

E. 結論

今後の地域中心の精神保健福祉システムを充実させるに当たって要となると思われる ACT プログラムについて、国立精神・神経センター国府台地区において臨床を展開している ACT-J を対象に、医療経済学的検討を行った。

パイロットスタディの対象者 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は、利用者 1 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エントリー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、研究対象となる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 index admission 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 (t 検定 $p < 0.05$)。

研究対象時のチーム構成で、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挙げられる収益は 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、1 人当たり月あたり 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。

ACT-J は、入院日数を減少させ利用者の地域生活の安定に寄与するとともに、既存のサービスでは入院を多く利用してきたような重い精神障害者に対しては、医療経済的にもコストを低くして費用対効果の高いものにする有用なプログラムであることが推測された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

・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：政策医療ネットワークを基盤にした精神医療のあり方に関する研究報告書：積極的地域マネジメント (Assertive Community Treatment ACT) の医療経済学的評価に関する研究：75-87, 2005

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表1 退院後6ヵ月間のサービス提供状況

ID	入力件数	総時間(時)	①アウトリーチ	①アウトリーチ(時)	精神科医往診	複数CM	単独CM	②電話	②電話(時)	④間接サービス	④間接サービス(時)	⑤家族	⑤家族(時)
001	109	83.3	63	59.7	2	11	52	0	0.0	45	23.1	5	4.1
002	38	33.8	10	9.4	0	6	4	4	0.8	21	20.6	7	6.1
003	112	132.5	67	105.5	0	12	55	4	0.3	40	24.7	11	11.3
004	25	21.3	12	14.8	0	7	5	4	0.3	8	6.2	3	2.3
005	145	103.5	129	97.2	1	17	112	1	0.2	13	4.1	56	33.9
006	107	30.6	36	20.3	0	6	30	19	2.5	44	5.7	11	4.3
007	109	56.8	47	34.1	1	20	27	22	9.1	35	9.9	22	12.2
008	140	92.9	63	51.7	0	30	33	17	4.9	48	20.1	10	8.0
009	66	48.1	29	24.7	1	11	18	1	0.1	26	15.3	17	16.0
010	36	18.6	29	16.2	2	11	18	0	0.0	3	0.8	0	0.0
011	195	128.4	85	79.3	24	35	50	46	7.6	34	15.9	51	36.5
012	113	54.2	59	42.9	1	5	54	31	8.7	23	2.7	0	0.0
013	95	72.5	35	43.3	0	14	21	20	3.2	16	4.9	7	8.1
014	87	80.4	67	75.8	1	22	45	11	1.1	5	1.1	3	0.3
015	51	45.4	34	38.0	7	14	20	10	1.1	2	1.8	10	2.7
016	190	116.7	84	78.7	1	18	66	69	15.2	23	7.3	15	10.6
017	264	185.5	121	123.6	4	26	95	115	37.6	12	8.3	43	28.1
018	73	53.4	36	34.5	12	9	27	16	3.7	5	2.2	5	3.8
019	79	49.3	53	45.2	13	14	39	18	1.5	7	2.5	7	0.8
020	55	50.1	38	45.3	0	10	28	9	0.8	3	0.7	0	0.0
021	96	27.4	80	25.3	1	13	67	6	0.8	9	1.1	7	1.0
022	50	30.2	14	5.9	13	1	13	11	1.0	1	0.2	3	3.3
023	179	146.0	92	139.1	1	17	75	80	5.8	6	1.0	0	0.0
024	103	41.5	37	27.2	0	15	22	50	5.6	1	0.5	5	5.1
025	10	4.2	9	4.1	3	1	8	1	0.1	0	0.0	0	0.0
026	13	2.8	9	2.5	0	0	9	0	0.0	4	0.3	1	0.0
027	173	76.3	29	46.2	1	7	22	127	19.7	10	2.0	15	8.2
028	45	14.6	32	13.9	2	7	25	9	0.6	4	0.2	2	0.8
029	85	37.7	46	34.6	1	5	41	37	2.7	2	0.4	2	0.3
030	320	191.7	146	121.6	8	20	126	84	17.8	69	29.2	33	9.0
031	44	21.1	29	13.6	1	2	27	7	1.2	4	0.2	9	6.6
032	63	44.3	23	32.0	1	6	17	33	2.1	1	0.2	6	5.7
033	52	23.0	18	13.3	1	6	12	26	2.5	0	0.0	16	6.5
034	59	65.2	36	58.6	1	4	32	15	0.8	1	0.2	0	0.0
035	53	40.2	43	37.9	7	13	30	6	0.6	1	1.0	0	0.0
平均	98.1	63.5	49.7	46.2	3.2	11.9	37.9	26.0	4.6	15.0	6.1	10.9	6.7
1ヶ月あたり	16.4	10.6	8.3	7.7	0.5	2.0	6.3	4.3	0.8	2.5	1.0	1.8	1.1
max	320.0	191.7	146.0	139.1	24.0	35.0	126.0	127.0	37.6	69.0	29.2	56.0	36.5
max 月あたり	53.3	32.0	24.3	23.2	4.0	5.8	21.0	21.2	6.3	11.5	4.9	9.3	6.1
min	10.0	2.8	9.0	2.5	0.0	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
min 月あたり	1.7	0.5	1.5	0.4	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

表2 月別コンタクト回数 of 推移

ACT-Jの経過期間(月)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
月別コンタクト数	76	150	278	239	346	342	422	456	382	445	631	829	842	990	909	914	869	1173	1210	1029	1090	1283
対面地域コンタクト数*	55	87	165	143	184	152	187	202	171	200	248	257	293	375	335	298	311	351	340	331	326	374
電話・ファックス等	6	33	83	71	98	116	114	139	128	134	278	466	412	519	498	526	455	707	737	608	679	815
スタッフ数(非常勤も含む)	9	10	11	11	11	11	11	11	12	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	9	11	13

表3 月別コンタクト時間数の推移

ACT-Jの経過期間(月)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
月別コンタクト時間数*	2625	6115	9795	9550	14355	13600	17365	15712	15520	16816	22159	22296	25841	29682	27084	23542	24648	28370	28864	26150	24846	26988
対面地域コンタクト総数**	2115	5025	7820	7530	9680	8790	10070	9755	9300	10918	14750	15004	16776	21622	19257	16114	17410	19581	18210	16977	15738	17498
電話コンタクト	50	240	965	825	1455	1340	1780	1876	2580	1600	3102	3061	3319	4349	4224	3776	3535	4859	5586	4534	5593	6084
b)ケアマネ			770	770	975	857	1642	1659	1566	1790	1485	2041	2010	2410	1815	2120	2485	2560	2038	2035	1888	1840
間接サービス時間数	510	1090	1975	2020	4675	4175	1250	1472	1450	1618	1069	1426	1975	1540	1173	1592	1219	1383	1287	905	811	1103

表4 エントリー前後各6ヶ月間のアウトカム (n=35)

入院日数	入院前6ヶ月間	退院後6ヶ月間	検定
54.6	28.0	<0.05	t検定
1.0	0.7	n.p.	Wilcoxonの符号付順位検定
1.8	1.2	n.p.	Wilcoxonの符号付順位検定

表5 ACT-Jにかかる費用(推計値)

	年間の給与(週5日の場合)	常勤者数	勤務日数比	合計	(一人当たり単価)
精神科医	¥9,000,000	1	1	¥9,000,000	¥9,000,000
看護師	¥6,100,000	3	0.8	¥14,640,000	¥4,880,000
精神保健福祉士	¥5,600,000	2	0.8	¥8,960,000	¥4,480,000
作業療法士	¥5,600,000	2	0.8	¥8,960,000	¥4,480,000
ソーシヤルワーカー(無資格)	¥4,400,000	4	0.8	¥14,080,000	¥3,520,000
プログラムアシスタント	¥4,000,000	1	1	¥4,000,000	¥4,000,000
人件費小計		12		¥59,640,000	
維持費・光熱費・消耗品費・保険など(人件費の33%)				¥19,681,200	
2年目以降の合計費用				¥79,321,200	1ヶ月あたりの経費 ¥6,610,100

図 1

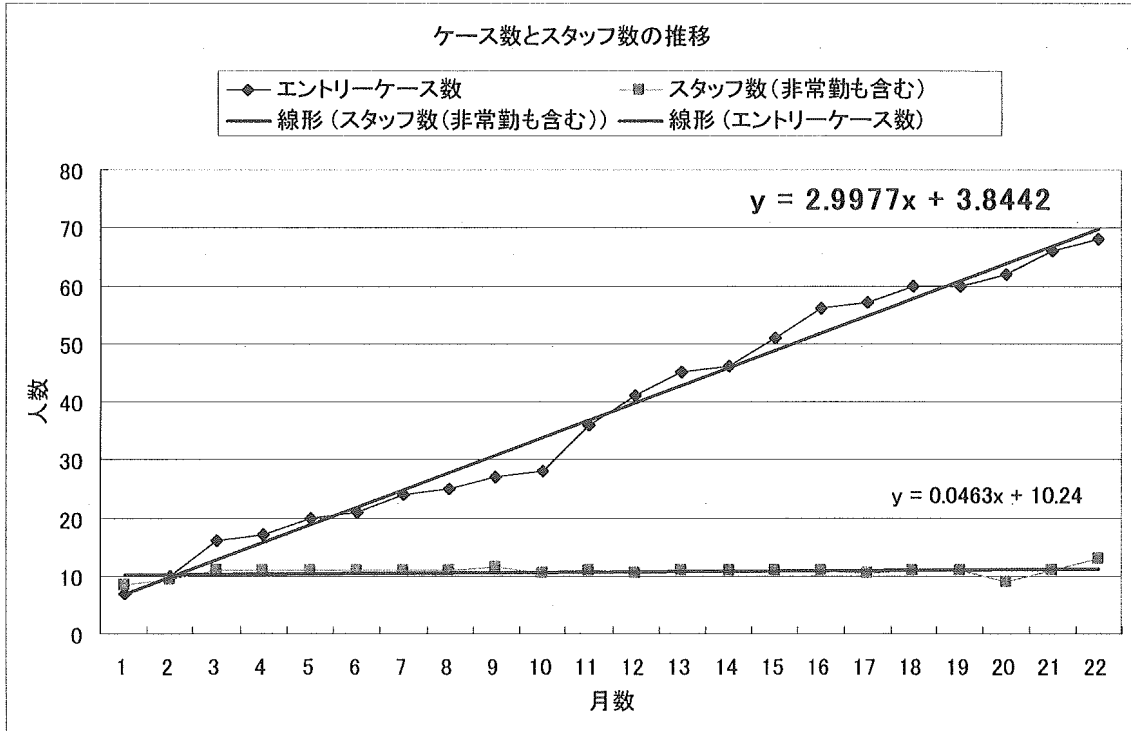


図 2

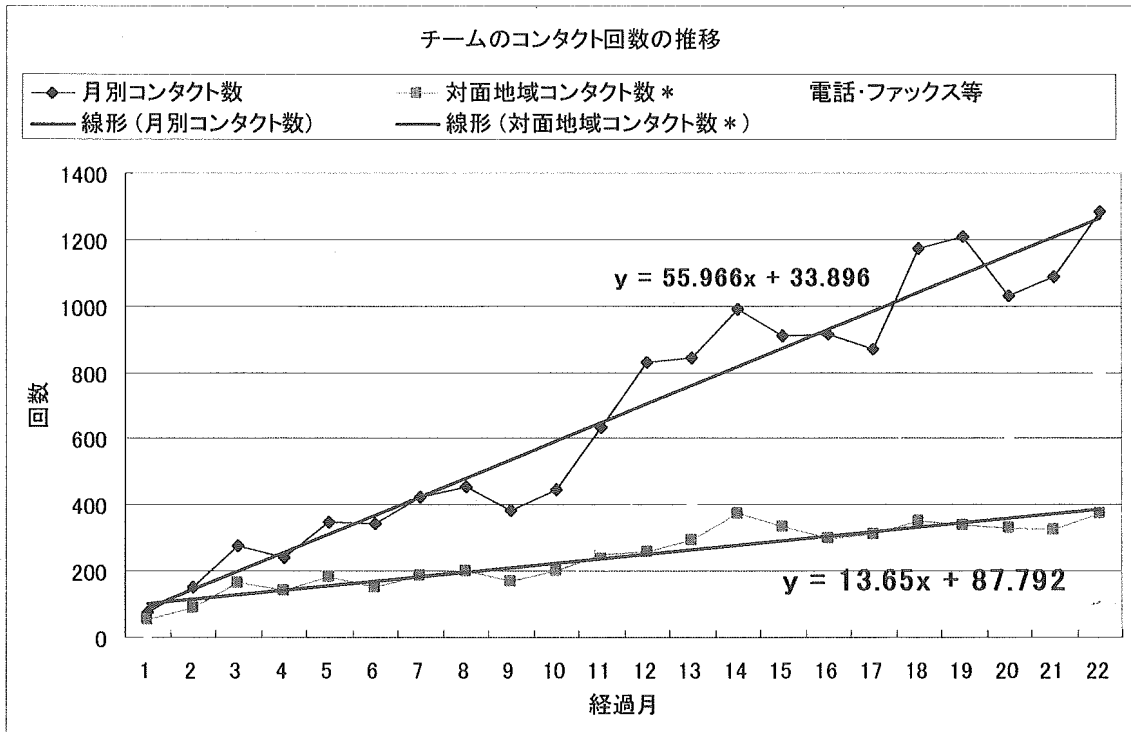


図 3

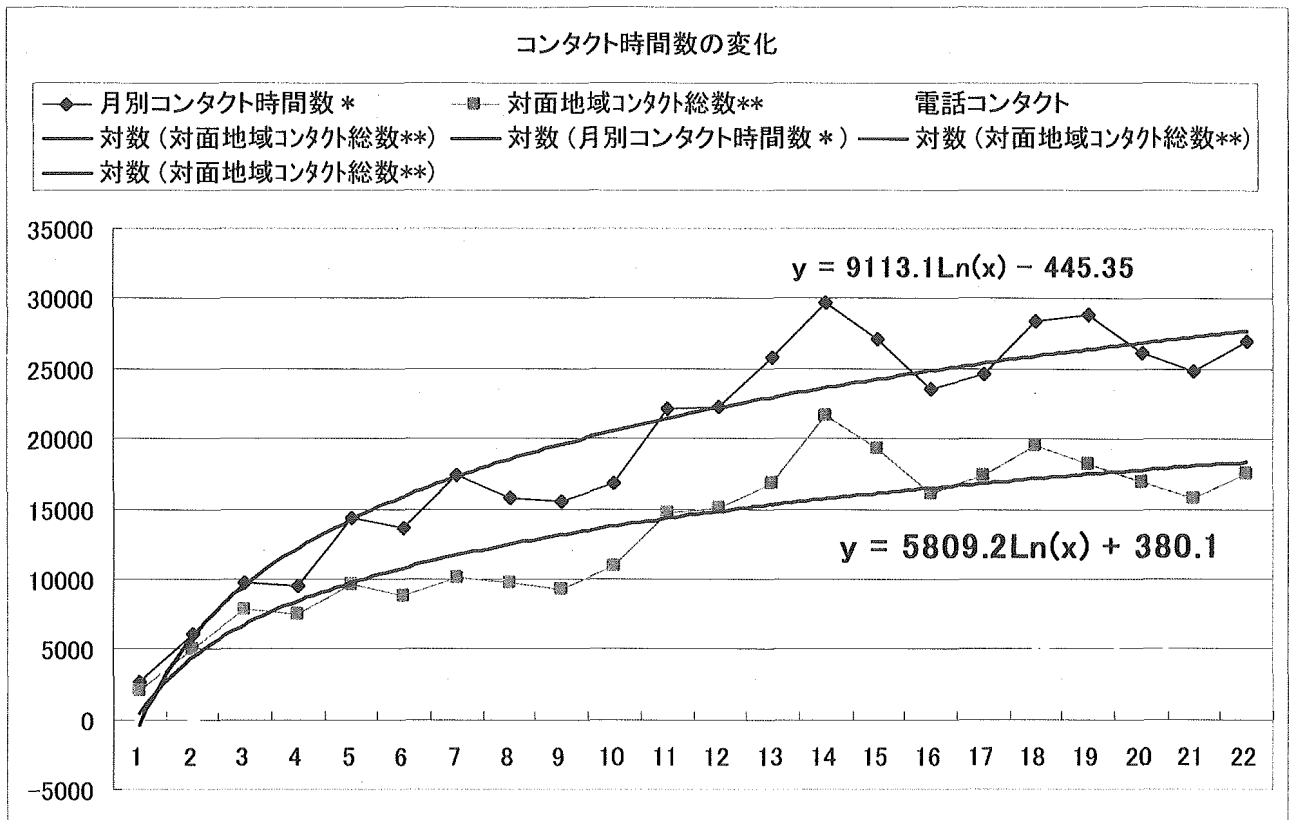
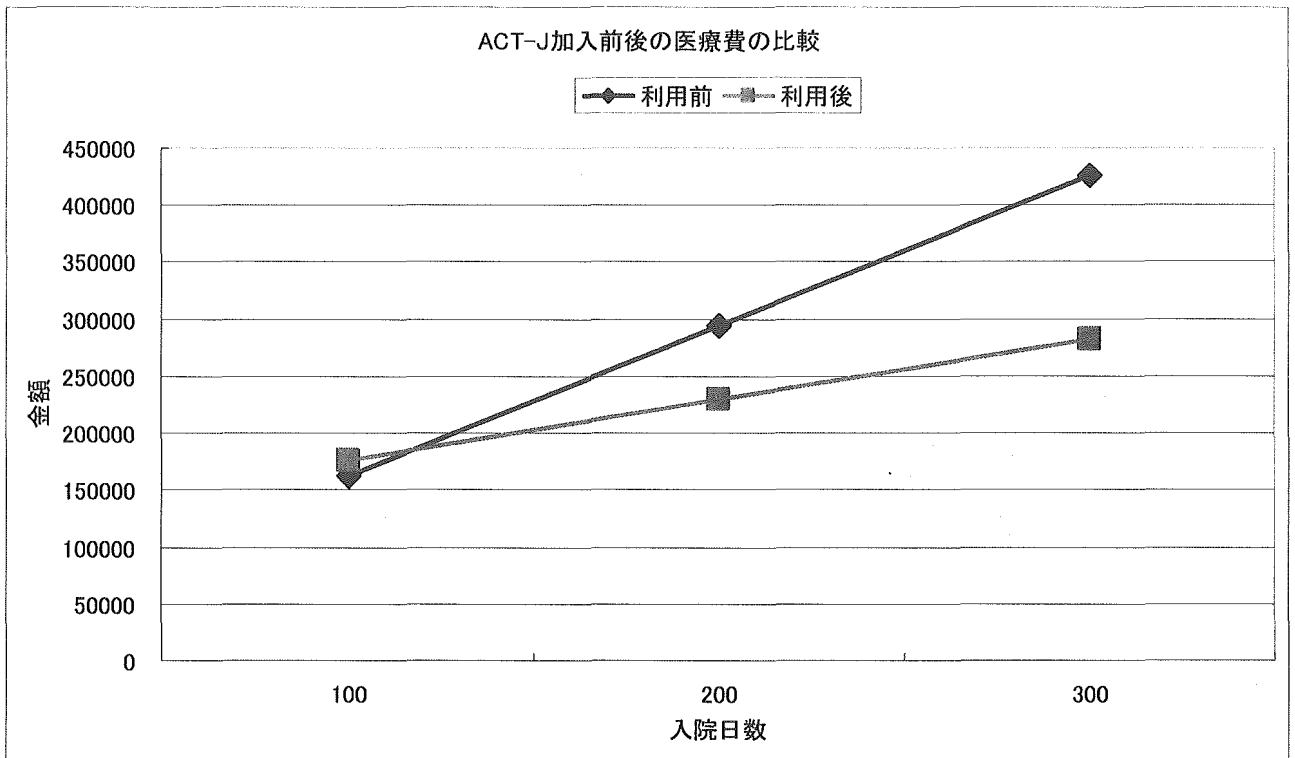


図 4



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

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－

研究協力者 深谷 裕（国立精神・神経センター精神保健研究所）
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

本研究の目的は、ACT チームによる重症精神障害者へのサービス提供が、対象者の医療費にどのような影響を与えているかを明らかにすることである。先行研究では、ACT サービスは入院日数および再入院の頻度を低減させ、結果的に医療費の抑制につながると予測されている。ACT 利用者のうち 2003 年 11 月以降にエントリーした 20 名を対象とし、レセプトをもとに ACT 利用前後 6 ヶ月間の医療費（入院費、通院費、薬剤費、医療費全体）を比較した。その結果、入院費、薬剤費、医療費全体については減少傾向が見られ、通院費については増加傾向が見られるが、それぞれについて有意な差はなかった。しかし、薬剤費を除く各医療費について利用前後の間で相関が見られた。したがって、ACT 利用後に入院費が減少したことにより、医療費全体が減少したものの、対象者がもつパターンの改善には至らなかったと考えられる。さらに本研究の対象者を入院長期群と短期群の 2 群に分け、より詳細に検討を加えた。分析のためのサンプル数が少ないために、得られた結果を検討するに当たっては慎重さが求められる。また、より長期的な医療費の影響を考察していく必要がある。

A. 研究目的

本研究の目的は、ACT 利用により、入院費、通院費、薬剤費、および医療費全体がどのように変化するかを明らかにすることである。当該研究では、ACT によるサービスの利用により、入院日数が減少し、結果的に医療費の抑制につながるといふ仮説を立てた。地域での滞在日数を増やし、地域生活での QOL を高く維持できれば、費用対効果の向上は期待できる。本研究では、ACT サービスの費用対効果を検討するに先立ち、医療費の動向のみを分析する。

B. 研究方法

ACT サービス利用者のうち、2003 年 11 月以降にエントリーしたのもののみ 20 名を本研究の対象とし下記データを収集した。医療中断、他の医療機関の利用、他科（心療内科等）受診等の理由により、2004 年 12 月までに ACT 利用前 6 ヶ月分のデータを収集できたのは 11 名であった。欠損があるもの 9 名のうち、4 名については欠損月数が 2 か月分以下であるため、入院・外来の状態を確認の上、6 ヶ月の平均値をそれぞれ代入している。したがって、分析には

15名分のデータを採用している。さらに、ACT利用開始後6ヶ月分のデータを収集できたのは19名であった。ゆえに、欠損を補ったうえで、前後合計12ヶ月分のデータが取れた対象者は14名であった。

ACT開始前6ヶ月（インデックス入院を除く）と、ACT利用開始後6ヶ月間の医療費について、医事課のレセプトを通してデータ収集した。集計に当たっては、「入院費」、「通院費」、「投薬料（薬価を含む）」をそれぞれ6ヶ月ごとに合計している。なお、レセプト上では1ヵ月単位で医療費を算出している。外来受診の際、院外処方では算出されている場合には、レセプトコンピュータを用いたシミュレーション計算により院内処方に換算して算出している。算出の単位は「点」であり、1点=10円で換算される。分析にはSPSS Ver.12を用いた。

算出の基点について、ACT利用開始前に関しては、インデックス入院日が月の15日未満である場合は入院月の直前の月からさかのぼって6ヶ月とし、入院月の受診は前月に含めている。また、入院日が15日以降の場合は、入院月を含めて6ヶ月間としている。ACT利用開始後については、退院日が月の15日未満の場合は、退院月を1月目としており、15日以降が退院日の場合は、翌月から6ヶ月とし、退院月の医療費は翌月に含めている。

なお、ACT利用前後の医療費の比較は有意水準を5%に設定し、対応のあるt検定により実施している。分析にはSPSS for Windows Ver.12.0を用いた。

入院費の内訳：本研究の入院費に含まれる項目は以下の通りである。

精神病棟入院基本料、入院精神療法 I・II、

薬剤費、調剤料、調剤技術基本料、薬剤管理指導料、退院時服薬指導加算、処方箋料、精神病棟入院時医学管理加算、看護配置加算、看護補助加算、夜間勤務等看護加算、地域加算（4種）

上記に加え、

特定薬剤治療管理料、入院精神集団療法、入院生活技術訓練療法、精神科作業療法、精神科隔離室管理加算、医療保護入院等診療科、精神科措置入院診療加算、精神科退院指導料

等が実施に応じて付加されることになる。

なお、一部の項目（例：入院生活技術訓練療法）については、同じ日に他の精神科専門療法を行った場合でも所定の点数に含まれる。

通院費の内訳：本研究の通院費に含まれる項目は以下の通りである。

初診料、再診料、通院精神療法（精神科デイケア：大規模）、薬剤費、調剤料、調剤技術基本料、処方箋料、処方料

（倫理的配慮）

当該研究では、対象者のレセプトを活用しているが、レセプトの取り扱いに際しては、細心の注意を払い、研究所内で厳重に保管している。さらに、得られたデータについては、個人名が特定されないように、IDによる管理を行っている。

C. 結果

ACT利用開始前と開始後の入院費、通院費、薬剤費それぞれの6ヵ月分の合計の平均点数を、表-1に示した。ACT利用開始後の入院費の平均点数は30765.11点であり、利用開始前の平均点数63546.35点よりも、32781.24点低くなっているが、有意確

率 5%レベルで統計的に有意な差は見られなかった(表-3)。通院費については、ACT 利用開始後の平均点数が 17998.86 点で、利用開始前の平均点数 13435.36 点よりも、4563.5 点高くなっていたが、 $p=0.075$ であり、有意差はなかった(表-3)。薬剤費については、ACT 利用開始前が 10713.06 点、開始後が 10625.86 点であり、平均で 87.20 点ほど低くなっているが、有意な差は見られなかった ($p=0.072$) (表-3)。

表-2 に、利用開始前後の入院費、通院費、薬剤費、医療費全体それぞれの相関の様子を示した。薬剤費を除き、すべての医療費において相関係数 0.7 以上の正の相関が見出されており、ACT 利用前の入院費が高いほど、利用開始後の入院費も高く、また、通院費や医療費全体でも同様であることが示されている。

それぞれの項目の平均の標準偏差を見ると(表-1)、どの項目でも比較的高い数値が出ており、点数にばらつきがあることがわかる。そこで、ACT 利用開始前 6 ヶ月の入院日数の中央値により 2 群(短期群〈0~15 日間〉と長期群〈16~208 日間〉)に分け、各群の入院費、通院費、薬剤費、医療費全体の変化を分析した(表-4~6)。このような二分法を試みたのは、ACT の主たる対象者が重い精神障害をもつ人々であり、彼らの地域滞在日数を増加させることが ACT の主眼であることを鑑みてのことである。なお、ACT 利用開始前 6 ヶ月の入院日数の中央値により 2 群に分けた場合と、ACT 利用開始前の入院費の平均点数により 2 群に分けた場合では同じ結果が得られている。入院日数が多ければ、入院費も増加し、結果的に医療費全体の高揚に結びつくことに

留意する必要がある。

表-4 の長期群の各項目の平均点数を見ると、入院費 ($p=0.004$) および医療費全体 ($p=0.003$) において、ACT 利用開始後の点数が有意に減少していた(表-6)。さらに、有意差はないが、薬剤費の平均も減少していた。一方、通院費は増加していた。表-5 に示した ACT 利用開始前後の各項目の相関については、長期群の薬剤費以外の項目について、それぞれ 0.8 以上の正の相関が見られ、利用前の入院費が高いと、利用後の入院費も高く、入院前の通院費が高いと入院後の通院費も高い傾向が示された。

D. 考察

分析の結果、全体では ACT の利用開始前後による入院費、通院費、薬剤費、および医療費全体において有意な差はみられず、仮説として掲げている ACT の医療費抑制の効果は支持されなかった。また、全体の分析の中で、各項目において、相関関係があることから、ACT 利用前の医療費が高いと、ACT 利用開始後の医療費も高いと言えよう。

一方、ACT 利用開始前の入院日数により、対象者を 2 群に分けて分析すると、利用開始前の入院日数が短期の群では、どの項目に対しても有意な差は見られていないのに対し、長期群では、入院費及び医療費全体に関して、ACT 利用前後で有意に減少していた。しかしながら、長期群の相関関係に注目すると、薬剤費を除くいずれの項目においても、有意な正の相関が見られることから、ACT 利用後に入院費が減少したことにより、医療費全体が減少したものの、対象者が持つパターン(型)の改善には至ら

なかったことが推測できる。

そこで、対象者の個別の医療費の動向を詳細に検討すべく、グラフ 1~14 に、それぞれの 12 ヶ月間の医療費の状況を示した。14 のグラフにおいて、横軸は月数（EH はインデックス入院期間）、縦軸は点数を示している。なお、縦軸の目盛の最大値が異なることに留意する必要がある。

言うまでもなく、ACT 利用開始前の入院日数が短期の群ではインデックス入院前の入院費が少なく、長期群では入院費が多いことがわかる。長期群のみに着目すると、長期群 No1、2、4 はインデックス入院後の入院費が示されていないことから、6 ヶ月間継続的に地域に滞在していることになる。しかし、長期群 No.5 および No.6 に関しては、ACT 利用開始後の入院費は減少はしているものの、その他の対象者と比較して入院費が高い。また、両者に関しては、インデックス入院前の入院点数が他者と比較して高いことがわかる。したがって、No.1、2、4 の入院費の減少が、特に表-6 に示したような長期群における入院費および医療費全体の有意な減少に貢献していたと考えることができるだろう。しかしながら、長期群 No.3 や No.5、6 のようなパターンを持つ対象者が含まれることから、頻回入院をしている重い精神障害をもつものは、ACT の利用により、地域滞在率が高まり、結果的に医療費全体の抑制につながるとは、本研究の結果のみにより結論付けることは難しいであろう。

本研究では、分析の対象となったサンプル数が少なく、ここで得られた結果を一般化することはできない。ゆえに、得られた結果を検討するに当たっては、慎重さが求

められるだろう。さらに、本研究では 6 ヶ月間のみ医療費を分析の対象としており、ACT によるサービスの長期的な医療費の影響を考察するうえでは、適当とはいいがたく、今後継続的にデータを収集していく必要がある。しかしながら、精神保健福祉サービスに対する費用対効果に関する研究は決して多くはなく、その意味で、ACT という精神保健福祉サービスの医療費への影響を考察した当該研究は、重要な意味をもつと考える。本研究では医療費の動向のみを分析しているが、ACT の費用対効果を明らかにするためには、対象者の QOL、精神症状、就労状況、社会復帰施設利用状況についての動向をも同時に把握し、さらなる検討を進める必要がある。

E. 結論

本研究では ACT 利用者の医療費の動向について、サンプル数は不十分ではあるが、考察を試みた。ACT 利用前後において医療費に有意差は見られなかったが、全体的には減少傾向にあり、頻回入院を防ぐことが結果的に医療費全体の抑制につながることが示された。今後はサンプル数を増やし、より長期的に検討していくことが必要である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表一 ACT利用開始前後の医療費

	平均値(点)	N	SD	平均値の標準誤差
前6ヶ月間入院費	63546.35	14	83581.94	22338.21
後6ヶ月間入院費	30765.11	14	57888.66	15471.40
前6ヶ月間通院費	13435.36	14	12498.58	3340.39
後6ヶ月間通院費	17998.86	14	15849.03	4235.83
前6ヶ月間薬剤費	10713.06	14	6492.08	1735.08
後6ヶ月間薬剤費	10625.86	14	6540.30	1747.97
前6ヶ月間医療費合計(薬剤費含)	76981.71	14	80591.03	21538.86
後6ヶ月間医療費合計(薬剤費含)	48763.96	14	55428.58	14813.91

表二 ACT利用開始前後の医療費の相関係数(r)

	N	r	p
入院費(前6ヶ月間, 後6ヶ月間)	14	0.732	0.003**
通院費(前6ヶ月間, 後6ヶ月間)	14	0.833	0**
薬剤費(前6ヶ月間, 後6ヶ月間)	14	0.336	0.24
医療費合計[薬剤費含](前6ヶ月間, 後6ヶ月間)	14	0.746	0.002**

*: p<0.05 ** : p<0.01

表三 ACT利用開始前後の医療費の比較

	対応サンプルの差				t 値	df	p (両側)	
	平均値(点)	SD	平均値の標準誤差	差の95%信頼区間				
				下限				上限
入院費	32781.24	57063.74	15250.93	-166.377	65728.866	2.149	13	0.051
通院費	-4563.50	8807.09	2353.79	-9648.56	521.56	-1.939	13	0.075
薬剤費	87.20	7509.51	2007.00	-4248.66	4423.06	0.043	13	0.966
医療費合計(薬剤費含)	28217.74	53875.52	14398.84	-2889.06	59324.546	1.96	13	0.072

*: p<0.05 ** : p<0.01

表四 ACT利用開始前後の医療費【前入院日数中央値で2群に分けた場合】

短期群	平均値(点)	N	SD	平均値の標準誤差
前6ヶ月間入院費	5223.98	8	10377.58	3669.03
後6ヶ月間入院費	11804.25	8	21985.23	7772.95
前6ヶ月間通院費	13435.36	8	5820.74	2057.94
後6ヶ月間通院費	17998.86	8	6762.80	2391.01
前6ヶ月間薬剤費	10713.06	8	4213.82	1489.81
後6ヶ月間薬剤費	10625.86	8	6817.59	2410.38
前6ヶ月間医療費合計(薬剤費含)	76981.71	8	12226.53	4322.73
後6ヶ月間医療費合計(薬剤費含)	48763.96	8	21777.31	7699.44
長期群				
前6ヶ月間入院費	141309.52	6	72895.43	29759.44
後6ヶ月間入院費	56046.25	6	81816.72	33401.54
前6ヶ月間通院費	13961.17	6	18924.69	7725.97
後6ヶ月間通院費	21494.67	6	23736.16	9690.25
前6ヶ月間薬剤費	15122.64	6	6625.00	2704.64
後6ヶ月間薬剤費	11448.83	6	6687.50	2730.16
前6ヶ月間医療費合計(薬剤費含)	155270.69	6	61694.81	25186.80
後6ヶ月間医療費合計(薬剤費含)	77540.92	6	74733.28	30509.73

表五 ACT利用開始前後の医療費の相関係数(r)【前入院日数中央値で2群に分けた場合】

短期群	N	r	p
入院費(前6ヶ月間, 後6ヶ月間)	8	-0.309	0.457
通院費(前6ヶ月間, 後6ヶ月間)	8	0.795	0.018*
薬剤費(前6ヶ月間, 後6ヶ月間)	8	0.374	0.362
医療費合計[薬剤費含](前6ヶ月間, 後6ヶ月間)	8	-0.334	0.419
長期群			
入院費(前6ヶ月間, 後6ヶ月間)	6	0.868	0.025*
通院費(前6ヶ月間, 後6ヶ月間)	6	0.848	0.033*
薬剤費(前6ヶ月間, 後6ヶ月間)	6	0.326	0.528
医療費合計[薬剤費含](前6ヶ月間, 後6ヶ月間)	6	0.88	0.021*

*: p<0.05 ** : p<0.01

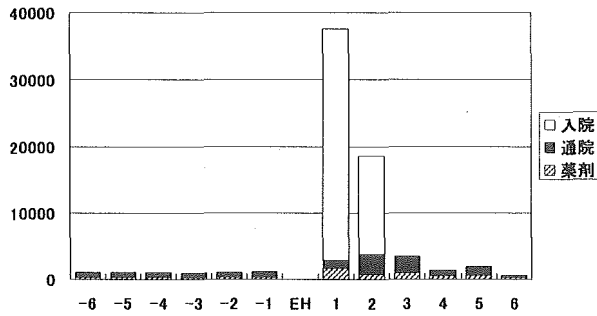
表-6 ACT利用開始前後の医療費の比較【前入院日数中央値で2群に分けた場合】

短期群	対応サンプルの差					t 値	df	p (両側)
	平均値(点)	SD	平均値の標準誤差	差の95%信頼区間				
				下限	上限			
入院費	-6580.28	27055.38	9565.5198	-29199.1	16038.585	-0.688	7	0.514
通院費	-2336.00	4129.92	1460.1484	-5788.7	1116.7024	-1.6	7	0.154
薬剤費	-2602.75	6539.68	2312.1252	-8070.06	2864.5572	-1.126	7	0.297
医療費合計(薬剤費含)	-8916.275	28307.99	10008.386	-32582.3	14749.797	-0.891	7	0.403

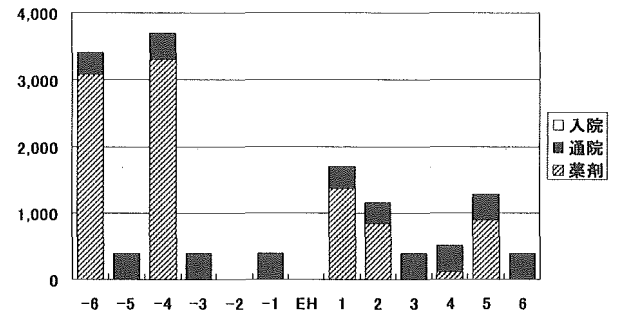
長期群	対応サンプルの差					t 値	df	p (両側)
	平均値(点)	SD	平均値の標準誤差	差の95%信頼区間				
				下限	上限			
入院費	85263.271	40710.56	16620.016	42540.16	127986.38	5.13	5	0.004**
通院費	-7533.5	12620.07	5152.1204	-20777.4	5710.4472	-1.462	5	0.204
薬剤費	3673.8042	7728.70	3155.2303	-4436.97	11784.582	1.164	5	0.297
医療費合計(薬剤費含)	77729.771	35732.09	14587.566	40231.24	115228.3	5.328	5	0.003**

*:p<0.05 **:p<0.01

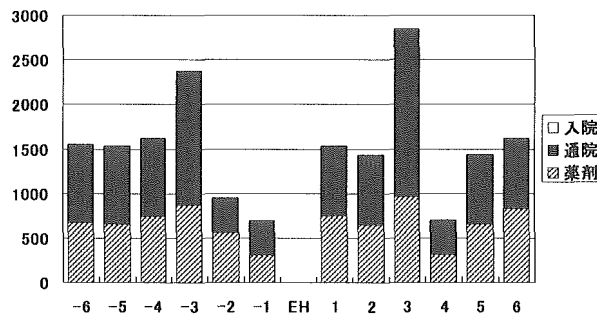
1) 短期群 No.1



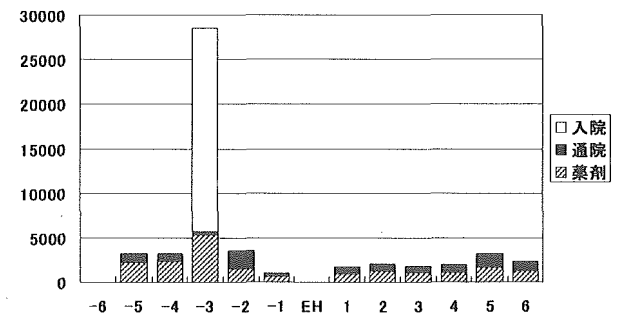
2) 短期群 No.2



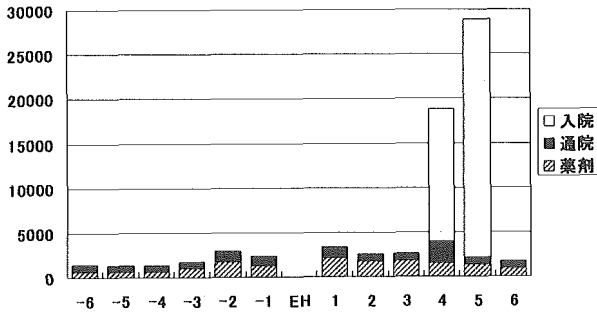
3) 短期群 No.3



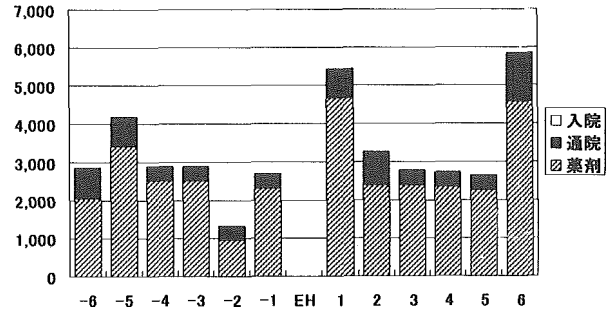
4) 短期群 No.4



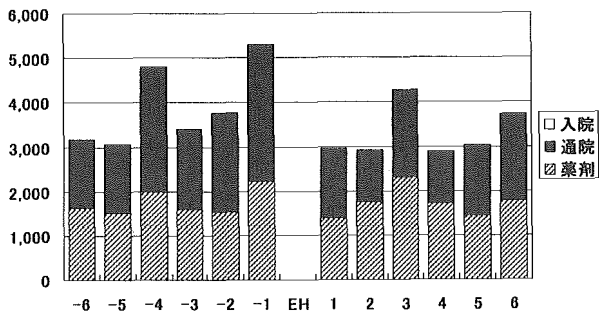
5) 短期群 No.5



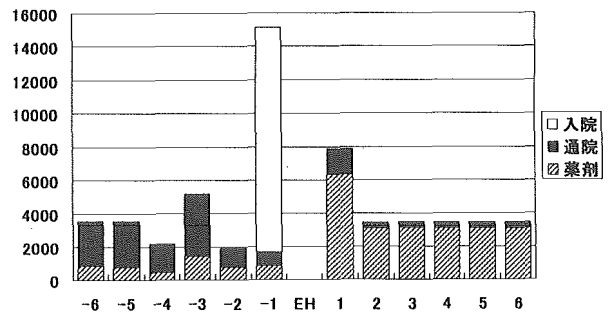
6) 短期群 No.6



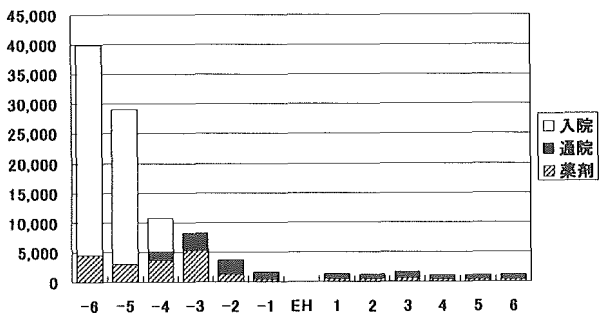
7) 短期群 No.7



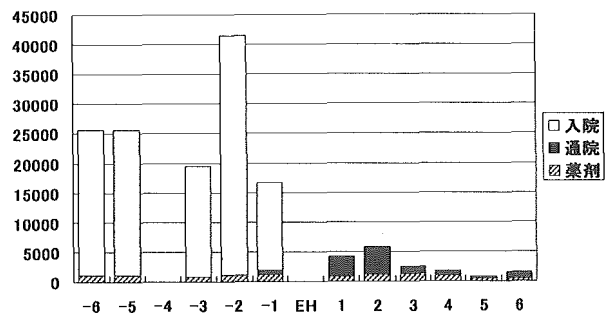
8) 短期群 No.8



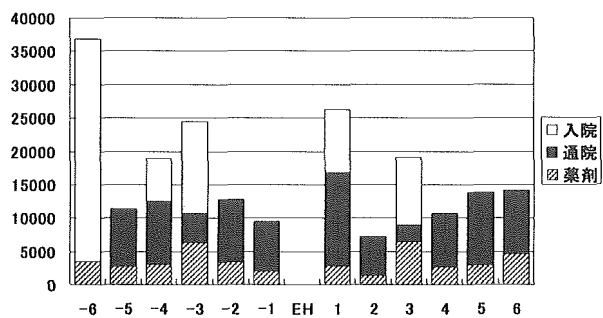
9) 長期群 No.1



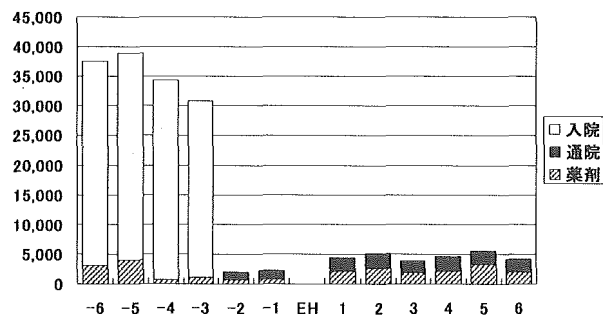
10) 長期群 No.2



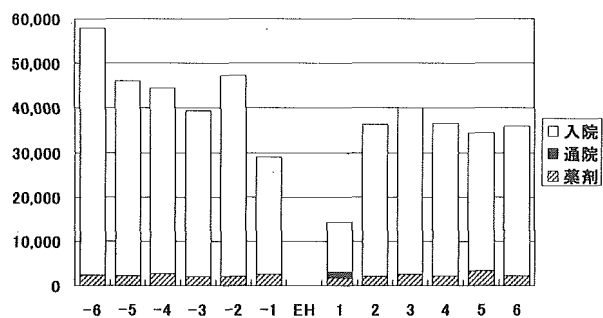
1 1) 長期群 No.3



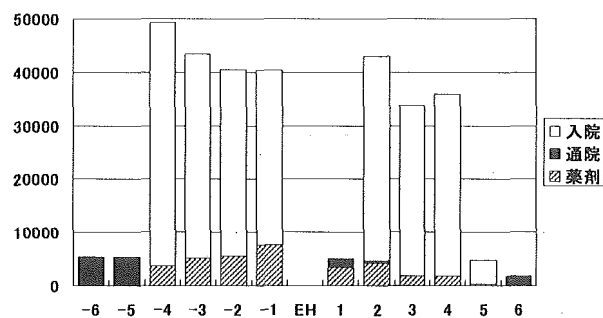
1 2) 長期群 No.4



1 3) 長期群 No.5



1 4) 長期群 No.6



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

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

分担研究者 仲野 栄 （社団法人日本精神科看護技術協会）

研究要旨

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てみると、その機能が十分果たせていない施設が多いことがわかった。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が考えられた。①については、訪問活動の多様性があげられる。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る。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企画運営や、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の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存在が確認された。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る。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る。支援センターはさまざまなケースの「入り口」となり、それぞれのニーズにあわせて振り分けする機能をもっている。公共の社会資源ということで、精神障害だけでなくさまざまな生活のしづらさをもっている人が支援センターを訪れる。その相談の中で個別ケアは始まり、支援センターは自らがもつ地域ネットワークを活用して完結型でない地域生活支援を行っている。また、「今、困っていることに対応する」即応性も、支援センターの有効な持ち味だと考えられる。

A. 研究目的

精神障害者の地域生活支援を行う各機関の機能が重複している現状の中で、支援センター独自の機能を明確にすることが必要になっている。そこで今回は、2年間の調査結果を総括する中で支援センターに固有の機能とその中の訪問活動の実態とあり方を分析する。その結果を踏まえて、精神科病院等の医療機関・訪問看護ステーション・保健師による訪問との違いや連携を明らかにすることによって、社会復帰施設における訪問看護の必要性を検討する。

B. 研究方法

- ① 平成14年度と平成15年度の調査報告書を基に、研究委員5名でグループディスカッションを2時間程度行なう。その内容は許可を得て録音して逐語録を作成し、支援センターにおける共通の機能に関する内容を中心に抽出し、分析を加えた。
- ② 事前にインタビューガイドを作成し、対象の支援センターを訪問して1回2時間程度のインタビューを実施した。インタビューは許可を得て録音し、終了後逐語録を作成した、逐語録の内容を連携や役割の違いを中心に抽出し、分析を加えた。

C. 調査結果及び考察

1. 調査対象施設概要

【地域生活支援センターO（H県）】

設置主体：社会福祉法人

かなり以前より、精神障害者のための地域生活支援が活発に行われてきた地域に平成9年に開設されている。同一法人が、たくさんのグループホームや共同住居を運営しており、そこで暮らす人たちの生活支援についても中心的な役割を担っている。また、同一法人が授産施設を運営していることから、就労支援にも力を

入れている。地域の医療機関や行政の福祉担当者とのネットワークの要として機能している。調査時の1ヶ月間の訪問状況については、利用実人数が24名。訪問述べ件数が51件。そのうち、最も訪問回数が多かったケースは5回であった。利用者の84%が統合失調症であった。

【地域生活支援センターU（F県）】

設置主体；医療法人

母体となる精神科病院は以前からデイケアや訪問看護を行い、グループホームも運営する等社会復帰活動に積極的であった。独立型の支援センターが認められたのを機に、より柔軟な地域生活支援を行うことを目標に開設されている。母体病院から離れた場所にあり、他病院に通院する患者の利用も多い。また、別の場所に母子相談センターも開設しており、地域のメンタルケアに広く対応している。調査時の1ヶ月間の訪問状況は、利用実人数が13名。訪問述べ件数も13件で、利用者1人につき1回の訪問を実施している。利用者の46%が統合失調症である。

【地域生活支援センターW（Y県）】

設置主体；医療法人

母体病院が県東部の基幹病院という位置づけで、行政からの要請で平成14年に支援センターを開設している。その数年前から、デイケアや福祉ホーム・グループホーム等地域生活支援を行ってはいたが、それほど活発というほどではなかった。調査時の1ヶ月間の訪問状況は、利用実人数が13名。訪問述べ件数は25件。そのうちで最も訪問回数が多かった利用者は3回であった。利用者の46%が統合失調症であった。

（職員構成と訪問状況は表1参照）

2. 平成 14・15 年度調査総括レポート結果

1) 利用者・ニーズ

- ・『何々に困っているという具体的な相談よりも、寂しさとか不安状態とか、そういったことで相談される方がすごく多い』
- ・『自分が病気だとはっきりしている人もいるかもしれないし、病気であること自体がわからないという状態の人かもしれない。すでにもう医療は受けているかもしれないのだけれど、それだけでは地域で生活するためのものごととは解決しない』
- ・『9割以上の方は、何らかのかたちで医療機関を受診している。その中で、かつデイケアを利用している方、作業所を利用している方がいるが、そこだけではニーズが満たせない』
- ・『デイは外来のプログラムだし、作業所は作業目的。たしかにその中でお喋りはあるんだろうけれども、1対1の単位でのやりとりを求めている方がすごく多い』
- ・『1対1の関係。そういう人がいるという安心感みたいなものもすごく求めている。それが電話という形だったり、訪問看護という形だったり。そこのところが、集団的な対応だけでは駄目だということ。』
- ・『精神のヘルパーからの相談を受けたりもするが、介護保険のヘルパーから出てくる相談を受けることも増えている。それだけでなく、学校の先生からの話も聞いている』
- ・『(利用者の) 家族に当事者がいて、自分たちだけでは手に負えないので、ちょっと助けてとステーションから言ってくることが多い。どうアプローチしたらいいか非常に苦慮していて、精神科関係の相談とかサポートがほしいという話はよく聞く。』

2) 求められる機能

- ・『個別ケアの足りなさみたいなことを補うような感じ』
- ・『ネットワーク維持みたいなことをしている』
- ・『今まで精神と関わりがなかった人たちが、精神障害者に対する困難感をもったときに相談して助けてもらったら、できることが増えてきたりする。』
- ・『業務内容は幅広くて、人も幅広くて、1人に対して関われないというジレンマがすごくあった。でも、保健所の機能、作業所の機能、デイケアの機能、訪問看護の機能とかを使ってやれと思った。そのすき間埋めを私(支援センター)がすればいいと開き直った。関わっていたケースも訪問看護につなげるんだったら、その訪問看護にいかにつなぐか、そのつなぎだけをしっかりとっていけばいいと思った。』
- ・『既存のサービスでは満たされていないニーズをもっている人たちがいっぱいいる。そのすき間に関わりながら、すき間のところで役割をとることによって接触が始まる。だけど、抱え込むというよりはむしろ、そのすき間から相手と接触しながら、いろいろなところにつないでいく』
- ・『よろず相談センター。相談機能を中心に置いて、あとの機能を雑貨屋的にする。まず、人を集めることをやめる。そういう形を作ってしまったら、形を作っていくための努力をしているとそれが目的になってしまい、本来の目的を見失う』
- ・『保健所の機能のはっきりしている部分は保健所を使って、保健所の機能として曖昧な部分はいったんこっちで受けて、どういう内容なのかをもう一度洗い直して、保健所にきちんとした形で返すのか、それとも医療の中で担ってもらうこととして病院に渡していく』

のか、いったん見極める役であってもいいのではないか』

- ・『自分はどういう問題をもっているのか、どういう支援を得ながら暮らせばいいのかということ自体が見えない人たちの相談にのって、問題を明らかにして一緒になって考えてそれぞれがそれぞれのサービスを受けられるような状況までもっていくという役割を果たしている』
- ・『何の支援も受けていない人が、初めて近づく場所になっている』
- ・『常時のネットワークではなくて、必要とき出てきたことをこのネットワークに乗せればいいというネットワークのあり方。その利用者のニーズに対応するためにネットワークをつくるので臨時のネットワークである』が、それらは蓄積されていく。
- ・『持ち込まれる個別の問題に逃げないで対応する』

3) 他の資源との違い

- ・『何かやっていたら、そのグループに参加する人しか来にくくなってしまふ。それがわかっているから、ここでは何も活動してもらわないほうがいい』
- ・『病院でやっている訪問対象者は、医療的な部分でやっている訪問なので、うちの支援センターが代わりにはなり得ない。支援センターで訪問に行っているケースが訪問セッションの対象にはあまりならない。重なることはあるにしても』
- ・『病院から訪問看護をやっていたときはものすごく件数が多かった。その中で、医療的な意味での訪問のケースと生活支援的な訪問があつて、生活支援的な訪問がすごく多くなってしまった。このような訪問看護を医療保険でやるというのは変だと思った。むしろ、

支援センターがそういったことをやっていくのが本筋ではないかと考えた』

- ・『センターに入って来ているような電話が病院のほうにも昼でも夜でもずっと入っていた。ちょっと寂しい、喋りたいという電話を受ける病棟の本来の機能は入院患者さんのための職員体制になっているのだから、それはおかしい』
- ・『医学的な視点をもって相談を受けなければいけないケース、かつ生活支援的なことも、生活障害も含まれているケース、そういったものが今からの支援センターの訪問の意味ではないかと思っている。』
- ・『珍しく来られたなと思ったら、すごく深刻な話があることが多い。電話で「どうもおかしいぞ」と思ったときには出かけて行く。』
- ・『ナースはけっこう強い力をもって、地域で医療面の判断をしたり、相談にも乗れるから、どうにもならなくなってから病院に連れて来る、というのでない役割を果たせるのではないかと思う。ケースワーカーとの違いはそこだと思う。医療行為ができるということを言いたいんじゃないで、健康を維持するのに必要な知識とかを使うという発想』
- ・『医者とのつながりができるという部分は、支援するうえでもものすごく大事な部分で、他の職種ではできない部分である。治療がわかって、医者に連絡し、医者の指示をもらってまた対応するというので、初めて生活と治療とがつながっていく。だから、この部分は医者の指示が必要なんだけれど、実は生活と治療をつなぐうえですごく大事な部分だと思う。』

3. 平成 14・15 年度総括についての考察

平成 14 年度調査で全国の支援センターの実態調査を行なった結果、施設の意義や役割の多

様性が明らかになり、それと同時にマンパワーの不足や事業に関する施設間格差等の問題点が抽出された。ほとんどの支援センターで相談事業を中心とする個別ケアの重要性を認識しながら、憩いの場の提供や地域交流事業等のプログラムの企画運営に多くの時間とマンパワーを費やしており、相談から始まるアウトリーチを含めた個別ケアが十分行なえていない現状があった。また、施設内でのプログラムの運営や電話相談、訪問活動についても、他の社会資源との違いがはっきりしないままに実施されていることもあり、支援センター独自の機能を明確化することが必要であると考えられた。

そこで、平成 15 年度調査では、先進的な活動を展開している 3 つの支援センターを対象に聞き取り調査を行い、支援センターの独自の機能について分析を行なった。その結果、それらの支援センターでは精神科病院関連のサービスや保健所で行なわれているような集団に対するプログラムはもたず、利用者個人が必要とするサービスを提供するという個別ケアを中心に事業展開をしていた。また、利用者個々のニーズに対応できるように地域ネットワークの構築に力を入れて、支援センターの中だけでサービスが完結することのないようにしているという特徴が見られた。その活動の中で、新たな社会資源の開発やネットワークを組織する人たちを支える役割も果たしていることが明らかになった。このように多様なニーズに対応できるシステムをつくり、それが機能するように支えながら、自らも必要に応じて直接ケアを提供していくということが、支援センターの独自の機能であると考えられた。

これらの調査結果についてあらためて検討を加え、支援センターの独自性を明確化するための要因がいくつかあげられた。

1) 利用者・ニーズ

利用者の多くは何らかの形で医療機関を受診していたり、その関連のサービスや作業所等の地域の社会資源を利用しているものの、それだけではニーズが満たされていない場合が多い。具体的な問題解決というよりも 1 対 1 の安心できる対人関係を求めて、支援センターを利用していると考えられる。また、利用者は精神障害者だけとは限らず、精神障害者のケアを担当するサービス提供者や、メンタルな問題を抱える人に関わる人たちからの相談も多い。このことは、地域ネットワークの構築を進めていく中で起こってくることで、どのような対象者でもメンタルな問題を抱えており、それを解決することが困難な状況に陥ったときのサポートシステムが不完全な状況の中で、利害関係なく相談できる窓口として支援センターが機能していることを示していると考えられる。

2) 求められる機能

精神障害者のための社会資源は、年々整備されている。全国精神科病院やクリニックでもデイケアを開設しているところは非常に多く、訪問看護の実施率も低くはない。また、援護寮や福祉ホーム等の社会復帰施設も徐々に増え、就労訓練を行なう作業所や授産施設もまだ十分とは言えないものの整備が進められてきた。しかし、地域で暮らす精神障害者のニーズは多様で、それらの既存のサービスでは満たされていない場合が多い。特に、精神障害者のサービスは集団に対して行なうスタイルが多いため、利用者個々のニーズに細かく対応する個別ケアが不足している現状があると考えられる。しかし、利用者が求める個別ケアは医療や訓練、あるいは具体的な問題解決といったものばかりではなく、自らのニーズを明確化していくための個別ケアが必要なことも多い。そのような

個別ケアを行なうことのできる社会資源は支援センターだけであり、その機能が求められていると言える。また、直接ケアを提供してサービスを完結する社会資源が多い中で、支援センターは利用者のニーズを満たすために最もよい社会資源を地域ネットワークの中から選び、それにつないでいくというサービス提供を行なうことも独自の機能であると考えられる。

3) 他の資源との違い

これまでの精神障害者の地域生活支援では、外来、デイケア、訪問看護等の利用者は相談から直接的ケアまで全てをその1ヶ所に求める傾向があった。治療や訓練を受ける機関に、孤独を解消するためのつきあいを求めることは機能的には非効率なことではあるが、他に対応してくれることがないからという理由で、それぞれの機関で似たようなことを続けてきたといえる。その結果、本来は異なる機能をもつべき機関が、どれも似たような機能をもつようになったと考えられる。今後は、それらの機能が明確化されて整理されると考えられるが、それらの機能では満たされないニーズに対応するという機能をもつのが、支援センターであると考えられる。また、利用に契約が必要なサービスとは異なり、利用者のニーズに即応できるネットワークも支援センターの特徴であるといえることができる。

4. 今年度のインタビュー結果

1) 運営理念及び活動状況

- ・『施設の人だけではなくて、公的な性格があるから、必要な人にはきちんと利用しやすい場所で、利用してもらえるときにいつでも対応できるようにということで、最初から独立型』でやっている。
- ・『授産施設の仕事をしていると、どうしても

目の前にある作業に目がいってしまって本来の業務が曖昧になってしまったところがあって、生活支援の業務はきちんと独立してやるべきだという声があがって、今のような形』になっている。

- ・『利用したい人、ニードのある人が利用しやすいような形を意識した』
- ・『行政側の認識も、いこいの場として、日中、過ごせる場所であり、何か相談できる場所という位置づけ』
- ・『精神障害の方だけではなくて、知的障害の方とかも市役所の相談窓口から紹介されて来る』ので、公共の社会資源としてある程度認知されている。
- ・多い業務は『電話対応と、あとは訪問』『個別訪問もあるし、グループホーム等共同住居の維持管理的な業務』も結構多い。
- ・『地域で生活している方は、自宅や社会での生活時間のほうがはるかに多い』ので『その中でいろいろな困りごとなどは、病院の中ではサポートできない』つまり、『地域の中での困りごとは地域の中で、といった支援体制を作ることが必要』と感じていた。
- ・『病院の中で地域に関連する部署を作ったが、外に出て行くにはうまく機能しなかった。完全に地域の中に出て活動できる拠点を作っていきたい』ということで開設した。
- ・『うちの法人のための支援センターであってはならない』
- ・ほとんどの医療機関がデイケアを開設しているので、『(デイケア的) プログラムは積極的には必要ないだろうということで、生活に関する相談、支援に重点を置いている』
- ・『施設はそのまま利用者にオープンにして、好きに使っていいよということでやっている』
- ・『精神障害者部門ということではなくて、地

域の精神保健、メンタルヘルスにも何か貢献できないだろうかということで、子どもさんのご相談も合わせて受け入れる態勢を作ろう』と考えている。

- ・『制度に則らない相談の場。子育ての愚痴をこぼしてもいい場。その中からリアルな相談が出てくることもある。そういった場作りの必要性を感じている』
- ・『答えを求めてというわけでもなくて、自分を語れる場所でありたい』
- ・『子どもの成長の中で精神疾患が出たときに、気楽なつながりが前もってできていたら、にっちもさっちもいなくてという状況にならずに、早め早めに手当てができる。そういったことも含んでいろいろな子育てに関する相談室を運営している』
- ・『単身生活者、家族があっても孤立してしまいがちになる人。積極的につながりをもたなくても、軽いつながりを持っておけば、必要なときに動きやすい』

2) 訪問の対象者、紹介ルート

- ・『訪問（対象者）は、ほぼ統合失調症の方だと思う』
- ・『作業所の職員から音で苦情があるとか。少し大きな声を出す病状が気になるとかいうときには、ちょっとお話しを聞きに行くことがある』
- ・『不定期の人の中には月1回とか月2回とか決めないで、近くを通ったときに寄ってみるとか、電話で必要なときに行くという感じで、不定期ではなくて、むしろ臨時ということにしている』
- ・紹介ルートで『最近、多くなってきたのは、クチコミ』『他の医療機関の外来の看護師とかワーカーから聞いて』というのも増えている。
- ・『心配もあるし、苦情もある。あの人が大き

い声を出していたとか。ドアの開け閉めがうるさいとか。』

- ・『（訪問依頼者で）いちばん多いのは家族。同居していない家族との調整。あとは、いろいろな施設を利用したいというときの調整。生活費に困っている方で、生活保護申請をするのを渋っている方。本人のこだわりが相当強くて、少し時間をかけてでもやり取りしてくれそうなところ』として期待されている。
 - ・『（訪問は）依頼があるほうが多い。家族や本人（からの依頼）がいちばん多い』
 - ・『登録していて、何らかの必要性が発生して、電話相談から訪問ということになる』
 - ・『個別の相談からスタートして、必要性に応じて訪問する。本人、家族の必要性やこちら側の判断で行なう』
 - ・『「この人、最近来ないな」という感じで確認に行く』
 - ・『訪問看護はいやだし、どこにも出て行けないケース』
 - ・『単身生活の人で誰も関わっていないケース』
- ## 3) 訪問活動の目標
- ・『グループホーム入居者についての個別の訪問看護だったり、われわれが訪問することによって、その人たちの生活がまずは成り立っているということが大きい』
 - ・『支援の内容、支援とか生活面の内容のポイント、ヘルプの基本は現状の維持。あえて高めようということは考えていない。』
 - ・『本人が現状をどう変えたいか。われわれもいいなと思うほうに変えるときもあれば、逆の変え方を望まれるときもある。しかし、それが本人なりの変え方だし、それも現状維持と考えていけばいい』
 - ・『こうあるべきというような価値観は、このセンターの中にはない』