

急性期ケアマネジメントモデル導入前後比較による 精神科救急・急性期病棟スタッフの患者に対する支援姿勢の研究

分担研究者 瀬戸屋雄太郎¹⁾

研究協力者 高原優美子^{1) 2)}、吉田光爾¹⁾、前田恵子¹⁾、
佐藤さやか¹⁾、高橋誠¹⁾、佐竹直子³⁾、伊藤順一郎¹⁾

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部

2) 東洋大学大学院

3) 国立国際医療研究センター 国府台病院

研究要旨

【目的】本研究では、急性期ケアマネジメントモデル導入前後の精神科救急・急性期病棟スタッフの患者に対する支援姿勢に関する比較検討を行い、その結果を基にスタッフの役割を明らかにすることで、我が国の今後の精神科救急・急性期病棟におけるチーム医療の支援体制や早期退院に向けたシステム作りに役立てることを目的とする。

【方法】調査協力の合意が得られた、14 病院、18 病棟に勤務するスタッフを対象に、2009 年 8 月～11 月（導入前調査）、2010 年 5 月～2011 年 1 月（導入後調査）に調査を実施した。調査内容は、性別・年齢・職種・現在の職種の経験年数・精神科領域における経験年数などの基本属性と、ケアマネジメント的な関わりの得点項目およびストレングス志向性尺度得点項目を用いて、導入前後の比較検討を行った。

【結果および考察】急性期ケアマネジメントモデル導入前の精神科救急・急性期病棟のスタッフは、日常的にストレングスモデルを取り入れた支援を実施し、退院後の生活を視野に入れたアセスメントに取り組み、アセスメントには患者の希望や望みを汲み入れていた。急性期ケアマネジメント導入後は、病棟スタッフのケアマネジメントへの学習意欲の向上が見られ、ケアマネジメントを実施するスタッフが増加し、患者の入院直後におけるケアマネジメントの必要性の判断に病棟スタッフ全体が携わっていた。しかし、実施されているケアマネジメントの内容は、入院時に行うスクリーニングに対する意識の変化にとどまり、実質のケアマネジメントへの取り組みは始まったばかりであると考えられる。

A. 研究目的

本研究では、精神科急性期におけるケアマネジメントモデル（以下「急性期ケアマネジメント」）の導入前後に病棟スタッフの患者に対する支援姿勢の比較検討を行った。この結果を基にスタッフの役割を明らかにし、我が国の今後の精神科救急・急性期病棟におけるチーム医療の支援体制や早期退院に向けたシステム作りに役立てることを目的とする。

我が国では、精神科病院病床入院患者の退院、

および社会復帰を図ることを、2002(平成 14)年に厚生労働省が宣言し、精神障害者地域移行・地域定着支援事業と称された精神障害者の退院促進支援事業を 2010(平成 22)年度より進めている。さらに、精神科救急入院料病棟や精神科退院時指導、退院前訪問などにおける、精神障害者の早期退院に向けた医療専門職の協働によるリハビリテーションを検討し、退院後の患者の地域生活を見据えた計画の立

案や援助を実施している。今後、患者の早期退院を図り、精神科病床を削減していくためには、長期在院患者の退院促進だけではなく、新規入院患者の入院長期化を予防するための取り組みが必要である。そのため、先進的な精神科病院ではケアマネジメントシステムが取り入れられているが、現在日本に導入されているケアマネジメントは介護保険法による仲介型のケアマネジメントが多く、患者と公的な社会資源を結びつける適正配分的なマネジメントが主流であるといえる。しかし、本研究では患者自身および患者の周辺環境の潜在能力に着目し、患者の長所や強みであるストレングスを積極的に引き出し、今後の生活に役立てるように退院後の生活設計を行う「ストレングス型」とよばれるケアマネジメントを導入する。患者の入院直後から、患者のストレングスに着目した急性期ケアマネジメントを導入し、医学的な治療だけでは解決し得ない住居確保や家族関係、服薬理解といった、患者の安定した社会生活に向けた支援を視野に入れた専門職スタッフの姿勢について検討を行うことは、今後の施策を形作るためには急務である。

本研究では、日本の精神科チーム医療による早期退院を促進し、我が国における今後の精神科救急・急性期病棟に関する施策形成に貢献することを目的に、精神科救急・急性期病棟において急性期ケアマネジメントを導入した関係スタッフに対して、導入前後にアンケート調査を行い、患者への支援に対するスタッフの姿勢や急性期ケアマネジメントの実施状況等について比較したことを報告する。

B. 研究方法

1. 調査対象

本研究の対象者は、調査協力の合意が得られた14病院、18病棟に勤務する調査協力を得られたスタッフであり、調査時点で各病棟に勤務する者である。このため、調査前後における対象者の一貫性をもたせていない。ただし、本研究では、調査時期に現在の職種の経験年数1年以下に該当する者は急

性期ケアマネジメント導入における研修等を受講しておらず、現職においても新人であるため、対象外とした。

2. 調査手順

1) 調査期間

〈急性期ケアマネジメント導入前〉

2009年8月～11月に、急性期ケアマネジメント導入前調査を実施した。その後、2009年12月～2010年1月に各病棟において急性期ケアマネジメントを導入した。急性期ケアマネジメント導入にあたっては、導入前準備として急性期ケアマネジメントを主体的に実施するキーパーソンのスタッフを対象とした急性期ケアマネジメント実施要領の全国研修会を2日間、さらに、急性期ケアマネジメント調査研究スタッフによる各病院の各病棟における研修会を一日実施した後、各病棟に急性期ケアマネジメントを導入した。

〈急性期ケアマネジメント導入後〉

2010年5月～2011年1月に、急性期ケアマネジメント導入後調査を実施した。急性期ケアマネジメント導入前調査を行った同一病院、同一病棟に勤務するスタッフに調査を依頼している。

2) 調査・分析方法

急性期ケアマネジメント導入前後に、アンケート調査票「精神科病棟におけるケアマネジメントについて」を各病院に配布し、回収した。調査表回収後、ソフトPASW Statistics 18による分析を行い、急性期ケアマネジメント導入前後を比較した。

3) 調査項目

- 基本属性:性別・年齢・職種・現在の職種の経験年数・精神科領域における経験年数
- ケアマネジメント的な関わりの得点(4件法)5項目と、ストレングス志向性尺度得点(5件法)10項目

4) 倫理審査

本研究は、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の承認を得て実施している。

本研究に調査協力を得た病院や個人に対して、名

称、所在地等が特定されないように配慮した。具体的には、アンケート調査票説明書に研究目的と研究内容を明示し、匿名性の保証・不利益を被らないことの保障・拒否権の保障・秘密保持の保障を提示して、同意をした場合のみアンケート調査票を提出するという手順を経ている。

本研究報告は、急性期ケアマネジメント導入にあたり調査協力を得られた各病院のスタッフを対象とした急性期ケアマネジメント導入前後の比較である。急性期ケアマネジメント導入における入退院調査、9ヶ月後調査の比較については瀬戸屋分担研究報告書、急性期ケアマネジメントのプロセスの構築については佐竹分担研究報告書を参照されたい。

C. 研究結果

1. 基本属性(表1、表2)

全調査から、急性期ケアマネジメント導入前後の対象者像(年齢・性別・職種・現在の職種の経験年数・精神科領域における経験年数等)についての比較を行った。

対象者数は、急性期ケアマネジメント導入前 507名、導入後 547名である。ただし、調査時点で、現在の職種の経験年数1年以下に該当する者は対象から外したため、分析時点での対象者数は、急性期ケアマネジメント導入前 476名、導入後 518名の合計 994名である。

年齢は、導入前 38.09歳、導入後 38.36歳で有意な差はみられず、現在の職種の経験年数、精神科領域における経験年数においても同様に有意な差はみられなかった。性別では、導入前の男性 43.4%・導入後の 41.5%と関連はみられなかった。

職種は、医師が導入前 13.61%・導入後 12.42%、看護師が導入前 70.63%・導入後 74.35%、精神科ソーシャルワーカーが導入前 6.05%・導入後 5.81%であり、導入前後における関連はみられなかった。

2. ケアマネジメントの取り組みの姿勢、実施回数等

の比較(表3、表4)

急性期ケアマネジメント導入前後において、ケアマネジメントの取り組みに対する姿勢等の比較をした。ケアマネジメントの認知度は、急性期ケアマネジメント導入前後において差があることがわかり、急性期ケアマネジメント導入前後の分布は同じではない。さらに、ケアマネジメントに関する学習状況については、本や雑誌で読んだことがあると回答した人は、導入前よりも導入後の方が低く、それ以外の項目の、研修会や講演会に参加したことがある、ケアマネジメントをすでに実施していると回答した人は、導入前よりも導入後の方が高かった。さらに、これまでにケアマネジメントを実施したことがあると回答した人は導入前よりも導入後の方が高かった。また、過去1年間のケアマネジメント実施回数は、導入前中央値は 4.0・導入後中央値は 3.0と低い数値になっていた。

3. ケアマネジメント的な関わりの姿勢、コミットメント状況等の比較(表6、表5)

急性期ケアマネジメント導入前後におけるケアマネジメント的な関わりの姿勢の変化はあまり見られず、入院直後におけるケアマネジメントの必要性の判断の項目だけに変化がみられた。また、「退院後の地域生活を視野に入れたアセスメント」「患者の希望や望みを含むアセスメント」「退院後のケアプラン作成」の項目については、変化はみられなかった。ケアマネジメントのコミットメント状況やストレングス志向性尺度についても、急性期ケアマネジメント導入前後を比較した結果、有意差は認められなかった。

D. 考察

対象者の基本属性(表1、表2)に示したが、年齢、現在の職種の経験年数・精神科領域における経験年数・性別・職種等に関して有意な差がみられないことから、急性期ケアマネジメント導入前後の対象者の母集団は同じであると考えられる。これらの母集団を基に、急性期ケアマネジメント導入における、導入前後の病棟スタッフの変化について考察する。

1. 急性期ケアマネジメント導入によって生じた変化

1) ケアマネジメントにおける知識、実施状況の変化
ケアマネジメントに関する知識や実施状況の変化については、急性期ケアマネジメント導入前後において違いがみられた。ケアマネジメントに関する知識や実施状況は、急性期ケアマネジメントの導入後に高まり、導入前は全体の 1/4 にも満たなかったが、導入後は全体の 3 割強がケアマネジメントの実施経験者となった。さらに、過去 1 年間のケアマネジメント実施回数については、導入前と比較すると導入後の方が実施回数を示す数値は低くなっているが、これは、急性期ケアマネジメントを導入したことにより、ケアマネジメントが病棟スタッフに浸透し、より多くのスタッフが病棟内において広くケアマネジメントを実施し始めたために現れた数値であることを示唆すると考えられる。このようなことから、まずは患者の退院後の希望を聴き取り、退院後の生活設計を視野に入れて行われる急性期ケアマネジメントの重要性を病棟スタッフが認識し、急性期ケアマネジメントが病棟スタッフ内に浸透し、ケアマネジメントに対する理解を得ることが、チーム医療として患者を支援する要になると考えられる。

表3にあるように、急性期ケアマネジメント導入に伴う研修会等への参加やケアマネジメントの実施経験の有無が、図1. ケアマネジメント認知度に反映されていると考えられる。図1. ケアマネジメントの認知度を見てみると、まったく知らないという回答が減り、ある程度知っているという回答が増え、全体的に見ると約 9 割以上のスタッフがケアマネジメントを認識していた。しかし、図2にある地域サービス関係者が参加する個別のケア会議への参加経験は、ケアマネジメント導入前後ともに 6 割と、有意差は見られなかった。ケアマネジメントの認知は上昇したが、ケア会議への参加については今後検討が必要な課題であると考えられる。ケア会議には、実際に開催することで、患者本人においては退院後の具体的な生活に対する自覚が芽生え、スタッフにおいては地域サービスへの理解が深まり、患者の退院後の生活に対する展望を視野に入れることができるというケアマネジメント

の実践において重要な意義がある。今後は、特定の者だけが参加するケア会議ではなく、患者の支援に携わる病棟スタッフの誰が参加しても同じ視点を持てるよう、病棟の専門職スタッフがチーム医療にどのように携わっていくかを検討することが課題であると考えられる。

2) 病棟におけるケアマネジメント的な関わりの姿勢の変化

急性期ケアマネジメント導入前後には、病棟におけるケアマネジメント的な関わりの姿勢に相違がみられた。「退院後の地域生活を視野にいれたアセスメント」の項目では、約8割のスタッフが、患者によって、あるいは全ての患者において必ず、患者の退院後の生活を念頭に置いてアセスメントを行っており、退院後の患者についての視点を持ち合わせていることがわかった。さらに、アセスメント時は、患者の長所や願い、生活の希望を明らかにすることが多く見られた。しかし、患者には入院するほどの精神病症状があるため、患者の意見が尊重されるのは場合による、という関わりもあることがわかった。「退院後のケアプラン作成」の項目については、作成したことがないスタッフが半数以上と圧倒的に多かった。ただし、精神保健福祉士など他の人が作る過程に参加するなど、チームとしてケアプランが成されれば参加できる協力体制は整っているようであった。

このように、これら「退院後の地域生活を視野にいれたアセスメント」「患者の希望や望みを含むアセスメント」「退院後のケアプラン作成」の項目は、ケアマネジメントの実践に重要な項目であるが、急性期ケアマネジメント導入前後にスタッフの変化はみられなかった。そのため、日常的に退院に向けたアセスメントを実施していることがわかった。

「入院直後のケアマネジメントの必要性においての判断」の項目については、急性期ケアマネジメント導入前後でスタッフの変化が見られた。急性期ケアマネジメント導入後、入院直後におけるケアマネジメントの必要性の判断は、必要性があるまでケアマネジメントを提供しないという数値が下がり、ケアマネ

ジメントが必要だと判断している数値が上がった。そのため、約 9 割のスタッフが、患者の入院一定期間後にはケアマネジメントの必要性について、必要であると判断していた。症状によっては、必要があるまでケアマネジメントを提供しない場合も考えられるが、おおむねのケースにおいては、入院直後にケアマネジメントが必要であると判断し実践することは、退院が決まる前から退院に向けたケアマネジメントが展開されるということであり、結果的に早期退院へとつながることが予想される。

今後は、患者を中心にした病棟スタッフにおける退院後のケアプラン作成や作成への参加の調整等が期待される。

3) 統合失調症患者に対する支援(ストレングス志向性尺度)

急性期ケアマネジメント導入前後の統合失調症患者に対する支援の変化はみられなかった。病棟では、ストレングス志向性をもって統合失調症患者に対する支援を実施していることがわかった。しかし、導入前後における平均値の数値は、導入後の方が低くなっている。これは、急性期ケアマネジメントの視点を取り入れたことによりストレングス視点の置き方を把握した結果ではないかと考えている。急性期ケアマネジメントでは、入院した患者について退院後の状況を見据えた、患者のリカバリーに向けた支援を実施する。そのため、病棟スタッフはストレングス支援をしているという認識に至らないまま通常業務を行い、その中で急性期ケアマネジメント導入のための病院研修等を受け、急性期ケアマネジメントを導入したことにより、患者のリカバリーやストレングスするスタッフが増えたものの、ケアマネジメントの実践内容に視点を合わせると、入院時に行うスクリーニングに対する意識の変化にとどまり、実質のケアマネジメントの実践導入は始まったばかり、と考えられる。それでも、急性期ケアマネジメントの導入により、病棟スタッフのケアマネジメントに対する意識は高まったと捉えることができる。そして更なるステップアップのために、精神科救急・急性期病棟全体でのケアマ

に着目する視点を持ち得、実際の支援に直面するということを経て、低い数値になったと考えられる。今後、継続して急性期ケアマネジメントを実施することで、ストレングス志向性尺度の得点も実際の支援のなかで高まると予想される。

2. 研究の限界

本研究は、急性期ケアマネジメント導入前後におけるスタッフ調査を実施している。しかし、本調査の調査対象となったスタッフは、本研究の趣旨を理解し研究協力が得られた先進的な病棟のスタッフであると考えられる。そのため、一般化できないことが本研究の限界であると考えられる。

E. 結論

精神科救急・急性期病棟における急性期ケアマネジメント導入前後の介入研究を実施し、病棟スタッフの患者への支援姿勢の特徴について検討を行った。

精神科救急・急性期病棟のスタッフは、日常的にストレングスモデルを取り入れた支援を実施していた。さらに、退院後の生活を視野に入れたアセスメントにも取り組み、アセスメントには患者の願いや長所、生活の希望を組み入れていた。急性期ケアマネジメント導入後においては、病棟スタッフのケアマネジメントへの学習志向性が高まり、実際にケアマネジメントに従事するスタッフも増加した。それに伴い、患者の入院直後におけるケアマネジメントの必要性の判断にも病棟スタッフ全体が携わるという変化が見られた。しかし、ケアマネジメントの実施については、従事す
ネジメント実施の経験値を上げていくことが求められる。今後は、支援する病棟スタッフ全体がストレングス視点を持ち合わせ、スタッフ間の連携を深め、豊かなケアマネジメントを実践し、より含蓄あるチーム医療を提供することで、入院患者の退院後の地域生活における安心感へと繋がり、本研究の目的である入院患者の早期退院に寄与すると考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

投稿準備中

2. 学会発表

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.

高原優美子、瀬戸屋雄太郎、前田恵子、佐藤さやか、高橋誠、安田正、佐竹直子、伊藤順一郎、日本精神障害者リハビリテーション学会第 18 回「精神科救急・急性期病棟等における専門職種間の意識について」2010(平成 22)年 10 月

高原優美子、瀬戸屋雄太郎、吉田光爾、前田恵子、佐藤さやか、高橋誠、伊藤友里、安田正、佐竹直子、伊藤順一郎、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 平成22年度研究報告会「急性期ケアマネジメントモデル導入前後のスタッフの変化」2011(平成23)年3月

表1. 急性期ケアマネジメント導入前後の基本属性:年齢・性別等

	導入前(n=476)		導入後(n=518)		統計量 t値	p
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
年齢	38.09	9.88	38.36	9.5	0.36	.358
現在の職種の経験年数	13.18	9.17	13.51	9.25	0.59	.588
精神科領域における経験年数	9.78	8.18	9.63	7.94	0.37	.374
性別 男	199	43.4%	205	41.5%	X ₂	
女	259	56.6%	289	58.5%		

表2. 急性期ケアマネジメント導入前後の基本属性:職種

職種	急性期ケアマネ				X ₂ (df=5)	p
	導入前 (n=463)	(%)	導入後 (n=499)	(%)		
医師	63	(13.6)	62	(12.4)	2.463	.783
看護師	327	(70.6)	371	(74.1)		
臨床心理技術士	15	(3.2)	11	(2.2)		
精神科ソーシャルワーカー	28	(6.1)	29	(5.8)		
作業療法士	16	(3.5)	15	(3.0)		
その他	14	(3.0)	11	(2.2)		

表3. ケアマネジメントに関する学習や実施状況の時点間比較

		急性期ケアマネ				X ₂ (df=1)	p
		導入前 (n=476)	(%)	導入後 (n=518)	(%)		
本や雑誌で読んだことがある	はい	148	(31.6)	115	(22.3)	10.81**	.001
	いいえ	320	(68.4)	400	(77.7)		
研修会や講演会に参加したことがある	はい	99	(21.2)	155	(30.1)	10.23**	.002
	いいえ	369	(78.8)	360	(69.9)		
ケアマネジメントをすでに実施している	はい	59	(12.6)	126	(24.5)	22.57**	.000
	いいえ	409	(87.4)	389	(75.5)		
特に以上の経験はない	はい	205	(43.8)	166	(32.2)	13.97**	.000
	いいえ	263	(56.2)	349	(67.8)		
これまでに「ケアマネジメント」を 実施したことがある	はい	111	(24.4)	169	(34.1)	10.70**	.001
	いいえ	344	(75.6)	327	(65.9)		

** : p < 0.01 (両側検定)

表4. ケアマネジメントの認知度、実施回数、ケア会議の参加経験の時点間比較

	導入前(n=476)		導入後(n=518)		U	z	p
	中央値	順位総和	中央値	順位総和			
「ケアマネジメント」の認知度	2.0	248138.0	2.0	234515.0	102674.00	4.37**	.000
過去1年間のケアマネジメント実施回数	4.0	12199.5	3.0	15530.5	5519.50	2.20*	.028
地域のサービス提供者や関係者が参加する個別のケア会議の参加経験	2.0	220544.5	2.0	254280.5	113128.50	1.26	.207

**p<0.01、*p<0.05

図1. ケアマネジメント認知度

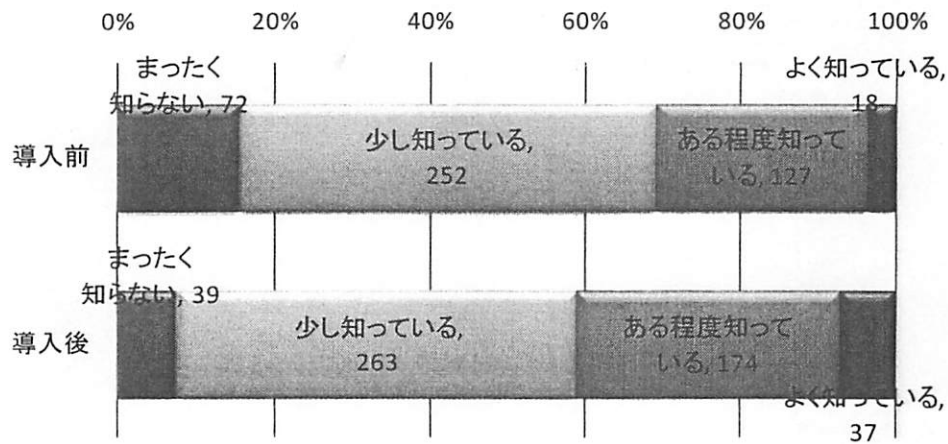


図2. 地域サービス関係者が参加する個別のケア会議の参加経験

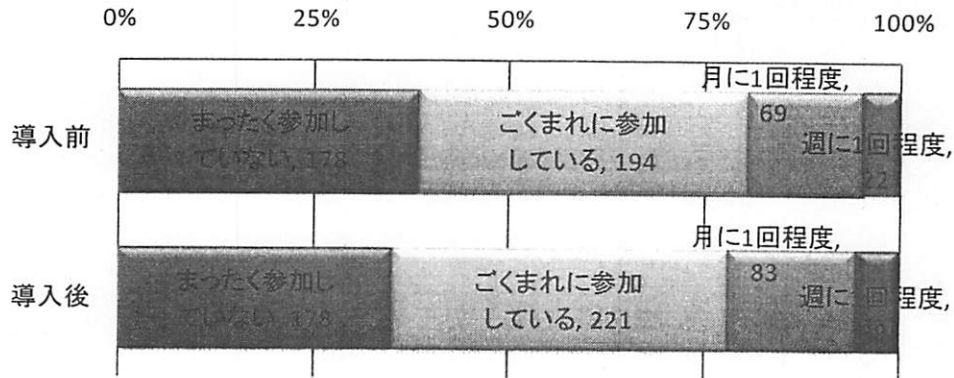


表5. ケアマネジメントへのコミットメント状況・ストレングス志向性尺度得点の時点間比較

	導入前(n=476)		導入後(n=518)		t値	p
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
ケアマネジメントへのコミットメント状況	8.1	1.8	8.3	2.0	1.73	.083
ストレングス志向性尺度	519.4	1974.6	421.2	1770.0	0.82	.411

表6. ケアマネジメント的な関わりの姿勢の時点間比較

		急性期ケアマネ				X ₂ (df=3)	p
		導入前 (n=476)	(%)	導入後 (n=518)	(%)		
入院直後の ケアマネジメントの 必要の判断	1 必要性があるまでケアマネジメントは提供しない	73	(15.9)	50	(9.8)	12.19**	.007
	2 入院後すぐにはできないが一定期間後に必要性を判断している	213	(46.4)	229	(44.9)		
	3 自分はしていないが他の人が判断をしている	104	(22.7)	124	(24.3)		
	4 ケアマネジメントの必要性について判断している	69	(15.0)	107	(21.0)		
退院後の地域生活 を視野に入れた アセスメント	1 アセスメントはしていない	31	(6.7)	29	(5.7)	1.15	.762
	2 精神症状や身体合併症についてのアセスメントのみ実施している	42	(9.1)	42	(8.2)		
	3 患者によっては退院後の生活を視野に入れる	234	(50.8)	275	(53.7)		
	4 必ず退院後の生活を視野に入れたアセスメントを実施している	154	(33.4)	166	(32.4)		
患者のご希望や望 みを含む アセスメント	1 あまり患者さんの意向は聞かない	7	(1.5)	8	(1.6)	0.49	.917
	2 場合によっては本患者さんの意見を尊重する	145	(31.6)	152	(29.9)		
	3 患者さんのご希望を尊重している	205	(44.7)	238	(46.8)		
	4 患者さんの生活の希望やストレンクス(長所)を明らかにする態度	102	(22.2)	111	(21.8)		
退院後の ケアプラン作成	1 作成したことがない	273	(58.7)	273	(53.4)	4.01	.257
	2 他の人(PSWなど)が作成する過程に参加している	124	(26.7)	165	(32.3)		
	3 自分で作成したことがある	53	(11.4)	59	(11.6)		
	4 よく自分で作成している	15	(3.2)	14	(2.7)		

**：p<0.01(両側検定)