

- (4)教育センター/教育相談所
1. 大いに可能 2. 少しは可能 3. 困難または不可能 4. わからない
- (5)児童相談所/市町村の家庭児童相談室
1. 大いに可能 2. 少しは可能 3. 困難または不可能 4. わからない
- (6)ひきこもり相談支援センター
1. 大いに可能 2. 少しは可能 3. 困難または不可能 4. わからない
- (7)発達障害支援センター
1. 大いに可能 2. 少しは可能 3. 困難または不可能 4. わからない
- (8)民間のカウンセリングセンター
1. 大いに可能 2. 少しは可能 3. 困難または不可能 4. わからない
- 3)精神病初回発症例の発症後早期段階において、専門外来への紹介を次の機関で行うことは、どの程度実施可能性がありますか。(一つ選んで○)
- (1)かかりつけ医
1. 大いに可能 2. 少しは可能 3. 困難または不可能 4. わからない
- (2)保健所/保健センター/精神保健福祉センター
1. 大いに可能 2. 少しは可能 3. 困難または不可能 4. わからない
- (3)学校の保健室・保健管理室
1. 大いに可能 2. 少しは可能 3. 困難または不可能 4. わからない
- (4)教育センター/教育相談所
1. 大いに可能 2. 少しは可能 3. 困難または不可能 4. わからない
- (5)児童相談所/市町村の家庭児童相談室
1. 大いに可能 2. 少しは可能 3. 困難または不可能 4. わからない
- (6)ひきこもり相談支援センター
1. 大いに可能 2. 少しは可能 3. 困難または不可能 4. わからない
- (7)発達障害支援センター
1. 大いに可能 2. 少しは可能 3. 困難または不可能 4. わからない
- (8)民間のカウンセリングセンター
1. 大いに可能 2. 少しは可能 3. 困難または不可能 4. わからない

4) ARMS (At Risk Mental State) で経験されるような精神病性の症状は、精神病へ移行するリスクを押し量る徴候のひとつでもあります。周囲からの手助けを必要とする精神的な危機に瀕して発せられる危険信号としてとらえることもできます。精神疾患への早期介入の重要性を踏まえた啓発活動や、治療が必要な対象者が適切な治療サービスを受けられるようにするためのシステム作りの上で、ご意見がありましたらお願いします。

F. 児童・生徒の経験する精神保健の問題は多様であり、地域づくりを含めた、さまざまな連携が必要とされます。下記について、現在取り組んでいること、今後取り組みたいと考えていることを自由にお書きください。

1) 地域づくり

2) 母子保健との連携

3) 福祉領域(児童相談所・女性相談所・福祉事務所)との連携

4) 教育委員会・学校との連携

表1 センター管轄地域における児童青年期等の精神保健医療の状況 (N=66)

存在する資源	5 か所以上	5 か所以下	存在しない	わからない
専門病床を有する精神科医療機関	0 0%	42 63.6%	23 34.8%	1 1.5%
専門病床はないが専門外来を有する医療機関	17 25.8%	43 65.2%	5 7.6%	1 1.5%
精神障害者の妊娠・出産・育児の支援に連携可能な医療機関	7 10.6%	41 62.1%	5 7.6%	13 19.7%
精神障害者の妊娠・出産・育児の養育支援をしている民間団体	0 0%	4 6.1%	24 36.4%	38 57.6%
精神障害を有する児童・生徒の就学支援をしている民間団体	1 1.5%	11 16.7%	19 28.8%	35 53.0%
精神保健の問題を抱えた児童・生徒への対応に取り組んでいる特別支援学校	3 4.5%	19 28.8%	12 18.2%	32 48.5%

ご協力ありがとうございました。

表2 精神障害のために特に必要とする家庭への支援についての連携状況 (N=66,ひきこもり相談支援センターは N=54)

	連携の場 あり	協力 あり	連携または協力の頻度				
			週一回以上	月一回以上	年数回	ない	無回答
特別支援連絡協議会	4 6.1%	15 22.7%	0 0.0%	0 0.0%	16 24.2%	49 74.2%	1 1.5%
発達障害支援センター	23 34.8%	54 81.8%	7 10.6%	4 6.1%	46 69.7%	7 10.6%	2 3.0%
ひきこもり相談支援センター	32 59.3%	41 75.9%	20 37.0%	5 9.3%	18 33.3%	11 20.4%	0 0.0%
児童相談所	20 30.3%	54 81.8%	5 7.6%	6 9.1%	46 69.7%	9 13.6%	0 0.0%
福祉事務所	21 31.8%	43 65.2%	9 13.6%	7 10.6%	31 47.0%	18 27.3%	1 1.5%
女性相談所	15 22.7%	46 69.7%	2 3.0%	2 3.0%	43 65.2%	19 28.8%	0 0.0%

表3 児童・生徒の経験する精神保健の問題で頻度が高いと思われるもの (複数回答) (N=66)

種別	有	%
発達障害	48	72.7
不登校	49	74.2
自傷行為	23	34.8
児童虐待	17	25.8
摂食障害	10	15.2
緘黙	1	1.5
アルコール・薬物	4	6.1
精神病状態	6	9.1
うつ病	6	9.1
神経症性障害	16	24.2
非行・徘徊	13	19.7
性行動問題	5	7.6
その他	7	10.6
分らない	8	12.1

表4 精神病初回発症例の受診・相談先（複数回答）（N=66,ひきこもり相談支援センターはN=54）

医療機関	有	%	無	%	無回答	%
大学病院精神科・小児科等	39	59.1	25	37.9	2	3.0
総合病院精神科・小児科等	43	65.2	21	31.8	2	3.0
児童青年期精神科専門外来	45	68.2	19	28.8	2	3.0
精神科病院	34	51.5	30	45.5	2	3.0
精神科クリニック	53	80.3	11	16.7	2	3.0
かかりつけ医	24	36.4	40	60.6	2	3.0
その他	1	1.5	63	95.5	2	3.0
医療機関以外	有	%	無	%	無回答	%
保健所・保健センター	45	68.2	18	27.3	3	4.5
精神保健福祉センター	37	56.1	26	39.4	3	4.5
学校保健室・保健管理室	48	72.7	15	22.7	3	4.5
教育センター・教育相談所	31	47.0	32	48.5	3	4.5
児童相談所・市町村の家庭児童相談室	33	50.0	30	45.5	3	4.5
ひきこもり相談支援センター	14	21.2	49	74.2	3	4.5
発達障害支援センター	15	22.7	48	72.7	3	4.5
相談支援事業所	6	9.1	57	86.4	3	4.5
民間カウンセリングセンター	9	13.6	54	81.8	3	4.5
その他	3	4.5	60	90.9	3	4.5

表5 精神病初回発症例への対応 (N=66,ひきこもり相談支援センターは N=54)

早期支援・早期治療の情報提供	大いに可能	少しは可能	困難・不可能	わからない	無回答
かかりつけ医	9 13.6	31 47.0	7 10.6	18 27.3	1 1.5
保健所・保健センター・精神保健福祉センター	48 72.7	14 21.2	0 0.0	3 4.5	1 1.5
学校の保健室・保健管理室	14 21.2	34 51.5	3 4.5	15 22.7	0 0.0
教育センター・教育相談所	11 16.7	35 53.0	4 6.1	15 22.7	1 1.5
児童相談所・市町村の家庭児童相談室	25 37.9	27 40.9	4 6.1	9 13.6	1 1.5
ひきこもり相談支援センター	25 46.3	17 31.5	3 5.6	8 14.8	1 1.8
発達障害支援センター	26 39.4	28 42.4	4 6.1	7 10.6	1 1.5
民間カウンセリングセンター	3 4.5	23 34.8	11 16.7	29 43.9	0 0.0
初発例への専門外来紹介	大いに可能	少しは可能	困難・不可能	わからない	無回答
かかりつけ医	15 22.7	36 54.5	4 6.1	11 16.7	0 0.0
保健所・保健センター・精神保健福祉センター	48 72.7	14 21.2	0 0.0	4 6.1	0 0.0
学校の保健室・保健管理室	11 16.7	41 62.1	3 4.5	11 16.7	0 0.0
教育センター・教育相談所	14 21.2	34 51.5	4 6.1	14 21.2	0 0.0
児童相談所・市町村の家庭児童相談室	31 47.0	24 36.4	4 6.1	6 9.1	1 1.5
ひきこもり相談支援センター	23 42.6	18 33.3	2 3.7	10 18.5	1 1.9
発達障害支援センター	31 47.0	24 36.4	3 4.5	7 10.6	1 1.5
民間カウンセリングセンター	4 6.1	24 36.4	6 9.1	32 48.5	0 0.0

精神障害のために特に必要とする家庭への支援について、下記の協議会・組織との連携の場(具体的にこの自由回答)

C.1)特別支援連絡協議会連携場

教育庁との主催研修の企画に参画、及び講師派遣。個別ケースの連携
富山県特別支援連絡協議会
特別支援教育連絡協議会
(地域によるが)連絡協議会の委員になっている。

C.2)発達障害支援センター連携の場

個別相談者に対する情報提供や施設の紹介
発達障害者支援センター主催の連絡協議会
発達障害者支援センター主催の研修への講師派遣。事例検討会の助言者として参加。個別ケースの連携
H23 年度家庭教室 講師
当センターに設置
当センターの機能として併設している。
発達障害者支援センター連絡協議会
当所の主催する研修会。ひょうご発達障害者支援センター連絡協議会
おかやま子ども・若者サポートネット実務者会議・研修会
ケースに関する情報提供
事例を紹介したり(紹介されたり)する場合がある。
主催で連絡会(主に事例検討会)を実施
部は違うが同一機関である。
事例検討会、関係機関連絡会議、研修会
青年期の発達障害の方を対象としたグループケア
発達相談支援センターを百合ヶ丘障害者センター(精神保健福祉センター分室)協働による発達障害基礎研修の開催
思春期・青年期事業検討会
ひきこもり連絡会議
ひきこもり相談支援センターに関する事例検討会時など
発達障害支援センター主催の会合に参加
センター主催の発達障害関連の研修講師を毎年依頼

C.3)ひきこもり相談支援センター連携の場

「心の健康づくり連絡協議会」
ひきこもり相談支援センターを当センターが直営で運営している。
当精神保健福祉センター内に「ひきこもり相談支援センター」を設置

電話相談に関する情報交換会での情報共有及び意見交換
富山県ひきこもり地域支援センター
当センターに設置
当センターの機能として併設している。
ひきこもり地域支援センター設置
ひきこもり対策連絡調整会議
ひきこもり等サポーター連絡協議会
当所の主催する研修会、ユースケアネット推進連絡協議会
当センター内にひきこもり地域支援センターを設置している。
月に1回、各保健局や若者サポートステーションも含めて連絡会を当所で開催している。
各地域の保健所をサテライトとしたひきこもり地域支援センターを展開
ひきこもり相談支援センターセンター内に併設
当センター内にひきこもり地域支援センターを開設している。
当センター内にひきこもり相談室を設置
常に連携している(精神保健福祉センター内にある)
H22年6月から当センターにひきこもり地域支援センターを設置している。
熊本県に支援センターはないが、当センターで、本人・家族の集い、相談等を行っている。
事例検討会、関係機関連絡会議、研修会
定期的に情報交換会を開催。年数回の講演会及び相談会等
当センターのひきこもり・思春期相談をひきこもり地域支援センターに位置づけ
民間委託して実施している。ひきこもり支援連絡会をひきこもり相談支援センターと共同主催している。
浜松市ひきこもり地域支援センター
当センター内に支援センターがある。
ひきこもり相談窓口
ひきこもり地域支援センター
ひきこもり相談支援センターとの事例検討会
当センターが運営している。
研修やイベントの実施に関すること。
センターが主管課となり、運営等に関与している。

C.4)児童相談所連携の場

個別相談者に対する情報提供や施設の紹介
個別ケースの連携(子どもに精神障害や発達障害が疑われる事例・保護者が精神障害で、虐待が疑われる事例)
要保護児童支援検討会、事例検討
事例の紹介、共有、支援等
支援会議などに職員を派遣している。研修会の通知を出して参加を求めている。ケースの紹介

センター所長が児童相談所の医師を兼務している。
個別事例に対し適宜
おかやま子ども・若者サポートネット実務者会議・研修会
ケースに関する情報提供
事例を通して
部は違うが同一機関である。
事例検討会、研修会
CRT 時の協力関係
要保護児童対策地域協議会、個別事例のコンサル等
区役所子ども支援室カンファレンスでのコンサルテーション
思春期・青年期事業検討会
ひきこもり連絡会議
センター主催の研修や相談ケースへの紹介

C.5)福祉事務所連携の場

個別相談者に対する情報提供や施設の紹介
個別ケースの連携
個別ケースワーク
事例の紹介、支援
研修会の通知を出し、参加を求めている。
当所主催の研修会、福祉事務所の職員研修
個別事例に対し適宜
個々のケース会議
ケースに関する情報提供
事例を通して
精神保健福祉担当者会議
部は違うが同一機関である。
連絡調整会議、ケース会議
毎月、地域精神保健福祉活動連絡会議を開催
教育研修事業、事例検討会議
区役所障害者カンファレンスでのコンサルテーション
事例検討会(研修会)
保健師や保護課臨床心理士への支援
センター主催の研修

C.6)女性相談所連携の場

女性相談援助関係機関等連絡会議
電話相談に関する情報交換会での情報共有及び意見交換
個別ケースワーク
事例の紹介、支援
研修会の通知を出して参加を求めている。ケースの紹介
当所主催の研修会、女性相談所等の職員研修、男女共同参画センターとの連絡会議
女性相談所(配偶者暴力相談支援センター)が実施する「DV被害者等支援体制強化事業」に出席。県内5ヶ所の母子生活支援施設を対象に困難事例への対応等を当所精神科医らが助言。
ケースに関する情報提供
女性相談所主催の連絡会に参加
ケース検討会、勉強会、ケース毎の連携
部は違うが同一機関である。
DV 関連の会議等
DV など女性支援に関する会合などへの参加

D.児童生徒の経験する精神保健の問題で頻度が高いと思われるもの(その他具体的に自由回答)

頻度が高いもの

持続性気分障害、パーソナリティ障害
不明
相談件数はわかるが、どれだけ発生しているかはわからない。発達障害なども、受診、相談している件数はわかるが、発生件数はわからない)
対人関係等の精神的な悩み
頻度について把握していません
推測しかねます
頻度は把握困難

E.. 精神病初回発症例の相談先(その他具体的に自由回答)

初回発症例の受診先(精神科医療)

把握していません

初回発症例の受診先(精神科以外)

宗教関係
小児科医療機関
把握していません

平成 24 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

精神病初回発症例の疫学研究および早期支援・早期治療法の開発と効果検証に関する臨床研究

初回精神病症例への早期介入群と対照群の診療報酬および原価の比較

研究分担者 横山和仁 順天堂大学医学部教授

概要: 本研究は初回精神病症例への早期介入プログラムを適用した介入群と対照群の診療報酬および病院の原価を比較することを目的とした。対象施設は 555 床の精神科病院において、2011 年 1 月～2012 年 6 月に J-CAPStudy にエントリーし 6 カ月以上経過した介入群 4 例と対照群 4 例とした。2012 年 6 月までの全期間について、診療報酬請求明細書および処方箋を得た。原価については、病院全体の年間の職種別労務費、経費、材料費、部門別床面積、部門別のべ患者数、診療行為分類別診療報酬収入金額の情報を得た。入院、外来、診療所精神科外来、デイケアについて部門別原価計算を行い、原価収入比を求め、診療報酬金額に乗じて原価を計算した。その結果、患者 1 人 1 か月あたり費用を比較すると、対照群の診療報酬が 22,025 円、原価が 20,875 円に対して、介入群は診療報酬が 8,669 円、原価が 9,848 であり、対照群の費用の 45% 以下であった。それゆえ、初回精神病症例への早期介入プログラム群は対照群よりも費用が少ない可能性が示唆された。今後、対象病院や症例数を増やし、効果の評価と合わせて費用効果分析を行う必要がある。

A はじめに

精神疾患における早期介入の医療経済学的評価について、欧米では複数の費用効果分析が報告されている。オーストラリアの Amos (2012) は、早期介入の費用効果分析の 9 論文を Drumond(2005)らの推奨する保健プログラムの経済評価の視点に従って検討した。これによると、早期介入の費用効果を検討した研究のデザインは、ケースコントロール研究が殆どで、無作為化比較試験は McCrone et al (2010)、Phillipset al (2009)のみである。McCrone et al (2010) は、早期介入群 71 例と標準ケア群 73 例の臨床効果と費用を比較した。その結果、全面的な就業復帰は 2 群間で有意差はなかったも

の、Manchester Short Assesment of Quality ofLife score(MANSA)は早期介入群が標準ケア群よりも有意に向上していた。一方、費用については介入群平均 11,686 ポンドに対して標準ケア群 14,062 ポンドで有意差はなかったと報告した。McCrone et al の研究を含めて多くの費用効果分析では、介入群と対照群の間で、性別、人種、初回エピソードなのか、含まれている精神疾患の種類の割合や重症度が異なっていた。それゆえ、交絡要因を上手く調整できていないため、効果について有意な臨床上の違いを示せていないと報告されている (Amos, 2012)。費用については、入院のサービスの利用回数などの情報源の記載など、算定の正確さ

を評価するために必要な情報が記載されていないものがある。Mihalopoulos et al (2009) は、Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) と従来型治療の医療費を比較検討した。効果として、EPPIC 群 (n=32) は非介入群(n=33)よりも精神症状は有意に低かった。治療開始後1年間の費用は、1症例あたり 3,445AUD (オーストラリアドル) で、従来型の 9,503AUD より低く、これは入院費用の減少によるところが大きかったと報告している。この研究では外来の費用から2,3回目のコンサルテーションや短時間の電話連絡そして、患者以外の者との接触などの費用を除外している。さらに、費用の計算方法が記述されていない。このため、外来の費用を適切に評価して、費用削減が入院の減少によるものであることを実際の原価で示した研究はみられない。さらに、介護者の時間や薬剤の副作用など間接費用は、分析されていない。

以上のことから、現在、早期介入は費用効果が高いことを強く支持する研究は見当たらないと報告されている (Amos,2012)。

一方、わが国については、精神疾患における早期介入の効果または費用に関する報告は見当たらない。しかしながら、精神障害の経済分析がいくつかみられる。Mino et al (2007) は家族療法を行った場合、患者30名の9ヶ月の平均医療費は、介入群では502,042円 (うち入院 273,777.8) と、非介入群の 711,153.8円 (同 472,013.9) より有意に低かったと報告した。さらに、Chang et al (2007) は、慢性期患者を2年間追跡調査した結果、精神障害者福祉ホームによる支援を受けた場合の総医療費は平均 302,125円であり、このような支援を受けなかった

場合の平均 864,177円より大幅に低いことを報告した。これらのわが国の研究では、診療報酬点数が用いられていた。しかし、精神疾患のケアには、臨床心理士の活動など診療報酬点数の算定に含まれていないサービスがある。また、診療報酬に記載されたサービスでも、医師等の労働時間を十分に反映していないことが問題となっている。それゆえ、経済評価に診療報酬点数のみを用いると過少評価となる場合がある。また、我が国では、Unit Costs of Health & Social Care ように医療保健福祉サービス単位の原価を集計した資料は作成されていない (Curtis, 2009)。したがって、サービスの提供主体ごとに、医療保健福祉サービスの1単位あたりの原価の計算が必要である (飯島ほか, 2003)。

以上のことから、平成22年度は、A病院の独自の早期介入を実施した2事例について診療報酬および病院、診療所の原価および効果について検討したが、対象事例との比較は行っていなかった。

24年度の研究では、23年度研究に引き続き、初回精神病症例への早期介入プログラムを適用した介入群と対象症群の診療報酬および病院の原価を比較することを目的とした。

B 研究方法

1) 調査期間と場所 2011年1月～2012年6月に精神科早期介入を実施している医療施設へ研究協力者が調査票による財務調査を実施した。対象施設は555床の精神科病院で、精神科救急入院病棟指定病院かつ病院機能評価認定病院。精神科救急外来、デイケア・ナイトケア、障害者相談支援センタ

一、ケアホーム、歯科、保育園、精神科診療所外来、児童精神科診療所外来、訪問看護、デイケア(早期リハビリコース、復職準備コース)が併設された複合施設である。

2) 調査対象は、2011年1月～2012年6月 J-CAPStudy にエントリーし6カ月以上経過した症例のうち無作為に割り付けられた介入群4例と対照群4例を対象とした。介入症例には、通常の治療に加えて、早期介入として社会参加に向けて、認知行動療法、心理教育、家族介入、退院支援、および初回精神病エピソードのためのガイドラインに基づく薬物療法を医師、心理技術者が提供した。費用の算定期間は、エントリー時から2012年6月までとした。費用の調査は、診療に関わった精神科医師と早期介入にかかわっている心理技術者および、医事課、財務課職員のうち研究参加の同意の得られた者とした。

3) 調査内容費用の算定にあたり本研究は社会的立場で分析を行った。費用の算定の範囲は、医療サービスの提供に要した直接費用を算定の対象とし、介入プログラムによって消費された患者や家族の時間、生産損失などの機会費は含まれていない。

(1) 対象事例に提供された医療サービスの種類と回数・日数の情報は、診療報酬請求明細書のコピーから得ることとし、紙媒体で提供を受けた。診療報酬請求明細書のコピーを用いて、縦軸に医療サービスの種類、横軸に月をとり、提供回数・日数、診療報酬点数サービス提供プロセスの一覧表を作成し、診療報酬点数を集計し10倍することで診療報酬金額とした。外来処方薬剤については、処方箋を提供してもらい、平成23年版薬価基準点数早見表で薬価基準点数を

調べ10倍することで薬剤報酬金額とした。

(2) 財務課より、病院の原価に関する調査票に記載してもらった。平成22年度の財務諸表の情報の記載してもらった。調査項目は、種別労務費、経費、材料費、部門別床面積。部門別のべ患者数、診療行為分類別診療報酬収入金額であった。

4) 原価計算の方法

(1) 診療報酬の算定対象の医療サービスの原価計算: 病院全体の費用を、介入行為に対応して「入院」「外来」「診療所精神科外来」「デイケア」4部門を設定した。

(2) 職種別給与費の調査票から、常勤と非常勤職員を合計した職種別給与合計を求めた。7部門別職員数の調査票から、職種別給与合計を職種別職員数で除し、1人あたり労務費を求めた。部門別の労務費は、部門別の職種別職員数に職種別1人あたり労務費を乗じて求めた。

(3) 病院全体の材料費は、費目ごとに下記の配賦基準で4部門に配賦した。投薬・外用薬品費・注射薬品費は投薬・注射収入割合で配賦した。その他試薬等薬品費は処置収入割合で配賦した。その他材料費は、手術収入割合で配賦した。

(4) 病院全体の経費は、費目ごとに下記の配賦基準で7部門に配賦した。経費、減価償却費は床面積割合で配賦した。研究研修費は、職員数の割合で配賦した。その他費用は患者数割合で配賦した。

(5) 「精神科入院」「精神科外来」「精神科作業療法」「デイホスピタル」の労務費、材料費、経費を合計し部門別の費用を計算した。患者1人1日あたり費用は、部門別費用合計を部門別のべ患者数で除して計算した。原価収入比は、部門別の費用合計を部門別の

費用合計で除した値とした。

(6) 対象症例の医療サービスの原価計算：診療報酬請求明細書から得られた「入院」「外来」「診療所精神科外来」「デイケア」の診療行為分類ごとの診療報酬金額に原価収入比を乗じて診療行為分類ごと原価を計算した。この合計を患者 1 人平均 1 か月の原価とした。

外来処方薬剤の薬価は平成 22 年の改定一錠あたりの金額に統一して、外来処方箋に掲載された薬剤の種類と処方回数より計算した。原価は、平成 23 年 6 月に実施された「第 18 回医療経済実態調査の報告」から全国の 863 保険薬局の平均を得た値を用いて計算した。保険調剤収益 12953 千円を費用合計 12427 千円で除した原価/保険調剤料比は、0.9594 であった。これにより、対象症例の外来処方薬剤の原価＝外来処方薬剤報酬金額×原価/保険調剤料比 0.9594 とした。

5) 研究等における倫理的配慮

(1) 当該施設の倫理審査委員会で承認の得られた同意説明文書を被験者に渡し、文書および口頭による十分な説明を行い、自由意思により同意書を得た。財務課職員、医事課職員には、同意の得られた職員に資料の閲覧および記載を依頼するものであり、調査への協力は自由意志とし、調査票への記載をもって同意を得たものとした。調査票への個人情報の記入はなく個人が特定されることはない。医師、心理技術者：調査への協力は自由意志とし、調査票への記載をもって同意を得たものとする。調査票への個人情報の記入はなく個人が特定されることはない。

(2) 研究データは独自の ID 番号を用い、連結可能匿名化を行う。個人名と ID 番号の対

応表は研究責任者が研究室の鍵のかかるロッカーで保管する。電子データは研究室で保管し、データの入力には研究従事者しか知れないパスワードを使用する。

(3) 本研究は、東京大学医学研究科の倫理審査委員会で承認を得て実施した。

C 結果

1) 対象病院の原価計算の結果

対象病院の原価計算の結果を示した(表 1)。精神科病院(入院・外来)の職員配置数は常勤換算で医師 17.73 名、看護師 142.93 名を含む 331.87 名で構成される。精神科診療所は、医師 5 名、看護師 5.8 名を含む 36.24 名であり、デイケアは、看護師 5 名、臨床心理士 3.58 名、精神保健福祉士 2 名を含む 15.13 名で運営されていた。原価/収入費比は入院 0.94、外来 1.8、診療所精神科外来 1.03、デイケア 2.74 であった。

2) 介入群と対照群の診療報酬と原価の比較

介入群の平均診療期間は 13 か月、平均外来受診回数は 13 回、デイケア受診回数は 24 回であった。対照群の平均診療期間は 10 か月、平均外来受診回数は 15 回であった。1 人 1 か月あたり費用を比較すると、介入群 4 例では、診療報酬が 8,669 円、原価が 9,848 であった。これに対して対照群 4 例では診療報酬が 22,025 円、原原価が 20,875 円で約 2 倍以上の費用を要していた。内訳をみると、介入群は対照群よりもデイケアの費用が多いが、薬剤の費用は対照群の 45%に抑えられていた。

D 考察

本研究は我が国の精神疾患患者の早期介入について無作為化により介入群と対照群の診療報酬と原価の比較を試みた初めての事例研究である。対象施設の収入原価比は入院 0.941、病院外来 1.797、診療所外来 1.029、デイケア 2.741 であった。対象施設のデイケアでは、専門職を 15 人配置し、施設面積 2054 平米であり、診療報酬上の施設基準の 2 倍以上のため原価が高かった。三野ほか (2010) は、統合失調症の家族への集中的心理教育群、簡便心理教育群、対照群の 3 群に無作為に割り付けて 9 ヶ月の外来医療費を比較した。その結果、外来医療費は、集中的心理教育群 502,405 円 (1 か月 55,823 円)、簡便心理教育群 501,564 円 (55,729 円)、対照群 717,818 円 (79,758 円) であった。また、診療報酬外の家族教育の費用は、集中的心理教育群 622,308 円 (6,9145 円)、簡便心理教育群 95,882 円 (10,652 円)、対照群 0 円であった。これに対して平成 23 年度の本研究班の 2 事例のパイロット調査では、外来医療費 1 ヶ月で算定した場合、介入症例は 70,449 円、対照症例は 419,858 円で介入症例が低かったものの、三野ら (2010) の報告より高額であった (飯島、2012)。また、診療報酬外の費用は介入症例 C が 7333 円であり、三野ほか (2010) の報告よりも安価であった。今回の結果では、介入群 4 例では、診療報酬が 8,669 円、原価が 9,848 であり、対照群 4 例では診療報酬が 22,025 円、原価が 20,875 円であった。今回の結果では、介入群は対照群よりもデイケアの費用が増えるものの、薬剤の費用は対照群の 55%

で低いため、介入群の方が診療報酬と病院の原価が安かったと考えられる。しかし、1 施設で症例数も少ないため、有意差はなく一般化には限界がある。介入の効果が同じである場合は、より費用の安価なプログラムの方が効率性は優れていることになる。しかし、本研究は介入後の期間は最長の事例で 15 か月間の中間的な評価であり、効果の最終結果は明らかになっていない。今後 18 か月間にわたって追跡し、the global assessment of functioning(GAF-F)、The World Health Organization quality of life 26-item version (WHO-QOL26)などを用いて治療効果の評価を行う予定である。また、対象施設や対象事例を増やして、費用効果分析を行う必要がある (Koike, et al, 2011)。

E. 健康危険情報なし。

F. まとめ

無作為化により介入群 4 例と対照群例の診療報酬と原価を比較した。その結果、患者 1 人 1 か月あたり費用を比較すると、対照群の診療報酬が 22,025 円、原価が 20,875 円に対して、介入群は診療報酬が 8,669 円、原価が 9,848 であった。それゆえ、精神疾患患者の早期介入群は診療報酬と原価が対照群よりも費用が少ない可能性が示唆された。

G. 研究発表

飯島佐知子, 横山和仁, 北村文彦: 精神病早期介入の医療経済学的評価. 臨床精神医学 41(10): 1381 -1386 2012.

H. 知的財産権の出願・登録状況なし。

I. 文献

Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, et al : Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial..Arch Gen Psychiatry. 65(7):762-71, 2008.

Chan H, Inoue S, Shimodera S et al: Residential program for long-term hospitalized persons with mental illness in Japan: randomized controlled trial. PsychiatClinNeurosci 61:515-521, 2007.

Cullberg J, Levander S, Holmqvist R et al: One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. ActaPsychiatrScand 106:276-285, 2002.

Cullberg J, Mattsson M, Levander S et al: Treatment costs and clinical outcome for first episode psychosis patients: a 3-year follow-up of the Swedish 'Parachute Project' and two comparison groups. ActaPsychiatrScand 114:274-281, 2006.

Curtis L, Netten A: *Unit Cost of Health and Social Care*. Canterbury: Personal Services Unit, 2006.

Drumond MF, Sculpher MJ, Torrance GW et al : Method for the Economic Evaluation of Health Care Thirrd Edition. London: Oxford University Press,2005

エドワード, J, マクゴーリ, P (著), 水野雅文, 村上雅昭 (監訳) : 『精神疾患早期介入の実際－早期精神病治療サービ

スガイド』, 金剛出版, 2003年.

Francis J, McDaid D et al : SCIE's work on economics and the importance of informal care in Curtis L: *Unit Cost of Health and Social Care* . Canterbury: Personal Services Unit: 27-33, 2009.

Goldberg K, Norman R, Hoch J et al: Impact of a specialized early intervention service for psychotic disorders pm patient characteristics, service use, and hospital costs in a defined catchment area. Can J Psychiat 51:895-903, 2006.

飯島佐知子、福田敬、小林廉毅、他 : 診療行為別原価計算に基づく胃がん症例の原価算出と在院日数・診療報酬の比較 . 日本公衆衛生雑誌 59:314-324,2003.

伊勢田堯、平田正司 : 英国にみる地域ケアの発展と初期介入サービス。こころの科学 133:61-66, 2007.

伊藤順一郎 : 平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金「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」総括研究報告書、2009.

菊池美紀、木下裕久、石崎裕香、中根秀之、中根允文 : 統合失調症の疫学、経過。PharmaMedica 20:13-17, 2002.

松原三郎 : 精神科受診の期間と費用。こころの科学 115 61-65,2004.

松原三郎 : 精神科受診の期間と費用。こころの科学 115:61-65, 2007.

McCorene P, Dthanasoiri S, Patel A et al : PAYING THE PRICE –The cost of mental health care in England to2026. London Kings' Fund .2008

Marshall M, Rathbone J: Early Intervention for psychosis (review). The Cochran Library 2008, Issue 4.

Mihalopoulos C, McGorry PD, Carter RC: Is phase-specific, community-oriented treatment of early psychosis and economically viable method of improving outcome? *ActaPsychiatScand* 100: 47-55, 1999.

三重県：新たな精神保健分野に対応する
相談支援事業報告書。2007

Mino Y, Shonodera S, Inoue S et al :
Medical cost analysis of family
psychoeducation for schizophrenia.
PsychiatrClinNeurosci 61:20-24, 2007.

三野善央、下寺信次、藤田博一、他：統
合失調症における家族心理教育の費用
便益分析,社会問題研究,59、1-6、2010.

研究協力者

飯島佐知子 順天堂大学医療看護部教授

表1 診療行為分類別原価計算

	病院全体	入院	外来	診療所精神科 外来	デイケア
労務費(千円)	2,403,265	2,025,714	31,855	260,390	90,709
材料費(千円)	290,872	287,520	1,980	10,240	709
経費(千円)	524,638	477,327	38,911	70,441	42,138
支出合計(千円)	3,218,776	2,790,563	72,748	341,071	133,558
収入合計(千円)		2,966,716	40,489	331,315	48,731
述べ患者数		185,914	2,702	55,347	8,329
患者1人1日あたり原価(円)		15,010	26,924	6,162	16,035
患者1人あたり収入(円)		15,957	14,985	5,986	5,851
原価/収入費比		0.941	1.797	1.029	2.741

表2 介入群と対照群の1人1か月あたり診療報酬と原価の比較

	介入群(N=4)			対照群(N=4)			p
	回数	診療報酬(円)	原価(円)	回数	診療報酬(円)	原価(円)	
診療所診察費	1.0	564	580	1.5	8,452	8,701	.391
デイケア費	1.9	1,377	3,774	0	0	0	.093
薬剤費	56.2	5,726	5,494	159	12,690	12,175	.295
患者自己負担金	1.5	1,003	0	1.0	884	0	.391
合計(円)		8,669	9,848		22,025	20,875	

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する 一覽表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
山崎修道	ハイリスク・病前特徴・パーソナリティ評価	日本統合失調症学会 監修	統合失調症	医学書院	東京	2013	印刷中
山崎修道	認知行動療法	日本統合失調症学会 監修	統合失調症	医学書院	東京	2013	印刷中

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Ando S, Yamasaki S, Shimodera S, Sasaki T, Oshima N, Furukawa TA, Astukai N, Kasai K, Mino Y, Inoue S, Okazaki Y, Nishida A	A greater number of somatic pain sites is associated with poor mental health in adolescents: a cross-sectional study.	BMC Psychiatry	in press		
Furukawa TA, Watanabe N, Kinoshita Y, Kinoshita K, Sasaki T, Nishida A, Okazaki Y, Shimodera	Public speaking fears and their correlates among 17,615 Japanese adolescents.	Asia-Pac Psychiatry	in press		
Watanabe N, Nishida A, Shimodera S, Inoue K, Oshima N, Sasaki T, Inoue S, Akechi T, Furukawa TA, Okazaki Y	Help seeking behaviors among Japanese school students who self-harm; results from a self-report survey with 18,104 adolescents.	Neuropsychiatr Dis Treat	in press		
Tochigi M, Nishida A, Shimodera S, Okazaki Y, Sasaki T	Season of birth effect on psychotic-like experiences in Japanese adolescents.	Eur Child Adolesc Psychiatry	2012 Epub ahead of print		
Tochigi M, Nishida A, Shimodera S, Oshima N, Inoue K, Okazaki Y, Sasaki T	Irregular bedtime and nocturnal cellular phone usage as risk factors for being involved in bullying; a cross-sectional survey of Japanese adolescents.	PLoS ONE	7(9)	1-6	2012
Watanabe N & Nishida A, Shimodera S, Inoue K, Oshima N, Sasaki T, Inoue S, Akechi T, Furukawa TA, Okazaki Y	Deliberate self-harm in adolescents aged 12 - 18; a cross-sectional survey of 18,104 students.	Suicide Life Threat Behav	42(5):	550-560	2012
Kinoshita K, Kinoshita Y, Shimodera S, Nishida A, Inoue K, Watanabe N, Oshima N, Akechi T, Sasaki T, Inoue S, Furukawa TA, Okazaki Y	Not only body weight perception but also body mass index is relevant to suicidal ideation and self-harming behavior in Japanese adolescents.	J Nerv Ment Dis	200(4) :	305-309	2012
Oshima N, Nishida A, Shimodera S, Tochigi M, Ando S, Yamasaki S, Okazaki Y, Sasaki T	The suicidal feelings, self-injury, and mobile phone use after lights out in adolescents	J Pediatr Psychol	37(9)	1023-1030	2012