

以上の効果と解釈される。

これら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』という状況にあることから、今回の研究におけるアウトリーチ支援では、十分な支援量を提供した層に介入効果が現れたことを示唆していると考えられる。なお主観的 QOL の向上は、具体的な生活状況の改善の反映するものだと推測される。

OR サービスといっても、その頻度や量など関わりのあり方は多様であるが、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考えられる。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ろう。とくにアウトリーチサービスについては支援内容にばらつきが出る可能性があるのであれば、その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、OR 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る。今回の対象は、本研究開始により新規に精神科医療を受けたものではなく、原則として外来医療については協力機関で受けてきた利用者である。このことは通常の外来治療を継続するだけでは主観的 QOL が 1 年間では有意に向上しない利用者にも、OR サービスを提供することにより向上することを示唆している。重い精神障害者においても、支援や関わりのあり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。

ただし「サービスを十分に展開できた者」という限定の在り方に関しては、議論の余地もあろう。十分な関わりをつけられた利用者には効果があがるが、そうでない利用者には効果がない、というのでは重症精神障害者全体に効果がある結果とは言えないからである。特に「関わりのつけやすい軽症の対象者にしか効果がないのではないか」という疑義については検討せねばならないだろう。しかし、基礎属性の比較をした場合、両者に症状・機能上の大きな属性差はなく、むしろ月 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と考える。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よう。

また、生活時間の構成に関しては 2 次活動時間において対照群が上昇する結果が見られたが、学業（月 180 分・240 分以上コンタクトにおける分析）・デイケア等への通所（月 180 分以上コンタクトにて）などの時間が上昇していることから、OR サービスを受けない対象が、学業やリハビリテーションなどに参加している可能性がある。しかし対照群の利用者の主観的 QOL は向上していないことから、この結果をもって対照群が介入群に対して生活の向上という点で優越している、とはいえないであろう。

## 2) 対象層別の効果評価

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。

A 層では主観的 QOL を中心に介入効果が見られており、WHO-QOL26 総合得点 ( $p = .016$ , 偏  $\eta^2 = .218$ )、『心理的領域』( $p = .080$ , 偏

$\eta^2=.118$ )、『環境領域』 ( $p=.045$ , 偏  $\eta^2=.146$ )、  
『全般的満足度』 ( $p=.099$ , 偏  $\eta^2=.099$ )。効果  
量をみた場合、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  
される。

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 ( $p$   
=.005, 偏  $\eta^2=.121$ )。これらは大程度 (偏  
 $\eta^2=0.16$ ) に近い効果と解釈される。

これらの結果は同じ多職種 OR 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 層はス  
クリーニング合計得点が高いため、地域生活  
上の困難度が高い対象と考えられる。このこ  
とにより OR 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、B 層においては見られた 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  
られなかったのかもしれない。ただし、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、OR 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。

なお、層別で分析を行った場合に効果が示  
唆された指標について、全体としての分析で  
は必ずしも効果が顕著ではなかったのは、こ  
うした対象層別に現れている影響が混交して  
しまい曖昧なものになるからだと考えられる。  
今回の研究では、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る  
ことを示唆していると考えられる。層を腑分  
けすることで、A 層では主観的 QOL に象徴さ  
れる生活改善への影響、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が、ど  
ちらの層へのアプローチを優先すべきかは、  
検討の余地があると思われる。しかし、A 層  
へのアプローチによる主観的 QOL の向上の  
方が、利用者の地域生活改善という点で最終  
的に大きな目的に沿っているかもしれない。

### 3) 本研究の意義と限界

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。支援プロセスの①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、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。これは国内の多施設  
共同研究としては初のことである、支援量と  
いう観点が重要であること、対象層の特定と  
効果に関する目測をもたらす、臨床的示唆の  
高い結果であると考ええる。

しかし、本研究には下記の限界がある。1  
つ目は介入群・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いくつかの  
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。2 つ目は介入効果  
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改良の利用  
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<sup>2)</sup>、  
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。よって、今後追試などを行っていく必要があるかもしれない。第三に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ことである。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、報告②に示すように、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があり、今後の検討課題である。

## E. まとめ

### 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を精査した。

### 結果：

- 1)全体での結果：SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』において交互作用が有意であった。 $(p=.007, \text{偏 } \eta^2=.075)$ 。
- 2)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  $(p=.008, \text{偏 } \eta^2=.084)$ 。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』 $(p=.028, \text{偏 } \eta^2=.067)$  および WHO-QOL26 総合得点  $(p=.016, \text{偏 } \eta^2=.090)$ ・『心理的領域』 $(p=.027, \text{偏 } \eta^2=.072)$ ・『全般的満足度』 $(p=.028, \text{偏 } \eta^2=.069)$  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 PANSS 陰性症状  $(p=.052, \text{偏 } \eta^2=.148)$ ・WHO-QOL26 総合得点  $(p=.016, \text{偏 } \eta^2=.218)$ ・『心理的領域』 $(p=.080, \text{偏 } \eta^2=.118)$ ・『環境領域』 $(p=.045, \text{偏 } \eta^2=.146)$ ・『全般的満足度』 $(p=.097, \text{偏 } \eta^2=.099)$  で交互作用が有意であった。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) においては、SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』において観測された  $(p=.004, \text{偏 } \eta^2=.134)$ 。

### 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。

## 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

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) Marshall M, Lockwood A.: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2, 1998
- 3) 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.
- 4) Ito J, Oshima I, Nishio M et al . The effect of Assertive Community Treatment in Japan, Acta Psychiatrica Scandinavica, 123(5), 398-401, 2011.
- 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), pp43-198, 2011.
- 6) Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum; 1988.

表 1 対象者の一覧

	介入群		対照群	
	n	% (介入群全体中)	n	% (対照群全体中)
全体	55	(100.0)	63	(100.0)
月 180 分以上コンタクト者	35	(63.6)	-	-
月 240 分以上コンタクト者	26	(47.2)	-	-
A 層	24	(43.6)	16	(25.4)
B 層	31	(56.4)	47	(74.6)

表 2 精神科医療等の利用に関する評価 (全体)

		n	BL 時		1 年後時		反復測定 共分散分析※ 時期×群 交互作用( $\rho$ )	効果量 偏 $\eta^2$
			平均値	標準偏差	平均値	偏 $\eta^2$		
過去 1 年の入院日数 (日)	介入群	(47)	89.3	55.7	11.4	30.2	.45	-
	対照群	(58)	79.8	56.5	11.7	27.3		
過去 1 年の入院回数 (回)	介入群	(47)	1.4	0.9	0.3	0.6	.65	-
	対照群	(58)	1.5	0.7	0.3	0.7		
過去 1 年の医療中断日数 (日)	介入群	(47)	33.6	77.6	6.0	30.7	.83	-
	対照群	(58)	18.6	59.6	8.5	36.1		
過去 1 年の精神科 救急利用回数 (日)	介入群	(47)	0.2	0.4	0.1	0.4	.75	-
	対照群	(58)	0.3	0.5	0.1	0.4		
過去 1 年の 逮捕・拘留日数 (日)	介入群	(47)	0.0	0.1	0.0	0.0	.30	-
	対照群	(58)	0.4	2.9	0.0	0.3		

※支援プロセスの履行状況および層別の分析でも有意な結果なし

表 3-1 精神症状・社会機能に関する評価（全体）

		n	BL 時		1 年後時		反復測定 共分散分析 ※	効果量
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	時期×群の 交互作用( $\rho$ )	偏 $\eta^2$
GAF (10-100)	介入群	(41)	42.1	10.1	45.7	11.5	.75	-
	対照群	(55)	44.1	10.7	48.7	15.8		
PANSS 総合得点 (30-210)	介入群	(41)	70.1	20.6	34.4	8.6	.29	-
	対照群	(55)	64.8	19.7	33.8	10.3		
陽性症状(7-49)	介入群	(41)	15.4	4.9	14.1	5.4	.26	-
	対照群	(55)	14.6	5.0	14.3	6.3		
陰性症状(7-49)	介入群	(41)	17.8	7.2	17.2	6.0	.095 <sup>†</sup>	.031
	対照群	(55)	16.1	7.2	16.7	7.9		
総合精神病理(16-112)	介入群	(41)	36.9	11.4	34.4	8.6	.37	-
	対照群	(55)	34.1	10.0	33.8	10.3		
SBS 総合得点 (0-78)	介入群	(45)	13.9	8.4	11.9	8.1	.14	-
	対照群	(54)	11.5	7.2	12.1	9.5		
社会的ひきこもり	介入群	(45)	4.3	3.8	4.0	3.5	.40	-
	対照群	(56)	4.0	3.1	4.4	3.6		
陽性症状に伴う行動	介入群	(45)	4.2 <sup>a</sup>	3.4	3.2 <sup>a</sup>	3.6	.007 <sup>**</sup>	.075
	対照群	(56)	2.5	2.4	3.1	3.7		
気分と行動の不安定さ	介入群	(45)	2.9	2.3	2.2	1.9	.81	-
	対照群	(55)	2.7	2.0	2.1	1.8		
迷惑および反社会的 行動	介入群	(45)	1.7	1.9	1.7	2.0	.48	-
	対照群	(55)	1.4	2.0	1.5	2.1		

1)群内における時期の単純主効果:a 同文字間で有意差あり( $\rho < .05$ )  
 2)効果量 偏  $\eta^2$  の大きさの目安:.01(効果小),.06(効果中),.16(効果大).

表 3-① 精神症状・社会機能の評価（支援プロセスの履行状況別：介入群月コンタクト 180 分以上）

		n	BL 時		1 年後時		反復測定 共分散分析 ※	効果量
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	時期×群の 交互作用( $\rho$ )	偏 $\eta^2$
PANSS:陰性症状 (7-49)	介入	(27)	16.7	5.7	16.0	5.1	.070 <sup>†</sup>	.043
	対照群	(55)	16.1 <sup>c</sup>	7.2	16.7 <sup>c</sup>	7.9		
SBS:陽性症状に伴う行動	介入群	(30)	4.7 <sup>b</sup>	3.5	3.6 <sup>b</sup>	3.8	.008 <sup>**</sup>	.084
	対照群	(56)	2.5	2.4	3.1	3.7		

1)交互作用が有意だったもののみ表記  
 2)群内における時期の単純主効果:b 同文字間で有意差あり( $\rho < .05$ )  
 3)群内における時期の単純主効果:c 同文字間で有意差あり( $\rho < .10$ )  
 4)効果量 偏  $\eta^2$  の大きさの目安:.01(効果小),.06(効果中),.16(効果大)

表 3-② 精神症状・社会機能の評価（支援プロセスの履行状況別：介入群月コンタクト 240 分以上）

		n	BL 時		1 年後時		反復測定 共分散分析※ 時期×群の 交互作用(p)	効果量 偏 $\eta^2$
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
SBS:陽性症状に伴う行動	介入群	(21)	4.6 <sup>b</sup>	3.7	3.7 <sup>b</sup>	3.7	.028*	.067
	対照群	(56)	2.5	2.4	3.1	3.7		

1)交互作用が有意だったもののみ表記

2)群内における時期の単純主効果:b 同文字間で有意差あり( $p < .05$ )

3)効果量 偏  $\eta^2$  の大きさの目安:.01(効果小),.06(効果中),.16(効果大)

表 3-A 精神症状・社会機能の評価（対象層別の分析：A 層）

		n	BL 時		1 年後時		反復測定 共分散分析※ 時期×群の 交互作用(p)	効果量 偏 $\eta^2$
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
PANSS:陰性症状(7-49)	介入	(17)	19.6	6.3	18.1	3.3	.052 <sup>†</sup>	.148
	対照群	(14)	15.4	8.7	17.1	8.3		

1)交互作用が有意だったもののみ表記

2)効果量 偏  $\eta^2$  の大きさの目安:.01(効果小),.06(効果中),.16(効果大)

表 3-B 精神症状・社会機能の評価（対象層別の分析：B 層）

		n	BL 時		1 年後時		反復測定 共分散分析 ※ 時期×群の 交互作用(p)	効果量 偏 $\eta^2$
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
SBS:陽性症状に伴う行動	介入群	(26)	3.5 <sup>b</sup>	2.9	2.1 <sup>b</sup>	2.9	.005*	.121
	対照群	(42)	2.1	2.1	2.7	3.4		

1)交互作用が有意だったもののみ表記

2)群内における時期の単純主効果:b 同文字間で有意差あり( $p < .05$ )

3)効果量 偏  $\eta^2$  の大きさの目安:.01(効果小),.06(効果中),.16(効果大)

表 4-1 主観的 QOL の評価 (全体)

		n	BL 時		1 年後時		反復測定 共分散分析※ 時期×群の 交互作用(p)	効果量 偏 η <sup>2</sup>
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
WHO-QOL26(1-5)	介入群	(40)	2.7	0.6	2.9	0.5	.15	-
	対照群	(51)	3.0	0.6	3.0	0.6		
身体的領域(1-5)	介入群	(44)	2.7	0.7	2.8	0.7	.73	-
	対照群	(55)	2.8	0.7	3.0	0.7		
心理的領域(1-5)	介入群	(42)	2.7	0.8	3.0	0.7	.27	-
	対照群	(53)	3.0	0.8	3.1	0.7		
社会的領域(1-5)	介入群	(42)	3.0	0.6	3.1	0.6	.43	-
	対照群	(53)	3.1	0.6	3.2	0.6		
環境領域(1-5)	介入群	(45)	3.0	0.6	3.1	0.6	.25	-
	対照群	(54)	3.1	0.6	3.2	0.6		
全般的満足度(1-5)	介入群	(46)	2.6	0.9	2.9	0.8	.15	-
	対照群	(54)	2.9	0.8	3.0	0.7		

表 3-① 主観的 QOL の評価 (支援プロセスの履行状況別：介入群月コンタクト 180 分以上)

		n	BL 時		1 年後時		反復測定 共分散分析※ 時期×群の 交互作用(p)	効果量 偏 η <sup>2</sup>
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
WHO-QOL26(1-5)	介入群	(27)	2.7 <sup>a</sup>	0.7	3.0 <sup>a</sup>	0.5	.065 <sup>f</sup>	.047
	対照群	(51)	3.0	0.6	3.0	0.6		
心理的領域(1-5)	介入群	(28)	2.5 <sup>a</sup>	0.9	2.8 <sup>a</sup>	0.7	.099 <sup>f</sup>	.036
	対照群	(54)	2.9	0.7	2.9	0.8		
全般的満足度(1-5)	介入群	(30)	2.5 <sup>a</sup>	1.0	2.9 <sup>a</sup>	0.9	.051 <sup>f</sup>	.049
	対照群	(54)	2.9	0.8	3.0	0.7		

1)交互作用が有意だったもののみ表記

2)群内における時期の単純主効果:b 同文字間で有意差あり(p<.05)

3)効果量 偏 η<sup>2</sup> の大きさの目安:.01(効果小),.06(効果中),.16(効果大)

表 3-② 主観的 QOL の評価 (支援プロセスの履行状況別：介入群月コンタクト 240 分以上)

		n	BL 時		1 年後時		反復測定 共分散分析※ 時期×群の 交互作用(p)	効果量 偏 η <sup>2</sup>
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
WHO-QOL26(1-5)	介入群	(18)	2.6 <sup>a</sup>	0.7	3.0 <sup>a</sup>	0.4	.016 <sup>a</sup>	.090
	対照群	(51)	3.0	0.6	3.0	0.6		
心理的領域(1-5)	介入群	(19)	2.4 <sup>a</sup>	0.9	2.8 <sup>a</sup>	0.7	.027 <sup>a</sup>	.072
	対照群	(54)	2.9	0.7	2.9	0.8		
全般的満足度(1-5)	介入群	(21)	2.5 <sup>b</sup>	1.0	2.9 <sup>b</sup>	0.9	.028 <sup>a</sup>	.069
	対照群	(54)	2.9	0.8	3.0	0.7		

1)交互作用が有意だったもののみ表記

2)群内における時期の単純主効果:a 同文字間で有意差あり(p<.01)

3)群内における時期の単純主効果:b 同文字間で有意差あり(p<.05)

4)効果量 偏 η<sup>2</sup> の大きさの目安:.01(効果小),.06(効果中),.16(効果大)



表 3-A 主観的 QOL の評価 (対象層別の分析 : A 層)

		n	BL 時		1 年後時		反復測定 共分散分析* 時期×群の 交互作用(p)	効果量 偏 $\eta^2$
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
WHO-QOL26(1-5)	介入群	(19)	2.8 <sup>b</sup>	0.5	3.0 <sup>b</sup>	0.5	.016 <sup>*</sup>	.218
	対照群	(12)	3.3	0.7	3.1	0.6		
心理領域(1-5)	介入群	(21)	2.7 <sup>b</sup>	0.7	2.9 <sup>b</sup>	0.7	.080 <sup>†</sup>	.118
	対照群	(12)	3.2	0.7	3.1	0.5		
環境領域(1-5)	介入群	(21)	3.0 <sup>c</sup>	0.6	3.1 <sup>c</sup>	0.5	.045 <sup>*</sup>	.146
	対照群	(12)	3.4	0.7	3.1	0.5		
全般的満足度(1-5)	介入群	(21)	2.7 <sup>b</sup>	0.9	3.0 <sup>b</sup>	0.8	.097 <sup>†</sup>	.099
	対照群	(15)	3.3	0.9	3.1	0.8		

1)交互作用が有意だったもののみ表記

2)群内における時期の単純主効果 : b 同文字間で有意差あり ( $p < .05$ )

3)効果量 偏  $\eta^2$  の大きさの目安 : .01 (効果小) , .06 (効果中) , .16 (効果大)

表 4-1 その他 (全体)

		n	BL 時		1 年後時		反復測定 共分散分析* 時期×群の 交互作用(p)	効果量 偏 $\eta^2$
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
CSQ-8J (8-40)	介入群	(41)	24.0	5.2	24.1	3.9	.86	-
	対照群	(51)	24.3	4.7	24.3	3.8		
一次活動時間 (分)	介入群	(42)	730.0	138.9	779.6	134.1	.98	-
	対照群	(53)	696.2	144.7	744.3	171.6		
二次活動時間 (分)	介入群	(42)	79.6	140.7	86.1	151.0	.27	-
	対照群	(53)	91.1	143.4	157.9	201.1		
三次活動時間 (分)	介入群	(42)	541.8	221.4	485.7	206.8	.56	-
	対照群	(53)	578.8	205.4	488.2	222.7		

表 4-① その他（支援プロセスの履行状況別：介入群月コンタクト 180 分以上）

		n	BL 時		1 年後時		反復測定 共分散分析* 時期×群の 交互作用(p)	効果量 偏 η <sup>2</sup>
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
二次活動時間 (分)	介入群	(28)	105.5	163.8	65.4	116.7	.032*	.062
	対照群	(53)	91.1 <sup>c</sup>	143.4	157.9 <sup>c</sup>	201.1		
うち通勤(分)	介入群	(28)	18.2	59.1	10.2	42.8	.087 <sup>†</sup>	.039
	対照群	(53)	9.3	32.3	29.4	62.1		
うち学業 (分)	介入群	(28)	0.0	0.0	0.0	0.0	.085 <sup>†</sup>	.080
	対照群	(53)	2.3 <sup>c</sup>	11.5	10.8 <sup>c</sup>	58.6		
うちデイケア等への通所(分)	介入群	(28)	42.3	106.9	11.3	59.5	.065 <sup>†</sup>	.046
	対照群	(53)	22.1	83.7	34.2	86.2		
三次活動時間 (分)	介入群	(28)	472.5 <sup>c</sup>	199.2	499.3 <sup>c</sup>	194.4	.028*	.064
	対照群	(53)	578.8	205.4	488.2	222.7		
うちテレビ・ラジオ等視聴(分)	介入群	(28)	133.9	165.0	195.0	207.0	.091 <sup>†</sup>	.039
	対照群	(53)	169.2	190.6	145.8	182.7		
うち学習・研究(分)	介入群	(28)	0.0	0.0 <sup>c</sup>	22.5 <sup>c</sup>	82.7	.054 <sup>†</sup>	.050
	対照群	(53)	13.0	65.4	9.1	35.0		
うち受診・療養など(分)	介入群	(28)	0.0	0.0	7.0	25.7	.058 <sup>†</sup>	.049
	対照群	(53)	4.2 <sup>c</sup>	22.1	1.1 <sup>c</sup>	8.2		

1)交互作用が有意だったもののみ表記

2)群内における時期の単純主効果:c 同文字間で有意差あり(p<.10)

3)効果量偏 η<sup>2</sup>の大きさの目安:.01(効果小),.06(効果中),.16(効果大)

表 4-② その他（支援プロセスの履行状況別：介入群月コンタクト 240 分以上）

		n	BL 時		1 年後時		反復測定 共分散分析* 時期×群の 交互作用(p)	効果量 偏 η <sup>2</sup>
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
二次活動時間 (分)	介入群	(19)	107.4	164.8	56.8	96.1	.049*	.059
	対照群	(53)	91.1 <sup>c</sup>	143.4	157.9 <sup>c</sup>	201.1		
うち学業(分)	介入群	(19)	0.0	0.0	0.0	0.0	.028*	.073
	対照群	(53)	2.3 <sup>b</sup>	11.5	10.8 <sup>b</sup>	58.6		

1)交互作用が有意だったもののみ表記

2)群内における時期の単純主効果:b 同文字間で有意差あり(p<.05)

3)群内における時期の単純主効果:c 同文字間で有意差あり(p<.10)

4)効果量偏 η<sup>2</sup>の大きさの目安:.01(効果小),.06(効果中),.16(効果大)

表 5 支援プロセスの履行状況と基礎属性の関連

	介入群:月 240 分以上 コンタクト対象者 (n=26)		その他 (n=26)		T 検定	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t値	(p)
年齢	43.3	12.3	37.6	9.5	1.881	.066 <sup>†</sup>
スクリーニング合計	9.3	3.2	7.5	3.2	2.468	.017*

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④ 医療経済評価～

研究分担者：○吉田光爾<sup>1)</sup>，泉田信行<sup>2)</sup>

研究協力者：山口創生<sup>1)</sup>，西尾雅明<sup>3)</sup>，坂田増弘<sup>4)</sup>，佐竹直子<sup>5)</sup>，古家美穂<sup>1)</sup>，佐藤さやか<sup>1)</sup>，  
種田綾乃<sup>1)</sup>，下平美智代<sup>1)</sup>，小川友季<sup>6)</sup>，池田尚彌<sup>1)</sup>，市川健<sup>1)</sup>，片山優美子<sup>6)</sup>

- 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) 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部
- 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
- 6) 長野大学

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による、費用の詳述および費用対効果を含む医療経済的な分析を行い、医療経済的な観点からの示唆をえることを目的とした。

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。

結果：

- 1)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。
- 2)費用対効果：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) > 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層だった。
- 3)増分費用効果費：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。

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る。

## 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<sup>1)2)</sup>。

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、その中で深谷は医療経済的な視点からの分析を行い、必ずしもACTでの取り組みが通常の医療と比較して高コストであるとはいえない、という研究結果を出しているが単施設での研究であり、また社会資源の利用状況について精度の高い調査票を用いた研究ではなかった。

そこで本研究では、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ORによる支援の医療費・社会的コストを精査することで、①医療・社会コスト費用の算出および通常の精神科医療との比較を行い、②そのうえで費用対効果について分析を行った。

## 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。

### 1) 医療費・社会的コストのデータ収集の方法

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した。

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。なお医療費コストに関しては、外来・入院に区分したうえで内訳を治療費・精神科薬剤A費（主として精神科症状に対して処方される向精神薬および向精神薬によってもたらされる副作用に対する薬剤）・精神科薬剤B費（精神科症状およびその副作用辺縁に対しても処方される薬剤、例：便秘薬）に分類して計上した。

②サービスコード：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的なコンタクトを全て記録する。なお、サービスコード票には以下の情報が含まれる（コンタクト日時、コンタクト時間、移動時間、記録等の準備時間、支援したスタッフの職種、支援の提供場所、コンタクトした対象、支援の状況、診療報酬/障害者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）。なおアウトリーチサービス費用はレセプトではなく、すべてこのサービスコードを用いて起算した。なお診療報酬上に位置づかない、いわゆる無報酬の労働に関しても人件費を換算して合計した。これに関しては病院からの訪問看護費（1件あたり5,750円）を基準額として、総コンタクト時間が30分未満の場合は基準額の半額、30分以上90分以下の場合は基準額8,094円、90分を超える場合は実際のコンタクト時間（分）を90分で除した数を基準額8,094円にかけたもので試算した。なお電話コンタクトのコストに関しては0円で代入した。

また介入群においてサービスコードの調査が一部完了できなかったケースについては、フォロー可能だった期間のデータの平均値を用いて、未フォロー期間に代入することで処理を行った。

③CSRI-J：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) <sup>15,16)</sup>の日本語版(本研究班で作成)を用いて3ヶ月毎に評価した。

各社会資源の利用費については本報告書中の古家に詳しい。なお、調査負担を鑑みて、対照群の利用者については社会資源の利用に大きな変動がないものと推測し調査負担を鑑みて、本研究のエントリーが終了した平成25年4月～5月から1ヵ月をめぐりに一斉にCSRI-Jの調査を行い、その数値をもって1年間の社会資源利用費として試算した。なおデータが一部欠損したケースについては、データが存在する時期の平均値を用いて、未フォロー期間に代入することで処理を行った。

## 2) 分析方法

### (1)各費用の比較

BL時点から1年間の医療費・CSRI-J費・介入群のOR費用(診療報酬分費用+無報酬分の換算費)を起算し、その各費用および合計費用について介入群・対照群でt検定を行い差を検定した。

### (2)費用対効果の試算

WHO-QOL26の向上をメインアウトカムとみなしその1年間の増分をもって、各群の費用対効果(CER=Cost Effectiveness Ratio)を以下の計算式で算出した。

・  $CER = 1 \text{ 年間の総コスト} / 1 \text{ 年間の WHO-QOL26 得点の増分}$  (※1年間のQOL得点の増分=1年後時WHO-QOL26得点の総和-BL時WHO-QOL26得点の総和)

なおWHO-QOL26得点に関しては合計得点を設問数26で割って得点を算出するが、本計算では「回答素点を1点あげるのにいくらかかるか」と解釈を用意するため、回答数26で割らず調査票上の素点を用いた。

### (3)増分費用効果比の試算

WHO-QOL24の向上をメインアウトカムとみなし、増分費用効果比を算出した。すな

わち、患者1人あたりについて、対照群の通常治療にくわえて介入群の多職種OR支援を行いWHO-QOL26得点を1点伸長するために必要となる追加費用を試算するものである。

$ICER = (\text{対照群の1年間の総コスト} - \text{介入群の1年間の総コスト}) / (1 \text{ 年間の対照群の QOL 得点増分} - 1 \text{ 年間の介入群の QOL 得点増分})$

なお報告③と同様に、(1)全体での介入群・対照群の比較に加え、(2)支援プロセスの履行状況別の分析として月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)対象層別の分析として介入群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。

## C. 結果

### 1) 費用の比較

#### (1)全体での分析

費用の結果について表1に示す。対照群において『その他医療費』(=主医療機関以外でかかった精神科医療費)が有意に高い( $p=.028$ )ほかは有意差は認められなかった(表1)。なお各群時の推移を図1・図2に示す。

#### (2)支援プロセスの履行状況別の分析

月240分以上実コンタクトがあった介入群・対照群全体の比較において、各費用に有意な差はみられなかった(表2)。

#### (3)対象層別の分析

A層では各費用に有意な差はみられなかった(表3)。B層では主医療機関の精神科医療費の総額が介入群の方が高く( $p=.029$ )、主医療機関以外の精神科医療費が対照群の方が高かった( $p=.041$ )。結果として総コストには有意差がなかった(表4)

### 2) 費用対効果の試算(表5および図3)

#### (1)全体での分析

介入群全体ではWHO-QOL26の1点上昇あたり36万3,580円のコストかかると算出された。対照群では同じく115万8,769円と

算出された。

## (2) 支援プロセスの履行状況別の分析

月 240 分以上のコンタクト層では WHO-QOL26 の 1 点上昇あたり 22 万 3,958 円のコストかかかると算出された。

## (3) 対象層別の分析

介入群 A 層では WHO-QOL26 の 1 点上昇あたり 32 万 5,383 円のコストかかかると算出された。対象群 A 層では、WHO-QOL26 得点が低下していたため増分では計算不能であり 1 点低下あたり 46 万 8,460 円のコストかかかると算出された。

介入群 B 層では WHO-QOL26 の 1 点上昇あたり 40 万 8,839 円のコストかかかると算出された。対象群 B 層では WHO-QOL26 得点 1 点上昇あたり 55 万 7,654 円のコストかかかると算出された。

## 3) 増分費用効果比の試算 (表 6)

### (1) 全体での分析

介入群全体と対照群全体で増分費用効果費を算出した場合、ICER は 10 万 8,243 円/点となり、対照群の通常治療に比較し多職種 OR を行う追加費 10 万 8,243 円を投入すると WHO-QOL26 得点を 1 点上昇させることが示唆された。

### (2) 支援プロセスの履行状況別の分析

介入群の月コンタクト 240 分以上コンタクト層と対照群全体で増分費用効果費を算出した場合、ICER は 6 万 9,499 円/点となり、対照群の通常治療に比較し多職種 OR を行う追加費 6 万 9,499 円を投入することで WHO-QOL26 得点を 1 点上昇させることが示唆された。

### (3) 対象層別の分析

介入群の A 層と対照群 B 層で増分費用効果費を算出した場合、ICER は 4 万 6,288 円/点となり、A 層については対照群の通常治療に比較し多職種 OR を行う追加費 4 万 6,288 円を投入することで WHO-QOL26 得点を 1 点上昇させることが示唆された。

介入群の B 層と対照群 B 層で増分費用効果

費を算出した場合、ICER は 22 万 3,641 円/点となり、B 層については対照群の通常治療に比較し多職種 OR を行う追加費 22 万 3,641 円を投入することで WHO-QOL26 得点を 1 点上昇させることが示唆された。

## D. 考察

### 1) 各費用の比較

介入群と対照群においては、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。なお B 層では介入群の主医療機関の精神科医療費が高くなっており、他の医療機関の精神科医療費が対照群でかかっており、結果的に総コストでは有意差はなかった。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、実際には統計的な有意差はなかった。報告③で示されたように 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この事実は、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。

### 2) 費用対効果と増分費用効果費の試算

試算上、費用対効果が高い支援は、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) という順になる。QOL 効率性だけでいえば月 240 分以上コンタクトが効率性がよいと思われるが、必ずしも介入群の支援が対照群よりも費用が低いとはいえないため、増分費用効果費を算出する必要がある。

そこで実際に ICER を算出した場合、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=すなわち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。

介入効果に関する報告③では、介入の濃度が高いほど主観的 QOL に関する効果が高いこと、また主観的 QOL の上昇効果は A 層（従来の ACT の対象層に近い重症精神障害者）でみられることが示唆されていた。しかしそれが医療経済的に見て妥当かどうかは、報告③では判断できず、「重篤な層・および集中的な支援をすることでコスト高になるのではないか」という危険も推測されることであった。しかし、本報告では、介入群は対照群と比べて治療費が必ずしも高くなかった。また、そのうえで『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 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、妥当な方針であると考えられる。

### 3) 本研究の意義と限界

本研究は複数の施設で多職種 OR 支援の医療費・社会的コストを精査した国内では初めての研究であり、その結果として多職種 OR 支援が通常の支援に比べてコスト高ではないこと、また主観的 QOL にアウトカムをおいた場合に費用対効果が対照群に比べてよいこと、さらに増分費用効果の観点からは一定の濃度の支援を行う事・および対象層を重篤層に限定することが妥当であることが示唆されるなど、政策的・臨床的な示唆を多く含むものである。

ただし本研究には幾つかの限界がある。第一に報告③にも述べた対象層の偏りの問題である。第二に 1 年間の予後調査であり長期予後をとれなかったことにより、本来コスト計算に大きく影響すると思われる入退院への影響が十分はつきりとしなかったことである。3 つ目は調査負荷を鑑みて対照群の CSRI-J が 1 度の調査という限界があったこと、またサ

ービスコードのデータが一部欠損したことである。これに関しては推計値を用いているが、結果に影響している可能性も否めない。2・4 に関しては追加・振り返り調査を行うなどして調査制度を高めることも検討していきたい。5 つめに CSRI-J の評価者が介入群・対照群についてブラインドでなかったことも結果に影響をしている可能性はあるが、レセプトデータ（医療費）に関しては機械的に算出される者であり、そこで大きな差がなかったことは強調しておきたい。

なお WHO-QOL26 を 1 点上昇させるのに対して妥当な ICER については議論の余地があると考えられる。英国の NICE ガイドラインでは、質調整生存年=Quality Adjusted Life Years (QALY) を基準指標としているが、費用対効果がある実践の ICER の閾値は、2 万ポンドから 3 万ポンド（340 万円～510 万円）とされている<sup>7)9)</sup>。本研究では対照群に死亡例などもでていたことから QALY などの概念を導入して検討することも今後必要であろう。

### E. まとめ

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による、費用の詳述および費用対効果を含む医療経済的な分析を行い、医療経済的な観点からの示唆をえることを目的とした。

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。

結果：

### 1) 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。

### 2) 費用対効果

WHO-QOL26 費用対効果は高い順に介入群（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 層であった。

### 3) 増分費用効果費

対比する支援に対して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（46,288 円/点（WHO-QOL26））への支援、次に介入群月 240 分以上コンタクト層（69,499 円/点（WHO-QOL26））への支援であった。

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る。

## 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), pp1767-1781, 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) 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) Marshall M, Lockwood A.: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2, 1998
- 3) 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.
- 4) Ito J, Oshima I, Nishio M et al . The effect of Assertive Community Treatment in Japan, Acta Psychiatrica



- Scandinavica, 123(5), 398–401, 2011.
- 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) Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum; 1988.
- 7) McCabe C, Claxton K, Culyer AJ: The NICE cost-effectiveness threshold: what it is and what that means. *Pharmacoeconomics* 26:733-744, 2008.
- 8) Appleby J, Devlin N, Parkin D: NICE's cost effectiveness threshold. *BMJ* 335(7616):358-359, 2007.
- 9) 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.

表 1 医療・サービス費の比較(単位:円/年)

	n=52		n=63		統計量(t)	p 値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-1 主医療機関費用	OR 費	403316	385917	-	-	-
	OR 費無報酬分	231789	177026	-	-	-
	入院治療費	315084	843659	646838	2666945	n.s
	入院薬剤 A	232204	312530	16724	45389	n.s
	入院薬剤 B	20969	47381	10923	47459	n.s
	外来治療費	209264	243656	166115	157915	n.s
	外来薬剤 A	232204	312530	292227	385140	n.s
	外来薬剤 B	20969	47381	38322	94214	n.s
	医療費総額	1432080	1075796	1171149	2682666	n.s
	n=52		n=58			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-2 CSR-J	所得保障	585429	698515	601148	671066	n.s
	福祉サービス	169509	315070	113519	266933	n.s
	主医療機関以外の 精神科医療費	6247	31986	76037	223852	2.227
	n=51		n=58			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-3 総合計	2219943	1497787	2010142	2824353		n.s

表 2 医療・サービス費:介入群月 240 分以上コンタクト者と対照群全体の比較 (単位:円/年)

	n=26		n=63		統計量(t)	p 値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-1 主医療機関費用	OR 費	625888	422542	-	-	-
	OR 費無報酬分	267276	233864	-	-	-
	入院治療費	277002	583180	646838	2666945	n.s
	入院薬剤 A	3423	8400	16724	45389	n.s
	入院薬剤 B	493	1835	10923	47459	n.s
	外来治療費	155742	82393	166115	157915	n.s
	外来薬剤 A	244124	254042	292227	385140	n.s
	外来薬剤 B	12118	16440	38322	94214	n.s
	医療費総額	1586067	956363	1171149	2682666	n.s
	n=26		n=58			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-2 CSRI-J	所得保障	569239	662969	601148	671066	n.s
	福祉サービス	189021	320345	113519	266933	n.s
	主医療機関以外の 精神科医療費	7371	37444	76037	223852	n.s
	n=26		n=58			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-3 総合計	2351699	1420188	2010142	2824353		n.s

表 3 医療・サービス費の比較:A層(単位:円/年)

	n=24		n=16		統計量(t)	p 値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-1 主医療機関 費用	OR 費	540112	496926	-	-	-
	OR 費無報酬分	289286	222634	-	-	-
	入院治療費	236350	544415	1473806	5169279	n.s
	入院薬剤 A	2947	8147	20695	58021	n.s
	入院薬剤 B	458	1889	8125	32500	n.s
	外来治療費	184733	110114	222682	263336	n.s
	外来薬剤 A	236359	267034	372463	403897	n.s
	外来薬剤 B	19444	33032	46093	112129	n.s
	医療費総額	1509688	1016301	2143864	5096914	n.s
	n=24		n=15			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-2 CSR-U	所得保障	532830	677677	530212	560865	n.s
	福祉サービス	226708	371425	102772	188629	n.s
	主医療機関以外の 精神科医療費	5550	27189	39960	106203	n.s
	n=24		n=14			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-3 総合計	2274776	1535730	2933948	5105714		n.s