

令和6年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

精神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6年度 総括・研究分担報告書

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7（2025）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6年度 総括・研究分担報告書

目次

Ⅰ 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 Ⅰ

Ⅱ 章 研究分担報告

- Ⅰ. 精神科病院での入院期間 Ⅰ 年以上の退院患者における外来ケースマネジメントと関連
診療報酬に関する実態調査

研究分担者 藤井千代 9

- Ⅱ. 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
：スタッフの支援内容の変化

研究分担者 岡村 泰 37

- Ⅲ. 障害福祉サービスの利用における医療・福祉関連状況に関する実態
～精神障害のある当事者団体に対する横断 Web 調査から～

研究分担者 吉田光爾 41

- Ⅳ. 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 71

Ⅲ 章 研究成果の刊行に関する一覧

81

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、①1年以上の入院期間を経て、精神科病院を退院する患者に関する入院中および退院後のケースマネジメントの実態把握、②医療機関における包括的支援マネジメントの実装と支援内容との関連の検証、③当事者から見た医福連携の実態や課題の把握、④研究班の知見を周知するウェブサイトを構築することを目的とした。

【進捗】

①1年以上の入院期間を経て、精神科病院を退院する患者に関する入院中および退院後のケースマネジメントの実態把握

国内6精神科病院の退院患者（ $n=101$ ）を対象とした。対象者の平均年齢は62.2歳（ $SD=19.5$ ）であり、診断は統合失調症（ $n=55$ ）が最も多かった。平均入院期間は約1,134日（ $SD=1459.4$ ）であった。対象者の約60%がグループホーム等の入所施設へ退院したが、65歳未満&認知症以外群では、家族同居や一人暮らしでの退院割合が高かった。退院時の状態では、約90%に残存する精神症状が認められた。また、Global Assessment of Functioning（GAF）の平均得点は全体的に低い傾向にあった（約30点）。対象者の全員が入院中にケースマネージャーを選任されていたが、外来ケースマネジメントの支援を受けていた者は22.8%であった。また、精神科退院時共同指導料や療養生活継続支援加算はほとんど算定されていなかった。

②医療機関における包括的支援マネジメントの実装と支援内容との関連の検証

松沢病院において包括的支援マネジメントを導入した患者と非導入の患者における専門職による支援内容の違いを比較した。包括的支援マネジメント（CCM）導入群（10名）と対照群（5名）において、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師の支援内容の平均支援回数を記録し、分析を行った。看護師以外の職種（臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師）による支援については、非導入群と比較し、CCM導入群で関連支援の平均回数が多かった。包括的支援マネジメントの導入により、従来看護師中心で行われていた業務が、多職種間で分担された可能性が考えられる。

③当事者から見た医福連携の実態や課題の把握

本分担研究では、サービスがより有効に活用されるための医療・福祉連携の在り方について当事者を対象とした Web 調査を行った。医療機関において障害福祉サービスについて半数以上(54.6%)が情報提供を十分にうけていないと感じていた。障害福祉サービスの情報提供が行われている場合、その主体は外来・入院中ともに、医師・精神保健福祉士であり、結果的に障害福祉サービスにつながった率が63.6%~79.2%と、他の職種が情報提供した場合より高くなっていた。障害福祉サービスの利用経験の有無を目的変数としてロジスティック回帰分析では、有意な促進要因として「医療機関での情報提供の度合い」(OR=2.59、 $p=.002$)、ピアとの関わり(OR=1.36、 $p=.002$)、入院経験(OR=3.64、 $p=.001$)などが有意な促進要因となっており、他方で有意な抑制要因が障害福祉サービスへの認識の第三因子「気後れ」(OR=0.45、 $p=.003$)となっていた。また第三因子「気後れ」については、ピアとの接触度・ピアサポート会合の参加の有無・ピアサポーター/スタッフとの出会いの有無など、ピアとの接触が負の相関を示していた。なお、緊急時に頼りになる人について尋ねたところ、第一候補であげられた回答割合で多いのは「家族・親族」(62.2%)、「友人・ピア」(10.3%)でインフォーマルな関係が70%を超えていた。

④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

当該研究班の目的は精神科医療や地域精神保健に関わる支援者が研究成果を活用できるよう、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 Web サイトを作成することであった。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した。本研究班でデータ収集を行った「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に関する実態調査」、「精神科病院からの退院患者における外来ケースマネジメントに関する診療報酬についての実態調査」、「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」の結果を反映した Web サイト「精神科ケースマネジメント研究班」(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/pcmr/>)が公開済である。

【結論】

本研究班は主に3つの知見を報告した。第1に、1年以上の入院期間を経て退院した患者は残存症状や重い機能障害・生活障害があるにもかかわらず、彼らに対する外来ケースマネジメントの実装は大きな課題であり、特に精神科退院時共同指導料や療養生活継続支援加算など関連する診療報酬の算定実績も極めて乏しいことが明らかとなった。第2に、精神科病院における包括的支援マネジメントの導入は、看護師以外の専門職（臨床心理士・精神保健福祉士・作業療法士・薬剤師）の支援回数が増加することから、多職種連携の促進が期待できる。第3に、当事者調査では医療機関からの障害福祉サービス情報提供の度合い、ピアとの関わり、入院経験が利用促進要因であった。情報提供については、医師・精神保健福祉士が行う場合が多く、結果的に障害福祉サービスにつながりやすいことから、スタッフ配置も重要な要因であると想定される。また、本研究班の知見を公開するウェブサイトに関する調査から、継続的に調査知見をアップデートする重要性も指摘された。これらの知見から、①退院患者の支援ニーズに応じた外来ケースマネジメントと診療報酬加算の在り方の再検討、②包括的支援マネジメントの多職種展開を支える体制整備の推進、③医療機関における障害福祉サービス情報提供の仕組みを強化する体制の推進、④専門職と当事者ニーズを同時に満たす Web プラットフォームによる継続的な情報発信が今後の課題として挙げられる。

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）

岡村 泰（東京都松沢病院 精神科，医長）

吉田光爾（東洋大学 福祉社会デザイン学部，
教授）

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され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⁶⁾。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⁷⁻⁹⁾。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。

地域精神科医療におけ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、当事者による現在の医福連携に関する意識調査、精神科病院における包括的支援マネジメントとスタッフの支援内容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。

B. 研究の目的

2024年度における研究班の具体的な目的は、

以下4点であった。

1. 1年以上の入院期間を経て、精神科病院を退院する患者に関する入院中および退院後のケースマネジメントの実態を把握すること（藤井分担任）
2. 医療機関における包括的支援マネジメントの実装と支援内容との関連について検証すること（岡村分担任）
3. 当事者から見た医福連携の実態や課題を把握すること（吉田分担任）
4. 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）

C. 本年度の進捗状況

1. 1年以上の入院期間を経て、精神科病院を退院する患者に関する入院中および退院後のケースマネジメントの実態把握

本分担任は、精神科病院に入院した患者のうち、入院期間1年以上を経て退院した者を対象として、退院時の状態やケースマネジメントの実態、精神科退院時共同指導料や療養生活継続支援加算の算定状況などについて把握することを目的とした。本研究は、国内6精神科病院の退院患者を対象として、臨床像や関連診療報酬・ケースマネジメントに関する実態などについて調査した。調査期間は2023年10月1日から2024年9月30日までであった。分析の際には、対象者を①65歳未満かつ主診断が認知症以外の者（65歳未満&認知症以外群）と②65歳以上あるいは主診断が認知症の者（65歳以上OR認知症群）に分け、群間比較を実施した。さらに、①65歳未満&認知症以外群については、外来ケースマネジメントの有無で2群に分け（外来CMあり群、なし群）、各項目の回答を比較した。分析の結果、6機関で合計101名を本研究の分析対象とした。対象者の約60%が男性であり、平均年齢は62.2歳（SD=19.5）であった。また、診断は統合失調症（n=55）が最も多かった。平均入院期間は約1,134日（SD=1459.4）であった。対象

者の約60%がグループホーム等の入所施設へ退院したが、65歳未満&認知症以外群では、家族同居や一人暮らしでの退院割合が高かった。退院時の状態では、約90%に残存する精神症状が認められた。また、Global Assessment of Functioning (GAF)の平均得点は全体的に低い傾向にあり（約30点）、特に65歳以上OR認知症群で顕著に低かった。一方で、包括的支援マネジメントスクリーニングシート（Intensive case management screening sheet: ICMSS）の得点から、65歳未満&認知症以外群がより多くの生活課題を有していた。対象者の全員が入院中にケースマネージャーを選任されていたが、外来ケースマネジメントの支援を受けていた者は22.8%であった。また、精神科退院時共同指導料や療養生活継続支援加算はほとんど算定されていなかった。本分担任研究の対象となった、入院期間が1年を超える患者は精神症状が残存する形で退院しており、重い機能障害を抱えていた。調査に参加した精神科病院では、入院中のケースマネジメントが徐々に広がり始めているが、外来ケースマネジメントの普及には大きな課題があり、また2つの加算の算定実績は低いものであった。今後はケースマネージャー業務や加算によるケースマネジメントを必要とする患者の特定、より使いやすい制度の在り方を検証する必要がある。

2. 医療機関における包括的支援マネジメントの実装と支援内容との関連の検証

本分担任は、医療機関で包括的支援マネジメントを実装した際の専門職の支援内容に着目した分析を進めた。具体的には、松沢病院において包括的支援マネジメントを導入した患者と非導入の患者における専門職による支援内容の違いを比較した。本研究は、2022年4月から2023年3月まで、松沢病院の開放または急性期閉鎖病棟で入院治療を行い、退院後も当院通院が予定される患者を対象とした前向き調査であった。対象は初発精神病、措

置症例、難治症例とし、介入内容には支援ニーズアセスメント評価、ケア会議の実施、および療養生活支援計画の作成が包含された。包括的支援マネジメント(CCM)導入群(10名)と対照群(5名)において、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師の支援内容の平均支援回数を記録し、分析を行った。分析の結果、CCM導入群(10名)の平均年齢は49歳(女性9名)で、診断は統合失調症7名、統合失調感情障害2名、気分障害1名であった。一方、対照群(5名)の平均年齢は56歳(女性3名)で、診断は統合失調症4名、双極性障害1名であった。看護師による支援では、対照群においてCCMに関する支援の平均回数が多かったが、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師による支援については、CCM導入群で関連支援の平均回数が多かった。本研究の結果は、包括的支援マネジメントの導入により、看護師以外の専門職によるケースマネジメントに関連する支援が増加することを示唆する。従来看護師中心で行われていた業務が、包括的支援マネジメントの導入により多職種間で分担された可能性が考えられる。単一病院かつ症例数が限られるという限界はあるが、本研究は医療型ケースマネジメントの今後の展開に向けた基礎資料となると期待される。

3. 当事者から見た医福連携の実態や課題の把握

本分担研究では、精神障害の当事者団体の協力を得て、サービスがより有効に活用されるための医療・福祉連携の在り方について当事者にWeb調査を行った。医療機関において障害福祉サービスについて「全く情報提供されなかった」(19.0%)、「あまり情報提供されなかった」(35.6%)をあわせると、半数以上(54.6%)が情報提供を十分にうけていないと感じており、他方、十分に情報提供がなされなかった群においても「障がい福祉サービスを利用したいと思う」と回答している者は過

半数を超えていた。障害福祉サービスの情報提供が行われている場合、その主体は外来・入院中ともに、医師・精神保健福祉士であり、結果的に障害福祉サービスにつながった率が63.6%~79.2%と、他の職種が情報提供した場合より高くなっていた。特に外来で主治医以外の担当者がある場合は、障害福祉サービスにつながった割合が76.2%~85.7%と高くなっていた。障害福祉サービスの利用経験の有無(有:1、無0)を目的変数としてロジスティック回帰分析を行ったところ、有意な促進要因として「医療機関での情報提供の度合い」(OR=2.59、 $p=.002$)、ピアとの関わり(OR=1.36、 $p=.002$)、入院経験(OR=3.64、 $p=.001$)などが有意な促進要因となっており、他方で有意な抑制要因が障害福祉サービスへの認識の第三因子「気後れ」(OR=0.45、 $p=.003$)となっていた。また第三因子「気後れ」については、ピアとの接触度・ピアサポート会合の参加の有無・ピアサポーター/スタッフとの出会いの有無など、ピアとの接触が負の相関を示していた。なお、緊急時に頼りになる人について尋ねたところ、第一候補であげられた回答割合で多いのは「家族・親族」(62.2%)、「友人・ピア」(10.3%)でインフォーマルな関係が70%を超えていた。他方で「医療関係者」(16.5%)「福祉関係者」(5.9%)「行政関係者」(0.7%)とフォーマルな専門職を最優先で選択する人は2割強となっていた。

4. 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

当該研究班の目的は精神科医療や地域精神保健に関わる支援者が研究成果を活用できるよう、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Webサイトを作成することであった。類似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した。本研究班でデータ収集を行った「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に関する実態調査」、「精神科病院からの退院患者における外来ケースマネジメントに関する診療報酬についての実態調査」、「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」の結果を反映した Web サイト「精神科ケースマネジメント研究班」（<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/pcmr/>）が公開済である。

D. 結論

本研究は主に 3 つの知見を提供した。第 1 に、1 年以上の入院期間を経て退院した患者は残存症状や重い機能障害・生活障害があるにもかかわらず、彼らに対する外来ケースマネジメントの実装は大きな課題であり、特に精神科退院時共同指導料や療養生活継続支援加算の活用実績も極めて乏しいことが明らかとなった。第 2 に、精神科病院における包括的支援マネジメントの導入は、看護師以外の専門職（臨床心理士・精神保健福祉士・作業療法士・薬剤師）の支援回数が増加することから、多職種連携の促進が期待される。第 3 に、当事者調査では医療機関からの障害福祉サービス情報提供の度合い、ピアとの関わり、入院経験が利用促進要因であった。情報提供については、医師・精神保健福祉士が行う場合が多く、結果的に障害福祉サービスにつながりやすいことから、スタッフ配置も重要な要因であると想定される。また、本研究班の知見を公開するウェブサイトに関する調査から、継続的に調査知見をアップデートする重要性も指摘された。以上の知見を踏まえ、①退院患者の支援ニーズに応じた外来ケースマネジメントと診療報酬加算の在り方の再検討、②包括的支援マネジメントの多職種展開を支える体制整備の推進、③医療機関における障害福祉サービス情報提供の仕組みを強化する体制の推進、そして、④専門職と当事者ニーズ

を同時に満たす Web プラットフォームによる継続的な情報が発信が今後の課題として挙げられる。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

I. 論文発表

- 1) 山口創生, 吉田光爾: ケースマネジメントの発展の歴史と概要. 精神障害とリハビリテーション 28(2):125-139, 2024.
- 2) 竹澤翔, 小池純子, 酢野貢, 村井千賀, 山下真, 北村立, 山口創生, 藤井千代: 精神科救急病棟における包括的支援マネジメントによる地域連携. 精神科救急 27:24-31, 2024.
- 3) Sawada U, Matsunaga A, Taneda A, Sasaki N, Yamaguchi S: Perspectives of people with schizophrenia on clinical outcome scales and patient-reported outcome measures: a qualitative study. BMC Psychiatry 24(1):861, 2024.
- 4) Yamaguchi S, Usui K, Iwanaga M, Kawaguchi T, Hada A, Yoshida K, Nishio M, Yanata H, Watanabe M, Taniguchi K, Aoki H, Hisajima Y, Sato S, Fujii C: 10-year outcome trajectories of people with mental illness and their families who receive services from multidisciplinary case management and outreach teams: protocol of a multisite longitudinal study. BMJ Open 14(8):e085532, 2024.
- 5) Iwanaga M, Yamaguchi S, Sato S, Usui K, Nakanishi K, Nishiuchi E, Shimodaira M, So Y, Fujii C: Comparison of the 12-item and 36-item versions of the World Health

Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 using longitudinal data from community mental health outreach service users. *Neuropsychopharmacology Reports* 44(2):457-463, 2024.

- 6) Yamaguchi S, Ojio Y, Koike J, Matsunaga A, Ogawa M, Kikuchi A, Kawashima T, Tachimori H, Bernick P, Kimura H, Inagaki A, Watanabe H, Kishi Y, Yoshida K, Hirooka T, Oishi S, Matsuda Y, Fujii C: Associations between readmission and patient-reported measures in acute psychiatric inpatients: a multicenter prospective longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 60(1):79-93, 2025.
- 7) Yamaguchi S, Koike J, Igarashi M, Kawaguchi T, Shiozawa T, Usui K, Iwanaga M, Matsunaga A, Yoshida K, Sato S, Fujii C: Comparative analysis of independent reviewer-rated and self-rated fidelity scores in individual placement and support programs: repeated cross-sectional surveys. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 52(2):379-389, 2025.

2. 学会発表

- 1) Yamaguchi S, Koike J, Matsunaga A, Ojio Y, Ogawa M, Kimura H, Watanabe H, Fujii C: Associations between clinical and subjective outcomes and social determinant factors in acute psychiatric inpatients: a multicenter prospective longitudinal study. *The 10th World Congress of*

Asian Psychiatry, Bari, 2024.12.06.

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) Yamaguchi S, Ojio Y, Koike J, et al: Associations between readmission and patient-reported measures in acute psychiatric inpatients: a multicenter prospective longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 60(1):79-93, 2025.
- 7) 山口創生, 川副泰成, 名雪和美, 他:

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.

- 8) 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.
- 9) 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.

精神科病院での入院期間1年以上の退院患者における 外来ケースマネジメントと関連診療報酬に関する実態調査

○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）

○研究協力者

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）

岩永麻衣（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）

小池純子（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）

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）

要旨

【目的】本研究は、精神科病院に入院した患者のうち、入院期間1年以上を経て退院した者を対象として、退院時の状態やケースマネジメントの実態、精神科退院時共同指導料や療養生活継続支援加算の算定状況などについて把握することを目的とした。

【方法】本研究は、国内6精神科病院の退院患者を対象として、彼らの臨床像や関連診療報酬・ケースマネジメントに関する実態などについて調査した。調査期間は2023年10月1日から2024年9月30日までであった。分析の際には、対象者を①65歳未満かつ主診断が認知症以外の者（65歳未満&認知症以外群）と②65歳以上あるいは主診断が認知症の者（65歳以上OR認知症群）に分け、群間比較を実施した。さらに、①65歳未満&認知症以外群については、外来ケースマネジメントの有無で2群に分け（外来CMあり群、なし群）、各項目の回答を比較した。

【結果】6機関で合計101名を本研究の分析対象とした。対象者の約60%が男性であり、平均年齢は62.2歳（SD=19.5）であった。また、診断は統合失調症（n=55）が最も多かった。平均入院期間は約1,134日（SD=1459.4）であった。対象者の約60%がグループホーム等の入所施設へ退院したが、65歳未満&認知症以外群では、家族同居や一人暮らしでの退院割合が高かった。退院時の状態では、約90%に残存する精神症状が認められた。また、Global Assessment of Functioning（GAF）の平均得点は全体的に低い傾向にあり（約30点）、特に65歳以上OR認知症群で顕著に低かった。一方で、包括的支援マネジメントスクリーニングシート（Intensive case management screening sheet: ICMSS）の得点から、65歳未満&認知症以外群がより多くの生活課題を有していた。対象者の全員が入院中にケースマネージャーを選任されていたが、外来ケースマネジメントの支援を受けていた者は22.8%であった。また、精神科退院時共同指導料や療養生活継続支援加算はほとんど算定されていなかった。

【結論】本研究の対象となった、入院期間が1年を超える患者は精神症状が残存する形で退院しており、重い機能障害を抱えていた。調査に参加した精神科病院では、入院中のケースマネジメントが徐々に広がり始めているが、外来ケースマネジメントの普及には大きな課題があり、また2つの加算の算定実績は低いものであった。今後はケースマネージャー業務や加算によるケースマネジメントを必要とする患者の特定、より使いやすい制度の在り方を検証する必要がある。

A. 研究の背景と目的

精神科医療において、入院治療から外来・地域ケアのスムーズな移行は国際的な課題の一つである¹⁾。地域ケアに関しては、先進国では、ケースマネジメントが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、関連する制度・体制が整備されてきた。特に、欧米では、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^{2, 3)}。他方、入院医療と外来・地域ケアとの連携や移行支援の在り方については国際的に必ずしも有用な方法が見つかっていないわけではなく、現在も模索中である⁴⁾。特に、入院期間の長い患者が退院する際のケアの在り方については研究自体が乏しく⁵⁾、データに基づいた議論に限界がある。

翻って、我が国の精神科医療は、急性期医療が進む中で、徐々に長期入院患者が減少している。そのような中、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徐々に整備され始めている。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加算である。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、患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患者に対して、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。

精神科の急性期医療やケースマネジメントに関する制度的な整備が進む一方で、長期に入院する患者のケースマネジメントや地域ケアの状況についての実態は明らかになっていない。そこで、本調査は複数の精神科病院の協力を得て、入院期間が1年を超えて退院した患者を対象として、ケースマネジメントや関連する加算に関する状況について把握することを目的とした調査を行った。

B. 方法

1. デザイン

本研究は、精神科病院の退院患者を対象として、2つの診療報酬加算の利用状況やケースマネジメントに関する業務の実態などについて調べる横断調査であった。情報源は電子カルテや支援記録であり、患者報告式の評価は実施しなかった。調査期間は、2023年10月1日から2024年9月30日までであった。

2. 対象者

国内6精神科医療機関において、下記の基準を全て満たす退院患者を対象とした：1) 2023年10月1日から2024年9月30日までに退院した患者のうち、2) 入院期間が1年を超えた者。なお、身体的なケアなどで一時的に転院し、その後当該医療機関に戻ってきた患者については、合計入院期間が1年を超えた場合には、本調査の対象となった。

3. 調査票

調査項目は、国内の精神科病院を対象とした横断調査⁶⁾や多施設共同縦断調査⁷⁾、精神科病院を3ヵ月以内に退院した患者の後ろ向き調査⁸⁾の際に使用された調査票を基に原案第1版が作成された。原案の項目には属性（例：性別、年齢、診断、手帳）、管理の必要な身体疾患の有無、入院形態、過去の入院履歴、入院中のケースマネジメント支援の有無、外来ケースマネジメントの有無、特定の治療

(クロザピンや持続性注射剤)、Global Assessment of functioning (GAF)、包括的支援マネジメントスクリーニングシート (Intensive case management screening sheet: ICMSS)、臨床全般印象・重症度 (臨床全般印象・重症度スコア (Clinical Global Impression of illness Severity: CGI-S)、退院先の住居、地域医療サービスや障害福祉サービス、高齢者福祉サービスの利用状況などが含まれた。次に、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、障害福祉事業所の職員、精神疾患およびサービスを利用した経験のある者、行政職員、その他の学術関係者などの研究分担者・協力者からの助言を基に、2つの診療報酬加算に関する質問項目を加えた原案第2版を作成した。さらに、協力者から原案第2版に対して再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、結果と共に紹介する。なお、調査票への記入は、各機関のケースマネージャーや精神保健福祉士、看護師、作業療法士等が行った。

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、対象者を①65歳未満かつ主診断が認知症以外の者 (65歳未満&認知症以外群) と②65歳以上あるいは主診断が認知症の者 (65歳以上 OR 認知症群) に分け、群間比較を実施した。さらに、①65歳未満かつ主診断が認知症以外の者については、外来ケースマネジメントの有無で2群に分け (外来CMあり群、なし群)、各項目の回答を比較した。比較の際には、 χ^2 検定、Fisher 正確確率検定、t 検定を適宜用いた。統計的有意水準は5%未満とした。なお、質問項目によって欠損値が確認されたが、本報告の分析は記述統計が主であるため代入法は用いなかった。よって、質問項目によって対象者数は異なる。

5. 倫理

本調査はオプトアウトを採用した。対象者が入院している病棟に公告文を掲示し、さらに国立精神・神経医療研究センターのホームページでも文章を公開した。潜在的な対象者から拒否がない限り、調査対象として情報を得た。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. A2023-030)。

C. 結果

1. 対象者の属性

6機関で合計101名を本研究の分析対象とした。表1-3は、対象者の属性情報を示している。対象者の約60% (n=60) が男性であり、平均年齢は62.2歳 (SD=19.5) であった。最も多い診断は統合失調症 (n=55) であり、続いて認知症 (器質性精神障害) であった (n=31)。①65歳未満&認知症以外群と②65歳以上 OR 認知症群を比較すると、性別以外の全ての項目で有意な差が確認された。外来CM有無の比較では、両群の性別と生活保護の割合に有意な差が観察された。特に、生活保護については、外来CMあり群が有意に多い割合であった (n=7, 41.2%, P=0.027)。

2. 退院時の病棟と退院先

対象者の平均入院期間は、1,134.3日 (SD=1,459.4) であった (表4-5)。年齢・診断および外来ケースマネジメントの有無で比較した際に、入院期間に有意な差はなかった。対象者のうちの約40% (n=42) は療養病棟から退院しており、約60% (n=60) の退院先はグループホームなどの入居施設・入所施設であった。②65歳以上 OR 認知症群と比較し、①65歳未満&認知症以外群では、家族等の同居 (n=11, 24.4%) や一人暮らし (n=4, 8.9%) の割合が高かった (P<0.001)。

3. 退院時の状態

90%の対象者(n=90)に退院時に幻覚妄想状態や精神運動興奮状態などの残存症状が認められた(表6-7)。また、管理が必要な身体疾患については、約40%(n=39)に観察されたが、特に②65歳以上 OR 認知症群で高い割合であった(n=34, 60.7%, $P<0.001$)。GAFの平均値は31.4(SD=14.0)であり、CGI-Sについては中等症が最も多かった(n=34, 33.7%)。また、ICMSSの平均点は4.4(SD=2.4)であった。①65歳未満&認知症以外群と②65歳以上 OR 認知症群を比較すると、②65歳以上 OR 認知症群では、GAFの平均得点が有意に低く(26.2, SD=11.2, $P<0.001$)、CGI-Sもやや重症(n=17, 30.4%)や重症(n=17, 30.4%)が多くなっていった($P<0.001$)。一方で、ICMSSの平均点は、①65歳未満&認知症以外群が有意に高く(5.0, SD=2.3, $P=0.019$)、生活課題を多く抱えていた。ICMSSの各項目の評価結果は表8-10に示されている。なお、退院時の状態に関するケースマネジメントの有無の比較では、有意差が観察された項目はなかった。

4. 入院中の治療・支援

表11, 12は入院中のケースマネジメントや特定の治療について示している。101名全員が、入院中にケースマネジメント担当者(退院後生活環境相談員や相談担当者、ケースマネージャー)が選任されていた。また、ほぼ全てのケースマネジメント担当者の職種は、精神保健福祉士であった。約80%の対象者において3職種以上が参加する院内の多職種会議が開催されており、約60%の対象者において院内の多職種チームが主催する院外の支援者が参加する会議が開催されていた。また、約20%の対象者については、ケースマネージャーが病院外の機関が主催する会議に参加していた。②65歳以上 OR 認知症群と比較し、①65歳未満&認知症以外群では、ケースマネジメント関連会議の開催割合やLAIやクロザピンな

ど特定の治療を受ける割合が有意に高かった(表11)。一方で、外来ケースマネジメントの有無の比較では、クロザピン以外に有意差が観察された項目はなかった(表12)。

5. 退院時のケースマネジメント関連加算

精神科退院時共同指導料2については、101名中100名が算定をしていなかった(表13)。その理由として「必要なし」(n=52)が最も多く、次いで「自院に通院するため算定できない」(n=41)であった。退院時の療養生活継続支援加算については、予定なしが約90%であった(n=91)。その理由としては、「本人の希望なし」(n=74)、「自院に通院するため連携の必要がない」(n=22)の回答が多かった。群間比較では、②65歳以上 OR 認知症群と比較し、①65歳未満&認知症以外群では、療養生活継続支援加算の算定予定が多かったが($P=0.021$)、それ以外に有意差が認められる項目はなかった(表14, 15)。

6. 外来ケースマネジメントと医療サービス

表16, 17は、外来ケースマネジメントと医療系地域サービスの利用状況を示している。外来ケースマネジメントを利用していた対象者は23名(22.8%)であり、そのうち18名のケースマネージャーは入院中から継続して担当していた。また、全体で約70%(n=73)が障害者総合支援法、介護保険、自治体のケースマネジメントのいずれかを利用していた。訪問看護など医療機関からの訪問支援を日常的に利用している対象者の割合は26.7%(n=27)であり、デイケアなどその他の医療サービスを日常的に利用している者は10.9%(n=11)であった。外来ケースマネジメント、その他のケースマネジメント、あるいは医療サービスについては、②65歳以上 OR 認知症群よりも①65歳未満&認知症以外群において利用している対象者の割合が有意に高かった(表16)。一方、ケースマネジメントの有無で比較では、

外来 CM なし群と比較し、あり群でデイケアなどその他の医療サービスを日常的に利用している対象者の割合が有意に高かったが ($P=0.039$)、その他の項目に有意な差はなかった (表 17)。

7. 障害福祉サービスと高齢福祉サービス

障害福祉サービスについては、対象者の約 90% ($n=91$) が説明を受けており、また、約 75% が実際に障害福祉サービスを日常的に利用していた。②65 歳以上 OR 認知症群と比較し、①65 歳未満&認知症以外群ではサービスを利用している割合が高かった ($P=0.036$)。特に②65 歳未満&認知症以外群では、障害者総合支援法の日中活動居場所、訓練就労系、住居支援系など多様なサービスが利用されていたが、②65 歳以上 OR 認知症群では、介護保険の宿泊入所施設が主要なサービスであった。福祉サービスを利用しない理由で最も多い回答は「必要としていない (ように見える)」であった ($n=39$, 38.6%)。金銭管理に関するサポートを利用していた対象者は 17 名 (16.8%) であったが、①65 歳未満&認知症以外群 ($P=0.057$)、特に外来 CM あり群で有意に利用している者が多かった ($P=0.031$) (表 18, 19)。

D. 考察

本研究は、国内 6 つの精神科病院に入院し、1 年以上の入院期間を経て退院した患者を対象として、退院時の状態やケースマネジメント支援の利用状況、関連加算の算定状況を調べた。調査の結果、対象となった患者は平均して約 3 年弱の期間入院しており、退院時に重い機能障害や残存症状が確認された。また、全対象者において入院中のケースマネージャーが選任されている一方で、外来ケースマネジメントの利用者は約 20% であった。さらに、ケースマネジメントの関連加算は算定されていない実態が明らかになった。

1. 対象者の状態

対象者の退院時の状態から、精神症状や機能障害がある状態で退院していることが明らかになった。退院時に残存症状の認められる対象者が 90% 以上であり、CGI-S の評価でも中等度～重症度の割合が多く、さらに GAF の平均点は約 30 であった。精神科病院の急性期病棟や救急病棟に入院し、3 ヶ月以内に退院した患者の退院時の GAF の平均得点 (約 50) と比較すると⁸⁾、入院期間が 1 年を超える本研究の対象者は重い機能障害があると考えられる。

2. 入院ケースマネジメントの実態

本研究では、全ての対象者において入院中にケースマネージャーが選任されていた。前述のように対象者は重い機能障害を抱える傾向にあり、入院中から地域生活における社会資源や退院先の施設との連携が不可欠だったことが、入院中からのケースマネジメントの徹底に関係していると思われる。②65 歳以上 OR 認知症群と比較し、①65 歳未満&認知症以外群は GAF の平均点は高く、退院後に家族同居や一人暮らしをする者の割合が多い傾向にあったが、入院中のケースマネジメント関連の会議の開催の割合は高かった。この結果から、単純に機能障害が重いことだけがケースマネジメントにつながるのではなく、6 病院では、地域生活を見据えた地域資源との連携など必要とされる対象者に対してケースマネジメントが行われていたと考えられる。

3. 外来ケースマネジメントの実態

入院中においては対象者全員にケースマネジメントが選任されていたのに対して、外来においてケースマネージャーの支援を受けていたのは約 20% であった。①65 歳未満&認知症以外群における外来ケースマネジメントあり群となし群の比較では、退院先 (家族同居・一人暮らし・施設) でこの割合が大きく変わる

わけではない。すなわち、退院した後の支援が非常に希薄になっていると推測される。ただし、医療機関からの訪問サービスや障害福祉サービスについては利用している対象者が多く、退院後の地域生活で全く地域ケアが提供されていないわけではない。一方で、ICMSSの得点に基づくと、①65歳未満&認知症以外群は生活課題が多く、ケースマネジメント的な支援が必要になる集団と考えられる。また、精神科病院の急性期病棟や救急病棟の退院患者のコホート調査で明らかになった通り、退院後に患者が地域の中で孤立しやすい⁹⁾。よって、医療機関における外来ケースマネジメントの実装は大きな課題となるであろう。

4. 関連加算の算定状況

本研究の対象者においては、精神科退院時共同指導料2と療養生活継続支援加算の2つの診療報酬はほとんど算定されていなかった。精神科退院時共同指導料2については「自院に通院するため算定できない」が回答の多い理由であったが、これは精神科病院を3か月以内で退院した患者の調査と同様の結果であった⁸⁾。また、療養生活継続支援加算を算定しない理由は、「本人の希望なし」が回答の多い項目であった。診療報酬は患者本人の負担のある制度であるため、本人が同意なしには算定できず、障壁の一つになっていると考えられる。さらに、養生活継続支援加算は、外来に専任の精神保健福祉士あるいは看護師を配置する必要があるが、外来ケースマネジメントを利用していた対象者の多くは、入院中にケースマネジメントを担当したスタッフから継続して支援を受けていた。この結果は、外来のケースマネージャーが入院中からかわっていた事実を反映している可能性もあるが、入院病棟のケースマネージャーが退院後の外来ケースマネジメントを担当していた可能性が大きいと推測される。この背景には、療養生活継続支援加算の報酬額では各機関が外来

に専任のケースマネージャーを置いていない可能性も示唆される。外来ケースマネジメントの普及を実現する診療報酬の在り方や関連加算の在り方については、今後も継続的な議論が必要となるであろう。

5. 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、本調査は6精神科病院の調査であり、その施設要因の一般化可能性に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、その回答は必ずしも患者の主観的なものではない。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、2つの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に調査時期が挙げられる。特に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2年半を経過した時期に実施した。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、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、入院期間1年以上の退院患者を対象とした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。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

I. 論文発表

- 1) Yamaguchi S, Usui K, Iwanaga M, Kawaguchi T, Hada A, Yoshida K, Nishio M, Yanata H, Watanabe M, Taniguchi K, Aoki H, Hisajima Y, Sato S, Fujii C: 10-year outcome trajectories of people with mental illness and their families who receive services from

multidisciplinary case management and outreach teams: protocol of a multisite longitudinal study. *BMJ Open* 14(8):e085532, 2024.

- 2) Sawada U, Matsunaga A, Taneda A, Sasaki N, Yamaguchi S: Perspectives of people with schizophrenia on clinical outcome scales and patient-reported outcome measures: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 24(1):861, 2024.
- 3) Yamaguchi S, Ojio Y, Koike J, Matsunaga A, Ogawa M, Kikuchi A, Kawashima T, Tachimori H, Bernick P, Kimura H, Inagaki A, Watanabe H, Kishi Y, Yoshida K, Hirooka T, Oishi S, Matsuda Y, Fujii C: Associations between readmission and patient-reported measures in acute psychiatric inpatients: a multicenter prospective longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 60(1):79–93, 2025.
- 4) Yamaguchi S, Koike J, Igarashi M, Kawaguchi T, Shiozawa T, Usui K, Iwanaga M, Matsunaga A, Yoshida K, Sato S, Fujii C: Comparative analysis of independent reviewer-rated and self-rated fidelity scores in individual placement and support programs: Repeated cross-sectional surveys. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 52(2):379–389, 2025.

2. 学会発表

- 1) Yamaguchi S, Koike J, Matsunaga A, Ojio Y, Ogawa M, Kimura H, Watanabe H, Fujii C: Associations between clinical and subjective outcomes and social determinant factors in acute psychiatric inpatients: a multicenter prospective longitudinal study. The 10th World Congress of Asian Psychiatry, Bari, 2024.12.06

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) Mutschler C, Lichtenstein S, Kidd SA, et al: Transition experiences following psychiatric hospitalization: A systematic review of the literature. *Community Ment Health J* 55(8):1255-1274, 2019.
- 2) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, et al: Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD007906, 2017.
- 3) 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.
- 4) Hegedüs A, Kozel B, Richter D, et al: Effectiveness of transitional interventions in improving patient outcomes and service use after discharge from psychiatric inpatient care: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* 10:969, 2020.
- 5) Sato S, Nakanishi M, Ogawa M, et al: Rehospitallisation rates after long-term follow-up of patients with severe mental illness admitted for more than one year: a systematic review. *BMC Psychiatry* 23(1):788, 2023.
- 6) 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.
- 7) Yamaguchi S, Ojio Y, Koike J, et al: Associations between readmission and patient-reported measures in acute psychiatric inpatients: a

study protocol for a multicenter prospective longitudinal study (the ePOP-J study). *Int J Ment Health Syst* 13:40, 2019.

- 8) 藤井千代, 山口創生, 岩永麻衣, 他: 精神科病院からの退院患者における外来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)についての実態調査. 山口創生編: 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5年度総括・分担研究報告書, 国立精神・神経医療研究センター, 小平, pp9-15, 2024.
- 9) Yamaguchi S, Ojio Y, Koike J, et al: Associations between readmission and patient-reported measures in acute psychiatric inpatients: a multicenter prospective longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 60(1):79–93, 2025.

表 1 属性情報
(全ケース)

項目	n=101	
年齢 (mean, sd)	62.2	19.5
性別 (n, %)		
女性	41	40.6
男性	60	59.4
診断 (n, %)		
F0 : 器質性精神障害	31	30.7
F1 : 精神作用物質使用障害	2	2.0
F2 : 統合失調症圏	55	54.5
F3 (F30/F31 以外) : 気分障害	3	3.0
F30/F31 : 気分障害 (躁病エピソード・双極性障害)	5	5.0
F4 : 神経症性障害圏	1	1.0
F5 : 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	0	0.0
F6 : 人格障害圏	3	3.0
F7 : 知的障害	1	1.0
F8 : 心理的発達の障害	0	0.0
F9 : 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	0	0.0
重複診断の有無 (n, %)		
なし	86	85.1
あり	15	14.9
精神作用物質使用障害	0	
知的障害	7	
発達障害	8	
精神保健福祉手帳の有無 (n, %)		
なし	64	63.4
あり	37	36.6
1 級	3	
2 級	30	
3 級	4	
生活保護受給の有無 (n, %)		
なし	87	86.1
あり	14	13.9

表 2 入院時情報
(年齢と主診断でのクロス表)

	65 歳未満 & 認知症以外の主診断 (n=45)		65 歳以上 OR 認知症の主診断 (n=56)		統計値 (χ^2/t)	p 値
年齢 (mean, sd)	44.7	11.3	76.4	11.4	-13.944	<0.001
性別 (n, %)						
女性	17	37.8	24	42.9	0.267	0.605
男性	28	62.2	32	57.1		
診断 (n, %)						
F0 : 器質性精神障害	1	2.2	30	53.6	40.508	<0.001
F1 : 精神作用物質使用障害	2	4.4	0	0.0	Fisher's P	<0.001
F2 : 統合失調症圏	37	82.2	18	32.1		
F3 (F30/F31 以外) : 気分障害	0	0.0	3	5.4		
F30/F31 : 気分障害 (躁病エピソード・双極性障害)	3	6.7	2	3.6		
F4 : 神経症性障害圏	0	0.0	1	1.8		
F5 : 生理的障害及び身体的要因に 関連した行動症候群	0	0.0	0	0.0		
F6 : 人格障害圏	1	2.2	2	3.6		
F7 : 知的障害	1	2.2	0	0.0		
F8 : 心理的発達の障害	0	0.0	0	0.0		
F9 : 小児期及び青年期に通常発症 する行動及び情緒の障害	0	0.0	0	0.0		
重複診断の有無 (n, %)						
なし	32	71.1	55	98.2	12.647	<0.001
あり	13	28.9	1	1.8	Fisher's P	<0.001
精神作用物質使用障害	0		0			
知的障害	7		0			
発達障害	7		1			
精神保健福祉手帳の有無 (n, %)						
なし	14	31.1	50	89.3	36.375	<0.001
あり	31	68.9	6	10.7		
1 級	3		0			
2 級	25		5			
3 級	3		1			
生活保護受給の有無 (n, %)						
なし	35	77.8	52	92.9	4.752	0.029
あり	10	22.2	4	7.1	Fisher's P	0.042

表 3 入院時情報
(65 歳未満 & 認知症以外の主診断ケースにおける外来 CM の有無でのクロス表)

	外来 CM なし (n=28)		外来 CM あり (n=17)		統計値 (χ^2/t)	p 値
年齢 (mean, sd)	44.2	9.6	45.5	13.9	-0.338	0.738
性別 (n, %)						
女性	7	25	10	58.8	5.148	0.023
男性	21	75	7	41.2		
診断 (n, %)						
F0：器質性精神障害	1	3.6	0	0.0	4.221	0.518
F1：精神作用物質使用障害	2	7.1	0	0.0		
F2：統合失調症圏	22	78.6	15	88.2	Fisher's P	0.781
F3 (F30/F31 以外)：気分障害	0	0.0	0	0.0		
F30/F31：気分障害 (躁病エピソード・双極性障害)	2	7.1	1	5.9		
F4：神経症性障害圏	0	0.0	0	0.0		
F5：生理的障害及び身体的要因に 関連した行動症候群	0	0.0	0	0.0		
F6：人格障害圏	1	3.6	0	0.0		
F7：知的障害	0	0.0	1	5.9		
F8：心理的発達の障害	0	0.0	0	0.0		
F9：小児期及び青年期に通常発症 する行動及び情緒の障害	0	0.0	0	0.0		
重複診断の有無 (n, %)						
なし	20	71.4	12	70.6	0.004	0.952
あり	8	28.6	5	29.4		
精神作用物質使用障害	0		0			
知的障害	5		2			
発達障害	3		4			
精神保健福祉手帳の有無 (n, %)						
なし	10	35.7	4	23.5	0.733	0.392
あり	18	64.3	13	76.5		
1 級	1		2			
2 級	15		10			
3 級	2		1			
生活保護受給の有無 (n, %)						
なし	25	89.3	10	58.8	5.679	0.017
あり	3	10.7	7	41.2		

表 4 退院時の病棟と退院先
(全ケース / 年齢と主診断でのクロス表)

	全体 (n=101)		65 歳未満 & 認知症以外の主診断 (n=45)		65 歳以上 OR 認知症の主診断 (n=56)		統計値 (χ^2 /t)	p 値
入院日数 (mean, sd)	1134.3	1459.4	1071.9	1389.6	1184.4	1523.9	-0.387	0.699
(median, iqr)	550.0	787.0	533.0	825.0	604.0	749.0		
退院時の入院病棟 (n, %)								
救急病棟	2	2	1	2.2	1	1.8	Fisher's p	0.863
急性病棟	3	3	1	2.2	2	3.6		0.851
療養病棟	42	41.6	17	37.8	25	44.6		
その他	54	53.5	26	57.8	28	50.0		
出来高 (精神病棟入院基本料)	6		4		2			
地域包括ケア病棟	2		2		0			
精神病棟入院基本料 15 : 1	13		4		9			
精神科地域包括ケア病棟	9		8		1			
認知症治療病棟	9		0		9			
認知症疾患治療病棟	6		0		6			
精神一般病棟	9		8		1			
退院先の住居 (n, %)								
家族、兄弟・パートナー等と同居	17	16.8	11	24.4	6	10.7	Fisher's p	0.001
一人暮らし	5	4.95	4	8.9	1	1.8		<0.001
グループホームなどの 入居施設・入所施設	60	59.4	29	64.4	31	55.4		
転院	9	8.91	0	0.0	9	16.1		
死亡	10	9.9	1	2.2	9	16.1		

表 5 退院時の病棟と退院先
(65 歳未満 & 認知症以外の主診断ケースにおける外来 CM の有無でのクロス表)

	外来 CM なし (n=28)		外来 CM あり (n=17)		統計値 (χ^2/t)	p 値
入院日数 (mean, sd)	1209.9	1687.5	844.7	645.3	1.028	0.310
(median, iqr)	522.0	844.8	550.0	501.0		
退院時の入院病棟 (n, %)						
救急病棟	1	3.6	0	0.0	1.303	0.728
急性病棟	1	3.6	0	0.0	Fisher's P	1.000
療養病棟	10	35.7	7	41.2		
その他	16	57.1	10	58.8		
出来高 (精神病棟入院基本料)	3		1			
地域包括ケア病棟	1		1			
精神病棟入院基本料 15 : 1	4		0			
精神科地域包括ケア病棟	1		7			
認知症治療病棟	0		0			
認知症疾患治療病棟	0		0			
精神一般病棟	7		1			
退院先の住居 (n, %)						
家族、兄弟・パートナー等と同居	7	25.0	4	23.5	1.054	0.788
一人暮らし	3	10.7	1	5.9	Fisher's P	1.000
グループホームなどの入居施設・入所施設	17	60.7	12	70.6		
転院	0	0.0	0	0.0		
死亡	1	3.6	0	0.0		

表 6 退院時の状態
(全ケース / 年齢と主診断でのクロス表)

	全体 (n=101)		65 歳未満 & 認知症以外の主診断 (n=45)		65 歳以上 OR 認知症の主診断 (n=56)		統計値 (x ² /t)	p 値
残存症状の有無 (n, %)								
なし	11	10.9	8	17.8	3	5.4	3.966	0.046
あり	90	89.1	37	82.2	53	94.6	Fisher's P	0.058
幻覚妄想状態	61	60.4	28	62.2	33	58.9		
精神運動興奮状態	14	13.9	9	20	5	8.9		
昏迷状態	0	0	0	0	0	0		
抑鬱状態	6	5.9	2	4.4	4	7.1		
躁状態	8	7.9	6	13.3	2	3.6		
せん妄状態	0	0	0	0	0	0		
もうろう状態	0	0	0	0	0	0		
認知症状態	29	28.7	0	0	29	51.8		
その他 *	7	3	3	6.7	4	7.1		
管理が必要な身体疾患の有無 (n, %)								
なし	62	61.4	40	88.9	22	39.3	25.899	<0.001
あり	39	38.6	5	11.1	34	60.7		
うつ血性心不全	2		0		2			
脳血管疾患	6		0		6			
認知症	27		0		27			
膠原病	1		0		1			
消化性潰瘍	2		0		2			
片麻痺または対麻痺	2		0		2			
軽度肝疾患	2		2		0			
中等度から重度の肝疾患	1		0		1			
合併症を伴わない糖尿病	5		4		1			
合併症を伴う糖尿病	1		0		1			
限局性固形がん	1		0		1			
GAF (mean, sd)	31.4	14.0	37.9	14.5	26.2	11.2	4.440	<0.001
CGI-S (n, %)								
判定不能	2	2	0	0	2	3.6	26.089	<0.001
正常	0	0	0	0	0	0	Fisher's P	<0.001
ごく軽症	7	6.9	7	15.6	0	0		
軽症	15	14.9	11	24.4	4	7.1		
中等症	34	33.7	18	40	16	28.6		
やや重症	21	20.8	4	8.9	17	30.4		
重症	22	21.8	5	11.1	17	30.4		
最重症	0	0	0	0	0	0		
ICMSS (mean, sd)	4.4	2.4	5	2.3	3.9	2.4	2.386	0.019

*その他の内容：コルサコフ症候群、てんかん、パーキンソン病・症候群、水中毒、浪費、ためこみ、被害念慮、緊張病状態

表 7 退院時の状態
(65 歳未満 & 認知症以外の主診断ケースにおける外来 CM の有無でのクロス表)

	外来 CM なし (n=28)		外来 CM あり (n=17)		統計値 (x ² /t)	p 値
残存症状の有無 (n, %)						
なし	6	21.4	2	11.8	0.676	0.411
あり	22	78.6	15	88.2	Fisher's P	0.690
幻覚妄想状態	15	53.6	13	76.5		
精神運動興奮状態	6	21.4	3	17.6		
昏迷状態	0	0	0	0		
抑鬱状態	0	0	2	11.8		
躁状態	5	17.9	1	5.9		
せん妄状態	0	0	0	0		
もうろう状態	0	0	0	0		
認知症状態	0	0	0	0		
その他 *	2	7.1	1	5.9		
管理が必要な身体疾患の有無 (n, %)						
なし	24	85.7	16	94.1	0.756	0.384
あり	4	14.3	1	5.9	Fisher's P	0.635
うっ血性心不全	0		0	2		
脳血管疾患	0		0	6		
認知症	0		0	27		
膠原病	0		0	1		
消化性潰瘍	0		0	2		
片麻痺または対麻痺	0		0	2		
軽度肝疾患	2		0	4		
中等度から重度の肝疾患	0		0	1		
合併症を伴わない糖尿病	3		1	9		
合併症を伴う糖尿病	0		0	1		
限局性固形がん	0		0	1		
GAF (mean, sd)	36.6	16.2	40.1	11.5	-0.827	0.413
CGI-S (n, %)						
判定不能	0	0	0	0	1.377	0.848
正常	0	0	0	0	Fisher's P	0.891
ごく軽症	4	14.3	3	17.6		
軽症	7	25	4	23.5		
中等症	10	35.7	8	47.1		
やや重症	3	10.7	1	5.9		
重症	4	14.3	1	5.9		
最重症	0	0	0	0		
ICMSS (mean, sd)	4.8	2.3	5.3	2.5	-0.637	0.529

**表 8 退院時の包括的支援マネジメントスクリーニングシート（ICMSS: Intensive Case Management Screening Sheet)の詳細
(全ケース)**

		n=101		不明		なし		あり	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	6 か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	4	4.0	16	15.8	81	80.2		
2	自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）	1	1.0	8	7.9	92	91.1		
3	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	4	4.0	71	70.3	26	25.7		
4	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	3	3.0	86	85.1	12	11.9		
5	自傷や自殺を企てたことがある	2	2.0	87	86.1	12	11.9		
6	家族への暴力、暴言、拒絶がある	2	2.0	75	74.3	24	23.8		
7	その他の警察・保健所介入歴がある	2	2.0	71	70.3	28	27.7		
8	定期的な服薬ができていなかったことが 2 か月以上あった（初発の場合は無） *	6	5.9	69	68.3	25	24.8		
9	外来受診をしないことが 2 か月以上あった（初発の場合は無）	4	4.0	78	77.2	19	18.8		
10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	3	3.0	41	40.6	57	56.4		
11	直近の入院は措置入院である	0	0.0	95	94.1	6	5.9		
12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	0	0.0	90	89.1	11	10.9		
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	1	1.0	97	96.0	3	3.0		
14	支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	0	0.0	79	78.2	22	21.8		
15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）	0	0.0	77	76.2	24	23.8		

*1 名欠損

**表 9 退院時の包括的支援マネジメントスクリーニングシート（ICMSS: Intensive Case Management Screening Sheet)の詳細
（年齢と主診断での「あり」の比較）**

			65 歳未満 & 認知症以外の主診断 (n=45)		65 歳以上 OR 認知症の主診断 (n=56)	
			n	%	n	%
1	6 か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	あり	29	64.4	52	92.9
2	自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場 合を含む）	あり	38	84.4	54	96.4
3	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	あり	14	31.1	12	21.4
4	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	あり	7	15.6	5	8.9
5	自傷や自殺を企てたことがある	あり	8	17.8	4	7.1
6	家族への暴力、暴言、拒絶がある	あり	16	35.6	8	14.3
7	その他の警察・保健所介入歴がある	あり	20	44.4	8	14.3
8	定期的な服薬ができていなかったことが 2 か月以上あった（初発の場合は無）	あり	15	33.3	10	17.9
9	外来受診をしないことが 2 か月以上あった（初発の場合は無 ）	あり	10	22.2	9	16.1
10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	あり	26	57.8	31	55.4
11	直近の入院は措置入院である	あり	4	8.9	2	3.6
12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	あり	7	15.6	4	7.1
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	あり	1	2.2	2	3.6
14	支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	あり	13	28.9	9	16.1
15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）	あり	17	37.8	7	12.5

**表 10 退院時の包括的支援マネジメントスクリーニングシート (ICMSS: Intensive Case Management Screening Sheet)の詳細
(65 歳未満 & 認知症以外の主診断ケースにおける外来 CM の有無での「あり」の比較)**

			外来 CM なし (n=28)		外来 CM あり (n=17)	
			n	%	n	%
1	6 か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	あり	18	64.3	11	64.7
2	自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）	あり	24	85.7	14	82.4
3	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	あり	8	28.6	6	35.3
4	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	あり	3	10.7	4	23.5
5	自傷や自殺を企てたことがある	あり	5	17.9	3	17.6
6	家族への暴力、暴言、拒絶がある	あり	9	32.1	7	41.2
7	その他の警察・保健所介入歴がある	あり	13	46.4	7	41.2
8	定期的な服薬ができていなかったことが 2 か月以上あった（初発の場合は無）	あり	10	35.7	5	29.4
9	外来受診をしないことが 2 か月以上あった（初発の場合は無）	あり	5	17.9	5	29.4
10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	あり	17	60.7	9	52.9
11	直近の入院は措置入院である	あり	3	10.7	1	5.9
12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	あり	4	14.3	3	17.6
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	あり	1	3.6	0	0.0
14	支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	あり	5	17.9	8	47.1
15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）	あり	10	35.7	7	41.2

表 11 入院中の治療・支援
(全ケース / 年齢と主診断でのクロス表)

	全体 (n=101)		65 歳未満 & 認知症以外の主診断 (n=45)		65 歳以上 OR 認知症の主診断 (n=56)		統計値 (x ² /t)	p 値
退院後生活環境相談員/相談担当者/ケースマネージャーの選任の有無 (n, %)								
なし	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
あり	101	100.0	45	100.0	56	100.0		
院内のケースマネージャーの職種 (主たる国家資格 1 つのみ) (n, %)*								
欠損	1		0		1			
精神保健福祉士	94		44		50			
看護師	6		1		5			
作業療法士	0		0		0			
社会福祉士	0		0		0			
3 職種以上が参加する院内の多職種会議の開催 (n, %)								
なし	18	17.8	2	4.4	16	28.6	9.917	0.002
あり	83	82.2	43	95.6	40	71.4	Fisher's P	0.002
患者自身の参加	53		39		14			
院内の多職種チームが主催する院外の支援者が参加する会議の開催 (n, %)								
なし	42	41.6	6	13.3	36	64.3	26.665	0.000
あり	59	58.4	39	86.7	20	35.7		
患者自身の参加	47	46.5	36		11			
病院外の機関が主催する会議への参加 (n, %)								
なし	79	78.2	26	57.8	53	94.6	19.902	<0.001
あり	22	21.8	19	42.2	3	5.4	Fisher's P	<0.001
患者自身の参加	22	21.8	19		3			
デポ/LAI の有無 : 退院時に使用 (n, %)								
なし	91	90.1	37	82.2	54	96.4	5.645	0.018
あり	10	9.9	8	17.8	2	3.6	Fisher's P	0.022
クロザピンの有無 : 退院時に使用 (n, %)								
なし	87	86.1	34	75.6	53	94.6	7.613	0.006
あり	14	13.9	11	24.4	3	5.4	Fisher's P	0.008

表 12 入院中の治療・支援
(65 歳未満 & 認知症以外の主診断ケースにおける外来 CM の有無でのクロス表)

	外来 CM なし (n=28)		外来 CM あり (n=17)		統計値 (x ² /t)	p 値
退院後生活環境相談員/相談担当者/ケースマネージャーの選任の有無 (n, %)						
なし	0	0.0	0	0.0		
あり	28	100.0	17	100.0		
院内のケースマネージャーの職種（主たる国家資格 1 つのみ） (n, %)*						
欠損	0		0			
精神保健福祉士	27		17			
看護師	1		0			
作業療法士	0		0			
社会福祉士	0		0			
3職種以上が参加する院内の多職種会議の開催 (n, %)						
なし	2	7.1	0	0.0	1.271	0.260
あり	26	92.9	17	100.0	Fisher's P	0.519
患者自身の参加	23		16			
院内の多職種チームが主催する院外の支援者が参加する会議の開催 (n, %)						
なし	5	17.9	1	5.9	1.313	0.252
あり	23	82.1	16	94.1	Fisher's P	0.385
患者自身の参加	21		15			
病院外の機関が主催する会議への参加 (n, %)						
なし	17	60.7	9	52.9	0.262	0.609
あり	11	39.3	8	47.1		
患者自身の参加	11		8			
デポ/LAI の有無：退院時に使用 (n, %)						
なし	23	82.1	14	82.4	0.000	0.986
あり	5	17.9	3	17.6	Fisher's P	1.000
クロザピンの有無：退院時に使用 (n, %)						
なし	26	92.9	8	47.1	12.013	0.001
あり	2	7.1	9	52.9	Fisher's P	0.001

**表 13 精神科退院時共同指導料と療養生活継続支援加算の算定状況
(全ケース)**

n=101		
精神科退院時共同指導料 2 の算定の有無 (n, %)		
算定なし	100	99.0
算定あり	1	1.0
算定なしの理由		
必要なし	52	
算定基準を満たさない	15	
スタッフが不足しており算定できない	1	
自院に通院するため算定できない	41	
通院先の協力が得られない_通院先の算定基準が満たされていない	0	
書類仕事が煩雑であるから	0	
その他	7	
すでに地域支援者の関わりあり必要ないため	1	
死亡	1	
老人保健施設入所	1	
転科のため	1	
転院のため	3	
療養生活継続支援加算の算定の有無 (n, %)		
算定予定なし	91	90.1
算定予定	2	2.0
不明 (まだわからない)	8	7.9
算定予定なしの理由		
本人の希望なし	74	
患者の算定基準を満たさない	15	
スタッフが不足しており、算定できない	0	
自院に通院するため連携の必要がない	22	
連携は必要だが地域に連携先がない	1	
書類仕事が煩雑であるから	1	
その他	7	
すでに地域支援者の関わりあり必要ないため	1	
嘱託医に通院するため	1	
地域援助事業者に退院後の支援を十分引き継いだと感じたため	1	
外来移行の見通しが立たない	1	
施設入所	1	
死亡のため	2	

表 14 精神科退院時共同指導料と療養生活継続支援加算の算定状況
(年齢と主診断でのクロス表)

	65 歳未満 & 認知症以外の主診断 (n=45)		65 歳以上 OR 認知症の主診断 (n=56)		統計値 (x ² /t)	p 値
精神科退院時共同指導料 2 の算定の有無 (n, %)						
算定なし	45	100.0	55	98.2	0.812	0.368
算定あり	0	0.0	1	1.8	Fisher's P	1.000
算定なしの理由						
必要なし	15		37			
算定基準を満たさない	2		13			
スタッフが不足しており算定できない	1		0			
自院に通院するため算定できない	29		12			
通院先の協力が得られない	0		0			
通院先の算定基準が満たされていない	0		0			
書類仕事が煩雑であるから	0		0			
その他	1		6			
すでに地域支援者の関わりあり必要ないため	1		0			
死亡	0		1			
老人保健施設入所	0		1			
転科のため	0		1			
転院のため	0		3			
療養生活継続支援加算の算定の有無 (n, %)						
算定予定なし	37	82.2	54	96.4	6.556	0.038
算定予定	1	2.2	1	1.8	Fisher's P	0.021
不明 (まだわからない)	7	15.6	1	1.8		
算定予定なしの理由						
本人の希望なし	28		46			
患者の算定基準を満たさない	2		13			
スタッフが不足しており、算定できない	0		0			
自院に通院するため連携の必要がない	16		6			
連携は必要だが地域に連携先がない	1		0			
書類仕事が煩雑であるから	1		0			
その他	2		5			
すでに地域支援者の関わりあり必要ないため	1		0			
嘱託医に通院するため	0		1			
地域援助事業者に退院後の支援を	1		0			
十分引き継がたと感じたため	0		0			
外来移行の見通しが立たない	0		1			
施設入所	0		1			
死亡のため	0		2			

表 15 精神科退院時共同指導料と療養生活継続支援加算の算定状況
(65 歳未満 & 認知症以外の主診断ケースにおける外来 CM の有無でのクロス表)

	外来 CM なし (n=28)		外来 CM あり (n=17)		統計値 (x ² /t)	p 値
精神科退院時共同指導料 2 の算定の有無 (n, %)						
算定なし	28	100.0	17	100.0		
算定あり	0	0.0	0	0.0		
算定なしの理由						
必要なし	9		6			
算定基準を満たさない	2		0			
スタッフが不足しており算定できない	0		1			
自院に通院するため算定できない	19		10			
通院先の協力が得られない	0		0			
通院先の算定基準が満たされていない						
書類仕事が煩雑であるから	0		0			
その他	0		1			
すでに地域支援者の関わりあり必要ないため	0		1			
死亡	0		0			
老人保健施設入所	0		0			
転科のため	0		0			
転院のため	0		0			
療養生活継続支援加算の算定の有無 (n, %)						
算定予定なし	22	78.6	15	88.2	0.980	0.613
算定予定	1	3.6	0	0.0	Fisher's P	0.806
不明 (まだわからない)	5	17.9	2	11.8		
算定予定なしの理由						
本人の希望なし	17		11			
患者の算定基準を満たさない	0		2			
スタッフが不足しており、算定できない	0		0			
自院に通院するため連携の必要がない	11		5			
連携は必要だが地域に連携先がない	0		1			
書類仕事が煩雑であるから	0		1			
その他	0		2			
すでに地域支援者の関わりあり必要ないため	0		1			
嘱託医に通院するため	0		0			
地域援助事業者に退院後の支援を						
十分引き継ぎたと感じたため	0		1			
外来移行の見通しが立たない	0		0			
施設入所	0		0			
死亡のため	0		0			

表 16 外来ケースマネジメントと医療系地域サービスの利用状況
(全ケース / 年齢と主診断でのクロス表)

	全体 (n=101)		65 歳未満 & 認知症以外の主診断 (n=45)		65 歳以上 OR 認知症の主診断 (n=56)		統計値 (x ² /t)	p 値
外来または退院後の生活におけるケースマネージャーの有無（関連加算の算定の有無を問わない） (n, %)								
なし	78	77.2	28	62.2	50	89.3	10.391	0.001
あり	23	22.8	17	37.8	6	10.7		
ありの場合、担当者について								
入院時と同じ担当者	18		14		4			
入院時と異なる担当者	1		1		0			
欠損（不適切回答）	4		2		2			
ありの場合、所属について（複数選択可）								
地域連携室等	13		9		4			
訪問看護	3		2		1			
デイケア	5		4		1			
病棟	5		5		0			
ケースマネジメントの関連制度の利用（退院時） (n, %)								
欠損	2	2.0	1	2.2	1	1.8	6.520	0.011
なし	26	25.7	6	13.3	20	35.7		
あり	73	72.3	38	84.4	35	62.5		
総合支援法の相談支援事業_計画相談	39		38		1			
介護保険	34		1		33			
自治体のケースマネジメント	5		3		2			
日常的な訪問支援の利用 (n, %)								
なし	74	73.3	23	51.1	51	91.1	20.342	<0.001
あり	27	26.7	22	48.9	5	8.9		
訪問看護の利用								
月当たり回数 (n, %)	20		16		4			
1 回	2		1		1			
2 回	5		5		0			
4 回以上**	13		10		3			
その他の機関からの訪問の利用								
月当たり回数 (n, %)	11		11		0			
1 回	9		9		0			
2 回	1		1		0			
4 回**	1		1		0			
日常的なその他の医療サービスの利用 ____ 概ね週 1 回以上使う予定のサービス (n, %)								
なし	90	89.1	37	82.2	53	94.6	3.966	0.046
あり	11	10.9	8	17.8	3	5.4		
Fisher's P								
デイケア	10		8		1			
その他	2		2		0			
デイナイトケア	1		1		0			
ピアスタッフの関わり	1		1		0			

*保健所・市町村・児童相談所など, **3 回はなし

表 17 外来ケースマネジメントと地域ケアの利用状況

表 17 外来ケースマネジメントと医療系地域サービスの利用状況
(65 歳未満 & 認知症以外の主診断ケースにおける外来 CM の有無でのクロス表)

	外来 CM なし (n=28)		外来 CM あり (n=17)		統計値 (x ² /t)	p 値
外来または退院後の生活におけるケースマネージャーの有無（関連加算の算定の有無を問わない）（n, %）						
なし	28	100.0	0	0.0		
あり	0	0.0	17	100.0		
ありの場合、担当者について						
入院時と同じ担当者	0		14			
入院時と異なる担当者	0		1			
欠損（不適切回答）	0		2			
ありの場合、所属について（複数選択可）						
地域連携室等	0		9			
訪問看護	0		2			
デイケア	0		4			
病棟	0		5			
ケースマネジメントの関連制度の利用（退院時）（n, %）						
欠損	0	0.0	1	5.9	0.028	0.868
なし	4	14.3	2	11.8	Fisher's P	1.000
あり	24	85.7	14	82.4		
総合支援法の相談支援事業_計画相談	23		14			
介護保険	1		0			
自治体のケースマネジメント	2		1			
日常的な訪問支援の利用（n, %）						
なし	14	50.0	9	52.9	0.037	0.848
あり	14	50.0	8	47.1		
訪問看護の利用	10		6			
月当たり回数（n, %）						
1 回	0		1			
2 回	3		2			
4 回以上**	7		3			
その他の機関からの訪問の利用	8		3			
月当たり回数（n, %）						
1 回	6		3			
2 回	1		0			
4 回**	1		0			
日常的なその他の医療サービスの利用 __ 概ね週 1 回以上使う予定のサービス（n, %）						
なし	26	92.9	11	64.7	5.735	0.017
あり	2	7.1	6	35.3	Fisher's P	0.039
デイケア	2		6			
その他	1		1			
デイナイトケア	1		0			
ピアスタッフの関わり	0		1			

*保健所・市町村・児童相談所など, **3 回はなし

表 18 障害福祉サービスの利用状況
(全ケース / 年齢と主診断でのクロス表)

	全体 (n=101)		65 歳未満 & 認知症以外の主診断 (n=45)		65 歳以上 OR 認知症の主診断 (n=56)		統計値 (x ² /t)	p 値
障害福祉サービス高齢者サービスについての説明の有無 (n, %)								
欠損	6	5.9	3	6.7	3	5.4	0.033	0.855
説明した	91	90.1	42	93.3	49	87.5	Fisher's P	1.000
説明していない	4	4.0	0	0.0	4	7.1		
日常的（概ね週 1 回以上使う予定の）に利用している日中の地域福祉サービス (n, %)								
なし	26	25.7	7	15.6	19	33.9	4.406	0.036
あり	75	74.3	38	84.4	37	66.1		
障害福祉_日中活動居場所系	17		17		0			
障害福祉_訓練就労系	14		14		0			
障害福祉_訪問系	5		5		0			
障害福祉_居住支援系	28		25		3			
障害福祉_その他	12		12		0			
計画相談	12		12		0			
介護保険の相談系	4		1		3			
介護保険の訪問	2		1		1			
介護保険の宿泊入所施設	34		0		34			
介護保険の通所	3		1		2			
介護保険の訪問_宿泊_通所の複合サービス	1		0		1			
介護保険のその他	0		0		0			
その他	0		0		0			
福祉サービスを利用しない理由：担当者視点 (n, %)								
障害福祉サービスを/障害福祉サービスを使うことに；								
必要としていない（ように見える）	39	38.6	6	13.3	33	58.9		
知らない・関心がない	19	18.8	1	2.2	18	32.1		
不安・不信感・負担感がある	2	2.0	2	4.4	0	0.0		
心理的負担・抵抗感がある	2	2.0	1	2.2	1	1.8		
前向きであったが、希望に合うサービスがない	1	1.0	0	0.0	1	1.8		
前向きであったが、サービス利用までの過程が複雑	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
金銭管理に関するサポートの利用 (n, %)								
欠損	3	3.0	2	4.4	1	1.8	3.623	0.057
なし	81	80.2	32	71.1	49	87.5		
あり	17	16.8	11	24.4	6	10.7		
成年後見制度	9		5		4			
日常生活自立支援事業	2		2		0			
施設職員	2		2		0			
家族	4		2		2			

表 19 障害福祉サービスの利用状況
(65 歳未満 & 認知症以外の主診断ケースにおける外来 CM の有無でのクロス表)

	外来 CM なし (n=28)		外来 CM あり (n=17)		統計値 (x ² /t)	p 値		
障害福祉サービス高齢者サービスについての説明の有無 (n, %)								
欠損	3	10.7	0	0.0	1.952	0.162		
説明した	25	89.3	17	100.0	Fisher's P	0.279		
説明していない	0	0.0	0	0.0				
日常的（概ね週 1 回以上使う予定の）に利用している日中の地域福祉サービス (n, %)								
なし	6	21.4	1	5.9	1.946	0.163		
あり	22	78.6	16	94.1	Fisher's P	0.227		
障害福祉_日中活動居場所系	8		9					
障害福祉_訓練就労系	10		4					
障害福祉_訪問系	1		4					
障害福祉_居住支援系	12		13					
障害福祉_その他	8		4					
計画相談	8		4					
介護保険の相談系	1		0					
介護保険の訪問	1		0					
介護保険の宿泊入所施設	0		0					
介護保険の通所	1		0					
介護保険の訪問_宿泊_通所の複合サービス	0		0					
介護保険のその他	0		0					
その他	0		0					
福祉サービスを利用しない理由：担当者視点 (n, %)								
障害福祉サービスを/障害福祉サービスを使うことに；								
必要としていない（ようにみえる）	5	17.9	1	5.9				
知らない・関心がない	1	3.6	0	0.0				
不安・不信感・負担感がある	2	7.1	0	0.0				
心理的負担・抵抗感がある	0	0.0	1	5.9				
前向きであったが、希望に合うサービスがない	0	0.0	0	0.0				
前向きであったが、サービス利用までの過程が複雑	0	0.0	0	0.0				
金銭管理に関するサポートの利用 (n, %)								
欠損	0	0.0	2	11.8	5.380	0.020		
なし	24	85.7	8	47.1	Fisher's P	0.031		
あり	4	14.3	7	41.2				
成年後見制度	1		4					
日常生活自立支援事業	1		1					
施設職員	1		1					
家族	1		1					

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： スタッフの支援内容の変化

研究分担者：岡村 泰（東京都松沢病院 精神科）

要旨

【目的】

包括的支援マネジメント（comprehensive case management：CCM）は地域精神科医療における中核的支援システムとして位置づけられているが、専門職の支援内容に着目した研究は少ない。そこで、本研究は、松沢病院において CCM を導入した患者と非導入の患者を比較し、専門職による支援内容の違いを検証することを目的とした。

【方法】

本研究は、2022 年 4 月から 2023 年 3 月まで、松沢病院の開放または急性期閉鎖病棟で入院治療を行い、退院後も当院通院が予定される患者を対象とした前向き調査であった。対象は初発精神病、措置症例、難治症例とし、介入内容には支援ニーズアセスメント評価、ケア会議の実施、および療養生活支援計画の作成が包含された。CCM 導入群（10 名）と対照群（5 名）において、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師の支援内容の平均支援回数を記録し、分析を行った。

【結果】

CCM 導入群（10 名）の平均年齢は 49 歳（女性 9 名）で、診断は統合失調症 7 名、統合失調感情障害 2 名、気分障害 1 名であった。一方、対照群（5 名）の平均年齢は 56 歳（女性 3 名）で、診断は統合失調症 4 名、双極性障害 1 名であった。看護師による支援では、対照群において CCM に関する支援の平均回数が多かったが、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師による支援については、CCM 導入群で関連支援の平均回数が多かった。

【結論】

本研究の結果は、CCM 導入により、看護師以外の専門職によるケースマネジメントに関連する支援が増加することを示唆する。従来看護師中心で行われていた業務が、CCM の導入により多職種間で分担された可能性が考えられる。単一病院かつ症例数が限られるという限界はあるが、本研究は医療型ケースマネジメントの今後の展開に向けた基礎資料となると期待される。

A. 研究の背景と目的

ケースマネジメントとは、サービス提供や調整面で地域精神科医療の中核的支援システムであり、特に、ケースマネージャー自身が日常生活の支援も行う包括的ケースマネジメ

ント（comprehensive case management：CCM）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¹⁾が指摘されており、再入院率はケアの質の指標として使用される。本邦で推進されている「精神障害にも対応した

地域包括ケアシステム」において重視されている。しかしながら、本邦では CCM は未だに十分には普及しておらず、特にケースマネジメントにかかわる専門職の支援内容に着目した研究は少ない。そこで、本研究は、松沢病院入院治療中に CCM の手法を用いた治療を導入した患者と非導入の患者を比較し、専門職の支援の内容を検証した。

B. 方法

本研究は、2022 年 4 月から 2023 年 3 月までに当院開放または急性期閉鎖病棟にて入院治療を行い、退院後も当院通院予定の患者の退院後 1 年後の転帰やサービス内容についての前向き調査であり、対象基準は初発精神病、措置症例、難治症例とする。介入内容は、入院治療中に支援ニーズアセスメント評価【25 項目について下記の評点で日常生活全般を幅広く評価し合計得点を算出した。項目 0 (0 点)：支援の必要なし、項目 1 (1 点)：問題があり効果的な支援を受けている、項目 2 (2 点)：問題があり、支援的な支援を受けていない、項目 3 (得点無し)：不明】、ケア会議の実施、療養生活の支援に関する計画の作成である。対象者は CCM 導入群、対照群（マンパワーの問題で CCM ができなかった患者）とする。2 群のアウトカム比較の結果は、昨年度の報告書を参照されたい¹⁾。本研究では特に、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師の支援内容について記録を基に分析した。具体的には、CCM 導入群 10 名と対照群 5 名に対する専門職の支援の内容について平均回数を算出した。なお、対象者が少ないため、統計検定は実施しなかった。本研究は東京都立松沢病院倫理委員会に承認されている。

C. 結果

CCM 導入群 10 名の平均年齢は 49 歳であり、女性が 9 名であった。また、診断は統合失調症 7 名、統合失調感情障害 2 名、気分障害 1

名であった。対照群の平均年齢は 56 歳であり、女性は 3 名であった。診断は統合失調症 4 名、双極性障害 1 名であった。

専門職の支援内容については表 1 に示されている。看護師では「対処法の獲得」「支援計画モニタリング」「支援導入・調整」について、CCM 導入群より、むしろ対照群で平均支援回数が多かった。臨床心理士では、「心理的アセスメント」「疾病のニーズ把握」「地域関係者と課題共有」について、対照群よりも CCM 導入群において平均支援回数が多かった。同様に、対照群と比較し、CCM 導入群の精神保健福祉士では、「外部支援者との調整」「疾病のニーズ把握」「療養・支援のニーズ把握」「地域関係者と課題共有」「外部支援者とケア会議」の平均支援回数が多く、作業療法士では、「作業アセスメント」「作業能力獲得訓練」「支援計画モニタリング」「療養・支援のニーズ把握」の平均支援回数が多かった。また、薬剤師では、対照群と比較し、CCM 導入群で「支援計画モニタリング」の平均支援回数が多くなっていった。

D. 考察

本研究は、国内の一病院における CCM 導入後の支援内容の比較を行った。その結果、看護師以外の専門職では、対照群と比較し、CCM 導入群の患者がケースマネジメントに関する支援内容を多く受けていた。CCM 導入群において、看護師のみケースマネジメント関連業務の回数が少なかったことは、多職種ケアの推進が関連していると推測される。すなわち、従来看護師だけで行っていた業務が、ケースマネジメントを導入することによって、臨床心理士や精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師などの他の職種に分担されたものと考えられる。例えば、対照群と比較し、CCM 導入群で支援回数の多かった、臨床心理士の「地域関係者と課題共有」、精神保健福祉士の「外部支援者との調整」「地域関係者と課題共有」「外

部支援者とケア会議」、作業療法士の「支援計画モニタリング」、薬剤師の「支援計画モニタリング」などは、ケースマネジメントに直接関連する内容であった。また、過去の調査でも入院ケースマネジメントの導入は多職種ケアや多職種会議の促進につながると示唆されている²⁾。以上のことから、CCMの導入は専門職の支援内容にも変化を与えると示唆される。

調査の限界

本研究には大きく2つの限界がある。第1に、本調査は単一精神科病院における調査であり、その施設要因の一般化可能性には留意が必要である。第2に、本研究は症例数が非常に少ないことから、詳細な分析は困難であり、今後大規模サンプルでの追試が必要となる。本研究は複数の限界を抱えるが、精神科医療機関内でCCMを導入し、支援内容の変化を検証した数少ない調査の一つである。よって、今後の医療型ケースマネジメントの基礎的な資料になると予想される。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 竹澤翔, 小池純子, 酢野貢, 村井千賀, 山下真, 北村立, 山口創生, 藤井千代: 精神科救急病棟における包括的支援マネジメントによる地域連携. 精神科救急 27:24-31, 2024.

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) 岡村泰: 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. 山口創生編: 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5年度総括・分担研究報告書, 国立精神・神経医療研究センター, 小平, pp47-52, 2024.
- 2) 藤井千代, 山口創生, 岩永麻衣, 他: 精神科病院からの退院患者における外来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)についての実態調査. 山口創生編: 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5年度総括・分担研究報告書, 国立精神・神経医療研究センター, 小平, pp9-15, 2024.

表 1 専門職の支援内容と一人当たりの平均回数の比較

	CCM 導入群	対照群
看護師		
療養・支援のニーズ把握	0.52 回	0.57 回
生活能力アセスメント	0.48 回	0.46 回
対処法の獲得	0.29 回	0.46 回
支援計画モニタリング	0.25 回	0.42 回
支援導入・調整	0.22 回	0.31 回
臨床心理士		
心理的アセスメント	0.25 回	0.17 回
疾病のニーズ把握	0.22 回	0.10 回
地域関係者と課題共有	0.15 回	0.07 回
精神保健福祉士		
外部支援者との調整	0.30 回	0.00 回
疾病のニーズ把握	0.22 回	0.00 回
療養・支援のニーズ把握	0.15 回	0.04 回
地域関係者と課題共有	0.10 回	0.00 回
外部支援者とケア会議	0.09 回	0.04 回
作業療法士		
作業アセスメント	0.76 回	0.63 回
作業能力獲得訓練	0.67 回	0.57 回
支援計画モニタリング	0.39 回	0.17 回
療養・支援のニーズ把握	0.35 回	0.25 回
薬剤師		
支援計画モニタリング	0.62 回	0.25 回
疾病のニーズ把握	0.25 回	0.21 回
対処法の獲得	0.12 回	0.15 回

障害福祉サービスの利用における医療・福祉連携状況に関する実態 ～精神障害のある当事者団体に対する横断 Web 調査から～

研究分担者：吉田光爾（東洋大学福祉社会デザイン学部・大学院ライフデザイン学研究科）

研究協力者：志村親敬（福島学院大学福祉学部）

瀧本里香（帝京平成大学人文社会学部）

國重知宏（帝京平成大学人文社会学部）

研究協力団体：精神障害当事者会ポルケ

ピアサポート専門員研修機構

全国「精神病」者集団

要旨

【背景】

我が国における精神保健福祉医療分野においては、一元的な包括的支援マネジメントが存在しない状況であり、医療福祉サービスが十分に有機的に連携しながらサービスが提供されることが重要である。しかし、医療を利用している精神障害のある当事者に対して福祉サービスに関してどのように情報提供され、利用をどのように検討しているか、十分な研究調査は行われていない。本研究では精神障害の当事者団体に Web 調査を行い、この点について明らかにし、サービスがより有効に活用されるための医療・福祉連携の在り方について検討することを目的とする。

【方法】

当事者による自記式の Web アンケート調査とした。調査協力団体は精神障害当事者会ポルケ・ピアサポート専門員研修機構・全国「精神病」者集団である。上記団体会員にメールでの周知による協力を依頼した。

【結果】

医療機関において障害福祉サービスについて「全く情報提供されなかった」（19.0%）、「あまり情報提供されなかった」（35.6%）を合わせると、半数以上（54.6%）が情報提供を十分に行っていないと感じており、他方、十分に情報提供がなされなかった群においても「障害福祉サービスを利用したいと思う」と回答している者は過半数を超えていた。

障害福祉サービスの情報提供が行われている場合、その主体は外来・入院中ともに、医師・MHSW であり、結果的に障害福祉サービスにつながった率が 63.6%～79.2%と、他の職種が情報提供した場合より高くなっていた。特に外来で主治医以外の担当者がいる場合は、障害福祉サービスにつながった割合が 76.2%～85.7%と高くなっていた。

当事者の認識における障害福祉サービスの利用をためらわせる意識について 22 の質問項目で回答を求め、結果について探索的因子分析を行ったところ 5 因子の構造となっており、それぞれを「第 1 因子：サービス利用にまつわる不安」「第 2 因子：サービスの情報不足」「第 3 因子：気後れ」「第 4 因子：サービスへの不満・不信」「第 5 因子：手続きの負担」

と名付けた。

障害福祉サービスの利用経験の有無（有：1、無0）を目的変数としてロジスティック回帰分析を行ったところ、有意な促進要因として「医療機関での情報提供の度合い」（OR=2.59、 $p=.002$ ）、ピアとの関わり（OR=1.36、 $p=.002$ ）、入院経験（OR=3.64、 $p=.001$ ）などが有意な促進要因となっており、他方で有意な抑制要因が障害福祉サービスへの認識の第三因子「気後れ」（OR=0.45、 $p=.003$ ）となっていた。また第三因子「気後れ」については、ピアとの接触度・ピアサポート会合の参加の有無・ピアサポーター/スタッフとの出会いの有無など、ピアとの接触が負の相関を示していた。

なお、緊急時に頼りになる人について尋ねたところ、第一候補であげられた回答割合が多いのは「家族・親族」（62.2%）、「友人・ピア」（10.3%）でインフォーマルな関係が70%を超えていた。他方で「医療関係者」（16.5%）「福祉関係者」（5.9%）「行政関係者」（0.7%）とフォーマルな専門職を最優先で選択する人は2割強となっていた。

【考察】

医療機関における障害福祉サービスの情報提供は必ずしも十分ではない状況がうかがわれた。しかし医師や精神保健福祉士による情報提供はサービスの活用には有効であることがうかがわれ、また外来で個別の担当者が配置されていることがサービス活用上、重要であることが示された。他方で、当事者の意識としては障害福祉サービス利用に関する「気後れ」が存在し、実際のサービス利用に負の影響を与えている可能性が示唆された。こうした「気後れ」の意識はピアとの接触と負の相関があり、ピアとの交流の中で緩和される可能性があることから、医療機関などにピアサポーターを配置することなどによって、サービス利用を促進できる可能性がある。他方で、緊急時に頼れる人として、医療・福祉専門職を第一候補あげている当事者は少数であり、障害福祉サービスの情報提供の少なさもあいまって、家族やピアなどを頼らざるを得ない状況もうかがえた。親やきょうだいとの関係は、当人の加齢とともに頼ることが難しくなることもあり、選択肢としてピアや専門職のつながりについて十分な周知・促進すること、本人の状態や希望に応じた包括的支援マネジメントを整備していくことの必要性が示唆されたと考える。

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。

重い精神障害のある人々の地域生活を拡充していくために、欧米ではアウトリーチやダイレクトサービスを含む包括的支援マネジメントの体制構築が拡充されてきた1)、2)。しかし、我が国の精神障害のある人々の支援の

中では、包括的支援マネジメントは十分に導入されていない。障害者総合支援法の相談支援事業者による計画相談はブローカリングタイプ（仲介型）のケアマネジメントであり、アウトリーチやダイレクトサービスの展開に限界がある。2022年度に運用が開始された療養生活継続支援加算については、全国的な展開がなされている状況とは言えない。その他に、行政サービスや、訪問看護、保健所、自立生活援助や生活訓練など障害者総合支援法の給付サービスなどが、アウトリーチを含むケアマネジメント機能を部分的に果たしているが、これらも体系的・全国的に展開されているわけではない。

このように一元的な包括的支援マネジメントの制度が不十分な現状においては、サービスニーズのある人々に医療福祉サービスが十分に有機的に連携しながらサービスが提供・利用されることが重要である。

他方で、医療サービスを利用している人々の中でも、日常生活に困難を感じる人々が福祉サービスを十分に選択・活用するためには、幾つかの要件が存在すると考えられる。まず①：障害福祉サービスの情報への接触機会は限られることからサービスの利用意向のある当事者や、直接的な表明はなくともニーズにある当事者に、医療機関等において十分な情報機会が提供されることが重要である。②：そのうえで、ニーズやそれに応じたサービス利用の検討がなされることが重要である。さらに③：当事者がサービス利用に関して積極的な意識を抱けることも重要である。④：①～③のプロセスにおいては、必要に応じて利用者の意思決定をサポートする伴走的な支援者も必要である。さらに結果的にサービス提供がなされた状況において、⑤緊急時に利用者が必要に応じて、医療福祉サービスを頼れる状況となっていることも大切である。

しかし、上記の①～⑤の状況について、精神障害のある当事者の観点から実態を把握した研究は乏しい。例えば、本研究班では、1昨年度に医療従事者の意識調査、昨年度に福祉従事者を対象に、福祉サービスの活用に関する研究を行ったが、専門職を対象にしたもので当事者目線からの意見を反映したものではない。

そこで本研究では、精神障害のある当事者団体に調査を依頼し、医療機関における福祉サービス利用の情報提供のあり方や、当事者における障害福祉サービス利用への意識、緊急時に頼れる人の状況などを調査することとした。これらを調査することで、①現状の医療機関における福祉サービス利用に関する情報提供の実態を明らかにするとともに、②福

祉サービス利用を促進している要因、③緊急時に利用者が問題を解決するためのキーパーソンの状況などを整理し、医療福祉サービスがより有機的に連携していくための要件を明らかにすることを目的とする。

B. 方法

1) 調査票の作成プロセス

2024 年 9 月～11 月に調査票の素案を作成後、研究班内の研究協力当事者の意見を反映させながら調査票（Web）を作成した。

調査項目は添付資料のとおりである。なお本調査では「障害者総合支援法」の制度・サービスのことを「障害福祉サービス」と定義し、医療機関で受けている外来やデイケア・訪問看護、生活保護や障害年金は除くこととした。

2) 調査方法

対象：当事者による自記式の Web アンケート調査とした。調査協力団体は精神障害当事者会ポルケ・ピアサポート専門員研修機構・全国「精神病」者集団である。

期間：2025 年 1 月 6 日～2025 年 2 月 15 日まで Web によるアンケート調査を行った。上記団体会員にメールでの周知による協力を依頼した。

・同一回答や海外からの回答医療資源を利用していないとする回答を除外し、短時間での同一回答や、海外からの回答、医療資源を現在利用していない者の回答を除外し、1018 件の回答の内、416 名を分析対象とした。

3) 倫理的配慮

調査の目的・方法について Web 上の文書にて説明の上、入力をもって同意とした。また完全に無記名であり、個人が特定できる情報は収集していない。また調査の拒否ができること、調査の拒否が不利益にならないことを明記した。当該の内容については東洋大学福祉社会デザイン学部倫理委員会に申請し、承

認を得た（承認番号 F2024-019S）。

C. 結果

1) 対象者の属性

対象者の性別は「女性」47.8%、「男性」42.1%、「答えたくない」5.8%、「その他」4.3%である（図 1）。年代は「30 代」29.1%、「40 代」31.5%、50 代「20.0%」であり、40 代を中心とした回答者となっていた（図 2）。

精神障害者保健福祉手帳の所持状況では半数以上（58.4%）が所持であった（図 3）。また入院経験は約半数（53.4%）が「なし」であった（図 4）。疾患内訳は多い順に「うつ病関連の病気」（23.8%）、「統合失調症や関連の病気」（17.1%）、「強迫症やパニック症などの不安症」（15.4%）、「躁うつ病（双極症）関連の病気」（13.2%）、「発達障がい」（13.0%）であった（図 5）。

また医療資源の利用状況（多重回答）については精神科・心療内科のクリニック（54.8%）、「精神科病院」（24.0%）、「総合病院内の精神科・心療内科」（13.0%）であった（図 6）。

2) 医療機関における障害福祉サービスの情報提供状況とサービスの利用状況

医療機関における障害福祉サービスについての情報提供の状況についての回答が図 7 である。「全く情報提供されなかった」（19.0%）、「あまり情報提供されなかった」（35.6%）を合わせると、半数以上（54.6%）が情報提供を十分にうけていないと感じている。なお、情報提供の度合いと、障害福祉サービスの利用希望に関する設問とクロスさせた結果が図 8 である。「あまり情報提供されなかった」「全く情報提供されなかった」群においても「障がい福祉サービスを利用したいと思う」と回答している者は半数を超えており、潜在的な福祉サービスの利用希望に対して、情報提供が十分にされていない状況がうかがえた。

利用している医療資源ごとの、障害福祉サ

ービスの情報提供状況を示したのが図 9 である。精神科・診療内科のクリニックでは「全く情報提供されなかった」（22.4%）「あまり情報提供されなかった」（41.7%）と、情報提供がなされていないという回答が半数を超えていた。

図 10 は情報提供を行った主体について、回答者の利用している医療資源ごとに示したものである。最も多いのは一貫して外来の医師、について外来の MHSW の回答が多くなっている。個別に見ると、精神科病院では入院中に MHSW による情報提供が多くなっていた。

図 11 は「情報提供の結果として障害福祉サービスにつながったか」を情報提供の主体別に示したものである。外来・入院中ともに、医師・MHSW の情報提供は、サービスにつながった率が 63.6%～79.2%と、他の主体が情報提供した場合より高くなっていた。また回答者数は少ないがデイケア・訪問看護・心理教育などで情報提供された場合も、サービスにつながった率は 76.2%～85.7%と高くなっていた。

図 12 は主治医以外の担当者の有無と、障害福祉サービスへのつながりの結果の関連を示したものである。

福祉サービスにつながった率を「外来担当者あり」と「外来担当者なし」の 2 群について、カイニ乗検定で比較したところ、外来担当者あり群ではつながった率が 88.2%と高かった（ $p<.000$ ）。同様に福祉サービスにつながった率を、入院での担当者の有/無、デイケアでの担当者の有/無、訪問看護での担当者の有/無の各グループで比較したところ、有意な差は認められなかった。

図 13 は、受けた情報提供の程度と障害福祉サービスの情報源の関係を示したものである。情報提供を受けている群は主治医や MHSW, 相談支援事業所などが多いが、情報提供を受けなかった群はインターネットや SNS・知人の紹介など自力で情報にアクセスしている様子がうかがえる。

3) 当事者における障害福祉サービスの利用に関する意識

図 14 は障がい福祉サービスの利用をためらわせるものに関する当事者の意識に関する回答である。「とてもあてはまる」「ややあてはまる」の回答が多い順に、「手続きに時間がかかり、すぐに支援が受けられない」「書類の記入や手続きに負担感がある」「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」「新しい場所で支援を受けることに対する不安を感じる」などが挙げられている。

図 15 から図 17 は、本研究において、2023 年度に福祉従事者、2022 年年度に医療従事者に同じ設問で回答を求めた内容との比較図である。

図 15 は福祉事業者の回答平均値が他の 2 者と比べて低い（＝影響が少なめに評価されている）項目である。「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」「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」「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」「使いたいサービスがない」など、提供しているサービスの質や内容に関する項目について、福祉事業者は他の 2 者と比較して、「支障となっている」ことについての評価が低いようである。

図 16 は医療従事者の回答平均値が他の 2 者と比べて高い（＝影響が重く評価されている）項目である。「書類の記入や手続きに負担感がある」「新しい場所で支援を受けることに対する不安を感じる」「私生活に入り込まれることに抵抗がある」「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」など利用者の負担感や不安感に関する項目について、医療事業者は他の 2 者と比較して、「支障となっている」としての評価が重いようである。

図 17 は当事者の回答平均値が他の 2 者と比べて高い（＝影響が重く評価されている）項目である。「人に迷惑をかけたくないと感じ

る」「サービスを使うと人に申し訳ないと感じる」など、利用に関する「気後れ」について、当事者は他の 2 者と比較して、「支障となっている」ことについての評価が重いようである。逆に言えば専門職は「気後れ」についての評価が軽いと言える。

図 18 は当事者の回答平均値が他の 2 者と比べて低い（＝影響が低く評価されている）項目である。「自分に合ったサービスがよくわからない」「内容についてよく知らない」「そもそも自分にはサービスが必要ないと感じる」など、サービスの情報や必要性について、当事者は他の 2 者と比較して、「支障となっている」ことについての評価が低いようである。逆に言えば専門職は「サービスの情報」についての評価を当事者と比較して重めに見積もりギャップがあるといえる。

なお図 19 は当事者の障害福祉サービスの利用を妨げる理由についての回答内容を、因子分析（最小二乗法、プロマックス回転）した結果である。

5 つの因子が抽出され、各々の名称を「第 1 因子：サービス利用の不安」「第 2 因子：サービスの情報不足」「第 3 因子：サービス利用の気後れ」「第 4 因子：サービスへの不満不信」「第 5 因子：手続きに関する負担感」とした。

4) 障害福祉サービスの利用に関連して変数

図 20 は「障害福祉サービスの利用」を目的変数としたロジスティック回帰分析の結果である。（「現在利用あり」を 1、「利用なし」を 0 としている）。モデルは $p < .001$ で有意であり Cox-Snell R^2 は 0.307、Nagelkerke R^2 は 0.530 とモデルは中程度の当てはまりを示している。

サービス利用について正の関連を示していた変数は「医療機関での情報提供の度合い」（ $p = .002$ 、OR=2.591）、「ピアとの関わり」（ $p = .002$ 、OR=1.362）、「入院経験」（ $p = .001$ 、OR=3.635）、「障害福祉サービスの利用を妨げ

る理由：第 1 因子：サービス利用の不安」
($p=.040$, $OR=2.022$) であった。

他方でサービス利用について負の関連を示していた変数は「障害福祉サービスの利用を妨げる理由：第 3 因子：サービス利用への気後れ」であった。

図 21 は、上記の分析で負の関連を示していた「障害福祉サービスの利用を妨げる理由：第 3 因子：サービス利用への気後れ」に関する相関分析の結果である。気後れ因子と負の相関があったのは「ピアとの接触度」($\tau = -.192$)「ピアサポート会合の参加有無」($\tau = -.210$)「ピアサポーター・スタッフとの出会いの有無」($\tau = -.163$)であり、いずれもピア・ピアサポーターとの接触があると、気後れ因子得点は低くなっている。他方で、気後れ因子得点と正の相関があったのは、「家族の障害福祉サービスの探索の積極性」($\tau = .177$)であり、家族が障害福祉サービスの情報探索に積極的にないほど当人の気後れ得点も高いという傾向にあった。他方で医療機関・医師・精神保健福祉士からの情報提供や、心理教育の実施の有無などとは有意な関連が認められなかった。また、この関連は、障害福祉サービス利用者の経験者(自立支援医療を除く現在・過去の利用経験を計上)に限った場合でも、この傾向はほぼ同じであった。

5) 緊急時に当事者が頼れる人

「生活や病気の急変など、緊急時に問題解決に最終的に最も頼りになる人」として最優先であげられている者の割合を示した割合が、図 22 である。

「配偶者・パートナー・恋人」(23.1%)、「親」(22.1%)など、家族・親族で 62.2%の回答を占めている。医療従事者は「精神科医」(12.5%)、「訪問看護のスタッフ」(1.9%)、「地域連携室・地域相談室・精神保健福祉相談室のスタッフ」(1.4%)など 16.5%であった。また福祉従事者は「相談支援専門員」(2.2%)や

各種福祉サービス事業者で 5.9%となっていた。他方で、「ピア」は 5.3%で、少なからぬ対象者がピアを頼りになる存在と回答していた。

図 23 は入院回数と当該の回答をクロス集計した結果である。医療従事者を回答する割合(合計)は、入院経験が「なし」では 14.0%であるが、「1・2 回程度」では 21.6%、「3 回以上」では 22.6%と高くなっている。特に 3 回以上の場合、訪問看護の割合が 11.3%と他の群に比べて高い。また「ピア」も他の群より高い 7.3%の回答が存在していた。

なお、障害福祉サービス従事者をあげる割合(合計)は、入院経験が「なし」では 3.8%、「1・2 回程度」では 5.9%であるが、「3 回以上」では 1.9%とむしろ低くなっている。

図 24 は障害福祉サービスの利用有無と当該の回答をクロス集計した結果である。障害福祉サービス利用者の内、福祉従事者を回答する割合は 14.2%である。うち、相談支援専門員を回答する割合は 4.7%であり、その他は個別のスタッフや、「よくわからないが福祉サービスの人」という回答であった。

D. 考察

1) 医療機関における障害福祉サービスの情報提供状況とサービスの利用状況について

医療機関における障害福祉サービスに関しての情報提供の状況について、当事者は半数以上(54.6%)が情報提供を十分にうけていないと感じている実態が明らかになった。さらに「あまり情報提供されなかった」「全く情報提供されなかった」群においても「障がい福祉サービスを利用したいと思う」と回答している者は半数を超えており、潜在的な福祉サービスの利用希望に対して、情報提供が十分になされていない状況がうかがえる。

特に精神科・診療内科のクリニックでは「情報提供がなされていない」回答の合計が 64.1%と半数を超えて高くなっていた。症状や生活のしづらさの程度が低い利用者が通院してい

る可能性が高いとはいえ、本研究における初年度の医療機関に関する調査研究結果でも、診療所は障害福祉サービス利用の促進について「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」割合は20.6%と低調であり、十分な生活相談の体制が整っていない状況がうかがえる。

他方で、医師・MHSWの情報提供は、サービスにつながった率が63.6%~79.2%と、他の主体が情報提供した場合より高くなっていることや、「外来担当者あり群」では障害福祉サービスにつながった率が88.2%と高かった($p<.000$) (入院中の担当有無ではサービス利用率に差が見られない)。またロジスティック回帰分析の結果でも、医療機関での情報提供の度合いは、サービス利用と正の関連がみとめられていることから総合的に考えて、療養生活継続加算などを通じて、診療所を含めて外来部門に精神保健福祉士などを配置することを強化することが、障害福祉サービスの利用を促進する可能性があると考えられる。

なお、十分な情報提供を受けなかった当事者層ではインターネットやSNS・知人の紹介など自力で情報にアクセスしている様子がうかがえる。医療機関からは十分にアプローチできない当事者もいると考えられることから、当事者が主体的に利用できるインターネット上のわかりやすい障害福祉サービスの情報提供も重要であると考えられる。

2) 当事者における障害福祉サービスの利用に関する意識とサービス利用との関連について

障がい福祉サービスの利用を妨げる理由に関する当事者の意識に関する回答としては、「手続きに時間がかかり、すぐに支援が受けられない」「書類の記入や手続きに負担感がある」「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」「新しい場所で支援を受けることに対する不安を感じる」などが挙げられている。

他方で専門職との意識の比較の中では、当事者は、医療従事者や福祉従事者よりも、「人に迷惑をかけたくないと感じる」「サービスを使うと人に申し訳ないと感じる」など、利用に関する「気後れ」について評価が重いようである。また、ロジスティック回帰分析の結果でも「気後れ」の因子得点は、実際のサービス利用と負の関連を示している。

利用者のサービス利用に関する「気後れ」は、医療・福祉サービスに従事している専門職が想定しているよりも大きく負の影響を与えている可能性がある。こうした「気後れ」はサービス利用の希望を表明すること自体を抑制する可能性があることから、専門職は「本人から希望がないから」という理由で情報提供やオファーを控えるのではなく、積極的に情報提供をしていく必要がある。

他方で、「気後れ」へのアプローチについては「専門職」ではなく「ピア」がとる可能性が本研究から示唆された。気後れ因子得点の相関分析からは、専門職の情報提供などは特に因子得点と相関をしていなかったが、ピアとのつながりが強いほど、「気後れ」は低減している可能性が示唆されている。また、障害福祉サービスの利用に関するロジスティック回帰分析の結果でも、ピアとの関わりはサービスの利用と正の関連をしめしていた。本調査は1時点調査のため、サービス利用の結果としてピアとのつながりや、サービスへの「気後れ」が低減している可能性もある。しかし、障害福祉サービス利用者経験者に限った場合でも「気後れ」とピアとの負の相関は認められるため、障害福祉サービス利用の結果というよりピアとの接触が、気後れを低減させている可能性は高い。

この結果から、専門職以上に、障害当事者であるピアが医療機関などに配置され、障害福祉サービスに関する情報提供に関与し、サービス利用のメリットやデメリットを含めて、選択肢や考え方を提供していくことが、当事

者の障害福祉サービス利用に関する自己決定や選択肢を提供する上で、重要であると考えられる。

特に専門職は福祉従事者であれば、自身・関係者が提供している障害福祉サービスの質やサービス内容の重みづけについて、当事者よりも低く評価している可能性がある。また、医療従事者は当事者以上に、利用者のサービス利用の不安を重く評価している傾向にある。逆に当事者は専門職より「サービスについての情報不足」を低く評価していることが見受けられる。「気後れ」についてアプローチするとともに、それぞれの立場による認識のギャップをうめるためにも、ピアのサービス利用に関する実体験や所感を生かした情報提供が有効であると考えられる。

3) 緊急時に当事者が頼れる人

当事者の回答からは、緊急時に頼れる人について、専門職をあげる率は低く、家族や親族の割合が高くなっていた。また福祉サービス利用者においても、福祉従事者をあげる割合は14.2%と限られていた。

昨年度の相談支援事業者・福祉事業者に行った調査では、緊急時にイニシアチブをとっているものとしては、「相談支援領域」とする回答が相談支援専門員が56.1%、福祉事業者では42.4%であった。また直接支援にあたっている「福祉事業所領域」とする回答が相談支援専門員が5.6%、福祉事業者では33.2%であった。いずれにしても福祉領域では「福祉がマネジメントしている」という認識が強いが、当事者側からは、そのように受け止められているとはいいがたい。

障害者総合支援法では、当事者にたいするケアマネジメントを相談支援専門員が行う制度設計になっているが、実際には医療従事者や、家族もまたマネジメントを担っている状況にあり、責任体制が分散している。本研究の協力者の、ある当事者は「私はこれまでの

人生の中で、急場で助けてくれる専門職にはであったことがない」という意見をのべてくださったが、当事者の立場からは「何かあったときに頼りになる人」として専門職が十分に認識されているわけではないということを示している。しかし、緊急時に頼れる人としての回答が多い、親やきょうだいとの関係は、当人の加齢とともに頼ることが難しくなることもあり、選択肢として専門職のつながりについて十分な周知・促進することも重要である。

他方で、入院回数が3回以上の場合は、訪問看護のスタッフを「頼りになる人」としてあげている割合が増え、逆に相談支援専門員など福祉事業者をあげる割合はへっている。本研究結果について当事者とディスカッションした中では、「不調時に自ら専門職へ相談することは難しく自宅を訪問してくれるアウトリーチサービスは有用である」という意見が述べられたことから、比較的生活の困難度が高い利用者については訪問サービスがケアの責任点としての機能を果たす可能性が高く、充実が期待されるといえる。

また今回、頼れる人として「ピア」は全体の5.3%、3回以上の入院者では7.3%の回答が存在した。当事者団体に対する調査のため、選択バイアスが存在している可能性はあるが、当事者同士の支えあいも重要な役割を果たしつつある可能性を示唆していると考えられる。

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

- 1) 吉田光爾, 瀧本里香, 國重智宏, 志村敬親, 山口創生, 佐藤さやか: 精神保健福

社分野における包括的支援ケアマネジメントおよび医療と福祉の連携のあり方に関する福祉事業所実態調査. 日本精神障害者リハビリテーション学会、第31回
お台場大会，江東区，2024年12月15日

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

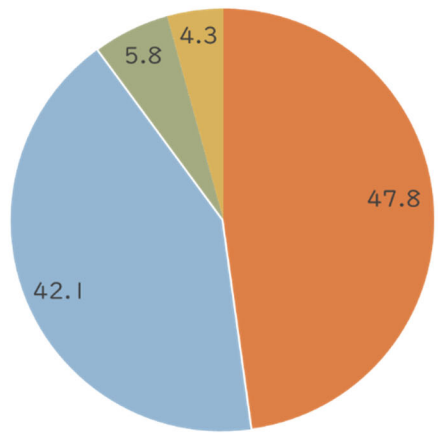
なし

3. その他

なし

図 1

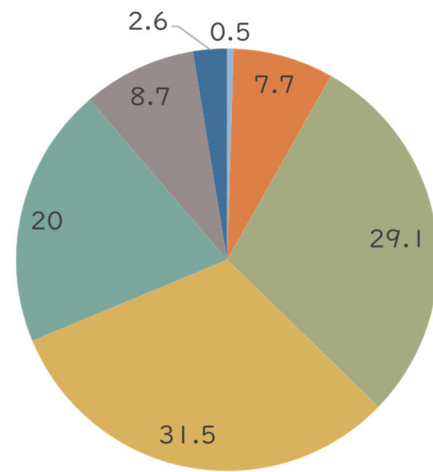
性別(n=416)



■ 女性 ■ 男性 ■ 答えたくない ■ その他

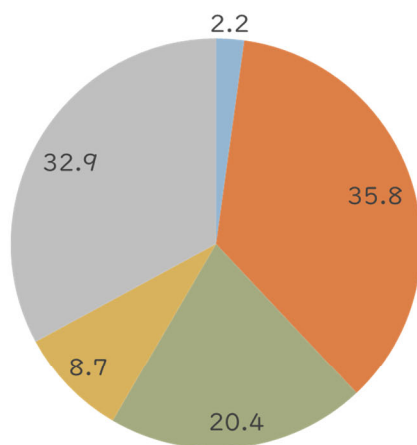
図 2

年代(n=416)



■ 10代 ■ 20代 ■ 30代 ■ 40代
■ 50代 ■ 60代 ■ 70代 ■

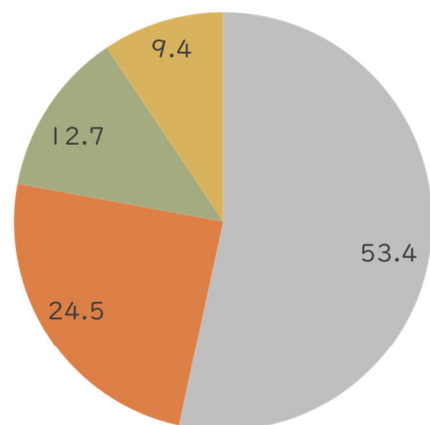
図 3 精神障害者保健福祉手帳の所持状況
(n=416)



■ 1級の手帳を所持 ■ 2級の手帳を所持
■ 3級の手帳を所持 ■ 申請中・申請予定
■ 持っていない・持つ予定もない

図 4

入院経験(n=416)



■ ない ■ 1～2回程度 ■ 3回以上 ■ 答えたくない

図 5

疾患の内訳(n=416)

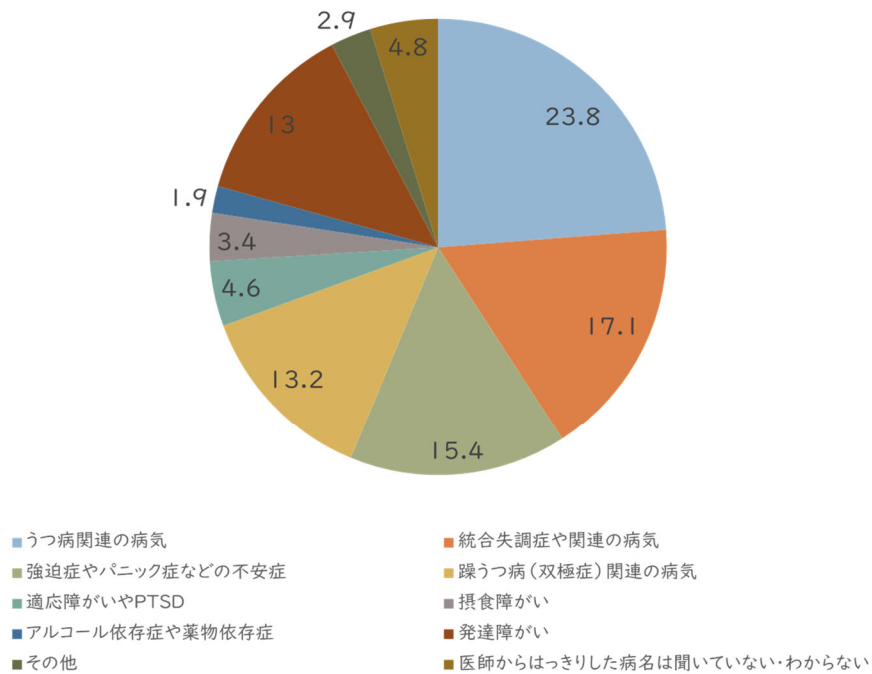


図 6

医療資源の利用状況(n=416, 多重回答)

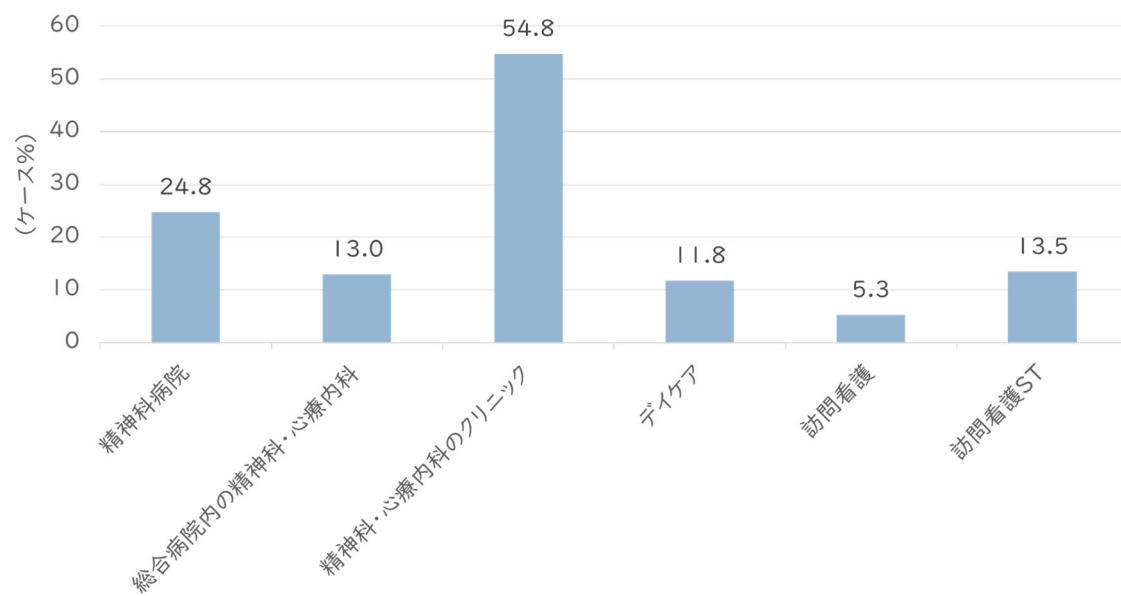


図 7

医療機関における
障害福祉サービスに関する情報提供(n=416)

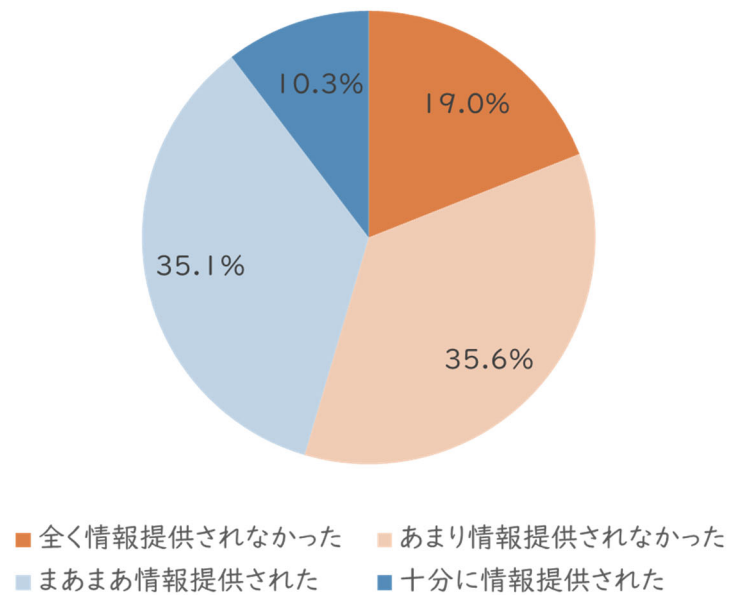


図 8

医療機関における障害福祉サービスの情報提供
× 当事者の障害福祉サービスの利用希望(「自分の人生をより良いものとするために、障
がい福祉サービスを利用したいと思う」)の回答のクロス図

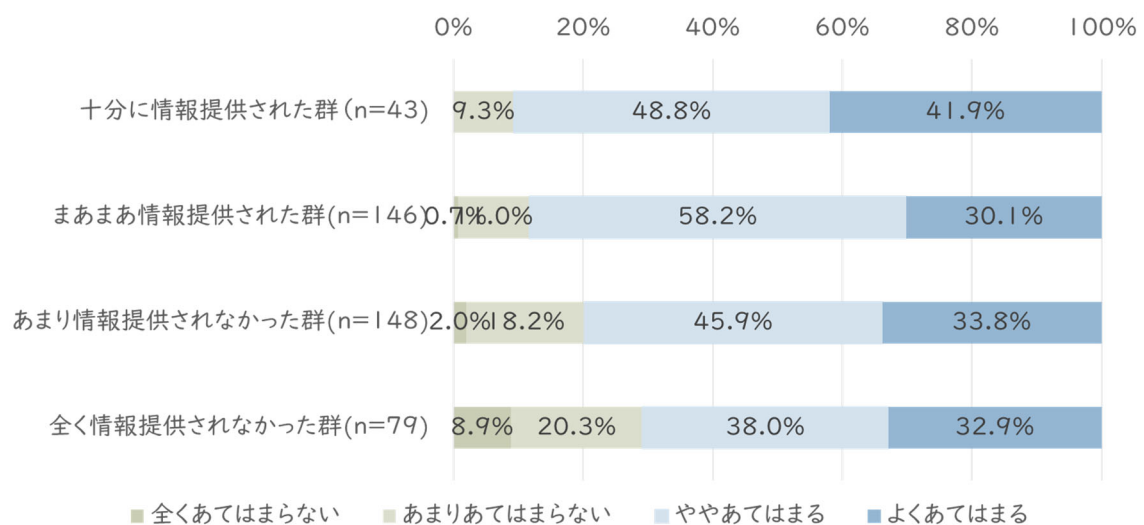


図 9 利用している医療資源ごとの、障害福祉サービスの情報提供状況

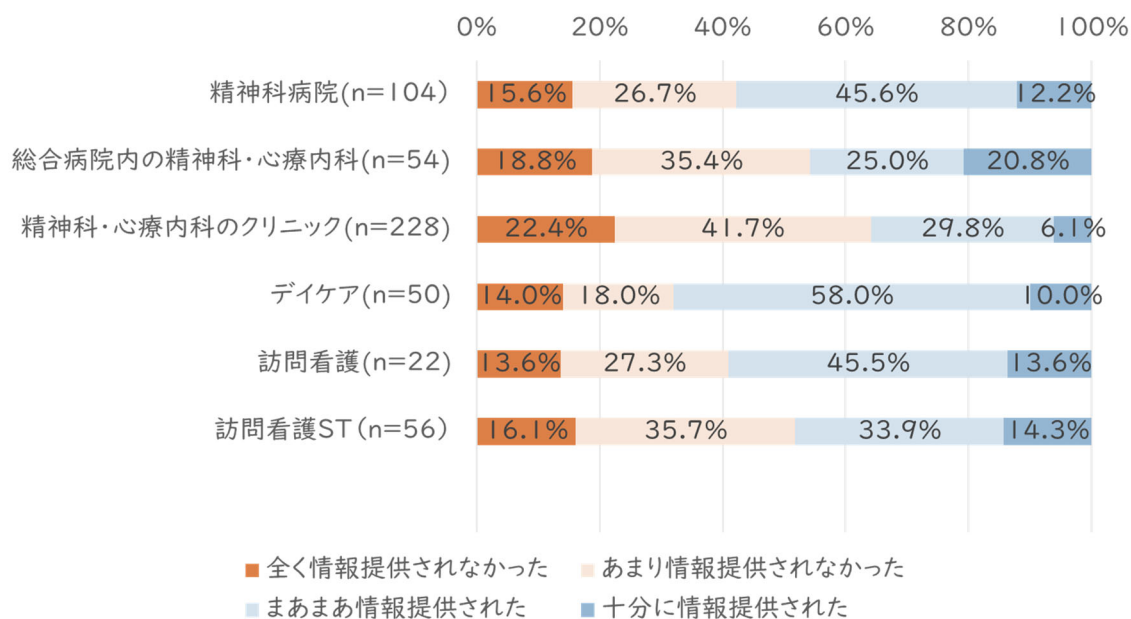


図 10

情報提供の主体×利用している医療資源
(n=156 ※「十分」「まあまあ」情報提供を受けた人のみ)

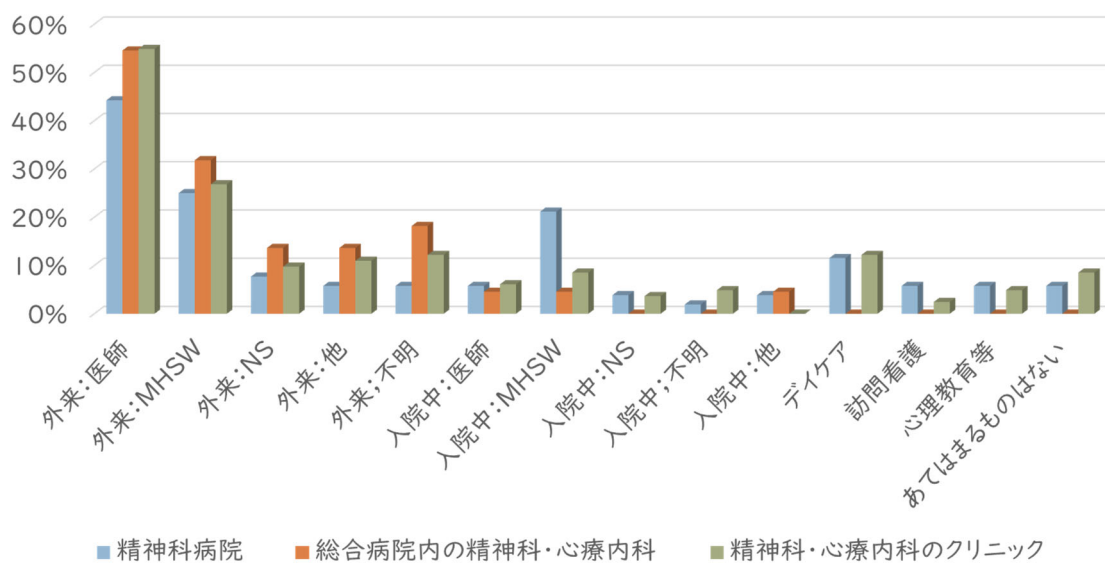


図 11

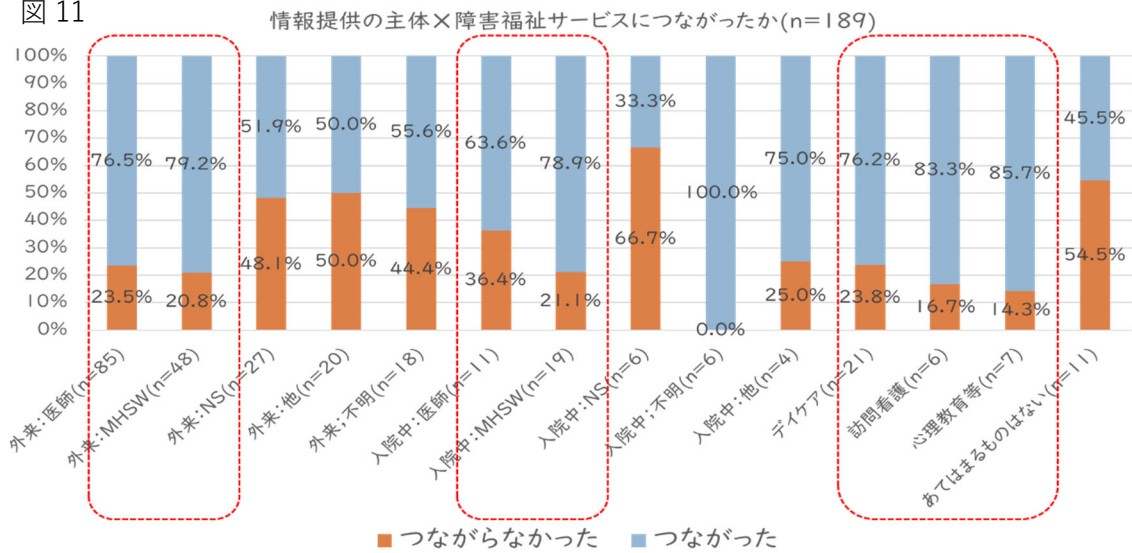
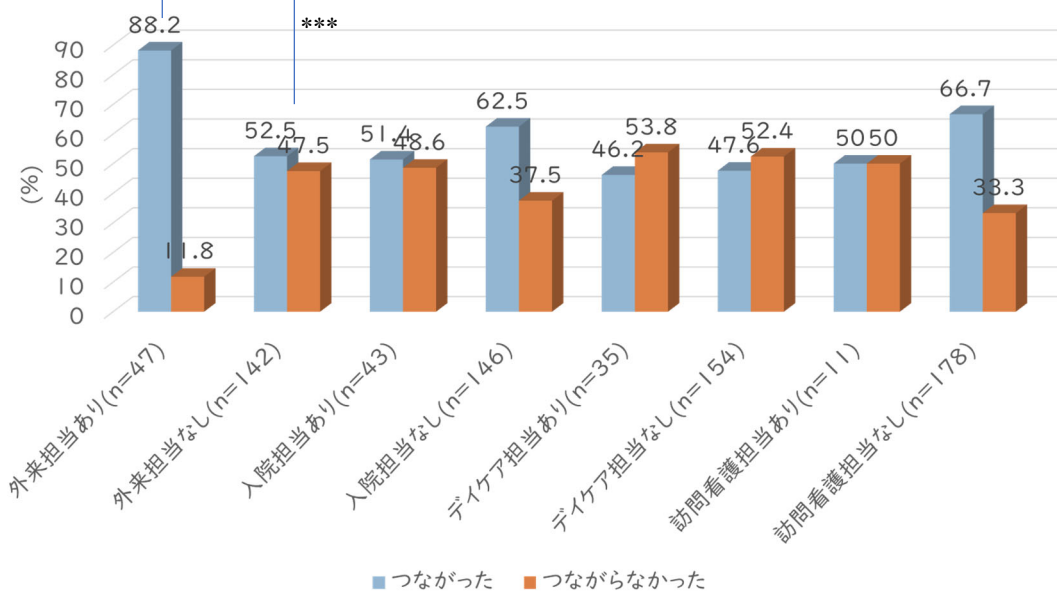


図 12 主治医以外の担当の有無と障害福祉サービスへのつながりの結果



***外来での担当の有無による比較：カイ 2 検定で有意差あり, $p < .000$

図 13

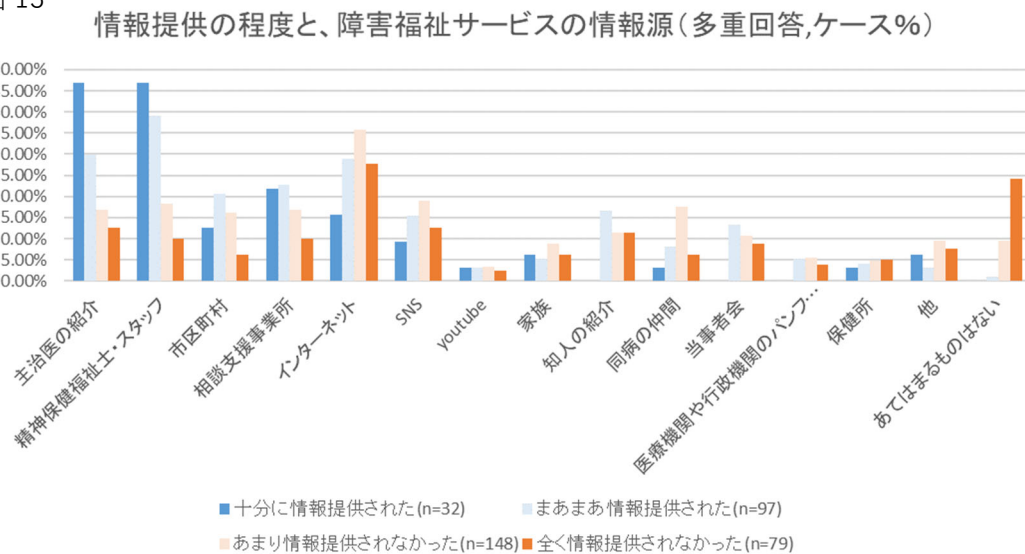


図 14

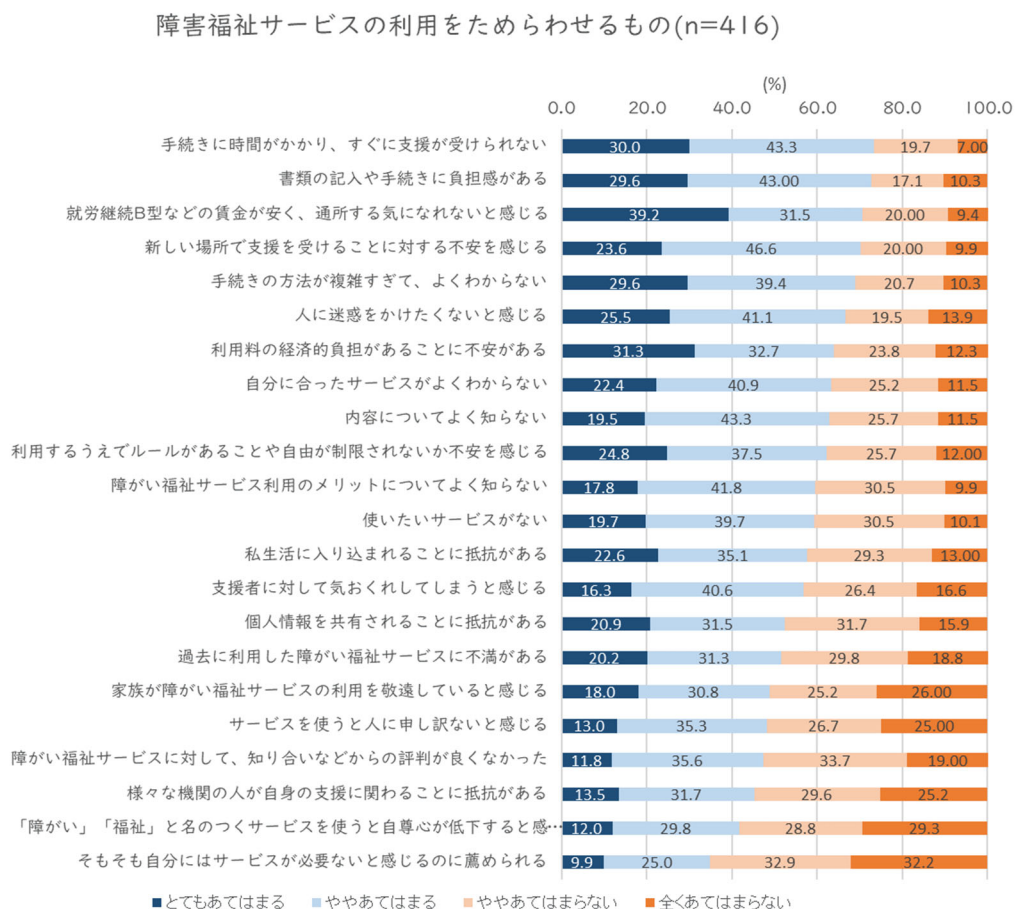


図 15

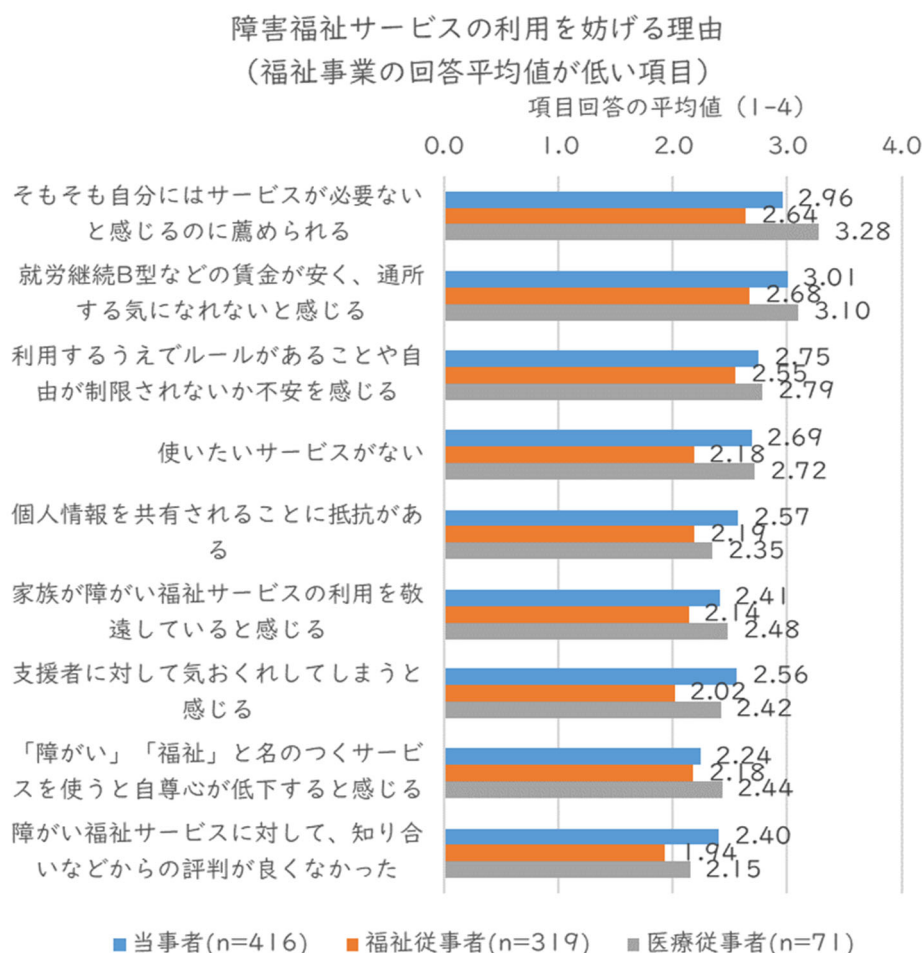


図 16

障害福祉サービスの利用を妨げる理由
(医療機関の回答平均値が高い項目)

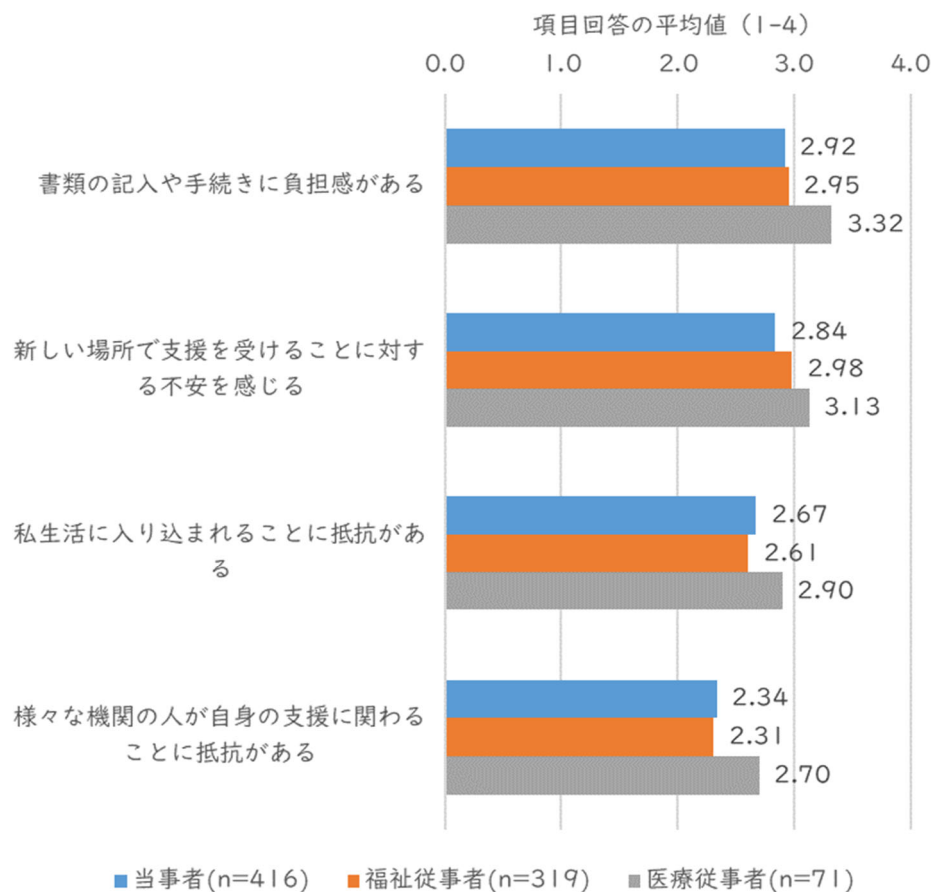


図 17

障害福祉サービスの利用を妨げる理由
(当事者の回答平均値が高い項目)

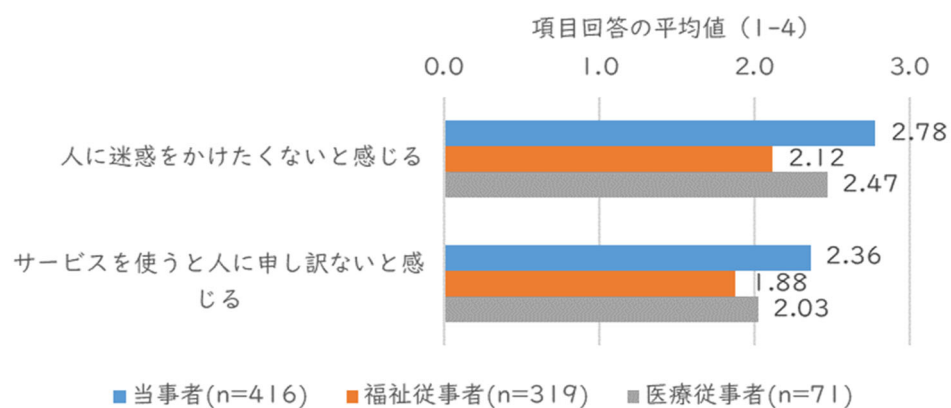


図 18

障害福祉サービスの利用を妨げる理由
(当事者の回答平均値が低い項目)

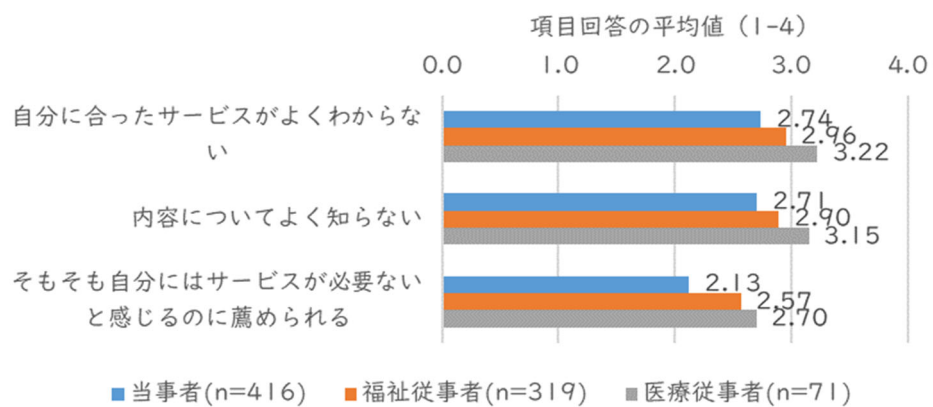


図 19 障害福祉サービスの利用を妨げる理由に関する回答の因子分析結果
(パターン行列、プロマックス回転、最小二乗法) (N=416)

	第 1 因子 サービス 利用の不安	第 2 因子 サービスの 情報不足	第 3 因子 サービスの 利用の気 後れ	第 4 因子 サービスの への不満 不信	第 5 因子 手続きに 関する負 担感
私生活に入り込まれることに抵抗がある	0.713	-0.035	0.050	0.110	-0.062
新しい場所で支援を受けることに対する不安を感じる	0.604	0.099	0.215	-0.018	-0.045
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	0.587	-0.014	0.021	0.126	0.093
利用料の経済的負担があることに不安がある	0.583	0.115	0.050	-0.176	0.161
個人情報共有されることに抵抗がある	0.529	-0.011	0.077	0.302	-0.129
使いたいサービスがない	0.475	0.132	-0.056	0.074	0.038
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	0.439	-0.124	-0.123	0.086	0.221
障がい福祉サービス利用のメリットについてよく知らない	0.050	0.943	-0.110	0.025	-0.055
内容についてよく知らない	-0.032	0.885	0.018	-0.043	0.005
自分に合ったサービスがよくわからない	0.113	0.725	-0.024	-0.017	0.086
サービスを使うと人に申し訳ないと感じる	-0.125	-0.064	0.839	0.127	0.011
人に迷惑をかけたくないと感じる	0.139	-0.044	0.815	-0.171	-0.015
支援者に対して気おくれしてしまうと感じる	0.163	-0.020	0.760	-0.091	-0.005
家族が障がい福祉サービスの利用を敬遠していると感じる	-0.089	0.013	0.415	0.230	0.135
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	0.180	0.034	0.040	0.678	-0.062
障がい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	0.076	0.016	-0.078	0.634	0.086
過去に利用した障がい福祉サービスに不満がある	0.215	-0.164	-0.215	0.632	0.012
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	0.008	0.009	0.216	0.573	0.024
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	-0.248	0.254	0.166	0.531	-0.047
手続きの方法が複雑すぎて、よくわからない	-0.102	0.064	0.053	0.047	0.886
書類の記入や手続きに負担感がある	0.048	-0.024	0.022	-0.036	0.815
手続きに時間がかかり、すぐに支援が受けられない	0.166	-0.025	-0.028	0.026	0.681

図 20 障害福祉サービス利用（現在）を目的変数としたロジスティック回帰分析の結果
(N = 331)

変数名	B	SD	Wald	自由度	p	OR
医療機関での情報提供の度合い（1-4 点）***	0.952	0.304	9.803	1	.002	2.591
情報提供の満足度（8-32）	0.184	0.095	3.747	1	.053	1.202
当事者の情報探索の積極性（2-8）	-0.154	0.172	0.806	1	.369	0.857
家族の情報探索の積極性（1-4）	-0.041	0.145	0.082	1	.775	0.960
サービスに関するポジティブな認識（8-32）	0.068	0.052	1.727	1	.189	1.070
サービスに関する不満（12-48）	0.013	0.034	0.158	1	.691	1.013
ピアとの関わり（4-12）***	0.309	0.100	9.541	1	.002	1.362
性別（女性=1,男性=2）	-0.161	0.410	0.154	1	.695	0.851
年代	-0.234	0.212	1.216	1	.270	0.792
入院経験（有 = 1, 無=0）***	1.291	0.374	11.897	1	.001	3.635
因子得点 1：サービス利用の不安*	0.704	0.343	4.202	1	.040	2.022
因子得点 2：サービスの情報不足	-0.237	0.289	0.675	1	.411	0.789
因子得点 3：サービス利用の気後れ*	-0.808	0.361	5.006	1	.025	0.446
因子得点 4：サービスへの不満不信	-0.134	0.345	0.152	1	.697	0.874
因子得点 5：手続きに関する負担感	0.308	0.270	1.305	1	.253	1.361
定数	-5.751	1.787	10.359	1	.001	0.003

$p < .001$, Cox-Snell R^2 :0.307, Nagelkerke R^2 :0.530

図 21 「因子 3：気後れ」因子得点に関する相関分析の結果

	全体			障害福祉サービス利用経験者のみ		
	n	相関係数 (Kendall の τ)	p	n	相関係数 (Kendall の τ)	p
医療機関からの情報提供度合い	416	.034	.360	207	.032	.549
医師からの情報提供の有無	189	-.056	.347	71	-.130	.186
MHSW からの情報提供の有無	189	-.108	.070	71	-.163	.097
心理教育等の有無	189	.048	.418	71	-.039	.689
外来の担当の有無	189	.011	.848	71	-.059	.551
家族の障害福祉サービスの探索 の積極性	416	.177**	.000	207	.178**	.000
ピアとの接触度	416	-.192**	.000	207	-.198**	.000
ピアサポート会合の参加有無	416	-.210**	.000	207	-.912**	.000
ピアサポーター・スタッフとの出 会いの有無	416	-.163**	.000	207	-.170**	.002

障害福祉サービス利用者は自立支援医療を除く現在・過去の経験を計上

図 22

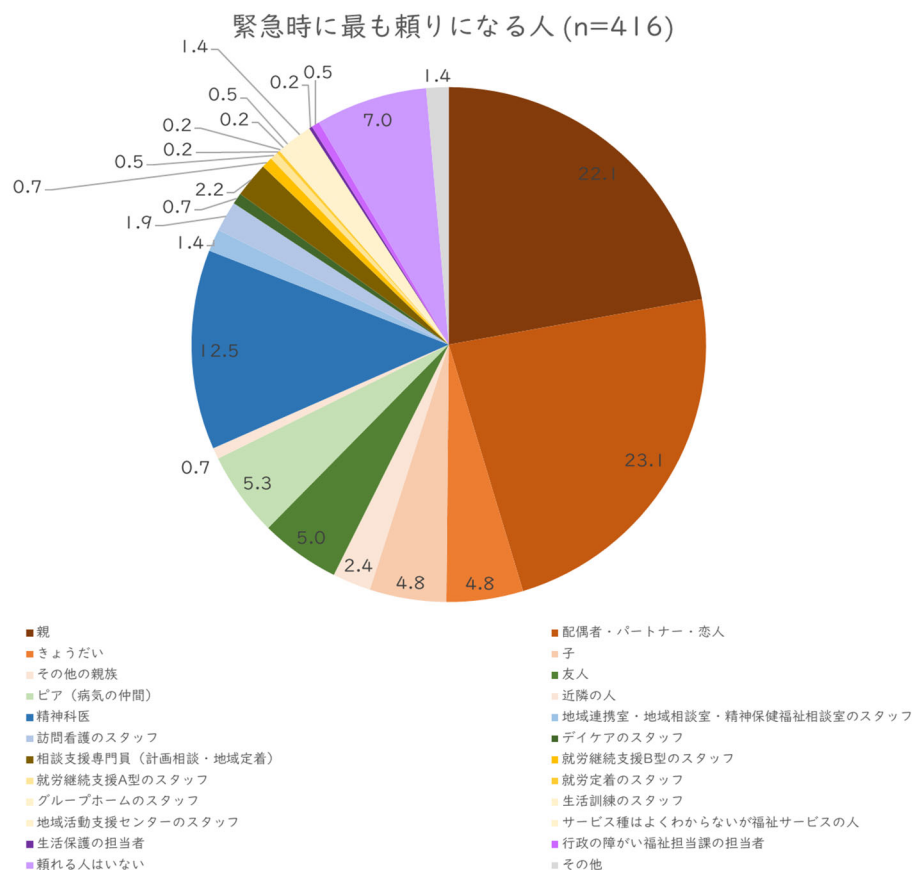


図 23 緊急時に最も頼りになる人と入院経験のクロス表

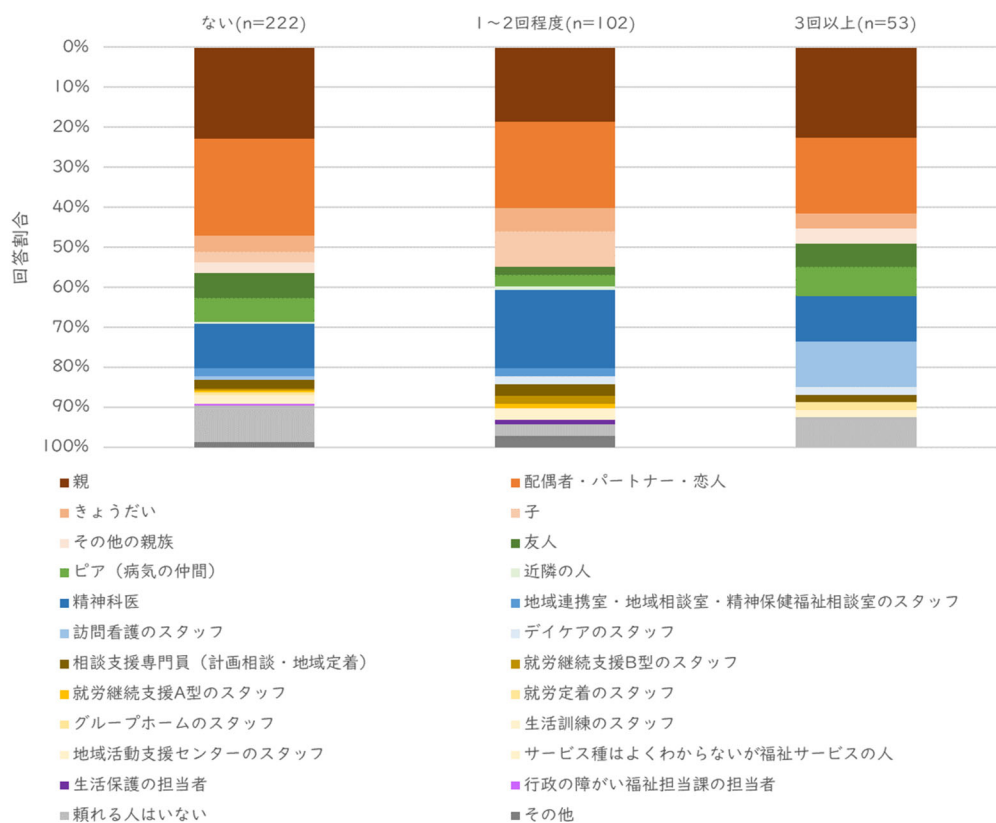
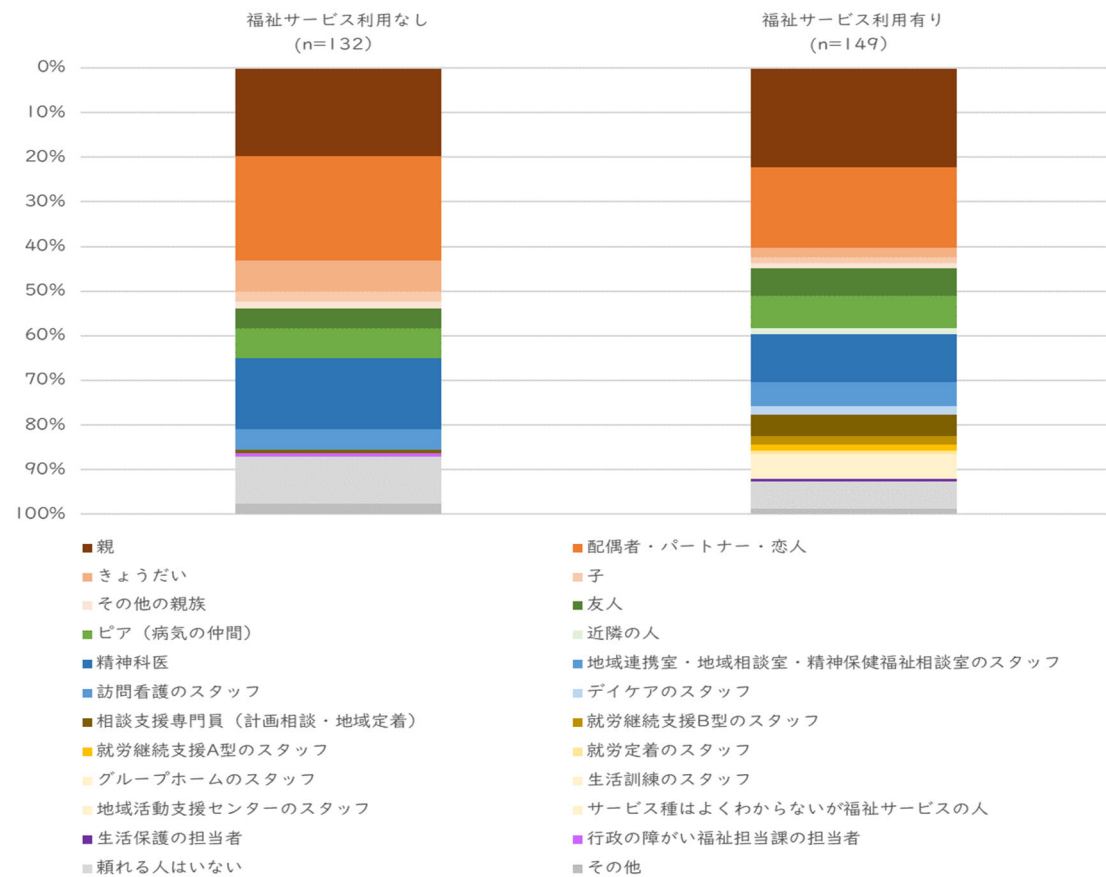


図 24 緊急時に最も頼りになる人と障害福祉サービス利用（現在）のクロス表



※障害福祉サービス利用者の「最も頼りになる人」回答中の福祉関係者の内訳

相談支援専門員（計画相談・地域定着）	4.7%
就労継続支援 B 型のスタッフ	2.0%
就労継続支援 A 型のスタッフ	1.3%
就労定着のスタッフ	0.7%
グループホームのスタッフ	0.7%
生活訓練のスタッフ	0.7%
地域活動支援センターのスタッフ	0.7%
サービス種はよくわからないが福祉サービスの人	3.4%

障がい福祉サービスに関するアンケート調査

(※実際には紙媒体ではなく、Google フォームに反映させたものを用いた)

※なお本調査票では原則として「障がい」の表記を使用しますが、法律上の用語などでは元の「障害」表記に準じるものとします。

【障がい福祉サービスの利用】

あなたが現在お使いの医療サービス・制度をお知らせください

通院先	☐ 精神科病院 ☐ 総合病院内の精神科・心療内科 ☐ 精神科・心療内科のクリニック
医療他	☐ デイケア ☐ 医療機関の訪問看護 ☐ 訪問看護ステーション

福祉のサービス・制度の利用状況についてお知らせください。

A.障害者総合支援法のサービスについて	
現在使っている	☐ 就労継続支援 B 型 ☐ 就労継続支援 A 型 ☐ 就労移行支援 ☐ 就労定着支援 ☐ グループホーム ☐ ホームヘルプ(家事援助) ☐ ホームヘルプ(通院介助) ☐ 生活訓練(宿泊型) ☐ 自立訓練(通所型) ☐ 生活介護 ☐ 自立生活援助 ☐ 地域定着支援 ☐ 地域活動支援センター ☐ 移動支援 ☐ 自立支援医療 ☐ その他の障害者総合支援法のサービス ☐ 種類はよくわからないが使っている
過去に使ったことがある	☐ 就労継続支援 B 型 ☐ 就労継続支援 A 型 ☐ 就労移行支援 ☐ 就労定着支援 ☐ グループホーム ☐ ホームヘルプ(家事援助) ☐ ホームヘルプ(通院介助) ☐ 生活訓練(宿泊型) ☐ 自立訓練(通所型) ☐ 生活介護 ☐ 自立生活援助 ☐ 地域定着支援 ☐ 地域活動支援センター ☐ 移動支援 ☐ 自立支援医療 ☐ その他の障害者総合支援法のサービス ☐ 種類はよくわからないが使っていた
☐ これまで障害者総合支援法の福祉サービスを利用したことは一度もない	

B.その他	☐ 障害者雇用制度 ☐ 生活保護 ☐ 障害年金 ☐ 介護保険サービス ☐ 他
-------	---

ここからは上記 A の「障害者総合支援法」の制度・サービスのことを「障がい福祉サービス」と呼びます。

障がい福祉サービスの情報は、どのような形で知りましたか？あてはまるものすべてに✓をつけてください。

☐ 主治医の紹介 ☐ 医療機関の精神保健福祉士・スタッフの紹介 ☐ 市区町村の紹介 ☐ 相談支援事業所の紹介 ☐ 自分でインターネットで探して ☐ SNS など ☐ YouTube 等の動画系サイト ☐ 家族が探してきた ☐ 知人の紹介 ☐ 同病の仲間 ☐ 当事者会 ☐ 医療機関や行政機関のパンフレット ☐ 保健所 ☐ 他
--

【医療機関での医療福祉連携】

これまで障がい福祉サービスの利用について、医療機関から紹介や情報提供をされたことはありますか？

1. よくされた	2. 時々された	3. あまりされなかった	4. 全くされなかった
----------	----------	--------------	-------------

↳ 1. 2にお答えの方に伺います。誰から情報提供を受けましたか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

病院の外来で	1. 医師 2. 精神保健福祉士 3. 看護師 4. 他 5. スタッフ（職種は不明）
入院中に	6. 医師 7. 精神保健福祉士 8. 看護師 9. 他 10. スタッフ（職種は不明）
その他の場面	11. デイケア 12. 病気の学習教室・心理教育 13. 訪問看護

上記の情報提供の結果、障がい福祉サービスの利用につながりましたか？（※自立支援医療制度の利用は除きます）

1. つながった	2. つながらなかった
----------	-------------

これまで、外来・入退院時・デイケアで、精神保健福祉士や退院後生活環境相談員など、障害福祉サービスの相談にのってくれる、あなた個人の医療機関の担当者はついていたことはありますか？

1. ある（□外来 □入院時 □デイケア □訪問看護）	2. ない	3. 覚えていない
-----------------------------	-------	-----------

障がい福祉サービスを利用することについて、医療機関や福祉事業所によって、以下のような機会は提供されましたか？医療機関・福祉事業所によってそれぞれの機会が提供されていたら、✓してください。

☐ 障がい福祉サービスはいずれも使っていない（※✓がはいった場合、Zにスキップ）
☐ 何らかの障がい福祉サービスを使っている（※✓がはいった場合、Aにスキップ）

A: 住まう場所の支援について（グループホームや宿泊型自立訓練の居住サポート事業の利用について）			
□グループホーム・宿泊型自立訓練・居住サポート事業はいずれも使っていない（※✓がはいった場合、以下はスキップ）			
	医療機関による提供が…	サービス等利用計画を作成する相談支援事業所による提供が…	グループホームなどサービスを直接提供する福祉事業所による提供が…
サービスの利用に関する相談の機会	☐	☐	☐
サービスの紹介・説明（それぞれの支援内容の説明や、おすすめの支援の紹介など）の機会	☐	☐	☐
サービスとの調整（サービスを提供する事業所への連絡や、やりとりなど）	☐	☐	☐
サービス利用前の自宅への訪問による生活相談	☐	☐	☐
地域の福祉事業者との顔合わせの機会の提供	☐	☐	☐
サービスの利用見学の同行	☐	☐	☐
行政的な手続きをすることへの同行	☐	☐	☐
家族との面談や相談の機会を設けること	☐	☐	☐
支援内容を打ち合わせるケア会議の開催	☐	☐	☐
入院中における退院先の住まいの場のお試し見学	☐	☐	☐
既に利用している当事者との顔合わせ、対話の機会	☐	☐	☐

B:家事や日常生活の支援について(ホームヘルプ・自立生活援助)			
□ホームヘルプ・自立生活援助はいずれも使っていない(※✓がはいった場合、以下はスキップ)			
	医療機関による提供が…	サービス等利用計画を作成する相談支援事業所による提供が…	ホームヘルプなどのサービスを直接提供する福祉事業所による提供が…
サービスの利用に関する相談の機会	☐	☐	☐
サービスの紹介・説明(それぞれの支援内容の説明や、おすすめの支援の紹介など)の機会	☐	☐	☐
サービスとの調整(サービスを提供する事業所への連絡や、やりとりなど)	☐	☐	☐
サービス利用前の自宅への訪問による生活相談	☐	☐	☐
地域の福祉事業者との顔合わせの機会の提供	☐	☐	☐
行政的な手続きをすることへの同行	☐	☐	☐
家族との面談や相談の機会を設けること	☐	☐	☐
支援内容を打ち合わせるケア会議の開催	☐	☐	☐
既に利用している当事者との顔合わせ、対話の機会	☐	☐	☐

C:通所する場について(就労継続支援 A 型・B 型、就労移行支援、自立訓練(通所型)、生活介護、地域活動支援センター)			
□通所の障害福祉サービスは使っていない(就労継続支援 A 型・B 型、就労移行支援、自立訓練(通所型)、生活介護、地域活動支援センターなど)(※✓がはいった場合、以下はスキップ)			
	医療機関による提供が…	サービス等利用計画を作成する相談支援事業所による提供が…	通所先の福祉事業所による提供が…
サービスの利用に関する相談の機会	☐	☐	☐
サービスの紹介・説明(それぞれの支援内容の説明や、おすすめの支援の紹介など)の機会	☐	☐	☐
サービスとの調整(サービスを提供する事業所への連絡ややりとりなど)	☐	☐	☐
サービス利用前の自宅への訪問による生活相談	☐	☐	☐
通所先の利用見学の同行			
地域の福祉事業者との顔合わせの機会の提供	☐	☐	☐
行政的な手続きをすることへの同行	☐	☐	☐
家族との面談や相談の機会を設けること	☐	☐	☐
支援内容を打ち合わせるケア会議の開催	☐	☐	☐
既に利用している当事者との顔合わせ、対話の機会	☐	☐	☐

D:退院に関する支援について(地域移行支援・地域定着支援)			
□退院支援の障害福祉サービスは使っていない(地域移行支援・地域定着支援)(※✓がはいった場合はスキップ)			
	医療機関による提供が…	サービス等利用計画を作成する相談支援事業所による提供が…	移行・定着事業所による提供が…
サービスの利用に関する相談の機会	☐	☐	☐
サービスの紹介・説明(それぞれの支援内容の説明	☐	☐	☐

や、おすすめの支援の紹介など)の機会			
サービスとの調整(移行・定着事業所への連絡や、やりとりなど)	☐	☐	☐
退院前の病棟での生活相談	☐	☐	☐
退院先の住まい探し	☐	☐	☐
退院先に通所する場所の見学	☐	☐	☐
移行・定着事業者との顔合わせの機会の提供	☐	☐	☐
行政的な手続きをすることへの同行	☐	☐	☐
家族との面談や相談の機会を設けること	☐	☐	☐
支援内容を打ち合わせるケア会議の開催	☐	☐	☐
既に利用している当事者との顔合わせ、対話の機会	☐	☐	☐

Z:障がい福祉サービスを利用されていない方について伺います。サービス利用に至らなくても、もし下記のような機会がありましたら✓してください。			
	医療機関による提供が...	サービス等利用計画を作成する相談支援事業所による提供が...	サービスを直接提供する福祉事業所による提供が...
サービスの利用に関する相談の機会	☐	☐	☐
サービスの紹介・説明(それぞれの支援内容の説明や、おすすめの支援の紹介など)の機会	☐	☐	☐
サービスとの調整(サービスを提供する事業所への連絡や、やりとりなど)	☐	☐	☐
サービス利用前の自宅への訪問による生活相談	☐	☐	☐
地域の福祉事業者との顔合わせの機会の提供	☐	☐	☐
サービスの利用見学の同行	☐	☐	☐
行政的な手続きをすることへの同行	☐	☐	☐
家族との面談や相談の機会を設けること	☐	☐	☐
支援内容を打ち合わせるケア会議の開催	☐	☐	☐
入院中における退院先の住まいの場のお試し見学	☐	☐	☐

いまあなたが受けている医療と障がい福祉サービスの連携についてうかがいます。それぞれの問において、もっともあてはまる答え1つに○をつけて下さい。ここでの「連携」とは、あなたがより良い生活を送れるように、医療関係者と、障がい福祉サービスに携わる人々が協力して、あなたの状況にあわせて支援することを意味します。障がい福祉サービスを利用していない方は、イメージしてお答えください。

	1	2	3	4
1. あなたが受けた医療と福祉の連携の質はどの程度でしたか。	大変よい	よい	まあまあ	よくない
2. あなたが望んでいた医療と福祉の連携は受けられましたか。	十分に 受けた	大体 受けた	そうでも なかった	全く受け なかった
3. 医療と福祉の連携は、どの程度あなたが必要としていたものでしたか。	ほぼ全て必要 としたもの	大体必要とし たもの	いくつかは必 要としたもの	全く必要とし たものではな かった
4. もし知人が同じ援助を必要としていたら、あなたになされた医療と福祉の連携をおすすめしますか	必ず する	すると 思う	しないと 思う	絶対に しない
5. 困っていることに對して十分に時間をかけた連携をうけたと満足していますか	とても 満足	ほぼ 満足	どちらでもな い い か 少 し 不 満	とても 不 満
6. あなたがうけた医療と福祉の連携はあなたの抱える問題にとってどれだけの効果がありましたか。	多いに効果が あった	まあまあ 効果があった	全く効果が なかった	悪影響を 及ぼした
7. 全体として、一般的にいて、あなたがうけた医療と福祉の連携に満足していますか。	とても 満足	だいたい 満足	どちらでもな い い か 少 し 不 満	とても 不 満
8. また支援が必要になったとしたら、あなたが受けている医療と福祉の連携をもう一度受けたいと思いますか。	必ず 受ける	受けると 思う	受けないと 思う	絶対 受け ない

【頼りになる人】

あなたが病気や生活で大きな困りごとが起きて、一人では解決できないようなときに、**物事を最後まで解決するのに具体的に頼ることができる人**について以下をごらんください。（大きな困りごとの例：精神的な不調による入院や、体の病気、孤独の問題、家事やお金の問題で行き詰ってしまった時など）

☐ 1. 親 ☐ 2. 配偶者・パートナー・恋人 ☐ 3. きょうだい ☐ 4. 子 ☐ 5. その他の親族 ☐ 6. 友人 ☐ 7. ピア（病気の仲間） ☐ 8. 近隣の人 ☐ 9. 精神科医 ☐ 10. 地域連携室・地域相談室・精神保健福祉相談室のスタッフ ☐ 11. 訪問看護のスタッフ ☐ 12. デイケアのスタッフ ☐ 13. 相談支援専門員（計画相談・地域定着） ☐ 14. 就労継続支援 B 型 ☐ 15. 就労継続支援 A 型 ☐ 16. 就労移行 ☐ 17. 就労定着 ☐ 18. グループホーム ☐ 19. ホームヘルプ ☐ 20. 生活訓練 ☐ 21. 生活介護 ☐ 22. 自立生活援助 ☐ 23. 地域活動支援センター ☐ 24. その他の福祉サービス ☐ 25. サービス種はよくわからないが福祉サービスの人 ☐ 26. 生活保護の担当者 ☐ 27. 行政の障がい福祉担当課の担当者 ☐ 28. 民生委員 ☐ 29 その他 ☐ 30. 頼れる人はいない
--

上記の中で、**特に問題を解決するために頼りにできる人**は誰ですか？頼りにできる順に3つまで番号をあげてください。

1 位		2 位		3 位	
-----	--	-----	--	-----	--

【障がい福祉サービスの情報】

障がい福祉サービスの情報について、あなた自身の状況についてお知らせください。

あなたは障がい福祉サービスの情報を…	1.よく知っている方だ 2.まあまあ知っている方だ 3.あまり知らない方だ 4.ほとんど知らない方だ
あなたは障がい福祉サービスの情報を…	1.とても積極的に探す方だ 2.まあまあ積極的に探す方だ 3.あまり探さない方だ 4.ほとんど探さない方だ

障がい福祉サービスの情報について、あなたのご家族の状況について伺います。

ご家族は障がい福祉サービスの情報を…	1.よく知っている方だ 2.まあまあ知っている方だ 3.あまり知らない方だ 4.ほとんど知らない方だ
ご家族は障がい福祉サービスの情報を…	1.とても積極的に探す方だ 2.まあまあ積極的に探す方だ 3.あまり探さない方だ 4.ほとんど探さない方だ

あなたが障がい福祉サービスの情報を得るとしたら、どこからの情報を参考にしたいですか

☐ 主治医 ☐ 医療機関の精神保健福祉士・スタッフ ☐ 市区町村の情報 ☐ 相談支援事業所の相談支援専門員 ☐ インターネット ☐ SNS など ☐ YouTube 等の動画サイト ☐ 家族の紹介 ☐ 知人の紹介 ☐ 同病の仲間 ☐ 医療機関や行政機関のパンフレット ☐ 保健所 ☐ 他
--

【障がい福祉サービスの利用に関する主体性・積極性】

障がい福祉サービスについて、あなたの考えにもっとも当てはまるものを一つに○印をつけてください。なお、利用したことのない方は、イメージで結構なのでお答えください。

	全く当てはまらない	当てはまらない	当てはまる	良くあてはまる
1. 自分の人生をより良いものとするために、障がい福祉サービスを利用したいと思う	1	2	3	4
2. 自分の人生をより良いものにするために、障がい福祉サービスが役に立つと思う	1	2	3	4
3. ストレスに対処するために、障がい福祉サービスが役に立つと思う	1	2	3	4
4. 自分が元気であるために、障がい福祉サービスが役に立つと思う	1	2	3	4
5. 今まで利用したことがない障がい福祉サービスに関心がある	1	2	3	4
6. 自分にあった障がい福祉サービスのサービス量を調整するために、支援者に相談をしている	1	2	3	4
7. サービスの内容に不満があるときは、支援者に相談をしている	1	2	3	4
8. 自分にとって障がい福祉サービスは欠かせないものである	1	2	3	4
9. 現制度の障がい福祉サービス以外にも、こういうサービスがあったらいいのと思うことがある	1	2	3	4

障がい福祉サービスを利用して、満足できなかった点についてうかがいます。各設問について、あなたのお考えに近いもの 1 つに○印をつけてください。なお、利用経験のない方は、イメージで結構なのでお答えください。

	とても そう思う	やや そう思う	あまりそう思わ ない	全くそう思わな い
支援者が私の望んでいる支援をしてくれなかった	1	2	3	4
支援者に失礼な態度や雑な対応をされて嫌な思いをした	1	2	3	4
支援者に自分の生活やプライベートなことに干渉された	1	2	3	4
支援者のやり方や考え方を押しつけられた	1	2	3	4
サービスの効果を実感できなかった	1	2	3	4
サービスを利用したことで生活（時間やお金）に余裕がなくなった	1	2	3	4
交通の便や設備などサービスを利用しにくい環境だった	1	2	3	4
他の利用者との人間関係で困った	1	2	3	4
サービス機関の居心地が悪かった	1	2	3	4
サービスを利用するときのルールが厳しかった	1	2	3	4
サービスを利用するときの手続きが難しかった	1	2	3	4
自分に必要な支援が制度上難しいことがわかった	1	2	3	4

【ピアサポート】

精神障がいのある方同士のつながりについてうかがいます。各設問について、あてはまるもの 1 つに○印をつけてください。

※なお「ピアサポート(peer support)」とは、同じような共通項と対等性をもつ人同士(ピア)の支え合いを表す言葉です。自らも精神障がいの経験を持ち、それらの経験を活かしながら、対人援助の現場等で働き、障がいや疾病等の中にある仲間(ピア)のために支援やサービスを提供する者を広く「ピアサポーター」と呼びます。なおこの設問では、給与のある職として働いている方だけでなく、当事者会などでの支えあいも含んで「ピアサポート」と呼んでいます。

精神障がいのある知り合いがいっぱいいますか	多くいる	いる	ほとんどいない
ピアサポートという言葉聞いたことがありますか	よく聞く	聞いたことがある	聞いたことがない
ピアサポートという言葉の意味をご存じでしたか	よく知っていました	なんとなく知っていた	知らなかった
ピアサポートや当事者会などの会合に、参加したことがありますか。	頻繁に参加したことがある	参加したことがある	参加したことはない
ピアサポーターやピアスタッフと出会ったことがありますか	頻繁に出会ったことがある	出会ったことがある	出会ったことがない
ピアサポーターまたはピアスタッフとして活動したことがありますか	頻繁に活動したことがある	活動したことがある	活動したことがない
当事者会・当事者団体などに会員登録をして所属していますか。	はい		いいえ
最低賃金以上の給与をもらう形のピアサポーター・ピアスペシャリスト等として働いていますか	はい		いいえ

【障がい福祉サービスを利用する上で支障になるもの】

障がいのある方向けの障がい福祉サービスの利用についてうかがいます。あなたがサービスの利用を考える上で、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✓をいれてください。

なお、ここでいう障がい福祉サービスとは…

×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がい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.内容についてよく知らない	☐	☐	☐	☐
2.障がい福祉サービス利用のメリットについてよく知らない	☐	☐	☐	☐
3.自分に合ったサービスがよくわからない	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
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.障がい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	☐	☐	☐	☐
6.過去に利用した障がい福祉サービスに不満がある	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
10.個人情報共有されることに抵抗がある	☐	☐	☐	☐
11.私生活に入り込まれることに抵抗がある	☐	☐	☐	☐
12.利用料の経済的負担があることに不安がある	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
15.人に迷惑をかけたくないと感じる	☐	☐	☐	☐
16.支援者に対して気おくれしてしまうと感じる	☐	☐	☐	☐
17.家族が障がい福祉サービスの利用を敬遠していると感じる	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
障がい福祉サービス利用までの手続きについて				
20.手続きに時間がかかり、すぐに支援が受けられない	☐	☐	☐	☐
21.手続きの方法が複雑すぎて、よくわからない	☐	☐	☐	☐
22.書類の記入や手続きに負担感がある	☐	☐	☐	☐

【基礎情報】

あなたの性別についてお知らせください

1. 女性 2. 男性 3. その他 4. 答えたくない

あなたの年齢についてお知らせください。

1. 20代 2. 30代 3. 40代 4. 50代 5. 60代 6. 70代 7. 80代

現在のお住まいの状況についてお知らせください

1. 一人暮らし 2. 家族と同居 3. 施設等で暮らしている 4. 答えたくない

これまでに精神科病院に入院したことはありますか？

1. ない 2. 1～2回程度 3. 3回以上 4. 答えたくない

あなたは現在、精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか？

1. 1級の手帳を所持 2. 2級の手帳を所持 3. 3級の手帳を所持 4. 申請中・申請予定 4. 持っていない

お答えになれる範囲でお答えください。病名について主治医の先生からどのようにうかがっていますか？診断が複数ある場合は自分で「主病名」と考えるものに○をつけてください。（お答えになりたくない場合は、11に○をつけてください）

1. うつ病関連の病気 2. 躁うつ病（双極症）関連の病気 3. 統合失調症や関連の病気 4. 強迫症やパニック症などの不安症 5. アルコール依存症や薬物依存症 6. 摂食障害 7. 発達障害（ASD/ADHD/LD） 8. 適応障害や PTSD 9. その他 10. 医師からはっきりした病名は聞いていない 11. 答えたくない

障がい福祉サービスの利用に関して、利用をしやすくするために、どのようなことがあったらよいと思われますか？ご意見をお聞かせください。

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（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）

○研究協力者

五十嵐百花（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）

川口敬之（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）

岩永麻衣（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）

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）

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）

要旨

本研究の目的は精神科医療や地域精神保健に関わる支援者が研究成果を活用できるよう、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 Web サイトを作成することであった。類似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した。本研究班でデータ収集を行った「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に関する実態調査」、「精神科病院からの退院患者における外来ケースマネジメントに関する診療報酬についての実態調査」、「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」の結果を反映した Web サイト「精神科ケースマネジメント研究班」

(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/pcmr/>) が公開済である。今後も精神科ケースマネジメントに関する研究班や事業の成果物を掲載し、療養生活継続支援加算や精神科共同指導料といった関連する診療報酬の算定を検討している、また医療と福祉の連携について模索している医療機関や支援者がワンストップで必要な情報を得られる Web サイトとして運営する予定である。

A. 研究の背景と目的

Web サイトを用いた健康医療関連情報の提供はすでに市民権を得ており、多くの人にとって便利である反面、一定のリスクもある。2016 年にはキュレーションメディア「WELQ(ウェルク)」において不正確な医療情報の拡散が話題となった 1)。2020 年代に入ってもソーシャルメディアで不正確な健康や医療に関する情報が発信されたり、匿名で質問ができる Web

サイトでおそらく非専門家であろう回答者による科学的根拠に欠ける回答がまことしやかに流通したりしている。例えばコロナ禍においては Covid-19 に関する情報発信のうち最大で約 3 割に誤情報が含まれていたと報告されている。情報の洪水による望ましくない二次的影響は” Infodemic” と呼ばれ対応が迫られており 2)、同様の状況はメンタルヘルスケアに関しても見られている 3)。健康医療関

連情報を提供する Web サイトが玉石混交の状況であることに対して、米国では国立衛生研究所（NIH）や国立補完統合衛生センター（NCCIH）が各種療法・施術やサプリメント等に関する情報発信を行っており、我が国でも日本インターネット医療協議会は「e ヘルス倫理コード」を策定するなど対応が進んでいる¹⁾。本研究班を含む厚生労働科学研究費補助金を資金とした研究班の成果についてはすでに厚生労働科学研究成果データベース（<https://mhlw-grants.niph.go.jp/>）で情報提供がなされている。これらに加えて学術研究になじみのない閲覧者でも安心して気軽に情報にアクセスできるような公的機関が運用するプラットフォーム上での情報発信も今後求められることが想定される。

以上の検討から、本分担研究班では本研究班が実施する調査の結果を紹介する Web サイトを作成することを目的とする。

B. 方法

「こころとくらし」閲覧者に対するアンケート調査の結果を踏まえて⁴⁾、新たな Web サイト構築にあたり、下記の検討を行った。

・コンテンツについて

従来、学術論文や研究報告書は背景、目的、方法、結果、考察の順番に記述することが定石とされている。他方、こうした形式になれない読者や閲覧者からすると順番に読んでいくうちに関心が薄れて結論に行きつかない、そもそも時間がない、などの理由で結論を早く知りたいというニーズがあることが推察された。そこで研究結果の紹介ページの冒頭に各分担研究班で実施した調査の結果について平易な言葉かつ Q&A 方式で掲載した。中ほどには考察にあたる今後の課題や展望等を記述し、最後に調査実施の方法などをより詳しく知りたい閲覧者のために調査の概要、方法、報告書の書誌情報等のリンクを配置した。

・ユーザーインターフェースについて

研究内容や結果の説明において学術論文にみられるような図表やテキストでの説明ではなく、イラストを多用し、文字を大きく見やすく配置した。また Web ブラウザでの閲覧に加えて、スマートフォンやタブレットでの閲覧数も相当数に上がることが予想されたため、これらのガジェットで閲覧した際にもストレスなく必要な情報が入手できるよう 1 つのページの縦の長さなどを調整した。

B. 結果

「精神科ケースマネジメント研究班」と題した Web サイトを作成し、公開した。

サイトを構成する各ページにおいて工夫したのは以下の点である。

・トップページ

地域精神保健に関連する情報が提供できることを視覚的に訴求するため、街並みを連想させる温かみのあるイラストをページのトップ部分に配置した。Web サイトとケースマネジメントの説明について平易な言葉で説明するテキストを掲載した（図 1）。

・ケースマネジメントとは

定義、支援形態、支援内容についてイラストを用いて説明した（図 2）。

・研修

令和 4 年度に新設され、本研究班で実施された各調査の主要なテーマである「療養生活継続支援加算」の概要や狙い、支援の実際について説明した研修動画を掲載した（図 3）。

・ツール

「療養生活継続支援加算」の算定をする際に有用なガイドラインやアセスメントシート等がダウンロードできるよう掲載した（図 4）。

・研究の紹介

本研究班で実施された研究の一覧を押下できるボタン上に配置し、研究結果の紹介ページに遷移できるようにした（図5）。

・研究結果の紹介ページ

各調査のリサーチクエストを平易な質問形式で記述し、結果の説明では簡素化したグラフや色彩を活用した。研究報告書では考察にあたる得られた知見はLINEなどSNSでみられる吹き出して表示した。調査結果のすべてを掲載するのではなく、その研究においてもっともインパクトがある結果に絞って掲載した。情報の取捨選択にあたっては本研究班に研究協力者として参画している当事者5名に意見を求めた。

ページ最下部に研究の背景、方法を簡潔に掲載し、厚生労働科学研究成果データベースの当該研究報告書が掲載されているページに遷移するリンクを設置した（図6）。

D. 考察

Webサイト作成にあたっては昨年度実施した「こころとくらし」閲覧者アンケートの結果の基づき、イラスト等のユーザーフレンドリーな表現と研究結果に関する情報をバランスよく配置することを目指した。研究の紹介ページ内に研究結果をどのように、またどの程度掲載するかについて、分担研究者と当事者経験をもつ研究協力者の双方からの意見を得て、これを反映することができた。この取り組みは今後多くの支援者にサイトを閲覧してもらい研究結果を普及させる、という意図に加えてPatients and public involvement⁵⁾の観点からも望ましい取り組みであったと考える。

今後も上記の方針を維持しつつ、精神科ケースマネジメントに関する研究班や事業の成果物を掲載し、本領域に関心を寄せる医療機関や支援者がワンストップで必要な情報を得

られるWebサイトとして運営する予定である。

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

Webサイト：精神科ケースマネジメント研究班

(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/pcm/about.html>)

文献

- 1) 中山健夫：一般向けの保択・健康情報提供のあり方を考える。 薬学雑誌 141 : 377-380, 2021
- 7) Gabarron, E., Oyeyemi, S. O., & Wynn, R. (2021). COVID-19-related misinformation on social media: a systematic review. Bull World Health Organ, 99, 455-463A
- 2) Gabarron E, Oyeyemi SO, Wynn R. COVID-19-related misinformation on social media: a systematic review. Bull World Health Organ. 2021 Jun 1;99(6):455-463A. doi: 10.2471/BLT.20.276782. Epub 2021 Mar 19. PMID: 34108756; PMCID: PMC8164188.
- 3) Starvaggi I, Dierckman C, Lorenzo-Luaces L. Mental health

misinformation on social media:
Review and future directions. *Curr
Opin Psychol.* 2024 Apr;56:101738.
doi: 10.1016/j.copsyc.2023.101738.
Epub 2023 Nov 14. PMID: 38128168.

- 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.
- 5) Jennings, H., Slade, M., Bates, P. et al (2018). Best practice framework for Patient and Public Involvement (PPI) in collaborative data analysis of qualitative mental health research: methodology development and refinement. *BMC Psychiatry*, 18, 213.



私たちは精神科ケースマネジメントの研究班です

このサイトは、精神科におけるケースマネジメントの普及に関する研究をもとに、研究結果や実践に役立つ情報をわかりやすく紹介するサイトです。

ケースマネジメントとは？

広義には、医療や福祉のさまざまなサービスを組み合わせて利用するために、ケースマネジメント担当者が利用者の利用するサービスについてマネジメント（管理）を行うことを指します。

図 1 トップページ

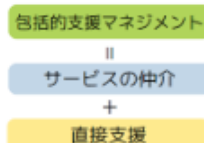
ケースマネジメントについて

ケースマネジメントとは

精神障害を持つ人でも、医療や福祉の様々なサービスを組み合わせて利用することで、いきいきと暮らしていくことができます。その場合、複数のサービスと契約したり、それぞれのサービス担当者間で情報をスムーズに共有したりするために、マネジメント（管理）が重要になってきます。ケースマネジメントとは、利用者のニーズを聞き取り、どのような支援をいつ提供するかプランを組んで調整を行い、利用者の状態や支援の利用状況を継続して見守ることを指します。ケアマネジメントと呼ばれることもあります。

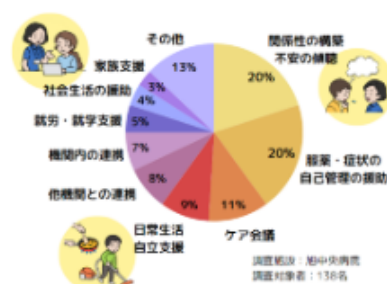


包括的支援マネジメントとは



包括的支援マネジメントとはケースマネジメントの一形態であり、ケースマネジメント担当者がアセスメント・プランニング・サービスの仲介をするだけでなく、利用者への直接的な支援も行います。日本で精神科ケースマネジメントの診療報酬を算定する際には、この包括的支援マネジメントを行うこととされています。

包括的支援マネジメントの内容



包括的支援マネジメントで実際に行う支援内容の例をご紹介します。上図は、支援内容ごとの提供時間を円グラフにしたものです。支援関係者との連携に加えて、利用者の不安の軽減や日常生活の支援など、さまざまな直接支援が行われていることがわかります。

図2 ケースマネジメントの定義、支援形態、支援内容

研修

精神科ケースマネジメントに関する研修動画です。2023年7月6日「精神科における療養生活継続支援加算に関する研修」より一部を掲載しています。
著作権の関係で、動画ファイルのお渡しは行っておりません。

療養生活継続支援加算の狙い ～ケースマネジメントの観点から～

東洋大学大学院ライフデザイン学研究所
吉田光剛



資料PDFダウンロード

「療養生活継続支援加算」について

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
藤井千代



資料PDFダウンロード

ケースマネジメントの実際

医療法人 三家クリニック 医療福祉相談室
浜中利保



資料PDFダウンロード

図 3 研修動画

ツール

包括的支援マネジメント ガイド & ツール

研究班では、包括的支援マネジメントの実践に役立つガイドや、アセスメントシートなどの支援で使えるツールを作成しました。ダウンロードしてお役立てください。

包括的支援マネジメント 実践ガイド

目次	
包括的支援マネジメントの概要	
包括的支援マネジメントの支援対象者	ダウンロード
包括的支援マネジメント担当者の役割	
包括的支援マネジメントの進め方	
包括的支援マネジメント ツール一式	

包括的支援マネジメント ツール

必須ツールと補助ツールがあります。補助ツールは必ず使用しなくてもよく、既存のツールがあれば代替可能です。

インテーク

	必須 ケースマネジメント導入基準シート	ダウンロード
	補助 基礎情報	ダウンロード
	補助 家族関係・利用中のサービス・制度	ダウンロード

アセスメント

	必須 主治医用シート	ダウンロード
	必須 支援ニーズアセスメントシート	ダウンロード
	補助 支援ニーズに関するアンケート	ダウンロード

支援計画

	必須 支援計画シート（基本項目）	ダウンロード
	補助 支援計画シート（追加項目1）	ダウンロード
	補助 支援計画シート（追加項目2）	ダウンロード

クライシスプラン

	補助 日常レベルのプラン	ダウンロード
	補助 緊急レベルのプラン	ダウンロード

利用できるサービス・社会資源

	補助 利用できるサービス・社会資源一覧シート	ダウンロード
--	-------------------------------	--------

図 4 ダウンロード可能な各種ツール

研究の紹介

精神科ケースマネジメントの実施状況に関する研究
全国の精神科病院や診療所に、精神科ケースマネジメントの診療報酬の算定状況や、算定に関する課題について尋ねました。
キーワード：療養生活継続支援加算、算定状況、算定の課題

精神科ケースマネジメントの実施内容に関する研究
全国の精神科病院や診療所に、精神科ケースマネジメントを実際に行った時の困難や、患者の特徴、行った支援内容などについて尋ねました。
キーワード：ケースマネジメントの困難、患者の特徴、支援内容

精神科退院時のケースマネジメント実施状況に関する研究
精神科を退院する患者を対象に、入院中から退院後のケースマネジメントの実施状況や、診療報酬の算定状況について調べました。
キーワード：入院中のケースマネジメント、退院後のケースマネジメント

福祉機関におけるケースマネジメントに関する研究
全国の福祉機関に、精神科ケースマネジメントの必要性や、実施状況、課題について尋ねました。
キーワード：福祉事業所、相談支援事業所

図 5 実施された研究の一覧

ケースマネジメントの診療報酬はどれくらい普及している？

療養生活継続支援加算
を算定したことがある



精神科退院時共同指導料Ⅰ
を算定したことがある



(調査対象：763機関)

精神科でケースマネジメントを行う際に算定可能な2つの診療報酬「療養生活継続支援加算」「精神科退院時共同指導料Ⅰ」について、算定実績のある医療機関の割合を調べたところ、どちらも低い割合でした。

調査時期は、「療養生活継続支援加算」が新設されてから約1年、「精神科退院時共同指導料Ⅰ」が新設されてから約3年が経過した時点でした。多くの医療機関がこれらの診療報酬を算定できるようになるには、まだ課題がありそうです。

精神科ケースマネジメントの普及はこれからのようです。

ケースマネジメントの診療報酬の算定は、どうすれば増える？

療養生活継続支援加算
算定の課題

- 十分周知されていない 47%
- 専任のスタッフがない 41%
- 研修終了した看護士がない 36%
- 労力に対して診療報酬が少ない 33%
- 算定に必要な支援とその料金がよくわからない 28%
- 精神保健福祉士が単独で面談を行っても算定できることを知らない 24%
- 連携先が学校や民生委員でもよいことを知らない 22%

(調査対象：763機関)



「療養生活継続支援加算」の算定上の課題と、算定を増やすために必要なことについて医療機関に尋ねました。

課題については、「加算について十分周知されていない」「算定条件がよくわからない・知らない」といった、算定するための情報が行き届いていないという意見が多く集まりました。また、「専任のスタッフがない」といったスタッフ配置の課題、「診療報酬が少ない」というコスト面の課題も伺いました。

療養生活継続支援加算
算定を増やすために必要なこと

周知	
周知を行う (53%)	
手引き・ガイドラインの整備 (30%)	
算定条件を明確にする (30%)	
相談として算定の意識づけ (20%)	
コスト面の支援	
診療報酬を増やす (53%)	
精神保健福祉士の配置手当て (46%)	
意厚な支援に診療報酬を増やす (29%)	
算定条件の緩和	
算定できる期間の延長 (31%)	
公認心理士でも算定可能にする (29%)	
研修の要件を緩和する (26%)	
在宅精神療法でも算定可能にする (23%)	



算定を増やすために必要なことについては、大きく3つの意見が集まりました。

1つ目は「周知」で、ガイドラインの整備などを行い、診療報酬について広く周知することが求められています。

2つ目は「コスト面の支援」で、診療報酬の増点などが求められています。

3つ目は「算定条件の緩和」で、算定できる期間や職種の条件を緩めることが求められています。

リサーチクエスチョンを平易な質問形式で記述

グラフや表は簡素化し色彩を活用

得られた知見は LINE など SNS でみられる吹き出しで表示

結果のすべてを羅列せず、注目すべき事柄に絞って表示

図6 研究結果の紹介ページ

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, 吉田光爾	ケースマネジメントの発展の 歴史と概要	精神障害とリ ハビリテーシ ョン	28(2)	125-139	2024
竹澤翔, 小池純子, 酢野貢, 村井千賀, 山下真, 北村立, 山口創生, 藤井千代	精神科救急病棟における包括 的支援マネジメントによる地 域連携	精神科救急	27	24-31	2024
Sawada U, Matsunaga A, Taneda A, Sasaki N, Yamaguchi S	Perspectives of people with schizophrenia on clinical outcome scales and patient-reported outcome measures: a qualitative study	BMC Psychiatry	24(1)	861	2024
Yamaguchi S, Usui K, Iwanaga M, Kawaguchi T, Hada A, Yoshida K, Nishio M, Yanata H, Watanabe M, Taniguchi K, Aoki H, Hisajima Y, Sato S, Fujii C	10-year outcome trajectories of people with mental illness and their families who receive services from multidisciplinary case management and outreach teams: protocol of a multisite longitudinal study	BMJ Open	14(8)	e085532	2024
Iwanaga M, Yamaguchi S, Sato S, Usui K, Nakanishi K, Nishiuchi E, Shimodaira M, So Y, Fujii C	Comparison of the 12-item and 36-item versions of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 using longitudinal data from community mental health outreach service users	Neuropsychoph armacology Reports	44(2)	457-463	2024

Yamaguchi S, Ojio Y, Koike J, Matsunaga A, Ogawa M, Kikuchi A, Kawashima T, Tachimori H, Bernick P, Kimura H, Inagaki A, Watanabe H, Kishi Y, Yoshida K, Hirooka T, Oishi S, Matsuda Y, Fujii C	Associations between readmission and patient-reported measures in acute psychiatric inpatients: a multicenter prospective longitudinal study	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology	60(1)	79-93	2025
Yamaguchi S, Koike J, Igarashi M, Kawaguchi T, Shiozawa T, Usui K, Iwanaga M, Matsunaga A, Yoshida K, Sato S, Fujii C	Comparative analysis of independent reviewer-rated and self-rated fidelity scores in individual placement and support programs: repeated cross-sectional surveys	Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research	52(2)	379-389	2025

令和7年3月27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6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) 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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立精神・神経医療研究センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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6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) 社会福祉デザイン学部 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)
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)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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)	☒	☐	☒	東洋大学福祉社会デザイン学部	☐

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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7年5月9日

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

機関名 東京都立松沢病院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 布村 明彦

次の職員の令和6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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☐	東京都立松沢病院倫理委員会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 7 年 3 月 27 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6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) 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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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：)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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7年3月27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6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 チョ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立精神・神経医療研究センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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。