

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 14 年度－平成 16 年度 総合研究報告書

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. 総合研究報告

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、大島 巖、西尾雅明、仲野 栄

II. 分担研究報告

A) アウトカム研究

i) パイロット・アウトカム研究 ----- 23

西尾雅明、塚田和美、伊藤順一郎、大島 巖、鈴木友理子、久永文恵、
小泉智恵、堀内健太郎、深谷 裕、鎌田大輔

ii) ACT-J の無作為化比較試験による効果評価：研究の概要とベースライン ----- 40

鈴木友理子、伊藤順一郎

iii) 自記式等アウトカム評価研究

a) 利用者本人自記式アウトカムに関する研究 ----- 50

大島 巖、贅川信幸、園 環樹、深澤舞子

b) 家族自記式アウトカムに関する研究 ----- 59

大島 巖、園 環樹、贅川信幸、深澤舞子

c) ケア必要度評価に関する調査 ----- 63

大島 巖、贅川信幸、園 環樹、深澤舞子

d) 地域の家族会員調査（第1回調査）に関する研究 ----- 68

大島 巖、園 環樹、贅川信幸、深澤舞子

B) プロセス研究

i) 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

a) ACT-J システムのプロセス評価：DACTS の時系列評価を中心に ----- 73

大島 巖、伊藤順一郎、園 環樹、贅川信幸、深澤舞子

b) 援助介入サービスコードの指標化と時系列変化 ----- 79

大島 巖、伊藤順一郎、園 環樹、贅川信幸、深澤舞子

c) ACT の機能的 Fidelity 尺度（FSIACT）の開発：

電子サービスコード記録の分析を通して ----- 95

大島 巖、高山莉理子、園 環樹

d) ケースマネジャー評価による個別利用者

フィデリティ尺度改訂版の信頼性妥当性 ----- 109

大島 巖、園 環樹、贅川信幸、深澤舞子

e) ACT のプログラム要素に対する利用者認知尺度の開発過程 ----- 116

大島 巖、深澤舞子、園 環樹、贅川信幸

ii) ACT-J 臨床チーム形成過程に関する記述的な研究-----	130
西尾雅明、久永文恵、英 一也	
iii) ACT-J プログラム初期の援助プロセスにおける	
スタッフの困難感とその背景要因に関する研究-----	137
堀内健太郎、伊藤順一郎	
iv) 職務ストレスとバーンアウトに関する研究-----	140
小泉智恵、伊藤順一郎	
C) 医療経済学研究	
i) 包括型地域生活支援プログラム(ACT-J)の医療経済的評価に関する研究-----	152
伊藤順一郎、小泉智恵、深谷 裕、中村由嘉子	
ii) 医療経済的評価に関する研究—ACT サービス利用者の医療費の動向—-----	165
深谷 裕、伊藤順一郎	
D) 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-----	173
仲野 栄	
III. 付 録 (ツール集より) -----	191
IV. 研究成果の刊行に関する一覧表-----	397

I. 総合研究報告書

厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）

総合研究報告書

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社会復帰相談部長）
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 助教授）
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
社会復帰相談部援助技術研究室長）
分担研究者 仲野 栄（社団法人日本精神科看護技術協会常務理事）

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、①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費用対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(GAF)、精神症状(BPRS)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 1100 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 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を提供した場合、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 2800 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、全国の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の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型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行い、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型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。

具体的な目標は以下の 4 点である。

(1) 重い精神障害者に対する高密度の包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment: ACT) の日本初のプログラム、ACT-J を作りあげる、

(2) ACT-J の効果について①地域滞在日数の増加、再入院率の低下、生活の質 (QOL) の向上などのアウトカムの測定、②フィデリティ・スケール (プログラム忠実度尺度) を用いた臨床プロセスの評価、③医療費の削減への寄与について検討する医療経済学的評価、の 3 点について実証的研究を展開する。

(3) ACT の導入のプロセスで生じた事柄などを、ドキュメンタリーとして記述し我が国における ACT のあり方について考察を加える。

(4) 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する。

B. 研究方法

B-1 【3 年間の全般的な方法】

本研究は、3 カ年にわたる研究事業である。主任研究者である塚田は、分担研究者の伊藤、西尾、大島や、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。

①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 のモデル事業 (ACT-J プログラム) 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。

②上述の ACT-J の活動に対して、研究チームはその状態を観察し、①地域滞在日数の増加、再入院率の低下、生活の質 (QOL) の向上などのアウトカムの測定、②フィデリティ・スケール (プログラム忠実度尺度) を用いた臨床プロセスの評価、③医療費の削減への寄与について検討する医療経済学的評価、以上の 3 点について実証的研究を展開した。平成 15 年度に ACT-J に加入した対象者はパイロット研究の対象者と捉え、上記評価をモデル事業開始前後の比較によって行なった。さらに、ACT-J チームが成熟した平成 16 年度より、対照群において無作為化比較試験のデザインで、効果評価研究を実施した。

③実践から学べることとして、日本の実情にあった ACT プログラム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」、「業務マニュアル」、「実施に当たっての研修システム」などを作成した。

④分担研究者の仲野は塚田らとも随時連携を取りながら、地域に基盤を持つ社会復帰施設が、「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。

B-2 【介入研究の準備】

(1) まず、欧米における ACT に関しての主たる文献を収集し、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

報収集を実施した。

(3) 日本における ACT のスタンダード (ver. 1.0)、記録システム (案) などを作成した。スタンダードは ACT を日本で実施するに当たっての利用者の加入基準、ACT の構造、行うべき機能、終了基準等をきわめて具体的に定めたものである。

(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) パイロット研究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 3 月)。

(6) モデル事業に関わる臨床スタッフを募集し、国立精神・神経センター国府台地区において、ACT を実施するに当たって必要な機材 (スタッフルーム、記録のファイリングシステム、訪問に要する車両・用具等) の整備をおこなった。

(7) 実態把握調査の一環として、地域生活支援センターを対象にアンケート調査を実施し、地域生活支援センターの実態を把握するとともに、訪問活動の現状と可能性について検討した。

B-3 【ACT-J パイロット研究】

平成 15 年度より、国立精神・神経センター国府台地区をフィールドとして、訪問型の包括型地域生活支援プログラム (ACT-J) のモデル事業 (パイロット研究) を開始した。臨床チームスタッフは平成 15 年 4 月の 1 ヶ月間集中して研修を受けた後、5 月より ACT-J の臨床サービスを開始した。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、対象者の加入を行った。

本研究においては「目的」において記述したように、ACT-J の効果を特に対象者の入院期間の短縮、安定した居住環境における地域滞在期間の延長という点を主な指標として評価することにした。このような入院に関する指標を主要な評価項目として選択したのは、脱施設化が十分に進んでいない日本の現状においては、「不必要な長期入院」に代わるものとしての、地域生活支援プログラムの存在が、最も求められているからである。したがって、入院期間の短縮、地域滞在期間の延長を ACT-J の最大目標とした。

同時に、以下の課題も到達目標とした。

- ・ 精神症状の安定
- ・ QOL の向上（資源の活用度、余暇活動の広がり、就労率）
- ・ 家族の困難感、負担感の減少
- ・ 費用対効果の向上

B-3-1：パイロット研究の加入基準：

- ・ 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 歳未満のもの。
- ・ 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。
- ・ 今回の入院が 10 日以上予定であるもの。
- ・ 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。

B-3-2：パイロット研究の方法

B-3-2-1：《臨床プログラムの概略》

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、関係作りを行いながら、研究についての書面同意をとった。

アセスメントの実施：同意を得た対象者について、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基づき提供した。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など。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。

B-3-2-2：《パイロット研究の調査内容》

B-3-2-2-1：アウトカム研究

介入の効果を地域滞在日数、入院日数、入院回数、精神科救急利用回数について前後比較のデザインで評価した。比較期間は加入対象となった入院の、前1年間とその入院の退院後1年間である。

追跡調査を、精神症状(BPRS)、薬物量(CP換算値)、クライアントの社会適応状態(GAF)について行った。退院後2週間後をベースラインとし6ヶ月後、1年後を追跡した。

クライアントの心理、社会的側面を把握するために、クライアントの生活の質(QOLI)、生活満足度(CSQ-8)などについて自記式調査を実施した。調査時点は追跡調査と同様に、退院2週間後、6ヶ月後、1年後である。また、家族の自記式調査を行った。

B-3-2-2-2：プロセス研究

チーム形成後のフィデリティ・スケールの時系列的推移を、Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS)を用いて調査した。

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、フォーカス・グループ・インタビューによって調査した。

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調査と面接調査を実施した。

B-3-2-2-3：医療経済学的研究

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った費用を計算した。費用計算をするために観察する領域は、直接の医療費にしぼった。対象者の診療報酬のレセプトから、入院にかかる費用、外来診療の費用、薬剤費などの費用に関する情報を収集した。ACT-J サービスにかかる費用は、本研究が研究費で運営されたので本来必要な費用の計算には妥当ではなく、シミュレーションをして別途計算した。また、ACT-J がクライアントに実施するサービスについて、データベースに基づきカウントし、どの程度のサービス量が提供されたかを計算した。

B-3-3：パイロット研究の倫理面の配慮

パイロット研究の研究計画書は平成15年3月に、国立精神・神経センター国府台地区の倫理委員会で承認を得た。

(1) 研究の手続き、説明と同意

まず本研究の趣旨、ACT-Jの説明、研究の対象者選定の手続きを記述したポスターを病棟に掲示した。ポスターにはプライバシーが漏れる恐れがない点、また、個人情報の研究使用についての拒否権を保障するために、調査を拒否しても不利益にはならない点も明記した。なお、ポスター掲示は、厚生労働省と文部科学省が平成14年に策定した疫学調査に関する倫理指針ならびに平成15年7月より施行されている臨床研究に関する倫理指針に則って行なった。また対象事例については、ケースマネジャーが

説明文書を手渡ししながら本人および家族に丁寧に説明し、同意がとれた場合のみを対象者とした。説明文書には、本研究の担当責任者、目的、手順、研究情報の取り扱い、費用と報酬、考えうる利益と不利益、そして、ACT-Jプログラムの概略を明記した。

(2) 個人情報の保護

また、研究で知りえた個人情報は、散逸しないように細心の注意を払った。プログラム実施に伴う記録用紙、評価用紙は ACT の臨床チームのスタッフルーム内にとどめ、厳重に情報の管理を行なった。また、外部からアクセス不可能なデータベースで個人情報や臨床記録を管理することとし、スタッフにも、秘密保持義務を徹底させた。

同時に病棟や ACT-J スタッフルームへの出入り、サーバー情報の閲覧などについても重層的かつ厳密なセキュリティ・チェックを設けた。関連する書類についてはスタッフルーム内でファイルを用いて保存し、病院カルテと同様に、外部に漏洩せぬよう厳重に取り扱った。このために、研究責任者は本研究パイロットプログラムの実施に当たり、ACT-J 事務局に施錠できるキャビネット、部屋を確保し、個人情報の保護に必要な体制を整備した。

また、評価用紙等の形式にも、個人名の記載は避けるなどの配慮を行った。分析の過程でオリジナルの情報を参照できるように、統一した研究用 ID を設けて、質問票、回答票を回収時期で整理した。

B-4 【ACT-J 無作為化比較試験 (RCT)】

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、訪問型の包括型地域生活支援サ

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 への参加は重い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々の 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。

B-4-1 : RCT 研究デザイン

無作為化比較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。

B-4-2 : 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：過去一年で最高の 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) 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) 主診断がいわゆる症状精神病 (F06-07)、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。

B-4-3 : RCT 研究の手順

B-4-3-1 : 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-J 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 研究参加への説明をし同意を得た。

B-4-3-2 : 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。

B-4-3-3 : 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・福祉サービスを指し、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。

B-4-3-4 : 変数の選択と定義

i) 独立変数:

介入群は ACT-J へ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)すべてをさす。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。

B-4-3-5 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、入院の標的症狀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、抗精神病薬用量 (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 (伊藤) であった。

B-4-3-6 : 分析プラン

分析の単位は介入群、対照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。

B-4-4 : RCT 研究 倫理面の配慮

RCT 研究は平成 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。

C. 結果

C-1 : パイロット研究

C-1-1 : パイロット研究 アウトカム評価

C-1-1-1 : 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、対応のある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。

C-1-1-2: 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 α 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。Cronbachの α の係数は、参加準備性を除いて.60以上の値が得られ、信頼性についてはほぼ確認された。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。

C-1-2: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1300件~1400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1100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

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、就労支援時間が急激に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情とは合わない。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 α) が 90、評価者間信頼性(Pearson 積率相関係数)が、総得点で $r = .45$ 、総合尺度が $r = .60$ 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。C-1-3: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

一スロードである 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、一人当たり月あたり 2800 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 2800 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。

C-2 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%、が多かったのに対し、非介入群では 50 歳代で 44.4%、30 歳代で 22.2%が多かった。その他の項目で分布に差異は見られなかった。

C-3 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起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いく結果がでていいる。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の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したにとどめた。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止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ので、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. 論文発表

- ・塚田和美、伊藤順一郎：重症精神障害者の社会復帰支援. 精神科治療学, 18(1); 1331-1334, 2003
- ・伊藤順一郎、中村由嘉子、久野恵理、大島巖：アメリカにおける ACT (Assertive Community Treatment) の実際. REVIEW, 42; 56-59, 2002
- ・伊藤順一郎、西尾雅明：Assertive Community Treatment ; 包括型地域生活支援プログラム, Psychoses, 9(3); 8-11, 2003
- ・伊藤順一郎、大島巖、西尾雅明：日本における包括型地域生活支援プログラム (ACT) の展開の必要性. 病院・地域精神医学, 45(4); 36-41, 2003
- ・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