

・ 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¹⁾

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

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・協力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して協力して、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る。

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