

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, pp45-53, 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), pp143-198, 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: ストレングスモデル 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) 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.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 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 ステイ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.
- 15) McCrone P, Craig TK, Power P, et al: Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis . Br J Psychiatry 196(5):377-382, 2010.
- 16) Chisholm D, Knapp MR, Knudsen HC, et al: Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory - European Version: development of an instrument for international research. British Journal of Psychiatry 177(39): S28-S33, 2000.

図1 アウトカム調査の調査時期について

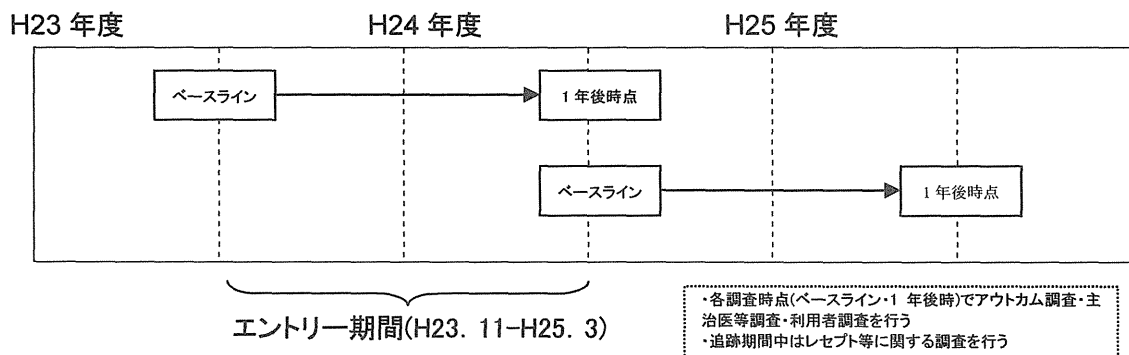


図2 エントリーから同意、介入開始の流れについて

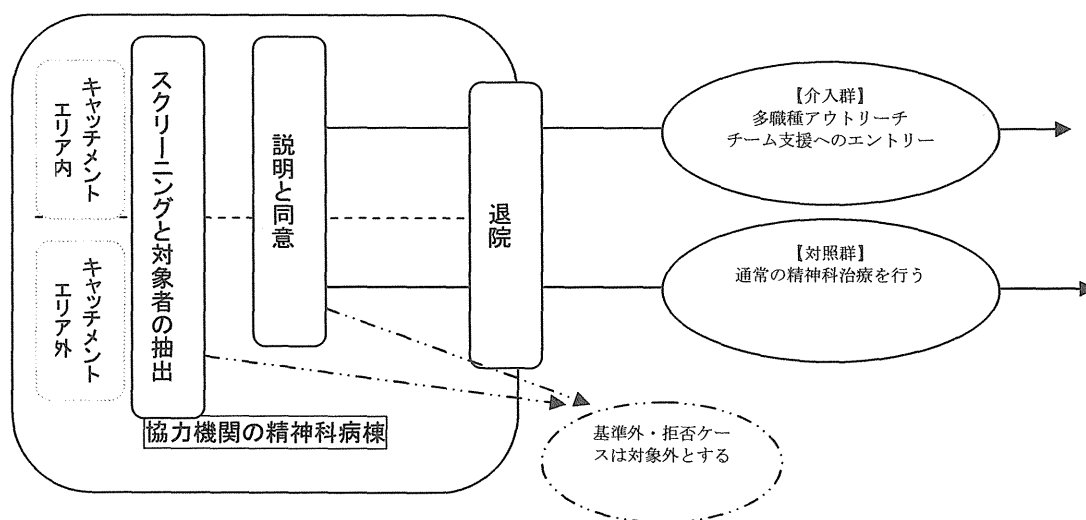


図3 エントリーの状況

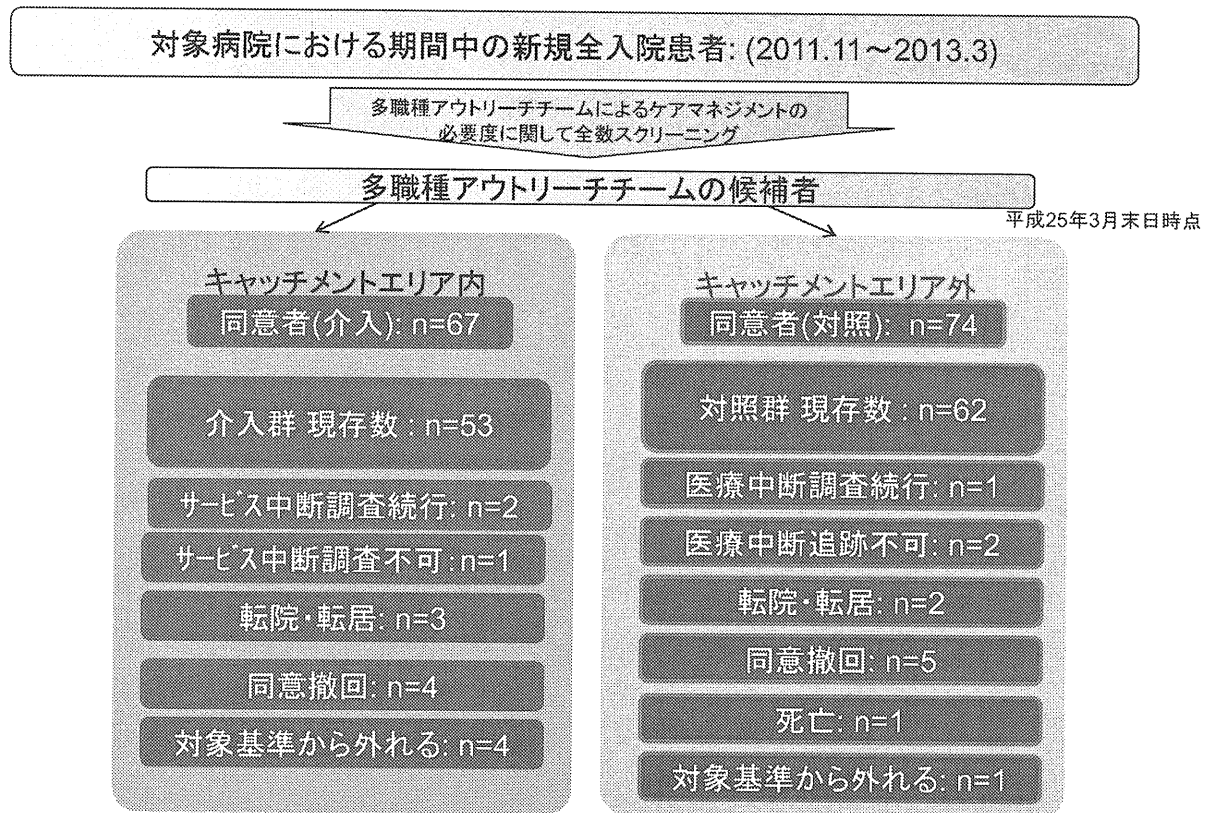


表 1 基礎属性の比較

	介入群 (n=55)		対照群 (n=63)		t 検定/ χ^2 二乗検定	
	平均	(SD)	平均	(SD)	統計量	p 値
年齢	40.9	(11.3)	40.8	(11.4)	n.s.	
性別(男:女)	29:26	(52.7%:46.3%)	29:34	(47.0%:53.0%)	n.s.	
退院時から過去 1 年の入院日数	90.3	(57.0)	79.8	(55.8)	n.s.	
スクリーニング合計	8.3	(2.7)	7.2	(2.3)	T=2.466	.015*
WHO-QOL26	2.7	(0.6)	3.0	(0.5)	T=2.246	.027*
GAF	42.0	(10.1)	44.6	(11.1)	n.s.	
PANSS 総合得点	71.0	(19.3)	64.8	(20.1)	T=1.681	.096†
陽性症状	15.4	(5.0)	14.7	(5.2)	n.s.	
陰性症状	18.1	(6.8)	15.9	(7.2)	T=1.659	.099†
総合病理	37.5	(10.6)	34.2	(10.1)	T=1.707	.091†
SBS 総合得点	13.9	(8.4)	11.2	(7.0)	T=1.910	.059†
社会的ひきこもり	4.3	(3.7)	3.8	(3.1)	n.s.	
陽性症状に伴う行動	4.0	(3.3)	2.5	(2.4)	T=2.879	.005**
気分と行動の不安定さ	2.9	(2.1)	2.8	(2.0)	n.s.	
迷惑および反社会的行動	1.8	(1.9)	1.4	(2.0)	n.s.	

表 2 診断の状況

	介入群 (n=55)		対照群 (n=63)	
	n	(%)	n	(%)
症状性を含む器質性精神障害 (F00-F09)	1	(1.8%)	3	(4.8%)
統合失調症, 統合失調症型障害 及び妄想性障害(F20-F29)	37	(67.3%)	43	(68.3%)
気分障害 (F30-F39)	10	(18.3%)	14	(22.2%)
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)	5	(9.2%)	0	(0.0%)
心理的発達障害 (F80-F89)	2	(3.6%)	2	(3.2%)
急性一過性精神障害	0	(0.0%)	1	(1.6%)

 χ^2 検定で有意差無し

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② 支援プロセスの実態とサービス記述～

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サービス記述調査、②多職種アウトリーチチームの介入の効果評価および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。本報告ではこのうち①について詳述する。

方法：報告①の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・8536 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・8188 コンタクトを分析対象とした。

結果：8536 回のコンタクト中 2489 回 (29.2%) が報酬有の実コンタクト、2613 回 (30.6%) が報酬無の実コンタクト、3434 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。

考察：本研究では多職種アウトリーチチームの支援状況について詳述したが、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る。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。

A. 研究の背景

報告①で述べたように、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ものである。

しかし重症精神障害者に対する多職種アウトリーチチームによる支援の制度的な基盤は必ずしも十分ではない。我が国における多職種アウトリーチ支援の先駆的な取り組みとして、各地における Assertive Community Treatment (ACT) の取り組みがあげられるが、その多くは医療機関・訪問看護ステーションなどの事業所形態において、主として精神科訪問看護の診療報酬で運営を行っている¹⁾。しかし精神科訪問看護と ACT は性格を異にする支援であり^{2) 3)}、ACT の臨床活動を十分に経営上カバーできないことが報告されており⁴⁾、こうした制度的不備が多職種アウトリーチの普及のうえで阻害要因となっていると考えられる。

ACT の事業体における支援の診療報酬上の位置づけに関する吉田ら⁴⁾の報告は、多職種アウトリーチチーム支援の少なからぬ部分が、診療報酬外の活動として行われていることを明らかにした。しかしこの研究は 1 時点での横断調査であり支援プロセスの全体像を継時的に把握・描写したものではない。とくに重症精神障害者における支援においては、対人関係の不安定さや病識の問題もあり、支援者と利用者が契約を結ぶまでの関与の初期段階に多くの労力が割かれるが⁵⁾、この初期関与についての労力と診療報酬上の位置づけを把握した調査は存在しない。

そこで、本研究では、現在の多職種アウトリーチチームの臨床活動に関して、どのような活動が行われ、そのうちどの程度の活動が診療報酬制度でカバーされているのか/いないのかを明らかにすることで制度的な課題を明らかにする実態調査を行い、今後の多職種

アウトリーチチームを支えるための診療報酬制度の基礎資料を作成することを目的とした。

B. 方法

主たる研究プロトコルは本報告①で詳述のとおりであるので、参照されたい。本支援プロセスに関する分析はすべて介入群の OR 支援に関するものである。

調査期間中に把握された 55 ケース(サービス中断調査続行 2 ケース含む)・8536 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が中断した事例を除いた 52 ケース・8188 コンタクト(1 ケースプロセスデータとれず)を分析対象とした。ただし経時的なデータについては、支援は行われているもののサービスコードのデータが得られず欠損となった事例が複数存在するため、12 カ月フォロー時点で支援プロセスについて完全に把握できた事例は 38 ケースとなった。

なお文中「実コンタクト」とは利用者や関係者と対面でコンタクトを行ったこととし、「電話コンタクト」とは電話で利用者・関係者に接触をもったことを指す。

C. 結果

1) コンタクトの分類

図 1 に行われたコンタクトの分類を示す。8536 回のコンタクト中 2489 回(29.2%)が報酬有の実コンタクト、2613 回(30.6%)が報酬無の実コンタクト、3434 回(40.2%)が電話コンタクトとなっていた。

なお回数ではなく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、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った。

2) 実コンタクトの主体

表 1 に実コンタクトの主体職種の構成を示す(複数回答、ケース%)。もっとも多いのは精神保健福祉士(PSW)の 61.3%(n=3128)で、ついで看護師 34.9%(n=1782)、作業療法士(OT) 14.7%(n=750)であった。

3) 実コンタクトの対象

表 2 に実コンタクトの対象の構成を示す（複数回答、ケース%）。もっとも多いのは利用者本人の 86.4%（n=4409）で、次に家族 23.5%（n=1197）他部署のスタッフ 13.3%（n=347）であった。

4) コンタクトの概要

表 3 に実コンタクトの概要を示す。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。

なお、有報酬コンタクトにおいては 1 回あたり平均 54.1 分コンタクトを行い、移動（往路のみカウント）平均 19.4 分、記録・準備に 9.6 分かかっていた（合計で 1 コンタクトあたり平均 82.0 分）。無報酬コンタクトでは平均 31.9 分コンタクトを行い、移動（往路のみカウント）平均 8.9 分、記録・準備に 6.0 分かかっていた（合計で 1 コンタクトあたり平均 45.2 分（表 4））。

5) 診療報酬を請求できない理由

無報酬コンタクトにおいて、診療報酬で請求できない理由について複数回答で把握した結果を図 2 に示す。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%、ついで外来などでの『事業所内での支援』で 17.2%であったが、その他にも多岐にわたる理由が挙げられた。

6) エントリーからの総コンタクト時間およびコンタクト頻度の推移

エントリーから、患者 1 人あたりに投入されている支援量（総コンタクト時間およびコンタクト頻度）の 1 年間の推移を示したものが図 3 および図 4 である。

患者 1 人あたりにつき、初回入院中に実コンタクトでは有報酬コンタクトで平均 0.8 回・無報酬コンタクトで平均 22.6 回の実コンタクトをしており、また時間に換算すると電話 63 分・無報酬コンタクト 709 分・有報酬コンタクト 79 分を支援していた。エントリー時の平均在院日数が 79.4 日であることを考慮すると、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。

また退院後には月当たり 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。ま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。

診療報酬上の位置づけをみると、診療報酬で位置づかない支援は、入院中における関わりの初期段階に集中しており、その後も一定の割合で推移していた。

7) 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（各コンタクトにおいてその支援を実行した割合）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』（57.0%）や『治療契約の導入・関係性の構築』（42.4%）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』が経過全体で 40%前後、『不安の傾聴』40%前後、『日常生活維持・生活範囲の拡大』30%前後と高くなっていた。

8) 月あたり総実コンタクト時間（平均）

月あたりの総実コンタクト時間の平均の分布を表 5 に示す。分布にはかなりのばらつきがあり、月あたり集中的に関われているケースと、そうでないケースが存在することがわかった。

9) 一日複数回コンタクト

一人の利用者（本人）辺り一日に複数回、実コンタクトが必要だった日数の分布および、複数回コンタクトの割合を図 6・7 に示す。本人に実コンタクトした全体の稼働日数のうち特定の個人に 2 回コンタクトが必要だった日数が 9.8%、3 回コンタクトが必要だった日数が 1.6%、4 回コンタクトが必要だった日数が 0.3%で稼働日数の 11.7%で一日複数回コンタクトが必要であった（図 6）。また全体のコンタクト中 1 日複数回コンタクトは 12.2%（2 回 10.3%、3 回 1.7%、4 回 0.2%）を占

めていた。(図 7)

D. 考察

1) 診療報酬上の位置づけについて

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。入院時において、多職種アウトリーチチームが支援を切らずに訪問することで、利用者・入院期間の関係者と退院後の生活を見据えてケアを展開することは、その後の生活の安定のためにも重要なことであるが、この場合、医療報酬は病棟側についてしまうため、OR チームはその業務を簿外で負担していることを示している。また、重症精神障害者のケアにおいては、新しいサービスに対する不安や、病識の問題などから、必ずしもニーズのある個人がサービスを希望しないという状況があり、これに対する関係づくりがかなり大きな労力を占める。診療報酬で請求できないコンタクトのうち 2 番目がこの契約前の関わりであることは、困難な事例に対する支援における業務負担を示すものである。契約前の行為にさかのぼって診療報酬上を付与することは制度運用上難しいと考えられる。また、この理由に限らず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。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、こうした部分を鑑みて「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える。

また本人への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り、対応が求められるため、厚生労働省精神障害保健課を通じて本資料の中間集計を平成 25 年 11 月 29 日における中央社会保健医療協議会に提出した。

2) かかわりの初期の関与について

本研究ではアウトリーチチームが入院中・契約前からの関与について把握しているが、こうした初期の関わりを可視化したのは大きな成果である。患者 1 人あたり平均入院期間 79.4 日にあたり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。

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 42.4%）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 57.0%）などであり、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。

これまでこうした支援は「自助努力」の範疇とされてきたが、そうした自助努力の範疇を超える多量の労働量の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。

3) 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。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いた。

なおコンタクトの関わりの濃度については、

かなりばらつきがあり月に 480 分以上関わりのアルケースが 17.3%存在する一方で、月 60 分未満のケースが 3.8%・60 分以上 120 分未満のケースが 15.4%存在するなど支援の濃度が低い事例も存在した。こうした介入の濃度のばらつきは、介入の効果に影響することが予測される。

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%）であり、この 3 職種が現行の制度の中では有力な担い手であることがわかる。ただし、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ことは留意が必要である。またピアスタッフや心理臨床技術者などが本研究では十分な構成員として配置されていないが、こうした職種の可能性についても検討されるべきであると考えます。

E. まとめ

本研究では、現在の多職種アウトリーチチームの臨床活動に関して、どのような活動が行われ、そのうちどの程度の活動が診療報酬制度でカバーされているのか/いないのかを明らかにすることで制度的な課題を明らかにする実態調査を行い、今後の多職種アウトリーチチームを支えるための診療報酬制度の基礎資料を作成することを目的とした。

結果、支援 8536 回のコンタクト中 2489 回 (29.2%) が報酬有の実コンタクト、2613 回 (30.6%) が報酬無の実コンタクト、3434 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%、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。

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、支援行為のか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る。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。

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 ,pp99-107,2013.
- ・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

文献

- 1)山田創: クリニックによる 24 時間サポート可能なシステムとは 現行診療報酬制度化における訪問型支援.高木俊介,藤田大輔編: 実践アウトリーチ入門.日本評論社,東京, pp123-128, 2011
- 2)吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 瀬戸屋希ほか: 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

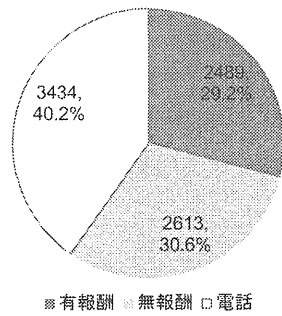
3)吉田光爾、瀬戸屋雄太郎、瀬戸屋希、高原優美子、英一也、角田秋、園環樹、萱間真美、大島巖、伊藤順一郎: 重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチサービスにおける機能分化の検討; Assertive Community Treatment と訪問看護のサービス比較調査(続報) ～1年後追跡調査からみる支援内容の変化～, 精神障害とリハビリテーション,17(1): 39-49, 2013.

4)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.

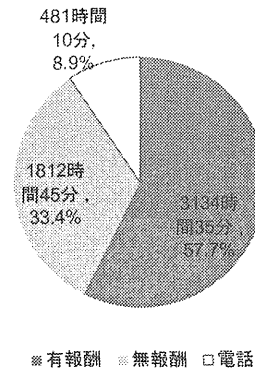
5)特定活動非営利法人京都メンタルケアアクション: 多職種による重度精神疾患患者への治療介入と生活支援に関する調査研究ー新たな地域精神保健システムの構築ー報告書, 平成 21 年度厚生労働省障害保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト), 2010.

図1 コンタクトの分類 (n=8536)

コンタクト回数ベースでの比率



コンタクト時間ベースでの比率



※55ケース,合計757ヶ月に対して

表1 実コンタクトの主体職種
(n=5102, 複数回答、ケース%)

	n	(%)
看護師	1782	34.9%
准看護師	1	0.0%
PSW	3128	61.3%
OT	750	14.7%
医師	281	5.5%
心理職	4	0.1%
他	54	1.1%

表2 実コンタクトの対象
(n=5102, 複数回答、ケース%)

	n	(%)
本人	4409	86.4%
家族	1197	23.5%
スタッフ(他部署)	679	13.3%
スタッフ(外部)	347	6.8%
その他	89	1.7%
他	54	1.1%

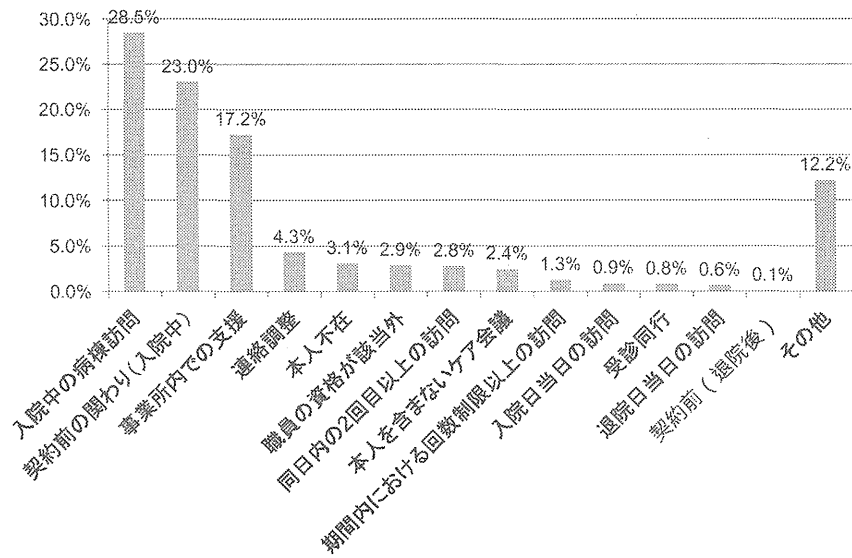
表3 コンタクトの概要 (52 ケース, 4974 コンタクト)

(退院後・電話除く)	平均	標準偏差
平均コンタクト頻度(回/月)	5.9 回	5.2 回
平均コンタクト時間(分/月)	301.8 分	236.8 分

表4 1 コンタクトあたりの所用時間に関する概要

	平均 (分)	標準偏差 (分)
有報酬 総コンタクト時間	82.0	34.9
実コンタクト時間	54.1	30.8
移動(往路)	19.4	11.1
記録・準備	9.6	5.6
無報酬 総コンタクト時間	45.2	42.0
実コンタクト時間	31.9	31.8
移動(往路)	8.9	14.8
記録・準備	6.0	5.7
電話 総コンタクト時間	9.8	10.0
実コンタクト時間	6.3	8.4
移動	—	—
記録・準備	3.1	2.7

図2 診療報酬で請求できない理由
(n=2021,実コンタクトのみ,複数回答,回答%)



※福祉事業所によるコンタクトは除外して集計

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)

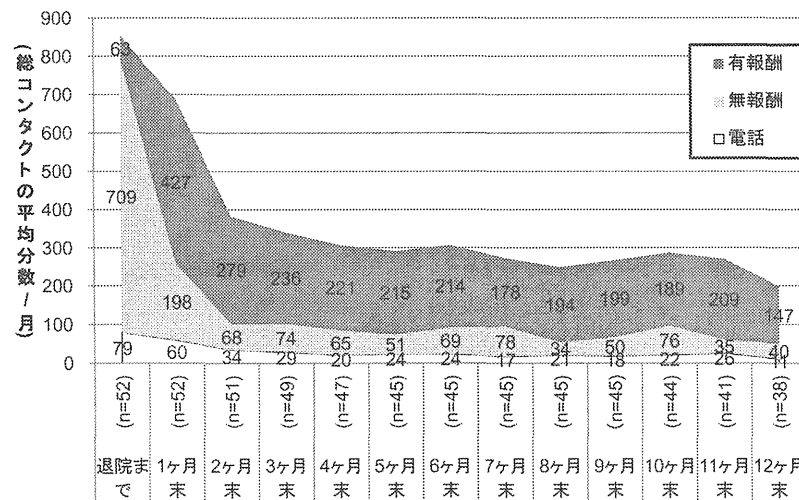


図4 退院時からのコンタクト頻度(平均)の推移(単位 回/月)

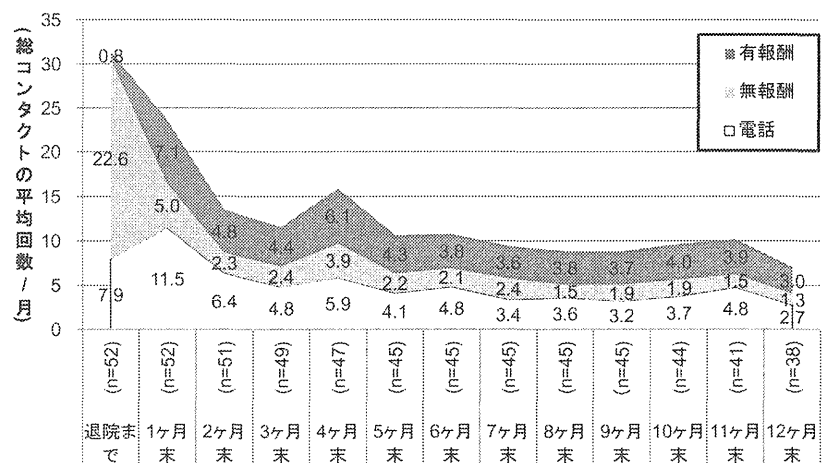


図 5 各支援の実行率の経過による変化

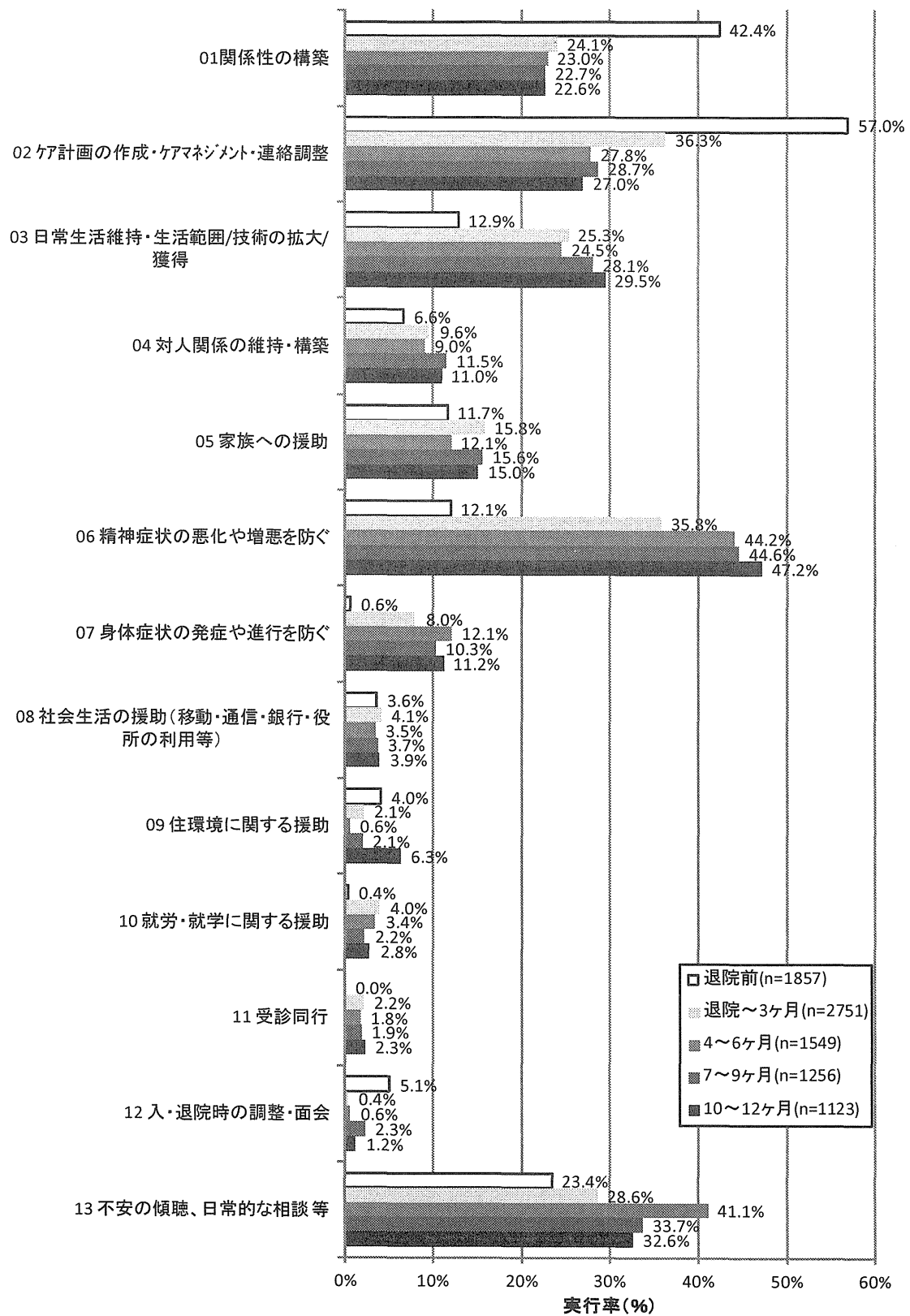
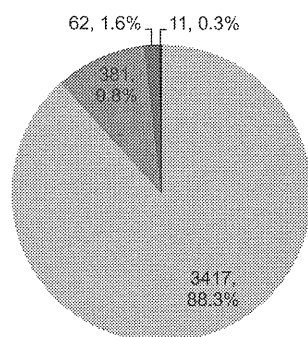


表 5 月あたり総実コンタクト時間（平均）の分布（介入群のみ）（n=53）

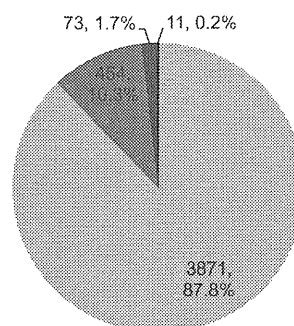
	n	(%)
60 分未満/月	2	(3.8%)
60 分以上 120 分未満/月	8	(15.4%)
120 分以上 180 分未満/月	6	(11.5%)
180 分以上 240 分未満/月	9	(17.3%)
240 分以上 300 分未満/月	6	(11.5%)
300 分以上 360 分未満/月	7	(13.5%)
360 分以上 420 分未満/月	3	(5.8%)
420 分以上 480 分未満/月	1	(1.9%)
480 分以上/月	9	(17.3%)

図 6 一日複数回コンタクト日の割合(n=3871 日)



※ 単数回コンタクト日
 ※ 複数回コンタクト日(2回)
 ※ 複数回コンタクト日(3回)
 ※ 複数回コンタクト日(4回)

図 7 複数回コンタクトの割合(n=4409 回)



※ 1回目コンタクト
 ※ 2回目コンタクト
 ※ 3回目コンタクト
 ※ 4回目コンタクト

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③ 効果評価 サービスの履行と対象層に着目して～

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：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ニーズの高い層を同定・捕捉し、多職種アウトリーチチームによる支援を行うことで、どのような効果がもたらされるのかを検討することを目的とした。分析においては、1)支援プロセスの履行状況による効果への影響、および 2)対象層による効果への影響、という 2 点に着目して追加分析を行った。

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。

結果：

1)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。 $(p=.007)$ 。

2)支援プロセスの履行状況別の効果評価の結果：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』で交互作用が有意であった $(p=.008)$ 。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。

3)対象層別の効果評価:A 層(旧来の ACT の対象者に近い重症精神障害者層)において 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（本研究における軽症層）において 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 $(p=.005)$ 。

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。

A. 研究の背景

報告①で述べたように、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ものである。

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が明らかになっており、欧米では中心的となってきた^{1,2)}。

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³⁾、またその成果も論文化されているが⁴⁾、単一地域での研究であり多施設共同研究ではない。

また精神科入院への退院支援において、支援ニーズが高い個人について系統的に把握し、その個人について集中的にかかわることで、その後の地域生活の向上につながることに限っては指摘がされているが⁵⁾、そうした系統的な取り組みについての効果評価は十分とはいえない。

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ニーズの高い層を同定・捕捉し、多職種アウトリーチチームによる支援を行うことで、どのような効果がもたらされるのかを検討することを目的とした。特に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、その効果を検討した。

なお、本研究では効果評価に際し1)支援プロセスの履行状況による効果への影響、および2)対象層による効果への影響、という2点

に着目して追加分析を行った。

1) 支援プロセスの履行状況別の効果評価

プログラム評価理論によれば、プログラムが適切に履行されているかどうか、そのプロセス如何によって、支援の効果は影響を受ける。仮に効果のあるプログラムであっても、プログラムが適切に実行されているか否かによって、効果の大きさは変化する。本研究で行われた多職種アウトリーチチームの支援についても報告②に示したように、そのコンタクト頻度・量にはかなりのばらつきがある。このばらつきが支援の効果に影響を与えている可能性があるため、本研究では支援の投入量（＝プログラム履行の適切性）による影響差を検討した。

2) 対象層別の効果評価

Assertive Community Treatment では多くの場合その疾患対象を統合失調症・重い感情障害に限定し、また期間内の入院回数や入院頻度によって制限するなど、厳格なエントリー基準が設けられているが、本研究では、新設されたスクリーニング合計点が一定以上だった者を対象としているため、報告①に示したように様々な疾患対象の患者が含まれている。しかし、こうした多様な対象者に対して、介入が一樣の支援効果を生じさせるかどうかは不明である。アウトリーチプログラムがどのような対象に、どのような影響をもたらすのかについての知見をもたらすことを目的として、旧来の多職種アウトリーチ支援の対象層と、その他の対象層によって生じる影響が異なるかどうか、対象別の効果評価を行うこととした。

B. 方法

調査測度等、主たる研究プロトコルは本報告①で詳述のとおりであるので、参照されたい。

効果評価を行うにあたっては時期（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の差を精査した。共変量には年齢・性別と介入群・対照群で BL 時に有意差・有意傾向での差が見られた PANSS 総合得点・SBS 総合得点・QOL 得点を投入した。また交互作用がみられた場合には、効果量（エフェクトサイズ）の指標として偏 η^2 値を算出した（効果量の大きさの解釈に関しては Cohen[®]に依拠した）。さらに各群内の時期の単純主効果を検定した。

分析にあたっては対象者全員のデータを利用した効果評価に加え、1) 支援プロセスの履行状況、および 2) 対象層別の効果評価を行った。以下にその方法を記す。

1) 支援プロセスの履行状況別の効果評価

介入群の対象者に対するサービスは報告②に示すようにばらつきが存在する。本研究では 1 ヶ月当たりに対象者がうけた支援の平均実コンタクト量（電話除く）に注目し、①コンタクト量が多い上位 70 パーセンタイル以上（月 180 分以上コンタクト）の対象者に限定して対照群と比較した場合、および②コンタクト量が多い上位 50 パーセンタイル以上（月 240 分以上コンタクト）の対象者に限定して対照群と比較した場合、で分析を行った。なお、これらの履行状況と基礎属性の間に関連がないか調べるため「月 180 分以上コンタクト対象者/その他対象者」および「月 240 分以上コンタクト対象者/その他対象者」の間で BL 基礎属性の比較を行った（t 検定）

2) 対象層別の効果評価

本研究では旧来の ACT の対象層に近い層と、その他の層をわけるため、以下の基準を用いた。

A 層：旧来の ACT の対象者に近い重症精神障害者の層。疾患が統合失調症圏・躁うつ病・大うつ病のいずれかであり、スクリーニング合計得点が 8 点以上の者。（スクリーニングの合計得点に関しては、対象者全体の合計得点

の平均値 7.7 点を分岐点として定めた）。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。上記基準から除外された者、とし、上記の条件を介入群・対照群にあてはめたいえで群間比較を行った。

C. 結果

1) 対象者の一覧

層化した場合の対象者の一覧を表 1 に示す。

2) 精神科医療等の利用状況の評価

(1) 全体での分析

精神科サービス等の利用状況の評価について、各指標で有意な交互作用はなかった（表 2）。

(2) 支援プロセスの履行状況別の分析

各分析で有意な交互作用はみられなかった。

(3) 対象層別の分析

各分析で有意な交互作用はみられなかった。

3) 症状・機能の評価

(1) 全体での分析

PANSS の陰性症状において時期と群の交互作用が有意傾向ではあるが観察された（ $p = .095$, 偏 $\eta^2 = .031$ ）が、単純主効果では有意な結果をみなかった。また SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』において時期と群の交互作用が観測され（ $p = .007$, 偏 $\eta^2 = .075$ ）、単純主効果の検定において介入群のみ 2 時点間で有意に得点が低下していた（ $p = .016$ ）。（表 3-1）

(2) 支援プロセスの履行状況別の分析

①介入群の対象者をコンタクト量月 180 分以上受けたものに限定した分析（表 3-①）：PANSS の陰性症状において時期と群の交互作用が有意傾向ではあるが観測され（ $p = .070$, 偏 $\eta^2 = .043$ ）、単純主効果では対照群のみ有意傾向であるが 2 時点間で上昇していた（ $p = .099$ ）。また SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』において時期と群の交互作用が観測され（ $p = .008$, 偏 $\eta^2 = .084$ ）、単純主効果の検

定において介入群のみ 2 時点間で有意に得点が低下していた ($p=.001$)。

②介入群の対象者をコンタクト量月 240 分以上受けた者に限定した分析(表 3-②) : SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』において時期と群の交互作用が観測され ($p=.028$, 偏 $\eta^2=.067$)、単純主効果の検定において介入群のみ 2 時点間で有意に得点が低下していた ($p=.017$)。

(3)対象層別の分析

①A 層の分析 : PANSS の陰性症状において有意傾向ではあるが時期と群の交互作用が観測されたが ($p=.052$, 偏 $\eta^2=.148$)、各群の単純主効果には有意差は見られなかった (表 3-A)。

②B 層の分析 (表 2-3-B) : SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』において時期と群の交互作用が観測され ($p=.005$, 偏 $\eta^2=.134$)、単純主効果の検定において介入群のみ 2 時点間で有意に得点が低下していた ($p=.017$) (表 3-B)。

4) 主観的 QOL の評価

(1)全体での分析

WHO-QOL26 について、各指標で有意な交互作用はみられなかった。(表 4-1)

(2)支援プロセスの履行状況別の分析

①介入群の対象者をコンタクト量月 180 分以上受けたものに限定した分析 (表 4-①) : WHO-QOL26 の総合得点において有意傾向ではあるが時期と群の交互作用が観測され ($p=.065$, 偏 $\eta^2=.047$)、単純主効果では介入群のみ有意に 2 時点間で上昇していた ($p=.036$)。また下位尺度『心理的領域』において有意傾向ではあるが時期と群の交互作用が観測され ($p=.099$, 偏 $\eta^2=.036$)、単純主効果の検定において介入群のみ 2 時点間で有意に得点が上昇していた ($p=.029$)。さらに『全般的満足度』において時期と群の交互作用が有意傾向ではあるが観測された ($p=.051$, 偏 $\eta^2=.049$)。単純主効果では介入群のみ有意に 2 時点間で上昇していた ($p=.032$)。

②介入群の対象者をコンタクト量月 240 分以上受けた者に限定した分析 (表 4-②) :

WHO-QOL26 の総合得点において時期と群の交互作用が観測され ($p=.016$, 偏 $\eta^2=.090$)、単純主効果では介入群のみ有意に 2 時点間で上昇していた ($p=.004$)。また下位尺度『心理的領域』において時期と群の交互作用が観測され ($p=.027$, 偏 $\eta^2=.072$)、単純主効果の検定において介入群のみ 2 時点間で有意に得点が上昇していた ($p=.003$)。さらに『全般的満足度』において時期と群の交互作用が観測され ($p=.028$, 偏 $\eta^2=.069$)、単純主効果では介入群のみ有意に 2 時点間で上昇していた ($p=.016$)。

(3)対象層別の分析

①A 層の分析 (表 4-A) : WHO-QOL26 の総合得点において時期と群の交互作用が観測され ($p=.016$, 偏 $\eta^2=.218$)、単純主効果では介入群のみ有意に 2 時点間で上昇していた ($p=.012$)。下位尺度『心理的領域』において時期と群の交互作用が有意傾向であるが観測され ($p=.080$, 偏 $\eta^2=.118$) たが、単純主効果では介入群のみ有意に 2 時点間で上昇していた ($p=.035$)。また下位尺度『環境領域』において時期と群の交互作用が観測されたが ($p=.045$, 偏 $\eta^2=.146$)、単純主効果では介入群のみ有意傾向であるが 2 時点間で上昇していた ($p=.065$)。さらに『全般的満足度』において時期と群の交互作用が有意傾向ではあるが観測され ($p=.097$, 偏 $\eta^2=.099$)、単純主効果では介入群のみ有意に 2 時点間で上昇していた ($p=.016$)。

②B 層の分析 : 各指標で有意な交互作用はみられなかった。

5) その他の評価

(1)全体での分析

各指標で有意な交互作用はみられなかった。(表 5-1)

(2)支援プロセスの履行状況別の分析

①介入群の対象者をコンタクト量月 180 分以上受けたものに限定した分析 (表 5-①) : 2

次活動時間において交互作用が見られ ($p = .032$, 偏 $\eta^2 = .062$)、単純主効果の検定において有意傾向ではあるが対照群のみ 2 時点間で有意に時間量が上昇していた ($p = .057$)。また 3 次活動時間において交互作用が見られ ($p = .028$, 偏 $\eta^2 = .064$)、単純主効果の検定において有意傾向ではあるが介入群のみ 2 時点間で有意に時間量が上昇していた ($p = .051$)。

なお各時間の細目について検定したところ、2 次活動時間においては『通勤』(交互作用 $p = .087$, 偏 $\eta^2 = .039$, 単純主効果観察されず)、『学業』(交互作用 $p = .085$, 偏 $\eta^2 = .080$, 単純主効果: 対照群のみ上昇 $p = .089$)、『デイケア等への通所』(交互作用 $p = .065$, 偏 $\eta^2 = .046$, 単純主効果観察されず) で有意傾向の結果が認められた。また 3 次活動時癌においては『テレビ・ラジオ等の視聴』(交互作用 $p = .091$, 偏 $\eta^2 = .039$, 単純主効果観察されず)、『学習・研究』(交互作用 $p = .054$, 偏 $\eta^2 = .050$, 単純主効果: 介入群のみ上昇 $p = .045$)、『受診・療養等』(交互作用 $p = .058$, 偏 $\eta^2 = .049$, 単純主効果: 対象群のみ低下 $p = .067$) で有意傾向の結果が認められた。

②介入群の対象者をコンタクト量月 240 分以上受けた者に限定した分析 (表 5-②): 2 次活動時間において交互作用が見られ ($p = .049$, 偏 $\eta^2 = .059$)、単純主効果の検定において有意傾向ではあるが対照群のみ 2 時点間で有意に時間量が上昇していた ($p = .060$)。なお各時間の細目について検定したところ、2 次活動時間においては『学業』(交互作用 $p = .028$, 偏 $\eta^2 = .073$, 単純主効果: 対照群のみ上昇 $p = .019$) で有意な結果が認められた。

(3) 対象層別の分析

各分析で有意な交互作用はみられなかった。

6) 支援プロセスの履行状況と基礎属性の関連

支援プロセスの履行状況と BL 基礎属性の関連を比較したところ、「月 180 分以上コンタクト対象者/その他対象者」の比較では各属性に有意な差はなかった。「月 240 分以上コンタ

クト対象者/その他対象者」の比較では、月 240 分以上コンタクト対象者において年齢が高い傾向にあり ($p = .066$)、スクリーニング合計得点が有意に高い ($p = .017$) ことがわかった (表 6)

D. 考察

対象者全体での結果については、PANSS の陰性症状尺度 ($p = .095$, 偏 $\eta^2 = .031$) で介入効果が有意傾向、SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』において有意な結果が観測されていた ($p = .007$, 偏 $\eta^2 = .075$) が、全体としてみるべきところは乏しい。しかし、

- ・ 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うと、介入の効果がより明瞭に観察されたといえる。以下に、各視点に基づく考察を行う。

1) 支援プロセスの履行状況による効果への影響

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いかのようであった。

月 180 分以上に限定した場合、SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』で有意な影響が認められ ($p = .008$, 偏 $\eta^2 = .084$)、有意傾向ではあるが PANSS 陰性症状得点 ($p = .070$, 偏 $\eta^2 = .043$) および WHO-QOL26 の総合得点 ($p = .065$, 偏 $\eta^2 = .047$)・心理的領域 ($p = .099$, 偏 $\eta^2 = .036$)・全般的満足度 ($p = .051$, 偏 $\eta^2 = .049$) でも介入効果が認められた。効果量をみた場合、これらは小程度 (偏 $\eta^2 = 0.01$) もしくは中程度 (偏 $\eta^2 = 0.06$) の効果と解釈される。

月 240 分以上に限定した場合、SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』($p = .028$, 偏 $\eta^2 = .067$) および WHO-QOL26 の総合得点 ($p = .016$, 偏 $\eta^2 = .090$)・心理的領域 ($p = .027$, 偏 $\eta^2 = .072$)・全般的満足度 ($p = .028$, 偏 $\eta^2 = .069$) にて介入効果が認められた。効果量をみた場合、これらは中程度 (偏 $\eta^2 = 0.06$)