

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

精神障害者の地域生活支援の在り方と
システム構築に関する研究
（ H 2 6 - 精神 - 指定 - 0 0 2 ）

平成27年度総括・研究分担報告書

研究代表者：伊藤順一郎
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
平成 28 (2016) 年 3 月

精神障害者の地域生活支援の在り方とシステム構築に関する研究

（ H 2 6 - 精神 - 指定 - 0 0 2 ）

平成27年度総括・研究分担報告書

目次

1 章 総括研究報告

精神障害者の地域生活支援の在り方とシステム構築に関する研究	1
研究代表者（伊藤順一郎）	

2 章 分担研究報告

1．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

1 - 1．市区町村による精神保健医療福祉システム整備進捗の 目安となる活動指標の作成に関する研究	8
研究分担者（吉田光爾）	

1 - 2．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	17
研究分担者（吉田光爾）	
研究協力者（瀧本里香）	

2．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	28
研究分担者（原 敬造）	
研究協力者（藤井千代）	

3．全国の多職種アウトリーチ支援チームのモニタリング研究	41
研究分担者（菅間真美）	

4．ACT・多職種アウトリーチチームの治療的機能についての評価	86
研究分担者（佐藤さやか）	
研究協力者（富沢明美）	

5．多職種アウトリーチチームの研修のあり方についての検討	94
研究分担者（西尾雅明）	

6．地域社会で暮らす認知症高齢者への包括的なケア技法の効果に関する検討	116
研究分担者（本田美和子）	

3 章 研究成果の刊行に関する一覧	121
-------------------	-----

1 章 . 総括研究報告書

精神障害者の地域生活支援の在り方とシステム構築に関する研究 総括研究報告書

研究代表者：伊藤順一郎

（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）

平成 23 年 4 月、精神障害者アウトリーチ推進事業の実施に際して、厚生労働省は「アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を、『入院』という形に頼らない。」という具体的な方向性を打ち出した¹⁾。これは、アウトリーチチームによる支援の方向性を指し示す文言である。しかしながら、「『入院』という形に頼らない」ことを、単に臨床チームの技術向上に求めることは難しい。なぜなら、「入院に頼る」ということは、本人の症状の問題だけではなく、家族によるケア能力の低下、近隣の人々との関係、行政や警察力を含む周囲からの「入院」への期待、さらに精神科医療の専門家が入院をどのように捉えるかなども絡んだ複合的な相互作用の結果としてしばしば生じるからである。すなわち、入院に頼るという事象は、精神科病棟の存在を受け入れた社会のシステムが存する限り生まれ続けると考えざるを得ない。

もし、真の意味で「『入院』という形に頼らない」システムを現出しようとするのであれば、臨床チームの技術向上も内包しながら、入院という事象を回避しうる具体的な代替策を含むような、精神保健医療福祉システムのパラダイムシフトが必要である。そのひとつの例として、英国やイタリアの精神保健福祉医療システムがあげられる。これらの国では、精神科医療における予防・治療・リハビリテーションに関連するほぼ全ての機能を、地域社会の中で展開する。人の生活の場に精神科医療の機能が出向いていき、市民の構成する社会のシステムのなかに、精神保健医療福祉の構成要素を入れ込んでいくありようと言ってもいいかもしれない。本研究班は、我が国でこのような文脈でのシステムの転換が可能なのか、我が国で有効かつ実現可能な地域生活中心の精神保健医療福祉システムへの変化はどのように始められるのか、システム変換の障壁はどのようなものなのか、といった大きな課題を論じるための核となる資料を作成することを目的に構成された。

以上は、昨年度の総括研究報告において述べた事柄である。

基本的な考え方は変わらないが、本年度、新たに加える事項として支援者と対象者の関係性、支援者と地域の関係性の問題を挙げたいと思う。システムの再構築は政策課題として重要であることは言を俟たないが、実際のシステムは「人と人とのつながり」の連続である。そこで働くものが、どのような理念のもと、どのような技術を駆使して、また何を関係性の中で大切に思いながらかわるかということを追求していくことは、「血の通ったシステム」を作るうえで欠かせない。これは、研究的にはスタッフの研修のありようとその成果を検討するものとなる。

本研究班は6つの分担研究班よりなる。それぞれの研究班の課題と研究の方法は異なるが、いずれも「入院中心」から「地域生活中心」へ精神保健医療福祉がパラダイムシフトを行う際に、押さえておくべき内容を研究課題として内包している。

2年目の本年度報告は、各研究班で中間報告的に見えてきた成果と課題をまとめる姿となった。3年度での集約に向けての一里塚的内容が、本年度の内容である。

【本研究班の構成】

まず、本研究班のテーマと内容(目的)を簡単に記す。

1) 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(吉田班)

国は精神科病院のいわゆる社会入院者、すなわち「受入条件が整えば退院可能な者7万人」の退院促進のために、平成15年度から『精神障害者退院促進事業』を実施し、その後も事業形態を変えながら取り組みを継続しているが、十分な社会的入院の解消には至っていない。厚生労働省は平成24年、障害者自立支援法において、退院促進に関する活動を個別給付事業(地域移行・地域定着)として位置付け更なる促進を図った。しかし法制化されたものの実際の相談支援事業所の地域移行・地域定着に関する取り組み状況に関しては十分把握されておらず、制度運用を検討するための基礎資料は得られていない。

そこで本研究では、全国の相談支援事業所に対して地域移行・地域定着の実際の活動の状況を調査し、制度の運用の基礎資料を作成し、現状と課題を把握することを目的とした。

2) 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(原班)

「地域生活中心の精神保健医療福祉」システムづくりにおいて、精神科診療所は地域生活支援の拠点となりうる資源であるが、精神科診療所の類型や、サービス提供の実態に関するデータは得られていない。

本研究では、精神科診療所におけるサービ

ス提供状況現状を調査し、類型化を図ることで、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。とりわけ、多機能型診療所(仮称)X(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)に注目し、そのニーズの量と質を推計することを課題の一つとした。

3) 全国の多職種アウトリーチ支援チームのモニタリング研究(萱間班)

平成26年度に、精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の一層の推進を目指して、厚生労働省は病状が不安定な患者への多職種チームによる在宅医療の評価として、「精神科重症患者早期集中支援管理料」を新設した。しかしながら、この制度は様々な障壁から多くの医療機関が参加できてはいない。

本研究は、この制度の実施状況や実施にあたる課題を明らかにし、今後推進するために必要な改善について検討することを目的とする。

4) ACT・多職種アウトリーチチームの治療的機能についての評価(佐藤班)

本研究では、包括的な地域生活支援が多職種によって提供される、Assertive Community Treatment (ACT)のチームを中心に、1)チームにおける認知行動療法(cognitive behavioral therapy: CBT)のニーズを把握し、2)アウトリーチ型CBTに関する研修内容を検討し、3)アウトリーチチームにおけるCBTの効果検討を実施する

ことを目的としている。

研究活動を通じて、地域におけるエビデンスに基づいた支援技法の向上を目指す。

5) 多職種アウトリーチチームの研修のあり方についての検討(西尾班)

アウトリーチ型の支援においては、精神科病棟内での支援とは異なる支援態度やスキルを必要とするが、我が国におけるアウトリーチ支援は萌芽期にあり、その人材育成方法については試行錯誤の段階にある。

そこで本研究では、精神障害者に対するアウトリーチ事業関係者に2日間にわたる研修会を実施し、その参加者を対象にしたアンケート調査を行う。研修における学習アウトカム、参加者への影響などを評価することで、アウトリーチ支援にかかわる人材としての態度や実践スキルに好ましい変化を与える研修プログラムについて、提言を行うことを目的とする。

6) 地域社会で暮らす認知症高齢者への包括的なケア技法の効果に関する検討(本田班)

自分が受けているケアや治療の意味が理解できず、ケアの拒絶もしくはケアを実施する者に対する暴言・暴力行為などの認知症周辺症状を表出する認知症高齢者は多く、これにより本人の生活の質保持が難しくなるとともに、ケアを行う者の疲弊や燃え尽き症候群が生じている。

そこで、欧州の認知症ケアにおいて、認知症周辺症状に対する非薬物治療として実績とエビデンスのある、包括的なコミュニケーションに基づくケア技法ユマニチュードの導入を試みる。

本研究では、地域社会で家族を介護している一般市民に対して、ユマニチュードの基本技術の教育を行い、介入前後での介護者および認知症高齢者の評価を行い、効果を測定することを目的とする。

【本研究班の位置づけ】

“入院に頼らない”「地域生活中心の精神保健医療福祉」へのパラダイムシフトは、支援技術の向上、制度設計における精神保健医療福祉システムの転換を含むものであるが、さらに、精神医療概念そのものの転換をも迫るものである。たとえば、関係性のとり方、薬物療法の方法論、危機介入やリハビリテーションの方法など、精神医療を形作っている考え方のありようが、入院病棟でのものと、地域生活支援の中での精神医療では大幅に異なる。

入院のような管理的な環境では症状は薬物療法によって「標的」となる対象であるかもしれないが、地域精神医療においては、「活動」や「参加」を重視する文脈で、症状と共存しながらでも有意義な生活を送ることが求められる。したがって、薬物療法の効果のアセスメントや、選択基準においても、病棟と地域では差異が見いだされるのである。これら精神医療概念の転換および、そこから導き出される方法論の変更は、今後、パラダイムシフトを推進するにあたって、強く意識され、言語化されることが必要であろう。換言すると、言語化を可能とする資料提供が本研究の第一義的な目的となる。

以上のような文脈にあって、本研究班の位置づけは、「地域生活中心の精神保健医療福祉」システムづくりに向けての、教育・研修の可能性とシステム・チェンジの可能性についての資料提供となる。

教育・研修については、精神保健医療福祉の専門家の教育の効果と、一般市民なかでも介護負担の大きい家族に対する研修の効果について資料提供が可能となる。

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(吉田班)では、地域移行事業、地域定着事業に焦点をあてることで、どのような状況下において、市町村の相談支援事業がケースマネジメントのシステムとして整備され、利用

者の地域生活の充実に貢献することができるのかについて分析、資料作成ができる。

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（原班）では、診療所機能が多機能化して、地域の精神保健医療福祉を支える拠点となりうるかを占うために、初診患者のサービス利用状況に関する前方視的調査をおこなうことで、現存する精神科診療所の類型化と求められる機能の明確化が期待できる。

全国の高齢者アウトリーチ支援チームのモニタリング研究（萱岡班）では、当面の診療報酬上の評価をもとに、利用者の地域滞在日数の増加や生活の質の向上にエビデンスのある、多職種アウトリーチチームの活動にインセンティブがつくような、制度設計のための資料作成が期待される。

ACT、多職種アウトリーチチームの治療的機能についての評価（佐藤班）では、認知行動療法という定式化された支援技法の、多職種アウトリーチチームでの応用可能性について、実現可能性のある技術定着のガイドラインとその効果について一定の評価が期待できる。

多職種アウトリーチチームの研修のあり方についての検討（西尾班）では、2日間の研修をどのように組み立てると有効な研修になるのか、参加者の経験や技能による内容の違いもありうるが、参加者の声を直接的に反映したモデル研修づくりが期待される。

地域社会で暮らす認知症高齢者への包括的なケア技法の効果に関する検討（本田班）では、認知症が対象ではあるものの、介護者に対してきわめて構造の明確な研修をすることが、家族の介護負担や患者の症状行動にどのような影響を与えるかを観察、評価する。有効な支援技法の構造と、市民を支援者に招き入れることの意義について検証する、意欲的な研究になるう。

一方、システム・チェンジの可能性については、現行の制度設計に合わせ、医療領域と

福祉領域に分けて資料を作成する。

【本年度の研究の進捗状況】

1) 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（吉田班）

平成 26 年度に行った全国の地域移行・定着支援事業委託を受けている事業所に対する郵送自記式調査票による加え、それらを含む市町村および都道府県に関する実態調査を行った。結果 358 市町村のうち 109 市町村、都道府県（+政令指定都市）67 ヶ所のうち 45 ヶ所を回収した。現在、このデータを元に人口・病床数当たりの地域移行・地域定着数の多寡と、自治体のシステム整備の状況の関連を分析した。また、これに加えてグッドプラクティスを行っている自治体に対する質的調査も実施した。

さらに、市町村における精神保健福祉関連の資源整備状況に関する指標・データベースをビッグデータとして Web 上で管理するシステムの構築・整備のため、市町村に独自に調査する項目および Web 上で連結可能な既存の指標を整理した。

調査結果から、358 市町村のうち 109 市町村、都道府県（+政令指定都市）67 ヶ所のうち 45 ヶ所を回収した。市町村・都道府県の長期入院者の退院のためのシステム作りの重要性は認識されているが、実際のシステム作りは進んでいない現状が改めて浮き彫りになった。

また、市町村における精神保健福祉関連の資源整備状況に関する指標・データベース構築に関しては、自治体担当者に尋ねる必要性のある項目と、既に国が行いインターネット上で自動的に収集・連結できる既存の調査・データを確認するとともに、いわゆる 630 調査との整合性などとも合わせて管理できるような項目を整理し、それらを連結可能なシステムを整備中である。

詳細については、市区町村による精神保健医療福祉システム整備進捗の目安となる活動指標の作成に関する研究についてまとめた吉田 研究分担報告書、および、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についてまとめた吉田（研究分担者）・瀧本（研究協力者）を参照のこと。

2) 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（原班）

研究分担者を中心に、日本精神神経科診療所協会（以下 日精診）の有識者と意見交換をし、診療所の類型ごとの役割を明確にするため、日精診所属の診療所より一定の条件で無作為に抽出した診療所で、初診患者のサービス利用状況の前方視的検討を行った。

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、転帰に関する前方視的調査を行い、44 箇所より計 2258 名の 6 ヶ月間フォローアップを得た。

さらに、多機能型精神科診療所の機能を検討するため研究同意の得られた 1 箇所の診療所に通院する外来患者 1000 名の属性およびサービス利用状況に関する横断面データを収集し分析を行った。

調査結果から、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を示唆された。

詳細については、多機能（垂直）型診療所のあり方についての検討を行った原（研究分担者）・藤井（研究協力者）を参照のこと。

3) 全国の多職種アウトリーチ支援チームのモニタリング研究（萱間班）

「精神科重症患者早期集中支援管理料」の算定をしている医療機関に対し、算定までの経緯、対象者の状況、支援内容について、カルテ調査を行い、制度の活用状況を把握した。また、届出医療機関に対し、実施状況やサービス提供体制、困難や課題について半構造的インタビューを実施した。

平成 26 年度新設の「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている施設は、平成 27 年 8 月の時点で、全国で 11 施設であった。そのうち平成 27 年 12 月までに支援が終了したケースは 6 施設 13 事例であった。多くは 1 年以上入院の患者であり、カンファレンスの開催、家族や周囲への退院後の手厚い支援の保障、手厚い支援の実施、服薬継続支援のために、活用されていた。支援対象者の多くはその後も地域生活を継続していた。本制度に関するインタビューでは、患者の算定要件、および施設基準の厳しさが報告された。

本制度は、平成 28 年度診療報酬改定で障害福祉サービスの利用者が利用できるようになること、24 時間往診が必須要件でなくなることから、今後さらなる普及が見込まれ、引き続き制度の利用状況の調査を行うとともに、他サービスとどのように関連させ活用されていくのかについても、継続的に調査することが重要と考えられる。加えて、利用者への客観的・主観的なサービス評価の実施、および、スタッフやチームへの本制度の波及効果（多職種カンファレンスによる効果等）についても評価を行っていく必要があることも示唆された。

詳細については、多職種アウトリーチチームのモニタリング研究についてまとめた萱間研究分担報告書を参照のこと。

4) ACT、多職種アウトリーチチームの治療的機能についての評価（佐藤班）

平成 27 年度は、ACT 全国ネットワークに

参加する 28 チームに所属するスタッフ全員を対象とした全国悉皆調査の分析と、すでに ACT 支援の過程で CBT を提供する実践者のグループインタビューから今後アウトリーチ活動において CBT の活用が期待される利用者の課題と、CBT 普及のために工夫できることについて検討を行った。

全国悉皆調査では、回答者 192 名のうち CBT を実践するスタッフは 20% 程度であり、未実施者の多くがその理由として「研修の機会がない」「どのようなケースが CBT に適応なのかわからない」ことを挙げていた。今後 CBT を提供したい利用者の特徴としては、「(妄想も含め)考え方に偏りがあるケース」「不安を中核として問題行動があるケース」「生活の中で目標をみつけるための支援が必要なケース」が挙げられた。ACT に CBT は必要ない・なじまないといった意見はほとんどみられず、地域生活支援の場でも CBT のニーズ高いことが示唆された。CBT 実施の有無について関連する要因を検討したところ、科学的根拠に基づく実践 (EBP) に対して親和性が高い支援者ほど、CBT を行っていないことが明らかとなり、EBP を重視するマインドのある実践者のほうが気軽に CBT 提供を試せない実態が示唆された。

また CBT を提供する実践者のグループインタビューでは ACT 支援の過程で CBT の実践を試みて感じるハードルとして、ツールはあったほうが便利だが、アウトリーチの過程では利用者に「使ってみよう」と思ってもらうまでが大変で、結局そこでつまづくスタッフも多いこと、ACT 支援ではプライマリーケースマネージャー 1 人ではなく複数のスタッフが小さなチームを組んで支援しているので、チーム内でコンセンサスを作る必要があるが、関心のあるスタッフばかりではないし、自分もきちんと説明できるという自信がないこと、などが挙げられ、その解決策として CBT の支援過程で実施される支援技法を CBT にそれほど関心がないスタッフでも最

低限実施できたほうが良い支援技法 (資料を用いた課題別・問題別の心理教育と利用者の困り事の構造化) と CBT に関心の高いスタッフに求めるより複雑な支援技法とに分けて整理し、それぞれに別の研修、伝達方法をとることが望ましいとの意見が出た。

詳細については、ACT・多職種アウトリーチチームの治療的機能についての評価についてまとめた 佐藤 (研究分担者)・富沢 (研究協力者) を参照のこと。

5) 多職種アウトリーチチームの研修のあり方についての検討 (西尾班)

平成 27 年度は、関係各機関にモデル研修会の案内を送り、参加希望があった者で、平成 28 年 1 月 14 日～15 日に仙台で開催された研修に参加した 18 名を対象とし、サイコドラマの手法を用いた事例検討を中心とする 2 日間の研修の前後で、研修会で扱うテーマに関する重要度や実践度についての自己評価 (13 項目) を問うアンケートを実施した。また、求められる研修のあり方を検討するために、研修会内で参加者全員にフォーカスグループインタビューを実施した。

アンケート調査では、前後とも全項目で実践度は重要度より有意に低く、13 項目中 7 項目で研修期間中に実践度が有意に増加し「尊重すること」「インフォーマル」の項目で大きく重要度の認識が変化、さらに、「私は、利用者を患者扱いせず、人としてみている」で前後差が認められた。

また、研修会参加者のグループインタビューでは、情緒的な共感や擬似的な体験を研修などの機会に求める意見や、多職種・非専門職参加の研修、一般企業や地域住民との相互交流など、新たな視線の獲得やより広い視野を求める意見、が比較的多く出された。

調査結果より、ロールプレイを用いた研修の有用性や、幅広い視点での研修ニーズを満たす受け皿の必要性が示唆され、多職種アウトリーチの支援者に特化した研修モデルの呈

示に向けた準備が整った。

詳細については、多職種アウトリーチチーム研修のあり方についての検討を行った西尾研究分担報告書を参照のこと。

6) 地域社会で暮らす認知症高齢者への包括的なケア技法の効果に関する検討(本田班)

認知症患者の地域生活支援として自宅介護を行っている家族を対象としたケア技術の実践教材を開発し、その効果について検証する地方都市・僻地におけるパイロットスタディを行った。

本年度は、認知症高齢者を自宅で介護している家族介護者9名にケア技術(ユマニチュード)研修を実施し、研修前と研修後1ヶ月・3ヶ月の認知症高齢者の行動心理症状、家族の介護負担感について検証した。

調査結果から、研修後1ヶ月で認知症高齢者9名中8名の Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD) 値は有意に減少し($p<0.001$) 認知症行動心理症状の改善が認められた。Zarit 介護負担尺度による介護負担感には明らかな差は認められなかったが、認知症高齢者を介護している家族を対象としたインタビュー調査から、ケア技術を意識して用いることにより認知症症状の軽減、および認知症症状が進行した場合でも、認知症高齢者とのコミュニケーションが良好に保たれている可能性が示唆された。

詳細については、地域社会で暮らす認知症高齢者への包括的なケア技法の効果に関する検討についてまとめた本田 研究分担報告書を参照のこと。

文献

- 1) 厚生労働省：精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き．厚生労働省，東京，2011．

2 章 . 分担研究報告書

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： 市区町村による精神保健医療福祉システム整備進捗の 目安となる活動指標の作成に関する研究

研究分担者： 吉田光爾^{1,2)}

研究協力者：瀧本理香²⁾，山下眞史²⁾

協力：株式会社アクセライト

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】市区町村が精神保健医療福祉システムの整備状況について全国との比較の中で把握できる＝「見える化」する活動指標の整理と、それに基づいた Web データベースを構築する。

【方法】各種統計資料の整理および Web システムの構築

【結果】既に存在し公表されている統計データ（医療施設調査・国勢調査・独立行政法人福祉医療機構による Web サイト（WAMNET））を整理し、それらの情報を組み込んだ形での Web 調査フォームを設計している段階である。

【結果】これらの Web 調査フォームのデータは、市区町村担当者が独自に入力するデータ、および上記既存の統計データの活用からなる。なお、その結果については、市区町村が全国・および都道府県その他市区町村との比較の中で、当該自治体の精神保健医療福祉の整備状況について閲覧できる様式になっている。

【考察と今後の計画】課題として 各種データベースのローデータについての所在・管轄が明らかではない事、一部の調査項目に関する統合を図る必要性がある、等が存在することがわかった。なお、現在開発中のシステムを来年度初頭に実装し、調査を実施予定である。また 630 調査結果とのデータ結合を検討中である。

A. 研究の背景と目的

精神保健医療福祉の支援体制整備については、精神疾患が五大疾病として医療計画に位置付けられたこと、障害者総合支援法に基づく障害福祉計画の作成が求められることなど、市区町村・都道府県がその計画を主体的に立てることが求められている。しかし、自治体がこうした計画を構築するにあたり参照できる各種統計資料は散在しており、地域特性・

地域リソースを反映した統合的な資料としてまとまってはいない。また、特に障害者総合支援法を中心にサービスの提供者として市区町村への期待が高まる一方で、各種の統計資料は都道府県単位で成果がまとめられていることが多く、サービスの提供・計画の策定と、情報・課題の把握の間にギャップが存在する。そこで各市区町村が全国や各都道府県内の他の自治体との比較・参照の中で、それぞれの

精神保健医療福祉のサービスの整備状況を把握することができるシステムを開発することは、今後の精神保健医療福祉の支援体制整備を促進する効果があると考えられる。特に結果のフィードバックの即応性・既存の統計資料を活用することなどを踏まえ、こうした資料参照のシステムは ICT 技術・Web システムを活用してデータベース構築することが適当と考えられる。

そこで本研究では、市区町村が精神保健医療福祉システムの整備状況について全国との比較の中で把握できる = 「見える化」する活動指標の整理と、それに基づいた Web データベースを構築することを目的とする。

B. 方法

本データベースは平成 26 年度・27 年度を開発期間とする。本年度は Web システムの制作企業との打ち合わせ、精神保健福祉の関係者と精神保健医療福祉システムの進捗を把握するのに必要な指標・および既存の各種統計資料を検討し、Web データベースシステムを試験的に準備した。

なおデータベースに統合される情報としては、既存の統計・Web 上に存在するデータと、市区町村から入力されクラウド化されるデータが存在する。

C. 結果

上記の準備作業の結果、現在以下のデータベースを構築中である。

1) データベースに収集・結合される情報

データベースに統合される情報として以下を予定している。

医療機関に関する情報（既存）

医療資源に関する情報として

- ・精神科病院数（有床）
- ・精神科病床数
- ・精神科診療所数（標ぼう）
- ・精神科デイケア数
- ・精神科デイ・ナイトケア数

- ・訪問看護（主に精神）数（医療機関以外）
 - ・訪問看護（医療機関）数
 - ・訪問看護（訪問看護ステーション）数
- などを収集する予定である（表 1）。これらについては、既に公開されている医療施設調査および独立行政法人福祉医療機構による Web サイト（WAMNET）のデータを利用することが可能である。

なお、これらの一部についてはいわゆる 630 調査で把握されているものの、当該調査は市区町村データを含まないため、630 調査の担当者と協議し、市区町村データを組み込み、連結可能な形でできるかどうかを検討中である。なお『精神科医療救急 体制あり数』については医療施設静態調査で把握されているが、市区町村データを含んだ形で公開されていないため、開示請求をかける必要がある。

福祉事業所に関する情報（既存）

社会福祉資源に関する情報としては以下の下記事業所数を把握する。

- ・相談支援事業者数（計画相談）
- ・相談支援事業者数（地域移行）
- ・相談支援事業者数（地域定着）
- ・居宅介護
- ・重度訪問介護
- ・行動援護
- ・重度障害者等包括支援
- ・同行援護
- ・短期入所（ショートステイ）
- ・療養介護
- ・生活介護
- ・自立訓練（機能訓練）
- ・自立訓練（生活訓練）
- ・就労移行支援（一般型）
- ・就労移行支援（資格取得型）
- ・就労継続支援（A 型）
- ・就労継続支援（B 型）
- ・施設入所支援
- ・共同生活援助
- ・宿泊型自立訓練

- ・施設入所支援
- ・共同生活援助
- ・宿泊型自立訓練

これらについては、既に公開されている独立行政法人福祉医療機構による Web サイト (WAMNET) のデータを利用することが可能である (表 2)。

市区町村に関する情報 (既存)

当該市区町村に関する情報については

- ・人口
- ・高齢化率
- ・人口密度
- ・財政力指数
- ・歳入
- ・地方税
- ・自殺死亡者数

などを収集する予定である。Web 上で公開されている『住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数』(総務省公表)・『国勢調査』・『地方財政統計年報』より入手可能である (表 3)。

市区町村から収集する情報

なお上記の情報は公開されている既存のデータベースから把握可能であるが、活動を把握する指標としてはそれだけでは十分ではなく自治体から独自に入手する必要がある情報が存在する。それらとして以下のものをあげ収集することを検討している (表 3)。

- ・自立支援医療給付件数
- ・精神障害者保健福祉手帳給付数 (等級別)
- ・計画相談 (精神) 件数
- ・計画相談 (知的) 件数
- ・計画相談 (身体) 件数
- ・計画相談 (精神) 費用
- ・計画相談 (知的) 費用
- ・計画相談 (身体) 費用
- ・地域移行件数
- ・地域定着件数
- ・地域移行費用

- ・地域定着費用
- ・障害支援区分 (各支援区分の人数)
- ・地域活動支援センター 型事業者数
- ・地域活動支援センター 型事業者数
- ・地域活動支援センター 型事業者数
- ・地域活動支援センター 型費用
- ・地域活動支援センター 型事業費用
- ・地域活動支援センター 型事業費用
- ・自立支援医療給付費 (政令指定都市のみ)
- ・地域生活支援総事業費
- ・居住サポート事業 事業費
- ・障害福祉予算
- ・障害福祉予算中の精神保健福祉費 (算出困難な場合は未記入可)
- ・障害者計画の有無
- ・自立支援協議会の設置有無
- ・日常生活自立支援事業 (権利擁護) 利用件数
- ・成年後見制度利用件数

2) WEB データベースの仕様

ウェブデータベースは以下の形で作成予定である。

市区町村担当者のログイン画面

市区町村担当者に対して郵送で送られる ID とパスワードでログインする。(図 1)

自治体データベースのホーム画面

既に公開されているデータから把握される『医療機関データ』『福祉事業所データ』閲覧へのリンク、および市区町村によるデータの入力画面へのリンクが表示される。(図 2)

医療機関・福祉事業所データの閲覧

医療機関・福祉事業所データについて、当該地自体の情報が表示される。なお当該自治体の各数値について、全国区および都道府県内で比較するため 100 パーセントイル順位およびそれをレーダーチャートに示したものが表示される (本順位は社会資源数などについての多寡に関するパーセントイル上の順位であり、優劣を示すものではない)。(図 3・4)

なお比較する他自治体の範囲に関しては、人口規模・高齢化率・人口密度・歳入などを入力して、当該自治体に似たものにカスタマイズすることが可能である（図5）。

自治体によるデータ入力および結果の閲覧

自治体による各種数値の入力に関してもWEBで可能なようにシステムを構築している（図6）。ただし郵送による返送も可。この入力件数が一定数になり次第、医療機関・福祉事業所データと同様に、全国比較の結果表示が可能になるようにする。

D. 考察

本研究では既に公開されている既存のデータの活用および市区町村が独自に入力する情報を検討したが、本作業を進める中で、幾つかの課題が明らかになった。

1) ローデータの所在と結合について

各種統計資料についてはWeb上でローデータが公開・ダウンロード可能になっているものもあるが、結果が概略として公表されているもの、ローデータの所在が十分に把握できないものが存在する。また本研究ではWAMNETからデータを集約したり、市区町村から把握する予定の変数についても、都道府県や国民健康保険団体連合会など、他の主体が既に把握している可能性も存在する。今後情報を恒久的・集約的にとりまとめるシステムを構築する際には、さらに情報選定の妥当性・ローデータの所在および管轄・公開可能性などを検討する必要がある。

2) 市区町村データの導入・年度データなどの技術的にテクニカルな問題

医療機関・資源に関するデータについては、いわゆる630調査で把握されているものの、市区町村データが630調査に導入されていないため現段階では本研究との連結は不可能である。しかし、これについては担当者と協議し可能かどうかを検討中である。またデータ

によっては毎年度調査が実施されないもの、あるいは最新のデータか不明瞭なものなどもあり、それらをWeb上で一覧性のよい形で表示する場合にはどのようにしたらよいか、ということに関しては検討の余地があると考えられる。

なお次年度は上記の課題点を検討しつつ、次年度初頭に実際に全市区町村に調査を実施予定である。

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

表1 医療機関に関する情報

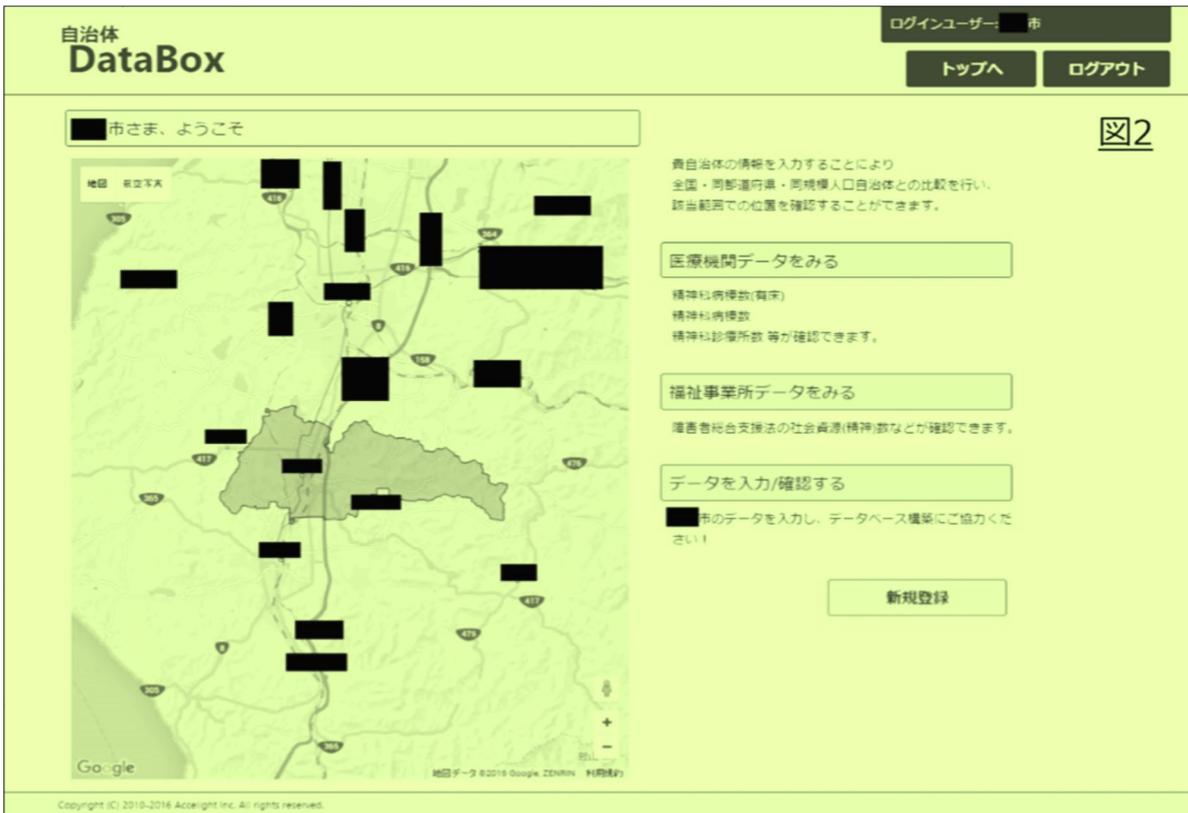
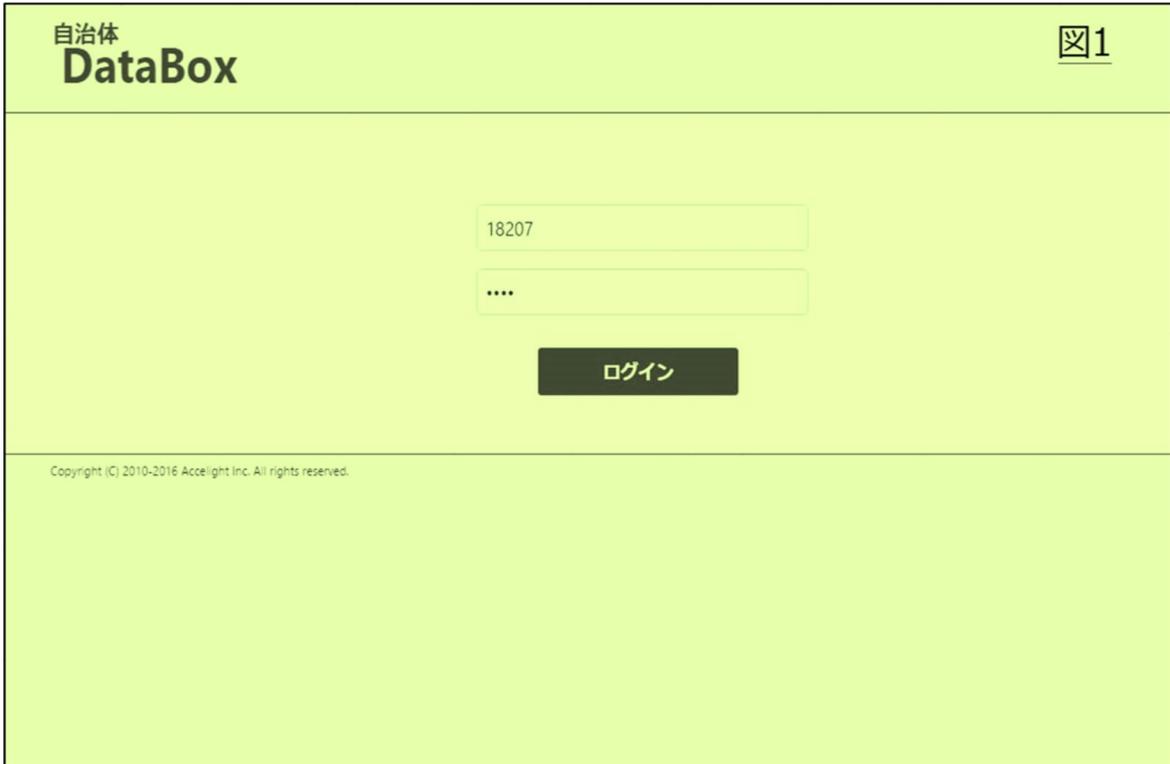
内容分類	項目	データ取得分類	リソース
医療機関データ	精神科病院数(有床)	web(Excel)	医療施設調査
	精神科病床数	web(Excel)	医療施設調査
	精神科診療所数(標ぼう)	Web	医療施設調査
	精神科診療所数(標ぼう)	Web	WAMNET
	精神科デイケア数	Web	WAMNET
	精神科デイ・ナイトケア数	Web	WAMNET
	訪問看護(主に精神)数(医療機関以外)	Web	WAMNET
	訪問看護(医療機関)数	Web+データクリーニング	WAMNET
	訪問看護(訪問看護ステーション)数	Web+データクリーニング	WAMNET
	精神科医療救急 体制あり数	Web	医療施設静態調査

表2 福祉事業所に関する情報

内容分類	項目	データ取得分類	リソース
福祉事業所データ	相談支援事業者数(計画相談)	Web	WAMNET
	相談支援事業者数(地域移行)	Web	WAMNET
	相談支援事業者数(地域定着)	Web	WAMNET
	居宅介護	Web	WAMNET
	重度訪問介護	Web	WAMNET
	行動援護	Web	WAMNET
	重度障害者等包括支援	Web	WAMNET
	同行援護	Web	WAMNET
	短期入所(ショートステイ)	Web	WAMNET
	療養介護	Web	WAMNET
	生活介護	Web	WAMNET
	自立訓練(機能訓練)	Web	WAMNET
	自立訓練(生活訓練)	Web	WAMNET
	就労移行支援(一般型)	Web	WAMNET
	就労移行支援(資格取得型)	Web	WAMNET
	就労継続支援(A型)	Web	WAMNET
	就労継続支援(B型)	Web	WAMNET
	施設入所支援	Web	WAMNET
	共同生活援助	Web	WAMNET
	宿泊型自立訓練	Web	WAMNET
	施設入所支援	Web	WAMNET
	共同生活援助	Web	WAMNET
	宿泊型自立訓練	Web	WAMNET

表3 自治体に関する情報

内容分類	項目	データ取得分類	リソース
自治体基礎情報	人口	Web	住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数
	高齢化率	Web(Excel)	国勢調査
	人口密度	web(Excel)	国勢調査
	財政力指数	web(Excel)	統計でみる市区町村の姿(総務省自治財政局「地方財政統計年報」)
	歳入	web(Excel)	統計でみる市区町村の姿(総務省自治財政局「地方財政統計年報」)
	地方税	web(Excel)	統計でみる市区町村の姿(「市町村別決算状況調」)
	自殺死亡者数	web(Excel)	内閣府 自殺の統計
自治体入力 区:東京都特別区	市区町村	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	自立支援医療給付件数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	精神障害者保健福祉手帳給付数(等級別)	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	計画相談(精神)件数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	計画相談(知的)件数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	計画相談(身体)件数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	計画相談(精神)費用	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	計画相談(精神)費用	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	計画相談(精神)費用	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域移行件数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域定着件数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域移行費用	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域定着費用	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	障害支援区分(各支援区分の人数)	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域活動支援センターⅠ型事業者数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域活動支援センターⅡ型事業者数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域活動支援センターⅢ型事業者数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域活動支援センターⅠ型費用	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域活動支援センターⅡ型事業費用	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域活動支援センターⅢ型事業費用	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	自立支援医療給付費(政令指定都市のみ)	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域生活支援総事業費	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	居住サポート事業 事業費	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	障害福祉予算	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	障害福祉予算中の精神保健福祉費(算出困難な場合は未記入可)	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	障害者計画の有無	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	自立支援協議会の設置有無	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	日常生活自立支援事業(権利擁護)利用件数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	成年後見制度利用件数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者



医療機関データをみる

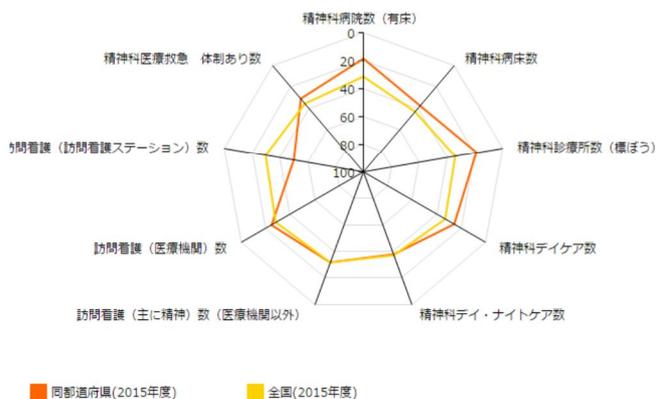
図3

データタイプ 市 同規模自治体平均 県平均 全国平均 カスタム

データ年度 2013年度 2014年度 2015年度

集計データ

項目名	2015年				
	市	県平均	県内順位	全国平均	全国順位
精神科病院数 (有床)	1	0.6	3位(18.8%)	0.8	543位(31.3%)
精神科病床数	198	143.6	6位(37.5%)	151.2	749位(43.0%)
精神科診療所数 (標ぼう)	3	2.4	3位(18.8%)	2.5	603位(34.6%)
精神科デイケア数	1	0.4	4位(25.0%)	0.4	578位(33.1%)
精神科デイ・ナイトケア数	0	0.1	6位(37.5%)	0.1	641位(36.9%)
訪問看護 (主に精神) 数 (医療機関以外)	1	0.8	5位(31.2%)	0.7	541位(31.1%)
訪問看護 (医療機関) 数	3	2.8	4位(25.0%)	2.6	501位(28.8%)
訪問看護 (訪問看護ステーション) 数	6	5.7	8位(50.0%)	5.6	521位(29.8%)
精神科医療救急 体制あり数	0	0.1	5位(31.2%)	0.1	625位(35.9%)



福祉事業所データをみる

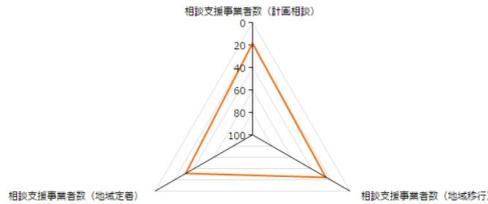
データタイプ 市 同規模自治体平均 県平均 全国平均 カスタム

データ年度 2013年度 2014年度 2015年度

図4

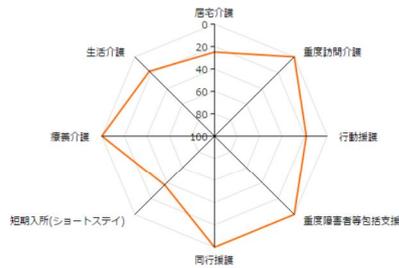
集計データ

項目名	2015年		
	市	県平均	県内順位
相談支援事業者数 (計画相談)	8	4.2	3位(18.8%)
相談支援事業者数 (地域移行)	3	1.3	4位(25.0%)
相談支援事業者数 (地域定着)	2	1.2	5位(31.2%)



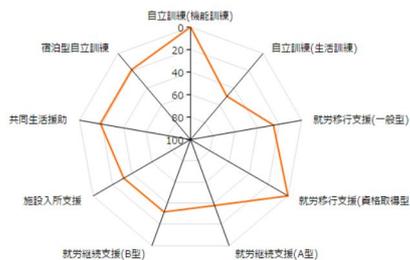
同規模自治体(2015年度)

項目名	2015年		
	市	県平均	県内順位
居宅介護	6	4.7	4位(25.0%)
重度訪問介護	0	0	1位(0%)
行動援護	3	1.2	3位(18.8%)
重度障害者等包括支援	0	0	1位(0%)
同行援護	0	0	1位(0%)
短期入所(ショートステイ)	1	0.8	6位(37.5%)
療養介護	0	0	1位(0%)
生活介護	4	1.4	3位(18.8%)



同規模自治体(2015年度)

項目名	2015年		
	市	県平均	県内順位
自立訓練(機能訓練)	0	0	1位(0%)
自立訓練(生活訓練)	1	0	8位(50.0%)
就労移行支援(一般型)	4	1.7	4位(25.0%)
就労移行支援(資格取得型)	0	0	1位(0%)
就労継続支援(A型)	5	3.3	6位(37.5%)
就労継続支援(B型)	6	2.6	5位(31.2%)
施設入所支援	2	0.7	5位(31.2%)
共同生活援助	2	4.6	3位(18.8%)
宿泊型自立訓練	0	0.1	2位(12.5%)



同規模自治体(2015年度)

ログインユーザー: 市

Box

カスタム条件編集 (N = 32)

人口規模 (人) 10000 ~ 20000
 高齢化率 (%) ~ ~
 人口密度 (人/km2) ~ ~
 歳入 (百万円) ~ ~

項目名	2015年				
	市	県平均	県内順位	全国平均	全国順位
(有床)	1	0.6	3位(18.8%)	0.8	543位(31.3%)
	198	143.6	6位(37.5%)	151.2	749位(43.0%)
数 (標ぼう)	3	2.4	3位(18.8%)	2.5	603位(34.6%)
ア数	1	0.4	4位(25.0%)	0.4	578位(33.1%)
ナイトケア数	0	0.1	6位(37.5%)	0.1	641位(36.9%)
こ精神) 数 (医療機関以外)	1	0.8	5位(31.2%)	0.7	541位(31.1%)
療機関) 数	3	2.8	4位(25.0%)	2.6	501位(28.8%)

図5

自立支援医療給付件数

精神障害者保健福祉手帳給付数

	1級	2級	3級
件数	件	件	件

計画相談

	精神	知的	身体
件数	件	件	件
費用	円	円	円

地域移行/定着

	件数	費用
地域移行	件	件
地域定着	件	件

障害支援区分 (人数)

非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
人	人	人	人	人	人	人

地域活動支援センター

	I型	II型	III型
事業者数	件	件	件
費用	件	件	件

図6

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⁾，山下眞史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ーで『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 ケ所）を管轄する市町村（358 ケ所）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

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

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

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

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

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%の自治体を実施しており、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群分けしたもとの関連をみたところ、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。行政機関においてで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、またその達成をするための課題が、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	
	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組み度

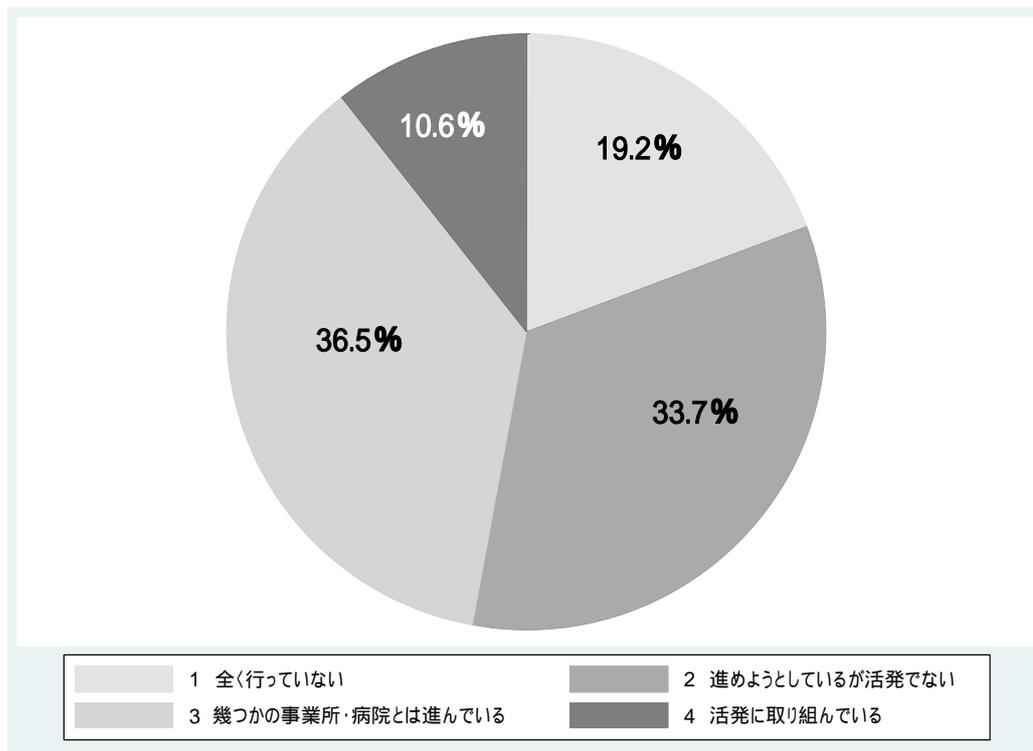


表4 システム作りのための支援実施度(詳細)

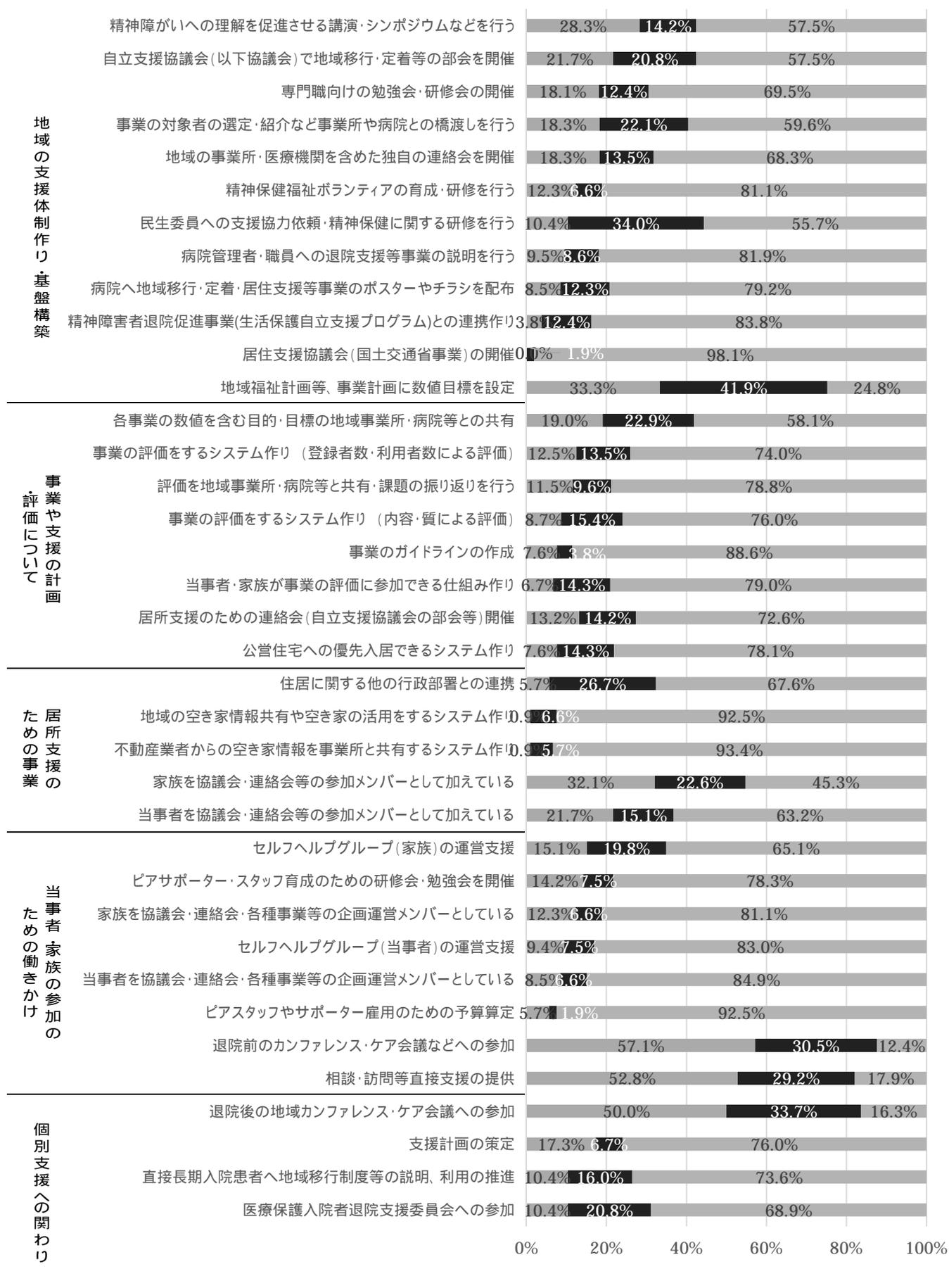


表5 地域移行支援利用者数カテゴリー別社会資源数

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			p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 型	0.0	0.5	1.0	.226
3 地域活動支援センター 型	0.0	0.0	0.0	.344
4 地域活動支援センター 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			p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 初診患者の前方視的調査

1) 対象診療所の選定

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。

「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。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

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。

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。

6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。

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、機能の全体的評価（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 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

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。

「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。

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 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 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へ感謝いたします。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

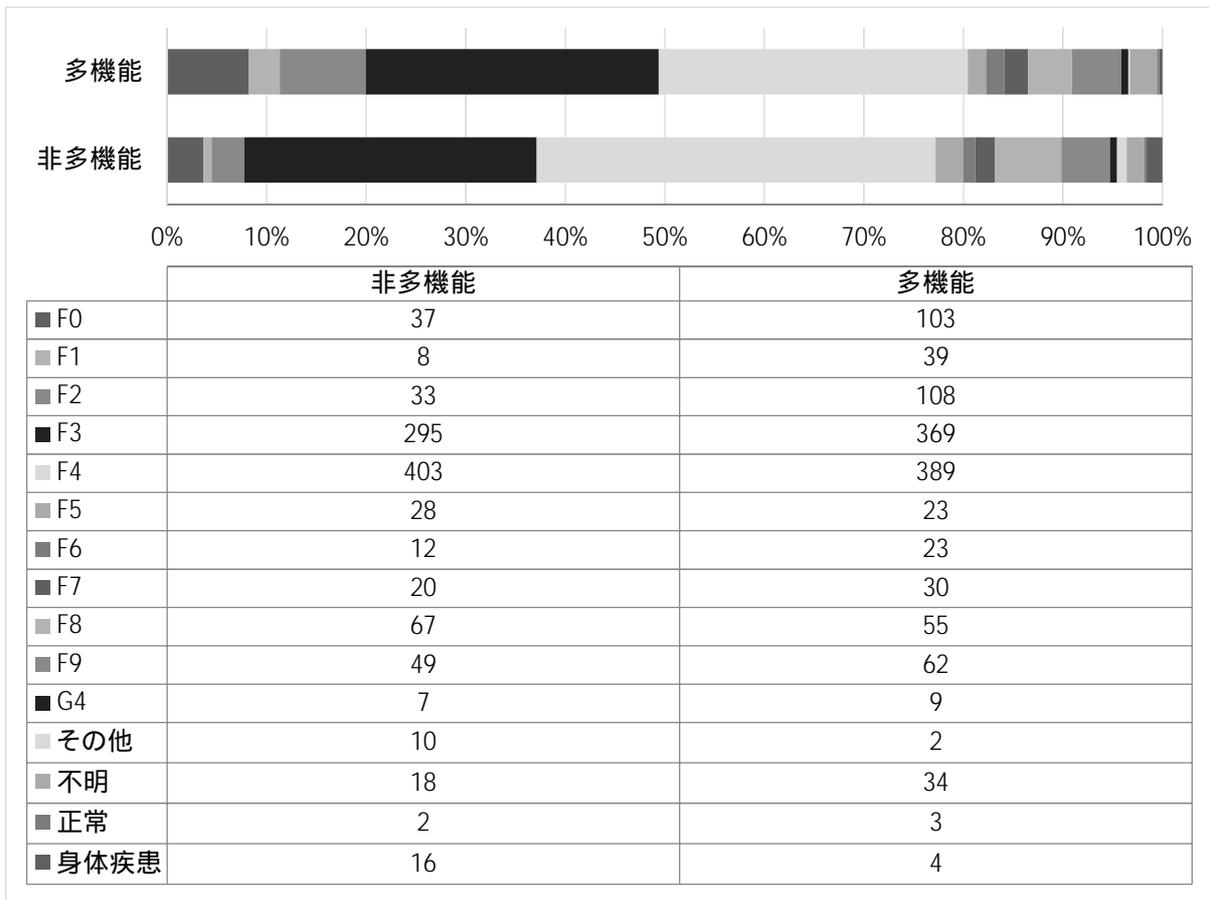


図1 初診時診断

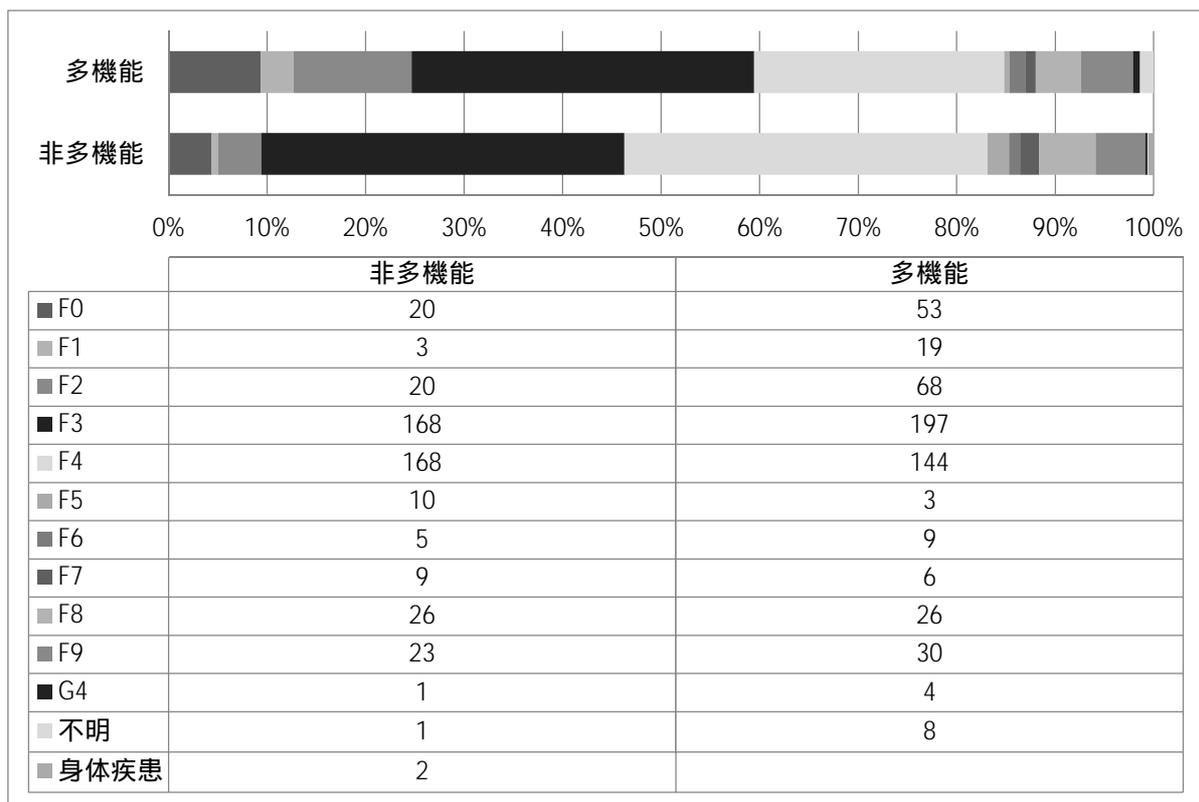


図2 6ヶ月経過時診断

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

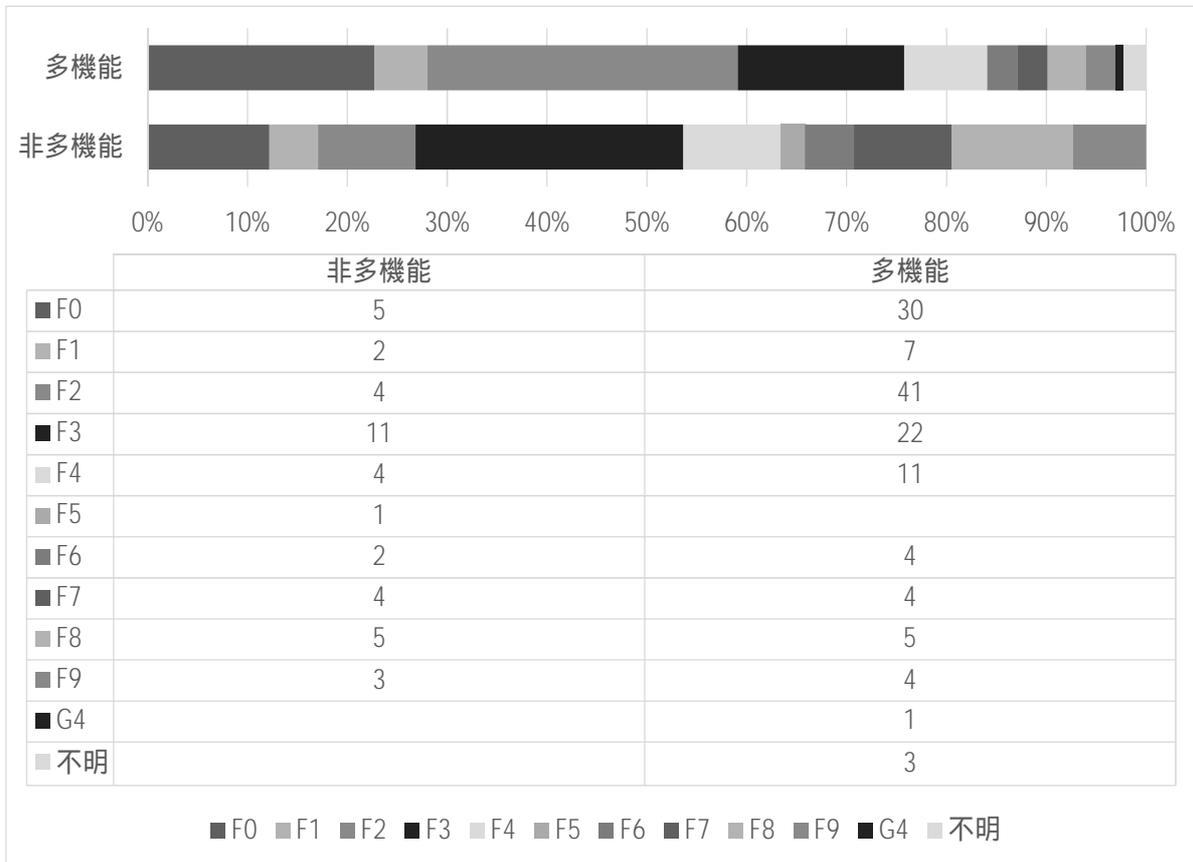


図4 6ヶ月経過時点のハイユーザーの診断

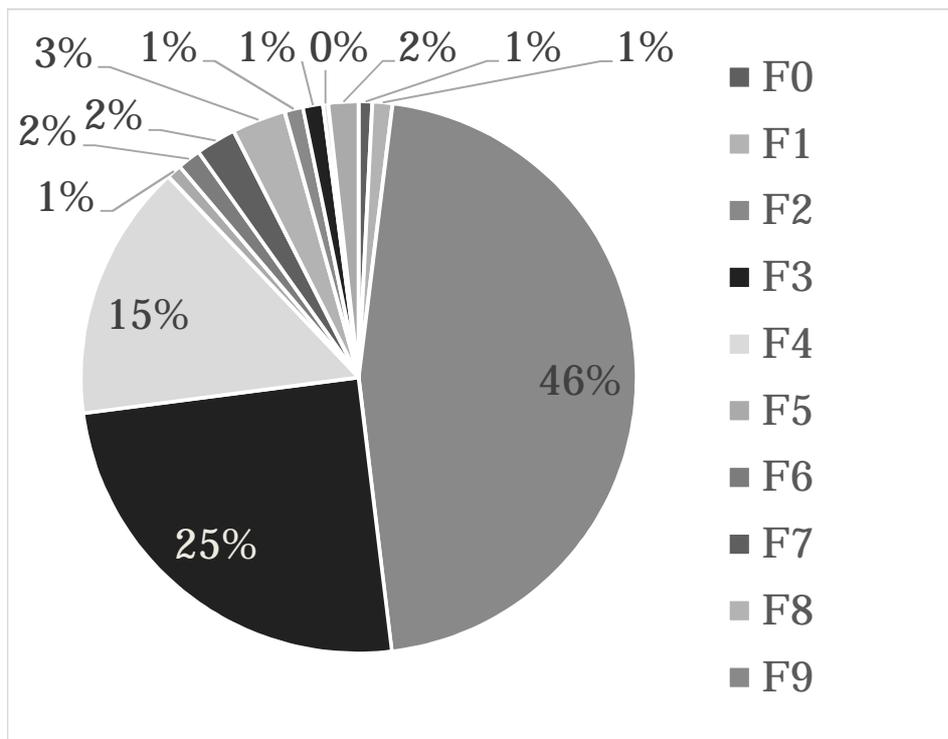


図5 Aクリニックの外来患者（H27.1026-31）の診断（N=1023）

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 カ月） 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

氏名() クリニックID 研究用ID

別紙2

()月 研究用ID

外来・ 訪診	外来診療	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	所用時間(分)																																
	訪問診療 または住診	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	所用時間(分)																																
看護・ 相談	訪問看護	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	所用時間(分)																																
	面談(看護)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	所用時間(分)																																
	面談(心理)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	所用時間(分)																																
	面談(PSW)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	所用時間(分)																																
会議	院内 ミーティング	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	所用時間(分)																																
	地域ケア会 議等	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	所用時間(分)																																
デイ 入所	デイケア	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	ナイトケア	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
入所	入院	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	ショートステイ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

福祉 利用 状況 サービス	ホームヘルプ	法人内 外部	今月から利用開始	利用中	利用中止 (中止理由)
	就労移行支援	法人内 外部	今月から利用開始	利用中	利用中止 (中止理由)
	就労継続支援A	法人内 外部	今月から利用開始	利用中	利用中止 (中止理由)
	就労継続支援B	法人内 外部	今月から利用開始	利用中	利用中止 (中止理由)
	グループホーム	法人内 外部	今月から利用開始	利用中	利用中止 (中止理由)
	その他()	法人内 外部	今月から利用開始	利用中	利用中止 (中止理由)
	その他()	法人内 外部	今月から利用開始	利用中	利用中止 (中止理由)

その 診 他 断 指 書 示	自立支援医療診断書	月 日 作成	その他特記事項
	障害年金診断書	月 日 作成	
	精神障害者保健福祉手帳診断書	月 日 作成	
	外部デイケア	月 日 指示	
	外部訪問看護	月 日 指示	
	その他	月 日	

研究用 ID

氏名

研究用 ID

現在の診断

住所

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

精神科入院歴： あり (回 計 カ月) 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

別紙 4

研究用 ID

診療所 ID

.....キ リ ト リ.....

研究用 ID

主診断

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

研究用 ID

診療所 ID

.....キ リ ト リ.....

研究用 ID

初診年月日

年

月

日

年齢

歳

性別

男

女

住所（町名までまたは郵便番号のみ）：

同居家族：あり（ ） なし

居住形態：自宅 グループホーム その他（ ）

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

精神科入院歴： あり（ 回 計 カ月） なし

自立支援受給者証： あり なし

精神障害者保健福祉手帳： （ ）級 該当なし

障害年金： （ ）級 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

併存障害： あり（身体 知的 ） なし

身体合併症： あり（ ） なし

外来受診以外に利用中のサービス

デイケア・ショート・ナイト：当院 他院 医療機関以外（週平均 回利用、登録のみ）

訪問看護：同一法人 他法人（週平均 回利用）

カウンセリング・心理相談：同一法人 他法人（週平均 回利用）

その他利用中の障害福祉サービス等

次回外来受診予定

日後

週後

ヵ月後

今回で終診

他院紹介

入院

全国の多職種アウトリーチ支援チームのモニタリング研究

研究分担者： 萱間真美¹⁾

研究協力者：角田 秋¹⁾，小高恵実²⁾，廣川聖子³⁾，大橋明子¹⁾，佐藤 鏡¹⁾，木戸芳史⁴⁾，
渡邊 碧²⁾，村方多鶴子⁵⁾，関本朋子⁶⁾

- 1) 聖路加国際大学
- 2) 上智大学
- 3) 首都大学東京
- 4) 東京大学大学院
- 5) 訪問看護ステーション卵
- 6) 聖路加国際大学大学院

要旨

【目的】我が国では、既存の精神保健・医療・福祉サービス提供体制で支援が行き届かない対象に対し、多職種がチームで包括的サービスを提供するアウトリーチ支援の確立が急務である。平成 23 年開始の「精神障害者アウトリーチ推進事業」を踏まえ、平成 26 年度には「精神科重症患者早期集中支援管理料」が新設された。本研究は、この制度の実施状況や実施にあたる課題を明らかにすることを目的としている。研究 2 年度目である本年は、「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている医療機関において、その実施体制や、サービス利用者の特性、ケア内容を具体的に明らかにし、本制度の活用モデルを示し、実施にあたっての困難や課題について明らかにすること、および、制度を届出している施設に昨年に引き続きインタビューを行い、体制及び対象者の状況を把握した。

【方法】「精神科重症患者早期集中支援管理料」の算定をしている医療機関に対し、算定までの経緯、対象者の状況、支援内容について、カルテ調査を行い、制度の活用状況を把握した。また、届出医療機関に対し、実施状況やサービス提供体制、困難や課題について半構造的インタビューを実施した。

【結果】26 年度新設の「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている施設は、27 年 8 月の時点で、全国で 11 施設であった。そのうち 27 年 12 月までに支援が終了したケースは 6 施設 13 事例であった。多くは 1 年以上入院の患者であり、カンファレンスの開催、家族や周囲への退院後の手厚い支援の保障、手厚い支援の実施、服薬継続支援のために、活用されていた。支援対象者の多くはその後地域生活を継続していた。本制度に関するインタビューでは、患者の算定要件、および施設基準の厳しさが報告された。

【考察】本制度は、28 年度診療報酬改定で障害福祉サービスの利用者も利用できるようになること、24 時間往診が必須要件でなくなることから、今後さらなる普及が見込まれ、引き続き制度の利用状況の調査を行うとともに、他サービスとどのように関連させ活用されていくのかについても、継続的に調査することが重要となる。加えて、利用者への客観的・主観的なサービス評価の実施、および、スタッフやチームへの本制度の波及効果（多職種カンファレンスによる効果等）についても評価を行っていく必要がある。

A. 研究目的

近年の我が国における精神保健医療福祉施策の基本的方策は「入院医療中心から地域生活中心へ」であり、これまで精神科病院からの地域移行と地域生活支援の拡充が推進されてきた。しかし、既存の保健・医療・福祉のサービス提供体制では支援が行き届かない対象者に対しては、多職種で構成されるスタッフが在宅を訪問し、包括的なサービス提供を行う新たなアウトリーチ体制の確立が急務である。

厚生労働省は平成 23 年度から 25 年度にわたって「精神障害者アウトリーチ推進事業」を展開し、24 道府県 37 機関に多職種アウトリーチチームを設置することで、未治療者・治療中断者・長期入院及び入退院を繰り返す対象者に対してアウトリーチサービスを提供したが、これにより入院（再入院）抑制や症状や社会機能の改善に対して一定の効果が示された¹⁾。これを踏まえ、平成 26 年度の診療報酬改定では、精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の一層の推進を目指して、病状が不安定な患者への多職種チームによる在宅医療の評価である「精神科重症患者早期集中支援管理料」として一般制度化された。

この診療報酬制度は、長期入院患者、又は入退院を繰り返し病状が不安定な患者に対して、退院後早期に、精神保健指定医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療及び精神科訪問看護を実施するとともに、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議を開催することを評価するものであるが、実際の実施状況やサービス提供体制、対象者へのケア内容、実施にあたっての課題等については明らかになっていない。

本研究は 3 年度計画の 2 年度目として、「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている医療機関で、その実施状況やサービス提供体制、サービス利用者へのケア内容、

実施にあたっての困難や課題について引き続き明らかにすることと、実際の支援例から本制度がどのような支援対象に適応されているのか、これまでの診療報酬と組み合わせどのように使用されているのか、本制度導入で新たに可能になった支援とその効果について明らかにすることを目的として調査を実施した。

本研究によって「精神科重症患者早期集中支援管理料」の基準に基づいたケアの実際が明らかになることで、サービス提供を検討している全国の施設に対して先行モデルを提示することができ、制度の普及に資することで地域生活支援の充実が図られると考えられる。これまでの支援体制とより充実した体制整備に向けた基礎資料となると考えられる。

B. 方法

1. 研究デザイン

カルテ調査およびインタビュー調査（半構造的インタビュー、内容分析）

2. 調査方法および内容

1) 対象患者カルテ調査

(1) 調査対象施設および対象者

平成 27 年 8 月現在「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出がある全 11 施設のうち、平成 27 年 12 月までに本管理料による支援が終了したケースを対象とした。

(2) リクルート方法

各地方厚生局から公示されている「精神科重症患者早期集中支援管理料」届出済の機関から、サービスを提供しているチームを検索したところ、11 医療機関が該当した。全施設に電話で問い合わせをし、27 年 12 月までに支援が終了したケースがあったとした 6 施設に対し、支援が終了した全ケースについて、調査を依頼した。

(3) 方法

担当者へ書面による同意を得たのち実施した。調査票を郵送し、支援が終了した全ケー

スについて、支援担当者に、以下についてカルテからの記載を依頼した。

算定開始時（退院時）

- ・基本属性：性別、年齢、婚姻状況、世帯状況、居住形態、経済状況
- ・状況：対象者の類型、精神科診断名、身体合併症、主診断の発症年齢、精神科病床への入院歴、服薬管理状況、処方内容、精神障害者保険福祉手帳の有無、自立支援医療費（精神通院）申請の有無、退院直後から導入したその他のサービス、対象者の状況及び支援提供に至る経緯
- ・精神症状及び社会機能：機能の全体的評価尺度（GAF：Global Assessment of Functioning）

算定終了時

- ・基本属性：世帯状況、居住形態、経済状況
- ・状況：支援の転帰、服薬管理状況、処方内容、精神障害者保険福祉手帳の有無、自立支援医療費（精神通院）申請の有無、算定終了後から導入したサービス、対象者の状況及び支援提供に至る経緯
- ・精神症状及び社会機能：機能の全体的評価尺度（GAF）

支援経過

- ・支援内容：実施日及び時間、ケア内容、診療報酬算定上の位置付け、担当職種、加算

2) 制度に関するインタビュー調査

(1) 調査対象施設および対象者

平成 27 年 8 月現在「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている医療機関(11 カ所、うち昨年度調査対象 6 カ所、今年度新規調査対象 5 カ所)について、サービスを提供する部署の責任者あるいは担当者を対象とした。

インタビューは平成 27 年 8 月～28 年 1 月

にかけて実施した。

(2) リクルート方法

各地方厚生局から公示されている「精神科重症患者早期集中支援管理料」届出済の機関から、サービスを提供しているチームを検索した。その結果、今年度新たに 5 医療機関が該当し、計 11 施設が対象となった。責任者に対し、研究目的、研究方法と内容、データの使用目的について記載した依頼文書を研究者より送付し、本研究に関する説明とリクルートを行い、同意書の返送をもって同意を得た。

(3) 方法

新規調査対象(5 施設)については、半構造的面接法により、インタビューガイドを用い、インタビューを行った。録音されたインタビューデータから逐語録を作成し、「精神科重症患者早期集中支援管理料」の実施状況やサービス提供体制、サービス利用者へのケア内容、実施にあたっての困難や課題に焦点を当て、コーディングしたのち、類似した内容を整理し、算定要件ごとに、現状と要望を整理した。昨年度インタビュー実施機関(6 施設)については、電話で同様のインタビューを行い、支援対象者の有無等、チームの状況を確認した。

3. 倫理面への配慮

カルテ調査およびインタビュー調査について、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の審査を受け、実施した。個人情報保護法およびその他関連諸法規を遵守し、研究者は研究協力者及びサービス利用者の個人情報は取得しないこととした。

調査データは研究者及び共同研究者のみが取り扱い、インタビューのテープおこしはプライバシーポリシーを明記している業者に委託した。対象となる機関の管理者に対して、研究の目的、方法、内容について説明し、承認を得てから行った。

C. 結果

1. 届出機関の概要

平成 27 年 8 月現在「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている 11 カ所の医療機関から回答を得た（表 1）。「精神障害者アウトリーチ推進事業」を受託していた機関が 3 施設、受託していなかった機関が 8 施設であった。

届出機関における訪問看護の提供体制の区分は、「院内から訪問看護を実施」（管理料 1）が 9 施設、訪問看護ステーションと連携しているのは 2 施設であった。また、インタビュー時点での算定終了ケース数は、0 件が 5 施設、1 件が 3 施設、2 件が 2 施設、6 件が 1 施設であった。

表 1 インタビュー・カルテ調査実施機関の概要

ID	届出状況	支援終了 ケース	支援中 ケース	インタビュー対象 括弧内は人数
A	院内完結型	0	0	精神保健福祉士
B	院内完結型	6	2	医師、精神保健福祉士
C	院内完結型	0	0	医師
D	院内完結型	2	0	医師、看護師、 作業療法士、精神保健福祉士
E	院内完結型	0	0	看護師
F	院内完結型	2	0	作業療法士
G	院内完結型	1	0	作業療法士、事務職員
H	訪問看護ステーション と連携	0	0	精神保健福祉士
I	院内完結型	1	0	精神保健福祉士（2）
J	訪問看護ステーション と連携	0	0	看護師
K	院内完結型	1	0	精神保健福祉士

1) 支援対象者の状況

本算定料による支援が終了した支援対象者の概要を(表2)にまとめた。

対象者の年代は30代から80代と幅広く、男性5名、女性8名であった。診断名は、統合失調症が11名、気分障害が2名であった。

1年以上の入院者が8名、入退院を繰り返す者が5名であった。入退院歴は1回から30回と幅広く分布していた。支援期間は2か月から期限の6か月までであり、支援終了後も地域生活を続けている対象が9名、入院が3名、施設入所が1名であった。

表2 支援ケースの概要

ID	年代性別	診断名	類型	入院歴	支援導入の経緯	経過	算定期間	その後のサービス
1	40代女性	統合失調症	長期	2回	院内で退院促進の動きが活発化したため	地域生活継続	6か月	訪問看護・デイナイトケア
2	60代女性	統合失調症	長期	4回	手厚い支援が必要	地域生活継続	5か月	デイケア
3	40代女性	統合失調症	繰り返し	10回	内服継続支援が必要	入院	4ヶ月	なし
4	40代女性	気分障害(双極性障害)	繰り返し	4回	手厚い支援が必要	地域生活継続	2ヶ月	訪問看護
5	70代女性	統合失調症、認知症	長期	30回	多職種カンファレンスが必要	入院	3ヶ月	なし
6	30代女性	気分障害、精神遅滞	繰り返し	4回	多職種カンファレンスが必要	地域生活継続	3ヶ月+6ヶ月	都道府県アウトリーチ事業
7	30代男性	統合失調症	長期	不明	多職種カンファレンスが必要	入院	2ヶ月	なし
8	30代男性	統合失調症、パーソナリティ障害	長期	2回	家族、保健所共に退院を反対したが本制度での支援を保障し説得	地域生活継続	4ヶ月	不明
9	60代女性	統合失調症	繰り返し	10回	家族が退院を心配し反対したが本制度での支援を保障し説得	地域生活継続	6ヶ月	カルチャースクール(民間)
10	80代女性	統合失調症	長期	初回	多職種カンファレンスが必要	施設入所	5ヶ月	グループホーム
11	40代男性	統合失調症	長期	6回	母親が退院を心配し反対したが本制度での支援を保障し説得	地域生活継続	6ヶ月	訪問看護
12	40代男性	統合失調症	長期	10回	保証人の意向から万全の体制で退院する必要があったため	地域生活継続	6ヶ月	訪問看護
13	30代男性	統合失調症	繰り返し	10回	内服継続支援が必要	地域生活継続	6ヶ月	訪問看護

(類型) 長期：1年以上入院、繰り返し：入退院を繰り返す者

2) カルテ調査結果

「精神科重症患者早期集中支援管理料」の算定が終了したケースについて、カルテ調査を

行ったケースごとに示した。

なお、太字で本管理料算定により実施可能となった支援を示す。

ID1

基本情報
40代 女性 独居 家族と別居 家族の扶養 精神障害者保健福祉手帳 2級
類型
1年以上の入院
精神科診断
統合失調症 (入院前他院では BPD の診断)
精神病床への入院歴
2回
身体合併症
なし
生育歴・現病歴
【初発から今回の入院までの経過】 20代後半で精神科受診、BPD の診断。外資系企業、IT 関係の会社等で途切れ途切りに働いていた。30代前半の他院受診時にも情緒不安定が主訴で BPD の診断。薬物療法を受けてきた。内服に拒否的で、妄想的な言動や不安感があり、対象施設へは m-ECT 目的で転院してきたが、統合失調症の診断となる。m-ECT を外来で 9 回実施するが改善せず、家族の相談から医療保護入院となった。
【今回の入院後から退院に至るまでの経緯】 入院中は不安、焦燥感から操作性があった。不安が強まることもあり、本人は退院を希望せず、入院期間が 1 年以上となっていた。妄想的な言動はおさまってきていたが、長期化した理由として、不安感の強さ、ストレス耐性の脆弱さ、環境変化の適応に時間がかかることが考えられた。また、両親が highEE であり、家に帰ると折り合いがつかなくなることを予想されていた。病院の近くに本人だけが引越し、退院と同時に独居生活開始となった。
退院時の GAF スコア
39
算定の経緯
退院のきっかけは「精神科重症患者早期集中支援管理料」によるわけではなかったが、行政の退院促進会議が活発化したこと、医療者も社会的入院を危惧していたことから、方法を探っていたところであった。

支援経過
<p>【支援開始初期】</p> <p>退院翌日より早朝送迎でデナイトケア利用開始。環境変化に過敏で常に不調を訴える。集団に入ることが困難で刺激の少ない環境に移動し常にスタッフの近くにいる。音や人にストレスを感じ、頓服薬を内服する回数が多い。自立した単身生活を送ることは難しいため、毎日デナイトケアか訪問看護のサービスが入り支援している。地区担当保健師も退院時から対象者を把握。何かあったら、という立場で関わってきた。</p> <p>【支援期間中】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・6カ月間、週6日デナイトケア(送迎あり)利用。 ・訪問看護は週2回20分ずつ(日曜と平日)、往診は2週に1回15分。 ・6か月間状態変化なし、サービス提供量は一定。 ・訪問看護での支援内容は「生活の観察」「症状観察」「服薬確認」であり、ほとんどの訪問をOTが担当。 ・往診や訪問看護があった日もそれ以外の時間を一人で過ごせず、報酬外(病院の持ち出し)でデナイトケアを利用。 ・退院当初は対象者の親から週に1,2回、15分程度の相談電話があった。 ・訪問時以外はデナイトケアで過ごす。訪問ではデナイトケアでの愚痴を言い発散でき、多角的なサポートができた。訪問では掃除などの変化で症状がわかる。生活の場では、生活の話がしやすかった。 <p>【支援終了時】</p> <p>6か月間の変化として、徐々に環境に慣れ、集団の中で過ごせるようになった。不安・不調の訴えは続いているが減少し、頓服服用回数も減少傾向。環境刺激などのストレスの対処法をスタッフに相談することで少しずつ獲得している(認知行動療法として)。病院周辺を散歩するなどの気分転換できるようになったが買い物など一人では難しく家族の協力(日曜日に訪問あり)で在宅生活を維持。訪問看護時に外出訓練を行う。予期不安の強さは以前からあるが経験を重ね徐々に対処できることが増えている。</p> <p>支援6か月終了前に、地区担当保健師が代わったが、顔合わせをして引継ぎをし、後は何かあったら連携していくこととなった。</p>
支援の転帰
地域生活を継続している状態
算定終了時のGAFスコア
43
算定中に利用したその他のサービス
往診、訪問看護、デナイトケア
算定終了後に利用したその他のサービス
往診、訪問看護、デナイトケア。障害福祉サービスの利用はない。

ID2

基本情報
60 歳代 女性 夫と子供と同居 老齢年金受給 精神障害者保健福祉手帳なし 自立支援医療費
類型
1 年以上の入院 入退院を繰り返す者
精神科診断
統合失調症
精神病床への入院歴
4 回
身体合併症
高血圧
生育歴・現病歴
<p>【初発から今回の入院までの経過】</p> <p>4 人同胞の第 3 子として出生した。高校卒業後、就職した。その後、現在の夫と結婚し、2 子をもうけた。X-10 年前までは、夫の仕事の手伝いやパートをしていた。</p> <p>40 歳代後半頃より独語が出現したが、家族はそういうものと思っていた。X-13 年には妄想的な言動が見られるようになった。X-11 年、人間関係で悩みパートを辞めた。X-10 年、独語が顕著となり、奇異な行為も出現するようになった。次第に、「やくざがおいかけてきている」、「ここは怖くて眠れない」と警察に相談するようになったため、約 2 か月間医療保護入院となった。退院約 3 か月後に治療を中断し、被害妄想による言動があり、警察に訴えるようになっていった。X-9 年に、再度医療保護入院となり、3 か月間入院した。退院後は通院を中断しなかったが、被害妄想が顕著となり、X-8 年に医療保護入院となり、約 1 年間入院していた。その後も、通院の中断や顕著な妄想言動、警察への相談や電話が頻回となり、3 ヶ月以上の入院が 4 回あった。妄想は依然続いている。</p> <p>【今回の入院後から退院に至るまでの経緯】</p> <p>症状の軽快までは 2 年を要し、服薬や通院継続に手厚い支援が必要であるため退院は困難と考えられていた。夫が仕事を調整し、介護をするとの希望が出されたのをきっかけに、夫と協力して自宅での支援を継続し、退院することとなった。</p>
退院時の GAF スコア
37
算定の経緯
<p>症状の軽快に 2 年以上を要し、なお妄想が継続し、それに基づいた頻回な電話があった。開放病棟での生活は可能であったが、服薬や通院継続に手厚い支援が必要であるため退院は困難と考えていた。夫が仕事を調整し、介護をするとの希望が出されたのをきっかけに、夫と協力して自宅での支援を継続していくために算定料を導入した。</p>

支援経過
<p>【支援開始初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援医療費の申請はしていたが、支給決定がされていなく、経済的なことや高血圧で身体的面での不安もあったため、それらについて相談や支援から開始し、関係づくりを行った。 ・看護師と精神保健福祉士の2名で、週2回の訪問を行い、主に身体状態のアセスメント（血圧）、服薬確認、日常生活状況についての情報収集と相談を行った。 <p>【支援期間中】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・服薬忘れや夫が服薬を十分にサポートできていなかったことがあったため、支援2か月目頃より、外来受診し処方を受けたその日に薬のセットをするために訪問を増やした。 ・ご本人が好きな趣味活動があり、デイケアでも実施できるため、デイケア参加を進めた。初めは、疲労が強くなり休むことがあったが、体調を整える支援を行い、夫が通所のサポートに協力が出来たため、次第に安定してデイケアに通所できるようになった。 ・高血圧予防のために食事内容の相談や多職種会議に栄養士が参加する機会があった。 <p>【支援終了時】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夫のサポートにより、服薬のセットや確認、デイケアや外来への通院が安定してできるようになった。一人で趣味活動に参加し、地域の人と安心してかかわることもできるようになった。 ・多職種会議が開催できなかったため、算定終了となった。
支援の転帰
訪問看護とデイケアを利用しながら地域生活を継続している。デイケアと外来通院には、夫がサポートのより安定してできるようになった。
算定終了時の GAF スコア
53
算定中に利用したその他のサービス
デイケア
算定終了後に利用したその他のサービス
デイケア 訪問看護

ID3

基本情報
40代 女性 独居 精神障害者福祉手帳なし
類型
入退院を繰り返す者
精神科診断
統合失調症
精神病床への入院歴
10回
身体合併症
不明
生育歴・現病歴
<p>【初発から今回の入院までの経過】</p> <p>20代前半で発症。発症から初診までの期間は11か月。通算入院回数は10回で、X-6年から毎年入院している。両親はすでに亡くなっており、実家に一人で住んでいる。</p> <p>生活行動は常に精神症状の影響を受けており、「家族が東京にいる」という妄想に影響され、東京へ出奔が頻回にみられ、都内で保護されることが多かった。他院にも入院したことがあるが、退院支援が困難と判断され、当該病院に転院したこともある。</p> <p>服薬コンプライアンスはかなり悪く、支援がないとすぐに薬を飲めなくなってしまう。服薬中断して精神症状が悪化し、出奔を繰り返すことが頻回にみられた。</p> <p>【今回の入院後から退院に至るまでの経緯】</p> <p>緩和困難な精神症状があることから、クロザリルを処方されることとなり、導入後に精神症状が多少軽快した。精神症状が軽快したところで退院となった。</p>
退院時のGAFスコア
35
算定の経緯
<p>これまでの経過の中で、服薬コンプライアンスが不良であり内服中断の危険が高かったこと、内服している薬がクロザピンであり確実な内服が必要であることを踏まえ、届け出もしているため、当該制度を使って頻回に訪問して支えてみよう、ということになった。*算定期間はX-1年6月～9月であった</p>

支援経過
<p>【支援初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・週に1度多職種によるカンファレンスを実施していた。(医師、看護師2名、作業療法士、臨床心理士、精神保健福祉士2名)内容は、出奔時の捜索方法など対象者に起こりうる事故のリスクとその対処に関する話し合いがほとんどであった。(対象者の生活に関してまで、話が及ばないことが多かった) ・服薬カレンダーを使用し、クロザピンの内服確認をしていた ・クロザピン処方の関係上2週に1度診察があるので、同行受診のために複数名で迎えに行っていた ・訪問に拒否傾向がある方だったので、食事がとれているか、薬を飲んでいるかを生活の状況から確認し、20分ほどの訪問で切り上げることが多かった。 ・最初の2週間は訪問ができ、内服確認もできていた。 <p>【支援期間中】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・だんだん、訪問にいても不在や拒否されることが多く、往診時も不在・拒否が多くなってきた。 ・訪問回数は6月:11回、7月:17回、8月:15回、9月:10回であったが、後半の方は会えないことの方が多かった。 ・拒否がみられたので、訪問時間は開始時と変わらず、20~30分ほどとしていた。しかし、月1回の往診が有効か分からなくなってきた。 <p>【支援後期】</p> <p>往診や頻回な訪問が有効か分からなくなってきたこと、本人の拒否により、本人と会えないことが増えてきたことから、算定を終了することとなった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の精神症状や生活行動に明らかな変化は見られなかったが、支援開始後の2週間服薬が続けられていたことは、おそらくこの方の最長記録であり、その間には出奔もなかった。
支援の転帰
しばらくは訪問の頻度を調整して支援していたが、精神症状の増悪と出奔が頻回になったことから入院となり、抗精神病薬をゼプリオンに切り替えた。
算定終了時のGAFスコア
35
算定中に利用したその他のサービス
なし
算定終了後に利用したその他のサービス
なし

ID4

基本情報
40代 女性 独居 賃貸住宅 家賃収入
類型
入退院を繰り返す者
精神科診断
気分（感情）障害（双極性障害）
精神病床への入院歴
4回
身体合併症
不明
生育歴・現病歴
<p>【初発から今回の入院までの経過】</p> <p>30歳代前半に発症。過去の精神科入院回数は4回あり、前回の退院後3か月経過せず再入院となった。直近の入院は、家族間のトラブルをきっかけに躁状態が悪化し警察介入にて医療保護入院となった。</p> <p>【今回の入院後から退院に至るまでの経緯】</p> <p>入院中は心理教育を中心に支援が提供され、3か月以内で退院となった。</p>
退院時のGAFスコア
35
算定の経緯
心理教育の継続や服薬支援、引っ越しに伴う環境調整など退院直後から多くの支援の必要性があり、管理料算定の要件をみたしていたため算定することとなった。

支援経過
<p>【支援開始初期～支援期間中】</p> <p>入院中から心理教育を実施しており、退院後も睡眠を中心とした生活リズムや気分の変化、日々の出来事などに関する相談・助言を実施していた。服薬カレンダーを導入し、内服確認や作用・有害作用に関する情報提供を実施していた。ケース自身が工夫できている点には肯定的にフィードバックしていた。月に1回程度納税や引っ越しの手続き等を手伝い、必要時には患家外への趣味活動や不調時の買い物代行を実施した。週に1回15分程度は不眠に関する内容を中心に電話対応をした。また、遠方に住む家族（キーパーソン）との調整のために、月に1回40分程度の家族への電話対応をした。</p> <p>【支援終了時】</p> <p>娘の結婚も動機づけとなってケース自身で対処できることが増え、頻回の訪問の必要性がなくなった。行きすぎると、本人のペースを乱すこと考え、訪問回数を減らした。医師が往診に行ったことで、関係づくりができた。</p>
支援の転帰
地域生活を継続している
算定終了時の GAF スコア
45
算定中に利用したその他のサービス
訪問看護、往診
算定終了後に利用したその他のサービス
訪問看護

ID5

基本情報
70代 女性 配偶者（認知症、未診断）と自宅にて2人暮らし 老齢年金、精神障害者福祉手帳なし 自立支援医療申請済み 要介護認定（要介護5）
類型
1年以上精神病床に入院して退院した者
精神科診断
精神科診断名：F2 統合失調症 副診断F0 主診断の発症年齢：10代後半 発症から初診までの期間：1年
精神病床への入院歴
通算30回以上の入退院歴あり
身体合併症
糖尿病、高血圧あり
生育歴・現病歴
<p>【初発から今回の入院までの経過】</p> <p>本人の主診断は統合失調症となっているが、現在は認知症の方が主体となっている。本人とは疎通を取ることもしばしば難しい状態で、家はごみ屋敷、排泄のセルフケアもできていない状態であった。本人の身の回りのこと、および服薬管理は配偶者がしていたが、配偶者もおそらく認知症であり（本人は薄々気づいているが受診を拒んでおり、診断はついていない）、内服が不規則的になる等、サポートの不足がみられるようになった。</p> <p>【今回の入院後から退院に到るまでの経緯】</p> <p>内服が規則的にできていなかったため、入院中にゼプリオンを導入して退院となった。</p>
退院時のGAFスコア
25点
算定の経緯
<p>地域で生活していくためには家族のサポートのみでは不足しており、多くの福祉サービス導入が必要であることが考えられるケースであった。今後のケア方針など、他の施設や多職種で話し合っていく必要があったため、定期的なカンファレンスが開催できる当該制度を利用した。</p>

支援経過
<p>【支援初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問は最低でも中1日(週3~4日)で行い、1日複数回訪問も算定していた。複数回訪問は、朝と夕に行くことが多く、服薬や生活状況のモニタリング、環境調整・環境整備が主であった。 ・カンファレンスは、アウトリーチメンバーのカンファレンスが週に1回、約30分、関係者間の会議は月に1回行っていた。内容は、訪問状況の確認、日々のケアや様子の確認、今後の課題、サービスをどうしていくか、配偶者の支え方や配偶者の疾患(どのように受診につなげられるか)であった。 ・往診にて、ゼプリオンの筋肉注射を行っていた。 <p>【支援期間中】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスの導入を検討し、調整して導入した。 <p>【支援後期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・デイサービス導入後まもなく本人の状態が悪化。興奮がみられるようになった。 ・本人が一人で家の外に出て行ってしまっって捜索する事態になり、配偶者より、もうみきれないと申告があり、入院となった。
支援の転帰
入院
算定終了時の GAF スコア
25 点
算定中に利用したその他のサービス
デイサービス
算定終了後に利用したその他のサービス
なし(自宅退院は厳しく、施設入所の方針)

ID6

基本情報
30代 女性 配偶者（精神疾患あり）と自宅（賃貸）にて2人暮らし 生活保護、障害年金、療育手帳あり 自立支援医療申請済み 障害程度区分3
類型
入退院を繰り返す者
精神科診断
主診断：F3気分障害 副診断：F7精神遅滞 主診断の発症年齢・発症から初診までの期間： 20代前半で発症。発症後まもなく警察介入があったため入院
精神病床への入院歴
通算4回の入退院歴あり
身体合併症
なし
生育歴・現病歴
初発から今回の入院までの経過： 20代前半で発症。発症後まもなく警察介入があったため入院。X-2年4月からX-2年6月、同年7月～8月初旬、同年8月中旬～X-1年8月まで入院している。 今回の入院後から退院に到るまでの経緯 入院中、作業療法を試みたが、継続には至らなかった。服薬コンプライアンスが不良で、入院中にゼプリオンによる治療を導入し、退院となった。
退院時のGAFスコア
30点
算定の経緯
・入院時～退院直後から、生保ケースワーカー、支援センター職員、児童相談所スタッフが関わっていた。退院直後より、保健師や福祉事務所による訪問が導入になっていた。 ・複数の支援の受容があり、多職種で関わることでカンファレンスを開くことができる当該制度を導入することとなった。

支援経過
<p>【支援初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問はほぼ毎日（週5～6回）行っていた。訪問のない日や訪問時不在の日は電話で対応していた。 ・夫婦喧嘩や友人（精神疾患がある）とのトラブルが絶えず、訪問時は人間関係の調整をすることが多かった。 ・夫婦喧嘩をすると窓ガラスを割ったり包丁を持ち出したりと、警察沙汰になることが多かった。そのため、子供は児童相談所に預けられていた。 ・本人には「子供を引き取りたい」という希望があったため、そのためにはどのような行動が望ましいか、望ましくないかを説明し、少しずつ本人の行動が改善していった。 ・夫婦喧嘩があり、予定外の往診にも行っていた。 <p>【支援期間中】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスは、本人が難しい要望をした際に「一度持ち帰り皆で検討する」と説明できる点で有効であった。 ・上記のように激しい行動化をし、近隣住民や他機関、多職種から苦情が来るケースだと、カンファレンスを開くことで皆を巻き込むことができ、地域との意見のすり合わせに有効であった ・関係機関の職種も重症事例には不安を抱いており、カンファレンスは有効であった（6か月の算定終了時、「もう終わっちゃうんですか」という声があった） <p>【支援後期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームヘルプが導入となった（子供の食事を作ったりするため） ・患者の状態が穏やかになり、地域生活を継続している
支援の転帰
<p>地域生活を継続</p> <p>精神科訪問看護の算定から、転居を理由に都道府県のアウトリーチ事業の適応となった。</p>
算定終了時の GAF スコア
45 点
算定中に利用したその他のサービス
なし
算定終了後に利用したその他のサービス
なし（都道府県アウトリーチ事業）

ID7

基本情報
30代 男性 自宅にて独居 障害年金、母の貯金 自立支援医療申請済み 障害者手帳2級
類型
1年以上精神病床に入院して退院した者
精神科診断
主診断：F2 統合失調症
精神病床への入院歴
10代前半で発症。精神科初診は20代前半。 入院回数は不明
身体合併症
なし
生育歴・現病歴
初発から今回の入院までの経過： 不明 今回の入院後から退院に到るまでの経緯： ・作業療法や心理教育、薬剤指導は入院中に導入となっていたが、入院中は隔離処遇が多く、参加できることは少なかった ・退院前訪問看護も導入されていた ・支援センターや母親の後見人、市役所、金銭管理のための社協スタッフで、退院前のカンファレンスも行っていた。 ・ホームヘルプと社協による金銭管理を入院前と同様に導入して退院の方針となった。 ・服薬コンプライアンスが不良で、退院後はゼプリオンによる治療を行っている
退院時のGAFスコア
35点
算定の経緯
家のごみ屋敷となることや、器物破損を行うこともあり、近隣住民から苦情が寄せられていた。地域の受け入れが悪いケースであり、地域を巻き込んで支援をしていく必要があったため、カンファレンスの開催できる当該制度算定の対象となった。

支援経過
<p>【支援初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家のごみ屋敷であり、ほぼ毎日訪問して掃除をしていた。作業療法士がメインで訪問していたが、チームの各職種が行っていた。 ・ピアスタッフが長く密接に関わっていたケースだったので、都道府県のアウトリーチ支援事業を併用して、ピアスタッフの訪問は都道府県の事業で、その他のスタッフの訪問は当該管理料で算定をしていた。 ・都道府県アウトリーチ支援事業を利用し、薬剤師も訪問して薬剤指導を行っていた。 ・病状というより、社会のルールを守れるようなしつけ直しの必要があり、訪問や往診時にはそういった支援をしていた。 <p>【支援後期（2ヶ月で算定終了となった）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診同行を1度行ったが、2度目の前に入院してしまった。
支援の転帰
入院
算定終了時の GAF スコア
35 点
算定中に利用したその他のサービス
なし（都道府県アウトリーチ事業、金銭管理のための保佐人）
算定終了後に利用したその他のサービス
なし

ID8

基本情報
<p>30代、男性</p> <p>世帯状況：独身、家族と同居（退院後に独居）</p> <p>経済状況：障害年金</p>
類型
1年以上精神病床に入院して退院した者
精神科診断
<p>主診断：統合失調症、副診断：パーソナリティ障害</p> <p>主診断の発症年齢：20代前半、発症から初診までの期間：6年</p>
精神病床への入院歴
2回（2回とも1年以上の医療保護入院）
身体合併症
脂質異常
生育歴・現病歴
<p>家族への暴力行為をきっかけに入院、入院後もスタッフに対する粗暴行為は継続していた。また、一貫して「自分は病気ではない」と治療の必要性を理解することができず、スタッフとの治療的関係の構築も非常に困難であった。そのため治療がなかなか進まず、入院が長期化していた。それでも次第に暴力行為が収まり始め、入院から1年が経過し退院に向けて準備を始めた。</p> <p>入院中はデイケア（退院後はデイケアに通所する予定であった）、服薬指導、栄養指導を実施。他の地域精神科サービスをすべて拒否していたが保健所だけは関与できていたため、入院中から地域連携カンファレンスを行った。</p>
退院時のGAFスコア
40
算定の経緯
<p>入院前に近隣住民とトラブルになっており、また家族も事例8氏に対して恐怖感を抱いていたため、当初は新居を借りる方針で退院調整していた。しかし、事例8氏は「新居探しは退院後に自分でやる」と支援を頑なに拒否するため、新居探しが落ち着くまでは本算定料による集中的なサービスを提供することを条件に家族から退院へ同意をもらい、いったん自宅に退院することになった。家族、保健所ともに退院には否定的であったが、本算定料によるサービスを提供するという条件で退院に同意が得られたケースである。</p>

支援経過
<p>【支援初期】</p> <p>本算定料によるサービス提供を開始後、往診を週 1 回、訪問看護は週 2 回ペースで実施していた（それ以上の訪問は拒否していた）。暴力行為の可能性があるため、常に男性スタッフと女性スタッフの 2 人での訪問を行った。また、事例 8 氏はスタッフに対する好き嫌いが非常に大きく、唯一関係性が構築できていたスタッフを中心に関わっていた。</p> <p>処方内容は睡眠薬が主体であり、退院前からサービス終了まで不変。内服は自己管理していた。</p> <p>【支援期間中～支援後期】</p> <p>当初より病院のスタッフが自宅に訪問してすることに拒否感があったため、病院の自動車で行くことができなかった。徐々に強く「来てくれるな」と訪問を拒否するようになっていった。また、次第に「自分は病気ではないから、精神病院とは縁を切りたい」と精神科サービスそのものに対して強い希望を訴えるようになった。事例 8 氏と家族と相談のうえ、近医（クリニック）への紹介を行い、本算定料によるサービスを終了した（通算サービス期間：4 ヶ月）</p> <p>本算定料によるサービス終了後、他の地域精神科サービスにつながっているかどうかは不明であるが、少なくとも調査時点まで入院には至っていない。</p>
支援の転帰
地域生活を継続
算定終了時の GAF スコア
40
算定中に利用したその他のサービス
保健師による訪問
算定終了後に利用したその他のサービス
不明

ID9

基本情報
60代、女性 独身、家族と自宅にて同居 経済状況：障害年金
類型
入退院を繰り返す者
精神科診断
主診断：統合失調症、副診断：なし 主診断の発症年齢：20代後半、発症から初診までの期間：約10年
精神病床への入院歴
10回
身体合併症
なし
生育歴・現病歴
<p>近所にある事業所の職員に対して恋愛妄想を抱き、オフィスに押しかけるなどの迷惑行為を繰り返すため、短期間に連続して警察沙汰になっている。その度に医療保護入院になり治療後は退院するものの、これまでの経緯から対象となっている事業所が困り果てており、退院に対しては否定的であった。そのような状況に加え、同居家族が精神科医療に対して否定的であり、訪問看護というかたちで病院スタッフの訪問を受けることに対しても拒否的であった。</p> <p>処方持効性注射薬と眠前薬である。入院中から対象となっている事業所の職員（恋愛妄想の対象ではない方）との調整カンファレンスを実施した。</p>
退院時のGAFスコア
40
算定の経緯
<p>近隣の事業者は退院することに対して、家族は自宅に訪問が来ることに対して、否定的であり退院調整が困難なケースであった。事業者には本算定料による集中的なサービスで地域と連携して支援すること、家族には生活が安定するまでの6ヶ月間限定で、という内容で説明を行い退院に結びつけることができた。本算定料による集中的なサービスを条件に退院に結びつけたケースである。</p>

支援経過
<p>【支援初期】</p> <p>同居家族は自宅に訪問してくることに拒否的であったため、サービス開始から終了までの6ヶ月間、訪問看護を週2回、往診を週1回のペースで訪問を続けていた。訪問職種は、看護師と作業療法士のパターンが多く、初期に業務妨害を受けていた事業所の事務職の方と一緒に自宅を訪問し、事例9氏を交えて懇談したこともあった。事例9氏の訪問には作業療法士など様々な職種が関わっており、妄想対象のことから興味を分散させ、他に目を向けることができるような関わりを多くしていた。</p> <p>【支援期間中～支援後期】</p> <p>同居家族は医療に対して「事例9氏の病気がよくなるのは医療者の腕が悪いからだ」のような発言を繰り返していたが、訪問を繰り返すうちにそのような話は少なくなっていった。最後のほうでは、家族とスタッフの関係はいくぶん改善されていた。</p> <p>家族との約束であった6ヶ月間は、症状再燃も迷惑行為もなく穏やかに経過した。6ヶ月後、本算定料の対象ではなくなるため、往診と訪問看護が無くなる代わりに、本人が自らの意思で外来受診の頻度を増やした。</p> <p>その後、現在まで1年以上入院することなく地域生活を継続している。心配された恋愛妄想による事業所への迷惑行為もみられていない。</p>
支援の転帰
地域生活を継続
算定終了時のGAFスコア
40
算定中に利用したその他のサービス
保健師による訪問
算定終了後に利用したその他のサービス
カルチャースクール（民間）

ID10

基本情報
80代、女性 独身、家族と同居 経済状況：老齢年金
類型
1年以上精神病床に入院して退院した者
精神科診断
主診断：統合失調症、副診断：なし 主診断の発症年齢：不明、発症から初診までの期間：不明（初診は40代）
精神病床への入院歴
初回（医療保護入院）
身体合併症
高血圧
生育歴・現病歴
<p>4～5年前から被害妄想などが出現した。「居宅の上階の住人が物音を立て、嫌がらせをする」「ヤクザがいる」など、被害妄想が次第に激しくなり、医療保護入院となった。なお、家族2人も統合失調症にて治療を受けている。</p> <p>入院中は、退院前訪問看護、地域連携会議（担当ケアマネージャー、保健所、以前利用していた訪問看護師）を実施した。処方持効性注射薬と眠前薬であり、退院後も変更はない。</p>
退院時のGAFスコア
40
算定の経緯
<p>事例10氏が退院するにあたり、担当ケアマネージャーに対して近隣住民より強い懸念や不安が寄せられていたため、別の集合住宅へ退院することになった。</p> <p>新しい環境に、同じ疾患を抱える家族へのケアを含んだかたちで移行させていく必要があり、環境に慣れるまでの本算定料による集中的なサービス提供が必要であった。また、高齢であるため介護を含めた多くのサービス調整を必要とし、さらに家族へのケアとの調整も必要であり、本算定料に基づく多職種かつ地域を巻き込んだ連携カンファレンスが重要であった。</p>

支援経過
<p>【支援初期】</p> <p>訪問看護を週 2 回、往診を週 1 回。それに加えて介護保険のヘルパーが週 2 回、同居家族に対する訪問看護（別事業者）も入っていたため、ほぼ毎日誰かが訪問してケア提供できる体制が組まれていた。</p> <p>【支援期間中～支援後期】</p> <p>精神症状は最初から最後まで不変で安定して経過していた。しかし、夏場に差し掛かり脱水などが心配になると、事例 10 氏は救急車を呼んで近くの総合病院に行ってしまうということを繰り返していた。事例 10 氏の身体的・体力的な衰えが顕著なことから、同居する家族も疲れてきてしまったため、サービス提供開始から約 5 ヶ月でグループホームに入所となった。</p> <p>サービスの終盤では転居先のグループホームとの調整やケア内容の引継を行い、スムーズに移行することができた。その後は現在までグループホームにおいて安定して過ごしている。</p> <p>地域連携カンファレンスでは、ケアマネージャー、保健センターに加え、紹介先の主治医の出席もあったため、サービス提供中の連携や、サービス移行時の連携は非常にスムーズであった。</p>
支援の転帰
施設入所（施設形態：グループホーム）
算定終了時の GAF スコア
40
算定中に利用したその他のサービス
ヘルパー（介護保険） 保健師による訪問
算定終了後に利用したその他のサービス
グループホーム

ID11

基本情報
40代・男性 未婚・母親(80歳代)と同居、賃貸住宅 障害者年金、生活保護
類型
1年以上精神病床に入院して退院した者
精神科診断
精神科診断名 統合失調症 主診断の発症年齢 18歳
精神病床への入院歴
6回
身体合併症
肥満(体重 106 kg)
生育歴・現病歴
【初発から今回の入院までの経過】 中学生後半から不登校。18歳、支離滅裂、意味不明の言動で受診、統合失調症の診断。以降、5回の入院(任意または医療保護)。毎回、妄想の悪化が入院理由である。自営業の稼業を手伝っており、それ以外は自宅で過ごしていた。料理や掃除が好きで、自分で食べるものは自分で作っている。
【今回の入院後から退院に到るまでの経緯】 隣家にピストルを持っているやくざがいる、と本人が警察に通報した。母親が警察に事情を話し、母親と警察とともに受診し、入院となった。入院後精神症状が落ち着いたのちも、母親がもう退院させないでほしいと言っており、退院できなかった。入院後すぐに、父親死去。
退院時のGAFスコア
29点
算定の経緯
もう退院させてほしくないという母親の希望があったが、この制度があることを主治医が説明し、母親が退院に同意した。

支援経過
<p>【支援開始初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・最初の1 か月は1 週間に2 日の訪問と外来受診、内服確認ができていた。 ・週に1 度多職種によるカンファレンスを実施（医師、看護師、OT、PSW 各1 名） ・月に1 回多施設会議を実施（医師、看護師、OT、PSW 各1 名、行政保健師1 名） ・デイケアや通院をしており、自分のバイクをきれいに磨いて来院していた。 <p>【支援期間中】（2，3 か月目）</p> <p>外来もデイケアも来院しなくなったため、往診時にゼプリオン（150 mg）筋肉注射を実施（月1 回を2 か月）。</p> <p>（通院中はリスパダールコンスタを2 週に1 回外来で筋肉注射で投与していたが受診できないため変更）</p> <p>拒否はなかった。訪問看護は週2 回で継続した（看護師+PSW、看護師+OT 各1 回）。この期間に訪問していたスタッフによると、訪問中は妄想に関する発言がほとんどを占めた。内服支援はしていたが、主治医によると内服できていなかった様子であった。外来通院中断中は、自宅にこもり出かけることもなく、料理を作って食べるなどして過ごしていた。多職種会議では、早めの入院を勧めたほうがよいのではないかということも検討された。</p> <p>【支援期間後期】（6 ヶ月目まで）</p> <p>4 か月目、多施設会議に本人が出席した。この席で、本人はいま困っていることを話した。外来通院も再開した。デイケアは本人の拒否が強いため、勧めることはせず、今後も訪問看護と通院を続けていくこととなった。</p> <p>支援期間終了頃も妄想は変わらずあった。状態は支援開始時よりやや悪化しているが、外来通院はできている。6 か月経過し算定を終了した。</p>
支援の転帰
地域生活を継続
算定終了時の GAF スコア
29 点
算定中に利用したその他のサービス
なし
算定終了後に利用したその他のサービス
訪問看護 週2 回

ID12

基本情報
40代 男性 独居(賃貸) 障害者年金
類型
1年以上精神病床に入院して退院した者
精神科診断
統合失調症
精神病床への入院歴
10回
身体合併症
無し
生育歴・現病歴
<p>【初発から今回の入院までの経過】</p> <p>20代後半で発症。発症から初診までの期間は2ヶ月。意欲低下や、幻聴による両親への暴力がみられ、11回の入退院を繰り返している。退院すると通院を中断し、父親が代理受診をして内服のフォローをすることもあったが、内服が不規則(内服中断、不眠を理由に2回分をまとめて内服等)となって病状が悪化することを繰り返していた。</p> <p>【今回の入院後から退院に至るまでの経緯】</p> <p>今回は1年2ヶ月にわたる入院で、薬剤師に夜服薬指導を48回行うなど、継続した服薬の必要性を本人に伝えたが、これまで受診や内服のフォローを行っていた父親が死去されたことにより、服薬の継続とそれを支える地域での体制が課題となっていた。多職種カンファも計10回開催し、退院後、本人をどのように支えるかについて話し合いが行われた。過去の経過から通院・服薬中断の可能性が十分に考えられること、保証人の意向(次に迷惑行為があれば家主から退去を命じられている)として、万全の体制での退院を希望していた。主治医より本制度を導入し、精神症状の悪化や粗暴行為などが出現した際には手厚い体制により訪問支援をすることを確認し、チームでの意見も一致。独居での退院となった。なお、障害福祉サービスについては「自分でできる」と本人が導入に対し否定的で、退院時の導入は見送られた。</p>
退院時のGAFスコア
30
算定の経緯
<p>保証人からの意向もあり、万全の体制で退院する必要があった。病状悪化の際に、24時間駆けつける体制になっていること、地域のスタッフも含めた密な連携が取れることから、本制度の算定対象となった。</p>

支援経過
<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援期間中、主に精神保健福祉士、作業療法士による週 3 回の訪問により、内服確認を行った。 ・ 内服薬は訪問者が次回訪問までの分を持参し、残りは病院で管理していた。 ・ 医師による月に 1 回の往診を行った。 ・ 週に 1 回、多職種によるカンファレンスを実施し、患者の状態（主に内服の状況）をチーム間で共有していた。 <p>【支援開始初期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬確認を行っていた。また、居宅介護サービスなど、障害福祉サービスの情報提供や利用の提案をするが、断られていた <p>【支援期間中】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 支援開始から約 3 ヶ月後、気分転換として外出を提案し、訪問時の外出支援を開始した。 ・ 薬を多めに服用されることが多かったため、訪問日毎の服薬セットに変更したところ、服薬が規則的になった。 <p>【支援終了時】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬は訪問日毎のセットを継続することで規則的な状態を維持することができた。 ・ 生活に必要なものの購入や、体重増加に関して本人と問題を共有し、取り組んだ。
支援の転帰
地域生活を継続している状態
算定終了時の GAF スコア
40
算定中に利用したその他のサービス
なし
算定終了後に利用したその他のサービス
訪問看護

ID13

基本情報
30代 男性・家族と同居・精神障害者手帳1級
類型
入退院を繰り返す者
精神科診断
統合失調症
精神病床への入院歴
10回
身体合併症
無し
生育歴・現病歴
<p>【初発から今回の入院までの経過】</p> <p>10代後半で発症。発症から初診までの期間は1年。両親と同居しており、父親が主に本人のサポートを行っている。在宅に戻ると内服が不規則になり、半年以上地域生活を継続することが難しく、入院を10回以上繰り返していた。</p> <p>症状としては被害的で命令様の幻聴が聞かれ、本人は「自分の考えが他者に伝わってしまうことがつらい」と自宅に引きこもりがちであった。切迫すると病院に自ら入院を求め、通算の入院回数は10回である。</p> <p>【今回の入院後から退院に至るまでの経緯】</p> <p>今回の入院では、「しんどいから家に火をつける」との表出があった後、「助けてほしい」と警察に電話をして入院となった。‘○○に行け’、‘女を押し倒せ’といった命令様の幻聴に左右され、無断離院や院内でのトラブルが続いた。治療抵抗性と判断され、クロザピンの導入目的でB病院に転院となった。</p> <p>転院後も、‘暴れる’という幻聴によって壁を蹴ったり物を壊したりすることは続いた。衝動性にもムラがありベッドに頭を打ちつけるような自傷行為などがあったため、m-ECTを5回行った。その後、疎通をとれるようになり、具体的な退院調整を行い、外泊訓練などが始まった。</p>
退院時のGAFスコア
40
算定の経緯
<p>本人の家から病院までは距離が離れており、車での移動を要することから定期的な通院が難しい状況にあった。また、これまでの経過からは、内服が不規則になることによる症状再燃を繰り返しており、半年以上家で過ごすことが難しい方でもあった。クロザピンの確実な内服の確認、副作用の確認、サポートしている家族への支援を当該制度によって行うという病院の意向があったため、算定に至った。</p>

支援経過
<p>・ 支援期間中、訪問看護師による週 2 回の訪問により、内服確認を行った。</p> <p>・ 医師による 2 週間に 1 回の往診により、精神症状の把握、内服薬の副作用の確認や採血などを行った。</p> <p>・ 精神保健福祉士と市保健師による 2 週間に 1 回の訪問により、地域の社会資源の情報提供などを行った。</p> <p>・ 週に 1 回、訪問看護班の打ち合わせに合わせて多職種によるカンファレンスを実施した。参加者はチームの医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士各 1 名ずつであった。内容は、訪問時の様子を訪問スタッフとともに共有した。また、月に 1 回、上記のメンバーに加えて市保健師・市保健所ソーシャルワーカーも参加した多職種カンファレンスを行った。</p> <p>【支援開始初期】</p> <p>支援者は本人との関係性の構築に努め、本人のニーズを把握することを主とした。</p> <p>本人はもともと、自閉的で家にひきこもりがちな方であったため、寂しさを出することもあった。また、特に副作用である眠気や集中力低下を苦しめていたため、辛さを受け止める関わりを行った。支援者は話を傾聴する中で生活リズムや病状を把握した。</p> <p>【支援期間中】</p> <p>医師による服薬調整により、本人が感じる副作用が軽減し、活動性が上がった。</p> <p>「体力をつけたい」という本人の訴えがあり、訪問看護師は散歩に誘うようになった。徐々に、図書館に行ったり、外食をしたりするようになり、余暇活動や生活能力の獲得を意図した関わりをもった。</p> <p>【支援終了時】</p> <p>看護師との外出時には、精神保健福祉士と市の保健師から紹介された地域活動支援センターや就労継続支援（A 型・B 型）の事業所を見学した。本人から「次の訪問では〇〇に行きたい」という言動が聞かれるようになり、訪問看護のたびに外出するようになった。</p> <p>退院後 6 か月経過したことから、算定を終了することとなった。</p> <p>支援導入前には半年以上地域生活を継続することが出来なかった対象者だが、支援終了後 1 年あまりの間、1 週間の休息入院を 1 回したほかは地域生活を継続することができている。</p>
支援の転帰
地域生活を継続している状態
算定終了時の GAF スコア
50
算定中に利用したその他のサービス
なし
算定終了後に利用したその他のサービス
訪問看護

3) ケースの総括

当該管理料を算定したケースについて、「算定開始当初の導入目的」「実際に活用された制度の内容とアウトカム」「事例における制度活用の意味と今後制度に追加が必要な内容」の3つの視点から総括する。なお、内は実際の意見、()内は回答のあった施設数を示す。

1. 算定開始当初の導入目的

- 退院に際して家族や地域スタッフを説得するために手厚い支援の保障が必要であった(4ケース)
- 対象者には手厚い支援(服薬や通院継続、精神症状の安定)が必要であると考えたため(4ケース)
- 地域の多職種と連携するためにカンファレンスが必要であったため(4ケース)
- 院内で退院促進の動きが活発化したため(1ケース)

本制度を算定する目的として、4ケースから「退院に際して家族や地域スタッフを説得するために手厚い支援の保障が必要だったから」と報告されていた。「家族、保健所ともに退院には否定的であったが、本算定量によるサービスを提供するという事で同意が得られた(ID8)」といったケースが報告されており、本制度によるスタッフの連携や24時間支援ができる体制が手厚い支援の保障となるため、対象者の退院に不安を持つ家族や地域スタッフを説得するために活用されていた。

別の4ケースから「対象者には手厚い支援(服薬や通院継続、精神症状の安定)が必要であると考えていたため」という本制度の導入目的が報告されていた。具体的には「内服が不規則になることによる症状再燃を繰り返しており、半年以上家で過ごすことが難しい方であった(ID13)」といった例であり、服薬や通院の継続に支援が必要である入院中から判断されたケースが地域生活を継続するために本制度の導入が検討されていた。

さらに異なる4ケースでは「地域の多職種と連携するためにカンファレンスが必要だったから」という目的が報告されていた。「家がこみ屋敷となることや、器物破損を行うこともあり、近隣住民から苦情が寄せられていた。地域の受け入れが悪いケースであり、地域を巻き込んで支援していく必要があった(ID7)」といったケースが報告されており、退院や地域での支援を考えるにあたって、多くの職種と連携して支援に当たる必要があるケースへ、定期的に地域の職種を交えたカンファレンスを目的として本制度が導入されていた。

「院内で退院促進の動きが活発化したから」と報告されたケースが1ケースあった。退院促進の動きが活発化したことを受け、社会的入院が危惧されており、算定要件が合致する対象者に対して算定し、支援を行っていた。

2. 実際に活用された制度の内容とアウトカム

- 制度の利用による手厚い支援を保障し、家族や地域スタッフを説得して退院に至った（4 ケース）
- 1 日複数回訪問を利用して朝と夕の服薬確認を行った（1 ケース）
- デポ剤を注射するために往診した（3 ケース）
- 地域の多職種と定期的にカンファレンスを行い、情報共有ができた（7 ケース）
- 定期的なカンファレンスによってスムーズな連携に繋がった（3 ケース）

制度を使った手厚い支援を保障することで、家族や地域スタッフを説得し、退院に至ったケースが 4 ケースあった。「激しい行動化をし、近隣住民や他機関、多職種から苦情が来るケースだと、カンファレンスを開くことで皆を巻き込むことができ、地域との意見のすり合わせに有効であった（ID6）」といった例が報告されており、過去の地域住民への迷惑行為によって地域の受け入れが困難なケースに活用されていた。

1 日複数回訪問を利用することで、朝と夕の内服確認を行い、定期的な服薬ができるよう支援していたケースが 1 ケース報告された。このケースでは対象者の家族が認知症を患っており、「服薬確認や生活状況のモニタリング、環境調整・環境整備が主であった（ID5）」と報告されていた。対象者を支える家族にも認知症等の疾患がある場合、服薬支援と環境調整のために複数回訪問が活用されていた。

服薬に関する制度の活用として、往診時のデポ剤の注射も異なる 3 ケースで報告されていた。「外来もデイケアも来院しなくなったため、往診時にゼプリオン筋肉注射を実施（ID11）」というケースのように、定期的な通院が難しくなった対象者に対して活用されていた。

地域の多職種と定期的にカンファレンスを行うことで情報共有ができたと報告されていたのは 7 ケースであった。また、定期的なカンファレンスによってスムーズな連携に至ったケースが 3 ケース報告されており、制度の活用を通して「サービス提供中の連携やサービス移行時の連携は非常にスムーズであった（ID10）」といった意見が聞かれていた。

3. ケースにおける制度活用の意味と、今後制度に追加が必要な内容

<制度活用の意味>

- 重症患者の地域生活の継続

<追加が必要な内容>

- 本制度で算定できる職種の追加（ピアスタッフ、薬剤師）

本制度を活用することの意味として、重症患者の地域生活の継続が挙げられ、「支援開始後の2週間服薬が続けられていたことは、おそらくこの方の最長記録であり、その間には出奔もなかった（ID3）」や、「支援導入前には半年以上地域生活を継続することができなかった対象者だが、休息入院を1回した他は地域生活を継続できている（ID13）」といったケースが報告されていた。制度を活用することによって重症患者がより長く地域生活を続けることができていた。

制度の内容に関し追加が必要な内容として、本制度で算定できる職種の追加が挙げられていた。「ピアスタッフが長く密接に関わっていたケースだったので、都道府県のアウトリーチ支援事業を併用して、ピアスタッフの訪問は都道府県の事業で、その他のスタッフの訪問は当該管理料で算定をしていた（ID7）」「薬剤師も訪問して薬剤指導を行っていた（ID7）」といった報告のように、都道府県の事業を併用しているケースもあった。

4) 「精神科重症患早期集中支援管理料」に関するインタビュー調査結果

昨年度に引き続き、「精神科重症患早期集中支援管理料」の届出までの経緯と、運用条件に関する具体的なインタビューを担当部門の担当者または責任者に行った。

その結果を以下にまとめた。なお、内は実際の意見、()内は回答のあった施設数を示す。

1. 届出するに至った理由や経緯

届出を検討するに至った理由や議論について以下にまとめた。

- 既にアウトリーチを積極的に実施し、実績があったため(5施設)
- 手厚い支援が必要という意見が盛り上がったため
- 対象になりそうな人がいた/対象者を確保するための院内規定を作る工夫をした(2施設)

届け出に至った理由は、5施設すべてが既にアウトリーチを積極的に実施し、実績があったことを挙げていた。その内、院内で、地域滞在が短い人に手厚い支援が必要という意見が盛り上がり、目的と合しているために届け出た施設も1施設あった。届け出の経緯については、対象になりそうな人がいた施設、及び、対象者を確保するために院内の規定を作るなどして、対象者を確保する工夫をする施設がそれぞれ1施設あった。

2. 実施状況(対象者の人数や特徴、チームの運営体制)

チームの運営体制や支援の実施状況、算定の対象者の状況を以下にまとめた。

- 1) 保険医療機関が単独で実施か、または訪問看護ステーション(特別の関係である・特別の関係でない)との連携

- 院内単独(3施設)
- 同法人の訪問看護ステーションなどとの連携(2施設)

保険医療機関が単独で実施している施設は3施設、同法人の訪問看護ステーションなどと連携している施設が2施設あった。

2) 月 1 回以上の訪問診療及び週 2 回以上精神科訪問看護の実施状況

- 訪問看護：1 週間に 2 回（2 施設）
- 訪問診療：2 週間に 1 回（2 施設）
- 時間外・緊急訪問・同日の複数回訪問はなし（2 施設）
- 作業療法士、精神保健福祉士が中心となって週 3 回の訪問を実施。内容は、話を聞く、薬の確認、生活リズムや金銭管理に関する介入
- 算定はしていないが、実施可能

すでに支援を行っている 3 施設のうち、週 2 回の訪問看護、2 週間に 1 回の訪問診療を実施している施設が 2 施設あった。残りの 1 施設は、作業療法士、精神保健福祉士が中心となり週 3 回の訪問看護を実施していた。訪問看護や訪問診療以外はすべてナイトケアに居たケースや、週 3 回訪問看護などの手厚い関わりを行っていたため、時間外・緊急訪問、同日の複数回訪問は行われていなかった。

まだ算定ケースはないが、実施可能と考えている施設が 1 施設あった。

3) 対象患者

1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者

<意見>

- 1年以上の要件、又は退院を繰り返す者という要件では該当者が少ない(3施設)

この要件ではケースの選定が困難という意見が3施設からあった。そのうち2施設は、現在支援を行っている施設であった。理由は、病院では3か月あるいは1年以内の退院を目指しているため、対象としたいケースが該当しないということであった。入退院を繰り返す者という要件では、3か月以内では急性期病棟の患者が対象にならないので該当者が少ないという意見があった。

支援中のケースでは、10回以上の入退院を繰り返しており、在宅に戻ると内服が不規則になってしまい、半年以上過ごすことができない者が挙げられていた。

統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者

<意見>

- 要件をクリアできる(4施設)
- GAF40以下で退院する者は稀

5施設中4施設はこの要件をクリアできると回答していた。しかし、GAF40点以下では入院治療が必要と判断して退院する者は稀という意見が1施設からあった。

精神科を標榜する保険医療機関へ通院が困難な者

<意見>

- 医療中断や未治療の人が多いためクリアできる
- この要件に合致する対象者はそう多くない
- この要件の判断が難しく、基準がほしい

<特徴>

- 病院から遠い所に住んでいて、親との折り合いが悪く送迎のサポートが受けづらくなった
- 病院のそばに引っ越してきてもらうことも多い

この要件がクリアできると回答した施設は1施設のみであった。この条件（統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者）も含めたこの要件に合致する患者は多くないと捉えている施設が1施設であった。この要件の解釈が困難なため、基準が明確にしてほしいと捉えている施設が1施設であった。

支援を行っているケースでは、病院から遠い所に住んでいて、親の送迎サポートが受けづらくなり、通院が困難になった者が対象となっていた。通院が困難なケースに対しては、サービスが継続できるように病院の近くに引っ越しをしてもらうなど、工夫していた。

障害福祉サービスを利用していない者

<意見>

- 少ないが一定数はいる
- 障害福祉サービスの利用なし
- グループホームを利用あるいは利用を考えている者はこの要件では算定できない
- 対象者はいない。この要件が当てはまると、医療のみとなるため、重症でも福祉サービスを検討している
- 当該算定量では利用不可なので、対象者が減る

本来であれば、重症で障害福祉サービスを必要としている人が支援の対象となると考えられるが、3施設において、「障害福祉サービスを利用していない者」という要件では対象者が限定されるという問題が挙げられていた。対象数が限定されるにもかかわらず、この要件を満たし現在支援を行っている施設が3施設あった。

～ のすべてを満たす者

現行の算定基準に相当する担当患者が、届出機関の自機関あるいは関連機関にどの程度存在するかについて、インタビュー内容から判断し、患者要件の4つにカテゴリー化を行った。

昨年同様、「～ のすべてを満たす」対象患者はほとんどいなかった。

表3-1 算定基準に相当する対象患者が自機関または関連機関にどの程度存在するか【今年度調査分】

	G	H	I	J	K
1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者		×	×	×	○
統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者	○	○	○		○
精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者		○	×	×	
障害福祉サービスを利用していない者		×	×	×	

(○ : 一定数いる、 ◯ : あまりいない、 × : ほとんどいない)

表3-2 【昨年度調査結果の再掲】(26年度報告書 p.49)

(○ : 一定数いる、 ◯ : あまりいない、 × : ほとんどいない)

	A	B	C	D	E	F
1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者		×		×		
統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者						
精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者	×		×			
障害福祉サービスを利用していない者	×	×	×	×	×	×

(4) 施設基準

常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の4名から構成される専任のチームが設置されていること(いずれか1人は専従)

<現状>

- 医師・看護師・精神保健福祉士いずれか1名が専従(3施設)
- チームの全員が専従(2施設)

<意見>

- 専従の体制維持が困難

多職種チームは、医師・看護師・精神保健福祉士いずれか1名が専従である施設が3施設あった。チームの全員が専従と答えた施設が2施設ある一方、専従の体制維持が困難と答える施設も1施設あった。

多職種会議の実施状況

<意見>

- 普段から多職種ミーティングなどで情報の共有を行っていたので週1回実施している(3施設)
- 市保健所の社会福祉士・保健師・チーム医師・看護師・精神保健福祉士・家族などで月1回実施(2施設)
- 多職種会議があるため、情報交換がこまめにできる
- 多くのスタッフで集まらなければいけないのでスケジュール調整が厳しい(2施設)

すべての施設が既にアウトリーチを実践していたため、多職種ミーティングにおける情報交換を有効と認識し、週1回多職種ミーティングを行っている施設が3施設、更にメンバーを拡大した多職種ミーティングを月1回実施している施設が2施設あった。しかし、支援を未実施の1施設だけでなく、既に支援を実施している1施設からも、スケジュール調整が困難という意見が挙げられていた。

24 時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制について

< 意見 >

- 既に体制が確立していたため特に問題はない（4 施設）
- 医師 3 名体制では、対象者が出た場合、体制の維持が困難

すでに体制が確立していたため特に問題はないと回答した施設が 4 施設であった。支援を実施していない 1 施設のみが、医師 3 名体制の維持は困難としていた。

地域の精神科救急医療体制の確保への協力等

< 意見 >

- 元々協力体制が確立しており問題はなかった（4 施設）
- 救急病棟を多数設置しているため、困難はない

この要件は、元々協力体制が確立していたこと、あるいは救急病棟を多数設置していることから、すべての施設が特に問題はないと回答していた。

3. 要望や提案

各施設から聞かれた当該制度に関する要望を以下にまとめる。

1) 診療報酬点数

精神科重症患者早期集中支援管理料(6か月以内に限り、月1回を限定として算定)

1 精神科重症患者早期集中支援管理料1(医療機関単独実施)

- イ 同一建物居住者以外の場合 1,800 点
- ロ 同一建物居住者の場合
 - (1) 特定施設等に入居する者の場合 900 点
 - (2) (1)以外の場合 450 点

2 精神科重症患者早期集中支援管理料2(訪問看護ステーションと連携)

- イ 同一建物居住者以外の場合 1,480 点
- ロ 同一建物居住者の場合
 - (1) 特定施設等に入居する者の場合 740 点
 - (2) (1)以外の場合 370 点

<意見>

- 診療報酬としては低く、ACT チームでは、本制度を利用するよりも相談支援事業所として地域移行や地域定着に関わったほうがよい。
- 診療報酬が安いので、経済的裏付けがほしい(5施設)
- 診療報酬は低いが、全体的に地域で診る体制作りが必要で、その中でこのようなものを盛り込んでいくことが重要

まだ支援を行っていない施設からは、報酬として低いことを問題として挙げ、相談支援事業所として、地域定着や地域移行に関わったほうがよいという意見がありながらも、地域で診る体制作りが必要という意見も見られた。

2) その他の意見

<意見>

- 会議の開催や訪問頻度の条件、職員の確保が困難(3施設)
- 現在の対象者の条件(入院期間、障害福祉サービス利用なし、支援期間)では枠が狭い(3施設)
- 内容をクリアするために不必要なサービスを提供してしまうリスクがある

現在の「訪問回数、精神病院への入院が1年以上、障害福祉サービスを利用していない者、支援期間が6か月以内」という算定要件では、対象となる人が限られるという意見が3施設から挙げられた。「会議の開催頻度や訪問頻度、職員の確保」が困難という意見も3施設から挙げられた。これらの意見のほとんどは、支援を行っている施設からであった。

D. 考察

(1) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」届出状況

2014年4月に新設された「精神科重症患者早期集中支援管理料」について、2015年8月時点で、各地方厚生局への届出機関は11施設のみであり、支援が終了したケースは2014年12月時点で6施設、計13名、1医療機関あたり0~2例であり、制度創設2年度目においても普及は十分進んでいなかった。

医療機関への本算定料に関するインタビューでは、昨年度に引き続き、制度の届出と運用に関する意見を収集した。昨年度に引き続き、「障害福祉サービスの利用」「1年以上入院または入退院を繰り返す者」の条件によって、対象者がいないという状況であった(表3-1.3-2)。平成28年度診療報酬改定では、算定要件の「障害福祉サービスを利用していない者」が削除され、必須であった24時間往診の体制確保が緩和された。本調査の結果と照らして、今後制度の普及が進むことが期待される。

(2) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」のケースの特徴と算定に至る経緯

算定しているケースの特徴として、1年以上の入院となった対象が退院する際に利用することが多く(13例中8例)、本管理料算定に至った経緯として、「多職種カンファレンスが必要」(4例)、「退院後の手厚い支援を保障」(4例)や「手厚い支援」「内服継続支援」をするために導入されたケースが多かった。制度による手厚い支援の保障は、家族や地域の受け入れ先が、退院を心配し反対したが、本制度を活用し医療者が手厚い支援を行っていくことを保障し、退院に納得したというケースであった。本算定料は、患者の精神症状が重篤なために、手厚い支援を提供するために用いられるだけでなく、支援ネットワークを作ること、退院を受け入れる側のサポートとしても活用されていることが明らかになった。

本事例でも退院にあたって医療者が制度を家族や保健所に説明しており、有効活用に向け、制度の周知も必要であると考えられる。

(3) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の活用の意味と制度に追加が必要な内容

本算定料によって、重症者が地域生活を継続できるようになったという利点が報告されていた。「服薬支援を継続的に手厚く実施」することと「往診でのデポ剤注射」が挙げられており、継続した服薬につながったケースも報告されている。

服薬支援については、「精神科訪問看護特別指示書」を用いて14日間連日訪問することが可能であるが、本算定料を活用することによって、患者の状態が一定程度安定するまでの期間、期限にとらわれず必要時に一日複数回訪問ができるため、利用者の状態に応じて継続的に濃厚な支援が可能となり、地域生活の継続に寄与できたと考えられる。

また、本算定料によってできるようになった支援として、多職種・多機関とカンファレンスで情報共有し協働できること、一日複数回訪問ができることが挙げられた。多職種・多機関のカンファレンスの効果として、今回の調査では支援の連携や引継ぎがうまくできた、重症事例に対する不安を地域スタッフと共有できたといった支援者側の利点が報告されたが、患者に対してどのような効果があるのかについても検証が必要である。手厚い訪問支援、および、多職種・多機関カンファレンスの継続的な実施と本人や家族の参加が、家族の介護負担感や孤立感を低減させている可能性があり、家族や利用者のサービス満足度など、利用者側の評価が必要である。

一方、「往診でのデポ剤注射」をした報告が3ケースであった。通院できなくなった患者についてカンファレンスで早期から主治医と情報共有しやすいこと、多職種アウトリーチ支援の一環として、一時的に状態が悪化した患者に対し医師が自宅で治療するという選択

肢が、チームや家族にも意識づけられたことが、この支援につながった理由として考えられる。医師からは、このような患者に訪問し同意のもとデポ剤注射を行うことで、その後また通院が再開できたこと、症状が安定したという効果を報告しており、地域生活でのクライシスを支える手段として、本管理料が活用できる可能性が示された。

制度への追加が必要な内容として、ピアサポーターや薬剤師といった、本制度で算定できる職種の追加が挙げられていた。一部の医療機関では、都道府県のアウトリーチ推進事業を併用することで、より多くの職種を含めたチームで支援していたが、本制度で算定できる職種が増加することにより、更なる制度の普及と支援の質の向上に繋がると考えられる。

(4)まとめ 本制度の今後の活用に向けて

今年度のカルテ調査では、本算定量を使用している医療機関では、主に1年以上の長期入院をしている患者に対して、退院後も手厚い支援をする、服薬継続支援をする、家族や周囲が退院に同意できるよう支援体制を整える支援を保障するために、活用されていた。また直接的に本制度によって実施できるようになったわけではないが、手厚い訪問での服薬支援をすることや、医師がアウトリーチ支援することの意識づけができていた。支援が終了した医療機関では、本算定量を使用した経験から、活用できる対象のイメージを持つことができていた。今年度は届出が11施設にとどまっていたが、28年度診療報酬改定では、下記が改訂される予定である。

1.算定要件等について

- ・長期入院後の患者だけでなく、単独での通院が困難な患者も対象とするとともに、障害福祉サービスの同時利用に係る要件を削除する。
- ・同一建物居住者の場合について、これまで

で設けられていた特定施設等に居住しているかどうかによる評価の差を廃止し、評価を見直す。

2.施設基準について

- ・作業療法士については常勤用件を設けないこととする。
- ・往診や訪問看護については、いずれか一方について24時間対応可能な体制を整備すればよいこととする。

この改訂によって、制度の利用がどのように進展するか、またどのように福祉と連携し活用されるかについて、引き続き状況を評価していくことが必要である。今後は、本サービスを利用した当事者や家族からの評価を分析するとともに、支援者が感じる多職種カンファレンスによる効果についても、検討していきたい。

E. 結論

「精神科重症患者早期集中支援管理料」届出機関は制度創設2年度目である27年8月には11施設となり、27年12月までに計13名の支援が終了していた。主に入院が1年以上となった者に対して、カンファレンスの開催、家族や周囲への退院後の手厚い支援の保障、手厚い支援の実施、服薬継続支援のために、活用されていた。支援対象者の多くはその後地域生活を継続していた。また、本制度に関するインタビューでは、患者の算定要件の厳しさが報告されたが、28年度診療報酬改定で障害福祉サービスの利用者も利用できるようになること、24時間往診が必須でなくなることから、普及が見込まれ、引き続き制度の利用状況を調査するとともに、利用者への効果、および、スタッフやチームへの多職種カンファレンスによる波及効果についても評価を行っていく必要がある。

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

引用・参考文献

- 1) Kayama M, Kido Y, Setoya N, Tsunoda A, Matsunaga A, Kikkawa T, Fukuda T, Noguchi M, Mishina K, Nishio M, Ito J. Community outreach for patients who have difficulties in maintaining contact with mental health services: longitudinal retrospective study of the Japanese outreach model project. BMC psychiatry, 14(1): 311, 2014.

ACT・多職種アウトリーチチームの治療的機能についての評価

研究分担者： 佐藤さやか¹⁾

研究協力者： 富沢明美²⁾，佐藤朋恵²⁾，梁田英磨³⁾，足立千啓⁴⁾，西内絵里沙⁵⁾，
遠嶋哲吏⁶⁾，梅田典子⁷⁾

- 1) 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 社会復帰研究部
- 2) 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター病院
- 3) 東北福祉大学 せんだんホスピタル 包括型地域生活支援室（S-ACT）
- 4) 特定非営利活動法人 リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J
- 5) ちはやACTクリニック
- 6) 医療法人小憩会 ACT-ひふみ
- 7) NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド

要旨

本研究の目的は構造化されたアウトリーチ支援の一形態である Assertive Community Treatment（ACT）チームにおける認知行動療法（CBT）のニーズと実行可能性について明らかにすることであった。

今年度は1) ACT 全国ネットワークに参加するチームに所属するスタッフ全員を対象とした全国悉皆調査および2) すでに ACT 支援の過程で CBT を提供する実践者のグループインタビューを行った。

1) では対象者全 236 名のうち 192 名から回答を得た（回答率は 81.4%）。結果をみると現状では CBT を実践するスタッフは 20%程度であり、未実施のスタッフの多くがその理由として「研修の機会がない」こと、また「どのようなケースが CBT に適応なのかわからない」ことを挙げていた。今後 CBT を提供したい利用者の特徴としては、「（妄想も含め）考え方に偏りがあるケース」「不安を中核として問題行動があるケース」「生活の中で目標をみつけるための支援が必要なケース」を挙げるものが多かった。CBT 実施の有無について関連する要因を検討したところ、科学的根拠に基づく実践（Evidence Based Practice：EBP）に対して親和性が高い支援者ほど、CBT を行っていないことが明らかとなった。これは ACT 全国ネットワークとして EBP の実践が強く推奨されおり、重視するマインドのある実践者のほうが気軽に CBT 提供を試せない実態を示唆するものと考えられた。

2) のグループインタビューでは ACT 支援の過程で CBT の実践を試みて感じるハードルとして利用者にツールを使ってでも CBT に取り込んでみようと思ってもらうまでが大変で結局そこでつまづくスタッフも多いこと、ACT 支援では 1 人の利用者を複数のスタッフが支援しているので、利用者への CBT 提供だけでなくチーム内でコンセンサスを得ることに対しても負担感が大きいこと、などが挙げられた。またその解決策として CBT に関心が高く提供に積極的な「CBT 担当者」をチーム内に置き、このスタッフを通じて利用者に CBT を提供する仕組みを構築しつつ、CBT の支援過程で実施される支援技法を CBT にそれほど関心がないスタッフでも最低限実施できたほうが良い支援技法（資料を用いた課題別・問題別の心理教育と利用者の困り事の構造化）と「CBT 担当者」に求めるより複雑な支援技法とに分けて整理し、それぞれに別の研修、伝達方法をとることが望ましいとの意見が出た。

来年度は今年度の活動の成果を踏まえ、研修および ACT 支援における CBT 実施の効果検討を行う予定である。

A. 研究の背景と目的

本研究の目的は構造化されたアウトリーチ支援の一形態である Assertive Community Treatment (ACT) チームにおける認知行動療法 (CBT) のニーズと実行可能性について明らかにすることであった。

B. 方法

1) ACT 全国ネットワーク参加団体を対象とした悉皆調査

対象者

2015年12月1日現在、ACT全国ネットワークに参加しているチームに所属し、訪問支援に関わるスタッフ

質問項目および尺度

- ・デモグラフィックデータ、および職種、精神科経験年数 (累計および現在の所属チーム)、回答時時点での CBT 提供の有無、CBT に関するニーズ、CBT で用いる諸支援技法の知識度、実施度、関心度の他、信頼性・妥当性が検討されている尺度として科学的根拠を基づく実践を適用することへの態度尺度日本語版 (EBPAS)¹⁾を用いた。
- ・CBT の支援技法に精通していないスタッフにも理解を深めた上で回答してもらえよう、回答の補助として CBT の各支援技法に関する解説を添付した。

調査手続き

調査を郵送にて実施した。実施にあたっては倫理委員会の承認を得た (承認番号: A2015-005)。

分析方法

ニーズ把握については、クロス集計表を作成した。CBT 提供の有無と関連する変数の探索についてはロジスティック回帰分析を実施した。統計ソフトは SPSS Statistics Ver.21.0J を用いた。

2) すでに CBT を実施している ACT 実践者へのグループインタビュー (以下 GI)

1) の調査対象となったチームに所属する ACT 実践者のうち、2015年10月10日および11日に開催された「第7回 ACT 全国研修2015 帯広大会」において研究代表者他が担当した「事例から学ぶアウトリーチで使える認知行動療法」講座に講師または参加者として参加した40代精神保健福祉士1名、30代精神保健福祉士2名と40代作業療法士の合計5名を対象に ACT 支援の過程で CBT を実施することの実態や困難、その対応策等について、グループインタビューを実施した。

C. 結果/進捗

1) ACT 全国ネットワーク参加団体を対象とした悉皆調査

回答の状況

調査対象となる ACT チームのうち1チームは「ACT チームを立ち上げたばかりでアンケートに回答する余裕がない」との理由でチームごと不参加であった。

その他27チームに所属する訪問スタッフ236名のうち、有効回答者は192名、回答率は81.4%であった。

回答者の属性

回答者は男性78名、女性114名、平均年齢は41.86 ± 10.82歳であった。

経験年数は精神科全体では12.38 ± 9.33年、現在の所属チームでは3.35 ± 3.24年であった。職種別の人数の内訳は看護師72名、精神保健福祉士48名、作業療法士38名、医師14名、臨床心理士5名、保健師4名、社会福祉士、特に資格のないものが各3名、その他5名(薬剤師、臨床検査技師、准看護師、医療事務など)であった。

現在の所属での CBT 実施の有無

「現在担当ケースに対して CBT を実施し

ているか」尋ねた結果、192名中38名(19.8%)が実施有、154名(80.2%)が実施無と回答した。

CBT未実施の理由

前項に実施無と回答した154名に対して担当ケースに実施していない理由を尋ねた結果「研修などの習得の機会がない」(62名; 40.3%)、「どんなケースにCBTが使えるのが適応がわからない」(58名; 37.7%)の項目が挙げるものが多かった(表1)。

実践家から見てCBTが必要と思うケースの特徴

回答時にCBTを実施していると回答したものの(n=38)について現在CBTを実施しているケースの特徴を尋ねた結果、「『考え方』の偏りに関する支援」(19名; 50.0%)、「周囲の人をうまく付き合うためのスキル習得(個別SSTなど)」(16名; 42.1%)、「生活の中で目標をみつけるための支援」(16名; 42.1%)の項目を挙げるものが多かった。

また、CBTを実施していない理由として「CBTに関心がない」(4名)、「ACTチームで実施することにそれほど意味を感じない、必要ない」(5名)を挙げた9名を回答者全員から除いたもの(n=183)に将来的にCBTのニーズがあるケースの特徴について尋ねた結果、「『考え方』の偏りに関する支援」(67名; 36.6%)、「不安が中核となる問題行動の改善」(63名; 34.4%)、「生活の中で目標をみつけるための支援」(61名; 33.3%)の項目を挙げるものが多かった(表2)。

CBTの各支援要素に関する知識度、実施度、関心度

回答者全員(n=192)を対象にCBTの各支援要素(心理教育、構造化、ソクラテス式質問法、ケースフォーミュレーション、スモールステップの原則に基づいた段階的課題設定、

オペラント条件づけに基づく行動分析、行動変容のための強化、認知再体制化、セルフモニタリングの実施、CBT for Psychosis、評価尺度の活動)に関する知識度、実施度、関心度の3つの項目について5点満点での評価を求め、各項目を独立変数、評価得点を従属変数とし、支援技法ごとに繰り返しのある分散分析を実施した。

この結果、すべての支援技法で交互作用が有意であった(心理教育: $F=196.840$, $p<0.000$ 、構造化: $F=169.610$, $p<0.000$ 、ソクラテス式質問法: $F=177.352$, $p<0.000$ 、ケースフォーミュレーション: $F=202.123$, $p<0.000$ 、スモールステップの原則に基づいた段階的課題設定: $F=130.846$, $p<0.000$ 、オペラント条件づけに基づく行動分析: $F=146.259$, $p<0.000$ 、行動変容のための強化: $F=124.176$, $p<0.000$ 、認知再体制化: $F=230.347$, $p<0.000$ 、セルフモニタリングの実施: $F=183.873$, $p<0.000$ 、CBT for Psychosis: $F=312.748$, $p<0.000$ 、評価尺度の活動: $F=211.744$, $p<0.000$)。

そこで、多重比較を実施したところ、「ソクラテス式質問法」と「行動変容のための強化」では、関心度と知識度および関心度と実施度の間で有意差があった。それ以外の支援技法では3つの項目間すべてに有意差があった(表3)。

CBT実施に影響する要因の検討

すでにACT支援の過程でCBTを実施している実践家の特徴を明らかにするため、CBT実施の有無を目的変数、性別、年齢、職種、経験年数、EBPASの下位因子である「要請」、「魅力」、「開放性」、「乖離性」の各因子別合計得点は説明変数としてロジスティック回帰分析を実施した。

この結果、EBPAS「乖離性」因子得点について有意であった(オッズ比: 0.811、95%信頼区間 0.676-0.971、 $p=0.02$)。

2) すでに CBT を実施している ACT 実践者への GI

以下のような意見が出された。

ACT を含むアウトリーチ支援の過程で CBT を提供する事の困難

- ・ CBT 実施の過程では通常、用紙などのツールの活用が求められるが、ツールを使って利用者との取り組みを始めるところまで持っていくことに最初の関門があるように感じる（多少 CBT に興味がありそうでも、実際に取り組もうと構造化用紙などを出すと利用者から「面倒だからいいです」などの反応がある）。CBT の提供に関心があってもそこを乗り越えられずにつまずくスタッフが多いように感じる。
- ・ ACT 支援の過程では 1 人の利用者ごとに Individual Treatment Team (ITT) が構成され、複数のスタッフでサポートを行っている。このような体制を組んでいる場合、1 人のスタッフが CBT の提供やツールの利用を考えても、他のスタッフの関心が薄いと、関心のあるスタッフからそうでないスタッフに意図や見通しについて説明することがとても難しい。特に CBT への関心は高いが自分が実践する事で精一杯の取り組みを始めて間もないスタッフはそこで（他スタッフからの反応に）萎縮してしまう場合もあるのではないかと感じる。
- ・ 利用者や同僚スタッフにツール利用の意義を納得してもらい難しさはあるが、ツールがあるからこそ、支援の目的から外れずに CBT が実施できている側面もある。例えば、構造化のための用紙（利用者の困り事を「考え」「気持ち」「行動」「身体反応」の 4 つの側面に分けて考える用紙）を使うことは面倒なところもあるが、ここをやっておくことによって、利用者も支援者もその後の取り組みがどこに向かっているのかぶれないで済むように感じる。CBT に関心のあるスタッフにとっては支援の「土台」としてツールの利用はニーズが高いと

思う。

で挙げられた困難点の対応策、解決策

- ・ ACT スタッフ間において CBT への関心に濃淡がある中では、CBT の支援要素の全てについて ACT スタッフ全員が習熟するのは困難だし、これは今後も変わらないと思われる。
- ・ Individual Placement and Support (IPS) モデルによる就労支援を ACT チームで展開する際、Employment Specialist (ES) を置くように、CBT に関心が高く提供に積極的な「CBT 担当者」をチーム内に置いてはどうか？
- ・ 「CBT 担当者」とそれ以外のスタッフに求める CBT 関連の支援内容を分類して整理すると普及への抵抗感が低減するのではないかと（例えば、「CBT 担当者」以外のスタッフ全員には、心理教育と困り事の構造化の実施までを求め、これ以降のより複雑な CBT 技法については「CBT 担当者」にリファーする、など）。
- ・ 上記のような運用を想定すると、基本的に一定以上の複雑な CBT 支援はチームの利用者全員に対して「CBT 担当者」が実施することになる。「CBT 担当者」はケースマネージャーを担当するチームスタッフとの情報共有や意思疎通が求められることから、チームの外部から CBT には精通していてもアウトリーチ支援の経験が少ない心理士を招へいするような形ではなく、従来のチームスタッフの中から募ることが望ましい。

D. 考察

ACT チームの全国悉皆調査の結果から現状では ACT 支援の過程で CBT を実践するスタッフは 20% 程度であり、未実施のスタッフの多くがその理由として「研修の機会がない」こと、また「どのようなケースが CBT に適応なのかかわからない」ことを挙げ

ていた。今後 CBT を提供したい利用者の特徴としては、「(妄想も含め)考え方に偏りがあるケース」「不安を中核として問題行動があるケース」「生活の中で目標を見つけるための支援が必要なケース」を挙げるものが多かった。

その一方で、「ACT に CBT は必要ない、なじまない」などの意見はほとんどみられず地域生活支援の場でも CBT のニーズが高いことが示唆された。

CBT の各支援技法の知識度、実施度、関心度について検討したところ、「ソクラテス式質問法」と「行動変容のための強化」では知識度と実施度の間に差がなく、知っていれば実際の支援でも用いられていることが示唆された。これは上記 2 つの技法がツールなど特別な準備がなくても適切なタイミングと内容が判断できれば声かけだけで実施でき、ACT スタッフにとっては比較的敷居の低い支援であったためであると推察された。

その他の支援技法ではすべての項目で得点が関心度 > 知識度 > 実施度、の順に低くなっており、特に「認知的再体制化」で関心度と実施度の間の得点差がもっとも大きかった。

「認知的再体制化」は支援ニーズがもっとも大きかった「考え方に偏りがあるケース」に対応する支援技法であるため、ニーズはあるが実施が難しい支援として、研修の際には本技法に焦点を当てるのがスタッフの CBT 提供ニーズにかなうことが予測された。

CBT 実施の有無について関連する要因を検討したところ、科学的根拠に基づく実践 (Evidence Based Practice : EBP) に対して親和性が高い支援者ほど、CBT を行っていないことが明らかとなった。これは ACT 全国ネットワークにおいて EBP の実践が強く推奨され、そのための研修参加がチームのプログラム忠実度を測定する Fidelity 調査の項目にも反映されるなど「しっかり勉強した上で支援技法を提供すべき」といった文化

があるために、EBP を重視するマインドのある実践者のほうが気軽に CBT 提供を試せない実態を示唆するものと考えられた。

また、グループインタビューでは ACT 支援の過程で CBT の実践を試みて感じるハードルとして (病院や支援機関で面談室の中で用いるような) ツールはあったほうが便利だが、アウトリーチの過程では利用者に「使ってみよう」と思ってもらうまでが大変で結局そこでつまずくスタッフも多いこと、ACT 支援ではプライマリーケースマネージャー 1 人ではなく複数のスタッフが小さなチームを組んで支援しているので、チーム内でコンセンサスを作る必要があるが、関心のあるスタッフばかりではないし、CBT を試みようとするスタッフが説明するのは負担感が大きいこと、などが挙げられた。

その解決策として、「CBT 担当者」に求めるより複雑な支援技法とに分けて整理し、それぞれに別の研修、伝達方法をとることが望ましいとの意見が出た。

ACT 支援においてケースマネージャーによる生活支援と外部支援者による CBT を含む EBP の提供について役割分担をした先行研究では、ケースマネージャーと CBT 担当者との連携不足から CBT のドロップアウトが頻発したとの報告がある²⁾。このため CBT 担当者にニーズのある利用者を集約する場合、担当のケースマネージャーと円滑な意思疎通を図るために、できるだけチーム内部から CBT 担当者を募ることが望ましいと思われる。

来年度は今年度の活動の成果を踏まえ、研修および ACT 支援における CBT 実施の効果検討を行う予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 佐藤さやか：海外の精神障害リハビリテーション研究の紹介「包括型地域生活支援プログラムに対するエビデンスベースな支援の付加：実施可能性の検討」．精神障害とリハビリテーション，19(2)：211-213，2015.11.

2. 学会発表

- 1) 佐藤さやか：地域心理臨床に認知行動療法はいかに貢献できるか - 地方で実践と研修を充実させるには - ．日本心理臨床学会第34回秋季大会，兵庫，2015.9.18.
- 2) 佐藤さやか：アウトリーチチームにおける認知行動療法のニーズ把握に関する全国実態調査～ACT 全国ネットワーク実態調査から～．第23回日本精神障害者リハビリテーション学会，高知，2015.12.4.

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

文献

- 1) 奥村泰之、藤田純一、野田寿恵、伊藤弘人：「科学的根拠に基づく実践を適用することへの態度尺度（EBPAS）」日本語版の心理測定学的特徴の検討．精神医学，52（1），79-85，2010．
- 2) Sytema S，Jörg F，Nieboer R et al：Adding Evidence-Based Interventions to Assertive Community Treatment: A Feasibility Study．Psychiatric Services，65，689-692，2014．

表1 CBTを実施していない理由 (n=154)

	n	%
CBTニーズのあるケースを担当していない	36	(23.4)
CBTに関心がない	4	(2.6)
(自分に関心があるが) チーム全体における関心や理解が薄い	17	(11.0)
どんなケースにCBTが使えるのか適応がわからない	58	(37.7)
研修などの習得の機会がない	62	(40.3)
研修は受けたが、実際の支援でどのように使っていいかわからない	42	(27.3)
ACTチームで実施することにそれほど意味を感じない、必要ない	5	(3.2)
その他	26	(16.9)

表2 CBT ニーズのあるケースの特徴

	現在 ¹⁾ (n=38)	将来 ²⁾ (n=192)
「考え方」の偏りに関する支援	19 (50.0)	67 (36.6)
幻聴をはじめとする精神症状の改善	11 (28.9)	48 (26.2)
服薬や受診行動の促進、意思決定	9 (23.7)	27 (14.8)
怒りのコントロール	7 (18.4)	55 (30.1)
不安が中核となる問題行動の改善	15 (39.5)	63 (34.4)
(怒りや不安以外の) 問題行動の改善	4 (10.5)	14 (7.7)
周囲の人をうまく付き合うためのスキル習得(個別SSTなど)	16 (42.1)	53 (29.0)
違法薬物やアルコールへの対処	2 (5.3)	13 (7.1)
生活の中で目標を見つけるための支援	16 (42.1)	61 (33.3)

1) 現在：現在 CBT を提供している事例の特徴

2) 将来：今後 CBT が必要になるだろう予想する事例の特徴

カッコ内は標準偏差

表3 CBT提供時に実施される各支援技法の知識度、実施度、関心度

	n	知識度(a)	実施度(b)	関心度(c)	F値	p値
動機づけのための心理教育	189	2.58 (0.93)	2.28 (1.02)	3.81 (0.91)	196.840	0.000 c>a>b
相談内容の「構造化」	189	2.56 (1.08)	2.11 (1.02)	3.65 (1.00)	169.610	0.000 c>a>b
ソクラテス式質問法	186	2.17 (0.08)	2.06 (0.08)	3.59 (0.08)	177.352	0.000 c>a c>b
ケースフォーミュレーションと 支援すべき目標の同定	188	2.09 (0.08)	1.83 (0.07)	3.55 (0.08)	202.123	0.000 c>a>b
スモールステップの原則に基づいた 段階的課題設定とそのチェック	189	2.68 (0.08)	2.49 (0.08)	3.73 (0.07)	130.846	0.000 c>a>b
オペラント条件づけに基づく行動分析	189	2.42 (0.08)	2.06 (0.07)	3.50 (0.08)	146.259	0.000 c>a>b
行動変容のための「強化」	189	2.59 (0.09)	2.47 (0.08)	3.69 (0.08)	124.176	0.000 c>a c>b
認知再体制化の方法	188	2.16 (0.08)	1.66 (0.06)	3.56 (0.08)	230.347	0.000 c>a>b
セルフモニタリングの実施	189	2.52 (0.08)	2.07 (0.08)	3.67 (0.07)	183.873	0.000 c>a>b
幻聴や妄想など 統合失調症に特化したCBT技法	189	2.01 (0.07)	1.67 (0.07)	3.74 (0.08)	312.748	0.000 c>a>b
支援の進捗や効果を共有するための 評価尺度の活用	188	2.08 (0.08)	1.78 (0.07)	3.54 (0.08)	211.744	0.000 c>a>b

カッコ内は標準偏差

表4 CBT実施の有無を予測するロジスティック回帰分析

	B	標準誤差	p値	オッズ比	95%信頼区間	
					下限	上限
年齢	-0.399	0.491	0.417	0.671	0.256	1.759
性別	-0.006	0.025	0.814	0.994	0.947	1.043
職種						
看護師	-0.576	0.586	0.326	0.562	0.178	1.774
精神保健福祉士	-0.222	0.561	0.692	0.801	0.267	2.403
経験年数 (所属チーム)	0.000	0.006	0.998	1.000	0.988	1.012
所属チーム ²⁾	-0.589	0.503	0.242	1.803	0.672	4.834
EBPAS						
要請	-0.042	0.082	0.608	0.959	0.817	1.125
魅力	0.047	0.086	0.589	1.048	0.885	1.241
開放性	0.047	0.096	0.625	1.048	0.868	1.265
乖離性	-0.210	0.092	0.023	0.811	0.676	0.971
-2対数尤度			140.321			
Cox-Snell R ² 乗			0.050			
Nagelkerke R ² 乗			0.081			

多職種アウトリーチチームの研修のあり方についての検討

研究分担者： 西尾雅明¹⁾

1) 東北福祉大学 総合福祉学部

要旨

【目的】精神医療・保健・福祉領域においても、「入院中心から地域生活中心へ」という流れの中で、アウトリーチ・サービスに注目が集まっている。アウトリーチ支援に従事する専門職の人材育成方法については試行錯誤の段階であり、効果的な研修・人材育成プログラムの開発が期待されている。そこで本研究では、アウトリーチ支援にかかわる人材としての態度や実践スキルに好ましい変化を与えるプログラムを開発することを目的とし、アウトリーチ活動を実践する、もしくは、関心を持つ者を対象とした研修会を実施し、それぞれ研修前後にアンケート調査を実施し、求められる研修のあり方を検討するために、フォーカスグループインタビューを実施した。

【対象】平成 27 年度は、関係各機関にモデル研修会の案内を送り、参加希望があった者で、28 年 1 月 14～15 日に仙台で開催された研修に参加した 18 名である。

【方法】サイコドラマの手法を用いた事例検討を中心とする 2 日間の研修の前後で、研修会で扱うテーマに関する重要度や実践度についての自己評価(13 項目)を問うアンケートを実施した。また、求められる研修のあり方を検討するために、研修会内で参加者全員にフォーカスグループインタビューを実施した。

【結果】)アンケート調査では、前後とも全項目で実践度は重要度より有意に低く、)13 項目中 7 項目で研修期間中に実践度が有意に増加し、)「尊重すること」「インフォーマル」の項目で大きく重要度の認識が変化($P<0.01$)、さらに、「私は、利用者を患者扱いせず、人としてみている」で前後差が認められた($P<0.05$)。研修会参加者のグループインタビューでは、)情緒的な共感や擬似的な体験を研修などの機会に求める意見や、)多職種・非専門職参加の研修、一般企業や地域住民との相互交流など、新たな視線の獲得やより広い視野を求める意見、が比較的多く出された。

【考察】ロールプレイを用いた研修の有用性や、幅広い視点での研修ニーズを満たす受け皿の必要性が示唆された。来年度は、多職種アウトリーチの支援者に特化した研修モデルの呈示を行う予定である。

A. 研究の背景と目的

精神科領域では、「入院中心から地域生活中心へ」という流れの中で、アウトリーチ・サービスに注目が集まっている。このような支援においては、精神科病棟内での支援とは異なる

る支援態度やスキルを必要とするが、わが国におけるアウトリーチ支援は萌芽期にあり、その人材育成方法については試行錯誤の段階にある。そこで本研究では、精神障害者に対するアウトリーチ支援専門職に 2 日間にわた

る研修会を実施し、その参加者を対象にしたアンケート調査を行った。今年度の研修参加者へのアンケート調査に加え、2012から2014年度の研修参加者への調査結果を合わせて分析し、研修で何が学ばれ、参加者にどのような影響があったかを評価した。さらに、研修参加者を対象としたフォーカスグループインタビューを実施し、求められる研修のあり方を検討した。以上を通して、アウトリーチ支援にかかわる人材としての態度や実践スキルに好ましい変化を与えるプログラムに関する提言を行うことが本研究の目的である。

B. 方法

1) 対象

平成 27 年度(2015 年度)「アウトリーチ研修会」(資料 1) の参加者とした。

参加者は、全都道府県・政令指定都市の精神担当部署、『アウトリーチ推進事業』実施団体、ACT 全国ネットワーク登録団体、臨床精神科作業療法研究会、宮城県・仙台市の障害福祉担当者、宮城県内の精神科関連各職種の団体(宮城県精神科病院協会、宮城県精神科医会、宮城県精神保健福祉士協会、宮城県作業療法士協会、日本精神科看護技術協会宮城県支部、宮城県臨床心理士会、仙台市精神保健福祉団体連絡協議会、宮城・仙台相談支援従事者協会、宮城県内で自立支援が適用される各訪問看護事業所) に研修会の情報・案内を送り、その結果として参加希望があった者で、2016 年 1 月 14 ~ 15 日に仙台で開催された研修に参加した 18 名である。

2) 研修会の内容

(1) フォーカスグループ

資料 4 のインタビューガイドをもとにファシリテーターが実施した。

(2) ウォーミングアップ

参加者全員で、身体を動かしながら、徐々に無理なくコミュニケーションがとれるよう

になった。

(3) 事例検討

- ・統合失調症で病識に乏しく、治療中断をしている在宅の事例について、ファシリテーターより事例の紹介を行った。
- ・初期介入をどうするか、即席で作った複数の多職種チームで討議をし、その内容は全体にフィードバックされた。
- ・入院させたい母親からのメッセージを受けて、グループ内で本人、母親、支援者の役割分担をし、各々がその立場のロールになって状況を体験した。
- ・訪問時に飲酒している本人にどう声がけをするか、各グループ内でロールプレイを行った。

(4) 事例検討

- ・事前の準備はなく、当日、研修会参加者からの提示による、ロールプレイを用いた即興の事例検討を行った。
- ・事例提供者からの情報をもとに、事例の該当をホワイトボードに記載。
- ・事例検討とは別の即席チームを作り、チーム毎に、支援者に要請されている課題を協議してかわりの戦略を練り、各グループ毎に複数名が自宅訪問をする設定で、本人への対応例をロールプレイの形でモデリングした。

(5) ウォーミングアップ

- ・二人一組になって、一人が椅子の上に立って実際に話してみるなど、ロールプレイをする時の小道具の使い方を各自が体験した。
- ・別のペアになって、自分の苦手な人について話し合い、その状況や感情をポーズを使って表現する練習を行った。

(6) 事例検討 (オムニバス・ドラマ)

- ・一人でも多くの参加者の課題を取り上げられるように、オムニバス形式での 30 分以内

のドラマを幾つか扱った。

- ・ある医療機関での他の職種との関係性や軋轢をめぐってのドラマ
- ・支援者自身が安定した気持ちでアウトリーチに専念するために必要な家庭環境（家庭内の人間関係について）をめぐってのドラマ
- ・苦手な利用者はどう働きかけるかをめぐってのドラマ（複数名の参加者が、実際に対応例をモデリング）
- ・診察室で、コメディカルの支援者が、担当する利用者の「働きたい」気持ちを主治医に対して代弁するドラマ
- ・被害妄想のために近隣住民に迷惑をかけている高齢女性への対応を、本人や近隣住民などとも役割交換しながら深めていくドラマ

（7）フォーカスグループ

資料4のインタビューガイドをもとにファシリテーターが実施した。

（8）クロージング

3）調査のスケジュールなど

平成27年度は、自記式アンケート調査とフォーカスグループインタビューを行った。

自記式アンケートについては、研修開始直前に事前調査、終了直後に事後調査を会場で行った。

なお、2012年度から2014年度にも、筆者らが参加するアウトリーチに関する研修が行われており、これらに関する情報は、厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者対策総合研究 報告書「アウトリーチ（訪問支援）に関する研究 H23-精神-一般-006」（研究代表者：萱間真美、文献番号：201224074A）および、厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業報告書「多職種アウトリーチチームの研修のあり方についての検討」（研究代表者：伊藤順一郎）におい

て公表されており、本研究ではこれらの情報の一部も分析に加えている。

各調査時点の調査の概要を表1にまとめた。

以下、2012年度の研修前調査をT1、後調査をT2、2013年度研修前調査および郵送フォローアップ調査をT3、2013年度研修後調査をT4、2014年度の研修前調査をT5、後調査をT6、2015年の前調査をT7、後調査をT8とする。

表1 各時点の調査概要

T1 調査

2012年度研修の参加者を対象に、研修開始直前に集合法で実施
有効回答 58（有効回答率 96.7%）

T2 調査

2012年度研修の参加者を対象に、研修終了直後に集合法で実施
有効回答 56（有効回答率 93.3%）

T3 調査

2013年度研修の参加者を対象に、研修開始直前に集合法で実施、および、2012年度の参加者を対象に郵送法で実施。

集合：有効回答 44（有効回答率 97.8%）

郵送：有効回答 33（有効回答率 55.0%）

T4 調査

2013年度研修の参加者を対象に、研修終了直後に集合法で実施
有効回答 44（有効回答率 97.8%）

T5 調査

2014年度研修の参加者を対象に、研修開始直前に集合法で実施
有効回答 27（有効回答率 100%）

T6 調査

2014年度研修の参加者を対象に、研修終了直後に集合法で実施
有効回答 26（有効回答率 96.3%）

T7 調査

2015年度研修の参加者を対象に、研修開始直前に集合法で実施
有効回答 18（有効回答率 100%）

T8 調査

2015年度研修の参加者を対象に、研修終了直後に集合法で実施
有効回答 18（有効回答率 100%）

さらに、研修の全参加者を対象とし、研修開始後と終了前に、合わせて2回のフォーカスグループインタビューを実施した。2回目のインタビューでは、参加者を経験年数で2

群にわけ、それぞれで同様のインタビューガイドを用いてインタビューを行った。

4) アンケートの内容

アンケートには、研修会で扱うテーマに関する重要度や実践度についての自己評価を問う項目や(表2参照)職種や臨床経験年数などを問う基礎属性項目が含まれている(資料3)。

3年間の結果を比較するため、ほぼ全ての項目が4年間を通して同様であるが、「危機介入とその倫理についての理解」と「ストレス・モデルに基づいた支援と、危機介入の関係についての理解」の2項目については、2013年度以降、重要度・実践度の項目群に追加された。それぞれのアンケートの記入に要する時間は10~20分程度であった。

表2 重要度・実践度の13項目

リカバリー 精神疾患・障害からのリカバリーという概念 尊重すること 病棟や施設の作法を利用者の自宅にもちこまず、利用者やその家族の住む場所の作法を尊重すること
エンゲージメント 利用者・家族との良好な関係づくり(関係を持ちにくい当事者(未受診察、治療中断者)へもアプローチを行う)
アセスメント ストレス・モデルに基づいたケアマネジメントにおけるアセスメント(利用者や環境の強みなど、ケアマネジメントを行う上で有用な情報を集める)
ケアプラン ストレス・モデルに基づいたケアマネジメントにおけるケアプラン作り(初期アセスメント、初期プランについても理解する)
ケアマネ適用 ストレス・モデルに基づいたケアマネジメントにおける、実際の支援へのアセスメントやプランの適用(ケア会議やサービスを振り返るためのモニタリングも行う)
心理教育 利用者本人や家族をエンパワメントするための心理教育
多職種 多職種チームによる支援(多職種で機能分担と相互干渉のバランスをとりながら、ケアの決定と遂行を主体的に、直接的、包括的に行い、利用者の状態に合わせた訪問頻度・時間を設定し、毎日ミーティングの機会をもつ)

インフォーマル 家族や近隣住民、雇用主などへのインフォーマルな支援
連携 医療機関、保健所、市町村、福祉サービス機関が有機的に連携した支援(アウトリーチ推進事業における評価検討委員会の運営など)
クライシス 利用者の地域生活や生命が破綻しかかっているような状況での、急性期対応(クライシス対応)
危機介入と倫理 危機介入とその倫理についての理解
ストレスと危機介入 ストレス・モデルに基づいた支援と、危機介入の関係についての理解

5) インタビューの内容

1回目のインタビューは、研修開始時のセッションにおいて、全研修参加者18名の1グループで実施した。内容であるが、研修会参加への想いや参加の動機について、質問を行った(資料4参照)。インタビューの時間はおよそ25分であった。

2回目のインタビューは、研修の2日目のクロージングセッションの直前に、参加者を経験年数によって2群に分けて実施した。3年以上のアウトリーチ経験かつ5年以上の臨床経験年数のある者のAグループと、Aグループの条件を満たさない者のBグループで、それぞれ9名ずつであった。いずれのグループにおいても、これまでに受けた研修で良かったもの、これから必要と思われる研修について質問した。インタビュー時間は、Aグループが約60分、Bグループが約62分であった。

6) 分析方法について

量的データの統計解析については、特に記載のない限り、T検定で差の検定を行なった。統計解析ソフトは、IBM社のSPSS ver17 for Windowsを使用した。

質的なデータについては、録音データを逐語入力した上で、インタビューの主題に関する言及を抽出し、内容によって分類した。

7) 研究における倫理的配慮

本調査では、短時間で記入できる自記式アンケート調査とインタビューのみを実施し、身体的侵襲性はない。内容に関しては、アウトリーチ活動に必要な知識や概念の主観的な理解度や実践度を問う項目などから構成され、心理的に侵襲的な項目は含まれない。

調査開始時に、口頭と文書で研究の説明を行い、研究参加に同意する者に調査票への記入とインタビューへの参加を依頼した。研究参加後にも同意を撤回することが可能であり、撤回の意思表示があればすみやかに該当者を研究対象から除外し、該当者に関する情報を研究データベースから削除することとした。また、調査票への回答の有無や回答内容によって、対象者に不利益がもたらされることはない。

また、情報の保護に対する配慮として、本研究では、連結可能匿名化を行った。調査票はID番号で管理し、調査データには個人情報に含まれず、IDと対象者個人情報との対応表は電子媒体で保管され、PCとファイルそれぞれに異なるパスワードで多重に保護された。また、管理担当者と分析担当者は異なり、対応表管理者が調査データにアクセスすることも、分析担当者が個人情報にアクセスすることもなかった。調査票とID対応表の保存期間は研究終了時までとし、紙媒体はシュレッダー等で裁断処分し、電子データはハードディスクより削除することとした。

C. 結果

(1) アンケートの回収率

T1 調査では有効回答 58 (有効回答率 96.7%)、T2 調査では有効回答 56 (有効回答率 93.3%)、T3 調査では集合法では、有効回答 44 (有効回答率 97.8%)、昨年の参加者を対象とする郵送調査で有効回答 33 (有効回答率 55.0%)、T4 調査では有効回答 44 (有効回答率 97.8%)、T5 調査では有効回答 27 (有効回答率 100%)、T6 調査では有効回答 26

(有効回答率 96.3%)、T7 調査では有効回答 18 (有効回答率 100%)、T8 調査では有効回答 18 (有効回答率 100%)であった。

(2) 今年度の研修について

今年度の研修参加者の基礎属性について表 3~表 7 にまとめた。

性別については、ほぼ半数ずつ、年齢については 30 代が最も多く、次いで 40 代であった。精神科臨床経験年数については「5 年~9 年」が 8 名 (44.4%)、アウトリーチ経験年数については「5 年未満」が 11 人 (61.1%) と、最も多かった。職種については、看護師が最も多く 6 名 (33.3%) で、ついで、精神保健福祉士が 3 名 (16.7%) であった。

研修前の重要度に関する自己評価においては、「エンゲージメント」「アセスメント」「ケアプラン」などの項目で高い評価が得られており、過去 2 年と同様の結果が得られた (表 8 参照)。

重要度と実践度の比較では、T7、T8 とともに、全ての項目で重要度の得点が実践度の得点より有意に高く、過去 3 年と同様の結果であった (表 17,18 参照)。

重要度に関して、T7 と T8 の結果を比較したところ、「リカバリー」「尊重すること」「インフォーマル」「連携」「ストレングスと危機介入」など、13 項目中 5 項目で T8 での得点が T7 より有意に高かった (表 14 参照のこと。昨年度は、「ケアマネ適用」「心理教育」「インフォーマル」「ストレングスと危機介入」の 4 項目)。

実践度については、「リカバリー」「アセスメント」「ケアプラン」「多職種」「インフォーマル」「ストレングスと危機介入」など、13 項目中 7 項目で T8 での得点が有意に T7 より高かった (表 15 参照のこと。昨年度は、「リカバリー」「尊重すること」「ケアプラン」「ケアマネ適用」「心理教育」「インフォーマル」の 6 項目)。

リカバリーに対する態度 5 項目については、

「私は、利用者を患者扱いするのではなく、人として見ている」の項目のみで、T8での得点が有意にT7より高かった(表16参照のこと。昨年度は「重い症状や障害があってもリハビリできる」の項目のみ)。

(3) 4年間の各研修の比較

2012年～2015年度の研修それぞれで、重要度がどのように変化したかを比較するために、各研修の前後の得点差(T2-T1、T4-T3、T6-T5、T8-T7)を算出した結果を表19に示す。また、それら得点差の順位(得点差の最も大きかった項目を1番、次が2番...、とする)を表20に示す。

研修テーマが「ケアマネジメント」であった2012年では、ケアマネ関連の項目が上位に入り、「危機介入」がテーマの2013年では、危機介入の項目が他の2年より上位に順位づけられ、一方で、アセスメントやプランが下位であった。ロールプレイを行なった2014年は、家族や近隣住民との関係を扱う機会が必然的に多くなったためか、インフォーマルサービスが上位に位置する結果となった。そして、2015年度の結果は、過去3年間で上位に入ることのなかった「尊重すること」と「連携」が上位となった。

(4) インタビューの結果

まず、研修参加に寄せる思いに関して「迷い」や「悩み」を上げる回答者が多かった。具体的には、

- すぐに解決しないことが多く、どのような解決方法があるのかなと迷いながら仕事をしているような状態
- 日々訪問させていただいて、この方どういうアプローチをしていったらいいかというところを悩んでいたため、今日、皆さんの事例を伺いながら勉強させていただきたいと思い
- 同じ人に関わっていると、だんだん自分も八方ふさがりになってくるというか、そういうところがあるので、今日はいろんな方々の話

を聞きながら、自分の頭を柔らかくできればなと思って参りました。

- 一度在宅を見て病院に戻ったときに、何ができるんだろうということどこ何年かずっと悩んでいました
- どういう関わりをしていったらいいのかが、連携の部分でもどういうふうにしていったらいいのかというところで、日々悩みながら仕事をしている
- 本当に日々毎日悩みながら仕事をしている
- アウトリーチって効果があるなというところを実感してくる部分、本当にこれでいいんだろうかという、自分ではいいなと思ってしま

うなどの発言が見られた。

また、研修参加の目的として、「経験を学びたい」という意見が複数上げられた。

たとえば、以下のような意見である。

- 皆さんの考え方だったり、いろんな事例を経験させていただくことでいろいろ勉強させていただければと思っております。
- 皆さんのいろんな経験を学ばせていただければなと思って
- 皆さんのお話を聞いている教えていただければなと思います。

また「関わり」や「関わり方」を学びたいという意見もあげられた。

- ご家族の声だったり、患者さんの状態だったりというのを見まして、どういう関わりがあるのかな、できるのかなというところで今探っている状況です
- ここに来ているいろんな切り口だったり、関わり方だったりというのが学べたらなというところで、勉強させていただきたいと思って
- 皆さんどうやって関わっていけばいいのかが、どこまで求められるものなのかとか、そこら辺が分かっていたらいいなと思っていて

また、研修参加の目的としてモチベーションの向上という意見も挙げられた。

- 訪問とか地域活動ということに関してはちょっと心細いので、この2日間の研修で背中を押されるようなことができるといいかなと思って参加しました。

また、サイコドラマやロールプレイといった研修の形態が参加の動機になったという回答も複数挙げられていた。

- サイコドラマの観点からの研修会というのは私初めてでしたので、ぜひ学んでみたいと思って参加しました。
- 事例とかロールプレイがかなり多めの研修ということで、皆さんと一緒に事例を考えていけたらなと
- ロールプレイを勉強したというスタッフがありまして、それで本当にたまたま、すごくそれがよかったという話を聞いた後あのお手紙が来たので、もう飛びついてしまいました。
- ロールプレイングをしながらもうちょっと柔らかくなるといいのかな

これまでに参加して良かった研修や今後必要な研修についてのフォーカスグループインタビューでは、研修の形式、内容、参加者のあり方について多様な意見が挙げられた。まず形式に関しては、特に経験年数が短い参加者グループから、「実習」や「同行」「体験学習」といった座学ではない形式の研修ニーズが語られた。

- やっぱり座学よりは、こういったロールプレイングとか事例検討というほうが、持ち帰って実際に生かしやすいのかなと思っています。
- 統合失調症体験学習というのがありました。(中略) 偏見をちょっとでも下げるといふことのエクササイズというか、体験を研修でやっていたことがあって、すごく面白かったです。
- 実際にロールプレイ練習してみたり、ほかの

方の困っている事例とかを聞いて、その分かり得る情報の中で自分たちで想像してロールプレイをしたり、自分で体験したという研修は記憶に残っている

- 例えば面接場面でも、同じ想定して、例えば一言でも、経験がある人、ない人で同時にやってみると、このくらい違うんだねという気付きにはなるのかなと。
- 実習という形で利用者さん宅に実習同行させていただくということで勉強はしたんですけども、どういうふうに接するかというのは、見せていただくだけでもだいぶ経験になって、全然見ないで私たちがその算定要件の研修だけ受けて利用者さんに接するというのと、現場を見せていただいてやったというのは全然違ったので、それはすごく意味があった。
- 研修できる場が、実際に同行研修というのであればありがたいなと思っています。
- (記録の書き方を) 習って練習していったらだいぶ書きやすくなって、ほかの仕事も回っていくようになったというのがあった

また、事例検討や事例報告が良かったという意見も複数語られた。

- 危機的状況とか困難事例でも、何か1つのテーマがあって、テーマに沿った事例を2時間ぐらいみんなで考えていきながら、(中略)役に立ったと思う。
- リフレクティングの手法を使って、半分に分けて、こっちで普段のケア会議をやっているのを端からそっちのチームが見て、どういうふうにケア会議をしているのかという客観的視点をもらって、今度そっちで客観的に見た意見のグループワーク(中略)はよかったな
- いろんな事業所の報告を含めた研修会が(中略)すごく刺激にはなった

また、継続的で定例的な研修のニーズも語られた。

- 月一かな、来ていただいて、一緒に訪問しましたし、アフターミーティングをしてもらっ

て、飲み会もやって、自分たちのやり方がこれでいいのかどうかというのが本当に疑問いっぱい間違いながら進んでいたときには、とても助かりました。

さらに、経験年数などに応じた研修プログラムのニーズも語られた。

- 経験ある人、ない人、グループで分けて、それぞれ話し合っ、意見交換というかディベートをしてもらおうと、経験ある人も、改めてフレッシュな人たちの話を聞くと、あ、そうだったんだというところで自分も1つ落としで考えることができたり、当然フレッシュな人はベテランの人の話が聞けて、あ、そうやって考えていくものもあるんだねというのを学ぶことができた
- 初心者に特化したようなプログラムの研修会があるとうれしいなというのは改めて思いました。

また、参加者の多様性が重要であるとする意見も多く挙げられた。

- 参加されているのが、専門職だけじゃなくて、ちょっと仲よしの家族会の人とか、全然関係ない家族会の全然その人のことは知らない人たちが来てもらおうと、案外突飛な発想が出るんだけれど、それがすごく面白くて(中略)それはすごくよかったかなと思いますし、すごく効果的だった
- あんまり関係ない役所の人だったり、地域包括の人だったり、普通のステーションの方がその会議には集まってくれているので、いろんな病院とか、私たちとは関係ないところの人たちもいろんな意見を出してくれるというのがとてもいいかな
- いろんな職種の方が集まって検討とかグループワークというのが、連携していくのにもいろんな立場の人のお話を聞いたほうが生かしやすいのかなと思いますので、多職種が集まってというのがいいのかな
- (事例検討で)アドバイザー的な方もいても

らっての研修のほうが、受ける方自信がついていくのかなと感じました。

- 一般企業で企業教育をやっている顧問さんに自分たちがやっている研修を見てもらって、どこが伝わりにくいかとか、どんなふうになっていったらいいのかという評価を受けて
- 多職種の中で1人が自分の職種について全体に説明をして、話を聞いたその中のグループの1人が、これグループワークなので何個もこういうグループがあるんですけど、話を聞いた人たちの1人が違うグループに行って、その職種の自分が聞いた説明をしてというのをみんなでぐるぐる回しながらやったのはすごく新鮮
- 例えば勉強会とか、それこそ市民講座とか開くと、ワッと病院の人たちは集まってくるんですけど、例えば不動産屋さん向けに利用者が説明するとか、病院向けじゃないところで、スーパーの人向けでも何でもいいんですけど
- 地域の方から直接支援者の方に、こんなケースがあつて困るとか声を上げてもらって、私たちのほうからもこういう人がいるんですけどという交換が直接できる機会
- 多職種で集まっているけど、そういういろんな方が集まるざっくばらんに話せる会というのはすごく有意義だなというのは、行って感じてみました。

研修の内容に関しては、特に経験年数の長いグループで、過去に参加した具体的なプログラム(心理教育やSST、認知行動療法など)に関する研修が、「良かった研修」として挙げられていた。

- 家族心理教育という研修をよく受けているんですけども、その中で、アウトリーチの中で自宅で行う心理教育だったり、自宅ではなくてそういうグループで集めた心理教育というのも家族兼当事者というのでとても役に立った
- アウトリーチが必要な方というのは自分から助けを求められなかったりするので、生活の

場で困っていたりするというところでは、弁証法的行動療法、すごい難しいあれなんですけど、(中略)すごい勉強になったなというのはありますね。

- ブリーフセラピー、家族療法とか、システムズアプローチと言われるような問題と人を切り離して考えるという構造をみんなで、どういう悪循環になっているのか、その悪循環をどうやったら変えていけるのかというような手法の研修を受けたことがありまして、家族介入とかした際にすごくためになるのではないかなと思っておりまして。
- 認知行動療法の手法みたいなことを学んだことで、自分が行ってやったことの理由付けとか、行ってこうなったよねというのが分かったというところで、新人さんたちの考え方が変わったりするところがありましたね。僕自身も、やっていたことが、自分が当たり前に行っていたことなんだけど、それが理由付けとか、後ろ盾ができて安心して訪問に行けるようになった
- ケアマネジメントの手法というのは本当に大事だし、それを聞くと、自分が今使っている私の目の前の患者さんにどう対応できるかということを真剣に考える機会になった
- SSTの研修とかで、初級とか中級とか受けて、多少講義はあるんですけど、実際にロールプレー練習してみたり、ほかの方の困っている事例とかを聞いて、全部の情報は聞いてないけれども、その分かり得る情報の中で自分たちで想像してロールプレーをしたり、自分で体験したという研修は記憶に残っている

また、身体症状、身体合併症への対応に関する研修のニーズも語られた。

- 訪問やっついていて怖いのが、クライシスじゃないけど、緊急時とかいうか、何か問題があったときのフィジカルアセスメントが圧倒的にできない
- 体の合併症の方も結構いらっしゃる。その身体のほうの服薬の必要性がある方も結構多く

て、私ちょっと身体のほうの知識が薄いので、自分でももちろん勉強しなきゃいけないんですけども、そういう辺りの見立て方とか、ある意味専門ではないけれども危機的状况を見分ける方法だったり、その辺のセンスは学びたいと思う

また、バーンアウトの予防や、支援者のストレスへの対処に役立つ研修のニーズも語られていた。

- バーンアウトも結構多いんです。いろんなきつい言葉をかけられることも多い職場の中で、自分でどういうふうに身を守っていくか、心を守っていく方法ですかね。もちろん専門家としては、その辺りは学んでくる方がほとんどだと思うんですけど、実際こんな場面になったときに先輩はどういうふうに対応しているのか、消化しているのか、その辺を実体験から教えてもらえるとすごく後輩のためにはなるかな

理念に関する研修の重要性も語られた。

- 初の根本の理念みたいなものの共有がなかなかされてないので、そういう視点、発想になっていきにくいということがあって、そういうボトムアップを図れるような、視点を少しでも変えていけるような研修会
- やっぱり理念をしっかりと学ぶことは大事ななと思っています。

その他、社会資源、チームビルディング、経営等、多様な意見が語られた。

- アウトリーチを始めますというときに、果たしてどういう資源が必要で、どういうものが周りになくちゃいけないか、何が必要なのか、本当にその基礎的な部分も私には必要だし、そういうのが学べるところがあればよりいいと思う
- チームのミーティングの仕方とか、スーパーバイザーの構造とか、チームビルディングについて一度しっかり学んでみたいなのという

はあります

- 経営的なところになっちゃうんですけど、嫌らしくなっちゃうんですけど、皆さんどうしているのかなとちょっと思います。

D. 考察

(1) 参加者の属性などについて

今回の参加者の精神科臨床経験年数については、9年以下の者が多かった2012年度や2013年度に比べ、2014年度同様に臨床経験年数の長い参加者層であったといえる。これは、参加者募集の時点で「中級者」を対象とすることを明示したためであると考えられる。

(2) 研修効果について

T7、T8の両時点とも、全項目で実践度は重要度より有意に低い点数となっていた。重要性は認識しているが実践できている自信はない、という思いが現れた結果であると考えられ、昨年度までと同様な結果であった。

リカバリーに対する意識を訪ねた項目でも、「私は、利用者を患者扱いするのではなく、人としてみている」で有意に研修後の値が高くなっていた。ロールプレイを通して、擬似的に利用者の目線にたち、利用を見る目が変化した可能性が考えられる。

また、今年度の研修でも、過去2年と同様、いくつかの項目で研修期間中に「実践度」が変化した。これまで自ら実践していたことに自信をもてなかったのが、研修を通じて、「実はやれていた」と思えるようになったことで、研修直後の実践度が向上していた可能性もあるだろう。研修会が、重要度の認識を向上させる啓発的な研修としてだけでなく、参加者の「できていたんだ」「明日からできそう」といったエンパワメントにつながる研修会として機能していた可能性を示唆している。とりわけ、今年度の結果に関しては、13項目中7項目で有意差が見られ、ロールプレイを主体とした研修が参加者のエンパワメントにつながった可能性が示唆される。

(3) 4年間の各研修の比較

4年間の研修それぞれで、前後の得点の差が大きかった項目が異なった。今年の研修では「尊重すること」の項目で最も大きく重要性の認識が増大しており、前述の「私は、利用者を患者扱いするのではなく、人としてみている」の得点が上昇したことと同様に、ロールプレイを通して利用者を見る視線に変化が生じたと考えることもできるだろう。

いずれも、研修の意図に関する項目で変化が起きている結果と解釈できるであろう。過去3年の調査結果と同様、アウトリーチに関する研修をすれば自動的に同じ項目で同じような研修効果が得られるのではなく、研修目的に沿って重点を置いた項目で効果が得られやすいことが示唆されていたが、今回の結果はその考察を裏付ける結果だったといえる。

(4) 求められる研修のあり方について

フォーカスグループインタビューの結果、参加者の多くは臨床業務の中で迷いや悩みを抱えており、それらを共有して意見をもらいたいというニーズをかかえていた。また、他者の経験を学びたい、つながりの関わりのあり方を知りたい、モチベーション向上、といった動機が語られた。また、ロールプレイという研修形式が参加動機になったという意見も複数あり、これらの結果は、研修参加者が単なる知識や技術の習得ではなく、情緒的な共感や擬似的な体験を研修に求めていると考えられる。

また、経験年数に応じた研修プログラムのニーズが語られる一方で、多職種参加の研修、非専門職の参加、一般企業や地域住民の相互交流など、多様な参加者を求める声が多く、新たな視線の獲得やより広い視野を求める意見が多いことが示唆される。

今後必要な研修の形式に関して、実習や訪問同行、事例検討などを挙げる意見が多かった。本研修への参加動機と同様、情報や知識の取得だけではない、実体験を伴う研修への

ニーズが高いことを示唆する結果であるといえる。

その他、身体疾患、チームビルディング、経営、理念、ストレスマネジメント等、多様な研修ニーズが語られた。

(5) 本研究の限界

今回の調査では、サンプル数が少ないこと、研修直後に2回目の調査を行っており研修効果の持続性については明らかとなっていないこと、客観的なスキルを評価するものではなく、あくまでも自己評価であること、

対照群との比較を行っていないこと、3年度にわたる結果の比較においては対象者層が異なり直接的な比較ではないことなどから、効果評価研究としては一定の限界がある。

E. 結論

本研究では、アウトリーチ支援にかかわる人材に好ましい変化を与えるプログラム開発を目的として、『アウトリーチ研修会』を実施し、参加者にどのような影響があったかを評価した。その結果、研修によってそれぞれの概念の重要性の理解が深まり、実践につながり、また、リカバリーに関する考え方が肯定的に変化するという、昨年度まで調査で得られた示唆を裏付ける結果が得られた。

そして、インタビューの結果からは、参加者が単なる知識や技術の習得だけではなく、情緒的な共感や新たな視野の獲得を可能にするような体験を伴う研修を求める声が明らかになった。

さらに、対象者のレベルに合わせて個別の到達目標、獲得目標を設定し、複数の研修会を組み合わせることの必要性がある一方で、多様な参加者との交流を通して、新たな価値観や世界観に触れたいという研修ニーズも明らかになり、異業種や地域住民との交流を可能にするような研修のデザインも必要とされる。

これらの示唆をふまえ、研修プログラムを

洗練するとともに、より厳密な効果評価を行い、より良い人材育成方法を開発していくことが、アウトリーチ・サービスを効果的に機能させるために必須である。

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

表3 . 性別

	N	%
男性	8	44.4
女性	9	50.0
不明	1	5.6
合計	18	100.0

表4 . 年齢層

	N	%
20～29歳	1	5.6
30歳～39歳	8	44.4
40歳～49歳	6	33.3
50歳～59歳	2	11.1
不明	1	5.6
合計	18	100.0

表5 . 精神科臨床経験年数

	N	%
5年未満	1	5.6
5年～9年	8	44.4
10年～14年	4	22.2
15年～19年	2	11.1
20年～24年	2	11.1
不明	1	5.6
合計	18	100.0

表6 . アウトリーチ経験年数

	N	%
5年未満	11	61.1
5年～9年	5	27.8
10年～14年	1	5.6
不明	1	5.6
合計	18	100.0

表7 . 職種

	N	%
看護師	6	33.3
精神保健福祉士	3	16.7
作業療法士	2	11.1
医師	1	5.6
臨床心理士	1	5.6
社会福祉士	1	5.6
保健師	1	5.6
相談支援専門員	1	5.6
その他	1	5.6
不明	1	5.6
合計	18	100.0

表8 . T7 時点での重要度

	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	9.22	1.166	18	7	10
尊重すること	8.67	1.495	18	5	10
エンゲージメント	9.56	.856	18	8	10
アセスメント	9.72	.669	18	8	10
ケアプラン	9.67	.686	18	8	10
ケアマネ適用	9.67	.686	18	8	10
心理教育	9.39	.916	18	8	10
多職種	9.39	.916	18	8	10
インフォーマル	8.61	1.195	18	7	10
連携	9.12	.993	17	8	10
クライシス	9.44	.984	18	7	10
危機介入と倫理	9.28	1.127	18	7	10
ストレングスと危機介入	8.94	1.349	18	6	10

表9 . T7 時点での実践度

	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	5.44	2.255	18	2	10
尊重すること	5.50	3.092	18	0	10
エンゲージメント	6.22	2.819	18	0	10
アセスメント	5.72	2.740	18	2	10
ケアプラン	4.94	3.077	18	0	10
ケアマネ適用	5.06	3.208	18	0	10
心理教育	5.11	2.324	18	2	10
多職種	4.50	3.148	18	0	10
インフォーマル	3.78	2.602	18	0	10
連携	4.29	2.932	17	0	10
クライシス	4.50	3.601	18	0	10
危機介入と倫理	4.17	2.813	18	0	10
ストレングスと危機介入	3.72	2.761	18	0	10

表 10 . T7 時点でのリカバリーに関する態度

	平均値	SD	N	最小値	最大値
重い症状や障害があってもリカバリーできる	4.29	.686	17	3	5
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.59	.507	17	4	5
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.18	.636	17	3	5
私は、利用者を患者扱いするのではなく、人としてみている	4.18	.728	17	3	5
私は、利用者の可能性を信じている	4.47	.514	17	4	5

表 11 . T8 時点での重要度

	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	9.78	.647	18	8	10
尊重すること	9.61	.778	18	8	10
エンゲージメント	9.67	.767	18	8	10
アセスメント	9.83	.514	18	8	10
ケアプラン	9.72	.669	18	8	10
ケアマネ適用	9.61	.850	18	7	10
心理教育	9.67	.840	18	7	10
多職種	9.81	.750	16	7	10
インフォーマル	9.56	.856	18	8	10
連携	9.67	.840	18	7	10
クライシス	9.67	.840	18	7	10
危機介入と倫理	9.67	.840	18	7	10
ストレングスと危機介入	9.44	.984	18	7	10

表 12 . T8 時点での実践度

	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	6.94	2.100	18	3	10
尊重すること	6.39	2.227	18	2	10
エンゲージメント	7.17	1.886	18	3	10
アセスメント	7.00	1.970	18	3	10
ケアプラン	6.17	2.662	18	0	10
ケアマネ適用	6.00	2.567	18	0	10
心理教育	5.28	2.927	18	0	10
多職種	6.82	2.455	17	3	10
インフォーマル	5.11	2.805	18	0	10
連携	5.94	2.532	18	0	10
クライシス	5.22	2.901	18	0	10
危機介入と倫理	5.06	2.711	18	0	10
ストレングスと危機介入	5.00	2.612	18	0	10

表 13 . T8 時点でのリカバリーに関する態度

	平均値	SD	N	最小値	最大値
重い症状や障害があってもリカバリーできる	4.44	.784	18	2	5
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.67	.594	18	3	5
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.39	.608	18	3	5
私は、利用者を患者扱いするのではなく、人としてみている	4.56	.511	18	4	5
私は、利用者の可能性を信じている	4.61	.502	18	4	5

表 14 . 重要度の比較 (T7 vs T8)

	研修前		研修後		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	9.22	1.17	9.78	.65	-2.15	.046
尊重すること	8.67	1.50	9.61	.78	-3.18	.005
エンゲージメント	9.56	.86	9.67	.77	-0.44	.668
アセスメント	9.72	.67	9.83	.51	-1.00	.331
ケアプラン	9.67	.69	9.72	.67	-0.44	.668
ケアマネ適用	9.67	.69	9.61	.85	0.27	.790
心理教育	9.39	.92	9.67	.84	-1.16	.263
多職種	9.38	.96	9.81	.75	-1.82	.089
インフォーマル	8.61	1.20	9.56	.86	-3.45	.003
連携	9.12	.99	9.82	.53	-2.30	.035
クライシス	9.44	.98	9.67	.84	-1.17	.260
危機介入と倫理	9.28	1.13	9.67	.84	-1.94	.069
ストレングスと危機介入	8.94	1.35	9.44	.98	-2.70	.015

表 15 . 実践度の比較 (T7 vs T8)

	研修前		研修後		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	5.44	2.25	6.94	2.10	-3.000	.008
尊重すること	5.50	3.09	6.39	2.23	-1.376	.187
エンゲージメント	6.22	2.82	7.17	1.89	-1.528	.145
アセスメント	5.72	2.74	7.00	1.97	-2.155	.046
ケアプラン	4.94	3.08	6.17	2.66	-2.374	.030
ケアマネ適用	5.06	3.21	6.00	2.57	-1.908	.073
心理教育	5.11	2.32	5.28	2.93	-.272	.789
多職種	4.41	3.22	6.82	2.46	-4.819	.000
インフォーマル	3.78	2.60	5.11	2.81	-2.287	.035
連携	4.29	2.93	5.76	2.49	-2.980	.009
クライシス	4.50	3.60	5.22	2.90	-1.453	.164
危機介入と倫理	4.17	2.81	5.06	2.71	-1.641	.119
ストレングスと危機介入	3.72	2.76	5.00	2.61	-2.240	.039

表 16 . リカバリーに関する態度の比較 (T7 vs T8)

	研修前		研修後		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
重い症状や障害があってもリカバリーできる	4.29	.69	4.41	.80	-.696	.496
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.59	.51	4.65	.61	-.368	.718
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.18	.64	4.35	.61	-1.144	.269
私は、利用者を患者扱いするのではなく、人としてみている	4.18	.73	4.53	.51	-2.400	.029
私は、利用者の可能性を信じている	4.47	.51	4.59	.51	-.808	.431

表 17 . T7 時点での重要度と実践度の比較

	重要度		実践度		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	9.22	1.17	5.44	2.25	6.776	.000
尊重すること	8.67	1.50	5.50	3.09	5.177	.000
エンゲージメント	9.56	.86	6.22	2.82	5.718	.000
アセスメント	9.72	.67	5.72	2.74	6.672	.000
ケアプラン	9.67	.69	4.94	3.08	6.846	.000
ケアマネ適用	9.67	.69	5.06	3.21	6.371	.000
心理教育	9.39	.92	5.11	2.32	7.995	.000
多職種	9.39	.92	4.50	3.15	6.683	.000
インフォーマル	8.61	1.20	3.78	2.60	8.351	.000
連携	9.12	.99	4.29	2.93	7.130	.000
クライシス	9.44	.98	4.50	3.60	6.539	.000
危機介入と倫理	9.28	1.13	4.17	2.81	8.238	.000
ストレングスと危機介入	8.94	1.35	3.72	2.76	9.085	.000

表 18 . T8 時点での重要度と実践度の比較

	重要度		実践度		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	9.78	.65	6.94	2.10	5.742	.000
尊重すること	9.61	.78	6.39	2.23	5.905	.000
エンゲージメント	9.67	.77	7.17	1.89	5.818	.000
アセスメント	9.83	.51	7.00	1.97	6.714	.000
ケアプラン	9.72	.67	6.17	2.66	5.865	.000
ケアマネ適用	9.61	.85	6.00	2.57	5.534	.000
心理教育	9.67	.84	5.28	2.93	5.816	.000
多職種	9.81	.75	6.94	2.49	4.291	.001
インフォーマル	9.56	.86	5.11	2.81	6.969	.000
連携	9.67	.84	5.94	2.53	5.676	.000
クライシス	9.67	.84	5.22	2.90	5.990	.000
危機介入と倫理	9.67	.84	5.06	2.71	6.452	.000
ストレングスと危機介入	9.44	.98	5.00	2.61	6.807	.000

表 19 . 重要度得点の前後差 (T8-T7)

	差 (後-前) の平均値			
	2012	2013	2014	2015
リカバリー	.82	.55	.31	.56
尊重すること	.38	.52	.31	.94
エンゲージメント	.15	.18	.00	.11
アセスメント	.31	.23	.19	.11
ケアプラン	.71	.32	.42	.06
ケアマネ適用	.64	.32	.50	-.06
心理教育	.64	.61	.54	.28
多職種	.16	.43	.04	.44
インフォーマル	.62	.32	.85	.94
連携	.49	.48	.19	.71
クライシス	.36	.27	.00	.22
危機介入と倫理	-	.25	-.12	.39
ストレングスと危機介入	-	.57	.50	.50

表 20 . 要度得点の前後差 (T8-T7) の順位

年度 テーマ	2012	2013	2014	2015
	ケアマネ	危機介入	ロールプレイ	ロールプレイ
リカバリー	<u>1</u>	<u>3</u>	7	4
尊重すること	7	4	6	<u>1</u>
エンゲージメント	11	13	11	10
アセスメント	9	12	9	11
ケアプラン	<u>2</u>	7	5	12
ケアマネ適用	<u>3</u>	7	4	13
心理教育	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	8
多職種	10	6	10	6
インフォーマル	5	7	<u>1</u>	<u>1</u>
連携	6	5	8	<u>3</u>
クライシス	8	10	12	9
危機介入と倫理	-	11	13	7
ストレングスと危機介入	-	<u>2</u>	<u>3</u>	5

研修会の概要（平成 27 年度）

目的

精神科アウトリーチに関する、中級者以上の研修です。
参加者は 15 名と、少人数で密度の高い研修を行います。
26 年度特に好評だったロールプレイを採り入れた事例検討を中心にし、利用者本人や家族、地域関係者への理解を深め、支援者自身もいっそうの成長ができることを目指します。

日時

平成 27 年 1 月 14 日(木) 9:30~17:00(9:00 受付開始)、 1 月 15 日(金) 9:30~15:00

場所

学校法人梅檀学園 東北福祉大学せんだんホスピタル
〒989-3201 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘 6 丁目 65-8

対象者

精神科臨床経験 5 年以上かつアウトリーチ経験 3 年以上の方。
1 施設より 1 名まで。
原則は申し込み順で、定員になり次第、締め切らせていただきます。
24 年度、25 年度萱間班研修会（東京、仙台）、26 年度伊藤班研修会（小平）に参加経験がある方でも、上記の条件を満たせば参加可能です。

参加費

無料（旅費、宿泊費、食費などをご負担いただきます）。

内容

1 月 14 日 木曜日	1 月 15 日 金曜日
9:00~ 受付開始	9:30~ 9:40 ウォーミング・アップ
9:30~ オープニング	9:40~12:30 ロールプレイをまじえた事例検討
10:00~10:50 研修ニーズのグループワーク	12:30~13:30 昼食
11:00~12:45 シナリオ事例を用いた場面ロールプレイ	13:30~14:40 研修ニーズのグループワーク
12:45~13:50 昼食	14:40~15:00 クロージング
13:30~17:00 ロールプレイをまじえた事例検討	
17:30~ 懇親会	

ファシリテーター

石川淳子（ひだクリニック）
園 環樹（シロシベ）
梁田英麿（東北福祉大学せんだんホスピタル）
近田真美子（東北福祉大学）
西尾雅明（東北福祉大学）

『アウトリーチ研修会』アンケートのお願い

この度は、『アウトリーチ研修会』にご参加頂きありがとうございます。私たちは、平成 26 年度厚生労働省科学研究補助金「精神障害者の地域生活支援の在り方とシステム構築に関する研究」の分担研究として、「多職種アウトリーチチームの研修のあり方についての検討」を行っています。具体的には、皆様が今回の研修を通して、何を学ばれたのかについてうかがい、わかったことを今後の研修の改善に役立てていく目的で調査を行っています。この研究の趣旨をご理解いただきご協力いただけるよう、お願い申し上げます。まだまだ内容や実施方法に課題があると感じております。皆様の率直なご意見・ご感想を頂ければ幸甚です。

なお、アンケート用紙は「研修前調査票」と「研修後調査票」の 2 種類が同封されています。「研修前調査票」については研修開始前、「研修後調査票」については研修終了後に、それぞれ回答していただき、研修会場に用意しております回収ボックスに入れてくださいますようお願いいたします。なお、いただいた回答の結果を前後比較する目的で調査票には ID 番号が記入されています。他の方の調査票と交換等されませんようよろしくお願いいたします。

今後の貴重な資料となりますので、なにとぞご協力のほどお願い申し上げます。

プライバシーの保護等について

- ・ 調査で得られた情報は、プライバシーの保護に十分配慮し厳重に保管いたします。
- ・ 調査票や回答データは ID 番号によって管理し、ID 番号と個人情報の対応表は作成いたしませんので、どなたがどんな回答をしたかは、分析担当者にもわかりません。
- ・ あなたの個人的な情報が外部に漏れることはありません。調査によって得られたデータが研究以外の目的で使用されることはありません。
- ・ この調査に協力しなくても、今後不利益を受けることはありません。

研究成果の公表について

研究成果などは報告書、学会発表や論文などで公表することがありますが、その場合もあなたの氏名など個人情報を公開することはありません。

平成 28 年 1 月 14 日

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（精神障害分野）

研究課題名：精神障害者の地域生活支援の在り方とシステム構築に関する研究

分担研究：多職種アウトリーチチームの研修のあり方についての検討

東北福祉大学 総合福祉学部 西尾雅明

質問等ございましたら、下記事務局までお問い合わせください。

東北福祉大学 総合福祉学部 西尾研究室

電話・FAX：022-301-1120 メール：nishio@tfu-mail.tfu.ac.jp

『アウトリーチ研修会』アンケート

問1：以下の各々の項目について「重要性」と「実践度」についてうかがいます。「重要性」については、アウトリーチにおいてどの程度重要と感じるかを「10点：とても重要」から「0点：全く重要でない」で、「実践度」についてはそれらを日常の臨床実践の中で実践できているか「10点：十分に(常に)実践している」から「0点：全く実践していない」で、例にならって10点満点で得点を記入してください。

		重要性	実践度
		アウトリーチにおいて どの程度重要か	日常の臨床実践の中で 実践できているか
例	の	8 点/10 点	3 点/10 点
1	精神疾患・障害からのリカバリーという概念	点/10 点	点/10 点
2	病棟や施設の作法を利用者の自宅にもちこまず、利用者やその家族の住む場所の作法を尊重	点/10 点	点/10 点
3	利用者・家族との良好な関係づくり(関係を持ちにくい当事者(未受診者、治療中断者)へもアプローチを行う)	点/10 点	点/10 点
4	ストレンクス・モデルに基づいたケアマネジメントにおけるアセスメント(利用者や環境の強みなど、ケアマネジメントを行う上で有用な情報を集める)	点/10 点	点/10 点
5	ストレンクス・モデルに基づいたケアマネジメントにおけるケアプラン作り(初期アセスメント、初期プランについても理解する)	点/10 点	点/10 点
6	ストレンクス・モデルに基づいたケアマネジメントにおける、実際の支援へのアセスメントやプランの適用(ケア会議やサービスを振り返るためのフォータリン)	点/10 点	点/10 点
7	利用者本人や家族をエンパワメントするための心理教育	点/10 点	点/10 点
8	多職種チームによる支援(ケアの決定と遂行を、主体的に、直接的に、包括的に行い、利用者の状態に合わせた訪問頻度・時間を設定し、毎日ミーティングの機会をもつ)	点/10 点	点/10 点
9	家族や近隣住民、雇用主などへのインフォーマルな支援	点/10 点	点/10 点
10	医療機関、保健所、市町村、福祉サービス機関が有機的に連携した支援(アウトリーチ推進事業における評価検討委員会の運営など)	点/10 点	点/10 点
11	利用者の地域生活や生命が破綻しかかっているような状況での、急性期対応(クライシス対応)	点/10 点	点/10 点
12	危機介入とその倫理についての理解	点/10 点	点/10 点
13	ストレンクス・モデルに基づいた支援と、危機介入の関係についての理解	点/10 点	点/10 点

問 2：精神疾患・障害からのリカバリーという概念に関するあなたの考え（態度）を知りたいと思っています。以下の各文章を読み、あなたの意見に最も近い数字を で囲んでください。

		そ う 思 わ な い	全 く	そ う 思 わ な い	あ ま り	い え な い	ど ち ら と も	そ う 思 う	い く ら か	そ う 思 う	大 い に
1	重い症状や障害があってもリカバリーできる	1		2		3		4		5	
2	リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	1		2		3		4		5	
3	私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	1		2		3		4		5	
4	私は、利用者を患者扱いするのではなく、人としてみている	1		2		3		4		5	
5	私は、利用者の可能性を信じている	1		2		3		4		5	

問 3：あなたの性別について、あてはまる数字を で囲んでください。

- 1) 男性 2) 女性

問 4：あなたの年齢について、あてはまる数字を で囲んでください。

- 1) 19 歳以下 2) 20～29 歳 3) 30 歳～39 歳 4) 40 歳～49 歳
5) 50 歳～59 歳 6) 60 歳～69 歳 7) 70 歳以上

問 5：あなたの精神科臨床経験年数について、あてはまる数字を で囲んでください。

- 1) 5 年未満 2) 5 年～ 9 年 3) 10 年～14 年 4) 15 年～19 年
5) 20 年～24 年 6) 25 年～29 年 7) 30 年～34 年 8) 35 年以上

問 6：あなたのアウトリーチ経験年数について、あてはまる数字を で囲んでください。

- 1) 5 年未満 2) 5 年～ 9 年 3) 10 年～14 年 4) 15 年～19 年
5) 20 年～24 年 6) 25 年～29 年 7) 30 年～34 年 8) 35 年以上

問 7：あなたの職種について、当てはまる選択肢を以下から選んでください。幾つかの複数の職種が当てはまる場合は、アウトリーチ事業担当者のアイデンティティとして最もふさわしい選択肢を で囲んでください。

- 1) 精神保健福祉士 2) 作業療法士 3) 相談支援専門員
4) 介護支援専門員 5) 看護師 6) 医師
7) 臨床心理士 8) 理学療法士 9) 作業療法士
10) 社会福祉士 11) 保健師 12) 大学等教職員
13) 市町村社会福祉協議会職員 14) 都道府県社会福祉協議会職員
15) 行政担当者 16) その他（具体的に）()

ご協力、ありがとうございました。

インタビューガイド

グループ・インタビュー ガイド（1月14日版）

【フォーカス・グループⅠ】

- ① 「今回、どんな想いで研修会に参加されたのでしょうか？」
- ② 「この研修会が終わった後、どうなっていたいでしょうか？」

【フォーカス・グループⅡ】

主：「精神科アウトリーチを实践するうえで、これまでのどんな研修が、貴方の役に立ってきましたか？研修という言葉は、研修会というよりも、少し広い意味で考えてください」

補：「精神科アウトリーチを志している信頼すべき後輩に、お勧めの研修方法がありますか？」

補：「アウトリーチ支援にかかわるスタッフの人材育成の観点からは、これまでどんなことが役に立ってきましたか？」

追：「研修会以外で役に立つものがありましたか？」

追：「役に立ったスーパービジョンはありましたか？」

追：「事例検討についてはどうだったでしょうか？」

追：「OJTに関してはどうだったでしょうか？」

【フォーカス・グループⅢ】

主：「精神科アウトリーチを实践するうえで、さらに今後、どんな研修が貴方にとって必要だと思いますか？研修という言葉は、研修会というよりも、少し広い意味で考えてください」

補：「アウトリーチ支援にかかわるスタッフの人材育成の観点からは、これからどんなことが役に立ちそうですか？」

追：「研修会以外で役に立つものがありそうですか？」

追：「どんなスーパーヴィジョンがあればよいと思いますか？」

追：「事例検討に関してはどのようなことができればよいでしょうか？」

追：「OJTに関してはどのようなことができればよいでしょうか？」

地域社会で暮らす認知症高齢者への 包括的なケア技法の効果に関する検討

研究分担者： 本田美和子¹⁾

研究協力者：伊東美緒²⁾，石川翔吾³⁾，竹林洋一³⁾

1) 独立行政法人 国立病院機構 東京医療センター

2) 独立行政法人 東京都健康長寿医療センター

3) 静岡大学 情報学部

要旨

地域で生活している認知症高齢者がケアに対して強い拒否を示す、いわゆる認知症の行動心理症状（BPSD）が表出されるとき、本人もケアをする家族も疲弊する。先行研究では長期療養の医療機関および急性期病院において、職員が知覚・感情・言語による包括的ケア技術：ユマニチュードを用いることで、認知症行動心理症状の軽減が示されている。本研究では、認知症患者の地域生活支援として自宅介護を行っている家族を対象としたケア技術の実践教材を開発し、その効果について検証する地方都市・僻地におけるパイロットスタディを行った。具体的には、認知症高齢者を自宅で介護している家族介護者9名にケア技術（ユマニチュード）研修を実施し、研修前と研修後1ヶ月・3ヶ月の認知症高齢者の行動心理症状、家族の介護負担感について検証した。研修後1ヶ月で認知症高齢者9名中8名の Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease（BEHAVE-AD）値は有意に減少し（ $p < 0.001$ ）、認知症行動心理症状の改善が認められた。Zarit介護負担尺度による介護負担感には明らかな差は認められなかったが、認知症高齢者を介護している家族を対象としたインタビュー調査から、ケア技術を意識して用いることにより認知症症状の軽減、および認知症症状が進行した場合でも認知症高齢者とのコミュニケーションが良好に保たれている可能性が示唆された。

A. 研究の背景と目的

地域で生活している認知症高齢者がケアに対して強い拒否を示す、いわゆる認知症の行動心理症状（BPSD）が表出されるとき、本人も家族も疲弊する。先行研究では長期療養の医療機関及び急性期病院において、職員が知覚・感情・言語による包括的ケア技術（ユマニチュード）を用いることで認知症行動心理症状の軽減が示された。認知症患者の地域生活支援においても、認知症の行動心理症状の軽減は重要な支援項目である。本研究では、認知症患者の地域生活支援として自宅介護を

行っている家族を対象としたケア技術の実践教材を開発し、その効果について地方都市・僻地において実証検討を行うことをその目的とする。

B. 方法

研究デザイン：前後比較研究

対象者：自宅で生活している65歳以上で

MMSE20以下認知症高齢者と、その高齢者の家族介護者を対象者とする。

目標症例数：10 家族

介入：自宅で介護を行っている家族に認知症ケア技術研修を行う。

研究方法：

研究同意が得られた協力施設のケアサービスを利用している認知症高齢者の認知症行動心理症状等に関する基礎データ取得を行う。

基礎データ取得後に自宅で介護を実施している家族を対象とした簡易認知症ケア技術（ユマニチュード）研修を行う。研修時間は2時間とし、自宅に持ち帰り利用できる映像および書面による資料を提供する。

認知症ケア技術研修実施後1ヶ月・3ヶ月・6ヶ月に認知症行動心理症状等に関するデータを取得する。

同意の得られた患者・家族を対象にケアの様子を撮影し、映像の情報学的分析を行う。

追加調査として同意の得られた家族に対して個別インタビュー調査を行う。

尺度：

認知症行動心理症状の評価尺度として、Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease（BEHAVE-AD）およびNeuropsychiatric Inventory（NPI）を利用した。

また、介護負担感は、Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版（J-ZBI）を用いて検証した。

期間：

平成27年7月より組み入れを開始し、組み入れ後3ヶ月の追跡調査を行う。

倫理的配慮：

本試験においては通常のケア範囲を超え

るものではなく、健康被害が生じる可能性は著しく低い。万一健康被害が生じた場合には、通常の保険診療の範囲で必要な処置をとる。本人・家族のプライバシー保護に関しては十分な配慮を行う。本試験のプロトコルは施設内倫理委員会の承認を得た。

統計解析 / 分析方法：

カイ2乗検定、一元配置分散分析、映像の情報学的分析、内容分析

C. 結果

（1）対象者の概要

調査対象は、認知症高齢者9名、介護家族10名から研究参加同意を得た。調査開始後、病状が急変した1名は調査から除外され、最終的には8名、介護家族は9名のデータを分析した。

平均年齢は、認知症高齢者は81.5（±8.0）歳で、家族介護者は65.1（±12.7）歳であった。認知症の種類は、レビー小体型認知症疑いが1名、脳血管性認知症が1名、それ以外はアルツハイマー病であった。要介護度は1～2のみであった。

介護家族の続柄は、嫁、息子、娘、夫、妻、孫と様々であった。家族介護者との事前面接では穏やかに介護できている人が多く、明確に困難さを語ったのは、2名のみであった。

（2）認知症症状の変化

認知症症状の変化につき BEHAVE-AD を用いて検証を実施した。

研修の前後比較では、研修前と1ヶ月後において平均値9.0から6.4へと有意な低下が認められ（ $p < 0.001$ ）認知症行動心理症状の改善が明らかとなった。

事例ごとのスコアの変化では、9例中8例に BEHAVE-AD の維持または低下が認められた。BEHAVE-AD が増悪した1例では、1ヶ月後から3ヶ月後の間で急激に認知症症状

が進行し、向精神薬剤の調整を行っていた。

発言があった。

(3) 介護負担感の変化

介護負担感の変化について、J-ZBI を用いて検討した。

研修前と1ヶ月後、および研修前と3ヶ月後でt検定を行ったが、期間中の介護負担感の増悪は認められなかった。1例のみ1ヶ月から3ヶ月にかけて大幅に介護負担感スコアが上昇していたが、認知症高齢者の認知症症状が悪化したことに加えて、家族介護者自身の体調不良がこの時期に重なっていた。

(4) インタビュー調査で語られたケア技術研修の在宅での有効性

僻地で実施した3ヶ月後のインタビュー調査に3名の協力を得られた。2名は研修時にすでに認知症症状への対応が大変であることを語っていたが、1名は認知症症状がほとんどないと語っていた。

BEHAVE-ADもJ-ZBIも低下していた患者家族は、「ユマニチュードの技術を気持ちに余裕があるときに意識して用いることで、素直な返事が得られることが増え、それによってさらに気持ちに余裕ができることを体験した。すべてが解決するわけではないけれど、関係が良いときが増えてきたと思う」と語っていた。

1名はBEHAVE-ADの変化は認められないものの、訪問看護師からは認知症症状が急激に進んできたという報告があり、そのことについて家族に尋ねてみると、「研修を受けたときは、まだそんなに症状がなかったから、皆さん大変だな・・・くらいにしか思わなかったのですが、症状が進行してきたときに、これのことかと思って、ユマニチュードの資料を見直して、できるときに使うようにしました。母が怒り出したときに、(あ、突然声をかけたからだ)と理解できると、次は気をつけるようになるので、症状が出る前に聞いておいて本当によかったと思っています」という

D. 考察

(1) 認知症症状の軽減

認知症高齢者が在宅での生活を継続するためには、同居する家族が認知機能の低下した人へのアプローチ方法を学び、日々の生活において本人のストレスをできるだけ減らすことが求められる。

介護施設における観察調査では、職員に声をかけられるたびに肩を動かし驚く高齢者をたびたび見かける。それが小さな驚きであっても、繰り返されれば苛立ちにつながり、「ここにいたくない」という感情を抱けば徘徊に、「この状況が嫌だ」と思えば暴言や暴力につながってゆくと考えられる。つまり、認知機能の低下が直接的に認知症症状を引き起こすのではなく、身近な人との関係性が認知症症状を左右するといえる⁴⁾。

この観点から認知症ケアを考えると、介護家族が認知症高齢者本人に驚きを感じさせないケアを実施することによって、本人が不必要な苛立ちを感じるものが減り、認知症行動心理症状の軽減が可能となる。BEHAVE-ADの平均値が、研修前と1ヶ月後では有意に低下していたことから、今回の調査対象者においては、ユマニチュードの基本的技術を学び、気づいたときに活用することによって、認知症高齢者を苛立たせなくなった可能性がある。

認知症ケアでは日々倫理的な課題に直面する。ケア提供者はよいことをするつもりで行なっている行動が、結果として実際には認知症高齢者本人にとってつらいことを行なってしまうことも実際に起こりうる⁵⁾。

例えば、清潔を保つために入浴介助をする時に、本人が入浴を嫌がると、大声および力をこめた強制的誘導によってケアを遂行しようとする。認知症高齢者は、強制的な誘導に不安や恐怖を感じ、さらに暴言や暴力といったBPSDが悪化するという悪循環に陥ってし

まうことは少なくない。

清潔を保つという“よいこと”をするつもりが、結果的には認知症の人を不安や恐怖に陥れるという“ひどいこと”をしてしまっていることに気づき、このような事態を回避するためのアプローチ方法を学ぶ必要がある。そのための一つのツールとして本研究で用いた知覚・感情・言語による包括的ケア技術・ユマニチュードの家族向け研修はBPSDの軽減に有効であることが本研究で示された。ただし、本パイロット研究では明らかに認知症症状が進行し、BPSDのスコアが上昇したケースがあり、認知症が進行する場合は基本的なコミュニケーション技法だけで症状を維持・軽減することは難しく、包括的な介入が必要であることが示唆された。

(2) 介護負担感の軽減

一般に時間の経過とともに認知症症状が悪化し、ケア提供者の介護負担感が強まる傾向があるが⁶⁾、今回の研究では、BEHAVE-ADの有意な低下を示した認知症行動心理症状が改善し、介護負担感のスコアは増加することなく維持できていた。介護負担感の得点は変化がなかったものの、訪問調査、インタビュー調査から、ケア技術を意識して用いることによって認知症の行動心理症状が軽減したり、認知症が進行したとしても認知症高齢者とのコミュニケーションが良好に保たれる可能性が示唆された。

施設入所の要因としては、認知症発病前の家族との関係性ではなく、現在の家族との関係性が影響するため⁷⁾、コミュニケーションが良好に保たれることによって、新オレンジプランが推進する“認知症があっても可能な限り地域で過ごす”施策を推進できる可能性が期待できる。

(3) 本研究の限界と課題

本研究は地域で生活する認知症高齢者をケアする家族介護者を対象とした知覚・感情・

言語による包括的ケア技法・ユマニチュード基本技術研修の効果のパイロット研究である。このため、現段階では対象者数が少なく、対象者の条件のばらつきも大きい分析には課題が残る。

今後の研究計画として、本パイロット研究で用いた手法を改善し、さらに対象を広げた研究実施および分析が予定されている。2016年度においては、大都市圏のコミュニティを対象とした臨床研究を、人口150万人の政令指定都市の自治体と共同で実施する。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Honda M, Ito M, Tierney L et al. : Reduction of behavioral psychological symptoms of dementia by multimodal comprehensive care for vulnerable geriatric patients in an acute care hospital. Case Reports in Medicine 2016: in press.

2. 学会発表

- 1) 本田美和子：知覚・感情・言語による包括的ケア技術．日本在宅医学会，盛岡，2015.4.26.
- 2) 本田美和子：優しさを伝えるケア技術．日本精神保健看護学会，つくば，2015.6.27.
- 3) 本田美和子：プライマリケアにおける脆弱な高齢者のための包括的ケア技術．日本プライマリケア連合学会，つくば 2015.6.13.
- 4) 本田美和子：優しさを伝えるケア技術．全国個室ユニット型施設推進協議会学会，仙台，2015.11.25.
- 5) Ishikawa S, Honda M.: Multimodal care evaluation system for geriatric care.

- Annual conference for non-pharmacological approach for dementia, Paris, November 13, 2015.
- 6) Ito M, Honda M.: Is it because of dementia? Considering the difficulty of bathing care for person with dementia. Nursing home research international working group annual conference, Toulouse, December 3, 2015.
 - 7) 本田美和子：集中治療の場においてこそ必要な優しさを伝えるケア技術．日本集中治療学会，神戸，2016.2.12.
 - 3) Ishikawa S, Ito M, Honda M, Takebayashi Y: The skill representation of a multimodal communication care method for people with dementia. Proceeding of the 14th international conference on global research an education: 1-8, 2015.
 - 4) 伊東美緒：認知症の方の想いを探る．介護労働安定センター，東京，pp66-84，2013.
 - 5) Hughes J C., Baldwin C.: Ethical Issues in Dementia Care. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia, pp15-22, 2006.

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

文献

- 1) 竹林洋一，上野秀樹：認知症の人の情動理解基盤技術とコミュニケーション支援への応用．第 27 回人工知能学会全国大会プロシーディング 3A1-NFC-03-2, 2013.
- 2) 竹林洋一：認知症の人の暮らしをアシストする人工知能技術．人工知能学会誌 29(5):515-23, 2014
- 6) Adelman R, Tmanova L et al.: Caregiver burden, a clinical review. JAMA 311(10):1052-60, 2014.
- 7) Spruytte N., Audenhove C V., Lammertyn F.: Predictors of institutionalization of cognitively-impaired elderly cared for by their relatives. Int J Geriatr Psychiatry 16: 1119-1128, 2001.

3 章 . 研究成果の刊行に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
佐藤さやか	海外の精神障害リハビリテーション研究の紹介「包括型地域生活支援プログラムに対するエビデンスベースな支援の付加：実施可能性の検討」	精神障害とリハビリテーション	19(2)	211-213	2015