

精神科外来機能強化に関する研究

研究分担者：川副泰成（総合病院国保旭中央病院）

研究協力者：岩上洋一（特定非営利活動法人じりつ）、上島雅彦（竹田総合病院）、岡部正文（一般社団法人ソラティオ）、香山明美（東北文化学園大学）、菊入恵一（田宮病院）、齋藤研一（社会福祉法人会津療育会）、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）、佐々木渉（ほっとステーション）、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）、鈴木孝典（大正大学）、田村綾子（聖学院大学）、長谷川直実（大通公園メンタルクリニック）、三澤孝夫（駒澤大学）、村井千賀（石川県立こころの病院）、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）

要旨

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進する観点から、最終年度で以下の継続課題に関する2つの調査を行ない、往診・訪問診療と「包括的支援マネジメント」(ICM)の有用性と課題について考察した。

【調査1】ひきこもり等の地域課題に対応するため、精神科医による往診・訪問診療の充実が期待されている。今年度は単一の精神科診療所における医師の訪問診療等に関する実態調査を実施した。この結果、入院歴や受診歴がないケースに対する訪問診療ニーズの高さがうかがわれた。また、外来通院中に治療の過程で一時的に訪問診療が必要になるケースや、高齢者への訪問診療も一定数あり、地域における精神科医師の訪問診療への多様なニーズが明らかとなった。転帰としては訪問診療開始後の精神科・身体科双方への入院は少なく、中断も3割弱に抑えられていた。これらのことから医師が地域に訪問することが入院や医療中断（およびその後の病状悪化）を防止していることが推察された。訪問診療は平均で2年以上継続しており、精神科在院患者支援管理料等が想定している2年間では不十分であることが示唆された。

【調査2】ICMの実装による効果を検証するため、石川県立こころの病院において精神科救急入院料病棟に入院した者に対して行なわれている「包括的支援マネジメント実践ガイド」に基づく支援について継続的に調査した。実装の効果を巡っては、入院中に精神症状と生活障害が改善され、1年後の精神症状と生活障害は改善されたまま維持していることが明らかになった。精神障害と生活課題を複数持つ者に対してICMを実装することの有効性ととともに、精神科医療機関を主体としたICMによって地域定着が推進されることが示唆された。

A.研究の背景と目的

現在構築が進められつつある「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」)は、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰も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(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保されたシステムであり、地域共生社会の実現のためには欠かせないものとされている¹⁾。「にも包

括」の構成要素としては、「地域精神保健及び障害福祉」「精神医療の提供体制」「住まいの確保と居住支援」「社会参加」「当事者・ピアサポーター」「精神障害を有する方等の家族」「人材育成」が挙げられている。このうち精神医療については、メンタルヘルス上の課題を抱える地域住民の支援や普及啓発から、中重度の精神障害をもつ人への治療に至るまで、「にも包括」のあらゆる側面で重要な役割を担うことが期待される。

これまでに我々は、現に包括的支援マネジメントを実践している医療機関の協力を得て、その対象者の特徴や、それによって提供されるサービス内容やサービス量の見える化を行うとともに、その効果についても示してきた。ここでいう包括的支援マネジメントとは、さまざまな社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法であり、多職種によるアセスメントとプランニング、介入（マネジメント担当者自身による直接サービスの提供）を包括した集中的なケースマネジメント（intensive case management; ICM）を指すと捉えた。また、医療機関からのアウトリーチの必要性和そのあり方についても検討を重ねてきた。

2020年度は自ら医療機関を受診することが困難な精神障害者への支援や、ひきこもり等メンタルヘルス上の課題への対応のあり方を検討するため、アウトリーチ支援の実践を積極的に実施している医療機関に対し、インタビュー調査、アンケート調査、支援プロセス調査等に加え、診療報酬改定に関する意識調査を実施した。今年度は訪問診療等の実態を詳細に調べるため、単一の精神科診療所を対象に新規通院者の悉皆調査を実施した【調査1】。

また、2019年度から実施している石川県立こころの病院（旧高松病院）における包括的支援マネジメント（以下、ICM）の実装の取

り組みについては、今年度は実装前と1年後の実態を比較し、ICMによる効果を明らかにする【調査2】。

以下のB.方法とC.結果については、【調査1】と【調査2】に分けて報告する。

【調査1】単一の精神科診療所における医師の訪問診療等に関する実態調査

B.方法

2016年4月に千葉縣市川市に開設された診療所しっぽふあーれの協力を得て、開設後に新規に通院を開始し、なおかつ医師による往診もしくは訪問診療を受けた患者の悉皆調査を実施した。開設以前に別医療機関で同診療所の医師による診察や訪問診療等を受けていて診療が引き継がれた者、また訪問支援を医師以外の職種のみで実施していた者は調査対象外とした。調査期間は2021年7月～8月で、調査項目は患者属性、過去の治療/支援歴、訪問診療等の開始時点から調査時点までの全期間の支援プロセス、支援の転帰であった（資料1として調査票を添付した）。

C.結果

対象者は合計177名（男性69名、女性108名）で、平均年齢は51.28±21.96歳、平均罹病期間は13.51±10.32年であった。対象者の属性については、診断名は統合失調症圏とともに気分障害圏、神経症圏、さらに発達障害圏が多く、「その他」には場面緘黙やひきこもりなど医学的診断のない不適応状態も含まれていた。また半数近くが重複診断や身体合併症を持っており、介護保険利用者が一定数いた（表1-1）。

過去の治療歴については、精神科受診歴のないものが相当数いて、入院経験のあるものが少なかった（表1-2）。

訪問診療開始の理由では、「長期入院や慢性化した重症精神障害をもつ人の退院支援、地域生活支援のため」について177名中168名（94.9%）が非該当であった。多かったのは、

「ひきこもりで外出が難しいため」「病状悪化等により通院が困難なため」などであった(表 1-3)。紹介元としては他の医療機関が最も多かったが、行政機関や基幹相談センター、高齢者支援センター/地域包括支援センターなど精神保健医療福祉システムの外側に位置付けられる相談支援機関からの紹介が一定数あった(表 1-4)。

支援過程や転帰については、初診と同時に訪問診療が開始にならなかった者が 26 名(14.6%)いて、これらの訪問診療開始までの平均月数は 11.69 ± 11.84 カ月(範囲: 1-45 カ月)であった。また支援開始後に精神科入院がなかった者は 154 名(87.0%)、身体科入院が 1 度もなかった者は 155 名(87.5%)であった。さらに、支援中断がなかった者は 129 名(72.8%)であった。調査時点で支援継続中の者は 103 名、終了した者は 74 名であった。

訪問支援の継続期間は、全体(n=160; 1 回のみでの訪問ケース 17 名を除く)では 25.83 ± 20.50 カ月(範囲: 1-71 カ月)、調査時点からさかのぼって 2 年以上前に利用開始した者(n=97; 1 回のみでの訪問ケース 17 名を除く)では 35.73 ± 20.15 カ月(範囲: 1-71 カ月)であった。後者の訪問期間の度数分布では、24 カ月未満は 24.74%であった(表 1-5)。

支援が終了した者はその時点、支援が継続している者は調査時点での医師の訪問診療以外の訪問体制について、同診療所の自法人が設置している Assertive Community Treatment を志向するコメディカルスタッフのみでの訪問チームを利用している者は 75 名(42.3%)であり、他法人の訪問看護ステーションによる訪問やホームヘルプサービスを利用する者も 2 割程度いた(表 1-6)。終了の理由として最も多かったのは「転医等別法人の支援機関に移行」が 11 名(14.8%)で、他に「自法人の外来通院に移行」「コメディカルスタッフのみでの訪問支援に移行」が合せて 9 名(12.1%)だった。他方「本人の拒否」も 10

名(13.5%)見られ、ばらつきが大きかった(表 1-7)。

【調査 2】包括的支援マネジメントの実装による効果に関する調査

B.方法

研究対象者は、2019 年 7 月 1 日から 2020 年 10 月 31 日までに、調査対象機関の急性期病棟に入院した患者である。導入基準は、① 2019 年 7 月から 9 月に当該病棟に入院となった者、②精神科の主診断を有する者、③同意撤回のない者とした。除外基準は、①20 歳未満の者、②65 歳以上の者、③認知症が主診断の者、④てんかんが主診断の者、⑤入院中に転院する可能性の高い者、⑥調査対象機関で外来治療を受けない者とした。調査時期は、初回調査を実施する入院(index admission)の入院時(T1.0)、index admission の退院時(T2.0)、index admission 退院後から 1 年経過時(T3.0)とし、予後調査は、T2.0 から T3.0 の間で、ケースマネジメントが不要となった場合においても実施している。収集した評価項目は、表 2-1 に示した。データは「包括的支援マネジメント実践ガイド」に示された様式から転帰することにより収集した。

今年度は T1.0~T3.0 時点調査の結果を集計し、The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)²⁾、Personal and Social Performance Scale (PSP)³⁾、Global Assessment of Functioning (GAF) について入院時と 1 年後、および退院時と 1 年後の比較を行った。統計解析には SPSSver.26 を用いた。

調査の実施に先立ち、石川県立高松病院(当時)倫理委員会の承認を得た。

C.結果

1) ICM の対象者数

期間中の入院対象者は 200 名であった。このうち ICM の実装を行い、かつ研究の導入基準に該当した者は、最終的に 54 名(27.0%)であった(2020 年度報告書では、既に調査が

完了した 45 名を対象とした特性を掲載した)。非該当となった理由は、除外基準のうち、①年齢が 65 歳以上である (46 名)、②主診断がてんかんである (2 名)、③転院の可能性が高い (3 名)、④外来が他院である (25 名) であった。そのほかの理由として、ICM の実装開始当初であるための運用上の理由で 66 名が除外された。

2) 1 年後の追跡状況と再入院率 (図 1)

1 年後の追跡状況を図 1 に示した。1 年後に追跡が可能である者は 43 名 (54 名の 79.6%) であった。そのうち継続して ICM を行っている者は 14 名 (同 25.9%)、完全終了をした者は 15 名 (同 27.8%)、ほかのケースマネジメントに移行した者は 11 名 (同 20.4%) であった。

1 年以内の再入院は 13 名で、再入院率は 24.1% であった。1 年以内に再入院をした 13 名のうち、既に退院に至った 11 名の再入院日数は 52.1 ± 23.8 日 (index admission の入院期間は 63.2 ± 23.7 日)、再入院までの日数は 180.2 ± 114.5 日、このうち予定入院を行った者は 3 名であった。また index admission 後の 1 年間の地域生活日数 (52 名) は、 351.1 ± 26.2 日、再入院者のみ (11 名) では 312.9 ± 23.8 日であった。

3) ICM 対象者の 1 年後の状況

入院時と 1 年後の特性を表 2-2 に、退院時と 1 年後の BPRS と PSP の比較を表 2-3 に示した。また、ICM 導入基準評価を図 2 に、入院中と 1 年後のニーズアセスメントの結果を図 3~5 に示した。

ICM 対象者の性別は女性の方が多く 32 名 (59.3%)、平均年齢は 41.4 ± 13.2 歳であった。診断は F3 (気分障害) が最も多く 24 名 (44.4%)、次いで F2 (統合失調症)、F8 (心理的発達の障害) であり、管理の必要性のある身体疾患は 14 名 (25.9%) が有していた。入院形態は医療保護入院が最も多かった (38 名, 70.4%)。入院時に行政介入があった者は

29 名 (53.7%)、37 名が過去に入院を経験しており、過去の総入院日数は 1 年未満で半数以上を占めた (中央値 161.0 日: 最小 30 - 最大 1900)。

BPRS の合計点数は、入院時に 41.9 ± 10.5 点、退院時は 26.8 ± 7.5 点、1 年後は 27.9 ± 8.8 点であった。PSP の総得点は、入院時 43.1 ± 18.9 点、退院時 71.9 ± 8.3 点、1 年後 70.5 ± 12.4 点であった。GAF は入院時が 32.4 ± 19.1 点、1 年後は 59.7 ± 16.9 点であった。

居住形態は、当初は家族同居が 49 名 (90.7%)、1 人暮らしが 5 名 (9.3%) であったが、1 年後には少なくとも 1 人暮らしが 3 名、グループホーム入所者が 2 名増えていた。また仕事に従事している者も 3 名増えた。相談支援の利用は 12 名 (22.2%) から 13 名 (24.1%) に、医療サービス利用はデイケア利用が 1 名、訪問看護利用が 3 名増えていた。

ICM 導入基準の該当項目で半数以上が該当した項目は、多い順に「A1_6 か月間継続して社会的役割 (就労・就学・通所、家事労働を中心に担う) を遂行することに重大な問題がある」「B2_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)」「D10_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」「C6_家族への暴力」「D8_家族への暴力、暴言、拒絶がある」「C7_警察・保健所介入歴がある」であった。

ニーズアセスメントは、「0. 支援は特にいらない」「1. 支援を受けている」「2. 支援を受けていないまたは支援を受けているがまだ困っている」「9. わからない」の評価点で、患者が自記式で採点した結果である。1 年後に支援が不要であるとの回答が最多だった項目は「アルコール」と「その他行動上の問題」であり、最も支援を受けていないか受けていると感じられていない項目は、「日中の活動」と

「心理的苦痛」であった。「生活環境の管理」「セルフケア」「金銭管理」の割合は変化がなかった。

4) ケア会議の実施状況

多職種ケア会議は、入院日を起算として第1回を30.9日目、第2回を71.0日目、第3回を111.6日目に実施していた(図6)。参加者は、第2回から外来看護師や相談支援員、訪問看護、就労支援事業所が参加していた(図7)。ケア会議での実施内容は、第1回は「アセスメント」「課題抽出」「計画立案」が中心に行われており、回数を重ねるごとに「計画内容の評価(再計画)」「計画内容の評価(継続)」へ移行し、「評価(継続)」「評価(終結)」の実施割合が増え、ICMの終了に至っていた(図8)。

D. 考察

1. 昨年度までの研究との関連

本研究班では、2020年度に「精神科における往診、訪問診療、訪問支援に関する実態調査」(承認番号A2020-060)を実施し、診療報酬制度における精神科在宅患者支援管理料が想定している「重症精神障害をもつ人の長期入院後の地域支援フォロー」よりも、発達障害やひきこもりのような、元々医療機関と接点のないメンタルヘルス不調者を医師が訪問することによって、辛うじて地域生活が維持されている実態を明らかにした。今年度は医師による長期にわたる訪問診療等の実態を詳細に調べるため、単一の精神科診療所を対象に新規通院者の悉皆調査を実施した(【調査1】)。

「にも包括」の推進においては、精神障害と複数の生活課題をもつ者への包括した集中的なケースマネジメントの重要性が指摘され¹⁾、2020年度の診療報酬改定では、精神病棟に入院中の患者に対し、入院医療機関の多職種チームと地域医療等支援機関等の多職種チームが共同で行うICMが評価された。また2022

年度改定では、入院を必要とした者のみでなく、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のICMの提供体制が新規に診療報酬化された。これらの普及により、誰も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「にも包括」体制の、より一層の推進が見込まれる。

本研究班では、2019年度より「包括的支援マネジメント実践ガイド」⁴⁾に基づき、新たにICMを実装した医療機関の入院患者を対象とした縦断的な観察研究を継続中である。2020年度は、入院医療の中でICM提供体制の構築と院内連携体制を整備した1医療機関の例を紹介し、ICMを必要とした者の特性を明らかにした⁵⁾。今年度は実装前と1年後の実態を明らかにして、その効果を検証した(【調査2】)。

2. 精神科診療所における医師の訪問診療等

調査1の結果から、診療報酬における訪問支援で想定する「長期入院後の地域支援」を理由とした訪問開始が少なく、必ずしも入院を経験していない、もしくはそもそも医療機関とのコンタクトがこれまでにない、というケースに対する精神科医師の訪問診療ニーズの高さがうかがわれた。これは2020年度の12医療機関を対象に実施した調査と同様の結果であった。加えて、当初は外来に通院できていたが治療の過程で一時的に訪問診療が必要になった場合や、従来介護保険制度での支援が想定されているケアホーム等に入居中の高齢者への訪問診療も一定数あり、医師の訪問診療に対する地域社会側の多様なニーズが明らかとなった。

転帰としては訪問診療開始後の精神科・身体科双方への入院は少なく、中断も3割弱に留まっていた。これらのことから、医師が訪問診療を行うことが入院や医療中断(およびその後の病状悪化)を防止している可能性が推察された。

こうした訪問診療は平均でも2年以上継続

していることから、精神科在宅患者支援管理料等が規定する訪問期間（最長 2 年）では十分な事例が少なくないことが示唆された。

3. 包括的支援マネジメントの実装による効果

調査 2 の結果では、ICM を必要とする者は、急性期病棟に入院を必要とした者の 27% (54 名) であった。54 名のうち、1 年後に ICM を必要とした者は、およそ 4 分の 1 に相当する 14 名であり、11 名は 1 年以内に、医療を中心としたケースマネジメントから、福祉を中心としたケースマネジメントに移行し、15 名が ICM の完全終了となっていた。

実装の効果を巡っては、入院中に精神症状と生活障害が改善され、1 年後の精神症状と生活障害は改善されたまま維持していることが明らかになり、精神障害と生活課題を複数持つ者に対して ICM を実装することの有効性が示唆された。また、ニーズアセスメントを参照すると「支援は特にいない」と回答する者の割合が高くなり、支援ニーズが充足されていないと感じる者の割合は全体的に減少傾向にある一方で、支援を必要とする生活課題そのものには、ほぼ変化がないことも示された。

入院期間の平均日数は 63.2 ± 23.7 日、再入院率は 24.1%、再入院日数は 52.1 ± 23.8 日であることを考慮すると、ICM を行っても、精神科救急入院料が想定している 3 カ月よりも短い入院期間で実施可能であると推察された。また、ICM を行っても再入院はあるが、それが予定入院ではなかったとしても、再入院日数は当初入院よりも少ない日数で退院につながっていた。このことから、当初入院で ICM を行い、福祉支援による生活環境を整えるとともに、クライシス対応を想定することなどによって、長期的には入院期間を短縮し、地域生活をより継続できることが期待される。

以上より、精神科急性期病棟に入院を必要

とする者では、複数の生活課題への対応と同時に、精神症状の改善と維持に対する支援の必要性が高いため、精神科医療機関を主体とした ICM によって地域定着が推進されることが示唆された。

4. 本研究の限界

調査 1 の限界としては、単一の診療所の調査であることが挙げられる。特に訪問診療の開始経緯について長期入院からの退院者ケアに非該当が多かったのは、地域性や診療所の特徴が出ていると思われる。結果の一般化には留意が必要であり、今度同様の調査を複数の地域や医療機関で大規模に実施することが望まれる。

調査 2 については、調査対象が県立の基幹病院であることから、転院や通院先が他院である場合も多く、直ちに一般化することができないことが限界として挙げられる。今後、多施設調査が必要であり、また、再入院者、1 年後にも ICM を必要とする対象や、ICM が完了に至った者の特性の把握や長期的な追跡も行うことによって、ICM の総体的な検証を行うことも課題である。

5. 精神科外来機能の政策研究の手順

今年度が「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」並びに本分担研究の最終年度であることから、若干の意見を述べる。前身の「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」における分担研究「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」（以下、前分担研究）等の後継として、ICM が診療報酬における通院精神療法の療養生活継続支援加算等に結実したことは、大きな成果と捉えられる。

前分担研究の端緒になったのは、農山漁村部の総合病院精神科における必要に迫られた病床削減の進展と、大都市部の精神科診療所における外来・在宅医療の充実を通じた、そ

れぞれにおける多数の中重度の精神疾患の患者に対する地域生活支援という好事例であった。それぞれの医療機関の協力を得て多数の通院患者についての詳細な調査が実施され、諸外国では精神保健・医療・福祉の多くの領域に通底している多職種・多機関による援助が我が国でも実現できる根拠が得られたと考えられる。そして本分担研究では、前分担研究の成果である「実践ガイド」に基づいて県立精神科病院に ICM を実装した結果を報告している。

1 つの施設を事例とすれば、少数の事例の調査結果を国の施策に敷衍することには自ずと限界がある。他方で、その施設を利用する個々の患者・障害者の属性や、ある援助の実施前後の変化を詳細に調査できれば、その結果を普及させることの意義は、少なくとも検討に値すると考えられる。

たとえ研究対象の施設が少数であっても、①例えば諸外国の定説に近似するなど、検証に値する仮説が立てられていること、②結果を施策に展開できる普遍性を主張するに値する数や条件の対象患者について調査が行なわれたこと、③様々な角度からの検証に耐える詳細な調査項目を含む、標準的な方法で調査が行なわれたこと、さらに可能なら④その結論が他の施設における追試で証明されたこと、などを条件に、政策研究で活用できるのではないか。

「長期入院精神障害者の地域移行」が議論されてから既に久しいが、「にも包括」の構築に当って参照できる事例は決して多くない。そのような背景で行なわれた本分担研究を通じて、政策研究であり得る手順の 1 つを再考したものである。

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
 - 1) 藤井千代, 櫻井孝二, 山下真, 他: 全国自治体病院協議会精神科特別部会 第 58 回総会・研修会合同シンポジウムⅢ「包括的支援マネジメント」2021 年 9 月 3 日

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

- 1) 厚生労働省:「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書—誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域共生社会の実現を目指して—, 2021.3.18.
- 2) Overall JE, Gorham DR: The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacol Bull*—24 : 7-99, 1988.
- 3) 稲田俊也: 日本語版 PSP (個人的・社会的機能遂行度尺度) 評価トレーニングシート ver.1.0. 日本精神科評価尺度研究会, 東京, 2011.
- 4) 川副泰成, 岩上洋一, 上島雅彦, 他: 多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究. 平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究 研究報告書 (代表 藤井千代), 2019.
- 5) 川副泰成, 岩上洋一, 上島雅彦, 他: 精神科外来機能強化に関する研究. 令和 2 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究. 研究報告書 (代表 藤井千代), 2021.

【資料1】

単一の精神科診療所における医師の訪問系支援に関する実態調査

【本研究の対象者】

2016年4月1日の開院後、新規に（※1）医師の訪問系支援（※2）を開始した方、全員

※1：以前にも訪問系支援を行っていたが、3か月以上支援が中断し、再開された方を含みます。

※2：往診、精在管、在医総管等を指します（訪問看護のみの開始は含みません）。

I. 記入日：西暦 年 月 日

II. 利用者ID： _____

III. 利用者属性、背景情報

1. 性別：1) 男性 2) 女性

2. 生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 支援開始日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4. 住居：1) 単身 2) 家族同居 3) 施設利用

5. ICDによる主診断（1つのみ回答）：

1) F0 器質性精神障害圏 2) F1 物質依存圏 3) F2 統合失調症圏

4) F31 気分障害圏（双極性） 5) F32 気分障害圏（うつ病圏）

6) F4 神経症圏 7) F5 身体関連性障害圏 8) F6 人格障害圏 9) F7 知的障害圏

10) F8 発達障害圏 11) F9 児童の行動障害圏 12) G10 てんかん圏

13) その他（ _____ ）

6. 重複診断：1) なし 2) あり

6-1：重複診断が有りの場合：

1) F6 人格障害圏 2) F7 知的障害圏 3) F8 発達障害圏 4) 認知症

5) その他（ _____ ）

7. 身体合併症：1) なし 2) あり

7-1：身体合併症が有りの場合：

1) 糖尿病 2) 高血圧 3) 水中毒 4) 腸閉塞 5) 反復性肺炎 6) 循環器/心疾患

7) 脳血管疾患 8) 糖尿病 9) 慢性肺/呼吸器疾患 10) 悪性腫瘍

11) 脊柱管狭窄症、骨折など整形疾患 12) 神経疾患 3) その他（ _____ ）

8. 手帳：1) なし 2) 精神保健福祉手帳 3) 身体障害手帳 4) 療育手帳

8-1 精神保健福祉手帳が有りの場合： _____ 級

9. 要介護度：1) なし 2) 要支援 3) 要介護

9-1 要支援もしくは要介護が有りの場合、その程度： _____

IV. これまでの治療・支援歴

1. はじめて精神科医療機関の外来受診をした（初診）時期：おおむね西暦_____年_____月

2. 精神科医療機関への入院歴：

2-1 初診以降、調査時点までのすべての入院回数_____回

2-2 支援開始時点から過去1年間の入院：1) なし 2) あり

2-3 支援開始時点から過去1年間の入院があった場合の入院期間：

1) 1回目：西暦_____年_____月～西暦_____年_____月

2) 2回目：西暦_____年_____月～西暦_____年_____月

3) 3回目：西暦_____年_____月～西暦_____年_____月

※3 過去1年間に3回以上入院があった場合には、個別にご相談ください。

3. 支援開始時点から過去1年間の身体科への入院歴：1) なし 2) あり

4. 貴院での支援開始以前のサービス利用歴（網掛け部分の選択肢のいずれかに○）

	通所による支援		訪問による支援	
	当事者本人	家族からの相談	当事者本人	家族からの相談
4-1 行政・保健 ^{a)} (精神保健相談等)	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明
4-2 医療機関	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明
4-3 障害福祉 サービス	当事者本人 1)なし 2)あり 3)不明		当事者本人 1)なし 2)あり 3)不明	
4-4 介護保険 サービス	当事者本人 1)なし 2)あり 3)不明		当事者本人 1)なし 2)あり 3)不明	

a) 精神保健相談での電話による支援は「通所による支援」に含めてください。

V. 訪問系支援開始時点から全期間の支援プロセス

1. 医師による訪問診療開始の経緯（複数回答可）：

1) 長期入院や慢性化した重症精神障害をもつ人の退院支援、地域生活支援のため

2) ひきこもりで外出が難しいため

3) 病識がない、または病状悪化等により通院が困難なため

4) 行政からの紹介

4) -1 紹介元：①保健所 ②精神保健福祉センター ③役所の生活保護担当部署

④警察 ⑤児童相談所 ⑥学校 ⑦基幹相談支援センター等

⑧地域包括支援センター ⑨その他（_____）

5) 他の医療機関、障害福祉サービス事業所等からの依頼

5) -1 紹介元：①他の医療機関（在宅支援診療所、精神科病院精神科、診療所他）

②訪問看護ステーション

③障害者総合支援法下の事業所等

※4 地域活動支援センター、就労継続支援 A 型、B 型、生活訓練事業所など、また、総合支援法の事業に移行しなかった作業所等も含まれます

④その他 (_____)

6) 身体合併症のケアが必要であるため 歩行困難

7) 当事者や家族の高齢化によってこれまで可能だった通院が困難になったため

2. 支援開始時点および、調査時点または支援終了時点のサービス、訪問支援体制の変化

	支援開始時点 b)	調査時点または支援終了時点 c) ※「調査時点」か「支援終了」のどちらかに○
2-1 ACT-J による訪問	1)なし 2)あり 3) 不明	1)なし 2)あり 3) 不明
2-2 他法人訪問看護 St による訪問	1)なし 2)あり 3) 不明	1)なし 2)あり 3) 不明
2-3 他法人身体科医療機関による訪問	1)なし 2)あり 3) 不明	1)なし 2)あり 3) 不明
2-4 ホームヘルプサービス	1)なし 2)あり 3) 不明	1)なし 2)あり 3) 不明
2-5 基幹型相談支援等による訪問 ・役所 ・中核地域生活支援センター（千葉のみ） を含む	1)なし 2)あり 3) 不明	1)なし 2)あり 3) 不明
2-6 訪問型生活訓練	1)なし 2)あり 3) 不明	1)なし 2)あり 3) 不明

b)および c)はその時点の情報についてご記入ください。

3. 支援開始時点および、調査時点または支援終了時点の「重度かつ慢性」基準を用いた評価

	支援開始時点 b)	調査時点または支援終了時点 c) ※「調査時点」か「支援終了時点」のどちらかに○
3-1 行動障害	1)なし 3)あり	1)なし 3)あり
3-2 能力障害	1)なし 3)あり	1)なし 3)あり
3-3 身体合併症	1)なし 3)あり	1)なし 3)あり

b)および c)はその時点の情報についてご記入ください。

3-1 問題行動評価表の 1-37 の項目のいずれかが「月に 1-3 回程度」以上に評価された場合、「あり」に○

3-3 能力障害評価で 4 以上に評価された場合、「あり」に○

※5 「問題行動評価表」および「能力障害評価」は調査票と一緒に送付されている「3.支援プロセス調査票_障害程度資料」

3-3 以下に示す精神症状に伴う身体症状もしくは管理が必要な身体疾患を入院治療が必要な程度に有

する場合、「あり」に○

- ・水中毒 ・腸閉塞 ・反復性肺炎 ・循環器/心疾患 ・脳血管疾患 ・糖尿病
- ・慢性肺/呼吸器疾患 ・悪性腫瘍 ・脊柱管狭窄症、骨折など整形疾患
- ・神経疾患 など

4. 支援開始時点および、調査時点または支援終了時点のサービス、制度利用の変化

	支援開始時点 b)	調査時点または支援終了時点 c) ※「調査時点」か「支援終了」のどちらかに○
4-1 障害福祉サービスの利用	1)なし 2)あり 4) 不明	1)なし 2)あり 4) 不明
4-2 社会福祉協議会の利用	1)なし 2)あり 4) 不明	1)なし 2)あり 4) 不明
4-3 生活保護の受給	1)なし 2)あり 4) 不明	1)なし 2)あり 4) 不明
4-4 成年後見制度の利用	1)なし 2)あり 4) 不明	1)なし 2)あり 4) 不明
4-5 介護保険サービスの利用	1)なし 2)あり 4) 不明	1)なし 2)あり 4) 不明
4-6 ホームヘルプサービスの利用	1)なし 2)あり 4) 不明	1)なし 2)あり 4) 不明
4-7 精神保健福祉手帳交付の有無と等級	1)なし 2)あり (____級) 4) 不明	1)なし 2)あり (____級) 4) 不明
4-8 障害年金受給の有無と等級	1)なし 2)あり (____級) 4) 不明	1)なし 2)あり (____級) 4) 不明

b)およびc)はその時点の情報についてご記入ください。

c)について、支援を終了した方は終了時点の情報についてご記入ください。

5. 支援開始以降の精神科入院歴 (時点ではない点にご留意ください)

5-1 1回目：西暦____年____月～西暦____年____月

5-2 2回目：西暦____年____月～西暦____年____月

5-3 3回目：西暦____年____月～西暦____年____月

5-4 4回目：西暦____年____月～西暦____年____月

5-5 5回目：西暦____年____月～西暦____年____月

5-6 6回目：西暦____年____月～西暦____年____月

※6 支援開始後に6回以上精神科医療機関への入院があった場合には、個別にご相談ください。

6. 支援開始以降の身体科での入院：1) なし 2) あり

6-1 身体科への入院歴がある場合、その回数：(____回)

7. 支援開始以降の医療中断 (※7)：1) なし 2) あり

※7 医療中断は「3か月間医療機関とコンタクトを取っていない状態」と定義します。

VI. 支援開始以降の転帰：1) 支援継続 2) 終了（※8）

※8 終了に合意していないが、3か月以上中断後に医師による訪問系支援が再開していない場合を含みます。

1. 終了していた場合、その時期：西暦_____年_____月（中断の場合には最後の支援日を記入）

2. 終了していた場合、その理由：

①自法人のコメディカルのみによる訪問支援に移行

②自法人の外来通院のみによる支援に移行

③転医等別法人の支援機関に移行（他の在宅医療機関、訪問看護 St、他の外来医療機関）

④入院 ⑤転居 ⑥施設入所 ⑦本人の拒否 ⑧家族の拒否 ⑨死亡

⑩その他（_____）

表 1-1 対象者の診断内訳

診断	器質性精神障害圏	2
	物質依存圏	2
	統合失調症圏	37
	気分障害圏（双極性）	14
	気分障害圏（うつ病圏）	40
	神経症圏	35
	身体関連性障害圏	2
	人格障害圏	1
	知的障害圏	5
	発達障害圏	15
	児童の行動障害圏	1
	その他	23

表 1-2 過去の治療歴

	N	なし	あり	不明
初診以降、全期間にわたる 精神科医療機関への入院	174	78	68	28
初診以降、全期間にわたる 入院以外の精神科医療機関への利用	170	33	123	14
本クリニックでの支援開始前、 過去1年間の精神科医療機関への入院	174	133	24	17
本クリニックでの支援開始前、 過去1年間の身体科医療機関への入院	170	137	17	20

表 1-3 訪問開始の理由

(複数回答可)	非該当	該当
長期入院や慢性化した重症精神障害をもつ人の退院支援、地域生活支援のため	168	6
ひきこもりで外出が難しいため	121	53
精神科治療の必要性について合意できず(病識がない)通院が困難なため	130	44
病状悪化等により通院が困難なため	121	53
本人/家族からの希望	131	43
歩行困難や身体合併症のケアが必要、など身体的機能の低下のため	145	29
当事者や家族の高齢化によってこれまで可能だった通院が困難になったため	171	3
その他	163	11

表 1-4 紹介元の機関

(複数回答不可：主たる機関1つを選択；n=173)	
他の医療機関（在宅支援診療所、精神科病院精神科、診療所他）	82
障害者総合支援法下の事業所（※4） （地域活動支援センター、就労継続支援A型、B型、生活訓練事業所他）	4
保健所	3
精神保健福祉センター	0
役所（生活保護、障害者支援、こども家庭支援担当部署）	20
基幹相談支援センター等	19
児童相談所	0
学校	0
高齢者支援センター/地域包括支援センター	20
家族・本人	17
その他	7

表 1-5 年度別にみる新規訪問診療開始者の調査時点 1) における継続状況

	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
n	30	13	25	29
支援継続	15	4	12	25
終了	15	9	13	4
平均支援期間 (月)	43.77	34.62	32.56	30.66
標準偏差	26.21	23.42	17.27	9.20

1) 2021 年 7 月-8 月

表 1-6 訪問診療終了時点または調査時点 1) における訪問診療以外の支援/制度利用

	なし	あり
ACT-Jによる訪問	99	75
他法人訪問看護Stによる訪問	140	35
身体科医療機関による訪問	163	9
ホームヘルプサービス	138	37
基幹型相談支援等による訪問 (含 役所、中核地域生活支援C)	158	16
精神保健福祉手帳交付	127	48
障害年金受給	135	40

1) 2021 年 7 月-8 月

表 1-7 訪問診療終了者の終了時の転帰

(n=74)	
自法人のコメディカルのみによる訪問支援に移行 (ACT-Jのみの訪問)	1
自法人の外来通院に移行	8
転医等別法人の支援機関に移行 (他の在宅医療機関、訪問看護St、他の外来医療機関)	11
入院	7
転居	3
施設入所	3
本人の拒否	10
家族の拒否	1
死亡	8
その他	6

表 2-1 調査時期と評価項目

項目	入院時：54名 (100.0%)		1年後：54名 (100.0%)		P 値	
	n (mean)	% (SD)	n (mean)	% (SD)		
BPRS	合計点数	41.9	10.5	27.9	8.8	0.000
	～20点	0	0.0	8	14.8	
	21～30点	8	14.8	23	42.6	
	31～40点	22	40.7	6	11.1	
	41～50点	11	20.4	4	7.4	
	51～点	12	22.2	0	0.0	
	不明	1	1.9	13	24.1	
PSP	総合得点	43.1	18.9	70.5	12.4	0.000
	0～20点	6	11.1	0	0.0	
	21～40点	18	33.3	1	1.9	
	41～60点	18	33.3	6	11.1	
	61～80点	10	18.5	28	51.9	
	81点以上	2	3.7	9	16.7	
	不明	0	0.0	10	18.5	
GAF		32.4	19.1	59.7	16.9	0.000
住居	家族同居	49	90.7	33	61.1	
	1人暮らし	5	9.3	8	14.8	
	グループホーム	0	0.0	2	3.7	
	その他	0	0.0	1	1.9	
	不明	0	0.0	10	18.5	
仕事	なし	46	85.2	33	61.1	
	あり	8	14.8	11	20.4	
	不明	0	0.0	10	18.5	
生活保護受給	なし	53	1.9	36	66.7	
	あり	1	1.9	3	5.6	
	不明	0	0.0	15	27.8	
マネジメント	相談支援	12	22.2	13	24.1	
	介護保険	0	0.0	1	2.6	
	医療観察法	0	0.0	0	0.0	
医療サービス	デイケア	3	5.6	4	7.4	
	訪問	10	18.5	13	24.1	
	その他	2	3.7	2	3.7	
障害福祉サービス (障害者総合支援法)	利用あり	12	22.2	13	24.1	

*Wicoxonの符号付順位検定

表 2-2 入院時と 1 年後の対象者の特性

評価項目		時期		
項目	詳細	入院時	退院時	1年後
インテークに関わる項目（基礎情報）				
	年齢・性別・住居・家族・仕事・通院手段	○		○
	診断名・合併症・過去の入院状況	○		○
	利用中のサービス（医療・障害福祉・高齢福祉）	○		○
	行政の介入の有無	○		
各種指標				
	包括的支援マネジメント導入基準 （Case Management Screening Sheet ; ICSS）	○		○
	ニーズアセスメント （Camberwell Assessment of Need ; CAN）	○		○
	精神症状評価尺度 （brief psychiatry rating scale ; BPRS）	○	○	○
	機能評価 （personal and social performance scale ; PSP）	○	○	○
包括的支援マネジメント支援計画に関わる項目				
	ケア会議の開催状況・実施目的・参加者		○	○
転帰に関わる項目				
	包括的支援マネジメントの継続の有無			○
	再入院状況			○
	地域生活日数			○

表 2-3 退院時と1年後の評価項目の比較

項目	退院時 : 54名 (100.0%)		1年後 : 54名 (100.0%)		P 値
	n (mean)	% (SD)	n (mean)	% (SD)	
BPRS	26.8	7.5	27.9	8.8	0.051
	10	18.5	8	14.8	
	24	44.4	23	42.6	
	10	18.5	6	11.1	
	1	1.9	4	7.4	
	1	1.9	0	0.0	
	8	14.8	13	24.1	
PSP	71.9	8.3	70.5	12.4	0.809
	0	0.0	0	0.0	
	0	0.0	1	1.9	
	2	1.9	6	11.1	
	48	44.4	28	51.9	
	4	3.7	9	16.7	
	0	0.0	10	18.5	
GAF	—	—	59.7	16.9	—

*Wicoxonの符号付順位検定

図 1 ケースマネジメント対象者と 1 年後の追跡状況

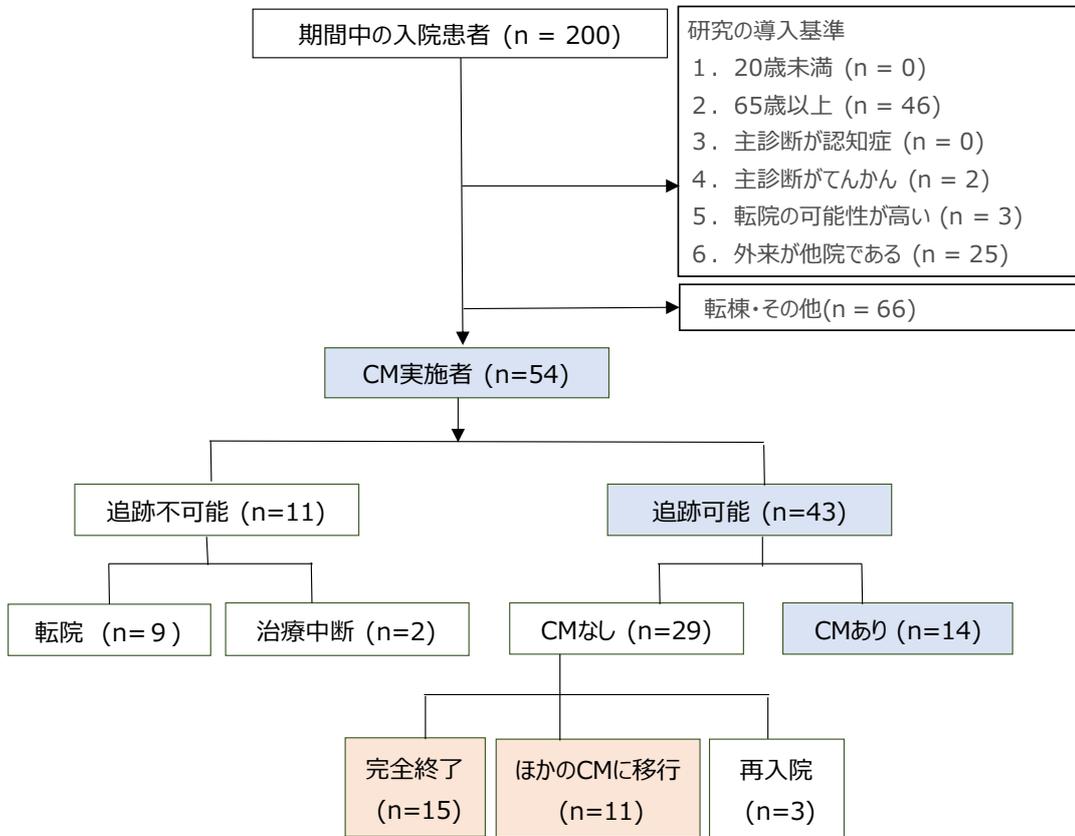


図2 包括支援マネジメント導入基準の評価

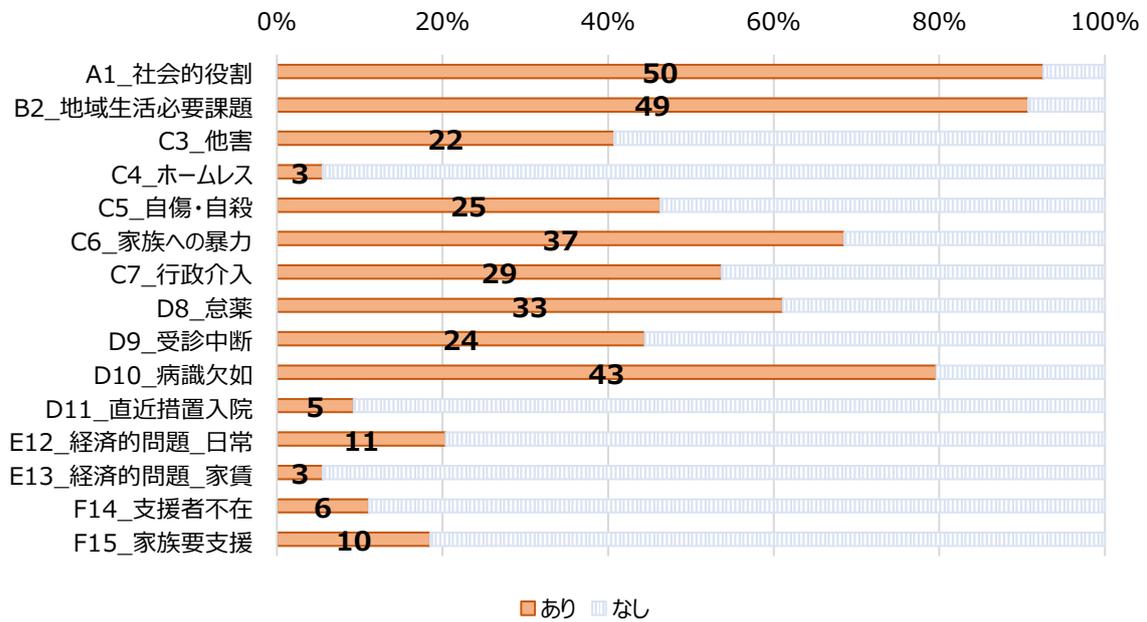


図3 ニーズアセスメント（支援は特にいらないと評価した者の割合）

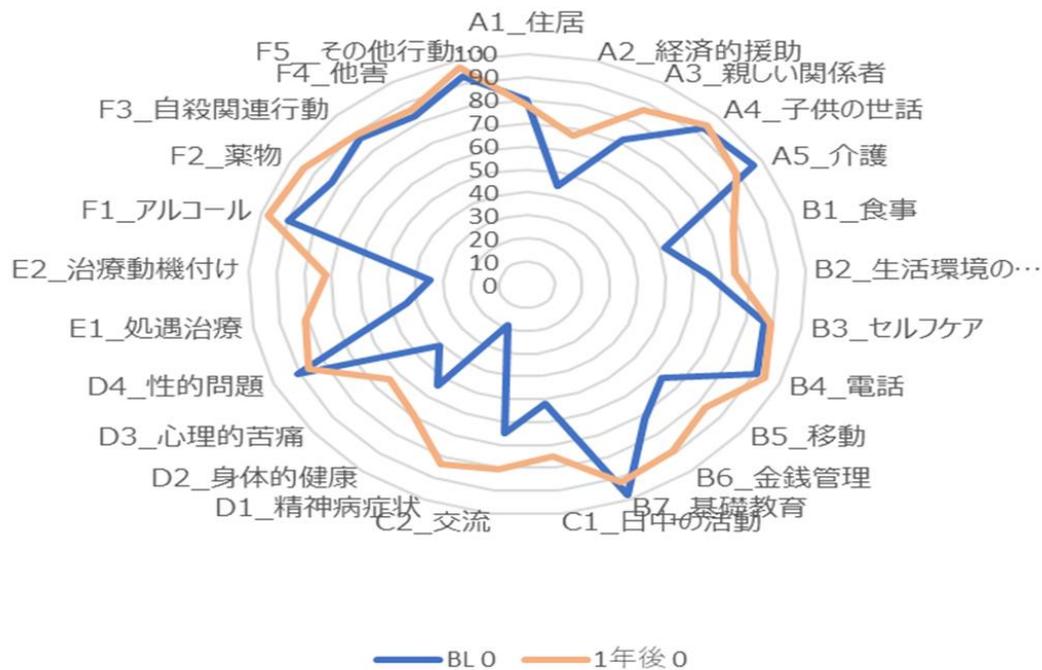


図4 ニーズアセスメント（支援を受けていると評価した者の割合）



図5 ニーズアセスメント（支援を受けていないか十分でないと評価した者の割合）

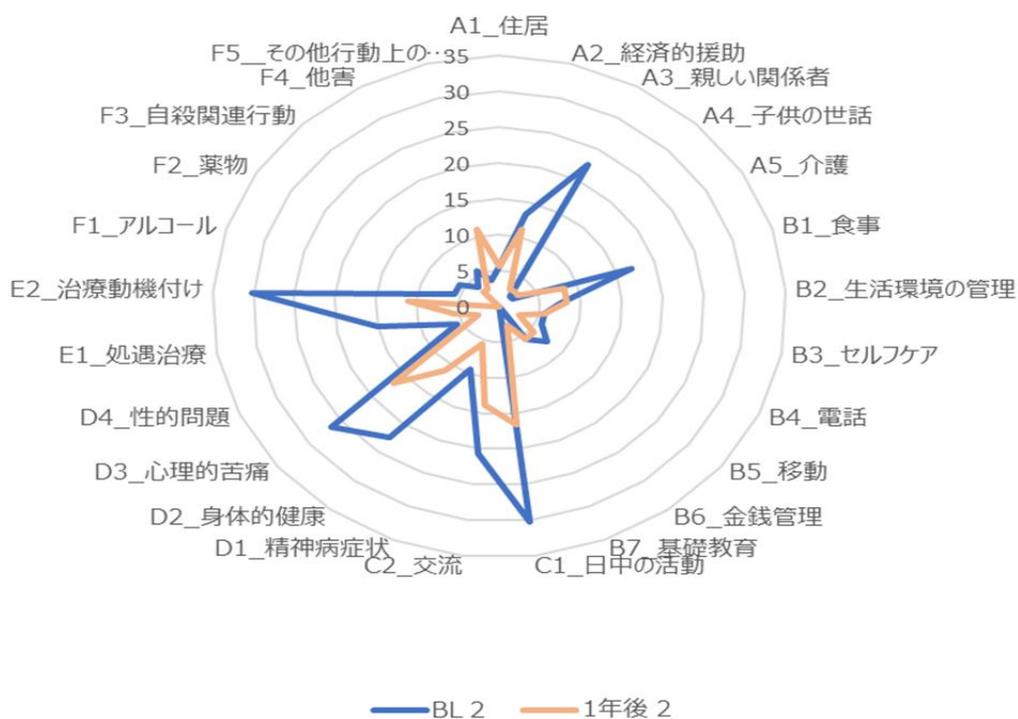


図6 開催時期とケース数

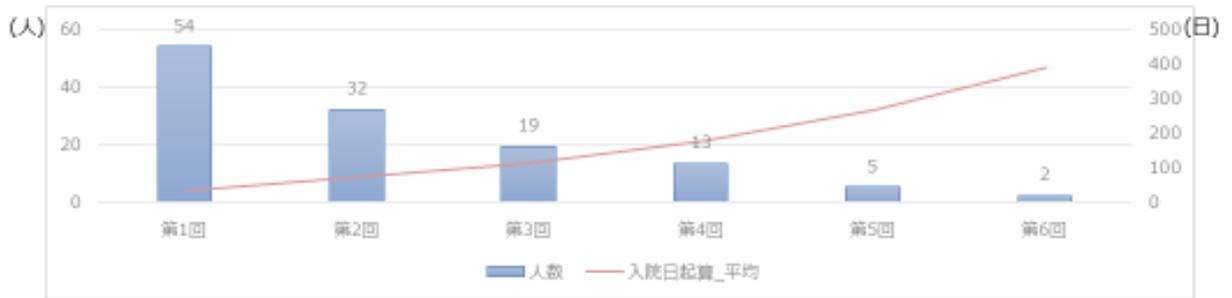


図7 多職種の出席状況

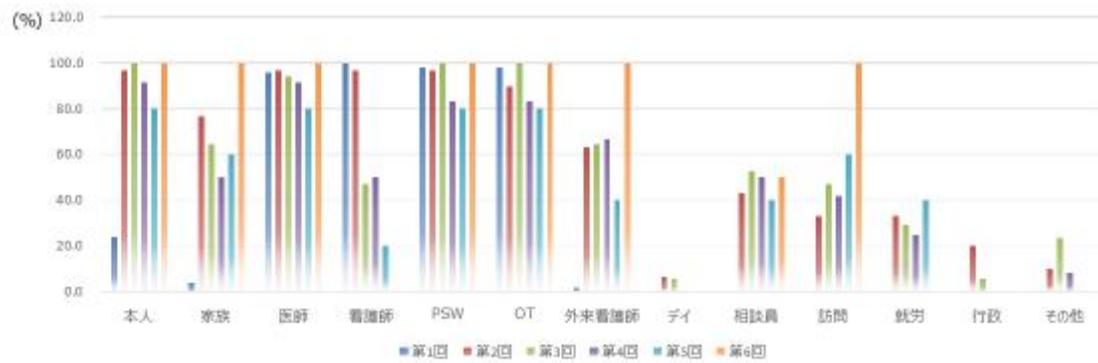


図8 ケア会議で行われている内容

