

厚生労働科学研究費補助金
障害者政策総合研究事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの
構築に向けた障害福祉サービス等の推進に資する研究

(令和) 2年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 吉田光爾

(令和) 2 (2021) 年 5月

目 次

I. 総括研究報告

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害福祉サービス等の推進に資する研究-----	1
--	---

吉田光爾

中間報告：相談支援事業所における精神障がい者へのサービス等利用計画（計画相談支援）に関する実態調査①-----	11
---	----

瀧本里香

中間報告：相談支援事業所における精神障がい者へのサービス等利用計画（計画相談支援）に関する実態調査②-----	38
---	----

吉田光爾

II. 分担研究報告

1, 地域環境データを利用した地域特性とアウトカムの関連の検討 -----	51
---------------------------------------	----

立森久照

2, 相談支援事業所の支援に関するプロセス調査の项目开发-----	54
-----------------------------------	----

山口創生

3, 相談支援事業の役割に関する検討 ～計画相談支援における再入院防止のための工夫～ -----	61
---	----

田村綾子

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	68
---------------------------	----

精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害

福祉サービス等の推進に資する研究

研究代表者： ○吉田光爾¹⁾

分担研究者： 立森久照²⁾、山口創生³⁾、田村綾子⁴⁾

研究協力者： 岩上洋一⁵⁾、岩崎香⁶⁾

1) 東洋大学ライフデザイン学部

2) 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター トランスレーショナル・メディカルセンター

3) 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

4) 聖学院大学心理福祉学部心理福祉学科

5) 早稲田大学人間科学学術院（大学院人間科学研究科）

6) 社会福祉法人 じりつ

要旨

本研究班では、障害者総合支援法の計画相談支援利用者（精神障害）に対する振り返りによる研究を行うことを計画している。令和2年度では下記の4つの研究を行った。

1) 相談支援事業者に対する1次調査：①対象者の基礎属性やサービス利用等に関する平均像の描写および、併せて②『計画相談利用中の2年間の精神科病院への入院日数が9週間以上』の予後不良群となる要因についての検討を行った。2020年度12月より合計968か所を対象に調査を行い、そのうち812事業所（事業所の廃止等や対象者が存在しないなど155事業所が除外）が対象となり、39都道府県の94事業所から回答を得た（回収率11.0%）。回答利用者数462名のうち、18歳～64歳の利用者409名を対象とした。対象者を4層に分けて分析した結果、基準の入院を抑制する説明変数として「社会参加系サービスの利用量」「外来受診時の同行」、促進する可能性がある説明変数として「サービス等利用計画作成導入時会議での医療機関スタッフの同席」などが影響を与えている可能性が示唆された。

2) 地域環境データを利用した地域特性とアウトカムの関連の検討：本分担研究では研究計画2-3年度において、別途公開されているReMHRADのデータを用いてアウトカムに対する地域環境の影響についての解析方針を検討した。

3) 相談支援事業所の支援に関するプロセス調査の項目開発：支援プロセスに関する調査項目を精査し、調査ツールを整備することである。研究班内でのミーティングや先行研究のレビューなどを通して、調査ツールを開発した。

4) 相談支援事業の役割に関する検討 ～計画相談支援における再入院防止のための工夫～：二次調査にむけて、相談支援事業における支援の中で焦点化すべき支援内容を検討するため、相談支援事業所において計画相談支援に従事する相談支援専門員による「精神

障害者の再入院防止のための工夫」について探索することを目的として、相談支援専門員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た。

A. 研究の背景と目的

障害者総合支援法（旧自立支援法）では計画相談支援の枠組みが導入され、精神障害者もそのサービス対象となり、ケアマネジメントおよび障害福祉サービス利用支援の枠組みが導入されている。我が国では介護保険制度が先行しているが、源流としてはアメリカ合衆国やイギリスでの精神科病院の脱施設化後の地域ケアの仕組みとして導入されたものである。これらは精神科病院を退院後の利用者の回転ドア現象やホームレス化を防ぐために開発されていったが、特に重い精神障害者についてはサービス仲介のみを行うタイプのケアマネジメントでは不十分であり、アウトリーチを含む集中的・包括的ケアマネジメント等が発展していったという経緯がある。現在、集中的・包括的なケアマネジメントについては、居住の安定性や精神科サービスの利用安定性、地域滞在日数増加などについて有効であることがシステマティックレビューで確認されている (Dieterich ら, 2017)。

しかし我が国の研究では、計画相談支援の実態調査（日本相談支援専門員協会, 2014）等があるが、実際にいかなる効果があるのかは明らかになっていない。大島らの研究（大島ら, 2004）では、ケアマネジメント実施下においてニーズオリエンテッドな支援をした場合によりQOLとサービス満足度が高いことを明らかにしているが、本研究は障害者総合支援法以前の研究である。申請者が分担研究者であった坂本ら（吉田・坂本, 2008）の厚生労働科学研究についても精神障害者ケアガイドラインに基づいたフィデリティ尺度で得点が高い方が、アウトカムが高いことが示唆されているが、同じく総合支援法以前の研究で

ある。すなわち現行制度下で計画相談によるケアマネジメント利用者にとどのような影響がもたらされているか、またいかなる対象者によりよいアウトカムが発生しているかは明確になっていない。

そこで本研究では計画相談支援により障害福祉サービスを利用した精神障害者が、①実際にいかなる障害福祉サービスを利用しその結果どのようなアウトカム（精神科病院への入院日数・社会機能等）の状況にあるか、②よいアウトカムを出している利用者と困難な事例の間にはサービス提供状況や地域環境要因にいかなる違いがあるかを検討し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害福祉サービス等の活用についてエビデンスに基づいた提言を行おうとするものである。

B. 方法

1) 相談支援事業者に対する1次調査

研究代表者である吉田は令和元年度に構築された研究計画をもとに全国の相談支援事業者を対象に、障害者総合支援法の計画相談支援利用者（精神障害）に対する振り返りによる研究の1次調査を行った。本研究の目的は①対象者の基礎属性やサービス利用等に関する平均像の描写および、併せて②『計画相談利用中の2年間の精神科病院への入院日数が9週間以上』の予後不良群となる要因についての検討を行うことである。これについての総括報告書のあとに、中間報告として詳細を述べる。

精神障害領域におけるサービス等利用計画の作成・支援の状況が比較的良好な相談支援事業所について研究協力者から情報を得て、当該事業者が参加する研究調整会議をWeb会議にて2020年8月に行った。②そ

のうえで上記の機関に協力を依頼し Web 調査のパイロット調査を行い、分担研究者とも共同検討の上、システムを改修した。③上記の調整に基づき 2020 年度 12 月より合計 968 か所を対象に調査を行い、そのうち 812 事業所（事業所の廃止等や対象者が存在しないなど 155 事業所が除外）が対象となり、39 都道府県の 94 事業所から回答を得た（回収率 11.0%）。回答利用者数 462 名のうち、18 歳～64 歳の利用者 409 名を対象とした。

また令和 3 年度に予定されている研究を推進するために、本研究では 3 つの分担研究班をたて、以下の課題について研究を行った。

2) 分担研究者立森久照：地域環境データを利用した地域特性とアウトカムの関連の検討

本分担研究では研究計画 2-3 年度において、別途公開されている ReMHRAD のデータを用いてアウトカムに対する地域環境の影響についての解析方針を検討する。

3) 分担研究者山口創生：相談支援事業所の支援に関するプロセス調査の項目開発

山口分担研究の今年度の研究目的は、支援プロセスに関する調査項目を精査し、調査ツールを整備することである。研究班内でのミーティングや先行研究のレビューなどを通して、調査ツールを開発した。

4) 分担研究者：田村綾子：相談支援事業の役割に関する検討 ～計画相談支援における再入院防止のための工夫～

本研究では、二次調査にむけて、相談支援事業における支援の中で焦点化すべき支援内容を検討するため、相談支援事業所において計画相談支援に従事する相談支援専門員による「精神障

害者の再入院防止のための工夫」について探索することを目的として、相談支援専門員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た。

C. 結果

1) 相談支援事業者に対する 1 次調査①

対象者の基礎属性やサービス利用等に関する平均像の描写については以下の通りであった。

(1) 利用者の基礎属性について

利用者は平均年齢 43.3 歳で男女で利用者数・年齢に差はなかった。家族と同居が 211 人 (51.6%) であったが、重要な家族構成員に支援を要する困難な問題を抱えている人も 124 人 (30.5%) おり、家族を含めた支援の必要性が示唆されている。統合失調症圏 (ICD-10:F2) は 219 人 (53.6%) であった。

(2) 医療機関との連携について

計画相談支援の導入時に医療機関のスタッフがケア会議に同席したのは 151 人 (36.9%) で、サービス等利用計画の内容を医療機関も知っていたのは 154 人 (37.7%) など、すべての項目で 50%を超えたものはなく、医療機関との連携が進んでいない現状が明らかになった。

(3) 入院の状況について

支援導入前 2 年間に入院があった方は 135 人 (33.0%) で 54 人 (13.2%) の方が 1 年以上入院をしており、うち 40 人が 2 年間入院をしていたが、導入後 1 年を超えたのは 15 人 (3.7%) であった。総入院回数は導入前 163 回、導入後 147 回と大きく減ってはいるが、1 人あたりの入院期間平均は 15.2 週から 5.8 週と減少しており、長期入院が抑制されている状況が示された。

(4) サービスの利用状況

計画相談支援導入後に総合支援法に基づ

くサービスの多くで利用を増やしているが、特に居宅介護・自立訓練・就労継続支援B型事業所の利用や、グループホームの入居が増加し、医療に関わる支援では訪問看護が増加している ($p < .000$)。1人あたりのサービス利用数・総量も増加しており、サービスの利用を促進している。

(5) ケア必要度

本人の希望、支援者が必要と考えたものともに、「自分なりの社会的役割をもつ」が最も多く、実際の計画にも47.2%の人に目標として設定されていた。ケア必要度を契約時と2年後を比較したところ、ケア必要度が低下していることが示された。

2) 相談支援事業者に対する1次調査②

報告①で記述した方法で抽出された812の相談支援事業所を対象都市（事業所の廃止等や対象者が存在しないなど155事業所が除外）が、39都道府県の94事業所から回答を得た（回収率11.0%）。回答利用者数462名のうち、18歳～64歳の利用者409名を対象とした。

「9週間以上の精神科医療機関への入院」を基準として、これをアウトカム（目的変数）としたロジスティック回帰分析（変数増加法Wald検定）を行い、相談支援事業者によるケアマネジメントを受けた利用者の中で、どのような支援要素が有効なのかを検討した。

なお、サービス等利用計画を作成しているものについては、本研究の対象者となっていたとしても、重症度などによって対象者像が異なる可能性がある。そのためロジスティック回帰分析での説明変数に年齢や性別などを加えたうえで、以下の基準で対象者を4グループに層別化して分析を行った。すなわち①ICMSS（集中的ケアマネジメントのスクリーニング尺度）得点が1点以上（グループ1： $n=291$ 、対象者全体の

71.1%）、②ICMSS得点が2点以上（グループ2： $n=269$ 、対象者全体の65.7%）、③ICMSS得点が1点以上かつ過去2年間の入院が1週間以上（グループ3： $n=106$ 、対象者全体の25.9%）、④ICMSS得点が2点以上かつ過去2年間の入院が2週間以上（グループ4： $n=102$ 、対象者全体の24.9%）の4層である。

ロジスティック回帰分析の結果、グループ1・グループ2では基準の入院を抑制する説明変数として「社会参加系サービスの利用量」($p < .05$)、「外来受診時の同行」($p < .05$)、促進する可能性がある説明変数として「サービス等利用計画作成導入時会議での医療機関スタッフの同席」($p < .001$)が有意であった。

またグループ3では基準の入院を抑制する説明変数として「社会参加系サービスの利用量」($p < .001$)、促進する可能性がある説明変数として「サービス等利用計画作成導入時会議での医療機関スタッフの同席」($p < .01$)が有意であった。

グループ4では基準の入院を抑制する説明変数として「社会参加系サービスの利用量」($p < .001$)、「介護系サービスの利用量」($p < .05$)「医療系サービスの利用量」($p < .01$)、促進する可能性がある説明変数として「サービス等利用計画作成導入時会議での医療機関スタッフの同席」($p < .001$)が有意であった。

3) 分担研究1：地域環境データを利用した地域特性とアウトカムの関連の検討

計画相談支援により障害福祉サービスを利用することの効果をも1年間の入院日数減少を主要評価項目として検証することが主目的であるが、その際には地域環境要因の違いによる影響を正しく調整する必要がある。立森分担研究では、この地域環境データを利用した分析について方法論を検討し

た。

検討の結果、本研究班の研究計画において地域特性を解析に組み込む目的は、主に3つに分類されると考えられた。1つ目は介入の効果を偏りなく推定するために、交絡要因となっている地域特性の影響を排除する目的である。2つ目は、地域特性が介入の効果の修飾因子となっているかを検討する目的である。3つ目は、地域特性そのものとアウトカムの因果効果を推定する目的であると整理された。

4) 分担研究2：相談支援事業所の支援に関するプロセス調査の項目開発

本分担班の今年度の研究目的は、支援プロセスに関する調査項目を精査し、調査ツールを整備することであった。研究班内でのミーティングや先行研究のレビューなどを通して、調査ツールを開発した。実際の調査ツールは、支援回数、支援開始前の連携機関との協力体制、支援内容とエフォートの3領域で構成される内容となった。支援回数やエフォートについては、四半期別にデータを入力する様式となっていることから、収集されたデータの分析際には、支援プロセスを時系列的に検証することが可能となっている。相談支援事業の支援プロセスを評価した研究はこれまでになく、本研究班のデータは今後の制度設計などに貢献できるものになると期待される。

5) 分担研究3：相談支援事業の役割に関する検討～計画相談支援における再入院防止のための工夫～

本研究は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害福祉サービス等の活用に関するエビデンスに基づいた提言を行うための基礎資料として、相談支援事業所において計画相談支援に従事する相談支援専門員による「精神障害者の

再入院防止のための工夫」について探索することを目的として、相談支援専門員への半構造化グループインタビュー調査を行った。なお、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から ZOOM によるオンライン型式で実施した（2021年3月17日）。

調査対象者は、相談支援専門員として、精神障害者の計画相談支援に従事している者であり、精神科医療機関との連携を行っている者について筆者の研究協力者より機縁法で抽出し、研究目的の説明と調査手法や研究成果の活用等に関する説明を文書と口頭で行い、同意が得られた5名とした。

グループインタビュー法における内容分析及び記述分析方法を用い、質的分析を行った。結果以下の4つの大カテゴリーと、それに属する中カテゴリーが抽出された。

①精神障害者の相談支援で本人のかかりつけ医療機関との連携の工夫や重視していること。ここでは、医療機関の特定のスタッフを【連携のキーマン】を見つけて働きかけ、【情報共有】を重視していることや【生活の視点】を伝えている様子が語られた。

②精神障害者の病状悪化時や再発時の対応において、入院以外の方法とするために留意していること。ここでは、必要な入院もあることや、本人の気持ちを大事にして支援する

③精神障害者の再入院の防止のために必要なサービスや仕組み等に関する意見。ここでは、緊急・救急時の対応を含む、使いやすい【医療的なサービス】と、地域生活において利用する【障害福祉サービス等】、質の高い支援を担保できる【相談支援専門員の直接支援】が挙げられた。

④本調査に関する意見（自由に）。

ここまでの話を受けて、【地域特性の違

い】【セルフマネジメントの強化】【潜在的な課題へのシフトチェンジ】など、相談支援専門員としての幅広い視点からの自由な意見が出された

D. 考察

1) 相談支援事業者に対する1次調査①および②

障害福祉資源の利用や医療連携に着目して、それらが入院の抑制とどのように関連しているかを明らかにした研究は本邦ではなく、振り返り調査であること・回収率が低いことなどの限界はあるが、各種基礎属性を調整しても、「社会参加系サービス」を中心として障害福祉資源のサービス利用量や、医療との連携における「外来受診時の同行」という連携が、サービス等利用計画作成の契約から2年間における入院を抑制している可能性があることを示唆したことは、臨床的に重要であると考えられる。

また、本研究は令和3年度に2次調査として、サービスの投入量・関わりなどについて調査をする予定である。本研究の結果は、この調査計画について検討すべき観点を示唆していると考えられる。

第一に今後重点的にプロセス調査で注視していく内容である。今回の一次調査の結果では、社会参加系サービス・介護系サービス・医療系サービスの利用量が、9週間以上の入院を抑制している可能性が示されている。報告書①でサービス利用の実態についての報告が述べられているが、これらの成果を踏まえつつ2次調査で、今回アウトカムと関連していることが示唆された社会資源については利用状況をより詳細に検討できるかを考える必要がある。

第二に医療との連携についての状況である。先に述べたように「医療との連携」という言葉で整理される内容が、必ずしもアウトカムについて同じ性格をもっていると

は限らないことを示している。むしろ導入時会議での医療機関スタッフの同席有無に見られるように、集中的に情報連携をすることが、入院を促進する可能性がある。集中的な情報連携が入院を促進する可能性があるという視点に立ち、2次調査の設計及び政策提言を慎重に行っていく必要がある。

第三にアウトカムとしての入院が妥当かどうか、という議論について検討の余地があることを本研究の結果は示していると考えられる。今回の調査では『導入時会議でのスタッフの同席』や『居住系サービスの利用量』は、2年間で9週間以上の入院というアウトカムにとってリスク因子として有意に関連していた。しかしこれらは必要時に適宜入院ができていたという可能性も存在する。不必要な長期入院は必ずしも好ましいものではないが、一律に「入院が抑制されるのであればそれが是なのか」という点については、注視していく必要がある。入院が非自発的入院になってしまっているのか、あるいは入院に代わる別の代替手段（医療的ケアもサポート可能な中間施設でのケア）で代替できないのか、などを今後の分析でさらに検討していく必要があると考えられる。

第四に本研究の政策研究としての主たるターゲットをどこに設定するかという問題である。今回の報告では、軽度な障害者と重度な障害者が混交したまま分析されるのを避けるため、ICMSS得点が1点～2点以上の対象者像また過去2年間の入院経験が2週間以上の利用者に限定し、一定の集中的なケアマネジメントが必要な層を対象として分析を行った。様々な重症度や背景をかかえるサービス等利用計画作成者について、本研究は誰にフォーカスし、適用しどの水準で制度として提言していくのかについて、令和3年度の研究班の中で検討をし

ていく必要があると考えられる。

2) 分担研究1：地域環境データを利用した地域特性とアウトカムの関連の検討

地域特性そのものとアウトカムの因果効果を推定する目的については、既に先行研究があるためにその優先順位は低いように思われた。介入の効果を偏りなく推定するために、交絡要因となっている地域特性の影響を排除する目的においては、考慮する地域特性が多くても傾向スコア法などを利用することで対処が可能と考えられる。また、それほど数が多くない場合はその地域特性を多変量回帰分析の説明変数として用いることで対処できる。地域要因と利用者の特性からデータは階層データなので、ランダム効果モデルか一般化推定方程式

(GEE) で扱うことが相応しいと考えられる。地域特性が介入の効果の修飾因子となっているかを検討する場合は、その際に考慮すべき地域特性が多い場合の取り扱いを検討しておく必要がある。修飾因子の候補となる地域特性が数個程度であれば単純にそれらの介入との交互作用項をモデルに投入すればよい。数が多い場合は、例えば主成分分析のような何らかの方法で地域特性の次元削減を行ってから、それと介入との交互作用項を構成して解析をするなどの工夫が必要となると考えられた。これらの整理を踏まえて、令和3年度の2次調査の結果を検討していく必要があると考えられた。

3) 分担研究2：相談支援事業所の支援に関するプロセス調査の項目開発

本分担班は、相談支援事業所のサービス提供の実態や支援プロセスを検証するために、調査項目を設定し、調査ツールを整備した。実際の項目内容は、3つのカテゴリーで構成され、支援回数、多機関連携、エフォー

トなどを時系列で把握できる調査票となった。

ある支援のプロセス評価は、効果検証と同様に重要な作業である。近年では、対人サービスの評価の際に、どのような支援内容がよりアウトカムと連動しているか、どのような支援内容に多くのエフォートが割かれており、どのようなアウトプットがあるかについて包括的に検証することが求められている。本分担班が作成した調査ツールは、対人サービス領域で求められる上記のプロセス評価の項目を含んでいることから、標準的な内容から外れたものではないと想定される。また、過去のプロセス評価を概観すると、プロセス評価は支援内容だけでなく、支援内容の時系列的な変化を検証することも重要な点である。調査ツールは四半期ベースで支援回数やエフォートを把握することができ、支援内容の刑事的変化を把握するという点においても貴重なデータを創出できると予想される。

4) 分担研究3：相談支援事業の役割に関する検討 ～計画相談支援における再入院防止のための工夫～

本調査は、計画相談支援における精神科医療機関との連携や、再入院防止のための取組みに関して、5人の実践に基づく知見を分析したものである。

全体を通して、インタビューの言葉からは、相談支援専門員として個別の支援における本人中心の意向を尊重したかかわりを重視していることがうかがえた。計画相談支援においては、所属地域にある医療機関との連携に限らず、障害福祉サービス等および支援者のネットワークを活用して本人の意向に沿った支援計画を立案し見直すことが主たる役割であることから、常時本人の生活状況や心身の状態を把握するためには工夫が必要となる。他方でそのことが

医療的な監視とならないような関わりも同時に必要となる。また「医療スタッフも常駐している宿泊施設」「ショートステイ未満のような気軽な場」についての提言もあり、こうした場所があれば回避できた精神科病院への入院がどの程度あったのかということも、2次調査で検討できるかもしれない。

把握すべき相談支援上の関わりを、より微視的な視線でとらえるために、本調査の中から得られたカテゴリーを、山口分担研究で開発された調査項目へと統合していくためのステップが必要であると考えられる。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表

1) 国内

原著論文による発表	4件
口頭発表	0件
それ以外（研究ノート）発表	1件

2) 国外

原著論文による発表	0件
口頭発表	0件
それ以外（レビュー等）の発表	0件

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

H. 文献

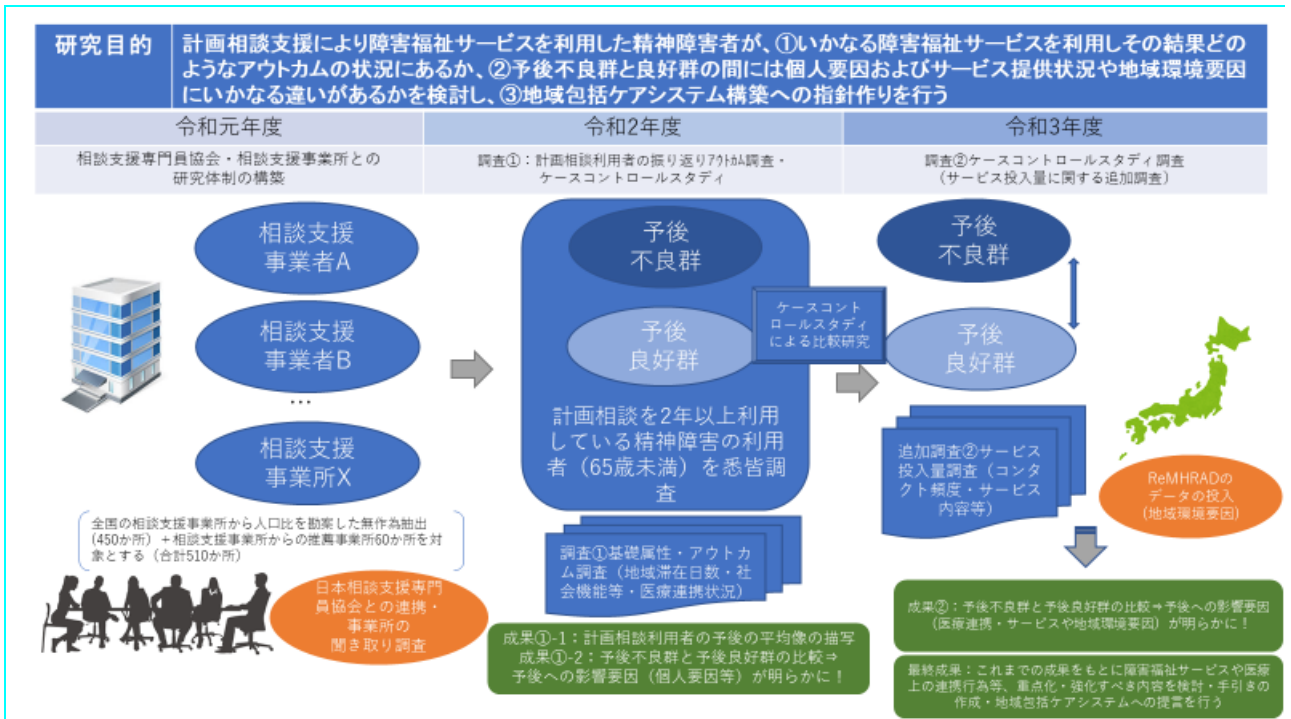
Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M: Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 1:CD007906, 2017.

日本相談支援専門員協会：平成 25 年度厚生労働省 総合福祉推進事業相談支援に係る業務実態調査報告書, 2014.

Oshima I, Cho N, Takahashi K: Effective components of a nationwide case management program in Japan for individuals with severe mental illness. Community Mental Health Journal 40: 525-537, 2004

吉田光爾：障害者ケアマネジメントにおけるプログラム評価理論の適用に関する研究。平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「障害者ケアマネジメントのモニタリングおよびプログラム評価の方法論に関する研究（主任研究者：坂本洋一）」分担研究報告書, pp71-84, 2008.

図 1：研究デザイン



(中間報告書② 表 5 より再掲)

表 5 追跡 2 年間における入院 9 週間以上をアウトカムとしたロジスティック回帰分析の結果まとめ

	オッズ比			
	グループ 1	グループ 2	グループ 3	グループ 4
	ICMSS 得点 1 点以上 (n=291)	ICMSS 得点 2 点以上 (n=269)	ICMSS 得点 1 点以上 かつ過去 2 年間の入 院 1 週以上 (n=106)	ICMSS 得点 2 点以上 かつ過去 2 年間の入 院 1 週以上 (n=102)
基礎属性				
独居状態の有無				14.420**
身体疾患の合併症の有無	0.238*	0.248*		0.183*
ICMSS 得点	1.245**	1.225**		
過去 2 年間の入院週数	1.026***	1.025***	1.013†	
サービス利用量				
社会参加系サービス利用量	0.997*	0.997*	0.995***	0.994**
介護系サービスの利用量				0.993*
医療系サービスの利用量				0.992**
居住系サービスの利用量				1.003*
医療機関との連携				
外来受診時の同行	0.436*	0.435*		
導入時会議での医療スタッフ同席	6.722***	6.630***	10.758**	46.524***

† p<.10, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001,

地域環境データを利用した地域特性とアウトカムの関連の検討

研究分担者：○立森久照¹⁾

研究協力者：山口創生²⁾，吉田光爾³⁾

1) 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター トランスレーショナル・メディカルセンター

2) 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

3) 東洋大学ライフデザイン学部

要旨

本研究班では、障害者総合支援法の計画相談支援利用者（精神障害）に対するケースコントロール研究を行う。当該研究では、主要評価項目は障害福祉サービスの利用による1年間の入院日数減少として、障害福祉サービスの利用群と非利用群の過去1年間の入院日数を比較する。計画相談支援により障害福祉サービスを利用することの効果をも1年間の入院日数減少を主要評価項目として検証することが主目的であるが、その際には地域環境要因の違いによる影響を正しく調整する必要がある。また、どの地域環境要因がアウトカムとの関連が強いのか、それらの地域環境要因が画相談支援により障害福祉サービスを利用することと1年間の入院日数減少の関連にどのように影響を及ぼすかを検討することで、地域の実情を考慮した施策の立案に寄与する情報を提供することが期待できる。本研究班の研究計画において地域特性を解析に組み込む目的は、主に3つに分類されると考えられた。1つ目は介入の効果を一様なく推定するために、交絡要因となっている地域特性の影響を排除する目的である。2つ目は、地域特性が介入の効果の修飾因子となっているかを検討する目的である。3つ目は、地域特性そのものとアウトカムの因果効果を推定する目的である。

A. 研究の背景と目的

障害者総合支援法では計画相談支援の枠組みが導入され、精神障害者についてもそのサービス対象となり、ケアマネジメントおよび障害福祉サービス利用支援の枠組みが導入されている。計画相談支援の実態調査などがある一方で、我が国の研究では計画相談支援の効果について明らかになっていない。

本研究班の実施する研究は、計画相談支援により障害福祉サービスを利用した精神障害者が、①実際にいかなる障害福祉サービスを利用しその結果どのようなアウトカム（精神科病院への入院日数・社会機能等）の状況にあるか、②よいアウトカムを出している利用

者と困難な事例の間にはサービス提供状況や地域環境要因にどのような違いがあるかを検討し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害福祉サービス等の活用についてエビデンスに基づいた提言を行うことを目的とする。

本研究では、計画相談支援により障害福祉サービスを利用することの効果をも1年間の入院日数減少を主要評価項目として検証することが主目的であるが、その際には地域環境要因の違いによる影響を正しく調整する必要がある。また、どの地域環境要因がアウトカムとの関連が強いのか、それらの地域環境要因が画相談支援により障害福祉サービスを利用す

ることと1年間の入院日数減少の関連にどのように影響を及ぼすかを検討することで、地域の実情を考慮した施策の立案に寄与する情報を提供することが期待できる。

B. 方法

地域特性のデータソースは、地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD）に記載されている情報を主に用いることとした。ReMHRADは、日本の都道府県・二次医療圏・市区町村などの区分別の「精神保健福祉資料における指標の状況」、「精神科病院に入院している方の状況（現在の所在病院・元住所地の市区町村）」、「訪問看護ステーション・障害者総合支援法の各福祉サービスの事業所（精神障害のある方向けの支援有り）の多寡」、「各社会資源の位置情報」等について表示するデータベースである。ReMHRADを用いることで、地域特性のアウトカムに及ぼす影響が明らかになった際に、各自治体が自分の地域の特性に応じてその結果を活用することが容易なることが想定できる。

研究班での議論と類似の先行研究の方法論などを元に地域環境データを利用した地域特性とアウトカムの関連を調べるための解析計画を検討した。

C. 結果／進捗

本研究班の実施するケースコントロール研究は、主要評価項目は障害福祉サービスの利用による1年間の入院日数減少として、障害福祉サービスの利用群と非利用群の過去1年間の入院日数を比較するという研究計画である。つまり、アウトカムが1年間の入院日数の減少、介入が障害福祉サービスの利用である。

この研究計画において地域特性を解析に組み込む目的は、主に3つに分類されると考えられる。1つ目は介入の効果を偏りなく推定するために、交絡要因となっている地域特性の影響を排除する目的である。この場合は、

因果グラフをもとに、それに該当する地域特性を同定して、その地域特性を多変量回帰分析の説明変数として用いるか、その地域特性も傾向スコアを構成する因子に含めて傾向スコア法による因果効果の推定を行えばよい。

2つ目は、地域特性が介入の効果の修飾因子となっているかを検討する目的である。この場合は、地域特性の違いによって介入のアウトカムに対する効果が異なるのか、そうでないかに興味がある。そのためには、地域特性と介入の交互作用を組み込んだモデルで解析することになる。または、地域特性を用いて対象者をいくつかの層に分けてサブグループ解析を行うことでも、層別したそれぞれの地域特性ごとに介入のアウトカムへの効果を知ることができる。

3つ目は、地域特性そのものとアウトカムの因果効果を推定する目的である。この場合は、障害福祉サービスの利用を含めた利用者の特性で地域特性とアウトカムに交絡している要因の影響を取り除いて解析することになる。

D. 考察

本研究班の主たる目的である障害福祉サービスの利用による1年間の入院日数減少効果を検証する際に地域特性をどの様に扱うことが求められるのかと、その場合の解析の方針について検討した。

地域特性そのものとアウトカムの因果効果を推定する目的については、既に先行研究があるためにその優先順位は低いように思われた。

介入の効果を偏りなく推定するために、交絡要因となっている地域特性の影響を排除する目的においては、考慮する地域特性が多くても傾向スコア法などを利用することで対処が可能と考えられる。また、それほど数が多い場合はその地域特性を多変量回帰分析の説明変数として用いることで対処できる。地域要因と利用者の特性からデータは階層デー

タなので、ランダム効果モデルか一般化推定方程式（GEE）で扱うことが相応しいと考えられる。

地域特性が介入の効果の修飾因子となっているかを検討する場合は、その際に考慮すべき地域特性が多い場合の取り扱いを検討しておく必要がある。修飾因子の候補となる地域特性が数個程度であれば単純にそれらの介入との交互作用項をモデルに投入すればよい。数が多い場合は、例えば主成分分析のような何らかの方法で地域特性の次元削減を行ってから、それと介入との交互作用項を構成して解析をするなどの工夫が必要となると考えられる。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

相談支援事業所の支援に関するプロセス調査の項目開発

研究分担者：山口創生

（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）

要旨

本研究は、特定相談支援事業所（以下、相談支援事業所）の利用者を対象として、障害福祉サービスの利用状況と再入院に関するアウトカムとの関連や支援プロセスを検証することを目的としている。本分担班の今年度の研究目的は、支援プロセスに関する調査項目を精査し、調査ツールを整備することであった。研究班内でのミーティングや先行研究のレビューなどを通して、調査ツールを開発した。実際の調査ツールは、支援回数、支援開始前の連携機関との協力体制、支援内容とエフォートの3領域で構成される内容となった。支援回数やエフォートについては、四半期別にデータを入力する様式となっていることから、収集されたデータの分析際には、支援プロセスを時系列的に検証することが可能となっている。相談支援事業の支援プロセスを評価した研究はこれまでになく、本研究班のデータは今後の制度設計などに貢献できるものになると期待される。

A. 研究の背景と目的

過去 70 年間に於いて、精神障害者に対する地域ケアは国際的に発展してきた。日本においても障害福祉サービスの拡充と並行して、精神障害当事者（以下、当事者）に対する地域ケアの発展は徐々に進んでいる¹⁾。各国の地域ケアは独自の形で発展しているが、共通した地域支援システムあるいは技法もある。その一つとして、**assertive community treatment (ACT)** や積極的アウトリーチ型のケースマネジメント (**assertive outreach team model**) に代表される集中的ケースマネジメント (**intensive case management: ICM**) があげられる^{2,3)}。ICM は、利用者の自宅などの生活圏に訪問することや、直接サービスを提供することなどに特徴があり⁴⁾、国際的に入院アウトカムの改善などについての効果が認められている^{2,3)}。日本でも ACT をはじめとする ICM の効果やサービスプロセスは検証されており、サービス満足度の向上や、服

薬支援に留まらない包括的なサービスの提供が報告されている^{5,6)}。

国内外で共通する地域精神保健サービスシステムおよび関連するエビデンスの発展が観察される一方で、日本では医療サービスと障害福祉サービスがそれぞれに整備されてきた歴史があり、両者が独自の制度を持つ。特に、後者の障害福祉サービスについては、サービス計画作成者と直接サービスの提供者が異なる仲介型ケースマネジメントを主として発展させてきたことに特徴がある。より具体的には、障害福祉サービスの中で、ケースマネジメントを担当する事業形態は特定相談支援事業所（以下、相談支援事業所）であり、計画相談支援として他の障害福祉サービスにつながる仲介型ケースマネジメントを提供している。

障害福祉サービスが仲介型ケースマネジメントを軸として独自の発展を続ける一方で課題もある。例えば、国内外において、仲介型ケースマネジメントの効果に関するエビデンス

は蓄積が非常に乏しいと指摘されている³⁾。それ故、関心を向けられることも少なく、実際の支援内容やプロセスに関する検証が十分に行われていない。他方、国内では、2019年度には「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築事業が始まり、地域ケアにおいて相談支援事業所も中心的な役割を持つことが期待されている。特に、当事者の安定的な地域生活を支えるために、ニーズに応じた障害福祉サービスの調整や利用するサービスについての計画を作成することが求められている。加えて、相談支援事業所には、精神科長期入院患者などを対象とした地域移行支援や地域定着支援に取り組むことも求められており、活動内容が多岐にわたっている。相談支援事業所が制度の中に組み込まれる中で、その利用とアウトカムとの関連、あるいは相談支援事業所のサービス提供の実態や支援プロセスの検証は増々需要が高まっていると考えられる。

本分担任は、相談支援事業所のサービス提供の実態や支援プロセスの検証を担当している。本年度は、2021年度に予定する調査の実施に向けて、支援プロセスを測定するための調査項目を精査し、調査ツールの開発に取り組んだ。

B.方法と結果

研究班内における議論あるいは相談支援事業所の職員や行政職員などとの議論、ケースマネジメントや就労支援に関するプロセスに関する先行研究のレビューを通して⁶⁻¹⁰⁾、プロセスデータの調査票案を作成した。その結果、調査票は支援回数、支援開始前の連携機関との協力体制、支援内容とエフォートの3領域で構成される予定となった。また、実際のデータ収集は、匿名性が確保できるみずほ情報総研 Online システムを用いて行われる予定である。

1) 支援回数

表1は支援回数に関するサービスプロセス調査票を記している。回答者は、該当する利用者に対しての支援内容について、支援記録を基にデータを記入(入力)する。具体的には、回答者は自身の支援内容を四半期で振り返り、①「計画相談支援」「地域移行支援」「地域定着」「その他」、②「事業所内」「事業所外・訪問」「電話・メールなど」の2つの軸に合致する内容のサービス回数について、調査票に記入(入力)する。

2) 支援開始前の連携機関との協力体制

回答者は、該当する利用者の支援開始時点のことを振り返り、他機関との連携状況について調査票に記入(入力)する(表2)。本調査票における連携先機関には、医療機関、福祉事業所、行政機関が含まれている。

3) 支援内容とエフォート

表3は、支援内容とエフォートに関するサービスプロセス調査票を記している。回答者は、支援記録を基に、該当する利用者に対しての支援内容を振り返り、自身が提供したサービスに合致する項目を選択し、四半期毎のエフォートを記入(入力)する。

C.考察

本分担任は、相談支援事業所のサービス提供の実態や支援プロセスを検証するために、調査項目を設定し、調査ツールを整備した。実際の項目内容は、3つのカテゴリーで構成され、支援回数、多機関連携、エフォートなどを時系列で把握できる調査票となった。

ある支援のプロセス評価は、効果検証と同様に重要な作業である。近年では、対人サービスの評価の際に、どのような支援内容がよりアウトカムと連動しているか、どのような支援内容に多くのエフォートが割かれており、どのようなアウトプットがあるかについて包括的に検証することが求められている¹¹⁾。本分担任が作成した調査ツールは、対人サービ

ス領域で求められる上記のプロセス評価の項目を含んでいることから、標準的な内容から外れたものではないと想定される。また、過去のプロセス評価を概観すると、プロセス評価は支援内容だけでなく、支援内容の時系列的な変化を検証できることも重要なである。調査ツールは四半期ベースで支援回数やエフォートを把握することができ、支援内容の刑事的变化を把握するという点においても貴重なデータを創出できると予想される。

本研究にはあらかじめ想定される限界もある。本研究の調査ツールについては、各機関のスタッフが記録を基にデータを入力する。すなわち、記録に書かれていない支援内容はデータとして反映されない。また、記録が詳細に書かれていない場合、支援内容とエフォートに関するサービスプロセス調査票にデータを入力することは困難となる。上述のように、本研究は限界を抱えるが、相談支援事業の支援プロセスを評価した研究はこれまでになく、そのデータは今後の制度設計などに貢献できるものになると期待される。

D.健康危険情報

なし

E.研究発表

1.論文発表

1) 優先すべきは治療か生活か?支援者が認識すること・できること. 臨床心理学

21(1):44-48, 2021.

2) 精神疾患患者の地域移行支援:エビデンスと多職種・多機関連携. 精神科治療学 35(8):799-806, 2020.

2.学会発表

なし

F. 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) Kasai K, Fukuda M: Science of recovery in schizophrenia research: brain and psychological substrates of personalized value. npj Schizophrenia 3:14, 2017.
- 2) Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, et al: Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. Cochrane Database Syst Rev 3:CD000270, 2007.
- 3) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, et al: Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 1:CD007906, 2017.
- 4) Intagliata J: Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. Schizophr Bull 8:655-674, 1982.
- 5) Ito J, Oshima I, Nishio M, et al: The effect of assertive community treatment in Japan. Acta Psychiatr Scand 123:398-401, 2011.
- 6) 吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 瀬戸屋希, 他: 重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチサービスにおける機能分化の検討: Assertive Community Treatmentと訪問看護のサービス比較調査(続報) 1年後追跡調査からみる支援内容の変化. 精リハ誌 17(1):39-49, 2013.
- 7) 山口創生, 佐藤さやか, 種田綾乃, 他: 援助付き雇用におけるサービス提供量と就労アウトカムとの関連: 認知機能リハビリテーションと援助付き雇用の対象者

- におけるプロセス評価. 精リハ誌 21:178-187, 2017.
- 8) 山口創生, 佐藤さやか, 松長麻美, 他: 精神科デイケアにおけるアウトリーチ型 ケースマネジメントの実装に関するプロセス調査: サービス量分析. 臨床精神医学 46:91-102, 2017.
- 9) Yamaguchi S, Mizuno M, Sato S, et al: Contents and intensity of services in low- and high-fidelity programs for supported employment: results of a longitudinal survey. *Psychiatr Serv* 71:472-479, 2020.
- 10) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, et al: Core services of intensive case management for people with mental illness: A network analysis. *Int J Soc Psychiatry* 65:621-630, 2019.
- 11) Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al: Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 337:a1655, 2008.

表 1. 支援回数に関するサービスプロセス調査票

対象となる利用者の方の支援記録を見ながら、各事業形態における面談・相談・生活支援を提供した回数を、期間ごとにご入力してください（報酬算定していない支援でも支援したことが記録にあれば回数に反映してください。ただし、支援記録にないものは回数に反映できません）。

	1 カ月目～ 3 カ月目	4 カ月目～ 6 カ月目	7 カ月目～ 9 カ月目	10 カ月目 ～ 12 カ月目
計画相談支援				
事業所内	回	回	回	回
事業所外・訪問	回	回	回	回
電話・メールなど	回	回	回	回
地域移行支援				
事業所内	回	回	回	回
事業所外・訪問	回	回	回	回
電話・メールなど	回	回	回	回
地域定着支援				
事業所内	回	回	回	回
事業所外・訪問	回	回	回	回
電話・メールなど	回	回	回	回
その他				
事業所内	回	回	回	回
事業所外・訪問	回	回	回	回
電話・メールなど	回	回	回	回

※表は開発中のものであり、実際に使用する調査票とは異なる可能性がある。

図2 支援開始前の連携機関との協力体制に関するサービスプロセス調査票

対象となる利用者の方を支援した際に、主として連携した医療機関、福祉事業所、行政機関と、あなた？（所属機関？）との関係性などについて、支援開始時点のことを教えてください（当てはまるもの1つに✓）。

	いいえ(0)	はい(1)
医療機関		
・当該医療機関とは、以前から支援に関する協力体制があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・当該医療機関の主治医とは、以前から支援に関する協力体制があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・当該医療機関には、精神保健福祉士が配置されていた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・当該医療機関は、精神科治療を主たる目的としていた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
福祉事業所		
・当該福祉事業所とは、以前から支援に関する協力体制があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・当該福祉事業所には、精神保健福祉士が配置されていた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・当該医療機関は、精神障害者支援を主たる目的としていた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
行政機関		
・当該行政機関とは、以前から支援に関する協力体制があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・当該行政機関には、精神保健福祉士が配置されていた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・当該行政機関は、精神障害者支援を主たる目的とする部署があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※表は開発中のものであり、実際に使用する調査票とは異なる可能性がある。

図3 支援内容とエフォートに関するサービスプロセス調査票

それぞれの事業形態での支援を合わせて考えたときに、対象となる利用者の方に提供した支援内容のエフォートを期間事にご入力ください。各期間におけるエフォート数の合計が100%になるようにしてください。

	1 ヶ月目～	4 ヶ月目～	7 ヶ月目～	10 ヶ月目～
	3 ヶ月目	6 ヶ月目	9 ヶ月目	12 ヶ月目
1 インテーク・アセスメント	%	%	%	%
2 支援計画作成	%	%	%	%
3 支援計画のモニタリング・修正	%	%	%	%
4 事業所内会議	%	%	%	%
5 地域関係者会議	%	%	%	%
6 ケア会議（当事者あり）	%	%	%	%
7 医療機関との協力体制づくり	%	%	%	%
8 福祉機関との協力体制づくり	%	%	%	%
9 行政機関との協力体制づくり	%	%	%	%
10 関係性の構築・不安の傾聴	%	%	%	%
11 日常生活自立支援 （家事・食事・金銭管理・余暇等）	%	%	%	%
12 社会生活の援助 （移動・銀行・役所の利用等）	%	%	%	%
13 対人関係の維持・構築	%	%	%	%
14 住環境に関する援助 （アパート探し、大家との調整）	%	%	%	%
15 診察同行/診察の促し	%	%	%	%
16 服薬/症状の自己管理の援助	%	%	%	%
17 危機介入	%	%	%	%
18 就労・就学支援				
19 家族支援	%	%	%	%
20 その他（ ）	%	%	%	%

※表は開発中のものであり、実際に使用する調査票とは異なる可能性がある。

計画相談支援における再入院防止のための有効策

～相談支援専門員の実践の工夫に関する語りを通して～

研究分担者： 田村綾子（聖学院大学心理福祉学部心理福祉学科）

要旨

本研究は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害福祉サービス等の活用に関するエビデンスに基づいた提言を行うための基礎資料として、相談支援事業所において計画相談支援に従事する相談支援専門員による「精神障害者の再入院防止のための有効策」について探索することを目的として、精神障害者の支援経験を有する相談支援専門員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た結果と考察である。

A.研究の背景と目的

障害者自立支援法により、障害者の地域生活支援における障害福祉サービス等の利用において、計画相談支援の仕組みが導入され、精神障害者もそのサービス対象となった。我が国においては、同様のケアマネジメントの仕組みが介護保険制度として先行されているが、その源流は、アメリカ合衆国やイギリスにおける精神科病院の脱施設化後の地域ケアの仕組みとして導入されたものである。そこにおいては、特に重度の精神障害者についてはサービス仲介のみのケアマネジメントでは不十分であり、アウトリーチを含む集中的・包括的ケアマネジメント等の必要性が認識され開発されてきた。現在、集中的・包括的なケアマネジメントについては、居住の安定性や精神科医療サービスの利用安定性、地域滞在日数増加などにおける有効性がシステムティックレビューで確認されている(Dieterichら,2017)。

しかし、我が国の研究では、計画相談支援の実態調査（日本相談支援専門員協会,2014）等があるものの実際にいかなる効果があるのかは明らかになっていない。大島

らの研究（大島ら,2004）によって、ケアマネジメント実施下においてニーズオリエンテッドの支援では、より利用者のQOLやサービス満足度が高いことが明らかにされており、同様の知見は既に得られているものの、障害者総合支援法以前の研究である。

そこで、現行制度下の計画相談支援により、障害福祉サービスを利用した精神障害者が、①実際にいかなる障害福祉サービスを利用しその結果どのようなアウトカム（精神科病院への入院日数・社会機能等）の状況にあるか、②よいアウトカムを出している利用者と困難な事例の間にはサービス提供状況や地域環境要因にいかなる違いがあるかを検討し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害福祉サービス等の活用についてエビデンスに基づいた提言を行うための基礎的研究として、相談支援事業所において計画相談支援に従事する相談支援専門員による「精神障害者の再入院防止のための有効策」について実践の工夫を聴き取ることによって探索し、次年度の量的調査における質問項目を検討する際の参考とすることを目指す。

B.方法

1. 調査方法

相談支援専門員への半構造化グループインタビュー調査を行った。なお、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から ZOOM によるオンライン形式で実施した。

2. 調査対象者

調査対象者は、相談支援専門員として、精神障害者の計画相談支援に従事している者であり、精神科医療機関との連携を行っている者について筆者の研究協力者より機縁法で抽出し、研究目的の説明と調査手法や研究成果の活用等に関する説明を文書と口頭で行い、同意が得られた5名とした。

3. 調査実施日

インタビュー調査の実施日は、2021年3月17日15:00~17:00である。インタビューには、筆者が設定した ZOOM に各職場からアクセスしてもらった。

4. インタビュー内容

調査項目は、以下の5点である。これらの質問項目をあらかじめ書面で通知し、インタビュー調査時には、全員が自己紹介（相談支援専門員としての経験年数、所属事業所のサービス内容と兼務内容、精神障害者に関する計画作成数/月）をおこなったのち、調査者より1項目ずつ読み上げたうえで自由に発言してもらった。

①精神障害者の相談支援で、本人のかかりつけ医療機関との連携の工夫や重視していること。

②精神障害者の病状悪化時や再発時の対応において、入院以外の方法とするために留意していること。

③精神障害者の再入院の防止のために必要なサービスや仕組み等に関する意見。

④本調査に関する意見（自由に）。

5. 倫理的配慮

聖学院大学研究倫理審査を経て実施した

（承認番号第2020-18号）。

調査に関する説明と同意は事前に書面と口頭で行い、同意書は、自署のうえで事前に筆者あてに返送してもらった。調査当日は、ICレコーダーと ZOOM 機能による録音について告知し、発言中に不都合が生じる場合は申し出により録音を止めることを説明して再度同意を得てから開始した。また、調査依頼文書には、特定の利用者の個人情報を話さないように記載し、インタビュー開始前にも再度説明した。

6. 分析方法

グループインタビュー法における内容分析及び記述分析方法（安梅 2001；安梅 2010）を用い、質的分析を行った。

分析の手順は、インタビュー協力者の許可を得て、インタビュー内容を録音し、録音内容から逐語記録を作成した。逐語記録から質問項目に沿って「重要アイテム」を抽出し、比較検討しながら類似する「重要アイテム」をまとめて、「重要カテゴリー」に分類した。

7. 本研究の限界

インタビューは、異なる性質をもつ参加者による複数のグループを対象として実施するのが一般的であるが、インタビューは1回のみであるため、分析結果には限界があることに加え、オンライン調査であるために集合形式のグループインタビューとは異なるグループダイナミクスが生じた可能性が否定できない。

C.結果／進捗

調査協力者5名の基本属性は表1の通りである。分析の結果、各項目を構成する重要カテゴリーを【 】に示し、重要アイテムを「 」に表記した。

①精神障害者の相談支援で、本人のかかりつけ医療機関との連携の工夫や重視していること。

ここでは、医療機関の特定のスタッフを

【連携のキーマン】を見つけて働きかけ、
【情報共有】を重視していることや【生活の
視点】を伝えている様子が語られた。

【連携のキーマン】

特に大きな病院では、「まず担当 PSW と
連絡する」ことや、「なるべく直接会って意見・
情報交換する」こと、「主治医に会う」
ために受診同行したり、「この人に言った方
が早い」と思う職員を見つけて働きかけてい
ることがわかった。

【情報共有】

一人の当事者を支援する際他機関連携に
あたり、「自分の耳で聞く」「メールは短く早
く回数多く」「最初こそまめに情報共有す
る」など、緊密な連絡をとることで、支援の
経過や得られた情報を迅速かつ細やかに提供
したり、自ら直接情報を得ようとしているこ
とがわかった。

【生活の視点】

相手が医療機関という治療の場であること
から、「医療スタッフとは異なる視点」をも
ち「生活の視点を反映してもらいたい」と考
えて情報提供や意見表明されていることがう
かがえた。

②精神障害者の病状悪化時や再発時の対応に
おいて、入院以外の方法とするために留意し
ていること。

ここでは、必要な入院もあることや、本人
の気持ちを大事にして支援することを前提と
しつつも、再入院は、本人の落胆の他に手続
きの手間やスタッフのストレスもあるため、
できるだけ回避するための方策として、【病
状悪化の防止策】【有効な資源の活用】【支
援者間の連携】が挙げられた。

【病状悪化の防止策】

計画相談支援においては日常的に本人とか

かわるわけではないが普段の「電話や面接で
本人の話聞く」ことを重視しており、「病
状悪化の理由を検討」したり「悪化の原因を
取り除く」ためのアセスメントをしているこ
とがうかがえた。また、「早めの受診」「早め
に主治医に相談」など、受診予定日に関係な
く、迅速に医療につなげることの有用性が語
られた。その他、「メールでこまめに情報発
信しておくといざというときメールで早くキ
ャッチできる」と、相談支援専門員が本人の
不調の情報を迅速に得られるように工夫され
ていた。

【有効な資源の活用】

「訪看の役割は大きい」「(自治体独自の)
精神対象のショートステイ事業でレスパイ
ト」「特別訪看で集中的に」など、入院以外
の仕組みを活用していることや、「予めサー
ビス担当者会議」で決めておくこと、「地域
連携シート」を使って悪化の予兆を関係者が
共通認識できるようにしていることなど、ツ
ールの活用も有効であることがうかがえた。

【支援者間の連携】

上記と重複する面もあるが、「相談支援専
門員を介さず直接伝えてもらう」ようにして
おくことや、「主治医に伝わるように情報を
伝えるハブの機能」を果たす支援者をサービ
ス担当者会議で決めておくことの有用性がう
かがえた。また、医療機関の勤務経験を有す
る者からは「地域の人は医療機関への敷居の
高さを感じているけれど早く連絡してよいこ
とを伝えている」といった発言もあった。

③精神障害者の再入院の防止のために必要な
サービスや仕組み等に関する意見。

ここでは、緊急・救急時の対応を含む、使
いやすい【医療的なサービス】と、地域生活
において利用する【障害福祉サービス等】、
質の高い支援を担保できる【相談支援専門員
の直接支援】が挙げられた。

【医療的なサービス】

「早期に医者にかかる」ことや「気軽に医療にかかる仕組み」として「予約日や診療時間外でも受診できる」といいことや、計画相談支援のみではなく「医療ケアマネジメントも報酬に位置付け」ること、「往診の充実」「休息入院」や「医療スタッフが常駐している宿所提供施設など」が挙げられていた。

【障害福祉サービス等】

ここでは、訪問系、日中活動系、法外も含む入所施設等が挙げられた。

訪問系では「地域定着支援や自立生活援助がある」としながらも「事業所が少ない」ことが指摘されたが、「生活の場に行く機会が多いと対処しやすい」「気軽に話を聞いてくれる相談体制として有効」「ピアサポーターとの訪問は面接の質の向上にとって有効」など、実際に活用した効果の実感が語られた。

日中活動系の事業所は「不調のサインをキャッチしやすい」ことから、「通所しなくなったらすぐ連絡くれる事業所はありがたい」と、ケアマネジメントの役割を担う相談支援専門員にとって、常時接している関係者からの情報提供を支援に役立てている様子がうかがえた。

入所施設等については、「支給決定されていない人にとっての一時的な避難場所」「医療スタッフも常駐している宿泊施設」「ショートステイ未満のような気軽な場」「グループホームで『ソフトルーム』とあって刺激の少ない部屋を用意しているところがある」「ワンクッション置ける場所がある」といいなど、入院ではない形で日常生活の場から離れて休息できる、使いやすい場が有用視されている様子がうかがえた。

【相談支援専門員の直接支援】

「本人と話してクライシスプランを立てて

おく」ことで緊急時に適切な介入ができるように備えていたり、厚生労働省が推奨している「日中活動の利用した日数を相談支援専門員に送ってもらうのがよさそう」など、ケアマネジメントを丁寧に行うことや、「訪問の数が多ければいいわけでもなく、面談の質が大事」「医療や福祉を見つつ、本人中心を外さないイメージが要る」、また、「再入院が悪いとは決めつけないで」「本人ニーズのところに目標を立てる関わりもあってもいい」など専門職としてのあるべき姿勢が語られた。

④本調査に関する意見（自由に）。

ここまでの話を受けて、【地域特性の違い】【セルフマネジメントの強化】【潜在的な課題へのシフトチェンジ】など、相談支援専門員としての幅広い視点からの自由な意見が出された。

【地域特性の違い】

「病床ゼロ地域に来て考え方も社会資源も全く違う」「大型病床の病院があって安易に入院に頼っていた」など、事業所が所在する地域の精神科医療機関の有無や病床数により支援計画が大きく変わることが語られた。

【セルフマネジメントの強化】

「計画相談支援が薄まっていけばいい」と、計画相談支援を相談支援専門員が担い続けることに固執せず、「分かった人はピアサポーターの力を借りてプランを作っていく」「あとは自分でやれるよ、という人たちを作っていけると思う」など、本人が主体的に支援を選択して活用できるような支援が念頭におかれている様子がうかがえた。

【潜在的な課題へのシフトチェンジ】

精神障害者の計画相談においては、今後とも「医療との連携が課題だと感じている」ことをはじめ、「にも包括（筆者註：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築）に

もつなげていかないと」など、所属機関が網羅する地域の連携体制の強化を課題視する声や、「病状が悪くなることを止めようとして監視のようになってしまう」「病棟が地域になっただけではダメだし」など、地域生活を送る精神障害者への生活支援における課題意識がうかがえた。

D.考察

1. 計画相談支援における相談支援専門員としての機能

本調査は、計画相談支援における精神科医療機関との連携や、再入院防止のための取組みに関して、5人の実践に基づく知見を分析したものである。

計画相談支援は、支援者チームによるサービス提供を管理し、モニタリングを行うマネジメントの機能を有しており、多職種の連携や調整の力、チームアプローチのためのネットワークを形成する力が求められる（小澤；2017，岩上；2018，国重；2019，曾根；2019）。全体を通して、インタビューの言葉からは、相談支援専門員として個別の支援における本人中心の意向を尊重したかわりを重視する傍らで、利用者が受診している精神科医療機関との連携はもとより、障害福祉サービス等および支援者のネットワーク作りとして、支援関係者間の連携を取り持つためのさまざまな工夫や多様な資源の活用を企図していることがうかがえた。

これらは計画相談支援に求められる重要な機能であり、5人のインタビューの実践の質は担保されていると捉えることができる。

2. 本人の状態把握と精神科医療機関との連携の工夫

インタビューの語りからは、利用者本人の生活状況や心身の状態を把握するための工夫をさまざまにしていることが明らかになった。これは、本人と接する機会が限られる計画相談支援の特性を踏まえたうえで、事態を

迅速かつ適切に把握するための仕掛けとして、e-mailの活用や日中活動の事業所との綿密な連絡体制の構築や、電話や面接技術の質的向上を志向していることなどに見られる工夫であり努力であるといえる。

また、本人のかかりつけ医療機関との連携において窓口として有効に機能するキーマンを見つけることや主治医等との情報共有のために受診に同行することにより、医療機関と地域支援関係者との間の敷居を低くし、本人の病状悪化の予兆があれば早期に医療的な介入へ導入することで、悪化を未然に防ぐよう企図されている。かかりつけ医を含む支援関係者間での顔の見える関係性の構築による連携は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」においても重要視されており、今後の計画相談支援のあり方を示唆してえるといえる。

3. 本人の意向の重視と、サービスの選択肢を増やす支援計画の立案

本調査では再発・再入院を防ぐための取り組みに焦点化してインタビューを行ったが、インタビューは、必ずしも「再入院を避けるべき」という固定観念を有しているわけではなく、病状が悪化した際に本人はどうして欲しいか、を中心に据えていることがわかった。そのためには、本人とクライシスプランを共有したり、ピアサポーターを支援者に加えることで本人の意思表示を下支えすることが望ましいと考えられる。

また、病状悪化時の対応として期日を決めた短期入院も選択肢に含みつつ、入院以外の方法としてグループホーム等のショートステイや医療スタッフが常駐する宿所提供施設の利用など、地域にある社会資源を柔軟に活用する発想と、必要であればこうした資源を新たに創出しようとする発想を有していることがわかった。ここには、支援計画を立案しようとする際に、既存の資源では補いきれないニーズについて、諦めてもらうのではなく、

本人の意向を尊重する姿勢を貫こうとする相談支援専門員の姿勢がよく表されている。

4. まとめ

今回の調査では、計画相談支援における再入院防止のための有効策について、現任の相談支援専門員の知見をもとに探索した。その結果、本人の希望を中心に据えた支援計画の立案、支援関係者間の連携強化やネットワーク構築のための情報共有の工夫、特に精神科医療機関と地域の支援関係者との間の敷居を下げるための工夫、本人の病状悪化を未然に防ぐための早期介入の仕掛け、病状悪化時に入院以外の方法を含む多様な選択肢の用意、などが成されていることが把握できた。

なお、これらの知見は、今回のインタビュー5人に特徴的なものであったが、それが個人の職歴や所属機関の特性に因るものなのか、計画相談支援を担う者に共通するものであるのかは、今後異なる属性の者を対象とした同様のインタビュー調査を重ねることで明らかにする必要があるが、今後の計画相談支援の質の向上に資する一定の示唆が得られたと考える。

E.健康危険情報

特記事項なし

F.研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

- ・安梅勅江（2001）『ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法』医歯薬出版
- ・安梅勅江（2010）『ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法Ⅲ/論文作成編』医歯薬出版
- ・小澤温『相談支援従事者研修のプログラム開発と評価に関する研究』（厚生労働科学研究費補助金研究報告書（平成28(2016)年度～29(2017)年度）
- ・岩上 洋一『精神科医療と障害福祉サービスとの連携：じりつの実践から(特集 障害者総合支援法と精神医療：障害福祉サービスを中心に)』日本精神科病院協会雑誌 37-5(2018年)pp464-469
- ・曾根直樹『障害者総合支援法について』刑政 130-5(2019年)pp14-26
- ・國重智宏『長期入院精神障害者の退院支援における相談支援事業所に勤務する精神保健福祉士の「かかわり」のプロセス』社会福祉学 59-4(2019年)pp30-40
- ・川村仁美、田村綾子『計画相談支援における相談支援専門員の役割と課題』聖学院大学論叢第33巻第1号・2号合併（2021年）pp181-196
- ・厚生労働省精神障害・保健課「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書（令和3年3月18日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000755200.pdf>

表1. インタビュー協力者の基本属性

	相談支援専門員の経験年数	所属事業所の実施事業	計画相談支援以外に兼務する事業	計画相談支援担当数／月
A	15年	基幹相談、委託相談、計画相談、一般相談（地域移行支援、地域定着支援）自立生活援助、障害児相談支援 ※一般社団法人	（管理者としては全て） 基幹、委託、計画・一般・自立生活援助・児童	10件程度 新規： 1～2件
B	1年	計画相談、一般相談（地域移行支援、地域定着支援）、障害児相談支援 ※医療法人の関連法人が設置する事業所	一般相談	20件 新規： 1～2件
C	7年	基幹相談、委託相談、計画相談・一般相談（地域移行支援、自立生活援助）、障害児 ※Aと同一事業所		25～35件 新規： 1～2件
D	13年	基幹相談、委託相談、一般相談（地域移行支援、地域定着支援）、特定相談、障害児相談支援、自立生活援助 ※社会福祉協議会の事業所	基幹相談、委託相談、一般相談、自立生活援助、障害児相談	2～5件
E	15年	計画相談、一般相談、地域相談（地域移行支援・地域定着支援）、自立生活援助、障害児、自治体単独事業 ※特定非営利活動法人	計画相談、一般相談、地域相談（地域移行・地域定着支援）、自立生活援助、障害児相談	35件

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍 なし

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
山口創生	優先すべきは治療か生活か?支援者が認識すること・できること	臨床心理学	21(1)	44-48	2021
山口創生	精神疾患患者の地域移行支援:エビデンスと多職種・多機関連携	精神科治療学	35(8)	799-806	2020
川村仁美 田村綾子	計画相談支援における相談支援専門員の役割と課題	聖学院大学論叢	33(1-2合併号)	181-196	2021
瀧本里香 吉田光爾	長期入院精神障がい者の地域移行・定着支援の現状と市区町村の類型化による比較:市区町村行政による退院支援システム構築に関する実態調査(その1)	精神障害とリハビリテーション	24(1)	90-97	2020
瀧本里香 吉田光爾	より良い長期入院精神障がい者退院支援システム構築の要因と市区町村行政の役割:市区町村行政による退院支援システム構築に関する実態調査(その2)	精神障害とリハビリテーション	24(2)	183-192	2020

相談支援事業所における精神障がい者へのサービス等利用計画 （計画相談支援）に関する実態調査①

研究代表者：吉田光爾¹⁾

研究協力者：○瀧本里香²⁾，

1) 東洋大学ライフデザイン学部， 2) 日本社会事業大学

要旨

目的：本研究は総合支援法のもと導入されたサービス等利用計画（計画相談支援）が現在どのような方に提供され、そのいかなる効果をもたらしているのかを明らかにすることを目的としている。本報告は全国の今後の調査・施策の基礎資料となるよう、全国の計画相談支援の利用者の実態を把握することを目的としている。

方法：全都道府県の相談支援事業所を人口比を考慮し無作為に抽出するとともに、全国相談支援専門員協会に精神科病院との連携が密な事業所を推薦いただき調査協力を依頼し、967事業所を対象とした（無作為抽出：895、推薦：72）。対象事業所へ2017年度に計画相談支援を導入し2年経過している対象者の基礎情報、導入前後2年間の入院・サービスの利用状況等を、事業所職員にWeb上での調査票にて回答を依頼した。

結果と考察：812事業所（事業所の廃止等や対象者が存在しないなど155事業所が除外）が対象となり、39都道府県の94事業所から回答を得た（回収率11.0%）。回答利用者数462名のうち、18歳～64歳の利用者409名を対象とした。利用者は平均年齢43.3歳で男女で利用者数・年齢に差はなかった。家族と同居が211人（51.6%）であったが、重要な家族構成員に支援を要する困難な問題を抱えている人も124人（30.5%）おり、家族を含めた支援の必要性が示唆されている。統合失調症圏（ICD-10：F2）は219人（53.6%）であった。【**医療期間との連携**】計画相談支援の導入時に医療機関のスタッフがケア会議に同席したのは151人（36.9%）で、サービス等利用計画の内容を医療機関も知っていたのは154人（37.7%）など、すべての項目で50%を超えたものはなく、医療機関との連携が進んでいない現状が明らかになった。【**入院の状況**】支援導入前2年間に入院があった方は135人（33.0%）で54人（13.2%）の方が1年以上入院をしており、うち40人が2年間入院をしていたが、導入後1年を超えたのは15人（3.7%）であった。総入院回数は導入前163回、導入後147回と大きく減ってはいるが、1人あたりの入院期間平均は15.2週から5.8週と減少しており、長期入院が抑制されている状況が示された。【**サービスの利用状況**】計画相談支援導入後に総合支援法に基づくサービスの多くで利用を増やしているが、特に居宅介護・自立訓練・就労継続支援B型事業所の利用や、グループホームの入居が増加し、医療に関わる支援では訪問看護が増加している（ $p<.000$ ）。1人あたりのサービス利用数・総量も増加しており、サービスの利用を促進している。【**ケア必要度**】本人の希望、支援者が必要と考えたものともに、「自分なりの社会的役割をもつ」が最も多く、実際の計画にも47.2%の人

に目標として設定されていた。ケア必要度を契約時と2年後を比較したところ、ケア必要度が低下していることが示された。

A. 研究の背景と目的

平成24(2012)年度に自立支援法(現総合支援法)に基づきサービス等利用計画(計画相談支援)、いわゆるケアマネジメントが制度上精神障害を持つ方々にも提供されるようになったが、欧米では1970年代からクリニカルモデルのケアマネジメントを基本にACT: Assertive Community Treatment など様々なインテンスモデルのケアマネジメントを発展させ導入している¹⁾。日本で先に導入された介護保険制度のケアマネジメントのような仲介型モデルのケアマネジメントでは、海外の調査では精神障がい者への効果は認められていないが²⁾、現行の障害者への計画相談支援が基本的なアセスメント・プランニング・モニタリングなど仲介型モデルに加えどのような支援を行い、どのような効果をあげているのかはこれまで検証されてきていない。また、民間の医療機関が多くを占め、医療に関わる支援との法体系も異なる日本の状況において、医療機関との連携の難しさがかつてより言われているが、通院や服薬の欠かせない精神疾患をもつ方に対してより効果的に計画相談支援が進めるためには、どのような医療との連携体制を構築すべきかは重要課題であり、現在その構築が求められている精神障害にも対応した包括的ケアシステムの中でも大きな位置を占めるであろう。本研究では計画相談支援の効果を明らかにしていくことを目的としているが、本報告では、まず、現在行われている計画相談支援の医療との連携や関連するサービスの利用状況を含め、利用者の状況など計画相談支援の現状を明らかにすることを目的とする。

B. 方法

1) 対象事業所

全都道府県の相談支援事業所から無作為抽出を行った。その際、人口比を考慮し、基準として人口が最小の島根県を2と設定し、各都道府県から人口に基づいて抽出数を設定し895事業所を対象とした。また、計画相談支援の実施には差が大きいこと。また、医療機関との連携が重要と言われているが、そのような連携を含め積極的に実施をしている事業所が無作為抽出によりまったく含まれなくなってしまう可能性を考慮し、全国相談支援専門員協会に精神科病院との連携が密であり、積極的に計画相談支援を行っている事業所を推薦いただき、72の事業所を追加し調査協力を依頼した。

事業所の廃止等や対象者が存在しないなど155事業所が除外となり、812事業所が対象となった。39都道府県の94事業所から回答を得た(回収率11.0%)。

2) 対象者

対象事業所で2017年度にサービス等利用計画の契約を行い2年経過している利用者すべてを対象とし、相談支援事業所の職員に対象者に関する回答を依頼した。回答利用者数462名のうち、18歳~64歳の利用者409名を対象とした。

3) 調査方法

Webによる調査を行った。対象となった相談支援事業所に調査の依頼文、調査サイトのアドレス、各事業所のID、パスワードを送付し、調査に協力頂ける場合はWeb上で登録を行い、調査票への入力を依頼した。回答はサイト上から送信してもらい回収した。

4) 期間

2020年11月~2021年2月に調査をし回収を行った。

5) 調査内容

①利用者の基礎情報

年齢・性別、住居形態や診断（ICD10 利用）合併症などについて尋ねた。

②本人の生活状況

生活上の課題などについて 15 項目を「あり」「なし」で尋ねた。

③導入の経緯

本人・家族からの依頼か、関係機関からの依頼によるものか、複数回答で尋ねた。

④主治医のいる医療機関との連携状況

医療機関との連絡の有無や、サービス等利用計画への医療機関の職員の参加の有無、情報提供の有無など 9 項目について尋ねた。

⑤入院の状況

計画相談支援の導入前後 2 年間の入院回数、入院形態や入院の理由について尋ねた。入院週数は 1 ヶ月を 4 週として計算した。

⑥サービス等の利用状況

入院と同様に計画相談支援導入前後 2 年間のサービスの利用状況について尋ねた。総合支援法による支援に加え、年金や生活保護などの受給状況、ハローワークを含む就労関係のサービス、自立支援医療や精神保健福祉手帳の利用状況、外来受診やデイケア、訪問看護などの医療に関わる支援の利用状況などについて、利用の有無や利用週数を尋ねた。

⑦ケア必要度

支援目標の希望と設定

ケア必要度の項目、1 自立生活能力：18 項目、2 緊急時の対応：2 項目、3 配慮が必要な社会行動：4 項目の中でサービス等利用計画作成時に検討された項目について尋ねた。またそれが本人の希望によるものか、支援者が必要と考えたものか、また、その項目を実際に目標に設定したかを尋ねた。

ケア必要度

契約時と契約から 2 年後の各項目の必要度（自立度）を、1：自立、2：ほぼ自立、3：得意に助言や援助、4：強い助言や援助、5：強力な働きかけの 5 段階で尋ねた。また、必要度を契約時と 2 年後で比較した。

6) 倫理的配慮

Web に登録することで調査への協力の同意を得たとする旨、説明文に明記した。対象者の情報は、事業所の職員に過去の記録に基づき尋ねるもので、対象者本人へ侵襲的にならないような形で行った。また、対象事業所内に利用者向けに本調査に協力している旨の告知・説明文を掲示してもらい、対象事業所の利用者が情報を調査に利用してほしくない場合は、職員に申し出て、情報の提供を拒否することができる旨を明記した。入力する情報は個人が特定できないよう ID 管理とし、個人と ID の対照表は各事業所にて管理し研究者にその情報は送信されないよう設定した。なお、本研究に関しては東洋大学倫理委員会の承認を得た。

C. 結果

1) 利用者の基礎情報

年齢・性別に関しては表 1 に示したが、男性が 216 人（52.8%）、平均年齢は男性 42.6 歳、女性 44.0 歳であった。性別・年齢に差はなかった。

① 住居形態（表 2）

家族と同居が 211 人（51.6%）で単身者は 100 人（24.5%）であった。

② 診断

ICD10 の分類で主診断を尋ねた所（表 3-1）、F2：統合失調症圏の対象者が 219 人（53.55%）と最も多く、ついで F3 気分感情障害が 65 人（15.9%）であった。表 3-2 で示したように、知的障害の重複がある人が 38 人（9.3%）、発達障害が 31 人（7.6%）おり、精神作用物質使用の重複も 10 人（2.4%）いた。

③ 身体疾患（表 3-3）

身体疾患の合併症では糖尿病が最も多かったが、34 人（8.9%）で男女差はなく、40～50 代が 26 人であった。

2) モニタリング・サービス担当者会議の頻度

サービス等利用計画のモニタリングは、1ヶ月に1回が最も多く29・3%であった。また、最も多い利用者で1ヶ月に6回が14人いたが、4~6ヶ月に1回程度の利用者も31人(7.6%)いた(表4)。

サービス担当者会議の頻度ではやはり月に1回程度が105人(25.67%)で最も多かった。

3) 生活上の課題

「一人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある」とされた利用者が303人(74.3%)おり、「6ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある(就労・就学・通所・家事などに参加できていない・社会的な役割がない)」とされた方は239人(58.9%)であった。また、家族への暴言・暴力がある方が108人(26.5%)や「重要な家族成員が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・貧困・障害・教育問題等)」が124人(30.5%)など、家族を含めた支援を必要とする方が多く見られた。また、病識が乏しいとされた方は163人(40.1%)にものぼっている。しかし、怠薬(15.7%)や受診の中断(15.0%)はそれほど多くないようである(表5)。

4) 相談・紹介の経路

計画相談支援を利用するに至った経路として、本人や家族からの直接相談は163人であった。そのうち、本人からは111人、家族からは72人であった。関係機関からの紹介は341人で、医療機関からは147人と最も多かった。市区町村からは94人、保健所からは最も少なく15人であった(表6)。

5) 医療機関との連携状況

主治医のいる医療機関との連携状況では、「相談支援の導入前に担当相談支援員に連絡がある」が最も多かったが、41.1%で半数に届かず、サービス等利用計画の内容を医療機

関も知っているのは37.7%であった。半数以上の利用者に関して、医療機関との連携が取れていない状況である。

6) 入院の状況

計画相談支援導入の前2年間で入院歴のあった人は135人(33.0%)、導入後に入院があった人は103人(25.2%)であった(表8-1)。

① 入院回数(表8-2)

計画相談支援導入前2年間の入院回数は、合計で163回、最も多い人で4回(1人0.2%)であったが、導入後も入院回数147回と大きく減少はしておらず、最も回数の多い人で、同様に4回で3人(0.7%)であった。

② 入院期間(表8-3)

計画相談支援導入前は一人あたりの総入院期間が平均15.2週であったが、導入後は5.8週であった。複数回入院している方もいるため、各入院ごとの入院期間を比較すると、支援導入前の入院(163回)の平均は38.1週であったが、導入後の入院(147回)の平均は16.2週であった。導入前は96週(1ヶ月4週で計算しているため2年間すべて)入院していた方が40人(9.8%)いたが、導入後2年間入院していた方は2人のみであった。また、導入後は1~8週間(2ヶ月以内の入院)の方が最も多く44人であった。

③ 入院病棟

導入前、163回の入院のうち急性期病棟への入院は63回(38.7%)で最多であったが、導入後は49回(33.3%)であり、救急や急性期以外の病棟に入院した人が最も多かった。

④ 入院形態

表8-5で示したが、導入前は医療保護入院が最も多く66回(40.5%)、任意入院は58回(35.6%)であったが、導入後は任意入院

が最も多く 76 回 (51.7%) と半数を超えていた。

⑤ 入院理由

入院となった理由としては、導入前後とも病状の再燃が最も多いが、休息入院が導入前の 11% から導入後 17.7% と増加していた (表 8-6)。

7) サービス等の利用状況

① サービスの利用の有無 (表 9-1～表 9-9)

計画相談支援導入前に何らかのサービスや給付等を利用していた方は 329 人であったが、総合支援法による支援で最も利用されていたのは就労継続支援 B 型で 52 人

(15.8%) であった。次いで地域活動支援センターが 34 人 (10.3%)、居宅介護 (ホームヘルプ) が 32 人 (9.73%) であった。

障害年金は、障害基礎年金が 138 人 (42.0%) 障害厚生年金が 44 人 (13.4%) と合わせると半数以上が年金を受給していた。生活保護は 82 人 (24.9%) であったが、一般就労の方も 22 人 (6.7%) いた。

精神障害者保健福祉手帳は 181 人 (55.0%) の方が所持しており、242 人 (73.6%) の方が外来を受診していた。訪問看護は 42 人 (12.8%) であった。

導入後のサービス等の利用については、何らかの支援を利用している人は 400 人であった。総合支援法内の支援では居宅介護、就労継続支援 B 型がやはり多いが、導入前に比べ利用者が増加しており、居宅介護は 106 人 (26.5%) で 4 人に一人は利用している。また B 型事業所は 193 人 (48.25%) と半数近い方が利用するようになっていた。自立訓練も、通所・宿泊ともに利用が増えている。地域移行支援や地域定着支援も増加しており、長期入院者への対応も示されている。生活保護や障害年金などの給付も数としては増えているが、統計的に有意差はない。一方、一般就労者は減っている傾向が見られる。医療に関わる支援では訪問看護が 105 人 (26.3%)

と増加しており、やはり 4 人に一人が利用するようになっている。

② サービスの利用総量 (週数×頻度)

提供されたサービスの総量を計画相談支援導入前と後で比較した。まずサービス利用の週数×頻度で各サービスの総量を出し、それらを合計し一人ずつのサービス総量を算出した。精神保健福祉手帳や年金など、利用頻度で測れないものは除外とした。

導入前のサービスの総量は平均 122.9 であったが、導入後は平均 388.3 と増加していることが示された。

8) ケア必要度

① 支援目標の希望と設定 (表 10-1、10-2)

支援目標の設定の際に「自分なりの社会的役割を持つ」という項目で、本人

(47.9%)・支援者 (39.9%) と、ともに最も希望が多く、支援目標のとしても 47.2% の人に設定されていた。しかし、社会資源の利用に関する 3 項目や、対人関係の 4 項目では、各項目 20% 前後本人からの希望があり、協調性 (近所・仕事場・施設等で他者と大きなトラブルを起こさない) が 15.4% 目標に設定されているが、他の項目では「公共機関・金融機関の利用」、「隣近所との付き合い」についてともに 4.4% など、実際の計画にあまり反映されていなかった。

② ケア必要度 (自立度)

計画相談支援導入前後で、自立を 1 として 5 段階で必要度を尋ねた。契約時、支援目標にも多くの人で設定されていた「自分なりの社会的役割を持つ」という項目で要援助の割合が高く 58.2% であった。支援導入 2 年後では 40.6% と改善されていることが示されているが、自立生活能力の項目の中では最も要援助の割合が高かった。また、身体健康の管理や生活リズムなども 45% の人で契約時要援助とされていたが、同様に 2 年後には要援助の割合は 35.5%、37.4% と割合が下がっている。その他の項目でも契約から 2 年後に

はケア必要度が下がっている。(表 11-1～表 11-4)

ケア必要度の平均を見ると契約時に要援助である3点を超えている項目は2項目のみであり、2年後で3を超えている項目はなかった。今回のケア必要度では比較的自立度が高いことが示された。

D. 考察

1) 計画相談支援の利用者像

今回の調査では、コロナ禍の中での調査ということもあり、回収率が想定より低かったが、計画相談支援を契約利用している方は、性別、年代に大きな偏りはなく、統合失調症圏(F2)の方が半数をしめていた。これは概ね全国各地域での支援の現状と乖離していないのではないだろうか。今年度の本報告は、今後計画相談支援や精神障害にも対応した包括的ケアシステムの構築に向けた基礎情報としても活用されることが望まれる。

生活上の課題で「一人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある」とされた利用者が74.3%であったが、ケア必要度の自立生活能力では、各項目とも自立度はそれほど低くなかった。何をもち「重大な問題がある」とするのか、今後詳細な効果の調査を行うに当たり、検討する必要がある。しかし「6ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある」とされた方は58.9%であったが、ケア必要度でも社会的役割や時間の活用が要援助であるとされた方が多く、そこに支援目標を設定し、支援が行われていた。このような支援目標から、就労継続支援B型の増加が説明がつくのではないだろうか。しかし、一般就労が減ったり、単に総合支援法内の支援に結びつけるだけでは仲介型モデルの域から出ず、制度内サービスの利用の有無だけでなく、利用者の希望に沿った社会参加が行われているのかな

どを調査していく必要がある。また、家族と同居し、なおかつ家族に課題を抱えている利用者も多く見られる。家族を含めた支援などがどのように行われているのかも確認していく必要があるであろう。

2) 医療機関との連携と入院

医療機関との連携に関しては、表7で示したが、計画相談支援の紹介経路で医療機関が最も多いなど、全くやり取りができないわけではないようであるが、具体的なケア会議への参加などとなると実施率が低くなる。また、サービス等利用計画の内容が医療機関と共有されていないことも多いことが明らかになったが、計画相談支援が総合支援法のサービス利用のために必要というだけでなく、本来の医療・保健・福祉を統合したケアマネジメントの役割を果たしていけるようにするためには、医療機関と連携し計画(ケアプラン)を作成、共有していくことが求められる。

入院に関する調査からは、計画相談支援の導入後、個々の入院期間が短縮していることが明らかになった。しかし、実際の入院回数自体は減っていない。また、任意入院や休息入院が若干であるが増えているようすから、入院が「治療を受ける場所」としてだけでなく、「一時的な休息やストレスからの退避場所」としても利用されている。この状況の良し悪しは別として、世界的に有数の精神科病床を「うまく活用」することも医療機関との連携のひとつとなっているのではないだろうか。しかしこのような医療機関の利用が地域の支援、特にケア必要度などの高い人達への地域支援の発展向上を遅らせないように、地域で休息やストレスからの一時的な退避ができるような支援を創設していく必要があるだろう。

3) 本人の希望の反映

支援目標の設定に関して、ケア必要度の項目などでは、本人が希望していても実際に目

標には設定されていない項目も多く見られた。特に対人関係の項目などは、支援の必要性は支援者側も考えられていても、目標設定されたのは数%であったりする。計画相談支援のケアプランを字義通り「サービス等利用計画」と捉えてしまうと、対人関係、コミュニケーション方法の解決などはうまく文面には当てはまらないのかもしれない、実際にはインフォーマルな形などで行われていることもあるだろう。本人が求めるものが必ずしも現行のサービスで補われるものとは限らず、相談支援専門員（ケアマネジャー）が、自身も直接サービスの提供者として制度の狭間で本人の希望に沿った支援が行えているのか、ケアマネジャーの支援の詳細も調査をしていく必要があるだろう。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 長期入院精神障がい者の地域移行・定着支援の現状と市区町村の類型化による比較：市区町村行政による退院支援システム構築に関する実態調査(その1). 精神障害とリハビリテーション 24(1):90-97, 2020

2) より良い長期入院精神障がい者退院支援システム構築の要因と市区町村行政の役

割：市区町村行政による退院支援システム構築に関する実態調査(その2). 精神障害とリハビリテーション 24(2):183-192, 2020

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

文献

1) K. T. Mueser, G. R. Bond, R. E. Drake and S. G. Resnick: Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. Schizophrenia Bull 1998 Vol. 24 Issue 1 Pages 37-74

2) J. R. Bedell, N. L. Cohen and A. Sullivan: Case management: the current best practices and the next generation of innovation. Community Mental Health J 2000 Vol. 36 Issue 2 Pages 179-94

表1 利用者の性別・年齢

性別			年齢				
			mean	sd	max	min	p50
男	216	52.8%	42.6	11.5	64	18	44
女	193	47.2%	44.0	11.2	64	18	45
Total	409		43.3	11.4	64	18	44

表2 居住状況

	Freq.	Percent
家族同居	211	51.59
単身	100	24.45
GH など施設	66	16.14
その他	29	7.09
不明	3	0.73
Total	409	100

表 3-1 診断別人数：主診断

	Freq.	Percent
F0 症状性を含む器質性精神障害	3	0.73
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	9	2.2
F2 統合失調症・統合失調型障害および妄想性障害	219	53.55
F3 気分（感情）障害	65	15.89
F4 神経症性障害・ストレス関連障害及び身体表現性障害	8	1.96
F7 精神遅滞（知的障害）	7	1.71
F8 心理的発達障害	3	0.73
F9 特定不能	1	0.24
不明	94	22.98
Total	409	100

表 3-2 診断別診断：重複診断

	Freq.	Percent
1：無し	317	77.51
2：精神作用物質使用	10	2.44
3：知的障害	38	9.29
4：発達障害	31	7.58
不明	13	3.18
Total	409	100

表 3-3 管理が必要な身体疾患

	Freq.	Percent
1：無し	309	80.47
2：循環器	7	1.82
3：脳血管	4	1.04
4：末梢血管	1	0.26
5：糖尿病	34	8.85
6：泌尿器	2	0.52
7：肝疾患	8	2.08
9：慢性肺	5	1.3
11：婦人科疾患	14	3.65
不明	25	6.11
Total	409	100

表 4-1 モニタリング・サービス担当者会議の回数

	回答数	平均	sd	最大	最小	中央値
モニタリング頻度 /月	328	1.21	1.41	6	0	1
サービス担当者会議の回数 /月	304	0.79	1.36	12	0	0.3

表 4-2 モニタリング頻度人数

0回	55	13.5 %
4~6 ヶ月に1回	31	7.6 %
2~3 ヶ月に1回	48	11.7 %
1 ヶ月に1回	120	29.3 %
1 ヶ月に2回	15	3.7 %
1 ヶ月に3回	42	10.3 %
1 ヶ月に4回	2	0.5 %
1 ヶ月に5回	1	0.2 %
1 ヶ月に6回	14	3.4 %
不明	81	19.8 %
Total	409	100.0 %

表 4-3 サービス担当者会議の回数

0回	85	20.78 %
8~12 ヶ月に1回	15	3.67 %
4~6 ヶ月に1回	14	3.42 %
2~3 ヶ月に1回	33	8.07 %
1 ヶ月に1回	105	25.67 %
1 ヶ月に2回	5	1.22 %
1 ヶ月に3回	12	2.93 %
1 ヶ月に6回以上	10	2.44 %
不明	105	25.67 %
Total	409	100 %

表5 日常生活状況

生活上の課題	あり		なし		不明		Total
1) 福祉サービスの利用が必要 or 既に利用していた	262	64.1%	143	35.0%	4	1.0%	409
2) 6ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある(就労・就学・通所・家事などに参加できていない。社会的な役割がない)	239	58.9%	153	37.7%	14	3.4%	406
3) 一人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある (栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・移動・書類等管理などに問題があり、他者の支援が必要である)	303	74.3%	97	23.8%	8	2.0%	408
4) 行方不明・住居の喪失・立ち退き・ホームレスになるなどがある	43	10.5%	360	88.0%	6	1.5%	409
5) 自傷・自殺企図	60	14.8%	329	81.2%	16	4.0%	405
6) 重要な家族成員・同居者への暴言・暴力/拒絶等がある	108	26.5%	288	70.6%	12	2.9%	408
7) 警察・保健所の介入がある	75	18.4%	321	78.9%	11	2.7%	407
8) 怠業が2ヶ月以上あった	64	15.7%	319	78.2%	25	6.1%	408
9) 外来受診をしていないことが2ヶ月以上あった	61	15.0%	316	77.8%	29	7.1%	406
10) 病気についての知識が乏しい・治療の必要性を理解していない(該当する場合は「あり」)	163	40.1%	225	55.4%	18	4.4%	406
11) 直近の入院は措置入院・緊急措置入院・医療観察法の入院である	62	15.2%	324	79.6%	21	5.2%	407
12) 日常必需品の購入・光熱水費・医療費等の支払に経済的問題がある	106	26.0%	293	72.0%	8	2.0%	407
13) 家賃の支払いに経済的問題がある	60	14.7%	336	82.6%	11	2.7%	407
14) 家族の支援が無い(家族が拒否・非協力・天涯孤独)(該当する場合は「あり」)	122	30.0%	271	66.6%	14	3.4%	407
15) 重要な家族成員が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・貧困・障害・教育問題等)	124	30.5%	268	65.8%	15	3.7%	407

表6 相談・紹介経路

(重複回答あり)	あり	なし	Total
本人・家族による直接相談 n=163			
本人による直接相談	111	52	163
家族による直接相談	72	91	163
関係機関からの紹介 n=341			
医療機関より	147	194	341
市町村より	94	247	341
保健所より	15	326	341
他機関より	123	218	341

表 7 主治医のいる医療機関との連携

	あり		なし		Total
相談支援の導入前に担当相談支援員に連絡がある	168	41.1%	241	58.9%	409
相談支援の導入時のケア会議に医療機関スタッフが同席する (同席職種：医師・PSW・他)	151	36.9%	258	63.1%	409
サービス等利用計画の作成に医療機関も参加している	94	23.0%	315	77.0%	409
サービス等利用計画の内容を医療機関も知っている	154	37.7%	255	62.3%	409
外来受診時に同行・診察に同席できる（医療従事者と同席）	160	39.1%	249	60.9%	409
外来時に限らず、主治医との面談を行う	87	21.3%	322	78.7%	409
主治医のいる医療機関の訪問看護部門と連携している	76	18.6%	333	81.4%	409
医療機関から文章による情報提供を受けた	136	33.3%	273	66.7%	409
医療機関に文章による情報提供を実施した	67	16.4%	342	83.6%	409

表 8-1 一人あたり入院週数

(注：4週=1ヶ月として質問している)

	契約前 2 年間		契約後 2 年間	
	Freq.	Percent	Freq.	Percent
なし	274	66.99	306	74.82
1～8 週間	26	6.36	44	10.76
9～24 週間	36	8.8	24	5.87
25～48 週間	19	4.65	20	4.89
49～72 週間	9	2.2	9	2.2
73～95 週間	5	1.22	4	0.98
96 週間 (2 年間)	40	9.78	2	0.49
Total	409	100	409	100

表 8-2 一人あたりの入院回数

	契約前 2 年間		契約後 2 年間	
	Freq.	Percent	Freq.	Percent
なし	274	66.99	306	74.82
1 回	112	27.38	72	17.6
2 回	16	3.91	21	5.13
3 回	6	1.47	7	1.71
4 回	1	0.24	3	0.73
Total	409	100	409	100

表 8-3 一人あたり入院週数前後比較

n=409	平均週数	se.	sd.		
契約前入院週数	15.20	1.51	30.62		
契約後入院週数	5.83	0.77	15.62	t=6.69	p<.000

表 8-4 総入院回数と週数

	総入院回数	平均入院週数	sd.	最長	最短
契約前入院	163	38.1	14.4	96	1
契約後入院	147	16.2	2.8	96	1

表 8-5 各入院毎入院形態

	任意	医療保護	措置	緊急措置	応急	司法等	不明	合計
契約前入院	58	66	11	1	0	7	20	163
	35.6%	40.5%	6.7%	0.6%	0	4.3%	12.3%	100%
契約後入院	76	53	6	1	1	3	7	147
	51.7%	36.1%	4.1%	0.7%	0.7%	2.0%	4.8%	100%

表 8-6 各入院毎入院理由

	症状再燃	休息	セルフネグレクト	自傷	他害	犯罪行為	不明	合計
契約前入院	104	19	5	8	6	9	12	163
	63.8%	11.7%	3.1%	4.9%	3.7%	5.5%	7.4%	100%
契約後入院	84	26	4	10	6	4	13	147
	57.1%	17.7%	2.7%	6.8%	4.1%	2.7%	8.8%	100%

表 9-1 サービス利用の有無：介護給付

サービス利用なし（または不明） 契約前=80 契約後=9

	契約前 2 年間 (n=329)				契約後 2 年間 (n=400)				z=	p=
	あり		なし		あり		なし			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
居宅介護（ホームヘルプ）	32	9.7	297	90.3	106	26.5	294	73.5	-5.75	.000 *
重度訪問介護	0	0.0	329	100.0	0	0.0	400	100.0		
同行援護	1	0.3	328	99.7	1	0.3	399	99.8	0.14	.890
行動援護	0	0.0	329	100.0	0	0.0	400	100.0		
重度障害者等包括支援	0	0.0	329	100.0	0	0.0	400	100.0		
療養介護	0	0.0	329	100.0	0	0.0	400	100.0		
生活介護	7	2.1	322	97.9	23	5.8	377	94.3	-2.45	.014 *
施設入所支援	3	0.9	326	99.1	4	1.0	396	99.0	-0.12	.903
短期入所	5	1.5	324	98.5	17	4.3	383	95.8	-2.14	.032 *

表 9-2 サービス利用の有無：訓練等給付

	契約前 2 年間 (n=329)				契約後 2 年間 (n=400)				z=	p=
	あり		なし		あり		なし			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
自立訓練（通所・訪問）	4	1.2	325	98.8	45	11.3	355	88.8	-5.38	.000 *
自立訓練（宿泊）	2	0.6	327	99.4	28	7.0	372	93.0	-4.32	.000 *
就労移行支援	5	1.5	324	98.5	44	11.0	356	89.0	-5.09	.000 *
就労定着支援	0	0	329	100.0	3	0.8	397	99.3	-1.57	.116
就労継続支援 A 型	15	4.6	314	95.4	28	7.0	372	93.0	-1.39	.164
就労継続支援 B 型	52	15.8	277	84.2	193	48.3	207	51.8	-9.23	.000 *
共同生活援助	12	3.6	317	96.4	70	17.5	330	82.5	-5.89	.000 *
自立生活援助	0	0	329	100.0	4	1.0	396	99.0	-1.82	.069 †

表 9-3 サービス利用の有無：相談支援

	契約前 2 年間 (n=329)				契約後 2 年間 (n=400)				z=	p=
	あり		なし		あり		なし			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
地域移行支援	3	0.9	326	99.1	26	6.5	374	93.5	-3.84	.000 *
地域定着支援	0	0.0	329	100.0	9	2.3	391	97.8	-2.74	.006 *

表 9-4 サービス利用の有無：地域生活支援事業

	契約前 2 年間 (n=329)				契約後 2 年間 (n=400)				z=	p=
	あり		なし		あり		なし			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
地域活動支援センター	34	10.3	295	89.7	45	11.3	355	88.8	-0.40	.692
居住サポート事業	0	0.0	329	100.0	0	0.0	400	100.0		
その他 (以下内訳)	3	0.9	326	99.1	10	2.5	390	97.5	-0.61	.107
救護施設	1	0.3								
社会適応訓練事業	1	0.3								
移動支援	1	0.3			3	0.8				
日中ショート					1	0.3				
日中一時支援					4	1.0				
社会適応訓練事業					1	0.3				
障がい者自発的活動事業					1	0.3				

表 9-5 サービス利用の有無：就労支援

	契約前 2 年間 (n=329)				契約後 2 年間 (n=400)				z=	p=
	あり		なし		あり		なし			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
障害者就業・生活支援センター	12	3.7	317	96.4	24	6.0	376	94.0	-1.46	.145
ハローワーク	20	6.1	309	93.9	24	6.0	376	94.0	0.04	.964
障害者職業センター	0	0.0	329	100.0	3	0.8	397	99.3	-1.57	.116
一般就労 (障害者雇用含む)	22	6.7	307	93.3	15	3.8	385	96.3	1.80	.072 †

表 9-6 サービス利用の有無：手帳・自立支援医療

	契約前 2 年間 (n=329)				契約後 2 年間 (n=400)				z=	p=
	あり		なし		あり		なし			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
精神障害者保健福祉手帳	181	55.0	148	45.0	225	56	175	43.8	-0.33	.738
自立支援医療	177	53.8	152	46.2	234	59	166	41.5	-1.27	.203

表 9-7 サービス利用の有無：年金等

	契約前 2 年間 (n=329)				契約後 2 年間 (n=400)				z=	p=
	あり		なし		あり		なし			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
生活保護	82	24.9	247	75.1	105	26.3	295	73.8	-0.41	.683
障害基礎年金	138	42.0	191	58.1	183	45.8	217	54.3	-1.03	.303
障害厚生年金	44	13.4	285	86.6	52	13.0	348	87.0	0.15	.882
その他手当・年金 (以下内訳)	5	1.5	324	98.5	7	1.8	393	98.3	-0.24	.808
企業年金	1	0.3			1	0.3				
特別障害者給付金	1	0.3			1	0.3				
福祉手当	1	0.3			1	0.3				
障害共済年金	1	0.3			1	0.3				
難病	1	0.3			1	0.3				
傷病手当					1	0.3				
労災保険					1	0.3				

表 9-8 サービス利用の有無：医療

n=329	契約前 2 年間 (n=329)				契約後 2 年間 (n=400)				z=	p=
	あり		なし		あり		なし			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
外来診察	242	73.6	87	26.4	309	77	91	22.8	-1.16	.248
デイケア	37	11.3	292	88.8	59	15	341	85.3	-1.39	.164
訪問看護	42	12.8	287	87.2	105	26	295	73.8	-4.52	.000 *

表 9-9 サービスの利用の有無：その他

	契約前 2 年間 (n=329)				契約後 2 年間 (n=400)				z=	p=
	あり		なし		あり		なし			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
n=329										
市区町村自治体窓口相談	42	12.8	287	87.2	48	12	352	88.0	0.31	.754
保健所・保健センター	26	7.9	303	92.1	29	7	371	92.8	0.33	.740
精神保健福祉センター	2	0.6	327	99.4	5	1	395	98.8	-0.88	.376
自治体の委託相談支援	24	7.3	305	92.7	32	8	368	92.0	-0.36	.722
成年後見制度	9	2.7	320	97.3	11	3	389	97.3	-0.01	.991
日常生活自立支援事業	6	1.8	323	98.2	13	3	387	96.8	-1.20	.229

表 10-1 支援目標の希望と設定：自立生活能力

	n=409		本人の希望		支援者が必要 と考えた		実際に目標 として設定		設定せず 不明	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
a. 身の回りのこと										
1) 食事をとる（偏りすぎない充分な量の食事をとることができる）	96	23.5%	92	22.5%	59	14.4%	228	55.7%		
2) 生活リズム（起床時間など自分なりの生活リズムが確率している）	120	29.3%	135	33.0%	117	28.6%	170	41.6%		
3) 個人衛生（洗面、整髪、ひげ剃り、入浴などを自主的にこなす）	75	18.3%	75	18.3%	39	9.5%	258	63.1%		
4) 自室の清掃やかたづけ（必要に応じて掃除や片づけができる）	97	23.7%	99	24.2%	82	20.0%	221	54.0%		
5) 金銭管理（1ヶ月程度のやりくりが自分でできる）	98	24.0%	109	26.7%	80	19.6%	214	52.3%		
b. 安全の管理										
1) 火の始末（タバコ、こたつ、ストーブなどの火の始末ができる）	74	18.1%	43	10.5%	6	1.5%	292	71.4%		
2) 大切な物の管理（めったに大切な物をなくしたり、忘れてしまわない）	75	18.3%	50	12.2%	16	3.9%	285	69.7%		
c. 健康の管理										
1) 服薬管理（適切に自分で管理している）	95	23.2%	124	30.3%	92	22.5%	196	47.9%		
2) 身体健康の管理（必要な療養行動や必要時の安静をとれる）	122	29.8%	141	34.5%	128	31.3%	167	40.8%		
d. 社会資源の利用										
1) 交通機関の利用（バス・電車等の未知の路線を利用できる）	83	20.3%	44	10.8%	16	3.9%	286	69.9%		
2) 公共機関・金融機関の利用（役所、郵便局、銀行などを利用できる）	82	20.0%	49	12.0%	18	4.4%	282	68.9%		
3) 電話の利用（必要に応じて電話を使用できる）	80	19.6%	28	6.8%	8	2.0%	300	73.3%		
e. 対人関係										
1) となり近所との付き合い（あいさつなど最低限の近所付き合い）	82	20.0%	62	15.2%	18	4.4%	267	65.3%		
2) 協調性（近所・仕事場・施設等で他者と大きなトラブルを起こさない）	80	19.6%	106	25.9%	63	15.4%	225	55.0%		
3) 自発性（必要に応じて誰に対しても自分から話せる）	84	20.5%	81	19.8%	52	12.7%	242	59.2%		
4) 友人等との付き合い（自分から友人をつくり継続して付き合う）	89	21.8%	72	17.6%	40	9.8%	249	60.9%		
f. 社会的役割・時間の活用										
1) 自分なりの社会的役割をもつ（就労、作業所への通所などができる）	196	47.9%	163	39.9%	193	47.2%	107	26.2%		
2) 自由時間の過ごし方（趣味をもち、自主的に行っている）	121	29.6%	80	19.6%	67	16.4%	221	54.0%		

表 10-2 支援目標の希望と設定：緊急時の対応・配慮が必要な社会行動

	本人の希望		支援者が必要と考えた		実際に目標として設定		設定せず不明	
g. 緊急時の対応								
1) 心配ごと（ストレスを受けた場合）の相談（誰かに援助を求める）	153	37.4%	155	37.9%	155	37.9%	136	33.3%
2) 悪化時の対処（誰かに相談したり医療機関を訪れる）	111	27.1%	152	37.2%	136	33.3%	166	40.6%
h. 配慮が必要な社会行動								
1) 会話の不適切さ	78	19.1%	55	13.4%	23	5.6%	273	66.7%
2) マナー（食堂や交通機関など公共の場所で常識的なマナーを配慮できない）	73	17.8%	36	8.8%	11	2.7%	294	71.9%
3) 自殺ないし自傷の念慮や行為（自殺を口にするなど）	79	19.3%	40	9.8%	16	3.9%	290	70.9%
4) その他社会適応を妨げる行動	76	18.6%	59	14.4%	32	7.8%	270	66.0%

表 11-1 契約時ケア必要度（自立度）：自立生活能力

n=409	1：自立		2：ほぼ自立		要援助							
					3：ときに助言や援助		4：強い助言や援助		5：強力な働きかけ		不明・不詳	
a. 身の回りのこと												
1) 食事をとる（偏りすぎない充分な量の食事をとることができる）	130	31.8%	78	19.1%	79	19.3%	26	6.4%	18	4.4%	78	19.1%
2) 生活リズム（起床時間など自分なりの生活リズムが確率している）	77	18.8%	88	21.5%	110	26.9%	53	13.0%	21	5.1%	60	14.7%
3) 個人衛生（洗面、整髪、ひげ剃り、入浴などを自主的におこなう）	118	28.9%	83	20.3%	69	16.9%	39	9.5%	19	4.6%	81	19.8%
4) 自室の清掃やかたづけ（必要に応じて掃除や片づけができる）	86	21.0%	75	18.3%	91	22.2%	42	10.3%	37	9.0%	78	19.1%
5) 金銭管理（1ヶ月程度のやりくりが自分でできる）	92	22.5%	73	17.8%	83	20.3%	37	9.0%	41	10.0%	83	20.3%
b. 安全の管理												
1) 火の始末（タバコ、こたつ、ストーブなどの火の始末ができる）	184	45.0%	70	17.1%	34	8.3%	9	2.2%	14	3.4%	98	24.0%
2) 大切な物の管理（めったに大切な物をなくしたり、忘れてしまわない）	145	35.5%	86	21.0%	46	11.2%	16	3.9%	16	3.9%	100	24.4%
c. 健康の管理												
1) 服薬管理（適切に自分で管理している）	101	24.7%	81	19.8%	75	18.3%	41	10.0%	30	7.3%	81	19.8%
2) 身体健康の管理（必要な療養行動や必要時の安静をとれる）	74	18.1%	74	18.1%	117	28.6%	36	8.8%	32	7.8%	76	18.6%
d. 社会資源の利用												
1) 交通機関の利用（バス・電車等の未知の路線を利用できる）	140	34.2%	73	17.8%	39	9.5%	19	4.6%	21	5.1%	117	28.6%
2) 公共機関・金融機関の利用（役所、郵便局、銀行などを利用できる）	143	35.0%	69	16.9%	48	11.7%	26	6.4%	26	6.4%	97	23.7%
3) 電話の利用（必要に応じて電話を使用できる）	178	43.5%	81	19.8%	32	7.8%	10	2.4%	18	4.4%	90	22.0%

(表 11-1 つづき)

	1: 自立		2: ほぼ自立		要援助							
					3: ときに助言や援助		4: 強い助言や援助		5: 強力な働きかけ		不明・不詳	
e. 対人関係												
1) となり近所との付き合い（あいさつなど最低限の近所付き合い）	86	21.0%	74	18.1%	70	17.1%	14	3.4%	16	3.9%	149	36.4%
2) 協調性（近所・仕事場・施設等で他者と大きなトラブルを起こさない）	62	15.2%	70	17.1%	130	31.8%	37	9.0%	21	5.1%	89	21.8%
3) 自発性（必要に応じて誰に対しても自分から話せる）	75	18.3%	72	17.6%	103	25.2%	42	10.3%	22	5.4%	95	23.2%
4) 友人等との付き合い（自分から友人をつくり継続して付き合う）	67	16.4%	61	14.9%	101	24.7%	34	8.3%	26	6.4%	120	29.3%
f. 社会的役割・時間の活用												
1) 自分なりの社会的役割をもつ（就労、作業所への通所などができる）	44	10.8%	66	16.1%	131	32.0%	63	15.4%	44	10.8%	61	14.9%
2) 自由時間の過ごし方（趣味をもち、自主的にやっている）	96	23.5%	89	21.8%	82	20.0%	31	7.6%	19	4.6%	92	22.5%

表 11-2 契約時ケア必要度（自立度）：緊急時の対応・配慮が必要な社会行動

n=409	1: 自立		2: ほぼ自立		要援助					不明・不詳		
					3: ときに助言 や援助	4: 強い助言や 援助	5: 強力な働きか け					
g. 緊急時の対応												
1) 心配ごと（ストレスを受けた場合）の相談（誰かに援助を求める）	42	10.3%	73	17.8%	139	34.0%	48	11.7%	43	10.5%	64	15.6%
2) 悪化時の対処（誰かに相談したり医療機関を訪れる）	33	8.1%	65	15.9%	117	28.6%	60	14.7%	51	12.5%	83	20.3%
h. 配慮が必要な社会行動												
1) 会話の不適切さ	187	45.7%	42	10.3%	52	12.7%	20	4.9%	14	3.4%	94	23.0%
2) マナー（食堂や交通機関など公共の場所で常識的なマナーを配慮できない）	230	56.2%	33	8.1%	28	6.8%	11	2.7%	11	2.7%	96	23.5%
3) 自殺ないし自傷の念慮や行為（自殺を口にするなど）	242	59.2%	37	9.0%	13	3.2%	12	2.9%	13	3.2%	92	22.5%
4) その他社会適応を妨げる行動	206	50.4%	54	13.2%	28	6.8%	16	3.9%	23	5.6%	82	20.0%

表 11-3 契約から2年後のケア必要度（自立度）：自立生活能力

	1：自立		2：ほぼ自立		要援助						不明	
	人数	割合	人数	割合	3：ときに助言や援助		4：強い助言や援助		5：強力な働きかけ		人数	割合
a. 身の回りのこと												
1) 食事をとる（偏りすぎない充分な量の食事をとることができる）	128	31.3%	72	17.6%	81	19.8%	19	4.6%	12	2.9%	97	23.7%
2) 生活リズム（起床時間など自分なりの生活リズムが確率している）	89	21.8%	89	21.8%	106	25.9%	35	8.6%	12	2.9%	78	19.1%
3) 個人衛生（洗面、整髪、ひげ剃り、入浴などを自主的におこなう）	122	29.8%	87	21.3%	56	13.7%	32	7.8%	14	3.4%	98	24.0%
4) 自室の清掃やかたづけ（必要に応じて掃除や片づけができる）	87	21.3%	75	18.3%	91	22.2%	41	10.0%	23	5.6%	92	22.5%
5) 金銭管理（1ヶ月程度のやりくりが自分でできる）	96	23.5%	76	18.6%	75	18.3%	34	8.3%	31	7.6%	97	23.7%
b. 安全の管理												
1) 火の始末（タバコ、こたつ、ストーブなどの火の始末ができる）	175	42.8%	69	16.9%	30	7.3%	5	1.2%	13	3.2%	117	28.6%
2) 大切な物の管理（めったに大切な物をなくしたり、忘れてたりしない）	143	35.0%	85	20.8%	43	10.5%	15	3.7%	13	3.2%	110	26.9%
c. 健康の管理												
1) 服薬管理（適切に自分で管理している）	104	25.4%	100	24.4%	71	17.4%	26	6.4%	19	4.6%	89	21.8%
2) 身体健康の管理（必要な療養行動や必要時の安静をとれる）	79	19.3%	107	26.2%	99	24.2%	26	6.4%	20	4.9%	78	19.1%
d. 社会資源の利用												
1) 交通機関の利用（バス・電車等の未知の路線を利用できる）	137	33.5%	68	16.6%	34	8.3%	18	4.4%	16	3.9%	136	33.3%
2) 公共機関・金融機関の利用（役所、郵便局、銀行などを利用できる）	134	32.8%	68	16.6%	49	12.0%	25	6.1%	20	4.9%	113	27.6%
3) 電話の利用（必要に応じて電話を使用できる）	174	42.5%	73	17.8%	27	6.6%	8	2.0%	14	3.4%	113	27.6%

(表 11-3 つづき)

	1：自立		2：ほぼ自立		要援助						不明	
	人数	割合	人数	割合	3：ときに助言や援助		4：強い助言や援助		5：強力な働きかけ		人数	割合
e. 対人関係												
1) となり近所との付き合い（あいさつなど最低限の近所付き合い）	86	21.0%	80	19.6%	60	14.7%	14	3.4%	13	3.2%	156	38.1%
2) 協調性（近所・仕事場・施設等で他者と大きなトラブルを起こさない）	68	16.6%	85	20.8%	109	26.7%	28	6.8%	17	4.2%	102	24.9%
3) 自発性（必要に応じて誰に対しても自分から話せる）	77	18.8%	83	20.3%	94	23.0%	31	7.6%	16	3.9%	108	26.4%
4) 友人等との付き合い（自分から友人をつくり継続して付き合い合う）	67	16.4%	69	16.9%	97	23.7%	22	5.4%	19	4.6%	135	33.0%
f. 社会的役割・時間の活用												
1) 自分なりの社会的役割をもつ（就労、作業所への通所などができる）	68	16.6%	102	24.9%	101	24.7%	38	9.3%	27	6.6%	21	5.1%
2) 自由時間の過ごし方（趣味をもち、自主的に行っている）	105	25.7%	97	23.7%	64	15.6%	19	4.6%	16	3.9%	24	5.9%

表 11-4 契約から2年後のケア必要度（自立度）：緊急時の対応・配慮が必要な社会行動

	1: 自立		2: ほぼ自立		要援助							
					3: ときに助言や援助			4: 強い助言や援助		5: 強力な働きかけ	不明・不詳	
g. 緊急時の対応												
1) 心配ごと（ストレスを受けた場合）の相談（誰かに援助を求める）	46	11.2%	107	26.2%	131	32.0%	30	7.3%	27	6.6%	68	16.6%
2) 悪化時の対処（誰かに相談したり医療機関を訪れる）	39	9.5%	91	22.2%	115	28.1%	47	11.5%	33	8.1%	84	20.5%
h. 配慮が必要な社会行動												
1) 会話の不適切さ	196	47.9%	38	9.3%	51	12.5%	11	2.7%	7	1.7%	106	25.9%
2) マナー（食堂や交通機関など公共の場所で常識的なマナーを配慮できない）	232	56.7%	32	7.8%	25	6.1%	7	1.7%	5	1.2%	108	26.4%
3) 自殺ないし自傷の念慮や行為（自殺を口にするなど）	256	62.6%	27	6.6%	15	3.7%	3	0.7%	5	1.2%	103	25.2%
4) その他社会適応を妨げる行動	220	53.8%	39	9.5%	31	7.6%	14	3.4%	11	2.7%	94	23.0%

表 11-5 ケア必要度（自立度）推移：自立生活能力

	契約時				契約から2年後			
	回答数	平均	sd.	中央値	回答数	平均	sd.	中央値
a. 身の回りのこと								
1) 食事をとる（偏りすぎない充分な量の食事をとることができる）	344	2.2	1.2	2	325	2.1	1.1	2
2) 生活リズム（起床時間など自分なりの生活リズムが確率している）	362	2.6	1.2	3	344	2.4	1.1	2
3) 個人衛生（洗面、整髪、ひげ剃り、入浴などを自主的におこなう）	340	2.2	1.2	2	323	2.1	1.2	2
4) 自室の清掃やかたづけ（必要に応じて掃除や片づけができる）	344	2.6	1.3	3	330	2.5	1.2	2
5) 金銭管理（1ヶ月程度のやりくりが自分でできる）	338	2.6	1.4	2	324	2.4	1.3	2
b. 安全の管理								
1) 火の始末（タバコ、こたつ、ストーブなどの火の始末ができる）	321	1.7	1.1	1	302	1.7	1.0	1
2) 大切な物の管理（めったに大切な物をなくしたり、忘れてしまわない）	320	1.9	1.1	2	310	1.9	1.1	2
c. 健康の管理								
1) 服薬管理（適切に自分で管理している）	340	2.5	1.3	2	333	2.3	1.2	2
2) 身体健康の管理（必要な療養行動や必要時の安静をとれる）	345	2.6	1.2	3	343	2.4	1.1	2
d. 社会資源の利用								
1) 交通機関の利用（バス・電車等の未知の路線を利用できる）	304	2.0	1.2	2	285	1.9	1.2	1
2) 公共機関・金融機関の利用（役所、郵便局、銀行などを利用できる）	324	2.1	1.3	2	307	2.1	1.3	2
3) 電話の利用（必要に応じて電話を使用できる）	331	1.8	1.1	1	307	1.7	1.1	1
e. 対人関係								
1) となり近所との付き合い（あいさつなど最低限の近所付き合い）	270	2.2	1.2	2	262	2.2	1.1	2
2) 協調性（近所・仕事場・施設等で他者と大きなトラブルを起こさない）	332	2.6	1.1	3	319	2.5	1.1	3
3) 自発性（必要に応じて誰に対しても自分から話せる）	326	2.6	1.2	3	313	2.4	1.1	2
4) 友人等との付き合い（自分から友人をつくり継続して付き合う）	300	2.6	1.2	3	285	2.5	1.1	3
f. 社会的役割・時間の活用								
1) 自分なりの社会的役割をもつ（就労、作業所への通所などができる）	361	3.0	1.2	3	349	2.6	1.2	2
2) 自由時間の過ごし方（趣味をもち、自主的に行っている）	329	2.3	1.2	2	312	2.1	1.1	2

表 11-6 ケア必要度（自立度）推移：緊急時の対応・配慮が必要な社会行動

	契約時				契約から2年後			
	回答数	平均	sd.	中央値	回答数	平均	sd.	中央値
g. 緊急時の対応								
1) 心配ごと（ストレスを受けた場合）の相談（自分で援助を求める）	355	2.9	1.2	3	351	2.7	1.1	3
2) 悪化時の対処（誰かに相談したり医療機関を訪れる）	336	3.1	1.2	3	335	2.8	1.1	3
h. 配慮が必要な社会行動								
1) 会話の不適切さ	324	1.8	1.2	1	312	1.7	1.0	1
2) マナー（食堂や交通機関など公共の場所で常識的なマナーを配慮できない）注）	323	1.5	1.0	1	310	1.4	0.9	1
3) 自殺ないし自傷の念慮や行為（自殺を口にすることなど）	327	1.5	1.0	1	315	1.3	0.7	1
4) その他社会的適応を妨げる行動	337	1.8	1.2	1	324	1.6	1.1	1

相談支援事業所における精神障がい者へのサービス等利用計画（計画相談支援）に関する実態調査②

研究代表者：○吉田光爾¹⁾

研究協力者：瀧本里香²⁾，

1) 東洋大学 ライフデザイン学部、2) 日本社会事業大学

要旨

目的：本研究は総合支援法のもと導入されたサービス等利用計画（計画相談支援）が現在どのような方に提供され、そのいかなる効果をもたらしているのかを明らかにすることを目的としている。本報告は「9週間以上の精神科医療機関への入院」を基準として、1) 相談支援事業者における障害福祉サービスのケアマネジメントにおいてどのような支援要素が基準となる入院を抑制するために有効なのかを検討するとともに、2) 令和3年度における支援要素を検討するための二次調査の中での調査上の力点を検討することを目的とする。

方法：報告①で記述した方法で抽出された812の相談支援事業所を対象都市（事業所の廃止等や対象者が存在しないなど155事業所が除外）が、39都道府県の94事業所から回答を得た（回収率11.0%）。回答利用者数462名のうち、18歳～64歳の利用者409名を対象とした。①ICMSS（集中的ケアマネジメントのスクリーニング尺度）得点が1点以上（グループ1：n=291, 対象者全体の71.1%）、②ICMSS得点が2点以上（グループ2：n=269, 対象者全体の65.7%）、③ICMS得点が1点以上かつ過去2年間の入院が1週間以上（グループ3：n=106, 対象者全体の25.9%）、④ICMSS得点が2点以上かつ過去2年間の入院が2週間以上（グループ4：n=102, 対象者全体の24.9%）の4層にわけて、「9週間以上の精神科医療機関への入院」を基準として、これをアウトカム（目的変数）としたロジスティック回帰分析（変数増加法 Wald検定）を行い、相談支援事業者によるケアマネジメントを受けた利用者の中で、どのような支援要素が有効なのかを検討した。

結果と考察：グループ1・グループ2では基準の入院を抑制する説明変数として「社会参加系サービスの利用量」「外来受診時の同行」、促進する可能性がある説明変数として「サービス等利用計画作成導入時会議での医療機関スタッフの同席」が有意であった。またグループ3では基準の入院を抑制する説明変数として「社会参加系サービスの利用量」、促進する可能性がある説明変数として「サービス等利用計画作成導入時会議での医療機関スタッフの同席」が有意であった。グループ4では基準の入院を抑制する説明変数として「社会参加系サービスの利用量」「介護系サービスの利用量」「医療系サービスの利用量」、促進する可能性がある説明変数として「サービス等利用計画作成導入時会議での医療機関スタッフの同席」が有意であった。令和3年度に実施される2次調査においては、今回アウトカムと関連していることが示唆された社会資源や関わりについて、利用状況をより詳細に検討できるよう検討をしていく。

A. 研究の背景と目的

平成 24(2012)年度に自立支援法（現総合支援法）に基づきサービス等利用計画（計画相談支援）、いわゆるケアマネジメントが制度上精神障害を持つ方々にも提供されるようになったが、欧米では 1970 年代からクリニカルモデルのケアマネジメントを基本に ACT: Assertive Community Treatment など様々なインテンシブモデルのケアマネジメントを発展させ導入している。日本で先に導入された介護保険制度のケアマネジメントのように仲介型モデルのケアマネジメントでは、精神障がい者への効果は認められていないが、現行の障害者への計画相談支援が基本的なアセスメント・プランニング・モニタリング等以外にどのような支援を行い、どのような効果をあげているのかはこれまで検証されてきていない。また、民間の医療機関が多くを占め、医療に関わる支援との法体系も異なる日本の状況において、医療機関との連携の難しさがかつてより言われているが、通院や服薬の欠かせない精神疾患をもつ方に対してより効果的に計画相談支援が進めるためには、どのような医療との連携体制を構築すべきかは重要課題であり、現在その構築が求められている精神障害にも対応した包括的ケアシステムの中でも大きな位置を占めるであろう。本報告では先述した①の報告書の研究で対象となった利用者におけるサービス等利用計画作成・モニタリング 2 年間経過中における「9 週間以上の精神科医療機関への入院」についての要因を分析し、1) 相談支援事業者における障害福祉サービスのケアマネジメントにおいてどのような支援要素がこれらの入院を抑制するために有効なのかを検討するとともに、2) 令和 3 年度における支援要素を検討するための二次調査の中での調査上の力点を検討することを目的とする。

B. 方法

1) 対象事業所

全都道府県の相談支援事業所から無作為抽出を行った。その際、人口比を考慮し、基準として人口が最小の島根県を 2 と設定し、各都道府県から人口に基づいて抽出数を設定し 895 事業所を対象とした。また、計画相談支援の実施には差が大きいこと。また、医療機関との連携が重要と言われているが、そのような連携を含め積極的に実施をしている事業所が無作為抽出によりまったく含まれなくなってしまいう可能性を考慮し、全国相談支援専門員協会に精神科病院との連携が密であり、積極的に計画相談支援を行っている事業所を推薦いただき、72 の事業所を追加し調査協力を依頼した。

事業所の廃止等や対象者が存在しないなど 155 事業所が除外となり、812 事業所が対象となった。39 都道府県の 94 事業所から回答を得た（回収率 11.0%）。

2) 対象者

対象事業所で 2017 年度にサービス等利用計画の契約を行い 2 年経過している利用者すべてを対象とし、相談支援事業所の職員に対象者に関する回答を依頼した。回答利用者数 462 名のうち、18 歳～64 歳の利用者 409 名を対象とした。

3) 調査方法

Web による調査を行った。対象となった相談支援事業所に調査の依頼文、調査サイトのアドレス、各事業所の ID、パスワードを送付し、調査に協力頂ける場合は Web 上で登録を行い、調査票への入力を依頼した。回答はサイト上から送信してもらい回収した。

4) 期間

2020 年 11 月～2021 年 2 月に調査をし回収を行った。

5) 調査内容

(1) 調査測度

報告書①に準ずる。

(2) 統計分析

本研究では「9 週間以上の精神科医療機関への入院」を基準として、これをアウトカム

(目的変数)としたロジスティック回帰分析(変数増加法 Wald 検定)を行い、相談支援事業者によるケアマネジメントを受けた利用者の中で、どのような支援要素が有効なのかを検討した。なおロジスティック回帰分析を行うにあたっては外れ値を除外するため、Cook の距離が 0.5 以下の事例に限定した。

なお、サービス等利用計画を作成しているものについては、本研究の対象者となっていたとしても、重症度などによって対象者像が異なる可能性がある。ロジスティック回帰分析での説明変数に年齢や性別などを加えたうえで、①ICMSS(集中的ケアマネジメントのスクリーニング尺度)得点が1点以上(グループ1: n=291, 対象者全体の71.1%)、②ICMSS得点が2点以上(グループ2: n=269, 対象者全体の65.7%)、③ICMSS得点が1点以上かつ過去2年間の入院が1週間以上(グループ3: n=106, 対象者全体の25.9%)、④ICMSS得点が2点以上かつ過去2年間の入院が2週間以上(グループ4: n=102, 対象者全体の24.9%)の4層にわけて分析を行った。

なお変数増加法を使用しているため、最終的にモデルに選択された変数は、分析結果によるが、以下の変数を投入した。

- ① 基礎属性: 年齢・性別・統合失調症か否か・過去2年間の入院週数・独居か否か・治療の必要な身体合併症の有無・知的障害/発達障害/精神作用物質使用などの重複障害の有無・ICMSSスクリーニング得点
- ② サービス利用の状況: 各サービスの利用記録からサービス量(利用頻度×利用週数で計算)を計算し投入した。カテゴリーは以下のとおりである。障害者総合支援法における介護系サービス(ホームヘルプサービス・重度訪問介護・同行援護・行動援護・重度障害者等包括支援・療養介護・生活介護・施設等入所支援)/社会参加系サービス(就労

移行・就労継続A・就労継続B・就労定着・地域活動支援センター)/地域移行系サービス(地域移行・地域定着・自立生活援助・居住サポート)/就労系サービス(就業生活支援センター・ハローワーク・障害者職業センター・一般就労)/医療系サービス(デイケア・訪問看護・外来)/居住系サポート(グループホーム・生活訓練(宿泊型)・ショートステイ)/所得保障サービス(生活保護・基礎障害年金・障害厚生年金・他の手当)

- ③ 医療との連携状況: 相談支援事業所によるサービス等利用計画の作成・モニタリングにあたって医療機関がどのような連携状況にあるかを問い、変数に投入した。(相談支援の導入前の担当相談支援員への連絡・相談支援の導入時のケア会議における医療機関スタッフの同席・サービス等利用計画の作成における医療機関の参加・サービス等利用計画の内容の医療機関との共有・外来受診時に同行・診察に同席できる・外来時に限らず主治医との面談を行う・主治医のいる医療機関の訪問看護部門との連携・医療機関からの文章による情報提供・医療機関への文章による情報提供)

なお説明変数の投入にあたっては事前に相関行列を作成し、説明変数の間に $r > .80$ となる強い相関関係がないことを確認した。またクックの距離が0.5以上となるケースを除外した。

6) 倫理的配慮

Webに登録することで調査への協力の同意を得たとする旨、説明文に明記した。対象者の情報は、事業所の職員に過去の記録に基づき尋ねるもので、対象者本人へ侵襲的にならないような形で行った。また、対象事業所内に利用者向けに本調査に協力している旨の告知・説明文を掲示してもらい、対象事業所の

利用者が情報を調査に利用してほしくない場合は、職員に申し出て、情報の提供を拒否することができる旨を明記した。、入力する情報は個人が特定できないよう ID 管理とし、個人と ID の対照表は各事業所にて管理し研究者にその情報は送信されないよう設定した。なお、本研究に関しては東洋大学倫理委員会の承認を得た。

C. 結果

1) スクリーニング得点 1 点以上の対象者におけるロジスティック回帰分析の結果(グループ 1)

スクリーニング得点 1 点以上の対象者におけるロジスティック回帰分析の結果、アウトカム (2 年間での 9 週間以上の精神科医療機関への入院) の有無に影響していた要因は以下の通りであった (表 1)。

① 基礎属性

オッズ比について「身体疾患の合併症の有無」は 0.238 ($p < .05$)、「ICMSS スクリーニング得点」は 1.245 ($p < .01$)、「過去 2 年間の入院週数」は 1.026 ($p < .001$) であった。

② サービス利用量

基準以上の入院を抑制している要因としては「社会参加系サービスの利用量」(オッズ比 0.997, $p < .01$) が挙げられた。

③ 医療機関との連携状況

基準以上の入院を抑制している要因として「外来受診時の同行・診察への同席の有無」(オッズ比 0.436, $p < .05$) が挙げられた。

他方で、基準以上の入院に正に働いている要因として「導入時会議での医療機関スタッフの同席」(オッズ比 6.722, $p < .001$) が挙げられた。

なお本モデルは $p < .000$ で有意であった。また Nagelkerke R² 乗は.473、Hosmer-Lemeshow 検定の結果は.175 であり、適合度が高いと考えられる。

2) スクリーニング得点 2 点以上の対象者におけるロジスティック回帰分析の結果(グループ 2)

スクリーニング得点 2 点以上の対象者におけるロジスティック回帰分析の結果、アウトカム (2 年間での 9 週間以上の精神科医療機関への入院) の有無に影響していた要因は以下の通りであった (表 2)。

① 基礎属性

オッズ比について「身体疾患の合併症の有無」は 0.248 ($p < .05$)、「ICMSS スクリーニング得点」1.225 ($p < .01$)、「過去 2 年間の入院週数」は 1.025 ($p < .001$) であった。

② サービス利用量

基準以上の入院を抑制している要因としては「社会参加系サービスの利用量」(オッズ比 0.997, $p < .01$) が挙げられた。

③ 医療機関との連携状況

基準以上の入院を抑制している要因として「外来受診時の同行・診察への同席の有無」(オッズ比 0.435, $p < .05$) が挙げられた。

他方で、基準以上の入院に正に働いている要因として「導入時会議での医療機関スタッフの同席」(オッズ比 6.630, $p < .001$) が挙げられた。

なお本モデルは $p < .000$ で有意であった。

また Nagelkerke R² 乗は.461、Hosmer-Lemeshow 検定の結果は.099 であり、適合度が高いと考えられる。

3) スクリーニング得点 1 点以上かつ過去 2 年間の入院が 1 週以上の対象者におけるロジスティック回帰分析の結果(グループ 3)

スクリーニング得点 1 点以上かつ過去 2 年間の入院が 1 週以上の対象者におけるロジスティック回帰分析の結果、アウトカム (2 年間での 9 週間以上の精神科医療機関への入

院)の有無に影響していた要因は以下の通りであった。(表3)

① 基礎属性

オッズ比について「過去2年間の入院週数」は1.013 ($p < .060$)であった。

② サービス利用量

基準以上の入院を抑制している要因としては「社会参加系サービスの利用量」(オッズ比.995, $p < .001$)が挙げられた。

③ 医療機関との連携状況

基準以上の入院に正に働いている要因として「導入時会議での医療機関スタッフの同席」(オッズ比10.758, $p < .01$)が挙げられた。

なお本モデルは $p < .000$ で有意であった。

また Nagelkerke R2 乗は.413、Hosmer-Lemeshow 検定の結果は0.482であり、適合度が高いと考えられる。

4) スクリーニング得点2点以上かつ過去2年間の入院が1週以上の対象者におけるロジスティック回帰分析の結果(グループ4)

スクリーニング得点2点以上かつ過去2年間の入院が1週以上の対象者におけるロジスティック回帰分析の結果、アウトカム(2年間の9週間以上の精神科医療機関への入院)の有無に影響していた要因は以下の通りであった。(表4)

① 基礎属性

オッズ比について「独居状態の有無」は14.420 ($p < .01$)、「身体疾患の合併症の有無」0.183 ($p < .05$)であった。

② サービス利用量

基準以上の入院を抑制している要因としては「介護系サービスの利用量」(オッズ比0.993, $p < .05$)、「社会参加系サービスの利用量」(オッズ比0.991, $p < .01$)、「社会参加系サービスの利用量」(オッズ比0.992 $p < .01$)が挙げられた。

他方で基準以上の入院に正に働いている要因としては「居住系サービスの利用

量の利用量」(オッズ比1.003, $p < .05$)が挙げられた。

③ 医療機関との連携状況

基準以上の入院に正に働いている要因として「導入時会議での医療機関スタッフの同席」(オッズ比46.524, $p < .01$)が挙げられた。

なお本モデルは $p < .000$ で有意であった。

また Nagelkerke R2 乗は.557、Hosmer-Lemeshow 検定の結果は0.071であり、適合度は保たれていると考えられる。

D. 考察

1) 9週間以上の入院に関連する要因

9週間以上の入院をアウトカムとしたロジスティック回帰分析の結果のまとめが表5である。

分析の対象者層によって、結果に多少の差があるが、幾つかの点で重要な点があると考えられる。

(1) 基礎属性について

まず基礎属性について、ICMSS得点は過去の入院週数によってフィルターをかけなかったグループ1とグループ2において有意に正の関連をしていた。ICMSS得点が高い対象者は、フォロー時に再入院のリスクが高い可能性がある。また過去2年間の入院週数についても同様に正の関連をしている。これらの状況をチェックすることが相談支援開始時には重要であると考えられる。

他方で、グループ3・4については、過去の入院週数やスクリーニング得点の大きな影響は認められない。過去2年間の入院週数が1週以上という形で、重症度を絞った場合にはこれらの得点の影響は十分には示唆されていない。重症度が高い層については、後述するサービスの導入などが重要になってくると考えられる。ただし独居状態については層を絞った際には入院のリスクとなっており、身近なケアを提供できる人々がいるかどうか、入院に影響を与えている可能性が存在す

る。また身体疾患の合併症が存在することが入院の抑制につながっている結果が、グループ1・2・4で見られている。これについては身体疾患が内科的にケアされていることが、利用者の状態像のモニターにつながっている可能性などがあるが詳細は不明であり、今後検討が必要な事項である。

(2) サービス利用量について

グループ1~4については社会参加系サービスが、グループ4については介護系サービス・医療系サービスのサービス利用量が、入院を抑制していることが示唆されている結果となった。なお重症度について関連するような基礎属性についても本分析では投入・調整は行われているため、このようなサービスの導入が、入院について抑制している可能性が存在する。社会参加による日常生活の根本的な面からの安定が、入院を抑制している可能性がある。また重症な層については介護系・医療系サービスの利用が入院の抑制につながっている可能性がある。

他方でグループ4では居住系サービスの利用が、入院の促進につながっていることが示唆されている。このことは毎日の生活をまるごと支えている居住系サービスでは、利用者の不調により気づきやすく、結果的に入院を増加させている可能性がある。

ただし今回の調査は1次調査であり、具体的にどのような支援が行われているかを詳細に調査したものではないので、今後これらのサービスの可能性を精密に検討していくひつようがある。本結果は、各種あるサービスのついで、フォーカスすべき支援として、社会参加、介護系サービス、医療系サービス、居住系サービスなどが重要であると示唆していると考えられる。

(3) 医療機関との連携について

医療機関との連携と、アウトカムの関連については興味深い結果がでていいる。グループ1~2について「外来時の同行」は入院の抑制因子になっている他方で、グループ1~4

では導入時会議でのスタッフの同席は、入院の促進要因となっている。

「医療との連携」という言葉で整理される内容が、必ずしもアウトカムについて同じ性質をもっているとは限らないことを示している。外来受診時に相談支援専門員が同行できることは、医療機関との日頃からの良好な連携状況を示しており、入院の抑制要因として働いているかもしれない。他方で、導入時会議でのスタッフの同席は、ケアプラン作成時に「情報共有が必要」と判断されたケースであり、その見立て通りに、入院のリスクが高かい事例群なのかもしれない。ただし本研究ではロジスティック回帰分析の説明変数に他の基礎属性もいれて調整をしているため、必ずしも「もともとの属性が違う」という偏りだけの影響ともいえないだろう。医療機関とのスタッフの同席がある事例では「今後困難なケース」との見立てがあり、その意識や関わりが、結果的に、なにか問題がおきた時に発見・対応されやすいといった傾向があるのかもしれない。

いずれにしても医療機関との連携が、入院について促進的・抑制的に両方の方向性で働く可能性について中止しつつ、2次調査の内容を検討していく必要があると考えられる。

なお、障害福祉資源の利用や医療連携に着目して、それらが入院の抑制とどのように関連しているかを明らかにした研究は本邦ではなく、振り返り調査であること・回収率が低いことなどの限界はあるが、各種基礎属性を調整しても、「社会参加系サービス」を中心として障害福祉資源のサービス利用量や、医療との連携における「外来受診時の同行」という連携が、サービス等利用計画作成の契約から2年間における入院を抑制している可能性があることを示唆したことは、臨床的に重要であると考えられる。

2) 2次調査に対する示唆

本研究は令和3年度に2次調査として、サービスの投入量・関わりなどについて調査をする予定である。本研究の結果は、この調査計画についていくつか検討すべき観点を示唆している。

第一に今後重点的にプロセス調査で注視していく内容である。今回の一次調査の結果では、社会参加系のサービスの利用量が入院を抑制している可能性が示唆された。またグループ4では介護系・医療系サービスの利用量がこれらに関係している可能性が示されている。報告書①でサービス利用の実態についての報告が述べられているが、これらの成果を踏まえつつ2次調査で、今回アウトカムと関連していることが示唆された社会資源については利用状況をより詳細に検討できるかを考える必要がある。

第二に医療との連携についての状況である。先に述べたように「医療との連携」という言葉で整理される内容が、必ずしもアウトカムについて同じ性格をもっているとは限らないことを示している。むしろ導入時会議での医療機関スタッフの同席有無に見られるように、集中的に情報連携をすることが、入院を促進する可能性がある。集中的な情報連携が入院を促進する可能性があるという視点に立ち、2次調査の設計及び政策提言を慎重に行っていく必要がある。

第三にアウトカムとしての入院が妥当かどうか、という議論について検討の余地があることを本研究の結果は示していると考えられる。今回の調査では導入時会議でのスタッフの同席や、居住系サービスの利用量は、基準以上の入院を増やすというアウトカムと関連している。しかしこれらは必要時に適宜入院ができているという可能性も存在する。①報告書でも触れたが、本研究ではサービス等利用計画作成者の入院は必ずしも長くないという結果が明らかになっている。不必要な長期入院は必ずしも好ましいものではないが、一律に「入院が抑制されるのであればそれが是

なのか」という点については、注視していく必要がある。入院が非自発的入院になってしまっているのか、あるいは入院に代わる別の代替手段（医療的ケアもサポート可能な中間施設でのケア）で代替できないのか、などを今後の分析でさらに検討していく必要があると考えられる。

第四に本研究の政策研究としての主たるターゲットをどこに設定するかという問題である。今回の報告では、軽度な障害者と重度な障害者が混交したまま分析されるのを避けるため、ICMSS得点が1点～2点以上の対象者像に限定し、一定の集中的なケアマネジメントが必要な層を対象として分析を行った。単純なブローカータイプのケアマネジメントではなく、比較的集中的なケアマネジメントを要する対象として、分析結果を提示した。これに加えて入院1週以上という条件を加えて4グループで分析を行ったわけであるが、それぞれグループ1は対象者全体71.1%、グループ2は対象者全体の65.7%、グループ3は対象者全体の25.9%、グループ4は対象者全体の24.9%であり、ロジスティック回帰分析の結果もやや異なっている部分がある。様々な重症度や背景をかかえるサービス等利用計画作成者について、本研究は誰にフォーカスし、適用しどの水準で制度として提言していくのかについて、令和3年度の研究班の中で検討をしていく必要があると考えられる。

3.

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

表 1 スクリーニング得点 1 点以上の対象者におけるロジスティック回帰分析変数増加法 (Wald) (n=291)

モデル係数のオムニバス検定

		カイ 2 乗	自由度	有意確率
ステップ 6	ステップ	3.998	1	.046
	ブロック	96.476	6	.000
	モデル	96.476	6	.000

モデルの要約

	-2 対数尤度	Cox-Snell R2 乗	Nagelkerke R2 乗
ステップ 6	167.354	.282	.473

Hosmer と Lemeshow の検定

ステップ	カイ 2 乗	自由度	有意確率
6	11.489	8	.175

方程式中の変数

	B	標準誤差	Wald	自由度	p	Exp(B)	
ステップ 6	身体疾患の合併症の有無	-.1436	.595	5.833	1	.016	.238
	社会参加系サービスの利用量	-.003	.001	6.415	1	.011	.997
	ICMSS スクリーニング得点	.219	.075	8.636	1	.003	1.245
	導入時会議での医療機関スタッフの同席有無	1.905	.537	12.596	1	.000	6.722
	外来受診時の同行・診察への同席の有無	-.831	.423	3.853	1	.050	.436
	過去 2 年間の入院週数	.025	.006	20.267	1	.000	1.026
	定数	-3.667	.586	39.200	1	.000	.026

※変数増加法による最終モデルのみ表示

表 2 スクリーニング得点 2 点以上の対象者におけるロジスティック回帰分析変数増加法 (Wald) (n=269)

モデル係数のオムニバス検定

		カイ 2 乗	自由度	有意確率
ステップ 6	ステップ	4.050	1	.044
	ブロック	89.238	6	.000
	モデル	89.238	6	.000

モデルの要約

	-2 対数尤度	Cox-Snell R2 乗	Nagelkerke R2 乗
ステップ 6	166.122	.282	.461

Hosmer と Lemeshow の検定

ステップ	カイ 2 乗	自由度	有意確率
6	13.395	8	.099

方程式中の変数

	B	標準誤差	Wald	自由度	p	Exp(B)	
ステップ 6							
	身体疾患の合併症の有無	-1.394	.593	5.529	1	.019	.248
	社会参加系サービスの利用量	-.003	.001	6.191	1	.013	.997
	ICMSS スクリーニング得点	.203	.076	7.068	1	.008	1.225
	導入時会議での医療機関スタッフの同席有無	1.892	.536	12.433	1	.000	6.630
	外来受診時の同行・診察への同席の有無	-.833	.422	3.907	1	.048	.435
	過去 2 年間の入院週数	.025	.006	19.463	1	.000	1.025
	定数	-3.528	.599	34.713	1	.000	.029

※変数増加法による最終モデルのみ表示

表 3 スクリーニング得点 1 点以上かつ過去 2 年間の入院が 1 週以上の対象者における
ロジスティック回帰分析変数増加法 (Wald) (n=102)

モデル係数のオムニバス検定

		カイ 2 乗	自由度	有意確率
ステップ 3	ステップ	10.708	1	.001
	ブロック	38.115	3	.000
	モデル	38.115	3	.000

モデルの要約

	-2 対数尤度	Cox-Snell R2 乗	Nagelkerke R2 乗
ステップ 3	101.347	.302	.413

Hosmer と Lemeshow の検定

ステップ	カイ 2 乗	自由度	有意確率
3	6.510	7	.482

方程式中の変数

	B	標準誤差	Wald	自由度	p	Exp(B)	
ステップ 7							
	社会参加系サービスの利用量	-.005	.001	14.608	1	.000	.995
	導入時会議での医療機関スタッフの同席有無	2.376	.845	7.899	1	.005	10.758
	過去 2 年間の入院週数	.013	.007	3.525	1	.060	1.013
	定数	-2.251	.764	8.686	1	.003	.105

※変数増加法による最終モデルのみ表示

表 4 スクリーニング得点 1 点以上かつ過去 2 年間の入院が 1 週以上の対象者における
ロジスティック回帰分析変数増加法 (Wald) (n=102)

モデル係数のオムニバス検定

		カイ 2 乗	自由度	有意確率
ステップ 7	ステップ	4.644	1	.031
	ブロック	53.777	7	.000
	モデル	53.777	7	.000

モデルの要約

	-2 対数尤度	Cox-Snell R2 乗	Nagelkerke R2 乗
ステップ 7	81.925	.410	.557

Hosmer と Lemeshow の検定

ステップ	カイ 2 乗	自由度	有意確率
7	14.421	8	.071

方程式中の変数

		B	標準誤差	Wald	自由度	p	Exp(B)
ステップ 7	独居状態の有無	2.669	.892	8.959	1	.003	14.420
	身体疾患の合併症の有無	-1.700	.807	4.435	1	.035	.183
	介護系サービスの利用量	-.007	.003	5.020	1	.025	.993
	社会参加系サービスの利用量	-.009	.002	16.535	1	.000	.991
	居住系サービスの利用量	.003	.001	4.034	1	.045	1.003
	医療系サービスの利用量	-.008	.003	6.972	1	.008	.992
	導入時会議での医療機関スタッフの同席有無	3.840	1.090	12.419	1	.000	46.524
	定数	-2.329	.984	5.601	1	.018	.097

※変数増加法による最終モデルのみ表示

表 5 追跡 2 年間における入院 9 週間以上をアウトカムとしたロジスティック回帰分析の結果まとめ

	オッズ比			
	グループ 1	グループ 2	グループ 3	グループ 4
	ICMSS 得点 1 点以上 (n=291)	ICMSS 得点 2 点以上 (n=269)	ICMSS 得点 1 点以 上かつ過去 2 年間 の入院 1 週以上 (n=106)	ICMSS 得点 2 点以 上かつ過去 2 年間 の入院 1 週以上 (n=102)
基礎属性				
独居状態の有無				14.420**
身体疾患の合併症の有無	0.238*	0.248*		0.183*
ICMSS 得点	1.245**	1.225**		
過去 2 年間の入院週数	1.026***	1.025***	1.013†	
サービス利用量				
社会参加系サービス利用量	0.997*	0.997*	0.995***	0.994**
介護系サービスの利用量				0.993*
医療系サービスの利用量				0.992**
居住系サービスの利用量				1.003*
医療機関との連携				
外来受診時の同行	0.436*	0.435*		
導入時会議での医療スタッフ同席	6.722***	6.630***	10.758**	46.524***

† p<.10, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001,

厚生労働大臣 殿

機関名 東洋大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 矢口 悦子

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害福祉サービス等の推進に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) ライフデザイン学部 教授
(氏名・フリガナ) 吉田光爾 (ヨシダコウジ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：人を対象とした研究等倫理審査)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東洋大学ライフデザイン学部	<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

2021年 3月 19日

機関名 国立研究開発法
 国立精神・神経医療研究センター
 所属研究機関長 職名 理事長
 氏名 水澤 英洋

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反では以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害福祉サービス等の推進に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) トランスレーショナル・メディカルセンター情報管理・解析部
 生物統計解析室・室長
 (氏名・フリガナ) 立森 久照・タチモリ ヒサテル

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：人を対象とした研究等倫理審査)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東洋大学ライフデザイン学部	<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

国立研究開発法人
機関名 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 水澤 英洋

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害福祉サービス等の推進に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部・精神保健サービス評価研究室長
(氏名・フリガナ) 山口 創生 ・ ヤマガチソウセイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：人を対象とした研究等倫理審査)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東洋大学ライフデザイン学部	<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

機関名 聖学院大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 清水 正之

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害福祉サービス等の
推進に資する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 心理福祉学部 ・ 教授

(氏名・フリガナ) 田村 綾子 ・ タムラ アヤコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：人を対象とした研究等倫理審査)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東洋大学ライフデザイン学部 研究等倫理委員会 聖学院大学研究倫理委員会	<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・ 該当する口にチェックを入れること。
・ 分担研究者の所属する機関の長も作成すること。