

201241001A

厚生労働科学研究費補助金

難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業

(精神疾患関係研究分野)

「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りと
その効果検証に関する研究

平成 24 年度 総括・研究分担報告書

研究代表者 伊藤順一郎

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

平成 25 (2013) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金

難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業

(精神疾患関係研究分野)

「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りと
その効果検証に関する研究

平成 24 年度 総括・研究分担報告書

研究代表者 伊藤順一郎

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

平成 25 (2013) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究

研究代表者 伊藤順一郎 3

II. 研究中間報告

1. 重症精神障害者に対する多職種アウトリーチチームのサービス記述と効果評価支援研究：中間報告

研究分担者 吉田光爾 25

2. 重症精神障害者に対する認知機能リハと個別援助付き雇用の複合による就労支援研究：

A. ベースラインデータと進捗

研究分担者 佐藤さやか 43

B. サービスコード結果：中間報告

研究分担者 佐藤さやか（山口創生） 61

III. サイトのモデルの提示

1. 研究分担者サイト

A. 国立精神・神経医療研究センター病院・小平市周辺地区

小平地区における重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援モデル体制の整備に関する報告

研究分担者 坂田増弘 77

小平地区における重症精神障害者への認知機能リハと個別就労支援の複合による就労支援のモデル体制の整備に関する報告

研究分担者 坂田増弘 83

B. 国立国際医療研究センター 国府台病院・市川市周辺地区

国府台地区における重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援モデル体制の整備に関する報告

研究分担者 佐竹直子 89

国府台地区における重症精神障害者への認知機能リハと個別就労支援の複合による就労支援のモデル体制の整備に関する報告

研究分担者 佐竹直子 97

C. 東北福祉大学せんだんホスピタル・仙台市周辺地区

仙台地区における重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援モデル体制の整備に関する報告

研究分担者 西尾雅明 101

	仙台地区における重症精神障害者への認知機能リハと個別就労支援の複合による 就労支援のモデル体制の整備に関する報告	研究分担者 西尾雅明	113
D.	<u>帝京大学医学部附属病院・板橋区周辺地区</u> 帝京大学周辺地区における生活障害を持続的に有する初診精神障害者への多職種 アウトリーチチームによる医療・地域生活サポートに関する報告	研究分担者 池淵恵美	131
	帝京大学周辺地区における重症精神障害者への（多職種アウトリーチチーム支援・ 認知機能リハビリテーションと個別就労支援の複合による就労支援）のモデル体制 の整備に関する報告—就労支援	研究分担者 池淵恵美	145
2.	研究協力者サイト（無作為化比較臨床試験実施サイト）		
A.	<u>ひだクリニック・流山市周辺地区</u> 千葉県流山市地区における重症精神障害者への認知機能リハビリテーションと 個別就労支援の複合による就労支援のモデル体制の整備に関する報告	研究協力者 石井和子	159
B.	<u>長岡病院・長岡京市周辺地区</u> 長岡ヘルスケアセンターにおける重症精神障害者への認知機能リハビリテーションと 個別就労支援の複合による就労支援のモデル体制の整備に関する報告	研究協力者 白井卓也	163
3.	研究協力者サイト（ローカル・モデル研究実施サイト）		
A.	<u>肥前精神医療センター・神埼郡周辺地区</u> 佐賀における重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援モデル体制の 整備に関する報告	研究協力者 杠岳文	169
B.	<u>湖南病院・湖南圏域</u> 滋賀県湖南圏域における重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援のモデル体制の 整備に関する報告	研究協力者 楢林理一郎	173
C.	<u>琉球病院・国頭郡周辺地区</u> 琉球病院における重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援のモデル体制の 整備に関する報告	研究協力者 村上優（照屋初枝）	179

D. <u>熊本市こころの健康センター・熊本市周辺地区</u> 熊本市における重症精神障害者への認知機能リハと個別就労支援の複合による 就労支援のモデル体制の整備に関する報告	研究協力者 井形るり子	185
---	-------------	-----

E. <u>民間企業</u> 株式会社リクルートスタッフィングにおける精神障害者への就労支援のモデル体制の 整備に関する報告	研究協力者 川上裕佳里	191
--	-------------	-----

IV. 関連研究

1. 医療経済研究 精神障害者が利用する制度やサービスの利用状況に関する調査ツールの作成	研究分担者 泉田信行 (山口創生)	199
---	-------------------	-----

2. スタッフ調査 地域精神科医療モデルの実践がスタッフの支援態度に及ぼす影響の検討： 一年後フォローアップ調査の概要	研究分担者 費川信幸	203
---	------------	-----

3. 多職種アウトリーチに関する研究 Assertive Community Treatment における各種の支援内容の比較に関する研究： サービスコードの分析から	研究分担者 吉田光爾	211
---	------------	-----

4. 就労支援に関する研究 A. 日本の IPS 型就労支援実施機関を対象とした郵送調査結果の報告	研究分担者 下平美智代	223
--	-------------	-----

B. 「日本版 IPS 型就労支援スタンダードズ (標準モデル)」作成に係る研究	研究分担者 下平美智代	231
--	-------------	-----

C. 重度精神障害者を対象とする精神医療保健と職業リハビリテーションの共働による 個別援助付雇用モデルの紹介：米国バーモント州におけるハワードセンター研修報告	研究協力者 片山優美子	245
--	-------------	-----

D. 就業・生活支援センターに対する全国悉皆調査：研究計画と調査票	研究協力者 佐藤さやか	253
-----------------------------------	-------------	-----

V. 研究ご協力施設一覧	269
--------------------	-----

VI. 研究成果の刊行に関する一覧	275
-------------------------	-----

I. 総括研究報告書

「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りと
その効果検証に関する研究

研究代表者：伊藤順一郎

独) 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

要旨

本研究は、地域精神科医療モデルを構築し、その効果を検証する多施設共同研究を中心に据えている。初年度である平成 23 年度は、この研究に共通の基本プロトコルを作成し、それにしたがって、各研究協力機関にモデルプログラムを構築、その多面的な効果評価のためのベースライン調査を実施した。

2 年目である本年度は、中核となる 4 つの医療機関では、初年度に構築した「多職種アウトリーチ・チームによるケアマネジメント」と「認知機能リハビリテーションと個別援助付き雇用」の臨床活動に対して対照群をおき、1 年間の追跡調査により効果評価とケア内容の実際の調査を行い、医療経済学的効果について必要なデータ収集を実行した。他の 2 つの医療機関では、初年度に「認知機能リハビリテーションと個別援助付き雇用」のシステム構築を行い、対照群をおき「認知機能リハビリテーションと個別援助付き雇用」のみについて 1 年間の追跡調査により効果評価とケア内容の実際の調査を行い、医療経済学的効果についてのデータ収集をした。以上を、対照群を設けた比較研究と位置付けている。

また本年度より、地方都市における地域精神科医療のモデルのあり方を検討すべく「地方モデル」の研究協力機関を選定した。これは、キャッチメントエリアの広さや社会資源の密度の異なる地方都市において、基本プロトコルに準じたプログラムを実施し、その地方の特色に合わせて修正した点も含め、ケア内容、医療経済学的効果についてのデータ収集を行おうとしているものである。研究協力は 4 つの医療機関に依頼した。うち、3 つの医療機関では、本年度前半の半年間に「多職種アウトリーチ・チームによるケアマネジメント」のシステム構築を行い、対照群をおかずに、6 か月の追跡調査で臨床的效果の前後比較と、ケア内容の実際に調査した。残りの 1 つの医療機関では、「認知機能リハビリテーションと個別援助付き雇用」のシステム構築を行い、やはり対照群はおかずに、1 年間の追跡調査で臨床的效果の前後比較と、ケア内容の実際に調査した。

また、2 年間に計 5 回、臨床スタッフの研修を行い、支援技術の質の向上を図った。

本研究報告書全体では、II 章において、「多職種アウトリーチ・チームによるケアマネジメント」及び「認知機能リハビリテーションと個別援助付き雇用」の多施設共同研究の本年度の状況をまとめ上げたものを報告している。また、III 章において、各サイトの状況を報告した。

本年度の状況を紹介しますと、多職種アウトリーチチームの中間報告では、介入群では 57 ケース同意のうち現在 53 ケースに介入中（うち診療報酬下のケースは 34 ケース）、対照群では 67 名同意のうち現在 62 名追跡中である。また対象者の疾患は、統合失調症圏が介入群 67.9% / 対照群 69.1% と最多であり、次いで気分障害（介入群 17.9% / 対照群 20.0%）であった。基礎属性に群間で有意差はなかったが、GAF 得点のみ介入群 41.1 点、対照群 48.0 点で有意に介入群が低かった（t 検定、 $p=0.022$ ）。支援コンタクトの概況としては、総コンタクト時間のうち、電話コンタクトが 8.1%、非報酬コンタクトが 33.2%、有報酬コンタクトが 58.7% 存在してお

り、特に退院までのコンタクトにおいて非報酬コンタクトの割合が高いことがわかり、また退院後も月 400 分程度の比較的インテンシブなコンタクトが継続して行われていた。介入群では入院中に合計平均約 15 万円（うち約 14 万円分が無報酬ケア）、退院後 6 万円～4 万円（月）のアウトリーチサービス費用がかかっていることがわかり、他方で、対照群では 1.5 万円～7 万円（月）の入院費がかかっていた。現時点ではまだ追跡中のためアウトカムに関する評価は十分な意味を為さないが、入院日数などについて群間比較で有意な差は見られなかった。

認知機能リハと個別援助付き雇用の中間報告では、ベースラインデータについてサイト間の等質性の検討及び対照群・介入群の群間の等質性の検討を行った。データ収集を行った対象者は 104 名（対照群 53 名，介入群 51 名）であった。さらにこの 104 名のうち、ベースラインデータ収集中に検査実施が不安定になった者が 4 名おり、対象者自身に協力を求める検査を中心にデータ収集が 100 名（対照群 50 名，介入群 50 名）にとどまった変数もあった。分析の結果、サイト間の等質性では、精神症状や社会的機能を表すいくつかの変数でサイト間に有意な差がみられた。すべての変数においてサイト間の等質性が担保されたとは言いがたい結果となったが、全サイトのデータをマージした上で対照群と介入群の群間で比較を行ったところ、就労の転帰や認知機能リハビリテーションの結果に影響を及ぼすと思われる変数の多くについて有意差は見られず割り付けは成功したものと思われた。加えて、両群ともに BACS-J の得点が中等度障害以上の認知機能障害に相当する値を示しており、研究導入時に対象者に実施したスクリーニングが有効であったことが示唆された。

また、6 つのサイトで 12 か月の追跡が可能であった 21 名（第 1 クール参加者）を対象に、サービス内容と就職というアウトカムの関連について検討した。サービスコードの分析をもとに、1) 各サイトの支援機関が研究参加者に提供した支援量（時間）と、2) 個々の研究参加者が就職前に受けた支援量（時間）を明らかにすることを目的に、サイト別に 1 対 1 換算の支援提供時間を計算した結果、サイト間で臨床的不均一性が確認された。12 か月間で就職した参加者における就職前の 1 対 1 換算の被支援時間は、平均して 1 ヶ月あたり約 17 時間であった。特に就労した参加者は、就労していない参加者と比べ、1) 「認知リハ+ビジネス」、2) 「就労関連」、3) 「生活関連」の被支援時間が有意に多かった。

なお、本年度の関連研究として、(i) 医療経済研究として調査ツールの作成（山口創生：協力）、(ii) スタッフ調査として、1 年後フォローアップ調査の概要（贅川信幸：分担）、(iii) 多職種アウトリーチに関する研究として、ACT における各種の支援内容の比較（吉田光爾：分担）、(iv) 就労支援に関する研究として、IPS 型就労支援実施機関を対象とした郵送調査（下平美智代：分担）、(v) 「日本版 IPS 型就労支援スタンダード（標準モデル）」作成に係る研究（下平美智代：分担）、(vi) 米国バーモント州におけるハワードセンター研修報告（片山優美子：協力）、(vii) 障害者就業・生活支援センター 実態調査（佐藤さやか：分担）を企画実施したが、これらは本研究報告書全体の IV 章にまとめた。本総括研究報告書では方法と結果のみ触れている。

重要な成果のみ触れれば、現行の ACT（包括型地域生活支援プログラム）では、総臨床時間の 40%が無報酬であり、密度の濃い地域精神医療を遂行するにあたっては現行の診療報酬では不十分であることが示唆された。また、IPS（個別就労支援と職場定着）を実施している期間のうち 35%が医療機関であり、医療機関が就労支援をすることの意義を検討すべき時期にきていることが推測された。また、科学的根拠に基づく実践は、スタッフの姿勢が患者中心であることと関連があることが示唆された。

「地域精神科モデル医療」構築の基礎資料となる多施設共同研究の結果については 3 年度を待たねばならないが、比較的順調に研究活動は遂行されており、来年度の成果が期待できる。

A. 研究の背景

現在の日本の精神保健施策は入院中心から地域生活中心への改革期にある、と私たちは捉えている。この改革の意味するところは、大きく二つある。

一つは、主たる治療の場を精神科病棟から地域社会へ移行していくことである。もう一つは、“症状の軽減のための治療”から、“質の高い生活の実現のための治療”へと、精神医療の目標概念を変更していくことである。

言葉を変えて言えば、これは精神医療を、入院精神医療を中心とした仕組みから、地域精神医療を中心とした仕組みに改めていくことである。また、その地域精神医療も、利用者のリカバリー（あたりまえの人生を取り戻す、市民としての生活を取り戻す）のプロセスを支援する方向性を持つものにしていく必要があるということである。

これは、医療をベースにしながらも包括的なサポートを行える仕組みが地域精神医療において必要なことを意味する¹⁾。地域精神医療の先進地の実績に学べば、精神病棟における長期間の治療を廃絶し、その代わりに、短期の入院治療と、デイケアやショートケアを用いた精神科リハビリテーション、そして、多職種アウトリーチチームによる地域生活支援と危機予防の実施、市民生活の重要な要素である就職を速やかに可能にする就労支援システムなどが、仕組みの具体的要素として必要であることがわかる。また、支援技法としては、医学的なアセスメントに基づく治療技法（薬物療法など）ばかりでなく、本人の生活能力に注目し、本人の希望や長所、持っている技能、環境の利点などに注目し、それらの成長を支えようと、地域社会にある一般的なさまざまな資源（informal resource）も活用するストレングス・モデルによるケアマネジメントの導入・定着も重要である²⁾。

これらを実現するために、臨床研究が具体的なモデルを構築し、あるべき地域精神医療のかたちを、期待される成果とともに提示していくことの意味は大きいであろう。

本邦の先行研究を振り返れば、伊藤、西尾らはACT（包括型地域生活支援プログラム）、IPS（個別職場定着と就労支援）についてわが国における初めての実証研究に成功し、それぞれのプログラムの普及、定着に努めてきた³⁾⁴⁾。また、池淵、佐藤らは認知機能リハビリテーションの有効性について実証的研究を行っている⁵⁾。

およそ、以上のような文脈から、本研究では、これら個別のプログラムを組み合わせ、ニーズのある利用者に対する的確にサポートが行える地域精神医療システムのモデルを作成し、その成果とともに情報発信をしていくことを意図した。

このモデルで中核となるのは医療機関であ

るが、その医療機関は、①急性期治療病棟は持っているものの、長期入院を中心とした運営はされていないこと、②科学的根拠のある心理社会的支援プログラムの導入に積極的であり、それを外来、在宅医療分野で展開していること、などが条件になる。また、行政も含め地域社会にある多様な資源も活用するために、③支援プログラムによってはキャッチメントエリアを明確にすることができることや、④医療スタッフが地域社会に出向き、地域社会の中で利用者を支えていく技能を伸ばすことに積極的であることも必要なことである。

また、このモデルの普及可能性を高めるためには、本研究が入院中心の医療を地域精神医療に変換することの意義について説得力を持つ資料としての価値をもつものである必要がある。そこで、本研究では、プログラムの費用対効果等、診療報酬改定などに際して情報提供できる内容にも取り組むことにした。

すなわち、本研究は、有効かつ実現可能な、「地域精神科医療モデル」の構築を目指し、その成果を評価しようと実施するものである。

B. 方法

本研究は、医療機関の協力を仰いで、「地域精神科医療モデル」を構築し、その効果を検証する、多施設共同研究の形式をとっている。すなわち、共通の基本プロトコルを作成し、それにしたがって、各研究協力機関にモデルプログラムを構築、実施し、その効果評価を多面的に行っている。さらに、関連研究として、いくつかの調査研究を実施した。本年度の研究内容の俯瞰を図1に示す。

1. 多施設共同研究について

本研究は医療機関を中心とした地域精神科モデル医療の構築を基本に置いた。

中核となる研究協力の医療機関は初年度前半に以下の2つのサービスプログラムを医療機関及び地域の資源を活用して構築した。

(i) 多職種アウトリーチチーム（重症精神障害者に対する多職種アウトリーチチームのサービス記述と効果評価研究）

多職種アウトリーチチームは、具体的には、以下のような特徴を持つ。

- 1) 看護師・精神保健福祉士・作業療法士・医師等による複数職種による、アウトリーチチームが構成され、このチームがケースの状況により臨機応変に、アウトリーチを中心とした、包括的な支援を行うこと。
- 2) 利用者のニーズ把握・支援プランの作成にあたってはストレングス志向のケアマネジ

メントを行うこと。

- 3) 入院時からスムーズに地域生活へ移行できるように、ケアマネジメントが必要な対象者をスクリーニングによって選定した後は、入院中から関与を開始し、入院から退院、地域生活まで一貫したケアマネジメントが行われること。

(ii) 認知機能リハビリテーションと援助付き雇用(重症精神障害者に対する認知機能リハと個別援助付き雇用の複合による就労支援研究)

認知機能リハビリテーションおよび援助付雇用には、具体的には以下の内容が含まれる。

- 1) 「Cogpack」日本語版を用いた認知機能リハビリテーション概ね3か月(12週間)
- 2) 就労準備活動:履歴書の書き方や面接の練習など、求職活動をはじめの上でのごく一般的な準備を集団または個別で実施。
- 3) 「日本版個別援助付き雇用モデル」(暫定版)による就労支援を1年間、就職前支援、就職後の継続支援、場合によっては退職と再就職の支援も含め実施した。ここでいう、「日本版個別援助付き雇用モデル」(暫定版)は、以下の様な特徴をもつ。
 - ・Place then Train モデルであること。
 - ・ケアマネジメント(=個別性を重視した支援)を提供していること。
 - ・生活支援、就労支援、医療に関する支援が密接に連携していること。
 - ・生活支援を担当するCMと就労支援担当者(ES)との間に密接な情報交換があること。
 - ・最低限、就労支援担当者がアウトリーチサービス(企業訪問、同行支援、ジョブコーチなど就労維持のための支援)を実施すること。

副たる研究協力医療機関は、以上のいずれかのサービスプログラムを医療機関及び地域の資源を活用して構築した。いずれのプログラムを構築するにあたって、スタッフは研究班が実施した研修を受け、患者の希望や願望、長所や持っている技能、環境の有利な点などに注目し、それらを活用しながら、患者の地域生活の充実を図る、ストレングス・モデルによるケアマネジメントを共通の支援技法とするように努めた。

研究協力機関については、図1を参照のこと。また、多施設共同研究の3年間の研究プロトコルの概要は図2を参照のこと。

2. 中核研究協力機関における研究は対照群との比較の形式で行った

本研究は科学的根拠に基づく実践の効果判定研究であり、以下のような方法で対照群との比較をとった。

(i) 重症精神障害者に対する多職種アウトリーチチームのサービス記述と効果評価

純粋なランダム化比較試験ではなく、介入群・対照群を利用者の居住地区によって振り分ける準実験法を用いた。すなわち、対象医療機関を中心に一定のキャッチメントエリアを定め、そのエリア内に居住の対象患者を介入群に、エリア外に居住し一定の条件を満たす患者を対照群とした。対象者のエントリー期間は平成23年11月～平成25年3月である。エントリーの方法は、1) 各地区の全新規入院患者について、スクリーニング票によるスクリーニングを実施。重篤度・生活困難度が一定点数以上の者を研究対象候補者として選定。2) 候補者の現居住地の所在により、その所在が各地区に設けたキャッチメントエリア内外のいずれに存在するかによって、介入群・対照群に振り分ける。3) 候補者に対して研究に関する説明を行い、同意した者を各研究の参加者として位置付ける。4) 退院後に、介入群にはアウトリーチチームの支援が行われる、対照群には通常精神科医療が行われる、とした。本研究には、国立精神・神経医療研究センター病院、国立国際医療研究センター国府台病院、東北福祉大学せんだんホスピタル、3地区を選定した。なお、帝京大学医学部附属病院においては、新規外来患者に対するアプローチとして実施されたため、独自の研究という位置付けとした。詳しくは吉田分担研究報告書「重症精神障害者に対する多職種アウトリーチチームのサービス記述と効果評価支援研究:中間報告」参照のこと。

[アウトカム指標]

「多職種アウトリーチチーム」の効果に関しての主たるアウトカム指標は地域滞在日数である。その他、入院回数・救急利用回数・治療中断歴・逮捕/拘留歴等のサービス利用の在り方の変化、患者のQOL、生活時間の構成の変化に関する指標、精神症状や生活機能の評価などをアウトカム指標として採用した。

(ii) 認知機能リハビリテーションと援助付き雇用の複合による就労支援

一定の条件を満たす対象者を、無作為割り付けにて介入群、対照群に振り分けるランダム化比較試験(RCTデザイン)を採用した。すなわち、以下の5条件、1) 研究協力施設に外来通院中であること、2) 主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病であること、3) 年齢が20-45歳であること、4) 研究開始時に就労を希望している者、5) 一定の認知機能

障害が認められる者(BACS-Jによるスクリーニング)を性別、年齢、スクリーニング課題で層別化した上で乱数による無作為割り付けを実施し、介入群及び対照群に割り付けた。

そのうえで、介入群には、上述の認知機能リハビリテーション及び「日本版個別援助付き雇用モデル」(暫定版)による個別就労支援を実施した。

一方、対照群には、研究協力施設である医療機関内に就労支援担当者を1名配置し、この担当者がいわゆるブローカー型の就労支援を実施した。面接は月に1回定期的に実施し、その時々に対象者のニーズに合わせて最善と思われる機関にリファアを行った。ブローカー型支援の結果、リファア先の地域の就労支援機関においてケアマネジメントが実施されるケースも当然想定されるが、これは妨げなかった。

詳しくは佐藤分担研究報告書「重症精神障害者に対する認知機能リハと個別援助付き雇用の複合による就労支援研究:A. ベースライン・データの結果」を参照のこと。

〔アウトカム指標〕

「認知機能リハビリテーションと援助付き雇用」の主たるアウトカム指標は就労関連指標であり、就労率、就労継続日数、総賃金などを指標として採用した。認知機能リハビリテーションの効果判定としての神経心理検査等で捉えられる認知機能、作業能力や、精神症状評価、生活時間の構成の変化なども臨床関連指標として採用した。

3. 評価の領域は、アウトカム、サービス内容の記述、医療経済学的評価の各領域で行った。

本研究は地域精神科モデル医療の構築ならびに普及を最終的な目標としているため、いわゆるアウトカム指標だけでなく、サービス内容の記述、医療経済学的指標など、評価の領域も多岐にわたった。以下に指標の概略を記す。なお、アウトカム指標、サービス内容の記述の詳細は前述の吉田分担研究報告書、佐藤分担研究報告書及び、佐藤、山口らによる「就労支援研究:B. サービスコード結果:中間報告」を参照のこと。また、医療経済学的評価指標の詳細は泉田、山口らによる分担研究報告書「精神障害者が利用する制度やサービスの利用状況に関する調査ツールの作成」を参照のこと。

〔サービス内容の記述、医療経済評価指標〕

「多職種アウトリーチチーム」、「認知機能リハビリテーションと援助付き雇用」のいずれにおいても、データ収集は、1) 医療機関のレセ

プト調査、2) サービスコードによる支援量・人的コストの把握調査、3) CSRI-J(日本語版 Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory)を用いた社会資源利用により生じるコスト集計調査、を基本とした。これらより、介入群、対照群共にコストの総計及び、継続的なコストの推移を求め、費用対効果分析も行うこととした。これにより、現行の制度ではいわゆる「持ち出し」となるコストがどの程度存在するかについても調査が行える。

4. 「ローカル・モデル」の研究協力機関とは、地方都市における地域精神医療のサービスのあり方について、サービス・コードの記録集積による検討を主とした。

本年度より、地方都市における地域精神科医療のモデルのあり方を検討すべく「ローカル・モデル」の研究協力機関を選定した。これは、キャッチメントエリアの広さや社会資源の密度の異なる地方都市において、基本プロトコルに準じたプログラムを実施し、その地方の特色に合わせて修正した点も含め、ケア内容、医療経済学的効果についてのデータ収集を行おうとしているものである。研究協力は4つの医療機関に依頼した。うち、3つの医療機関では、本年度前半の半年間に多職種アウトリーチチームによる支援のシステム構築を行い、対照群をおかずに6カ月の追跡調査で臨床的效果の前後比較と、ケア内容の実際を調査した。残りの1つの医療機関では、認知機能リハビリテーションと援助付き雇用のシステム構築を行い、やはり対照群はおかずに、1年間の追跡調査で臨床的效果の前後比較と、ケア内容の実際を調査した。

5. 関連研究について

詳しくは、それぞれの分担研究報告に委ねるが、それぞれの関連研究について、その方法の概要を述べる。

(i) 医療経済研究:精神障害者が利用する制度やサービスの利用状況に関する調査ツールの作成

〔研究分担者 泉田信行(山口創生)〕

個別の精神保健福祉サービスについての医療経済評価の結果がサービスの法制化に大きく影響を持つ英国で開発された、サービス・コストを調べる面接調査ツールである、クライアントサービス受給票(Client Service Receipt Inventory: CSRI)を原版に、日本版のCSRI-Jを作成した。CSRI-Jでは、1) 所得、2) 生活保護、障害年金などの所得保障制度の利用額、3) その他の社会保険制度、4) 利用した福祉サービス、5) 病気による損失や間接費、6) カルテルレセプト・データから得ることができない医療サービスを収集できる

ような項目を設定した。作成した項目について、臨床現場で働く職員、医療経済の専門家及び行政職から助言とコンセンサスを得て、最終版とした。

(ii) **スタッフ調査: 地域精神科医療モデルの実践がスタッフの支援態度に及ぼす影響の検討: 1年後フォローアップ調査の概要**

[研究分担者 費川信幸]

地域精神科医療モデルを実施する4機関(小平、国府台、仙台、帝京)のモデル関与スタッフを「介入群」として、また、国立病院機構で精神科アウトリーチ部門またはデイケア部門を有する11機関で、当該支援に関与する担当受け持ちのあるスタッフを「対照群」として、調査を行った。評価は、モデル実施開始時点(ベースライン評価)を2011年11~12月に、モデル実施1年後(1年後評価)を2012年12月にそれぞれ実施した。属性及び臨床経験等の調査のほか、1) ストレングス志向の支援態度尺度、2) 日本語版 Recovery Attitude Questionnaire (RAQ)、3) 日本語版 Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS)、4) 精神障がい者に対する肯定的態度:改訂版(以下、肯定的態度尺度)、5) 統合失調症に対する社会的距離尺度(以下、社会的距離尺度)、6) 日本版 Maslach Burnout Inventory-General Survey (以下、MBI)を用いて評価が行われた。

(iii) **多職種アウトリーチに関する研究: Assertive Community Treatment における各種の支援内容の比較に関する研究: サービスコードの分析から**

[研究分担者 吉田光爾]

本研究は、平成20-22年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業『精神障害者の退院促進と地域生活支援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』(主任研究者 伊藤順一郎)におけるデータを再集計した。本調査では、対象施設として、全国各地で実施されているACTプログラムのうち5か所を選択、協力を得た。対象者は対象施設の利用者のうち、1) 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のうち、2) 診断が統合失調症あるいは双極性障害、かつ、3) 文書及び口頭で同意を得た者とした。これらの者に対して、ACTプログラムとして提供されたケアの内容を把握するプロセス調査をサービスコード票を用いて、ベースライン時と、1年後の2時点において各1ヵ月間行った、その資料を職種間による差異という観点から再集計、分析した。

(iv) **就労支援に関する研究: 日本のIPS型就労支援実施機関を対象とした郵送調査結果の報告**

[研究分担者 下平美智代]

IPS (Individual Placement and Support) 型就労支援実施機関を「雪だるま方式」(機関に実施機関をたずねていく方法)で特定し、最終的に21機関を選定し、全数を対象として実態調査を行った。調査内容は、実施主体、就労支援スタッフ数、就労支援員の就労支援に直接かける時間の割合の自己評価(エフォート率)、フィデリティ(内容的忠実性)、雇用率であった。フィデリティの調査にあたっては、日本版IPSフィデリティ尺度は存在しないため、アメリカ版のフィデリティ尺度である Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25)の訳を日本の制度に合わせ、かつ自記式調査に使えるように修正したものを作成し、利用した。

(v) **「日本版IPS型就労支援スタンダード(標準モデル)」作成に係る研究**

[研究分担者 下平美智代]

本研究ではIPS型就労支援の日本版フィデリティ尺度を開発することを最終的な目標に据え、米国のオリジナルモデルの理念や基本構造を重視しつつ、日本の制度のなかでも実施可能な日本版IPS型就労支援スタンダード(標準モデル)を、実践家や有識者と共に作成した。スタンダード作成の方法として、エキスパートコンセンサスによる合意で内容を決定した。「エキスパート」は、研究者及びスタンダード作成委員会メンバー(実践家及び有識者)で構成され、スタンダード原案から合計7回の修正を行った。

(vi) **米国バーモント州におけるハワードセンター研修報告**

[研究分担者 佐藤さやか(片山優美子)]

(略)

(vii) **就業・生活支援センターに対する全国悉皆調査(H25年度実施予定)**

[研究分担者 佐藤さやか]

本研究では、今後さらに社会的要請が高まるであろうと予想される精神障害者の雇用施策に関する基礎的資料を提供するため、障害者就業・生活支援センターにおける精神障害者に対する就労支援の実態を明らかにすることを目的とし、調査を実施することとした。調査対象として、平成24年5月1日現在、厚生労働省「障害者就業・生活支援センター事業」によって設置されている全国のセンター、合計315か所を想定した。調査期間は平成25年6月初旬から2週間程度、調査手法は郵送調査である。

評価項目としては、事業所の属性(法人の種類別、事業実施年数など)、勤務スタッフの属性(年齢、性別、職種、経験年数など)、支援の実績(障害種別ごとの就労者数、就労率、制度利用実績など)、指定した一定期間に実施した精神障害者への就労支援の内容に対する回答、などとし、調査票を作成した。

第一版の調査票を作成後、障害者就業・生活支援センターいちされん(千葉県市川市)に協力を頂き、項目内容について助言を得た。平成25年度4月にはさらに3か所程度のセンター及びセンターの連絡会に調査項目への助言を依頼し、項目の精査・整理を行った上で、調査票最終版を作成し、全国悉皆調査を実施する予定である。

C. 結果

1. 多施設共同研究について

(i) 多職種アウトリーチチームのサービス記述と効果評価

〔研究分担者 吉田光爾〕

本報告では、平成25年2月時点のデータを用いて、中間報告を行った。

【対象者像】当該時点において、介入群では57ケース同意のうち現在53ケースに介入中(うち診療報酬下のケースは34ケース)、対照群では67名同意のうち現在62名追跡中であった。また対象者の疾患は、統合失調症圏が介入群67.9%/対照群69.1%と最多であり、次いで気分障害(介入群17.9%/対照群20.0%)であった。基礎属性に群間で有意差はなかったが、GAF得点のみ介入群41.1点、対照群48.0点で有意に介入群が低かった(t 検定、 $p=.022$)。

【支援コンタクトの概況】総コンタクト時間のうち、電話コンタクトが8.1%、非報酬コンタクトが33.2%、有報酬コンタクトが58.7%存在しており、特に退院までのコンタクトにおいて非報酬コンタクトの割合が高いことがわかり、また退院後も月400分程度の比較的インテンシブなコンタクトが継続して行われていた。介入群では入院中に合計平均約15万円(うち約14万円分が無報酬ケア)、退院後6万円~4万円(月)のアウトリーチサービス費用がかかっていることがわかり、他方で、対照群では1.5万円~7万円(月)の入院費がかかっていた。現時点では追跡中のためアウトカムに関する評価は、十分な意味をなさないが、現時点では入院日数などについて群間比較で有意な差は見られなかった。

(ii) 認知機能リハと個別援助付き雇用の複合による就労支援のサービス記述と効果評価

1) ベースライン・データと進捗

〔研究分担者 佐藤さやか〕

本年度は、各サイトのすべてのクルールのデータが揃っているベースラインデータについてサイト間の等質性の検討及び対照群・介入群の群間の等質性の検討を行った。研究説明と文書による同意、及びBACS-Jによるスクリーニングを経て研究に導入されたものは111名であったが、その後、ベースラインデータ収集までの間に7名が同意を撤回しドロップアウトとなった。このためデータ収集を行った対象者は104名(対照群53名、介入群51名)であった。さらにこの104名のうち、ベースラインデータ収集中に検査実施が不安定になったものが4名おり、対象者自身に協力を求める検査を中心にデータ収集が100名(対照群50名、介入群50名)にとどまった変数もあった。

分析の結果、サイト間の等質性では、精神症状や社会的機能を表すいくつかの変数で、サイト間に有意な差がみられた。これは各サイトの医療機関としての特徴を反映したものと思われた。すべての変数においてサイト間の等質性が担保されたとは言いがたい結果となったが、全サイトのデータをマージした上で対照群と介入群の群間で比較を行ったところ、就労の転帰や認知機能リハビリテーションの結果に影響を及ぼすと思われる変数の多くについて有意差は見られず割り付けは成功したものと思われた。加えて、両群ともにBACS-Jの得点が中等度障害以上の認知機能障害に該当する値を示しており、研究導入時に対象者に実施したスクリーニングが有効であったことが示唆された。

2) サービスコード結果の中間報告

〔研究分担者 佐藤さやか(山口創生)〕

本研究は、6つのサイトで12ヵ月の追跡が可能であった21名(第1クルール参加者)を対象に、サービス内容と就職というアウトカムの関連について検討した。サービスコードの分析をもとに、1)各サイトの支援機関が研究参加者に提供した支援量(時間)と、2)個々の研究参加者が就職前に受けた支援量(時間)を明らかにすることを目的に、サイト別に1対1換算の支援提供時間を計算した結果、サイト間で臨床的不均一性が確認された(最も支援時間が多いサイト($n=4$):60,496分、最も支援時間が少ないサイト($n=3$):5,170分)。12ヵ月間で就職した参加者における就職前の1対1換算の被支援時間は、平均して1ヵ月あたり約17時間であった。特に就労した参加者は、就労していない参加者と比べ、①「認知リハ+ビジネス」、②「就労関連」、③「生活関連」の被支援時間が有意に多かった。

2. 関連研究について

(i) 医療経済研究: 精神障害者が利用する制度やサービスの利用状況に関する調査ツールの作成

[研究分担者 泉田信行(山口創生)]

CSRI の原版を基本にしながら、日本の制度の現状に合わせ、以下の様な内容を追加した。

【①雇用と所得保障】の把握について、対象者の雇用形態や時給、労働日数、欠勤日などの項目を設けた。また、精神障害者が利用可能な各種障害年金や生活保護、失業等給付金、福祉手当などの項目を設け、研究対象者が利用した所得保障の総額を把握できるようにした。

【②福祉・医療サービス】に関連する項目として、障害者自立支援法における基本的な福祉・住宅サービス(介護給付と訓練等給付)を中心に、市町村や都道府県の相談事業に関する項目を設けた。また、自治体、精神保健福祉センター、ハローワークや社会福祉事務所などの公的サービスにおける相談窓口のほか、障害者就労支援センターなど地方自治体独自の取り組みを設けた。

医療サービスに関しては、カルテやレセプト・データを手でできない精神科医療機関で受けた医療サービスについて、研究対象者が把握可能であると推測される範囲で、外来診療、訪問看護、デイケア等についての項目を設けた。

(ii) スタッフ調査: 地域精神科医療モデルの実践がスタッフの支援態度に及ぼす影響の検討: 1年後フォローアップ調査の概要

[研究分担者 賛川信幸]

ベースライン評価時点では介入群 96 名、対照群 89 名、一年後評価時点では、介入群 100 名、対照群 101 名から、それぞれ回答が得られた。なお、ベースラインと1年後の両時点で回答が得られたのは、介入群 72 名、対照群 61 名であった。属性等を群間で比較したところ、職種 ($\chi^2 = 16.2, p = 0.006$) 及び所属 ($\chi^2 = 23.6, p < 0.001$) で有意な偏りが認められた。残差分析の結果、職種では介入群でその他の者の割合が介入群よりも有意に高かった。また所属では、介入群で病院リハビリ関連部門(デイケア、社会復帰関連部門等)及び病院地域関連部門(地域連携室、訪問看護等)の割合が対照群よりも低く、地域事業所部門(地域活動支援センター、就労移行/継続事業等)の割合が対照群よりも高かった。

ベースライン及び1年後の評価時点における群別の各尺度得点を従属変数、群及び評価時点を独立変数とし、職種と所属を共変数とする共分散分析を行った。その結果、いず

れの尺度においても有意な交互作用は認められなかった。RAQ 及びバーンアウト尺度を除くすべての尺度において群の主効果が認められ、介入群が対照群よりも社会的距離尺度は有意に低い得点を、その他の尺度は有意に高い得点を示した。また、いずれの指標においても時間の主効果は認められなかった。

ベースライン評価時点の得点、職種、及び所属を共変数として、1年後評価時点の各尺度得点を群間で比較した。その結果、ストレングス志向性尺度の下位尺度「利用者中心アプローチ」の自信度得点 ($F = 4.74, p = 0.032$)、RAQ ($F = 5.21, p = 0.025$)、及び MBI の「疲弊感」下位尺度得点 ($F = 4.70, p = 0.033$) において有意な差が認められた。利用者中心アプローチ下位尺度では、介入群(平均±標準偏差 = 2.25 ± 0.47) が対照群(同、 1.82 ± 0.49) よりも有意に得点が高かった。RAQ でも同様に、介入群(同、 63.60 ± 4.93) が対照群(同、 61.14 ± 5.27) よりも有意に得点が高かった。また、疲弊感下位尺度では、介入群(同、 2.33 ± 1.33) が対照群(同、 2.26 ± 1.22) よりも有意に得点が高かった。

これらの結果は、ストレングス・モデルやリカバリー概念を共有するモデルの実践によって、より肯定的な支援態度が獲得される可能性を示唆し、同時に、一定の質をもって支援スタッフが実践を行っている可能性を示唆した。

(iii) 多職種アウトリーチに関する研究: Assertive Community Treatment における各種の支援内容の比較に関する研究: サービスコードの分析から

[研究分担者 吉田光爾]

NS のコンタクト 244、OT のコンタクト 155、PSW のコンタクト 115 について分析を行った。各職種の平均コンタクト時間に有意差はなかった。「ケアマネジメントに関する実行率」に関しても多くの項目で有意差がなかったが、『本人・家族との関係作り』において職種間で実行率に有意差が見られ、NS>OT、PSW>OT であった。「日常生活支援に関する支援強度」でも多くの項目で有意差はなかったが、『整容に関する支援』において支援強度に有意差がみられ NS>OT であった。「コミュニケーションに関する支援強度」では、「スタッフとの関係性の構築」、「コミュニケーション能力の向上」、「近隣住民との関係」、「本人との付き合いに関する家族支援」、「家族自身の困難に関する支援」、「家族へのエンパワメント」などの項目で職種間に有意差が見られた。「症状に関する支援強度」では「精神症状に関する支援」、「睡眠に関する支援」、「通院行動の支援」、「危機介入」、「副作用の観察と対処」、「身体

症状の観察と対処」、「身体合併症の観察と対処」、「生活習慣に関する援助」、「排泄の援助」の項目で職種間に有意差が見られた。「社会生活支援に関する支援強度」では有意差のある項目は多くないが、「住環境を保つための援助」に関して、NS>OTとなっていた。

結果、職種間で支援強度に有意差のない項目は47項目中29項目であり、具体的には「ケアマネジメント」は9項目中8項目、「日常生活支援」は9項目中8項目、「社会生活に関する支援」は7項目中6項目に有意差がなく、共通かつ基盤となる支援領域としてACTのスタッフが従事している領域と考えられた。他方、看護師では「症状に関する支援」で作業療法士や精神保健福祉士に対して支援強度が高くなっていた。また精神保健福祉士では「コミュニケーションに関する支援」で支援強度が高くなっていた。

各職種はケアマネジメントを基盤とした超職种的な役割をとりつつも、各職種の特性を生かした支援も同時に行われていることが明らかになった。現行の診療報酬制度では、訪問支援に関しては精神保健福祉士の評価は低くなっているが、本研究結果からは、ACTの支援では看護師や作業療法士が必ずしもPSWの上位互換的な存在ではない、という状況が明白であり、将来的に多職種アウトリーチチーム支援を制度化する場合には、こうした診療報酬上の問題について是正されるべきと考えられた。

(iv) 就労支援に関する研究: 日本のIPS型就労支援実施機関を対象とした郵送調査結果の報告

[研究分担者 下平美智代]

21機関中、20機関より回答を得た。対象機関の実施主体で最も多かったのは就労移行支援事業所の9機関(うち1機関は株式会社)、次いで精神科病院デイケアが5機関、ACTに特化した訪問看護ステーションが2機関、市区町村から受託している地域の就労支援センターが2機関、訪問型生活訓練1機関、障害者就業・生活センター1機関であった。

1機関の就労支援員(ES)数の平均は3.9人(SD=2.8)で専任のESを持たない機関から10名のESを雇用している機関まで多様であった。各機関の各「ESのエフォート率」の自己評価の平均は58%(SD=26.5)であった。また、IPS型就労支援では、ケアマネージャーとなるべき生活支援スタッフが機関内にいることやESのスーパーバイザーがいることが組織構造的な特徴であるが、我が国のIPS実施機関では、生活支援を行うスタッフがいると回答した機関は20機関中14機関(70%)であり、スーパーバイザーについては機関内にいると回答した機関は20機関中8機関(40%)のみ

であった。

フィデリティ評価から見た特徴としては、ESが生活支援員を兼ねるなど、就労支援に専念できない状況があり、ケアマネージャー的役割をとる生活支援担当者とのチームアプローチで支援が実施されていない機関も少なくなかった。ESを支えるシステムとしてのユニットやスーパーバイザーを持つ機関も半数に満たず、組織構造としてはIPS型就労支援の特徴を必ずしも備えていないことが分かった。一方で、ESが提供するサービス内容はIPS型就労支援の特徴に比較的忠実であった。このことから、日本では、組織構造も含めたプログラムとしてIPSを実施している機関は少ないが、サービス内容については高い率でIPSに特徴的な支援を実践しているという姿が浮き彫りになった。

就労支援の実績については、適切に雇用率を算出できたのは13機関のみであった。雇用率を算出できた機関の利用者合計平均は191.7人(SD=195.4)であった。障害者雇用率の平均は19.8%(SD=9.4)、一般雇用率の平均は6.1%(SD=5.0)であり、雇用率全体では平均25.9%(SD=10.2)であった。この13機関の自己評価フィデリティ、ES数、ESエフォート率について雇用率との関連をSpearmanの相関分析で検定してみたところ、雇用率はフィデリティ得点とは有意な相関が示されず($\rho=-0.041$, $p=0.893$)、ES数とは有意傾向のある正の相関が示され($\rho=0.515$, $p=0.072$)、ESエフォート率とは有意な正の相関が示された($\rho=0.591$, $p=0.033$)。

(v) 「日本版IPS型就労支援スタンダード(標準モデル)」作成に係る研究

[研究分担者 下平美智代]

スタンダード原案から7回の修正で、日本版IPS型就労支援標準モデル第1版が完成した。

スタンダードは4つのパートから構成された。まず、「I. 日本版IPS型就労支援標準モデルの趣旨」で、趣旨の説明を行い、「II. IPS型就労支援の8原則」で日本版としての8原則を記述した。オリジナル版の8原則からの修正として、「一般雇用」の定義については、「障害者雇用」を含めた。一般雇用については「最低賃金以上の一般求人と障害者求人」での雇用とした。また、補足説明として、「最低賃金が支払われていても、障害者だけを1つの会社やセクションに集めて指導員の立場のスタッフが管理するような職場は目標としない。上記については、本人の選択として、またリカバリーの過程として否定するものではない。しかし、IPS型支援では、ソーシャルインクルージョン(社会的包摂)を重要視し、一般市民と共に働く職場を一般雇用として目標とする」と

記述した。

また、日本では、IPS 実践に取り組んでいる機関でも、専任の ES もしくはケアマネジャーがいらない、あるいはスーパーバイザーのいない機関が少なくないということが、当研究班の調査により判明しているが、この支援プログラムで重要な機能を果たす専門職であることから、「Ⅲ. IPS 型就労支援における主要な支援スタッフの機能的名称と定義」にこれらの支援スタッフの定義を記述することとした。

スタンダードの最終章は「Ⅳ. 標準モデル内容」とした。標準モデル内容は、1) スタッフ配置、2) 組織、3) サービスの大項目からなり、これはオリジナルプログラムのフィデリティ尺度 IPS-25 の下位尺度と合わせた。IPS-25 では、「スタッフ配置」3 項目、「組織」8 項目、「サービス」14 項目である。「スタッフ配置」の日本版の項目は IPS-25 と内容は基本的に同じであるが、日本版標準モデルでは、ケースロードについての詳細な補足説明が加えた。「組織」は、項目数は同じであるが、アメリカでは、精神保健チームに就労支援スペシャリストが入る、という構造になっているが、日本版標準モデルでは、就労支援スペシャリストとケアマネジャーが同じ組織に所属していること、その 2 つの専門家が医療機関のスタッフ(例えば利用者の主治医やソーシャルワーカー)と対面でミーティングするなどして連携する、という内容に変更した。「サービス」の項目もアメリカ版フィデリティの項目とほぼ同じであるが、「IPS 型就労支援サービスの開始の定義」と「退職支援」を追加した。

(vi) 米国バーモント州におけるハワードセンター研修報告
[研究分担者 佐藤さやか(片山優美子)]
(略)

(vii) 就業・生活支援センターに対する全国悉皆調査(H25 年度実施予定)
[研究分担者 佐藤さやか]
(略)

D. 考察: 多施設共同研究を中心として

1. 多職種アウトリーチチームについて

(i) プログラムモデルの検討について

まず、本研究に参加した医療機関は中核施設 4 か所、「地方モデル」施設 3 か所である。それぞれの医療機関における多職種アウトリーチチームの構成について、各サイトの分担研究報告から引用しつつ、簡単に述べる。

[中核施設]

1) サイト A

医療機関内の「在宅支援室」を強化して、チームを形成した。構成員は精神科医(兼務) 3 名、看護師 4 名(非常勤専従 2 名、常勤兼務 2 名) PSW 3 名(常勤兼務 1 名、非常勤専従 2 名)、OT 1 名(非常勤専従) である。ACT を目指してはいるが、現在は平日の日勤帯が活動時間であり、夜間・休日のオンコール体制にはなっていない。ストレングス・モデルのケースマネジメントを採用し、アセスメント票、リカバリーゴールワークシートを用い、グループスーパービジョンを週 1 回行っている。病棟との連携に関しては、病棟担当者(看護師長・PSW・OT) と在宅支援室スタッフが参加し『ケースマネージャー選定会議』を週に 1 回行うとともに、入院全患者の支援状況レビューを診療部長、病棟医長、師長、在宅支援室師長、チーム精神科医、病棟 OT が参加し、各病棟の『サービス調整会議』として月 1 回行っている。

2) サイト B

多職種アウトリーチチームは、地域にある ACT チーム、市障害者支援課から運営委託のある基幹型支援センター、社会福祉法人の相談支援機関、NPO 法人の相談支援機関、医療機関の訪問看護チームが担っている。医療機関の PSW 室が中心となって、週に 1 回、新入院患者のレビューを行い、スクリーニング・シートのスコアや家族などの環境の状態、今までの支援状態などから判断しつつ、それぞれのチームに振り分ける。振り分けられたチームは入院中からプロトコルに従って関与を開始する。月 1 回、それぞれのチームが集まり、支援状況について報告し、コンサルティングを受け、サービスの適正化を図っている。

3) サイト C

開院当初から ACT チームをもっている医療機関であり、このチームが本研究に参加している。PSW 5 名(うち 1 名が当事者スタッフ)、NS 1 名、急性期病棟兼務のチーム精神科医 1 名の構成である。ACT チームは、常時、急性期病棟からケースエントリーをしているので、スクリーニング・シートを用いてのエントリーも円滑に行えている。

4) サイト D

医療機関の性格上、外来患者からエントリーを行う多職種アウトリーチチームを構築し、研究参加をした。そのため、研究班のプロトコルを基本におきながらも独自のスクリーニング・シートを作成し、6 ヶ月以上適切な社会機能の障害がある、日常生活機能の障害がある、家族の支援がないまたは軋轢がある、職場な

どの環境に大きな軋轢がある、の 4 点を支援の必要性を問う項目とし、カットオフポイントを 4 点に設定した。多職種アウトリーチチームの構成は、チームリーダーが精神保健福祉士で、看護師 1 名、作業療法士 1 名、精神科医 1 名とした。研究参加者には、まずは外来予約日に主治医の許可のもとで面接を行って、本人及び家族について、関係づくり、支援の希望、生活状況や社会的機能などの情報収集などを行って介入計画を作成し、アウトリーチを含む生活支援を行った。外来初診からの介入開始であるため、診断は様々であり、必ずしも持続かつ重篤な精神障害者とされる統合失調症や躁うつ病などは多くはない。精神障害の重さもさることながら、生活上の様々な困難や環境要因と、精神症状とが密接に絡み合っており、容易に改善の糸口が見いだせず、持続的に慢性の精神症状と生活上の問題とが継続している例が多い。

[ローカル・モデル]

5) サイト E

広い診療圏をカバーする必要があるこの医療機関では平成 21 年 4 月に地域医療連携室に訪問看護専従スタッフ(NS・PSW)を配置。看護師 7 名(看護師長含む)訪問看護専従スタッフが北部・中部地区を主に 3 チームで訪問看護を実施していた。平成 22 年 7 月から訪問看護チームが 4 チームとなり、訪問看護師がケース会議に参加ができるようになり、入院中から関わることで退院後の継続的な介入がしやすくなった。退院前訪問に同伴できる体制も整えられた。平成 24 年 4 月にさらに地域での包括的なサービスを充実するために、多職種チームが発足した。構成は、看護師 3 名(地域医療連携室・兼務)、医師 1 名(兼務)、心理士 1 名(兼務)、OT1 名(デイケア・兼務)、PSW 1 名(相談室・兼務)である。平成 24 年 10 月から 3 か所の急性期病棟へ(男性閉鎖病棟・女性閉鎖病棟・急性期加算病棟)一斉スクリーニング実施、長期入院者は対象とせず、6 ヶ月以内に退院の可能性のある患者を対象とし、アウトリーチのキャッチメントエリアを限定しなかった。介入時期はある程度病状が安定しケース会議の開催時に病棟主治医、担当 NS へ地方モデルの検証が可能かどうか確認して決める。入院中から関わり、同意を得ていない段階からケース会議へ参加した。

6) サイト F

在宅診療支援室からの患者自宅への訪問は、平成 21 年から本格的に行っているが、現在専従の看護師は 3 名で、病棟や外来からの看護師の応援と、時にソーシャルワーカーや作業療法士の応援を得ながら月 200 件程度の訪問を行っている。訪問を行う患者宅は自

動車で 40 分程度の距離までにあることを一応の目安としており、訪問の範囲としては当院から半径約 20 キロの地域をカバーすることになる。研究参加と同時に精神科スーパー救急病棟の全入院患者を対象にケアマネジメント入院時スクリーニングを実施し、5 点以上で、訪問チームがカバーする地域に住む患者で、医師が可能と最終的に評価した患者を研究対象とした。研究参加の同意が得られた後に在宅診療支援室から担当看護師が救急病棟に出向き、患者との関係の構築を行い、在宅支援につなげた。

7) サイト G

今回の研究班に基づく多職種チームを作るにあたり、日常的に超過密な日常業務や支援活動を行っていたことから、新たにチームを集めて構成することがほぼ不可能であり、現在実施しているアウトリーチ推進事業のチームの活動が可能な限りそのまま研究班の活動にもなり、新たな業務ができるだけ増えないよう配慮した。ただ、研究班活動では、エントリーに当たり、患者の入院中の段階からスクリーニングを行い、候補者選定を開始しなければならないため、選定のプロセスには医師(研究協力者)、地域ケア室(保健師、PSW)、病棟看護師(看護部長、看護課長、各受け持ち看護師)の数名で「対象患者選定会議」を月 1 回程度病院内で開催した。実際の支援活動は、ほぼ、アウトリーチ推進事業と同じスタッフが関わっている。すなわち、医師(研究協力者)1 名、「風」の PSW4 名(内 1 名がチームリーダー、1 名は臨床心理士兼務)、「なかさと Wing」保健師 2 名(内 1 名が副チームリーダー)、病院地域ケア室 PSW1 名の計 8 名である。1 ケース当たり 2~3 名が担当チームを形成し、週 1~2 回訪問から毎日訪問の必要なケースまで、ケースマネジメントにより個々に必要な支援量を決定して支援を実施している。現在の所、休日や夜間に出動が必要となったケースは見られない。また、医師の訪問が必要なケースも今のところ無く、医師は主に毎週のチームミーティングでケース検討に参加している形となっている。チーム活動の目標は、アウトリーチ推進事業と同様、入院に頼らずに問題を解決しようとするところにある。

(ii) 今後の課題

研究活動として、共通のプロトコルを用い、可能な限り均一なサービスを提供しようとしているが、研究協力機関のその地域で期待されている役割、キャッチメントエリアの広さ、地域資源の多寡、などにより、多職種アウトリーチチームの機能や構造には変異が生じている。来年度、モデル提示を進めていくにあたって

は、いくつかの整理が必要であろう。以下の点は、整理にあたっての検討点の例である。

- 入院(あるいは外来)から、多職種アウトリーチチームへの導入のあり方
- ◇ 対象者の基準(現在のスクリーニングシートの妥当性)
- ◇ 関係づくりにかかる時間の基準(導入から契約までに必要なコンタクト回数、コンタクト時間)
- チームの構造/機能
- ◇ 必要なスタッフの人数、職種
- ◇ キャッチメントエリア
- ◇ ストレングスマodel・ケースマネジメント
- ◇ 個別ではない、チームによるケアの基準
- 地域の中でのチームの位置づけ
- ◇ 多職種アウトリーチチームと、他の訪問機能との協働、役割分担
- ◇ 保健所、行政とのつながり
- ◇ 地域の社会資源とのつながり
- ◇ 危機介入のあり方
- 多職種アウトリーチチームからの卒業のあり方

2. サービス記述と効果評価・医療経済学的検討について

(i) 多職種アウトリーチ

サービス記述と効果評価・医療経済学的検討には、「重症精神障害者に対する多職種アウトリーチチームのサービス記述と効果評価支援研究:中間報告」(研究分担者 吉田光爾)を引用しつつ述べる。この検討には、骨格となるプロトコルをそのまま実行できた、国立精神・神経医療研究センター病院、国立国際医療研究センター国府台病院、東北福祉大学せんだんホスピタルの3地区の資料を採用した。

1) 対象者像について

従来のACTの対象者の疾患は、統合失調症や躁うつ病、うつ病など重度の精神障害に限定されていたが、本研究のようにケアニーズの高さという観点からスクリーニングを行った場合には、神経症圏(介入群 10.7%、対照群 3.6%)や発達障害の者(介入群 3.6%、対照群 3.6%)も支援の対象となりうることがわかった。また退院時のGAFの平均は約40点であり、退院後も包括的なケアが必要な状態と推定できる。今後、診療報酬における制度化や対象者像を考える場合に、今回、こうした疾患の範囲や、GAFの得点状況が示されたことは重要な参考情報となると考えられる。

2) ケア内容について

【①入院中のケアについて】本研究ではアウトリーチチームがエンタリー時の入院中から関与しているが、退院に向けた支援について、そのほとんどが無報酬となっている実態が明らかになった。また支援の総量も、平均入院期間75.2日に対して電話59.5分、非報酬コンタクト826.7分、有報酬コンタクト205.5分と1,000分を超えており、月当りに直せば435.5分とかなりの労働量を割いている。

また、そのコンタクトで行われている支援の内容は、治療契約の導入(実行率44.6%)やケアマネジメントにおけるケア計画の作成・調整(実行率54.6%)などであった。またコンタクトの対象も本人のみとは限らず(全コンタクト中72.3%)、家族(15.6%)や同機関に他部署(35.4%)なども含まれていた。こうした活動は、医療契約前のものであるとして、あるいは利用者本人以外のコンタクトとして、現行の診療報酬制度では報酬対象とならないケア行為である。だがしかし、重症精神障害の地域ケアを行う場合には、利用者が必ずしも病識を伴わないことから関係作りが困難なこともあり、支援が必要な人に支援を提供しようとするほど、治療契約に至るまでの支援に注ぐ労力・負担が無視できないものとなる。実際に退院までのアウトリーチチームのケアコストの累計は試算では15万円超であり、そのうち14万円が無報酬となっていることを考えると、ここに対する報酬化が必要であろう。

本研究でこうした部分に対する労働量が実数値を伴って可視化されたことは、こうした部分を含めた診療報酬の設定に対し有効な資料となると考えられるが、現在代入しているコストはチームを支えるための必要経費から試算しており、費用対効果の観点からの計算ではない。今後、対照群を含めた入退院の追跡調査から、削減できる入院医療費との兼ね合いの中で、こうした赤字部分に対して補填・評価される診療報酬の額を検討することが必要であると考えられる。

【②退院後のケアについて】退院後のケアについては、支援経過6か月を経過してもコンタクト頻度・時間の総量は、激変していない。退院直後は平均月535.2分だった総コンタクト時間は、2か月～5か月は月約400分で推移しており、6か月末に月307.6分に低下する。すなわち退院直後からは、ほぼ横ばいで推移しており、本研究で対象とするような重症精神障害者へのアウトリーチ活動はインテンシブかつ継続的な関わりが必要であることを示している。

また入院中ほどではないが、非報酬コンタクトの割合も一定量存在しており、その割合は時間数にして14.5%であった。

また時間の総量では大きな割合ではないが、

コンタクトの中に電話コンタクトが含まれており、退院後のコンタクト総数のうち、半数弱(40.4%)程度のコンタクトが行われている。直接コンタクトを行わなくても電話による綿密なフォロー体制が重要なことを示していると考えられる。

なお、入院中及び退院後においてもケアを提供しているスタッフの構成職種は PSW(入院中 66.1、退院後 66.6%)、看護師(入院中 30.8%、退院後 45.1%)、作業療法士(入院中 13.2%、退院後 21.1%)であった。病院を主体としたアウトリーチの場合は、各職種の訪問に対して訪問看護の報酬体系が使えるが、訪問看護ステーションの場合、PSWの訪問には報酬がつかないので、実質的に事業が運営できなくなる。今後の報酬改定にはこうした点も考慮しなければならないと考える。

(ii) 認知機能リハと個別援助付き雇用の複合による就労支援について

1) プログラムモデルの検討について

これについては、「重症精神障害者に対する認知機能リハと個別援助付き雇用の複合による就労支援研究：サービスコード結果の中間報告」(研究分担者 佐藤さやか(山口創生))から引用しつつ述べる。

まず、本研究における 6 つのサイトの支援機関の特徴は以下の様である。サイト A と B では、それぞれ精神科デイケアと精神科クリニックが主たる支援機関となる就労支援モデルを構築した。両機関に共通することは、就労支援を主に提供するスタッフ(以下 ES)と医療的支援のマネジメントを含めた生活支援を主に提供するスタッフ(以下 CMer)が、それぞれ同一機関に在籍していることである。すなわち、サイト A と B では、就労支援と生活及び医療支援が 1 つの精神科医療機関内で行われた。サイト C と D は、ともに精神科デイケアであった。2 つのサイトでは、それぞれの精神科デイケアが日頃から良好な関係にある障害者就業・生活支援センターとの綿密な連携を通して、支援を展開するモデルを構築した。具体的には、精神科デイケアにも所属する CMer が参加者に生活及び医療支援を提供する一方で、障害者就業・生活支援センターの ES が就労支援を行った。

サイト E と F は、ともに障害者自立支援法下の就労移行支援事業所を軸に据えた就労支援モデルを展開した。それぞれの事業所では複数の ES が所属しており、研究参加者の担当となった ES が実際の就労支援を行っていた。また、医療機関の CMer が出向する形で就労移行支援事業所に滞在し、医療機関との密接な連携を通して、生活及び医療支援を提供した。よって、支援機関 E と F では、就労支援と生活及び医療支援が、1 つの地域就労

支援事業所で行われた。このような異なる条件で、同一のプロトコルによる支援活動に取り組んでいるが、中間時点での調査結果からは、6 サイトにおける臨床的不均一性 (clinical heterogeneity) が確認されている。就労移行支援事業所を軸に据えたサイト E と F における参加者への支援時間は、他の 4 支援機関の約 2.5~12 倍であり、特に、「②就労関連」のサービスや「③生活関連」に費やされる時間が他のサイトより多かった。また、12 ヶ月の間で、研究参加者全員が少なくとも 1 度は就職を経験していたのは、サイト E と F のみである。

サイト E と F において支援提供時間と就業者数が多い理由として、両サイトの支援機関はもともと就労支援を専門として行ってきた機関であることや、ES が複数名いること、CMer が常に同機関に滞在していることが関係しているかもしれない。他方、サイト A、B、C、D における比較的少ない支援提供時間は、ES の不在や人員不足が関係しているかもしれない。あるいは医療機関における絶対的なマンパワー不足が関係しているかもしれない。たとえば、支援提供時間の合計が最も少なかったサイト A の精神科デイケアでは、1 日平均来所者数は約 65 人であり、登録者数は 300 名を超える。つまり、各 ES や CMer が担当するケースロード数が膨大になり、個別に対応できる時間の確保が難しいかもしれない。4 機関において、「②就労関連」の支援だけでなく、「③生活関連」の支援時間が少ないのは、現在の医療機関における利用者数に対する職員配置の限界が原因にあるかもしれない。また、現在の診療報酬制度では、デイケアスタッフが事業所外に出て行う支援は報酬の対象とならない。そのため、デイケアを基盤とするサイト A、C、D のスタッフにとっては、日常業務を遂行するなかで、頻繁なアウトリーチ活動が求められる就労支援がしづらいというジレンマがあったかもしれない。

2) サービス記述と効果評価について

これについては、「重症精神障害者に対する認知機能リハと個別援助付き雇用の複合による就労支援研究：ベースラインデータと進捗」(研究分担者 佐藤さやか)及び、「重症精神障害者に対する認知機能リハと個別援助付き雇用の複合による就労支援研究：サービスコード結果の中間報告」(研究分担者 佐藤さやか(山口創生))から、引用しつつ述べる。

対象者のサイト間の等質性の検討について各サイト間の等質性を検討するため χ^2 検定もしくは一要因の分散分析及びその後の多重比較を行った結果、入院回数(回)、PANSS の総合精神病理評価、PANSS 合計得点、GAF 得点、対人交流時間(分)、LASMI 対

人関係領域得点、ワークサンプル幕張版「ナプキン折り」正しく折れた回数群間、就労に対する動機付け尺度合計得点、過去1年間の就労日数について有意差もしくは有意傾向がみられた。このほかの変数についてはサイト間に有意差はなかった。

本研究では1つのサイト内で対照群と介入群を割り付ける一般的なRCTデザインを採用している。このため、サイト間に有意もしくは有意傾向レベルの差があった変数についても、サイト内での割り付けが成功し、対照群と介入群の間に差がなければ研究班全体のデータとしては問題ないと考えられる。

そこで引き続き、各サイトのデータをマージした上、研究班全体データの対照群と介入群の間に差が見られるかどうか検討した。

【①群間(対照群・介入群)のベースラインデータの差の検討】

群間のベースラインデータの差の検討を行うため χ^2 検定もしくは一要因の分散分析及びその後の多重比較を行った結果、JARTの全IQ、言語性IQ、動作性IQ及びBACS-Jのロンドン塔課題得点について参加群のほうが対照群と比べて得点が高かった。またベースライン調査時の資格の有無について対照群のほうが参加群と比べて資格を持っている人の割合が多かった。さらに過去1年間の就労日数について対照群のほうが参加群と比べて就労日数が長かった。これらの差にはいずれも有意傾向がみられた。このほかの変数については両群間に有意差はなかった。

上記の変数に有意傾向があったことから介入の効果検討の際にはこれらの変数を共変量とするなど統計解析上の工夫が必要となると考えられた。しかし就労転帰に影響を及ぼすと思われる患者属性(年齢、罹病期間、合計教育年数等)及び認知機能リハビリテーションの結果に影響を及ぼすと思われる認知機能に関連数する変数(ロンドン塔課題得点を除くBACS-Jの下位領域得点及びComposite Score、ワークサンプル幕張版「ナプキン折り」課題の正しく折れた回数や作業時間)には有意差がなかったことから、本研究の割り付けは概ね成功したと考えられた。また、BACS-Jによるスクリーニングの結果、今回の対象者は概ね中等度障害以上の認知機能障害をもつ者であることが示唆され、研究目的にかなった対象者が研究に参加されているものと考えられた。

【②12ヵ月追跡完了者による就労アウトカムの中間報告からの検討】

サイト間の臨床的不均一性が認められたものの、各サイトにおいて就職した参加者は、未就職者に比べ、多くの支援を受けていたこと

が明らかになった。1対1換算の支援提供時間の分析結果から、12ヵ月以内に就職した参加者は、就職前、平均して1ヵ月あたり約17時間の支援を受けていた。

特に「(i)認知リハ+ビジネス」、「(ii)就労関連」、「(iii)生活関連」の支援を多く受けた参加者が就職しやすい傾向にあり、研究期間内の就職者と未就職者の間に有意な差があった。換言すると、(i)・(iii)の被支援時間の差が、参加者の就職の有無と関係していると示唆された。

また、12ヵ月間で就職できていない参加者における被支援時間の少なさは、何らかの理由で各サイトの主支援機関に来所しなかったことや、参加者の就労への意欲の喪失と関係しているかもしれない。仮にこれらの理由が当てはまるなら、支援の初期段階での関係づくりや積極的なアウトリーチ、あるいはモチベーション・インタビューに関するスキルの向上などが、今後の課題になると考えられる。

他方、プロトコルで規定されたビジネスマナー以外の集団プログラムに関しては、就職者と未就職者の間に有意な差がなく、就職というアウトカムに関しては、明確な効果が確認されなかった。この結果から、本研究に対象となった重度の障害を持った方の就労支援には、認知機能リハビリテーションやビジネスマナーのプログラムを含め、個別あるいは小グループでの手厚い支援が必要になると示唆された。

しかしながら現段階では中間の経過報告であるため、来年度以降の最終報告の結果とは大きく異なる可能性がある。また、赤字部分を明らかにする分析や、基本属性と臨床指標(BACSやPANSS等)の得点を調整したモデル分析は、最終のデータを用いて実施する予定である。

E. まとめ

研究2年目である本年度は、中核となる4つの医療機関で、初年度に構築した(i)「多職種アウトリーチチームによるケアマネジメント」と(ii)「認知機能リハビリテーションと個別援助付き雇用」の臨床活動に対して、対照群をおき、1年間の追跡調査により、効果評価とケア内容の実際の調査を行い、医療経済学的効果について必要なデータ収集を実行した。他の2つの医療機関では、初年度に構築した(ii)のシステムに対して対照群をおき、1年間の追跡調査により効果評価とケア内容の実際の調査を行い、医療経済学的効果についてのデータ収集をした。

また本年度より、地方都市における地域精神科医療のモデルのあり方を検討すべく「地方モデル」の研究協力機関を選定した。研究協力は4つの医療機関に依頼し、うち、3つの