

完了報告書

助成対象年度：2014 年度後期

テーマ：「新型うつ病患者への高度実践看護師を中心とした在宅生活支援モデル（TC）の開発に関する実践研究」

申請者名：宇佐美しおり（熊本大学大学院生命科学研究部，教授，精神看護専門看護師）

提出年月日：2016 年 3 月 23 日

1. 研究の背景

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。しかしながら精神障害者の平均在院日数は減っているものの296.1日と世界の中でも最も長い。日本において受け皿を整えば退院可能な精神障害者が7万人いるが、その中の3割が入院1年以内に退院している。また再燃・再発の患者ではない新規入院患者の6割は入院後3ヶ月以内に退院し入院6ヶ月から1年以内に87%が退院するにも関わらず、入院1年以上の患者は入院患者の68%を占めている。従って精神障害を有する長期入院患者の数は依然として変わらない(平成23年患者調査)。一方入院患者では認知症・うつ病患者、外来ではうつ病患者が増加し、うつ病患者数は平成20年には104万人となっており、精神疾患患者の3分の1を占め年々増え続けており我が国でも社会的な問題となってきた(厚生労働省, 2013)。さらにうつ病患者の中でも、新型うつ病と呼ばれる、うつ病に人格障害や広汎性発達障害を有し、20-30代の生産性の高い年代に、休職・不登校・ひきこもりを呈する患者が増えてきており、社会的問題となっている。近年、看護系大学院を終了し所定の経験を経て訓練を受けた専門看護師(Certified Nurse Specialist, CNS, 以後CNSと呼ぶ)やNurse Practitioner(NP)などの高度実践看護師(Advanced Practice of Registered Nurse, 以後APRN)のケースマネジメントや退院支援が精神障害者の地域生活を促進することが明らかとなってきた(宇佐美, 2009; 宇佐美, 2011)。また国外では、うつ病で人格・発達の課題を有する精神障害者への高度実践看護師の関わりが患者のセルフケア能力や社会的機能を改善し、在宅生活を促進することが報告されている(Buccheri, 2012; Khnankeh, 2011)。しかしながら日本においてはまだこの試みは明らかではない。そこで、本研究は、うつ病で人格障害もしくは広汎性発達障害を有する精神障害者への高度実践看護師としてのCNSが入院から在宅において、一貫した在宅生活支援(Transitional Care, TC, 以後TCと呼ぶ)を行うことで、これらの患者のセルフケア能力、社会的機能、再入院を減らし、在宅での生活期間を延長させることができるのか、について明らかにすることを目的とした。現在日本においては精神障害者のTCは重要な課題であり、精神障害者への退院支援のための多職種連携の必要性が叫ばれているが、ケア困難でありかつその数が増えているうつ病で人格や発達上の課題を有している患者へのTCについては手つかずのままである。本研究を行うことで、社会的な課題となっているうつ病に人格障害もしくは広汎性発達障害を合併している患者への在宅生活支援モデル(TC)を構築できると考えられ、日本の精神医療におけるTCを促進することができると考えられた。

*高度実践看護師(Advanced Practice of Nurse, APRN)とは、今回看護系大学院博士前期課程を修了し、臨床経験が5年以上で、日本看護協会の認定を受けた専門看護師(Certified Nurse Specialist, CNS)を指す。

2. 本研究の意義と波及効果

日本において受け皿が整えば退院可能な患者が7万人いるが、その中の3割が入院1年以内に退院している。しかし入院1年以上が常時7割を占め、長期入院患者予備軍の数が減らず、長期入院患者数は依然として変わらない（平成23年患者調査）。また精神障害者の平均在院日数が減ってきたとはいえ296.1日と世界のなかでは依然として最も長い。精神科病院における入院患者の内訳は、入院5年以上の患者が41%を占め、1-5年の入院患者が27%、1年未満の入院患者が32%である。入院1年未満の患者は退院できる場合には入院後半年以内に退院できるといわれており、入院6か月を過ぎると長期入院患者予備軍となると考えられている（宇佐美, 2011）。近年、長期入院患者予備軍を作らないための退院後の継続支援の必要性が叫ばれているが、支援体制についてはいまだ明らかではない。一方、入院している精神障害者の中でも気分障害、ストレス関連性障害を有する患者が増え始め、これらの患者は、退院後も入退院を繰り返し、長期入院患者予備軍となってきている。またこれらの患者は、新型うつ病とも呼ばれ、仕事になるとうつ状態が悪化し、日本の生産性を低下させていることも指摘されている。また、これらの患者は、気分障害以外に人格障害もしくは広汎性発達障害を有するため、対応が気分障害患者への対応だけではおさまらず、ケア困難患者として対応しづらく、容易に長期入院患者予備軍となっていることも報告されている（白川, 2011）。また平成26年11月29日のエコノミックニュースによると、うつ病や自殺による経済的損失は2兆7000億円にものぼり、日本のうつ病患者数は100万人を超えるとも試算されている。うつ病や自殺は、日本では中高年層や男性が多く、中高年男性は働き盛りの年齢層であるため、うつ病や自殺による社会的な経済損失も大きいことが指摘されている。またうつ病をきっかけとした生活保護費が約3000億円、うつ病に関する医療費が3,000億円となりうつ病に関する損失は大きい事が社会問題となってきている。今回の研究を行うことで、長期入院予備軍でその数も増えてきているうつ病で人格障害もしくは広汎性発達障害を有する患者に対するTCMを構築することができ、対応策の提示を行い、長期入院患者予備軍の数を減らすことができるだろう。さらに、うつ病に人格障害もしくは広汎性発達障害を有する患者は処遇困難例ともいわれており、これらの患者への在宅支援促進の方法を提示し、医療者の対応をスムーズにすることができるだろう。さらに、対象者の在宅での生活が安定することで、今後就労、復学を目指すことも可能となり、各年代に応じた発達課題を克服することができ、生産性を維持できる人材として社会の中で生活することを可能にすると考えられる。

3. 研究方法

1) 在宅生活支援モデル(TCM)の開発：平成27年4月から6月の間、うつ病で人格障害もしくは広汎性発達障害を有する患者のTCに関する文献レビューを行い、高度実践看護師としてのCNSを中心としたTCMの研究者である元デトロイト大学のDr. Barbara Sheer、と精神看護のNPでニューヨーク大学のDr. Naegle およびコロンビア大学のDr. Penelope

R. Buschman とともに会合の日程の都合がつかなかったため、まずメール審議を行い、TCM を作成した。その後日本専門看護師協議会精神看護分野の CNS で研究に同意が得られ、新型うつ病患者への TC を行っている精神看護 15 名を対象にモデルの妥当性の検討を行った。

2) 在宅生活支援モデル(TC)の内容：文献検討および Dr. Sheer(元デトロイト大学), Dr. Naegle(ニューヨーク大学), Dr. Buschman(コロンビア大学)らの助言によりさらに詳細に検討し、精神看護 CNS を対象とした妥当性の検討後、TC では、精神看護 CNS を中心として、次のケアを行うこととした。

- (1) 入院時に精神看護 CNS が患者の身体・心理・社会的状況、在宅生活が困難な理由、再入院を繰り返す理由をアセスメントし、退院後に必要とされる治療とケアの組み立てを行う。これらは治療チーム間で共有し検討する。ケアの組み立てはオレム－アンダーウッドモデルと精神力動理論を用い、主訴となる入院に結びつく問題行動(行動化、自傷行為、家事や仕事ができない、不眠)の明確化、問題行動を引き起こしている要因の明確化、力動的分析と自我・自己・人格・セルフケア分析と介入計画を立てる。
- (2) 精神看護 CNS が患者の入院時から、患者と 1 週間に 2 回以上、症状管理、セルフケア、家族とのつきあい、日常生活の組み立て(特に活動の仕方、問題行動に結び付きやすい家族との距離の置き方、休息の取り方と自分の空間の取り方)について話しあい、実際、退院後に必要とされるセルフケアの練習も行いながら、生活の振り返りを行う。
- (3) 退院後は精神看護 CNS が退院後 3 か月間、外来での 1 週間に 1 回の症状管理・セルフケアに関する面接を行い、また訪問看護を 1 週間に 1 回行う。また他の治療チームとも連携しながら、ケア方針を共有し、他職種と役割分担を行う。
- (4) 訪問看護においては、患者と家族の関係性に関する助言、家族との距離の置き方、患者の日常生活と症状管理の方法について話しあう。
- (5) また家族とも患者への対応方法について話しあう。特に入院の契機となりやすい行動化、自傷行為、家事や仕事ができない、不眠などがなぜおこるのか、要因を特定し、患者の行動が理解できるよう話しあい、心理教育的アプローチも行う。

これらの内容で介入を行い、平成 27 年 11 月に分析も含め Dr. Sheer, Dr. Naegle, Dr. Buschman らと NYU にてモデルの見直しを行った。

3) 対象者：対象となった九州管内の精神科病院において、精神看護 CNS 1 名が、うつ病と診断され人格障害もしくは広汎性発達障害を有する患者で、20-60 歳で研究に協力の得られた対象者 30 名に、TCM を提供したが、3 名は身体疾患のため他病院へ転院したため、27 名を研究の対象とした。

4) 調査方法：退院後早期に再入院を繰り返すうつ病に人格障害もしくは広汎性発達障害を有する研究対象者に、研究の同意を得た後、入院時から退院 3 か月後まで、TCM による介入を行い、入院時、退院時、退院 3 か月後、退院 6 か月後に、うつ、セルフケア能力、社

会的機能、QOL、退院後3か月未満の再入院の有無で評価した。しかし退院6か月後は、調査用紙の返送が不十分だったため、退院3か月後までの調査結果で分析を行った。質問紙は、うつ症状 (Hamilton Depression Scale, HAM-D)、日常生活のセルフケア能力 (当研究者らが開発したセルフケア質問紙)、社会的機能 (Global Assessment of the Functioning, GAF)、WHO-QOL を用いた。セルフケア質問紙、WHO-QOL は患者が記載し、HAM-D、GAF については精神看護専門看護師が記載した。

5) 分析方法：分析は統計学パッケージ SPSS, VER. 22.0 を用い介入前後の比較、再入院の有無で Mann-Whitney の U 検定を行った。また介入を看護記録、CNS 日誌へ記載し、質的内容の分析を行った。

6) 研究の倫理的配慮：熊本大学生命科学研究部倫理委員会で承認を得た後、研究対象者に研究の趣旨、目的、利益・不利益、自由意思での参加で参加しなくても不利益を被ることはないこと、プライバシーの保護について説明を行い研究の同意を得て実施した。また学会発表、専門論文誌への発表についても伝え同意を得た。

表 1 TCM の内容と評価時期

TCM			
(1) 入院時に精神看護専門看護師が患者の身体・心理・社会的状況、在宅生活が困難な理由、再入院を繰り返す理由、入院が長引いている要因をアセスメントし、退院後に必要とされる治療とケアの組み立てを治療チームとともに行う。これらは治療チーム間で共有し検討する。			
(2) 精神看護CNSが患者の入院時から、患者と1週間に2回以上、症状管理、セルフケア、家族とのつきあい、日常生活の組み立てについて話しあい、実際、必要とされるセルフケアの練習も行いながら、生活の振り返りを行う。			
(3) 退院後は精神看護CNSが退院後3か月間、外来での1週間に1回の症状管理・セルフケアに関する面接を行い、また訪問看護師が訪問看護を状況に応じて1週間に1回以上行う。			
(4) 訪問看護においては、患者と家族の関係性に関する助言、家族との距離の置き方、患者の日常生活と症状管理の方法について話しあう。			
(5) また家族とも必要に応じて精神看護CNSが患者への対応方法について話しあう。			
上記 TCM 内容の評価時期			
	入院時	退院時	退院 3 か月後
HAM-D17 項目	○	○	○
HAM-D21 項目	○	○	○
GAF	○	○	○
WHO-QOL	○	○	○
セルフケア合計	○	○	○
*各クールの実施に当たっては、同じ参加者で実施した。			

4. 結果

1) 対象者の特徴

対象となった患者は大うつ病性障害と人格障害の診断を有していた。平均年齢は 44.0 歳で(±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)、単身者は 9 名、同居者 18 名で、仕事をしていたものが 5 名いた。再入院した患者数は 3 名(11.1%)とこれまでの研究と比較すると少なかった(表 2)。

2) 介入前後の比較

HAM-D17 は、入院時は 25.6(±6.4)、退院時は 8.0(±3.9)で、退院 3 か月後は 6.0(±4.1)だった。HAM-D21 では入院時は、30.2(±7.3)、退院時 10.0(±4.4)、退院 3 か月後 7.8(±5.0)で、介入前後で有意な改善がみられていた($\chi^2=47.3, p<0.01$)。また GAF は、入院時 47.1(±5.4)、退院時 60.6(±12.6)、退院 3 か月後は 68.9(±3.7)だった。WHO-QOL は入院時 2.0(±0.2)、退院時 3.1(±0.2)、退院 3 か月後は 3.3(±0.7)で、セルフケア(Self-Care;SC)の合計は、入院時 68.4(±12.9)、退院時 99.4(±6.5)、退院 3 か月後は 101.5(±7.1)だった。セルフケアの内容をさらに、食事、排泄、個人衛生、活動と休息のバランス、孤独と人とのつきあいのバランス、症状管理、社会における活動でみると、食事については、入院時 7.1(±2.0)、退院時 12.4(±1.0)、退院 3 か月後 13.0(±1.7)と介入前後で有意な改善がみられていた($\chi^2=43.6, p<0.01$)。さらに、排泄では入院時 3.0(±0.9)、退院時 4.2(±0.8)、退院 3 か月後 4.3(±0.7)と介入前後で有意な改善がみられていた($\chi^2=43.0, p<0.01$)。さらに個人衛生については、入院時 6.9(±1.2)、退院時 9.4(±1.3)、退院 3 か月後 9.1(±1.2)で介入前後で有意な改善がみられていた($\chi^2=37.6, p<0.01$)。また活動と休息のバランスでは、入院時 10.8(±2.5)、退院時 17.6(±2.1)、退院 3 か月後 18.3(±2.2)で介入前後に有意な改善がみられていた($\chi^2=46.6, p<0.01$)。孤独と人とのつきあいのバランスでは、入院時 11.3(±3.1)、退院時 17.4(±1.9)、退院 3 か月後 17.5(±2.4)で介入前後に有意な改善がみられていた($\chi^2=43.4, p<0.01$)。また症状管理においては、入院時 17.9(±5.5)、退院時 24.0(±2.3)、退院 3 か月後 25.1(±2.1)で介入前後に有意な改善が見られていた($\chi^2=29.1, p<0.01$)。さらに社会における活動においては、入院時 11.3(±3.1)、退院時 14.3(±3.0)、退院 3 か月後後 14.0(±3.3)で介入前後に有意な改善が見られていた($\chi^2=27.5, p<0.01$) (表 3)。

また変数間の関連では年齢と病気になった時の年齢は($\rho=0.74, P<0.01$)、年齢が高いと病気になった年齢も高かったがそれ以外に有意な関連は見られなかった(表 4)。また入院時の HAM-D21 は、入院時 GAF、入院時セルフケアと有意な相関がみられ($\rho=-0.50, \rho=-0.52, P<0.01$)、退院 3 か月後のセルフケアは、退院時 HAM-D17 ($\rho=-0.39, P<0.05$)、退院時セルフケア($\rho=0.76, P<0.01$)と有意な相関がみられていた(表 5, 表 6)。

さらに再入院の有無で、年齢、発症からの年齢、性別、仕事の有無に特に有意な差はみられなかった。また HAM-D、GAF、WHO-QOL、セルフケアにおいても再入院の有無では差は

見られなかった。(表 7, 8, 9)

3) 介入の特徴

介入はプロトコールにそって実施し、元デトロイト大学で高度実践看護師(NP)の Dr. Barbara, Sheer と精神看護の NP でニューヨーク大学(NYU)Dr. Naegle およびコロンビア大学の Dr. Penelope R. Buschman と NYU, コロンビア大学にて、作成したプロトコールの妥当性と修正を分析をもとに行った。人格障害や発達上の課題を有するうつ病患者(新型うつ病患者)に対しては、介入した TCM においては、強化すべき点として、セルフケアへの支援を行う際に、本人の自我機能、すなわち周囲から提供される支援を受けるだけでなく、自分で自分のニーズを認識し、そのニーズをもとに自分の内外の資源を使って意図的に自律的にセルフケアを行い、自分で行動化や自傷行為、衝動のコントロールを行えるよう自我機能や人格の成長発達を促す支援がより重要であることが認識され、退院後の生活を維持するためには受け身ではない自分自身のニーズをもとにした自我機能を促進するセルフケアへの支援が重要であり、プロトコールに自我機能を促進するための支援、およびそれらを地域で継続支援していく必要があることが明らかとなった。

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、<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>、<問題行動の特定化と原因の分析><両親、夫などの怒りの対象の明確化><両親への怒りのエネルギーを CNS がコンテインする><いやな対象との心理的距離の保持><行動化や自傷行為などのストレスの回避><ストレスの認知><エネルギー運用のポジティブフィードバック><怒りにかわる愛情対象の焦点化><健康的なパフォーマンスの強化><情緒的エネルギーの交換><問題行動以外の対処方法の検討><対処行動の獲得><現実吟味力の検討><傷つきのある内的世界の保護><他者とのバウンダリーの明確化><内的世界と外的世界のバウンダリーの確保><患者の欲求、願望、意思の明確化><退院後もこれらを維持できるよう繰り返し確認、練習する>だった。また家族に対しては<家族の罪悪感の軽減><家族と患者との距離の確保><家族の患者の言動の理解の促進><家族の対処方法の獲得の促進><家族自身のストレスマネジメントの促進>だった。さらに治療チームに対しては、<特定の問題行動の原因の把握とその状況を伝え治療チームで共有する><治療目標を具体的に共有し力動的に介入の視点を明確にする><治療チーム間の陰性感情の表現を共有し、患者と家族が自律的にセルフケアできるよう理解と役割を共有する>に分類できた。

表2 対象者の特徴

属性項目		全体 (N=27)	
		M	SD
年齢 (歳)		44.0	7.7
病気になった年齢 (歳)		37.2	5.8
過去の入院回数 (回)		3.9	4.7
同居の家族もしくは友人の数 (人)		1.8	1.1
ソーシャルサポートの人数 (人, N=6)		2.33	1.0
夜間の睡眠時間 (時間)		4.0	0.6
1週間の中での外出日数 (日)		2.3	1.5
		全体 (N=27)	
		n	%
性別	男性	4	14.8
	女性	23	85.2
同居	あり	18	66.7
	なし	9	33.3
仕事 (N=26)	あり	5	18.5
	なし	21	77.8
食事の準備	する	16	59.3
	しない	11	40.7
食事の後片づけ	する	18	66.7
	しない	9	33.3
役割	実施している	13	48.1
	実施していない	14	51.9
再入院	あり	3	11.1
	なし	24	88.9
経済的支え	配偶者	12	44.4
	両親	9	33.3
	友人	1	3.7
	その他	5	18.5
精神的支え	配偶者	6	22.2
	両親	6	22.2
	兄弟	1	3.7
	子ども	4	14.8
	専門家	2	7.4

	友人	4	14.8
	その他	2	7.4
	特になし	2	7.4
日常生活上の支え	配偶者	8	29.6
	両親	7	25.9
	兄弟	2	7.4
	子ども	2	7.4
	専門家	2	7.4
	友人	4	14.8
	特になし	2	7.4

表3 介入前後の比較

項目	全体 (N=27)		χ^2
	M	SD	
HAM-D17 項目			
入院時	25.6	6.4	47.3**
退院時	8.0	3.9	
退院3ヶ月後	6.0	4.1	
HAM-D21 項目			
入院時	30.2	7.3	47.3**
退院時	10.0	4.4	
退院3ヶ月後	7.8	5.0	
GAF			
入院時	47.1	5.4	45.1**
退院時	60.6	12.6	
退院3ヶ月後	68.9	3.7	
WHO-QOL			
入院時	2.0	0.2	44.4**
退院時	3.1	0.2	
退院3ヶ月後	3.3	0.7	
SC 合計			
入院時	68.4	12.9	42.1**
退院時	99.4	6.5	
退院3ヶ月後	101.5	7.1	
SC 空気・水・食事			43.6**

入院時	7.1	2.0	
退院時	12.4	1.0	
退院3ヶ月後	13.0	1.7	
SC 排泄			
入院時	3.0	0.9	43.0**
退院時	4.2	0.8	
退院3ヶ月後	4.3	0.7	
SC 個人衛生			
入院時	6.9	1.2	37.6**
退院時	9.4	1.3	
退院3ヶ月後	9.1	1.2	
SC 活動と休息のバランス			
入院時	10.8	2.5	46.6**
退院時	17.6	2.1	
退院3ヶ月後	18.3	2.2	
SC 孤独と人とのつきあいのバランス			
入院時	11.3	3.1	43.4**
退院時	17.4	1.9	
退院3ヶ月後	17.5	2.4	
SC 症状管理			
入院時	17.9	5.5	29.1**
退院時	24.0	2.3	
退院3ヶ月後	25.1	2.1	
SC 社会における活動			
入院時	11.3	3.1	27.5**
退院時	14.3	3.0	
退院3ヶ月後	14.0	3.3	

入院時、退院時、退院3ヶ月後の3群間比較は、Friedman検定で行った。

** $p < 0.01$

表4 変数間の関連①(Spearman の相関係数)

	年齢	病気にな った年齢	過去の入 院回数	同居の家 族もしく は友人の 人数	ソーシャ ルサポー トの人数
年齢	1.00				
病気になった年齢	0.74**	1.00			
過去の入院回数	0.34	0.03	1.00		
同居の家族もしくは友人の人数	-0.21	-0.23	0.17	1.00	
ソーシャルサポートの人数	-0.52	-0.52	0.09	0.25	1.00

** : $p < 0.01$

表5 変数間の関連②(Spearman の相関係数)

	入院時 HAM- D17項 目	入院時 HAM- D21項 目	入院時 GAF	入院時 WHO- QOL	入院時 SC合計	退院時 HAM- D17項 目	退院時 HAM- D21項 目	退院時 GAF	退院時 WHO- QOL	退院時 SC合計	退院 3ヶ月 後 HAM- D17項 目	退院 3ヶ月 後 HAM- D21項 目	退院 3ヶ月 後 GAF	退院 3ヶ月 後 WHO- QOL	退院 3ヶ月 後 SC合計
入院時HAM-D17項目	1.00														
入院時HAM-D21項目	0.97**	1.00													
入院時GAF	-0.48*	-0.50**	1.00												
入院時WHO-QOL	-0.14	-0.19	0.42*	1.00											
入院時SC合計	-0.47*	-0.52**	0.38	0.31	1.00										
退院時HAM-D17項目	0.21	0.15	-0.12	0.12	0.15	1.00									
退院時HAM-D21項目	0.11	0.09	-0.21	0.03	0.13	0.93**	1.00								
退院時GAF	0.10	0.13	0.05	0.25	0.10	-0.32	-0.24	1.00							
退院時WHO-QOL	0.09	0.05	-0.05	0.01	-0.05	-0.41*	-0.45*	0.26	1.00						
退院時SC合計	-0.18	-0.12	0.18	-0.33	0.36	-0.07	0.02	0.29	0.19	1.00					
退院3ヶ月後HAM-D17項目	-0.10	-0.09	0.04	0.09	0.23	0.67**	0.76**	-0.39*	-0.44*	-0.02	1.00				
退院3ヶ月後HAM-D21項目	-0.10	-0.08	-0.01	0.11	0.24	0.72**	0.82**	-0.36	-0.51**	-0.02	0.98**	1.00			
退院3ヶ月後GAF	-0.19	-0.25	0.03	0.14	-0.10	-0.37	-0.40*	-0.08	0.27	-0.44*	-0.35	-0.38	1.00		
退院時3ヶ月後WHO-QOL	-0.14	-0.12	-0.11	-0.06	-0.05	-0.49**	-0.48*	0.39*	0.67**	0.14	-0.58**	-0.58**	0.11	1.00	
退院3ヶ月後SC合計	-0.39	-0.28	0.27	-0.27	0.27	-0.39*	-0.20	0.32	0.07	0.76**	-0.09	-0.09	-0.20	0.22	1.00

** : $p < 0.01$, * : $p < 0.05$

表6 変数間の関連③(Spearmanの相関係数)

	入院時 SC 空気・ 水・食 物	入院時 SC 排泄	入院時 SC 個人衛 生	入院時 SC 活動と 休息の バランス	入院時 SC 孤独と 人との つきあ いのバ ランス	入院時 SC 症状管 理	入院時 SC 社会に おける 活動	入院時 SC 合計	退院時 SC 空気・ 水・食 物	退院時 SC 排泄	退院時 SC 個人衛 生	退院時 SC 活動と 休息の バランス	退院時 SC 孤独と 人との つきあ いのバ ランス	退院時 SC 症状管 理	退院時 SC 社会に おける 活動	退院時 SC 合計	退院 3ヶ月 後SC 空気・ 水・食 物	退院 3ヶ月 後SC排 泄	退院 3ヶ月 後SC個 人衛生	退院 3ヶ月 後SC活 動と休 息のバ ランス	退院3 ヶ月 SC 孤独と 人との つきあ いのバ ランス	退院 3ヶ月 後SC 社会に おける 活動	退院 3ヶ月 後SC 合計	
入院時SC空気・水・食物	1.00																							
入院時SC排泄	0.42*	1.00																						
入院時SC個人衛生	0.06	0.53**	1.00																					
入院時SC活動と休息のバランス	0.14	0.15	-0.01	1.00																				
入院時SC孤独と人とのつきあいのバランス	0.48*	0.52**	0.22	0.49**	1.00																			
入院時SC症状管理	0.36	0.48*	0.43*	0.13	0.74**	1.00																		
入院時SC社会における活動	0.29	0.14	0.04	0.10	0.57**	0.55**	1.00																	
入院時SC合計	0.48*	0.51**	0.36	0.41*	0.89**	0.88**	0.72**	1.00																
退院時SC空気・水・食物	0.36	-0.17	0.03	0.03	0.11	0.07	-0.10	0.02	1.00															
退院時SC排泄	0.31	0.63**	0.19	0.06	0.16	0.15	0.00	0.16	0.07	1.00														
退院時SC個人衛生	0.14	0.45*	0.38*	0.04	0.49**	0.56**	0.27	0.44*	0.03	0.23	1.00													
退院時SC活動と休息のバランス	0.25	-0.07	0.19	-0.19	0.12	0.11	0.10	0.13	0.53**	0.07	0.14	1.00												
退院時SC孤独と人とのつきあいのバランス	0.26	0.14	0.20	-0.07	-0.02	0.13	-0.04	0.05	0.21	0.36	0.26	0.48*	1.00											
退院時SC症状管理	0.39*	-0.02	0.04	0.04	-0.10	0.19	0.07	0.11	0.31	0.11	0.00	0.23	0.52**	1.00										
退院時SC社会における活動	0.15	0.07	0.05	-0.04	0.10	0.34	0.43*	0.32	-0.26	0.00	-0.04	0.12	0.01	0.15	1.00									
退院時SC合計	0.48*	0.21	0.26	-0.06	0.19	0.44*	0.30	0.36	0.33	0.32	0.33	0.63**	0.69**	0.68**	0.49**	1.00								
退院3ヶ月後SC空気・水・食物	0.22	-0.40	-0.06	-0.32	-0.25	0.03	-0.18	-0.19	0.62**	-0.19	-0.10	0.34	0.22	0.36	-0.02	0.33	1.00							
退院3ヶ月後SC排泄	0.22	0.48*	0.48*	0.01	0.16	0.39*	0.01	0.28	-0.07	0.40*	0.35	-0.18	0.29	0.18	-0.07	0.16	0.03	1.00						
退院3ヶ月後SC個人衛生	0.21	0.13	0.02	0.24	0.44*	0.23	0.35	0.34	0.11	-0.04	0.34	0.01	0.09	0.10	-0.21	0.03	0.08	0.16	1.00					
退院3ヶ月後SC活動と休息のバランス	0.31	0.07	-0.15	-0.10	-0.04	-0.02	-0.28	-0.15	0.41*	0.26	-0.02	0.26	0.30	0.14	-0.04	0.26	0.39*	0.16	0.30	1.00				
退院3ヶ月後SC孤独と人とのつきあいのバランス	0.31	0.32	0.34	-0.01	0.13	0.45*	0.34	0.39*	0.13	0.25	0.28	0.22	0.47*	0.72**	0.22	0.68**	0.19	0.38	0.28	0.12	1.00			
退院3ヶ月後SC症状管理	0.45*	0.28	0.33	0.11	-0.04	0.20	-0.07	0.14	0.09	0.13	0.13	-0.12	0.26	0.57**	0.10	0.31	0.26	0.40*	0.23	0.14	0.43*	1.00		
退院3ヶ月後SC社会における活動	0.21	0.15	0.12	0.05	0.26	0.44*	0.55**	0.42*	-0.19	0.09	0.16	0.10	0.05	0.13	0.91**	0.53**	-0.09	0.01	-0.12	-0.03	0.29	0.04	1.00	
退院3ヶ月後SC合計	0.44*	0.21	0.31	-0.03	0.03	0.40*	0.21	0.27	0.27	0.26	0.25	0.26	0.52**	0.66**	0.43*	0.76**	0.46*	0.40*	0.31	0.45*	0.74**	0.66**	0.47*	1.00

** : p < 0.01, * : p < 0.05

表7 再入院の有無との関連

項目		再入院あり (N=3)	再入院なし (N=24)	全体	χ^2
		N (%)	N (%)	N(%)	
性別	男性	1 (25.0)	3 (75.0)	4 (100)	0.92
	女性	2 (8.7)	21 (91.3)	23 (100)	
同居	あり	2 (11.1)	16 (88.9)	18 (100)	0.00
	なし	1 (11.1)	8 (88.9)	9 (100)	
仕事 (N=26)	あり	0 (0)	5 (100)	5 (100)	0.81
	なし	3 (14.3)	18 (85.7)	21 (100)	
経済的支え	配偶者	1 (8.3)	11 (91.7)	12 (100)	0.62
	両親	1 (11.1)	8 (88.9)	9 (100)	
	友人	0 (0)	1 (100)	1 (100)	
	その他	1 (20.0)	4 (80.0)	5 (100)	
精神的支え	配偶者	0 (0)	6 (100)	6 (100)	5.91
	両親	1 (16.7)	5 (83.3)	6 (100)	
	兄弟	0 (0)	1 (100)	1 (100)	
	子ども	1 (25.0)	3 (75.0)	4 (100)	
	専門家	0 (0)	2 (100)	2 (100)	
	友人	0 (0)	4 (100)	4 (100)	
	その他	0 (0)	2 (100)	2 (100)	
	特になし	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100)	
日常生活支え	配偶者	0 (0)	8 (100)	8 (100)	8.20
	両親	1 (14.3)	6 (85.7)	7 (100)	
	兄弟	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100)	
	子ども	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100)	
	専門家	0 (0)	2 (100)	2 (100)	
	友人	0 (0)	4 (100)	4 (100)	
	その他	0 (0)	2 (100)	2 (100)	
	特になし	0 (0)	2 (100)	2 (100)	

すべての項目において有意差はみられなかった。

表8 再入院の有無による両群の比較①

項目	再入院あり	再入院なし	U
	(N=3)	(N=24)	
	平均ランク	平均ランク	
年齢	16.3	13.7	29.0

病気になった年齢	13.0	14.1	33.0
過去の入院回数	16.3	13.7	29.0
同居の家族もしくは友人の人数	12.5	13.6	31.5
夜間の睡眠時間	15.0	13.9	33.0
一週間の中での外出日数	9.5	14.0	22.5
ソーシャルサポートの人数(N=6)	3.0	3.6	2.0

表9 再入院の有無による両群の比較②

項目	再入院あり	再入院なし	U
	(N=3)	(N=24)	
	平均ランク	平均ランク	
HAM-D17 項目			
入院時	10.8	14.4	26.5
退院時	15.8	13.8	30.5
退院3ヶ月後	18.0	13.5	24.0
HAM-D21 項目			
入院時	10.2	14.5	26.5
退院時	17.0	13.8	30.5
退院3ヶ月後	18.0	13.5	24.0
GAF			
入院時	10.8	14.4	26.5
退院時	6.0	15.0	12.0
退院3ヶ月後	16.8	13.7	27.5
WHO-QOL			
入院時	13.3	14.1	34.0
退院時	16.2	13.7	29.5
退院3ヶ月後	9.7	14.5	29.0
SC 合計			
入院時	9.3	14.6	22.0
退院時	10.7	14.4	26.0
退院3ヶ月後	9.5	14.6	22.5
SC 空気・水・食事			
入院時	10.7	14.4	26.0
退院時	10.5	14.4	25.5
退院3ヶ月後	14.3	14.0	35.0

SC 排泄			
入院時	11.7	14.3	29.0
退院時	12.5	11.0	31.5
退院3ヶ月後	14.2	14.4	27.0
SC 個人衛生			
入院時	12.3	14.2	31.0
退院時	12.7	14.2	32.0
退院3ヶ月後	13.0	14.1	33.0
SC 活動と休息のバランス			
入院時	15.8	13.8	30.5
退院時	12.5	14.2	31.5
退院3ヶ月後	13.3	14.1	34.0
SC 孤独と人とのつきあいのバランス			
入院時	11.8	14.3	29.5
退院時	13.3	14.1	23.0
退院3ヶ月後	7.2	14.9	15.5
SC 症状管理			
入院時	10.3	14.5	25.0
退院時	12.8	14.2	35.5
退院3ヶ月後	13.8	14.0	35.5
SC 社会における活動			
入院時	5.7	15.0	11.0
退院時	12.2	14.3	30.5
退院3ヶ月後	10.3	14.5	25.0

Mann-Whitney の U 検定

すべての項目において有意差はみられなかった。

5. 考察

今回、大うつ病性障害があり、人格障害を有する患者への TCM の構築を行った。今回、退院後3か月未満の再入院率は他文献と比較すると少なく、今回の支援をおこなえば、新型うつ病患者が長期入院予備軍となる可能性は低いと考えられた。しかしながら、今回のモデルならびに介入の特徴は、病院や在宅で治療にかかわる人々が患者の病理を生物学的側面からだけでなく、精神力動的側面からも理解しておく必要があり、力動的理解とセルフケアを理解した支援が必要であると考えられた。さらに、地域における社会資源を使うだけでなく、これらの資源や日常生活を患者自身が自分のニーズに基づいて実施できる

セルフケアや自律的に実施しようとする自我機能の育成が重要であると考えられた。さらに家族に対しても患者の精神力動的な理解を伝えるとともに、力動的な理解をもとに家族が患者をどう支援できるのかも重要視しながら支援を行うことが患者の再入院を減らすことにつながると考えられた。

また再入院の有無での病状、社会的機能、セルフケアには特に差はなく、再入院したものの介入の特徴は、特に差が見られなかった。しかし事例を分析してみると退院後3か月以内に再入院した患者は、人格の特徴の中でも依存性が強く、社会資源の活用が少なく、家族との関係も悪化しており家族が存在しているものの十分なサポートが提供されているとは考えられなかった。すなわち、今後、これらの特徴を十分理解した支援が必要であると考えられた。

6. 今後の発表計画

平成28年度の日本精神保健看護学会で発表し、また学会誌への投稿を行う。また研究者の大学、研究対象施設のホームページに掲載し、また報告書を九州管内の100か所の精神科病院へ送付する予定だったが、熊本県、福岡県、宮崎県、鹿児島県の精神科病院看護部長会議、全国国立大学病院看護部長会議に出席するため、そこで報告書は配布することとし、郵送しないこととした。

7. 継続性

平成27年度に実施した研究をもとに、TCを修正し、九州管内の10か所の精神科病院で実施し、評価を行い、モデルを洗練させ、日本において普及できるモデルを作っていく。そして平成30年度診療報酬改定などに新型うつ病患者のTCとして提案し、うつ病に人格障害もしくは広汎性発達障害を有する人々への在宅支援が可能になるモデルを提唱していく。

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成により実施した。

引用・参考文献

- 1) 宇佐美しおり, 野末聖香他4名(2009):慢性疾患で精神症状を呈する患者への地域精神科医療モデル事業およびその評価, 熊本大学医学部保健学科紀要, 第5号, P9-18
- 2) 宇佐美しおり, 野末聖香ほか8名(2011):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
- 3) Robin Buccheri, et al(2012):Evidence-based Psychiatric Nursing for Community-based Patients-Behavioral Management of Auditory

- Hallucinations-, JAPMHN, 21(2), p52-71.
- 4) Khnankeh, H. (2011). The effects of nursing discharge plan on self-care ability in patients with chronic schizophrenia hospitalized in Razi psychiatric Center. Iran J Nurs Midwifery Res, 16(2), 162-168.
 - 5) 白川裕一, 宇佐美しおりほか2名(2011): K県内の身体疾患を有する入院患者の不安・抑うつ状態と関連要因、精神的ケア・ニーズとケア満足度、看護師の精神的ケアの実態, 熊本大学医学部保健学科紀要, 第7号, P33-49
 - 6) 厚生労働省(2011): 平成23年患者調査
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/>
 - 7) 厚生労働省(2013): 精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会, 平成25年7月26日 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000024278.html>
 - 8) 警察庁生活安全局生活安全企画課(2010): 平成22年中における自殺の概要資料
https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/H22/H22_jisatunogaiyou.pdf

感想

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
理事長 住野 勇 様

本研究の助成をありがとうございました。貴重な研究の機会を得ることができ、感謝しております。今回の研究を通じて、精神障害の中でも特にうつ病を有し人格障害や発達障害を有する方々への在宅生活支援モデル(TCM)を開発するための基礎的研究を行うことができ、改めてうつ病を症状としてだけではなく、心理社会的側面、特に精神力動的理解がないと在宅移行は支援できないことが明らかとなりまた再入院が繰り返される新型うつ病患者への支援モデルを構築できたのではないかと考えています。

今後は、さらに事例数を増やし、どのような精神力動とセルフケアへの支援が在宅生活支援(TC)を促進し、退院後再入院を減らし、また生きるエネルギーを病気ではなく仕事や自己実現に向けることができるのか、生産性を高めることができるのか、検討していきたいと考えております。

今後ともご指導のほど、よろしくお願い申し上げます。

平成 28 年 3 月 23 日

熊本大学大学院生命科学研究部
宇佐美しおり