

厚生労働科学研究補助金（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  
研究報告書

パイロット・アウトカム研究

分担研究者 西尾雅明（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
研究協力者 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（国立精神・神経センター精神保健研究所）、鈴木友理子、塚田和美  
（国立精神・神経センター国府台病院）、大島 巖（東京大学大学院医学系研究  
科精神保健学分野）

研究要旨

平成 15 年 5 月から国立精神・神経センター国府台地区で臨床活動が開始された包括型地域生活支援プログラム(Assertive Community Treatment :ACT)において、平成 16 年 4 月までに加入した 43 名を対象とするパイロット研究のアウトカムを集積した。

平成 15 年 5 月から平成 16 年 4 月まで、国府台病院精神科への入院者数は 922 名であり、そのうち加入基準に合致した者は 55 名である。最終的に ACT 利用への同意が得られた者は 43 名で、その平均年齢は 35.8 歳、入院時診断別では、統合失調症圏 31 名、感情病圏 8 名、その他の診断は 4 名であった。罹病期間、過去 1 年間の精神科入院回数・日数の平均は、12.8 年、1.7 回、119.4 日、過去 1 年間の国府台病院精神科救急受診回数は 3.0 回、家族と同居している者は 72%であった。

平成 16 年 12 月末日（基準日）時点での利用者の転帰は、43 名中 40 名が指標となる入院から退院して ACT の利用を継続していた。基準日に退院後半年を経過して ACT-J を利用していた者は 36 名で、そのうち 17 名が退院後 1 年を経過していた。

6 ヶ月後アウトカムでは、入院日数は 54.6 日から 28.0 日へと有意に減少し、一方で、病状(BPRS)・社会生活機能(GAF)、薬剤投与(CP 換算値)などに関しては、退院後とほぼ同様のレベルが維持されていた。1 年後アウトカムはまだサンプル数が少ないが、就労に関わる者が若干増加し、入院日数や救急受診回数の減少がみられ、生活全般満足度もほぼ同様に維持されていた。

以上のように、パイロット研究では、これまでのところ地域滞在率の向上という点で比較的良好な結果が得られている。しかし、精神症状や社会生活機能が変わらずとも、ACT による支援によって地域で生活可能となる期間が長くなることを示すためには、今後 IC (Informed Consent) 取得時の入退院前後 1 年間のデータ、RCT のデータを集積したうえで詳細を比較、検討する必要があり、今後のさらなる研究の継続が求められる。

## A. 研究目的

障害者のノーマライゼーションを推進する観点から、我が国の地域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移行することに異論を唱える者はいないだろう。

精神保健福祉対策本部中間報告（平成15年5月）に基づき設置された、「精神病床等に関する検討会」では、平成15年9月より、精神医療における地域医療のあり方、精神病床の機能分化等の課題について検討を行ってきた。平成16年8月6日に公表された「最終まとめ」においては、試算の結果少なくとも10年間で7万床相当の病床数の減少を促すことが明記されている。この数字は、既存の地域生活支援プログラムの質と量に規定された状況での退院率などを基に算出されたものであり、当然のことながら、今後の地域生活支援の質の向上により、さらに多くの病床数を減じることが可能となる。

脱施設化を成し遂げた先進国の経験から学べることは、重い精神障害をもつ入院患者であっても、医療・福祉を含めた包括的なサービスを、24時間体制で訪問を中心に展開するプログラム(Assertive Community Treatment：包括型地域生活支援プログラム、以下ACT)の存在によって、退院とその後の地域定着が可能になるということである。「最終まとめ」においても、重い精神障害をもつ人たちにとって地域での生活が選択肢となるように、この種のプログラム（「包括型な地域生活支援」）の必要性が指摘されている。近年、科学的根拠に基づく医学・医療を実践する必要性が強調されるようになってきており、最終的には我が国の実情を加味して修正したプログラムを採用するにしても、導入期には諸外国で実践されているACTに比較的忠実なモデル・プログラムを試行して、その効果を実

証的に検討することが合理的な方策と言えるだろう。

そこで本研究では、国立精神・神経センター国府台地区において実施されている我が国初の本格的なACTのモデル・プログラムであるACT-Jの、パイロット段階での利用者に対する援助効果を明らかにする。

## B. 研究方法

### 1) 対象

ACT-Jでは、長期在院患者の退院支援ではなく、重い精神障害をもつ精神医療の頻回利用者が、できる限り安定した質の高い生活を地域でおくり続けられるよう支援することを目標に掲げ、それに合わせて以下のような加入基準を設定した。

まず、① 国府台病院精神科に平成15年5月から平成16年4月までの期間に入院していること（ただし、急性薬物中毒の処置や合併症治療を目的とした入院は除く）、② 18歳以上60歳未満、③ 入院時主診断が統合失調症、感情障害等の精神疾患（主診断が知的障害、認知症、薬物・アルコール依存、人格障害であるものは除外）、④ 居住地が市川・松戸・船橋の3市、⑤ 過去（当該入院の入院日から遡る、以下同様）2年間の精神医療サービスの利用状況において、表1に挙げた項目のいずれかに該当すること、⑥ 過去2年間に、表2で挙げたいずれかの社会適応を妨げる行動が存在すること、⑦ 過去1年間の日常生活状況において、表3に挙げた2項目のいずれかが「いいえ」に該当する、⑧ ⑥の適応に関する該当項目と⑦の日常生活状況に関する該当項目の合計が3以上であること、⑨ ACTへの加入について主治医の了解がある、⑩ 研究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る、以上全ての条件を満たす者を対象とした。

## 2) 実際の利用登録までの流れ

平成 15 年 5 月から平成 16 年 4 月まで、国府台病院精神科への入院者数は 922 名であり、そのうち入院時に②～⑦の加入基準について主治医が記入するチェックリストを回収しえた者は 866 名（回収率 93.9%）であった。加入基準に合致した者は 55 名である。主治医の判断で加入を控えた 6 名並びに本人拒否の 3 名を除く 46 名に対してケースマネジャーが原則として入院中に最初の接触と関係作りを行い、ACT 利用への同意が得られた者は 43 名であった（図 1）。性別は、男性 19 名、女性 24 名、年齢は 20 代から 40 代の者が多数を占めその平均年齢は 35.8 歳（19 歳～57 歳）、入院時診断別では、統合失調症圏 31 名、感情病圏 8 名、その他の診断は 4 名であった。罹病期間、過去 1 年間の精神科入院回数・日数の平均は、12.8 年、1.7 回、119.4 日である。過去 1 年間の国府台病院精神科救急受診回数（夜間のみ）は 3.0 回、家族と同居している者は 72%であった（表 4）。

## 3) プログラムの内容

ACT は、重い精神障害をもつことで頻回あるいは長期入院を余儀なくされていた人々が病院の外で質の高い生活をおくれるように、さまざまな職種の専門家から構成されるチームのスタッフが、訪問の形でほとんどのサービスを提供する援助プログラムである。そして、ACT は精神障害をもつ人の地域生活を支援する手段であるケアマネジメントの中でも、最も集中的・包括的なモデルとして位置づけられている。60 年代後半の米国で、「精神障害をもつ人たちが

しばしば呈する対処技能の欠損と依存性は病院への頻回の再入院に由来するものであって、必要な対処技能と自律性の獲得は、現に生活している地域の中で最も良くなされうる」と考えた Stein らが、ウィスコンシン州で開発したこのプログラムは、入院期間減少や居住安定性改善、サービス満足度向上などの効果が証明されており、その有効性から多くの国がこのプログラムを採用している。

ACT プログラムの構造上の特徴は、①重い精神障害をもつ人を対象とし、②さまざまな職種の専門家から構成されるチームが、③集中的なサービスを提供できるよう利用者数の上限を設定し（10 名のスタッフからなるチームでは 100 名程度）、④1 人の利用者のケアをスタッフ全員で共有する。⑤サービスの統合性を図るために保健・医療・福祉・就労支援サービスのほとんどをチームが責任をもって直接提供し、⑥24 時間・365 日体制で危機介入にも対応しながら、⑦自宅や職場などへの積極的な訪問によって、利用者が実際に暮らしている環境の中で効果的な相談・支援を行う、ことである。米国では標準モデルへの適合度評価尺度（fidelity scale）が開発されていて、これによって各 ACT プログラムが適切に運営されているかどうか評価される。ACT がケアマネジメントの一類型として位置づけられているように、スタッフは、利用者との関係作り、アセスメント、ケアプランの作成、モニタリング、評価など一連のケア・プロセスに関わりながら、日々の生活支援サービスを提供するが、同時に各スタッフは、アセスメントや様々なサービスの提供において、それぞれの職種の専門性を活か

しながら活動することも求められる。

国立精神・神経センター国府台地区における試行的な ACT プログラム (ACT-J) は、上記の背景を受け、厚生労働科学研究費補助金の助成によって平成 14 年度から基盤整備が進められ、平成 15 年 5 月から臨床活動が開始された。

スタッフは、フルタイム・ケースマネジャーがチームリーダーを含めた 10 名 (看護 2、ワーカー 4、心理 1、作業療法士 1、リハビリテーションカウンセラー 1、精神科医 1)、就労支援担当スタッフが 2 名、チーム精神科医 1 名、プログラムアシスタントがフルタイム換算で 1 名勤務している。ケースマネジャーは、早番が 8 時 45 分から 17 時 15 分まで、遅番 (1 名) が 13 時から 21 時まで勤務し、早番の 1 人が 21 時から翌朝まで宅直を行う。休日の日中は 2 名のスタッフが勤務し、うち 1 名が夜間の宅直となる。平日は毎朝 9 時からの朝のミーティング終了後に利用者宅に向かい、17 時には遅番と宅直への申し送りがある。毎週金曜日にはケース会議が開催される (平成 16 年 8 月末時点)。

提供されるサービス内容は多岐にわたる。診察・薬の配達・外来受診同行、訪問時における疾病や治療薬に関する情報提供、カウンセリング、クライシス時の家庭や地域への訪問と「クライシスプラン」と呼ばれる症状自己管理支援計画の作成、主治医が入院を決定するプロセスへの介入と入院した利用者の権利擁護と退院計画への参与、不動産会社との連絡調整や引っ越しの手伝い、調理・弁当の配達・スーパーへの買い物同行、害虫退治、銭湯への同行、身体的健康管理のためのアドバイス、年金・手帳申請や金銭自己管理の支援、ハローワーク

への同行・就労先の斡旋・ジョブコーチなどの就労支援、家族に対する支援計画作成や家族教室開催、関係作りや余暇活動のスキル向上を目的とした映画やカラオケへの同行や一緒にスポーツを行うことなど、様々な支援がなされている。

#### 4) 分析方法

対象者が ACT に登録する指標となった入院を基に、入院前 6 ヶ月間 (1 年間) と、退院後 6 ヶ月間 (1 年間) の精神科入院日数・回数、国府台病院精神科救急受診回数を比較した。また、退院 2 週間 (ベースライン)・6 ヶ月後・1 年後の精神症状 (BPRS)、社会生活機能 (GAF)、向精神薬・抗精神病薬投与剤数、CP 換算値 (TRS-RG) と、退院 2 週間・1 年後の QOL (QOLI 短縮版)、居住形態、経済状況、就労状況に関して前向き調査を行った (図 2)。

### C. 結果

#### 1) ベースライン調査

利用者 43 名のうち、平成 16 年 12 月末日の時点でベースラインにあたる退院 2 週間後の対面調査を施行しえたのは、入院継続中の 2 名、調査に拒絶的な 2 名を除く 39 名であった。精神症状の重症度を評価する尺度である BPRS 総点の平均は 16.1 (標準偏差  $\pm 6.7$ ) 点、下位尺度の平均点は陽性症状、陰性症状、躁症状、気分変調症状、心気症状の各々で 5.3 ( $\pm 3.6$ )、3.2 ( $\pm 3.1$ )、0.2 ( $\pm 0.5$ )、5.3 ( $\pm 2.5$ )、2.3 ( $\pm 1.4$ ) となっていた。GAF は 20 点台 1 名、30 点台 5 名、40 点台 18 名、50 点台 12 名、60 点台 3 名であり、平均得点は 47.2 ( $\pm 8.0$ ) 点となっていた。QOLI の全般的満足度は、平均で 4.0 ( $\pm 1.8$ ) 点で、「やや満足」と回答した者が 13 名と

3分の1を占め、「満足」、「大変満足」と答えた者を合わせると半数近くの者が程度の差はあれ退院後の状況にある程度の満足感を抱いていた(図3,4,5,6,7,8,9,10)。

## 2) 利用者の転帰

平成16年12月末日(基準日)時点での利用者の転帰は、43名中40名が指標となる入院から退院してACTの利用を継続しており、2名が入院継続中であった。他の1名は指標となる入院の退院後に死亡(自殺)している。基準日に退院後半年を経過してACT-Jを利用していた者は36名で、そのうち17名が退院後1年を経過していた。以下で報告する6ヶ月後アウトカム・1年後アウトカムは、それぞれ、上記の36名、17名のデータを基にしている。

## 3) 6ヶ月後アウトカム

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のスコアが47.1(±8.8)から50.0(±7.5)と有意な増加を示し(Wilcoxonの符号付き順位検定、 $P<0.05$ ,  $N=30$ )、BPRSの総点は16.0(±6.2)から16.1(±7.3)で有意な変化は認められなかった( $N=29$ ) (図11)。同様に、向精神薬・抗精神病薬投与剤数、CP換算値も、それぞれ5.3(±2.1)から5.1(±2.4)、2.0(±0.9)から2.0(±1.0)、788.1(±750.4)から760.7(±802.2)とほぼ横這いの値を示した(図12、13)。前後6ヶ月間の平均値比較では、精神科入院日数が54.6(±63.5)日から28.0(±50.8)日とほぼ半減し、精神科入院回数は1.0(±1.2)日から0.7(±1.0)日、国府台病院精神科救急受診回数が1.8(±3.8)回から1.2(±2.2)回と減少していた。精神科入院日数については、Wilcoxonの符号付き順位検定で5%水準の有意差が認められた(図

14,15)。

## 4) 1年後アウトカム

1年後アウトカムはサンプル数が少なく( $N=17$ )、中間報告の域を出ない。そのため、検定結果は示さず、平均値の変化のみを記す。

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(図16,17,18)。GAFスコアとBPRS総点は、ともに44.6(±9.3)から47.7(±7.6)へ( $N=16$ )、15.8から17.5へ( $N=15$ )と増加していた(図19)。向精神薬・抗精神病薬投与剤数、CP換算値に関しては、それぞれ、5.5(±2.0)から5.8(±2.0)、2.1(±1.0)から2.2(±1.0)、938.9(±911.4)から994.9(±766.2)と若干の増加がみられた(図20,21)。精神科入院日数、精神科入院回数・国府台病院精神科救急受診回数は(図22,23)、105.5(±82.6)から61.2(±95.0)、1.9(±2.1)から1.7(±2.4)、5.2(±10.3)から2.6(±3.8)と減少していた。QOLI生活全般満足度は、3.9(±2.3)から3.7(±1.8)へ( $N=15$ )と変化していた(図24)。

## D. 考察

### 1. 対象者の属性について

ACTは、利用者に対してインテンシブにかかわりをもつだけに一定のコストがかかる。それゆえに、対象者を重症の精神障害をもつ人に絞り込む必要があり、そのため明確な加入基準が定められていなければならない。そしてその基準は、チームが何をなそうとするのか、その目標に沿ったものであることが望まれる。

今回、我々が研究ベースでACTプログラムを試行するにあたって、フィールドとな

りえる国府台病院が公的な総合病院であり、地域の中で精神科救急、合併症治療の役割を期待されていて平均在院日数が少ないことを考慮すると、対象者を長期在院者に絞ったのでは十分なサンプル数が確保できない可能性が危惧された。重症の精神障害者といっても、病状のために長期入院を余儀なくされているタイプと、頻回に入退院を繰り返すタイプが考えられる。そこで、今回我々は、重い精神障害をもつことで頻回に精神医療を利用している者が対象となるように、エントリー期間に国府台病院精神科に入院した者の中でも、精神医療サービス利用度、社会適応、日常・社会生活能力の3領域を網羅し、これら全ての領域で一定の要件を満たしている者のみが対象となるよう加入基準を定めた。

今回の対象者の属性で特徴的なことは、平均年齢が30歳代と比較的若いこと、家族との同居率が72%と高いことである。これは、既に親が死亡している率の高い中高年層の長期在院者以上に、家族支援のニーズが高い人たちが対象となっていることである。今後、精神医療の頻回利用を対象にACTプログラムを立ち上げる際には、利用者の家族支援を考慮に入れて体制を整える必要性が高いことを示唆する結果であると考えられる。

## 2. ベースライン調査の結果について

ベースライン調査で特徴的なことは、BPRS、GAF、QOLI いずれも比較的良好な結果を示していたことである。

BPRS 総点の平均は16.1と低く、GAF スコアの平均は47.2と比較的高かったが、これは対象者を頻回入院者に設定しているため、服薬や医療中断によって加入基準を

満たしはするが、比較的短期間の入院でも病状が回復しやすい者が多く登録された結果と考えられる。また、入院治療の影響よりも、ACTが地域での生活にどのような影響を与えるかということを中心とした評価を意図し、地域生活が再開された退院2週後をベースラインとしたために、全般的に精神症状と社会生活機能が改善した時期に評価を行うことになった。それがベースラインの結果が比較的良好だったことの一因であろう。

また、QOLI で示された全般的満足度の高い結果は、利用者の抱く、退院できたという安堵感に上乗せされていることが推測される。さらに、ACTのケースマネージャーが入院中からかわりをもって単身生活支援など退院支援を既に行っていたことも影響を与えたと考えられるが、入院中の利用者に対するACTの効果についての厳密な分析は、今後展開されるコントロール研究によって明らかにされるだろう。

## 3. アウトカムの結果について

米国を中心に実施されたACTの先行研究の結果では、入院日数の減少、利用者のサービス満足度の向上、住居の安定などの援助効果が明らかになっている。

今回のパイロット研究でも、退院6ヶ月後のアウトカムでは、入院日数は有意に減少していた。入院日数が減っても、実際に生活の質が低下しては本末転倒ということになるが、今回のアウトカム調査では、精神症状、社会生活機能はほぼ維持されており、また薬剤の投与量も特に有意な増加はなく、ACTによる支援が在宅生活の質を維持し、そのことが入院日数の減少につながったものと思われた。ACT加入前後6ヶ

月間の状況でその援助効果を論じることができないが、今回の利用者の ACT 加入前 1 年間の平均入院日数が約 120 日、平均入院回数が 2 回弱であることを考えると、従来であれば 6 ヶ月に 1 回程度は入院のエピソードがあった群と考えられる。したがって、6 ヶ月という限られた期間であっても、そのアウトカムに良い影響がみられたことは、臨床的に意義深いことであろう。

一方で、今後は ACT 加入前後の比較期間をより長期にとってそのデータを分析する必要があることは言うまでもない。

平成 16 年末の時点では、ACT 利用後 1 年を経過したものは 17 名であるため、今後のサンプル数の増加を待たなければ一定の結論は導き出せない。だが就労にかかわる利用者の増加、入院日数が 6 割まで減少していること、救急受診回数が半減していること、全般的な生活満足度や社会生活機能が維持されていること、などから、6 ヶ月アウトカムと同様の結果が得られる可能性が高いと考えられる。

#### E. 結論

ACT-J パイロット研究での平成 16 年末時点での利用者アウトカムについて報告を行った。6 ヶ月後アウトカムでは、入院日数の減少は明らかで、病状、生活機能、薬剤投与などに関しては、退院後とほぼ同様のレベルが維持されていた。1 年後アウトカムはまだサンプル数が少ないが、就労に関わる者が若干増加し、入院日数や救急受診回数の減少がみられ、生活全般満足度もほぼ同様に維持されていた。

以上のように、パイロット研究では、これまでのところ地域滞在率の向上という点で比較的良好な結果が得られている。しかし、精神症状や社会生活機能が変わらずとも、ACT による支援によって地域で生活可能となる期間が長くなることを示すためには、今後 IC 取得時の入退院前後 1 年間のデータ、RCT のデータを集積したうえで詳細を比較、検討する必要がある、今後のさらなる研究の継続が求められる。

#### F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表(3 年間)

- ・西尾雅明：ACT-J の紹介と今後の課題、第 3 回日本外来精神医学会ミニシンポジウム「外来精神医療機能の拡がり」、大阪、2003
- ・西尾雅明：アクトジャパンの一年後の経過報告。心理教育・家族教室ネットワーク第 7 回研究集会、山形、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。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、2004
- ・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、2004

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表1 過去2年間の精神医療サービスの利用状況

1. 今回入院前の過去2年間に、入院が1回以上ある
2. 今回入院前の過去2年間に、精神科救急サービスを3回以上利用している
3. 外来通院の中断もしくは通院なしの状態が外来予定日から概算して3ヶ月以上続いたことがある

表2 過去2年間の社会適応を妨げる行動など

1. 暴力(家族以外に対するもの)、器物破損、万引き、窃盗、迷惑行為など社会適応を妨げる行動
2. 6ヶ月以上に渡っての薬物乱用・アルコール乱用
3. 行方不明、住居を失う、立ち退き勧告を受ける、ホームレスになるなど
4. 自殺企図
5. 家族への拒絶、暴言、暴力など

表3 過去1年間の過ごし方

- ・ 入院直前の状態の悪い時期だけで判断せず、入院前1年間のうち6ヶ月以上継続して下記の課題を遂行できている場合に「はい」を選択
  - ・ 家族と同居していて、下記の課題について家族が日常的な援助を行っている場合は、本人ひとりで遂行が可能か否かを想定して判断
- ① 自分ひとりで、下記に示すような社会的役割のいずれかを6ヶ月以上継続して遂行できる(例:学校へ通う、仕事につく、作業所やデイケアなどの社会資源を継続して利用している、家事労働を家庭で中心的に担っている)  
(1. はい 2. いいえ)
  - ② 自分ひとりで、衛生管理、栄養管理、安全管理、書類管理、危機回避など、地域において成人として必要とされる日々の生活課題を一貫し、6ヶ月以上継続して遂行できる  
(1. はい 2. いいえ)



図1 利用登録までの流れ

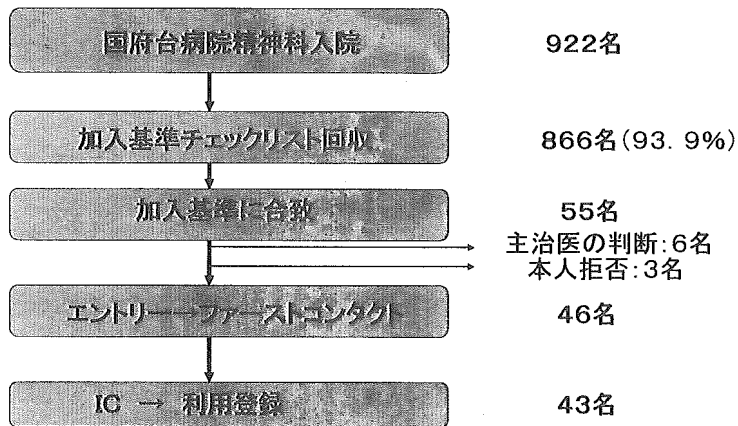


表4 利用者の属性

• 男女比	19:24
• 平均年齢(歳)	35.8(±10.5)
• 入院時診断(人)	
- 統合失調症圏	11
- 感情病圏	8
- その他	4
• 平均罹病期間(年)	12.8(±8.4)
• 家族との同居率(%)	72
• 過去1年間	
- 精神科入院日数	119.4(±104.1)
- 精神科入院回数	1.7(± 1.6)
- 国府台病院精神科救急受診回数	3.0(± 7.0)

図2 アウトカム評価(利用者本人)

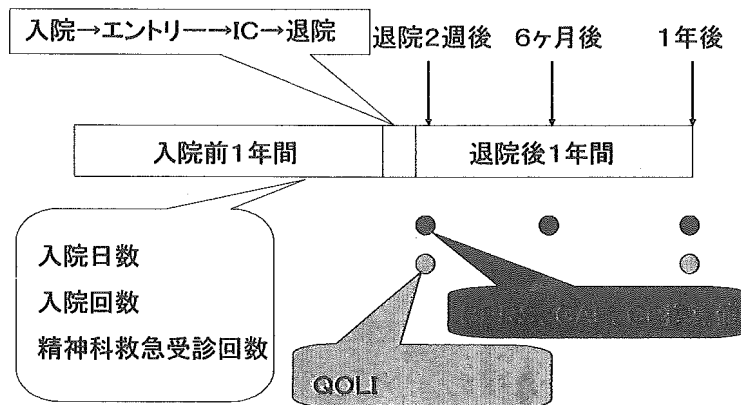


図3 退院2週後ベースライン調査  
BPRS総得点

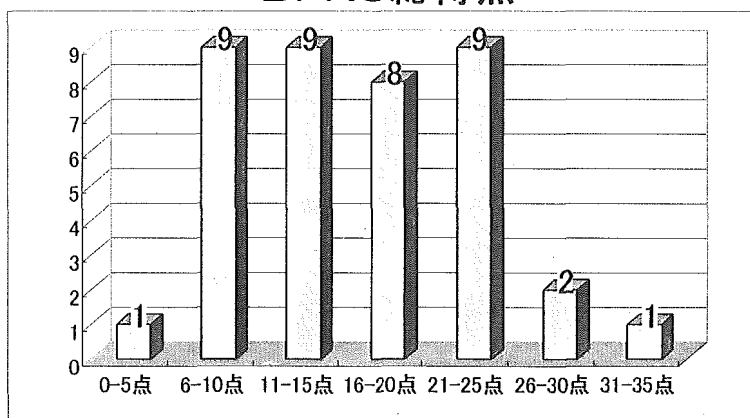


図4 退院2週後ベースライン調査  
BPRS下位尺度:陽性症状

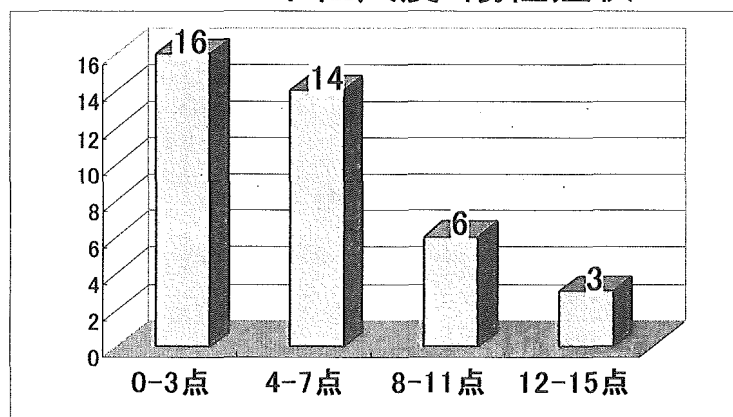


図5 退院2週後ベースライン調査  
BPRS下位尺度:陰性症状

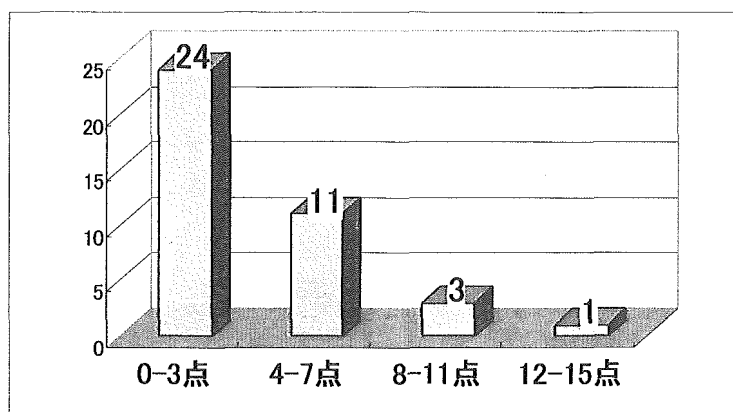


図6 退院2週後ベースライン調査  
BPRS下位尺度:躁症状

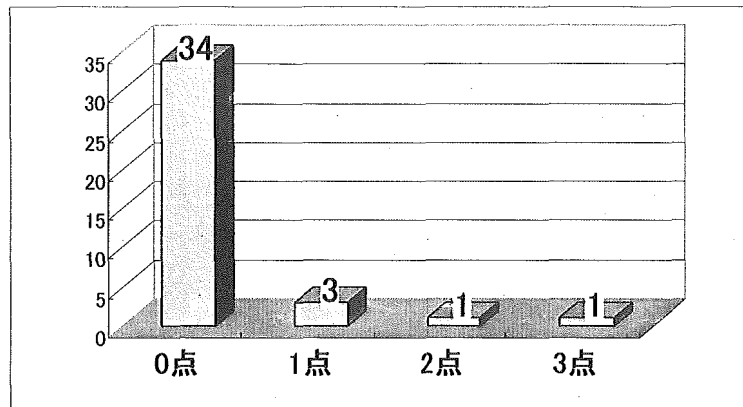


図7 退院2週後ベースライン調査  
BPRS下位尺度:気分変調

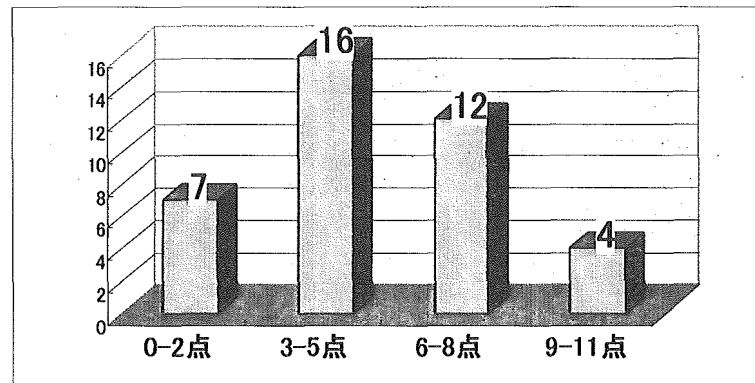


図8 退院2週後ベースライン調査  
BPRS下位尺度:心気症状

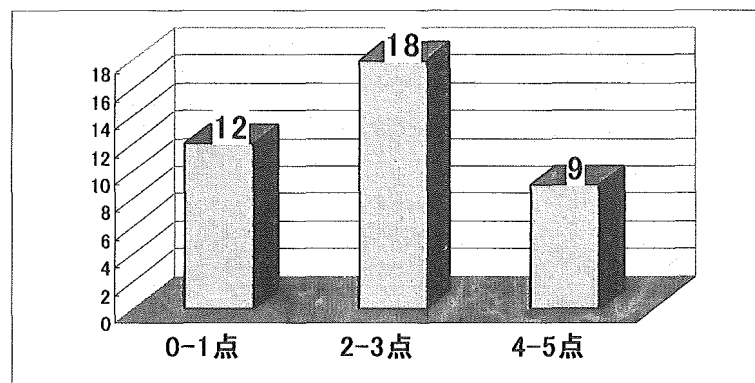


図9 退院2週後ベースライン調査GAF

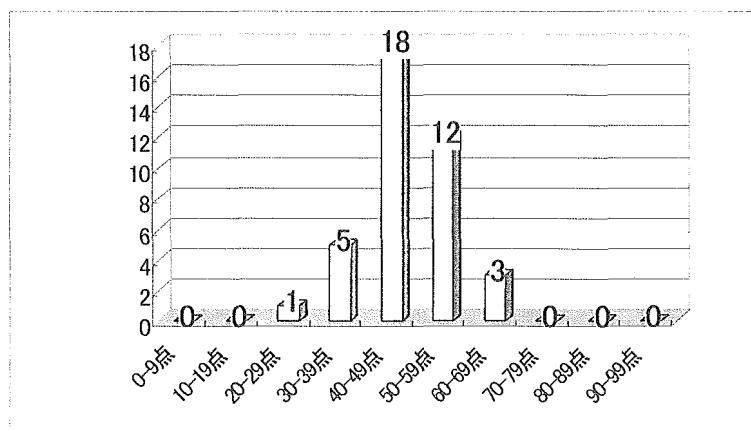


図10 退院2週後ベースライン調査  
QOLI全般的満足度  
「あなたの生活全般についてどう思いますか？」

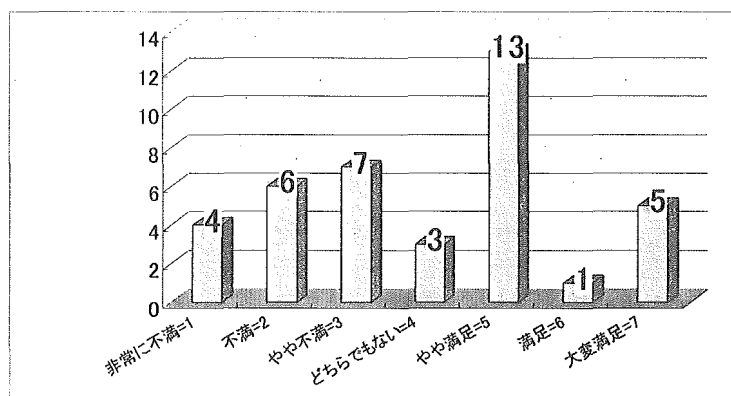
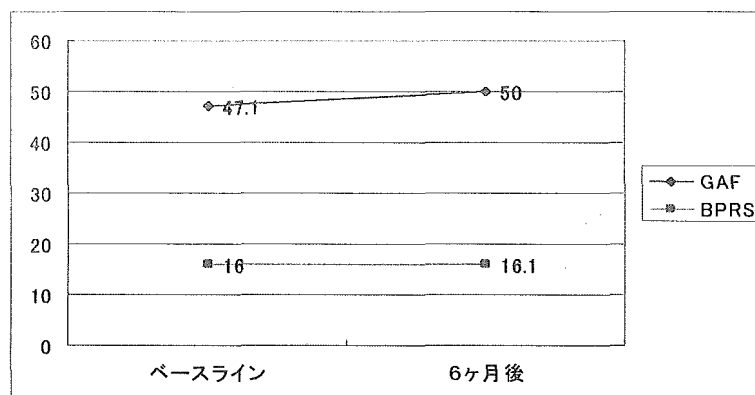
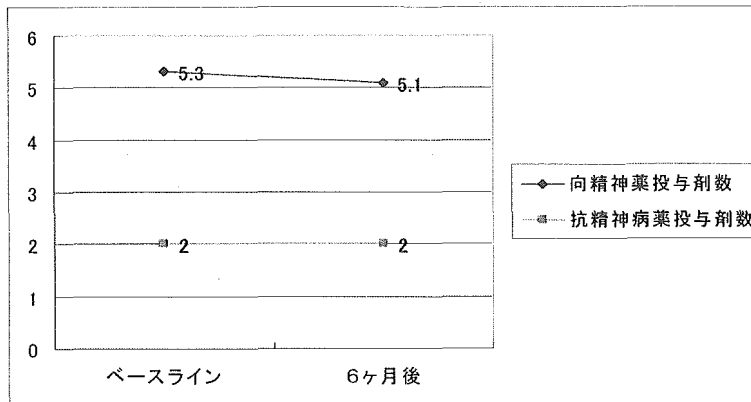


図11 精神症状・社会生活機能(6ヶ月後)



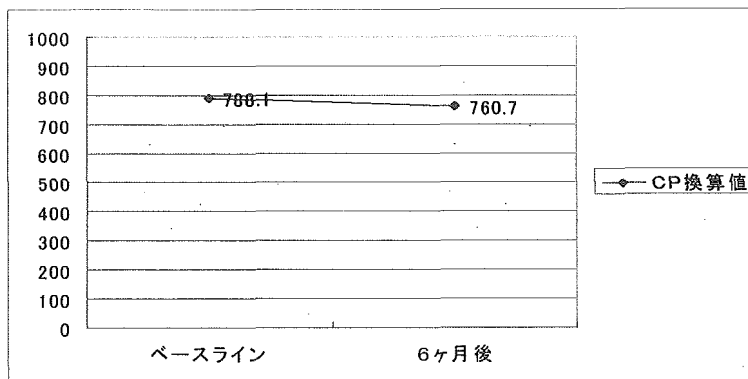
BPRSはN=29、GAFはN=30

図12 投与薬剤数(6ヶ月後)



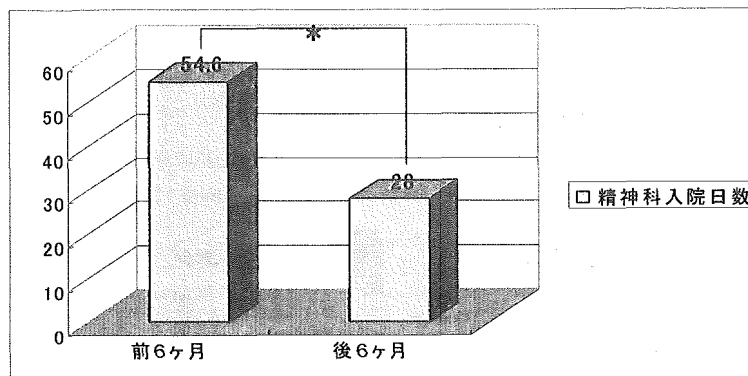
N=36、向精神薬には抗パ剤、気分安定剤を含めている

図13 CP換算値(6ヶ月後)



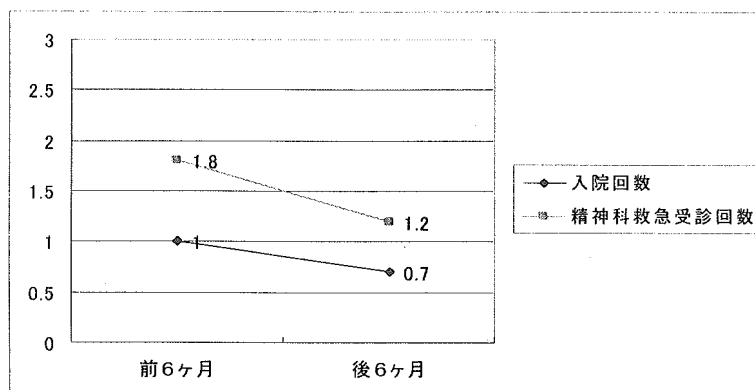
N=36、TRS-RG等価換算表による

図14 精神科入院日数(6ヶ月後)



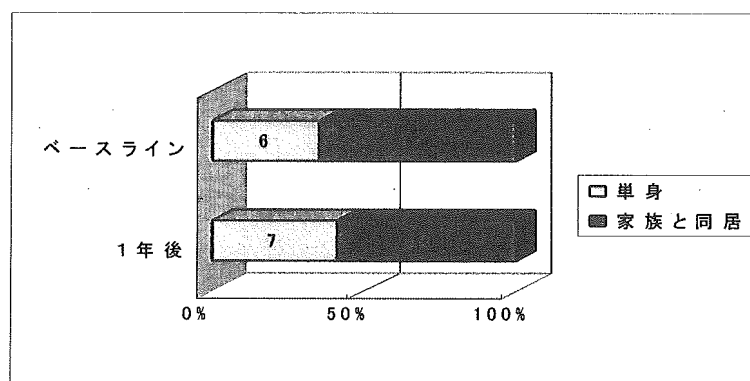
N=36、\*は5%水準で有意(Wilcoxon符号付き順位検定)

図15 精神科入院・救急受診回数(6ヶ月後)



N=36

図16 居住形態(1年後)



N=17

図17 経済状況(1年後)

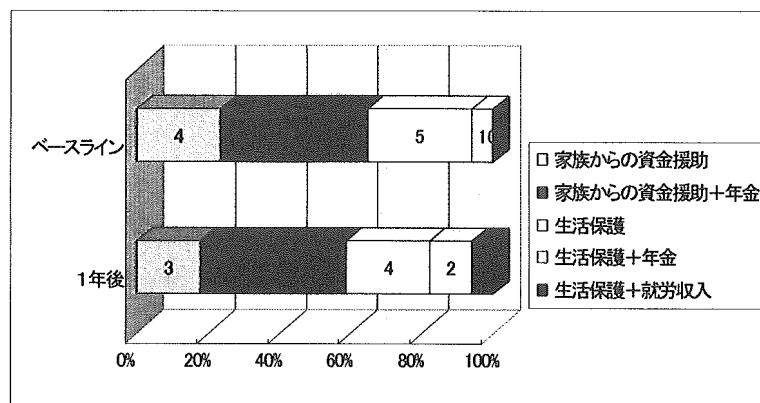
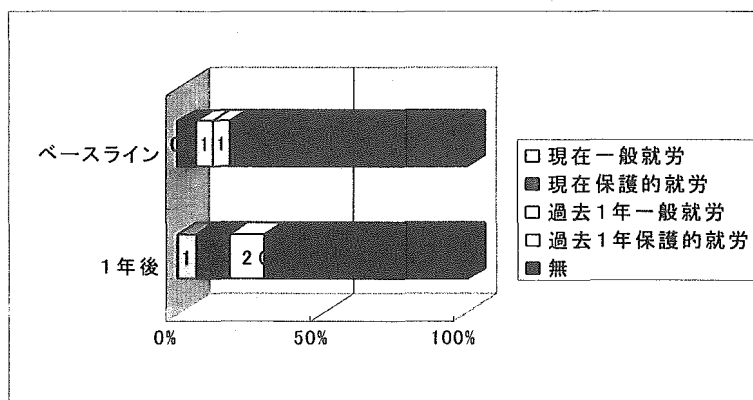
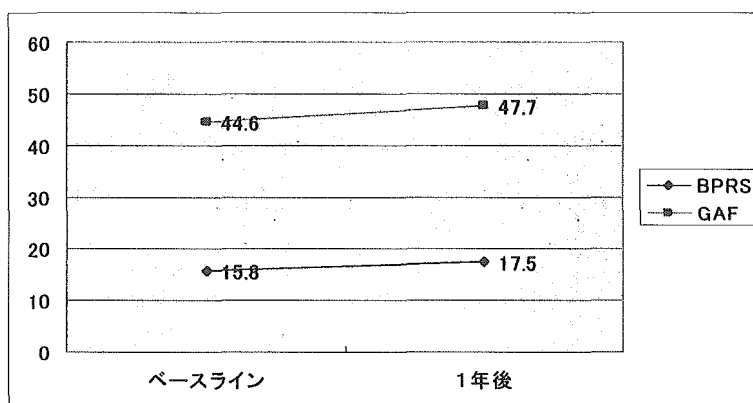


図18 就労状況(1年後)



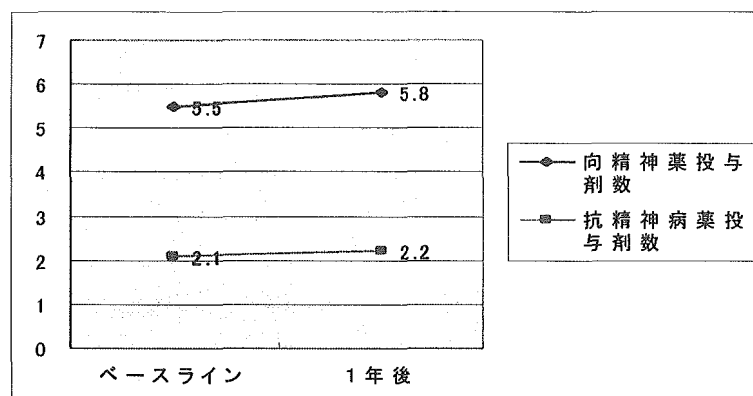
N=17

図19 精神症状・社会生活機能(1年後)



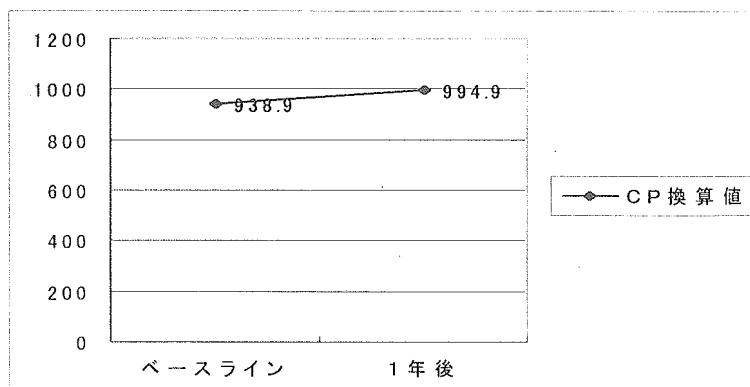
BPRSはN=15、GAFはN=16

図20 投与薬剤数(1年後)



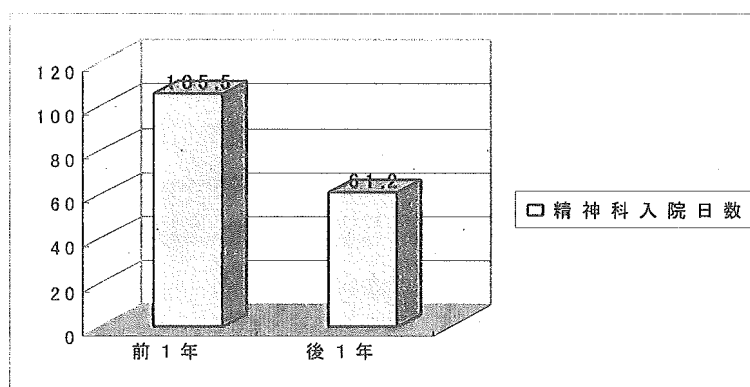
N=17、向精神薬には抗パ剤、気分安定剤を含めている

図21 CP換算値



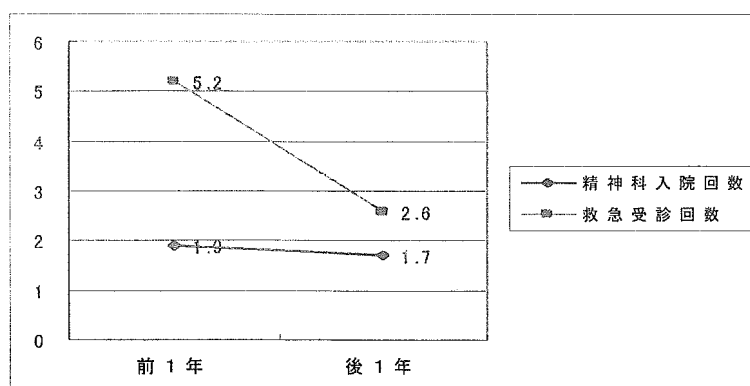
N=17、TRS-RG等価換算表による

図22 精神科入院日数(1年後)



N=17

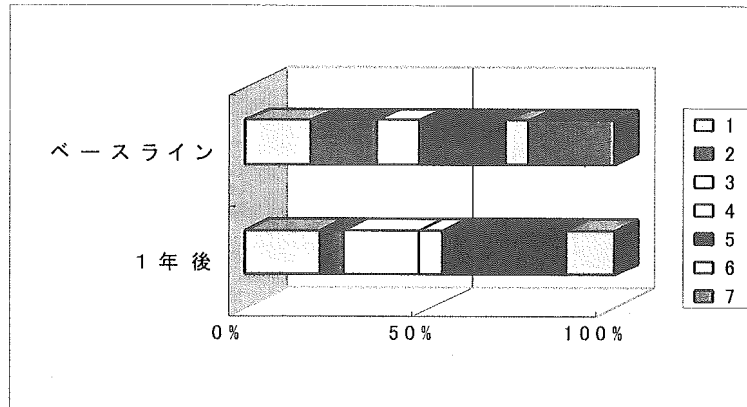
図23 精神科入院・救急受診回数(1年後)



N=17



図24 QOLI生活全般満足度(1年後)



N=15、平均値は3.9→3.7

厚生労働科学研究補助金（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  
研究報告書

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  
プロセス評価・フィデリティ評価研究  
ACT-J システムのプロセス評価：DACTS の時系列評価を中心に

分担研究者 大島 巖（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）  
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）  
研究協力者 園 環樹（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）  
研究協力者 贄川 信幸（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）  
研究協力者 深澤 舞子（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）

研究要旨

アメリカで開発され、最も標準的なフィデリティ尺度と考えられている DACTS を、日本で最初の ACT 実証プロジェクトである ACT-J で時系列的に評価すると共に、この取り組みがプログラムモデルにどの程度適合しているのかを明らかにした。まず、ACT-J プロジェクトに関わる研究者が合同で、尺度と評価マニュアルの翻訳を行い DACTS 日本語版を作成した。DACTS の評価は3ヶ月おきに行った。DACTS の下位尺度である「人的資源下位尺度」と「組織の枠組み下位尺度」は期間中、4点以上を維持していたが、「サービスの特徴下位尺度」は項目平均が3点以下であり、2004年8月には2.5点近くに低下している。DACTS には ACT-J の利用者にはニーズがほとんどない重複診断プログラム、物質依存サービスに関連した項目が28項目中5項目含まれており、ACTにおける援助サービスの提供には地域差を考慮しなければならないことを示唆している。これを踏まえて、日本における ACT 実践を評価するのにより相応しい評価を行うための考察を行った。

A. 研究目的

DACTS (Dartmouth Assertive Community Treatment Scale) は、ACT プログラムの援助構造・援助機能を、プログラム単位で評価する代表的なフィデリティ尺度である。ACT モデルの実践度を、実証的に明らかにされた効果的な援助要素 28 項目から測定するものであり、Teague ら(1995)によって

開発された。今日では、ACT に関して国際的に最も幅広く使用されているフィデリティ評価尺度である。

プログラム実施に携わっていない第三者的立場にある評価者が、記録の確認やチームミーティングの観察、同行訪問などでの援助場面の観察、チームリーダーやケースマネジャー、利用者・家族に対する面接に

基づいて、5段階で客観的に評価を行う。

ACT を新たに導入するときには、その実践がどの程度 ACT のプログラムモデルに合致しているのかを知るために不可欠の評価と考えられている。

本研究では、アメリカで開発され、最も標準的なフィデリティ尺度と考えられている DACTS を、日本で最初の ACT 実証プロジェクトである ACT-J で時系列的に評価すると共に、この取り組みがプログラムモデルにどの程度適合しているのかを明らかにする。それとともに、日本における ACT 実践を評価するのにより相応しい評価を行うための示唆を得ることとする。

## B. 研究方法

### 1) 日本版 DACTS の作成

ACT-J プロジェクトに関わる研究者が共同で、尺度と評価マニュアルの翻訳を行った。これらの日本語版の作成に当たっては、DACTS 開発者の一人であるインディアナ大学 Gary Bond 先生の指導を得た。評価法の詳細な判断方法についても Bond 先生の指導を得た。

DACTS の評価項目と評価基準は、表 1 に示した。

尺度は、「人的資源領域：プログラムの構造と構成」「組織の枠組み」「サービスの特徴」という 3 領域からなっており、それぞれ 10 項目前後の個別項目から構成されている。各項目とも 5 段階からなる、行動レベルの確定的アンカーポイントに基づいて評価される。その基準は評価基準に示したものを主に用いている。

### 2) 評価方法、評価手順

ACT の実践に直接関与しない、東京大学

大学院医学系研究科の複数の研究者が評価者となり、DACTS の評価に必要な情報収集は、記録の確認、観察、面接を並行・同席して同時に行う。評価は独立して行い、差異が生じた場合は協議をして評価点を定める。

DACTS の評価は 3 ヶ月おきに行う。評価対象月の記録が整理された後、できるだけ早い時期にチームを訪問し、1 日ないしは 2 日をかけて記録を確認し、援助場面を観察し、面接を行う。

### 3) 分析方法

28 項目個別尺度得点と 3 領域の下位尺度、総合尺度それぞれの時系列変化を検討する。

## C. D. 結果と考察

### 1) DACTS 下位尺度、総合尺度の時系列変化

図 1 には、DACTS の 3 つの下位尺度と総合尺度の時系列変化を示した。

総合尺度は、項目平均 4 点をやや下回る得点で評価期間中に推移している。項目平均 4 点は、中程度のモデル適合度を示すと考えられており、総合尺度から見ると、ACT-J の取り組みは初期の時期からある程度適切なプログラムを実施しているが、時間が経過してもなかなかそれ以上に良い適合度に改善することができてない。

一方、「人的資源下位尺度」と「組織の枠組み下位尺度」は期間中、4 点以上を維持している。特に「組織の枠組み下位尺度」は 5 点に近い点数を維持しており、ACT の構造的側面、特に組織的な側面については ACT プログラムとして適切であることが示唆される。

これに対して、「サービスの特徴下位尺度」は、項目平均が 3 点以下であり、2004

年8月には2.5点近くに低下している。

## 2) 個別項目得点の時系列変化

表2には、DACTSを構成する28項目の時系列変化をしめした。

下位尺度別で得点が低かった「サービスの特徴下位尺度」の構成項目については、物質乱用と精神障害を合併した重複診断を受けた人たちに対するプログラム（「物質乱用個人治療」「重複診断ケース治療グループ」「重複診断ケースモデルの採用」）があり、これらのプログラムを実施していないために、その評価点が最低点であった。これはACT-Jの利用者にこのようなニーズをもつ人たちが存在しないためにACT-Jでは実施していないためである。

このプログラムに関わる項目が、DACTSでは他に2項目存在する。「H9. 物質依存専門家がスタッフにいる」と「03. 治療サービスに対する完全な責任性」である。「03. 治療サービスに対する完全な責任性」では、ケースマネジメントなど必須のサービスに加えて、物質乱用治療が含まれている。

物質乱用プログラム以外の項目で、得点が低いのは、「S10. 治療チームにおけるコンシューマーの役割」「S4. サービス量」「S5. 関わりの頻度」「H10. 職業専門家がスタッフにいる」「S6. インフォーマルサポートシステムとともに関わる」がある。

「S10. 治療チームにおけるコンシューマーの役割」については、2004年10月よりコンシューマースタッフがチームに入り、その役割を確立させつつある。「S4. サービス量」と「S5. 関わりの頻度」については、抗精神病薬のデリバリーを原則的に行っていないこと、対象地域が広く移動に時間がかかること、時間の経過とともに1スタッ

フ当りの対象者数が増えていることが関連している。

「H10. 職業専門家がスタッフにいる」「S6. インフォーマルサポートシステムとともに関わる」は、ACT-Jプログラムの中では重視していた就労支援プログラム、家族支援プログラムに関連した項目である。1スタッフ当りの対象者数が増加する中で、ACT-J開設当初のような集中的な関わりができなくなっており、それぞれの担当スタッフの拡充を含めて検討が必要である。

## 3) DACTS 下位尺度、総合尺度修正得点の時系列変化

前項で明らかにしたとおり、DACTSにはACT-Jの利用者にはニーズがほとんどない重複診断プログラム、物質依存サービスに関連した項目が28項目中5項目含まれている。これは、アメリカと日本の地域精神保健状況の差異を反映したものであり、ACTにおける援助サービスの提供には地域差を考慮しなければならないことを示唆している。

そこで、重複診断プログラム、物質依存サービスに関連した5項目のうち、これらのプログラムの有無によって全評価が決定される4項目（「03. 治療サービスに対する完全な責任性」を除く）を除いて項目平均点を求める修正得点を求めた。その修正得点の時系列変化を見たのが、図2である。

図には、総合尺度とサービス下位尺度の修正得点のみ示している。総合尺度修正得点については、1時点（2004年8月）を除いて、中程度のモデル適合度を示す4点を維持している。また、サービス下位尺度修正得点については、4点には達しないがそれに近づく値が得られている。