

厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業

重度精神障害者に対する  
包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究

平成 17 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 伊藤順一郎  
国立精神・神経センター精神保健研究所  
平成 18 (2006) 年 4 月

# 目 次

I. 総括研究報告	
重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究 -----	3
II. 分担研究報告	
1. モデル事業の開発研究	
1) パイロット・アウトカム研究 -----	15
2) ACT-Jパイロット研究対象者における Quality of Lifeに関する研究 -----	27
3) アウトカム研究：無作為化比較試験による検討 -----	37
2. 機能評価に関する研究	
1) ACT-Jのプロセス・フィデリティ評価に関する研究（その1）： DACTSによる時系列評価 -----	49
2) ACT-Jのプロセス・フィデリティ評価に関する研究（その2）： 援助介入サービスコードの時系列変化（2） -----	55
3. システム開発に関する研究	
1) 包括型地域生活支援プログラム（ACT-J）の費用対効果分析 -----	67
2) EQ-5Dを用いた費用対効果の検証に関する研究 -----	75
III. 研究協力報告	
1. 家族支援	
1) ACT-Jにおける家族支援に関する研究 -----	89
2) 精神障害者に対する包括型地域生活支援（ACT）が家族に及ぼす効果 — 準実験法を用いた自記式アウトカム評価の分析 — ----	97
2. ACT-Jにおけるリスクマネジメントに関する研究 -----	108

# I . 総括研究報告書

重度精神障害者に対する包括型生活支援プログラムの開発に関する研究

主任研究者 伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所 部長）

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 室長）

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）

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）

研究要旨

日本初の実践である重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラム（ACT）について、（1）臨床および医療経済学効果について実証的研究を展開し、（2）日本の地域精神保健施策の充実に寄与できる新たなシステムのあり方の提言をした。

臨床的効果評価として、パイロット研究では、平成 15 年度 1 年間に ACT に登録を行ったパイロット研究対象者に対して入院前 1 年間と退院後 1 年間の状態の比較を検討したところ、入院日数（116.0⇒56.7）、入院回数（1.7⇒1.3）が有意に減少していた。またベースライン（退院 2 週間後）との比較で全般的社会機能尺度の GAF（46.7⇒50.1）、薬物のクロールプロマジン（CP）換算値（781.4⇒633.2）に有意の変化が見られた。生活の質（QOL）に関する QOLI 調査では、客観的 QOL で最長居住場所が地域である人が増え、収入が増え、家族との接触頻度が減少していた。主観的 QOL では家族関係の満足度のみ介入前後で有意に低下していた。

平成 16 年度より無作為化比較試験（RCT）による ACT の効果評価研究の登録を実施し、平成 18 年 2 月末で介入群（ACT 群）46 名、対照群（通常ケア群）44 名の割付ができた。基本的属性では、ACT 群で平均年齢（38.5 歳）が通常ケア群（44.3 歳）に比較して若いですが、その他の変数で差異はなかった。登録目標者数は各群 100 ケースが当初の値であり、今後も登録を継続する必要がある。

プロセス研究では ACT 臨床サービスの質の追跡調査を Dartmouth Assertive Community Treatment Scale（DACTS）により継続実施した。またサービスコード体系も作成した。DACTS 尺度で「人的資源」と「組織の枠組み」は期間中 4 点以上（5 点満点）を維持できたが、「サービスの特徴」は項目平均が 3 点以下であった。DACTS 尺度には 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ニーズに関する文化・社会的差異を考慮しなければならないことが示唆された。またサービスコード体系は一定の有用性が明らかにされるとともに、コンタクト指標の開発により時系列変化の記述が明確化された。

医療経済学的研究では、平成 18 年 2 月末時点で RCT 研究対象者のうち ACT 群及び対照群で登録から 6 ヶ月が経過しており、かつ半年後の調査が終了しているもの、計 41 名（介入群 25 名、対照群 16 名）の費用と効果についてのデータ収集を行い、得られた効果に要した費用を算出した。6 ヶ月の追跡では 2 群間で医療費、社会資源利用費に未だ有意差がみられなかった。しかし試験的に各効果に要する費用を算定したところ、GAF 1 点の上昇に要する費用、精神症状の指標、BPRS 1 点の抑制に必要な費用とも、ACT 群の方が経済的効率性が高いことが示唆された。今後も追跡が必要である。

その他の研究として、家族支援研究では世話をしている家族にとってニーズの高い家族支援の項目は「家族の立場になって話を聴く」であったが同時に家族は積極的な本人支援を望んでいた。これは就労支援や地域機関との連絡調整という本人や家族をとりまく環境を調整する支援が家族の協力的行動や負担感、将来の不安の軽減にとって重要であるという調査結果からも示唆されたが、一方で、家族による支援が ACT に代行されることでもたらされる家族の両義的な意識の変化に ACT における家族支援では十分配慮すべきことも示唆された。

リスクマネジメント研究は今回文献を用い、理念や方策、スタッフへの研修体制を分析し、ACT に必要なリスクマネジメントの視点や実践について検討したが、今後も継続検討の必要な課題である。

## A. 研究目的

本研究は、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・システム形成のため、Assertive Community Treatment (ACT:包括型地域生活支援プログラム) をとりあげた。

ACT は、①服薬管理等の医療サービスも含む ②頻回の在宅訪問などアウトリーチを主体とする ③精神科医・看護師・精神保健福祉士・作業療法士等の多職種がチームを形成し多彩なサービスを提供する ④ 24 時間週 7 日対応を原則とし危機介入にも対応できる 等の特徴をもつ医療・保健・福祉の包括的な支援プログラムである。

本研究は、平成 14 年度から 16 年度研究において臨床活動を開始した日本初の ACT プログラムを継承し、この研究でさらに充実したものとしつつ、以下を目標に 3

年間にわたる研究活動を行うものである。

1. 平成 15 年度に登録を実施したパイロット研究対象者の長期フォローアップを行なうとともに、平成 16 年度から開始されている無作為化比較試験 (RCT) による ACT による地域生活支援の効果評価研究の結果を明確に出すこと

2. 我が国における ACT の活動の特徴を臨床記録のデータベースより明らかにするとともに、国際比較を行うこと。ならびに今後全国で行われる ACT の試行に対応できる、プログラム評価のシステムや、用具の作成、研修システムの整備等を行うこと

3. 上記 RCT 研究の枠組みにおいて、ACT および通常医療・福祉等にかかる費用を算出し、ACT の費用対効果を明らかにすること。そのうえで、ACT が我が国の医療保険、介護保険等により構築されている医療経済

のシステムにどのように位置づけられるかの提言を行うこと

4. 地域精神医療保健福祉システムの中に効果的に ACT が位置づくための、地域連携のあり方・システム作りについて検討し、モデルを提示すること

5. ACT の日本での定着を促進できるような基準、ガイドライン、マニュアル、記録用紙、などツールキットを整備すること

## B. 研究方法

### 1. パイロット研究対象者の1年間のフォローアップ

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、①18 歳以上 60 歳未満、②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）、③居住地が市川・松戸・船橋の 3 市、④急性薬物中毒の処置や合併症治療以外の目的での入院を除く、⑤入院前 2 年間の精神医療サービス利用状況と社会適応、入院前 1 年間の日常生活状況に関して独自に作成した基準により重度の精神障害を抱えていると判断される、⑥主治医の理解がある、⑦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した 43 名に対して、入院前 1 年間と、退院後 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 週間後・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 週間後・1 年後の QOL (QOLI 短縮版) に関して前向き調査を行った。

## 2. RCT による ACT のアウトカム研究

無作為化比較試験 (RCT) のデザインで、ACT プログラムの効果評価を継続実施した。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患者のうち、①18 歳以上 60 歳未満、②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）、③居住地が市川・松戸・船橋の 3 市、④入院前 2 年間の精神医療サービス利用状況と、⑤入院前 1 年間の日常生活状況や社会適応の程度により重度の精神障害を抱えていると判断される、⑥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たものである。

これらのものを ACT プログラムによる介入群と国府台病院の最良の治療とリハビリテーションを実施する対照群に無作為にふりわけ、それぞれのサービスを提供した。登録数はそれぞれ 100 ケースを目標とした。調査は退院後 2 週間目を基準にし、6 ヶ月後、12 ヶ月後のアウトカムを測定することとした。

効果評価の指標は、地域滞在日数、再入院率、精神症状、就労率、社会資源の利用状況、住居環境、患者の服薬態度、患者の QOL、自尊心、自己効力感、家族の困難度、患者拒否度などとした。

## 3. ACT の医療経済学的研究

(その 1)

無作為化比較試験 (RCT) の対象者に対して、介入群・対照群で、①GAF および BPRS の変化、外来・入院日数、就労率、②ACT サービス、ホームヘルプサービス、作業所等の利用頻度、年金受給、生活保護

受給の状況について明らかにし、③両群にかかる社会的コストを試算した。今年度は RCT 全対象者の中で特に登録開始から半年間経過した者 41 名の①～③について検討した。

(その2)

ACT-J の医療経済的評価を行うために、QOLI (Quality of life interview) と包括的 QOL 尺度 EQ-5D を用い、入院群・ACT 介入群・ACT 非介入群の QOL を測定し、効用値 (utility) および QALY (quality adjusted life year: 質調整生存年) を明らかにし、1 QALY あたりの医療費で費用対効果を検証することを計画した。そのためにもまず、精神科領域における EQ-5D の信頼性と妥当性を検討した後、各群の効用値および QALY を明らかにすることとした。

#### 4. ACT のプロセス研究

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 Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (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ともに、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継続的に明らかにした。昨年度までに作成した DACTS 日本語版の尺度と評価マニュアルを用いて、DACTS の評価を3ヶ月おきに行った。

さらに、精神障害者の地域生活援助を記述するサービスコードの体系を、既存尺度・ガイドライン・資料などを参考にするとともに研究者らの経験に基づいて作成した。本研究では、このサービスコード体系に基づいて ACT-J において行われている実態を時系列的に明らかにした。さらに、サ

ービスコードから ACT の理念に合致した実践を把握するための指標を作成し、その時系列変化について検討した。

#### 5. その他の研究

##### 1) 家族支援に関する研究

(その1)

ACT-J が提供する家族支援について、家族側のニーズ、また家族に対する支援の実施度を明らかにした上で、家族支援として更に何が必要なのかを考察した。ACT-J 利用者の家族の中で、主たる援助者1名に対し、平成17年10月末現在で、63家族を対象とし、回答が得られた48家族(76%)を本研究の分析対象とした。自記式調査票を使用し、郵送法にて実施した。内容は、直接家族に対する支援(直接支援)の質問項目9項目、本人に対する支援を家族に代わって行う支援(間接支援)の質問項目5項目であった。

(その2)

ACT の利用者家族を対象に、ACT 利用による効果について準実験法を用いて体系的に明らかにした。さらに、ACT における臨床活動の電子的記録であるサービスコードデータを分析し、提供されたサービス量と家族の変化との関連も検討した。ACT 群は利用者を主に援助する家族27人、対照群は ACT 加入基準と同等の基準を満たす精神障害者を日常的に援助する家族会会員50人とした。家族に対する調査は、焦点となる退院の1ヶ月後と1年後に自記式調査を用いて行った。

##### 2) リスクマネジメントに関する研究

今後の ACT-J におけるリスクマネジメントを促進するため、欧米の ACT を含む地域生活支援におけるリスクマネジメントに関

する文献を用い、リスクマネジメントの理念や方策、スタッフへの教育体制を分析し、ACT-J に必要なリスクマネジメントの視点や実践について検討した。

#### 倫理面での配慮

本研究は重度の精神障害者を対象とした介入研究であるから、「臨床研究に関する倫理指針」を遵守している。すなわち、登録にあたっては、文書により本人にこの研究の内容を丁寧に説明し、同意が取れたものを対象者とした。家族の同意も必要に応じて取得した。特に ACT チーム内外での情報の共有については当初のみならず、必要が生じた場合に必ず同意を取得した。

また、研究で知りえた個人情報のみだりに散逸しないように、プログラム実施に伴う記録・評価の情報の保管は厳重にした。評価用紙等の形式にも、個人名の記載は極力避けるなどの配慮を行った。また、研究結果は統計的手法を用いて、個人が特定されない形式で表現することを中心とし、事例報告等の形式で表現する場合は、対象者の承諾を得ることにした。

以上の内容については平成 16 年 4 月に国立精神・神経センター国府台地区の倫理委員会の審査を受け、受理された。

### C. 結果

#### 1. パイロット研究対象者の 1 年間のフォローアップ

43 名のうち平成 18 年 3 月末時点で ACT に登録する指標となった入院から退院しており、退院 1 年後の追跡調査が可能であった者は 41 名であった。

ACT 利用開始の指標となる入院をもとに、入院前 1 年間と退院後 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すると、平均精神科入院日数が 116.0 から 56.7、平均精神科入院回数が 1.7 から 1.3、国府台病院精神科救急の平均受診回数が 3.2 から 1.9 へといずれも減少しており、入院日数・回数に関しては有意な変化が認められた。またベースラインと退院 1 年後の比較では、GAF の平均値が 46.7 から 50.1 (N=38)、BPRS の平均値が 16.1 から 16.4 (N=37)、QOLI 生活全般満足度の平均値が 3.9 から 4.1 (N=37) と変化しており、GAF については有意差が得られた。同様に、向精神薬・抗精神病薬投与剤数・CP 換算値の平均値も、それぞれ 5.2 から 5.0、1.9 から 1.8、781.4 から 633.2 といずれの値も減少し、CP 換算値においては有意な変化を示していた。

QOL についてはベースラインと 1 年後に QOLI による面接調査を実施し、加入後 1 年間を経過した 33 名について分析した。QOL の客観的側面では、1 年のうち最も長く住んだ場所が地域であった人が増え、収入が増え、家族との接触頻度が減少した。QOL の主観的側面では、ほぼ全ての生活領域の満足度が不変であったが、家族関係の満足度のみ、介入前後で有意に低下していた。家族関係の満足度は 1 年後時点調査では直前の入院日数と負の相関が見られたが、ベースラインではこの関係は見られなかった。家族関係の満足度はベースラインでは全般生活満足度と有意な相関が見られたが、1 年後では相関は有意でなかった。家族関係の満足度が多く、精神症状が重い人ほど提供サービス量が多かった。

#### 2. RCT による ACT のアウトカム研究

平成 16 年 5 月 1 日から平成 18 年 2 月 28



日までに研究参加したものは 90 名であり、介入群（ACT 群）に 46 名、対照群（通常のケア群）に 44 名の割付となった。基本的属性では、ACT 群で平均年齢が 38.5 歳と通常のケア群の 44.3 歳に比較して若かったが、その他の変数で差異はなかった。家族同居率は ACT 群、通常のケア群とも約 75% を占めた。主診断は約 8 割のものが統合失調症圏であり、過去 2 年間に入院歴のあるものの平均入院回数は、それぞれの群で 1.9 回、1.7 回、平均入院日数は 101.9 日、96.5 日であった。過去最高の全般的社会機能（GAF）得点は、ACT 群で 43.6 点、通常のケア群で 44.5 点であった。研究参加者のベースライン時点では、精神症状（BPRS 総得点）は介入群で 17.9 点（標準偏差 8.2）、対照群では 20.2 点（標準偏差 7.3）、全般的機能（GAF 得点）は、介入群では 48.2 点（標準偏差 10.8）、対照群では 47.0（標準偏差 10.4）であった。生活の質については QOLI の主観的生活満足度を検討したところ、安全面での満足度で介入群が 4.8 点、経済面での満足度が対照群で 3.2 点であった以外には、いずれの項目でも平均点は約 4 点程度、つまり「どちらでもない」であった。

### 3. ACT の医療経済学的研究

（その 1）

効果の指標として GAF と BPRS の変化、入院日数、就労状況それぞれの 2 群間の差を調べた結果、GAF および BPRS の得点の半年間の変化については、ACT 群の方が得点の変化が大きく、入院日数の平均も少なかったが、どの項目においても現時点では有意な差はみられなかった。社会資源の利用状況も両群に大きな違いはみられていな

い。これらにかかった費用についても有意差はなかった。ACT サービスを診療報酬に換算し、半年間に両群にかかった社会コストの総額を計算したところ ACT 群では 1 人平均 654,614 円、対照群では 712,541 円かかっていた。現時点では、費用・効果ともに両群に有意差はないが、両群の費用対効果シミュレーションにより GAF と BPRS の変化について検討した結果、いずれについても ACT サービスを利用した方が費用対効果の面では好ましいことが推測された。

（その 2）

現在、データ集積中であり、現時点では精神障害領域の EQ-5D の信頼性と妥当性については未定である。

### 4. ACT のプロセス研究

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、平成 17 年度中はすべて 2.8 点であった。組織の枠組み及び総合尺度において、平成 17 年 5 月度の値が最も低かったが、その後、その結果が臨床チームにフィードバックされ、改善された。

サービスコードの分析では、平成 15 年以降の ACT-J の活動を概観でき、地域での直接対面コンタクトが順調に増加していること、援助内容としては日常生活面への支援と症状管理や危機介入が同程度で多くの割合を占めていること、家族支援と就労支援が重要な援助要素であるが、就労支援は確実にその位置づけが大きくなっている一方で、家族支援の占める割合が少なくなっていることなどが明らかになった。また、電

話コンタクトが6割以上を占め、そのコンタクト数が増加しており、その位置づけの見直しが課題になっていることも明らかになった。

援助の形態は援助内容によってさまざまであるが、一般的に「相談・助言・情報提供」による援助が多く、行動的な援助では「並行・練習」が重視されていることが明らかになった。

## 5. その他の研究

### 1) 家族支援に関する研究

#### (その1)

利用者の世話を中心になって行っている家族は、母親が66%と最も多く、ついで夫または妻、父親の順であった。また、8割以上が同居、本人の平均年齢は35.7歳、男女比はほぼ半々であった。家族に対する直接的な支援内容のうち、世話をしている家族にとってニーズの高い項目は「家族の立場になって話を聴く」が68.1%、逆に、低い項目は、「家族のレジャーやリラックスのための支援を行う」「家族自身の生活の目標を話し合う」「家族のためのケアプラン作りを行う」であった。実施度も同じ結果を得た。また家族にとっては間接的な支援内容のうちニーズの高い項目は、「本人の話をよく聴き、精神的支えになる」が81.3%、他の本人支援の項目も、「やや必要である」を含めると、8割を超え、高い割合で必要性を感じていた。実施度も「ある程度実施された」を含めると、7割以上の家族が、実施されていると認識していた。

#### (その2)

分析の結果、介入群家族は、ACTの介入によって家族の協力行動数が減少する一方で、家族の生活困難度のうち将来の不安が

軽減することが示唆された。また、ACTの援助要素の中でも、就労支援や地域機関との連絡調整という本人・家族をとりまく環境を調整する支援が家族の協力行動や負担感、将来の不安の軽減にとって重要であることが示唆された。一方で、家族による支援がACTに代行されることでもたらされる家族の両義的な意識の変化にACTにおける家族支援では十分配慮すべきことが示唆された。

### 2) リスクマネジメントに関する研究

地域生活支援において質の高いサービスを提供するためには、組織レベルの意識改革と取り組み、スタッフに対する研修や支援の充実が不可欠であることが明らかにされた。また、リスクを未然に防ぐための対策、リスクが発生してしまった場合の対応や報告に関する手順、事故後の利用者・家族・スタッフなどへのフォローについての取り組みやガイドライン化が良質のサービスモデルにおいては行われていた。さらに、ひとつの出来事とその組織全体に与える影響や、関わったスタッフへの身体的・心理的負担などへの対応も行うと同時に、関わった個人に責任を転嫁するのではなく、組織単位で向き合い、解決していくことも必要であることが示唆された。

## D. 考察

パイロット研究対象者の1年間のフォローアップでは、精神科入院利用の減少、特に入院日数がACT利用によって半減する一方で、病状や生活全般満足度は悪化することなく、むしろGAF得点とCP換算値は有意に望ましい方向に変化していた。本研究は方法論上、結論に一定の限界を伴うが、

ACT による支援によって精神症状や社会生活機能・生活の質を落とさずに、重い精神障害をもつ人たちが地域で暮らす期間が長くなる可能性が示唆されたと考えられる。

一方 QOL については、ACT は客観的側面では成果を上げており、主観的側面でもほぼ安全に行われているが、家族関係の満足度が再入院の予測因子とされているため注意を要した。特に ACT 介入下でも入院が多い人は家族関係の満足度が低いことから、ACT 普及にあたってはチームの医師の診断などに基づいた援助プランや、病院医師や家族とも協調した入院依存的姿勢への対処が必要と考えられた。

RCT による ACT のアウトカム研究は研究拒否ケースの影響があり、目標登録数にまで達していない。今後も症例を増やして観察を続ける必要がある。さらに 2 群で均質性の確認できなかった項目について最終的には調整をして分析する必要がある。症例を増やし調査が完了した時点でアウトカムに関する分析を加える予定である。

ACT の医療経済学的研究（その 1）はサービス開始から半年間についての分析であり、まだ断定的な結論は出るにいたっていない。今後 ACT サービスを進めていく中で、地域にある資源の利用や年金受給者数、生活保護受給者数、就労者数が変化する可能性が高く、引き続き継続的に検討していくことが重要である。（その 2）については、まだ調査中である。

ACT のプロセス研究で使用した DACTS は米国における ACT の枠組みを標準に作成されているため、日本の 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 項目含まれていた。現時点でこれらのサービスニーズは大変少ないと判断されるので、我が国における DACTS による評価は修正されるべきである。ここから、ACT における援助サービスの提供には社会・文化に基づく差異を考慮しなければならないことが示唆された。また、サービスコード体系については、その一定の有用性が明らかにされるとともに、コンタクト指標の開発により時系列変化の記述が明確化されたが、さらに、援助形態分類のより詳細な検討によって、ACT における援助をより明確に反映できる指標づくりを進めていく必要があると考察された。

その他の研究として、家族支援に関する研究（その 1）では家族支援という視点で ACT の活動を見た場合、家族には「家族よりもまず本人」という思いがあるのではないかと考えられたが、家族自身の生活の向上に視点を置く、家庭における家族心理教育の場の設定、丁寧な家族ニーズの把握、縦断的な調査、検討の必要性が今後必要である。加えて、研究（その 2）の結果にあるように、本人・家族をとりまく環境を調整する支援が家族の協力行動や負担感、将来の不安の軽減にとって重要であることより、家族にもわかりやすい本人支援のあり方も求められていた。

リスクマネジメントに関する研究は、我が国でアウトリーチを中心とした地域ケアが発展する上でも重要な課題であると言える。

一般的に総括すると、本研究は、厳格な方法論を用いた我が国では数少ないサービス研究であり、アウトカム評価とプロセス評価の双方を行う方式は、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 Practices: EBP) の評価研究推進に寄与しうるのであろう。今後 ACT を我が国で実施しようとする人々と連携をとり、より質の高いサービスが実現できるよう、簡便にかつ効果的に実施できるサービス評価の方法論の開発を目指すべきである。

また、ACT の臨床を推進するために作成してきた、活動の基準 (Standards) や臨床評価用具、あるいは研修・スーパービジョンのための資料、さらに臨床内容を明確に把握するために整備してきたサービスコード等は今後 ACT を実施しようとするものための貴重な資料として貢献でき、また地域中心の精神医療・保健・福祉を推進するために充分活用しうる資料となる。コンパクトにまとめて資料とし、多くの人々に提供すべきである。また研修プログラムを企画し、今後 ACT を実施しようとする人々に研修の機会を提供することは今後の課題である。

## E. 結論

日本初の実践である重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラム (ACT) について、(1) 臨床および医療経済学効果について実証的研究を展開し、(2) 日本の地域精神保健施策の充実に寄与できる新たなシステムのあり方を提言しようとした。

パイロット研究の指標となる入院の後 1 年間の追跡調査では、ACT が我が国においても充分入院を抑止し質の高い安定した地域生活の維持に寄与しうるという成果が、入院前後 1 年間の比較研究の段階ではあるものの明確に得られた。これをさらに裏付

ける無作為化比較試験はいまだ登録途上であるが、その 6 ヶ月間追跡の医療経済学的検討の途中経過では、ACT 群の方が経済効率性が高いという傾向が出ており、今後の ACT を含む地域精神保健福祉のシステム設計を行うことに希望が持たれる。また、プロセス研究では世界の情勢の中での我が国の ACT の特徴が明確になるとともに、利用者に対するサービス内容と量の経時的変化を把握することができた。

その他、家族支援やリスクマネジメントに関しても一定の研究成果を得ることができ、ACT の我が国への定着に寄与できる成果を挙げつつある。

今後は、全国で行なわれる事業化への試みのモニタリングも視野に入れながら、引き続き、これらの研究を遂行し続けることが重要である。

## F. 健康危険情報 なし

## G. 研究発表

### 1) 国内

学会発表等

・伊藤順一郎, 大島巖, 園環樹, 堀内健太郎, 鈴木友理子, 西尾雅明: ACT-J サービスコードシステムの開発 (2) ~日々のログ記録からみた ACT サービスの発展と現状~, 第 25 回日本社会精神医学会, 東京, 2006.2.24.

・大島巖, 伊藤順一郎, 園環樹, 堀内健太郎, 鈴木友理子, 西尾雅明: ACT-J サービスコードシステムの開発 (1) ~コードシステムの構築とその活用. 第 25 回日本社会精神医学会, 東京, 2006.2.24.

・西尾雅明：ACT-J の現状と課題. 第 8 回  
有床総合病院精神科フォーラム特別講演,  
市川, 2005. 7. 9.

・西尾雅明：ACT (包括型地域生活支援プロ  
グラム) に対する期待. 第 38 回全国精神障  
害者家族大会千葉大会第 1 分科会, 千葉,  
2005. 11. 11.

・西尾雅明：地域支援活動と精神科病院・  
医療の課題」, 第 33 回日本精神科病院協会  
精神医学会・シンポジウム I, 東京,  
2005. 11. 21.

・鈴木友理子, 堀内健太郎, 西尾雅明, 伊  
藤順一郎：包括型地域生活支援プログラム  
(ACT) 導入をめぐる多文化精神医学的考察.  
第 25 回日本社会精神医学会, 東京,  
2006. 2. 24.

・鈴木友理子, 西尾雅明, 伊藤順一郎, 大  
島 巖, 塚田和美：包括型地域生活支援プ  
ログラム (ACT-J) の無作為割付試験プロト  
コロール. 第 101 回日本精神神経学会. 大宮,  
2005. 5. 19.

・久永文恵, 伊藤順一郎：地域生活支援に  
おけるリスクマネジメント. 第 13 回 日本  
精神障害者リハビリテーション学会, 大阪,  
2005. 12. 3.

#### 論文発表

・伊藤順一郎, 西尾雅明, 大島巖, 塚田和  
美：日本版ACT (ACT-J) 研究事業の成果と  
今後の展望. 精神医学Vol.47 No.12, 2005.

・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.

・鈴木友理子, 伊藤順一郎：精神障害者へ  
の社会リハビリテーションの取り組み. リハ  
ビリテーション研究 125;17-21, 2005.

・小嶋ひかる, 香田真希子, 西尾雅明, 伊  
藤順一郎：ACT-J における就労支援活動の  
取り組み. 職リネットワーク 57:24-26, 2005.

・久永文恵：重い精神障害をもつ人たちに  
対象とした包括型地域生活支援プログラム  
(ACT-J) について. 更生保護56(11):  
18-21, 2005.

#### 2) 海外

##### 学会発表

・Junichiro Ito：Implementation of  
Assertive Community Treatment in  
Japan. 21st Annual Assertive Community  
Treatment Conference, Tampa, May 17, 2005

・Yuriko Suzuki, Junichiro Ito: Does ACT  
work in Japan? A randomized controlled  
trial to evaluate its effectiveness.  
Poster presentation. 57th Institute on  
Psychiatric Services. San Diego.  
2005. 10. 8.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

## Ⅱ. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
「重度精神障害者に対する包括型生活支援プログラムの開発に関する研究」  
分担研究報告書

モデル事業の開発研究  
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）  
西尾雅明<sup>\*1</sup>、伊藤順一郎<sup>\*1</sup>、大島巖<sup>\*2</sup>、鈴木友理子<sup>\*1</sup>、鎌田大輔<sup>\*1</sup>、久永文恵<sup>\*1</sup>  
深谷裕<sup>\*1</sup>、堀内健太郎<sup>\*1</sup>、塚田和美<sup>\*3</sup>

<sup>\*1</sup> 国立精神・神経センター精神保健研究所

<sup>\*2</sup> 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

<sup>\*3</sup> 国立精神・神経センター国府台病院

研究要旨

入院中心から地域生活中心へと推し進められている我が国の精神保健分野でも、諸外国で高い評価を受けているACTの援助効果を実証的に検討する必要がある。本研究では国立精神・神経センターにおけるACTプログラムのパイロット段階での援助効果を報告する。

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、①18歳以上60歳未満、②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）、③居住地が市川・松戸・船橋の3市、④急性薬物中毒の処置や合併症治療以外の目的での入院、⑤入院前2年間の精神医療サービス利用状況と社会適応、入院前1年間の日常生活状況に関して独自に作成した基準により重症の精神障害を抱えていると判断される、⑥主治医の了解がある、⑦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したのは43名であり、そのうち平成18年3月末時点でACTに登録する指標となった入院から退院しており、退院1年後の追跡調査が可能であった41名について、入院前1年間と、退院後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週後・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週後・1年後のQOL(QOLI短縮版)に関して前向き調査を行った。

ACT利用開始の指標となる入院を基に、入院前1年間と退院後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すると、平均精神科入院日数が116.0から56.7、平均精神科入院回数が1.7から1.3、国府台病院精神科救急の平均受診回数が3.2から1.9へといずれも減少しており、入院日数・回数に関しては有意な変化が認められた。また、ベースラインと退院1年後の比較では、GAFの平均値が46.7から50.1(n=38)、BPRSの平均値が16.1から16.4(n=37)、QOLI生活全般満足度の平均値が3.9から4.1(n=37)と変化しており、GAFについては有意差が得られた。同様に、向精神薬・抗精神病薬投与剤数・CP換算値の平均

値も、それぞれ5.2から5.0、1.9から1.8、781.4から633.2といずれの値も減少し、CP換算値においては有意な変化を示していた。

精神科入院利用の減少、特に入院日数がACT利用によって半減する一方で、病状や生活全般満足度は悪化することなく、むしろGAF得点とCP換算値は有意に望ましい方向に変化していた。本研究は方法上、結論に一定の限界を伴うが、ACTによる支援によって精神症状や社会生活機能・生活の質を落とさずに、重い精神障害をもつ人たちが地域で暮らす期間が長くなる可能性が示唆されたと考えられる。

## A. 研究目的

我が国の地域精神保健福祉施策は、入院医療中心から地域生活中心へと移行しつつある。一方で近年、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、脱施設化を成し遂げた先進国で援助効果が実証されている Assertive Community Treatment (包括型地域生活支援プログラム、以下ACT) を我が国に導入することへの期待が高まっている。

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. 対象者

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 居住地为市川・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数が 3 以上であること、⑨ ACT-J 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ものを対象とした。

### 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 1) 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ものは 866 名 (回収率 93.9%) であった。加入基準に合致したものは 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ものは 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 代のもの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 日であった。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 3.1 回、家族と同居しているものは 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り、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、最も集中的かつ包括的なモデルとして位置づけられている。1960 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に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)、④ 1 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の評価される。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、アセスメントやさまざま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、常勤ケースマネジャーがチームリーダーを含め 11 名(看護 1、ワーカー 6、作業療法士 3、精神科医 1)、常勤就労支援担当スタッフが 2 名、チーム精神科医 1 名、コンシューマースタッフも含めた非常勤スタッフが 3 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時頃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。月曜日にはケース会議が開催される（平成18年2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、さまざま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1年間と、退院後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週間後・1年後のQOL(QOLI短縮版)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18年3月末日の時点でベースラインにあたる退院2週後の対面調査を施行しえたのは、入院継続中の1名、調査に拒絶的な2名を除く40名であった。精神症状を評価する尺度であるBPRSの平均総点(±標準偏差)は16.3(±6.8)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5.4(±3.7)、3.1(±3.1)、0.2(±0.6)、5.3(±2.5)、2.4(±1.4)となっていた。GAFは20点台1名、30点台6名、40点台18名、50点台12名、60点台3名であり、平均得点は46.9(±8.1)点となっていた。QOLIの全般的満足度は、平均で4.0(±1.8)点で、「やや満足」と回答したものが14名と約3分の1を占め、「満足」、「大変満足」と答えたものを合わせると半数のものが、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3-10)。

#### 2. 1年後アウトカム

平成18年3月末時点での利用者の転帰は、43名中42名が指標となる入院から退院しており、1名が入院継続中であった。指標入院から退院した42名のうち1名は、指標入院の退院後1年以内に死亡していた。したがって、以下で報告する1年後アウトカムは、上記41名のデータを基にしている(図11)。

ACT 利用開始の指標となる入院を基に、入院前1年間と退院後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すると、平均精神科入院日数(±標準偏差)が116.0(±102.8)から56.7(±98.4)へ、平均精神科入院回数が1.7(±1.6)から1.3(±2.0)、国府台病院精神科救急の平均受診回数が3.2(±7.2)から1.9(±3.7)へといずれも減少しており、入院日数と入院回数に関してはWilcoxonの符号付き順位検定にて有意な変化が認められた(図12-14)。

また、ベースラインと退院1年後の比較では、GAFの平均値が46.7(±8.2)から50.1(±6.6)(n=38)、BPRS総点・陽性症状・陰性症状・躁症状・気分変調・心気症状の平均値が16.1(±6.4)・5.4(±3.6)・3.0(±2.9)・0.2(±0.6)・5.1(±2.4)・2.4(±1.5)から16.4(±7.1)・6.7(±3.6)・2.0(±2.7)・0.4(±0.7)・4.8(±2.5)・2.4(±1.4)(n=37)、QOLI生活全般満足度7段階(1~7)の平均値が3.9(±1.8)から4.1(±1.6)(n=37)と変化しており、GAFとBPRS下位尺度の陽性症状・陰性症状についてはWilcoxonの符号付き順位検定にて有意差が得られた(図15-22)。同様に、向精神薬・抗精神病薬投与剤数・CP換算値の平均値も、それぞれ5.2(±2.0)から5.0(±2.3)、1.9(±0.9)から1.8(±0.9)、781.4(±720.6)から633.2(±645.2)といずれの値も減少し(図23)、CP換算値においては有意な変化を示していた(Wilcoxonの符号付き順位検定)。

また、QOLIで就労・就学状況を尋ねた項目において、退院2週後と1年後の双方に回答した35名の比較を行った。退院2週後時点で作業所など保護的なものも含めた就労・就学者は皆無であったが、退院1年後の時点での就労・就学者は5名おり、その

うち4名は一般就労となっていた。

## D. 考察

### 1. 対象者の属性について

ACTは、利用者に対して集中的にかかわりをもつだけに一定の費用がかかる。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、そのための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もの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ものの中でも、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もの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齢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ということである。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 16.3 と低く、GAF スコアの平均は 46.9 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もの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重視した評価を意図し、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、一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が上乗せされていることが推測される。さらに、ACT-J 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群をおいた比較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 1 年後のアウトカムで、精神科入院日数・回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、精神症状や生活の質はほぼ同じレベルで維持されており (BPRS 下位尺度では陽性症状の悪化と陰性症状の改善が有意に認められた)、社会生活機能については若干の改善が有意に認められ、一般就労したものも増加していた。また薬剤の投与量については、CP 換算値において有意な減少を示していた。

したがって、ACT による支援は、利用者の在宅生活の質を落とさずに、精神科入院治療の利用を減少させることを可能にしたものと考えられた。

本研究では、対照群をもたない前後比較研究であること、援助効果の解析対象者数が十分に大きくないこと、研究事業で立ち上げられたプロジェクトチームによる臨床という特殊な条件下での結果であることなど、得られた結論の解釈は慎重に行う必要がある。しかしながら、対象者数が 40 名程度とはいっても入院日数の減少は顕著であり、統計的にも 1%水準で有意差がみられた。また、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、