

選択尺度の有効性が示唆された。

Van de Willige G.⁴⁾らは、慢性精神疾患患者 76 人を対象に Euro Qol (EQ-5D) と WHOQoL の間の比較調査を行っている。無作為割付比較試験のデザインで調査期間は 18 ヶ月で 3 回調査が行われた。身体精神的安定とともに Euro Qol (EQ-5D) と WHOQoL 双方とも改善が見られ、EQ-5D の精神科領域での使用の妥当性が示唆された。

(2) 疾患別の QOL の比較研究

Soeteman DI⁵⁾らはオランダにおいて、複合的な人格問題・人格異常を持った患者で心理療法を提供する専門ユニットに入院中の 1,651 人を対象に EQ-5D を用いた調査を行った。患者は EQ-5D の質問に完全に解答し、平均値は 0.54 であった。このスコアは、パーキンソン病の 0.58 または、リウマチ病の 0.53 のような疾患に匹敵した。

(3) 治療に対する評価研究への利用

Jose' Manuel Montesa らは Olanzapine の安全性・有効性の研究における QOL 尺度として EQ-5D スペイン語版を用いている⁶⁾。対象患者は初回エピソードの統合失調症患者 182 名で、治療期間は半年であった。結果は、olanzapine または risperidone での治療患者は従来の薬物療法の患者より Euro Qol の視覚のビジュアルアナログスケール (VAS) に対し著しい向上がみられ、非定型抗精神病薬は、従来の治療よりも患者の QOL を向上させることが示唆された。しかし、Euro Qol スコア自体に両者の差は見られなかった⁷⁾。

Campbell A は、タスマニアにおけるメン

タル・プライマリーヘルスケアの公共医療の効果を評価するにあたって、145 人のプライマリーケア患者を対象に EQ-5D を用いて調査を行っている。調査の結果、プライマリーヘルスケアを受けた対象者は受けなかった人たちに比べて QOL の改善が見られた⁸⁾。

その他うつ病におけるグループ学習能力評価においても EQ-5D が用いられていた研究などがみられている¹²⁾。

(4) 医療経済評価

M.Z. Dernovsek¹⁾らは、スロバニアにおいて、抗精神病薬デポ剤を使用している外来に通う統合失調症患者 200 名に対し、EQ-5D の調査を用いて、QALYs および 1 QALY あたりの医療費を算出している。この研究は、スロバニアにおける統合失調症患者の治療費の詳細な経済的評価の最初の研究であった。対象患者の平均年齢は 44 歳で、平均治療期間は 14 年、平均余命は 10 年であった。EQ-5D の平均値は 0.73 で QOL は精神的社会的パフォーマンス及び副作用に影響を受けていた。直接的医療費は 1996 年の価格において 216,216 ドルで、患者一人当たりの 1 QALY の値は 104 ドルと推定された。しかし、このデータは治療開始後平均 14 年の 1 時点のみのデータしかとっていないため、患者の QOL の向上のデータとしての提示が出来ないということと、間接費用を換算していないという点で研究の限界があるとも述べている。

【参考・引用文献】

- 1) What is the value of social values? The uselessness of assessing health-related quality of life through preference measures : Luis Prieto* and José A Sacristán.
BMC Medical Research Methodology 2004 Apr.
- 2) Measuring the Effect of Treatment on Quality of Life in Patients with Schizophrenia.
Focus on Utility-Based Measures: Thomas L. Patterson, Robert M. Kaplan and Dilip V. Jeste : CNS Drugs 1999 Jul; 12 (1): 49-64.
- 3) Measuring preferences for depressive health states : König HH, Bernert S, Angermeyer MC : Psychiatrische Praxis. 32(3):122-31, 2005 Apr.
- 4) Changes in quality of life in chronic psychiatric patients: a comparison between Euro Qol (EQ-5D) and WHOQoL: Van de Willige G, Wiersma D, Nienhuis FJ, Jenner JA.
Quality of Life Research. 14(2):441-51, 2005 Mar.
- 5) Assessment of the burden of disease among inpatients in specialized units that provide psychotherapy : Soeteman DI, Timman R, Trijsburg RW, Verheul R, Busschbach JJ:
Psychiatric Services. 56(9):1153-5, 2005 Sep.
- 6) Safety, effectiveness, and quality of life of olanzapine in first-episode schizophrenia: a naturalistic study : José Manuel Montesa*, Antonio Ciudadb, Josep Gasco'nc, Juan Carlos Go'mezb, EFESO Study Group : Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry 27 (2003) 667- 674.
- 7) Safety and tolerability of olanzapine compared with other antipsychotics in the treatment of elderly patients with schizophrenia: a naturalistic study : Antonio Ciudad a,*, José-Manuel Montes b, José-Manuel Olivares c, Juan-Carlos Gómez a, the EFESO study group : European Psychiatry 19 (2004) 358-365.
- 8) The evaluation of a model of primary mental health care in rural Tasmania. : Campbell A : Australian Journal of Rural Health. 13(3):142-8, 2005 Jun.
- 9) Quality of life and treatment costs in schizophrenic outpatients, treated with depot neuroleptics: M.Z. Dernovsek1*, V. Prevolnik Rupel2, M. Rebolj3, R. Tavcar1
Eur Psychiatry 2001 ; 16 : 474-82.
- 10) INTERNATIONAL REPORT Does Rehabilitation Meet the Needs of Care and Improve the Quality of Life of Patients with Schizophrenia or Other Chronic Mental Disorders?
Jooske van Busschbach, Ph.D. Durk Wiersma, Ph.D.
Community Mental Health Journal, Vol. 38, No. 1, February 2002 (• 2002)
- 11) Rasch model analysis to test the cross-cultural validity of the Euro Qol-SD in the Schizophrenia Outpatient Health Outcomes Study. : Prieto L, Novick D, Sacristan JA, Edgell ET, Alonso J on behalf of the SOHO Study Group.: Acta Psychiatr Scand 2003 107 (Suppl. 416):
- 12) "Coping with depression": an open study of the efficacy of a group psychoeducational intervention in chronic, treatment-refractory depression. : Swan J, Sorrell E, MacVicar B, Durham R, Matthews K : Journal of Affective Disorders. 82(1):125-9, 2004 Oct 1.

資料1 EQ-5D 調査票

以下のそれぞれの項目の一つの□に印をつけてあなた自身の今日の健康状態を最もよく表している記述を示して下さい。

移動の程度

- 私は歩き回るのに問題はない
- 私は歩き回るのにいくらか問題がある
- 私はベッド(床)に寝たきりである

身の回りの管理

- 私は身の回りの管理に問題はない
- 私は洗面や着替えを自分でするのにいくらか問題がある
- 私は洗面や着替えを自分でできない

ふだんの活動 (例:仕事、勉強、家族・余暇活動)

- 私はふだんの活動を行うのに問題はない
- 私はふだんの活動を行うのにいくらか問題がある
- 私はふだんの活動を行うことができない

痛み／不快感

- 私は痛みや不快感はない
- 私は中程度の痛みや不快感がある
- 私はひどい痛みや不快感がある

不安／ふさぎ込み

- 私は不安でもふさぎ込んでいない
- 私は中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる
- 私はひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

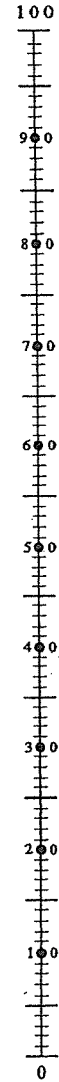
資料2

健康状態がどのくらい良いか悪いかを表わしてもらうために、(温度計に似たような)目盛を描きました。目盛には、あなたの想像できる最も良い状態として100、あなたの想像できる最も悪い状態として0が付けられています。

あなたの今日の健康状態がどのくらい良いか悪いかを、あなたの考えでこの目盛上に示して下さい。下の「あなたの今日の健康状態」と書かれた四角から、あなたの今日の健康状態の良し悪しを示す目盛上の点まで、線を引いて下さい。

あなたの
今日の
健康状態

想像できる
最も良い
健康状態



想像できる
最も悪い
健康状態

入院患者のみなさんへ

—精神科領域の医療経済学的評価に関する研究参加のための
事前調査についてご理解をおねがいします—

2006年3月

私たちは、精神疾患を抱えながら生活をしている患者さんの生活の質（QOL）を明らかにすることにより、精神科領域の治療の医療経済学的評価を行う調査研究を行っています。調査によって得られた結果は、みなさんの QOL 向上の方策を考える資料にしたいと考えています。

QOL 調査を行うにあたって、現在、一定の手続きに従い、入院中の患者さんの何人かに調査協力をお願いしております。調査協力を依頼するにあたっては、調査に相当であると思われる人を、主治医からの情報やカルテの情報をもとに、選ぶようにしております。

この作業は研究班の研究者と主治医で進めておりますが、そのために、平成 15 年 5 月以降に入院した方については、一部カルテの情報を参考にさせていただきたいと思っております。

これは、あくまで、入院した方が調査の対象になるかどうかを確認するための事前調査です。得られた情報は、調査の対象になるかどうかの確認以外には用いませんし、プライバシーの保護には最大限の努力をいたします。また、この事前調査は主治医がおこなうもので、みなさんに直接お聞きするなどの負担は一切ございません。

もし、この事前調査を拒否なさりたい場合は、恐れ入りますが、主治医や病棟の看護師にひとことお伝えください。事前調査への協力を拒否なさっても、みなさんの不利益になることは、一切ございません。

情報の保管の管理責任は東北大学 医科学系研究科 医療管理学分野の高橋聡美が負うものとします。わからないことやご質問がありましたら、高橋までお問い合わせください。

連絡先① 東北大学大学院 医科学系研究科 医療管理学分野
高橋聡美 TEL 022-717-8128
〒9808575 仙台市青葉区星陵町 2 の 1
Email: satomi-t@mail.tains.tohoku.ac.jp

連絡先② 国立精神・神経センター精神保健研究所 ACT-J
深谷 裕 TEL 047-373-6450

精神科外来通院中のみなさんへ

—精神科領域の医療経済学的評価に関する研究参加のための
事前調査についてご理解をおねがいします—

2006年1月

私たちは、精神疾患を抱えながら生活をしている患者さんの生活の質（QOL）を明らかにすることにより、精神科領域の治療の医療経済学的評価を行う調査研究を行っています。調査によって得られた結果は、みなさんの QOL 向上の方策を考える資料にしたいと考えています。

QOL 調査を行うにあたって、現在、一定の手続きに従い、外来通院中の患者さんの何人かに調査協力をお願いしております。調査協力を依頼するにあたっては、調査に相当であると思われる人を、主治医からの情報やカルテの情報をもとに、選ぶようにしております。

この作業は研究班の研究者と主治医で進めておりますが、そのために、外来通院中の患者さんの一部カルテの情報を参考にさせていただきたいと思います。

これは、あくまで、通院中の方が調査どうかの確認以外には用いませし、プライバシーの保護には最大限の努力をいたしまの対象になるかどうかを確認するための事前調査です。得られた情報は、調査の対象になるかです。また、この事前調査は主治医がおこなうもので、みなさんに直接お聞きするなどの負担は一切ございません。

もし、この事前調査を拒否なさりたい場合は、恐れ入りますが、主治医や病棟の看護師にひとことお伝えください。事前調査への協力を拒否なさっても、みなさんの不利益になることは、一切ございません。

情報の保管の管理責任は東北大学 医科学系研究科 医療管理学分野の高橋聡美が負うものとします。わからないことやご質問がありましたら、高橋までお問い合わせください。

連絡先① 東北大学大学院 医科学系研究科 医療管理学分野
高橋聡美 Tel 022-717-8128
〒9808575 仙台市青葉区星陵町2の1
Email: satomi-t@mail.tains.tohoku.ac.jp

連絡先② 国立精神・神経センター精神保健研究所 ACT-J
深谷 裕 Tel 047-373-6450

Ⅲ. 研究協力報告書

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」
研究協力報告書

ACT-Jにおける家族支援に関する研究

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）

月野木睦美*1、鈴木友理子*2、大島巖*3

*1 国立精神・神経センターACT-J 臨床チーム

*2 国立精神・神経センター精神保健研究所

*3 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

研究要旨

【目的】ACT-J が提供する家族支援について、家族側はどのような支援を必要と感じているのか、また、その支援は家族に対し実施されているのかを明らかにした上で、家族支援として何が必要なのかを考察する。【対象】ACT-J 利用者の家族の中で、主たる援助者 1 名に対し、2005 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。【方法】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 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 5 項目である。【結果】1. 対象者の基本属性：主に世話をしているのは、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。世話人の年齢は 30 歳代から 60 歳代まででは、50 歳代が 40.4%と最も多く、65 歳以上は 36.2%であった。また、8 割以上が同居、本人の平均年齢は 35.7 歳、男女比はほぼ同程度であった。2. 直接支援のニーズと実施度：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。実施度も同様の結果を得た。3. 間接支援のニーズと実施度：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%、他の項目においても、「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。【考察】以上の結果から、家族自身には「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る。そのことをふまえて、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。

A. 研究目的

我が国に包括型地域生活支援プログラム (ACT) を導入するにあたって、家族支援要素をどのように位置づけるかは重要な課題である。ACT プログラムが開発された欧米では、家族同居率は非常に低率であるが、我が国においては当事者と家族の同居率は非常に高い (岡上・大島・荒井,1988 ; 西尾,2004)。また、従来の精神保健システムの中で、家族は最重要なケア提供者の役割を負っていた (岩崎・石川・清水・宮崎,2002)。我が国で ACT プログラムを展開するにあたって、このケアパッケージは当事者のみならず、家族自身の支援を提供できることは、従来のプログラムに比べて特筆すべき強みといえる。

本人と家族は相互規定性、つまり、それぞれの行動や言動、感情によって双方に影響を与える (松永,1997)。このため、家族の困難度が高く、余裕がないままに日々の生活を送ることが、実は本人にも有害に作用し、不適切な対応が本人の混乱をもたらし、さらに家族の困難観の増大を来す。結果として家族・本人間の関係の悪化といった悪循環が、本人の回復を阻む場合があり得る (大島,1987)。

国府台における包括型地域生活支援プログラム (ACT-J) での家族支援は、家族自身を援助の対象と考え、家族の負担や困難を軽減し、不安を和らげ、家族自身の生活の質がより良いものになることを目標としている。また、家族の負担や困難が軽減することにより、家族に精神的なゆとりができ、本人へのより良い対処を可能にすると言われている (伊藤,2001)。

そこで、以下に国府台地区における

ACT-J の家族支援は以下の4要素を中心に展開している。

1) 家族のニーズの把握とケアマネジメント : 家族は本人への協力者という立場以前にひとりの生活者として、家族への支援を行う。つまり、家族のニーズと本人へのニーズは異なることを前提として、家族側にたって話を聴き、家族のためのケアプラン作りを行う。

2) 家族に対する直接支援 : 文字通り、家族の話を聴いたり、本人への対処方法を一緒に考えたりする。

3) 家族と本人の関係調整 : 家族に代わり、本人への支援を行ったり、本人が家族の援助なくして可能なことを増やす。

4) 家族心理教育 : 当事者が障害や疾病をかかえながらも、よりよく生きるために必要な知識・情報を家族に対して提供し、また、家族同士の話し合いによって対処の方法や工夫の可能性を探る作業を行う。その結果、家族が本来持っている力を回復し、家族間の相互作用を改善し、ひいては本人の安定化を目指す。

本報告では、ACT-J が提供する家族支援について、家族側はどのような支援を必要と感じているのか、またその支援は家族に対し実施されているのかを明らかにすることを目的とする。その上で、家族支援として何が必要なのかを考察する。

B. 研究方法

1. 対象者

ACT-J 利用者の家族の中で、主たる援助者1名を本調査の対象者とした。2005年10月末現在の登録数79ケース中、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。

2. 調査項目

家族にニーズとサービス実施度に関する家族の認識を把握するための自記式調査票を独自に開発した。この開発に当たっては、精神障害者をもつ家族のニーズに関する先行研究（「精神障害者と家族の現状と福祉ニーズ」2001）に基づいた。

調査内容は、家族支援を直接支援と間接支援に分類し、直接支援は、直接家族に対する支援、間接支援は、本人に対する支援を家族に代わって行う支援と定義した。

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項目で構成される。具体的な質問文は以下の通りである。

a. 直接支援

- (1) 家族の側に立って、話を聴く
- (2) 家族の病気や疲労への対処の工夫を一緒に考える
- (3) 家族のレジャーやリラクスのための支援を行う
- (4) 家族自身の生活の目標を話し合う
- (5) 家族のためのケアプラン作りを行う
- (6) 家族が主治医への希望を述べることへの支援を行う
- (7) 社会資源についての情報を提供する
- (8) 月1回の「家族教室」への参加の促しや、情報提供を行う
- (14) 家族と本人の間に立って意見などの調整をする

b. 間接支援

- (9) 本人の通院または外出の支援を行う
- (10) 本人に対する保健・医療面での支援を行う
- (11) 本人に対する就労支援や日中活動に関

する支援を行う

- (12) 本人に対する日常生活面の支援を行う
- (13) 本人の話をよく聴き、精神的支えになる

これらの項目ごとに、ニーズに関しては、「たいへん必要である」から「必要でない」、実施度については、「行われた」から「行われなかった」の4件法で回答を求めた。

この自記式調査票の調査は、2005年11月下旬に郵送法にて実施した。1週間の留め置き期間を設けた。

また、家族および当事者の基本的属性の情報については、ACT-Jプログラムの臨床記録などから情報収集を行った。

3. 倫理的配慮

調査の趣旨および調査結果は統計的に処理するため、個人が特定されることはないこと、調査結果を調査の目的以外には使用することがないこと、個人情報保護されること、調査に協力しなくても不利になることがないことを依頼状に明記した。調査票の返送によって、調査協力の同意が得られたものとした。

なお本研究は、ACT研究の家族支援研究として国立精神・神経センター国府台病院の倫理委員会で承認された。

4. 分析方法

まず、家族および当事者の基本属性を検討した。その上で、上記調査項目について、回答者の分布について検討した。但し、回答の不備が項目毎に16~26ケースあったため、結果は無回答を除くケースについての有効数および有効パーセントで示した。

C. 結果

1. 対象者の基本属性

家族の中で主な世話人を調査対象者としたが、続柄としては、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。世話人の年齢は30歳代から60歳代まででは、50歳代が40.4%と最も多く、65歳以上は36.2%であった。また、8割以上が同居、本人の平均年齢は35.7歳、男女比はほぼ同程度であった。

本人の平均年齢は35.7歳(標準偏差:9.9)、男女の割合は男性46%、女性54%であった。居住形態に関しては、同居が83.0%、非同居が17.0%であった。

2. 直接支援のニーズと実施度

家族が必要と思う支援は、全体として14項目中11項目において「必要である」と回答した家族が4割以上あった。「やや必要である」を加えると、全ての項目において5割以上の家族が必要性を感じていた。

家族に対する直接支援(項目1~8、14)では、「必要である」と回答された項目は多い順に、「家族の立場になって話を聴く」(68.1%)、「社会資源についての情報を提供する」(54.3%)であった。

逆に、ニーズの低い項目は、「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。

実施度として、家族に対する直接支援(項目1~8)では、「行われた」と回答された項目は多い順に「家族の立場になって話を聴く」(60.0%)、「月1回の「家族教室」への参加の促しや、情報提供を行う」(57.8%)であった(直接支援のニーズは図1-1、実施度は図1-2を参照)。

3. 間接支援のニーズと実施度

家族に対する間接支援(項目9~13)では「必要である」と回答された項目は多い順に「本人の話をよく聴き、精神的支えになる」(81.3%)、「本人の通院または外出の支援を行う」(48.9%)であった。

家族に対する間接支援(項目9~14)では、「行われた」と回答した項目は多い順に「本人の話をよく聴き、精神的支えになる」(68.1%)、「本人に対する就労支援や日中活動に関する支援を行う」(50.0%)であった。

家族に対する直接支援(項目1~8)と家族に対する間接支援(項目9~14)を比較すると、家族に対する直接支援(項目3~7)の実施度は低い傾向にあった(間接支援のニーズは図2-1、実施度は図2-2を参照)。

D. 考察

家族に対する直接支援と間接支援を比較すると、家族自身のニーズは、間接支援(本人への支援)は全体的に高い必要性を示しているが、直接支援(家族への支援)の中の「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」といった家族自身の生活に関する項目の必要性は低かった。また、実施度においても、同じような傾向がみられたことから、家族が望む支援に対しては支援がなされており、家族のニーズと支援はマッチしていたといえよう。以下にニーズ、実施度についてそれぞれ検討する。

1. 家族が必要とする支援について

ACT-Jが提供する家族への支援に対し、「必要である」「やや必要である」を加える

と、全ての項目において5割以上の家族が必要を感じていた。

家族に対する直接支援においては、家族の立場になって話を聴くこと、地域の社会資源についての情報提供を望んでいた。家族に対する間接支援（本人に対する支援）においては、本人の話をよく聴き、精神的支えになること、本人の通院または外出の支援を行うことを希望していた。

家族に対する直接支援と間接支援を比較すると、「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」といった家族自身の生活に関する項目に対して、家族自身の必要性が低かった。一方、間接支援は全体的に高い必要性を示している。このことから、家族自身には「家族よりもまず本人への支援を」という思いがあるのではないかと考えられた。

しかし、今回の結果は、ACT-J がスタートしてから数年しか経っていないこともあり、“家族自身の生活の向上に関するニーズ”は、十分に語られる関係性を構築する途上であったために十分にニーズが表出されていなかったことも考えられる。また、「個々の家族自身には、家族自身の生活の向上に関するニーズ」があると思われるので（大島・植木・徳永, 1955 ; 大島, 1989）、（家族支援を考えると、病者をケアする「援助者としての家族」としてではなく、病者ととともに地域で暮らす「生活者としての家族」に視点をおいた支援の必要性や、この二つの家族機能がバランスよく機能する状態を作り出すことの重要性が報告されている）家族自身のニーズの変化を丁寧に追い、ニーズの顕在化を図るような戦略が

必要と考える。そのためには、今後、縦断的な調査および検討の必要があろう。

2. 家族支援の実施度

家族に対する直接支援においては、家族の立場になって話を聴くこと、月1回の「家族教室」への参加の促しや、情報提供を行うことは実施されていた。間接支援においては、本人の話をよく聴き、精神的支えになること、本人に対する就労支援や日中活動に関する支援を行うことに関しては、行なわれたと感じていた。

家族に対する直接支援と間接支援を比較すると、家族の必要性が低いとされた「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」といった家族自身の生活に関する項目に対しての実施度も低い傾向にあった。一方、間接支援は全体的に高い実施度を示していた。

家族が望む支援に対しては、支援が実施されており、家族のニーズと支援はマッチしていることがうかがえた。

家族の感情表出理論では、家族の関わりが再発に影響を及ぼすことが確認されている（レフ, 1991 ; 伊藤・大島, 1994）。この理論に負うところの大きい心理教育においても、「本人が安定するための家族支援」の重要性を唱えている。「本人が安定するための家族支援」、つまり「家族が安定することで、本人も楽になる」という文脈で捉えていく必要があるのではないかと考えられる。

このような文脈で考えると、家族自身の生活の充実も考えていかなければならない問題であるため、今後の家族への介入の戦略として、「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」といった家族自身の生活に関する支援を行なっていくことが必要であると考えられる。

さらに、ACT-Jの地域に出向いて支援をするという得意技を活かし、支援者が家庭に出向いて、家族心理教育の場を設定することも課題であろう。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、家族支援のニーズとその実施度を評価するために、独自に調査票を開発した。この開発にあたっては、先行研究を参考にしたものの、その評価尺度の信頼性、妥当性の検討は行っていない。今後は他の尺度との比較などによって、測定尺度をより洗練化させる必要がある。また、本調査は自記式調査を郵送法で行ったが、調査方法についても、回答の信頼性の問題が課題として残った。今後の課題として、自記式調査を面接調査に変更するなどの実施方法を検討する必要がある。

しかし、本研究は臨床家が日々の支援のなかで課題に抱えている点を質問票に反映させて、きわめて臨床的な研究であるといえる。今回の結果は一般化するには限界があるが、ACT-Jの臨床活動に今後反映すべき示唆に富んだものであったと考える。具体的には、臨床活動では「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」といった家族自身の生活に関する支援を強化していくことが課題であると考えられる。また、「個々の家族自身にはこのようなニーズがある」と仮説をたて、家族自身のニーズの変化を丁寧に追い、ニーズの顕在化を図るような戦略が必要になろう。またこの仮説を検討

する目的で今後さらに縦断的な調査をし、検討することが必要である。

E. 結論

家族に対する直接支援と間接支援を比較すると、家族自身のニーズは、間接支援（本人への支援）は全体的に高い必要性を示していたが、直接支援（家族への支援）の中の「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」といった家族自身の生活に関する項目に対しての必要性は低かった。また、実施度においても、同じような傾向がみられた。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。

なお、この報告書のとりまとめに当たっては、研究協力者の月野木睦美が担当した。

【参考文献】

- ・伊藤順一郎, 大島巖. 家族の感情表出と分裂病患者の再発との関連. 精神医学 1994; 36: 1023-1031.
- ・伊藤順一郎. 家族支援とリハビリテーション. リハビリテーション研究 2001; 108:18-21.
- ・岩崎弥生, 石川かおり, 清水邦子, 他. 精神障害者の家族のケア提供上の対処; 家族の応答性と自己配慮. 日本看護科学会雑誌 2002; 22: 21-32.
- ・大島巖. 精神障害者をかかえる家族の協力体制の実態と家族支援の在り方に関する研究. 精神神経学雑誌 1987; 89: 204-241.
- ・大島巖. 精神障害者の家族. 滝沢武久, 村

田信男,編. 精神保健実践講座 6,精神保健と家族の問題. 東京: 中央法規出版, 1989; 164-188.

・大島巖, 植木ひろこ, 徳永義勝. 家族会との関わり方・支援方法. 伊藤順一郎, 後藤雅博, 遊佐安一郎,編. 援助技術の実際. 東京: 星和書店, 1995; 143-169.

・岡上和雄, 大島巖, 新井元傳, 日本の精神障害者—その生活と家族—. 京都. ミネルヴァ書房. 1988; p.50.

・全国精神障害者家族会連合会編. 精神障害者と家族の現状と福祉ニーズ—第3回全国家族調査(Ⅱ)病院家族会編. 東京; 全国精神障害者家族会連合会. 2001.

・松永宏子. 精神障害者の家族支援に関する

研究. 柏木昭, 簇野修一, 編. 医療と福祉のインテグレーション. 東京: へるす出版, 1997; 102-110.

・西尾雅明. ACT 入門. 東京. 金剛出版. 2004; 113.

・J.レフ, C.ヴォーン. 分裂病と家族の感情表出. 三野善央, 牛島 定信訳, 訳. 東京. 金剛出版. 1991; .121-168.

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

図 1-1. 直接支援のニーズ

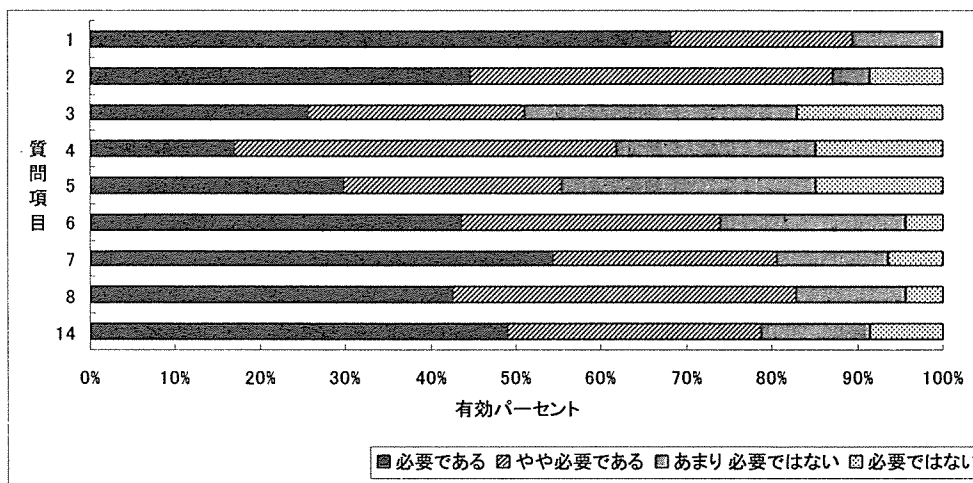


図 1-2. 直接支援の実施度

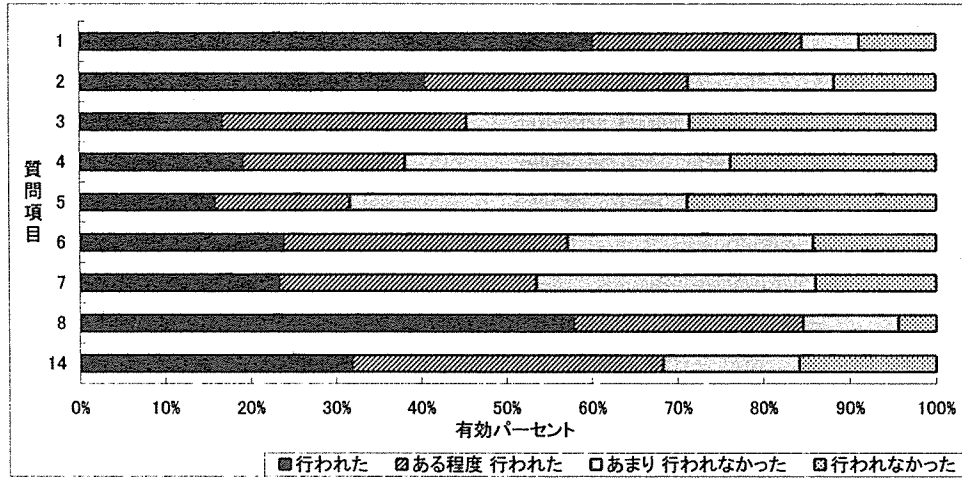


図 2-1. 間接支援のニーズ

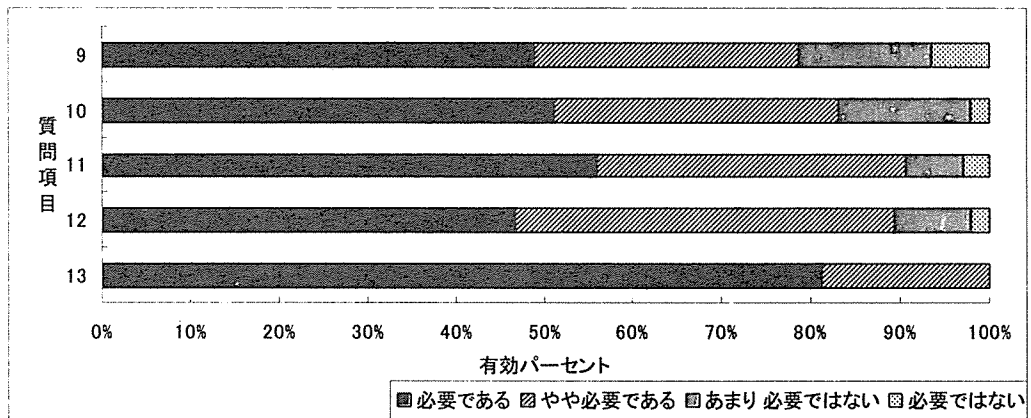
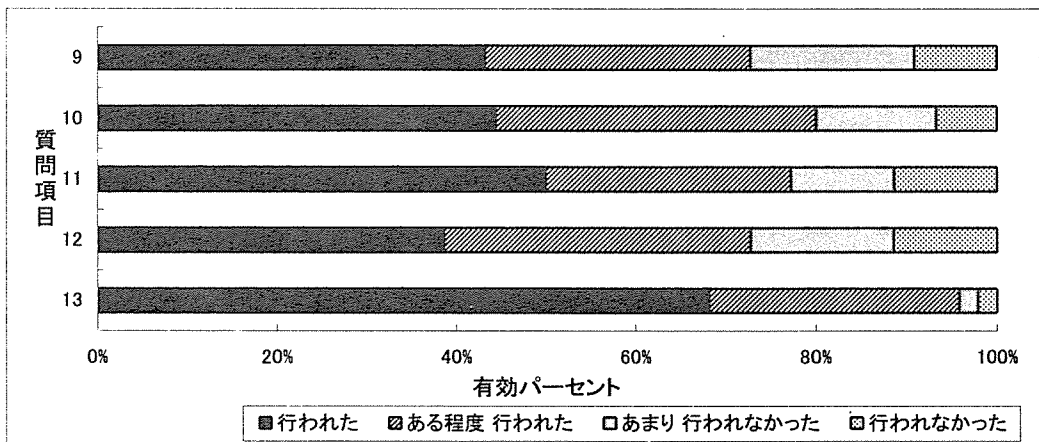


図 2-2. 間接支援の実施度



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」
研究協力報告書

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 —

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）
園環樹*1、大島巖*1、贅川信幸*1、深澤舞子*1、伊藤順一郎*2、西尾雅明*2
*1 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野
*2 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨

【目的】準実験法を用いて ACT の援助効果を家族のアウトカム指標を用いて明らかにするとともに、効果をもたらす援助要素を同定し、家族支援を組み入れた日本型の ACT 実践に対する示唆を得ることを目的とする。【方法】日本で最初に導入された精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラム (ACT) の利用者家族を対象に、ACT 利用による効果を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、提供されるサービス量と家族の変化との関連も検討した。【結果と考察】介入群は千葉県市川市において実施されている ACT プログラム (ACT-J) の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 人である。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。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。

A. 研究目的

今日、わが国の精神医療福祉施策は激動期にある^{1,2)}。その変化は、直接的には 2002 年 12 月に策定された障害者基本計画・重点施策実施 5 か年計画（新障害者プラン）に始まる³⁾。そこでは「入院中心から地域生

活中心に」が基本的なスタンスとされ、「条件が整えば退院可能とされる約 7 万 2 千人の入院患者を 10 年のうちに退院・社会復帰を目指す」とされている。そして、2004 年 9 月に出された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、退院患者を受け入れる地

域生活支援の体制として、市町村を中心とした相談・支援体制の充実を図り、ケアマネジメント実施体制を整備する方針が示されている⁴⁾。

このような動向の中で、精神障害者に対するケアマネジメント、中でも精神病院の脱施設化を進めた国々の地域精神保健の中核である集中型・包括型のケアマネジメントの代表的プログラムである ACT⁵⁾ (Assertive Community Treatment) に注目が集められている^{6, 7)}。ACT とは、重い精神障害をもつ人々（多くは重症あるいは慢性の精神疾患、あるいは精神医療サービスの頻回利用者）のニーズに合うように特化した地域ケアパッケージである。ACT は、①服薬管理等の医療サービスも含み、②頻回のアウトリーチサービスを主体としながら、③精神科医・看護師・精神保健福祉士・作業療法士などの多職種がチームを形成し多彩なサービスを提供し、④24 時間、週 7 日対応を原則とし危機介入も行う、などの特徴をもつ医療・保健・福祉の包括的な地域生活支援プログラムである。また、これは 1 つの固定化したサービスパッケージをさすのではなく、サービスの内容は利用者のニーズに応じて、柔軟に決められるのも特徴である^{8, 9, 10)}。また、1970 年代からその有効性が欧米諸国で実証され始め、現在、有力な科学的根拠に基づく実践 (Evidence-Based Practices) の 1 つとして世界的にそのプログラムの普及が行われている^{11, 12)}。

人口当たりの精神科病床数が世界最大であり、脱施設化を進め地域ケアを発展させることが近年ようやく政策的な課題となってきた日本においても⁷⁾、2003 年 5 月から

ACT を導入する実験プロジェクト（厚生労働科学研究「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・システムに関する研究」以下：ACT-J）が国立精神・神経センター国府台地区で開始された¹⁰⁾。

欧米諸国とは異なる状況で ACT を導入するためには、日本独自の配慮も必要になる¹³⁾。特に日本では、地域で生活する精神障害者の家族との同居率が欧米諸国のそれと比して高く、地域ケアにおいて家族の果たす役割が大きい^{10, 14)}、家族支援を ACT の構成要素に位置づける必要性が指摘されている。しかしながら、ACT の利用者家族のアウトカムを扱う先行研究は、地域で生活する精神障害者の多くが単身生活者である欧米諸国ではほとんどない¹⁵⁾。さらに、ACT で提供されたサービスを定量的に評価し、家族アウトカムとの関連を分析した先行研究も見当たらない。本邦初の ACT 利用者の家族アウトカム評価にプロセスの評価を合わせて行い、効果をもたらす介入内容を明らかにすることは重要であると考えられる。

本研究では、準実験法を用いて ACT の援助効果を家族のアウトカム指標を用いて明らかにするとともに、効果をもたらす援助要素を同定し、家族支援を組み入れた日本型の ACT 実践に対する示唆を得ることを目的とする。

B. 研究方法

1. ACT-J プロジェクトの概要

ACT-J とは、2003 年 5 月から千葉県市川市国府台地区において施行された、日本における初めての ACT プログラムである。重

い精神障害を持つ精神医療の頻回利用者が、できるだけ質の高い、安定し自立した地域生活を送り続けられるように支援することを目的とし、2005年12月現在で16名の多職種スタッフ（うち非常勤スタッフが4名）が約80名の利用者にさまざまなサービスを提供している。対象者の加入基準は、①2003年5月以降に国府台病院精神科に入院した者のうち、②年齢が18歳～59歳で、③主診断が統合失調症、感情障害等の精神疾患であり、④居住地が千葉県市川市・松戸市・船橋市のいずれかで、⑤一定レベル以上の社会機能障害があり、医療サービスの頻回利用者であることとする。

2. デザイン

準実験法(Quasi-Experimental Method)¹⁶⁾を用いた。ここでは、ACT利用者の家族を介入群、ACTの加入基準を満たすと考えられる家族会会員（基準は後述）を対照群とし、ACTプログラムの効果を評価した（図1参照）。

調査の実施時期は、介入群では、利用者の退院後1ヶ月と12ヶ月の2時点で、2003

年10月から2005年2月の間に第1回目、2004年9月から2005年12月の間に第2回目調査が実施された。対照群では2003年9月から12月の間に第1回目、2004年9月から12月の間に第2回目の調査が行われた。以下、第1回目調査をT1、第2回目調査をT2という。

調査の実施方法は、家族を対象にした自記式調査票を用い、介入群では郵送法と臨床スタッフによる配票留め置き法、研究スタッフによる自宅訪問などの方法を併用し、対照群では郵送法と集合法を併用した。

3. 対象

1) 介入群

介入群の対象者は、ACT利用者のうち家族調査の同意が得られ、2005年11月末日現在で退院後12ヶ月が経過した者の、主たる援助者である家族44人とし、2時点で回答が得られた者27人（61.4%）を本研究の分析対象とした。

2) 対照群

ACT-Jの対象圏域に組織された精神障害者家族会のうち市全域を対象に組織された地域家族会2団体と、小規模作業所通所者の家族を対象に組織された家族会1団体の計3団体（市川市2団体、松戸市1団体）の会員224名のうち次の条件を満たす者50名（22.3%）を対照群とした。これらは2回の調査の両方に回答があり、ACTの加入基準と同等の条件、すなわち、質問紙の回答から、①本人の年齢が18歳～59歳で、②主診断が、統合失調症、感情障害等の精神疾患であり、③入院回数、入院日数、救急利用回数、医療中断の期間、日常生活機能などの基準を満足させると考えられる人たちである。

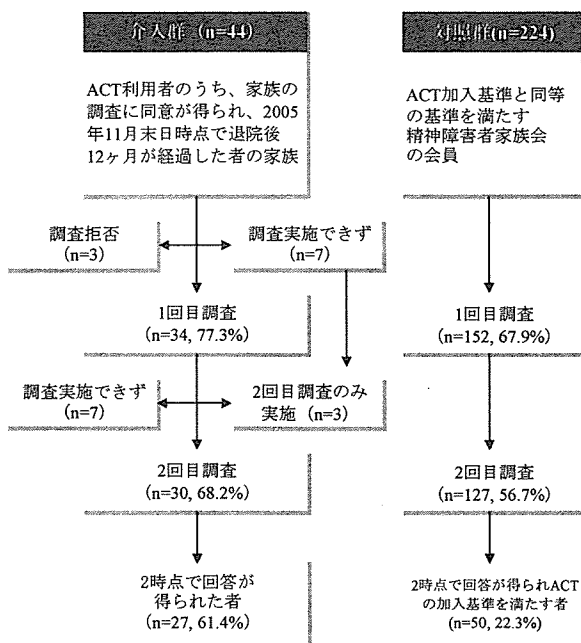


図1. 調査の流れ

4. 分析枠組みと分析変数

分析変数はアウトカム変数と援助プロセス関連変数に2大別される。アウトカム変数は、介入効果を検討するための変数であり、先行研究で明らかになっている要因の関連をもとにこれを分析する(図2参照)¹⁷⁾。プロセス関連変数は、介入プロセスを記述・評価するための変数であり、アウトカムとの関係を検討する。

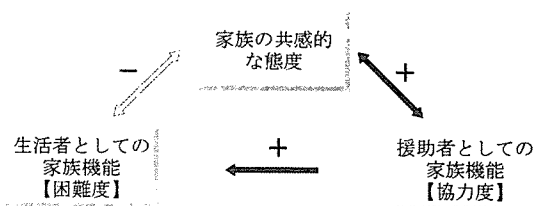


図2. 家族ケアに関わる要因関連図¹⁷⁾

1) アウトカム変数

a. 生活者としての家族機能を捉える尺度

(1)家族困難度：大島¹⁸⁾の「家族の生活困難度」を用いた。質問は15項目からなり、「自分だけの時間が持てなくなった」などの困難の状態について、「大いにある」に2点、「多少ある」に1点、「ない」に0点を与え、その合計点を生活困難度とした。さらに、本研究データの因子分析によって抽出された3因子を「日常生活における困難・疲労(8項目 Cronbach's $\alpha = .90$)」「将来に対する不安(項目 Cronbach's $\alpha = .69$)」「危機に対する不安(3項目 Cronbach's $\alpha = .64$)」とし、それぞれの項目を単純加算したものを下位尺度として分析に用いた。

(2)介護負担感：Zarit¹⁹⁾の介護負担尺度のうち、全般負担感の1項目のみを用いた。「ご本人を支援することがどのくらい自分の負担になっていると思いますか」の問いに対し、「非常に大きな負担だと思う」に5点、「かなり負担だと思う」に4点、「世間並み

の負担だと思う」に3点、「多少負担に思う」に2点、「全く負担ではない」に1点を与えた。

(3)生活満足度：「現在の生活にどのくらい満足していますか」の設問を設け、「満足している」に5点、「まあ満足している」に4点、「どちらともいえない」に3点、「やや不満だ」に2点、「不満だ」に1点を与えた。

b. 援助者としての家族機能を捉える尺度

(1)協力行動数・協力度：大島¹⁸⁾の「協力行動数」、「協力度」の指標を用いた。14項目の協力行動に関して、「よくしている」「多少している」「していない」「1人で出来る」で回答する。得点化の方法は表1参照。

表1. 協力行動数・協力度

$$\text{協力行動数} = 2 \times \sum_{i=1}^{14} (\text{よくしている}) + \sum_{i=1}^{14} (\text{多少している})$$

$$\text{協力度} = \frac{\text{協力行動数}}{2 \times (14 \text{項目} - \text{自立項目数})} \times 100$$

(2)家族ケア自己効力感：大島ら²⁰⁾の家族ケア自己効力感尺度を用いた。「本人の回復をあせらずに見まもる」などの19項目に対して、「全く自信がない」の0点から「絶対自信がある」の10点までの11段階で評価し、その合計点を家族ケア自己効力感とした。

(3)参加準備性：大川ら²¹⁾の「参加準備性尺度」を用いた。「家族援助サービスを積極的に利用し、役だたせること」などの12項目に対して、「とても大切」に4点、「大切」に3点、「あまり大切でない」に2点、「大切でない」に1点を与え、その合計点を100点満点換算したものを参加準備性とした。

c. 家族の本人に対する態度を捉える尺度
家族拒否度：Kreisman²²⁾の尺度を用いた。拒否的認識を問う11項目に対して、「おお

いにそう思う」に2点、「少しそう思う」に1点、「そういうことはない」に0点を与え、その合計点を拒否度とした。

d. サービス満足度を捉える尺度

CSQ-8：立森ら²³⁾のクライアント満足度尺度 (Client Satisfaction Questionnaire: CSQ)の日本語8項目版を用いた。援助の満足度を問う項目に対し4段階で回答しそれらの合計点を算出するものである。なお、この尺度は介入群のT2にのみ用いた。

2) プロセス関連変数

a. 電子サービスコード記録²⁴⁾：精神障害者の地域生活支援を記述するサービスコードの体系を、既存尺度やガイドライン、資料、これまでの経験を参考に作成したもので、サービスを23分類(9カテゴリー)し、コード化し、これらのコードとともに、サービスの提供者、利用者、場所、日時などを電子的に記録・蓄積するシステムである。本研究ではこの中から分析対象者に対して退院後1年間に提供されたサービスの記録を用いた。ACT-Jでは電子サービスコードを用いた臨床活動の記録が行われている。

b. ACTに対する印象：「ACTを利用すると家族の負担が軽くなると思う」などACTの印象を問う21項目を設け「あてはまる」項目全てにチェックを入れるという方法で回答を得た。なお、対照群ではACTのサービス内容を700字程度の文章によって説明し、ACTのことを全く知らない対象者でもACTの具体的なイメージを掴んだ上で回答できるように配慮した。

3) 基礎属性など

回答者の性別、年齢、精神障害者本人との続柄、同居状況、本人の性別、年齢、罹病期間などを尋ねた。

5. 分析方法

基礎属性やT1での尺度得点を群間比較するために、連続変数に関してはt検定、割合の比較には χ^2 検定を行った。

介入の効果を評価するために、T1で有意差のあった変数を共変量として、反復測定分散分析を行い、群と時間の交互作用を評価した。なお、ACTに対する印象を問う項目では、[T1:T2]の結果が[あてはまる：あてはまらない]の場合は-1, [あてはまらない：あてはまる]の場合は+1, 変化がない場合は0とし、その値をMann-Whitney検定で群間比較した。

ACTで提供されたサービスと介入効果の関連を評価するために、各尺度の前後差得点(T2-T1)と提供されたサービス量(時間)とのPearson積率相関係数を算出した。

ACT-Jプログラムは現在進行中であり、対象者数が限定されていることから、有意水準は10%に設定した。解析にはSPSS 12.0J for Windowsを用いた。

6. 倫理委員会の承認

本研究は、国立精神・神経センター精神保健研究所倫理審査委員会ならびに東京大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得ている。

C. 結果

1. 対象者の基礎属性

対象者の基礎属性を表2に示す。家族の性別、年齢、続柄、精神障害者本人の年齢、診断、罹病期間に関して両群間に有意差はなかったが、障害者本人の性別に関しては介入群で女性の割合が有意に高かった。