

・ 総括研究報告書

平成 25 年度 総括研究報告書

「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りと その効果検証に関する研究

研究代表者：伊藤順一郎

独）国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部

小括：

本研究は地域精神科医療モデルを構築しその効果を検証する多施設共同研究を中心に据えている。

初年度である平成 23 年度は、この研究に共通の基本プロトコルを作成し、それにしたがって、各研究協力機関にモデルプログラムを構築、その多面的な効果評価のベースライン調査を実施した。2 年目である平成 24 年度は、中核となる 4 つの医療機関で、初年度に構築した（ ）「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」の臨床活動に対して、対照群をおき 1 年間の追跡調査を開始し、効果評価とケア内容の実際の調査を行い、医療経済学的効果について必要なデータ収集を実行した。他の 2 つの医療機関では、初年度に（ ）のシステム構築を行い、対照群をおき（ ）のみについて 1 年間の追跡調査により効果評価とケア内容の実際の調査を行い、医療経済学的効果についてのデータ収集をした。3 年目の本年度は、追跡調査の終結の年であり、データ収集を完了し、分析を実施した。以上の研究を、「多施設共同の対照群をおいての比較研究」と位置づけている。

本年度集約した、多施設共同研究の最終結果は以下の様である。

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

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

介入の効果としては、（ ）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 ($p=.007$)。 （ ）支援プロセスの履行状況別の効果評価の結果をみると、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 ($p=.008$)、月 240 分以上（介入群の上位 50%）に限定した場合、

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

医療経済評価では、介入群・対照群の間に、医療・社会的コストに大きな有意差は認められなかった。WHO-QOL26 上昇における費用対効果 (CER) を分析すると、CER が高い順に介入群 (月 240 分以上コンタクト) > 介入群 A 層 > 介入群全体 > 介入群 B 層 > 対照群 B 層 > 対照群全体 > 対照群 A 層とならんだ。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。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A. 研究の背景

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

「現在の日本の精神保健施策は入院中心から地域生活中心への改革期にある、と私たちは捉えている。この改革の意味するところは、大きく二つある。

一つは、主たる治療の場を精神科病棟から地域社会へ移行していくことである。もう一つは、“症状の軽減のための治療”から、“質の高い生活の実現のための治療”へと、精神科医療の目標概念を変更していくことである。

言葉を変えて言えば、これは精神科医療を、入院精神科医療を中心とした仕組みから、地域精神科医療を中心とした仕組みに改めていくという

ことである。また、その地域精神科医療も、利用者のリハビリ―あたりまえの人生を取り戻す、市民としての生活を取り戻す―のプロセスを支援する方向性をもつものにしていく必要があるということである。

これは、医療をベースにしながらも包括的なサポートを行える仕組みが地域精神科医療において必要なことを意味する¹⁾。地域精神科医療の先進地の実績に学べば、精神科病棟における長期間の治療を廃絶し、その代わりに、短期の入院治療と、デイケアやショートケアを用いた精神科リハビリテーション、そして、多職種アウトリーチチームによる地域生活支援と危機予防の実施、市民生活の重要な要素である就職を速やかに可能にする就労支援システムなどが、仕組みの具体的要素として必要であることがわかる。また、支援技法としては、医学的なアセスメントに基づく治療技法（薬物療法など）ばかりでなく、本人の生活能力に注目し、本人の希望や長所、持っている技能、環境の利点などに注目し、それらの成長を支えようと、地域社会にある一般的なさまざまな資源（informal resource）も活用するストレングス・モデルによるケアマネジメントの導入・定着も重要である²⁾。

これらを実現するために、臨床研究が具体的なモデルを構築し、あるべき地域精神科医療のかたちを、期待される成果とともに提示していくことの意味は大きいであろう。

本邦の先行研究を振り返れば、伊藤、西尾らはACT（包括型地域生活支援プログラム）、IPS（個別職場定着と就労支援）について我が国における初めての実証研究に成功し、それぞれのプログラムの普及、定着に努めてきた^{3,4)}。また、池淵、佐藤らは認知機能リハビリテーションの有効性について実証的研究を行っている⁵⁾。

およそ、以上のような文脈から、本研究では、これら個別のプログラムを組み合わせ、ニーズのある利用者に的確にサポートが行える、地域精神科医療システムのモデルを作成し、その成果とともに情報発信をしていくこ

とを意図した（24年度報告書）。

さて、この研究のモデルで中核となるのは医療機関である。

モデルの普及可能性を高めるためには、本研究が入院中心の医療を地域精神科医療に変換することの意義について説得力を持つ資料としての価値をもつ必要がある。そのためには、二つの要素が求められる。ひとつは、本研究活動の臨床的成果が、わかりやすく提示されていることである。もうひとつは、本研究活動を一般臨床に敷衍した場合、どのようなコストがかかるか、いかなる費用対効果をもつものかについての考察を明らかにされていることである。

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

B．方法

本研究は、医療機関の協力を仰いで、「地域精神科医療モデル」を構築しその効果を検証する、多施設共同研究の形式をとった。すなわち、共通の基本プロトコルを作成し、それにしたがって、各研究協力機関にモデルプログラムを構築、実施し、その効果評価を多面的に行った。さらに、関連研究として、いくつかの調査研究を実施した。3年間の研究内容の俯瞰を図1に示す。

多施設共同の、対照群を有する比較研究

1 本研究は医療機関を中心とした地域精神科モデル医療の構築を基本に置いた。

中核となる研究協力の医療機関は初年度前半に以下の二つのサービスプログラムを医療機関および地域の資源を活用して構築した。

1) 多職種アウトリーチチーム(重症精神障害者に対する多職種アウトリーチチームのサービス記述と効果評価研究)

具体的には、以下の様な特徴を、このチームは持つ。

- (1)看護師・精神保健福祉士・作業療法士・医師等による複数職種による、アウトリーチチームが構成され、このチームがケースの状況により臨機応変に、アウトリーチを中心とした、包括的な支援を行うこと。
- (2)利用者のニーズ把握・支援プランの作成にあたってはストレングス志向のケアマネジメントを行うこと
- (3)入院時からスムーズに地域生活へ移行できるように、ケアマネジメントが必要な対象者をスクリーニングによって選定した後は、入院中から関与を開始し入院から退院、地域生活まで一貫したケアマネジメントが行われること。

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

具体的には、以下の内容が含まれる。

- (1)「Cogpack」日本語版を用いた認知機能リハビリテーション概ね3ヵ月(12週間)
- (2)就労準備活動:履歴書の書き方や面接の練習など、求職活動をはじめの上でのごく一般的な準備を集団または個別で実施。
- (3)「日本版個別援助付き雇用モデル」(暫定版)による就労支援を1年間、就職前支援、就職後の継続支援、場合によっては退職と再就職の支援も含め実施した。ここでいう、「日本版個別援助付き雇用モデル」(暫定版)は以下の様な特徴をもつ。
 - ・Place then Train モデルであること
 - ・ケアマネジメント(=個別性を重視した支援)を提供していること

- ・生活支援、就労支援、医療に関する支援が密接に連携していること
- ・生活支援を担当するCMと就労支援担当者(ES)との間に密接な情報交換があること
- ・最低限、就労支援担当者がアウトリーチサービス(企業訪問、同行支援、ジョブコーチなど就労維持のための支援)を実施すること。

副たる研究協力医療機関は、以上のいずれかのサービスプログラムを医療機関および地域の資源を活用して構築した。いずれのプログラムを構築するにあたっては、スタッフは研究班が実施した研修を受け、患者の希望や願望、長所や持っている技能、環境の有利な点などに注目し、それらを活用しながら、患者の地域生活の充実を図る、ストレングスモデルによるケアマネジメントを共通の支援技法とするように努めた。

研究協力機関については、**図1**を参照のこと。また、多施設共同研究の3年間の研究プロトコルの概要は**図2**を参照のこと。

2.中核研究協力機関における研究は対照群との比較の形式で行った

本研究は科学的根拠に基づく実践の効果判定研究であり、以下のような方法で対照群との比較をとった。

1) 重症精神障害者に対する多職種アウトリーチチームのサービス記述と効果評価

純粋なランダム化比較試験ではなく、介入群・対照群を利用者の居住地区によって振り分ける準実験法を用いた。すなわち、対象医療機関を中心に一定のキャッチメントエリアを定め、そのエリア内に居住の対象患者を介入群に、エリア外に居住し一定の条件を満たす患者を対照群とした。対象者のエントリー期間は平成23年11月～平成25年3月である。エントリーの方法は、各地区の全新規入院患者について、スクリーニング票によるスクリーニングを実施。重篤度・生活困難度

が一定点数以上の者を研究対象候補者として選定。候補者の現居住地の所在により、その所在が各地区に設けたキャッチメントエリア内外のいずれに存在するかによって、介入群・対照群に振り分ける。候補者に対して研究に関する説明を行い、同意した者を各研究の参加者として位置付ける。退院後に介入群にはアウトリーチチームの支援が行われる。対照群には対象医療機関の通常の精神科医療が行われる、とした。本研究には、国立精神・神経医療研究センター病院、国立国際医療研究センター国府台病院、東北福祉大学せんだんホスピタル、3 地区を選定した。なお、帝京大学医学部附属病院においては、新規外来患者に対するアプローチとして実施されたため、独自の研究という位置づけとした。

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

一定の条件を満たす対象者を、無作為割り付けにて介入群、対照群に振り分けるランダム化比較試験 (RCT デザイン) を採用した。すなわち、以下の 5 条件、研究協力施設に外来通院中であること、主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病であること、年齢が 20-45 歳であること、研究開始時に就労を希望しているもの、一定の認知機能障害が認められるもの (BACS-J によるスクリーニング) を性別、年齢、スクリーニング課題で層別化した上で乱数による無作為割り付けを実施し、介入群および対照群に割り付けた。

そのうえで、介入群には、上述の認知機能リハビリテーションおよび「日本版個別援助付き雇用モデル」(暫定版)による個別就労支援を実施した。

一方、対照群には、研究協力施設である医療機関内に就労支援担当者を 1 名配置し、この担当者がいわゆるブローカー型の就労支援を実施した。面接は月に 1 回定期的に行われ、その時々に対象者のニーズに合わせて最善と思われる機関にリファアを行った。ブローカー型支援の結果、リファア先の地域の就労支援機関においてケアマネジメントが実施されるケースも

当然想定されるが、これは妨げなかった。

3. 評価の領域は、アウトカム、サービス内容の記述、医療経済学的評価、スタッフの支援行動についてのスタッフ自身や利用者の意識の各領域で行った。

本研究は地域精神科モデル医療の構築ならびに普及を最終的な目標としているため、いわゆるアウトカム指標だけでなく、サービス内容の記述、医療経済学的指標など、評価の領域も多岐にわたった。以下に指標の概略を記す。

1) アウトカム指標

まず、「多職種アウトリーチチーム」の効果に関しての主たるアウトカム指標は地域滞在日数である。そのほか入院回数・救急利用回数・治療中断歴・逮捕/拘留歴等のサービス利用の在り方の変化、精神症状などを臨床的指標とした。また、患者の生活に与える影響として、QOL、生活時間の構成の変化に関する指標、生活機能の評価などをアウトカム指標として採用した。

「認知機能リハビリテーションと援助付き雇用」の主たるアウトカム指標は就労関連指標であり、就労率、就労継続日数、総賃金などを指標として採用した。認知機能リハビリテーションの効果判定としての神経心理検査等でとらえられる認知機能、作業能力や、精神症状評価、生活時間の構成の変化なども臨床関連指標として採用した。

2) サービス内容の記述、医療経済的評価指標

「多職種アウトリーチチーム」、「認知機能リハビリテーションと援助付き雇用」のいずれにおいても、データ収集は、(1)医療機関のレセプト調査、(2)サービスコードによる支援量・人的コストの把握調査、(3)CSRI-J (日本語版 Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory)を用いた社会資源利用により生じるコスト集計調査、を基本とした。これらより、介入群、対照群共にコストの総

計および、継続的なコストの推移を求め、費用対効果分析も行うこととした。現行の制度ではいわゆる「持ち出し」となるコストがどの程度存在するかについても調査を施行した。

3) スタッフの支援行動についてのスタッフ自身や利用者の意識

スタッフの意識：

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

自記式調査票には、属性および臨床経験等の調査のほか、(1) ストレngth志向の支援態度尺度、(2) 日本語版 Recovery Attitude Questionnaire (RAQ)、(3) 日本語版 Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS)、(4) 精神障がい者に対する肯定的態度:改訂版(以下、肯定的態度尺度)、(5) 統合失調症に対する社会的距離尺度(以下、社会的距離尺度)、(6) 日本版 Maslach Burnout Inventory-General Survey (以下、MBI)を用いて評価が行われた。

スタッフに対する利用者の認識：

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

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

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

関連研究について

1. 「地方モデル」の検討に関する研究

25年度より、地方都市における地域精神科医療のモデルのあり方を検討すべく「地方モデル」の研究協力機関を選定した。これは、キャッチメントエリアの広さや社会資源の密度の異なる地方都市において、基本プロトコルに準じたプログラムを実施し、その地方の特色に合わせて修正した点も含め、ケア内容、医療経済学的効果についてのデータ収集を行おうとしているものである。研究協力は4つの医療機関に依頼した。うち、3つの医療機関では、25年度前半の半年間に多職種アウトリーチチームによる支援のシステム構築を行い、対照群をおかずに6ヵ月の追跡調査で臨床の効果の前後比較と、ケア内容の実際を調査した。残りの1つの医療機関では、認知機能リハビリテーションと援助付き雇用のシステム構築を行い、やはり対照群をおかずに、1年間の追跡調査で臨床的效果の前後比較と、ケア内容の実際を調査した。

2. フィデリティ評価尺度の開発方法について(省略)

3. 日本版 IPS 型就労支援のフィデリティ評価ツール開発に係る研究

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

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

4. 障害者就業・生活支援センター全国巡回調査

本研究では、今後さらに社会的要請が高まるであろうと予想される精神障害者の雇用施策に関する基礎的資料を提供するため、障害者就業・生活支援センターにおける精神障害者に対する就労支援の実態を明らかにすることを目的とし、調査を実施した。調査対象は、平成 24 年 5 月 1 日現在、厚生労働省「障害者就業・生活支援センター事業」によって設置されている全国のセンター、合計 316 カ所である。調査期間は平成 25 年 6 月初旬から 2 週間程度、調査手法は郵送調査である。

評価項目としては、事業所の属性（法人の種類別、事業実施年数など）、勤務スタッフの属性（年齢、性別、職種、経験年数など）、支援の実績（障害種別ごとの就労者数、就労率、制度利用実績など）、指定した一定期間に実施した精神障害者への就労支援の内容に対する回答、などとし、調査票を作成した。

C. 結果

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

1) 基本プロトコルと対象者の属性について

調査測度

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

対象者のエントリー状況

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

対象者のベースライン時の基礎属性

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

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

2) 支援プロセスの実態とサービス記述

方法

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

結果

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

考察

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

を行う必要があると考えられた。

3) 効果評価：サービスの履行と対象層に着目して

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の差を精査した。

結果

全体での結果：

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

支援プロセスの履行状況別の効果評価の結果：

月 180 分以上（介入群の上位 70%）に限定した場合、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』で交互作用が有意であった（ $p=.008$ ）。月 240 分以上（介入群の上位 50%）に限定した場合、SBS 下位尺度『陽性症状に伴う行動』（ $p=.028$ ）および WHO-QOL26 総合得点（ $p=.016$ ）・『心理的領域』（ $p=.027$ ）・『全般的満足度』（ $p=.028$ ）にて交互作用が有意であった。

対象層別の効果評価：

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

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。支援プロセスの履行状況別の効果評価および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。

4) 医療経済評価

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

費用の比較：

各分析において医療・社会的コストに大きな有意差は認められなかった。

費用対効果（CER）：

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

増分費用効果費（ICER）：

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

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、医療経済的な観点から鑑みても、多職

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

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

1) 基本プロトコルと対象者の属性について

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

2) 臨床関連指標のアウトカム

方法

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

結果

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

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

前後であるベースライン時と 4 カ月後で仲介型群と比べて有意に得点が改善しており、12 カ月後でもその改善が維持されているかさらに得点が改善していた。また時点ごとの比較ではまず GAF 得点についてはベースライン時と 4 カ月時で仲介型群が CR+SE 群と比べて有意に得点が高かったが、12 カ月後時点では 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 カ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 カ月後時点では BACS の言語性記憶、作業記憶、文字流暢性、符号課題および総合得点で CR+SE 群は仲介型群と比べて有意に得点が高かった。

考察

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

3) 就労関連指標のアウトカム

結果

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

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

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

考察

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

4) サービスコード票を用いたプロセスデータ分析方法

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

結果

支援タイプにおける臨床的不均一性

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

考察

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

5) 医療経済評価

方法

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

結果

介入群の就労者数(n=30)は対照群の就労

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

費用の比較：

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

費用対効果(CER)：

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

増分費用効果比(ICER)：

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

考察

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

3 地域精神科医療モデルの実践がスタッフの支援態度に及ぼす影響の検討

1) 支援態度の2年間フォローアップ

方法

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

結果

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

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

考察

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

る（質の担保）ことが示唆された。

2) 利用者版評価に基づく検討

方法

研究の協力機関において、研究参加1年後の経過時（平成24年11月～平成26年4月）

介入群および対照群に割り付けられた精神障害をもつ当事者を対象とした無記名自記式調査（利用者版評価）および、介入群の支援にあたるスタッフを対象とした無記名自記式調査（スタッフ版自己評価）を実施した。利用者版評価では、既存のスタッフ版尺度をもとに、「利用者版支援者ストレンクス態度尺度（10項目）」を作成し、使用した。

結果

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

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

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

4. 関連研究について

1) 「地方モデル」の検討に関する研究

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

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

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

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

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

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

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

2) フィデリティ評価尺度の開発方法について (略)

3) 日本版 IPS 型就労支援のフィデリティ評価ツール開発に係る研究

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

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

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

4) 障害者就業・生活支援センター全国実態調査

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

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

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

精神障害をもつ個別ケースについて支援のプロセスを6つの支援要素（関係づくり・アセスメント、就労前訓練、生活支援、

医療と関わりのある支援、求職に関する支援、その他）に分け、その実施数について尋ねたところ、7割弱のケースではほぼすべての要素を網羅する支援がなされている一方、利用者にとってもっともニーズが高い「求職

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

- 多施設共同の、対照群をの比較研究を中心として -

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、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る**可能性を示している。

「関わり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る**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、個別の就労支援により多くの時間を費やさず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性がある**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」「障害をもっている、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。

費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、本研究のマスクングは、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是否定できない。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。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、) 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 ($p=.007$)。

) 支援プロセスの履行状況別の効果評価の結果をみると、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 ($p=.008$)、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。) 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』($p=0.045$) 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($p=0.004$)。

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うける群(仲介型群) の 2 群に振り分けられた。分析対象者は CR+SE 群 47 名、仲介型群 47 名、合計 94 名となった。この 2 群においてベースライン時の患者属性や臨床的評価には GAF 得点(仲介型群 > CR+SE 群) を除いて有意差はなく、割付は概ね成功した。

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

は言語性記憶、作業記憶、符号課題および総合得点で、また 12 ヶ月後点では 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 ヶ月当り平均で 6 時間の個別就労支援に関連するサービスと、1 ヶ月当たり 1.5 時間の個別生活支援に関連するサービスを受けており、未就労者と比較し有意に多かった。特に個別就労支援時間の長さは、16 ヶ月間の就労の有無($OR=1.04$ [95% CIs=1.01 to 1.07], $p=0.035$) や就労日数の長さ(Coefficient=0.31 [95% CIs=0.08 to 0.55], $p=0.010$) と関係していた。

医療経済評価としては、医療・社会的コストは、介入群の 12 ヶ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・公的サービス費やダイケ

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。

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 (贅川信幸: 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巡回調査
(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) (榎林理一郎: 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

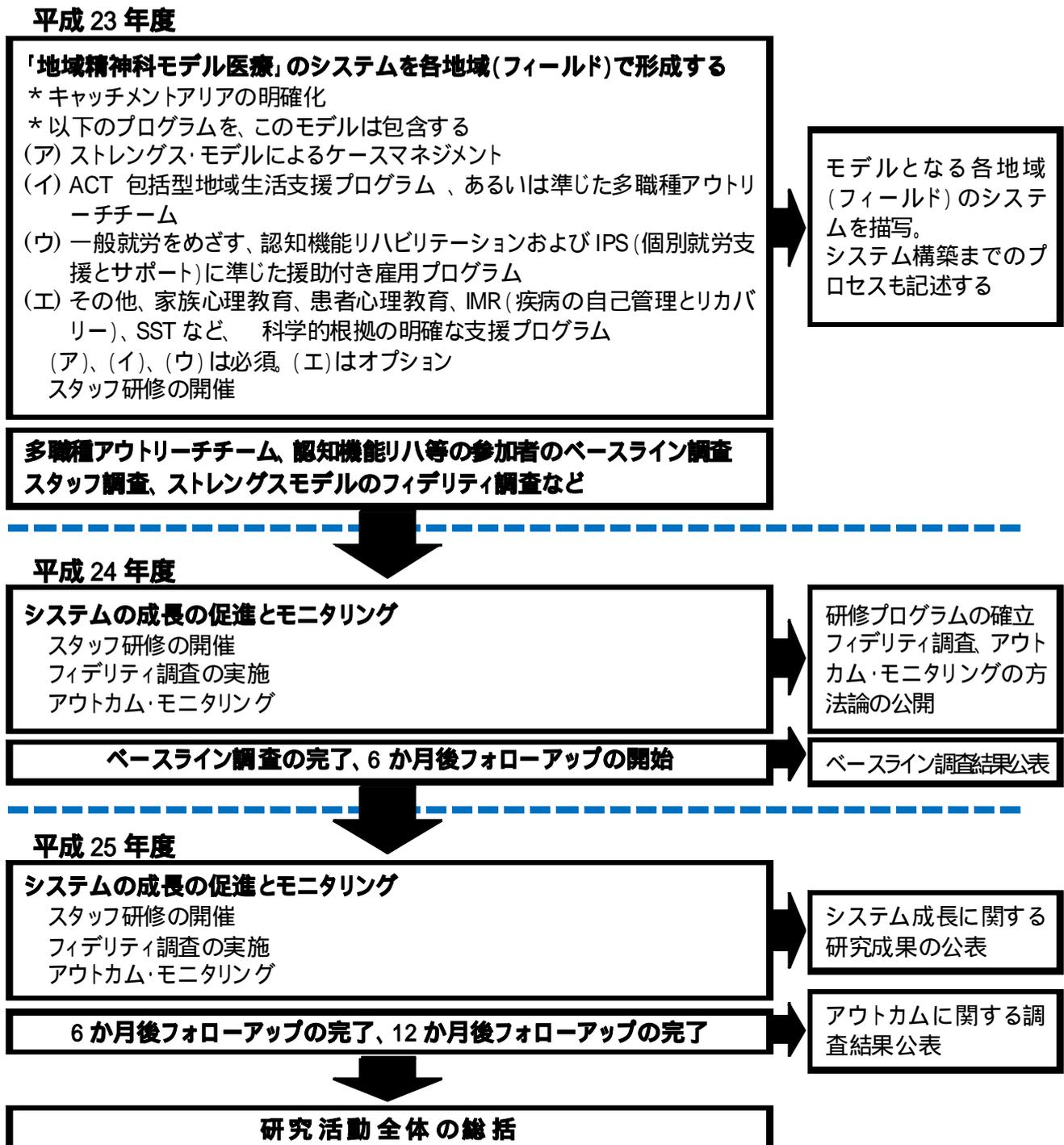


図 3



図 4

