

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 18 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 19 (2007) 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・協力研究報告

| | |
|---|----|
| 1. ACTの事業化における訪問看護ステーションの機能強化について | 15 |
| 2. 包括型地域生活支援プログラム（ACT-J）の費用対効果分析 | 31 |
| 3. ACT-Jのプロセス・フィデリティ評価に関する研究 －個別利用者レベルのフィデリティ評価と1年後アウトカムとの関連－ | 43 |
| 4. ACTで提供されたサービスとアウトカムの関係 －サービスコードデータとアウトカム調査の結果から－ | 55 |
| 5. ACTチーム精神科医の役割と機能に関する研究 | 61 |
| 6. 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）における 家族支援のあり方に関する研究 －家族支援における変化ステージモデルの活用－ | 75 |
| 7. ACT-JにおけるIPSモデルによる就労支援 | 81 |
| 8. ACT-Jにおける入院低減効果に関する研究 －ランダム化対照試験6ヶ月・1年中間データの分析－ | 91 |

I . 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
平成 18 年度 総括研究報告書

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

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（日本社会事業大学 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）
鈴木友理子（国立精神・神経センター精神保健研究所 室長）

研究要旨

《目的》

日本初の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行い、(2)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する。

《方法》

(1)平成 15 年 4 月に ACT 臨床チーム (ACT-J) を国立精神・神経センター国府台病院に立ち上げ、臨床活動およびパイロット研究を開始、平成 16 年 5 月より無作為割付方式による (RCT) エントリーを開始した。同時に研究チームを組織し研究活動を遂行した。

RCT では、対象者を ACT-J 群と、対照群＝通常の治療・リハビリテーション群に分け比較検討した。対象者は国府台病院精神科に入院した者から、年齢、診断、居住地、精神科サービス利用状況、社会適応状況などの加入基準により選定し、研究参加への同意が得られた時点で、無作為に二群に割り付けた。調査は研究チームが面接と自記式の調査用紙を用いて行い、アウトカム評価、プロセス評価、医療経済学的評価のほかに、就労支援状況、家族支援状況などの評価を行った。調査はベースライン、6 ヶ月後、12 ヶ月後時点で行った。

(2)臨床活動の延長として、平成 17 年度以降千葉県や市川市、地域の社会福祉法人や NPO 法人、家族会、当事者会、医療機関などが連携し、地域の精神保健福祉システムの多様な発展を目指す「マディソンモデル活用事業」に参加し、ACT が一地域の精神保健福祉システムの中でどのような位置づけになるのが望ましいのか検討を行った。

(3)平成 18 年 5 月からは日本精神科看護技術協会、日本精神保健福祉士協会等と定期的に勉強会をもち、医療的資源と福祉的資源の結合体としての訪問看護ステーションの可能性について検討を重ねた。

《結果と考察》

RCT研究でACT-J群では6ヶ月、1年とも入院日数がエントリー前の日数より有意に減少していた。

また入院日数の減少量が対照群に比べ大きい傾向もみられ、エントリー入院時のGAF得点が中央値以下の者に限定した場合、および、診断を統合失調症と双極性障害に限定した場合は、有意差があった。医療経済学的には、中間報告（n=38）であるが医療費と社会資源利用の総和としての社会的コストがACT-J群で年間一人150万円程度、対照群では190万円程度と見積もられた。またACT-J群の26%が一般就労を果たしていた。家族支援状況も我が国のACTの特色として捉えられた。

訪問看護ステーションに関する検討では、ステーションに精神保健福祉士を配置すること、患者の生活圏への訪問を認めること、同行訪問に加算をつけることなどでACTの実施が可能になることが示された。

《結論》

ACTは、RCT研究で入院日数の低減に成果を挙げ、入院費を抑制することで対照群に比して良い費用対効果を示し、一般就労を目指す試みも一定程度の成果を挙げている。即ちACTは重症精神障害者の地域生活の維持に役立つことが実証されつつある。

また、訪問看護ステーションを強化し、福祉的資源を活用する地域密着型の医療的資源とすることで、ACTが実現可能であることも強く示唆された。

今後、研究成果をもとに研修を充実しACTの全国普及に努めることが重要である。

A. はじめに

本研究は、重度精神障害者に対する、新たな地域中心のサービスとして包括型地域生活支援プログラム（ACT）をとりあげている。

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・PSW・OT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

④24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。

本研究の目的は、日本初のACTの実践（ACT-J）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することである。これは、平成14年度～16年度の「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）を継承している。

平成17年度は無作為割り付け方式による効果実証研究（RCT）のエントリーを遂行するとともに、平成15年度より開始したパイロット研究の1年予後の調査を行った。平成18年度は以下の項目を課題として研究に取り組んだ。特に下線を引いたものが、18年度単年予定の重要課題であり、それ以外

は平成19年度にも継続する課題であった。

- ・ RCT 研究のエントリーの完了。退院 6 ヶ月予後についての成果の明確化。(RCT 研究)
- ・ パイロット研究の長期フォローアップ (2 年) の成果のまとめ。
- ・ ACT-J のプロセス評価。ならびに今後、我が国で行われる ACT プログラムの試行に対応できる、プログラム評価のシステム作り、用具の作成、研修システムの整備等を行うこと。(プロセス研究)
- ・ 上記 ACT 定着のためのプログラムを用い、新たに我が国で始まる新たな ACT モデルの試みを支援すること。
- ・ RCT 研究において、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。(医療経済学的研究)
- ・ 地域精神保健医療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。
- ・ ACT における家族支援の方法論を明確にして提示し、アウトカムを明らかにすること。
- ・ ACT における就労支援の方法論を明確にして提示し、アウトカムを明らかにすること。
- ・ ACT における多職種チーム運営の方法論を明確に提示すること。
- ・ ACT の目標である、リカバリーの概念の実現について検討を行い、必要な要素を明確にすること。
- ・ ACT におけるリスクマネジメントについて明らかにすること。

B. 研究方法

《研究の全体像》

本研究は、千葉縣市川市にある国立精神・神経センター国府台病院を臨床の拠点にして開始された。まず、平成 15 年 4 月に日本初の包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment; ACT) の臨床チーム (ACT-J チーム 常勤ケースマネジャー 11 名、非常勤 2 名、チーム精神科医 1 名) を結成した。1 ヶ月の集中的な研修の後、同年 5 月より、定められた基準を用い対象患者を登録し、ACT-J の活動を開始した。平成 16 年 4 月末の時点で、43 名が登録された。この 43 名をパイロット研究の対象者とした。平成 16 年度 5 月より、無作為割付方式による (RCT) エントリーを開始した。

臨床チームとは別に研究チームを組織し、RCT 研究、プロセス研究、医療経済学的研究、就労に関する追跡調査などの研究活動を遂行した。研究チームは 2 週間に 1 回程度分担研究者・研究協力者のミーティングをもち、研究活動の進捗状況を確認し、また生じてくる課題に対処しながら研究活動を続けた。

ACT の臨床活動の延長として、平成 17 年度以降千葉県や市川市、地域の社会福祉法人や NPO 法人、家族会、当事者会、医療機関などが連携し、地域の精神保健福祉システムの多様な発展を目指す「マディソンモデル活用事業」に参加した。この事業は、県の事業として行われ月に 1, 2 回上記の関係者が集まり、地域に新たに必要なプログラムについて協議をしつつ、クラブハウスやケアマネジメント、就労支援、退院促進や危機回避のためのショートステイ事業な

どを展開している。議論に参加する中で今後 ACT が一地域の精神保健福祉システムの中でどのような位置づけになるのが望ましいのかも検討を行った。

さらに、平成 18 年 5 月からは日本精神科看護技術協会、日本看護協会、日本精神保健福祉士協会、日本作業療法士協会、日本訪問看護振興財団、東京都などと定期的に勉強会をもち、医療的サービスと福祉的サービスの結合体としての訪問看護ステーションの可能性について検討を重ねた。これは ACT の普及のための現実的な選択肢を模索したものである。この研究会で議論された内容は、整理検討して、診療報酬の議論の場などに提出した。

以下に研究の中核をなす、ACT-J の臨床に関する研究の方法を記す。

《RCT 研究、プロセス研究、医療経済学的研究》

【対象】

これらの研究は、対象者を、無作為割付の方法により、訪問型の包括的地域生活支援サービス (ACT-J) 群と、対照群＝通常の治療・リハビリテーション群に分け、比較研究のかたちをとった。目標値として各群 100 名程度を掲げた。

対象者は、国府台病院精神科に平成 16 年 5 月以降入院したもののうち、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 (痴呆性疾患 (F00-05)、人格障害 (F6x)、精神遅滞 (F7x) は除外)③居住地：市川市、船橋市、松戸市、④過去 2 年間の精神医療の利用 (いずれか 1 つ) 入院回数 2 回以上か入院日数 100 日以上、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、ものとした。

【エントリー】

エントリーは研究チームが担当し、研究参加への同意が得られた時点で乱数表を用いて、ACT 介入群と、対照群に分けた。調査研究については研究チームが担当し、退院 2 週間後、6 ヶ月後、1 年後とコンタクトを取り、面接と自記式の調査用紙を用いて情報の収集を行った。

【アウトカム指標】

〔RCT 研究〕

主たるアウトカムとして、記録から得られる情報として、地域滞在日数、再入院の日数、就労率、服薬量 (CP 換算値) を採用した。本人との面接調査により得られる情報として、BPRS、GAF、QOLI、自記式評価尺度より得られる情報として、サービス満足度、自己効力感、服薬治療態度、参加準備性などを用いた。

〔プロセス研究〕

研究チームが臨床チームのスタッフに定期的にインタビューを行う形でシステムレベルのフィデリティ尺度の評価、個別利用者フィデリティ尺度の評価を行った。また研究参加者に面接をすることで利用者認知評価個別フィデリティ尺度の評価を行った。また、臨床チームのケースマネジャーの実践の評価については、日々ケースマネジャーが入力するサービスコードのデータベースを資料として活用した。

〔医療経済学的研究〕

医療費、入院日数、外来日数については、レセプトから得られたデータを利用した。

なお、外来費については院外処方から院内処方に換算し直している。退院から1年間の社会資源の利用状況については対象者本人および（ACT群の場合は）ACTスタッフからの聞き取りにより情報を得た。また、そこで得られた情報をもとに、本人から同意を得て該当する地域サービス提供者（作業所職員等）に対して聞き取りを実施し、利用施設において1人当たり1日にかかっているコストを算定した。ACTサービスの費用については、ACTの臨床チームが入力しているデータベースをもとに、サービス内容とコンタクト回数を把握し、診療報酬の枠組みで換算した。

C. 研究結果

以下に、主たる研究成果について記す。

〔RCTによるACT-Jの効果研究〕

2004年5月1日から2006年10月31日までに国府台病院精神科に入院したのべ2,879名のうち、177人が精神科診断・過去の入院歴・GAF得点などから基準に適合し、そのうち115人からインフォームドコンセントを得た。ランダム化の結果59人が介入群、56人が非介入群となり（2006年10月末）、介入群にはプログラムのスタッフが訪問中心の医療福祉支援を行った。基準となる入院の退院後6ヶ月および1年の再入院日数を追跡し二群間で比較分析した。

（対象者の妥当性）

研究拒否者と同意者の間で過去2年の入院日数と過去1年の最高GAF得点に有意差が見られ、研究参加者の代表性に注意が要された。介入群と非介入群では、介入群の方が年齢と初発年齢が高く、教育年数が短かった。

（研究結果）

介入群では6ヶ月、1年とも入院日数がエントリー前の入院日数より有意に減少していることが認められた。6ヶ月、1年とも、入院日数の減少量が、介入群の方が大きい傾向がみられ、特に、初期入院時のGAF得点が中央値以下の者に限定した場合、および、診断を統合失調症と双極性障害の者に限定した場合は、この差が5%水準で有意であった。

〔プロセス研究〕

ACT臨床の質の追跡調査（プロセス評価）をDACTS尺度により継続実施した。DACTSはプログラムレベルのフィデリティ（忠実度）尺度である。

また、ACTのサービスの質の評価として、ケースマネージャーから個別のサービス実施状況を評価する「個別利用者フィデリティ尺度（ICFS）」を開発した。ICFSの評価する領域は4領域にわたり、それぞれの信頼性係数は、（i）個別アセスメントとケア計画 $\alpha=0.876$ 、（ii）入退院と医療 $\alpha=0.787$ 、（iii）サービス提供方法 $\alpha=0.742$ 、（iv）個別援助サービス $\alpha=0.818$ であった。また、各項目の平均点は2点満点でそれぞれ、1.10、0.71、0.96、0.45、サービス実施を行っていない理由を勘案した修正ICFSの得点は、それぞれ、1.48、1.44、1.23、1.19であった。

加えて利用者が認知しているサービス実施状況を評価する「利用者認知評価個別フィデリティ尺度（CPFS）」も開発した。CPFSは（i）個別サービス下位尺度、（ii）提供体制下位尺度、（iii）姿勢下位尺度の3要素からなる。CPFSの総得点および個別サービスの認知得点は、BPRSの改善、GAFの改

善と負の相関を示し、利用者のサービス満足度は総得点、全下位尺度と正の相関を示した。

一方、利用者に提供されたサービスを、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用いて分析し、提供されるサービス量と各種アウトカム指標の変化との関連を検討した。用いたアウトカム指標は入院日数、GAF（Global Assessment of Functioning）、自己効力感、服薬態度などである。分析の結果、調査期間中に提供されたACT-Jのサービスの利用者1人あたりの平均回数は電話だけのコンタクトも含めて約221回であった。その内容としては、「症状・服薬管理」「対人関係支援」「日常生活支援」などのサービスが多く提供されていた。各アウトカム尺度の得点の前後差得点（1年後調査－退院直後調査）と、提供されたサービス量の相関については、「日常生活支援」や「社会生活支援」の提供量と入院日数の減少との間に有意な相関が見られた。また、「就労支援」の提供量と参加準備性の増加量との間にも有意な相関が見られた。

〔医療経済学的研究〕

RCT研究の介入群（ACT群）と比較群（対照群）の二群間の年間コスト（医療費および社会資源利用費）について比較検討を試みた。具体的には、年間医療サービス利用状況と医療費、社会資源の利用状況とコスト、ACT活動を医療費に換算した場合の社会的コスト等について試算した。

分析対象は平成18年10月末時点で、エントリー開始から1年間が経過した67名（ACT群36名、対照群31名）である。ただし、このうちエントリー1年後の調査が終了して

いる者は38名（ACT群26名、対照群12名）のみであった。

年間医療費に関しては、外来日数、年間デイケア費、年間デイケア日数において両群間で有意な差がみられた。入院日数に関してはp値が.073でACT群が対照群に比して少ない有意傾向をみとめた。ACT群に関して年間のACTの活動を既存の診療報酬体系のもとで医療費換算したところ、36名で計10,930,000円程度であった。

入院日数に関して両群間で有意差があったと仮定し、入院していない日を地域滞在日として、地域滞在1日にかかる医療費を試算したところ、ACT群では約2,578円、対照群では約3,661円であった。さらに、1年間の社会資源利用の有無を把握できた38名のコストを試算し、医療費と合わせて二群間の社会的コストを算出したところ、ACT群では年間1人平均150万円程度、対照群では平均190万円程度のコストがかかっていることが明らかになった。地域滞在1日にかかる社会的コストはACT群で約4,425円、対照群で約5,782円であり、社会的コストで考えると、ACTサービス利用者のコストが1日あたり1,360円程度安くなると見積もられた。

〔ACT-Jにおける就労支援の取り組みの評価研究〕

平成14年5月から18年12月末までの間で、ケースマネジャーからの情報、データベースの記録等から、一般就労（週5時間以上、最低賃金、競争的な職場での就職）した人数、職種、時給の平均、就労率等と、一般就労以外の就労に関する活動に従事した人数を集計した。

累積利用者数は102名であったが、そのうち27名（26%）が、週5時間以上、最低賃

金以上、障害者だけではない競争的な職場での雇用という「一般就労」を満たす就労についていた。性別は、男性 12 名、女性 15 名であり、ACT 利用後初めての就労時の平均年齢は 34 歳であった。27 名 51 件の一般就労の職種は、棚卸しなどの軽作業 17 件、事務系 8 件、調理補助など飲食店 8 件、テレフォン・アポインターなどサービス系 7 件、レジなどスーパー店員 4 件、清掃 4 件、介護などヒューマンサービス系 3 件であり、全体のうち 10 件は、派遣会社を通じての就労であった。平均時給は 935 円 (N=42)、1 週間の平均勤務時間数 19.5 時間 (N=41)、1 日の平均勤務時間数 6.1 時間 (N=38) であった。その他には 17 名が、ポスティングや内職、事業所における実習、有償ボランティアなど一般就労には該当しないが、就労に関する活動に従事していた。

〔ACT-J 家族支援における変化ステージモデルの活用〕

文献調査から有用と思われた変化ステージモデル (Prochaska & DiClemente, 1983) と、研究同意を得た家族への面接から得た情報を照らし合わせ、家族の変化の段階・過程と、家族に対する支援方法との関係性について検討した。

行動変容を「前熟考期」、「熟考期」、「準備期」、「行動期」、「維持期」と 5 段階に分け、支援の対象者がどのステージにいるかを評価し、それぞれのステージに合った介入方法を検討したところ、各ステージで実際に提供されていた支援は、変化ステージモデルで推奨されている支援のあり方に沿ったものであった。家族の変化へのモチベーションや準備性を見極めることは、支援の効果を上げるためにも重要なことであり、

このモデルは、有用な介入へと導く指標ともなり得ると考えられた。また、変化ステージモデルを用いると、支援の対象者の言動に対し「アンビバレントだから困ってしまう」、「変化に対する抵抗だ」と捉えがちな状況など、これまで難しい・苦手と考えていた状況も変化するには必要な過程と肯定的に受け止めることができる。スタッフがこれらの理解を深めることで、家族の伴走者として彼らの変化へのモチベーションを促進し、行動を起こすことへの適切な支援が行えると思われた。

〔事業化へ向けての検討〕

ACTを我が国で実施可能なプログラムとするための検討会を、日本精神看護技術協会、日本精神保健福祉士協会などの協力を得て行った。運営可能な費用対効果のよい構造を持つこと、多職種チームにより医療と福祉の結合したサービス提供がつけられること、利用者本人の「強み」「長所」を生かしたケアマネジメントが可能なことなどに注目し、訪問看護ステーションにおける ACTの展開の可能性を検討した。その結果、(i) 精神保健福祉士を訪問看護ステーションに参入できるようにする、(ii) 訪問先を「患家」のみならず、「患者の生活圏」も認める、(iii) 異業種による複数人訪問を加算対象とする、などの改善を行えば訪問看護ステーションにおける ACTの事業化は可能であるとの指針を打ち出すことができた。しかし、スタッフの研修は必須であり、継続的なスタッフ研修ができるシステム作りが課題であることも明らかになった。

D. 考察

まず、重症の精神障害者の治療やリハビリ

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、パイロット研究に引きつづき、対照群をおいた無作為割り付け方式による研究（RCT）でも入院日数の低減に一定程度の成果を挙げつつあることは特記すべきことである。

さらに、それが入院費を抑制することにより、医療経済学的にも従来のサービスのみを受けた群に比して、より良いコストパフォーマンスを示している点、また一般就労を目指す試みも一定程度の成果を挙げており、累積にして26%の就労率を挙げている点なども、ACTが重い精神障害をもつ人々の地域生活の維持に役立つことを示唆している。ACT-Jによるモデル事業は、今後、我が国で質の高い地域精神保健医療福祉のシステムを策定する上でACTが重要な役割を果たすことを明らかにしているであろう。この成果は今後政策提言などに積極的に活用可能である。

さらに、今回、日本精神科看護協会、日本精神保健福祉士協会らと定期的な勉強会を開催し、訪問看護ステーションを拠点とした多職種チームによるサービス提供の可能性を模索してきた。現在の訪問看護ステーションの状況分析および、先進的な訪問看護ステーションとACT-Jの対比などより、ステーションでの精神保健福祉士の導入、患者の生活圏への訪問の拡大、同行訪問加算などがACTの事業化に大きな弾みをつけることを推測した。このことは障害者自立支援法下の福祉的サービスを活用するための、地域密着型の医療的サポートとしてACTが機能しうることも示唆している。この結論は今後の診療報酬改定や自立支援法の議

論において活用していくことが可能であろう。

またプロセス研究で行っているフィデリティ尺度の開発は、今後各地で行われるACTの実践において、一定水準以上の高品質なサービス提供を行いうるよう、外部観察評価を可能にする。精神保健医療福祉サービスの品質保証にフィデリティ尺度の導入は一石を投じることになろう。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・スーパーバイズのための資料、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得る資料となる。これらを基礎資料として研修プログラムを組み、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が可能である。

E. 結論

ACT-Jは、RCT研究で入院日数の低減に成果を挙げ、入院費を抑制することで対照群に比して良い費用対効果を示し、一般就労を目指す試みも一定程度の成果を挙げている。即ちACTは重症精神障害者の地域生活の維持に役立つことが実証されつつある。

また、訪問看護ステーションを強化し、福祉的資源を活用する地域密着型の医療的資源とすることで、ACTが実現可能であることも強く示唆された。

今後、研究成果をもとに研修を充実しACTの全国普及に努めることが重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・伊藤順一郎：精神科医療とケアマネジメント. 日本精神科病院協会雑誌 Vol. 25 No. 3, 14-22, 2006.
- ・伊藤順一郎, 塚田和美：本邦のACT実践と今後の課題. 日本精神科病院協会雑誌 Vol. 25 No.3, 20-24 2007.
- ・伊藤順一郎, 鈴木友理子：地域精神保健福祉対策のこれから. 精神看護学, 医学芸術社, 東京, pp240-246, 2006.
- ・伊藤順一郎：ACTによる地域生活支援と精神科デイケア. 安西信雄総著：精神科デイケア実践ガイド. 金剛出版, 東京, pp136-158, 2006.
- ・伊藤順一郎：「ひここもり」と精神医療～Community based Mental Health Systemづくりの展望. 精神神経学雑誌109巻2号, 128-129, 2007.
- ・伊藤順一郎：「ひきこもり」に必要な支援は何か. 精神神経学雑誌 109 巻 2 号, 130-135, 2007.
- ・西尾雅明：ACT-Jの概要. 第47回病院・地域精神医学会総会国際シンポジウム「ACTが目指すもの」. 病院・地域精神医学 48:233-234, 2006.
- ・西尾雅明：ACTにおけるチームアプローチの特徴とそれを支えるもの. 精神科臨床サービス 6(2)：149-153, 2006.
- ・西尾雅明：ACT. 精神保健福祉白書編集委員会編, 精神保健福祉白書2007年版～障害者自立支援法―混迷の中の船出, pp191, 中央法規出版, 東京, 2006.
- ・西尾雅明：精神障害をもつ人々への服薬支援～ACT-Jの実践から～. 公衆衛生 70巻12号：944-946, 2006.
- ・西尾雅明：ACT. 臨床精神医学第35巻増刊号(2006年増刊号), 特集/今日の精神科治療指針 2006, 506-512, 2007.
- ・西尾雅明：国府台地区におけるACT-Jの現状と課題. 日本精神科病院協会雑誌 2005VOL. 24別冊 (第33回日精協精神医学会抄録集)：106-107, 2007.
- ・西尾雅明：包括型地域生活支援プログラム (ACT) と就労支援. Schizophrenia Frontier Vol.8 No.1 (第26号)：7-13, 2007.
- ・Oshima I, Mino Y, Inomaga Y: How many long-stay schizophrenic patients can be discharged in Japan? Psychiatry and Clinical Neuroscience 61: 71-77, 2007.
- ・大島 巖：根拠のあるプログラムモデルをどのように作り上げるか. 精神科臨床サービス 6(2)：129-132, 2006.
- ・Kentaro Horiuchi, Masaaki Nisihio, Iwao Oshima, Junichiro Ito, Hiroo Matsuoka, Kazumi Tsukada：The quality of life among persons with severe mental illness enrolled in an assertive community treatment program in Japan: 1-year follow-up and analyses. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2006, 2:18 (31 July 2006) <http://www.cpementalhealth.com/content/2/1/18>.
- ・香田真希子：OT が就労支援を実施するにあたってのバリア～パラダイム転換の必要性～. 作業療法ジャーナル 40 (11)：1128-1131, 2006.
- ・香田真希子：IPS モデルにおけるアセスメント. 作業療法ジャーナル 41 (3)：250-251, 2007.

- ・香田真希子：ACT と IPS. 松為信雄, 菊池恵美子 (編)：職業リハビリテーション学-キャリア発達と社会参加に向けた就労支援体系. 協同医書出版, 東京, pp264-270, 2006.
- ・香田真希子：訪問による支援の実際. 香山明美, 小林正義, 鶴見隆彦 (編)：生活を支援する精神障害作業療法 医歯薬出版株式会社, 東京, pp189-194, 2007.
- ・香田真希子, 原口晋一, 山崎さおり, 永川和枝：ロングステイを防ぐ以降支援, 日本作業療法士協会学術部 (編)：ニューロングステイを作らない作業療法のコツーロングステイを防ぐコツ, 三報社印刷株式会社, pp32-36, 2006.

2. 学会発表

1) 国内

- ・西尾雅明：第 102 回日本精神神経学会総会ワークショップ「チーム医療シリーズ 1; 精神科アウトリーチサービスと ACT (Assertive Community Treatment)」(オーガナイザー・司会), 福岡, 2006 年 5 月 13 日.
- ・西尾雅明：慢性の精神障害者を地域で支える包括型地域生活支援プログラム (ACT), SST 普及協会北東北支部設立総会, 青森, 2006 年 6 月 3 日.
- ・西尾雅明：集团的職業前訓練から職場定着支援へ～ACT-IPS の就労支援からみる職親制度の先駆性～. 精神障害者の雇用・就労促進 (第 18 回全国精神保健職親研究会), 幕張, 2007 年 3 月 9 日.
- ・西尾雅明：ACT-J の話— ACT-J 試行結果の紹介. 「精神科医療 21 世紀フォーラム in 福島」特別講演, 福島, 2007 年 3 月 18 日.
- ・小川ひかる, 八重田淳, 香田真希子, 深澤舞子：Individual Placement and Support (個別職業紹介とサポートモデル)における Employment Specialist (就労スペシャリスト) のあり方と利用者による評価, 日本職業リハビリテーション学会第 34 回大会, 神奈川, 平成 18 年 9 月 9 日.
- ・小川ひかる, 香田真希子, 石井雅也, 西尾雅明：ACT-J における IPS モデルによる就労支援の実際, 第 26 回日本社会精神医学会, 横浜, 平成 19 年 3 月 22 日.
- ・香田真希子：シンポジウム「作業療法と生活支援～自立支援法に何を見るか～」. 第 40 回日本作業療法学会, 京都, 2006 年 7 月 1 日.
- ・香田真希子：オーガナイズドセッション「自立支援法施行に係わる取り組み」, 日本職業リハビリテーション学会第 34 回大会, 神奈川, 2006 年 9 月 9 日.
- ・香田真希子：シンポジウム「地域での実践」, 日本精神病院協会, 岡山, 2006 年 10 月 12 日.
- ・香田真希子, 久永文恵, 伊藤順一郎：リカバリーを促進する地域生活支援における教育・研修システムのあり方～ACT-J における初期研修システムからの一考察～. 日本精神障害者リハビリテーション学会, 富山, 2007 年 11 月 25 日.

2) 海外

- ・ Fumie Hisanaga, Junichiro Ito: Empowering family members of people in recovery: Working with families in the community. United States Psychiatric Rehabilitation Association's 31st Annual Conference, Phoenix, June 6, 2006.

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

Ⅱ. 分担・協力研究報告書

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地域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

ACTの事業化における訪問看護ステーションの機能強化について

分担研究者 伊藤順一郎(国立精神・神経センター精神保健研究所)
研究協力者 深谷 裕 (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、包括型地域生活支援プログラム（ACT）の全国定着に照準を合わせ、地域中心の精神保健福祉の充実が現行制度の中でどのように可能であるかを、勉強会を組織して検討することである。

医療資源と福祉資源とがそれぞれ独自に精神障害者ケアを分担している現状は、構造的に医療資源の負担を重くする方向性を内在するものであり、政府が目指す、精神科病床削減等の医療資源の負担を減少させていく方向性とは逆行している。問題解決のためには、医療資源と福祉資源との間で、双方向性の連携を強化することが必須である。また、連携強化のためには、新たな社会資源を設けるよりは、既存の社会資源を活用するという方法論が合理的である。

医療資源と福祉資源の連携を強化するような社会資源とは、両方のニーズが必要な領域に存在し、確実な医療的サポートを地域のなかで展開することにより、再入院、長期入院に代表される高額な医療資源のニーズを縮減する方向で作用する資源に他ならない。現行の資源のなかでその役を果たせるものはデイケア、ショートケア、訪問看護ステーションであり、その延長にACTが位置づく。

人的資源としては、医療資源と福祉資源を繋ぐ役割を担う職種として最適なのは精神保健福祉士であろう。精神保健福祉士を訪問看護ステーションに配置することにより、医療資源から福祉資源へのパスが容易化し、また、訪問看護の訪問先に福祉資源を加えることにより、福祉資源への医療資源からのサポートが容易化することが考えられる。

この方針を具体化するためには、以下のような診療報酬の改定が不可欠である。

- 1) 「訪問看護ステーション」の従事者として、精神保健福祉士も認める。（「指定訪問看護および指定老人訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」に追加）
- 2) 精神保健福祉士による訪問に際しては、「患者」ばかりでなく、「患者の生活圏」の訪問を可とする。（「精神科退院前訪問指導料」に準じる改訂）
- 3) 複数の従事者による訪問に対して診療報酬上の加算を行なう。（「精神科訪問看護・指導料」、「精神科退院前訪問指導料」に準じた改訂）

【はじめに】

包括型地域生活支援プログラム (ACT) の全国定着には、まず現行の制度の中で ACT が可能になるように、いくつかの制度を組み合わせてシステムを創ることが必要である。

従来、常に問題となったのは、ACT は医療の財源を活用すべきか、福祉の財源を活用すべきかという、二者択一論であった。しかし、現実の ACT の活動は訪問型の精神科医療と、訪問型の福祉的サービスの両方を兼ね備えている。そうであれば、両方の資源を活用できるようなシステム整備が必要である。

そこで、訪問を中心とした活動が可能であり、医療支援と福祉支援の両方が行える拠点として、訪問看護ステーションに注目した。そして、訪問看護ステーションにおける多職種チームの形成可能性について検討した。

【方 法】

日本精神科看護技術協会、日本看護協会、日本精神保健福祉士協会、日本作業療法士協会、日本訪問看護振興財団などによびかけて「訪問看護研究会」を組織した。会合は月に1回のペースで行なった。会場は日本精神科看護協会の会議室を利用した。のちにこの研究会には、東京都（障害者施策推進部、多摩総合保健福祉センター）、厚生労働省（障害保健福祉部）からも出席を得ることができた。

研究会では、訪問看護ステーションの現状、精神科中心の訪問看護ステーションの実態、精神保健福祉士供給の状況、今後の展開への提案などの話題について、議論を行

い、内容を取りまとめた。

【結 果】

研究会では、以下のような点が明らかになった。

《1. 訪問看護ステーションの現状》

訪問看護ステーションは 1994 年には約 500 ヶ所であったのが、2004 年 4 月現在、全国約 5,600 ヶ所、利用者は約 27 万人。その後も微増している。(日本看護協会調べ)。

利用者の大半は循環器系疾患(脳血管疾患)で精神障害者への対応は敬遠されがちである。

| | |
|----------|---------------|
| -循環器系疾患 | 31.7% |
| -神経系疾患 | 17.5% |
| -精神・行動障害 | 8.6% (多くが認知症) |
| -新生物 | 8.1% |
| -呼吸器疾患 | 6.4% |

平均スタッフ数は 5.4 人(常勤換算)、スタッフ 1 人当たり訪問患者数はのべ 57 人/月、ステーション全体の訪問回数は 307 回/月。一訪問看護ステーションあたり平均利用者数は 56.2 人。利用者の平均年齢は 76 歳。一利用者あたり平均 5.5 回/月の利用。うち介護保険利用は 76%であった。(以上日本訪問看護振興財団、日本看護協会調べ)

一訪問看護ステーションの月あたりの平均事業収入は平均 2,894 千円。内訳は療養費等 857 千円(29.6%)、介護報酬等 1,994 千円(68.9%)であった。一方事業費用は月あたり平均 2,819 千円。内訳は給与費 2,405 千円(85%)、経費 279 千円(9.9%)、減価償却費 67 千円(2.4%)であった。(以上日本訪問看護振興財団、日本看護協会調べ)

文献検索からは、一般の訪問看護ステーションでは精神科の患者は敬遠される傾向

にあるとのことであった。その理由として挙げられたのは以下のような事柄であった。①専門性を持ったスタッフの不足、②身体介護よりも、「相談」や「みまもり」に時間がかかるため費用対効果が悪い、③訪問看護師自体が不足で精神科領域まで手が回らない、等。

《2. 精神科中心の訪問看護ステーションの実態》

2-1 概観

日本精神病院協会加盟病院 1,216 件中、訪問看護ステーションを併設している病院が 241 件。精神科クリニックの調査では併設は約 5%と予測された。

精神科中心の訪問看護を行なっている訪問看護ステーション 7 箇所にパイロット的なアンケートを行なった。アンケートは表 1 に、結果の概要は表 2 に示す。多くのステーションが精神障害をもつ人々への訪問看護と介護保険による訪問看護を行なっていた。これらのステーションにおける精神障害をもつ人々への訪問回数の平均は 5.6 回/月、スタッフ 1 人当たり一日訪問件数は 3.8 回、常勤換算でスタッフ 1 人当たりの収益は約 523 千円/月であった。いずれのステーションも経営は成立していたが、傾向として医療法人が持っているステーションは、光熱費、車両代、家賃などの経費に病院本体の財源を回すので、NPO 法人立などの独立型に比べ、経営が比較的安定しているようであった。

東京都が精神科病院 118 施設に対して行った調査では、訪問看護サービスに対して本人の 59.9%、家族の 76.5%、看護職員の 76.3%が「ぜひ欲しい・あったほうがよい」と回答していた。「ぜひ」はそれぞれ 29.6%、

40.4%、37.1%)

2-2 福祉的サービスとの連携

福祉的サービスとの連携の事例を研究会に関わっているステーションから収集した。表 3 にそれを示す。家事支援としてのヘルパーの導入、日中の居場所としての生活支援センター、作業所、授産施設の利用などが事例としてあがった。スタッフの中に看護師で精神保健福祉士を取得している者がおり、福祉的サービスにつなぐケアマネジメントの役割を持っていることなどが明らかになった。

《3. 精神保健福祉士の供給状況》

平成 18 年 9 月 30 日現在の精神保健福祉士登録者数は 30,205 人であり、これは平成 17 年度の同時期に比べ 4,381 人の増加である。一方、社団法人日本精神保健福祉士協会の調査によれば、協会所属員のうち所属機関がないものが約 11%存在する (表 4)。各機関とも所属数を伸ばしているが、精神保健福祉士は供給量が増えているため、新たな職域の開発が求められていることが推測された。

《4. 訪問看護ステーションの精神保健福祉士に対するニーズ》

表 1 のアンケートにより、上述した 7 箇所の訪問看護ステーションに精神保健福祉士に対するニーズをたずねた。いずれも精神保健福祉士の必要性を感じていた。求める役割としては、福祉資源の利用、複数名による訪問時の役割分担、ケアマネジメントなどが挙げられた。

【考 察】

《1. 精神障害者の地域生活支援の問題点》
これまで、精神障害者に関する社会資源

は、「医療資源」（病院、クリニック、デイケア、デイナイトケアなど）と「福祉資源」（作業所、授産施設、グループホーム等）に二分されてきた。医療資源は診療報酬を財源とし、また福祉資源は障害者自立支援法や県・市町村の一般会計などを財源とするため、「医療と福祉の連携が必要」といわれながら、その両者の結合は順調に進んできたとは言いがたい。

・たとえば、急性期治療から医療資源でケアされている精神障害者は、クリティカルパス上に福祉資源を位置づけるなどしない限り、医療資源内を堂々巡りし、入院の長期化、再入院化をひき起こしてしまいがちである。社会的入院患者の存在はその際たるものである。また、福祉資源でケアされている精神障害者は、医療資源のサポートがなければ、病状の不安定化、悪化時に適切な医療的対応ができず、福祉資源を離脱して医療資源によるケアに戻ることが多い。すなわち、医療資源と福祉資源とがそれぞれ独自に精神障害者ケアを分担している現状は、構造的に医療資源の負担を重くする方向性を内在するものであり、政府が目指す、精神科病床削減等の医療資源の負担を減少させていく方向性とは逆行している。

《2. 新たな支援枠組みの必要性：訪問看護ステーションと精神保健福祉士の活用》

問題解決のためには、医療資源と福祉資源との間で、双方向性の連携を強化することが必須である。連携強化のためには、新たな社会資源を設けるよりは、既存の社会資源を活用するという方法が合理的である。

図1は医療ニーズと福祉的ニーズによって必要な資源を図示したものである。すな

わち、医療資源と福祉資源の連携を強化するための資源とは、両方のニーズが必要な領域に存在し、確実な医療的サポートを地域のなかで展開することにより、再入院、長期入院に代表される高額な医療資源のニーズを縮減する方向で作用する資源に他ならない。現行の資源のなかでその役を果たせるものはデイケア、ショートケア、訪問看護ステーション、そしてその延長にACTが位置づくであろう。

人的資源としては、医療資源と福祉資源を繋ぐ役割を担う職種として最適の既存人的資源は精神保健福祉士である。なぜなら精神保健福祉士は、「精神保健福祉士法」において、「精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、(中略)社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこと(以下、「相談援助」という。)を業とする者をいう」(第2条関係)と業務規定がされているからである。

そこで、精神保健福祉士を訪問看護ステーションに配置することにより、医療資源から福祉資源へのパスが容易化し、また、訪問看護の訪問先に福祉資源を加えることにより、福祉資源への医療資源からのサポートが容易化すると考えられる。

《3. 診療報酬上必要な変更》

以上のような文脈から次のような診療報酬上の変更が医療資源と福祉資源の連携強化に有効であると推測される。

・「訪問看護ステーション」の従事者として、精神保健福祉士も認め、看護師、作業療法士などとの多職種チームによるケアが可能になるようにする。これにより、精神保健福祉士が患者の社会復帰に関する

相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことで、訪問看護ステーションが精神保健分野での訪問に、より積極的に対応できるような機能の充実が期待される。(「指定訪問看護および指定老人訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」に追加)

・精神保健福祉士による訪問に際しては、患者が地域の福祉的サービス等も活用し質の高い生活を送れるようになる事を支援するという目的にかんがみ、「患家」ばかりでなく、「患者の生活圏」の訪問を可とする。(「精神科退院前訪問指導料」に準じた改訂)

・精神科における訪問看護においては入院回避のために早期の危機介入を行うこともあり、また家族支援なども行ったり、合併症の管理を行ったりするなど、密度の高いサービスを提供する場合がある。このような場合には、利用者の負担を減らすためにも、またリスクマネジメントの観点からも、複数の従事者による訪問が必要である。これらは、質の高い看護や相談技術を要する場合でもあり、事業者にインセンティブがつくよう、診療報酬上の加算が必要である。(「精神科訪問看護・指導料」、「精神科退院前訪問指導料」に準じた改訂)

《4. ACTの実現可能性》

表5は訪問看護ステーションに精神保健福祉士を配置し、上述の診療報酬上の変更を行なった場合の状況を、精神科訪問看護や従来の訪問看護ステーション、ACTなどと比較した表である。すでに訪問看護ステーションには看護師、保健師、作業療法士などは職種として認められているので、精神保健福祉士が参入できると多職種チーム

の形成は容易である。訪問看護ステーションで精神科患者を主たる対象者とした場合、複数人訪問加算や患者の生活圏への訪問も認められれば、危機介入や家族支援、生活訓練、就労支援なども実施することができる。精神保健福祉士を通じて自立支援法の資源も活用できれば包括的な地域生活支援は可能になり、わが国においてACT型の支援が可能になるであろう。

《5. 精神科医の関与》

ACT型の支援を目指す場合、訪問看護ステーションの多職種チームと密接に連携し、薬物療法や心理社会的治療について速やかに対応できる精神科医の存在は重要である。この場合、可能性として、そのような精神科医が在宅療養支援診療所に所属し24時間対応の医療供給を保障するという選択肢がある。

《6. 技術の保障》

訪問看護ステーションを、訪問を中心とした活動が可能であること、医療支援と福祉支援の両方が行える拠点として注目し、医療資源と福祉資源の強力な連携を行い医療資源の利用縮減を担える職種として精神保健福祉士を挙げた。理論的にはこれでACT型の支援が可能になるが、実際には精神保健福祉士を含めた訪問看護ステーションのスタッフに、集中的な研修が必要である。

この研修には精神医学的知識や、精神科リハビリテーションの技術に加えて、支援のゴールとして利用者のリカバリーを挙げることで、ケアマネジメントの技術に習熟し、福祉資源を活用することにより医療資源の活用を縮減していくこと、早期介入により精神症状の再発を抑止すること、多職種チームによる臨床に習熟することなどが含ま

れる。これらの技術研修を行なう機関を日本に定着させることは今後必須の課題であろう。

【結 論】

包括型地域生活支援プログラム（ACT）の全国定着に照準を合わせ、地域中心の精神保健福祉の充実が現行制度のなかでどのように可能であるかを、勉強会を組織して検討した。

医療資源と福祉資源とがそれぞれ独自に精神障害者ケアを分担している現状は、構造的に医療資源の負担を重くする方向性を内在するものであり、政府が目指す、精神科病床削減等の医療資源の負担を減少させていく方向性とは逆行している。問題解決のためには、医療資源と福祉資源との間で、双方向性の連携を強化することが必須である。また、連携強化のためには、新たな社会資源を設けるよりは、既存の社会資源を活用するという方法が合理的である。

医療資源と福祉資源の連携を強化するための資源とは、両方のニーズが必要な領域に存在し、確実な医療的サポートを地域のなかで展開することにより、再入院、長期入院に代表される高額な医療資源のニーズを縮減する方向で作用する資源に他ならな

【研究協力者名 一覧】

日本精神科看護技術協会 仲野 栄・末安民生・早川幸男

日本看護協会 小川 忍・松田直正・石川陽子

日本訪問看護振興財団 佐藤美穂子

日本精神保健福祉士協会 熊谷彰人・大塚淳子・川口真知子

日本作業療法士協会 鶴見隆彦・香山明美・

東京都 向山晴子・波戸尚子・浅井倫子

その他 宮本有紀 （東京大学大学院）

寺田悦子 （NPO 法人多摩在宅支援センター「円」訪問看護ステーション「円」）

い。現行の資源のなかでその役を果たせるものはデイケア、ショートケア、訪問看護ステーションであり、その延長に ACT が位置づく。

人的資源としては、医療資源と福祉資源を繋ぐ役割を担う職種として最適なのは精神保健福祉士である。そこで、精神保健福祉士を訪問看護ステーションに配置することにより、医療資源から福祉資源へのパスが容易化し、また、訪問看護の訪問先に福祉資源を加えることにより、福祉資源への医療資源からのサポートが容易化することが考えられる。

この方針を具体化するためには、以下のような診療報酬の改定が不可欠である。

- 1) 「訪問看護ステーション」の従事者として、精神保健福祉士も認める。（「指定訪問看護および指定老人訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」に追加）
- 2) 精神保健福祉士による訪問に際しては、「患家」ばかりでなく、「患者の生活圏」の訪問を可とする。（「精神科退院前訪問指導料」に準じる改訂）
- 3) 複数の従事者による訪問に対して診療報酬上の加算を行なう。（「精神科訪問看護・指導料」、「精神科退院前訪問指導料」に準じた改訂）