

精神障害者の退院促進および福祉サービスも含めた 地域生活支援のあり方についての検討： 市町村行政による精神障がい者の 退院支援・居所支援・地域生活支援システム構築に関する実態調査

研究分担者：吉田光爾^{1,2)}

研究協力者：○瀧本里香²⁾，山下真史²⁾

研究助言：大島 巖^{1,2)}

1) 日本社会事業大学社会福祉学部

2) 日本社会事業大学研究科大学院

要旨

【目的】本研究では、精神障がい者に対する退院支援や地域生活支援、そのための居所支援を行う上でシステム構築を行政機関がどのように行っているのか、個別給付となった地域移行・地域定着支援を中心に、現状と課題を把握することを目的に行った。

【方法】昨年度行った『地域相談支援事業所における精神障がい者の退院支援・居所支援・地域生活支援に関する実態調査』に回答いただいた事業所を管轄する市町村の担当部署へ郵送による質問紙調査を行った。（2015年2月～2015年6月）。回収率は30.4%であった。

【結果と考察】

地域移行・定着支援の実施実績

総合支援法における個別給付の地域移行支援は87.5%、地域定着支援は82.7%の市町村で実施事業所があり、地域移行を行っている事業所は人口10万人に対して平均3.2ヶ所、地域定着支援は2.7ヶ所であった。しかし、実際の利用者があった事業所は地域移行支援ではH24年度：45.5%、H25年度：55.1%と半数ほどであり、地域定着支援ではH24年度：28.0%、H25年度：39%と低調であった。

社会資源数等と利用者数

地域移行支援の利用者数を3群に分けたものと社会資源数の関連をみたところ、地域移行支援利用者の多い市町村では利用者がいない自治体に比べ、相談支援事業所（ $p=.03$ ）、居宅介護事業所（ $p=.006$ ）、自立訓練事業所（ $p=.005$ ）、精神科訪問看護ステーション（ $p=.002$ ）、精神科デイケア（ $p=.02$ ）などの社会資源が多い傾向が見られた。

システム構築の実施度

退院支援やその後の地域生活支援のための地域事業所や医療機関などとの協働・連携について、61.3%の市町村の担当者が《常に必要》と回答しているが、実際に《活発に取り組んでいる》と回答した市町村は9.62%であった。詳細な支援などについては、個別の支援への関わりのカテゴリで『退院前のカンファレンス・ケア会議への参加』57.1%、『相談・訪問等の直接支援の提供』52.8%と《活発に実施》と答えた市町村が50%を超えているが、システム作りのための項目においては一番実施度が高いものでも、『地域福祉計画等に数値目標を設定している』という項目で《活発に実施》とした市町村は33.3%ほどであった。

A. 研究の背景と目的

平成 15 年に開始された『退院促進支援事業：現地域移行支援・地域定着支援』は都道府県から委託を受けた地域事業所の自立支援員（旧退院促進員）やピアサポーターを活用し、医療機関に出向き長期入院者の退院意欲の喚起や退院への支援を行う制度であったが、幾つかの変遷を経て、平成 24 年度から障がい者自立支援法（現総合支援法）における個別給付制度となった。しかし、その後地域の医療機関や他の支援をコーディネートする機能は個別給付の対象からは外れ、ピアサポーターの活用に関する事業も都道府県の国庫補助事業に切り分けられたため、各地域において退院支援や退院後の支援を体系的に取りまとめる機能が新たに必要とされている。昨年度行った地域事業所への郵送による調査においても、市町村行政機関のシステムへの関わりは重要だと考えられる。

そのため、本研究では昨年度行った事業所調査で回答を得た事業所を管轄する市町村が、システム作りのためにどのような活動を行っているのか実際の状況を把握し、課題を明確にすることを目的とした。

また、本報告は市町村調査のみの結果をまとめているが、今後昨年度行った事業所調査の結果や別に行った都道府県調査の結果を合わせ、長期入院の退院を促進させるためのシステムの要因等を分析していく予定である。

B. 方法

1) 対象者

本研究の対象は、昨年度（平成 26 年度）同分担研究班が行った『地域相談支援事業所における精神障がい者の退院支援・居所支援・地域生活支援に関する実態調査』の結果と合わせ分析することを念頭に、その調査に回答を得た事業所（567 ヶ所）を管轄する市町村（358 ヶ所）の地域移行・地域定着支援を担当する部署の責任者もしくは担当者とした。

2) 調査方法・期間

本研究は郵送による質問紙調査を行った。2015 年 2 月 6 日に発送を行い、2 月 26 日を返送期限としたが、4 月末まで回収を行い 107 の市町村担当部署より回答を得た。（回収率 30.4%）

3) 調査内容

①担当部署人員体制

市町村で精神障がい者の地域移行・地域定着支援事業等を担当する部署名、職員の配置人数、職種など

②社会資源数

各市町村内の全資源数と精神障がい者の利用実績のある資源数およびその運営母体別の資源数

③精神科医療等の状況

精神科の病院数、病床数、自立支援医療の利用者数等

④地域移行・定着支援の実施状況

市町村内の実施事業所数、平成 24 年度、平成 25 年度の利用者（延べ数・実数など）など

⑤システム作りのための支援実施度

全体的な事業所や医療機関との協働・連携システム構築への取り組み度を 4 段階（1：全く行っていない、2：進めようとしているが活発ではない、3：いくつかの事業所・病院とは進んでいる、4：活発に取り組んでいる）で尋ねた。

また、より具体的な行政機関による支援、システム作りのための事業等を 5 カテゴリー 37 項目（以下）

- 1：地域の支援体制作り・基盤構築（11 項目）
 - 2：事業や支援の計画・評価について（7 項目）
 - 3：居所支援のための事業（5 項目）
 - 4：当事者・家族の参加のための働きかけ（8 項目）
 - 5：個別の支援への関わり（6 項目）
- を 3 段階（1：実施せず 2：実施しているが不活発 3：活発に実施）で尋ねた。

4) 分析方法

各項目ともに集計を行い、利用者数、社会資源数等は市町村の人口で割り、人口10万人対で比較した。また、地域移行支援、地域定着支援のH25年度の実利用者数と地域の社会資源数の関連をみるために以下の統計分析を行った。まず市町村を人口10万人対の地域移行支援数(実数)・地域定着支援数(実数)でそれぞれ3群、(0人, 0.1人~2.5人, 2.5人以上) (0人, 0.1~5.0人未満, 5人以上)に分け、各社会資源数についてKruskal・Wallis rank検定によって群間比較を行った。群分けについては、利用者が0人の市町村が地域移行支援(以下「移行」)で40%を地域定着支援(以下「定着」)では60%を超えていることと、利用者がある市町村でも利用実数は少ないため、0人、利用者のいる市町村(移行: 0.1人~2.5人未満、定着: 0.1人~5.0人未満)利用者が多いとみられる上位15%(移行: 2.5人以上、定着: 5.0人以上)に分けた。

5) 倫理的配慮

調査の対象が市町村行政機関であり、担当者の個人的情報等に関しては収集しない形で調査を行った。調査票と同封した説明・依頼文書にて本調査の趣旨の、調査票の返信をもって調査に同意を得たとする等の説明を行った。

C. 結果

回答のあった市町村は55ヶ所(51.4%)が10万人以下の規模の市町村であり、100万人を超える政令市は4ヶ所あった。1万人以下の小規模な市町村は3ヶ所(2.8%)であった。

1) 地域移行支援・地域定着支援の実施

地域移行支援を行っている相談支援事業所は91(87.5%)の市町村で設置されており、総数563事業所で平均5.4事業所(人口

10万人対で平均3.2事業所)。地域定着支援を行っている相談支援事業所は86の市町村(82.7%)に設置されており、総数498事業所、平均4.9事業所(人口10万人対で2.7事業所)であった。(表1)しかし、実際に実績のあった(利用者がいた)事業所は、地域移行支援ではH24年度で45ヶ所(45.4%)H25年度では54ヶ所(54.1%)であった。利用者数は(H24年度-H25年度)延べ(911人-944人)、実人数で(258人-262人)であり、人口10万人対で平均延べ(5.7人-4.4人)、実(2.7人-1.4人)であった。地域定着支援は、H24年度で28ヶ所(28.0%)、H25年度39ヶ所(39.0%)であった。利用者数は(H24年度-H25年度)延べ(486人-1493人)、実人数で(106人-165人)であり、人口10万人対で平均延べ(124.3人-341.4人)、実(34.2人-56.9人)であった。(表2)

2) 地域移行支援・定着支援に関わる人員体制

回答のあった市町村(n=101)のうち98自治体(87.3%)が担当職員を配置しており、常勤職員は84.7%の自治体が配置している。人口10万人に対し平均4.9人(中央値2.8人)である。実際の配置は1人程度の自治体が45%程であった。担当者の職種では、保健師が45ヶ所(45%)の自治体で配置されていたが、精神保健福祉士は26ヶ所(25.7%)であった。社会福祉士は17ヶ所(17%)である。(表3)

3) 社会資源数

(a) 地域移行・定着支援の担い手である精神障害者の支援実績のある相談支援事業所は92.2%の自治体で設置されており、人口10万人に対し平均5.5ヶ所(実数792ヶ所)であった。そのうち74%が社会福祉法人もしくはNPO法人であった。

(b) 地域での様々な支援の拠点となる地域活動支援センター1型は約60%の自治体で設置されており人口10万人に対し1.5ヶ所、そのうち65%が福祉・NPO法人であり、約25%が医療法人であった。

(c) グループホームは81.2%の自治体で設置されており、1302ヶ所（人口10万人に対し平均6.8ヶ所）であるが、50%の自治体で人口10万人に対し3.0ヶ所以下であった。最も多い自治体では315ヶ所（人口10万人対75ヶ所）であった。設置主体別では社会福祉・NPO法人が77.6%であった。サテライト型は24ヶ所（人口10万対0.1ヶ所）であった。

(d) 精神科訪問看護ステーションは53.4%の自治体で開設されており、合計562ヶ所（人口10万人に対し平均1.5ヶ所）。39.0%が医療法人率であるが、社会福祉・NPO法人も33.3%あった。

4) 精神科医療の状況

精神科病院（単科）は一市町村あたり平均2.7病院。人口10万人以下の市町村では平均1.0病院。人口10万人～100万人の市町村では平均3.9病院。100万人以上の市では13.8病院で、最も多い自治体で34病院あった。精神科病床数は、病床がない市町村が32ヶ所あり、平均人口10万人に対し28.1床。一番多い市町村で人口10万対228.9床であった。自立支援医療制度の利用者は人口10万人に対し平均136.4人であり、最小68.7人～最大433.9人と開きがある。精神保健福祉手帳の所持者は人口10万人に対し平均1536.6人であった。自立支援医療の利用者数と精神科病床数は人口10万人対で見ると相関は見られなかった。

5) システム作りのための支援実施度

5)-1 全体的な必要度と取組み度

地域事業所や医療機関などを含めた協働・連携のためのシステム作りに関して、その必要性に関しては38.7%が《場合によっては必要》、61.3%が《常に必要》と答えており、必要ではないと答えた市町村はなかった。しかし実際の取組みに関して《活発に取り組んでいる》は10ヶ所（9.6%）で《いくつかの事業所・病院とは進んでいる》とした所を含めても49ヶ所（47.1%）と半数に届かなかった。《全く行っていない》と回答した市町村は20ヶ所（19.2%）あった。（図1）

5)-2 詳細な実施項目とその実施度（表4）

a. 地域の支援体制づくり・基盤構築

11項目で最も実施度が高かったもので『精神障害者への理解を促進させる講演・シンポジウムを行う』の28.3%であり、実施しているが不活発を足しても42.5%であった。医療機関への退院支援に関わる支援等の説明を行う、ポスターやチラシを配るなど、行政から医療機関への働きかけの項目は約80%の市町村で実施されていなかった。また、国土交通省事業である居住支援協議会の開催は98.1%の市町村で実施されていなかった。

b. 事業や支援の計画評価について

地域福祉計画等、事業計画に数値目標を設定するという項目は75.2%の市町村で実施されているが、活発に活用されている自治体は33.3%であった。実際に設定された目標値も、地域の事業所や病院等と共有されている自治体は41%ほどであった。行われている事業の評価に関しては、数値による評価・質による評価とも70%以上の自治体で実施されていなかった。

c. 居所設定のための事業

居所に関する項目に関しては、すべての項目について《実施していない》が7割以上であった。『居所支援のための連絡会開催』が

最も《活発に実施》の割合が高かったが13.2%であった。『不動産業者からの空き家情報を事業所と共有するシステム作り』『地域の空き家情報の共有や空き家の活用をするシステム作り』の項目で活発に実施している自治体は1ヶ所(0.9%)のみであった。

d. 当事者・家族の参加のための働きかけ

『自立支援協議会へ家族を参加メンバーとして加えている』が最も実施度が高く、34ヶ所(32.1%)の自治体が『活発に実施』であった。当事者の参加を聞いた項目では23ヶ所(21.3%)であった。しかし、『ピアサポーター・スタッフの育成のための研修会・勉強会の開催』は23ヶ所(21.2%)で《活発に実施》は15ヶ所(14.2%)にとどまり、『ピアサポーター・スタッフ雇用のための予算算定』をしている自治体は8ヶ所で《活発に実施》は6ヶ所(5.7%)であった。

e. 個別の支援への関わり

個別支援への関わりは、他のカテゴリーに比べ実施度が高く、退院前のカンファレンス・ケア会議への参加』は87.6%の自治体が実施しており、57.1%が《活発に実施》であった。相談・訪問等直接支援の提供も52.8%が《活発に実施》であり同様に退院後のカンファレンス等への参加の項目も実施度が高かったが、『直接入院患者へ地域移行制度等の説明・利用の推進』に関しては26.4%しか実施されておらず《活発に実施》に関しては11ヶ所(10.4%)であった。

6) 地域移行・定着支援利用者数と社会資源数との関連(表5)

地域定着支援では分析を行った全ての社会資源数に対し統計上有意な傾向は見られなかったが、地域移行支援の利用者数では、相談支援事業所($p=.026$)、サテライト型グループホーム($p=.002$)、居宅介護事業所

($p=.006$)、自立訓練事業所($p=.005$)、精神科訪問看護ステーション($p=.002$)、精神科デイケア($p=.024$)で群間に有意差が存在し、精神障害者を支援している実績のある社会資源数が多いほど移行利用者数が多いという傾向が見られた。

7) 地域移行・定着支援利用者数と精神科医療等の状況との関連(表6)

社会資源数と同様に精神科病床数や自立支援医療の利用数、精神保健福祉手帳の所持数を、支援の利用者数を3群分けしたものと関連をみたところ、精神科病床数と各支援の利用者数の比較においては、利用者の多い自治体ほど病床数は多くなっている傾向は見られるが、統計学上有意差は見られなかった。

自立支援医療利用者数($p=.04$)、精神保健福祉手帳の所持数($p=.005$)で支援の利用者数との関連が見られた。

D. 考察

1) 地域移行支援・地域定着支援の実施について

87.5%の市町村で地域移行支援が、82.7%の市町村で地域定着支援が行われているが、45%の市町村で地域移行支援の利用実績が0であり、61%の市町村で地域定着支援の利用実績が0であり、全国で制度の利用が進んでいない現状が明らかになった。昨年度行った地域事業所の実態調査の結果でも、退院支援を行った方の50.3%ほどしか地域移行支援が使われておらず、地域定着支援においては退院後の地域生活支援を行った方のうち16.3%にしか支援が利用されていなかった。制度自体は全国に広まってきているが、実際の利用率の低調さが市町村のレベルでも明らかになった。また、H25年度の地域移行支援に関しては、人口10万人対で平均1.4人とわずかである。地域移行・定着支援を利用する対象者層や、支援利用にあたっての課題を今後詳細に検討する必要がある。

2) 市町村によるシステム作り

実際に地域移行／定着支援を担当する市町村の担当者からは、退院支援や退院後の地域生活を支援するためのシステム作りは必要との回答を得、必要ないと回答した自治体は0であったが、実際のシステム作りのための活動は低調である。全く実施していないと回答した市町村も20ヶ所(11.0%)あった。何が進まない要因となっているのだろうか。担当者からの自由記述欄からは、『医療機関との連携が難しい』『地域圏域格差がある』との意見が見られたが、詳細な支援の実施度を見ても、『事業の対象者の選定・紹介など事業所や病院との橋渡しを行う』といった医療機関や事業所との連携を促す項目の実施度は低く59.6%の市町村が実施できていない。

『病院へ地域移行・定着・居住支援等のポスターやチラシを配布』といった啓発に関わる項目は79.2%の市町村が実施しておらず、行政機関が主導して実施事業所と医療機関との地域内の連携システム作りをすることができておらず、病院への事業利用の働きかけもできていない実態が浮き彫りになってきた。行政機関においても医療機関との関係作りが難しければ、地域の事業所が単独で医療機関に入っていくことは更に難しいであろう。また、事業の目標値は75%以上の市町村で地域福祉計画の中で設定しているが『評価を地域事業所・病院等と共有・課題の振り返りを行う』など評価に関する項目は実施度が低く、地域で目標とするもの、またその達成するための課題が、事業所や医療機関と共有されないため、事業や支援の在り方が改善されていない。

実際に支援を利用する当事者や家族の声をどのように取り入れていくかということも重要な要素である。イギリスなど、他の先進国では当事者の声を取り入れるシステムを既に導入している。しかし、今回の結果では当事者や家族が協議会等にメンバーとして参加し

ている自治体は、家族の参加は《実施しているが不活発》も入れて54.7%であるが、当事者は36.7%であり、《活発に実施》は家族で32.1%、当事者は21.7%である。最も身近な行政機関で、家族を含めた当事者の体験や、そこから出てくる貴重な意見を取り入れていくことは、支援や事業を発展させるために重要な機能である。そのため市町村でも更に力を入れ、当事者の参加を促進していく必要がある。

居所支援で実施度の低い不動産業者等との連携や調査した範囲ではほとんど行われていなかった国交省事業の居住支援協議会など、他の事業やインフォーマルな資源も含め、システムをどのように構築していくか、行政の役割が期待される部分ではないだろうか。

しかし、個別の支援への関わりのカテゴリーでは実施度が高く、行政職員も個々の支援に積極的に参加している。

3) 社会資源等との関連について

地域移行支援に関しては、利用者と精神障害者への支援の実績のある社会資源数との関連が示唆された。相談支援事業所数は当然のことだが、自立訓練事業所、居宅介護事業所や精神科訪問看護など退院後の生活を支える支援数との関連も示唆されている。自立訓練(生活訓練)事業所に関しては、長期入院されていた方がすぐにアパートなどで一人暮らしをすることが難しい場合、地域生活に慣れていくための中間施設として期待されている。また、実際に地域生活を開始しても、全て一人で行えるわけではなく、相談支援事業所の自立支援員の支援だけでなく、居宅介護(ホームヘルプ)や訪問看護など、訪問型の支援を充実させることが地域での生活へ戻るために重要であることが示唆された。

病床数よりも自立支援医療利用者数や精神保健福祉手帳の所持数と利用者数との関連が見られたように、他の制度の利用率も高い地域で、地域移行の利用率が高いことが示され

た。これらの結果から示唆されたように、長期入院されていた方が地域へ戻り、地域生活ではなく、地域の総合的な福祉、医療の支援の力が重要なのではないだろうか。そのためには、地域をまとめシステムを作っていく市町村行政の役割は大きいと言えよう。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表
 - 1) 瀧本里香, 吉田光爾, 山下眞史, 大島巖:
精神障がい者への退院支援・地域定着支援におけるシステム作りに関する研究
—地域事業所・市町村へのアンケート調査より. 精神科リハビリテーション学会,
高知, 2016.12.4.

を継続していくためには、単に相談支援事業所の支援員が退院支援を行えばよいという訳

G. 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

表 1 地域移行・地域定着支援の実施と利用者の有無

n=104	地域移行支援		地域定着支援	
	数	割合	数	割合
実施事業所 有	91	87.5%	86	82.7%
H24 利用実績 有	45	45.5%	28	28.0%
H25 利用実績 有	54	55.1%	39	39.0%

表 2 地域移行/定着支援の事業所数と利用者数

人口 10 万人対平均 n=104	事業所数	H24 年度利用者		H25 年度利用者	
		延べ数	実数	延べ数	実数
地域移行支援	3.2	5.7	2.7	4.4	1.4
地域定着支援	2.7	4.6	1.1	10.3	1.9

表 3 地域移行定着支援職員平均配置数

人口 10 万人対	n	平均(人)	最小	最大
職員合計	101	4.9	0.0	96.5
常勤数	98	4.6	0.0	96.5
非常勤(専従)	99	0.3	0.0	7.1
非常勤(兼務)	99	0.3	0.0	15.2
保健師	100	2.4	0.0	96.5
精神保健福祉士	101	0.5	0.0	24.9
社会福祉士	100	0.7	0.0	24.9

図 1 システム作りのための全体的な取り組み度

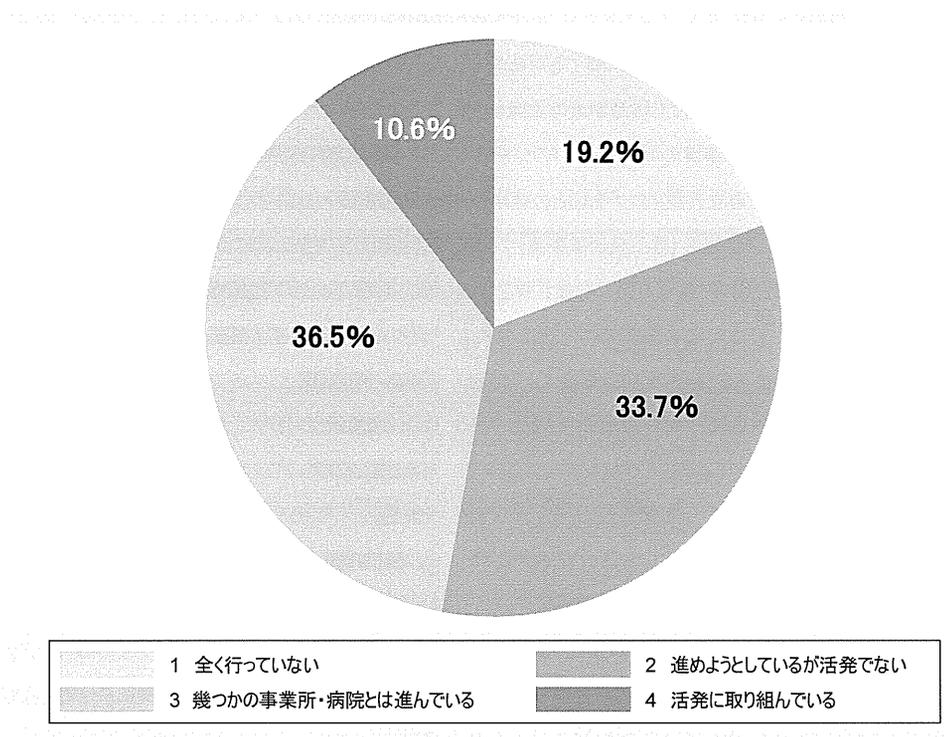


表 4 システム作りのための支援実施度(詳細)

■ 活発に実施 ■ 実施しているが不活発 ■ 実施せず

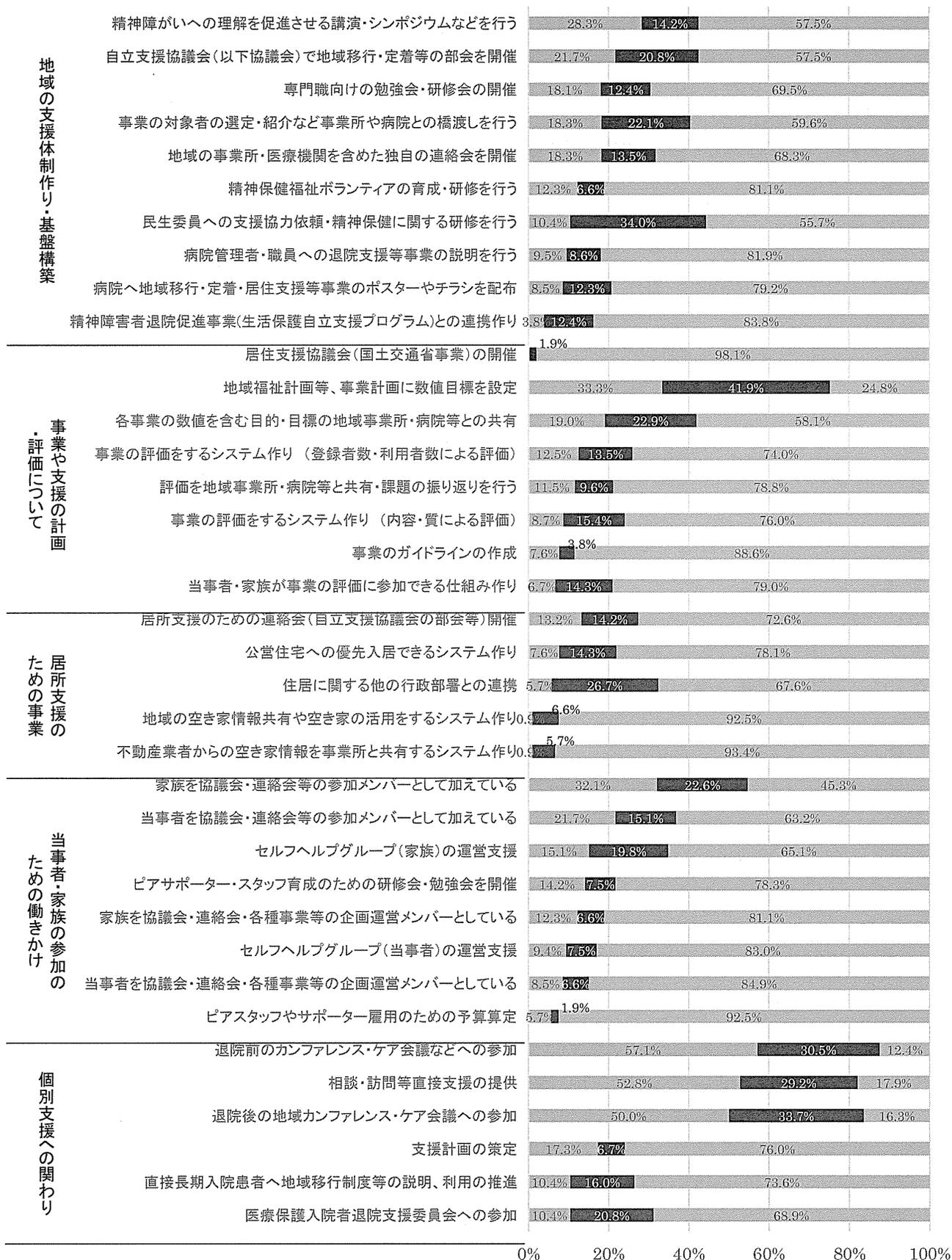


表5 地域移行支援利用者数カテゴリー別社会資源数

地域移行支援者数(人口 10 万対)	0 人	0.1 人～ 2.5 人未満	2.5 人以上	
市町村数 (n=98)	44 (44.9%)	40 (40.8%)	14 (14.3%)	
社会資源数	中央値			ρ値
1 相談支援事業所	5.2	3.2	5.9	.026*
2 地域活動支援センターⅠ型	0.0	0.5	1.0	.226
3 地域活動支援センターⅡ型	0.0	0.0	0.0	.344
4 地域活動支援センターⅢ型	0.0	0.0	0.0	.928
5 グループホーム	2.7	2.5	3.1	.850
6 サテライト型グループホーム	0.0	0.0	0.0	.002**
7 居宅介護事業所	5.1	9.2	12.0	.006**
8 福祉型借上公共賃貸住宅	0.0	0.0	0.0	.950
9 就労移行支援事業所	1.5	1.8	2.1	.848
10 就労継続支援事業所	6.9	5.3	11.8	.850
11 自立訓練事業所	0.0	0.6	0.2	.005**
12 精神科訪問看護ステーション	0.0	1.2	2.0	.002**
13 精神科デイケア	0.0	0.9	1.6	.024*
事業を担当する職員数	3.6	1.0	5.6	.0001**
Kruskal-Wallis 検定			* =p<0.05	** =p<0.01

表6 地域移行支援利用者数カテゴリー別 精神科病床・自立支援医療・手帳所持数

地域移行支援者数(人口 10 万対)	0 人	0.1 人～ 2.5 人未満	2.5 人以上	
	中央値			ρ値
精神科病床数	0.0	183.6	432.8	.12
自立支援医療利用者数	1211.6	1311.9	1422.2	.04*
精神保健福祉手帳の所持者数	511.0	603.1	663.9	.005**
Kruskal-Wallis 検定			* =p<0.05	** =p<0.01

地域生活を支えるための精神科診療所の役割に関する検討

研究分担者：原 敬造^{1,2,3)}

研究協力者：○藤井千代³⁾，山之内芳雄³⁾

- 1) 医療法人社団 原クリニック
- 2) 公益社団法人 日本精神神経科診療所協会
- 3) 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

要旨

本課題は精神科診療所におけるサービス提供状況を調査し、類型化を図ることにより地域生活を支える社会資源としての精神科診療所の役割について検討することを目的としている。精神科診療所の類型を、仮に多機能型診療所（外来診療＋訪問看護＋デイケア＋訪問診療または往診＋チームミーティング実施）とそれ以外の非多機能型診療所に分類した。日本精神神経科診療所協会所属の診療所から多機能型診療所と非多機能型診療所を無作為に抽出し、それぞれの診療所の初診患者連続 50 例の属性、サービス利用状況、転帰について調査した。さらに多機能型診療所 1 施設に関して、連続 6 日間に受診した全外来患者の属性およびサービス利用状況を調査した。

多機能型診療所では、非多機能型診療所と比較し、統合失調症圏のハイユーザー患者が多い傾向にあり、比較的重度の精神障害者の地域生活を支えるための有効な社会資源となりうることが示唆された。

A. 研究の背景と目的

精神障害者の地域生活を支えるうえで、精神科診療所は重要な資源となり得るが、精神科診療所にはどのような患者が受診し、どのようなサービスが提供されているかについての情報はほとんど得られていないのが現状である。本研究は、精神科診療所を受診した患者の属性、受診経路、サービス利用状況、転帰について調査し、精神科診療所の機能特性による特徴を明らかにすることにより、精神障害者の地域生活を支えるためのサービス提供者としての精神科診療所のあり方を検討することを目的としている。

B. 方法

1. 研究① 初診患者の前方視的調査

1) 対象診療所の選定

①精神科診療所の類型を「多機能型診療所」と「非多機能型診療所」とに分類する。本研究では、通常の外来診療に加えて、

- ・ 訪問診療または往診
- ・ 訪問看護（訪問看護ステーション利用含）
- ・ デイケア
- ・ 院内ミーティング

を実施している診療所を「多機能型」診療所、それ以外を「非多機能型」診療所と定義する。

日本精神神経科診療所協会（以下、日精診）会員のうち、日精診が平成 25 年度に実施した精神科診療所の機能に関するアンケートに回答した者が院長を務める診療所を、アンケート結果に基づき「多機能型」と「非多機能型」に分ける。

- ②「多機能型」「非多機能型」それぞれについてエクセルファイルでリストを作成し、乱数を発生させる。
- ③乱数が小さい順にリストを並び替え、リストの上位より電話にて研究の主旨を説明し、研究協力を依頼する。口頭で協力が得られた場合、説明文書および調査に使用するファイルのサンプルを送付し、研究協力の意思が変わらない場合は、同時に送付した同意書に署名の上同封の返信用封筒にて返送するよう依頼する。

2) データ収集方法

- ①初診時データ収集：対象診療所を受診した初診患者連続 50 名に研究用 ID を付与し、主治医が通常診療で行う情報収集および医学的判断に基づき「別紙 1」を作成する。
- ②毎月のサービス利用状況調査：各患者の外来、訪問看護、デイケア等の医療サービス利用回数、福祉サービス（就労支援、グループホームなど）利用の有無等のサービス利用状況について、患者がサービスを利用する都度もしくは月末にまとめて、主治医が「別紙 2」に記録する。
- ③6 ヶ月毎のフォローアップ調査：6 ヶ月経過時点で通院中の患者につき、主治医が通常診療で行う情報収集および医学的判断に基づき「別紙 3」を作成する。
- ④評価シートは 6 ヶ月毎に各診療所がシートに記載された情報の個人情報部分を切り取ったうえで、研究所に送付する。

3) 評価スケジュール

初診時から 1 年半を観察期間とする。観察期間中に、通院中断、転医等にて追跡不可能

となった場合は、追跡可能時点までのデータを分析対象とする。一時通院を中断していた患者が再度通院を開始した場合は、初診時から 1 年半以内であれば、再度調査を開始し、初診日から起算して 1 年半の時点で調査を終了する。

4) 評価方法

多機能型診療所と非多機能型診療所それぞれの患者群について、属性の相違、利用されたサービスの種類、サービス利用頻度、機能の全体的評定（Global Assessment of Functioning : GAF）等につき比較検討を行う。

主治医評価により、以下の項目に 3 つ以上当てはまる場合を「ハイユーザー」とし、ハイユーザーの転帰、サービス利用状況について別途評価する。

*ハイユーザー基準（3 項目以上該当）

- ・精神科外来への通院を中断したことがある
- ・引きこもりの生活に陥りやすい
- ・病識が不十分である
- ・幻聴や被害関係妄想等の陽性症状が続いている
- ・服薬の不規則、拒否がときどきある
- ・金銭の自己管理が不十分である
- ・時に暴言、暴力、性的問題行動、自傷行為、自殺未遂等がある
- ・（身体的理由または精神的理由により）ひとりでは外来受診ができない
- ・糖尿病等の慢性身体疾患を有し、医学的管理を要する

2. 研究② 多機能型診療所の横断面調査

1) 対象

平成 27 年 10 月 26 日～同年 10 月 31 日に東京都内の A クリニック（多機能型診療所）を受診した外来患者全員

2) データ収集方法

- ①対象患者に研究用 ID を付与し、主治医が通

常診療で行う情報収集および医学的判断に基づき「別紙4」を作成する。

- ②「別紙4」を記入した患者について、追加情報を診療録より収集し、「別紙5」に記入する。
- ③記入終了後、匿名化されたデータを研究所に送付する。

3. 倫理的配慮

本研究において使用するデータは個人情報部分を削除した状態で収集し、患者の特定ができないようになっている。また、研究の実施に先立ち、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターの研究倫理委員会の承認を得ている。

C. 結果／進捗

1. 研究① 初診患者の前方視的調査

研究協力に同意の得られた53診療所（多機能型30、非多機能型23）のうち、6ヶ月目にデータが返送された44診療所（多機能型24、非多機能型20）の初診患者2258名（多機能型1253名、非多機能型1005名）を分析対象とした。

対象者の基本属性を（表1）に示す。多機能型は、年齢 42.2 ± 22.0 、男性45.7%、GAF 55.2 ± 16.3 、非多機能型は年齢 40.0 ± 20.7 、男性46.1%、GAF 58.0 ± 16.6 であった。

受診経路は、多機能型、非多機能型ともにインターネット、口コミが多い傾向にあった（表2）。

診断は、初診時、6ヶ月経過時点ともに、多機能型ではF2が多い傾向が認められた（図1、2）が、診療所類型による疾患ごとの受診継続率には明確な差異は認められなかった（表3）。

初診時のハイユーザー率は、多機能型では17.4%、非多機能型では8.4%であり、6ヶ月経過時点では受診継続中の対象者中のハイユーザー割合は、多機能型23.3%、非多機能型9.2%であった（図3）。6ヶ月経過時点でのハ

イユーザーの疾患別割合を（図4）に示す。多機能型ではハイユーザーのうちF2の占める割合が36.4%と最多であったのに対し、非多機能型ではF3が26.2%と最多であった。

2. 研究② 多機能型診療所の横断面調査

平成27年10月26日～同年10月31日に東京都内のAクリニック（多機能型診療所）を受診した外来患者1023名を分析対象とした。

対象者の年齢は 47.5 ± 14.8 歳、男性は47.6%、GAF 55.3 ± 15.2 であった。36.9%には入院歴があり、29.6%は障害年金受給中であった。

診断はF2が最多で46%を占めた（図5）。全体の58%は、5年以上の長期にわたりフォローアップしている患者であった。ハイユーザーの割合は30.6%、そのうち65.5%は5年以上のフォローアップを提供していた。

D. 考察

本年度は、前方視的調査の6ヶ月目データおよび多機能型診療所1施設の横断面データの分析を行った。

多機能型診療所の初診患者は、非多機能型と比較し統合失調症圏の患者およびハイユーザーが多い傾向が認められた。受診経路はインターネットおよび口コミが多いことから、患者自ら診療所情報をインターネットまたは口コミで得たうえで受診先を選択しているものと推察された。

ハイユーザーのフォローアップ状況を見ると、多機能型では6ヶ月経過時点で受診を継続している患者に占めるハイユーザー率が初診時と比較して高くなっている。これに対し、非多機能型では、6ヶ月時点で受診継続中の患者に占めるハイユーザー率はほぼ初診時と同等である。また多機能型ではF2のハイユーザーが多いことも特徴として挙げられる。この結果から、多機能型診療所では、継続受診の必要なF2のハイユーザーを地域で支え

るにあたり必要なサービスを提供していることが示唆される。多機能型診療所の横断面調査においても、ハイユーザーを長期間フォローアップしている実態が認められたことも、多機能型診療所がハイユーザーのフォローアップに適していることを示すものと考えられる。一方で非多機能型も、全体のフォローアップ率は多機能型との差は認められなかった。

来年度は前方視的調査の1年後のデータを収集し、類型ごとの特徴についてさらに検討を深め、精神障害者の地域生活を支えるうえで、精神科診療所を地域の資源として有効に活用するための提言をまとめる予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 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

<謝辞>

本報告にあたり、繁忙な外来診療等の業務の中ご協力いただいている各診療所の院長およびスタッフの皆様に感謝いたします。本来であれば、調査にご協力いただいている各診療所名を挙げてお礼申し上げるところですが、匿名性に配慮して診療所名の公表は控えさせていただきます。

表1 対象者の基本属性

	年齢	性別(男性)	GAF
多機能型 (N=1253)	42.2±22.0	45.7%	55.2±16.3
非多機能型 (N=1005)	40.0±20.7	46.1%	58.0±16.6

表2 受診経路

	多機能(%)	非多機能(%)
インターネット	16.8	24.9
電話帳	1.1	1.8
広告	0.8	1.2
口コミ	19.6	22.9
精神科病院	5.9	2.9
精神科診療所	6.7	6.3
総合・大学病院精神科	3.1	3.3
身体科病院・診療所	12.4	11.0
学校	8.6	8.1
行政	3.5	5.9
職場	4.5	3.1
その他	14.8	10.5

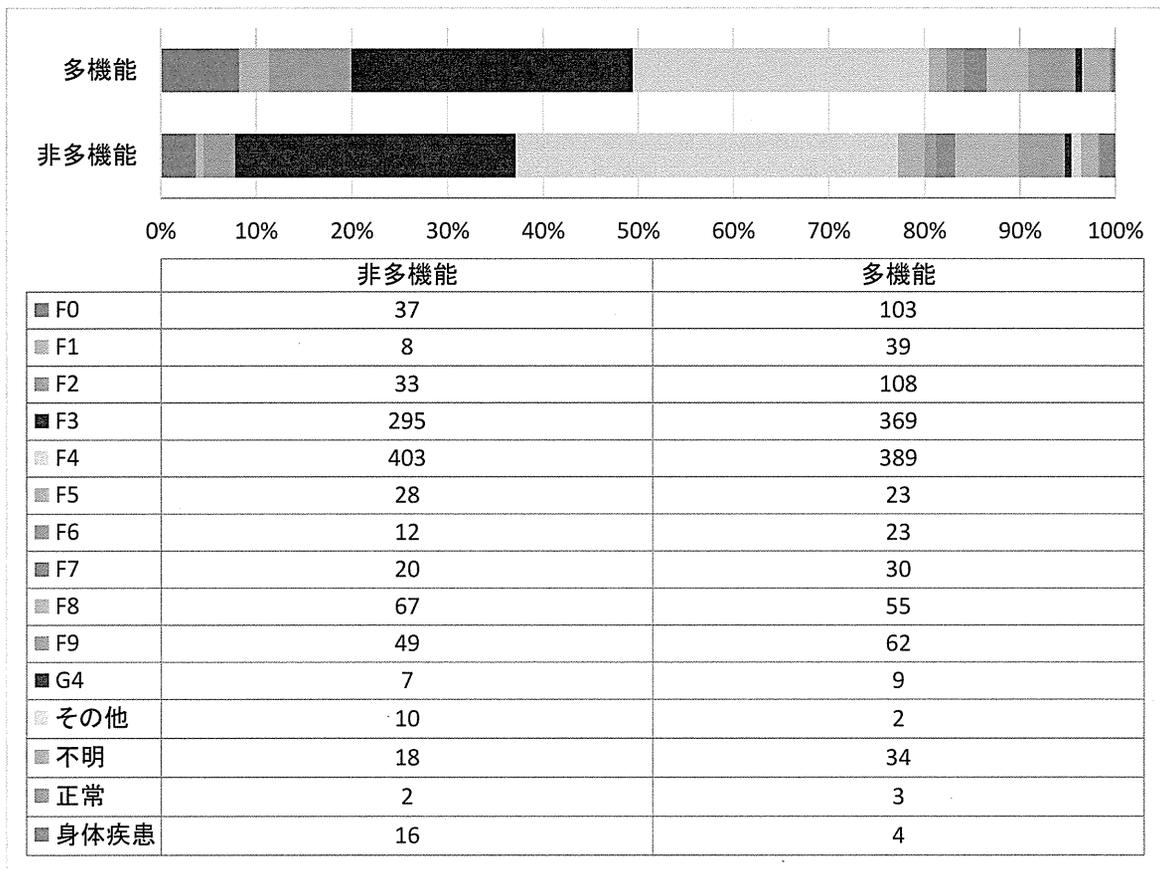


図1 初診時診断

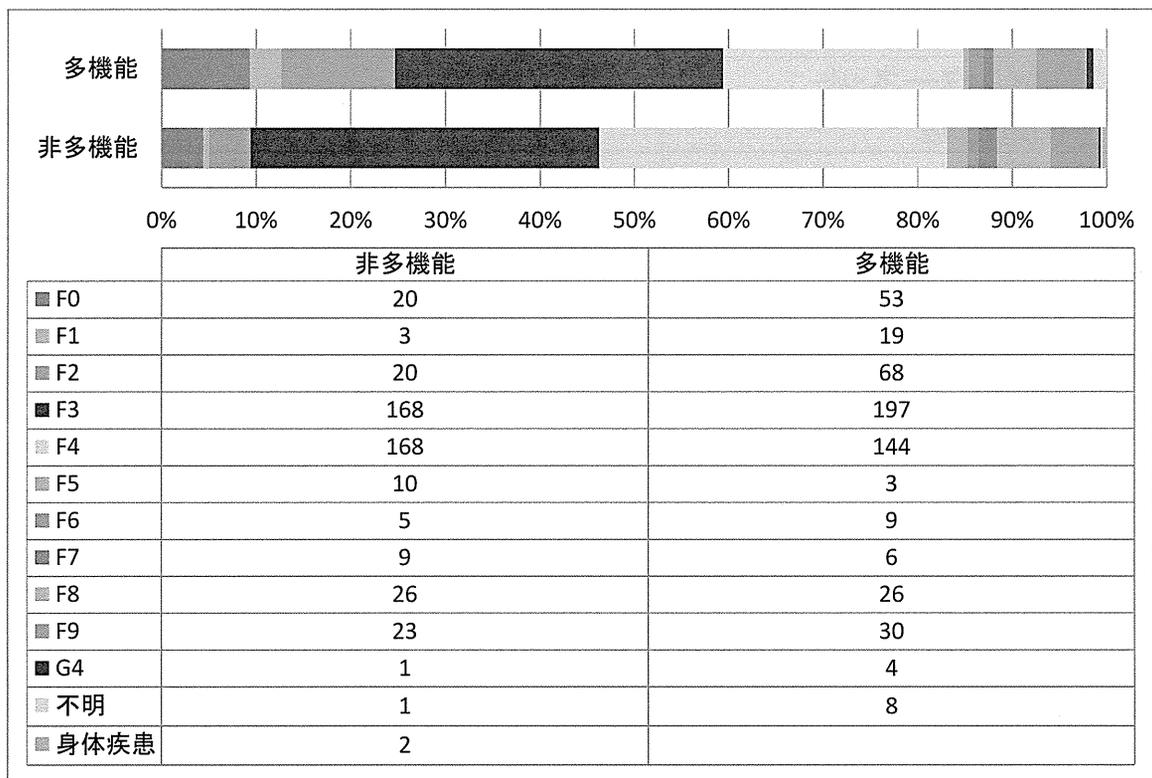


図2 6ヶ月経過時診断

表3 6ヶ月目受診継続率

	受診継続率	
	多機能(%)	非多機能(%)
F0	51.5	54.1
F1	48.7	37.5
F2	63.0	60.6
F3	53.4	56.9
F4	37.0	41.7
F5	13.0	35.7
F6	39.1	41.7
F7	20.0	45.0
F8	47.3	38.8
F9	48.4	46.9
G40	44.4	14.3

初診時			6ヶ月後			
	HU人数 (%)	GAF平均		HU人数 (%)	GAF平均	
多機能 (N=1253)	218人 (17.4%)	38.7	⇒	多機能 (N=567)	132人 (23.3%)	43.6
非多機能 (N=1005)	84人 (8.4%)	36.0		非多機能 (N=456)	42人 (9.2%)	48.3

図3 ハイユーザー基準を満たす患者の転帰

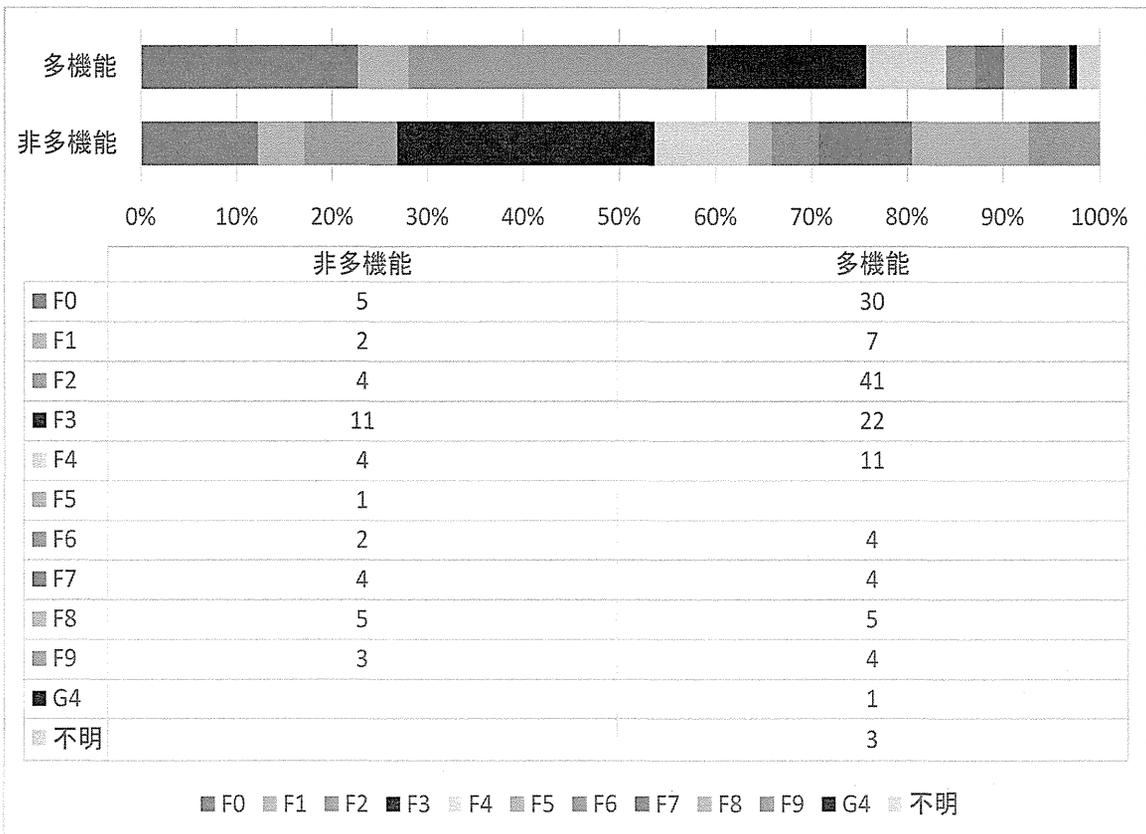


図4 6ヶ月経過時点のハイユーザーの診断

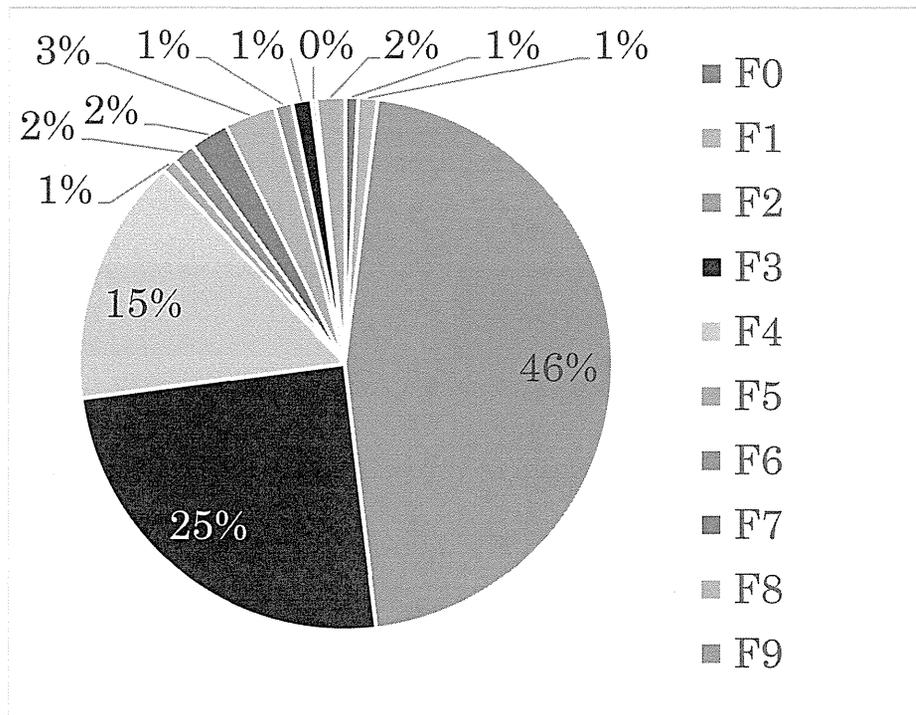


図5 Aクリニックの外来患者（H27.1026-31）の診断（N=1023）

別紙 1

研究用 ID _____ 氏名 _____

研究用 ID _____ 初診年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

年齢 _____ 歳 性別 男 女

初診時診断 _____

住所（町名までまたは郵便番号のみ）：

受診経路：インターネット 電話帳 広告 他患・他家族からの口コミ
精神科病院 精神科診療所 総合（大学）病院精神科 身体科病院・診療所
学校関係者 行政関係者（ ）
職場関係者（ ） その他（ ）

紹介状： あり なし

紹介目的：本人の希望 家族の希望 専門医受診 退院後フォロー デイケア利用
訪問サービス利用 福祉サービス利用 その他（ ）

同居家族：あり（ ） なし

結婚歴：配偶者あり 死別 離別 結婚歴なし

教育年数：（ ）年

年数がわからない場合はこちら： 中学 高校 専門学校 大学以上 卒業・中退・（ ）年在学中

職歴：あり（正社員 非正規社員 アルバイト 障害者枠）勤務中・休職中・退職 職歴なし

精神科受診歴： あり なし

精神科入院歴： あり（ 回 計 力月） なし

自立支援受給者証： あり なし 申請予定

精神障害者保健福祉手帳：（ ）級 申請予定 該当なし

障害年金：（ ）級 申請予定 該当なし

要介護状態区分： 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 該当なし

その他 併存障害： あり（身体 知的 ） なし

GAF：（ ）点

以下は主治医の判断で当てはまる項目に印（☑）をつけてください。

- 精神科外来への通院を中断したことがある
- 引きこもりの生活に陥りやすい
- 病識が不十分である
- 幻聴や被害関係妄想等の陽性症状が続いている
- 服薬の不規則、拒否がときどきある
- 金銭の自己管理が不十分である
- 時に暴言、暴力、性的問題行動、自傷行為、自殺未遂等がある
- （身体的理由または精神的理由により）ひとりでは外来受診ができない
- 糖尿病等の慢性身体疾患を有し、医学的管理を要する