

# I . 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)  
精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害福祉サービス等の推進に資する研究

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

研究代表者： ○吉田光爾<sup>1)</sup>

分担研究者： 立森久照<sup>2)</sup>、山口創生<sup>3)</sup>、田村綾子<sup>4)</sup>

研究協力者： 岩上洋一<sup>5)</sup>、岩崎香<sup>6)</sup>

1)東洋大学ライフデザイン学部

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

3)国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

4)聖学院大学心理福祉学部心理福祉学科

5)早稲田大学人間科学学術院(大学院人間科学研究科)

6)社会福祉法人 じりつ

### 要旨

本研究班では、計画相談支援を利用した精神障害者における①障害福祉サービスの利用状況ならびにアウトカム(精神科病院への入院日数等)状況の把握、②アウトカムの良好群/不良群間のサービス提供状況や地域環境要因の差を検討し、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害福祉サービス等の活用についてエビデンスに基づいた提言を行おうとするものである。令和3年度では下記の4つの研究を行った。

**1)相談支援事業者に対する2次調査：**①対象者に対する計画相談支援(サービス等利用計画)における支援プロセスの描写と②『計画相談利用中の2年間の精神科病院への入院日数が9週間以上』等の入院アウトカムの予後不良群/予後良好群に関連する要因の検討を行うことを目的とした。令和2年度に実施された1次調査をもとに2021年10月～2022年1月に調査を行い、①対象利用者票：150件、②相談支援専門員調査票：60件、③事業所調査票：43件を回収した。

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

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

者：立森久照)では別途公開されている ReMHRAD のデータを用いてアウトカムに対する地域環境の影響についての解析を行った。

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

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

## A. 研究の背景と目的

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

しかし我が国の研究では、計画相談支援の実態調査(日本相談支援専門員協会, 2014)等があるが、実際にいかなる効果があるのかは明らかになっていない。大島らの研究(大島ら, 2004)では、ケアマネジメント実施下においてニーズオリエンテッドな支援をした場合によりQOLとサービス満足度が高いことを明らかにしているが、本研究は障害者総合支援法以前の研究であ

る。申請者が分担研究者であった坂本ら(吉田・坂本, 2008)の厚生労働科学研究についても精神障害者ケアガイドラインに基づいたフィデリティ尺度で得点が高い方が、アウトカムが高いことが示唆されているが、同じく総合支援法以前の研究である。すなわち現行制度下で計画相談によるケアマネジメント利用者にとどのような影響がもたらされているか、またいかなる対象者によりよいアウトカムが発生しているかは明確になっていない。

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

## B. 方法

### 1) 相談支援事業者に対する 2 次調査

研究代表者である吉田は令和元年度に構築された研究計画および令和2年度の1次調査をもとに、全国の相談支援事業者を対象に、障害者総合支援法の計画相談支援利用者(精神障害)に対する振り返りによる研究

の2次調査を行った。

2次調査の目的は①対象者に対する計画相談支援(サービス等利用計画)における支援プロセスの描写および、併せて②『計画相談利用中の2年間の精神科病院への入院日数が9週間以上』等の入院アウトカムの予後不良群/予後良好群となる要因についての検討を行うことである。これについての総括報告書のあとの報告として詳細を述べる。

1次調査では2020年度12月より合計968か所を対象に調査を行い、そのうち812事業所(事業所の廃止等や対象者が存在しないなど155事業所が除外)が対象となり、39都道府県の94事業所から回答を得た(回収率11.0%)。回答利用者数462名のうち、18歳~64歳の利用者409名を対象とした。

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

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

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

また令和3年度に本研究では3つの分担研究班をたて、以下の課題について研究を

行った。

## 2) 地域環境データを利用した地域特性とアウトカムの関連の検討

本分担研究(分担研究者:立森久照)では別途公開されているReMHRADのデータを用いてアウトカムに対する地域環境の影響についての解析を行った。

## 3) 相談支援事業所の支援における医療機関連携と関連要因の検討

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

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

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

## C. 結果

### 1) 相談支援事業者に対する2次調査①

対象者に対する支援プロセスに関する実態の描写については以下の通りであった。

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

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

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

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

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

## 2) 相談支援事業者に対する2次調査②

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

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

ロジスティック回帰分析の結果、「外来

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

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

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

## 3) 分担研究1：地域環境データを利用した地域特性とアウトカムの関連の検討

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

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

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

ステーション数(種別は全体)

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

の3つである。

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

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

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

#### 4) 分担研究2: 相談支援事業所の支援における医療機関連携と関連要因

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

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

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

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

計画相談支援を担当する相談支援専門員に対する調査結果をもとに「精神障害者によりアウトカムをもたらす支援や精神科医療機関への働きかけ」に関する解析結果の検証を目的として、一定の要件を満たす相談支援専門員を対象とした半構造化グループインタビュー調査を行った。インタビュー協力者の許可を得てインタビュー内容を録音し、逐語記録を作成してインタビュー協力者に確認してもらった。その後、逐語記録から質問項目に沿って「重要アイテム」を抽出し、比較検討しながら類似する「重要アイテム」をまとめ、「重要カテゴリー」に分類した

#### ①相談支援専門員を対象とした調査結果を聞いた率直な感想

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

#### ②精神障害者の病状悪化時や再発時の対応として入院を避けるための工夫

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

#### ③精神障害者の再入院の防止のために必要なサービスや仕組み等に関する意見

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

#### ④本調査に関する自由意見

総じて、中間解析結果に対しては納得感が表明されたうえで、【人材育成】という

観点から研修の必要性和重要性が述べられた。

## D. 考察

### 1) 相談支援事業者に対する2次調査①

#### (1) 給付外支援の重要性

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

#### (2) 医療機関との連携と窓口担当者の役割

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

#### (3) 地域生活の継続のために

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

まずは病状を悪化させるような生活状況にならないための支援や、早い対応が可能

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

## 2) 相談支援事業者に対する2次調査①

### (1) 外来連携の重要性

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

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

### (2) 導入時連携の2面性と入院のもつ意味

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

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

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

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

### (3) 入院時連携と外来連携の在り方とアウトカムの関連について

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

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

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



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

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

#### (4) 非自発的入院について

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

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

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

### 3) 分担研究1：地域環境データを利用した地域特性とアウトカムの関連の検討

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

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

### 4) 分担研究2：相談支援事業所の支援における医療機関連携と関連要因

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### (1) 入院を前提としないこと・本人の意思を尊重した入院を重視すること

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

#### (2) 医療機関のスタッフとの関係構築

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

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

#### (3) 制度活用の工夫

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

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

#### (4) 研修機会の提供と人材育成

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

## 6) 総合考察

本研究の目的は計画相談支援により障害福祉サービスを利用した精神障害者が、①実際にいかなる障害福祉サービスを利用しその結果どのようなアウトカム(精神科病院への入院日数等)の状況にあるか(2020年度の報告書に結果を記載)、②よいアウトカムを出している利用者と困難な事例の間にはサービス提供状況や地域環境要因にいかなる違いがあるかを検討し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害福祉サービス等の活用についてエビデンスに基づいた提言を行おうとするものであった。

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

ていることが、各種の入院アウトカムを抑制する可能性が示唆された。他方で、計画相談支援導入時の医療との連携体制の充実には、各種の入院を増やす可能性を指摘している。本研究の目的である②よいアウトカムを出している利用者と困難な事例の間にはサービス提供状況や地域環境要因にいかなる違いがあるか、については「外来連携」が重要であり、また計画相談導入時の連携については2面性に留意せねばならないという一定の解答を得ることが出来たといえるだろう。

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

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

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

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

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

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

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

## E. 健康危険情報

なし

## F. 研究発表

### 1) 国内

原著論文による発表 0件

口頭発表 2件

それ以外(レビュー等)の発表 0件

### 2) 国外

原著論文による発表 0件

口頭発表 0件

それ以外(レビュー等)の発表 0件

### ・学会発表

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

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

## G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

## H. 文献

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

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

Oshima I, Cho N, Takahashi K: Effective components of a nationwide case management program in Japan for individuals with severe mental illness.

Community Mental Health Journal 40: 84, 2008.  
525-537, 2004

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

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



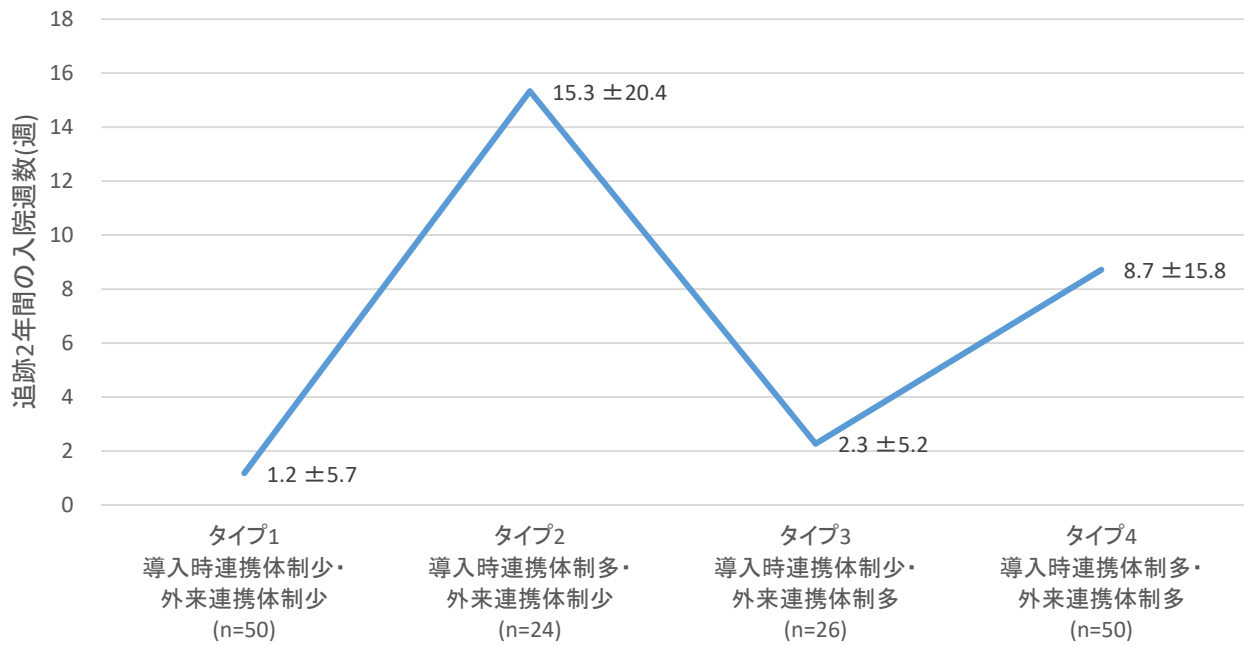
表1 追跡2年間における入院関連アウトカムに関するロジスティック回帰分析の結果まとめ

		オッズ比		
		9週間以上の入院 (n=144)	非自発的入院 (n=145)	非計画の入院 (n=145)
基礎属性	年齢	0.967	0.973	1.019
	契約前過去2年間の入院週数	1.019*	0.988	1.017*
	ICMSS得点	1.221	1.235*	1.160
	統合失調症か否か(1=統合失調症, 0=他)	1.957	1.672	0.423
	性別(1=男, 2=女)	0.616	1.078	0.702
連携に関する変数	導入時連携体制	5.275**	5.141***	1.769
	導入時連携回数	0.738	0.952	0.875
	外来連携体制	0.621*	0.600**	0.638*
	外来連携回数	0.988	1.013	0.999
	入院時連携体制	0.890	1.241	0.995
	入院時連携回数	1.296***	1.143*	1.141*
	定数	0.012	0.004	0.047

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

図2 導入時連携に関する情報収集内容(2次調査調査票より)

図4 連携のあり方による追跡期間中の入院週数の差についての共分散分析の結果 (n=150)



タイプによる入院週数の差  $p=0.012$   
 多重比較による群間差 タイプ1群・タイプ2群間の有意差  $p=0.010$   
 タイプ2群・タイプ3群間の有意差  $p=0.040$



## 相談支援事業所における精神障がい者へのサービス等利用計画 (計画相談支援)に関する実態調査(報告①) ～精神障がい者へのサービス等利用計画における 支援プロセスの状況(調査基礎統計)～

研究代表者： 吉田光爾<sup>1)</sup>

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

1) 東洋大学ライフデザイン学部

2) 帝京平成大学人文社会学部

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

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

5) 聖学院大学心理福祉学部心理福祉学科

6) 早稲田大学人間科学学術院 (大学院人間科学研究科)

7) 社会福祉法人 じりつ

### 要旨

**目的：**本研究は総合支援法のもと導入されたサービス等利用計画(計画相談支援)の支援プロセス:支援の具体的内容や回数、医療機関等との連携等がどのように行われているのかその具体的状況を明らかにする。

**方法：**全都道府県の相談支援事業所を人口比を考慮し無作為に抽出して行った令和2年度の調査の回答利用者から、Intensive Case Management Screening Sheet(ICMSS)の1点以上の利用者を抽出し、質問紙による調査を行った。昨年度のデータと照合するため、昨年度と同じ期間(2017年度から2019年度)2年間の支援プロセスの詳細について尋ねた。

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

### A. 研究の背景と目的

平成24(2012)年度に自立支援法(現総合支

援法)に基づきサービス等利用計画(計画相談支援)が制度上精神障害を持つ方々にも提供

されるようになったが、欧米では1970年代からクリニカルモデルのケアマネジメントを基本にACT: Assertive Community Treatment など様々なインテンシブモデルのケアマネジメントを発展させ導入している<sup>1)</sup>。日本で先に導入された介護保険制度のケアマネジメントのような仲介型モデルのケアマネジメントでは、海外の調査では精神障がい者への効果は認められていないが<sup>2)</sup>、現行の障害者への計画相談支援が基本的なアセスメント・プランニング・モニタリングなど仲介型モデルに加えどのような支援を行い、どのような効果をあげているのかはこれまで検証されてきていない。民間の医療機関が多く、医療に関わる支援との法体系も異なる日本の状況において、医療機関との連携も重要な要素となるが、その連携の難しさがかつてより言われている。より効果的に計画相談支援が進めるためには、具体的にどのような医療との連携体制を構築すべきかは重要課題であり、現在その構築が求められている精神障害にも対応した包括的ケアシステムの中でも大きな位置を占めるであろう。本報告では、現在行われている計画相談支援の具体的な支援プロセス：提供されている支援内容や回数、医療との連携がどの程度行われているかなどの状況を含め、計画相談支援の支援プロセスの状況を明示することを目的とする。

## B. 方法

### 1) 対象事業所

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

利用者が他事業所へ移る、昨年度回答した

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

### 2) 対象者

昨年度の対象事業所で2017年度にサービス等利用計画の契約を行い2年経過している利用者のうち、Intensive Care management Screening Sheet (ICMSS) の1点以上の利用者を対象とし299名を抽出し、相談支援事業所の職員に対象者に関する回答を依頼し、最終的に150名が対象となった。

### 3) 調査方法

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

### 4) 期間

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

### 5) 調査内容

#### (1) 計画相談支援利用者への支援回数

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

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

#### (2) 提供した具体的支援内容と支援の重点度:業務労力の割合

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

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

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

### (3) 医療機関との連携状況

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

### (4) 地域福祉事業所・行政との連携状況

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

### (5) インフォーマルな支援の提供状況

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

### (6) 利用者の生活状況の把握について

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

### (7) 危機介入の方法

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

### (8) 入院の状況について

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

### 6) 解析方法

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

計ソフト STATA ver. 14 を使用した。

## 7) 倫理的配慮

質問紙の返送を持って、最終的な調査への協力の同意を得たとする旨、説明会で説明し調査説明文に明記した。対象者の情報は、事業所の職員に過去の記録に基づき尋ねるもので、対象者本人へ侵襲的にならないような形で行った。また、対象事業所内に利用者向けに本調査に協力している旨の告知・説明文を掲示してもらい、対象事業所の利用者が情報を調査に利用してほしくない場合は、職員に申し出て、情報の提供を拒否することができる旨を明記した。入力する情報は個人が特定できないよう ID 管理とし、個人と ID の対照表は各事業所にて管理してもらった。なお、本研究に関しては東洋大学倫理委員会の承認を得た。(倫理審査承認番号：L2021-015S)

## C. 結果

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

### 1) 期間ごとの支援回数

#### (1) 給付内支援

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

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

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

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

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

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

#### (2) 給付外支援

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

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

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

### 2) 具体的な提供された支援と重点度

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

業務労力割合（表 2-2）では平均で 27.0% (sd. 14.6%) を占めていた。②支援計画作成・モニタリング・修正は同様に 91.8% に対し行われており、重点度は 17.4% であった。1 年目と 2 年目を比較すると、インテークやアセスメントは回数、重点度ともに減少している。とくに関係性の構築等は支援の経過に伴って、減少している。また、④の医療機関との協力体制づくりは提供人数、重点度ともに減っているが、⑤他の地域障害福祉事業所／行政との協力体制づくりは増加傾向が見られる（重点度  $p=.07$ ）。また、⑦社会参加等支援は提供人数はほぼかわらないが、重点度は増加（ $p=.02$ ）している。⑧危機状態への介入も同様に人数は微増で有意差はないが、重点度（業務割合）は増加（ $p=.003$ ）している。その他の項目で 1 年目、2 年目で有意差のあったものは無かった。

### 3) 医療機関との連携状況

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

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

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

### 4) 地域福祉事業所・行政との連携状況

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

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

### 5) インフォーマルな支援の提供状況

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

### 6) 利用者の生活状況の把握について

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

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

### 7) 危機介入の方法

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

(29.3%)と割近くに及んでいる(図6)。

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

## 8) 入院の状況について

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

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

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

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

## D. 考察

### 1) 給付外支援の重要性

今回の調査の結果、支援提供回数において

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

### 2) 医療機関との連携と窓口担当者の役割

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

### 3) 地域生活の継続のために

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

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

#### **E. 健康危険情報** なし

#### **F. 研究発表**

##### **1. 論文発表**

なし

##### **2. 学会発表**

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

#### **G. 知的財産権の出願・登録状況**

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

#### **文献**

- 1)K. T. Mueser, G. R. Bond, R. E. Drake and S. G. Resnick: Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. Schizophrenia Bull 1998 Vol. 24 Issue 1 Pages 37-74
- 2)J. R. Bedell, N. L. Cohen and A. Sullivan: Case management: the current best practices and the next generation of innovation. Community Mental Health J 2000 Vol. 36 Issue 2 Pages 179-94

表 1-1 給付対象支援提供回数(各期間の平均回数)

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



表 1-2 モニタリング頻度 n=145

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

表 1-3 給付外直接支援提供回数(各期間の平均回数)

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

表 1-4 提供支援 2 年間平均回数

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

表 2-1 提供した支援の有無

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

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

表 2-2 支援の重点度：業務労力割合の平均値

①～⑪を合計して 100%とした時の各支援の重点度業務労力割合

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

1 年目と 2 年目の重点度の有意差  $p<.000=***$ ,  $p<.001=**$ ,  $p<.05=*$ ,  $p<0.1=†$  □

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

( )=行った人数 a~e=行った場所(複数回答)

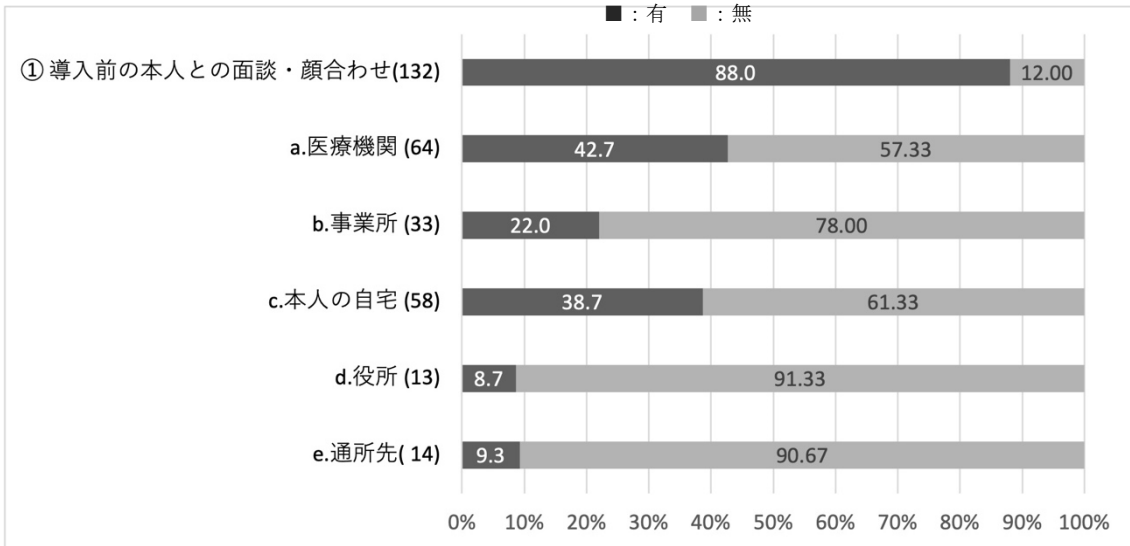


図 2-1-2 計画相談導入前の医療連携の有無：ケア会議 (%)

n=150 ( )=行った人数 a~e 参加者(複数回答)

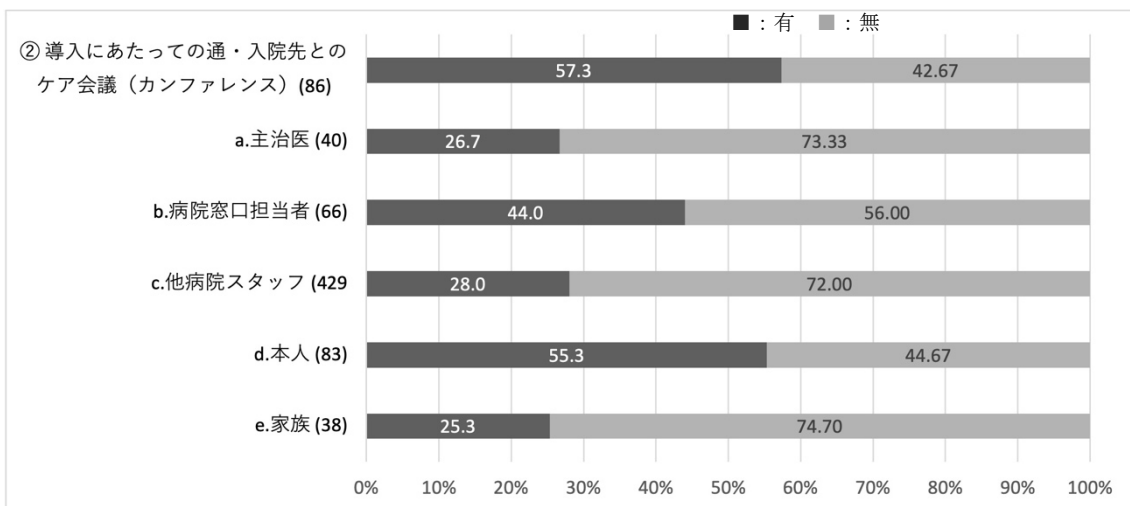


図 2-1-3 計画相談導入前の医療連携の有無：サービス等利用計画の共有 (%)

n=150 ( )=行った人数 a~d(複数回答)

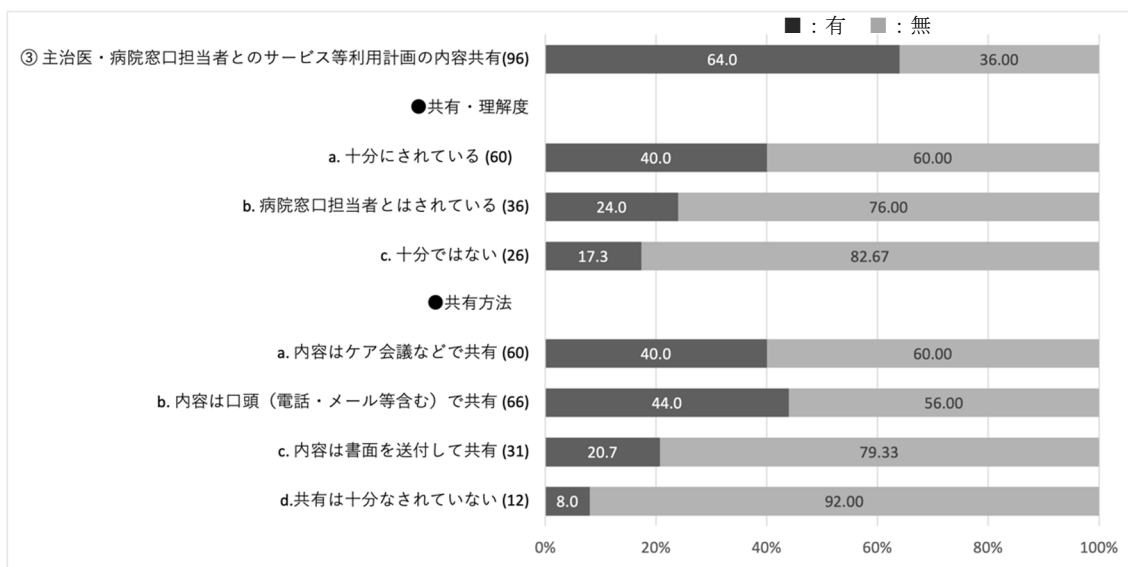


表 3-1 計画相談導入時に行った医療機関などとの連携回数

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

図 2-2-1 外来・日頃の医療連携の有無：外来診察への同行 (%)

n=150 ( )=行った人数 a~d(複数回答)

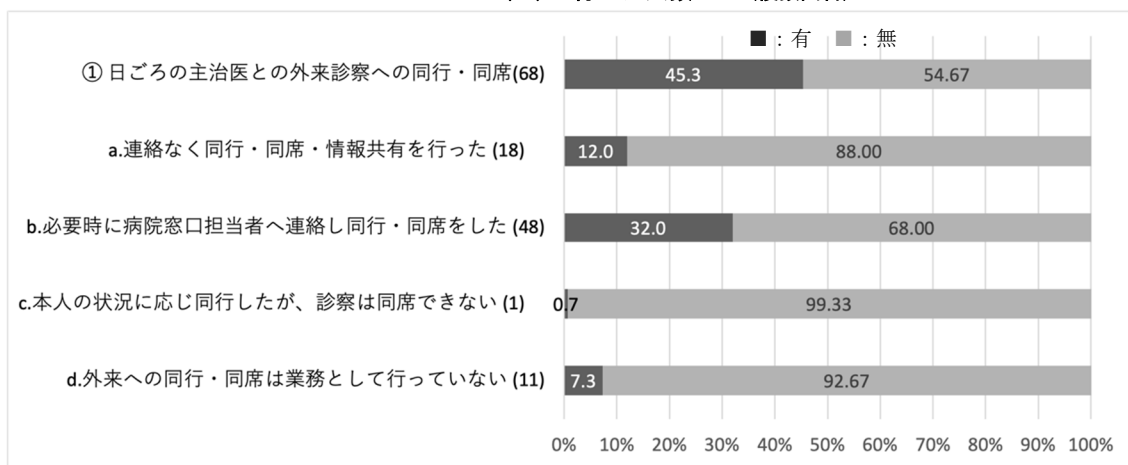


図 2-2-2 外来・日頃の医療連携の有無：  
病院窓口担当者・デイケアでの相談同席 (%)

n=150 ( )=行った人数 a~d 連携方法(複数回答)

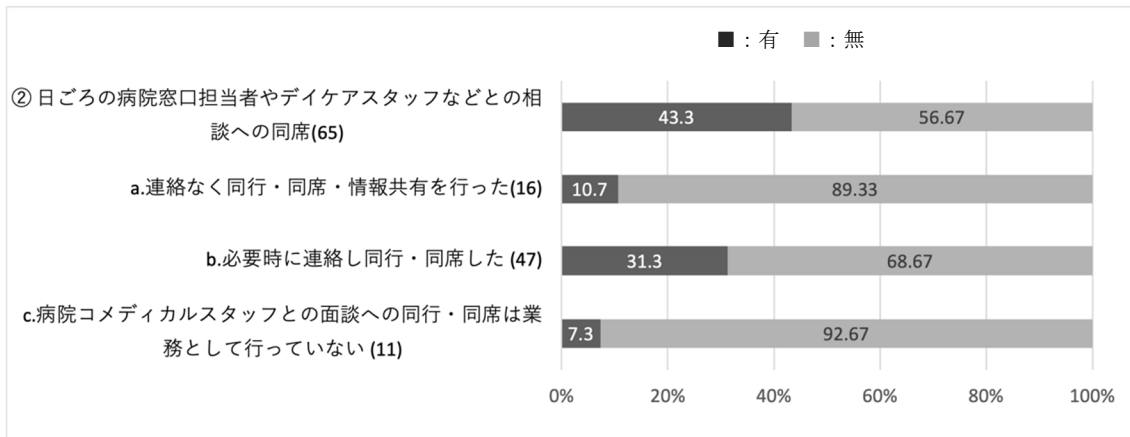


図 2-2-3 外来・日頃の医療連携の有無：主治医との連携 (%)

n=150 ( )=行った人数 a~d 連携方法(複数回答)

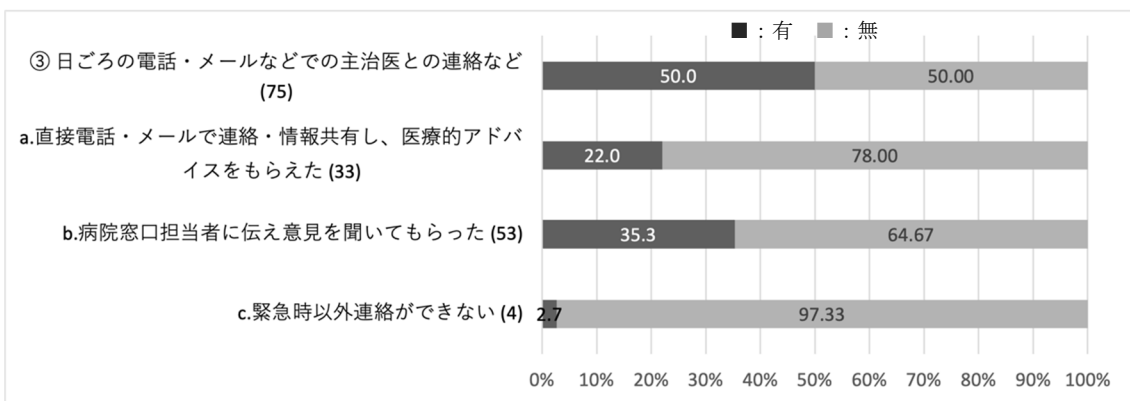


図 2-2-4 外来・日頃の医療連携の有無：病院窓口担当者との連携 (%)

n=150 a~d 連携方法 (複数回答)

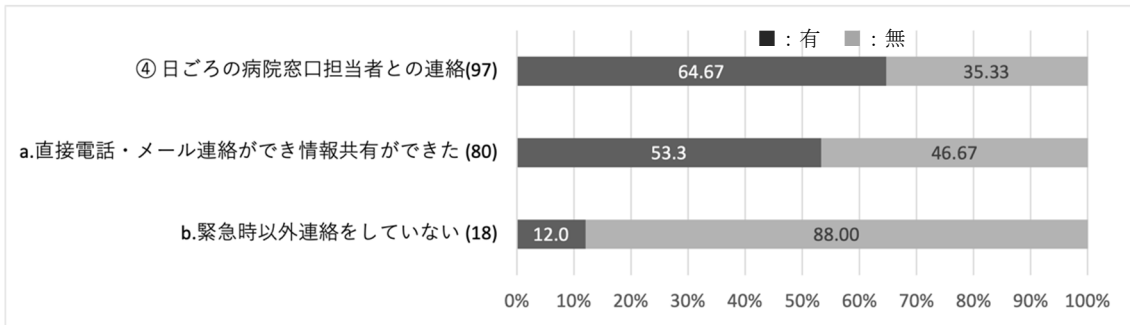


表 3-2 外来・日頃の医療連携の回数

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

図 2-3 入退院時の医療機関との連携状況 (%)

n=150

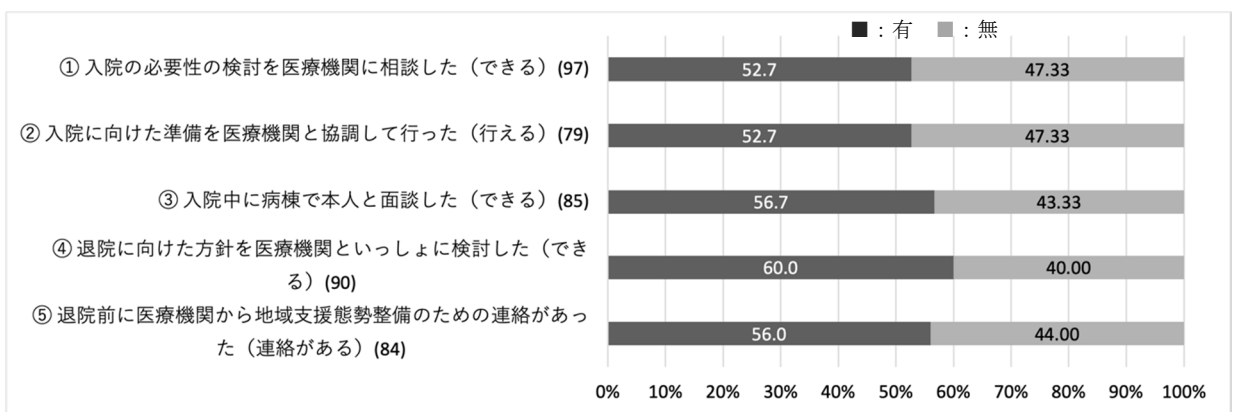




表 3-3 入退院時の医療期間との連携回数

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

図 3-1 地域事業所・行政との連携：サービス等利用計画の共有 (%)

n=150

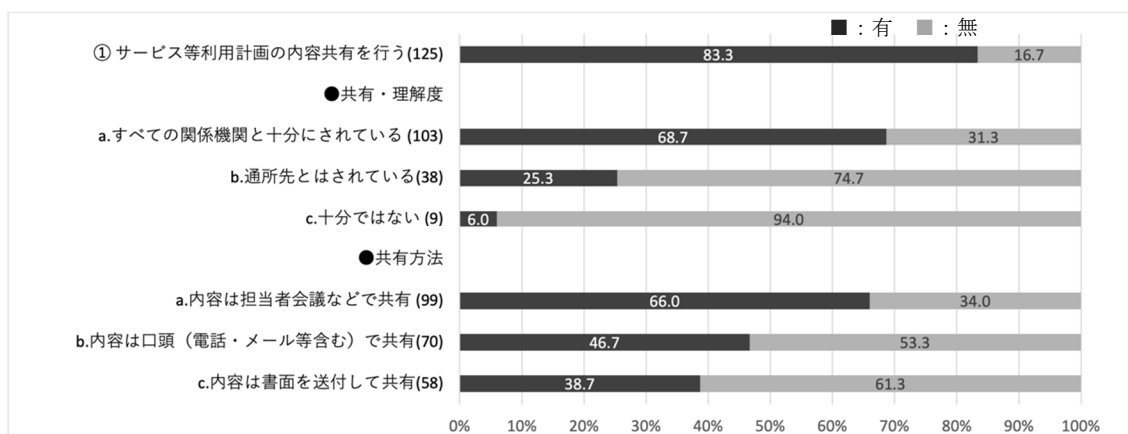


図 3-2 地域事業所・行政との連携：情報共有 (%)

n=150

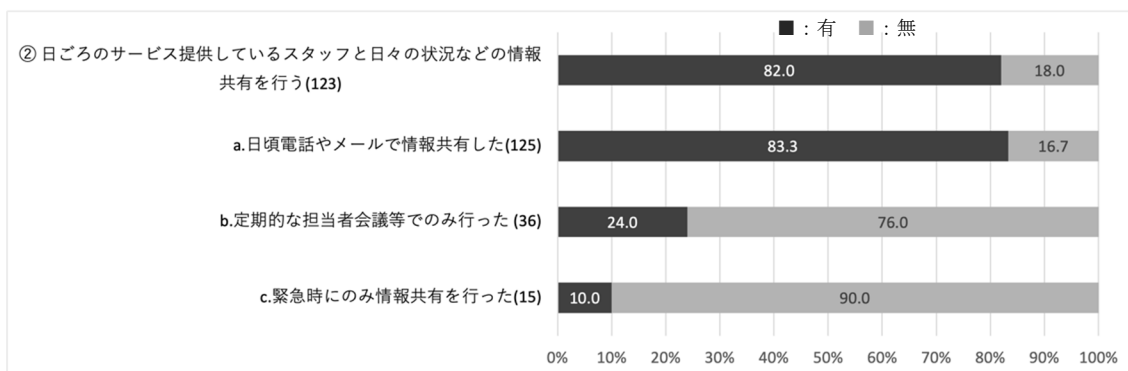


図4 インフォーマルな支援の活用の有無(%)

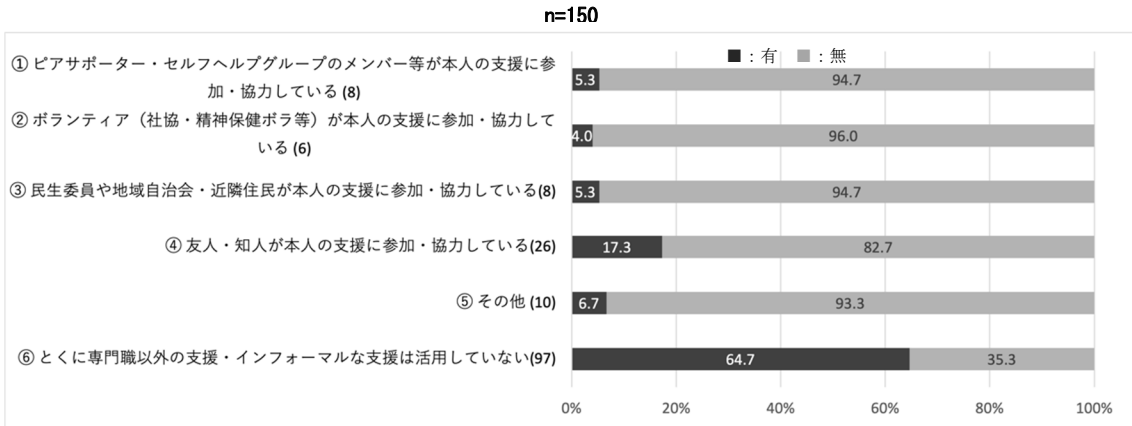


図5 日常生活の把握・優先的に相談している人 (%)

①、②は重複回答あり 100%を超える n=150

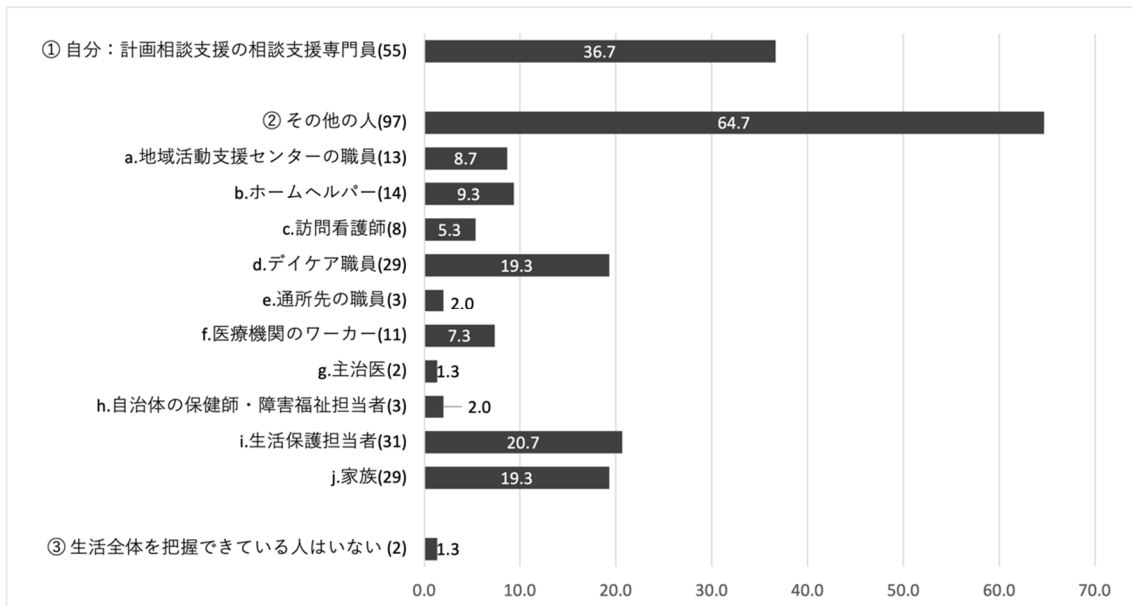


表 4 日常生活の把握・優先的に相談している人との連携 (%)

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

図 6 危機介入時のクライシスプラン等の検討状況 (%)

n=136

a~e は①、②の内の割合

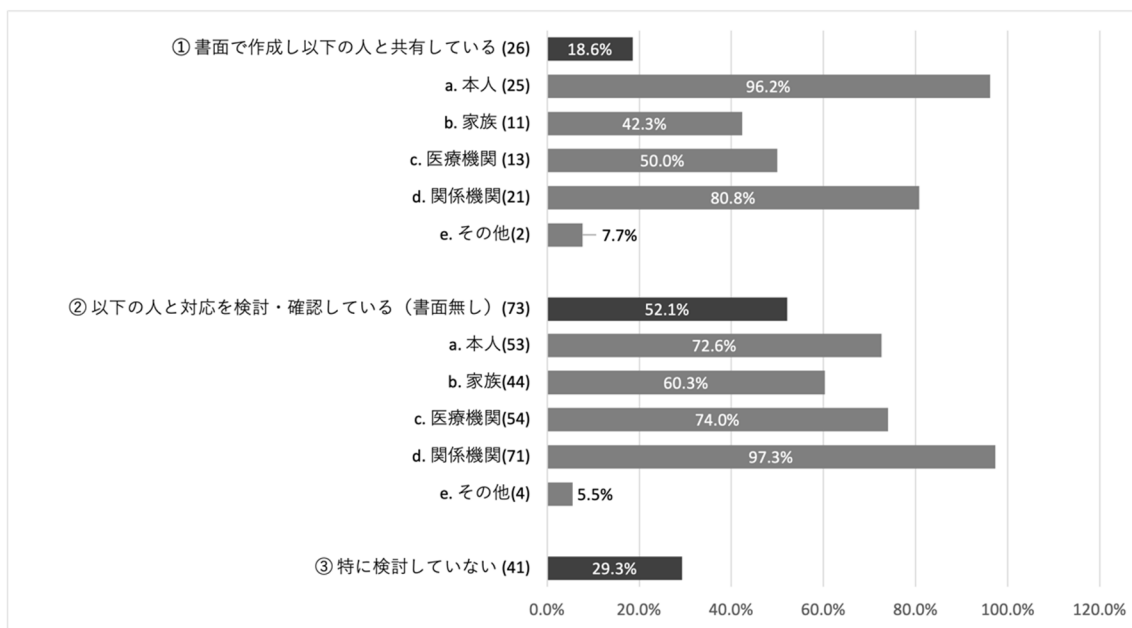


表 5 入院についての把握経路

2年間に入院があった利用者=46人， 総入院回数=74回

a~dは複数回答 74回の入院に対する割合

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

図 7-1 入院に影響した状況(%)

n=74 入院毎に回答

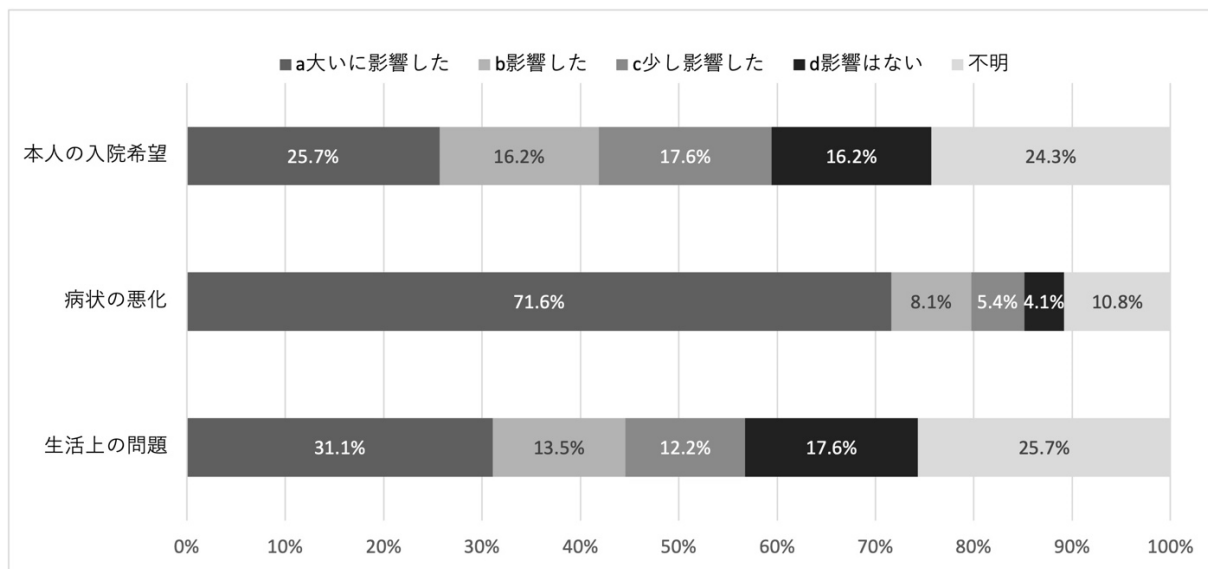
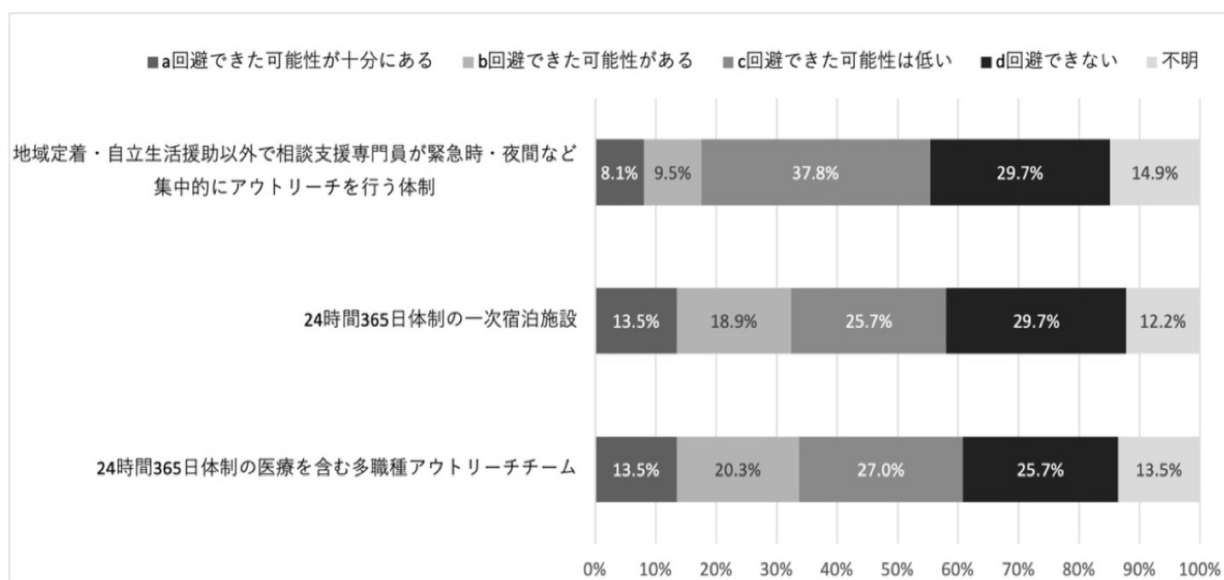


図 7-2 入院回避の可能性(%)

(n=74) 入院毎に回答



厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）  
精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害福祉サービス等の推進に資する研究

## 相談支援事業所における精神障がい者へのサービス等利用計画 （計画相談支援）に関する実態調査（報告②） ～入院アウトカムと計画相談支援における 医療連携の関連についての検討～

研究代表者： ○吉田光爾<sup>1)</sup>

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

1) 東洋大学ライフデザイン学部

2) 帝京平成大学人文社会学部

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

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

5) 聖学院大学心理福祉学部心理福祉学科

6) 早稲田大学人間科学学術院（大学院人間科学研究科）

7) 社会福祉法人 じりつ

### 要旨

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

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

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

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

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

## A. 研究の背景と目的

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

本報告では利用者におけるサービス等利用計画作成・モニタリング 2 年間経過中における「9 週間以上の精神科医療機関への入院の有無」「非自発的入院の有無」「予定されていない入院の有無」に関連する要因について分析し、1) 相談支援事業者における障害福祉サ

ービスのケアマネジメントにおいてどのような支援要素がこれらの入院を抑制するために有効なのかを検討し、今後の計画相談支援の中での重点評価項目を明らかにすることを目的とする。

## B. 方法

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

### 1) 1 次調査について

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

#### (1) 対象事業所

2020 年度に事前に実施された全都道府県の相談支援事業所から無作為抽出を行った。その際、人口比を考慮し、基準として人口が最小の島根県を 2 と設定し、各都道府県から人口に基づいて抽出数を設定し 895 事業所を対象とした。また、計画相談支援の実施には差が大きいこと。また、医療機関との連携が重要と言われているが、そのような連携を含め積極的に実施をしている事業所が無作為抽出によりまったく含まれなくなってしまう可能性を考慮し、全国相談支援専門員協会に精神科病院との連携が密であり、積極的に計画相談支援を行っている事業所を推薦いただき、72 の事業所を追加し調査協力を依頼した。

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

## (2) 対象者

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

## (3) 調査方法

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

## (4) 期間

2020 年 11 月～2021 年 2 月に調査を行い、回収を行った。

## (5) 調査内容

### (ア) 調査測度

1 次調査の内容について本報告書において分析に使用した変数のみ記述する。

#### ①利用者の基礎情報

年齢・性別、住居形態や診断（ICD10 利用）合併症などについて尋ねた。

#### ②入院の状況

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

#### ③利用者のケアニーズの測定

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

#### ④サービス等の利用状況

入院と同様に計画相談支援導入前後 2 年間のサービスの利用状況に付いて尋ねた。総合

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

## (6) 倫理的配慮

対象事業所内に利用者向けに本調査に協力している旨の告知・説明文を掲示してもらい、対象事業所の利用者が情報を調査に利用してほしくない場合は、職員に申し出て、情報の提供を拒否することができる旨を明記した。対象者の情報は、事業所の職員に過去の記録に基づき尋ねるもので、対象者本人へ侵襲的にならないような形で行った。

入力する情報は個人が特定できないよう ID 管理とし、個人と ID の対照表は各事業所にて管理し研究者にその情報は送信されないよう設定した。なお、本研究に関しては東洋大学倫理委員会の承認を得た。（L2020-009S）

## 2) 2 次調査について

上記の 1 次調査をもとに 2021 年度に 2 次調査を実施した。

### (1) 対象者の選定

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

### (2) 調査方法

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



### 3) 入院時連携体制・連携数

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

#### (5) 倫理的配慮

1次調査と同じく対象事業所内に利用者向けに本調査に協力している旨の告知・説明文を掲示してもらい、対象事業所の利用者が情報を調査に利用してほしくない場合は、職員に申し出て、情報の提供を拒否することができる旨を明記した。対象者の情報は、事業所の職員に過去の記録に基づき尋ねるもので、対象者本人へ侵襲的にならないような形で行った。

入力する情報は個人が特定できないようID管理とし、個人とIDの対照表は各事業所にて管理し研究者にその情報は送信されないよう設定した。

また相談支援専門員に関する調査については調査目的・調査協力に関しての自由・調査を拒否しても不利益を被らないこと等を文書で説明し、自記式調査票の回答をもって協力の同意とした。なお、本研究に関しては東洋大学倫理委員会の承認を得た。(L2021-010S)

#### (6) 統計解析について

1次調査および2次調査で得られた入院情報に基づき、以下の統計解析を行った。

#### (ア) 入院アウトカムに関連する要因を明らかにするためのロジス

### (3) 期間

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

### (4) 調査内容

#### (ア) 調査測度

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

#### 1) 導入時連携体制・連携数

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

#### 2) 外来連携体制・連携数

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

## ティック回帰分析

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

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

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

③アウトカム3：『追跡2年間における非予定の入院の有無』をアウトカム3として設定した。（予定されていない入院：有=1, 無=0）。なお「非予定の入院」とは、入院時の状況が相談支援事業所の観点からみて、「病院から事後通告を受けた入院」（「入院後に連絡」・「入院時に連絡なく、退院後に知った」）に該当するものが2年間の間に1回でもあるものを指す。

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

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

### （イ）医療との連携のあり方と入院週数の関連を明らかにする共分散分析

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

## C. 結果

### 1) アウトカム1：『追跡2年間における入院週数が9週間以上の有無』の結果

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

#### （1）基礎属性について

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

であった。

## (2) 連携に関する要因について

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

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

## 2) アウトカム 2: 『非自発的入院の有無』の結果

### (1) 基礎属性について

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

### (2) 連携に関する要因について

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

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

## 3) アウトカム 3: 『非予定の入院の有無』の結果

### (1) 基礎属性について

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

であった。

## (2) 連携に関する要因について

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

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

## 4) 連携のあり方による追跡期間中の入院週数の差について

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

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

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

## D. 考察

### 1) 外来連携の重要性

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

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

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

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

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

## 2) 導入時連携の2面性と入院のもつ意味

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

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

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

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

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

## 3) 入院時連携と外来連携の在り方とアウトカムの関連について

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

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

連携体制が多い」タイプ3群は入院週数が有意に少ない。

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

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

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

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

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

#### 4) 非自発的入院について

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

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

#### 5) 本研究の意義と限界

最後に本研究の意義と限界を述べる。

##### (1) 医療と福祉の「連携」の臨床的アウトカムの寄与の示唆

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

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

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

### (3) 個別の支援技法・プログラムではない「連携」の重要性の指摘

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

### (4) 本研究の限界

本研究の限界としては、以下の点が挙げられる。

第一に、本研究の対象事業者が一部の相談

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

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

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

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

## E. 健康危険情報 なし

## F. 研究発表

### 1. 論文発表 なし

### 2. 学会発表 2

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

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

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

#### 文献

- 1) 山口創生, 下平美智代, 吉田光爾, et al: 精神保健福祉サービスにおける医療経済評価のための調査ツール: 日本版クライアントサービス受給票の開発の試み. 精神医学 54(12):1225-1236, 2012.

#### **G. 知的財産権の出願・登録状況**

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

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

モデル係数のオムニバス検定

	カイ 2 乗	自由度	有意確率
ステップ	61.272	11	.000
ブロック	61.272	11	.000
モデル	61.272	11	.000

モデルの要約

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

Hosmer と Lemeshow の検定

カイ 2 乗	自由度	有意確率
1.835	8	.986

方程式中の変数

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

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



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

モデル係数のオムニバス検定

	カイ 2 乗	自由度	有意確率
ステップ	46.932	11	0.000
ブロック	46.932	11	0.000
モデル	46.932	11	0.000

モデルの要約

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

Hosmer と Lemeshow の検定

カイ 2 乗	自由度	有意確率
12.340	8	0.137

方程式中の変数

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

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

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

モデル係数のオムニバス検定

	カイ 2 乗	自由度	有意確率
ステップ	32.224	11	.001
ブロック	32.224	11	.001
モデル	32.224	11	.001

モデルの要約

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

Hosmer と Lemeshow の検定

カイ 2 乗	自由度	有意確率
10.643	8	0.223

方程式中の変数

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

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

図1 導入時連携に関する情報収集内容（2次調査調査票より）

(1) 計画相談導入前・導入時の連携状況について、行ったものにチェックをしてください。  
 （あてはまるものすべてにチェックをしてください。行ったものは実際に行った回数をご記入の上、詳細 a～e についてもチェック（複数可）をしてください。）

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

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

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

図2 外来連携に関する情報収集内容（2次調査調査票より）

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

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

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

外来連携体制については**赤枠部分**を合算。(a=3,b=2,c=1,d=0等)

外来連携回数については**青枠部分**を合算。

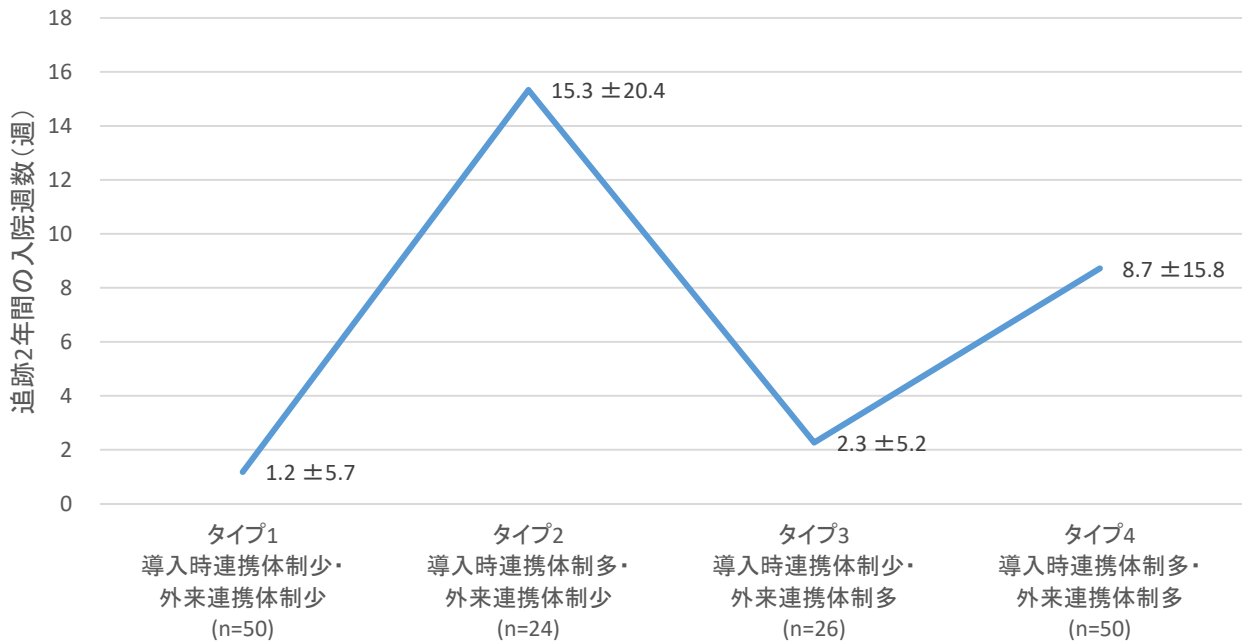
図3 入院時連携に関する情報収集内容（2次調査調査票より）

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

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

入院時連携体制については赤枠部分を合算。（1・0）  
入院時連携回数については青枠部分を合算。

図4 連携のあり方による追跡期間中の入院週数の差についての共分散分析の結果  
(n=150)



タイプによる入院週数の差  $p=0.012$   
 多重比較による群間差 タイプ1群・タイプ2群間の有意差  $p=0.010$   
 タイプ2群・タイプ3群間の有意差  $p=0.040$