

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 6 月 2 日現在

機関番号：17401

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2014～2016

課題番号：26463493

研究課題名(和文)長期入院予備軍の精神障害者に対する在宅移行ケアモデル(TCM)の開発

研究課題名(英文)The development of TCM for patients with mental disorders

研究代表者

宇佐美 しおり (USAMI, SHIORI)

熊本大学・大学院生命科学研究部(保)・教授

研究者番号：50295755

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,800,000円

研究成果の概要(和文)：本研究は、日本において高度実践看護師である精神看護専門看護師(CNS)が中心となり、看護師と連携して実施するTCMのプロトコルを作成・実施・評価を行い、精神看護専門看護師・看護師連携によるTCMモデルの開発を行うことを目的とした。TCMのプロトコルをグループインタビュー、質問紙で作成し、信頼性妥当性の検討を行った。そしてプロトコルを確定した。プロトコル確定後、TCM実施群と対照群の2群間に介入を行い、2群間、疾患ごとの比較を行った。TCM実施群の地域生活の期間、再入院率は少なく、日常生活機能、社会的機能、QOLは改善しており精神看護専門看護師を中心としたTCMは効果があると考えられた。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study was to develop the Transitional Care Model(TCM) for patients with mental disorders.TCM was developed through focus group interview for each professionals mail questionnaire survey to 171 professionals.TCM was validated by professional of TCM in US.After determination of TCM protocol,TCM and standard care were compared.TCM protocol included discharge plan in the community,care coordination by CNS in psychiatric nursing and self-care support for patients and families.TCM was so successful and it improved self-care ability,social function,QOL,the rate of admission and the length of stay in the community among patients with Schizophrenia and mood disorder.It was considered TCM by CNS in psychiatric nursing was effective for patients to encourage patients to stay in the community.

研究分野：精神看護学

キーワード：精神看護CNS 在宅移行ケア Transitional Care Model

1. 研究開始当初の背景

現在精神疾患患者数は、平成 23 年の患者調査によると 320.1 万人であり、気分障害患者が最も多く(95.8 万人)、ついで統合失調症(71.3 万人)、不安障害(57.1 万人)の順となっている。またこれらの患者の入院による受療率は 21.1%と他の身体疾患に比べると最も高い。また入院では統合失調症患者が最も多く次いで気分障害患者となっている(厚労省、平成 23 年患者調査)。また気分障害患者は平成 8 年からの 12 年間で 3.5 倍となって急増し壮年期、老年期のうつ病が増えている。さらに日本の自殺率は世界の先進国では最も高く、国際比較では第 9 位の自殺率であり、自殺理由の第一位は気分障害となっており気分障害患者に対する医療とケアは重要な社会的問題となっている(厚労省, 2011)。さらに日本の精神疾患患者の平均在院数は減ってきているものの 296.1 日と世界では最も長い。また入院患者の内訳は、1 年未満の入院が 19.9%、1 年から 5 年未満が 37.5%、5 年以上 10 年未満が 14.2%、10 年以上 20 年未満が 14.2%、20 年以上の入院が 10.7%(平成 22 年)と 1 年以上 5 年未満の入院が最も多く、統合失調症、気分障害患者がこの時期の入院を占めており、この時期の入院患者数を減少させることも重要な課題となっている。さらに退院していく患者は入院 6 か月までに退院し、退院後 3 か月未満で再入院をする患者および入院 6 か月以上の患者は長期入院予備軍で在宅移行が困難になっていくことが明らかとなっている(宇佐美, 2011)。日本においては、病院の機能分化、在宅医療が推進され、精神科においてもスーパー救急・急性期治療病棟が増え、地域においては多職種連携や訪問看護の充実、住居や社会復帰施設・包括支援センター・就労移行支援事業所の整備が進み、相談事業や緊急時の対応も充実し

てきているとはいえ、精神障害者の在宅への移行が進んでいるとはいえない。当研究者は、これまで全体的機能評定(The Global Assessment of the Functioning, GAF) 40 以下の精神障害者に対して、精神科ケース・マネジメントの ACT(Assertive Community Treatment)を、また再入院を繰り返す長期入院予備軍の精神障害者に対して、M-CBCM(Modified Community Based Case Management, 修正版集中包括型ケース・マネジメント)を、高度看護実践家である精神看護専門看護師を中心としてチームを構築し入院時から退院後 6 か月まで実施・評価を行ってきた。その結果、GAF40 以下の患者への ACT と長期入院予備軍の患者への M-CBCM は、患者の病状・日常生活・社会的機能を改善し地域での生活期間を延長させることが明らかとなった。しかし精神科ケース・マネジメントシステムがない日本においては、研究期間が終わるとチームの維持が困難となり、患者の再入院が増え、入院が継続されることも明らかとなった。この問題は当研究者らの研究に限らず精神科ケース・マネジメントシステムがない日本においては大きな課題として残っている。

近年国外では、精神科ケース・マネジメントと同等に効果がある支援モデルとして Transitional Care Model(在宅移行ケアモデル, 以後 TCM と呼ぶ)が、注目されるようになった。TCM とは、高度看護実践家(Advanced Practice of Nurse, APN)が、複雑なケア問題を有する患者や長期入院患者に対し、包括的アセスメントを行い、退院後の生活を見据え、入院中から退院後の社会資源を調整する以外に、患者・家族が自分たちの健康問題を認識して管理するセルフケア能力を強化し、入院中から外来での半年間継続支援することをいう(Martin, ML. 2007, Reynold, W, 2004)。日

本においても在院日数の短縮化と在宅移行を目的とした退院調整は活発に行われるようになってきたが、複雑なケア問題を有する患者・家族や長期入院・長期入院予備軍の患者の在宅移行のためのケアについては明らかではない。さらに TCM の中でも高度看護実践家と看護師の連携による TCM は、在院日数の短縮以外に、患者・家族の病気に対するセルフケア、日常生活・社会的機能の改善、地域での生活期間の延長、再入院率の低下に寄与することが明らかとなってきた (Bradway, C, 2011)。日本においても高度看護実践家としての専門看護師 (Certified Nurse Specialist, CNS) による外来療養管理指導は、患者の再入院率を低下させ、患者・家族のセルフケア・日常生活・社会的機能を改善するという報告が見受けられるようになってきているが、体系的な TCM 実施方法とその評価については明らかではない (宇佐美, 2013)。

2. 研究の目的：本研究は、日本において高度看護実践家*として活躍している精神看護専門看護師が中心となり、看護師と連携して実施する TCM のプロトコルを作成・実施・評価を行い、精神看護専門看護師・看護師連携による TCM モデルの開発を行うことを目的とした。

3. 研究の方法

1)平成 26 年 4 月から平成 27 年 3 月までの間、

(1)TCM に関する国内外の文献検討を行なった。次に 2)精神障害者の在宅移行支援に関連し、研究に同意の得られた精神科医 20 名、精神看護専門看護師 20 名、病棟・外来・訪問看護師 20 名、精神保健福祉士 20 名、合計 80 名に対し、職種毎に 10 名のグループで、研究代表者・研究分担者がフォーカス・グループ・インタビューを行い、

テープ録音し、逐語におこし質的内容分析を行なった。インタビューでは、長期入院予備軍の統合失調症・気分障害患者の在宅移行の成功例、失敗例、在宅移行支援の現状と課題について語ってもらった。語ってもらった内容をもとに TCM の質問紙を作成し、看護師、看護管理者、医師ら 171 名を対象に在宅移行状況を把握し、TCM プロトコルを統合失調症患者、気分障害患者別に作成した。(3)さらに上記の研究対象者 80 名に、作成した TCM プロトコルを送り、質問紙を用いて妥当性の検討を行った。結果を元に TCM プロトコルの修正を行ない疾患別 TCM プロトコルを確定した。

<平成 27-28 年度>

1)平成 27 年 4 月から 6 月までの間

TCM プロトコルを用いて TCM 実施するためのスタッフ訓練を、研究代表者が看護管理者、精神看護専門看護師、病棟・外来・訪問看護師 15 名を対象に 10 時間のセミナーを開催して行なった。

2)平成 27 年 7 月から平成 28 年 11 月までの間、

研究に同意が得られ、九州管内で精神看護専門看護師の存在する 2 つの精神科病院急性期治療病棟において、18-70 歳の長期入院予備軍の統合失調症患者 80 名 (TCM 実施群 39 名、対照群 41 名)、気分障害患者 65 名 (TCM 実施群 32 名、対照群 33 名)を対象とし、A 病院では統合失調症患者に、B 病院では気分障害患者を対象に疾患別 TCM プロトコルを実施した。

2)TCM 実施の実施者：看護系大学院を修了し所定の経験を経て日本看護協会が認定する精神看護専門看護師 (CNS) が中心となり、看護師と連携し TCM プロトコルにそって TCM 実施を実施した。

3)TCM 実施群と対照群

(1)TCM 実施群；A,B 病院の精神看護専門看護師が次のことを行った。

患者の入院時から身体・心理・社会的側面を含む包括的アセスメントを行う。

患者・家族と入院中から積極的に治療的信頼関係を結び必要とされる治療とセルフケアへの支援を組み立てる。

組み立てた治療とケア、患者のニーズをもとにケア会議を開催し、各職種の役割分担を行なう。

退院後に必要な症状管理・セルフケアへの支援を、入院中から精神看護専門看護師と病棟・外来・訪問看護師との連携で、支援の頻度、支援内容を決めて実施する。

入院中から外来での半年間、2週間に1回、家族への精神的支援を行なう。

外来で1週間に1回以上患者と会い、患者の安全感を保障し、日々の症状管理・セルフケア能力について確認し、セルフケアの維持を支援する。

(2)対照群：スタッフによる通常の急性期クリティカル・パスでのケアを提供した。

4)非無作為化比較試験のデザインで行い、TCM 実施群、対照群については本人の希望で群分けした。

5)評価は、TCM 実施群と対照群の2群間の比較とTCM 実施前後の比較で行った。

入院時、退院時、退院3か月後・6か月後に病状、セルフケア、社会的機能、QOL、家族の対処行動、退院後3ヶ月・6ヶ月後の再入院の有無、社会資源の活用内容と頻度で評価を行なった。病状評価に、ハミルトンうつ病評価尺度(Hamilton's Rating Scale for Depression, HAM-D)、セルフケア能力評価には、セルフケア能力評価表、社会的機能の評価に全体的機能評価尺度GAF(The Global Assessment of the Functioning, GAF)、QOL評価に、健康関連QOL尺度SF-8(The MOS 8-item Short-Form Health Survey, SF-8)を、家族の対処行動の評価には Family Attitude

Scale(FAS)を用いた。

3)平成28年11月から平成29年3月までの間、得られた結果を、SPSS, VERSION.22.0を用い、分散分析、重回帰分析、相関係数で分析した。そして精神看護専門看護師・看護師連携によるTCMプロトコルの評価・考察を行い、精神障害者の在宅移行を支えるTCMモデルの提唱を行なった。

4. 研究成果

1)精神看護における看護師、看護管理者、医師のTCの特徴

九州管内の調査に協力の得られた精神科に勤務する医療者171名にTCの実態を調査した。対象者の平均年齢、43歳、平均経験年数は11年で、女性が多かった。気分障害患者より統合失調症患者に対し、よりTCが実施されており、TCを行いながら患者の残存機能に最も焦点をあてていた。病棟間、職位によるTCの違いは見られなかった。

2)TCM実施群と対照群の比較

(1)対象者の特徴

TCM実施群、対照群145名の平均年齢は44.0歳(±7.7)、病気になった年齢は37.2歳(±5.8)で、過去の平均入院回数は3.9回(±4.7回)であった。(2)TCM実施群と対照群の比較

統合失調症、気分障害患者とも、2群間では、TCM実施群が対照群よりセルフケア、社会的機能、QOLが有意に高かった。また病状では、それぞれの両群間では特に差はみられなかった。また、再入院した患者数は15名(11.1%)で、すべて対照群で、気分障害患者たちであった。対照群の統合失調症患者の退院後早期の再入院はなかった。

(3)TCM実施前後の比較

入院時、退院時、退院3ヶ月後と、HAM-D17($\chi^2=47.3, p<0.01$)、HAM-D21($\chi^2=47.3, p<0.01$)、GAF($\chi^2=45.1, p<0.01$)、WHO-QOL($\chi^2=44.4, p<0.01$)、セルフケアの合計($\chi^2=42.1, p<0.01$)において介入前後で有意な改善がみられていた。

(4)TCM 実施群の実施内容の特徴

TCM プロトコールにそって実施された介入の特徴は、患者に対しては主に、＜患者自身が自分の問題、生活を送る上での行動化、衝動のコントロールの悪さ、周囲との関係において回避的になる傾向の認識を促しセルフケアを促進する＞＜患者自身が安心感を獲得できるよう生活環境を作る＞＜患者の退院後の生活に必要なセルフケアを獲得する＞＜患者の欲求を満たす方法を検討し、地域生活で欲求を満たせるよう支援する＞＜患者のセルフケア能力にかわる資源を導入する＞が、家族には＜家族の患者への対応方法の理解の促進＞＜ねざらいと肯定的フィードバックを含めた精神的支援を行う＞、治療チームに対しては＜治療目標の共有と力動的視点による介入＞＜治療目標を中心とした各職種の仕事の明確化＞＜進捗状況のモニタリング＞が抽出された。

考察

TCM を行うことで疾患にかかわらず患者のセルフケア、社会的機能、QOL が改善され、退院後の地域生活が延長し、再入院が予防できることが明らかとなった。さらに、今回の支援をおこなえば、統合失調症、うつ病、うつ病で人格障害もしくは発達障害を有する患者の退院後早期の再入院も予防できることが明らかとなった。すなわち、精神看護 CNS を中心とした TCM は患者のセルフケア、日常生活機能、再入院、地域での生活をより充実させることが可能であると考えられた。今後精神看護 CNS が関わらない場合の退院支援との比較を行う必要があると考えられた。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計2件)

宇佐美しおり, 野末聖香他(2014): 再入院予防を目的とした精神障害者への看護ケアの実態, 日本精神保健看護学会誌, 22, p70-80
2) 宇佐美しおり(2015): 在宅療養移行支援における専門看護師の活動実態と評価, 看護, 65(14), P23-2767 巻、7号、78-90

〔学会発表〕(計4件)

宇佐美しおり・野末聖香(2014): 専門看護師の行う TC とその評価, 日本看護科学学会第 34 回学術集会, 名古屋国際会議場 . 11 月 29-30 日

宇佐美しおり・野末聖香(2015): 長期入院予備軍の精神障害者に対する在宅療養移行支援の実態, 第 35 回日本看護科学学会学術集会, 広島国際会議場, 12 月 5 6(日)

宇佐美しおり(2015)地域包括ケアにおける高度実践看護-精神看護における退院支援、地域連携, p61, 第 2 回日本 CNS 看護学会, 日本教育会館 . 6 月 13 日

宇佐美しおり, 川田陽子(2016): 入退院を繰り返す長期入院予備軍、高齢者で気分障害患者への在宅療養移行支援 (TC) - 看護師、専門看護師の役割・機能 -, 日本精神保健看護学会第 26 回学術集会・総会, P53, びわ湖ホール (中ホール)・ピアザ淡海, 7 月 2 3 (日)

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔図書〕(計0件)

〔産業財産権〕

出願状況 (計 0 件)

名称:

発明者:

権利者:

種類:

番号:

出願年月日:

国内外の別:

取得状況 (計 0 件)

名称:

発明者:

権利者:

種類:

番号:

取得年月日:

国内外の別:

〔その他〕

ホームページ等

6. 研究組織

(1) 研究代表者

宇佐美しおり (USAMI, Shiori)

熊本大学・大学院生命科学研究所・教授

研究者番号: 5 0 2 9 5 7 5 5

(2) 研究分担者

野末聖香 (NOZUE, Kiyoka)

慶応義塾大学・看護医療学部・教授

研究者番号: 1 0 3 3 8 2 0 4

(3) 連携研究者

()

研究者番号:

(4) 研究協力者

()