

精神科急性期ケアマネジメントモデルの概要

分担研究者 佐竹直子¹⁾

研究協力者 瀬戸屋雄太郎²⁾, 佐藤さやか²⁾, 前田恵子²⁾, 高原優美子²⁾
高橋誠²⁾, 伊藤順一郎²⁾

1) 独立行政法人 国立国際医療研究センター 国府台病院 精神科

2) 独立行政法人 国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰研究部

研究要旨

【目的】本研究班は、伊藤主任班、瀬戸屋分担研究班と協力し、精神科救急・急性期病棟におけるケアマネジメントモデルの構築についての検討から、具体的なケアマネジメントプログラムの作成を行い、その有効性を検討することを目的とする。

【方法】研究協力病院4病院（国立国際医療センター国府台病院、成田赤十字病院、山梨県立北病院、宮城県立精神医療センター）の病棟従事者（医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等多職種）と検討を重ね、精神科急性期ケアマネジメントマニュアルおよびツールキットの作成を行った。また、モデル導入予定の研究協力病院のスタッフに対しての研修会と各病院への訪問を行い、ケアマネジメントについての講義や、面接技法、模擬ケースに対してアセスメント・ケアプラン作成の実習などを行った。さらに、導入後にモデルを導入した協力病院担当者と、事例検討会およびモデルについての意見交換会を実施し、それらの情報を元にケアマネジメントマニュアルおよびツールキットの改訂を行い、今後のモデルの普及についての問題点や検討課題についてまとめた。

【結果および考察】

精神科救急・急性期治療病棟におけるケアマネジメントモデルの作成と導入を試み、病棟スタッフに対するケアマネジメントや多職種チームアプローチについての普及については効果があったと思われる。一方で、現在の地域精神医療システム構築が途中段階にあり地域格差があること、救急・急性期病棟のシステムやマンパワー、地域の精神科救急システム体制の差などにより、このモデルの普及に関してはいくつかの困難点が明確になり、今後ケアマネジメントモデルの更なる改善とともに、救急医療や地域医療の体制も含めての検討が必要と思われた。

A. 研究目的

精神医療全体が、病院中心から地域中心へとシフトする中で、入院の機能は救急・急性期治療により集約され、急性期の入院治療は短期間で速やかに地域医療に移行するようになってきている。その一方で、救急・急性期病棟において、入院中から本人の地域生活でのニーズに注目したケア計画が立てにくく、退院後地域サービスにうまく乗れない、または医療から離れてしまい頻回入院を繰り返す、または new long

stay となってしまうケースもみられ始めている。このような状況を防ぐために、地域医療・福祉サービスにおいては本人のニーズに沿った質の高い生活をめざすケアマネジメントの導入が重要である。

ケアマネジメントの重要性は、地域医療・福祉サービスの提供者の間では認識されているものの、病院スタッフの間では認識がまだ低く、地域支援の連携に関してもそのノウハウがあま

り理解されていないと思われる。そこで精神科救急・急性期治療病棟のスタッフに対するケアマネジメントの普及啓発を行い、更に病棟での治療やケアが地域でのケアマネジメントが一貫したものになるような急性期ケアマネジメントモデルが必要と思われる。

本研究班は、伊藤主任班、瀬戸屋分担研究班と協力し、精神科救急・急性期病棟におけるケアマネジメントモデルの構築についての検討から、具体的なケアマネジメントプログラムの作成を行い、その有効性を検討することを目的としている。当研究班では、精神科救急・急性期治療病棟をもつ4施設の協力を得て、ケアマネジメントモデルとプログラムの作成を目的とした。

このモデルは、地域医療と連携した救急・急性期医療をめざし、入院中より退院後地域でのケアマネジメントにつなぐために、次のことに重点を置いている。

① 救急・急性期病棟におけるケアマネジメントの普及

地域中心の医療への変換において、いままで病棟中心にたてられていた治療計画や看護計画を、より地域生活に則したものに变化させていく必要があり、そのためには本人の地域生活ニーズに着目したものにすることが重要である。そこでケアマネジメントの導入が必要になるが、病棟ではケアマネジメントについての知識があまり普及しておらず、ケアマネジメントについての普及啓発が必要と思われる。

② 多職種チームアプローチの普及

病院は多職種機能別の構造を持つが、地域支援の場合には多職種スタッフのチームアプローチが有効と考えられる。入院中から多職種チームが介入することでbio-psycho-socialなアプローチが可能になり、更に地域での多職種アプローチにつなげやすくなると考えられる。

③ 地域でのケアマネージャーの設定と連携

精神障がい者の地域生活においてはケアマネージャーの有無がその後の予後や地域生活の質を大きく左右するため、入院中から地域でのケアマネージャーを確保し、入院・地域の一貫し

た支援システムの構築が必要である。そのためには、病棟スタッフが地域サービスの情報や連携の方法について知ることが必要となる。

B. 研究方法

研究協力病院4病院（国立国際医療センター国府台病院、成田赤十字病院、山梨県立北病院、宮城県立精神医療センター）の病棟従事者（医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等多職種）との検討会を開催し、精神科救急・急性期病棟において必要とされるケアマネジメントのあり方について、またどのようなケアマネジメントシステムとツールキットが多忙な病棟で利便性がよく普及しやすいのかについて検討を重ね、精神科急性期ケアマネジメントマニュアルおよびツールキットの作成を行った。

また、モデル導入予定の研究協力病院のスタッフに対しての研修会と各病院への訪問を行い、ケアマネジメントについての講義や、面接技法、模擬ケースに対してアセスメント・ケアプラン作成の実習などを行った。さらに、導入後にモデルを導入した協力病院担当者をつつめ、事例検討会とモデルについての意見交換会を計2回実施し、それらの情報を元にケアマネジメントマニュアルおよびツールキットの改訂を行い、今後のモデルの普及についての問題点や検討課題についてまとめた。

C. 研究結果

精神科急性期ケアマネジメントプログラムとして以下の作成を行った。

① 精神科急性期ケアマネジメントモデル

急性期病棟におけるケアマネジメント入院時のスクリーニングから、多職種チームの構成と病棟ケアマネージャーの設定、アセスメント、ケアプランの作成、退院後のケアマネージャーの設定と退院調整までの構造を作成した（「資料1 病棟ケアマネジメントの流れ」図 参照）。

入院時スクリーニングは、病棟スタッフが入院後3日以内に退院後のケアマネジメントの必要性をスクリーニングするものである。

このスクリーニングによりケアマネジメントが必要と判断された場合には、医師、看護師、ソーシャルワーカー他の多職種チームが構成されることとなる。このチームのうちコメディカルスタッフの一人を病棟ケアマネージャーとして、退院後地域でのケアマネージャーを設定し引き継ぐまでケアマネジメントを行う。ただし、すでに地域でのケアマネージャーが存在する場合には、その方との調整薬として機能する。

次に、ケアマネジメントについてのアセスメントを行う。アセスメントについて重要なのは、本人の地域生活におけるニーズを把握し、また本人や本人の周囲の環境におけるストレンクス（長所）を確認することである。これまでの地域資源の利用状況や地域でのケアマネージャーの有無も確認する。すでに地域にケアマネージャーが存在する場合には、病棟のケアマネージャーは退院までの調整役となる。

アセスメント終了後、地域でのケアマネージャーの設定とケアプランの作成を行う。プランの作成には本人が参加し、作成のため必要に応じて関係者も集めケア会議を実施する。急性期ケアマネジメントのケアプランは、退院直後の生活についての方向性に注目したものとなる。

退院前には必ずケア会議を行い、最終的なケアプランの確認とケアマネジメントについてのイニシアチブを病棟ケアマネージャーから地域のケアマネージャーに移行する。

これら一連の動きが病棟内で円滑に行われているかをモニタリングし、必要に応じて調整するために、月に1回程度調整会議を持つことが必要である。膠着しているケースに関する助言や、スクリーニングでケアマネジメント必要なしと評価されたケースで、入院後にケアマネジメントの必要性が見いだされたものに対する導入を検討する。

② 精神科急性期ケアマネジメントマニュアル

ケアマネジメントになじみが薄い、または経験のない病棟スタッフにも理解しやすい内容のマニュアルを作成した。（別添急性期ケアマネジメントマニュアル参照）

A) 精神科急性期病棟におけるケアマネジメントの概念

- ・ ケアマネジメントについての説明
- ・ リカバリー・ストレンクスに注目したアセスメント
- ・ ケアプランの重要性について説明

B) ケアマネジメントモデルのプロセス

- ・ スクリーニングから退院調整までの一連の流れを説明

③ ツールキット

ケアマネジメントに取り組みやすいように各プロセスにおいてツールを作成した。

A) スクリーニングツール

- ・ ケアマネジメントの必要性を点数評価
- ・ 調査終了後質問項目、カットオフポイントを修正

B) アセスメント用紙

- ・ 地域生活でのニーズとストレンクスの確認が必須
- ・ 生活・社会歴については病棟のフォーマットを利用可

C) ケアプラン及びクライシスプラン用紙

- ・ 本人および関係者が共有する
- ・ 退院直後の生活をイメージしたケアプランの作成
- ・ 不調および再燃の前兆に対する具体的な対策の作成

D) ケア会議記録用紙

- ・ 本人および関係者で共有し、退院後の地域支援につなげる

D. 考察

精神科救急・急性期治療病棟において、ケアマネジメントを導入することは、地域での医療・福祉サービスとの連携を明確にし、また質の高い地域生活の定着にとって重要と思われる。今回この研究により、精神科病棟においてあまり普及していないケアマネジメントの概念を広め、地域医療・支援との連携についての重要性やその方法についての理解を得て、入院から地域への一貫した医療モデルの構築に役立つものであったと思われる。

しかし、現在の精神科医療・福祉システムは変革の途中にあり、現時点でこのモデルを導入するに当たり以下の問題点が挙げられた。

救急・急性期治療と地域連携の困難点

① キャッチメントエリアと地域資源

日本においてはキャッチメントエリアの制度が確立しておらず、さらに精神科救急は地域によってはマクロ救急システムを採用しているところもあり、救急・急性期治療と地域医療が同一エリアで展開できない場合もある。

また、地域医療への移行はまだ途中段階でケアマネジメントシステムの地域の医療・福祉サービスの量・質ともにかなりの地域差があり、地域につなげたくとも必要なサービスやケアマネージャーが見つからない場合もある。

② 病院・病棟治療構造上の問題

まず一つめに、救急・急性期病棟で入院が完結しない場合があるということがあげられる。多くの救急・急性期治療病棟は院内に療養病棟を有している場合が多く、入院が長期化した場合には療養病棟に転棟となる。そうした場合に転棟先の病棟でもこのモデルを導入してケアを続けることが難しいという問題があがってきた。病院全体でこのモデルを共有することは当研究においては困難だったため、転棟後続かないケースが見られた。同様に、マクロ救急システム化にある病棟では、入院後短期間での後方転送があるため、継続が困難な場合が多かった。

また、ケアマネジメントはそのプロセスにある程度の時間が必要であるが、入院の短期化に伴い急性期症状の治療が終了するまでにこのプロセスを終了できないケースが多く見られ、治療のスピードとの不一致がみられた。

さらに、今回作成したツールの使用は、病棟で義務づけられた書類と情報が重なる部分があり、多忙な病棟でスタッフに更に負担がかかることがあった。また、多職種共有のアセスメントやケアプランのシートを使用しても更にそれを各職種のプラン用紙に転記したり、各職種のマニュアル通りのもの書き換えたりすること

を求められる場合があり、これがチームアプローチを行う障壁となっていると考えられる。

③ ケアマネジメント・多職種アプローチについての理解

研究協力病院に、モデル導入後のケアマネジメントの普及状況について確認したところ、コメディカルにはある程度理解が得られたものの、医師の理解・関心が薄く、治療方針とケアプランが解離してしまうことがあるという意見がみられた。

また多忙な病棟業務のなか、多職種スタッフの予定を合わせてのケア会議の時間の確保が困難であるという点も上げられた。

今後、ケアマネジメントを普及させていくためには、多職種チームアプローチが稼働しやすい病棟構造やマンパワーをいかに獲得してゆくかが課題となる。

E. 結論

精神科救急・急性期治療病棟におけるケアマネジメントモデルの作成と導入を試み、研修会や病院訪問を通して、病棟スタッフに対するケアマネジメントや多職種チームアプローチについての普及については効果があったと思われる。

一方で、現在の地域精神医療システム構築が途中段階にあり地域格差があること、救急・急性期病棟のシステムやマンパワー、地域の精神科救急システム体制の差などにより、現時点ではすべての施設で共有できるモデルの構築が難しいことが明確になった。

今後ケアマネジメントモデルの更なる改善とともに、救急医療や地域医療の体制の検討や、多職種で機能できるシステム作りなどが課題としてあげられた。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

1) Setoya Y, Satake N, Takahara Y, Maeda K, Sato S, Takahashi M, Ito J: Nine months follow up study of the inpatients admitted to psychiatric emergency unit in Japan. 20th World Congress of Social Psychiatry, Marrakech, Oct 23-27, 2010.

2) Setoya Y, Sato S, Satake N, Ito J. Care Management in Acute Psychiatric Unit: National Study of Japan. World Association for Psychosocial Rehabilitation 10th World Congress. Bangalore, India, November, 2009.

3) 瀬戸屋雄太郎, 佐藤さやか, 佐竹直子, 伊藤順一郎. 全国の精神科救急・急性期治療病棟におけるケアマネジメントの実態について. 日本精神科救急学会第17回大会, 山形, 9月, 2009.