

200400730A

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

重症精神障害者に対する新たな訪問型の  
包括的地域生活支援サービス・システムの開発に  
関する研究

平成 16 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 塚田和美  
国立精神・神経センター国府台病院  
平成 17 (2005) 年 4 月

# 目 次

## I. 総括研究報告

重症精神障害者に対する新たな訪問型の包括的地域生活支援

サービスシステムの開発に関する研究 ----- 3

塚田和美・伊藤順一郎

## II. 分担研究報告

1. パイロット・アウトカム研究 ----- 21

西尾雅明・鎌田大輔・伊藤順一郎・久永文恵・小泉智恵

堀内健太郎・深谷 裕・鈴木友理子・塚田和美・大島 巖

2. 包括型地域生活支援プログラムの機能評価に関する研究

ACT-J システムのプロセス評価：DACTS の時系列評価を中心に ----- 38

大島 巖・伊藤順一郎・園 環樹・贄川信幸・深澤舞子

3. 包括的地域生活支援プログラムの医療経済的評価に関する研究 ----- 44

伊藤順一郎・小泉智恵・深谷 裕・中村由嘉子

4. 社会復帰施設における訪問看護の必要性を明らかにする研究 ----- 53

仲野 栄

【研究班名簿】

# I . 総括研究報告書

重症精神障害者に対する新たな訪問型の  
包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究

主任研究者：塚田 和美（国立精神・神経センター 国府台病院 第一病棟部長）

分担研究者：伊藤順一郎（国立精神・神経センター 精神保健研究所）

研究要旨

【研究目的】本研究の目的は、①重症精神障害者に対する高密度の訪問を主とする包括型地域生活支援プログラム(Assertive Community Treatment: ACT)の日本初の臨床チーム(ACT-J)を作りあげ、②効果について実証的研究を展開し、③日本の地域精神保健施策の充実や精神病床数の削減に寄与できる新たなシステムのあり方を提言しようとするものである。

【研究方法】平成 15 年 5 月に臨床活動を開始した ACT-J の開始後 1 年間をパイロット研究の期間とし、その効果を前後比較で検討した。対象者は国立精神・神経センター国府台病院精神科に入院した精神障害者のうち頻回入院や頻回救急利用などがあり、問題行動や社会適応度から重症と判断され、研究趣旨に同意が得られたものとした。調査は①入院回数、入院日数などのアウトカム研究、②プログラム運営を観察するプロセス研究、③対費用効果検討の医療経済学的研究、の 3 点にわたった。平成 16 年 5 月からは、コントロール群をおいた無作為化比較試験による介入研究(RCT 研究)を、より厳密な調査研究を行うために実施した。また一方で、地域において訪問活動による生活支援を担当する地域生活支援センターに対して、実態調査を行った。

【結果と考察】パイロット研究の全対象者 43 名の基本属性は男性 44%、平均年齢 35.8 歳、入院時診断では統合失調症 72%、双極性感情障害 14%、平均罹病期間 12.8 年、家族同居率 72%、過去 1 年間の精神科入院日数の平均 119.4 日、入院回数の平均 1.7 回、国府台病院精神科救急受診回数の平均 3.0 回であった。平成 16 年 12 月末(基準日)時点の利用者の転帰は、43 名中 41 名が指標となる入院から退院、2 名が入院継続、1 名が死亡であった。本報告書のまとめとなった基準日時点で退院後 6 ヶ月を経過していたものは 36 名であった。6 ヶ月後アウトカムで、ベースラインとの平均値比較では社会機能、精神賞状は変化がなかった。抗精神病薬投与剤数、CP 換算値もほぼ横這いであった。しかし前後 6 ヶ月間の平均値比較では、精神科入院日数が 54.6 日から 28 日とほぼ半減し、入院回数は 1.0 回から 0.7 回、救急受診回数は 1.8 回から 1.2 回と減少していた。サービス提供時間数では、月当たり平均の総コンタクト数が電話コンタクトを含めて 1,100 件、電話コンタクトを除いて約 430 件で、ACT の利用者数の増加に従って徐々にコンタクト件数が増加していた。月平均総コンタクト時間数は、電話コンタクトを含めて約 430 時間、電話コンタクトを除いて

て 340 時間で、これらもおよその傾向として漸増していた。コンタクト 1 回あたり援助時間数は、電話コンタクトを含めると 23 分、電話コンタクトを除くと 48 分であった。電話コンタクトを含めた時間数は徐々に減少していたが、直接コンタクトの時間数はほとんど変化がなかった。

ACT-J プログラムのシステムレベルのフィデリティ（プログラム忠実度）は、フィデリティ尺度 DACT スケールを用いて測定したところ、8 月が 74.2 点、11 月が 75.8 点（100 点換算値）と ACT モデルの実践の忠実度は中程度であった。下位領域別では、8 月および 11 月における「スタッフの配置」尺度はそれぞれ 87.2 点、85.4 点、「組織」尺度はそれぞれ 80.0 点、82.8 点と高フィデリティであった。物質乱用に関する項目を除いた「サービスの特徴」得点は 71.4 点（8 月）、70.0 点（11 月）と中程度のフィデリティを示した。

医療経済的には、研究時のチーム構成で、フルサイズのケースロードにサービス提供した場合、現在の診療報酬制度および ACT-J チームの機能で訪問からあげられる収益は 1 年間で 50,476,800 円であった。一方、現 ACT-J チームの運営に必要な経費は 79,321,200 円と推計された。したがって、この差額を埋めるためには、一人当たり月あたり 2,800 点の診療報酬上の加算が必要と算出された。ACT-J が入院抑止に作用することで、医療費に与える効果については、ACT-J の半年間の入院抑止率が 50% であることより、過去 1 年の入院日数が 118 日以上の利用者については ACT-J の利用が医療費削減にもなるという結果が得られた。

また全国 of 精神障害者地域生活支援センターの実態を調査し、その独自の機能を検証したところ、多くの施設がその機能を十分果たせていなかった。その原因としては、①支援センターの設置機関が提供している医療・福祉的サービスが重複している、②支援センターの幅広い活動によって、機能が分散してしまうことが考えられた。

【結論】ACT プログラムは我が国においても国際水準で運用可能であり、重い精神障害をもつ者の入院日数の減少に貢献できることが実証研究によって明らかになった。また医療経済学的にも重症者加算などを行うことで実現可能なサービスプログラムであることも推測できた。今後我が国で ACT を定着させるためには、さらに詳細な情報を退院後 1 年間の追跡や無作為化比較試験での研究から得る必要がある。

#### A. 研究目的

近年、地域精神保健サービスが多様化しているが、重症の精神障害者は生活上の活動に制限をうけ、また主体的に適切なサービスを選択することが困難なため、依然として十分なサービスを受ける機会に恵まれない。特に、ひきこもり状態、治療動機が不十分な状態、家族からの支援が乏しい状

態などでは、医療中断を呈しやすく、そのために地域生活維持が困難になっている。その結果、重症の精神障害者は頻回の精神科救急の利用、頻回入院、問題事例化、そして長期入院などを呈し、このことが日本の精神病床数が減少しないことの一因を形成していた。

一方、欧米では、このような状況に対し

て、Assertive Community Treatment (ACT) といった手法を用いて対応し、再発率の低下や地域滞在率の向上など、一定の成果をあげてきた。すなわち ACT は、精神病床数を削減すると共に、精神障害者の地域生活の質を保ち、また、障害者本人や家族の、サービスに対する満足度向上に寄与してきたのである。

今や、日本においても、ACT に準じた、高密度の訪問型の包括的地域生活支援サービスを展開すべき時期がおとずれている。高密度とは、①障害者本人や家族との関係作りをしっかりとおこない、当事者のニーズを明確にし、それに沿ったサービス展開をする、②服薬管理・疾病の自己管理トレーニング等の医療サービスを含む、③平均週 2 回以上の在宅訪問など、頻回のアウトリーチサービスを主体とする、④多職種がチームを形成し、日常生活支援、就労支援といった、多彩な直接的サービスを提供する、⑤24 時間週 7 日対応を原則とし、危機介入にも対応できる、以上を意味する。

本研究では、日本の現状に即した、新たな訪問型の包括的地域生活支援サービス・システムを開発し、実証的研究を蓄積しながらサービス・モデルの有効性を検証し、日本の精神保健福祉行政での活用について提言を行おうとするものである。

#### 《具体的な目標》

本研究は以下の 3 点の実施を目標とした。

A) 日本の現状に即した、新たな訪問型の包括的地域生活支援サービス・モデルを開発し事業として実行する。

B) ヘルス・サービス研究の方法を用いながら、サービス・モデルの実効性を科学的に検証する。

C) 上記により得られた知見をもとに、「入院中心から地域生活中心に」と変換を遂げようとしている日本の精神保健福祉行政での、訪問型の包括的地域生活支援サービスの活用について提言を行う。

## B. 研究方法

### 1. 包括型地域生活支援プログラム (ACT) に関する研究

主任研究者である塚田、分担研究者の伊藤、西尾、大島は、研究協力者との協働作業のうちに、主として国立精神・神経センター国府台地区に研究活動の拠点を置き、3 年間のうちに以下の研究活動を遂行した。まず、国立精神・神経センター国府台地区をフィールドとして、ACT のモデル・プログラム (パイロット・スタディ: ACT-J) を研究費を用いてたちあげ、国立精神・神経センター国府台病院精神科に入院した患者に対して、明確な加入基準とインフォームド・コンセントのもとに、サービスを開始した。同時にプログラム施行前後の対象者の地域滞在日数や再発率、対象者やその家族の満足度の変化を追跡するアウトカム評価、スタッフの行動の観察や援助プロセスの妥当性の検討を含むプロセス評価、医療費をはじめとしたかかる費用の計算や費用対効果比の分析を行う医療経済学的評価を、このモデル・プログラムに対して実施した。さらに、ACT-J チームが成熟した平成 16 年度から、無作為割付で対照群をおいた無作為化比較試験 (RCT 研究) を実施した。日本の実状にあった訪問型の包括的地域生活支援プログラム (ACT) のあり方について研究班として検討を重ね、「標準となるモデル」「ガイドラインおよびマニュアル

ル」「実施に当たっての研修プログラム」などを整備作成した。

#### 【平成 14 年度】

- (1) 欧米における ACT に関する主たる文献を収集、抄訳集を作成した。
- (2) 分担研究者らが米国を訪問し、研究者との会議や ACT 実践の現場視察を行い ACT の臨床モデルや行政のシステムについて情報収集した。
- (3) 日本における ACT のスタンダード(案)、記録システム(案)などを作成した。
- (4) 米国の研究者を招聘し (Dr. Trevor Hadley ら)、研究チームとの討論、東京、千葉、帯広での講演会と視察を実施した。
- (5) パイロット・スタディのプロトコルを完成し、国立精神・神経センターの倫理委員会の承認を得た。

#### 【平成 15 年度・16 年度】

国立精神・神経センター国府台地区をフィールドとして、ACT-J のモデル・プログラム (パイロット研究) を開始した。すなわち、研究費によってたちあげた ACT-J チームがその活動を開始した。チームスタッフは研修をうけつつ、重症精神障害者に対する ACT-J のサービスを実施した。実施に当たっては、国立精神・神経センター国府台病院精神科と緊密な連携のもと、対象者のエントリーを行った。開始されたチームの活動および対象者へのサービスはモニタリングされ、アウトカム・プロセス・医療経済の 3 つの領域にわたる調査研究が行われた。

#### 《対象》

以下のすべての条件を満たすものをその対象者とした。

・平成 15 年 5 月 1 日から平成 16 年 4 月 30

日の間に国府台病院精神科 (児童精神科を除く) に入院したもの。

- ・年齢が 18 歳以上 60 歳未満であるもの。
  - ・主診断が統合失調症、感情障害、心因反応等の精神疾患であるもの。(主診断が知的障害、認知症、薬物依存、アルコール依存、人格障害であるものは除外)。
  - ・居住地が市川・松戸・船橋の 3 市であるもの。
  - ・今回の入院前 2 年間に 1 回以上の入院、3 回以上の救急利用、3 ヶ月以上の医療中断のいずれかがあるもの。
  - ・入院前 1 年間の過ごし方や、過去 2 年間の問題行動の数から、重症の精神障害者であると判断されるもの。
  - ・研究の趣旨について十分な説明を受け、参加について自発的な同意が得られたもの。
- #### 《介入について》

- ・研究への同意：研究の対象者について、ケースマネジャーは主治医と連携しながらコンタクトを試み、研究についての説明を行い、関係作りを行ないながら、研究についての書面同意を得た。
- ・アセスメントの実施：同意が取れた対象者について、ケースマネジャーはその人の希望や能力について聞き取りを行い、また同意を取りながら対象者の生活の場を訪ね、対象者のニーズについてのアセスメントを行った。アセスメントは原則加入後 1 ヶ月以内に開始し、3 ヶ月以内に完了させるようにした。
- ・支援計画の立案：担当ケースマネジャーは、同意取得後 1 ヶ月以内に当面クライアントと実施可能な支援計画原案の立案を行った。支援計画は、担当ケースマネジャーが対象者本人の「希望」や「今したいこと

を」を尊重し、対象者とのやり取りを通じて作成した。当面の支援計画作成後は、アセスメントの結果に基づいて、原則6ヶ月以内の支援計画を作成した。必要がある場合は、家族の支援計画も同様にして作成した。

・支援の提供：個々の支援計画をもとに、原則としてクライアントの生活の場にケースマネジャーが赴いて、以下のようなサービスを支援計画にもとづき提供した。：症状管理、薬物療法の管理と支援、日常生活の支援、当事者・家族に対する心理教育、住居支援、就労支援、家族支援、金銭管理の支援、余暇活動の支援、対人関係に関する支援。

・支援計画の見直し：すべてのクライアントに対し原則6ヶ月ごとに支援計画の見直しを行った。緊急対応が必要な対象者にはさらに頻繁なモニタリング、アセスメントを実施した。

#### 《調査の実施》

##### I.アウトカム研究

介入前後1年間の比較を、地域滞在日数、入院日数、入院回数、精神科救急利用回数について行った。追跡調査は、精神症状(BPRS)、抗精神病薬用量(CP換算値)、クライアントの社会適応状態(GAF、QOLI)について行った。ベースラインはエントリー時の退院後2週間目とし、6ヶ月後、1年後と追跡した。同時に、心理社会的側面について評価するために、クライアント自記式調査と家族自記式調査を、調査票を作成の上行った。

##### II.プロセス研究

・チーム形成後のACT運営が妥当であるかを検討する、個別フィデリティ尺度の開発

を行った。加えて、システムの構造の妥当性をDartmouth ACT Scaleを用いて評価した。

・スタッフの意識・信念の変化の過程(病院あるいは地域ベース、多職種間の役割アイデンティティ)について、自記式質問紙や、面接によって調査した。また、スタッフの視点からACT-Jの形成過程について参与観察し、記録した。

・スタッフのメンタルヘルス・バーンアウトについて自記式質問紙、面接によって調査した。

##### III. 医療経済学的な効果研究

・医療保険診療報酬票からの情報収集、本人や家族への面接などからのデータをもとにかかる医療コストを計算した。

・コスト計算をするために観察する領域は、今回は直接の医療費を中心とした。ACT-Jサービスにかかる費用は、別途計算を行った。

#### 【平成16年度からの新規課題】

平成15年度中にACT-Jチームの活動が成熟したものとみなして平成16年度からは、対象者を、訪問型の包括的地域生活支援サービス(ACT-J)群と、通常の治療・リハビリテーション群に無作為割付し、対照群をおいた比較研究のかたちをとった。

本研究において研究課題は基本的にパイロット研究と同様であり、その結果をより科学的根拠として明確にする方向で設定された。すなわち研究仮説は以下のように記述される。

- 1) ACT-Jは重い精神障害を持つ人々の地域生活を延長させるか？
- 2) ACT-Jへの参加は重度の精神障害を持つ人々の精神症状は改善させるか？

3) ACT-J への参加によって、重い精神障害を持つ人の QOL を向上させるか？

4) ACT-J への参加によって、家族の負担は軽減するか？

《RCT 研究デザイン》

無作為対照試験のデザインをとり、介入群は ACT-J に参加しているもの、非介入群は従来の病院中心のリハビリテーションを受けているものとした。それぞれのグループは約 120 名を予定した。

《研究対象者の加入基準》

平成 16 年 5 月 1 日より、国府台病院精神科に入院したもののうち、以下の項目に該当するものとした。

- ・年齢：18 歳以上 60 歳未満
- ・居住地：市川市、船橋市、松戸市
- ・主診断：持続的に障害をもたらしている診断名が統合失調症・妄想性障害 (F2x)、感情障害 (F3x)、神経症性障害 (F4x)、生理的障害など (F5x) のもの。(除外：痴呆性疾患 (F00-05)、人格障害 (F6x)、精神遅滞 (F7x))

・過去 2 年間の精神医療の利用として、いずれか 1 つを満たすもの。

入院回数 2 回以上/入院日数 100 日以上/精神科救急の利用が 3 回以上/3 ヶ月以上の医療中断あり。

・日常生活機能

過去 1 年で最高の GAF を主治医聞き取りにより評価し 50 点以下のもの。

そして、主診断に応じて、以下の組み合わせで運用した。

1) 診断が統合失調症・妄想性障害 (F2x)、感情障害 (F3x) いわゆる症状精神病 (F06-07) のものは過去 2 年間の精神医療の利用、もしくは日常生活機能のいずれか

の項目を満たすもの。

2) 主診断が神経症性障害 (F4x)、生理的障害など (F5x) のものは過去 2 年間の精神医療の利用、かつ日常生活機能のそれぞれの項目を満たすもの。

《RCT 研究の手順》

(1) 対象者のリクルート

1) 対象者の選定

国府台病院精神科の入院患者リストを作成し、加入基準を満たした対象者の選定を研究チームが行った。

2) 研究参加の依頼

加入基準に合致する患者の ACT への参加承認を得た。研究チームが本人に直接コンタクトを取ってよい時期を主治医に確認 (病状安定、初回外来日など) のうえ、研究チームの者が対象者に ACT-J 研究参加への説明し同意を得た。

(2) 無作為割付

乱数表を使って、入院患者を研究同意を得た順に振り分けた。

(3) 介入・非介入の手順

<a. 介入群の流れ>

ACT-J パイロット研究の手順に従った。

<b. 非介入群の流れ>

通常のケアとは、国府台病院において通常提供される医療・福祉サービスをさし、主治医と入院時の担当看護師によって作成された退院計画に基づき、サービスが提供された。提供されるサービスは、国府台病院精神科の外来を中心に、デイケア、作業療法、入院治療、心理教育、作業所、訪問看護 (入院時のみ)、ホームヘルプサービス (市の事業)、ケースマネジメントなどの資源を適宜使った。これらのサービスの利用密度は本人の症状や社会的・経済的条件に

応じて主に主治医の裁量で決められた。また、必要に応じて病院の精神保健福祉士がケースマネジメントを行った。病院からの往診や訪問型のサービスは殆ど提供されなかった。

#### (4) 変数の選択と定義

##### i) 独立変数:

介入群は ACT-J への参加したものとした。これは無作為割付で ACT-J のプログラム参加が割り付けられ、プログラムに登録されたものをさす。ドロップアウトした者も分析では intent-to-treat で分析することとした。

##### ii) 従属変数: アウトカム指標

###### a. 精神科サービスの利用

地域滞在期間、回数: これは研究期間中の総入院日数、回数で評価することとした。ここで入院とは、精神症状悪化あるいは身体症状の悪化などの理由を問わず、対象者の本来の居住地以外での生活(精神科入院、一般科での入院、施設入所など)すべてを指す。ここで研究期間とは、対象者からインフォームド・コンセントを得た時点から2年間のことを意味する。

精神科救急の利用: 実際に緊急の事態で国府台病院の時間外救急を利用した回数をカウントした。

###### b. 臨床的結果

精神症状は簡易精神症状評価尺度(Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS))、全般的機能は Global Assessment of Functioning (GAF)で測定した。

###### c. 心理・社会的結果

生活の質は Lehman が開発した Quality of life Interview (QOLI) 短縮版を用いて測定した。

#### (5) データの収集法

##### i) 調査時期

###### a. ベースライン調査

ベースラインの情報収集は、入院の標的症状が落ち着いて調査に耐えうる時期として、退院後2週間で完了する。主治医に退院日、初回外来を知らせてもらい、調査チームが対象者に調査の依頼、予約をとった。

###### b. 追跡調査 (6, 12, 18ヶ月調査)

それぞれの時点の前後2週間での情報収集を行うこととした。

##### ii) 調査内容

###### 1) 本人の社会人口学的情報

性、年齢、教育年数、婚姻歴、居住形態、同居家族、職業、経済状況

###### 2) 過去の精神科医療に関する情報

診断名、発病年齢、抗精神病薬量 (CP 換算)

###### 3) 臨床的情報

BPRS, GAF, QOLI で、1回の面接は約30分を予定した。QOLI はベースライン(退院後2週間)、12ヶ月後、18ヶ月後のみ測定した。

##### c) 本人の自記式調査

本人を対象者とし、調査依頼文書を、面接調査時に対象者本人に手渡し、説明し、調査法の回収法(持参、郵送)を確認した。自記式での回答が困難な対象者は、研究チームの精神保健専門家による面接により聞き取り調査とした。調査時期はベースライン(退院後1ヶ月)と12ヶ月後、18ヶ月後とした。調査項目は、薬物態度尺度、参加準備性尺度、ソーシャル・サポート、自己効力感、自尊感情、サービス満足度(CSQ-8)であった。

##### d) 家族の自記式調査

家族を調査対象者とし、ベースライン(退

院後 1 ヶ月) と 12 ヶ月後、18 ヶ月後に実施した。調査項目は、家族負担感(Zarit)、家族困難度(大島)、拒否尺度、対処可能感覚(伊藤)であった。

#### (6)分析プラン

分析の単位は介入群、コントロール群の本人および家族である。単変量、二変量解析、そして多変量解析を行う。

#### 《RCT 研究 倫理面の配慮》

RCT 研究のプロトコルは、個人情報保護、非介入群の保護、説明と同意について検討が加えられ、平成 16 年 3 月に国立精神・神経センター倫理委員会の承認を得た。

## 2. 社会復帰施設における訪問看護の必要性を明らかにする研究

### 【平成 14・15 年度】

分担研究者の仲野は塚田らとも随時連携を取りながら、地域にベースを持つ社会復帰施設とりわけ地域生活支援センターが、「地域で暮らす、来所できない精神障害者」のために訪問型の生活支援サービスを展開する可能性を探るため、実態調査を行い、現状の問題点と課題を分析した。

### 【平成 16 年度】

精神障害者地域生活支援センターにおける生活支援サービスにおいて、訪問看護機能を有効に機能させるために、利用者や関係機関からどのような役割を期待されているかを明らかにするため、地域の社会資源として積極的に事業展開を行っている支援センター(設置主体別、地域特性などを配慮した 3 ヶ所)において、業務の構築や関係機関との連携などについて、現状と問題点についての聞き取り調査を行った。また、インタビューの結果から、課題を分析した。

## C. 結果

### 【パイロット研究】

#### I.パイロット研究 アウトカム評価

##### 1)臨床的アウトカム評価

平成 15 年 5 月 1 日から平成 16 年 4 月 30 日の間に加入を行った全対象者 43 名の基本属性は以下であった。

- ・ 男性 19 名、女性 24 名、平均年齢 35.8 歳
- ・ 入院時診断では統合失調症が 72%、双極性感情障害が 14%を占めた。平均罹病期間は 12.8 年
- ・ 家族との同居率は 72%
- ・ 過去 1 年間の精神科入院日数平均 119.4 日 平均入院回数 1.7 回、国府台病院精神科救急受診回数 3.0 回であった。

平成 16 年 12 月 31 日(基準日)時点の利用者の転帰は、43 名中 40 名が指標となる入院から退院しており、2 名が入院継続、1 名が死亡(自殺)していた。基準日に退院後半年を経過したものは 36 名、1 年を経過したものは 17 名であった。

6 ヶ月後アウトカムで、ベースラインと 6 ヶ月後の平均値比較では、GAF が 47.1 から 50.0(N=29)、BPRS が 16.0 から 16.1(N=30)と大きな変化は認められなかった。同様に、向精神薬投与剤数は 5.3 剤から 5.1 剤、抗精神病薬投与剤数 2.0 剤から 2.0 剤、CP 換算値は 788.1mg/day から 760.7mg/day とほぼ横這いの値を示した。しかし、前後 6 ヶ月間の平均値比較では、精神科入院日数が 54.6 日から 28 日とほぼ半減し、精神科入院回数は 1.0 回から 0.7 回、国府台病院精神科救急受診回数が 1.8 回から 1.2 回と減少していた。精神科入院日数については、

対応サンプルの T 検定で 5%水準の有意差が認められた。

1 年後アウトカムはサンプル数が少なく中間報告の域を出ない。居住・経済状況に著しい変化はみられていないが、就労に関わる者は若干増加していた。以下、ベースラインと 1 年後の平均値を示すに留める。GAF 44.6→47.7(N=16)、BPRS 15.8→17.5(以下 N=15)、向精神薬投与剤数 5.5→5.8、抗精神病薬投与剤数 2.1→2.2、CP 換算値 938.9→994.9、精神科入院日数 105.5→61.2、精神科入院回数 1.9→1.7、国府台病院精神科救急受診回数 5.2→2.6、QOLI 生活全般満足度の変化 3.9→3.7 であった。

2) 自記式調査によるアウトカム評価(ベースライン調査)

(1) 利用者本人の自記式調査

利用者本人のための評価尺度としては、①服薬治療態度尺度(DAI-10)(Hogan, 1983)、②参加準備性(大川(瀬戸屋)ら、2000)、③自己効力感尺度(SECL)(瀬戸屋ら、2002)、④自己統制感尺度(Mastery)、⑤エンパワーメント尺度(IAPSRs, 1995)、⑥ソーシャルサポート尺度(SSQ-6)(Sarason, 1983)を用いたが、いずれも内的一貫性の指標である Cronbach  $\alpha$  の値が .76 以上で高く、想定された尺度間の相関関係が再現され構成概念妥当性が確保されていることがわかった。また先行研究と比較すると、特に自己効力感の低い対象者であることが明らかになった。

(2) 家族のための自記式調査

家族のための評価尺度としては、①生活困難度(大島, 1987)、②家族協力度(大島, 1987)、③家族拒否度(Kreismann ら, 1974)、

④家族ケア自己効力感尺度(SEFC)、⑤参加準備性(槇野ら、2000)、ソーシャルサポート尺度(SSQ-6)(Sarason, 1983)、ACT ニーズ尺度(園ら、2004)を用いたが、内的一貫性の指標である Cronbach  $\alpha$  の値は、参加準備性を除いて .60 以上の値が確保された。尺度間の相関は概ね想定した相関関係が再現され、構成概念妥当性があることがわかった。また先行研究と比較すると、特に自己効力感の低い対象者であることが明らかになった。

II. パイロット研究 プロセス評価

1) サービス提供の概況

サービス提供の概況を、サービスの提供場所、コンタクト形態、とサービス提供時間数によって明らかにした。

電話コンタクトを含むサービス提供場所を見ると、電話コンタクトが漸増しており、2005 年 1 月から 3 月では約 6 割を占めた。精神科医療機関でのコンタクトは、ACT 開始当初は、利用者の加入が入院時から始まるために 30% 近くを占めていた。しかし、その後その構成割合は減少し、現在は 15% 程度になっている。利用者の自宅はやはり 15% 程度であった。

電話コンタクトを除くコンタクト数は、本人宅と精神科医療機関が 7 割程度を占めていた。ACT オフィスでのコンタクトは、2 割程度を占めていた。3 ヶ月のコンタクト数は、最近では 1,300 件~1,400 件に及んでいる。

コンタクト形態を見ると、利用者本人および家族に対する電話コンタクトが過半数を占めていた。利用者本人への地域へのアウトリーチは全体で 19%、電話コンタクトを除くと 44.2% であった。

オフィスでの直接サービスは、現在、全体で 0.9%程度であり、開設当初より漸減していた。これは、地域での直接サービス提供を目指す ACT の理念にかなう動向と言える。

サービス提供時間数では、月当たり平均の総コンタクト数が電話コンタクトを含めて 1,100 件、電話コンタクトを除いて約 430 件で、ACT の利用者数の増加に従って徐々に増加していた。月平均総コンタクト時間数は、電話コンタクトを含めて約 430 時間、電話コンタクトを除いて 340 時間で、これらもおよその傾向として漸増していた。コンタクト 1 回当たり援助時間数は、電話コンタクトを含めると 23 分、電話コンタクトを除くと 48 分であった。電話コンタクトを含めた時間数は徐々に減少しているが、直接コンタクトの時間数はほとんど変化がなかった。

## 2) サービスコード大分類の分布

電話コンタクトを除くコンタクトのサービスコード大分類の分布を見ると、医療面の援助を合わせた「精神症状・服薬管理」と、生活面の援助を合わせた「日常生活・経済生活・社会生活の支援」が同程度の割合を占めて、最も多かった。このほかに、ACT の枠組み作りに関わる「ジョイニング・関係作りに関する援助」および「ケアマネジメントに関わる援助」は、開設当初には当然のことながら全体に占める割合も高く、その後も一定の割合を占めていた。ACT-J で重視している家族支援、就労支援については、「家族に対する支援」は継続して一定の割合を占めているが、その構成割合は徐々に減少していた。これに対して、「雇用・就労に関する支援」は順調に増加を遂

げていた。

## 3) サービスコード小分類の分布

領域別のその分布を見ると、まず精神症状・服薬管理、危機介入については「精神症状についてのアセスメント」と「症状自己管理のための働きかけ」が他を圧倒して多かった。一方、日常生活・経済生活・社会生活支援については、「家族関係・親戚関係などに関する支援」と「食料品や日用品の購入・調達の支援」「食生活・栄養摂取に関する支援」が多かった。家族関係に関する援助は、ACT 利用者本人に対して家族関係の調整をはかるものである。ACT-J では家族支援に力を入れているが、利用者本人に対して家族との調整をはかることに対しても多くのエネルギーを投入していることがわかった。また、食生活に関する援助は生活の最も基本的な援助であり、多くのケースマネジャーが援助している内容であることがわかった。

家族に対する家族支援については、「家族に対する具体的援助行動(家事支援、買い物などの並行・代行)」が最も多く、構造化され、プログラム化された援助は現状では必ずしも多くなかった。

## 4) サービス形態分類の分布

直接援助サービスでは、それぞれの領域、項目によって分布はさまざまであるが、一般的には「相談・助言・情報提供」による援助が多かった。これに対して、行動レベルの援助を行うことの多い小分類は、「通院の支援」「洗濯・清掃の支援」「交通機関・移動手段の利用に関する支援」などであった。具体的な援助行動が、「練習・並行」と「代行」に分かれているものでは、「練習・並行」による援助が多い小分類が多かった。一方、

「観察・アセスメント」による援助を行うことが多い小分類は、「食生活・栄養摂取に関する支援」「更衣・個人衛生に関する支援」「食料品や日用品の購入・調達の支援」「銀行・郵便局など金融機関の利用に関する支援」などであった。

間接援助サービスでは、大部分の援助が「連絡調整・アドボカシー」の方法で行われていた。

#### 5) サービスコード指標の分布

サービスコードに基づいて、ACT の理念に関わる指標を作成した。コンタクト数に関連するコンタクト指標と、コンタクト時間数に関連するコンタクト時間指標である。

コンタクト指標では、全体のコンタクト数に占める直接コンタクト、対面コンタクト、地域でのコンタクト、インフォーマル資源とのコンタクトの割合を明らかにした。

「電話を含む直接コンタクト総数」は、ACT 開設後漸増しており、2005 年 1 月～3 月では 93.2% に達していた。「対面コンタクト総数」「対面地域コンタクト総数」は、コンタクト数自体は増加しているものの、その構成割合は減少していた。「インフォーマル資源コンタクト」についても、コンタクト数はやや増加しているものの、構成割合は減少していた。

コンタクト時間指標については、コンタクト時間総計と直接援助時間、および援助内容別には、医療面援助時間、日常生活面援助時間、家族支援時間、就労支援時間を明らかにした。

直接援助サービス時間が増加していること、医療面と生活面援助時間ではコンタクト数はほぼ等しいにもかかわらず時間数では生活面援助時間が長いこと、就労支援時

間が増加していることが分かった。

#### 6) 退院後期間別指標の変化

個別利用者別の退院後期間別のコンタクト指標の推移を見ると、「対面地域コンタクト件数」の割合は、比較的安定して 70% 前後で推移していた。「日常生活面援助時間」の割合は、退院後期間が経過するに連れて増加した。一方、「医療面援助時間」の割合は、退院後増加するが 12 ヶ月過ぎたころから減少に転じていた。「就労支援援助時間」の割合は、6 ヶ月目以降に上昇していた。

#### 7) システムレベル フィデリティ尺度

システムレベルのフィデリティ尺度 DACT のフィデリティは 8 月が 74.2 点、11 月が 75.8 点 (100 点換算値) と ACT-J のモデルフィデリティは中程度であった。下位領域別では、8 月、11 月における「スタッフの配置」尺度は 87.2 点、85.4 点、「組織」尺度は 80.0 点、82.8 点と高フィデリティだが、「サービスの特徴」尺度は、56.0 点、60.0 点と低フィデリティであった。低フィデリティであった「サービスの特徴」尺度 10 項目には、物質乱用治療に関する 2 項目が含まれており、これらの項目は物質乱用を併存する重度精神障害者が少ない日本の実状とは合わない。これら 2 項目を除いた「サービスの特徴」得点は 71.4 点 (8 月)、70.0 点 (11 月) と中程度のフィデリティを示した。

#### 8) 個別利用者フィデリティ尺度

個別利用者フィデリティ尺度については、内的一貫性 (Cronbach's  $\alpha$ ) が 0.90、評価者間信頼性 (Pearson 積率相関係数) が、総得点で  $r = 0.45$ 、総合尺度が  $r = 0.60$  であった。

この尺度の総得点が高いほど、電子カルテ内の総援助時間が長く、併存妥当性が示された。また、個別利用者フィデリティ尺度を因子分析して求めた6因子は、ACTの特徴・理念に一致し、説明率も71.0%であった「ケア必要度が高い人ほど、高密度のサービス実践が行われ、尺度得点が高くなる」という想定していた関係が見られ、因子妥当性・構成概念妥当性が示された。

#### 9) 家族会員調査

家族のACTに対する期待は高く、特に将来家族による支援が難しくなったときにニーズが高いことがわかった。また、現在、生活者としての家族機能の障害がACTに対するニーズを形成する重要な要素であることがわかり、生活困難度を低下させ、参加準備性を高めるような援助を、ACTの重要な要素として位置づける必要性が示された。

#### III. パイロット研究 医療経済学的研究

パイロット研究の対象者43名のうち、平成16年12月末日までの調査期間のうちに退院後6ヶ月を経過した35名について、退院後1ヶ月後から6ヶ月後までのサービス量を調査した。利用者一人あたり平均月間訪問回数8.3回 7.7時間、平均月間電話相談件数4.3回 0.8時間、間接サービスにかかる平均月間コンタクト数2.5回 1.0時間、家族支援平均月間1.8回 1.1時間であった。

ACT-J チーム全体のサービス量を検討する計算式を作成した。それによればコンタクト総回数は加入ケース数と線形の近似曲線で表され、コンタクト総時間数は対数の近似曲線で表されることが推測された。これを用いてサービス量を推測したところ、研究時のチーム構成において持ちうる最大

のケースロード88ケースに達した場合、1ケースあたりの月あたり平均対面コンタクト(訪問)総数は5.5回、単数コンタクト(訪問)数は4.2回、複数コンタクト(訪問)数は1.3回、チーム医師によるコンタクト数は1.8回であった。

対象者の指標となる入院前後各6ヶ月間のアウトカムでは、入院日数が入院前6ヶ月間が平均54.6日なのに対し、退院後6ヶ月間は平均28.0日(50%減)と有意に減少していた。

研究時のチーム構成で、フルサイズのケースロードである88ケースにサービス提供をした場合、現在の診療報酬制度およびACT-J チームの機能で訪問からあげられる収益は1年間で50,476,800円であった。一方、現ACT-J チームの運営に必要な経費は79,321,200円と推計された。したがって、この差額を埋めるためには、一人あたり月あたり2,800点の診療報酬上の加算が必要であった。

ACT-J が入院抑止に作用することで、医療費に与える効果について計算をした。入院単価14,000円/日、外来単価25,000円/月という調査結果および、ACT-J の半年間の入院抑止率が50%であることより、上記2,800点の点数加算をしたところ、過去1年の入院日数が118日以上の利用者についてはACT-J の利用が医療費削減にもなるという結果が得られた。

#### 【RCT 研究 中間報告】

平成17年2月末日時点での中間報告である。期間中加入基準を満たしたものは、71名だった。このうち、42名が研究参加に同意し、18名が拒否した。研究参加者と拒否者を比較すると、研究拒否者では女性の

割合が 77.8%と多かった。研究参加者を無作為割付した結果、介入群が 24 名、非介入群は 18 名であった。年齢階級を検討したところ、介入群では 40 歳代が 41.7%、20 歳代が 33.3%、と多かったのに対し、非介入群では 50 歳代で 44.4%、30 歳代で 22.2%と多かった。その他の項目で分布に差異は見られなかった。

【社会復帰施設における訪問看護の必要性を明らかにする研究】

平成 14・15 年度の 2 年間に渡って全国の精神障害者地域生活支援センター（以下、支援センター）の実態を調査し、その独自の機能を検証した。

結果としてわかったことは、多くの施設がその機能を十分果たせていないということであった。その原因としては、①支援センターの設置機関が提供している医療・福祉的サービスが重複している②支援センターの幅広い活動によって、機能が分散してしまうことが考えられた。

①については、訪問活動の多様性がその理由として考えられた。現在、精神障害者を対象に実施されている訪問活動には、精神科病院等の医療機関からの訪問看護と訪問看護ステーションからの訪問看護、そして保健師が行う訪問指導がある。この 3 つについて対象者の選定方法が明確化されておらず、担当区別が曖昧な現状があり、これらの訪問と支援センターの訪問の違いが明確でないことが、利用者がサービスを選択する際のわかりにくさにつながっていた。

②については、アウトリーチサービスなどの個別ケアと、利用者を集めて行われる集団を対象としたプログラムの企画運営、いつでも対応できる窓口を常設しておくこ

となど支援センターの活動が多岐に渡り、それらを維持するためにマンパワーが分散され、スタッフが何役も引き受けるという状態が引きおこされているという支援センターの実態が確認された。

このような問題を抱えながらも、平成 15 年度の調査では支援センター独自の機能として地域ネットワークの構築やネットワークに関わる人たちの支援などの有効性が検証された。平成 16 年度の調査では、地域で暮らす精神障害者のニーズが非常に多様で、既存のサービスではそのニーズが満たせないことが多いという事実が明らかになった。支援センターが行なう特徴的な訪問活動としては、利用者自身の依頼によるもので、生活用品の使用に関する簡単な相談や援助等短時間で対応可能な訪問があげられた。または、1 対 1 の心の交流を望む「話し相手」や、対象者の周囲の人の不安を解消するための訪問等、「具体的に何かを解決する」というよりも「見守り」あるいは「様子見」といったものがあげられた。

#### D. 考察

##### 1) 研究の達成度について

3 年間にわたり、ACT 臨床チームの形成、パイロット研究の立案設計、研究計画の実施など順調に作業が進行した。本研究報告書を作成している時点では、パイロット研究では、6 ヶ月間の前後比較の結果が出そろった。結果にも述べたように、入院回数の減少、入院日数の減少で満足のいく結果がでている。また、プログラムの運用も開始 1 年半の状況では充分国際水準の活動を展開しているといえる。研究活動はこのまま継続し、平成 17 年度末には加入の入院前

後 12 ヶ月間の前後比較の結果を、精神症状評価、患者の QOL、患者・家族の満足度なども含めて提出する予定である。なお、より厳密な研究デザインで効果を検討するために、RCT 研究は、平成 16 年 5 月より開始したため、現時点ではまとまった結果を出すまでにはいたっておらず、今回の報告では加入の状況と基本属性等を提示するにとどまった。今後の継続研究のなかでその結果を明らかにしていく予定である。

医療経済的評価は 6 ヶ月間では、まだ十分な結果が出ていない。今回はシミュレーションにより ACT-J にかかる費用と診療報酬内で ACT-J を行った場合の収益との比較と、ACT-J が入院日数を削減することによる医療費に与える影響について検討をするにとどめた。予測によれば ACT の関与は長期間関わることによって利用者の安定と入院日数の減少がより明らかになるので、費用対効果もより明確になるものと思われる。現在進めている入院費・通院医療費、および ACT によるサービス提供状況の把握を RCT 研究でも継続し続けることが必要であろう。

## 2) 研究成果の学術的意義について

まず、重症の精神障害者の治療やリハビリテーション、生活支援を地域において展開する包括型地域生活支援プログラム (ACT) が、我が国においても充分入院を抑制し、質の高い安定した地域生活の維持に寄与するという成果が、まだ追跡途上ではあるものの得られた意義は大きい。

また本研究は、科学的根拠の蓄積の一助となるよう厳格な方法論を用いたサービス研究であり、きちんとしたアウトカム評価とサービスプロセス評価の双方を行うこと

で、精神医療・保健・福祉の分野における科学的根拠に基づく実践 (Evidence-Based Practice: EBP) の評価と研究推進に寄与した意義も高いと思われる。

また、ACT-J の臨床を推進するために、活動の基準 (スタンダード) や臨床評価用具、あるいは研修・臨床的スーパービジョンのための資料等を作成してきた。これらは今後、地域中心の精神医療・保健・福祉を推進するための貴重な資料になりうるであろう。

## 3) 研究成果の行政的意義について

我が国の精神保健福祉施策が「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向性で進められつつある背景の中で、我々の研究は、重症の精神障害者に対する ACT プログラムを施策に位置づけることによって、不必要な頻回の入院や長期入院を抑制しうる可能性のあることを提示した。これは、施策上、財源を慢性患者の入院病棟の維持から外来治療あるいはケアマネジメントや地域生活支援に段階的に振り分け、そこに ACT を位置づけることの妥当性を示唆している。

特に、脱施設化施策が今後進みゆくであろう我が国においては、地域生活支援の要となるであろう ACT をあらかじめ整備することによって、欧米で生じたような精神障害者のホームレス化や社会問題化を未然に防ぎ、精神障害をもつ者にとっても市民にとっても歓迎すべきノーマライゼーション理念の実現に道を開くことが期待される。

## 4) その他特記すべき事項について

ACT は長期にわたり支援を継続することで、重症の精神障害者の回復に寄与することの大きいプログラムである。したがって、長期間の追跡実施が不可欠であり今後の研

究継続が望まれる。

また、日本への定着に当たっては、家族支援や住居プログラムの確保、既存の医療・保健・福祉システムとの連携など、我が国独自の課題がある。これらの課題をまとめ、我が国に適した ACT について明示することは今後の課題であろう。

また今後予想される、我が国での ACT プログラムの追試については、実施機関と十分に連携をとり、ACT プログラムの質の管理と利用者にとってより有用なプログラムをめざして議論の場を形成することも重要である。

#### E. 結論

包括型地域生活支援プログラム (ACT) は、重い精神障害をもつ者の地域滞在日数を増加させ、入院日数・入院回数の減少に貢献できることが科学的根拠に基づく実践研究 (EBP) によって明らかになった。今後、我が国で ACT を定着させるためには、さらに強力な科学的根拠を、退院後 1 年間の追跡や RCT 研究から得る必要があるため、引き続き研究活動を行い、情報発信を行うことが重要である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 国内

###### 【論文発表】

- ・伊藤順一郎：精神障害者の地域支援と精神科病院の役割についての試論. 日本精神科病院協会雑誌 23(9)：23-29, 2004.
- ・伊藤順一郎：特集 新障害者プランへの期

待と課題 技術にかかる提言. 精神障害とリハビリテーション 7(1)：23-26, 2003.

- ・大島巖編：ACT・ケアマネジメント・ホームヘルプサービス～精神障害者地域生活支援の新デザイン～. 精神科看護出版, 2004.
- ・大島巖：統合失調症の ACT (包括的地域生活支援). 月刊精神科 6(1)：1-6, 2005.
- ・大島巖：ケアマネジメントの新潮流～重い精神障害をもつ人たちに対する集中型・包括型ケアマネジメントの必要性と実施体制. ケアマネジメント学, 4, 2005.
- ・西尾雅明：ACT 入門. 金剛出版, 2004.
- ・西尾雅明：ACT 導入に伴う統合失調症治療技法の変化. 臨床精神薬理 7(9)：21-28, 2004.
- ・西尾雅明：イギリスにおける集中型・包括型ケアマネジメント. 大島巖編, ACT・ケアマネジメント・ホームヘルプサービス～精神障害者地域生活支援の新デザイン～, 精神科看護出版 pp125-136, 2004.
- ・西尾雅明：国府台地区における ACT (ACT-J) の現状と課題. 日本精神科病院協会雑誌 23(11)：54-58, 2004.
- ・西尾雅明：ACT 包括型地域生活支援プログラム) の立場からみた精神科デイケアの役割について. デイケア実践研究 9(1) 100-108, 2005.

###### 【学会発表】

- ・伊藤順一郎：コミュニティにおける治療的かわり：ACT を中心に. 日本心理臨床学会第 23 回大会, 東京国際学会, 埼玉, 平成 17 年 9 月 8 日.

- ・伊藤順一郎：アジアにおける地域精神保健の発展 シンポジウム. 第18回世界社会精神医学会, 神戸, 平成17年10月26日.
- ・西尾雅明：ACT（包括型地域生活支援プログラム）の立場からみた精神科デイケアの役割について. 第9回日本デイケア学会シンポジウム「変革の時代における精神科デイケア～退院促進に向けて～, 東京, 平成17年9月24日.
- ・西尾雅明：ACT-Jの概要. 第47回病院・地域精神医学会総会国際シンポジウム「ACTが目指すもの」, 神戸, 平成17年10月1日.

## 2. 海外

### 【論文発表】

- ・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 : 525-537, 2004.

### 【学会発表】

- ・Ito Junichiro: 'Applying Western Style PSR Program into Japanese Community' Symposium, WHO, 2004. 11. 05.

H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

## Ⅱ. 分担研究報告書