

厚生労働行政推進調査事業費補助金
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
（H26-精神-指定-002）

平成 28 年度 総括・分担研究報告書

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 29（2017）年 3 月

厚生労働行政推進調査事業費補助金
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28年度 総括・分担研究報告書

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

研究代表者 伊藤順一郎・・・1

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 研究分担者 吉田光爾（瀧本里香）・・・9

2. 市区町村による精神保健医療福祉資源整備進捗の Web データベースシステムの
構築に関する研究 研究分担者 吉田光爾・・・21

3. 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・・・35

4. 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・・・43

5. 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・・・75

6. 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・・・83

7. 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・・・109

3 章 研究成果の刊行に関する一覧・・・113

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 総括研究報告書

研究代表者：伊藤順一郎

（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）

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。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。

さらに、ここには支援者と対象者の関係性、支援者と地域の関係性の変化が必要となる。

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。端的に言えば、入院病棟のなかでの「常識」は地域社会の中で展開される支援においては、役に立たないのである。

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。

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。

3年目を迎え、各研究班は一定の成果をあげてきたと考える。本「総括研究報告」では各班の研究成果の概要を示す。

【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的入院者、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）（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、毎年、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を保持すること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。

全国が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）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。

【本年度の研究の成果】

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27年度に実施した『市町村行政による精神障害者の退院促進・居所支援・地域生活支援システム構築に関する実態調査』での質問紙調査をもとに、本年度は、システムづくりに必要とされる項目の検討のため、因子分析を行った。その結果、【多角的な評価と共有】、【医療機関への働きかけ】、【研修・連携作り】、【普及啓発・理解の向上】、【当事者の主体的参加の促進】、【公的な居所対策】の6因子が抽出された。また、自治体の人口規模や精神科病床数などもその実施度に影響がある可能性が示唆された。

さらに、その実施度をもとに、訪問先地域として8地域（10市）を選定し、2016年3月～2017年2月、選定された地域の精神保健担当部署職員とその地域の地域移行等を行っている事業所の職員ら20名を対象とし、半構造化インタビュー調査を実施した。訪問調査からは、地域のシステム作りを行うにあたり、行政機関が医療機関や地域事業所などのコーディネートを行うシステムを独自に作っていることや、医療機関や事業所と協力し長期入院者数などの把握を積極的に行っていることなどが多くの地域で挙げられた。

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、既に存在し公表されている統計データを整理するとともに、市町村が独自に把握している情報を平成27年10月より、市町村の精神保健福祉担当主管課に質問紙調査/Web調査を通じて取得し、1011件（回収率58.0%）の協力を得、それらの情報を組み込んだ市町村の精神保健医療福祉社会資源整備状況を把握できるWebシステムを構築した。（<http://mental-health-welfare.jp/>）

Webシステムにより、精神保健福祉資源

に関する全国の社会資源整備状況に関して自治体が閲覧できる体制を構築するとともに、

精神保健福祉資源の全国・自治体規模別の平均値を得た。また、データベースの閲覧希望範囲では、自身の自治体だけではなく他の自治体への関心も高かった。さらに、平成25年度における地域移行請求件数が全国上位に位置する自治体か否かを目的変数とし、本研究で得た各社会資源数を説明変数とした場合の影響をロジスティック回帰分析で検証したところ、「地域定着実績数」、「計画相談事業所数」、「精神科病院数」、「人口密度」、「地域移行事業所数」、「生活訓練事業所数」の変数で有意であることも確認された。

詳細については、市町村行政による精神障害者の退院支援・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）の分担報告書、および、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）

精神科診療所の初診後、患者がどのようなサービスを利用し、転機をたどるのか、前方視観察調査を行った。

日本精神神経科診療所協会に所属する診療所から無作為抽出した機関のうち36機関より協力を得た。研究協力機関の精神科診療所を初診した患者1854人を1年半追跡調査した。調査は受診やサービス利用を記録し、さらに半年ごとに本調査独自のハイユーザー基準を調べた。対象の診療所は、障害福祉事業所とデイケア等を持つもの（福祉+DC型）、デイケア等のみを持つもの（DC型）、いずれも持たないもの（単機能）の3類型とし、類型ごとのハイユーザーの多寡とその経過を集計した。

統合失調症圏の患者やハイユーザーは、「福

祉+DC型」の診療所における比率が高く、その経過においても、「福祉+DC型」の診療所では長くフォローされ改善する者も多かった。精神科診療所がデイケア、訪看、福祉事業所など複数の機能を有することにより、ハイユーザー患者を長期間地域で支えることが可能であると推察された。また、診療所の特徴に応じた役割分担を行うことにより、地域におけるニーズに応じた精神科医療を提供できると考えられた。

詳細については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を行った原（研究分担者）・山之内／藤井（研究協力者）の分担報告書を参照のこと。

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（董間班）

「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。

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28年10月の時点で全国21施設であった。そのうち平成28年12月までに支援が終了したケースは4施設7事例であった。1年以上の入院患者が4事例であり、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証のために、活用されていた。本制度の導入により、往診を活用したチームでの支援が促進され、医療の機会が保障されることで患者の家族や地域のスタッフの安心感につながり、重症患者の退院が促進されていた。

本制度の算定対象となる患者は、社会機能の低下や、家族・地域スタッフの拒否があることが多いため、病院・地域を問わず多職種によるケアが必要なケースであり、手厚い支援の提供と共に、往診等の医療の機会を保障

することで家族や地域スタッフの安心感・退院の説得に活用されていることが確認された。また、本管理料で行う地域スタッフとのカンファレンスの実施により、地域全体でケアをする体制づくりに繋がっていることも確認された。今後は、本制度活用による支援と共に、散見されている自治体独自のアウトリーチに関する制度も含めた本制度の活用方法について検討していくことが必要であることが示唆された。

詳細については、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についてまとめた萱間(研究分担者)・福島(研究協力者)の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28年度は、ACT全国ネットワークに参加する15チームから協力を得て、これらのチームを無作為に2群に振り分けた。また「不安を中核とする症状、問題」で日常生活上の支障があるとACTスタッフが判断した利用者をリクルートした。この結果、通常のACT支援に加えて介入群8チーム(利用者50名)、対照群7チーム(利用者44名)が研究に参加することとなった。

ベースライン時の群の等質性の検討の結果、利用者のベースラインデータについて介入群のほうが対照群と比べてACT利用期間短く、特性不安や他者評価不安が高く、主観的なリカバリー志向性が低かった。また外出や日々の活動の遂行程度の程度から主観的に判断される身体的なQOLや自分自身に対する満足度や日々のネガティブな気分の主観的な生起頻度から判断される心理的なQOLが低かった。さらにスタッフデータについて介入群のほうが対照群と比べてCBT研修経験のあるものが多かった。また4か月間の介入の効果検討の結果、利用者のGAF得点において介入群のみ有意に改善していた。

本研究事業における取り組みは別研究費を

財源として18か月まで追跡可能ともなっており、今後、十分に介入期間および追跡期間において、数理統計的にクラスター(本研究においてはACTチーム)の影響を考慮し、介入効果の分析が可能な混合効果モデルによる分析を行っていく予定である。

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)

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。

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などに研修会の情報・案内を送り、関係各機関に研修会の案内を送り、参加希望があった者16名(いずれも精神科臨床経験5年以上かつアウトリーチ経験3年以上の者)を対象とし、平成29年1月19~20日に仙台市内で研修会を実施した。

研修は、サイコドラマの手法を用いた事例検討を中心とする内容とし、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(14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、リカバリーに対する態度に関する項目では「重い症状や障害があってもリカバリーできる」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、アウトリーチや訪問、ストレングス・モデルに焦点を当てた研修、あるいは、多職種・異業種間で経験や体験を共

有できる研修を求める声が比較的多く確認された。

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)

平成26年度・平成27年度に実施したパイロット研究(研究分担者らの開発した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用いた、地方都市・僻地における効果検証)の結果を踏まえて大都市圏での本研究を実施した。合計148人の家族介護者を対象に、2時間の認知症ケア技術(マルチモーダルケア技法:ユマニチュード)簡易教育介入を行なった。介入前・介入1ヶ月後、介入3ヶ月後の家族介護者の介護負担感、認知症高齢者の認知症行動心理症状を測定した。介入前の介護負担感はJ-ZBIスコア:13.1であったが、1ヶ月後には:10.7($p<0.001$)、3ヶ月後は10.5($p<0.001$)と有意に低下した。認知症高齢者の認知症行動心理症状については、BEHAVE-ADにより測定し、基礎値は12.9、1ヶ月後は10.7($p<0.01$)、3ヶ月後は11.2($p<0.05$)と有意に低下した。

マルチモーダルケア技法・ユマニチュードの簡易教育は家族介護者の介護負担感の減少、認知症高齢者の認知症行動心理症状の軽減に有効であり、高齢社会を迎えた日本の地域社会に資するものとなることが示唆された。

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。

2 章 . 分担研究報告

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

- 市町村行政を中心とした地域移行のためのシステムづくりに関する調査 -

研究分担者： 吉田光爾¹⁾

研究協力者：○瀧本里香²⁾，山下真史²⁾

1) 昭和女子大学人間社会学部

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の退院支援（地域移行支援）や地域生活を継続するための支援を行う上で、行政機関がどのようなシステム作りが必要なのかその要因を探り、特に進んでいると思われる地域の実態を把握し具体的な内容を明らかにすることを目的に行った。

【方法】前年度に行った『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』での質問紙調査の回答からシステム作りのために必要とされる項目の検討のため因子分析を行った。その実施度を元に訪問先地域を選定し、選定された地域の精神保健担当部署職員とその地域の地域移行等を行っている事業所の職員らに訪問半構造化インタビュー調査を行った。（2016年3月～2017年2月）

【結果と考察】前年度の調査から、システム作りのための6因子を抽出した。また、自治体の人口規模や精神科病床数などもその実施度に影響がある可能性が示された。実施度と人口、また質問紙調査外からも先駆的な地域などを考慮し、訪問先は8地域（10市）インタビュー対象者20名であった。訪問調査からは、地域のシステム作りを行うに当たり、行政機関が医療機関や地域事業所などのコーディネートをを行うシステムを独自に作っていることや、医療機関や事業所と協力し長期入院者数などの把握を積極的に行っていることなどが多くの地域で挙げられた。

A. 研究の背景と目的

長期入院をしている精神障がい者の地域移行が進まない中、地域移行支援や地域定着支援の実施も低調である。都道府県事業から総合支援法内の個別給付による支援となり支援の主管は市町村となっている。昨年度本研究の一環として行った、市町村行政の担当部署への調査の結果からも地域移行・定着支援の低調さが明らかになっており、また同時に市町村行政によるシステム作りも思うように進んでいない状況が明らかになった。しかし、事業所調査からは市町村のシステムづくりの実施度によってその地域の退院支援数に影響

があることも示されており、本研究においては、昨年度行った市町村調査を基に、どのような市町村で精神障がい者の地域移行が進んでいるのか、またそれを推進するための市町村行政によるシステム作りにおいて必要な因子は何なのかを明らかにするとともに、実際にその要因を含むシステム作りが進んでいる市町村へ訪問調査を行うことで、より具体的なシステム作りのための示唆を得ることを目的とする。

B. 方法

1) 退院支援・地域生活支援のシステム作り

のための要因分析

1)-1 市町村の類型化

どのような市町村で地域移行などが進んでいるのかをまず概観するため、各市町村の地域移行支援実施数（実数）と精神科病床数、人口規模を変数としてクラスター分析を行った。

1)-2 システム作りのための因子抽出

上記に加え、実際にどのような実施項目が有用であるのか、H27年度に行った『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』で行ったシステム構築の実施度調査（0:実施せず 1:実施しているが不活発 3:活発に実施）の37項目のうち「個別支援への関わり」の6項目を除いた31項目に関し、行政機関の関与度（1:委託・後方支援 2:協働・共催 3:行政主体）を調整した値で因子分析（主成分因子法 パリマックス回転）を行い、因子を抽出した。

2) 訪問調査

2)-1 対象者

因子分析の結果から各因子の実施度の高い市町村を選出。選出された市町村行政機関の精神保健担当部署の地域移行支援等を担当している職員にインタビューを依頼。同地域の地域事業所の職員・ピアサポーターにも可能であれば同席をしていただけるよう依頼をし、同意を得られた場合はグループインタビューを行った。また、既にシステム作りを先駆的に行っているとされている地域を訪問先に追加した。

2)-2 方法

インタビューガイドを作成し、半構造化インタビューを行い、地域の基本情報、システムの概要等を含め帰納的に内容の分析を行った。インタビューの主な内容は以下のとおりである。

退院支援について現在の体制・システムについて、含まれる機関やスタッフについてや現体制が出来上がってきた経過について（中心となった機関、スタッフ、出来事など）。

医療機関の参加・協力、行政の役割について。また、連携の在り方など

現在のシステムをうまく機能させている要因

ピアサポーター（ピアスタッフ）など当事者の活動やその効果について

自立支援協議会、また地域独自の連絡会等について教えてください

当事者の方や家族の意見をどのように取り入れているのか

今後、より良いシステムを構築していく上で大切なものは何か

2)-3 期間

2016年3月より2017年2月まで。

2)-4 倫理的配慮

インタビュー対象者には調査内容を説明した上、録音等記録を取る旨を含め書面にて同意を頂いた。また個々のインタビュー内容については公表の際個人が特定されないように配慮をした。

日本社会事業大学倫理審査委員会にて承認を得た。(No. 15-1005 2016年2月28日)

C. 結果

1) 市町村の類型化

図1で示すように、クラスター分析を行った結果、4つのグループに類型化された。

グループ1は人口が比較的多く政令市や中核市が含まれ、精神科病床（人口10万対）も多い群であるこのグループは地域移行・定着支援の実施度も比較的高い群であった。グループ2は人口が少なく10万人以下が大半をしめ、精神科病床も少ないか、もしくは無い市町村であった。この群は地域移行・定着支援

の実施がなかった。グループ3は人口も少なく精神科病床が無い市町村であるが地域移行・定着支援の実施はある群であった。グループ4は人口20万人程度の中規模の市が多く、精神科病床数もグループ1同様多いが、地域移行・定着支援の実施度は低かった。(表1)

社会資源等のグループ間の比較を行ったところ、人口10万人対の精神科デイケア数や訪問看護ステーション数はやはり病床数の多い1,4グループで多いが、精神科病床が無いが地域移行支援等の実施度の高いグループ3では地域活動支援センター型($p=.014$)や自立訓練を行っている施設数($p=.005$)が他グループに比べて有意に多かった。また、自立支援医療の利用者数($p=.014$)や精神保健福祉手帳の所持者数($p=.001$)でグループ1が有意に多かった。(表2)

3) システムづくりのための因子

設定したシステムづくりのための支援37項目のうち、個別支援への関わりに関する6項目と《不活発に実施》を含めても実施が2%に満たなかった1項目を除き、30項目の実施度に関与度で加重し因子分析(主成分因子法・プロマックス回転)を実施したところ、固有値1以上の9因子が認められた。そのうち、スクリープロットからと因子寄与率を積算して80%以内となる6因子を抽出した。

(表3)

第1因子は『事業の評価をするシステム作り』(内容・質・登録者数・利用者数による評価共)や『当事者や家族が事業の評価に参加できる仕組みづくり』など、行政だけでなく多角的な評価のためのシステム作りや、目標値や課題・評価を共有するという項目が含まれ、【多角的な評価と共有】とした。第2因子は『病院管理者・職員への退院支援等事業の説明を行う』『病院へ地域移行・定着・居住支援等事業のポスターやチラシを配布』や、医療機関内で長期入院者へ働きかけを行う『ピアサポーターの育成』に関わる項目も含まれ、

【医療機関への働きかけ】とした。第3因子は地域での『自立支援協議会での部会の開催』や『専門職向けの勉強会や研修会の開催』など、地域移行・定着に向けた【研修・連携作り】とした。第4因子は専門職や地域の民生委員への研修という項目と『精神障害者への理解を促進させる講演・シンポジウムなどを行う』という項目が含まれ、【普及啓発・理解の向上】とした。第5因子は当事者・家族が企画運営にも参加するという項目で構成され、単に意見を聴くためにメンバーに加えるだけでない、【当事者の主体的参加の促進】とした。第6因子は公営住宅への優先入居等が含まれ【公的な居所対策】とした。

4) 市町村の類型化グループとシステムづくりのための因子との関連(表4)

類型化グループ毎の因子に関わる項目の平均点を比較したところ、第3因子の【研修・連携作り】でグループ毎の平均点に差が見られ($p=.02$)、第1グループが他のグループより得点が高い傾向が見られ、第2グループが特に平均点が低く、第1グループとの多重比較でも明らかに有意差が見られた。また、【医療機関への働きかけ】の因子でもグループ間に差がある傾向が見られ($p=.07$)、第1グループの平均点が他のグループに比べ高く第2グループが他のグループよりも低いという結果であった。

5) 訪問調査

5)-1 訪問先の概要(表5)

因子分析の結果得られた6因子の各市町村の実施度の平均点をだし、得点の高い市町村を抽出。もとの質問紙から実施度にばらつきがないかなども確認し、訪問先を選出した。また、類型化の結果から人口の多い市町村では地域移行支援等の実施が多く、人口の少ない小規模の市町村では実施度が低かったが、全国的に見ると、人口が5万人を切る市町村が7割程をしめており、小規模の市町村でも

可能なシステムを考案しないといけない必要性があるため、小規模の市町村で実施度の高い自治体も選出し、3市含む1圏域を追加した。更に、調査外であっても先駆的な退院支援の取り組みを行っていると思われる1市を追加し、8ヶ所(7市1圏域)に訪問調査を行った。うち、政令市は3ヶ所、中核市が2ヶ所であった。

調査は各行政機関の精神保健福祉の担当者を中心に、地域事業所の職員やピアスタッフと医療機関の精神保健福祉士、計20名にインタビュー調査を行った。行政機関のスタッフのみの地域は3ヶ所であった。

5)-2 訪問調査結果

訪問インタビュー調査の内容を帰納的に分析し、市の取り組みや、効果的なシステムの要因と考えられるものを以下にまとめた。(各地域の概要は表6～表9に示す。)

【長期入院者の把握と地域での共有】

圏域内の医療機関に1年以上入院していて、各市に住民票のある患者数の把握をし、地域の連絡会等でその情報を共有している。これにより、行政機関が状況を把握するだけでなく、実際に支援に入る事業所でもどこに関わらなければいけない患者がいるのかが把握できる。「こんなにいるということが改めてわかった」と、という意見も聞かれたように、具体的な数が見えてくると、それに対する支援の在り方を検討しやすくなる。また、全ての医療機関に1年以上の入院者のリストを出してもらったところ、地域移行の対象とするかの検討を行うのが追いつかないほどで、全国的には数の上がない地域移行支援であるが、支援に結びつく方が増えているという市もあった。

【医療機関への積極的働きかけ】

行政機関の職員が、直接地域移行支援等の

説明に医療機関へ訪問を行っており、特に病院長に直接説明をするなど、地域事業所ではできない働きを行政機関が行うことで、地域事業所の支援が院内に入りやすくしている。また、自立支援協議会とは別に独自の精神保健福祉関連の連絡会を設け、全市の医療機関に参加してもらうなどして、医療機関と地域事業所との結びつきを強めている。このような独自の連絡会は1市を除きほぼすべての訪問先で行われていた。

【地域のコーディネート機能の充実】

地域移行支援が個別給付化される前は体制整備コーディネーターが配置されることになっていたが、個別給付化後廃止されている。今回の訪問先の全ての市・圏域では似たような地域のコーディネート機能を担う役割が設定されており、2ヶ所では都道府県事業としてコーディネート機能が行われていた。コーディネート機能としては医療機関と地域事業所を繋ぐ役割だけでなく、困難事例への対応や、市外・圏域外のケースへの対応も重要な役割として行われていた。基幹相談支援センターなどが委託を受けて行っている市が5ヶ所であったが、保健所が地域コーディネートの役割を担っている地域や、市で独自の連絡会や推進会議などを再編し、あえてコーディネーターの役割をおかなくても統合されたシステムとして機能していくように始めている市もあった。特に小規模な市の集まった圏域では入院している医療機関が市をまたいでいたりすることも多く、これまで地域の精神保健福祉を担ってきた保健所が地域移行支援に関してもコーディネート機能を担うことで医療機関と地域事業所をつなぐだけでなく、これまで接点の少なかった医療機関と各市町村の担当部署とをつなぐ役割も担っている。

【プレ支援・モチベーション喚起】

(本研究では地域移行支援を契約する前の支

援をプレ支援と呼ぶ)

個別給付化に伴い、地域移行支援等利用する本人と契約してから支援を開始する形式になっているが、実際に本人から利用したいと申し出る方ばかりではなく、利用を決める前から、病棟に出向くなどして地域事業所の職員やピアサポーターが地域生活の様子を伝えるなどしてモチベーションの喚起を行ったり、実際に外出同行したりしてイメージを持ってもらったりする支援を訪問先の地域全てで行っている。都道府県事業の地域移行支援として実施しているピアサポーターの医療機関への派遣事業を活用している市もあるが、市独自の事業として、モチベーション喚起に時間のかかる人などの退院支援を地域事業所に委託して行っている市もあった。いずれの市でも、プレ支援は重要な支援の一つと位置づけられている。また、プレ支援において、ピアサポーター（ピアスタッフ）は非常に効果的であり「私たちがいくら言っても伝わらないこと（地域生活のこと）も、ピアさんが直接会って話すと全然違う。」などという意見が多く聞かれた。

D. 考察

(1) 市町村の人口規模・精神科病床数による違い

今回の分析、訪問調査から一口に市町村と言っても人口100万を超える政令市と5万人を下回るような小規模な市町村とを同一のシステムで考えてよいのかという課題が浮かんだ。地域移行支援の実施が進んでいる市には政令市や中核市が多く含まれ、また、精神科病床数も比較的多い地域であった。市内に精神科病院が複数あり、入院者の把握や訪問もし易い地域では支援が行いやすいということも考えられる。また、近くで長期入院者の存在を感じることで行政や地域にも地域移行を進めなければいけないという意識付けにもなるであろう。しかし、現実にはそのような都市部ではなく、人口5万人を下回る市町村

が全国の70%近くをしめている。遠方の病院に入院している方の把握などはこれまでされてきておらず、実際今回の訪問調査でも、市外に入院している長期入院者の把握ができていた所は少なかった。市の財政的にも独自の事業やシステムづくりを行うことに障壁はあるであろう。市の規模や圏域の状況などに合わせたシステム作りが必要とされる。

(2) 地域のコーディネートと保健所の機能の活用

今回の訪問調査からも地域のコーディネート機能は重要であることが明らかになってきている。特に、以前の制度の時から課題として上がっていた市外病院の入院患者への支援や市外住所の方などへの支援など、圏域をまたいだ支援などにもその機能を発揮する必要があるであろう。しかし、前述したように都市部の市であれば、一つの市でコーディネート機能を有することができるかもしれないが、小規模な市町村では、市独自にそのようなシステムを作るのは困難が予想される。富山県砺波圏域で厚生センター（保健所）を中心に地域移行の連絡会が行われているように、小規模の市町村の多い地域では、地域移行等のシステムを構築し、地域をコーディネートしていく上で保健所は重要な役割を果たす事ができるのではないだろうか。政令市や中核市においても、市として保健所機能を有しているため市内の機関同士の連携が取りやすいということもある。地域移行の課題は障害福祉の側面だけでなく、対象者が入院患者であるという医療施策的な側面や地域の精神保健福祉の状況を把握し向上を図る保健の側面も併せ持つ。地域移行支援自体の給付事務等個々のケースは市町村で扱うとしても、システム作りを考えていくときに、市町村行政や保健所、医療機関など、機関を超えた柔軟な枠組みが重要であろう。

(3) プレ支援の重要性と当事者の参加

支援が比較的進んでいる地域である今回の

訪問先のような地域ほど既に退院できる人たちは退院しており、後は「退院へのモチベーションを持ってもらうだけでも年単位で時間がかかる。」というような方たちが未だに取り残されてしまっている。そのような方たちに対し、意欲喚起のためのプレ支援は重要であり、訪問したすべての市で行っていた。しかし、政令市や中核市のように大きな市では市独自の事業として行われていたが、都道府県事業のピアサポート事業の一環として行われているところや事業所が生活相談の枠組みの中で行っていることが多いようであった。また、プレ支援ではピアの活動が効果的であるとのことだったが、プレ支援部分をすべてピアサポーターやピアスタッフに任せればよいというわけでもない。ピアスタッフの方からも、病院へ入っていくための病院の窓口となる職員との調整や、病棟で病棟看護師たちとの打ち合わせなどは、ちゃんと専門職でやってほしいという意見もあった。ピアサポーターらがより活動しやすくするようなマネジメントや、その後の地域移行支援につないでいく役割もプレ支援の中では重要であろう。また、退院支援や地域移行支援の中で当事者の参加というと病院訪問のピアサポーター等がすぐに思い浮かばれるが、それだけではなく、要因分析からも出てきたように連絡会や協議会に参加し、当事者の視点から意見述べ、システム作りに参加することも重要であろう。積極的に企画運営にまで参加している地域は少なかったが、「支援者」が作ったシステムの中で当事者が活動するというのではなく、「(病棟でのプログラムなどを考える際に)対等に意見を言えて、それを聴いてもらえるのがいい」とピアスタッフをしている方からの言葉があったように、他の支援者にはできないことをしてくれる仲間として、当事者に参加してもらえるような体制作りも都道府県との連携も含め求められる。

(4) 今後の課題

長期入院者の把握や地域との共有、医療機関との連携強化はこれまでも重要視されてきたことであり、今回の分析や調査からも重要な要因であることが明らかになった。しかし、先駆的に支援を行っている地域ですら、市内、または圏域内の全ての医療機関と連携ができている訳ではなく、医療機関ごとの差がまだまだあるとどこの地域の担当者は話していた。「医療機関としては地域移行支援を利用するメリットがあまり感じられない。」という意見もあった。一方、医療側の制度である退院支援委員会等が始まっているが、地域事業所の職員が「忙しくなるかと思っただけでそうはならなかった。」と言うように、地域事業所や行政の職員に声がかかる事は多くはない。地域移行に向けた様々な支援や制度が行われることは良いことではあるが、複雑になればなるほど、一つ一つの支援の利用率が下がったり、重複して同様の会議やカンファレンスが行われたりという事が起こってくる。そのような状況を防ぎ、より効果的に支援を行い、地域移行を促進するため、行政の立場から正確な長期入院者の現状の把握と共有、地域の支援体制の量質共の評価は必要不可欠であり、地域を俯瞰してみる、福祉、医療、保健の垣根を越えたシステムの構築が求められている。

E. 健康危険情報

特になし

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

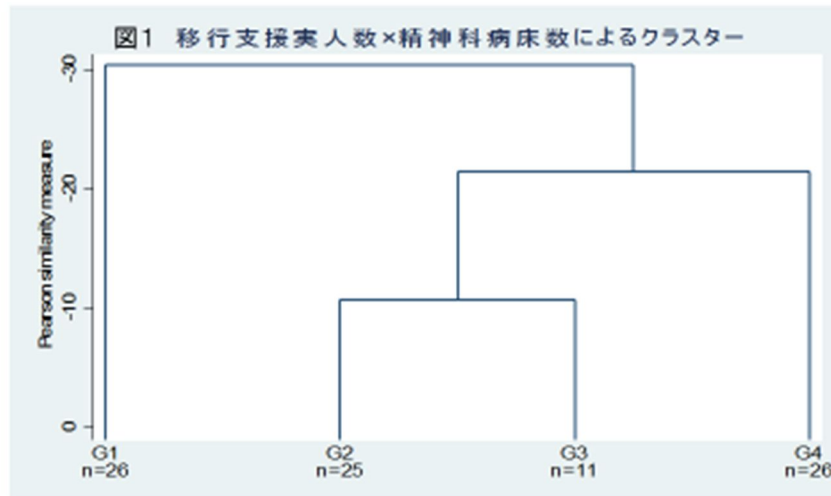


図1 移行支援実人数×精神科病床数によるクラスター
人口10万人対の移行支援実人数と精神科病床数でクラスター分析
を行い(ウオード法)、4グループに分けた。

表1

	クラスターG1		クラスターG2		クラスターG3		クラスターG4		
市町村数	26		25		11		26		
人口10万人対		sd		sd		sd		sd	p値
H25年地域移行 利用実人数	2.3	2.6	0.0	0.0	3.6	4.0	0.6	1.1	0.0001*
H25年地域定着 利用実人数	3.8	5.3	1.7	6.5	2.0	6.1	0.7	2.2	0.0002*
精神科病床数	426.0	433.3	49.5	123.2	0.0	0.0	445.1	368.5	0.0001*
人口(千人)	465.7	614.0	51.9	42.3	111.6	98.5	204.3	255.1	0.0001*
政令市数	4		0		0		2		
特別区数	0		0		0		3		
中核市数	7		0		0		0		
自立支援医療 利用者数	1633.0	690.7	1317.3	429.4	1271.4	327.1	1199.2	254.3	0.0114*
精神保健福祉 手帳所持者数	757.0	332.0	548.1	198.2	566.2	191.8	537.4	170.6	0.0019**
担当職員数	1.5	1.6	4.7	4.4	4.9	4.9	3.7	4.1	0.029*

Kruskal - Wallis順位検定

表2 クラスターグループ毎 社会資源数 (人口10万あたり)

	クラスターG1		クラスターG2		クラスターG3		クラスターG4		
市町村数	26		25		11		26		
		Sd		Sd		Sd		Sd	P値
相談支援事業所	4.9	3.0	9.7	5.5	5.1	7.4	3.9	3.4	0.0001**
地活1	0.9	1.0	0.8	2.2	1.9	2.9	0.7	0.9	0.0142*
GH	8.0	15.1	9.1	18.4	6.7	10.9	4.8	5.0	0.3953
居宅介護	14.8	15.9	7.0	5.5	7.3	6.4	7.3	8.7	0.0682
公共賃貸住居	0.0	0.1	0.0	0.0	0.8	2.6	0.3	1.5	0.8880
就労継続	8.4	6.4	10.0	9.2	6.1	7.6	5.1	4.8	0.1011
自立訓練	1.2	1.3	0.5	1.2	2.0	5.2	1.0	1.6	0.0053**
訪問看護	3.3	2.7	0.1	0.3	0.8	0.6	1.5	1.5	0.0001**
デイケア	1.5	1.1	0.0	0.0	0.4	0.6	1.3	1.5	0.0001**

Kruskal - Wallis順位検定

表3

		Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6
1 多 角 的 な 評 価 と 共 有	事業の評価をするシステム作り（内容・質による評価）	0.93	0.03	-0.02	-0.06	-0.14	-0.02
	事業の評価をするシステム作り（登録者数・利用者数による評価）	0.90	0.00	0.11	-0.02	-0.09	-0.03
	事業のガイドラインの作成	0.87	-0.20	-0.05	-0.12	0.04	0.06
	当事者・家族が事業の評価に参加できる仕組み作り	0.81	0.07	-0.08	-0.05	0.03	0.01
	評価を地域事業所・病院等と共有・課題の振り返りを行う	0.63	-0.21	0.31	0.03	0.34	-0.19
	各事業の数値を含む目的・目標の地域事業所・病院等との共有	0.54	0.05	0.49	-0.08	0.12	-0.06
	地域福祉計画等、事業計画に数値目標を設定	0.43	0.29	0.06	0.13	-0.01	-0.05
2 医 療 機 関 へ の 働 き か け	病院へ地域移行・定着・居住支援等事業のポスターやチラシを配布	-0.17	0.80	0.09	-0.09	0.04	0.00
	病院管理者・職員への退院支援等事業の説明を行う	0.02	0.77	0.03	0.13	-0.04	0.04
	当事者を協議会・連絡会等の参加メンバーとして加えている	0.09	0.69	-0.34	-0.06	0.34	0.08
	ピアサポーター・スタッフ育成のための研修会・勉強会を開催	-0.09	0.57	0.05	0.09	0.15	0.20
	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	0.27	0.42	0.07	0.35	-0.11	-0.08
3 研 修 ・ 連 携 作 り	自立支援協議会（以下協議会）で地域移行・定着等の部会を開催	-0.11	-0.09	0.71	0.26	0.18	0.13
	精神障害者退院促進事業（生活保護自立支援プログラム）との連携作り	0.12	0.18	0.54	-0.11	-0.07	0.14
	専門職向けの勉強会・研修会の開催	-0.05	0.27	0.44	0.39	0.02	-0.12
4 普 及 啓 発	民生委員への支援協力依頼・精神保健に関する研修を行う	-0.16	-0.03	0.06	0.91	0.00	0.14
	精神障がいへの理解を促進させる講演・シンポジウムなどを行う	0.09	0.12	0.36	0.54	-0.11	-0.14
5 当 事 者 の 主 体 的 参 加	当事者を協議会・連絡会・各種事業等の企画運営メンバーとしている	-0.11	0.23	0.14	-0.08	0.92	-0.16
	家族を協議会・連絡会・各種事業等の企画運営メンバーとしている	0.03	-0.03	-0.01	-0.03	0.91	-0.04
	家族を協議会・連絡会等の参加メンバーとして加えている	-0.02	-0.16	0.14	0.26	0.43	0.39
6 公 的 な 居 所 施 策	公営住宅への優先入居できるシステム作り	-0.24	0.01	0.15	0.07	-0.09	0.89
	住居に関する他の行政部署との連携	0.28	0.11	-0.09	0.10	-0.08	0.73
	ピアスタッフやサポーター雇用のための予算算定	0.12	0.34	0.28	-0.35	0.00	0.45

表4 行政によるシステム構築度（実施度×関与度）の状況

実施せず=0

実施しているが不活発×委託・後方支援=1

活発に実施×委託後方支援 ・ 実施しているが不活発×共同共催または行政主体=2

活発に実施×協働共催または行政主体=3

	クラスターG1		クラスターG2		クラスターG3		クラスターG4		p値
	市町村数	26 sd.	25 sd.	11 sd.	26 sd.				
1. 多角的な評価と共有	0.82	0.93	0.49	0.52	1.16	0.96	0.93	0.96	0.35
2. 医療機関への働きかけ	1.06	0.99	0.39	0.53	0.53	0.57	0.62	0.60	0.07 ⁺
3. 研修連携作り	0.92	0.83	0.32	0.54	0.64	0.94	0.76	0.68	0.02 [*]
4. 普及啓発	1.15	1.03	0.83	1.00	0.95	1.08	1.13	1.00	0.61
5. 当事者の主体的参加	0.62	0.81	0.77	1.00	1.12	1.07	0.77	0.74	0.43
6. 公的な居所施策	0.55	0.92	0.24	0.47	0.60	0.72	0.39	0.53	0.65

表5 訪問調査先概要 訪問期間 H28年3月～H29年2月

都道府県	市	人口 (万人)	インタビュー対象者 (20名)
1 神奈川県	川崎市 政	147.8	川崎市健康福祉局職員 (2名) 生活支援センター職員
2 福岡県	北九州市 政	96.7	北九州市保健福祉局職員 北九州市精神保健福祉センター職員 (2名) 社会復帰センター職員 (2名)
3 愛媛県	松山市 中	51.5	松山市保健所 保健予防課 担当職員
4 兵庫県	西宮市 中	48.9	西宮市障害福祉課職員 障害者相談支援センター職員 (2名)
5 大阪府	茨木市	28.0	茨木市障害福祉課職員
6 神奈川県	横浜市 旭区 政	372.8 (24.9)	旭区福祉保健センター職員 生活支援センター職員 区内精神科病院職員 NPO法人ピアスタッフ (2名)
7 東京都	調布市	22.6	調布市障害福祉課職員
8 富山県	砺波圏域 南砺市 小矢部 砺波市	5.5 3.1 4.9	砺波圏域 地域移行連絡会参加者 砺波厚生センター保健予防課職員 (2名)

表6

		対象者の把握・共有	医療機関への働きかけ
神奈川県	川崎市	× 630調査の結果等は確認しているが、市として調査は行っていない	▲ 全病院に参加してもらった地域移行の連絡会を行っていたが、現在、システムの変更に伴いまだ行えていない。
福岡県	北九州市	▲ 5年に1回障害者調査として、市独自に調査しているが、1年以上の入院患者数等は630調査などを利用している	● 市内の病院には移行支援についてチラシ等を配るほか、実地指導・監査の際に長期入院者への働きかけを促している。
愛媛県	松山市	● 市内の全病院で1年以上の入患者数等の把握をしている	● 各病院の院長などに地域移行支援についての説明を訪問して行ったりしている。
兵庫県	西宮市	● 市内の全病院で1年以上の入患者数等の把握をしている	● 連絡会にすべての病院に入ってもらい、現状等の確認や地域移行について情報交換をしている。
大阪府	茨木市	▲ 把握していない。府で行っている。	▲ (府の退院促進事業で行っている)
神奈川県	横浜市(旭区)	× 把握できていない	× 日頃の仕事の中での関わりはあるが、地域移行に関わる積極的な働きかけは行えていない。
東京都	調布市	× 把握できていない 把握すると体制整備には言われている	● 市の連絡会に全病院入ってもらって、情報交換をしている。直接の働きかけは都の体制整備の法で行っている。 ● 病院長も含まれる機関長会議などで、長期入院者数等を伝え、地域移行を促している
富山県	砺波圏域	● 圏域内の病院から1年以上の入院患者と退院した方の概要を調査している	● 圏域の地域移行連絡会に全病院に参加してもらっている

表7

		地域のコーディネート機能
神奈川県	川崎市	● (市単事業) 市の精神保健福祉センターに体制整備担当を配置 市委託の地域生活支援センターと協働して地域コーディネート機能を担う
福岡県	北九州市	● (市単事業) 市が委託する相談支援センターで地域移行支援に関する地域コーディネート機能を担う
愛媛県	松山市	● (保健所事業) 保健所の保健予防課が体制整備的な役割を担って、地域のコーディネートを行っている
兵庫県	西宮市	● (市単事業) 地域移行に関わるシステムを市独自で再編し、地域移行推進会議、同事務局会議を設置し地域全体の計画、評価、啓発や課題の改善等を行う。
大阪府	茨木市	▲ (府事業) 「精神障がい者地域移行アドバイザー」を相談支援事業所に委託し地域のコーディネートや医療機関への働きかけを行う役割を担っている。
神奈川県	横浜市(旭区)	● (市単事業) 市内6カ所の精神障害者生活支援センターが体制整備の役割を担ってきたが、各区に基幹相談支援センターが設置されたのを機にそちらに地域移行支援における地域のコーディネート機能も持たせるようになった。
東京都	調布市	▲ (都事業) 都事業として地域移行体制整備支援事業がある。その中で、都内6カ所の事業所に地域移行促進事業を委託している。
富山県	砺波圏域	● (保健所事業) 砺波厚生センターで旧制度の体制整備コーディネーターを担っていたが、個別給付後は制度化されていないが、同様の機能を担っている。

表8

自立支援協議会地域移行部会や独自の連絡会		
神奈川県	川崎市	● 自立支援協議会に精神障害者の地域移行・定着部会あり
福岡県	北九州市	● 精神保健福祉連絡会議を設置し課題解決や協議をする場とし、北九州市精神障がい者地域移行連携協議会では各機関の連携をはかるための研修を企画運営している。
愛媛県	松山市	● 20年ほど前から地域生活移行検討会を行っている。地域移行の対象者も月に一回定例会で検討を行っている。
兵庫県	西宮市	● 精神障害者地域移行連絡会・地域移行推進会議（+事務局会議）等を行い対象者の選定等も行っている。
大阪府	茨木市	？
神奈川県	横浜市 (旭区)	● 基幹相談支援センター・生活支援センター・区の担当者と地域移行等の役割分担などについて話し合う会議を持っている。市の地域移行部会は3障害合同。精神関連機関すべてが揃う、旭区ハートネット4/yがある。
東京都	調布市	● ネットワーク連絡会(精神関連の機関・家族等)があり、研修等も行っている。自支協には精神のWGあり障害の特徴に沿った課題について協議している。
富山県	砺波圏域	● 砺波厚生センターが主催の地域移行連絡会を開催し、圏域の関係機関がすべて揃い課題を話し合う

表9

プレ支援（地域移行支援を契約する前の支援） モチベーション喚起等		
神奈川県	川崎市	● まだ退院に前向きでない方には市委託の生活支援センターが支援を行うことになっている
福岡県	北九州市	● ピアサポーターが病院のプログラム等に入って活動している
愛媛県	松山市	● ピアサポーターやピアマネージャーらと動機づけ支援プロジェクトなどを行っている
兵庫県	西宮市	● 推進会議等で上がった長期入院者にはすべて面会し、必要な方には働きかけを行っている
大阪府	茨木市	▲ 府事業として行っている
神奈川県	横浜市 (旭区)	● 市の独自事業（退サポ事業）として個別給付を使わなくても支援を行えるようになっている。またピアグループが定期的に病院訪問を行っている
東京都	調布市	▲ 都事業として行っている
富山県	砺波圏域	▲ 県事業としてピアサポーターが体験を伝えるなど病院に入って活動している

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 - 市区町村による精神保健医療福祉資源整備進捗の Web データベースシステムの構築に関する研究 -

研究分担者： 吉田光爾¹⁾

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) 昭和女子大学人間社会学部

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資源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 Web データベースシステムを構築する。

【方法】既に存在し公表されている統計データを整理するとともに、市町村が独自に把握している情報を 2016 年 10 月 1 日から市町村の精神保健福祉担当主管課に質問紙調査/Web 調査を通じて取得した（2016 年 12 月 31 日まで、回収率 58.0%（1011 件）。最終的に、それらの情報を組み込んだ市町村の精神保健医療福祉社会資源整備状況を把握できる Web システムを構築した。（URL: <http://mental-health-welfare.jp/>）

【結果】

結果 1) Web システムにより、精神保健福祉資源に関する全国の社会資源整備状況に関して自治体が閲覧できる体制を構築するとともに、精神保健福祉資源の全国・自治体規模別の平均値を得た。データベースの閲覧希望範囲については「全国の他自治体の情報について特定して閲覧したい」（42.8%）、「同じ都道府県内の他自治体の情報だけ特定して閲覧したい」（31.3%）と、他の自治体の情報についても積極的な様子が見られた。

結果 2) 本データベースを研究的に活用する一例として、平成 25 年度における地域移行請求件数（延べ数）が全国の上位 20% 上に存在する自治体 = 1、その他の自治体 = 0 とし目的変数として、本研究で得た各社会資源数を説明変数とした場合の影響をロジスティック回帰分析で検証した。結果、有意だった変数は「地域定着実績数/10 万人あたり」（ $B=0.013^{**}$ ）、「計画相談事業所数数/10 万人あたり」（ $B=-0.86^{*}$ ）、「精神科病院数/10 万人あたり」（ $B=2.60^{*}$ ）、「人口密度（人/㎢）」（ $B=0.00^{*}$ ）、「地域移行业務所数/10 万人あたり」（ $B=6.01^{*}$ ）、「生活訓練事業所数/10 万人あたり」（ $B=0.129^{*}$ ）であった。

【考察】本調査の回収率は 58.0%（1011 件）と高く、Web システムを閲覧した自治体数は 31.8%（554 件）比較的高い関心を持たれたと考えられる。また、データの開示範囲については自身の自治体だけではなく他の自治体への関心も高かったため、データベースを他の市区町村も含め、より「見える」形で表示するための仕組みが必要であると考えられる。また障害者総合支援法によりサービスが 3 障害合同となって以降、精神保健福祉分野の資源状況が不明瞭だったこともあり、精神保健福祉分野に特化した福祉の社会資源量を把握するための基礎資料を得た、という点で価値がある。本研究のロジスティック回帰分析は、各種の社会資源数が地域移行の実

績という臨床アウトカムに影響しているという状況を示したものであり、データベースの情報が、臨床的アウトカムを検討する環境要因の変数として様々な研究で活用しうることを示しており、今後こうした活用を進めるためにデータの公開を検討が必要と考えられた。

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ための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資源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 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 27-8 年度を開発期間とし、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構築した。

(URL:<http://mental-health-welfare.jp/>)

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。

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収集した。

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、地方厚生局で 2016 年 4 月に開示されている『保健医療機関の指定等一覧』の情報から、

- ・精神科病院数（有床）
- ・精神科病床数
- ・精神科診療所数（標ぼう）

を収集した。また、厚生労働省の『介護事業所・生活関連情報検索』より、2016 年 8 月に検索を行い、

- ・訪問看護（訪問看護ステーション）数
（ 介護事業所として登録されている事業所中、事業所情報に精神疾患を対象としている内容を含む事業所）

の情報を収集した。

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、独立行政法人福祉医療機構による Web サイト

(WAMNET) のデータより、2016 年 8 月に検索を行い、以下の事業所数を市町村ごとに把握した。

- ・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

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 2015 年『住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数』より人口を、2010 年度『国勢調査』より高齢化率・人口密度を、2015 年度『総務省自治財政局「地方財政統計年報」』より歳入・財政力指数を、2014 年度『医療施設調査』より医療機関数を、2016 年 8 月に検索を行い WAM-NET における総合支援法事業所を把握した。

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。それらとして平成 25 年度における以下の情報を市町村より収集することとした。

- ・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）
- ・計画相談件数
- ・地域移行件数
- ・地域定着件数
- ・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
- ・居住サポート事業
- ・障害福祉予算

また併せてデータの公開範囲の妥当性に関して、意向を尋ねた。

情報収集の方法であるが、2016 年 10 月 1 日から市町村の精神保健福祉担当主管課に質問紙調査または Web・郵送による調査を依頼した（2016 年 12 月 31 日まで）。回収率は、1742 件中 1011 件回収(58.0%)、うち Web 回答数 426 件(42.1%)、調査票回答数 585 件(57.9%)であった。

2) データベースを使用した統計解析について

本研究で構築されたデータベースの統計解析の活用の一例として、地域移行請求件数をアウトカムとしたロジスティック回帰分析を行った。すなわち地域移行請求（10 万人当たり）が活発な自治体を予測する説明変数としての社会資源を探索的に分析するため、平成 25 年度における地域移行請求件数（延べ数）が全国の上位 20% 上に存在する自治体 = 1、その他の自治体 = 0 とし目的変数として、本研究で得た各社会資源数を説明変数とした場合の影響を統計的に解析した。なお、線形の重回帰分析ではなくロジスティック回帰分析を使用した理由は、市町村とその人口規模によって地域移行請求件数は大きなばらつきがあるため、連続変数としての値を使用するより、「一定水準以上」としての統計処理の方が妥当と考えられたためである。また変数の共線性については VIF を算出し、不適当だと思われる変数は除外した。

C. 結果

1) 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された。

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順位上の順位であり、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

自治体による各種変数の入力に関しても Web で可能なようにシステムを構築した。(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した。

なお、本システムへのアクセス・Web の閲覧自治体数は 554 件(全自治体の 31.8%)であった。

2) 全国の社会資源の平均値

社会資源数の全国平均値(人口 10 万人あた

り)を表 1・表 2 に示す。なお、医療資源・市町村データについては医療施設調査などのデータに詳しいため、ここでは新規性の高い精神障害者に関する社会福祉資源の平均値のみを示す。(表 1・表 2)

この集計により、人口規模別や財政規模を勘案したうえで、自治体の福祉資源の整備状況を他市町村と比較することが可能になる。詳細な数値については、各表を参照されたいが、サービスの整備状況には市町村規模というよりサービス種によって大きなばらつきがあり、地域移行支援・地域定着支援の延べ請求数などは人口 10 万人あたりに対して、それぞれ 5.71 件、15.16 件と極めて低調な実績であることがわかる。

3) データの公開範囲について

データの閲覧希望範囲について担当主管課に択一式で尋ねたところ、「全国の他自治体の情報について特定して閲覧したい」が 42.8%、「同じ都道府県内の他自治体の情報だけ特定して閲覧したい」が 38.3%と、自身の自治体だけではなく、他の自治体についても特定して閲覧したいという希望が聞かれた(表 3)。また、閲覧主体を複数回答で尋ねたところ、「厚生労働省」(49.2%)、「同じ都道府県庁の主管課」(48.8%)、「同じ都道府県内の他の市区町村」(53.8%)などの回答が多く、「自治体内部の情報として公開不可」は 3.7%と少数であった。ただし「Web で全体公開され誰でも閲覧可」は 10.5%と招集であった。

4) 社会資源量を説明変数・地域移行数を目的変数としたロジスティック回帰分析

平成 25 年度における地域移行請求件数(延べ数)が全国の上位 20%上に存在する自治体 = 1、その他の自治体 = 0 とし目的変数として、本研究で得た各社会資源数を説明変数とした場合の影響をロジスティック回帰分析で検証した結果を表 5 に示す。

結果、有意だった変数は「地域定着実績数

「/10万人あたり」(B=0.013^{**})、「計画相談事業所数数/10万人あたり」(B=-0.86^{*})、「精神科病院数/10万人あたり」(B=2.60^{*})、「人口密度(人/km²)」(B=0.00^{*})、「地域移行业務所数/10万人あたり」(B=6.01^{*})、「生活訓練事業所数/10万人あたり」(B=0.129^{*})であった。なおモデル適合度に関する検定は $p = 0.0000$, Nagelkerke $R^2 = .291$ であった。

D. 考察

1) Web システムの活用の自治体の関心・意向について

本調査は全市町村を対象にしたものであったが、調査の回収率は 58.0% (1011 件) と高く、また、Web システムへのアクセスしデータベースを閲覧した自治体数は 31.8% (554 件) 比較的高い関心を持たれたものと考えられる。またデータの開示範囲については自身の自治体だけではなく「他の自治体を特定して閲覧したい」という希望が「全国の他自治体の情報について特定して閲覧したい」(42.8%)、「同じ都道府県内の他自治体の情報だけ特定して閲覧したい」(31.3%) という回答が多いことから、自身の自治体および他の自治体の情報も含めて閲覧することへの積極的な様子がうかがえた。本システムは、自身の自治体の情報しか閲覧できないため、データベースをより「見える」形で表示するための仕組みが必要であると考えられる。

なお、本研究では精神保健福祉資源の全国・自治体規模別の平均値を得たが、特に障害福祉サービスについては障害者総合支援法が 3 障害合同となっているため、精神保健福祉分野でのサービスを提供している資源の状況が不明瞭だったこともあり、精神保健風刺分野に特化した福祉の社会資源量を把握するための基礎資料を得るという点で価値がある。このデータを将来的には公開することで、各市区町村の精神保健福祉関連の福祉資源に関する環境面での影響を考慮した、各種の統計分析を可能にするという意味で、資料価値が

高いと考えられる。

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について

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、これについては国立精神保健研究所精神保健計画部と協議し、データの結合が可能かどうかを検討中である。

なお他の技術的な課題としては、訪問看護 ST については医療保険で対応した事業所についてのリストが十分公開されておらず、介護保険事業所のデータベースのみに、情報を依拠しており、その代表性が不十分であるという技術的限界がある。また、WAMNET のデータについては各都道府県により更新頻度が異なるという実情があり、はたしてデータベースが公表している情報がどの時点のものなのかを確認しつつ、また更新頻度を担保する仕組みが今後の検討課題と考えられた。

3) 社会資源量を説明変数・地域移行数を目的変数としたロジスティック回帰分析について

本研究では平成 25 年度における地域移行請求件数(延べ数)が全国の上位 20% 上に存在する自治体 = 1、その他の自治体 = 0 とし目的変数として、本研究で得た各社会資源数を説明変数とした場合の影響をロジスティック回帰分析で検証した。

結果、有意だった変数は「地域定着実績数/10万人あたり」(B=0.013^{**})、「計画相談事業所数数/10万人あたり」(B=-0.86^{*})、「精神科病院数/10万人あたり」(B=2.60^{*})、「人口密度(人/km²)」(B=0.00^{*})、「地域移行业務所数/10万人あたり」(B=6.01^{*})、「生活訓練事業所数/10万人あたり」(B=0.129^{*})であった。本結果の解釈として、地域移行の結果として、地域定着実績数が上昇するであろうこと、精神科病床が多いほど標的集団の母数が多くな

ること、地域移行事業所数が多いほど地域移行件数が多いことなどは、論理的な矛盾なく理解できるものであるが、逆に「計画相談支援事業所数」は負の影響を与えている。すなわち計画相談支援事業所がいかに多くあろうとも、その事業所が積極的な関与をしていない限り、むしろ多くても実績はあがらない、という関係になるのではないかと推測される。地域移行の件数をあげていくためには、社会資源数の単なる多寡ではなく、本研究の分担研究者である瀧本の報告にもあるように「システム作り」が重要な側面をもつのではないかと考えられる。今後研究データを結合し、この点を検証していく必要があると考えられる。しかしいずれにせよ、本解析を通じて、本データベースのデータを臨床的なアウトカムにする環境要因の変数として活用ができることが示されたのではないかと考えられる。今後、研究目的に応じてデータの共有・公開化を検討していく必要があると考えられる。

E. 健康危険情報

特になし

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

図3 医療機関数の表示

項目名	2016年				
	市	同規模人口自治体平均	同規模人口自治体内順位	県平均	県内順位
精神科病院数（有床）	3	3.55	66番(n=141) (46.1%)	1.03	6番(n=60) (8.33%)
精神科病床数	817	731.28	58番(n=141) (40.43%)	235.83	6番(n=60) (8.33%)
精神科診療所数（標ぼう）	21	16.42	30番(n=141) (20.57%)	4.03	3番(n=60) (3.33%)
訪問看護（主に精神）数（医療機関以外）	0	1.37	78番(n=141) (54.61%)	0.43	16番(n=60) (25%)

数値はパーセンタイル順位で表示しています。
上位20%の位置に順位づけられている場合は20の数値で表示されます。

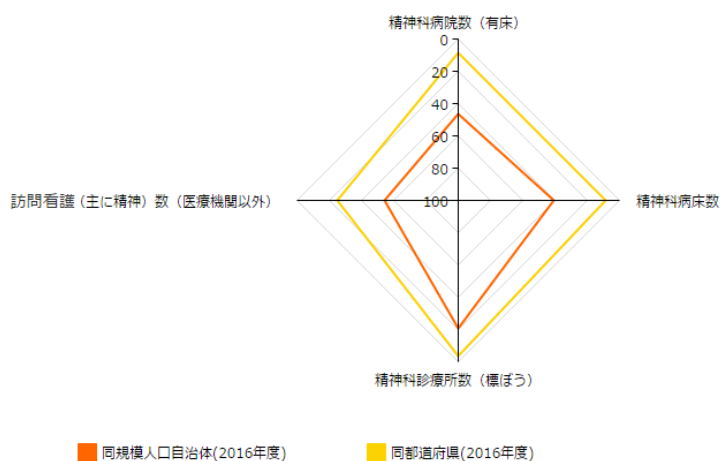


図4 福祉資源数の表示

項目名	2016年				
	市	同規模人口自治体平均	同規模人口自治体内順位	県平均	県内順位
居宅介護	51	42.96	38番(n=141) (26.24%)	12.17	3番(n=60) (3.33%)
重度訪問介護	33	14.20	22番(n=141) (14.89%)	8.60	3番(n=60) (3.33%)
行動支援	5	4.18	36番(n=141) (24.82%)	0.95	2番(n=60) (1.67%)
重度障害者等包括支援	0	0.12	12番(n=141) (7.8%)	0.00	1番(n=60) (0%)
短期入所(ショートステイ)	0	2.34	101番(n=141) (70.92%)	0.48	21番(n=60) (33.33%)
生活介護	10	6.50	30番(n=141) (20.57%)	1.95	2番(n=60) (1.67%)

数値はパーセンタイル順位で表示しています。
上位20%の位置に順位づけられている場合は20の数値で表示されます。

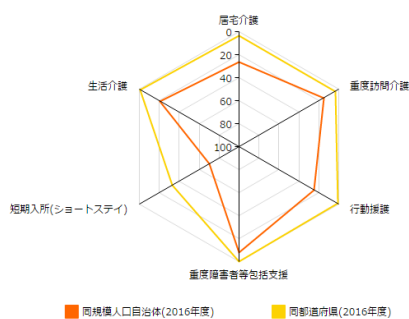


図 5 表示のカスタマイズ

社会資源データを見る

データタイプ 市 同規模人口自治体平均 (141) ⓘ
 県平均 (60) 全国平均 (1916)
 カスタム (--)

データ年度 2016年度

データ単位 そのままの値で出力 10万人あたりでの値で出力

表 1 精神障害者に対する福祉資源の人口 10 万人あたり事業所数の平均

	全国 市町村平均 n=1734		人口 50 万以上 n=35		人口 20 万以上 n=141		人口 10 万以上 n=241		人口 5 万以上 n=298		人口 5 万未満 n=1190	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD
居宅介護	16.76	28.98	16.93	9.91	14.48	8.11	12.87	6.87	12.65	8.12	18.37	34.47
重度訪問介護	3.54	9.21	6.94	10.98	4.84	7.50	3.90	6.45	4.13	7.08	3.17	9.95
行動援護	2.69	24.06	1.55	1.19	1.33	1.50	1.50	1.49	2.00	2.43	3.15	29.02
重度障害者等 包括支援	0.03	0.45	0.02	0.04	0.05	0.16	0.03	0.16	0.02	0.17	0.03	0.54
短期入所	2.21	6.13	0.61	0.62	0.87	0.91	1.13	1.32	1.67	2.17	2.62	7.27
生活介護	6.45	59.49	1.94	1.57	2.39	2.18	3.28	3.71	3.65	3.47	5.89	13.32
自立訓練(通所)	1.16	3.74	0.66	0.67	0.76	0.84	1.10	1.51	1.11	1.67	1.23	4.40
就労移行支援	2.08	4.20	1.79	0.90	1.98	1.38	2.21	1.75	2.46	2.45	2.00	4.88
就労継続(A 型)	2.16	5.67	2.30	1.99	1.99	2.04	2.21	2.25	2.20	2.66	2.15	6.65
就労継続(B 型)	9.39	59.19	4.87	2.75	5.05	3.22	6.30	4.53	6.60	4.59	8.84	11.55
施設入所支援	0.90	4.18	0.11	0.15	0.19	0.35	0.37	0.92	0.41	0.99	1.16	4.99
共同生活援助	9.89	24.11	5.36	4.26	6.89	5.70	8.62	9.04	8.92	11.34	10.65	28.35
自立訓練(宿泊)	0.17	1.02	0.10	0.11	0.18	0.28	0.21	0.42	0.21	0.55	0.15	1.19
相談支援事業者 (計画)	7.08	9.89	4.11	2.18	3.84	2.21	4.98	2.90	5.67	3.87	8.01	11.60
相談支援事業者 (地域移行)	2.89	6.34	1.80	1.18	1.76	1.35	2.06	1.62	2.44	2.14	3.22	7.53
相談支援事業者 (地域定着)	2.83	6.31	1.74	1.22	1.68	1.36	2.01	1.62	2.38	2.15	3.16	7.50

政令指定都市は 1 市町村単位で集計。
福島県における帰還困難区域周辺で人口減少が激しい 6 町村を除く。

表2 精神障害者に対する福祉資源の人口10万人あたり精神障害者保健福祉手帳所持者数・各請求数・社会資源数の平均(調査回答市町村のみ)

	全国 市町村平均 n=984		人口50万以上 n=27		人口20万以上 n=69		人口10万以上 n=106		人口5万以上 n=180		人口5万未満 n=624	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD
精神障害者保健福祉手帳所持者数	639.73	284.96	750.03	220.04	685.53	165.43	661.57	183.32	606.82	168.56	635.68	333.14
計画相談支援 延べ請求数(精神)	542.19	2905.25	355.23	319.46	322.83	176.22	385.17	363.60	477.77	625.95	609.18	3584.55
地域移行支援 延べ請求数	5.71	18.99	6.87	9.19	5.61	8.61	3.67	6.31	6.07	14.85	5.92	22.37
地域定着支援 延べ請求数	15.16	63.22	45.80	85.11	18.01	38.51	15.92	50.98	22.00	87.82	11.33	56.73
基幹相談支援センター	2.49	11.26	0.17	0.26	0.22	0.39	0.32	0.37	0.59	0.85	3.92	14.45
地域活動支援センター 型 うち精神障害者支援実績事業所数	2.65	8.98	0.39	0.25	0.46	0.35	0.69	0.54	1.13	1.20	4.03	11.69
地域活動支援センター 型 うち精神障害者支援実績事業所数	0.63	2.59	0.32	0.43	0.24	0.42	0.31	0.97	0.39	0.76	0.84	3.33
地域活動支援センター 型 うち精神障害者支援実績事業所数	1.75	4.19	0.76	0.56	0.90	1.05	0.87	0.92	0.90	1.16	2.37	5.35
精神保健福祉主管課スタッフ数	52.44	93.81	2.92	3.89	11.68	11.06	13.12	7.28	16.36	13.14	76.09	112.36

政令指定都市は1市町村単位で集計。
福島県における帰還困難区域周辺で人口減少が激しい6町村を除く。

表3 データベースの閲覧希望範囲について

	N=952	%
全国の他自治体の情報について特定して閲覧したい	407	42.8
同じ都道府県内の他自治体の情報だけ特定して閲覧したい	365	38.3
他自治体の情報については閲覧しなくてよい	180	18.9

表4 データベースの閲覧主体について

閲覧主体として適当なもの(複数回答)	N=913	回答%	ケース%
厚生労働省	449	19.1	49.2
同じ都道府県庁の主管課	446	18.9	48.8
他の都道府県庁の主管課	175	7.4	19.2
同じ都道府県内の他の市区町村	491	20.8	53.8
他の都道府県の市区町村主管課	235	10.0	25.7
同じ都道府県内の保健所	272	11.5	29.8
他の都道府県内の保健所	141	6.0	15.4
Webで全体公開され誰でも閲覧可	96	4.1	10.5
その他	16	.7	1.8
自治体内部の情報として公開不可	34	1.4	3.7

表5 平成25年度における地域移行請求件数(10万人あたり)
上位20%を目的変数としたロジスティック回帰分析

	係数 B	有意確率	オッズ比	EXP(B) の 95% 信頼区間	
				下限	上限
地域定着実績/10万人	.013	.000**	1.013	1.007	1.020
計画相談事業所数/10万人	-.086	.011*	.917	.859	.980
精神科病院数/10万人	.260	.026*	1.297	1.032	1.632
人口密度(人/km ²)	.000	.026*	1.000	1.000	1.000
地域移行事業所数/10万人	.601	.027*	1.824	1.071	3.105
生活訓練/10万人	.129	.044*	1.138	1.004	1.290
地域定着事業所数/10万人	-.510	.061 [†]	.601	.352	1.024
精神科病床数/10万人	-.001	.064 [†]	.999	.997	1.000
高齢化率(100%表記)	.053	.105	1.054	.989	1.123
施設入所支援/10万人	-.164	.107	.849	.696	1.036
地活3/10万人	-.122	.111	.885	.761	1.029
重度包括/10万人	1.795	.136	6.017	.568	63.727
面積	.001	.149	1.001	1.000	1.002
ホームヘルプ/10万人	-.021	.157	.979	.950	1.008
主管課職員数/10万人	-.003	.192	.997	.992	1.002
2次医療圏域内の病床数/10万人	.001	.200	1.001	1.000	1.002
精神科診療所数/10万人	.056	.204	1.058	.970	1.154
就労移行/10万人	.055	.258	1.056	.961	1.161
全体予算/10万人	.000	.310	1.000	1.000	1.000
中核市/それ以下	.490	.344	1.632	.592	4.496
重度訪問介護/10万人	.018	.361	1.018	.979	1.059
地活2/10万人	-.101	.387	.904	.719	1.136
生活介護/10万人	.019	.419	1.020	.973	1.068
行動援護/10万人	.037	.423	1.038	.948	1.137
グループホーム/10万人	.006	.532	1.006	.988	1.025
財政力指数	.371	.638	1.449	.310	6.776
就労継続B/10万人	-.009	.704	.991	.946	1.038
訪問看護ST/10万人	-.038	.708	.963	.790	1.174
就労継続A/10万人	-.013	.764	.987	.907	1.075
人口(10万単位)	-.022	.767	1.000	1.000	1.000
障害福祉予算/10万人	.000	.799	1.000	1.000	1.000
地活1/10万人	.004	.832	1.004	.966	1.044
宿泊生訓/10万人	-.036	.862	.965	.643	1.447
ショートステイ/10万人	-.005	.900	.995	.918	1.078
基幹センター/10万人	.001	.971	1.001	.959	1.044
定数	-3.095	.013	.045		

N=530(外れ値除く),モデル適合度 p=.0000, Nagelkerke R² = .291

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^{1,3)}

研究協力者：○山之内芳雄²⁾，藤井千代³⁾

- 1) 医療法人社団 原クリニック
- 2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神保健計画研究部
- 3) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部

要旨

精神科診療所は、専門とする疾患や併設するサービスなどその性質は多岐にわたっているものの、多くの診療所では地域や個々の患者のニーズに見合った一般的な診療を並行して行っているため、その多岐な性質像の把握は困難である。

本研究では、36か所の精神科診療所を初診した患者1854人を1年半追跡調査した。調査は受診やサービス利用を記録し、さらに半年ごとに本調査独自のハイユーザー基準を調べた。対象の診療所は、障害福祉事業所とデイケア等を持つもの(福祉+DC型)、デイケア等のみを持つもの(DC型)、いずれも持たないもの(単機能)の3類型とし、類型ごとのハイユーザーの多寡とその経過を集計した。

統合失調症圏の患者やハイユーザーは福祉+DC型の診療所における比率が高く、その経過においても福祉+DC型の診療所では長くフォローされ改善する者も多かった。精神科診療所がデイケア、訪問、福祉事業所など複数の機能を有することにより、ハイユーザー患者を長期間地域で支えることが可能であると推察される。しかし、精神科を訪れる患者はみなハイユーザーではなく、むしろ少数である。診療所の特徴に応じた役割分担を行うことにより、地域におけるニーズに応じた精神科医療を提供できると考えられる。

A. 研究の背景と目的

平成25年精神保健福祉資料によるとわが国には精神科または神経科を標榜する診療所が3867か所あり、地域の精神医療の一翼を担っている。精神科診療所には、デイケアや障害福祉サービス事業所を併設したところ、睡眠医療や発達障害などの専門的な領域を中心に診療するところ、内科などの身体ケアを行うところなど、その性質は多岐にわたっている。当然ながら小規模であるため、医師の特性が反映されやすく、病院よりもその多様性は顕著である。しかしながら、専門的に合

致した患者だけを診療しているだけではなく、多くの診療所では地域や個々の患者のニーズに見合った一般的な診療を並行して行っている。

本研究では、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、これら多様な診療所の診療状況を把握することにした。例えば、障害福祉サービスを併設する診療所は、その機能に見合った患者をフォローできているのかなど、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とした。

B. 方法

精神科診療所に初診の後、どのようなサービスを利用し、転機をたどるのか、前方視観察調査を行った。日本精神神経科診療所協会に所属する診療所 1618 か所から無作為に抽出した 53 か所(多機能型診療所 30、非多機能型診療所 23 か所)を平成 26 年 11 月以降に初めて受診した各診療所連続 50 名を対象とした。診療所リクルートの際、様々な形態の診療所を調査する目的で、デイケア等・訪問診療・訪問看護・多職種カンファレンスを行っている診療所を多機能と定義した。

調査項目は、初診時と以降 6 か月ごと 18 か月まで、医療関係者から年齢、性別、住所地の郵便番号、診断、受診経路、紹介状の有無、紹介目的、同居家族の有無、結婚歴、教育歴、職歴、精神科受診歴、精神科入院歴、併存障害、GAF、自立支援受給者証の有無、手帳の有無、障害年金の有無、そして本研究独自の「ハイユーザー基準」を調査した。ハイユーザー基準は、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、の各項目の有無を問い、臨床的判断により、3 つ以上該当する対象を各時点でハイユーザーとした。また、毎月のサービス利用状況を調査した。外来、訪問看護、心理面接、デイケア等の医療サービス利用回数と時間、障害福祉サービス(就労支援、グループホームなど)利用の有無と回数である。調査期間は、対象の初診から 18 か月間の受診経過であり、中断後再受診した

場合も期間内は記録された。(別紙 1~3)

本研究は国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会の承認を受け(承認番号:A2014-069)、人を対象とする医学的研究に関する倫理指針に則り行われた。紙面の調査票は、国立精神・神経医療研究センターに送付され、研究所内で電磁的媒体に入力記録された。診療所形態によって、ハイユーザーの割合と経過、診断が異なるかを解析した。集計には Microsoft Excel 2013 および SPSS-J21.0 を用いた。

C. 結果

平成 28 年 12 月までに 18 か月間の診療状況の回答があった施設は 36 か所、対象数は 1854 人だった。診療所の機能は、障害福祉サービス事業所を持つもの(デイケア等も含む以下福祉+DC 型)、デイケア等(ナイトケア・ショートケア 以下 DC 型)を持つもの、いずれも持たないもの(以下単機能)、の 3 類型とした。各類型の対象数は、福祉+DC 型 12 診療所・654 人、DC 型 14 診療所・700 人、単機能 10 診療所・500 人であり、全対象の平均年齢は 40.1 歳、男性 856 人だった。主要な診断は、全対象では統合失調症圏 8%、うつ病圏 50%、双極性障害 3%、認知症 6%だった。類型別では、福祉+DC 型で統合失調症圏 11%、うつ病圏 42%、双極性障害 2%、認知症 6%、DC 型で統合失調症圏 6%、うつ病圏 51%、双極性障害 3%、認知症 6%、単機能で統合失調症圏 5%、うつ病圏 59%、双極性障害 3%、認知症 4%だった。類型ごとで最も違いのある統合失調症圏では、類型ごとで有意な差異を認めた($\chi^2=13.9, p=0.001$)。

さて、平成 25 年精神保健福祉資料¹⁾によると、精神科または神経科を標榜する診療所数は 3867 か所で、うちデイケア等を有する診療所は 503 か所だった。さらには福祉施設を有する診療所数は不明である。ここからの集計では、本調査の各類型の構成比率はわが国の各類型の比率とは異なるため、各類型別の

みを記載する。デイケアを持つ診療所類型別の初診時ハイユーザーと定義された者は、福祉+DC型 131人(20.0%)、DC型 90人(12.9%)、単機能 39人(7.8%)であり、ハイユーザーは初診時から類型により有意に異なる比率だった ($\chi^2=20.36, p=0.00004$)。

次に、18か月の経過でどれくらい継続した医療フォローを受けるかについて集計した。6か月・12か月・18か月残存率は、福祉+DC型 40%,32%,24%、DC型 40%,29%,24%、単機能 42%,33%,26%で、類型による有意な差異はなかった(18か月残存における検定 $\chi^2=0.685, p=0.71$)。各類型ともに、4か月目で半数以上が脱落していた。初診時ハイユーザーと非ハイユーザーでは、ハイユーザーが 51%,42%,33%に対し、非ハイユーザーは 39%,29%,23%であり、18か月残存率において有意な差を認めた($\chi^2=12.2, p=0.0005$)。非ハイユーザーは3か月目で半数以上が脱落したが、ハイユーザーの半数脱落は7か月目だった。最後に、類型によりハイユーザーの残存が異なるかを集計した。各類型で初診時ハイユーザーだった対象の残存率は、福祉+DC型 60%,47%,41%、DC型 46%,38%,23%、単機能 38%,36%,28%であり、18か月残存率において福祉+DC型とDC型で有意な差異を認めた($\chi^2=7.6, p=0.006$ 図1)。

さて、初診時にハイユーザーであっても、診療所の医療等のサービスにより、経過の中でハイユーザーでなくなる者もいれば、逆に当初はハイユーザーでない者が途中からハイユーザーになる者もいる。経過中にハイユーザーでなくなった者(改善者)とハイユーザーになった者(悪化者)に関して、類型ごとに集計し、その初診時対象数に対する比率を算出した。福祉+DC型では、改善者、悪化者が 3.8%, 2.0%、DC型 1.4%, 1.7%、単機能 1.6%, 1.6%であり、類型間に有意な差異を認めた($\chi^2=10.5, p=0.033$ 図2)。

D. 考察

本調査により、精神科診療所を受診した患者の1年半の経過を診療所類型ごとに集計し、本研究での定義による医療関係者評価によるハイユーザーの動向を同様に診療所類型ごとに集計し、検討した。

まず対象の診断では、うつ病が半数を占め、統合失調症圏は1割にも満たなかったが、統合失調症圏の患者は福祉+DC型の診療所ではその比率が高かった。また、初診時のハイユーザーも福祉+DC型では有意に多く、受診の際、インターネット・いわゆる口コミ・あるいは紹介で、障害福祉サービスによるフォローが必要な統合失調症圏やハイユーザーの患者は医療機関を妥当に選択していることがうかがわれた。

次に、経過でどれくらいが残存するかであるが、約半数が3か月以内に医療フォローから脱落することが分かった。ただし治癒による受診終了か、あるいは来なくなっただけなのか、悪化して来られなくなったのかなどの要因は不明である。しかし、ハイユーザーは、非ハイユーザーよりも長期間フォローされていることがわかった。診療所では、より課題のある患者に対して、誠実に診療を継続させていることがうかがわれた。この傾向は、DC型よりも福祉+DC型でより強く見られた。また、福祉+DC型では、経過中にハイユーザーが改善したものが多かった。本調査での福祉+DC型の診療所12か所のうち11か所はデイケア等も有していることから、ハイユーザーを支えるためには、デイケア等のみならず障害福祉施設などの幅広い選択肢が有効ではないかと考えられた。

しかしながら、本調査は無作為に診療所を選択したものの、3867か所のうち36か所であり、果たしてこの結果が代表性を持つかどうかさらなる検証が必要である。また、今回の集計では途中で調査票の提出が途切れた17診療所からのデータを集計から除外したが、これらの活用も検討する必要がある。さ

らに、受診動機・入院の様子・福祉サービスや訪問看護等の利用状況も調査されているため、さらなる要因等の分析を行わねばならない。

さらなる集計と解析を要するものの、ここまで言えることとして、精神科診療所がデイケア、訪看、福祉事業所など複数の機能を有することにより、ハイユーザー患者を長期間地域で支えることが可能であると推察される。しかし、精神科を訪れる患者はみなハイユーザーではなく、むしろ少数である。診療所の特徴に応じた役割分担を行うことにより、地域におけるニーズに応じた精神科医療を提供できると考えられる。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

- 1) 藤井千代：精神疾患の早期介入における精神科診療所の役割．第 112 回日本精神神経学会学術総会，千葉，2016.6.3.

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) 平成 25 年精神保健福祉資料:
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630>

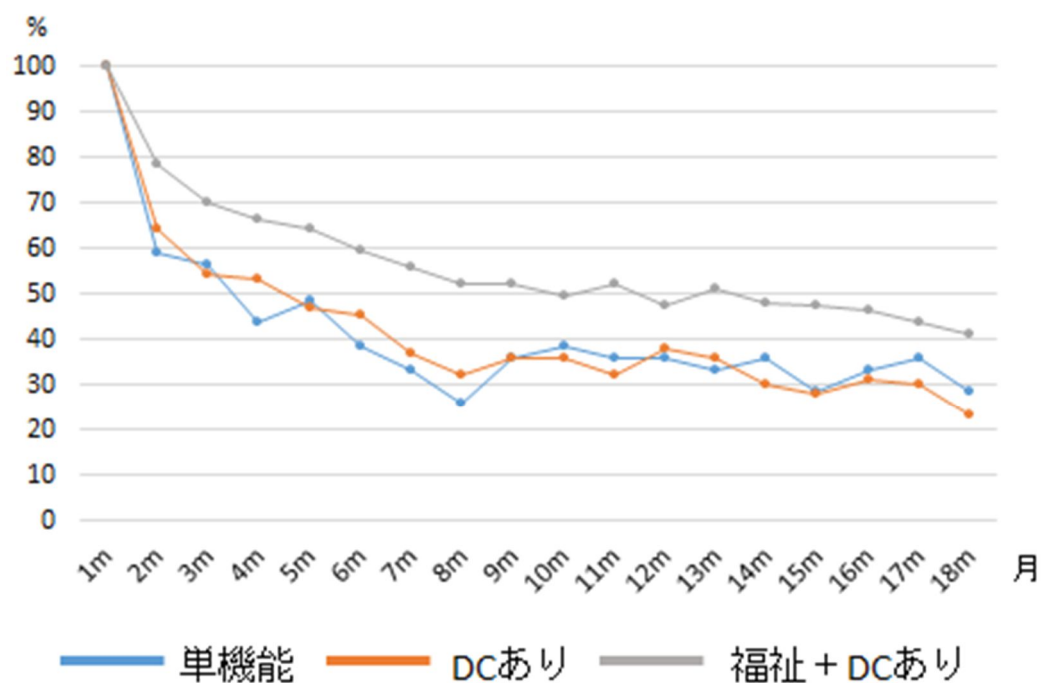


図1. 診療所類型毎当初ハイユーザー残存率

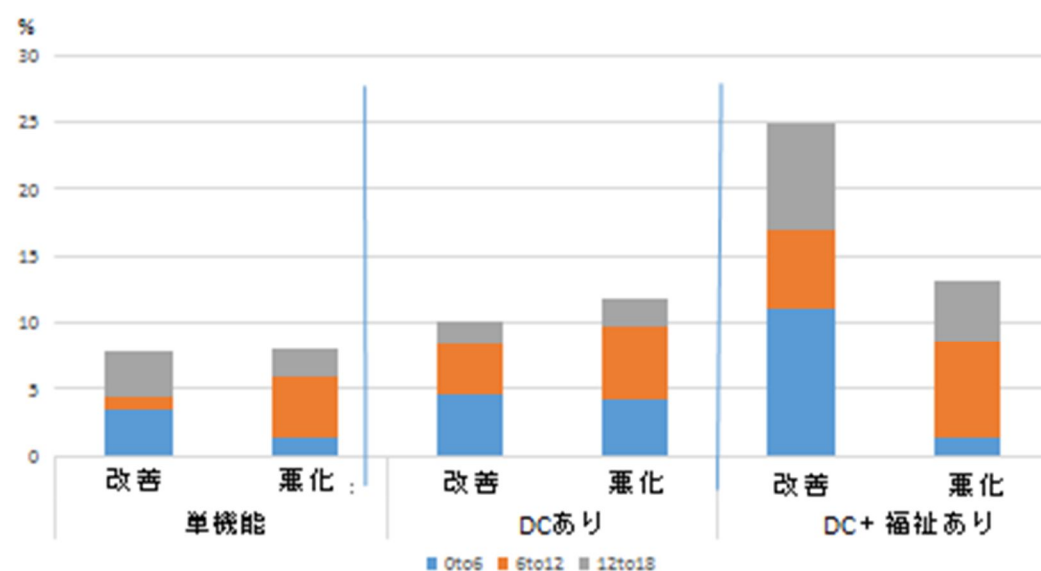


図2 診療所類型毎の半年毎の個人の改善・悪化

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)																																
看護・ 相談	訪問診療 または往診	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)																																
	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 利 社 用 サ イ ツ ク シ 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	

別紙 3

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

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：○福島鏡¹⁾，小高恵実²⁾，渡邊碧²⁾，廣川聖子³⁾，木戸芳史⁴⁾，角田秋¹⁾

大橋明子¹⁾，中嶋秀明¹⁾，村方多鶴子⁵⁾，高妻美樹⁶⁾

- 1) 聖路加国際大学
- 2) 上智大学
- 3) 首都大学東京
- 4) 三重県立看護大学
- 5) 訪問看護ステーション卵サテライト
- 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 3 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、本制度を算定する必然性についての示唆を得ること、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】本管理料の届出をしている施設は、28 年 10 月の時点で全国 21 施設であった。そのうち 28 年 12 月までに支援が終了したケースは 4 施設 7 事例であった。1 年以上の入院患者が 4 事例であり、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証のために、活用されていた。本制度の導入により、往診を活用したチームでの支援が促進され、医療の機会が保障されることで患者の家族や地域のスタッフの安心感につながり、重症患者の退院が促進されていた。

【考察】本制度の算定対象となる患者は、社会機能の低下や、家族・地域スタッフの拒否があることが多いため、病院・地域を問わず多職種によるケアが必要なケースであった。本管理料はそのような対象者へ、手厚い支援の提供と共に、往診等の医療の機会を保障することで家族や地域スタッフの安心感・退院の説得に活用されていた。また、本管理料で行う地域スタッフとのカンファレンスの実施により、地域全体でケアをする体制づくりに繋がっていた。今後は、本制度活用による支援と共に、散見されている自治体独自のアウトリーチに関する制度も含めた本制度の活用方法について検討していくことが必要である。

A. 研究の背景と目的

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 3 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用されているのか、本制度を算定する必然性について示唆を与え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. 調査方法

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 28 年 10 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 21 施設のうち、28 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、21 医療機関が該当した。全施設に電話で問い合わせをし、28 年 12 月までに支援が終了したケースがあった 4 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

制度の活用について

- ・カンファレンスを実施することでの対象者及びチームへの効果
- ・同時期に訪問に行っていた管理料対象外ケースとの違い
- ・制度の要件に該当せず適応を見送ったケースの概要

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 28 年 10 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（今年度新規調査対象 10 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 28 年 8 月～29 年 2 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 10 医療機関が該当し、調査対象となった。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

新規調査対象のうち、同意の得られた施設へ、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) 倫理的配慮

カルテ調査およびインタビュー調査について、研究者が所属する大学の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。(聖路加国際大学研究倫理審査委員会 承認番号 15-A034)。

C. 研究結果

1) 届出機関の概要と算定ケース数

平成 28 年 10 月現在「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている施設は 21 施設であり、昨年度の調査から 10 施設増加していた。年次ごとの施設数変化について、図 1 に示す。

2) 支援対象者の状況

本算定料による支援を提供し、カルテ調査の対象となった施設を表 1 に、支援が終了した支援対象者の概要を表 2 に要約した。対象者の年代は 30 代から 50 代と幅広く、男性 6 名、女性 1 名であった。診断名は、全員が統合失調症で、精神遅滞を併発している者が 2 名であった。1 年以上の入院者が 4 名、入退院を繰り返す者が 3 名であった。入退院歴は 2 回から 30 回と幅広く分布していた。支援期間は 1 か月から期限の 6 カ月までであり、支援終了後にも地域生活を続けている対象が 3 名、入院が 4 名であった。

3) 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。

ID:1

基本情報
診断名：統合失調症 性別：男性 年齢：20代 類型：入退院を繰り返す者 GAF:(算定開始時)30
算定導入の経緯
X-1年の内に、4回の入退院を繰り返し、すべて医療保護入院であった。また、10代に発症後、治療中断や支援やサービス受け入れを拒否する傾向にあり、症状の改善も見られなかった。そのため、入院中にクロザリル(200mg)が開始され、看護師とPSWによる退院前訪問を行いながら、本人と家族へ当該管理料による支援をすすめたところ、同意が得られたため退院後から導入に至った。
支援経過
退院後は週2回の訪問支援を行い、服薬と身体状態の確認、1時間以上をかけて妄想についての話を傾聴して関係作りを行った。また、外来受診ができないときに合わせて往診し、本人が落ち着かない、つらいと訴えた時に、訪問の頻度を上げて支援をした。
退院1ヶ月後、被害的妄想により自閉的であったが、外出や仕事などに関心が向くようになり、症状や副作用への対処についても話し合えるようになった。そのため、週2回の看護師またはPSWの訪問支援を行っていた。
退院5ヵ月後ごろより、運動や外出したいとの希望があり、その目標に向けた取り組みを一緒に行うために、週2回の訪問から週3回の訪問に増やして、運動や外出の計画や練習を行った。
支援期間中に、デイケアなどのサービスにつながるよう勧めたがつながらなかった。しかし、家族の協力により外来受診を行い、精神科訪問看護による支援への移行に同意する状態となって当該管理料による算定終了となった。
算定料に期待したこと・メリット
治療中断することに不安を感じる家族が、医師の往診があることで安心して支援導入を受け入れた。家族からの情報提供や相談も増え、支援に協力的であった。また、本人の状態やニーズに合わせて、支援の頻度や量を変えることができた。
多職種によるケア会議の中で、様々なサービスを拒否する人への支援やこれまで試みたサービス以外のものについて検討することができた。
支援の転帰
GAF:(算定終了時)30 移行したサービス等：精神科訪問看護 精神科訪問看護に移行後も、継続的に支援を受けて地域生活を維持している。そのほかのサービスにはつながらなかった。

○ : Ns : PSW : OT : Dr : 他						
1ヶ月目						
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				

網掛：多職種会議 支援回数：×（回数）						
2ヶ月目						
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				

3ヶ月目						
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				

4ヶ月目						
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				

5ヶ月目						
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				

6ヶ月目						
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				

ID:2

基本情報
診断名：統合失調症、精神遅滞（中等度） 性別：男性 年齢：30歳代 類型：1年以上入院 GAF:(算定開始時)30点 処方：C P換算 858.9 mg (入院中に導入されたりスパダールコンスタ筋肉注射を含む)
算定導入の経緯
性的な衝動で問題行動、暴力行為を起こし、通院以外は利用不可となっていた患者であった。しかし、今回の入院中に、刺激には弱いものの、手厚くフォローをすることで在宅生活を継続できる患者であり、在宅治療を中心に提供しようと判断され、本制度利用に至った。
支援経過
【支援開始時】 訪問診療：2週間に1回、初期30分、後期15-20分程度/回 主治医である院長が訪問 13時頃 訪問看護：週4-5回、30~60分/回、15時前後 月・火 P S W 2名(病院と地域活動支援センター) 水 ステーションの看護師と病院O T 木 医師の往診または ステーション看護師と病院P S W 金 ステーションの看護師2人 (全スタッフ共通の役割：体調チェックシート記入、服薬確認、残金確認、P S W：書類支援、役所や買い物同行、O T：部屋の使い方や生活費の運用相談、看護師：体調管理、下剤調整 と分担) 町に出かけやすい時間に訪問することで、町に行って危険なことにならないようにした(入院前は一日中町を徘徊し、小学生に声をかけ警察に通報され補導されそうになったこともあったため) 往診：生活場面での療養状況の把握、不眠や便秘等の訴えに対して生活実態に即した薬剤調整を実施 【支援中のエピソード】 支援開始後、自宅アパートの鍵穴にボンドを詰められるという被害に遭い、警察に届け出た。PSWが中心となり支援し、チームでの定例会で検討、転居を支援した。 【支援後期】 支援の頻度・量は一定で、継続的に生活の見守りを続けた。
算定料に期待したこと・メリット
診療報酬改定により原則訪問看護は1箇所のみとなったこともあり、管理料支援を行うことで病状管理の困難さと生活能力低下の両方の障害がみられる患者に対し、医療面と生活面の双方を在宅で手厚く支援することができた。その結果、これまでは生活破綻から地域への迷惑行為を繰り返していた患者が、6か月間安定して在宅生活を送ることができた。
支援の転帰
GAF:(算定終了時)25点 処方：C P換算 1042.8 mg 移行したサービス等：外来通院なし、訪問診療と訪問看護利用、福祉事務所による訪問 訪問看護 ステーション看護師 2-3回/週、病院スタッフ2-3回 週4,5日は誰かが必ず入るようにし家庭での活動の様子の見守りをしている。不眠や「誰かが入ってくる」と言った被害関係妄想は変わらずある。

○ : Ns : PSW : OT : Dr : 他						
1ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
			退院		○2人	2人
22	23	24	25	26	27	28
	2人	2人	○			
					○2人	
29	30	31				
	2人	会議				

網掛：多職種会議 支援回数：×（回数）						
2ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
○		○2人			2人	2人
8	9	10	11	12	13	14
○		○2人			1人	2人
15	16	17	18	19	20	21
○		○1人			1人	2人
22	23	24	25	26	27	28
○		○1人			会議	2人
29	30	31				
○		(なし)				

3ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
				2人	○	
8	9	10	11	12	13	14
2人			2人	2人	○	
15	16	17	18	19	20	21
			(なし)	2人	会議	
22	23	24	25	26	27	28
2人			2人	2人	○	
29	30	31				
○						

4ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
	2人	○		○		
8	9	10	11	12	13	14
2人	2人	○		○		
15	16	17	18	19	20	21
(なし)	1人	○		○2人		
22	23	24	25	26	27	28
	会議	○		○		
29	30	31				
2人		○				

5ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
	○			2人	2人	○
8	9	10	11	12	13	14
	○2人			2人	2人	○
15	16	17	18	19	20	21
	○			(なし)	会議	○
22	23	24	25	26	27	28
	○2人			2人	2人	○
29	30	31				
	○2人					

6ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
		2人	2人	○		○2人
8	9	10	11	12	13	14
		(なし)	2人		2人	○2人
15	16	17	18	19	20	21
			2人	○		○2人
22	23	24	25	26	27	28
			会議	○		○
29	30	31				
		2人				

ID:3

基本情報
診断名：統合失調症、精神遅滞（中等度） 性別：男性 年齢：30歳代 類型：入退院を繰り返す者 GAF：(算定開始時) 28点 母親・祖母と同居 CP換算 1262.5mg
算定導入の経緯
10代で発症、母と祖母と同居。祖母が支えていたが、認知症進行に伴い、外来通院が難しくなった。15年間利用している訪問看護ステーションが持ち出しで受診を促しに訪問し、タクシーに乗ってもらい、外来受診につなげていた。外来に来なくなってしまう恐れがあり、アウトリーチ支援の対象となり、きちんと治療の軌道に乗せることが本管理料導入のきっかけだった。 主な症状は、幻覚妄想、興奮、会話が支離滅裂になる、水中毒、金銭の浪費。
支援経過
【支援開始時】 訪問診療：2週間に1回、20分以上/回 主治医である院長が訪問 診察と薬の指導 訪問看護：週2回、訪問看護ステーションの看護師が主に訪問 月2回はPSWが訪問、金銭管理について支援（月10万円以上の支出をしていた） 訪問看護では、訪問時に母親が玄関先で待っており、母親の話を玄関先で20分聞く。これで母親が落ち着き、家の中に入って40分の訪問看護、計1時間の訪問であった。母のストレスは医師が訪問することで軽減していた。本人も1か月間は安定していた。
【支援開始44日目】 退院後は服薬できていたが、金銭の浪費は変わらず月10万程洋服代に使っていた。入院の頃には水中毒の再燃と怠薬のため、金銭欲求が高くなり、家族への暴力行為を認め、入院に至った。
算定料に期待したこと・メリット
訪問看護一点で支えてきて、「外来に来るか来ないかわからない」という訪問看護ステーションスタッフのストレスは減った。母は主治医が行くことの安心感があった。スタッフとしては、ずっと同じ医師が通して見てくれることが大きなメリットだと感じている。従来の支援体制では通院中断の可能性が高く、自分の都合で来院していたため常に主治医診察を受けることができていなかった。
支援の転帰
GAF：(算定終了時) 21点 移行したサービス等：医療保護入院 CP換算 1412.5mg

○ : Ns : PSW : OT : Dr : 他						
1ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
退院						
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				
会議						

網掛 : 多職種会議 支援回数 : × (回数)						
2ヶ月目						
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				
会議						

3ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
入院						
2人						
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

ID : 4

基本情報
診断名：統合失調症 性別：男性 年齢：30代 類型：入退院を繰り返す者 GAF：35（算定開始時）
算定導入の経緯
未成年で発症し、30回以上の入退院を繰り返している。退院後に服薬継続ができないことが症状再燃の要因であった。「自宅に退院したい」「施設やグループホームとかは絶対嫌だ」という希望があったが、地域住民との関係性が非常に悪く、生活能力が十分ではないが精神疾患を抱えた父親や施設に入っている高齢の母親からの支援は期待できないといった地域生活をするうえでの問題を抱えていた。「自宅に退院したい」という希望を叶え、症状再燃と再入院を防ぐためには、継続的で集中的なアウトリーチ支援と地域に関連する人との調整が必要とされ、本算定料の対象とし、支援導入となった。
支援経過
訪問支援は、算定した6カ月間ほぼ一定のスケジュールで提供されていた。訪問看護は週4回、チーム医による往診が月1回組まれており、訪問看護の設定がない曜日にはホームヘルパーが入った。可能な限り1日1回は誰かが本人と会い、見守る環境があるように体制を構築していたが、状態が悪い時など1日に複数回の訪問を実施することもあった。今回も服薬の自己管理をすることができず、訪問すると飲み忘れていることがほとんどであった。そこで、訪問看護は夕方にするのを本人と決め、訪問の際には飲み忘れている薬の服用を支援した。 初期は、近隣住民からの苦情や「なぜ入院させないのか」という声がきかれたが、行政等の力を借りながら近隣住民に説明を繰り返すことで、次第に苦情は減っていった。チームは、本人と近隣住民との関係づくりにも支援した。また、本人と警察とも連携し、近隣住民とのトラブルを予防していた。 チームカンファレンスは毎日実施し、地域カンファレンスは月1回実施していた。地域カンファレンスへは、チームスタッフ、保健所、市役所、社会福祉協議会、ヘルパー事業所、生活介護事業所、支援センターのスタッフに加え、母の保佐人も出席した。カンファレンスでは、本人の病状と生活に関するを中心に、初期は服薬支援と近隣苦情への対応について話し合われた。出席した行政や事業所の間でサービス体制と役割分担について話し合い、それに基づき支援を提供した。 このような体制で訪問を続けるうちに、毎日来院して作業療法に参加するようになり、午前はOT、夕方は訪問という安定したパターンが出来上がっていった。
算定料に期待したこと・メリット
毎日訪問が可能であり、往診があることは、本人の症状コントロールに非常に有用であったと同時に、退院にあたって近隣住民や他事業所スタッフに安心感をもたらした。また、地域カンファレンスによって関係機関や事業者と調整ができ、「地域全体でケアをする」という考えが醸成され、「病院だけで対象者を支援している」といった認識にならなかった。
支援の転帰
GAF：40（算定終了時） 移行したサービス等：往診（月1回）、訪問看護、作業療法、ホームヘルパー、地域活動支援センター、保健師、社協、保佐人 その後も同程度の支援を継続して地域生活を続けている。

○ : Ns : PSW : OT : Dr : 他						
1ヶ月目						
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				

網掛：多職種会議 支援回数：×（回数）						
2ヶ月目						
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				

3ヶ月目						
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				

4ヶ月目						
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				

5ヶ月目						
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				

6ヶ月目						
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				

ID : 5

基本情報
診断名：統合失調症 性別：女性 年齢：50代 類型：1年以上精神病床に入院して退院した者 GAF：32（算定開始時）
算定導入の経緯
本算定料導入までに3回の入院歴があるが、自身の疾患や治療に対しては受け入れることができないまま推移していた。また、直近の入院は2年近くに及んでおり、以前よりも全般的に機能低下が認められ退院を難しくしていた。また、「退院して働きたい」という希望があり、そのためには症状の安定と生活の支援と併行して就労支援事業所や訪問支援に対して拒否的な家族への調整が必要であった。地域生活を支援する方々と協力して包括的に支援を展開する必要があり、本算定料の地域カンファレンスの枠組みが有効であると判断し、算定料を用いた支援を提供することになった。
支援経過
対象者は疾患や治療を受け入れておらず、家族もスタッフによる自宅への訪問支援に対しては積極的ではなかった。そのような本人と家族の希望もあり、チームによる支援は週2回の訪問看護、それに加えて連携先の訪問支援ステーションからも週に1回の訪問を行っており、これらを合わせて週に3回の訪問看護体制と月1回の往診という体制で支援を続けた。さらに、何か困ったことがあったときはいつでも家族からの電話を受けられる体制を整えた。 また、これらの訪問支援に加え病院の作業療法に週1回通っていた。さらに、支援開始後に本人の希望に合わせて就労支援事業所への見学を調整したが、1回説明を聞きに行っただけで継続的に進めていくことはできなかった。 本人は持効性注射剤に加え抗精神病薬の内服薬を併用していたが、訪問の際に本人の生活空間に入ることができない事情もあり、正確な服薬状況をスタッフが訪問時に確認することが難しい状態であった。いつ頃からかは不明であるが、処方されていた通りには服薬できていなかったようである。 支援4ヶ月目に、階段の踊り場に座り込んで独語をしており、住民から家族に対して苦情が発生した。家族が外来に連れて来たが、陽性症状が活発に現れており「病気じゃない、健常だ、治療は何にも必要もない」と大声で叫び続けるような興奮状態であった。診察後に医療保護入院が決定し、支援は4ヶ月弱で終了した。
算定料に期待したこと・メリット
毎日のチームカンファレンスでは違う曜日に訪問している訪問スタッフからの情報や、病棟で担当していたスタッフからの情報など情報共有がしやすく、支援方法を検討するにあたり大いに役に立った。地域カンファレンスでは、家族も出席したため、ケアについて家族に理解を求めることができた。 また支援当初は、本人が入居している住居からの退居を求められており、その対応に関しても調整していく予定であった。このような調整は通常の訪問看護のサービス枠組みでは困難であり、本算定料の枠組みで支援するメリットの一つであった。
支援の転帰
GAF：32（算定終了時） 移行したサービス等：医療保護入院 自身の疾患と治療に対して受け入れておらず、医師から処方されていた通りの服薬はできていなかったため、徐々に症状が再燃し始め、支援開始から4ヶ月目に入院となった。

○ : Ns : PSW : OT : Dr : 他						
1ヶ月目						
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
退院						
29	30	31				

網掛 多職種会議 支援回数 × (回数)						
2ヶ月目						
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				

3ヶ月目						
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				

4ヶ月目						
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				

5ヶ月目						
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				

ID : 6

基本情報
診断名：統合失調症 性別：男性 年齢：30代 類型：1年以上精神病床に入院して退院した者 GAF：40 (算定開始時)
算定導入の経緯
<p>サービスが導入されていない状況で退院し、すぐに受診を中断して症状が悪化し入院することを繰り返していたので、今回の退院時に、管理料を導入して退院をすることになった。</p> <p>ご本人は施設以外の退院先を希望していたが、家族も受け入れを拒否し、単身生活にも反対したため、往診のある当該管理料を導入の提案をした。</p>
支援経過
<p>退院後、訪問では昼間の過ごし方を共に考え、体を動かすために図書館や散歩に出かけていた。往診ではデボ剤を筋肉注射していた。金銭管理も本人には難しかったため、家族の意向もあり訪問時に定額を渡していた。多職種カンファレンスでは、ご本人に病気であるという認識が薄いこと、現在の様子などを情報共有し、緊急時の対応について確認する場としていた。支援開始から数ヶ月は、この体制で安定して暮らすことができていた。</p> <p>退院後4ヶ月したころ、注射の拒否が見られるようになった。また、病院に対し、金銭管理に関するクレームの電話をかけてくるようになった。調子が悪くなると、支援を拒否し、就労することが対象者のパターンであったが、今回も、警備会社で勤務していたようだった。往診でも訪問でも本人には会えなくなった。規定の訪問や往診が行えなくなったため、算定終了となった。</p> <p>その後、勤務にも無断欠勤するようになり、本人と父親で話し合いを行った。本人から「辛いから入院したい」と希望があり、入院となった。</p>
算定料に期待したこと・メリット
往診があることで、家族には安心感があり、患者の退院に対する拒否の緩和に繋がった。院外の多職種と定期的にカンファレンスをもつことで、緊急時の対応を密に共有することができた。
支援の転帰
GAF：(算定終了時) 25 移行したサービス等：なし

○ : Ns : PSW : OT : Dr : 他						
1ヶ月目						
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				
○						

網掛 : 多職種会議 支援回数 : × (回数)						
2ヶ月目						
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				
○						

3ヶ月目						
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				
○						

4ヶ月目						
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				
○						

ID : 7

基本情報
診断名：統合失調症 性別：男性 年齢：30代 類型：入退院を繰り返す者 GAF : (算定開始時) 40
算定導入の経緯
生活保護を受給されている方で、退薬を繰り返していた。訪問での内服確認もなかなかさせてもらえず、退薬して症状悪化を繰り返していたため、グループホームの入居をすすめるが、本人は拒否された。このような状態では保護費は出せないと生保担当者に言われたが、病院スタッフより、往診もあり手厚い訪問支援が入られることで医療の機会が保障されている本制度の導入を提案し、ご本人もこれを使って頑張ってみたいとのことだったので、管理料を導入して退院することになった。
支援経過
4週ごとに毎月2回火曜日に1回の往診、ヘルパーを週2回導入していた。怠薬しやすい方だったため、内服継続のための支援を行おうとしたが、ご本人はプライドの高い方であったため、支援者が確認等のために薬に触れることが困難であった。そのため、生活全般のことを聞きながら内服のことについても触れていた。近隣に住んでいる母とのやり取りについても聞き、家族との関係性と本人の精神状態をモニタリングした。 ご本人の日中の過ごし方は特に決まっていないが、作業所などを紹介してもすぐに通所を中断してしまうため、既存のサービスには繋がらなかった。自身で繁華街に行き、コーヒーを飲みながらぼんやり過ごしているようだったので、ご本人のペースに任せ、訪問とヘルパーは受けてもらうという形で見守っていた。往診では、診察と共にリスパダールコンスタを導入していた。また、副作用で手が震えることがあり、往診で医師から説明を受ける場面もあった。 支援開始5ヶ月目に入った辺りから、神に関する話が多くなり、本人と連絡が取れなくなった。インターホンを鳴らしても出ず、合鍵で母と共に中に入ったところ、布団に包まって震えていた。「しんどくてどうしようもない、限界」と話され、入院となった。
算定料に期待したこと・メリット
往診があること、短期集中で手厚い支援を提供できること、仕組みとして説得材料になること デメリット 医師の往診に対する考えがまちまち
支援の転帰
入院となった GAF : (算定終了時) 50 移行したサービス等：なし

○ : Ns : PSW : OT : Dr : 他						
1ヶ月目						
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				

網掛 : 多職種会議 支援回数 : × (回数)						
2ヶ月目						
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				

3ヶ月目						
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				

4ヶ月目						
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				

4) ケースの総括

当該管理料を算定したケースについて、「管理料の導入目的」「実際に活用された制度の内容とアウトカム」「カンファレンスの実施によるチーム・対象者への効果」「要件に該当せず、算定を見送ったケースの特徴」の4つの視点から説明する。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

- 地域の多職種と連携するためにカンファレンスが必要(2 ケース)
- 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(2 ケース)
- 外来通院の継続が困難な人なのでフォローが必要(1 ケース)
- 他のサービスが事情により使えず、病院からの手厚いフォローが必要(1 ケース)

本制度を算定する目的として、2 ケースから「地域の多職種と連携するためにカンファレンスが必要」と報告されていた。「多職種カンファレンスを開催することにより、行政や他事業所間でサービスをどのように組み立てるか役割分担がされていった。(ID4)」といったケースが報告されており、多方面からの支援を必要とする本算定量の対象患者への支援が、カンファレンスの開催により、有機的に組み立てられていた。困難な状況にある本制度の算定患者を支援するに当たり、支援チームを構築する目的で本制度が活用されていた。

また、2 ケースより「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」と報告されていた。「往診により医療の機会が提供されることが、家族の説得に繋がった。(ID6)」といったケースが報告されており、本制度による手厚い支援の中でも往診が支援に組み込まれていることにより、家族や地域スタッフに安心感をもたらし、患者の退院に当たっての説得に活用されていた。本制度の往診や24時間対応といった手厚い支援は、医療の機会の保障という目的で活用されていた。

2. 実際に活用された制度の内容とアウトカム

- 制度を利用することでの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)
- 往診がしやすくなった(2 ケース)
- 家族やスタッフに安心感が生まれた(1 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。「毎日訪問が可能であること、また往診が最初から組み込まれていることは、本人の症状コントロールに非常に有用であったと同時に、退院にあたって近隣住民や他事業者を安心させることができ、本算定料のメリットであった。(ID4)」と報告されており、算定の目的と同様に、訪問頻度や往診によって患者の周囲の人々に安心感をもたらし、退院というアウトカムに繋がっていた。

また、本制度を活用することで往診がしやすくなったというケースが2 ケースあった。「制度に往診がセットになっていることにより、医師に往診を依頼しやすくなった。(ID7)」と報告されており、往診が制度に組み込まれていることで、往診という形での医療の提供を医師に依頼しやすくなり、支援の幅が広がったと報告された。

3. カンファレンスの実施によるチーム・対象者への効果

- 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(5 ケース)
- 顔を合わせて話し合うことで、地域全体でケアをする意識が生まれた(2 ケース)
- 関係事業所間での役割調整がスムーズにできた(2 ケース)
- 対象者に拒否的であった家族の理解に繋がった(2 ケース)
- 保健センター相談員との情報共有により緊急時対応時の協力体制ができた(2 ケース)
- ご本人・ご家族の相談先が増えた(1 ケース)

本制度のうち、算定の目的にも多く挙がっていたカンファレンスの実施によるチーム・対象者への効果は、「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」というケースが最も多く5 ケースで報告されていた。

また、「顔を合わせて話し合うことで、地域全体でケアをする意識が生まれた」という意見が2 ケースで語られていた。「地域で関連する方の中には『本人のことは、病院が責任をもって何とかして欲しい』と話される方々も多く、当初は『地域全体でケアをする』という考えに乏しいのが現状であった。(中略)地域でケアをするという認識が関連する人々のなかで醸成されたと感じる。(ID4)」と語られており、頻回な入院や長期入院によって病状が不安定なケースや障害の程度が強い患者に対し、地域の多職種が手を引いてしまう現状に対し、カンファレンスを活用することで支援者に地域全体でケアをする必要性とその当事者意識が生まれたと報告された。

4. 要件に該当せず、算定を見送ったケースの特徴

- 状態は良くないが、任意入院だった(3 ケース)
- 入院期間が1年未満だった(2 ケース)
- 居宅訪問を嫌がる(1 ケース)
- 算定できる期間、支援を継続することができなかった(状態悪化により入院した)(1 ケース)
- 週2回以上の訪問を必要としない、あるいは希望していない(1 ケース)

算定を見送ったケースとしては、「状態は良くないが任意入院だった」というケースが3ケースあり、重症患者でも状態によっては説得して任意入院になるケースもあるため、本制度の適応にならないことが報告されていた。また、「入院期間が1年未満だった」というケースも2ケースで報告されており、近年の制度の充実により、1年以上の入院患者が徐々に減少し、対象となるケースが少なくなっていることが報告された。

5) 「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」を今年度新規に届け出た施設に対し、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。その結果を以下に要約した。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のように要約される。

- 元々地域医療に熱心で、本算定料で求められるような地域医療を実施していた(3施設)
- 重症患者への支援に重点的に取り組む方針となった(2施設)
- 長期入院患者が安心して退院するため(1施設)
- 診療報酬改正により、条件を満たしたため:施設基準、医師の24時間対応(2施設)

届け出に至った理由は、地域医療に熱心に取り組んでおり、本算定料で求められている地域支援をもともと実施していたため、という施設が3施設あった。また、施設の方針で重症患者への支援に重点的に取り組む方針となったため、算定料を届け出た施設が2施設あった。本算定料は、地域医療の体制や実績があるチームや、これから重症患者の地域支援に取り組む準備をする施設で導入されている傾向にあった。また、診療報酬改定による施設基準の改定により、算定が可能となった施設も2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は以下のように要約される。

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(5施設)
- 同法人の訪問看護ステーションなどとの連携(3施設)

保険医療機関が単独で実施している施設は5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3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

【訪問診療】

- 院長またはアウトリーチのチーム医が往診している
- 何処の医師が訪問するかが検討課題

【訪問看護】

- 病院の精神保健福祉士、作業療法士、訪問看護ステーションの看護師
- 専従の看護師と PSW が毎日訪問、専従以外の OT

新規届出施設でインタビュー同意の得られた 8 施設のうち、すでに支援を行っているのは 2 施設であり、具体的な訪問診療の体制や訪問看護の体制について意見が得られた施設について要約した。訪問診療は、施設の院長やアウトリーチのチーム医が訪問するケースが報告されていた。また、訪問看護は、病院の精神保健福祉士や作業療法士、訪問看護ステーションの看護師で支援を提供しており、毎日訪問をしているケースでは、専従のスタッフが支援を担当していることが報告されていた。

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 >

- 休息入院の患者の退院後の支援等、対象者の枠がもう少し広がると良い
- 他院から退院支援を目的に転院してきた患者は、実質上 1 年以上の入院期間があるものの、算定することができない(当院入院時にあらためて入院期間がカウントされるため)

届出したが算定患者がいらないという施設では、「休息入院患者の退院後の支援など、対象者の枠がもう少し広がると良い」という報告があった。また、他院からの転院患者は、実質の入院期間と診療報酬算定上の入院期間が異なるため、本制度の対象にならず、活用できなかったというケースが報告されていた。

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 >

- 地域での受け入れが難しい発達障害の患者も当該管理料を活用したい
- GAF 40 点はやや厳しい

上記の患者要件については、複数施設で対象者がいるという意見があった一方、地域で手厚い支援が必要となる発達障害の患者も算定対象に含めてほしいというケースや、支援の必要性から考えて対象になる患者を考えた場合、GAF40 点という条件がやや厳しいという意見が報告されていた。

精神科を標榜する保険医療機関へ通院が困難な者

- 通院が困難な人へこの算定料を検討している
- 単独受診できるようになったからといって具合が良いわけではないので、対象の幅が広がると良い
- 「通院が困難」という解釈が難しい

支援対象者のいる施設では、通院がこんなものに算定を検討していると報告された一方、単独受診と症状の軽快は結びつかず、受診できても重症な対象者がいるため、制度における対象の幅が広がることを期待している報告があった。また、昨年度同様、「通院が困難」という解釈が難しく、退院の際に議論になるという報告もあった。

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又は常勤作業療法士の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

<意見>

- 専従要件が厳しい

新規届出施設の多職種チームは、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ほとんどであった。意見として、スタッフの人員的に専従要件が厳しく、体制の維持が難しいという意見が1施設で報告されていた。

多職種会議の実施状況

<現状>

- 週1回実施
- 多職種会議は算定者以外でも定期的実施
- 専任のチームカンファレンスは毎日

<意見>

- もともと、朝のミーティングを定期的に行っているため実施は可能
- チームスタッフ以外:保健師、家族、時には本人を交えて実施している
- 開催場所:本人宅。患者がリラックスして診察室ではみられない姿をみられる
- メンバー:ケースにより相談支援事業、地区担当保健師、地活の職員が参加

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、カンファレンスを定期的に行っていた。算定要件通り週1回のミーティング以外にも、算定者以外に関しても定期的にミーティングを実施している施設や、毎日ミーティングを行っている施設もあった。

カンファレンスに関する意見は、もともとミーティングを定期的に行っているため、実施に困難はないという報告があり、地域のスタッフを交えたカンファレンスでは本人や家族にも参加してもらい、実施場所も患者のリラックスを考え工夫しているという報告があった。

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 >

- 往診が「及び」になったことにより届出することができた
- チームの看護師 2 名は、24 時間携帯電話を携帯し、利用者の連絡を受けている
- 看護師、PSW の 4 名で担当し、月に 7～8 回の輪番体制を組んでいる
- もともと 24 時間対応体制を構築しており、算定外の患者にも適用しているため実施可能

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多く、往診に関する制度の緩和によって届出が可能になったという施設が 1 施設報告されていた。また、看護師または保健師の 24 時間体制は、元々体制を構築していたため実施に困難はないという施設もある一方、輪番体制の構築など、スタッフに負担のない体制を工夫して構築している施設の報告もあった。

地域の精神科救急医療体制の確保への協力等

< 意見 >

- 救急医療を実施している
- 24 時間救急指定・電話対応の訪問看護ステーションと組んでいる
- 身体合併症がある場合などは他病院に依頼している

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、特に問題はないと回答する施設が多かった。工夫している点として、身体合併症のある対象者の場合、受診を依頼できる他院へのルートを確保しているという報告もあった。

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。

< 意見 >

- 現在の算定要件では当てはまらない患者がいるため、もう少し枠が広がると良い
- 専従要件が厳しい
- 訪問に時間が割かれるため、会議のための書類作成の時間確保が難しい。
- 報酬体系改正の希望:24 時間人件費、段階的な報酬体系

上記でも述べたように、現在の算定要件では当てはまらないが濃厚な支援が必要な患者があり、疾患や重症度の面でももう少し枠が広がると良いという意見が報告されていた。

また、チームの体制維持について、専従要件が厳しいという報告や、昨年同様、チームの体制維持や、会議・書類作成の時間確保といった労力に見合った診療報酬体系への改正を求める希望がかけられていた。

D. 考察

1. 「精神科重症患者早期集中支援管理料」届出状況

平成 26 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、平成 28 年 10 月時点で、各地方厚生局への届出機関は 21 施設であった。また、今年度新たに報告された算定による支援が終了したケースは同年 12 月時点で 4 施設 7 名、1 医療機関あたり 0 ~ 2 例であり、制度創設 3 年度目においても普及は十分に進んでいるとはいえなかった。

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、「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。地域医療体制の整備が進んできたことにより、今後、1 年以上の入院患者や強制入院による入退院を繰り返す患者は減少してくることが考えられ、対象患者の見直しが必要であると考えられる。

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

今年度支援が提供された 7 ケースのうち、多くのケースで、「多職種カンファレンスが必要」(2 例)、「退院後の手厚い支援を保証」(2 例)を目的として本算定料が導入されていた。また、本算定料により往診がしやすくなったケースが 2 例報告されており、手厚い支援と共に往診が医療の保障として活用されていた。本制度は、重症患者の中でも特に医療との接点が切れやすい患者に対して、医療の機会を保障することに繋がっていると考えられる。

3. 「精神科重症患者早期集中支援管理料」におけるカンファレンスの活用

本算定料の枠組みにカンファレンスが含まれていることにより、地域のスタッフを支援に巻き込みやすくなったことが報告されていた。本制度の対象となる患者は、頻回な入院や重度の機能障害から、周囲への迷惑行為に及んでいるケースもあり、地域の支援者から「病院に任せたい」という意見が出ているケースもあるという報告がされていた。このような、支援者の手が薄くなってしまいうケースに、本制度のカンファレンスの枠組みを適応することで、退院直後あるいは退院前から地域の多職種を交えて支援の検討をすることができ、地域全体で支援するネットワークづくりに活用されていたと考えられる。

また、このネットワークは、患者・家族にとっても相談できる専門職の充実に繋がり、地域における患者・家族の孤立を防ぐことにもつながると考えられる。本算定料は、以上のような体制作りが必要な患者へ積極的に活用される傾向にあった。

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、本制度を有効に活用しているケースと共に、算定対象外になった患者についても調査を行った。対象外となった患者の中には、任意入院であるために対象にならなかつたり、1 年未満の入院であるために対象とならなかつたケースがあるという意見が散見された。地域支援の充実により、長期入院患者が減少しつつあることや、地域で長期に生活し続ける中での休息入院にも対応していくことが必要であり、今後の調査において、支援の枠組みと対象者像の相違について確認していくことが必要である。

また、本制度を算定して支援をしたケースの中に、算定終了後も手厚い支援を必要としたため自治体独自のアウトリーチ支援事業を用いて支援を継続したケースがみられた。アウトリーチ支援事業¹⁾の後、本管理料である「重症患者早期集中支援管理料」の他、都道府県対象事業である「精神障害者地域生活支援広域調整等事業」、そして、「自治体独自のアウトリーチ支援事業」の3つの形態で提供されている。そのうち、自治体独自のアウトリーチ支援事業については、その実態が明らかとなっていないが、本管理料と組み合わせで支援を提供しているケースが昨年度も報告されていることから、その実態や活用方法が明らかになることで、本制度およびアウトリーチ支援の充実につながると考えられる。

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3年度目である平成28年10月には21施設となり、28年1月までに計20名の支援が終了していた。支援導入の主な目的は、カンファレンスの活用による支援体制の構築や、患者の家族および地域スタッフに対する支援の保障であった。

本管理料の算定後、自治体独自のアウトリーチ支援に移行したケースも報告されているが、その詳細や実態は明らかになっておらず、本制度の活用およびアウトリーチ支援のために、今後の調査が必要であると考えられる。

F. 健康危険情報

特になし

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

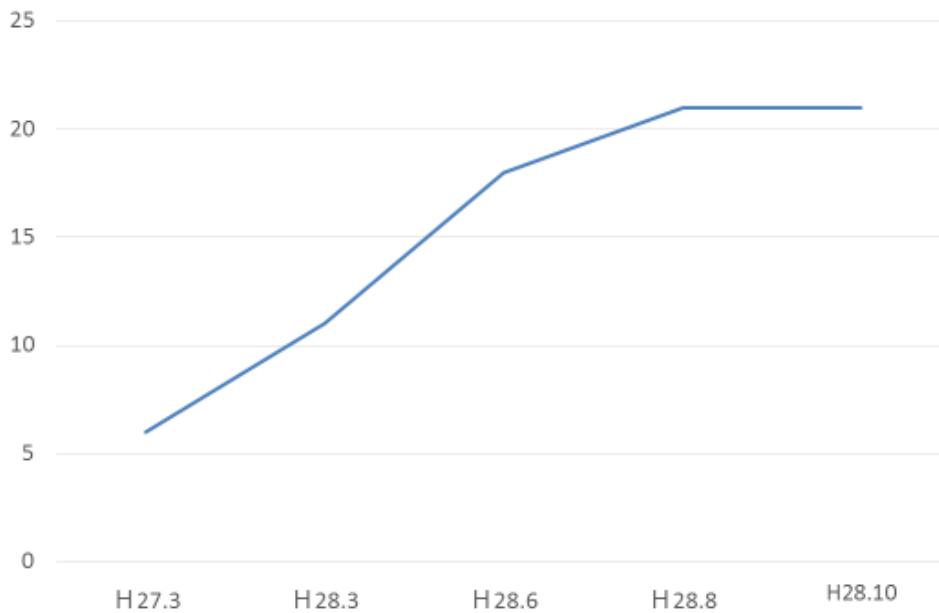
3. その他

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. (2014). 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.

図1 精神科重症患者早期集中支援管理料 届出施設数



5

表1 カルテ調査施設の概要

ID	届出状況	支援終了ケース	インタビュー対象 括弧内は人数
B	院内完結型	2	医師 精神保健福祉士
F	院内完結型	1	作業療法士
I	院内完結型	2	精神保健福祉士(2)
M	院内完結型	2	精神保健福祉士、看護師

表2 支援ケースの概要

ID	年代・ 性別	診断名	類型	入退院 回数	経過	算定期間	その後のサービス
1	20代・ 男性	統合失調症	繰り返し 返し	2	地域生活 継続	6ヶ月	訪問看護
2	30代・ 男性	統合失調症 精神遅滞	長期	8	地域生活 継続	6ヶ月	訪問診療、訪問看護、福祉事務所による訪問
3	30代・ 男性	統合失調症 精神遅滞	繰り返し 返し	3	入院	1ヶ月	なし
4	30代・ 男性	統合失調症	繰り返し 返し	30	地域生活 継続	6ヶ月	往診、訪問看護、作業療法、ホームヘルプ、地域活動支援センター、保健師による訪問、社協自治体アウトリーチ事業
5	50代・ 女性	統合失調症	長期	3	入院	4ヶ月	なし
6	30代・ 男性	統合失調症	長期	6	入院	4ヶ月	なし
7	30代・ 男性	統合失調症	繰り返し 返し	16	入院	4ヶ月	なし

(類型)長期:1年以上入院、繰り返し:入退院を繰り返す者

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： 植村美紀²⁾，浦林翼³⁾，上久保真理子⁴⁾，鴨川智江美⁵⁾，木下秀明⁶⁾

櫻井孝二⁷⁾，佐藤朋恵⁸⁾，真行寺伸江⁹⁾，鷹子剛¹⁰⁾，寺嶋正啓¹¹⁾

遠嶋哲吏¹²⁾，二井内裕子¹³⁾，西内絵里沙¹⁴⁾，廣瀬聡子¹⁵⁾，梁田英麿¹⁶⁾

小川亮¹⁾，松長麻美¹⁾，水野雅之¹⁾

- 1) 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) Q-ACT 北九州（一般社団法人 Q-ACT）
- 3) 訪問看護ステーション ACT-J（NPO 法人リカバリーサポートセンターACTIPS）
- 4) Team ぴあ（医療法人社団互啓会ぴあクリニック）
- 5) AI-ACT（訪問看護ステーションきらり／ひかり診療所）
- 6) NACT（こころクリニックせいわ・訪問看護ステーション浜田「こころ」）
- 7) CMHT（国保旭中央病院）
- 8) 国立精神・神経医療研究センター病院 訪問看護ステーション PORT
- 9) ACT-Aile（つばさクリニック）
- 10) Q-ACT（一般社団法人 Q-ACT）
- 11) ACT 十勝（おおえメンタルクリニックゆう）
- 12) ACT-ひふみ（医療法人小憩会）
- 13) ACT くらしき（楯築診療所）
- 14) ちはや ACT（ちはや ACT クリニック）
- 15) KUINA（社会福祉法人町にくらす会）
- 16) 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）

要旨

本研究の目的は Assertive Community Treatment（ACT）支援における認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy：CBT）の提供が ACT 利用者の臨床像やスタッフのバーンアウトの度合いにどのような影響を及ぼすかについて Cluster Randomized Controlled Trial（クラスター-RCT）デザインを用いて検討することであった。

ACT 全国ネットワークに参加する 15 チームから協力を得て、これらのチームを無作為に 2 群に振り分けた。また「不安を中核とする症状、問題」で日常生活上の支障があると ACT スタッフが判断した利用者をリクルートした。この結果、通常の ACT 支援に加えて介入群 8 チーム（利用者 50 名）対照群 7 チーム（利用者 44 名）が研究に参加することとなった。

ベースライン時の群の等質性の検討の結果、利用者のベースラインデータについて介入群のほうが対照群と比べて ACT 利用期間短く、特性不安や他者評価不安が高く、主観的なリカバリー志向性が低かった。また外出や日々の活動の遂行程度の程度から主観的に判断される身体的な QOL や、自分自身に対する満足度や日々のネガティブな気分の主観的な生起頻度から判断される心理的な QOL が低かった。さらにスタッフデータについて介入群のほうが対照群と比べて CBT 研修経験のあるものが多かった。また 4 か月間の介入の効果検討の結果、利用者の GAF 得点において介入群のみ有意に改善していた。

利用者の不安感やスタッフの CBT 経験の度合いは本研究のプライマリアウトカムかもしくはプライマリアウトカムに大きな影響を与えかねない変数であり、本来であればベースライン時

に群間で有意差がみられることは好ましくない。ただ支援チーム単位で無作為に2群に割り付けるクラスターRCTデザインにおいては複数の変数でベースラインデータに差が出てしまうことは有り得る。今後の分析は統計分析における工夫が必要と考えられた。また本研究ではGAF評価を各チームのケースマネージャーが行っており、各ケースマネージャーは評価対象者の介入種別を知る立場にあった（つまり評価者はブラインドになっていなかった）。他の変数には有意差がなかったことから現時点での介入群におけるGAFの有意な改善については慎重な判断が必要と思われる。

本研究事業における取り組みは別研究費を財源として18か月まで追跡可能となった。今後、十分な介入期間および追跡期間において、数理統計的にクラスター（本研究においてはACTチーム）の影響を考慮し、介入効果の分析が可能な混合効果モデルによる分析を実施予定である。

A. 研究の背景と目的

精神科における訪問（アウトリーチ）支援が国の施策の重点課題となつて久しい。平成26年4月の診療報酬改定精神科重症患者早期集中支援管理料や精神科訪問看護における精神科複数回訪問加算の新設など、入院を前提としない精神科医療が理念だけでなく国の制度として具現化されつつある。医療、福祉の領域ともにアウトリーチ活動を行うためのシステム作りが進んでくる中で、次なる課題として挙げられるのはアウトリーチ活動の場でのような支援を実施するのか、またそのためにスタッフにどのようなスキルが求められるのか、という点である。

上記の問いに対する示唆の1つとして、地域生活支援における支援者のスキルについて検討がなされ、認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy：以下CBT）を実施することの必要性が指摘されている¹⁾。また集中的なケースマネジメントが特徴であるアウトリーチ支援の一形態である包括的地域生活支援（Assertive Community Treatment：ACT）のチームスタッフにCBTトレーニングを行った結果、チームスタッフがクライアントの持つ問題についての理解、支援に対する自信、介入の質の改善を報告したことが報告されている²⁾。さらに地域支援に従事する精神保健ナースに対してCBT研修と継続的なスーパーバイズを実施し、RCTデザインによってアウトリーチ活動におけるCBTの効果検討を行った研究では、ベースラインから12か月後

において対照群と比べて介入群の利用者のほうが有意に病識や陰性症状を表す得点が改善し、再発率が低く、再発率については24か月後の評価でも同様の結果であった^{3,4)}。以上の検討から地域支援やアウトリーチ支援においてCBTの実施はスタッフの負担感や利用者の機能の向上に有用である事が示唆されており、今後我が国のアウトリーチ活動においてもCBTの実践が望まれる。

ただ我が国のアウトリーチ活動、特に多職種によるアウトリーチ活動は先述のように土台となるシステムが制度化されたばかりであり、こうした新しい「支援の構造」に慣れること1つとっても、支援スタッフの負担は大きい。このような中で新たな「支援技法」であるCBT導入を推進するためには、支援スタッフが自ら「(自分の支援の)役に立ちそうだ」「やってみたい」と思えるよう、ニーズを汲んだ取り組みが必要である。

そこで申請者らはACT全国ネットワークに登録されているACTチーム27チームに所属するスタッフ236名を対象にCBTのニーズや実施状況に関する実態調査を行った（n=192、回収率81.4%）。この結果、既にCBTを実践しているスタッフは20%程度にとどまるものの、未実施のスタッフの多くがCBTのニーズは高いと考えていることが明らかとなった。また未実施の理由として「研修の機会がない」「(研修は受けたが)どのようなケースがCBTに適応なのかわからない」が多く挙げられており、「使ってみたいが、目

の前のケースにどのような活用したらいいかわからない」という実践者の困り感に対応する支援が必要であることが推測された。さらに今後 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⁵⁾。

以上の知見を踏まえ、本研究では 1) 研究班による ACT 全国ネットワークに所属する ACT チームのスタッフを対象に CBT に関する研修および継続的なスーパーバイズを提供、2) 研修およびスーパーバイズを受けたスタッフがチームの利用者に CBT を提供し、その効果を RCT デザインによって検討することを目的とする。

B. 方法

・研究デザイン

本研究は並行群間比較対照研究のうち、研究対象となる ACT チームをチーム単位で無作為に 2 群に割り付け比較する多施設共同のクラスター-RCT デザインを用いた。

・研究参加サイトおよび対象者

研究対象者

1) ACT チームスタッフ： 研究協力チームに所属し、アウトリーチ支援を行うスタッフ(事務担当者等は含まない)、口頭による研究参加の同意が得られるもの

2) ACT 支援利用者： 年齢が 20 歳以上のもの、「不安を中核とする症状、問題」で日常生活上の支障があると ACT スタッフが判断したもの、書面による同意が得られるもの

なお、研究対象者となる利用者数に関して、前項 A. で言及した昨年度実施の調査から、上記の研究参加の承諾を得ているチームのケースマネージャー数の中央値を求めたところ 6 名であった。本研究の実施内容(ケースマネージャーから CBT を提供する)を考えると、

ケースマネージャーが 1 人につき、利用者 1 名をリクルートし、そのまま担当することでチーム内での研究に関する業務を公平に分担できる、との意見が ACT チームから得られた。以上を踏まえ、実施可能性の観点からリクルート可能対象者数の目処を 90 名(15 チーム×6 名)とした。

・介入方法

1) ACT スタッフ：

- ・各チームに 1 名、CBT に関心の高い「CBT 担当者」を定めてもらい、2 か月に 1 回の分担研究者および外部の専門家による CBT 研修および事例検討を提供

- ・上記の研修および事例検討の内容を「CBT 担当者」からその他の ACT チームスタッフに伝達

- ・利用者への CBT 提供に際し、疑問点ヘルプデスクの設置

CBT 研修で取り上げた支援要素は以下の通りであった。

困りごとを分けて考える：構造化

- ・複数の困り事から“最初に取り組む問題()”を決める

- ・を「考え(認知)」「振る舞い(行動)」「感情」「からだの状態」に分ける

動機づけを高める：心理教育

- ・ツールを使って、不安に関する説明を行う
複数の困りごとの悪循環を整理する：ケースフォーミュレーション

- ・モニタリングシートを使って必要な情報を収集する

- ・「2 つの ABC 分析」を使ってその人の悪循環を理解する

対処法を考える：不安をターゲットにした援助技術

- ・スモールステップによる目標設定

- ・不安階層表の作成と改訂

- ・エクスポージャー

事務局の実施する CBT 研修および事例検討に直接参加する「CBT 担当者」については

から までのすべてを、またそれ以外の ACT チームスタッフには および を実施するよう依頼した。

2) ACT 支援利用者：

1) で述べた研修および事例検討で得られた知識やスキルを用いた CBT を ACT スタッフが実施した。

・評価尺度

1) 利用者関連指標

- ・デモグラフィックデータ（年齢、性別、診断名、罹病期間、ACT 支援利用期間、過去の累積入院期間）
- ・Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS)日本語版⁶⁾
- ・Global assessment of functioning(GAF)⁷⁾
- ・新版 STAI 状態-特性不安検査(STAI Y2)⁸⁾
- ・Fear of negative evaluation(FNE)短縮版⁹⁾
- ・日本語版 24 項目版 Recovery Assessment Scale (RAS)¹⁰⁾
- ・World Health Organization Quality of Life 26(WHO-QOL)¹¹⁾
- ・就労の有無（就労日数・就労期間）
- ・悪化・再入院の有無

2) スタッフ関連指標

- ・一般健康調査票(General Health Questionnaire : GHQ)12 項目版¹²⁾
- ・Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)日本語版¹³⁾

3) プロセス関連指標

- ・日本版クライアントサービス受給票：改訂版(CSRI-J)¹⁴⁾
- ・研究期間中の利用者-スタッフコンタクト数
各変数の収集スケジュールは表 1 を参照のこと。

・倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、厚生労働省・文部科学省による「人と対象とした医学系研究に関する倫理指針」を遵守し、分担研究者の所属する（国立研究開発法人）国立精神・

神経医療研究センター倫理委員会および利益相反管理委員会の審査を申請し、許可を得る。

・統計解析 / 分析方法

割り付けは stata14 を用いて、プロックを作成し、これに基づいて実施した。ベースライン時および 4 か月調査時に得られたデータのうち、連続変数については繰り返しのある分散分析を、カテゴリ変数については 2 検定、mann-whitney の U 検定等を実施した。統計ソフトは IBM SPSS statistics 21.0 を用いた。

C. 結果

・研究協力サイトおよび対象者

研究参加サイトは ACT 十勝（北海道）、S-ACT（宮城県）、KUINA（茨城県）、ACT-Aile（千葉県）、ACT-J（千葉県）、CMHT（千葉県）、PORT（東京都）、Team ぴあ（静岡県）、ACT ひふみ（大阪府）、ACT くらしき（岡山県）、NACT（島根県）、ちはや ACT（福岡県）、Q-ACT（福岡県）、Q-ACT 北九州（福岡県）、AI-ACT（長崎県）（順不同、合計 15 チーム）であった。これらのチームをランダムに 2 群に振り分けた結果、介入群 8 チーム、対照群 7 チームとなった。

それぞれのチームで ACT 支援利用者に対してリクルートを行った結果、介入群のチームでは 50 名、対照群のチームでは 44 名の利用者より書面による同意が得られた。

・群の等質性の検討（表 2，表 3）

評価尺度であげた各変数のうち、連続変数について群を独立変数、各変数を従属変数として多変量分散分析を実施した。またカテゴリ変数については 2 検定をした。この結果、利用者データでは、介入群が対照群と比べて ACT 利用期間が有意に長く、STAI Y2 合計得点、FNE 合計得点が有意に高く、RAS 合計得点、WHO-QOL26 の下位領域である身体的領域および心理的領域の得点が有意に低かつ

た。またスタッフデータでは介入群が対照群と比べて CBT の研修経験のあるものが有意に多かった。

・ CBT の効果検討 (表 4～表 6)

利用者のデモグラフィックデータのうち、ベースラインで群間に有意差のあった ACT 利用期間を共変量とし、群を独立変数、時期と各変数を従属変数として二元配置分散分析を実施した。この結果、GAF について交互作用が有意であった。その他の変数には有意差はなかった。

スタッフデータについても群を独立変数、時期と各変数を従属変数として二元配置分散分析を実施した。この結果、すべての変数に有意差はなかった。

D. 考察

群の等質性の検討の結果、利用者のベースラインデータについて介入群のほうが対照群と比べて ACT 利用期間短く、特性不安や他者評価不安が高く、主観的なリカバリー志向性が低かった。また外出や日々の活動の遂行程度の程度から主観的に判断される身体的な QOL や、自分自身に対する満足度や日々のネガティブな気分の主観的な生起頻度から判断される心理的な QOL が低かった。さらにスタッフデータについて介入群のほうが対照群と比べて CBT 研修経験のあるものが多かった。

ベースライン時における利用者の不安感の程度やスタッフの CBT 経験の多寡は本研究のプライマリアウトカムもしくはプライマリアウトカムに大きな影響を与えかねない変数であり、本来であればベースライン時に群間で有意差がみられることは好ましくない。ただ支援チーム単位で無作為に 2 群に割り付けるクラスター RCT デザインにおいては複数の変数でベースラインデータに差が出てしまうことは有り得る。今後の分析は統計分析における工夫が必要と考えられた。また 4 か

月間の介入の効果検討の結果、利用者の GAF 得点において介入群のみ有意に改善していた。ただ本研究では GAF 評価を各チームのケースマネージャーが行っており、各ケースマネージャーは評価対象者の介入種別を知る立場にあった(つまり評価者はブラインドになっていなかった)。他の変数には有意差がなかったことから現時点での介入群における GAF の有意な改善については慎重な判断が必要と思われる。

本研究事業における取り組みは平成 29 年度文部科学省科学研究費助成事業基盤研究 (C)を財源として 18 か月まで追跡可能となった。今後、十分に介入期間および追跡期間において、数理統計的にクラスター(本研究においては ACT チーム)の影響を考慮し、介入効果の分析が可能な混合効果モデルによる分析を実施予定である。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 佐藤さやか, 梁田英磨, 足立千啓, 佐藤朋恵, 西内絵里沙, 遠嶋哲吏, 水野雅之: 包括的地域生活支援 (Assertive Community Treatment: ACT) を実践する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. 日本認知・行動療法学会第 42 回大会, 徳島, 2016.10.10.

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) 三品桂子：重い精神障害のある人の地域生活支援における援助者の実践スキル 英国バーミンガムの質的調査結果と結果が示唆すること．精神保健福祉，40：341-351，2009.
- 2) Pinninti, N.R. et al. : Feasibility and usefulness of training assertive community treatment team in cognitive behavioral therapy. *Community Mental Health Journal*, 46 : 337-41,2010.
- 3) Turkington, D. et al. : Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, : 36-40,2006.
- 4) Malik N et al.:Effectiveness of brief cognitive-behavioral therapy for schizophrenia delivered by mental health nurses: relapse and recovery at 24 months. *J Clin Psychiatry*,70(2): 201-207,2009.
- 5) 佐藤さやか 他：ACT・多職種アウトリーチの治療的機能についての評価．厚生労働省科学研究費補助金障害者総合研究事業（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平成27年度総括・研究分担報告書，86-93，2016.
- 6) 宮田量治 他：BPRS 日本語版の信頼性の検討．臨床評価，23：357-367，1995.
- 7) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., Text-Revision)*. Washington, D. C. .: American Psychiatric Association, 2000. (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳)：DSM-TR 精神障害の診断・統計マニュアル．医学書院，2002.)
- 8) 肥田野直 他：新型 STAI マニュアル．実務教育出版，2000.
- 9) 笹川智子 他：他者からの否定的評価に対する社会的不安測定尺（FNE）短縮版作成の試み-項目反応理論による検討-．行動療法研究，30：87-98，2004.
- 10) Chiba R et al: Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: scale development. *Int J Nurs Stud*, 47(3): 314-22, 2010.
- 11) 田崎美弥子 他：WHO-QOL26 手引改訂版．金子書房，2007.
- 12) 中川泰彬 他：GHQ 精神健康調査票手引 <増補版>．日本文化科学社，2013.
- 13) 東口和代 他：日本版 MBI(Maslach Burnout Inventory)の作成と因子構造の検討．日本衛生学雑誌，53：447-455，1998.
- 14) 山口創生 他：精神保健福祉サービスにおける医療経済評価のための調査ツール：日本版クライアントサービス受給票の開発の試み．精神医学，54：1225-1236，2012.

表1 調査ツール、記載者、評価時点

アウトカムの種類・尺度		記載者	ベースライン	4か月後	12か月後	18か月後
関連指標	ケア負担感尺度	スタッフ	○	○	○	
	バーンアウト尺度	スタッフ	○	○	○	
	一般健康調査票(General Health Questionnaire: GHQ)12項目版	スタッフ	○	○	○	
	Cognitive Therapy Rating Scale日本語版	調査員	○		○	
利用者関連指標	新版 STAI 状態-特性不安検査(※)	利用者	○	○	○	
	Fear of Negative Evaluation Scale(FNE)日本語版(※)	利用者	○	○	○	
	World Health Organization Quality of Life 26	利用者	○	○	○	
	日本語版24項目版Recovery Assessment Scale	利用者	○	○	○	
	Brief Psychiatric Rating Scale日本語版	主治医	○		○	
	Global assessment of functioning	スタッフ	○		○	
	日本語クライアントサービス受給票:改訂版	スタッフ		1か月に1回		
	研究期間中の利用者-スタッフ接触回数	スタッフ		1か月に1回		
	就労の有無(就労日数・就労期間)(※)	調査員	○		○	○
	悪化・再入院の有無(※)	調査員		○	○	○

表2 群別の利用者属性

(n=94)		ACT+CBT group (n = 50)		ACT group (n = 44)		statistical test	p
年齢	mean, (s.d.)	42.16	(11.56)	45.11	(9.93)	t=1.319	0.190
性別(男性)	n, (%)	24	(48.00)	27	(61.40)	2=1.684	0.214
診断	n, (%)					2=4.971	0.290
統合失調スペクトラム障害		40	(80.00)	40	(90.90)		
抑うつ障害		5	(10.00)	0	0.00		
双極性障害		2	(4.00)	2	(4.50)		
不安症		2	(4.00)	1	(2.30)		
神経発達症		1	(2.00)	1	(2.30)		
罹病期間	mean, (s.d.)	215.48	(130.90)	271.36	(155.20)	t=1.894	0.061
ACT利用期間	mean, (s.d.)	31.18	(27.48)	48.98	(45.41)	t=2.329	0.022 *
入院期間	mean, (s.d.)	4.62	(6.98)	5.59	(5.19)	t=0.757	0.451

表3 ベースライン時における各変数の群別における平均値、標準偏差、統計量および p 値

(n=94)	ACT+CBT group (n = 50)		ACT group (n = 44)		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
BPRS日本語版	50.2	(14.84)	49.41	(12.47)	-0.278	0.782
GAF	35.92	(8.26)	40.2	(12.16)	1.972	0.052
STAI Y2	57.7	(10.68)	49.75	(10.77)	-3.587	0.001 **
FNE	43.16	(9.76)	39.18	(8.27)	-2.117	0.037 *
RAS	71.5	(15.62)	80.48	(12.81)	3.021	0.003 **
WHO-QOL26						
身体的領域	2.49	(0.65)	2.89	(0.63)	2.972	0.004 **
心理的領域	2.53	(0.66)	2.98	(0.80)	2.857	0.005 **
社会的関係	2.32	(0.74)	2.35	(0.84)	0.136	0.892
環境	2.9	(0.54)	2.97	(0.65)	0.524	0.602
全体	2.71	(0.74)	3	(0.84)	1.698	0.093

表4 ベースラインおよび4か月後調査時における各変数の群別にみる平均値、標準偏差、統計量およびp値（利用者）

(n=88)	Baseline (T1)				4th month (T2)				Time (T)	Group (G)	T × G
	ACT+CBT group		ACT group		ACT+CBT group		ACT group				
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
GAF	35.84	(8.32)	39.67	(12.10)	42.00	(8.84)	39.26	(12.73)	12.692 **	0.457	11.511 **
STAI Y2	58.26	(10.66)	49.59	(10.63)	56.38	(10.88)	49.95	(10.87)	1.614	9.597 **	1.220
FNE	43.62	(9.89)	38.17	(7.56)	43.51	(9.64)	36.66	(8.60)	0.012	10.548 **	0.708
RAS	70.51	(15.36)	80.51	(13.11)	74.23	(12.58)	80.00	(13.61)	2.447	5.972 *	1.957
WHO-QOL 26											
身体的領域	2.36	(0.58)	2.85	(0.55)	2.49	(0.65)	2.89	(0.63)	0.792	12.461 **	0.457
心理的領域	2.32	(0.67)	2.91	(0.61)	2.53	(0.66)	2.98	(0.80)	0.029	11.080 **	0.093
社会的関係	2.17	(0.79)	2.37	(0.71)	2.32	(0.74)	2.35	(0.84)	0.149	0.314	1.752
環境	2.77	(0.60)	3.06	(0.57)	2.90	(0.54)	2.97	(0.65)	0.030	1.576	3.754
全体	2.79	(0.72)	2.76	(0.62)	2.71	(0.74)	3.00	(0.84)	1.868	0.769	1.189

表5 群別の支援者属性およびGHQ12、MBI-HSS各下位領域の平均値、標準偏差、統計量、p値

(n=90)		ACT+CBT group	ACT group	statistical test	p
		(n = 48)	(n = 42)		
年齢	mean, (s.d.)	45.04 (10.94)	40.95 (10.49)	t=1.804	0.075
性別 (男性)	n, (%)	19 (39.60)	19 (45.20)	2=0.294	0.671
職種	n, (%)			2=3.341	0.502
看護師		19 (39.60)	17 (40.50)		
精神保健福祉士		16 (33.30)	11 (26.20)		
作業療法士		7 (14.60)	11 (26.20)		
医師		4 (8.30)	1 (2.40)		
その他		2 (4.50)	2 (4.80)		
精神科経験期間	mean, (s.d.)	179.58 (134.57)	150.71 (83.43)	t=-1.239	0.219
現在のACTチーム所属期間	mean, (s.d.)	42.88 (33.45)	46.74 (40.46)	t=0.496	0.621
CBTの研修経験(あり)	n, (%)	23 (48.90)	10 (23.80)	t=6.002	0.017 *
GHQ1)	mean, (s.d.)	13.98 (4.45)	13.95 (3.96)	t=0.030	0.976
MBI-HSS					
情緒的消耗感1)	mean, (s.d.)	16.52 (10.40)	17.26 (9.41)	t=0.352	0.725
脱人格化1)	mean, (s.d.)	2.54 (4.08)	3.02 (3.76)	t=0.583	0.561
個人的達成感2)	mean, (s.d.)	22.00 (10.42)	24.02 (8.94)	t=0.982	0.329

表6 ベースラインおよび4か月後調査時における各変数の群別にみる平均値、標準偏差、統計量およびp値（支援者）

(n=86)	Baseline (T1)				4th month (T2)				Time (T)	Group (G)	T × G
	ACT+CBT		ACT group		ACT+CBT		ACT group				
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
GHQ1)	14.09	(4.01)	14.02	(3.98)	14.49	(5.77)	14.80	(5.26)	1.231	0.020	0.128
MBI-HSS											
情緒的消耗感1)	16.78	(10.25)	17.10	(9.46)	18.47	(13.06)	18.02	(8.84)	2.597	0.001	0.220
脱人格化1)	2.58	(4.15)	3.10	(3.77)	3.04	(4.73)	3.39	(4.44)	2.157	0.236	0.113
個人的達成感2)	22.04	(9.84)	23.78	(8.91)	21.82	(10.71)	23.29	(10.37)	0.231	0.625	0.032

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) 学校法人梅檀学園 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】関係各機関に研修会の案内を送り、参加希望があった者で、平成 29 年 1 月 19～20 日に仙台市内で開催された研修に参加した 16 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（14 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、リカバリーに対する態度に関する項目では「重い症状や障害があってもリカバリーできる」で前後差が認められた（ $P<0.01$ ）。研修会参加者のグループインタビューでは、アウトリーチや訪問、ストレングス・モデルに焦点を当てた研修、あるいは、多職種・異業種間で経験や体験を共有できる研修を求める声が比較的多く出された。

【考察】精神科多職種アウトリーチの指導的団体の中での人材育成プランを作成することが求められている。そこでは、キャリアアップのためのプラン、研修手帳、継続的なチームレベルでの OJT など、研修会を超えた人材育成ビジョンが求められており、本研究で作成された研修プログラム、あるいは本研究で得られた知見を活用することができるだろう。また、相談支援専門員の養成研修、訪問看護研修会、他職能団体の卒前・卒後教育などにおいても、本研究の成果が応用できると考えられる。

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年から2015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28年度(2016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などに研修会の情報・案内を送り、その結果として参加希望があった者で、2017年1月19～20日に仙台市内で開催された研修に参加した16名である。

なお、研修の対象として、精神科臨床経験5年以上かつアウトリーチ経験3年以上の者とし、1施設より1名までの参加に限定した募集を行った。

2) 研修会の内容

(1) フォーカス・グループ

資料2のインタビュー・ガイドをもとに、3グループに別れて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

ファシリテーターより事例の紹介を行った。精神保健福祉手帳、障害年金とも1級で、20歳を超えてからは人生の約3分の2が入院生活という40代後半の統合失調症患者の事例に関して、重要な支援場面を提示して(「先生はまだ(退院に)希望をもっているんですか」、「生きていてもまるっきりいいことがなくて」などの本人の発言への対応)、参加者ならどのようにその状況でかかわるかなど、応答構成法(小谷英文氏による。すぐ思いついた応答、患者さんの気持ち、援助者の気持ち、応答、冒険的な応答)を用いて検討した。

(4) 事例検討

事前の準備はなく、当日、研修会参加者から提示された事例に対し、サイコドラマの手法を用いた即興のロールプレイによる事例検討を行った。

事例検討とは別の即席多職種チームを作り、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、グループ毎に複数名が組んでアウトリーチ支援を行う設定で、本人への具体的な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。

・「参加者の中で『お父さん』といえどの人か」「参加者の中で『イタリアンシェフ』といえど誰か」等の質問に対して、各参加者が該当すると思う人の元に集まり、他者の見え方やイメージの持ち方を実感できるようなウォーミングアップ等を行った。

(6) サイコドラマ的スーパーヴィジョンの進め方

研修参加者自身が監督となり、実際に事例検討を行いながら、サイコドラマ的スーパーヴィジョンの進め方を学んだ(資料3を参照)。

(7) SDMに関する講義とロールプレイ

- ・ 共同意思決定 (SDM: Shared decision making) に関する講義
- ・ リカバリー志向のSDM支援ツール「SHARE」の概要説明とその効果についての講義
- ・ SHAREを使用した診察場面の再現ドラマをファシリテーターが中心になって実演
- ・ 研修参加者がグループに別れて、患者、医師、ピアサポーターの各役割を担うロールプレイを行った

(8) クロージング

研修全体を振り返るクロージングを行った。

3) 調査のスケジュールなど

2016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2015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、2016年の前調査をT9、後調査をT10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%)

T9 調査

2016 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 16 (有効回答率 100%)

T10 調査

2016 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 16 (有効回答率 100%)

さらに、研修の全参加者を対象とし、研修開始時に後述のフォーカスグループインタビューを実施した。

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 4)。

過去のアンケートと結果を比較するため、ほぼ全ての項目が 5 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」の 2 項目については 2013 年度以降、「共同意思決定 (SDM) : 利用者と専門家が治療ゴールや治療の好み、責任について話し合い、ともに適切な治療を見つけ出すこと」については 2016 年度から重要度・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)

<ケアプラン>

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)

<ケアマネ適用>

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

<ストレングスと危機介入>

ストレングス・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

<共同意思決定（SDM）>

利用者と専門家が治療ゴールや治療の好み、責任について話し合い、ともに適切な治療を見つけ出すこと

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 16 名を 3 グループに分けて実施した。簡単な自己紹介と「今回、どんな想いで研修会に参加されたのでしょうか？」という質問から始まり、主な質問として「精神科アウトリーチを実践する上で、さらに今後、どんな研修があなたにとって必要だと思いますか？」を参加者に問いかけた（資料 2 参照）。インタビュー時間は、3 グループともに約 45 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%）、前年度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%)、T9 調査では有効回答 16 (有効回答率 100%)、T10 調査では有効回答 16 (有効回答率 100%)であった。

2) 信頼性の検討結果

2016 年度の全 14 項目を使用 (N=32) し、クロンバック を算出したところ、「重要度」では 0.802、「実践度」では 0.922 であった。重要度や実践度についての自己評価を問う項目群に関する内的一貫性は高かった。

3) アンケートの結果

今年度の研修参加者の基礎属性について表 3～表 9 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「10 年～14 年」と「20 年～24 年」が各 5 名 (31.3%)、アウトリーチ経験年数については「5 年未満」が 9 人 (56.3%) と、最も多かった。

職種については、看護師が 9 名 (56.3%) で最も多かった。

所属する職場でのアウトリーチ活動に関する問では、「以前にアウトリーチ推進事業を実施、現在も何らかの形で継続」が最も多く 8 人 (50.0%)、「アウトリーチ支援の経験はないが、病院あるいは訪看で訪問看護を実施している」が 6 人 (37.5%) であった。

また、診療報酬点数上の「精神科重症患者早期集中支援管理加算」については、「していない」の回答が 11 人 (68.8%) であった。

重要度と実践度に関する自己評価、リカバリーに対する態度に関する質問の結果を表 10 から表 22 に示す。

研修前には、重要度の「多職種」「エンゲージメント」「アセスメント」などの項目で高い評価が得られており、過去の結果と同様の傾向が見られた (表 10 参照)。

重要度と実践度の比較では、T9、T10 とともに、全ての項目で重要度の得点の実践度の得点より有意に高く、過去と同様の結果であっ

た (表 19,20 参照)。

重要度に関して、T9 と T10 の結果を比較したところ、「ケアマネ適用」「心理教育」などの項目で、得点が向上していた (10%水準で有意傾向) (表 16 参照)。

実践度については、研修前後の比較で有意な差が見られなかった (表 17 参照)。

リカバリーに対する態度 5 項目については、「重い症状や障害があってもリカバリーできる」の項目のみで有意差が見られ、2014 年度と同様の結果であった (表 18 参照)。

表 21 では、重要度得点の前後差について、項目ごとに 5 年間の推移をまとめた結果を示した。表 22 はその前後差の大きな順に各項目を順位付けした結果を示す。「心理教育」「インフォーマル」等の項目ではほぼ毎年変化が大きく、2016 年に関しては「共同意思決定 (SDM)」の項目でも大きな変化が見られた。

表 23 に研修テーマ別に「重要度」を前後比較 (t 検定) した結果を示す。研修テーマや形式の差によらず、「リカバリー」「尊重すること」「心理教育」「連携」については、いずれの研修でも前後で有意に得点が向上していた。また、2012 年度はケアマネジメントに関する項目、2013 年度は危機介入に関する項目と、それぞれのテーマに沿った項目では有意差が得られやすかった。

表 24 に因子分析の結果を示す。5 つの因子が抽出され、その内容から各因子を「連携と危機介入」「ケアマネジメント」「リカバリー志向性」「良好な関係性」「インフォーマル支援」と名付けた。

図 1 では、その下位尺度を用いて重要度を前後比較した結果を示した。「リカバリー志向性」「連携と危機介入」「良好な関係性」に関する下位尺度では、全ての研修形式 (ケアマネジメント (2012 年度) 危機介入 (2013 年度) ロールプレイ (2014-2016 年度)) で有意に得点が増加していた。一方で、ロールプレイを中心とした研修では「ケアマネジメント」では有意差が得られず、「インフォーマ

ル支援」では有意に著明な変化が見られた。

図 2 では、「5 年間の重要度得点（研修前）の推移」を示す。全体的に研修前の得点が増加している傾向が見られた。これは、例えばリハビリ概念やアウトリーチ支援に必要なスキルなどが、各種職能団体の研修会などでも採り入れられ、知識としては精神科職種間では一般的になりつつあることを示している可能性もある。

表 25 では、「アウトリーチ経験年数別の研修前の重要度と実践度」、表 26 では「臨床経験年数別の研修前の重要度と実践度」を示した。リハビリ志向性、連携と危機介入、良好な関係性に関する下位尺度の実践度で、アウトリーチ経験年数が長い群で有意に得点が高かった。これは、研修会参加者がアウトリーチ経験を重ねるなかで必要とされてきたことであり、研修で特に重視すべき視点であると言える。

さらに、臨床経験年数が短い群の方が、重要度の前後差に関して、リハビリ志向性への変化が有意に生じやすかった。臨床経験の浅い段階で、リハビリ理念に関する研修を積極的に採り入れることの大切さを示唆する結果と言えるかもしれない。

4) グループインタビューの結果

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結果、求められる研修の内容が下記の 5 つのカテゴリーに分類できた。

- (1) アウトリーチ・訪問に関する研修
- (2) ストレングスモデルに関する研修
- (3) 多職種・異業種の連携に関する研修
- (4) 経験や体験を共有できる研修
- (5) その他

それぞれに関する代表的なコメントを引用する。

(1) アウトリーチ・訪問に関する研修

- ・アウトリーチに特化した事例検討が定期的にあって欲しい

- ・僕がやっているケースのことをいつでも聞いてくれるところが欲しい
- ・単独で訪問するので、自分の関わりを振り返ることができたりとか、他の方にこうしたらいいよ、と言われることを期待している
- ・いろんなアウトリーチをされていらっしゃる方の話を聞くという、それだけでも十分
- ・院内だけじゃなくて、外にも出られるよ、という教育をやっぱり徹底していかなければいけないだろう

(2) ストレングスモデルに関する研修

- ・ストレングスモデルは、どの障害でも当てはまるので、その考え方というか価値観は、どんな支援者もやっぱり吸い込んでいくべき
- ・ストレングスアセスメントまではできるんですけども、実際それで遂行できているかというところ...
- ・ストレングスアセスメントをどういうふうに行っているのか、生で見たいなとそれは感じます
- ・ストレングスをやったほうが本人の回復につながる感覚みたいなのを共有したい

(3) 多職種・異業種の連携に関する研修

- ・多職種の人もたちもフリーで参加できるような、いろいろその人たちとまずコミュニケーションを取るということ
- ・医療機関だけで抱え込むのではなくて、他の業種の方を含んだチーム感覚が経験でもあるし、そういう経験を共有できるような機会
- ・(多職種で)お互いの得意技が分かるという場が、意外とない
- ・ソーシャルワーカーの中で、医療、特に急性期医療を見たことがない人が多い(病棟実習があるといい)
- ・1つのアウトリーチ専門が孤立するんじゃないくて、地域の中でお互いに連携し合っていくような仕掛けが必要
- ・ワーカーだったらこういうことできるよね、とか、看護師だったらこういうことできるよね、でも共通のベースはこうだよ、というのが多職種の中でそれぞれの専門性をお互い理解できる場所が、す

ごい欲しい

(4) 経験や体験を共有できる研修

- ・うちこういうことをやっているよ、とか、こういうことをやっているところがあるよ、とか、行動範囲を広げられるような研修会
- ・いろんなその事例を、実際にどんなふうに事例展開をしていったか、というその生の声をぜひ聞きたい
- ・ご本人と当事者の声を聞く機会をもっと作りたいなというふうに思いますね。まあ卒業した人も卒業中の人も含めて
- ・アウトリーチチームの交流会、あれはとても楽しかったです
- ・自分とこのチームを振り返ることができる。他と比べたりとか、相談できるという。なんか今後どうなるの、とか、そういうのを自分のところのチームだけじゃなくて、周りと共有できる

(5) その他

- ・能動的に参加できる研修
- ・援助技術に関する研修
- ・動機づけ面接
- ・認知行動療法
- ・WRAP
- ・スーパービジョン・OJT

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年度や2015年と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

T9、T10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、「重い症状や障害があってもリカバリーできる」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、利用者を見る目が変化した可能性が考えられる。

実践度の有意な変化が今年度特になかった点については、参加者が自分や他者の事例を通じてエンパワメントされる機会がプログラムの関係で昨年度や一昨年度より少なく、特に今年度は、サイコドラマの手法を用いたスーパービジョンの練習を時間内に採り入れた結果、受動的であり、自己効力感が今一つ上がらなかったという事情があったのではないかと推察される。

3) 5年間の各研修の比較

5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「共同意思決定 (SDM)」の項目で重要性の認識が増大しており、今年度の研修プログラムの意図が反映された結果であると考えられる。過去の調査結果と同様、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、今回の結果も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

まず、人材育成システム・レベルでは、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示唆された。

また、経験年数に応じた研修プログラム、継続的なスーパービジョン、OJTの必要性も示唆された。

研修会の形式では、ロールプレイや事例検討などの座学ではない形式を求める声が多かった。

研修会の内容では、理念に関する研修、具体的なプログラムとしては、ストレングスモデル・ケアマネジメント、心理教育、SST、CBT、WRAP、動機付け面接などが挙げられていた。また、身体症状、身体合併症への対応、多様な参加者（他チーム、多職種、家族会、地域住民、企業の研修担当者...）と交流し、新たな価値観・世界観に触れられるような研修も求められていた。さらには、バーンアウト予防など、支援者自身のストレスへの対処、チームビルディング、経営等に関する研修の必要性も挙げられていた。

5) 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、5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。

6) 今後の研修プログラムの普及への展望

精神科多職種アウトリーチの指導的団体の中での人材育成プランを作成することが求められている。そこでは、キャリアアップのためのプラン、研修手帳、継続的なチームレベルでのOJTなど、研修会を超えた人材育成ヴ

イジョンが求められており、本研究で作成された研修プログラム、あるいは本研究で得られた知見を活用することができるだろう。また、相談支援専門員の養成研修、訪問看護研修会、他職能団体の卒前・卒後教育などにおいても、本研究の成果が応用できると考えられる。

E. 健康危険情報

特になし

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

図表

表 3 . 性別

	N	%
男性	8	50.0
女性	8	50.0
合計	16	100.0

表 4 年齢

	N	%
30 歳 ~ 39 歳	6	37.5
40 歳 ~ 49 歳	5	31.3
50 歳 ~ 59 歳	4	25.0
不明	1	6.3
合計	16	100.0

表 5 . 精神科経験年数

	N	%
5 年未満	2	12.5
5 年 ~ 9 年	2	12.5
10 年 ~ 14 年	5	31.3
15 年 ~ 19 年	1	6.3
20 年 ~ 24 年	5	31.3
30 年 ~ 34 年	1	6.3
合計	16	100.0

表 6 . アウトリーチ経験年数

	N	%
5 年未満	9	56.3
5 年 ~ 9 年	5	31.3
10 年 ~ 14 年	1	6.3
15 年 ~ 19 年	1	6.3
合計	16	100.0

表 7 . 職種

	N	%
精神保健福祉士	3	18.8
作業療法士	2	12.5
看護師	9	56.3
医師	1	6.3
その他	1	6.3
合計	16	100.0

表 8 . アウトリーチ活動の経験

	N	%
以前にアウトリーチ推進事業を実施、現在も何らかの形で継続	8	50.0
アウトリーチ支援の経験はないが、病院あるいは訪看で訪問看護	6	37.5
上記のいずれでもない	2	12.5
合計	16	100.0

表 9 . 診療報酬点数上の「精神科重症患者早期集中支援管理加算」

	N	%
している	2	12.5
していない	11	68.8
その他	3	18.8
合計	16	100.0

表 10 . 研修前の重要度 (T9)

重要度 (研修前)					
	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	9.00	1.317	16	5	10
尊重すること	9.31	.873	16	8	10
エンゲージメント	9.63	.619	16	8	10
アセスメント	9.63	.719	16	8	10
ケアプラン	9.19	1.223	16	6	10
ケアマネ適用	8.94	1.181	16	6	10
心理教育	8.81	1.109	16	7	10
多職種	9.69	.602	16	8	10
インフォーマル	8.69	1.078	16	7	10
連携	9.31	1.078	16	7	10
クライシス	9.56	.892	16	7	10
危機介入と倫理	9.44	.892	16	7	10
ストレングスと危機介入	8.75	1.438	16	6	10
共同意思決定 (SDM)	9.25	1.238	16	6	10

表 11 . 研修前の実践度 (T9)

実践度 (研修前)					
	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	5.25	1.844	16	3	10
尊重すること	6.25	1.807	16	2	9
エンゲージメント	6.19	2.105	16	2	10
アセスメント	5.44	2.097	16	2	10
ケアプラン	4.56	2.032	16	2	10

ケアマネ適用	4.50	2.098	16	2	10
心理教育	4.19	2.482	16	0	8
多職種	6.31	2.089	16	2	10
インフォーマル	4.44	1.861	16	2	8
連携	6.06	2.323	16	1	10
クライシス	5.50	2.658	16	2	10
危機介入と倫理	5.06	2.594	16	0	10
ストレンクスと危機介入	4.25	2.324	16	0	10
共同意思決定 (SDM)	9.25	1.238	16	6	10

表 12．研修前のリカバリーに対する態度 (T9)

リカバリー (研修前)

	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	3.93	.799	15	2	5
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.33	1.047	15	1	5
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.00	1.000	15	1	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	4.07	.884	15	2	5
私は、利用者の可能性を信じている	4.40	.828	15	2	5

表 13．研修後の重要度 (T10)

重要度 (研修後)

	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	9.38	.885	16	8	10
尊重すること	9.44	.814	16	8	10
エンゲージメント	9.50	.894	16	8	10
アセスメント	9.19	.981	16	7	10
ケアプラン	9.25	1.000	16	7	10
ケアマネ適用	9.25	1.000	16	7	10
心理教育	9.38	.806	16	8	10
多職種	9.75	.683	16	8	10
インフォーマル	9.06	1.063	16	7	10
連携	9.44	1.094	16	7	10
クライシス	9.19	1.276	16	6	10
危機介入と倫理	9.00	1.366	16	6	10
ストレンクスと危機介入	8.94	1.289	16	6	10
共同意思決定 (SDM)	9.63	.719	16	8	10

表 14 . 研修後の実践度 (T10)

実践度 (研修後)					
	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	5.50	1.826	16	3	9
尊重すること	6.63	2.156	16	3	10
エンゲージメント	5.81	2.040	16	2	10
アセスメント	5.00	1.461	16	3	8
ケアプラン	4.44	1.590	16	2	9
ケアマネ適用	4.44	1.548	16	2	8
心理教育	4.50	1.789	16	2	8
多職種	6.13	1.962	16	3	10
インフォーマル	4.88	1.784	16	3	8
連携	5.69	2.056	16	2	10
クライシス	5.75	2.236	16	2	10
危機介入と倫理	4.63	2.446	16	1	10
ストレングスと危機介入	4.19	1.642	16	2	7
共同意思決定 (SDM)	9.63	.719	16	8	10

表 15 . 研修後のリカバリーに対する態度 (T10)

リカバリー (研修後)					
	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	4.38	.719	16	3	5
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.63	.619	16	3	5
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.53	.516	15	4	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	4.38	.619	16	3	5
私は、利用者の可能性を信じている	4.50	.816	16	2	5

表 16．研修前後の重要度の比較 (T9 vs T10)

研修前後の重要度の比較						
	研修前		研修後		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	9.00	1.32	9.38	.89	-1.38	.188
尊重すること	9.31	.87	9.44	.81	-0.56	.580
エンゲージメント	9.63	.62	9.50	.89	1.00	.333
アセスメント	9.63	.72	9.19	.98	1.82	.089 †
ケアプラン	9.19	1.22	9.25	1.00	-0.29	.774
ケアマネ適用	8.94	1.18	9.25	1.00	-1.78	.096 †
心理教育	8.81	1.11	9.38	.81	-1.78	.095 †
多職種	9.69	.60	9.75	.68	-0.29	.774
インフォーマル	8.69	1.08	9.06	1.06	-1.03	.319
連携	9.31	1.08	9.44	1.09	-0.46	.652
クライシス	9.56	.89	9.19	1.28	1.86	.083 †
危機介入と倫理	9.44	.89	9.00	1.37	1.60	.130
ストレングスと危機介入	8.75	1.44	8.94	1.29	-0.42	.682
共同意思決定 (SDM)	9.25	1.24	9.63	.72	-1.38	.188

表 17．研修前後の実践度の比較 (T9 vs T10)

研修前後の実践度の比較						
	研修前		研修後		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	5.25	1.84	5.50	1.83	-.453	.657
尊重すること	6.25	1.81	6.63	2.16	-.588	.566
エンゲージメント	6.19	2.10	5.81	2.04	.600	.557
アセスメント	5.44	2.10	5.00	1.46	.554	.588
ケアプラン	4.56	2.03	4.44	1.59	.212	.835
ケアマネ適用	4.50	2.10	4.44	1.55	.126	.901
心理教育	4.19	2.48	4.50	1.79	-.924	.370
多職種	6.31	2.09	6.13	1.96	.316	.756
インフォーマル	4.44	1.86	4.88	1.78	-.875	.395
連携	6.06	2.32	5.69	2.06	.686	.503
クライシス	5.50	2.66	5.75	2.24	-.591	.564
危機介入と倫理	5.06	2.59	4.63	2.45	.959	.353
ストレングスと危機介入	4.25	2.32	4.19	1.64	.128	.900
共同意思決定 (SDM)	9.25	1.24	9.63	.72	1.36	.191

表 18．研修前後のリカバリーへの態度の比較 (T9 vs T10)

研修前後のリカバリーへの態度の比較							
	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	3.93	.80	4.38	.72	-3.05	.009	**
リカバリーのプロセスは、希 望を必要とする	4.33	1.05	4.63	.62	-.888	.389	
私は、精神の病を持つ人々を 尊敬することができる	4.00	1.00	4.53	.52	-1.38	.189	
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	4.07	.88	4.38	.62	-1.07	.301	
私は、利用者の可能性を信じ ている	4.40	.83	4.50	.82	-.250	.806	

表 19．研修前の重要度と実践度の比較 (T9)

研修前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	9.00	1.32	5.25	1.84	7.695	.000	**
尊重すること	9.31	.87	6.25	1.81	6.521	.000	**
エンゲージメント	9.63	.62	6.19	2.10	6.032	.000	**
アセスメント	9.63	.72	5.44	2.10	7.519	.000	**
ケアプラン	9.19	1.22	4.56	2.03	7.563	.000	**
ケアマネ適用	8.94	1.18	4.50	2.10	7.019	.000	**
心理教育	8.81	1.11	4.19	2.48	8.836	.000	**
多職種	9.69	.60	6.31	2.09	5.783	.000	**
インフォーマル	8.69	1.08	4.44	1.86	9.406	.000	**
連携	9.31	1.08	6.06	2.32	4.736	.000	**
クライシス	9.56	.89	5.50	2.66	6.674	.000	**
危機介入と倫理	9.44	.89	5.06	2.59	6.355	.000	**
ストレングスと危機介入	8.75	1.44	4.25	2.32	6.418	.000	**
共同意思決定 (SDM)	9.25	1.24	9.25	1.24	5.217	.000	**

表 20．研修後の重要度と実践度の比較 (T10)

	重要度		実践度		t 値	p	
	平均値	SD	平均値	SD			
リカバリー	9.38	.89	5.50	1.83	6.990	.000	**
尊重すること	9.44	.81	6.63	2.16	6.260	.000	**
エンゲージメント	9.50	.89	5.81	2.04	6.856	.000	**
アセスメント	9.19	.98	5.00	1.46	9.520	.000	**
ケアプラン	9.25	1.00	4.44	1.59	8.418	.000	**
ケアマネ適用	9.25	1.00	4.44	1.55	9.590	.000	**
心理教育	9.38	.81	4.50	1.79	9.611	.000	**
多職種	9.75	.68	6.13	1.96	7.265	.000	**
インフォーマル	9.06	1.06	4.88	1.78	8.081	.000	**
連携	9.44	1.09	5.69	2.06	6.799	.000	**
クライシス	9.19	1.28	5.75	2.24	6.193	.000	**
危機介入と倫理	9.00	1.37	4.63	2.45	6.412	.000	**
ストレンクスと危機介入	8.94	1.29	4.19	1.64	8.497	.000	**
共同意思決定 (SDM)	9.63	.72	9.63	.72	11.68	.000	**

表 21．重要度得点の前後差の推移 (T1～T10)

	差 (後-前) の平均値				
	2012	2013	2014	2015	2016
リカバリー	.82	.55	.31	.56	.38
尊重すること	.38	.52	.31	.94	.13
エンゲージメント	.15	.18	.00	.11	-.13
アセスメント	.31	.23	.19	.11	-.44
ケアプラン	.71	.32	.42	.06	.06
ケアマネ適用	.64	.32	.50	-.06	.31
心理教育	.64	.61	.54	.28	.56
多職種	.16	.43	.04	.44	.06
インフォーマル	.62	.32	.85	.94	.37
連携	.49	.48	.19	.71	.13
クライシス	.36	.27	.00	.22	-.38
危機介入と倫理	-	.25	-.12	.39	-.44
ストレンクスと危機介入	-	.57	.50	.50	.19
共同意思決定 (SDM)	-	-	-	-	.38

表 22 . 重要度得点の前後差の順位 (T1 ~ T10)

年度	2012	2013	2014	2015	2016
テーマ	ケアマネ	危機介入	ロールプレイ	ロールプレイ	ロールプレイ
リカバリー	1	3	7	4	2
尊重すること	7	4	6	1	8
エンゲージメント	11	13	11	10	11
アセスメント	9	12	9	11	13
ケアプラン	2	7	5	12	10
ケアマネ適用	3	7	4	13	5
心理教育	3	1	2	8	1
多職種	10	6	10	6	9
インフォーマル	5	7	1	1	4
連携	6	5	8	3	7
クライシス	8	10	12	9	12
危機介入と倫理	-	11	13	7	14
ストレングスと危機介入	-	2	3	5	6
共同意思決定 (SDM)	-	-	-	-	2

表 23 . 研修テーマ別に「重要度」前後比較した結果

研修テーマ別「重要度」を前後比較

	2012 ケアマネ		2013 危機介入		2014-16 ロールプレイ	
	前	後	前	後	前	後
リカバリー	8.6	9.4**	8.8	9.3**	9.2	9.6**
尊重すること	9.1	9.5**	8.9	9.4**	9.0	9.5**
エンゲージメント	9.5	9.6	9.6	9.8	9.5	9.5
アセスメント	9.2	9.5*	9.1	9.4*	9.5	9.5
ケアプラン	8.8	9.5**	8.9	9.2*	9.2	9.4†
ケアマネ適用	8.7	9.4**	8.8	9.2†	9.1	9.3*
心理教育	8.3	9.0**	8.8	9.4**	8.9	9.4**
多職種	9.4	9.5	9.1	9.6*	9.4	9.6
インフォーマル	8.1	8.8**	8.6	9.0†	8.5	9.2**
連携	9.1	9.6**	9.0	9.5**	9.1	9.3†
クライシス	8.6	9.1*	9.1	9.4*	9.4	9.3
危機介入と倫理			9.1	9.4	9.3	9.3
ストレングスと危機介入			8.8	9.3**	8.8	9.2*
共同意思決定 (SDM)					9.3	9.6

T検定, **, **p<.01, *p<.05, †p<.1

表 24 . 因子分析の結果

因子分析

		因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
連携と危機介入	心理教育	0.45	-0.33	-0.33	0.24	0.32
	多職種	0.64	-0.20	-0.10	-0.06	-0.15
	連携	0.71	-0.39	0.11	-0.24	-0.24
	クライシス	0.61	-0.50	-0.38	-0.17	-0.18
	危機介入と倫理	0.74	-0.24	-0.28	-0.30	0.14
	ストレングスと危機介入	0.74	0.11	0.28	-0.45	-0.02
ケアマネジメント	アセスメント	0.37	0.63	-0.12	0.04	0.10
	ケアプラン	0.38	0.81	-0.23	-0.16	-0.01
	ケアマネ適用	0.44	0.72	-0.27	-0.07	-0.22
リカバリー志向性	リカバリー	0.34	-0.07	0.64	0.37	-0.38
	共同意思決定 (SDM)	0.47	0.12	0.78	-0.08	0.10
良好な関係性	尊重すること	0.47	-0.10	-0.25	0.74	-0.01
	エンゲージメント	0.53	0.20	0.00	0.65	-0.14
インフォーマル支援	インフォーマル	0.50	0.03	0.29	0.12	0.73

図 1 . 下位尺度で重要度を前後比較した結果

下位尺度で重要度を前後比較

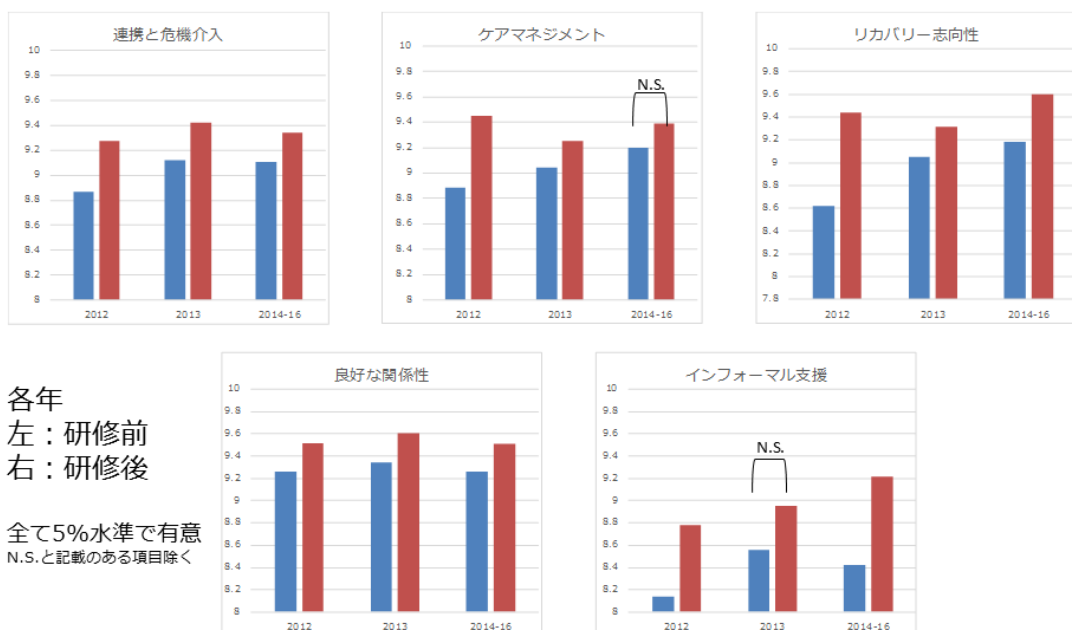


図2. 5年間の重要度得点（研修前）の推移

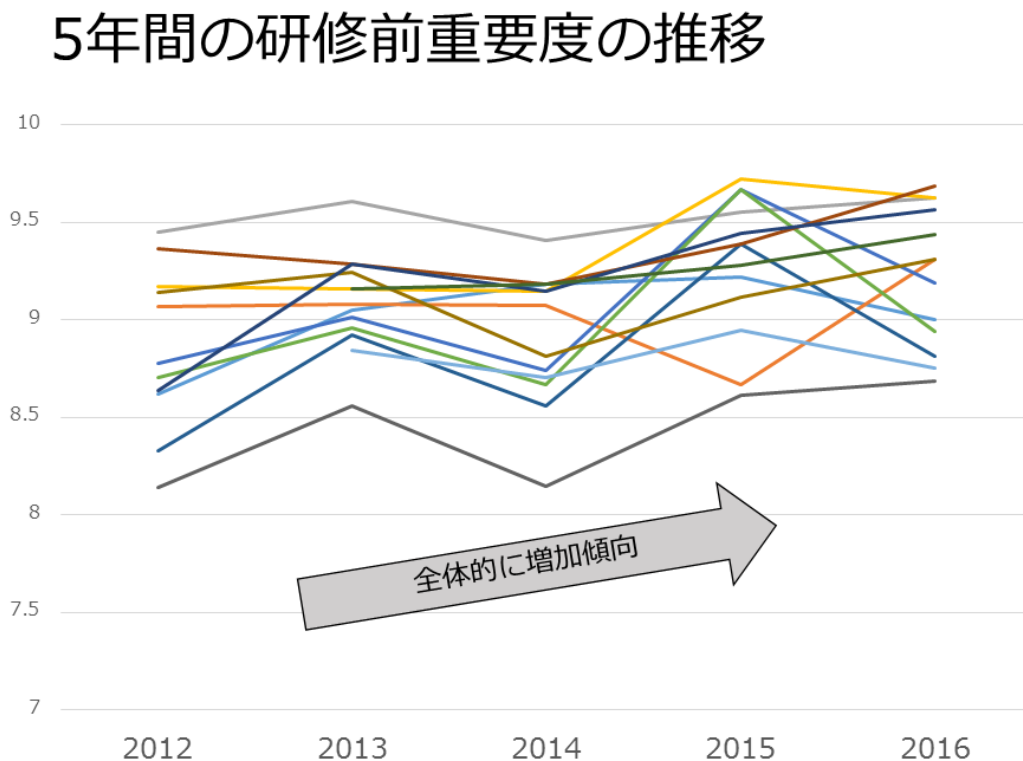


表25. アウトリーチ経験年数別の研修前の重要度と実践度

アウトリーチ経験年数別の研修前重要度・実践度

	5年未満		5年以上	
	Mean	SD	Mean	SD
研修前				
重要度				
連携と危機介入	8.97	0.87	9.05	0.78
ケアマネジメント	9.05	0.96	8.95	0.90
リカバリー志向性	8.78	1.40	9.12	1.10
良好な関係性	9.22	0.85	9.35	0.86
インフォーマル支援	8.28	1.33	8.64	1.23
実践度				
連携と危機介入	5.32	1.84	5.70	1.83
ケアマネジメント	5.11	1.85	5.32	1.86
リカバリー志向性	5.11	1.90	5.94	1.85 *
良好な関係性	6.15	1.86	6.87	1.61 *
インフォーマル支援	4.41	2.15	5.24	2.08 *

表 26 . 臨床経験年数別の研修前の重要度と実践度

臨床経験年数別の重要度・実践度の前後差

	10年未満		10年以上	
	Mean	SD	Mean	SD
研修前				
重要度				
連携と危機介入	0.41	0.66	0.29	0.72
ケアマネジメント	0.31	0.92	0.34	0.70
リカバリー志向性	0.92	1.47	0.31	0.89**
良好な関係性	0.27	0.76	0.28	0.71
インフォーマル支援	0.65	1.06	0.54	1.17
実践度				
連携と危機介入	0.55	0.96	0.29	1.38
ケアマネジメント	0.47	1.40	0.44	1.90
リカバリー志向性	0.72	1.69	0.77	1.91
良好な関係性	0.30	1.60	0.35	1.67
インフォーマル支援	0.61	1.49	0.52	1.96

28 年度厚生労働科学研究費 精神科アウトリーチ研修会のご案内

精神科アウトリーチ（訪問支援）は、自ら援助希求ができない、或いは伝統的な医療サービスを拒否していた当事者の地域生活の継続と自己実現を支援するうえで重要なアプローチであり、今後益々そのニーズが高まるものと期待されています。

私たちは、精神科アウトリーチ支援に携わる多職種スタッフに対する研修の在り方について検討を重ねてきましたが、座学だけではなくロールプレイを通じて、当事者や家族、時には地域関係者の立場になり、実際にどのような態度で周囲とやりとりをしているか、自らの支援を俯瞰することが支援者自身の成長にも大切であると感じています。

今年度は以上に加えて、SDM（Shared Decision Making：共同意志決定）についての基本的な考え方を学び、ロールプレイを用いて演習を行うセッションを予定しています。精神科アウトリーチの中級者以上を対象とし、少人数（定員 15 名）で密度の高い研修となるよう以下の会を企画しましたので、参加についてご検討頂ければ幸いです。

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業（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

分担研究者：東北福祉大学総合福祉学部 西尾 雅明

日 時：平成 29 年 1 月 19 日（木） 9：30～17：00（9：00 受付開始）

1 月 20 日（金） 9：30～16：30

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

住 所：〒989-3201 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘 6 丁目 65-8

T E L：022 - 303 - 0125（代表）

H P：http://www.tfu.ac.jp/hospital/

定 員：15 名

対象者：

① 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。

② 1 施設より 1 名まで。2 日間を通しての参加となります。

③ 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。

* 研究事業のため、今後のより良い研修のあり方に関して、アンケートや研修に関するご意見を聞かせていただくなどの形でご協力をいただければ幸いです。

参加費：無料（旅費、宿泊費、食費などはご負担いただきます）。

参加手続き：メールもしくは F A X にて、下記事務局までご連絡下さい。

申し込み最終締め切り：12 月 7 日（水）までをお願いいたします。

【お問い合わせ先】

東北福祉大学 総合福祉学部 西尾研究室

TEL/FAX 022-301-1120

E-mail nishioken@tfu-mail.tfu.ac.jp

1月19日 木曜日

9:00~ 受付開始
9:30~ オープニング
9:50~10:40 研修ニーズのグループワーク
10:45~11:15 ウォーミングアップ
11:20~12:30 事例検討 (シナリオを用いた場面ロールプレイ)
12:30~13:30 昼食
13:30~13:45 ウォーミングアップ
13:50~15:50 事例検討 (参加者の事例に対するロールプレイ)
16:00~17:00 1日目の振り返り
17:30~ 懇親会

1月20日 金曜日

9:30~9:45 ウォーミング・アップ
9:45~12:15 事例検討 (参加者の課題に対するオムニバスなドラマ)
12:15~13:15 昼食
13:15~14:15 SDMの考え方
14:25~15:55 SDMのロールプレイ
16:00~16:20 クロージング
16:20~16:30 アンケート記入

ファシリテーター

石川淳子 (ひだくりニック 臨床心理士): 東京サイコドラマ協会公認ディレクター・
日本心理劇学会常任理事。臨床現場・研修にて、サイコドラマを活用されている先生です。

伊藤順一郎 (メンタルヘルス診療所 しっぽふぁーれ)

近田真美子 (東北福祉大学)

園環樹 (株式会社シロシベ)

西尾雅明 (東北福祉大学)

新田雅義 (東北福祉大学せんだんホスピタル)

梁田英磨 (東北福祉大学せんだんホスピタル)

(五十音順)

*参加される方の職種構成やご希望などにより、研修日程や内容が若干予定と異なる可能性もありますが、その際はご了承いただければ幸いです。不明な点などありましたら、遠慮なく問い合わせ先までご連絡ください。

一昨年度・昨年度の研修会参加者の声など

「ロールプレイで様々な振り返りや発想の拡がりが見えた」

「ロールプレイを用いての事例検討がとても楽しかった。普段の事例検討では味わう事のできない様々な立場、気持ちになる事ができた」

「ロールプレイは職場でもやってみたいと思った。困難事例の介入時に使えるようロールプレイのエッセンスも知ることができればと感じた」

フォーカス・グループ

簡単な自己紹介と「今回、どんな想いで研修会に参加されたのでしょうか？」

(1人2分程度を目安にして)

<主質問>

精神科アウトリーチを実践する上で、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？

<補助質問>

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？

<追加質問>

研修会以外で役に立つものがありそうですか？

どんなスーパービジョンがあればよいと思いますか？

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？

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？

資料3.サイコドラマ的スーパービジョンの方法

<進め方>

1. 主役にテーマをきく
2. シーンを作る
(一番困ったシーンなど具体的に、場所、時、人を設定して)
3. 何がおこったかを再現する
4. 主役のかわりをしてくれる新主役を選び、主役は場面の外に出て新主役による場面を見る
5. 外から見た後、自分(新主役)にインタビューし、新主役はその役割のまま答える。あるいは、他の複数の人にその場面を違うやり方でやってもらう
6. 主役が「3」の場面を新しいやり方でやってみる

<サイコドラマとは?>

サイコドラマは、ルーマニア出身のアメリカ人であるジェイコブ・レヴィ・モレノによって創始された、即興の手法を用いた集団精神療法である。人々が抱えている多様な問題の整理や、新しい視点による解決の方向を探り、個人の人生や日常生活の改善に向けて、一步踏み出す機会を創り出すものである。

サイコドラマは、監督、演技者、観客、補助自我、舞台という下記の5つの要素で構成される。

1. 監督...ドラマの総責任者。
2. 演技者...主役や脇役となって、実際にドラマの中で役割を演じる人。
3. 観客...展開されるドラマを観る人。
4. 補助自我...ドラマの助監督役であり、監督や演技者を助ける人。
5. 舞台...観客と演技者を分ける機能があり、演技者が自由に演じられる場所。

サイコドラマには、大きく分けると3つのプロセスがある。

1. ウォーミング・アップ...演じる前の心身の準備の時間。スタートから主役を選ぶまでの過程である。
2. サイコドラマの展開...選ばれた主役を、監督がインタビューしながら展開していく過程である。
3. シェアリング...一つのドラマが終了した時点で、参加者同士で感想を分かち合う過程。

参加人数は、通常は10~15名程度の集団で構成され、所要時間は、主役中心の古典的サイコドラマの場合で、1時間から2時間程度かかる。問題の要因を探り、現在から過去の様々な体験を見たり、一場面を象徴的に演じるなど状況により多彩に展開するが、オムニバス形式の場合は、20~30分程度で行われる場合もある。

資料4. 調査票

『アウトリーチ推進事業研修会』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 アウトリーチにおいて どの程度重要か	実践度 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	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すること	点	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	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	点	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	点	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	点	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	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	点	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	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	点	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	点
12	危機介入とその倫理についての理解	点	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	点
14	利用者と専門家が治療ゴールや治療の好み、責任について話し合い、ともに適切な治療を見つけ出すこと	点	点

問2：精神疾患・障害からのリハビリ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ハビリできる	1	2	3	4	5
2 リハビリのプロセスは、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）()

問8：あなたの職場について、当てはまる選択肢を以下から選んでください。

- 1) 現在の職場で以前にアウトリーチ推進事業を実施し、現在も、何らかの形でアウトリーチ支援を継続している
2) 以前の職場で以前にアウトリーチ推進事業を実施し、現在は、別の職場でアウトリーチ支援を実施している
3) これまでアウトリーチ推進事業の経験はないが、ACTなどの精神科アウトリーチ支援を実施する職場にいる
4) アウトリーチ推進事業やACTなどの精神科アウトリーチ支援の経験はないが、精神科病院あるいは訪問看護ステーションでの訪問看護の経験は積み重ねている
5) 上記のいずれでもない 6) 設問の意味がわからない

問9：あなたの職場では、診療報酬点数上の「精神科重症患者早期集中支援管理加算」を算定していますか。

- 1) している 2) していない 3) その他()

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⁾

1) 国立病院機構東京医療センター

2) 東京都健康長寿医療センター

要旨

本研究は、家族介護者を対象とした、認知症ケア技術（マルチモーダルケア技法：ユマニチュード）簡易教育の介護負担度および認知症行動心理症状への効果を検討することを目的に実施された。

1年目には基礎調査およびユマニチュード教育資料の作成を行い、2年目には僻地および地方中核都市において家族介護者にユマニチュード教育介入を行い、その効果に関する検討を行なうパイロット研究を行なった。パイロット研究では、認知症高齢者の 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ついて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って認知症症状の軽減、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。

研究最終年度である3年目は、パイロット研究結果を踏まえて大都市圏での本研究を実施した。合計148人の家族介護者を対象に、2時間の認知症ケア技術（マルチモーダルケア技法：ユマニチュード）簡易教育介入を行なった。介入前・介入1ヶ月後、介入3ヶ月後の家族介護者の介護負担感、認知症高齢者の認知症行動心理症状を測定した。介入前の介護負担感（J-ZBIスコア）は13.1であったが、1ヶ月後には10.7（ $p < 0.001$ ）、3ヶ月後は10.5（ $p < 0.001$ ）と有意に低下した。認知症高齢者の認知症行動心理症状については、BEHAVE-ADにより測定し、基礎値は12.9、1ヶ月後は10.7（ $p < 0.01$ ）、3ヶ月後は11.2（ $p < 0.05$ ）と有意に低下した。

マルチモーダルケア技法・ユマニチュードの簡易教育は家族介護者の介護負担感の減少、認知症高齢者の認知症行動心理症状の軽減に有効であり、高齢社会を迎えた日本の地域社会に資するものとなる。

A. 研究の背景と目的

背景：

認知症高齢者が介護に対して強い拒否（認知症行動心理症状 Behavioral Psychological Symptoms of Dementia, BPSD）を示すとき、本人も介護する人も疲弊する。先行研究では、知覚・感情・言語による包括的なケア技法を用いたケア（ユマニチュード）が認知症の

BPSDを低下させること、またケア従事者のバーンアウトが軽減すること、さらに僻地および地方中核都市で実施した小グループによる家族介護者向けの教育セッションの有効性が報告されている。

目的：

自宅介護を行なっている認知症高齢者の家

族介護者に対して簡易認知症介護研修を実施し、地域で暮らす認知症高齢者の家族介護者の介護負担を軽減させる介護技術教育法の効果を検討することを本研究の目的とする。

B. 方法

研究デザイン：前後比較研究

対象：

対象者は 福岡市に在住の認知症高齢者を介護している四親等以内の家族（家族介護者：配偶者、兄弟姉妹、子・子の配偶者、孫・孫の配偶者）、並びに その人から介護を受けている65才以上の高齢者とする。

介入：

認知症高齢者を自宅で介護する家族介護者に、知覚・感情・言語による包括的ケア技法の簡易教材を用いた、家庭における介護の基本的な考え方およびコミュニケーション技術教育を実施する。

適格基準：

家族介護者の適格基準は、福岡市在住の65才以上の高齢者を介護する家族で、本人から研究参加の書面による同意の得られる者とする。家族介護者から介護を受けている高齢者は、本人または代理諾者から書面による同意を得られる者とする。

方法：

I: 主研究

自宅介護者対象の介護講習を実施しその効果検討の研究を実施する旨の広報を、福岡市が発行する「市政だより」ならびに地域包括支援センター掲示板で行ない、参加希望者を募集する。広報に関しては福岡市保健福祉局高齢社会部高齢社会政策課に依頼する。

参加を希望する家族介護者は、参加希望者（高齢者の介護を行なっている家族介

護者）の氏名、住所、電話番号を静岡大学情報学部の竹林洋一教授が管轄する研究データセンターに郵送または電子メールで参加を申込み。

参加申し込みを行なった家族介護者の自宅に説明文書を研究データセンターより送付し、本研究参加を依頼する。家族介護者が研究参加に同意する場合には、説明文書に添付する同意書に署名の上、研究データセンターに返送する。

署名された同意書の到着時に、データセンター担当者は家族介護者の自宅に調査票を送付する。

家族介護者は、調査票が届いた時点の自分が介護をしている認知症高齢者の状態を事前評価として調査票に記入する。

調査票に記入する測定項目は、介護者の年齢、性別、介護を受けている認知症高齢者との続柄、従事する仕事・家事、介護負担量（1週間当たりの家事・介護従事時間）、Zarit介護負担尺度日本語短縮版による介護負担感、介護を受けている認知症高齢者の年齢、性別、介護保険における介護度、認知症診断の有無、服用薬剤、離床の程度、家族介護者が判定する認知症行動心理症状（Behavioral Pathology in Alzheimer 's disease: BEHAVE-AD）である。

家族介護者は家庭における介護の基本的な考え方およびコミュニケーション技術の講習を受講する。研修は参加者が居住する地域で開催され、所要時間は2時間とする。研修の内容は、よくある介護の問題点とその対応に関するビデオ供覧と、コミュニケーション技術の基本の説明、および実技とする。

研修終了後週1回研究データセンターから「今週の介護の目標」を郵送し、その実践を推奨する。

研修終了後1か月、3か月の時点で調査票による追加調査を行う。測定項目はZarit

介護負担尺度日本語短縮版による介護負担感、介護を受けている人の介護度、服用薬剤、離床の程度、BEHAVE-ADである。

でインタビュー実施に関して同意の得られた参加者に対しては追加調査時に参加者の希望に応じて電話もしくは対面を選択し、研究事務局による半構造化インタビューを実施する。

の測定項目に関する前後比較検討を行なう。

インタビュー内容に関しては、**Grounded Theory Approach**を参考に質的解析を行なう。

評価項目：

主要アウトカム・家族介護者の介護負担感
副次アウトカム・認知症高齢者の認知症行動心理症状

期間：平成 28 年 6 月から平成 29 年 3 月

倫理的配慮：

本研究はヘルシンキ宣言(2013 年 10 月)および人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(平成 26 年 12 月 22 日厚生労働省告示第 3 号)医療・介護関係事業者における個人情報適切な取扱いのためのガイドライン(平成 22 年 9 月 17 日改正)に準じたプロトコルを作成し、東京医療センター倫理委員会にて承認を得た。研究対象者である家族介護者に文書による説明を行い同意書に署名を得た。介護を受ける認知症高齢者に関しても、本人または代諾者に文書による説明を行い、同意書に署名を得た。

統計解析 / 分析方法：

結果は統計学の専門家により、SPSS statistics version 23 を用いて行なった。

C. 結果

148 人の家族介護者が研究に参加した。平成 28 年 12 月に 2 時間のユマニチュード簡易教育を実施した。研修後は、週に 1 回の絵はがきによるフォローアップを 12 週間行なった。介入前・介入 1 ヶ月後、介入 3 ヶ月後にそれぞれ家族介護者の介護負担感、認知症高齢者の認知症行動心理症状を測定した。

介入前の介護負担感は J-ZBI スコア：13.1 であったが、1 ヶ月後には：10.7 ($p<0.001$)、3 ヶ月後は 10.5 ($p<0.001$)と有意に低下した。認知症高齢者の認知症行動心理症状については、BEHAVE-AD により測定し、基礎値は 12.9、1 ヶ月後は 10.7($p<0.01$)、3 ヶ月後は 11.2($p<0.05$)と有意に低下した。さらに、研究参加者からの自由記載の感想からは、ケア技術を意識して用いることによって認知症症状の軽減、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。半構造化インタビューについては現在解析中である。

D. 考察

高齢社会を迎えた日本において、家族介護者の役割は増大している。その一方で家族の介護負担の重さは、社会的問題となってきた。本研究では、知覚・感情・言語による包括的なマルチモーダルケア技法・ユマニチュードの簡易教育を 2 時間行い、絵はがきによるフォローアップを 12 週にわたり行なった。その結果、家族の介護負担感、認知症高齢者の認知症行動心理症状がともに有意に減少した。2 時間の講習・絵はがき 12 枚のフォローアップは、介護で忙しい家族にとって負担が少なく、更に講習を実施する側にとっても時間的・経済的成本も低い。ユマニチュードの簡易教育は家族介護者の介護負担感の減少、認知症高齢者の認知症行動心理症状の軽減に有効であり、高齢社会を迎えた日本の地域社会に資するものとなる。さらなる集計と解析を要す

るものの、ここまでで言えることとして、精神科診療所がデイケア、訪看、福祉事業所など複数の機能を有することにより、ハイユーザー患者を長期間地域で支えることが可能であると推察される。しかし、精神科を訪れる患者はみなハイユーザーではなく、むしろ少数である。診療所の特徴に応じた役割分担を行うことにより、地域におけるニーズに応じた精神科医療を提供できると考えられる。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

1.論文発表

現在論文作成中

2.学会発表

- 1) 2017年9月欧州老年医学会(フランス・ニース)
- 2) 2017年9月IAHSA/Curaviva Global Ageing Conference(スイス・モントルー)にて発表予定。

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

参考文献

- 1) Honda M, et al: Reduction of Behavioral Psychological Symptoms of Dementia by Multimodal Comprehensive Care for Vulnerable Geriatric Patients in an Acute Care Hospital: A Case Series, Case Report in Medicine, Article ID 4813196,2016.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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:66-84,東京,2013.
- 6) Hughes J C., Baldwin C.:Ethical Issues in Dementia Care. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia, pp15-22, 2006.
- 7) Adelman R, Tmanova L et al.:Caregiver burden, a clinical review. JAMA 311(10):1052-60,2014.
- 8) 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

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
Yves Gineste, Rosette Marescoti、 <u>本田美和子</u>		本田美和子	ユマニチュードという革命	誠文堂新光社	東京	2016	全254ページ

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
<u>Miwako Honda</u> , Mio Ito, Shogo Ishikawa, Yoichi Takebayashi, Lawrence Tierney, Jr.	Reduction of Behavioral Psychological Symptoms of Dementia by Multimodal Comprehensive Care for Vulnerable Geriatric Patients in an Acute Care Hospital	Case Rep Med		1-4. doi:10.1155/2016/4813196	2016
<u>本田美和子</u>	価値に基づく医療の実践・認知症ケア	Modern Physician	36(5)	468-469	2016
Yamaguchi S., <u>Sato S.</u> , Horio N et al:	Cost-effectiveness of cognitive remediation and supported employment for people with mental illness: a randomized controlled trial.	Psychological Medicine		1-13. doi:10.1017/s0033291716002063	2016
Ikebuchi E, <u>Sato S.</u> , Yamaguchi S et al:	Does Improvement of Cognitive Functioning by Cognitive Remediation Therapy Effect Work Outcomes in Severe Mental Illness?: a secondary analysis of a randomized controlled trial.	Psychiatry clin. neurosci,	71 (5)	301-308	2017
Iwata K, Matsuda Y, <u>Sato S.</u> , Furukawa S et al:	Efficacy of cognitive remediation using computer software in people with schizophrenia: a randomized controlled trial in Japan.	Psychiatric Rehabilitation Journal.	40(1)	4-11	2017

