

図3 認知機能リハおよび援助付き雇用の就労期間における費用対効果



図4 Cost effectiveness plane による費用対効果の把握

## Ⅱ. 分担研究報告書

### 3. 多職種アウトリーチ研究 サイト報告

## 小平地区における重症精神障害者への 多職種アウトリーチチーム支援に関する研究

研究分担者：○坂田増弘<sup>1)</sup>

研究協力者：富沢明美<sup>1)</sup>，伊藤明美<sup>1)</sup>，山口創生<sup>2)</sup>，種田綾乃<sup>2)</sup>，佐藤さやか<sup>2)</sup>，  
伊藤順一郎<sup>2)</sup>

1) 独) 国立精神・神経医療研究センター病院

2) 独) 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

### 要旨

国立精神・神経医療研究センター病院の多職種訪問サービスチームPORTの本研究3年間の取り組みと成果について述べた。本研究開始後、スタッフの増員・活動環境の整備・病棟の連携強化・ストレングスモデルによるケースマネジメントの定着によって、総訪問件数に表れるアクティビティは明確に向上しているとともに、利用者の生活の質の変化も実感されている。病院内の組織としての利点を生かしつつ、将来のACT化を見据えて、リカバリー志向の支援技術を中心により一層のサービスの質の向上に努める必要がある。

### A. 研究地区の背景

平成22年4月に独立行政法人となった国立精神・神経医療研究センター（以下 NCNP）は、精神・神経・筋・発達障害の4分野に取り組む病院と2つの研究所（精神保健研究所・神経研究所）が併設された、国内でも類を見ない臨床・研究施設である。こうした施設の特徴を最大限に生かし、診療科横断的かつ研究所との協力体制にバックアップされた高度専門的診療を行うため、センター内における専門疾病センターの設置が進められている。NCNPは、ナショナルセンターとして国民全体の健康増進に寄与することを目指しているが、当然のことながら、小平地区を中心とする周辺の地域医療にも、中核となる施設としての積極的な関与が求められている。そこで、上述の専門疾病センターの一つとして、「地域精神科モデル医療センター」（以下地域モデルセンター）が平成22年9月にNCNP理事会に承認された。地域モデルセンターの

活動においては、センター病院第一精神診療部・リハビリテーション部・医療福祉相談室・在宅支援室の各部門と精神保健研究所社会復帰研究部とが密接に連携しており、そのミッションは、重症精神障害患者を対象に「地域生活中心の精神科医療」を展開し、東京都小平市を中心とする圏域において、これからの我が国の地域精神科医療のモデルを形成・実践していこうとするものである。

一方、NCNP病院は、以前の療養所的な病院からより高機能な病院への変革を遂げようとする近年の努力の中で、病床削減と長期入院者の退院促進を積極的に推し進めてきた。その過程において、平成20年より、退院直後の危機介入的な訪問を目的に、在宅支援室の看護師およびソーシャルワーカーによる訪問活動（訪問看護）が開始されていたが、病院の規模からすると不十分なものであった。そこで、地域モデルセンターは、精神科ケアと対をなす臨床活動の担い手として、この

訪問看護部門を機能強化、発展させていく方針をとることとなった。旧来の訪問看護チームは新たに多職種アウトリーチサービスチーム PORT となり、その目指すところは、ケアマネジメントおよび他部門との連携により、急性期から社会復帰まで一貫した支援を実現し、いずれは ACT や未治療患者への早期介入といった活動が可能な組織となることである。

## B. 現在構築されている臨床体制

地域モデルセンターにおける PORT の位置づけを図 1 に、PORT の概要を表 1 に示した。現在の多職種チームを構成する職種は、看護師・作業療法士・社会福祉士 (PSW) である。本研究開始後の人員の拡充や、ハード面での改善については表 2 に示した。医師は兼任として 3 名 (常勤 2・レジデント 1) 配置されており、チーム精神科医として、主に危機介入的な往診を行うことがある。

病院内に設置されたチームとして当然のことながら、医療との連携・協同がしやすいのが最大の利点である。特に入院患者への早期対応を主眼とした病棟との連携について図 2 に示した。

一方で、地域のリソースとの連携については、双方の意識的な努力が必要となる。具体的には、利用者とその家族・地域の支援者・院内の関係者が参加しての協議やケア会議の開催などである。

## C. 研究対象者が受けている支援内容

研究対象者としてのエントリー基準を満たす入院患者に対しては、病棟主治医の判断を仰ぎながら、入院中なるべく早期より担当ケアマネージャーが接触して関係づくりを開始した。病棟スタッフや入院作業療法担当者とは協力して、退院後の生活を想定した環境調整・クライシスプランの作成・ストレングスモデルに基づくケアマネジメント・退院前訪問を行いつつ、プロトコールに決められた期限内での、研究参加同意の取得に努めた。退院後は、チーム内でのアセスメントと利用者

の希望に基づいて決定された訪問頻度と訪問スタッフ (人数・職種・性別) で、訪問サービスが開始された。支援の内容については、日々のチームミーティングおよび週 1 回のグループスーパーヴィジョンにより共有・評価・方針の策定がなされている。サービスの内容だけでなく、提供される場所についても利用者のニーズに基づき決定されており、利用者の自宅に限定されることはない。利用者が再入院した場合でも、ケアマネージャーは可能な限り病棟訪問による支援を継続し、退院後の支援への連続性を保つ努力をしている。

以上のサービスは、研究参加の同意取得以外は、研究対象者以外の PORT 利用者に対しても同様に提供されている。

## D. 結果

本稿では、研究参加者に関する結果ではなく、本研究への取り組みを通じて得られた、PORT のサービス全体にかかる成果について報告する。

平成 26 年 3 月末時点での PORT 利用者は 67 名である。平成 25 年度の総訪問件数は 3146 件であり、前年度比 640 件増、平成 22 年度件数の約 3 倍に増加している (図 3)。また、平成 25 年度については、年末年始の休診期間においても、スポット訪問を実施することができた。

PORT 導入前後 2 年を比較できる利用者 22 名について調査したところ、平均の入院回数および入院日数の明らかな減少が認められた (表 3)。

## E. 考察

人員及び装備の充実により、訪問件数に表れるアクティビティは明らかに向上した。また、リハビリ志向のケアマネジメント視点が定着し、研究開始前の病状管理的な訪問からのシフトが大きく進んでいる。日々の活動の中で、利用者の小さな生活の変化に喜びを共有するスタッフの姿を見ることが増えているのは実感としてあるが、既述のように、

PORT の介入による地域滞在日数の改善も示唆されていることは喜ばしい成果と言える。PORT と病棟との連携を強化する取り組みの中で、病棟の全入院患者について、入院早期から退院後の生活を見据えたアセスメントやケースワークが開始されるシステムが整備されたのも、入院日数の削減に奏効していると思われる。

一方、人員は拡充されたものの、兼任の常勤者と専任の非常勤者のみで専任の常勤者がいないという問題は依然として残っている。チームの構成としても、心理職や、ピアスタッフが採用されるに至っていない。これらは将来 ACT を目指すうえで、是非とも改善していきたい部分である。また、サービスの継続性という観点から、PORT のスタッフに頻繁な入れ替わりがあるのは好ましくない。この点については院内での理解が得られるよう、成果の公表や他部門からの研修受け入れなど今後も努力していく必要がある。

ストレングスモデルに対するスタッフの習熟も進んでいるが、利用者とのアセスメントの共有・リカバリーゴールワークシートの有効利用・フィールドメンタリングの本格的な導入については、引き続き取り組むべき課題となっている。

ACT を目指すためのステップとして、夜間・休日のサービス提供をどのように実現してゆくかという検討がなされており、既述のように連休中の訪問も実現されているが、いまだ 24 時間 365 日のサービスの実現には遠いのが実情である。

以上、NCNP の PORT は本研究開始後その活動性を高めてきており、院内の地域医療システム構成や、利用者の生活の質向上に一定の成果を上げることができたと考えている。病院内組織として、ACT 化を目指していくうえで、より一層のサービスの質の向上と、院内の状況への柔軟な対応が今後も求められていくことになろう。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

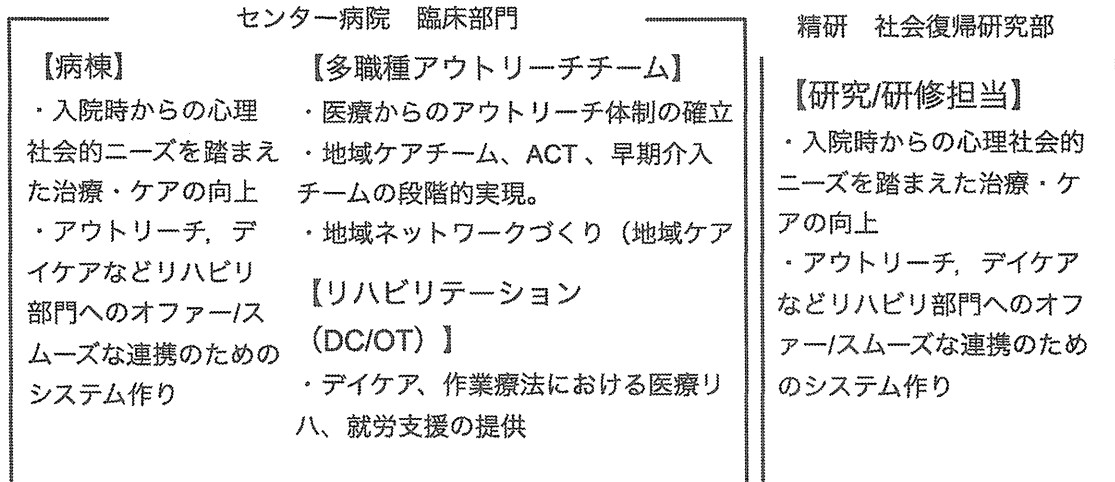
1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

## 図1. 地域精神科モデル医療センターの組織

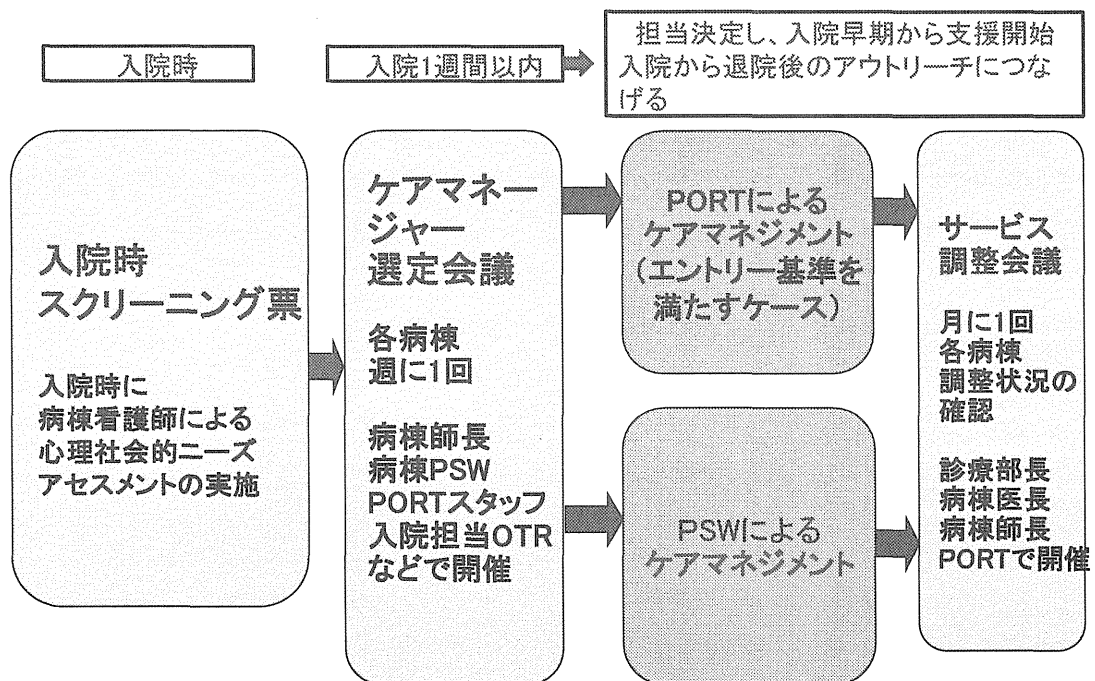
活動全般の統括, 研究・研修部門統括責任者: 伊藤順一郎

### 【研究/企画チーム】

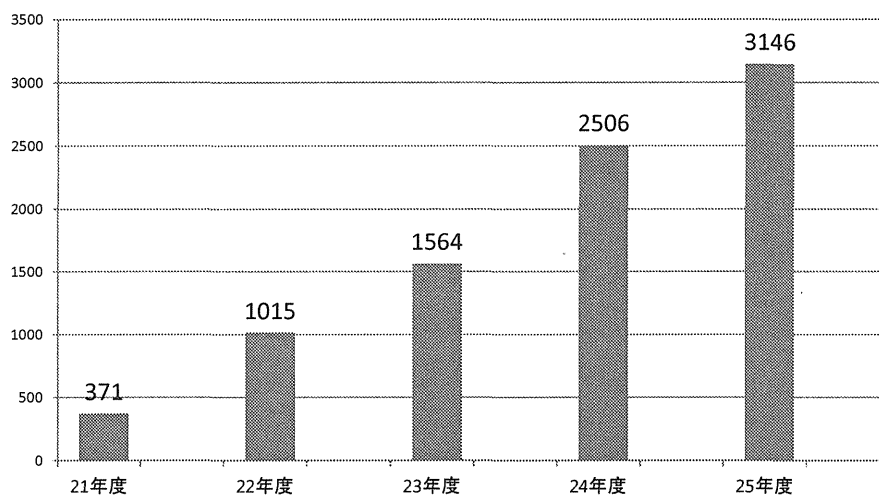
センター病院: 副院長, リハビリ部長・医長, 在宅支援室師長・PSW,  
急性期・開放病棟担当者 (病棟医長・師長・担当PSW)



## 図2・病棟とPORTの連携システム



### 図3・年間訪問件数の推移



### 表1・PORTの概要

- 対象者
  - ・当院通院患者であり、重い精神疾患により病院による訪問支援が必要な方
  - ・主診断が統合失調症、うつ病、躁うつ病など
  - ・基本的には15歳～65歳以下の方が対象
- 訪問エリア  
病院から車で30分以内
- エントリー者数(H26. 3月時点) 67名
- 導入
  - ・入院時のスクリーニングで心理社会的介入の必要性を判断
  - ・外来からのエントリーもあり
- 卒業に関して
  - ・開始時に本人と定めた目標が達成された場合
  - ・安定した生活が可能になり、訪問看護ステーションに引き継ぐ場合など

## 表2・人員およびハード面の充実

### ●スタッフの増員（兼任2名 ⇒ 非常勤も含め9名へ）

	Nc	PSW	OTR
H21年度	他業務と兼任 1	他業務と兼任 1	0
H26.3月 現在	他業務と兼任 3 非常勤 1 デイケアと兼務 1	他業務と兼任 1 非常勤(31h/W)1	非常勤(31h/W) 2

### ●活動環境整備

- ・自転車での訪問⇒訪問車両（現在6台所有）  
⇒訪問エリアの拡大
- ・チーム専用携帯電話…シフトマネージャー用、各スタッフ用

## 表3・利用者の入院回数、入院日数の減少

### PORT導入前後の入院回数・日数の比較

	導入前 2年間	導入後 2年間
入院回数 平均	1.8回	0.6回
入院日数 平均	160.8日	23.3日

※PORT導入前後の2年間で比較

※対象人数 22名（前後2年間比較できる方のみ抽出）

PORT導入時平均年齢 41.2歳（26～62歳）

- 訪問導入後の方が入院回数が増えたのは1名のみ（1回⇒3回）
- 訪問導入後の方が入院日数が増えた方はいなかった。



## 国府台地区（国府台病院・市川市周辺地区）における 重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援に関する研究

研究分担者：佐竹直子<sup>1)</sup>

研究協力者：吉田光爾<sup>2)</sup>、古家美穂<sup>2)</sup>、山本啓太<sup>1)</sup>、佃弘美<sup>1)</sup>、原田郁大<sup>1)</sup>、薬師寺あかり<sup>1)</sup>、  
真行寺伸江<sup>1)</sup>、堀内亮<sup>3)</sup>、長竹教夫<sup>4)</sup>、小川友季<sup>1)</sup>、池田尚彌<sup>2)</sup>、下平美智代<sup>2)</sup>、  
片山優美子<sup>5)</sup>、伊藤順一郎<sup>2)</sup>

- 1) 独) 国立国際医療研究センター 国府台病院
- 2) 独) 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
- 3) 神奈川県立こども医療センター
- 4) 国際医療福祉大学
- 5) 長野大学

### 要旨

国府台地区において医療・福祉サービス多機関によるアウトリーチ支援ネットワークを構築し、アウトリーチ支援の有効性とネットワークを用いた支援モデルの有用性について検討した。

平成 23 年 11 月 1 日から同 25 年 2 月 28 日までに国府台病院に入院した全患者で、スクリーニングにてアウトリーチ支援が必要と判断された患者 160 名のうち介入群 28 名、対照群 38 名に研究同意を得てアウトリーチ支援に関する介入研究をおこなった。退院後 1 年間で 21 名がアウトリーチサービスを継続して地域生活を維持していた。

当地区における多機関でのアウトリーチネットワークモデルは、救急・急性期治療をおこなう病院と地域の医療および福祉事業所とのアウトリーチ・ケアマネジメント連携モデルとして有用であると考えられるが、報酬上の問題やサービス導入の困難さ、さらに病棟との連携などまだ課題とするところがあり、今後この結果をもとにアウトリーチ支援に関する制度上の問題の提起や、システムの更なる改良が必要と思われる。

### A. 研究地区の背景

研究分担者が担当している国府台地区は、国立国際医療研究センター国府台病院を中心に、千葉県市川市内の訪問看護ステーション、福祉事業所などアウトリーチサービスを提供する多機関でネットワークを構築し本研究に臨んだ。

#### <国府台病院の病床削減と在宅・地域支援>

国府台病院（当院）は、千葉県北西部に位

置する人口約 47 万人の市川市に所在し、当院精神科は市川市をはじめ隣接する松戸市、浦安市など人口約 100 万人の地域をその主なキャッチメントエリアとした総合病院精神科である。

国府台病院精神科はかつて精神科病床 350 床を有する大規模有床総合病院精神科であったが、平成 17 年度から病床削減に取り組み、平成 20 年度末には現在の 3 病棟（うち 1 病棟は児童精神科病棟 46 床）138 床となった。

慢性病棟が閉鎖され、病棟の役割が救急・急性期治療および身体合併症治療に特化されたことにあわせて、精神科全体の機能も見直しが行われた。在宅・地域支援強化のため、平成 20 年度よりリハビリ・地域支援部門が設けられ、図 1 に示すような 3 つの部門により精神障がい者が地域で質の高い生活を送るための治療を提供できるような体制を構築した。

入院治療は、精神科救急入院料病棟（スーパー救急病棟）42 床と精神科一般病棟（精神科 10:1）50 床計 2 病棟で対応しており、出来るだけ短期間で急性期症状を改善し、地域ケアにつなぐことを目的としている。平成 24 年度年間入院患者数は 638 名、精神科救急入院料算定病棟で平均在院日数は 48.6 日、病床利用率 96.2%、精神科一般病棟で平均在院日数は 64.1 日、病床利用率は 94.8%となっている。キャッチメントエリアの精神科救急対応だけではなく、千葉県精神科救急システムに千葉県東葛南部の基幹病院として参画しており、キャッチメントエリア以外からの救急要請にも対応している。入院患者の疾患別としては、F2（統合失調症圏） 375 名（59%）、F3（気分障害圏） 118 名（18%）となっている。

病床削減により長期療養病床を閉鎖したことで、在宅・地域支援の必要性は長期入院からの退院者や頻回入院を繰り返す精神障がい者の地域生活定着のためのみでなく、病棟の回転率を高く保ち救急の機能を維持するためにも重要であると考えられた。

#### <国府台地区におけるケアマネジメント>

精神障がい者の在宅・地域支援として有効な方法としてケアマネジメントが上げられるが、国府台地区においては平成 17 年度より千葉県の単独事業である「マジソンモデル活用事業」が 3 年間実施され、その 1 事業として市内の医療機関および福祉機関、行政機関のスタッフに対してケアマネジメント技術の導

入と地域全体のケアマネジメントネットワーク構築が試みられた。特に福祉事業所においてケアマネジメントを使った在宅支援が当院の病床削減と同時期にこの地区で浸透していた。

当院での病棟削減が終了し、在宅・地域支援のあり方を検討するにあたり、少ないコメディカルスタッフを有効に利用した支援体制をどうするかが課題となった。平成 20 年当時当院のソーシャルワーカーは 5 名で一般科も兼務の状況で、ケアマネジメントが必要なすべての外来ケースに対応することは不可能と考えられた。そこで病院単独ではなく、地域の医療・福祉サービスと連携した在宅支援システムの構築が必要となった。リハビリ・地域支援部門が中心となり、ケアマネジメントを院内と地域のサービスが連携して行うシステムを構築した。このシステムにおいては、ケアマネジメントの必要性の判断を院内のソーシャルワーカーが行い、ケアマネジメントサービスの提供は ACT や訪問看護、福祉事業所が担うこととした。この新たな連携スタイルの定着ために、平成 20 年度より厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 20 委-8 『地域中心の精神保健医療福祉』を推進するための精神科救急及び急性期医療のあり方に関する研究」に研究協力病院として参加し、急性期ケアマネジメントモデルを病棟に導入し、特に入院中にケアマネジメントの必要性が確認された患者に、地域の事業所のケアマネジメントサービスがスムーズに導入される連携システムが構築された。

#### <国府台地区におけるアウトリーチ支援>

国府台地区でのアウトリーチ支援に関しては、平成 14 年度より重症の精神障がい者に対するアウトリーチサービスである ACT が研究事業として始まり、平成 20 年 3 月の研究終了後も NPO 法人立の訪問看護ステーション ACT-J として多職種アウトリーチサービスを

展開した。

また、国府台病院内には平成 21 年度に訪問看護室が設置され、2 名の看護師が医療福祉相談室のソーシャルワーカー 6 名と協働し、主に身体合併症など看護サービスの必要性が高いケースを中心にアウトリーチを開始した。

その他、福祉サービスとしては、アウトリーチの必要性が高いケースへの対応に、千葉県単独事業、市川市の単独事業としてそれぞれ中核相談支援事業所があり、また自立支援法サービスの相談支援事業や訪問型生活訓練事業所などがアウトリーチ支援を行っている。

これら複数の医療機関、福祉機関の相互の協力体制のもとアウトリーチ支援を続けてきた。

## B. 構築された臨床体制

前記のように、今回の研究導入以前よりケアマネジメントに関してはすでに多機関連携での支援がおこなわれていた。この連携を利用し、今回の研究のためのアウトリーチ支援ネットワークを構築した。

現在構成されている臨床体制を図 2 に示した。アウトリーチサービスを提供する事業所を、その属性により、医療サービス事業所と福祉サービス事業所に分けた。

医療サービスの事業所として、訪問看護ステーションを基盤とした ACT チームである ACT-J、国府台病院訪問看護室と同院医療福祉相談室の多職種チーム、そして福祉サービスとして市川市単独事業である中核相談支援事業所へくる、そして自立支援法サービスの相談支援事業所+生活訓練として NPO 法人ほっとハート、社会福祉法人サンワーク、NPO 法人千葉精神保健福祉ネット (M ネット) の各チームがある。それぞれの事業所の支援体制は以下の通りとなっている。

### 1) ACT-J

看護師、作業療法士、精神保健福祉士、医師で構成される多職種チームによる包括支援。平成 25 年 3 月現在、医師 1 名、看護師 5 名、作業療法士 4 名、精神保健福祉士 2 名が在籍し、一定の加入基準を満たす約 80 名の利用者にサービスを提供している。薬物療法や服薬支援、増悪時の救急対応などの医療支援から生活支援、就労支援に至る包括的なサービス提供が、アウトリーチを軸に行われる。24 時間 365 日対応している。

### 2) 当院訪問看護室と医療福祉相談室

訪問看護室の看護師 2 名が、患者の生活の場に定期的に訪問し、服薬管理や身体管理などの医療的関与を行うほか、医療福祉相談室の 6 名のソーシャルワーカーと協働して生活支援も行う。平日日中のみでの対応で、夜間休日の対応はできない。

### 3) 相談支援事業および生活訓練事業

市川市内 3 か所の福祉事業所が、相談支援事業と訪問型生活訓練サービスを組み合わせてアウトリーチ支援を行う。スタッフは、相談支援事業のサービス管理責任者や相談支援員であり、医療スタッフとの多職種チームによる支援ではない。相談支援事業所によっては 24 時間の緊急対応も可能となっている。

### 4) 市川市中核相談支援事業

市川市独自のサービスで、市の委託事業として運営している。複雑な問題を抱えるケースに対し、集中的なケアマネジメントにより継続支援の方向性を決定し、医療や福祉のサービスにつなぐ役割を持つ。行政サービスのため利用料はない。アウトリーチ支援を基本とし、24 時間サービスを提供する。

## C. 対象者が受けた支援内容

対象者は以下の手順を経てアウトリーチの

支援が導入された。入院から支援までの流れを図3に示す。

入院時の病棟看護師によるスクリーニングでアウトリーチ支援が必要と判断された患者に対し、病院ソーシャルワーカーが、関係性構築の困難度、地域生活のニーズ、住居地等といった情報を元にアセスメントをおこない、週1回のトリアージ会議で入院早期にアウトリーチチームとのマッチングをおこなう。担当となったアウトリーチチームは、入院中に対象者とコンタクトをとり、退院支援を含むサービスの提供を開始する。また、月1回行われる地域移行会議で、病棟看護師、医師、ソーシャルワーカーが、入院患者の全ケースをモニタリングし、ケアマネジメントの必要性やその後の進捗状況を確認する。そして対象者の退院後、各アウトリーチチームにより在宅支援が開始となる。支援はリカバリー・ストレングスモデルを用い患者の地域生活のニーズの実現とともに目指す支援をケアマネジャーが実践している。

また、多機関によって退院支援から在宅支援までのアウトリーチ支援が継続されるため、各チームの支援状況を確認し、ユニットとして情報共有を行う地域調整会議を月1回実施し、ユニット全体として各対象者に適切な支援が行われているかモニタリングが行われている。また患者の状況により、より適したアウトリーチサービスに移行する為の調整を行ったり、病棟と地域支援間で以降がスムーズに行くよう調整をおこなう。

#### D. 結果

エントリーおよびサービス利用状況を図4に示す。

平成23年11月1日から平成25年2月28日までに国府台病院精神科に入院となった患者は757名あり、それら全ケースに対して退院後のアウトリーチサービスの必要性についてのスクリーニングを行い、介入群候補者59

名、対照群候補者101名を抽出した。個々のケースに対して研究同意を求め、介入群28名、対照群38名がエントリーとなった。研究終了までに介入群で7名、対照群で4名がドロップアウトとなった。退院後1年の時点で介入群では7名が医療サービスによるアウトリーチ支援を利用、14名が福祉サービスによる支援を利用している。1年間サービス継続は介入群全体の75%となった。

介入群におけるケアマネジャーのコンタクト回数の推移を図4、5に示した。コンタクト回数は退院前2ヶ月前よりコンタクト回数が増加し、退院1ヶ月前が対面・電話合わせて1人あたり平均14.1回とピークとなる。退院後コンタクト数は減少し、退院後2ヶ月目より月約7回となり、4ヶ月目以降は月平均5~6回程度で推移する。これより退院前2ヶ月から本人とのエンゲージメントおよび退院に向けた準備のためコンタクト回数が増加し、退院後約2ヶ月までは密度の高い支援が必要で、3ヶ月以降は地域生活にも定着し支援量も減る傾向が見られた。また退院後の支援でのコンタクトの形態は、対面と電話が約半々となっており、電話によるコンタクトの

またドロップアウトとなったケースを除く介入群21名、対照群34名のうち、退院後1年間に再入院となったケースは介入群3名、対照群6名であった。

#### E. 考察

今回国府台地区でアウトリーチ支援ネットワークモデルを構築し、多機関の多職種アウトリーチチームによる支援を実施した。研究を通して個々の支援からモデル全体に至るさまざまな問題点や課題が浮かび上がってきた。

##### <ネットワークを利用した支援体制>

##### ・ケアマネジメントネットワークの効果

今回の介入研究においては介入群候補者59名、対照群候補者101名と、対照群の対象

者数が介入群より約 2 倍となった。これは、当院が救急基幹病院であるため、キャッチメントエリア以外からの救急入院がかなりの数あるためと、本研究導入以前より市川市においては国府台病院と市内医療・福祉サービス機関とのケアマネジメントについての連携体制が確立しており、すでに多くの重症精神障害者へのケアマネジメント導入が終了していることが考えられる。

#### ・総合病院精神科における地域支援モデル

多機関によるネットワークを利用したケアマネジメント（多職種アウトリーチ）システムは、特にコメディカルの配置が少ない総合病院精神科で、急性期入院医療と連動した在宅・地域支援を実践するのに有効なモデルと考えられる。地域支援の主体を病院外のサービスに任せ、全体のマネジメントを病院がおこなう、つまり病院が在宅・地域支援を担う機能を限定することにより、少ないマンパワーで効率よく支援を展開することが可能になり、病院は救急医療や専門外来、治療効果の高いリハビリテーションなどにその機能を集約することが可能になると思われる。

#### ・支援ネットワークにおけるソーシャルワーカーの役割

このネットワークにおいて、国府台病院のソーシャルワーカーは重要な役割を担っている。ソーシャルワーカーはアウトリーチのケアマネージャーとしての役割はもたず、ネットワークのマネージャーとして機能している。スクリーニングでアウトリーチ支援が必要と判断されたケースを居住地、必要なアウトリーチサービスの密度やサービス内容によって適当な事業所に振り分ける機能のほか、患者へのサービス利用の促しや、病棟スタッフとアウトリーチスタッフ間の調整役、また地域全体のアウトリーチサービスの利用状況の把握などネットワークが有効に機能するようマ

ネジメントをおこなうことが求められている。いわゆる「大きなケアマネジメントのケアマネージャー」の機能をソーシャルワーカーがおこない、この働きが全体の機能を左右することになると考えられる。

#### ・地域調整会議の意義

月 1 回行われる地域調整会議は、ネットワークに関わるアウトリーチチームにとって重要な役割を持つと考えられる。いわゆる「大きなケアマネジメント」の場所であり、個々のケースの情報共有や問題解決に向けての検討を行うことにより、アウトリーチスタッフのスキルアップに加え、ネットワーク全体でより効率的かつ効果的な支援を提供することが可能になり、また地域全体の状況を共有しそこにおける課題を検討することが可能になると考えられる。

#### ・アウトリーチ支援密度の変動

多機関連携ネットワークでの支援は、ケア密度に合わせた事業所の選択ができる一方で、例えば生活訓練を利用しアウトリーチ支援を受けていた患者が ACT の支援に変更になるなど、支援密度の変更が必要になり対応する事業所が変更になる場合、単独チームでサービス密度を変更して対応する場合に比較して、新しい事業所との契約やケアマネージャーとのエンゲージメントなど引き継ぎに時間がかかり負担も大きい。ネットワークの中での情報共有を密にしできるだけ迅速に対応出来ることが必要となる。

#### <制度上の問題>

#### ・入院中の支援に対する報酬

現在のところ、サービス量のピークは退院直前の 1 ヶ月となっているが、サービス提供機関が入院中にコスト化できるものは、退院前訪問指導料や相談支援事業の地域移行・地域定着事業などごく一部のみで、入院病棟へ

のアウトリーチ主体の支援の場合、コスト外の対応が膨大になる。今後制度化する場合には、入院中の支援についての報酬化が重要であると考えられる。

#### ・ 訪問以外の対応に対する報酬

退院後の対象者とのコンタクトは、訪問と電話が半々となっており、電話を利用した支援も大きな意味を持っている。また、多機関での連携支援にも、電話での密な情報交換は必須であるため、電話対応に対する報酬の検討も必要と考えられる。

#### ・ 福祉サービス利用に対する障壁

相談支援事業や生活訓練事業所にケアマネジメントを依頼する場合、サービスを受けるのに必要な手帳の取得や自立支援区分認定といった精神障害に関する認定に対して対象者が拒絶を示すため、サービス導入が困難な場合が見られた。今後、障害受容の困難なケースの福祉サービス利用についての検討も必要であると思われる。

### < 支援についての問題点 >

#### ・ 支援導入の困難さ

スクリーニングで支援が必要と認められても、サービス利用を拒否するケースがかなり見られた。スクリーニングでは介入群において 59 名の候補者がありながら、エントリーとなった対象者は約半数の 28 名となっている。これは、研究に対する拒否ばかりではなく、サービス導入に対する拒絶の強いケースに、アウトリーチサービス導入をうまく促すことができているという問題があるということを示していると考えられる。この問題のベースには、スーパー救急病棟のような入院期間に制限のある病棟で、短期間に関係性を構築し地域支援導入を図ることへの困難さもあると思われる。

### < 国府台地区での今後の課題 >

本研究により、アウトリーチ支援システムが構築され、研究を通してスムーズに機能してきたと思われる。しかし病棟との連携にはまだ課題を残す形となっている。それらの課題を挙げる。

#### ・ トリアージ会議のあり方について

病棟の看護師の地域支援についての関心はまだ高いとは言えず、今後地域支援への看護の関与を促すために、トリアージ会議のあり方を変更し、看護と共同で地域ケアを検討する場にしていくことが効果的ではないかと考えられる。

#### ・ 病棟とアウトリーチサービスの連携について

アウトリーチ支援が必要なケースの場合、入院中サービス導入の為ケアマネージャーとのエンゲージメントや退院準備にある程度時間を要する場合があるが、救急・急性期病棟の治療展開が早く、病棟からの退院要請と準備のスピードがかみ合わないという状況が時々見られた。今後、ケアマネージャーのセッティングを出来るだけ早期におこなうようにする一方で、地域調整会議のような場に病棟も参加し「大きなケアマネジメント」に病棟も参画することにより、お互いの連携機能の強化が図れると思われる。

今回構築したこのモデルは研究終了後も継続される予定であり、本研究で明らかとなった現在の課題に対して今後も取り組んでいくことで、より質の高いサービスが提供可能な精度の高いモデルの構築につながるものと思われる。

F. 健康危険情報 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

1. 特許取得 なし

2. 学会発表

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

- ・ Satake, N, Yoshida, E, Ito, J, and Sono, T. Effectiveness of Intensive Care Management for severe mentally ill in Ichikawa. World Psychiatric Association International Congress 2013, Vienna, October, 2013.
- ・ K. Yoshida, J.Ito, Y, Takahara, N, Satake, M, Nishio, S, Sato, A, Taneda. Actual condition survey on outreach activity of multiple disciplinary team in japan. World Association for social Psychiatry 21st World Congress, Lisbon, June, 2013.

図1： 国府台病院精神科のサービス

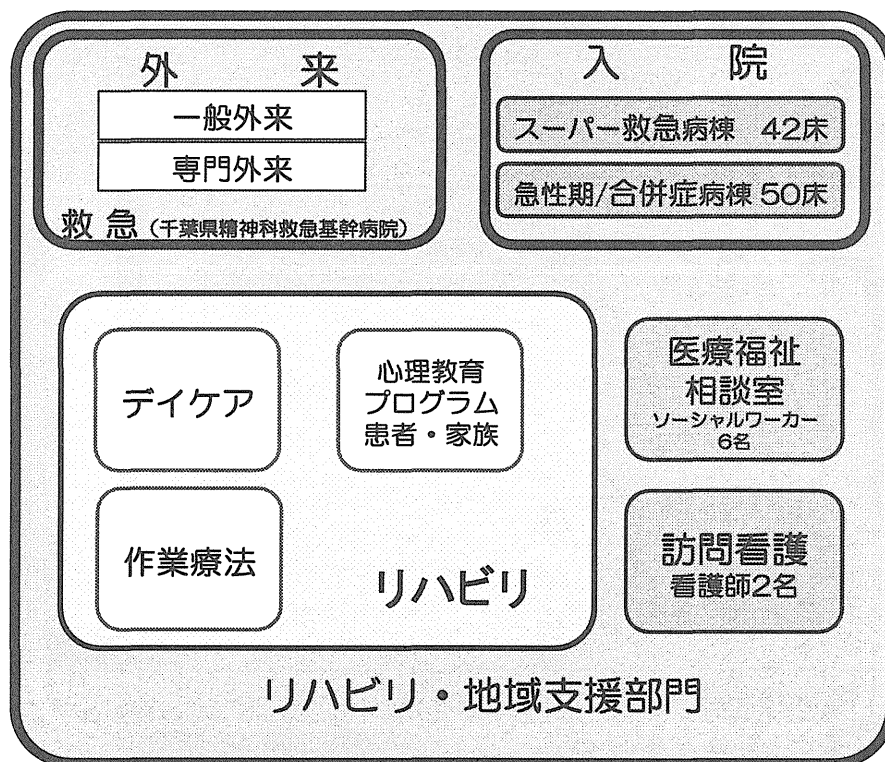
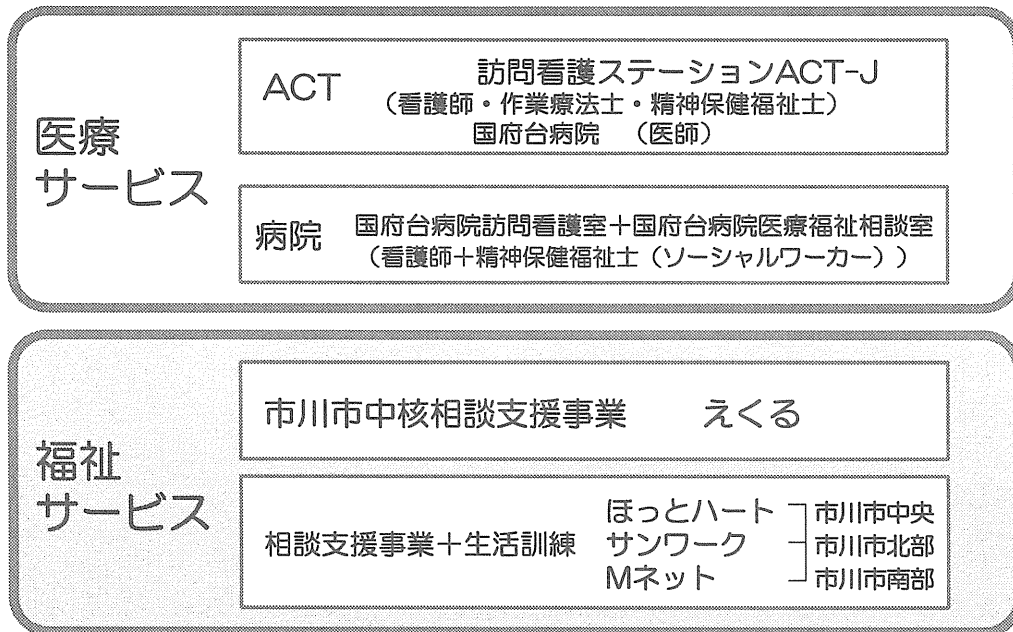


図2： 国府台地区多職種アウトリーチサービス一覧  
 ケースのニーズに合ったサービスをソーシャルワーカーが選択



ケアマネジメントを行っている事業所がアウトリーチサービスを実施

図3： 対象ケースの流れ

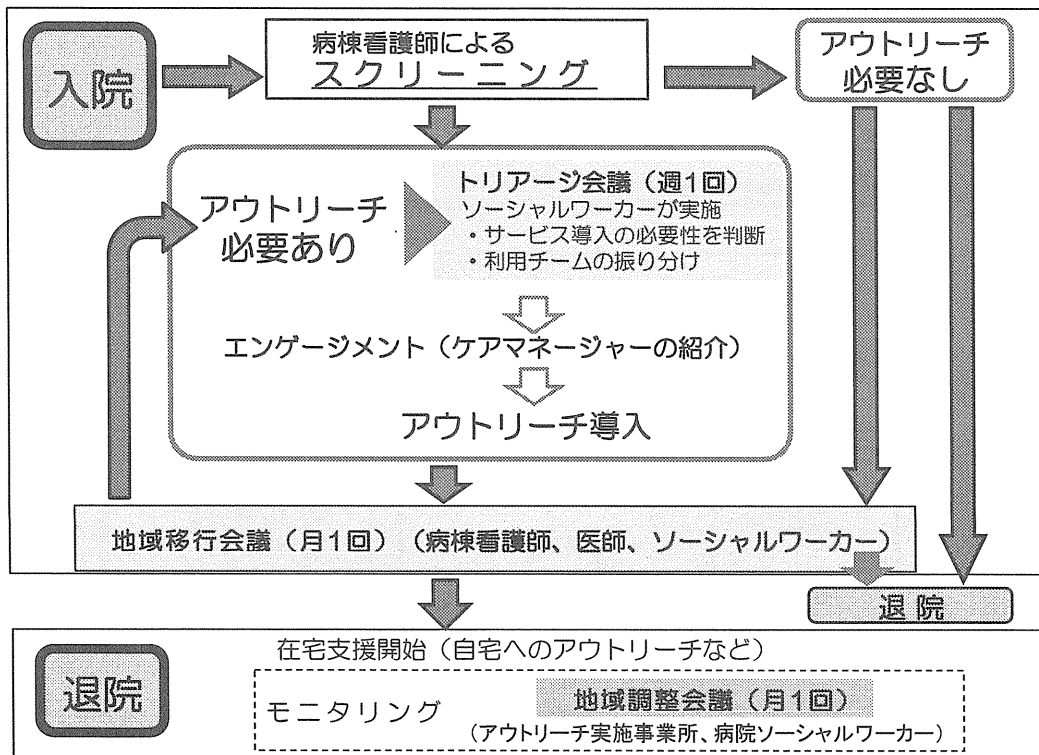




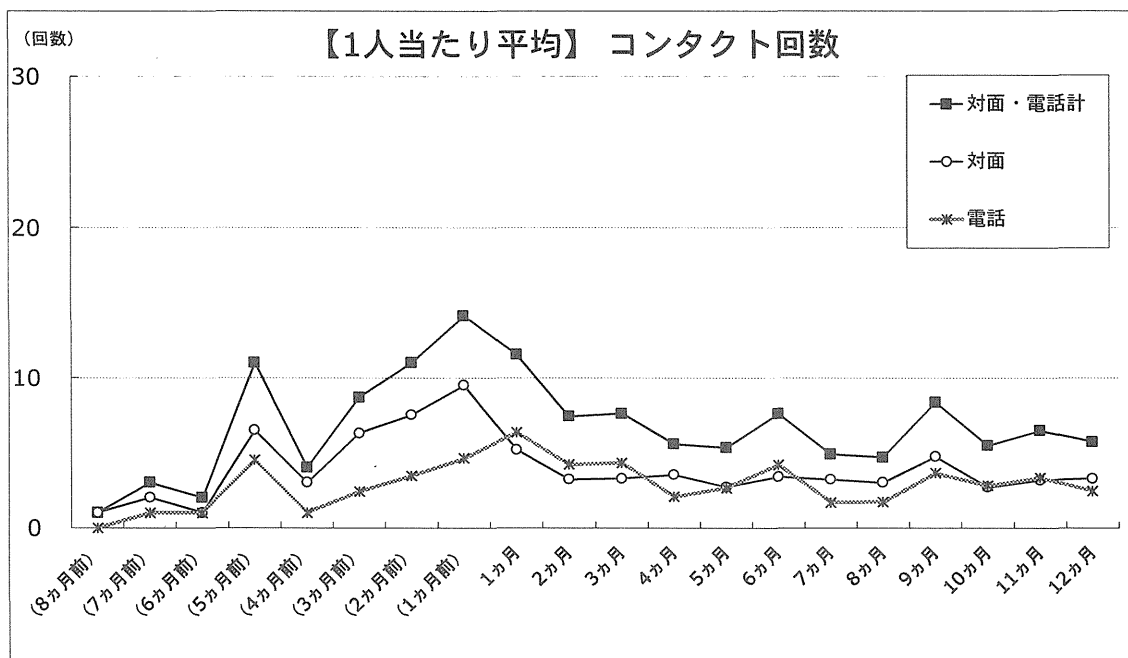
図4：エントリーおよびサービス利用状況

		スクリーニング実施全数	カットオフ以上候補者数	エントリー者数	ドロップアウト	多職種アウトリーチサービス利用状況		
						医療サービス ACT/訪問看護	福祉サービス ・中核相談支援事業 ・相談支援 ＋生活訓練	
エントリー期間	2011年11月～2013年2月末	757	介入群	59	28	7	7	14
			対照群	101	38	4		

図5：コンタクト回数 詳細

経過月	対象者数	【合計】コンタクト回数			【1人当たり平均】コンタクト回数		
		対面・電話計	対面	電話	対面・電話計	対面	電話
(8カ月前)	1名	1回	1回	0回	1.0回	1.0回	0.0回
(7カ月前)	1名	3回	2回	1回	3.0回	2.0回	1.0回
(6カ月前)	1名	2回	1回	1回	2.0回	1.0回	1.0回
(5カ月前)	2名	22回	13回	9回	11.0回	6.5回	4.5回
(4カ月前)	5名	20回	15回	5回	4.0回	3.0回	1.0回
(3カ月前)	10名	87回	63回	24回	8.7回	6.3回	2.4回
(2カ月前)	17名	187回	128回	59回	11.0回	7.5回	3.5回
(1カ月前)	22名	311回	209回	102回	14.1回	9.5回	4.6回
1ヵ月	20名	231回	104回	127回	11.6回	5.2回	6.4回
2ヵ月	19名	141回	61回	80回	7.4回	3.2回	4.2回
3ヵ月	18名	137回	59回	78回	7.6回	3.3回	4.3回
4ヵ月	19名	106回	67回	39回	5.6回	3.5回	2.1回
5ヵ月	20名	107回	54回	53回	5.4回	2.7回	2.7回
6ヵ月	20名	152回	68回	84回	7.6回	3.4回	4.2回
7ヵ月	19名	93回	61回	32回	4.9回	3.2回	1.7回
8ヵ月	20名	94回	60回	34回	4.7回	3.0回	1.7回
9ヵ月	19名	159回	90回	69回	8.4回	4.7回	3.6回
10ヵ月	19名	104回	51回	53回	5.5回	2.7回	2.8回
11ヵ月	19名	123回	60回	63回	6.5回	3.2回	3.3回
12ヵ月	18名	103回	59回	44回	5.7回	3.3回	2.4回
計		2,183回	1,226回	957回			

図6: コメディカルコンタクト回数 1人あたり月ごと平均



## 東北福祉大学せんだんホスピタル・仙台市周辺地区における 重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援に関する研究

研究分担者：○西尾雅明<sup>1)</sup>

研究協力者：菊池陽子<sup>1,2)</sup>、近田真美子<sup>3)</sup>、佐藤直也<sup>2)</sup>、鏡せつ子<sup>2)</sup>、梁田英磨<sup>2)</sup>、  
安倍知江<sup>4)</sup>、亀谷智美<sup>4)</sup>、二階堂彩香<sup>4)</sup>

- 1) 東北福祉大学 総合福祉学部
- 2) 東北福祉大学 せんだんホスピタル
- 3) 東北福祉大学 健康科学部
- 4) 東北福祉大学 大学院総合福祉学研究科

### 要旨

本研究の初年度にあたる平成 23 年度以降、東北福祉大学せんだんホスピタルの ACT チームにスタッフの補強をすることで、本研究のための臨床体制を整えてきた。チームの通常の支援者の加入基準も、本研究に合わせる形とし、スタッフの援助理念や労力が拡散しないようにした。

平成 23 年 11 月から平成 25 年 3 月 31 日までの、東北福祉大学せんだんホスピタルへの入院 486 件をスクリーニングし、除外基準とスクリーニング点数（5 点以上）、移動時間（自宅まで 30 分以内で到着可能）などを踏まえ、加入基準を満たした者は、対照群で 20 名、介入群で 32 名であり、そのうち研究への同意が得られた者はそれぞれ 9 名と 15 名であった。同意撤回や転居、サービス中断などの理由による脱落例を除き、対照群 5 名、介入群 13 名で、指標入院からの退院時以降の支援が入院期間に与える影響について検討した。年齢は介入群の方が高い傾向にあり、診断分類も多岐に渡っていた。性別や精神疾患の重症度、指標入院の入院期間、退院時から遡って 1 年間の入院日数（「前入院日数」）などに差はなかった。

両群とも、前入院日数に比べて、退院時から 1 年間の入院日数（「後入院日数」）が有意に減少していた。前入院日数と後入院日数の差を二群間で比較したところ、有意差は得られなかった。一方で、支援対象者の脱落を防ぎ、つながりを維持するという点については、訪問型多職種チームのかかわりは有効と考えられた。

今回、仙台地区だけではサンプルサイズが小さいため、介入による入院抑止効果や他のアウトカムに与える影響については、研究班全体のアウトカム研究結果を参考にされたい。

本研究により介入チームの支援体制を整えることで、エビデンスとは別の観点から、多様で有益な経験をすることができた。今後、この経験を活かし、多職種アウトリーチ・チームとしてより望ましい体制を築き上げていきたい。

## A. 研究地区の背景

研究分担者が担当している仙台地区では、平成 23 年度より本研究における多職種アウトリーチ・チームの介入を開始する以前から、既にある程度のフィデリティを保つ ACT チームが東北福祉大学せんだんホスピタルに存在していた。そのため、今回の研究では、既存の ACT チームが研究の加入基準に合わせた対象者に臨床サービスを提供することによって、介入群への介入を行った。そのような背景があるため、次に、せんだんホスピタルと、同院に基盤を置いて活動してきた ACT チームのこれまでの経緯について説明を加える。宮城県仙台市内で平成 20 年 6 月に開院した東北福祉大学せんだんホスピタルの概況は表 1 に示す通りである。同院に、東北地方では初めてとなる ACT チームがあるが、これは全国の教育機関の附属病院としても初めての試みである。

チームは平成 21 年度には、平日週 5 日勤務を原則とする病院の常勤スタッフ 5 名（看護師 1、OT1、PSW3）と急性期病棟兼任の医師 1 に加え、3 名の非常勤スタッフで構成されていた。

チームの主な支援対象は、東北福祉大学せんだんホスピタルの主に急性期病棟に入院となった者のうち、過去の入院歴や医療中断歴などの精神科サービス利用状況と、過去 1 年間の日常生活機能、診断、年齢、居住地などを参考にして決定していた。自発的な同意により利用者となった者に対して入院中から退院支援を行い、入院期間の短縮につなげるかわりを行い、退院後は、医療・生活支援・家族支援などを必要に応じて他機関やインフォーマル・サービスとの連携を通じて行い、再発・再入院を防ぐとともに、利用者の自己実現を図るための援助を行ってきた。

当初、チームがかかわる訪問活動としては、対象者の障害重症度や状況に応じて幾つかのコースを設定しており、ACT の本来のコア対

象者へのサービスは「カシオペア」コースと名づけられた。「カシオペア」コースの加入基準は、簡潔に言えば、年齢が 20～65 歳の間で対象エリアに住み、主診断が知的障害や認知症、人格障害などの除外診断に当てはまらないもので、過去 1 年間の日常生活機能と精神科医療サービスの利用状況の 2 つの重症度基準をいずれも満たすものに限られる(表 2)。また、平成 22 年度時点の、外部評価による同チームの DACTS の点数は、「人的資源」が 3.5 点、「組織の枠組み」が 4.5 点、「サービスの特徴」が 3.6 点、総合点が 3.9 点と一定のフィデリティが担保される結果となっていた。平成 23 年度は「人的資源」4.5 点「組織の枠組み」4.7 点「サービスの特徴」3.7 点、全体が 4.3 点であった。

## B. 構築された臨床体制

臨床実施体制の構築において、最も重要となるのが、これまでの ACT チームの加入基準をどうするか、であった。表 2 で示された基準は、国内の ACT チームの加入基準の中でも最も厳しく設定されているものの 1 つであった。そして、それが利用者の増加を抑制する一因になっていた可能性はある。また、チームのスタッフがかわることになる複数のコース設定が、実はスタッフの混乱を引き起こしている（複数のコースが存在することによって、利用者本人が継続を望んでいるにもかかわらず設定期限内にサービスを終了する方向にもっていく場合もあれば、本人がサービスに乗り気でないにもかかわらず積極的にコンタクトをとることが求められる場合もある）現実も把握されてきた。そのため、平成 23 年度からは基本的に複数のコース設定をやめ、チームが支援する利用者の加入基準を、本研究の加入基準に合わせていくことにした。表 3 に、平成 23 年 11 月以降の東北福祉大学せんだんホスピタル ACT チームの加入基準の概要を示した。期間中に当院に入院になった