

医療機関では、本年度前半の半年間に(i)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効果の前後比較と、ケア内容の実際を調査した。残りの1つの医療機関では、(ii)のシステム構築を行い、やはり対照群をおかずに、1年間の追跡調査で臨床的効果の前後比較と、ケア内容の実際を調査した。

中核機関による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。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。

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。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された。加えて、BACS-Jの得点から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に関連について検討したところ、サイト間で臨床的不均一性が確認されたものの、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か月あたり約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、1. 医療経済研究として、調査ツールの作成、2. スタッフ調査として、1年後フォローアップ調査の概要、3. 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、4. 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、「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、米国バーモント州におけるハワードセンター研修報告、障害者就業・生活支援センター 実態調査を企画実施した。

これらの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来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。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 伊藤順一郎:わが国におけるIPSの現状と今後を考える. 職業リハビリテーション, 26(1):56-59, 2012.12.
- 伊藤順一郎:アウトリーチはいつ, どこから?. 臨床作業療法, 9(2):126-130, 2012.6
- 池淵恵美:我が国における就労支援モデルの構築. 精神科臨床サービス 12:436-448, 2012
- Yoshida K, Ito J: Recovery-Oriented Community-Based Mental Health Service in Japan, International Journal of Mental Health, 41(2), 29-37, 2012.12.
- 吉田光爾, 前田恵子, 泉田信行, 伊藤順一郎: Assertive Community Treatmentにおける診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究. 臨床精神医学, 41(12):1767-1781, 2012.12.
- 山口創生, 下平美智代, 吉田光爾, 他: 精神保健福祉サービスにおける医療経済評価のための調査ツール: 日本版クライアントサービス受給票の開発の試み. 精神医学 54(12): 1225-1236, 2012.
- 石川正憲, 坂田増弘, 富沢明美, 大迫充

江, 大島真弓, 佐藤さやか, 伊藤順一郎: 医療機関からみたアウトリーチ活動及び就労支援の現実と課題. 日本社会精神医学会雑誌, 21(3):388-391, 2012.8.

- 富沢明美, 坂田増弘, 伊藤明美, 佐藤さやか, 伊藤順一郎: 急性期病棟におけるケアマネジメントと密接に連携したアウトリーチ活動. 日本社会精神医学会雑誌, 21(3):396-402, 2012.8.
- 大迫充江, 大島真弓, 坂田増弘, 佐藤さやか, 伊藤順一郎: デイケアにおける多職種チームによるケアマネジメント. 日本社会精神医学会雑誌, 21(3):403-409, 2012.8.
- 大島真弓, 大迫充江, 坂田増弘, 佐藤さやか, 伊藤順一郎: デイケアにおける就労支援. 日本社会精神医学会雑誌, 21(3):410-416, 2012.8.

2. 学会発表

- 伊藤順一郎: 日本における精神障害者のための居住施設の在り方. 国際シンポジウム 如何にして精神障害者を地域で支えるか, 東京, 2012.6.10.
- 伊藤順一郎: アウトリーチから地域支援を考える. ACT 研修会 in 鹿児島 特別講演, 鹿児島, 2013.3.30.
- 池淵恵美: 外来でのアウトリーチサービス.PPST 研究会, 東京, 平成 24 年 9 月.
- 池淵恵美: 新たな心理社会的治療の動向.PPST 研究会, 大分, 平成 24 年 10 月.
- 池淵恵美: 脳科学と精神障害リハビリテーションを架橋する—生物・心理・社会的治療の統合. 精神障害リハビリテーション学会第 20 回大会, 神奈川, 平成 24 年 11 月.
- Sato S, Iwata K, Furukawa S, Matsuda Y, Ito J, Anzai N, Goto M, Niwa S, Ikebuchi E: A study of the influence which the combination cognitive training and supported employment has on clinical and working related variables of people with schizophrenia in Japan. World Psychiatric Association International Congress 2012, Praha, Czech Republic, 2012.10.18.
- Yoshida K, Maeda K, Izumida N, Ito J: Actual Condition Survey on Financial Base of Assertive Community Treatment in Japan, World Psychiatric Association International Congress 2012, Praha, Czech Republic, 2012.10.20.
- 吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 英一也, 高原優美子, 園環樹, 伊藤順一郎: Assertive Community Treatment における職種毎

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~, 日本精神障害者リハビリテーション学会第 20 回神奈川大会, 横須賀市, 神奈川県, 2012.11.18.

- 下平美智代, 梅田典子, 山口創生: 精神障害をもつ人を対象とした個別援助付雇用プログラム: IPS (Individual Placement and Support) 型就労支援の紹介. KK ねつとわーく勉強会, 神奈川, 2013.3.19.
- 下平美智代, 片山(高原)優美子, 山口創生, 小川友季, 伊藤順一郎: 日本における IPS (Individual Placement and Support) 型の就労支援: 質問紙による実施機関調査結果の報告. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 平成 24 年度 研究報告会 (第 24 回), 東京, 2013.3.11
- 下平美智代, 高原優美子: アメリカにおける就労支援の新しい波: IPS (個別就労支援とサポート). 東京都社会福祉士会, 東京, 2012.8.
- 山口創生, 齋川信幸, 米田恵子, 種田綾乃, 千葉理恵, 伊藤順一郎: 根拠に基づく実践の経験と精神障害者及びリカバリーに対する態度との関係~クロスセクショナル研究~. 日本精神障害者リハビリテーション学会 第 20 回神奈川大会, 神奈川, 2012.11.18.
- 井形るり子・荒木雅子・吉住崇・中島志穂美・波山勝見・荒木由里子: 就労デイ参加者の統合失調症認知機能簡易評価尺度 (BACS-J) を用いた認知機能評価と自己洞察について 第 87 回熊本精神神経学会 (精神神経学会 地方会) 熊本 2013. 2. 16.
- 高原優美子, 下平美智代: IPS 研修レポート: バーモント州メンタルヘルス部門& ハワードセンター訪問記. IPS 事例検討会, 特定非営利活動法人 NECST, 千葉, 2012.7.
- 高原由美子, 下平美智代, 山口創生, 小川友季, 中里章子: 我が国の IPS 実践機関における IPS 実態調査: 日本版 IPS 基準及びフィデリティ尺度作成の試み【第 1 報】. 第 2 回 IPS 全国研修会, 東京, 2012.12.22.
- 大迫充江, 大島真弓, 伊藤孝子, 稲森晃一, 高島智昭, 柴田菜生, 坂田増弘, 佐藤さやか, 山口創生, 平林直次, 伊藤順一郎: 居場所型デイケアから有期限の医療的リハを中心としたデイケアへの転換. 日本精神障害者リハビリテーション学会 第 20 回神奈川大会, 神奈川, 2012.11.18.
- 伊藤明美, 富沢明美, 坂田増弘, 種田綾

乃、佐藤さやか、平林直次、伊藤順一郎：
ナショナルセンター病院における訪問支援
活動の実際と課題。日本精神障害者リハ
ビリテーション学会 第 20 回神奈川大会、
2012.11.18.

- 清澤康伸、伊藤順一郎、佐藤さやか、坂
田増弘、平林直次、大迫充江、大島真弓：
IPS モデルを効果的に活用するために ～
医療機関における新しい就労支援のあり
方について～。日本精神障害者リハビリテ
ーション学会 第 20 回神奈川大会、神奈
川、2012.11.18.
- 石川正憲、坂田増弘、富沢明美、大迫充
江、大島真弓、佐藤さやか、伊藤順一郎：
医療機関から見たアウトリーチ活動及び就
労支援の現状と課題。第 31 回 日本社会
精神医学会、東京、2012.3.15-16.
- 坂田増弘、石川正憲、富沢明美、大迫充
江、大島真弓、佐藤さやか、平林直次、伊
藤順一郎：国立精神・神経医療研究センタ
ーにおける地域精神科モデル医療センタ
ーの概要。第 31 回 日本社会精神医学会、
東京、2012.3.15-16.
- 富沢明美、伊藤明美、坂田増弘、佐藤さ
やか、伊藤順一郎：急性期病棟におけるケ
アマネジメントと密接に連携したアウトリー
チ活動。第 31 回 日本社会精大迫充江、
大島真弓、坂田増弘、佐藤さやか、伊
藤順一郎：デイケアにおける多職種チーム
によるケアマネジメント。第 31 回 日本社
会精神医学会、東京、2012.3.15-16.
- 大島真弓、大迫充江、坂田増弘、佐藤さ
やか、伊藤順一郎：デイケアにおける就労
援。第 31 回 日本社会精神医学会、東京、
2012.3.15-16.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 1) Substance Abuse and Mental Health Services Administration: National Census Statement on Mental Health Recovery. National Mental Health Information Center, US Government, 2006.
- 2) Rapp CA, Goscha RJ: The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities 2nd Edition, Oxford University Press, Oxford, 2006.
- 3) 平成 19 年度(こころの健康科学)「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」総合研究報告書(主任:伊藤順一郎)
- 4) 平成 19 年度(労働安全衛生総合研究)「精神障害者の職業生活における再発予防と就労継続支援のための新たなアプローチの開発研究」総合研究報告書(主任:西尾雅明)
- 5) 平成 22 年度(障害者対策総合)「精神障害者の認知機能障害を向上させるための「認知機能リハビリテーション」に用いるコンピュータソフト「Cogpack」の開発とこれを用いた「認知機能リハビリテーション」効果検討に関する研究」総合研究報告書(主任:池淵恵美)

図 1 : H24 年度研究活動の構成

【多施設共同研究】

A: 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

- 中間報告 (吉田光爾: 分担)

B: 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のサービス記述と効果評価研究

- ベースライン調査結果 (佐藤さやか: 分担)
- サービスコード中間報告 (山口創生: 協力)

【関連研究】

1. 医療経済研究

- 調査ツールの作成 (山口創生: 協力)

2. スタッフ調査

- 1年後フォローアップ調査の概要 (贅川信幸: 分担)

3. 多職種アウトリーチに関する研究

- ACTにおける各種の支援内容の比較 (吉田光爾: 分担)

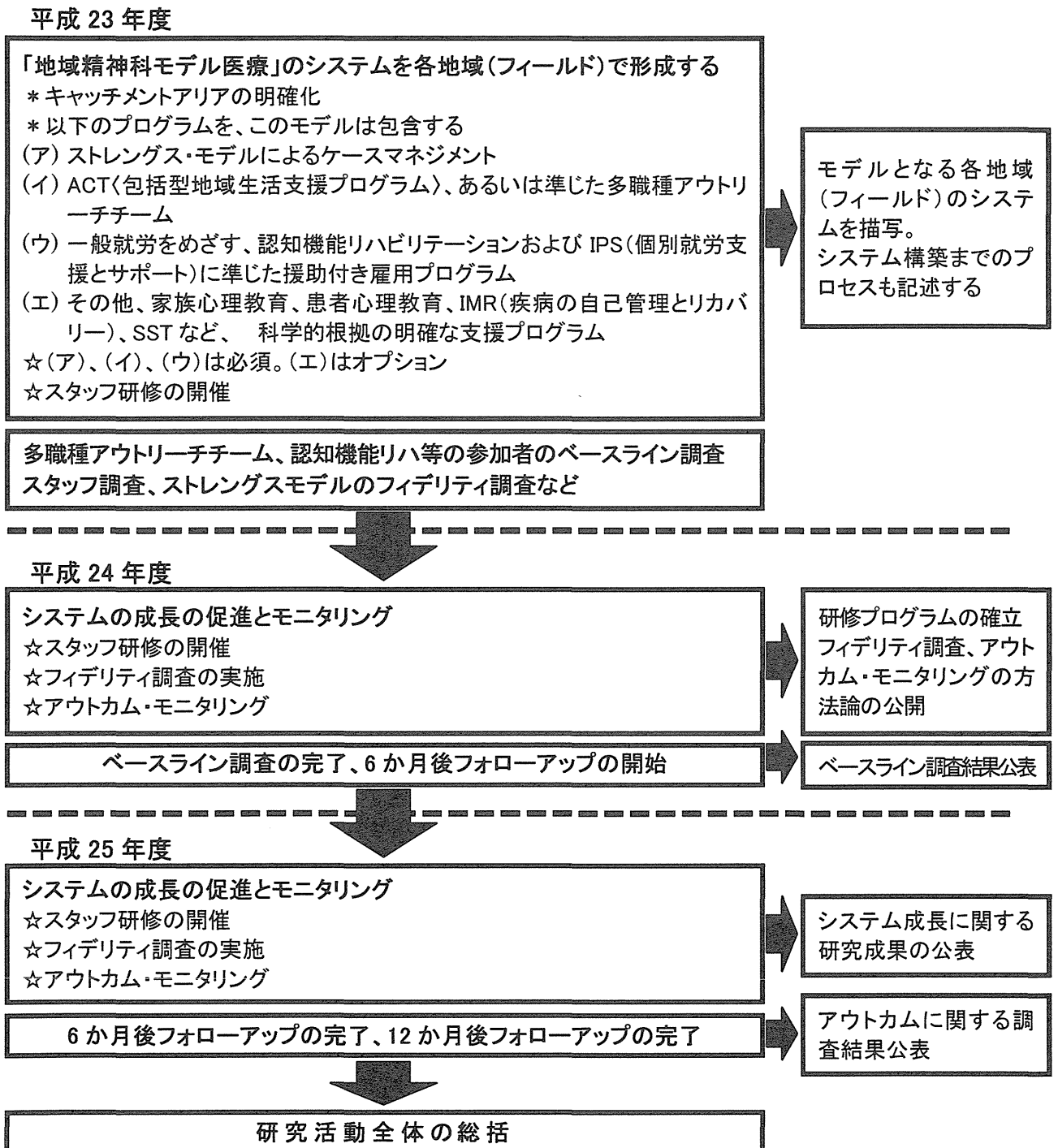
4. 就労支援に関する研究

- IPS型就労支援実施機関を対象の郵送調査 (下平美智代: 分担)
- 「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)
- 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)
- 障害者就業・生活支援センター 実態調査 (佐藤さやか: 分担)

【参加サイト】

- ◎ 国立精神・神経医療研究センター病院・小平市周辺地区 (A研究・B研究) (坂田増弘: 分担)
 - ◎ 国立国際医療研究センター国府台病院・市川市周辺地区 (A研究・B研究) (佐竹直子: 分担)
 - ◎ 東北福祉大学せんだんホスピタル・仙台市周辺地区 (A研究・B研究) (西尾雅明: 分担)
 - ◎ 帝京大学病院・板橋区周辺地区 (A研究・B研究) (池淵恵美: 分担)
 - ひだクリニック・流山市周辺地区 (B研究) (石井和子: 協力)
 - 長岡病院・長岡京市周辺地区 (B研究) (臼井卓也: 協力)
 - ☆ 肥前精神医療センター・神埼郡周辺地区 (A研究・地方モデル) (杠 岳文: 協力)
 - ☆ 湖南病院・湖南圏域 (A研究・地方モデル) (檜林理一郎: 協力)
 - ☆ 琉球病院・国頭郡周辺地区 (A研究・地方モデル) (照屋初枝: 協力)
 - ☆ 熊本市こころの健康センター・熊本市周辺地区 (B研究・地方モデル) (井形るり子: 協力)
 - ★ 民間企業 (リクルートスタッフィング) (B研究関連) (川上裕佳里: 協力)
-
- ◎・・・中核協力機関
 - ・・・副たる協力機関、対照群あり
 - ☆・・・地方モデル研究協力機関、対照群なし
 - ★・・・その他の研究協力機関

図 2 多施設共同研究の進め方



Ⅱ. 研究中間報告書

「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」

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¹⁾

研究協力機関 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、帝京大学医学部附属病院

1) 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

重症精神障害者に対する医療と生活支援の両方を不断に提供する多職種アウトリーチチームによる支援は、「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を展開するうえで大きな役割を果たすことが期待される。本研究では多職種アウトリーチチームによる支援の本格的な普及を検討するため、①多職種アウトリーチチームの介入の効果評価、②多職種アウトリーチチームの医療経済面のサービス記述調査、および③費用対効果に関する研究を、多施設共同研究にて行おうとするものであり、本報告ではこの中間報告を行った(H24年2月時点データ)。

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。

考察：現時点では①対象者はGAFの平均が40点程度の統合失調症を中心とした患者であること、②入院中のケアが診療報酬外となっていること、③ケアの担い手はPSW・看護師・OTが中心であること、④退院後も継続してインテンシブなケアが行われていること、⑤介入群の入院中のケアの総コストは平均15万円と試算され、その大部分が無報酬であること、などが明らかになり、今後の診療報酬の参考とする必要があると考えられた。今後データを集積することで費用対効果を含む結果を出すことが期待される。

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下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制し、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。

重症精神障害者に対する医療と生活支援の両方を不断に提供する多職種アウトリーチチームによる支援としては、包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment: ACT) が、利用者の満足度、入院期間の短縮、住居の安定、QOL、症状、服薬コンプライアンス等の点で、大きな成果をあげることも明らかになっており、欧米では中心的となってきている。

我が国における多職種アウトリーチチームに関する効果評価については、上記に述べたように、平成 19 年度ころの健康科学における研究で ACT による成果が報告され²⁾、またその成果も論文化されているが³⁾、単一地域での研究であり多施設共同研究ではない。

また、多職種アウトリーチチーム支援を展開するにあたっては、既存の医療機関での展開を行った場合や、あるいは福祉等の地域の社会資源を活用した場合などがありうるが、診療報酬制度や障害福祉施策として、制度化・モデル化する際の、経済的課題については十分な研究成果はでていない。また介入の費用対効果についても、国内では主任研究者伊藤順一郎を中心とした RCT による ACT の費用対効果に関する研究が行われており、治療を行った場合、一般の治療と同等のコストと見積もられることが報告されているが⁴⁾、単一施設での研究であり、知見の一般化には限界がある。

本研究では多職種アウトリーチチームによる支援の本格的な普及を検討するため、①多職種アウトリーチチームの介入に関する効果評価、②多職種アウトリーチチームに関する医療経済面のサービス記述調査、および③費用対効果に関する研究を、多施設共同研究にて行おう

とするものである。

本報告書では、上記研究に関する平成 25 年 2 月までの、小平・国府台・仙台の 3 地区のデータを集計した中間報告を行う。

なお、本中間報告は、平成 26 年度の診療報酬改定のための基礎資料とするため、多職種アウトリーチチームのための活動を診療報酬で行っている事例に限定して分析を行った。すなわち、国府台地区では福祉事業所を中心とした支援が行われているが、本報告では集計から断りのない限り除外されている (最終年度の報告ではこれらの集計も行う予定である)。

なお、本研究は研究班内では通称「A 班」と呼称されている。他の報告書中でそのように呼称される場合、本研究を指しているので留意されたい。

なお、以下の研究プロトコルに関しては、国立精神・神経医療研究センターにおける倫理委員会承認を受けている。

B. 方法

1) 協力機関

本研究の研究協力機関である国立精神・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、本研究は基本的に新規入院患者に対するアプローチとして設計・実施されているが、帝京大学医学部附属病院に関しては、新規外来患者に対するアプローチとして変則的に実施されている。詳細は当該地区における分担研究者の報告書を参照されたい。

2) 対象者の選定方法

(1) エントリー時期

平成 23 年 11 月～平成 25 年 3 月までを対象者のエントリー期間とする。エントリー開始後から 1 年間をフォロー期間とし、その間の利用者の経過・予後ならびに支援チームの介入の状

態を把握する。最終的な研究フォローの終了時期は平成 26 年 3 月の予定である。

(2) エントリーの流れ

本研究は純粋な RCT 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る。また、対象者のエントリーの流れは以下である。

①各地区の全新規入院患者についてアウトリーチチームによるケアマネジメントの必要度を判定する、スクリーニング票によるスクリーニングを実施する。これにより重篤度・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する。なお、本研究では総合点が 5 点以上のものをケアマネジメントが必要な候補者とした。

②各地区にはアウトリーチチームによる支援が可能な範囲を定めたキャッチメントエリアを設定してある。候補者の現居住地の所在により、その所在が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、候補者を介入群・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、同意した患者を各研究の参加者として位置付ける。

④退院後にキャッチメントエリア内の同意者に対しては介入群としてアウトリーチチームの支援が行われる。また、キャッチメントエリア外の同意者には、対照群として通常精神科医療が行われる。

3) 介入方法

各地区において実情による差はあるが、以下の構成要素が介入支援において実施されることを目標とした。

(1) 複数職種によるアウトリーチチームを構成

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支援を行うこと。

(2) ストレngths志向のケアマネジメント

利用者のニーズ把握・支援プランの作成にあたっては strengths 志向のケアマネジメントを行うこと。

(3) 入院時からの一貫したスクリーニングとケアマネジメント

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、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。

(4) 各地区におけるチーム構成と研修

なお、研究協力地区では支援チームを構成した。小平地区における PORT、国府台地区における ACT-J、せんだんホスピタルによる S-ACT である（詳細については各地区の分担研究報告参照）。なお、上記の支援要素が各分担地区で実施されるよう、平成 23 年 9 月（東京）、平成 24 年 8 月（東京）、平成 24 年 12 月（仙台）にて支援従事者に対する研修会を行った。

4) 調査測定

1 年間のフォローにおいて以下の調査測定を用いてアウトカムを測定することとした。

(1) 症状・機能評価

利用者の症状・社会機能評価を測定するものとして以下の尺度を用いて退院時・6 ヶ月後・1 年後に評価するものとした。

① PANSS⁸⁾ (Positive & Negative Syndrome Scale)

② SBS⁹⁾ (Social Behavioral Schedule)

③ GAF¹⁰⁾ (Global Assessment of Functioning Scale)

(2) 利用者に対する自記式調査

利用者の主観的 QOL やサービス満足度について把握するため以下の尺度を用いて退院時・6 ヶ月後・1 年後に評価するものとした。

① WHO-QOL26¹¹⁾

② CSQ-8J¹²⁾、

- ③Link スティグマ尺度日本語版^{13)・14)}
- ④生活時間の構成(国民生活基礎調査をもとに質問紙を構成した)(別添)

(3)カルテによるアウトカム調査

以下の指標についてカルテに基づき退院時・6ヵ月後・1年後に評価するものとした。評価項目：地域滞在日数・入院回数・救急利用回数・治療中断歴・逮捕/拘留歴・就労状況・身体健康情報

(4)医療経済的評価

医療経済的な評価を行うため、以下の3種類を用いてデータを収集する。

- ①レセプト調査:利用者の精神科治療に関する医療費を把握するため随時診療報酬情報をレセプトにて収集する。
- ②サービスコード(別添):利用者に対して多職種アウトリーチチームが行っている支援量・人的コストを把握するため、サービスコードを用いて利用者およびその関係者への支援上の個別的なコンタクトを全て記録する。なお、サービスコード票には以下の情報が含まれる(コンタクト日時、コンタクト時間、移動時間、記録等の準備時間、支援したスタッフの職種、支援の提供場所、コンタクトした対象、支援の状況、診療報酬/障害者自立支援法上報酬位置づけ、報酬が請求できない場合の理由、支援内容)。

上記の2つのデータを用い医療費コストに関しては以下の方法で計上した。

【一般の精神科治療費について】

- (i)一般の外来精神科治療費、(ii)一般の精神科入院治療費精神科症状に関する薬剤費 A、(iii)精神科処方に関連して付随する一般的な身体症状に関する薬剤(便秘薬、胃薬等)費 B、を月ごとのレセプトで収集した。なお精神科以外の医療費に関しては除外した。

【アウトリーチサービス分の診療報酬コスト】

上記のサービスコードから支援活動状況お

よび診療報酬上の位置づけの記録書式から把握し当該診療報酬点数を把握した。なおレセプト上の請求記載に関しては重複をさけるため除外して集計している。

C. 結果

1) エントリーの状況

平成23年11月よりエントリーを開始し、現時点(平成25年1月)までに各地区におけるエントリー状況を図1および図2に示す。新規入院患者のうち14.8%が、本研究の対象候補となっていた(国府台の福祉ケース含む)。介入群では57ケース同意のうち現在53ケースに介入中、対照群では67名同意のうち現在62名追跡中である。

2) 対象者の基礎属性・診断

対象者の基礎属性に関して、表1および表2に示す。なお、介入群と対照群の間に、主たる基礎属性に有意な差はなかったが、GAF得点のみ、介入群の方が有意に低い傾向にあった。診断の状況であるが、統合失調症圏の対象が介入群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。本研究では神経症圏および発達障害の患者も対象の範囲内ではあるが、その率は高いものではない。

3) コンタクトの概況

(1)エントリーからの総コンタクト時間の推移

エントリーからの総コンタクト時間の推移(6ヵ月)を示したものが図3および表3である。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%存在している。なお、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る。

(2)エントリーからの総コンタクト回数の推移

エントリーからの総コンタクト回数の推移を示したものが図4および表4である。

入院中に実コンタクトでは平均21.2回の実

コンタクトをしており、エントリー時の平均在院日数が 75.2 日であることを考慮すると、週あたり約 2 回の実コンタクトを行っている事がわかる。

また退院後には 1 ヶ月 4~5 回程度の有報酬コンタクト、1 ヶ月 1 回程度の非報酬コンタクトを行っており、その頻度は 6 ヶ月間あまり変わらずに推移していることがわかる。

さらに電話によるコンタクトは退院直後では 6 回弱あったものが、次第に 3 回程度に減っていく様子が見える。

4) 入院中のケアの特性

(1) 入院中・退院後の支援内容の違い

サービスコードにおける支援内容のチェック率を支援実行率として、入院中のケアと退院後のケアの内容を比較した (図 5)。結果、入院中の支援の実行率は『ケアマネジメントにおけるケア計画の作成・調整』(54.6%) や『治療契約の導入・関係性の構築』(44.5%) などが高くなっているが、退院後は治療契約やケアマネジメントなどの実行率も低くはないが『精神症状の悪化や増悪を防ぐ』(60.4%) や、『不安の傾聴』(37.1%)、『日常生活維持・生活範囲の拡大』(33.2%) などが高く、入院中のケアが支援導入や退院後の地域生活計画のための特徴的要素を持っていることがわかる。

(2) 入院中・退院後のコンタクトの主体

各時期の実コンタクトの主体は図 6 に示すとおりである。入院中および退院後も PSW が最も多く (各 66.1%、66.6%)、ついで看護師が多い (30.8%、45.1%)

(3) 入院中・退院後のコンタクトの対象

各時期の実コンタクトの対象を図 6 に示す。退院後のコンタクト対象は、「本人」90.7%、「家族」25.2%であるが、入院中は「本人」72.3%、「家族」15.6%とその割合は低下し、かわって「同機関の他部署スタッフ」の割合が退院後の 8.4%に比して入院中 35.4%と多くなっている。

5) ケアにかかる医療コストの推移

本研究の対象者に対する医療費の月額合計の平均値を算出し、その推移を図 7~8 および表 5~6 に示した。なお非報酬分のコンタクトにかかっている労働時間を円すなわちコストに換算する方法については、補足資料中の計算式に従っている。

現在もまだデータは追跡中のため統計的な有意差は検証していないが、介入群では退院後 6 万円~4 万円 (月) のアウトリーチサービスに関する費用がかかっているが、入院日は抑制されている。片方で対照群ではアウトリーチサービス分の費用はないが、1.5 万円~7 万円 (月) の入院費がかかっている。また介入群では退院時まで平均 15 万円のアウトリーチサービスに関する費用がかかっていた。

6) 追跡 6 ヶ月後時点の入院状況

現在追跡中ではあるが 6 ヶ月時点の入院状況について状況を把握するため、入院日数をアウトカムとして、介入を挟んで前後 6 ヶ月間の時点間および群による、二元配置の反復測定分散分析を行った。結果、現時点では時期×群の交互作用は見られなかった (図 10)。また各種指標に関しても有意差は認められなかった (表 7)。

D. 考察

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。本研究でも概ねそうした対象者像と重なっているが、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ということがわかった。また退院時の GAF の平均は約 40 点であり、入院中の状態はこれよりもやや重いも

のと考えられる。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、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 1000 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ことが明らかになった。

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 ヶ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 ヶ月～5 ヶ月は月約 400 分で推移しており、6 ヶ月末に月 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、入院中およ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。

E. まとめ

本研究では多職種アウトリーチチームによる支援の本格的な普及を検討するため、①多職種アウトリーチチームの介入に関する効果評価、②多職種アウトリーチチームに関する医療経済面のサービス記述調査、および③費用対効果に関する研究を、多施設共同研究にて行おうとするものであり、本報告ではこの中間報告を行った（H24年2月時点データ）。

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った。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。また介入群では入院中に合計平均約15万円（うち約14万円が無報酬ケア）、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。

現時点では①対象者はGAFの平均が40点程度の統合失調症を中心とした患者であること、②入院中のケアが診療報酬外となっていること、③ケアの担い手はPSW・看護師・OTが中心であること、④退院後も継続してインテ

ンシブなケアが行われていること、⑤介入群の入院中のケアの総コストは平均15万円と試算され、その大部分が無報酬であること、などが明らかになった。今後データを集積することで費用対効果を含む結果を出すことが期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 1) Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al. Model of community care for severe mental illness : a review of research on case management . Schizophrenia Bulletin, 24; 37-74, 1998.
- 2) 伊藤順一郎, 塚田和美, 大島巖, ほか: 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究, 平成17-19年度 総合研究報告書, 2008.
- 3) Ito J, Oshima I, Nishio M et al . The effect of assertive community treatment in Japan. Acta Psychiatrica Scandinavica, 123(5), 398-401, 2011.
- 4) 深谷裕, 塚田和美, 伊藤順一郎: 「包括型地域生活支援プログラムの費用対効果分析」こころの健康科学研究事業重度精神障害者に対

- する包括地域生活支援プログラムに関する研究平成 19 年度総括分担報告書, pp. 45-53, 2008.
- 5) 佐竹直子, 瀬戸屋雄太郎:急性期病棟における急性期ケアマネジメントのモデル作りに関する研究:「地域中心の精神保健医療福祉」を推進するための精神科救急および急性期医療のあり方に関する研究 平成 20 年度~22 年度 総括研究報告書(主任研究者伊藤順一郎), pp. 143-198, 2011.
- 6) 佐藤さやか, 池淵恵美, 穴見公隆ら:精神障害をもつ人のための退院困難度尺度作成の試み, 日本社会精神医学会雑誌, 16(3), 229-240, 2008.
- 7) Rapp CA., Goscha RJ: ストレンジモデル 精神障害者のためのケースマネジメント, 田中英樹監訳, 2008.
- 8) 山田寛, 増井寛治, 菊本弘次(訳):陽性・陰性症状評価尺度(PANSS)マニュアル. 星和書店, 東京, 1991.
- 9) 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.
- 10) American Psychiatric Association : DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 高橋 三郎ら訳, 医学書院, 2003.
- 11) 田崎美弥子, 中根允文: WHO-QOL26 手引改訂版, 金子書房, 2007.
- 12) 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 : 711-717, 1999.
- 13) Link BG: Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1); 96-112, 1987.
- 14) 下津咲絵, 坂本真士, 堀川直史, 他: Link スティグマ尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. *精神科治療学* 21:521-528, 2006.

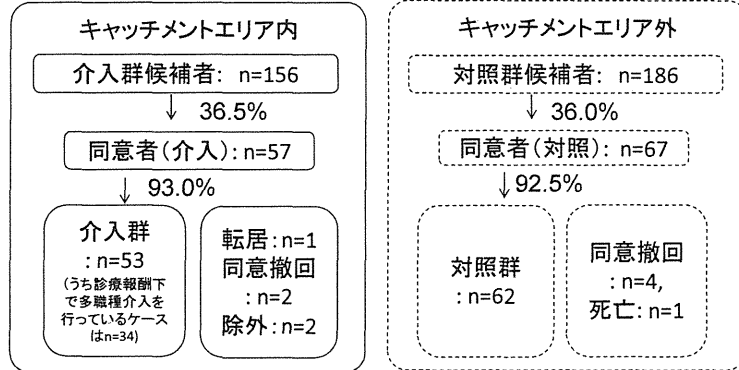
図1:本研究の対象者数

対象病院における期間中の新規全入院患者: N=2316 (2011.11~2013.1)の15ヶ月

多職種アウトリーチチームによるケアマネジメントの
必要性に関して全数スクリーニング

多職種アウトリーチチームの候補者: n=342 全患者中14.8%

45.6% 居住地で振り分け 54.4%



平成25年2月1日現在

図2:本研究の対象者数(地区別)

平成25年2月1日現在

	全新規 入院者数 (述べ)	多職種OR サービス 候補者数		候補者	同意者	現存数	同意 撤回	除外	転居	死亡	
				A地区	1235	131 (19.8%)	介入群	49	21	19	1
B地区	663	163 (13.2%)	介入群	B地区 ACT	79	5	4	0	1	0	0
				B地区 他	19	17	0	2	0	0	
				C地区	28	12	12	0	0	0	0
合計				156	57	53 (34)	1	3	1	0	
C地区	418	48 (11.5%)	対照群	候補者	同意者	現存数	同意 撤回	除外	転居	死亡	
合計	2316	342 (14.8%)		A地区	82	24	23	1	0	0	0
				B地区	84	35	32	2	0	0	1
				C地区	20	8	7	1	0	0	0
合計				186	67	62	4	0	0	1	

表1:対象者の基礎属性

		介入群 (n=34)	対照群 (n=63)	t検定/ χ ² 乗検定
年齢	mean	41.8	40.0	n.s.
	S.D.	11.1	12.3	
性別	N(男性:女性)	19:14	29:30	n.s.
	%	57.6%:42.4%	49.2%:50.8%	
GAF	mean	41.1	48.0	.022
	S.D.	8.9	14.7	
PANSS (陽性症状)	mean	16.3	15.1	n.s.
	S.D.	5.7	5.5	
PANSS (陰性症状)	mean	18.1	16.3	n.s.
	S.D.	5.0	7.0	
PANSS (総合)	mean	39.3	35.0	n.s.
	S.D.	7.2	10.5	
SBS	mean	13.1	12.2	n.s.
	S.D.	12.2	7.5	

各指標欠損値有

※:介入群B地区のACT外ケース除く

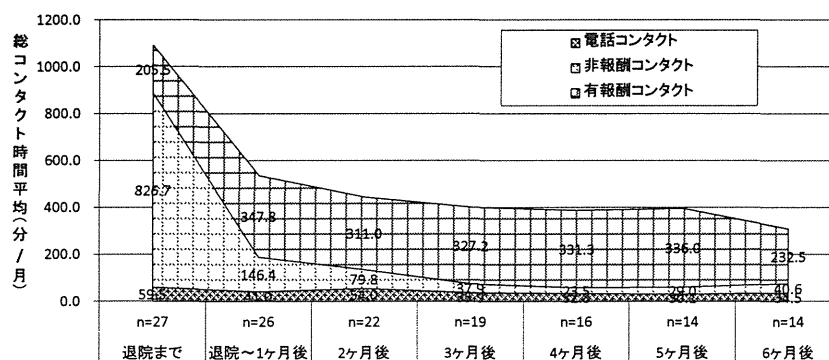
表2:対象者の診断

		介入群 (n=28)	対照群 (n=55)
症状性を含む器質性精神障害 (F00-F09)	n	0	2
	%	0.0%	3.6%
統合失調症, 統合失調症型障害 及び妄想性障害(F20-F29)	n	19	38
	%	67.9%	69.1%
気分障害 (F30-F39)	n	5	11
	%	17.9%	20.0%
神経症性障害, ストレス関連障害及び 身体表現性障害(F40-F48)	n	3	2
	%	10.7%	3.6%
心理的発達の障害 (F80-F89)	n	1	1
	%	3.6%	1.8%
小児<児童>期及び青年期に通常発症す る行動及び情緒の障害(F90-F99)	n	0	1
	%	0.0%	1.8%

χ²検定で有意差無

※:介入群B地区のACT外ケース除く

図3:退院時からの総コンタクト時間
(平均)の推移(単位 分/月)



- ※1: エントリー時の入院の退院までの平均在院日数は75.2日
- ※2: 総コンタクト時間の内、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%
- ※3: 複数職種が関わった場合でも時間の積算などはしていない

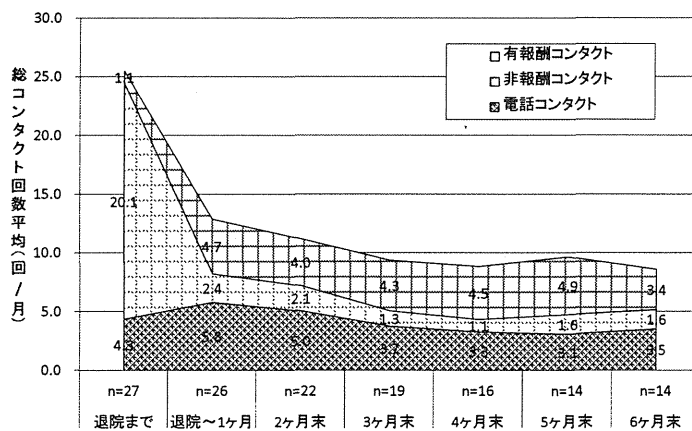
表3:退院時からの総コンタクト時間
(平均)の推移(単位 分/月)

	退院まで (平均75.2日)	退院～1ヶ月	2ヶ月末	3ヶ月末	4ヶ月末	5ヶ月末	6ヶ月末
	n=27	n=26	n=22	n=19	n=16	n=14	n=14
電話	59.5	41.0	54.0	35.9	32.8	30.1	34.5
非報酬 コンタクト	826.7	146.4	79.8	37.9	23.5	29.0	40.6
有報酬 コンタクト	205.5	347.8	311.0	327.2	331.3	336.0	232.5
合計	1091.7	535.2	444.8	401	387.6	395.1	307.6

↓

入院中のコンタクト時間	分/月
電話	23.7
非報酬コンタクト	329.8
有報酬コンタクト	82.0
合計	435.5

図4:退院時からのコンタクト頻度(平均)の推移(単位 回/月)



※1: エントリー時の入院の退院までの平均在院日数は75.2日
 ※2: 複数職種が関わった場合でも回数の積算などはしていない

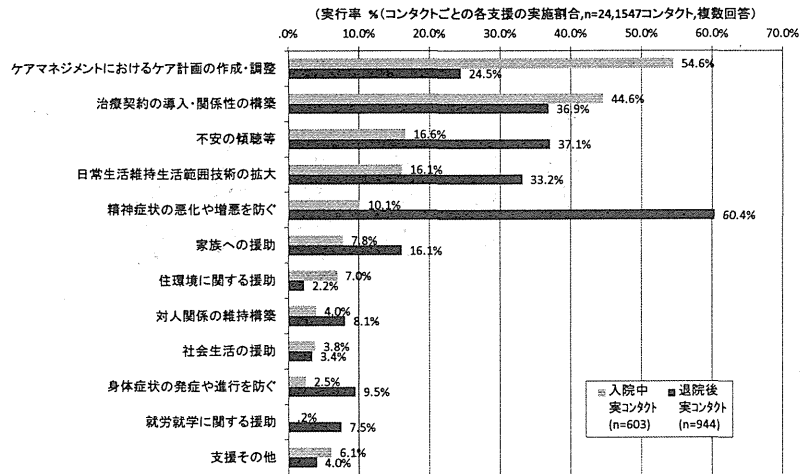
表4:退院時からのコンタクト頻度(平均)の推移(単位 回/月)

	退院まで (平均75.2日)	退院～1ヶ月	2ヶ月末	3ヶ月末	4ヶ月末	5ヶ月末	6ヶ月末
	n=27	n=26	n=22	n=19	n=16	n=14	n=14
電話	4.3	5.8	5.0	3.7	3.3	3.1	3.5
非報酬 コンタクト	20.1	2.4	2.1	1.3	1.1	1.6	1.6
有報酬 コンタクト	1.1	4.7	4.0	4.3	4.5	4.9	3.4



入院中のコンタクト時間	回/月
電話	1.7
非報酬コンタクト	8.0
有報酬コンタクト	0.4

図5:入院中の各支援内容の実行率(実コンタクトのみ)



※実行率とはコンタクトにおいて、各支援が行われている率を示す。

図6:コンタクトの主体および対象(実コンタクトのみ)

	コンタクトの主体職種 (複数回答、ケース%)		コンタクトの対象 (複数回答、ケース%)	
	入院中 (n=569コンタクト)	退院後 (n=863コンタクト)	入院中 (n=602コンタクト)	退院後 (n=960コンタクト)
看護師	175 30.8%	389 45.1%	患者本人 435 72.3%	871 90.7%
准看護師	0 0.0%	1 .1%	家族 94 15.6%	242 25.2%
PSW	376 66.1%	575 66.6%	同機関 213 35.4%	81 8.4%
OT	75 13.2%	182 21.1%	他部署スタッフ 41 6.8%	43 4.5%
医師	30 5.3%	21 2.4%	外部スタッフ 6 1.0%	16 1.7%
他	7 1.2%	0 .0%	他 6 1.0%	16 1.7%

図7: 介入群(多職種アウトリーチチーム)の総医療コスト平均の推移

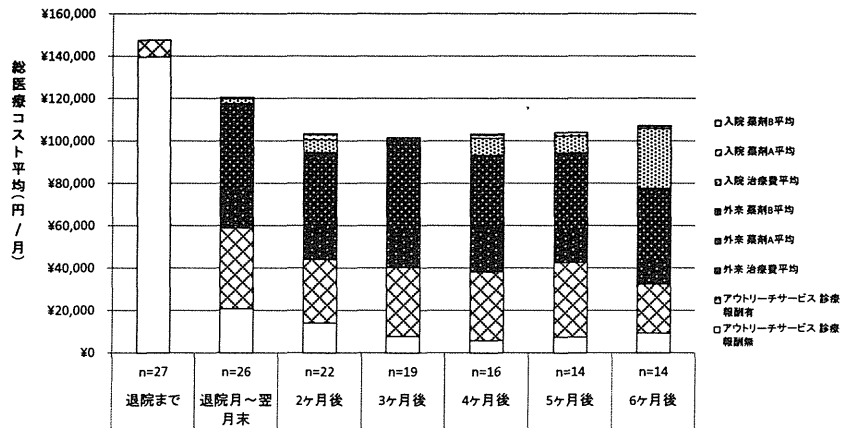


図8: 対照群(通常医療)の総医療コスト平均の推移

