

20133400/A

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 25 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 26 (2014) 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 25 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 26 (2014) 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. 分担研究報告

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研究

研究分担者 吉田光爾

- 1) 報告① 基本プロトコルと対象者の属性について … 33
- 2) 報告② 支援プロセスの実態とサービス記述 … 43
- 3) 報告③ 効果評価 サービスの履行と対象層に着目して … 55
- 4) 報告④ 医療経済評価 … 71
- 5) 重症精神障害者の社会資源利用状況について—CSRI-Jを用いて— (古家美穂) … 85

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

研究分担者 佐藤さやか

- 1) 臨床関連アウトカムおよび就労関連アウトカムに関する報告 … 97
- 2) サービスコード票を用いたプロセス調査 (山口創生) …127
- 3) 医療経済評価 (山口創生) …149

3. 多職種アウトリーチ研究 サイト報告

- 1) 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に関する研究

研究分担者 坂田増弘…169

- 2) 国府台地区（国府台病院・市川市周辺地区）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に関する研究

研究分担者 佐竹直子…175

- 3) 東北福祉大学せんだんホスピタル・仙台市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に関する研究

研究分担者 西尾雅明…185

- 4) 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…199

5) 多職種アウトリーチ地方モデルに関する研究

研究分担者 吉田光爾（下平美智代）…219

6) 湖南病院・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に関する研究

研究協力者 榎林理一郎…229

7) 肥前精神医療センター・神崎市郡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に関する研究

研究協力者 杠岳文（岩崎優子）…237

8) 琉球病院・国頭郡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に関する研究

研究協力者 村上優（森根薫）…241

4. 認知機能リハビリテーションと個別援助付き雇用モデル サイト報告

1) 小平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援助付雇用モデルに関する報告

研究分担者 坂田増弘…251

2) 国立国際医療研究センター国府台病院・市川市周辺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援助付雇用モデルに関する研究

研究分担者 佐竹直子（下平美智代・梅田典子）…257

3) 東北福祉大学せんだんホスピタル・仙台市周辺地区における認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデルに関する研究

研究分担者 西尾雅明…269

4) 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…287

5) 長岡病院・長岡京市周辺地区における認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデルに関する研究

研究協力者 白井卓也…301

6) ひだクリニック・流山市周辺地区における認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデルに関する研究

研究協力者 石井和子…307

7) 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…311
8) 認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデル サイト報告	民間企業 研究協力者 川上祐佳里…315
5. 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	研究分担者 賛川信幸
1) 2年間フォローアップ調査の結果	…323
2) 利用者版評価に基づく検討	(種田綾乃) …333
III. 関連研究報告	
1. プログラム評価におけるフィデリティ尺度の開発と妥当性の検証に関する海外文献紹介	研究分担者 吉田光爾…351
2. 日本版 IPS 型就労支援のフィデリティ評価ツール開発に係る研究	研究分担者 下平美智代 …359
3. 障害者就業・生活支援センターに対する全国悉皆調査	研究分担者 佐藤さやか…383
IV. 付録	……………409
V. 研究成果の刊行に関する一覧	……………473
VI. 研究ご協力機関一覧	……………477

I. 総括研究報告書

平成 25 年度 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

小括：

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ベースライン調査を実施した。2 年目である平成 24 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 年間の追跡調査を開始し、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 (ii) のシステム構築を行い、対照群をおき (ii) 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。3 年目の本年度は、追跡調査の終結の年であり、データ収集を完了し、分析を実施した。以上の研究を、「多施設共同の対照群をおいての比較研究」と位置づけている。

本年度集約した、多施設共同研究の最終結果は以下の様である。

まず、多職種アウトリーチチームの研究では、介入群 67 名・対照群 74 名がベースラインにおいて研究に同意し、1 年後フォロー時点では介入群 53 名・対照群 62 名が調査継続状態にあった。ベースライン時の平均年齢、GAF、診断などで有意差はなかったが、割り付けのスクリーニング合計得点 ($p=.015$)・SBS 総合得点 ($p=.005$) で介入群が有意に高く、WHO-QOL26 で介入群が有意に低かった ($p=.027$)。

介入群に行われた 8,536 回のコンタクト中 29.2%が報酬有の実コンタクト、30.6%が報酬無の実コンタクト、40.2%が電話コンタクトとであった。また対象者に対して月平均 5.9 ± 5.2 回の頻度で実コンタクトをとっており、また月平均で 301.8 ± 236.8 分の実コンタクトを行っていた。診療報酬で請求できない理由について、最も多いのは『入院中の病棟訪問』で 28.5%、次に『契約前の関わり (入院中)』で 23.0%であったが、その他にも多岐にわたる理由が挙げられた。また初回入院中に月当たり 8.8 回、月に 297 分程度の実コンタクトを行っていた。退院後は月当たり 4 回前後の有報酬コンタクト・1 回程度の非報酬コンタクトを行っていた。総コンタクト時間は平均月約 300 分前後で、頻度・量ともに横ばいで推移していた。

介入の効果としては、i) 全体での結果として、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』において交互作用が有意であった ($p=.007$)。ii) 支援プロセスの履行状況別の効果評価の結果をみると、①月 180 分以上 (介入群の上位 70%) に限定した場合、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』で交互作用が有意 ($p=.008$)、②月 240 分以上 (介入群の上位 50%) に限定した場合、

SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』(p=.028) および WHO-QOL26 総合得点 (p=.016) ・『心理的領域』(p=.027) ・『全般的満足度』(p=.028) にて交互作用が有意であった。iii) 対象層別の効果評価をみると、旧来の ACT の対象者に近い重症精神障害者層 (A 層) と、本研究における軽症層 (B 層) に分けたところ、A 層では、WHO-QOL26 総合得点 (p=.016) ・『環境領域』(p=.045) ・で交互作用が有意であった。B 層では SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』で交互作用が有意であった (p=.005)。

医療経済評価では、介入群・対照群の間に、医療・社会的コストに大きな有意差は認められなかった。WHO-QOL26 上昇における費用対効果 (CER) を分析すると、CER が高い順に介入群 (月 240 分以上コンタクト) > 介入群 A 層 > 介入群全体 > 介入群 B 層 > 対照群 B 層 > 対照群全体 > 対照群 A 層となった。対比する支援に対して増分費用効果費 (ICER) が低い=通常の治療に加えて更なる効果を得るための追加コストが低かったのは、介入群 A 層への支援、次に介入群月 240 分以上コンタクト層への支援であった。

つぎに、認知機能リハビリテーションと援助付き雇用の研究については、無作為割付によって認知機能リハビリテーションと援助付き雇用の組み合わせによる就労支援を受ける群 (CR+SE 群) と仲介型就労支援のみをうける群 (仲介型群) の 2 群に振り分けられた。分析対象者は CR+SE 群 47 名、仲介型群 47 名、合計 94 名となった。この 2 群においてベースライン時の患者属性や臨床的評価には GAF 得点 (仲介型群 > CR+SE 群) を除いて有意差はなく、割付は概ね成功した。

臨床関連指標についてみると、GAF 得点、BACS の言語性記憶、作業記憶、文字流暢性、符号課題および総合得点について交互作用に有意差がみられた (GAF 得点 : F=6.569, p<.01 言語性記憶 : F=4.674, p<.05, 作業記憶 : F=3.971, p<.05, 文字流暢性 : F=6.240, p<.01, 符号課題 : F=6.771, p<.01, Composite Score : F=6.753, p<.01)。これらの変数について単純主効果の検討を行った結果、群ごとにみると CR+SE 群では認知機能リハビリテーション (CR) を受けた前後で、仲介型群と比べて有意に得点が改善しており、12 ヶ月後でもその改善が維持されているかさらに得点が改善していた。また時点ごとの比較では、GAF 得点はベースライン時と 4 ヶ月時で仲介型群が CR+SE 群と比べて有意に得点が高かったが、12 ヶ月後時点では CR+SE 群の得点の上昇によって両群の有意差がなくなった。BACS の各下位領域の得点については 4 ヶ月後時点では言語性記憶、作業記憶、符号課題および総合得点で、また 12 ヶ月後時点では BACS の言語性記憶、作業記憶、文字流暢性、符号課題および総合得点で CR+SE 群は仲介型群と比べて有意に得点が高かった。

就労関連指標では、群間に大きな差が見られ、就労率について CR+SE 群は仲介型群と比べて有意に多い対象者が就労した (63.8%)。加えて、就労したものの就労回数、雇用契約を結んでいた期間である合計就労期間、実際に働いた日数である合計就労日数のいずれも CR+SE 群は仲介型群と比べて多く、また長かった。就労したものの離職回数を検討すると、両群間に有意差はなかった。また、本研究を遂行する過程で 6 つの研究協力機関はその支援体制から 3 つの支援タイプに分類することができ、副次的に支援タイプ別にも就労関連指標について整理した結果、CR+SE 群の就労率がもっともよかった支援タイプは、「就労支援機関に生活支援員を配置」(地域事業者型) する支援タイプであり、次いで「医療機関に就労支援員を配置」(医療機関型) する支援タイプであった。

プロセスデータを分析すると、支援タイプにおける臨床的不均一性 (clinical heterogeneity) が確認されたが、就労アウトカムとサービス内容の分析では、就労者は就労前と就労中に 1 ヶ月当たり平均で 6 時間の個別就労支援に関連するサービスと、1 ヶ月当たり 1.5 時間の個別生活支

援に関連するサービスを受けており、未就労者と比較し有意に多かった。特に個別就労支援時間の長さは、16ヵ月間の就労の有無 (OR=1.04 [95%CI=1.01 to 1.07], p=0.035) や就労日数の長さ (Coefficient=0.31 [95%CI=0.08 to 0.55], p=0.010) と関係していた。

医療経済評価としては、医療・社会的コストは、介入群の12ヵ月間の合計コストが、対照群と比較し、ごくわずかに上回る結果となった。他方、介入群と対照群における積み上げコストの特徴は異なり、介入群では所得保障費が高く、福祉・公的サービス費やデイケア費は、認知機能リハビリテーションや就労支援が活発化する中盤までに多くのコストが費やされ、終盤には減少する傾向があった。対照群においては、福祉・公的サービス費が12ヵ月継続して一定の割合を占めたほか、入院医療費が全体のコストを押し上げる形となった。費用対効果 (CER) としては、介入群における就労期間 (日) の CER は 2万972円であった。他方、対照群の CER は 5万3,024円であった。就労が1日伸びた分の増加コストである増分費用効果比 (ICER) は、本研究の場合 1,015円 (365日分を仮定すると、約37万円) であった。

以上、示すように、多職種アウトリーチ・チームによるケアマネジメントでは、支援プロセスの履行状況が高い群、また、利用者の重症度が重い群を中心に、QOLを中心とした介入効果が見られた。認知機能リハビリテーションと援助付き雇用を組み合わせた就労支援では、全体として、認知機能の改善が見られ、また、就労についても成果をあげたが、個別就労支援の密度が、就労の有無や就労日数に大きく影響を与えていることが明らかになった。また、多職種アウトリーチ、「認知機能リハビリテーション+援助付き雇用」の両者とも、医療経済的には、対照群に比して有意なコスト上昇とは言えず、ほぼ同等のコストの範囲で収まっており、QOLや就労日数といった指標についての費用対効果は良好と判断された。すなわち、二つの支援プログラムは、今後の普及においても実現可能性が高いと言える。

ただし、現行の診療報酬等の制度のもとでは、両プログラムとも、支援の実施に十分な手当てがされているとは言えず、今後の制度上のインセンティブをつけることが求められる。また、実施にあたっては、臨床スタッフの支援技術の習熟が重要であり、研修の必要性は強く求められる。

本研究においても、モデルを導入していない全国11の精神科医療機関のアウトリーチ部門かつまたはデイケア部門に所属する臨床スタッフを対照群 (n=89) として、スタッフの臨床姿勢を比較をしたところ、本研究に関与したスタッフ (介入群) はリカバリー態度尺度において2年後得点が、EBPへの態度尺度において1年後得点が、それぞれベースライン得点よりも有意に高いことが示された。その他の多くの指標では、介入群が対照群よりも有意に高い得点を示していた。利用者からの評価も調査したが、介入群ではその多くがスタッフの自己評価と同等であることが確認され、有用な支援が適切に行われていたことが示唆された。

A. 研究の背景

この研究の背景にあった我々の発想は、昨年度の報告書に述べたように以下のようにまとめられる。

「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、精神科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、これは精神科医療を、入院精神科医療を中心とした仕組みから、地域精神科医療を中心とした仕組みに改めていくという

ことである。また、その地域精神科医療も、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も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科医療において必要なことを意味する¹⁾。地域精神科医療の先進地の実績に学べば、精神科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、あるべき地域精神科医療のかたちを、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）について我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への的確にサポートが行える、地域精神科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（24年度報告書）。

さて、この研究のモデルで中核となるのは医療機関である。

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科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必要がある。そのためには、二つの要素が求められる。ひとつは、本研究活動の臨床的成果が、わかりやすく提示されていることである。もうひとつは、本研究活動を一般臨床に敷衍した場合、どのようなコストがかかるか、いかなる費用対効果をもつものかについての考察を明らかにされていることである。

我が国の精神科医療は民間精神科医療機関にその多くを委ねられ、発展してきた。地域精神科医療が充実したありようを示すためには、これら民間精神科医療機関が、入院中心の実践を改め地域生活中心の精神保健医療福祉の拠点となることに、臨床的にも、経営的にも強い動機をもつような、ガイドラインの作成と、診療報酬をはじめとした費用体系の手直しが必要である。そこで、本研究では、臨床的アウトカムのみならず、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んできたのである。

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た。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た。さらに、関連研究として、いくつかの調査研究を実施した。3年間の研究内容の俯瞰を図1に示す。

多施設共同の、対照群を有する比較研究

1. 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二つのサービスプログラムを医療機関および地域の資源を活用して構築した。

1) 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)

具体的には、以下の様な特徴を、このチームは持つ。

- (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。

2) 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ビリテーションと個別援助付き雇用の複合による就労支援研究)

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ヵ月(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およ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は、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に努める、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。

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

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。対照群には対象医療機関の通常のコメンタリー医療が行われる、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づけとした。

2) 重症精神障害者に対する認知機能リハと援助付き雇用の組み合わせによる就労支援

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もの、⑤一定の認知機能障害が認められるもの (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、介入群およ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および「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ールを行った。ブローカー型支援の結果、リファール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。

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、スタッフの支援行動についてのスタッフ自身や利用者の意識の各領域で行った。

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。

1) アウトカム指標

まず、「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。そのほか入院回数・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、精神症状などを臨床的指標とした。また、患者の生活に与える影響として、QOL、生活時間の構成の変化に関する指標、生活機能の評価などをアウトカム指標として採用した。

「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とらえられる認知機能、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。

2) サービス内容の記述、医療経済的評価指標

「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

計および、継時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。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を施行した。

3) スタッフの支援行動についてのスタッフ自身や利用者の意識

スタッフの意識：

モデルを実施する4エリアで直接モデルに携わる臨床スタッフを介入群 (n= 96) とし、モデルを導入していない全国11の精神科医療機関でアウトリーチ部門かつまたはデイケア部門に所属する臨床スタッフを対照群 (n= 89) とした。本研究に関与したスタッフの臨床における意識の変化を調べるのがその目的である。自記式調査票を用い、モデル実践開始前 (ベースライン) とその1年後、2年後の三時点でスタッフの支援態度・意識を評価した。

自記式調査票には、属性およ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。

スタッフに対する利用者の認識：

本研究による介入がスタッフのストレングス志向の支援態度に及ぼす影響を利用者の視点から把握すること、および、スタッフ側と利用者側の視点による一致の程度を確認し、今後の支援関係の質の向上のための知見を得ることを目的として調査を実施した。

介入研究の協力機関において、研究参加1年後の経過時 (平成24年11月～平成26年4月)、①介入群および対照群に割り付けられた精神障害をもつ当事者を対象とした無記名自記式調査 (利用者版評価)、および、②介入群の支援にあたるスタッフを対象とした無記名

自記式調査 (スタッフ版自己評価) を実施した。利用者版評価では、既存のスタッフ版尺度をもとに、「利用者版支援者ストレングス態度尺度 (10項目)」を作成し、使用した。

関連研究について

1. 「地方モデル」の検討に関する研究

25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、25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ヵ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、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効果の前後比較と、ケア内容の実際を調査した。

2. フィデリティ評価尺度の開発方法について (省略)

3. 日本版 IPS 型就労支援のフィデリティ評価ツール開発に係る研究

日本版 IPS 型就労支援フィデリティ評価ツールを開発し、ツールの信頼性と妥当性の検証を行うことを第一の目的に、日本の IPS 型支援実施機関の特徴を記述することを副次的目的として、調査研究を行った。

10項目のGOI、25項目のJIPS-25を作成した。この評価ツールを用いて、日本で精神障害者を対象とした個別就労支援を実施している17機関を対象にフィデリティ調査を行った。

4. 障害者就業・生活支援センター全国悉皆調査

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、調査を実施した。調査対象は、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316カ所である。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。

C. 結果

1. 多施設共同の対照群をおいての比較研究 多職種アウトリーチチームのサービス記述と 効果評価

1) 基本プロトコルと対象者の属性について

① 調査測度

1年ごとに(1)カルテによる精神科医療等の利用調査、(2)症状・機能評価(3)利用者に対する自記式調査(4)医療経済評価:レセプト、サービスコード、CSRI-J、を用いて評価した。

② 対象者のエントリー状況

介入群67名・対照群74名が研究に同意し、1年後フォロー時点では介入群53名・対照群62名が調査継続状態にあった。対象者のフローチャートを図3に示す。

③ 対象者のベースライン時の基礎属性

各群の対象者のベースライン時の基礎属性は、平均年齢は介入群40.9±11.3才、対照群40.8±11.4才であった。GAFは介入群42.0±10.1、対照群44.6±11.1であった。対象者の診断は統合失調症圏の患者が介入群67.3%(n=37)・対照群68.3%(n=43)であ

った。地域割り付けを行ったもののスクリーニング合計得点(p=.015)・SBS総合得点(p=.005)で介入群が有意に高く、WHO-QOL26で介入群が有意に低かった(p=.027)。

2) 支援プロセスの実態とサービス記述

① 方法

プロトコルに基づき、介入群の対象者に提供された支援をサービスコードにより把握し、55ケース・8,536コンタクトを分析対象とした。また経時的な変化をたどる分析については、サービス中断調査事例等を除いた52ケース・8,188コンタクトを分析対象とした。

② 結果

8,536回のコンタクト中2,489回(29.2%)が報酬有の実コンタクト、2,613回(30.6%)が報酬無の実コンタクト、3,434回(40.2%)が電話コンタクトとなっていた。また対象者に対して月平均5.9±5.2回の頻度で実コンタクトをとっており、また月平均で301.8±236.8分の実コンタクトを行っていた。診療報酬で請求できない理由について、最も多いのは『入院中の病棟訪問』で28.5%、次に『契約前の関わり(入院中)』で23.0%であったが、その他にも多岐にわたる理由が挙げられた。また初回入院中に月当たり8.8回、月に297分程度の実コンタクトを行っていた。退院後は月あたり4回前後の有報酬コンタクト・1回程度の非報酬コンタクトを行っていた。総コンタクト時間は平均月約300分前後で、頻度・量ともに横ばいで推移していた。

③ 考察

支援行為のかなりの割合が診療報酬上で無報酬になっていることが明らかになった。特に入院中・契約前の段階にかなりの労働量が割かれているのに対し、報酬上の裏付けがないことが理由と考えられた。多職種アウトリーチ支援のような柔軟な対応を求められる枠組みにおいては、きわめて多様な支援の様相を呈し、報酬上請求できない理由も多岐にわたっている。こうした部分を鑑みて制度設計

を行う必要があると考えられた。

3) 効果評価：サービスの履行と対象層に着目して

①方法

時期（BL時・1年後時）と群（介入群・対照群）を要因とした二元配置の反復測定・共分散分析を行い、時期と群の交互作用を検定することで、二群の得点の変動パターン之差を精査した。

②結果

全体での結果：

SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』において交互作用が有意であった（ $p=.007$ ）。

支援プロセスの履行状況別の効果評価の結果：

月 180 分以上（介入群の上位 70%）に限定した場合、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』で交互作用が有意であった（ $p=.008$ ）。

月 240 分以上（介入群の上位 50%）に限定した場合、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』

（ $p=.028$ ）および WHO-QOL26 総合得点（ $p=.016$ ）・『心理的領域』（ $p=.027$ ）・『全般的満足度』（ $p=.028$ ）にて交互作用が有意であった。

対象層別の効果評価：

旧来の ACT の対象者に近い重症精神障害者層（A 層）本研究における軽症層（B 層）に分けたところ、A 層では、WHO-QOL26 総合得点（ $p=.016$ ）・『環境領域』（ $p=.045$ ）で交互作用が有意であった。B 層では SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』で交互作用が有意であった（ $p=.005$ ）。

③考察

本研究では複数施設において入院中から地域生活支援の高いニーズもつ対象者を捕捉し、多職種アウトリーチ支援を行うことによる効果評価を行った。①支援プロセスの履行状況別の効果評価および②層別の効果評価を行ったことで、①十分な支援量を提供した層に主観的 QOL を中心に介入効果が現れており、また②対象層別に異なる影響が現れる可能性があることを明らかにした。

4)医療経済評価

①方法

医療経済的な評価を行うためレセプト調査・サービスコード・CSRI-J を用いて 1 年間に投入された医療・社会的コストを算出し、各費用および合計費用について介入群・対照群で t 検定により差を検定した。また WHO-QOL26 得点をメインアウトカムにした場合の費用対効果および増分費用効果費を算出した。さらにこれらの分析については (1)全体での介入群・対照群の比較、(2)月 240 分以上実コンタクトがあった介入群・対照群全体の比較、(3)介入群 A 層・対照群 A 層の比較および介入群 B 層・対照群 B 層の比較を行った。

②結果

費用の比較：

各分析において医療・社会的コストに大きな有意差は認められなかった。

費用対効果（CER）：

WHO-QOL26 上昇における費用対効果（CER）は高い順に介入群（月 240 分以上コンタクト）（223,958 円/点）>介入群 A 層（325,383 円/点）>介入群全体（363,580 円/点）>介入群 B 層（408,839 円/点）>対照群 B 層（557,654 円/点）>対照群全体（1,158,769 円/点）>対照群 A 層（-468,460 円/点）だった。

増分費用効果費（ICER）：

対比する支援に対して増分費用効果費（ICER）が低い＝通常の治療に加えて更なる効果を得るための追加コストが低かったのは、介入群 A 層への支援（46,288 円/点（WHO-QOL26））、次に介入群月 240 分以上コンタクト層への支援（69,499 円/点（WHO-QOL26））への支援であった。

③考察

本報告では対照群と比べて医療・社会的コスト費は必ずしも高くないことが明らかになった。また『月 240 分以上コンタクトをする集中して支援した場合』ないし『対象層を A 層に限定した場合』の ICER が比較的低いことから、医療経済的な観点を鑑みても、多職

種 OR では一定の濃度で支援を行うこと、また対象層を A 層のような重症層に限定することは、妥当であると考えられた。

2. 重症精神障害者に対する認知機能リハと援助付き雇用の組み合わせによる就労支援

1) 基本プロトコルと対象者の属性について

6 サイト合計 111 名から文書による同意が得られ、無作為割付によって認知機能リハビリテーションと援助付き雇用の組み合わせによる就労支援を受ける群 (CR+SE 群) と仲介型就労支援のみをうける群 (仲介型群) の 2 群に振り分けられた。その後両群で研究対象外のものや同意撤回者が生じ、分析対象者は CR+SE 群 47 名、仲介型群 47 名、合計 94 名となった。対象者のフォローチャートを図 4 に示す。この 2 群においてベースライン時の患者属性や臨床的評価には GAF 得点 (仲介群 > CR+SE 群) を除いて有意差はなく、割付は概ね成功した。

2) 臨床関連指標のアウトカム

①方法

各評価測度の得点についてベースライン時、4 ヶ月時、12 ヶ月時の推移を群別に検討するため群と時期を独立変数、各評価測度得点を従属変数とし、GAF 得点についてはは繰り返しのある二元配置分散分析、その他の変数はベースライン時に両群間で有意差がみられた GAF 得点を共変量として投入する繰り返しのある二元配置共分散分析を実施した。

②結果

GAF 得点、BACS の言語性記憶、作業記憶、文字流暢性、符号課題および総合得点について交互作用に有意差がみられた (言語性記憶 : $F=4.674$, $p<.05$, 作業記憶 : $F=3.971$, $p<.05$, 文字流暢性 : $F=6.240$, $p<.01$, 符号課題 : $F=6.771$, $p<.01$, Composite Score : $F=6.753$, $p<.01$)。

これらの変数について単純主効果の検討を行った結果、群ごとにみると CR+SE 群では認知機能リハビリテーション (CR) を受けた

前後であるベースライン時と 4 ヶ月後で仲介型群と比べて有意に得点が改善しており、12 ヶ月後でもその改善が維持されているかさらに得点が改善していた。また時点ごとの比較ではまず GAF 得点についてはベースライン時と 4 ヶ月時で仲介型群が CR+SE 群と比べて有意に得点が高かったが、12 ヶ月後時点では CR+SE 群の得点の上昇によって両群の有意差がなくなった。

BACS の各下位領域の得点については 4 ヶ月後時点では言語性記憶、作業記憶、符号課題および総合得点で、また 12 ヶ月後時点では BACS の言語性記憶、作業記憶、文字流暢性、符号課題および総合得点で CR+SE 群は仲介型群と比べて有意に得点が高かった。

③考察

CR+SE 群は CR によって認知機能の多くの下位領域と全般的な認知機能が改善し、なおかつ CR が終了後もその改善が維持されていたことが示唆された。認知機能の改善によって対象者の生活に良い変化がもたらされ、これが全般的機能の評価である GAF 得点の上昇につながったと考えられる。精神症状については両群とも 3 時点で大きな変化はなく、CR や就労支援の精神症状に対する影響は見られなかったがこれは先行研究の知見とも一致する結果であった。

3) 就労関連指標のアウトカム

① 結果

群間の就労関連指標には大きな差が見られた。就労率について CR+SE 群は仲介型群と比べて有意に多い対象者が就労して、全体の 63.8% が就労していた。CR+SE 群は研究開始から 3-4 ヶ月間は CR と就労準備活動のみを行い、地域における求職活動はしないことがプロトコルで定められていたことから、実質的には 8-9 ヶ月間の間に上記の就労率を達成した。加えて、就労したものの就労回数、雇用契約を結んでいた期間である合計就労期間、実際に働いた日数である合計就労日数のいずれも CR+SE 群は仲介型群と比べて多く、ま

た長かった。さらに両群の就労したものについて離職回数を検討すると、両群間に有意差はなかった。

また、本研究を遂行する過程で6つの研究協力機関はその支援体制から3つの支援タイプに分類することができ、副次的に支援タイプ別にも就労関連指標について整理した結果、CR+SE群の就労率がもっともよかった支援タイプは、「就労支援機関に生活支援員を配置」（地域事業者型）する支援タイプである国府台・仙台サイトであり（就労率100%）であり、次いで就労率がよかったのは「医療機関に就労支援員を配置」（医療機関型）する支援タイプの小平・ひだサイトであった（就労率50%）。

② 考察

本研究で実施された認知機能リハビリテーションと援助付き雇用の組み合わせによる就労支援は、重い精神障害をもつ人の就労とその維持に対して効果的であることが示唆された。また、支援タイプ別にみると、1つの機関内に就労支援専門員と生活支援員の両方が所属することは重い精神障害をもつ人の就労支援を実施する際に重要であると考えられた。

4) サービスコード票を用いたプロセスデータ分析

① 方法

援助付き雇用における支援タイプ別（医療機関型、連携型、地域事業所型）のサービス内容やサービス提供時間を把握すること、および就労アウトカムに関連するサービス内容を検証することを目的に、サービスコード票を用いたプロセス調査を行った。サービス提供時間の検証には、1対1換算のサービス提供時間（実サービス提供時間÷利用者数×スタッフ数）を用いた。また、サービス内容は「認知機能リハビリテーション+ビジネスマナー」、「個別就労支援」、「個別生活支援」、「集団プログラム」、「その他」の5つのカテゴリーに分けて分析を行った。

② 結果

支援タイプにおける臨床的不均一性

（clinical heterogeneity）が確認された（16ヵ月間の1人当りの1対1換算のサービス提供時間の合計は、医療機関型=3,452分、連携型=6,509分、地域事業者型=10,887分であった。就労アウトカムとサービス内容の分析では、就労者は就労前と就労中に1ヵ月当たり平均で6時間（就労前：約373分、就労前+就労中：約360分）の個別就労支援に関連するサービスと、1ヵ月当たり1.5時間の個別生活支援に関連するサービス（就労前：約90分、就労前+就労中：約87分）を受けており、未就労者と比較し有意に多かった。特に個別就労支援時間の長さは、16ヵ月間の就労の有無（OR=1.04 [95% CIs=1.01 to 1.07], p=0.035）や就労日数の長さ（Coefficient=0.31 [95% CIs=0.08 to 0.55], p=0.010）と関係していた。他方、集団プログラムについては、単変量解析と多変量解析の両方で就労アウトカムとの関係は見られなかった。

③ 考察

最も就労率（88.2%）の高い地域事業所型のサービス内容から、重度の精神障害を持った人への就労支援には、個別性の高い支援の重要性が示唆された。また、就労支援の開始時期や就職時期の前後には集中的かつ濃密なサービスが必要であると推測された。効果的な就労支援を実施するためには、個別かつ時期によって集中的なサービスを供給できるシステムの展開が重要であり、それを可能にする制度改正へのアプローチが今後の課題として示唆された。

5) 医療経済評価

① 方法

分析対象者は92名（介入群：45名、対照群：47名）であった。就労やコストに関するデータは、レセプトや日本版クライアントサービス受給票、サービスコード票、職場開拓記録票、アウトカム・モニタリングシートなどから収集した。

② 結果

介入群の就労者数（n=30）は対照群の就労

者数 (n=12) より有意に多かった ($\chi^2=15.678$, $p<0.001$)。また、平均就労期間についても、介入群 (85.9 日, [sd=88.5 日]) が対照群 (33.0 日, [sd=82.1 日]) より長い結果となった ($z=3.857$, $p<0.001$)。

費用の比較：

コストに関して、対照群の 12 ヶ月間の合計コスト (174 万 7,533 円, [sd=158 万 4,114 円]) と比較し、介入群の合計コスト (180 万 1,255 円, [sd=109 万 9,031 円]) はごくわずかに上回る結果となった。他方、介入群と対照群における積み上げコストの特徴は異なった。介入群では所得保障費 (64 万 654 円, [sd=61 万 6,173 円]) が高く、福祉・公的サービス費 (42 万 6,142 円, [sd=48 万 8,183 円]) やデイケア費は、認知リハや就労支援が活発化する中盤までに多くのコストが費やされ、終盤には減少する傾向があった。対照群においては、福祉・公的サービス費 (49 万 826 円, [sd=60 万 4,149 円]) が 12 ヶ月継続して一定の割合占めたほか、入院医療費 (43 万 7,713 円, [sd=121 万 4,728 円]) が全体のコストを押し上げる形となった。

費用対効果 (CER)：

介入群における 12 ヶ月間の就労 1 日当りのコスト、つまり就労期間 (日) の CER は 2 万 972 円であった。他方、対照群の CER は 5 万 3,024 円であった。

増分費用効果比 (ICER)：

就労が 1 日伸びた分の増加コストである増分費用効果比 (ICER) は、本研究の場合 1,015 円 (365 日分を仮定すると、約 37 万円) であった。

③ 考察

英国や World health organization の ICER の基準 (約 340 万円～約 510 万円以下で費用対効果あり) を参考にすると、認知機能リハビリテーションと援助付き雇用は、日本の従来型の就労支援と比較して、費用対効果が高い実践と判断できた。

3. 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) 支援態度の 2 年間フォローアップ

①方法

モデルを実施する 4 エリアで直接モデルに携わる臨床スタッフを介入群 (n= 96) とし、モデルを導入していない全国 11 の精神科医療機関でアウトリーチ部門かつまたはデイケア部門に所属する臨床スタッフを対照群 (n= 89) とした。ストレングス志向支援尺度、リカバリー態度尺度などで構成される自記式調査票を用い、モデル実践開始前 (ベースライン) とその 1 年後、2 年後の三時点でスタッフの支援態度・意識を評価した。

②結果

三時点すべてにおいて回答が得られた介入群 59 名、対照群 44 名に対する繰り返しありの二要因分散分析の結果、介入群はリカバリー態度尺度において 2 年後得点が、EBP への態度尺度において 1 年後得点が、それぞれベースライン得点よりも有意に高いことが示された。その他の多くの指標では、介入群が対照群よりも有意に高い得点を示した (群の主効果)。

各時点で回答が得られた全対象者について、繰り返しなしの二要因分散分析を行った結果、ストレングス志向支援尺度の「本人参加と意思決定」下位尺度の自信度はすべての時点で介入群は対照群よりも有意に高い得点を示し、介入群では、1 年後よりも 2 年後で有意に高い得点を示した。また EBP への態度尺度では、介入群がベースラインよりも 1 年後で有意に高い得点を示した。その他の多くの指標では、介入群が対照群よりも有意に高い得点を示した (群の主効果)。

③考察

本研究班で構築した「地域生活中心」を推進する地域精神科医療モデルにおける実践により、臨床スタッフのリカバリー志向の態度が高まり、支援チーム全体としてもストレングス志向支援を実施する自信が高まると考えられた。また、介入群ではリカバリー志向やストレングス志向の高い支援が実施されてい

る（質の担保）ことが示唆された。

2) 利用者版評価に基づく検討

①方法

研究の協力機関において、研究参加1年後の経過時(平成24年11月～平成26年4月)、①介入群および対照群に割り付けられた精神障害をもつ当事者を対象とした無記名自記式調査(利用者版評価)、および、②介入群の支援にあたるスタッフを対象とした無記名自記式調査(スタッフ版自己評価)を実施した。利用者版評価では、既存のスタッフ版尺度をもとに、「利用者版支援者ストレンクス態度尺度(10項目)」を作成し、使用した。

②結果

介入群においては、利用者による評価では研究種別に関わらず同等であることが確認される反面、スタッフによる自己評価では「認知機能リハ+援助付き雇用」の支援者の方がストレンクス志向での支援の実施度・自信度が高いことが明らかになった。

「多職種アウトリーチ」の利用者版評価では、介入群の利用者は対照群に比べスタッフに対する評価が高く、特に、「クライシスプランの協働作成」「スタッフ自身の自己開示」「地域における支援活動の実施」において顕著であった。一方、「認知機能リハ+援助付き雇用」の対照群の利用者は、支援態度に対する評価が介入群同様に高く、介入の有無による差異は見られなかった。

さらに、利用者版評価の大半項目において、スタッフ自身の評価と共通していることが確認されるとともに、利用者の方が高評価である項目(クライシスプランの協働作成、支援計画の協働作成)やスタッフの方が高評価である項目(スタッフ自身の自己開示、地域における支援活動の実施)も確認され、いくつかの側面においては、利用者-スタッフ間での意識に差異が見られることも明らかになった。

4. 関連研究について

1) 「地方モデル」の検討に関する研究

多職種アウトリーチ支援に関しては、実施した3つのサイトのデータを統合して、地方モデルの全般的記述と短期アウトカムについて記述ができた。

多施設共同研究同様のスクリーニングとインフォームドコンセントによって25名がエントリーした。対象者の臨床像は多施設共同研究を実施した、都市部の対象者とほぼ同様であった。サービスコード票の集計結果によると、コンタクト頻度や時間およびチーム構成はプロトコルに沿ったものが実施可能であった。しかし、全サービスの43%が診療報酬を請求できないサービスであり、必要な支援に報酬がつかない状況がみられた。これは本人を含むケア会議、その他の治療に関する職員同士の会議など所属先の異なる複数の専門職が一人の患者の支援を実施する際に費用の請求先がない、訪問看護ステーションの職員が入院中の患者の退院前支援に入る際にも請求できない状況が生まれる、などによるもので、日本の精神科医療(保健)がネットワークによるチーム支援を想定していないことによるものと思われた。

臨床的成果としては、6ヵ月後の対象者の社会機能や全般的機能、および生活時間の構成における他者とのコミュニケーション時間には有意な改善がみられた。ただし、追跡期間6ヵ月間に再入院者は7人(28%)あり、この7人は、インデックス入院期間の長さ、退院時精神症状の重さや社会機能の低さ等に共通点はなかった。一方で、サイトによる入院率の違いが見られたことから、支援体制や環境の違いが再入院に関係している可能性が示唆された。

以上から、地方サイトにおける多職種アウトリーチは、都市部でのアウトリーチと同様の臨床像をもつ対象者にニーズがあることが示された。しかしながら、多機関によるネットワークの多職種チーム支援を実施するには、

制度的に必要なサービスが無報酬となってしまうという問題が指摘できた。また、地域メンタルヘルスの観点からは、危機介入に対応できるキャッチメントエリアの設定が不可欠であることが示唆された。

一方、地方モデルの認知機能リハビリテーションと援助付き雇用は、診療所機能を持つ精神保健福祉センターで、他の医療機関に主治医を持つ統合失調症者を対象に実施した。80%以上出席した12名について、11名が機能の改善を示し、全員のGAF得点が改善した。終了後は10名が就労や家庭内の家事、2名が就労移行支援事業所への通所となった。一般就労できた2名については、就労継続が13ヵ月および8ヵ月であり、現在まで続いている。

認知機能リハビリテーションと援助付き雇用の組み合わせによる就労と就労継続には一定の効果がみられ、それらは6ヵ月以上持続したといえた。

2) フィデリティ評価尺度の開発方法について (略)

3) 日本版 IPS 型就労支援のフィデリティ評価ツール開発に係る研究

10項目のGOI、25項目のJIPS-25よりなる評価ツールを用いて、日本で精神障害者を対象とした個別就労支援を実施している17機関を対象にフィデリティ調査を行ったところ、1機関を除く16機関のJIPS-25評価点が74点以上であった（IPS-25では、73点以下について「援助付雇用とはいえない」と判定する）。

調査で取得したデータから、GOI、JIPS-25共に評価者間信頼性が確認された。妥当性については、IPS 標榜群 (n=12) はそうでない群 (n=5) よりもGOIおよびJIPS-25の得点が高い傾向にあったことから、弁別的妥当性が確認できた。また、IPSを標榜する機関はそうでない機関と比較して、新規登録者数は少ない傾向にあり、就職率および離職率は高い傾向にあった。また、JIPS-25と就職率お

よび離職率とは有意な正の相関が示された。ただし、JIPS-25の下位項目「地域ベースのサービス」の評価の高い機関ほど離職率は低いという結果も示された。

4) 障害者就業・生活支援センター全国悉皆調査

調査の回収率は62.97%であった。本調査の結果から、全事業所の平均スタッフ数は 4.56 ± 1.91 人であり、少人数で1年間の平均新規登録者数 69.59 ± 54.99 人、さらに平均全登録者 343.75 ± 206.83 人を支援している実態が明らかとなった。スタッフは介護や教育など医療となじみが深いとは言えないバックグラウンドをもつもの多く、精神障害を対象とした平均支援経験年数は 4.37 ± 4.85 年で精神障害の障害特性など医療に関連する研修のニーズが高いことも明らかとなった。

障害種別ごとの就労転帰では知的障害では求職中のもの52.1%、障害者求人によって就労しているもの37.6%であった一方、精神障害では求職中のもの68.6%、障害者求人によって就労しているものが19.1%であった。

精神障害者に対する支援実態では、調査に回答した199機関のうち、多くの機関が登録や求職に関する支援開始にあたってなんらかの基準を設けており、いずれも「就労の意欲があるか」、「病状が安定しているか」、「就労について主治医が賛成しているか」の3点を重視している機関が多かった。また精神障害者の支援にあたって困難感・負担感を尋ねた結果、障害特性に関連する項目では「病識がない、もしくは障害受容が進んでいない」、「就労の意欲が不安定であること」、「病状が不安定であること」に特に困難を感じている機関が多かった。

精神障害をもつ個別ケースについて支援のプロセスを6つの支援要素（i関係づくり・アセスメント、ii就労前訓練、iii生活支援、iv医療と関わりのある支援、v求職に関する支援、viその他）に分け、その実施数について尋ねたところ、7割弱のケースでほぼすべての要素を網羅する支援がなされている一方、利用者にとってもっともニーズが高い「求職