

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

精神科医療機関における包括的支援マネジメントの
普及に向けた精神保健医療福祉に関わる
サービスの提供体制構築に資する研究
(22GC1003)

令和4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者：山口創生

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

令和5（2023）年3月

精神科医療機関における包括的支援マネジメントの
普及に向けた精神保健医療福祉に関わる
サービスの提供体制構築に資する研究
(22GC1003)

令和4年度 総括・分担研究報告書

目次

1章 総括研究報告

精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に関わるサービスの提供体制構築に資する研究

研究代表者 山口創生 1-9

2章 分担研究報告

1. 精神科外来医療ケースマネジメントに関連する診療報酬
(療養生活継続支援加算・精神科共同指導料)に関する実態調査
研究分担者 藤井千代 11-26
2. 単一の精神科診療所における「療養生活継続支援加算」に関連する
支援の実態調査
研究分担者 藤井千代 27-35
3. 医療サービスと障害福祉サービスの連携(医福連携)の課題に関する研究
研究分担者 吉田光爾 37-52
4. 精神科入院医療機関において包括的ケースマネジメントを導入した
患者の前向き調査
研究分担者 岡村 泰 53-63
5. 入院ケアにおける包括的支援マネジメントとアウトカムとの
関連についての検証
研究分担者 岡村 泰 65-83
6. 医療福祉連携および包括的支援マネジメントに関する
情報周知のための Web サイト作成
研究分担者 佐藤さやか 85-87

3章 研究成果の刊行に関する一覧

89

精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に 関わるサービスの提供体制構築に資する研究

総括研究報告書

研究代表者

山口創生（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部）

要旨

【研究全体の目的】

本研究班は、包括的支援マネジメントの普及に向けて、入院ケースマネジメントや外来のケースマネジメント、医福連携に関する調査および関連する啓発活動などに取り組んでいる。本年度は、全国の精神科医療機関を対象とした横断調査や単一病院・診療所における縦断調査を実施し、包括的支援マネジメントや医福連携に関する実態やアウトカムとの関連が報告された。

【進捗】

① 精神科退院時共同指導料と療養生活継続支援加算の普及状況や実態把握を行う横断調査

療養生活継続支援加算の算定実績のある機関は21.6%であり、精神科退院時共同指導料の算定実績のある機関は6.6%であった。これらの加算の課題としては、周知の問題、人員配置の問題、ガイドラインなどの必要性、診療報酬点数の増点などがあげられた。

② 療養生活継続支援加算を用いたケースマネジメントの支援実態を検証する縦断調査

単一の診療所で、2022年4月以降に「療養生活継続支援加算」を1度でも算定された患者に対する支援内容を検証した結果、日常生活支援、社会復帰/参加支援等の心理社会的なサポートが多く提供されていた。また、行政機関や障害福祉サービスとの連携も頻繁に行われていた。

③ 医療機関側からみた医福連携の実態や課題を把握する横断調査（①の調査データを分析）

療養生活継続支援加算を未算定で精神保健福祉士の配置がない診療所では、障害福祉サービスの利用促進に関する取り組みが少ない傾向にあった。療養継続支援加算を算定している医療機関は、ケア会議に対する医療機関への診療報酬評価やコメディカル配置の必要性を感じていた一方で、地域側に対して障害福祉事業所のマップ化、信頼できる福祉事業所の増加、外来同行した福祉事業者への報酬の必要性を挙げていた。

④ 障害福祉事業所および当事者を対象とした、医福連携についての調査項目を作成

障害福祉サービスの利用に関する文献調査、精神障害当事者との意見交換、分担班内でのワーキンググループを通じて調査項目案を作成し、さらに精神科診療所・地域活動支援センターパイロット調査を通じて調査項目の内容に意見をもらい、22項目の調査項目を設けた。

⑤医療機関における包括的支援マネジメントの実装とアウトカムとの関連について検証する前向き縦断調査

東京都立松沢病院で包括的な支援体制（入院ケースマネジメント）を導入し、その影響を観察する研究を行った。対象者は2022年9月から2023年3月までの間に開放病棟または急性期閉鎖病棟の入院患者だった者のうち、①難治性精神疾患、②初発精神病、③措置の症例のいずれかに該当し、かつ退院後も東京都立松沢病院精神科に通院する者であった。対象者は包括的支援群（ICM群）と通常の治療群（コントロール群）に分けられ、現時点で25名が含まれている。今後、想定外再入院率、QOL改善率、業務量分析などを1年間追跡し分析する予定である。

⑥入院ケアにおける包括的支援マネジメント（入院ケースマネジメント）とアウトカムとの関連を検証する観察研究の分析

公立精神科病院の精神科救急病棟で、包括的な支援体制（入院ケースマネジメント）を導入した結果を比較分析した。介入群（入院ケースマネジメントを導入した群）54名と対照群（通常の治療群）149名が対象となった。介入群では入院中の多職種会議やケア会議の実施率が向上し、初回入院期間は延長したが、再入院期間は短縮した。両群で再入院率は有意な差はなかったが、重篤な悪化を伴う再入院率は介入群で著しく低かった。

⑦研究班の知見を国民に効果的に知らせるウェブサイトの開発

地域で活動する支援者が研究成果に関する情報を容易に入手できるよう、各調査の結果を紹介するためのWebサイトの作成を進めている。Webサイト作成を担当する企業を選定し、概算予算を決定済である。精神障害当事者の地域生活にかかわるエビデンス紹介サイト「こころとくらし」に関するアンケート結果等も参考に、閲覧者にとって視認性が高く、利用しやすいコンテンツページのレイアウトを検討中である。

⑧療養生活継続支援加算の周知を目的とした研修会の開催

2022年9月2日に療養生活継続支援加算の周知や制度の説明を目的としたオンライン研修会を開催した。申込者は合計700名に達し、当日は約500名が参加した。また、300名以上が研修後のアンケートに答え、多くの質問を受けた。質問への回答は、研究班内で議論し、フィードバック資料として申込者全員に返送した。なお、本研修は、研究班と日本多機能型精神科診療所研究会、一般社団法人コミュニティ・メンタルヘルス・アウトリーチ協会の合同開催であった。

【結論】

外来ケースマネジメントに関する新診療報酬加算「精神科退院時共同指導料」と「療養生活継続支援加算」を算定する機関は未だ多くなく、周知の問題や加算要件や点数の問題があると示唆された。また、特に診療所では加算の算定状況や医福連携の状況にバラツキがあると想定される。一方で、精神保健福祉士の配置する診療所では、「療養生活継続支援加算」を用いたケースマネジメントで適切な多機関連携が図られており、ケースマネジメント担当者の確保が大きな課題になると考えられる。さらに、入院ケースマネジメントは、重篤な悪化を伴う再入院率の低下と関連している可能性があり、入院時から退院を見据えた多職種ケア・多機関連携の重要性が示唆された。包括的支援マネジメントという形で、入院ケアと地域ケアの双方から、精神障害当事者の地域生活を支えるシステムが整備されることが期待される。

研究分担者

藤井 千代	(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部, 部長)
吉田 光爾	(東洋大学 ライフデザイン学部, 教授)
岡村 泰	(東京都立松沢病院 精神科, 医長)
佐藤 さやか	(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部, 室長)

A. 背景

ケースマネジメントは、精神疾患の当事者に対する地域精神科医療あるいは精神保健福祉の中核的な支援として位置づけられている。特に、サービスの調整・仲介機能だけでなく、ケースマネージャー自身が一定の頻度で日常生活の支援も行う集中的ケースマネジメント (intensive case management: ICM) や類似するモデルは、入院日数の減少や生活の質の向上などに貢献できる可能性が報告されている^{1, 2)}。

我が国においてもケースマネジメントは約30年前から議論が始まっている。具体的には、1990年代からケースマネジメントが紹介され始め³⁾、2000年代前半にはガイドラインも作成されている⁴⁾。実際、障害者総合支援法では、仲介型のケースマネジメントが導入され、ケースマネージャーは支援ニーズのアセスメントや支援計画の作成を担っている。一方で、精神科医療制度においては、ケースマネジメントの支援活動に対する診療報酬の整備が遅れ、臨床現場の努力に任される状態が長らく続いていた。

ケースマネジメント不在の地域精神科医療に転機が訪れたのは、国が立ち上げた精神障害にも対応した地域包括ケアシステム (以下、にも包括) の推進である。にも包括は、精神疾患の有無や程度にかかわらず、人々が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをする

ことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加、地域の助け合い、教育が包括的に確保することを目的としている⁵⁾。その中で、地域精神科医療もこれまで以上に地域と結びつきながら、当事者の地域ケアに当たることが期待されるようになった。この文脈において、地域資源と連携した医療型のケースマネジメントにも注目が集まり、特に外来でのケースマネジメントを必要とする当事者の把握や、院内での個別相談や訪問による服薬支援などを中心としたケースマネジメントの具体的な支援内容、再入院との関連などについて報告されてきた⁶⁻⁸⁾。これらの臨床・研究活動をもとに2020年4月と2022年4月の診療報酬改定において精神科退院時共同指導料と療養生活継続支援加算がそれぞれ新設された。精神科退院時共同指導料は、入院ケアと退院後の外来・地域ケアを担当する機関同士の連携の促進を目的としており、ケア会議をした場合に両者に報酬が支払われる診療報酬である。また、療養生活継続支援加算は、当事者の地域定着を推進する観点から、精神科外来への通院及び重点的な支援を要する当事者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づいた相談・支援等を実施した場合について、報酬を支払う内容となっている。

地域精神科医療に関するケースマネジメントに関する制度の整備が進む中で、いくつかの課題も存在する。具体的には、新しい診療報酬を利用したケースマネジメントの実装・普及状況、医福連携の問題、効果の問題があげられる。これらの課題に対応するために、本研究班は、新診療報酬の実態調査やサービス内容の評価、医福連携に関する実態調査、精神科病院における包括的支援マネジメントと多様なアウトカムとの関連を検証することを目的として調査研究活動を行った。

なお、包括的支援マネジメントは現在多様な文脈で使用されており、言葉の定義が定まっていないため、下記に本研究班の定義を整理する。包括的支援マネジメントはもともと

外来・地域ケアの文脈の言葉であり、狭義には外来や地域における（集中型）ケースマネジメントを指す（図1）。他方、日本では退院後の地域生活に向けた支援を積極的に取り入れる入院機関もあり、彼らも包括的支援マネジメントに向けて活動に力を入れてきた。よって、広義の包括的支援マネジメントは、入院中から退院後の生活を見越して地域連携や多職種ケアなどの特徴を持つ入院ケースマネジメント（hospital based inpatient case management: HICM）と外来や地域における（集中型）ケースマネジメントの双方を含むものとなっている。本研究班の調査において、入院ケアの文脈で「包括的支援マネジメント」という用語を使用する際には、広義の定義を用いていることを留意されたい。また、繰り返しになるが、この定義は暫定的なものであり、今後変化する可能性がある。

B. 研究の目的

2022年度における研究班の具体的な目的は、以下7点であった。

1. 精神科退院時共同指導料と療養生活継続支援加算の普及状況や実態把握を行うこと（藤井分担任班）
2. 療養生活継続支援加算を用いたケースマネジメントの支援実態を検証すること（藤井分担任班）
3. 医療機関側からみた医福連携の実態や課題を把握すること（藤井分担任班・吉田分担任班）
4. 障害福祉事業所および当事者を対象とした、医福連携についての調査項目を作成すること（吉田分担任班）
5. 医療機関における包括的支援マネジメントの実装とアウトカムとの関連について検証すること（岡村分担任班）
6. 入院ケアにおける包括的支援マネジメント（入院ケースマネジメント）とアウトカムとの関連を検証すること

（岡村分担任班）

7. 上記知見のウェブページにて効果的に国民に知らせる方法を模索すること（佐藤分担任班）
8. 療養生活継続支援加算の周知を目的とした研修会を開催すること

C. 本年度の進捗状況

1. 精神科退院時共同指導料と療養生活継続支援加算の普及状況や実態把握

当該分担任班は2つの新しい診療報酬の算定実態や課題を把握するために、日本精神科病院協会、日本精神神経科診療所協会および全国自治体病院協議会の加盟医療機関を対象とした横断調査を行った。763機関が分析対象となった（回収率：26.3%）。療養生活継続支援加算を算定可能な精神保健福祉士を配置していない機関は全体の42.1%であり、外来看護師のうち同加算の算定条件を満たすための課程を修了している看護師数がない機関は約90%を占めた。療養生活継続支援加算の算定実績のある機関は21.6%であった。30%以上の対象機関が課題として挙げた項目は「療養生活継続支援加算の存在が十分周知されていない」、「専任としておく精神保健福祉士・看護師がいない」、「所定の研修を修了している看護師がいない」、「診療報酬が低い（労力に見合った点数ではない）」であった。対象機関の30%以上が算定件数を増やすために必要なこととして考えた項目は「診療報酬の点数の増点」、「療養生活継続支援加算の周知」、「医療機関に精神保健福祉士を配置することについての診療報酬上のさらなる手当」、「算定できる期間の延長」、「療養生活継続支援加算を活用した支援に関するわかりやすい手引き・ガイドライン等の整備」であった。対象機関において、精神科退院時共同指導料Ⅰの算定実績のある機関は6.6%であった。算定上の課題として、30%を超える対象機関から選択された項目は「精神科退院時共同指導料Ⅰの存在が十

分周知されていない」、「退院前に入院先病院の多職種チームと協働するための人員の確保が困難」、「退院前に入院先病院の多職種チームと協働するための時間の確保が困難」であった。算定件数を増やすために必要なこととして最も選択された項目は、「精神科退院時共同指導料」の周知であり、次いで「自院の外来に通院する場合でも算定できるように算定要件を緩和する」、「診療報酬の点数を増点する」、「精神科退院時共同指導料を活用した支援に関するわかりやすい手引き・ガイドラインの整備」であった。

2. 療養生活継続支援加算を用いたケースマネジメントの支援実態の検証

本調査は、精神科クリニックでの「療養生活継続支援加算」を利用したケースマネジメントの支援内容を検証することを目的とした。研究デザインは、単一クリニックにおける過去を起点とする縦断的観察研究であり、2022年4月以降に「療養生活継続支援加算」を1度でも算定された者全員が対象となった。診断では統合失調症圏に加え、気分障害圏、神経症圏、発達障害圏の対象者が多く、過去の入院経験のない対象者が多かった。Global assessment of function (GAF) の平均値は約50であり、Life assessment scale for the mentally ill (LASMI)では「地域生活において相当の支援が必要」な対象者が多かった。連携先としては行政がもっとも多かった。支援プロセスを見ると、面接の目的としては受療受診援助や服薬管理のような医療的支援よりも、日常生活支援、社会復帰/参加支援等の心理社会的なサポートが多く提供されていた。またケア会議は算定直後に行われているケースが多く、ケア会議の参加者は障害福祉サービス事業所のスタッフが多かった。支援の実施場所は院内や対象者の自宅に加えて障害福祉サービス事業所など他機関でも実施されていた。以上の結果から、クリニックにおける「療養生活継続支援加算」を利用したケース

マネジメントの対象には、重症精神障害あるいは入院経験していない多様な層が支援対象になると示唆された。また、連携については障害福祉事業所だけでなく、行政との連携が重要な位置を占めることが示唆された。

3. 医療機関側からみた医福連携の実態や課題の把握

当該分担任は、新診療報酬の実態把握の横断調査における医福連携に関する項目について分析を実施した。その結果、2つの特徴が見いだされた。第1に、福祉サービス利用促進のために行っている取り組みについては、療養生活継続支援加算の算定の有無によって大きな差があり、算定している医療機関は福祉サービス利用促進を積極的に行っている傾向にあった。一方で、特に未算定かつ算定しうる精神保健福祉士が配置されていない診療所では、福祉サービスの利用促進が低調である傾向が明らかになった。第2に、療養継続支援加算を算定している医療機関では医療機関側への対策として「医療機関における外来でのケア会議への診療報酬上の評価」「医療機関の外来でのコメディカル配置」が必要と感じられていた一方で、地域側への対策として「地域の福祉事業所のマップ」、「信頼できる福祉事業所の増加」、「福祉事業者が外来同行をした際の福祉事業者への報酬」などの回答が多くなっていた。

4. 障害福祉事業所および当事者を対象とした医福連携について調査項目の作成

障害福祉サービスの利用に関する文献調査、精神障害当事者との意見交換および、分担任内でのワーキンググループを通じて調査項目案を作成し、さらに精神科診療所および地域活動支援センターパイロット調査を通じて調査項目の内容に意見をもらい、最終的な調査項目案としてまとめた。作成された調査項目は22項目であり、それぞれ4件法で回答する内容となった。具体的には①「障害のある方

向けの福祉サービスの知識や関心について」4項目、②「福祉サービスに対する不安・不信感・負担感について」9項目、③「福祉サービスを使うことの心理的負担・抵抗感について」4項目、④「希望に合うサービスがないこと」2項目、⑤「サービス利用までの手続きについて」3項目となっている。本項目は2023年度以降予定される医療機関の2次調査や障害福祉事業所の調査においても、指示文の一部を「患者・利用者が福祉サービスの利用を考えると、以下の項目はどの程度あてはまりますか？」という文言に換えて共通項目として使用する予定である。

5. 医療機関における包括的支援マネジメントの実装とアウトカムとの関連についての検証

当該分担班は、東京都立松沢病院における入院治療中に包括的な支援体制（入院ケースマネジメント）を導入した際の、スタッフの業務内容の変化などのプロセス、患者の主観的満足度などの患者のアウトカム、転機について把握することを目的とした観察研究を実施中である。対象者は、2022年9月から2023年3月までの間に開放病棟または急性期閉鎖病棟の入院患者であった者のうち①難治性精神疾患、②初発精神病（First Episode Psychosis；FEP）、③措置、の症例のうち、退院後も東京都立松沢病院精神科に通院する者とした。対象者を包括的支援マネジメントによる治療群（介入群；ICM群）と通常の治療群（マンパワーの問題でICMができなかった症例：コントロール群）に分けた。現在までに25名の対象者が組み込まれた。現段階では、ICMを導入した群と、通常の治療群では、想定内入院は各群ともに全体の約半数であり、想定外再入院はゼロである。ICM群のほうが初回入院治療退院後、初回想定内再入院までの期間は短く、再入院期間は長かったが、ICM群の中に含まれる、定期的な予定の任意入院を繰り返している患者が多数含まれていることと

関連があると思われた。今後も対象者の追跡を続け、1年後までの間の想定外再入院率、1年後のQOL尺度の改善率や、業務量分析を分析する予定である。

6. 入院ケアにおける包括的支援マネジメント（入院ケースマネジメント）とアウトカムとの関連についての検証

入院ケアに包括的な支援体制（入院ケースマネジメント）を導入した、一公立精神科病院の精神科救急病棟において、入院ケースマネジメントを提供した群（介入群）とそうでない群（対照群）の特性比較を行い、支援体制導入との関連を検証した。その結果、介入群は54名、対照群は149名、合計203名であった。対象者には女性の割合が高く、統合失調症圏と気分障害の診断が中心であった。入院前のサービス利用状況は、両群に統計上の差はなかった。介入群は、入院中の多職種会議（ $p<0.001$ ）、ケア会議（ $p<0.001$ ）の実施率が向上した。当初入院期間は、対照群54.0日に比して65.0日と有意に延長したが（ $p=0.034$ ）、介入群の再入院期間は減少した（ $p=0.042$ ）、当初入院や再入院時ともに入院期間のばらつきが小さかった。再入院率に有意差はなかったが、生命の維持が危惧されるような悪化を伴った再入院率は、対照群16.1%と比較し介入群は3.7%と有意に低率であった（ログランク検定 $p=0.0205$ ）。また、包括支援による悪化再入院予防効果はHR0.24（95%CI：0.006 - 1.05）と有意な傾向にあり（ $p=0.058$ ）、悪化再入院には退院時のBPRSが有意に関与していた（HR：1.10, 95%CI：1.05 - 1.15）。

7. 研究班の知見をウェブページで効果的に国民に知らせる方法の模索

当該分担班は、地域で活動する支援者が研究成果に関する情報を容易に入手できるように、各調査の結果を紹介するためのWebサイトを作成することを目的としている。Webサイト

作成を担当する企業を選定し、概算予算を決定済である。同様の目的ですでに運営中の精神障害当事者の地域生活にかかわるエビデンス紹介サイト「こころとくらし」に関するアンケート結果等も参考に、閲覧者にとって視認性が高く、利用しやすいコンテンツページのレイアウトを検討中である。

8. 療養生活継続支援加算の周知を目的とした研修会の開催

2022年9月2日に療養生活継続支援加算の周知や制度の説明を目的としたオンライン研修会を開催した。申込者は合計700名に達し、当日は約500名が参加した。また、300名以上が研修後のアンケートに答え、多くの質問を受けた。質問への回答は、研究班内で議論し、フィードバック資料として申込者全員に返送した。なお、本研修は、研究班と日本多機能型精神科診療所研究会、一般社団法人コミュニティ・メンタルヘルス・アウトリーチ協会の合同開催であった。

D. 結論

各分担班の研究から、包括的支援マネジメントや医福連携に関する実態やアウトカムとの関連が報告された。外来におけるケースマネジメントに関する新しい診療報酬「精神科退院時共同指導料」と「療養生活継続支援加算」については、算定実績のある機関が未だに少なく、加算自体の周知と適切な運用方法の明確化、そして単価の増額など現場で利用しやすい加算となるような制度改正のニーズがあった。また、療養生活継続支援加算の有無や精神保健福祉士の配置の無い診療所では、障害福祉サービスとの連携が低調であること傾向があった。一方で、「療養生活継続支援加算」をすでに多く算定する診療所における支援内容の調査では、行政機関や障害福祉サービスとの連携が円滑に行われていた。これらの結果から、「療養生活継続支援加算」を円滑

に運用するための優先的な課題は、精神保健福祉士や看護師などケースマネジメントおよび地域連携を担当するスタッフの確保にあるといえるかもしれない。また、入院ケースマネジメントについては、今後継続して調査を続ける予定であるが、生命の維持が危惧されるような悪化を伴った再入院の予防に貢献できる可能性が示唆された。包括的支援マネジメントという形で、入院ケアと地域ケアの双方から、精神障害当事者の地域生活を支えるシステムが整備されることが期待される。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 佐藤さやか, 五十嵐百花, 川口敬之, 藤本悠, 田村早織, 小川亮, 佐々木奈都記, 板垣貴志, 山口創生, 藤井千代: 精神障害当事者の地域生活にかかわるエビデンス紹介サイトの開発とその意義. 臨床精神医学 51(6):693-700, 2022.
- 2) 山口創生: リカバリーの再整理: リカバリーをちょっと理解するために! 陰ながら応援するために! 精神科オキュペイショナルセラピー 39:1-13, 2022.
- 3) 山口創生, 川口敬之, 塩澤拓亮: 統合失調症の心理社会的支援. 精神医学 65(4):479-487, 2023.

2. 学会発表

- 1) 小池純子, 村井千賀, 竹澤 翔, 山口創生, 川副泰成, 藤井千代: 精神科急性期病棟における包括支援マネジメント導入の1年後効果について. 第118回日本精神神経学会学術総会, 福岡大会, 2022.6.17.
- 2) 竹澤翔, 酢野貢, 山本秀実, 村井千賀, 小池純子: 精神科急性期病棟における包括的支援マネジメント体制導入前後の対象特性と転帰の比較. 第42回日本看護

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

- 1) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, et al: Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 1:CD007906, 2017.
- 2) Lim CT, Caan MP, Kim CH, et al: Care management for serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. Psychiatr Serv 73(2):180-187, 2022.
- 3) Moxley DP, 監訳 野中猛・加瀬裕子: ケースマネジメント入門 (The practice of case management), 中央法規出版東京, 1994.
- 4) 高橋清久: 精神障害者ケアガイドライン: 市町村で精神障害者ケアマネジメントを行うために, 国立精神・神経医療研究センター, 国府台, 2004.
- 5) 藤井千代: 精神障害にも対応した地域包括ケアにおける精神科救急・急性期医療の役割. 精神科救急 24:26-30, 2021.
- 6) 山口創生, 川副泰成, 名雪和美, et al: 精神科医療機関におけるケースマネジメントサービス利用者と非利用者の特性の比較: 探索的外来患者調査. 精神医学 61(1):81-91, 2019.
- 7) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, et al: Core services of intensive case management for people with mental illness: A network analysis. Int J Soc Psychiatry 65(7-8):621-630, 2019.
- 8) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, et

al: How do case managers determine the types of services provided to users in the intensive case management? A longitudinal study. Clinical Medicine Insights: Psychiatry 13:11795573221075550, 2022.

広義の包括的支援マネジメント

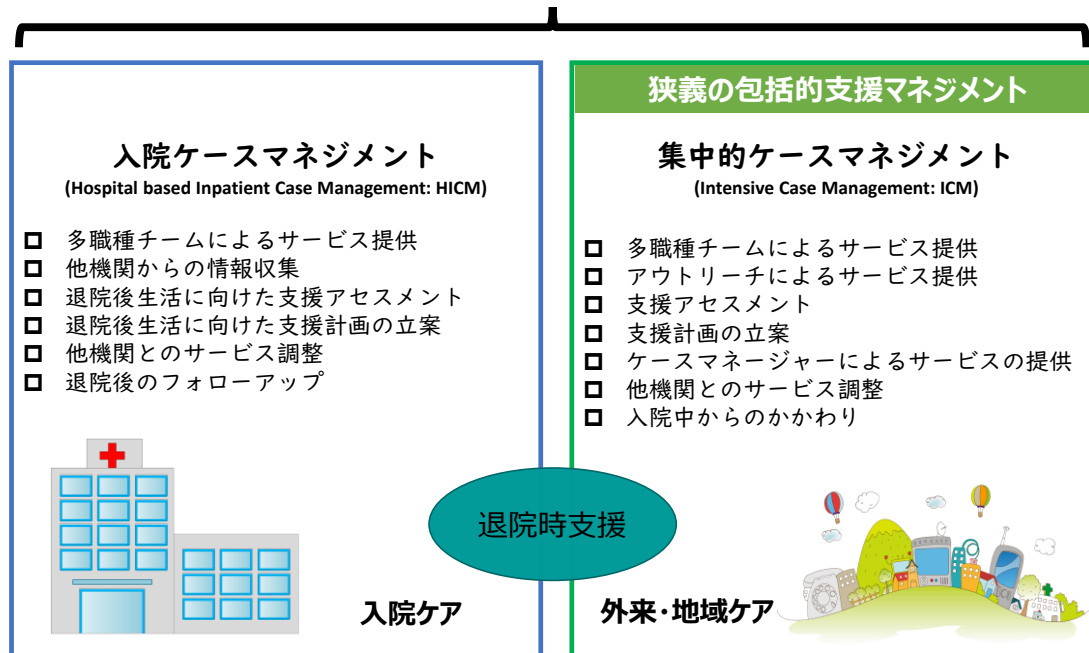


図 1 本研究班における包括的支援マネジメントとケースマネジメントの言葉の整理

精神科外来医療ケースマネジメントに関連する診療報酬 （療養生活継続支援加算・精神科共同指導料） に関する実態調査

研究分担者：藤井千代¹⁾

研究協力者：○山口創生¹⁾，石塚公太¹⁾，岩永麻衣¹⁾，小池純子¹⁾，佐藤さやか¹⁾

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部

要旨

【目的】本研究は、ケースマネジメントを念頭においた2つの新しい診療報酬（療養生活継続支援加算および精神科退院時共同指導料）の算定実態や課題について把握することを目的とした。

【方法】本研究は、国内の精神科医療機関を対象とし、オンラインと紙媒体の調査票を併用した横断調査であった。対象機関は、日本精神科病院協会、日本精神神経科診療所協会および全国自治体病院協議会に加盟する精神科の医療機関であった（合計：2905機関）。

【結果】763機関が分析対象となった（回収率：26.3%）。対象機関の57.3%が診療所であり、42.7%が病院であった。療養生活継続支援加算を算定可能な精神保健福祉士を配置していない機関は全体の42.1%であり、外来看護師のうち同加算の算定条件を満たすための課程を修了している看護師数がない機関は約90%を占めた。療養生活継続支援加算の算定実績のある機関は21.6%であった。30%以上の対象機関が課題として挙げた項目は「療養生活継続支援加算の存在が十分周知されていない」（46.8%）、「専任としておく精神保健福祉士・看護師がいない」（41.3%）、「所定の研修を修了している看護師がいない」（35.6%）、「診療報酬が低い（労力に見合った点数ではない）」（33.2%）であった。対象機関の30%以上が算定件数を増やすために必要なこととして考えた項目は「診療報酬の点数の増点」（53.2%）、「療養生活継続支援加算の周知」（52.7%）、「医療機関に精神保健福祉士を配置することについての診療報酬上のさらなる手当」（46.1%）、「算定できる期間の延長」（30.9%）、「療養生活継続支援加算を活用した支援に関するわかりやすい手引き・ガイドライン等の整備」（30.3%）であった。対象機関において、精神科退院時共同指導料の算定実績のある機関は6.6%であった。算定上の課題として、30%を超える対象機関から選択された項目は「精神科退院時共同指導料の存在が十分周知されていない」（42.5%）、「退院前に入院先病院の多職種チームと協働するための人員の確保が困難」（32.9%）、「退院前に入院先病院の多職種チームと協働するための時間の確保が困難」（32.8%）であった。算定件数を増やすために必要なこととして最も選択された項目は、「精神科退院時共同指導料の周知」（45.7%）であり、次いで「自院の外来に通院する場合でも算定できるように算定要件を緩和する」（38.1%）、「診療報酬の点数を増点する」（36.4%）、「精神科退院時共同指導料を活用した支援に関するわかりやすい手引き・ガイドラインの整備」（30.5%）であった。

【結論】精神科医療におけるケースマネジメントの普及を図るために、療養生活継続支援加算と精神科退院時共同指導料は鍵となる診療報酬である反面、その周知や報酬体系、柔軟な運用方法については今後の課題となると予想される。

A. 研究の背景と目的

ケースマネジメントは、サービスの提供や調整という点において地域精神科医療の中核的な支援あるいはシステムとして位置付けられている。欧米では脱施設化とともにケースマネジメントが発展・普及してきた。特に、サービスの調整・仲介機能だけでなく、ケースマネージャー自身が一定の頻度で日常生活の支援も行う集中的ケースマネジメント（intensive case management: ICM）は、入院日数の減少や生活の質の向上などに貢献できる可能性が報告されている^{1, 2)}。

我が国の医療制度においてはケースマネジメントを念頭に置いた診療報酬が長らく課題となっていたが、2020年代に入り変化の時を迎えている。例えば、2020年4月の診療報酬改定において精神科退院時共同指導料が新設された。精神科退院時共同指導料は、入院ケアと退院後の外来・地域ケアを担当する機関同士の連携の促進を目的としており、ケア会議をした場合に両者に報酬が支払われる診療報酬である。また、2022年4月からは療養生活継続支援加算も新設された。同加算は、当事者の地域定着を推進する観点から、精神科外来への通院及び重点的な支援を要する当事者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づいた相談・支援等を実施した場合について、報酬を支払う内容となっている。このように、日本の精神科医療においてもケースマネジメントに関する診療報酬が整備されつつある。

制度的な整備がある一方で、臨床現場でケースマネジメントを念頭においた診療報酬がどの程度認知・利用されているかは明らかになっていない。また、日本では外来・地域精神

科医療と障害福祉制度がそれぞれに発展しており、地域資源が複雑化している。よって、諸外国と比較し、ケースマネジメントの在り方や連携の在り方が複雑である可能性もある。そこで、本分担任は、2つの新しい診療報酬の実態を把握や医福連携の課題を把握することを目的として、横断調査を行った。なお、医福連携に関する調査結果は、吉田分担任の報告書で確認されたい。

B. 方法

1. デザイン

本研究は、国内の精神科医療機関を対象とし、オンラインと紙媒体の調査票を併用した横断調査であった。調査時期は、2023年3月7日～2023年4月5日であった。

2. 対象機関

本研究の対象は、日本精神科病院協会（1185機関）、日本精神神経科診療所協会（1625機関）および全国自治体病院協議会（95機関）に加盟する精神科の医療機関であった。各協会・機構に加盟する機関の宛名ラベル・リストを申請・入手し、郵送にて調査協力の依頼を行った。

3. 調査票

本調査で使用した調査票については、まず研究分担任のワーキンググループが原案を作成した。その後、医療機関に従事する医師、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、障害福祉事象所の職員、精神疾患およびサービスを利用した経験のある当事者、行政職員、その他の学術関係者からフィードバックを受け、修

正を重ね、完成させた。具体的な調査項目は、回答者・機関属性に関する項目、療養生活継続支援加算および精神科退院時共同指導Ⅰの算定実績の有無とその課題、そして医福連携の在り方などで構成された。

4. 分析方法

各調査項目について単純集計を行い、記述統計を算出した。次に、療養生活継続支援加算の課題や算定件数を増やすために必要なことについては、機関種別（診療所 vs 病院）、併設福祉事業所の有無、加算算定要件の精神保健福祉士または看護師の配置の有無でクロス集計を行った。その際、 χ^2 値とP値も算出した。統計的有意水準は5%未満とした。なお、紙面調査票での対象機関においては、欠損値が観測されたが、回答のあった全ての機関を分析対象とした。そのため、各項目で分析対象機関数は異なる。

5. 倫理

オンライン調査票のトップページや紙媒体調査票の1ページ目で調査の目的や概要を説明した。調査に同意した者のみが調査票に回答した。本研究は、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会により承認を得て実施された（No. A2022-061）。

C. 結果

1. 回収率

各機関の宛名ラベルをもとに2,905機関に調査依頼の書類を郵送した。合計763機関から調査項目への入力・回答があり、分析対象となった（回収率：26.3%）。対象機関のうち、オンラインでの回答は418機関であり、紙面調査票での回答は347機関であった。

2. 機関属性

表1は、回答者および対象機関の属性を示

している。回答者の約半数が管理職（院長・理事）であり、同様に約半数が医師であった。対象機関の57.3%が診療所（クリニック）であり、42.7%が病院であった。対象機関における精神科病床数の平均は104.0（SD = 145.4）であった。法人内で併設する外来・地域医療部門で最も多かったのは、精神科デイケア（43.0%）であり、次いで地域連携室・医療福祉相談室など（38.1%）、医療機関内の訪問看護部門（21.4%）であった。併設する障害福祉事業については、共同生活援助（20.6%）、計画相談支援（13.5%）、就労継続支援B型（13.1%）の割合が多かった。なお、いずれかの併設部門・事業を有している機関は全体の34.5%であった。

表2は、対象機関における療養生活継続支援加算に関する人員配置の結果を示している。当該加算を算定可能な精神保健福祉士の人数で最も多かったのは「5人未満」（43.0%）であった。一方で、全体の42.1%は算定が可能な精神保健福祉士を配置していなかった。なお、算定可能な精神保健福祉士を配置していなかった病院は15.5%であったが、診療所では61.9%であった。精神科外来の看護師数の配置についても「3人未満」が42.6%、「0人」が41.7%であった。また、外来看護師のうち、同加算の算定条件を満たすための課程を修了している看護師数については、「0人」が約90%を占めた。算定可能な看護師を配置していなかった病院は85.3%であったが、診療所では96.8%であった。

3. 療養生活継続支援加算

療養生活継続支援加算を1回以上算定したことのある機関は21.6%であった（表3）。また、30%以上の対象機関が課題として挙げた項目は「療養生活継続支援加算の存在が十分周知されていない」（46.8%）、「専任としておく精神保健福祉士・看護師がいない」（41.3%）、「所定の研修を修了している看護師がいない」

(35.6%)、「診療報酬が低い(労力に見合った点数ではない)」(33.2%)であった。これら上位4項目を病院と診療所で比較すると、3項目(「療養生活継続支援加算の存在が十分周知されていない」[診療所:41.9% vs 病院 53.4%, $\chi^2=9.914$, $p=0.002$]、「所定の研修を修了している看護師がいない」[診療所:32.0% vs 病院 40.5%, $\chi^2=5.817$, $p=0.016$]、「診療報酬が低い」[診療所:25.6% vs 病院 43.3%, $\chi^2=26.161$, $p<0.001$])において、病院で課題とする割合が多かった(表4)。また、併設障害福祉事業所の有無や算定可能な精神保健福祉または看護師の配置の有無の比較では、福祉事業所を併設している医療機関と精神保健福祉または看護師の配置している機関が、それぞれ「診療報酬が低い」の項目を課題としてより認知する傾向にあった(併設なし:28.6%、併設あり:41.8%, $\chi^2=13.601$, $p<0.001$;表5)(配置なし:19.0%、配置あり:42.9%, $\chi^2=47.080$, $p<0.001$;表6)。

対象機関の30%以上が算定件数を増やすために必要なこととして考えた項目は「診療報酬の点数の増点」(53.2%)、「療養生活継続支援加算の周知」(52.7%)、「医療機関に精神保健福祉士を配置することについての診療報酬上のさらなる手当」(46.1%)、「算定できる期間の延長」(30.9%)、「療養生活継続支援加算を活用した支援(ケースマネジメント)に関するわかりやすい手引き・ガイドライン等の整備」(30.3%)であった(表3)。上記5項目については、病院(vs 診療所)、障害福祉事業所を併設する機関(vs 併設なし機関)、精神保健福祉士および看護師の配置する機関(vs 配置なし機関)において、算定件数を増やすために必要なこととして選択される割合が有意に多かった(表7-9)。なお、病院、障害福祉事業所を併設する機関、精神保健福祉士または看護師を配置する機関では、「算定要件を明確化する」「公認心理師でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する」「濃厚な支

援内容に対する診療報酬の点数の加配」「加算のための研修要件を緩和する」なども、算定件数を増やすために必要なこととして30%を超える回答を集めた項目であった。

4. 精神科退院時共同指導 I

対象機関において、精神科退院時共同指導 I を算定したことのある機関は49機関(6.6%)であった(表10)。算定上の課題として、30%を超える対象機関から選択された項目は「精神科退院時共同指導料 I の存在が十分周知されていない」(42.5%)、「退院前に入院先病院の多職種チームと協働するための人員の確保が困難」(32.9%)、「退院前に入院先病院の多職種チームと協働するための時間の確保が困難」(32.8%)であった。算定件数を増やすために必要なこととして最も選択された項目は、「精神科退院時共同指導料 I の周知」(45.7%)であり、次いで「自院の外来に通院する場合でも算定できるように算定要件を緩和する」(38.1%)、「診療報酬の点数を増点する」(36.4%)、「精神科退院時共同指導料を活用した支援に関するわかりやすい手引き・ガイドラインの整備」(30.5%)であった。

D. 考察

本研究は、精神科退院時共同指導料および療養生活継続支援加算の算定状況、臨床現場からみた診療報酬の課題、算定数増加のために必要なことなどを把握するための横断調査であった。調査の結果、新しい診療報酬の算定実績のある機関は未だ多くなく、その周知や人員配置や報酬対価などに課題があると示唆された。

1. 療養生活継続支援加算

療養生活継続支援加算の算定状況、人員配置や課題に関する結果を見ると3つの特徴がある。第1に、人員配置と報酬額との balan

スの問題があげられる。療養生活継続支援加算は専任の精神保健福祉士あるいは研修受講済みの看護師を配置する要件を定めている。一方で、精神保健福祉士あるいは看護師の人員配置を満たしていない対象機関は、それぞれの全体の約40%と90%であり、特に診療所で顕著であった。他方、療養生活継続支援加算の課題では、属性に関係なく「診療報酬が低い」ことが指摘されていた。また、算定件数増加のためには、「診療報酬の点数の増点」「医療機関に精神保健福祉士を配置することについての診療報酬上のさらなる手当」が大きな割合を占めた。これらの結果を鑑みると、療養生活継続支援加算は、精神保健福祉士や看護師など外来ケースマネジメントを実施する人員の確保と雇用することができるだけの十分な報酬にはなっていないと捉えられている可能性がある。

第2に、周知の問題がある。課題および算定件数を増やすために必要なことの双方において、多くの機関が療養生活継続支援加算の周知をあげていた。また、対象機関からは療養生活継続支援加算を活用したケースマネジメントに関するガイドライン等の整備も必要とする回答も多かった。ケースマネジメントには様々なモデルがあり³⁾、制度によってケースマネジメントの動きに制約がでることも珍しくない⁴⁾。実際、療養生活継続支援加算では月当たりスタッフ80名まで1回のみ算定できるが、ICMあるいは準じる効果的なケースマネジメントモデルのケースロード数は多くても30名であり、その30名に対して月当たり複数回のサービスを提供することが多い^{2, 3)}。医療機関は診療報酬の適正な運用の監査を受けることもあるため、療養生活継続支援加算自体の周知と、同加算が期待するケースマネジメントモデルを明示することは算定増加につながるかもしれない。

第3に制度の柔軟な運用があげられる。療養生活継続支援加算の算定件数の増加には、

算定できる期間の延長や算定可能な専門職の拡大を含めた算定要件の緩和、濃厚な支援内容に対する診療報酬の点数の加配などを必要とする回答が多かった。この傾向は、病院が多かったが、重い精神症状や複雑な心理社会的背景を持つ患者が多いことに関連している可能性があると考えられる。近年、精神疾患の多様化が指摘されており、従来の統合失調症を主対象とした支援モデルのみでは対応が困難なことも多いことを考慮すると、療養生活継続支援加算の適切な対象などについては今後も議論が必要になると予想される。

2. 精神科退院時共同指導 I

精神科退院時共同指導 I については、非常に限られた機関のみが算定実績を有していた。よって、当該診療報酬の普及は進んでいないとみることが妥当と考えられる。その課題や算定件数増加に必要なことは、療養生活継続支援加算と同様に周知や診療報酬の点数に関する項目を支持する機関が多かった。他方、退院前に入院先病院の多職種チームと協働するための人員や時間の確保などは、30%以上の機関から問題として認識されていた。外来・地域ケア部門に十分な配置がなければ、1人の患者のために入院機関とのケア会議に参加することは難しい可能性がある。一方で、現行の精神科退院時共同指導は、退院後、自院の外来に通院する場合は、同診療報酬を算定することができない建付けとなっている。このことが同報酬の低い算定実績と関連している可能性がある。これらの実情を鑑みると、精神科退院時共同指導の運用や枠組みは再考が必要といえるかもしれない。

3. 限界と今後の調査

本研究にはいくつかの限界がある。第1に本調査の回収率は約25%であり、必ずしも高い値ではない。よって一般化可能性については留意が必要である。第2に、本研究は回答

者から見た診療報酬の課題などを調査しており、その回答は主観的なものである。また、調査は横断調査であり、変数間の因果の流れを説明できない。よって、本研究の結果をもって、診療報酬や加算の（低い）算定実績に直結する客観的な要因の把握をすることは困難である。第3に調査時期があげられる。療養生活継続支援加算の開始は2022年4月であり、本調査は当該加算の新設から1年も経過しない時期に実施した。よって、算定実績やその課題も長期的には好転する可能性がある。

本研究は複数の限界を抱えるが、本研究は、精神科医療制度でケースマネジメントを念頭に置いた診療報酬についての初めての実態調査であった。今後の制度改革に向けた基礎的な資料になると予想される、本研究に参加した機関の中には、さらに詳しい調査への協力に同意した機関もあり、今後、2つの診療報酬に対する詳細な調査を実施する予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

- 1) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, et al: Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 1:CD007906, 2017.
- 2) Lim CT, Caan MP, Kim CH, et al: Care management for serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. Psychiatr Serv 73(2):180-187, 2022.
- 3) Mueser KT, Bond GR, Drake RE, et al: Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. Schizophr Bull 24(1):37-74, 1998.
- 4) Dusitn D, 小坂啓史ら（和訳）：マクドナルド化するソーシャルワーク：英国ケアマネジメントの実践と社会理論，明石書店，東京，2023.

表 1 回答者および医療機関の属性

主たる回答者の属性(n = 757)			
	管理職（院長・理事長）	365	48.2%
	部門長（医局長・地域連携室などの長）	179	23.6%
	上記以外	213	28.1%
主たる回答者の職種(n = 759)			
	医師	383	50.5%
	医師以外	376	49.5%
貴機関の種別 (n = 763)			
	診療所（クリニック）	437	57.3%
	病院	326	42.7%
精神病床数 (n = 741)			
	平均値, 標準偏差	104.0	145.4
法人・法人グループが行っている事業・部門（複数回答有）(n=763)			
医療	精神科の病院	424	55.6%
	精神科デイケア	328	43.0%
	地域連携室・医療福祉相談室など	291	38.1%
	医療機関内の訪問看護部門	163	21.4%
	訪問看護ステーション	143	18.7%
	精神科のサテライトクリニック	91	11.9%
	精神科以外の病院	64	8.4%
	その他	103	13.5%
障害福祉	共同生活援助（グループホーム）	157	20.6%
	計画相談支援	103	13.5%
	就労継続支援 B 型	100	13.1%
	地域移行支援	71	9.3%
	市町村による委託相談（障害者相談支援事業）	59	7.7%
	就労移行支援	49	6.4%
	地域定着支援	48	6.3%
	地域活動支援センター	46	6.0%
	居宅介護	35	4.6%
	自立訓練（生活訓練）宿泊型	33	4.3%
	自立訓練（生活訓練）通所型	29	3.8%
	生活介護	24	3.1%
	自立生活援助	23	3.0%
	就労継続支援 A 型	6	0.8%
	その他	38	5.0%

表 2 療養生活継続支援加算に関する組織体制

「療養生活継続支援加算」の算定が可能な精神保健福祉士の人数（常勤換算）（n = 755）		
0 人	318	42.1%
5 人未満	325	43.0%
10 人未満	85	11.3%
10 人以上	27	3.6%
精神科外来の看護師数（常勤換算、別の業務と兼任の看護師を含まない）（n = 763）		
0 人	318	41.7%
3 人未満	325	42.6%
5 人未満	85	11.1%
5 人以上	27	3.5%
前問で回答した看護師数のうち、下記いずれかの課程を修了している看護師の人数（n = 763）		
A. 日本看護協会の認定看護師教育課程「認知症看護」		
B. 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老年看護」の専門看護師教育課		
C. 日本看護協会が認定している看護系大学院の「精神看護」の専門看護師教育課		
D. 日本精神科看護協会の精神科認定看護師教育課程		
0 人	693	90.8%
3 人未満	48	6.3%
5 人未満	8	1.0%
5 人以上	5	0.7%

表3 療養生活継続支援加算の算定実績と課題

「療養生活継続支援加算」を1回以上算定した実績 (n = 763)		
あり	165	21.6%
なし	596	78.1%
「あり」の場合、加算を算定している部門 (n = 164)		
病院の精神科外来	90	54.9%
院内の訪問担当部門	15	9.1%
地域連携室・医療福祉相談室など	87	53.0%
その他	11	6.7%
「療養生活継続支援加算」の算定上の課題 (複数回答有) (n = 763)		
「療養生活継続支援加算」の存在が十分周知されていない	357	46.8%
専任としておく精神保健福祉士・看護師がいない	315	41.3%
所定の研修を修了している看護師がいない	272	35.6%
診療報酬が低い(労力に見合った点数ではない)	253	33.2%
20分の面談、同一月内の連携先との連絡・相談、通院精神療法実施、それらの時系列がどう規定されているのかが不明確	215	28.2%
医師の診察がない日でも、精神保健福祉士が単独で面接を行うと算定できるということを知らない	186	24.4%
連携先の対象が福祉や行政機関のみに限らない(学校、企業、民生委員、自治会、大家等も対象となる)ということを知らない	168	22.0%
所定の研修のハードルが高い	143	18.7%
該当する患者がいない	89	11.7%
自院以外の機関と連携していない	66	8.7%
他機関における取組状況を踏まえて検討する	59	7.7%
その他の連携先の協力を得にくい	55	7.2%
医師から算定するよう指示されていない	55	7.2%
障害福祉サービス事業所の協力を得にくい	29	3.8%
その他	62	8.1%
「療養生活継続支援加算」の算定件数を増やすために必要と思うこと (複数回答有) (n = 763)		
診療報酬の点数の増点	406	53.2%
療養生活継続支援加算の周知	402	52.7%
医療機関に精神保健福祉士を配置することについての診療報酬上のさらなる手当	352	46.1%
算定できる期間の延長	236	30.9%
療養生活継続支援加算を活用した支援(ケースマネジメント)に関するわかりやすい手引き・ガイドライン等の整備	231	30.3%
算定要件を明確化する	225	29.5%
公認心理師でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する	224	29.4%
濃厚な支援内容に対する診療報酬の点数の加配	219	28.7%
加算のための研修要件を緩和する	195	25.6%
通院精神療法のみではなく在宅精神療法でも加算できるようにする等、算定要件の緩和	172	22.5%
組織として加算を算定するという意識づけ	156	20.4%
作業療法士でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する	145	19.0%
療養生活継続支援加算を活用した支援(ケースマネジメント)に関する研修の実施	135	17.7%
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念の普及	124	16.3%
その他	26	3.4%

表 4 診療所と病院における「療養生活継続支援加算」の算定上の課題の比較

	診療所・クリニック (n = 437)		病院 (n = 326)		χ^2	P
	n	%	n	%		
「療養生活継続支援加算」の存在が十分周知されていない*	183	41.9%	174	53.4%	9.914	0.002
専任としておく精神保健福祉士・看護師がいない	186	42.6%	129	39.6%	0.690	0.406
所定の研修を修了している看護師がいない	140	32.0%	132	40.5%	5.817	0.016
診療報酬が低い（労力に見合った点数ではない）	112	25.6%	141	43.3%	26.161	<0.001
20分の面談、同一月内の連携先との連絡・相談、通院精神療法実施、それらの時系列がどう規定されているのかが不明確	115	26.3%	100	30.7%	1.753	0.185
医師の診察がない日でも、精神保健福祉士が単独で面接を行うと算定できるということを知らない	107	24.5%	79	24.2%	0.006	0.936
連携先の対象が福祉や行政機関のみに限らない（学校、企業、民生委員、自治会、大家等も対象となる）ということを知らない	112	25.6%	56	17.2%	7.767	0.005
所定の研修のハードルが高い	74	16.9%	69	21.2%	2.196	0.138
該当する患者がいない	54	12.4%	35	10.7%	0.476	0.490
自院以外の機関と連携していない	44	10.1%	22	6.7%	2.605	<0.001
他機関における取組状況を踏まえて検討する	24	5.5%	35	10.7%	7.197	0.107
その他の連携先の協力を得にくい	25	5.7%	30	9.2%	3.384	0.007
医師から算定するよう指示されていない	11	2.5%	44	13.5%	33.652	0.066
障害福祉サービス事業所の協力を得にくい	17	3.9%	12	3.7%	0.022	<0.001
その他	30	6.9%	32	9.8%	2.178	0.881

*項目の並びは、診療所・クリニックと病院の合計で度数の多い順（表3参照）

表 5 併設障害福祉事業所の有無における「療養生活継続支援加算」の算定上の課題の比較

	併設福祉事業所なし (n = 500)		併設福祉事業所あり (n = 263)		χ^2	P
	n	%	n	%		
「療養生活継続支援加算」の存在が十分周知されていない*	226	45.2%	131	49.8%	1.471	0.225
専任としておく精神保健福祉士・看護師がいない	217	43.4%	98	37.3%	2.678	0.102
所定の研修を修了している看護師がいない	169	33.8%	103	39.2%	2.161	0.142
診療報酬が低い（労力に見合った点数ではない）	143	28.6%	110	41.8%	13.601	<0.001
20分の面談、同一月内の連携先との連絡・相談、通院精神療法実施、それらの時系列がどう規定されているのかが不明確	129	25.8%	86	32.7%	4.054	0.044
医師の診察がない日でも、精神保健福祉士が単独で面接を行うと算定できるということを知らない	120	24.0%	66	25.1%	0.112	0.738
連携先の対象が福祉や行政機関のみに限らない（学校、企業、民生委員、自治会、大家等も対象となる）ということを知らない	115	23.0%	53	20.2%	0.814	0.367
所定の研修のハードルが高い	91	18.2%	52	19.8%	0.280	0.597
該当する患者がいない	65	13.0%	24	9.1%	2.511	0.113
自院以外の機関と連携していない	50	10.0%	16	6.1%	3.345	0.002
他機関における取組状況を踏まえて検討する	36	7.2%	23	8.7%	0.577	0.067
その他の連携先の協力を得にくい	30	6.0%	25	9.5%	3.167	0.448
医師から算定するよう指示されていない	31	6.2%	24	9.1%	2.205	0.075
障害福祉サービス事業所の協力を得にくい	22	4.4%	7	2.7%	1.424	0.138
その他	36	7.2%	26	9.9%	1.665	0.233

*項目の並びは、併設福祉事業所の有無の合計で度数の多い順（表3参照）

表 6 精神保健福祉士または看護師の配置の有無における「療養生活継続支援加算」の算定上の課題の比較

	配置なし (n = 310)		配置あり (n = 445)		χ^2	P
	n	%	n	%		
「療養生活継続支援加算」の存在が十分周知されていない*	133	42.9%	222	49.9%	3.578	0.059
専任としておく精神保健福祉士・看護師がいない	196	63.2%	118	26.5%	101.355	<0.001
所定の研修を修了している看護師がいない	113	36.5%	158	35.5%	0.071	0.790
診療報酬が低い（労力に見合った点数ではない）	59	19.0%	191	42.9%	47.080	<0.001
20分の面談、同一月内の連携先との連絡・相談、通院精神療法実施、それらの時系列がどう規定されているのかが不明確	54	17.4%	160	36.0%	30.908	<0.001
医師の診察がない日でも、精神保健福祉士が単独で面接を行うと算定できるということを知らない	50	16.1%	136	30.6%	20.500	<0.001
連携先の対象が福祉や行政機関のみに限らない（学校、企業、民生委員、自治会、大家等も対象となる）ということを知らない	54	17.4%	114	25.6%	7.099	0.008
所定の研修のハードルが高い	57	18.4%	85	19.1%	0.061	0.805
該当する患者がいない	47	15.2%	40	9.0%	6.828	0.009
自院以外の機関と連携していない	34	11.0%	31	7.0%	3.718	0.054
他機関における取組状況を踏まえて検討する	11	3.6%	47	10.6%	12.673	<0.001
その他の連携先の協力を得にくい	12	3.9%	43	9.7%	9.075	0.003
医師から算定するよう指示されていない	17	5.5%	38	8.5%	2.526	0.112
障害福祉サービス事業所の協力を得にくい	7	2.3%	22	4.9%	3.568	0.059
その他	9	2.9%	53	11.9%	19.665	<0.001

*項目の並びは、併設福祉事業所の有無の合計で度数の多い順（表3参照）

表 7 診療所と病院における「療養生活継続支援加算」の算定件数を増やすために必要なことの比較

	診療所・クリニック (n = 437)		病院 (n = 326)		χ^2	P
	n	%	n	%		
診療報酬の点数の増点*	190	43.5%	216	66.3%	38.915	<0.001
療養生活継続支援加算の周知	204	46.7%	198	60.7%	14.795	<0.001
医療機関に精神保健福祉士を配置することについての診療報酬上のさらなる手当	170	38.9%	182	55.8%	21.527	<0.001
算定できる期間の延長	117	26.8%	119	36.5%	8.274	0.004
療養生活継続支援加算を活用した支援（ケースマネジメント）に関するわかりやすい手引き・ガイドライン等の整備	107	24.5%	124	38.0%	16.244	<0.001
算定要件を明確化する	114	26.1%	111	34.0%	5.693	0.017
公認心理師でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する	123	28.1%	101	31.0%	0.724	0.395
濃厚な支援内容に対する診療報酬の点数の加配	101	23.1%	118	36.2%	15.620	<0.001
加算のための研修要件を緩和する	91	20.8%	104	31.9%	12.044	0.001
通院精神療法のみではなく在宅精神療法でも加算できるようにする等、算定要件の緩和	103	23.6%	69	21.2%	0.618	0.432
組織として加算を算定するという意識づけ	55	12.6%	101	31.0%	38.846	<0.001
作業療法士でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する	58	13.3%	87	26.7%	21.829	<0.001
療養生活継続支援加算を活用した支援（ケースマネジメント）に関する研修の実施	58	13.3%	77	23.6%	13.727	<0.001
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念の普及	56	12.8%	68	20.9%	8.877	0.003
その他	17	3.9%	9	2.8%	0.724	0.395

*項目の並びは、診療所・クリニックと病院の合計で度数の多い順（表 3 参照）

表 8 併設障害福祉事業所の有無における「療養生活継続支援加算」の算定件数を増やすために必要なことの比較

	併設事業所なし (n = 500)		併設事業所あり (n = 263)		χ^2	P
	n	%	n	%		
診療報酬の点数の増点*	238	47.6%	168	63.9%	18.343	<0.001
療養生活継続支援加算の周知	248	49.6%	154	58.6%	5.544	<0.001
医療機関に精神保健福祉士を配置することについての診療報酬上のさらなる手当	205	41.0%	147	55.9%	15.384	<0.001
算定できる期間の延長	129	25.8%	107	40.7%	17.873	<0.001
療養生活継続支援加算を活用した支援（ケースマネジメント）に関するわかりやすい手引き・ガイドライン等の整備	123	24.6%	108	41.1%	22.133	<0.001
算定要件を明確化する	129	25.8%	96	36.5%	9.493	0.002
公認心理師でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する	134	26.8%	90	34.2%	4.576	0.032
濃厚な支援内容に対する診療報酬の点数の加配	116	23.2%	103	39.2%	21.462	<0.001
加算のための研修要件を緩和する	109	21.8%	86	32.7%	10.762	0.001
通院精神療法のみではなく在宅精神療法でも加算できるようにする等、算定要件の緩和	105	21.0%	67	25.5%	1.977	0.160
組織として加算を算定するという意識づけ	85	17.0%	71	27.0%	10.588	0.001
作業療法士でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する	71	14.2%	74	28.1%	21.748	<0.001
療養生活継続支援加算を活用した支援（ケースマネジメント）に関する研修の実施	70	14.0%	65	24.7%	13.587	<0.001
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念の普及	65	13.0%	59	22.4%	11.269	0.001
その他	14	2.8%	12	4.6%	1.627	0.202

*項目の並びは、併設福祉事業所の有無の合計で度数の多い順（表 3 参照）

表 9 精神保健福祉士または看護師の配置の有無における「療養生活継続支援加算」の算定件数を増やすために必要なことの比較

	配置なし (n = 310)		配置あり (n = 445)		χ^2	P
	n	%	n	%		
診療報酬の点数の増点*	96	31.0%	308	69.2%	107.435	<0.001
療養生活継続支援加算の周知	129	41.6%	272	61.1%	27.930	<0.001
医療機関に精神保健福祉士を配置することについての診療報酬上のさらなる手当	101	32.6%	248	55.7%	39.392	<0.001
算定できる期間の延長	38	12.3%	197	44.3%	87.340	<0.001
療養生活継続支援加算を活用した支援（ケースマネジメント）に関するわかりやすい手引き・ガイドライン等の整備	49	15.8%	182	40.9%	54.177	<0.001
算定要件を明確化する	66	21.3%	159	35.7%	18.212	<0.001
公認心理師でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する	69	22.3%	155	34.8%	13.843	<0.001
濃厚な支援内容に対する診療報酬の点数の加配	41	13.2%	177	39.8%	62.712	<0.001
加算のための研修要件を緩和する	69	22.3%	125	28.1%	3.255	0.071
通院精神療法のみではなく在宅精神療法でも加算できるようにする等、算定要件の緩和	50	16.1%	121	27.2%	12.762	<0.001
組織として加算を算定するという意識づけ	29	9.4%	127	28.5%	41.022	<0.001
作業療法士でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する	35	11.3%	110	24.7%	21.235	<0.001
療養生活継続支援加算を活用した支援（ケースマネジメント）に関する研修の実施	23	7.4%	111	24.9%	38.438	<0.001
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念の普及	28	9.0%	95	21.4%	20.323	<0.001
その他	7	2.3%	19	4.3%	2.224	0.136

*項目の並びは、併設福祉事業所の有無の合計で度数の多い順（表 3 参照）

表 10 精神科退院時共同指導 1 の算定実績と課題

「精神科退院時共同指導 1」を 1 回以上算定した実績 (n = 763)		
あり	49	6.6%
なし	697	93.4%
「精神科退院時共同指導 1」の算定上の課題 (複数回答有) (n = 763)		
「精神科退院時共同指導料 1」の存在が十分周知されていない	324	42.5%
退院前に入院先病院の多職種チームと協働するための人員の確保が困難	251	32.9%
退院前に入院先病院の多職種チームと協働するための時間の確保が困難	250	32.8%
入院先病院との連携・協力体制がない、または不十分	216	28.3%
該当する患者がいない	204	26.7%
診療報酬が低い (労力に見合った点数ではない)	200	26.2%
通院患者がもともと自院に入院していたため算定しづらい	80	10.5%
他機関における取組状況を踏まえて検討する	51	6.7%
医師から算定するよう指示されていない	44	5.8%
その他	25	3.3%
「精神科退院時共同指導 1」の算定件数を増やすために必要と思うこと (複数回答有) (n = 763)		
「精神科退院時共同指導料 1」の周知	349	45.7%
自院の外来に通院する場合でも算定できるように算定要件を緩和する	291	38.1%
診療報酬の点数を増点する	278	36.4%
精神科退院時共同指導料を活用した支援に関するわかりやすい手引き・ガイドラインの整備	233	30.5%
組織としてこの診療報酬を算定するという意識づけ	134	17.6%
精神科退院時共同指導料を活用した支援に関する研修の実施	118	15.5%
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念の普及	105	13.8%
その他	26	3.4%

単一の精神科診療所における 「療養生活継続支援加算」に関連する支援の実態調査

研究分担者：藤井千代¹⁾

研究協力者：○佐藤さやか¹⁾，石塚公太¹⁾，岩永麻衣¹⁾，小池純子¹⁾

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部

要旨

【背景と目的】本研究の目的は単一の精神科診療所における「療養生活継続支援加算」に関連する支援の実態について、個別ケースに焦点を当てて情報収集することにより、今後の国の施策推進の基礎的資料とすることであった。

【方法】本研究は単一の精神科クリニックを対象とした過去を起点とする縦断的観察研究で対象者は2022年4月以降に「療養生活継続支援加算」を1度でも算定されたもの全員であった。データ収集について属性および支援プロセスは本調査用に作成した独自の調査票（別添）を作成し、臨床像はGlobal assessment of function(GAF)およびLife assessment scale for the mentally ill (LASMI)の「社会適応度」、「持続性/安定性」項目を用いて、過去の診療記録をもとに評価を依頼した。

【結果と考察】診断では統合失調症圏に加え、気分障害圏、神経症圏、発達障害圏の対象者が多く、過去の入院経験のないものが多かった。また臨床像では、GAF50前後、LASMIでは「地域生活において相当の支援が必要」な対象者が多かった。さらには連携先としては行政がもっとも多かった。これらの点から、当初制度が支援対象としていた重症精神障害をもつ長期入院患者のその後の地域ケアだけでなく、従来の支援システムでは拾いきれない人を対象とした入院を起点としない地域支援が期待されている可能性が示唆された。

また支援プロセスを見ると、面接の目的としては受療受診援助や服薬管理のような医療的支援よりも、日常生活支援、社会復帰/参加支援等の心理社会的なサポートが多く提供されていた。またケア会議は算定直後に行われているケースが多く、参加者としては障害福祉サービス事業所のスタッフが多かった。また実施場所は院内や患家に加えて障害福祉サービス事業所など他機関でも実施されていた。以上のことから療養生活継続支援加算の理念の1つである医療と福祉の緊密な連携が実現していることが推察された。

本調査の限界点として、速報値であるため今後若干の数値変動が見込まれる点、単一の診療所データであるため、一般化に留意が必要ある点が挙げられる。特に連携先については地域特性が色濃く反映されることが想定されるため、データ解釈においては考慮が必要と思われる。今後は精神科病院、総合病院精神科など種別の異なる医療機関でも調査を実施し、その異同について検討していく予定である。

A. 研究の背景と目的

精神科におけるケースマネジメント（Case management: CM）とは、重い精神障害をもつ人を地域で支えることを目的とした個人や環境の評価、ケアプランの作成、ケアやサービスの調整を含む包括的支援システムである。海外で精神科医療の脱施設化および患者の地域移行が進められた1960年代後半以降、いくつかの形態が提案されそれぞれに効果が検証されてきた¹⁾。集中的ケースマネジメント（Intensive case management: ICM）や包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment: ACT）など濃密で個別性の高いCMは入院や再入院日数の減少に効果が認められており²⁾、国内の検討では当事者の抑うつ感やQOLに良い影響があったことが示されている³⁾。より支援の密度や頻度が緩やかな非集中的CMについても精神症状の軽減やQOLの向上について効果が示唆されている⁴⁾。

このように国内外の検討でエビデンスが蓄積されているCMであるが、精神科医療における入院治療の比重が高い日本国内では十分普及しているとは言いがたい。これまで国内で実施されてきた外来でのCMは支援上、必要に迫られた臨床家や医療機関が「持ち出し」で提供してきた経緯があり、医療経済的側面での担保に乏しいことから、多くの医療機関が当たり前前に提供できる環境になかった。

こうした状況を改善するため診療報酬の整備が始まっている。令和2年度には入院患者の地域移行支援を想定した精神科退院時共同指導料1・2および療養生活環境整備指導加算が、また令和4年度には外来患者かつ重点的な支援を要する患者に対する地域での包括的支援を想定した療養生活継続支援加算が新設されている。これらの診療報酬の中でも「療養生活継続支援加算」はもっとも新しい加算のため、算定に関連する支援についての調査はこれまで行われておらず、その実態を明ら

かにすることは国が施策として推進する「質の高い精神科医療」の実現にも有用である。そこで本研究では単一の精神科診療所における「療養生活継続支援加算」に関連する支援の実態について、個別ケースに焦点を当てて情報収集することにより、今後の国の施策推進の基礎的資料とすることを目的とする。

B. 方法

1. 研究デザイン

本研究は単一の精神科診療所（三家クリニック；大阪府寝屋川市）を対象とした過去を起点とする縦断的観察研究であった。

2. 対象者

三家クリニックに通院し2022年4月以降に「療養生活継続支援加算」を1度でも算定されたもの全員（算定実態を知るための悉皆調査であるため、診断等の除外基準は設定せず）

3. データ収集

-属性および支援プロセス、転帰

本調査用に作成した独自の調査票（別添）を作成した。

-臨床像

Global assessment of function(GAF)およびLife assessment scale for the mentally ill (LASMI)の「社会適応度」、「持続性/安定性」項目について過去の診療記録をもとに評価を依頼した。

NCNPより三家クリニックに調査票を郵送し、同クリニックで「療養生活継続支援加算」の算定対象となったものを担当するメンタルヘルスソーシャルワーカー（MHSW）に回答を依頼した。患者に回答を依頼した項目はなかった。

4. 分析

本研究は実態把握を目的としている。このため、記述統計によるデータ整理を実施した。

5.倫理的配慮

本研究は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を受けて実施した（A2022-070）。

C. 結果

1. 属性

対象者は男性 70 名、女性 62 名合計 132 名であり、平均年齢は 42.27±11.26 歳、平均罹病期間は 17.09±10.66 年であった。単一の診断圏では統合失調症圏が 39 名でもっとも多かったが、うつ病圏と双極性の気分障害圏を合計すると、43 名と最多であった。発達障害圏(24 名)、神経症圏(14 名)がこれらに続いて多かった。副診断では発達障害圏がもっとも多かった。また身体合併症がある人は 32 名(24.2%)であった(表 1)。制度利用の状況では、生活保護を受給している人が 30%程度、精神保健福祉手帳を取得している人が 80%程度、年金を受給をしている人が 70%弱であった(表 2)。

2. 臨床像

過去の治療歴を見ると、初診から調査時点までの期間に精神科医療機関に入院経験のない人が 70%程度おり、療養生活継続支援加算算定時から過去 1 年間では 93%が入院していなかった(表 3)。診療記録をもとに評価した GAF の平均得点は 48.42±8.60 であった。また LASMI の「社会適応度」評価では「B 過度的・移行的段階あるいは施設適応」がもっとも多く 45%が該当していた。さらに「持続性/安定性」評価では「おおむね B であった」が最多で 52%が該当していた(表 4)。

3. 支援プロセス

療養生活継続支援加算の算定開始理由については「障害福祉サービスとの連携が必要」が最多で 80%弱が該当していた。次いで「行政との連携が必要」が 35%弱であった(表 5)。算定開始後の連絡先としてもっとも多く挙げられていたのは「市町村担当課」(45%)であった。その他では「訪問看護ステーション」(28%)、「計画相談(相談支援事業)」(26%)、「就労継続支援 B 型」(23%)が多かった(表 6)。

電話や対面での他機関との連携によるカンファレンスの平均実施回数は 6.67±7.28 回であった。最大で 30 回開催されているケースが 1 名いる一方、26 名は開催が 0 回であった。

支援の転帰としては、算定継続中が 90%であった。

面接ごとの支援量をみると、面接ごとの支援量をみると、面接相手は本人であることが多く、面接場所について最初の 7 回程度までは院内での面接が 7-8 割、患家が 2 割程度であり、大多数の面接はクリニック内で実施されていた。面接時間はどの回数でも 30-40 分程度で安定していた。支援内容は受診受療援助や服薬管理のような医療的支援より、社会復帰/参加支援、就労支援、心理社会的サポートのような社会的交流や日常生活を支援する内容が多かった。(表 7)

ケア会議における参加者、場所、目的では、ケア会議は、参加者として本人や家族以外では障害福祉サービス事業所の職員が多く、実施場所も院内とともに他機関での実施が多かった。さらに算定開始初期の実施が多く、導入のための繋ぎ支援や支援方針の検討、決定のために開かれていることが多かった(表 8)。

D. 考察

本調査の結果から、診断では統合失調症圏に加え、気分障害圏、神経症圏、発達障害圏の対象者が多く、過去の入院経験のないものが多かった。また臨床像では、GAF50 前後、LASMI では「地域生活において相当の支援が必要」な対象者が多かった。さらには連携先としては行政がもっとも多かった。これらの点から、当初制度が支援対象としていた重症精神障害をもつ長期入院患者のその後の地域ケアだけでなく、従来の支援システムでは拾いきれない人を対象とした入院を起点としない地域支援が期待されている可能性が示唆された。

支援プロセスを見ると、面接の目的としては受療受診援助や服薬管理のような医療的支援よりも、日常生活支援、社会復帰/参加支援等の心理社会的なサポートが多く提供されていた。またケア会議は算定直後に行われているケースが多く、参加者としては障害福祉サービス事業所のスタッフが多かった。また実施場所は院内や患家に加えて障害福祉サービス事業所など他機関でも実施されていた。以上のことから療養生活継続支援加算の理念の1つである医療と福祉の緊密な連携が実現していることが推察された。

本調査の限界点として、速報値であるため今後若干の数値変動が見込まれる点、単一の診療所データであるため、一般化に留意が必要ある点が挙げられる。特に連携先については地域特性が色濃く反映されることが想定されるため、データ解釈においては考慮が必要と思われる。今後は精神科病院、総合病院精神科など種別の異なる医療機関でも調査を実施し、その異同について検討していく予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

- 1) Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull.* 1998;24(1):37-74.
- 2) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 1. Art. No.: CD007906.
- 3) Ito J, Oshima I, Nishio M, Sono T, Suzuki Y, Horiuchi K, Niekawa N, Ogawa M, Setoya Y, Hisanaga F, Kouda M, Tsukada K. The effect of Assertive Community Treatment in Japan. *Acta Psychiatr Scand.* 2011 May;123(5):39
- 4) Lim CT, Caan MP, Kim CH, Chow CM, Leff HS, Tepper MC. Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Serv.* 2022 Feb 1;73(2):180-187.
- 5) American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., Text-Revision)*. Washington, D. C. : American Psychiatric Association (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳)(2002). *DSM-IV-TR 精神障害の診断・統計マニュアル* 医学書院)
- 6) 岩崎晋也、宮内勝、大島巖、村田信夫、野中猛、加藤春樹、上野洋子、藤井克徳：精神障害者社会生活評価尺度の開発。信頼性の検討(第一報)。精神医学, 36, 1139-1151, 1994.

表1 主診断および副診断

診断名	主診断 (単数回答)		副診断 (複数回答可)	
	n=132		n=45	
	n	%	n	%
器質性精神障害圏	1	0.76	0	0.00
物質依存圏	0	0	1	2.22
統合失調症圏	39	29.5	2	4.44
気分障害圏 (双極性)	7	5.3	0	0.00
気分障害圏 (うつ病圏)	36	27.3	2	4.44
神経症圏	14	10.6	11	24.44
身体関連性障害圏	0	0	0	0.00
人格障害圏	1	0.76	1	2.22
知的障害圏	7	5.3	9	20.00
発達障害圏	24	18.2	14	31.11
児童の行動障害圏	1	0.76	1	2.22
てんかん圏	2	1.52	2	4.44
その他	0	0	2	4.44

表2 制度利用状況

	n	%
生活保護	40	30.3
手帳		
精神保健福祉手帳	106	80.3
身体障害者手帳	1	0.8
療育手帳	10	7.6
年金	89	67.4
要介護/要支援	1	0.8

表3 過去の治療歴

	N	あり		なし	
		n	%	n	%
初診以降、調査時点までの精神科医療機関への入院	131	38	29.0	93	71.0
算定開始時点から過去1年間の精神科医療機関への入院	129	9	7.0	120	93.0
上記のうち、措置入院の有無	9	4	44.4	5	55.6
本クリニックでの支援開始前、過去1年間の身体科医療機関への入院	129	6	4.7	123	95.3

表4 LASMIによる社会適応度および持続性/安定性

社会適応度			過去1年間の持続性/安定性		
評価項目	n	%	評価項目	n	%
1. A 自立	1	0.8	1. Aであった	3	2.3
2. A 一応の自立	2	1.5	2. 基調はAだが短期間BやCであった	0	0.0
3. B 周囲の相当の支援があれば 一般の職場で働ける	44	33.6	3. AとBの間を揺れ動いていた	3	2.3
4. B 過渡的・移行的段階 あるいは施設適応	59	45.0	4. おおむねBであった	67	52.3
5. C 在宅	25	19.1	5. AとBまたはBとCの間を 揺れ動いていた	22	17.2
6. C 入院	0	0.0	6. 基調はCにあるが、 短期間AやBに至る時もあった	10	7.8
			7. Cであった	23	18.0

表5 加算時算定の開始理由（複数回答可）

	n	%
障害福祉サービスとの連携が必要	104	78.8
他の医療サービスとの連携が必要	25	18.9
就労、就学支援との連携が必要	25	18.9
子育て支援・介護（本人要因ではない）との連携が必要	19	14.4
行政との連携が必要	46	34.8
その他	10	7.6

表6 加算等算定後の連携先

	n	%		n	%
訪問看護ステーション	37	28.0	委託相談 (障害相談支援事業)	5	3.8
他院の精神科デイケア	0	0.0	地域移行支援	1	0.8
他院の地域連携室・地域相談室・ 精神保健福祉相談室など	1	0.8	地域定着支援	0	0.0
地域活動支援センター	4	3.0	自立生活援助	0	0.0
就労継続支援A型	8	6.1	その他	15	11.4
就労継続支援B型	30	22.7	保健所	6	4.5
就労移行支援	12	9.1	市町村担当課	59	44.7
就労定着支援	16	12.1	生活保護課	24	18.2
生活訓練	3	2.3	障害福祉課	29	22.0
重度訪問介護	1	0.8	その他	21	15.9
居宅介護	22	16.7	社会福祉協議会	11	8.3
生活介護	9	6.8	学校	17	12.9
グループホーム	9	6.8	ハローワーク	5	3.8
計画相談(相談支援事業)	34	25.8	後見人・保佐人	5	3.8

表7 面接ごとの支援量（面接相手、面接場所、平均面接時間、支援内容）

回数	n	面接相手							平均 面接時間	支援内容									
		本人	家族	院内	自宅	他機関	職場	その他		受診受療 援助	経済問題 の解決	「衣・食・住」 の問題解決	社会復帰 /参加援助	就労支援	心理/社会的 サポート	計画書作成	服薬管理	危機介入	雑談
1	130	128	6	108	20	3	0	1	40.41	16	4	16	25	28	33	1	3	3	0
2	128	126	13	99	23	3	0	2	40.09	13	5	18	24	24	37	0	4	3	0
3	121	119	7	91	21	6	0	2	41.48	8	6	17	20	28	34	0	3	4	0
4	115	114	6	91	21	1	0	1	39.19	9	3	17	24	20	37	0	3	2	0
5	105	104	6	83	18	1	0	2	43.62	11	8	17	20	18	26	0	3	2	0
6	94	91	6	71	17	3	0	2	41.65	8	3	13	19	20	25	1	2	2	0
7	83	80	7	60	17	3	0	1	41.13	6	4	7	17	14	29	0	2	4	0
8	69	69	4	52	12	3	0	1	41.19	7	5	8	10	11	24	1	1	1	0
9	58	56	5	40	14	2	0	0	38.04	5	2	11	6	8	23	0	2	0	0
10	42	42	3	29	9	2	0	2	38.78	4	3	3	4	4	10	0	1	2	0
11	30	30	2	20	6	3	0	1	33.62	4	4	2	4	2	13	0	0	1	0
12	19	18	2	12	6	1	0	0	36.05	1	4	1	5	1	5	0	2	0	0
13	16	16	2	9	6	0	0	1	35.00	2	1	3	3	1	4	0	2	0	0
14	12	11	3	7	4	0	0	1	32.50	1	0	3	1	0	3	0	1	0	0
15	10	9	0	4	4	1	0	0	37.50	1	0	2	2	0	3	0	2	0	0
16	9	8	0	5	4	0	0	0	31.67	1	0	1	2	0	4	0	1	0	0
17	6	5	0	4	2	0	0	0	34.17	0	0	2	0	0	3	0	1	0	0
18	2	2	0	1	1	0	0	0	30.00	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

表8 ケア会議における参加者、場所、目的

回数	n	参加者					場所								目的				
		本人	家族	他の 医療機関	障害福祉 S事業所	行政	教育	職場	その他	院内	自宅	他機関	職場	その他	導入の ための 繋ぎ支援	支援方針 の検討 と決定	支援方針 の見直し	関係調整	情報共有
1	34	34	5	1	18	8	1	0	12	7	13	11	0	2	14	15	2	3	0
2	19	19	6	1	14	2	0	0	4	2	9	6	0	2	10	4	4	1	0
3	8	8	2	0	5	1	0	0	2	1	4	3	0	0	3	1	3	1	0
4	6	6	2	0	5	0	0	0	1	1	3	2	0	0	1	2	3	0	0
5	3	3	1	0	3	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0
6	2	2	1	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0
7	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
8	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
9	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
10	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
11	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0

医療サービスと障害福祉サービスの連携(医福連携)の 課題に関する研究

研究分担者：○吉田光爾¹⁾

研究協力者：瀧本里香²⁾，國重智宏²⁾，志村敬親¹⁾

1) 東洋大学 ライフデザイン学部

2) 帝京平成大学 人文社会学部人間文化学科福祉コース

目的：2022年度に運用が開始された療養生活継続支援加算によって、医療と福祉の連携強化に大きな期待が持たれているが、①医療福祉の連携上の観点からはいかなる特徴の医療機関が本制度を利用しているのか、②医療機関が必要と認識している医療福祉連携強化上の点は何か、は不明である。また現行の法制度下で③精神障害当事者における福祉サービス利用における敬遠の実態についても十分に明らかになっているわけではない。本年度、本研究では上記の3点について明らかにすることを目的とした。

方法：

1) **医療機関に対する全国調査：**主任研究者が行う第一次医療機関調査において①および②についての設問を設定し、調査を実施した。

2) **精神障害の当事者における福祉サービス利用の課題に関する調査項目作成：**当事者との意見交換やパイロット調査を通じて、来年度以降実施予定の医療機関の二次調査・障害福祉事業者・当事者への全国調査で利用可能な調査項目を検討した。

結果：

1) **医療機関に対する全国調査：**①福祉サービス利用促進のために行っている取り組みについては、療養生活継続支援加算の算定の有無によって大きな差があり、算定している医療機関は福祉サービス利用促進を積極的に行っている傾向がうかがえた。他方で、特に未算定かつ算定しうるMHSWが配置されていない診療所では、福祉サービスの利用促進が低調である傾向が明らかになった。②療養継続支援加算を算定している医療機関では医療機関側への対策として「医療機関における外来でのケア会議への診療報酬上の評価」「医療機関の外来でのコメディカル配置」が必要と感じられており、他方で地域側への対策として「地域の福祉事業所のマップ」、「信頼できる福祉事業所の増加」、「福祉事業者が外来同行をした際の福祉事業者への報酬」などの回答が多くなっていた。

2) **精神障害の当事者における福祉サービス利用の課題に関する調査項目作成：**4件法・22項目からなる調査項目を作成した。

A. 研究の背景と目的

我が国の精神科医療および障害福祉施策は、

地域ケア促進の過程にある。政策的には「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」

(以下、にも包括)の構築が進められ、俯瞰的な視点から、地域精神保健の担い手である医療機関・障害福祉事業所・行政機関・ピアサポートの有機的連携によって、当事者の地域生活を支える体制構築が図られている。特に、2022年度に運用が開始された療養生活継続支援加算によって、医療と福祉の連携強化に大きな期待が持たれているが、①医療福祉の連携という観点からはどのような特徴の医療機関が本制度を利用しはじめているのか、②医療機関が必要と認識している医療福祉連携強化上の点については、制度の運用が始まったばかりであり、十分にわかっていない。また、社会福祉サービスの利用についてはスティグマが存在し、そのことが利用の敬遠に繋がっていると指摘されているが(Spicker,1984)、③精神障害当事者における福祉サービス利用における敬遠の実態がいかなるものか、についても十分に明らかになっているわけではない。

本分担研究班では、1)主任研究者が管轄する医療機関調査の中で医療福祉の連携に着目して①・②について明らかにするとともに、2)来年度以降予定されている医療機関の二次調査・障害福祉事業者・当事者に対する全国調査で利用可能な③についての調査項目を検討した。

B. 方法

1) 医療機関に対する全国調査

主任研究者が行う第一次医療機関調査において、(1)患者の障害福祉サービスの利用を促進するために行っていること、および(2)障害福祉サービス事業者との連携・情報交換のために必要な取り組みについて尋ねた。第一次医療機関調査の方法・概要については、主任研究者の報告書を参照されたい。

2) 精神障害の当事者における福祉サービス利用の課題に関する調査項目作成

社会福祉サービスの利用について Spicker は 1)品位を傷つける処遇、2)権利の喪失、3)ニーズアセスメントへの抵抗感、4)レッテル張り、5)区分と選別、6)無能力・依存、4)道徳的規範からの逸脱などの側面から、スティグマを抱きやすく、これらのスティグマが適切なサービス利用を困難にさせることを指摘している。障害者総合支援法によって精神障害に関する福祉サービスは急速に拡大しつつあるが、この状況下での精神障害当事者側からの福祉サービスについての見解は明らかになっておらず、また専門職側が彼らの利用意識についてどのように認識しているかも明確ではない。本研究ではこの点を考慮し、当事者・専門職で共通の調査項目を作成することとした。

具体的には①精神障害当事者との意見交換および、②分担班内でのWGを通じて調査項目案を作成し、さらに③精神科診療所および地域活動支援センターパイロット調査(22名)を通じて調査項目の内容に意見をもらい、最終的な調査項目案としてまとめた。

C. 結果

1) 医療機関に対する全国調査

(1) 患者の障害福祉サービスの利用を促進するために行っていること

一次調査の結果から、本調査の対象医療機関が福祉サービス利用促進のために行っている実態を概説する(表1)。

① 病院で行われている取り組み

病院での取り組みは実施が3割を超えている項目から多い順に、「担当のケースマネージャー(ワーカー等)のアセスメントの上、障害福祉サービス事業者と連携している」(66.9%)、「患者から希望があればその都度対応できるように、相談窓口を設置している」(64.7%)、「患者の障害受容が進むよう相談に乗っている」(48.2%)、「患者が障害福祉サービスを見学・体験できる機会を設けている」(46.0%)、

「障害福祉サービスの利用に関する案内（パンフレット等）を院内に置いている」（39.6%）、等であった。

②診療所で行われている取り組み

診療所での取り組みは実施が3割を超えているものから多い順に、「患者の障害受容が進むよう相談に乗っている」（45.3%）、「障害福祉サービスの利用に関する案内（パンフレット等）を院内に置いている」（37.5%）、「担当のケースマネジャー（ワーカー等）のアセスメントの上、障害福祉サービス事業者と連携している」（30.0%）であった。しかし病院と比較すると「アセスメントと連携」「相談窓口の設置」「障害福祉サービスの見学体験機会の提供」などは大きく実施率が低く、間接的な取り組みに留まっている。

③病院における療養継続支援加算の算定有無およびMHSWの配置による取り組みの差

病院における福祉サービス利用促進の取り組みについて、療養継続支援加算の算定有無および算定可能な精神保健福祉士（MHSW）の配置による状況を示したのが表2である。算定有/算定無/算定無・MHSW配置無しでは、各種の取り組みの実施率に差がみられ「算定有り」の病院では福祉サービス利用促進のために行っている取り組みが比較的活発な様子がうかがえる。特に「構造的な心理教育」「障害福祉サービス事業者による説明会・学習会」「ピアサポーターの活用」などは、実施率は全体的に高くないが、「算定有り」の病院の実施率は、「算定無し」の病院に比して高くなっている。

また福祉サービス利用促進の取り組みの実施合計数と各種コメディカル配置の偏相関係数を示したのが表3である（制御変数は病床数である）。「療養継続支援加算が算定可能なMHSW数」および「精神科外来の看護師数」は、実施合計数と有意な正の相関があり、MHSWや外来における看護師などコメディカル配置を

積極的にしている病院ほど福祉サービス利用促進の取り組みが活発であることがわかる。

④診療所における療養継続支援加算の算定有無およびMHSWの配置による取り組みの差

病院における福祉サービス利用促進の取り組みについて、療養継続支援加算の算定有無および算定可能なMHSWの配置による状況を示したのが表4である。算定有/算定無/算定無・MHSW配置無しでは、各種の取り組みの実施率に差がみられるが、その実施状況には、病院以上の落差がみられるのがわかる。

具体的には「相談窓口の設置」は49.4%/13.9%/5.3%、「アセスメントのうえの障害福祉サービスとの連携」の実施は65.1%/21.8%/14.0%、「スタッフによる障害福祉サービス事業者の訪問」は42.2%/10.8%/5.7%、「患者による障害福祉サービスの見学体験機会の提供」は34.9%/13.3%/7.6%などとなっている。435の診療所の内、約半数の243の診療所が算定無し・MHSWが未配置であるが、これらの診療所では福祉事業所との連携窓口がほぼ未設置（5.3%）であり、診療している患者層の違いもあると推察されるが、福祉事業所との連携や福祉サービス利用は低調といわざるを得ない。

また診療所における福祉サービス利用促進の取り組みの実施合計数と各種コメディカル配置の相関係数を示したのが表5である。「療養継続支援加算が算定可能なMHSW数」および「精神科外来の看護師数」は、実施合計数と有意な正の相関があり、MHSWや外来における看護師などコメディカル配置を積極的にしている病院ほど福祉サービス利用促進の取り組みが活発であり、特にMHSWの配置の相関係数はKendallの $\tau = .444$ と関連が大きい。

(2)医療と福祉の連携に必要な点

①医療と福祉の連携に必要な点（全体）

医療と福祉の連携について必要な点について、全体の回答が表6である。

病院では3割を超えている回答は多い順に、「医療機関が外来でケア会議を実施することに対する診療報酬上の評価」(63.8%)、「医療機関側への障害福祉サービスに関するわかりやすい情報提供」(60.4%)、「医療側が信頼できる福祉事業所(相談支援専門員など)の増加」(41.1%)、「医療機関の外来でのコメディカル配置」(41.1%)、「地域の福祉事業所の場所や特徴などがわかるマップ」(39.9%)、「福祉事業者が外来同行をした際の、福祉事業者への報酬」(37.7%)などであった。

他方で、診療所では3割を超えている回答は多い順に、「医療機関側への障害福祉サービスに関するわかりやすい情報提供」(57.7%)「医療機関が外来でケア会議を実施することに対する診療報酬上の評価」(43.9%)、「地域の福祉事業所の場所や特徴などがわかるマップ」(40.0%)、「医療側が信頼できる福祉事業所(相談支援専門員など)の増加」(38.9%)であった。

②病院における療養継続支援加算の算定有無による必要項目の差

病院における療養継続支援加算の算定有無による、医療と福祉の連携に必要な点についての認識の差を示したのが表7である。算定有と算定無しの医療機関では「医療機関が外来でケア会議を実施することに対する診療報酬上の評価」の必要性の認識が82.9%:57.2%、「医療機関の外来でのコメディカル配置」が57.3%:35.8%、「地域の福祉事業所の場所や特徴などがわかるマップ」が53.7%:35.4%、「医療側が信頼できる福祉事業所(相談支援専門員など)の増加」が51.2%:37.4%、「福祉事業者が外来同行をした際の、福祉事業者への報酬」が50.0%:33.3%など大きな開きが出ており、療養継続支援加算を算定している病院の方が必要と考える施策や体制に対する要望が強い。

③診療所における療養継続支援加算の算定有無による必要項目の差

診療所における療養継続支援加算の算定有無による、医療と福祉の連携に必要な点についての認識の差を示したのが表8である。算定有と算定無しの医療機関では「医療機関が外来でケア会議を実施することに対する診療報酬上の評価」の必要性の認識が65.1%:39.1%、「医療機関の外来でのコメディカル配置」が49.4%:24.4%、「医療側が信頼できる福祉事業所(相談支援専門員など)の増加」が45.8%:37.4%、「福祉事業者が外来同行をした際の、福祉事業者への報酬」が37.3%:30.1%などで大きな開きが出ている。病院と同じく療養継続支援加算を算定している診療所の方が必要と考える施策や体制に対する要望が強い。

(3)医療と福祉の連携に必要な点：外来のコメディカル配置

前節の項目で「医療機関の外来でのコメディカル配置」が必要と答えた医療機関に「どの職種が必要か(精神保健福祉士・看護師・公認心理士・作業療法士)」を尋ねた項目について、①療養継続支援加算の算定有無および②医療機関が併設している機能(訪問看護・訪問看護ステーション・デイケア)別に集計した結果を表9~表11(医療機関)および表12~14で示す。

まず病院の回答であるが、MHSWについてはどの形態においても「必要」という回答率が9割を超えており、ついでNS・CCPという順になっている。OTについては回答が低く、療養継続支援加算を加算している病院では回答が多いが、未算定の医療機関では特に低い。

次に診療所の回答だが、同様にMHSWについてはどの形態においても「必要」という回答率が9割近くになっており、ついでNS・CCPという順になっている。OTについては回答が低く、療養継続支援加算を加算し訪問看護STやデイケアを設置している診療所では回答

が多いが、未算定の医療機関では低くなっている。

2) 精神障害の当事者における福祉サービス利用の課題に関する調査項目作成

作成された調査項目案は資料1の通りである。4件法で初期案では25項目存在したが、パイロット調査における床効果・天井効果などを加味し22項目を残す結果となった。

具体的には①「障害のある方向けの福祉サービスの知識や関心について」4項目、②「福祉サービスに対する不安・不信感・負担感について」9項目、③「福祉サービスを使うことの心理的負担・抵抗感について」4項目、④「希望に合うサービスがないこと」2項目、⑤「サービス利用までの手続きについて」3項目となっている。

本項目は来年度以降予定される「医療機関の2次調査」「章が売福祉事業所の調査」においても、指示文の一部を「患者・利用者が福祉サービスの利用を考えると、以下の項目はどの程度あてはまりますか？」という文言に換えて共通項目として使用する予定である。

D. 考察

1) 医療機関に対する全国調査の結果から

(1) 患者の障害福祉サービスの利用を促進するために行っていること

病院・診療所で患者の障害福祉サービスのために行っているものについては、病院/診療所、療養生活継続支援加算の算定有無、診療を算定できるMHSWの配置の有無によってかなり異なることが明らかになった。

まず療養生活継続支援加算を算定している病院・診療所は比較的、福祉サービスの利用促進には積極的であり様々な取り組みを実施しているといえる。逆に言えば、積極的な医療機関であるからこそ療養生活継続支援加算を算定している状況にあり、「福祉サービスを利用しながら患者の生活を支援する」制度の

趣旨に、積極的な医療機関側が応じている状況にあるといえよう。

他方で特に療養生活支援加算を算定しておらず、かつMHSWを配置していない診療所では、福祉サービスの利用促進の取り組みについては、例えば「患者から希望があればその都度対応できるように、相談窓口を設置している」という回答が5.3%と極めて低いことから、その取り組みは低調な結果であった。無論、診療所が比較的軽症の感情障害や神経症圏の患者を対象とする場合、環境調整のニーズが低くMHSWを配置しない、福祉サービスの利用の必要性が必ずしも高くないという理由もありうるであろう。また外来診療を中心とした診療所では、福祉サービス利用の調整を行うMHSWを配置するだけの診療報酬上の担保が、これまでなかったという理由も存在するであろう。これらの診療所については「役割分担」として是としていくか、それとも療養継続支援加算の実装によるケアマネジメント能力の強化を求めていくかは、今後の議論が必要と思われる。

また『療養継続支援加算を算定可能なMHSW』および『外来における看護師』の配置数は、患者の障害福祉サービスの利用促進の取り組み数との正の相関が高く、特に診療所においては『MHSW』の有無は強い相関が認められた。診療所で福祉サービスの利用促進及び医療福祉の連携を強化する場合には、MHSWの配置を促進していくことが鍵となると考えられる。

(2) 医療と福祉の連携のために必要な点

この点については、療養継続支援加算の算定の有無によって、認識が大きく異なっている。

まず算定有の病院で求められているのは、「医療機関が外来でケア会議を実施することに対する診療報酬上の評価」の必要性の認識が82.9%、「医療機関の外来でのコメディカル配置」57.3%、外来における連携・支援を行っ

た場合の診療報酬上の強化についての要望が高いことが分かる。同じく、算定有の診療所でも「医療機関が外来でケア会議を実施することに対する診療報酬上の評価」の必要性の認識が65.1%、「医療機関の外来でのコメディカル配置」が49.4%、など高い数値を示している。

外来においてMHSW等を配置し、ケア会議や環境調整を行うことについては、十分な診療報酬上の担保がなく、患者の生活環境の調整に積極的な医療機関ほど、この点を強く望んでいることがわかる。

また、療養継続支援加算を算定している病院/診療所が求めている点として、自院というよりも地域の福祉事業者側に対してのものがあげられる。すなわち「地域の福祉事業所の場所や特徴などがわかるマップ」53.7%/40.0%、「医療側が信頼できる福祉事業所（相談支援専門員など）の増加」51.2%/43.4%などである。なお「医療側が信頼できる福祉事業所」とはどのような状態のものを指すのか、「信頼できる」要素の検討が必要と思われる。他方で療養継続支援加算を算定している病院/医療機関の回答として、「福祉事業者が外来同行をした際の福祉事業者への報酬」が50.0%/37.3%など高い値になっており、自院への手当てだけでなく、連携相手となる福祉事業所への報酬も必要と考えられていることがわかる。

他方で、療養継続支援加算を算定していない病院・診療所の回答は、算定有の医療機関と比べて大まかな傾向としては似ているが、「必要」として回答された率は低い。結果として、算定している医療機関と、算定していない医療機関を合算した場合、各項目の「必要である」という割合を押し下げ結果となっている。

本来、療養継続支援加算を算定していない医療機関としての意向は、これから実施していくポテンシャルのある機関の考えとして、制度普及の点からは重要視すべきである。しかし、現状では算定していない医療機関の「患

者の福祉サービスの利用を促進する取り組み」が低調なことも踏まえると、現に算定を行っているより福祉との連携に積極的な医療機関の意向や課題意識を尊重することも大事ではないかと考える。

なお外来で配置すべき職種についてはMHSWは一貫して回答数が多く、ついでNS・CCPなどとなっている。MHSWについては、他の職種と比較しても一貫した支持があること、また「医療福祉連携の取り組み数」と強い正の相関がある結果と併せて、評価を行っていくことは妥当であると考えられる。OTについては回答が十分に多くなく、おそらく現状では療養継続支援加算を算定施設で連携に関する機能を果たしうる職員を想定して、「必要」という回答になっているのではないと思われるが、OTを医療福祉連携に関する診療報酬に算定するには、OTが果たしうる専門性の検討や普及が必要かもしれない。

2) 精神障害の当事者における福祉サービス利用の課題についての調査項目作成

本年度、精神障害の当事者における福祉サービス利用の課題についての調査項目を作成したが、これを用いて当事者・医療機関・福祉事業所の3者に使用することで、当事者の福祉サービス利用に関して3者がネックとしてとらえている点の意識の異同を明らかにすることが出来ると考える。

片方で、パイロット調査において利用者からは「自分が福祉サービスを既に利用しているか、していないかによって回答内容が異なってくる」という意見が寄せられた。すでにサービスを利用していれば忌避感は低くなるし、サービスを利用していない層では忌避感が強くなったり、そもそも全くサービスについてイメージがわからない、などの状態も考えられるだろう。来年度以降に予定される当事者の調査についてはその点を加味して、対象の選定を考慮する必要があると考えられる。

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

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

H. その他

なし

文献

1. Spiker, P : Stigma and Social Welfare, 1984, Croom Helm. (西尾祐伍訳, 『ステイグマと社会福祉』, 1987, 誠信書房)

表1 福祉サービス利用促進のために行なっている取り組み（多重回答：病院・診療所）

	合計(N=763)		医療機関の種別			
	回答数, ケース%		病院(n=326)		診療所(n=437)	
			回答数, ケース%		回答数, ケース%	
患者の障害受容が進むよう相談にのっている	355	46.5%	157	48.2%	198	45.3%
担当のケースマネジャー（ワーカー等）のアセスメントの上、障害福祉サービス事業者と連携している	349	45.7%	218	66.9%	131	30.0%
患者から希望があればその都度対応できるように、相談窓口を設置している	301	39.4%	211	64.7%	90	20.6%
障害福祉サービスの利用に関する案内（パンフレット等）を院内に置いている	293	38.4%	129	39.6%	164	37.5%
患者が障害福祉サービスを見学・体験できる機会を設けている	226	29.6%	150	46.0%	76	17.4%
スタッフが地域の障害福祉サービス事業者を訪問する機会を設けている	163	21.4%	90	27.6%	73	16.7%
障害福祉サービス利用に関する内容を含む構造的な心理教育を行っている	102	13.4%	47	14.4%	55	12.6%
ピアサポーターを活用している	61	8.0%	45	13.8%	16	3.7%
連携している障害福祉サービス事業者による説明会や学習会を院内で行っている	58	7.6%	42	12.9%	16	3.7%
その他	16	2.1%	7	2.1%	9	2.1%
特になし	156	20.4%	23	7.1%	133	30.4%

表2 福祉サービス利用促進のために行なっている取り組み
(病院・療養継続支援加算の有無別, 多重回答, N=325)

	療養継続支援加算の算定有無					
	算定有り (n=82)		算定無し (n=243)		（算定無しのうち MHSW 無し (n=50)	
	回答数, ケース%		回答数, ケース%		回答数, ケース%	
担当のケースマネジャー（ワーカー等）の アセスメントの上、障害福祉サービス事業者と 連携している	63	76.8%	154	63.4%	31	62.0%
患者から希望があればその都度対応できるよ うに、相談窓口を設置している	60	73.2%	150	61.7%	29	58.0%
患者が障害福祉サービスを見学・体験できる 機会を設けている	46	56.1%	103	42.4%	22	44.0%
患者の障害受容が進むよう相談にのっている	43	52.4%	114	46.9%	24	48.0%
障害福祉サービスの利用に関する案内（パン フレット等）を院内に置いている	39	47.6%	89	36.6%	19	38.0%
スタッフが地域の障害福祉サービス事業者を 訪問する機会を設けている	24	29.3%	65	26.7%	11	22.0%
障害福祉サービス利用に関する内容を含む構 造的な心理教育を行っている	20	24.4%	27	11.1%	4	8.0%
連携している障害福祉サービス事業者による 説明会や学習会を院内で行っている	17	20.7%	25	10.3%	3	6.0%
ピアサポーターを活用している	17	20.7%	28	11.5%	4	8.0%
その他	5	6.1%	2	0.8%	0	0.0%
特に何もしていない	3	3.7%	20	8.2%	7	14.0%

表3 福祉サービス利用促進の取り組み数とコメディカル配置の偏相関係数
(病院, N=311)

		療養継続支援 加算算定可能 な MHSW 数	精神科外来の 看護師数	精神科外来の 研修受講 看護師数
福祉サービス利用促進の取り組み数	偏相関係数	.158	.169	.041
(制御変数：病床数)	ρ 値	.005**	.003**	.472
	(両側)			

表4 福祉サービス利用促進のために行なっている取り組み
(診療所・療養継続支援加算の有無別, 多重回答, N=436)

	療養継続支援加算の算定有無					
	診療所算定有 (n=83)		診療所 算定無 (n=353)		(算定無しのうち MHSW無し(n=243)	
	回答数,	ケース%	回答数,	ケース%	回答数,	ケース%
担当のケースマネジャー(ワーカー等)のアセスメントの上、障害福祉サービス事業者と連携している	54	65.1%	77	21.8%	37	14.0%
患者の障害受容が進むよう相談にのっている	51	61.4%	147	41.6%	99	37.5%
障害福祉サービスの利用に関する案内(パンフレット等)を院内に置いている	45	54.2%	119	33.7%	81	30.7%
患者から希望があればその都度対応できるように、相談窓口を設置している	41	49.4%	49	13.9%	14	5.3%
スタッフが地域の障害福祉サービス事業者を訪問する機会を設けている	35	42.2%	38	10.8%	15	5.7%
患者が障害福祉サービスを見学・体験できる機会を設けている	29	34.9%	47	13.3%	20	7.6%
障害福祉サービス利用に関する内容を含む構造的な心理教育を行っている	18	21.7%	37	10.5%	22	8.3%
ピアサポーターを活用している	6	7.2%	10	2.8%	3	1.1%
連携している障害福祉サービス事業者による説明会や学習会を院内で行っている	5	6.0%	11	3.1%	5	1.9%
その他	2	2.4%	7	2.0%	5	1.9%
特になし	7	8.4%	125	35.4%	111	42.0%

表5 福祉サービス利用促進の取り組み数とコメディカル配置の相関係数
(診療所, N=412)

		療養継続支援 加算算定可能 な MHSW 数	精神科外来の 看護師数	精神科外来の 研修受講 看護師数
福祉サービス利用促進の取り組み数	Kendall の τ	.444	.191	.045
	p 値 (両側)	<.001***	<.001***	.286

表6 医療と福祉の連携に必要なこと（医療機関別, 多重回答）

	合計(N=763)		医療機関の種別			
	回答数, ケース%		病院(n=326)		診療所(n=437)	
	回答数, ケース%		回答数, ケース%		回答数, ケース%	
医療機関側への障害福祉サービスに関するわかりやすい情報提供	449	58.8%	197	60.4%	252	57.7%
医療機関が外来でケア会議を実施することに対する診療報酬上の評価	400	52.4%	208	63.8%	192	43.9%
地域の福祉事業所の場所や特徴などがわかるマップ	305	40.0%	130	39.9%	175	40.0%
医療側が信頼できる福祉事業所（相談支援専門員など）の増加	304	39.8%	134	41.1%	170	38.9%
医療機関の外来でのコメディカル配置（例：看護師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師）	261	34.2%	134	41.1%	127	29.1%
福祉事業者が外来同行をした際の、福祉事業者への報酬	225	29.5%	123	37.7%	102	23.3%
診療情報提供（I）（医療機関から福祉事業者への情報提供）の積極的な活用	203	26.6%	79	24.2%	124	28.4%
相談支援や障害福祉サービスの効果の明確化	198	26.0%	99	30.4%	99	22.7%
各障害福祉事業所における精神障害者の受け入れ実績の公表	160	21.0%	74	22.7%	86	19.7%
公的な連絡会・協議会の場の活用	156	20.4%	92	28.2%	64	14.6%
日常生活支援情報提供加算（地域相談支援事業者・自立生活援助事業者から医療機関への情報提供をした場合の加算）の積極的な活用	137	18.0%	63	19.3%	74	16.9%
勉強会などの自主的な活動	86	11.3%	43	13.2%	43	9.8%
その他	20	2.6%	9	2.8%	11	2.5%
特になし	90	11.8%	14	4.3%	76	17.4%

表7 医療と福祉の連携に必要なこと
(病院・療養継続支援加算の算定有無別, 多重回答, N=325)

	療養継続支援加算			
	病院 算定有(n=82) 回答数, ケース%		病院 算定無し(n=243) 回答数, ケース%	
医療機関が外来でケア会議を実施することに対する診療報酬上の評価	68	82.9%	139	57.2%
医療機関側への障害福祉サービスに関するわかりやすい情報提供	49	59.8%	148	60.9%
医療機関の外来でのコメディカル配置	47	57.3%	87	35.8%
地域の福祉事業所の場所や特徴などがわかるマップ	44	53.7%	86	35.4%
医療側が信頼できる福祉事業所(相談支援専門員など)の増加	42	51.2%	91	37.4%
福祉事業者が外来同行をした際の、福祉事業者への報酬	41	50.0%	81	33.3%
相談支援や障害福祉サービスの効果の明確化	31	37.8%	68	28.0%
公的な連絡会・協議会の場の活用	28	34.1%	64	26.3%
各障害福祉事業所における精神障害者の受け入れ実績の公表	23	28.0%	51	21.0%
日常生活支援情報提供加算(地域相談支援事業者・自立生活援助事業者から医療機関への情報提供をした場合の加算)の積極的な活用	20	24.4%	43	17.7%
診療情報提供(I)(医療機関から福祉事業者への情報提供)の積極的な活用	20	24.4%	59	24.3%
勉強会などの自主的な活動	13	15.9%	30	12.3%
その他	5	6.1%	4	1.6%
特になし	2	2.4%	12	4.9%

表 8 医療と福祉の連携に必要なこと
 (診療所・療養継続支援加算の算定有無別, 多重回答, N=436)

	療養継続支援加算			
	診療所 算定有(n=83)		診療所 算定無し(n=353)	
	回答数,	ケース%	回答数,	ケース%
医療機関が外来でケア会議を実施することに対する診療報酬上の評価	54	65.1%	138	39.1%
医療機関側への障害福祉サービスに関するわかりやすい情報提供	48	57.8%	204	57.8%
医療機関の外来でのコメディカル配置(例:看護師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師)	41	49.4%	86	24.4%
医療側が信頼できる福祉事業所(相談支援専門員など)の増加	38	45.8%	132	37.4%
地域の福祉事業所の場所や特徴などがわかるマップ	36	43.4%	139	39.4%
福祉事業者が外来同行をした際の、福祉事業者への報酬	31	37.3%	71	20.1%
診療情報提供(I)(医療機関から福祉事業者への情報提供)の積極的な活用	27	32.5%	97	27.5%
相談支援や障害福祉サービスの効果の明確化	26	31.3%	73	20.7%
日常生活支援情報提供加算(地域相談支援事業者・自立生活援助事業者から医療機関への情報提供をした場合の加算)の積極的な活用	24	28.9%	50	14.2%
公的な連絡会・協議会の場の活用	20	24.1%	44	12.5%
各障害福祉事業所における精神障害者の受け入れ実績の公表	16	19.3%	70	19.8%
勉強会などの自主的な活動	12	14.5%	31	8.8%
その他	2	2.4%	9	2.5%
特になし	7	8.4%	68	19.3%

表 9 病院が望む医療福祉連携の促進のために外来配置をすべき職種
 (外来でのコメディカル配置が必要とした病院中の回答率、
 訪問看護部門の有無×療養継続支援加算の算定)

			療養継続支援加算の算定			
			有		無	
			N	%	N	%
訪問看護	有	NS	14	82.4%	28	70.0%
		MHSW	17	100.0%	39	97.5%
		OT	8	47.1%	9	22.5%
		CPP	12	70.6%	20	50.0%
	無	NS	22	75.9%	29	63.0%
		MHSW	28	96.6%	44	95.7%
		OT	14	48.3%	7	15.2%
		CPP	15	51.7%	21	45.7%

表 10 病院が望む医療福祉連携の促進のために外来配置をすべき職種
 (外来でのコメディカル配置が必要とした病院中の回答率、
 訪問看護 ST の有無×療養継続支援加算の算定)

			療養継続支援加算の算定			
			有		無	
			N	%	N	%
訪問看護 ST	有	NS	19	79.2%	15	57.7%
		MHSW	23	95.8%	26	100.0%
		OT	12	50.0%	5	19.2%
		CPP	14	58.3%	11	42.3%
	無	NS	17	77.3%	42	70.0%
		MHSW	22	100.0%	57	95.0%
		OT	10	45.5%	11	18.3%
		CPP	13	59.1%	30	50.0%

表 11 病院が望む医療福祉連携の促進のために外来配置をすべき職種
 (外来でのコメディカル配置が必要とした病院中の回答率、
 デイケアの有無×療養継続支援加算の算定)

			療養継続支援加算の算定			
			有		無	
			N	%	N	%
デイケア	有	NS	32	82.1%	41	65.1%
		MHSW	38	97.4%	62	98.4%
		OT	20	51.3%	13	20.6%
		CPP	23	59.0%	30	47.6%
	無	NS	4	57.1%	16	69.6%
		MHSW	7	100.0%	21	91.3%
		OT	2	28.6%	3	13.0%
		CPP	4	57.1%	11	47.8%

表 12 診療所が望む医療福祉連携の促進のために外来配置をすべき職種
 (外来でのコメディカル配置が必要とした診療所中の回答率、
 訪問看護部門の有無×療養継続支援加算の算定)

			療養継続支援加算の算定			
			有		無	
			N	%	N	%
訪問看護	有	NS	9	81.8%	7	70.0%
		MHSW	11	100.0%	9	90.0%
		OT	5	45.5%	0	0.0%
		CPP	7	63.6%	5	50.0%
	無	NS	20	71.4%	52	69.3%
		MHSW	28	100.0%	70	93.3%
		OT	11	39.3%	20	26.7%
		CPP	20	71.4%	53	70.7%

表 13 病院が望む医療福祉連携の促進のために外来配置をすべき職種
 (外来でのコメディカル配置が必要とした診療所中の回答率、
 訪問看護 ST の有無×療養継続支援加算の算定)

			療養継続支援加算の算定			
			有		無	
			N	%	N	%
訪問看護 ST	有	NS	4	100.0%	10	83.3%
		MHSW	4	100.0%	10	83.3%
		OT	3	75.0%	5	41.7%
		CPP	4	100.0%	8	66.7%
	無	NS	25	71.4%	49	67.1%
		MHSW	35	100.0%	69	94.5%
		OT	13	37.1%	15	20.5%
		CPP	23	65.7%	50	68.5%

表 14 診療所が望む医療福祉連携の促進のために外来配置をすべき職種
 (外来でのコメディカル配置が必要とした診療所中の回答率、
 デイケアの有無×療養継続支援加算の算定)

			療養継続支援加算の算定			
			有		無	
			N	%	N	%
デイケア	有	NS	18	81.8%	23	79.3%
		MHSW	22	100.0%	27	93.1%
		OT	12	54.5%	7	24.1%
		CPP	16	72.7%	20	69.0%
	無	NS	11	64.7%	36	64.3%
		MHSW	17	100.0%	52	92.9%
		OT	4	23.5%	13	23.2%
		CPP	11	64.7%	38	67.9%

資料1：精神障害の当事者における福祉サービス利用の課題についての調査項目案

◆障害福祉サービスの利用について教えてください。

障がいのある方向けの福祉サービスの利用についてうかがいます。あなたが福祉サービスの利用を考えると、以下の項目はどの程度あてはまりますか？それぞれについてあなたのお考えに近いものについて○印をつけてください。

なお、ここでいう福祉サービスとは…

×医療機関で受けている外来やデイケア・訪問看護は除きます。

×お金にまつわる生活保護や障害年金は除きます。

○自宅で利用するホームヘルプや、地域のグループホーム、就労に関連する支援、地域活動支援センターなど障害者総合支援法のサービスを指します。

	あてはまらない	あまり	あてはまらない やや	あてはまる やや	あてはまる とても
障がいのある方向けの福祉サービスの知識や関心について					
1. 福祉サービスの内容についてよく知らない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 福祉サービス利用のメリットについてよく知らない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 自分に合ったサービスがよくわからない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. そもそも自分にはサービスが必要ないと感じるのに薦められる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
障がいのある方向けの福祉サービスに対する不安・不信感・負担感について					
5. 福祉サービスに対して、知り合いなどからの評判が良くなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 過去に利用した福祉サービスに不満がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 様々な機関の人が自身の支援に関わることに抵抗がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 「障がい」「福祉」と名のつくサービスを使うと自尊心が低下すると感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 新しい場所で支援を受けることに対する不安を感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 個人情報共有されることに抵抗がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 私生活に入り込まれることに抵抗がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 利用料の経済的負担に抵抗がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 利用するうえでルールがあることや自由が制限されないか不安を感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
障がいのある方向けの福祉サービスを使うことの心理的負担・抵抗感について					
14. サービスを使うと人に申し訳ないと感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 人に迷惑をかけたくないと感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 支援者に対して気おくれしてしまうと感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 家族が福祉サービスの利用を敬遠していると感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
希望に合うサービスがないことについて					
18. 使いたいサービスがない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 就労継続B型などの賃金が安く、通所する気になれないと感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス利用までの手続きについて					
20. サービスの手続きに時間がかかり、すぐに支援が受けられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 制度が複雑すぎて、よくわからない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 書類の記入や手続きに負担感がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

精神科入院医療機関において 包括的ケースマネジメントを導入した患者の前向き調査

研究分担者：○岡村 泰¹⁾

研究協力者：岩永麻衣²⁾，小池純子²⁾，佐藤さやか²⁾，吉田光爾³⁾，藤井千代²⁾

- 1) 東京都立松沢病院 精神科
- 2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部
- 3) 東洋大学 ライフデザイン学部

要旨

【目的】本研究は、東京都立松沢病院における入院治療中に包括的ケースマネジメントを導入した際の、スタッフの業務内容の変化などのプロセス、患者の主観的満足度などの患者のアウトカム、転機について把握することを目的とした。

【方法】対象者は、2022年9月から2023年3月まで開放病棟または急性期閉鎖病棟の入院患者のうち①難治性精神疾患、②初発精神病（First Episode Psychosis；FEP）、③措置、の症例のうち、退院後も東京都立松沢病院精神科に通院する者とした。対象者を包括的ケースマネジメントによる治療群（介入群；ICM群）と通常の治療群（マンパワーの問題でICMができなかった症例：コントロール群）に分けた。介入内容は、支援ニーズアセスメントによる評価、多職種ケア会議、療養生活の支援に関する計画の作成とした。アウトカムは、退院後想定外再入院率、初回入院時と初回退院後1年後のGlobal Assessment of Functioning（機能の全体的評定尺度；GAF）と主観的患者満足度（WHOQOL26）の変化率とした。プロセスの評価として、スタッフの業務内容は、入院治療中の業務内容記録（やることシート）を用いた。

【結果】対象者は25名であり、性別は男性10名、女性15名であった。年齢平均49.0歳、主診断名は、統合失調症18名（統合失調感情障害1名含む）、気分障害3名、自閉症スペクトラム障害2名、知的障害2名であった。ICM導入理由は難治23名、措置2名であった。治療病棟は開放病棟（19名）、閉鎖病棟（6名）であった。入院期間は平均75日（退院した20名）であった。ドロップアウト者は5名おり理由は、不穏2名、転医2名、拒否1名であった。2群にわけると、ICM群（12名）は、コントロール群（8名）に比して、女性が多く（男/女2/10名 vs 4/4名）、主診断は両群とも統合失調症が最多であった。GAFはICM群がやや低く（39 vs 47）、入院前のWHOQOL26は低かった（66 vs 79）。初回入院治療後の経過は、両群で想定外再入院はゼロであったが、想定内再入院者は各群ともに全体の半数であり、大きな変わりはなかった。しかしICM群のほうが初回入院治療退院後に、初回想定内再入院までの期間は短く（19 vs 62日）、再入院期間は長かった（43 vs 27日）ICM群の方が、退院後の想定内再入院までの期間が短く、再入院期間が長かった理由として、①もともとICM群のGAFが低値でWHOQOL26が低い、すなわち疾患自体が重症であったため、頻回の、長めの再入院治療を要する可能性が考えられ

た。また、ICM群の中には、開放病棟に定期的な予定の任意入院を繰り返している患者が多数含まれており、それらの患者に着目すると、初回入院治療後、再入院治療歴のある患者の約7割（4名/6名）、全想定内再入院の約9割（13回/15回）に及ぶため、その影響がICM群の再入院治療回数を増やし、再入院までの期間を短くし、再入院期間を長くしている可能性があると思われた。また業務内容記録（やることシート）評価や統計学的解析はまだ行っていないため、以上の結果はまだ推測の域を出ない。現時点では、両群とも想定外入院がなく、状態は落ち着いている印象だが、ICM群の患者の方が、丁寧なアセスメントにより治療全般に満足している印象があるため、これが1年後のWHOQOL26に反映される可能性があると考えられた。

【結論】精神科入院医療機関において包括的ケースマネジメント（ICM）を導入した患者の前向き調査を開始している。現段階では、ICMを導入した群と、通常の治療群では、想定内入院は各群ともに全体の約半数であり、想定外再入院はゼロである。ICM群のほうが初回入院治療退院後、初回想定内再入院までの期間は短く、再入院期間は長かったが、ICM群の中に含まれる、定期的な予定の任意入院を繰り返している患者が多数含まれていることと関連があると思われた。1年後までの間の想定外再入院率、1年後のQOL尺度の改善率や、業務量分析で興味深い結果が出ることを期待している。

A. 研究の背景と目的

ケースマネジメントは、サービスの提供や調整という点において地域精神科医療の中核的な支援あるいはシステムとして位置付けられている。欧米では脱施設化とともにケースマネジメントが発展・普及してきた。特に、サービスの調整・仲介機能だけでなく、ケースマネージャー自身が一定の頻度で日常生活の支援も行う集中的ケースマネジメント（intensive case management: ICM）は、入院日数の減少や生活の質の向上などに貢献できる可能性が報告されている^{1, 2)}。

しかし、ICMについては本邦においては十分に普及しているわけではなく、精神科に入院治療中にICMを導入した患者のアウトカムについては十分に明らかになっていない。またICMという手法をもちいることによって、医療機関の業務内容や量にどのような変化があるのかについてのプロセスに関する研究はあまりない。

また近年、研究において患者の主観的評価尺度を曝露やアウトカムとして用いることが推奨されている³⁾が、本邦では包括的ケースマネジメントと患者の主観的アウトカムとの

関連については十分には調査されていない。

B. 方法

1. デザイン

本研究は、日本の都市部に位置し、精神科主体の自治体の総合病院である、東京都立松沢病院における前向き調査である。

2. 対象者

対象者は、2022年9月から2023年3月まで開放病棟または急性期閉鎖病棟の入院患者のうち①難治性精神疾患、②初発精神病（First Episode Psychosis; FEP）、③措置、の症例のうち、退院後も東京都立松沢病院精神科に通院する者とした。対象者を包括的ケースマネジメントによる治療群（介入群; ICM群）と通常の治療群（マンパワーの問題でICMができなかった症例: コントロール群）に分けた。介入内容は、支援ニーズアセスメント（表①）による評価、多職種ケア会議、療養生活の支援に関する計画（表②）作成とした。アウトカムは、退院後想定外再入院率、初回入院時と初回入院治療の退院後1年後のGlobal

Assessment of Functioning（機能の全体的
評定尺度；GAF）と主観的
患者満足度（WHOQOL26）
の変化率とした。スタッフの
業務内容は、業務内容記録
（やることシート）（表③）
を用いた。研究全体の各職
種の業務フローは表④と
なる、

3. 分析方法

対象患者について記述統計
を算出した。次にICM群と
コントロール群について、
クロス集計を行った。その
際、 χ^2 値とP値も算出
予定とした。統計的有意水
準は5%未満を予定した。
一部の対象患者において
は、欠損値が観測された
が、対象者全てを分析対
象としたため、各項目で
分析対象患者数は異なる。

4. 倫理

本研究は、東京都立松沢
病院倫理委員会にて「松
沢病院における包括的支
援マネジメントに関する
研究」として承認済みで
ある（2021年度第18号、
2022年度第11号）

C. 結果

1. 対象者全体の属性（表⑤）

対象者は25名であり、性
別は男性10名、女性15
名だった。年齢平均49.0
歳、主診断名は、統合失
調症18名（統合失調感
情障害1名含む）、気分
障害3名、自閉症スペク
ラム障害2名、知的障害
2名であった。ICM導入
理由は難治23名、措置
2名であった。治療病
棟は開放病棟（19名）、
閉鎖病棟（6名）であ
った。入院期間は平均75
日（退院した20名）で
あった。ドロップアウト
者は5名おり理由は、
不穏2名、転医2名、拒
否1名であった。

2. 2群ごとの属性（表⑥）

ICM群（12名）は、コン
トロール群（8名）に比
して、女性が多く（男/女
2/10名 vs 4/4名）、
主診断は両群とも統合失
調症が

最多であった。GAFはIC
M群がやや低く（39 vs
47）、入院前のWHOQOL
26は低かった（66 vs
79）。初回入院治療後
の経過は、両群で想定外
再入院はゼロであったが
、想定内再入院者は各群
で各々全体の半数であり
、両群で大きな変わり
はなかった。しかしICM
群のほうが初回入院治療
退院後に、初回想定内再
入院までの期間は短く（
19 vs 62日）、再入院期
間は長かった（43 vs 27
日）

D. 考察

ICM群の方が、退院後の
想定内再入院までの期間
が短く、再入院期間が長
かった理由として、①も
ともとICM群の症例にお
いてGAFが低値であり、
WHOQOL26が低い、すな
わち疾患自体が重症であ
ったため、頻回の、長め
の入院治療を要する可
能性が考えられた。しか
し、ICM群の中には、開
放病棟に定期的な予定の
任意入院を繰り返してい
る患者が多数含まれてお
りこれらの患者に着目す
ると、初回入院治療後
、再入院治療歴のある
患者の約7割（4名/6名
）、全想定内再入院数の
約9割（13回/15回）に
及ぶため、それらがICM
群の再入院治療回数を
増やし、再入院までの期
間を短くし、再入院期間
を長くしている可能性
があると思われた。また
理由②として、ICM導入
群で、アセスメントツ
ールによって「丁寧に」「
もれなく」患者のニーズ
を抽出することで開放
病棟での予定の任意入
院治療の「居心地の良
さ」を患者が強く感じた
可能性もある。この点を
精査するためには、今後
ICM群で入退院を繰り返
す患者の心理やその臨床
的特徴も把握をしていき
たいと考える。

一方、先行研究では、医
療と福祉が連携するほど
入院回数がふえるという
報告や、訪問看護が導
入されている方で入院回
数が多いという報告もあ
る⁴⁾。もちろん理想とし
ては、患者が入院せずに
地域で暮らせたならそれ
に越したことはないとい
う意味では入院は「好ま

しくない、避けるべきもの」であるかもしれない。しかし実際には、精神科への入院について前向きにとらえる患者、医療者もいれば、ネガティブにとらえる患者、医療者もいるのは事実であるし、同じ患者でも時期により入院に対する認識が変化する可能性がある。すなわち、地域での生活がおおむね送れているがまだ十分な機能がある状態ではなく、その状態まで回復するために、入院治療という「手厚い」治療をすることで地域での生活を実現したいと考える時期、この場合は入院治療をプラスにとらえる立場時期であろう。一方重度の症状があり病識も乏しく、強制的な入院を要する時期があり、この場合入院にネガティブにとらえる時期もあるかもしれない。入院に対する認識が、さまざまな段階にある患者が混在する地域のなかで、本研究が対象としたのは、地域生活が概ねできているが、十分には自立していない患者であり、入院中のICMをもちいた「丁寧な」手法が患者の入院そのものへの満足度をあげたため想定内の予定再任意入院を増やした可能性がある点も検討しなければならない。本研究の対象者が、開放病棟の任意入院患者がほとんどであったことは本研究の結果を興味深くする可能性がある。これまでもICMが想定する患者は中等度から重度の精神障害患者であり、地域生活に多職種で支援を要する症例であったためである。

プロセスについては、業務内容記録（やることシート）評価をまだ行っていないので今後行いたいと思う。

現時点では統計学的解析はまだ行っていないので今回の結果は推定の域を出ないが、両群とも現段階では想定外入院がなく、状態は落ち着いている印象だが今後1年間で想定外再入院に差異が出たり、ICM群の患者の方が、丁寧なアセスメントにより治療全般に満足している印象だが、これが1年後のWHOQOL26に反映される可能性もある。

とはいえ、本研究の対象者が20名と規模が小さいため、統計学的に転帰に有意差がない可能性もある。しかし転帰に統計学的有意差は出なくても、なんらかの有意な結果や実際の臨床実装というプロセスに関して示唆に富む事実を得られる可能性はある。例えば、ICM導入群が、通常の治療群に比して、ケア会議において医療と福祉の連携がとれている可能性、ICM群は、患者の個別の希望する生活を治療の最も重要な具体的目標として共有するため、通常の治療群よりも、その人らしいリカバリーには寄与している可能性、などである。また治療者側の要因についても、やることシートにより各職種の業務量や内容に差異がある可能性、ICM導入に伴う医療スタッフ側の業務量や認識の変化、新規導入に伴う負担増加などの問題点、ICM導入に向けた今後の課題などが抽出される可能性もある。アウトカムに有意差が出なくても、プロセスに関して有意義な所見を得られるかもしれない。

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

- 1) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, et al: Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 1:CD007906, 2017.
- 2) Lim CT, Caan MP, Kim CH, et al: Care management for serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. Psychiatr Serv 73(2):180-187, 2022.
- 3) Thornicroft G, Slade M: New trends in assessing the outcomes of mental health interventions. World Psychiatry 13:118-124, 2014.
- 4) 来住由樹: 特定薬剤治療を含む様々な要因と再入院との関連についての評価. 山口創生編: 厚生労働科学研究費補助金 入院中の精神障害者の円滑な早期の地域移行及び地域定着に資する研究: コホート研究 令和2年度 総括・研究分担報告書, 国立精神・神経医療研究センター, 小平, pp49-63, 2021.

表1 支援ニーズアセスメント

評価項目		本人		スタッフ		総合アセスメント						
		0	1	2	9	0	1	2	9	ニーズ課題	希望	ストレングス (強み・長所)
A1	住居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A2	経済的援助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A3	親しい関係者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A4	子供の世話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A5	介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B1	食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B2	生活環境の管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B3	セルフケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B4	電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B5	移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B6	金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B7	基礎教育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
C1	日中の活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
C2	交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
D1	精神病症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
D2	身体的健康	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
D3	心理的苦痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
D4	性的な問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
E1	処遇・治療情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
E2	治療・支援への動機づけ /疾病の自己管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
F1	アルコール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
F2	薬物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
F3	自分に対する安全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
F4	他者に対する安全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
F5	その他の行動上の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
O1	その他1 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
O2	その他2 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

0=支援の必要なし, 1=問題があるが、効果的な支援を受けている, 2=問題があり、効果的な支援を受けていない, 9=不明

表2 療養生活の支援に関する計画（抜粋）

評価項目	支援の 必要性	課題内容 本人の希望	本人の実施事項 (※1)	支援者の実施事項 (※1)	支援者 (機関名・担当 者名・連絡先)
環境要因	<input type="checkbox"/>				
生活機能 (活動)	<input type="checkbox"/>				
社会参加	<input type="checkbox"/>				
心身の状態	<input type="checkbox"/>				
支援継続に 関する課題 (※2)	<input type="checkbox"/>				
行動に関す る課題 (※3)	<input type="checkbox"/>				

表3 業務内容記録（やることシート）の一例（医師の場合）

医師 ●は必須業務	/	/	/	/	/
●患者・家族の疾病・障害の理解度・ 疑問点・ニーズの把握					
地域支援者の疾病・障害の理解度・ 疑問点・ニーズの把握					
●心身機能の評価（アセスメント）					
●地域の関係者と入院中に解決したい課題 と方法の説明および共有					
●支援計画立案・モニタリング					
●診断・薬物治療内容の決定・処方					
症状安定の理解と対処法の獲得支援の実施 （クライシスプラン含む）					
退院前訪問					

表 4 業務フロー

	開始前	入院中評価、 治療	多職種ケア会議	やるこ とシー ト	退院後 1年後
医師	研究対象者決定、 患者に口頭で説明 と同意、記載	GAF、支援ニーズアセス メント（表①）、各種評 価依頼	主催、計画書作 成援助	○	GAF、支援ニー ズアセスメン ト（表①）
看護師		支援ニーズアセスメン ト（表①） クライシスプラン 退院前訪問など	療養生活の支援 に関する計画 （表②）作成		
精神保健福祉士			療養生活の支援 に関する計画 （表②）作成	○	
作業療法士		BACSJ、適応症例に個別 OT	必要時	○	
公認心理師		WAIS、WHOQOL26	必要時	○	WHOQOL26
薬剤師		入退院時処方 CP 換算 値	必要時	○	外来処方の CP 換算値

表 5 研究対象者全体の属性, 内訳

研究対象者 25 名 項目

性別：男性 10 名, 女性 15 名

年齢：平均 49.0 歳

主診断名：統合失調症 18 名 (統合失調感情障害 1 名含む), 気分障害 3 名, 自閉症スペクトラム障害 2 名, 知的障害 2 名

ICM 導入理由：難治 23 名, 措置 2 名

入院環境：開放病棟 (19 名)、閉鎖病棟 (6 名)

入院期間：平均 75 日

ドロップアウト 5 名 (不穩 2 名、転医 2 名、拒否 1 名)

GAF：平均 42 (20 名)

FIQ：平均 75 (17 名)

WHOQOL26：平均 72 (16 名)

BACS：平均-2.5 (6 名)

ICM：intensive case management, GAF：Global Assessment of Functioning, FIQ:Full scale Intelligence Quotient,

BACS-J: Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia-Japanese version

表 6 包括的ケースマネジメントによる治療群（介入群；ICM 群）と通常の治療群（マンパワーの問題で ICM ができなかった症例：コントロール群）の属性

	ICM 群 (n = 12)	コントロール群 (n = 8)
年齢	48	57
性別（男/女）	2/10	4/4
主診断（統合失調症/そのほか）	9/3	7/1
GAF	39	47
FIQ	78	69
WHOQOL26	66	79
初回入院治療後経過通院（再入院有り/再入院なし/入院中）	6/5/1	3/3/2
想定内一人再入院回数（回）	1.4	1.5
想定内初回再入院までの期間（日）	19	62
想定内再入院期間（日）	43	27
想定外再入院（緊急入院）	0	0

数値は平均値で示した。

ICM：intensive case management, GAF：Global Assessment of Functioning, FIQ:Full scale Intelligence Quotient

入院ケアにおける包括的支援マネジメントと アウトカムとの関連についての検証

研究分担者：岡村 泰¹⁾

研究協力者：○小池純子²⁾，藤井千代²⁾，北村 立³⁾，酢野 貢³⁾，竹澤 翔³⁾，村井千賀³⁾，
山本秀実³⁾，横井安芸³⁾

- 1) 東京都立松沢病院
- 2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部
- 3) 石川県立こころの病院

要旨

【目的】一公立精神科病院において入院ケアにおける包括的支援マネジメントすなわち入院ケースマネジメント (hospital based inpatient case management: HICM) について、HICMを提供した群（介入群）とそうでない群（対照群）の特性比較を行い、HICMの効果と関連因子を検証することを目的とした。

【方法】介入群は、HICMを導入した後の2019年7月1日～2020年10月31日の入院患者である。年齢、診断、対象医療機関において退院後の医療継続がある見通しの観点で、研究上の導入基準と除外基準に合致した者を分析の対象とした。対照群は、2017年4月1日から2018年3月31日に精神科救急病棟に入院をした全患者である。データは診療録から、患者の属性等、経済的支援状況、病歴、入退院時の精神症状及び社会機能、退院支援内容、訪問看護・福祉サービス利用予定、包括的支援マネジメント導入基準を収集した。両群の入院時および再入院時（再入院者のみ）の特性を、統計解析を用いて2群比較した。倫理的配慮として、研究実施機関の倫理委員会の承認を得た。

【結果】介入群は54名、対照群は149名、合計203名であった。対象者には女性の割合が高く、F2とF3の診断が中心であった。入院前のサービス利用状況は、両群に統計上の差はなかった。介入群の特徴として、「社会的役割遂行」「地域生活遂行」「自傷、自殺企図」「内服の継続」に課題がある割合が高く、複数の課題を抱えていた。介入群は、入院中の多職種会議 ($p<0.001$)、ケア会議 ($p<0.001$) の実施率が向上した。当初入院期間は、対照群54.0日に比して65.0日と有意に延長したが ($p=0.034$)、介入群の再入院期間は減少した

($p=0.042$)、当初入院や再入院時ともに入院期間のばらつきが小さかった。再入院率に有意差はなかったが、生命の維持が危惧されるような悪化を伴った再入院率は、対照群16.1%と比較し介入群は3.7%と有意に低率であった (ログランク検定 $p=0.0205$)。また、包括支援による悪化再入院予防効果はHR0.24 (95%CI: 0.006-1.05) と有意な傾向にあり

($p=0.058$)、悪化再入院には退院時のBPRSが有意に関連していた (HR:1.10, 95%CI: 1.05-1.15)。

【考察】介入群では精神病性障害に加え、複数の生活課題を持ち合わせていた。また対照群に比して当初入院期間は長い傾向にあったが、支援の実施により再入院日数は減少し、極端な悪化を伴う再入院はなく、当初入院や再入院時ともに入院期間のばらつきが小さかった。ここから、支援ニーズに基づく入院ケアにおける包括支援マネジメントの提供は、地域生活維持に有効であり、支援ニーズに対応する戦略的な支援の提供につながると考えられた。

【結論】入院ケアにおける HICM の実施は、対象者の生活上のニーズに着目した、効果的かつ戦略的な患者支援につながることが見込まれた。

A. 研究の背景と目的

我が国の精神科医療では地域移行が推進され、入院 1 年後の退院率は 2004 年の約 73% から 2016 年には約 89% と上昇している¹⁾。他方で、退院者の約 4 割は 1 年以内に再入院をしており、入院医療から地域生活への連続的なケアの必要性が指摘されている²⁻³⁾。最近では一層の入院期間の短期化が図られており⁴⁾、これまで以上に入院中のケアの充実と、入院中から地域生活の定着に働きかける連続的ケアが重要性になると言える。

ケースマネジメントは、精神障害者の複合化・複雑化した支援ニーズに対応しながら、安心した地域生活を行えるようにするための中核的な支援技法であるが⁵⁾。連続的ケアの文脈においても有用性が評価されている⁶⁾。本研究班では、入院によるケースマネジメント (hospital based inpatient case management: HICM) と集中的ケースマネジメント (Intensive case management; ICM) を含めた広義のケースマネジメントを「包括的支援マネジメント」と称し (詳細は、総括研究報告書を参照)、包括的支援マネジメントと多様なアウトカムとの関連の検証を行っている。

一方で、これまでの研究においては主に ICM の効果の報告に焦点化されており⁷⁻⁹⁾、入院ケアにおけるケースマネジメントの効果は十分に評価されていない。入院におけるケースマネジメントは、診療報酬評価がなされている精神科退院時共同指導料として重要なケアに位置づいていることから、サービス評価の必要性が高い。

そこで本研究は、一公立精神科病院において、入院ケアにおける包括的支援マネジメント (以下、「HICM」) を行い、HICM を提供した群 (介入群) とそうでない群 (対照群) の特性比較を用いて、HICM の効果と関連因子を検証することを目的とした。

B. 方法

1 デザイン (図 1)

本研究は、HICM を提供した群 (介入群) とそうでない群 (対照群) の入院時と再入院時の 2 時点における特性比較を行う観察研究である。

2 HICM の構築

ここでは研究対象機関の概略と HICM 導入前後の支援の流れを示す。

1) 研究対象機関の概略

当該医療機関は、北陸地方の中部にある人口 36,000 人の市にある精神科医療機関で、精神科病床 400 床 (スーパー救急病棟 44 床、急性期治療病棟 50 床、認知症治療病棟 50 床等) を有している。精神科の診療の特徴として、精神科救急医療システムの基幹病院であると同時に、認知症など老年期の精神科医療を 2 本の柱としつつ、依存症医療、児童思春期精神科医療、周産期精神疾患の地域連携拠点病院の指定を受けている。

2) HICM 導入前の支援 (図 2)

導入前の入院から退院までの支援の流れを

図2に示した。

- ・ 入院後、現実検討能力の回復を目安に、家族の意向も含め退院評価を実施。
- ・ 評価の実施は、担当者（医師、精神保健福祉士、看護師、作業療法士）が独自に評価し、ケースやスタッフによって情報の共有や連携がなされる場合とそうでない場合があった。
- ・ 評価に基づき、疾病理解や生活環境などに課題があれば、必要な疾病教育や退院前訪問などを利用した生活環境調整を行っていた。
- ・ 退院が困難であることが見込まれる場合は、院内外含め情報の共有を行っていた。
- ・ 医師の許可・家族の受け入れが優先され、本人のニーズや多職種による検討が反映されにくいことや、患者ごとに退院後の支援計画の立案に差が見られる課題があった。

3) 導入後の支援（図3）

導入後の支援の流れを図3に示した。導入後の準備は下記の通りであった。

- ・ 定式的な評価や標準化された記録様式を電子カルテ化した。
- ・ 受け持ち看護師が、入院中にニーズアセスメントとケースマネジメントの導入基準（Case Management Screening Sheet；ICMSS）^{7) 10)}を評価し、アセスメントを行う役割に位置付けた。
- ・ 退院に向けた支援を開始する前に、多職種間で情報と目標の共有を目的とした定型的な会議を設けた。
- ・ 多職種間で支援の役割分担やスケジュールの明確化と共有を図り、支援の効率化を図った。
- ・ 退院に向けた支援を開始後、外来と地域支援機関の参加するケア会議を開催する。
- ・ ケア会議では、入院スタッフと地域スタッフが協働でアセスメント、および支援

計画の作成を行う。

- ・ 必要に応じてケア会議を継続し、モニタリングと評価を行う。
- ・ 精神科救急病棟に入院したすべての患者全てに対し、上記の支援提供を均てん化するため業務化した。

3 対象と期間

介入群は2019年7月1日から2020年10月31日に当該病棟に入院をした全患者を対象とした。対照群としてガイドによる診療報酬算定が行われていない2017年6月1日～2018年5月31日に当該病棟に入院をした全患者を対象とした。

研究実施にあたっては、介入群に導入基準と除外基準を設けた。介入群の導入基準は、①2019年7月から9月に当該病棟に入院となった者、②精神科の主診断を有する者、③同意撤回のない者とした。除外基準は、①20歳未満の者、②65歳以上の者、③認知症が主診断の者、④てんかんが主診断の者、⑤入院中に転院する可能性の高い者、⑥当院で外来治療を受けない者とした。

4 収集データ（表1）

各種指標を表1に示した。人口統計学的データ、臨床データに加え、包括支援マネジメント導入基準（Case Management Screening Sheet；ICMSS）、精神症状（Brief psychiatry rating scale；BPRS）¹¹⁾、生活機能評価（Personal and social performance scale；PSP）¹²⁾に関する指標を収集した。

収集時期は、入院時と再入院時点であり、BPRSとPSPについては、退院時点のデータも収集した。

5 分析方法

介入群と対照群との入院時点と1年以内の再入院時点の比較を行った。有意水準は両側0.05以下とした。統計解析には、EZRI.50を

用いた。

倫理的配慮として、研究実施機関の倫理委員会の承認を得た。

6 統計解析

1) 実装支援対象者の特徴における検討

属性及び臨床評価の比較、社会的課題の比較、入院中及び退院後利用予定サービスの比較に関しては、 χ^2 乗検定またはフィッシャーの正確検定、マンホイットニーのU検定を用いた。

2) 実装支援による効果の検討

入院期間の比較は、対応のない検定：マンホイットニーのU検定、対応のある検定：ウィルコクソンの符号順位検定を使用した。

3) 365日以内の再入院率の比較

χ^2 乗検定またはフィッシャーの正確検定、およびlog-rank検定を用いた。

4) 365日以内の悪化再入院率の比較

再入院の際に、医療など専門的な支援がないと生命の維持に支障のあるPSP評価が30以下となる群を悪化再入院と定義した（以下、「悪化再入院」）。そのうえで、 χ^2 乗検定またはフィッシャーの正確検定、log-rank検定、cox比例ハザード分析を用いた。

また再入院に交絡する要因は、単変量解析を行い「BPRS」「診断」「サービス利用」「年齢」「性別」とした。

5) 再入院時の社会的課題の変化の比較

当初入院にてICMSS評価で問題のあった者が再入院時に問題なしになった割合と、問題が無かったものが問題有りになった割合を、 χ^2 乗検定またはフィッシャーの正確検定を用いて比較した。

C. 結果

1 調査対象

2019年7月1日から2020年10月31日に調査対象病棟に入院をした患者は、全200名であった。このうち除外基準に該当した患者は、計146名であった。その内容は、①年齢（20歳未満、65歳以上を除く）46名、②主診断（認知症とてんかんを除く）2名、③退院後の見通し（転院の可能性が高い、退院後の外来が他院である）28名、④院内の体制に基づく除外（転棟・その他）66名の通りとなった。これらを除いた54名がHICMの対象となり、当該54名を本稿における分析の対象とした。

対照群は2017年6月1日～2018年5月31日に調査対象病棟を退院した161名で、退院後に他院へ通院するなどの理由により追跡不可能例12名を除いた149名を対照群とした。

2 特性の比較

1) 属性及び臨床評価の比較（表2）

性別、年齢の分布に有意な差はなかった。疾患の分布においても有意な差はなく、両群共にF2、F3が占めており対照群ではF2（37.6%）F3（36.2%）、介入群ではF2（42.6%）F3（44.4%）であった。

生活機能評価の比較において入院時評価では、対照群のPSP総点における中央値が30.0点に対し、介入群は41.5点と有意に高い結果であった（ $p=0.003$ ）。退院時においても対照群65.00点に比較し介入群は71.0点と有意に高い結果であった（ $p<0.001$ ）。精神症状の評価の比較において、退院時のBPRSの総点に有意な差はなく、対照群24.0点に対し介入群は26.0点であった。

2) ICMSSの比較（表3）

ICMSSによる比較において、介入群では、対照群より有意に高かった項目は、「社会的役割遂行に課題がある」（ $p<0.001$ ）、地域生

活遂行に課題がある」(p=0.018)、「自傷、自殺企図がある」(p=0.010)、「内服の継続に課題がある」(p=0.039)、「定期的な通院に課題がある」(p=0.043)であった。

また、有意な統計上の差は得られていないが、「家族への暴力」(p=0.078)、「過去の行政介入歴」(p=0.053)、「同居家族に支援を要する」(p=0.087)は、介入群が高率に有していた。

3) 利用(予定)サービスの比較 (表4, 5)

入院中に院内の多職種チームによる会議開催率は、介入群が100%であり、対照群26.8%であった(p<0.001)。また、院外の支援者が参加するケア会議の開催率においても介入群が87.0%に対し、対照群は26.8%にとどまっていた(p<0.001)。

退院後の利用予定サービスの分布に差はなかった。

3 入院期間の比較と再入院率

1) 入院期間の比較(表6, 図4)

入院期間は対照群の中央値54.0日に比較して65.0日と有意に延長した(p=0.034)。再入院期間を両群において対応のないt検定を行ったところ、対照群61.0日に対し、介入群は49.0日と減少していたが統計的には有意では無かった。ウィルコクソンの符号順位検定を用いて対応のある分析を行ったところ、再入院と当初入院期間との差分は対照群が-1日なところ、介入群は-31日と有意に減少していた(p=0.042)。また入院期間における分散を比較すると、当初入院期間が対照群SD±31.89に対し、介入群がSD±23.65、再入院期間が対照群SD±81.14に対しSD±23.76であり、介入群は入院期間のばらつきが小さい結果となった。

2) 再入院率(表7, 図5)

再入院率は対照群27.5%に対し24.1%であり、統計的な有意差はなかった。

3) 悪化再入院率(表8, 表9-1, 表9-2, 図6)

介入群の悪化再入院率は、対照群16.1%と比較し3.7%と有意に低く(p=0.018)、log-rank検定においても有意に低い結果であった(p=0.0205)。

設定した再入院に交絡する要因を「BPRS」「診断」「サービス利用」「年齢」「性別」と設定したときに(表9-1)、介入群の悪化再入院予防はHR0.24(95%CI:0.006-1.05)と有意な傾向にあった(p=0.058)。また、BPRSがHR1.10(95%CI:1.05-1.15)と有意に関連していた(p<0.001)(表9-2)。

4) 再入院時のICMSSの変化(表10, 11)

当初入院のICMSS評価で問題のあった者が再入院時に問題なしとなった割合を比較したところ、介入群では「家族以外への暴力等に関する課題」(p=0.028)、「自傷・自殺企図に関する課題」(p=0.002)、「過去の行政介入歴」(p=0.039)で有意に改善していた。逆に問題のなかったものが有意に悪化した項目はなかった。

D. 考察

本研究の目的は、HICMの効果と関連する因子を検証することである。下記に、得られたデータをもとに、HICMを必要とした対象の特性、および効果を考察する。

1) 包括支援体制を必要とした者の特性

介入群と対照群の特性の比較から、介入群では、精神病性障害を持ち、「社会的役割遂行」「地域生活遂行」「自傷、自殺企図」「内服の継続」「定期的な通院」に課題がある割

合が高く、さらに複数の課題を抱えている者であることが明らかになった。一方で、当初入院のBPRSやPSPの得点は、対照群のほうが低得点である傾向が把握された。利用サービスにおいては、介入群と対照群に統計的な有意差は見られなかった。

欧米におけるICMは、精神病性障害を有する者が対象となるが⁵⁾、本研究においてもHICMを要した対象者中の精神病性障害を有する者は87%に及んだ。一方で、精神病症状や生活レベルを評価し利用サービスを把握した範囲では、一見、介入群は対照群よりも良好な状態であるように見えた。しかしICMSSスコアにおいては重度であった。したがって、HICMの対象者は、従来通りの精神症状レベルや生活機能レベルからは把握できない日常生活上の課題を抱えている者であると考えられた。患者の退院後の地域生活の継続に寄与する入院ケアとするためには、地域生活に影響する要因を含めて多角的に把握することが非常に重要であり、ICMSSは課題の特定に有用であることが示唆された。

2) 包括支援の効果

包括支援体制の導入により、入院中の多職種会議、外部支援者も出席するケア会議の実施率が向上した。また、介入群の当初入院期間は対照群に比して長く、当初入院や再入院時共に入院期間のばらつきが軽減されており、介入群の再入院期間は、当初入院期間と比べ有意に減少した。一方で、再入院率には有意な差はなかったが、介入群では、生命の維持が危惧されるような悪化を伴った再入院が低率で、包括支援体制の悪化再入院予防効果は有意な傾向にあった($p=0.058$)。悪化再入院には退院時のBPRSが有意に関連していた(HR:1.10, 95%CI:1.05-1.15)。

入院から地域への連続的なケアのシステムティックレビューでは15種の介入が評価され、再入院率への効果は低いものの、サービ

ス満足度が高く、戦略的な支援となることが明らかにされている¹³⁾。連続的ケアのうち、入院中に高率に提供された支援要素は、ニーズ評価、ケア計画(クライシスプランを含む)、社会心理的治療であった。退院後の支援で、タイムリーなフォローアップの機会と計画のモニタリング、入院と外来及び地域支援者のコミュニケーションであった。これらの要素を含み構成されている本HICMは、連続的ケアの観点で、支援内容と効果ともに妥当な結果を得たと考えられた。

また、従来からケースマネジメントの効果と再入院率の減少との関連は消極的であった⁵⁻⁶⁾。本研究においても、介入群と対照群の再入院率に、統計的な有意差はなかった。一方で、悪化再入院と再入院期間は減少し、さらに入院期間のばらつきが軽減したことは、適切な生活課題の抽出とアセスメント、および治療計画による効果があったと考えられる。課題の抽出を適切に行い、そこへの重点的な支援提供を目的とした再入院であったからこそ、地域生活の継続に困る課題が解決された時点で、退院に踏み切れたと思われる。

このように入院機能を活用することは、悪化再入院予防や、地域生活を送るうえで困る課題の解決という効果を得るために有効であると考えられる。また、入院機能を、地域生活を送るうえでの課題解決の手段として活用する考え方のもとでは、再入院は戦略的な支援方法であるとも言えた。医療機関が、地域生活上の困りごとに応じて、入院によらなければならない治療の提供機関として機能することによって、効果的かつ効率的に医療を提供できると思われた。

3) 今後に向けて

本調査結果から、介入群の再入院率は、対照群に比べて低率であった。また再入院時のICMSSでは「家族以外への暴力等」「自傷、自殺」「過去の行政介入歴」が有意に改善さ

れた。また、有意に悪化した項目はなかった。

連続的ケアの実施により再入院率が低下することを示した報告はあるが、3カ月や12か月などの短期的な経過では効果が実証は難しいことが指摘されている¹⁴⁾。本研究においても、再入院は365日以内の把握にとどまっており、これらの長期的な経過の把握や、再入院に至るまでの経緯などの事例性を把握していくことは課題である。

結論

本研究は、一公立精神科病院におけるHICMを提供した介入群)とそうでない群(対照群)の特性比較を行い、HICMの効果と関連因子を検証することを目的とした。

介入群では精神障害と生活機能が悪化していることに加え、複数の生活課題を持ち合わせていた。このため、対照群に比して当初入院期間は長い一方で再入院日数は減少し、極端な悪化を伴う再入院もなかった。これからのことから、支援ニーズに基づくHICMにより、地域生活の定着に効果的な支援につながっていることが示唆された。また、長期的な経過を把握する必要はあるが、戦略的な支援の提供につながることが見込まれた。

今後、本研究のさらなる分析や、精神科退院時共同指導料の拡充により、HICMの効果に関連する新たな知見やHICMのコア要素が見出されることが期待される。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表 投稿準備中

2. 学会発表

- 1) 小池純子, 村井千賀, 竹澤 翔, 山口創生, 川副泰成, 藤井千代: 精神科急性期病棟

における包括支援マネジメント導入の1年後効果について. 第118回日本精神神経学会学術総会, 福岡大会, 2022.6.17.

- 2) 竹澤翔, 酢野貢, 山本秀実, 村井千賀, 小池純子: 精神科急性期病棟における包括的支援マネジメント体制導入前後の対象特性と転帰の比較. 第42回日本看護科学学会. 広島, 2022.12.4-5

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

- 1) 厚生労働省: 平成28年度精神保健福祉資料. 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神医療政策研究部, 小平, 2016.
- 2) 山口創生: 厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)入院中の精神障害者の円滑な早期の地域移行及び地域定着に資する研究(代表: 山口創生). 総括研究報告書, 2019
- 3) 山口創生, 小池純子, 小川亮ほか: 早期に退院する精神障害者における再入院と地域定着に影響する要因に関する縦断研究(ePOP-J)の紹介. 日本精神科病院協会雑誌 40(2) 38-42 2021
- 4) 精神保健福祉資料 (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>)
- 5) Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst rev 2017(1): CD007906. doi: 10.1002/14651858.CD007906.pub3.

- 6) Bonsack C, Golay P, Gibellini Manetti S, Gebel S, Ferrari P, Besse C, et al. Linking primary and secondary care after psychiatric hospitalization: comparison between transitional case management setting and routine care for common mental disorders. *Front Psychiatry* (2016) 7:96. 10.3389/fpsy.2016.00096
- 7) 川副泰成: 平成 30 年度研究分担報告書 多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究. 平成 30 年度厚生労働省科学研究費補助金 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究 研究報告書 (代表 藤井千代), 国立精神・神経医療研究センター, 小平, 2019.
- 8) 山口創生, 川副泰成, 名雪和美, et al: 精神科医療機関における CM サービス利用者と非利用者の特性の比較: 探索的外来患者調査. *精神医学* 61(1):81-91, 2019.
- 9) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, et al: Core services of intensive case management for people with mental illness: A network analysis. *Int J Soc Psychiatry*, 2019
- 10) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, et al: Development and evaluation of Intensive Case Management Screening Sheet in the Japanese population. *Int J Ment Health Syst* 13:22, 2019.
- 11) Overall JE, Gorham DR: The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacol Bull.*, 24:97-99, 1988.
- 12) 稲田俊也: 日本語版 PSP (個人的・社会的機能遂行度尺度) 評価トレーニングシート ver.1.0. 日本精神科評価尺度研究会, 東京, 2011.
- 13) Hegedüs A, Kozel B, Richter D, Behrens J: Effectiveness of transitional interventions in improving patient outcomes and service use after discharge from psychiatric inpatient care: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry* 10:969, 2020. 10.3389/fpsy.2019.00969
- 14) Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis C-L, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM, et al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *Br J Psychiatry*(2013)202(3):187-94. 10.1192/bjp.bp.112.115030

表1 評価項目

評価項目		時期		
項目	詳細	入院時	退院時	再入院時
インタビューに関わる項目（基礎情報）				
	年齢・性別・住居・家族・仕事・通院手段	○		
	診断名・合併症・過去の入院状況	○		○
	利用中のサービス（医療・障害福祉・高齢福祉）	○	○	
	行政の介入の有無	○		○
各種指標				
	包括的支援マネジメント導入基準 *1 (Case Management Screening Sheet ; ICMSS)	○		○
	精神症状評価尺度 (brief psychiatry rating scale ; BPRS)		○	
	機能評価 (personal and social performance scale ; PSP)	○	○	○
包括的支援マネジメント支援計画に関わる項目				
	ケア会議の開催状況・実施目的・参加者		○	
転帰に関わる項目				
	再入院状況			○

* 1 対照群のICMSSに関しては、入院中に関わったスタッフ複数名で後ろ向きに評価を行った。

表2 属性及び臨床評価の比較

項目		対照群 (n=149)	介入群 (n=54)	P値	
		n (%)	n (%)		
性別	女性	65 (43.6)	32 (59.3)	0.057	註2
	男性	84 (56.4)	22 (40.7)		
年齢		45.00 [34.00, 60.00]	41.50 [32.00, 51.00]	0.058	註3
Fコード	F0	6 (4.0)	0 (0.0)	0.358	註2
	F1	8 (5.4)	0 (0.0)		
	F2	56 (37.6)	23 (42.6)		
	F3	54 (36.2)	24 (44.4)		
	F4	6 (4.0)	1 (1.9)		
	F5	3 (2.0)	0 (0.0)		
	F6	2 (1.3)	1 (1.9)		
	F7	10 (6.7)	2 (3.7)		
	F8	4 (2.7)	3 (5.6)		
入院時 社会機能 (PSP) 総合得点		30.00 [21.00, 45.00]	41.50 [26.00, 55.75]	0.003	** 註3
退院時 社会機能 (PSP) 総合得点		65.00 [60.00, 72.00]	71.00 [65.00, 78.00]	<0.001	** 註3
退院時 BPRS		24.00 [21.00, 32.00]	26.00 [21.00, 30.75]	0.962	註3

註1 : χ^2 乗検定 註2 :Fisherの正確検定 註3 :Mann-Whitney U Test

*P<0.05 **P<0.001

表3 当初入院時のICMSSの比較

項目		対照群 (n=149)		介入群 (n=54)		P値
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
導入基準1 (%)	なし	51 (34.2)	4 (7.4)	<0.001 ** 註1		
(社会的役割遂行)	あり	98 (65.8)	50 (92.6)			
導入基準2 (%)	なし	37 (24.8)	5 (9.3)	0.018 * 註2		
(地域生活課題遂行)	あり	112 (75.2)	49 (90.7)			
導入基準3 (%)	なし	78 (52.3)	32 (59.3)	0.427 註2		
(家族以外への暴力・近隣迷惑行為)	あり	71 (47.7)	22 (40.7)			
導入基準4 (%)	なし	141 (94.6)	51 (94.4)	1.000 註1		
(行方不明・居住先を失う)	あり	8 (5.4)	3 (5.6)			
導入基準5 (%)	なし	110 (73.8)	29 (53.7)	0.010 * 註2		
(自傷・自殺)	あり	39 (26.2)	25 (46.3)			
導入基準6 (%)	なし	68 (45.6)	17 (31.5)	0.078 註2		
(家族への暴力)	あり	81 (54.4)	37 (68.5)			
導入基準7 (%)	なし	93 (62.4)	25 (46.3)	0.053 註2		
(警察・保健所介入)	あり	56 (37.6)	29 (53.7)			
導入基準8 (%)	なし	83 (55.7)	21 (38.9)	0.039 * 註2		
(定期的な服薬)	あり	66 (44.3)	33 (61.1)			
導入基準9 (%)	なし	106 (71.1)	30 (55.6)	0.043 * 註2		
(定期的な通院)	あり	43 (28.9)	24 (44.4)			
導入基準10 (%)	なし	40 (26.8)	11 (20.4)	0.464 註2		
(病識)	あり	109 (73.2)	43 (79.6)			
導入基準11 (%)	なし	142 (95.3)	49 (90.7)	0.309 註2		
(措置入院)	あり	7 (4.7)	5 (9.3)			
導入基準12 (%)	なし	129 (86.6)	43 (79.6)	0.269 註2		
(日常生活・医療などの支払いにおける経済的な問題)	あり	20 (13.4)	11 (20.4)			
導入基準13 (%)	無し	144 (96.6)	51 (94.4)	0.441 註2		
(家賃の支払いにおける経済的な問題)	有り	5 (3.4)	3 (5.6)			
導入基準14 (%)	無し	129 (86.6)	48 (88.9)	0.814 註2		
(支援する家族がない)	有り	20 (13.4)	6 (11.1)			
導入基準15 (%)	無し	135 (90.6)	44 (81.5)	0.087 註2		
(同居家族が支援を要する)	有り	14 (9.4)	10 (18.5)			

註1:χ²乗検定 註2:Fisherの正確検定 註3:Mann-Whitney U Test

*P<0.05 **P<0.001

表4 ケア会議の実施状況の比較

		対照群 (n=149)		介入群 (n=54)		P値
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
院内の多職種チームによる会議開催有無 (%)	なし	109 (73.2)	0 (0.0)	<0.001 ** 註1		
	あり	40 (26.8)	54 (100.0)			
院内の多職種チームが開催する.院外の支援者が参加するケア会議の開催開催有無 (%)	なし	109 (73.2)	7 (13.0)	<0.001 ** 註1		
	あり	40 (26.8)	47 (87.0)			

註1:χ²乗検定 註2:Fisherの正確検定 註3:Mann-Whitney U Test

*P<0.05 **P<0.001

表5 利用サービスの比較

項目		対照群 (n=149)	介入群 (n=54)	P値	
		n (%)	n (%)		
サービス利用 (%)	なし	107 (71.8)	35 (64.8)	0.387	註2
	あり	42 (28.2)	19 (35.2)		
デイケア (%)	なし	137 (91.9)	51 (94.4)	0.763	註2
	あり	12 (8.1)	3 (5.6)		
訪問 (%)	なし	134 (89.9)	44 (81.5)	0.145	註2
	あり	15 (10.1)	10 (18.5)		
就労A (%)	なし	145 (97.3)	50 (92.6)	0.213	註2
	あり	4 (2.7)	4 (7.4)		
就労B (%)	なし	135 (90.6)	50 (92.6)	0.785	註2
	あり	14 (9.4)	4 (7.4)		
就労移行 (%)	なし	149 (100.0)	53 (98.1)	0.266	註2
	あり	0 (0.0)	1 (1.9)		
生活訓練 (%)	なし	148 (99.3)	54 (100.0)	1.000	註1
	あり	1 (0.7)	0 (0.0)		
居宅介護 (%)	なし	144 (96.6)	53 (98.1)	1.000	註2
	あり	5 (3.4)	1 (1.9)		
生活介護 (%)	なし	146 (98.0)	53 (98.1)	1.000	註1
	あり	3 (2.0)	1 (1.9)		
地域移行支援 (%)	なし	148 (99.3)	54 (100.0)	1.000	註1
	あり	1 (0.7)	0 (0.0)		
地活 (%)	なし	142 (95.3)	53 (98.1)	0.684	註2
	あり	7 (4.7)	1 (1.9)		

註1 : χ^2 乗検定 註2 :Fisherの正確検定 註3 :Mann-Whitney U Test

* P<0.05 **P<0.001

表6 当初入院期間の比較

項目	対照群 (n=149)	介入群 (n=54)	P値	
	n (%)	n (%)		
当初入院期間 median	54	65	0.034 *	註3
average (SD)	52.58 (31.89)	63.15 (23.65)		
再入院期間 median	61	49	0.426	註3
average (SD)	76.15 (81.14)	52.09 (23.76)		
「当初入院期間」と 「再入院期間」における日数の比較	Group	差分(日)	P値	
・両側検定	対照群 (25%,75%)	-1[-23.0, 34.0]	0.386	註
・差分(再入院期間 - 当初入院期間)	介入群 (25%,75%)	-31[-43.0, -8.0]	0.042 *	4

註1 : χ^2 乗検定 註2 :Fisherの正確検定 註3 :Mann-Whitney U Test 註4 : Wilcoxon signed rank test

表7 再入院率の比較

項目	Group	対照群 (n=149) n (%)	介入群 (n=54) n (%)	P値
再入院の有無 (%)	無し	108 (72.5)	41 (75.9)	0.720 註2
	有り	41 (27.5)	13 (24.1)	

註1 : χ^2 乗検定 註2 :Fisherの正確検定 註3 :Mann-Whitney U Test

*P<0.05 **P<0.001

表8 悪化再入院率の比較

項目	Group	対照群 (n=149) n (%)	介入群 (n=54) n (%)	P値
悪化再入院 (PSP30点以下)	なし あり	125 (83.9) 24 (16.1)	52 (96.3) 2 (3.7)	0.018 * 註2

再入院の際に、医療など専門的な支援がないと生命の維持に支障のある、PSP評価が30以下となる群を悪化再入院として検討した。

註1 : χ^2 乗検定 註2 :Fisherの正確検定

表9-1 再入院に交絡する要因（単変量解析）

項目		対照群 (n=149)	介入群 (n=54)	P値	
		n (%)	n (%)		
性別 (%)	女	69 (46.3)	28 (51.9)	0.527	註2
	男	80 (53.7)	26 (48.1)		
Fコード (%)	F0	4 (2.7)	2 (3.7)	0.086	註2
	F1	7 (4.7)	1 (1.9)		
	F2	53 (35.6)	26 (48.1)		
	F3	64 (43.0)	14 (25.9)		
	F4	5 (3.4)	2 (3.7)		
	F5	3 (2.0)	0 (0.0)		
	F6	3 (2.0)	0 (0.0)		
	F7	5 (3.4)	7 (13.0)		
	F8	5 (3.4)	2 (3.7)		
退院後サービス利用予定 (%)	なし	112 (75.2)	30 (55.6)	0.009 **	註2
	あり	37 (24.8)	24 (44.4)		
デイケア (%)	なし	138 (92.6)	50 (92.6)	1	註2
	あり	11 (7.4)	4 (7.4)		
訪問看護 (%)	なし	134 (89.9)	44 (81.5)	0.145	註2
	あり	15 (10.1)	10 (18.5)		
就労A (%)	なし	142 (95.3)	53 (98.1)	0.684	註2
	あり	7 (4.7)	1 (1.9)		
就労B (%)	なし	143 (96.0)	42 (77.8)	<0.001 **	註2
	あり	6 (4.0)	12 (22.2)		
就労移行 (%)	なし	148 (99.3)	54 (100.0)	1	註2
	あり	1 (0.7)	0 (0.0)		
生活訓練 (%)	なし	149 (100.0)	53 (98.1)	0.266	註2
	あり	0 (0.0)	1 (1.9)		
居宅介護 (%)	なし	145 (97.3)	52 (96.3)	0.658	註2
	あり	4 (2.7)	2 (3.7)		
生活介護 (%)	なし	148 (99.3)	51 (94.4)	0.058	註2
	あり	1 (0.7)	3 (5.6)		
地域移行支援 (%)	なし	148 (99.3)	54 (100.0)	1	註2
	あり	1 (0.7)	0 (0.0)		
地活 (%)	なし	144 (96.6)	51 (94.4)	0.441	註2
	あり	5 (3.4)	3 (5.6)		
年齢		44.00 [33.00, 59.00]	44.50 [34.00, 51.00]	0.948	註3
入院期間		53.00 [30.00, 78.00]	63.50 [39.25, 86.00]	0.11	註3
入院時セルフケア		2.00 [1.00, 3.00]	3.00 [1.25, 4.00]	0.051	註3
入院時社会的に有用な活動		4.00 [3.00, 5.00]	4.00 [3.00, 5.00]	0.35	註3
入院時個人的.社会的関係		4.00 [3.00, 5.00]	4.00 [3.00, 5.00]	0.451	註3
入院時不穏な.攻撃的な行動		4.00 [2.00, 5.00]	4.00 [2.00, 5.00]	0.718	註3
入院時PSP総合得点		35.00 [22.00, 50.00]	31.00 [21.00, 48.75]	0.407	註3
退院時PSP総合得点		70.00 [63.00, 75.00]	65.00 [60.00, 71.00]	0.028 *	註3
退院時セルフケア		1.00 [1.00, 2.00]	2.00 [1.00, 2.00]	<0.001 **	註3
退院時社会的に有用な活動		2.00 [2.00, 3.00]	2.00 [2.00, 3.00]	0.574	註3
退院時個人的.社会的関係		2.00 [2.00, 3.00]	2.00 [2.00, 3.00]	0.011 *	註3
退院時不穏な.攻撃的な行動		1.00 [1.00, 2.00]	1.00 [1.00, 2.00]	0.074	註3
退院時BPRS		24.00 [20.00, 31.00]	26.00 [23.00, 34.00]	0.009 **	註3

註1 : χ^2 乗検定 註2 : Fisherの正確検定 註3 : Mann-Whitney U Test

表 9-2 再入院に影響する因子

項目		Hazard.ratio	P値
包括的支援マネジメント	なし	1	0.058
	あり	0.24 (0.06-1.05)	
退院時の病状	BPRS	1.10 (1.05-1.15)	0.0002

単変量により再入院に交絡する要因を検討した。その結果から「BPRS」「診断」「サービス利用」「年齢」「性別」を交絡要因として投入し、AICを用いてモデル選択を行った。

Time : 退院後365日の追跡期間 (悪化再入院時右側打ち切り)

Event : 悪化再入院 (再入院時PSP30点以下)

表 10 再入院時の改善項目 (ICMSS)

Factor n	Group	対照群 41	介入群 13	p.value	p.value
再入院時改善項目 導入基準 1 (%) (社会的役割遂行)	なし	39 (95.1)	11 (84.6)	0.242	0.514 註 2
	あり	2 (4.9)	2 (15.4)		
再入院時改善項目 導入基準 2 (%) (地域生活課題遂行)	なし	37 (90.2)	12 (92.3)	1.000	1 註 1
	あり	4 (9.8)	1 (7.7)		
再入院時改善項目 導入基準 3 (%) (家族以外への暴力・近隣迷惑行為)	なし	37 (90.2)	8 (61.5)	0.028 *	0.046 註 2
	あり	4 (9.8)	5 (38.5)		
再入院時改善項目 導入基準 4 (%) (行方不明・居住先を失う)	なし	41 (100.0)	13 (100.0)	NA	NA 註 1
	あり				
再入院時改善項目 導入基準 5 (%) (自傷・自殺)	なし	40 (97.6)	8 (61.5)	0.002 **	0.002 註 1
	あり	1 (2.4)	5 (38.5)		
再入院時改善項目 導入基準 6 (%) (家族への暴力)	なし	38 (92.7)	10 (76.9)	0.143	0.285 註 2
	あり	3 (7.3)	3 (23.1)		
再入院時改善項目 導入基準 7 (%) (警察・保健所介入)	なし	40 (97.6)	10 (76.9)	0.039 *	0.062 註 2
	あり	1 (2.4)	3 (23.1)		
再入院時改善項目 導入基準 8 (%) (定期的な服薬)	なし	36 (87.8)	11 (84.6)	1.000	1 註 1
	あり	5 (12.2)	2 (15.4)		
再入院時改善項目 導入基準 9 (%) (定期的な通院)	なし	37 (90.2)	10 (76.9)	0.340	0.44 註 2
	あり	4 (9.8)	3 (23.1)		
再入院時改善項目 導入基準 10 (%) (病識)	なし	34 (82.9)	12 (92.3)	0.663	0.703 註 2
	あり	7 (17.1)	1 (7.7)		
再入院時改善項目 導入基準 11 (%) (措置入院)	なし	39 (95.1)	13 (100.0)	1.000	1 註 1
	あり	2 (4.9)	0 (0.0)		
再入院時改善項目 導入基準 12 (%) (日常生活・医療などの支払いにおける経済的な問題)	なし	37 (90.2)	11 (84.6)	0.623	0.955 註 2
	あり	4 (9.8)	2 (15.4)		
再入院時改善項目 導入基準 13 (%) (家賃の支払いにおける経済的な問題)	なし	41 (100.0)	13 (100.0)	NA	NA 註 1
	あり				
再入院時改善項目 導入基準 14 (%) (支援する家族がいない)	なし	39 (95.1)	12 (92.3)	1.000	1 註 1
	あり	2 (4.9)	1 (7.7)		
再入院時改善項目 導入基準 15 (%) (同居家族が支援を要する)	なし	40 (97.6)	12 (92.3)	0.427	0.975 註 2
	あり	1 (2.4)	1 (7.7)		

当初入院にてICMSS評価で問題のあった者が再入院時に問題なしとなった割合を比較した。

(課題有りだった者が再入院時に課題無しに変化した割合)

註 1: χ^2 二乗検定 註 2: Fisherの正確検定

表 11 再入院時の悪化項目 (ICMSS)

Factor n	Group	対照群 41	介入群 13	p.value
再入院時悪化項目 導入基準 1 (%) (社会的役割遂行)	なし あり	32 (78.0) 9 (22.0)	13 (100.0) 0 (0.0)	0.094 註 2
再入院時悪化項目 導入基準 2 (%) (地域生活課題遂行)	なし あり	37 (90.2) 4 (9.8)	13 (100.0) 0 (0.0)	0.562 註 2
再入院時悪化項目 導入基準 3 (%) (家族以外への暴力・近隣迷惑行為)	なし あり	40 (97.6) 1 (2.4)	13 (100.0) 0 (0.0)	1.000 註 1
再入院時悪化項目 導入基準 4 (%) (行方不明・居住先を失う)	なし あり	41 (100.0) 0 (0.0)	12 (92.3) 1 (7.7)	0.241 註 2
再入院時悪化項目 導入基準 5 (%) (自傷・自殺)	なし あり	39 (95.1) 2 (4.9)	12 (92.3) 1 (7.7)	1.000 註 1
再入院時悪化項目 導入基準 6 (%) (家族への暴力)	なし あり	40 (97.6) 1 (2.4)	12 (92.3) 1 (7.7)	0.427 註 2
再入院時悪化項目 導入基準 7 (%) (警察・保健所介入)	なし あり	41 (100.0) 0 (0.0)	11 (84.6) 2 (15.4)	0.055 註 2
再入院時悪化項目 導入基準 8 (%) (定期的な服薬)	なし あり	37 (90.2) 4 (9.8)	12 (92.3) 1 (7.7)	1.000 註 1
再入院時悪化項目 導入基準 9 (%) (定期的な通院)	なし あり	38 (92.7) 3 (7.3)	11 (84.6) 2 (15.4)	0.584 註 2
再入院時悪化項目 導入基準 10 (%) (病識)	なし あり	39 (95.1) 2 (4.9)	13 (100.0) 0 (0.0)	1.000 註 1
再入院時悪化項目 導入基準 11 (%) (措置入院)	なし あり	39 (95.1) 2 (4.9)	13 (100.0) 0 (0.0)	1.000 註 1
再入院時悪化項目 導入基準 12 (%) (日常生活・医療などの支払いにおける経済的な問題)	なし あり	41 (100.0) 0 (0.0)	13 (100.0) 0 (0.0)	NA 註 1
再入院時悪化項目 導入基準 13 (%) (家賃の支払いにおける経済的な問題)	なし あり	40 (97.6) 1 (2.4)	13 (100.0) 0 (0.0)	1.000 註 1
再入院時悪化項目 導入基準 14 (%) (支援する家族がない)	なし あり	37 (90.2) 4 (9.8)	11 (84.6) 2 (15.4)	0.623 註 2
再入院時悪化項目 導入基準 15 (%) (同居家族が支援を要する)	なし あり	39 (95.1) 2 (4.9)	13 (100.0) 0 (0.0)	1.000 註 1

当初入院にてICMSS評価で問題の無かった者が再入院時に問題ありとなった割合を比較した。

(課題無しだった者が再入院時に課題有りに変化した割合)

註 1: χ^2 二乗検定 註 2: Fisherの正確検定

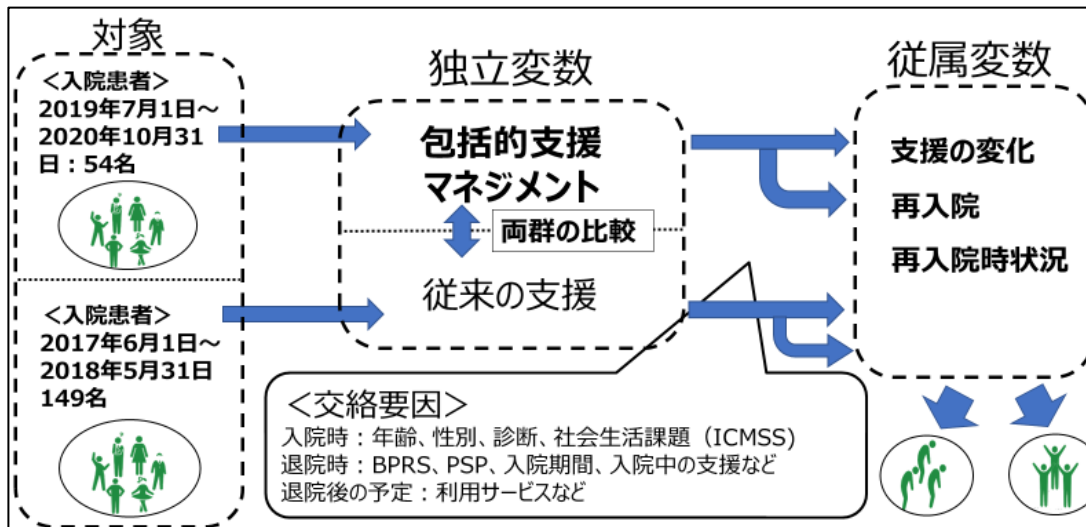


図1 研究デザイン

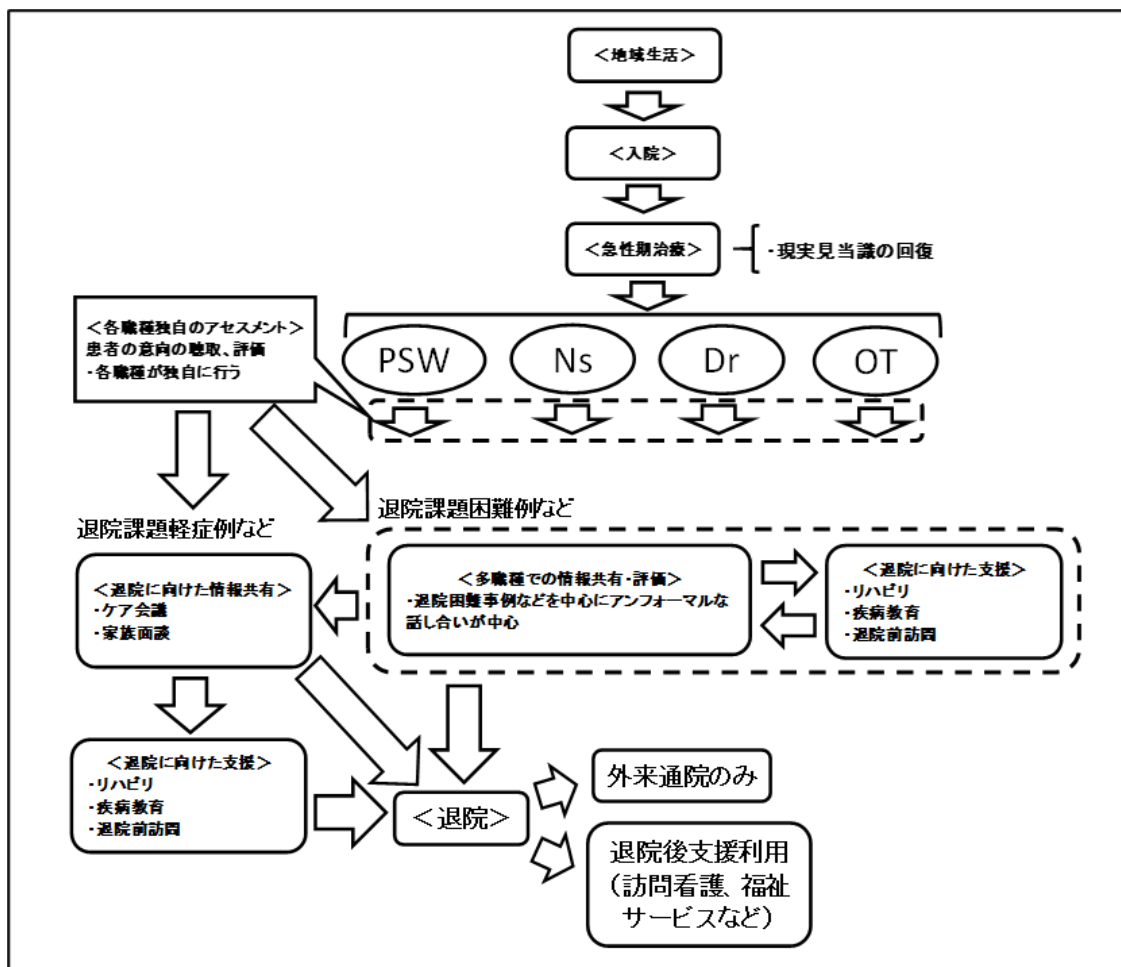


図2 包括支援体制導入前の入院から退院までの流れ

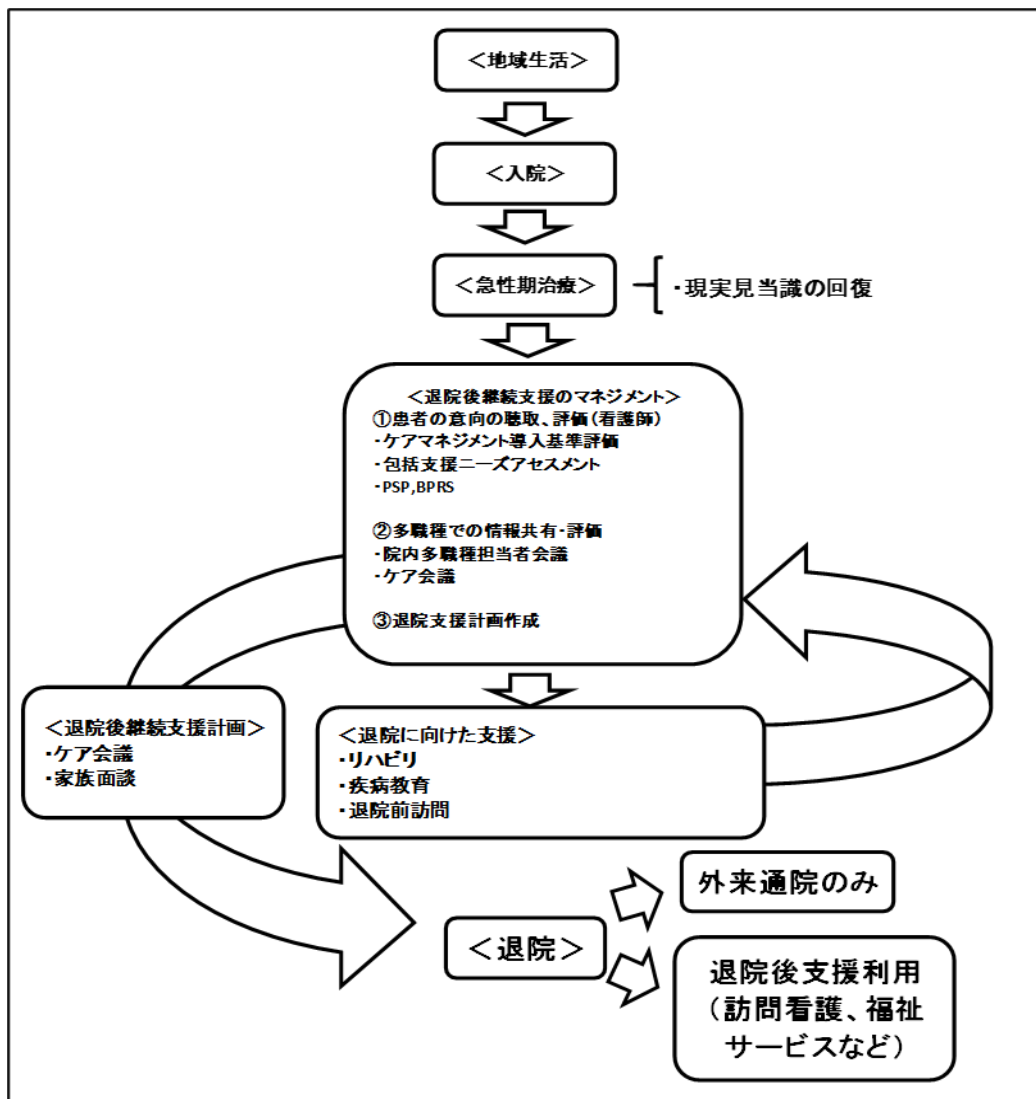


図3 包括支援体制導入後の入院から退院までの流れ

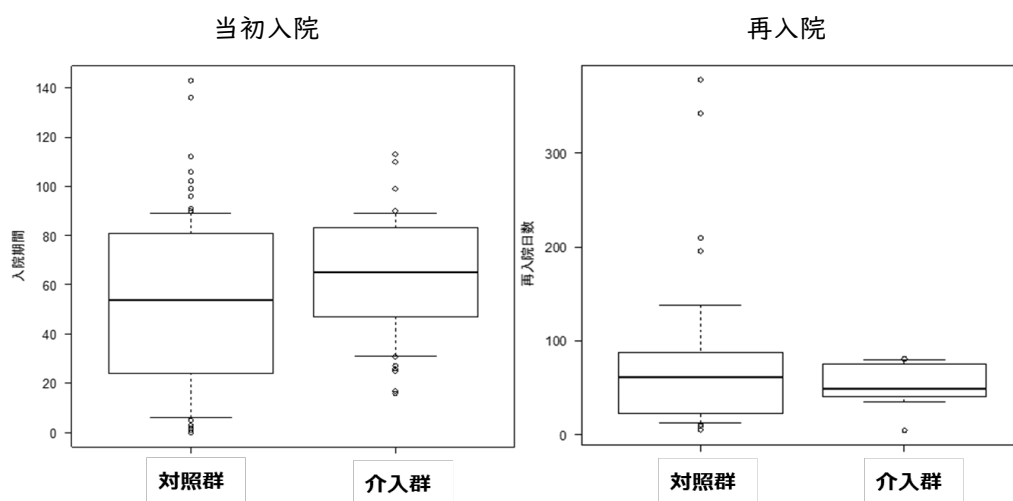


図4 入院期間の分散

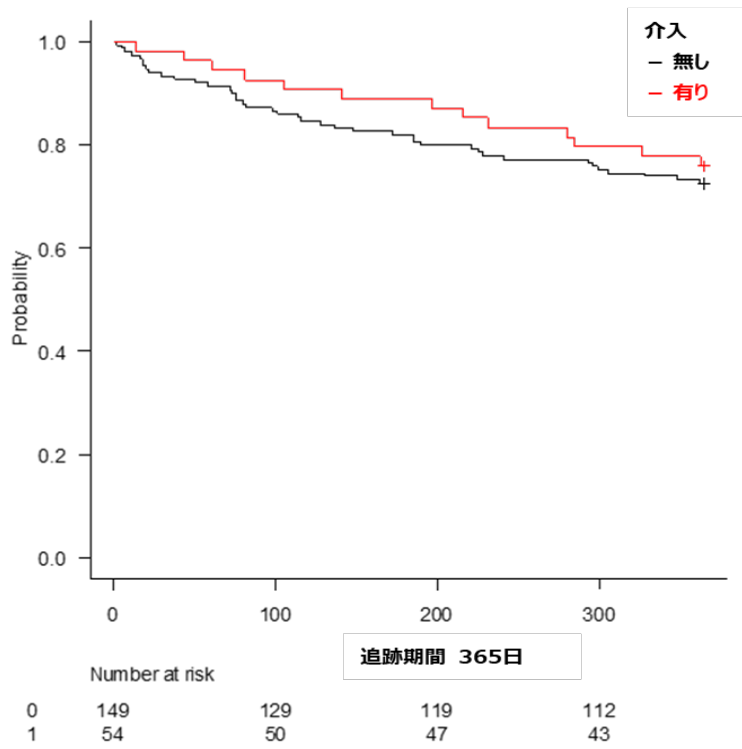


図5 再入院率 (log-rank 検定)

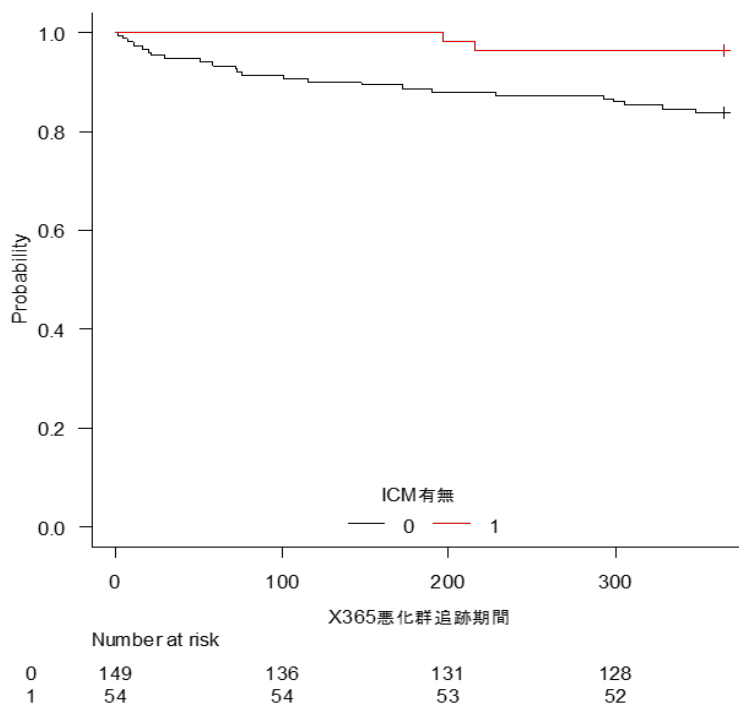


図6 悪化再入院率 (log-rank 検定)

医療福祉連携および包括的支援マネジメントに関する 情報周知のための Web サイト作成

研究分担者：○佐藤さやか¹⁾

研究協力者：川口敬之¹⁾，岩永麻衣¹⁾，五十嵐百花¹⁾，藤井千代¹⁾

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部

要旨

本研究の目的は地域で活動する支援者が研究成果に関する情報を容易に入手できるよう、本研究班の各分担研究班で実施する調査の結果を紹介するための Web サイトを作成することであった。Web サイト作成を担当する企業を選定し、概算予算を決定済である。同様の目的ですでに運営中の精神障害当事者の地域生活にかかわるエビデンス紹介サイト「こころとくらし」に関するアンケート結果等も参考に、閲覧者にとって視認性が高く、利用しやすいコンテンツページのレイアウトを検討する。2023 年度中に本研究班でデータ収集集中である「精神科医療における外来ケースマネジメント実践と診療報酬算定に関する実態調査」（機関調査および事例調査）の結果を反映した Web サイトを 2023 年度中に作成、公開する予定である。

A. 研究の背景と目的

1990 年代中頃よりエビデンスに基づく医療が世界的に推奨されるようになり¹⁾、今日臨床医学全般において科学的根拠に基づく実践（Evidence-based practice：EBP）を活用することの重要性は論をまたない。わが国の地域精神保健領域においても、EBP の活用に関する議論は以前と比べて増えたように思われる。他方、研究の結果が実際の臨床活動に活かされていないギャップも指摘されている²⁾。

「研究と臨床のギャップ」を主たる研究テーマとしている実装科学の文脈では、技術革新の拡散の枠組みを使って、EBP が普及する際のプロセスが説明されている³⁾。この knowledge-attitude-practice (KAP) プロセスでは、①知識-新たな技術（ここでは EBP に

該当）の存在を知り、その機能（EBP の効果に該当）をある程度理解する、②説得-新たな技術に対する態度を形成する、③意思決定-新たな技術を採用するか否かの選択につながる活動を行う、の 3 段階が想定されている。我が国の地域支援の場で EBP の普及が進まない背景には、この KAP プロセスの最初の 1 歩である「EBP に関する知識を得て、その効果について理解する」という段階に障壁があることが考えられる。他方、多忙な日常臨床の合間に支援者がこうした情報を能動的に調べることは簡単ではない。

そこで本分担研究班では地域で活動する支援者が研究成果に関する情報を容易に入手できるよう、本研究班全体で実施する調査の結果を紹介するための Web サイトを作成する。

本年度は初年度であり、コンテンツとなる調査自体の結果がまだ出ていない。このため準備状況について報告する。

B. 方法

-Web サイト作成準備

・複数の企業から見積を入手し、Web サイト作成を依頼する企業を選定、概算の予算を決定済みである。

-コンテンツページのレイアウト検討

分担研究者らは2019年から2021年にかけて厚生労働科学研究費補助金「精神保健・福祉に関するエビデンスのプラットフォーム構築及び精神科長期入院患者の退院促進後の予後に関する検討のための研究(202118003B)」に取り組み、コクランレビューを中心とした精神障害当事者の地域生活にかかわるエビデンス紹介サイト「こころとくらし」(<https://cocokura.ncnp.go.jp/>)を開発した。現在も運営を継続しており、同サイトのコンテンツページの視認性向上などを目的にアンケート実施を予定している(図1)。本研究班で作成するWebサイトはこの結果を踏まえてコンテンツページのレイアウト等を検討する。

C. 今後の予定

現在データ収集中である、「精神科医療における外来ケースマネジメント実践と診療報酬算定に関する実態調査」(機関調査および事例調査)の結果を反映したWebサイトを2023年度中に作成、公開する予定である。

D. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

1. 論文発表

佐藤さやか, 五十嵐百花, 川口敬之, 藤本悠, 田村早織, 小川亮, 佐々木奈都記, 板垣貴志, 山口創生, 藤井千代: 精神障害当事者の地域生活にかかわるエビデンス紹介サイトの開発とその意義. 臨床精神医学 51(6):693-700, 2022.

2. 学会発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

- 1) 正木 朋也, 津谷 喜一郎. エビデンスに基づく医療 (EBM) の展開から学ぶもの—EBM 普及に伴い経験した課題と解決策—. 日本評価研究. 2010;10(1):3-16.
- 2) Silverman, W. K. & Hinshaw, S. P. (2008). The Second Special Issue on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents: A 10-Year Update. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37, 1-7.
- 3) Rogers, E. M. (2004). Diffusion of innovations (5th ed.). New York: Free Press.
- 4) 佐藤さやか, 五十嵐百花, 川口敬之, 藤本悠, 田村早織, 小川 亮, 佐々木奈都記, 板垣貴志, 山口創生, 藤井千代: 精神障害当事者の地域生活にかかわるエビデンス紹介サイトの開発とその意義. 臨床精神医学, 51 (6) , 693-700, 2022.6.

図1 「こころとくらし」のアンケート画面の一部

Q13.あなたが下図のようなページを開いたとき、どの部分をどの程度見ましたか。各部分について、「あまり見なかった（存在をほとんど認識しなかった）」、「軽く見た（認識したが内容までは詳しく読まなかった）」、「よく見た（内容を理解するために詳しく読んだ）」の3段階でお答えください。 必須

Q13-1



Q13-2

統合失調症に対する認知行動療法+標準的ケア VS. 標準的ケア

基礎情報

対象者	統合失調症もしくは統合失調症に関連する疾患を持つ人
総論文の件数	30件
研究参加人数	6,817名
最終発表日	2017年2月1日
結果の調べ方	標準的ケアに認知行動療法を追加したグループと標準的ケアのみ（通常のケア）を比較

Q13-3, 4

統合失調症に対する認知行動療法は標準的ケアと比べて何に効果があるか？

アットホーム/優しい	標準
統合失調症に対する認知行動療法+標準的ケア VS. 標準的ケアのみ	
症状改善	よく見た
全体的な効果	よく見た
精神	よく見た
精神状態	よく見た
社会的機能	よく見た
生活の質	よく見た
治療の満足度	よく見た

Q13-5, 6

留意点

引用情報

イラストと説明

あまり見なかった

軽く見た

よく見た

コクランレビューの基礎情報

あまり見なかった

軽く見た

よく見た

「何に効果があるか？」の表

あまり見なかった

軽く見た

よく見た

表の説明

あまり見なかった

軽く見た

よく見た

留意点

あまり見なかった

軽く見た

よく見た

引用情報

あまり見なかった

軽く見た

よく見た

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
山口創生	リカバリーの再整理:リカバリーをちょっと理解するために! 陰ながら応援するために!	精神科オキュペイショナルセラピー	39	1-13	2022
佐藤さやか, 五十嵐百花, 川口敬之, 藤本悠, 田村早織, 小川亮, 佐々木奈都記, 板垣貴志, 山口創生, 藤井千代	精神障害当事者の地域生活にかかわるエビデンス紹介サイトの開発とその意義	臨床精神医学	51(6)	693-700	2022
山口創生, 川口敬之, 塩澤拓亮	統合失調症の心理社会的支援	精神医学	65(4)	479-487	2023

令和5年4月26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) —

国立研究開発法人
機関名 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 中込 和幸

次の職員の令和4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 精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に関わるサービスの提供体制構築に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部
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		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「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。

厚生労働大臣 殿

機関名 東洋大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 矢口悦子

次の職員の令和4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 精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に関わるサービスの提供体制構築に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) ライフデザイン学部 教授
(氏名・フリガナ) 吉田光爾 (ヨシダコウジ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：人を対象とした研究等倫理審査)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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) 令和4年度の分担研究テーマに関わる研究倫理審査については主任研究者の研究機関において倫理審査済みである。

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

厚生労働大臣
—(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 東京都立松沢病院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 水野 雅文

次の職員の令和4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 精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に関わるサービスの提供体制構築に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 東京都立松沢病院精神科・医長
(氏名・フリガナ) 岡村 泰 オカムラ ヤスシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都立松沢病院倫理委員会	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「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5年4月26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)—

国立研究開発法人
機関名 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 中込 和幸

次の職員の令和4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 精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に関わるサービスの提供体制構築に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部
臨床援助技術研究室長
(氏名・フリガナ) 佐藤 さやか ・ サトウ サヤカ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「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5年4月26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) —

国立研究開発法人
機関名 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 中込 和幸

次の職員の令和4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 精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に関わるサービスの提供体制構築に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部長
(氏名・フリガナ) 藤井 千代 ・ フジイ チヨ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「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。