

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
協力研究報告書

ACT-Jの利用が重度の精神障害を抱える人たちの意識に及ぼす影響
～自記式調査票によるアウトカム評価～

分担研究者 大島 巖

贅川信幸^{*1}, 園環樹^{*1,2}, 大島巖^{*3}, 小川雅代^{*1}, 伊藤順一郎^{*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

^{*3} 日本社会事業大学精神保健福祉学分野

研究要旨

本研究では、日本で初めて導入された重度の精神障害を抱える人たちに対する包括型地域生活支援プログラム(Assertive Community Treatment: ACT)の利用が、利用者の意識に及ぼす影響を、前向きは無作為化比較試験(Randomized Controlled Trial: RCT)デザインによって明らかにすることを目的とした。国立精神・神経センター国府台病院に2004年5月から2006年10月までに入院した患者のうち、診断、年齢、居住地域、精神医療利用状況などの条件に合致した108名を、ACT介入群(n=59)と対照群(n=59)に無作為に振り分けた。退院1ヶ月後と1年後の2時点で心理社会的介入への参加準備性測定尺度、ソーシャルサポート測定尺度、自己効力感尺度、サービス満足度などで構成される自記式調査票への記入を求め、介入群の32名、対照群の21名が2時点の調査を完了した。共分散分析およびt検定によって1年後の得点を群間で比較した結果、介入群は対照群よりもサービス満足度が有意に高く、心理社会的介入への参加準備性が高い傾向にあることが示された。ACTは従来の精神保健福祉医療サービスに比べて、利用者のサービスへの満足度の高さやリハビリテーションに対する前向きな姿勢につながる可能性が示唆された。

A. 研究目的

重度の精神障害を抱える人たちに対する包括型地域生活支援プログラム(Assertive Community Treatment: ACT)は、欧米を中心に精神症状の改善や地域滞在期間の延長のみならず、社会機能や生活の質の改善、サービス満足度の向上などの良好な成績を得ている¹⁾。しかし、エンパワメント意識や自己効力感を含む自己意識の変化や、セルフケアや援助資源の

活用に関する意識の変化という、援助を受けている人たちの意識を捉えて効果指標にする研究は、重い精神障害を抱える人たちの場合、非常に限られている。ACTは、常に利用者の可能性を信じ、その長所を伸ばすエンパワメントと自立を目指した援助を目標にしており、サービス利用者の自己意識やサービスに対する意識を適切に捉えて評価することは、ACTがサービス利用者の意識に及ぼす影響を捉える上で重要

であると考えられる。

本研究では、わが国で始めて導入された ACT (ACT-J) の効果評価の一部として、ACT がサービス利用者の意識に及ぼす影響を、1 年間の無作為化比較試験 (Randomized Controlled Trial: RCT) により明らかにすることを目的とした。

B. 方法

1) 対象

2004 年 5 月から 2006 年 10 月までに国立精神・神経センター国府台病院に入院した患者のべ 1,938 名のうち、以下の基準に合致するものを対象とした。すなわち、1) 18 歳以上 60 歳未満、2) 統合失調症、双極性障害など (ICD-10 の F20, 21, 22, 25, F30, 31, 33) の診断を受けているもの (認知症、物質による精神障害、人格障害、精神発達遅滞 (ICD-10 の F00-05, F1x, F6x, F7x) は除外)、3) 対象病院近隣の 3 市に居住、4) 過去 2 年間の精神科サービス利用状況が次のいずれかを満たす: i) 2 回以上または 100 日以上以上の入院、ii) 3 回以上の深刻な救急受診、iii) 3 ヶ月以上の医療中断、5) 過去一年間の最高 GAF 得点が 50 点以下、であった。これらの基準に合致した 202 人に対して研究の内容を説明した。研究参加への同意を得た 118 人を、ACT サービスを利用する介入群 (n = 59) と ACT を利用せずに従来の精神保健福祉医療サービスを利用する対照群 (n = 59) に無作為に振り分け、1 年間追跡した。追跡期間中の圏外への転居や死亡、未退院などの理由で 1 年後の評価対象者にならなかったのは、介入群の 5 人と対照群の 7 人であった。

介入群の平均年齢は 39.4 (SD = 10.3) 歳、対照群は 43.7 (SD = 11.2) 歳であり、介入群は対照群よりも有意に若かった ($t = 2.13, p = 0.04$)。両群とも男女比が約 1:1 であり、また 9 割以上が統合失調症圏と気分障害圏の診断が占めた。

研究参加時の入院以前の 1 年間の平均入院日数は、介入群が 44.5 (SD = 64.7) 日、対照群は 22.3 (SD = 43.8) 日であり、対照群は介入群よりも有意に長かった ($t = -2.14, p = 0.04$)。また、介入群の平均発病年齢は 24.3 (SD = 9.2) 歳、対照群は 28.4 (SD = 10.3) 歳であり、介入群の対象者は対照群よりも平均発症年齢が若かった ($t = 2.22, p = 0.03$)。その他の属性は群間で有意な違いは認められなかった。

2) 尺度

対象者の治療・リハビリテーションに対する態度や自身の人生に対する意識、サービスに対する認識を評価するため、以下の尺度からなる調査票を用いた。

(1) 薬物態度尺度

薬物療法に対する態度を測定するため、Hogan ら²⁾ の Drag Attitude Inventory- 10 (DAI-10) を用いた。この尺度は 10 項目からなる自記式評価尺度であり、日本語版においても内的整合性と信頼性が確認されている。抗精神病薬や薬物療法に対する態度・体験について、肯定的な回答はプラス 1 点、否定的な回答はマイナス 1 点に得点化される。これらを合計した薬物態度得点は、-10 から +10 の値をとり、プラスの場合は薬物療法に対する肯定的主観、マイナスの場合は否定的主観として表現される。得点が高いほど薬や服薬経験を通じての患者の印象は良好であり、薬物療法における主観的 QOL が高いことを示唆していると考えられている²⁾。

(2) 参加準備性尺度

心理社会的介入に参加する患者の準備性 (態度) の測定には、瀬戸屋ら³⁾ の Readiness for Participation to Psychoeducation Scale (RPPS) を用いた。この尺度は、知識獲得に関する認識や障害者同士の関わり、援助サービスの活用、障害の受容、症状対処行動への意欲などの 5 つ

の領域に関する計 12 項目からなり、各項目をどの程度大切であると感じるかの程度によって、「0: 大切ではない」～「3: とても大切」の 4 段階で評価する。各項目を合計した参加準備性得点は 0～36 点の値をとり、得点が高いほど心理社会的介入に対する参加の準備度が高いことを表す。

RPS は、内的一貫性(Cronbach's $\alpha = 0.83$)、再検査信頼性($r = 0.95$)、および内容的妥当性、構成概念妥当性が確認されている³⁾。

(3) ソーシャルサポート尺度

ソーシャルサポートの測定には、Sarason⁴⁾の Social Support Questionnaire - 6(SSQ-6)を用いた。この尺度は一定の信頼性と妥当性が確認されている。本研究では、回答者の負担を考慮して回答方法に若干の修正を加えた。すなわち、設問で 6 つの状況を提示し、各状況で支援を受けられる人が、家族内および友人・知人であるかどうかを尋ね、いる場合にはその人数の記入を求めた。原版で使用されているサポートに対する満足の程度の設定は除いた。支援が得られる状況の数(領域)と、各状況で支援が得られる人数を合計して項目数の 6 で除した人数を、ソーシャルサポートの得点として分析に用いた。

SSQ-6 は、内的整合性(Cronbach's $\alpha > 0.90$)が確認されている。得点が高いほどソーシャルサポートが得られる領域が多く、サポートが得られる人数が多いことを表す。

(4) 地域生活に対する自己効力感尺度

地域生活を行ってゆく上での自信の測定には、大川ら⁵⁾の Self-Efficacy for Community Living (SECL)を用いた。この尺度は、日常生活、治療に対する行動、症状対処行動、社会生活、対人関係の 5 領域、計 18 項目からなり、各項目の内容に対する本人の主観的自信を「0: まったく自信がない」～「10: 絶対に自信がある」の 11 段階で回答を求めた。18 項目に対する回答を合計したものを 100 点満点に換算したものが、自

己効力感尺度得点として算出される。

SECL は、内的一貫性(Cronbach's $\alpha = 0.72 - 0.95$)、再検査信頼性($r = 0.82$)、および内容的妥当性、併存的妥当性、構成概念妥当性が確認されている⁵⁾。得点が高いほど、地域生活における自己効力感が高いことを表す。

(5) 統制感尺度

自身の人生に対する統制可能感の測定には、米国の SAMHSA⁶⁾で開発された EBP ツールキットの利用者調査ツールの統制感尺度を用いた。項目は、「私が全力を傾けることはどんなことでも、何とかすることができる」、「自分の人生で大切な多くのことを、私は自分で変えることができる」などである。各項目で、自分で統制できると思う程度を「1: おおいにそう思う」～「4: まったく思わない」の 4 段階で回答を求めた。

得点は、各回答を 0～3 点に逆転して 5 項目で合計した上で、100 点満点に換算したものをを用いる。得点が高いほど、自身の人生に対する統制可能感が高いことを表す。

(6) エンパワメント尺度

援助や生活に対して自身が主体的に活動するというエンパワメントの程度の測定には、米国の SAMHSA⁶⁾で開発された EBP ツールキットの利用者調査ツールのエンパワメント尺度を用いた。項目は、「私が受ける援助サービスは、すべて私が自分で決める権利を持っていると感じている」、「自分の自由時間の使い方について、私にはいくつもの選択肢がある」などである。各項目について、「1: おおいにそう思う」～「4: まったく思わない」の 4 段階で回答を求めた。

得点は、各回答を 0～3 点に逆転して 5 項目で合計した上で 100 点満点に換算したものをを用いる。得点が高いほど、援助や生活に対するエンパワメントの程度が高いことを表す。

(7) サービス満足度

対象者が受けている援助サービスに対する満足度の測定には、立森ら⁷⁾の Client

Satisfaction Questionnaire -8 (CSQ-8)を用いた。この尺度は 8 項目からなり、各項目でサービスの満足を1~4点で回答を求めらる。

CSQ-8 は、十分な内的整合性と基準関連妥当性が確認されている⁷⁾。8 項目の回答を合計した総得点はサービス満足度得点として用いられ、得点が高いほど受けているサービスに対する満足度が高いことを表す。なお、本尺度は 1 年後調査においてのみ使用した。

3) 調査の手順

入院中に研究参加の同意が得られた対象者は、退院 1 ヶ月後および 1 年後の 2 時点で、退院後に同意が得られた対象者は、同意が得られてから 1 ヶ月後および 1 年後の 2 時点で自記式調査を実施した。調査実施にあたり、対象者に電話等で連絡をとり、調査実施の日時・場所などの詳細を調整した。

4) 分析

1 年後調査における介入群と対照群の得点を、1 ヶ月後調査の得点を共変量とする共分散分析により比較した。1 年後調査でのみ使用した CSQ-8 については、t 検定によって群間で 1 年後の特典を比較した。統計解析には、SPSS16.0 for Windows の統計パッケージを用いた。

C. 結果

1 ヶ月後調査では介入群の 45 人、対照群の 38 人から回答を得た(回答率はそれぞれ 76.3%、64.4%)。1 年後調査の対象となった介入群の 54 人、対照群の 52 人のうち、両時点の調査で回答が得られたのはそれぞれ 32 人、21 人であり(回答率はそれぞれ 59.3%、40.4%)、これら 2 時点の調査が完了した 53 人を分析の対象とした。調査完了者の属性は、介入群と対照群で有意な差は認められなかった(表 1)。

1 ヶ月調査の各得点と基本属性との関連を表

2 に示した。いくつかの尺度は、年齢や教育年数、罹病年数などの属性と有意な相関を示した。また、SSQ-6 の家族人数と SECL の得点は、GAF と有意な正の相関を示し、BPRS と有意な負の相関を示した。社会機能の評価尺度であるケア必要度尺度⁸⁾との関連を検討したところ、DAI-10、SECL の得点は、ケア必要度尺度の多くの下位領域得点と有意な負の相関を示した。ケア必要度尺度の領域の中でも、身の回りのこと、社会資源の活用、社会的役割の領域の得点は、多くの尺度得点と有意な負の相関を示した。これらの基本属性や臨床的特徴の変数は、群間で有意な差は認められなかったため、アウトカム指標の比較における共分散分析の共変量には用いなかった。

自記式調査の結果を表 3 に示した。1 ヶ月後調査では、すべての尺度で群間に有意な差は認められなかった。共分散分析の結果、参加準備性尺度で有意傾向差が認められ、介入群は対照群よりも 1 年後の心理社会的介入に参加する準備の程度が高い傾向にあることが示された。また、CSQ-8 得点を t 検定によって比較した結果、有意な差が認められ、介入群は対照群よりも受けているサービスに対する満足度が高いことが示された。そのほかの変数については有意な差は認められなかった。

2 時点で回答が得られた対象者が限られたため、2 時点の調査が完了したもの(完了者)と、調査が完了しなかったもの(非完了者)との間に違いがあるかを検討する必要がある。そこで、介入群と対照群それぞれにおいて、調査完了者と非完了者の属性や 1 回目調査の得点などを、Mann-Whitney の検定により比較した(表 4)。その結果、介入群では完了者が非完了者よりも SSQ-6 の領域得点が家族、知人・友人ともに有意に高く、社会的役割に関するケアの必要度得点が高い傾向を示した。また、対照群の完了者は非完了者よりも SSQ-6 の領域得点が家族、知

人・友人ともに有意に高く、社会資源の活用のケア必要度得点が低い傾向を示した。

D. 考察

本研究の結果、ACTのサービスを受けたものは、従来の精神保健福祉医療サービスを受けたもの比べてサービスの満足度が高いことが示された。また、心理社会的介入に対する準備性が高い傾向にあることが示された。

ACT利用者のサービス満足度の高さは、多くの先行研究の知見と一致している。CSQ-8は、利用者が望むサービスをどの程度受けたか、受けたサービスの質や量、有用性などの側面から満足度を問うものである。利用者が希望する地域生活に対して、たとえ重い障害を抱えていてもACTは「限界」を設けず、利用者の可能性を信じてストレングスを伸ばす関わりを持ち続ける。この姿勢は、少ないケースロードで24時間365日、利用者が生活する地域でのサービス提供を基本とするACTの構造だからこそ可能になる部分も大きく、それが利用者のサービス満足度の高さに反映されたと考えられよう。

従来のサービスでは、利用者が希望する生活に対して“ステップアップ”の言葉に代表されるような「準備段階」を設定することが多い。すなわち、「仕事をしたいのであれば、まず病状を安定させてから」というような段階設定である。しかしACTでは、疾病や障害に向き合ったりそれに対処できることを、希望する地域生活を送ることの必要条件とはしない。本人が望む地域生活を実現できるようにさせてゆく中で、必要に応じて困難や障壁へのアプローチを利用者本人と一緒に考えてゆく。この違いは、利用者が疾病や障害に対処することの動機付けに影響すると考えられ、ACT利用者の参加準備性得点の高さに反映されたと解釈できるかもしれない。

本研究で使用したそのほかの尺度では、ACTサービス利用者と従来のサービス利用者

の1年後の得点に有意な差は認められなかったが、これにはいくつかの理由が考えられよう。まず、1年間の追跡期間は、ACTサービス利用者の意識に統計的な変化が生じるには短いかもしれない。ACTサービスでは、訪問活動を中心に利用者の生活場面で濃密な関わりを行うため、関係作りは丁寧に時間をかけて行う。さらに、利用者の意識は希望する地域生活を行ってゆく中で徐々に変化するものと思われる。より長期的な関わりの中で、ACT利用者の意識に大きな変化が生じることが期待される。

もうひとつの理由として、本研究の分析対象者における偏りの影響が考えられよう。介入群で2時点の調査が完了した者は、調査が未完了であった者よりも1ヶ月後の社会機能が低い傾向を示したが、対照群では社会機能が低い傾向を示した。社会機能は自記式アウトカムと関連を示したことから、本分析の対照群には、自記式調査票で評価される意識や態度が高い傾向にある者が含まれた可能性がある。こうした対象者の偏りが、ACTの介入効果を捉えにくくしたのかもしれない。

追跡期間や分析対象者の偏りなどの限界はあるものの、本研究では日本で初めて導入したACTプログラムが、従来のサービスと比べて利用者のサービスへの満足度や心理社会的介入プログラムに対する参加準備性に、一定の効果を示すことをRCTデザインによって明らかにした。ACTプログラムは単に入院日数を短くするだけではなく、利用者が満足でき、障害に対処する必要性を自ら認識できるようになるサービスであることが示唆され、精神障害を抱える者の退院促進や地域リハビリテーションが課題にあるわが国において、重要な役割を担うものと思われる。今後も、本研究の限界を克服してACTプログラムが利用者の意識や態度に与える影響を多面的に明らかにしてゆくことが求められる。

E. 結論

本研究の結果、日本におけるACTプログラムを利用したものは、従来の精神保健福祉医療サービスを受けているものよりも、1年後のサービス満足度が高く、心理社会的介入に対する参加準備性が高い傾向にあることが示された。

F. 文献

- 1) Mueser KT, Bond GR, Drake RE, et al: Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin* 24: 37-74, 1998.
- 2) Hogan T.P., Awad A.G., Eastwood R: A Self-report Predictive of Drug Compliance in Schizophrenia: Reliability and Discriminative Ability *Psychological Medicine* 13:177-183, 1983.
- 3) 瀬戸屋希, 大島巖, 榎野葉月ほか. 統合失調症者の心理教育に対する参加準備性尺度 (Readiness for Participation to Psychoeducation (RPPS)) の開発. *精神医学* 48: 135-143, 2006.
- 4) Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. et al.: Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 44: 127-139, 1983.
- 5) 大川希, 大島巖, 長直子ほか: 精神分裂病者の地域生活に対する自己効力感尺度 (SECL)の開発—信頼性・妥当性の検討. *精神医学* 43: 727-735, 2001.
- 6) Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Assertive Community Treatment Resource Kit (online), 2003. (最終アクセス日 2008年4月21日) <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/CommunitySupport/research/toolkits/pn4ch2.asp#pn4ch2h>
- 7) 立森久照, 伊藤弘人: 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8項目版の信頼性および妥当性の検討. *精神医学* 41: 711-717, 1999.
- 8) 大島巖, 長直子, 安西信雄ほか: 精神障害者ケアガイドライン検討委員会版ケアアセスメント票の開発と評価—ケア必要度と社会的不利尺度の信頼性と妥当性—. *精神医学* 42 (8): 809-818, 2000.

G. 健康危険情報 なし

H. 研究発表 なし

I. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表1. 1ヶ月後調査における対象者の基本属性

	介入群		対照群		t, χ^2	p
	n	M ± SD	n	M ± SD		
年齢	32	40.3 ± 11.7	22	42.8 ± 11.0	0.789	0.434
教育年数	26	13.6 ± 2.6	21	12.4 ± 2.3	-1.588	0.119
性別 (男性%)		37.5%		59.1%	(Fisher検定)	0.099
居住形態 (%)						
家族と同居		65.6%		68.2%		
独居		18.8%		4.5%		
その他		15.6%		27.3%	2.910	0.233
発病年齢	29	25.7 ± 9.6	22	30.1 ± 10.3	1.558	0.126
罹病年数	29	13.1 ± 9.8	22	12.1 ± 9.1	-0.377	0.708
診断						
統合失調症圏 (F2X)		81.3%		68.2%		
気分障害圏 (F3X)		15.6%		31.8%		
その他 (F0X, F4X)		3.1%		0.0%	2.519	0.284
抗精神病薬投与量 (CP換算mg)	27	538.9 ± 454.5	12	498.4 ± 499.5	-0.249	0.804
指標入院前1年間の入院日数 ¹	32	47.4 ± 63.4	22	26.1 ± 45.5	-1.354	0.181
GAF	31	47.6 ± 10.0	22	47.5 ± 9.8	-0.034	0.973
BPRS	31	17.9 ± 7.8	22	20.0 ± 7.7	0.967	0.338

CP クロルプロマジン; GAF Global Assessment of Functioning; BPRS Brief Psychiatric Symptom Rating Scale

¹ ACT研究参加の対象となった入院以前の1年間の入院日数。

表2. 1ヶ月後の基本属性と自記式調査票の尺度得点との関連

尺度	Pearson積率相関係数 (r)																									
	年齢	教育年数	発症年齢	罹病年数	薬物投与量	参加入院前1年間の日数	GAF	BPRS	身のこ回りと	安全管理	健康管理	社会利資源	対人関係	社会的役割	の緊急時	配慮が社会行動な	合計得点									
DAI-10	0.01	0.15	0.02	-0.09	-0.14	0.09	0.13	-0.22	-0.36	**	-0.12	-0.42	**	-0.32	**	-0.30	**	-0.27	*	-0.31	**	-0.20	-0.40	***		
参加準備性	-0.18	-0.05	-0.18	-0.03	0.13	0.17	0.11	-0.02	-0.39	-0.02	-0.15	-0.12	-0.14	-0.07	-0.12	0.04	-0.11									
SSQ-6 (領域)																										
家族	-0.09	-0.21	*	0.02	-0.09	0.08	-0.02	0.21	-0.10	-0.24	*	-0.17	-0.19	-0.16	-0.15	-0.12	0.06	0.01	-0.18							
知人・友人	-0.08	-0.14	0.07	-0.17	-0.21	0.12	0.14	-0.05	-0.01	0.19	-0.01	-0.19	-0.27	*	-0.29	-0.18	0.26	-0.11								
SSQ-6 (人数)																										
家族	-0.25	*	0.22	-0.11	-0.19	0.11	-0.10	0.36	**	-0.23	*	-0.24	*	-0.10	-0.11	-0.22	-0.23	-0.24	*	0.00	-0.01	-0.22				
知人・友人	-0.20	0.10	-0.09	-0.14	-0.21	0.08	0.12	-0.19	-0.02	0.20	-0.04	-0.17	-0.19	-0.25	*	-0.26	*	0.14	-0.12							
SECL	-0.11	0.22	0.02	-0.14	0.03	-0.04	0.33	**	-0.26	*	-0.32	**	-0.22	-0.38	**	-0.39	**	-0.36	**	-0.31	**	-0.38	**	-0.26	-0.44	***
統制感	0.25	*	0.07	0.05	0.24	0.07	0.02	-0.10	0.10	-0.01	-0.14	-0.04	-0.10	-0.07	-0.16	0.05	0.03	-0.07								
エンパワメント	-0.13	0.25	*	-0.08	-0.08	0.08	0.09	0.22	-0.16	-0.03	-0.04	-0.09	-0.27	*	-0.12	-0.26	0.10	0.18	-0.10							
CSQ-8	0.13	0.07	-0.08	0.18	-0.22	-0.08	0.24	-0.20	-0.05	-0.09	-0.37	**	-0.16	-0.24	-0.19	-0.23	-0.19	-0.23								

DAI-10 Drag Attitude Inventory-10; SSQ-6 Social Support Questionnaire-6; SECL Self-Efficacy for Community Living scale; CSQ-8 Client Satisfaction Questionnaire-8; GAF Global Assessment of Functioning; BPRS Brief Psychiatric Rating Scale

*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

表3. 介入群と対照群の1ヶ月後および1年後の自記式アウトカム

尺度	1ヶ月後調査				1年後調査				F, t [†]	p
	介入群		対照群		介入群		対照群			
	n	M ± SD	n	M ± SD	n	M ± SD	n	M ± SD		
DAI-10	32	6.7 ± 2.0	22	6.3 ± 2.5	32	6.3 ± 2.0	21	6.6 ± 1.9	0.78	0.38
参加準備性	32	76.3 ± 16.2	22	74.1 ± 13.9	32	75.5 ± 13.7	21	68.9 ± 11.7	3.09	0.09
SSQ-6(領域)										
家族	32	4.1 ± 2.3	22	4.1 ± 2.4	32	3.8 ± 2.6	22	4.3 ± 2.3	0.94	0.34
知人・友人	32	3.0 ± 2.4	22	2.5 ± 2.5	32	3.2 ± 2.4	22	2.5 ± 2.6	0.54	0.47
SSQ-6(人数)										
家族	32	1.3 ± 1.3	22	1.3 ± 1.1	32	1.3 ± 1.2	21	1.1 ± 0.7	0.69	0.41
知人・友人	32	1.6 ± 2.0	22	1.0 ± 1.3	31	1.6 ± 2.2	21	0.7 ± 0.9	1.79	0.19
SECL	32	61.1 ± 13.8	22	63.6 ± 16.0	32	62.9 ± 16.6	21	61.5 ± 15.4	0.39	0.54
統制感	31	68.4 ± 18.9	22	64.5 ± 25.0	32	63.4 ± 24.3	21	66.0 ± 25.5	0.26	0.62
エンパワメント	32	47.4 ± 16.3	22	46.1 ± 17.9	32	52.9 ± 39.4	21	39.1 ± 16.4	2.16	0.15
CSQ-8		—		—	32	24.7 ± 3.8	21	21.3 ± 3.0	-3.50	0.00

DAI-10 Drag Attitude Inventory-10; SSQ-6 Social Support Questionnaire-6; SECL Self-Efficacy for Community Living scale; CSQ-8 Client Satisfaction Questionnaire-8

[†]1ヶ月後の得点を共変量とする共分散分析により比較した(CSQ-8は検定)。

表4. 調査完了者と非完了者との属性および1ヶ月後調査の得点比較 (Mann-Whitney検定)

	介入群				Z	p	対照群				Z	p
	調査完了者		調査非完了者				調査完了者		調査非完了者			
	n	M ± SD	n	M ± SD			n	M ± SD	n	M ± SD		
年齢	32	40.3 ± 11.7	25	38.6 ± 8.7	-0.45	0.65	22	42.8 ± 11.0	33	44.6 ± 11.5	-0.70	0.49
教育年数	26	13.6 ± 2.6	12	12.9 ± 2.4	-0.48	0.65	21	12.4 ± 2.3	27	12.9 ± 2.7	-0.55	0.59
発病年齢	29	25.7 ± 9.6	23	23.0 ± 8.7	-1.53	0.13	22	30.1 ± 10.3	30	27.2 ± 10.7	-1.06	0.29
罹病期間	29	13.1 ± 9.8	23	14.8 ± 7.7	-1.31	0.19	22	12.1 ± 9.1	30	16.2 ± 12.0	-0.96	0.34
指標入院前1年間の入院日数	32	47.4 ± 63.4	24	42.4 ± 68.5	-0.61	0.54	22	26.1 ± 45.5	31	19.9 ± 44.4	-0.69	0.49
退院時CP換算値(mg)	27	538.9 ± 454.5	12	676.4 ± 779.2	-0.08	0.94	12	498.4 ± 499.4	19	497.2 ± 438.0	-0.04	0.97
GAF	31	47.6 ± 10.0	12	48.8 ± 11.4	-0.14	0.90	22	47.5 ± 9.8	18	52.4 ± 9.3	-0.15	0.88
BPRS	31	17.9 ± 7.8	12	16.8 ± 9.4	-0.39	0.70	22	20.0 ± 7.7	17	18.9 ± 7.3	-0.14	0.89
DAI-10	32	6.7 ± 2.0	13	6.2 ± 2.9	-0.41	0.69	22	6.3 ± 2.5	16	5.6 ± 1.6	-0.82	0.41
参加準備性	32	76.3 ± 16.2	13	79.7 ± 14.9	-0.67	0.51	22	74.1 ± 13.9	16	71.5 ± 11.7	-0.68	0.49
SSQ-6(領域)												
家族	32	4.1 ± 2.3	25	2.0 ± 2.7	-2.96	0.00***	22	4.1 ± 2.4	33	1.8 ± 2.5	-3.26	0.00**
知人・友人	32	3.0 ± 2.4	25	1.5 ± 2.3	-2.57	0.01*	22	2.5 ± 2.5	33	1.4 ± 2.4	-2.08	0.04*
SSQ-6(人数)												
家族	32	1.3 ± 1.3	13	1.2 ± 1.0	-0.09	0.93	22	1.3 ± 1.1	16	1.5 ± 1.4	-0.10	0.92
知人・友人	32	1.6 ± 2.0	13	1.6 ± 1.9	-0.04	0.97	22	1.0 ± 1.3	16	1.5 ± 2.1	-0.24	0.81
SECL	32	61.1 ± 13.8	12	66.8 ± 7.6	-1.42	0.16	22	63.6 ± 16.0	16	63.1 ± 18.8	-0.24	0.81
統制感	31	68.4 ± 18.9	12	75.0 ± 13.1	-1.08	0.29	22	64.5 ± 25.0	16	62.5 ± 26.5	-0.21	0.84
エンパワメント	32	47.4 ± 16.3	12	49.4 ± 3.7	-0.36	0.73	22	46.1 ± 17.9	16	46.3 ± 22.0	-0.60	0.55
ケア必要度												
身の回りのこと	30	2.0 ± 0.7	10	2.1 ± 0.9	-0.08	0.94	20	1.6 ± 0.8	15	1.8 ± 1.0	-0.78	0.44
安全管理	30	1.6 ± 0.7	10	1.5 ± 0.5	-0.15	0.88	20	1.4 ± 0.8	15	1.4 ± 0.7	-0.73	0.46
健康管理	30	1.7 ± 0.9	10	1.8 ± 1.0	-0.51	0.61	20	1.5 ± 0.6	15	1.8 ± 0.8	-0.96	0.34
社会資源の利用	30	1.7 ± 1.0	10	1.5 ± 0.7	-0.37	0.72	20	1.4 ± 0.8	15	1.7 ± 0.9	-1.72	0.09†
対人関係	30	2.0 ± 0.9	10	2.1 ± 0.7	-0.58	0.56	20	1.7 ± 0.6	15	2.0 ± 0.7	-1.43	0.15
社会的役割	30	2.7 ± 0.9	10	2.1 ± 0.6	-1.98	0.05†	20	2.4 ± 0.9	15	2.4 ± 0.9	-0.10	0.92
緊急時の対応	30	2.6 ± 1.0	10	2.6 ± 0.8	-0.18	0.86	20	2.5 ± 1.0	15	2.4 ± 0.9	-0.32	0.75
配慮が必要な社会行動	30	1.4 ± 0.5	10	1.5 ± 0.5	-1.01	0.31	20	1.3 ± 0.4	15	1.3 ± 0.4	-0.35	0.72
合計	30	1.9 ± 0.7	10	1.9 ± 0.5	-0.16	0.88	20	1.6 ± 0.5	15	1.8 ± 0.5	-1.32	0.19

CP クロルプロマジン; GAF Global Assessment of Functioning; BPRS Brief Psychiatric Rating Scale; DAI-10 Drag Attitude Inventory-10; SSQ-6 Social Support Questionnaire-6; SCL; CSQ-8 Client Satisfaction Questionnaire-8

*** p < 0.001, * p < 0.05, † p < 0.10

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
協力研究報告書

ACT-J の利用が重度の精神障害を抱える人たちの家族に及ぼす効果:
家族自記式アウトカム評価

分担研究者 大島 巖

園環樹^{*1,3}, 大島巖^{*2}, 費川信幸^{*3}, 堀内健太郎^{*1}, 深谷裕^{*1}, 瀬戸屋雄太郎^{*1}, 西尾雅明^{*4}, 伊藤順一郎^{*1}

^{*1} 国立精神・神経センター精神保健研究所、^{*2} 日本社会事業大学精神保健福祉学分野

^{*3} 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野、^{*4} 東北福祉大学総合福祉学部

研究要旨

【目的】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。本研究では、無作為化比較試験を用いて 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ことを目的とする。

【方法】家族の困難度や拒否度など種々の家族機能尺度をアウトカム指標とし、無作為化比較試験で、ACT の利用者家族に対する ACT の介入効果を評価した。

【結果・考察】5% 水準で有意な差が見られた指標はなかったが、家族拒否度とサービス満足度で群間差に有意傾向が見られ、家族の拒否度が介入群で上昇し、一方でサービス満足度も介入群で高いという結果が見られた。

【結論】 33.7%という低い回答率が大きな限界ではあるものの、ACT の介入開始後 1 年間で家族の拒否的な態度が高まる傾向が示唆された。今後、ACT チームの家族支援においては、家族機能のアセスメントをより慎重に行い、かつ、家族の複雑な心理に十分に配慮した支援が求められると考えられる。また、利用者の家族が ACT のサービスに対して高い満足を感じているという実態が示唆された。

A. 背景と目的

入院医療中心から地域生活中心へと精神保健福祉施策が移行しつつある。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 ACT(Assertive Community Treatment)に注目が集められている¹⁾。ACT は、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 Practice)の一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が^{2,3)}、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。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

きいため、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⁴⁾。本邦初の ACT 利用者の家族アウトカム評価は重要であると考えられる。

本研究では、無作為化比較試験を用いて 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ことを目的とする。

B. 研究方法

1. 対象

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実数1,938名(地域、年齢で除外されたものを含む)のうち、基準に適合した202人の中でインフォームドコンセントが得られた118人が対象である。ランダム化の結果59人が介入群、59人が非介入群となり、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。非介入群に対しては、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。なお、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19年10月末時点で1年経過(N=55:52)した人のうち、連絡を取ることができる家族のいないケースを除いた92ケース(N=46:46)であり、このうち分析対象は、2回の

自記式調査ともに回答した31ケース(N=21:10)である。

2. 調査

自記式調査票は、下記の尺度から構成され、調査は各ケースの調査基点日(初期入院の退院後、あるいは同意日のどちらか遅い方)から数えて1ヵ月後と12ヵ月後の二回実施された。

i) 家族困難度:大島⁵⁾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)」「将来に対する不安(4項目)」「危機に対する不安(3項目)」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。

ii) 協力行動数・協力度:大島⁵⁾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

$$\begin{aligned} \text{協力行動数} &= 2 \times \sum_{14} (\text{よくしている}) + \sum_{14} (\text{多少している}) \\ \text{協力度} &= \frac{\text{協力行動数}}{2 \times (14 \text{項目} - \text{自立項目数})} \times 100 \end{aligned}$$

iii) 家族ケア自己効力感:大島ら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「絶対に自信があ

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。

iv) 参加準備性: 大川らの「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。

v) 家族拒否度: Kreisman⁶⁾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。

vi) CSQ-8: 立森ら⁷⁾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 12 ヶ月後調査のみ用いた。

以上の自記式評価尺度の他に、電子サービスコード記録を用いて、ACT で提供されたサービスの量を評価した。電子サービスコード記録とは、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。

3. 分析方法

各尺度の 1 ヶ月後時点での得点を共変量とする共分散分析で 12 ヶ月後時点の得点を比

表2. 家族の続柄

	介入群 (n=21)	対照群 (n=10)
続柄		
母親	10	3
父親	3	3
配偶者	7	2
同胞	0	1
祖父母	0	1
他	1	0

較した。ただし、サービス満足度 (CSQ-8) に関しては T 検定で得点を群間比較した。

4. 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の承認を得ている。

C. 結果

本調査に回答した家族の続柄を表 2 にまとめる。両群ともに両親の回答が多かった。

本調査の主な結果を表 3 にまとめる。5% 水準で有意な差が見られた指標はなかったが、家族拒否度とサービス満足度で群間差に有意傾向が見られ、家族の拒否度が介入群で上昇し、一方でサービス満足度も介入群で高いという結果が見られた。

D. 考察

本調査の結果を解釈するにあたり注意すべき事柄として回収率の低さが挙げられる。基準を満たした 92 ケースのうち 2 回の自記式調査ともに回答したケースは 31 ケース (33.7%) であ

表3. 各群のアウトカム指標に関する共分散分析の結果

	1ヵ月後調査				12ヵ月後調査				F 値	有意確率
	RCT介入 (n=21)		RCT対照 (n=10)		RCT介入 (n=21)		RCT対照 (n=10)			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
家族困難度	9.62	5.28	10.44	3.18	8.10	6.46	8.84	7.84	0.001	0.970
日常生活における困難・疲労	4.76	3.60	4.51	3.77	4.40	4.25	4.29	4.65	0.001	0.970
将来に対する不安	3.24	1.70	3.70	1.42	2.43	1.89	3.10	2.12	0.344	0.562
危機に対する不安	1.62	0.97	2.15	1.49	1.26	1.02	1.50	1.43	0.149	0.702
協力行動数	18.12	4.81	17.78	7.08	16.75	6.43	18.84	6.31	1.918	0.177
家族協力度	68.63	15.15	66.94	22.08	64.42	22.07	67.61	22.15	0.832	0.369
家族拒否度	6.30	4.64	7.58	3.97	7.28	5.58	6.00	3.71	3.953	0.057
参加準備性	81.23	11.24	76.67	13.43	77.89	14.19	73.00	14.94	0.076	0.785
自己効力感	69.82	16.17	66.46	16.82	66.31	14.86	72.16	16.10	2.899	0.101

り、上記の結果を ACT プログラムの利用者家族を代表する結果として解釈することには限界がある。ただ、調査完了者と非完了者のプロフィールを比較した補足的な分析結果によると、年齢、本人の罹病期間、ベースライン時の GAF、BPRS、介入前の入院日数で完了者と非完了者の間に有意な差はなく、さらに介入群では、介入後の ACT 臨床スタッフによる対面コンタクトの数でも完了者と非完了者の間に有意差がなかったため、ここでは、調査完了者の回答結果のみを用いて分析結果を解釈することとする。

先行する準実験法を用いた ACT 利用者の家族アウトカムの分析では、ACT のサービスによって「家族の負担が軽くなる」と回答した者が介入群で増加したが、一方で ACT による家族支援が家族の自己効力感を減少させる傾向がみられた。ACT の介入によって、家族の協力行動が減少し、将来への不安が軽減される一方で、これまで本人への支援が生活の大部分を占めていた家族にとって、ある種の喪失体験とし認識され、自己効力感の低下という結果に結びついたと考えられる⁸⁾。本調査における拒否度の上昇に関しても、ACT-J では、本人と家族が適切な距離を保てるように、訪問によるサポートの継続を前提に単身住まいを勧める場合があるなど、時に家族による支援を肩代わりするのみならず、家族関係の調整を目的とする介入も行う。これらの援助内容が、本人や家族とともに作成されるケアプランに基づいて行われることで、改めて種々の問題や課題に直面させられるようになり、先述の自己効

力感の低下とも関連しつつ、拒否度の上昇という結果に現れたと解釈することができる。

また、介入群では調査担当者が対象者に調査協力依頼を行う際、電話などで依頼するほか、調査に拒否的な家族に対しては臨床スタッフを経由して依頼を行ったのに対し、対照群に対する調査協力依頼は調査担当者による直接依頼のみであったため、対照群の回答者が本人の支援に積極的で調査にも協力的な回答者に偏っていた可能性が考えられる。長期のフォローアップ調査などによるより厳密な評価が期待される。

ACT-J チームが行っている家族に対する援助の効果は、負担の軽減といった肯定的な側面があると同時に、拒否度の上昇といった配慮すべき側面も持ち合わせていることが示唆された。今後の ACT チームの家族支援においては、家族機能のアセスメントをより慎重に行うなどの配慮が必要であると考えられる。

サービス満足度に関しては、介入群が対照群に比べて高かった。前述のように対照群が調査に協力的な家族に偏っていたとしても、そのような対照と比してもなお ACT 介入群で満足度が高い傾向が見られた点は特筆に値すると思われる。

E. 結論

33.7%という低い回答率が大きな限界ではあるものの、ACT の介入により、種々の問題や課題に改めて直面させられた家族の拒否的な態度が高まる傾向が示唆された。今後、ACT チームの家族支援においては、家族機能のアセ

メントをより慎重に行い、かつ、家族の複雑な心理に十分に配慮した支援が求められると考えられる。その一方でACT利用者の家族がサービスに対して高い満足を感じているという実態が示唆された。

F. 文献

- 1) Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG: Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin* 24(1): 37-74, 1998
- 2) Deci PA, Santos AB, Hiott DW, Schoenwald S and Dias JK: Dissemination of assertive community treatment programs. *Psychiatric Services* 46: 676-678, 1995
- 3) Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rössler W: Case Management and Assertive Community Treatment in Europe. *Psychiatric Services* 52: 631-636, 2001
- 4) Ziguras SJ, Stuart GW: A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. *Psychiatric Services* 52: 1410-1421, 2000

- 5) 大島巖: 精神障害者をかかえる家族の協力体勢の実態と家族支援のあり方に関する研究. *精神神経学雑誌* 89(3): 204-241, 1987
- 6) Kreisman DE, Joy VD: Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin* 10: 34-57, 1974
- 7) 立森久照, 伊藤弘人: 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性及び妥当性の検討. *精神医学* 41(7): 711-717, 1999
- 8) 園環樹, 大島巖, 賛川信幸, 深澤舞子, 伊藤順一郎, 西尾雅明: 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—重症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: 97-107, 2006

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

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
協力研究報告書

ACT利用者における身体疾患の状況

分担研究者 大島 巖

小川雅代¹, 園環樹^{2,3}, 宮本有紀¹, 費川信幸³, 大嶋巖⁴

¹ 東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野, 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, ⁴ 日本社会事業大学社会福祉学部

研究要旨

本研究では ACT 利用者の身体疾患の状況を明らかにすることを目的とし、身体疾患の有無と ACT における臨床活動の内容をサービスコードデータを用いて検討した。

ACT-J 臨床データベースと電子サービスコードを用いて、身体疾患の状況と ACT-J から提供されたサービス内容について分析した。対象は、2003 年 5 月から 2007 年 4 月までに国府台病院に入院した者で、年齢が 18 歳から 59 歳、主診断が統合失調症、感情障害等の精神疾患であり、精神科サービスの利用が頻回で、社会生活機能得点の低い者のうち、主治医の了解と研究参加の同意が得られた 102 名を対象とした。

全対象者 102 名中、何らかの身体疾患を有する者は 34 名 (33.3%)、身体疾患の種類としては、内分泌・代謝障害、循環器疾患、消化器疾患、筋・骨格系疾患、悪性新生物などであった。身体疾患を有する者の方が、身体健康の管理以外に、危機介入と日常生活の支援が有意に多かった。本人宅に向いて日常生活の支援と同時に身体健康の支援も行える ACT のサービスは、特に生活習慣病には有効な支援方法であると思われる。また、身体疾患のない者に対しても身体健康の管理に関する支援を行っており、身体疾患の予防や早期発見の役割も担っていることが示唆された。

A. 背景と研究目的

重い精神障害を有する人は精神障害を持たない人と比較すると身体疾患、特に慢性疾患の有病率が高い¹⁾とされている。イギリス、スウェーデン、カナダの統合失調症を有する人の死亡に関する調査では、自殺のみならず心疾患などの死亡率も一般人口より高いこと

が明らかにされている²⁾。また、重い精神障害を有する人は精神障害や認知機能障害のために身体症状を自覚したり言語で表現することが困難であったり³⁾、身体疾患の診断を受けていてもケア提供者に申告しない場合が多い⁴⁾とも報告されている。従って、重い精神障害を有する人は身体疾患のリスクが高く、さらに

身体疾患の早期発見や把握も困難な集団であると思われる。

包括型地域生活支援プログラム ACT(Assertive Community Treatment)は重い精神障害を有する人を対象としている³⁾ため、身体疾患の問題に関しても取り扱う可能性が高い。しかし、我が国では地域で生活する精神疾患を有する人の身体疾患の状況に関してほとんど明らかにされていない。そこで、本研究では ACT 利用者の身体疾患の状況を明らかにすることを目的とし、身体疾患の有無と ACT における臨床活動の内容をサービスコードデータを用いて検討した。

B. 研究方法

1. 対象

2003 年 5 月から 2007 年 4 月までの期間に国府台病院精神科に入院した患者のうち、①年齢が 18 歳以上 60 歳未満、②入院時の主診断が統合失調症、感情障害等の精神疾患(主診断が痴呆性疾患、物質による精神障害、人格障害、知的障害である者は除外)、③居住地が市川・松戸・船橋の 3 市、④過去の精神科サービスの利用状況、⑤社会生活機能(GAF50 点以下)、⑥主治医の了解がある、⑦研究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、以上すべての条件を満たす ACT 介入群 102 名を対象とした。

2. 調査内容

ACT-J 臨床データベースより、社会人口学的属性、主診断名、身体疾患の有無と疾患名を得た。ACT で提供されたサービスについては、電子サービスコード記録を用いた。

3. 分析方法

身体疾患の有無による ACT サービス内容を検討するために、身体疾患の有無により対象

者を 2 群にわけ、ACT チームが対象者に初めてコンタクトした日から 1 年間のサービス内容の比較を t 検定で行った。

4. 倫理委員会の承認

本研究は、国立精神・神経センターの倫理審査委員会の承認を得ている。

C. 結果

1. 対象者の基本属性

身体疾患のある群とない群の基本属性について比較したところ、身体疾患あり群のほうが年齢が有意に高かったが、精神疾患罹病期間に有意な差はなかった(表 1)。

表 1. 基本属性

	身体疾患あり N=34	身体疾患なし N=68
年齢 mean±SD	43.5±11.0	39.0±9.6 *
精神疾患罹病期間	16.6±10.5	14.7±7.8
性別		
男	12(35.3%)	33(48.5%)
女	22(64.7%)	35(51.5%)
精神科診断		
統合失調症	21(61.8%)	53(77.9%)
感情障害	9(26.5%)	11(16.2%)
その他	4(11.8%)	4(5.9%)

*. P<0.05

2. 身体疾患の状況

全対象者 102 名中、何らかの身体疾患を有する者は 34 名(33.3%)であった。身体疾患の種類としては、内分泌・代謝障害(糖尿病、高脂血症)、循環器疾患(高血圧、心疾患)、消化器疾患(胃潰瘍、潰瘍性大腸炎等)、筋・骨格系疾患(骨粗鬆症、椎間板ヘルニア等)、自己免疫性疾患(SLE、多発性硬化症等)、副作用疾患(薬剤性パーキンソンニズム、薬剤性肝障害等)、悪性新生物などであった(表 2)。

3. 身体疾患の有無による ACT サービス内容

ACT チームのコンタクト場所は身体疾患あり群では電話・ファックスが一番多く、次に精神科医療機関、次いで本人宅であった。身体疾患なし群では電話・ファックス本人宅、精神科

表2. 身体疾患の内訳

N=34	
悪性新生物	2 (5.9%)
筋・骨格系疾患	4 (11.8%)
循環器疾患	3 (8.8%)
高血圧	2 (5.9%)
心疾患	1 (2.9%)
内分泌・代謝障害	6 (17.6%)
糖尿病	5 (14.7%)
高脂血症	1 (2.9%)
消化器系疾患	8 (23.5%)
呼吸器系疾患	1 (2.9%)
皮膚疾患	3 (8.8%)
自己免疫性疾患	3 (8.8%)
副作用	4 (11.8%)

医療機関の順であった。各コンタクト場所でのコンタクト回数の平均値は両群で有意な差はなかった。

提供されたサービス内容では、身体疾患あり群の方が、関係づくり、危機介入、身体健康の管理、日常生活の支援が有意に多かった。詳細を表3に示す。

D. 考察

全対象者中何らかの身体疾患を有する者の割合は 33.3%であり、平均年齢が有意に高かった。身体疾患は、生活習慣病である糖尿病、循環器疾患、悪性新生物と、骨粗鬆症等、年齢が高くなるにつれて罹患率が高くなる疾患が多いためであると思われる。現在は身体疾患がなくても年齢が上がるにつれ発症する可能性は高く、今後は身体疾患を有する者の割合は増加すると思われる。

サービス内容では、身体疾患あり群の方が、身体的健康の支援以外に、危機介入と日常生活の支援が有意に多かった。身体疾患の中にはセルフケアを必要とするものが多いことや、身体疾患のために ADL が低下している可能性があるため、日常生活の支援のニーズが高いと思われる。本人宅に出向いて日常生活の支援と同時に身体健康の支援も行えることは、特に糖尿病や高血圧などの生活習慣病には有効な支援方法であると思われる。また、重度精神障害を有する人は一般人と比べて身体疾患のリスクも高い⁶⁾といわれているが、ACT チ

表3. 身体疾患の有無別にみた1ケースあたりに提供された平均サービス回数(1年間)

	身体疾患あり		身体疾患なし		t値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
コンタクト場所						
ACT-Jオフィス	17	14	16	15	-0.31	0.759
本人宅	30.3	24.3	29.2	24.5	-0.217	0.829
精神科医療機関	33.2	31.2	27.4	27.9	-0.949	0.345
電話・ファックス	85.2	92.5	68.2	84.6	-0.93	0.355
援助サービス						
関係づくり	20.7	12.9	15.2	10.4	-2.285	0.024 *
ケアマネジメント	23.6	17.1	20	15.5	-1.065	0.289
精神症状・服薬管理	85.8	91.5	60.3	68.4	-1.577	0.118
危機介入	7.8	14.1	2.7	5.9	-2.578	0.011 *
身体健康の管理	16	16.9	6.5	7.9	-3.898	0 **
日常生活の支援	21.8	40	9.8	16.4	-2.144	0.034 *
家族支援	24.5	33.1	19.7	25.6	-0.811	0.101
他直接サービス	42.5	33.5	37.8	36.4	-0.63	0.53
医療機関連絡調整	16.1	15.8	15.4	18.3	-0.179	0.858
地域機関連絡調整	9	14.7	5.2	10.9	-1.458	0.148
ケース会議・スーパービジョン	1.9	2.6	1.5	2.8	-0.637	0.526

*. 相関係数は5%水準で有意(両側) **. 相関係数は1%水準で有意(両側)

ームでは身体疾患なし群に対しても身体健康の管理について平均6.5回/年の支援を行っており、身体疾患の予防や早期発見の役割も担っていることが示唆された。

E. 結論

本研究は、ACTプログラムの利用者を対象とし、身体疾患の状況と、身体疾患の有無によるACTサービス内容について検討した。身体疾患を有する者の割合は33.3%であり、身体疾患を有する者は身体疾患がない者と比較して、身体健康の管理、日常生活の支援、危機介入の援助サービスを多く受けていた。ACTサービスが身体疾患のセルフケアや早期発見・予防の上でも有用であることが示唆された。

文献

- 1) Sokal J, Messias E, Dickerson FB, et al: Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 192(6):421-427, 2004
 - 2) Auquier P, Lançon C, Rouillon F, et al: Mortality in schizophrenia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 16: 1308-1312, 2007
 - 3) Muir-Cochrane E: Medical co-morbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13: 447-452, 2006
 - 4) Kilbourne AM, McCarthy JF, Welsh D, et al: Recognition of Co-occurring medical conditions among patients with serious mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 194(8): 598-602, 2006
 - 5) 大島巖編著: ACT・ケアマネジメント・ホームヘルプサービス. 精神看護出版, 2004
 - 6) Pascal Auquier, Christophe Lançon, Frédéric Rouillon, et al: Mortality in schizophrenia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 16: 1308-1312, 2007
- 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

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
協力研究報告書

ACT 利用者の社会生活機能回復に関する数量的研究

分担研究者 伊藤順一郎

英 一也^{*1}, 伊藤順一郎^{*2}

^{*1} 国立精神・神経センターACT-J プロジェクト臨床チーム, ^{*2} 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨

利用者の生活を地域で支える ACT は、人生設計の支援や病状安定のそれを包括的に提供するサービスであるが、「重症者」を対象とするがゆえに支援が服薬管理など症状安定を目標にすることに傾きがちであることも否めない。そこで、人生設計の支援の意義を量的に確認することを目的として、ACT-J 利用者 48 名の支援計画書(リカバリープラン:以下プラン)を「人生設計型」(N=26)と「病状安定型」(N=22)とに類型化して、各々の退院直後と半年後の GAF を縦断的に比較し、2 時点でのそれを類型間で横断的に比較した。

これら縦断的と横断的両比較での平均差において、「人生設計型」の半年後の改善が有意に高かった(縦断:pairedt = -6.130, p < .001, 横断:t = -2.823, p < .01)。開始時の対象者の基礎属性(GAF・性別・年齢・家族・主診断・罹患年数・入院日数)に類型間での有意差はなく、GAF の改善における「人生設計型」の支援の意義に示唆を得た。

これは就労や結婚等に向き合う「人生設計型」の支援が社会生活機能回復の一要因であることを示唆する結果でもある。しかし、現在の診療報酬体系下さらには障害者自立支援法下において、この種のサービスに対する評価は極めて低く、その提供が適切に報酬に反映され難い状況となっている。包括型地域生活支援の実践を標榜する ACT であればこそ、この種のサービスを維持することが大きな課題と考えられるが、その実現にはこれらサービスの報酬化なども組み込んだ地域精神保健福祉制度の更なる整備が急務である。

A. 緒言

1. 背景

2002 年 12 月の『障害者基本計画』と『新障害者プラン—重点施策実施 5 ヵ年計画』(障害者施策推進本部、2002)によって、条件が整えば退院可能とされる 72,000 人の精神科入院患

者を 10 年で地域生活に移行する目標が設定された。また、『精神保健医療福祉の改革ビジョン』(精神保健福祉対策本部、2004)や『今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)』(厚生労働省障害保健福祉部、2004)および 2006 年 4 月施行の『障害者自立

支援法』によって、その受け皿の整備も進められている。このような「入院生活から地域生活へ」という脱施設化の対象としては、重度精神障害者も例外ではない。

これらの人々を地域で支えるにあたっては、「生活の場」へのアウトリーチと多職種協働が特に重要となる。「重症者」であるほどに病識を失って医療中断に陥ることの多い重度精神障害者に対して、「来れば診る」といった姿勢は通じない。「こちらから出向く」アウトリーチが不可避である。同時に、環境や対人関係など人生設計に向けた多くの社会・心理的問題への対処も「生活の場」では求められる。それに応えるには、医療・保健・福祉を含めた包括的な支援が必須であり、多職種チームによる協働が前提となる。

2. 目的

ACT(Assertive Community Treatment)はこのような前提に立って包括的なサービスを提供する多職種チームであるが、一方で、実践においては「重症者」を対象とするがゆえにその支援内容が服薬や病状の管理に傾きがちであることも否めない。しかし、そのような状況下にあっても、「生きる」という文脈に沿った人生設計を意識しての心理的側面への働き掛けが、利用者の回復を促していると実感する場面は多い。

そこで、ACT での支援をこの種の支援(「人生設計型」と病状の安定を目標にした支援(「病状安定型」と)に大別し、前者が利用者の社会生活機能回復の一要因であるとの仮説を立てた。両者の量的な比較を通してこの仮説を検証し、ACT における「人生設計型」の支援の意義およびそれを実現するための地域精神保健福祉制度の整備を進めていく必要性について示唆を得ることを本研究の目的とする。

B. 対象

1. ACT-J 概要

2002年に厚生労働科学研究として施行されたACT-Jプロジェクトは、翌年5月にその臨床活動を開始した。現時点(2007年10月1日)でのスタッフ数は、筆者(チームリーダー)の他にチーム精神科医1名・看護師3名・作業療法士2名・精神保健福祉士3名・就労支援専門家2名＝精神保健福祉士と作業療法士各1名(全員常勤)で、これに秘書業務担当者2名(非常勤での交代勤務)を加えた計14名となる。一方、現時点での利用者数は計74名である。

2. 加入の基準

途中で若干の修正もあったが、基本的に1)2003年5月以降に国府台病院へ入院した時点の年齢が18歳～59歳 2)主診断が統合失調症・感情障害などの精神疾患 3)市川市・松戸市・船橋市の何れかに居住 4)社会機能障害が一定レベル以上 5)入院・救急外来等の頻回利用者 の全てを満たすことが加入基準である(ACT-Jスタンダード検討委員会、2004)。既にそのサービスを終了した者を含めたACT-J利用者の延べ人数は、現時点で102名である。

3. 支援計画書

直接介入型ケアマネジメントの一種であるACTの利用者に対しては、個別の計画書(=プラン)に基づいた支援が実施される。その支援に責任を持つスタッフ(以下主担当)とその他に通常2名程度の担当者がITT(Individual Treatment Team:以下ITT)を組んで、利用者との話し合いを重ね、その支援の方針・内容がプランに盛り込まれる。従って、どのような支援が進められているかは、このプランによって一目瞭然となる。プランは原則として退院後1ヶ月以内に作成されるが、利用者からの拒否な

ど臨床上の諸事情で遅れることも多い。

4. 研究の対象

研究対象となった ACT-J の被支援者は、利用者全員の中で退院直後と半年後の GAF(C-2で詳述)が共に現時点で測定できている者のみとする。プランが退院後半年以内に作成されていなかった利用者については、半年後の GAF を測定する時点でプランに基づいた支援が実施されていなかったと判断して除外する。また、加入中に亡くなった利用者も対象から除外する。結果として、研究対象者は計 48 名となる。

一方、支援提供者は ACT-J 臨床チームのスタッフである。臨床活動開始から 4 年半を経た現時点および過去の間主担当を勤めた各職種の延べ人数は、医師 1 名・看護師 4 名・作業療法士 4 名・心理士 4 名・PSW 7 名の計 20 名である。利用者のエントリーが決定した時点で、これらスタッフの中の 1 名がその利用者の主担当としてチームリーダーから指名されるか、もしくは最初に ITT として数名がチームリーダーから指名され、その後の ITT 間の協議によって主担当が決められる場合もある。

5. 同意の取得

ACT-J の利用者からは、加入の際に研究プロジェクトの趣旨と内容について十分な説明をした上で、書面による同意が得られている。また、ACT-J 臨床チームのスタッフは、プロジェクト参加の時点で、筆者を含めた全員が関連する研究の対象となることに書面にて同意している。

C. 方法

1. 支援の分類

プランの内容が対象者の「生きる」という文脈を反映させたものを「人生設計型」、病状の

安定を目的としたものを「病状安定型」として分類した。「人生設計型」については、「結婚」・「就職」・「趣味」がプランの中心であることを判断基準とした。一方、「病状安定型」については、「通院」・「服薬」がプランの中心であることを判断基準とした。同じく服薬に言及していても、「仕事を続けるために薬を飲み忘れないようにしたい」といった場合は「人生設計型」とした。

尚、B-4にて既述の通り、支援開始から 6 ヶ月後の時点で未作成の場合は対象から除外した。

2. GAF の使用

支援の開始直後および半年後に測定された対象者の GAF = Global Assessment of Functioning (American Psychiatric Association, 1996)を上述の類型間でそれぞれ比較した。尚、ここで用いられた GAF は、プロジェクトに所属する研究者が該当するそれぞれの時点で測定した得点を、筆者が ACT-J 研究者会議での許可を得て使用したものである。

3. 分析の手順

対象者の基礎属性(性別・家族＝同居者の有無・主診断＝統合失調症か否か・年齢・罹患年数・入院日数＝ACT 加入時の入院から退院までの日数)を上述1の支援類型ごとに集計した。前3項目で χ^2 検定を、後3項目の各平均間で t 検定(独立・両側)を実施し、これら基礎属性の類型間での偏りを調べた。そして、類型ごとに退院直後の GAF と半年後のそれとを縦断的に比較し、その平均差に対して t 検定(繰返・片側)を実施した。また、この2時点での GAF の平均を類型間で横断的に比較し、平均差に対し t 検定(独立・両側)を実施した。

尚、統計処理には SPSS 12.0 j for Windows