

## 精神科救急・急性期病棟における ケアマネジメントのあり方に関する研究

分担研究者 瀬戸屋雄太郎<sup>1)</sup>

研究協力者 佐竹直子<sup>2)</sup>, 高原優美子<sup>1)</sup>, 前田恵子<sup>1)</sup>, 高橋誠<sup>1)</sup>,  
佐藤さやか<sup>1)</sup>, 吉田光爾<sup>1)</sup>, 伊藤順一郎<sup>1)</sup>

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

2) 国立国際医療研究センター国府台病院

### 研究要旨

【目的】本研究班では、全国の精神科急性期病棟群におけるケアマネジメントの実施状況を明らかにすることと、伊藤主任班、佐竹分担研究班と協力して作成した、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有効性を検討することを目的とした。

【方法】①全国の精神科救急・急性期治療病棟を対象として、それぞれの病棟で実施されているケアマネジメントの手法について郵送調査を実施。②全国18の精神科救急・急性期病棟に4週間の間に入院した患者全員を対象として9カ月間の追跡調査を実施。③精神科救急・急性期病棟を対象とした精神科急性期ケアマネジメントプログラムを構築し、本プログラムを導入した病棟における有効性を前後比較によって検討。モデル導入前に調査対象病棟に4週間の間に入院した患者について、入院時、退院・転棟時、および9カ月後時点で調査を実施した。次に、研修会を開催し、各病棟において実際にケアマネジメントモデルを導入した。モデル導入後に、4週間の間に入院した患者について、モデル導入前と同様の調査を実施し、その結果を比較することで、ケアマネモデルの有効性を検討した。調査項目は、基礎属性、スクリーニングチェックリストの各項目、入院中に提供したケアマネの内容、利用サービス、入院期間、転棟・退院先、等である。

【結果および考察】全国の精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟に郵送調査を実施した結果、救急病棟・急性期治療病棟ともに、20-25%が転棟、あるいは転院していることが明らかとなった。また、転棟・転院している患者の9カ月間の入院日数は、退院した患者より長期間であった。ケアマネジメントは一定程度実施されているものの病棟によりばらつきは大きく、地域との連携はあまりなされていなかった。

精神科急性期ケアマネジメントモデルについてはモデル導入前後で、スクリーニングとエンゲージメントに増加がみられたものの、アウトカムの改善までには至らなかった。

今回のモデルの課題として、実際にケア会議・ケアプラン作成に至ったケースは少なく、ケアマネモデルの浸透は充分でなかったこと、およびスクリーニングされた対象者とケアマネを実施した者にギャップがあったことが明らかになった。これらの課題を踏まえ、①スクリーニングチェックリストを見直してより対象者を明確化、②スクリーニングでもれた入院患者についても必要に応じてケアマネジメントを導入することを促進する調整会議の設置の厳格化、③退院後の地域でのケアマネジャーを確保することを目的する、④各種ツールの簡略化した、モデルの改善を行った。

今後改善モデルをさらにより良いものとしていながら、精神科急性期病棟群でもケアマネジメントを十分に実施できるよう、普及していくことが重要である。

## A. 研究目的

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の提出や障害者自立支援法の施行など、近年、日本の精神医療保健福祉は「入院中心から地域生活中心へ」の改革期にあると言って良い。地域の受け入れ資源も少しずつではあるものの増加しており、それらのサービスをつなぐケアマネジメント体制も相談支援事業者等によって担われつつある。

一方、病院における退院促進についても、精神科訪問看護・退院前訪問看護の実施数の増加や、地域移行支援室の設置、地域移行支援事業など主に社会的入院患者と呼ばれる、地域の受け皿があれば退院できる患者を中心にさまざまな取り組みがなされている。

しかし、今後長期入院患者を新たに出現させないためには、いわゆる New Long Stay 予備軍と呼ばれる、新しく長期在院患者となりえる患者について、長期化させないよう、病棟において入院早期からの地域生活支援を視野に入れた取り組みが必要である。

そのためには、精神科救急病棟および精神科急性期治療病棟において、適切な精神科医療はもちろん、入院早期の段階で患者のニーズをアセスメントし、ニーズが高く入院が長期化しそうな患者に対して適切なサービスを提供もしくは紹介するケアマネジメントを実施することが必要である。ケアマネジメントを提供することにより、入院期間の短縮と、地域への定着率の向上が期待される。

諸外国では精神障害者ケアマネジメントの有効性について幾つかの研究がなされ、Ziguras & Stuart(2000)のメタ分析では、ケアマネジメント利用による入院日数の減少効果が見出されている。

我が国においても、精神科救急・急性期病棟におけるケアマネジメントは先進的な病院によって既に実施されているが、いずれも施設ごとに独自

の方法で実施されており、その方法や効果に関する実証的な研究は行われていない。

そこで、本分担研究班では伊藤分担研究班、佐竹分担研究班と連携し、下記の3つの研究を実施した。

### 研究1 全国の精神科救急・急性期病棟におけるケアマネジメントの実態調査

全国の精神科救急・急性期病棟で行われているケアマネジメントのサービスの実態を明らかにすることを目的として、全国の精神科救急・急性期治療病棟を対象として、それぞれの病棟で実施されているケアマネジメントの手法についての実態を調査した。

### 研究2 精神科救急・急性期病棟における入院患者の追跡調査

精神科救急・急性期病棟入院患者へのケアマネジメントの提供の実態と転帰を明らかにすることを目的として、全国18の精神科救急・急性期病棟に4週間間に入院した患者全員を対象として9カ月間の追跡調査を実施した。

### 研究3 精神科急性期ケアマネジメントプログラムの有効性の検討

精神科救急・急性期病棟を対象とした精神科急性期ケアマネジメントプログラムを構築し、本プログラムを導入した病棟における有効性を前後比較によって検討した。

以上の研究により、本分担研究班では、精神科救急・急性期病棟におけるケアマネジメントに関する基礎的な資料を得、それを元にこれまで実証的研究が少なかった精神科救急・急性期病棟におけるケアマネジメントに関するモデル的な実施方法を確立し、精神科医療および福祉サービスの質の向上に資することを目的とする。

## B. 研究方法

### 研究1 全国の精神科救急・急性期病棟におけるケアマネジメントの実態調査

対象:平成19年末時点に設置されていた全国の精神科救急病棟(以下PEU; Psychiatric Emergency Unit) 35カ所および精神科急性期治療病棟以下PAU; Psychiatric Acute care Unit) 199カ所

方法:対象病棟を持つ病院の院長および対象病棟の看護師長あてに調査票を送付し、回答を依頼。

調査内容:スタッフ配置、診断の割合、平均在院日数、地域への退院率、およびケアマネジメントの実施状況

ケアマネジメントの実施状況については、ケアマネジメントのプロセスをトリアージュ、エンゲージメント、アセスメント、ケア会議、ケアプランの作成、に分け、それぞれの実施状況と実施内容について回答を得た。

### 研究2 精神科救急・急性期病棟における入院患者の追跡調査

対象:全国の精神科救急・急性期病棟のうち、研究1にて、今後の調査への協力に同意した病棟18病棟。4週間の調査期間中に入院した患者全員が対象である。

方法:平成21年8月ごろ(病棟により異なる)の4週間の調査期間中に対象病棟に入院した患者全員について、病棟スタッフが調査票を記入した。その後追跡調査を実施し、退院または転棟時、9ヵ月後時点に情報を収集した。

調査内容:基礎情報(年齢、性別、診断)、入院長期化リスク要因(スクリーニング項目)、入院期間、退院・転棟先、9ヵ月間の延べ入院日数等。

### 研究3 精神科急性期ケアマネジメントプログラムの有効性の検討

対象:研究2に参加した17病棟。急性期ケアマネジメントモデル実施前後の4週間の調査期間中に入院した患者全員が対象である。

方法:研究2に参加した病棟に対し、精神科急性期ケアマネジメントプログラムを導入し、導入後一定期間を経て、モデル導入後調査を実施した。調査時期は平成21年12月ごろ(病棟により異なる)とした。調査内容は研究2と同じである。研究2の結果をモデル導入前調査とし、モデル導入前後の効果を比較することにより精神科急性期ケアマネジメントプログラムの効果を検討した。研究の流れについては図1参照。

調査内容:基礎情報(年齢、性別、診断)、入院長期化リスク要因(スクリーニング項目)、入院期間、退院・転棟先、9ヵ月間の延べ入院日数、職員のケアマネジメントに関する意識等。スタッフのケアマネジメントに関する意識については高原協力研究報告書を参照されたい。

介入内容(精神科急性期ケアマネジメントモデル):病棟入院患者全員に対し、入院3日以内にスクリーニングを実施し、スクリーニング得点が6点以上の者に対し、マニュアルに基づいたケアマネジメントを実施する(図2)。研究班の作成した精神科急性期ケアマネジメントモデル、およびその改善モデルについては佐竹分担研究班を参照。

モデル導入方法:共同研究参加病棟の病棟スタッフ各2名以上を対象に、2日間のケアマネジメント研修会を開催した(平成21年10/31-11-1)。

その後、各病棟にケアマネジメントマニュアルを配布し、各病棟において実際にケアマネジメントモデルをパイロットとして1ヵ月間導入した。その間に、各病院にて病棟スタッフを対象に実地研修を実施した。その後各病棟にてモデルの本格実施を開始した。

## 研究に関する説明と同意

入院患者への調査については国立精神・神経センター倫理委員会の承認を得た。本研究は「疫学研究に関する倫理指針」に従い、調査実施前に調査対象施設において本研究の目的を含む研究の実施についての情報を公開・掲示し、対象施設の利

用者が研究対象者となることを拒否できるようにした。入院患者の個人名を含む対象者リストは、施設スタッフが管理し、匿名 ID への変換を行っ

た。解析を行う研究者は ID のみ入手可能とした。

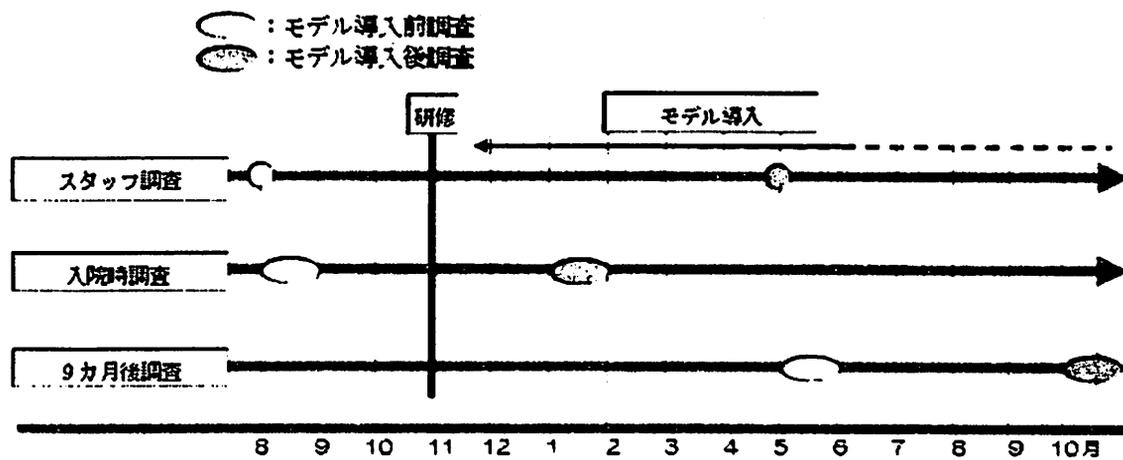


図1 研究の流れ図

退院・転棟・転院時調査は随時実施

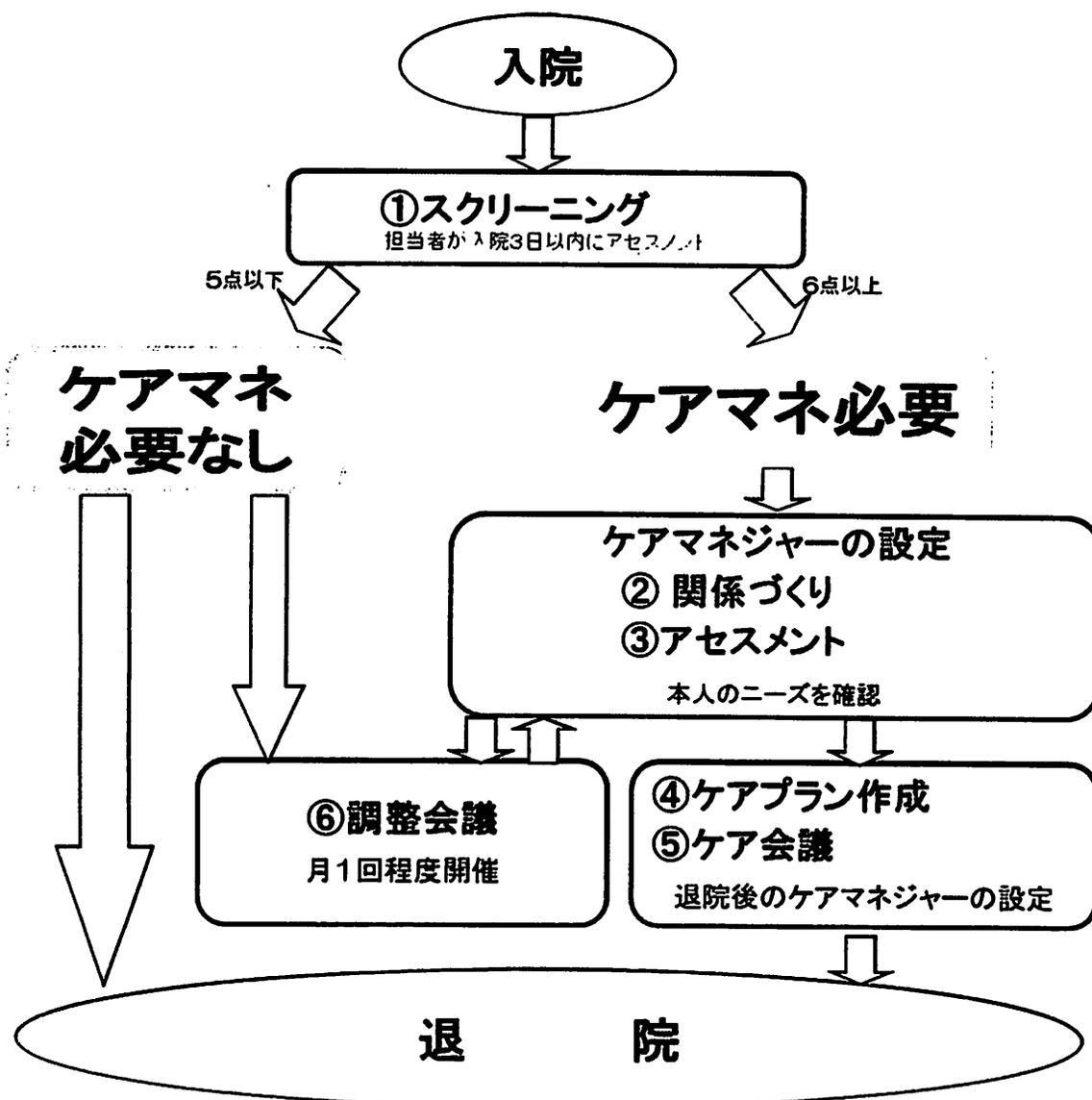


図2 急性期ケアマネジメントモデルの概念図

注：モデル改善前（改善後の概念図については佐竹分担研究班・マニュアル資料参照）

### C. 研究結果

#### 研究1 全国の精神科救急・急性期病棟におけるケアマネジメントの実態調査

全234病棟に送付し、146病棟（救急44、急性期102）より回答を得た。回収率は62%であった。一部、複数の病棟を持っていたり、H20年度以降、急性期より救急に病棟転換を行っている病院があった。

病床数平均は救急47.6床、急性期49.7床、平均入院期間は救急52.0日、急性期65.1日、地域への直接退院率は救急74.8%、急性期72.8%であった。

診断は救急では統合失調症55%、気分障害22%、認知症5%、急性期ではそれぞれ48%、25%、7%であったが、各病棟におけるばらつきは大きかった（表1-1）。

表1-1 診断分類（入院患者の割合の平均）

	統合失調症		気分障害		認知症	
	M	SD	M	SD	M	SD
救急病棟	55.1	11.6	22.3	8.6	4.9	4.8
急性期治療病棟	48.0	21.1	25.0	15.8	7.0	9.6

ケアマネジメントの各プロセスについては、救急病棟ではケアプランの作成を除きおおむね実施されていたが、急性期治療病棟では全体的に実施率が低く、ケアプランの作成だけでなくトリアージについてもあまり実施されていなかった（表1-2）。この項目は実施したことがあるかどうかを問うており、一度でも実施していると「している」と回答されるので解釈に注意が必要である。

表1-2 ケアマネジメントの各段階の実施率

救急(n=44)	している		していない	
	n	%	n	%
トリアージ	38	86.4	6	13.6
エンゲージメント	39	88.6	5	11.4
アセスメント	43	97.7	1	2.3
ケア会議	37	84.1	7	15.9
ケアプラン	29	65.9	15	34.1
急性期(n=100)	している		していない	
	n	%	n	%
トリアージ	54	54.0	46	46.0
エンゲージメント	74	74.0	26	26.0
アセスメント	92	92.0	8	8.0
ケア会議	75	75.0	25	25.0
ケアプラン	79	79.0	21	21.0

ケアマネジメントの各段階に関する以下の結果は、ケアマネジメントの当該段階に「している」と答えた病棟のみ回答しているため、「していない」と回答した病棟の結果は入っていない。

・トリアージ

トリアージを実施している病棟のうち、約6割の病棟で入院患者全員に実施していた(救急58.3%、急性期65.2%)。一方、入院患者の一部に実施している病棟では、平均して入院患者全体の約4割にしか実施していなかった(救急33.6±23.6%、急性期40.67±28.7%)。9割以上の病棟が入院1カ月以内にトリアージを実施していたが、急性期病棟に比べ救急病棟の方がより早く実施していた(1週間以内の実施:救急病棟の63.9%、急性期病棟は46.7%)。実施の際に留意している項目については、両病棟とも「退院後にサービス利用の可能性」への回答が90%を越えていた(表1-3)。

表1-3 トリアージ実施の際に留意する項目

	救急 (n=37)		急性期 (n=46)		合計 (n=84)*	
	度数	%	度数	%	度数	%
入院直前の単身生活	32	86.5	33	71.7	65	77.4
過去2年の複数回入院	22	59.5	19	41.3	42	50.0
家族調整	32	86.5	40	87.0	73	86.9
退院後の住居なし	34	91.9	40	87.0	75	89.3
生活保護の手続きが必要	31	83.8	28	60.9	59	70.2
退院後にサービス利用	35	94.6	42	91.3	78	92.9

※病棟種別不明が1施設あり

トリアージ実施後にケアマネジメントの対象となる人の割合については、約6割の病棟で、トリアージを行った人の半数以上にケアマネジメントを実施していた(表1-4)。

表1-4 実施後にケアマネジメントの対象となる人の割合

	救急 (n=38)		急性期 (n=53)		合計 (n=92)	
	度数	%	度数	%	度数	%
ほぼ100%	7	18.4	8	15.4	15	16.5
50%以上	10	26.3	19	36.5	29	31.9
30~49%	9	23.7	9	17.3	18	19.8
29%以下	12	31.6	16	30.8	29	31.9

### ・アセスメント

アセスメントについては、約6割の病棟で患者さんの希望、能力、できているところに焦点をあてたアセスメントを行っていた（救急65.9%、急性期58.2%）。残りの4割はどちらかというところできないところに焦点をあてていた。また、本人や家族の能力、フォーマルサービスの把握に努めると約8割の病棟が回答したのに対し、友人や図書館などのインフォーマルな資源を把握しようとする病棟は約1割であった（「本人の能力や障害」97.8%、「家族の能力、可能性」94.8%、「社会復帰施設やサービス」85.2%、「友人や図書館、喫茶店などの街の資源」11.1%）。

すべての病棟で退院先や退院後の利用サービスについて患者の希望を反映していた（退院先：「十分反映」57.4%、「一部は反映」42.6%、退院後の利用サービス：「十分反映」48.9%、「一部は反映」51.1%）。

### ・ケア会議

過去3カ月間に行われたケア会議は、救急病棟では患者29.9名（SD40.3）に対し41.0回（SD63.4）、急性期治療病棟では患者27.0名（SD35.4）に対し28.2回（SD52.8）であり、ケア会議は比較的開催されているようであったが、回数には病棟によりばらつきがあった（図1-1）。

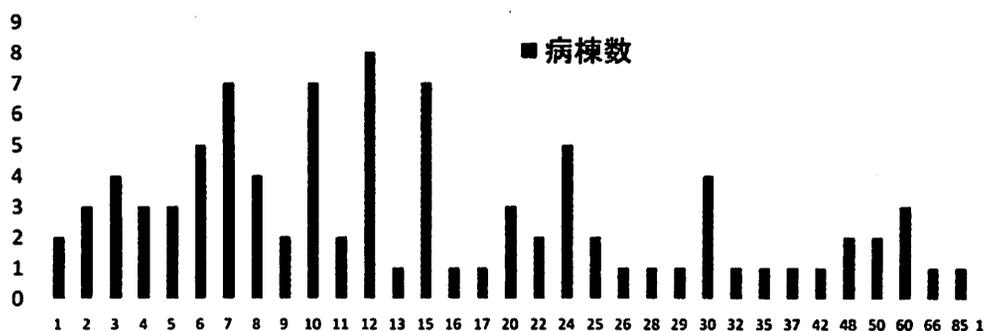


図1-1 過去3カ月間のケア会議の回数

ケア会議には、医師、看護師、PSWはほぼ毎回参加していたが、患者、家族については、毎回ではなく、必要時のみであった（表1-5）。

表1-5 ケア会議の参加者

	救急(n=37)						急性期(n=74)					
	毎回参加		必要時参加		ほぼ不参加		毎回参加		必要時参加		ほぼ不参加	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
患者さん	10	27.0	24	64.9	3	8.1	11	15.7	44	62.9	14	20.0
ご家族	6	16.2	29	78.4	2	5.4	9	13.0	46	66.7	13	18.8
医師	27	73.0	10	27.0	0	0.0	46	62.2	27	36.5	1	1.4
看護師	30	81.1	7	18.9	0	0.0	60	81.1	11	14.9	3	4.1
PSW	32	86.5	5	13.5	0	0.0	66	89.2	8	10.8	0	0.0
作業療法士	8	21.6	19	51.4	10	27.0	22	31.9	27	39.1	20	29.0
他の院内スタッフ	3	8.1	25	67.6	9	24.3	15	21.1	49	69.0	7	9.9
地域支援者	1	2.7	33	89.2	3	8.1	12	17.1	44	62.9	13	18.6

・ケアプラン

ケアプランについては、作成している病棟が救急で66%、急性期で54%と少なく、また作成しても本人や家族との共有は約8割程度しか行われていなかった（表1-6）。

表1-6 ケアプランを主に共有する者

	救急(n=29)		急性期(n=54)		合計(n=84)	
	度数	%	度数	%	度数	%
本人	25	86.2	45	83.3	70	83.3
家族	25	86.2	39	72.2	64	76.2
主治医	29	100.0	48	88.9	78	92.9
看護師	28	96.6	47	87.0	76	90.5
地活やデイケアなどのスタッフ	19	65.5	35	64.8	55	65.5
居住サービススタッフ	16	55.2	29	53.7	46	54.8
就労支援スタッフ	4	13.8	12	22.2	16	19.0

※病棟種別不明が1施設あり

ケアプランの引き継ぎ担当者については、両病棟とも最も多かったのは院内のソーシャルワーカーであった。救急病棟では24%の病棟が「主治医のみ」と回答していた。急性期病棟では、院内の訪問看護師が担当する割合が高かった（表1-7）。

表1-7 ケアプランの引き継ぎ担当者（複数回答）

	救急(n=29)		急性期(n=54)		合計(n=84)	
	度数	%	度数	%	度数	%
主治医のみ	7	24.1	5	9.3	12	14.3
院内の訪問看護師	9	31.0	23	42.6	32	38.1
院内のソーシャルワーカー	20	69.0	41	75.9	62	73.8
デイケアスタッフ	10	34.5	19	35.2	30	35.7
訪看ステーションの訪問看護師	8	27.6	12	22.2	20	23.8
ホームヘルプ担当者	3	10.3	7	13.0	11	13.1
作業所・授産施設スタッフ	0	0.0	7	13.0	7	8.3
相談支援事業者もしくは地活スタッフ	6	20.7	13	24.1	19	22.6
その他	3	10.3	3	5.6	6	7.1
誰もいない	1	3.4	2	3.7	3	3.6

※病棟種別不明が1施設あり

トリアージ、アセスメント、ケアプランについて、そのためのツールがあるかどうかを聞いたところ、そのようなツールを持っているのは約3割にとどまった（表1-8）。

表 1-8 病棟におけるツールの使用の有無

	救急			急性期			合計		
	N	度数	%	N	度数	%	N	度数	%
トリアージのためのチェックリスト	38	12	31.6	53	13	25.0	92	25	27.5
アセスメントシート	43	10	23.3	92	27	29.3	136	38	27.9
ケアプランのためのシート	29	7	25.0	54	18	34.0	84	26	31.7

ケアマネジメントの各段階の実施の有無と平均在院日数および地域への直接退院率について関連を調べたところ、ケア会議を実施している病棟の方が在院日数が短い傾向があり、アセスメントを実施している病棟の方が地域への直接退院率が高かった (表 1-9)。

表 1-9 ケアマネジメントの実施の有無と、アウトカムとの関連

n = 143		n	平均在院日数			地域への直接退院率		
			平均	SD	t	平均	SD	t
トリアージ	実施している	90	58.0	17.3	-1.5	73.4	16.0	0.0
	実施していない	53	66.6	51.1		73.3	17.7	
アセスメント	実施している	132	61.7	34.8	0.6	74.2	16.5	2.1*
	実施していない	11	55.6	22.2		63.3	14.9	
ケア会議	実施している	108	59.1	23.3	-1.3	74.4	16.9	1.3
	実施していない	35	67.6	55.4		70.2	15.4	
ケアプラン	実施している	81	56.7	14.9	-1.8†	75.0	15.5	1.4
	実施していない	62	67.1	48.4		71.2	17.7	

\* $p < 0.05$ , † $p < 0.10$

## 研究 2 精神科救急・急性期病棟における入院患者の追跡調査

計 18 病棟から調査票が回収され、対象者は 474 名であった。平均年齢は 45.7 歳 (SD = 17.2)、男性 218 名 (46.0%)、女性 256 名 (54.0%) であった。診断は統合失調症 229 名 (48.3%)、アルコール薬物障害 63 名 (13.3%)、うつ病 51 名 (10.8%)、双極性障害 32 名 (6.8%)、器質性精神障害 31 名 (6.5%)、そのほか 68 名 (14.3%) であった。

当該病棟での入院期間は 42.1 日 (SD = 36.1) であり、地域へ直接退院した患者が 360 名 (75.9%)、院内他病棟へ転棟した患者が 91 名 (19.2%)、他院へ転院した患者が 22 名 (4.6%) であった。

9 ヶ月後の追跡調査時点では、408 名 (86.1%) の患者の状況を確認できた。表 2-1 に追跡できた利用者について、直接退院、転棟、転院別に再入院、入院日数について比較した結果を示す。

表 2-1

	直接退院	転棟	転院
人数	360	91	22
追跡人数	305 (84.9%)	87 (95.6%)	15 (68.2%)
当該病棟 LOS	44.4 (SD = 32.9)	41.9 (SD = 44.0)	55.1 (SD = 60.8)
当該入院 LOS	44.4 (SD = 32.9) <sup>a</sup>	89.2 (SD = 92.4) <sup>b</sup>	128.0 (SD = 123.6) <sup>b</sup>
再入院	74 (24.3%)	20 (23.0%)	2 (13.3%)
総 LOS	58.3 (SD = 49.4) <sup>a</sup>	105.1 (SD = 91.4) <sup>b</sup>	149.5 (SD = 118.8) <sup>c</sup>

異なる文字間に有意差あり（一元配置分散分析・Bonferroni の多重比較）

追跡期間も含めた、9 カ月間の総入院日数と関連していた項目（リスクファクター）は、年齢が高いこと、3 ヶ月以内の再入院である、家族同居ではない、等であった。診断による差異は認められなかった。

### 研究 3 精神科急性期ケアマネジメントプログラムの有効性の検討

モデル導入前後の対象者の基本属性を表 3-1 に示す。モデル導入前は 474 名、モデル導入後は 490 名が 4 週間の間に入院し、対象となった。各病棟平均 4 週間で 26.7 名、約 1 日に 1 人の入院であった。基礎属性に有意差は認められなかった。

表 3-1 対象者の基本属性

	モデル導入前 N=474		モデル導入後 N=490	
	平均	SD	平均	SD
年齢	45.7	17.3	47.5	17.3
性別	n	%	n	%
男性	218	46.0	203	41.4
女性	256	54.0	287	58.6
診断	n	%	N	%
統合失調症	229	48.3	227	46.3
うつ病	51	10.8	71	14.5
躁うつ病	32	6.8	37	7.6
アルコール・薬物障害	63	13.3	52	10.6
器質性精神障害	31	6.5	36	7.3
その他	68	14.3	67	13.7

有意差なし

入院中のケアマネジメントの実施状況を表 3-2 に示す。スクリーニングがモデル導入後で飛躍的に

増加し、9割以上の患者で実施されるようになった。エンゲージメントについても増加傾向があった。しかし、アセスメントについては減少した。ケア会議とケアプランについて、件数は増加したが、有意差はみられなかった。

表3-2 入院中のケアマネジメントの実施状況

	モデル導入前(n=472)		モデル導入後(n=489)	
	n	%	n	%
スクリーニング*	109	23.1	441	90.2
エンゲージメント†	255	54.0	295	60.3
アセスメント*	263	55.7	220	45.0
ケア会議	46	9.7	57	11.7
ケアプラン	32	6.8	42	8.6

カイ二乗検定 \*p<0.05, †p<0.10

スクリーニング得点の分布を図3-1に示す。モデル導入前後で差は認められず、モデル導入前は68名(14.3%)、導入後は69名(14.1%)が6点以上でケアマネジメントが必要と判断された。

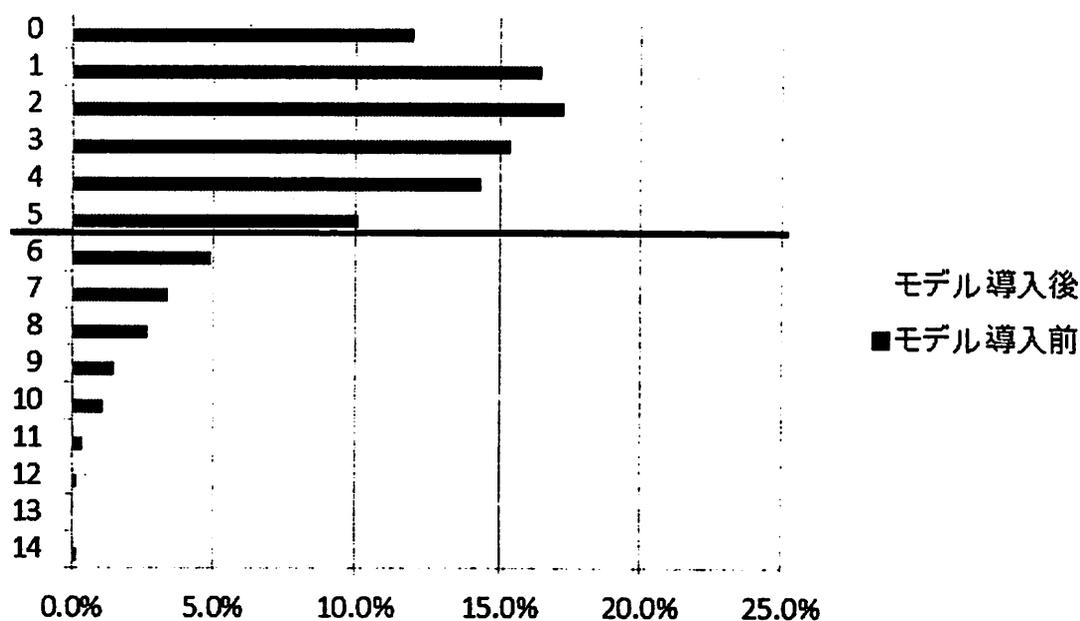


図3-1 スクリーニング得点の比較

次に、当該救急・急性期病棟退棟後の、退院・転棟・転院の状況について比較した(表3-3)。モデル導入前後で退院・転棟・転院の割合に有意差は認められなかった。

表 3-3 モデル導入前後の退院・転棟・転院状況の比較

	モデル導入前		モデル導入後	
	N	%	N	%
退院	360	76.1%	353	72.0%
転棟	91	19.2%	101	7.3%
転院	22	4.7%	36	20.6%

有意差なし

モデル導入前後の入院日数について表 3-4 に示す。モデル導入前後で、当該病棟の入院日数、9 カ月間の総入院日数とも有意差は認められなかった。

表 3-4 モデル導入前後の入院日数の比較

	モデル導入前			モデル導入後		
	n	平均値	SD	N	平均値	SD
当該病棟 LOS	473	42.1	36.1	490	45.7	39.5
当該入院 LOS	408	58.1	62.3	417	64.2	63.9
追跡期間 LOS	408	13.4	33.7	417	13.5	36.9
総 LOS	408	71.5	68.4	417	77.7	72.9

有意差なし

ケアマネジメントの実施率をみるために、モデル導入前後それぞれにおいて、カットオフが6点以上でケアマネジメントが必要とされた群について、アセスメント、ケア会議、ケアプランの作成がどの程度なされたか、図 3-2 に示した。カットオフ以上とされた群についても、ケアマネジメントの構成要素のうち、アセスメントおよびケア会議はモデル前と比較して増加したものの、ケアプランの作成には至っていなかった。

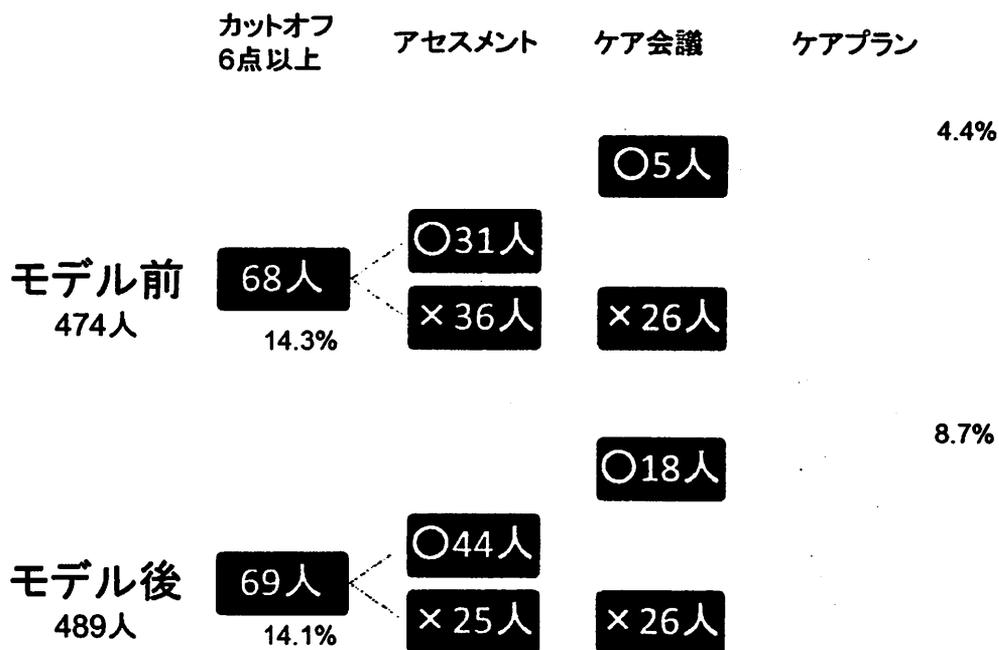


図3-2 モデル導入前後でカットオフ得点以上だった群のケアマネジメント実施率

#### D. 考察

本研究では、病院から地域へ円滑に退院し定着するために必要なケアマネジメントについて、精神科救急・急性期病棟においてその実態を調査するとともに、伊藤主任研究班・佐竹分担研究班と協力して作成した精神科急性期ケアマネジメントモデルについて効果評価を実施した。

##### ケアマネジメントの実施状況

全国の精神科急性期病棟群を対象とした研究では、6割以上の病棟から調査票が回収され、結果には一定の代表性があると考えられる。ただし、ケアマネジメントをきちんと提供している病棟ほど回収率が高いことが予想されるため、実際に提供されているケアマネジメントは本研究の値より少ない可能性があり、結果は慎重に解釈する必要がある。

定収数は救急病棟・急性期病棟ともに、50床弱と、欧米の病棟と比較して大規模であった。これは診療報酬の定義によるところが多く、今後少人数のユニットでもコストを維持できるような仕組みが必要である。

平均入院期間は救急で52.0日、急性期で65.1日であり、アメリカやイタリア、オーストラリアなど、入院日数が極端に短い国と比較すると長い。我が国の他の病棟と比較するとやはりかなり短期間であった。さらに、地域への直接退院は75%未満と、4人に1人以上の患者が転院・転棟している実態があった。研究2の追跡調査の結果からは、転棟・転院した群の方が、その後の入院日数が多いことが示され、マンパワーが救急急性期より少ないと予想される他病棟に転棟するとさらに入院日数が延びることが明らかとなった。

都道府県のシステムにより転院する者や、精神科および身体の症状による転棟を余儀なくされる者も含まれるとは思いますが、この中の何割かは、病棟入院中より地域への退院・定着を目指したケアマネジメントの提供により地域へ退院できると考えられる。

本研究の結果からも、全国の病棟のうち、アセスメントを実施している病棟の方が地域への直接退院率が高く、ケアプランを作成している病棟の方が平均在院日数が短かった。適切なケアマネジメントを提供することにより、入院の短期化および地域への直接退院に一定の効果があることが示唆された。

しかし、精神科救急・急性期病棟においてケアマネジメントは一定程度実施されているものの、病棟によるばらつきは大きく、ケアマネジメントをやすくするためのツールはあまり普及していないことが明らかとなった。

#### 精神科急性期ケアマネジメントモデルの効果評価

そこで、本研究班では、伊藤主任研究班・佐竹分担研究班と協力して、精神科急性期病棟群を対象とした、入院患者に対して入院早期よりケアマネジメントを提供する、精神科急性期ケアマネジメントモデルを構築した（マニュアルおよび各種ツールを作成）。本モデルは、入院3日以内に、担当者（病棟により看護師あるいは精神保健福祉士）がスクリーニングを実施し、スクリーニング得点に応じて、6点以上だったらケアマネ必要とし、本モデルに基づいたケアマネジメントを提供する。5点以下の者には通常治療（通常実施されているケアマネジメントを含む）を提供し、必要に応じて本モデルのケアマネジメントを提供する（詳細については佐竹分担研究班を参照されたい）。

本研究ではモデルの導入前後で比較することにより、効果評価を行うことを担当した。

モデル導入以前の4週間、モデル導入以後の4週間に、当該病棟に入院した500名弱の入院患者

それぞれを9カ月間追跡した。

導入前後の基礎属性に差は認められず、同様の群であると考えられた。

入院中のケアマネジメントの実施については、入院患者に3日以内にスクリーニングすることがモデルの構造であったため、スクリーニングの実施については飛躍的に増加した。入院初期の段階で、入院長期化が見込まれ、ケアマネジメントの対象となりうる患者を同定することは可能であることが明らかとなった。また患者との関係作り（エンゲージメント）も増加した。これは、ケアマネジメントのみならず、すべてのケアに共通するものであるが、ケアマネジメントの研修を受け、本人・家族のニーズを聞くことの大切さを、そのためには良い関係を築くことが必要であることを再認識したためと思われる。

逆に、アセスメントについては減少した。これは、通常業務で実施している、主として病状や病歴に焦点をあてたアセスメントと、ケアマネジメントにおける本人の強みやニーズ、希望や、家族を含めた周囲の環境の強みやニーズなどを把握するアセスメントの違いを認識したことによって生じたと考えられる。おそらく、医学的なアセスメントはモデル導入前も導入後も実施されていたが、モデル導入前はそのことをアセスメントをしている、と回答していたのに対し、モデル導入後では、同様のアセスメントは実施しているものの、本モデルによるケアマネジメントのアセスメントは実施していない場合に、していないと回答したのであると考えられる。

しかし、今回の結果からは、ケア会議の実施や、ケアプランの作成には差がみられなかった。また、退院・転棟・転院の割合や、入院日数には差がみられなかった。

そのため、モデル導入前後において、カットオフが6点以上で、ケアマネジメントが必要とされた群に対して、実際にどのようなケアが提供されたのか検討した。なお、モデル導入前ではカット

オフの概念は病棟に説明されておらず、スクリーニング評価のみを実施している。

その結果、モデル導入前後で対象者は70名弱とどちらも入院患者の約14%が対象となっていた。しかし、モデル導入後に関しても、アセスメント、ケア会議、ケアプランとケアマネジメントの段階を進んでいくうちに実施率が下がっていき、ケアマネジメントが必要な者に対し、ケアプランが作成されたのはモデル導入前で4.4%、モデル導入後でも69人中6人とわずか8.7%であった。

本モデルでは、救急・急性期病棟という忙しい環境で実施することを考慮し、限られた対象者に焦点をあてて、必要な者に確実にケアマネジメントを提供することを目的としていた。そのため、そもそも対象とする者を15%程度に絞っていた。おそらく、この15%にきちんとしたケアマネジメントが提供されれば、いくぶん病棟としてのアウトカムにも変化がみられたのではないかと考える。

#### ケアマネジメント改善モデルへの示唆

しかし、実際には前述のように、ケアマネジメントの到達は十分ではなかった。そのため、本研究班は、モデルを改善することを結論とし、そのために必要な情報を得るために、調査対象病棟に対し、聞き取り調査を実施した。

その結果として、まず、スクリーニングされた対象者とケアマネを実施した者にギャップがあることがあり、スクリーニングチェックリストの見直しが必要とされた。その結果、カットオフ得点を下げ、対象を増やす一方、対象外となる者の基準を設け、キャッチメントエリア外の者、鑑定入院の者、65歳以上の者について対象外とした。

また、スクリーニングはあくまで基準であり、完璧なものではもちろんない。そのため、対象外とされた者のうち必要な者についてケアマネジメントが適切に提供されるように、調整会議を設置しているが、その運用を厳格化することとした。また、アセスメント、ケアプランが実施されていない状況を受け、各種ツールの簡略化を実施した。

ケア計画が実施されないことについては、退院後の地域でのケアマネジャーを確保することを目的とすることを明確化し、仮にケア計画を作る時間がなかったとしても、退院後のケアマネジャーを確保することでケアマネジメントを継続していくことを可能とした。また、ケアマネジメントの浸透には時間がかかることもわかった。そのため、ケアマネの実施度をモニタリングするシートの作成(対象者数、入院日数、地域への直接退院など)し、モニタリングしていくこととした。

以上の他、いくつか改善点を施した改善モデルについては佐竹分担研究班を参照されたい。

#### 今後の病棟機能について

本モデルの普及の他、今後病棟機能として求められることについて、いくつか触れる。

ケアマネジメントを実施し、入院患者を早期に退院させ、転棟・転院を減少させるためには、各病棟において精神保健福祉士を増加する、病床規模を縮小する、看護師にも一定程度ケアマネジメント的役割を担ってもらい、外部のサービスに積極的に病棟に入ってもらいなどの対策が考えられる。

また、病棟と地域の連携を強化していくことも重要である。必要なケースについてのケア会議を増やし、地域の方にも参加してもらい、入院中からの退院前訪問看護を増やし、看護師もできるだけ地域に出る、地域の資源マップを作成し、病棟スタッフが地域にどのような資源があるか知る、地域のネットワークに病院からも積極的に参加し、できるだけ顔の見えるつきあいを増やす、などが考えられる。

#### 限界

本研究にはいくつか限界がある。一つ目はケアマネを導入してから調査を実施するまでの期間が1ヵ月程度しかなかったことである。ケアマネジメントを病棟に導入することは各病棟にとって大きなシステムの転換であり、それに伴い既存のシステムを修正していくことが求められる。そのた

め、本研究の実施までに、完全には体制が整って  
いなかったことが考えられる。また、追跡期間が  
9 ヶ月と短いことも結果に影響している可能性が  
ある。転院・転棟した群を中心として、追跡でき  
ない対象者がいたことも課題である。

#### E. 結論

全国の精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟  
に郵送調査を実施した結果、救急病棟・急性期治  
療病棟ともに、20-25%が転棟、あるいは転院して  
いることが明らかとなった。また、転棟・転院し  
ている患者の9 ヶ月間の入院日数は、退院した患  
者より長期間であった。ケアマネジメントは一定  
程度実施されているものの病棟によりばらつきは  
大きく、地域との連携はあまりなされていなか  
った。

精神科急性期ケアマネジメントモデルについて  
はモデル導入前後で、スクリーニングとエンゲ  
ージメントに増加がみられたものの、アウトカム  
の改善までには至らなかった。いくつかのモデル改  
善への示唆を得ることができ、今後改善モデルを  
さらにより良いものとしていきながら、精神科急  
性期病棟群でもケアマネジメントを十分に実施で  
きるよう、普及していくことが重要である。

#### F. 参考文献

- 1) Ziguras, S. & Stuart, G. W. (2000) A  
meta-analysis of the effectiveness of mental  
health case management over 20 years.  
*Psychiatric Services*, 51, 1410-1421.

#### G. 研究発表

1. 論文発表
  - 1) Yutaro Setoya, Sayaka Sato, Naoko Satake,  
Junichiro Ito | Care Management in Japanese  
Acute Psychiatric Units: A National Study  
(in print).
  2. 学会発表
    - 1) 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,  
2009.9.11-12.
    - 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, Nov 12-15, 2009.
    - 3) Yumiko Takahara, Yutaro Setoya, Keiko Maeda,  
Sayaka Sato, Makoto Takahashi, Naoko Satake,  
Junichiro Ito: Survey of Staff Members of the  
Psychiatric Emergency Unit about Introduction of  
Care Management. World Psychiatric Association  
International Congress 2010, Beijing, Sep  
1-5, 2010.
    - 4) Yutaro Setoya, N Satake, Y Takahara, K Maeda,  
S Sato, M Takahashi, J Ito: 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.