

に関する支援」が未実施ないしは後回しになっているケースが4割程度みられた。登録を試みたものの就労意欲や病状の不安定さによって求職のための支援まで行き着けていない場合が少なからずあることが示唆された。

就労転帰については、過渡的雇用や委託訓練・実習・社会適応訓練などの訓練も含めて何らかの就労機会があったものが約半数であった。就労先をみると障害者求人によって同じ職場に勤めたものの割合がもっとも多く、特例子会社や雇用契約の有る就労継続支援A型を合わせると全体の6割が障害者求人による雇用によって就労していた。これに加えて2割弱のものが一般求人による週20時間以上の雇用で就労していた。ただ、就労先別の平均就労期間をみるといずれの就労先においても半年に満たない平均就労期間となっていた。

全体データと並行して統合失調症、気分障害、発達障害の3つの疾患について疾患別の整理も行ったところ、発達障害の支援は精神障害の支援とはまったく異なるプロセスをたどることが推察され、これらの支援を同時に行うにあたっては、センタースタッフに対して相当の支援が必要であると考えられた。

D. 考察

一多施設共同の、対照群をおいての比較研究
を中心として一

1. 多職種アウトリーチチームの「地域精神科医療モデル」における意味

【多職種アウトリーチチームは臨床的に効果的か】

多職種アウトリーチチームのアウトカムについてACT (Assertive Community Treatment) の有効性は、すでに多くの先行研究があり、我が国における追試研究も成果を出している⁶⁾。しかしながら、本研究のように、ACTばかりでなく、さまざまな形のアウトリーチチーム全体の成果をみるとなると、チームの構造や、対象者層のばらつきから、介入の効果が不鮮明になる。

そこで、本研究では、

・支援プロセスの履行状況

・対象層

という視点のもとに分析を行ない、介入の効果を明らかにしてきた。

以下、吉田分担研究報告書から要約される考察を述べる。

まず、支援プロセスの履行状況による効果への影響であるが、介入群に投入された支援量を目安に、月180分以上(介入群の上位70%)、月240分以上(介入群の上位50%)と限定して評価を行った結果、主観的QOLおよびSBS(社会行動尺度)を中心に、観察された効果の大きさは『月240分以上のコンタクトをした対象に限定した分析』>『月180分以上のコンタクトをした対象に限定した分析』>『介入群全体の分析』という状況にあった。

すなわち、今回の研究では、重症な精神障害者の地域生活支援を行うためには一定の濃度で関わる必要があることが示された。とくに月240分以上(週換算で60分以上)の実コンタクトをとった場合に結果が顕著だったことは、臨床的な関わりを行う上での重要な示唆である。量に関するモニタリングや規定が、効果を上げるうえで重要な要素であることは、今後の制度設計をするうえでも、見落とせない観点である。

また、とくに影響が見られたのは、主観的QOLに関する指標であり、対照群では時期の単純主効果が認められない(ほぼ横ばい)のに対して、介入群では時期の単純主効果が認められることから、通常のサービスでは1年間の対象者の主観的QOLを向上させないものの、アウトリーチサービスを十分に受けた対象者は主観的QOLが向上すると推察された。これは、重い精神障害者においても、アウトリーチ支援を展開し、関わりのあるようを変化させることで、その生活状況は改善されうる可能性を示している。

「関わりのつけやすい軽症の対象者だから効果があるのではないか」という疑義については、月240分以上のコンタクトをつけている対象者の方が、スクリーニング合計得点が

高い(生活困難度が高い)ことから、この疑義はひとまず退けてよい。むしろ逆に、生活困難度の高い対象者の方が、支援のニーズを利用者・関係者ともに感じているため、結果的に支援の濃度が高まりやすい、という方が妥当な推論であるといえる。

次に、対象層別の効果評価であるが、対象を A 層（旧来の ACT の対象者に近い重症精神障害者）と B 層（旧来の ACT の対象層からは離れている比較的軽症な層および統合失調症・感情障害圏以外の者）で分けると異なる結果が示された。具体的には、A 層では主観的 QOL を中心に介入効果が見られており、これらは中程度（偏 $\eta^2=0.06$ ）もしくは大程度（偏 $\eta^2=0.16$ ）の効果と解釈された。B 層では SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』において交互作用が観測された（ $p=.004$, 偏 $\eta^2=.134$ ）。これらは大程度（偏 $\eta^2=0.16$ ）に近い効果と解釈された。

これらの結果は同じ多職種アウトリーチサービスといっても効果のあり方が対象層によって異なることを意味している。A 層では主観的 QOL を中心に介入効果が示唆されたが、A 層は地域生活上の困難度が高い対象である。アウトリーチサービスの提供が具体的に生活状況を改善し、主観的 QOL 上の得点上昇として現れたのではないかと考えられる。他方で、SBS の下位尺度得点の改善は見られなかったが、若干重篤な層であるためそうした行動には影響がもたらされなかったのかもしれない。症状・機能上の変化は伴わなくとも、効果量も大きい形で生活の質・満足度を上げられることが示唆されたことは、大きな意味をもつと考えられる。

逆に B 層では SBS 上の問題行動の一部の改善について示唆されたが、他方で主観的 QOL 上の変化は対照群と有意な差をみなかった。B 層ではスクリーニング合計得点が A 層に比べて比較的低い層であるため生活の困窮度も低く、アウトリーチサービスによる顕著な変化をもたらさなかったのかもしれない。しかし A 層に比べて問題行動の一部が改善示

唆されることから、介入が無為であるとはいえないであろう。

以上より、多職種アウトリーチ支援は、対象層別に異なる影響が現れる可能性があり、より重症である A 層では主観的 QOL に象徴される生活改善への影響、比較的軽症な B 層では SBS の陽性症状に伴う行動への影響が示唆された。

これまでの、まとめれば、多職種アウトリーチによる支援は QOL の増加を目的に、重症度の高い層に実施することで、より効果をもたらすといえる。その場合も、月 240 分以上(週換算で 60 分以上)の実サービスが可能なような、関係づくりや支援モデルの構築が、より良い効果を上げるためには目指す必要があることが示唆された。

【多職種アウトリーチチームのサービスプロセスでは、現在どのようなコストの問題があるか】

本研究では多職種アウトチームの支援状況について詳述したが、その中で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。時間ベースで換算した場合、全臨床時間の 57.7%が報酬有の実コンタクトではあるものの、33.4%が無報酬の実コンタクト、8.9%が電話コンタクトであり、全臨床時間の半分弱が無報酬となっていることになる。

この理由としては、もっとも多い理由としてあげられたのは『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。研究エントリー時の、患者 1 人あたり平均入院期間 79.4 日に平均して投入されている支援は、電話 63 分・無報酬コンタクト 709 分・有報酬コンタクト 79 分であり、合計で 800 分を超えている。これは月当りに直せば約 300 分であり、かなりの労働量を割いていることが明らかになった。

一方、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。総コンタクト時間は平均月約 300 分と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た。このようななか、一日複数回実コンタクトも稼働日数の 11.7%。全体の回数の 12.2%を占めており、これも無報酬コンタクトの一因であった。

以上、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、それが堆積して、無報酬のコンタクト時間が半分弱を数えるようになってきている。今後、多職種アウトリーチチームを普及するにあたっては、1つ1つの行為に対して報酬を付与していく形式の報酬体系でこれらに対応するには限界もあり、「まるめ」の管理料などの方式での対応も検討されるべきであると考えた。

【多職種アウトリーチ支援は、費用対効果から見ても有効か】

介入群と対照群にかかる費用を集約して比較すると、医療・社会的コストに大きな有意差は認められなかった。一般にアウトリーチをすることで追加コストがかかると考えられがちであるが、そのような仮説は否定された。QOLの向上を中心に介入効果があるのに対してコストは必ずしも対照群と比べて高くないという事実は、多職種アウトリーチ支援の展開・制度化を考えるうえで非常に大きな意味をもつと考えられる。

これを、費用対効果で試算すると、費用対効果が高い支援は、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 層という順になった。一方、増分費用効果費（ICER）を算出してみると、対比する通常の支援に対して、最も増分費用効果費が低い＝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)）であった。

『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、介入群全体または介入群 B 層の ICER より低いことから、医療経済的な観点で判断しても多職種アウトリーチ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、妥当な方針であると考えられた。

2. 認知機能リハビリテーションと援助付き雇用の「地域精神科医療モデル」における意味

【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は臨牀的に有用か】

佐藤分担報告書に詳述した本研究の成果を、簡単に再掲すれば、認知機能リハビリテーション（CR）と援助付き雇用（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臨牀的指標として示唆された、ということである。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。

一方、就労率についても、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。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。

これらのことから、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ている。

また、1年後の就労関連指標をみると、「就労支援機関に生活支援員を配置」する支援タイプ（地域事業所型）>「医療機関に就労支援員を配置する」支援タイプ（医療機関型）>「医療機関と就労支援機関が緊密な連携を

実施」する支援タイプ（連携型）、であった。就労回数、合計就労期間、合計就労回数についても同様の傾向が見られた。

これらより、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。これは、Cookら（2005）が Employment Intervention Demonstration Program Measure で推奨した在り方を支持する結果であった。

【認知機能リハビリテーションと援助付き雇用を有効にするためのプロセスとは】

山口研究報告書に詳細に述べられたことを要約すると、以下ようになる。

まず、1対1換算のサービス提供時間の長かった地域事業所型では高い就労率（88.2%）を示したことから、重い障害を持った人に対する就労支援には、集中的な個別サービスを提供する必要があると考えられた。具体的には、認知リハ後の具体的な就労支援を始める時期と対象者が就労を開始する時期に集中的なサービスを提供する必要があったと推測される。就労支援初期と就職前後の濃密なサービスの重要性^{8,9)}や就労期間との関係¹⁰⁾は米国の先行研究でも指摘されており、日本の援助付き雇用でもその重要性が実証されたと考えられる。

また、16ヵ月間の就労状態（就労の有無）や就労期間、就労日数とサービス内容の関連について、就労した利用者は、就労前あるいは就労中に受けた「個別就労支援」、「個別生活支援」のサービス量（1対1換算のサービス提供時間）が有意に多かった。この結果から、本研究の対象となった重度の精神障害を持った人の就労支援には、個別の手厚い支援が必要になると示唆され、他方、「集団プログラム」、特に就労に直接関係しない「その他のプログラム」については、就労アウトカムへの効果は疑問が残った。

また、基本属性や交絡要因を調整した多変量解析の結果では、就労状態や就労日数の長

さに関係するのは、「個別就労支援」の時間の長さのみであった。就労アウトカムの向上のためには、生活支援や集団プログラムという従来の支援の枠を超えて、個別的就労支援により多くの時間を費やすことを念頭にしたサービス供給システムを展開させる必要があると示唆された。これは、地域精神科モデルを形成するうえで、重要な所見であろう。というのは、本研究で認められた、医療機関型や連携型における比較的少ない1対1換算のサービス提供時間は、就労支援担当者（ES）の不在や人員不足、あるいは在宅・リハビリテーション部門の絶対的なマンパワー不足が関連しているかもしれないからである。今後、各ESやケースマネージャーが担当する利用者数に上限を設けるなど、個別に対応できる時間を確保するための構造的変化が必要かもしれない。

【認知機能リハビリテーションと援助付き雇用を医療経済的に評価すると】

山口研究報告書を要約すれば、介入群におけるコストの積み上げの特徴として、対照群と比較し、所得保障費が高かったことが挙げられる。年金や生活保護は当事者の生活の安定にとって大きな意味を持つ。対照群と比べ、介入群では就労者数が多かったが、年金や生活保護の受給者数も多かった。対象者が安定して就職活動をできた理由の1つは、年金や生活保護の受給により生活の日々の生活が経済的に追い込まれていなかったからかもしれない。本研究においては、研究開始時期から、対照群より介入群で所得保障を利用している対象者数が多かったが、それ以外にも介入群の所得保障費の積み上げコストが多くなった理由としては、各サイトのケースマネージャーや就労支援員が対象者の就労後も所得保障の減額がないように調整した結果とか、対象者が所得保障を不要とするだけの収入を得られなかった可能性とか、対照群が家族からの援助をより多く受けて生活していた可能性などが推測された。

また、介入群における福祉・公的サービス

費およびデイケア費の特徴は、研究開始から就職支援が活発な中盤までに多くのコストが費やされた点である。特に4ヵ月目までは、認知リハが行われている期間であったことが影響していると示唆される

赤字（持ち出し）部分については、対象者の多くが就労した中盤以降に増加する傾向にあった。これは就労前後にアウトリーチの機会が増えるにもかかわらず、現行の診療報酬制度ではデイケアスタッフのアウトリーチ活動に対して報酬がないことや、利用期限がある就労移行支援事業所は対象者が就労した場合に契約を打ち切り、その後のサービスは持ち出しになっている現状が反映されたものと推察される。

一方、対照群におけるコストの特徴は、総合福祉法下のサービス費およびそれ以外の福祉・就労・公的サービス費が多かったことである。これに関しては、各サイトの対照群のケアマネージャーによる調整先が、トレーニング型あるいは継続的な通所を前提とした生活や就労支援機関などであったため、対象者の一部が長期間にわたって高頻度で支援機関を利用したことが影響していると推測される。対照群のコストとしての特徴として最も顕著だったのは、入院医療費であった。対照群の入院した対象者は8名であったが、一人当たりの合計コストでは、全体の4分の1を占める。就労という挑戦をする場合には、対象者が心理的に揺らぐ場面がある。仲介型の支援では、その揺れを支援しきれず、入院に至ると最終的にコストの側面でも負担が大きくなると示唆された。

Cost effectiveness planeにおけるICERの座標は、臨床的効果はあるが、コストが高い領域に位置した。この領域にICERが位置する場合、ICERの値をどのように考えるかが重要になる。本研究におけるICERは、就労が1日増える分のコストの平均的な増加額を指している。そこで、本研究の結果から得たICER(1,015円)に365(1年の日数)を掛け、就労期間が1年伸びた場合のICERを仮

定すると、37万475円となる。英国¹¹⁻¹³⁾やWHO¹⁴⁾の基準を参考にすれば、本研究における認知リハと援助付き雇用は十分に費用対効果が高い実践と考えられた。

3. 地域精神科モデル医療のこれから

本研究で焦点をあてた、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援助付き雇用が、従来の医療的関与と最も異なるところは、それが精神症状の安定や治癒といった病理的要素の改善を目標としたものではなく、人としての生活機能の向上を目指そうとしたものであるという点である。当然、その過程には、疾病の安定や再発の予防も視野に入れられるが、それが、第一の目的ではない。「地域社会の中で暮らし続けたい」「障害をもっていても、仕事をしたい」という、本人の希望があって、その希望の実現のために、何をしていくことが必要なのか、どのように環境を整えることが求められているのかという観点から、支援は実施された。本報告書の中では、いまだ十分に言及されていないが、薬物療法の選択も各支援チームのチーム精神科医によって、このような文脈にそってなされている。本研究の眼目は、これらのプログラムを、医療機関を中心に多職種チームで実施することで、現在存在する、我が国の精神科医療機関を中心とした支援モデルを、利用者の地域生活を重んじる支援にどの程度変えていくことが出来るかにあった。

そして、すでに詳述したように、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をもたらすこと認められた。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。そして、重要な

こととして、多職種アウトリーチ、認知機能リハ+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はなく、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、施策の中に位置づけられやすく、今後の普及の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ない。一般の精神科医療機関が、これらを本格的に実施するにあたっては、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。同時に、実施にあたって臨床スタッフの支援姿勢の変化、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。

研修の重要性については、本研究でも十分に意識して、多施設共同研究の分担研究者、研究協力者には、各医療機関において、患者が、自分自身の生活をとりもどすこと（リカバリー）の支援をする姿勢をスタッフに浸透するように努めていただいたし、科学的根拠に基づく支援の重要性も伝えていただいたと思う。具体的には、3年間で計7回の合同研修、事例検討、各サイトの見学などを行ってきた。これらは、スタッフの支援行動に対する意識の変化に反映された。

賛川分担研究報告書や種田研究報告書によれば、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、本研究に参与したスタッフの臨床姿勢を比較をしたところ、本研究に参与したスタッフ（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。

4. 本研究の限界

最後に、本研究の限界について述べる。

まず、二つのプログラムの研究に共通する問題として、本研究のマスキングは、レセプトデータだけに限定されていた。アウトカムに関する情報収集やCSRI-Jを利用した情報収集は、各対象者のケアマネージャーによって行われた。よって一定の観察者バイアスは否定できない。また、プロセス研究で用いたサービスコードの分析は、それぞれの支援に費やされた時間を提示できるが、支援の質は評価できなかった。また、サービスコード調査は現場スタッフの記載に頼る調査手法である。実際にはサービスを提供したにもかかわらず、何らかの理由により、スタッフがそのサービスを記載しなかった場合、そのようなサービスはデータには反映されていない。

多職種アウトリーチチームの研究においてはみられる限界は、以下の様である。

第1には、介入群・対照群の対象者の偏りである。地域による割り付けを行った際にくつかの基礎属性に有意差が見られた。統計的には調整したうえで分析を行ったが、対象層が異なる可能性は否定できない。第2には介入効果が現れた変数の範囲である。本研究では、プログラムの目標の一つである精神科医療の利用の低減、すなわち入院日数や入院回数などの精神科医療の利用状況には、大きな効果が見られなかった。過去の先行研究においても、多職種アウトリーチ支援ではこれらの変数に有意な影響があることが知られているが¹⁵⁾、本研究では影響を認めなかった。この原因としてはフォローアップ期間が1年と短く、初回入院による症状のスタビライズの方が介入の有無より強く影響している可能性、対象層が従来のACTの基準より広く取られているため状態像が軽い可能性、などが考えられる。第3には実施地域により介入の支

援量を完全に統一することができなかった。それぞれの地域で可能な多職種アウトリーチチーム支援を行ったことにより、介入に頻度・量にはかなりのばらつきが出ている。支援プロセスの履行状況別の効果評価によって、こうした問題をコントロールし新たな知見も得たが、より統一的な支援を行うことで研究の精度を向上させられた可能性は否定できない。

認知機能リハビリテーションと援助付き雇用の研究では、以下のような限界がある。

第1に、プロセス調査における研究デザインは、一定期間のクロスセクショナル調査である。よって、変数間の因果関係を明確にすることはできない。第2に、本研究では、支援タイプあるいはサイト別の臨床的不均一性を認めたが、サイト間の就労者の極端な偏りなどから、多変量解析の際にクラスタリング・エフェクト (clustering effect) を調整した分析ができなかった。第3に、医療経済研究は社会の視点に立ったが、家族の損失などについてのデータは、収集していない。たとえば、対象者が入院をして、その家族が仕事を休む場合には、社会的な損失があったかもしれない。第4には、比較的短い追跡期間があげられる。対照群の対象者においてはトレーニング型あるいは継続的な通所を前提とした支援機関を利用した者が少なからずいる。そのような対象者にとって、12ヵ月で就労するのは難しかったかもしれない。また、介入群の所得保障の問題についても、追跡期間が長ければ、所得保障の減額に到達する対象者が現れたかもしれない。

これらの限界は、今後のさらなる厳密な研究に向けた課題でもある。

E. まとめ

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た。3年間の結果として本年度集約した、多施設共同研究の最終結果は以下の様である。

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。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。

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・有意傾向であった。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=.004)。

医療経済評価では、介入群・対照群のあいだに、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層とならんだ。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。

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受ける群(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。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ヵ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ヵ月時で仲介型群がCR+SE群と比べて有意に得点が高かったが、12ヵ月後時点では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ヵ月後時点で

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ヵ月後点では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出来、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群の就労率を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。

プロセスデータの分析では、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ヵ月当たり平均で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・公的サービス費が12ヵ月継続して一定の割合占めたほか、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。

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。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 本研究報告書巻末参照のこと

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)
- 6) J. Ito, I. Oshima, M. Nishio, et al: The effect of Assertive Community Treatment in Japan. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 123: 398-401
- 7) Cook JA, Lehman AF, Drake R, et al: Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry*, 162(10):1948-56, 2005.
- 8) Bond GR, Becker DR, Drake RE, et al: A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabil Couns Bull* 40:265-284, 1997.
- 9) Bond GR, Peterson AE, Becker DR, et al: Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). *Psychiatr Serv* 63:758-763, 2012.
- 10) Howard LM, Heslin M, Leese M, et al: Supported employment: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*

- 196(5):404-411, 2010.
- 11) McCabe C, Claxton K, Culyer AJ: The NICE cost-effectiveness threshold: what it is and what that means. *Pharmacoeconomics* 26:733-744, 2008.
- 12) Appleby J, Devlin N, Parkin D: NICE's cost effectiveness threshold. *BMJ* 335(7616):358-359, 2007.
- 13) National Institute for Health and Care Excellence (NICE): The guidelines manual : Process and methods guides, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), London, 2012.
- 14) World Health Organization: Cost-effectiveness thresholds: results for 14 WHO regions. *CHOosing Interventions that are Cost Effective (WHO-CHOICE)*, World Health Organization, Geneva, 2005.
- 15) Marshall M, Lockwood A.: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*, 1998.

図 1 : H25 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

- サービスコード調査結果 (吉田光爾: 分担)
- アウトカム調査結果 (吉田光爾: 分担)
- 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: 協力)
- 医療経済的研究 (吉田光爾、泉田信行: 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

- アウトカム調査結果 (佐藤さやか: 分担)
- サービスコード調査結果 (山口創生: 協力)
- 医療経済的研究 (山口創生: 協力、泉田信行: 分担)

共通:

- スタッフの意識調査 (齋川信幸: 分担)
- 利用者の認識調査 (種田綾乃: 協力)

【関連研究】

1. フィデリティ評価尺度の開発方法についての研究 (吉田光爾: 分担)
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 (下平美智代: 分担)
3. 障害者就業・生活支援センター全国悉皆調査 (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) (村上優、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) (川上祐佳里: 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

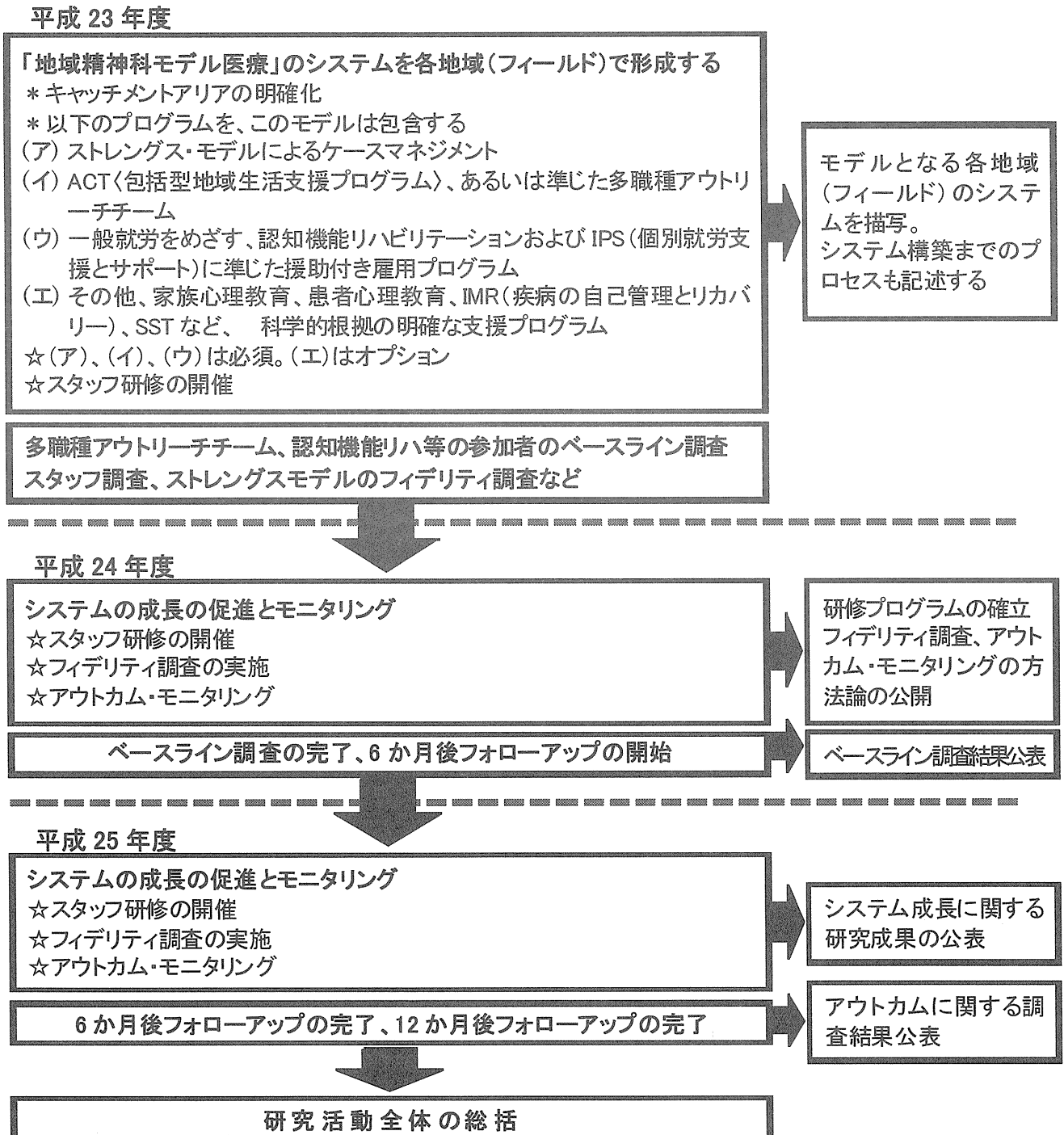


図 3

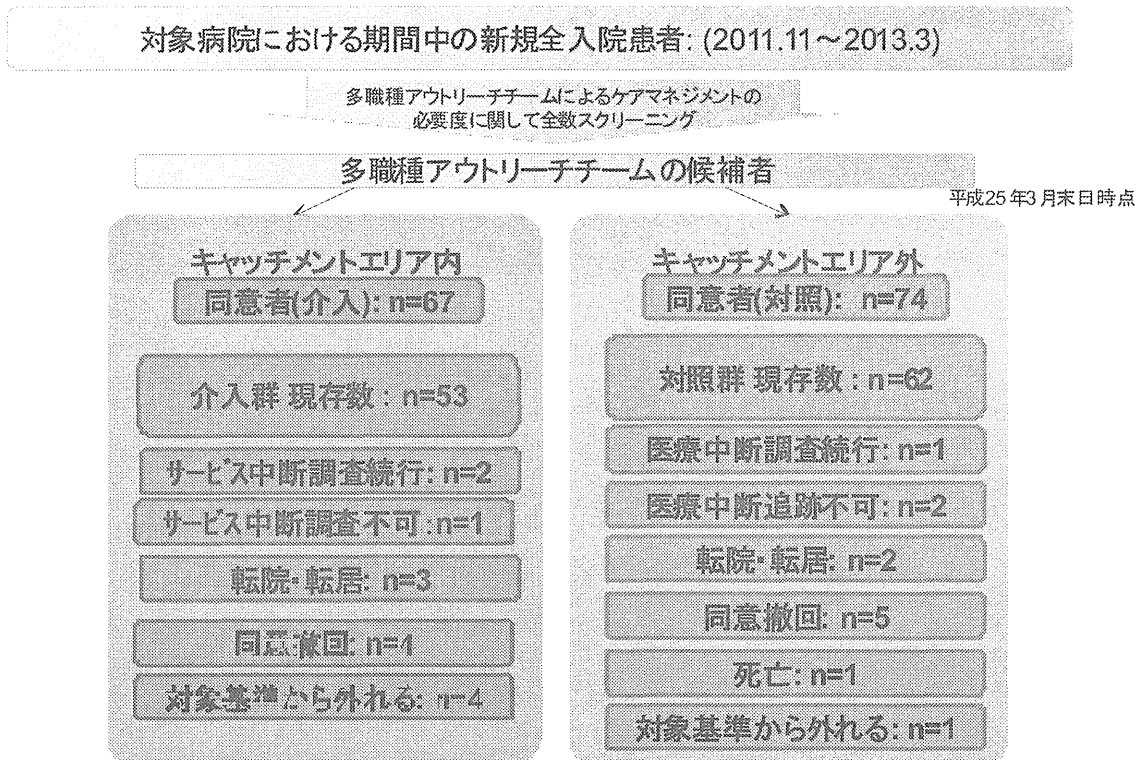
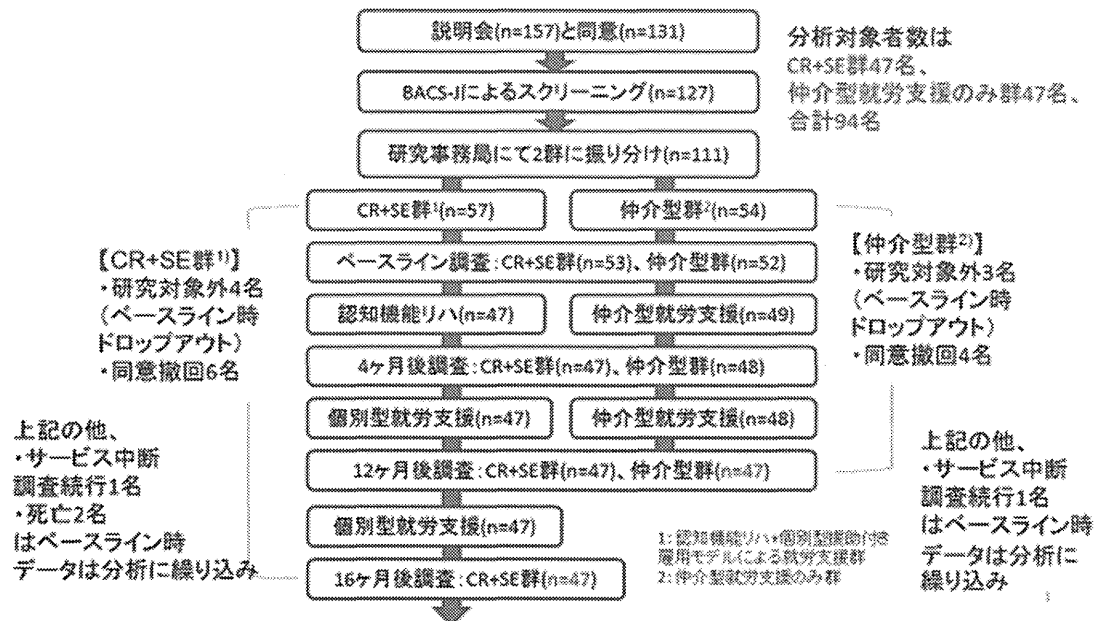


図 4



Ⅱ. 分担研究報告書

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

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
～報告① 基本プロトコルと対象者の属性について～

研究分担者：○吉田光爾¹⁾

研究協力者：片山優美子²⁾、西尾雅明³⁾、坂田増弘⁴⁾、佐竹直子⁵⁾、古家美穂¹⁾、
佐藤さやか¹⁾、種田綾乃¹⁾、下平美智代¹⁾、小川友季⁵⁾、池田尚彌¹⁾、
山口創生¹⁾、市川健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
- 2) 長野大学
- 3) 東北福祉大学
- 4) 独) 国立精神・神経医療研究センター病院
- 5) 独) 国立国際医療研究センター 国府台病院

要旨

目的：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（OR）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が期待される。本研究では多職種 OR 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 OR チームの介入に関する効果評価、②多職種 OR 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。本報告書では研究プロトコル及びエントリーされた対象者の基礎属性に関して詳述した。

方法：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地区において平成23年11月～平成25年3月までエントリー期間とした。1年間をフォロー期間とし、利用者の経過ならびに支援チームの介入の状態を把握する。

研究では介入群・対照群を利用者の居住地によって振り分ける準実験法を用いる。①各地区の全新規入院患者についてスクリーニングを実施し、重篤度が一定以上の者を研究対象候補者として選定→②候補者の居住地が OR チームの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→③候補者に対する研究説明と同意を行う→④退院後に介入群にはアウトリーチチームの支援が、対照群には通常精神科医療が提供される。

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、を用いて評価する。

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44.5±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)。

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。

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（OR）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た。

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OR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氏を中心とした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OR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ORチームに関する医療経済面のサービス記述調査、②多職種ORチームの介入に関する効果評価、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、上記研究に関する研究プロトコルを詳述する。

以下、本報告書の他の分担研究者によって報告される多職種ORチーム研究は、本プロトコルにのっとったものである。また、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を留意されたい。

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で承認を受けている。

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を中心とした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（図1）。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4月である。（図

1-1)

(2) エントリーの流れ

エントリーの流れについて以下に記す(図1-2)。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。

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 OR 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 点以上のもをケアマネジメントが必要な候補者とした。ただし(1)鑑定入院・医療観察法による入院であるもの、(2)1 週間以内の退院・転院の予定が決まっているもの、(3)検査や mECT・合併症ルートなどの一時的な治療目的の入院であり戻る病院が初めから決まっているもの、入院前の外来が他院での通院であるもの(退院後、対象病院を使う可能性がない)、(4)既に当該 OR 支援の利用者であるもの、は対象外とした。
 - ②各地区には OR 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 OR 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、対照群として通常の精神科医療が行われる。
- #### (3) スクリーニングについて
- 新規入院患者のうち、多職種 OR チームによるケアマネジメントが必要な患者を選定するため『アウトリーチケアマネジメントス

クリーニング票』を実施する(別添)。

なお、本スクリーニング票の作成にあたっては、伊藤らの研究による急性期病棟におけるケアマネジメントスクリーニング尺度⁵⁾ならびに退院困難度尺度⁶⁾を参照した。

3) 介入方法

プログラムの目標として、①精神科医療(特に入院)に関する利用の低減、②症状・機能上の改善、③利用者の生活の質の改善、を設定した。

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。そのうえで以下の内容の支援が行われるよう配慮した。

(ア) 複数職種による OR チームを構成

看護師・精神保健福祉士・医師・作業療法士・相談支援専門員等による複数職種がケースの状況により臨機応変に、OR を中心とした支援を行うこと。なお、市川市における福祉事業度における支援等については、精神科訪問看護や複数のサービスと緊密に連携を行い、必要時に多職種で支援をおこなわれるよう留意する。そのうえで目安として週 1 回程度のコンタクト頻度が維持されるよう協力機関に依頼した。

(イ) ストレングス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ストレングス志向のケアマネジメントを行うこと⁷⁾。

(ウ) 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。

(エ) 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地域機関と連携した支援ネットワーク(NPO 法人リカバリーサポートセンター

ACTIPS による ACT-J、国府台病院精神科訪問看護、社会福祉法人サンワーク・NPO 法人ほっとハート・NPO 法人 M ネットによる福祉型相談支援事業、市川市における基幹型支援事業（くる等の連携）、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 2～3 日に東京にて支援従事者に対する研修会を行い、その後、年 1 回の頻度でフォローアップ研修を行った。

4) 調査測度

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

(1)精神科医療等の利用に関する調査

以下の指標についてカルテに基づき退院時・1 年後に評価するものとした。評価項目：1 年間の地域滞在日数・入院回数・救急利用回数・治療中断歴・逮捕/拘留歴。

なお BL 時を退院時の日付として、それより過去 1 年間/フォロー 1 年間を比較した。

(2)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・1 年後に評価するものとした。評価に際しては原則テスターが行うものとし、テスターが準備できない場合に主治医が行った。

①GAF⁸⁾ (Global Assessment of Functioning Scale)

②PANSS⁹⁾ (Positive & Negative Syndrome Scale)

③SBS¹⁰⁾ (Social Behavioral Schedule)

(3)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自記式評価を用いて以下の尺度について退院時・1 年後に評価するものとした。

①WHO-QOL²⁶¹¹⁾

②CSQ-8J¹²⁾

③Link ステイグマ尺度日本語版^{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、直近の平日 1 日 24 時間の生活時間を 15 分単位で把握した。これに基づき 1 次活動時間（睡眠、食事など生理的に必要な活動）、2 次活動時間（仕事、家事など社会生活を営む上で義務的な性格の強い活動）、3 次活動時間（1 次活動、2 次活動以外で各人が自由に使える時間における活動）を算出した。

(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 OR 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/障害者総合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）。

③CSRI-J（別添）：利用者が社会資源をどのように利用し、どの程度の経済的コストが発生しているかを把握するため、CSRI (Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory)^{15, 16)}の日本語版（本研究班で作成）を用いて 3 ヶ月ごとに評価する。

C. エントリーの状況・対象者の基礎属性

1) エントリー状況

本研究のエントリー状況について図 3 に示す。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。なおサービス・医療中断となったものの調査が続行さ

れた者が介入群 2 名・対照群 1 名、サービス・医療中断し追跡不可の者が介入群 1 名・対照群 2 名、転院転居したものが介入群 3 名・対照群 2 名、同意撤回したものが介入群 4 名・対照群 5 名、追跡期間中に死亡した者が対照群 1 名、同意を得たもののその後医師の診断変更等により対象基準から外れたものが介入群 4 名・対照群 1 名であった。

2) 各群の対象者の基礎属性

各群の対象者のベースライン (BL) 時の基礎属性について表 1,2 に示す。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。また、性別比は介入群 29:26 (52.7%:46.3%)、対照群 29:34 (47.0%:53.0%) であった。対象者の 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) として次に気分障害 (介入群 18.3% (n=10)、対照群 22.2% (n=14)) であった。しかし神経症圏や発達障害のものも含まれていることがわかる。

なお、地域による割り付けを行ったものの表 1 に示すように、スクリーニング合計得点 ($p=.015$)・SBS 総合得点 ($p=.005$) で介入群の方が有意に高い (=問題が重い)、WHO-QOL26 で介入群の方が有意に低かった (主観的 QOL が低い) ($p=.027$)。また表中に示す他の指標でも有意傾向ではあるが群間で差がみられた。

D. 対象者の基礎属性に関する考察

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、神経症圏や発達障害の者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。

2) 対象者の偏りについて

本研究では地域による割り付けを行ったものの、SBS 得点やスクリーニング合計得点、WHO-QOL26 などに群間で有意差が認められた。

これに関しては以下の理由が考えられる。1 つは、対象地域は以前から多職種 OR チームが活動している地域であるため、これまで支援者が十分に関与してこられなかった地域の困難事例が対象となった可能性である。2 つ目は、対照群では従来の支援しか受けられないため、問題に困っている利用者が研究協力に魅力を感じられないのに対し、介入群では OR 支援が受けられるため、介入群では対照群に比べ生活に困難を感じている利用者ほど研究に協力する傾向があったのかもしれない。いずれにせよ、介入群では対照群より、重めの層を捕捉している可能性があるため、以下の報告書における効果評価に際しては、PANSS 総合得点、SBS 総合得点、WHO-QOL26 得点、スクリーニング合計得点をコントロールしたうえで分析を行うこととした。

E. まとめ

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 OR 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 OR 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 OR チームの介入に関する効果評価、②多職種 OR 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、本報告書ではこの研究プロトコルを詳述した。

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

社大学せんだんホスピタルの3地区において平成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。

研究では介入群・対照群を利用者の居住地によって振り分ける準実験法を用いる。すなわち①各地区の全新規入院患者についてスクリーニングを実施し、重篤度が一定以上の者を研究対象候補者として選定→②候補者の居住地がORチームの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→③候補者に対する研究説明と同意を行う→④退院後に介入群にはORチームの支援が、対照群には通常精神科医療が提供される。

調査測度：1年ごとに以下を用いて評価する(1)精神科医療等の利用に関するカルテ調査：地域滞在日数・入院回数・救急利用回数・治療中断歴・逮捕/拘留歴等、(2)症状・機能評価：PANSS、SBS、GAF、(3)利用者に対する自記式調査：WHO-QOL26、CSQ-8J、生活時間の構成、(4)医療経済評価：レセプト、サービスコード、CSRI-J。

各群の対象者のベースライン(BL)時の基礎属性については、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。対象者のGAFは介入群42.0±10.1、対照群44.5±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)であり、次に多い疾患は気分障害(介入群18.3%(n=10)、対照群22.2%(n=14))であった。

なお、地域による割り付けを行ったもののスクリーニング合計得点($p=0.015$)・SBS総合得点($p=0.005$)で介入群が有意に高く(=問題が重い)、WHO-QOL26で介入群が有意に低かった(主観的QOLが低い)($p=0.027$)。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・山口創生, 吉田光爾, 種田綾乃, 片山優美子, 坂田増弘, 佐竹直子, 佐藤さやか, 西尾雅明, 伊藤順一郎:重症精神障害者におけるセルフ・スティグマと精神症状や機能との関連の検証:クロス・セクショナル調査, 社会問題研究 .(63)99-107,2013.
- ・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.

2. 学会発表

- ・Yoshida K, Ito J, Katayama Y, Satake N, Nishio M, Sakata M, Sato S, Taneda A : Actual Condition Survey on Outreach Activity of Multiple - Disciplinary Team in Japan. World Congress of Social Psychiatry, Lisbon, Portugal, 2013.6.29 - 7.3.
- ・吉田光爾, 山口創生, 種田綾乃:重症精神障がい者の生活時間配分の実態 -実態報告および症状・機能および主観的QOLとの関連の検討-. 第61回 日本社会福祉学会秋季大会, 北海道, 2013.9.22.
- ・吉田光爾:多職種アウトリーチサービスと医療経済～診療報酬上の課題と今後～. 第109回日本精神神経学会学術総会, 福岡, 2013.5.23-24.

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