

． 分担研究報告書

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

重症精神障害者に対する 多職種アウトリーチチームのサービス記述と効果評価研究 ～報告 基本プロトコルと対象者の属性について～

研究分担者：○吉田光爾¹⁾

研究協力者：片山優美子²⁾，西尾雅明³⁾，坂田増弘⁴⁾，佐竹直子⁵⁾，古家美穂¹⁾，
佐藤さやか¹⁾，種田綾乃¹⁾，下平美智代¹⁾，小川友季⁵⁾，池田尚彌¹⁾，
山口創生¹⁾，市川健¹⁾

- 1) 独) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部
- 2) 長野大学
- 3) 東北福祉大学
- 4) 独) 国立精神・神経医療研究センター病院
- 5) 独) 国立国際医療研究センター 国府台病院

要旨

目的：重症精神障害者に対する医療と生活支援の両方を不断に提供する多職種アウトリーチ（OR）チームによる支援は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という我が国の精神保健医療福祉施策を展開するうえで大きな役割が期待される。本研究では多職種 OR チームによる支援の本格的な普及を検討するため、多職種 OR チームの介入に関する効果評価、多職種 OR チームに関する医療経済面のサービス記述調査、および費用対効果に関する研究を、多施設共同研究にて行おうとするものであり。本報告書では研究プロトコル及びエントリーされた対象者の基礎属性に関して詳述した。

方法：国立精神・神経医療研究センター病院、国立国際医療研究センター 国府台病院、東北福祉大学せんだんホスピタルの3地区において平成23年11月～平成25年3月までエントリー期間とした。1年間をフォロー期間とし、利用者の経過ならびに支援チームの介入の状態を把握する。

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

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

対象者のエントリー状況：介入群67名・対照群74名が研究に同意し、1年後フォロー時点では介入群53名・対照群62名が調査継続状態にあった。

対象者のベースライン時の基礎属性：各群の対象者のベースライン時の基礎属性は、平均年齢は介入群40.9±11.3才、対照群40.8±11.4才であった。GAFは介入群42.0±10.1、対照群44.5±11.1であった。対象者の診断は統合失調症圏の患者が介入群67.3%（n=37）・対照群68.3%（n=43）であった。地域割り付けを行ったもののスクリーニング合計得点（ $p=0.015$ ）・SBS総合得点（ $p=0.005$ ）で介入群が有意に高く、WHO-QOL26で介入群が有意に低かった（ $p=0.027$ ）。

A . 研究の背景

近年、「入院医療中心から地域生活中心へ」という我が国の精神保健医療福祉施策の元で精神障害者への支援の舞台が地域へと移行しつつある。このような状況で必要なことは、重い精神障害を持っていても可能な限り入院を抑止し、早期退院を可能にする在宅医療の充実が進むことと、「あたりまえの生活」が可能になる、ニーズに応じた生活の場での支援が実現することである。そのためには、医療と生活支援が密接に結びついて提供できる効果的なサービスモデルの確立およびその普及は急務である。精神障害者は、障害性と疾病性を併せ持ち、症状の変動性を持つ障害であるため、生活支援だけでなく医療をともに提供することが必要なのである。

重症精神障害者に対する医療と生活支援の両方を不断に提供する多職種アウトリーチ（OR）チームによる支援としては、包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment: ACT）が、利用者の満足度、入院期間の短縮、住居の安定、QOL、症状、服薬コンプライアンス等の点で、大きな成果をあげることも明らかになっており、欧米では中心的となってきた。

我が国における多職種アウトリーチチームに関する効果評価については、上記に述べたように、平成19年度こころの健康科学における研究でACTによる成果が報告され²⁾、またその成果も論文化されているが³⁾、単一地域での研究であり多施設共同研究ではない。

また、多職種ORチーム支援を展開するにあたっては、既存の医療機関での展開を行った場合や、あるいは福祉等の地域の社会資源を活用した場合などがありうるが、診療報酬制度や障害福祉施策として、制度化・モデル化する際の、経済的課題については十分な研究成果はでていない。また介入の費用対効果についても、国内では主任研究者伊藤順一郎氏を中心としたRCTによるACTの費用対効果に関する研究が行われており、治療を行った場合、一般の治療と同等のコストと見積も

られることが報告されているが⁴⁾、単一施設での研究であり、知見の一般化には限界がある。

本研究では多職種ORチームによる支援の本格的な普及を検討するため、多職種ORチームに関する医療経済面のサービス記述調査、多職種ORチームの介入に関する効果評価、および費用対効果に関する研究を、多施設共同研究にて行おうとするものである。

本報告書では、上記研究に関する研究プロトコルを詳述する。

以下、本報告書の他の分担研究者によって報告される多職種ORチーム研究は、本プロトコルにのっとったものである。また、本研究は研究班内では通称「A班」と呼称されている。他の報告書中でそのように呼称される場合、本研究を指しているので留意されたい。

なお、以下の研究プロトコルに関しては、国立精神・神経医療研究センターにおける倫理委員会で承認を受けている。

B . 方法

1) 協力機関

本研究の研究協力機関である国立精神・神経医療研究センター病院、国立国際医療研究センター 国府台病院、東北福祉大学せんだんホスピタルを中心とした3地区を選定した。

なお、本研究は基本的に新規入院患者に対するアプローチとして設計・実施されているが、帝京大学医学部附属病院に関しては、新規外来患者に対するアプローチとして変則的に実施されている。詳細は当該地区における分担研究者の報告書を参照されたい。

2) 対象者の選定方法

(1) エントリー時期

平成23年11月～平成25年3月までを対象者のエントリー期間とする（図1）。エントリー開始後から1年間をフォロー期間とし、その間の利用者の経過・予後ならびに支援チームの介入の状態を把握する。最終的な研究フォローの終了時期は平成26年4月である。（図

1-1)

(2) エントリーの流れ

エントリーの流れについて以下に記す(図1-2)。本研究は純粋な RCT ではなく、介入群・対照群を利用者の居住地区によって振り分ける準実験法を用いる。

対象者のエントリーの流れは以下である。

各地区の全新規入院患者について OR チームによるケアマネジメントの必要度を判定する、スクリーニング票によるスクリーニングを実施する。これにより重篤度・生活困難度が一定点数以上の者を研究対象候補者として選定する。なお、本研究では総合点が 5 点以上のものをケアマネジメントが必要な候補者とした。ただし(1)鑑定入院・医療観察法による入院であるもの、(2)1 週間以内の退院・転院の予定が決まっているもの、(3)検査や mECT・合併症ルートなどの一時的な治療目的の入院であり戻る病院が初めから決まっているもの、入院前の外来が他院での通院であるもの(退院後、対象病院を使う可能性がない)、(4)既に当該 OR 支援の利用者であるもの、は対象外とした。

各地区には OR チームによる支援が可能な範囲を定めたキャッチメントエリアを設定してある。候補者の現居住地の所在により、その所在がキャッチメントエリア内外のいずれに存在するかによって候補者を介入群・対照群に振り分ける。

候補者に対して研究に関する説明を行い、同意した患者を各研究の参加者として位置付ける。

退院後にキャッチメントエリア内の同意者に対しては介入群として OR チームの支援が行われる。また、キャッチメントエリア外の同意者には、対照群として通常の精神科医療が行われる。

(3) スクリーニングについて

新規入院患者のうち、多職種 OR チームによるケアマネジメントが必要な患者を選定するため『アウトリーチケアマネジメントスク

リーニング票』を実施する(別添)。

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

3) 介入方法

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

各地区において実情による差はあるが、以下の構成要素が介入支援において実施されることを目標とした。そのうえで以下の内容の支援が行われるよう配慮した。

(ア) 複数職種による OR チームを構成

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

(イ) ストレングス志向のケアマネジメント

利用者のニーズ把握・支援プランの作成にあたってはストレングス志向のケアマネジメントを行うこと⁷⁾。

(ウ) 入院時からの一貫したスクリーニングとケアマネジメント

入院時からスムーズに地域生活へ移行できるように、ケアマネジメントが必要な対象者をスクリーニングによって選定し、入院中から関与を開始し入院から退院、地域生活まで一貫したケアマネジメントが行われること。

(エ) 各地区におけるチーム構成と研修

なお、研究協力地区では支援チームを構成した。小平地区における PORT、国府台地区における地域機関と連携した支援ネットワーク(NPO 法人リカバリーサポートセンター

ACTIPS による ACT-J、国府台病院精神科訪問看護、社会福祉法人サンワーク・NPO 法人ほっとハート・NPO 法人 M ネットによる福祉型相談支援事業、市川市における基幹型支援事業えくる等の連携)、せんだんホスピタルによる S-ACT である (詳細については各地区の分担研究報告参照)。

なお、上記の支援要素が各分担地区で実施されるよう、平成 23 年 9 月 2~3 日に東京にて支援従事者に対する研修会を行い、その後、年 1 回の頻度でフォローアップ研修を行った。

4) 調査測度

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

(1)精神科医療等の利用に関する調査

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

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

(2)症状・機能評価

利用者の症状・社会機能評価を測定するものとして以下の尺度を用いて退院時・1 年後に評価するものとした。評価に際しては原則テスターが行うものとし、テスターが準備できない場合に主治医が行った。

GAF⁸⁾ (Global Assessment of Functioning Scale)

PANSS⁹⁾ (Positive & Negative Syndrome Scale)

SBS¹⁰⁾ (Social Behavioral Schedule)

(3)利用者に対する自記式調査。

利用者の主観的 QOL やサービス満足度について把握するため自記式評価を用いて以下の尺度について退院時・1 年後に評価するものとした。

WHO-QOL26¹¹⁾

CSQ-8J¹²⁾

Link スティグマ尺度日本語版^{13・14)}

生活時間の構成：国民生活基礎調査をも

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

(4)医療経済的評価

医療経済的な評価を行うため、以下の 3 種類を用いてデータを収集する。

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。

サービスコード (別添): 利用者に対して多職種 OR チームが行っている支援量・人的コストを把握するため、サービスコードを用いて利用者およびその関係者への支援上の個別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)。

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

C. エントリーの状況・対象者の基礎属性

1) エントリー状況

本研究のエントリー状況について図 3 に示す。介入群 67 名・対照群 74 名が研究に同意し、1 年後フォロー時点では介入群 53 名・対照群 62 名が調査継続状態にあった。なおサービス・医療中断となったものの調査が続行さ

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

2) 各群の対象者の基礎属性

各群の対象者のベースライン (BL) 時の基礎属性について表 1,2 に示す。平均年齢は介入群 40.9±11.3 才、対照群 40.8±11.4 才であった。また、性別比は介入群 29:26 (52.7%:46.3%)、対照群 29:34 (47.0%:53.0%) であった。対象者の GAF は介入群 42.0±10.1、対照群 44.6±11.1 であった。対象者の診断は、統合失調症圏の患者が介入群 67.3% (n=37)、対照群 68.3% (n=43) として次に気分障害 (介入群 18.3% (n=10)、対照群 22.2% (n=14)) であった。しかし神経症圏や発達障害のものも含まれていることがわかる。

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

D . 対象者の基礎属性に関する考察

1) 対象者像について

従来の ACT の対象者の疾患は、統合失調症や躁うつ病、うつ病など重度の精神障害に限定されていた。本研究でも概ねそうした対象者像と重なっているが、本研究のようにケアニーズという観点からスクリーニングを行った場合には、神経症圏や発達障害の者も支援の対象となりうるということがわかった。また退院時の GAF の平均は約 40 点であり、入院中の状態はこれよりもやや重いものと考えられる。

2) 対象者の偏りについて

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

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

E . まとめ

重症精神障害者に対する医療と生活支援の両方を不断に提供する多職種 OR チームによる支援は「入院医療中心から地域生活中心へ」という我が国の精神保健医療福祉施策を展開するうえで大きな役割を果たすことが期待される。本研究では多職種 OR チームによる支援の本格的な普及を検討するため、多職種 OR チームの介入に関する効果評価、多職種 OR チームに関する医療経済面のサービス記述調査、および費用対効果に関する研究を、多施設共同研究にて行おうとするものであり、本報告書ではこの研究プロトコルを詳述した。

国立精神・神経医療研究センター病院、国立国際医療研究センター 国府台病院、東北福祉大学せんだんホスピタルの 3 地区において

平成 23 年 11 月～平成 25 年 3 月までを対象者のエントリー期間とする。エントリー開始後から 1 年間をフォロー期間とし、その間の利用者の経過・予後ならびに支援チームの介入の状態を把握する。

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

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

各群の対象者のベースライン(BL)時の基礎属性については、平均年齢は介入群 40.9±11.3 才、対照群 40.8±11.4 才であった。対象者の GAF は介入群 42.0±10.1、対照群 44.5±11.1 であった。対象者の診断は、統合失調症圏の患者が介入群 67.3% (n=37) 対照群 68.3% (n=43) であり、次に多い疾患は気分障害(介入群 18.3%(n=10) 対照群 22.2% (n=14)) であった。

なお、地域による割り付けを行ったもののスクリーニング合計得点 ($p = .015$)・SBS 総合得点 ($p = .005$) で介入群が有意に高く(=問題が重い) WHO-QOL26 で介入群が有意に低かった(主観的 QOL が低い) ($p = .027$)。

F . 健康危険情報 なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

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

・吉田光爾, 前田恵子, 泉田信行, 伊藤順一郎: Assertive Community Treatment における診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究, 臨床精神医学, 41(12)1767-1781,2012.

2 . 学会発表

・Yoshida K, Ito J, Katayama Y, Satake N, Nishio M, Sakata M, Sato S, Taneda A : Actual Condition Survey on Outreach Activity of Multiple - Disciplinary Team in Japan. World Congress of Social Psychiatry, Lisbon, Portugal, 2013.6.29 - 7.3.

・吉田光爾, 山口創生, 種田綾乃: 重症精神障がい者の生活時間配分の実態 - 実態報告および症状・機能および主観的QOLとの関連の検討 - . 第61回 日本社会福祉学会秋季大会, 北海道, 2013.9.22.

・吉田光爾: 多職種アウトリーチサービスと医療経済～診療報酬上の課題と今後～ . 第109回日本精神神経学会学術総会, 福岡, 2013.5.23-24.

H . 知的財産権の出願・登録状況

1 . 特許取得 なし

2 . 実用新案登録 なし

3 . その他 なし

文献

- 1) Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al. Model of community care for severe mental illness: A Review of research on case management. Schizophrenia Bulletin, 24: 37-74, 1998.
- 2) 伊藤順一郎, 塚田和美, 大島巖, ほか: 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究, 平成 17-19 年度 総合研究報告書, 2008.
- 3) Ito J, Oshima I, Nishio M et al. The effect of Assertive Community Treatment in Japan, Acta Psychiatrica Scandinavica, 123(5), 398-401, 2011.
- 4) 深谷裕, 塚田和美, 伊藤順一郎: 「包括型地域生活支援プログラムの費用対効果分析」こころの健康科学研究事業重度精神障害者に対する包括地域生活支援プログラムに関する研究平成 19 年度総括分担報告書, pp45-53, 2008.
- 5) 佐竹直子, 瀬戸屋雄太郎: 急性期病棟における急性期ケアマネジメントのモデル作りに関する研究: 「地域中心の精神保健医療福祉」を推進するための精神科救急および急性期医療のあり方に関する研究 平成 20 年度 ~ 22 年度 総括研究報告書(主任研究者 伊藤順一郎), pp143-198, 2011.
- 6) 佐藤さやか, 池淵恵美, 穴見公隆ら: 精神障害をもつ人のための退院困難度尺度作成の試み, 日本社会精神医学会雑誌, 16(3), 229-240, 2008.
- 7) Rapp CA., Goscha RJ: ストレングスモデル 精神障害者のためのケースマネジメント, 田中英樹監訳, 2008.
- 8) American Psychiatric Association: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 高橋 三郎ら訳, 医学書院, 2003.
- 9) 山田寛, 増井寛治, 菊本弘次(訳): 陽性・陰性症状評価尺度(PANSS)マニュアル. 星和書店, 東京, 1991.
- 10) Wykes T, Sturt E: The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS. British Journal of Psychiatry 148: 1-11, 1986.
- 11) 田崎美弥子, 中根允文: WHO-QOL26 手引改訂版, 金子書房, 2007.
- 12) 立森久照, 伊藤弘人: 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性及び妥当性の検討, 精神医学 41: 711-717, 1999.
- 13) Link BG: Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. American Sociological Review, 52(1): 96-112, 1987.
- 14) 下津咲絵, 坂本真士, 堀川直史, 他: Link ステイグマ尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. 精神科治療学 21:521-528, 2006.
- 15) McCrone P, Craig TK, Power P, et al: Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis. Br J Psychiatry 196(5):377-382, 2010.
- 16) Chisholm D, Knapp MR, Knudsen HC, et al: Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory - European Version: development of an instrument for international research. British Journal of Psychiatry 177(39): S28-S33, 2000.

図1 アウトカム調査の調査時期について

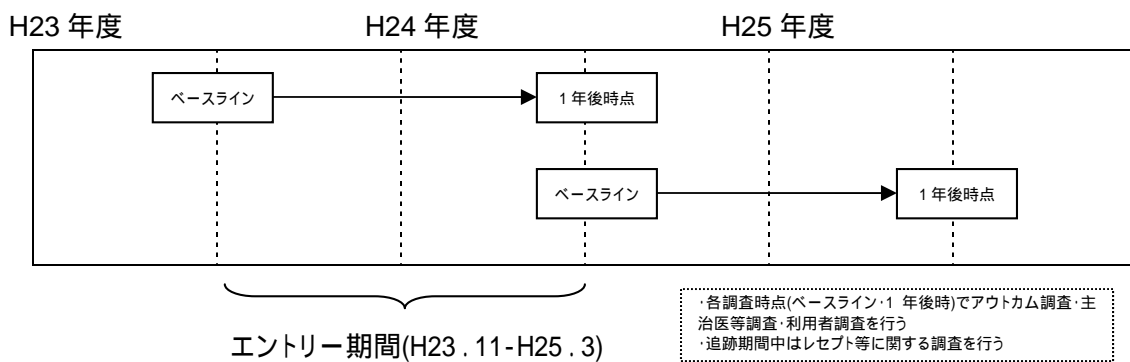


図2 エントリーから同意、介入開始の流れについて

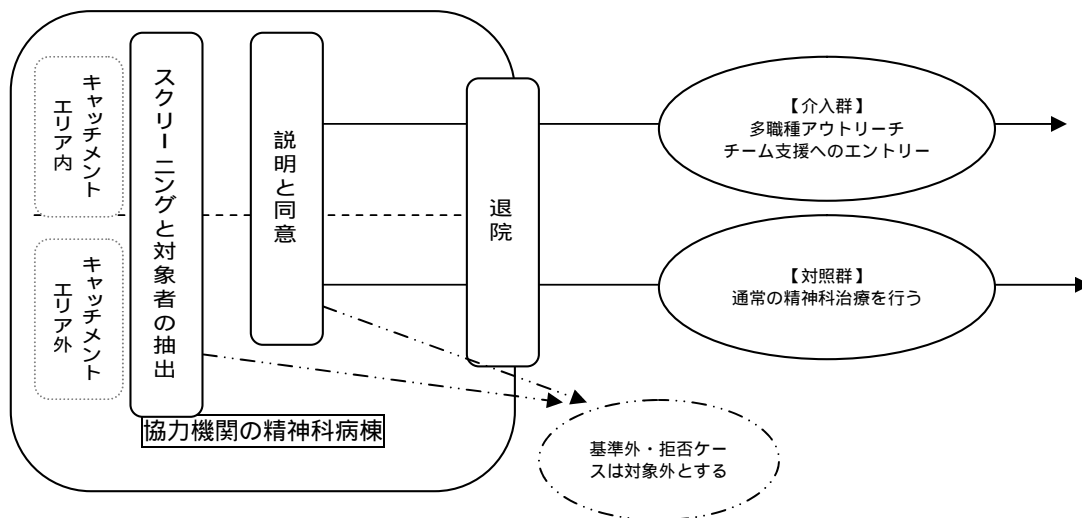


図3 エントリーの状況

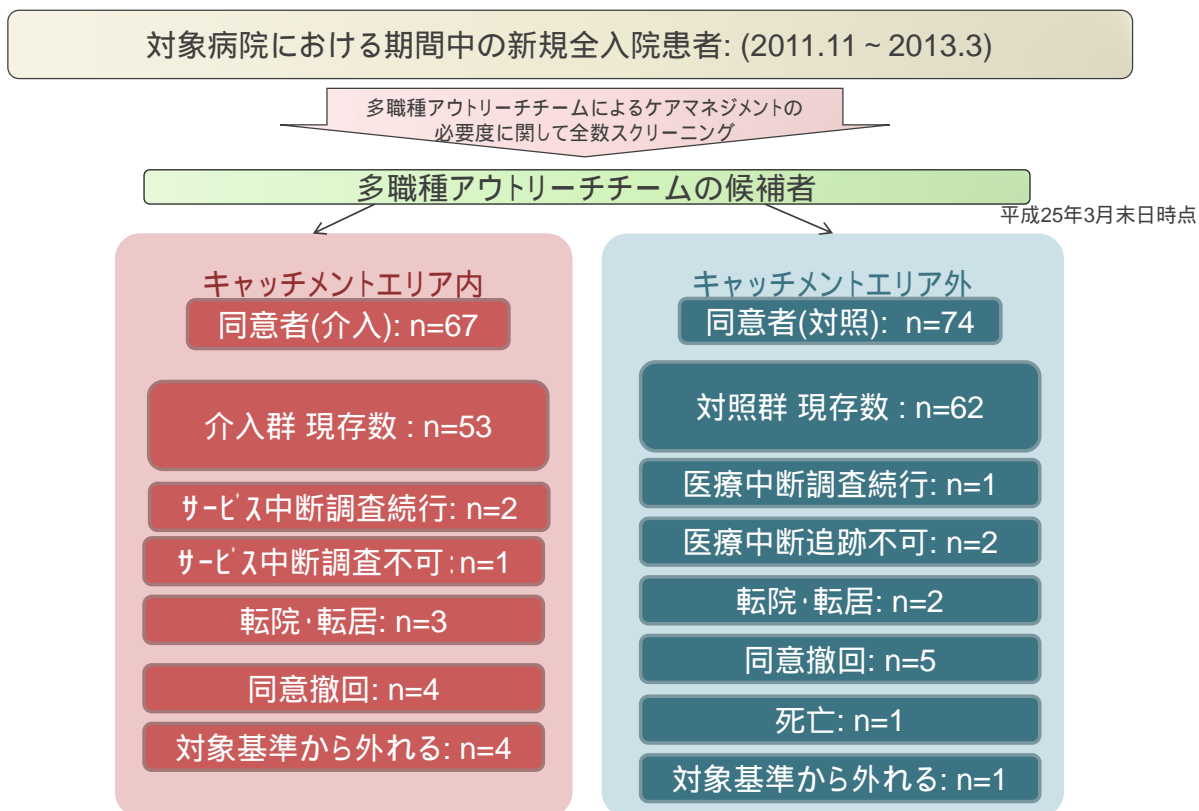


表 1 基礎属性の比較

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

表 2 診断の状況

	介入群 (n=55)		対照群 (n=63)	
	n	(%)	n	(%)
症状性を含む器質性精神障害 (F00-F09)	1	(1.8%)	3	(4.8%)
統合失調症, 統合失調症型障害 及び妄想性障害(F20-F29)	37	(67.3%)	43	(68.3%)
気分障害 (F30-F39)	10	(18.3%)	14	(22.2%)
神経症性障害, ストレス関連障害及び 身体表現性障害(F40-F48)	5	(9.2%)	0	(0.0%)
心理的発達障害 (F80-F89)	2	(3.6%)	2	(3.2%)
急性一過性精神障害	0	(0.0%)	1	(1.6%)

² 検定で有意差無し

重症精神障害者に対する 多職種アウトリーチチームのサービス記述と効果評価研究 ～報告 支援プロセスの実態とサービス記述～

研究分担者：○吉田光爾¹⁾

研究協力者：片山優美子²⁾，西尾雅明³⁾，坂田増弘⁴⁾，佐竹直子⁵⁾，古家美穂¹⁾，
佐藤さやか¹⁾，種田綾乃¹⁾，下平美智代¹⁾，小川友季⁵⁾，池田尚彌¹⁾，
山口創生¹⁾，市川健¹⁾

- 1) 独) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部
- 2) 長野大学
- 3) 東北福祉大学
- 4) 独) 国立精神・神経医療研究センター病院
- 5) 独) 国立国際医療研究センター 国府台病院

要旨

目的：重症精神障害者に対する医療と生活支援の両方を不断に提供する多職種アウトリーチチームによる支援は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という我が国の精神保健医療福祉施策を展開するうえで大きな役割を果たすことが期待される。本研究では多職種アウトリーチチームによる支援の本格的な普及を検討するため、多職種アウトリーチチームのサービス記述調査、多職種アウトリーチチームの介入の効果評価および費用対効果に関する研究を、多施設共同研究にて行おうとするものである。本報告ではこのうち について詳述する。

方法：報告 のプロトコルに基づき、介入群の対象者に提供された支援をサービスコードにより把握し、55 ケース・8536 コンタクトを分析対象とした。また経時的な変化をたどる分析については、サービス中断調査事例等を除いた 52 ケース・8188 コンタクトを分析対象とした。

結果：8536 回のコンタクト中 2489 回 (29.2%) が報酬有の実コンタクト、2613 回 (30.6%) が報酬無の実コンタクト、3434 回 (40.2%) が電話コンタクトとなっていた。また対象者に対して月平均 5.9±5.2 回の頻度で実コンタクトをとっており、また月平均で 301.8±236.8 分の実コンタクトを行っていた。診療報酬で請求できない理由について、最も多いのは『入院中の病棟訪問』で 28.5%、次に『契約前の関わり (入院中)』で 23.0%であったが、その他にも多岐にわたる理由が挙げられた。また初回入院中に月当たり 8.8 回、月に 297 分程度の実コンタクトを行っていた。退院後は月あたり 4 回前後の有報酬コンタクト・1 回程度の非報酬コンタクトを行っていた。総コンタクト時間は平均月約 300 分前後で、頻度・量ともに横ばいで推移していた。

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

A．研究の背景

報告 で述べたように、重症精神障害者に対する医療と生活支援の両方を不断に提供する多職種アウトリーチチームによる支援は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という我が国の精神保健医療福祉施策を展開するうえで大きな役割を果たすことが期待されるものである。

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

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

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

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

B．方法

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

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

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

C．結果

1) コンタクトの分類

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

なお回数ではなく時間ベースで換算した場合、全臨床時間の 57.7%が報酬有の実コンタクト、33.4%が無報酬の実コンタクト、8.9%が電話コンタクトであった。

2) 実コンタクトの主体

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

3) 実コンタクトの対象

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

4) コンタクトの概要

表 3 に実コンタクトの概要を示す。対象者に対して月平均 5.9±5.2 回の頻度で実コンタクトをとっており、また月平均で 301.8±236.8 分の実コンタクトを行っていた。

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

5) 診療報酬を請求できない理由

無報酬コンタクトにおいて、診療報酬で請求できない理由について複数回答で把握した結果を図 2 に示す。最も多いのは『入院中の病棟訪問』で 28.5%、次に『契約前の関わり(入院中)』で 23.0%、ついで外来などでの『事業所内での支援』で 17.2%であったが、その他にも多岐にわたる理由が挙げられた。

6) エントリーからの総コンタクト時間およびコンタクト頻度の推移

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

患者 1 人あたりにつき、初回入院中に実コンタクトでは有報酬コンタクトで平均 0.8 回・無報酬コンタクトで平均 22.6 回の実コンタクトをしており、また時間に換算すると電話 63 分・無報酬コンタクト 709 分・有報酬コンタクト 79 分を支援していた。エントリー時の平均在院日数が 79.4 日であることを考慮すると、月当たり 8.8 回、月に 297 分程度

の実コンタクトを行っていた。

また退院後には月当たり 4 回前後の有報酬コンタクト・1 回程度の非報酬コンタクトを行っていた。ま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。

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

7) 入院中・退院後の支援内容の違い

サービスコードにおける支援内容のチェック率を支援実行率(各コンタクトにおいてその支援を実行した割合)として、入院中のケアと退院後のケアの内容を比較した(図 5)。結果、入院中の支援の実行率は『ケアマネジメントにおけるケア計画の作成・調整』(57.0%)や『治療契約の導入・関係性の構築』(42.4%)などが高くなっているが、退院後は治療契約やケアマネジメントなどの実行率も低くはないが『精神症状の悪化や増悪を防ぐ』が経過全体で 40%前後、『不安の傾聴』40%前後、『日常生活維持・生活範囲の拡大』30%前後と高くなっていた。

8) 月あたり総実コンタクト時間(平均)

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

9) 一日複数回コンタクト

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

めていた。(図7)

D. 考察

1) 診療報酬上の位置づけについて

本研究では多職種アウトチームの支援状況について詳述したが、その中で支援行為のかなりの割合が診療報酬上で無報酬になっていることが明らかになった。時間ベースで換算した場合、全臨床時間の57.7%が報酬有の実コンタクトではあるものの、33.4%が無報酬の実コンタクト、8.9%が電話コンタクトであり、全臨床時間の半分弱が無報酬となっていることになる。

この理由としては、もっとも多い理由としてあげられたのは『入院中の病棟訪問』で28.5%、次に『契約前の関わり(入院中)』で23.0%であった。入院時において、多職種アウトリーチチームが支援を切らさずに訪問することで、利用者・入院期間の関係者と退院後の生活を見据えてケアを展開することは、その後の生活の安定のためにも重要なことであるが、この場合、医療報酬は病棟側についてしまうため、OR チームはその業務を簿外で負担していることを示している。また、重症精神障害者のケアにおいては、新しいサービスに対する不安や、病識の問題などから、必ずしもニーズのある個人がサービスを希望しないという状況があり、これに対する関係づくりがかなり大きな労力を占める。診療報酬で請求できないコンタクトのうち2番目がこの契約前の関わりであることは、困難な事例に対する支援における業務負担を示すものである。契約前の行為にさかのぼって診療報酬上を付与することは制度運用上難しいと考えられる。また、この理由に限らず多職種アウトリーチ支援のような柔軟な対応を求められる枠組みにおいては、きわめて多様な支援の様相を呈し、報酬上請求できない理由も多岐にわたっている。1つ1つの行為に対して報酬を付与していく形式の報酬体系でこれらに対応するには限界もあり、こうした部分を鑑みて「まるめ」の管理料などの方式での対

応も検討されるべきであると考えられる。

また本人への一日複数回実コンタクトも稼働日数の11.7%。全体の回数の12.2%を占めており、これも無報酬コンタクトの一因であり、対応が求められるため、厚生労働省精神障害保健課を通じて本資料の中間集計を平成25年11月29日における中央社会保健医療協議会に提出した。

2) かかわりの初期の関与について

本研究ではアウトリーチチームが入院中・契約前からの関与について把握しているが、こうした初期の関わりを可視化したのは大きな成果である。患者1人あたり平均入院期間79.4日にあたりに平均して投入されている支援は、電話63分・無報酬コンタクト709分・有報酬コンタクト79分であり、合計で800分を超えている。これは月当りに直せば約300分であり、かなりの労働量を割いていることが明らかになった。

またそのコンタクトで行われている支援の内容は、治療契約の導入(実行率42.4%)やケアマネジメントにおけるケア計画の作成・調整(実行率57.0%)などであり、現行の診療報酬制度では報酬対象とならないケア行為である。

これまでこうした支援は「自助努力」の範疇とされてきたが、そうした自助努力の範疇を超える多量の労働量の実数値を伴って可視化されたことは、こうした部分を含めた診療報酬の設定に対し有効な資料となると考えられる。

3) 退院後のケアについて

退院後のケアについては、支援経過6ヵ月を経過してもコンタクト頻度・時間の総量は、激変していない。総コンタクト時間は平均月約300分と横ばいで推移しており、本研究で対象とするような重症精神障害者へのアウトリーチ活動はインテンシブかつ継続的な関わりが必要であることを示している。また入院中ほどではないが、非報酬コンタクトの割合も一定量存在していた。

なおコンタクトの関わりの濃度については、

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

なお、入院中および退院後においてもケアを提供しているスタッフの構成職種は PSW（入院中 66.1、退院後 66.6%）、看護師（入院中 30.8%、退院後 45.1%）、作業療法士（入院中 13.2%、退院後 21.1%）であり、この 3 職種が現行の制度の中では有力な担い手であることがわかる。ただし、病院を主体としたアウトリーチの場合は、各職種の訪問に対して訪問看護の報酬体系が使えるが、訪問看護ステーションの場合 PSW の訪問には報酬がつかないので、実質的に事業が運営できなくなることは留意が必要である。またピアスタッフや心理臨床技術者などが本研究では十分な構成員として配置されていないが、こうした職種の可能性についても検討されるべきであると考えられる。

E . まとめ

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

結果、支援 8536 回のコンタクト中 2489 回（29.2%）が報酬有の実コンタクト、2613 回（30.6%）が報酬無の実コンタクト、3434 回（40.2%）が電話コンタクトとなっていた。

また対象者に対して月平均 5.9±5.2 回の頻度で実コンタクトをとっており、また月平均で 301.8±236.8 分の実コンタクトを行っていた。診療報酬で請求できない理由について最も多いのは『入院中の病棟訪問』で 28.5%、

次に『契約前の関わり（入院中）』で 23.0%、その他にも多岐にわたる理由が挙げられた。また初回入院中に月当たり 8.8 回、月に 297 分程度の実コンタクトを行っていた。退院後は月あたり 4 回前後の有報酬コンタクト・1 回程度の非報酬コンタクトを行っていた。総コンタクト時間は平均月約 300 分前後で、頻度・量ともに横ばいで推移していた。

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

F . 健康危険情報 なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

- ・山口創生, 吉田光爾, 種田綾乃, 片山優美子, 坂田増弘, 佐竹直子, 佐藤さやか, 西尾雅明, 伊藤順一郎: 重症精神障害者におけるセルフ・スティグマと精神症状や機能との関連の検証: クロス・セクショナル調査, 社会問題研究 .63 ,pp99-107,2013 .
- ・吉田光爾, 前田恵子, 泉田信行, 伊藤順一郎: Assertive Community Treatmentにおける診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究, 臨床精神医学, 41(12),1767-1781,2012.

2 . 学会発表

- ・Yoshida K, Ito J, Katayama Y, Satake N, Nishio M, Sakata M, Sato S, Taneda A : Actual Condition Survey on Outreach Activity of Multiple - Disciplinary Team in Japan. World Congress of Social

Psychiatry, Lisbon, Portugal, 2013.6.29 - 7.3.

- ・吉田光爾, 山口創生, 種田綾乃: 重症精神障がい者の生活時間配分の実態 - 実態報告および症状・機能および主観的QOLとの関連の検討 - . 第61回 日本社会福祉学会秋季大会, 北海道, 2013.9.22.
- ・吉田光爾: 多職種アウトリーチサービスと医療経済～診療報酬上の課題と今後～ . 第109回日本精神神経学会学術総会, 福岡, 2013.5.23-24.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

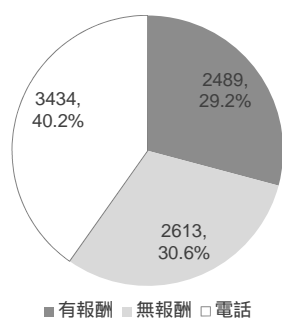
文献

- 1)山田創: クリニックによる24時間サポート可能なシステムとは 現行診療報酬制度化における訪問型支援.高木俊介,藤田大輔編: 実践アウトリーチ入門.日本評論社,東京, pp123-128, 2011
- 2)吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 瀬戸屋希ほか: 重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチサービスにおける機能分化の検討; Assertive Community Treatment と訪問看護のサービス比較調査より.精神障害とリハビリテーション,15(1): 54-63, 2011

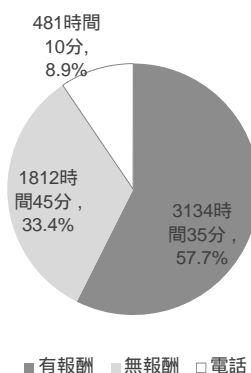
- 3)吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 瀬戸屋希, 高原優美子, 英一也, 角田秋, 園環樹, 萱間真美, 大島巖, 伊藤順一郎: 重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチサービスにおける機能分化の検討; Assertive Community Treatment と訪問看護のサービス比較調査(続報) ~1年後追跡調査からみる支援内容の変化~, 精神障害とリハビリテーション,17(1): 39-49, 2013.
- 4)吉田光爾, 前田恵子, 泉田信行, 伊藤順一郎: Assertive Community Treatment における診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究, 臨床精神医学, 41(12),1767-1781,2012.
- 5)特定活動非営利法人京都メンタルケアアクション: 多職種による重度精神疾患患者への治療介入と生活支援に関する調査研究 - 新たな地域精神保健システムの構築 - 報告書,平成21年度厚生労働省障害保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト),2010.

図1 コンタクトの分類 (n=8536)

コンタクト回数ベースでの比率



コンタクト時間ベースでの比率



55ケース,合計757ヶ月に対して

表1 実コンタクトの主体職種 (n=5102,複数回答、ケース%)

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

表2 実コンタクトの対象 (n=5102,複数回答、ケース%)

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

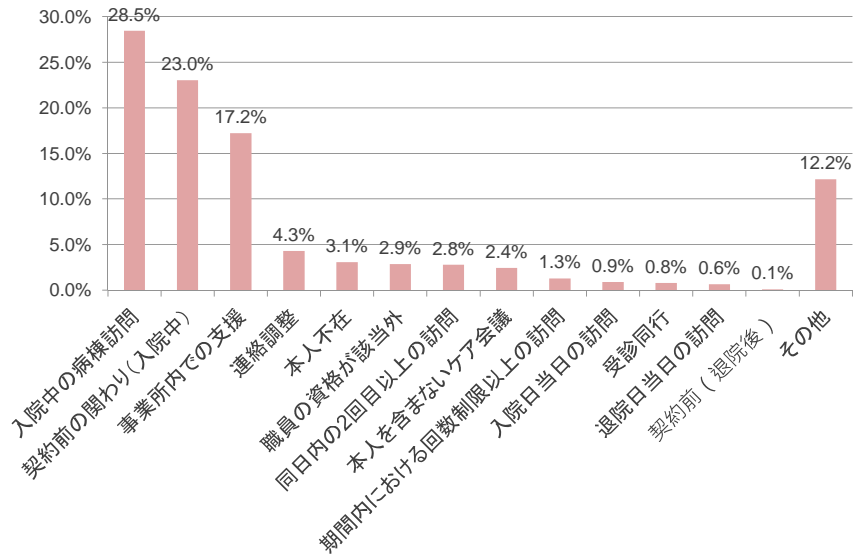
表3 コンタクトの概要(52 ケース,4974 コンタクト)

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

表4 1 コンタクトあたりの所用時間に関する概要

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

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



福祉事業所によるコンタクトは除外して集計

図3 退院時からの総コンタクト時間(平均)の推移(単位:分/月)

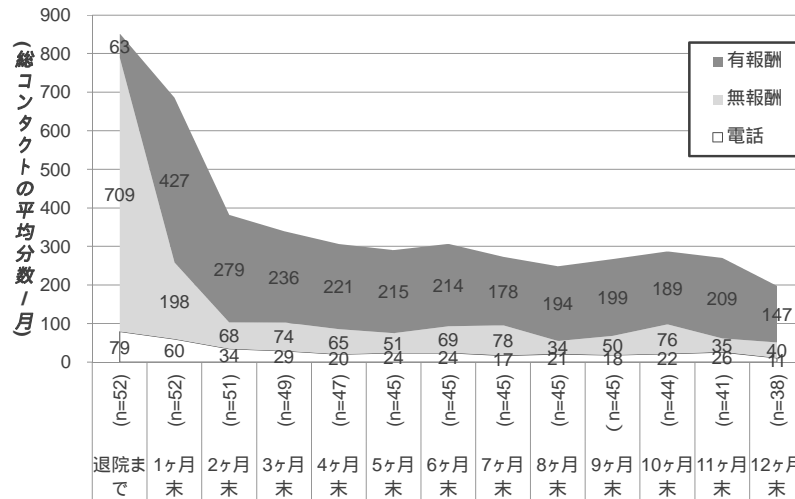


図4 退院時からのコンタクト頻度(平均)の推移(単位 回/月)

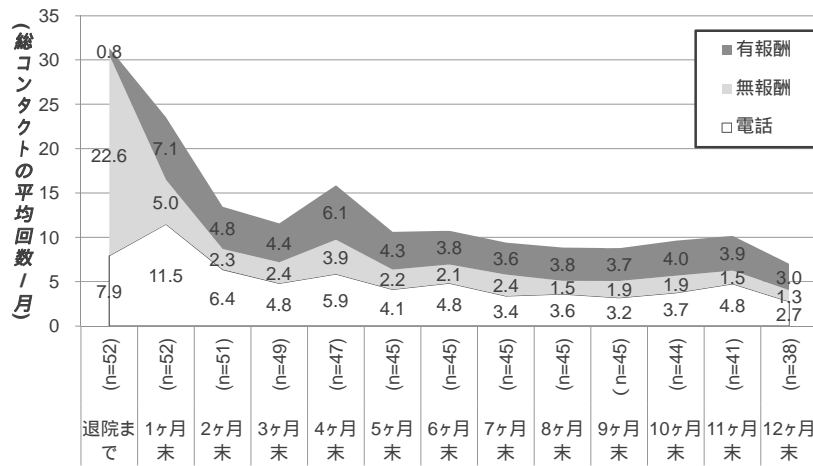


図5 各支援の実行率の経過による変化

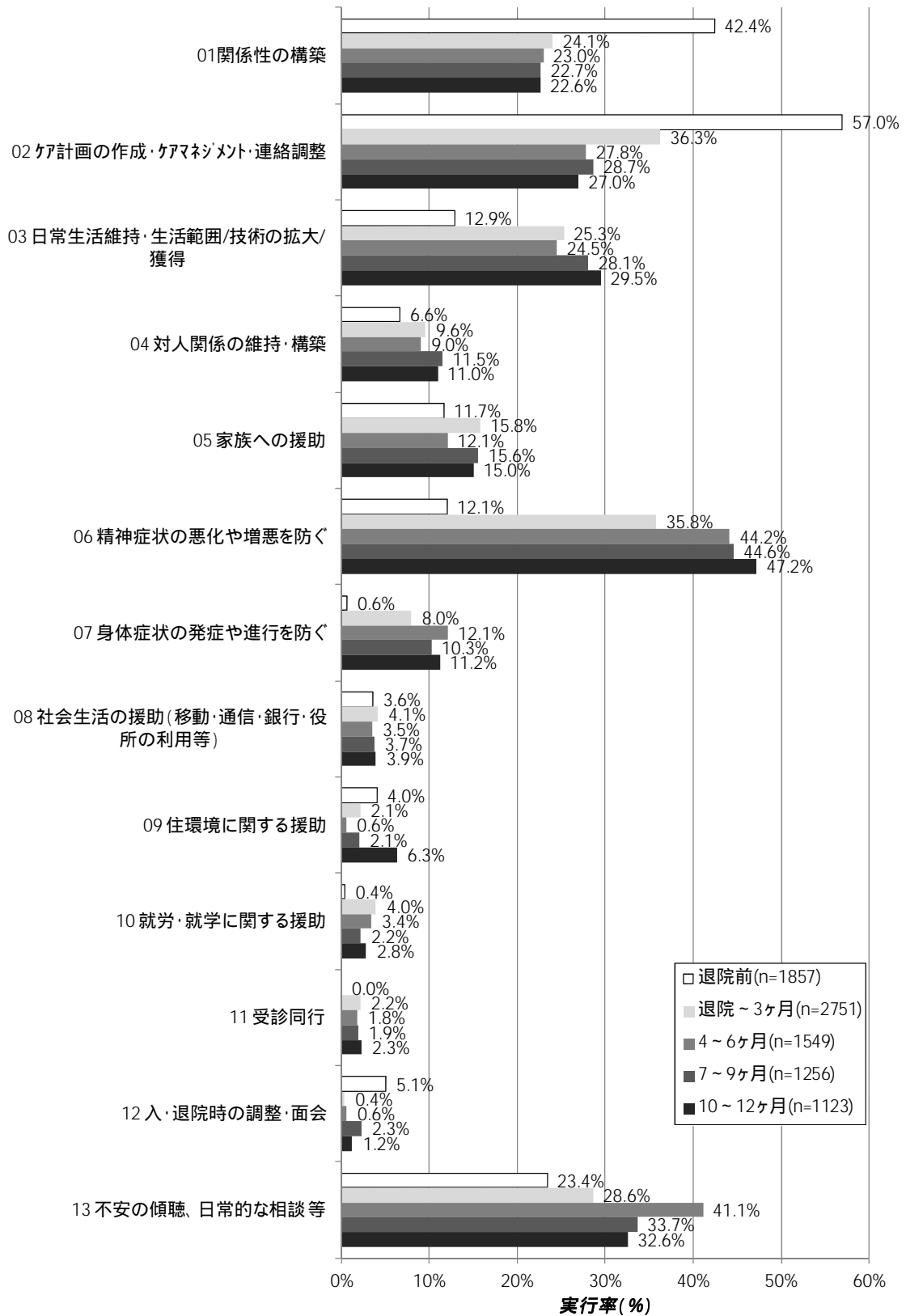


表5 月あたり総実コンタクト時間（平均）の分布（介入群のみ）（n=53）

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

図6 一日複数回コンタクト日の割合(n=3871日)

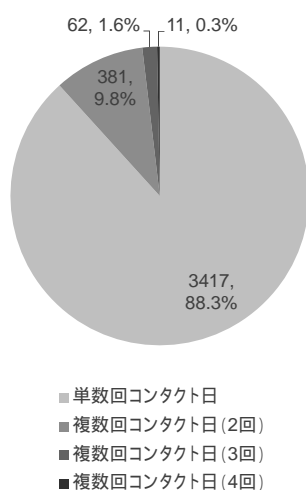


図7 複数回コンタクトの割合(n=4409回)

