

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3年度 総括研究報告書

研究代表者 東洋大学大学院ライフデザイン学研究科

吉田 光爾

令和 4(2022)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	2
吉田光爾	
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(報告①) ～精神障がい者へのサービス等利用計画における支援プロセスの状 況(調査基礎統計)～	17
瀧本里香	
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(報告②) ～入院アウトカムと計画相談支援における医療連携の関連に関する 検討～	38
吉田光爾	

II. 分担研究報告

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	56
立森久照	
相談支援事業所の支援における医療機関連携と関連要因	62
山口創生	
包括的支援マネジメントの充実に向けて ～非自発的入院の防止に向けた相談支援専門員 と精神科医療スタッフの連携のあり方～	73
田村綾子	
(資料) 資料1：2次調査の調査票サンプル	81

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

89

I . 總括研究報告

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

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、計画相談支援を利用した精神障害者における①障害福祉サービスの利用状況ならびにアウトカム(精神科病院への入院日数等)状況の把握、②アウトカムの良好群/不良群間のサービス提供状況や地域環境要因の差を検討し、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。令和3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2次調査：①対象者に対する計画相談支援(サービス等利用計画)における支援プロセスの描写と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』等の入院アウトカムの予後不良群/予後良好群に関連する要因の検討を行うことを目的とした。令和2年度に実施された1次調査をもとに2021年10月～2022年1月に調査を行い、①対象利用者票：150件、②相談支援専門員調査票：60件、③事業所調査票：43件を回収した。

本研究では計画相談支援の契約後2年間における「9週間以上の精神科医療機関への入院」「非自発的入院」「非予定の入院」の発生を基準として、これを目的変数としたロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った。外来の連携体制が充実していると各種の入院アウトカムを抑制している可能性が示唆された。他方で、導入時の連携体制の充実は各種の入院を増やす可能性も示唆された。計画相談支援における外来連携体制を臨床面・行政面ともに意識・強化する重要性を示唆するとともに、導入時の連携については「入院の適切な利用なのか」「バッケベッドに依存した地域ケアなのか」2面性を意識する必要があると考えられる。

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(分担研究

者：立森久照)では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を行った。

3) 相談支援事業所の支援における医療機関連携と関連要因の検討: 本分担研究(分担研究者山口創生)では、相談支援事業所の連携の実態を分析し、連携回数に影響する機関要因・職員要因を探索的に検証することを目的として、相談支援事業所のデータを分析した。

4) 非自発的入院の防止に向けた相談支援専門員と精神科医療スタッフの連携のあり方に関するグループインタビュー調査: 本研究(分担研究者：田村綾子)では 1)の調査結果をフィードバックしながら精神科医療機関との連携の内実の一端を把握し、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て求められることについて考察した。

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ィ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とするものである(図1)。

B. 方法

1) 相談支援事業者に対する 2 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および令和2年度の1次調査をもとに、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2次調査を行った。

2次調査の目的は①対象者に対する計画相談支援(サービス等利用計画)における支援プロセスの描写および、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』等の入院アウトカムの予後不良群/予後良好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の報告として詳細を述べる。

1次調査では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。

上記の1次調査利用者のうち、一定の基準でケアマネジメントを必要とする利用者に統一するため、ICMSS得点(Intensive Case Management Screening Sheet, Suzukiら, 2019)で1点以上の利用者のみを抽出した。その結果、対象となる利用者は上記1次調査409人に対して213人、対象となる事業は52事業所となった。

当該の利用者を担当していた相談支援専門員による調査票調査を行った。なお調査は①利用者本人および本人に提供された支援に関する対象利用者調査票、②担当した相談支援専門員の基礎情報を尋ねる相談支援専門員調査票、③当該事業所の基礎情報を尋ねる事業所調査票、の3つの構成からなる。

2021年10月~2022年1月に調査を行い、回収を行った。回収率は各調査票ごとに、①対象利用者票:150件(回収率70.4%:総数213件)、②相談支援専門員調査票:60件(1事業所平均1.6件)、③事業所調査票:43件(回収率82.7%:総数52事業所)であった。

また令和3年度に本研究では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) 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(分担研究者:立森久照)では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を行った。

3) 相談支援事業所の支援における医療機関連携と関連要因の検討

日本の地域精神障害者ケアは、多機関連携を推進する制度を目指している。そこで本分担研究(分担研究者山口創生)では、相談支援事業所の連携の実態を分析し、連携回数に影響する機関要因・職員要因を探索的に検証することを目的として、相談支援事業所のデータを分析した。

4) 非自発的入院の防止に向けた相談支援専門員と精神科医療スタッフの連携のあり方に関するグループインタビュー調査

本研究は臨床家の見解も反映させながら運営を行っている。本研究(分担研究者:田村綾子)では1)の調査結果をフィードバックしながら「精神障害者によるアウトカムをもたらす支援や精神科医療機関への働きかけ」に関する解析結果の検証を目的として、一定の要件を満たす相談支援専門員を対象とした半構造化グループインタビュー調査を行って、精神科医療機関との連携の内実の一端を把握し、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て求められることについて考察した。

C. 結果

1) 相談支援事業者に対する2次調査①

対象者に対する支援プロセスに関する実態の描写については以下の通りであった。

総合支援法の給付対象となる支援だけでなく、給付外の支援が総支援数の半数近くを占めていることが明らかになった。また、計画

相談支援では事業所外で行われている支援の割合が事業所内より多く、アウトリーチ等の支援が根づき始めていることの現れが示唆された。

提供されている支援では1年目から2年目になっても社会参加等の支援や危機状況への介入で回数は増えていないが、支援の重点度：業務労力が増えており、1回にかかる支援の労力が増していると推察された。

医療との連携の項目の多くはまだ50～60%程度の実施率であった。特に主治医と直接連絡を取ることへの難しさが伺え、病院窓口担当者(ワーカーや外来看護師など)の仲介の役割が重要であると考えられた。

入院に関しては病状の悪化が最も影響しているが、本人の希望や生活上の問題も60%近く影響していた。緊急時・夜間や365日24時間の支援があっても、入院の回避の可能性は30%程度と低く、病状の悪化が起こるような生活上の問題への対応を早い段階で行う必要があると考えられた。

2)相談支援事業者に対する2次調査②

研究に協力した42ヶ所の相談支援事業所を対象とし18歳～64歳の利用者150名を対象とし、基礎属性・計画相談支援の導入前後2年間の入院状況・利用者のケアニーズ(ICMSS得点)・医療との連携(導入時・外来・入院時の連携)等について記録の振り返りによる後ろ向きによる調査で把握した。

①計画相談支援の契約後2年間における「9週間以上の精神科医療機関への入院」「非自発的入院」「非計画の入院」の発生を基準として、これを目的変数としたロジスティック回帰分析(強制投入法)を行い、相談支援事業者の医療連携のあり方が影響するかを検討した。また②医療連携のあり方による4群を設定し、追跡2年間中の入院週数が連携のあり方により異なるか、共分散分析にて検討した。

ロジスティック回帰分析の結果、「外来

連携体制」は「9週間以上の入院」(p = .029, OR=0.621)・「非自発的入院」(p = .003, OR=0.600)・「非予定の入院」(p = .029, OR=0.638)を抑制していた。他方で「導入時連携体制」は「9週間以上の入院」(p = .004, OR=5.275),「非自発的入院」(p = .000, OR=5.141)について正の関係を示していた(表1)。

共分散分析の結果、2年間の入院週数は連携のあり方によって有意に差があり(p = .012)、多重比較の結果「導入時連携体制多・外来連携体制少」の群は、2年間の入院週数が最も多かった。(図2)

考察：本研究では外来の連携体制が充実していると各種の入院アウトカムを抑制している可能性が示唆された。他方で、導入時の連携体制の充実は各種の入院を増やす可能性を指摘している。計画相談支援における外来連携体制を臨床面・行政面ともに意識・強化する重要性を示唆するとともに、導入時の連携については「入院の適切な利用なのか」「バックベッドに依存した地域ケアなのか」2面性を意識する必要があると考えられる。

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

先述の研究2)-②の分析を基盤として、地域の環境や地域に存在する地域資源に関する変数を投入した形で、同じくロジスティック回帰分析を行った。

本研究では、具体的な地域資源の変数として、地域特性のデータソースとして、地域精神保健医療福祉資源分析データベース(ReMHRAD)に収載されている情報を用いて、以下の3変数を作成した。すなわち

1. 市町村の人口10万対入院者数(病院の所在地ベース、全年代、全期間、全診断)
2. 市町村の人口10万対(精神科訪問看護基本療養費を算定している)訪問看護

ステーション数(種別は全体)

3. 市町村の人口 10 万対介護・訓練等給付事業者数(居宅介護, 共同生活援助, 自立訓練(生活訓練), 就労移行支援(一般型, 資格取得型), 就労継続支援(A型, B型), 就労移行支援, 自立生活援助, 就労定着支援の合計)

の 3 つである。

2)-②の解析同様、3 種類の入院の発生をそれぞれ応答変数にした多変数ロジスティック回帰分析を行った。この分析に先述した 3 種類の地域資源量の変数を 1 つずつ加えた 3 種類のモデルで解析した。つまり 3 種類の応答変数×3 種類の地域資源量の変数の 9 種類のモデルで多変数解析を実施した。

結果、予定されていない入院に対する入院者数(人口 10 万対)を除いて地域資源量のオッズ比が有意なものはなかった。またこのオッズ比もほぼ 1 に近く大きな影響はないと考えられる。また、地域資源量を加えても、入院の発生とどの入院連携体制の変数が有意な関連があるかに変化はなく(導入連携体制, 外来連携体制, 入院連携回数の 3 つのまま), オッズ比も大きな違いはなかった。

対象者の特徴と医療連携状況と同時に地域資源量を加えても、入院の発生と有意な関連があった地域資源量の変数はほとんどないことが明らかになった。入院の発生の予測に地域資源量が対象者の特徴と医療連携状況で説明される以上の独自の情報は多くはないと考えられた。

4) 分担研究 2 : 相談支援事業所の支援における医療機関連携と関連要因

先述の研究 2)-②で使用した変数である計画相談導入前・導入時の連携回数に関連する要因を携、響する機関要因・職員要因を探索的に検証することを目的として、相談支援事業所のデータを分析した。

これらのアウトカム変数に関連する機関属性の変数と職員属性の変数について、多変量解析を用いて分析した。

3 つの連携時点に共通して連携回数と関連する変数は、各年度における精神障害を持つ利用数であった。導入時連携回数に関連していた変数は、法人が地域活動支援センターを有していること($B=0.777$, $p=0.044$)、そして職員が地域活動支援センターのエフォートが多いこと($B=0.032$, $p=0.046$)、あるいは介護福祉士の資格を有していること($B=-1.329$, $p<0.001$)であった。外来時連携回数に関連していた変数は、法人が地域活動支援センター($B=7.784$, $p=0.013$)やグループホーム($B=7.397$, $p=0.011$)を有していること、地域に参加可能な自立支援協議会のその他の部会があること($B=6.627$, $p=0.007$)、連携可能な精神科病院が多いこと($B=0.584$, $p=0.039$)、職員が介護福祉士の資格を有していること($B=-5.810$, $p=0.002$)、職員が委託相談(障害者相談支援事業)($B=-0.150$, $p=0.013$)や地域活動支援センター($B=0.517$, $p<0.001$)に多くのエフォートを割いていること、職員が相談支援従事者現任者研修($B=-3.949$, $p=0.035$)、各職能団体主催の研修($B=4.830$, $p=0.029$)、職場主催の研修($B=4.936$, $p=0.019$)に参加していることであった。入退院時連携回数については、地域に参加可能な自立支援協議会があること($B=3.498$, $p<0.001$)、特にその他の部会があること($B=2.533$, $p=0.014$)、専門職などの地域勉強会があること($B=2.734$, $p=0.004$)、連携可能な精神科病院が多いこと($B=0.260$, $p=0.011$)、そして職員の精神科医療機関での勤務年数が長いことが関連していた($B=0.272$, $p=0.007$)。考察では、多機関連携の推進を可能にする自立支援協議会の在り方や各種研修の内容などについての検証が今後の課題になると提案した。

5) 分担研究 3：非自発的入院の防止に向けた相談支援専門員と精神科医療スタッフの連携のあり方に関するインタビュー調査

計画相談支援を担当する相談支援専門員に対する調査結果をもとに「精神障害者によいアウトカムをもたらす支援や精神科医療機関への働きかけ」に関する解析結果の検証を目的として、一定の要件を満たす相談支援専門員を対象とした半構造化グループインタビュー調査を行った。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、逐語記録を作成してインタビュー協力者に確認してもらった。その後、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、「重要カテゴリー」に分類した

①相談支援専門員を対象とした調査結果を聞いた率直な感想

支援導入時のケア会議は入院を抑制していないという結果について、【入院の捉え方】【医療の使い方】【意識の変化】が語られた。

②精神障害者の病状悪化時や再発時の対応として入院を避けるための工夫

ここでは、入院を絶対悪であるとは捉えていないものの、非自発的な入院を避けるために相談支援専門員として実践していることが述べられ、カテゴリーとしては【クライシスプラン】【外来連携】【相談支援専門員の力量】に分かれた。

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、特に計画相談支援を担う相談支援専門員が、医療的ニーズの高い精神障害者を支援するにあたり必要と思われるサービスや仕組みとして、【協議の場】【報酬】【マネジメント】が挙げられた。

④本調査に関する自由意見

総じて、中間解析結果に対しては納得感が表明されたうえで、【人材育成】という

観点から研修の必要性と重要性が述べられた。

D. 考察

1) 相談支援事業者に対する 2 次調査①

(1) 給付外支援の重要性

今回の調査の結果、支援提供回数においても、支援の重点度：業務労力割合においても、その半数を給付外支援が占めていることが明らかになった。このような支援の状況からも、相談支援専門員が単にサービス等利用計画を立てるだけでなく、直接支援にその必要性を感じ行っていることがうかがえる。しかし、直接支援は提供回数などに差が大きく、頻回に直接支援を行う事業所とそうでない事業所の差がようと思われる。直接支援にも何らかの給付化など制度的バックアップが求められる。

(2) 医療機関との連携と窓口担当者の役割

医療機関との連携はいずれの項目も半数を超える程度の実施率であった。主治医と直接連絡や情報共有をすることが難しい状況が見られ、病院の窓口担当者となるいるソーシャルワーカーや心理士・看護師などがその仲介をする役割が必要となっている。密な連携を行うためには、外部との窓口だけでなく、医療機関の中で医師を含めたスタッフ間の情報共有などコーディネートを行って行く役割も担う必要がある。

(3) 地域生活の継続のために

各入院の状況を尋ねたところ、病状の悪化のみならず、本人が入院を希望したことが入院選択の一つの理由となっていたり、生活上の問題が影響している状況が明らかになった。これまでも、生活上の問題から病状の悪化につながることは広く認識されており、いかに生活状況を安定させる支援ができるかが、入院を回避する重要な要件となることがあらためて示唆された。

まずは病状を悪化させるような生活状況にならないための支援や、早い対応が可能

な医療との連携システムを構築することが求められる。そのような地域の支援の基盤として計画相談支援がより発展することが求められている。

2) 相談支援事業者に対する 2 次調査①

(1) 外来連携の重要性

精神障害のある利用者における計画相談利用中の追跡 2 年間において「9 週間以上の入院」「非自発的入院」「非予定の入院」の有無をアウトカムとしたロジスティック回帰分析の結果、アウトカムの発生を抑制する方向に働いていたのは一貫して「外来連携体制」の充実度であった。

精神障害のある人々、特にケアマネジメントを要するようなニーズのある障害程度が中～重度の人々は、しばしば生活状態や病像が不安定となりがちであり、そのことが地域生活の安定性を脅かす。この点で、地域の生活側において計画相談で利用者をモニターしている相談支援専門員が、医療関係者側と緊密な連携を取れる状態にあることは、生活・病状の変化を共有し、相互に連携した体制を取れることが想定される。本研究において、実際にそのような外来における連携体制の充実度が、入院週数というアウトカムを低減させが示唆されたことは大きい。

(2) 導入時連携の 2 面性と入院のもつ意味

外来連携が各種の入院関連アウトカムを抑制する可能性を示した結果に対して、計画相談の導入時の連携体制の充実度は、「9 週間以上の入院」「非自発的入院」に対して一貫して正の関連を示している。すなわち「導入時の連携体制が充実していた方が、追跡中の各種の入院を増やす」という結果になっている。

この結果を解釈するには 2 つの考え方があると考えられる。1 つには「計画相談の導入時に医療との連携が充実していると、病変時に適切に精神科医療機関を利用できて

いる」という解釈である。導入時に支援の方針を共有していることが、病変時への対応をスムーズにし、入院利用を円滑に行えているという解釈である。もう 1 つは「入院時に医療との連携が充実していると、病変時に地域ケアで支えるという体制が薄れ、バックベッドを頼りに精神科への入院利用が増える」という解釈である。

病変時の精神科への入院の適切な利用は必要なものだが、片方で精神科病棟を中心としたケアを展開している可能性があるのであれば、これは単純に肯定されるべきものでもない。計画相談支援を行う側も、また医療者側も、「導入時の連携体制を整える」実践が、入院を増やす可能性があることを意識し、その入院が「適切な利用なのか」「本人の意志にそった入院なのか」「安易な入院依存になっていないか」、導入時連携の 2 面性を意識することが重要であると考える。

(3) 入院時連携と外来連携の在り方とアウトカムの関連について

2) の論点を考えるうえで重要なのは、本研究の共分散構造分析の結果である。すなわち「入院時の連携体制」「外来時の連携体制」の組み合わせにより、追跡 2 年間の入院週数に違いがあった(図 1)。

本分析では最も入院週数が有意に多いのは「導入時の連携体制は多いが、外来連携体制が少ない」タイプ 2 の群であった。片方で「導入時にも外来でも連携体制少ない」タイプ 1 群、「導入時には連携体制が少ないが、外来の連携体制が多い」タイプ 3 群は入院週数が有意に少ない。

入院週数がタイプ 2 で最も高くなかった理由は、事例の重篤度が高いと判断され「導入時の連携」体制が組まれるとともに、今後の予後や経過についての医療側・福祉側の注意意識が高まったにも関わらず、その後の随時の「外来連携体制」が乏しかったかったため、実際に起きた病変時に「入院」で対応したという可能性が考えられる。

「連携」という概念は単純化して考えらがちであるが、導入時の連携と、外来時の連携では「入院」という事象に対して働いてる機能が異なっていることを示しているのが本研究の重要な視点である。

特に「導入時だけ連携を行い、その後の連携・フォローが少ない」タイプ2群では、障害の重篤度を調整しても、多群に比較して入院が最も多いという結果となっている。『導入時だけでなく、外来時の連携を充実させ、フォローライブ体制を構築していくことが重要である』というこの結果は、①臨床的に連携のあり方・方向性を指示示すとともに、②連携の中でも特に「外来時の連携を」評価すべき、という方向性を示した意味でも重要であると考えられる。

(4) 非自発的入院について

なお、導入時の連携体制の充実が仮に病変時の適正な入院利用につながるとしても、他方で「非自発的入院」も同時に増えているという結果は、見過ごしてはならない。

片方で本研究では、「外来連携体制」の充実は、非自発的入院に対しても抑制的に働いている結果となっている。外来でのこまめなフォローライブ体制を医療・福祉側ともに構築していくことが、本人の異に沿わない入院の発生を防いでいると考えられる。

計画相談支援導入時に医療との連携を行い必要時に入院が可能な関係性を構築するだけでなく、(仮に入院がやむを得ないとても)外来時の連携の中で利用者本人の状況や意向を小まめに共有しながら非自発的入院を防ぐことが重要であろう。

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

本研究では対象者の特徴と医療連携状況と同時に地域資源量を加えても、入院の発生と有意な関連があった地域資源量の変数はほとんどなかったことから、入院の発生の予測に地域資源量が対象者の特徴と医療

連携状況で説明される以上の独自の情報は多くはないと考えられた。地域資源量を加えても、入院の発生と導入連携体制、外来連携体制、入院連携回数が有意な関連があることに変化は生じず、それらの3つの医療連携状況のオッズ比の値も大きな変化はなかったことから、吉田が報告書で明らかにした入院の発生と医療連携状況の関係が地域資源が違った地域でもある程度共通しているという前提で利用することができると考えられた。

4) 分担研究2: 相談支援事業所の支援における医療機関連携と関連要因

本分担班は、相談支援事業所の支援における医療機関連携の回数とその関連要因を検証した。ここでは、導入時連携、外来時連携、入退院時連携に共通して関連した要因について考察を加え、その後、各連携時点に分けて結果を考察する。

導入時連携、外来時連携、入院退院時連携に共通した関連要因は、各年度の利用者における精神障害者数であった。この知見は、精神障害者数が多い相談支援事業所が精神障害者のニーズに対応した支援すると結果的に連携回数が多くなるという関連性を示しているとも考えられる。

導入時連携回数に関連していた変数は、法人が地域活動支援センターを有していること、そして職員が地域活動支援センターのエフォートが多いことであった。地域活動支援センターの活動は自由度が高く、精神障害者にとって通所しやすいサービスの一つであると考えられる。

外来時連携回数に関連していた変数は、法人が地域活動支援センターやグループホームを有していること、地域に参加可能な自立支援協議会のその他の部会があること、連携可能な精神科病院が多いこと、職員が介護福祉士の資格を有してること、職員が委託相談(障害者相談支援事業)や地域活動

支援センターに多くのエフォートを割いていること、職員が相談支援従事者現任者研修、各職能団体主催の研修、職場主催の研修に参加していることであった。

特徴的な結果としては、自立支援協議会のその他の部会と連携回数との関連が挙げられる。多機関連携という点において、自立支援協議会の内容やプロセスなどは今後の調査対象となると示唆される。また、研修については、各職能団体主催の研修や職場主催の研修が正の関連を示したのに対して、相談支援従事者現任者研修が連携回数と負の関連を示した。各職能団体主催の研修や職場主催の研修については、精神保健福祉士協会の研修や精神障害者ケアを専門とする事業所の研修が含まれていたことが、連携回数の多さと関連していた理由として推測される。相談支援従事者現任者研修を受けた職員において連携回数が少ない理由を正確に指摘することは困難であるが、精神障害者ケアや医療機関連携を促す研修内容の再検討と阻害となる内容の特定は今後の大きな課題になると予想される。

入退院時連携回数については、地域に参加可能な自立支援協議会があること、特にその他の部会があること、専門職などの地域勉強会があること、連携可能な精神科病院が多いこと、そして職員の精神科医療機関での勤務年数が長いことが関連していた。地域連携の体制については、外来時連携と同様の考察が可能であるが、入退院時連携については、地域における機関横断的な専門職勉強会も関連していた。日ごろから様々な機関の職員が勉強会などを通して顔の見える関係を築くことが連携回数の増加につながる可能性を示唆している。また、職員における精神科医療機関勤務の長さは、医療機関の特徴などを把握していることで、連携回数の増加につながったと考えられる。

5)分担研究3：非自発的入院の防止に向けた相談支援専門員と精神科医療スタッフの連携のあり方に関するインタビュー調査

相談支援事業所に関する2次調査のメインの結果から外来連携の重要性が示唆されたが、本分担研究で検討された「相談支援専門員が外来連携を行ううえで重要なポイント」として挙げられた項目を以下にまとめる。

(1)入院を前提としないこと・本人の意思を尊重した入院を重視すること

相談支援専門員の価値観として、入院が全て悪いという捉え方はされていないものの、本人が望まない(非自発的)入院の回避が重視されている。具体的な回避策としては、クライシスプランを本人の意思に基づいて作成することが有効であり、相談支援専門員に求められる力量でもあることが示唆された。また、仮に入院となる場合は本人の意思を尊重し、病状を踏まえながら納得感の得られるプロセスを経ること、入院を含む精神医療を本人が主体的に活用することを重視し、相談支援専門員はそのための力量を獲得することが必要である。

(2)医療機関のスタッフとの関係構築

医療ニーズの高い利用者に関しては支援導入時から医療機関とのケア会議等を行い、顔の見える関係性を構築することにより、その後の日常的な外来時での連携のための下地を作ることが重要である。

医療機関の精神保健福祉士の仲介が期待されており、本人に対する丁寧な説明や本人の利用希望を前提としたうえで、院内外の関係者に双方の役割や意義を説明することが重要である。これができる医療機関は相談支援専門員にとって連携しやすいと述べられている。

(3)制度活用の工夫

計画相談支援は、医療ニーズは高いが障害福祉サービスの利用頻度の低い精神障害者に対してはかかわりにくい。

これを克服するためには、入院時情報連携加算の活用や、入院中から医療機関とのケア会議等を行うなかで自立生活援助や地域定着支援などのサービスを導入し、それによって計画相談支援のモニタリング頻度を高めて利用者本人との対面の機会を増やしたり、外来受診に同行する機会を作ることなどが有効である。また、医療機関においても相談支援専門員との積極的な連携を促進するために、診療報酬により評価される療養生活継続支援加算など新設制度を活用することが求められる。

(4) 研修機会の提供と人材育成

ソーシャルワーカーである相談支援専門員としての原点を確認し、また「連携の在り方の意義づけ」や、最新の制度サービスに関する情報を収集することが必要であり、報酬制度を支援のための手段として駆使するためにも専門職としての研鑽が求められる。さらに、地域圏域における関係機関のネットワーク構築と、そのための顔の見える関係性を結ぶために職能団体や地域単位で行われる研修の機会が重要である。

6) 総合考察

本研究の目的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等)の状況にあるか(2020年度の報告書に結果を記載)、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った。

メインの調査である相談支援事業者に対する2次調査②(研究代表者吉田担当)の結果からは、「外来の連携体制」が充実し

ていることが、各種の入院アウトカムを抑制する可能性が示唆された。他方で、計画相談支援導入時の医療との連携体制の充実は、各種の入院を増やす可能性を指摘している。本研究の目的である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、については「外来連携」が重要であり、また計画相談導入時の連携については2面性に留意せねばならないという一定の解答を得ることが出来たといえるだろう。

また立森分担班の研究結果からは、各種の入院アウトカムについて、吉田「外来連携の重要性」「導入時連携の2面性」という結果については、地域の社会資源や環境の変数を投入しても大きな変化がなかった。本研究で明らかにした入院の発生と医療連携状況の関係が地域資源が違った地域でもある程度共通しているという前提で利用することができると考えられるだろう。

なおアウトカムに影響を与えていた重要な「外来連携」に関する事業所及びスタッフの要因については、山口分担班での考察が加えられた。特に外来連携回数については、職員が相談支援従事者現任者研修、各職能団体主催の研修、職場主催の研修に参加していることが、正の関連を得ている。本研究からは研修の内容を把握することはできないが、外来連携については「スタッフの意識や文化」が影響していることが類推されるため、今後、外来連携を促進していくためには研修などの取り組みの強化を検討することも考えられる。

田村分担班からは、本研究結果を相談支援専門員にフィードバックしたうえで、結果の解釈と示唆についての考察を行った。相談支援専門員の価値観として、入院が全て悪いという捉え方はされていないものの、本人が望まない(非自発的)入院の回避が重視されていることが明らかになった。

本研究結果は「外来の連携」が入院および非自発的入院を抑制する可能性が示唆されたものの、導入時の連携は入院・非自発的入院を促進するという結果が示されており、「連携」や「入院」の意味を吟味しながら支援を行わなければ、本人の意向に沿わない非自発的入院をいたずらに増やしたり、バックベッドを前提としたケアになりかねない危険性も示している。

相談支援専門員・また支援関係者は「利用者の意志」を尊重することを前提とし、自身の行う医療との連携や、入院を活用する意味を吟味しながら計画相談を行うことが重要であることを田村分担班からは提示されている。

総じて本研究では、計画相談支援のアウトカムを入院関連の指標に置いた場合には、①外来連携体制の充実が良好な予後に影響している可能性が示唆されており、臨床面・行政面ともに日頃の外来連携を意識・強化する重要性を示唆するとともに、②導入時連携については「入院の適切な利用なのか」「バックベッドに依存した地域ケアなのか」という連携がもたらす2面性を意識しながら支援を行う必要が示されたと考えられる。

謝辞：最後に本研究に協力くださった研究協力者の皆さま・日本相談支援専門員協会・各地域の相談支援事業所の皆さま・調査に記録を提供してくださった利用者の皆様に深く感謝を申し上げます。本研究は皆様のご協力なしには成立しないものでございました。

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 0 件

口頭発表 2 件

それ以外(レビュー等)の発表 0 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

・学会発表

- 1) 吉田光爾、瀧本里香、山口創生、立森久照、田村綾子：「精神障がい者への計画相談支援に関する実態調査 -計画相談支援利用中の入院に関する要因の検討:2年間の振り返り調査から-」第28回日本精神障害者リハビリテーション学会、愛知大会、オンライン、2021.12.11.
- 2) 瀧本里香、吉田光爾：「精神障がい者へのサービス等利用計画(計画相談支援)に関する全国実態調査」第28回日本精神障害者リハビリテーション学会、愛知大会、オンライン、2021.12.11.

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: 84, 2008.
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-

Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y,
Nayuki K, Aoki T, Hasegawa N, Fujii C:
Development and evaluation of Intensive
Case Management Screening Sheet in the
Japanese population. International
Journal of Mental Health Systems 13:22,
2019.

図 1：研究デザイン

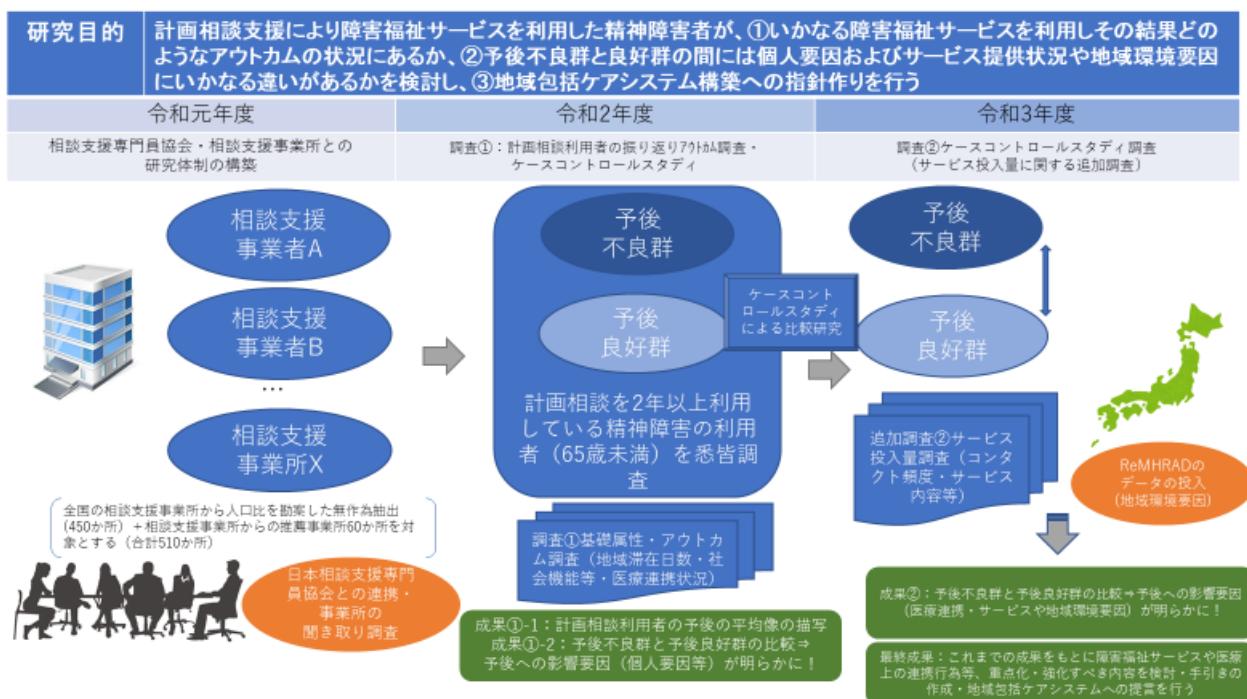
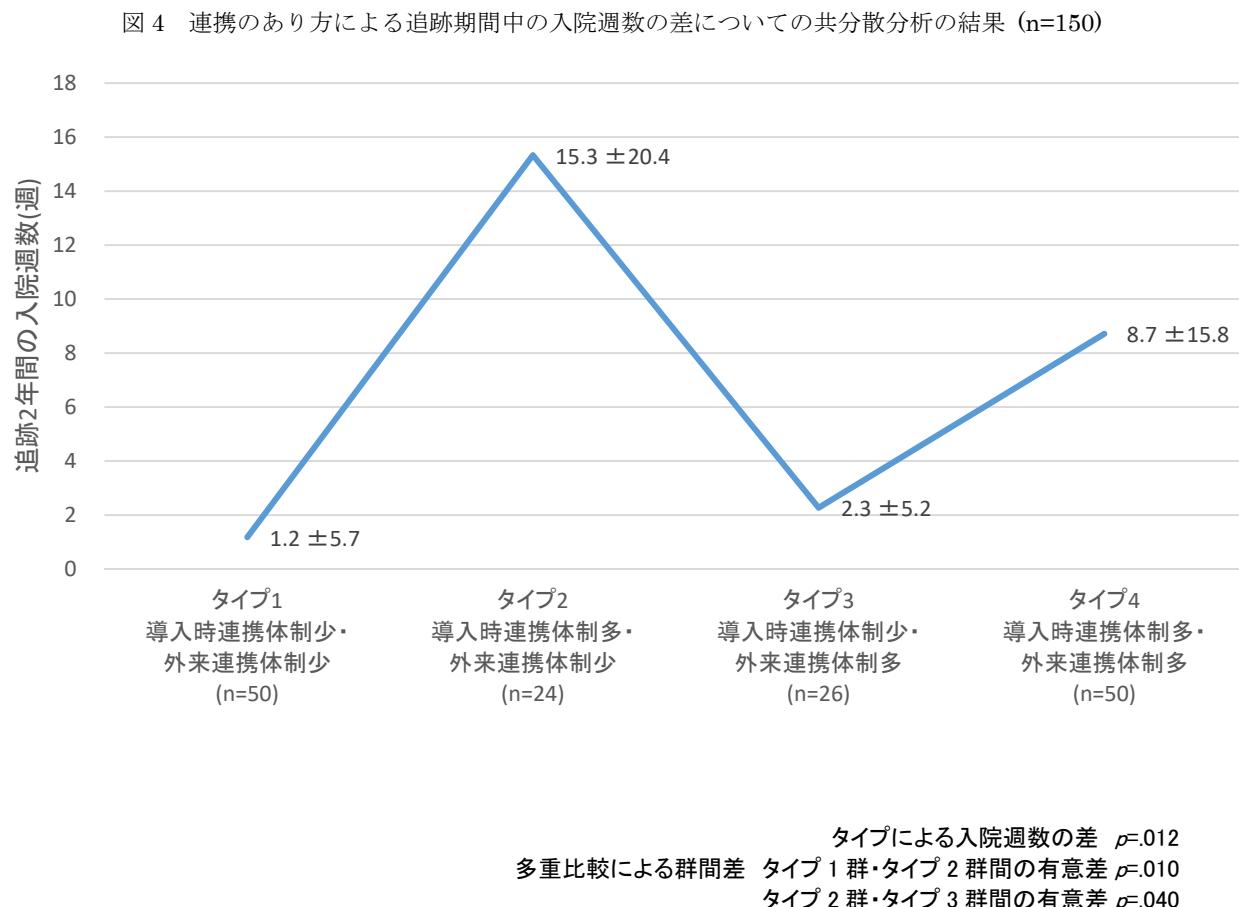


表1 追跡2年間における入院関連アウトカムに関するロジスティック回帰分析の結果まとめ

	オッズ比		
	9週間以上の入院 (n=144)	非自発的入院 (n=145)	非計画の入院 (n=145)
年齢	0.967	0.973	1.019
基礎属性	契約前過去2年間の入院週数	1.019*	0.988
	ICMSS得点	1.221	1.235*
	統合失調症か否か(1=統合失調症, 0=他)	1.957	1.672
	性別(1=男, 2=女)	0.616	1.078
連携に関する変数	導入時連携体制	5.275**	5.141***
	導入時連携回数	0.738	0.952
	外来連携体制	0.621*	0.600**
	外来連携回数	0.988	1.013
	入院時連携体制	0.890	1.241
	入院時連携回数	1.296***	1.143*
	定数	0.012	0.004

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

図2 導入時連携に関する情報収集内容(2次調査調査票より)



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(報告①)
～精神障がい者へのサービス等利用計画における
支援プロセスの状況(調査基礎統計)～

研究代表者： 吉田光爾¹⁾

研究協力者： ○瀧本里香²⁾、立森久照³⁾、山口創生⁴⁾、田村綾子⁵⁾、岩上洋一⁶⁾、岩崎香⁷⁾

1) 東洋大学ライフデザイン学部

2) 帝京平成大学人文社会学部

3) 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 病院 臨床研究・教育研修部門

4) 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 地域・司法精神医療研究部

5) 聖学院大学心理福祉学部心理福祉学科

6) 早稲田大学人間科学学術院 (大学院人間科学研究科)

7) 社会福祉法人 じりつ

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)の支援プロセス：支援の具体的な内容や回数、医療機関等との連携等がどのように行われているのかその具体的な状況を明らかにする。

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して行った令和2年度の調査の回答利用者から、Intensive Case Management Screening Sheet (ICMSS)の1点以上の利用者を抽出し、質問紙による調査を行った。昨年度のデータと照合するため、昨年度と同じ期間(2017年度から2019年度)2年間の支援プロセスの詳細について尋ねた。

結果と考察：81事業所(対象利用者299人)へ調査の依頼をし、最終的に43事業所(対象利用者150人)から回答を得た。総合支援法の給付対象となる支援だけでなく、給付外の支援が総支援数の半数近くを占めていることが明らかになった。また、計画相談支援では事業所外で行われている支援の割合が事業所内よりも多く、アウトリーチ等の支援が根づき始めていることの現れが示唆されている。提供されている支援では1年目から2年目になっても社会参加等の支援や危機状況への介入で回数は増えていないが、支援の重点度：業務労力が増えており、1回にかかる支援の労力が増していると思われる。医療との連携の項目の多くはまだ50～60%程度の実施率であった。特に主治医と直接連絡を取ることへの難しさが伺え、病院窓口担当者(ワーカーや外来看護師など)の仲介の役割が重要である。入院に関しては病状の悪化が最も影響しているが、本人の希望や生活上の問題も60%近く影響している。緊急時・夜間や365日24時間の支援があっても、入院の回避の可能性は30%程度と低く、病状の悪化が起こるような生活上の問題への対応を早い段階で行う必要がある。

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)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。民間の医療機関が多く、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、医療機関との連携も重要な要素となるが、その連携の難しさがかつてより言われている。より効果的に計画相談支援が進めるためには、具体的にどのようななし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、現在行われている計画相談支援の具体的な支援プロセス：提供されている支援内容や回数、医療との連携がどの程度行われているかなどの状況を含め、計画相談支援の支援プロセスの状況を明示することを目的とする。

B. 方法

1) 対象事業所

昨年度行った、全都道府県の相談支援事業所からの無作為抽出による調査に回答を得た事業所の利用者データから、Intensive Care management Screening Sheet (ICMSS) の 1 点以上の利用者を抽出し、その利用者の契約している事業所 81 を抽出した。事前に調査説明会を開催し、調査の目的・概要等を理解していただいた上で利用者の支援プロセスに関わる調査を依頼した。

利用者が他事業所へ移る、昨年度回答した

職員の退職等があり、また、事業所が多忙なため詳細な回答が難しい等、調査への協力困難な事業所を除き、最終的に 43 事業所が対象となった

2) 対象者

昨年度の対象事業所で 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のうち、Intensive Care management Screening Sheet (ICMSS) の 1 点以上の利用者を対象とし 299 名を抽出し、相談支援事業所の職員に対象者に関する回答を依頼し、最終的に 150 名が対象となった。

3) 調査方法

質問紙による郵送調査を行った。対象となった相談支援事業所に、事前に調査説明会を行い、調査協力の同意を得た事業所に、調査の依頼文、調査票の郵送を行い回答を依頼した。質問紙の返送を持って最終的な調査協力の同意とした。

4) 期間

2021 年 10 月～2021 年 12 月に調査を行い調査票の回収を 2022 年 1 月まで行った。

5) 調査内容

(1) 計画相談支援利用者への支援回数

計画相談支援の導入時から 6 ヶ月毎(1～6 ヶ月、7～12 ヶ月、13～18 ヶ月、19～24 ヶ月)2 年間の支援回数を尋ねた。また支援内容は、総合福祉法の給付対象である地域移行支援、地域定着支援、自立生活援助も含め、a. 事業所内、b. 事業所外・訪問、c. 電話・メールなどの 3 項目に分けそれぞれ回数を相談記録等から確認し、記入してもらった。

また、総合支援法の給付外でも行った直接支援(家事や社会参加支援を含む、日常生活支援、受診・服薬病状悪化時などの支援、その他)についても同様に a. b. c. の 3 項目に分けて尋ねた。

(2) 提供した具体的支援内容と支援の重点度: 業務労力の割合

具体的な支援内容として、計画相談支援に次いても①インテーク・アセスメント、②支

援計画作成・モニタリング・修正、③ケア会議(利用者参加)・カンファレンスなどに分け、④医療機関との協力体制づくり、⑤他の地域障害福祉事業所/行政との協力体制づくりなど、他機関との連携づくりや、⑥日常生活自立支援、⑦社会参加等支援、⑧住環境に関する援助(アパート探し、GH・不動産屋/大家との調整)、⑨危機状態への介入(病状悪化・生活上の深刻な問題等)、⑩家族支援、⑪その他、と給付外の支援についても小項目 a. ~d. を加え、各支援の提供の有無を 1 年目、2 年目に分けて尋ねた。

小項目を除き、上記 11 項目については、支援の重点をどの支援に置いて行っていたかについて、支援の全体を 100% とした際の労働割合を、同様に 1 年目 2 年目に分けて尋ねた。

(3) 医療機関との連携状況

昨年度の調査結果からも計画相談支援の中で重要とされていた医療機関との連携についてその詳細を尋ねた。導入前からの連携状況について、①導入前の本人との面談・顔合わせ、②導入にあたっての通入院先とのケア会議、③主治医・病棟窓口担当者とのサービス等利用計画の内容共有、導入後の日頃の連携について、また、利用者が入院した際の連携状況についてわけて、その連携状況を尋ねた。

(4) 地域福祉事業所・行政との連携状況

医療機関同様、地域福祉事業所・行政機関との連携状況、①サービス等利用計画の内容の共有、②日頃サービス提供を行なっているスタッフとの情報共有について、その共有方法などの小項目を含め提供の有無について尋ねた。

(5) インフォーマルな支援の提供状況

①ピアソポーター・セルフヘルプグループの活用や、②ボランティア、③民生委員等近隣住民、④友人知人などが支援に協力しているかについて尋ね、インフォーマルな支援の活用の有無について確認をした。

(6) 利用者の生活状況の把握について

実際の利用者の生活全体を必ずしも相談支援専門員が一番把握できているわけではないため、他機関のスタッフや、主治医、家族も含め、その把握をしている人物について尋ねた。また、その人物が相談支援専門員でなかった場合の連携についても 5 件法で①全く連携できていない、②あまり連携できていない、③必要に応じて連携、④連携が取れている ⑤日常的に連携(把握者が自分)に分けて尋ねた。

(7) 危機介入の方法

危機介入時の方法(クライシスプラン)について検討をしているか、また、誰とそのプランを共有しているかについて、①書面、②書面はないが口頭で、③特に検討せず、に分けて尋ねた。

(8) 入院の状況について

利用者が対象期間内 2 年間に入院していた場合、どのように各入院について把握したかその経路について、①事前に検討・相談した、②事前に相談があった、③入院後に連絡があった、④連絡なく退院後に知った、に分け、各項目とも誰からの経路か、a 病院から、b 本人から、c 家族から、d 関係機関からの小項目(複数回答)にて尋ねた。また、各入院について、何が入院に影響したのか①生活上の問題、②病状の悪化、③本人の入院希望に分け、a 大いに影響した、b 影響した、c 少し影響した、d 影響はない、の小項目を各問いで尋ねた。さらに、入院が①24 時間 365 日体制の医療を含む多職種アットリーチチーム、②24 時間 365 日体制の一次宿泊施設、③相談支援専門員が緊急時・夜間など集中的にアットリーチを行う体制のいずれかがあれば入院が回避できたかについて、それぞれ入院毎に尋ねた。

6) 解析方法

各項目について基礎集計を行い、回数・人数や割合を求めた。1 年目 - 2 年目の提供支援数の差は、割合の有意差 z 検定を行い、重点度の差は平均値の 1 年目 - 2 年目の有意差 paired t 検定を行った。集計及び検定には統

計ソフト STATA ver. 14 を使用した。

7) 倫理的配慮

質問紙の返送を持って、最終的な調査への協力の同意を得たとする旨、説明会で説明し調査説明文に明記した。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てもらった。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。(倫理審査承認番号 : L2021-015S)

C. 結果

対象者の年齢・性別に関しては、男性が 84 人 (54.7%) で昨年度の調査結果 (52.8%) と差はなかった。平均年齢は男性 43.2 歳 女性 44.9 歳とやはり昨年度の調査(男性 42.6 歳、女性 44.0 歳)との差は見られなかった。

1) 期間ごとの支援回数

(1) 給付内支援

支援開始から 6 ヶ月までの支援では、計画相談支援の事業所外・訪問支援が最も多く平均で 3.9 回 (sd. 3.8) であった(表 1-1)。また事業所外の支援での最多は支援回数 20 回で 2 人いた。事業所外支援と同様に、電話やメールなどの支援も多く、3.8 回 (sd. 7.8) であり 30 回を超える回数も 3 名いた。以降の期間も、事業所外支援と電話メールによる支援がほぼ同数で、事業所内支援は 2 年間合計しても平均 2.2 回と少なかった。

地域移行支援は 2 年合計しても平均 3.7 回と少ないが、これは地域移行支援を利用している利用者が 16 人と少なかったことが理由と考えられ、16 人の中だけで平均支援回数を見ると、1~6 ヶ月で 17.1 回 (sd. 9.5)、7~12

ヶ月で 12.1 回 (sd. 13.0) であった。地域移行支援を利用している利用者は特に最初の 1 年間に濃厚な支援が行われている状況が示されている。

地域定着支援に関しても利用者の少なさが平均値の低さになっており、利用者は 6 人しかいなかった。地域移行支援と異なり、計画相談の導入後 7 ヶ月目から 18 ヶ月までの 2 期間の支援回数が平均 12.1 回、11.8 回と多くなっている。自立生活援助はほとんど利用されておらず、2 人のみであった。

1~6 ヶ月の間が給付内支援の 34% を占め最初の 1 年が支援の 60% 以上となっている。支援の開始時期に支援を多く提供していることが示されている。

計画相談でのモニタリング頻度は、最初の 6 ヶ月が 3.1 ヶ月に 1 回で、40% が 1 か月に 1 回のモニタリングを行なっていた。その後の各期間は、平均約 4 ヶ月に 1 回で、6 ヶ月に 1 回が最も多かった(表 1-2)。

(2) 給付外支援

計画相談支援等の給付の対象にはならないが、日常生活支援などが 2 年間を通じ提供されている。日常生活支援は 2 年間の平均で 14.5 回と計画相談支援に次いで多く行われている。特に、電話やメールでの支援がその半数を占めており、家事などに当たる「⑧その他」でも電話やメールでの支援が 2 年間平均で 10 回となっている。

受診・服薬など、医療に関する支援は各 6 ヶ月の期間で 1.1~1.3 回であり 2 年間でも平均 4.8 回であった。

給付外の支援の合計は 29.9 回で、給付内の支援 31.1 回と大きな差がなく、全体の 49.0% と回数で見ると役半数を占めていることが示された(表 1-4)。

2) 具体的な提供された支援と重点度

計画相談支援の利用者へ提供された支援の詳細(表 2-1)を尋ねた結果、当然ではあるが、1 年目は①インテークやアセスメントが最も多く提供されており (99.3%)、支援の重点度 :

業務労力割合(表2-2)では平均で27.0%(sd.14.6%)を占めていた。②支援計画作成・モニタリング・修正は同様に91.8%に対し行われており、重点度は17.4%であった。1年目と2年目を比較すると、インテークやアセスメントは回数、重点度ともに減少している。とくに関係性の構築等は支援の経過に伴って、減少している。また、④の医療機関との協力体制づくりは提供人数、重点度ともに減っているが、⑤他の地域障害福祉事業所/行政との協力体制づくりは増加傾向が見られる(重点度p=.02)。また、⑦社会参加等支援は提供人数はほぼかわらないが、重点度は増加(p=.02)している。⑧危機状態への介入も同様に人数は微増で有意差はないが、重点度(業務割合)は増加(p=.003)している。その他の項目で1年目、2年目で有意差のあったものは無かった。

3) 医療機関との連携状況

計画相談導入前の本人との面談は、132人(88.0%)が行っており、うち医療機関で行ったのは64人(42.7%)だった(図2-1-1)。通・入院先と導入前のケア会議を行ったのは86人(57.3%)で本人の参加は55.3%と半数程度であった。主治医の参加は26.7%であった(図2-1-2)。サービス等利用計画の共有は、96人(64.0%)でなされていたが、十分にされていると回答したのは60人(40.0%)であった。また、共有方法も口頭で共有が最も多く66人(44.0%)であった(図2-1-3)。

外来や日頃の医療連携では、外来診察への同行は68人(45.3%)が行っていたが、事前連絡なく同行・同席をしたのは18人(12.0%)だけであった(図2-2-1)。病院窓口担当者やデイケアスタッフとの相談への同席も同様に65人(43.3%)に対し行っていた(図2-2-2)。日頃の電話やメール等で主治医と連絡が取れていたのは75人(50%)と半数であったが、直接連絡が取れたのは33人(22.0%)であった(図2-2-3)。日頃の病院窓口担当者との連絡は97人(64.7%)が取れている。しかし、緊急時以外連

絡をしていないケースも18人(12%)あった(図2-2-4)。実際に行った回数は表3-1から表3-3にまとめたが、日頃の医療連携としては、病院窓口担当者との連絡が最も多く、4.5回であった。

4) 地域福祉事業所・行政との連携状況

地域福祉事業所・行政とサービス等利用計画の共有を行っていたのは125人(83.3%)であった。また、すべての機関と十分に共有がされていると回答したのは103人(68.7%)であった。66.6%が担当者会議等で共有を行っており、書面の送付は38.7%であった(図3-1)。

日頃の状況の情報共有は123人(82.0%)と多くのケースで行われており、電話やメールを利用した共有が83.3%と最も多かった(図3-2)。

5) インフォーマルな支援の提供状況

インフォーマルな支援の活用は少なく、ピアソーター・セルフヘルプグループが支援に参加しているのは、わずか8人(5.3%)であった。特に活用していないが97人(64.7%)であった(図4)。

6) 利用者の生活状況の把握について

利用者の日常生活を最も把握しており、優先的に相談している人物は、相談支援専門員(自分)であると回答したのは55人(36.7%)であった(図5)。その他の人の中では、生活保護担当者が31人(20.7%)で最も多く、次いで、デイケアの職員と家族がそれぞれ29人(19.3%)であった。また、その他としてグループホームの職員や世話人などの回答が18人あった。生活全体を把握できている人がいないという回答も1.3%(2人)あった。

その生活を把握している人との連携状況は、連携が取れている・日常的に連携(自分)が105人で70.9%であった(表4)。

7) 危機介入の方法

危機介入時のクライシスプランは、①書面で作成しているのは18.6%で、②書面は無いが検討はされているが52.1%であった。しかし、③特に検討されていないという回答も41人

(29.3%)と割近くに及んでいる(図6)。

書面を作成している場合は、96.2%とほとんどが本人とその書面を共有していたが、書面が無い場合は72.6%とその割合が下がっていた。

8) 入院の状況について

2年間に入院があったのは46人で、複数回入院の利用者もいたため、総入院回数は74回であった。

事前に入院について相談を行っていたのは、46人中21人(45.7%)であった。その中で、病院と事前に相談を行っていたのは34回(45.9%)関係機関23回(31.1%)であったが、本人と相談したのは14回(18.9%)であった。事前に相談があったのは13人(28.3%)、入院後に連絡があつて知ったのは19人(41.3%)で、いずれも病院からというのが最も多く20.3%、27%であった。退院後に知ったというのは2人のみ(2回)であった(表5)。

入院に影響した状況としては、本人の入院希望が、a多いに影響(25.7%)で、b影響した(16.2%)、c少し影響した(17.6%)を合わせると59.5%とほぼ6割となっている。病状の悪化は、大いに影響しただけで71.6%でありb影響した、c少し影響したも合わせると85.1%であった。生活上の課題も同様に合わせると56.8%で半数以上の入院に影響していることが示された(図7-1)。

この2年間の入院の回避可能性では、①地域定着・自立援助以外で相談支援専門員が緊急時夜間など集中的にアウトリーチを行う体制があったとしても、回避できた可能性があると回答があったのは17.6%であった。24時間365日体制の宿泊やアウトリーチチームがあったとしても、入院回避の可能性は32.4%、33.8%と低く、半数以上の入院に関して回避できなかつたとなつた(図7-2)。

D. 考察

1) 給付外支援の重要性

今回の調査の結果、支援提供回数において

も、支援の重点度:業務労力割合においても、その半数を給付外支援が占めていることが明らかになった。アセスメントやモニタリングのための訪問だけでなく、医療機関との連携作りや他機関との協力体制構築のための活動が行われており、直接的な日常生活支援、や社会参加のための支援も行われていた。このような支援の状況からも、相談支援専門員が単にサービス等利用計画を立てるだけでなく、直接支援にその必要性を感じ行っていることがうかがえる。しかし、直接支援は提供回数などに差が大きく、頻回に直接支援を行う事業所とそうでない事業所の差が大きいように思われる。欧米などで進んでいる精神障害者へのケアマネジメントのシステム、特に統合失調症などの精神疾患を持つ方への支援では、直接的支援の提供が必須となってきた。現在では必要に迫られ給付外でなんとか行われているが、そのようなインテンシブな支援の重要性は認識されており、直接支援にも何らかの給付化など制度的バックアップが求められる。

2) 医療機関との連携と窓口担当者の役割

医療機関との連携はいずれの項目も半数を超える程度の実施率であった。主治医と直接連絡や情報共有をすることが難しい状況が見られ、病院の窓口担当者となっているソーシャルワーカーや心理士・看護師などがその仲介をする役割が必要となっている。病状の変化など、早い段階で相談ができ対応することが可能であれば、入院を防ぐことも可能となる。密な連携を行うためには、外部との窓口だけでなく、医療機関の中で医師を含めたスタッフ間の情報共有などコーディネートを行つて行く役割も担う必要がある。

3) 地域生活の継続のために

各入院の状況を尋ねたところ、病状の悪化が影響していたのは当然の結果であるが、本人が入院を希望したことが入院選択の一つの理由となつてゐたり、生活上の問題が影響している状況が明らかになつた。これまでも、生

活上の問題から病状の悪化につながることは広く認識されており、いかに生活状況を安定させる支援ができるかが、入院を回避する重要な要件となることがあらためて示唆された。いったん病状の悪化が見られると、今回提示したような、夜間・緊急時のアウトリーチ支援や、365日24時間の宿泊やアウトリーチ支援でも入院が回避できないという回答であった。このような支援がまだ地域にないことで、実際に病状が悪化した方の入院が回避できるのかわからないということも回避可能という回答が低くなった理由かもしれないが、単に福祉的支援が365日24時間あるだけでなく、イギリスなどのホームトリートメントチームやACTのように、医療的支援も含めた緊急時の地域での支援のあり方も検討が必要なことかもしれない。しかし、まずは病状を悪化させるような生活状況にならないための支援や、早い対応が可能な医療との連携システムを構築することが求められる。そのような地域の支援の基盤として計画相談支援がより発展することが求められている。

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

瀧本里香 吉田光爾：精神障がい者へのサービス等利用計画(計画相談支援)に関する全国実態調査日本精神障害者、第28回日本精神者リハビリテーション学会、2021.12.11-12

G. 知的財産権の出願・登録状況

- 特許取得 なし
- 実用新案登録 なし
- その他 なし

文献

- 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
- 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 1-1 給付対象支援提供回数(各期間の平均回数)

給付対象支援	1~6 カ月		7~12 カ月		13~18 カ月		19~24 カ月		2 年間合計	
	平均回数	(SD)	平均回数	(SD)	平均回数	(SD)	平均回数	(SD)	平均回数	(SD)
①計画相談支援										
a.事業所内	0.9	(1.6)	0.4	(0.9)	0.5	(1.0)	0.5	(1.0)	2.2	(4.0)
b.事業所外・訪問	3.9	(3.8)	3.0	(4.2)	2.4	(3.2)	2.6	(3.7)	11.9	(13.0)
c.電話・メールなど	3.8	(7.8)	3.0	(5.5)	2.4	(4.3)	2.6	(4.7)	11.8	(20.2)
計	8.6	(9.8)	6.5	(8.2)	5.3	(6.1)	5.6	(6.4)	25.9	(27.3)
②地域移行支援										
a.事業所内	0.0	(0.5)	0.0	(0.3)	0.0	(0.2)	0.0	(0.2)	0.1	(1.3)
b.事業所外・訪問	1.4	(4.4)	0.8	(3.4)	0.2	(1.2)	0.1	(0.8)	2.4	(7.9)
c.電話・メールなど	0.4	(2.5)	0.5	(2.5)	0.1	(1.0)	0.1	(1.1)	1.2	(5.3)
計	1.8	(6.1)	1.3	(5.6)	0.3	(2.2)	0.3	(1.9)	3.7	(12.7)
③地域定着支援										
a.事業所内	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)
b.事業所外・訪問	0.1	(1.0)	0.2	(1.1)	0.2	(1.4)	0.1	(0.9)	0.6	(4.1)
c.電話・メールなど	0.1	(1.0)	0.3	(3.0)	0.3	(2.7)	0.1	(1.0)	0.8	(7.1)
計	0.2	(2.0)	0.5	(3.6)	0.5	(3.9)	0.3	(1.9)	1.4	(10.6)
④自立生活援助										
a.事業所内	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)
b.事業所外・訪問	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.5)	0.0	(0.0)	0.0	(0.5)
c.電話・メールなど	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.1	(0.7)	0.0	(0.1)	0.1	(0.7)
計	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.1	(1.1)	0.0	(0.0)	0.1	(1.2)
給付内支援計	10.6	(12.0)	8.2	(12.0)	6.2	(7.8)	6.1	(7.2)	31.1	(34.6)

表 1-2 モニタリング頻度 n=145

計画相談支援		1~6 カ月		7~12 カ月		13~18 カ月		19~24 カ月	
モニタリング頻度	平均 (sd.)	3.1 ケ月に 1 回 (2.4)		4.0 ケ月に 1 回 (2.3)		3.9 ケ月に 1 回 (2.3)		3.8 ケ月に 1 回 (2.3)	
回数の分布		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
	1 ケ月に 1 回	58	40.0	21	14.5	15	10.3	13	9.0
	2 ケ月に 1 回	3	2.1	3	2.1	3	2.1	4	2.8
	3 ケ月に 1 回	34	23.5	44	30.3	47	32.4	48	33.1
	6 ケ月に 1 回	44	30.3	67	46.2	66	45.5	63	43.5
	12 ケ月に 1 回	2	1.4	2	1.4	1	0.7	1	0.7
	0	4	2.8	8	5.5	13	9.0	16	11.0
合計		145	100	145	100	145	100	145	100

表 1-3 給付外直接支援提供回数(各期間の平均回数)

給付外の直接支援	1~6 カ月	7~12 カ月	13~18 カ月	19~24 カ月	2 年間合計
(6)日常生活・社会参加等への支援(家事・衛生・金銭管理、通所・就労・就学支援、家族支援など)					
a.事業所内	1.0 (6.3)	0.9 (6.0)	0.9 (6.1)	0.9 (6.1)	3.8 (24.3)
b.事業所外・訪問	0.8 (1.7)	0.8 (1.7)	1.0 (2.2)	1.0 (2.2)	3.5 (6.9)
c.電話・メールなど	2.0 (4.6)	1.5 (3.6)	1.7 (4.6)	2.0 (4.9)	7.2 (15.7)
計	3.7 (8.8)	3.2 (7.6)	3.6 (8.7)	3.9 (9.1)	14.5 32.4
(7)受診・服薬・病状悪化時などの支援(受診の促し・同行、服薬の管理など)					
a.事業所内	0.1 (0.5)	0.1 (0.4)	0.1 (0.4)	0.1 (0.5)	0.3 (1.6)
b.事業所外・訪問	0.6 (1.6)	0.6 (2.1)	0.3 (1.3)	0.3 (1.3)	1.9 (5.3)
c.電話・メールなど	0.6 (1.8)	0.6 (1.7)	0.7 (2.6)	0.8 (2.0)	2.6 (6.8)
計	1.3 (3.0)	1.3 (3.1)	1.1 (3.7)	1.2 (3.0)	4.8 (11.0)
(8)その他					
a.事業所内	0.0 (0.3)	0.0 (0.0)	0.1 (0.5)	0.0 (0.4)	0.1 (0.9)
b.事業所外・訪問	0.1 (0.6)	0.1 (0.6)	0.1 (0.6)	0.1 (0.7)	0.4 (2.4)
c.電話・メールなど	2.7 (16.5)	2.4 (15.7)	2.7 (16.8)	2.2 (15.5)	10.0 (64.1)
計	2.9 (16.5)	2.5 (15.7)	2.8 (16.9)	2.4 (15.5)	10.5 (64.3)
給付外支援計	7.9	19.8	7.0	18.0	7.6 19.2 7.5 18.9 29.9 74.4

表 1-4 提供支援 2 年間平均回数

	平均 (sd)	
給付内支援	31.12	(34.62) 51.0%
給付外支援	29.93	(74.36) 49.0%
給付内・給付外支援総計	61.05	(82.71) 100.0%

表 2-1 提供した支援の有無

提供した支援 a～d は複数回答 n=146	1年目	2年目	p 値
	提供有り利用者数 (割合 %)	提供有り利用者数 (割合 %)	
①インテーク・アセスメント	145 (99.3%)	134 (91.8%)	**
a. 関係性の構築・本人の希望の把握・不安解消	118 (80.8%)	91 (62.3%)	***
b. 自宅(病棟)訪問による生活状況の把握	90 (61.6%)	74 (50.7%)	† □
②支援計画作成・モニタリング・修正	134 (91.8%)	129 (88.4%)	
a. 本人の希望の計画への反映・修正・変更	106 (72.6%)	83 (56.8%)	*
b. 繼続的な自宅(病棟)訪問による状況の把握	74 (50.7%)	66 (45.2%)	
③ケア会議(利用者参加)・カンファレンスなど	121 (82.9%)	106 (72.6%)	*
a. サービス担当者会議・個別支援会議(定期モニタリングの会議)	102 (69.9%)	89 (61.0%)	
b. その他 関係者会議・事業所内会議医療機関でのカンファレンスなど	42 (28.8%)	36 (24.7%)	
④医療機関との協力体制づくり	95 (65.1%)	79 (54.1%)	† □
⑤他の地域障害福祉事業所/行政との協力体制づくり	85 (58.2%)	83 (56.8%)	
a. 地域障害福サービス事業所との協力体制づくり	68 (46.6%)	60 (41.1%)	
b. 行政機関との協力体制づくり	41 (28.1%)	31 (21.2%)	
⑥日常生活自立支援	88 (60.3%)	86 (58.9%)	
a. 買い物・食事作り・掃除など課題がある家事支援	27 (18.5%)	26 (17.8%)	
b. 金銭管理・銀行等の口座の開設・管理などへの支援	23 (15.8%)	20 (13.7%)	
c. 年金・手帳・生活保護等の必要書類の管理や申請行政窓口同行や申請書類作成時の支援	46 (31.5%)	42 (28.8%)	
d. 服薬/症状の自己管理の援助・診察同行/診察の促し	44 (30.1%)	39 (26.7%)	
⑦社会参加等支援	88 (60.3%)	87 (59.6%)	
a. 交通機関の利用・移動に関わる支援	17 (11.6%)	9 (6.2%)	
b. 就労・就学・通所先との連絡調整・情報共有	49 (33.6%)	48 (32.9%)	
c. 希望する就労・就学・通所先への見学同行等支援	27 (18.5%)	22 (15.1%)	
d. 対人関係の維持・構築	31 (21.2%)	29 (19.9%)	
⑧住環境に関する援助(アパート探し、GH・不動産屋/大家との調整)	25 (17.1%)	20 (13.7%)	
⑨危機状態への介入(病状悪化・生活上の深刻な問題等)	37 (25.3%)	42 (28.8%)	
⑩家族支援	39 (26.7%)	29 (19.9%)	
⑪その他	5 (3.4%)	7 (4.8%)	

1年目と2年目の提供の有無 割合の有意差検定 $p<.000=***, p<.001=**, p<.05=*, p<0.1=† □$

表2-2 支援の重点度：業務労力割合の平均値

①～⑪を合計して100%とした時の各支援の重点度業務労力割合

n=146	1年目 (%)					2年目 (%)					P 値
	平均	sd.	中央値	max	min	平均	sd.	中央値	max	min	
①インテーク・アセスメント	27.0	14.6	30	70	0	19.0	15.3	20	100	0	***
②支援計画作成・モニタリング・修正	17.4	11.2	20	80	0	18.0	12.1	20	80	0	
③ケア会議	14.0	9.1	10	30	0	14.5	11.0	10	50	0	
④医療機関との協力体制づくり	8.3	8.8	5	40	0	7.3	8.9	5	40	0	†
⑤他の地域障害福祉事業所・行政との協力体制づくり	7.6	11.6	5	80	0	8.6	12.7	5	80	0	†
⑥日常生活支援	8.4	10.0	5	50	0	8.2	10.1	5	50	0	
⑦社会参加等支援	8.8	9.9	10	60	0	10.3	11.0	10	60	0	*
⑧住環境に関する援助 (アパート探し・GH・不動産屋・大家との調整)	1.9	5.4	0	40	0	1.5	4.1	0	20	0	
⑨危機状態への介入	2.9	5.6	0	30	0	4.7	8.7	0	40	0	**
⑩家族支援	3.2	6.4	0	40	0	3.1	7.3	0	50	0	
⑪その他	0.5	2.9	0	30	0	1.3	9.3	0	100	0	

1年目と2年目の重点度の有意差

$p < .000 = ***$, $p < .001 = **$, $p < .05 = *$, $p < .1 = \dagger$ □

図 2-1-1 計画相談導入前の医療連携の有無：面談・顔合わせ(%) n=150

()=行った人数 a~e=行った場所(複数回答)

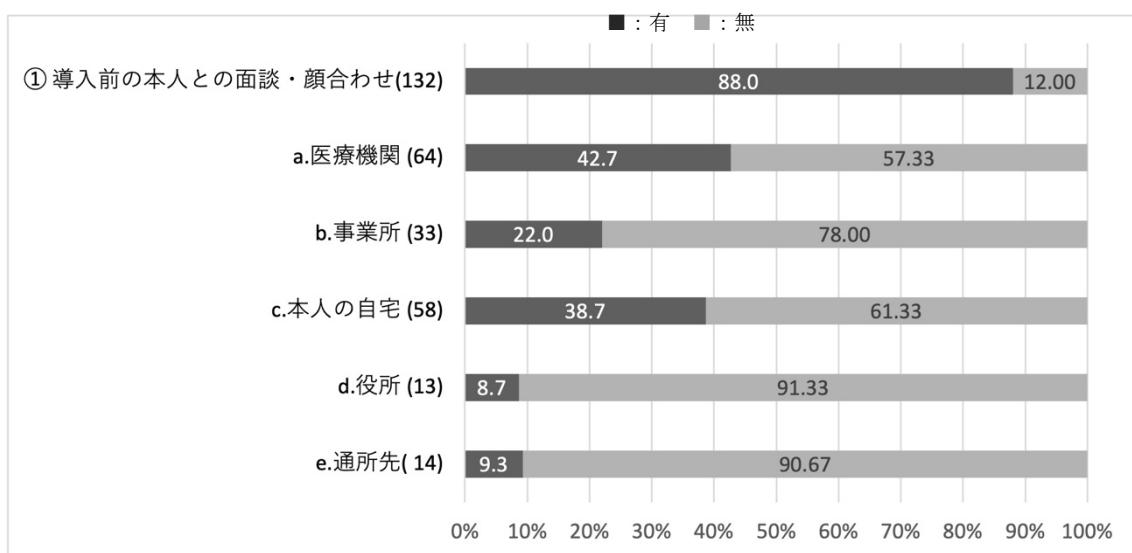


図 2-1-2 計画相談導入前の医療連携の有無：ケア会議(%)

n=150 ()=行った人数 a~e 参加者(複数回答)

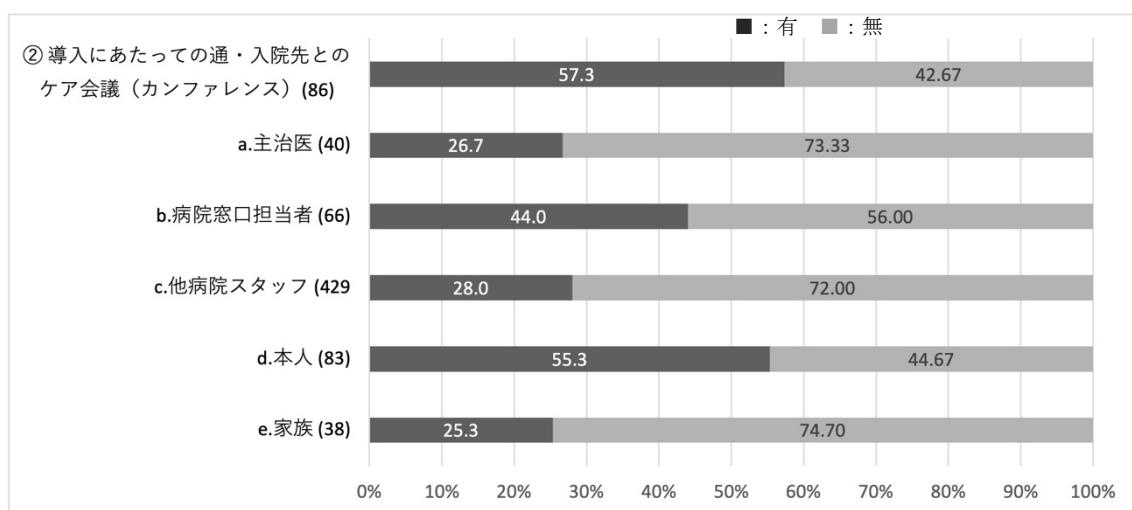


図 2-1-3 計画相談導入前の医療連携の有無：サービス等利用計画の共有(%)

n=150 ()=行った人数 a~d(複数回答)

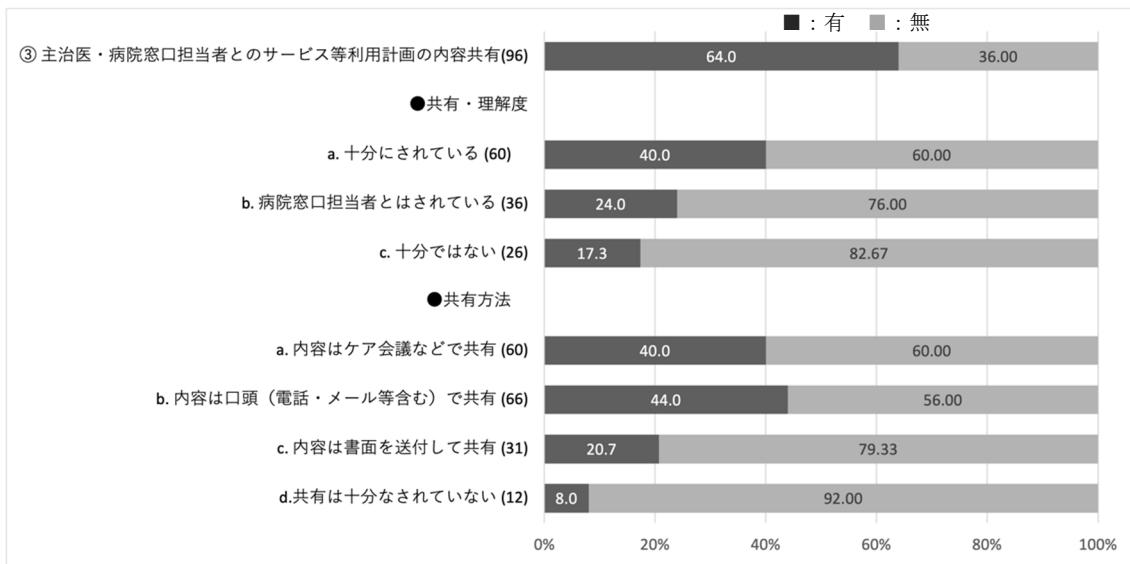


表 3-1 計画相談導入時に行った医療機関などとの連携回数

(n=回数に関して回答があった数)	n	平均	sd.	max	min	中央値
① 導入前の本人との面談・顔合わせ	143	2.6	5.0	58	0	2
② 導入にあたっての通・入院先とのケアカンファレンス	133	0.7	0.9	5	0	1

図 2-2-1 外来・日頃の医療連携の有無：外来診察への同行(%)

n=150 ()=行った人数 a~d(複数回答)

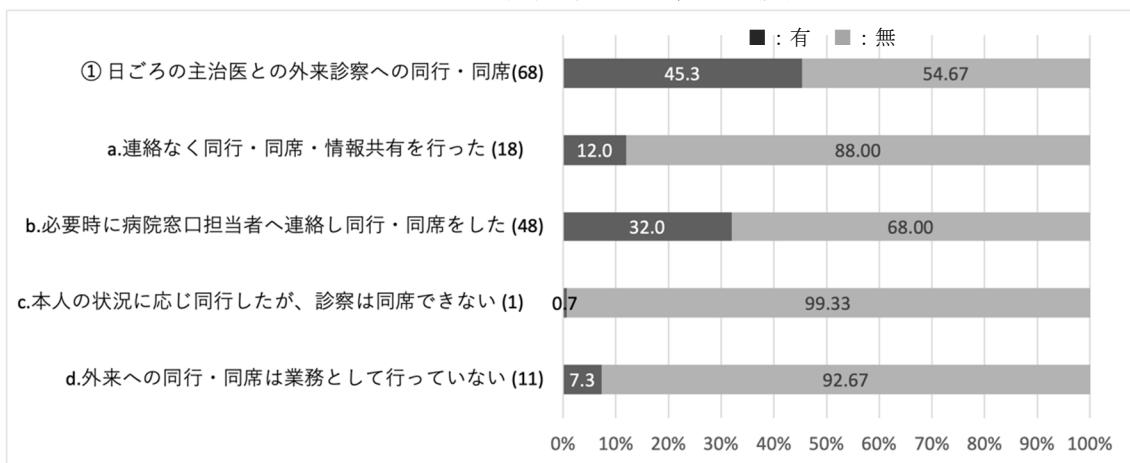


図 2-2-2 外来・日頃の医療連携の有無：
病院窓口担当者・デイケアでの相談同席(%)

n=150 ()=行った人数 a~d 連携方法(複数回答)

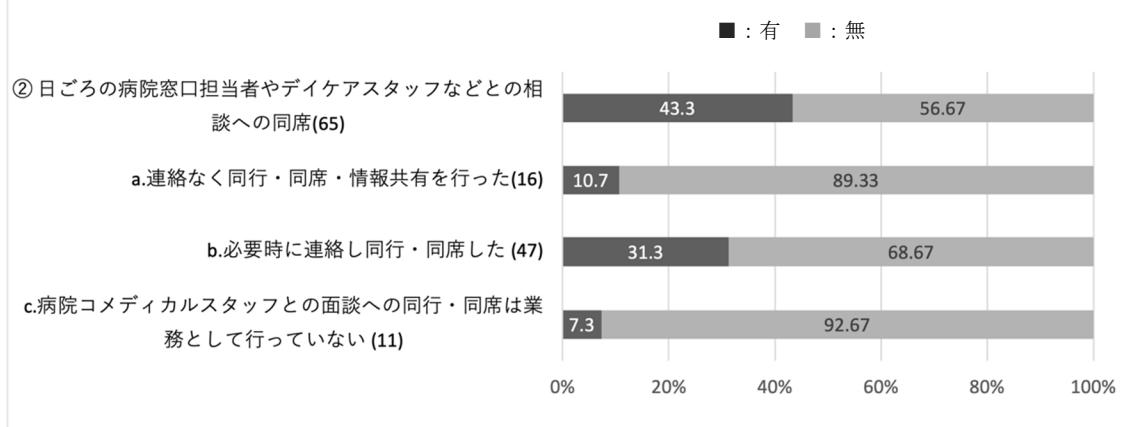


図 2-2-3 外来・日頃の医療連携の有無：主治医との連携(%)

n=150 ()=行った人数 a~d 連携方法(複数回答)

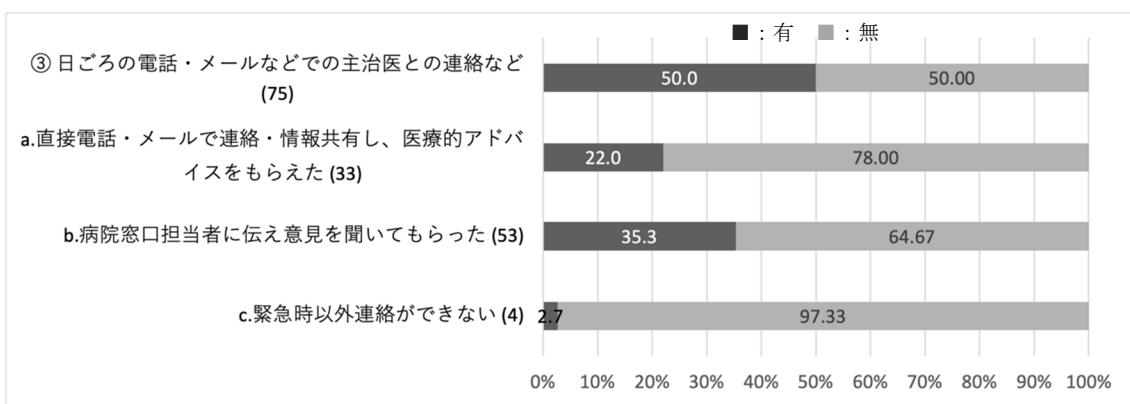


図 2-2-4 外来・日頃の医療連携の有無：病院窓口担当者との連携(%)

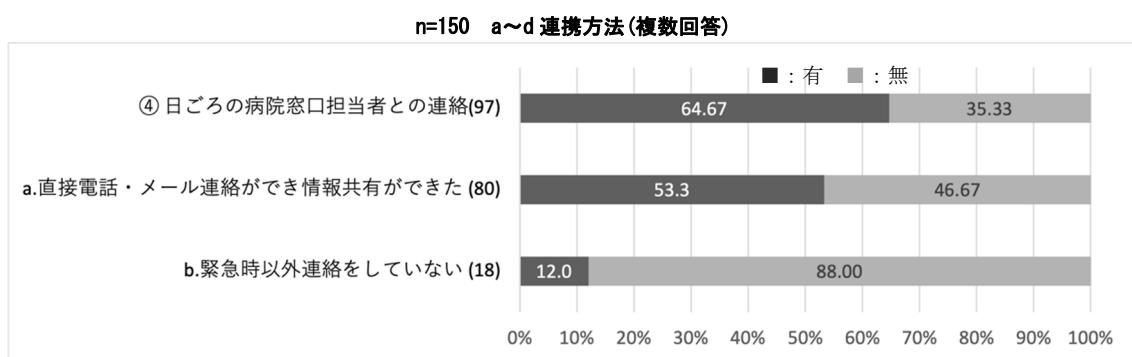


表 3-2 外来・日頃の医療連携の回数

(n=回数に関して回答があった数)	n	平均	sd.	max	min	中央値
① 主治医との外来診察への同行	145	1.4	3.3	30	0	0
② 病院窓口担当者やデイケアスタッフとの相談への同席	144	1.8	3.8	24	0	0
③ 電話・メールでの主治医との連絡	145	1.6	2.5	12	0	0
④ 病院窓口担当者との連絡	133	4.5	7.1	38	0	2

図 2-3 入退院時の医療機関との連携状況(%)

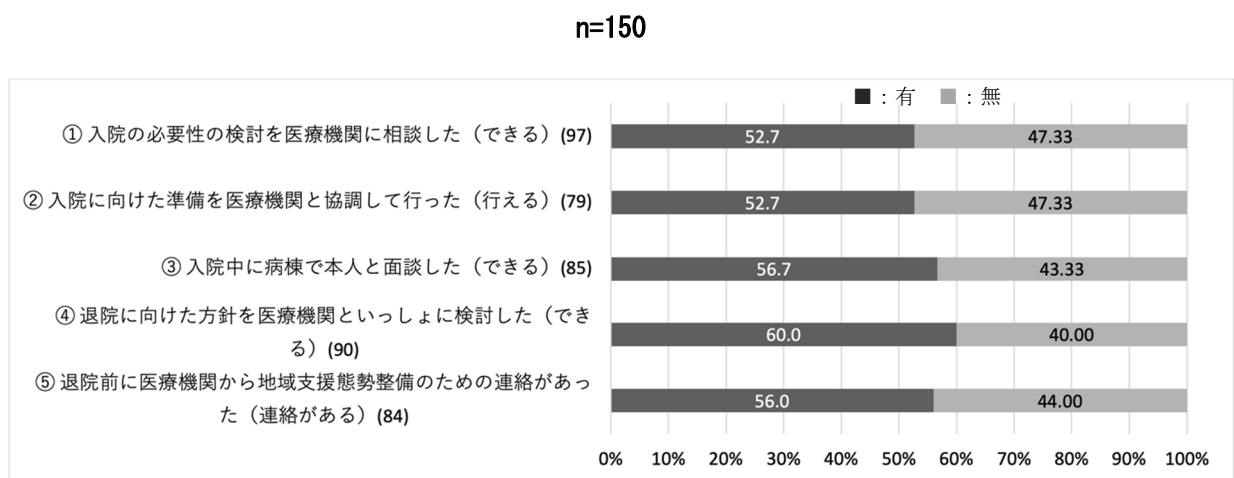


表 3-3 入退院時の医療期間との連携回数

(n=回数に関して回答があった数)	n	平均	sd.	max	min	中央値
①入院の必要性の検討を医療機関に相談した	48	2.0	2.3	12	0	1
②入院に向けた準備を医療機関と協調して行った	102	0.6	1.3	9	0	0
③入院中に病棟で本人と面談した	102	1.3	2.5	11	0	0
④退院に向けた方針を医療機関と一緒に検討した	101	0.8	1.4	6	0	0
⑤退院前に医療機関から地域支援体制整備のための連絡があった	102	0.7	1.5	9	0	0

図 3-1 地域事業所・行政との連携：サービス等利用計画の共有(%)

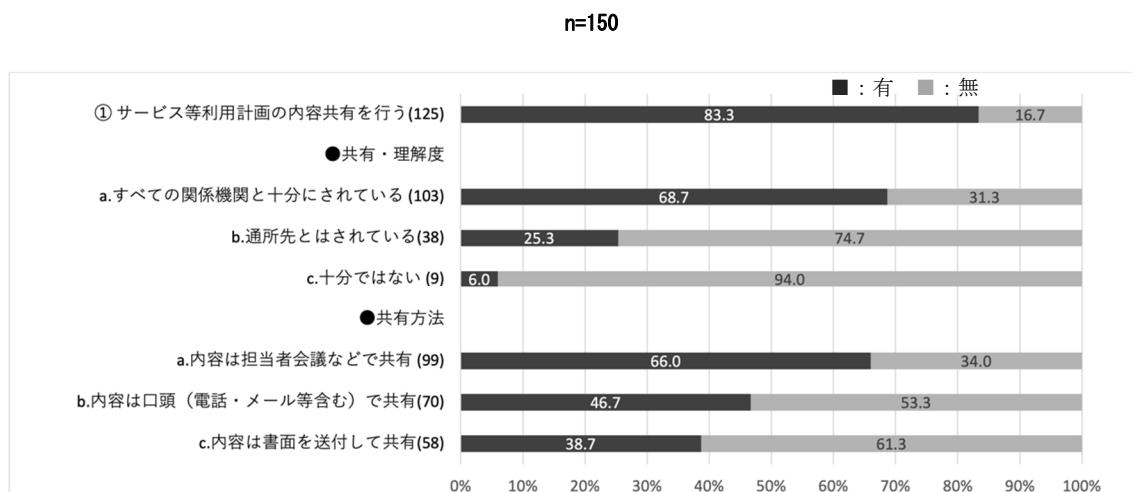


図 3-2 地域事業所・行政との連携：情報共有(%)

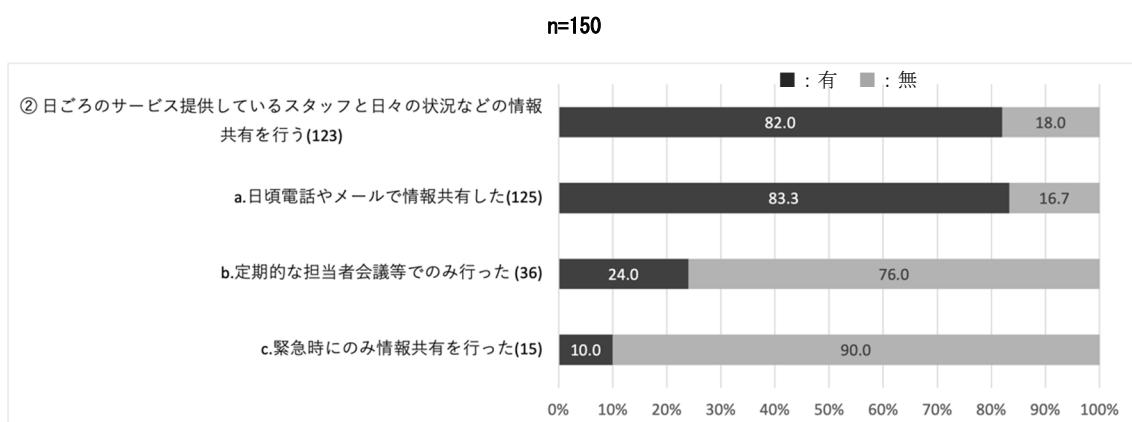


図4 インフォーマルな支援の活用の有無(%)

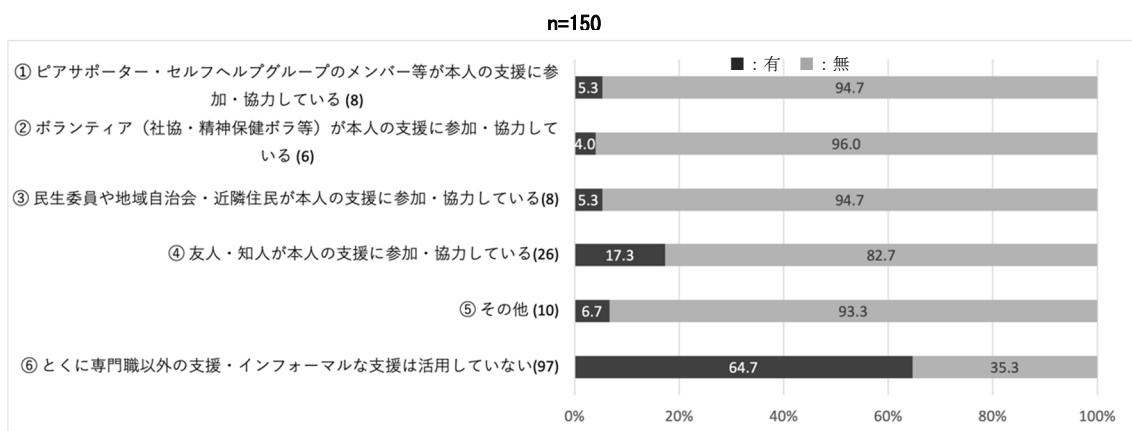


図5 日常生活の把握・優先的に相談している人 (%)

①、②は重複回答あり 100%を超える n=150

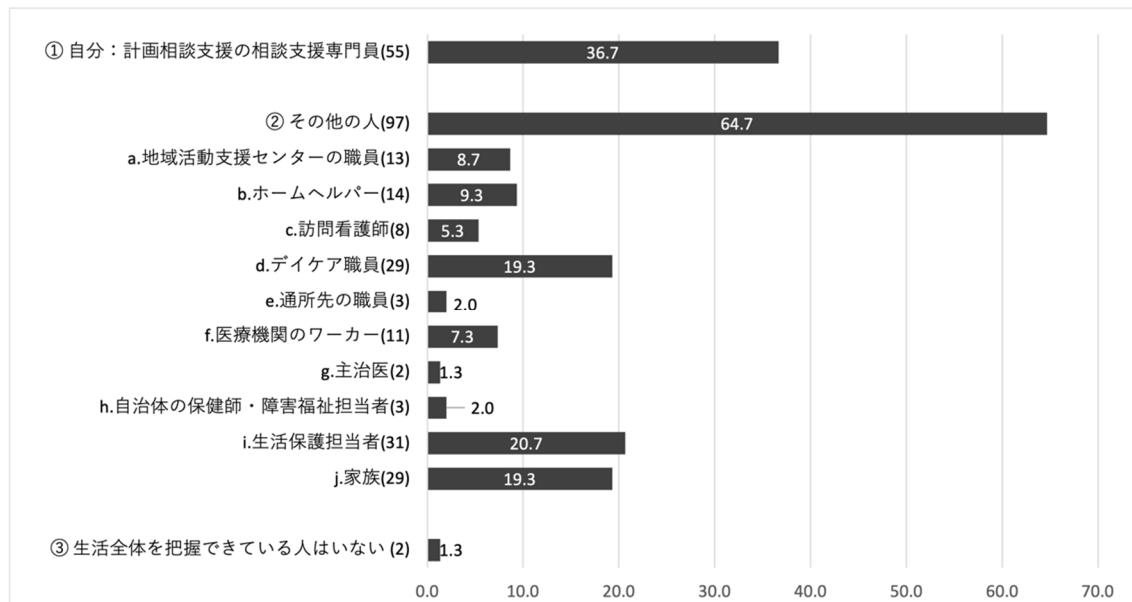


表4 日常生活の把握・優先的に相談している人との連携(%)

連携状況	n=143	
①全く連携できていない/いない	2	1.4%
②あまり連携できていない	1	0.7%
③必要に応じて連携	40	27.0%
④連携がとれている	69	46.6%
⑤日常的に連携/自分	36	24.3%
合計	143	100%

図6 危機介入時のクライシスプラン等の検討状況(%) n=136

a～e は①、②の内の割合

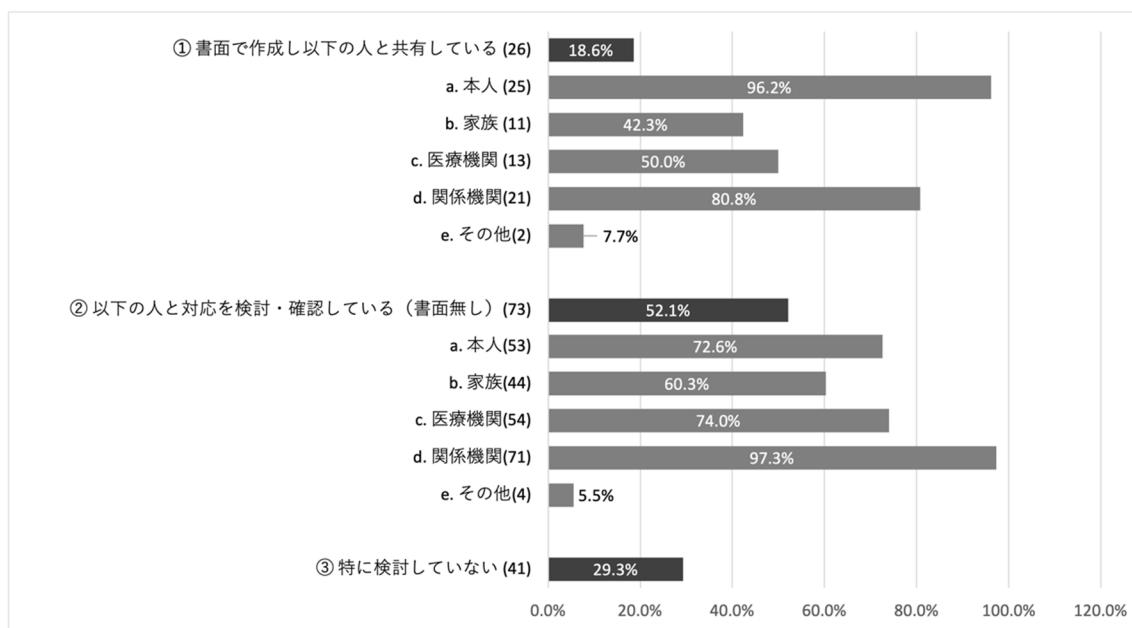


表5 入院についての把握経路

2年間に入院があった利用者=46人、総入院回数=74回

a~dは複数回答 74回の入院に対する割合

①事前に入院について検討・相談を行っていた			
a. 病院と	34	45.9%	
b. 本人と	14	18.9%	
c. 家族と	8	10.8%	
d. 関係機関と	23	31.1%	
②事前に相談があった			
a. 病院から	15	20.3%	
b. 本人から	6	8.1%	
c. 家族から	3	4.1%	
d. 関係機関から	13	17.6%	
③入院後に連絡があった			
a. 病院から	20	27.0%	
b. 本人から	3	4.1%	
c. 家族から	2	2.7%	
d. 関係機関から	5	6.8%	
④入院について連絡がなく退院後に知った			
a. 病院から	0	0.0%	
b. 本人から	1	1.4%	
c. 家族から	0	0.0%	
d. 関係機関から	1	1.4%	

図 7-1 入院に影響した状況(%)

n=74 入院毎に回答

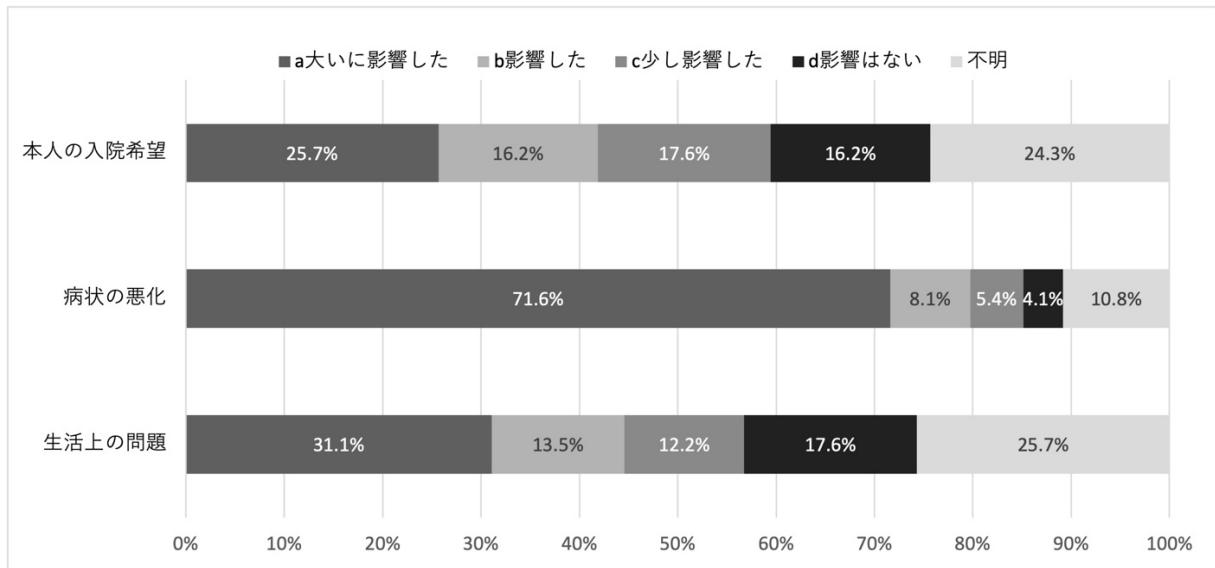
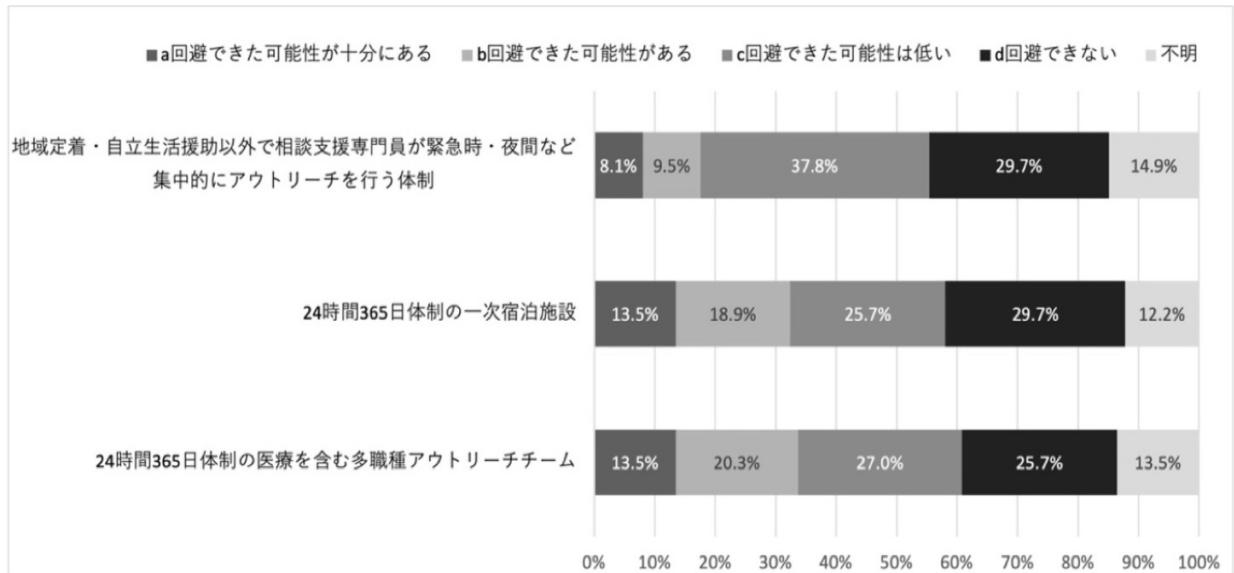


図 7-2 入院回避の可能性(%)

(n=74) 入院毎に回答



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

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（報告②）
～入院アウトカムと計画相談支援における
医療連携の関連についての検討～

研究代表者： ○吉田光爾¹⁾

研究協力者： 瀧本里香²⁾ 立森久照³⁾、山口創生⁴⁾、田村綾子⁵⁾、岩上洋一⁶⁾、岩崎香⁷⁾

1) 東洋大学ライフデザイン学部

2) 帝京平成大学人文社会学部

3) 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 病院 臨床研究・教育研修部門

4) 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 地域・司法精神医療研究部

5) 聖学院大学心理福祉学部心理福祉学科

6) 早稲田大学人間科学学術院（大学院人間科学研究科）

7) 社会福祉法人 じりつ

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）の中のどのような支援要素が有効なのかを検討することを目的としている。本報告では計画相談支援契約後の2年間における「9週間以上の精神科医療機関への入院」「非自発的入院」「予定されていない入院」の発生に対して、いかなる計画相談支援の支援要素（特に医療機関との連携）が、基準となる入院を抑制するために有効なのかを検討した。

方法：研究に協力した43ヶ所の相談支援事業所を対象とし18歳～64歳の利用者150名を対象とし、基礎属性・計画相談支援の導入前後2年間の入院状況・利用者のケアニーズ（ICMSS得点）・医療との連携（導入時・外来・入院時の連携）等について記録の振り返りによる後ろ向きによる調査で把握した。①計画相談支援の契約後2年間における「9週間以上の精神科医療機関への入院」「非自発的入院」「非予定の入院」の発生を基準として、これを目的変数としたロジスティック回帰分析（強制投入法）を行い、相談支援事業者の医療連携のあり方が影響するかを検討した。②医療連携のあり方による4群を設定し、追跡2年間中の入院週数が連携のあり方により異なるか、共分散分析にて検討した。

結果：ロジスティック回帰分析の結果、「外来連携体制」は「9週間以上の入院」（ $p = .029$, OR=0.621）・「非自発的入院」（ $p = .003$, OR=0.600）・「非予定の入院」（ $p = .029$, OR=0.638）を抑制していた。他方で「導入時連携体制」は「9週間以上の入院」（ $p = .004$, OR=5.275）、「非自発的入院」（ $p = .000$, OR=5.141）について正の関係を示していた。共分散分析の結果、

2年間の入院週数は連携のあり方によって有意に差があり ($p = .012$)、多重比較の結果「導入時連携体制多・外来連携体制少」の群は、2年間の入院週数が最も多かった。

考察：本研究では外来の連携体制が充実していると各種の入院アウトカムを抑制している可能性が示唆された。他方で、導入時の連携体制の充実は各種の入院を増やす可能性も示唆された。計画相談支援における外来連携体制を臨床面・行政面ともに意識・強化する重要性を示唆するとともに、導入時の連携については「入院の適切な利用なのか」「バックベッドに依存した地域ケアなのか」2面性を意識する必要があると考えられる。

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介護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の有無」「非自発的入院の有無」「予定されていない入院の有無」に関連する要因について分析し、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し、今後の計画相談支援の中での重点評価項目を明らかにすることを目的とする。

B. 方法

本研究は1次調査および2次調査からなる。1次調査は障害者ケアマネジメントを利用しているサービス等利用計画利用者の状況を広く把握することを目的とし、2次調査では対象者にどのような障害者ケアマネジメントとしての支援が提供されたのか詳細に把握することを目的としたプロセス調査を実施した。

1) 1次調査について

2021年度に実施された2次調査の前提となる、2020年度に事前に実施された1次調査について記述する。

(1) 対象事業所

2020年度に事前に実施された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 人のうち、18 歳～64 歳の利用者 409 人を対象とした。

（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 月に調査を行い、回収を行った。

（5）調査内容

（ア）調査測度

1 次調査の内容について本報告書において分析に使用した変数のみ記述する。

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。

③利用者のケアニーズの測定

導入時の利用者のケアニーズを測定するため、ケースマネジメント導入基準シート（Intensive Case Management Screening Sheet: ICMSS）を用いることとした。

④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。

（6）倫理的配慮

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。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。

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。（L2020-009S）

2) 2 次調査について

上記の 1 次調査をもとに 2021 年度に 2 次調査を実施した。

（1）対象者の選定

上記の 1 次調査利用者のうち、一定の基準でケアマネジメントを必要とする利用者に統一するため、ICMSS 得点（Intensive Case Management Screening Sheet）で 1 点以上の利用者のみを抽出した。その結果、対象となる利用者は上記 1 次調査 409 人に対して 213 人、対象となる事業は 52 事業所となった。

（2）調査方法

当該の利用者を担当していた相談支援専門員による調査票調査を行った。なお調査は①利用者本人および本人に提供された支援に関する対象利用者調査票、②担当した相談支援専門員の基礎情報を尋ねる相談支援専門員調査票、③当該事業所の基礎情報を尋ねる事業所調査票、の 3 つの構成からなる。

(3) 期 間

2021年10月～2022年1月に調査を行い、回収を行った。回収率は各調査票ごとに、①対象利用者票：150件（回収率70.4%：総数213件）、②相談支援専門員調査票：60件（1事業所平均1.6件）、③事業所調査票：43件（回収率82.7%：総数52事業所）であった。

(4) 調査内容

(ア) 調査測度

瀧本の報告書に詳しいため、ここでは本報告書で分析に使用した「医療機関との連携体制・連携数」に関する変数について詳述する。

1) 導入時連携体制・連携数

サービス等利用計画の契約時に、医療機関とどのような情報共有を行ったのかを確認した（図1）。すなわち①導入前の本人との面談の有無、②導入にあたっての通・入院先の医療機関とのケア会議の有無、③主治医・病院窓口担当者とのサービス等利用計画の内容共有の度合い（3件法）である。導入時連携体制については①～③を点数化し合算して数値化した。連携数については①・②の回数を記入してもらい合算して数値化した。

2) 外来連携体制・連携数

サービス等利用計画の契約後に、医療機関と外来にてどのような情報共有を行ったのかを確認した（図2）。すなわち①主治医との外来診察への同行・同席の状況（4件法）、②病院窓口担当者やデイケアスタッフなどの相談への同席（4件法）、③電話やメールなどの主治医との連絡（4件法）、④日頃の病院窓口担当者との連絡（2件法）ではあくした。外来時連携体制については①～④を点数化し合算して数値化した。連携数については①～④の回数を記入してもらい合算して数値化した。

3) 入院時連携体制・連携数

医療機関と入院時・またそこからの退院時にどのような連携が行えるか、その状態を確認した（図3）。すなわち①入院の必要性の検討の有無、②入院に向けた準備の医療機関との協調の有無、③入院中の病棟での本人との面談の有無、④退院に向けた方針の医療機関との検討の有無、⑤退院前の医療機関からの連絡の有無、である。①～⑤の有無について点数化し合算して数値化した。連携数については①～⑤の回数を記入してもらい合算して数値化した。

(5) 倫理的配慮

1次調査と同じく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。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。

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。

また相談支援専門員に関する調査については調査目的・調査協力に関する自由・調査を拒否しても不利益を被らないこと等を文書で説明し、自記式調査票の回答をもって協力の同意とした。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。（L2021-010S）

(6) 統計解析について

1次調査および2次調査で得られた入院情報に基づき、以下の統計解析を行った。

(ア) 入院アウトカムに関連する要因を明らかにするためのロジス

ティック回帰分析

3つの入院に関するアウトカム指標（応答変数）を作成し、そのアウトカムに影響する要因について多変数ロジスティック回帰分析によるケースコントロールスタディを行った。

①アウトカム1:『追跡2年間における入院週数が9週間以上の有無』をアウトカム1として設定した（9週間以上の入院：有=1, 無=0）

②アウトカム2:『追跡2年間における非自発的入院の有無』をアウトカム2として設定した（非自発的入院：有=1, 無=0）。なお非自発的入院とは、医療保護入院・措置入院・緊急措置入院・応急入院・医療観察法関連の入院を指し、追跡2年間に中に1回でも該当すれば「有り」とした。

③アウトカム3:『追跡2年間における非予定の入院の有無』をアウトカム3として設定した。（予定されていない入院：有=1, 無=0）。なお「非予定の入院」とは、入院時の状況が相談支援事業所の観点からみて、「病院から事後通告を受けた入院」

（「入院後に連絡」・「入院時に連絡なく、退院後に知った」）に該当するものが2年間の間に1回でもあるものを指す。

3種類の入院の発生をそれぞれ応答変数に多変数ロジスティック回帰分析（強制投入法）を行った。投入する多変数解析の説明変数については、連携体制に関する変数のほか、1次調査・2次調査項目の中からアウトカムとの相関分析を行ったうえで検討を行った。しかし1次調査で把握したサービス等の利用状況や、2次調査で把握した相談支援専門員が提供している業務量・ダイレクトサービスの提供状況などについては、アウトカム変数との有意な関連が認められなかったため、ロジスティック回帰分析に投入する説明変数としての採用を見送った。

最終的に、基礎属性である年齢、過去1年の入院日数、ICMSS得点、統合失調症か否か、性別と、連携体制に関する変数（導入連携体制、導入連携回数、外来連携体制、外来連携回数、入院連携体制、入院連携回数）を投入した。

（イ）医療との連携のあり方と入院週数の関連を明らかにする共分散分析

また追加の分析として、連携体制の在り方と追跡2年間の入院週数の関係をみるために以下の分析を行った。すなわち「導入時連携体制」および「外来連携体制」について各々の中央値を算出し、その中央値で分割することで「導入時連携体制（多/少）」「外来連携体制（多/少）」の指標を作成した。この指標を組み合わせることで「タイプ1:導入時連携少+外来連携少」(n=50)、「タイプ2:導入時連携多+外来連携少」(n=24)、「タイプ3:導入時連携少+外来連携多」(n=26)、「タイプ4:導入時連携多+外来連携多」(n=50)を作成し、この4群（連携の組み合わせ）により追跡入院週数が異なるかを検証した。すなわち追跡入院週数を目的変数、群を説明変数、性別・年齢・ICMSS得点・契約前過去2年間の入院週数・統合失調症診断の有無を共変量とした共分散分析を行った。またボンフェローニ法によるグループ間の多重比較を行った。

C.結果

1) アウトカム1:『追跡2年間における入院週数が9週間以上の有無』の結果

『追跡2年間における入院週数が9週間以上の有無』をアウトカム指標とする多変数ロジスティック回帰分析の結果を表1に示す。

（1）基礎属性について

アウトカム指標である9週間以上の入院に正に働いている要因としては、「ICMSSスクリーニング得点」で（オッズ比 1.221, $p < .05$ ）

であった。

(2) 連携に関する要因について

アウトカム指標である 9 週間以上の入院を抑制している要因としては「外来の連携体制」(オッズ比 0.621, $p < .01$) が示唆された。他方で入院に対して正に働いている要因としては「導入時連携体制」(オッズ比 5.275, $p < .01$)、「入院時連携回数」(オッズ比 1.296, $p < .001$) であった。

なお本モデルは $p < .000$ で有意であった。また Nagelkerke R^2 は.584、Hosmer-Lemeshow 検定の p 値は.986 であり、一定の適合度をもったモデルと考えられる。

2) アウトカム 2: 『非自発的入院の有無』の結果

(1) 基礎属性について

アウトカム指標である非自発的入院の存在に正に働いている要因としては、「ICMSS スクリーニング得点」で(オッズ比 1.235, $p < .05$) であった。

(2) 連携に関する要因について

アウトカム指標である非自発的入院を抑制している要因としては「外来の連携体制」(オッズ比 0.600, $p < .001$) が示唆された。他方で入院に対して正に働いている要因としては「導入時連携体制」(オッズ比 5.141, $p < .001$)、「入院時連携回数」(オッズ比 1.143, $p < .05$) であった。

なお本モデルは $p < .000$ で有意であった。また Nagelkerke R^2 は.437、Hosmer-Lemeshow 検定の p 値は.137 であり、一定の適合度をもったモデルと考えられる。

3) アウトカム 3: 『非予定の入院の有無』の結果

(1) 基礎属性について

アウトカム指標である非予定の入院の存在に正に働いている要因としては、「契約前 2 年間の入院週数」で (オッズ比 1.017, $p < .05$)

であった。

(2) 連携に関する要因について

アウトカム指標である非予定の入院を抑制している要因としては「外来の連携体制」(オッズ比 0.638, $p < .05$) が示唆された。他方で予定されていない入院に対して正に働いている要因としては「入院時連携回数」(オッズ比 1.141, $p < .05$) であった。

なお本モデルは $p < .000$ で有意であった。また Nagelkerke R^2 は.348、Hosmer-Lemeshow 検定の p 値は.223 であり、一定の適合度をもったモデルと考えられる。

4) 連携のあり方による追跡期間中の入院週数の差について

連携の在り方による 4 タイプによる、追跡期間中の入院週数の差について検討した共分散分析の結果を図 4 に示す。

タイプによる入院週数の差については、 $p = .012$ で有意であった。

また群間での差を多重比較で検討した結果については、「タイプ 2: 導入時連携体制多・外来連携体制少」の群が、「タイプ 1: 導入時連携体制多・外来連携体制少」および「タイプ 3: 導入時連携体制少・外来連携体制多」に比べ、有意に入院週数が多かった(順に $p = .010$, $p = .040$)

D. 考察

1) 外来連携の重要性

精神障害のある利用者における計画相談利用中の追跡 2 年間において「9 週間以上の入院」「非自発的入院」「非予定の入院」の有無をアウトカムとしたロジスティック回帰分析の結果、アウトカムの発生を抑制する方向に働いていたのは一貫して「外来連携体制」の充実度であった。

精神障害のある人々、特にケアマネジメントを要するようなニーズのある障害程度が中～重度の人々は、しばしば生活状態や病像が

不安定となりがちであり、そのことが地域生活の安定性を脅かす。この点で、地域の生活側において計画相談で利用者をモニターしている相談支援専門員が、医療関係者側と緊密な連携を取れる状態にあることは、生活・病状の変化を共有し、相互に連携した体制を取れることができることが想定される。本研究において、実際にそのような外来における連携体制の充実度が、入院週数というアウトカムを低減させが示唆されたことは大きい。

特に本研究では個別の「治療」や「実践」についてフォーカスするのではなく、「連携のあり方」に着目している。個別の治療実践やプログラムではなく、「連携のあり方」がアウトカムに影響している可能性を示唆したことには重要な意味があると考えられる。このことは「個々の実践の質を高める」のではなく、「行われている実践をつなぐことの重要性」を意味しているからである。

今後は、この「外来連携」がしやすくなる環境や情報の共有の在り方を検討していくとともに、行政的にも「連携」を強化する制度設計の検討が重要であると考える。

2) 導入時連携の2面性と入院のもつ意味

外来連携が各種の入院関連アウトカムを抑制する可能性を示した結果に対して、計画相談の導入時の連携体制の充実度は、「9週間以上の入院」「非自発的入院」に対して一貫して正の関連を示している。すなわち「導入時の連携体制が充実していた方が、追跡中の各種の入院を増やす」という結果になっている(※なお入院時連携体制・数とアウトカムとの正の関連については、時系列から考えて、アウトカムの原因とも結果(=入院が発生すると連携数が増える)とも言えるという結果ではないかと考える)。

なお今回のロジスティック回帰分析のモデルでは「過去2年間の入院週数」や「ICMSS得点」など障害程度の重症度を反映している変数を導入・調整しているため、単純に「支援ニ

ーズがあり重症度が高い事例がのちに入院が多かった」という話ではなく、重症度によらず「導入時に医療機関と相談支援事業所が連携体制を組んだ」事例ほど、入院が多いという結果である。

この結果を解釈するには2つの考え方があると考えられる。1つには「計画相談の導入時に医療との連携が充実していると、病変時に適切に精神科医療機関を利用できている」という解釈である。導入時に支援の方針を共有していることが、病変時への対応をスムーズにし、入院利用を円滑に行えているという解釈である。もう1つは「入院時に医療との連携が充実していると、病変時に地域ケアで支えるという体制が薄れ、バックベッドを頼りに精神科への入院利用が増える」という解釈である。

病変時の精神科への入院の適切な利用は必要なものだが、片方で精神科病棟を中心としたケアを展開している可能性があるのであれば、これは単純に肯定されるべきものでもない。計画相談支援を行う側も、また医療者側も、「導入時の連携体制を整える」実践が、入院を増やす可能性があることを意識し、その入院が「適切な利用なのか」「本人の意志にそった入院なのか」「安易な入院依存になっていないか」、導入時連携の2面性を意識することが重要であると考える。

3) 入院時連携と外来連携の在り方とアウトカムの関連について

2)の論点を考えるうえで重要なのは、本研究の共分散構造分析の結果である。すなわち「入院時の連携体制」「外来時の連携体制」の組み合わせにより、追跡2年間の入院週数に違いがあった(図4)。

本分析では最も入院週数が有意に多いのは「導入時の連携体制は多いが、外来連携体制が少ない」タイプ2の群であった。片方で「導入時にも外来でも連携体制少ない」タイプ1群、「導入時には連携体制が少ないが、外来の

連携体制が多い」タイプ3群は入院週数が有意に少ない。

本分析では障害の重篤度（過去2年間の入院日数やICMSS得点）は共変量に投入し、調整を行っている。よってこの4タイプの医療との連携のあり方には「実際の障害の重篤度」だけでなく、「相談支援専門員から見た連携の必要性の判断」が一定反映されていると考えられる。これを踏まえて考えると、入院週数がタイプ2で最も高くなった理由は、事例の重篤度が高いと判断され「導入時の連携」体制が組まれるとともに、今後の予後や経過についての医療側・福祉側の注意意識が高まつたにも関わらず、その後の随時の「外来連携体制」が乏しかったかったため、実際に起きた病変時に「入院」で対応したという可能性が考えられる。

他方で、タイプ3やタイプ4では、外来での連携体制が厚かったため、計画相談支援利用後の病変時に対応が可能となり入院週数がタイプ2に比べて抑制されている可能性がある（タイプ4で入院週数がやや多いのは、「外来連携」による入院低減効果と、「導入時の連携」による注意喚起による入院週数が促進される効果と相殺されているのかもしれない）。なおタイプ1では入院が最も少ないが、導入後結果的にその後の病変などが少なかったため外来時のフォローなども不要であった群であると可能性がある。

「連携」という概念は単純化して考えらがちであるが、導入時の連携と、外来時の連携では「入院」という事象に対して働いてる機能が異なっていることを示しているのが本研究の重要な視点である。

特に「導入時だけ連携を行い、その後の連携・フォローが少ない」タイプ2群では、障害の重篤度を調整しても、多群に比較して入院が最も多いという結果となっている。『導入時だけでなく、外来時の連携を充実させ、フォローアップ体制を構築していくことが重要である』というこの結果は、①臨床的に連携のあり方・

方向性を指示するとともに、②連携の中でも特に「外来時の連携」を評価すべき、という方向性を示した意味でも重要であると考えられる。

4) 非自発的入院について

なお、導入時の連携体制の充実が仮に病変時の適正な入院利用につながるとしても、他方で「非自発的入院」も同時に増えているという結果は、見過ごしてはならないだろう。病変時の入院が避けられない必要なことだったとしても、その利用は可能な限り本人の意志に基づくものであることが、支援の理念としても、その後の利用者/支援者の関係性を維持し、良好なケアを持続するうえでも肝要だからである。

片方で本研究では、「外来連携体制」の充実は、非自発的入院に対しても抑制的に働いている結果となっている。外来でのこまめなフォローアップ体制を医療・福祉側ともに構築していくことが、本人の異に沿わない入院の発生を防いでいると考えられる。計画相談支援導入時に医療との連携を行い必要時に入院が可能な関係性を構築するだけでなく、（仮に入院がやむを得ないとしても）外来時の連携の中で利用者本人の状況や意向を小まめに共有しながら非自発的入院を防ぐことが重要であろう。

5) 本研究の意義と限界

最後に本研究の意義と限界を述べる。

(1) 医療と福祉の「連携」の臨床的アウトカムの寄与の示唆

精神科領域における医療と福祉の「連携」の重要性については臨床的には強調されてきたが、実際にその連携が計画相談支援というセッティングのなかで、どのような臨床的アウトカムにつながるかは実証的に明らかになっていたいなかった。本研究では障害者総合支援法導入後の精神保健福祉の環境の中で、医療と福祉における計画相談支援の連携が、入院や非自発的入院の発生の在り方に寄与している可能性を実証的に明らかにした点で、意義があると考えられる。

(2) 計画相談支援における「連携」の重要性の腑分けと、入院アウトカムへの寄与の峻別

一口に「連携」が重要とはいっても、支援のプロセスの「どの時点の連携」が、どのように臨床的アウトカムにつながるのかは明確ではなかった。本研究では今まで抽象的に語られていた「連携」を、計画相談支援の導入時・外来・入院時に腑分けしたうえで、入院アウトカムに対してどのように働くかを微視的にとらえ、外来時の連携の重要性と、導入時の連携の2面性と留意すべき点について明らかにした点で意義があると考えられる。焦点を当てるべき「連携」が明確になったことは、臨床的な意味のみならず、政策的・行政的な重点評価ポイントを明瞭にした点でも重要だと考える。

(3) 個別の支援技法・プログラムではない「連携」の重要性の指摘

本研究で入院に関連するアウトカムとして示唆されたのは、計画相談支援におけるエフォートや、各種社会資源の利用・導入されたサービスの量などではなく、「連携のあり方」であった。各種社会資源サービスの投入量や、相談支援のエフォートなどは今回の調査測度では十分にその支援の量や質を計測しきれなかった可能性はあるが、革新的な支援技法やプログラムではなく、日頃から語られている「連携」という一般的かつ副次的な要素の在り方が、アウトカムに対しても十分な影響力をもつという点が重要である。しかし「連携」は支援者の自助努力によって行われるものとして、シャドウワークになりがちであり、十分な評価や行政的な強化が見過ごされがちな領域でもある。本研究で示された「外来連携」をどのような形で、政策的に強化・評価していくかが今後の課題となるであろう。

(4) 本研究の限界

本研究の限界としては、以下の点が挙げられる。

第一に、本研究の対象事業者が一部の相談

支援事業者に偏っている可能性による外的妥当性の問題点である。全国から無作為調査を行った部分の協力事業所は全体の11%事業所であり、調査に意欲的だった活発な事業所による臨床像に偏っている可能性がある。

第二に、振り返り調査による測定された研究結果によるバイアスである。本研究は過去の記録にさかのぼって対象者の状態を把握しており、また支援者が直接回答しているため、想起および主観的なバイアスによる結果の偏向がある可能性がある。

第三に、アウトカムの評価指標は記録による振り返りによる調査が比較的容易な入院関連のアウトカムとしたが、利用者にとって重要な QOL やリカバリー視点の評価尺度は使用されていないため、あくまで対象者の臨床像を「入院」という限定された観点から評価した研究であるという限界がある。第四に医療機関との連携の状況は、記録内からたどれる範囲の簡便な調査測度であるため、情報の粒度に限界があったのも事実である。これらの点を考慮すると、今後の研究では医療と福祉の連携体制に関する予後の影響については「前向き調査」で研究を行うことが妥当かもしれない。

しかしこれらを踏まえても、本研究は障害者総合支援法の施行後において計画相談支援が入院アウトカムに及ぼしている影響を初めて実証的に検討した研究である。振り返り調査という制限された手法の中で、評価すべき「連携」の力点について明らかにした点で、意義のある研究であると考えられる。

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 2

- 1) 吉田 光爾、瀧本 里香、山口 創生、立森 久照、田村 紗子 :「精神障がい者への計画相談支援に関する実態調査 -計画相談支援

利用中の入院に関連する要因の検討:2 年間の振り返り調査から-」第 28 回日本精神障害者リハビリテーション学会, 愛知大会, オンライン, 2021.12.11.

2) 瀧本 里香、吉田 光爾:「精神障がい者へのサービス等利用計画(計画相談支援)に関する全国実態調査」第 28 回日本精神障害者リハビリテーション学会, 愛知大会, オンライン, 2021.12.11.

文献

- 1) 山口創生, 下平美智代, 吉田光爾, et al: 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 : 日本版クラインエントサービス受給票の開発の試み. 精神医学 54(12):1225-1236, 2012.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1 『追跡2年間における入院週数が9週間以上の有無』を応答変数とした
多変数ロジスティック回帰分析（強制投入法）の結果、(n=144)

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	61.272	11	.000
ブロック	61.272	11	.000
モデル	61.272	11	.000

モデルの要約

-2 対数尤度	Cox-Snell R2 乗	Nagelkerke R2 乗
68.489	.347	.584

Hosmer と Lemeshow の検定

カイ ² 乗	自由度	有意確率
1.835	8	.986

方程式中の変数

	B	標準誤差	Wald	自由度	p	Exp (B)
年齢	-0.034	0.031	1.152	1	.283	0.967
契約前過去2年間の入院週数	0.019	0.009	3.931	1	.047*	1.019
ICMSS 得点	0.200	0.127	2.457	1	.117	1.221
統合失調症か否か (1=統合失調症, 0=他)	0.671	0.804	0.698	1	.404	1.957
性別 (1=男, 2=女)	-0.485	0.686	0.500	1	.480	0.616
導入時連携体制	1.663	0.581	8.195	1	.004**	5.275
導入時連携回数	-0.304	0.181	2.810	1	.094	0.738
外来連携体制	-0.477	0.218	4.784	1	.029*	0.621
外来連携回数	-0.012	0.032	0.141	1	.707	0.988
入院時連携体制	-0.117	0.208	0.314	1	.575	0.890
入院時連携回数	0.259	0.077	11.248	1	.001***	1.296
定数	-4.401	2.281	3.723	1	.054	0.012

***: p < .001, **: p < .01, *: p < .05

表2 『追跡2年間における非自発的入院の有無』を応答変数とした
多変数ロジスティック回帰分析（強制投入法）の結果 (n=145)

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	46.932	11	0.000
ブロック	46.932	11	0.000
モデル	46.932	11	0.000

モデルの要約

-2 対数尤度	Cox-Snell R2 乗	Nagelkerke R2 乗
98.185	.277	.437

Hosmer と Lemeshow の検定

カイ ² 乗	自由度	有意確率
12.340	8	0.137

方程式中の変数

	B	標準誤差	Wald	自由度	p	Exp (B)
年齢	-0.027	0.024	1.316	1	.251	0.973
契約前過去2年間の入院週数	-0.012	0.008	2.028	1	.154	0.988
ICMSS 得点	0.211	0.100	4.473	1	.034*	1.235
統合失調症か否か (1=統合失調症, 0=他)	0.514	0.615	0.699	1	.403	1.672
性別 (1=男, 2=女)	0.075	0.539	0.019	1	.890	1.078
導入時連携体制	1.637	0.448	13.347	1	.000***	5.141
導入時連携回数	-0.049	0.091	0.291	1	.590	0.952
外来連携体制	-0.511	0.171	8.909	1	.003**	0.600
外来連携回数	0.013	0.026	0.251	1	.616	1.013
入院時連携体制	0.216	0.165	1.707	1	.191	1.241
入院時連携回数	0.133	0.053	6.236	1	.013*	1.143
定数	-5.552	1.913	8.426	1	.004	0.004

*** : p < .001, ** : p < .01, * : p < .05

表3 『追跡2年間における予定されていない入院の有無』を応答変数とした
多変数ロジスティック回帰分析（強制投入法）の結果（n=145）

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	32.224	11	.001
ブロック	32.224	11	.001
モデル	32.224	11	.001

モデルの要約

-2 対数尤度	Cox-Snell R2 乗	Nagelkerke R2 乗
91.225	.199	.348

Hosmer と Lemeshow の検定

カイ ² 乗	自由度	有意確率
10.643	8	0.223

方程式中の変数

	B	標準誤差	Wald	自由度	p	Exp (B)
年齢	0.019	0.027	0.476	1	.490	1.019
契約前過去2年間の入院週数	0.017	0.008	4.198	1	.040*	1.017
ICMSS 得点	0.149	0.109	1.861	1	.172	1.160
統合失調症か否か（1=統合失調症, 0=他）	-0.860	0.641	1.801	1	.180	0.423
性別（1=男, 2=女）	-0.354	0.575	0.379	1	.538	0.702
導入時連携体制	0.571	0.353	2.617	1	.106	1.769
導入時連携回数	-0.133	0.151	0.780	1	.377	0.875
外来連携体制	-0.450	0.196	5.260	1	.022*	0.638
外来連携回数	-0.001	0.029	0.002	1	.967	0.999
入院時連携体制	-0.005	0.175	0.001	1	.978	0.995
入院時連携回数	0.132	0.056	5.550	1	.018*	1.141
定数	-3.063	1.702	3.238	1	.072	0.047

*** : p < .001, ** : p < 0.01, * : p < 0.05

図1 導入時連携に関する情報収集内容（2次調査調査票より）

（1）計画相談導入前・導入時の連携状況について、行ったものにチェックをしてください。

（あてはまるものすべてにチェックをしてください。行ったものは実際に行った回数をご記入の上、詳細 a～eについてもチェック（複数可）をしてください。）

※ 病院窓口担当者＝医療機関のソーシャルワーカー・OT・心理士・看護師などで医療機関と地域支援をつなぐキーパーソン

<input type="checkbox"/>	① 導入前の本人との面談・顔合わせ	回数	回
	● 行った場所： <input type="checkbox"/> a. 医療機関 <input type="checkbox"/> b. 事業所 <input type="checkbox"/> c. 本人の自宅 <input type="checkbox"/> d. 役所 <input type="checkbox"/> e. 通所先		
<input type="checkbox"/>	② 導入にあたっての通・入院先とのケア会議（カンファレンス）	回数	回
	● 参加者： <input type="checkbox"/> a. 主治医 <input type="checkbox"/> b. 病院窓口担当者* <input type="checkbox"/> c. 他病院スタッフ <input type="checkbox"/> d. 本人 <input type="checkbox"/> e. 家族		
<input type="checkbox"/>	③ 主治医・病院窓口担当者とのサービス等利用計画の内容共有（変更等含）		
	● 共有・理解度： <input type="checkbox"/> a. 十分にされている <input type="checkbox"/> b. 病院窓口担当者*とはされている <input type="checkbox"/> c. 十分ではない		
	● 共有方法： <input type="checkbox"/> a. 内容はケア会議などで共有 <input type="checkbox"/> b. 内容は口頭（電話・メール等含む）で共有 <input type="checkbox"/> c. 内容は書面を送付して共有 <input type="checkbox"/> d. 共有は十分なされていない		

導入前連携体制については赤枠部分を合算。（1・0、共有度・理解度については a=1.5点、b=1点、c=0.5点）
導入前連携回数については青枠部分を合算。

図2 外来連携に関する情報収集内容（2次調査調査票より）

（2）外来時日頃の医療機関との連携や情報交換等について、行ったものにチェックをしてください。
 （あてはまるものすべてにチェックをしてください。行ったものは実際に行った回数をご記入の上、詳細 a～eについてもチェック（複数可）をしてください。）

※ 日ごろ = 定期的・設定されたケア会議など以外で計画相談支援導入時から2年間

□	① 日ごろ※の主治医との外来診察への同行・同席	回数	回
□	② 日ごろ※の病院窓口担当者やデイケアスタッフなどとの相談への同席	回数	回
□	③ 日ごろ※の電話・メールなどでの主治医との連絡など	回数	回
□	④ 日ごろ※の病院窓口担当者との連絡	回数	回

外来連携体制については赤枠部分を合算。（a=3,b=2,c=1,d=0等）

外来連携回数については青枠部分を合算。

図3 入院時連携に関する情報収集内容（2次調査調査票より）

- (3) 入退院時の医療機関との連携や支援の状況について、行ったものにチェックをしてください。なお、入院がなかった場合は、通院先の病院と①～⑤が行えるかについてお答えください。
(あてはまるものすべてにチェックをしてください。行ったものは実際に行った回数をご記入ください。)

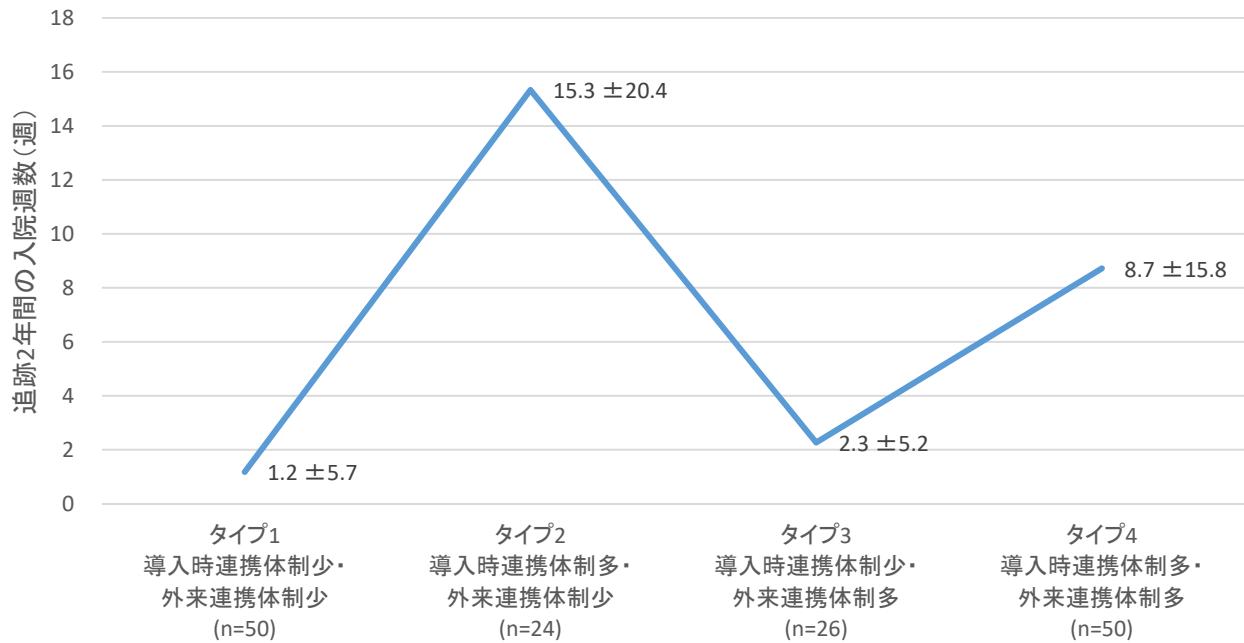
<input type="checkbox"/> ① 入院の必要性の検討を医療機関に相談した（できる）	回数	回
<input type="checkbox"/> ② 入院に向けた準備を医療機関と協調して行った（行える）	回数	回
<input type="checkbox"/> ③ 入院中に病棟で本人と面談した（できる）	回数	回
<input type="checkbox"/> ④ 退院に向けた方針を医療機関といっしょに検討した（できる）	回数	回
<input type="checkbox"/> ⑤ 退院前に医療機関から地域支援態勢整備のための連絡があった（連絡がある）	回数	回

入院時連携体制については赤枠部分を合算。(1・0)

入院時連携回数については青枠部分を合算。

図4 連携のあり方による追跡期間中の入院週数の差についての共分散分析の結果

(n=150)



タイプによる入院週数の差 $p=.012$

多重比較による群間差 タイプ1群・タイプ2群間の有意差 $p=.010$

タイプ2群・タイプ3群間の有意差 $p=.040$

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⁾、瀧本里香⁴⁾

1) 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 病院 臨床研究・教育研修部門

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

4) 帝京平成大学人文社会学部

要旨

本報告書の目的は医療連携状況（導入連携体制・回数、外来連携体制・回数、入院連携体制・回数）の入院の発生（9週間以上の入院、非自発的入院、予定されていない入院）との関連をその地域の精神保健福祉医療の地域資源町を考慮して検討することである。本研究班で収集した調査データに地域資源のデータを加えて分析を行った。地域資源量のデータは、地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD）に公開されている情報を利用し、市町村の人口10万対の入院者数、（精神科訪問看護基本療養費を算定している）訪問看護ステーション数（種別は全体）、介護給付等事業者数の3つを設定した。3種類の入院の発生をそれぞれ応答変数に多変数ロジスティック回帰分析を行った。多変数解析の説明変数には、年齢、過去1年の入院日数、ICMSS得点、統合失調症か否か、性別、導入連携体制、導入連携回数、外来連携体制、外来連携回数、入院連携体制、入院連携回数を常に含め、そこに3種類の地域資源量の変数を1つずつ加えた3種類のモデルで解析した。つまり3種類の応答変数×3種類の地域資源量の変数の9種類のモデルで多変数解析を実施した。予定されていない入院に対する入院者数（人口10万対）を除いて地域資源量のオッズ比が有意なものはなかった。またこのオッズ比もほぼ1に近く大きな影響はないと考えられる。また、地域資源量を加えても、入院の発生とどの入院連携体制の変数が有意な関連があるかに変化はなく（導入連携体制、外来連携体制、入院連携回数の3つのまま）、オッズ比も大きな違いはなかった。

A. 研究の背景と目的

本報告書の目的は医療連携状況（導入連携体制・回数、外来連携体制・回数、入院連携体制・回数）の入院の発生（9週間以上の入院、非自発的入院、予定されていない入院）との関連をその地域の精神保健福祉医療の地域資源町を考慮して検討することである。

B. 方法

本研究班で収集した調査データに地域資源のデータを加えて分析を行った。本研究班で収集した調査データの詳細および応答変数や医療連携状況の変数の定義などは本研究班の吉田による報告書を参照されたい。

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) に収載されている情報を用いた。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。

具体的な地域資源の変数は、

1. 市町村の人口 10 万対入院者数（病院の所在地ベース、全年代、全期間、全診断）
2. 市町村の人口 10 万対（精神科訪問看護基本療養費を算定している）訪問看護ステーション数（種別は全体）
3. 市町村の人口 10 万対介護給付等事業者数（居宅介護、共同生活援助、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援（一般型、資格取得型）、就労継続支援（A型、B型）、就労移行支援、自立生活援助、就労定着支援の合計）

の 3 つとした。

3 種類の入院の発生をそれぞれ応答変数に多変数ロジスティック回帰分析を行った。多変数解析の説明変数には、年齢、過去 1 年の入院日数、ICMSS 得点、統合失調症か否か、性別、導入連携体制、導入連携回数、外来連携体制、外来連携回数、入院連携体制、入院連携回数を常に含め、そこに 3 種類の地域資源量の変数を 1 つずつ加えた 3 種類のモデルで解析した。つまり 3 種類の応答変数 × 3 種類の地域資源量の変数の 9 種類のモデルで多変数解析を実施した。

C. 結果／進捗

表 1 から 3 に分析結果を示した。表 1 は応答変数が「9 週間以上の入院」、表 2 は応答変数が「非自発的入院」、表 3 は応答変数

が「予定されていない入院」の結果である。各表共通で Model 0 が地域資源量を含まないモデル、Model 1 が入院者数、Model 2 が訪問看護ステーション数、Model 3 が介護給付等事業者数を Model 0 に追加したものにそれぞれ対応する。

予定されていない入院に対する入院者数（人口 10 万対）を除いて地域資源量のオッズ比が有意なものはなかった。またこのオッズ比もほぼ 1 に近く大きな影響はないと考えられる。また、地域資源量を加えても、入院の発生とどの入院連携体制の変数が有意な関連があるかに変化はなく（導入連携体制、外来連携体制、入院連携回数の 3 つのまま）、オッズ比も大きな違いはなかった。ただし、9 週間以上の入院に対する導入連携体制のオッズ比の変化は相対的にやや大きい。

D. 考察

サンプルサイズやイベントの発生数の関係で昨年度の報告書で検討した方法を適用することには困難があった。地域資源の変数を複数同時にモデルに投入して解析を試みたが、推定に問題が生じたため、3 種類の地域資源量の変数を 1 つずつ投入した 3 種類のモデルで解析を行った。

対象者の特徴と医療連携状況と同時に地域資源量を加えても、入院の発生と有意な関連があった地域資源量の変数はほとんどなかったことから、入院の発生の予測に地域資源量が対象者の特徴と医療連携状況で説明される以上の独自の情報は多くはないと考えられた。地域資源量を加えても、入院の発生と導入連携体制、外来連携体制、入院連携回数が有意な関連があることに変化は生じず、それらの 3 つの医療連携状況のオッズ比の値も大きな変化はなかったことから、吉田が報告書で明らかにした入院の発生と医療連携状況の関係が地域資源が違った地域でもある程度共通しているとい

う前提で利用することができると考えられた。

2.学会発表 なし

E. 健康危険情報

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

F. 研究発表

1.論文発表 なし

表1：応答変数を「9週間以上の入院」とした多変数ロジスティクス回帰分析(N = 144)

	Model 0 (参考)			Model 1			Model 2			Model 3		
	OR ¹	95% CI ¹	p-value	OR ¹	95% CI ¹	p-value	OR ¹	95% CI ¹	p-value	OR ¹	95% CI ¹	p-value
年齢	0.97	0.91, 1.03	0.3	0.97	0.91, 1.03	0.3	0.97	0.91, 1.03	0.3	0.98	0.91, 1.04	0.5
過去2年の入院週数	1.02	1.00, 1.04	0.047	1.03	1.01, 1.05	0.018	1.02	1.00, 1.05	0.019	1.02	1.00, 1.04	0.051
ICMSS得点	1.22	0.96, 1.60	0.12	1.32	1.01, 1.80	0.052	1.32	1.01, 1.79	0.051	1.21	0.95, 1.60	0.14
統合失調症か否か	1.96	0.42, 10.6	0.4	4.33	0.71, 34.3	0.13	3.16	0.59, 20.9	0.2	2.25	0.47, 12.6	0.3
性別	0.62	0.15, 2.31	0.5	0.55	0.12, 2.25	0.4	0.63	0.15, 2.47	0.5	0.56	0.12, 2.21	0.4
導入連携体制	5.27	1.93, 19.5	0.004	6.14	2.09, 25.0	0.004	6.50	2.15, 30.1	0.005	4.96	1.78, 18.8	0.007
導入連携回数	0.74	0.50, 1.02	0.094	0.72	0.48, 1.01	0.078	0.73	0.49, 1.01	0.084	0.77	0.52, 1.03	0.2
外来連携体制	0.62	0.38, 0.92	0.029	0.55	0.33, 0.84	0.013	0.61	0.37, 0.90	0.023	0.63	0.38, 0.93	0.035
外来連携回数	0.99	0.93, 1.05	0.7	0.98	0.92, 1.04	0.5	0.97	0.90, 1.04	0.4	0.99	0.93, 1.05	0.7
入院連携体制	0.89	0.58, 1.34	0.6	0.71	0.42, 1.15	0.2	0.78	0.49, 1.21	0.3	0.84	0.54, 1.28	0.4
入院連携回数	1.30	1.14, 1.55	<0.001	1.36	1.17, 1.69	<0.001	1.36	1.17, 1.67	<0.001	1.29	1.13, 1.55	0.001
精神科入院者数 ²	-	-	-	1.00	0.99, 1.00	0.083	-	-	-	-	-	-
訪問看護ステーション数 ^{2,3}	-	-	-	-	-	-	0.60	0.33, 0.99	0.065	-	-	-
介護給付等事業者数 ²	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.97	0.91, 1.02	0.3

¹ OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

² 人口10万対

³ 精神科訪問看護基本療養費算定のみ

表2：応答変数を「非自発的入院」とした多変数ロジスティクス回帰分析(N = 145)

	Model 0 (参考)			Model 1			Model 2			Model 3		
	OR ¹	95% CI ¹	p-value	OR ¹	95% CI ¹	p-value	OR ¹	95% CI ¹	p-value	OR ¹	95% CI ¹	p-value
年齢	0.97	0.93, 1.02	0.3	0.97	0.93, 1.02	0.3	0.98	0.93, 1.02	0.3	0.98	0.93, 1.02	0.3
過去1年の入院日数	0.99	0.97, 1.00	0.2	0.99	0.97, 1.01	0.2	0.99	0.97, 1.00	0.2	0.99	0.97, 1.00	0.2
ICMSS得点	1.24	1.02, 1.52	0.034	1.24	1.03, 1.54	0.032	1.25	1.04, 1.55	0.025	1.23	1.02, 1.51	0.04
統合失調症か否か	1.67	0.51, 5.84	0.4	1.84	0.53, 6.80	0.3	1.86	0.56, 6.69	0.3	1.77	0.53, 6.27	0.4
性別	1.08	0.37, 3.14	0.9	1.06	0.36, 3.11	>0.9	1.12	0.38, 3.30	0.8	1.06	0.36, 3.10	>0.9
導入連携体制	5.14	2.33, 13.9	<0.001	5.27	2.36, 14.6	<0.001	5.38	2.40, 15.1	<0.001	5.16	2.32, 14.2	<0.001
導入連携回数	0.95	0.73, 1.05	0.6	0.95	0.72, 1.05	0.6	0.95	0.73, 1.05	0.6	0.95	0.74, 1.05	0.6
外来連携体制	0.60	0.42, 0.82	0.003	0.59	0.41, 0.81	0.003	0.60	0.42, 0.82	0.003	0.60	0.41, 0.82	0.003
外来連携回数	1.01	0.96, 1.07	0.6	1.01	0.96, 1.06	0.6	1.01	0.95, 1.06	0.8	1.01	0.96, 1.07	0.6
入院連携体制	1.24	0.91, 1.74	0.2	1.20	0.86, 1.72	0.3	1.21	0.88, 1.70	0.3	1.22	0.89, 1.72	0.2
入院連携回数	1.14	1.04, 1.28	0.013	1.14	1.04, 1.28	0.013	1.15	1.04, 1.29	0.01	1.14	1.03, 1.28	0.015
精神科入院者数 ²	-	-	-	1.00	1.00, 1.00	0.6	-	-	-	-	-	-
訪問看護ステーション数 ^{2,3}	-	-	-	-	-	-	0.82	0.55, 1.18	0.3	-	-	-
介護給付等事業者数 ²	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.99	0.95, 1.03	0.6

¹ OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

² 人口10万対

³ 精神科訪問看護基本療養費算定のみ

表3：応答変数を「予定されていない入院」とした多変数ロジスティクス回帰分析(N = 145)

	Model 0 (参考)			Model 1			Model 2			Model 3		
	OR ¹	95% CI ¹	p-value	OR ¹	95% CI ¹	p-value	OR ¹	95% CI ¹	p-value	OR ¹	95% CI ¹	p-value
年齢	1.02	0.97, 1.08	0.5	1.02	0.96, 1.08	0.6	1.02	0.97, 1.08	0.5	1.02	0.96, 1.08	0.6
過去1年の入院日数	1.02	1.00, 1.03	0.04	1.01	1.00, 1.03	0.11	1.02	1.00, 1.03	0.044	1.02	1.00, 1.03	0.043
ICMSS得点	1.16	0.94, 1.45	0.2	1.11	0.90, 1.40	0.3	1.16	0.94, 1.45	0.2	1.16	0.94, 1.46	0.2
統合失調症か否か	0.42	0.11, 1.46	0.2	0.24	0.05, 0.92	0.044	0.43	0.11, 1.53	0.2	0.41	0.11, 1.42	0.2
性別	0.70	0.22, 2.13	0.5	0.80	0.24, 2.52	0.7	0.70	0.22, 2.13	0.5	0.71	0.22, 2.15	0.5
導入連携体制	1.77	0.90, 3.67	0.11	1.85	0.95, 3.78	0.077	1.77	0.90, 3.67	0.11	1.82	0.92, 3.79	0.093
導入連携回数	0.88	0.63, 1.07	0.4	0.87	0.64, 1.06	0.3	0.88	0.63, 1.07	0.4	0.86	0.62, 1.06	0.3
外来連携体制	0.64	0.42, 0.91	0.022	0.65	0.42, 0.94	0.037	0.64	0.42, 0.91	0.023	0.63	0.41, 0.91	0.021
外来連携回数	1.00	0.94, 1.05	>0.9	1.00	0.94, 1.06	>0.9	1.00	0.94, 1.05	>0.9	1.00	0.94, 1.05	>0.9
入院連携体制	1.00	0.70, 1.41	>0.9	1.16	0.79, 1.74	0.4	0.99	0.69, 1.43	>0.9	1.01	0.71, 1.43	>0.9
入院連携回数	1.14	1.03, 1.28	0.018	1.15	1.03, 1.29	0.018	1.14	1.03, 1.28	0.019	1.15	1.03, 1.29	0.017
精神科入院者数 ²	-	-	-	1.00	1.00, 1.01	0.021	-	-	-	-	-	-
訪問看護ステーション数 ^{2,3}	-	-	-	-	-	-	0.99	0.66, 1.47	>0.9	-	-	-
介護給付等事業者数 ²	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.01	0.97, 1.05	0.6

¹ OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

² 人口10万対

³ 精神科訪問看護基本療養費算定のみ

相談支援事業所の支援における医療機関連携と関連要因

研究分担者：山口創生

1) 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部

要旨

日本の地域精神障害者ケアは、多機関連携を推進する制度を目指している。そこで、本分担班は、相談支援事業所の連携の実態を分析し、連携回数に影響する機関要因・職員要因を探索的に検証することを目的として、相談支援事業所のデータを分析した。本調査のアウトカム変数は、計画相談導入前・導入時の連携回数（以下、導入時連携回数）、日常的な外来時における医療機関との連携回数（以下、外来時連携回数）、そして入院および退院時の医療機関との連携状況（以下、入退院時連携回数）であった。これらのアウトカム変数に関連する機関属性の変数と職員属性の変数について、多変量解析を用いて分析した。3つの連携時点に共通して連携回数と関連する変数は、各年度における精神障害を持つ利用数であった。導入時連携回数に関連していた変数は、法人が地域活動支援センターを有していること ($B=0.777, p=0.044$)、そして職員が地域活動支援センターのエフォートが多いこと ($B=0.032, p=0.046$)、あるいは介護福祉士の資格を有していること ($B=-1.329, p<0.001$) であった。外来時連携回数に関連していた変数は、法人が地域活動支援センター ($B=7.784, p=0.013$) やグループホーム ($B=7.397, p=0.011$) を有していること、地域に参加可能な自立支援協議会のその他の部会があること ($B=6.627, p=0.007$)、連携可能な精神科病院が多いこと ($B=0.584, p=0.039$)、職員が介護福祉士の資格を有していること ($B=-5.810, p=0.002$)、職員が委託相談（障害者相談支援事業） ($B=-0.150, p=0.013$) や地域活動支援センター ($B=0.517, p<0.001$) に多くのエフォートを割いていること、職員が相談支援従事者現任者研修 ($B=-3.949, p=0.035$)、各職能団体主催の研修 ($B=4.830, p=0.029$)、職場主催の研修 ($B=4.936, p=0.019$) に参加していることであった。入退院時連携回数については、地域に参加可能な自立支援協議会があること ($B=3.498, p<0.001$)、特にその他の部会があること ($B=2.533, p=0.014$)、専門職などの地域勉強会があること ($B=2.734, p=0.004$)、連携可能な精神科病院が多いこと ($B=0.260, p=0.011$)、そして職員の精神科医療機関での勤務年数が長いことが関連していた ($B=0.272, p=0.007$)。考察では、多機関連携の推進を可能にする自立支援協議会の在り方や各種研修の内容などについての検証が今後の課題になると提案した。

A. 研究の背景と目的

過去 70 年間において、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、精神障害者に対する地域ケアの発展は徐々に進んでいる(Kasai et al., 2017)。日本の地域ケ

アの特徴は、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点にある。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介護型ケースマネジメントを主として発展さ

し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げる仲介型ケースマネジメントを提供している。

仲介型ケースマネジメントを軸として障害福祉サービスが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（Dieterich et al., 2017）。それ故、関心を向かされることも少なく、実際の支援内容に関する検証が十分に行われていない。また、国内では、2019年度に「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、相談支援事業所には地域の様々な事業所や医療機関、その他の社会資源と連携して、当事者の生活を支えることが期待されている。しかしながら、相談支援事業所がどの程度、医療機関と連携しているか、あるいはどのような要因が連携回数に関連しているのかについては未検証である。そこで、本分担班は、相談支援事業所の連携の実態を分析し、連携回数に関連する機関要因・職員要因を探索的に検証することを目的とした。

B. 方法

1) 調査の概要

日本相談支援専門員協会による推薦事業所および障害福祉サービス等情報公表システムに登録されている相談支援事業所を対象とした調査を実施した。実際の調査は、アンケート調査票を用いた1次調査と2次調査に分けて実施された。調査期間・手続きなど含めた調査方法の詳細は、総括報告書を参照されたい。

2) 対象者

本分担報告の参加機関は、1次調査に参加した機関のうち、2次調査の参加に同意した

機関であった。各機関の対象者の導入基準は、ケースマネジメントの必要性を判断するIntensive Case Management Screening Sheet (ICMSS) で1点以上であることであった。

3) 調査項目

調査票は多様な項目で構成されているため、本分担班の主要アウトカムである連携について記述する。調査票では、対象となった利用者について、計画相談導入前・導入時の連携状況（以下、導入時連携）、日常的な外来時における医療機関との連携状況（以下、外来時連携）、そして入院および退院時の医療機関との連携状況（以下、入退院時連携）に関する設問を設けた。具体的には、各時点において、どのような機関と連携をしたのか、どの程度の情報が共有されたのか、実際に連携した回数などに関する項目が設けられた。

本分担班は、上記のうち、導入時連携、外来時連携、入退院時連携における連携回数に焦点を当てた。導入時連携については、「導入前の本人との面談・顔合わせ」回数と「導入にあたっての通・入院先とのケア会議（カンファレンス）」回数を合算した数値を連携数とした。外来時連携の回数は、「日ごろの主治医との外来診察への同行・同席」回数、「日ごろの病院窓口担当者やデイケアスタッフなどとの相談への同席」回数、「日ごろの電話・メールなどの主治医との連携」回数、「日ごろの病院窓口担当者との連携」回数を合算して算出した。入退院時連携については、「入院の必要性の検討を医療機関に相談した」、「入院に向けた準備を医療機関と協調して行った」、「入院中に病棟で本人と面談した」、「退院に向けた方針を医療機関といっしょに検討した」、「退院前に医療機関から地域支援態勢整備のための連絡があった」を足し上げて、連携回数を計算した。

4) 倫理的配慮

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。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。

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。

また相談支援専門員に関する調査については調査目的・調査協力に関する自由・調査を拒否しても不利益を被らないこと等を文書で説明し、自記式調査票の回答をもって協力の同意とした。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。(L2021-010S)

5) 統計解析／分析方法

連携に関する要因を探索的に検証するために、一般化線形モデルを実施した。その際、導入時連携、外来時連携、入退院時連携の回数を従属変数、機関および職員の属性変数を独立変数、利用者の年齢、性別、診断を調整変数とした。また、各機関あるいは職員は複数の利用者（分析対象者）を担当していることから、一般化線形モデルの実施の際には、クラスターロバスト標準誤差を調整した分析とした。

機関レベルの属性変数について、各法人が運営するサービス形態・種別は多岐にわたるため、相談支援事業と業務上の関連がある地域移行支援、地域定着支援、自立生活援助、委託相談、地域活動支援センター、グループホームそして医療機関を、独立変数と使用し、モデルに投入した。また、職員レベルの属性変数においても、業務内で従事するサービス形態（エフォート割合）については、相談支援事業と関連のあるサービス事業のうち、平均

エフォートが 10%以上のサービス形態のみを独立変数として使用した。なお、本調査は独立変数が多いため、モデル分析を繰り返し実施し、多くの統計値を算出したが、探索的な調査であるため、多重検定による p 値の補正是しなかった。

C. 結果

調査の結果、43 機関が本研究に参加した。また、60 職員が調査票で登録された。さらに、最終的な分析対象者は 149 名であった。なお、欠損値が散見される変数もあり、変数によって分析対象数が異なる結果となった。導入時連携回数の平均は、 2.6 ± 2.1 であり、外来時連携回数は 8.3 ± 12.5 、そして入退院時連携回数は 3.1 ± 5.8 であった。

表 1 は参加機関の属性情報を示している。各年度の平均利用者数は 210 人以上であり、また精神障害を持つ利用者数の平均は 100 人以上であった。法人種別は社会福祉法人が多かった（44.2%）。法人が運営するサービス形態について、地域移行支援（62.8%）、地域定着支援（58.1%）、委託相談（53.5%）、就労継続支援 B 型（48.8%）、地域活動支援センター（46.5%）が比較的高い割合となっていた。連携可能な精神科病院と精神科クリニックの平均数は、 6.9 ± 5.1 と 8.5 ± 10.5 であった。地域の連絡等で最も多くの機関が出席していたのは、自立支援協議会（88.4%）であった。

表 2 は、職員の属性情報を示している。年代は 40 代が最も多く、全体の約半数であった（47.1%）。相談支援事業所および相談支援専門員としての平均勤務年数は、それぞれ 6.3 ± 4.8 年と 5.5 ± 4.0 年であった。なお、精神科医療機関の平均勤務年数は 9.4 ± 16.9 年であったが、中央値は 1.5 年であった。国家資格については、精神保健福祉士を持っている職員が多く（61.7%）、次いで社会福祉士を持っている職員が多かった（36.7%）。業務中のエフォートについては、相談支援事業に関連し

やすく平均エフォートが10%を超えた項目は、計画相談支援(50.0%±34.0)、地域移行支援(11.0%±25.1)、委託相談(7.7%±15.6)、地域活動支援センター(6.3%±13.8)であった。職員が参加した研修などに関しては、各職能団体主催の研修(70.2%)、職場主催の研修(78.3%)、自立支援協議会などの主催の研修会(73.3%)が、70%を超えていた。

機関の属性のうち、3つの連携時点に共通して連携回数と関連する変数は、各年度における精神障害を持つ利用数であった(表3)。また、地域活動支援センターを併設する法人の機関は、導入時連携($B=0.777, p=0.044$)と外来時連携($B=7.784, p=0.013$)の回数が有意に多かった。また、グループホームを併設している機関も外来時連携($B=7.397, p=0.011$)の回数が有意に多かった(表4)。地域の連絡会等について、外来時連携の回数には、地域に自立支援協議会におけるその他の部会があること($B=6.627, p=0.007$)が有意に関連しており、入退院時連携の回数には地域に自立支援協議会があること($B=3.498, p<0.001$)、自立支援協議会におけるその他の部会があること($B=2.533, p=0.014$)、専門職などの地域勉強会があること($B=2.734, p=0.004$)が関連していた。また、連携可能な精神科病院数が多いことと外来時($B=0.584, p=0.039$)と入退院時($B=0.260, p=0.011$)の連携回数が多いことが有意に関連していたが、連携可能な精神科クリニック数では有意な関連は観察されなかった。

職員の個人属性と連携回数との関連については、表5に示されている。職員の精神科医療機関の勤務年数は、入退院時連携の回数と有意に関連していた($B=0.272, p=0.007$)。他方、介護福祉士の資格を持つ職員は、それ以外の職員と比較し、導入時($B=-1.329, p<0.001$)および外来時($B=-5.810, p=0.002$)の連携回数が有意に少なかった。また、地域

活動支援センターのエフォートの多さは、導入時($B=-0.002, p=0.046$)および外来時($B=0.517, p<0.001$)の連携回数の多さと有意に関連していた一方で、委託相談のエフォートが多いことは、外来時連携回数の少なさとも関連していた($B=-0.150, p=0.013$)。研修については、相談支援従事者現任者研修を受けた職員が、外来時連携回数が有意に少なかった反面($B=-3.949, p=0.035$)、各職能団体主催の研修($B=4.830, p=0.029$)と職場主催の研修($B=4.936, p=0.019$)に参加した職員は、外来時連携回数が有意に多かった。

D. 考察

本分担班は、相談支援事業所の支援における医療機関連携の回数とその関連要因を検証した。ここでは、導入時連携、外来時連携、入退院時連携に共通して関連した要因について考察を加え、その後、各連携時点に分けて結果を考察する。

導入時連携、外来時連携、入院退院時連携に共通した関連要因は、各年度の利用者における精神障害者数であった。精神障害者ケアには、包括的な支援や医療と社会サービスをセットにした支援が必要とされることが度々指摘されている(Mueser, Bond, Drake, & Resnick, 1998; Thornicroft, Deb, & Henderson, 2016; Thornicroft & Tansella, 2014)。特に、精神疾患の特徴として症状に波があることを考慮すると、障害福祉サービスに加えて、継続的な医療サービスを必要とする者が一定の割合で存在すると想定される。換言すると、この知見は、精神障害者数が多い相談支援事業所が精神障害者のニーズに対応した支援すると結果的に連携回数が多くなるという関連性を示しているとも考えられる。

導入時連携回数に関連していた変数は、法人が地域活動支援センターを有していること、

そして職員が地域活動支援センターのエフォートが多いことであった。地域活動支援センターの活動は自由度が高く、精神障害者にとって通所しやすいサービスの一つであると考えられる。また、職員にとっては、分析対象者の日常を把握しやすい場となっている可能性がある。これらは、地域活動支援センターが導入時連携回数に関連していた理由の一つとなるかもしれない。また、介護福祉士の資格と連携回数の少なさが関連していたことには、介護福祉士の職業特性が関連している可能性がある。介護福祉士はケアワークの専門職であり、ケースマネジメントや調整、資源開発などを専門とするソーシャルワーク系資格（精神保健福祉士や社会福祉士）とは異なる。この職業特性の違いが連携回数の少なさに影響したのかもしれない。

外来時連携回数に関連していた変数は、法人が地域活動支援センターやグループホームを有していること、地域に参加可能な自立支援協議会のその他の部会があること、連携可能な精神科病院が多いこと、職員が介護福祉士の資格を有すること、職員が委託相談（障害者相談支援事業）や地域活動支援センターに多くのエフォートを割いていること、職員が相談支援従事者現任者研修、各職能団体主催の研修、職場主催の研修に参加していることであった。このうち、法人で持っているサービスやエフォートに関しては、導入時連携と同様の理由が考えられる。また、連携可能な精神科病院と連携回数との関連は自然なことと言えよう。特徴的な結果としては、自立支援協議会のその他の部会と連携回数との関連が挙げられる。本調査ではその他の部会の内容について詳細を把握できないため、特定の理由の解明は困難である。しかしながら、多機関連携という点において、自立支援協議会の内容やプロセスなどは今後の調査対象となると示唆される。また、研修については、各職能団体主催の研修や職場主催の研修が正の

関連を示したのに対して、相談支援従事者現任者研修が連携回数と負の関連を示した。各職能団体主催の研修や職場主催の研修については、精神保健福祉士協会の研修や精神障害者ケアを専門とする事業所の研修が含まれていたことが、連携回数の多さと関連していた理由として推測される。ただし、この結果についても各研修の内容については把握できなかったため特定の理由を指摘することは難しい。同様に、相談支援従事者現任者研修を受けた職員において連携回数が少ない理由を正確に指摘することは困難であるが、精神障害者ケアや医療機関連携を促す研修内容の再検討と阻害となる内容の特定は今後の大きな課題になると予想される。

入退院時連携回数については、地域に参加可能な自立支援協議会があること、特にその他の部会があること、専門職などの地域勉強会があること、連携可能な精神科病院が多いこと、そして職員の精神科医療機関での勤務年数が長いことが関連していた。地域連携の体制については、外来時連携と同様の考察が可能であるが、入退院時連携については、地域における機関横断的な専門職勉強会も関連していた。日ごろから様々な機関の職員が勉強会などを通して顔の見える関係を築くことが連携回数の増加につながる可能性を示唆している。また、職員における精神科医療機関勤務の長さは、医療機関の特徴などを把握していることで、連携回数の増加につながったと考えられる。

本調査には、大きく3つの限界がある。第1に、本研究の連携回数指標は、いくつかの機関・部署との連携を合算しており、特に、導入時連携回数には、障害福祉事業所や医療機関との連携が含まれている。また、連携方法は対面の会話から電話などによるも含まれている。よって、今後、連携先の機関種別や連絡手段を限定した分析が必要になると予想され

る。第2に、本調査の分析は多変量解析モデルを繰り返し実施し、多くの統計検定の結果を提示した。このような多重検定は、タイプIエラーあるいは α エラーを引き起こしやすく、本来はp値の補正が必要である。本調査の目的が、連携回数に関する要因の探索的な検証であることから、補正をせずに分析結果を提示したが、特にp値が0.05に近い値で、有意な関連があると判断した項目については、留意が必要である。第3に横断デザインの問題があげられる。本調査は、アウトカム（従属変数）と曝露（独立変数）を同時に問う調査であった。そのため、変数間の方向性については言及できず、よって連携回数と各変数の因果関係は実証できなかった。

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

- Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., & Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD007906.
- Kasai, K., Ando, S., Kanehara, A., Kumakura, Y., Kondo, S., Fukuda, M., . . . Higuchi, T. (2017). Strengthening community mental health services in Japan. *Lancet Psychiatry*, 4(4), 268-270.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 37-74.
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276-286. doi:10.1002/wps.20349
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2014). Community mental health care in the future: nine proposals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6), 507-512.

表1 参加機関の属性情報

期間数 = 43	N	n/Mean	%/SD
利用者数			
2017年度 利用者数	38	215.6	221.0
精神障害を持つ利用者数	38	121.5	176.9
2018年度 利用者数	38	220.7	213.1
精神障害を持つ利用者数	39	125.4	175.6
2019年度 利用者数	38	229.7	227.4
精神障害を持つ利用者数	40	127.7	178.1
2020年度 利用者数	38	232.6	231.5
精神障害を持つ利用者数	40	102.0	139.7
法人種別			
社会福祉法人*	43	19	44.2
特定非営利法人 (NPO)	43	5	11.6
医療法人 (社団)	43	8	18.6
その他	43	11	25.6
運営サービス			
地域移行支援	43	27	62.8
地域定着支援	43	25	58.1
自立生活援助	43	9	20.9
委託相談 (障害者相談支援事業)	43	23	53.5
地域活動支援センター	43	20	46.5
就労継続支援 A型	43	4	9.3
就労継続支援 B型	43	21	48.8
就労移行支援	43	9	20.9
訪問介護	43	14	32.6
グループホーム	43	20	46.5
訪問看護	43	13	30.2
精神科病院	43	6	14.0
精神科クリニック	43	2	4.7
連携可能な医療機関数			
連携可能な精神科病院	40	6.9	5.1
連携可能な精神科クリニック	40	8.5	10.5
地域の連絡会等の有無			
自立支援協議会	43	38	88.4
自立支援協議会_精神障害部会	43	14	32.6
自立支援協議会_地域移行部会	43	14	32.6
自立支援協議会_その他の部会	43	28	65.1
地域精神保健連絡会など	43	20	46.5
専門職などの地域勉強会	43	27	62.8

表2 職員の属性情報

職員数 = 60	N	n/Mean	%/SD
年齢			
20代	3	5	3.9
30代	13	23	21.6
40代	25	44	47.1
50代	11	19	21.6
60代	5	9	5.9
勤務年数など			
相談支援事業所	60	6.3	4.8
相談支援専門員	55	5.5	4.0
精神障害者への地域・障害福祉サービス事業所	39	4.5	6.2
精神科医療機関	44	9.4	16.9
ケースロード	51	43.9	37.9
資格			
精神保健福祉士	60	37	61.7
社会福祉士	60	22	36.7
介護福祉士	60	11	18.3
エフォート（業務内の従事割合）の平均			
計画相談支援	57	50.0	34.0
地域移行支援	57	11.0	25.1
地域定着支援	51	3.1	4.9
自立生活援助	55	0.5	1.9
委託相談（障害者相談支援事業）	54	7.7	15.6
地域活動支援センター	51	6.3	13.8
就労継続支援 A型	51	0.0	0.0
就労継続支援 B型	51	0.0	0.0
就労移行支援	51	0.0	0.0
訪問介護	55	2.1	11.1
グループホーム	51	0.2	1.4
訪問看護	51	0.0	0.0
研修			
相談支援従事者現任者研修	60	11	18.3
各職能団体主催の研修	60	40	70.2
自治体主催の研修	60	28	46.7
職場主催の研修	60	47	78.3
自立支援協議会などの主催の研修会	60	44	73.3

表3 利用者数と連携回数との関連

	導入時連携				外来時連携				入院時連携			
	95%CI				95%CI				95%CI			
	B	Lower	Upper	P	B	Lower	Upper	P	B	Lower	Upper	P
2017年度 利用者数	0.001	-0.002	0.003	0.581	0.002	-0.008	0.012	0.736	0.004	-0.004	0.013	0.330
精神障害を持つ利用者数	0.003	0.001	0.005	0.050	0.015	0.003	0.026	0.014	0.012	0.004	0.021	0.003
2018年度 利用者数	0.001	-0.002	0.003	0.612	0.002	-0.009	0.013	0.719	0.005	-0.004	0.014	0.304
精神障害を持つ利用者数	0.003	0.000	0.005	0.049	0.015	0.003	0.028	0.018	0.013	0.004	0.022	0.004
2019年度 利用者数	0.001	-0.002	0.003	0.627	0.001	-0.008	0.011	0.777	0.004	-0.005	0.012	0.369
精神障害を持つ利用者数	0.003	0.000	0.005	0.023	0.015	0.002	0.028	0.021	0.012	0.004	0.021	0.006
2020年度 利用者数	0.000	-0.002	0.003	0.717	0.001	-0.009	0.011	0.829	0.004	-0.005	0.012	0.402
精神障害を持つ利用者数	0.003	0.001	0.005	<0.001	0.020	0.002	0.037	0.026	0.013	0.004	0.022	0.005

表4 法人属性と連携回数との関連

	導入時連携				外来時連携				入院時連携			
	95%CI				95%CI				95%CI			
	B	Lower	Upper	P	B	Lower	Upper	P	B	Lower	Upper	P
法人種別												
社会福祉法人*												
特定非営利法人 (NPO)	-0.229	-1.407	0.950	0.704	-0.800	-8.363	6.764	0.836	0.551	-2.566	3.667	0.729
医療法人 (社団)	-0.448	-1.495	0.599	0.402	0.617	-7.273	8.507	0.878	0.627	-2.463	3.718	0.691
その他	-0.170	-1.269	0.928	0.761	-0.392	-9.203	8.420	0.931	2.605	-2.251	7.461	0.293
運営サービス*												
地域移行支援	0.297	-0.508	1.102	0.469	4.549	-0.428	9.527	0.073	0.708	-2.074	3.490	0.618
地域定着支援	-0.179	-1.003	0.646	0.671	3.444	-1.633	8.521	0.184	0.415	-2.251	3.082	0.760
自立生活援助	0.204	-0.661	1.069	0.644	3.657	-6.823	14.137	0.494	1.168	-2.276	4.612	0.506
委託相談 (障害者相談支援事業)	0.161	-0.631	0.952	0.690	0.414	-5.918	6.745	0.898	-0.271	-2.750	2.208	0.830
地域活動支援センター	0.777	0.020	1.535	0.044	7.784	1.619	13.949	0.013	0.741	-1.799	3.280	0.568
グループホーム	0.270	-0.507	1.047	0.495	7.397	1.722	13.072	0.011	1.329	-0.906	3.564	0.244
訪問看護	-0.473	-1.221	0.276	0.216	-2.474	-8.461	3.513	0.418	0.018	-2.245	2.281	0.988
精神科病院	-0.255	-0.903	0.394	0.442	0.832	-5.382	7.047	0.793	0.864	-1.210	2.938	0.414
精神科クリニック	-0.561	-1.164	0.043	0.069	-2.587	-6.616	1.443	0.208	1.304	-0.682	3.290	0.198
地域の連絡会等の有無												
自立支援協議会	-1.080	-3.249	1.088	0.329	2.458	-1.201	6.118	0.188	3.498	2.117	4.880	<0.001
自立支援協議会_精神障害部会	0.353	-0.516	1.222	0.426	1.006	-6.262	8.274	0.786	-0.673	-3.132	1.786	0.592
自立支援協議会_地域移行部会	-0.144	-0.801	0.513	0.668	-2.279	-10.061	5.502	0.566	-1.253	-3.845	1.339	0.343
自立支援協議会_その他の部会	0.100	-0.855	1.055	0.837	6.627	1.772	11.483	0.007	2.533	0.519	4.548	0.014
地域精神保健連絡会など	0.436	-0.313	1.186	0.254	4.093	-1.697	9.883	0.166	0.054	-2.317	2.425	0.964
専門職などの地域勉強会	0.583	-0.200	1.367	0.145	0.939	-6.301	8.179	0.799	2.734	0.854	4.615	0.004
連携可能な医療機関数												
連携可能な精神科病院	0.087	-0.002	0.176	0.056	0.584	0.028	1.139	0.039	0.260	0.060	0.460	0.011
連携可能な精神科クリニック	0.019	-0.026	0.063	0.418	0.148	-0.160	0.456	0.345	0.016	-0.112	0.144	0.807

表5 職員属性と連携回数との関連

	導入時連携				外来時連携				入院時連携			
	95%CI			P	95%CI			P	95%CI			P
	B	Lower	Upper		B	Lower	Upper		B	Lower	Upper	
年齢	0.024	-0.021	0.069	0.301	0.013	-0.175	0.201	0.893	0.080	-0.022	0.182	0.124
ケースロード	-0.010	-0.022	0.002	0.095	0.028	-0.041	0.096	0.430	0.031	-0.009	0.070	0.130
<u>勤務年数</u>												
相談支援事業所	0.019	-0.051	0.089	0.587	0.068	-0.485	0.622	0.810	-0.032	-0.299	0.236	0.816
相談支援専門員	0.059	-0.032	0.151	0.203	-0.114	-0.647	0.420	0.677	-0.041	-0.396	0.314	0.821
精神障害者への地域・障害福祉サービス事業所	-0.001	-0.054	0.052	0.981	0.286	-0.390	0.962	0.408	-0.153	-0.339	0.033	0.107
精神科医療機関	-0.001	-0.038	0.036	0.952	-0.059	-0.167	0.050	0.289	0.272	0.074	0.469	0.007
<u>資格</u>												
精神保健福祉士	0.090	-0.838	1.018	0.849	0.883	-4.122	5.888	0.729	-0.186	-3.106	2.733	0.900
社会福祉士	0.609	-0.427	1.645	0.249	0.263	-5.224	5.751	0.925	-1.403	-3.636	0.831	0.218
介護福祉士	-1.329	-1.979	-0.679	<0.001	-5.810	-9.461	-2.158	0.002	-2.193	-4.388	0.003	0.050
<u>エフォート（業務内の従事割合）</u>												
計画相談支援	-0.007	-0.016	0.003	0.172	0.032	-0.025	0.089	0.275	0.020	-0.021	0.061	0.336
地域移行支援	0.016	-0.008	0.039	0.190	0.022	-0.065	0.109	0.618	0.007	-0.034	0.048	0.740
委託相談（障害者相談支援事業）	0.008	-0.019	0.035	0.571	-0.150	-0.269	-0.032	0.013	-0.031	-0.086	0.023	0.259
地域活動支援センター	0.032	0.001	0.064	0.046	0.517	0.331	0.704	<0.001	0.049	-0.074	0.171	0.439
<u>研修</u>												
相談支援従事者現任者研修	-0.022	-0.911	0.866	0.961	-3.949	-7.627	-0.271	0.035	0.421	-1.942	2.783	0.727
各職能団体主催の研修	0.244	-0.588	1.076	0.566	4.830	0.485	9.175	0.029	0.573	-2.718	3.865	0.733
自治体主催の研修	0.513	-0.318	1.344	0.226	-2.378	-7.092	2.337	0.323	1.366	-1.450	4.181	0.342
職場主催の研修	-0.223	-1.330	0.884	0.693	4.936	0.802	9.070	0.019	0.289	-3.133	3.711	0.869
自立支援協議会などの主催の研修会	0.566	-0.222	1.354	0.159	0.938	-4.573	6.448	0.739	-0.155	-3.030	2.720	0.916

包括的支援マネジメントの充実に向けて

～非自発的入院の防止に向けた相談支援専門員と精神科医療スタッフの連携のあり方～

研究分担者：田村綾子（聖学院大学心理福祉学部）

要旨

計画相談支援を担当する相談支援専門員に対する調査結果をもとに「精神障害者によるアウトカムをもたらす支援や精神科医療機関への働きかけ」に関する解析結果の検証を目的として、一定の要件を満たす相談支援専門員を対象とした半構造化グループインタビュー調査を行って、精神科医療機関との連携の内実の一端を把握し、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て求められることについて考察した。

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に基づき、精神障害者に対してもケアマネジメントおよび障害福祉サービス利用支援の仕組みが導入されている。しかし、本制度下での計画相談によるケアマネジメントの利用者に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うことを目的として、精神障害者の計画相談に従事する相談支援専門員を対象とした2年間の追跡調査を実施した。

この調査の中間解析結果から相談支援専門員のかかわりとして「支援導入時の医療スタ

ッフとのケア会議は、入院を抑制している」「外来の連携体制があることは、非自発的入院の発生を抑制する傾向である」「医師の外来に同行することが非計画的な（予定外の）入院の発生に対して抑制的に働く」ことなどが導かれた。

そこで、実際に精神障害者の計画相談支援を担い、精神科医療機関と連携している精神保健福祉士を対象として、本調査の中間解析結果を提示し、その妥当性に関する所感を聞き取り、及び提言に向けた意見を収集することを目的とした。

B. 方法

1) 研究方法（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、多様な地域の実情を踏まえる目的から対象者を全国各地から選定し、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止策としてZOOMによるオンライン形式で実施した。

2) 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のう

ち、以下の要件を全て満たす者について、筆者の研究協力者より機縁法で 9 名を抽出し、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、協力の同意が得られた 5 名とした（表 1 参照）。

a 職能団体（公益社団法人日本精神保健福祉士協会）に所属し、理事や委員、代議員等の役割を担っていること

b 精神保健福祉士としての経験年数が 15 年以上であること

c 研究代表者が実施した相談支援事業所を対象とした本調査の回答者ではないこと

3) 調査実施日

インタビュー調査の実施日は、2022 年 3 月 5 日（土）9:00～12:00 である。インタビューには、筆者が設定した ZOOM に各自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 4 点である。これらの質問項目をあらかじめ書面で通知しておき、インタビュー調査時には、研究代表者（吉田光爾／東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科教授）より中間解析結果を説明したのち、全員が自己紹介（相談支援専門員としての経験年数、所属事業所の事業概要と主な業務）をおこなってから、調査者より質問を投げかけ、自由に発言してもらった。

①相談支援専門員を対象とした調査結果を聞いた率直な感想

②精神障害者の病状悪化時や再発時の対応として入院を避けるために工夫していること

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本調査に関する自由意見

5) 倫理的配慮

本調査は、東洋大学ライフデザイン学部研究等倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 L2021-015S）。

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・録画となることを告知し、発言中に不都合が生じる場合は申し出により録音・録画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

分析は、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）を用いて質的分析を行った。

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、逐語記録を作成してインタビュー協力者に確認してもらった。その後、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、「重要カテゴリー」に分類した。

7) 本研究の限界

今回のインタビューは 1 回のみである。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ことから、今回の分析結果には限界がある。また、オンライン調査であるため、集合形式の場合とは異なるグループダイナミクスが生じた可能性は否定できない。

C. 結果

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) 相談支援専門員を対象とした調査結果を聞いた率直な感想

ここでは、支援導入時のケア会議は入院を抑制していないという結果について、【入院

の捉え方】【医療の使い方】【意識の変化】が語られた。

【入院の捉え方】

入院について「その人にとって必要であれば、入院して元気になればいい」「非自発的入院につながる前に、短期間の入院で病状を回復させる」「入院が悪いとは思っていない」「必要な入院ができたよかったです」と考えるなど、入院自体を悪いとする捉え方はしていないことが共通しており、「入院を防ぐことに主眼がおかれていたことに違和感」も述べられたが、入院の「敷居が低く」なったことで容易に「医療で解決してもらおうというかたち」「ほんとに頼りきり」「地域でみれないから医療機関に任せたい」という事態を危惧する意見もあった。

【医療の使い方】

「本人が主体的に使うもの」「いい医療を選ぼうとしていく」ことを前提としたうえで、「非自発的入院にならないように」「生活を立て直すため」「集中的に医療を入れるという意味で」「つらかったので入院してスッキリして」といった目的での「短期間の入院」「2週間だけ入院」など、「医療にどう助けてもらうか」「タイミングよく医療を使う」といった発想により、長期化しない入院医療を本人の意思で活用することが望ましいという意見は共通していた。

【意識の変化】

「入院は悪いこと」という捉え方については、「自立支援法になって随分変わった」「そういう教育は（相談支援専門員に対して）してきていない」など、意識が変化していることが語られた。さらに、支援経験から「頻回な入院や入院の長期化、身体拘束に関してはいや」であるものの、「本人たちの意識も変わって」「絶対入院したくないです」という人はあまり見かけない」「ちょっと入院してきました、と事後報告される」など、入

院医療を活用する精神障害者の意識も変化してきている可能性が示唆された。

2) 精神障害者の病状悪化時や再発時の対応として入院を避けるために工夫していること

ここでは、入院を絶対悪であるとは捉えていないものの、非自発的な入院を避けるために相談支援専門員として実践していることが述べられ、カテゴリーとしては【クライシスプラン】【外来連携】【相談支援専門員の力量】に分かれた。

【クライシスプラン】

計画相談支援をおこなううえでは、「ご本人が、自分が困った時にどういう助けを求めるか」を一緒に考えておくために「クライシスプランをきちんと作って」おり、研修でも奨励されている。「入院に至るまでにいくつかのプランがある」ことで、それらを使いながら「クライシスプランも自分の病気の経過の中で熟し」ていく。そして、「やっぱり入院したほうがいいな、と思って」「自発的に入院を選んでいくというような循環」ができていき、「病院に助けてもらうというプランを作られる方もいる」という。

【外来連携】

「悪化してから慌てて動き出すのではなく」「日ごろから多職種で連携している」など、支援する障害者が利用している医療機関とは日頃から連携しており、「風通しの良い医療機関はすごく連携がしやす」く、「看護師さんともやり取りさせてもらえる」ことや、本人や医療スタッフに対して相談支援専門員が「役に立つ存在」として「中でしっかり説明」されていると連携しやすいという。そのための「窓口は、やはり精神保健福祉士さん」「ぶっちゃけトークができる仲間」であり、「ちゃんと中を調整する力を持っていいる精神保健福祉士」への期待が語られた。

また、連携において「医療がどういうふ

うに動けるかを理解し」「入院中に、どう関わられるか」を意識することが重要であり、相談支援専門員は「いろんな病院とお付き合い」することで「意外と病院を選んで」「長期入院にならない病院を選んで」いることが、「非自発的入院が少なくなる」ことに繋がっているのではないかと示唆された。

【相談支援専門員の力量】

このように「本人とともにクライシスプランを作」り、医療機関と連携するためには、「病院の事情を知らないこと」が妨げにならないように、相談支援専門員には「研修が必要」であり、医療機関の職員と「共通言語でしゃべれる」ことが望ましいという。また、「受診に無理やりついていくわけではなく」「そういう関係をどうつくっていくか」「根拠をもって動く意識」が必要である。

これらのことから、ソーシャルワーカーとして「代理決定が当たり前ではなく」、「意思決定支援の意味をもう一度掘り下げ」「ご本人の意思を中心にして、どう支援を組み立て」るのかを考え、実践できる力量が求められていることが示唆された。

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、特に計画相談支援を担う相談支援専門員が、医療的ニーズの高い精神障害者を支援するにあたり必要と思われるサービスや仕組みとして、【協議の場】【報酬】【マネジメント】が挙げられた。

【協議の場】

医療スタッフと相談支援専門員は、「市町村の自立支援協議会」や「保健所の『にも包括』の協議の場」を活用して「お互いの状況をきちんと把握」することにより「医療機関の機能を使わせてもら」ったり「相談支援事業所にも報酬になる」など「win-winな価値観」が醸成される場の機能が重要であり役立

っているという。また、「退院支援委員会」については「呼ばれる時と呼ばれない時の差」があることや「なんにも決まっていない段階で呼んでほしい」「医療機関も忙しかったり」「そこまで調整がきかなかったり」といった課題は各地で共通していることが示唆された。

【報酬】

「手弁当でやっていることが色々多い」なかで、外来受診の同行については「自立生活援助は同行がちゃんと報酬として評価される」ことや、「令和3年度の改定で入院時情報連携加算」の新設には注目しており、「しっかりと活用していくことが今後重要」であるという。なお、医療機関の機能を活用するためには「退院後生活環境相談員もちゃんと報酬上評価され」、相談支援については「医療頻度が高い人は必ず地域定着支援を使えるよう」になることも求められている。

また、「外来ケアマネジメントが始まる」にあたり、「(医療機関の)連携相手の所に相談支援事業所ときっちり書かれていることはすごいこと」である一方、「医療機関は外来に精神保健福祉士なんて、配置されている所は少なく、「結構事務量が多くなりそう」であることや、「相談支援側で作っているものと、わりと項目が一緒」であり「ご本人にすごく面倒くさいと思われるんじゃないかな」といったこともあり「将来的には一体ツールのかたち」「サインを1か所すれば済むようなシステム」が期待される。そのうえで「診療報酬上も、障害福祉サービスも建付けてほし」ということが述べられた。

【マネジメント】

「生活を支援すると、マネジメントの主たる出発点は、最初は医療機関」であるが「一年後には相談支援になり」、または「継続して両方でやっていくことも考えられる。ただし、「医療介入、医療との連携が必要な

人」について相談支援専門員がきちんと関与するためには「絶対使わなければならない福祉サービス」がないと「計画相談に結びつく話じゃない」という実態であり、「介護保険のほうは、ケアマネ通さないとサービス使えない」とこととの制度的な違いが指摘された。

計画相談支援においては、一定期間ごとのモニタリングが位置づけられているが、「受診同行が必要な計画の人」に関しては「モニタリング時以外にもよく呼ばれ」「何かあれば相談（支援専門員）が呼ばれて」「『じゃあ病院に行こうか』みたいな話になる」とことから、「地域定着支援はモニタリングが毎月」「モニタリング頻度が高いのはいいこと」であり、「医療頻度が高い人は、モニタリング頻度を高くできる」ようにマネジメントできると良いのではないかという。

4) 本調査に関する自由意見

総じて、中間解析結果に対しては納得感が表明されたうえで、【人材育成】という観点から研修の必要性と重要性が述べられた。

【人材育成】

「一生懸命やってる人たち」「すごく研修などにも熱心」な支援者がいる一方で、「状況を広くみる」と「安易な入院ってあり得る」「相当の幅がある」「乖離があるというか、でこぼこがあり」など、相談支援専門員の均質化に向けた人材育成の課題が共通認識されていた。特に、「地域支援と結び付けていくかを入院中から組み立て」ことや「そのために行くかを意識してやっていく力をつけ」ることの必要性や、「報酬が発生するのかということを理解」したり「医療のしくみも理解」「お互いにできるところを探り合う」ための研修ニーズが示唆された。

なお、「意思決定支援というところの意味をもう一度掘り下げる」「その人の意思といふのをどう捉えるのか」など、本人中心の支援の意義について「原点に戻るってこういう

ことだな」と実感する機会の重要性は共通して言及されていた。

D. 考察

今回のインタビューは、一定の要件を満たす、いわゆるベテランであり、各地域におけるリーダー的な精神保健福祉士を対象としたものである。精神障害者の支援において精神科医療を、本人の目標達成のために主体的に活用する発想をもって相談支援専門員として計画相談支援を行っており、必ずしも「入院が悪いこと」とは捉えていない点が共通していた。この認識は、昨年度の分担報告書（田村, 2021）にもあるように精神障害者の支援経験を有する相談支援専門員にはある程度共有されていると考えられる。

一方で、共通して言及されているのは、本人の意思の尊重であり、非自発的入院を避け、必要な医療を自ら選択して活用できるよう、医療機関と連携するための計画相談支援における工夫が重ねられていることである。

以下、相談支援専門員が外来連携を行ううえで必要性が示唆された項目をまとめる。

1) 入院を前提としないこと・本人の意思を尊重した入院を重視すること

相談支援専門員の価値観として、入院が全て悪いという捉え方はされていないものの、本人が望まない（非自発的）入院の回避が重視されている。具体的な回避策としては、クライシスプランを本人の意思に基づいて作成し、入院以外の方法を事前に複数用意することが有効であり、相談支援専門員に求められる力量でもあることが示唆された。また、仮に入院となる場合は本人の意思を尊重し、病状を踏まえながら納得感の得られるプロセスを経ること、入院を含む精神医療を本人が主体的に活用することを重視し、相談支援専門員はそのための力量を獲得することが必要である。さらに入院の長期化を避けるために、入院中から準備しておくことも欠かせない。

2) 医療機関のスタッフとの関係構築

相談支援専門員が支援を開始する時点で、精神障害者が地域生活を送っているのか、退院を目前にした入院中であるのかといった違いはあるものの、特に医療ニーズの高い利用者に関しては支援導入時から医療機関とのケア会議等を行い、顔の見える関係性を構築することにより、その後の日常的な外来時での連携のための下地を作ることが重要である。

ここでは、医療機関の精神保健福祉士の仲介が期待されており、本人に対する丁寧な説明や本人の利用希望を前提としたうえで、院内外の関係者に双方の役割や意義を説明することが重要である。これができる医療機関は相談支援専門員にとって連携しやすいと述べられており、連携を取り持つすべての専門職にはこの認識が求められるといえる。

3) 制度活用の工夫

計画相談支援は、医療ニーズは高いが障害福祉サービスの利用頻度の低い精神障害者に対してはかかわりにくい。これは障害者総合支援法における制度的な課題であり、「手弁当」で動くことは、特定の支援者が行っているとしても汎用性に乏しい。

これを克服するためには、入院時情報連携加算の活用や、入院中から医療機関とのケア会議等を行うなかで自立生活援助や地域定着支援などのサービスを導入し、それによって計画相談支援のモニタリング頻度を高めて利用者本人との対面の機会を増やしたり、外来受診に同行する機会を作ることなどが有効である。

また、医療機関においても相談支援専門員との積極的な連携を促進するために、診療報酬により評価される療養生活継続支援加算など新設制度を活用することが求められる。

4) 研修機会の提供と人材育成

今回のインタビュー協力者は、いずれもリ

ーダー的な存在として職場内外の専門職の研修企画や講師を担うなど、各地域における人材育成を自らの役割として認識していた。一方、中間解析結果からも良いアウトカムを出している相談支援専門員は、職能団体に所属していることや、地域で行われる研修に参加している傾向が見られている。

ソーシャルワーカーである相談支援専門員としての原点を確認し、また「連携の在り方の意義づけ」や、最新の制度サービスに関する情報を収集することが必要であり、報酬制度を支援のための手段として駆使するためにも専門職としての研鑽が求められる。さらに、地域圏域における関係機関のネットワーク構築と、そのための顔の見える関係性を結ぶためには職能団体や地域単位で行われる研修の機会が有効である。

5) まとめ

ここまで、精神障害者への良いアウトカムを出すために相談支援専門員に求められる専門性について記述したが、これらは医療機関や行政機関において精神障害者の地域生活を支援する者すべてに当てはまることがあるといえる。本人の主体性や意思を尊重し、その人らしい生活を送るための包括的支援マネジメントの充実に向けて、専門職としての確実な実践が求められている。

E. 健康危険情報

特記事項なし

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

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> (2022年5月1日最終閲覧)

・田村綾子「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～」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』分担報告書（2021年）

文献

・安梅勲江（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

・安梅勲江（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

・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

表1 インタビュー協力者の属性

	年代	ソーシャルワーカーの経験年数	精神保健福祉士としての経験年数	精神科医療機関の勤務年数	所属事業所の事業概要	職位	主たる業務
A	40代	17	17	12	居宅介護、行動援助護、移動支援、生活介護、放課後等デイサービス、児童発達支援、就労継続支援 A/B型、共同生活援助、短期入所、自立生活援助、相談支援事業(特定、一般、障害児、委託)、地域生活支援拠点	理事	計画相談、管理業務、人材育成、法人運営
B	50代	31	21	2	相談支援事業(基幹、委託、計画、一般、障害児)、就労支援事業(移行、定着、継続支援 A/B)、自立生活援助、共同生活援助、生活訓練、生活介護、地域活動支援センター事業	代表理事	法人経営、相談支援
C	50代	35	23	22	相談支援事業(基幹、委託、計画、一般)、就労継続支援 B型事業、地域活動支援センター、自立生活援助	理事長・施設長	法人運営・管理、基幹相談支援センター長、圏域スーパーバイザー
D	60代	39	23	19	相談支援事業(特定、一般)、共同生活援助、就労継続支援 B型	センター長・部長	主任相談支援専門員、障害福祉サービス事業所運営管理
E	40代	18	15	0	基幹相談支援センター事業、地域活動支援センター事業、相談支援事業(特定、一般、児童)	主任	人材育成、地域移行支援推進の業務、地域体制整備、地域生活支援拠点等コーディネート、計画相談等

資料 1. 2 次調査の調査票サンプル

計画相談支援におけるプロセス調査

対象利用者調査

利用者 ID :

I. 対象利用者の支援状況・プロセスについてお尋ねします。

同封の利用者基礎情報をご参照ください。

1. 支援提供回数：担当者が各支援における面談・相談・生活支援を提供した回数を、期間ごとにお答えください。

(対象となる利用者の支援記録を見ながらご記入ください。給付の対象外となる支援であっても、直接支援したことが記録にある場合は⑤～⑦に回数をご記入ください。)

給付対象支援	1～6 カ月	7～12 カ月	13～18 カ月	19～24 カ月
① 計画相談支援				
a. 事業所内	回	回	回	回
b. 事業所外・訪問	回	回	回	回
c. 電話・メールなど	回	回	回	回
d. 計画相談支援上のモニタリング頻度	ヶ月に1回	ヶ月に1回	ヶ月に1回	ヶ月に1回
② 地域移行支援				
a. 事業所内	回	回	回	回
b. 事業所外・訪問	回	回	回	回
c. 電話・メールなど	回	回	回	回
③ 地域定着支援				
a. 事業所内	回	回	回	回
b. 事業所外・訪問	回	回	回	回
c. 電話・メールなど	回	回	回	回
④ 自立生活援助				
a. 事業所内	回	回	回	回
b. 事業所外・訪問	回	回	回	回
c. 電話・メールなど	回	回	回	回
以下、上記の支援給付で行っている支援についてお答え下さい				
⑤ 日常生活・社会参加等への支援（家事・衛生・金銭管理、通所・就労・就学支援、家族支援など）				
a. 事業所内	回	回	回	回
b. 事業所外・訪問	回	回	回	回
c. 電話・メールなど	回	回	回	回
⑥ 受診・服薬・病状悪化時などの支援（受診の促し・同行、服薬の管理など）				
a. 事業所内	回	回	回	回
b. 事業所外・訪問	回	回	回	回
c. 電話・メールなど	回	回	回	回
⑦ その他				
a. 事業所内	回	回	回	回
b. 事業所外・訪問	回	回	回	回
c. 電話・メールなど	回	回	回	回

2. 支援の重点度（業務労力の割合）：それぞれの事業形態での支援を合わせて考えた際、それぞれの支援に対してどの程度重点的に労力を割いたかお答えください。

（提供した支援について、1年目、2年目別にチェックを入れ、①～⑪の重点度を%でご入力ください。）

※ 内容のa～dについては、割合のご記入は不要です。チェックのみお願いいたします。

提供した支援	1年目		2年目		記入例
① インテーク・アセスメント	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/> 5 %
a. 関係性の構築・本人の希望の把握・不安解消	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
b. 自宅（病棟）訪問による生活状況の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
② 支援計画作成・モニタリング・修正	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/> 20 %
a. 本人の希望の計画への反映・修正・変更	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
b. 繼続的な自宅（病棟）訪問による状況の把握	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
③ ケア会議（利用者参加）・カンファレンスなど	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/> 10 %
a. サービス担当者会議・個別支援会議 (定期モニタリングの会議)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
b. その他 関係者会議・事業所内会議 医療機関でのカンファレンスなど	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
④ 医療機関との協力体制づくり	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/> 10 %
⑤ 他の地域障害福祉事業所/行政との協力体制づくり	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/> 5 %
a. 地域障害福祉サービス事業所との協力体制づくり	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
b. 行政機関との協力体制づくり	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
⑥ 日常生活自立支援	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/> 10 %
a. 買い物・食事作り・掃除など課題がある家事支援	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
b. 金銭管理・銀行等の口座の開設・管理などへの支援	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
c. 年金・手帳・生活保護等の必要書類の管理や申請行政窓口同行や申請書類作成時の支援	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
d. 服薬/症状の自己管理の援助・診察同行/診察の促し	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
⑦ 社会参加等支援	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/> 20 %
a. 交通機関の利用・移動に関わる支援	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
b. 就労・就学・通所先との連絡調整・情報共有	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
c. 希望する就労・就学・通所先への見学同行等支援	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
d. 対人関係の維持・構築	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
⑧ 住環境に関する援助 (アパート探し、GH・不動産屋/大家との調整)	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/> —
⑨ 危機状態への介入 (病状悪化・生活上の深刻な問題等)	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/> 10 %
⑩ 家族支援	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input checked="" type="checkbox"/> 10 %
⑪ その他 ()	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/> —
合 計	100%		100%		100%

行った項目にチェックをし、足して100%になるようにして下さい

3. 利用者が通院・入院している医療機関との連携状況についてお答えください。

(1) 計画相談導入前・導入時の連携状況について、行ったものにチェックをしてください。

(あてはまるものすべてにチェックをしてください。行ったものは実際に行った回数をご記入の上、詳細 a～e についてもチェック（複数可）をしてください。)

※ 病院窓口担当者 = 医療機関のソーシャルワーカー・OT・心理士・看護師などで医療機関と地域支援をつなぐキーパーソン

<input type="checkbox"/>	① 導入前の本人との面談・顔合わせ	回 数	回
<input type="checkbox"/>	● 行った場所 : <input checked="" type="checkbox"/> a. 医療機関 <input type="checkbox"/> b. 事業所 <input type="checkbox"/> c. 本人の自宅 <input type="checkbox"/> d. 役所 <input type="checkbox"/> e. 通所先	回 数	回
<input type="checkbox"/>	② 導入にあたっての通・入院先とのケア会議（カンファレンス）	回 数	回
	● 参加者 : <input type="checkbox"/> a. 主治医 <input type="checkbox"/> b. 病院窓口担当者* <input type="checkbox"/> c. 他病院スタッフ		
	<input type="checkbox"/> d. 本人 <input type="checkbox"/> e. 家族		
<input type="checkbox"/>	③ 主治医・病院窓口担当者とのサービス等利用計画の内容共有（変更等含）	回 数	回
	● 共有・理解度 : <input type="checkbox"/> a. 十分にされている <input checked="" type="checkbox"/> b. 病院窓口担当者*とはされている <input type="checkbox"/> c. 十分ではない		
	● 共有方法 : <input type="checkbox"/> a. 内容はケア会議などで共有 <input type="checkbox"/> b. 内容は口頭（電話・メール等含む）で共有 <input type="checkbox"/> c. 内容は書面を送付して共有 <input type="checkbox"/> d. 共有は十分なされていない		

(2) 外来時日頃の医療機関との連携や情報交換等について、行ったものにチェックをしてください。

(あてはまるものすべてにチェックをしてください。行ったものは実際に行った回数をご記入の上、詳細 a～e についてもチェック（複数可）をしてください。)

※ 日ごろ = 定期的・設定されたケア会議など以外で計画相談支援導入時から 2 年間

<input type="checkbox"/>	① 日ごろ*の主治医との外来診察への同行・同席	回 数	回
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. 連絡なく同行・同席・情報共有を行った <input type="checkbox"/> b. 必要時に病院窓口担当者へ連絡し同行・同席をした <input type="checkbox"/> c. 本人の状況に応じ同行したが、診察は同席できない <input type="checkbox"/> d. 外来への同行・同席は業務として行っていない	回 数	回
<input type="checkbox"/>	② 日ごろ*の病院窓口担当者やデイケアスタッフなどとの相談への同席	回 数	回
	<input type="checkbox"/> a. 連絡なく同行・同席・情報共有を行った <input type="checkbox"/> b. 必要時に連絡し同行・同席した <input type="checkbox"/> c. 病院コメディカルスタッフとの面談への同行・同席は業務として行っていない		
<input type="checkbox"/>	③ 日ごろ*の電話・メールなどでの主治医との連絡など	回 数	回
	<input type="checkbox"/> a. 直接電話・メールで連絡・情報共有し、医療的アドバイスをもらえた <input type="checkbox"/> b. 病院窓口担当者に伝え意見を聞いてもらった <input type="checkbox"/> c. 緊急時以外連絡ができない		
<input type="checkbox"/>	④ 日ごろ*の病院窓口担当者との連絡	回 数	回
	<input type="checkbox"/> a. 直接電話・メール連絡ができ情報共有ができた <input type="checkbox"/> b. 緊急時以外連絡をしていない		

(3) 入退院時の医療機関との連携や支援の状況について、行ったものにチェックをしてください。なお、

入院がなかった場合は、通院先の病院と ①～⑤ が行えるかについてお答えください。

(あてはまるものすべてにチェックをしてください。行ったものは実際に行った回数をご記入ください。)

<input type="checkbox"/>	① 入院の必要性の検討を医療機関に相談した（できる）	回 数	回
<input type="checkbox"/>	② 入院に向けた準備を医療機関と協調して行った（行える）	回 数	回
<input type="checkbox"/>	③ 入院中に病棟で本人と面談した（できる）	回 数	回
<input type="checkbox"/>	④ 退院に向けた方針を医療機関といっしょに検討した（できる）	回 数	回
<input type="checkbox"/>	⑤ 退院前に医療機関から地域支援態勢整備のための連絡があった（連絡がある）	回 数	回

4. 地域の事業所・行政機関との連携についてお答えください。

(あてはまるものすべてにチェックをしてください。)

<input type="checkbox"/>	① サービス等利用計画の内容共有（変更等含）を行う
	共有・理解度 : <input type="checkbox"/> a. すべての関係機関と十分にされている <input type="checkbox"/> b. 通所先とはされている <input type="checkbox"/> c. 十分ではない
	共有方法 : <input type="checkbox"/> a. 内容は担当者会議などで共有 <input type="checkbox"/> b. 内容は口頭（電話・メール等含む）で共有 <input type="checkbox"/> c. 内容は書面を送付して共有
<input type="checkbox"/>	② 日ごろのサービス提供しているスタッフと日々の状況などの情報共有を行う
	<input type="checkbox"/> a. 日頃電話やメールで情報共有した <input type="checkbox"/> b. 定期的な担当者会議等でのみ行った <input type="checkbox"/> c. 緊急時にのみ情報共有を行った

5. 専門職以外の支援・インフォーマルな支援の活用状況についてお答えください。

(あてはまるものすべてにチェックをしてください。)

<input type="checkbox"/>	① ピアサポートー・セルフヘルプグループのメンバー等が本人の支援に参加・協力している
<input type="checkbox"/>	② ボランティア（社協・精神保健ボラ等）が本人の支援に参加・協力している
<input type="checkbox"/>	③ 民生委員や地域自治会・近隣住民が本人の支援に参加・協力している
<input type="checkbox"/>	④ 友人・知人が本人の支援に参加・協力している
<input type="checkbox"/>	⑤ その他 ()
<input type="checkbox"/>	⑥ とくに専門職以外の支援・インフォーマルな支援は活用していない

6. 本人の日常生活全体をもっとも把握し、本人が生活問題に関して優先的に相談をしている人について教えて下さい。

(1) 本人に相談されている人はどのような人ですか。 (あてはまるもの1つにチェックをしてください。)

<input type="checkbox"/>	① 自分：計画相談支援の相談支援専門員
<input type="checkbox"/>	② その他の人（以下 a～j はあてはまるもの1つにチェックをしてください。） <input type="checkbox"/> a. ホームヘルパー <input type="checkbox"/> b. 訪問看護師 <input type="checkbox"/> c. デイケア職員 <input type="checkbox"/> d. 地活・B型等通所先の職員 <input type="checkbox"/> e. 医療機関のワーカー <input type="checkbox"/> f. 主治医 <input type="checkbox"/> g. 自治体の保健師・障害福祉担当者 <input type="checkbox"/> h. 生活保護担当者 <input type="checkbox"/> i. 家族 <input type="checkbox"/> j. その他 ()
<input type="checkbox"/>	③ 生活全体を把握できている人はいない

(2) その人と支援提供の際、連携はどの程度とれていますか。 (あてはまる場所に○をしてください。)

- ① 全く連携できていない/いない ② あまり連携できていない ③ 必要に応じて連携 ④ 連携がとれている ⑤ 日常的に連携/自分



7. 危機介入時のクライシスプランについてお答えください。

(あてはまるもの1つにチェックをしてください。)

<input type="checkbox"/>	① 書面で作成し以下の人と共有している（以下 a～e はあてはまるものすべてにチェックをしてください。） <input type="checkbox"/> a. 本人 <input type="checkbox"/> b. 家族 <input type="checkbox"/> c. 医療機関 <input type="checkbox"/> d. 関係機関 <input type="checkbox"/> e. その他
<input type="checkbox"/>	② 書面はないが病状悪化時などの対応を以下の人と検討・確認している <input type="checkbox"/> a. 本人 <input type="checkbox"/> b. 家族 <input type="checkbox"/> c. 医療機関 <input type="checkbox"/> d. 関係機関 <input type="checkbox"/> e. その他
<input type="checkbox"/>	③ 特に検討していない

II. 計画相談支援導入後 2 年間の入院についてお尋ねします。

■ 前回の調査でお答えいただいた入院回数 _____ 回

	1回目	2回目	3回目	4回目
入院年月・期間				
入院形態				

1. 入院について把握した経緯をお答えください。

(①～④ はあてはまるもの 1つに、a～d はあてはまるもの すべてにチェックをしてください。)

選択肢	a. 医療機関と・医療機関から b. 本人と・本人から c. 家族と・家族から d. 関係機関と・関係機関から	1回目	2回目	3回目	4回目
		1回目	2回目	3回目	4回目
□	① 事前に入院について検討・相談を行っていた	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d
□	② 事前に連絡があった	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d
□	③ 入院後に連絡があった	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d
□	④ 入院について連絡がなく退院後に知った	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d

2. 入院に至った状況に影響したものについてお答えください。

(a～d はあてはまるもの 1つにチェックをしてください。)

選択肢	a. 大いに影響した b. 影響した c. 少し影響した d. 影響はない	1回目	2回目	3回目	4回目
		1回目	2回目	3回目	4回目
① 生活上の問題	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d
② 病状の悪化	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d
③ 本人の入院希望	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d

3. 下記のような支援・病院以外の中間施設があれば入院は回避できたと思いますか。

(a～d はあてはまるもの 1つにチェックをしてください。)

選択肢	a. 回避できた可能性が十分にある b. 回避できた可能性がある c. 回避できた可能性は低い d. 回避できない	1回目	2回目	3回目	4回目
		1回目	2回目	3回目	4回目
① 24 時間 365 日体制の医療を含む多職種アウトリーチチーム	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d
② 24 時間 365 日体制の一時宿泊施設(医療スタッフ在中)	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d
③ 地域定着・自立生活援助以外で、相談支援専門員が緊急時・夜間等、集中的にアウトリーチを行う体制(加算含む)	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d

■ その他、このような支援や施設があれば入院を回避できたと思われるがあれば ご自由にお書きください。

ご協力まことにありがとうございました。

計画相談支援におけるプロセス調査

事業所調査

1. 事業所として計画相談を開始した年度

事業所として計画相談を開始した年度	①	年度
-------------------	---	----

2. 計画相談の年度ごと利用者数（うち精神障害者数）（実数でご記入ください。）

2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
① 人（人）	② 人（人）	③ 人（人）	④ 人（人）

3. 2017年度の状況をお答えください。(1) 貴相談支援事業所の設立法人について（当てはまるもの1つにチェックをしてください。）

<input type="checkbox"/> ① 社会福祉法人	<input type="checkbox"/> ② NPO（特定非営利活動法人）	<input type="checkbox"/> ③ 医療法人（社団）	<input type="checkbox"/> ④ 公営／公立
<input type="checkbox"/> ⑤ 公益法人	<input type="checkbox"/> ⑥ 株式・有限会社等 営利団体	<input type="checkbox"/> ⑦ その他 ()	

(2) 設立法人が行っている他の支援・事業について（当てはまるものすべてにチェックをしてください。）

<input type="checkbox"/> ① 地域活動支援センター	<input type="checkbox"/> ② 就労継続支援 B型	<input type="checkbox"/> ③ 就労継続支援 A型	<input type="checkbox"/> ④ 就労移行支援
<input type="checkbox"/> ⑤ 訪問介護	<input type="checkbox"/> ⑥ グループホーム（ショートステイ <input type="checkbox"/> あり · <input type="checkbox"/> なし）		
<input type="checkbox"/> ⑦ 訪問看護	<input type="checkbox"/> ⑧ 地域移行支援	<input type="checkbox"/> ⑨ 地域定着支援	<input type="checkbox"/> ⑩ 自立生活援助
<input type="checkbox"/> ⑪ 委託相談（障害者相談支援事業）	<input type="checkbox"/> ⑫ 精神科病院	<input type="checkbox"/> ⑬ 精神科クリニック	<input type="checkbox"/> ⑭ その他 ()

(3) 貴相談支援事業所が雇用している相談支援専門員の人数について ※常勤=40h／週 非常勤=20h／週

	専従：相談支援のみ	兼務：他の業務も兼務
常勤	① 人	② 人
非常勤	③ 人	④ 人

(4) 貴相談支援事業所で計画相談を行っている利用者の通・入院している精神科医療機関数について
(主として支援対象としている地域：複数の市区町村が含まれていても可)

病床あり	病床なし（クリニック等含め）
① 病院	② 病院

(5) 貴地域で行われている連絡会等について（参加されたものすべてにチェックしてください。）

<input type="checkbox"/> ① 自立支援協議会（協議会内の部会 <input type="checkbox"/> a. 精神障害部会 <input type="checkbox"/> b. 地域移行部会 <input type="checkbox"/> c. その他部会）
<input type="checkbox"/> ② 地域精神保健連絡会など
<input type="checkbox"/> ③ 専門職などの地域勉強会
<input type="checkbox"/> ④ その他 ()

計画相談支援におけるプロセス調査

相談支援専門員調査

2018年4月1日時点の状況をお答えください。

■ 同封の利用者基礎情報から担当している方のIDをすべて下記にご記入ください。

利用者ID	①	②	③	④	⑤
	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

1. 年齢 ① 20代 ② 30代 ③ 40代 ④ 50代 ⑤ 60代

2. 所持資格 (当てはまるものすべてにチェックをしてください。)

<input type="checkbox"/> ① 精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> ② 社会福祉士	<input type="checkbox"/> ③ 介護福祉士	<input type="checkbox"/> ④ 看護師	<input type="checkbox"/> ⑤ 保健師
<input type="checkbox"/> ⑥ 公認心理師	<input type="checkbox"/> ⑦ 臨床心理士	<input type="checkbox"/> ⑧ 作業療法士	<input type="checkbox"/> ⑨ なし	<input type="checkbox"/> ⑩ その他

3. 経験年数

相談支援事業所勤務	①	年	相談支援専門員として勤務	②	年
他の精神障害者への地域・障害福祉サービス事業所等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	③ 年	精神科医療機関での勤務経験	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	④ 年

4. 当該利用者と同時に担当していた計画相談利用者数

当該利用者と同時に担当していた計画相談利用者数	①	人 (当該利用者含め実数)
-------------------------	---	---------------

5. 当該利用者の担当期間

<input type="checkbox"/> ① 計画相談契約時より2年間継続して担当	<input type="checkbox"/> ② 途中から担当 (担当期間 ケ月)
---	---

6. 計画相談支援と兼務している他業務・他事業との業務割合について

(兼務している業務にはチェックをし、あてはまる割合(%)をご記入ください。)

✓	業務/事業	業務割合	(記入例)
✓	① 計画相談支援 (この行は必ず記入)	%	✓ 50%
<input type="checkbox"/>	② 地域移行支援	%	<input type="checkbox"/> 10%
<input type="checkbox"/>	③ 地域定着支援	%	<input type="checkbox"/> —
<input type="checkbox"/>	④ 自立生活援助	%	<input type="checkbox"/> 15%
<input type="checkbox"/>	⑤ 委託相談 (障害者相談支援事業)	%	<input type="checkbox"/> —
<input type="checkbox"/>	⑥ 地域活動支援センター	%	<input type="checkbox"/> 25%
<input type="checkbox"/>	⑦ 就労継続支援A型	%	<input type="checkbox"/> —
<input type="checkbox"/>	⑧ 就労継続支援B型	%	<input type="checkbox"/> —
<input type="checkbox"/>	⑨ 就労移行支援	%	<input type="checkbox"/> —
<input type="checkbox"/>	⑩ 訪問看護	%	<input type="checkbox"/> —
<input type="checkbox"/>	⑪ グループホーム	%	<input type="checkbox"/> —
<input type="checkbox"/>	⑫ 訪問介護	%	<input type="checkbox"/> —
<input type="checkbox"/>	⑬ その他 ()	%	<input type="checkbox"/> —
合 計		100%	100%

7. 2017年度に受講した研修について (受けたものすべてにチェックをしてください。)

<input type="checkbox"/> ① 相談支援従事者現任者研修	<input type="checkbox"/> ② 各職能団体主催の研修	<input type="checkbox"/> ③ 自治体主催の研修
<input type="checkbox"/> ④ 職場主催の研修	<input type="checkbox"/> ⑤ 自立支援協議会などの主催の研修会	
<input type="checkbox"/> ⑥ その他		

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

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
Shinjo, D., Tachimori, H., Maruyama-Sakurai, K., Fujimori, K., Inoue, N., & Fushimi, K.	Consultation-liaison psychiatry in Japan: a nationwide retrospective observational study.	BMC psychiatry	21 (1)	235. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03241-y	2021

2022年3月28日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

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3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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

2022年4月7日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
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 中込 和幸

次の職員の令和3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 (所属部署・職名) 病院 臨床研究・教育研修部門 情報管理・解析部・科研費研究員
(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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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:)	<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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

令和4年4月7日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学学院長)

機関名 国立研究開発法人
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 中込 和幸

次の職員の令和3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 (所属部署・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 ・ ヤマグチ ソウセイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

2022年3月29日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学学院長)

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3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 (所属部署・職名) 心理福祉学部 教授

(氏名・フリガナ) 田村 紗子 タムラ アヤコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。