

8) A-に-I08 : 女性、40代、気分変調症、発病後24年、入院0回

再婚した夫と同居。生活保護受給。初診時には、長男や次男夫婦との関係が症状悪化の誘因となり、夫が仕事で不在の間は押し入れにこもり、神経性失禁もあって外出できない状態。2週間に1回の面接開始。面接では生育歴や、未治療のまま経過した摂食障害の既往歴、家族との関係、現在の症状などを担当者に語る。以前と比べて散歩や旅行など活動できるようになり、不安で押し入れにこもる等の症状は消失。研究終了後も本人希望で月1回の面接を継続。

9) A-に-I09 : 女性、30代、気分変調症／摂食障害、発病後10年、入院2回

4年前より父と同居。毎日父の食事の準備をしている。兄の勧めもあり、障害者雇用での就労を希望。気分の波があり、バイトに突然行けなくなることを何度も繰り返し、自信をなくしている。担当者が月1回の診察日に面接し、主治医と経過を共有することとなる。症状悪化に伴い、外出できなくなり、受診中断。担当者が電話フォローを継続するが、全く連絡がとれなくなり、ドロップアウトとなる。

10) A-に-I10 : 女性、50代、抑うつ状態、発病後2年、入院0回

高校生の子ども2人と同居（研究期間中、1人は留学）。夫と別居中だが、経済的援助は受けている。夫の女性関係、パート先での人間関係などストレスが重なり、精神科通院開始。転居に伴い、当院に転院。月1回の診察日の面接を開始。次女の精神的不調など家族の問題はあるものの、家事はこなせていること、安定してきたという自覚から、就労と服薬の中止を希望するが、主治医に維持療法を勧められる。納得できないまでも、ボランティア活動の参加や認知行動療法に関心を示している。研究期間終了後も診察日の事前面接を継続する。

11) A-に-I11 : 男性、40代、統合失調症、発病後13年、入院2回

独居で障害年金。研究期間中、生活保護受給開始。障害者雇用で清掃等の仕事を続けていたが、職場不適合から被害妄想的となり、休職、復職、本人希望で退職した経緯がある。当院への転院に伴い、月2回程度の面接を開始。担当者が自宅を訪問し、自立して生活できている様子を確認する。金銭管理は別居する両親がシビアに行っている。対人関係能力を高めたいとデイケア通所を希望し、週4日のフル参加となる。他メンバーとの交流を楽しみながらマイペースに過ごしている。就労についてはB型導入を検討中で、研究期間終了後もデイケアと適宜の面接を継続。

12) A-に-I12 : 女性、20代、統合失調症／てんかん疑い、発病後7年、入院0回

交際相手と同居。線維筋痛症（後に診断取り下げ）で通院中の内科からうつ状態疑いで紹介。短大卒業後の就職問題や父・兄との死別（詳細不明）が心理的ストレスとなり、妄想等陽性症状と疼痛が出現。交際相手からの要望があり、就労を希望。月2回の面接を開始する。主治医からデイケア通所を勧められるが乗り気でなく、アルバイト就労支援に切り替える。アルバイト開始後、診察と面接が途切れがちとなり、連絡の取れない状態が続いている。

13) A-に-I13 : 女性、30代、統合失調症、発病後6年、入院2回

夫、乳児1人と同居。夫の都内転勤のため転院。環境の変化と認知機能低下による日常生活の困難、意欲低下、倦怠感、平日に1人で子育てをすることへの不安がある。ママ友付き合いも適度にできているが、被害的になりやすい。研究参加に同意し、面接、自宅訪問を行うが、「話した後のしんどさ」を理由に研究参加中止を希望。ドロップアウトとなる。

【対照群】

1) A-に-C01：女性、30代、うつ病、発病後1年、入院0回

母親、母親の彼氏、子ども2人と同居。職場の健診で採血時に左手の神経損傷を負い、痛みと痺れで運動不可となる。複数回の自殺企図歴あり、ペインクリニック科の紹介で精神科受診。症状等大きな変化なく、研究期間終了。

2) A-に-C02：男性、30代、統合失調症、発病後26年、入院0回

両親と同居。12歳頃に発症。浪人と留年をしながら大学を卒業、就労にいたる。転職を繰り返し、職業訓練校に入校するが、症状悪化し閉居。就労希望が強く、外来での疾病教育と併行して、障害者就労の紹介など支援を行う。精神症状は軽減し、本人のペースで就労に向けた活動を継続しているところで、研究期間終了。

3) A-に-C03：男性、20代、統合失調症疑い、発病後15年、入院1回

両親と同居。小学校、中学校と不登校、高校1年時に幻覚妄想出現し、退学。それ以降閉居し、昼夜逆転の生活をしている。障害年金受給を目的に受診。主治医から社会復帰を促され、障害年金の診断書が作成されないことで、研究開始3ヶ月後に通院中断。ドロップアウトとなる。

4) A-に-C04：女性、50代、統合失調症、発病後7年、入院0回

夫と同居。高校卒業後から複数回の転職。結婚後に仕事復帰したところ、被注察感、思考伝播等出現。精神科で抑うつ状態の処方を受けるが改善せず、当院に転院となる。途中、父の突然死や母の世話など家族の問題が浮上する。就労支援センターに一度だけ相談に行くも継続できず、自宅に閉居しがちになっているところで、研究期間終了。主治医から認知機能リハビリテーションを勧められている。

5) A-に-C05：男性、40代、統合失調症／てんかん、発病後13年、入院3回

母と同居。通信会社での勤務が多忙となり、不眠、食欲不振、幻聴が出現。退職となる。精神科通院するも症状改善せず、2年間入院。その後、悪性症候群による入院を経て、当院に転院。母の入院に伴い単身となるが、大きな情動の変化なく経過。薬物調整により状態が落ち着いてきているところで、研究期間終了。

6) A-に-C06：女性、20代、適応障害／発達障害疑い、発病後3年、入院0回

両親と姉と同居。専門学校中退後アルバイトを始めるが、仕事ができないことから不応を起こし、職場を転々とする。精神科を受診し、小康状態となっていたが、薬の副作用が気になることから当院に転院。薬物調整を行っていたが、テグレート中毒となり、そのまま他院に転院。ドロップアウトとなる。

7) A-に-C07：女性、20代、気分循環症、発病後6年、入院0回

独居。音楽大学の大学院生。母との葛藤を契機とした大量服薬を繰り返す。大量服薬の翌朝に自ら救急要請し、当院に搬送された際に、精神科受診を勧められる。気分の波、自傷行為、食べ吐き、睡眠障害、食欲低下が出現。ストレスに対する脆弱性は変わらず、薬物調整を継続している。

8) A-に-C08：男性、20代、統合失調症、発病後1年、入院0回

両親と同居。就職1年目、出向先の仕事が多忙となり、対話形式の幻聴、監視妄想が出現。休職後そのまま退職となる。精神科で薬物療法を行っていたが、当院のセカンドオピニオンを希望し、その後転院となる。幻聴は残存しながらも、状態は落ち着いている。専門学校やアルバイトを検討しているが、なかなか進まない。

9) A-に-C09 : 男性、30代、適応障害／公汎性発達障害、発病後4年、入院1回

独居。勤務する証券会社の内部通報制度を利用して告発を行ったところ、本人の東京異動など予想を超えた展開となり、不眠、情動不安定、希死念慮が増悪。内部告発とうつ状態との因果関係を証明するために、通院を継続していたが、治療契約の一致点が見出されず、本人の意思で治療を終結。研究継続か否かは保留中。

10) A-に-C10 : 男性、40代、うつ病／境界例／身体表現性障害、発病後30年、入院6回

両親と同居。小学低学年から母への暴力、中学3年時から不登校、身体症状が出現。通信制の高校を卒業後、通信制の短大や大学、様々な講習やセミナーに参加している。発汗過多、倦怠感、下痢、易怒性など様々な身体症状を訴え、薬物調整を行っている。家庭では傍若無人にふるまっている。

11) A-に-C11 : 女性、40代、躁うつ病、発病後30年、入院10回

両親、兄と同居。肺塞栓症のため在宅酸素療法を行っている（呼吸状態は安定）。高校3年時より精神科通院、入退院を繰り返す。軽い躁とうつの波を繰り返しながら自宅に閉居している。自責的、被害的になりやすく、母の認知症による家族関係の悪化を契機に症状増悪。主治医の傾聴と薬物調整で状態は落ち着きつつある。

12) A-に-C12 : 男性、40代、統合失調症、発病後21年、入院2回

両親と同居。専門学校中退後、就職するが2週間で退職。その後、アルバイトを転々としていたが、体感幻覚、被注察感、家族への暴力、強迫症状が出現し、他院に入院する。退院後は自宅に引きこもりがちな生活。時々外出しているが、他人の咳に対する被害妄想は継続している。

{IV} その他の情報

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・池淵恵美, 初瀬記史, 江口のぞみ, 稲垣晃子, 久保田佳美, 大矢かな子, 田谷由貴子, 納戸昌子, 吉田久恵, 條川佐和, 細海理子 : 外来患者に生活支援・ケアマネジメントサービスはどの程度必要かー精神科初診患者の全数調査. 臨床精神医学 (印刷中)

2. 学会発表

- ・池淵恵美: 外来でのアウトリーチサービス. PPST研究会, 東京, 2012.9.

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

図1 スクリーニングの手順と概要

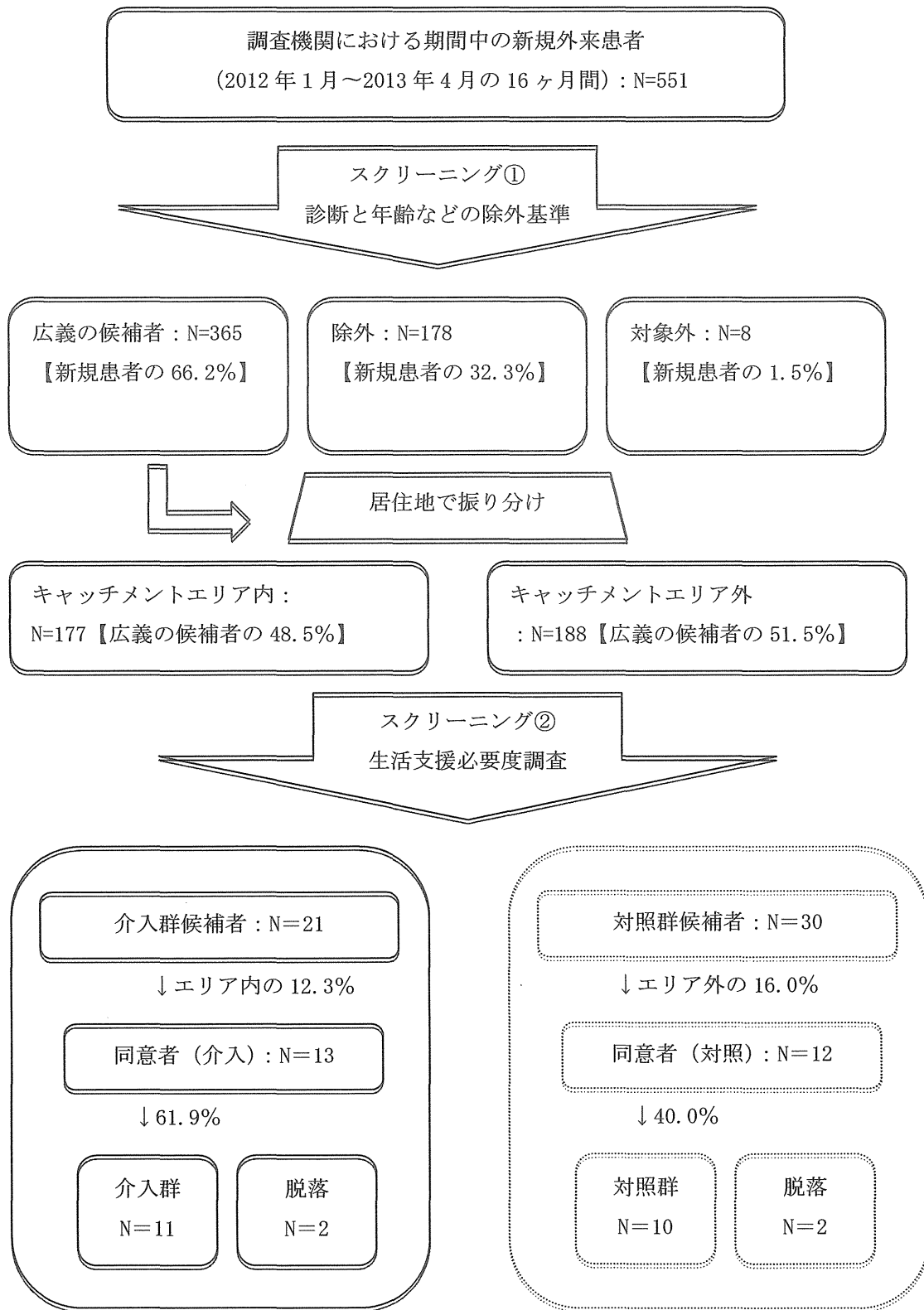


図 2: 生活支援必要度調査対象者 365 人の得点分布

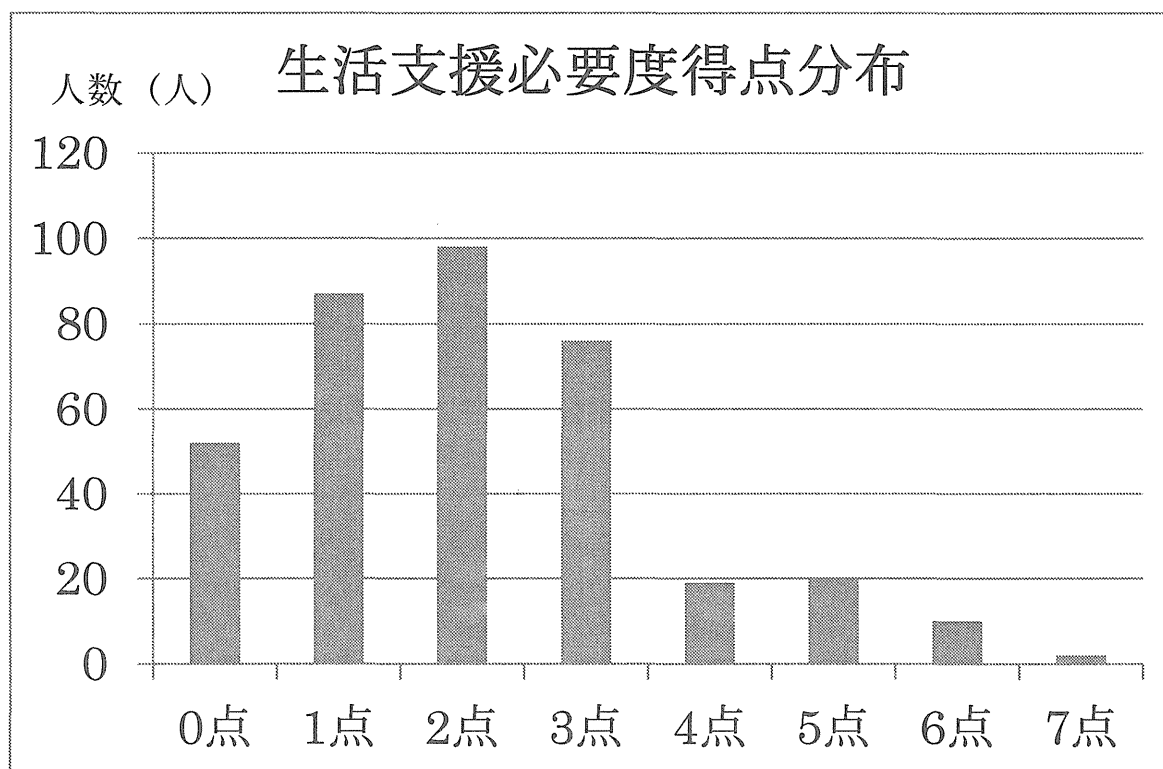


表 1. 外来スクリーニング票

		記入日:	年	月	日	記入者			
【1】対象者の基本属性									
ID:	性別(男・女)								
1.住所:	1) *区						3) キャッチメントエリア外		
	2) **区								
2.生年月日	西暦	年	月	生(歳)				
3.診断名(ICD-10):									
4.同居家族の有無	1) 有 2) 無 →有りの場合:1) 父 2) 母 3) 配偶者 4) きょうだい(人) 5) 祖父 6) 祖母 7) 子(人) 8) その他								
5.結婚歴	1) 未婚 2) 配偶者有 3) 離婚 4) 死別					6.過去1年間の入院回数	回		
7.障害年金	1) 有:障害()年金 級 2) 無					8.生保受給	1) 有 2) 無		
9.就業有無	1) 有 2) 無					10.身体合併症:			
11.地域の主たる支援者	1) 無 2) 有 →有りの場合 所属:					支援者名:			
12.過去3ヵ月間の社会資源利用状況(1ヶ月に1回以上利用のあるもの、複数回答)									
1) デイケア、デイナイトケア							6) 相談支援事業		
2) 訪問看護							7) 就労支援		
3) ホームヘルプサービス							8) グループホームなど共同住居		
4) 作業所など日中活動の場							9) ショートステイなど短期入所施設		
5) 地域活動支援センターなど集う場							10) その他()		
【2】アウトリーチケアマネスクリーニング							あてはまる場合		
除外基準	年齢が15歳未満もしくは65歳以上である						<input type="checkbox"/>		
	主診断がてんかん、薬物・アルコール依存、認知症、人格障害のみである						<input type="checkbox"/>		
	初診患者ではない						<input type="checkbox"/>		
【3】ケアマネジメント導入基準:特にことわりのない場合、過去1年の状況でお答え下さい							はい	いいえ	
A	6ヶ月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心に担う)を遂行できていない						1	0	
	6ヶ月間同居者以外と対人関係が持てていない						1	0	
B	食事、洗濯など生活を維持するうえでの課題を6ヵ月以上一貫して遂行できない						1	0	
	生活に必要な外出が6ヵ月以上一貫してできない						1	0	
	金銭管理、諸手続きなど複雑な地域生活の課題がサポートなしではできない						1	0	
C	支援をする家族がいない(拒否的、非協力的、天涯孤独)						1	0	
	家族との間に軋轢や葛藤があり、ストレスになっている						1	0	
D	職場、隣人などの環境に大きなストレスがあり、専門家の支援が必要な状況にある						2	0	
合計得点								点	

表 2. 各群対象者基本属性：性別、年齢、生活支援必要度得点（除外群、対象外群は得点なし）

		合計	男性	女性	T 検定/ χ^2 二乗検定
【エリア内群】					
人数	人 (%)	177(100)	72(40.7)	105(59.3)	p=0.001*
年齢	Mean±SD	41.3±13.2	41.5±12.2	41.1±13.9	n. s.
生活支援必要度得点	Mean±SD	2.0±1.5	2.0±1.5	2.0±1.4	n. s.
【エリア外群】					
人数	人 (%)	188(100)	78(41.5)	110(58.5)	p=0.02*
年齢	Mean±SD	39.2±12.2	40.9±11.8	38.1±12.3	n. s.
生活支援必要度得点	Mean±SD	2.1±1.5	2.1±1.3	2.1±1.5	n. s.
【除外群】					
人数	人 (%)	178(100)	86(48.3)	92(51.7)	n. s.
年齢	Mean±SD	65.8±19.1	63.8±19.4	67.6±18.7	n. s.
【対象外群】					
人数	人 (%)	8(100)	2(25.0)	6(75.0)	n. s.
年齢	Mean±SD	36.1±13.4	29.0±1.4	38.5±15.0	n. s.
【エリア内群+外群】					
生活支援必要度得点≥4点					
人数	人 (%)	51(100)	19(37.3)	32(62.7)	n. s.
年齢	Mean±SD	38.6±11.9	38.7±10.0	38.5±13.1	n. s.
生活支援必要度得点<4点					
人数	人 (%)	313(100)	130(41.5)	183(58.5)	p=0.003*
年齢	Mean±SD	40.5±12.8	41.7±12.2	39.7±13.2	n. s.

*: p<0.05, n. s.: not significant

表 3 : ICD-10 に基づく診断分類と生活支援必要度得点 (重複診断あり)

診断		合計	エリア 内群	エリア 外群	生活支援 必要度得点 ≥4 点
症状性を含む器質性精神障害 (F00-F09)	人数 (%)	12(100)	8(66.7)	4(33.3)	0(0.0)
	平均得点	1.67	2.13	0.75	-
精神作用物質による精神および 行動の障害 (F11-19)	人数 (%)	7(100)	2(28.6)	5(71.4)	0(0.0)
	平均得点	2.14	1.50	2.40	-
統合失調症, 統合失調症型障害及び 妄想性障害 (F20-F29)	人数 (%)	75(100)	35(46.7)	40(53.3)	19(25.3)
	平均得点	2.49	2.31	2.65	4.79
気分障害 (F30-39)	人数 (%)	123(100)	62(50.4)	61(49.6)	20(16.3)
	平均得点	2.22	2.40	2.03	5.05
神経症性障害, ストレス関連障害 及び身体表現性障害 (F40-F49)	人数 (%)	135(100)	70(51.9)	65(48.1)	11(8.1)
	平均得点	1.80	1.71	1.89	
生理的障害及び身体的要因に関連 した行動症候群 (F51-F59)	人数 (%)	3(100)	1(33.3)	2(66.7)	0(0.0)
	平均得点	1.33	0.00	2.00	-
成人の人格及び行動の障害 (F60-F69)	人数 (%)	1(100)	1(100)	0(0.0)	0(0.0)
	平均得点	1.00	1.00	-	-
知的障害 (F70-F79)	人数 (%)	9(100)	5(55.6)	4(44.4)	2(22.2)
	平均得点	2.67	2.00	3.50	4.50
心理的発達の障害 (F80-F89)	人数 (%)	6(100)	0(0.0)	6(100)	2(33.3)
	平均得点	3.17	-	3.17	4.50
小児期及び青年期に通常発症する 行動及び情緒の障害 (F90-F98)	人数 (%)	8(100)	5(62.5)	3(37.5)	0(0.0)
	平均得点	1.75	1.60	2.00	-
中枢神経系の炎症性疾患 (G00-G04)	人数 (%)	17(100)	11(64.7)	6(35.3)	2(11.8)
	平均得点	2.12	2.18	2.00	5.00
その他	人数 (%)	6(100)	4(66.7)	2(33.3)	0(0.0)
	平均得点	-	-	-	-

χ^2 二乗検定 : n. s

表 4. 【A 班】対象者の特徴（ベースライン時点）

		全体 (n=25)	介入群 (n=13)	対照群 (n=12)	χ^2, t 値	P 値	
性別 (男性)	人数	12	5	7	0.99	0.320	
年齢	平均±SD	36.80±9.98	37.54±10.45	36.00±9.84	0.38	0.709	
診断名 ICD	F2	10	4	6	2.70	0.441	
	F3	12	8	4			
	F4	2	1	1			
	F8	1	0	1			
同居家族 (有)	人数	19	9	10	0.68	0.409	
結婚歴 (未婚)	人数	18	8	10	3.86	0.146	
	(配偶者有)	人数	6	1			
	(離婚)	人数	1	1			
過去 1 年間の入院回数	平均±SD	0.15±0.38	0.08±0.29	0.12±0.33	0.52	0.606	
生活保護 (有)	人数	6	5	1	3.11	0.078	
就業 (有)	人数	8	5	3	0.52	0.471	
身体合併症 (有)	人数	9	5	4	0.07	0.790	
<精神症状>		全体 (n=23)	介入群 (n=11†)	対照群 (n=12)	t 値	P 値	
PANSS (陽性)	平均±SD	15.26±6.30	14.18±6.31	16.25±6.41	-0.78	0.445	
	(陰性)	平均±SD	15.17±6.73	15.17±5.17	0.01	0.996	
	(総合精神病理)	平均±SD	33.48±7.99	33.73±10.68	33.25±4.88	0.14	0.890
	(合計)	平均±SD	63.91±16.72	63.09±22.71	64.67±9.44	-0.22	0.827
GAF	平均±SD	42.39±6.21	41.73±7.02	43.00±5.62	-0.48	0.635	
SBS (社会的引きこもり)	平均±SD	4.96±3.97	6.00±5.04	4.00±2.52	1.22	0.236	
	(陽性症状に伴う行動)	平均±SD	3.39±4.11	4.18±4.81	2.67±3.39	0.88	0.389
	(気分と行動の不安定さ)	平均±SD	3.96±2.48	4.45±2.46	3.50±2.50	0.92	0.368
	(迷惑および反社会的な行動)	平均±SD	2.09±2.71	2.00±3.63	2.17±1.64	-0.14	0.887
(合計)	平均±SD	15.57±8.86	18.36±11.69	13.00±4.22	1.49	0.151	
<生活の質>		全体 (n=25)	介入群 (n=13)	対照群 (n=12)	t 値	P 値	
QOL (身体的領域)	平均±SD	2.44±0.61	2.46±0.58	2.43±0.67	0.13	0.898	
	(心理的領域)	平均±SD	2.26±0.70	2.31±0.75	2.21±0.66	0.35	0.730
	(社会的領域)	平均±SD	2.49±0.79	2.77±0.84	2.19±0.64	1.90	0.070
	(環境領域)	平均±SD	2.90±0.74	3.00±0.83	2.80±0.65	0.66	0.516
	(全般的な生活の満足度)	平均±SD	2.14±0.77	2.19±0.83	2.08±0.73	0.35	0.732
(合計)	平均±SD	2.53±0.61	2.61±0.67	2.44±0.56	0.67	0.509	

† 介入群 (n=2) のベースライン時の精神症状に欠損あり解析から除外

表 5. 【A 班】精神症状および生活の質の経時的変化：介入群

<精神症状>		ベースライン (n=11)	6ヶ月後 (n=11)	1年後 (n=11)
PANSS (陽性)	平均±SD	14.18±6.31	13.09±4.93	13.45±5.34
(陰性)	平均±SD	15.18±8.38	13.91±7.20	14.18±6.24
(総合精神病理)	平均±SD	33.73±10.68	32.27±10.10	31.09±7.27
(合計)	平均±SD	63.09±22.71	59.27±20.14	58.73±16.54
GAF	平均±SD	41.73±7.02	46.82±8.15	49.27±8.40
SBS (社会的引きこもり)	平均±SD	6.00±5.04	4.18±4.85	4.64±4.57
(陽性症状に伴う行動)	平均±SD	4.18±4.81	2.91±3.36	2.73±3.82
(気分と行動の不安定さ)	平均±SD	4.45±2.46	3.36±1.69	2.45±1.13
(迷惑および反社会的な行動)	平均±SD	2.00±3.63	1.64±2.54	1.55±1.75
(合計)	平均±SD	18.36±11.69	14.00±9.95	13.09±9.15
<生活の質>		ベースライン (n=13)	6ヶ月後 (n=13)	1年後 (n=13)
QOL (身体的領域)	平均±SD	2.46±0.58	2.53±0.60	2.54±0.52
(心理的領域)	平均±SD	2.31±0.75	2.36±0.82	2.35±0.79
(社会的領域)	平均±SD	2.77±0.84	2.87±0.73	3.31±0.71
(環境領域)	平均±SD	3.00±0.83	3.14±0.61	3.32±0.57
(全般的な生活の満足度)	平均±SD	2.19±0.83	2.04±0.75	2.27±0.56
(合計)	平均±SD	2.61±0.67	2.68±0.60	2.80±0.54

GAF 得点の経時的変化：介入群 分散分析表

変動因	偏差平方和 (SS)	自由度 (DF)	平均平方 (MS)	分散比 (F 値)	P 値
経時的変化	325.879	2	162.939	7.600	0.004*
対象者	1433.212	10	143.321		
誤差	428.788	20	21.439		

* P<0.05

SBS 社会的引きこもりの経時的変化：介入群 分散分析表

変動因	偏差平方和 (SS)	自由度 (DF)	平均平方 (MS)	分散比 (F 値)	P 値
経時的変化	19.697	2	9.848	5.856	0.010*
対象者	664.545	10	66.455		
誤差	33.636	20	1.682		

* P<0.05

SBS 気分と行動の不安定さの経時的変化：介入群 分散分析表

変動因	偏差平方和 (SS)	自由度 (DF)	平均平方 (MS)	分散比 (F 値)	P 値
経時的変化	22.061	2	11.030	3.808	0.040*
対象者	44.061	10	4.406		
誤差	57.939	20	2.897		

* P<0.05

SBS 合計点の経時的変化：介入群 分散分析表

変動因	偏差平方和 (SS)	自由度 (DF)	平均平方 (MS)	分散比 (F 値)	P 値
経時的変化	174.788	2	87.394	9.141	0.002*
対象者	3002.242	10	300.224		
誤差	191.212	20	9.561		

* P<0.05

QOL 社会的領域の経時的変化：介入群 分散分析表

変動因	偏差平方和 (SS)	自由度 (DF)	平均平方 (MS)	分散比 (F 値)	P 値
経時的変化	2.128	2	1.064	5.042	0.015*
対象者	15.924	12	1.327		
誤差	5.065	24	0.211		

* P<0.05

表 6. 【A 班】精神症状および生活の質の経時的変化：対照群

<精神症状>		ベースライン (n=12)	6ヶ月後 (n=12)	1年後 (n=8†)
PANSS (陽性)	平均±SD	16.25±6.41	15.08±4.46	13.63±5.34
(陰性)	平均±SD	15.17±5.17	14.33±5.12	16.25±6.54
(総合精神病理)	平均±SD	33.25±4.88	34.00±4.26	33.50±3.42
(合計)	平均±SD	64.67±9.44	63.42±8.60	63.38±11.08
GAF	平均±SD	43.00±5.62	45.92±7.20	46.50±5.78
SBS (社会的引きこもり)	平均±SD	4.00±2.52	3.58±2.35	4.50±2.39
(陽性症状に伴う行動)	平均±SD	2.67±3.39	2.58±2.78	2.75±3.45
(気分と行動の不安定さ)	平均±SD	3.50±2.50	3.50±2.84	3.75±2.25
(迷惑および反社会的な行動)	平均±SD	2.17±1.64	1.75±1.71	1.38±1.69
(合計)	平均±SD	13.00±4.22	12.25±4.35	13.13±4.29
<生活の質>		ベースライン (n=12)	6ヶ月後 (n=12)	1年後 (n=8†)
QOL (身体的領域)	平均±SD	2.43±0.67	2.55±0.71	2.32±0.62
(心理的領域)	平均±SD	2.21±0.66	2.08±0.60	2.00±0.45
(社会的領域)	平均±SD	2.19±0.64	2.53±0.63	2.54±0.69
(環境領域)	平均±SD	2.80±0.65	2.79±0.55	2.69±0.52
(全般的な生活の満足度)	平均±SD	2.08±0.73	2.29±0.58	1.75±0.65
(合計)	平均±SD	2.44±0.56	2.49±0.53	2.34±0.40

† 1年後調査が完了していない対象者 (n=4) を解析から除外

SBS 迷惑および反社会的な行動の経時的変化：対照群 分散分析表

変動因	偏差平方和 (SS)	自由度 (DF)	平均平方 (MS)	分散比 (F 値)	P 値
経時的変化	5.583	2	2.792	6.797	0.009*
対象者	54.000	7	7.714		
誤差	5.750	14	0.411		

* P<0.05

表7. 介入群と対照群の比較（6ヶ月後、1年後）：分散分析

		全体 (n=23, n=19†) 平均±SD	介入群 (n=11) 平均±SD	対照群 (n=12, n=8†) 平均±SD	F 値	P 値
PANSS (陽性)	6ヶ月後	-1.13±2.90	-1.09±2.95	-1.17±2.98	0.004	0.952
	1年後	-1.00±2.85	-0.73±2.24	-1.38±3.66	0.229	0.638
(陰性)	6ヶ月後	-1.04±3.75	-1.27±3.55	-0.83±4.06	0.076	0.786
	1年後	-0.05±3.95	-1.00±4.00	1.25±3.73	1.548	0.230
(総合精神病理)	6ヶ月後	-0.30±4.60	-1.45±4.25	0.75±4.83	1.340	0.260
	1年後	-2.26±4.78	-2.64±5.52	-1.75±3.85	0.152	0.702
(合計)	6ヶ月後	-2.48±6.72	-3.82±7.91	-1.25±5.48	0.832	0.372
	1年後	-3.32±8.49	-4.36±9.83	-1.88±6.56	0.385	0.543
GAF	6ヶ月後	3.96±6.71	5.09±6.36	2.92±7.13	0.591	0.451
	1年後	5.58±8.74	7.55±7.81	2.88±9.73	1.349	0.262
SBS (社会的引きこもり)	6ヶ月後	-1.09±1.78	-1.82±1.83	-0.42±1.51	4.043	0.057
	1年後	-0.58±2.06	-1.36±2.20	0.50±1.31	4.517	0.049*
(陽性症状に伴う行動)	6ヶ月後	-0.65±1.90	-1.27±2.28	-0.08±1.31	2.398	0.136
	1年後	-0.95±1.87	-1.45±2.02	-0.25±1.49	2.032	0.172
(気分と行動の不安定さ)	6ヶ月後	-0.52±2.64	-1.09±2.30	0.00±2.92	0.976	0.334
	1年後	-1.26±2.60	-2.00±3.07	-0.25±1.39	2.243	0.153
(迷惑および反社会的な行動)	6ヶ月後	-0.39±1.95	-0.36±2.34	-0.42±1.62	0.004	0.950
	1年後	-0.74±2.16	-0.45±2.70	-1.13±1.13	0.434	0.519
(合計)	6ヶ月後	-2.48±5.23	-4.36±5.41	-0.75±4.61	2.988	0.099
	1年後	-3.42±4.90	-5.27±4.10	-0.88±5.00	4.439	0.050*
		全体 (n=25, n=21†)	介入群 (n=13)	対照群 (n=12, n=8†)	F 値	P 値
QOL (身体的領域)	6ヶ月後	0.09±0.47	0.07±0.56	0.12±0.38	0.079	0.781
	1年後	0.06±0.47	0.08±0.55	0.04±0.31	0.036	0.852
(心理的領域)	6ヶ月後	-0.03±0.52	0.05±0.59	-0.12±0.44	0.707	0.409
	1年後	0.05±0.56	0.04±0.58	0.06±0.57	0.005	0.945
(社会的領域)	6ヶ月後	0.21±0.46	0.10±0.52	0.33±0.37	1.584	0.221
	1年後	0.48±0.73	0.54±0.73	0.37±0.79	0.242	0.629
(環境領域)	6ヶ月後	0.07±0.52	0.14±0.56	-0.01±0.47	0.548	0.466
	1年後	0.27±0.51	0.32±0.58	0.19±0.38	0.304	0.588
(全般的な生活の満足度)	6ヶ月後	0.02±0.64	-0.15±0.69	0.21±0.54	2.110	0.160
	1年後	0.00±0.50	0.08±0.49	-0.13±0.52	0.800	0.382
(合計)	6ヶ月後	0.07±0.41	0.08±0.50	0.05±0.32	0.024	0.878
	1年後	0.16±0.39	0.19±0.44	0.12±0.32	0.175	0.681

† 各時点までの調査が終了している対象者について解析を実施した。

6ヶ月後：介入群 n=11, 対照群 n=12, 1年後：介入群 n=11, 対照群 n=8.

* P<0.05

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¹⁾

研究協力者：○下平美智代¹⁾，種田綾乃¹⁾，片山優美子²⁾，村上優³⁾，杠岳文⁴⁾，
檜林理一郎⁵⁾，吉田和文³⁾，照屋初枝³⁾，岩崎優子⁴⁾，松下和香⁶⁾，
井野順奈⁶⁾

- 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) 独) 国立病院機構 琉球病院
- 4) 独) 国立病院機構 肥前精神医療センター
- 5) 医) 周行会 湖南病院
- 6) 医) 周行会 障害者地域生活支援センター 風

要旨

本研究は、多職種アウトリーチ支援を実施した湖南、肥前、琉球の3つのサイトのデータを統合して、ローカルモデルの全般的記述と短期アウトカムについて記述することを目的とした。

研究班中央と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。

結果として、対象者の臨床像は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。これは主に日本の精神科医療（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。このため、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という状況になる。また、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。

対象者のアウトカムとしては、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。

以上のことから、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になってしまうという問題がある。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。

A. 研究の背景

本研究班では、多職種アウトリーチチームの介入研究を都市部で行っていたが、アウトリーチという手法を用いることは環境によってかなり実態が異なると考えられる。そのため、モデル化に際しては都市部だけでなく地方での活動を視野にいれておく必要がある。本研究は、滋賀県野洲市にある湖南病院と同法人の障害者地域生活支援センター風、佐賀県神埼郡にある肥前精神医療センター、および沖縄県国頭郡にある琉球病院の3サイトにおいて、本研究班中央と同様の基本的介入枠組みで多職種アウトリーチ支援を実施した。

本研究は、多職種アウトリーチ支援のローカルモデルの全般的記述と短期アウトカムについて記述することを目的とした。本稿では、3つのサイトにおいてサービスコード票を用いてデータ収集された支援内容及び支援密度についての記述と、退院後および6ヵ月後追跡調査時における調査結果から、地方サイトにおけるアウトリーチの短期アウトカムについて報告する。

B. 方法

1. 対象者

3つの研究協力サイトの入院患者で、中央で用いているものと同じスクリーニング票（別添）で抽出され、文書と口頭による説明により文書による同意の取れた者であった。

2. 介入方法

アウトリーチチームのスタッフ構成は、常勤換算（週40時間勤務）で1人以上、2業種以上（医師・看護師・OT・PSW・CP等）、3人以上のスタッフ（常勤・非常勤はとわらない）とした。臨床活動としては、地域コンタクト率が80%（アウトリーチ）とし、少なくとも2週間に1回の頻度、月120分程度の時間で対象者にコンタクトすること、ストレングスモデルのケアマネジメントの導入を行うこと

とした。

多職種アウトリーチによる介入はスクリーニング後エントリーとなった時点（退院前）から実施された。

3. 研究手続き

研究の流れは図1の通りである。スクリーニングのタイミングは、中央の研究ではインデックス入院時にスクリーニングが実施されたが、地方サイトでは次の2つの選択があった。1つは中央と同じく入院時（図1①）、もう1つは一時点の入院中の患者全数を対象とする場合である（図1②）。後者の場合アウトリーチ支援を行って退院可能になるという条件を含め、3ヵ月以内に退院が見込まれる患者を介入の対象とした。

調査については、カルテ調査、観察評価尺度を用いた調査、自記式調査、スタッフによるサービスコード票の記入を実施した。カルテ調査は、インデックス入院前6ヵ月間、および退院後6ヵ月間を調査した。観察評価尺度と自記式調査票を用いた調査は退院時および退院後6ヵ月の2つの時点において実施した。サービスコード票は対象者の毎支援後に支援スタッフにより記入された。

4. 尺度

観察評価尺度

症状評価には PANSS（Positive & Negative Syndrome Scale）²⁾を、社会機能評価には SBS（Social Behavioral Schedule）⁷⁾を、全般的機能評価には GAF（Global Assessment of Functioning Scale）¹⁾を用いた。

自記式尺度

利用者の主観的 QOL には WHO-QOL26⁸⁾を、サービス満足度については CSQ-8J⁶⁾を、セルフスティグマについては、Link スティグマ尺度日本語版³⁾を、生活に関しては中央で作成した「生活時間の構成」調査票（別添）

を用いた。

サービスコード票

サービスコード票は中央で用いているものと同じものであった(別添)。4種類あり、福祉事業所用、コメディカル用、医師用、訪問看護ステーション用であった。これらの内、福祉事業所用を除き、後者3つのサービスコード票には、診療報酬の請求の有無についても記入する欄があった。

5. 結果の集計・分析

サービスコード票の集計およびベースライン時と6ヵ月後の対象者の状況についての記述統計量を算出し、対応のあるt検定にて介入前後の比較を行った。

C. 結果

1. 対象者の特徴

3サイトで合計25名がエントリーした。対象者の基礎属性を表1に、臨床的特徴を表2に示した。対象者のベースライン時(退院時)の年齢は22歳から63歳までと幅広く、平均年齢は40.7歳(sd=14.1)だった。男性が56%、未婚者が56%だった。発症年齢の平均は24.9歳(sd=7.2)、インデックス入院の平均日数は91.7日(sd=47.3)であった。対象者の84%は統合失調症との診断だった。

2. サービスコード集計結果

3サイトのサービスコード件数は総数で1424、総コンタクト数957回だった。アウトリーチによる介入の追跡期間6ヵ月間の対象者1人当りのコンタクト数の推移を図2に示した。最初の月はおよそ6回、2ヵ月目はおよそ5回、その後も平均して4回以上であった。対象者1人当たりの1回の実コンタクト時間の平均を表4に示している。個人差はあったものの、平均すると退院前は1人1回当たり40分以上のコンタクト時間であり、退院後も30分以上のコンタクト時間であった。

サービスコードではアウトリーチの移動時間(片道)の情報も収集した。3サイト全体の集計結果は、平均値25.4分(sd=23.2)、最小値2分、最大値90分だった。全体的に移動時間が長かったのは3つのサイトの中では琉球病院であり、最大値の90分は琉球病院におけるアウトリーチだった。

表5の通り、多職種アウトリーチ支援に携わったスタッフの延べ数は2279名、職種内訳は、看護師が最も多く60%、次いで医師18.2%、精神保健福祉士(PSW)14.6%であった。作業療法士(OT)や心理職はそれよりずっと少なかった。コンタクト相手の内訳は本人が86%、家族が31%であった。ケア会議等でコンタクト相手がスタッフの場合もあった(表6)。

支援内容の内訳を図3に示している。「精神症状の悪化や増悪を防ぐ」(14%)といった医療保健的ケアだけに偏らず、「関係性の構築」(17%)、「日常生活の維持」(13%)、「不安の傾聴」(18%)、「家族への援助」(7%)、「対人関係の維持」(8%)など多岐に渡り実施された。

3. サービスコードからみた無報酬の状況

用いたサービスコード票には、医師がつけるもの、コメディカルスタッフがつけるもの、訪問看護でつけるもの、福祉事業所でつけるものの4種類があった。その内、福祉事業所でつけるサービスコード票を除いた総数が、1345件であった。その内、診療報酬を請求したサービスが771件(57%)、診療報酬を請求しなかったサービスが574件(43%)あった。これら574件の非請求理由の内訳を表7に示した。最も多かった理由が「その他」(43%)であった。これには、「ケア会議を含む本人の治療やケアのための会議」、「電話」、「外来での面談」が含まれていた。次に多かったのが「入院中の病棟訪問」(28%)、「退院当日の訪問」(23%)であった。

4. アウトカム

対象者の退院時からみた6ヵ月後の変化について、PANSSによる精神症状評価の結果、GAFによる全般的機能評価の結果、SBSによる社会機能評価の結果、WHO-QOL26による主観的QOLの結果、CSQによるサービス満足度の結果、およびLinkによるセルフステイグマの結果を対応のあるt検定で比較した。結果は表8に示している。退院時に比較し6ヵ月後のGAFは有意にスコアが高かった。また、SBSは退院時に比べ6ヵ月後では有意にスコアが低かった（この尺度は点数が低いほど良好な社会機能であることを示す）。他の変数は有意差がみられなかった。生活時間については、琉球サイトでの調査において、コミュニケーション時間の記載がなかったことから、湖南と肥前の参加者のデータ（n=16）のみで退院時と6ヵ月後を比較した。短期間の追跡ではあるが、他者とのコミュニケーション時間が、退院時平均145.3分（sd=199.1）、6ヵ月後平均216.6分（sd=223.9）であり、対応のあるt検定の結果、6ヵ月後は退院時よりも有意にコミュニケーション時間が多くなっていた（ $t=-2.2, p<.05$ ）。

表9にはカルテ調査結果を示している。インデックス入院前6ヵ月間の状況と退院後6ヵ月間の状況を比較している。2ヵ月以上の治療中断、精神科救急利用、逮捕歴については、インデックス入院前6ヵ月間よりも退院後6ヵ月間で該当者が少ないが、入院歴だけは退院後6ヵ月間に該当者が多くなっていた。この入院の背景について探索するために、再入院者7名（28%）についてデータを精査したところ、年齢、退院時の症状の重さや社会機能、インデックス入院日数には共通点はみられなかった。サイトについては湖南の対象者6名中1名（17%）、肥前の対象者10名中4名（40%）、琉球の対象者9名中2名（22%）とサイトによる違いがみられた。

D. 考察

1. 対象者の特徴

地方サイトにおける対象者の特徴として、平均年齢がおよそ41歳、男性の割合が56%で女性よりやや多く、統合失調症が8割を占めた。昨年度の報告書⁸⁾による中央の介入群対象者（n=34）では、平均年齢が41.8歳、男性が57.6%で、統合失調症の割合が67.9%であり、このことから、対象者の臨床像は都市部も地方も大きな違いはないことがわかる。

2. サービスの密度と内容

対象者一人当たりのコンタクト数の月平均は、退院後、4回以上であり、1回あたり30分以上のコンタクト時間で、プロトコルの2週間に1回（月2回）、全部で120分程度のコンタクト密度というのはおおよそ実施できていたと考えられる。多職種アウトリーチ支援に関わった職種は看護師が60%と最も多かったが、医師、PSW、OT、心理職と、割合は少ないにしてもチームに入っており、支援内容も医療的支援に偏ることなく、生活支援が実施できていた。

アウトリーチ活動で問題となるのはキャッチメントエリアをどう設定するかであると思われる。都市部と地方で異なるのは、地方でよりキャッチメントエリアが広い可能性があるところだろう。実際、琉球病院では車で片道90分かかかるような遠方にも支援を届けていた。キャッチメントエリアが広いと、危機介入で濃密な支援が必要なときに、頻回に訪問することが困難な状況があり、そのため、対象者がクライシスに陥った時に入院を選択する可能性がより高くなると思われる。このことは、アウトカムの考察のところで再度触れるつもりである。

3. 無報酬サービスの状況

本研究結果から、診療報酬を請求できたサービスは57%、できなかったサービスが43%

もあった。これは主に日本の精神科医療（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。このため、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という状況になる。また、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。このことは、地方と都市部関係なく、この国の診療報酬体制を含めたメンタルヘルス施策にまだ課題が多いことを示していると考えられる。

4. アウトカム

退院時からみた6ヵ月後の変化は、社会機能および全般的機能は有意に改善されていた。対照群との比較がないため、介入効果と断言はできないが、少なくとも精神症状が大きく改善しなくても社会機能は改善しうることが示された。また、日常生活において他者とコミュニケーションをとっている時間についても、退院時より6ヵ月後では有意に多くなっていた。地域での生活そのものが対象者の社会機能を改善させるという側面があると考えられ、それを支える重要な支援として多職種アウトリーチ支援があると考えられる。

カルテ調査結果からは、インデックス入院前6ヵ月間と退院後6ヵ月間では、2ヵ月以上の治療中断、精神科救急利用、逮捕歴のある対象者は減少しているが、入院歴のある対象者だけは増加していた。再入院した対象者は3サイト合わせて7名であったが、インデックス入院期間の長さ、退院時の精神症状の重さや社会機能の低さなどには共通点はなかった。ただ、サイトによる割合では、肥前は湖南病院や琉球と比べて多かった。当然、再入院となった患者一人一人には重大な理由があったと思われるが、それでも、考えられる理由として、支援体制や環境の違いがあるが

あるのではないかと。琉球でいえば、前述のキャッチメントエリアの広さという問題があり、頻回訪問が物理的に不可能な状況では、入院が最も安全かつ密度の高い支援が提供できる環境として選択されやすいだろう。そうした中で、対象者を再入院させずに支えるには現場での相当な努力があったと思われる。一方で同じく、再入院の割合の低かった湖南病院のある滋賀県では、人口万対の精神科病床数は全国の都道府県で最も低いということが報告されている⁴⁾。また、湖南サイトでは、病院外来部門に地域ケア室があり、同法人内には地域生活支援センター風、精神科訪問看護ステーション「なかさとWing」もある⁴⁾。このように、湖南サイトでは、入院という選択肢に頼らない地域生活を支えるシステムが、他の2サイトよりも早くから整備されていたということが、再入院率が低かった背景にあると考えられる。一方で、他の2サイトより再入院率の高かった肥前サイトは、昨年度の報告書⁸⁾によると、もともと長期入院者が多いという特徴と精神科スーパー救急を擁する急性期対応病院であるという特徴があり、県外からの入院者も多く、危機対応には入院を選択しやすい環境要因が他の2つのサイトよりもあった可能性がある。

本研究結果により、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ある。また、地域メンタルヘルスの観点からは、キャッチメントエリアの設定は、地域での危機介入や密度の高い支援をニーズのある対象者に提供していくために不可欠である。これは、地域行政とそのエリアの精神科病院や地域ケア機関を含むサービス提供機関のネットワーキング機能が欠かせないが、「地域生活中心へ」を掲

げるのであれば、国がより踏み込んだメンタルヘルス施策を実施することが何より望まれるのではないか。

E. 結論

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。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ある。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。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

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) American Psychiatric Association: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断と診断の手引. 高橋三郎他訳, 医学書院. 2003.
- 2) Kay, S.R., Opler, L.A., Fiszbein, A. (1991). Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) Rating Manual. Multi-Health System Inc, Toronto. (山田寛, 増井寛治, 菊本弘次訳(1991). 陽性・陰性症状評価尺度 (PANSS) マニュアル. 星和書店, 東京.)
- 3) 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): 92-112, 1987.

- 4) 檜林理一郎 (研究分担者 吉田光爾) : 滋賀県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のモデル体制の整備に関する報告. 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 24 年度総括・研究分担報告書 (研究代表者 伊藤順一郎). pp173-177. 2013.
- 5) 田崎美弥子, 中根允文: WHO-QOL26 手引改訂版, 金子書房, 2007.
- 6) 立森久照, 伊藤弘人: 日本版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性および妥当性の検討. *精神医学* 41:711-717, 1999.
- 7) Wykes T, Sturt E: The measurement of social behavior in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS. *British Journal of Psychiatry* 148: 1-11, 1986.
- 8) 杠岳文, 佐伯祐一, 岩永英之, 山崎京子, 重常一代, 倉田有紀, 増田陽子, 白木久美, 北島政臣, 濱恵, 宮田鈴子, 高尾八重子 (研究分担者 吉田光爾) : 佐賀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モデル体制の整備に関する報告. 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 24 年度総括・研究分担報告書 (研究代表者 伊藤順一郎). pp169-171, 2013.
- 9) 吉田光爾: 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支援研究: 中間報告. 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24年度総括・研究分担報告書（研究代表者 伊藤順一郎）. pp25-41, 2013.

表1: 対象者の基礎属性

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
	BL時年齢	40.7	14.1	22
性別	n		%	
	男性	14	56	
婚姻	女性	11	44	
	既婚	4	16	
欠損値	未婚	14	56	
	離別	6	24	
	欠損値	1	4	

表2: 対象者の臨床的特徴

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
	発症年齢	24.9	7.2	16
Index入院日数	91.7	47.3	19	187
ICD-10診断	n		%	
	F20 統合失調症	21		84
	F25 統合失調感情障害	1		4
	F30 躁病エピソード	1		4
F31 双極性感情障害	2		8	

表3: サービスコード件数と総コンタクト数

SC件数合計	総コンタクト数	対面総数	電話総数
1424	957	918	39

表4: 対象者1人当たり1回の実コンタクト時間

	退院前	1ヵ月	2ヵ月	3ヵ月	4ヵ月	5ヵ月	6ヵ月
平均値	43.2	34.7	37.4	40.4	33.3	32.2	39.5
標準偏差	26.8	13.3	14.9	19.5	12.5	15.2	16.2
中央値	37.1	33.0	32.4	37.9	30.6	30.0	30.6
最小値	15.0	16.5	15.0	15.0	10.0	7.5	13.3
最大値	107.5	77.5	64.0	79.2	66.4	82.5	80.0

表5: 多職種アウトリーチ支援に関わったスタッフ延べ数と内訳

延べスタッフ数合計	看護師合計	准看合計	PSW合計	OT合計	医師合計	心理職合計	その他合計
2279	1369	4	332	129	415	25	5
割合(%)	60.0	0.2	14.6	5.7	18.2	1.1	0.2

表6: コンタクトの相手

コンタクト相手	本人	家族	スタッフ(同機関)	スタッフ(外部)
延べ数	1239	452	239	58
割合(%)	86	31	17	4

表7: 診療報酬非請求の理由内訳

	入院中の病棟訪問	退院当日の訪問	同日内の2回目以上の訪問	事業所内での支援	その他
n	158	134	4	30	248
%	28	23	1	5	43

表8: 退院時と6ヵ月後の症状および社会機能等の比較

		n	BL(退院)時		6ヵ月後	
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
PANSS	陽性症状	23	17.43	7.8	16.61	7.11
	陰性症状		21.3	6.45	20.09	5.73
	総合精神病理		39.17	10.25	36.48	9.38
GAF	(全般的機能)	23	43.43	13.2	49.35	13.16 *
SBS	(社会機能)	23	16.22	11.01	12.87	7.77 *
QOL	(主観的な生活の質)	23	78	12.83	81.13	16.02
CSQ	(サービス満足度)	22	21.64	5.67	22.68	3.8
Link	(セルフスティグマ)	23	29.04	5.13	30.65	5.8

対応のあるt検定: *p<.05

表9: カルテ調査結果

		index入院前6ヵ月間		退院後6ヵ月間	
		n	%	n	%
2ヵ月以上治療中断	有り	4	16	1	4
	無し	21	84	24	96
救急利用	有り	3	12	1	4
	無し	22	88	24	96
逮捕歴	有り	2	8	0	0
	無し	23	92	25	100
入院歴	有り	2	8	7	28
	無し	23	92	18	72

入院: 1回4人、2回2人、3回1人

