

20133400/B

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 23 年度－平成 25 年度 総合研究報告書

研究代表者 伊藤順一郎

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

平成 26 (2014) 年 3 月

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 23 年度－平成 25 年度 総合研究報告書

研究代表者 伊藤順一郎

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

平成 26 (2014) 年 3 月

目 次

I. 総合研究報告

「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… 3

II. 付録 39

III. 研究成果の刊行に関する一覧 105

IV. 研究ご協力機関一覧 109

I. 総合研究報告書

平成 23-25 年度 総合研究報告書

「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、各研究協力機関におけるモデルプログラムを構築し、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た。そのうえで、効果評価とケア内容のプロセス調査を行い、さらに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「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、対照群をおいたうえで 1 年間の追跡調査による効果評価やプロセス調査、医療経済学的効果についてのデータ収集をした。3 年目の平成 25 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を下記にまとめる。

まず、多職種アウトリーチチームの研究では、介入群 67 名と対照群 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 名と対照群 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。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、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最も多い理由は、『入院中の病棟訪問』(28.5%) で、次に『契約前の関わり(入院中)』(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と 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。

介入の効果をみると、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 ($p = .007$)。また、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

相互作用が有意 ($p = .008$)、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 Assertive community treatment (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』 ($p = .045$) 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 層となった。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。

次に、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) と仲介型ケアマネジメントによる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たか、あるいは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、就労した者の就労回数、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。就労した者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」する支援タイプ (地域事業所型) であり、次いで「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) 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, p = .035) や就労日数の長さ (Coefficient = .31, p = .010) と関係していた。

医療経済評価の結果から、医療・社会的コストについて、介入群の 12 ヶ月間の合計コストは、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かった。また、福祉・公的サービス費やデイケア費は、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・公的サービス費が 12 ヶ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) について、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。

結果から、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や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。また、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、2 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報酬が保障されているとは言えず、今後、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、研修の必要性が強調される。

スタッフの意識調査の結果から、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。

なお、本総合研究報告書では、以上の「多施設共同の、対照群をの比較研究」の成果とともに、各年度に行った「関連研究」についても一部紹介した。

総合研究報告 その1

地域精神科医療モデルに関する、多施設 共同の、対照群をおいての比較研究

A. 研究の背景

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2つある。

1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1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、利用者のリカバリー（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持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、仕組みの具体的な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 Assertive community treatment (ACT: 包括型地域生活支援プログラム)、Individual placement and support (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⁾。これらの文脈から、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対する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。

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、2つの要素が求められる。

1つは、本研究における臨床的成果が、明快に提示されることである。もう1つは、本研究で示すモデルを一般臨床に敷衍した場合のコスト費用対効果を明らかにすることである。

我が国の精神科医療は民間の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として有用な試料となる調査を実施した。

B. 研究の方法

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し、そのアウトカムとコストについて、多面的な評価を実施した。

1. モデルの構築

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2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)

多職種アウトリーチチームは、以下の特徴を持つ。

- (1)看護師、精神保健福祉士、作業療法士、医師等の複数職種による、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)対象者を当該入院時に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と援助付き雇用の組み合わせによる就労支援研究)

認知機能リハビリテーション(以下、認知リハ)と援助付き雇用では、下記の実践モデルを構築した。

- (1)「Cogpack」日本語版を用いた認知リハの実施(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最低4回、集団または個別で実施
- (3)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る「日本版個別援助付き雇用モデル」による就労支援を1年間、実施。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
 - ①Place then Train モデルであること
 - ②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
 - ③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
 - ④生活支援を担当するケースマネジャー(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
 - ⑤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、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. 割付け方法と対照群

本研究の多職種アウトリーチチームと援助付き雇用の研究においては、割り付け方法や対照群の設け方が異なる。

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

本研究は、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、(1)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、(2)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、介入群と対照群に振り分ける、(3)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、(4)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と対照群に振り分けるランダム化比較試験 (Randomized Controlled Trial :RCT デザイン) を採用した。すなわち、以下の 5 条件、(1)研究協力施設に外来通院中であること、(2)主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病であること、(3)年齢が 20-45 歳であること、(4)研究開始時に就労を希望しているもの、(5)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、上述の認知リハおよび「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ールを行った。ブローカー型支援の結果、リファール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. 評価方法、アウトカムと尺度

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、アウトカム評価だけでなく、プロセス評価、医療経済学的評価などを実施した。また、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についての評価も同時に実施した。

1) アウトカム評価

「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、地域滞在日数とした。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。

「認知リハと援助付き雇用」の主たるアウトカム指標は、就労率、就労継続日数、総賃金などを含む就労関連指標であった。認知リハ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) プロセス調査

「多職種アウトリーチチーム」や「認知リハビと援助付き雇用」、それぞれにサービスコード票を作成し、データ収集を行った。スタッフが研究対象者にサービスを提供した際に、自身の行ったサービスを、サービスコード票に記載した。

3) 医療経済評価

「多職種アウトリーチチーム」、「認知リハビと援助付き雇用」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)日本語版 Client Service Receipt Inventory: CSRI-J)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、対照群のコストの総計および、継時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(赤字)」となるサービスのコストについては、サービスコードを用いて調査した。

4) スタッフ意識と利用者意識

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)として、スタッフの支援行動についての意識調査を実施した。本研究に参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った。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3時点でスタッフの支援態度や意識を評価した。

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)ストレングス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(肯定的態度尺度)、(5)統合失調症に対する社会的距離尺度(社会的距離尺度)、(6)日本版 Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI)を用いて評価が行われた。

一方、本研究による介入がスタッフのストレングス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スタッフに対する利用者の認識調査を実施した。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)、(1)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、(2)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ス態度尺度(10項目)」を作成し使用した。

4. 倫理委員会の承認

いずれの研究に関しても、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の審査を受けた。

1) 「多職種アウトリーチチームのサービス記述および効果評価に関する研究」(2011年

8月1日 No. 23-036)

- 2) 「日本版個別援助付き雇用モデルと認知リハを用いた就労支援が精神障害をもつ人の就労に与える影響に関する研究」(2011年8月1日 No. 23-038)
- 3) 「モデル導入・実施が支援スタッフの意識・態度に及ぼす影響の検討」(2011年8月1日 No. 24-039)
- 4) 「支援スタッフの意識・態度に及ぼす影響の利用者評価に基づく検討」(2012年11月13日 No. 24-475)

C. 研究の結果

本節では平成25年度総括・研究分担報告書に掲載した研究報告をまとめる。

1. 多職種アウトリーチチームのプロセス評価と効果評価

1) 基本プロトコルと対象者の属性

(1) 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。

(2) 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にしめす。

(3) 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

(1) 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。

(2) 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最も多い理由は『入院中の病棟訪問』(28.5%)で、次に『契約前の関わり(入院中)』(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。

(3) 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：

(1) 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、2群の得点の変動パターンの差を精査した。

(2) 結果：

①全体での結果：

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

②支援プロセスの履行状況別の結果：

(i)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 $(p = .008)$ 。

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

③対象層別の効果評価：

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 $(p = .005)$ 。

(3) 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。

4) 医療経済評価

(1) 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と対照群で 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全体での介入群と対照群の比較、②月 240 分以上実コンタクトがあった介入群と対照群全体の比較、③介入群 A 層・対照群 A 層の比較および介入群 B 層と対照群 B 層の比較を行った。

(2) 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（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） $(223,958 \text{ 円/点}) >$ 介入群 A 層 $(325,383 \text{ 円/点}) >$ 介入群全体 $(363,580 \text{ 円/点}) >$ 介入群 B 層 $(408,839 \text{ 円/点}) >$ 対照群 B 層 $(557,654 \text{ 円/点}) >$ 対照群全体 $(1,158,769 \text{ 円/点}) >$ 対照群 A 層 $(-468,460 \text{ 円/点})$ だった。

③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 $(46,288 \text{ 円/点 (WHO-QOL26)})$ 、次に介入群月 240 分以上コンタクト層への支援 $(69,499 \text{ 円/点 (WHO-QOL26)})$ であった。

(3) 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：

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リハ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) と仲介型ケアマネジメントによる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。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

(1) 方法：

各評価測度の得点についてベースライン時、4 ヶ月時、12 ヶ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。

(2) 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 群では認知リハ (CR) を受けた前後であるベースライン時と 4 ヶ月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あるいは、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 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。

(3) 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

(1) 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 ヶ月間は 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 ヶ月間の間に上記の就労率を達成した。加えて、就労した者の就労回数、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者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。

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」する支援タイプ（地域事業所型）である国府台・仙台サイトであり（就労率：100%）であった。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」する支援タイプ（医療機関型）の小平・ひだサイトであった（就労率 50%）。

(2) 考察：

本研究で実施された認知リハ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) プロセスデータ分析

(1) 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+ビジネスマナー」、「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 категорияに分けて分析を行った。

(2) 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 ヶ月間の 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 ヶ月当り平均で 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 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（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 ヶ月間の就労の有無（OR=1.04 [95%CI=1.01 to 1.07], p=.035）や就労日数の長さ（Coefficient=0.31 [95%CI=0.08 to 0.55], p=.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。

(3) 考察：

最も就労率（88.2%：就労継続 A 型、特例小会社なし）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

(1) 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。

(2) 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（ $z=3.857$, $p<0.001$ ）。

①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]）が高かった。また、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。

②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。

③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。

(3) 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、認知リハと援助付き雇用は、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

(1) 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3時点でスタッフの支援態度・意識を評価した。

(2) 結果：

3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、ストレンクス志向支援尺度の「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）。

(3) 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ク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ク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

(1) 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）、①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、②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。

(2) 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。

D. 考察

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

1) 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なると、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、(1)支援プロセスの履行状況と(2)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。

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う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難度も低く、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。これまでをまとめれば、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となるような、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。

2) 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、もっとも多くあげられたのは『入院中の病棟訪問』（28.5%）で、次に『契約前の関わり（入院中）』（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。

3) 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

1) 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床的に有用か

本研究の成果を、簡単に再掲すれば、認知リハ (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床的指標として示唆された。認知機能の改善によって対象者の生活に良い変化をもたらされ、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、就労した者の就労回数、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者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リハ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⁷⁾。

2) 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

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ったと推測される。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 ヶ月間の就労状態 (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。