

就労が決定した。内訳は、統合失調症 47 名、双極性障害 16 名、うつ病 36 名、発達障害 3 名、てんかん 2 名、その他 8 名である (表 2)。

2. 研究対象者

一方、研究対象者でリクルートスタッフィングにリファーされた対象者は 3 名で、1 名は就労中、1 名はドロップアウト、1 名は支援終了である。

D. 研究対象者が受けている支援内容

研究対象者が受けている支援内容であるが、A さんは、グループワークと個別面談にてアセスメントを行い、その後、2 社の仕事を紹介し、それぞれの企業別に、面接対策・面接への同行などの個別支援を実施。また、同時に、企業と求職者の交流会へ 5 回参加してもらった。そして、2012 年 11 月 15 日より、アビリティスタッフィングにて就労開始し、週 5 日、1 日 5.5 時間の週 27.5 時間勤務で、すでに 4 か月経過している。その間、定期的に精神保健福祉士が就業フォローを行い、かつ担当の医療機関のケースワーカーと定期的に情報交換を行うなどの連携も行っている。

B さんは、グループワークと個別面談にてアセスメントを行い、その後、1 社の仕事を紹介したが、本人の希望に合わず辞退。同時期に、企業と求職者の交流会を 2 回案内したが、2 回とも連絡なく、当日キャンセルとなり、そのまま、ドロップアウトとなった。

C さんは、仙台サイトの対象者だったため、他の求職者がおらずグループワークが実施できないため、個別面談のみでアセスメントを実施。その後、計 19 時間の職場開拓を行ったが、仙台での仕事をいいタイミングで獲得することができず、その間に C さんご自身が見つけてきた仕事に就労が決定し、支援が終了した。

E. 今後の課題と考察

1. 定着について

アビリティスタッフィングで紹介した人たちの就労後 6 か月経過時の定着率は、82.6%であり、疾患別にみると、統合失調症 73.7%、双極性障害 85.7%、うつ病 90%、発達障害 100%、てんかん 100%、その他 85.7%であった (表 2)。これは、ハローワークを利用して障害者求人就職した精神障害者の就労後 6 か月時の定着率の 66.2% (相澤ら, 2010) を大きく上回り、個別支援と就業後のフォローの有用性が実証されたといえる。

2. 医療機関および支援機関の重要性について

今回就労した 112 名と、就労していない人の比較をした際、定性的な分析ではあるが、*illness management* ができているかどうかと、生活問題が整っているかどうか非常に大きいポイントであると考察できる。

なお、デイケアや就労移行支援事業所などに通所経験のある人は、*illness management* の知識があり、*illness management* ができている傾向がある。また、生活支援が必要な人の場合、支援者がいないとアビリティスタッフィング (就労支援) 単体での対応は難しく、医療機関との連携の必要性を強く感じる。

これらのことより、精神障害者の就労支援において、医療機関や支援機関の重要性が再確認された。

3. 疾患別のマネジメントポイント

112 名の就労実績から見えてきた、疾患別、主に、統合失調症と気分障害のマネジメントポイントであるが、統合失調症は、認知機能障害に対応したマネジメントを行うことがポイントであり、一方、気分障害は、「安心感」・「認めている感」・「役立っている感」を醸成するのがポイントであることが分かった。

具体的には、統合失調症は認知機能障害により、同時に複数のことをこなすことが苦手だったり、明確な指示がないと仕事が滞ったり、類推するのが苦手だったり、臨機応変な対応が難

しかつたりする。そのため、指示をする際は、目的と 5W1H を伝えること、間違っていることは間違っていると明確に伝えること、業務の指示は一つずつ行うこと、就労当初は簡単な業務から行うことなどがマネジメント上必要となる。

一方、気分障害は、まじめな性格のために、業務を「かかえこむ」「断れない」「やりすぎる」傾向がある。そのため、業務を小出しにすること、納期の迫った業務は任せないこと、本人の経験に即した業務を任せること(簡単すぎても難しすぎても NG)などがマネジメント上必要となる。

4. 今後の課題

精神障害者がより長期に安定して就労していくための仕組み作りのために、就労継続時の illness management と、医療機関や支援機関との連携の 2 点が今後の課題である。

就労開始当初は、本人の意識も高く、病気との付き合いも上手にできているのだが、就労開始して 1 年程度経過すると本人も自信ができてきて、プライベートでの活動も増えてきて、そのタイミングで、再発したり、体調を崩したりするケースが何件か発生した。

そこで、就労が継続して安定している際の illness management と、就労中に体調を崩した際の医療機関や支援機関との連携の必要性を強く感じており、来期はその 2 点の仕組みを作ることを課題として挙げられる。

F. 結論

本研究の 2 年目にあたる平成 24 年度は、個別の就労支援と、専門家による就労後のフォローという体制の下、112 名の就労が決定し、かつ就労後 6 か月経過時の定着率は 82.6% と高い水準を保ち、個別支援と就業後のフォローの有用性が実証された。来年度は、精神障害者が

より長期に安定して就労していくための仕組み作りを行っていく予定である。

G. 健康危険情報

なし

H. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

I. 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) 相澤欽一, 岩永可奈子, 村山奈美子, 川村博子: 調査研究報告書 No.95 精神障害者の雇用促進のための就業状況等に関する調査研究. 第 2 章 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター, 東京, pp21-78, 2010.
- 2) Becker DR, Drake RE, Farabaugh A, Bond GR: Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services* 47(11), 1223-1226, 1996.
- 3) 亀田敦志, 春名由一郎, 田村みつよ: 調査研究報告書 No100 障害者の自立支援と就業支援の効果的連携のための実証的研究. 第 4 章 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター, 東京, pp117-204, 2011.

表1：リクルートスタッフィングにおける臨床体制

		具体的施策
個別支援	アセスメント	グループワークと個別面談を組み合わせた構造的アセスメント
	マッチング	配慮ポイントや本人の志向などを踏まえた職場・仕事とのマッチング
	面接対策	<ul style="list-style-type: none"> ・面接の練習 ・面接への同行 ・企業と求職者の交流会の実施
	職場の理解の醸成	<ul style="list-style-type: none"> ・面接時に、人事だけでなく、配属される職場の方にも同席してもらう ・就労前に、配属される職場向けマネジメントセミナーの実施
専門家による就業後のフォロー (適応指導)		1～4週に一度の本人および企業との面談

表2：疾患別定着率

疾患名	就労人数	就労後6か月経過人数	退職者数	就労後6か月経過時定着率
統合失調症	47名	19名	5名	73.7%
双極性障害	16名	7名	1名	85.7%
うつ病	36名	10名	1名	90%
発達障害	3名	2名	0名	100%
てんかん	2名	1名	0名	100%
その他	8名	7名	1名	85.7%
合計	112名	46名	8名	82.6%

IV. 関連研究

「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および認知機能 リハと日本版援助付き雇用モデルに関する医療経済研究：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

分担研究者 泉田信幸¹⁾

研究協力者 ○山口創生²⁾、下平美智代²⁾、吉田光爾²⁾、佐藤さやか²⁾

片山(高原)優美子³⁾、米田恵子⁴⁾、市川健²⁾、伊藤順一郎²⁾

1) 独) 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部

2) 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

3) 長野大学

4) 独) 国立精神・神経医療研究センター トランスレーショナル・メディカルセンター

要旨

本研究は研究対象者が利用する社会保障制度を調査する日本版クライアントサービス受給票 (CSRI-J) を開発することを目的とした。CSRI 原版を参考に、多分野の専門家による助言のもと日本の制度にあった CSRI-J の項目を作成した。本研究で開発された CSRI-J は、1) 雇用形態、2) 所得と所得保障制度、3) 障害者自立支援法下のサービス、4) その他の障害者サービス、5) カルテルセプト・データを得にくい機関での医療サービスに関する項目を含むものである。

A. 背景

日本における精神保健福祉サービスに関する経済評価は非常に少ない。その一因として、経済評価に必要な調査ツールがないことがあげられる。他方、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は、個々の精神障害者が使用した福祉サービスの量、所得保障額などサービス・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) や Client Socio-demographic and Service Receipt Inventory- European version: CSSRI-EU) が開発されており、多くの医療経済評価で使われている¹⁻⁴⁾。

そこで、本研究では、精神障害を持つ方が、一定期間内に利用した社会保障制度を把握できる日本版クライアントサービス受給票 (Client Service Receipt Inventory- Japanese version: CSRI-J) を作成することを目的とした。

本研究における成果の詳細は、専門雑誌：精神医学に掲載されているため、本報告では要点のみを記載する⁵⁾。CSRI-Jにおける個々の質問項目は精神医学の論文を参考にされたい。

B. 方法

日本語化された CSRI 原版の項目を参考に、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。

社会保障制度については、研究員が厚生労働省のホームページ等の資料から既存の国の所得保障制度や障害者自立支援法などのサービスについて整理した⁶⁾。作成した項目について、臨床現場で働く職員、医療経済の専門家および行政職から助言とコンセンサスを得て、最終版とした。

C. 結果

1. 雇用と所得保障

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

福祉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・データを入手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。

それぞれの項目は、各機関の利用回数と利用時間を把握することを目的としている。

D. 考察

本研究で開発した CSRI-J は、日本における現在の社会保障制度の中で、精神障害者が利用

できるサービスや所得保障、病気による損失や交通費などの間接費、そして精神障害者支援に関わるサービス量などを把握することを目的とした包括的な面接調査ツールである。

1. CSRI-J の項目

福祉・医療サービスについて、CSRI 原版では、医師や精神保健福祉士、看護師、臨床心理士などの専門職との接触時間などに関する質問項目を設けている。しかし、日本の障害者自立支援法や診療報酬の枠組みでは、個々の専門職との接触からコストの計算をしにくい。また、就労継続 B 型や地域活動支援センターは専門職による個別支援ではなく、集団支援や居場所の提供などの意味合いが強いことが珍しくない。多分野の専門家の合意のもと、CSRI-J では、日本の精神保健福祉サービスの実態を踏まえた項目となった。

他方、我が国の福祉・医療サービスの制度や報酬体系に変化があった場合や、研究対象者が特別なサービスを使用すると予想される場合、CSRI-J におけるサービスの項目の増減や修正を図る必要がある。

2. 面接者の質

データの信頼性を向上させるために、CSRI-J を用いた面接を行うものは、研究対象者のことをよく知っている人物であること、そして面接を行う者がトレーニングを受けていることが望ましい⁶⁾。

3. コストの換算

CSRI-J で得たデータにおいて、所得保障に関する項目は、研究対象者が一定期間内に受給した金額が示される。しかし、福祉・医療サービスについては、研究対象者が一定期間内に利用したサービス使用量に関するデータである。すなわち、福祉・医療サービスについては、コスト換算の作業が必要になる。具体的には、障害者自立支援法の報酬単価一覧表（厚生労働省）

や、医療制度における診療点数早見表、公的サービスにおける公給表(人事院)などを用いて、それぞれのサービスの利用回数や利用時間から、研究対象者が利用したサービスの金額を計算する必要がある^{6,8,9)}。

4. 今後の利用と視点：その他のデータとの統合

本研究で開発した CSRI-J は、「重症精神障害者に対する多職種アウトリーチチーム」と「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」におけるアウトカム指標の 1 つとして用いられている。CSRI-J のデータは、主に既存の所得保障制度や福祉サービスの利用に関するデータである。上記の研究における医療経済評価の際には、カルテレセプトやサービスコードからのデータと統合して、社会的な視点から研究対象者 1 人に掛る費用に関するコスト・データを算出する予定である。

E. 結論

本研究で開発された CSRI-J は、1) 雇用形態、2) 所得と所得保障制度、3) 障害者自立支援法下のサービス、4) その他の障害者サービス、5) カルテレセプト・データを得にくい機関での医療サービスなどを把握することを目的とした包括的な面接調査ツールである。研究対象者が利用した福祉・医療サービスについては、利用時間や利用回数などサービス使用量に関するデータであるため、障害者自立支援法の報酬単価一覧表や医療制度の診療点数早見表などを使用してコスト換算を行う必要がある。

F. 研究発表

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.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

- 1) Beecham J, Knapp M: Costing psychiatric interventions. In: Thornicroft G, ed. Measuring Mental Health Needs 2nd edition. Gaskell, London, 200-224, 2001.
- 2) Chisholm D, Knapp M: Client socio-demographic and service receipt inventory - European version. In: Thornicroft G, Becker T, Knapp M, et al, ed. International outcomes measures in mental health. Gaskell, London, 63-82, 2006.
- 3) Chisholm D, Knapp MR, Knudsen HC, et al: Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory - European Version: development of an instrument for international research. Br J Psychiatry Suppl 177: s28-s33, 2000.
- 4) McCrone P, Craig TK, Power P, et al: Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis. Br J Psychiatry 196: 377-382, 2010.
- 5) 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.
- 6) 厚生労働省：障害者福祉．2011 (http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/)
- 7) Mirandola M, Bisoffi G, Bonizzato P, et al: Collecting psychiatric resources utilisation data to calculate costs of care: a comparison between a service receipt interview and a case register. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 34: 541-547, 1999.
- 8) 医学通信社：診療点数早見表．医学通信社，東京，2011
- 9) 人事院．国家公務員給与関係．2013 (<http://www.jinji.go.jp/kyuuyo/kouindex.htm>)

「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」

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 贅川信幸¹⁾

研究協力者 種田綾乃²⁾、山口創生²⁾、伊藤順一郎²⁾

1) 日本社会事業大学 社会事業研究所

2) 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

地域精神科医療モデルの実践が支援スタッフ（介入群）の支援態度に及ぼす影響を、モデルを導入していない精神科医療機関のスタッフを対照群として、一年間の追跡デザインにより検討した。支援態度は、ストレングス志向の支援態度尺度、リカバリー態度尺度、EBP に対する態度尺度などで構成される自記式調査票により、モデル実践開始前およびその一年後の2時点で評価した。共分散分析の結果、介入群は対照群よりも、1年後時点でストレングス志向の支援態度とリカバリー態度の得点が高いこと、一貫して多くの指標で肯定的な支援態度を有していることが示された。この結果は、モデルの実践が支援態度に肯定的な影響を及ぼす可能性を示唆し、介入群の支援スタッフが、一定の質の支援態度をもって実践を行っている可能性を示唆した。

A. 研究の背景

わが国の精神科医療は、入院治療中心から地域生活中心へと転換が求められて久しいが、それが十分に進んでいない状況にある。他方、地域生活中心の推進を可能にする科学的根拠に基づく心理社会的介入プログラム（ACT, IPS, FPE など）が海外より紹介されており、プログラム個別の効果はわが国でも報告されている¹⁻⁴⁾。他方、地域生活中心を推し進める支援で目指すゴールには、サービス利用者が症状や障害を抱えていながらも、地域でその人の望む生活を実現し維持していくことが位置づけられる。そのためには、サービス利用者の好み、希望、経験や、環境の持つ広がりや“強み（ストレングス）”と捉え、それを活用していく「ストレングス・モデル」のアプローチが必要とされる⁵⁾。また、サービス利用者が支援者との良好な治療同盟のもとで主体的に取り組んでい

けるためには、支援者の利用者に対する肯定的な態度が重要となる⁶⁾。

研究班では、精神科医療機関が中心となって進める、多職種チームによるアウトリーチを中心とする支援（多職種アウトリーチ支援）および、認知機能リハビリテーションと援助付き雇用を統合した就労支援プログラムをパッケージとした地域精神科医療モデルを構築した。このモデルでは、ストレングス・モデルやリカバリーの概念をモデルの理念に位置付けている。

サービスの内容面や構造面のモデル準拠度は、モデルの構成要素を客観的に評価するフィデリティ尺度が活用できるが、スタッフに求められる支援態度は十分に評価できない。とくに、本モデルは医療機関のスタッフが中心となって取り組むことから、これらの支援態度のスタッフ（チーム）への浸透度を捉えることが求められる。加えて、このモデルに携わる支援スタ

ップの心身の健康が保たれることは、継続して安定的な支援をサービス利用者に提供できる点からも重要である。

そこで本研究では、本モデルに携わるスタッフ（介入群）の利用者に対する肯定的な態度、ストレングス志向的な支援態度、およびバーンアウトの状況を、モデルに携わらないスタッフを対照群として、スタッフの自記式調査票を用いた 2 年間の追跡調査デザインにより前方視的に明らかにすることを目的とした。平成 23 年度に実施したベースライン調査に加え、平成 24 年度はモデル実施一年後時点のフォローアップ調査を行った。本報告書では、モデル実践に関わるスタッフの意識・態度の 1 年間の変化をベースラインおよび一年後の 2 時点調査の結果から検討し、報告する。

B. 方法

1. 対象

1) 介入群

地域精神科医療モデルを実施する 4 機関のモデル関与スタッフを対象とした。

2) 対照群

国立病院機構で精神科アウトリーチ部門かつ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象とした。

2. 評価

以下の尺度および項目で構成される自記式調査票を使用した。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、モデル実施一年後（一年後評価）を 2012 年 12 月にそれぞれ実施した。調査票は、対象者に個別に割り当てられた ID によって管理された。

1) ストレングス志向の支援態度尺度

支援スタッフが、精神障害をもつ人の本人や

その環境のストレングスに焦点を当て、それを活かしたり伸ばしたりできるような支援を本人と共に考える支援態度を評価する 19 項目からなる尺度である。各項目が表す行動に対して、その行動を行っている程度（実施度）、およびその行動を行う自信の程度（自信度）を「0: ほとんど行っていない／まったく自信がない」から「3: 行っている／自信がある」の 4 段階で回答を求めた。本尺度は、本人中心アプローチ（3 項目）、本人参加と自己決定（5 項目）、ストレングス焦点型アプローチ（3 項目）の 3 下位尺度をもち、各下位尺度得点および全体得点は、それぞれ構成する項目の得点を加算して構成項目数で除して算出される（項目平均得点）。

得点が高いほど、ストレングス志向の支援態度を有していることを表す。本尺度は信頼性と妥当性は確認されている⁷⁾。

2) 日本語版 Recovery Attitude Questionnaire (以下、RAQ)

支援スタッフのリカバリーに対する態度を問う 16 項目からなる尺度である。各項目に「1: まったくそう思わない」から「5: とてもそう思う」の 5 段階で回答を求めた。各回答を加算した合計得点が算出され、得点が高いほど、リカバリーに対して肯定的な態度を有することを表す。日本語版の心理測定的特性は未検討であるが、原版では信頼性および妥当性が確認されている⁸⁾。

3) 日本語版 Evidence-Based Practice Attitude Scale (以下、EBPAS)

支援スタッフの新規プログラム（EBP）に対する認識を問う 15 項目からなる尺度である。各項目に「0: 全くあてはまらない」から「4: 非常によく当てはまる」の 5 段階で回答を求めた。本尺度は、要請（3 項目）、魅力（4 項目）、開放性（4 項目）、かい離性（4 項目：逆転項目）の 4 つの下位尺度をもち、各下位尺度得点およ

びこれらを加算した合計得点が算出される。

逆転項目の尺度は得点を逆転させて算出した。得点が高いほど、EBP や新規プログラムを取り入れようとすることに対する肯定的な態度を有することを表す。本尺度は信頼性・妥当性が確認されている⁹⁾。

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)

支援スタッフの、精神障害をもつ人に対する肯定的な態度を問う 19 項目からなる尺度である。各項目に「0: まったくそう思わない」から「3: 大いにそう思う」の 4 段階で回答を求めた。本尺度は、能力と回復への期待 (10 項目)、共生への姿勢 (5 項目)、支持的援助行動 (4 項目) の 3 つの下位尺度をもち、各下位尺度得点およびこれらを加算した合計得点が算出される。なお、下位尺度および合計得点の算出に際しては、原典に合わせて、各項目への回答番号に 1 を加えて 1~4 点として扱った。

得点が高いほど、精神障害をもつ人に対して肯定的な態度を有することを表す。本尺度は信頼性・妥当性が確認されている¹⁰⁾。

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)

支援スタッフの統合失調症をもつ人に対する否定的な態度を問う 5 項目からなる尺度である。各項目に「0: そう思わない」から「3: そう思う」の 4 段階で回答を求めた。各回答を加算した合計得点が算出される。

得点が高いほど、統合失調症をもつ人に対して社会的に距離を置く態度を有することを表す。本尺度は信頼性・妥当性が確認されている¹¹⁾。

6) 日本版 Maslach Burnout Inventory-General Survey (以下、MBI)

支援スタッフのバーンアウトの程度を測定する 16 項目からなる尺度である。各項目に「0:

全くない」から「6: いつも (毎日)」の 7 段階で回答を求めた。本尺度は、疲弊感 (5 項目)、シニシズム (5 項目)、職務効力感 (6 項目: 逆転項目) の 3 つの下位尺度をもち、各下位尺度得点を構成する項目の得点を加算して項目数で除した下位尺度得点が算出される。

疲弊感とシニシズム得点が高いほど、職務効力感は得点が低いほど、それぞれバーンアウトの程度が高いことを表す。本尺度は信頼性・妥当性は確認されている¹²⁾。

7) 属性および臨床経験等

上記の尺度の他に EBP として考えられる実践を含め、現在あるいは過去に携わった実践について尋ねる 10 項目を調査票に盛り込んだ。包括型地域生活支援 (Assertive Community Treatment: 以下 ACT)、個別就労支援 (Individual Placement and Support: 以下 IPS)、当事者向け心理教育 (Psycho-Education: 以下 PE)、家族心理教育 (Family Psycho-Education: 以下 FPE)、そして認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy: 以下 CBT) である。また、EBP の実務経験の有無についての項目を入れた。加えて、性別、年齢、勤続年数、職種、学歴などの回答を求めた。

3. 分析

支援スタッフの支援態度を評価する各尺度得点およびバーンアウト尺度の得点を従属変数、群 (介入群・対照群) および時点 (ベースライン・一年後評価) を独立変数とし、従属変数および群と関連する属性変数・臨床経験を共変量とする共分散分析を行った。加えて、一年後評価の各尺度得点を従属変数、群を独立変数とし、ベースラインの各尺度得点および関連属性等を共変量とする共分散分析を行った。

すべての統計解析には、SPSS for Windows. Ver. 20 を用いた。

C. 結果

1. 介入群、対照群の属性 (表 1)

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 99 名、対照群 102 名から、それぞれ回答が得られた。なお、ベースラインと一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。一年後評価時点の回答者の基本属性および臨床経験等を表 1 に示した。

属性等を群間で比較したところ、最終学歴、職種、所属部門、現職種の経験年数、受持ち担当の有無で有意な偏りが認められた。また、経験のある援助技法・プログラムでは、ACT、アウトリーチ、IPS、認知機能リハビリテーション、ケアマネジメントにおいて、経験の有無が群間で偏りが認められたが、これらは介入群で行うモデルの内容を直接反映しているものと考えられた。職種および所属部門は、支援態度等の指標の多くと関連した。

2. 群×評価時点の共分散分析 (表 2)

ベースラインおよび一年後の評価時点における群別の各尺度得点を表 2 に示した。各尺度得点を従属変数、群および評価時点を独立変数とし、職種と所属を共変量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、社会的距離尺度、およ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。

3. 一年後評価時点の得点の群間比較

ベースライン評価時点の得点、職種、および所属を共変量として、一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

($F = 5.21, p = 0.025$)、および 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。

D. 考察

分析の結果、地域精神科医療モデルに携わる臨床スタッフはモデルに携わらない臨床スタッフよりも、ストレングス志向の支援態度尺度 (実施度・自信度)、EBP への態度尺度、肯定的態度尺度において、一貫して有意に高い得点を示した。この結果は、モデルに携わるスタッフは元々比較的高いストレングス志向やリカバリー志向の支援態度を有しており、追跡期間の 1 年間、それが変化していないことを示唆した。

介入群のスタッフは、本モデルで求められるストレングス志向の支援態度やリカバリーの視点などに関する研修をベースライン評価時点で既に受けていた。そのためモデルに携わるスタッフは、本研究で指標とした支援態度等が一定程度に達しており、モデルに一年間携わることによるそれ以上の変化が生じにくい状態にあったのかもしれない。しかしこのことは同時に、モデルに携わるスタッフが一定の質の支援態度をもって実践を行っていたことも表し、モデルの支援プロセスの質を保証するということもできよう。

ベースラインの得点を共変量とする共分散分析は、追跡期間中のスタッフ入れ替えのためにサンプル数が小さくなったことから検定力に課題を有するが、モデルに携わるスタッフは

携わらないスタッフよりも、ベースラインの得点を調整しても 1 年後時点でストレングス志向支援態度の利用者中心アプローチ下位尺度、およびリカバリー態度尺度が高いことが示された。このことは、モデルに 1 年間携わって支援を行うことにより、利用者を中心とした支援を行うことに対する自信が向上し、利用者のリカバリーに焦点を当てた支援態度をもってサービスを提供できていることを表していると考えられる。

リカバリーの理念やストレングス志向の支援態度は、それらを支援チームの理念として共有して実践を行うことによって、より向上するのかもしれない。また、こうした支援態度をもって支援を行うことでサービス利用者の変化をより認識しやすくなり、支援態度が強化されて向上することを表しているのかもしれない。他方、介入群と対照群との間で、リカバリーやストレングスの視点が求められる EBP に携わったことのある者の割合に差が認められなかった。このことは、EBP の経験それ自体が肯定的な支援態度の獲得・変化につながるのではなく、リカバリーやストレングス志向の支援態度を獲得・向上・維持できるような初期研修、継続研修などの組織的な取り組みが必要であることを示唆しているのかもしれない。

介入群が対照群よりもバーンアウト尺度の疲弊感尺度の得点が有意に高かった結果は、得点自体が示すバーンアウトの傾向は低かった。しかしながらこの結果は、サービス利用者と集中的に関わることが求められる本モデルにおいて、臨床スタッフの心身へ影響を及ぼす可能性を表しているのかもしれない。モデルに携わる臨床スタッフに対するメンタルヘルスの維持のための対策を考慮する必要性が示唆されよう。

本研究の結果は上記のような解釈ができる一方で、一年間の実践では十分な支援態度の変化が生じるには短かったのかもしれない、より長期の追跡調査によって確認する必要があるだ

ろう。さらに、支援態度を支援スタッフ自らが評価するによる限界もあるかもしれない。この点は、ストレングス志向の支援態度尺度において現在実施中の、サービス利用者による評価の結果と関連付けて検討する必要があるだろう。

E. 結論

本研究の結果、地域生活を中心とする地域精神科医療モデルにスタッフが一年間携わることによって、スタッフは、利用者中心のアプローチを行う支援への自信や、利用者のリカバリーを尊重する意識の向上が認められた。また、多くの指標において、モデルに携わるスタッフは高いストレングス志向やリカバリー志向の支援態度を有していることを示した。

この結果は、地域生活を中心とする医療機関による支援において、ストレングス・モデルやリカバリーの理念を共有してモデルを実践することによって、これらの理念に基づく支援態度が獲得・向上される可能性を示唆した。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

- 1) Ito J, Oshima I, Nishio M, et al: The effect of assertive community treatment in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 123(5):398-401, 2011.
- 2) 大島巖, 梅原芳江, 久米知代, 他: 公設地域活動支援センターにおけるIPS援助付き雇用(個別職業紹介とサポートプログラム)導入とその評価. 西尾雅明編: 厚生労働省科学

- 研究費補助金 平成17-19年度総合報告書 精神障害者の一般就労と職場適応を支援するためのモデルプログラム開発に関する研究, 国立精神・神経医療研究センター, 東京, 2008.
- 3) Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, et al: Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 198:385-390, 2011.
 - 4) Yamaguchi H, Takahashi A, Takano A, et al: Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 60(5):590-597, 2006.
 - 5) Rapp CA, Goscha RJ: *The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities* 2nd Edition, Oxford University Press, Oxford, 2006.
 - 6) Thornicroft G: *Shunned: discrimination against people with mental illness*, Oxford University Press, New York, 2006.
 - 7) 賛川信幸, 前田恵子, 山口創生. 地域精神保健福祉医療における支援スタッフのストレス志向の支援態度評価尺度の開発. 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(研究代表者:伊藤順一郎)平成23年度研究報告書, pp137-148, 2012.
 - 8) Borkin, J. R., Steffen, J. J., Ensfield, L. B., Krzton, K., Wishnick, H., Wilder, K., et al. Recovery Attitudes. Questionnaire: Development and evaluation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 95-102. 2000.
 - 9) 奥村泰之, 藤田純一, 野田寿恵:「科学的根拠に基づく実践を適用することへの態度尺度(EBPAS)」日本語版の心理測定学的特徴の検討. *精神医学*, 52(1), 79-85. 2010.
 - 10) 岩井和子, 野中猛: 精神障害をもつ人に対する援助職員の肯定的態度と組織風土の影響. *日本社会精神医学会雑誌* 20(2):94-105, 2011.
 - 11) 牧田潔: 統合失調症に対する社会的距離尺度(SDSJ)の作成と信頼性の検討. *日本社会精神医学会雑誌* 14(3):231-241, 2006.
 - 12) 北岡和代, 荻野佳代子, 増田信也. 日本版 MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey) の妥当性の検討. *心理学研究*, 75(5), 415-419. 2004.

表1.1年後評価時点の回答者の基本属性および臨床経験等

基本属性および臨床経験等	介入群		対照群		χ^2, t	p
	n	群内%	n	群内%		
性別(男性/女性)	36/62	36.7%/63.3%	27/73	27.0%/73.0%	—	0.170 ^c
年齢(M±SD)	98	39.1±11.0	97	39.0±11.6	0.1	0.925
最終学歴						
高校卒業	1	1.0%	5	5.0%		
専門学校卒業	24	24.5%	45	44.6%		
大学卒業	56	57.1%	34	33.7%		
大学院卒業	14	14.3%	16	15.8%		
その他	3	3.1%	1	1.0%	15.5	0.004 ^{**}
職種						
医師	6	6.2%	5	5.1%		
看護師・准看護師	13	13.4% ^b	39	39.4% ^a		
臨床心理技術士	5	5.2%	13	13.1%		
精神保健福祉士	44	45.4% ^a	19	19.2% ^b		
作業療法士	14	15.5%	18	18.2%		
その他	15	15.5% ^a	5	5.1% ^b	32.1	<0.001 ^{***}
所属						
病院リハビリ関連部門	25	26.0% ^b	40	44.0% ^a		
病院地域関連部門	18	18.8%	16	17.6%		
病院外来医療部門	4	4.2% ^b	12	13.2% ^a		
病院病棟部門	1	1.0% ^b	19	20.9% ^a		
地域事業部門	48	50.0% ^a	4	4.4% ^b	60.9	<0.001 ^{***}
現職種経験年数(M±SD)	99	9.1±8.6	102	11.7±10.1	-1.98	0.049 [*]
精神科経験年数(M±SD)	99	8.9±7.7	102	9.6±8.6	-0.66	0.510
受持担当(あり/なし)	81/14	85.3%/14.7%	68/27	71.6%/28.4%	—	0.034 ^{*c}
受持担当頻度						
専属	42	52.5%	42	58.3%		
一部(50%以上)	19	23.8%	13	18.1%		
一部(50%未満)	19	23.8%	17	23.6%	0.8	0.665
勤務形態(常勤/非常勤・パート)	69/29	70.4%/29.6%	81/21	79.2%/20.8%	—	0.191 ^c
経験のある援助技法・プログラム ^c						
ACT	20	22.0%	2	2.3%	—	<0.001 ^{***}
アウトリーチ	32	37.2%	49	53.8%	—	0.034 [*]
IPS	21	24.1%	6	6.9%	—	0.003 ^{**}
就労支援	27	33.8%	22	25.6%	—	0.307
認知機能リハビリテーション	18	21.7%	5	5.8%	—	0.003 ^{***}
認知行動療法	18	21.2%	29	33.0%	—	0.090
本人心理教育	29	34.1%	43	47.8%	—	0.091
家族心理教育	24	28.2%	33	37.9%	—	0.197
SST	37	42.5%	51	55.4%	—	0.100
ケアマネジメント	39	45.3%	10	11.4%	—	<0.001 ^{***}

ACT Assertive Community Treatment; IPS Individual Placement and Support; SST Social Skills Training

a 調整済み残差 > 1.96; b 調整済み残差 < -1.96;

c Fisher's exact test (経験のある援助技法・プログラムでは、各援助技法・プログラムの経験の有無×群で算出)

*p < 0.05; **p < 0.01; ***p > 0.001

表2.2時点の群別の各支援態度得点比較（所属と職種を共変量とする群×時点の共分散分析）

	ベースライン						1年後						ANCOVA [§]	
	介入群			対照群			介入群			対照群			交互作用	
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	F	p
ストレングス志向の 支援態度(実施度)	74	2.18	0.41	78	1.74	0.45	79	2.17	0.46	83	1.76	0.74	0.05	0.827
利用者中心アプローチ	74	2.38	0.47	78	2.04	0.52	79	2.41	0.46	83	2.06	0.50	0.02	0.890
本人参加と意思決定	74	2.01	0.49	78	1.52	0.56	79	2.01	0.56	83	1.54	0.61	0.03	0.856
ストレングス焦点型アプローチ	74	2.27	0.47	78	1.80	0.52	79	2.22	0.53	83	1.84	0.54	0.36	0.548
ストレングス志向の 支援態度(自信度)	74	1.93	0.46	78	1.58	0.50	79	1.99	0.49	82	1.52	0.46	1.40	0.237
利用者中心アプローチ	74	2.10	0.56	78	1.80	0.56	79	2.19	0.53	82	1.72	0.52	2.46	0.118
本人参加と意思決定	74	1.81	0.49	78	1.44	0.55	79	1.83	0.54	82	1.40	0.53	0.34	0.563
ストレングス焦点型アプローチ	74	1.98	0.54	78	1.58	0.58	79	2.05	0.55	82	1.53	0.54	1.46	0.228
RAQ	74	62.86	5.58	78	61.84	4.88	79	63.39	5.31	84	60.96	5.61	1.34	0.248
EBPAS	71	36.76	5.05	78	36.31	5.75	78	36.94	4.96	82	35.29	5.88	0.89	0.346
肯定的態度尺度	72	64.56	8.14	78	55.41	7.90	78	64.87	7.29	82	54.57	9.30	0.62	0.433
能力と回復への期待	72	34.65	4.50	78	30.50	4.98	79	34.70	4.23	82	29.74	5.28	0.83	0.364
共生への姿勢	72	16.54	2.83	78	13.40	2.94	78	16.68	2.67	82	13.35	3.34	0.17	0.680
支持的援助行動	72	13.36	2.01	78	11.51	1.70	79	13.39	1.61	82	11.48	2.02	0.06	0.806
社会的距離	71	3.68	2.53	76	6.50	3.44	79	3.33	2.70	82	6.52	3.16	0.80	0.373
MBI														
疲弊感	73	2.13	1.31	77	2.49	1.35	78	2.34	1.30	82	2.33	1.29	1.52	0.219
シニシズム	73	1.15	1.05	77	1.57	1.18	78	1.26	1.07	82	1.57	1.23	0.21	0.648
職務効力感	73	2.55	1.12	77	2.15	1.13	78	2.55	1.10	82	2.13	1.09	0.02	0.876

RAQ Recovery Attitude Questinnare; EBPAS Evidence-Based Practices Attitude Scale; MBI Maslach Burnout Inventory- General Survey

§ 群と時点を独立変数、所属と職種を共変量とする共分散分析

^{abc} 単純主効果の検定 (Bonferroni法) の結果、同一行内の同一文字間で有意差あり (p < 0.05)

* p < 0.05; ** p < 0.01

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¹⁾
研究協力者 伊藤順一郎¹⁾

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

本研究では、ACT における支援の職種間の差異や同一性について分析を行い、その業務内容のあり方を検討する。ひいては、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。

方法: ACT 事業者における 1 ヶ月間の支援内容についてサービスコードを用い、看護師・作業療法士・精神保健福祉士の 47 の支援領域の支援強度について群間で比較した。

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。

考察: 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は是正されるべきと考えられた。

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。

このような医療と生活支援の両方が、地域で提供されるサービスとして、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。

ACT は多職種チームであることが特徴であ

り、一般の精神科訪問看護と比較して、サービスの支援頻度や支援時間が長いことや、対象の重症度が重いこと、支援がモニタリングではなく、より直接的な支援が多いことが明らかになっている。しかし、そのチームの中で、各職種がどのような働きを行っているかについては、十分な検討がされていない。

現在、ACTの主たる訪問を担っているのは看護師・作業療法士・精神保健福祉士であることがわかっている²⁾。しかし、精神保健福祉士はACTにおける支援の1/3を担う職種であるにもかかわらず、訪問看護ステーションでのアウトリーチ活動については、診療報酬上の位置づけは十分ではなく、職種間の評価格差が生じているなどの問題もある²⁾。

よって本研究では、ACTにおける支援の職種間の差異や同一性について分析を行い、その業務内容のあり方を検討する。ひいては、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。

B. 研究計画と方法

本研究は、平成 20-22 年度 厚生労働科学補助金 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ものである。

1) 調査対象施設・対象者

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 尺度に加え、多職種チーム制・コンタクト頻度・事業所としての経験年数を総合的に考慮し、音更リハビリテーションセンター（音更町）、ACT-J（市川市）、ACT-K（京都市）、ACT-U（宇和島市）、NACT（浜田市）の 5 ヶ所を選択、協力を得た。

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。

なお時点間のケア内容を比較するため、ベースラインと 1 年後フォローの両時点で、データが揃っているものを分析対象とした。

2) 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。

<プロセス調査>

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 47 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。

本調査では、「支援のレベルの強度」を（0 点=実施していない、1 点=観察・モニタリング、2 点=助言、3 点=具体的支援）として、各支援領域ごとの支援強度について調査した。なお、ケアマネジメントの 9 項目では強度を設定することが不相当であり、「0 点=実施していない」「1 点=実施した」の 2 件法で評価し、回答数中の実施の割合を実行率として計算した。

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（ベースライン時）、さらに 1 年後に追加調査として、1 ヶ月間のプロセスデータを収集した。

<分析方法>

分析は 2 時点のデータを統合したうえで、職種間比較は看護師・作業療法士・精神保健福祉士の職種間で行い、統計分析は Kruskal Wallis 検定 (Bonferroni による修正) を用いた。また一部の支援項目につい

ては(ケアマネジメント要素)、支援の実施の有無しか把握していないため、 χ^2 二乗検定と残差分析を行った。なお、以降文中・表中では NS・OT・PSW と略記する。

複数職種で支援したコンタクトについては分析から除外した。(どの職種がどの支援を担ったか分類が不明なため)

<倫理面への配慮>

本調査は国立精神・神経医療研究センターおよび聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

データは個人情報がない形で収集した。全利用者調査については、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。

C. 研究結果

1) 職種ごとのコンタクト概要

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(表 1)。

2) ケアマネジメントに関する実行率

この領域では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(表 2・図 1)。

3) 日常生活支援に関する支援強度

この領域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(表 3・図 2)。

4) コミュニケーションに関する支援強度

この領域では「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。(表 4・図 3~図 8)

5) 症状に関する支援強度

この領域では「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」。(表 5・図 17)

6) 社会生活支援に関する支援強度

この領域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。

D. 考察

1) 職種間で共通の支援

本研究の結果をまとめたのが表 7 である。まず職種間で有意差のない項目は 47 項目中 29 項目であり、全体の割合を考えると職種によって差のある項目は多くないといえる。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 項目に有意差がない。これらの領域は職種の違いを越えて、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いえる。また、こうした領域がジェネラリストとして各職種に求められる支援内容であるといえるであろう。

元来 ACT は地域生活を可能にするためのケアマネジメントの支援技法であり、「ケアマネジメント」をはじめとする上記の項目で職種間の実施度に大きな有意差がなかったことは、これらの技法を各スタッフが基本技法として意識して実践して「いることを傍証している」と考える。

2) 各職種に特徴的な支援

他方で幾つかの項目では、目立って特定の職種において有意に支援強度が高くなっていた。

NS では「症状に関する支援」で OT や PSW に対して支援強度が高くなっていた。「症状に関する支援」では、9 項目中 8 項目で職種間に支援強度の有意差がみられ、うち 7 項目で NS が OT より支援強度が高く、うち 4 項目で NS が PSW より支援強度が高かった。他方で PSW 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。9 項目中 6 項目で職種間に支援強度の有意差が見られ、うち 4 項目で PSW が NS より支援強度が高く、うち 2 項目で PSW が OT より支援強度が高かった。NS において医療的な領域が、PSW において対他的なコミュニケーションの領域が、それぞれの職種の強みを活かした支援となっていると考えられる。ケアマネ

ジメントを基盤とした超職種的な支援を行いながらも、各職種の特性を生かした支援も行われていることが明らかになったと考える。

ただし、今回、OT に関してはあまり明瞭な特徴が出なかった。OT の中では「観察」が重要な技法であり、今回のような「支援強度」に着目した分析では支援の特性が把握しにくい可能性があると考えられる。

現状では既に述べたように、訪問支援に関しては PSW の診療報酬上の立場が低い。しかし、本研究結果からは、ACT のような多職種アウトリーチチームの支援では NS や OT が PSW の上位互換的な存在ではないという実態が明らかであり、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は是正されるべきと考えられた。

E. 結論

本研究では、ACT における支援の職種間の差異や同一性について分析を行い、その業務内容のあり方を検討する。ひいては、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した。

ACT 事業者における 1 ヶ月間の支援内容についてサービスコードを用い、看護師・作業療法士・精神保健福祉士の 47 の支援領域の支援強度について群間で比較した。

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種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は是正されるべきと考えられた。

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

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.

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) 吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 瀬戸屋希, 英一也, 高原優美子, 角田秋, 園環樹, 萱間真美, 大島巖, 伊藤順一郎. 重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチサービスにおける機能分化の検討 Assertive Community Treatment と訪問看護のサービス比較調査より. 精神障害とリハビリテーション, 15(1): 54-63, 2011.
- 2) 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.

表 1 職種ごとのコンタクト概要

	職種	コンタクト数(n)	平均コンタクト時間(分)
分散分析 で有意差 なし p=.434	NS	244	50.0±35.0
	OT	155	53.2±35.5
	PSW	115	54.3±33.1

表 2 ケアマネジメントに関する支援の実施有無×職種

支援領域	支援を実行した率			全体の群間差 χ^2 検定 (p)	残差分析 有意差があった職種
	NS(n=247)	OT(n=155)	PSW(n=116)		
ケアへの導入への本人への働きかけ	47.8%	41.3%	37.1%	n.s	
本人・家族との関係づくり(※図 1)	58.7%	47.7%	60.3%	p<.05	NS>OT*,PSW>OT*
アセスメントの実施	54.3%	45.8%	44.8%	n.s	
サービスや社会資源に関する情報提供	18.6%	21.3%	13.8%	n.s	
ケア計画の作成	12.6%	16.1%	15.5%	n.s	
ケア会議の開催	4.9%	2.6%	0.9%	n.s	
サービスや社会資源の利用導入のための援助	15.4%	16.8%	9.5%	n.s	
サービスや社会資源の利用状況のモニタリング	17.8%	22.6%	11.2%	n.s	
関係機関・関係者との連絡・調整	18.2%	16.1%	12.1%	n.s	

図 1 本人・家族との関係づくりの実施有無×職種

