

群がデイケア群より長く1カ月強の入院期間であった。利用月数による影響を少なくするため、利用期間が1年以内の者を抽出して解析したところ、ACT群(49名)63.5日、訪問看護群(141名)56.7日、デイケア群(197名)20.1日であり、デイケア群とACT群・訪問看護群の間に有意差があった。

診断では、ACT群では統合失調症圏が約9割を占めており、訪問看護群では統合失調症圏が3/4で気分障害が11%、デイケア群では統合失調症圏が3/4で、気分障害が11%、その他の診断も15%を占めていた。訪問看護群ではこのほかに10%ほどの精神障害を持っていない利用者があり、それを加えると訪問看護群の統合失調症圏の割合は約70%となる。

4) 追跡調査の比較

各施設より、過去1年に退院した利用者のうち、診断が統合失調症あるいは双極性障害である者について、最大10名同意を得た上で追跡調査を実施する対象者を選択した。対象者数について表5に示す。12ヵ月後追跡調査の回収率は90%以上とおおむね良好であった。ベースライン調査部分および1年後調査について、3群の比較を実施した。

1. ベースライン調査

対象者の属性等について、表6および表7に示す。最終的な対象者はACT群43人、訪問看護群124人、デイケア群41人、訪問デイケア群7人であった。

性別はどの群も男性がやや多く、診断は約9割が統合失調症であった。単身居住がデイケア群で少なく、過去の就労経験は訪問看護群が少なかった。

年齢はデイケア群が他の群より有意に低く、初発年齢も低かった。過去の入院日数に有意差は見られなかった。

症状に関しては、GAFはACT群、デイケア群、訪問看護群の順に低く、全般的機能が低かった。問題行動を測定するSBSでは(図3)、総得点がACT群が訪問看護群より有意に高く、下位尺度では、「社会的引きこもり」では訪問看護群が他の2群より低く、「陽性症状に伴う行動」ではACT群が他の2群より高く、

「迷惑及び反社会的な行動」ではACT群が訪問看護群より高かった。「気分と行動の不安定さ」では有意な差はみられなかった。

各群が利用しているサービスについて表8に示す。ACT群では23%、訪問看護群では39%がデイケアあるいはナイトケアを利用しており、デイケア群においても10%が訪問看護を利用していた。各群ともに、地域のさまざまなサービスを利用していた。

2. 6ヵ月後・12ヵ月後追跡調査

表9に、12ヵ月後時点現在の状況について示す。ACT群では中断が一例もなく、終了が約10%、訪問看護群では中断が15.7%(入院による一時的な中断も含む)、終了が5%であった。デイケア群では中断が8.1%、終了が5.4%であった。

ベースライン、6ヵ月および12ヵ月後時点のGAFを図8に、SBS総得点を図9に示す。

GAFには3群ともベースライン時点と12ヵ月後時点で有意差はなかった。ACT群ではSBSについても差がみられなかったが、訪問看護群では、SBS下位尺度「陽性症状に伴う行動」において、ベースラインより12ヵ月後の方が有意に改善していた。デイケア群では、SBS総得点、「社会的ひきこもり」下位尺度において有意な改善がみられた。

ベースラインからの12ヵ月間の入院日数および入院回数には3群間で有意差がみられ、デイケアが他の2群より少なかった(表10)。

12ヵ月間で一般就労経験があったのはACT群で1名(2.6%)、訪問看護群で3名(2.5%)、デイケア群で4名(10.8%)であった。

D. 考察

本研究では、地域で重度の精神障害者を支えるサービスである。ACT、精神科訪問看護、および精神科デイケアについて、施設の状況およびその利用者について比較した。以下に本研究より明らかになった各群の特徴について考察する。

なお、提供しているサービスのケア内容(プロセス調査)の比較については吉田協力研究報告書を、訪問看護群のうち、訪問看護ステーション群と病院の精神科訪問看護群

の比較については萱間・瀬戸屋分担研究報告書を参考されたい。

1) ACT 群

ACT は、もともとアメリカにおいて開発されたプログラムであり、その有効性が実証され、多くの国で類似のプログラムが地域で重症精神障害者を支えるサービスとしてシステムに組み込まれている。例えば、オーストラリアのビクトリア州では約人口 10 万人あたりに 1 つ ACT 様のプログラムがあり、重症精神障害者を地域で支えている。

我が国においても、主任研究者である伊藤が中心となって行ったパイロット研究、無作為ランダム割り付け (RCT) 研究において一定の有効性が確認された。

しかし、いまだ診療報酬等で予算の裏付けがなく、病院やクリニックからの精神科訪問看護、訪問看護ステーションからの訪問看護、都道府県の単独事業、あるいはそれらの組み合わせによって、全国約 10 カ所で実施されているのみである。

今回、それらの ACT プログラムのうち、DACTS と呼ばれる ACT モデルの忠実度を測定する尺度で一定の評価が得られた 7 つの施設を対象として、その実態を調査した。

その結果、以下に挙げる、ACT の特徴とされる多くの面でモデルに忠実に実際にサービスが提供されていることが明らかになった。

- ・多職種チームであること
 - ・ケースロードがスタッフ一人あたり 10 名以下であること
 - ・重症の精神障害者に対してサービスを提供していること
- などである。

スタッフ数については、現状では常勤換算で 6.4 名程度と少ない結果であった。また ACT 専任ではなく、兼務のスタッフも多かった。本来 ACT は 8-12 名程度のスタッフで 100 名程度の利用者を支えるサービスである。診療報酬の裏付けがない現状を表し、それぞれの施設で兼業スタッフを配置するなど苦勞しながらサービスを提供している様子があ

かがわれた。

また ACT は本来ニーズがある限り期限を限定しないサービスであり、利用期間は長期間になるはずであるが、ACT プログラムを開始して 2,3 年程度のプログラムが多かったため他の群と比較して利用期間が短かった。

利用者の重症度については、全利用者調査より、過去 1 年間の精神科入院日数ではデイケア群より長く、追跡調査では、GAF、SBS とも他のサービスと比較して重症であった。また月あたりの患者への訪問回数も他のサービスより多く、手厚いケアを提供していた。ACT は元来、いわゆる SMI (Severe Mental Illness あるいは Severe and Persistent Mental Illness) と呼ばれる重症の患者を対象に包括的な支援を提供するサービスであり、今回の調査からもそのことが裏付けられた。

12 カ月後調査では、約 10% が終了し、ACT を卒業している以外は、全員支援を継続しており、転居の 1 名をのぞき中断はいなかった。可能な限り利用者の支援を継続し、かつ次のステップへとリカバリーさせていく ACT の特性が表れたものと示唆される。GAF および SBS 得点は 12 カ月間で変化がみられなかった。ACT の対象者がサービス頻回利用者である SMI であることもあり、短期間での改善は認められなかった。今後さらなる調査でどのように変化していくか検討の必要がある。

今後、ACT としての包括の診療報酬・補助金を設定するか、あるいは訪問看護の重症者対象型と位置づけ、例えば重症患者を対象とした場合には訪問単価に加算する、訪問看護ステーションからの精神保健福祉士の訪問について評価する、現在診療報酬の対象とならない、患家でない地域や、入院中の訪問などの診療報酬への組み入れなどの対策をとることにより、ACT プログラムが普及することが期待される。

2) 訪問看護群

精神障害者に対する訪問看護は、診療報酬の度重なる評価改善により、近年増加しているサービスの一つであり、入院日数を短縮さ

せるなどの効果が認められている。背景でも述べたように、現状では2通りのタイプがあり、一つは病院・クリニックからの精神科訪問看護、もう一つは訪問看護ステーションからの訪問看護である。診療報酬上もそれぞれ評価が異なっており、病院からは精神保健福祉士の訪問も算定されるが、ステーションからは算定されないこと、複数名訪問であってもステーションでは加算されないこと、訪問1回あたりの単価はステーションの方が高いこと、などの違いがある。

今回の調査でも、その違いを反映し、ステーション群ではスタッフはほぼ看護師であり精神保健福祉士は少なく、一方病院群では精神保健福祉士が比較的多い、という結果であった。全体では常勤スタッフ数は約6名で看護師が主力であった。また病院群では病棟外来、デイケア等との兼務が多く、そのためか1カ月あたりの訪問数は少なかった。今回の訪問看護ステーションの対象は主として精神障害者に対し訪問を実施しているステーションであったが、それでも10%程度は精神障害者以外の人への訪問も実施していた。また単身居住者が54.5%と多かった。病院群とステーション群の詳細な比較については萱間分担研究報告書を参照されたい。

症状や行動については、GAF、SBSともにはばらつきがあるものの平均すると他の2群と比較して安定した社会機能を示していた。このことから訪問看護は症状の安定期を含む長期間のモニタリング・メンテナンス機能を有していることが伺われた。また地域の資源を他群と比較して積極的に活用していた。ACTや他のサービスとの役割分担については、ACTがある地域では重症患者はACTを活用し、僻地をはじめサービスが整っていない地域では訪問看護がさまざまなサービスを提供したり、利用できるサービスを調整する、というような柔軟な役割を担うことができるのではないかと考える。

12カ月後調査からは、約8割が支援を継続し、約5%が卒業している一方、2.5%中断、13%が入院中のため支援を一時中断していることが明らかになった。訪問看護は入院中は

報酬とならないため、一時的な中断を余儀なくされていることが明らかとなった。本来、入院中と地域のサービスを連続的なものとするためには、地域で主体となり支援している訪問看護が、病棟にも定期的に訪問し、病棟との連携や、本人・家族の地域生活へのニーズをくみ取り、円滑に地域生活へ復帰できるよう支援することが求められる。ACTも含め、いくつかの訪問看護施設では、診療報酬外であるにもかかわらず、このような支援を実際に提供している。今後この点についての手当がなされることが期待される。

全国的に訪問看護ステーションは数多いが、今回の調査対象のような、精神障害を主として訪問しているステーションはまだ少ないのが現状である。今後、ステーションからの精神保健福祉士の訪問や複数訪問が診療報酬の裏づけを得ることにより、今後さらにサービスが増加することが期待される。

3) 精神科デイケア群

精神科デイケアは、1960年代からある歴史のあるサービスであり、精神障害を持つ人を地域で支える受け皿として活用されてきた。

しかし、近年、地域活動支援センターなど、福祉サービスが地域において充実してきており、ともすれば日中の居場所として使用されてきたデイケアの必要性についての風当たりは強くなっている。

そのような中、一部のデイケアでは、就労支援に力を入れたり、訪問・外出活動を強化したり、あるいは治療の部分に力をいれたり、と本来デイケアが持つべき活動により重点をおいた取り組みをはじめている。

今回はそのようなデイケアを対象施設として選択して、デイケアのあるべき姿としてのデータを収集した。そのため、本研究の結果は全国のデイケアの平均ではないことに留意されたい。

本調査の結果より、デイケアには多職種のスタッフが常勤換算で約5名配置されており、スタッフ一人あたりの利用者数(ケースロード)はほかのサービスと比較してやや多かった。ただし、これは登録者数あたりの計算で

あり、実際に来所している人数あたりではない。デイケアは他の群より登録しているがサービスを利用していない利用者が多いことが予想されるため解釈に注意が必要である。利用者には、さまざまな診断の者がおり、男性が多いのも特徴であった。利用期間は平均4.3年と長めであった。症状はACT群よりやや低かったが、比較的重症の患者であった。

追跡調査からは、12カ月間に再入院したものは他の2群より少なく、デイケアの再入院抑止効果が示された。

訪問デイケア群とした一施設においては、訪問を積極的に実施することにより重症の精神障害者を地域にて支援する、全国モデルとなる支援を提供していた。

今後、デイケアの機能の一部は福祉施設に移行し、デイケアは通所できる利用者に対して多職種による治療やリハビリするための援助をより集中的に提供するようになっていくべきである。そのためには、デイケアを通過型にしたり、診療報酬の通減制（初期を充実し、長期の場合の評価を低くする）を導入したりする必要があると考える。

限界

本研究にはいくつか限界がある。以下に主要なものを示す。①追跡期間が短いこと。今後、さらに追跡期間を増やし、18ヵ月後および24ヵ月後に調査を実施する予定である。②対象者数が少ないこと。訪問看護群を除き、対象者数が少なかった。これは、ACTがまだ十分普及していないことが関係している。③3群の比較が困難であること。そもそも本研究は、3つのサービスの対象者や支援内容の相違をみるのが目的であったため、あえて対象者をベースラインでマッチングすることは行わなかった。しかし、そのことにより、追跡後のアウトカムの比較が困難となった。

E. 結論

ACT、訪問看護、デイケアについて1年間の追跡調査を実施し、それぞれの利用者の特徴について検討した。

ACT群では、重症な精神障害者に対し、多職種でサービスを提供していた。ケースロードが低く、利用者への月あたり訪問回数が多く、高密度のサービスを提供していた。サービス提供ニーズが満たされ、終了したケース以外は、継続的な支援が提供されていた。

訪問看護群では、他の群と比較すると安定した社会機能を有しながらも、継続的なモニタリングが必要な患者に対して、看護師が主力となって積極的に訪問をしていた。また地域の他のサービスを多く活用しており、継続的に利用者の状態をモニタリングしながら、他のサービスの利用を促したり調整し、必要時にはその不足部分を訪問看護で提供していることが示唆された。

デイケア群は、通所が可能である重症な利用者に対し、多職種のスタッフが支援にあっていた。さまざまな診断の利用者がおり、利用期間はやや長めであった。再入院抑止効果が示唆された。

今後、さらに地域への流れが加速し、多くの利用者が地域に暮らすこととなる。限られた資源を有効に使うために、各サービスは柔軟性を保ちながらも、そのサービスの特徴を最大限いかせるような支援内容に特化することが求められる。またニーズに応じて適切なサービスへと結びつけるトリアージ・相談窓口機能や、ケアマネジメントの重要性は今後ますます高まるであろう。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

学会発表

1. Setoya Y: Best Practice in Japan-Implementation of ACT in the community . International Seminar on Community Mental Health Development, Melbourne, 20 Aug, 2009.
2. Y. Setoya, K. Yoshida, N. Setoya, K. Hanafusa, Y. Takahara, A. Tsunoda, M. Kayama, I. Oshima, J. Ito.: Community Mental Health Service in Japan: Comparing Service Profiles of

- Assertive Community Treatment, Psychiatric Visiting Nurse, and Psychiatric Day Care. World Psychiatric Association International Congress 2010, Beijing, Sep 1-5, 2010.
3. Yoshida K, Setoya Y, Hanafusa K, Takahara Y, Ito J, Setoya N, Tsunoda A, Kayama M, Oshima I: The service description of Assertive Community Treatment program in Japan. World Psychiatric Association International Congress 2010, Beijing, Sep 1-5, 2010. Setoya Y: Assertive Community Treatment in Japan - Experience from Asia -. International Conference on Schizophrenia IV. Chennai, Oct 22-24, 2010.
 4. 伊藤順一郎, 瀬戸屋雄一郎: シンポジウム: 日本の ACT : 各地で行われている ACT の成果の現状. 第 106 回日本精神神経学会学術総会, 広島, 2010.5.22
 5. 瀬戸屋雄太郎: 日本の ACT の概観: フィデリティ調査などから見えていること. 第 106 回日本精神神経学会学術総会, 広島, 2010.5.20-22.
- H. 知的財産権の出願・登録状況 なし
- 参考文献
1. J Ito, I Oshima, M Nishio, T Sono, Y Suzuki, K Horiuchi, N Niekawa, M Ogawa, Y Setoya, F Hisanaga, M Kouda, K Tsukada. The effect of Assertive Community Treatment in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (in press)
 2. Horiuchi K, Nishio M, Oshima I, Ito J, Matsuoka H, Tsukada K: 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* 2: 18, 2006.
 3. Ng, C, Setoya, Y, Koyama, A, Takeshima, T. The ongoing development of community mental health services in Japan: utilizing strengths and opportunities. *Australasian Psychiatry* 18:57-62, 2010.
 4. 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.
 5. 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
 6. Wykes T, Sturt E: The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS. *British Journal of Psychiatry* 148: 1-11, 1986.

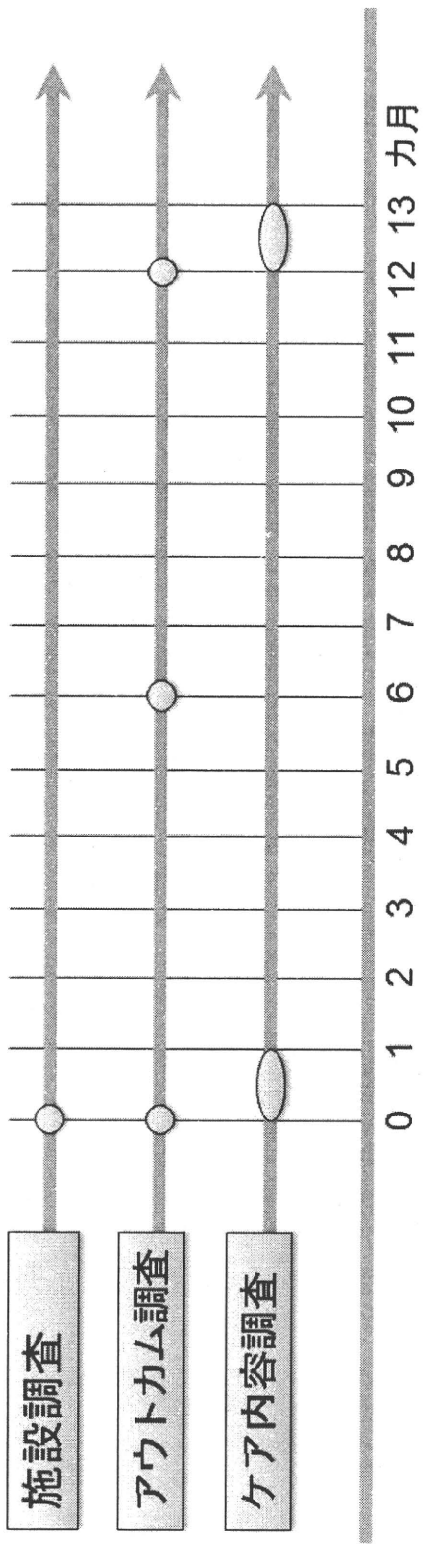
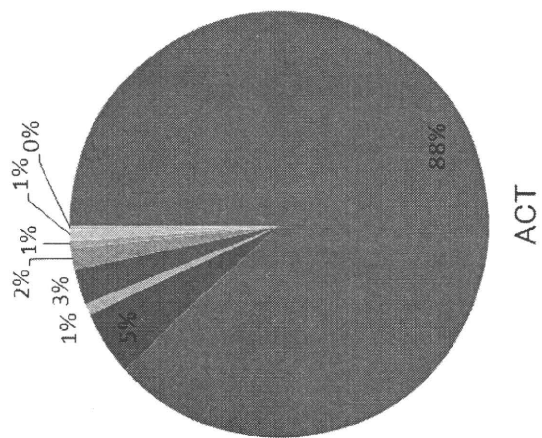
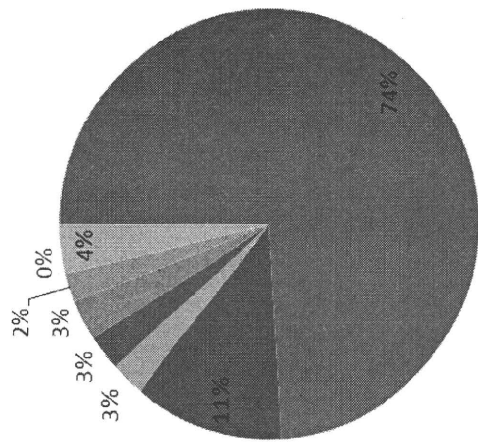


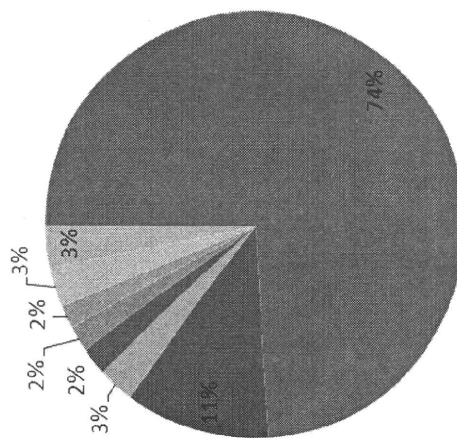
図1 調査の流れ図



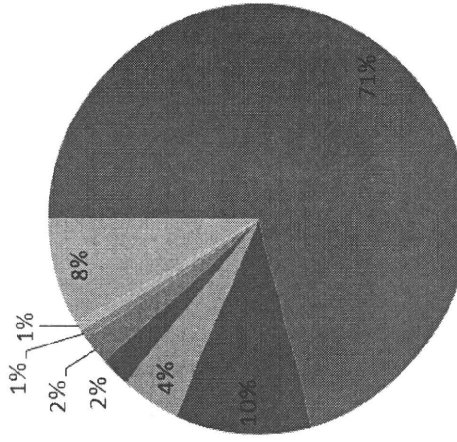
ACT



訪問看護



デイケア



訪問デイケア

■F2 統合失調症 ■F3 気分障害 ■F7 精神遅滞 ■F4 神経症性障害 ■F0 器質性障害 ■F1 精神作用物質 ■G40 てんかん ■不明・その他

図2 3群間の診断の比較：全利用者調査

注：精神障害を持つ利用者のみ；訪問看護群にはこの他に10%ほどの精神障害をもたない利用者がいる。

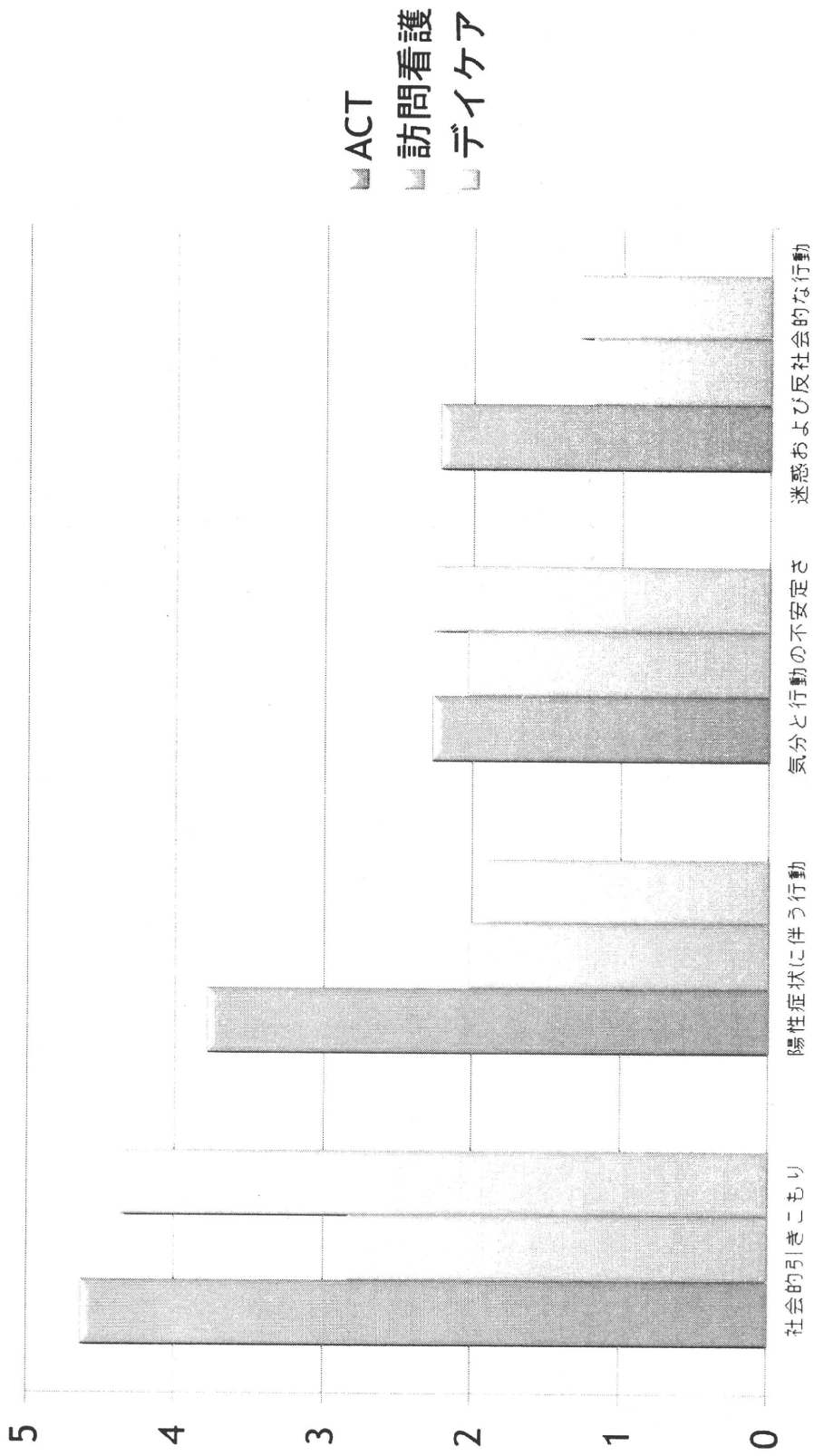


図3 SBS 各下位尺度の得点 (ベースライン時点)

$t_p < 0.10$, $*p < 0.05$

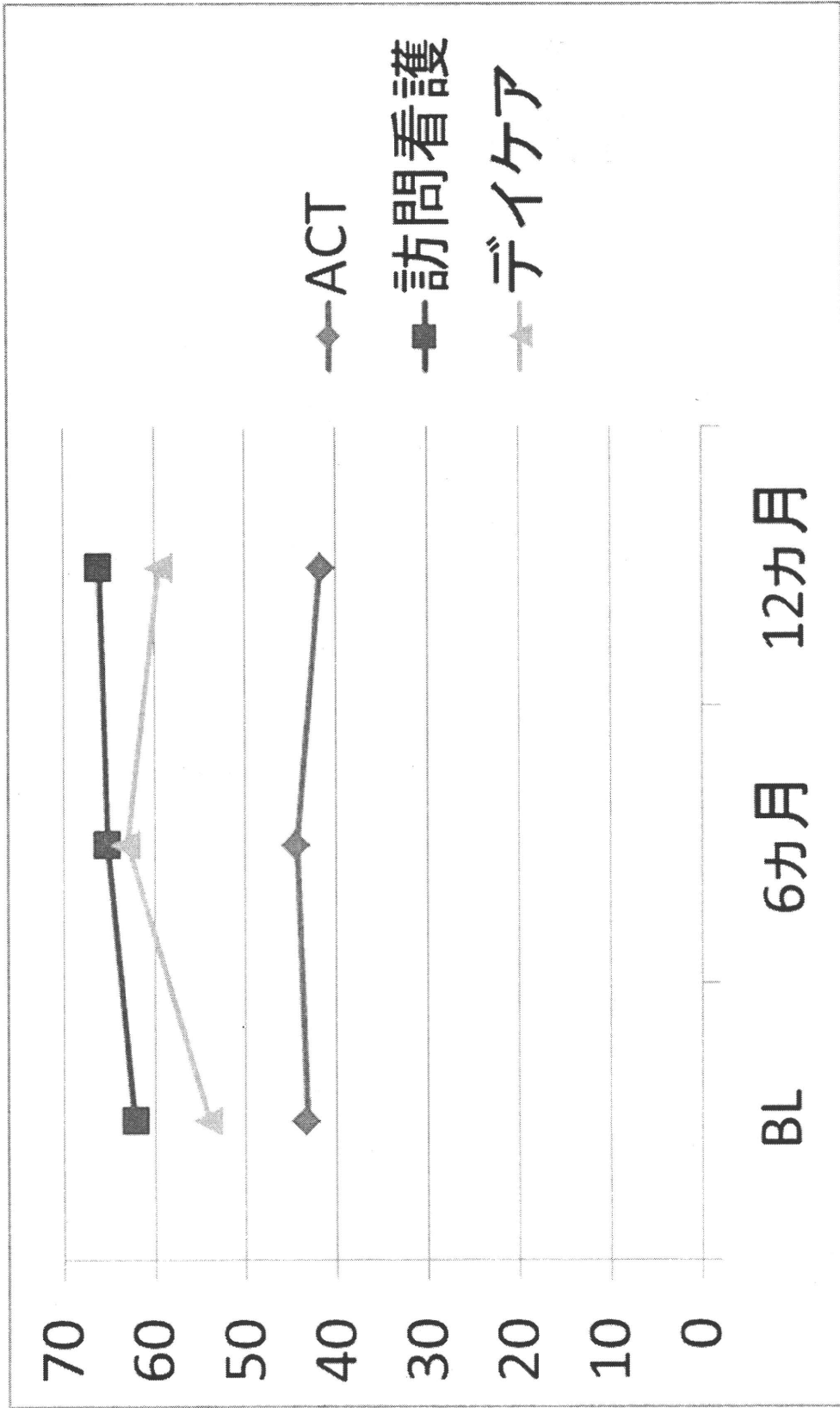


図8 ベースライン、6か月後、12か月後時点のGAF

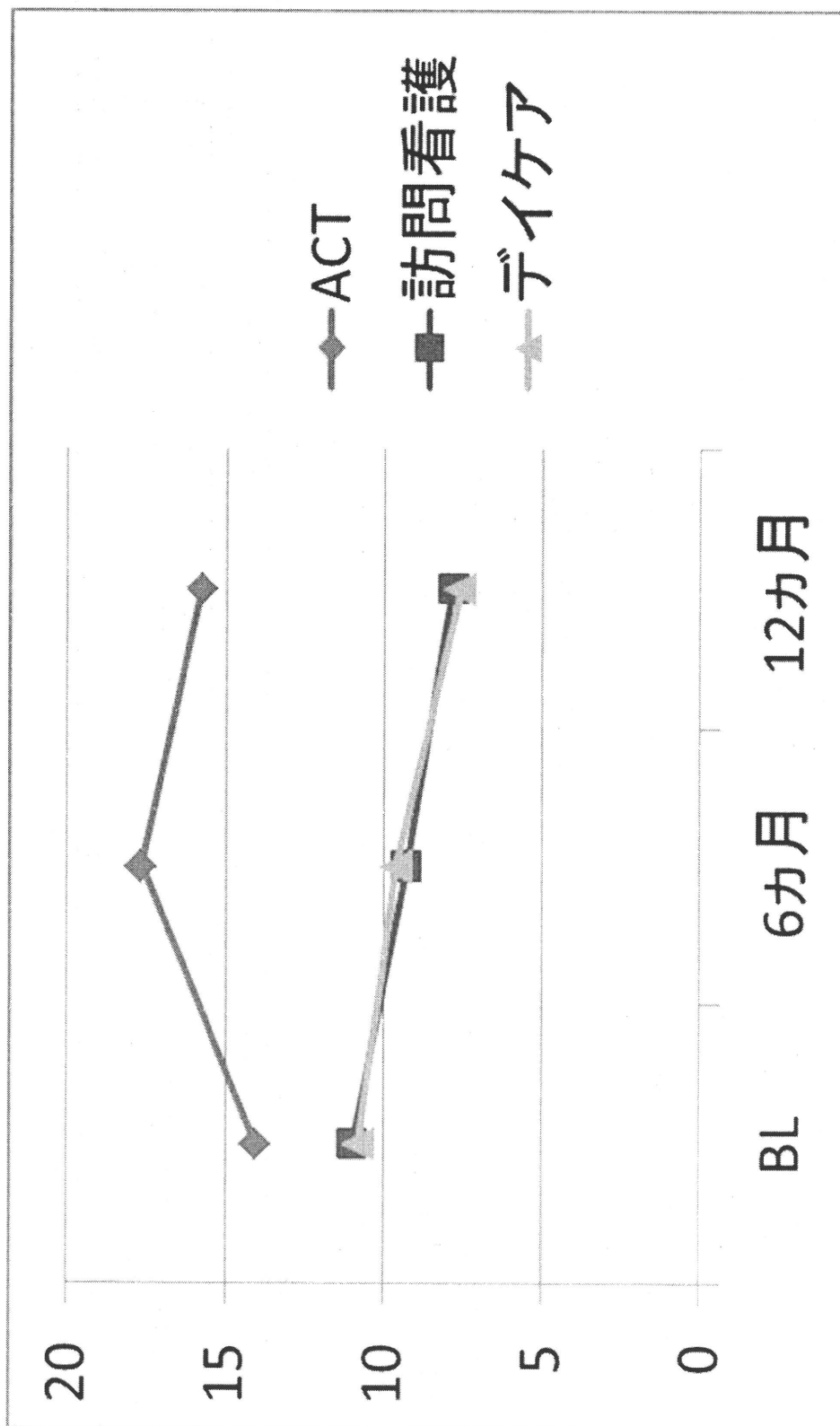


図9 ベースライン、6カ月後、および12カ月後時点のSBS総得点

表1 ACTの特徴

<ul style="list-style-type: none"> 精神科医、看護師、PSW、OT、就労支援専門家、心理士など、様々な職種よりなる多職種チームによるサービス提供 チーム全体が、一人一人の利用者のケアを共有し、支援（チームアプローチ） 必要な医療・保健・福祉サービスのほとんどを、チームが責任を持って直接提供 利用者の生活の場に、積極的に訪問 24時間週7日のサービス提供体制 スタッフ：利用者の比率が1：10以下 ニーズがなくなるまで、継続的な関与 リカバリーをめざした支援の提供

表2 対象施設のスタッフ配置

	NS	PSW	OT	その他	計
ACT群(n=7)	2.3	1.8	1.5	0.7	6.4
訪問看護ステーション群(n=12)	5.6	0.2*	0.2	0.5	6.3
病院訪問看護群(n=9)	4.4	1.1	0.2	0.0	5.7
デイケア(n=11)	1.4	1.2	0.6	1.4	4.6

※看護スタッフのうちPSWの資格を持っている者

表3 利用者数平均およびケースロード、訪問回数

	精神障害を持つ利用者数		総利用者数	スタッフ数	ケースロード (スタッフ1人あたり)	1カ月訪問回数	利用者1人あたり 月訪問回数
	利用者数	訪問回数					
ACT群(n=7)	47.0人	47.0人	47.0人	6.4人	7.3	307.7	6.5
訪問看護ステーション群(n=12)	89.8人	99.6人	99.6人	6.3人	16.9	399.8	4.0
病院訪問看護群(n=9)	90.9人	90.9人	90.9人	5.7人	15.9	215.8	2.4
デイケア群(n=11)	105.0人	105.0人	105.0人	4.6人	22.8	620.7(来所)	5.91(来所)

表4 3群間の比較：全利用者調査

	ACT(355人)		訪問看護(621人)		デイケア(580人)		訪問デイ(134人)		統計量
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	
年齢	46.5 ^a	12.3	52.5 ^a	13.5	42.5 ^a	12.5	45.9	12.7	90.4*
利用月数	21.4 ^{ab}	13.5	45.7 ^a	43.1	45.9 ^b	49.0	60.6	40.7	44.1*
過去1年 入院回数	0.33 ^a	0.71	0.36 ^b	0.68	0.18 ^{ab}	0.45	0.87	1.30	15.0*
過去1年 入院日数	35.7 ^a	75.8	33.3 ^b	75.0	12.1 ^{ab}	48.3	40.8	68.0	17.8*
性別 男	178人	50.3%	303人	48.9%	365人	63.6%	81人	60.4%	χ^2
女	176人	49.7%	317人	51.1%	209人	36.4%	53人	39.6%	

* p < 0.01

^{ab}同じ文字間で有意差あり

表5 追跡調査対象者数

	ACT	訪問看護	デイケア	訪問デイケア
ベースライン	43	124	41	7
12カ月後	39	124	37	7
回収率	91%	100%	90%	100%

表6 3群間の比較：過去1年間に退院した利用者（カテゴリ変数）・ベースライン

	ACT(43人)		訪問看護(124人)		デイケア(41人)		統計量		訪問デイ(7人)	
	n	%	n	%	n	%	χ^2	n	%	
性別 男	26	60.5	64	51.6	26	63.4	2.22	4	57.1	
女	17	39.5	60	48.4	15	36.6		3	42.9	
診断 統合失調症	40	93.0	103	83.7	36	87.8	3.11	6	85.7	
双極性障害	2	4.7	12	9.8	4	9.8		1	14.3	
婚姻 既婚	4	9.3	12	9.7	4	9.8	4.64	0	0.0	
未婚	31	72.1	81	65.3	33	80.5		6	85.7	
離別・死別	8	18.6	31	25.0	4	9.8		1	14.3	
合併症あり	15	34.9	41	33.1	10	24.4	1.32	2	28.6	
単身居住	20	46.5	67	54.5	14	34.1	12.39*	0	0.0	
過去の就労*	33	78.6	78	63.4	34	82.9	6.92*	4	57.1	
過去1カ月の就労	1	3.0	4	5.1	3	8.8	1.13	0	0.0	
過去6カ月の保護的就労	1	3.0	17	13.9	6	14.6	3.15	0	0.0	

† p < 0.10, *p < 0.05

表7 3群間の比較：過去1年間に退院した利用者（連続変数）

	ACT(43人)		訪問看護(124人)		デイケア(41人)		統計量		訪問デイ(7人)	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	F		平均	SD
年齢	48.3 ^a	11.4	50.8 ^b	13.2	39.7 ^{ab}	10.9	12.45*		41.0	13.0
初発年齢	25.7	10.7	28.4 ^a	11.7	22.8 ^a	6.1	4.40*		23.3	6.2
GAF	43.2 ^a	13.7	64.2 ^a	15.3	54.1 ^a	11.7	32.45*		27.7	13.6
SBS 総得点	14.0 ^a	9.9	8.8 ^a	8.7	10.8	6.4	5.95*		44.7	13.9
社会的ひきこもり	4.6 ^a	3.4	2.8 ^{ab}	3.1	4.4 ^b	3.7	6.43*		13.9	4.7
陽性症状に伴う行動	3.8 ^{ab}	3.4	2.0 ^a	2.8	1.9 ^b	2.1	6.83*		10.7	5.7
気分と行動の不安定さ	2.3	1.8	2.0	2.1	2.3	1.7	0.36		7.0	2.7
迷惑及び反社会的な行動	2.2 ^a	2.6	1.2 ^a	2.1	1.3	1.7	3.90*		9.6	4.5
過去5年 LOS	331.9	378.9	282.5	290.1	276.6	400.4	0.40		925.3	514.6
過去1年 LOS	56.0	67.2	40.7	54.9	45.3	57.5	1.10		64.4	50.8

[†]p < 0.10, *p < 0.05

^{ab}同じ文字間で有意差あり

表8 対象者が利用しているサービス

	ACT(43人)		訪問看護(121人)		デイケア(41人)		訪問デイ(7人)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
デイケア・ナイトケア	10	23.3	48	38.7	41	100	7	100.0
訪問看護	0	0.0	115	100	4	9.8		
ホームヘルプ	7	16.3	28	22.6	2	4.9	1	14.3
作業所等日中活動	4	9.3	22	17.7	5	12.2	0	0.0
地活など集う場	3	7.0	10	8.1	2	4.9	0	0.0
相談機関	2	4.7	1	0.8	1	2.4	0	0.0
就労支援	1	2.3	1	0.8	0	0.0	0	0.0
グループホーム等	4	9.3	6	4.8	6	14.6	0	0.0
短期入所施設	3	7.0	2	1.6	0	0.0	0	0.0

表9 12カ月後時点現在の状況

	ACT		訪問看護		デイケア		訪問デイケア	
	n	%	n	%	n	%	n	%
支援継続中	34	87.2	94	77.7	31	83.8	5	71.4
入院中のため 中断	0	0.0	16	13.2	0	0.0	2	28.6
中断	0	0.0	3	2.5	3	8.1	0	0.0
引越し等の ため終了	1	2.6	2	1.7	1	2.7	0	0.0
卒業	4	10.3	6	5.0	2	5.4	0	0.0

表10 12カ月間の入院日数および入院回数との比較

	ACT		訪問看護		デイケア	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
12カ月間の入院回数*	0.53	0.99	0.40	0.62	0.13	0.33
12カ月間の入院日数*	25.8	59.1	28.3	55.1	2.8	9.9

*p < 0.05

2. プロセス研究

平成 20- 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
精神障害者の退院促進と地域生活のための多職種によるサービス提供のあり方と
その効果に関する研究（H20-障害-一般-004）研究報告書

ACT・訪問看護・デイケアの機能分化について
-利用者に対するサービスの実態調査より ケア内容のプロセス調査

分担研究者 : 伊藤順一郎¹⁾
研究協力者（主執筆者に○）: ○吉田光爾¹⁾、瀬戸屋雄太郎¹⁾、瀬戸屋希²⁾、英一也¹⁾、
高原優美子¹⁾、角田秋²⁾、園環樹³⁾、萱間真美²⁾、大島巖⁴⁾

1) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部
2) 聖路加看護大学看護学部 3) 株式会社 シロシベ 4) 日本社会事業大学社会福祉学部

目的：本研究では Assertive Community Treatment (ACT)・精神科訪問看護のケア内容を記述、比較することを通じ、両者の異同を整理し機能分化について検討することを目的とした。

方法：両事業者における 1 ヶ月間の支援内容をサービスコードを用い記録し比較した。

結果：

【ベースライン時調査】

ACT 群は中頻度・比較的長めのコンタクト時間・多職種による関わり・地域も含めた訪問支援の展開が行われていることが特徴であった。また具体的支援の領域で実施率が高い支援項目が多かった。

訪問看護群は他の 2 群に比して、低頻度・短いコンタクト時間などが特徴であった。また観察・アセスメント領域で実施率が高い支援項目が多かった。また、支援領域では医療的な領域が他の 2 群に比して実施率が高かった。

デイケア群は高頻度・長めのコンタクト時間・多職種による関わりが特徴的であった。プログラムで行われていると推測される日常生活支援・コミュニケーション支援の実施率が高いが、他方で、地域の中で問題になってくる支援領域や家族支援などには限界があるようであった。

【1 年追跡調査】

ACT 群では 1 年後時点でも訪問頻度や支援内容に変化がなく、重症な層を対象に、「高頻度で地域生活に密着した具体的な援助を行う」という支援の特徴を崩さず、継続的に支援を提供していた。

訪問看護は、サービスのコンタクト頻度や時間等に変化はなかったが、本人の回復とともに、直接的な援助から、より間接的な援助へとシフトしていた。

デイケア群では、本人の回復とともに、サービスのコンタクト頻度や時間等が減少し、また支援内容は、直接的・個別的な支援から間接的・集団的になっていた。

A. 研究の背景

A. 研究の背景

近年、「入院医療中心から地域生活中心へ」という我が国の精神保健医療福祉施策の元で精神障害者への支援の舞台が地域へと移行しつつある。このような状況で必要なことは、重い精神障害を持っていても可能な限り入院を抑止し、早期退院を可能にする在宅医療の充実が進むことと、「あたりまえの生活」が可能になる、ニーズに応じた生活の場での支援が実現することである。そのためには、医療と生活支援が密接に結びついて提供できる効果的なサービスモデルの確立およびその普及は急務である。精神障害者は、障害性と疾病性を併せ持ち、症状の変動性を持つ障害であるため、生活支援だけでなく医療をともに提供することが必要なのである。

医療と生活支援の両方が提供されるサービスとして、現状の診療報酬制度では精神科訪問看護および精神科デイケア等がある。また、包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment: ACT）と呼ばれるサービスもいくつかの地域でサービスが始まっている。

ACT は多職種チームによる医療を含む包括的な支援を提供するサービスモデルであり、我が国の脱施設化に寄与するものと期待される。著者らは、我が国における ACT の臨床的、心理社会的効果を明確化し、ACT の評価・モニタリングシステムや研修システムを整備した。現在、全国で 10 カ所程度が ACT プログラムを実施している。設置主体としては、訪問看護ステーション+病院、訪問看護ステーション+クリニック、病院の訪問看護部門、公的医療施設単独型、などさまざまである。ACT は、脱施設化が終了した諸外国において、重度の精神障害者、いわゆる SMI（Severe Mental IllnessあるいはSevere and Persistent Mental Illness）とよばれる患者を地域で支えるためのプログラムとして広く普及している。

精神科訪問看護も近年増えており、導入することにより、入院日数が減少し、様々な社

会資源の活用が進むことがわかっている。訪問看護は①精神科病院および②訪問看護ステーションから行われている。ただし、①において診療報酬上算定されている、複数の職種による同行訪問や、精神保健福祉士の訪問は②においては算定されていない。

精神科デイケアは全国に多数あり、訪問や就労に力を入れている事業者が増加している。

しかし、これらのサービスの業務内容や役割分担について明らかにし、検討した研究は今までに無く、多職種によるサービスの特徴や、業務内容（緊急対応等）、対象の違い、効果についての詳細な実態の把握は、今後の施策形成のために急務である。

以上より、本研究は、重度精神障害者を地域で支援する多職種サービスの内容等および役割を明らかにすることを目的とする。特に本研究報告では、支援のプロセス調査部分について検討し、訪問看護、ACT、デイケアについてのサービス内容の比較を行うものである。

平成21年度は、平成21年度の1時点でのサービス内容の比較を行った。平成22年度は21年度から1年後のサービスに関するデータを収集し、1年という支援経過の中でそれぞれのサービス内容の変化を把握し、その変化を比較することでサービスの特徴を明らかにした。

B. 研究目的

本研究では、重度精神障害者を地域で支援する多職種サービスに着目し、ACT、精神科訪問看護、精神科デイケアにおいて、対象・業務内容の相違、効果、提供されているサービスについて調査する。

これらの結果より、各サービスの効果・業務内容や多職種の役割が明確化され、我が国における今後の地域精神保健の機能分化やシステム作りに寄与することを目的とする。

C. 研究計画と方法

本研究は、対象施設の利用者の診断、年齢等のデータやスタッフ配置等の施設の状況を把握する①施設調査・全利用者調査と各施設最大 10 名ずつを縦断的にフォローする②追跡調査にわかれる。調査の概要を図 1 に示す。

対象施設は①②とも、ACT、精神科訪問看護、精神科デイケア各約 10 カ所である。

ACT については、全国各地で実施されている ACT プログラムのうち、ACT プログラムへのモデルへの忠実度を測定する DACTS 尺度により比較的評価が良かった施設を選択した。

精神科訪問看護については、精神科を持つ病院にて実施されている訪問看護と、訪問看護ステーションのうち、主として精神障害者への訪問看護を実施しているステーションの二つのグループから対象を選択した。

精神科デイケアについては、訪問や就労支援を積極的に実施している施設を対象とした。

1) 調査方法

対象施設に調査票を配布し、調査票に記入してもらった。その際、調査対象施設において、本研究の目的を含む研究の実施についての情報を公開し、対象施設の利用者が研究対象者となることを拒否できるようにした。

なお、調査対象は以下のとおりである。

対象施設の利用者のうち、

- ・調査開始時点の過去 1 年間に精神科病棟を退院した患者
- ・診断が統合失調症あるいは双極性障害
- ・文書及び口頭で同意を得た者

を満たす者を対象とした。

1) 調査方法

対象者に提供されたケアの内容を把握するプロセス調査を、以下の手順で行った。

対象者に提供されたケア内容についてはサービスコード票を用いて以下の手順で調査した。本調査のコード票とは、スタッフが直接コンタクト（訪問、面談、ケア会議等の連絡調整等）毎に行った支援を記述する調査票である。コンタクトで行われた内容を、「支援

領域」と、「支援のレベルの類型」の組み合わせを用いて網羅的に記述する。本研究では精神科臨床領域の支援を網羅的に記述できるよう、日本で ACT が導入された際に開発されたサービスコードと精神科訪問看護のケア内容の研究を参考にコードを開発した。

コード票では、支援領域が「ケアマネジメント」「日常生活・生活技術」「コミュニケーション」「家族支援」「精神症状」「身体症状」「社会生活」「住環境」「就労・教育」「対象者のエンパワメント」の 10 の大領域に分類されており、それがさらに 46 の詳細項目に分かれている。支援者は当該コンタクトで、どの領域・項目の支援を行ったかを記録する。なお複数回答方式であるため、1 度のコンタクト内で行われた複数の支援を記録可能である。

また、支援のレベルの類型については「支援を行っていない」/「観察・アセスメントのみ行った」/「相談・助言・情報提供を行った」/「具体的支援を行った」の 4 段階でチェックする。なお支援のレベルが複数にまたがる場合（例：金銭管理について助言を行いつつ、一緒に練習して具体的に支援する等）は、より具体性が高い項目を択一的に選択する。

本調査では平成 20 年 11 月～平成 21 年 2 月の間に、各支援機関でいずれかの 1 ヶ月間において調査を実施し（①ベースライン時）。また支援内容の変化を調べるため、さらに 1 年後に同様の調査を行った（②1 年後追跡調査）。

デイケア群についてのみ、通常のサービスコードに追加して、行われた支援が「個別的関わり」か「集団的関わり」のいずれかで行われたのかをチェックする項目を追加した（ただし「ケアマネジメント」および「その他グループ形式の支援」の項目除く）。これはデイケアでは利用者個人に具体的に関わりながら支援を行うよりも、グループやプログラム等で集団で関わる人が多いことが予想され、その区別が必要と考えたからである。

<分析方法>

ACT 群、訪問看護群、デイケア群にわけ