケア・人格の特徴を理

表2 両群間の病状得点 (BPRS)

	全体 () はSD N=41	A群 () はSD N=18	B群 () はSD N=23	P値
入院時	63.80 (13.92)	62.10 (15.50)	65.50 (12.34)	NS
退院時	38.29 (10.63)	36.47 (9.21)	40.12 (12.05)	NS
退院3か月後	38.71 (10.93)	39.00 (12.31)	38.41 (9.55)	NS
退院6か月後	40.27 (11.69)	41.12 (12.30)	39.41 (11.07)	NS

表3 両群間の社会的機能GAF得点の比較

	全体 () はSD N=41	A群 () はSD N=18	B群 () はSD N=23	P値
入院時	36.93 (10.85)	38.46 (10.25)	35.40 (11.44)	NS
退院時	50.13 (11.28)	50.65 (12.31)	49.60 (10.25)	NS
退院3か月後	53.00 (11.63)	53.45 (12.99)	52.55 (10.26)	NS
退院6か月後	54.12 (9.74)	54.56 (10.22)	53.67 (9.26)	NS

表4 両群間の日常生活機能LSPの比較

	全体 () はSD N=41	A群 () はSD N=18	B群 () はSD N=23	P値
入院時	105.39 (15.49)	107.56 (15.56)	103.22 (15.42)	NS
退院時	113.99 (11.23)	116.55 (10.56)	111.44 (11.89)	NS
退院3か月後	118.20 (12.86)	119.45 (12.29)	116.95 (13.42)	NS
退院6か月後	115.33 (12.31)	116.40 (12.22)	114.25 (12.40)	NS

表5 両群間のQOLの比較

	全体 () はSD N=41	A群 () はSD N=18	B群 () はSD N=23	P値
入院時	3.02 (0.61)	3.03 (0.55)	3.01 (0.67)	NS
退院時	3.07 (0.44)	3.08 (0.33)	3.06 (0.55)	NS
退院3か月後	3.04 (0.27)	3.05 (0.25)	3.02 (0.43)	NS
退院6か月後	3.93 (0.27)	4.77 (0.26)	3.08 (0.27)	0.02*

*p<0.05

表6 両群間の家族の態度FASの比較

	全体 () はSD N=41	A群 () はSD N=18	B群 () はSD N=23	P値
入院時	54.16 (9.06)	54.44 (9.91)	53.88 (8.21)	NS
退院時	41.55 (11.98)	40.55 (11.67)	42.55 (12.28)	NS
退院3か月後	42.69 (10.98)	41.55 (8.96)	43.89 (13.01)	NS
退院6か月後	42.06 (8.81)	39.44 (6.81)	44.68 (10.80)	NS

解する><治療チームによる進捗状況の確認>
<今後の生活に必要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支援と家族のストレス・マネジメントへの支援>が抽出された。さらにA群では<就労における弱点と長所の発見・就労の場との調整><必要とされる就労技法の獲得支援><就労支援における専門家の助言の活用>

に分類できた。一方B群では<時間がたつにつれ支援が一貫しない><治療チーム全体の就労支援へのあきらめとまとまりの悪さ、就労支援の断片化><病状の安定化以外の治療目標が見えにくい>が支援の特徴として抽出された。これらの結果を表7に示す。

表7 両群間の支援の特徴

A群	B群
患者の健康的側面と成長発達を支援する人的資源の獲得	患者の健康的側面と成長発達を支援する人的資源の獲得
患者の精神状態・病状・セルフケア・人格の特徴を理解する	患者の精神状態・病状・セルフケア・人格の特徴を理解する
治療チームによる進捗状況の確認	治療チームによる進捗状況の確認
今後の生活に必要なとされるセルフケアへの支援	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支援と家族のストレス・マネジメントへの支援	家族の患者への対処行動の獲得支援と家族のストレス・マネジメントへの支援
就労における弱点と長所の発見・就労の場との調整	時間がたつにつれ支援が一貫しない
必要とされる就労技法の獲得支援	治療チーム全体の就労支援へのあきらめとまとまりの悪さ、就労支援の断片化
就労支援における専門家の助言の活用	病状の安定化以外の治療目標がみえにくい

VI. 考察

両群とも前回退院後、3か月未満で再入院してきた患者で、両群とも再入院率は22%-17.39%と先行研究と比較すると少ない再入院率と考えられた。従って今回のモデルで、患者の地域生活期間は延長できたと考えられた。また日常生活機能、社会的機能も改善していたが、IPSの提供が患者の就労をさらに促進したとは言い難かった。今後就労支援の支援方法に関する検討、就労支援のシステム化、就労支援スペシャリストの雇用等をはかっていくことが必要であると考えられた。

1. M-CBCM&IPSの意義

今回、先行研究で開発してきたM-CBCMに加え、個別就労支援モデルとしてのIPSモデルを導入群とし、M-CBCMの対照群との比較を行った。今回対象となった患者は退院後3か月未満で再入院してきたケア困難な患者であったが、M-CBCMを実施することで再入院は防げることが明らかとなった。さらに、M-CBCMにIPSを加えることで、患者の就労が可能となることも明らかとなった。また両群とも福祉的就労率はよく、M-CBCMで生活を支えることで、就労希望が満たされやすいことも明らかとなった。またM-CBCMにIPSモデルを加えることで、一般就労は困難であったが、一般就労に近い雇用契約に基づく就労すなわちA型就労継続支援事業所で仕事をすることがで

き、社会の中での雇用形態に近づくことが可能となっていた。

Price¹⁹⁾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あるいは修士号をもつ精神保健の専門家を精神科ケア・マネージャーとした集中・包括型ケア・マネジメントは、人格上の問題や発達上の問題をもつ統合失調症患者の退院後の生活期間を延長させ、再入院を抑制し、患者のリハビリを促進すると報告しており、今回も同様の結果が得られていた。すなわち、M-CBCMは患者の地域での生活を安定化させるだけでなく、患者の自己実現を可能にする支援と考えられた。

さらにIPSモデルをM-CBCMに加えることでさらに精神障害者の就労支援を促進することができると考えられたが、一般就労への移行はみられず、海外の結果と比較すると異なった結果であった。今後福祉的就労のみではなく、一般就労支援に関するプロトコルやスタッフの訓練が必要であると考えられた。

2. 本研究の限界と今後への示唆

今回、介入群と対照群は対象者の希望に応じて分類したため、本人の意向や意欲が結果に影響を与えており、就労支援についてはIPSモデルの影響とは考えることが困難な側面が存在している。従って今後無作為化を行って2群間の比較を行い、対象者数を増やして結果の内的・外的妥当性を高

めることが必要であると考えられた。

しかしながらM-CBCMが退院後3か月未満で再入院してきた患者の地域生活を延長させ、日常生活や社会的機能を改善することは明らかとなり、患者の就労支援を行っていくためにも地域生活の安定化を図ることが重要であることは再確認できた。

今後M-CBCMを提供しながら精神障害者の自己実現をさらに、どのように支援できるのか、を検討していく必要があると考えられた。

(謝辞) 本研究にご協力いただき、今の状況をお知らせいただきました患者様、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の医師、看護師、精神保健福祉士、他スタッフの皆様にも心より感謝いたします。

本研究は、平成20-22年度文科省科学研究費基盤研究©により行われた研究の一部です。

引用・参考文献

- 1) 障害者白書平成18年版。
- 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)：P5-11，2003。
- 3) デボラ・ベッカーet al.、大島巖他監訳：精神障害をもつ人たちのワーキング・ライフ，P35-51，金剛出版，東京，2004。
- 4) 大島巖他：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：その経験から学ぶこと，病院・地域精神医学，45(4)：P18-35，2003。
- 5) 前掲著書3)
- 6) ケイト・ローリング他著：病気とともに生きる，慢性疾患のセルフマネジメント，近藤房恵訳，日本看護協会出版会，2008。
- 7) 宇佐美しおり他：長期入院となりやすい精神障害者への修正版集中・包括型ケア・マネジメント(M-CBCM)の評価に関する研究，看護研究，44(3)：P318-331，2011。
- 8) 前掲論文7)
- 9) Cohen, R. : Role of the APRN in ACT and CBCM : The guideline of the state of Hawaii, The lecture by Cohen, R. 2008.
- 10) 宇佐美しおり他：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

中包括型ケア・マネジメントモデルの開発，インターナショナル・ナーシング・レビュー，32(1)：P88-95，2009。

- 11) 前掲論文7)
- 12) 前掲著書3)
- 13) 前掲論文7)
- 14) 北村俊則(1995)：精神症状測定の理論と実際，p69，第2版，海鳴社。
- 15) Rosen, A.et al. : The Life Skills Profile:a measure assessing function and disability in schizophrenia, Schizophrenia Bulletin, 15 : p325-337, 1989.
- 16) Sederer, L.L., Dickey,B.、伊藤弘人訳：精神科医療アセスメントツール，p51，医学書院，東京，2000。
- 17) 田崎美弥子：WHOのQOL，診断と治療，83(12)：P2183-2198，1995。
- 18) Fjita, H. al: Family attitude scale: measurement of criticism in the relatives of patients with schizophrenia in Japan, Psychiatry Research, 110 : p273-280, 2002.
- 19) Price, M.L. : 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, 2007.