

## 精神科外来機能強化に関する研究

### —包括的支援マネジメント—

研究分担者：川副泰成（総合病院 国保旭中央病院）

研究協力者：岩上洋一（特定非営利活動法人じりつ）、上島雅彦（竹田総合病院）、岡部正文（一般社団法人ソラティオ）、香山明美（みやぎ心のケアセンター）、菊入恵一（田宮病院）、齋藤研一（社会福祉法人会津療育会）、小池純子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、鈴木孝典（高知県立大学社会福祉学部）、田村綾子（聖学院大学人間福祉学部人間福祉学科）、長谷川直実（大通公園メンタルクリニック）、三澤孝夫（国際医療福祉大学医療福祉学部）、村井千賀（石川県立高松病院）、山口創生（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

#### 要旨

包括的支援マネジメントの支援効果につき、調査開始時（ベースライン）と2年後の入院関連アウトカムの比較により検討した。ベースライン時に支援開始から1年以内の群、2年以内の群、3年以内の群それぞれにおいて、入院回数、入院日数、地域生活日数いずれも支援開始前と比較して有意に改善していた。特にベースライン時に支援開始から1年以内の群における改善が著しいことから、支援の効果は効果開始初期に認められやすく、その後は支援を継続することによりその効果が維持されるものと推測される。石川県立高松病院において精神科救急病棟に入院した53名に対して「包括的支援マネジメント実践ガイド」に基づく支援が開始された。対象者の約22%が入院中であり、その効果についての検証は来年度以降の実施となるが、支援に携わっている職員へのアンケート結果からは、治療の質の向上や連携促進、アセスメントに役立つとの意見が多かった。支援ニーズの高い患者への支援内容の分析からは、地域における支援類型が抽出され、さまざまなタイプのサービスをニーズに応じて提供するためには、多職種により、必要に応じてアウトリーチによる支援を提供できる体制が必要であると考えられた。

#### A.研究の背景と目的

2018（平成29）年2月に発出された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の報告書においては、長期入院精神障害者をはじめとする中重度の精神障害者の地域生活を支えていくためには、多職種協働による包括的支援マネジメントを機能させていく必要があると指摘され、包括的支援マネジメントの運用の実態を分析しながら、多職種で効果的かつ効率的に活用できる包括的支

援マネジメント手法を開発する研究を押し進めることの必要性についても言及された。ここで言う「包括的支援マネジメント」とは、マネジメント担当者自身が直接サービスを提供しつつ、さまざまな社会資源の間に立って複数のサービスを適切に結びつけ、調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法のことであり、Cochrane review において効果が示されている intensive case management（ICM）とほぼ

同義である。

我々は、昨年度までの研究班「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）の分担研究「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」（研究分担者：川副泰成）において、精神科医療機関の外来患者を対象とした横断調査や業務量分析調査を通して、包括的支援マネジメントが診療報酬でカバーされない状況下での包括的支援マネジメントの潜在的ニーズや実際の支援量についての検証を重ね、包括的支援マネジメントの実装と均てん化を念頭においたツールの開発に取り組んだ成果を「包括的支援マネジメント実践ガイド」<sup>1)</sup>としてまとめた。今年度は、包括的支援マネジメントの実行可能性や実装にあたっての課題を検討し、予後との関連を検証することを目的として、研究協力医療機関において実践ガイドに基づく包括的支援マネジメントを実施した。また、包括的支援マネジメントによる支援を受けた患者の転帰に関する調査を実施し、その効果を検討した。

## B.方法

### 1) 包括的支援マネジメント 2年後調査

対象：

選択基準：以下の①～③に当てはまる者のうち、包括的支援マネジメントの提供を受け、本研究への参加について同意が得られた者。

①2016年10月1日～7日に国保旭中央病院精神科外来または救命救急センター外来で同科医師の診察を受けたか、デイケアまたは多職種アウトリーチ支援を利用した者及び

2016年12月10日～16日に医療法人社団ほっとステーションの外来で医師の診察を受けたか、デイケア等の治療活動または訪問支援を受けた者②リクルート時点で6ヵ月以上上記病院または診療所に通院を継続してきたか、または通算で1年以上同院または他の精神科医療機関で通院もしくは入院の治療を継続してきた者、③情報公開方式による説明が

行なわれた後、不参加あるいは参加中止の申し出がなかった者。ほっとステーションの患者については、上記に該当し、かつ主治医がほっとステーション所属の医師であり、GAF $\leq$ 40かつICM導入基準<sup>1)</sup>に3つ以上当てはまる者を対象とした。

方法：

2019年6月～9月、研究協力医療機関の診療録より、ベースラインから24ヵ月間の入院回数及び合計入院日数を調査した。

本研究は、国保旭中央病院倫理委員会及び医療法人社団ほっとステーション倫理委員会の承認を得て実施した。

### 2) 包括的支援マネジメント実施医療機関調査

「包括的支援マネジメント実践ガイド」に基づく支援を実装した単科精神科病院（石川県立高松病院）において、以下の調査を実施する。

対象：

- ① 2019年7月1日から2020年3月31日の9ヵ月間に調査対象機関の救急入院病棟に入院し精神科の主診断を有する者。20歳未満の者、65歳以上の者、認知症が主診断の者、てんかんが主診断の者、入院中に転院する可能性の高い者、石川県立高松病院で外来治療を受けない者は除外した。
- ② 石川県立高松病院において、包括的支援マネジメントの実践に携わった病院職員。

方法：

①の対象者に「包括的支援マネジメント実践ガイド」に基づく支援を提供し、初回調査を実施する入院（index admission）の入院時（T1.0）、index admissionの退院時（T2.0）、index admission退院後から1年

経過時 (T3.0) の調査時点において、日常生活状況、各種サービス利用状況、入退院状況、ケースマネジメントの必要性 (Case Management Screening Sheet: ICSS)、機能 (personal and social performance scale: PSP)、症状 (brief psychiatry rating scale: BPRS)、日常生活行動 (Frenchay Activities Index : FAI) を把握し (ただし、FAI については、退院時および外来で取得された情報を用いる)、関連要因やアウトカムに望ましい指標の検討を行う。サービスのプロセスについては、拡大ケア会議 (本人と関係者全員が参加する会議)、ミニケア会議 (本人と高松病院スタッフが参加する会議)、ケースミーティング (本人が参加しない会議)、個別面談、訪問支援の回数及び時間を記録する。また、対象者を地域の他機関に引き継ぐ場合には、その流れを記述データとした収集する

②の対象者に対して、2020年3月、別紙1に示すアンケートを実施した。

(倫理的配慮)

本研究は、石川県立高松病院倫理委員会の承認を得て実施した。

### 3) 濃厚な支援の見える化と2年後転帰

対象:

上記1)の研究対象者のうち、医療法人社団ほっとステーションに通院し、2017年5月15日~7月14日の2か月のサービス提供時間が平均1500分/月以上であった14名。

方法:

ベースライン及び24か月後の利用者属性、生活状況、全般的機能、サービス利用状況、入院回数、入院日数につき調査した。また、2017年5月15日~7月14日の2ヵ月間に実施されたサービスコード票調査の結果から、支援内容及び支援内容ごとの支援時間を把握した。サービスコード表調査とは、マネジメント担当者が対象者を支援した際に、毎

回、どのようなサービスを提供したかについてサービス内容をコード化したカテゴリーを選択し、サービス提供時間などを記入するものである。

(倫理的配慮)

本研究は、医療法人社団ほっとステーション倫理委員会の承認を得て実施した。

## C.結果/進捗

### 1) 包括的支援マネジメント2年後調査

対象者の選定フローを図1に示す。2年後調査において入院関連アウトカム (入院回数、入院日数、地域日数) を包括的支援マネジメント導入前後で比較したところ、ベースライン時に支援開始から1年以内の群、2年以内の群、3年以内の群それぞれにおいて、入院回数、入院日数、地域生活日数いずれも支援開始前と比較して有意に改善していた (表1)。特にベースライン時に支援開始から1年以内の群における改善が著しかった。

### 2) 包括的支援マネジメント実施医療機関調査

研究協力医療機関の病床数は400床で、精神科救急医療、子供の心の診療、医療観察法指定通院医療、認知症疾患医療センターなどの指定病院である。そのうち、定床数44床の救急入院病棟において、包括的支援マネジメント実践ガイドに基づく支援を行った。2020年3月31日に時点で、131名の新規入院があり、53名 (40.5%) 選択基準に該当した (表2)。このうち2020年3月31日時点で入院中の者が12名 (22.6%)、外来において追跡中の者が41名 (77.4%) である。

アンケートは35名に配布し、全員の回答が得られた (回収率100.0%)。回答者の属性は医師が11名 (31.4%)、看護師が17名 (48.6%)、精神保健福祉士4名 (11.4%)、作業療法士3名 (8.6%) であった。包括的支援マネジメントの導入により役立ったと思ったことについては図2に示す。「役立つ」、

「やや役立つ」を合わせると、「アセスメント」が34名(97.2%)で最も高率であり、「院内の多職種連携」が32名(91.4%)、「治療目標の明確化」と「治療やケアの向上」が31名(88.5%)と続いた。負担感については、23名(65.7%)が「負担であった」「やや負担であった」と回答した。

負担感の理由を表3に示した。ケア会議に関わる調整や準備に関わる負担感が圧倒的に多く挙げられた。自由記載の回答は別紙2にまとめた。

### 3) 濃厚な支援の見える化と2年後転帰

表4にベースライン調査と2年後調査結果の比較を示した。対象者は、男性が9名であり、平均年齢は41.2±12.3歳であった。診断はF1、F2、F8が各2割、過去に平均3.6±4.9回の入院を経験していた。GAFの平均得点は49.8±11.7点であった。11名が生活保護を受給し、11名がグループホームに居住していた。2年後調査では、グループホーム利用者が7名減り、単身アパート生活者が6名増えていた(P<0.05)。それ以外の項目に有意差はみられなかった。

2017年に行われた包括的支援マネジメントの内容を表5、6に示した。多く提供されたサービス内容とサービス提供の総時間は、「服薬・症状の自己管理の援助(精神)」22766分/月、「関係性の構築・不安の傾聴」が9861分/月、「日常生活自立支援」7484分/月、「対人関係の維持・構築」2494分/月であった。支援パターンは、サービスニーズに応じて3パターンに分類できた(図3)。

### D. 考察

包括的支援マネジメントの2年後調査からは、支援により入院関連アウトカムが改善することが示唆された。包括的支援マネジメントを開始してからの期間が短い(1年以内)場合には入院日数、入院回数ともにより減少する傾向があり、支援の効果は効果開始初期

に認められやすく、その後は支援を継続することによりその効果が維持されるものと推測される。包括的支援マネジメントをどの程度の期間継続することが適切であるかについては、支援対象者の状態や地域資源の多寡等、さまざまな要因が関連するため、一律に支援期間を定めることは適切ではないと考えられる。令和2年度の診療報酬改定では、入院から地域生活に移行する際、さらには地域生活に移行した後の状態の揺れやすい時期に、ケースマネジメントにより包括的支援を効果的に提供することを目的として、「精神科退院時共同指導料1(イ、ロ)」「精神科退院時共同指導料2」「療養生活環境整備指導加算」が新設された。これにより、退院後の医療を提供する医療機関が入院先病院と異なる場合には、包括的支援マネジメントの提供が促進されることが期待される。来年度は診療報酬改定後の実態調査等を実施し、実装に向けての課題等を検討する予定である。

石川県立高松病院においては、「包括的支援マネジメント実践ガイド」に基づく支援の実践を開始した。対象者の約22%が入院中であり、その効果についての検証は来年度以降に実施する。支援に携わっている職員へのアンケート結果からは、治療の質の向上や連携促進、アセスメントに役立つとの意見が多く、包括的支援マネジメント導入による職員の支援のあり方の改善につながる可能性が示唆された。他方、ケア会議に関わる調整や準備に関わる負担感が大きいこともうかがわれ、外来人員配置の見直しの要望も挙がるなど、現行の人員体制では包括的支援マネジメントを必要とする人すべてにサービスを提供することには困難が伴う可能性も示唆された。

ほっとステーションは、札幌市の中心部に位置する精神科診療所であり、精神科デイケア、障害者グループホーム、生活訓練事業、就労支援等を実施する、いわゆる多機能型精神科診療所である。医療観察法に基づく指定

通院医療機関であり、物質関連障害の患者や触法精神障害者など、支援ニーズが非常に高い患者に数多く対応していることが特徴のひとつである。今回の調査からは、支援ニーズの高い患者への地域における支援類型を抽出することができた。さまざまな種類のサービスをニーズに応じて提供するためには、多職種により、必要に応じてアウトリーチによる支援を提供できる体制が必要であると考えられる。今後これらの入院外サービスにつき、医療経済的な側面からも検討する必要がある。

#### **E.健康危険情報**

なし

#### **F.研究発表**

- 1) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, Nayuki K, Aoki T, Hasegawa N, Fujii C : Development and evaluation of

Intensive Case Management Screening Sheet in the Japanese population. International Journal of Mental Health Systems 13:22, 2019.4.

#### **G. 知的財産権の出願・登録状況**

なし

#### **文献**

- 1) 川副泰成: 平成 30 年度研究分担報告書 多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究. 平成 30 年度厚生労働省科学研究費補助金 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究 研究報告書 (代表 藤井千代), 国立精神・神経医療研究センター, 小平, 2019.

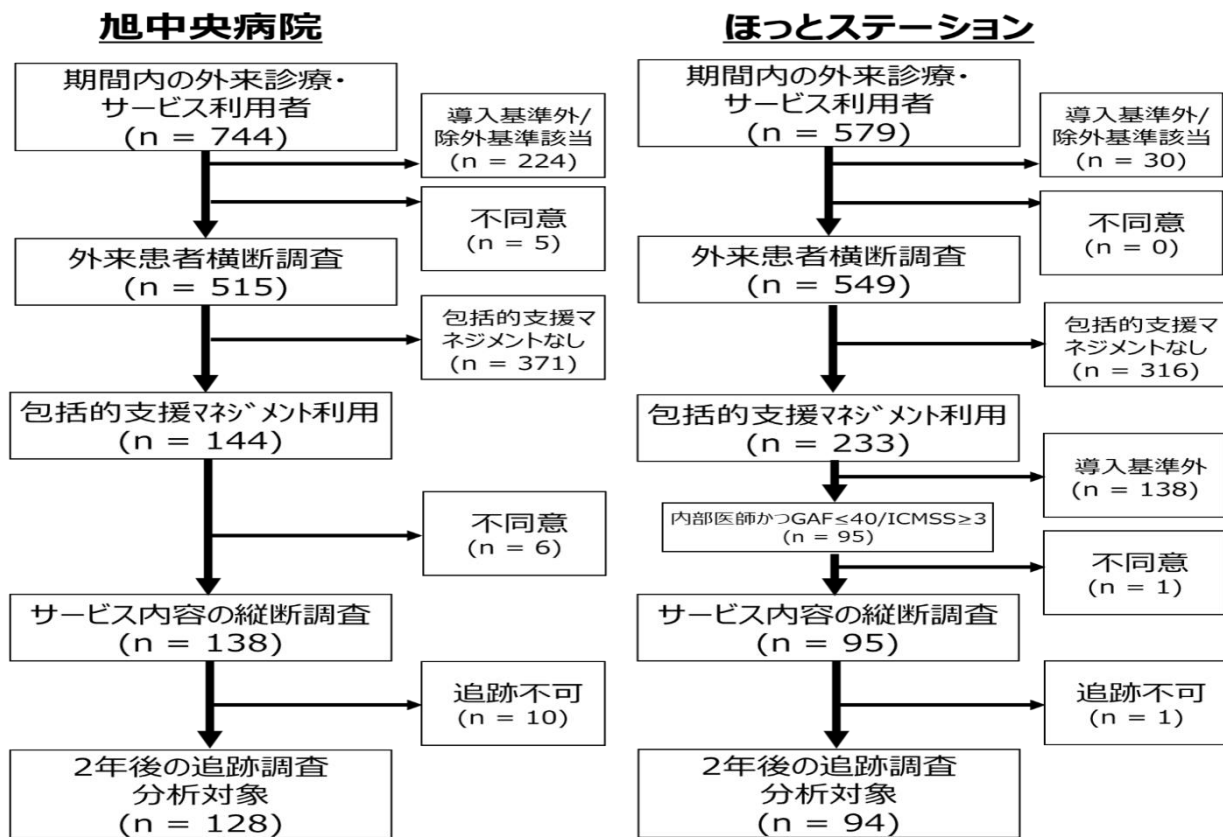


図1 対象者選定フロー

表1 2年後調査における入院関連アウトカムの比較

	n	BL		2年後調査		stats	
		Mean	SD	Mean	SD	t	p
<b>全ケース</b>	222						
入院回数*1		0.30	1.01	0.22	0.91	1.902	0.059
入院日数*2,3		17.20	60.58	12.24	40.67	1.229	0.220
地域生活日数*4		347.80	60.58	352.76	40.67	1.229	0.220
<b>BL時_CM開始後1年以内</b>	48						
入院回数*1		0.42	0.68	0.14	0.40	2.819	0.007
入院日数*2,3		45.63	96.99	6.97	22.02	2.895	0.006
地域生活日数*4		319.38	96.99	358.03	22.02	2.895	0.006
<b>BL時_CM開始後2年以内</b>	79						
入院回数*1		0.37	0.66	0.16	0.39	2.885	0.005
入院日数*2,3		32.46	80.12	10.13	29.96	2.419	0.018
地域生活日数*4		332.54	80.12	354.87	29.96	2.419	0.018
<b>BL時_CM開始後3年以内</b>	103						
入院回数*1		0.30	0.61	0.14	0.35	2.872	0.005
入院日数*2,3		25.52	71.31	8.41	26.68	2.389	0.019
地域生活日数*4		339.48	71.31	356.59	26.68	2.389	0.019

\*1 2年後調査における入院回数は過去2年間のデータであるため、「2」で割った値を使用

\*2 BL時の過去1年の入院日数は、過去1年の間に入院したことのある人における直近の入院の日数

\*3 2年後調査における入院日数は過去2年間のデータであるため、「2」で割った値を使用

\*4 地域生活日数：「365-入院日数」

表2 対象者の現状（2020年3月31日時点）

項目	人数	%	人数	%	備考
入院者数	131	100%			
入院中	12	9.2%			
外来追跡中	41	31.3%			
ケア会議を開催し、追跡中			16	39.0%	
調査のみ			17	41.5%	
中断もしくは拒否			8	19.5%	
対象除外者数	78	59.5%			
年齢除外			23	29.5%	
転棟			16	20.5%	
隔離解除同時に退院			15	19.2%	
再入院			10	12.8%	
転院			5	6.4%	
退院後他院へ転院			4	5.1%	
てんかん			1	1.3%	
その他			3	3.8%	同意なし1 通院中断1 OT未処方1

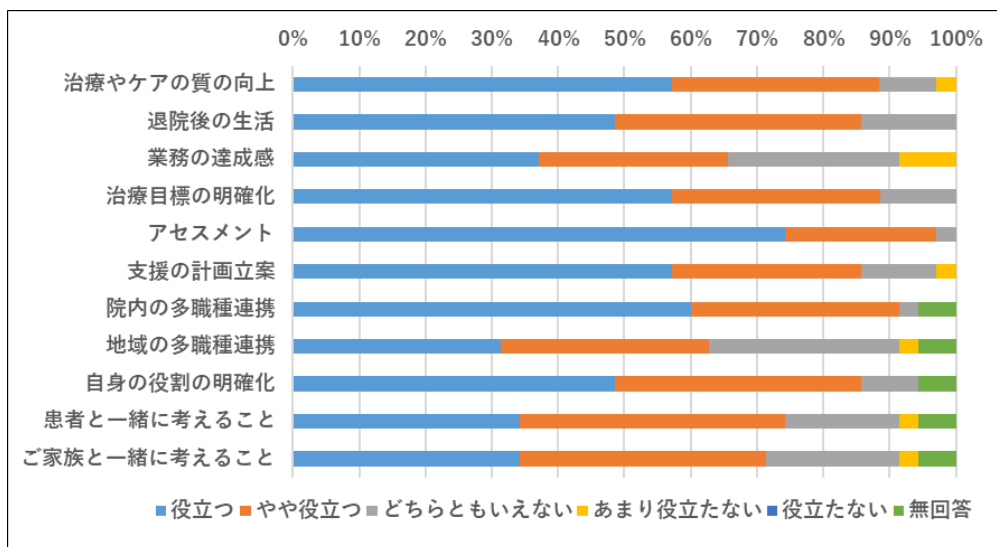


図2 包括的支援マネジメントの実施が役に立ったと思われる事項

表3 包括的支援マネジメントの実施において負担を感じた理由

困難の内容	回答数
ケア会議の日程調整（ケア会議不在時調整を含む）	13
業務量過多、人員不足、時間外勤務	5
多職種と関係性を図ること	3
時間に追われる感覚（計画立案が間に合わないなど）	3
新しいシステムが導入されたこと自体の負担	2
各職種の役割が不明確	1
電子カルテの活用	1



表4 ベースライン調査と2年後調査の比較

項目	BL調査時：14名 (100.0%)		2年後：14名 (100.0%)		P	
	n (mean)	% (SD)	n (mean)	% (SD)		
性別	男性	9	64.3	9	64.3	
	女性	5	35.7	5	35.7	
年齢		41.2	12.3			
診断 (Fコード)	F1 物質使用障害	3	21.4	3	21.4	n.s
	F2 統合失調症	3	21.4	3	21.4	
	F3 気分障害	1	7.1	1	7.1	
	F4 神経症	1	7.1	1	7.1	
	F6 人格障害	1	7.1	1	7.1	
	F8 発達障害	3	21.4	3	21.4	
	F9 小児青年	1	7.1	1	7.1	
過去の入院の有無		11	78.6	5	35.7	n.s
入院回数 (過去)		3.6	4.9			
入院回数 (1年間) *				0.4	0.6	
入院回数 (1年間) 経験者のみ *				0.5	0.0	
入院合計日数 (2年間) 経験者のみ				142.8	65.1	
GAF		49.8	11.7	49.5	15.4	n.s
PSP総合得点		49.3	13.6	51.7	15.1	n.s
	セルフケア	1.8	1.3	2.3	1.1	n.s
	社会的に有利な活動	2.4	1.2	2.4	0.9	n.s
	個人的・社会的関係	2.4	0.9	2.4	0.9	n.s
	不穏な・攻撃的な行動	1.3	1.0	1.1	1.4	n.s
住居	グループホーム	11	78.6	4	28.6	0.034
	単身アパート	1	7.1	7	50.0	
	家族等と同居	2	14.3	2	14.3	
	その他	0	0.0	1	7.1	
仕事	なし	12	85.7	10	71.4	n.s
	一般, NPO	2	14.3	4	28.6	
生活保護受給		11	78.6	11	78.6	n.s
障害者手帳		8	57.1	8	57.1	n.s
障害年金		5	35.7	5	35.7	n.s
マネジメント	相談支援	2	14.3	3	21.4	n.s
	介護保険	1	7.1	2	14.3	n.s
	医療観察法	2	14.3	1	7.1	n.s
医療サービス		14	100.0	14	100.0	n.s
福祉サービス		3	21.4	5	35.7	n.s

\*1年間入院回数：2年間入院回数/2

平均：t検定、カテゴリーデータ： $\chi^2$ Fisher

表5 サービス・コードと提供時間

NO.	サービスコード								
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
	服薬・症状の自己管理の援助 精神	関係性の構築・不安の傾聴	日常生活自立支援	対人関係の維持・構築	服薬・症状の自己管理の援助 身体	機関内の他部署・他職種との連携	ケア会議	就労・就学支援	他機関との連携
1	3840	628	910	314	140	227	250	142	115
2	3804	67	1547	210	3	100	0	0	5
3	4955	141	90	0	414	90	0	0	27
4	2731	432	1169	418	107	96	120	103	10
5	2317	23	366	180	46	4	23	0	14
6	1622	104	134	0	0	187	360	22	417
7	1357	242	449	0	55	0	210	0	6
8	35	1943	0	65	13	41	0	3	13
9	98	839	0	55	10	119	0	39	35
10	67	2718	83	207	4	1	0	8	13
11	136	964	642	380	16	13	125	463	0
12	767	753	54	540	513	2	0	0	8
13	408	563	1118	20	1	209	1	25	1
14	631	448	925	105	7	15	0	33	0
合計	22766	9861	7484	2494	1325	1102	1088	836	663

表6 1か月のサービス提供平均時間と方法 (1対1換算)

(munites/ month)

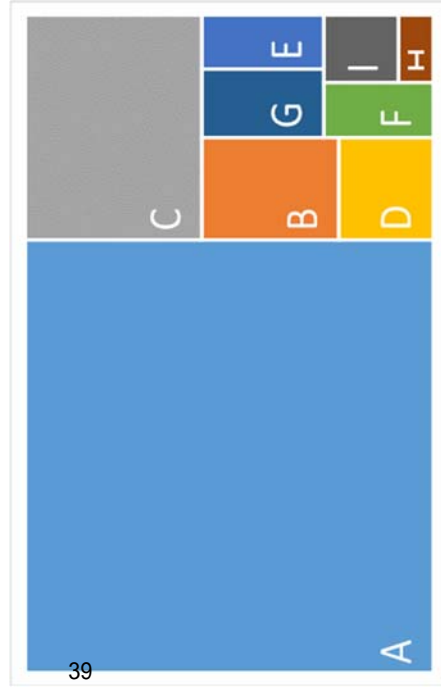
	サービス提供時間				対面日数
	合計 (a+b+c)	a:院外	b:院内	c:電話	
1	6764	2319	4162	284	30
2	5761	3839 *	1916	7	31
3	5734	136	4257	1342	18
4	5574	3582 *	1801	191	30
5	3121	191	1167	1763	31
6	3114	2176 *	931	7	15
7	2991	1683 *	918	391	15
8	2809	1414	1344	52	18
9	2681	195	2447	39	7
10	2480	1326 *	1137	18	17
11	2336	200	1553	584	27
12	2181	1381 *	759	41	23
13	2123	0	2100	24	27
14	1553	345	645	564	27
合計	49221	18784	25134	5303	315

\* a > b

### 図3 サービス提供パターンの分類

サービスコード		C	D	E	F	G	H	I	
A	B	関係性の構築・不安の傾聴	日常生活自立支援	対人関係の維持・構築	服薬・症状の自己管理の援助(身体)	機関内の他部署・他職種との連携	ケア会議	就労・就学支援	他機関との連携

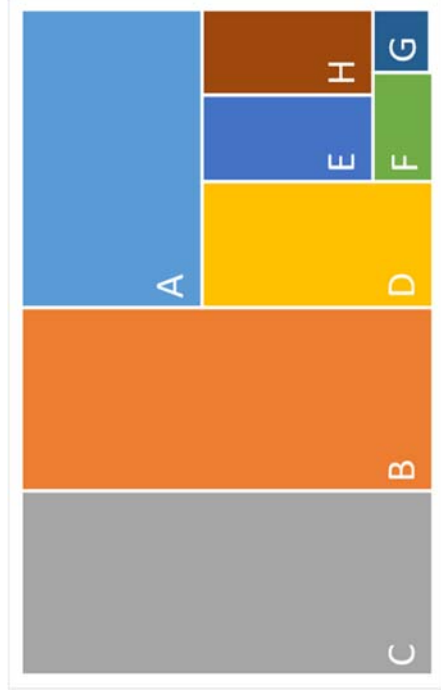
各サービスの提供時間が500分/月以上であるサービスに着目した分類



パターン1：  
○精神症状や服薬の自己管理、日常生活自立支援が重点支援



パターン2：  
○関係性の構築・不安の傾聴、対人関係の維持・構築支援が重点支援



パターン3：  
○1つ1つの支援時間は際立っていないが、全般的に支援を必要とする

## 地域包括支援システムに関するアンケートのお願い (実施後のフィードバック)



本アンケートは、地域包括支援システムを実際に行っていただいた皆様にご協力をお願いしております。実施してみたご意見・ご感想を教えてくださいたいと思います。なお、個別ケースではなく、実施全体を通してお感じになられたことを、お答えいただきたく思います。ご多忙の折、大変恐縮ですが、何卒よろしくお願い申し上げます。

問 1. 職種を教えてください

病院管理者	医師	看護師 (病棟)	看護師 (外来)
精神保健福祉士	作業療法士	相談支援専門員	その他 ( )

問 2. 地域包括システムは、患者さんの治療やケアの質の向上に役立ちますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 3. 地域包括支援システムは、患者さんの退院後の生活に役立ちますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 4. 地域包括支援システムは、日々の業務への達成感 (充実感) につながりますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 5. 地域包括支援システムは、患者さんの治療目的・目標の明確化に役立ちますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 6. 地域包括支援システムは、患者さんのアセスメントに役立ちますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 7. 地域包括支援システムは、支援の計画立案に役立ちますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 8. 地域包括支援システムは、病院内の多職種との連携に役立ちますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 9. 地域包括支援システムは、地域の多職種との連携に役立ちますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 10. 地域包括支援システムは、自身の役割の明確化に役立ちますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 11. 地域包括支援システムは、患者さんと一緒にケアについて考える機会になりましたか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 12. 地域包括支援システムは、ご家族と一緒にケアについて考える機会になりましたか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 13-1. 地域包括支援システムを行ったときに感じた負担感の程度を教えてください。

負担であった	やや負担であった	どちらともいえない	あまり負担ではなかった	負担ではなかった
--------	----------	-----------	-------------	----------

問 13-2. 感じた負担や困難と、改善点を教えてください。

--

問 14. その他、ご意見等をお寄せください。

--

アンケートは以上です。ご協力いただきありがとうございました。

## 包括的支援マネジメントの導入により感じた負担や困難と改善点（自由記載）

- ・ 計画作成を拡大ケア会議後、電子カルテ上でまとめていたため、事務量が多く、負担であった。そのため、電子カルテを直結し、モニター上で全員情報共有できる仕組みを指導した。
- ・ 一部の精神保健福祉士及び医師の協力が得られなかった。多分これまで本職が担当してきたものを、何故、チームでという方々と、その PSW に賛同する一部の相談支援専門員からは否定的な意見もたくさん頂いた。その理由としては理解が得られていないことや、これまでとは異なる動きがあったことに対するアレルギーのようなものであった。その中の数名は、連携を通し、理解し、積極的に病院看護師と連携するなど、取り組みに対し病院のハードルが下がったとの意見も聞かれた。
- ・ 導入後すぐ(初めのうち)は、慣れない分、時間等要したが、システム化されるとスムーズに行えるようになった。
- ・ 計画立案を行える専門職が増えると良い。
- ・ 事務的な業務が増加した。
- ・ ケア会議やチームカンファレンスの日程調整は、担当ケースが増えてくると大変だと思った。→30 分以内等時間の目安を設ける。各種職が事前に情報を整理したうえでチームカンファをするなど、工夫できると良い。
- ・ 地域支援者との連携が難しい。医療包括ケアにならないように気を付ける必要がある。早い段階で地域支援者と共にアセスメントプランを考えていく必要がある。退院後は地域支援者主導となっていくようにすべきである。
- ・ 受診やケア会議の日程などが急に変更になることがあり、把握できていないことがあった。外来看護師としての役割を果たしていきたいと思いつつも、短い時間で関係性を築いていくことが難しく感じた。
- ・ 拡大ケア会議やアンケート実施など、外来業務の合間をぬって担当する為、ケア会議が重なったりした時に外来業務が手薄となりがちだった。突然病棟からケア会議の連絡があった場合など。
- ・ 多職種連携への連絡など、十分注意を払っていたが、急やケア会議日程変更があった時スタッフに迷惑をかけるときもあった。
- ・ 改善点として、主たるケアマネージャーが OT なのか PSW なのかあいまいな事もあったので、各々の Pt により明確にしてもらえたら良い。アンケート実施もケア会議毎とか 1 ヶ月、3 ヶ月、6 ヶ月なのか、きく人によって異なるので、明確にしてほしい。(たとえば、1 ヶ月の分が少し位ずれても良いのかも含めて)。
- ・ 既存の外来業務にプラスしての業務となるため、業務調整やスタッフの調整等大変だった。師長が対象患者の割振りやケア会議のマネジメントすることで業務を調整できた。
- ・ 受け持ち Ns が準備するものを勤務時間内でできず、残って作業することがある。→計画

- をたてて、ケア会議までに間に合うよう、勤務中にできるよう努力した。
- ・ケア会議に出席できないことがある。→他のスタッフにお願いしたり、前もって出れないと伝えることもあった。
  - ・件数が増えるとスケジュールの把握が大変だった。外来での関わりは時間が短く、新たな関係作りが難しい。
  - ・会議が多くなり、やや負担感がある。
  - ・時間を合わせるのが大変→別の機会に家族などに説明する(当日欠席の場合)、あるいは、他スタッフに代弁して頂く(治療上の説明がない場合)
  - ・書く量が多い。
  - ・転チーム後にすみやかにアセスメントを取らなくては…というあせりがある。
  - ・全ての患者に担当者会議やケア会議を行うと、日によっては1日で数名行わなければならず、病棟を見る人員が少なくなり大変だった。
  - ・担当者会議の日時調整は大変だったと感じた。(担当者の日程が中々合わない)
  - ・会議の日程調整、・患者が、アセスメントをとる際に話が逸れてしまい中々聞きたい部分を聞き出せないことがある。
  - ・期日に追われる不安。
  - ・担当者会議など連携に関わる業務が定着するまで調整業務が困難だった。
  - ・アセスメントのまとめが記入しにくい。
  - ・会議の数などが多くなり、他職種との時間調整に手間がかかる。

### その他自由記載

- ・各書式で、本人のニーズや支援内容を可視化することで、誰でもいつでも確認できる点は非常に良かった。これまでの蓄積された支援内容がまとまると、傾向がみえたり、今後の支援に活かせたりするのではないかな。
- ・今後診療報酬加算となるのであれば、外来スタッフを通院患者数での配置基準だけで配属するのではない方向で考えてほしい。
- ・自分のアセスメントの聴取の仕方がこれで良いのか不安。
- ・自分が行うことが明確になり行動しやすかったこと。他職種とケアの方向性を合わせられ、病院内スタッフで連携できたと感じられた。一人で負担を背負っていない感じもあったし、他の職種に質問し確認することも出来た。
- ・院内で担当者や患者と行ってきたことが、患者退院後も活かされてほしい。
- ・システムとして稼働後は受け持ちNsが責任をもって支援にあたるようになった。
- ・システム化されたことで、他職種と足並みそろえることができたり、有益な意見交換が出来たりと非常に役立った。院内すべてに浸透していけばと思った。