

地域で生活を送り続けている精神障害者の病状・機能および生活の実態 と支援体制との関連に関する記述的研究

- 精神障害者への Assertive Community Treatment (ACT)の 試行とその評価 -

熊本大学医学部保健学科精神看護学 教授

宇佐美しおり

【スライド-1】

研究助成、及び、こういう貴重な発表の機会を提供していただいたことに感謝いた します。

【スライド-2】

本研究では2つの段階で調査をしました。元々重症で、入退院を繰り返している精神障害者にどのような地域支援体制が大切なのか、そしてまた、それをどのように日本の文化で適用できるのかということを検討したいということが、本来の目的でした。

海外では、ケースマネージメント・・・日本ではケアマネジメントと呼んでおりますが、精神障害者へのケアマネジメントが大変定着しておりまして、さまざまなケアマネジメントが発展しましたけれども、現在では、期間が限られていない、そして入退院を繰り返している精神障害者へのACT (Assertive Community Treatmentと呼んでいます)というものが積極的に施行されていて、その評価がかなり済んでいる状況であります。それに対して日本の状況は、多くの場で地域生活支援体制が色々整ってきてはおりますが、長期の入院患者さん7万2,000人を退院させたいと、厚労省の様々な政策等が打ち出されているのに対して、実質的には長期在院の患者さんがなかなか減っていかないというようなこととか、あと、重症の精神障害者だけを問題にしても、一般の長期入院している精神障害者たち、あるいは地域で生活をしようとしている方々がどのような支援体制を受けながらやっていけるのかということを充分に吟味しないと、重症の人だけに焦点が当たってしまうということで、今回は2段階で調査を進めました。

スライド-1



スライド-2

研究目的 ・始城で生活を送り続けている精神障害者の構状、 関節および日常生活、地域生活支援体制の実態を 明らかにする。 ・入退院をくりかえし地域で生活が駆続できにくい精 神障害者にACTを試行し、その評価を行う。 ・れらの調査を通して、精神障害者の病状、機能に 広じた地域生態支援体制に関するモデルの開発を 試みる。

【スライド-3】

そこで研究方法ですが、まずは、地域の中で生活を送り続けていらっしゃる方々、 つまり、成功者と呼んでいいのかわかりませんが、地域で生活することに成功してい らっしゃる精神障害者の方々を対象として、どんな生活や地域生活支援体制を十分に 活用していらっしゃるのかという実態を調査しました。

なぜ援護寮を選んだかと言いますと、この援護寮は生活リズムや病状の安定ということを目的としていますが、その一方で、就労支援ということも考えて提供しているからです。海外では最近、就労支援を早期に導入することで患者さんの病状を安定させることができるというようなことも、積極的に言われております。日本の中ではまだ、ステップアップモデル・・・つまり、病状が安定すれば次の仕事、という形で支援されていることが多いということもありまして、就労支援ということと、病状の安定あるいは生活リズムの再構築というどちらも提供しているということで、あかね荘という県の援護寮を卒業された方々に調査をさせていただきました。

日常生活に関するインタビューガイドを使い、そして、BPRS、GAF、日常生活の自立度を把握するLSP、そしてプログラムへの満足度を用いて、質問紙調査をさせていただきました。但し、BPRSと、GAF、LSPについては、ご本人から了解を得て、主治医に質問紙を郵送させていただいて、主治医に記載していただき、それを無記名で分析していくというやり方をとりました。

次にACTに関しては、2005年5月から2005年の12月まで、九州圏内の私立K精神病院でACTチームを作りまして、それで実際入退院を繰り返す患者さんたちにACTを実施してみて、その評価を行って、ハワイ州のデータと比較をすることとしました。

【スライド-4】

倫理的な配慮としては、あくまでもどちらの研究も自由意志での参加であって、参加しなくても、あるいは途中で中断しても、治療やケアには差し障りがないことを伝えて、同意を得ました。

【スライド-5】

結果です。

まず、最初の援護寮を卒業して地域で生活を続けている患者さんの生活の実態です

スライド-3

研究方法 · 東西でも近くり、最近は地域のあれた為明度の57年を呼吸 - Hadrid Miller County - Art BPE (Brief Psychiatric Rasing Scale(Oxford, 1988) (BAP(Global Association) of Function (Market Miller Raille Profile (ASS) (Function (Market Miller Raille Psychiatric Bernalder) (ASS) (Function (Market Miller Raille Psychiatric Bernalder) (ASS) (Function (Market Miller) (Market Mill

スライド-4

研究方法(Cont'd)

研究の條理的配度、本調査は自由表志での参加であり、本調査へ参加しなくても提供される治療やケアに変化はないこと、また途中で調査の中断ができることを伝え同草を帯た。さらに、本調査結果は、本研究の目的以外では用いないこと、また個人名が特定されないよう分析をすすめていくこと、また調査終了後、調査用紙については破棄することを伝え同意を得た。

が、対象者は57名です。援護寮の卒業生は約2,000名いたのですが、その中で、荘長さんから卒業生に対して調査依頼を出して頂き、調査に参加しても良いと言って下さった方200名の内で、かつ、実質的に調査のお願いをした時に同意が得られた57名を対象として、面接調査と郵送法による質問紙調査を行いました。

平均年齢は、48.8歳で、男性の方が女性より多く、単身生活者は17名、約29%です。また、既婚者が29%と、他のデータと比較をするとやや多いのですけれども、入院回数はそれほど多くなく、入院日数も平均すると約6年から7年。平均発症期間が25.2年で、地域での生活期間は約21年。BPRSが29で、これは低い値で、病状としてはかなり安定している患者さんでした。GAFが60、そしてLSPのトータルが125点ということで、これは比較的自立度が高いということを示しております。

【スライド-6】

プログラムへの満足度は比較的高かったのですが、この57名のうち仕事をされている方は28名で、49%の方が就労されていましたが、その28名のうち一般就労は2名のみで、残り26名は福祉的就労でした。これは現在仕事をしているかどうかであって、就労が継続出来ているかどうかになりますともっと数が少なくなりまして、この内の8名が就労継続という状況でした。

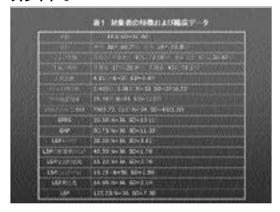
そして、今就労している人達の仕事時間は14.9時間で、これは、海外で地域の中で仕事をし続けている方の仕事時間はだいたい15時間だと言われているのと、同じような結果でした。

あと、ネットワークということですが、 本人にとって重要と思われる人達のサポートを挙げていただくと4.4名でした。 これは比較的多い方かなと思いますが、 その内、身内が1名、友人1名、専門職 1名という結果でした。

【スライド-7, 8, 9, 10】

ネットワークと様々な症状との関連を 見てみますと、実際にはネットワークと 関連していたのは、病状の中の陰性症状、 あるいは情緒的な引きこもりというよう なことでしたし、特に専門職のネットワ

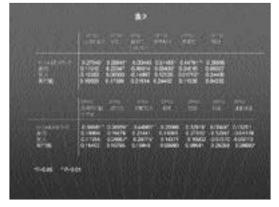
スライド-5



スライド-6



スライド-7



ークをたくさんあげた人は、陽性症状が 活発にあるというようなことが出ており ました。

あと、仕事時間や発症後の地域での生活時間と関係していたものについてですが、仕事時間と最も関係していたのは、BPRSの中の情緒的な引きこもりと呼ばれるもので、仕事時間が長ければ長いほど、引きこもりが改善されているということがありました。

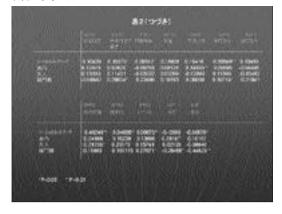
また、地域での生活期間というのは病状との関連が見られません。今回は因果関係を明確にする研究スタイルではありませんので、何が最も影響しているかということについては明らかに出来ませんでしたが、実際にはどうも地域での生活期間というのは病状等に影響されるというよりは、社会的にどれぐらい仕事ができているかとか、これまで発病前に仕事をしたことがあるか等、社会的機能の高さに関連が見られていました。

【スライド-11】

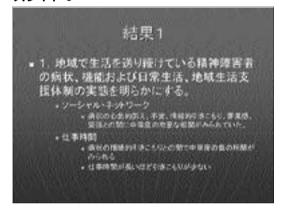
次に、入退院を繰り返して地域で生活が継続出来ない人が出来るようになるために、ACTがどのように、日本の中で施行されるのだろうかというような事を、少し考えてみました。日本の中では、2003年にACTに関する試験的な導入が始まっておりまして、国府台及び国立神経・精神センターでACT-Jが立ち上がって、その成果が報告されておりますし、また、茨城県等でも、ACTセンターと呼ばれるいくつかのセンターがACTを実践するようになりました。

海外では、普通ACTセンターといいますと、病院とはかけ離れておりまして、町の中、市内のビルの中一室にACTセンターがあり、まさかここに精神障害者の人達が出入りしているとは思えないよう

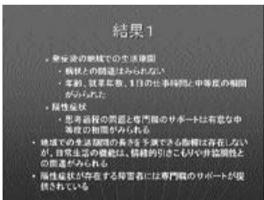
スライド-8



スライド-9



スライド-10



スライド-11

結果2① 2 人表院をくりかえし地域で生活が組続できたくい精神障害者にACTを試行し、その評価を行う。 BPRS,GAF,LSP ・退院は3ヶ月まで有意な文化はみられなかった。LSP,GAFの上昇がややみられる ・再入院 ・3ヶ月間なし。 ・ACTのFidelity Scale ・3点

な状況の中で、支援が実施されていました。

今回介入したのが5名、対照群が5名でしたが、ACTを施行する基準がありまして、カナダとかアメリカ合衆国のデータですと、年齢によって違いますが、GAFが45以下、また、二重診断が存在していないといけない、再入院が繰り返されているとか、様々な薬物乱用とか犯罪率が高いとかというような患者さんたちが対象になるということが定義されております。また、ACTのスタンダードがかなり明確に出ておりまして、ACTをやるのだったら、いくつかの基準を満たさないといけない。その基準というのがFidelity Scaleというもので、5点満点なのですが、平均すると今回は3点でした。

例えばスタッフと患者さんの比率が10対1を超えてはならないとか、週3回以上の訪問がなければならないとか、あるいは、接触時間等も規定されているものもありますが、あと、チームメンバーの中には修士課程を出ている人が2人以上いなければならないとか、就労支援のスペシャリストがいなければならないとか、いくつかの基準がありまして、そういうものをFidelity Scaleで評価をするということになっています。これが、今回は3点でした。

今回は精神病院の中でACTチームを作ったということ自体に問題があります。問題はあるのですが、日本の場合は民間の精神病院がかなり多いということと、そこに長期の入院患者さんたちがいらっしゃるということがあり、病院の中でどんなふうに地域生活支援が出来るのかということもありまして、今回は精神病院でのACTチームを作りました。

【スライド-12】

1ヶ月ごとに評価をしていきますと、退院後1ヶ月までの訪問回数は大変多いのですけれども、それを越すと、少なくなる。退院1ヶ月までは1週間に5.4回、6回ですが、1ヶ月を越すとだんだん訪問回数が減ってくる。

電話の件数も、1ヶ月までは多いけれども1ヶ月を越すと少なくなっていくということがありました。

また、介入内容としては、ACTを実施している看護ケアあるいは医療チームのケア 内容を見ていきますと、症状悪化時の危機介入・・・訪問とか電話等を頻繁に活用し ていたということと、地域での生活の仕方を地域の場で確認をしたり練習をしていた り、そしてまた、地域の人たちに慣れるためのコンパニオンシップをスタッフを介し

て提供していたりとか、あるいは、孤独感の減少とか、人と繋がっているという感覚あるいは安心感の提供を行っていたりとか、それをかなり意図して提供していたりとか、症状のコントロールの方法を再確認するというようなケアの内容が多々ありました。

【スライド-13】

また、家族と同居している場合には、

スライド-12

患者さんだけではなく家族の不安感の減少とか、あるいは対処行動の確認が積極的になされているというようなことがありました。

【スライド-14】

対照群に関しては、一つはACT予備軍と呼ばれる人たちを対照群にしているのですが、ケアの内容としては、病状の管理、活動と休息のバランスとか、人との付き合いのバランス、あるいは院外のリハビリテーションが少ないというようなことが出てきておりました。

【スライド-15】

ハワイ州とのデータの比較をします。 アウトカムがハワイ州のものとちょっと 違いますので、今後はそのアウトカムを 少し揃えていかないといけないのですけ れども、比較をしますと、実際には ER の活用率が違うこととか、職業訓練の期 間が、ハワイ州は ACT チームであっても かなり提供されていたというようなこと がありました。

【スライド-16】

まとめに入ります。

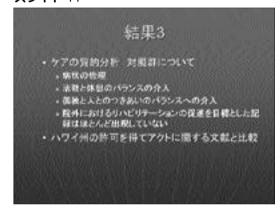
ACTの対象ではない患者さんたちの場合には、病状を安定させるというよりは、病状がありながらも、どう地域の中で生活できるか、陽性症状が強い場合には専門職のチームを積極的に作り、陰性症状が強い場合には、就労も含めて陰性症状を改善していくような、IPS等を用いたプログラムが必要だろうということが検討されました。

また、ACTを実施する場合には、チームをいかに柔軟に運営していけるのか、 そしてまた、チームリーダーの存在とか、 あるいは患者さんのニーズに応じた意図

スライド-13

・収算との回答者 ・定義と思うの目をにおける根蓋を用の性方の構造 ・定義と思うの目をにおける根蓋を用の性方の構造 ・定義の不安認の減少と思うの対象行動の確認 ・ アクトにおけるFidelity scaleのポイント数、アクト専任の スタッフ等。 空間のカンファレンスの開散、患者におけるこま 診断の存在において差があられる。 ・ 介入作と対象体の比較 ・ BPRS、GAF、LSPに有意な変化はかられない ・ プログラムへのまままに有意な変化はかられる ・ プログラムへのまままに有意な変がかられる

スライド-14



スライド-15

10 450 50.474 6.50 6		Market No.	10 mg	W. St. Aug. III.
Repr. 1980 200 2	The state of	11117	Mark.	60 10 20 83 60 20 83 14 60 2
N. 100 1000 P		4.00	80.474	11 C - 12
100	REST HOLD	120	BALL	ALC: UNKNOWN SHAPE
#200 (See A4) (7 #200 (See 10 #4000 (See 10 #40000 (See 10				156.8
#6.545 (2005) 10 (#6.5 #6.0850 (2005) 10 (#6.55)			1.1266	4.90
RADIOSON AND AND THE PARTY AND	940/0E		1.18.1	
				THE STREET
# 1909 Control Strategy Control Control Strategy Control Contr				2007 (14.8%)
	科130 0m	2114624	ALCOHOLD BY	100 100 100 100 100

スライド-16

	考察
行えるシステム) ・人院施設におい ムを構受し、定員 数にチームを連 型。さらに、ケフ 意図的介入が相 ・上記を実施して)	確認しながら飲労を宿を継続して を作っていくことが重要。 てACTを実施する場合には、7 別的なカンファレンスをもちながら業 営していける組織の理解と力が重 提供者の、地域生活支援に対する 提供者の、地域生活支援に対する は代すて、精神障害者の角状・機能 軽を整備していくことが可能である。

的な介入が、どのように柔軟に提供できるのかということが、今後の課題として提示 されました。

共同研究者:

F.K Abott (Samuel Merit College, School of Nursing) 阿谷 惠子(近大姫路大学教授、看護学部長)

研究協力者:

平田 真一(熊本大学医学部附属病院神経精神科) 岡田 俊(京都大学大学院医学系研究科) 藤本 聖一(あかねの里) 樺島 啓吉・矢野 千里(菊陽病院) 兼田 桂一郎・遊亀 誠一・池上 研 (熊本大学医学部附属病院神経精神科)

質疑応答

会場: もともとの私の専門の精神保健ですので、ACTプログラムというテーマでこのような発表をしていただいたことを大変嬉しく思いますし、また、是非この研究を何らかの形で続けていただきたいと、切に希望しております。それで、行われた研究について、私自身の理解を深めるためにいくつか質問をさせていただきたいと思います。たくさんの指標をとられていまして、まとめるのも大変だったかと思いますけれども、ACTに関する確認なのですが、基本的に海外と同じように、そのままでは退院できないような重度の精神障害者の方を地域で生活させるために、医療も含めて多職種でケアパッケージのようにして支援するプログラムという基本的な性質は、ここで行われたことも同じと理解してよろしいでしょうか。

字佐美: やはり基本的に場が違うので、全く同じではなかったのですが、出来るだけ同じような基準で努力はしました。

会場: おそらくここにいらっしゃる方の中にはACTというものについてご存じない 方もいらっしゃると思いましたので、蛇足ながら、ちょっと確認をさせていた だきました。

続きまして、地域で生活を送り続けている方には、どういう支援があれば地域で生活を送り続けることができるのかという観点の研究ということで、その部分は、変わりないと理解してよろしいのでしょうか。

宇佐美:はい。

会場: そうしますと、1番、2番と、2つの調査をされていまして、そのためにすご

く全体のボリュームが大きいものとなっているのですけども、1番と2番で、そもそも障害者の方の状態が全く違うといいますか、BPRSという症状も、明らかに2番の人の方が重度ですし、全体的な機能を表す得点であるGAF得点も、1番の方は60で中度ぐらいですけれども、2番の方は30で、これやはり重度の方ですよね。従って、そもそも病状が違うじゃないかというようなところなんですけれども、ただ、ACTの性質を考えると、2番の重度の人で実際地域で生活し続けることを目指すということを考えると、1番の対象者の中でだけ地域で生活を送り続けるということに関連する要因を検討するというよりは、同じような重度で、地域で生活を続けられている人と退院できない人というように、同じ重症度の中で一回比較するべきではないかと考えていたのですけれども、いかがでしょうか。

字佐美: それを試みたかったのですけれども、同じ重症度で地域の中にいらっしゃって、かつ、調査に同意が得られるということは、かなり難しかったので、今回は諦める結果となりました。