

り起こしに CM が貢献し、ACT-J のチーム全体で就労に取り組んだ結果、就労がチームの文化として定着した。IPS 導入 1 年時に ACT による支援時間は長いですが、就労に結びつかなかった 20 代の社会経験の少ない未就労群が、2 年目の平成 18 年には一般就労または就労に関する活動を経験している。これは CM や ES による教育的関わりが実を結んだためと考えられる。

③ES が本人の興味・関心を生かした職場を開拓することにより、本人の動機付けが上がったタイミングを逃さず対応できた。

④地域の精神保健福祉機関にも ES を派遣している就労支援ユニットである IPS-J が成熟し、事業所の求人に関する情報交換により職場開拓が行いやすくなった。

1 年目と 2 年目の就労者の顔ぶれが変わったことは、利用者自身の生活上の変化や担当者が変わったことから動機付けが下がったと考えられる。就労へのモチベーションの維持には担当者の関わりが影響していることが考えられる。

また、全就労件数 51 件の中での ES の支援数が 31 件と低く、結果的には自力で就労している人も多いが、これは同じ人が派遣会社からの紹介で短期間の就労を複数回繰り返していること、ACT の支援を受けることによって環境や生活面で安定したことが考えられる。

IPS 導入 1 年時と比べると、平成 18 年は就労継続日数が減り、時給が上がっていることから、単発の派遣で短期間でも働く人が増えたといえる。実際は派遣会社紹介による就労で自信をつけ、その後フルタイムまで時間数を増やした例もあった。

昨年度の研究報告書では「アメリカで実証されているような IPS の導入によって、より

多くの重症の精神障害者が就労できたと証明するには至っていない」と結論づけたが、IPS 導入後、2 年間に経過し、就労率は確実に増加し、累積で全利用者の 26% が就労を 1 回は体験している。ACT-J 自体もどんなに症状の重い人が就職活動を始めても、違和感のなくチーム全体で応援するような対応に変わってきている。これは CM が利用者の働くことへの動機付けの向上に努め、ES と CM が一体となって就労に取り組むことがチームの文化として根付いてきた結果と考えられる。

昨年度は課題としてとりあげた、「ES が職場開拓のスキルに習熟すること」に関しては、ES が職場開拓のためにアポイントを取り、訪問した企業の数も増え、利用者の動機付けが上がったタイミングをうまく捉えて、事業所のニーズと結びつけることが可能になった。ES の成長とあきらめずに仕事を探し続ける姿勢が就労率を上げているといえる。

臨床チームからのサポート以外にも、地域の生活支援センター、クラブハウスに ES を派遣した就労支援ユニットである IPS-J が成熟し、求人情報に関して活発に情報交換を行ない、定期的なミーティングで事例検討や報告を行なうことで、お互いの心理的サポートが出来ていること、就労支援の専門家による個別のスーパーヴィジョンを今年度から定期的に受けていることが、ES のスキルの向上と成長につながっていることが挙げられる。

E. 結論

ACT-J の就労支援の取り組みの実践結果を明らかにするために、ACT 介入開始から平成 18 年度末までの利用者の就労の実態を集計した。

平成 15 年 5 月の ACT 介入開始から平成 18

年12月末までのACT対象者累積102名のうち27名(26%)が一般就労した。IPS導入1年目と2年目を比較すると、2年目は一般就労者数と就労件数の共に1年目を上回り、1年目に比べると年代・性別共に幅広い層が一般就労し、事業所を利用しての就労に関わる活動に従事した人も増加し、ACT介入後の就労者は確実に増加している。

結論としては治療チームであるACT-Jの中での多職種連携、利用者の興味・関心のある仕事を探すこと等、IPSの原則の実践が、より多くの利用者が就労を体験した原因となっている。ACTの中でもより重症度の高い人の就労をいかに工夫していくか、職場への定着とキャリアアップが今後の課題といえる。

【参考文献】

Becker, D. R. & Drake, R. E. A Working Life For People with Severe Mental Illness, 2003 (堀宏隆監訳、精神障害をもつ人たちのワーキングライフ IPS:チームアプローチに基づく援助つき雇用ガイド、金剛出版、2004)。厚生労働科学研究費補助金『精神障害者の一般就労と職場適応を支援するためのモデルプログラム開発に関する研究(主任研究者: 西尾雅明) 班』:平成17年度総括・分担研究報告書, 2006

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表など なし

2. 学会発表など

・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, 伊藤順一郎: 「ACT-Jにおける就労支援の取り組み」 厚生労働科学研究費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年度研究報告会, 東京, 平成19年2月20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践, 第26回日本社会精神医学会, 横浜, 平成19年3月22日

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表1. 一般就労者の基本属性

N=27		人数	割合%
性別	男性	12	44
	女性	15	56
年齢	20~29歳 男性	5	19
	20~29歳 女性	5	19
	30~39歳 男性	3	11
	30~39歳 女性	6	22
	40~49歳 男性	3	11
	40~49歳 女性	3	11
	50~59歳 男性	1	4
	50~59歳 女性	1	4
平均	34歳(SD8.4)		
結婚	有り	4	15
	無し	23	85
家族	同居	19	70
	単身	8	30
最終学歴	中学卒	2	7
	高校卒	11	41
	専門・短大卒	7	26
	大学卒	5	19
	大学在学中	1	4
	大学院卒	1	4
過去の職歴	有り	26	96
	無し	1	4

図1 ACT-J開始後の就労率の変化

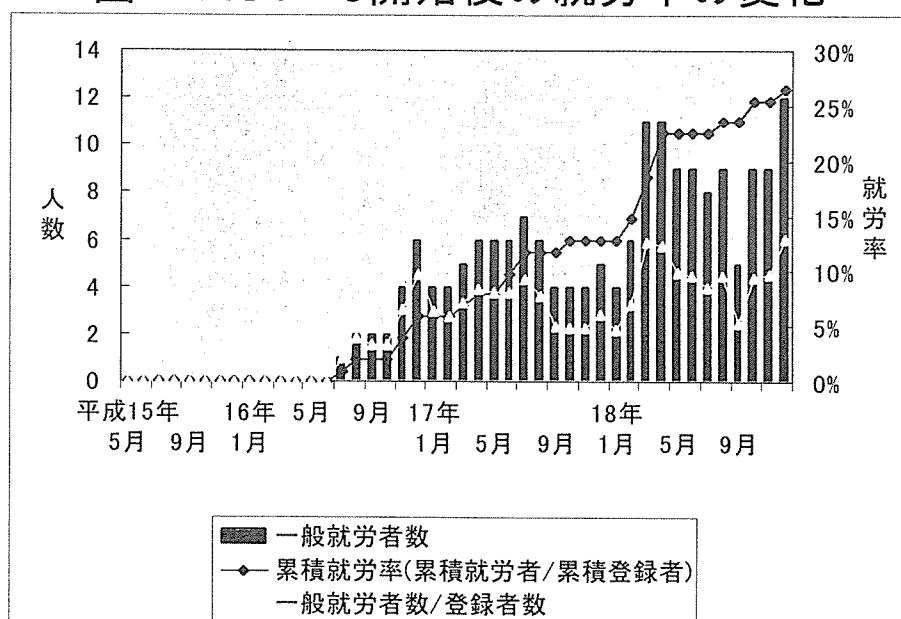


図2 一般就労と就労に関する活動に参加したのべ人数

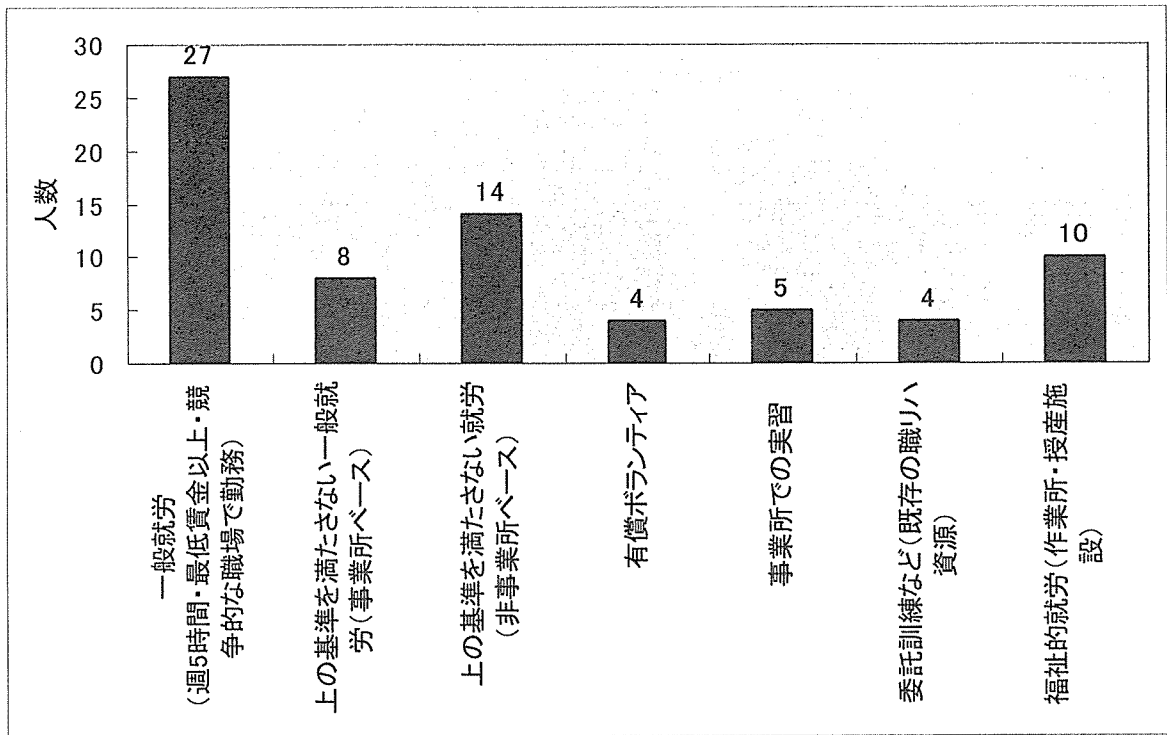


表2. 一般就労者の基本属性・雇用条件の比較

	1年目		2年目	
	人数	数値	人数	数値
就労者数(人)	13	16%(N=83)	20	20%(N=98)
男性	3		11	
女性	10		9	
就労時の平均年齢(才)	34		42	
20代男性	3		4	
20代女性	2		4	
30代男性	0		3	
30代女性	3		1	
40代男性	0		3	
40代女性	4		3	
50代男性	0		1	
50代女性	1		1	
就労件数	16	N=13	35	N=20
勤務日数平均(日)	56.6	N=10		
SD	49.8			
時給平均(円)	914.5	N=11	924	N=22
SD	212.6			
週5~20時間勤務(人)	6		9	
21時間以上(人)	6		6	

図3. 平成18年1月～12月までの期間の
就労に関する活動状況

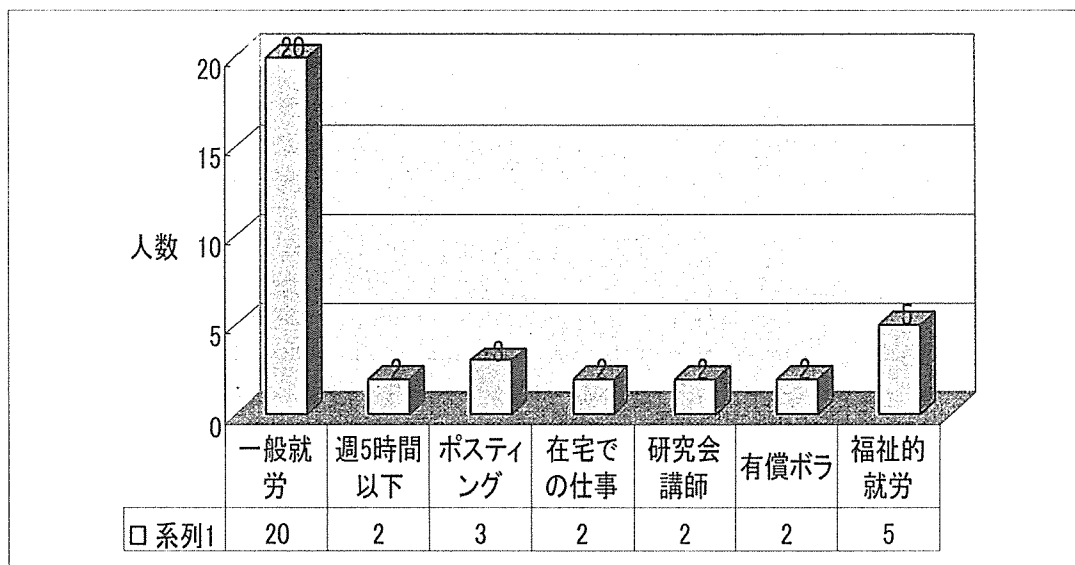
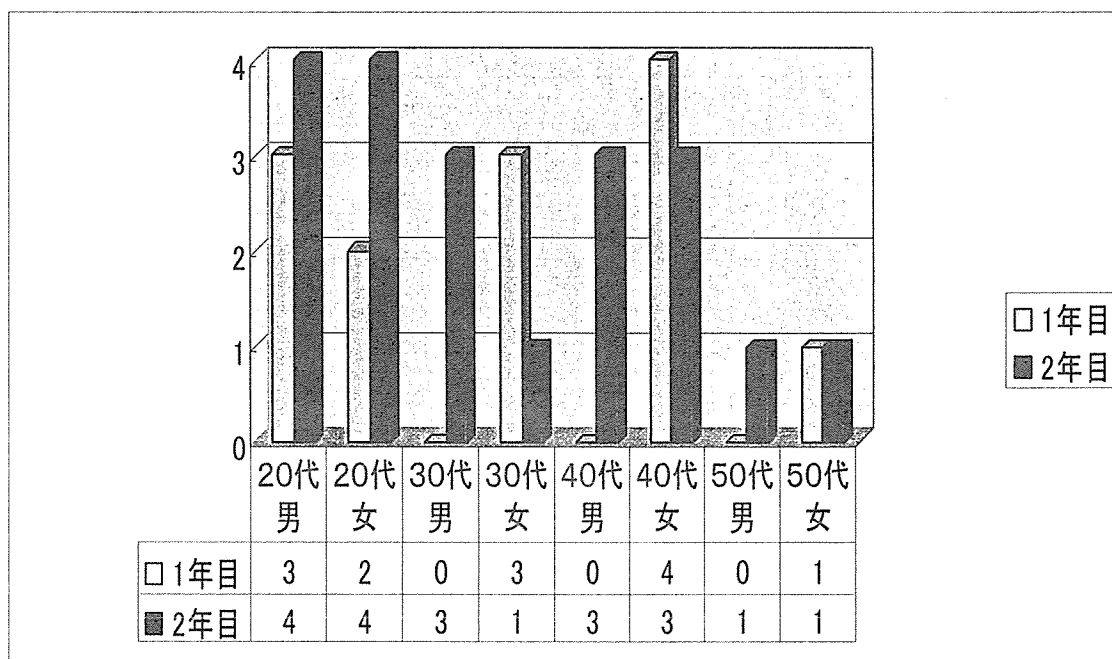


図4. 性別・年代ごとの一般就労者数の比較



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-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

研究協力者 堀内健太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）
分担研究者 鈴木友理子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨

研究目的：ACT 介入前後比較によるパイロット研究で対象者の入院日数減少が確認されたが、ランダム化対照試験にて入院低減効果が見られるか検討する。研究方法：2004年5月1日から2007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人が対照群となり（2007年10月末）、介入群にはACTチームのスタッフが訪問中心の医療福祉支援を行った。初期入院の退院後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。研究結果：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。介入群と対照群では、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。介入群では6ヶ月、1年とも入院日数が有意に減少しており、パイロット研究の結果と同様であった。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。考察：対象者加入がほぼ終了した時点での、6ヶ月、1年経過ケースについて中間報告をした。定員に近い利用者を加入させても、プログラムは入院低減効果についてパイロット同様の成果をあげつつあると思われる。特に、エントリー指標となる入院時のGAF得点が低い者や診断が統合失調症や双極性障害である者については顕著な入院低減効果が見られ、訪問型の医療福祉支援が精神病症状の増悪による入院に予防的である可能性がある。それ以外の対象者については比較的入院日数に変化が少なかったが、研究参加者の重症度にやや偏りがみられたことを考慮すると、生活機能やQOL、就労や社会的役割の面など、よりリカバリー指向の効果指標が重視されるべき層かもしれない。当事者中心・リカバリー指向の心理社会的な地域精神医療福祉プログラムへの派生も考慮しつつ、入院アウトカムを指標とすべき重症者層へのサービスとしての評価に向けて、追跡データの集積が必要である。

A. 研究目的

Assertive Community Treatment(ACT)プログラムのアメリカおよび諸先進国での普及には、精神障害者の脱施設化が進むなかでの重症者、頻回入院者に対する入院低減効果の実証が大きな役割を果たしてきた。一方でイギリス、ヨーロッパでは対照となる既存の精神保健システムの違いや重複する障害などから、必ずしも入院低減アウトカムが顕著ではない報告もなされてきている。医療従事者と利用者の関係が従来のパートナーナリストティックなものから当事者中心のものへ変化してきたことや、病気を抱えつつも地域でよく生きることなど、心理社会的な側面での時代の変化に沿ったプログラムモデルの重要性は変わらないものの、ローカリゼーションにあたっては、その地域に合わせたプログラム修正や対象者層の特定を合わせて進める必要があると考えられている。

ACT-Jのパイロット研究では介入前後で有意に入院日数が減少しており、これがランダム化対照試験デザインでも同様であるか、特に有効な対象者層はどのような層かを調査することが本報告の目的となる。

B. 研究方法

1. 調査対象

2004年5月1日から2007年10月31日までに国府台病院精神科に入院したのべ2879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た。対象者基準は、パイロット研究の基準で発達障害や人格障害等の必ずしも主たるターゲットでない人が含まれたことを元に、居住地、診断、精神医療利用、および生活

機能の4つを掛け合わせて、頻回入院者を中心に統合失調症や双極性障害などの重症精神障害の者をやや優先するものとした(表1)。統合失調症、双極性障害などの重症診断の場合、精神医療利用基準(頻回入院、頻回救急受診、医療中断)、生活機能基準(過去1年間の最高GAF得点)のいずれかを満たすものを含めた。それ以外の診断の場合は、精神医療利用基準、生活機能基準の両者を満たすものとした。

このうち115人からインフォームドコンセントを得、ランダム化の結果59人が介入群、56人が対照群となり(2007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。介入はAllnessら等を参考にACTプログラムモデルに準拠して行われ、Dartmouth ACT Fidelity Scaleにて忠実度が十分であることが確認されている。対照群に対しては、対象病院のソーシャルワーカーを介した社会資源の紹介などを含む通常の治療を行った。研究プロトコルおよび同意書は、国立精神・神経センターの倫理委員会によって承認されているものである。なお、今回の中間分析の対象となるのは、初期入院の退院後、あるいは同意日のどちらか遅い方を調査基点として、平成18年10月末時点で6ヶ月経過(N=48:44)または1年経過(N=37:32)した人とした。

3. 調査手順

カルテなどから社会人口学的属性や入院日数を得た。今回の中間報告では、ほぼ対象者リクルートが終了した時点であるため、基礎属性については全体のものが利用できる。フォロー期間が6ヶ月と1年の二つあり、それによってケース数も異なるため、

ここでは、最終的なデータのとりまとめに向けて、全体の基礎属性を提示することとした。研究参加拒否者と同意者の比較、介入群と対照群の比較について、適宜 t 検定、カイ二乗検定、Mann-Whitney 検定、共分散分析等を用いた。統計解析には SPSS for Windows 12.0 (SPSS Inc.) を使用した。

C. 結果

1. 対象者属性

拒否者と同意者を基礎属性について比較したところ、同意者のほうが拒否者より過去の入院日数 (54.74 日 : 45.19 日, $Z=-2.04$, $p=.041$) および入院回数 (0.97 回 : 0.64 回, $Z=-2.08$, $p=.038$) が有意に多く、GAF 得点は高い傾向にあった (44.9 : 40.6, $t=1.98$, $p=.050$) (表 2)。次に、研究同意者全体のうち、介入群と対照群の属性における差であるが、対照群よりも介入群では、年齢 (37.9 歳 : 42.1 歳, $t=-2.12$, $p=.037$) および初発年齢が有意に低く (25.1 歳 : 28.3 歳, $t=-1.71$, $p=.009$)、教育年数が長い傾向にあった (13.4 年 : 12.6 年, $t=1.71$, $p=.090$) (表 3)。

2. 全体での比較

退院後 6 ヶ月および 1 年の再入院日数を単純に比較すると、介入群全体と対照群全体では差がみられなかった (6 ヶ月 - 11.0 日 : 12.3 日 ; 1 年 - 18.2 日 : 29.4 日)。過去 1 年の入院日数を共変量とした共分散分析では交互作用が有意であったため、前後差の群間比較を行った。

前後 6 ヶ月、1 年の入院日数の前後差を群間で比較すると、ともに有意傾向 (-12.6 日 : 3.4 日, $Z=-1.91$, $p=.056$ (6 ヶ月) ; -26.1 日 : 3.9 日, $Z=-1.70$, $p=.089$ (1 年)) と

なり、介入群の入院日数は前後 6 ヶ月、1 年とも有意に減少していた (23.6 日 : 11.0 日, $Z=-2.09$, $p=.037$ (6 ヶ月) ; 44.3 日 : 18.2 日, $Z=-3.03$, $p=.002$) (図 1, 表 4, 図 2, 表 5)。その他、方法で述べた全対象者において群間で属性差のみられた初発年齢と、過去 1 年の入院日数を共変量とした共分散分析では、退院後 1 年の入院日数が介入群で有意に少ない ($F=6.68$, $p=.012$) という結果が得られた。

3. サブグループでの比較

対象者の重症度を分ける指標として、研究対象となった入院の入院時 GAF 得点 (図 3, 図 4) および診断 (図 5, 表 6, 図 6, 表 7) で二群に分けて分析をした。両指標によって重症が高いとされた各サブグループで、退院後 6 ヶ月、1 年の再入院日数に有意差はみられなかった (GAF 低群 (6 ヶ月) 9.8 日 : 10.9 日 ; GAF 低群 (1 年) 10.1 日 : 28.7 日 ; 診断重度群 (6 ヶ月) 11.1 日 : 13.8 日 ; 診断重度群 (1 年) 15.5 日 : 33.6 日)。入院時 GAF 得点が中央値より低いグループでは、入院日数の減少が介入群で有意に大きく (-20.3 日 : 2.5 日, $Z=-1.71$, $p=.087$ (6 ヶ月) ; -37.4 日 : 3.9 日, $Z=-2.27$, $p=.023$ (1 年))、診断が F2 または F31 のグループでも、同様であった (-11.2 日 : 5.2 日, $Z=-2.01$, $p=.044$ (6 ヶ月) ; -27.3 日 : 13.8 日, $Z=-2.07$, $p=.038$ (1 年))。参考として、診断が F2 または F31 のグループでは、初発年齢と過去 1 年の入院日数を共変量とした共分散分析で、介入群の方が再入院が少なかった ($F=5.26$, $p=.026$)。

D. 考察

1. 全体的評価

パイロット研究同様、介入群では有意な入院日数減少がみられている一方、対照群では微増していることから、ACT チームの介入が入院低減の側面でなんらかの影響がありそうに見える。しかし、入院日数は分布の偏りがあり、分散も大きいことなどから現時点で単純比較での有意差が得られるには至っていない。今回は参考として、全対象者での属性差がみられる変数を共変量とした共分散分析の結果を示し、前後差が顕著なサブグループの同定を中心的に行った。

重症度を反映すると考えられるサブグループのいずれも重症なグループでは、入院の低減が顕著にみえる一方で、それ以外のグループではあまり変化がなく、今回見られた前後差には、重症群での入院日数減少が影響していることがうかがえる。

2. サブグループの位置づけ

ACT のサービスが効果的な対象層をより明確にするうえで、サブグループでの比較結果は考慮すべきであろう。入院時 GAF 得点が低いことは、精神症状の悪化による入院であることを示し、精神科入院は多要因であるなかで、精神疾患の重症なものを同定すると考えられる。診断についても、原モデルである PACT などでは統合失調症や双極性障害を中心とした重症精神障害を対象としてあげており、日本での ACT プログラムでも F2 または F31 を一つのメインターゲットとすることは妥当であるように思われる。本研究では単一の精神科医療機関からのエントリーながらケース数を確保するために、やや基準を広げているため、全体としては統計学的有意差が得にくくなっている可能性が考えられる。

ただし、精神医療を地域中心のものへと移行させていくには、重症者だけが支援を受けて地域に出るのではなく、さまざまな理由で入院が増えがちな人々のニーズに対しても地域でのサービスが潤沢にあることが望ましいだろう。今回のサブグループ調査における比較的重症でない層が研究参加に積極的であった印象もあり、わが国での精神疾患に対する訪問系サービスは大変不足していることが考えられる。ACT モデルでの濃厚なサービスは適切でないとしても、リカバリー指向、一般就労指向でより広範に利用可能な地域サービスや、ケアマネジメント等による既存資源との適切なマッチングが同時に整備されることによって、ACT ではより適切な対象者を力強くサポートする体制がとりやすくなり、アウトカムも明確になるのではないだろうか。

3. 研究の制限

本研究のランダム化対照試験では、対象が重症者であるため、ランダム化の理解が得られないことも多く、研究参加を拒否する人が増えがちであった。対象者全体では、拒否者に比べて参加者の方が、過去の入院日数は多いものの、生活機能が高い傾向にあり、必ずしも客観的に重症度が高い層に限定されていない可能性がある。

今回の報告では、研究対象となった入院の退院後または IC 取得日のどちらか遅い方を基点としているため、初期入院が退院に結びつかず長期入院化したり療養目的の転院をした人が除外されている。対照群ではこのようなケースがあるのに対して、介入群では見られていないことが結果に反映されていず、結果を悪くみせている可能性があり、今後の分析方法を検討する必要が

あるだろう。

4. 心理社会的地域介入研究としての課題

本研究は日本ではあまり多くない心理社会的介入のランダム化対照試験である。アメリカ National Institute of Mental Health のワークショップ「Control Groups in Psychosocial Intervention Research: Ethical and Methodological Issues」では、対照条件となる「通常の治療」(treatment as usual ; TAU) が通常の臨床試験よりも一定でなく内的妥当性に限界があること、心理社会的介入研究での成果プログラムが研究終了後に対照群へも還元されるべきであることなどがまとめられている。前者に関しては、担当医師によってケアの質が異なることの影響が大きく、それによっては ACT サービスが現行のサービス体制に追加的、相補的に参加できるか、むしろ代替的に包括的サービスを提供していると考えられるかが変わってくるのが考慮されるべきであろう。後者については、短期的よりも長期的な効果も想定されていることを考えると、長期予後について追跡できることが望ましいが、一方では本研究のような地域へ影響を及ぼす活動の場合、対照群として研究に参加している人々への TAU 自体が変化していく可能性もあり、倫理的観点および地域への研究成果還元的面も考慮される必要があるだろう。

5. まとめ

本研究の ACT 介入の入院アウトカムでは、介入群での有意な入院低減やサブグループによって良好な結果がみられており、定員に近い利用者を加入させた場合の入院低減効果が確認された点で一定の成果が得られたと考える。心理社会的介入の系統的

な効果評価研究としてわが国で数少ない報告となっており、それゆえに測定方法の課題も見えてきて、次年度にはそれらを踏まえた結果が提示できるだろう。政策としての精神医療地域化が国際的にも必要な方向性であることを考慮すると、本研究から派生する多面的な知見が活用されていくことが重要であり、その中で入院アウトカムを指標とすべき対象者層に対して有効なサービスとして ACT モデルが用いられる可能性を引き続き検討する必要がある。

なお、この報告書のとりまとめに当たっては、研究協力者の堀内が担当した。

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

参考文献

1. Bond GR, McGrew JH, Fekete DM: Assertive outreach for frequent users of psychiatric hospitals: a meta-analysis. *J Ment Health Adm* 22:4-16, 1995.
2. Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rossler W: Case Management and Assertive Community Treatment in Europe. *Psychiatr Serv* 52:631-636, 2001.
3. Allness DJ, Knoedler WH: The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness: A

- Manual for PACT Start-Up.
Arlington, VA: The National Alliance
for the Mentally Ill; 1998
4. Teague GB, Drake RE, Ackerson TH:
Evaluating use of continuous
treatment teams for people with
mental illness and substance abuse.
Psychiatr Serv 46:689-695, 1995.
 5. Street LL, Luoma JB: Control
Groups in Psychosocial Research:
Ethical and Methodological Issues.
Ethics Behav 12(1):1-30, 2002.

表 1. 研究加入基準と概要

対象者	国立精神・神経センター国府台病院精神科に2004年5月-2006年10月に入院した者 市川・松戸・船橋3市に在住 A診断:統合失調症、双極性障害など(ICD-10:F20,21,22,25,F30,31,33) B診断:認知症、物質による精神障害、人格障害、精神発達遅滞(ICD-10:F00-05,F1x,F6x,F7x)以外の精神疾患 I. 精神医療利用基準:過去2年に、i)-iii)のいずれかあり i)2回以上または100日以上入院 ii)3回以上の深刻な救急受診 iii)3ヶ月以上の医療中断 II. 生活機能基準:過去1年の最高GAF得点 \leq 50 A診断ではI or II、B診断ではI and IIを満たすものを対象とする。
無作為化	国府台病院の倫理審査を受けた説明書・同意書にて同意後、介入群・非介入群ヘランダマイズ 介入群に対し、ACT-Jのサービスを提供した
状況	2006年10月末までに、115名の同意が得られ、介入群59名、非介入群56名が研究参加

表 2. 研究同意者と拒否者の属性

研究同意者と拒否者の属性		同意者	拒否者	
		N=115	N=62	
年齢	mean \pm SD	40.0 \pm 10.7	40.9 \pm 9.0	
性別	男	58	26	
	女	57	36	
診断	F0	2	0	
	F2	93	56	
	F3	20	6	
入院形態	任意	51	19	
	医療保護	54	37	
	措置	9	5	
過去2年の入院	有	63	23	*
	回数(mean \pm SD)	0.97 \pm 1.17	0.64 \pm 1.01	*
	日数(mean \pm SD)	54.74 \pm 78.82	45.19 \pm 100.09	*
過去2年の救急	有	44	24	
	回数(mean \pm SD)	0.87 \pm 1.61	0.79 \pm 1.31	
過去2年の医療中断	有	20	9	
	月数(mean \pm SD)	1.53 \pm 4.76	2.04 \pm 5.90	
過去1年の最高GAF	mean \pm SD	44.9 \pm 13.4	40.6 \pm 14.3	†
			(N=59)	
入院時GAF	mean \pm SD	24.1 \pm 8.7	25.7 \pm 11.3	
			(N=57)	

*P<.05; †P<.1

表 3. 介入群と対照群の属性

介入群と非介入群の属性		介入群	非介入群	
		N=59	N=56	
年齢	mean±SD	37.9±10.2	42.1±10.9	*
性別	男	26	32	
	女	33	24	
診断	F0	2	0	
	F2	47	46	
	F3	10	10	
入院形態	任意	29	22	
	医療保護	26	28	
	措置	4	5	
	応急	0	1	
過去2年の入院	有	36	27	
	回数 (mean±SD)	1.12±1.25	0.82±1.06	
過去2年の救急	有	23	21	
	回数 (mean±SD)	0.97±1.80	0.77±1.40	
過去2年の医療中断	有	11	9	
	月数 (mean±SD)	1.17±3.69	1.91±5.69	
過去1年の最高GAF	mean±SD	45.7±13.4	44.1±13.5	
入院時GAF	mean±SD	24.3±8.0	23.9±9.5	
教育年数	mean±SD	13.4±2.4	12.6±2.5	†
居住形態	家族等と同居	48	43	
	独居	11	13	
婚姻	未婚	38	39	
	既婚	15	11	
	離婚・死別	6	6	
初発年齢	mean±SD	25.1±9.7	28.3±10.3	*
罹病期間	mean±SD	13.9±11.2	12.6±2.5	
		(N=56)	(N=53)	

*P<.05; †P<.1

図 1. 退院後 6 ヶ月の入院アウトカム (全体)

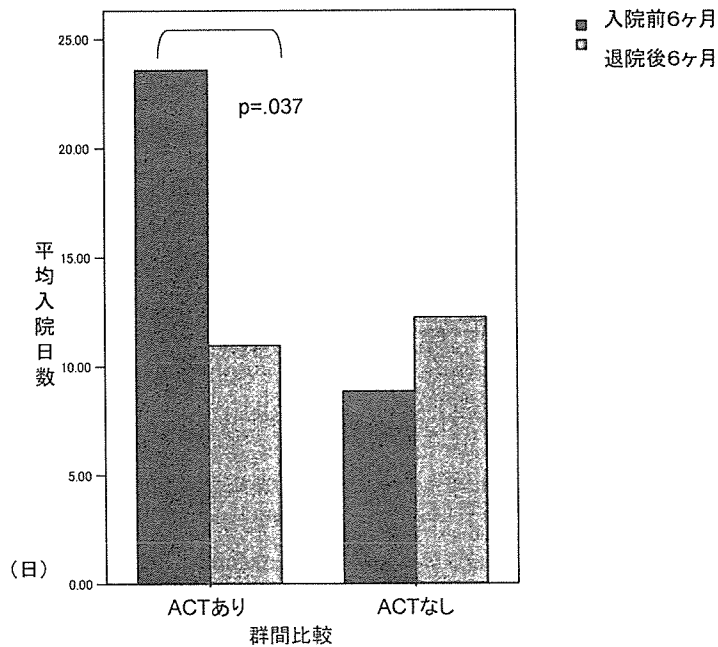


表 4. 退院後 6 ヶ月の入院アウトカム (全体)

	介入群(N=48)	非介入群(N=44)	
過去6ヶ月の入院日数	23.6±41.9	8.9±19.9	p=.098
退院後6ヶ月の入院日数	11.0±29.6	12.3±28.3	
前後比較	Z=-2.09, p=.037	Z=-0.40, p=.687	
入院日数の前後差	-12.6±42.3	3.4±36.1	p=.056

Wilcoxon検定

図 2. 退院後 1 年の入院アウトカム (全体)

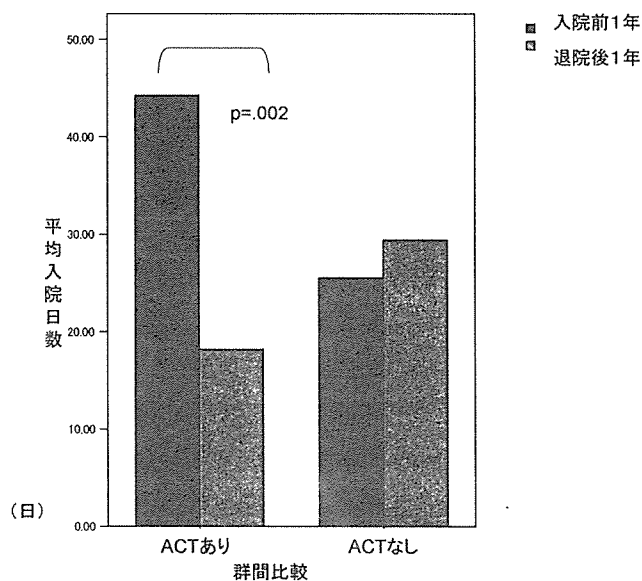


表 5. 退院後 1 年の入院アウトカム (全体)

	介入群(N=37)	非介入群(N=32)	
過去1年の入院日数	44.3±66.6	25.6±48.1	
退院後1年の入院日数	18.2±47.7	29.4±67.0	
前後比較	Z=-3.03, p=.002	Z=-0.35, p=.727	
入院日数の前後差	-26.1±55.2	3.9±85.6	p=.089

Wilcoxon検定

図3. 初期入院時GAF低群と高群での比較

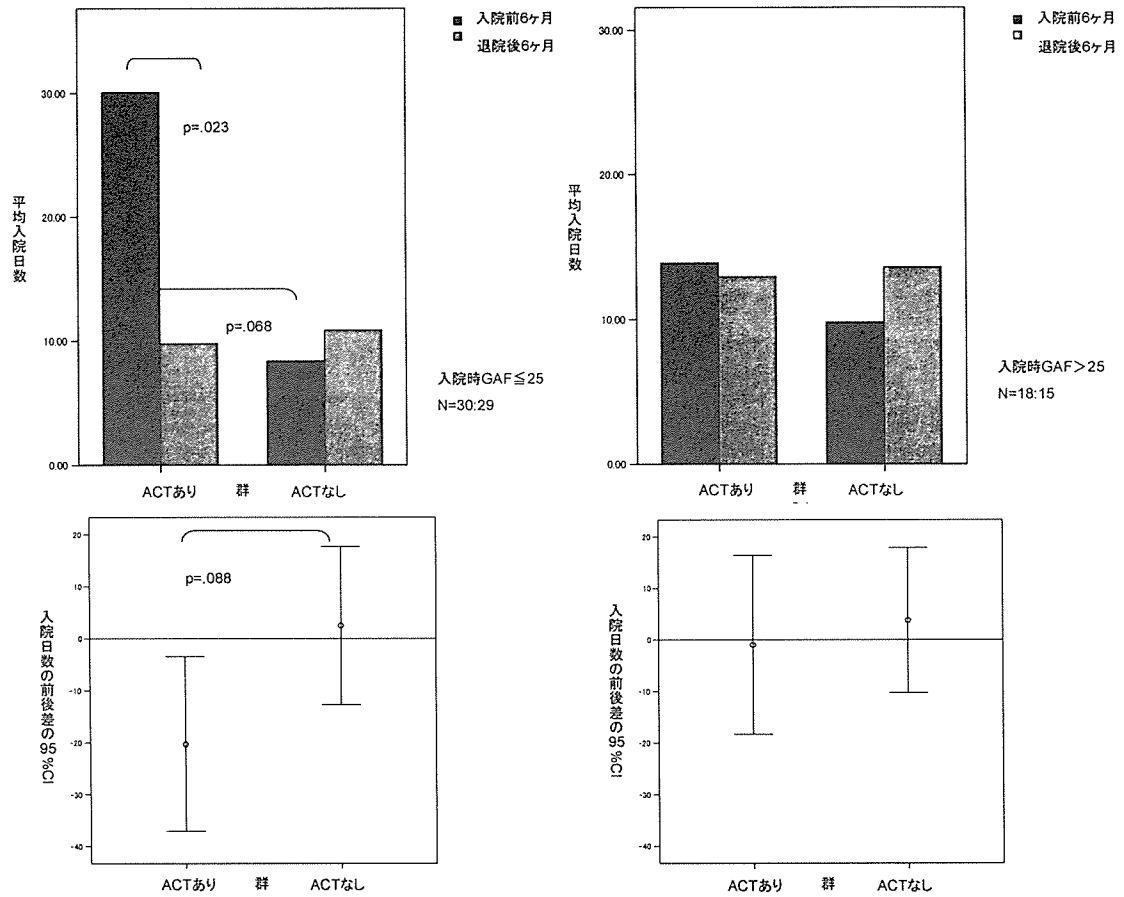


図4. 初期入院時GAF低群と高群での比較

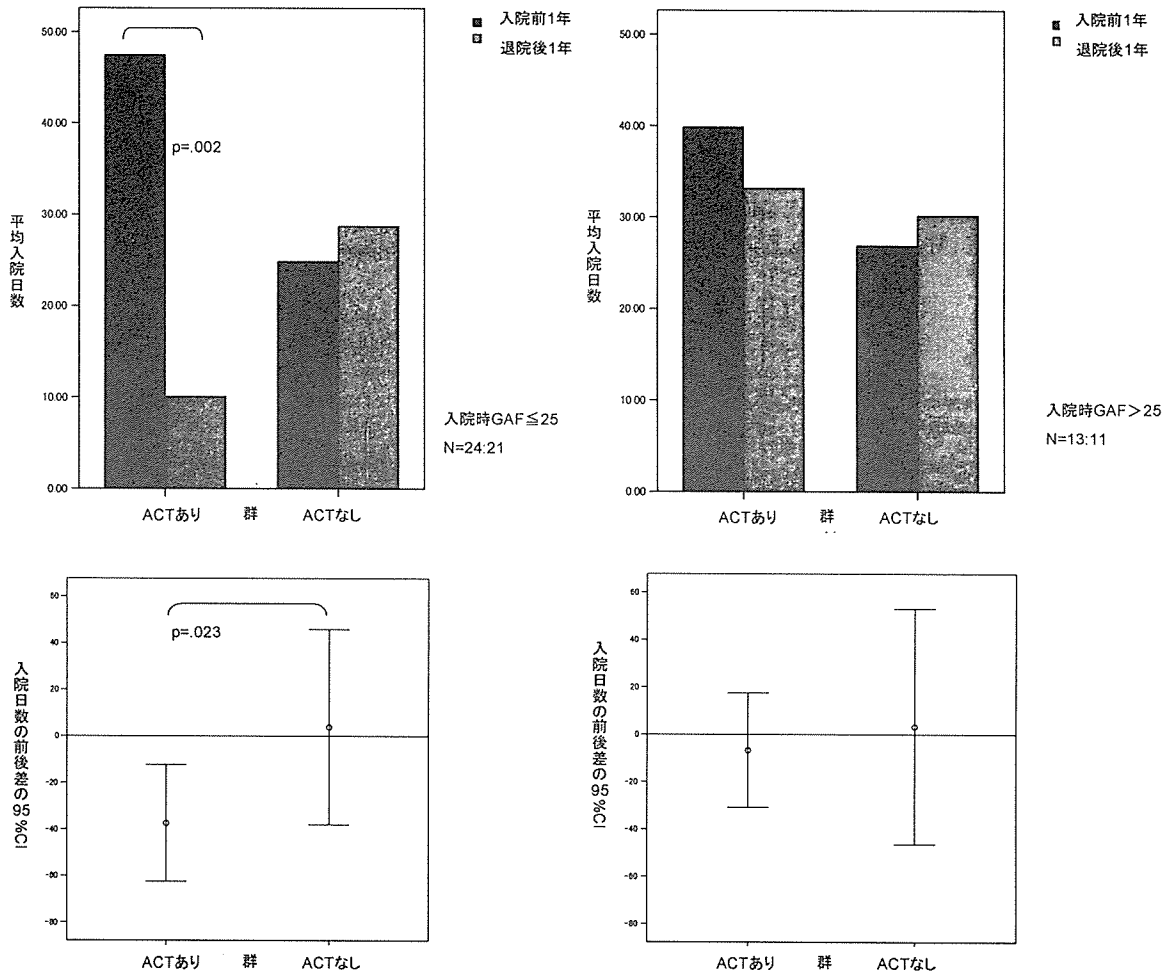


図5. 診断F2またはF31の人のみの比較（6ヶ月）

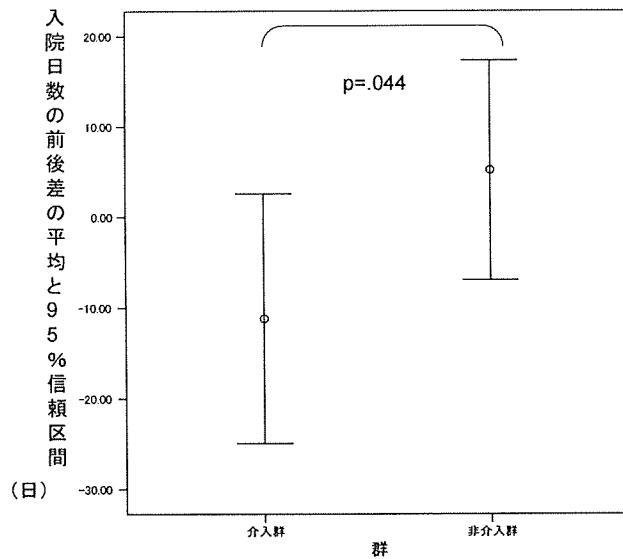


表6. 診断F2またはF31の人のみの比較（6ヶ月）

	群	N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	
6ヶ月の入院日数の前後差	介入群	41	-11.2	43.6	6.8	Z=-2.01, p=.044
	非介入群	39	5.2	37.4	6.0	

Mann-Whitney検定

図6. 診断F2またはF31の人のみの比較（1年）

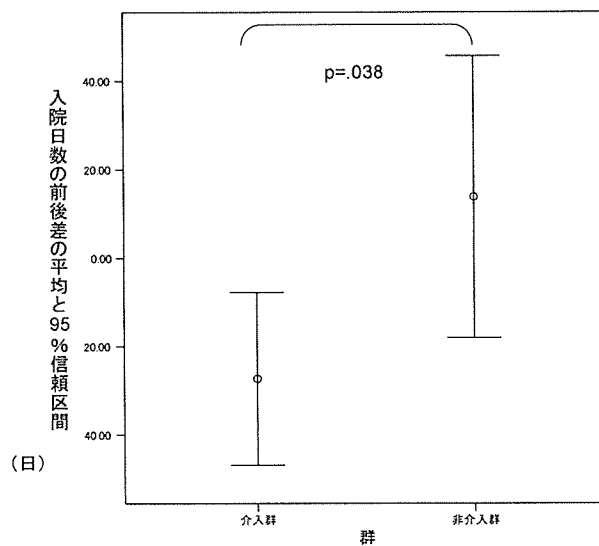


表7. 診断F2またはF31の人のみの比較（1年）

	群	N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	
1年の入院日数の前後差	介入群	32	-27.3	54.2	9.6	Z=-2.07, p=.038
	非介入群	28	13.8	82.2	15.5	

Mann-Whitney検定

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

研究体制 (50音順)

主任研究者 : 伊藤順一郎¹⁾
分担研究者 : 西尾雅明¹⁾、大島 巖²⁾、塚田和美³⁾、鈴木友理子¹⁾
研究協力者 :
ACT-J 研究チーム : 小川ひかる、香田真希子、久野恵理、瀬戸屋雄太郎、
園環樹、贅川信幸、久永文恵、深谷 裕、堀内健太郎、
前田恵子
ACT-J 臨床チーム : 足立千啓、小林園子、佐藤文昭、猿田忠寿、田中幸子、
英 一也、梁田英麿、山下真有美、渡邊雅文
事務担当 : 鵜城恵美子、徳永篤子

¹⁾国立精神・神経センター精神保健研究所、²⁾日本社会事業大学

³⁾国立精神・神経センター国府台病院

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

発行日 : 平成 19 年 4 月
発行者 : 「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
発行所 : 国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部
〒272-8516 市川市国府台 1-7-1
国立精神・神経センター国府台病院気付
電話 : 047-375-4758 FAX:047-375-4773
