

□原著論文□

精神科医療の急性期病棟における多職種連携の状況分析
—クリニカルパスとカンファレンスの活用の実態から—天賀谷 隆^{1,2}

抄 録

本研究は、精神科病院における精神障害者の退院支援のクリニカルパスの活用実態から多職種連携がどのようになされているのかを明らかにすることである。日本精神科病院協会のパス事例集に掲載された37施設から、精神科病院の急性期病棟でクリニカルパスを運用する3施設を抽出し、医師、薬剤師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、栄養士、心理職、事務職の23名を調査対象とした。調査方法は、インタビューによる半構造化面接でICレコーダー録音し逐語録にした。分析方法は、Krippendorffの内容分析と計量テキスト分析を実施した。分析の結果、27の推論7つの説明概念を見いだした。計量テキスト分析の結果、説明概念群と推論群での出現率のカイ2乗値は、1%水準で有意な変化があった。したがって多職種によるカンファレンスは、日々の仕事の繁忙さや業務監督者、病院経営者の意向が影響している。病院は地域連携をより充実させるため、外来に統合センター設置の必要性がある。看護師は、多職種と患者が円滑にやり取りできるように両者に働きかける必要性がある。多職種連携の課題は、患者の希望を取り入れたカンファレンスの取り組みを明らかにする必要性があることが示唆された。

キーワード：精神科看護、クリニカルパス、退院困難度、多職種連携

I. はじめに

わが国の精神保健医療福祉は、2004年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に掲げられた「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念に基づき、地域生活中心へと移行している¹⁾。精神障害者の退院支援は、2003年の長期入院患者を対象とした退院促進支援事業に始まり、2008年地域移行支援特別対策事業、2010年地域移行・地域定着支援事業と継続的に展開されている。また2009年に精神保健医療福祉のさらなる改革にむけて、長期入院患者や受療中断者などの在宅支援をするために、ACT (Assertive Community Treatment) 事業が進められている。また精神科医療の急性期治療は、入院患者は「重度かつ慢性」の患者を除き1年で退院させ、入院外治療に移行させる²⁾。新たな地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みがなされている。そして再発を予防するための市町村を中心とした

相談支援センターの設置などの地域支援事業、障害者個々のニーズに合わせた就労継続支援A・Bや就労移行支援などの就労支援サービスは進歩³⁾しているが、一方で適切なサービスの利用に結びつかなかったため、入院が長期化する問題も生じている。

海外における精神保健医療福祉について、1970年代に米国で開発された地域生活を基盤とした集中的・包括的ケアマネジメントプログラム (Assertive Community Treatment Program: PACT) は、米国における精神医療の病床削減、短期入院を可能にした。PACTは、米国だけでなく欧州の精神保健医療プログラムや医療保険制度に大きな影響を与えている。英国の精神保健サービスは、1999年に精神保健に関する国家・サービスフレームワーク (NSFMH) を提言し、早期介入 (Early Intervention) チーム、積極的訪問 (Passerine Outreach) チーム、危機解決/在宅医療のコミュニテイ

受付日：2017年11月10日 受理日：2018年3月30日

¹⁾ 国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 保健医療学専攻 看護学分野 博士課程

Division of Nursing, Doctoral Program in Health Sciences, Graduate School of Health Sciences, International University of Health and Welfare

²⁾ 獨協医科大学 看護学部

School of Nursing, Dokkyo Medical University

amagaya@dokkyomed.ac.jp

精神保健 (Crisis Assessment and Home Treatment Service) チームの3つのチームによって提供されている。また2008年にWHOは、これらの精神保健サービスを欧州の精神保健のケアモデルであるとみなすようになった。イタリアの医療保険制度は、1994年に全国精神保健計画 (The National Mental Health Plan of 1994) によって、精神保健センターの設置、在宅障害者ケア、家族支援、ケースマネジメント、福祉サービス、就労支援、再入院防止などの地域移行施策を打ち出し、2008年に入院医療中心から地域生活中心のサービスに転換させた。

わが国の精神病床は、いまだにOECD諸国で最も多く、OECD平均が10万人当たり68床であるところ、日本は269床である⁴⁾。OECD諸国では、病院から地域へ医療を移行する脱施設化 (deinstitutionalization) が進んでいるが、わが国の精神医療は、民間の精神科病院が中心で機能してきた経緯から、多くの精神病床が統合失調症等の長期入院に利用されている⁵⁾。したがって、海外における精神保健医療福祉とわが国の精神保健医療福祉を単純に比較することはできないが、わが国が脱施設化の途上にあることは明らかである。

精神科医療における患者・家族に対する退院支援は、退院に至るまでの患者・家族の「自己決定」や「希望・思い」を大切にするなどの心理的な支援⁶⁾や心理教育⁷⁾、患者・家族の疾患理解、社会資源の活用に関する情報提供など、患者・家族の退院後の希望や生活イメージを取り入れた継続的な社会復帰活動^{8,9)}の実践報告がされている。これら退院支援の取り組みは、長い歴史を有する精神科病院が単独で実践してきた退院や社会復帰活動であるが、精神科救急医療やデイケア機能などの外来医療体制、地域生活支援に必要な医療・福祉などの体制が不十分であるため、依然として多くの長期入院患者が存在している。

退院支援に対する多職種への介入は、入院経験のある精神障害者が、長期入院よりも地域生活を希望する¹⁰⁾ことが多いため、退院支援内容を設定したアセスメントシートやクリニカルパス¹¹⁾を活用しながら、多職種による退院後の生活環境の整備や家族間の調整¹²⁾

がなされている。多職種による退院支援では、入院早期から患者・家族の退院が困難になる要素¹³⁾を可視化して、ケアマネジメント技法を用いた多職種によるアプローチが必要であるが、標準化されたクリニカルパスがみあたらない。わが国の精神医療におけるクリニカルパス¹⁴⁾は、工程が一覧できる「オーバービューパス」、日ごとの工程を示す「日めくりパス」、具体的な手順を示す「アルゴリズムパス」の3つの形式と治療や検査目的の「機能別」、職種の役割を示す「職種ごと」の2つの要素の組み合わせで構成されている。わが国は、疾患の治療や検査、退院を目標とした「職種ごと」のクリニカルパスが少なくない¹⁵⁾。また地域と連携するクリニカルパス (Integrated Care Pathway: ICP) 導入後の職員調査¹⁶⁾では、支援の共有ができケアマネジメントが実施しやすいという意見もあったが、手段だけの導入では地域ケアでの統合が難しいことが報告されている。そこで精神障害者への退院支援をどのようにおこなったのかという実践報告だけでなく、入院患者の退院支援における組織的な対応、退院支援における多職種のアプローチのあり方など、精神障害者の退院支援について、多職種が組織的にどのような取り組みをしているのかの研究をすすめることが必要である。

したがって精神科病院の多職種によるクリニカルパス活用の実態を観察し、多職種の連携がどのようになされているのかを明らかにすることが、多職種によるチームアプローチを実現する上で不可欠なステップである。これによって多職種によるチームアプローチが、患者の入院時に目標とされる症状や状態像を改善して、入院時からケアマネジメント技法を生かした退院支援によって、入院の長期化を防止することが可能になる。その結果、新たな地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みに貢献することができると思われる。

本研究の目的は、多職種がモニタリングできるクリニカルパスを作成するために、精神科病院における精神障害者の退院を支援するためのクリニカルパスの活用実態から、多職種の連携がどのようになされているのかを明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究である。

2. 対象者

対象者は、民間精神科病院の急性期病棟でクリニカルパスを運用する医師、薬剤師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、栄養士、心理士、事務員（以下、多職種という）とした。入院の長期化を防止する精神科病院は、精神科救急医療やデイケア機能などの外来医療体制、地域生活支援に必要な医療・福祉などの体制が必要になるため、以下の選定条件とした。研究協力施設の選定条件は、日本精神科病院協会の「クリティカルパス事例集」に掲載している施設（37施設）から、①精神病床数が300～400床の民間精神科病院である、②精神科救急入院料あるいは精神科急性期治療病棟入院料の病棟がある、③精神科救急入院料あるいは精神科急性期治療病棟入院料の病棟でクリニカルパスを運用している、④外来にデイケア機能がある、⑤地域生活支援に必要な訪問看護ステーションと地域活動支援センターを有する施設とした。

研究協力施設は3施設とし、研究協力施設の選定条件のすべてを満たす施設に対して、3施設ごとに研究計画を説明し、3つの研究対象施設の同意が得られるまでつづけた。同意が得られた研究対象施設の管理者に対象者となる多職種の選定をお願いした。

3. 調査方法

選定された多職種の研究協力者に対して研究者が、インタビューガイドを用いた半構造化面接を1回30分程度行なった。インタビュー内容は、精神科急性期病棟のクリニカルパスを活用して、多職種の連携がどのようになされているかについてであった。各インタビュー内容は、対象者の了解を得てICレコーダーで録音し、録音内容を逐語録にした。

III. 分析方法

1. データ分析方法

分析対象は、精神科医療の急性期病棟でクリニカルパスを運用する多職種23名の半構造化面接の逐語録テキストである。最初に、テキストをKrippendorffの内容分析¹⁷⁾の方法を用いて、事象とその意味合いをとらえ、前提とする関係理念や理論「分析的構成概念」と、その相関性から仮説的に推論し、多職種の連携がどのようになされているかを明らかにする。次に、Krippendorffの内容分析で導かれた推論を構成する第2コーディングのデータを基に、出現する単語の出現頻度や相関を解析するため、計量テキスト分析ソフトKH coder¹⁸⁾を用いて、形態素解析を実施した後に、コーディングルールを基にテキストを分析し調査する。

2. Krippendorffの内容分析方法の細則（図1）

テキストは、ステップ1から7のプロセスを経て、

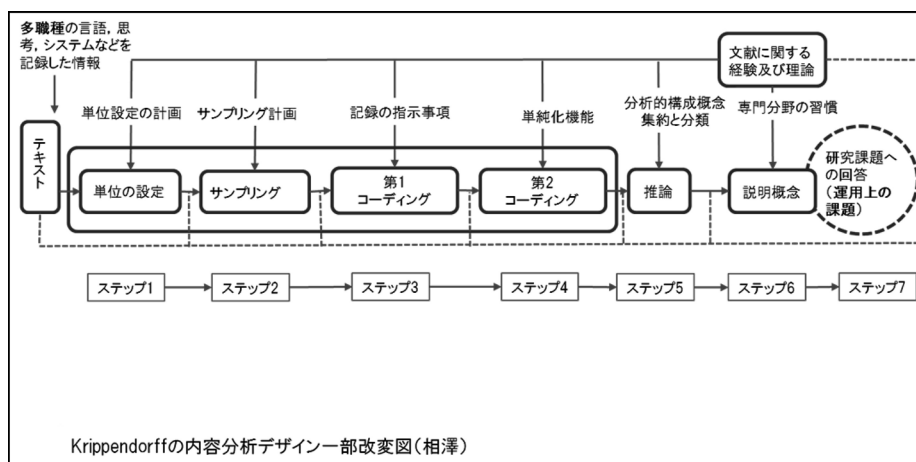


図1 Krippendorffの内容分析方法の細則

サンプリングされたデータを分析的構成概念の相関性より推論した。それらの推論の分類・集約を経た説明概念を用いて、研究目的に対する回答を見いだす。その結果から、多職種の連携がどのようになされているかを明らかにする。

3. データ分析の信頼性と妥当性

分析の信頼性は、2名以上の分析者によるデータの分析、その反復の一致、条件が近似した複数の地域、複数の研究対象からデータ作成し、分析の基準（分析方法の細則）を明確にした。分析の妥当性は、分析過程において推論と分析的構成概念との相関性を確保するため、また推論、説明概念、包括概念を統合するために、大学院看護学教育者2名、および大学精神看護学教員1名のスーパービジョンを受けながら多面的に分析した。またインタビュー内容を第1コーディングに変換した後に、研究対象者に発言内容を確認するメンバー・チェックや、計量テキスト分析を実施した。

IV. 倫理的配慮

国際医療福祉大学の倫理審査委員会（承認番号 14-Io-121）および研究協力を得た3つの精神科病院の研究倫理審査の手続きにおいて承認を得た。

その後、各病院の施設管理者より、研究協力が可能な多職種を紹介された。その多職種に、本研究の目的、方法、プライバシーの保護、研究協力に伴う負担の説明、研究不参加および中断による不利益は一切生じないことを、文書を提示し口頭で説明した。同意が得られた場合は、同意書の署名にて承諾を得た。

研究過程においては、資料に記載される関係者に記号を付し、データ分析に際して個人情報と判別できないようにした。またインタビュー調査においては、多職種に対しインタビュー内容を事前に提示し了解を得た。インタビューは、音声の漏れがない個室で行った。記録したパソコン上の情報・データは、筆者以外が見られないようにパスワードで保管し、記録物は研究者以外が扱えない鍵のかかる場所に保管した。

V. 研究結果

協力が得られた施設は、388床の医療法人財団A病院、286床の公益財団法人B病院、408床の社会医療法人C病院であった。研究対象者は、精神科急性期治療病棟でクリニカルパスの運用にかかわる医師3名、薬剤師2名、看護師3名、精神保健福祉士3名、作業療法士3名、栄養士3名、心理職3名、事務職3名の合計23名を調査対象とした。C病院の薬剤師は、クリニカルパスの運用にかかわっていなかった。調査対象者の内訳は、女性13名、男性10名であり、平均の臨床経験年数は、16.7年であった。

1. Krippendorffの内容分析の結果（表1-1, 1-2, 1-3）

内容分析した結果、第2コーディング161コードから、27の推論、説明概念は『アセスメント』、『仕事の査定』、『カンファレンスの活用』、『職種相互の理解』、『クリニカルパスの多様性』、『患者の希望』、『病院の経営』の7つを見いだした。

本文中において、説明概念は『 』、推論は〈 〉、第2コーディングは〈 〉記号で表す。

1) 『アセスメント（5推論）』

この説明概念は、多職種がクリニカルパスを活用しながら、患者の情報収集やケアの内容を示した概念群である。

《症状のモニタリング》は、精神疾患の状態像や〈患者の症状改善の時期が異なる〉ため、〈表現ができない患者は患者に合わせて判断する〉や〈精神状態が改善してから介入する〉など、〈患者の状態の変化に対応する〉一方で〈患者の状態を確認しながら次のステップに進む〉ことを行っていた。また多職種がリハビリテーションを実施するため、〈病識のない患者は薬の指導が難しい〉や〈患者の状況に応じて作業療法（Occupation Therapy: OT）をする〉など、〈患者の状態を優先する〉一方で〈患者の変化に対応してカンファレンスをする〉ことを行っていた。《薬物のモニタリング》は、〈入院時にアレルギーや持参薬を確認する〉ことによって、身体〈疾患や副作用の有無がわかる〉や〈薬の副作用のある患者がわかる〉。〈薬物調整の必

表 1-1 精神科急性期病棟のクリニカルパスの活用に関する説明概念と推論

説明概念	推論	コード	第2コーディング	
アセスメント	症状のモニタリング	C 15	患者の症状改善の時期が異なる	
		B 47	表現ができない患者は患者に合わせて判断する	
		A 25	精神症状が改善してから介入する	
		C 28	患者の状態の変化に対応する	
		C 29	患者の状態を確認しながら次のステップに進む	
		A 17	病識のない患者は薬の指導が難しい	
		B 20	患者の状態に応じて作業療法をする	
		B 10	患者の状態を優先する	
		C 55	患者の変化に対応してカンファレンスする	
		薬物のモニタリング	B 14	入院時にアレルギーや持参薬を確認する
	A 36		疾患や副作用の有無がわかる	
	A 35		薬の副作用のある患者がわかる	
	A 16		薬物調整の必要の有無がわかる	
	B 43		患者の状態に応じて薬の指導をする	
	B 13		退院前に服薬自己管理の指導をする	
	栄養のモニタリング	B 26	精神状態だけで食事に注目していない	
		B 31	個別の栄養指導をする	
		B 27	栄養管理計画書を活用する	
		A 24	栄養や褥瘡のアセスメントをする	
		B 28	アレルギーのある患者は栄養指導をする	
		A 23	栄養スクリーニングアセスメントをする	
		C 23	BMI 検査の結果がわかる	
		B 29	過栄養の患者は薬を変更する	
		C 45	検査の結果から栄養指導をする	
		B 52	食事の不安がある患者は栄養指導をする	
	生活機能のモニタリング	B 07	基本的な生活機能の観察をする	
		C 12	生活行動に看護の評価を埋め込む	
		B 22	SST 利用の目的を再確認する	
		B 18	週1回の SST 活動で患者情報を収集する	
		B 49	入院早期から困りごとの相談相手になる	
	資源活用の査定	C 27	資源の利用や入院までの経過がわかる	
		B 17	入院時から生活保護や社会資源を見直す	
		B 21	資源を利用するための準備をする	
	仕事の査定	情報の一元化	C 09	計画書や会議の結果を書き写す
			C 19	新たな情報を書き込む
			A 09	ファイルが一元化されていない
			A 18	記録が重複している
			B 19	入院時の情報が得られない
		仕事のチェック	A 05	仕事のチェックする機能がある
			B 32	業務のチェックができる
			C 02	チェック項目を整理する
			B 01	チェック項目は漏れない
B 09			チェック項目が優先する	
A 22			チェック項目を参考にする	
A 07			節目の会議の結果はパスに明示する	
B 15			書類漏れをチェックする	
B 16			チェックができる資料である	
変化する仕事の査定			A 10	実施した仕事が見える
		A 19	自分の仕事や多職種の支援が把握できる	
		A 03	一日の流れがチェックできる	
		B 24	治療の段階が見える	
		B 02	治療の流れをみる	
		A 04	お互いの仕事をチェックできない	
		A 02	予定や計画が一覧できない	

表 1-2 精神科急性期病棟のクリニカルパスの活用に関する説明概念と推論

説明概念	推論	コード	第2コーディング	
カンファレンスの活用	現状を共有	C 46	情報交換から患者の背景がわかる	
		A 20	定期的にカンファレンスをする	
		C 06	状態の節目にカンファレンスする	
		A 11	定期的に情報を共有する	
		B 44	急を要する情報は多職種に直接提供する	
		C 42	オリエンテーション内容はコピーをわたす	
		B 51	相談内容は多職種にフィードバックする	
		C 25	家族面接や入院時の情報を提供する	
		C 48	地域の情報や仕事の内容を病棟に伝える	
		A 38	職種の支援がみえる	
		A 47	職種の活動がわかる	
		目標を共有	C 43	患者の必要な時にカンファレンスをする
			C 35	患者の希望する方向をみんなでみる
	C 05		カンファレンスで方針を決定する	
	C 14		退院するまでの目標をカンファレンスできめる	
	C 04		職種が短期間の方針を決定して評価をする	
	手段を共有	C 34	職種が立案した計画を共有する	
		C 17	治療の経過や指示の変更を共有する	
		C 11	実施計画の立案と評価をする	
		A 21	定期的に見直しのカンファレンスをする	
		A 13	自発的にカンファレンスをする	
	カンファレンスの活発化	C 08	パスは申し送りのツールである	
		C 22	パスはカンファレンスのツールである	
		C 59	カンファレンスが成功するためのシートを作成する	
		C 30	多職種の思いを出し合っていない	
		A 30	職種間の風通しが良い	
		C 37	常に退院に向けた議論ができる関係になる	
		A 26	定期的に多職種がカンファレンスをする	
		A 34	カンファレンスが職種の垣根をとる	
		A 12	カンファレンスに参加する	
		C 24	仕事を調整してミーティングに出席する	
		B 05	職種の仕事の調整をする	
		A 49	参加できない職種の記録を代読する	
		A 01	会議やカンファレンスの時間の調整が難しい	
		カンファレンスのスキル	C 57	看護師がファシリテーターになる
	C 60		多職種がディスカッションできる進行をする	
	C 56		カンファレンススキルが必要だ	
	病院の経営	病院の理念	B 35	院長の考えが病院の文化になっている
			A 29	職種が共同できる体制をつくる
		連携できる体制	B 23	病棟配置にして患者全員を把握する
			B 36	多職種の連携が可視化できない
			C 13	連携できる新たなパスを作成する
			C 31	職種の思いが表出できる場を提供する
			A 28	診療報酬の取得に結びつけたい
		診療報酬の取得	A 48	ベッドコントロールが必要である
			C 26	パスの用紙を提出する
			B 04	診療報酬で評価されていない
B 37			診療報酬の評価が必要である	
地域生活支援の整備		C 53	在宅部門や訪問看護を統合するセンターの設置	
		C 52	社会環境を整備しながら医療を包括的にやる	
患者の希望	患者用クリニカルパスの作成	A 06	患者用パスがないため患者のメリットがない	
		C 32	入院の目的や患者の希望を共有する	
	患者の希望をきく	C 21	言葉や聞き方を変えて思いを引き出す	
		C 20	患者の希望を取り入れる	
		B 06	バリエーションのため適用できない	
	個別ケアの見極め	C 18	患者の処遇や金銭的なことや退院先が書いていない	
		A 08	個別的なケアをみることができない	

表 1-3 精神科急性期病棟のクリニカルパスの活用に関する説明概念と推論

説明概念	推論	コード	第2コーディング	
職種相互の理解	多職種の参加	C 03	医師はパスの導入に抵抗がある	
		C 16	医師はパスが必要がないと考えている	
		A 14	医師がパスを活用していない	
		C 07	多職種がパスの作成に参加しない	
	職種の思い	C 51	患者の成長や変化を共有することが励みになる	
		C 40	退院させたいという気持ちがある	
		C 44	多職種が一緒にやりがいを感じる	
		C 39	連携する充実感がある	
	職種の判断	A 43	栄養指導は栄養士が介入する	
		A 31	医師以外の職種が役割から判断する	
		C 38	職種のアプローチの仕方に違いがある	
		A 32	職種の意見を聞き入れる	
		A 33	知識やアドバイスを得て対応する	
		A 46	クレームに対応する患者の特徴を知る	
		B 34	心理社会的リハビリテーションの対応をする	
		B 53	診断再考や成長発達の見点を生かす	
		B 46	多職種が気づかないことに気づく	
		C 33	多職種の幅広い視点から患者をみる	
		職種の共同	C 41	病棟で集団や個別の作業療法プログラムをする
	B 38		訪問看護は早めに家族の情報を得る	
	B 54		短期入院後の外来ニーズに対応する	
	C 47		個別的な相談に多職種がかかわる	
	A 27		必要時に必要な職種が対応する	
	B 33		職種の細やかな対応ができる	
	B 45		職種の服薬指導の隙間を埋める	
	B 48		連携して一緒に生活の支援をする	
	A 44		共同して就労を支援する	
	A 39		在宅に戻れない患者は多職種が支援する	
	B 12		クリニカルパスを逸脱した患者は多職種がかかわる	
	C 54		入院費を滞納する家族は多職種が訪問する	
	C 36		困難な事例は窓口を決める	
	C 50		場と場のつなぎ役になる	
	A 45		職種が共同してかかわる	
	B 42		共同してトラブルを防ぐ	
	B 41		連携してトラブルが減少する	
	職種の活用		A 41	病棟の勉強会に協力する
			A 40	看護師に医師の対応を相談する
		A 42	気になった患者の栄養指導は依頼する	
		B 50	薬や社会資源や病気の知識が不足している	
		C 49	患者の情報は職種間の日常的な会話から得る	
		B 25	多職種の意見を求める	
		A 37	対応が困難なときは看護師が対応する	
		B 39	職種の知識とアドバイスを活用して援助する	
		B 40	相談内容を多職種に確認して対応する	
		クリニカルパスの多様性	クリニカルパス適用の見極め	A 15
	C 10			統合失調症パスはプログラムが明確でない
	クリニカルパスの応用		B 11	治療過程の根拠になる
B 03			パスは他院と連携しやすい	
B 08			新人の仕事の指導に使う	

要の有無がわかる)ことが、〈患者の状態に応じて薬の指導する)や〈退院前に服薬自己管理の指導をする)ことにつながっていた。《栄養のモニタリング》は、精神科急性期医療が患者の〈精神状態だけで食事に注目していない)ことがあるため、〈個別の栄養指導をする)ことを行っていた。入院時に〈栄養管理計画書を活用する)ことが、〈栄養や褥瘡のアセスメントをする)や〈アレルギーのある患者は栄養指導をする)ことにつながった。また定期的な〈栄養スクリーニングアセスメントをする)ことが、〈BMI検査の結果がわかる)や〈過栄養の患者は薬を変更する)など、〈検査の結果から栄養指導する)ことができるため、〈食事の不安がある患者は栄養指導をする)や〈要注意(栄養)の患者にかかわる)ことにつながっていた。

《生活機能のモニタリング》は、精神疾患をもつ患者が生活機能の障害をあわせもつため、クリニカルパスに〈基本的な生活機能の観察をする)ことができる〈看護の評価を埋め込む)ことを行っていた。多職種が患者の情報を共有することによって、精神科作業療法などの〈利用の目的を再確認する)や〈週1回の活動で患者情報を収集する)ことができ、〈入院早期から相談相手になる)ことにつながっていた。《資源活用の査定》は、患者の〈資源の利用や入院までの経過がわかる)ことが、〈入院時から生活保護や社会資源を見直す)や〈資源を利用するための準備をする)ことにつながっていた。

2)『仕事の査定(3推論)』

この説明概念は、多職種がクリニカルパスを活用しながら日常の仕事の評価を示した概念群である。

患者《情報の一元化》は、クリニカルパスに〈計画書や会議の結果を書き写す)や新たな〈情報を書き込む)ことを行っていた。一方で〈ファイルが一元化されていない)ため、診療録と〈記録が重複している)や〈入院時の情報が得られない)ことにつながっていた。

《仕事のチェック》は、クリニカルパスの〈チェックする機能がある)ことが、〈チェック項目を整理する)や〈チェック項目は漏れがない)ため、〈節目の会議はパスに明示する)や〈書類漏れをチェックする)な

ど、定期的な会議や日常の仕事の〈チェックができる資料である)ことにつながっていた。《変化する仕事の査定》は、多職種が〈実施した仕事が見える)ため、〈自分の仕事や多職種の支援が把握できる)など仕事の〈一日の流れがチェックできる)。また患者の〈治療の段階が見える)ため、患者の〈治療の流れをみる)ことを行っていた。一方で多職種が、仕事の実施の記載もれによって、〈お互いの仕事がチェックできない)や〈予定や計画が一覧できない)などにつながっていた。

3)『カンファレンスの活用(5推論)』

この説明概念は、多職種がクリニカルパスとカンファレンスの活用しながら情報の共有を示した概念群である。

《現状を共有》は、多職種の〈情報交換から患者の背景がわかる)ため、〈定期的にカンファレンスをする)や〈状態の節目にカンファレンスする)など、〈定期的に情報を共有する)ことを行っていた。また〈急を要する情報は多職種に直接提供する)ため、〈オリエンテーション内容はコピーをわたす)や〈相談内容は多職種にフィードバックする)ことを行っていた。多職種の〈家族面接や入院時の情報を提供する)や〈地域の情報や仕事の内容を病棟に伝える)ことが、〈職種の支援が見える)や〈職種の活動がわかる)ことにつながっていた。《目標を共有》は、〈患者の必要な時にカンファレンスをする)ことが、〈患者の希望する方向をみんなでみる)ことを行っていた。〈カンファレンスで方針を決定する)や患者の〈退院するまでの目標をカンファレンスで決める)ことが、多〈職種が短期間の方針を決定して評価をする)ことにつながっていた。《手段を共有》は、多〈職種が立案した計画を共有する)や〈治療の経過や指示の変更を共有する)ため、多職種のケア〈計画の立案と評価する)ことを行っていた。一方で〈定期的に見直しのカンファレンスをする)や〈自発的にカンファレンスをする)ことにつながっていた。

《カンファレンスの活性化》は、多職種が日常の仕事において、〈多職種の思いを出し合っていない)。多職

種が〈職種間の風通しが良い〉や〈常に退院に向けた議論ができる関係になる〉ため、〈定期的に多職種がカンファレンスをする〉や〈カンファレンスが職種の垣根をとる〉ことを行っていた。一方で多職種が〈カンファレンスに参加する〉ためには、〈仕事を調整してミーティングに出席する〉、〈職種が仕事の調整をする〉や〈参加できない職種の記録を代読する〉など〈会議やカンファレンスの時間の調整が難しい〉ことがあった。《カンファレンスのスキル》は、〈看護師がファシリテーターになる〉ことがあるため、看護師がカンファレンスで〈多職種がディスカッションできる進行をする〉ための〈カンファレンススキルが必要だ〉とつながっていた。

4) 『病院の経営 (4 推論)』

この説明概念は、クリニカルパスの活用と多職種の連携に関する経営の思いを示した概念群である。

《病院の理念》は、〈院長の考えが病院の文化になっている〉につながっていた。《連携できる体制》は、〈職種が共同できる体制作りをつくる〉ため、多職種の〈病棟配置をして患者全員を把握する〉ことを行っていた。また〈多職種の連携が可視化できない〉ことについて、〈連携できる新たなパスを作成する〉や〈職種の思いが表出できる場を提供する〉ためのカンファレンスを行っていた。

《診療報酬の取得》は、経営者が〈診療報酬の取得に結びつけたい〉と考えて、精神科急性期治療病棟入院料や院内標準診療計画加算の点数を取得するため、〈ベットコントロールが必要である〉や〈パスの用紙を提出する〉ことを行っていた。また診療報酬の取得ができない行為について、〈診療報酬で評価されていない〉や〈診療報酬の評価が必要である〉ことにつながっていた。

《地域生活支援の整備》は、経営者が〈在宅部分や訪問看護を統合するセンターの設置〉をするなど、〈社会環境を整備しながら医療を包括的にやる〉ことを行っていた。

5) 『患者の希望 (3 推論)』

この説明概念は、患者の希望を示した。

〈患者用クリニカルパスがないため患者のメリットがない〉ことから、《患者用のクリニカルパスの作成》を行っていた。《患者の希望をきく》は、〈入院の目的や患者の希望を共有する〉ため、入院や退院後の生活について、〈言葉や聞き方を変えて思いを引き出す〉ことで〈患者の希望を取り入れる〉ことを行っていた。クリニカルパスが、〈バリエーションのため適用できない〉や〈患者の処遇や金銭的なことや退院先が書いていない〉などの〈個別的なケアをみることができない〉ことがあるため、《個別ケアの見極め》につながっていた。

6) 『職種相互の理解 (5 推論)』

この説明概念は、推論数、発言の量とも最も多く、多職種の連携上の課題を示した概念群である。

《多職種の参加》は、クリニカルパスの活用について、〈医師がパスの導入に抵抗がある〉や〈医師はパスが必要ないと考えている〉ため、〈医師がパスを活用していない〉など〈多職種がパスの作成に参加しない〉ことにつながっていた。《職種の思い》は、カンファレンスの活用が、〈患者の成長や変化を共有することが励みになる〉や多職種の〈退院させたいという気持ちがある〉ことが共有できるため、〈多職種が一緒にやりがいを感じる〉や〈連携する充実感がある〉ことにつながっていた。

《職種の判断》は、多職種の専門性による行為が、〈栄養指導は栄養士が介入〉や〈医師以外の職種が役割から判断する〉など〈職種のアプローチの仕方に違いがある〉ため、〈職種の意見を聞き入れる〉や〈知識やアドバイスを得て対応〉することを行っていた。また〈クレームに対応する患者の特徴を知る〉や〈心理社会的リハビリテーションの対応をする〉ために、〈診断再考や成長発達の視点を生かす〉ことを行っていた。一方で〈多職種が気づかないことに気づく〉や〈多職種の幅広い視点から患者をみる〉ことにつながった。《職種の共同》は、多職種が〈病棟で集団や個別の作業療法プログラム〉や〈訪問看護は早めに家族の情報を得る〉、〈短期入院後の外来ニーズに対応する〉など、〈個別的な相談に多職種がかかわる〉や〈必要時に必要な職種が対応する〉ことを行っていた。また多職種

の専門性による支援が、〈職種の細やかな対応ができる〉ため、〈職種の服薬指導の隙間を埋める〉や〈連携して一緒に生活の支援をする〉、〈共同して就労を支援する〉や〈在宅に戻れない患者は多職種が支援する〉などを行っていた。一方で〈クリニカルパスを逸脱した患者は多職種がかかわる〉や〈入院費を滞納する家族は多職種が訪問する〉ため、多職種が連携して〈困難な事例は窓口を決める〉や〈場と場のつなぎ役になる〉ことを行っていた。多〈職種が共同してかかわる〉ことが、〈共同してトラブルを防ぐ〉や〈連携してトラブルが減少する〉につながっていた。

《職種の活用》は、多職種が〈病棟の勉強会に協力する〉、〈看護師に医師の対応を相談する〉や〈気になった患者の栄養指導を依頼する〉ことを行っていた。また多職種が〈薬や社会資源や病気の知識が不足している〉などの対応が困難な場合、〈患者の情報は職種間の日常的な会話から得る〉ことができるため、〈多職種の意見を求める〉、〈困難な時は看護師が対応する〉や多職種のもつ〈知識とアドバイスを活用して援助する〉、〈相談内容を多職種に確認して対応する〉ことにつながっていた。

7) 『クリニカルパスの多様性 (3 推論)』

この説明概念は、クリニカルパスの多様性を示した。

《クリニカルパス適用の見極め》は、クリニカルパスが、統合失調症をもつ患者の状態が様々であるため、〈治療目的に対応していない〉や〈統合失調症パスはプログラムが明確ではない〉につながっていた。

《クリニカルパスの応用》は、クリニカルパスが病院の入院〈治療過程の根拠になる〉ため、〈パスは他院と連携しやすい〉ツールや〈新人の仕事の指導に使う〉ことにつながっていた。《カンファレンスのツール》は、クリニカルパスが、〈パスは申し送りのツールである〉や〈パスはカンファレンスのツールである〉ため、申し送りや〈カンファレンスが成功するためのシートを作成する〉ことにつながっていた。

2. KH coder による計量テキスト分析の結果

内容分析結果の第2コーディング 161 コードの形態素解析を実施した後に、コーディングルールを作成し、KH coder の機能を用いてクロス集計し、視覚化した。

1) 7つの説明概念と27の推論の関連性 (図2, 表2)

説明概念群と推論群の関連性をみるため、KH coder 機能「ツール」の「コーディング」の「クロス集計」を実施し、「バブル図」を作成した。バブル図は、標準化残差 (Pearson 残差) に基づき、コードの出現割合を大きさや色で示すことができる。

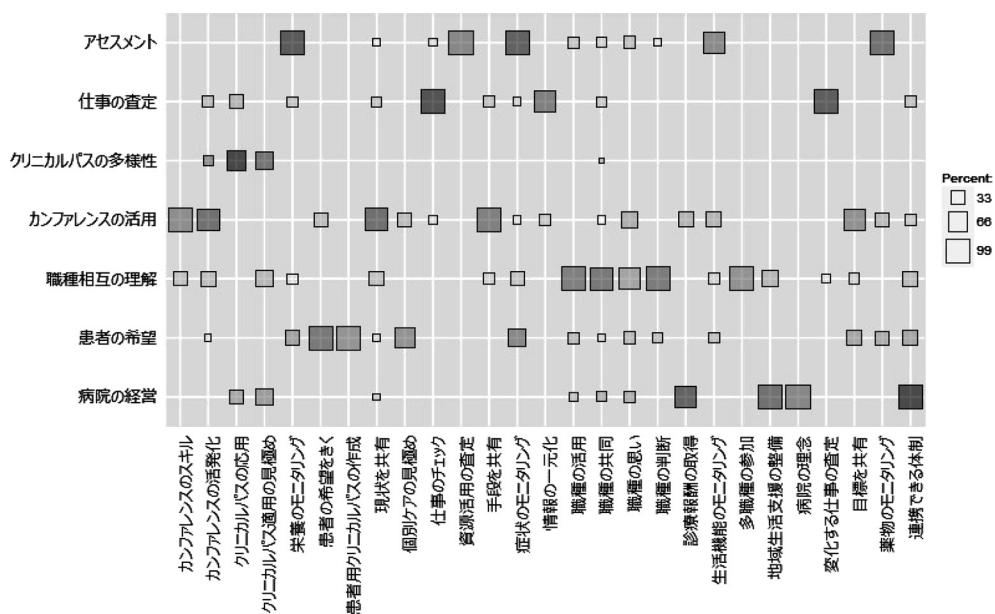


図2 7つの説明概念と27の推論の関連性 (バブル図)

表2 7つの説明概念と27の推論の関連性(クロス集計)

	アセスメント	仕事の 査定	クリニカル パスの 多様性	カンファ レンスの 活用	職種相互 の理解	患者の 希望	病院の 経営	ケース数
カンファレンスのスキル	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	3 (100.00%)	1 (33.33%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	3
カンファレンスの活発化	0 (0.00%)	3 (23.08%)	2 (15.38%)	11 (84.62%)	5 (38.46%)	1 (7.69%)	0 (0.00%)	13
クリニカルパスの応用	0 (0.00%)	1 (33.33%)	2 (66.67%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (33.33%)	3
クリニカルパス適用の見極め	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (50.00%)	0 (0.00%)	1 (50.00%)	0 (0.00%)	1 (50.00%)	2
栄養のモニタリング	11 (100.00%)	2 (18.18%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (18.18%)	4 (36.36%)	0 (0.00%)	11
患者の希望をきく	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (33.33%)	0 (0.00%)	3 (100.00%)	0 (0.00%)	3
患者用クリニカルパスの作成	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (100.00%)	0 (0.00%)	1
現状を共有	1 (9.09%)	2 (18.18%)	0 (0.00%)	10 (90.91%)	4 (36.36%)	1 (9.09%)	1 (9.09%)	11
個別ケアの見極め	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (33.33%)	0 (0.00%)	2 (66.67%)	0 (0.00%)	3
仕事のチェック	1 (11.11%)	9 (100.00%)	0 (0.00%)	1 (11.11%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	9
資源活用の査定	3 (100.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	3
手段を共有	0 (0.00%)	1 (20.00%)	0 (0.00%)	5 (100.00%)	1 (20.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	5
症状のモニタリング	9 (100.00%)	1 (11.11%)	0 (0.00%)	1 (11.11%)	3 (33.33%)	5 (55.56%)	0 (0.00%)	9
情報の一元化	0 (0.00%)	4 (80.00%)	0 (0.00%)	1 (20.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	5
職種の活用	2 (22.22%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	9 (100.00%)	2 (22.22%)	1 (11.11%)	9
職種の共同	3 (17.65%)	3 (17.65%)	1 (5.88%)	2 (11.76%)	15 (88.24%)	2 (11.76%)	3 (17.65%)	17
職種の思い	1 (25.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (50.00%)	3 (75.00%)	1 (25.00%)	1 (25.00%)	4
職種の判断	1 (10.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	10 (100.00%)	2 (20.00%)	0 (0.00%)	10
診療報酬の取得	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (40.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	4 (80.00%)	5
生活機能のモニタリング	4 (80.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (40.00%)	1 (20.00%)	1 (20.00%)	0 (0.00%)	5
多職種の参加	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	4 (100.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	4
地域生活支援の整備	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (50.00%)	0 (0.00%)	2 (100.00%)	2
病院の理念	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (100.00%)	1
変化する仕事の査定	0 (0.00%)	7 (100.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (14.29%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	7
目標を共有	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	4 (80.00%)	1 (20.00%)	2 (40.00%)	0 (0.00%)	5
薬物のモニタリング	6 (100.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (33.33%)	0 (0.00%)	2 (33.33%)	0 (0.00%)	6
連携できる体制	0 (0.00%)	1 (20.00%)	0 (0.00%)	1 (20.00%)	2 (40.00%)	2 (40.00%)	5 (100.00%)	5
合計	42 (26.09%)	34 (21.12%)	6 (3.73%)	49 (30.43%)	64 (39.75%)	31 (19.25%)	20 (12.42%)	161
カイ2乗値	118.088*	88.924*	55.082*	91.991*	86.271*	48.632*	96.793*	

*1%水準で有意

7つの説明概念は、『アセスメント』が11推論、『仕事の査定』が11推論、『カンファレンスの活用』が16推論、『職種相互の理解』が17推論、『クリニカルパスの多様性』が4推論、『患者の希望』が15推論、『病院の経営』が10推論につながっていた。また説明概念群と推論群での出現率のカイ2乗値は、すべてのコードに1%水準で有意な変化があった。Krippendorffの内容分析の説明概念は、説明概念と推論群での出現率の割合が、『アセスメント』80%以上の5つの推論、『仕事の査定』80%以上の3つの推論、『カンファレンスの活用』80%以上の5つの推論、『職種相互の理解』75%以上の5つの推論、『クリニカルパスの多様性』50%以上の2つの推論、『患者の希望』66.6%以上の3つの推論、『病院の経営』80%以上の4つの推論によって形成されていた。

2) 7つの説明概念の関連性(図3)

7つの説明概念の関連性をみるため、KH coder機能

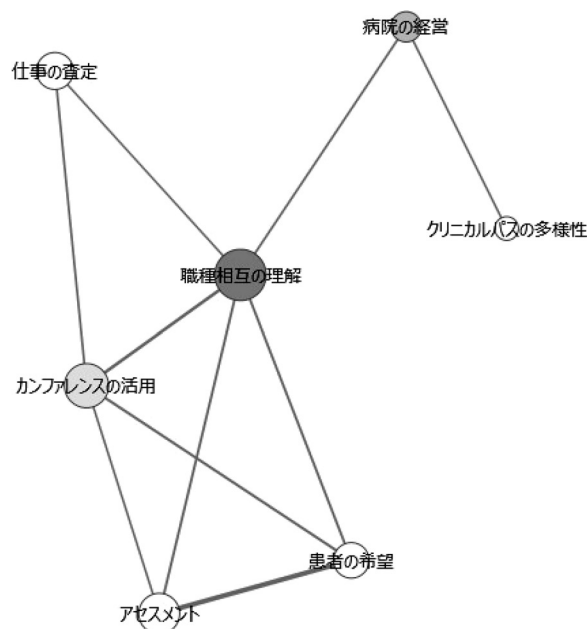


図3 7つ説明概念の関連性(共起ネットワーク図)

「ツール」の「コーディング」の「クロス集計」から、「中心性(媒介)」を実施し、共起ネットワーク図を作成した。共起ネットワーク図は、共起の程度が強いコー

ドを線で結んだものである。

『職種相互の理解』コードは、出現数が多く、最も中心的な役割を果たしていた。『アセスメント』、『患者の希望』コードには、強い共起関係があり、『カンファレンスの活用』コードとつながっていた。また『仕事の査定』コードは、『カンファレンスの活用』、『職種相互の理解』コードにつながっていた。『病院の経営』は、『クリニカルパスの多様性』、『職種相互の理解』コードにつながっていた。

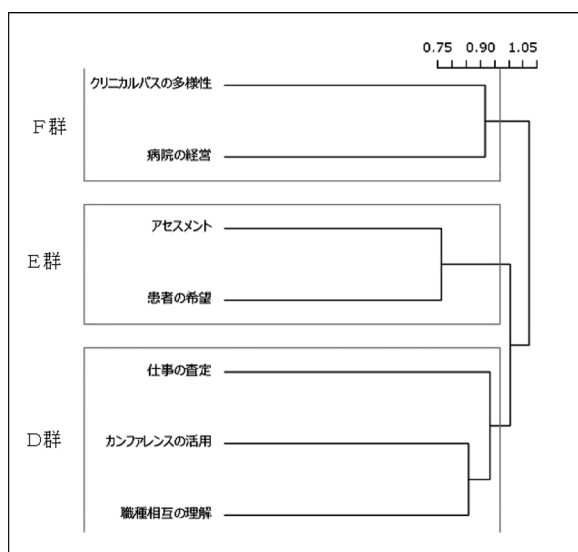
3) 7つの説明概念の階層的クラスター分析 (図4)

7つの説明概念の距離をみるため、KH coder 機能「ツール」の「コーディング」から、「階層的クラスター分析法 (Ward 法)」を実施し、樹形図を作成した。樹形図は、『仕事の査定』と『カンファレンスの活用』と『職種相互の理解』のD群、『アセスメント』と『患者の希望』のE群、『クリニカルパスの多様性』と『病院の経営』のF群の3つのクラスターで構成された。D群とE群のクラスターが融合する距離は短いですが、F群が融合する距離は長くなっていた。

VI. 考察

1. 患者に対する退院支援

患者に対する退院支援については、多職種が、患者の退院後の希望や生活イメージを取り入れた心理的な



図中のD群、E群、F群の明記は、筆者が作成した。

図4 7つの説明概念の階層的クラスター分析

支援⁶⁾、患者への個別的な支援として栄養指導、社会生活技能訓練 (Social Skills Training: SST)、心理教育⁷⁾などを行っており、先行研究と同じ傾向がみられた。先行研究の文献には、退院に至るまでの入院患者の「自己決定」や「希望・思い」を大切にするなど、退院に必要な援助や社会復帰活動が報告されており、現在も共通していた。このことから、精神科病院における入院患者の退院に必要な援助は一定の実践の積み重ねがあり、どのような継続的なケアを保証していくのか知見が見いだされていると考える。

2. 家族に対する退院支援

統合失調症を抱える家族成員に長期間かかわる家族は、批判的であったり、情緒的に巻き込まれるといった感情が高まり、それが患者の症状の悪化と悪循環になっている。また家族に実施される心理教育は、医療機関や当事者団体などの家族会で、参加を希望する家族に対して行われている¹⁹⁾。国の調査によると、居住・支援がないため退院が困難な患者が1年以内に退院できなかった理由は、家庭内調整が34%であった²⁰⁾。これらのことから、患者の長期入院になる要因は、家族が入院前の患者との体験によるトラウマや、退院後も家族としてかかわりつづけるなどの心理的体験や心理的負担が影響していることが示唆される。本研究では、多職種が、退院に至るまでの患者の「自己決定」や「希望・思い」を大切にして、〈入院時から生活保護や社会資源を見直す〉や〈資源を利用するための準備をする〉など資源活用の査定をしていることが明らかになったが、入院時に患者の退院後の生活に対する家族の希望・思いに対応はしていなかった。また家族に対する支援をする心理士や精神保健福祉士は、外来に所属しているため、患者が入院している期間は十分な家族への支援ができないと推察する。したがって、多職種は家族もケアの対象者としてとらえて、入院早期から患者だけでなく、退院に至るまでの家族の「自己決定」や「希望・思い」を大切にすることが重要であると考えられる。

3. 多職種によるカンファレンスの定着化

精神科急性期治療病棟の人員配置基準²¹⁾は、医師、看護師、精神保健福祉士の配置が義務づけているが、これ以外の職種の義務づけがない。調査した病院の一部では、病院の経営の判断で薬剤師が配置されていた。医師、看護師、精神保健福祉士以外の多職種は、急性期病棟を兼務することになるため、入院患者の現状の共有が困難な状況にある。また多職種のカンファレンスへの参加は、日々の仕事の繁忙さや、多職種の所属する業務監督者、病院経営者の意向が影響していることが考えられる。

病院の機能が細分化した医療チームでは、治療過程における多職種の役割を明記した「職種ごと」のクリニカルパスが少なくない¹⁵⁾ため、入院患者の現状の共有がされることなく、必要な時期に必要な多職種の役割だけが遂行される可能性がある。本研究では、多職種が、〈パスの導入に抵抗がある〉、〈パスを活用していない〉、〈パスの作成に参加していない〉など、『職種相互の理解』が十分されていない。したがって、多職種が、日々変化する患者個々の状態や現状の共有をするためには、クリニカルパスの活用だけでなく、多職種が参加するカンファレンスの定着化の必要性があることが示唆された。

本研究では、『病院の経営』が多職種の連携について、〈院長の考えが病院の文化になっている〉、〈職種が共同できる体制をつくる〉、〈職種の思いが表出できる場を提供する〉など多職種が《連携できる体制》を実施していることがわかった。一方で、多職種の連携について、〈診療報酬に結びつけたい〉、〈診療報酬の評価が必要である〉など《診療報酬の取得》や新たな診療報酬の算定を要望していた。また先行研究では、病院と地域が連携するクリニカルパスが、支援を共有するだけの手段だけの導入では地域ケアが難しい¹⁶⁾ことが指摘されている。調査した一部の病院では、『病院の経営』が、地域包括ケアに伴い、〈在宅部門や訪問看護を統合するセンターの設置〉、〈社会環境を整備しながら医療を包括的にやる〉など《地域生活支援の整備》を実施していた。多職種が、地域生活をする人の必要な

支援情報を共有し、病院は地域との定期的なカンファレンスをより充実させるために、病院の外来に医療機関や、保健所、精神保健福祉センターなどの精神保健福祉機関、訪問看護ステーションなどと連携する統合センターの設置の必要性があることが示唆された。

4. 多職種によるカンファレンスの意義

良好な多職種の連携は、①対人関係要因、②組織的要因、③制度的要因が指摘されている²²⁾。また多職種は、異なる専門性を背景としているため、現実的にケアやカンファレンスに対する価値観や意味づけが異なる²³⁾。調査した病院の一部では、多職種が、看護師に対して、〈看護師に医師の対応を相談する〉ことや病棟と病棟以外の〈場と場のつなぎ役になる〉など、対人関係的、組織的な役割を期待していた。また看護師自身も、カンファレンスにおいて、〈看護師がファシリテーターになる〉、〈多職種がディスカッションできる進行をする〉ことを認識していた。したがってカンファレンスにおいて、『職種相互の理解』を促進するためには、多職種の援助活動を支えながら全体を見ている看護師の役割がきわめて重要になる。看護師は、職種と患者の仲介役だけでなく、治療の場において職種と患者が円滑にやり取りできるように、両者に働きかける必要性があることが示唆された。

5. 多職種の連携上の課題

7つの説明概念と27の推論の関連性は、バブル図(図2)と共起ネットワーク図(図3)を作成したことによって、27の推論がどの説明概念とつながりがあるのか、説明概念と説明概念の関係性が明らかになった。またクラスターごとに説明概念の組み合わせをみると、D群の組み合わせは、多『職種相互の理解』が、多職種の『仕事の査定』や『カンファレンスの活用』につながり、E群の組み合わせは、『アセスメント』に『患者の希望』を取り入れている。さらにD群とE群を融合すると、『患者の希望』を取り入れたカンファレンスの取り組みが、多『職種相互の理解』につながる。またこれらの取り組みには、F群の『病院の

経営』が関連していると考えられる。

良好な多職種の連携は、多職種の直接交流や相互協力などの組織構造や組織的理念、管理者の支援やチーム資源、カンファレンスや会議による協力と交流などの組織的要因が指摘されている²²⁾。これら良好な多職種の連携は、説明概念の『職種相互の理解』、『カンファレンスの活用』、『患者の希望』と関係があることが推察される。したがって多職種の連携上の課題は、精神科病院における患者の希望を取り入れたカンファレンスの取り組みについて明らかにする必要があることが示唆された。

6. 新たなクリニカルパスの構成要素

本研究では、多職種の連携ができる新たなクリニカルパスの構成要素が、①臨床アセスメント、②薬物のモニタリング、③リハビリテーション、④退院計画、⑤患者の希望と家族の希望の5つであることが示唆された。

多職種の連携ができる新たなクリニカルパスの構成要素は、①《症状のモニタリング》、《栄養のモニタリング》、《生活機能のモニタリング》などがわかる臨床『アセスメント』、②薬物療法における定期的な向精神薬、高血圧、糖尿病、身体疾患などの薬物、拒薬のアセスメントなどがわかる《薬物のモニタリング》、③作業療法や〈SST〉、金銭や〈服薬の自己管理〉などがわかる《リハビリテーション》、④退院後の《資源活用の査定》や退院支援の進捗状況、⑤〈家族面接の情報〉の共有ができるカンファレンスがわかる退院計画、⑥退院後の『患者の希望』と家族の希望を明示する必要がある。

クリニカルパスは、退院支援の工程過程を示す工程表であり、多職種が実施したすべての結果が反映されるわけではないため、多職種がカンファレンスを活用して、《現状を共有》、《目標を共有》、《手段を共有》することが必要であると考えられる。カンファレンスを実施する時期は、クリニカルパスを活用しながら、入院時、中間、退院時など定期的実施することによって、各時期で多職種による〈情報交換から患者の背景がわ

かる〉。クリニカルパスの活用をするカンファレンスは、患者個々の治療の目標が容易に共有することができるだけでなく、職種と職種を結びつけることができるため、定期的な開催が多職種の連携の促進につながる可能性があることが示唆された。

7. 本研究の限界と課題

本研究では、対象者に急性期病棟でクリニカルパスを活用していない職種は除外したため、急性期病棟以外の病棟でクリニカルパスを活用している多職種の連携の様相は不明である。精神科病院における退院支援は、精神療養病棟などでもクリニカルパスを活用して、退院支援を行っているため、精神科病院全体の多職種の連携による退院支援とはいえない。さらに3つの精神科病院の急性期病棟の調査であるため、厳密に母集団を反映させた結果とは言い難い。新たなクリニカルパスの構成要素の妥当性については、横断的な研究でないため明確にできていない。

今後はさらに対象者を拡大して、多職種による連携の実態や精神科病院と地域との連携の実態を詳細に調査する必要がある。

Ⅶ. 結論

精神科病院の急性期病棟でクリニカルパスを活用する23名に多職種の連携に関する調査の結果、以下のことが明らかになった。

1. 家族に対する退院支援は、入院早期から患者だけでなく、退院に至るまでの家族の「自己決定」や「希望・思い」を大切にすることが示唆された。
2. 多職種によるカンファレンスの参加は、日々の仕事の繁忙さや、多職種の所属する業務監督者、病院経営者の意向が影響している。多職種が、地域生活をする人の必要な支援情報を共有し、病院と地域による定期的なカンファレンスをより充実させるため、病院の外来に医療機関や、保健所、精神保健福祉センターなどの精神保健福祉機関、訪問看護ステーションなどと連携する統合センターの設置の必要があることが示唆された。

3. 多職種によるカンファレンスを促進するためには、多職種の援助活動を支えながら全体を見ている看護師が、職種と患者の仲介役だけではなく、治療の場において職種と患者が円滑にやり取りできるように、両者に働きかける必要性があることが示唆された。
4. 多職種の連携上の課題は、精神科病院における患者の希望を取り入れたカンファレンスの取り組みについて明らかにする必要性があることが示唆された。
5. 新たなクリニカルパスの構成要素は、①臨床アセスメント、②薬物のモニタリング、③リハビリテーション、④退院計画、⑤患者の希望と家族の希望の5つであることが示唆された。

Ⅷ. おわりに

本論は、平成30年度国際医療福祉大学院医療福祉学研究科博士課程の学位論文の一部である。本調査にご協力いただいた3施設の多職種の方々に感謝する。

なお、本研究では報告すべき利益相反はない。

文献

- 1) 厚生労働省. 2014. 今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf> 2014.10.16
- 2) 厚生労働省. 「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会今後の方向性に関する意見の整理」. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ea3j-att/2r9852000002ea7d.pdf> 2015.06.10
- 3) 上野容子. 援助や支援の目標をどう共有するか. 精神科臨床サービス 2007; 7(4): 487-490
- 4) OECD Health Data2012 Psychiatric care bed. <https://www.oecd.org/els/health-systems/MMHC-Country-press-Note-Japan-in-Japanese.pdf> 2014.06.15
- 5) 厚生労働省. 精神保健福祉資料(平成25年度6月30日調査の概要). http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/data/630/assets/pdf/h25_630.pdf 2015.12.25
- 6) 鈴木砂由里. 精神科救急病棟へ初回入院した母親の体験と不安が希望へと変容する看護援助. 日本精神科看護学会誌 2007; 50(2): 18-22
- 7) 甲斐宗子. 多職種で取り組んだ長期入院患者の退院支援—精神疾患を抱える母親の意思決定. 日本精神科看護学会誌 2014; 57(1): 312-313
- 8) 北村貴大. 「リカバリー概念」を用いた精神障害者地域移行支援の検討—ピアサポートに焦点をあてて. 北星学園大学院論集 2015; 6: 63-76
- 9) 松本真由美. 上野武治. 精神障害者地域移行支援事業におけるピアサポートの効果—仲間の支援と熟達の支援の意義について. 精神障害とリハビリテーション 2013; 17(1): 60-67
- 10) 村上満子. 精神科入院経験者からみた入院生活と地域生活. 病院・地域精神医学 2007; 49(4): 355-359
- 11) 沖田淳也, 高橋由美子, 三島一秀. スーパー救急病棟におけるクリニカルパス導入と課題. 埼玉県精神保健総合センター研究紀要. 2009; (19): 57-59
- 12) 日下和代, 叶谷由佳. 精神科急性期病棟におけるクリニカルパス法導入による早期退院の効果. 日本看護科学学会学術集会講演集 24回 2004: 12-14
- 13) 天賀谷隆, 佐藤さやか, 渡辺純一ら. ニューロングステイ患者の実態把握と退院に向けた効果的ケアの開発: 精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検討. 日本精神科看護技術協会 2008: 6-48
- 14) 公益社団法人日本精神科病院協会. <http://www.nisseikyoo.or.jp/about/mokuteki.php> 2015.12.15
- 15) 伊藤弘人(坂田三允編). 医療システムの変化とパス. 看護記録とクリニカルパス. 精神看護エクスペール 2. 東京: 中山書店, 2005: 78-83
- 16) Rees G, Hudy G, McDade L, et al. Joint working in community mental health teams: implementation of an integrated care pathway. 2004; 12(6): 527-536
- 17) クリップENDORF編(三上俊治, 椎野信雄, 橋本良明訳). メッセージ分析の技法, 「内容分析」への招待. 東京: 勁草書房, 2013: 67-77
- 18) 樋口耕一. 社会調査のための計量テキスト分析, 内容分析の継承と発展を目指して. 京都: ナカニシヤ出版, 2014: 1-16
- 19) 根本英行(坂田三允編). 心理教育. 精神科リハビリテーション看護. 第2版: 精神看護エクスペール 5. 東京: 中山書店, 2009: 161-167
- 20) 厚生労働省. 2015.3. 精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会資料. pdf 2016.12.25
- 21) 社会保険研究所. 医科診療報酬点数表, 2016: 134-135
- 22) Windsor D, et al. Organizational considerations in the evaluation and compensation of work team performance. In Beyerleu MM. Team performance management. Jal press, 2000: 139-159
- 23) 坂田三允(坂田三允編). 精神看護とリハビリテーション. 精神科リハビリテーション看護. 第2版. 精神看護エクスペール 5. 東京: 中山書店, 2009: 11-16

**Analysis of cooperation of interprofessional collaboration in
acute wards of psychiatric medical care**
— **Based on actual utilization of clinical pathways and discussions** —

AMAGAYA Takashi

Abstract

This study aims to clarify how interprofessional collaboration is conducted using past examples of actual utilization of clinical pathways to assist in the discharge of mental patients from psychiatric hospitals. From the “Pass Case Examples” published by 37 mental institutions in the Japan Psychiatric Hospitals Association, we randomly selected three facilities that used clinical pathways in acute period wards of psychiatric hospitals and identified 23 subjects in various occupations for this study: doctors, pharmacists, nurses, mental healthcare workers, occupational therapists, nutritionists, psychologists, and office workers. Data was collected through semi-structured interviews with the subjects using a digital voice recorder, which was subsequently transcribed verbatim. The transcribed data was then analyzed using content analysis and quantitative text analysis methods by Krippendorff. Content analysis drew 27 inferences and seven explanatory concepts from the data, whereas the results of the quantitative text analysis revealed that the changes in the chi-square value of the occurrence rate in the explanatory concept group and inference group were significant at the 99% confidence interval. These results indicate that interprofessional discussions are affected by the workload of the healthcare workers and the intentions of the work supervisors and hospital managers. There is therefore a need for hospitals to establish an integrated center in outpatient clinics to further enhance regional collaboration, while nurses have to work with both parties in order to facilitate smooth interactions between interprofessional healthcare workers and patients. This study clearly suggests that there is a need to incorporate the patient’s requests into the discussions to improve interprofessional collaboration in the healthcare setting.

Keywords : psychiatric nursing, clinical pathway, discharge difficulty rate, interprofessional collaboration