

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 25 年度 総括・研究分担報告書

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 25 年度 総括・研究分担報告書

発行日 平成 26 年 3 月

発行者 研究代表者 伊藤順一郎

発行所 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
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

目 次

I. 総括研究報告

「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. 分担研究報告

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

研究分担者 吉田光爾

- 1) 報告① 基本プロトコルと対象者の属性について … 33
- 2) 報告② 支援プロセスの実態とサービス記述 … 43
- 3) 報告③ 効果評価 サービスの履行と対象層に着目して … 55
- 4) 報告④ 医療経済評価 … 71
- 5) 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) … 85

2. 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

研究分担者 佐藤さやか

- 1) 臨床関連アウトカムおよび就労関連アウトカムに関する報告 … 97
- 2) サービスコード票を用いたプロセス調査 (山口創生) …127
- 3) 医療経済評価 (山口創生) …149

3. 多職種アウトリーチ研究 サイト報告

- 1) 小平地区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に関する研究

研究分担者 坂田増弘…169

- 2) 国府台地区（国府台病院・市川市周辺地区）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に関する研究

研究分担者 佐竹直子…175

- 3) 東北福祉大学せんだんホスピタル・仙台市周辺地区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に関する研究

研究分担者 西尾雅明…185

- 4) 帝京大学周辺地区における生活障害を持続的に有する初診精神障害者への多職種アウトリーチチームによる医療・地域生活サポートに関する報告

研究分担者 池淵恵美…199

5) 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（下平美智代）…219

6) 湖南病院・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に関する研究

研究協力者 檜林理一郎…229

7) 肥前精神医療センター・神崎市郡周辺地区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に関する研究

研究協力者 杠岳文（岩崎優子）…237

8) 琉球病院・国頭郡周辺地区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に関する研究

研究協力者 村上優（森根薫）…241

4. 認知機能リハビリテーションと個別援助付き雇用モデル サイト報告

1) 小平地区における重症精神障害者への認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデルに関する報告

研究分担者 坂田増弘…251

2) 国立国際医療研究センター国府台病院・市川市周辺地区における重症精神障害者への認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデルに関する研究

研究分担者 佐竹直子（下平美智代・梅田典子）…257

3) 東北福祉大学せんだんホスピタル・仙台市周辺地区における認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデルに関する研究

研究分担者 西尾雅明…269

4) 帝京大学周辺地区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・認知機能リハビリテーションと個別就労支援の複合による就労支援）のモデル体制の整備に関する報告—就労支援

研究分担者 池淵恵美…287

5) 長岡病院・長岡京市周辺地区における認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデルに関する研究

研究協力者 白井卓也…301

6) ひだクリニック・流山市周辺地区における認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデルに関する研究

研究協力者 石井和子…307

7) 熊本市における重症精神障害者への認知機能リハと個別就労支援の複合による就労支援の モデル体制の整備に関する報告	研究協力者 井形るり子…311
8) 認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデル サイト報告	民間企業 研究協力者 川上祐佳里…315
5. 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	研究分担者 賛川信幸
1) 2年間フォローアップ調査の結果	…323
2) 利用者版評価に基づく検討	(種田綾乃) …333
III. 関連研究報告	
1. プログラム評価におけるフィデリティ尺度の開発と妥当性の検証に関する 海外文献紹介	研究分担者 吉田光爾…351
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	研究分担者 下平美智代 …359
3. 障害者就業・生活支援センターに対する全国悉皆調査	研究分担者 佐藤さやか…383
IV. 付録	……………409
V. 研究成果の刊行に関する一覧	……………473
VI. 研究ご協力機関一覧	……………477

I． 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（i）「多職種アウトリーチ・チームによるケアマネジメント」と（ii）「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（ii）のシステム構築を行い、対照群をおき（ii）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、i）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（ $p=.007$ ）。ii）支援プロセスの履行状況別の効果評価の結果をみると、①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（ $p=.008$ ）、②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。iii) 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、本研究に関与したスタッフ（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対するサポートが行える、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、求職活動をはじめる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、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・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、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、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 回定期的に実施し、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。

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うよ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的效果の前後比較と、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、やはり対照群はおかずに、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実態調査

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おいての比較研究 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

①調査頻度

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 に示す。

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。

③考察

支援行為のか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

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、二群の得点の変動パターンの差を精査した。

②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（ $p=.005$ ）。

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・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。

②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。

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 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 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 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%）。

②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

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つのカテゴリー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%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。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%）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 日, [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 ヶ月間の合計コスト (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 ヶ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 ヶ月間の就労 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。

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

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。

②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)。

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

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グス態度尺度（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グ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、都市部の対象者とはほぼ同様であった。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 ヶ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 ヶ月間に再入院者は 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巡回調査

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（i 関係づくり・アセスメント、ii 就労前訓練、iii 生活支援、iv 医療と関わりのある支援、v 求職に関する支援、vi 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

一多施設共同の、対照群をのいての比較研究を中心として一

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、

・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、関わりのあり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。

「関わりの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床的に有用か】

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床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、以下のようになる。

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す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」「障害をもっていても、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、いまだ充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。

賛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、本研究に関与したスタッフの臨床姿勢を比較をしたところ、本研究に関与したスタッフ（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、本研究のマスキングは、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ーリング・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、i) 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 ($p=.007$)。ii) 支援プロセスの履行状況別の効果評価の結果をみると、①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 ($p=.008$)、②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。iii) 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($p=.004$)。

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。

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 ヶ月間の就労の有無($OR=1.04$ [$95\%CI=1.01$ 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 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・公的サービス費やデイク

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、本研究に関与したスタッフ(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
ーCSRI-Jを用いてー (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 (賛川信幸：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)
(白井卓也：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)
(檜林理一郎：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

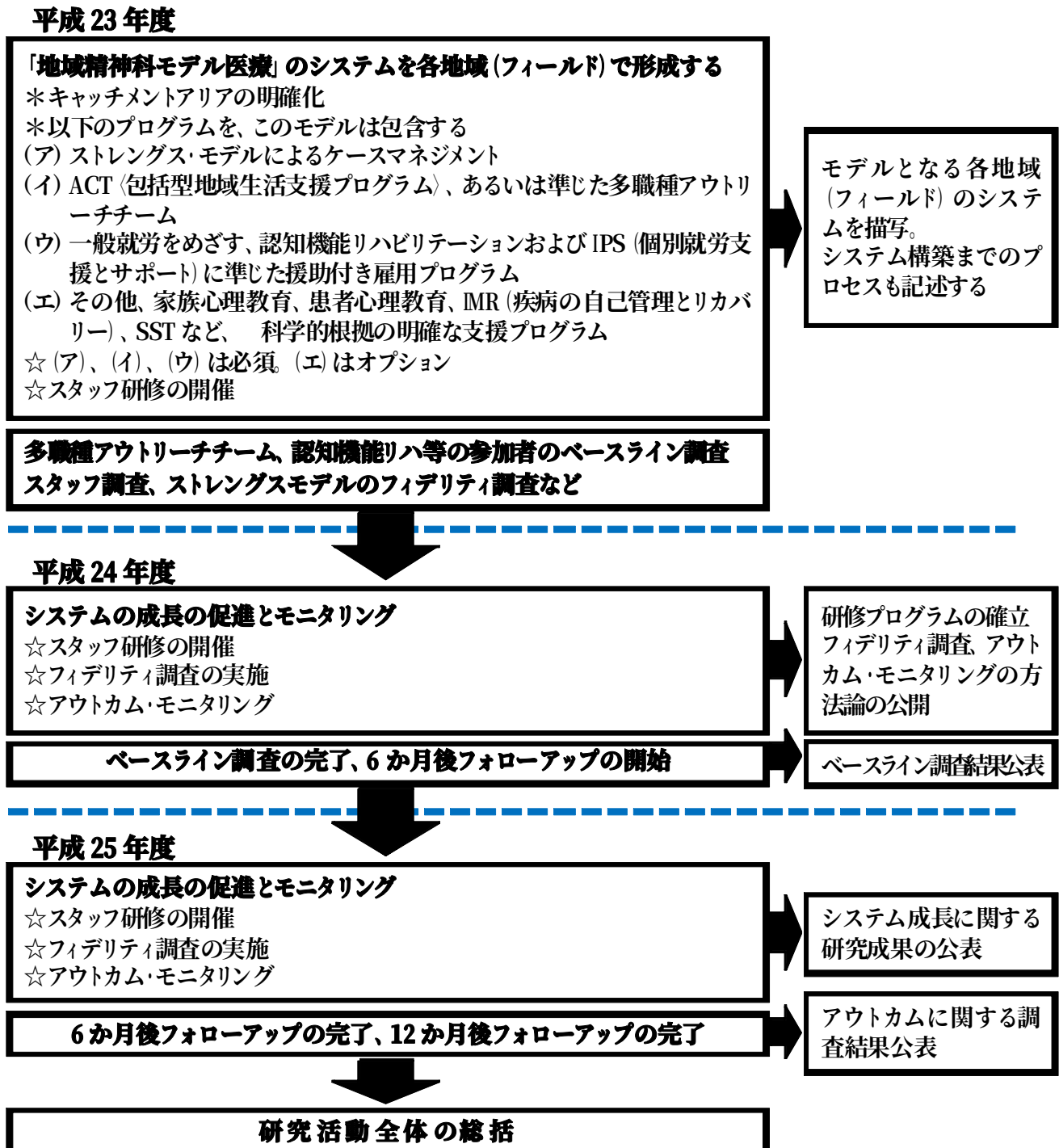
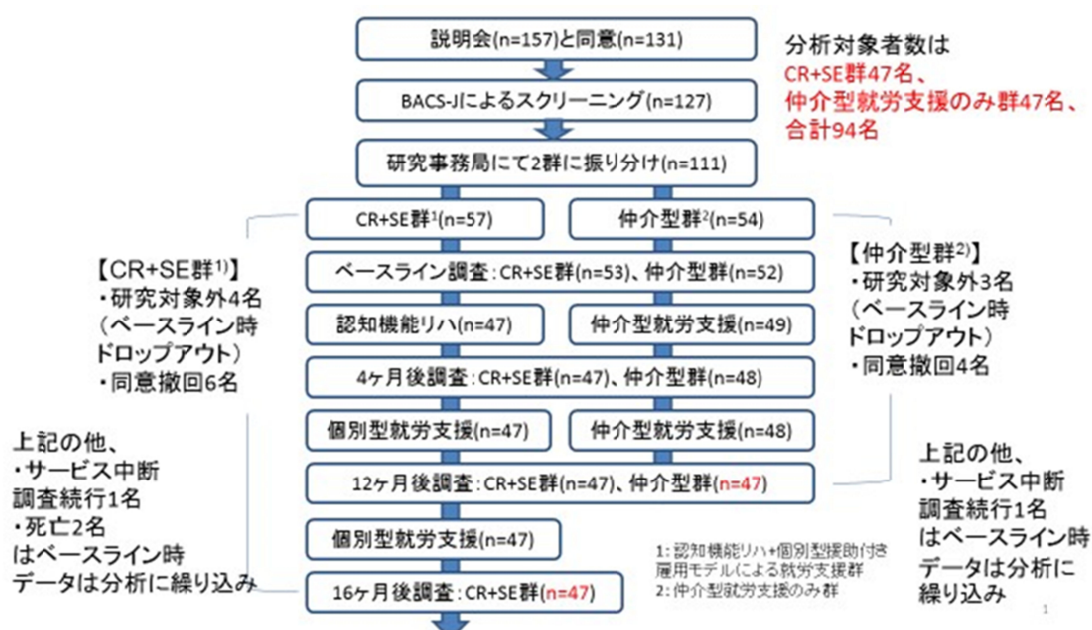


図3



図4



II. 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① 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、①多職種 OR チームの介入に関する効果評価、②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③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。①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→②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→③候補者に対する研究説明と同意を行う→④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=.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)。

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と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、①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、②多職種ORチームの介入に関する効果評価、および③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。

- ①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。
- ②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。
- ③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。
- ④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、①精神科医療（特に入院）に関する利用の低減、②症状・機能上の改善、③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 年間を比較した。

(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。

①GAF⁸⁾ (Global Assessment of Functioning Scale)

②PANSS⁹⁾ (Positive & Negative Syndrome Scale)

③SBS¹⁰⁾ (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。

①WHO-QOL26¹¹⁾

②CSQ-8J¹²⁾

③Link スティグマ尺度日本語版^{13, 14)}

④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。

①レセプト調査：利用者の精神科治療に関する医療費を把握するため随時診療報酬情報をレセプトにて収集する。

②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)。

③CSRI-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、①多職種 OR チームの介入に関する効果評価、②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③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트리期間とする。エン트리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①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→②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→③候補者に対する研究説明と同意を行う→④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 スティ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

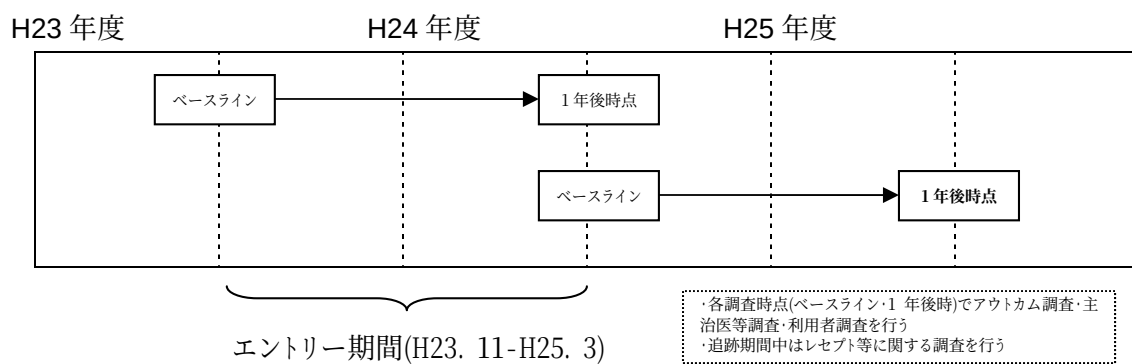


図2 エントリーから同意、介入開始の流れについて

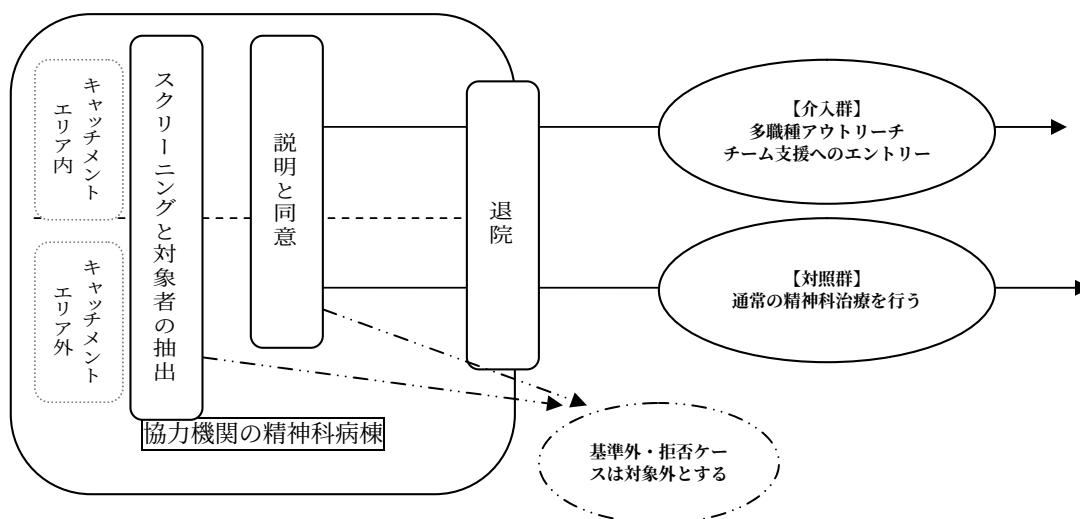


図3 エントリーの状況

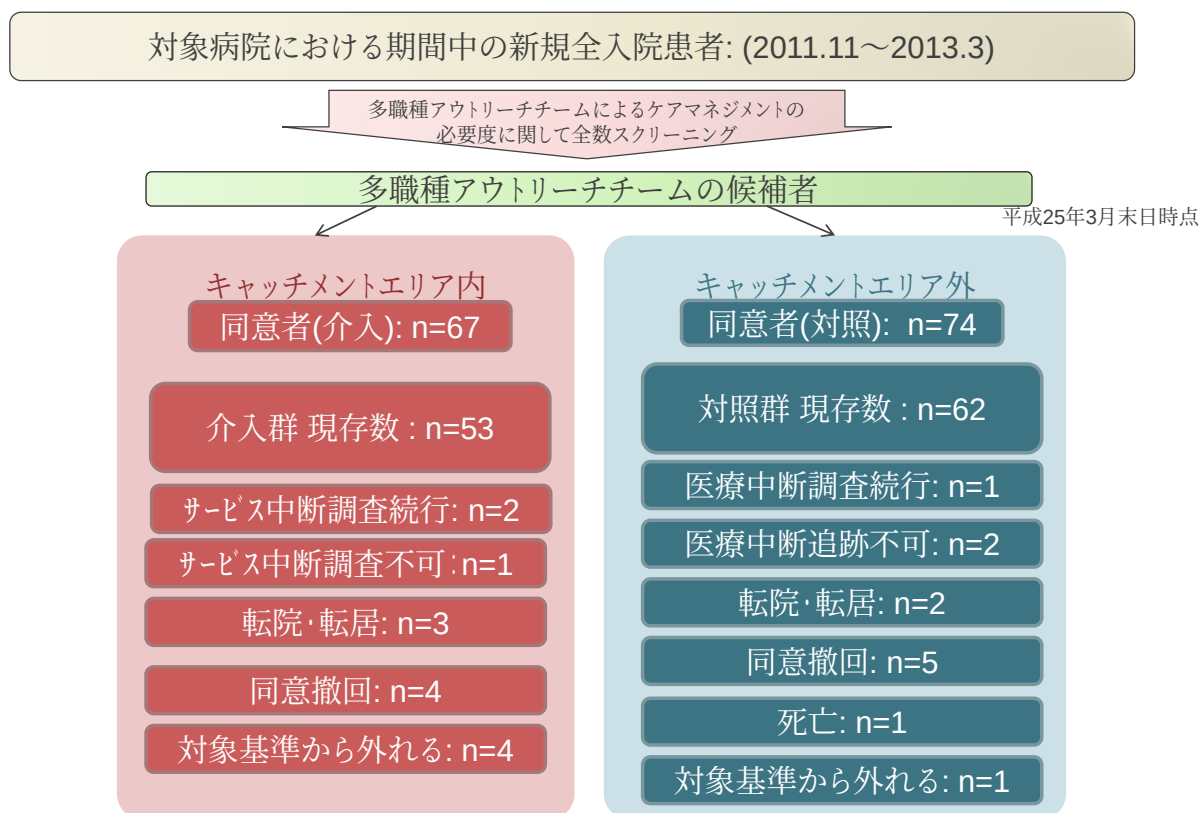


表 1 基礎属性の比較

	介入群 (n=55)		対照群 (n=63)		t 検定/ χ^2 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%)

 χ^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② 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、①多職種アウトリーチチームのサービス記述調査、②多職種アウトリーチチームの介入の効果評価および③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①について詳述する。

方法：報告①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チームの支援状況について詳述したが、支援行為のかか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・契約前の段階にかか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①で述べたように、重症精神障害者に対する医療と生活支援の両方を不断に提供する多職種アウトリーチチームによる支援は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という我が国の精神保健医療福祉施策を展開するうえで大きな役割を果たすことが期待されるものである。

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。

B. 方法

主たる研究プロトコルは本報告①で詳述のとおりであるので、参照されたい。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れているケースと、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か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える。

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 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

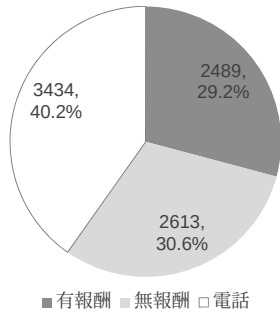
文献

- 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

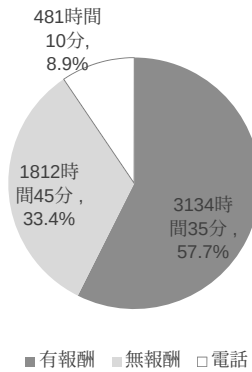
- 3)吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 瀬戸屋希, 高原優美子, 英一也, 角田秋, 園環樹, 萱間真美, 大島巖, 伊藤順一郎: 重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチサービスにおける機能分化の検討; Assertive Community Treatment と訪問看護のサービス比較調査(続報) ～1 年後追跡調査からみる支援内容の変化～, 精神障害とリハビリテーション,17(1): 39-49, 2013.
- 4)吉田光爾, 前田恵子, 泉田信行, 伊藤順一郎: Assertive Community Treatment における診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究, 臨床精神医学, 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ー新たな地域精神保健システムの構築ー報告書, 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%

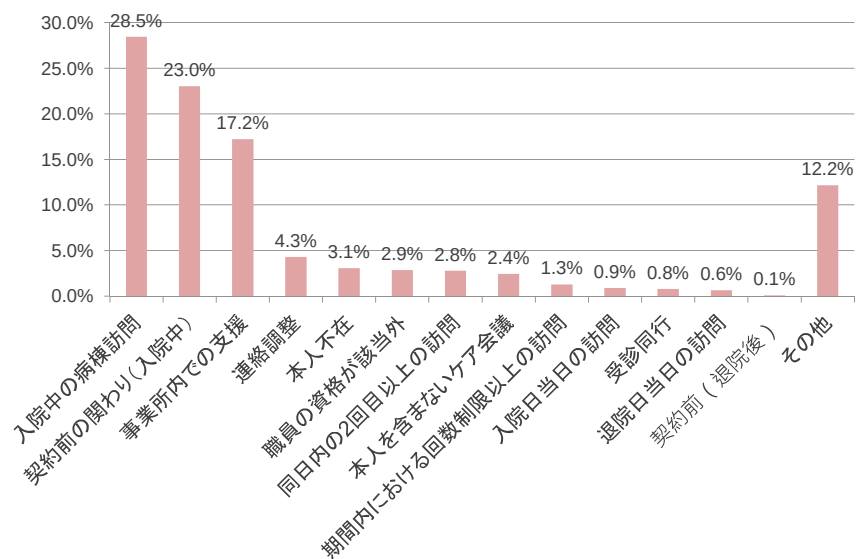
表3 コンタクトの概要(52 ケース,4974 コンタクト)

(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)

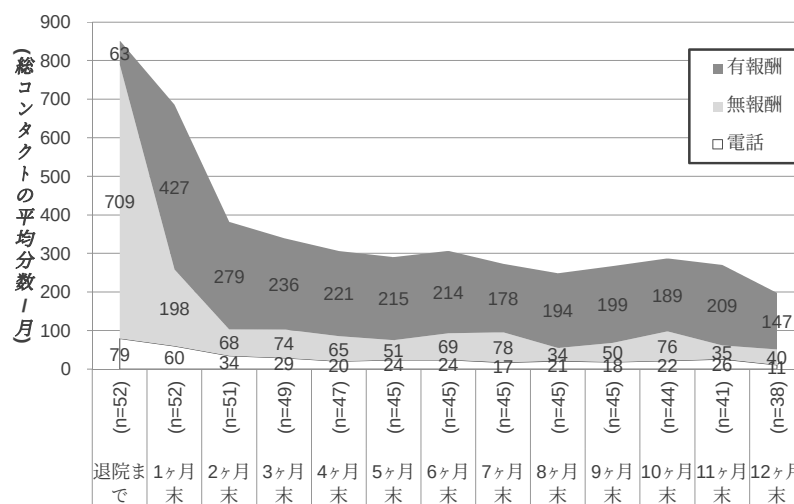


図4 退院時からのコンタクト頻度(平均)の推移(単位 回/月)

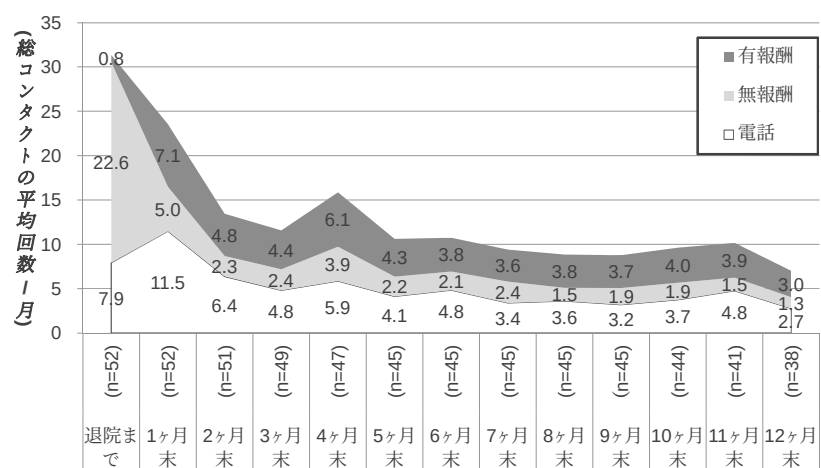


図5 各支援の実行率の経過による変化

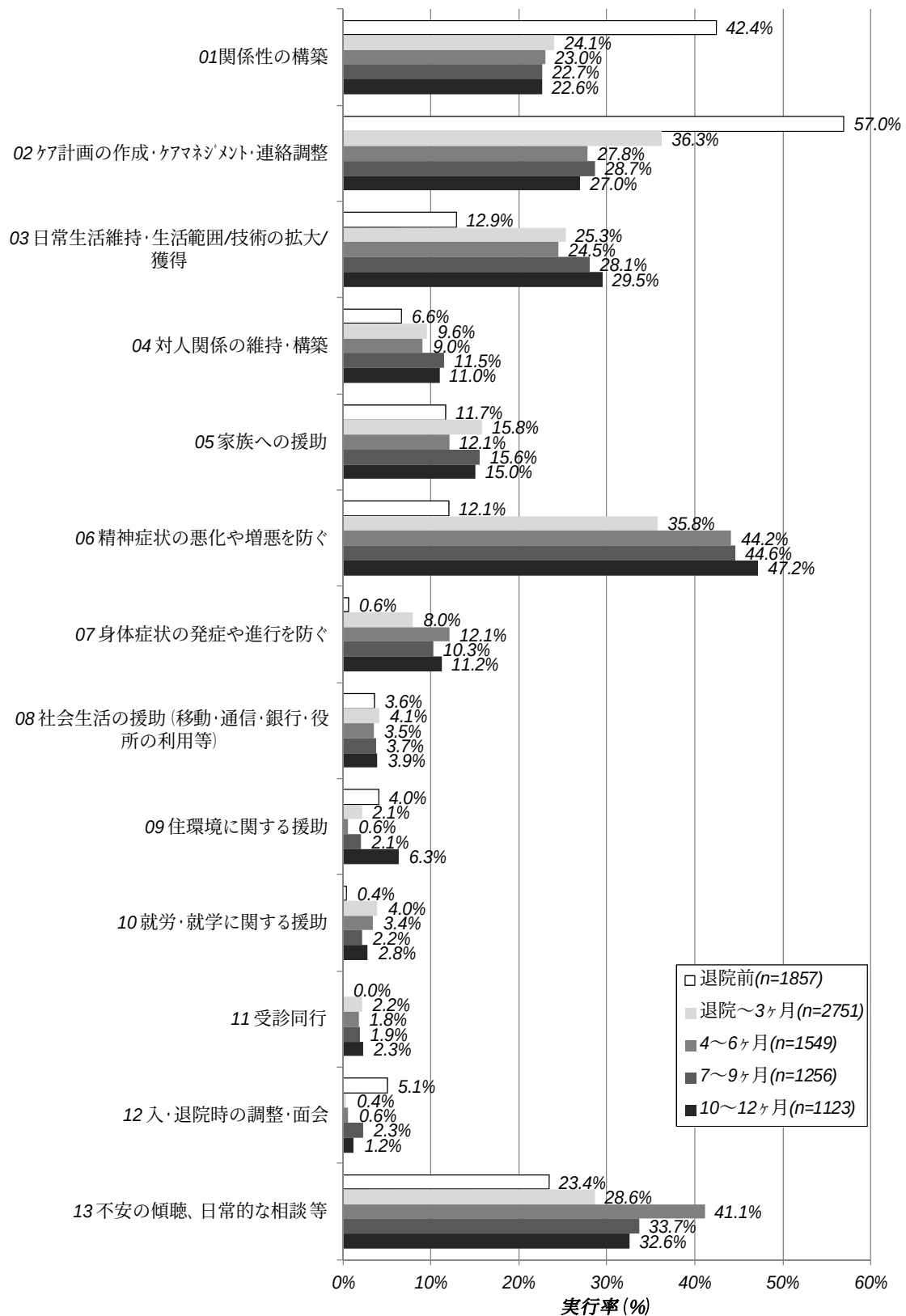


表5 月あたり総実コンタクト時間（平均）の分布（介入群のみ） （n=53）

	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)

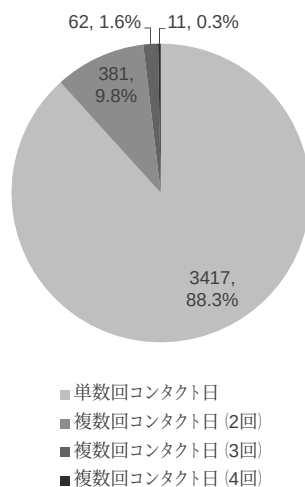
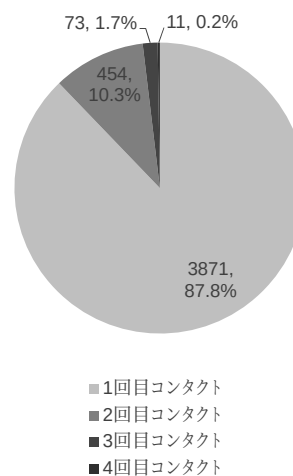


図7 複数回コンタクトの割合(n=4409 回)



**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③ 効果評価 サービスの履行と対象層に着目して～**

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：本研究では、複数施設において入院中から地域生活支援のニーズの高い層を同定・捕捉し、多職種アウトリーチチームによる支援を行うことで、どのような効果がもたらされるのかを検討することを目的とした。分析においては、1)支援プロセスの履行状況による効果への影響、および 2)対象層による効果への影響、という2点に着目して追加分析を行った。

方法：時期（BL時・1年後時）と群（介入群・対照群）を要因とした二元配置の反復測定・共分散分析を行い、時期と群の交互作用を検定することで、二群の得点の変動パターン之差を精査した。

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効果評価の結果：①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 $(p=.008)$ 。②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：A 層(旧来の ACT の対象者に近い重症精神障害者層)において 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（本研究における軽症層）において 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。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。

A. 研究の背景

報告①で述べたように、重症精神障害者に対する医療と生活支援の両方を不断に提供する多職種アウトリーチチームによる支援は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という我が国の精神保健医療福祉施策を展開するうえで大きな役割を果たすことが期待されるものである。

重症精神障害者に対する医療と生活支援の両方を不断に提供する多職種アウトリーチチームによる支援としては、包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment: ACT）が、利用者の満足度、入院期間の短縮、住居の安定、QOL、症状、服薬コンプライアンス等の点で、大きな成果をあげることが明らかになっており、欧米では中心的となってきた^{1,2)}。

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年度ころの健康科学における研究でACTによる成果が報告され³⁾、またその成果も論文化されているが⁴⁾、単一地域での研究であり多施設共同研究ではない。

また精神科入院への退院支援において、支援ニーズが高い個人について系統的に把握し、その個人について集中的にかかわることで、その後の地域生活の向上につながることに關しては指摘がされているが⁵⁾、そうした系統的な取り組みについての効果評価は十分とはいえない。

本研究では、複数施設において入院中から地域生活支援のニーズの高い層を同定・捕捉し、多職種アウトリーチチームによる支援を行うことで、どのような効果がもたらされるのかを検討することを目的とした。特にプログラムの目標として①精神科医療（特に入院）に関する利用の低減、②症状・機能上の改善、③利用者の生活の質の改善、を設定し、その効果を検討した。

なお、本研究では効果評価に際し 1) **支援プロセスの履行状況による効果への影響**、および 2) **対象層による効果への影響**、という2点

に着目して追加分析を行った。

1) 支援プロセスの履行状況別の効果評価

プログラム評価理論によれば、プログラムが適切に履行されているかどうか、そのプロセス如何によって、支援の効果は影響を受ける。仮に効果のあるプログラムであっても、プログラムが適切に実行されているか否かによって、効果の大きさは変化する。本研究で行われた多職種アウトリーチチームの支援についても報告②に示したように、そのコンタクト頻度・量にはかなりのばらつきがある。このばらつきが支援の効果に影響を与えている可能性があるため、本研究では支援の投入量（＝プログラム履行の適切性）による影響差を検討した。

2) 対象層別の効果評価

Assertive Community Treatment では多くの場合その疾患対象を統合失調症・重い感情障害に限定し、また期間内の入院回数や入院頻度によって制限するなど、厳格なエントリ基準が設けられているが、本研究では、新設されたスクリーニング合計点が一定以上だった者を対象としているため、報告①に示したように様々な疾患対象の患者が含まれている。しかし、こうした多様な対象者に対して、介入が一樣の支援効果を生じさせるかどうかは不明である。アウトリーチプログラムがどのような対象に、どのような影響をもたらすのかについての知見をもたらすことを目的として、旧来の多職種アウトリーチ支援の対象層と、その他の対象層によって生じる影響が異なるかどうか、対象別の効果評価を行うこととした。

B. 方法

調査測度等、主たる研究プロトコルは本報告①で詳述のとおりであるので、参照されたい。

効果評価を行うにあたっては時期（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。共変量には年齢・性別と介入群・対照群で BL 時に有意差・有意傾向での差が見られた PANSS 総合得点・SBS 総合得点・QOL 得点を投入した。また交互作用がみられた場合には、効果量（エフェクトサイズ）の指標として偏 η^2 値を算出した（効果量の大きさの解釈に関しては Cohen⁶⁾に依拠した）。さらに各群内の時期の単純主効果を検定した。

分析にあたっては対象者全員のデータを利用した効果評価に加え、1) 支援プロセスの履行状況、および 2) 対象層別の効果評価を行った。以下にその方法を記す。

1) 支援プロセスの履行状況別の効果評価

介入群の対象者に対するサービスは報告②に示すようにばらつきが存在する。本研究では 1 ヶ月当たりに対象者がうけた支援の平均実コンタクト量（電話除く）に注目し、①コンタクト量が多い上位 70 パーセンタイル以上（月 180 分以上コンタクト）の対象者に限定して対照群と比較した場合、および②コンタクト量が多い上位 50 パーセンタイル以上（月 240 分以上コンタクト）の対象者に限定して対照群と比較した場合、で分析を行った。なお、これらの履行状況と基礎属性の間に関連がないか調べるため「月 180 分以上コンタクト対象者/その他対象者」および「月 240 分以上コンタクト対象者/その他対象者」の間で BL 基礎属性の比較を行った（t 検定）

2) 対象層別の効果評価

本研究では旧来の ACT の対象層に近い層と、その他の層をわけるため、以下の基準を用いた。

A 層：旧来の ACT の対象者に近い重症精神障害者の層。疾患が統合失調症圏・躁うつ病・大うつ病のいずれかであり、スクリーニング合計得点が 8 点以上の者。（スクリーニングの合計得点に関しては、対象者全体の合計得点

の平均値 7.7 点を分岐点として定めた）。B 層：旧来の ACT の対象層からは離れている比較的軽症な層および統合失調症・感情障害圏以外の者。上記基準から除外された者、とし、上記の条件を介入群・対照群にあてはめたいえで群間比較を行った。

C. 結果

1) 対象者の一覧

層化した場合の対象者の一覧を表 1 に示す。

2) 精神科医療等の利用状況の評価

(1) 全体での分析

精神科サービス等の利用状況の評価について、各指標で有意な交互作用はなかった（表 2）。

(2) 支援プロセスの履行状況別の分析

各分析で有意な交互作用はみられなかった。

(3) 対象層別の分析

各分析で有意な交互作用はみられなかった。

3) 症状・機能の評価

(1) 全体での分析

PANSS の陰性症状において時期と群の交互作用が有意傾向ではあるが観察された（ $p = .095$, 偏 $\eta^2 = .031$ ）が、単純主効果では有意な結果をみなかった。また SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』において時期と群の交互作用が観察され（ $p = .007$, 偏 $\eta^2 = .075$ ）、単純主効果の検定において介入群のみ 2 時点間で有意に得点が低下していた（ $p = .016$ ）。（表 3-1）

(2) 支援プロセスの履行状況別の分析

①介入群の対象者をコンタクト量月 180 分以上受けたものに限定した分析（表 3-①）：PANSS の陰性症状において時期と群の交互作用が有意傾向ではあるが観察され（ $p = .070$, 偏 $\eta^2 = .043$ ）、単純主効果では対照群のみ有意傾向であるが 2 時点間で上昇していた（ $p = .099$ ）。また SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』において時期と群の交互作用が観察され（ $p = .008$, 偏 $\eta^2 = .084$ ）、単純主効果の検

定において介入群のみ 2 時点間で有意に得点が低下していた ($p = .001$)。

②介入群の対象者をコンタクト量月 240 分以上受けた者に限定した分析(表 3-②) : SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』において時期と群の交互作用が観測され ($p = .028$, 偏 $\eta^2 = .067$)、単純主効果の検定において介入群のみ 2 時点間で有意に得点が低下していた ($p = .017$)。

(3)対象層別の分析

①A 層の分析 : PANSS の陰性症状において有意傾向ではあるが時期と群の交互作用が観測されたが ($p = .052$, 偏 $\eta^2 = .148$)、各群の単純主効果には有意差は見られなかった (表 3-A)。

②B 層の分析 (表 2-3-B) : SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』において時期と群の交互作用が観測され ($p = .005$, 偏 $\eta^2 = .134$)、単純主効果の検定において介入群のみ 2 時点間で有意に得点が低下していた ($p = .017$) (表 3-B)。

4) 主観的 QOL の評価

(1)全体での分析

WHO-QOL26 について、各指標で有意な交互作用はみられなかった。(表 4-1)

(2)支援プロセスの履行状況別の分析

①介入群の対象者をコンタクト量月 180 分以上受けたものに限定した分析 (表 4-①) : WHO-QOL26 の総合得点において有意傾向ではあるが時期と群の交互作用が観測され ($p = .065$, 偏 $\eta^2 = .047$)、単純主効果では介入群のみ有意に 2 時点間で上昇していた ($p = .036$)。また下位尺度『心理的領域』において有意傾向ではあるが時期と群の交互作用が観測され ($p = .099$, 偏 $\eta^2 = .036$)、単純主効果の検定において介入群のみ 2 時点間で有意に得点が上昇していた ($p = .029$)。さらに『全般的満足度』において時期と群の交互作用が有意傾向ではあるが観測された ($p = .051$, 偏 $\eta^2 = .049$)。単純主効果では介入群のみ有意に 2 時点間で上昇していた ($p = .032$)。

②介入群の対象者をコンタクト量月 240 分以上受けた者に限定した分析 (表 4-②) :

WHO-QOL26 の総合得点において時期と群の交互作用が観測され ($p = .016$, 偏 $\eta^2 = .090$)、単純主効果では介入群のみ有意に 2 時点間で上昇していた ($p = .004$)。また下位尺度『心理的領域』において時期と群の交互作用が観測され ($p = .027$, 偏 $\eta^2 = .072$)、単純主効果の検定において介入群のみ 2 時点間で有意に得点が上昇していた ($p = .003$)。さらに『全般的満足度』において時期と群の交互作用が観測され ($p = .028$, 偏 $\eta^2 = .069$)、単純主効果では介入群のみ有意に 2 時点間で上昇していた ($p = .016$)。

(3)対象層別の分析

①A 層の分析 (表 4-A) : WHO-QOL26 の総合得点において時期と群の交互作用が観測され ($p = .016$, 偏 $\eta^2 = .218$)、単純主効果では介入群のみ有意に 2 時点間で上昇していた ($p = .012$)。下位尺度『心理的領域』において時期と群の交互作用が有意傾向ではあるが観測され ($p = .080$, 偏 $\eta^2 = .118$) たが、単純主効果では介入群のみ有意に 2 時点間で上昇していた ($p = .035$)。また下位尺度『環境領域』において時期と群の交互作用が観測されたが ($p = .045$, 偏 $\eta^2 = .146$)、単純主効果では介入群のみ有意傾向ではあるが 2 時点間で上昇していた ($p = .065$)。さらに『全般的満足度』において時期と群の交互作用が有意傾向ではあるが観測され ($p = .097$, 偏 $\eta^2 = .099$)、単純主効果では介入群のみ有意に 2 時点間で上昇していた ($p = .016$)。

②B 層の分析 : 各指標で有意な交互作用はみられなかった。

5) その他の評価

(1)全体での分析

各指標で有意な交互作用はみられなかった。(表 5-1)

(2)支援プロセスの履行状況別の分析

①介入群の対象者をコンタクト量月 180 分以上受けたものに限定した分析 (表 5-①) : 2

次活動時間において交互作用が見られ ($p = .032$, 偏 $\eta^2 = .062$)、単純主効果の検定において有意傾向ではあるが対照群のみ 2 時点間で有意に時間量が上昇していた ($p = .057$)。また 3 次活動時間において交互作用が見られ ($p = .028$, 偏 $\eta^2 = .064$)、単純主効果の検定において有意傾向ではあるが介入群のみ 2 時点間で有意に時間量が上昇していた ($p = .051$)。

なお各時間の細目について検定したところ、2 次活動時間においては『通勤』(交互作用 $p = .087$, 偏 $\eta^2 = .039$, 単純主効果観察されず)、『学業』(交互作用 $p = .085$, 偏 $\eta^2 = .080$, 単純主効果: 対照群のみ上昇 $p = .089$)、『デイケア等への通所』(交互作用 $p = .065$, 偏 $\eta^2 = .046$, 単純主効果観察されず) で有意傾向の結果が認められた。また 3 次活動時間においては『テレビ・ラジオ等の視聴』(交互作用 $p = .091$, 偏 $\eta^2 = .039$, 単純主効果観察されず)、『学習・研究』(交互作用 $p = .054$, 偏 $\eta^2 = .050$, 単純主効果: 介入群のみ上昇 $p = .045$)、『受診・療養等』(交互作用 $p = .058$, 偏 $\eta^2 = .049$, 単純主効果: 対象群のみ低下 $p = .067$) で有意傾向の結果が認められた。

②介入群の対象者をコンタクト量月 240 分以上受けた者に限定した分析(表 5-②): 2 次活動時間において交互作用が見られ ($p = .049$, 偏 $\eta^2 = .059$)、単純主効果の検定において有意傾向ではあるが対照群のみ 2 時点間で有意に時間量が上昇していた ($p = .060$)。なお各時間の細目について検定したところ、2 次活動時間においては『学業』(交互作用 $p = .028$, 偏 $\eta^2 = .073$, 単純主効果: 対照群のみ上昇 $p = .019$) で有意な結果が認められた。

(3)対象層別の分析

各分析で有意な交互作用はみられなかった。

6) 支援プロセスの履行状況と基礎属性の関連

支援プロセスの履行状況と BL 基礎属性の関連を比較したところ、「月 180 分以上コンタクト対象者/その他対象者」の比較では各属性に有意な差はなかった。「月 240 分以上コンタ

クト対象者/その他対象者」の比較では、月 240 分以上コンタクト対象者において年齢が高い傾向にあり ($p = .066$)、スクリーニング合計得点が高い ($p = .017$) ことがわかった(表 6)

D. 考察

対象者全体での結果については、PANSS の陰性症状尺度 ($p = .095$, 偏 $\eta^2 = .031$) で介入効果が有意傾向、SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』において有意な結果が観測されていた ($p = .007$, 偏 $\eta^2 = .075$) が、全体としてみるべきところは乏しい。しかし、

- ・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うと、介入の効果がより明瞭に観察されたといえる。以下に、各視点に基づく考察を行う。

1) 支援プロセスの履行状況による効果への影響

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いかのようであった。

月 180 分以上に限定した場合、SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』で有意な影響が認められ ($p = .008$, 偏 $\eta^2 = .084$)、有意傾向ではあるが PANSS 陰性症状得点 ($p = .070$, 偏 $\eta^2 = .043$) および WHO-QOL26 の総合得点 ($p = .065$, 偏 $\eta^2 = .047$)・心理的領域 ($p = .099$, 偏 $\eta^2 = .036$)・全般的満足度 ($p = .051$, 偏 $\eta^2 = .049$) でも介入効果が認められた。効果量をみた場合、これらは小程度(偏 $\eta^2 = 0.01$)もしくは中程度(偏 $\eta^2 = 0.06$)の効果と解釈される。

月 240 分以上に限定した場合、SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』($p = .028$, 偏 $\eta^2 = .067$) および WHO-QOL26 の総合得点 ($p = .016$, 偏 $\eta^2 = .090$)・心理的領域 ($p = .027$, 偏 $\eta^2 = .072$)・全般的満足度 ($p = .028$, 偏 $\eta^2 = .069$) にて介入効果が認められた。効果量をみた場合、これらは中程度(偏 $\eta^2 = 0.06$)以上の効

果と解釈される。

これら観察された効果の大きさは『月 240 分以上のコンタクトをした対象に限定した分析』>『月 180 分以上のコンタクトをした対象に限定した分析』>『介入群全体の分析』という状況にあることから、今回の研究におけるアウトリーチ支援では、十分な支援量を提供した層に介入効果が現れたことを示唆していると考えられる。なお主観的 QOL の向上は、具体的な生活状況の改善の反映するものだと推測される。

OR サービスといっても、その頻度や量など関わりのあり方は多様であるが、今回の研究では重症な精神障害者の地域生活支援を行うためには一定の濃度で関わる必要があることが示されたと考える。とくに月 240 分以上（週換算で 60 分以上）の実コンタクトをとった場合に結果が顕著だったことは、臨床的な関わりを行う上での重要な示唆であろう。とくにアウトリーチサービスについては支援内容にばらつきが出る可能性があるのであれば、その量に関するモニタリングや規定が、効果を上げるうえで重要な要素であることは、今後の制度設計をするうえでも、見落とせない観点である。

また、とくに影響が見られたのは、主観的 QOL に関する指標であり、対照群では時期の単純主効果が認められない（ほぼ横ばい）のに対して、介入群では時期の単純主効果が認められることから、通常のサービスでは 1 年間の対象者の主観的 QOL を向上させないものの、OR サービスを十分に受けた対象者は主観的 QOL が向上すると推察される。今回の対象は、本研究開始により新規に精神科医療を受けたものではなく、原則として外来医療については協力機関で受けてきた利用者である。このことは通常の外来治療を継続するだけでは主観的 QOL が 1 年間では有意に向上しない利用者にも、OR サービスを提供することにより向上することを示唆している。重い精神障害者においても、支援や関わりのありようを変化させることで、その生活状況

は改善されうる可能性を示していよう。

ただし「サービスを十分に展開できた者」という限定の在り方に関しては、議論の余地であろう。十分な関わりをつけられた利用者には効果があがるが、そうでない利用者には効果がない、というのでは重症精神障害者全体に効果がある結果とは言えないからである。特に「関わりのつけやすい軽症の対象者にしか効果がないのではないか」という疑義については検討せねばならないだろう。しかし、基礎属性の比較をした場合、両者に症状・機能上の大きな属性差はなく、むしろ月 240 分以上のコンタクトをつけている対象者の方が、スクリーニング合計得点が高い（生活困難度が高い）ことから、この疑義はひとまず退けてよいと考える。むしろ逆に、生活困難度の高い対象者の方が、支援のニーズを利用者・関係者ともに感じているため、結果的に支援の濃度が高まりやすい、という方が妥当な推論であるといえよう。

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

2) 対象層別の効果評価

対象を A 層（旧来の ACT の対象者に近い重症精神障害者）と B 層（旧来の ACT の対象層からは離れている比較的軽症な層および統合失調症・感情障害圏以外の者）で分けると異なる結果が示された。

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

$\eta^2=.118$)、『環境領域』 ($p=.045$, 偏 $\eta^2=.146$)、
『全般的満足度』 ($p=.099$, 偏 $\eta^2=.099$)。効果量をみた場合、これらは中程度(偏 $\eta^2=0.06$)もしくは大程度(偏 $\eta^2=0.16$)の効果と解釈される。

B 層では SBS の下位尺度『陽性症状に伴う行動』において交互作用が観測された ($p=.005$, 偏 $\eta^2=.121$)。これらは大程度(偏 $\eta^2=0.16$)に近い効果と解釈される。

これらの結果は同じ多職種 OR サービスといっても効果のあり方が対象層によって異なることを意味している。A 層では主観的 QOL を中心に介入効果が示唆されたが、A 層はスクリーニング合計得点が高いため、地域生活上の困難度が高い対象と考えられる。このことにより OR サービスの提供が具体的に生活状況を改善し、主観的 QOL 上の得点上昇として現れたのではないかと考えられる。他方で、B 層においては見られた SBS の下位尺度得点の改善は見られなかったが、若干重篤な層であるためそうした行動には影響がもたらされなかったのかもしれない。ただし、症状・機能上の変化は伴わなくとも、効果量も大きい形で生活の質・満足度を上げられることが示唆されたことは、大きな意味をもつと考えられる。

逆に B 層では SBS 上の問題行動の一部の改善について示唆されたが、他方で主観的 QOL 上の変化は対照群と有意な差をみなかった。B 層ではスクリーニング合計得点が A 層に比べて比較的低い層であるため生活の困窮度も低く、OR サービスによる顕著な変化をもたらさなかったのかもしれない。しかし A 層に比べて問題行動の一部が改善示唆されることから、介入が無為であるとはいえないであろう。

なお、層別で分析を行った場合に効果が示唆された指標について、全体としての分析では必ずしも効果が顕著ではなかったのは、こうした対象層別に現れている影響が混交してしまい曖昧なものになるからだと考えられる。今回の研究では、多職種アウトリーチ支援は、

対象層別に異なる影響が現れる可能性があることを示唆していると考えられる。層を腑分けすることで、A 層では主観的 QOL に象徴される生活改善への影響、B 層では SBS の陽性症状に伴う行動への影響が示唆されたが、どちらの層へのアプローチを優先すべきかは、検討の余地があると思われる。しかし、A 層へのアプローチによる主観的 QOL の向上の方が、利用者の地域生活改善という点で最終的に大きな目的に沿っているかもしれない。

3) 本研究の意義と限界

本研究では複数施設において入院中から地域生活支援の高いニーズもつ対象者を捕捉し、多職種アウトリーチ支援を行うことによる効果評価を行った。支援プロセスの①履行状況別の効果評価および②層別の効果評価を行ったことで、十分な支援量を提供した層に主観的 QOL を中心に介入効果が現れており、また対象層別に異なる影響が現れる可能性があることを明らかにした。これは国内の多施設共同研究としては初のことである、支援量という観点が重要であること、対象層の特定と効果に関する目測をもたらず、臨床的示唆の高い結果であると考えられる。

しかし、本研究には下記の限界がある。1 つ目は介入群・対照群の対象者の偏りである。地域による割り付けを行った際にいくつかの基礎属性に有意差が見られた。統計的には調整したうえで分析を行ったが、対象層が異なる可能性は否定できない。2 つ目は介入効果が現れた変数の範囲である。本研究では、プログラムの目標の一つである精神改良の利用の低減、すなわち入院日数や入院回数などの精神科医療の利用状況には、大きな効果が見られなかった。過去の先行研究においても、多職種アウトリーチ支援ではこれらの変数に有意な影響があることが知られているが²⁾、本研究では影響を認めなかった。この原因としてはフォローアップ期間が 1 年と短く初回入院による症状のスタビライズの方が介入の有無より強く影響している可能性、対象層が

従来の ACT の基準より広く取られているため状態像が軽い可能性、などが考えられる。よって、今後追試などを行っていく必要性があるかもしれない。第三に実施地域により介入の支援量を完全に統一することができなかったことである。それぞれの地域で可能な多職種アウトリーチチーム支援を行ったことにより、報告②に示すように、介入に頻度・量にはかなりのばらつきが出ている。支援プロセスの履行状況別の効果評価によって、こうした問題をコントロールし新たな知見も得たが、より統一的な支援を行うことで研究の精度を向上させられた可能性があり、今後の検討課題である。

E. まとめ

目的：

本研究では、複数施設において入院中から地域生活支援のニーズの高い層を同定・捕捉し、多職種アウトリーチチームによる支援を行うことで、どのような効果がもたらされるのかを検討することを目的とした。分析においては、1)支援プロセスの履行状況による効果への影響、および2)対象層による効果への影響、という2点に着目して追加分析を行った。

方法：

時期（BL時・1年後時）と群（介入群・対照群）を要因とした二元配置の反復測定・共分散分析を行い、時期と群の交互作用を検定することで、二群の得点の変動パターンの差を精査した。

結果：

- 1)全体での結果：SBSの下位尺度『陽性症状に伴う行動』において交互作用が有意であった。 $(p=.007, \text{偏}\eta^2=.075)$ 。
- 2)支援プロセスの履行状況別の効果評価の結果：月180分以上（介入群の上位70%）に限定した場合、SBS下位尺度『陽性症状に伴う行動』で交互作用が有意であった $(p=.008, \text{偏}\eta^2=.084)$ 。月240分以上（介入群の上位50%）に限定した場合、SBS下位尺度『陽性症状に伴う行動』 $(p=.028, \text{偏}$

$\eta^2=.067)$ および WHO-QOL26 総合得点 $(p=.016, \text{偏}\eta^2=.090)$ ・『心理的領域』 $(p=.027, \text{偏}\eta^2=.072)$ ・『全般的満足度』 $(p=.028, \text{偏}\eta^2=.069)$ にて交互作用が有意であった。

- 3)対象層別の効果評価：A層（旧来の ACT の対象者に近い重症精神障害者層）において PANSS 陰性症状 $(p=.052, \text{偏}\eta^2=.148)$ ・WHO-QOL26 総合得点 $(p=.016, \text{偏}\eta^2=.218)$ ・『心理的領域』 $(p=.080, \text{偏}\eta^2=.118)$ ・『環境領域』 $(p=.045, \text{偏}\eta^2=.146)$ ・『全般的満足度』 $(p=.097, \text{偏}\eta^2=.099)$ で交互作用が有意であった。B層（旧来の ACT の対象層からは離れている比較的軽症な層および統合失調症・感情障害圏以外の者）においては、SBSの下位尺度『陽性症状に伴う行動』において観測された $(p=.004, \text{偏}\eta^2=.134)$ 。

考察：

本研究では複数施設において入院中から地域生活支援の高いニーズもつ対象者を捕捉し、多職種アウトリーチ支援を行うことによる効果評価を行った。①支援プロセスの履行状況別の効果評価および②層別の効果評価を行ったことで、①十分な支援量を提供した層に主観的 QOL を中心に介入効果が現れており、また②対象層別に異なる影響が現れる可能性があることを明らかにした。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・山口創生, 吉田光爾, 種田綾乃, 片山優美子, 坂田増弘, 佐竹直子, 佐藤さやか, 西尾雅明, 伊藤順一郎：重症精神障害者におけるセルフ・スティグマと精神症状や機能との関連の検証：クロス・セクショナル調査, 社会問題研究 .63 ,99-107,2013.
- ・吉田光爾, 前田恵子, 泉田信行, 伊藤順一郎：Assertive Community Treatmentにおける診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究, 臨床精神医学, 41

(12),1767-1781,2012.

2. 学会発表

- Yoshida K, Ito J, Katayama Y, Satake N, Nishio M, Sakata M, Sato S, Taneda A : Actual Condition Survey on Outreach Activity of Multiple - Disciplinary Team in Japan. World Congress of Social Psychiatry, Lisbon, Portugal, 2013.6.29 - 7.3.
- 吉田光爾, 山口創生, 種田綾乃: 重症精神障がい者の生活時間配分の実態 - 実態報告および症状・機能および主観的QOLとの関連の検討-. 第61回 日本社会福祉学会 秋季大会, 北海道, 2013.9.22.
- 吉田光爾: 多職種アウトリーチサービスと医療経済～診療報酬上の課題と今後～. 第109回日本精神神経学会学術総会, 福岡, 2013.5.23-24.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 1)Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al. Model of community care for severe mental illness : A Review of research on case management . Schizophrenia Bulletin, 24; 37-74, 1998.
- 2)Marshall M, Lockwood A.: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2, 1998
- 3)伊藤順一郎, 塚田和美, 大島巖, ほか: 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究, 平成17-19年度 総合研究報告書 , 2008.
- 4)Ito J, Oshima I, Nishio M et al . The effect of Assertive Community Treatment in Japan, Acta Psychiatrica Scandinavica, 123(5), 398-401, 2011.
- 5)佐竹直子, 瀬戸屋雄太郎: 急性期病棟における急性期ケアマネジメントのモデル作りに関する研究: 「地域中心の精神保健医療福祉」を推進するための精神科救急および急性期医療のあり方に関する研究 平成 20 年度～22 年度 総括研究報告書(主任研究者伊藤順一郎), pp43-198, 2011.
- 6)Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum; 1988.

表1 対象者の一覧

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

表2 精神科医療等の利用に関する評価（全体）

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

※支援プロセスの履行状況および層別の分析でも有意な結果なし

表 3-1 精神症状・社会機能に関する評価（全体）

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

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

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

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

1)交互作用が有意だったもののみ表記

2)群内における時期の単純主効果:b 同文字間で有意差あり ($p < .05$)3)群内における時期の単純主効果:c 同文字間で有意差あり ($p < .10$)4)効果量 偏 η^2 の大きさの目安: .01 (効果小) ,.06 (効果中) ,.16 (効果大)

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

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

1)交互作用が有意だったもののみ表記

2)群内における時期の単純主効果:b 同文字間で有意差あり ($p < .05$)3)効果量 偏 η^2 の大きさの目安:.01 (効果小) ,.06 (効果中) ,.16 (効果大)

表 3-A 精神症状・社会機能の評価（対象層別の分析：A 層）

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

1)交互作用が有意だったもののみ表記

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

表 3-B 精神症状・社会機能の評価（対象層別の分析：B 層）

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

1)交互作用が有意だったもののみ表記

2)群内における時期の単純主効果:b 同文字間で有意差あり ($p < .05$)3)効果量 偏 η^2 の大きさの目安:.01 (効果小) ,.06 (効果中) ,.16 (効果大)

表 4-1 主観的 QOL の評価（全体）

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

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

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

1)交互作用が有意だったもののみ表記

2)群内における時期の単純主効果:b 同文字間で有意差あり ($p < .05$)3)効果量 偏 η^2 の大きさの目安:.01 (効果小) ,.06 (効果中) ,.16 (効果大)

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

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

1)交互作用が有意だったもののみ表記

2)群内における時期の単純主効果:a 同文字間で有意差あり ($p < .01$)3)群内における時期の単純主効果:b 同文字間で有意差あり ($p < .05$)4)効果量 偏 η^2 の大きさの目安:.01 (効果小) ,.06 (効果中) ,.16 (効果大)

表 3-A 主観的 QOL の評価（対象層別の分析：A 層）

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

1)交互作用が有意だったもののみ表記

2)群内における時期の単純主効果:b 同文字間で有意差あり ($p<.05$)3)効果量 偏 η^2 の大きさの目安:.01 (効果小) ,.06 (効果中) ,.16 (効果大)

表 4-1 その他（全体）

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

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

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

1)交互作用が有意だったもののみ表記

2)群内における時期の単純主効果:c 同文字間で有意差あり ($p < .10$)3)効果量偏 η^2 の大きさの目安:.01 (効果小),.06 (効果中),.16 (効果大)

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

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

1)交互作用が有意だったもののみ表記

2)群内における時期の単純主効果:b 同文字間で有意差あり ($p < .05$)3)群内における時期の単純主効果:c 同文字間で有意差あり ($p < .10$)4)効果量偏 η^2 の大きさの目安:.01 (効果小),.06 (効果中),.16 (効果大)

表 5 支援プロセスの履行状況と基礎属性の関連

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

**重症精神障害者に対する
多職種アウトリーチチームのサービス記述と効果評価研究
～報告④ 医療経済評価～**

研究分担者：○吉田光爾¹⁾，泉田信行²⁾

研究協力者：山口創生¹⁾，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⁶⁾，池田尚彌¹⁾，市川健¹⁾，片山優美子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) 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部
- 3) 東北福祉大学
- 4) 独) 国立精神・神経医療研究センター病院
- 5) 独) 国立国際医療研究センター 国府台病院
- 6) 長野大学

要旨

目的：本研究では、複数施設において入院中から地域生活支援のニーズの高い層を同定・捕捉し、多職種アウトリーチチームによる支援を行うことによる、費用の詳述および費用対効果を含む医療経済的な分析を行い、医療経済的な観点からの示唆を与えることを目的とした。

方法：医療経済的な評価を行うためレセプト調査・サービスコード・CSRI-J を用いて 1 年間に投入された医療・社会的コストを算出し、各費用および合計費用について介入群・対照群で t 検定により差を検定した。また WHO-QOL26 得点をメインアウトカムにした場合の費用対効果および増分費用効果費を算出した。さらにこれらの分析については (1)全体での介入群・対照群の比較、(2)月 240 分以上実コンタクトがあった介入群・対照群全体の比較、(3)介入群 A 層・対照群 A 層の比較および介入群 B 層・対照群 B 層の比較を行った。

結果：

1)費用の比較：各分析において医療・社会的コストに大きな有意差は認められなかった。

2)費用対効果：WHO-QOL26 上昇における費用対効果 (CER) は高い順に介入群 (月 240 分以上コンタクト) > 介入群 A 層 > 介入群全体 > 介入群 B 層 > 対照群 B 層 > 対照群全体 > 対照群 A 層だった。

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

考察：本報告では対照群と比べて医療・社会的コスト費は必ずしも高くないことが明らかになった。また『月 240 分以上コンタクトをする集中して支援した場合』ないし『対象層を A 層に限定した場合』の ICER が比較的低いことから、医療経済的な観点を鑑みても、多職種 OR では一定の濃度で支援を行うこと、また対象層を A 層のような重症層に限定することは、妥当であると考えられる。

A. 研究の背景

報告①で述べたように、重症精神障害者に対する医療と生活支援の両方を不断に提供する多職種アウトリーチチームによる支援は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という我が国の精神保健医療福祉施策を展開するうえで大きな役割を果たすことが期待されるものである。

重症精神障害者に対する医療と生活支援の両方を不断に提供する多職種アウトリーチチームによる支援としては、包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment: ACT）が、利用者の満足度、入院期間の短縮、住居の安定、QOL、症状、服薬コンプライアンス等の点で、大きな成果をあげることも明らかになっており、欧米では中心的となってきた^{1, 2)}。

我が国における多職種アウトリーチチームに関する効果評価については、上記に述べたように、平成 19 年度こころの健康科学における研究で ACT による成果が報告され、その中で深谷は医療経済的な視点からの分析を行い、必ずしも ACT での取り組みが通常の医療と比較して高コストであるとはいえない、という研究結果を出しているが単施設での研究であり、また社会資源の利用状況について精度の高い調査票を用いた研究ではなかった。

そこで本研究では、複数施設において入院中から地域生活支援のニーズの高い層を同定・捕捉し、多職種 OR による支援の医療費・社会的コストを精査することで、①医療・社会コスト費用の算出および通常の精神科医療との比較を行い、②そのうえで費用対効果について分析を行った。

B. 方法

調査測定等、主たる研究プロトコルは本報告①で詳述のとおりであるので、参照されたい。

1) 医療費・社会的コストのデータ収集の方法

医療経済的な評価を行うため、以下の 3 種類を用いてデータを収集した。

①レセプト調査：利用者の精神科治療に関する医療費を把握するため随時診療報酬情報をレセプトにて収集する。なお医療費コストに関しては、外来・入院に区分したうえで内訳を治療費・精神科薬剤 A 費（主として精神科症状に対して処方される向精神薬および向精神薬によってもたらされる副作用に対する薬剤）・精神科薬剤 B 費（精神科症状およびその副作用辺縁に対しても処方されうる薬剤、例：便秘薬）に分類して計上した。

②サービスコード：利用者に対して多職種 OR チームが行っている支援量・人的コストを把握するため、サービスコードを用いて利用者およびその関係者への支援上の個別的なコンタクトを全て記録する。なお、サービスコード票には以下の情報が含まれる（コンタクト日時、コンタクト時間、移動時間、記録等の準備時間、支援したスタッフの職種、支援の提供場所、コンタクトした対象、支援の状況、診療報酬/障害者総合支援法上報酬位置づけ、報酬が請求できない場合の理由、支援内容）。なおアウトリーチサービス費用はレセプトではなく、すべてこのサービスコードを用いて起算した。なお診療報酬上に位置づかない、いわゆる無報酬の労働に関しても人件費を換算して合計した。これに関しては病院からの訪問看護費（1 件あたり 5,750 円）を基準額として、総コンタクト時間が 30 分未満の場合は基準額の半額、30 分以上 90 分以下の場合は基準額 8,094 円、90 分を超える場合は実際のコンタクト時間（分）を 90 分で除した数を基準額 8,094 円にかけたもので試算した。なお電話コンタクトのコストに関しては 0 円で代入した。

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

③CSRI-J：利用者が社会資源をどのように利

用し、どの程度の経済的コストが発生しているかを把握するため、CSRI (Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory) ^{15,16)}の日本語版(本研究班で作成)を用いて3ヶ月毎に評価した。

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

2) 分析方法

(1)各費用の比較

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

(2)費用対効果の試算

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

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

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

(3)増分費用効果比の試算

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

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

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

なお報告③と同様に、(1)全体での介入群・対照群の比較に加え、(2)支援プロセスの履行状況別の分析として月240分以上実コンタクトがあった介入群・対照群全体の比較、(3)対象層別の分析として介入群A層・対照群A層の比較および介入群B層・対照群B層の比較を行った。

C. 結果

1) 費用の比較

(1)全体での分析

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

(2)支援プロセスの履行状況別の分析

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

(3)対象層別の分析

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

2) 費用対効果の試算(表5および図3)

(1)全体での分析

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

算出された。

(2) 支援プロセスの履行状況別の分析

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

(3) 対象層別の分析

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

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

3) 増分費用効果比の試算 (表 6)

(1) 全体での分析

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

(2) 支援プロセスの履行状況別の分析

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

(3) 対象層別の分析

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

介入群の B 層と対照群 B 層で増分費用効果

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

D. 考察

1) 各費用の比較

介入群と対照群においては、各分析において医療・社会的コストに大きな有意差は認められなかった。なお B 層では介入群の主医療機関の精神科医療費が高くなっていたが、他の医療機関の精神科医療費が対照群でかかっており、結果的に総コストでは有意差はなかった。一般にアウトリーチをすることで追加コストがかかると考えられがちであるが、実際には統計的な有意差はなかった。報告③で示されたように QOL の向上を中心に介入効果があるのに対してコストは必ずしも対照群と比べて高くないというこの事実は、多職種アウトリーチ支援の展開・制度化を考えるうえで非常に大きな意味をもつと考えられる。

2) 費用対効果と増分費用効果費の試算

試算上、費用対効果が高い支援は、介入群 (月 240 分以上コンタクト) (223,958 円/点) > 介入群 A 層 (325,383 円/点) > 介入群全体 (363,580 円/点) > 介入群 B 層 (408,839 円/点) > 対照群 B 層 (557,654 円/点) > 対照群全体 (1,158,769 円/点) > 対照群 A 層 (-468,460 円/点) という順になる。QOL 効率性だけでいえば月 240 分以上コンタクトが効率性がよいと思われるが、必ずしも介入群の支援が対照群よりも費用が低いとはいえないため、増分費用効果費を算出する必要がある。

そこで実際に ICER を算出した場合、対比する通常の支援に対して、最も増分費用効果費が低い＝すなわち通常の治療に加えて更なる効果を得るための追加コストが低かったのは、介入群 A 層への支援 (46,288 円/点 (WHO-QOL26))、次に介入群月 240 分以上

コンタクト層への支援（69,499 円/点（WHO-QOL26））であった。

介入効果に関する報告③では、介入の濃度が高いほど主観的 QOL に関する効果が高いこと、また主観的 QOL の上昇効果は A 層（従来の ACT の対象層に近い重症精神障害者）でみられることが示唆されていた。しかしそれが医療経済的に見て妥当かどうかは、報告③では判断できず、「重篤な層・および集中的な支援をすることでコスト高になるのではないか」という危険も推測されることであった。しかし、本報告では、介入群は対照群と比べて治療費が必ずしも高くなかった。また、そのうえで『月 240 分以上コンタクトをする集中して支援した場合』ないし『対象層を A 層に限定した場合』の ICER が、介入群全体または介入群 B 層の ICER より低いことから、医療経済的な観点で判断しても多職種 OR では一定の濃度で支援を行うこと、また対象層を A 層のような重症層に限定することは、妥当な方針であると考えられる。

3) 本研究の意義と限界

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

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

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

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

E. まとめ

目的：本研究では、複数施設において入院中から地域生活支援のニーズの高い層を同定・捕捉し、多職種アウトリーチチームによる支援を行うことによる、費用の詳述および費用対効果を含む医療経済的な分析を行い、医療経済的な観点からの示唆をえることを目的とした。

方法：医療経済的な評価を行うためレセプト調査・サービスコード・CSRI-J を用いて 1 年間に投入された医療・社会的コストを算出し、各費用および合計費用について介入群・対照群で t 検定により差を検定した。また WHO-QOL26 得点をメインアウトカムにした場合の費用対効果および増分費用効果費を算出した。さらにこれらの分析については (1)全体での介入群・対照群の比較、(2)月 240 分以上実コンタクトがあった介入群・対照群全体の比較、(3)介入群 A 層・対照群 A 層の比較および介入群 B 層・対照群 B 層の比較を行

った。

結果：

1) 費用の比較

各分析において医療・社会的コストに大きな有意差は認められなかった。

2) 費用対効果

WHO-QOL26 費用対効果は高い順に介入群（月 240 分以上コンタクト）＞介入群 A 層＞介入群全体＞介入群 B 層＞対照群 B 層＞対照群全体＞対照群 A 層であった。

3) 増分費用効果費

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

考察：本報告では対照群と比べて医療・社会的コスト費は必ずしも高くないことが明らかになった。また『月 240 分以上コンタクトをする集中して支援した場合』ないし『対象層を A 層に限定した場合』の ICER が比較的低いことから、医療経済的な観点を鑑みても、多職種 OR では一定の濃度で支援を行うこと、また対象層を A 層のような重症層に限定することは、妥当であると考えられる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

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

41(12),pp1767-1781,2012.

2. 学会発表

- ・Yoshida K, Ito J, Katayama Y, Satake N, Nishio M, Sakata M, Sato S, Taneda A : Actual Condition Survey on Outreach Activity of Multiple - Disciplinary Team in Japan. World Congress of Social Psychiatry, Lisbon, Portugal, 2013.6.29 - 7.3.
- ・吉田光爾, 山口創生, 種田綾乃：重症精神障がい者の生活時間配分の実態－実態報告および症状・機能および主観的QOLとの関連の検討－. 第61回 日本社会福祉学会秋季大会, 北海道, 2013.9.22.
- ・吉田光爾：多職種アウトリーチサービスと医療経済～診療報酬上の課題と今後～. 第109回日本精神神経学会学術総会, 福岡, 2013.5.23-24.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 1)Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al. Model of community care for severe mental illness : A Review of research on case management . Schizophrenia Bulletin, 24; 37-74, 1998.
- 2)Marshall M, Lockwood A.: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2, 1998
- 3)伊藤順一郎, 塚田和美, 大島巖, ほか：重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究, 平成17-19年度 総合研究報告書 , 2008.
- 4)Ito J, Oshima I, Nishio M et al . The effect of Assertive Community Treatment in Japan, Acta Psychiatrica

- Scandinavica, 123(5), 398–401, 2011.
- 5)佐竹直子, 瀬戸屋雄太郎: 急性期病棟における急性期ケアマネジメントのモデル作りに関する研究: 「地域中心の精神保健医療福祉」を推進するための精神科救急および急性期医療のあり方に関する研究 平成 20 年度～22 年度 総括研究報告書(主任研究者 伊藤順一郎), pp143-198, 2011.
- 6)Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum; 1988.
- 7)McCabe C, Claxton K, Culyer AJ: The NICE cost-effectiveness threshold: what it is and what that means. Pharmacoeconomics 26:733-744, 2008.
- 8)Appleby J, Devlin N, Parkin D: NICE's cost effectiveness threshold. BMJ 335(7616):358-359, 2007.
- 9)National Institute for Health and Care Excellence (NICE): The guidelines manual : Process and methods guides, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), London, 2012.

表 1 医療・サービス費の比較(単位:円/年)

	n=52		n=63		統計量(t)	p 値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-1 主医療機関費用	OR 費	403316	385917	-	-	-
	OR 費無報酬分	231789	177026	-	-	-
	入院治療費	315084	843659	646838	2666945	n.s
	入院薬剤 A	232204	312530	16724	45389	n.s
	入院薬剤 B	20969	47381	10923	47459	n.s
	外来治療費	209264	243656	166115	157915	n.s
	外来薬剤 A	232204	312530	292227	385140	n.s
	外来薬剤 B	20969	47381	38322	94214	n.s
	医療費総額	1432080	1075796	1171149	2682666	n.s
	n=52		n=58		統計量(t)	p 値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-2 CSR-J	所得保障	585429	698515	601148	671066	n.s
	福祉サービス	169509	315070	113519	266933	n.s
	主医療機関以外の 精神科医療費	6247	31986	76037	223852	2.227 .028
	n=51		n=58		統計量(t)	p 値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-3 総合計	2219943	1497787	2010142	2824353		n.s

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

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

表 3 医療・サービス費の比較:A 層(単位:円/年)

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

表 4 医療・サービス費の比較:B 層(単位:円/年)

	n=31		n=47		統計量(t)	p 値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-1 主医療機関費用	OR 費	286062	200180	-	-	-
	OR 費無報酬分	182507	107304	-	-	-
	入院治療費	355712	1003215	365317	744431	n.s
	入院薬剤 A	8560	41816	15372	40885	n.s
	入院薬剤 B	210	738	11876	51844	n.s
	外来治療費	221585	306270	146858	97499	n.s
	外来薬剤 A	233876	342048	264913	379117	n.s
	外来薬剤 B	23459	56373	35677	88519	n.s
	医療費総額	1365559	1138546	840012	887408	2.229 .029
	n=30		n=43		統計量(t)	p 値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-2 CSR-J	所得保障	610480	709164	625893	709846	n.s
	福祉サービス	112980	246889	117268	291178	n.s
	主医療機関以外の 精神科医療費	6388	34860	88621	252229	2.109 .041
	n=27		n=42		統計量(t)	p 値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-3 総合計	2171203	1490835	1687884	1313519		n.s

図1 介入群の総支援コスト平均の推移(単位/円)

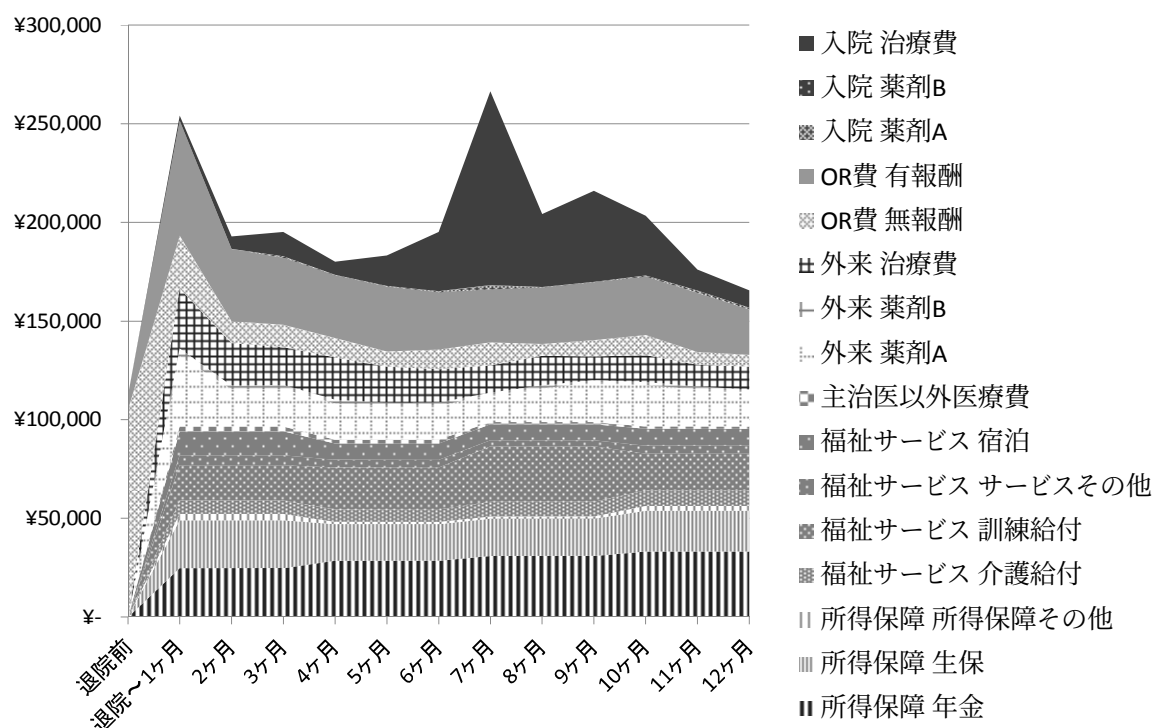


図2 対照群の総支援コスト平均の推移(単位/円)

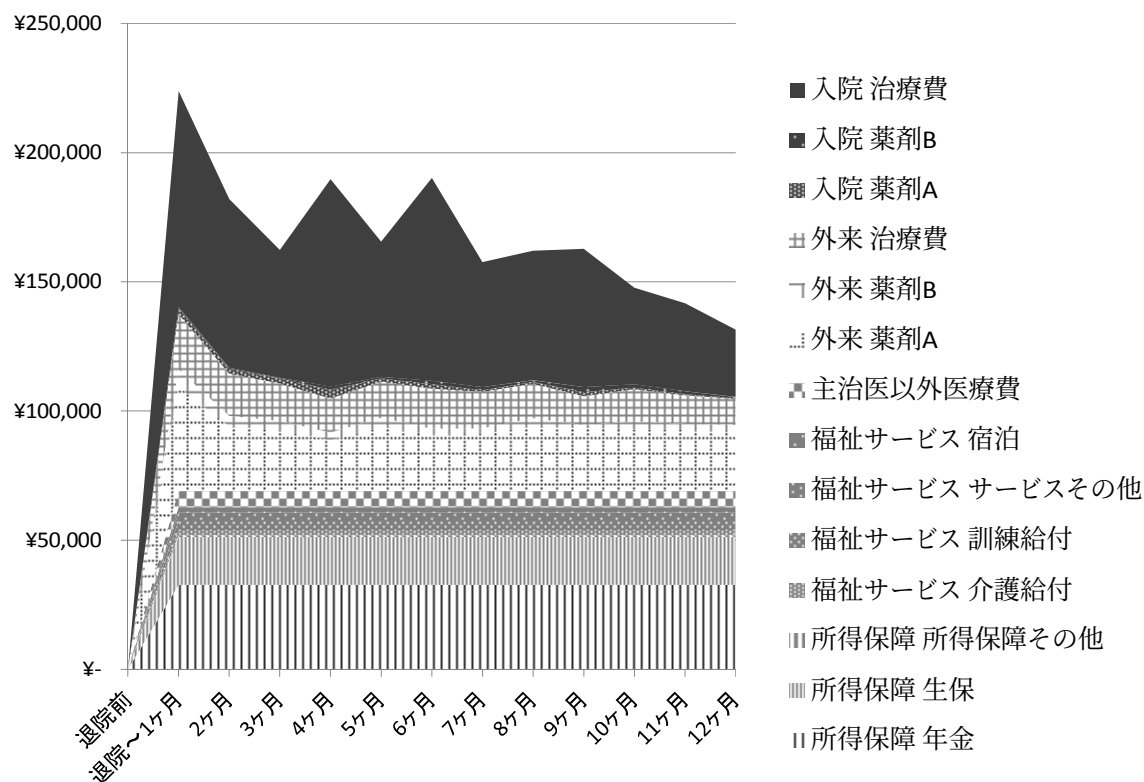


表5 WHO-QOL26 得点をアウトカムとした場合の費用対効果分析

	n	患者一人当たりへに換算		
		1年間の 総コスト(円)	WHO-QOL26 得点増分(点)	費用対効果
介入群への支援	(37)	¥ 2,181,479	6.0	363,580 円/点
介入群(月 240 分以上コンタクト層)への支援	(18)	¥ 2,303,279	10.3	223,958 円/点
対照群全体への支援	(48)	¥ 1,689,872	1.5	1,158,769 円/点
介入群 A 層への支援	(19)	¥ 2,055,047	6.3	325,383 円/点
対照群 A 層への支援	(12)	¥ 1,601,185	-3.4	-468,460 円/点
介入群 B 層への支援	(18)	¥ 2,314,935	5.7	408,839 円/点
対照群 B 層への支援	(37)	¥ 1,672,963	3.0	557,654 円/点

図3 費用対効果のプロット

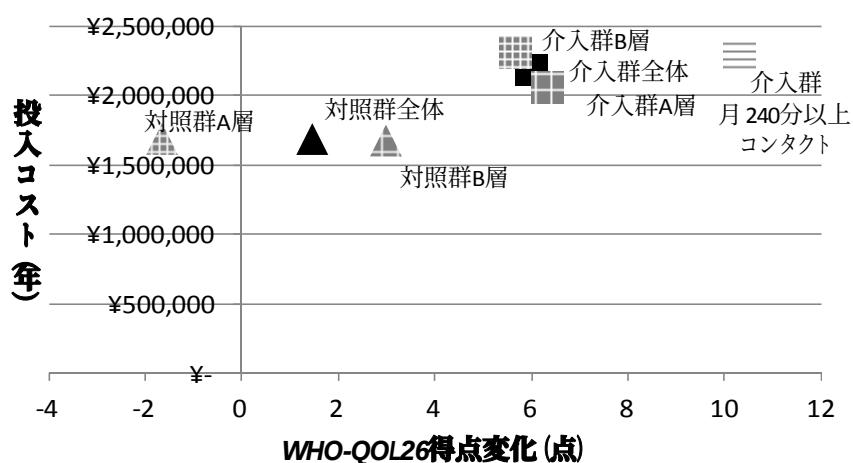


表6 増分費用効果費(ICER)の算出

	比較対象	ICER
介入群全体への支援	× 対照群全体への支援	108,243 円/点(WHO-QOL26)
介入群(月 240 分以上コンタクト層)への支援	× 対照群全体への支援	69,499 円/点(WHO-QOL26)
介入群 A 層への支援	× 対照群 A 層への支援	46,288 円/点(WHO-QOL26)
介入群 B 層への支援	× 対照群 B 層への支援	223,641 円/点(WHO-QOL26)

重症精神障害者の社会資源利用状況について ーCSRI-J を用いてー

研究分担者：吉田光爾¹⁾

研究協力者：○古家美穂¹⁾，山口創生¹⁾，種田綾乃¹⁾，市川健¹⁾，佐藤さやか¹⁾，
下平美智代¹⁾ 泉田信行²⁾，伊藤順一郎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) 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部

要旨

本研究は、「日本版クライアントサービス受給票（CSRI-J）」を用いて、通常精神科医療を利用している対照群 57 名に関して、社会資源の利用状況を把握することを目的とした。

所得保障制度においては、約半数が利用しておらず、障害年金も生活保護のいずれも受給していない人が約半数であった。所得保障制度の利用者が少ない中で、一般就労者は 5 名（8.8%）、主たる収入源が「家族の扶養」である人が 26 名（45.6%）であったことを踏まえると、家族の負担が大きくなっていることがうかがえる。また、地域福祉及び住居サービス、主治医外の医療機関の利用において、いずれも利用していない人が 25 名（43.9%）であり、社会資源の利用が十分であるとは言い難い。精神障害者が地域でより安定した生活を送る上で、利用者のニーズに即したサービスが適切に利用できるよう、制度としてより効率的な体制を整えていく必要がある。

A. 研究の背景

わが国において、「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉施策の基本的な方策が示され、精神障害者地域移行支援特別対策事業が全国的に行われてきた。

地域移行は退院することが目的ではなく、退院後の地域生活を送る上で、必要な支援を適切な形で受けながら、安定した生活を継続できる体制の整備が重要となる。

しかしながら、これまで重症精神障害者が地域生活を送る上で、どれだけのサービスを利用し、どれだけのコストがかかっているのかといった実態を把握するための社会資源の利用状況についての報告は少ない。また、これまでの日本における精神保健福祉サービス

に関する経済評価は、医療費を中心とした狭い範囲での費用の算出にとどまっている。すなわち、地域精神保健福祉サービスを含んだ包括的な実態調査は行われていない。

他方、地域福祉サービス費や所得保障制度などを含む社会保障費を換算するための構造化された調査ツール「日本版クライアントサービス受給表（Client Service Receipt Inventory - Japanese Version : （以下 CSRI-J）」が開発されている¹⁾。そこで、本研究では、精神障害者支援に関わるサービス量や費用などを包括的に調査可能な CSRI-J を用いて、通常精神科医療を利用している対照群の社会資源利用状況について調査することを目的とした。

B. 方法

1. 対象者

本研究の対象者は、前述のプロトコルの対照群 57 名（男性 25 名、女性 32 名）であった。平均年齢は 41 才、Global assessment of functioning (GAF) 得点は平均 41 点、スクリーニング得点は平均 7.1 点であった(表 1)。統合失調症が 39 名(68.4%)であった(表 2)。

2. 手続き

2013 年 4~5 月に下記に示す調査ツールを用いて面接による調査を実施した。所要時間は 1 人当たり 15~20 分程度であった。なお、対象者への説明、同意の取得や倫理委員会の許可などは、前述のプロトコルに準ずる。

3. 調査ツール

山口ら（2012）により開発された CSRI-J を使用した¹⁾。内容は「労働による収入」「所得保障制度およびその他の社会保険など」「福祉・住宅サービス」「主治医以外の精神科医療機関サービス量」である。

以上について、調査日から過去 1 ヶ月の利用状況について聴取した。

4. 福祉・医療サービスにおけるコスト算出手続き

1) 障害者総合支援法下のサービス

厚生労働省ホームページ「障害福祉サービス費等の報酬算定構造」²⁾に基づき、サービス費を算出した。

<加算項目の算出>

本調査は地域の異なる 3 ヶ所の機関で実施しており、特に加算項目については各事業所で細かな差異が生じる為、今回は東京都の事業所から基準値を算出することとした。

東京都ホームページ「東京都障害者サービス情報」³⁾より、精神障害者を主たる対象者とする全事業所の中から、CSRI-J の項目に該当

する事業所を選定し、該当する事業所数に応じて無作為抽出を行った(表 3)。事業所数が 200 以上の場合、10%を抽出し、100 以上の場合、30%を抽出した。100 未満の場合は全事業所を対象としている。

無作為に抽出した事業所の中から、半数以上の事業所に該当していた加算項目を、本調査では扱うこととした(表 4)。

2) その他のサービス

表 5 は、公的サービスや地域活動支援センターの 1 時間当たりの利用金額を示している。

(1) 公的サービス：市役所・ハローワーク等
人事院の公表する公務員の平均給与月額⁴⁾から 1 時間あたりのコストを算出し、利用時間数を乗じて、月あたりのコストを算出した。

1 時間あたりのコスト

= 平均給与月額 ÷ 38.5 (時間/週) ÷ 間 (週)

◆行政職俸給表 (一) (一般行政職員等)
376,257) トを算出し、=2443.2 (円)

◆医療職俸給表 (三) (看護師等)
327,740) トを算出し、=2128.2 (円)

(2) 学校等教育機関

総務省 報道資料「平成 24 年地方公務員給与と実態調査結果の概要」⁵⁾に基づき、(1)と同様に算出した。

◆高等学校教育職

422,397 職。態調査結果=2742.8 (円)

◆小・中学校教育職

405,388 育職態調査結果=2632.4 (円)

(3) 地域活動支援センター

きょうされん「小規模作業所・地域活動支援センター運営・活動についての実態調査の結果」⁶⁾から、利用者一人あたりの平均運営費月額から 1 時間あたりのコストを算出し、

利用時間を乗じて、月あたりのコストを算出した。

1 時間あたりのコスト
＝平均運営費月額÷40(時間/週)÷間(週)
◆67,329 月額トを算＝420.8 (円)

- 3) 主治医外の医療機関での診療
「診療報酬点数表」より算出した。

C. 結果

1. 対象者の概要

独居者は 14 名 (24.6%)、グループホームが 1 名 (1.8%)、同居者がいる人は 42 名 (73.7%) であった (表 6)。同居者がいる人のうち、「親との同居」が 30 名 (52.6%) であり、「配偶者との同居」は 11 名 (19.3%) であった (表 7)。

主たる収入源は「家族の扶養」が 26 名 (45.6%) と最も多かった (表 8)。精神保健福祉手帳については 40 名 (70.2%) が所持しており、自立支援医療を 47 名 (82.5%) が利用していた (表 9, 10)。

2. 労働による収入

一般就労者は 5 名 (8.8%) であり、福祉的就労者が 2 名 (3.5%) であった。いずれも障害開示での就労をしていた (表 11)。

3. 所得保障制度及びその他の社会保険など

所得保障における何らかの制度を利用している人は 31 名 (54.4%) であった。

年金受給者は 25 名 (43.9%) であり、その内訳を表 12 に示す。生活保護受給者は 9 名 (15.8%) であった。生活保護も障害年金も受給していない人が 26 名 (45.6%) であった (表 13)。表 14 に所得保障におけるコストの平均額を示す。

4. 福祉・住宅サービス・主治医外の医療機関の利用

障害者総合支援法及び福祉サービスの利用者は 27 名 (47.4%) であった。表 15 と表 16 に、それぞれコストの平均額と利用内容について示す。

主治医が在籍する機関以外の医療機関を 13 名が利用していた。利用内訳については表 17 に示す。

D. 考察

1. 対象者の概要

「親と同居」している人は 30 名 (52.6%) であり、主な収入源が「家族の扶養」である人が 26 名 (45.6%) であった。約半数が親と同居している。このことは本人の経済状況や生活上の支援の必要性などを反映していると推測される。

「配偶者との同居」項目から既婚者数とすると、既婚者は 11 名 (19.7%) であり、男女別でみると、男性は 1 名 (1.8%)、女性は 10 名 (17.5%) であった。2010 年の生涯未婚率は男性が 20.14%、女性が 10.61%である⁷⁾ことからすると、対象者の既婚率は非常に低い。

精神保健福祉手帳を所持している人は 40 名 (70.2%) であり、自立支援医療の利用は 47 名 (82.5%) であった。本調査の対象者は、入院中から研究の同意を取るため、既に当該研究機関の医療につながっていることが前提になっており、自立支援医療の利用率は高くなっていたと考えられる。

2. 所得保障制度及び地域サービスの利用

所得保障における何らかの制度を利用している人は 31 名 (54.4%) であり、約半数が何も利用していなかった。また、障害年金も生活保護のいずれも受給していない人が 26 名 (45.6%) にのぼっていた。一般就労者は 5 名 (8.8%)、主たる収入源が「家族の扶養」

である人が 26 名 (45.6%) であったことを踏まえると、家族の負担が大きくなっていることがうかがえる。

地域福祉及び住居サービス、主治医外の医療機関の利用において、いずれも利用していない人が 25 名 (43.9%) にのぼり、何も利用していない人が 4 割を超えていた。このことは比較的本研究の対象が重篤な層であり、生活上の支援ニーズの高い層であることを踏まえると、十分な利用に至っていないことを示していると考ええる。

全体的に利用者数は少ない中でも、市町村自治体における相談窓口の利用が 13 名 (22.8%) と最も多く、1 回あたり 30 分程度で、月平均 2 回の利用がみられた。

次に訪問看護の利用が 10 名 (17.5%) で、居宅介護が 7 名 (12.3%)、地域活動支援センターが 7 名 (12.3%) であった。

家庭への訪問による生活支援や日中活動の場の提供など、日中の過ごし方に関わるサービスの利用頻度が高く、必要性が高いことが示唆される。

コストにおいては、1 ヶ月あたりの平均利用時間が比較的長い「就労継続支援 B 型」と「学校等教育機関」が高くなっている。続いて、「精神科デイケア (6 時間)」「共同生活援助」「訪問看護」の順でコストがかかっている。定期的かつ継続的なサービスの利用は、その分のコストがかかることは当然の結果であり、費用対効果を考慮して検討していく必要がある。

収入がなければ、利用者が望む必要なサービスを利用できないことにもつながりかねず、サービス利用と合わせて、所得保障について考えていく必要がある。また、就労収入といった自立への道に関する支援も重要である。

E. 結論

精神障害者が地域でより安定した生活を送る上で、利用者のニーズに即したサービスが

適切に利用できるよう、制度としてより効率的な体制を整えていく必要がある。今後、包括的な視点でのコストを踏まえた上で、利用者のニーズと、より効果的なサービスの検討をしていくことが必要である。

本調査では、重症精神障害者支援におけるサービス量やコストについて包括的なデータを得ることができた。一方で、これまでに同様の調査はなされていないため、縦断的な変化などについての比較検討はできていない。また、実態を把握するには対象者人数が少ないこともあり、今後他の地域での実施や対象者数を増やし、検討する必要がある。

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) 山口創生, 下平美智代, 吉田光爾ら: 精神保健福祉サービスにおける医療経済評価のための調査ツール: 日本版クライアントサービス受給票の開発の試み. 精神医学 54: 1225-1236, 2012.
- 2) 厚生労働省: 障害福祉サービス費等の報酬算定構造. 厚生労働省, 東京, 2013.
- 3) 東京都福祉保健局: 東京都障害者サービス情報. 東京都, 東京, 2013.
- 4) 人事院: 国家公務員給与の概要. 人事院, 東京, 2013.
- 5) 総務省: 報道資料 平成 24 年地方公務員給与実態調査結果の概要. 東京, 2013.
- 6) きょうされん. 小規模作業所・地域活動支

援センター運営・活動についての実態調査
の結果。きょうされん，東京，2011.

7)国立社会保障・人口問題研究所：人口統計
資料集 VI. 結婚・離婚・配偶関係別人口。
東京，2014.

[http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Po
pular/P_Detail2014.asp?fname=T06-23.ht
m&title1=%87Y%81D%8C%8B%8D%A5
%81E%97%A3%8D%A5%81E%94z%8B%
F4%8A%D6%8CW%95%CA%90l%8C%FB
&title2=%95%5C%82U%81%7C23+%90%
AB%95%CA%90%B6%8AU%96%A2%8D
%A5%97%A6%82%A8%82%E6%82%D1%
8F%89%8D%A5%94N%97%EE%81i%82r
%82l%82%60%82l%81j%81F1920%81%60
2010%94N](http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Po
pular/P_Detail2014.asp?fname=T06-23.ht
m&title1=%87Y%81D%8C%8B%8D%A5
%81E%97%A3%8D%A5%81E%94z%8B%
F4%8A%D6%8CW%95%CA%90l%8C%FB
&title2=%95%5C%82U%81%7C23+%90%
AB%95%CA%90%B6%8AU%96%A2%8D
%A5%97%A6%82%A8%82%E6%82%D1%
8F%89%8D%A5%94N%97%EE%81i%82r
%82l%82%60%82l%81j%81F1920%81%60
2010%94N)

表1. 基本属性

	男性	女性	合計
人数	25	32	57
平均年齢(歳)	41	41	41
GAF平均得点	46	45	45
スクリーニング平均得点	7.3	6.8	7.1

表2. 診断

診断名	n	%
統合失調症	39	68.4%
双極性感情障害	9	15.8%
うつ病	6	10.5%
その他	3	5.3%

表3. 東京都事業所における無作為抽出

サービス名	事業所数	30%	10%
居宅介護	1823	547	182
就労継続支援(B型)	440	132	44
共同生活援助(GH)	328	98	33
計画相談支援(相談支援事業)	252	76	25
共同生活介護(CH)	178	53	18
行動援護(ガイドヘルプに代入)	149	45	15
就労移行支援(一般型)	142	43	14
地域移行支援	139	42	14
地域定着支援	129	39	13
障害児相談支援	125	38	13
生活介護	84	25	8
自立訓練(生活訓練)	59	18	6
就労継続支援(A型)	52	16	5
短期入所	37	11	4
重度障害者等包括支援	8	2	1
宿泊型自立訓練	7	2	1
施設入所支援	5	2	1

- 事業所数が200以上⇒10%抽出
事業所数が100以上⇒30%抽出

表4. 無作為抽出事業所の半数以上が該当する加算項目

サービス名	加算	細目	加算	細目
居宅介護	所定単位×0.123	福祉・介護職員処遇改善加算	NA	
行動援護(ガイドヘルプに代入)	所定単位×0.103	福祉・介護職員処遇改善加算	NA	
短期入所	所定単位×0.028	福祉・介護職員処遇改善加算	388	食事提供体制加算(68) 単独型加算(320)
共同生活介護(CH)	所定単位×0.030	福祉・介護職員処遇改善加算	(一) 321 (二) 171 (三) 114	福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)(7) 夜間支援体制加算 (一) 区分5、6(314) (二) 区分4(164) (三) 区分2、3(107)
共同生活援助(GH)	所定単位×0.069	福祉・介護職員処遇改善加算	7	福祉専門職員配置等加算(7)
生活介護	所定単位×0.017	福祉・介護職員処遇改善加算	242	福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)(10) 人員配置体制加算(136) 送迎加算(54)片道につき27単位 食事提供体制加算(42)
宿泊型自立訓練	所定単位×0.023 + 所定単位×0.004	福祉・介護職員処遇改善加算 福祉・介護職員処遇改善特別加算	151	福祉専門職員配置等加算(6)(ⅠとⅡの中央値) 食事提供体制加算(68) 地域移行支援体制強化加算(55) 夜間防災・緊急時支援体制加算(Ⅰ)(12) 夜間防災・緊急時支援体制加算(Ⅱ)(10)
自立訓練(生活訓練)	所定単位×0.023	福祉・介護職員処遇改善加算	10	福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)(10)
就労移行支援(一般型)	所定単位×0.027	福祉・介護職員処遇改善加算	62	福祉専門職員配置等加算(10) 就労支援関係研修修了加算(11) 就労移行支援体制加算区分(41)
就労継続支援(A型)	所定単位×0.022	福祉・介護職員処遇改善加算	6	福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)(6)
就労継続支援(B型)	所定単位×0.021	福祉・介護職員処遇改善加算	91	福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)(10) 目標工賃達成指導員配置加算(81)
計画相談支援(相談支援事業)	NA		NA	
地域移行支援	NA		NA	
地域定着支援	NA		NA	

表5. 公務員及び地域活動支援センターにおける1時間当たりのコスト

		俸給表	月額 (円)	1時間あたり (円)	CSRI-J 項目例
国家公務員 (H25.4)	平均給与	行政職俸給表(一) (一般行政職員等)	376,257	2443.2	・市町村自治体における相談窓口 ・成年後見制度 (法律事務所) ・日常生活自立支援事業 ・社協相談支援事業
		医療職俸給表(三) (看護師等)	327,740	2128.2	・保健所 ・市町村保健センター
地方公務員 (H24)		高等学校教育職	422,397	2742.8	・学校等教育機関
		小・中学校教育職	405,388	2632.4	
地域活動 支援センター	運営費	利用者一人あたりの 平均運営費	67,329	420.8	・地域活動支援センターⅠ・Ⅱ・Ⅲ型 ・相談支援事業所:地活Ⅰ型(指定委託)

表6. 同居者の有無

	n	%
独居	14	24.6%
GH	1	1.8%
同居者あり	42	73.7%

表7. 同居者の内訳 (複数回答あり)

		n	%
同居者	親	30	52.6%
	配偶者	11	19.3%
	きょうだい	10	17.5%
	祖父	1	1.8%
	祖母	4	7.0%
	子	9	15.8%
	その他	2	3.5%

表8. 主たる収入源

		n	%
収入源	(自分の) 収入	4	7.0%
	生活保護	9	15.8%
	年金	13	22.8%
	家族の扶養	26	45.6%
	貯金	3	5.3%
	その他	1	1.8%
	不明	1	1.8%

表9. 精神保健福祉手帳の所持数

		n	%
精神保健福祉手帳	あり	40	70.2%
	1級	3	7.5%
	2級	33	82.5%
	3級	4	10.0%
	なし	14	24.6%
	不明	3	5.3%

表10. 自立支援医療利用者数

		n	%
自立支援医療	利用	47	82.5%
	利用なし	7	12.3%
	不明	3	5.3%

表11. 自立支援医療利用者数

		n	就労率	平均値	標準偏差
就労月収	全体	57		17496	64689
	一般就労	5	8.8%	196677	120703
	福祉的就労	2	3.5%	6950.0	3040.6

表12. 年金受給者の内訳 (複数回答あり)

		n	%
障害基礎年金		18	31.6%
	1級	2	3.5%
	2級	16	28.1%
障害厚生年金		6	10.5%
	1級	1	1.8%
	2級	4	7.0%
	不明	1	1.8%
障害共済年金		0	0.0%
遺族基礎年金		1	1.8%
遺族厚生年金		0	0.0%
遺族共済年金		0	0.0%
厚生年金		1	1.8%

表13. 障害年金ならびに生活保護受給の状況

	生活保護受給		生活保護なし	
	n	%	n	%
障害年金受給	3	5.3%	20	35.1%
障害年金なし	6	10.5%	26	45.6%

表14 所得保障における平均月額

	n	利用率	平均 (円)	標準偏差
年金	57		32162.1	39735.0
	25	43.9%	73329.6	23226.1
生活保護	57		18109.0	44194.5
	9	15.8%	114690.1	34793.5
その他の所得保障	57		703.5	4413.0
	3	5.3%	13366.7	17069.9
所得保障合計	57		52124.4	55620.0
	32	56.1%	92846.6	41055.1

表15 地域福祉サービス・主治医外医療機関における平均コスト

	n	利用率	平均 (円)	標準偏差
介護給付	57		2089.6	6277.9
	7	12.3%	17015.1	8459.4
訓練給付	57		3497.2	16910.9
	3	5.3%	66447.1	41631.3
その他サービス	57		3330.2	11288.9
	24	42.1%	7909.1	16507.4
宿泊サービス	57		708.9	5352.2
	1	1.8%	40408.2	
主治医外の医療機関	57		6455.6	18798.1
	13	22.8%	28305.4	31289.8

表16. 地域福祉サービスにおける利用状況

				1ヵ月あたりの利用		1ヵ月あたりのコスト		
		利用 人数	利用率	平均 回数	平均 時間(H)	平均値	中央値	標準偏差
介護給付	居宅介護（ホームヘルプ）	7	12.3%	6.3	6.7	17015.1	13251.4	8459.4
訓練等給付	自立訓練（生活訓練）	1	1.8%	8.0	9.5	8409.1		
	就労移行支援	1	1.8%	2.0	5.0	18383.3		
	就労継続支援B型	2	3.5%	12.5	37.0	86274.5	86274.5	4880.4
その他の相談・就労支援サービス	地域活動支援センター	7	12.3%	3.1	10.9	4568.8	5049.7	2096.0
	相談支援事業	1	1.8%	2.0	2.0	13000.0		
	市区町村自治体における相談窓口	13	22.8%	2.1	1.2	2942.9	1221.5	3239.7
	保健所	3	5.3%	1.0	0.8	1773.3	2128.0	614.3
	市町村保健センター	3	5.3%	1.0	0.8	1773.3	2128.0	614.3
	学校等教育機関	1	1.8%	5.0	30.0	82260.0		
	成年後見制度	1	1.8%	8.0	0.6	1465.8		
	日常生活自立支援事業	2	3.5%	1.5	2.0	4886.0	4886.0	3454.9
	ハローワーク	1	1.8%	1.0	1.0	2443.0		
住居	共同生活援助（GH）	1	1.8%	30		40408.2		

表17. 主治医外の医療機関における利用状況

				1ヵ月あたりの利用		1ヵ月あたりのコスト				
				利用 人数	利用率	平均 回数	平均時間 (H)	平均値	中央値	標準偏差
主治医外の医療機関	医師の診察	3	5.3%			690.0	690.0	0.0		
	訪問看護	10	17.5%	4.8	2.8	26640.0	22200.0	8598.0		
	精神科デイ・ケア(6時間)	2	3.5%			49750.0	49750.0	28637.8		

II. 分担研究報告書

2. 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

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： 臨床関連アウトカムおよび就労関連アウトカムに関する報告

研究分担者：○佐藤さやか¹⁾

研究協力者：山口創生¹⁾，下平美智代¹⁾，市川健¹⁾，種田綾乃¹⁾

研究協力機関：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，帝京大学医学部付属病院，ひだ
クリニック，長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）

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

要旨

我が国においても精神障害をもつ人への地域生活支援が定着しつつある中、就労支援に関するニーズが大きくなっている。

海外においては地域ベースの支援として援助付き雇用（Supported Employment: SE）とよばれる技法が発展している。SE は複数の RCT デザインによる効果検討研究によって精神障害者の就労向上などについて効果が示唆されており、精神障害者の支援として推薦すべき心理社会的治療のうちの1つに挙げられている。加えて近年では SE の効果をより高めるリハビリテーション技法として Cognitive Remediation (CR) が注目されており、McGurk, et al. (2005, 2007) は SE と CR の組み合わせによる支援が神経心理検査等の臨床関連指標だけでなく就労関連指標（就労数、就労時間、総賃金、1 月あたりの時間、1 月あたりの賃金）にも効果があったことを示唆している。

我が国においても McGurk, et al. (2005) を参考に H21～23 年厚労科研池淵班で SE と CR の組み合わせによる支援の効果検討が実施され、SE に CR を付加することで SE のみを実施するより臨床関連指標と就労関連指標の双方に良い影響がみられることが示唆された。

このように援助付き雇用は国内外で良好なアウトカムを示しており、今後国内での普及が望まれる。そのためには国内の社会システムに合った援助付き雇用のモデルを開発し、その有効性を明らかにすることが必要である。

そこで本研究では、①国内の多くの地域で実施可能な「日本版援助付き雇用モデル」を開発すると、② ①で開発された「日本版援助付き雇用モデル」を普及させるため、その有用性についてエビデンス示すこと、の 2 点を目的とした。

本稿では上記のうち①の効果検討について結果を報告した。

まず対象者であるが、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。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 得点を除いて有意差はなく、割付は概ね成功したものと思われた。

臨床関連指標について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。この結果、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 (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 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。次に 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。以上のことから、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。

さらに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ことになる。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た。

最後に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可能であった。このため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」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」する支援タイプの小平・ひだサイトであった (就労率 50%)。これらのことから、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。

今後は平成 30 年 4 月には精神障害者の雇用義務化等の制度変更にむけて、研究班による活動から得られた知見をまとめ、全国に普及可能な『日本版援助付き雇用モデル』のガイドライン」を作成し、認知機能リハビリテーションや援助付き雇用の普及を行っていく予定である。

A. 研究の背景

我が国においても精神障害をもつ人への地域生活支援が少しずつ定着しつつある中、支援の内容も単に「医療機関から退院して地域で暮らす」ための支援から、より多様な支援が求められるようになってきている。この中でもひととき大きなニーズと考えられるのが就労に関連する支援である。

平成 18 年に実施された「身体障害者、知的障害者及び精神障害者就業実態調査」¹⁾によれば、精神障害をもつ人の就業率は 17.3%に過ぎず、身体障害者の 43.0%、知的障害者の 52.6%と比べて低い割合にとどまっている。また、就業していないもののうち 62.3%が就業を希望しているが、実際に求職活動を行っているのはその半数程度（50.7%）となっており、多くの精神障害者が働くことを希望しているにもかかわらず、実際には就職することに加え、そのための支援を受けることすらままならない実態が明らかとなっている。

1970 年代に脱施設化を終え、精神障害者の地域生活支援があたりまえのこととなっている欧米においては、就労支援のための多様なプログラムや支援技法が開発されている²⁾。中でも個別性を重視した職場開拓、素早い求職活動、就労の維持に対する支援の実施、就労支援と精神保健サービスの統合などをキーエレメントとした援助付き雇用（Supported Employment: SE）とよばれる技法は複数の RCT デザインによる効果検討研究によって精神障害者の就労率や就労期間、賃金などについてその効果が示唆されており、精神障害者の支援として推薦すべき心理社会的治療のうちの 1 つに挙げられている^{3,4)}。

さらに近年、援助付き雇用の効果をより促進させるための試みとして、他の支援技法との組み合わせに関する効果検討も実施されている⁵⁾。その一つが Cognitive Remediation (CR) との組み合わせによる支援である⁴⁾。

Cognitive Remediation とは永続性や般化をゴールとして認知過程の改善を目的とした行動的トレーニングに基づく介入法であり⁶⁾

SE に付加することによって SE のみで実施するよりも就労関連指標に効果があることを示唆されている。例えば McGurk, et al.(2005) は Thinking Skills for Work Program と称する就労支援プログラムを開発し、この中で CR と SE を組み合わせによる支援を実施し、その効果を検討している。この結果、SE に CR を付加して実施群 (CR+SE 群) は SE のみで支援した群 (SE 群) と比べて、研究開始から 3 ヶ月後の遂行機能、言語性記憶、全般的認知機能といった神経心理検査や精神症状が有意に改善したことに加え、研究開始から 1 年後の就労関連指標（就労数、就労時間、総賃金、1 月あたりの時間、1 月あたりの賃金）も有意に高かったことを報告している。また研究開始後 2～3 年の追跡調査でも同様の傾向がみられたことも報告している⁸⁾。

こうした知見を踏まえ、我が国においては平成 21 年から平成 23 年にかけて厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究精神分野）精神障害者の認知機能障害を向上させるための「認知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（研究代表者：池淵恵美，以下厚労科研池淵班）が実施された。この研究では、全国 11 の多施設共同研究が参加し、McGurk, et al.(2005) とほぼ同様の研究プロトコルによる効果検討が実施された。この結果、認知機能リハビリテーションの前後比較では、CR+SE 群にのみ言語性記憶、作業記憶、処理速度や全般的な認知機能に有意または有意傾向の改善がみられた。また就労支援開始から 1 年間の就労率は CR+SE 群は 40%、SE 群では 29%、また同期間の平均就労日数は CR+SE 群は 67.81±104.21 日、SE 群では 44.02±91.79 日と統計的な有意差を見いだすにはいたらなかったものの CR+SE 群は SE 群に比べて良好な成績を収めた⁹⁾。

以上のように国内外の先行研究において、援助付き雇用や認知機能リハビリテーションの有用性が示されており、冒頭で述べたよう

な精神障害をもつ人の「働きたい」というニーズの顕在化や増大に応えるためにも、こうした技術の普及が国内における喫緊の課題と言える。そのためには我が国の社会システムにあった援助付き雇用モデルの開発が必要である。

精神障害をもつ人への就労支援を考えると、そこに関わる制度や支援は精神保健の枠組みにとどまらず、労働や産業の領域との連携が求められる。

例えば、厚労科研池淵班の研究参加施設には東京大学医学部附属病院デイホスピタルや帝京大学医学部附属病院精神科デイケアなどハローワークや就労・生活支援センターなど労働領域の専門機関とも連携し、長年精神障害をもつ人への就労支援に取り組み、成果を挙げてきた機関が含まれていた。これらの機関で実施されてきた就労支援と海外における援助付き雇用の取り組みはその理念や支援技法など多くの共通点があった。一方、障害者差別禁止法によって障害をもつ人に特化した雇用制度を持たない米国に対して我が国では障害者雇用制度の活用と前提に支援制度が構築されている。このため我が国で援助付き雇用モデルを開発し、これを普及させるためにはシステムの違いに対応するための改訂が必要と考えられた。

また、上記の改訂版援助付き雇用モデル（本研究班では「日本版援助付き雇用モデル」と呼称する）の普及を目指す場合、これと従来我が国の医療機関やハローワーク、就労支援機関の多くで実施されてきたいわゆる仲介型（ブローカー型）とを比較して就労率などのアウトカムに良好な結果が得られるか検討する必要がある。宇津木（2010）は「現在の日本の就労支援は、『train then place（訓練してから就労）』というのが一般的であり、職業リハビリテーションは従来通りの就職前の相談・評価・準備訓練・就職斡旋などに重点が置かれ、フォローアップなど就職後の援助は短期間に限定されている」と指摘し、援助付き雇用の一形態である Individual Placement

and Support:（IPS）を我が国に導入するための課題について整理している。そこでは「train then place」から「place then train」への体制転換や最低賃金の保証された労働契約と多様な就労形態の必要性など、現状と比べて大幅な支援理念や支援制度の転換を伴うと思われる提案がなされており、こうした大幅なシステムチェンジを行おうとする際には、我が国におけるエビデンスが求められると思われる。

そこで本研究では、

①海外における援助付き雇用や国内で行われてきて優れた就労支援を踏まえ、国内の多くの地域で実施可能な「日本版援助付き雇用モデル」を提示すること

②①で開発された「日本版援助付き雇用モデル」を普及させるため、その有用性についてエビデンス示すこと

の2点を目的とすることとした。

本稿では、上記研究の中でも②の比較研究に関する結果を詳述する（①に関する取り組みについては本報告書とは別にガイドラインの作成を予定している）。なお、上記②に照らすと、A：新たに開発する「日本版援助付き雇用モデル」による就労支援と B：従来行われている仲介型就労支援、というように就労支援技法に絞った比較を行うことが定石であろうと思われる。しかし、先述したように援助付き雇用は認知機能リハビリテーションと組み合わせて行うことによって、よりその効果が高まることが示唆されている。また近年、海外における心理社会的支援技法を取り上げた臨床研究では、個別の支援技法を別々に検討することだけでなく、すでにエビデンスの示されている複数のプログラムが含まれる包括的な支援と従来実施されている支援を比較することによって、Real - Life Setting における実現可能性などを検討する流れも見られる。

本研究班は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）によるものであ

り、学術的な貢献に加えて、実際の臨床活動に資する実現可能・普及可能なシステムや技術の開発が要請されている。

これらの状況を鑑み、本研究では個別の支援技法の有効性を追求するのではなく、認知機能リハビリテーションと「日本版援助付き雇用モデル」による就労支援を包括的な1つの支援技法ととらえ、これと従来行われている仲介型就労支援との比較、という枠組みの研究計画となっている点を申し述べる。

以下、本報告書の他の分担研究者によって報告され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「B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

多職種アウトリーチチーム研究同様に、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、帝京大学医学部附属病院の4つが、核となる研究サイト（コアサイト）として参加した。加えて、ひだクリニック（千葉県流山市）および長岡病院（京都府長岡京市）が本研究のみの研究協力機関として参加した。

2) 対象者の選定方法

(1)対象者

①選択基準

- ・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でスクリーニング、詳細は後述）

②除外条件

- ・主診断が知的障害、発達障害、人格障害、てんかん性障害、認知症、てんかん性障害以外の脳器質性疾患、薬物依存、アルコール依存、であるもの（主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病でこれらの疾患を合併している場合の研究参加は妨げない）。
- ・文書による同意が得られないか、同意に問題のある者

(2)エントリーの時期

平成23年10月～平成23年12月までにかけて、各研究サイトの外来部門にて対象者の募集をかけた。募集は外来待合室におけるポスター掲示、リーフレット配布、外来主治医への対象者の推薦依頼などによって行った。

(3)エントリーの流れ

研究説明本研究は各研究サイト内の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RCTデザインを採用した。

対象者のエントリーおよび割り付けの流れは以下である。

- ①研究対象者の募集に応じた研究対象者候補者に対して個別もしくは集団にて研究の説明を実施し、その後研究に参加の意思を示したもののから文書による同意を得た。
- ②同意を得た者に統合失調症をもつ人のための神経心理検査である Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia 日本語版(以下 BACS-J)の下位検査である符号課題と流暢性課題を用いてスクリーニングを実施した。スクリーニングのカットオフポイントはそれぞれ健常群の平均値から-0.5SD以下に設定した。
- ③同意が得られ、なおかつスクリーニングを通過したもの（一定の認知機能障害が認められるもの）を性別、年齢、スクリーニング課題（BACS-Jの符号課題および

び流暢性課題)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。

3) 介入方法

(1) 介入群 (=認知機能リハおよび援助付き雇用モデルによる就労支援に参加する群)

① 「Cogpack」日本語版を用いた認知機能リハビリテーション

厚労科研池淵班において開発された認知機能リハビリテーション専用ソフト「Cogpack」日本語版を使い、McGurk, et al. (2005,2007) で実施された「Thinking Skills for Work Program」を参考に下記の認知機能リハビリテーションを実施^{7,8)}。

- ・ 1 回 45～60 分、週 2 回、全 24 回実施。概ね 3 ヶ月 (12 週間) で終了する。
- ・ 最初の 6 セッションで①注意、②集中、③作業速度、④学習、⑤記憶、⑥遂行機能の 6 領域を網羅する。
- ・ その後は対象者の嗜好や支援者の判断で必要と考えられる領域を優先しながら、繰り返しこれらの領域のトレーニングを行う。
- ・ コンピュータトレーニングと実際の就労場面もしくは生活場面の橋渡しを行い、対象者の就労への希望やモチベーションをすくいあげるグループ (言語グループ) をコンピュータトレーニングと並行して週 1 回 60 分程度実施する。

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。介入内容を統一する意味で上記の活動を最低 4 回は実施することとしたが、後述のとおり、各研究サイトによって実施する期間が異なっていることから、この 4 回の実施間隔についてはそれぞれのサイトの事情で設定可、とした。

③ 日本版個別援助付き雇用モデルによる就労支援

【本研究班で実施する日本版個別援助付き雇用モデルのミニマム・リクワイアメント】

- ・ Place then Train モデルであること

→機関内での準備活動は必要最低限におさえ、できるだけ早く実際の仕事の場での体験やトレーニングを提供する

- ・ 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

→利用者のニーズや希望にもとづき、トレーニングを重視したアセスメントやケアプラン作成を実施

→地域生活支援・就労支援に軸においた薬物調整や疾病コントロール (=地域における医療) が相談可能な体制であること

- ・ 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

※所属機関の異同や定期的なミーティングの有無、頻度は問わない

- ・ 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

※CM もアウトリーチできればより良いが必須とはしない。

【本研究班で実施する日本版個別援助付き雇用モデルで必ず実施すべきサポートおよびアクション】

- ・ 認知機能リハビリテーションと就労準備活動が終了後は地域における仕事探しを開始する (対象者の就労へのモチベーションを尊重し、就労準備をだらだらと続けることはしない)。

※今回の介入では認知機能リハと就労準備活動の前後で神経心理検査など臨床関連指標の評価を行うことになっており、ここに求職活動の影響を及ぼさないため、認知機能リハおよび就労準備活動と求職活動は同時に行わない、というプロトコルとなっている。これはあくまで研究プロトコル上設定した条件である。研究班としては、臨床的には認知機能リハおよび就労準備活動と求職活動を同時に実施することは可能であり、

ケースによってはそのほうが望ましいことも多々あると認識していることを強調しておく。

- ・仕事探しは、ケアマネージャと就労支援の専門家がチームを組んで支援を行う。ケアマネージャは少なくとも1週間に1回は面接や電話による相談を行う。
- ・仕事探し中は、実際の仕事探し活動（ハローワークに行く、求人雑誌やチラシを見る、企業見学に行く、実習に参加する、合同面接会に行く、等）を少なくとも2週間に1回は実施できるようにケアマネージャもしくは就労支援の専門家が援助する。必要に応じて地域への同行（アウトリーチ）を積極的に実施する。
- ・仕事探し中には、少なくとも2週間に1回は同時期に求職活動に対象者が集まって、近況報告や仕事に関する相談が行えるようなグループを実施する（就労グループ）。
- ・仕事の維持期は、仕事開始当初は週1回以上、慣れてきてからも少なくとも2週間に1回以上はケアマネージャとの面接や電話での相談を行うことを少なくとも6ヶ月続ける。
- ・仕事の維持期には就労グループへの参加を1ヶ月に1回行うことを奨励する。
- ・必要があれば、転職について相談に乗る。

以上のプロトコルについてまとめたものを表1に示す。

(2) 対照群（＝ブローカー型による就労支援に参加する群）

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。面接は月に1回定期的に実施し、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う。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、これは妨げない

→月1回の定期的な面接が保証されている点などから対照群であったとしても従来の就労

支援より良質の支援が実施されることになるが、倫理的な配慮から上記のようなプロトコルとなった。

4) 調査測定

使用する尺度や評価は下記の通りである。

(1) 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た（特に記述のないものはベースライン時および約4ヶ月後に評価）。

- ①病前の知的機能：JART (Japanese Adult Reading Test) ※ベースラインのみ¹⁰⁾
- ②精神症状：PANSS¹¹⁾ (Positive & Negative Syndrome Scale) (統合失調症の方) もしくは HAM-D¹²⁾ (うつもしくは双極性障害の方)
- ③機能の全体的評価：GAF¹³⁾ (Global Assessment of Functioning Scale)
- ④社会生活能力：LASMI (精神障害者社会生活評価尺度)¹⁴⁾
- ⑤認知機能：BACS-J (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia Japanese Version)¹⁵⁾
- ⑥作業能力：ワークサンプル幕張版「数値チェック」「ナプキン折り」¹⁶⁾

(2) 利用者に対する自記式調査

利用者の主観的 QOL や就労に対する動機付けについて把握するため以下の尺度を用いた（ベースライン時・ベースラインから約4ヶ月後・同1年後、介入群のみ同1年4ヶ月後に評価）。

- ①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た）
- ②就労に対する動機付け尺度¹⁷⁾

(3) カルテによるアウトカム調査

以下の指標についてカルテに基づき情報を収集することとした。

①ベースライン時に情報収集

性別・年齢・教育年数・生活形態・日中の居場所・ICDによる診断名・初発年月・初診年月・過去6ヶ月、12ヶ月の職歴の

有無と有の場合の雇用形態

②ベースライン時、ベースラインから約 4 ヶ月後、同 1 年後に情報収集

(すべて当該調査時点の) 入院月数・デイケア利用歴と月数・薬物療法の内容等

(4) 医療経済的評価

医療経済的な評価を行うため、A 班と同様に以下の 3 種類を用いてデータを収集する。

①レセプト調査

②サービスコード：利用者に対して提供したサービスの内容や量・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内容を記録する。なお、サービスコード票には以下の情報が含まれる：サービスを提供した日時、サービス提供時間・場所、移動時間、サービスを提供したスタッフの職種、サービス内容、診療報酬/障害者自立支援法上報酬位置づけ、スタッフの自己負担。

③CSRI-J：利用者が使用している福祉サービスや所得保障制度など、レセプトからは収集できないコストに関するデータを測定する調査ツール^{18,19)}。A 班と異なり、介入群・対照群ともに 1 ヶ月ごとに評価、就労の有無や期間、仕事の内容など就労関連指標はこの調査票をもって情報収集を行う。((4) については山口による別稿にて報告)。

本項で述べた調査測定 (=臨床関連指標、就労関連指標、および医療経済関連指標) の評価スケジュールについて図 1 に示す。

以上の調査表の詳細は別添を参照のこと。

5) 研究デザインと分析方法

本研究では Randomized Controlled Trial (RCT) デザインを採用している。研究の主な目的は群間の比較であり、主に実施する分析は群と時期を独立変数、各調査測定で得られたデータを従属変数とする分散分析である。

加えて、本研究は 6 つの研究協力機関の多施設共同研究であり、支援サイトごとの研究

体制を精査した結果、6 つのサイトが①医療機関と就労支援機関が緊密な連携を実施、②医療機関の中に就労支援専門員を配置、③就労支援機関の中に生活支援員を配置の 3 つの支援タイプに分類可能と思われた。このため副次的なデータとしてサイトと各調査測定で得られたデータのクロス集計を実施し、支援タイプごとの就労関連指標についても精査を行う。支援タイプと該当する研究協力機関を表 1 に示す。

C. 結果

I. 群別の検討

1) 対象者のフロー

各サイトで説明会を実施し 6 サイトにおいて合計 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) 57 名と仲介型就労支援のみをうける群 (仲介型群) 54 名の 2 群に振り分けられた。その後 CR+SE 群で研究対象外のもの 4 名、同意撤回者 6 名が、また仲介型群では研究対象外のもの 3 名、同意撤回者 4 名が生じ、それぞれのケースから得られたデータは分析データから除外された (研究対象外のものについてはベースライン時データの一部を収集時に研究対象外であることが判明したため、この時点で除外、同意撤回を表明したものについては同意撤回の意思を表明した時点からベースライン時にさかのぼりこの間に得られたデータをすべて除外)。この結果ベースライン時点での分析対象者は CR+SE 群 47 名、仲介型群 47 名、合計 94 名となった。

また研究活動が進む間に CR+SE 群では転居や外来受診の拒否等で研究で定める支援は中断したものの対象者から同意撤回はなかったため対象者の協力が必要ない一部の調査 (主にカルテ調査等) を続行したもの (以下、サービス中断調査続行ケース) が 1 名、死亡したもの 2 名が、また仲介型群ではサービス中断調査続行ケースが 1 名生じた。これらの

ケースについては、得られたデータはすべて分析に含めた。しかしすべての時点でのデータがそろわない分析に含めることができない反復測定による分析ではケースごと除外された。同様に一時的な症状悪化やその他の対象者都合によって一部の評価を実施できなかったケースについてはその部分が欠損値となるため反復測定による分析ではケースごと除外された。対象者のフローについて図2に示す。

2) 群間の等質性の検討

(1) カルテ調査に基づく患者背景

①性別および診断：群と性別および診断についてそれぞれ2(群)×2(男性・女性)および2(群)×3(統合失調症、うつ病、双極性障害)の χ^2 検定を実施した。この結果、群間に有意差はなかった(表1)。

②年齢・罹病期間(年)・累積入院期間(月)：群を独立変数、年齢・罹病期間(年)・累積入院期間(月)の各変数を従属変数として、t検定を実施した。この結果、群間に有意差はなかった(表1)。

(2) 臨床的評価

PANSS・GAF・LASMI・JART：群を独立変数、PANSS(陽性症状、陰性症状、総合精神病理評価)、GAF、LASMI(対人関係領域、労働領域)、JART(全IQ)、過去1年間の就労日数、就労もしくは求職活動に対する動機づけ尺度得点の各変数を従属変数として、t検定を実施した。この結果、GAFについて仲介型群のほうがCR+SE群より有意に得点が高かった。このほかの変数については、有意差はなかった(表1)。

3) 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支援と仲介型就労支援の比較

図1にある評価スケジュールのうち、各群とも研究開始から12ヶ月までのデータ(ベースライン時、4ヶ月時、12ヶ月時の3時点に

おけるデータ)を用い、以下の分析を実施した。なお以下の分析では、ベースライン時に有意差のあったGAF得点を共変量として投入した(GAFそのものの分析を除く)。

(1) 症状・機能評価

①PANSS：群と時期を独立変数、PANSSの陽性症状得点、陰性症状得点、総合精神病理得点、合計得点の各変数を従属変数、ベースライン時のGAF得点を共変量として繰り返しのある二元配置共分散分析を実施したこの結果、いずれの変数についても交互作用に有意差はなかった(図3-6)。

②GAF：群と時期を独立変数、GAF得点を従属変数として繰り返しのある二元配置分散分析を実施した。この結果、交互作用に有意差が見られた(交互作用 $F=6.569$, $p<.01$)。さらに単純主効果の検討を行ったところ、群の単純主効果ではCR+SE群の12ヶ月時がベースライン時および4ヶ月時と比べてそれぞれ有意に得点が高く(ベースライン時vs12ヶ月時： $p<.001$; 4ヶ月時vs12ヶ月時： $p<.05$)、時期の単純主効果ではベースライン時と4ヶ月時でCR+SE群が仲介型群よりも有意に得点が低かった。その他の時点では有意差はなかった(いずれも $p<.05$; 図7)。

③LASMI：群と時期を独立変数、LASMIの対人関係領域と労働領域の各変数を従属変数、ベースライン時のGAF得点を共変量として繰り返しのある二元配置共分散分析を実施したこの結果、いずれの変数についても交互作用に有意差はなかった(図8, 9)。

(2) 認知機能評価

BACS-J：群と時期を独立変数、BACSの各下位領域のz得点およびComposite Score得点を従属変数、ベースライン時のGAF得点を共変量としてとして繰り返しのある二元配置共分散分析を実施した。この結果、言語性記憶、作業記憶、文字流暢性、符号の各課題

と Composite Score 得点について交互作用に有意差が見られた（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, $p<.01$ ）。さらに各変数について以下のように単純主効果の検討を行った。

a 言語性記憶課題：群の単純主効果では CR+SE 群の 4 ヶ月時と 12 ヶ月時においてベースライン時よりも有意に得点が高く（いずれも $p<.001$ ）、仲介型群の 12 ヶ月時においてベースライン時よりも得点が高く有意傾向であった（ $p<.10$ ）。時期の単純主効果では 4 ヶ月時と 12 ヶ月時で CR+SE 群が仲介型群よりも得点が有意に高かった（いずれも $p<.05$ ）。これ以外の時点間、群間に有意差はなかった（図 10）。

b 言語性記憶課題：群の単純主効果では CR+SE 群の 4 ヶ月時と 12 ヶ月時においてベースライン時よりも有意に得点が高かった（4 ヶ月時： $p<.05$ ；12 ヶ月時 $p<.01$ ）。時期の単純主効果では 4 ヶ月時と 12 ヶ月時で CR+SE 群が仲介型群よりも得点が有意に高かった（4 ヶ月時： $p<.05$ ；12 ヶ月時 $p<.01$ ）。これ以外の時点間、群間に有意差はなかった。群の単純主効果では CR+SE 群の 4 ヶ月時と 12 ヶ月時においてベースライン時よりも有意に得点が高かった（いずれも $p<.001$ ）。時期の単純主効果では 12 ヶ月時で CR+SE 群が仲介型群よりも得点が有意に高かった（ $p<.05$ ）。これ以外の時点間、群間に有意差はなかった（図 13）。

d 符号課題：群の単純主効果では CR+SE 群の 4 ヶ月時と 12 ヶ月時においてベースライン時よりも有意に得点が高かった（いずれも $p<.001$ ）。時期の単純主効果では 4 ヶ月時と 12 ヶ月時で CR+SE 群が仲介型群よりも得点が有意に高かった（いずれも $p<.01$ ）。これ以外の時点間、群間に有意差はなかった（図 13）。

e Composite Score：群の単純主効果では CR+SE 群の 4 ヶ月時と 12 ヶ月時において

ベースライン時よりも有意に得点が高く（いずれも $p<.001$ ）、また 12 ヶ月時のほうが 4 ヶ月時よりも有意に得点が高かった（ $p<.05$ ）。仲介型群でも 4 ヶ月時と 12 ヶ月時においてベースライン時よりも有意に得点が高かった（いずれも $p<.05$ ）。時期の単純主効果では 4 ヶ月時と 12 ヶ月時で CR+SE 群が仲介型群よりも得点が有意に高かった（4 ヶ月時： $p<.05$ ；12 ヶ月時 $p<.01$ ）。これ以外の時点間、群間に有意差はなかった（図 17）。

上記に述べた課題以外では交互作用に有意差はなかった（図 12、14、16）。

(3)作業課題

ワークサンプル幕張版：群と時期を独立変数、ワークサンプル幕張版の「数値チェック」および「ナプキン折り」の各課題の正答数を従属変数、ベースライン時の GAF 得点を共変量としてとして繰り返しのある二元配置共分散分析を実施した。この結果、「ナプキン折り」課題の正答数について交互作用に有意差が見られた（F=6.272, $p<.01$ ）。さらに単純主効果の検討を行ったところ、群の単純主効果では CR+SE 群の 4 ヶ月時と 12 ヶ月時においてベースライン時よりも有意に得点が高く（4 ヶ月時： $p<.01$ ；12 ヶ月時 $p<.05$ ）、時期の単純主効果ではベースライン時と 4 ヶ月時で CR+SE 群が仲介型群よりも有意に得点が高かった（4 ヶ月時： $p<.01$ ；12 ヶ月時 $p<.05$ ）。その他の時点では有意差はなかった（図 18、19）。

(4)就労関連指標

①就労率

分析対象となった 94 名のうち、就労の有無が追跡できなかった 1 名を除く 93 名について群と就労の有無について 2×2 の χ^2 検定を実施した。この結果、CR+SE 群は仲介型群に比べて就労したものが有意に多かった（ $\chi^2=15.027$, $p<.001$ 表 3）。

②離職率

①の分析で就労ありとされた 41 名について群と離職の有無について 2×2 の χ^2

検定を実施した。この結果、有意差はなかった（表 4）。

- ③就労回数、合計就労期間、合計就労日数
分析対象となった 94 名のうち、就労の有無が追跡できなかった 1 名を除く 93 名について群を独立変数、就労回数、合計就労期間、合計就労日数の各変数を従属変数として t 検定を行った。この結果、いずれの変数についても CR+SE 群のほうが仲介型群よりも有意に多かった（就労回数： $t=-2.042$ $p<.05$ 、合計就労期間： $t=-2.738$ $p<.01$ 、合計就労日数： $t=-2.389$ $p<.05$ 、表 5）。

④離職回数

①の分析で就労ありとされた 41 名について群を独立変数、離職回数を従属変数として t 検定を実施した。この結果、有意差はなかった（表 6）。

II. 支援サイト別の検討

1) 支援サイト間の等質性の検討

- (1)性別および診断：支援サイトと性別および診断についてそれぞれ 3（サイト）×2（男性・女性）および 3（サイト）×3（統合失調症、うつ病、双極性障害）の χ^2 検定を実施した。この結果、群間に有意差はなかった（表 7）。
- (2)年齢・罹病期間（年）・累積入院期間（月）：サイトを独立変数、年齢・罹病期間（年）・累積入院期間（月）の各変数を従属変数として、一元配置分散分析を実施した。この結果、PANSS 合計得点についてサイト間の平均値に有意差がみられた。シェフェ法による多重比較を実施したところ、「医療機関に就労支援員を配置」する支援タイプである小平・ひだサイトが、「就労支援機関に生活支援員を配置」する支援タイプである国府台・仙台サイトと比べて得点が有意に高かった。また就労もしくは求職活動に対する動機づけ尺度の得点についてもサイト間の平均値に有意差がみられた。シェフェ法による多重比較を実施したところ、「医療機

関に就労支援員を配置」する支援タイプである小平・ひだサイトが他の 2 つの支援タイプと比べて得点が有意に高かった。（表 7）。

2) 就労関連指標

(1)就労率

分析対象となった 94 名のうち、就労の有無が追跡できなかった 1 名を除く 93 名について支援タイプと就労の有無について 3×2 のクロス集計表を作成した。この結果、「就労支援機関に生活支援員を配置」する支援タイプである国府台・仙台サイトでは CR+SE 群に振り分けられた対象者がすべて就労していることが明らかとなった（表 8）。

(2)離職率

(1)の分析で就労ありとされた 41 名について支援タイプと離職の有無について 3×2 のクロス集計表を作成した。この結果、「医療機関に就労支援員を配置」する支援タイプである小平・ひだサイトの仲介型群で離職したものの割合が 80%とやや高い印象であった（表 9）。

- (3)就労回数、合計就労期間、合計就労日数
分析対象となった 94 名のうち、就労の有無が追跡できなかった 1 名を除く 93 名について支援タイプ別に就労回数、合計就労期間、合計就労日数の平均値と標準偏差を算出した。この結果、3 つの変数すべてにおいて「就労支援機関に生活支援員を配置」する支援タイプである国府台・仙台サイトと「医療機関に就労支援員を配置」する支援タイプである小平・ひだサイトが「医療機関と就労支援機関が緊密な連携を実施」する支援タイプである帝京・長岡サイトより回数が多く、日数が長い印象であった（表 10）。

(4)離職回数

(1)の分析で就労ありとされた 41 名について支援タイプと離職の有無について 3×2 のクロス集計表を作成した。この結果、「医療機関に就労支援員を配置」する

支援タイプである小平・ひだサイトでは他の2つのサイトを比べてCR+SE群も仲介型群も平均離職回数が多い印象であった。(表11)。

D. 考察

1) 群間の等質性の検討

群間の比較ではGAF得点について仲介型群のほうがCR+SE群より有意に得点が高かったものの年齢他、その他の変数について有意な差はなかったことから、無作為割付に群分けは概ね成功したと考えらえる。

2) 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支援と仲介型就労支援の比較

(1)群別の検討

本研究の主たる目的は認知機能リハビリテーションと援助付き雇用を一体の新たな支援をとらえ、仲介型の就労支援を比較することで新たな支援の有効性を検討することであった。

臨床関連指標について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したところ、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。これらの変数の3時点の推移について群ごとにみると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。次に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。以上のことから、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。これは先行研究の知見とも一致するものである。

このような臨床関連指標の変化に加えて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ことになる。日本における援助付き雇用に関する先行研究である西尾ら(2008)の報告によればIndividual Placement and Support(IPS)による就労支援を受けた介入群の2年7ヶ月間の就労率は43%ほどであった²⁰⁾。この研究では対象者がAssertive Community Treatment(ACT)の利用者であり、本研究の対象者よりも重症なものであったことから単純な比較は難しいが、厳密にフィデリティが定義されているIPSモデルの就労支援と比べても本研究において実践された援助付き雇用モデルによる就労支援は遜色なく機能したことが推察された。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た。

(2) 支援サイト別の検討

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可能であった。

この支援タイプ別にベースライン時の対象者の臨床像と就労関連指標の結果を整理した結果、ベースライン時においては、「医療機関に就労支援員を配置」する支援タイプである小平・ひだサイトにおいて PANSS の合計得点が高く、動機づけ尺度の得点も高かった。このことから小平・ひだサイトでは就労に対する動機づけは高いものの精神症状が悪い対象者が多く、他サイトと比べて就労率等の就労関連指標において成果が上げづらいことが予想された。

1 年後の就労関連指標をみると、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」する支援タイプである国府台・仙台サイトであり、その就労率は 100% であった。次いで就労率がよかったのはベースライン時では苦戦が予想された小平・ひだサイトであり CR+SE 群の就労率は 50% であった。従来の就労支援体制の枠組みを活用し、より強固な連携をめざした「医療機関と就労支援機関が緊密な連携を実施」する支援タイプであった帝京・長岡における CR+SE 群の就労率は 35.7% であった。また就労回数、合計就労期間、合計就労回数についても国府台・仙台サイトがもっとも多いか長く、次いで小平・ひだサイト、帝京・長岡サイトの順であった。離職回数については、支援タイプ別にみると分析対象が非常に少なく平均値をとる意味あいはいはあまりないと思われたが、参考値として示す。

支援タイプ別の就労関連指標については、3 要因の分析（例えば 3 支援タイプ×2 群×就労の有無）となるにも関わらず、対象者を分析することで独立変数の各水準に当てはまる対

象者数が少なくなり検定力が落ちることから検定は実施していない。このため、現時点では印象の域を出ない。しかし「就労支援機関に生活支援員を配置」する支援タイプは非常に有効であり、また「医療機関に就労支援員を配置」支援タイプがそれに準じる結果であったことから、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。Cook ら（2005）

は Employment Intervention

Demonstration Program Measure を示し、精神障害者に対するより良い就労支援のために「精神保健サービスと就労サービスの両スタッフは、同一建物内で勤務」「両サービス

（注：精神保健サービスと就労サービス）は同一の機関によって提供」といった事柄を推奨している²¹⁾。本研究はこうした指摘が当て

はまる結果となった。一方で「医療機関と就労支援機関が緊密な連携を実施」する支援タイプでも CR+SE 群で 35% 程度の就労率が示された。例えば厚生労働省による「身体障害者、知的障害者及び精神障害者就業実態調査」によれば精神障害者の就労率は 17.3% とされており²²⁾、この数値に比べると上記支援タイプで得られた就労率は高いものを言える。本研究では医療支援、就労支援、生活支援の統合を目指して研究費を用いて支援体制を整え、上述のような結果を得ることができた。今後、研究班としてはこの成果を踏まえて、現行の精神保健医療福祉システムに変化を促していく予定である。しかし現時点でも例えば大きな予算はないが、これから就労支援に取り組みたいと考えている医療機関に対して、帝京・長岡サイトの実践を伝えることは有効な就労支援を普及する第一歩として有用と考えられた。

E. 結論

重症の精神障害をもつ人に対し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支援の効果検討研究の結果について

て報告した。

考察で述べたように、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支援は重い精神障害をもつ人の認知機能を改善し、その後の就労と就労の維持に有効であることが示された。平成 30 年 4 月には精神障害者の雇用義務化も予定される中、本研究の結果は多くの医療機関や支援機関の実践に役立つ情報を提供できると考えられる。

今後は研究班による活動から得られた知見をまとめ、全国に普及可能な『日本版援助付き雇用モデル』のガイドラインを作成し、認知機能リハビリテーションや援助付き雇用の普及を行っていく予定である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

・ Sato S, Iwata K, Furukawa S, Matsuda Y, Hatsuse N, Ikebuchi E: The effects of the combination of cognitive training and supported employment on improving clinical and working outcomes for people with schizophrenia in Japan. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10: 18-27, 2014.2.

・ 佐藤さやか: 認知機能リハビリテーション. *Schizophrenia Frontier*, 13(1):53-57, 2012.

2. 学会発表

・ Sato S, Iwata K, Furukawa S, Matsuda Y, Hatsuse N, Watanabe Y, Ikebuchi E: The examination on clinical characteristics of schizophrenia that contribute to the effects of cognitive remediation therapy using the “Cogpack” software. *American Psychiatric Association 166th Annual Meeting 2013*, San Francisco, US, 2013. 5. 21.

・ 坂田増弘, 大島真弓, 大迫充江, 富沢明美, 伊藤明美, 佐藤さやか, 伊藤順一郎: (独) 国立精神・神経医療研究センター「地域精

神科モデル医療センター」活動報告～ナショナルセンター病院が地域ケアに挑戦した 3 年間で達成した事、難しかった事～. *日本精神リハビリテーション学会 第 21 回沖縄大会*, 沖縄, 2013.11.29.

・ 大迫充江, 大島真弓, 伊藤孝子, 高島智昭, 西元麻実, 仲島友子, 清澤康伸, 柴田菜生, 朝波千尋, 坂田増弘, 佐藤さやか, 伊藤順一郎: デイケアにおける就労後の継続支援～働きたい希望が実現した後、新たな希望につながるかわり～. *日本精神リハビリテーション学会 第 21 回沖縄大会*, 沖縄, 2013.11.30.

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) 厚生労働省: 身体障害者、知的障害者及び精神障害者就業実態調査の調査結果について. 厚生労働省. 東京, 2008. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/01/dl/h0118-2a.pdf>
- 2) Becker, D. R., Bond, G. R., McCarthy, D., et al. Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatric Services*, 52: 351–357, 2001.
- 3) Crowther R, Marshall M, Bond Gary R, et al. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2, 2001.
- 4) Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, et al: The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1):48-70, 2010.
- 5) Arbesman M, Logsdon DW: Occupational therapy interventions for employment

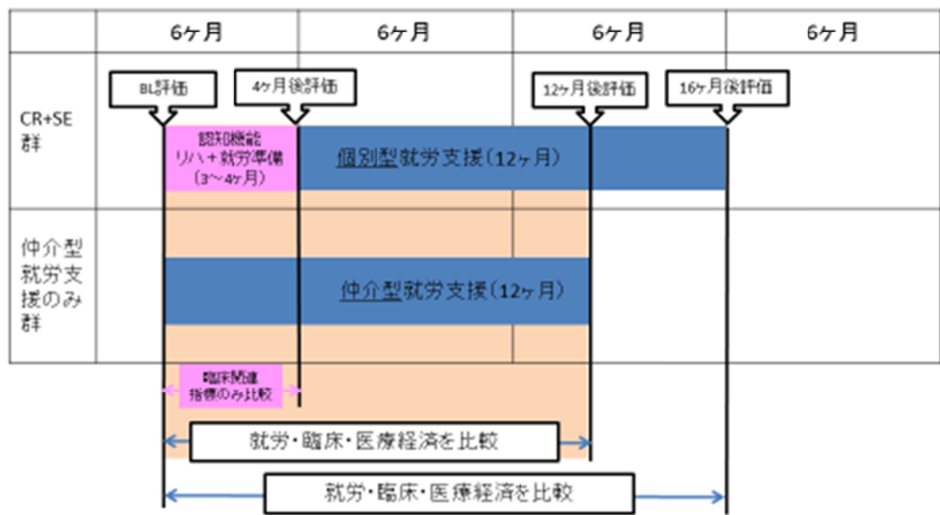
- and education for adults with serious mental illness: a systematic review. *American Journal of Occupational Therapy* 65(3):238-246, 2011.
- 6) Wykes T, Huddy V, Cellard C, et al. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry* 168(5):472-485, 2011.
- 7) McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A: Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin* 31(4):898-909, 2005.
- 8) McGurk SR, Mueser KT, Feldman K, et al: Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 164(3):437-441, 2007.
- 9) 池淵恵美：厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究（精神分野）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平成 22 年度 総括・分担研究報告書。2011.
- 10) 宇野木康子：精神障害者の個別的就労支援方式（IPS）の導入をめぐる課題（三）—高齢・障害者雇用支援機構のモデル事業を手がかりに—。 *社会関係研究* 15(2)；43-93, 2010.
- 11) 植月美希, 松岡恵子, 金吉晴, 他：日本語版 National Adult Reading Test (JART) を用いた統合失調症患者の発病前知能推定の検討。 *精神医学* 48(1):15-22, 2006.
- 12) 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.
- 13) 稲田俊也, 八木剛平, 中根允文：ハミルトンうつ病評価尺度：その歴史と用法。 *精神科診断学* 6：61-71, 1995.
- 14) 高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸(訳)：DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院, 東京, 1996.
- 15) 岩原晋也, 宮内勝, 大島巖, 他：精神障害者社会生活評価尺度の開発。信頼性の検討（第 1 報）。 *精神医学* 36：1139-1151, 1994.
- 16) 兼田康宏, 住吉太幹, 中込和幸, 他：統合失調症認知機能簡易評価尺度日本語版 (BACS-J)。 *精神医学* 50：913-917, 2008.
- 17) 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構：ワークサンプル幕張版実施マニュアル。平河工業社, 千葉, 2008.
- 18) 最上多美子, 中込和幸, 亀島信也：内発的動機付け尺度 (Intrinsic Motivation Inventory) 日本語版作成。日本心理学会第 73 回大会発表論文集, 2009.
- 19) 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.
- 20) 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.
- 21) 小川ひかる, 石井雅也, 西尾 雅明, 久永文恵, 香田真希子, 伊藤順一郎：ACT-J における IPS モデルによる就労支援。厚生労働科学研究費補助金（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型地域生活支援プログラムの開発に関する研究平成 18 年度総括・分担研究報告書, 81-90. 2007.
- 22) 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.

23)厚生労働省：身体障害者、知的障害者及び精神障害者就業実態調査の調査結果について. 2012 年 4 月 30 日.

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/01/dl/h0118-2a.pdf>

図1 評価スケジュール



4

表1 支援タイプの定義と該当する機関

医療機関と就労支援機関が緊密な連携を実施	帝京・長岡	(n=27)
医療機関の中に就労支援専門員を配置	小平・ひだ	(n=33)
就労支援機関の中に生活支援員を配置	国府台・仙台	(n=34)

図2 対象者のフローチャート

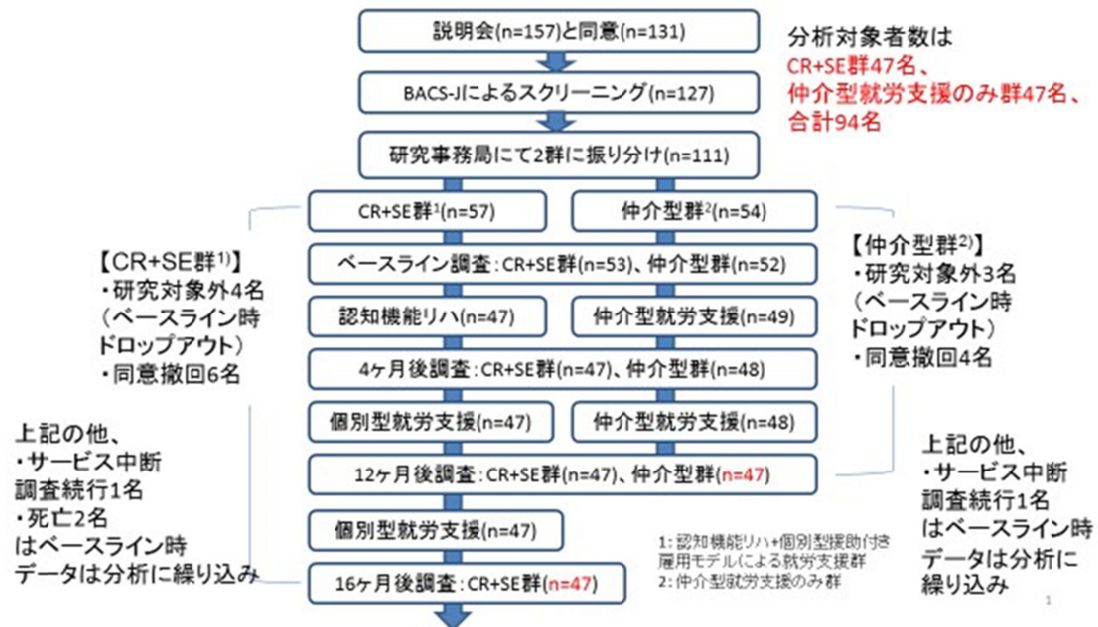


表2 群別にみるベースライン時データ

(n=94)	CR+SE群		仲介型のみ群		t検定/ χ ² 検定 p値
	(n = 47)		(n = 47)		
	平均値	(SD)	平均値	(SD)	
年齢	34.83	(6.96)	34.49	(6.84)	n.s.
罹病期間 (年) ¹⁾	10.76	(7.76)	11.29	(6.09)	n.s.
累積入院期間 (月) ¹⁾	5.38	(10.53)	3.97	(8.55)	n.s.
PANSS合計得点 ²⁾	61.78	(17.53)	58.49	(15.35)	n.s.
GAF得点	49.75	(8.01)	54.43	(11.23)	0.022
LASMI対人関係	14.83	(8.55)	14.60	(7.36)	n.s.
LASMI労働	13.28	(6.27)	14.32	(5.30)	n.s.
JART (病前知能)	104.15	(10.52)	101.16	(9.29)	n.s.
過去1年間の就労日数 ³⁾	63.83	(111.90)	47.20	(89.88)	n.s.
就労もしくは求職活動に対する動機づけ	3.39	(0.89)	3.71	(0.99)	n.s.
男性/女性	28/19		30/17		n.s.
統合失調症/大うつ病/双極性障害	39/5/3		42/2/3		n.s.

1)CR+SE群47名、仲介型のみ群46名

2)CR+SE群41名、仲介型のみ群42名 (HAM-Dで評価したものを除いたため)

3)CR+SE群46名、仲介型のみ群46名

図3 群別にみるベースライン時、4ヶ月後、12ヶ月後のPANSS 陽性症状得点

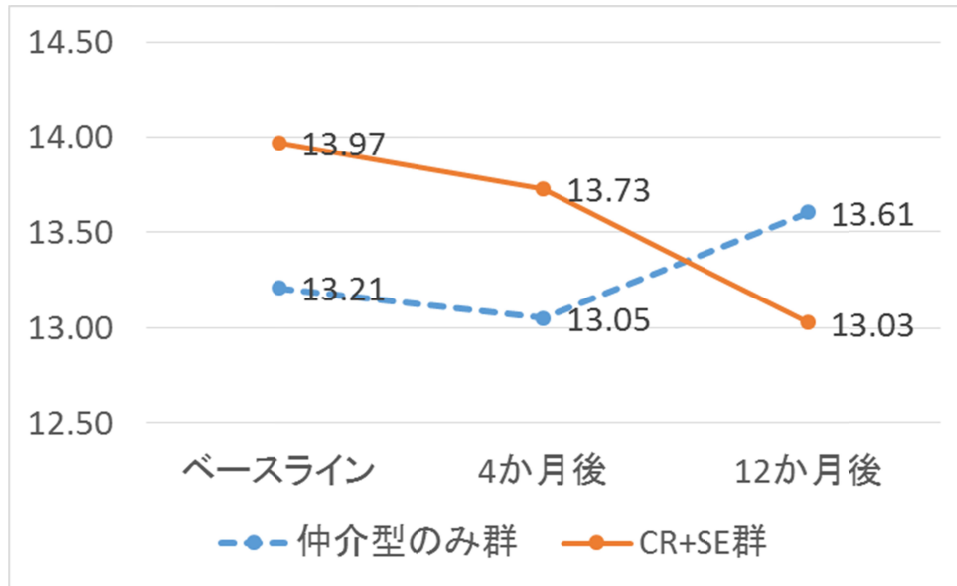


図4 群別にみるベースライン時、4ヶ月後、12ヶ月後のPANSS 陰性症状得点

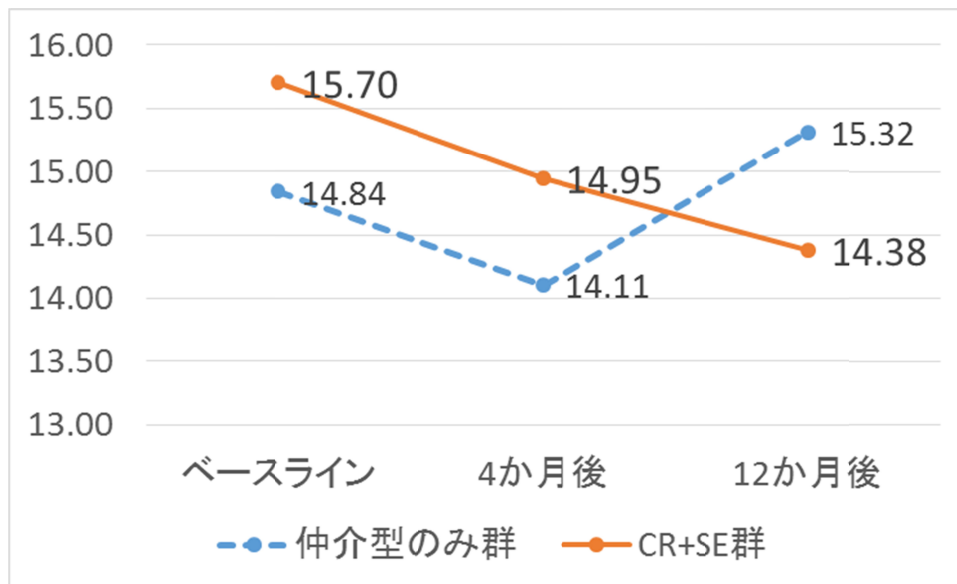


図5 群別にみるベースライン時、4ヶ月後、12ヶ月後のPANSS 総合精神病理得点

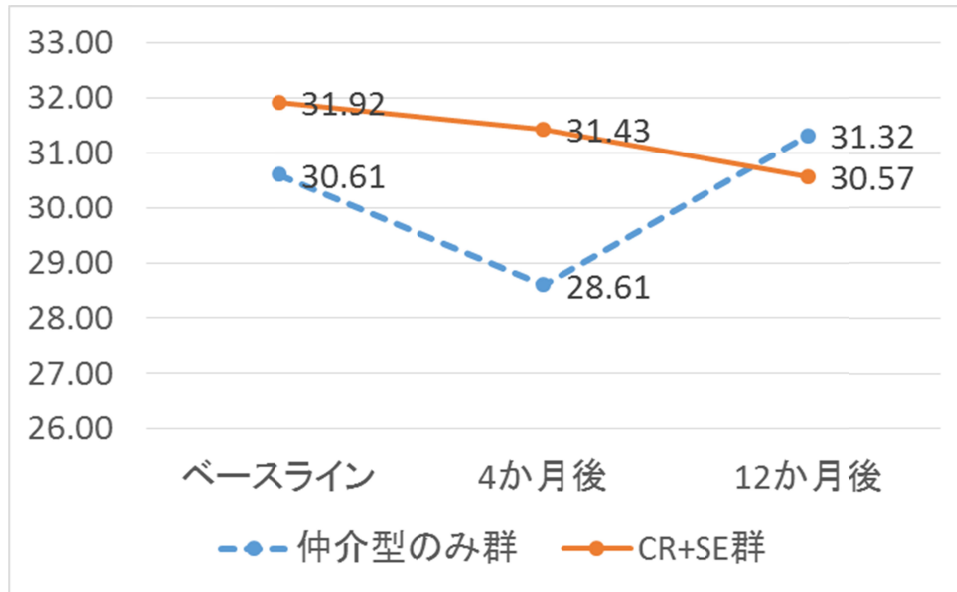


図6 群別にみるベースライン時、4ヶ月後、12ヶ月後のPANSS 合計得点

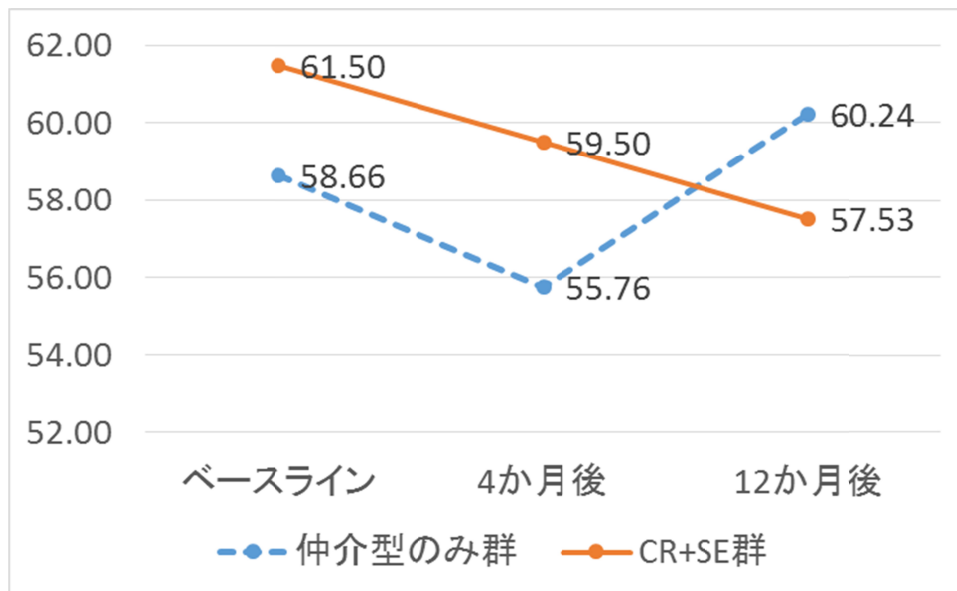


図7 群別にみるベースライン時、4ヶ月後、12ヶ月後のGAF得点(交互作用F=6.569, p<.01)

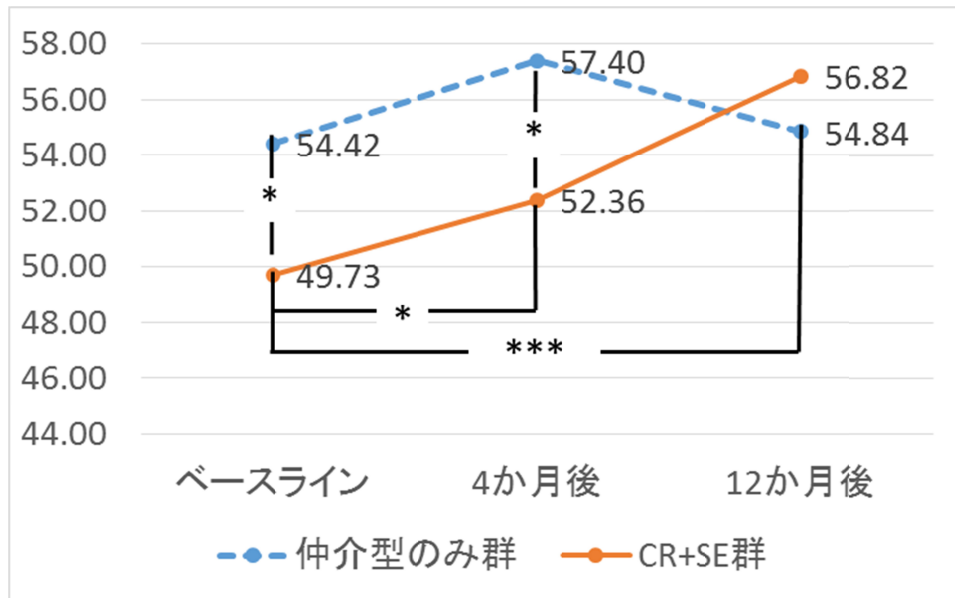


図8 群別にみるベースライン時、4ヶ月後、12ヶ月後のLASMI 対人関係得点

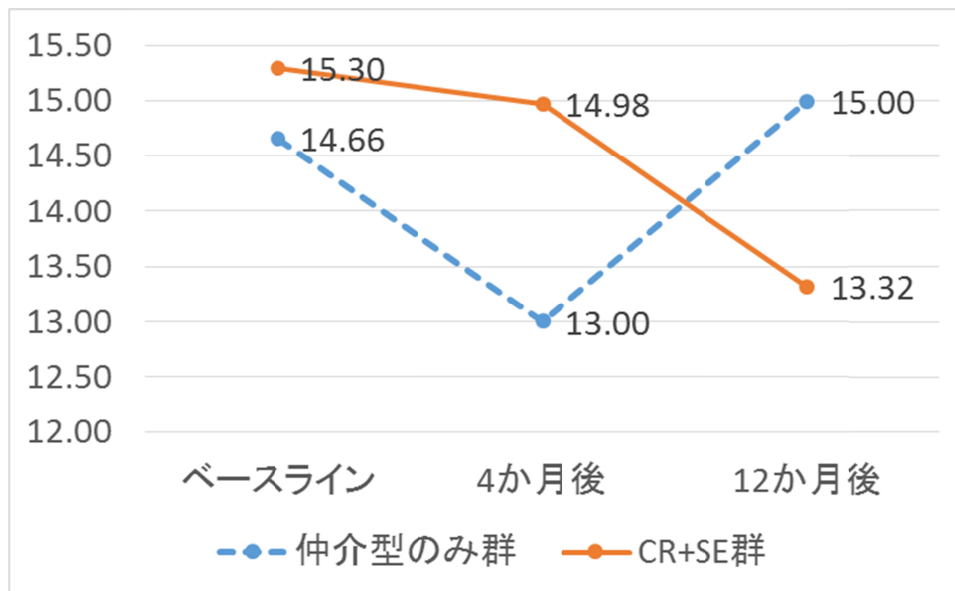


図9 群別にみるベースライン時、4ヶ月後、12ヶ月後のLASMI 対人関係得点

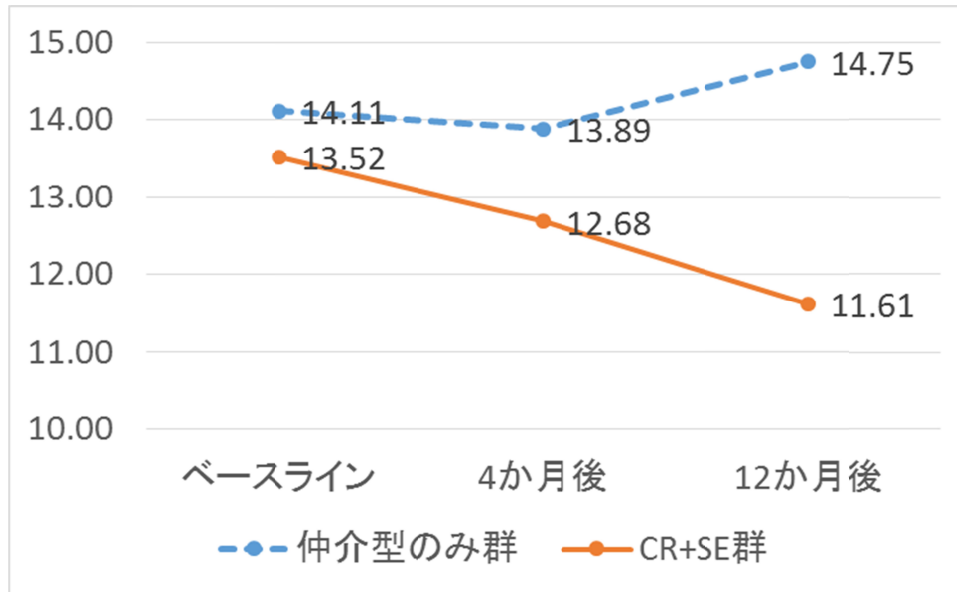


図10 群別にみるベースライン時、4ヶ月後、12ヶ月後のBACS 言語性記憶課題z得点（交互作用 $F=4.674$, $p<.05$ ）

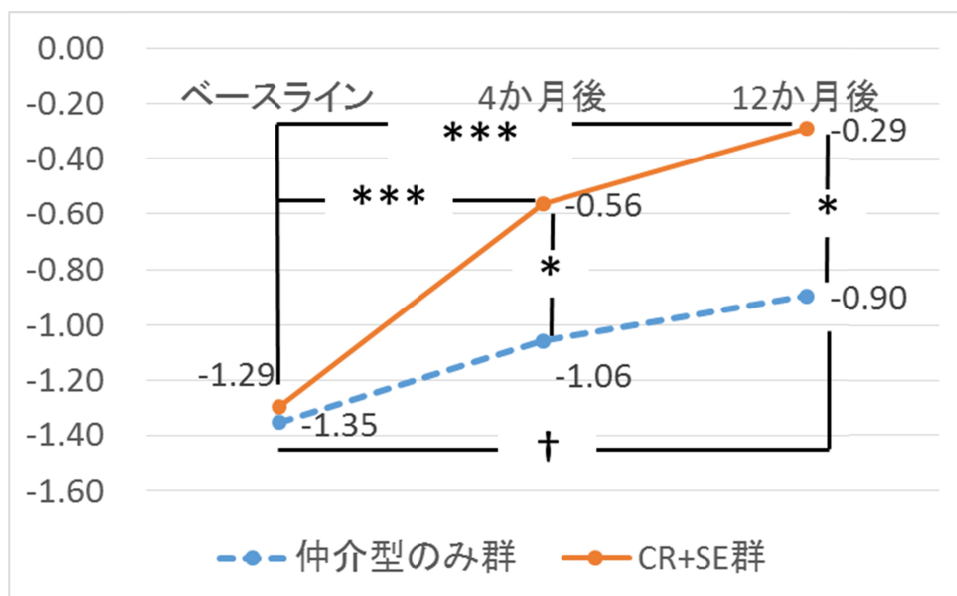


図 11 群別にみるベースライン時、4 ヶ月後、12 ヶ月後の BACS 作業記憶課題 z 得点 (交互作用 $F=3.971$, $p<.05$)

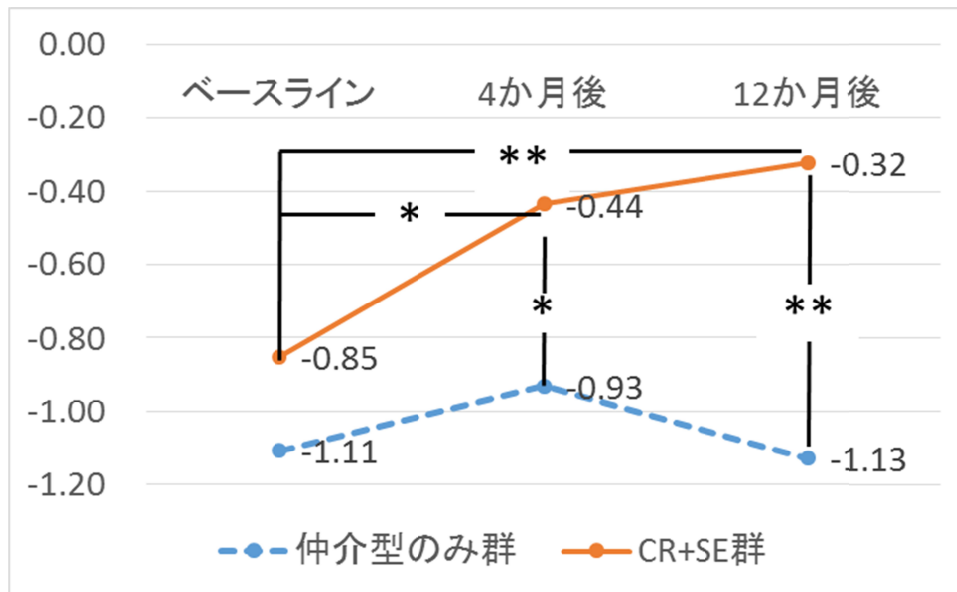


図 12 群別にみるベースライン時、4 ヶ月後、12 ヶ月後の BACS 語流暢性課題 z 得点

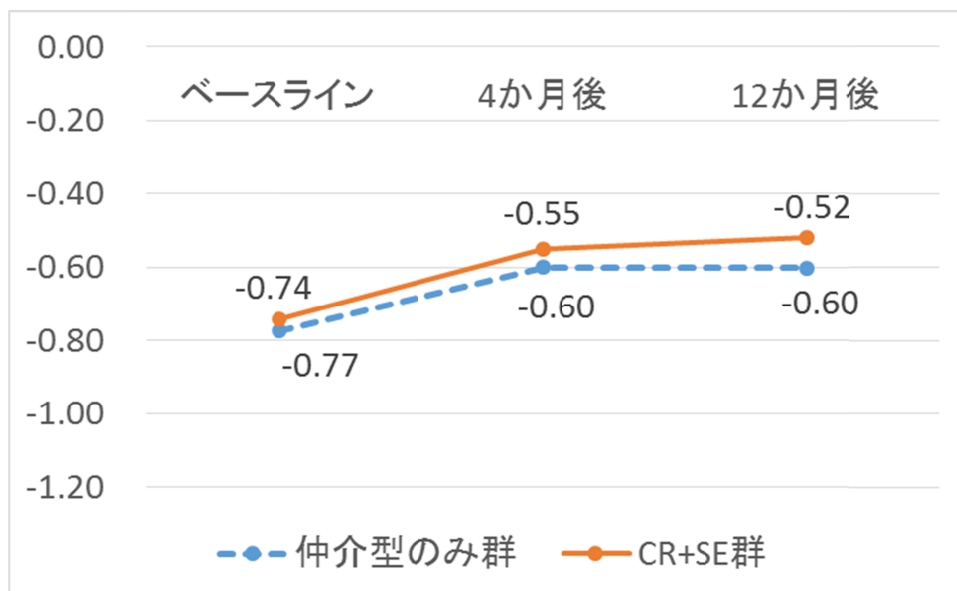


図 13 群別にみるベースライン時、4 ヶ月後、12 ヶ月後の BACS 文字流暢性課題 z 得点（交互作用 $F=6.240$, $p<.01$ ）

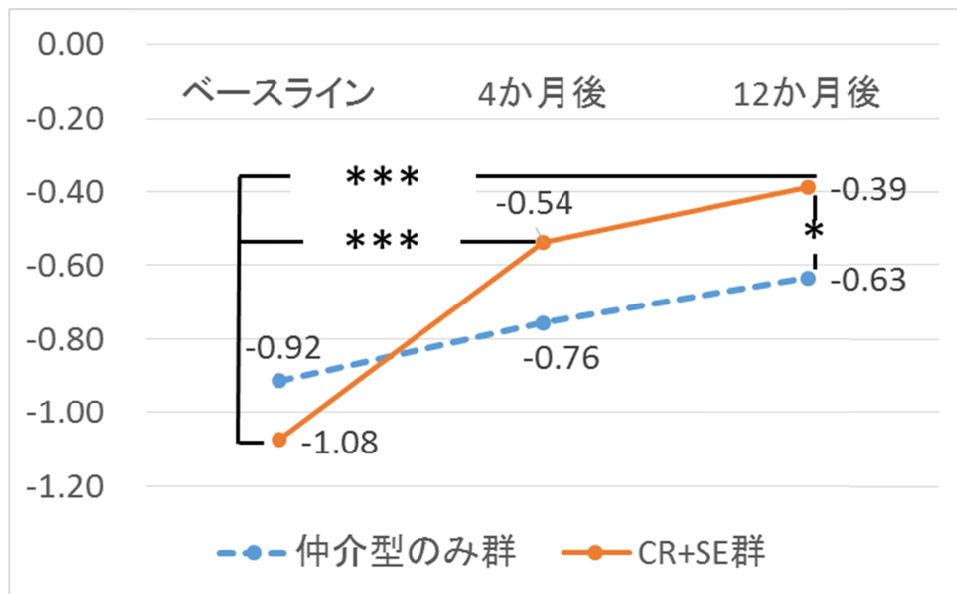


図 14 群別にみるベースライン時、4 ヶ月後、12 ヶ月後の BACS トークン運動課題 z 得点

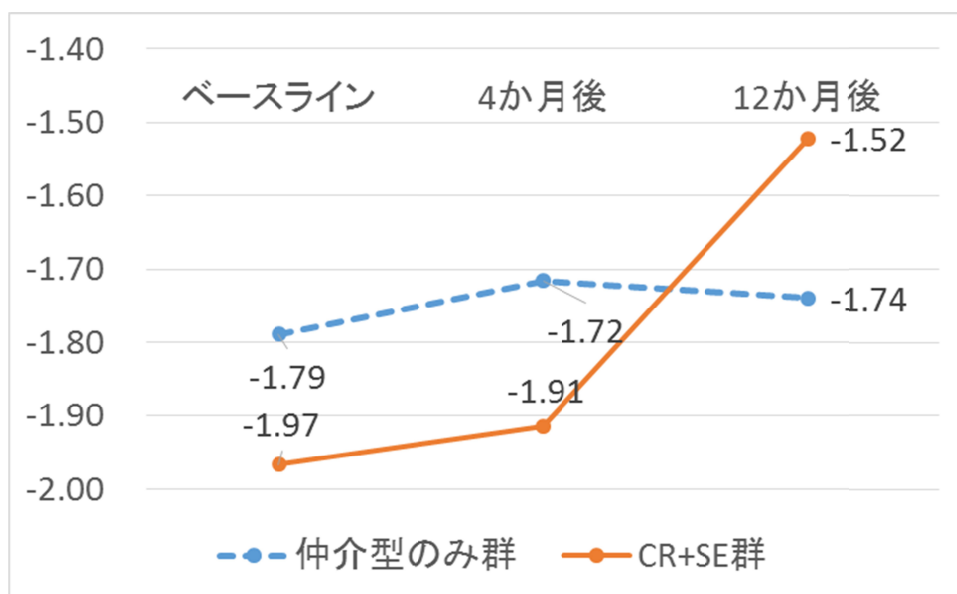


図 15 群別にみるベースライン時、4 ヶ月後、12 ヶ月後の BACS 符号課題 z 得点 (交互作用 $F=6.771$, $p<.01$)

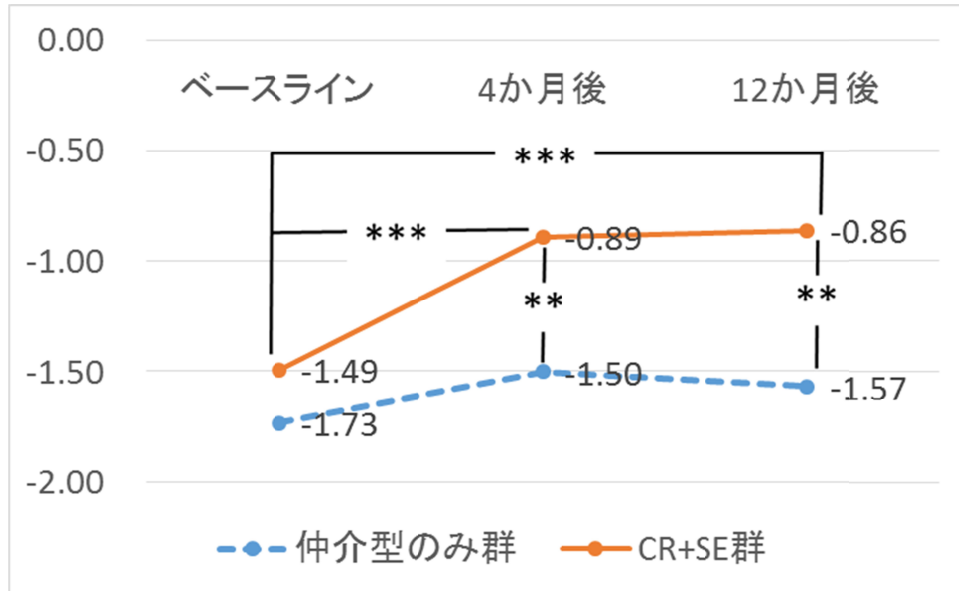


図 16 群別にみるベースライン時、4 ヶ月後、12 ヶ月後の BACS ロンドン塔課題 z 得点

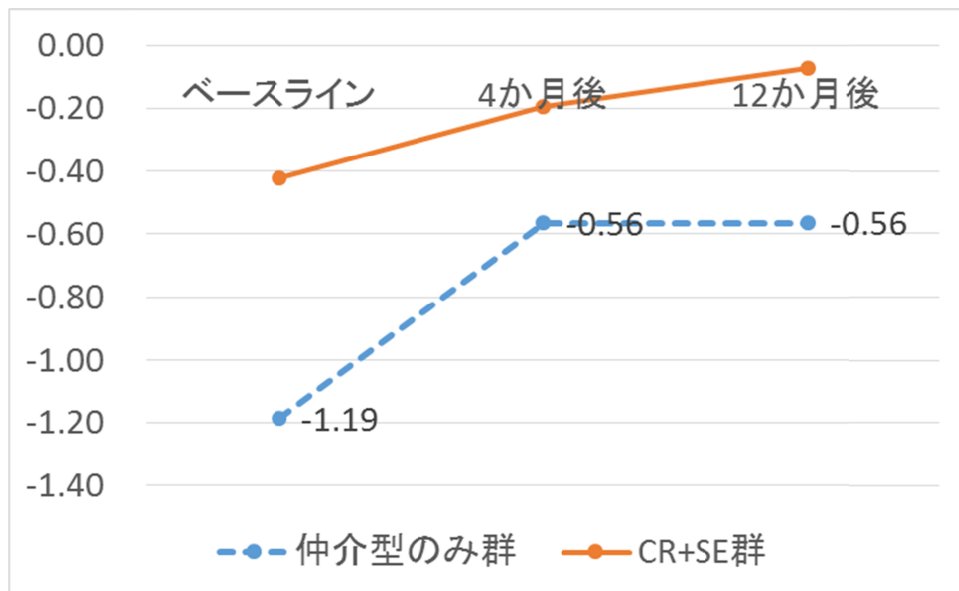


図 17 群別にみるベースライン時、4 ヶ月後、12 ヶ月後の BACS Composite Score (交互作用 $F=6.753$, $p<.01$)

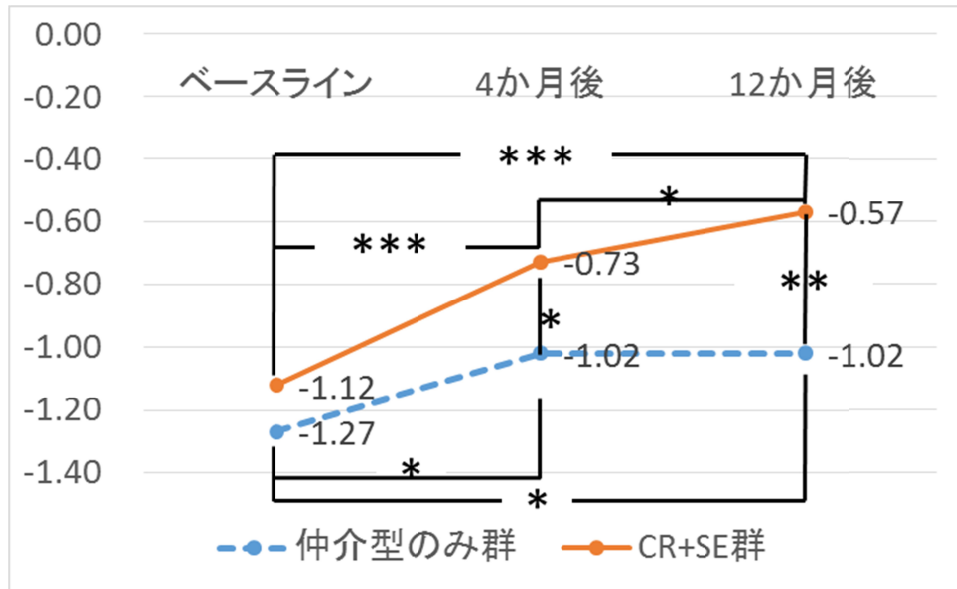


図 18 群別にみるベースライン時、4 ヶ月後、12 ヶ月後のワークサンプル幕張版「数値チェック」課題正答数

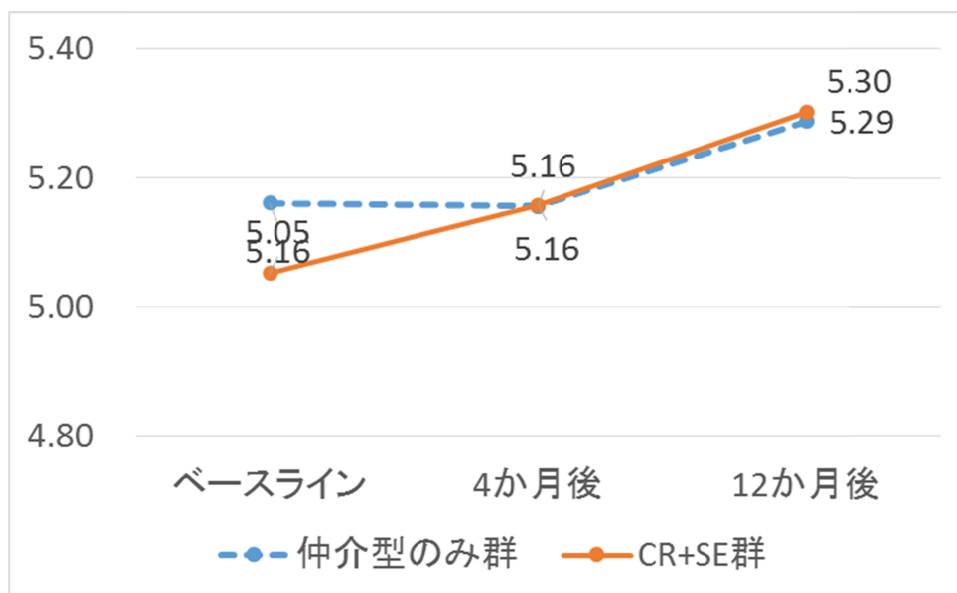


図 19 群別にみるベースライン時、4 ヶ月後、12 ヶ月後のワークサンプル幕張版「ナプキン折り」課題正答数

(交互作用 $F=6.272$, $p<.01$)

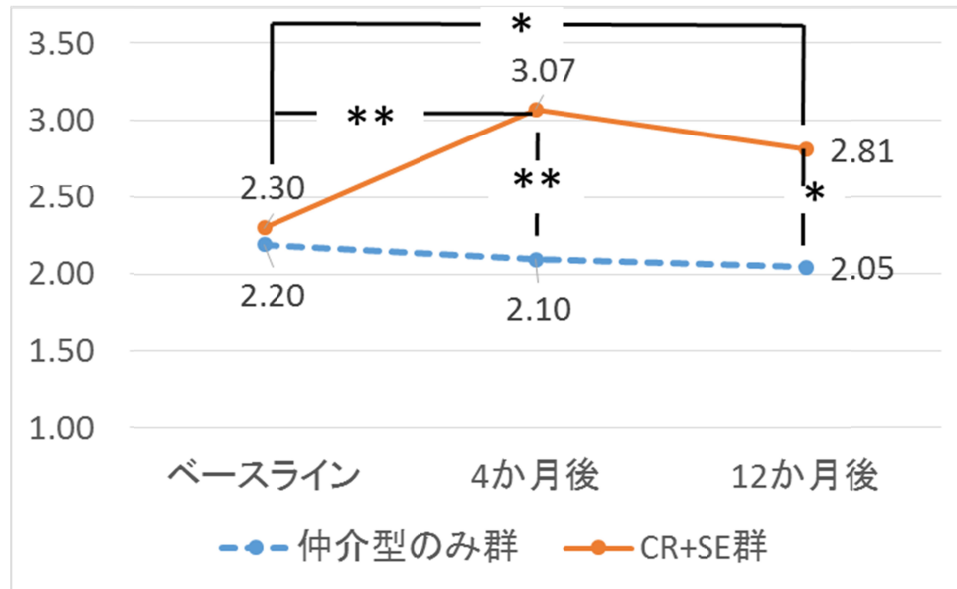


表 3 群別にみる就労者数および就労率 ($\chi^2=15.027$, $p<.001$)

(n=93)	CR+SE群		仲介型のみ群		合計	
	度数	%	度数	%	度数	%
就労あり	30	63.8	11	23.9	41	44.1
就労なし	17	36.2	35	76.1	52	55.9
合計	47	100.0	46	100.0	93	100.0

表 4 群別にみる離職者数および離職率

(n=41)	CR+SE群		仲介型のみ群		合計	
	度数	%	度数	%	度数	%
離職あり	10	33.3	7	63.6	17	41.5
離職なし	20	66.7	4	36.4	24	58.5
合計	30	100.0	11	100.0	41	100.0

表5 群別にみる就労回数、合計就労期間および合計就労日数

(n=93)	CR+SE群 (n=47)		仲介型のみ群(n=46)		t値	
	平均値	(SD)	平均値	(SD)		
就労回数	0.79	(0.86)	0.41	(0.91)	-2.042	*
合計就労期間	82.23	(88.28)	33.63	(82.87)	-2.738	**
合計就労日数	48.43	(52.98)	21.65	(55.05)	-2.389	*

表6 群別にみる離職回数

(n=17)	CR+SE群		仲介型のみ群		t値
	平均値	(SD)	平均値	(SD)	
離職回数	1.40	(0.966)	2.00	(1.155)	1.164

表7 支援タイプ別にみるベースライン時データ

(n=94)	帝京・長岡		小平・ひだ		国府台・仙台		F検定/ χ ² 検定
	(n = 27)		(n = 33)		(n = 34)		p値
	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	
年齢	35.26	7.471	33.82	6.267	35.00	7.041	n.s.
罹病期間 (年) ¹⁾	10.56	7.365	11.16	6.283	11.21	7.356	n.s.
累積入院期間 (月) ¹⁾	5.70	10.222	3.92	9.506	4.66	9.349	n.s.
PANSS合計得点 ²⁾	58.91	14.960	65.60	17.653	55.19	15.087	0.043 ⁴⁾
GAF得点	49.26	9.293	52.70	11.414	53.74	8.757	n.s.
LASMI対人関係	15.44	8.050	14.36	9.134	14.47	6.698	n.s.
LASMI労働	14.19	6.115	13.52	6.325	13.76	5.135	n.s.
JART (病前知能)	102.37	9.747	103.77	9.922	101.79	10.412	n.s.
過去1年間の就労日数 ³⁾	32.07	66.742	80.75	127.270	50.21	93.422	n.s.
就労もしくは求職活動 に対する動機づけ	3.03	0.468	4.17	1.002	3.35	0.876	0.000 ⁵⁾
男性/女性	14/13		23/10		21/13		n.s.
統合失調症/大うつ病/双極性障害	22/2/3		30/2/1		29/3/2		n.s.

1)帝京・長岡26名、小平・ひだ33名、国府台・仙台34名

2)帝京・長岡22名、小平・ひだ30名、国府台・仙台31名 (HAM-Dで評価したものを除いたため)

3)帝京・長岡27名、小平・ひだ32名、国府台・仙台33名

4)小平・ひだ>国府台・仙台

5)小平・ひだ>帝京・長岡、国府台・仙台

表 8 支援タイプ別にみる就労者数および就労率

(n=93)	帝京・長岡 (n=27)				小平・ひだ(n=33)				国府台・仙台(n=33)			
	CR+SE群		仲介型のみ群		CR+SE群		仲介型のみ群		CR+SE群		仲介型のみ群	
	(n=14)		(n=13)		(n=16)		(n=17)		(n=17)		(n=16)	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
就労あり	5	35.7	2	15.4	8	50.0	5	29.4	17	100.0	4	25.0
就労なし	9	64.3	11	84.6	8	50.0	12	70.6	0	0.0	12	75.0

表 9 支援タイプ別にみる離職者数および離職率

(n=41)	帝京・長岡 (n=7)				小平・ひだ(n=13)				国府台・仙台(n=21)			
	CR+SE群		仲介型のみ群		CR+SE群		仲介型のみ群		CR+SE群		仲介型のみ群	
	(n=5)		(n=2)		(n=8)		(n=5)		(n=17)		(n=4)	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
離職あり	2	40.0	1	50.00	2	25.00	4	80.00	6	35.3	2	50.0
離職なし	3	60.0	1	50.00	6	75.00	1	20.00	11	64.7	2	50.0

表 10 支援タイプ別にみる就労回数、合計就労期間および合計就労日数

(n=93)	帝京・長岡 (n=27)				小平・ひだ(n=33)				国府台・仙台(n=33)			
	CR+SE群		仲介型のみ群		CR+SE群		仲介型のみ群		CR+SE群		仲介型のみ群	
	(n=14)		(n=13)		(n=16)		(n=17)		(n=17)		(n=16)	
	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)
就労回数	0.43	(0.65)	0.31	(0.63)	0.81	(1.28)	0.71	(1.31)	1.06	(0.24)	0.19	(0.40)
合計就労期間	44.64	(81.11)	27.85	(99.80)	92.75	(105.04)	42.41	(79.13)	103.29	(69.97)	29.00	(76.28)
合計就労日数	27.71	(50.81)	20.00	(71.21)	57.13	(62.68)	26.24	(50.38)	57.29	(41.90)	18.13	(47.83)

表 11 支援タイプ別にみる離職回数

(n=17)	帝京・長岡 (n=3)				小平・ひだ(n=6)				国府台・仙台(n=8)			
	CR+SE群		仲介型のみ群		CR+SE群		仲介型のみ群		CR+SE群		仲介型のみ群	
	(n=2)		(n=1)		(n=2)		(n=4)		(n=6)		(n=2)	
	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)
離職回数	1.00	(0.00)	2.00	-	2.50	(2.12)	2.50	(1.29)	1.17	(0.41)	1.00	(0.00)

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：サービスコード票を用いたプロセス調査

研究分担者：佐藤さやか¹⁾

研究協力者：○山口創生¹⁾、下平美智代¹⁾、種田綾乃¹⁾、市川健¹⁾、吉田光爾¹⁾

研究協力機関：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、帝京大学医学部附属病院、ひだクリニック、
長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）

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

要旨

本研究は、日本版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 つのカテゴリーに分けて分析を行った。結果から、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：医療機関型=3,452 分、連携型=6,509 分、地域事業者型=10,887 分）。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。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（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=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。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。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なる。

A. 研究の背景

精神障害者の就労支援は国際的な課題である^{1,2)}。我が国では、障害者雇用促進法の改正とともに障害者雇用状況が改善されてきた。特に2005年の同法改正で精神障害者の雇用が雇用率に算定可能になって以来、精神障害者の就労者数は大幅に増加している。2012年度に公共職業安定所（以下、ハローワーク）を利用した精神障害者における就職件数は23,861件に達している³⁾。

他方、ハローワーク利用者における障害の程度は不明であり、ハローワークを利用して就労した人は、自力でハローワークにいけるぐらい障害が軽い人であった可能性もある。また、ハローワークにおいて紹介される求人は、障害者を雇った際に、障害者雇用促進法の雇用率に算定される週20時間以上の労働を課す職務内容が多いことから、特に重度の精神障害を持つ者にとっては、専門家による支援なしに自身の好みやニーズに合う仕事を見つけることが容易でないかもしれない。

就労を希望する精神障害者が利用する障害者総合支援法の就労移行支援事業所は、利用者の一般就労（福祉施設内において最低賃金以下で雇われる等の保護的／福祉的就労ではなく、一般的事業所での雇用）への移行に向けた支援が機能してないことがめずらしくない。厚生労働省による調査では、2010年度に登録されていた全国972の就労移行支援事業所のうち、約半分の436施設において、1人の利用者も一般就労に移行できていないことが明らかになっている⁴⁾。また、近年、精神科デイケアでも就労支援への関心が高まっているが、厚生労働省による2011年度患者調査では、対象となった患者の84%（n=532）は、デイケアの利用期間が3年を超えており、デイケアの利用が地域移行や継続的な就労に結びついてない可能性を示唆している⁵⁾。換言すると、重度の精神障害を持った人への効果的な就労支援の普及が大きな課題といえる。

近年、欧米を中心に重度の精神障害者の就労に効果的な実践としてエビデンスを蓄積しているのは、援助付き雇用である。特に個別対応とアウトリーチをベースとした就労支援とケアマネジメントをベースにした生活・医療支援を統合したIndividual placement and support（以下IPS）は、多くの研究でその効果が実証されている^{5,6)}。日本でもIPSを志向する援助付き雇用のモデルが、従来型に比べ、より良い就労アウトカムをもたらすとする知見が報告されている⁷⁾。

欧米では、援助付き雇用に関するエビデンスの十分な蓄積から、研究の関心はすでに医療経済評価や普及のための研究、あるいはプロセス評価に移行している。プロセス調査に関して、McGuireらは、請求書のデータベースからIPS利用者におけるサービス利用回数（スタッフとのコンタクト回数）を把握し、濃密な（集中的な）サービスがより良い就労アウトカムと関係する可能性を指摘している⁸⁾。しかしながら、McGuireらの研究はコンタクト回数を指標として使用しており、サービス濃度という意味で、より重要なサービス提供時間については触れていない。さらに、2014年3月15日に学術データベースMEDLINE, PsychINFO, EMBASEで検索した結果、国際的に援助付き雇用におけるサービス提供時間を把握した研究はなかった。また、日本においては、援助付き雇用に関するプロセス調査自体が、現在まで取り組まれていない。

そこで、本研究は、日本版援助付き雇用におけるサービス内容を把握することを目的に、6サイトのスタッフが自身の提供したサービスについて、その内容と時間をサービスコード票に記録するプロセス調査を行った。本研究の具体的な目的を以下に整理する。

1. 日本版援助付き雇用におけるサービス内容やサービス提供時間を把握し、どのよう

なサービスに時間が費やされているかを検証すること

2. 月ごとのサービス内容とサービス提供時間の推移を把握し、追跡期間におけるサービスの濃度の変化を検証すること
3. 研究対象者を就労者と未就労者に分け、両者の就職前あるいは就労中のサービス提供時間を比較し、就労アウトカムに関係する要因を検証すること

B. 方法

1. 対象者

本研究者の対象者は、認知機能リハビリテーション（以下、認知リハ）と日本版援助付き雇用の効果を測定する無作為化比較臨床研究（以下 RCT: Randomised controlled trial）における参加者のうち、介入群に振り分けられた 53 名であり、47 名が分析対象となった（脱落率：9.4%）。研究対象者の導入基準やスクリーニング、選定方法などは RCT に準ずる（佐藤らのアウトカム評価報告 参照）。

2. 支援タイプ

本研究では、6 つの研究協力機関を 3 つの支援タイプに分類した。第 1 の支援タイプは、「医療機関型」である。医療機関型では、精神科デイケアや精神科クリニックが主たる支援機関となって、就労支援モデルを構築した。この支援タイプの特徴は、就労支援を主に提供するスタッフ（以下 ES）と医療的支援のマネジメントを含めた生活支援を主に提供するスタッフ（以下 CMer）が、同一の機関に在籍していることであった。すなわち、医療機関型では、就労支援と生活および医療支援が 1 つの精神科医療機関内で行われた。

第 2 の支援タイプは「連携型」である。精神科デイケアと、日頃から良好な関係にある障害者就業・生活支援センター（以下、なかぼつ）との綿密な連携を通して、支援を展開するモデルである。具体的には、精神科デイ

ケアの CMer が参加者に生活および医療支援（場合によっては就労支援）を提供する一方で、なかぼつの職員が中心となって就労支援を行った。

第 3 は、「地域事業所型」である。地域事業所型では、障害者総合支援法下の就労移行支援事業所を軸に据えた就労支援モデルを展開した。この支援タイプの事業所では複数の ES が所属しており、研究対象者の担当となった ES が実際の就労支援を行っていた。また、医療機関の CMer が出向する形で就労移行支援事業所に滞在し、医療機関との密接な連携を通して、生活および医療支援を提供した。よって、地域事業所型では、就労支援と生活および医療支援が、1 つの地域就労支援事業所で行われた。

3. サービスコード票

サービスコード票には、日時、支援内容、支援時間、移動時間、移動に費やした金額、支援したスタッフの職種、研究参加者と同時に支援した他のサービス利用者の人数、診療報酬や障害者自立支援法の報酬枠組みでは請求できないサービスなどについての情報が含まれる（詳細は 23 年度・研究班報告書 参照）。

支援内容について、サービスコード票には、プロトコルで規定された「認知リハ」や「ビジネスマナー」のプログラムに関する 4 項目、「インテーク」や「プランニング」あるいは実際の「職場開拓」や「ジョブコーチ」など就労支援に関する 13 項目、「ケア会議」や個別の生活支援（「施設内支援」、「訪問支援」、電話などでの「非対面の支援」）に関する 4 項目など、計 22 項目が設けられた。デイケアや就労移行支援事業所などで行われる集団プログラムは、「その他」の項目に記録され、備考欄に「就労に係る集団プログラム」（キャリア・デザインやキャリア形成、PC プログラム、事務などの職業体験）、あるいは「その他の集団プログラム」（心理教育、レクリエーション

活動)に分けて記載された(各項目:付録表A参照)。

4. 手順

各サイトのスタッフは、研究期間において初めて研究対象者を支援した日から16ヵ月間、個別や集団で彼らを支援した際に、その支援内容に最も当てはまるサービスコード票の項目を選択し、支援時間などを記載した。地域ネットワークの向上を図る定期的な地域施設のミーティングや、利用者全般のための職場開拓などの支援は、特定の個人を対象としたサービスではないため、サービスコード票に記載されなかった。スタッフによるサービスコード票への記入方法については事前の研修会を行ったほか、電話やメールで質問に応対する担当窓口を設けた。

Box.1 1対1換算のサービス提供時間の計算

1対1換算のサービス提供時間＝ 実サービス提供時間 ÷ 利用者人数 × スタッフ人数
例) デイケアで、2人のスタッフが、30人の利用者が参加する2時間のSSTプログラムを行った場合:
1対1換算のサービス提供時間 = 8(分)
計算: 120(分) ÷ 30(利用者) × 2(スタッフ) = 8(分)

5. 分析

1) 計算式とサービスの 카테고리

本研究では、分析対象者47名の16ヵ月間のサービスコード・データから、各サイトのスタッフが対象者に提供したサービス提供時間(分)を提示した。サービス提供時間については、スタッフ1人が参加者1人に費やした時間を把握するために、「1対1換算のサービス提供時間」を算出した(Box.1)。この計算式では、プロトコルで実施回数が規定された認知リハやビジネスマナーのプログラムで

あっても、サイトによって対象者数やスタッフ数が異なる場合は、1対1換算のサービス提供時間が微妙に変化する。具体的には、より利用者数が少なく、かつスタッフ数が多い支援やプログラムにおいて、1対1換算のサービス提供時間が大きくなる。

また実際の分析の際には、サービスコードの項目を5つのカテゴリー(11の下位カテゴリー)に分けた;「認知リハとビジネスマナー」、「個別就労支援」、「個別生活支援」、「集団プログラム」、「その他」(Box.2)。

Box.2 サービスコードのカテゴリー

カテゴリー0: 認知リハ+ビジネスマナー
(プロトコル規定)

- a) 認知リハ
- b) ビジネスマナー

カテゴリー1: 個別就労支援

- a) 就労対面アウトリーチ
- b) 就労対面
- c) 就労非対面

カテゴリー2: 個別生活支援

- a) 生活対面アウトリーチ
- b) 生活対面
- c) 生活非対面

カテゴリー3: 集団プログラム

- a) 就労系プログラム
- b) その他のプログラム

※要因分析のみで使用

カテゴリー4: その他

2) 支援タイプ別の支援状況の把握

各支援タイプにおける支援状況を把握するために、支援タイプごとに16ヵ月間の1対1換算のサービス提供時間の合計を算出した。また、サービスコードの各カテゴリー(Box.2)が1対1換算の総サービス提供時間に占める割合を算出した。次に、各支援タイプにおける16ヵ月間のサービス量の推移を把握するために、月毎の1対1換算のサービス提供時

間を算出し、支援内容の変化を図示した。

Box.3 就労前の1ヵ月当りのサービス提供時間の計算

就労前の1ヵ月当りのサービス提供時間=
就労前までの1対1換算のサービス提供時間
÷就労までに要した月数

例1) 就労支援開始から9月目に就職した人が、合計200分の支援を受けていた場合：
計算：200（分）÷8（就労までに要した月）
=25

就職前の1ヵ月あたりのサービス提供時間
=25分

例2) 16ヵ月間、一度も就職していない人が、合計160分の支援を受けていた場合：
計算：120（分）÷16（就労までに要した月）
=10

就職前の1ヵ月あたりのサービス提供時間
=10分

3) 就労アウトカムとサービス内容との関係

就労アウトカムとサービス内容の検証について、分析対象者は死亡ケースを抜いた45名とした。また、就労アウトカムを計算する際の就労の定義は、「最低賃金を保障し、保護的就労（就労継続A型や特例子会社）ではない企業での就職」とした。よって、佐藤らのアウトカム評価の結果とは異なる。サービスコード分析において、就労継続A型や特例子会社での就職をアウトカムとして扱わない理由は、保護的就労の場合では、各サイトのサービス量と関係なく、利用者が長期間働ける環境にあるからである。

本研究では3つの就労アウトカムについてのサービス提供時間との関係を検証した。暴露となるサービス量については、1対1換算のサービス提供時間を用いて、個々の研究対象者に提供したサービス時間を算出した。認知リハとビジネスマナーは、プロトコルに規

定されており、各サイトで必ず実施される部分であるため、この分析の変数として扱ってはいない。

就労状態（16ヵ月間における就労の有無）とサービス内容の関連については、それぞれの対象者が研究期間における最初の就職前に受けたサービス提供時間を、就職までに要した月数で割り、1ヵ月あたりの1対1換算のサービス提供時間を算出した。16ヵ月間で一度も就労していない人については、16ヵ月間は常に就労前の状況にあると捉え、16ヵ月間のサービス提供時間を16で割った（Box. 3）。16ヵ月間に、就職した人（就労群）と就職していない人（未就労群）の各カテゴリーと下位カテゴリーにおける1ヵ月あたりのサービス提供時間の平均値と中央値を算出し、Mann-Whitney 検定を用いて、平均値の比較を実施した。また、就労群と未就労群の間で基本属性の差を χ^2 検定およびt検定を用いて分析した。さらに、Global assessment of functioning（以下 GAF）、動機付け尺度、Brief assessment of cognition in schizophrenia Japanese version（以下 BACS-J）とサービス提供時間について spearman の相関分析を実施することにより、機能が高い人やモチベーションの高い人とサービス量との関係を検証した。最後に、就労状態に関連する要因を検証するため、3つのサービスカテゴリー（「個別就労支援」、「個別生活支援」、「集団プログラム」）を独立変数とし、交絡要因となりうる性別、年齢、GAF、動機付け、BACS-Jを調整したロジスティック回帰分析を実施した⁸⁻¹¹⁾。カテゴリー「その他」の項目は記録されている対象者が極端に少ないため、独立変数として分析に投入しなかった。

次に、就労期間と就労日数とサービス提供時間の関係については、就労前と就労中の1対1換算のサービス提供時間を、就職前と就労中の月数で割り、1ヵ月あたりの1対1換

算のサービス提供時間を算出した。16 ヶ月の間に1度も就職していない対象者における1対1換算のサービス提供時間の計算、単変量解析の方法は、就労状態の分析と同様であるため省力する。就労期間や就労日数に関連する要因を検証するための分析については、就労期間や就労日数が非正規分布であるため、中央値を用いた分位点回帰分析を行った。投入した独立変数や交絡要因となりうる変数はロジスティック回帰分析と同様であった。

分析の際の統計的有意水準は5%（両側）に設定した。すべての分析には、Microsoft Excel 2010 および Stata version 12 を用いた。

6. 倫理的配慮

本研究の参加者には、各サイトの担当者が書面および口頭で研究の趣旨やデータの使用方法などを説明し、調査への参加の同意を得た。すべての参加者には、調査への参加に対する拒否権と途中棄権の権利が確保された。また、すべての研究参加者から署名付きの同意書を得た。本研究は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を受けている（No. A2011-024）。

C. 結果

1. 16 ヶ月間のサービス提供時間

1) 全体

分析対象となった47名の基本属性は、佐藤らのアウトカム評価報告で紹介されているため省力する。16 ヶ月間の間に少なくとも1度は就労した参加者は、27名であった（就職率：57.5%）であった。図1および表1は、支援タイプ別に16 ヶ月間の1対1換算のサービス提供時間の合計とカテゴリごとの割合を示している（実サービス提供時間：付録図A、表B参照）。6サイト全体では、16 ヶ月間の1対1換算のサービス提供時間の合計は7,173分であり、プロトコルで規定された「認知リハ」（18.8%）と「ビジネスマナー」

（5.5%）で約4分の1を占めた。また「個別就労支援」は合計の約半であった（「就労対面アウトリーチ」[13.7%]、就労対面[16.0%]、就労非対面[17.9%]）。「個別生活支援」と「集団プログラム」は、それぞれ約15%弱であった。

2) 医療機関型

医療機関型における1対1換算のサービス提供時間の合計は、支援タイプ別では最も少なく3,452分であった。各サービスのカテゴリーの割合は、全体結果と似ているが、「個別就労支援」が4割弱となっていた（「就労対面アウトリーチ」[5.2%]、就労対面[17.2%]、就労非対面[19.3%]）。また、医療機関型における就労者は16名中7名（43.8%）であった。

3) 連携型

連携型における1対1換算のサービス提供時間の合計は6,509分であった。「個別就労支援」が3割弱であった（「就労対面アウトリーチ」[6.6%]、就労対面[10.4%]、就労非対面[9.8%]）。また、「集団プログラム」が合計の約35%を占めているのが特徴であった。連携型における就労者は14名中5名（35.7%）であった。

4) 地域事業所型

地域事業所型における1対1換算のサービス提供時間の合計は10,887分であり、3つの支援タイプの中で、最も多かった。特に「個別就労支援」の割合が多いのが特徴であり、合計の約6割を占めた（「就労対面アウトリーチ」[18.8%]、就労対面[18.9%]、就労非対面[21.5%]）。地域事業所型の就労率は88.2%（17名中15名）であった。

2. 16ヵ月間のサービス提供時間の推移

1) 全体

それぞれのカテゴリーにおける1対1換算のサービス提供時間は、月日の経過とともに変化した（月毎のサービス内容・時間の推移の詳細な数字：付録表C-F参照）。全体的な傾向として3ヵ月目までは「認知リハ」が全体の半分を占め、4ヵ月から「ビジネスマナー」や「個別就労支援」、「集団プログラム」が増加する傾向にあった。他方、生活支援は16ヵ月間の間で大きく割合を変えずに推移していた。就労者が徐々に増え始める8、9ヵ月目以降は、1対1換算のサービス提供時間が減少する傾向にあった（図2）。

2) 医療機関型

医療機関型における16ヵ月間の1対1換算のサービス提供時間の推移は全体の結果と似ているが、全体結果と比較して、サービス提供時間の絶対量が少ない。そして、就労者が研究期間の比較的早い時期にでることから、「個別就労支援」が6ヵ月目に増加することが特徴であった（図3）。

3) 連携型

連携型における16ヵ月間の1対1換算のサービス提供時間の推移の特徴は、「認知リハ」の終了後、「個別生活支援」と「集団プログラム」の時間が、研究期間終了までの間、一定の割合を占めることであった。また「個別就労支援」に関しては、11ヵ月目に増加していた（図4）。

4) 地域事業所型

地域事業所型においては、16ヵ月間の1対1換算のサービス提供時間の推移についての特徴がいくつかある。まず、研究開始時期から「認知リハ」と平行して、「個別就労支援」（特に「就労非対面」）と「個別生活支援」に関するサービスが一定の割合で提供されていた。4

ヵ月目から10ヵ月目までは「個別就労支援」の割合が非常に多く、特に下位カテゴリー「就労対面アウトリーチ」が4分の1ほどを占めていた。そして、11ヵ月目以降は1対1換算のサービス提供時間が急激に減少していた（図5）。

3. 就労アウトカムと関連するサービス

1) 基本属性

分析対象者45名のうち、男性は27名（60.0%）であり、女性18名（40.0%）であった。診断は統合失調症が最も多く、38名（84.44%）であった。平均年齢は34.84歳（sd=7.07）であった。GAF、動機付け、BACS-Jの平均値は、それぞれ49.73（sd=8.12）、3.37（sd=0.89）、-1.12（sd=0.61）であった（表2）。就労者と未就労者の間で有意な差が観測された基本属性はなかった。

2) 就労アウトカム

表3は分析対象者45名の就労アウトカムを示している。就労継続A型や特例子会社を除くと、45名のうち27名（60.0%）が16ヵ月間で最低1回は就労を経験していた。平均就労期間は123.31日（sd=132.28）であり、平均就労日数は75.44日（sd=84.82）であった。

3) 機能とサービス提供時間

GAFやBACS-J、動機付け尺度の得点と16ヵ月間の1対1換算のサービス提供時間との相関分析の結果、GAFと「集団プログラム」（ $\rho=0.3020$, $p<0.05$ ）、その下位尺度「その他の集団プログラム」（ $\rho=0.3109$, $p<0.05$ ）で有意な相関があった。しかし、他の変数間に有意な相関はなかった。

4) 就労状態と就労前のサービス提供時間

16ヵ月間における最初の就労前の1ヵ月当りの1対1換算のサービス提供時間を就労群（ $n=27$ ）と未就労群（ $n=18$ ）に分けて検証し

たところ、就労群の「個別就労支援」は 372.56 分 (sd=279.82) であり、未就労群 (76.72 分 [sd=66.98]) より有意に多かった ($z=4.425$, $p<0.0001$)。「個別就労支援」の下位カテゴリー (「就労対面アウトリーチ」、「就労対面」、「週路非対面」) においても、未就労群と比べ、就労群は有意に 1 対 1 換算のサービス提供時間が多かった (表 4)。「個別生活支援」において就労群 (89.93 分 [sd=72.84]) は、未就労群 (49.39 分 [sd=76.14]) より 1 対 1 換算のサービス提供時間が有意に多かった ($z=2.190$, $p=0.0285$)。他方、下位カテゴリーにおいては、「生活対面」のみで有意な差が観測された (就労群: 67.81 分 [55.85]、未就労群: 39.72 分 [68.31]、 $z=2.283$, $p=0.0224$)。また、「集団プログラム」に関しては有意な差は見られなかったが、下位カテゴリーの「就労プログラム」については、就労群 (24.91 分 [36.44]) が、未就労群 (1.79 分 [4.18]) より有意に多かった ($z=2.630$, $p=0.0085$)。一方で、「その他のプログラム」については有意な差はないが、未就労群のほうが 1 対 1 換算のサービス提供時間が長かった (表 4)。

ロジスティック回帰分析の結果、就労状態 (就労の有無) と関連する要因として、有意な関係にあった変数は「個別就労支援」 ($OR=1.04$ [95%CI=1.01 to 1.07], $p=0.035$) のみであった (表 6)。

5) 就労期間・就労日数と就労前・就労中のサービス提供時間

就労群と未就労群で、就労前と就労中の 1 対 1 換算のサービス提供時間を比較した結果、1 対 1 換算のサービス提供時間に若干の違いがあるが、有意な差があったカテゴリーは上述の就労前の 1 対 1 換算のサービス提供時間の分析結果と全く同一であった (表 5)。

分位点回帰分析の結果、就労期間と関係する変数は抽出されなかったが、「個別就労支援」 (Coefficient=0.38 [95%CI=-0.01 to 0.77],

$p=0.55$) は有意傾向であった (表 7)。就労日数については、「個別就労支援」

(Coefficient=0.31 [95%CI=0.08 to 0.55], $p=0.010$) のみが、就労日数に關係する変数として観測された (表 8)。

D. 考察

本研究は、認知リハと日本版援助付き雇用を実施する 6 つのサイトを 3 つの支援タイプに分け、サービスコードのデータから 1 対 1 換算のサービス提供時間を算出したうえで、各支援タイプにおける 16 ヶ月間の支援内容やサービス提供時間の特徴を検証した。さらに、個別のサービスコードのデータから、就労状態や就労期間、就労日数に関連する要因を分析した。

1. 支援タイプとサービス内容

16 ヶ月間の 1 対 1 換算のサービス提供時間の合計や月毎の推移から、支援タイプによって、合計のサービス提供時間、時間を費やすサービスの種類、月毎のサービス内容については大きな違いがあった。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の高い就労率 (88.2%) を考慮すると、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る。実際、地域事業所型は「認知機能リハ」や「集団プログラム」の割合が他の支援タイプより少なく、「個別就労支援」が非常に多い。

他方、連携型における 1 対 1 換算のサービス提供時間の合計は、医療機関型と比べ長い反面、就労率は低い。これには 3 つの要因が考えられる。第 1 に、連携型では「認知リハ」や「集団プログラム」の割合が多く、「個別支援時間」は医療機関型と大差がないことがあげられる。第 2 に、医療機関型において、ES と CMer が同一機関に在籍していることから、両者の連携が容易であり、効率的な就労支援ができたかもしれない。第 3 に、本研究にお

ける医療機関型の ES は就労支援に顕著な経験を有しており、多くの時間をかけなくても対象者を就労に結びつけることができたかもしれない。

いずれにしても、3つの支援タイプ間で、臨床的不均一性（clinical heterogeneity）が確認された。この臨床的不均一性の発生については複数の理由があると思われる。まず、地域事業所型における2サイトはもともと就労支援を専門として行ってきた機関であることや、ESが複数名いること、CMerが常に同機関に滞在していることが、1対1換算のサービス提供時間の長さに関係しているかもしれない。

他方、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、ESの不在や人員不足が関係しているかもしれない。あるいは医療機関における絶対的なマンパワー不足が関係しているかもしれない。たとえば、1対1換算のサービス提供時間の合計が最も少なかった医療機関型におけるサイトの1つは精神科デイケアを主機関としているが、1日平均来所者数は約65人であり、登録者数は300名を超える。つまり、各ESやCMerが担当するケースロード数が膨大になり、個別に対応できる時間の確保が難しいかもしれない。すなわち、現在の医療機関における利用者数に対する職員配置の限界が原因にあるかもしれない。また、現在の診療報酬制度では、デイケアスタッフが事業所外に行う支援は報酬の対象とならない。そのため、デイケアを主機関とするサイトのスタッフにとっては、日常業務を遂行するなかで、頻繁なアウトリーチ活動が求められる就労支援がしづらいというジレンマがあったかもしれない。

2. サービス密度（intensity）

16ヵ月の1対1換算のサービス提供時間の推移をみると、サービス密度の重要性が示唆

された。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^{12,13)}や就労期間との関係⁸⁾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、地域事業所型の例をみると、認知リハ時期に認知リハだけを行うのではなく、平行してアセスメントなどの個別就労支援および個別生活支援を行うことが、重要であると推察される。

3. 就労アウトカムと基本属性および関連するサービス

1) 就労アウトカムと基本属性

就労者と未就労者の基本属性を比較したところ、各基本属性の項目に有意な差は見られなかった。また、多変量解析の結果でも、基本属性は就労アウトカムに関係していなかった。過去の研究では、機能、認知機能、動機付けなどは、就労の可否や就労期間に関わる可能性を示していたが⁸⁻¹¹⁾、本研究において就労アウトカムと基本属性との間に関係はなかった。認知機能に関しては、認知リハによる認知機能の向上が影響しているかもしれない¹⁴⁻¹⁶⁾。あるいは適切な援助付き雇用のもとでは、機能や認知機能、動機付けなど程度に関係なく就労できる可能性を示しているのかもしれない。他方、研究プロトコルにおいて認知機能が低い人が対象となっているので、もともと認知機能に関して個々のばらつきが少なかった影響もあると推測される。

2) 機能とサービスの利用状況

次に、障害の重い人や動機付けの高い人が多くのサービスを受けた可能性について言及する。GAFやBACS-J、動機付け尺度と各カテゴリーおよび下位カテゴリーの1対1換算のサービス提供時間との関係について、

spearman の相関分析を行ったが、GAF と「集団プログラム」を除き、有意な関係がなかった。これは、サービスを受けやすい人だけが多くのサービスを受けて就労に結びついた可能性を否定する 1 つのエビエンスになると示唆される。前述したとおり、1 対 1 換算のサービス提供時間が多い地域事業所型のサイトでは、ほぼ全員が就労している（就労しなかった 2 名は就労継続 A 型と特例子会社を利用）。よって、サービス提供時間の個人間の格差は、特定の人だけが就労支援を多く受けたという可能性より、利用した機関による影響が大きいと考えられる。

3) 就労アウトカムと関係するサービス

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。具体的には、就労者は「個別就労支援」については月当たり約 6 時間（就労前：約 373 分、就労前＋就労中：約 360 分）、「個別生活支援」については、月当たり約 1.5 時間（就労前：約 90 分、就労前＋就労中：約 87 分）のサービスを受けていた。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た。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、就労していない人が多かったことから、デイケアなどで頻繁に行われる集団プログラムにおける就労アウトカムへの効果は疑問が残る。

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す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。

4. 研究の限界

本研究には、いくつかの限界がある。まず、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い。たとえば、あるスタッフが利用者のストレングスを意識したインテーク面接を 30 分しても、他のスタッフが過去の職業経験だけを聞く 30 分のインテーク面接をしても、サービスコード上の結果は同じ 30 分となる。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ない。

本研究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。また、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ーリング・エフェクト（clustering effect）を調整した分析ができなかった。

E. 結論

本研究の知見から、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る。他方、支援タイプにおける臨床的不均一性が見られた。これには現在の診療報酬制度なども関係していると思われる。

就労者は就労前と就労中に 1 ヶ月当たり平均で約 6 時間の個別就労支援に関連するサービスと約 1.5 時間の個別生活支援に関連するサ

ービスを受けていた。特に個別の就労支援のサービス量は就労状態や就労日数などの就労アウトカムに大きく関係すると考えられる。他方、集団プログラムに関する効果は限定的であり、就労アウトカムとの関係は見られなかった。すなわち、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提供できるシステムを展開することが重要になる。また、医療機関（特に精神科デイケア）における就労支援員の配置、個別支援やアウトリーチの実施を可能にする制度改正へのアプローチが今後の課題となる。

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

- ・山口創生, 佐藤さやか, 下平美智代, 他: 重症精神障がい者に対する援助付き雇用における利用者の被支援量: サービスコード票を用いたプロセスデータ分析の途中経過報告. 第21回日本精神障害者リハビリテーション学会, 沖縄, 2013.11.30.

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)山口創生, 米倉裕希子, 周防美智子, 他: 精神障害者に対するスティグマの是正への根拠: スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見. 精リハ誌15:75-85, 2011.
- 2)Lloyd K, White J: Democratizing clinical research. Nature 474(7351):277-278, 2011.
- 3)厚生労働省: 平成24年度・障害者の職業紹介状況等. 厚生労働省, 東京, 2008.

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000031ock-att/2r98520000031oga.pdf>

- 4)厚生労働省: 障害者就業・生活支援センター及び就労移行支援事業所等に求められる役割と課題関連資料. 厚生労働省, 東京, 2012.

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000027qid-att/2r98520000027qn1.pdf#search='%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E8%80%85%E5%B0%B1%E6%A5%AD%E3%83%BB%E7%94%9F%E6%B4%BB%E6%94%AF%E6%8F%B4%E3%82%BB%E3%83%B3%E3%82%BF%E3%83%BC%E5%8F%8A%E3%81%B3%E5%B0%B1%E5%8A%B4%E7%A7%BB'>

- 5)厚生労働省: 平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成23年度調査）精神科入院医療における重度評価導入後の影響調査報告書. 厚生労働省, 東京, 2011. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200001sp25-att/2r9852000001spsn.pdf>

- 6)Bond GR, Drake RE, Becker DR: Generalizability of the individual placement and support model of supported employment outside the US. World Psychiatry, 11; 32-39, 2012.

- 7)Kinoshita Y, Furukawa Toshi A, Kinoshita K, et al. Supported employment for adults with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev., 9, 2013. [doi: 10.1002/14651858.CD008297.pub2]

- 8)大島巖, 梅原芳江, 久米知代, 他: 公設地域活動支援センターにおけるIPS援助付き雇用（個別職業紹介とサポートプログラム）導入とその評価(2). 西尾雅明（主任研究者）: 平成19年度厚生労働科学研究補助金精神障害者の一般就労と職場適応を支援するためのモデルプログラム開発に関する研究. 17-28.2008.

- 9)McGuire AB, Bond GR, Clendenning DR, et al: Service intensity as a predictor of competitive employee in an individual placement and support model. *Psychiatr Serv* 62:1066-1072, 2011.
- 10)Heslin M, Howard L, Leese M, et al: Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. *World Psychiatry* 10:132-137, 2011.
- 11)Howard LM, Heslin M, Leese M, et al: Supported employment: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 196(5):404-411, 2010.
- 12)Burns T, Catty J, Becker T, et al: The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 370:1146-1152, 2007.
- 13)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.
- 14)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.
- 15)McGurk SR, Mueser KT, Feldman K, et al: Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 164(3):437-441, 2007.
- 16)Bell MD, Choi KH, Dyer C, et al: Benefits of cognitive remediation and supported employment for schizophrenia patients with poor community functioning. *Psychiatr Serv* 65(4):469-475, 2014.
- 17)Sato S, Iwata K, Furukawa S, et al: The effects of the combination of cognitive training and supported employment on improving clinical and working outcomes for people with schizophrenia in Japan. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 10:18-27, 2013.

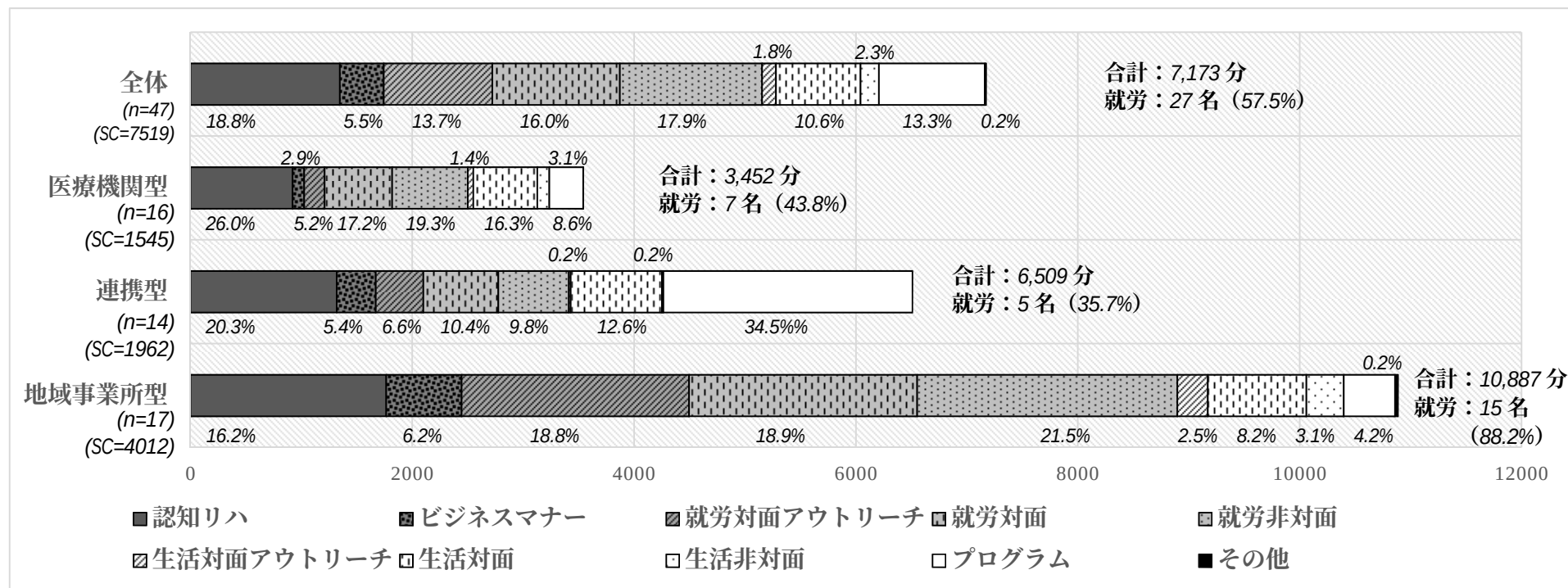


図1 サービス内容の割合（一人当たりの1対1換算サービス提供時間）

表1 サービス内容の割合（一人当たりの1対1換算サービス提供時間）

	認知リハ (プロトコル)		個別就労支援			個別生活支援			プログラム	その他
	認知リハ	ビジネスマナー	就労対面アウトリーチ	就労対面	就労非対面	生活対面アウトリーチ	生活対面	生活非対面		
全体	1348	395	979	1149	1282	126	762	166	955	11
医療機関型	922	104	184	609	682	50	576	108	305	2
連携型	1319	352	429	676	636	16	823	13	2245	0
地域事業所型	1766	680	2050	2057	2345	275	888	337	462	27

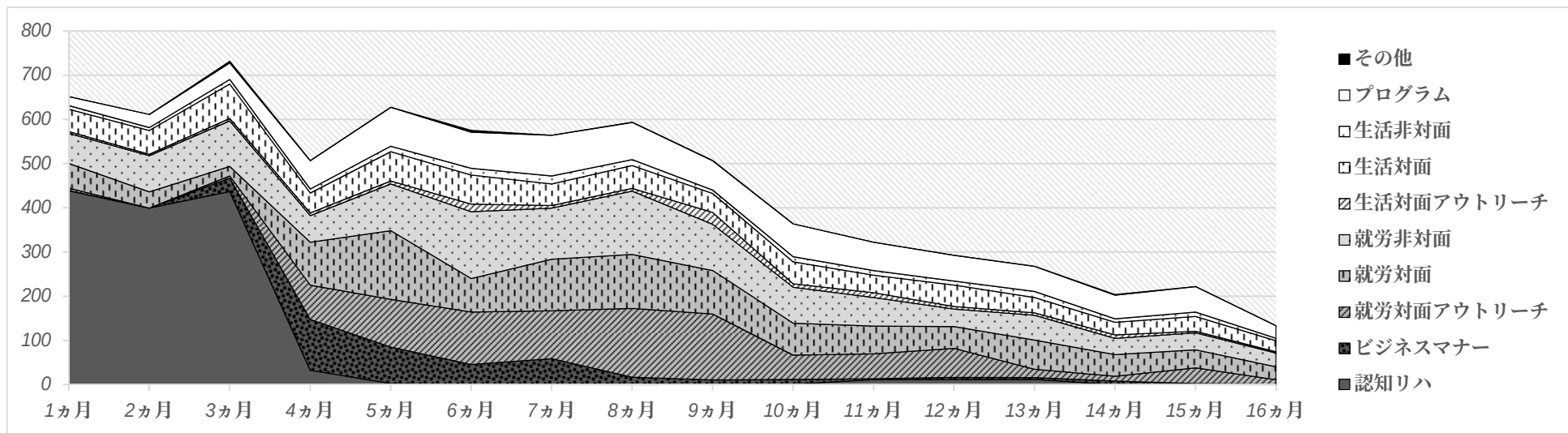


図2 16ヵ月間のサービス内容の推移：全体（一人当たりの1対1換算サービス提供時間：n=47）

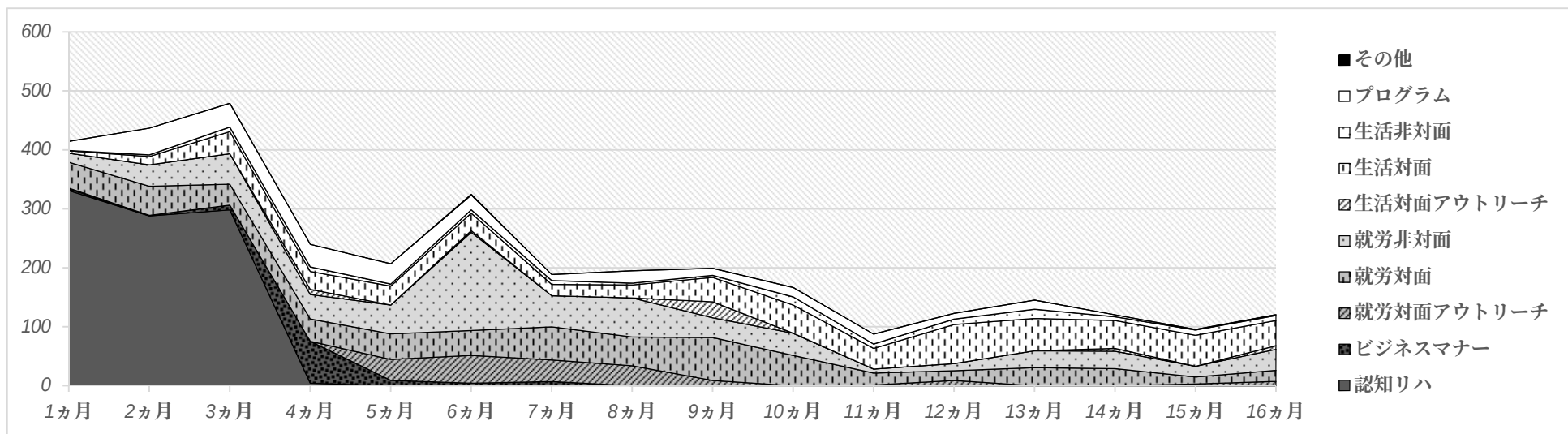


図3 16ヵ月間のサービス内容の推移：医療機関型（一人当たりの1対1換算サービス提供時間：n=16）

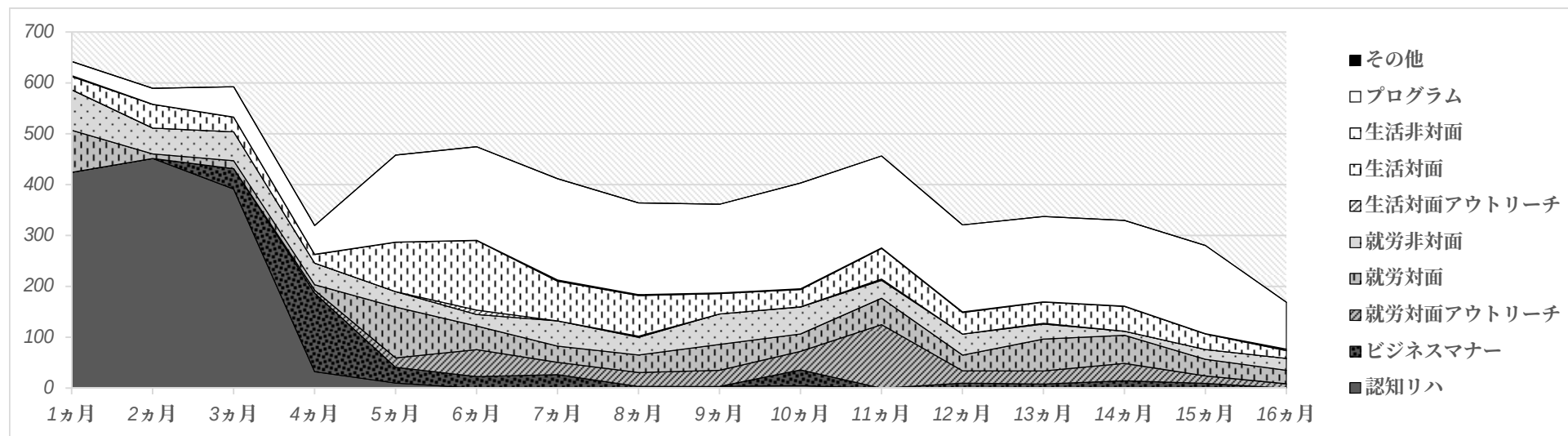


図4 16ヵ月間のサービス内容の推移：連携型（一人当たりの1対1換算サービス提供時間：n=14）

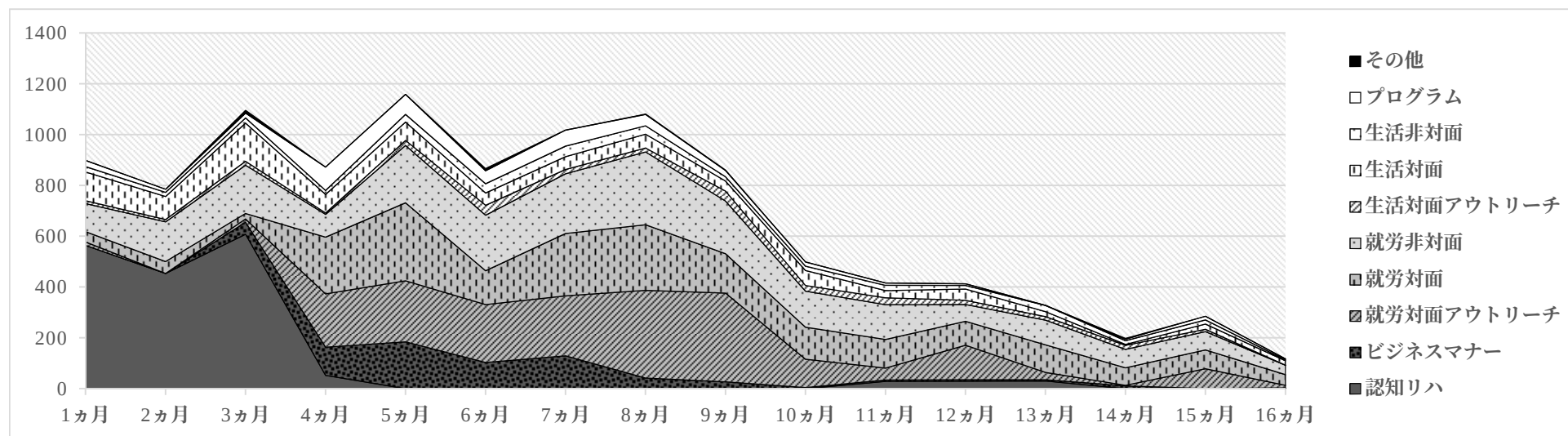


図5 16ヵ月間のサービス内容の推移：地域事業所型（一人当たりの1対1換算サービス提供時間：n=17）

表2 基本属性

	全体		就労者		未就労者	
	n	%	n	%	n	%
n=45						
性別						
男性	27	60.00	15	55.56	12	44.44
女性	18	40.00	12	66.67	6	33.33
診断						
統合失調症	38	84.44	23	85.19	15	83.33
うつ病	4	8.89	1	3.70	3	16.67
双極性障害	3	6.67	3	11.11	0	0
年齢	34.84	7.07	34.15	6.54	35.89	7.89
GAF（機能）	49.73	8.12	50.37	7.29	48.78	9.36
動機付け	3.37	0.89	3.43	0.91	3.28	0.87
BACS-I（認知機能）	-1.12	0.61	-1.12	0.61	-1.14	0.63

表3 就労アウトカム

	n=45	n	%
就労者		27	60.00
未就労者		18	40.00
	平均値	SD	中央値
就労期間	123.31	132.28	62
就労日数	75.44	84.82	26
			IQR
			241
			164

表 4 就労前の1ヵ月当たりのサービス提供時間(1対1換算)

	就労群(n=27)				未就労群(n=18)				検定
	平均値	SD	中央値	IQR	平均値	SD	中央値	IQR	
1. 個別就労支援	372.56	279.82	310	520	76.72	66.98	55	82	4.425
就労対面アウトリーチ	125.41	132.84	61	230	789	17.31	0	8	4.108
就労対面	111.30	96.19	65	127	34.00	37.16	25	34	4.055
就労非対面	135.93	105.40	129	178	35.00	24.64	29	28	3.523
2. 個別生活支援	89.93	72.84	85	105	49.39	76.14	24	45	2.190
生活対面アウトリーチ	8.15	1695	0	8	411	13.18	0	0	NS
生活対面	67.81	55.85	66	76	39.72	68.31	21	46	2.283
生活非対面	14.00	2255	1	25	556	10.94	2	5	NS
3. 集団プログラム	57.59	62.29	41	96	102.50	240.19	1	31	NS
就労系プログラム	24.91	3644	8	41	1.79	4.18	0	0	p=0.0065
その他のプログラム	32.68	4716	11	49	101	241	0	20	NS
4. その他	1.33	3.28	0	0	0.22	0.65	0	0	NS

表 5 就労前および就労中の1ヵ月当たりのサービス提供時間(1対1換算)

	就労群(n=27)				未就労群(n=18)				検定
	平均値	SD	中央値	IQR	平均値	SD	中央値	IQR	
1. 個別就労支援	361.33	292.81	239	464	77.06	66.82	55	82	4.391
就労対面アウトリーチ	112.00	113.18	53	184	789	17.31	0	8	4.610
就労対面	110.41	77.34	100	116	34.33	37.05	28	34	3.754
就労非対面	137.89	137.36	89	137	35.00	24.64	29	28	3.568
2. 個別生活支援	86.74	78.89	63	100	49.39	76.14	24	45	2.318
生活対面アウトリーチ	10.44	17.90	0	17	411	13.18	0	0	NS
生活対面	60.89	58.18	45	56	39.72	68.31	21	46	2.167
生活非対面	15.56	28.37	2	20	556	10.94	2	5	NS
3. 集団プログラム	35.89	54.82	18	56	102.50	240.19	1	31	NS
就労系プログラム	13.57402	19.84297	5	22	1.79	4.18	0	0	2.596
その他のプログラム	22.36929	50.93295	9	26	100.75	240.57	0	20	NS
4. その他	1.15	2.46	0	2	0.22	0.65	0	0	NS

表 6 研究期間内の就労状態と就労前のサービス提供時間の関係

LR $\chi^2(8) = 34.29, p < 0.0001, \text{Pseudo } R^2 = 0.5661$

n=45	OR	95%CI	z	p
個別就労支援	1.04	[1.01 to 1.07]	2.11	0.035
個別生活支援	0.98	[0.95 to 1.01]	-1.23	0.217
集団プログラム	1.01	[0.99 to 1.02]	1.04	0.296
年齢	8.25	[0.33 to 209.04]	1.28	0.201
性別	0.83	[0.66 to 1.04]	-1.63	0.104
GAF (機能)	1.00	[0.87 to 1.15]	-0.01	0.993
動機付け	8.83	[0.86 to 90.81]	1.83	0.067
BACS-J (認知機能)	5.38	[0.57 to 51.07]	1.47	0.143

goodness-of-fit test: Pearson $\chi^2(36) = 21.84, p = 0.9697$

注) 1 対 1 換算のサービス提供時間を使用

表 7 研究期間内の就労期間と就労前および就労中のサービス提供時間の関係

Raw sum of deviations = 5173(62), Min sum of deviations = 4169, Pseudo $R^2 = 0.1941$

n=45	Coefficient	95%CI	t	p
個別就労支援	0.38	[-0.01 to 0.77]	1.99	0.055
個別生活支援	-0.75	[-2.13 to 0.63]	-1.1	0.277
集団プログラム	0.02	[-0.51 to 0.56]	0.08	0.934
年齢	-1.2	[-12.86 to 10.46]	-0.21	0.836
性別	-31.92	[-170.28 to 106.44]	-0.47	0.643
GAF (機能)	-2.14	[-12.67 to 8.39]	-0.41	0.682
動機付け	80.35	[-4.34 to 165.04]	1.92	0.062
BACS-J (認知機能)	26.05	[-85.72 to 137.82]	0.47	0.639

注) 1 対 1 換算のサービス提供時間を使用

表 8 研究期間内の就労日数と就労前および就労中のサービス提供時間の関係

Raw sum of deviations = 3235(26), Min sum of deviations = 2580, Pseudo $R^2 = 0.1941$

n=45	Coefficient	95%CI	t	p
個別就労支援	0.31	[0.08 to 0.55]	2.71	0.010
個別生活支援	-0.65	[-1.49 to 0.19]	-1.58	0.124
集団プログラム	0.15	[-0.17 to 0.48]	0.97	0.341
年齢	-9.25	[-93.17 to 74.66]	-0.22	0.824
性別	-0.29	[-7.36 to 6.78]	-0.08	0.934
GAF (機能)	-0.99	[-7.38 to 5.39]	-0.32	0.754
動機付け	36.82	[-14.54 to 88.19]	1.45	0.155
BACS-J (認知機能)	10.84	[-56.95 to 78.63]	0.32	0.748

注) 1 対 1 換算のサービス提供時間を使用

附録

表 A 大項目とサービスコード票の項目

カテゴリ	下位カテゴリ	ラベル	サービスコードの項目
認知リハ + ビジネス マナー	認知リハ	認知 Con 認知言語	認知機能リハビリテーション(コンピュータソフト Cognat を用いたトレーニング)
	ビジネスマナー	ビジネスマナー 個別	個別の履歴書作成・面接練習・ビジネスマナー等の支援
		ビジネスマナー 集団	グループによる履歴書作成・面接練習・ビジネスマナー等の支援
就労対面アウトリーチ	就労対面	本人と職関・同行*	本人と共に就労開拓・同行支援(インターネット等で仕事の検索、ハローワークに出向く、企業等の見学・訪問・下見等)
		ジョブコーチ*	ジョブコーチ等企業内での支援(職場実習と職場定着のための支援[事業所用:企業内での支援:職場実習と職場定着のための支援])
		実習	施設外支援または実習(実習専用)に契約している企業内において)
		インテーク*	インテーク面接(関係づくり アセスメント)
個別 就労 支援	就労対面	プランニング*	プランニング(就労支援のための計画作成)
		本人・対面*	本人との相談 面接・フォロー <対面> (就労後のフォロー、退職・転職相談)
		担当のみ 職関	担当スタッフのみで行う職場開拓(インターネット等で仕事の検索、ハローワークに出向く、企業等の見学・訪問・下見等)
		企業・対面	担当スタッフのみ企業の担当者との相談等 <対面> (本人に代わっての交渉、相談、本人の就労後のフォローを含む)
	就労非対面	企業・非対面	担当スタッフのみ企業の担当者との相談等<電話・Eメール> (本人に代わっての交渉、相談、本人の就労後のフォローを含む)
		本人・非対面	本人との相談 面接・フォロー <電話・Eメール> (就労後のフォロー、退職・転職相談)
個別 生活 支援	生活対面	他機関 多職種・非対面	本人を含めないスタッフのミーティングや他機関とのミーティング <対面> ※ 医師やその他の職種に助言を求める行為を含む
		他機関 多職種・非対面	本人を含めないスタッフのミーティングや他機関とのミーティング <電話・Eメール> ※ 医師やその他の職種に助言を求める行為を含む
		就労ユニット	就労支援担当者ユニットのミーティング(参加者の支援についてのスーパーバイザー・ビジョンや情報共有等の就労支援担当者複数による会議)
		生活(信明)* ケア会議*	就労支援ではない、利用者の生活支援 (訪問での支援)
プログ ラム	生活対面	生活(施設内)*	ケア会議(本人、担当者、他 1 名以上による就労のための支援計画の作成に係る会議)
		生活(非対面)	就労支援ではない、利用者の生活支援(施設内での支援)
		生活(非対面)	就労支援ではない、利用者の生活支援(電話及びメールでの支援)
その他	就労プログラム	就労プログラム	サービスコード内の「その他」の備考に記載あり(ビジネスマナー、キャリア・デザイン、PC プログラム、事務などの職業体験)
	その他のプログラム	その他のプログラム	サービスコード内の「その他」の備考に記載あり(心理教育やレクリエーションなど)
その他	その他	その他	その他

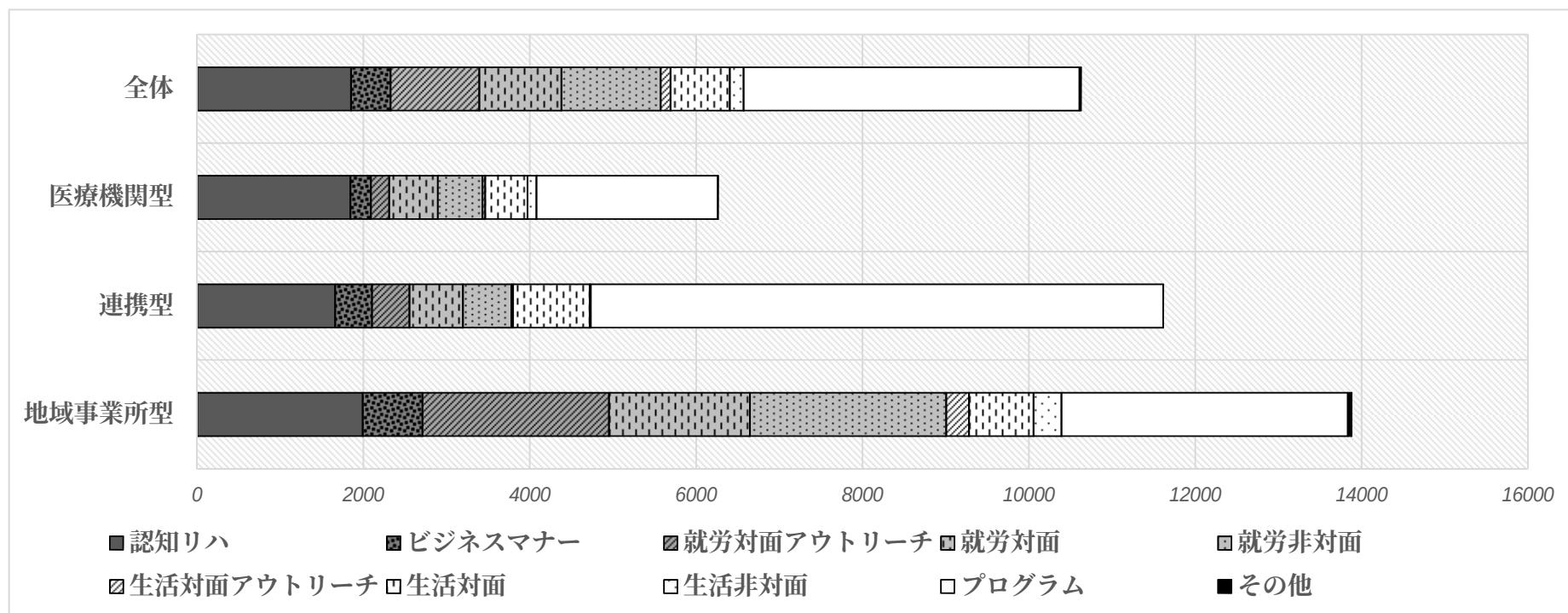


図 A サービス内容の割合（一人当たりの実サービス提供時間）

表 B サービス内容の割合（一人当たりの実サービス提供時間）

	認知リハ（プロトコル）		個別就労支援関連			個別生活支援関連			プログラム	その他
	認知リハ	ビジネスマナー	就労対面アウトリーチ	就労対面	就労非対面	生活対面アウトリーチ	生活対面	生活非対面		
全体	1851	476	1066	987	1193	118	714	166	4037	18
医療機関型	1845	246	218	584	539	32	508	108	2180	2
連携型	1662	442	451	643	582	20	921	13	6882	0
地域事業所型	1992	718	2242	1694	2361	273	775	336	3444	46

表0-16 カ月間のサービス内容の推移：全体（一人当たりの1対1換算サービス提供時間：n=47）

	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M	10M	11M	12M	13M	14M	15M	16M
認知リハ	439	400	437	33	3	0	0	0	1	1	12	12	12	0	0	0
（プロトコル）																
ビジネスマナー	1	0	30	115	82	46	59	17	10	11	2	5	4	8	3	1
就労対面アウトリーチ	5	0	5	78	108	119	108	155	149	55	56	66	19	11	36	10
就労対面	56	36	22	97	155	76	117	122	98	72	63	49	66	49	41	29
就労非対面	68	32	103	60	106	151	116	143	105	81	65	40	56	37	38	31
個別生活支援	4	3	6	6	7	17	6	6	27	8	11	6	6	8	3	3
生活対面	50	54	78	45	66	66	49	52	43	49	40	49	35	28	34	25
生活非対面	8	7	10	9	12	15	18	13	8	12	10	9	13	8	10	5
プログラム	20	30	37	64	88	82	92	84	66	74	64	58	57	53	58	28
その他	0	0	4	0	0	4	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0

表0-16 カ月間のサービス内容の推移：医療機関型（一人当たりの1対1換算サービス提供時間：n=18）

	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M	10M	11M	12M	13M	14M	15M	16M
認知リハ	331	283	298	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
（プロトコル）																
ビジネスマナー	3	1	8	71	9	5	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
就労対面アウトリーチ	1	0	0	0	35	47	37	34	9	0	1	9	0	0	3	8
就労対面	44	49	35	38	44	42	56	49	73	52	20	17	31	29	12	19
就労非対面	16	37	52	41	49	167	53	66	33	38	7	12	29	30	18	36
個別生活支援	0	0	0	9	0	3	0	0	27	0	0	0	0	5	0	6
生活対面	4	14	37	30	32	30	19	22	42	48	35	66	55	47	53	43
生活非対面	0	3	8	8	3	5	6	3	3	14	7	9	16	6	9	8
プログラム	20	15	45	40	38	34	25	10	21	12	16	17	10	15	3	1
その他	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表E 16 カ月間のサービス内容の推移：連携型（一人当たりの1対1換算サービス提供時間：n=14）

	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M	10M	11M	12M	13M	14M	15M	16M
認知リハ	424	452	392	33	10	0	0	0	4	5	0	0	0	0	0	0
（プロトコル）																
ビジネスマナー	0	0	40	155	31	23	27	3	0	31	0	10	8	15	10	0
就労対面アウトリーチ	0	0	0	6	18	53	24	28	31	36	125	24	26	34	15	9
就業対面	83	9	16	11	100	47	32	34	51	34	52	31	63	55	33	27
就労非対面	80	51	57	42	30	23	49	35	60	53	35	41	30	8	19	23
生活対面アウトリーチ	0	0	0	0	0	9	0	3	0	0	3	0	2	0	0	0
生活対面	26	46	29	17	97	137	78	80	40	34	61	42	41	49	31	15
生活非対面	2	0	0	0	0	0	2	2	1	1	1	1	0	0	0	3
プログラム	20	28	31	60	56	171	184	199	180	174	208	181	171	168	168	173
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表F 16 カ月間のサービス内容の推移：地域事業所型（一人当たりの1対1換算サービス提供時間：n=17）

	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M	10M	11M	12M	13M	14M	15M	16M
認知リハ	564	453	608	52	0	0	0	0	0	0	29	29	30	0	0	0
（プロトコル）																
ビジネスマナー	0	0	47	111	184	103	130	42	27	4	5	6	5	11	0	3
就労対面アウトリーチ	13	0	13	210	241	228	236	345	350	112	47	136	29	3	79	10
就業対面	41	47	21	224	307	134	245	258	155	126	113	94	108	68	74	42
就労非対面	110	157	190	89	226	218	235	287	208	142	137	66	97	73	72	37
生活対面アウトリーチ	11	9	15	6	19	39	17	15	39	22	27	16	14	16	9	0
生活対面	113	91	151	73	72	49	51	54	40	60	29	44	20	4	20	18
生活非対面	21	16	20	15	30	36	41	33	17	16	20	14	24	15	16	3
プログラム	20	24	12	18	92	79	51	63	45	24	16	9	6	0	5	14
その他	0	0	0	11	0	0	9	0	2	2	0	0	0	0	4	0

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：医療経済評価

研究分担者：泉田信行¹⁾

研究協力者：○山口創生²⁾、佐藤さやか²⁾、古家美穂²⁾、下平美智代²⁾、吉田光爾²⁾

研究協力機関：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、帝京大学医学部附属病院、ひだクリニック、
長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）

1) 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部

2) 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

要旨

本研究の目的は、認知機能リハビリテーションと援助付き雇用（介入群）のコストと仲介型ケアマネジメントによる就労支援（対照群）のコストを比較し、費用対効果を検証することであった。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。研究の結果、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日, [sd=82.1日]）より長い結果となった（ $z=3.857$, $p<0.001$ ）。コストに関して、対照群の12カ月間の合計コスト（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カ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。費用対効果分析につて、本研究における incremental cost effectiveness ratio（ICER）は1,015円（365日分を仮定すると、約37万円）であった。英国や World health organization 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る。

A. 研究の背景

精神障害者の就労支援は国際的な関心である^{1,2)}。近年、精神障害者に対する効果的な就労支援として、援助付き雇用が急速にエビデンスを蓄積しており³⁾、特に米国で開発された individual placement and support モデル（以下、IPS）は、重い精神障害者を持った人に対する有用な就労支援として、国際的な注目を集めている⁴⁻⁶⁾。加えて、認知機能リハビリテーション（以下、認知リハ）は、援助付き雇用や IPS との組み合わせることによって、就労アウトカムの劇的な改善を図ると報告されている⁷⁾。欧米では、援助付き雇用や IPS に関する研究は、アウトカム評価から医療経済評価やその普及のための研究のステージに移行している⁸⁾。しかしながら、Kinoshita らの Cochrane review でも指摘されているとおり、援助付き雇用や IPS の医療経済評価は、国際的に広く取り組まれている研究ではない³⁾。特に、認知リハと援助付き雇用をセットにした実践における医療経済評価は、現在まで行われていない。また、過去の援助付き雇用の医療経済評価の多くが、医療費や福祉サービス費に関するデータのみに着目しており、社会保障を含めたコストの分析は稀である。

よって、本研究の目的（aim）は、社会の視点から、認知リハ＋援助付き雇用と従来型の支援（仲介型ケアマネジメント）にかかる医療費、福祉サービス費、そして所得保障費を含めたコストから、両者を比較する医療経済評価を実施することであった。本研究のより具体的な目的（objectives）は、下記の3点であった。

1. 認知リハと援助付き雇用、および仲介型ケアマネジメントによる就労支援（従来型）にかかるコストを経時的に把握すること
2. 認知リハと援助付き雇用、および仲介型ケアマネジメントによる就労支援（従来型）

の12カ月間の1人当りの総コストを把握すること

3. 認知リハと援助付き雇用と、仲介型ケアマネジメントによる就労支援（従来型）を比較し、費用対効果を検証すること

B. 研究方法

1. 対象者

本研究は、認知リハと援助付き雇用の効果を検証する無作為化比較臨床試験（以下、RCT: randomised controlled trial）の一環である。従って、対象者の選定のプロセス、無作為割り付けの方法およびサンプルサイズの決定は、アウトカム評価の報告と同様である（佐藤らのアウトカム評価報告を参照）。最終的に同意撤回の10名と死亡2名を抜かした92名が分析の対象となった。45名が介入群（認知リハ＋援助付き雇用）であり、47名が対照群（仲介型ケアマネジメントによる就労支援＝従来型）であった。

2. アウトカム・データの測定

基本属性については、インタビューシートにて情報を収集した。本研究の就労アウトカム（就労の有無、就労期間、就労日数）については、6サイトのスタッフが月毎に報告するアウトカム・モニタリングシートおよび日本版クライアントサービス受給票（以下、CSRI-J: Client Service Receipt Inventory – Japanese version）⁹⁾を用いてデータを収集した。なお、本稿における就労とは最低賃金以上の給与が支払われる職場に就いたことを指す。

3. コスト・データの測定と代入値

本研究は、社会の視点にたち、コスト・データを収集した。薬剤費とデイケアなどを含む外来医療費および入院医療費は、カルテ・データをもとにした。主治医のいない精神科治療費に関しては、CSRI-Jを用いた。福祉サ

ービス費、市町村自治体や公共職業安定所（以下、ハローワーク）等の公的サービス、および所得保障についてのデータは CSRI-J にて収集した。また、各機関において援助付き雇用を実践する際、現在の制度では診療報酬や総合支援法の報酬単価を申請できず、持ち出し（赤字）となるサービスについては、サービスコード票および職場開拓記録票からデータを把握した。

次に、カルテ・データ以外の代入値をまとめる。主治医のいない医療機関における医療サービス（デイケアや訪問看護、入院等）については、現在の診療報酬制度と照らし合わせて、当てはまるサービスの診療報酬を代入した¹⁰⁾。障害者総合支援法における福祉サービスは、同法に基づいて当てはまる報酬単価を代入し¹¹⁾、加算部分については、東京都の障害者総合支援法下のサービスを提供する事業所の半数が申請する加算額の平均値を代入した¹²⁾。地域生活支援センターについては、きょうされんが報告した利用者 1 人当りの 1 ヶ月の平均運営費を月当りの稼働日数（20 日）と 1 日の稼働時間（8 時間）で割り、時間あたりの費用を算出し、利用時間に応じて代入した¹³⁾。国や都道府県、市町村が委託するその他の事業（例：障害者就業・生活支援センター、就労支援センター、市町村独自のグループホーム）などには、類似する障害者総合支援法下のサービス報酬単価を代入した。公的サービスについては、人事院が発表する公務員の年齢および給与表から、公務員の時給を換算し、利用時間に応じて代入した¹⁴⁾。

サービスコード票および職場開拓記録票から得た赤字部分のデータについては、医療機関と地域事業所で計算方式が異なる。医療機関について、施設内支援では、サービスコード票に記載されたサービス提供時間が 3 時間以内のサービスについてはショートケアのコストを代入し、3 時間 1 分を超えるものについては、デイケアのコストを代入した。施設

外支援には精神訪問看護のコストを代入した。また、職場開拓記録票に記されたサービスは個別ではなく、機関の利用者全員に対するサービスであるため、上述の代入値をそれぞれ就労支援登録者数で割った値を代入した。ただし、施設外支援における 3 時間 1 分以上を超えるサービスについては、精神科訪問看護の診療報酬単価を 2 倍し、就労支援登録者数で割った値を代入した。地域事業所（就労移行支援事業所やなかぼつ）については、時間外支援については、加算をあわせた報酬単価を 1 日の稼働時間（8 時間）で割り、時間当りのコストを算出し、時間外支援が提供された時間にあわせて代入した。また、利用期限を持つ就労移行支援事業所では、研究対象者が就労した場合、契約を打ち切って、持ち出しでサービスを提供する場合は珍しくない。そのような場合には、時間に関係なく、利用者が事業所を利用した回数やスタッフが職場訪問をした回数にあわせて、就労移行支援事業所の報酬単価を代入した。

4. マスキング

本研究の就労に関するアウトカムは、各機関のケースマネージャーおよび就労支援員の定期記録（アウトカム・モニタリングシート）にて収集したため、マスキングはされなかった。また、利用者と精神保健福祉サービスのことをよく知っているスタッフが、CSRI-J の測定をすることで信頼性があがるとする過去の知見から^{9,15)}、CSRI-J についてもマスキングはされなかった。しかし、全コストの約半分の割合を占めるカルテデータ（医療費）については、仮説と割り付けを隠された調査員によって収集された。

5. 分析

1) 基本属性および就労アウトカム

死亡ケースを除いた場合の初回調査における基本属性の確認と就労アウトカム（就労率

や就労期間など) について、両群の比較を行った。統計分析には χ^2 検定、t 検定あるいは Mann-Whitney 検定を用いた。統計的有意水準は、5%に設定した。

2) 月別のコスト

レセプト、CSRI-J などから、各月における一人当たりの所得保障のコスト、総合支援法下のサービスコスト、医療コストなどを算出した。次に、コストの推移について図示した。

3) 12 カ月間の合計コスト

1 人あたりの 12 カ月の合計コストを算出し、各カテゴリーに χ^2 検定と Mann-Whitney 検定を用いて比較した。

Box.1 CER と ICER の計算式

1. 費用効果比

(CER: Cost-effectiveness ratio)

= コストの平均 / アウトカムの平均

※本研究の場合、就労 1 日あたりのコスト

2. 増分費用効果比

(ICER: Incremental cost-effectiveness ratio)

= (介入群コスト平均 - 対照群コスト平均) / (介入群アウトカム平均 - 対照群アウトカム平均)

※対照群と比較して、アウトカムが 1 日改善された (ここでは就労が 1 日伸びた) 分の増加コスト

4) 費用対効果

両群における費用効果比 (以下 CER: Cost-effectiveness ratio) を算出した。さらに、増分費用効果比 (以下 ICER: Incremental cost-effectiveness ratio) を算出して、費用対効果を模索した (Box.1)。ICER の結果は Cost-effectiveness plane を利用して図示した。

5) 統計ソフト

すべての分析は、Ms Excel 2010、Ms Excel 2013、そして Stata version. 12 を用いて、実施された。

6. 不確実性の扱い

不確実性については、赤字部分の代入値を変化させた合計コストを用いて、CER および ICER の再計算をすることで対応した。具体的には、CSRI-J やサービスコード、職場開拓記録表で把握した赤字 (持ち出し) となったサービスについて、上述のように対応するサービス単価を当てはめるのではなく、1 回の利用につき (利用時間は考慮しない)、15,000 円あるいは 2,000 円を一律に代入した。対応するサービス単価を当てはめた場合、ほとんどのサービスが約 3,000 円から約 10,000 円の間であった。そこで、不確実性を扱う分析の際には、区切りの良い数字として 15,000 円と 2,000 円という値を選択した。

7. 倫理的配慮

本研究の参加者には、各サイトの担当者が書面および口頭で研究の趣旨やデータの使用方法などを説明し、調査への参加の同意を得た。すべての参加者には、調査への参加に対する拒否権と途中棄権の権利が確保された。また、すべての研究参加者から署名付きの同意書を得た。本研究は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を受けている (No. A2011-024)。

C. 結果

本稿の結果は、死亡事例 (2 名) を抜いているため、佐藤らのアウトカム評価報告の結果と多少異なる可能性がある。

1. 基本属性

参加者 92 名のうち、男性は 57 名 (61.9%) であった (介入群 27 名、対照群 30 名)。診断名が統合失調症である人は、介入群が 38 名

(84.4%)、対照群が 41 名(87.2%)であった。平均年齢は、介入群で 34.5 歳 (sd=6.8 歳) であり、対照群で 34.8 歳 (sd=7.1 歳) であった。また、初回調査時から振り返って、過去 1 年に 30 日以上就労経験を持つ対象者の割合は、両群ともに約 30%であった。

継続的なコストがかかる年金や生活保護、宿泊型サービスの利用者数について、介入群における年金受給者数 (25 名)、生活保護受給者数 (7 名)、そして宿泊型のサービス利用者数 (6 名) は対照群より多かったが、統計的に有意な差ではなかった。

Global Assessment of Functioning (GAF) を除き (介入群: 49.7 [sd=8.1]、対照群: 54.4 [sd=11.2], $t=-2.288$, $p=0.025$)、初回調査時の心理尺度等の得点に有意な差はなかった (表 1, 2)。

2. 就労および臨床アウトカム

介入群における研究期間内の就労者は 30 名 (66.7%) であった一方で、対照群は 12 名 (25.5%) であった ($\chi^2=15.678$, $p<0.001$)。両群の就労者のうち、それぞれ 3 名 (計 6 名) は就労継続 A 型や特例子会社に就職した。他方、研究期間中の入院者数については、介入群が 3 名であるのに対し、対照群が 8 名であった (表 3)。

介入群の対象者における研究期間中の就労期間 (85.9 日 [sd=88.5 日]) と就労日数 (50.6 日 [sd=53.1 日]) は、対照群の就労期間 (33.0 日 [sd=82.1 日]) と就労日数 (21.2 日 [sd=54.5 日]) と比較して有意に多かった (就労期間: $z=3.857$, $p<0.001$ 、就労日数: $z=3.815$, $p<0.001$)。収入額についても、介入群で有意に高い傾向となった (介入群: 18 万 8,281 円 [sd=22 万 4,759 円]、対照群: 13 万 1,259 円 [sd=28 万 1,512 円], $z=2.302$, $p=0.021$)。他方、病気による損失額について両群に有意な差はなかった (表 4)。

3. コスト・データ

1) コストの経時的推移

表 5, 6 および図 1, 2 は、それぞれの群における月別の 1 人当りのコストである。各群の所得保障費、宿泊サービス費、外来医療費については、12 ヶ月の間で大きな変化はない。

介入群におけるデイケア費は、総合支援法下のサービス費は、認知リハが行われていた最初の時期で比較的高い金額が費やされていた。デイケアについては、9 ヶ月目以降は 1 人当りのコストが 1 万円を下回る額となっていた。総合支援法下のサービス費では 5 ヶ月目から 7 ヶ月目に高い金額が費やされていた。調査時期中旬にコストが高くなる傾向は、相談・就労・公的サービス費 (総合支援法以外の社会サービス費) においても見られた。また、赤字 (持ち出し) 部分のコストは 5 ヶ月目以降に増加する傾向があった。なお、認知リハにかかった費用は、おおよそ 1 人当たり 20 万円であり、相談や就労に関わる全支援コストの 3 割以上を占めた (表 7)。

対照群では、総合支援法下のサービス費について、5 ヶ月目以降に高くなる傾向にあった。また、対照群では入院者が 2 ヶ月目から入院医療費が浮上し、以降は 7 ヶ月目と 12 ヶ月目を除く、すべての月で 1 人当たり 3 万円以上の入院医療費が計上されていた。

2) 12 ヶ月間のコストの比較

介入群における 12 ヶ月間の 1 人当りの合計コストは 180 万 1,255 円 (sd=109 万 9,031 円) であり、対照群では 174 万 7,533 円 (sd=158 万 4,114 円) であった。所得保障費については、介入群 (64 万 0654 円, [sd=61 万 6,173 円]) が、対照群 (43 万 4,573 円, [sd=57 万 1,865 円]) より有意に高かった ($z=2.234$, $p=0.026$)。そこで、所得保障費を除いた 12 ヶ月間の合計コストを算出すると、介入群のコスト (116 万 0601 円, [sd=75 万 9,642 円]) が対照群 (131 万 2,960 円, [sd=134 万 2,316

円)より安くなる結果となった。

福祉・公的サービス(社会サービス)では、介入群(42万6,142円, [sd=48万8,183円])と比較し、対照群(49万0826円, [sd=60万4,149円])が高かった。特に、総合支援法以外のサービス(「相談・就労・公的サービス」)で対照群(10万1,977円, [sd=11万3,909円])が、介入群(4万7,983, [sd=11万6,532円])より有意に高かった($z=-4.918$, $p<0.001$)。

医療費についても、介入群のコスト(65万1,674円, [sd=60万8,962円])よりも対照群のコスト(82万2134円, [sd=128万7,593円])が高い結果となった。対照群でコストが高くなった要因は入院医療費であり、介入群で6万6,715円(sd=32万9,385円)に対し、対照群では43万7,713円(sd=121万4,728円)であった。

赤字(持ち出し)部分については、介入群のみで測定したこともあり、介入群のコスト(8万2,785円, [sd=8万2,546円])が対照群より高かった($z=8.719$, $p<0.001$)。

3) 費用対効果

費用対効果については、就労期間(日/週)と就労日数について算出した(表9)。3つの指標について大きな差はないことから、就労期間(日)について記述する。介入群における12ヵ月間の1日当りの就労コスト、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。また、ICER(1日就労期間が増える分の増分コスト)は1,015円であった。不確実性の検証のために、設定した赤字(持ち出し)部分のICERについては、15,000円の設定では2,883円、2,000円の設定では50円であった。これらをCost effectiveness planeで図示すると、効果があり、コストが高い領域に位置した(図3,4)。

D. 考察

本研究は、認知リハと援助付き雇用にかかるコストおよび費用対効果を検証した。以下に、介入群と対照群のコストの積み上げ方の特徴と費用対効果について考察をする。

1. 介入群におけるコストの推移と合計コストの特徴

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、所得保障費が高い点があげられる。実際、所得保障費を除外したサービス費の合計コストでは、介入群のコストが対照群のコストより低い額となった。純粹なサービスコストとして考えるなら、それだけで介入群(認知リハと援助付き雇用)が、対照群(仲介型ケアマネジメントによる就労支援)よりも費用効果が高いと推測できるかもしれない。しかしながら、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¹⁶⁾。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。よって、所得保障を考慮したうえでの費用対効果を検証することに意味があり、妥当と考えられる。

国際的に援助付き雇用の効果についてのエビデンスは十分に蓄積されていることから、研究の関心は精神障害者の雇用と所得保障の関係など実際の運用に関したテーマに移行している^{17,18)}。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がある。介入群の対象者の6割以上が就労したにもかかわらず、月ごとの所得保障費には大きな変化は観察されなかった。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も考えられる。他方、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という事実もうかがえる。逆に、対照群の参加者は、研究期間内に所得保障を容易に利用できなかった可能性や、家族から経済的な援助によって生活していた可能性もある。これらの状況は介入群における高い所得保障費と関連していると示唆される。

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。本研究では、プロトコルにおいて、認知リハの期間中は就労に直結する支援ができない規定があったが、実際の臨床場面では、認知リハをしながら就労支援を開始すると予想され、実際の場面での運用の際にはこれらのコストは下がるものと予想される。

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。

2. 対照群におけるコストの推移と合計コストの特徴

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（一部の就労移行支援事業所や就

労継続B型、地域活動支援センター、委託訓練施設）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。仲介型ケアマネジメントでは、具体的な支援計画は調整先の機関が立てることが多く、調整先の機関の支援・経営方針によって、トレーニングを提供する期間が決められる。そのためトレーニング・通所期間が長期化し、コストが積み上げられたと予想される。

また、対照群においては、ケアマネージャーと就労支援員が一緒に機関にいないことから、対象者が就業生活・支援センター、就労移行支援事業所、市町村独自の就労支援センターなど複数の就労支援機関を利用する人がおり、各機関でアセスメントや支援計画を立てるために、利用回数が増えた可能性もある。

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。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。

3. 費用対効果

Cost effectiveness plane における ICER の座標は、臨床的效果はあるが、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。

費用対効果の判断における ICER の値について、日本では閾値が設定されていない^{19,20)}。他方、英国の NICE ガイドラインでは、Quality Adjusted Life Years (QALY) を基準指標としているが、費用対効果がある実践の ICER の閾値は、2 万ポンドから 3 万ポンド（340 万円～510 万円）とされている（2014 年 3 月 10 日現在：1 ポンド = 170 円）²¹⁻²³⁾。

また、世界保健機関（以下、WHO: world health organization)のCHOICE (CHOosing Interventions that are Cost-Effective) project は、GDP を基盤にした ICER の閾値を算出している²⁴⁾。WHO-CHOICE は北米における ICER の基準値として、約 4 万ドル(約 400 万円)をあげている。すなわち、ある実践における ICER の値が 4 万ドル(400 万円)以下であった場合、その実践は費用対効果が非常に高いと判断できると提案されている(2014 年 3 月 10 日現在:1 ドル = 100 円)。

上述の英国や WHO の ICER の例は、基本的には 1 年あるいはそれ以上の追跡期間を持った研究における ICER の閾値についての議論である。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。英国や WHO 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と実践と考えられる。

不確実性の検証においても、認知リハと援助付き効果についての費用対効果の優位性は変わらない。赤字部分の代入値を 15,000 円と 2,000 円に設定した検証でも、ICER (2,883 円、50 円)に 365 を掛けた値は、それぞれ約 105 万円と 1.8 万円である。特に、赤字部分を高く見積もった 15,000 円の設定においても、その ICER は英国 NICE ガイドラインや WHO-CHOICE の基準を超えるものではない。すなわち、不確実性の検証は、認知リハと援助付き雇用の費用対効果のエビデンスを強調する結果であると示唆される。

4. 研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。第 1 に本研究のマスクキングは、レセプトデータだけに限定されている。CSRI-J を利用した情報

収集や就労アウトカムについては、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は否定できない。第 2 に本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 3 に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 カ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. 結論

本研究は、認知リハと援助付き雇用にかかるコストおよび費用対効果を検証した。研究の結果、認知リハと援助付き雇用のコストは従来の支援（仲介型ケアマネジメントによる就労支援）よりわずかに高いが、大きな違いはないと考えられる。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が高く、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 カ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。また、本研究の ICER は 1,015 円であり、英国や WHO の基準を参考にすると、認知リハと援助付き雇用は費用対効果が高い実践と判断できる。

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)山口創生, 米倉裕希子, 周防美智子, 他: 精神障害者に対するスティグマの是正への根拠: スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見. 精リハ誌 15:75-85, 2011.
- 2) Lloyd K, White J: Democratizing clinical research. Nature 474(7351):277-278, 2011.
- 3)Kinoshita Y, Furukawa Toshi A, Kinoshita K, et al. Supported employment for adults with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 9, 2013.
- 4)Bond GR, Drake RE, Becker DR: Generalizability of the individual placement and support (IPS) model of supported employment outside the US. World Psychiatry 11:32-39, 2012.
- 5)片山優美子, 山口創生, 種田綾乃, 他: 精神障害者の援助付き雇用および個別職業紹介とサポートに関する効果についての長期的な追跡研究のシステマティック・レビュー. 社会福祉学 54:28-41, 2013.
- 6) 種田綾乃, 山口創生, 佐藤さやか, 他: 重度精神障害者に対する就労支援: individual placement and supportを中心に. 精神保健研究 60:73:79, 2014.
- 7)McGurk SR, Mueser KT, Feldman K, et al: Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. Am J Psychiatry 164(3):437-441, 2007.
- 8)Heslin M, Howard L, Leese M, et al: Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. World Psychiatry 10:132-137, 2011.
- 9)山口創生, 下平美智代, 吉田光爾, 他: 精神保健福祉サービスにおける医療経済評価のための調査ツール: 日本版クライアントサービス受給票の開発の試み. 精神医学 54:1225-1236, 2012.
- 10)医学通信社: 診療点数早見表. 医学通信社, 東京, 2013.
- 11)厚生労働省: 障害福祉サービス費等の報酬算定構造. 厚生労働省, 東京, 2013. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/kaaisei/dl/gaiyo_03.pdf
- 12)東京都福祉保健局: 東京都障害者サービス情報. 東京都, 東京, 2013. <http://www.shougai-fukushi.metro.tokyo.jp/>
- 13)きょうされん. 小規模作業所・地域活動支援センター運営・活動についての実態調査の結果. きょうされん, 東京, 2011.
- 14)人事院: 国家公務員給与の概要. 人事院, 東京, 2013. <http://www.jinji.go.jp/kyuuyo/kou/25gaiyos.pdf>
- 15)Mirandola M, Bisoffi G, Bonizzato P, et al: Collecting psychiatric resources utilisation data to calculate costs of care: a comparison between a service receipt interview and a case register. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 34:541-547, 1999.
- 16)Mangalore R, Knapp M: Cost of

- schizophrenia in England. J Ment Health Policy Econ 10:23-41, 2007.
- 17) Drake RE, Skinner JS, Bond GR, et al: Social security and mental illness: reducing disability with supported employment. Health Aff 28:761-770, 2009.
- 18) Salkever D: Social costs of expanding access to evidence-based supported employment: concepts and interpretive review of evidence. Psychiatr Serv 64:111-119, 2013.
- 19) 福田敬: 医療経済評価研究における分析手法に関するガイドライン. 厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)「医療経済評価を応用した医療給付制度のあり方に関する研究」(研究代表者: 福田敬) 平成24年度総合研究報告書, 東京, 2013.
- 20) 白岩健: 「医療経済評価研究における分析手法に関するガイドライン」の解説. 保健医療科学 62:590-598, 2013.
- 21) McCabe C, Claxton K, Culyer AJ: The NICE cost-effectiveness threshold: what it is and what that means. Pharmacoeconomics 26:733-744, 2008.
- 22) Appleby J, Devlin N, Parkin D: NICE's cost effectiveness threshold. BMJ 335(7616):358-359, 2007.
- 23) 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.
- 24) World Health Organization: Cost-effectiveness thresholds: results for 14 WHO regions. CHOosing Interventions that are Cost Effective (WHO-CHOICE), World Health Organization, Geneva, 2005.

表1 基本属性（カテゴリ・データ）

項目	介入群 (n=45)		対照群 (n=47)		統計テスト χ^2 検定
	n	%	n	%	
性別 (男性)	27	60.0%	30	63.8%	ns
診断 (統合失調症)	38	84.4%	41	87.2%	ns
過去1年の就労 (30日以上あり)	13	28.9%	14	29.8%	ns
年金受給者	25	55.6%	19	40.4%	ns
生活保護受給者	7	15.6%	4	8.5%	ns
住居サービス利用者	6	13.3%	2	4.3%	ns

表2 基本属性（連続データ）

	介入群 (n=45)		対照群 (n=47)		統計テスト t 検定
	BL 平均値	SD	BL 平均値	SD	
年齢	34.5	6.8	34.8	7.1	ns
教育年数	14.5	2.7	14.0	2.2	ns
GAF BL	49.7	8.1	54.4	11.2	$t=-2.2882, p=0.0245$
動機 BL	3.4	0.9	3.7	1.0	ns
BACS-J	-1.1	0.6	-1.3	0.8	ns
PANSS (統合失調症のみ n=81)	61.2	16.4	58.1	15.4	ns

表3 就労率と入院率

項目	介入群 (n=45)		対照群 (n=47)		統計テスト
	n	%	n	%	
就労 (就 A・特例あり)	30	66.7%	12	25.5%	$\chi^2=15.678, p<0.001$
就労 (就 A・特例なし)	27	60.0%	9	19.2%	$\chi^2=16.107, p<0.001$
入院	3	6.6%	8	17.0%	ns

表4 就労に関するアウトカム

項目	介入群 (n=45)				対照群 (n=47)				統計テスト
	平均値	SD	中央値	IQR	平均値	SD	中央値	IQR	Mann-Whitney 検定
就労期間 (就 A・特例あり) [日]	85.9	88.5	51.0	148.0	33.0	82.1	0.0	1.0	$z=3.857, p<0.001$
就労期間 (就 A・特例あり) [週]	12.3	12.6	7.3	21.1	4.7	11.7	0.0	0.1	$z=3.857, p<0.001$
就労日数 (就 A・特例あり) [日]	50.6	53.1	24.0	88.0	21.2	54.5	0.0	1.0	$z=3.815, p<0.001$
賃金	¥188,281	¥224,759	¥76,000	¥302,545	¥131,259	¥281,512	¥6,400	¥136,000	$z=2.302, p=0.021$
損失額	¥5,515	¥13,432	¥0	¥4,554	¥5,794	¥16,402	¥0	¥0	ns
損失額 (精神的な不調)	¥3,732	¥8,854	¥0	¥1,762	¥3,844	¥13,035	¥0	¥0	ns

表 5 介入群のコスト推移

介入群 (n=45)	1 ヶ月	2 ヶ月	3 ヶ月	4 ヶ月	5 ヶ月	6 ヶ月	7 ヶ月	8 ヶ月	9 ヶ月	10 ヶ月	11 ヶ月	12 ヶ月
所得保障	¥53,326	¥52,223	¥53,852	¥52,072	¥52,474	¥52,803	¥52,794	¥59,517	¥53,423	¥52,871	¥52,515	¥52,783
宿泊サービス	¥6,768	¥6,619	¥6,690	¥6,690	¥6,698	¥7,831	¥8,013	¥5,124	¥4,672	¥5,580	¥4,631	¥4,639
総合支援法	¥17,031	¥25,960	¥32,421	¥35,839	¥40,074	¥35,694	¥30,070	¥29,218	¥11,952	¥19,893	¥11,800	¥14,255
相談・就労・公的サービス	¥2,223	¥1,412	¥2,012	¥3,280	¥5,102	¥6,033	¥6,448	¥6,978	¥6,075	¥2,485	¥3,405	¥2,573
デイケア	¥26,476	¥24,486	¥19,078	¥19,107	¥16,056	¥15,920	¥16,211	¥12,040	¥9,540	¥7,782	¥8,998	¥8,636
外来医療費	¥38,522	¥35,597	¥37,350	¥33,730	¥35,540	¥31,931	¥32,523	¥31,095	¥33,750	¥29,462	¥30,487	¥31,423
入院医療費	¥0	¥0	¥0	¥0	¥14,739	¥28,276	¥23,245	¥7,836	¥0	¥2,122	¥1,864	¥2,364
赤字	¥1,825	¥1,364	¥1,647	¥3,189	¥6,976	¥4,097	¥6,121	¥10,337	¥19,853	¥9,891	¥7,406	¥10,079

表 6 対照群のコスト推移

対照群 (n=47)	1 ヶ月	2 ヶ月	3 ヶ月	4 ヶ月	5 ヶ月	6 ヶ月	7 ヶ月	8 ヶ月	9 ヶ月	10 ヶ月	11 ヶ月	12 ヶ月
所得保障	¥35,659	¥33,446	¥33,261	¥35,842	¥34,937	¥35,106	¥36,362	¥36,426	¥36,436	¥40,076	¥38,512	¥38,512
宿泊サービス	¥1,840	¥1,781	¥1,840	¥1,781	¥1,840	¥1,840	¥1,917	¥2,724	¥2,732	¥1,840	¥1,840	¥1,662
総合支援法	¥16,809	¥28,738	¥27,479	¥28,890	¥35,334	¥36,047	¥34,901	¥26,066	¥32,028	¥32,446	¥33,948	¥32,882
相談・就労・公的サービス	¥10,960	¥10,610	¥8,904	¥9,544	¥9,298	¥6,740	¥8,289	¥8,196	¥8,133	¥8,480	¥5,457	¥7,460
デイケア	¥3,745	¥3,574	¥3,128	¥2,160	¥3,128	¥2,653	¥2,206	¥2,598	¥2,374	¥3,574	¥2,681	¥3,111
外来医療費	¥31,993	¥29,659	¥30,014	¥25,885	¥27,350	¥27,799	¥26,961	¥29,554	¥30,400	¥27,182	¥34,537	¥28,301
入院医療費	¥0	¥5,394	¥34,352	¥49,366	¥42,547	¥42,498	¥23,736	¥35,896	¥65,820	¥60,453	¥40,086	¥25,503
赤字	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0

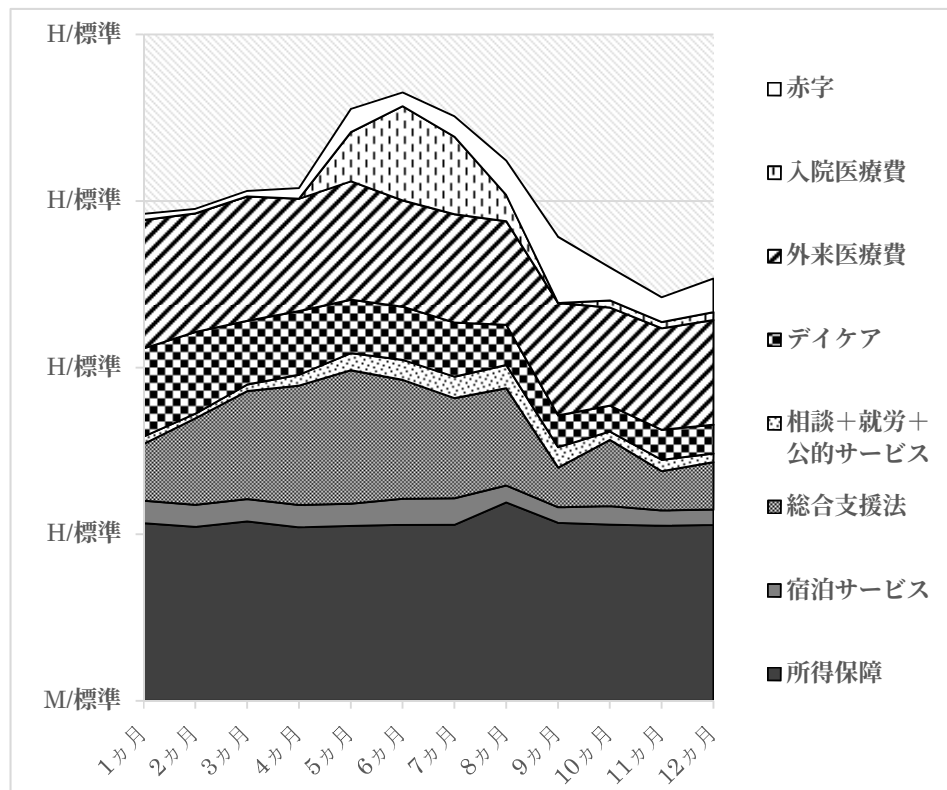


図1 介入群のコスト推移 (n = 45)

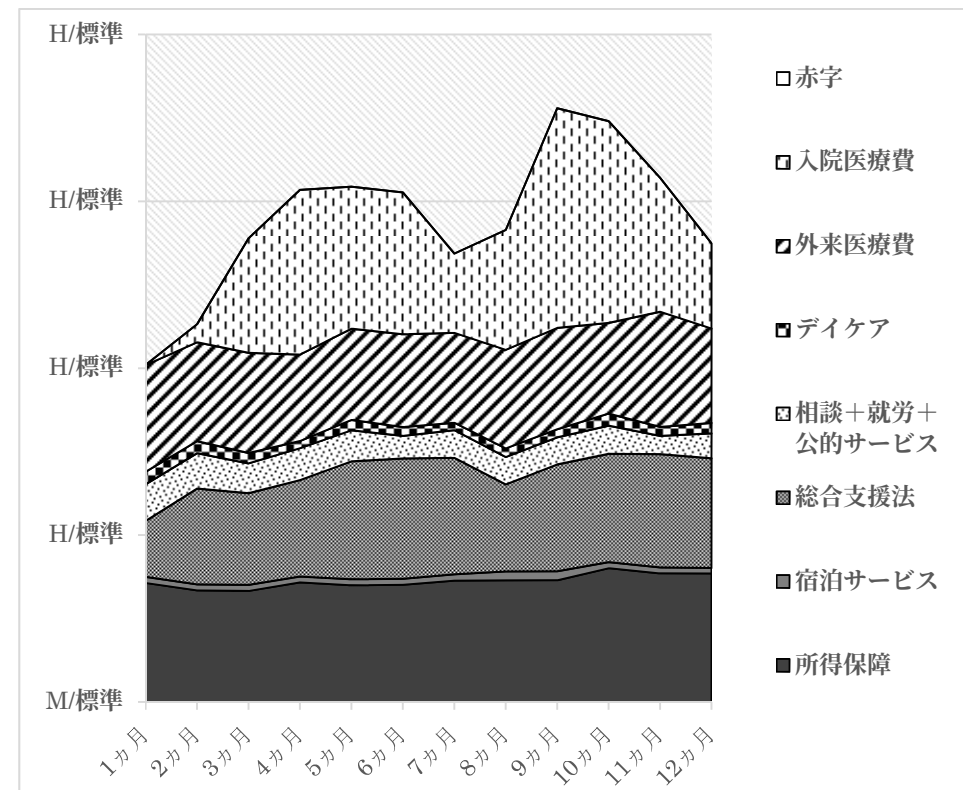


図2 対照群のコスト推移 (n = 47)

表7 認知リハのコスト (介入群 n= 45)

介入群 (n=45)	平均値	SD	中央値	IQR	認知機能リハの割合
認知機能リハ*	¥199,809	¥199,666	¥137,921	¥197,500	
就労・相談・公的サービス、デイケア	¥535,737	¥465,535	¥358,595	¥637,509	37.3%
就労・相談・公的サービス、デイケア、赤字	¥618,522	¥499,742	¥463,102	¥665,895	32.3%

* 1～4 か月目までの就労移行支援事業所とデイケアの利用費

表 8 介入群と対照群の 12 カ月のコスト比較

項目	介入群 (n=45)				対照群 (n=47)				統計テスト
	平均値	SD	中央値	IQR	平均値	SD	中央値	IQR	Mann-Whitney 検定
コスト合計	¥1,801,255	¥1,099,031	¥1,611,714	¥1,398,246	¥1,747,533	¥1,584,114	¥1,201,746	¥1,938,454	ns
・所得保障なし	¥1,160,601	¥759,642	¥1,045,280	¥827,913	¥1,312,960	¥1,342,316	¥907,900	¥1,236,708	ns
所得保障費	¥640,654	¥616,173	¥780,000	¥813,024	¥434,573	¥571,865	¥0	¥785,000	z=2.234, p=0.026
・年金	¥378,062	¥376,337	¥294,948	¥786,492	¥292,523	¥388,127	¥0	¥768,000	ns
・生活保護	¥232,239	¥604,670	¥0	¥0	¥135,638	¥451,315	¥0	¥0	ns
・その他の社会保障	¥30,353	¥121,831	¥0	¥3,867	¥6,412	¥20,140	¥0	¥0	ns
福祉・公的サービス	¥426,142	¥488,183	¥245,921	¥658,073	¥490,826	¥604,149	¥259,204	¥807,915	ns
・宿泊サービス	¥73,954	¥268,247	¥0	¥0	¥23,638	¥148,867	¥0	¥0	ns
・総合支援法下のサービス	¥304,206	¥396,475	¥0	¥560,879	¥365,211	¥514,039	¥62,178	¥809,136	ns
・相談・就労・公的サービス	¥47,983	¥116,532	¥8,553	¥37,044	¥101,977	¥113,909	¥48,076	¥119,439	z=-4.918, <0.001
医療費	¥651,674	¥608,962	¥451,670	¥608,317	¥822,134	¥1,287,593	¥267,370	¥811,190	ns
・デイケア	¥183,549	¥303,010	¥84,000	¥262,500	¥34,800	¥190,919	¥0	¥0	z=5.043, p<0.001
・外来医療費 (デイケア除く)	¥401,410	¥330,274	¥318,030	¥360,587	¥349,621	¥290,239	¥223,156	¥323,586	ns
・入院医療費	¥66,715	¥329,385	¥0	¥0	¥437,713	¥1,214,728	¥0	¥0	ns
赤字	¥82,785	¥82,546	¥59,858	¥113,351	¥0	¥0	¥0	¥0	z=8.719, p<0.001

表9 Incremental cost-effectiveness ratio の算出結果

項目		介入群 (n=45)	対照群 (n=47)	
一人当たりの総コスト	赤字: 対応単価	¥1,801,255	¥1,747,533	
	赤字: 15000 円	¥1,900,152	¥1,747,533	
	赤字: 2000 円	¥1,750,188	¥1,747,533	
就労アウトカム	平均就労期間 (日)	85.9	33.0	
	平均就労期間 (週)	12.3	4.7	
	平均就労日数 (日)	50.6	21.2	
Cost-effectiveness ratio (CER: 費用効果比)	赤字: 対応単価	平均就労期間 (日)	¥20,972	¥53,024
		平均就労期間 (週)	¥146,803	¥371,167
		平均就労日数 (日)	¥35,614	¥82,299
	赤字: 15000 円	平均就労期間 (日)	¥22,123	¥53,024
		平均就労期間 (週)	¥154,864	¥371,167
		平均就労日数 (日)	¥37,569	¥82,299
	赤字: 2000 円	平均就労期間 (日)	¥20,377	¥53,024
		平均就労期間 (週)	¥142,641	¥371,167
		平均就労日数 (日)	¥34,604	¥82,299
	赤字: 対応単価	平均就労期間 (日)	¥1,015	
		平均就労期間 (週)	¥7,105	
		平均就労日数 (日)	¥1,831	
Incremental cost-effectiveness ratio (ICER: 増分費用効果比)	赤字: 15000 円	平均就労期間 (日)	¥2,883	
		平均就労期間 (週)	¥20,183	
		平均就労日数 (日)	¥5,201	
	赤字: 2000 円	平均就労期間 (日)	¥50	
		平均就労期間 (週)	¥351	
		平均就労日数 (日)	¥90	

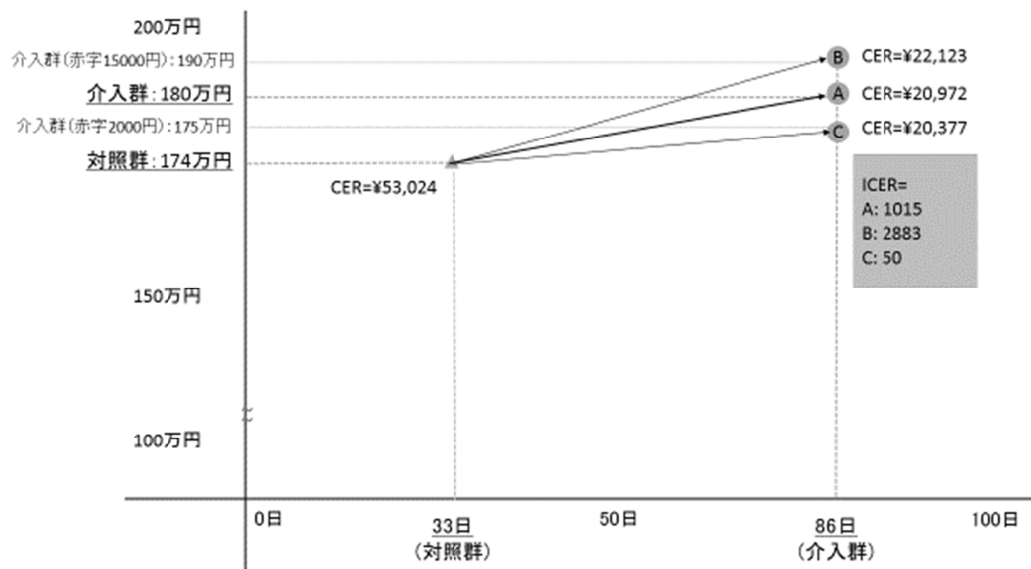


図3 認知機能リハおよび援助付き雇用の就労期間における費用対効果

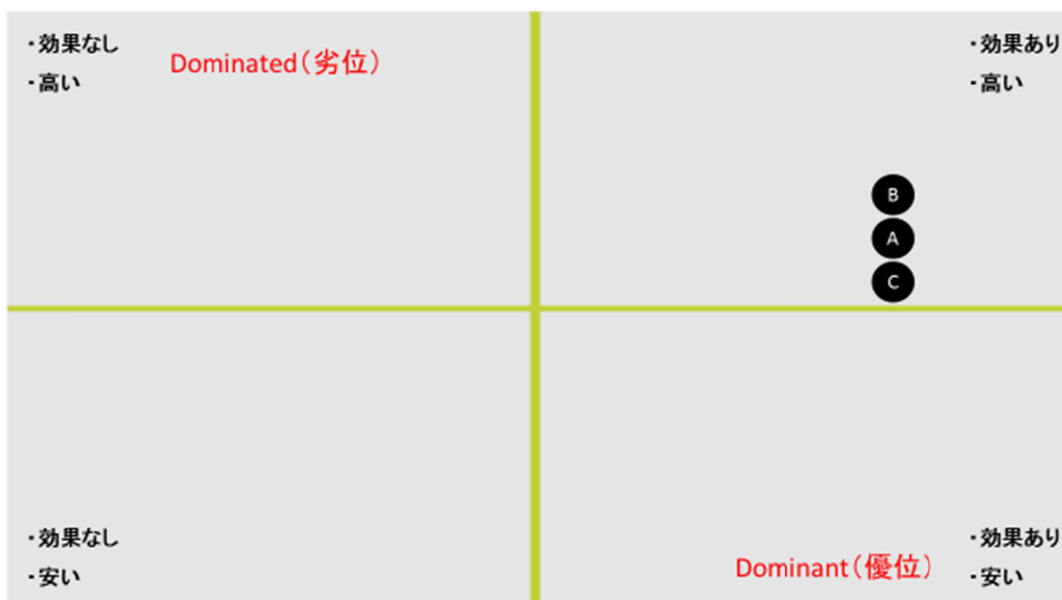


図4 Cost effectiveness plane による費用対効果の把握

II. 分担研究報告書

3. 多職種アウトリーチ研究 サイト報告

小平地区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に関する研究

研究分担者：○坂田増弘¹⁾

研究協力者：富沢明美¹⁾、伊藤明美¹⁾、山口創生²⁾、種田綾乃²⁾、佐藤さやか²⁾、
伊藤順一郎²⁾

1) 独) 国立精神・神経医療研究センター病院

2) 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

要旨

国立精神・神経医療研究センター病院の多職種訪問サービスチームPORTの本研究3年間の取り組みと成果について述べた。本研究開始後、スタッフの増員・活動環境の整備・病棟の連携強化・ストレングスモデルによるケースマネジメントの定着によって、総訪問件数に表れるアクティビティは明確に向上しているとともに、利用者の生活の質の変化も実感されている。病院内の組織としての利点を生かしつつ、将来のACT化を見据えて、リカバリー志向の支援技術を中心により一層のサービスの質の向上に努める必要がある。

A. 研究地区の背景

平成22年4月に独立行政法人となった国立精神・神経医療研究センター（以下 NCNP）は、精神・神経・筋・発達障害の4分野に取り組む病院と2つの研究所（精神保健研究所・神経研究所）が併設された、国内でも類を見ない臨床・研究施設である。こうした施設の特徴を最大限に生かし、診療科横断的かつ研究所との協力体制にバックアップされた高度専門的診療を行うため、センター内における専門疾病センターの設置が進められている。NCNPは、ナショナルセンターとして国民全体の健康増進に寄与することを目指しているが、当然のことながら、小平地区を中心とする周辺の地域医療にも、中核となる施設としての積極的な関与が求められている。そこで、上述の専門疾病センターの一つとして、「地域精神科モデル医療センター」（以下地域モデルセンター）が平成22年9月にNCNP理事会に承認された。地域モデルセンターの

活動においては、センター病院第一精神診療部・リハビリテーション部・医療福祉相談室・在宅支援室の各部門と精神保健研究所社会復帰研究部とが密接に連携しており、そのミッションは、重症精神障害者を対象に「地域生活中心の精神科医療」を展開し、東京都小平市を中心とする圏域において、これからの我が国の地域精神科医療のモデルを形成・実践していこうとするものである。

一方、NCNP病院は、以前の療養所的な病院からより高機能な病院への変革を遂げようとする近年の努力の中で、病床削減と長期入院者の退院促進を積極的に推し進めてきた。その過程において、平成20年より、退院直後の危機介入的な訪問を目的に、在宅支援室の看護師およびソーシャルワーカーによる訪問活動（訪問看護）が開始されていたが、病院の規模からすると不十分なものであった。そこで、地域モデルセンターは、精神科ケアと対をなす臨床活動の担い手として、この

訪問看護部門を機能強化、発展させていく方針をとることとなった。旧来の訪問看護チームは新たに多職種アウトリーチサービスチーム PORT となり、その目指すところは、ケアマネジメントおよび他部門との連携により、急性期から社会復帰まで一貫した支援を実現し、いずれは ACT や未治療患者への早期介入といった活動が可能な組織となることである。

B. 現在構築されている臨床体制

地域モデルセンターにおける PORT の位置づけを図 1 に、PORT の概要を表 1 に示した。現在の多職種チームを構成する職種は、看護師・作業療法士・社会福祉士 (PSW) である。本研究開始後の人員の拡充や、ハード面での改善については表 2 に示した。医師は兼任として 3 名 (常勤 2・レジデント 1) 配置されており、チーム精神科医として、主に危機介入的な往診を行うことがある。

病院内に設置されたチームとして当然のことながら、医療との連携・協同がしやすいのが最大の利点である。特に入院患者への早期対応を主眼とした病棟との連携について図 2 に示した。

一方で、地域のリソースとの連携については、双方の意識的な努力が必要となる。具体的には、利用者とその家族・地域の支援者・院内の関係者が参加しての協議やケア会議の開催などである。

C. 研究対象者が受けている支援内容

研究対象者としてのエントリー基準を満たす入院患者に対しては、病棟主治医の判断を仰ぎながら、入院中なるべく早期より担当ケアマネージャーが接触して関係づくりを開始した。病棟スタッフや入院作業療法担当者とは協力して、退院後の生活を想定した環境調整・クライシスプランの作成・ストレングスモデルに基づくケアマネジメント・退院前訪問を行いつつ、プロトコールに決められた期限内での、研究参加同意の取得に努めた。退院後は、チーム内でのアセスメントと利用者

の希望に基づいて決定された訪問頻度と訪問スタッフ (人数・職種・性別) で、訪問サービスが開始された。支援の内容については、日々のチームミーティングおよび週 1 回のグループスーパーヴィジョンにより共有・評価・方針の策定がなされている。サービスの内容だけでなく、提供される場所についても利用者のニーズに基づき決定されており、利用者の自宅に限定されることはない。利用者が再入院した場合でも、ケアマネージャーは可能な限り病棟訪問による支援を継続し、退院後の支援への連続性を保つ努力をしている。

以上のサービスは、研究参加の同意取得以外は、研究対象者以外の PORT 利用者に対しても同様に提供されている。

D. 結果

本稿では、研究参加者に関する結果ではなく、本研究への取り組みを通じて得られた、PORT のサービス全体にかかる成果について報告する。

平成 26 年 3 月末時点での PORT 利用者は 67 名である。平成 25 年度の総訪問件数は 3146 件であり、前年度比 640 件増、平成 22 年度件数の約 3 倍に増加している (図 3)。また、平成 25 年度については、年末年始の休診期間においても、スポット訪問を実施することができた。

PORT 導入前後 2 年を比較できる利用者 22 名について調査したところ、平均の入院回数および入院日数の明らかな減少が認められた (表 3)。

E. 考察

人員及び設備の充実により、訪問件数に表れるアクティビティは明らかに向上した。また、リカバリー志向のケアマネジメント視点が定着し、研究開始前の病状管理的な訪問からのシフトが大きく進んでいる。日々の活動の中で、利用者の小さな生活の変化に喜びを共有するスタッフの姿を見ることが増えているのは実感としてあるが、既述のように、

PORT の介入による地域滞在日数の改善も示唆されていることは喜ばしい成果と言える。PORT と病棟との連携を強化する取り組みの中で、病棟の全入院患者について、入院早期から退院後の生活を見据えたアセスメントやケースワークが開始されるシステムが整備されたのも、入院日数の削減に奏効していると思われる。

一方、人員は拡充されたものの、兼任の常勤者と専任の非常勤者のみで専任の常勤者がいないという問題は依然として残っている。チームの構成としても、心理職や、ピアスタッフが採用されるに至っていない。これらは将来 ACT を目指すうえで、是非とも改善していきたい部分である。また、サービスの継続性という観点から、PORT のスタッフに頻繁な入れ替わりがあるのは好ましくない。この点については院内での理解が得られるよう、成果の公表や他部門からの研修受け入れなど今後も努力していく必要がある。

ストレングスモデルに対するスタッフの習熟も進んでいるが、利用者とのアセスメントの共有・リカバリーゴールワークシートの有効利用・フィールドメンタリングの本格的な導入については、引き続き取り組むべき課題となっている。

ACT を目指すためのステップとして、夜間・休日のサービス提供をどのように実現してゆくかという検討がなされており、既述のように連休中の訪問も実現されているが、いまだ 24 時間 365 日のサービスの実現には遠いのが実情である。

以上、NCNP の PORT は本研究開始後その活動性を高めてきており、院内の地域医療システム構成や、利用者の生活の質向上に一定の成果を上げることができたと考えている。病院内組織として、ACT 化を目指していくうえで、より一層のサービスの質の向上と、院内の状況への柔軟な対応が今後も求められていくことになるだろう。

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

図1. 地域精神科モデル医療センターの組織

活動全般の統括，研究・研修部門統括責任者：伊藤順一郎

【研究/企画チーム】

センター病院：副院長，リハビリ部長・医長，在宅支援室師長・PSW，
急性期・開放病棟担当者（病棟医長・師長・担当PSW）

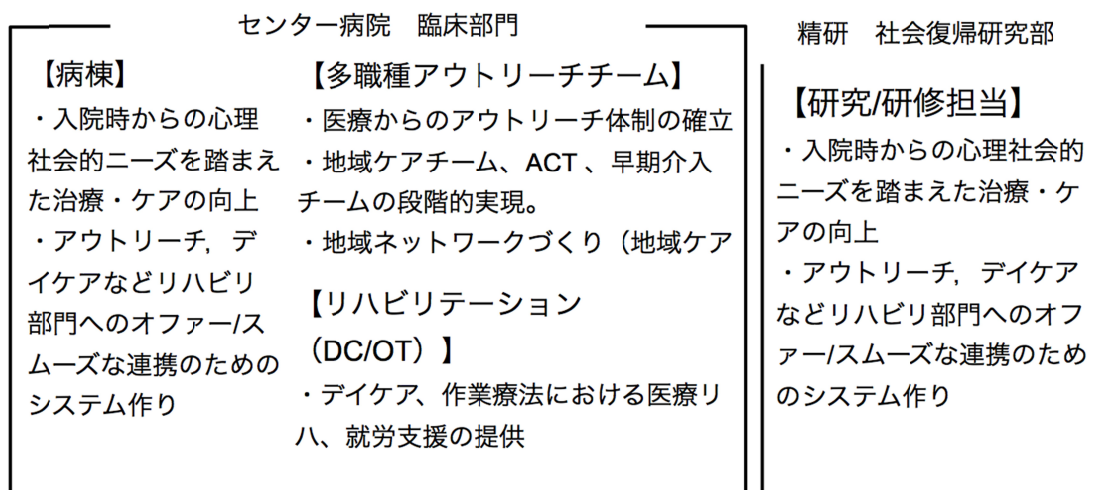


図2・病棟とPORTの連携システム

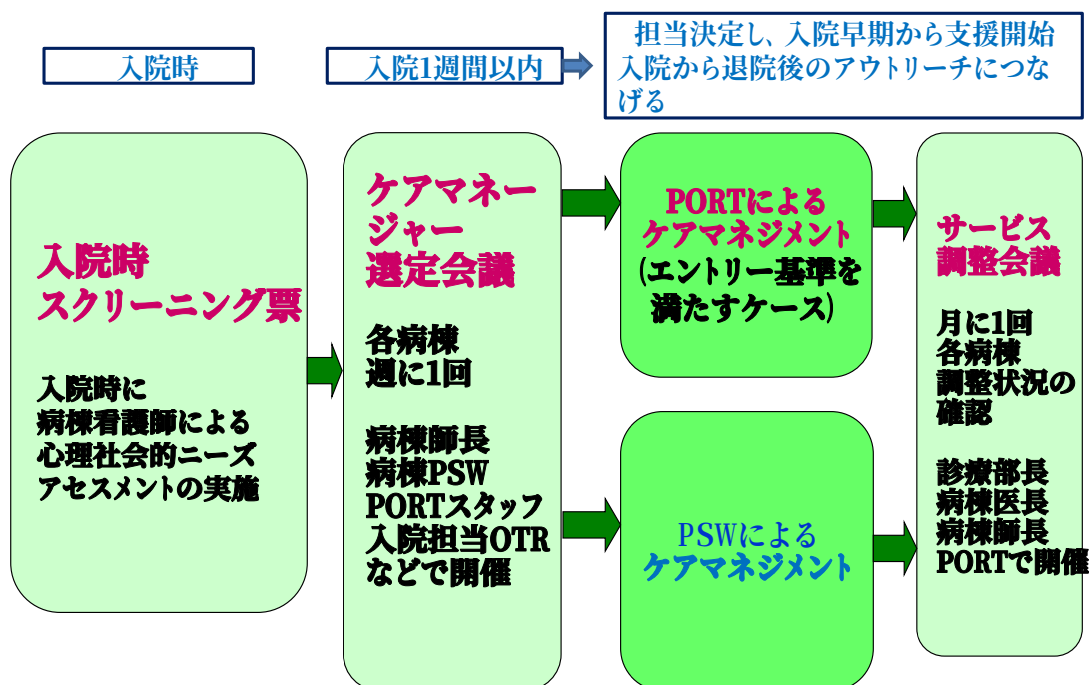


図3・年間訪問件数の推移

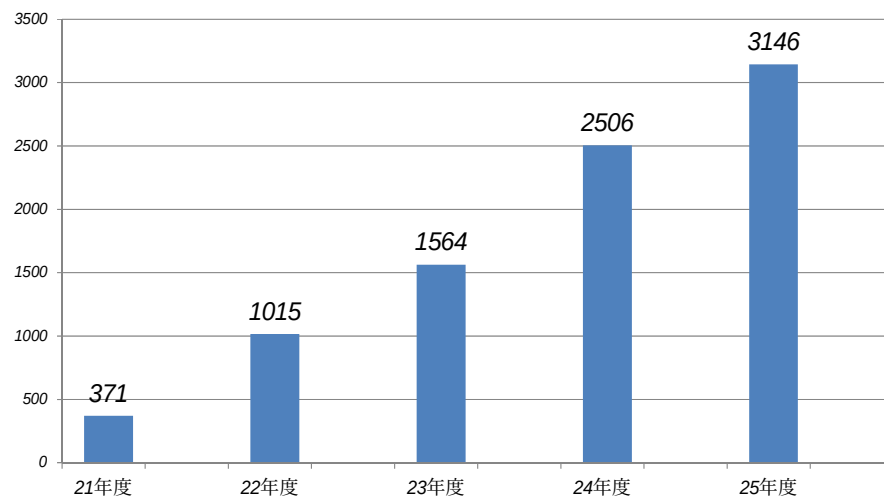


表1・PORTの概要

- 対象者
 - ・当院通院患者であり、重い精神疾患により病院による訪問支援が必要な方
 - ・主診断が統合失調症、うつ病、躁うつ病など
 - ・基本的には15歳～65歳以下の方が対象
- 訪問エリア
 - ・病院から車で30分以内
- エントリー者数 (H26. 3月時点) 67名
- 導入
 - ・入院時のスクリーニングで心理社会的介入の必要性を判断
 - ・外来からのエントリーもあり
- 卒業に関して
 - ・開始時に本人と定めた目標が達成された場合
 - ・安定した生活が可能になり、訪問看護ステーションに引き継ぐ場合など

表2・人員およびハード面の充実

- スタッフの増員 (兼任2名 ⇒ 非常勤も含め9名へ)

	Ns	PSW	OTR
H21年度	他業務と兼任 1	他業務と兼任 1	0
H26.3月 現在	他業務と兼任 3 非常勤 1 デイケアと兼務 1	他業務と兼任 1 非常勤(31h/W)1	非常勤(31h/W) 2

- 活動環境整備

- ・自転車での訪問⇒訪問車両 (現在6台所有)
⇒訪問エリアの拡大
- ・チーム専用携帯電話…シフトマネージャー用、各スタッフ用

表3・利用者の入院回数、入院日数の減少

PORT導入前後の入院回数・日数の比較

	導入前 2年間	導入後 2年間
入院回数 平均	1. 8回	0. 6回
入院日数 平均	160. 8日	23. 3日

※PORT導入前後の2年間で比較

※対象人数 22名 (前後2年間比較できる方のみ抽出)

PORT導入時平均年齢 41.2歳 (26～62歳)

- 訪問導入後の方が入院回数が増えたのは1名のみ (1回⇒3回)
- 訪問導入後の方が入院日数が増えた方はいなかった。

国府台地区（国府台病院・市川市周辺地区）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に関する研究

研究分担者：佐竹直子¹⁾

研究協力者：吉田光爾²⁾、古家美穂²⁾、山本啓太¹⁾、佃弘美¹⁾、原田郁大¹⁾、薬師寺あかり¹⁾、
真行寺伸江¹⁾、堀内亮³⁾、長竹教夫⁴⁾、小川友季¹⁾、池田尚彌²⁾、下平美智代²⁾、
片山優美子⁵⁾、伊藤順一郎²⁾

- 1) 独) 国立国際医療研究センター 国府台病院
- 2) 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
- 3) 神奈川県立こども医療センター
- 4) 国際医療福祉大学
- 5) 長野大学

要旨

国府台地区において医療・福祉サービス多機関によるアウトリーチ支援ネットワークを構築し、アウトリーチ支援の有効性とネットワークを用いた支援モデルの有用性について検討した。

平成 23 年 11 月 1 日から同 25 年 2 月 28 日までに国府台病院に入院した全患者で、スクリーニングにてアウトリーチ支援が必要と判断された患者 160 名のうち介入群 28 名、対照群 38 名に研究同意を得てアウトリーチ支援に関する介入研究をおこなった。退院後 1 年間で 21 名がアウトリーチサービスを継続して地域生活を維持していた。

当地区における多機関でのアウトリーチネットワークモデルは、救急・急性期治療をおこなう病院と地域の医療および福祉事業所とのアウトリーチ・ケアマネジメント連携モデルとして有用であると考えられるが、報酬上の問題やサービス導入の困難さ、さらに病棟との連携などまだ課題とするところがあり、今後この結果をもとにアウトリーチ支援に関する制度上の問題の提起や、システムの更なる改良が必要と思われる。

A. 研究地区の背景

研究分担者が担当している国府台地区は、国立国際医療研究センター国府台病院を中心に、千葉県市川市内の訪問看護ステーション、福祉事業所などアウトリーチサービスを提供する多機関でネットワークを構築し本研究に臨んだ。

<国府台病院の病床削減と在宅・地域支援>

国府台病院（当院）は、千葉県北西部に位

置する人口約 47 万人の市川市に所在し、当院精神科は市川市をはじめ隣接する松戸市、浦安市など人口約 100 万人の地域をその主なキャッチメントエリアとした総合病院精神科である。

国府台病院精神科はかつて精神科病床 350 床を有する大規模有床総合病院精神科であったが、平成 17 年度から病床削減に取り組み、平成 20 年度末には現在の 3 病棟（うち 1 病棟は児童精神科病棟 46 床）138 床となった。

慢性病棟が閉鎖され、病棟の役割が救急・急性期治療および身体合併症治療に特化されたことにあわせて、精神科全体の機能も見直しが行われた。在宅・地域支援強化のため、平成 20 年度よりリハビリ・地域支援部門が設けられ、図 1 に示すような 3 つの部門により精神障がい者が地域で質の高い生活を送るための治療を提供できるような体制を構築した。

入院治療は、精神科救急入院料病棟（スーパー救急病棟）42 床と精神科一般病棟（精神科 10:1）50 床計 2 病棟で対応しており、出来るだけ短期間で急性期症状を改善し、地域ケアにつなぐことを目的としている。平成 24 年度年間入院患者数は 638 名、精神科救急入院料算定病棟で平均在院日数は 48.6 日、病床利用率 96.2%、精神科一般病棟で平均在院日数は 64.1 日、病床利用率は 94.8%となっている。キャッチメントエリアの精神科救急対応だけではなく、千葉県の精神科救急システムに千葉県東葛南部の基幹病院として参画しており、キャッチメントエリア以外からの救急要請にも対応している。入院患者の疾患別としては、F2（統合失調症圏）375 名（59%）、F3（気分障害圏）118 名（18%）となっている。

病床削減により長期療養病床を閉鎖したことで、在宅・地域支援の必要性は長期入院からの退院者や頻回入院を繰り返す精神障がい者の地域生活定着のためのみでなく、病棟の回転率を高く保ち救急の機能を維持するためにも重要であると考えられた。

＜国府台地区におけるケアマネジメント＞

精神障がい者の在宅・地域支援として有効な方法としてケアマネジメントが上げられるが、国府台地区においては平成 17 年度より千葉県の単独事業である「マジソンモデル活用事業」が 3 年間実施され、その 1 事業として市内の医療機関および福祉機関、行政機関のスタッフに対してケアマネジメント技術の導

入と地域全体のケアマネジメントネットワーク構築が試みられた。特に福祉事業所においてケアマネジメントを使った在宅支援が当院の病床削減と同時期にこの地区で浸透していた。

当院での病床削減が終了し、在宅・地域支援のあり方を検討するにあたり、少ないメディカルスタッフを有効に利用した支援体制をどうするかが課題となった。平成 20 年当時当院のソーシャルワーカーは 5 名で一般科も兼務の状況で、ケアマネジメントが必要なすべての外来ケースに対応することは不可能と考えられた。そこで病院単独ではなく、地域の医療・福祉サービスと連携した在宅支援システムの構築が必要となった。リハビリ・地域支援部門が中心となり、ケアマネジメントを院内と地域のサービスが連携して行うシステムを構築した。このシステムにおいては、ケアマネジメントの必要性の判断を院内のソーシャルワーカーが行い、ケアマネジメントサービスの提供は ACT や訪問看護、福祉事業所が担うこととした。この新たな連携スタイルの定着ために、平成 20 年度より厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 20 委-8「『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及び急性期医療のあり方に関する研究」に研究協力病院として参加し、急性期ケアマネジメントモデルを病棟に導入し、特に入院中にケアマネジメントの必要性が確認された患者に、地域の事業所のケアマネジメントサービスがスムーズに導入される連携システムが構築された。

＜国府台地区におけるアウトリーチ支援＞

国府台地区でのアウトリーチ支援に関しては、平成 14 年度より重症の精神障がい者に対するアウトリーチサービスである ACT が研究事業として始まり、平成 20 年 3 月の研究終了後も NPO 法人立の訪問看護ステーション ACT-J として多職種アウトリーチサービスを

展開した。

また、国府台病院内には平成 21 年度に訪問看護室が設置され、2 名の看護師が医療福祉相談室のソーシャルワーカー 6 名と協働し、主に身体合併症など看護サービスの必要性が高いケースを中心にアウトリーチを開始した。

その他、福祉サービスとしては、アウトリーチの必要性が高いケースへの対応に、千葉県の単独事業、市川市の単独事業としてそれぞれ中核相談支援事業所があり、また自立支援法サービスの相談支援事業や訪問型生活訓練事業所などがアウトリーチ支援を行っている。

これら複数の医療機関、福祉機関の相互の協力体制のもとアウトリーチ支援を続けてきた。

B. 構築された臨床体制

前記のように、今回の研究導入以前よりケアマネジメントに関してはすでに多機関連携での支援がおこなわれていた。この連携を利用し、今回の研究のためのアウトリーチ支援ネットワークを構築した。

現在構成されている臨床体制を図 2 に示した。アウトリーチサービスを提供する事業所を、その属性により、医療サービス事業所と福祉サービス事業所に分けた。

医療サービスの事業所として、訪問看護ステーションを基盤とした ACT チームである ACT-J、国府台病院訪問看護室と同院医療福祉相談室の多職種チーム、そして福祉サービスとして市川市単独事業である中核相談支援事業所へくる、そして自立支援法サービスの相談支援事業所＋生活訓練として NPO 法人ほっとハート、社会福祉法人サンワーク、NPO 法人千葉精神保健福祉ネット（M ネット）の各チームがある。それぞれの事業所の支援体制は以下の通りとなっている。

1) ACT-J

看護師、作業療法士、精神保健福祉士、医師で構成される多職種チームによる包括支援。平成 25 年 3 月現在、医師 1 名、看護師 5 名、作業療法士 4 名、精神保健福祉士 2 名が在籍し、一定の加入基準を満たす約 80 名の利用者にサービスを提供している。薬物療法や服薬支援、増悪時の救急対応などの医療支援から生活支援、就労支援に至る包括的なサービス提供が、アウトリーチを軸に行われる。24 時間 365 日対応している。

2) 当院訪問看護室と医療福祉相談室

訪問看護室の看護師 2 名が、患者の生活の場に定期的に訪問し、服薬管理や身体管理などの医療的関与を行うほか、医療福祉相談室の 6 名のソーシャルワーカーと協働して生活支援も行う。平日日中のみの対応で、夜間休日の対応はできない。

3) 相談支援事業および生活訓練事業

市川市内 3 か所の福祉事業所が、相談支援事業と訪問型生活訓練サービスを組み合わせ、アウトリーチ支援を行う。スタッフは、相談支援事業のサービス管理責任者や相談支援員であり、医療スタッフとの多職種チームによる支援ではない。相談支援事業所によっては 24 時間の緊急対応も可能となっている。

4) 市川市中核相談支援事業

市川市独自のサービスで、市の委託事業として運営している。複雑な問題を抱えるケースに対し、集中的なケアマネジメントにより継続支援の方向性を決定し、医療や福祉のサービスにつなぐ役割を持つ。行政サービスのため利用料はない。アウトリーチ支援を基本とし、24 時間サービスを提供する。

C. 対象者が受けた支援内容

対象者は以下の手順を経てアウトリーチの

支援が導入された。入院から支援までの流れを図3に示す。

入院時の病棟看護師によるスクリーニングでアウトリーチ支援が必要と判断された患者に対し、病院ソーシャルワーカーが、関係性構築の困難度、地域生活のニーズ、住居地等といった情報を元にアセスメントをおこない、週1回のトリアージ会議で入院早期にアウトリーチチームとのマッチングをおこなう。担当となったアウトリーチチームは、入院中に対象者とコンタクトをとり、退院支援を含むサービスの提供を開始する。また、月1回行われる地域移行会議で、病棟看護師、医師、ソーシャルワーカーが、入院患者の全ケースをモニタリングし、ケアマネジメントの必要性やその後の進捗状況を確認する。そして対象者の退院後、各アウトリーチチームにより在宅支援が開始となる。支援はリカバリー・ストレングスモデルを用い患者の地域生活のニーズの実現をともに目指す支援をケアマネジャーが実践している。

また、多機関によって退院支援から在宅支援までのアウトリーチ支援が継続されるため、各チームの支援状況を確認し、ユニットとして情報共有を行う地域調整会議を月1回実施し、ユニット全体として各対象者に適切な支援が行われているかモニタリングが行われている。また患者の状況により、より適したアウトリーチサービスに移行する為の調整を行ったり、病棟と地域支援間で以降がスムーズに行くよう調整をおこなう。

D. 結果

エントリーおよびサービス利用状況を図4に示す。

平成23年11月1日から平成25年2月28日までに国府台病院精神科に入院となった患者は757名あり、それら全ケースに対して退院後のアウトリーチサービスの必要性についてのスクリーニングを行い、介入群候補者59

名、対照群候補者101名を抽出した。個々のケースに対して研究同意を求め、介入群28名、対照群38名がエントリーとなった。研究終了までに介入群で7名、対照群で4名がドロップアウトとなった。退院後1年の時点で介入群では7名が医療サービスによるアウトリーチ支援を利用、14名が福祉サービスによる支援を利用している。1年間サービス継続は介入群全体の75%となった。

介入群におけるケアマネジャーのコンタクト回数の推移を図4, 5に示した。コンタクト回数は退院前2ヶ月前よりコンタクト回数が増加し、退院1ヶ月前が対面・電話合わせて1人あたり平均14.1回とピークとなる。退院後コンタクト数は減少し、退院後2ヶ月目より月約7回となり、4ヶ月目以降は月平均5~6回程度で推移する。これより退院前2ヶ月から本人とのエンゲージメントおよび退院に向けた準備のためコンタクト回数が増加し、退院後約2ヶ月までは密度の高い支援が必要で、3ヶ月以降は地域生活にも定着し支援量も減る傾向が見られた。また退院後の支援でのコンタクトの形態は、対面と電話が約半々となっており、電話によるコンタクトの

またドロップアウトとなったケースを除く介入群21名、対照群34名のうち、退院後1年間に再入院となったケースは介入群3名、対照群6名であった。

E. 考察

今回国府台地区でアウトリーチ支援ネットワークモデルを構築し、多機関の多職種アウトリーチチームによる支援を実施した。研究を通して個々の支援からモデル全体に至るさまざまな問題点や課題が浮かび上がってきた。

<ネットワークを利用した支援体制>

・ケアマネジメントネットワークの効果

今回の介入研究においては介入群候補者59名、対照群候補者101名と、対照群の対象

者数が介入群より約 2 倍となった。これは、当院が救急基幹病院であるため、キャッチメントエリア以外からの救急入院がかなりの数あるためと、本研究導入以前より市川市においては国府台病院と市内医療・福祉サービス機関とのケアマネジメントについての連携体制が確立しており、すでに多くの重症精神障害者へのケアマネジメント導入が終了していることが考えられる。

・総合病院精神科における地域支援モデル

多機関によるネットワークを利用したケアマネジメント（多職種アウトリーチ）システムは、特にコメディカルの配置が少ない総合病院精神科で、急性期入院医療と連動した在宅・地域支援を実践するのに有効なモデルと考えられる。地域支援の主体を病院外のサービスに任せ、全体のマネジメントを病院がおこなう、つまり病院が在宅・地域支援を担う機能を限定することにより、少ないマンパワーで効率よく支援を展開することが可能になり、病院は救急医療や専門外来、治療効果の高いリハビリテーションなどにその機能を集約することが可能になると思われる。

・支援ネットワークにおけるソーシャルワーカーの役割

このネットワークにおいて、国府台病院のソーシャルワーカーは重要な役割を担っている。ソーシャルワーカーはアウトリーチのケアマネージャーとしての役割はもたず、ネットワークのマネージャーとして機能している。スクリーニングでアウトリーチ支援が必要と判断されたケースを居住地、必要なアウトリーチサービスの密度やサービス内容によって適当な事業所に振り分ける機能のほか、患者へのサービス利用の促しや、病棟スタッフとアウトリーチスタッフ間の調整役、また地域全体のアウトリーチサービスの利用状況の把握などネットワークが有効に機能するようマ

ネジメントをおこなうことが求められている。いわゆる「大きなケアマネジメントのケアマネージャー」の機能をソーシャルワーカーがおこない、この働きが全体の機能を左右することになると考えられる。

・地域調整会議の意義

月 1 回行われる地域調整会議は、ネットワークに関わるアウトリーチチームにとって重要な役割を持つと考えられる。いわゆる「大きなケアマネジメント」の場所であり、個々のケースの情報共有や問題解決に向けての検討を行うことにより、アウトリーチスタッフのスキルアップに加え、ネットワーク全体でより効率的かつ効果的な支援を提供することが可能になり、また地域全体の状況を共有しそこにおける課題を検討することが可能になると考えられる。

・アウトリーチ支援密度の変動

多機関連携ネットワークでの支援は、ケア密度に合わせた事業所の選択ができる一方で、例えば生活訓練を利用しアウトリーチ支援を受けていた患者が ACT の支援に変更になるなど、支援密度の変更が必要になり対応する事業所が変更になる場合、単独チームでサービス密度を変更して対応する場合に比較して、新しい事業所との契約やケアマネージャーとのエンゲージメントなど引き継ぎに時間がかかり負担も大きい。ネットワークの中での情報共有を密にしできるだけ迅速に対応出来ることが必要となる。

<制度上の問題>

・入院中の支援に対する報酬

現在のところ、サービス量のピークは退院直前の 1 ヶ月となっているが、サービス提供機関が入院中にコスト化できるものは、退院前訪問指導料や相談支援事業の地域移行・地域定着事業などごく一部のみで、入院病棟へ

のアウトリーチ主体の支援の場合、コスト外の対応が膨大になる。今後制度化する場合には、入院中の支援についての報酬化が重要であると考えられる。

・訪問以外の対応に対する報酬

退院後の対象者とのコンタクトは、訪問と電話が半々となっており、電話を利用した支援も大きな意味を持っている。また、多機関での連携支援にも、電話での密な情報交換は必須であるため、電話対応に対する報酬の検討も必要と考えられる。

・福祉サービス利用に対する障壁

相談支援事業や生活訓練事業所にケアマネジメントを依頼する場合、サービスを受けるのに必要な手帳の取得や自立支援区分認定といった精神障害に関する認定に対して対象者が拒絶を示すため、サービス導入が困難な場合が見られた。今後、障害受容の困難なケースの福祉サービス利用についての検討も必要であると思われる。

<支援についての問題点>

・支援導入の困難さ

スクリーニングで支援が必要と認められても、サービス利用を拒否するケースがかなり見られた。スクリーニングでは介入群において59名の候補者がおりながら、エントリーとなった対象者は約半数の28名となっている。これは、研究に対する拒否ばかりではなく、サービス導入に対する拒絶の強いケースに、アウトリーチサービス導入をうまく促すことができていないという問題があるということを示していると考えられる。この問題のベースには、スーパー救急病棟のような入院期間に制限のある病棟で、短期間に関係性を構築し地域支援導入を図ることへの困難さもあると思われる。

<国府台地区での今後の課題>

本研究により、アウトリーチ支援システムが構築され、研究を通してスムーズに機能してきたと思われる。しかし病棟との連携にはまだ課題を残す形となっている。それらの課題を挙げる。

・トリアージ会議のあり方について

病棟の看護師の地域支援についての関心はまだ高いとは言えず、今後地域支援への看護の関与を促すために、トリアージ会議のあり方を変更し、看護と共同で地域ケアを検討する場にしていけることが効果的ではないかと考えられる。

・病棟とアウトリーチサービスの連携について

アウトリーチ支援が必要なケースの場合、入院中サービス導入の為ケアマネジャーとのエンゲージメントや退院準備にある程度時間を要する場合があるが、救急・急性期病棟の治療展開が早く、病棟からの退院要請と準備のスピードがかみ合わないという状況が時々見られた。今後、ケアマネジャーのセッティングを出来るだけ早期におこなうようにする一方で、地域調整会議のような場に病棟も参加し「大きなケアマネジメント」に病棟も参画することにより、お互いの連携機能の強化が図れると思われる。

今回構築したこのモデルは研究終了後も継続される予定であり、本研究で明らかとなった現在の課題に対して今後も取り組んでいくことで、より質の高いサービスが提供可能な精度の高いモデルの構築につながるものと思われる。

F. 健康危険情報 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

2. 学会発表

- Satake, N, Yoshida, E, Ito, J, and Sono, T.
Effectiveness of Intensive Care
Management for severe mentally ill in
Ichikawa. World Psychiatric Association
International Congress 2013, Vienna,
October, 2013.
- K. Yoshida, J.Ito, Y, Takahara, N, Satake,
M, Nishio, S, Sato, A, Taneda. Actual
condition survey on outreach activity of
multiple disciplinary team in japan.
World Association for social Psychiatry
21st World Congress, Lisbon, June, 2013.

図1： 国府台病院精神科のサービス

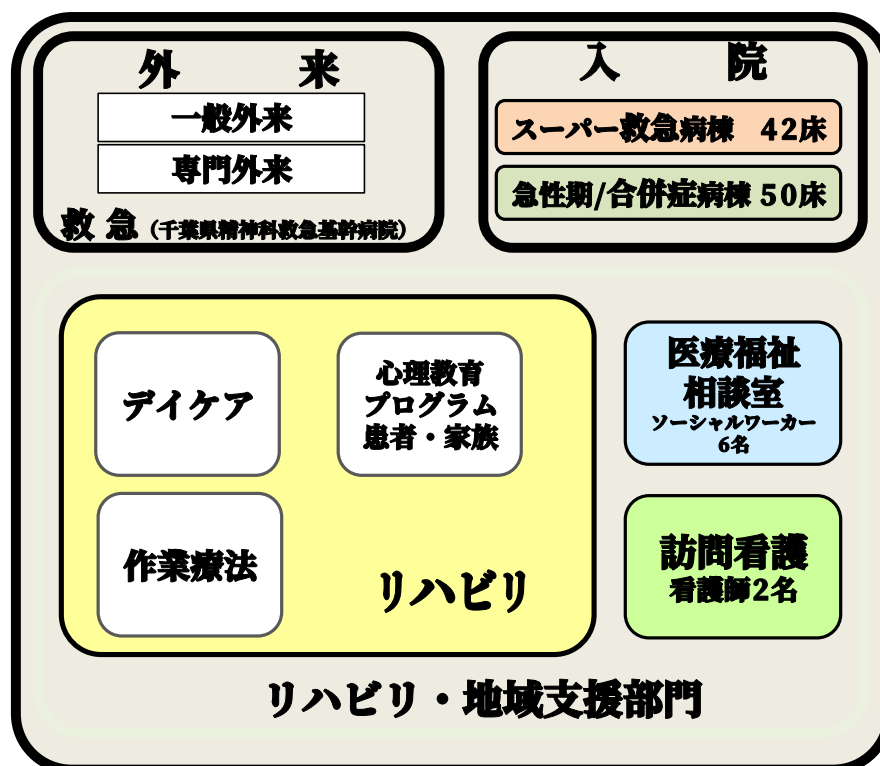
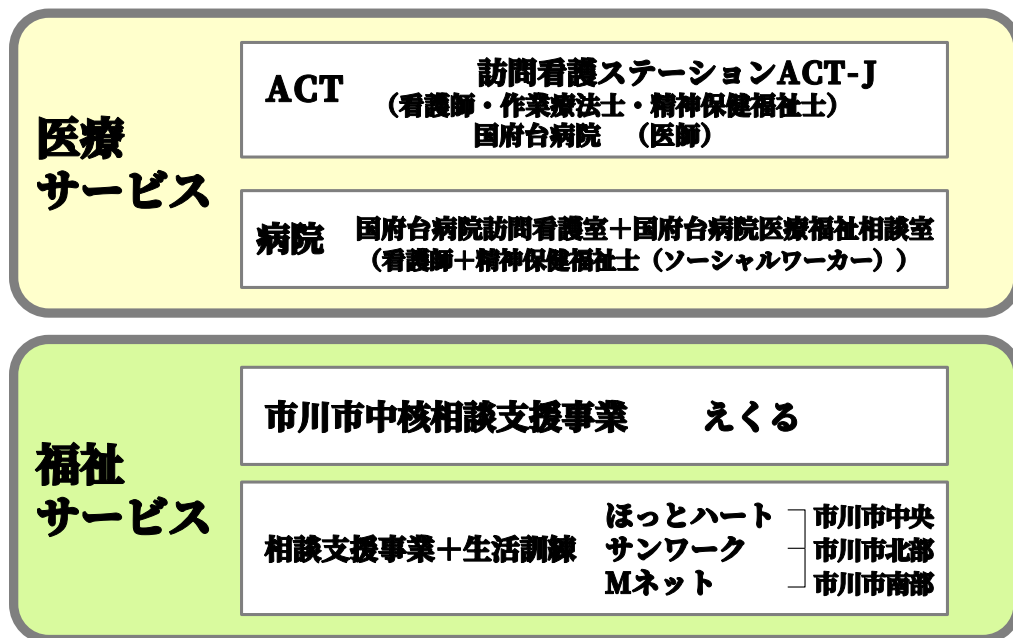


図2： 国府台地区多職種アウトリーチサービス一覧

ケースのニーズに合ったサービスをソーシャルワーカーが選択



ケアマネジメントを行っている事業所がアウトリーチサービスを実施

図3： 対象ケースの流れ

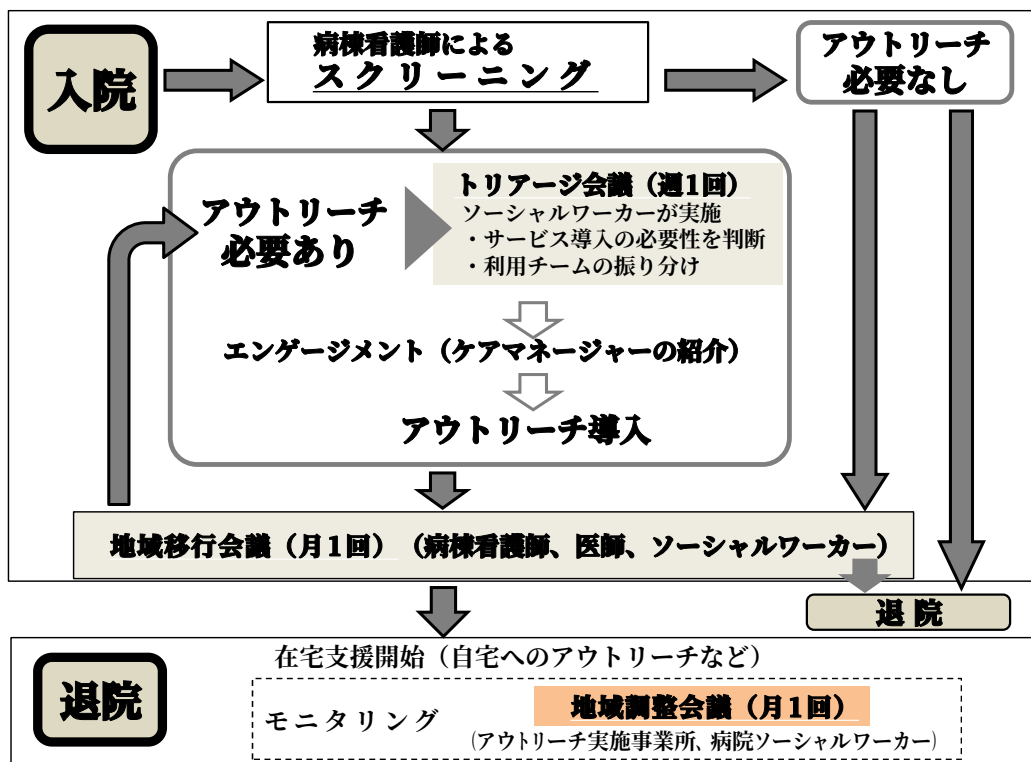


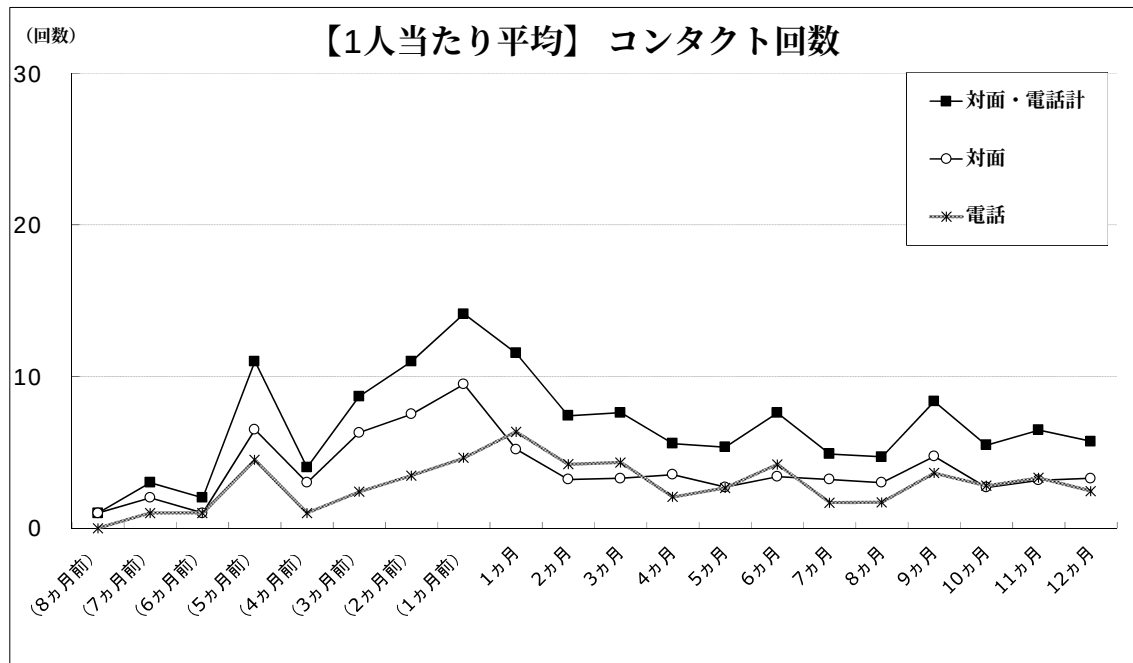
図4：エントリーおよびサービス利用状況

		スクリーニング実施全数		カットオフ以上候補者数	エントリー者数	ドロップアウト	多職種 アウトリーチサービス 利用状況	
							医療サービス ACT/訪問看護	福祉サービス ・中核相談支援事業 ・相談支援 ＋生活訓練
エントリー期間	2011年11月 ～2013年2月末	757	介入群	59	28	7	7	14
			対照群	101	38	4		

図5：コンタクト回数 詳細

経過月	対象者数	【合計】 コンタクト回数			【1人当たり平均】 コンタクト回数		
		対面・電話計	対面	電話	対面・電話計	対面	電話
(8ヵ月前)	1名	1 回	1 回	0 回	1.0 回	1.0 回	0.0 回
(7ヵ月前)	1名	3 回	2 回	1 回	3.0 回	2.0 回	1.0 回
(6ヵ月前)	1名	2 回	1 回	1 回	2.0 回	1.0 回	1.0 回
(5ヵ月前)	2名	22 回	13 回	9 回	11.0 回	6.5 回	4.5 回
(4ヵ月前)	5名	20 回	15 回	5 回	4.0 回	3.0 回	1.0 回
(3ヵ月前)	10名	87 回	63 回	24 回	8.7 回	6.3 回	2.4 回
(2ヵ月前)	17名	187 回	128 回	59 回	11.0 回	7.5 回	3.5 回
(1ヵ月前)	22名	311 回	209 回	102 回	14.1 回	9.5 回	4.6 回
1ヵ月	20名	231 回	104 回	127 回	11.6 回	5.2 回	6.4 回
2ヵ月	19名	141 回	61 回	80 回	7.4 回	3.2 回	4.2 回
3ヵ月	18名	137 回	59 回	78 回	7.6 回	3.3 回	4.3 回
4ヵ月	19名	106 回	67 回	39 回	5.6 回	3.5 回	2.1 回
5ヵ月	20名	107 回	54 回	53 回	5.4 回	2.7 回	2.7 回
6ヵ月	20名	152 回	68 回	84 回	7.6 回	3.4 回	4.2 回
7ヵ月	19名	93 回	61 回	32 回	4.9 回	3.2 回	1.7 回
8ヵ月	20名	94 回	60 回	34 回	4.7 回	3.0 回	1.7 回
9ヵ月	19名	159 回	90 回	69 回	8.4 回	4.7 回	3.6 回
10ヵ月	19名	104 回	51 回	53 回	5.5 回	2.7 回	2.8 回
11ヵ月	19名	123 回	60 回	63 回	6.5 回	3.2 回	3.3 回
12ヵ月	18名	103 回	59 回	44 回	5.7 回	3.3 回	2.4 回
計		2,183 回	1,226 回	957 回			

図6: コメディカルコンタクト回数 1人あたり月ごと平均



東北福祉大学せんだんホスピタル・仙台市周辺地区における 重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援に関する研究

研究分担者：○西尾雅明¹⁾

研究協力者：菊池陽子^{1,2)}、近田真美子³⁾、佐藤直也²⁾、鏡せつ子²⁾、梁田英磨²⁾、
安倍知江⁴⁾、亀谷智美⁴⁾、二階堂彩香⁴⁾

- 1) 東北福祉大学 総合福祉学部
- 2) 東北福祉大学 せんだんホスピタル
- 3) 東北福祉大学 健康科学部
- 4) 東北福祉大学 大学院総合福祉学研究科

要旨

本研究の初年度にあたる平成 23 年度以降、東北福祉大学せんだんホスピタルの ACT チームにスタッフの補強をすることで、本研究のための臨床体制を整えてきた。チームの通常の支援者の加入基準も、本研究に合わせる形とし、スタッフの援助理念や労力が拡散しないようにした。

平成 23 年 11 月から平成 25 年 3 月 31 日までの、東北福祉大学せんだんホスピタルへの入院 486 件をスクリーニングし、除外基準とスクリーニング点数（5 点以上）、移動時間（自宅まで 30 分以内で到着可能）などを踏まえ、加入基準を満たした者は、対照群で 20 名、介入群で 32 名であり、そのうち研究への同意が得られた者はそれぞれ 9 名と 15 名であった。同意撤回や転居、サービス中断などの理由による脱落例を除き、対照群 5 名、介入群 13 名で、指標入院からの退院時以降の支援が入院期間に与える影響について検討した。年齢は介入群の方が高い傾向にあり、診断分類も多岐に渡っていた。性別や精神疾患の重症度、指標入院の入院期間、退院時から遡って 1 年間の入院日数（「前入院日数」）などに差はなかった。

両群とも、前入院日数に比べて、退院時から 1 年間の入院日数（「後入院日数」）が有意に減少していた。前入院日数と後入院日数の差を二群間で比較したところ、有意差は得られなかった。一方で、支援対象者の脱落を防ぎ、つながりを維持するという点については、訪問型多職種チームのかかわりは有効と考えられた。

今回、仙台地区だけではサンプルサイズが小さいため、介入による入院抑止効果や他のアウトカムに与える影響については、研究班全体のアウトカム研究結果を参考にされたい。

本研究により介入チームの支援体制を整えることで、エビデンスとは別の観点から、多様で有益な経験をすることができた。今後、この経験を活かし、多職種アウトリーチ・チームとしてより望ましい体制を築き上げていきたい。

A. 研究地区の背景

研究分担者が担当している仙台地区では、平成 23 年度より本研究における多職種アウトリーチ・チームの介入を開始する以前から、既にある程度のフィデリティを保つ ACT チームが東北福祉大学せんだんホスピタルに存在していた。そのため、今回の研究では、既存の ACT チームが研究の加入基準に合わせた対象者に臨床サービスを提供することによって、介入群への介入を行った。そのような背景があるため、次に、せんだんホスピタルと、同院に基盤を置いて活動してきた ACT チームのこれまでの経緯について説明を加える。宮城県仙台市内で平成 20 年 6 月に開院した東北福祉大学せんだんホスピタルの概況は表 1 に示す通りである。同院に、東北地方では初めてとなる ACT チームがあるが、これは全国のエducational機関の附属病院としても初めての試みである。

チームは平成 21 年度には、平日週 5 日勤務を原則とする病院の常勤スタッフ 5 名（看護師 1、OT1、PSW3）と急性期病棟兼任の医師 1 に加え、3 名の非常勤スタッフで構成されていた。

チームの主な支援対象は、東北福祉大学せんだんホスピタルの主に急性期病棟に入院となった者のうち、過去の入院歴や医療中断歴などの精神科サービス利用状況と、過去 1 年間の日常生活機能、診断、年齢、居住地などを参考にして決定していた。自発的な同意により利用者となった者に対して入院中から退院支援を行い、入院期間の短縮につなげるかわかりを行い、退院後は、医療・生活支援・家族支援などを必要に応じて他機関やインフォーマル・サービスとの連携を通じて行い、再発・再入院を防ぐとともに、利用者の自己実現を図るための援助を行ってきた。

当初、チームがかかわる訪問活動としては、対象者の障害重症度や状況に応じて幾つかのコースを設定しており、ACT の本来のコア対

象者へのサービスは「カシオペア」コースと名づけられた。「カシオペア」コースの加入基準は、簡潔に言えば、年齢が 20～65 歳の間で対象エリアに住み、主診断が知的障害や認知症、人格障害などの除外診断に当てはまらないもので、過去 1 年間の日常生活機能と精神科医療サービスの利用状況の 2 つの重症度基準をいずれも満たすものに限られる（表 2）。また、平成 22 年度時点の、外部評価による同チームの DACTS の点数は、「人的資源」が 3.5 点、「組織の枠組み」が 4.5 点、「サービスの特徴」が 3.6 点、総合点が 3.9 点と一定のフィデリティが担保される結果となっていた。平成 23 年度は「人的資源」4.5 点「組織の枠組み」4.7 点「サービスの特徴」3.7 点、全体が 4.3 点であった。

B. 構築された臨床体制

臨床実施体制の構築において、最も重要となるのが、これまでの ACT チームの加入基準をどうするか、であった。表 2 で示された基準は、国内の ACT チームの加入基準の中でも最も厳しく設定されているものの 1 つであった。そして、それが利用者の増加を抑制する一因になっていた可能性はある。また、チームのスタッフがかわることになる複数のコース設定が、実はスタッフの混乱を引き起こしている（複数のコースが存在することによって、利用者本人が継続を望んでいるにもかかわらず設定期限内にサービスを終了する方向にもっていく場合もあれば、本人がサービスに乗り気でないにもかかわらず積極的にコンタクトをとることが求められる場合もある）現実も把握されてきた。そのため、平成 23 年度からは基本的に複数のコース設定をやめ、チームが支援する利用者の加入基準を、本研究の加入基準に合わせていくことにした。表 3 に、平成 23 年 11 月以降の東北福祉大学せんだんホスピタル ACT チームの加入基準の概要を示した。期間中に当院に入院になった

者のうち、スクリーニングで除外診断に当てはまらず、チェック項目の合計点が5点以上であり、キャッチ面とエリア内の居住である者、と集約できる。また、全ての入院患者に対し主治医がチェックするスクリーニング用紙を資料1に示した。期間中の入院患者に対するスクリーニング調査に関する説明は、院内全ての病棟に資料2のポスターを貼り、情報開示を行った。

チームの支援対象者を決定するためのエントリー・プロセスについては、表4にまとめた。記載されているように、介入群と対照群との振り分けは、チームのオフィスから自動車で30分以内に移動できるかどうかを、ネット上のソフトを使用してACTの臨床スタッフとは独立した研究協力者が確認することで行った。

現在構築されている臨床体制を、表5に示した。多職種アウトリーチ・チームとしては、医療機関に属して診療報酬を財源とするモデルである。チームの「地域化」の観点からは様々な議論もあるだろうが、利用者が在宅での急性期ケアで落ち着かない時には、他院に紹介するのではなく、入院治療の中で一貫してチームが関わり続けることのできる強みがある。

プログラムのサイズとしては決して大きくはないが、6名のケースマネジャーがチームに専属で週5日勤務であること、プロシューマー・スタッフが1名いることも強みであると言える。

C. 対象者が受けた支援内容

せんだんホスピタルの多職種アウトリーチ・チームの支援の特徴としては、①精神科病院併設型ACTチームとして、登録者が入院中でも密接に関わることができ、関係作りがしやすく、入院から地域移行・地域定着に至るまで一貫して同じスタッフが関われる強みがある、②就労・就学支援が活動全体の2割

弱を占め、これまでチームに登録された利用者のうち、就労を希望する35名中20名がなんらかの形で一般就労を経験し、2名が福祉的就労に従事した実績をもつ。就学・復学・進学を希望した5名は、全員が希望を実現した。家族や大家、学校や企業等、本人以外へのインフォーマルな資源への関わりが訪問活動全体の3割以上を占めており、これらは、医療以外に幅広く、生活支援、就労・就学等利用者のリカバリーにかかわる支援に重きを置くチームの姿勢を示している、③24時間オンコール体制だが1日平均電話相談件数はスケジュール確認も含め6〜7件程度に留まっており、緊急事態を未然に防ぐ日常支援に力を入れている、とまとめられる¹⁾。

D. 結果

1) 研究対象者エントリーの過程

今回の研究では、表3の加入基準をもとに、表4の過程で研究対象者のエントリーを行った。

平成23年11月から平成25年3月31日までの、東北福祉大学せんだんホスピタルへの入院486件をスクリーニングすると、資料1のスクリーニング票の除外基準に該当する入院(a)は288件であった。次に、除外基準には該当しないがスクリーニング票で5点未満の入院(b)が142件である。5点以上でオフィスから当該患者の自宅までの移動に30分を超えるケースの入院(c)が22件(実人数で20名)、5点以上でオフィスから当該患者の自宅までの移動が30分以内のケースの入院(d)が34件(実人数で32名)であった。

対照群は、(c)の20名のうち、研究への同意が得られた9名である。一方で介入群は、(d)の32名のうち、研究への同意が得られた15名であった。

しかし、対照群の9名のうち1名が後に同意を撤回し、3名がサービスを中断して追跡

不可となっているため、以下のアウトカムの比較においては、残りの5名を対照群の分析対象とした。また、介入群の15名のうち、キャッチメントエリア外への転居で介入を終了した者が2名いた。そのため、残りの13名を介入群の分析対象者とした。

2) 分析対象者の属性など

(1) 年齢

対照群の現年齢の平均は31.2 (SD4.8) 歳、介入群の現年齢の平均は41.3 (SD12.3) 歳であり、介入群の年齢が高い傾向にあった（独立サンプルによる Mann-Whitney の U 検定、 $P=0.054$ ）。

(2) 性別

対照群は男性2名、女性3名、介入群は男性6名、女性7名であった。

(3) 診断

対照群の診断名は、統合失調症圏4名、気分障害圏1名であった。介入群では、統合失調症圏5名、気分障害圏3名、強迫性障害3名、広汎性発達障害2名となっていた。

(4) 加入時スクリーニングの総得点数

加入時のスクリーニング調査の得点数の平均値をみると（5点以上が加入の必要条件）、対象群で7.0 (SD1.2) であり、介入群で8.0 (SD2.4) であった。両群でスクリーニング総得点数の分布に関して、統計的有意差はなかった（Mann-Whitney の U 検定）。

(5) 精神疾患の重症度

退院時の精神疾患の重症度については、GAF では、対照群 (N=5) の平均値が41.0 (SD7.3)、介入群 (N=12) の平均値が45.7 (SD7.9) であった。

PANSS 合計得点では、対照群 (N=5) の平均値が78.0 (SD21.8)、介入群 (N=12) の平均値が67.8 (SD15.8) であった。

PANSS 陽性症状では、対照群 (N=5) の平均値が16.0 (SD4.9)、介入群 (N=13) の平均値が14.6 (SD5.3) であった。

PANSS 陰性症状では、対照群 (N=5) の平均値が21.8 (SD7.8)、介入群 (N=12) の平均値が16.2 (SD6.2) であった。

PANSS 総合病理では、対照群 (N=5) の平均値が40.2 (SD9.8)、介入群 (N=12) の平均値が37.0 (SD8.7) であった。

GAF と PANSS の総合得点・陽性症状・陰性症状・総合病理のいずれも、平均値としては対照群の重症度が高いように思われたが、5つの尺度とも、統計的な有意差はなかった（Mann-Whitney の U 検定）。

(6) 指標入院の入院日数

対照群では指標入院での入院日数の平均値は67.4 (SD37.7) であり、介入群では66.0 (SD50.1) であった。両群で入院日数の分布に関して、統計的有意差はなかった（Mann-Whitney の U 検定）。

(7) 過去1年間の入院日数の比較

指標となる入院の退院時を起点として、遡ること1年間の入院日数（以下、前入院日数；指標入院の入院日数が含まれることになる）と、退院時から1年間の入院日数（後入院日数）を、対照群と介入群の対象者に関して算出して比較を行った。

前入院日数に関しては、対照群と介入群の間で統計的な有意差は得られなかった（Mann-Whitney の U 検定、 $P=1.00$ ）。

対照群は平均値で、前入院日数74.4 (SD47.5) から後入院日数13.2 (SD29.5) と低下し（ $P=0.039$ ）、介入群でも前入院日数76.1 (SD46.1) から後入院日数24.1

(SD46.3) と低下していた（ $P=0.042$ ）。いずれの群でも統計的に有意な低下であった（対応サンプルによる Wilcoxon の符号付き順位検定）。

対照群と介入群の両群において、前入院日数と後入院日数の差を算出し、独立サンプルによる Mann-Whitney の U 検定を行ったが、有意な差は得られなかった（ $P=0.767$ ）。

E. 考察

1) 対象者の属性について

年齢については、介入群の年齢が高い傾向にあり、診断分類については介入群の方がより広範囲にわたっていたが、性別では顕著な差はなかった。

次いで、対象者の重症度に関しては、スクリーニング総得点、退院時の GAF、退院時の PANSS 合計得点・陽性症状・陰性症状・総合病理、指標入院の入院日数の全てにおいて二群間で有意な差は認められなかった。

一方で、スクリーニングの総得点が対照群で平均 7.0 点、介入群で 8.0 点であり、ある程度精神状態が改善したと思われる退院時でも GAF 得点が対照群で 41.0 点、介入群で 45.7 であったことを考えると、一定の重症度やニーズをもつ対象者をスクリーニングできていたのではないかと推察される。

2) 介入効果について

(1) 前後 1 年間の入院日数の変化に対する介入効果

今回、仙台地区の対象者のみで、指標入院の退院日を起点とした前後 1 年間の入院日数に関して、対照群と介入群の比較を行った。

まず、対照群の前入院日数は平均値で 74.4、介入群では 76.1 であり、統計的にも有意差は認められなかった。

次に、前入院日数と後入院日数の差を算出し、Mann - Whitney の U 検定を行ったが、これに関しても有意な差は得られなかった。

介入群で入院抑止効果が認められなかったことに関しては、サンプルサイズが小さかったことが一因として挙げられるだろう。

また、分析対象者のバイアスも考えられるかもしれない。介入群では対象者 15 名のうち 13 名が 1 年後の時点で多職種アウトリーチ・チームの支援を継続しており、残りの 2 名も転居で、次のサービス体制に送り出す形で終了となっているので、臨床的なドロップアウト

ト例は 1 名もいなかった。一方で対照群では、対象者 9 名のうち 3 名がサービスを中断あるいは対照群に対するサービスを拒否することになり、他の 1 名は後に研究への同意撤回をしたため、予後の芳しくない者が対照群の分析対象からはずれてしまった可能性もあり、このことが介入効果の検証に影響を与えているのかもしれない。

さらに、今回の前入院日数は、退院日を起点として 1 年間を遡った期間の入院日数であり、そこに指標入院の入院日数も含める形で算出している。一方、指標入院の入院日数を加えない場合には、前入院日数が 0 日となる対象者が、介入群 13 名中 8 名、対照群で 5 名中 3 名と多く、いわゆる頻回入院者ではない者が多いことがわかる。つまり、いったん入院して適切な治療を受けると、1 年程度は地域生活を維持できる相の者が多かったため、指標入院日数を前入院日数に加えてしまうと、前後の差が出やすくなってしまうのかもしれない。

つまり、対照群は平均値で、前入院日数 74.4 から後入院日数 13.2 と低下し、介入群でも前入院日数 76.1 から後入院日数 24.1 と低下しており、ノンパラメトリックな解析でも統計的に有意な低下をしていたが、指標入院退院後からの支援サービスそのものの効果による低下ではなかった可能性があると思われた。

(2) 入院日数前後比較以外の援助効果について

入院日数の前後比較では介入の効果は明らかにはならなかったが、支援対象者の脱落を防ぎ、つながりを維持するという点について検討をした。介入群では対象者 15 名のうち 13 名が 1 年後の時点で多職種アウトリーチ・チームの支援を継続しており、残りの 2 名も転居であり、次のサービス体制に送り出す形で終了となっていたので、臨床的なドロップアウトは 1 例もなかったことになる。一方で対照群では、対象者 9 名のうち 4 名がサービ

スや研究を拒否する結果となった。介入群の非脱落例を 13 例、脱落例を 2 例、対照群の非脱落例を 5 例、脱落例を 4 例とし、クロス集計により正確確率検定を行うと、正確有意確率は両側で $P=0.15$ と有意差は得られなかったが、転居により終了した介入群の 2 例もサービスにつなげたと見れば、サンプルは少ないが圧倒的なフォロー・アップ力の差が見て取れる。以上のように、仙台の訪問型多職種チームのかかわりは、精神医療・福祉サービスの継続の面では有効と考えられ、こうした特性を維持して長期に渡りかかわることが、入院抑止効果や精神症状や QOL の向上などに寄与するのかもしれない。

昨年度の報告書で示したとおり²⁾、介入群の対象者には、入院中からコメディカルの介入スタッフが濃密にかかわって退院支援をしている（表 6、図 1）。したがって、介入群の方が対照群に比べて指標入院の入院期間が短くなっているとしたら、それも介入の効果と考えられるのではないだろうか。実際に、対照群では指標入院での入院日数の平均値は 67.4（SD37.7）であり、介入群では 66.0（SD50.1）であった。両群で入院日数の分布に関して、統計的有意差は認められなかった。サンプルサイズが小さかったことにくわえて、仙台の介入チームが既存の ACT チームとして日中はほとんど研究対象者以外への訪問支援業務が入っているため、相対的に研究対象者の指標入院中の支援が手薄になっていた可能性も考えられる。また、介入群の対象者も対照群の対象者も指標入院の日数は約 2 ヶ月であり、急性期が一段落して隔離解除や外出許可になる時期からの関係づくりとなると、長期入院例などへのかかわりと違って時間的にも十分な介入量を確保できないような、研究対象者の属性も影響を与えているのかもしれない。

今回、サンプル数が少なく、現時点でのデータの不備により、精神機能や QOL その他

のアウトカムについて援助効果の解析はしていないが、多職種アウトリーチ支援の援助効果は、多様な視点から評価されることが望ましいのは言うまでもない。

多職種アウトリーチ支援自体の詳細なアウトカムについては、他の研究分担者の報告を参考にさせていただきたいが、今後、仙台地区のデータに関しても、データの整理をしたうえで、GAF や SBS、QOL や満足度などの解析を加える予定である。

(3) 今後目指すべき臨床体制

～今回の臨床研究の経験を活かして～

コメディカルの臨床スタッフが 1 日コンスタントに 4 件以上の訪問活動をし、採算ベースに載せて、より多くのスタッフを確保するなかで、本来の ACT らしいプログラム・サイズを確保したい。十分なプログラム・サイズが担保される中でより多様な視点での支援と時間外の救急対応の充実を図ることができる。

また、現時点ではチーム・リーダーをはじめスタッフの大部分が PSW であり、支援の中心軸が生活支援に偏っている。リカバリーとストレングス・モデルを謳うにしても、多職種アウトリーチ・サービスの支援の大きな柱の一つとしては、必要な利用者に対して、医療の使い勝手を伝える、という役割があると考えられる。ほとんどの支援が生活支援で良いということであれば、相談支援事業所やヘルパーを紹介したり、本当の意味での友人を斡旋することの方が誠意ある支援と言えよう。その意味では、バランスをとるためにも、現在欠員となっている OT や、看護スタッフの増員が必要である。また、今回の介入群への支援には当事者スタッフがフルタイムでケースマネジャーとしての役割を担い、他のスタッフも良い刺激を受けた。今後、当事者スタッフによる支援の確保にくわえて、他の就労支援機関からチームに週 4 日程度出向してくるような IPS 的な医療・生活支援と就労支援の統合が可能になるような支援体制を構築

することが望ましいと考えている（図 2 は、支援者の組織に焦点を当てたものである）。

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)西尾雅明, 梁田英磨: ACT による訪問支援活動—東北福祉大学での実践から.精神保健福祉白書編集委員会編 精神保健福祉白書 2014 年版,中央法規出版,2013.
- 2)西尾雅明ほか: 仙台地区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.「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班平成 24 年度 総 括 ・ 研 究 分 担 報 告 書:101-112,2013.

表1 母体となる「せんだんホスピタル」のサービス

- 2008年6月に開院
- 東北福祉大学の附属病院
- 東北地方では唯一の児童・思春期専門病棟をもつ
- ACT部門(包括的地域医療支援室)の設置
- 病床数144(急性期・療養型・児童)

表2 カシオペアコースの加入基準(重症度)

- 過去1年間の日常生活機能
 - 精神障害を認め、日常に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする期間が6ヶ月以上続いている
 - ・ 例:適切な食事摂取、身の清潔保持、金銭管理と買物、通院と服薬、他人との意思伝達・対人関係、身の安全保持・危機対応、社会的手続きや公共施設の利用、趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加
- 過去1年間の精神科医療サービスの利用状況
 - 入院日数90日以上 or 医療保護入院ないし措置入院回数2回以上 or 医療中断6ヶ月以上のいずれか

表3 23年11月よりの加入基準

- 平成23年11月～
- 東北福祉大学せんだんホスピタル精神科に入院となった全患者のうち、スクリーニング（除外基準に当てはまらないこと、【問題行動・治療の困難性・経済問題・家族状況】の合計点が5点以上）によってアウトリーチが必要と判断される
- 研究同意がある
- オフィスから30分以内で移動できる範囲に居住している（研究の介入群に相当）

表4 エントリー・プロセス

1. 入院時、スクリーニング用紙に主治医が記入
2. 各病棟のスクリーニング用紙を担当師長（副看護部長）が回収
 - － 介入群と対照群の振り分け
 - － エントリー状況などファイルへの入力
3. 介入群はACTチームが、対照群は大学教員が説明・同意
4. 評価は、リハビリテーション部臨床心理士と大学院生による（主治医が最終確認）

表5 現在の多職種アウトリーチ・サービス臨床体制

- 単一医療機関モデル
 - 就労支援は市内の就労移行支援事業所などと連携
- 精神科訪問看護、退院前訪問指導、往診、在宅患者訪問診療など診療報酬が財源
- 研究前(23年3月時点)からのスタッフ
 - PSW 3名
 - Nrs 1名
 - DR 1名(精神科急性期治療病棟兼務)
- 研究開始後に雇用したスタッフ(26年3月時点)
 - PSW 2名

表6 コメディカルスタッフの平均コンタクト回数

(退院日より起算) 経過月数	コンタクト平均回数(1人当たり)		
		対面	電話
(4ヵ月前)	13.00	11.00	2.00
(3ヵ月前)	12.00	11.00	1.00
(2ヵ月前)	17.67	14.67	3.00
(1ヵ月前)	20.20	14.80	5.40
1ヵ月	23.33	9.67	13.67
2ヵ月	21.33	10.17	11.17
3ヵ月	13.17	5.83	7.33
4ヵ月	12.50	6.00	6.50
5ヵ月	10.75	5.50	5.25
6ヵ月	7.75	4.25	3.50
7ヵ月	8.00	4.00	4.00
8ヵ月	12.00	5.00	7.00
9ヵ月	12.00	5.33	6.67
10ヵ月	9.00	3.50	5.50
11ヵ月	8.50	3.50	5.00
12ヵ月	3.00	1.00	2.00

図1 コメディカルスタッフの平均コンタクト回数

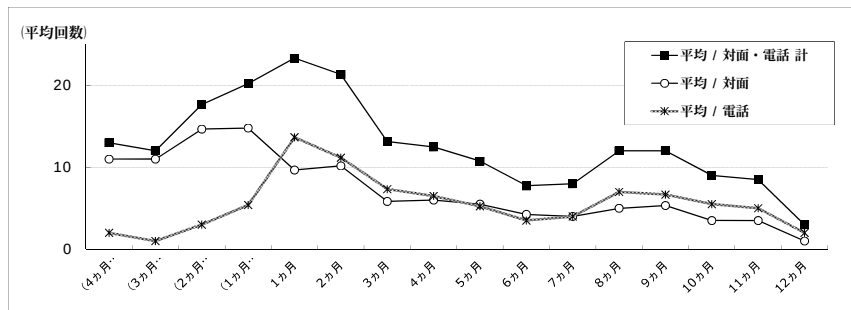
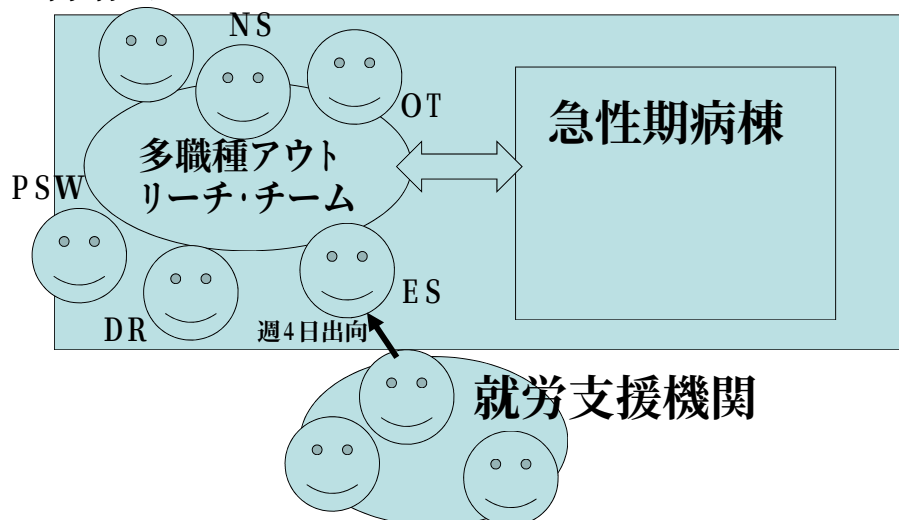


図2 今後のゴールとなる臨床体制

当事者スタッフ



資料 1

[エンボスを以下に押す]

ケアマネジメント入院時スクリーニング票

・入院後 1 週間以内にご記入ください。
 ・ことわりのない限り過去 1 年間の状況で、ご記入ください
 ・どうしてもわからない場合は、空欄にしておいてください。

記入者: _____

病棟主治医: _____

入院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

I. 除外基準	あてはまる状況に○
1. 年齢が 15 歳未満もしくは 65 歳以上である	☐
2. 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	☐
3. 鑑定入院・医療観察法による入院である	☐
4. 1 週間以内の退院・転棟・転院の予定が決まっている	☐
5. 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	☐
6. 入院前の外来が他院での通院である	☐
7. 既に SACT の利用者である	☐

↓上記の除外基準に1つも当てはまらない場合、以下をチェック
 (※1つでも当てはまっていたら、以下は記入しなくて結構です)

		あてはまる状況に○		
問題行動	A. 6 ヶ月間継続して社会的役割 (就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う) を担えない	できない: 2	休みがち・不安定: 1	できる: 0
	B. 自分一人では地域生活に必要な課題 (栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・重要書類の管理・移動等) ができず、継続的支援を必要とする (家族が過剰に負担している場合を含む)	とても必要: 2	必要: 1	不要: 0
	1. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為がある	はい 1	いいえ 0	
	2. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになる	1	0	
	3. 自殺企図をしたことがある	1	0	
	4. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	1	0	
	5. 重複診断 (主診断+知的障害・アルコール/薬物) がある	1	0	
	6. 上記以外の理由による警察・保健所介入がある	1	0	
治療の困難性	1. 過去 1 年間の入院回数が 1 回以上である (今回入院を含まない)	2	0	
	2. 定期的な服薬ができていなかった事が 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0	
	3. 外来受診をしないことが 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0	
	4. 病気についての知識や理解に乏しい、または治療の必要性を理解していない	1	0	
	5. 今回の入院は措置入院である	2	0	
経済問題	1. 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない	2	0	
	2. 入院時に本人・家族から入院費の相談がある or 入院生活に必要な財源がない	1	0	

	3. 入院時に帰る場所が見当たらない（ホームレス、迷惑行為による立ち退き）	3	0
家族状況	1. 入院時に家族または支援者が同行しなかった（警察・保健所はのぞく）	1	0
	2. 支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	2	0
	3. 同居家族自身が困難な問題（介護・障害・貧困・重病・虐待・不登校などの教育問題等）を抱えており、訪問による支援を要する状態である。	2	0
合計得点（5点以上は裏面も記入して下さい）		_____点	

Ⅲ. 対象者の基本属性	
1. 住所:	
→1) キャッチメントエリア内 2) キャッチメントエリア外	
2. 生年月日: 西暦 年 月 日 (歳)	
3. 診断名 (ICD-10):	
4. 過去1年間の入院回数 (今回の入院は含まない): _____ 回	
5. 生保受給: 1) 有 2) 無	
6. 身体合併症: 1) 糖尿病 2) 他 ()	7. 身長・体重: 体重: ____kg 身長: ____cm
8. 同居家族: 1) 有 2) 無 ⇒有の場合: ☐ 父 ☐ 母 ☐ 配偶者 ☐ きょうだい (____人) ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 子 (____人) ☐ 他 ()	
9. 婚姻状況: 1) 既婚 2) 未婚 3) 離別・死別	10. 発症年齢: _____ 歳
11. 障害年金の受給: 1) 有 2) 無	12. 自立支援医療の利用: 1) 有 2) 無
13. 障害程度区分: 非該当・1・2・3・4・5・6・未認定	
14. 地域の主たる支援者: 1) 有 2) 無 ⇒有りの場合 所属: _____ 支援者名 _____	
15. 過去3か月間の社会資源利用状況 (1か月に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 ()
Ⅳ. 参考情報	
1. 主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病のいずれかである	☐
2. 表面 [問題行動] の A または B にチェックが入っている	☐
3. 過去1年間の精神科サービス利用状況	☐ 2回以上 (今回は含めない) ☐ 90日以上 ☐ 6か月以上
	いずれかに該当 ☐

資料2 当病棟に入院されているみなさんへ

—多職種アウトリーチに関する研究についてのご理解をお願いします—

平成23年11月

私たちは、精神障がいをもつ方が住み慣れた場所で安心して暮らしていけるようになるための、訪問型の支援プログラム（多職種アウトリーチ）の研究を行っています。こうした訪問型の支援プログラムは、入院回数を減らしたり、再発を予防したりする効果が認められていますが、日本では一部の病院を除いて利用することができませんでした。

そこで、今回はこれら訪問型の支援プログラムの効果と、そのサービス費用を調査することを目的とした研究を行います。それに先立ちまして、病棟に入院したみなさんの健康面や心理社会的な状況の評価を診療録等の調査によって収集します。この調査の対象になるのは、平成23年11月～平成24年10月の間に入院された方です。

調査の際には、あなたの個人情報は匿名化して扱われ、個人情報を調査施設から外に持ち出すことはありません。調査結果を公表する場合にも個人情報が特定されないよう配慮し、個人情報は統計的手法を用いて解析・公表されます。

もし、この調査を拒否される場合には、病棟のスタッフまで申し出てください。仮に調査を拒否なさったとしても、あなたの不利益になることは一切ございません。

情報の保管の責任は国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰研究部が負うものとします。わからないことやご質問がありましたら、下記までお問い合わせください。なお、本研究は、伊藤順一郎を主任責任者とし厚生労働省の研究費補助を受けて行われている研究の一環として行われます。



東北福祉大学せんだんホスピタル

西尾 雅明

電話：022-303-0125

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 伊藤 順一郎

電話：042-341-2711（内線 6281）

帝京大学周辺地区における生活障害を持続的に有する初診精神障害者への 多職種アウトリーチチームによる医療・地域生活サポートに関する報告

研究分担者：○池淵恵美¹⁾

研究協力者：初瀬記史¹⁾、江口のぞみ²⁾、稲垣晃子²⁾、久保田佳美¹⁾、大矢カナ子¹⁾、
田谷由貴子¹⁾、細海理子³⁾

1) 帝京大学 医学部 精神科学教室

2) 東京大学大学院 医学系研究科健康科学・看護学専攻 精神看護学分野

3) 株式会社 QUICK

要旨

2011年11月より16ヶ月間、帝京大学病院精神科の新規外来患者全員を対象に、生活支援必要度調査を実施した。551名の新規患者で除外基準該当者を除いた365名66.2%のうち、社会生活や日常生活の障害、周囲との軋轢などにより、生活支援必要度得点4点以上は51名14%で、性別・年齢・診断分布との関連はみられなかった。4点以上・キャッチメントエリア内で生活支援サービスに同意した11名では、精神症状と生活の障害とが関連しており、これまで援助を十分受けられていなかった。介入群とコントロール群（4点以上でキャッチメントエリア外に在住）とを比較すると、1年間のケアマネジメント・生活支援サービスにより介入群ではGAF、SBS、QOLで評価される社会機能の改善が有意に認められた。満足度調査なども今後解析予定である。

【I】新規外来患者全数調査による生活支援 ニーズの把握

A. 研究の背景—精神障害を持つ人の地域生活の現状

現在地域で生活している精神障害者であっても、精神症状が残存し、生活の質が低下しているものが多くみられることから、医療と生活支援とを統合したサービスが必要と考えられた。前回報告したように、みんなねっとによる2010年のアンケート調査（1,492名）でも、親から自立できている人は少なく、昼間どこかに活動の場所がある人も多くない。受診後すぐからの人生の再設計のサポートや生活相談などが、医療機関でも受けられるようにすべきと思われる。また医療・保健・福祉をつなぐネットワークがあって、どこかに相談すれば、さまざまな情報が手に入るよう、利用者本位のシステムづくりも課題である。

また現在まだなんらかの症状で困っている人がほとんどであり、医療機関で再発を防ぐための情報を提供し、治療の継続をサポートしていくことが求められる。

そこで伊藤班での介入研究を基盤にして、帝京大学医学部附属病院メンタルヘルス科に地域生活サポートチームを創設し、ニーズに基づきデイケア、アウトリーチを含むケアマネジメントサービス、就労支援を行う体制を作ることを目的とした。本報告においては2012年1月より2013年4月までの16ヶ月間の新規外来患者全員を対象にスクリーニングを行い、生活支援の必要度の高いものに対して、居住地によって介入群とコントロール群に分けて、生活支援の効果について追跡調査を行ったので、報告する。

B. 対象と方法

1. 外来初診患者の生活支援必要度調査

調査実施期間の2012年1月より2013年4月までの16ヶ月間の新規外来患者全員を対象に、生活支援・ケアマネジメント必要度調査（以下生活支援調査と略す）を実施した（図1）。新患診察の前に、生活の困難度について8項目のチェックリストおよび予診表を患者本人、もしくは付添いの家族に記入いただく。その後の診察において、WHO精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン（ICD10）に基づきF0～F9およびG4などの診断を行う（重複診断は可能とした）。そしてまず、年齢が15歳未満もしくは65歳以上のものと、主診断がてんかん、薬物・アルコール依存、認知症、パーソナリティ障害のみである者を除外した。それはこれらの人たちには、異なる支援ニーズ・サービスシステムが必要と考えられるためである。また健康診断書の交付を希望するなど本来の新規患者といえないものも除外とした。またセカンドオピニオン希望などで継続診療が想定されていない新規外来患者については、対象外とした。その後、調査対象と考えられるものについては、ほぼ1時間以内で公共交通機関を利用して自宅訪問可能と考えられる、調査機関が立地する区および隣接する区の2つの区の居住者を、キャッチメントエリア内群とし、それ以外の居住者をキャッチメントエリア外群とした。これはニーズがあり、同意を得られたものについては、アウトリーチを含めた生活支援・ケアマネジメントサービスを行うことを前提としたためである。

次に両群に対して、研究調査員が外来スクリーニング表（表1）を用いて、初診時の記録、主治医へのインタビューを基に、生活支援調査を行った。外来スクリーニング表は、平成23年度の厚生労働省精神・神経疾患研究開発費報告書に掲載されている入院時スクリーニング評価表をもとに作成した。この評価表は精神障害者が地域生活していくことを可能にすることを目的に、急性期よりケアマネジメ

ントを適用するために、入院した患者を対象として、これまでに頻回に入院している、服薬中断など外来治療の困難性がある、経済的な問題がある、家族や支援者の問題があるなどの理由で、地域生活が困難である人をスクリーニングするためのものである。今回の調査では、新規外来患者への地域生活サポートのための介入を想定しているために、入院や救急外来の必要性を想定している項目などは除外して、独自のスクリーニング表を作成した。このスクリーニング表をもとに、生活支援必要度を判定するが、A項目（社会生活の程度）、B項目（日常生活）、C項目（家族）、D項目（環境のストレス）の合計得点（生活支援必要度得点）が4点以上のものを、「生活支援必要あり」と判定した。なお情報収集の段階で、たとえば「6ヶ月間同居者以外と対人関係がもてていない」が、ありかなしかを迷う場合には1点と判定することとし、生活支援が必要であるにもかかわらず対象から外れてしまう人なるべく減るようにした。4点以上の基準は、調査開始前の試行期間に、外来患者で生活の実際がわかっているもので、生活支援・ケアマネジメントの必要性があると主治医と研究調査員とで判断したもので、スクリーニング表では何点となるかを検討したうえで、決定した。

生活支援必要性ありと判定されたものに関しては、外来主治医の了解を得て、研究調査員が、厚生労働省からの研究費で行われていることなど調査の趣旨や方法などを文書及び口頭で説明し、参加いただける場合には同意文書に署名いただいた。キャッチメントエリア内で同意が得られたもの（介入群）は後述する生活支援・ケアマネジメントサービスを実施した。キャッチメントエリア外で同意が得られたもの（対照群）については、生活状況や精神医療・福祉サービス利用状況などを、定期的に調査することに協力いただいた。

2. 生活支援・ケアマネジメントサービス実施体制

キャッチメントエリア内で同意が得られたものについては、地域生活サポートチームにより、個別の実施計画を立てて生活支援・ケアマネジメントを実施した。サポートチームは、精神科医1名、精神保健福祉士1名、看護師1名、作業療法士1名からなり、外来での面談に基づきチームミーティング（医師、保健師、作業療法士、研究調査員など合計11名が参加）を行って、介入方針を検討した。本人の希望を尊重し、生活の質の回復や不安・苦痛の軽減などを目標に、アウトリーチを含む生活支援を行った。介入は1年間行い、前後での精神症状、生活機能、社会生活状況などの変化や、行われたサービスとそれに伴うコストを調査した。対照群についても1年間の調査期間中に同様の調査を行った。

C. 結果

1. 外来初診患者の生活支援必要度実態調査

1) 初診患者スクリーニング結果（図1）

i. 概要（図1）

調査期間中の新規外来患者は551名であった。そのうち除外基準に当てはまるもの178名32.3%（年齢で除外されたもの76.4%、主診断が認知症であるなど診断により除外されたもの15.2%など）、セカンドオピニオン希望など対象外と判断されたものが8名1.5%であり、今回の調査の広義の候補者は365名66.2%であった。

ii. 性別・年齢

365名をキャッチメントエリア内群（エリア内群）177名と、エリア外群188名に分け、除外群、対象外群と年齢や性別で比較した（表2）。エリア内群は女性59.3%、平均年齢41.3歳であり、エリア外群は女性58.5%、平均年齢39.2歳であり、いずれの群も平均年齢に有意差はなく（ t -test、 $p>0.05$ ）、エリア内群とエリア外群では女性が有意に多かった（ χ^2 乗検定、 $p>0.05$ ）。

iii. 生活支援必要度得点

調査の広義の候補者365名の得点分布を図2に示す。1～3点の範囲のものが多くことがわかる。得点の平均は、エリア内群2.0点、エリア外群2.1点と、両群に有意差はなく、男女による有意差もなかった（表2、 t -test、 $p>0.05$ ）。

iv. 生活支援必要度得点4点以上の人の性別・年齢（表2）

図1の広義の候補者のうち、4点以上の人はエリア内群で21人、エリア外群で30人の合計51人（14.0%）であり、エリア内群とエリア外群との間で、4点以上の人の人数には有意差を認めなかった（ χ^2 乗検定、 $p>0.05$ ）。4点以上の人は男性19人・女性32人、平均年齢38.6歳で、4点未満の人の平均年齢40.5歳と有意差を認めなかった（ t -test、 $p>0.05$ ）。

v. ICD10に基づく診断分類と生活支援必要度得点（表3）

エリア内群とエリア外群の合計で、診断を調査した。重複診断が含まれるために、実人数よりも合計人数が多くなっている。F4（神経症性障害など）135名、ついでF3（気分障害）123名、F2（統合失調症など）75名などの順で人数が多いことがわかる。これらの診断頻度は、エリア内群とエリア外群では有意差がなかった（Pearsonの χ^2 乗、 $p>0.05$ ）。次に生活支援必要度得点を見ると、F7（知的障害）およびF8（発達の障害）は人数がそれぞれ9名および6名と少なく重複診断されることが多いために例外的であるが、4点以上の人の割合および平均得点が高かった。診断される人の数の多い障害を見ると、F2統合失調症関連の障害が、4点以上25.3%、平均得点2.49と最も高く、F3がそれに次いでいた。4点以上の人51人を、4点未満の人314人と比べると、4点以上の人ではF2が多く、F4が少なかったが、診断ごとの4点以上の人の割合に有意差はなかった（Pearsonの χ^2 乗、 $p>0.05$ ）。重複診断がない人とある人とを比較したが、4点以上の人の割合に有意差はなかった（Pearsonの χ^2 乗、 $p>0.05$ ）。

vi. 4点以上の人たちのうちで、同意が得られたものと得られなかったものとの比較

図1に示したように、生活必要度得点4点以上は全部で51人であったが、介入研究への同意が得られたものの割合は、介入群ではアウトリーチやケアマネジメントが受けられるために62%、対照群では調査への協力を求めるのみであるので40%と低かった。介入群でも必ずしも高くないのは、研究についての説明や同意手続きが煩雑であることや、初診間もない時期に診察以外の時間をとられることがむしろ負担になったためではないかと考えられた。介入群候補者と介入群との間で、男女の割合・年齢・診断頻度・生活支援必要度得点に有意差はなかった（t-test、および χ^2 乗検定、 $p>0.05$ ）。対照群候補者と対照群の間で、性別・年齢・診断頻度・生活支援必要度得点に有意差はなかった（t-test、および χ^2 乗検定、 $p>0.05$ ）。介入群と対照群との間で、男女の割合・年齢・診断頻度には有意差がなかったが、生活支援必要度得点は介入群のほうが有意に高かった（介入群5.31、対照群4.67、 $t(23)=2.095$, $p=0.047$ ）。

2) 生活支援必要度得点の高い（4点以上）人の特徴

11例の介入群を通していくつかの特徴が指摘できる。

- ・発症前から適応や環境に問題があったケースが多い。
- ・発症してから数年以上経過した慢性例が多い。
- ・これまで複数の医療機関に受診している例が多く、全くの初診は1例のみ。これは調査機関が周辺の医療機関から紹介受診してくるものが多いことを反映している可能性がある。
- ・これまで通院中断していたり、治療にもかかわらず症状が持続している症例がほとんどである。
- ・身体疾患を併存している例がみられる。
- ・生活の面では、全例社会生活が不十分にし

かできておらず、日常生活にも課題があるケースがみられるが、症状が先行して徐々に生活の困難が悪化した場合、生活の困難とともに症状が悪化した場合とあるものの、いずれにしても精神症状と生活の困難とは密接に関連している。

- ・援助すべき家族に様々な困難を抱えているケースがある。また本来の適応の悪さや症状と、環境との軋轢に関連している場合が多い。
- ・社会から孤立し、専門家も含めて、援助が受けられていない場合が多く、本人に病識が乏しい、援助を適切に求められない、そもそも援助そのものを希望しない、援助者と適切な関係性を持つことに困難がある、などがみられた。

以上の特徴から、精神障害では精神症状と生活の障害とが関連していることが特徴であるが、まさにそうした困難が強く、また援助がうまく受けられていないことが指摘できる。まずはこうした困難を総体として受け止め、援助者との関係性を紡ぎながら、どのような支援が必要か、そして何を本人が希望するかを丁寧に検討しつつ、支援計画を立てていくことが求められていると考えられる。当初は、そもそもどのような援助が適切か見極めねばならず、医療と福祉とで分担して支援するとはいかず、またうまくいかないように思われる。

D. 考察

生活支援サポートチームを創設して、帝京大学医学部附属病院メンタルヘルス科に初診したもののうち、生活支援のニーズの高いものに対して、デイケア、アウトリーチ、就労支援を含む多面的な支援を行っていくことで、地域で生活する持続的で重い精神障害をもつひとの生活の質を改善し、社会的予後を改善し、満足感を高めることが本研究の目標である。しかしこれらの支援に対して、少なくともケアマネジメントサービスや就労支援については十分な診療報酬の裏付けがなく、担当

するスタッフを十分確保できない現実がある。またアウトリーチについても、現在の往診や訪問看護では回数などの制限があり、限界がある。今回の研究で、生活支援サポートチームの効果とコストを検証し、国の制度としてこうした支援が可能になるように提言していくことが本研究の最終的な目標となる。

1. 生活支援必要度の概略

新規外来患者の全数調査により、15歳以上65歳未満で、特別な支援が必要な診断を持つ人を除外した365名のうち、社会生活や日常生活の障害、家族や環境との軋轢などにより、生活支援やケアマネジメントのニーズのある人（生活支援必要度得点4点以上）は14%であった。外来の1割以上の人が、投薬や精神療法などの狭義の医療にとどまらず、ケアマネジメントなど地域生活を支援することが必要であることがわかる。また4点以上の人の割合と、性別・年齢・ICD10による診断分布には関連がみられなかった。また重複診断との関連も見られなかった。ただし診断別でみると、統合失調症では生活支援必要度得点が高い傾向にあった。これまでは地域生活の困難性については、主に統合失調症との関係で論じられることが多かったが、慢性の気分障害などでも生活支援の必要性が高い人が存在することが明らかとなった。今回は除外したが、65歳以上であるために除外された人が24.7%あり、介護などの福祉制度とのほごまで、やはり生活支援のニーズが高い人が多い可能性が推測される。

2. どのような地域生活支援体制が望まれるか

現実の困難と精神症状はどちらが原因であるとは言い難く絡み合っているので、外来での見立てと適切な医学的治療が基盤にあることが必須である。精神障害であるからには、無論生活支援だけでは生活の上での困難は解消しないと思われる。言いたいことは、単純に福祉サービスを充実させることで解決できるわけではなく、外来機能の中に「ワンストップ・ショッピング」といえる支援機能があ

り、複合的な困難のある人をしばらくはかかえることができること、そしてある程度改善してきて、もしくは問題が整理されてきて初めて、通常の外来治療と福祉サービスへと切り離していくことが可能になるだろうということである。

相談支援事業を始めとするケアマネジメント機能を厚生労働省は充実させようとしているし、以前に比べれば就労支援にしても生活支援にしても、地域の社会資源がはるかに増えていることは事実である。しかし余力のない人たちは違う場所に行っているいろいろな支援を使っていくような力を持たない。そもそものような支援が必要か、全く見えていないことも多い。

しかしそうした支援システムを外来機能の中に組み込むことは、今の医療経済の中では容易ではない。精神科のしっかりした経験を有し、かつ生活支援の力を持った専門家をどうしたら外来の中で抱えていくことができるだろうか。こうした機能を考えるとすぐに職種としてはソーシャルワーカーを思いうかべることが多いと思うが、複雑な心的問題があったり、自立生活技能の課題を抱えていたり、慢性疾患の合併があったりするので、多職種チームが構成できるとよい。何よりも複合的な困難を持つ人を支えていくときに、一人の専門家の力ではすぐに壁にぶつかるので、チームの力が必要になってくる。そして精神科医はそのチームをバックアップする役割が望まれる。

本研究は都会にある一大学病院における調査であるので、どこまで一般化できるかについては検討を要する。特に新規外来患者についてはかなり医療機関の設置状況によって差異があると思われるため、生活支援が必要な人の割合については、さらなる調査が必要であろう。一方では外来患者の中に、診断分類を超えて、生活支援・ケアマネジメントが必要な人が一定程度存在することは事実であろう。こうした人を支援する体制を作るためには、それを可能にする医療経済体制だけでは

なく、生活支援と治療とを同時に行える多職種チームについての教育や研修を、医学教育の中に含めていく必要がある。

リカバリーを推進する精神保健システムの要件として、精神障害によって生じる特異的な問題への治療ではなく、むしろ日常生活の中で起こる日常的な支援が大切であるとの主張がある。生活障害を持つ人が回復していくうえで、改めて生活支援の必要性を強調したものであるが、一方では疾病による脳機能をはじめとする様々な障害と環境との複合的な連関を解き明かして、医療の役割を明確にしていく作業が伴わないと、なぜ地域での生活支援に医療機関が携わる必要があるかという根拠が見いだされないとはいえるだろう。生活における脳機能の役割や疾病の影響についての研究が求められていると考える。

さらに、より良い精神保健福祉サービスにおいては、これまで縦割りであった医療と福祉とを統合していくことがより望ましいといえるだろう。そうしたことはどのようにして可能となるだろうか。

E. 結論

都市部の大学病院で16ヶ月間の新規外来患者全員を対象に、生活支援・ケアマネジメント必要度調査を実施した。551名の新規患者で除外基準該当者を除いた365名66.2%のうち、社会生活や日常生活の障害、家族や環境との軋轢などにより、生活支援やケアマネジメントのニーズのある人（生活支援必要度得点4点以上）は51名14%であった。4点以上の人の割合と、性別・年齢・ICD10による診断分布には関連がみられず、気分障害でも高得点のものがいた。4点以上で介入に同意した11名では、精神症状と生活の障害とが関連し、これまで周囲や専門家の援助を十分受けられていなかった。外来で援助者との関係性を紡ぎながら、どのような支援が必要かそして何を本人が希望するかを検討し、支援計画を立てていくことが必要であろう。医療と福祉の統合的な実施体制や、生活支援を医療で行う根拠

（精神疾患すなわち脳機能の異常と、生活や環境との関連性の明確化）が求められている。

{II} 介入群と対照群との比較による生活支援・ケアマネジメントの有効性についての検討

A. 研究の背景

前項で調査した生活支援・ケアマネジメントのニーズのある人たちを、キャッチメントエリア内群とエリア外群に分け、前者にはアウトリーチを含むケアマネジメントサービスを行うことで、通常の外来治療と症状や生活の質、満足度などの違いを検討することが目的であった。

B. 対象と方法

前項で述べたように、スクリーニング表により4点以上のものでキャッチメントエリア内に在住し、研究参加への同意が得られた者13名を介入群とし、地域生活支援チーム（医師1名、ソーシャルワーカー1名、看護師1名、作業療法士1名）による支援を1年間継続した。キャッチメントエリア外で同意の得られたものの12名を対照群とした。

調査に使用した評価尺度は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」で使用した評価方法と同一であるため、詳しくは本報告書の総括報告を参照いただきたい。

C. 結果

1. 追跡結果

1年間の追跡期間中、介入群では3名（研究継続が得られず2名、転院1名）、対照群では3名（研究継続が得られず2名、転院1名）が途中から追跡ができなかった。これらの6名については、欠損したデータについては1時点前の最終評価得点を得点とするITT解析を行った。また対照群では4名が本報告書作成の時点で1年後調査が終了しておらず、1年後の調査には

含まれていない。

2. ベースライン時の両群の属性

介入群と対照群で、ベースラインの時点で年齢、性比、診断、そのほかの基本的属性について群間の有意差はみられなかった(表4)。またPANSS、GAF、SBS、QOLについても、群間の有意差は認められなかった(表4)。

3. 群内の経時的変化

反復測定による一元配置分散分析を実施した。

i. 介入群(表5)

GAF、SBS社会的引きこもり、SBS気分と行動の不安定さ、SBS合計得点、QOL社会的領域について、6ヶ月後または1年後に経時的に有意な改善を認めた。

ii. 対照群(表6)

SBS迷惑および反社会的な行動の経時的変化のみが有意な改善を示した。

iii. 両群の比較(表7)

二元配置分散分析を実施した結果、SBS社会的引きこもり、およびSBS合計得点が1年後に有意に介入群で改善していた。

D. 考察

介入群と対照群との比較において、GAF、SBS、QOLで評価される全般的な社会的行動について有意な改善が示された。気分の不安定さなども介入群で有意に改善していた。これは介入群に解いて、地域生活支援チームによるケアマネジメントや、アウトリーチや面談による生活支援による成果と考えられる。

介入を受けた当事者にどのような主観的変化が起こっているか、また介入をどう受け止めているかについては、CSQ、セルフスティグマ尺度による評価を行ったが、今回は解析が終了しておらず結果に含めることができなかった。この領域についても大事な支援目標であるため、本報告書と合わせて論文の形で発表していきたいと考えている。

介入の実際については、次項 {III} 介入経過の概要を参照されたい。ケアマネジャーを中心とするチームで、当事者や家族のニーズ

を踏まえて、丹念なサポートを行っており、個別性の高い支援となっている。実際に支援にかかわったものの感触でも、好意的に受け入れられたケースが多かった。

一方では、なかなか本人のニーズが明確でなく、どういう支援を求めているのか、そもそも支援のニーズを感じていないのではないかという戸惑いのあるケースもあり、精神科初診時の評価で生活困難度が高くても、必ずしも生活支援が必要ではない(当事者が望まない)と感じられるケースもあった。これについては、精神症状の改善や診察による中で問題解決に至るケースも含まれると思うが、診察室の外での生活支援がまだ普及しておらず、どのような支援が受けられるのかそもそも利用者が戸惑いを感じていることも背景として考えられた。また当事者の苦痛や悩みが複雑な生活歴や環境とからみあっているために、簡単に精神医療や生活支援サービスでは対応できないケースも見られた。こうしたケースは時間をかけて面談を繰り返しながら、徐々に関係づくりをし、一緒に困難への対応の糸口を探っていくことが必要と考えられ、短期間の介入では実を結ばないことが多かった。こうした困難なケースについては、今後外来でどのような支援が可能であるか、課題として残された。

{III} 介入経過の概要

【介入群】

1) A-に-I01: 男性、30代、強迫性障害、発病後7年、入院0回

独居で生活保護受給。2週間に1回のペースで面接を開始。「生活保護を脱したい、働きたい」と希望し、生活リズムを整えることを目的にデイケアを導入する。慢性的な自殺念慮と調子の波から、デイケア利用、診察、面接のキャンセルが目立ち、電話でのフォローを継続。本人が希望するオープンでの就労を目指しつつ、必要に応じてデイケアを再開することとなる。研究期間終了後も担当者との診察日の面接を継続。

2) A-に-I02：女性、30代、気分障害／身体表現性障害、発症後5年、入院0回

夫と子ども3人と同居し、生活保護受給。昼夜逆転し、家事や育児が十分にできず、対人関係上のトラブルから身体症状が出現。育児はネグレクト傾向にあるものの、社会資源をうまく活用できないでいる。月1回の診察日に面接を開始。担当者が本人の話を傾聴し、できているところを肯定的に評価することで態度が軟化。面接を継続する過程で、夫との話し合いや子ども家庭支援センターへの相談など対処行動がとれるようになる。必要に応じて相談にのる旨を伝えて、研究期間終了。

3) A-に-I03：女性、20代、統合失調症、発病後5年、入院0回

母、祖母と同居。生活保護受給。本人、家族ともに重篤感なく、ほぼ未治療の状態で初診に至る。自宅では日中臥床傾向。医師と担当者が自宅を訪問し、作業療法や心理教育を実施する。本人と祖母の体調不良のため訪問を中断していたが、母の仕事が一段落した時期に、自閉的な生活を心配していた母と担当者、本人で相談し、ショートケアを開始。母やスタッフの送迎付きで週に1回の通所を継続し、作業を通じて徐々に対人スキルが高まり、担当者に自分の状態について語るようになる。研究期間終了後もデイケア通所と面接を継続。

4) A-に-I04：男性、50代、躁うつ病、発病後18年、入院5回

妻と子ども2人と同居し、休職中。復職希望で当院に転院し、診察日の面接と診察日以外に担当者と設定した面接を開始。主治医から提案された日課表を用いてセルフモニタリングを行いつつ、担当者としワーク先を検討する。また、担当者が生活状況を把握するため自宅を訪問。リワーク終了後、通勤トレーニングを行うが、再び職場で問題行動が出現し、会社から「復職不可」の通知が届く。本人は否認が強いものの、自宅では穏やかにマイペ

ースで過ごしている。研究期間終了後も診察日の面接を継続。

5) A-に-I05：女性、20代、躁うつ病、発病後6年、入院2回

婚約者と同居。1人で外出できず、家事が十分にできないため、相談に乗ってほしいと希望し、面接を開始。薬物調整後、気分の高揚、誇大妄想等出現し、実家に戻って他院に入院。その後、当院への通院は中断し、ドロップアウトとなる。

6) A-に-I06：男性、40代、抑うつ状態／脳性麻痺

独居。障害者雇用で就労していたが、休職。診察日の面接を開始。「これまで1人でやってきた」という自負から支援を受けることに抵抗がある。担当者が自宅を訪問したところ、飲酒問題が顕在化。否認が強く、精神科受診のキャンセルが続く。本人は復職を希望し、話し合いのため担当者が会社訪問に同行する。リハビリ出勤を開始するが、天候不良や不調を理由に休みがちとなる。その後、時短勤務が決まるが、ほとんど出社できず、受診も途切れがちとなる。研究期間終了後も面接や電話でのフォロー、上司との連絡調整等支援を継続。

7) A-に-I07：男性、30代、うつ病

独居で、生活保護受給。父の縊首を発見した経緯があり、自らグリーフケアについてインターネットで調べるなどしている。2週間に1回の面接を開始。痛風の治療中だが、薬を自己調整し、飲酒を継続している。体調不良を訴えつつも、「命は惜しくない」と言い、問題を直面化できない。障害者就労を希望するものの、生活保護を打ち切られてしまうことへの不安や失敗の恐れから、現状維持の気持ちが強い。面接で担当者と話すことが支援となっていることから、研究期間終了後も月1回の面接を継続。

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、職場不適応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適應を起こし、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、テグレトール中毒となり、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

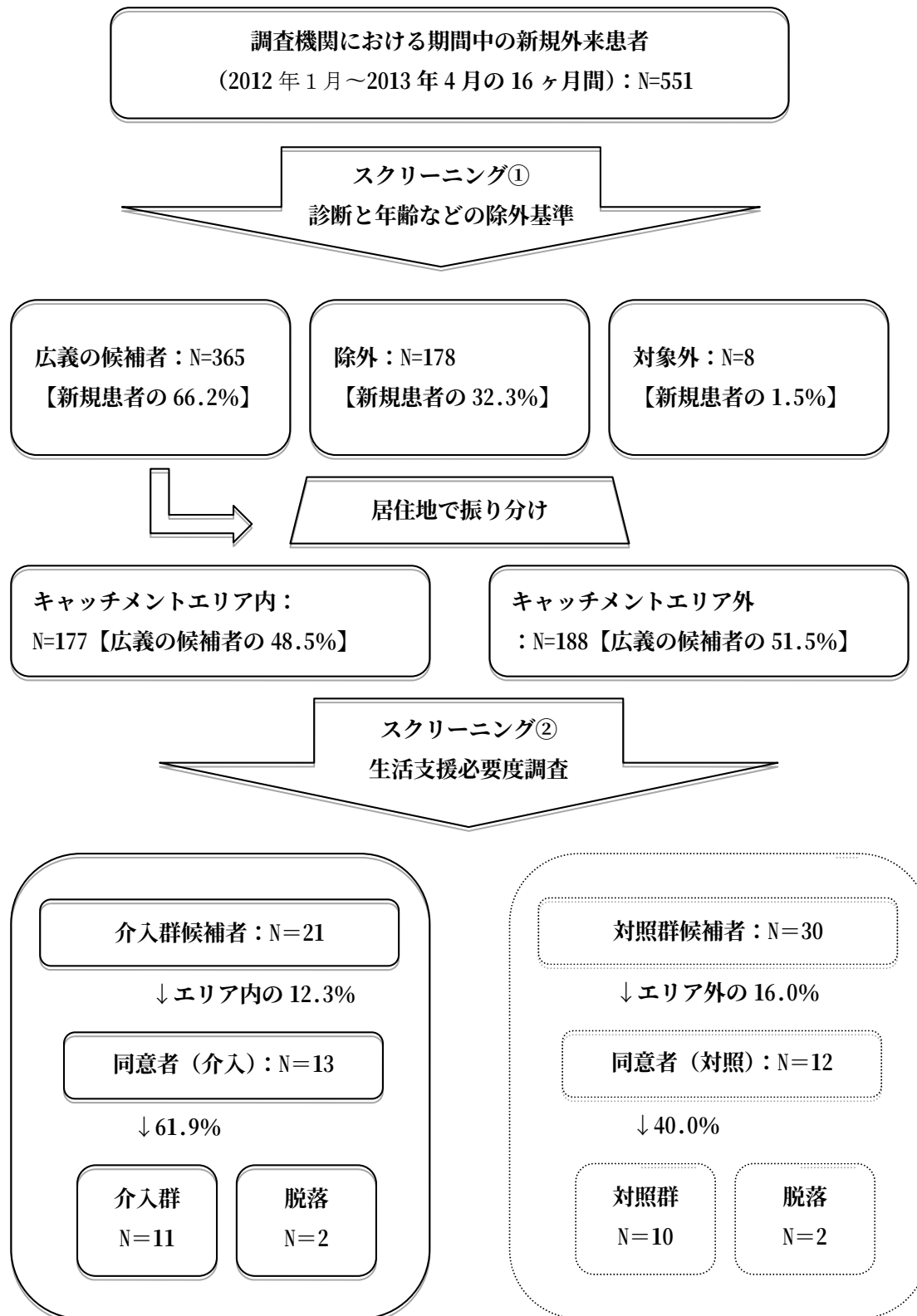


図 2: 生活支援必要度調査対象者 365 人の得点分布

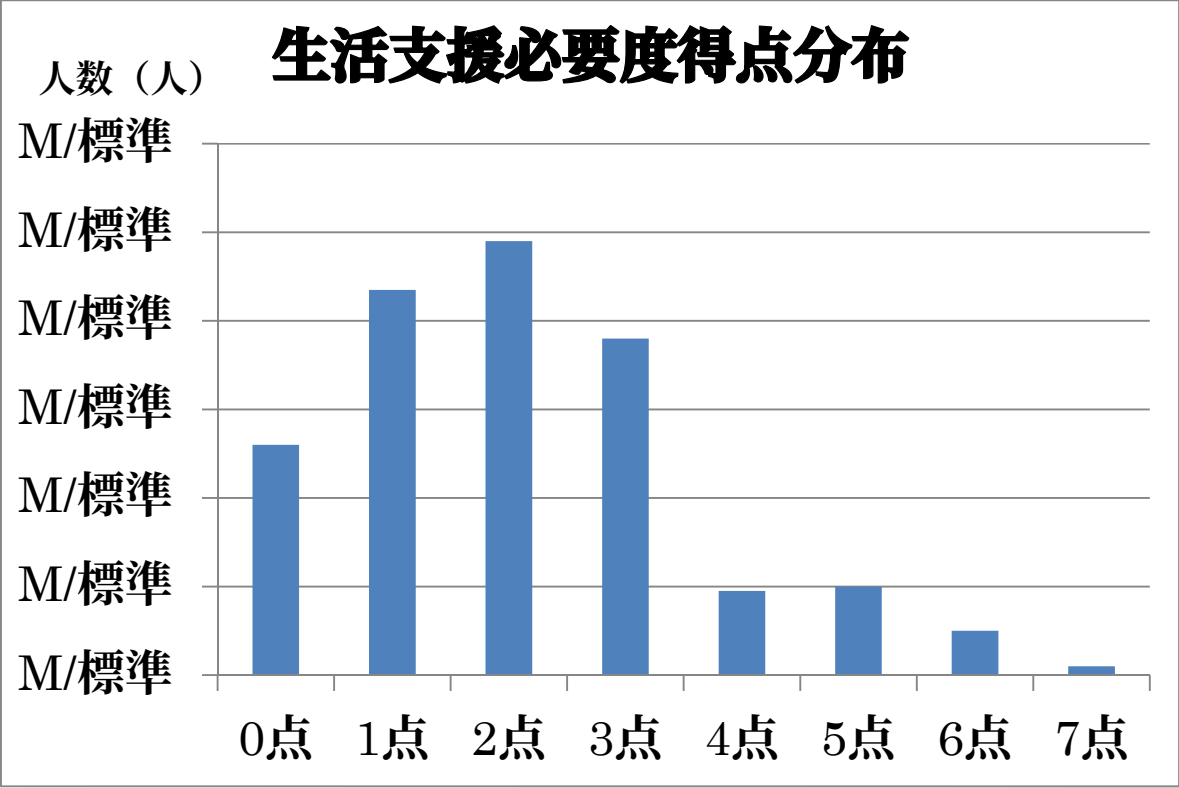


表 1. 外来スクリーニング票

						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ヵ月に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															☐	
	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															☐	
	初診患者ではない															☐	
[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ヵ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ヵ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	-	-	-	-

χ²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	5	1		
（離婚）	人数	1	0	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	15.18±8.38	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) (陰性) (総合精神病理) (合計)	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
	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
	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
	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
	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
	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*
	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
SBS (社会的引きこもり) (陽性症状に伴う行動) (気分と行動の不安定さ) (迷惑および反社会的な行動) (合計)	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
	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
	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) (心理的領域) (社会的領域) (環境領域) (全般的な生活の満足度) (合計)	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
	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
	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
	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
	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
	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はほぼ同様であった。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-QOL26⁵⁾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 ヶ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 ヶ月間の対象者 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 ヶ月目はおよそ 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ク機能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な。

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) 榎林理一郎(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					表2: 対象者の臨床的特徴				
	平均値	標準偏差	最小値	最大値		平均値	標準偏差	最小値	最大値
BL時年齢	40.7	14.1	22	63	発症年齢	24.9	7.2	16	41
	n	%			Index入院日数	91.7	47.3	19	187
性別	男性	14	56		ICD-10診断			n	%
	女性	11	44			F20 統合失調症		21	84
婚姻	既婚	4	16			F25 統合失調感情障害		1	4
	未婚	14	56			F30 躁病エピソード		1	4
	離別	6	24			F31 双極性感情障害		2	8
	欠損値	1	4						

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

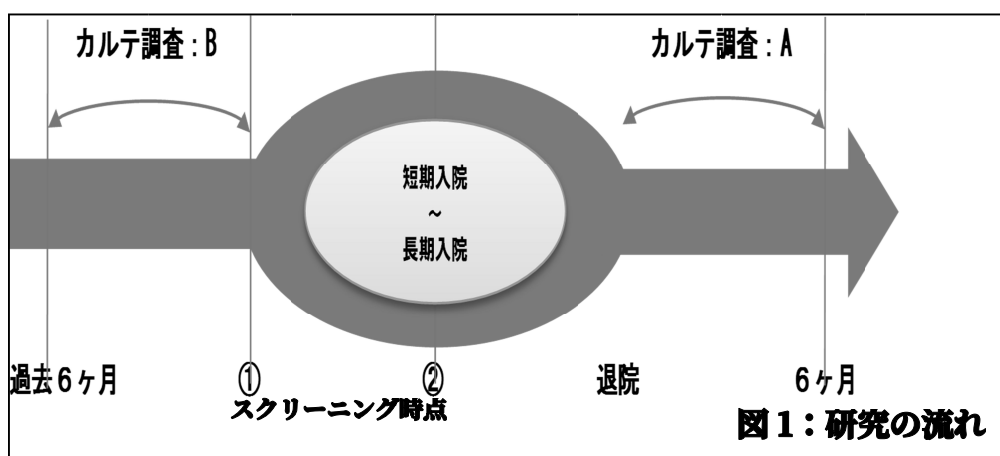
表5: 多職種アウトリーチ支援に関わったスタッフ延べ数と内訳							
延べスタッフ数合計	看護師合計	准看合計	PSW合計	OT合計	医師合計	心理職合計	その他合計
2279	1369	4	332	129	415	25	5
割合(%)	60.0	0.2	14.6	5.7	18.2	1.1	0.2

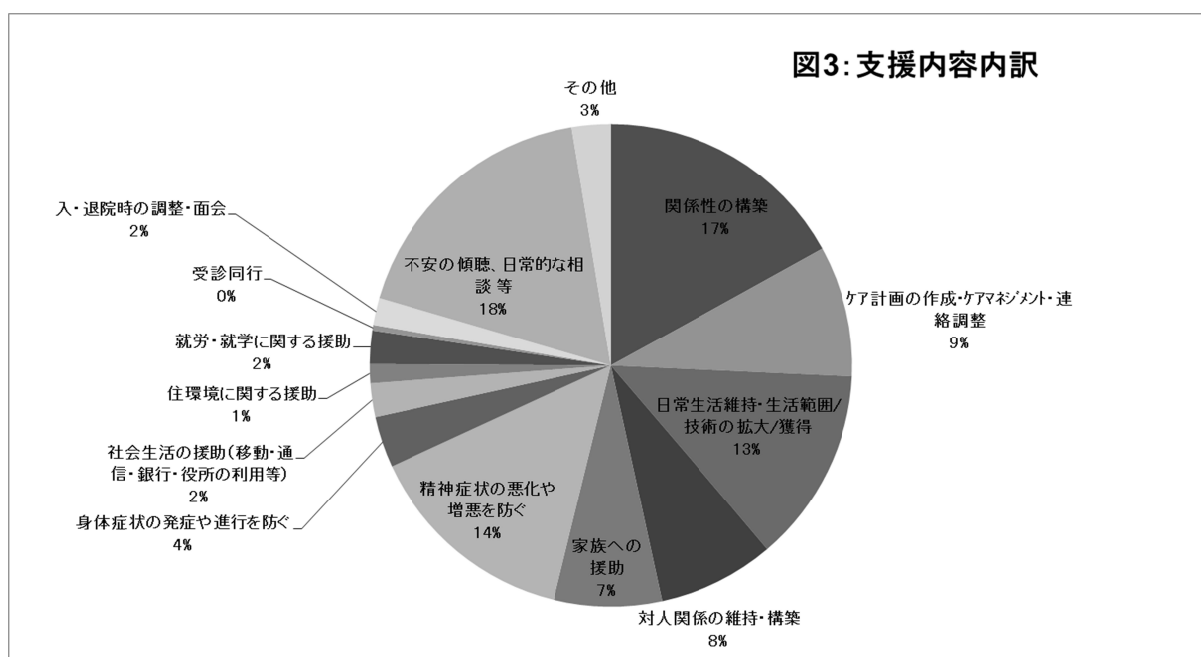
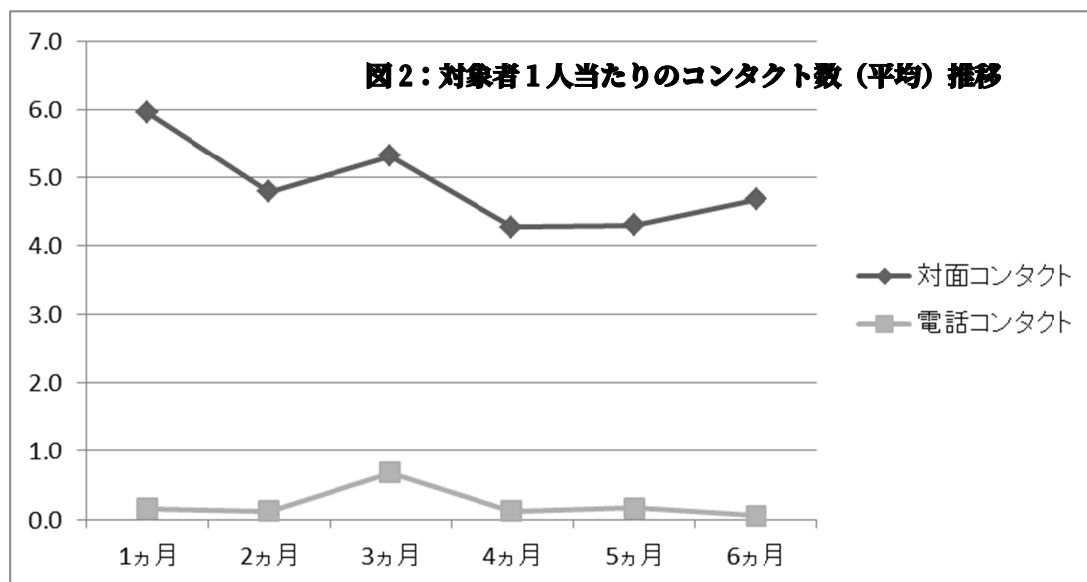
表6: コンタクトの相手				
コンタクト相手	本人	家族	スタッフ(同機関)	スタッフ(外部)
延べ数	1239	452	239	58
割合(%)	86	31	17	4

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					





湖南病院・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に関する研究

研究分担者：吉田光爾¹⁾

研究協力者：○檜林理一郎²⁾

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) 医) 周行会 湖南病院

要旨

医療法人周行会の運営する湖南病院および地域生活支援センター、訪問看護ステーションにおいて行われた多職種アウトリーチチームによる重症の入院患者に対する退院後の生活支援の実践について報告した。

アウトリーチ支援によって、地域や家庭内できめ細かな支援を行うことにより、より豊かで質の高い地域生活を可能にし、利用者のリカバリーに寄与することおよび頻回入院者の再入院予防に寄与することが可能となった。また、多職種チームで関わることによって、専門職チームスタッフ間の連携、信頼が増し、より一貫した支援が可能となった。さらに、医師中心でなく、スタッフ間の対等で協働的な連携活動が可能となった。

多職種アウトリーチチーム活動を可能にするためには、診療報酬体制や障害者総合支援法体制の枠組みを超えた報酬体系の構築が考えられるべきであること、また、支援量の増大に応じた支援スタッフの活動が可能となるような支援の提供システムに階層性を持たせることが有効である可能性が指摘され、支援の「二階建てモデル（檜林，2013）」の可能性について述べた。

A. 研究地区の背景

1. 湖南圏域における精神科医療サービスについて

医療法人周行会湖南病院および関連施設が立地する滋賀県湖南保健医療福祉圏域（以下、湖南圏域）は、琵琶湖の南東部に位置し、草津市、守山市、栗東市、野洲市の4市を含む人口約33万人（H25年9月）の圏域である。滋賀県草津保健所の管内であり、保健所は4市のまとめ役の役割を担う。この他、滋賀県内には、大津、湖西、湖北、湖東、東近江、甲賀の各圏域がある。

湖南圏域内の精神科入院医療機関は、滋賀県立精神医療センター（100床）と湖南病院

（116床）、また、精神科診療所が8カ所ある。

ちなみに、滋賀県の万対精神科病床数は17.1（平成21年地域保健医療基礎統計）と全国の都道府県の中では最も低い。また、精神科救急体制としては、県下の各圏域を3ブロックに分け、Aブロック（湖北、湖東）、Bブロック（湖南、東近江、甲賀）、Cブロック（大津、湖西）とし、各ブロック内の精神科病院が輪番制で主に措置入院を要する事例の対応に当たっている。湖南病院は、Bブロック内の3病院のひとつとして輪番制に参加している。

2. 医療法人周行会の活動について

1980年に湖南病院（100床）を開設、1989年

に法人化し医療法人周行会（以下、周行会）を設立した。

周行会は、現在、精神科診療部門、地域支援部門、高齢者部門（介護老人保健施設等）の3部門から成り立っている。

1) 精神科診療部門

湖南病院（現在 116 床）が急性期治療病棟（56 床）と精神療養病棟（60 床）で運営されている。診療圏は、湖南圏域を中心に、東近江圏域および大津圏域からの入院者が多い。

外来部門には地域ケア室があり、PSW と保健師が 3 名おり、主に入院患者を対象にした地域ケアに当たっているが、下記の地域支援部門と常に密接な連携を取って活動している。

また、生活療法課では精神科デイケア（小規模）を実施しており、看護師、PSW、臨床心理士、OT が担当している。

2) 地域支援部門

2001 年に湖南病院が新築移転した跡地を利用して下記の社会復帰施設の新設と共に地域支援部門が立ち上げられた。2001 年に①地域生活支援センター「風」、②生活訓練施設「樹」、③ショートステイ「歩人」、2002 年に④居宅介護支援事業所「風」、2010 年に⑤精神科訪問看護ステーション「なかさと Wing」をそれぞれ開設し、その他 1994 年に開設され、2003 年から増設を始めた⑥グループホーム（現在 6 事業所、入所定員計 30 名）から成り立っている。

地域生活支援センターと生活訓練施設は、かつての精神保健福祉法体系下の社会復帰施設の名称を引き継いでいるが、内容は障害者総合支援法体系下の障害福祉サービス事業所へ移行しており、その事業内容は以下の通りである。

①地域生活支援センター「風」

- a) 相談支援事業
- b) 地域活動支援センター機能強化事業

（地域活動支援センターⅠ型）

- c) 計画相談
- d) 滋賀県精神障害者支援体制整備事業
- e) 地域移行・地域定着事業
- f) 野洲市生活支援戦略モデル事業
（平成 24 年度まで）

②生活訓練施設「樹」

- a) 自立訓練（生活訓練）事業
- b) 宿泊型自立訓練事業（22 床）

③短期入所施設「歩人」

- a) 短期入所事業（併設事業所型）

以上の各事業所等は、設立時からの理念として、地域に開かれた社会資源となることを目指しており、現在でも、周行会の利用者のみならず、湖南圏域を始め滋賀県下全域の利用者を対象としている。そのため、たとえば「樹」や「歩人」の利用者は、半数以上が県下の他の精神科病院退院者である。

また、「風」は湖南圏域における精神障害福祉サービスの実務的な中心を担い、圏域内の保健所、4 市との連携を始め、その他さまざまな圏域内の委員会活動等の運営、参加に携わっており、日頃から圏域内のネットワークを形成している。たとえば、自立支援協議会関係では、圏域、4 市それぞれをあわせて 13 の委員会、その他圏域の中で開催される各種委員会、協議会、審査会等が 12 委員会あり、圏域のさまざまな精神保健福祉活動に関与している。

④居宅介護支援事業所「風」

精神障害者専門にホームヘルパーを派遣している。主に、調理、買い物、掃除等の家事援助、身体介護を行うが、診察の同行援助を行う場合もある。

⑤精神科訪問看護ステーション「なかさと Wing」

精神科訪問看護は、従来湖南病院の地域ケア部門の保健師により行われていたが、ニーズの高まりと共に、2010 年に、従来の高齢者を対象とした訪問看護ステーション「なかさ

と」の中に支所として精神科訪問看護部門を「風」と同じ建物の中に設け活動を開始、現在では 140 名ほどの訪問ケースを担当している。

⑥グループホーム

1994 年に 8 名のグループホームを開設していたが、生活訓練施設の運営を開始し、退所者が始まった 2003 年頃より増設を始め、現在に至っている。現在は、「風」の中の一部門に位置づけられ、専任の担当 PSW を置いている。

なお、就労支援に特化した事業所はないが、「風」の相談支援活動の一環として就労支援も行っている。

上記の地域支援部門は、旧湖南病院の跡地に新築された建物に事務所を置き、「風」、「風」、「なかさと Wing」が同じ 1F フロアにて、「樹」（「歩人」を兼務）が 2F フロアに事務所を置いている。そのため、ケースの情報共有など相互の連携を緊密に行うことが出来、機能的な地域支援を可能にしている。

以上の地域支援部門の各事業のうち、事業の性質上 24 時間対応を取っているものが、「風」の地域定着事業、「なかさと Wing」の訪問看護事業、「樹」の宿泊型自律訓練事業、グループホーム事業、および後述のアウトリーチ推進事業（H26 年 3 月終了）の 5 事業である。いずれも担当者が携帯電話を持ち歩いている形を取っている。

3) 精神障害者アウトリーチ推進事業

2011 年から厚労省が実施していた「精神障害者アウトリーチ推進事業」を周行会が受託し、H26 年 3 月まで活動を行っていた。事業は「風」と「なかさと Wing」のスタッフがチームリーダー、副チームリーダーおよびチームメンバーを兼務で勤め、医師を研究協力者が勤め、他に病院の地域ケア部門のスタッフ（保健師、PSW）も参加、湖南病院の病棟看護師も加わり退院者のケースのスタッフとして関

わるという体制で、チームメンバーは総勢 9 名（いずれも兼務）で構成されていた。各ケースにつき、スタッフ 2～4 名で担当し、合計 13 ケースがエントリーし、内 7 ケースが支援終了に至った。

なお、毎週のチームミーティングには、必要に応じて草津保健所の保健師、県精神保健福祉センターの PSW など行政側の担当者も随時参加した。

対象地域は、湖南圏域に居住し、かつ「風」から車で 30 分以内の地域、主な対象者は、「統合失調症圏の治療中断者や未治療者、入退院を繰り返す者やひきこもり状態の者」であった。

「風」や「なかさと Wing」が日常的な支援、訪問活動を行う中で、上記のエントリー基準に合致するより頻回の手厚い支援が必要となった利用者を対象に、日常の支援活動に付加する形でアウトリーチ活動を実施した。

以上のような構成で、周行会の地域生活支援が行われていた。

B. 構築された臨床体制

周行会が本研究班による研究事業を開始したのは、平成 24 年 11 月 1 日であった。

すなわち 11 月以降に湖南病院に入院した全患者に対して、本研究班作成のスクリーニング票を用いてスクリーニングを行い、病棟担当スタッフおよび地域ケア室スタッフ、医師（研究協力者）により構成された「対象患者選定会議」でエントリー候補者を選び、その後に上記の厚労省アウトリーチ推進事業のミーティングの場でもケースとして挙げ、アウトリーチ推進事業にもエントリーできるかどうかの検討を行い、支援体制を決定した。この対象患者選定会議は、翌年 4 月 15 日までほぼ毎月開催された。

研究班の実施する多職種チームは、上述の理由により厚労省アウトリーチ推進事業のチームがほぼそのまま兼務する形を取ったが、

一部ケースでは、病院の地域ケア室のスタッフも参加した。すなわち、医師（研究協力者）1名、「風」のPSW4名（内1名がチームリーダー、1名は臨床心理士兼務）、「なかさとWing」保健師2名（内1名が副チームリーダー）、看護師3名、病院地域ケア室PSW1名の計8名である。

1ケース当たり2～3名が担当チームを形成し、週1～2回訪問から毎日訪問の必要なケースまで、ケースマネジメントにより個々に必要な支援量を決定して支援を実施した。

また、対象となったケースについては、毎週月曜日に開かれていた厚労省アウトリーチ推進事業における定例会議の場で、全ケースについての報告を行い、全体で情報共有を図っていた。

本研究班のチーム活動の目標も、アウトリーチ推進事業と同様、入院に頼らずに問題を解決しようとするところにあった。

C. 対象者が受けた支援内容

前述のような臨床体制の下で6名の支援が行われた。その内から2名の個別支援の事例を例として挙げる。

1) 40代女性 統合失調症

若い頃の自殺企図の結果、両下肢と右上肢に欠損がみられ、自力歩行は不可能であった。夫と息子の3人でアパートの3Fに暮らしていた。過去には夫の介助で受診をしていたが、通院や服薬が容易に中断し、訪問支援も拒否されて症状悪化し入院となるパターンを繰り返していた。

本研究班の支援対象となってからは、ケアマネジメントのプランに基づき、訪問看護とヘルパー訪問を組み合わせ、日曜日以外ほぼ毎日の訪問体制を組み、病状の悪化の際には訪問看護が緊急訪問も行った。生活支援センターのPSWは、受診場面に立会い、待合場所で夫の相談にのったり日頃の労をねぎらうなど、夫の支援も行った。

受診日以外に外出する機会がほとんどないことから、市の補助金を申請して大人用の「おんぶラック」を購入し、支援センターから男性スタッフ2名体制で本人をおんぶして3Fから1Fへ降ろし、車椅子でスーパーや「風」のサロン、美容院などへの同伴支援を定期的に実施した。それまでの経験から、退院後3ヶ月を1つのヤマと位置づけたが、小さな病状悪化は何度かあったものの、今回は退院からは概ね安定して14ヶ月が経過することができた。上記の外出支援も本人のニーズに応じて回数を増やし、毎回本人の楽しみとなっている。

2) 50代女性 統合失調症

20数年の通院歴があるが通院・服薬は不規則で途切れがちで、幻覚妄想状態が続き、家事等日常生活も十分にはできていなかった。夫は仕事が多忙で本人への関心は薄く、本人の症状が悪化したままでも問題と感ずることもなく、その結果、本人への周囲からのサポートもなく孤立していた。

エントリー3ヵ月前、家族内のもめ事で子供に強い叱責を受けたことを契機に、不眠、自責的となり、幻覚妄想状態が悪化、言動のまとまりがなくセルフケアも困難となり入院となった。

入院中に本人、夫とも心理教育も受けたことにより、疾病への理解が生まれ、本人の症状も改善し、「退院後は社会とのつながりを持ちたい」「料理を習いたい」との希望が出るまでになった。そのため3ヵ月の入院後、ケアプランを立て、「樹」で実施されていた生活訓練プログラムの料理教室や地域生活支援センター「風」の利用を調整し、退院後しばらくは、集団活動が定着するまで風のスタッフが樹へ同行支援をしたり、細かい調整などを行った。

また、退院後、なかさとWingの訪問看護、風のPSWによる訪問に加え、入院していた湖南病院病棟看護師も家庭訪問に参加し、週

2 回の訪問支援体制を整えた。

さらに、これまで関わりの少なかった夫が、入院や心理教育受けたことをきっかけに変化が見られ、仕事を早期退職し、家事を担い、支援者とも連携を取りながら本人のサポートに取り組むようになった。

このように地域での支援ネットワークが安定し、生活の中にこれまでにない楽しみや意欲が見られるようになり、「社会と接点を持ちながら夫婦で仲良く過ごしたい」という目標が達成されつつある。

D. 結果

1) 対象者の概要

本研究班事業にエントリーした事例は 6 名であり、内男性 1 名、女性 5 名、年齢は、20 代 1 名、40 代 2 名、50 代 2 名、60 代 1 名であった。

診断名別では、統合失調症圏が 5 名、双極性障害が 1 名であった。

過去 1 年間の入院歴について、ある者は 4 名、ない者は 2 名であった。

同居家族の有無については、ある者が 5 名（内配偶者のある者は 4 名）、ない者が 1 名であった。

また、厚労省のアウトリーチ推進事業にも重ねてエントリーしていたのは 2 名であった。

2) 支援結果について

本研究事業期間中に再入院した事例および支援終了に至った事例はなく、いずれも支援継続の状態のまま研究事業を終了している。

チームスタッフのコンタクト回数をサービスコードに基づいてみると、合計で、医師 47 件、医療機関コメディカル 378 件、福祉サービス事業所 94 件、訪問看護ステーション 173 件であり、周行会アウトリーチチームが地域の地域生活支援センター及び訪問看護ステーションを拠点にして活動していた特徴が現れているといえよう。

また、退院前 3 ヶ月から退院後 6 ヶ月までの経過中の合計コンタクト回数は、対面 247 回、電話 16 回の計 263 回であった。

これを一人当たり平均で見ると、退院 1 ヶ月後が 7.5 回と最も高く、退院 3 ヶ月後 7.3 回、退院 1 ヶ月前 6.4 回と退院前後にピークが見られた。（図 1）

また、チームスタッフの活動状況を見ると、24 時間体制を取っていたものの、休日や夜間に出動が必要となったケースは見られなかった。

その理由としては、いずれも退院して日が浅く、症状的にも安定を保っていたことが考えられた。

また、訪問は全て保健師、看護師、PSW によって行われ、チーム医の訪問が必要であったケースは無かった。チーム医の役割は、主に毎週のチームミーティングでケース検討に参加し、スーパーバイズを行うことであった。

3) 支援スタッフに見られた変化について

本研究に参加することを通して、病棟内で関与したスタッフやアウトリーチ・チームスタッフはさまざまな影響や変化を経験していた。その内容について、各スタッフの意見や感想などをまとめたものを以下に記す。

まず、本研究では、入院時に全患者を対象にスクリーニングを行うことが必要であったため、湖南病院では病棟看護師を中心にスクリーニングを担うことになった。そのため従来病棟内の患者に関わることが中心であった病棟看護師にとって、入院前の地域や家庭内での様子をより詳しく尋ねることになり、その結果、病棟看護師にとって患者の病状のみならず、地域や家庭内での生活の様子、地域での行政機関や援助機関等の関与など、地域での生活者としての理解を深める良い機会となった。

また、地域のチームスタッフが利用者と接するために病棟に入ってくる機会が増えたこ

とにより、病棟スタッフと地域のチームスタッフとの連携が生まれ、スムーズな引き継ぎが可能となり、退院後の支援への切れ目のない流れが生まれることに繋がった。

一方、地域のチームスタッフも、入院中から利用者と接する機会が持てたことから、退院後の生活や支援のイメージが持ちやすくなったことも挙げられる。

そのことは、対象となった利用者にとっても、退院後の生活のイメージがしやすくなり、退院後への安心感に繋がっていたとすることができる。

一方、病棟の医師にとっても、地域への訪問を求められる機会が増え、特に若い医師にとって入院治療のみならず、地域での支援サービスの利用にも目が向くようになり、地域や家庭における利用者の生活にも視野を広げることにつながったとすることができる。

さらに、チームで支援することが明確となることにより、各スタッフとも、緊急時対応も含めていざとなればチームが後ろにいるという安心感が持てたことも重要な点であった。

また、本研究事業が、利用者のストレングスに注目することを強調していたため、関係するスタッフの間にも、ストレングスの視点が改めて意識されることになったことも、変化のひとつであったと考えられる。

E. 考察

本研究事業の特徴的な側面および今後の可能性について、以下それぞれについて考察を加える。

1. アウトリーチ支援について

上述の事例に見るように、地域、家庭内できめ細かな支援を行うことにより、より豊かな地域生活を可能にし、生活の質を高め、利用者のリカバリーに寄与することが可能となる。そのことによって、たとえば上述のケース1)のように、頻回に入退院を繰り返していた利用者の再入院を防ぐことにも繋がって

いる。

2. 多職種チームで関わることについて

さまざまな専門的な立場を持つ多職種のスタッフがそれぞれの専門性を活かしながら、密接な連携を図り、ケアマネジメントを行い、チームを組んで支援活動を行うことにより、相互の信頼関係やスムーズな連携を可能にし、そのことが利用者にとっても一貫したサービスを提供することに繋がっている。

本事業に参加したスタッフにとっても、通常とは異なる利用者への理解や支援の視点の拡がりを経験し、スタッフはそれぞれに従来の自己の専門性を超えたさまざまな体験をすることに繋がったといえる。

さらに、多職種チームの中では、医師の役割は限定的であり、従来の医療モデルにおける医師の指導的、中心的な役割とは異なり、医師はむしろ控えに周り、チームをサポートする役割に回ることが多くなる。多職種チームは、従来の医師中心の構造ではなく、相互に対等な協働的な関係性を築くことにより、その機能を発揮しているといえよう。

3. 多職種アウトリーチチームを可能にする経済構造的基盤について

前回の筆者らの報告¹⁾でも述べたように、重症の精神障害者に対する24時間対応の支援体制を多職種アウトリーチチームで支えようとする場合、なによりもまずそのチームの活動を支える経済的な基盤の整備が不可欠である。しかも、多職種なスタッフは医療機関内のみならず、地域において活動する福祉スタッフも含むものでなければ、地域における生活支援も含む支援活動は困難である。なぜなら、地域における濃厚な生活支援こそが、利用者の再入院を防ぐことに繋がるからである。

その意味で、本来の地域に根ざした多職種アウトリーチチーム活動を可能にするためには、診療報酬体制と障害者総合支援法体制の両者を統合するような報酬体制の構造整備を

図る必要があるといえよう。

かつ、その報酬体制は、安定した多職種チームスタッフが確保できるように、個別サービスの出来高払い制ではなく、体制確保のための定額の報酬体系を含むものである必要がある。

4. サービス提供システムの階層性について： 「二階建てモデル」の提案

現在、地域における退院促進、生活支援のさまざまな活動は、障害者総合支援法体制の下に主に地域の福祉スタッフによって多くを担われている。特にいわゆる地域生活支援センターを中心に行われている相談支援事業や計画相談によって、通常の一般相談支援活動が行われているが、その活動のみでは頻回訪問などの手厚い支援サービスを実践するには限界がある。

多職種アウトリーチチームによる支援活動は、そのような重症で濃厚な支援サービスが必要とする利用者に対する支援活動を受け持つことが想定されている。すなわち、状態の悪化や生活支援の必要度の増した時に重点的に関わる場合に、多職種アウトリーチチームが出動し、状態が安定し、通常の一般相談支援活動で支援可能となれば、従来の生活支援センターや通常の訪問看護活動にて支援を行うというような、支援の提供システムに階層性を持たせることが、人的な資源の有効活用にも繋がるといえよう。

筆者らはその様な構造を、以前「二階建てモデル」¹⁾として提唱したが、そのように必要となるサービスの支援量に応じたサービス提供体制の構築が、人的、経済的にも有効なモデルとなり得るのではないかと考えられる(図2)。

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) 吉田光爾，檜林理一郎：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；伊藤順一郎：「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，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，2013.

図1：一人当たり平均コンタクト回数

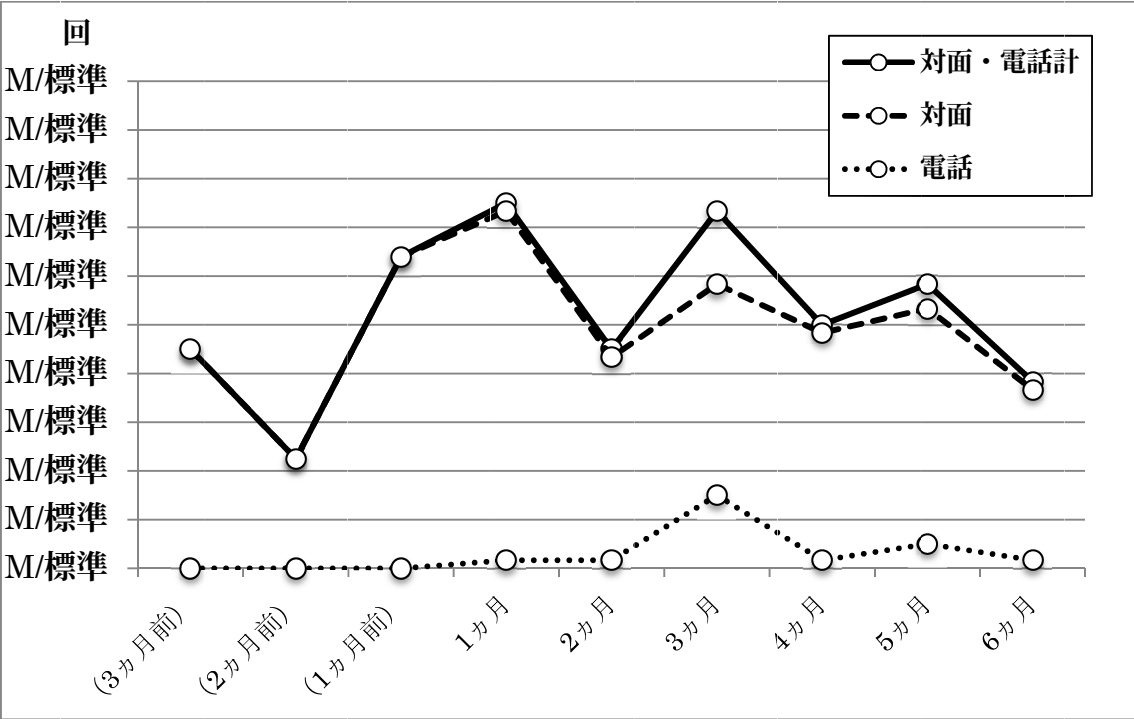
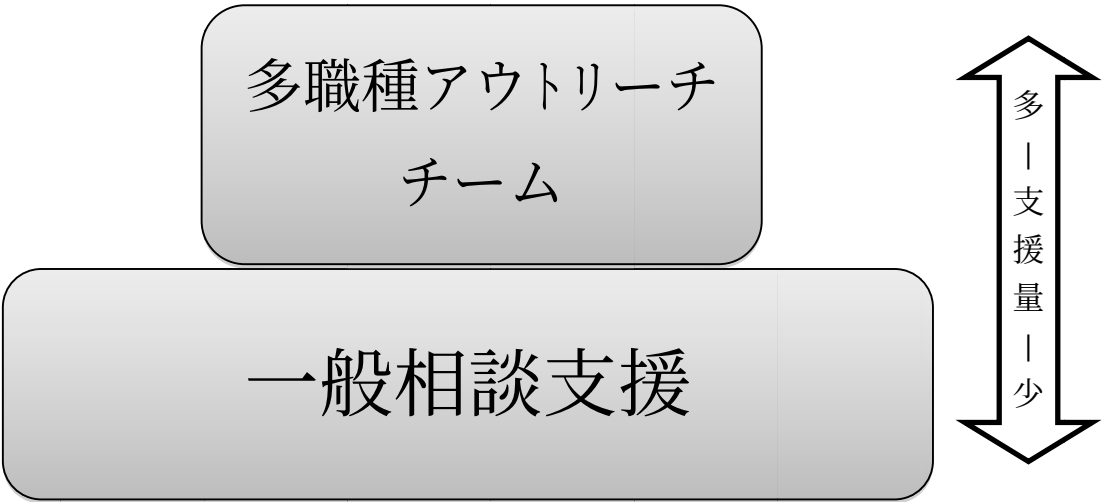


図2：「二階建てモデル」



肥前精神医療センター・神埼市郡周辺地区における 重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援に関する研究

研究分担者：吉田光爾¹⁾

研究協力者：杠岳文²⁾、岩永英之²⁾、山崎京子²⁾、○岩崎優子²⁾、重常一代²⁾、倉田有紀²⁾、
益田陽子²⁾、北島政臣²⁾、濱恵²⁾、宮田鈴子²⁾、高尾八重子²⁾、川原佐栄子²⁾、
宮地暁美²⁾

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) 独) 国立病院機構 肥前精神医療センター

要旨

佐賀県は人口 84 万で、高齢化率 25.3%である。この中で、当院は佐賀県の 5 つの二次医療圏のうち東部医療圏（人口 12 万）と中部医療圏（人口 36 万）の境界に位置し、双方の二次医療圏を主な診療圏としている。平成 15 年から県内唯一の精神科救急病棟（60 床）を運営しており、救急病棟では年間 450 名程度の精神科救急患者を佐賀県、福岡県から比較的広域に受け入れている。また、平成 18 年に地域医療連携室が開設され、在宅支援室として本格的に看護師を中心に訪問活動が始まった。本研究では平成 24 年 11 月から救急病棟全入院患者に対しスクリーニングを行い、10 名の患者をエントリーし、在宅支援室からの訪問を行った。同意の得られた 10 名のうち、9 名が統合失調症で、1 名は気分障害の診断である。患者の年代は、20 歳代が 5 名と多く、40 歳代が 3 名、60 歳代が 2 名である。調査期間中 10 名中 4 名で計 6 回の再入院がみられたが、早期介入できたこともあり入院日数が平均 25 日と比較的短期間で済んでいる。

A. 研究地区の背景

研究協力者が担当している佐賀県は人口 83.8 万人（2014 年 3 月時点）の比較的小さな自治体で、高齢化率は 25.3%と全国平均よりやや高い。佐賀県は北部（14 万人）、西部（8 万人）、南部（17 万人）、中部（36 万人）、東部（12 万人）の 5 つの二次医療圏に分けられており、県内には 18 の精神科病院と 1 つの大学病院精神科が存在し、精神科の病床数は、合計 4,273 床である。その中で、肥前精神医療センターは、中部医療圏と東部医療圏の境界に位置しており、年間の新来患者数は約 1,200 名で、県内新来患者の 82%は中部および東部二次医療圏の患者である。また福岡県

にも近く、新来患者の 72%が佐賀県、22%が福岡県からの受診である。当院は、10 病棟、503 床数からなり、精神科救急のほか、アルコール薬物依存、児童思春期、認知症、強度行動障害を伴う重症心身障害者医療、医療観察法などの数多くの精神科専門医療を担っている。佐賀県には県立精神科病院がないこともあり、佐賀県内唯一の公的精神科病院として精神科スーパー救急病棟（60 床）では、県内から広域に救急患者や専門治療を要する精神科患者の治療を行うほか、アルコール薬物依存、児童思春期、重症心身障害、医療観察法などの専門領域では、より広域に北部九州から患者の受け入れを行っている。当院では、

平成 10 年に急性期病棟を開設、平成 15 年に精神科救急病棟（50 床）の施設基準を取得した。現在、精神科救急病棟を 60 床で運営し、佐賀県内から広域に様々な疾患の精神科救急入院治療を行っている。また、平成 18 年に地域医療連携室が開設され、在宅支援室から看護師を中心として、時にソーシャルワーカーや作業療法士が加わる形での訪問が本格的に始まった。

平成 23 年度の平均在院日数は 163 日であるが、平成 26 年 3 月末時点で、精神科病床での 10 年以上入院患者が 11.7%、1 年以上 10 年未満の入院患者が 39.8%と合計で 50%を超え、治療抵抗性で入院が長期化している患者も抱えている。こうした患者に対して、クロザリルの投与ができる体制も整え、この数年積極的に地域移行促進を行ってきたこともあって、1 年以上の長期精神科入院患者数は平成 23 年度末の 204 人から平成 25 年度末には 176 人に 14%減少した。

B. 構築された臨床体制

精神科スーパー救急病棟は 60 床で運営されており、佐賀県内から広域に様々な患者の入院患者を受け入れている。平成 25 年度 1 年間のスーパー救急病棟への入院患者数は 418 名で、男性 203 名（49%）、女性 215 名（51%）である。患者の年齢構成は、10 歳代 12 名（6%）、20 歳代 74 名（18%）、30 歳代 90 名（22%）、40 歳代 73 名（17%）、50 歳代 46 名（11%）、60 歳代 48 名（12%）、70 歳代 55 名（13%）、80 歳以上 5 名（1%）で、60 歳以上の者が 26%を占めており、近年高齢患者の増加が目立つ。418 名のうち平日診療時間内の入院が、348 名（83%）であり、夜間休日の入院が 70 名（17%）となっている。入院形態は、任意入院が 146 名（23%）、医療保護入院が 240 名（68%）で、ほかに措置入院、鑑定入院、応急入院などとなっている。医療保護入院患者の居住地を佐賀県の二次医

療圏でみると、佐賀中部が 177 名（57%）、東部が 68 名（16%）で、福岡県からの患者も 67 名（16%）と多い。平均在院日数は 50.0 日である。入院患者の疾病構成（ICD10 コード別）は、多い疾患順に F2 が 177 名（44%）、F3 が 125 名（31%）、F0 は 14 名（4%）となっており、統合失調症と気分障害圏の患者で全体の約 3/4 を占める。

在宅支援室からの患者自宅への訪問は、平成 18 年から本格的に行っているが、現在専従の看護師は 3 名で、病棟や外来からの看護師の応援と、時にソーシャルワーカーや作業療法士の同伴を得ながら月 200 件程度の訪問を行っている。訪問を行う患者宅は自動車で 40 分程度の距離までにあることを一応の目安としており、訪問の範囲としては当院から半径約 20 キロの地域をカバーすることになる。

C. 対象者が受けた支援内容

平成 24 年 11 月 1 日から全入院患者を対象にケアマネジメント入院時スクリーニングを実施し、スクリーニングテストが 5 点以上で訪問チームがカバーする地域に住む患者で、医師が可能と最終的に評価した患者のサービスコード記入を開始し、研究参加の同意が得られた後に病棟の担当看護師が在宅支援室に連絡した。研究の同意が得られた後は、在宅支援室から担当の看護師が救急病棟に出向き、患者の情報収集と関係の構築に努めた。

研究参加同意の得られた患者は 10 名で、全員が退院し、訪問看護の中での相談・支援のほか、作業所通所のための調整、生活支援のヘルパーや受診の支援や調整などが行なわれた。

D. 結果

同意の得られた 10 名のうち 9 名が統合失調症で、1 名は気分障害のである。患者の年代は、20 歳代が 5 名と多く、40 歳代が 3 名、60 歳代が 2 名であった。報告書作成時点で、

一般就労した 2 名に加え、患者本人と家族が当初の目標を達成できたとして終了を希望された 1 名の計 3 名が訪問看護を終了した。残りの 7 名に対しては現在も継続して訪問看護を行っている。

調査観察期間中 10 名中 4 名で計 6 回の再入院がみられたが、入院日数は平均 25 日と短期間になっている。

E. 考察

当院の精神科スーパー救急病棟の平均在院日数は、既に 50.0 日となっており、病院全体で見ても、平均在院日数は平成 15 年度に 220 日であったが、平成 25 年度には 145.1 日まで短縮されている。救急病棟の入院期間の短縮の一方で、精神科医療の質を維持していくには、患者の精神医学的評価のみならず患者が抱える生活上の問題やストレスの丁寧な評価とそれを基にした支援が必要で、精神科救急病棟と在宅支援室との密接な連携、情報の共有が欠かせない。今回の研究参加によって、精神科救急病棟と在宅支援室との相互理解、連携強化がさらに進んだことは病院にとっても有意義であったと感じている。

再入院となった 4 症例の要因を振り返ると、4 例のうち 1 例は、家族と患者本人の強い退院希望によって早期に退院となったが、家族関係の評価と家族教育が不十分で再入院となったケースであり、2 例目は退院後に好調なために過剰適応的に頑張りすぎ、休養目的で入院となったケースであり、3 例目は、頑張

っていると感じた娘が褒美として買ってきた酒から多量飲酒が始まり、生活のリズムが壊れて再入院となっている。もう 1 例は治療抵抗性統合失調症の患者であるが、患者・家族の希望で地域での生活を行っている事例でもある。以前は自傷や他害行為が認められての入院で、軽快するまでに長期間要していたが、訪問看護の導入により早期に症状の悪化を予測し入院につなげることで、入院期間が短期化できている。再入院期間が平均 25 日と短期間になっているのは、いずれの症例においても適切な評価と支援の上で早期介入ができたことと関係していると考えられる。

当院の入院患者には、治療抵抗性の、いわゆる「重度かつ慢性」の患者も多く抱えている。こうした重症の患者には今後クロザリルの投与を積極的に試みるとともに、安全性を確認しながら一層手厚い在宅支援を行い、治療抵抗性の患者についても地域生活への移行を今後も積極的に推進したいと考えている。

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

琉球病院・国頭郡周辺地区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に関する研究

研究分担者：吉田光爾¹⁾

研究協力者：○森根薫²⁾，新垣一美²⁾，大城由香²⁾，穂田祥子²⁾，諸麦由香里²⁾，
山田豊²⁾，照屋初枝²⁾，吉田和史²⁾，村上優²⁾

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) 独) 国立病院機構 琉球病院

要旨

本研究の地方モデルの初年度にあたる平成24年度は、当院の既存の訪問看護チームを補強し、多職種アウトリーチチーム Ryukyu-ACT (R-ACT) を結成した。既存の訪問看護利用者の中から、長期入院から退院をした生活支援が必要な利用者や精神症状が重症な利用者へ、多職種チームが地域へ出向き支援を開始した。平成24年9月からは地方モデルの検証を行うため、入院患者へスクリーニングを実施し、その中で同意を得られた10名の利用者に対して入院中から多職種チームが関わり、退院後の支援に必要なサービスを提供した。支援中に1名が転院、1名が辞退し、8名が6ヶ月の検証期間を終えた。当院のアウトリーチ支援においては、多職種チーム以外の地域のコミュニティーを積極的に活用し、医療と地域の支援者との連携を図り、ローカル型のアウトリーチモデルの構築に向けて取り組んだ。

A. 研究地区の背景

当院は病床数406床を有する単科の精神科病院である。沖縄県北部地区に位置し、診療圏は主に北部・中部の一部地区であるが、人口は北部地区の約10万人であることから、人口動態からすると過疎地区に当院が存在する。当院のアウトリーチ（訪問）の区域は広域に渡り、北部・中部地区に留まらず、南部地区まで訪問を実施している。（図1）

従来、訪問看護は外来看護師が外来業務と訪問を兼務していたが、平成21年4月には地域医療連携室に看護師長が配置された。また相談室の精神保健福祉士（PSW）や訪問看護専従の看護師（Ns）も配置となり、訪問支援体制の強化が行われた。訪問専従のスタッフが徐々に増え、病棟のケース会議へ参加する

機会も多くなり、退院前訪問に訪問スタッフが同伴できる勤務調整が可能になった。入院中から病棟チームと合同のケース会議への参加が行えることで、患者・家族との顔なじみの関係ができ、退院後の訪問看護が円滑に行えるようになった。

平成23年5月からは、治療抵抗性統合失調症に対する治療薬であるクロザピンを使用した患者の退院が始まった。クロザピンの使用にあたっては正確な内服管理や身体管理を要するが、県内では当時クロザピン内服患者の通院医療機関が当院のみであったため、地域を限定せず訪問看護を行うことになった。

平成24年4月には地域医療連携室所属のNs、PSW以外に医師（Dr）、心理士（CP）、作業療法士（OT）も加わった多職種アウトリ

ーチチーム Ryukyu-ACT (R-ACT) が発足し、平成 24 年 9 月からは 10 事例に対してローカル型のアウトリーチモデルの検証を開始した。キャッチメントエリアは限定しなかったため、当院から片道 30 分以上の遠方の患者も対象となった。

B. 構築された臨床体制

R-ACT の構成は、Dr 1 名、Ns 3 名、CP 1 名、OT 1 名、PSW 2 名で、所属は表 1 の通りである。全員他の業務と兼任で活動した。

平成 24 年 11 月から 3 ヶ所の急性期病棟で一斉スクリーニングを実施した。それ以降に入院した患者についてはその都度、病棟プライマリーNs によるスクリーニングを実施した。ケアネージメントスクリーニング票 5 点以上に該当する患者及び家族へ説明を行い、本研究への同意を得た。

入院中から R-ACT 所属の Ns が病棟に出向いて面接を行い、関係性作りに努めた。病棟でのケース会議には R-ACT メンバーも積極的に参加した。地域を交えてのケア会議では、R-ACT 所属の PSW が参加できるよう調整した。退院前調整会議では、R-ACT メンバー全員が参加できるよう心がけた。

退院後の定期訪問日としては、水・木・金の週 3 回を確保し、この中で調整し対応した。訪問時間は定期訪問で 30 分～1 時間程度とし、対象者の要望に沿いながら柔軟に対応した。買い物や作業所体験、行楽地への外出等の要望があり、支援にまとまった時間を要する場合は別に支援日を調整した。また必要に応じ、可能な範囲で臨時訪問を行った。

R-ACT 利用者のケースカンファレンスとして、当初週 1 回 60 分間を設定したが、徐々に対象者が増えたため、平成 25 年 9 月からはケースカンファレンスを週 2 回とした。対象者の主治医が R-ACT 所属の Dr 以外であるケースもあったため、適宜ケースカンファレンスへの参加をお願いした。

C. 対象者が受けた支援内容

退院当初の支援計画としては、定期訪問を週 1 回、デイケア利用を週 1 回～4 回とし、対象者の要望や信頼関係作り等の必要に応じて、生活支援、作業所の見学や体験同伴、行楽地への外出などにチームで取り組んだ。また最低でも 3 か月に 1 回を目安に地域の関係機関も含めたケース会議を開催し、本人の希望や支援の内容について、情報を共有した。支援の内容は表 2 の通りである。

A 氏 (50 代) は、片道 10 分の距離で、訪問、デイケア共に週 2 回利用した。デイケアを休んだ場合は臨時で訪問を行った。

B 氏 (40 代) は、片道 15 分の距離で、退院後の初回訪問では訪問拒否があり訪問頻度は 2 週間毎としたが、1 ヶ月後からは訪問回数を週 1 回へ増やした。

C 氏 (30 代) は、片道 45 分の距離で、当初は訪問を週 1 回、デイケアを週 4 回利用した。3 ヶ月後からは、近くの生活訓練施設へ通所を開始し、訪問を週 2 回、デイケアを 2 週間毎にとした。6 ヶ月後には、就労移行支援事業を利用することになり、訪問週 1 回、デイケア 2 週間毎となった。

D 氏 (40 代) は、片道 10 分の距離で、訪問を週 1 回、デイケアを週 3 回利用した。デイケアを休んだ際には臨時で訪問を行った。

E 氏 (30 代) は、片道 90 分の距離で、訪問を週 1 回、デイケアを週 2 回利用した。

F 氏 (50 代) は、片道 60 分の距離で、訪問を週 1 回利用した。

G 氏 (20 代) は、片道 45 分の距離で、訪問を週 1 回、デイケアを週 4 回利用した。デイケアを休んだ際には臨時で訪問を行った。

H 氏 (50 代) は、片道 40 分の距離で、訪問を週 1 回、デイケアを週 1 回利用した。

I 氏 (20 代) は、退院後 2 ヶ月で復学を希望し、県外に転院となった。

J 氏 (30 代) は、退院後 1 ヶ月以内に支援を辞退した。

D. 結果

6ヶ月間の検証期間中に1名が転院、1名が辞退し8名を検証した。8名の診断は、F氏のみ双極性感情障害であり、その他は統合失調症であった。訪問支援件数は、全対象者で計317件であった(表3)。

A氏は、20代で発症しこれまで入退院を繰り返していた。クロザピンを内服していたが、内服自己管理や身体管理が十分に行えなかったため、訪問とデイケアで内服確認を行なった。自閉的な生活であったため、外出を目標に保清を保つために足浴から始め、デイケアを利用して入浴援助を実施した。A氏の要望で、図書館や行楽地、プロ野球見学、温泉等へ同伴した。「楽しかった」「次は海中公園へ行きたい」等と笑顔で話すようになった。作業所の見学を行った際に所長から声をかけられ、「3年後に働きたい」と返答した。好きな音楽について話すようになり、意欲が向上し行動拡大に繋げることができた。

B氏は、16年間引きこもりの状態で、自閉的な生活を送っていたが、妄想や興奮が増悪し入院となった。約3ヶ月間の入院を経て退院したが、初回訪問は拒否した。訪問頻度を2週間毎に減らすことで同意を得て訪問を続けていくことになったが、この頃喘鳴を認めるようになった。本人は向精神薬の副作用と解釈し、内服拒否したため不眠が出現した。訪問時に本人や家族に根気強く内科受診を勧めることで内科治療につながり喘鳴が改善したため、向精神薬の内服拒否がなくなり内服自己管理まで可能になった。デイケア利用には消極的であったが訪問には応じ、R-ACTメンバーとの散歩等の関わりを通じて信頼関係の構築を図った。週1回の訪問を受け入れることができた段階で気分転換等の活動を提案したが、「何もしたくない」との発言が目立っていた。しかし支援開始3ヶ月後には「家族へ金銭面で負担をかけたくない」「お金を稼ぎたい」との発言が聞かれるようになり、作業

所見学及び体験につながり、現在はB型の作業所へ週3回通所継続することができている。

C氏は、クロザピンを内服中であり、単身生活のため内服自己管理の見守りを行った。早期から就労意欲もあり、当初はデイケアへ週4回通所することで生活リズムを整え、支援開始3ヶ月後からは近くの生活訓練施設への通所に移行できた。訪問による内服の見守りを週2回に増やし、生活訓練施設にも内服の見守りを依頼することで、デイケアから生活訓練施設への移行が円滑に行えた。生活訓練では「パソコンを習いたい」「資格を取りたい」「東京で働きたい」との発言が多く聞かれた。支援開始3ヶ月後には、C氏から就労移行へ移りたいと希望があり、事業所、家族、C氏を交えてのケア会議を開催し、真面目に通所を継続できたことや、仕事を見つけて独立した生活をしたいと意欲的であることを評価し、就労移行へステップアップすることができた。それに伴い、訪問は週1回、デイケアは2週間毎の支援となった。

D氏は、薬物治療を継続していても幻覚妄想症状が活発であり、これまで頻回に入退院を繰り返していた。また1年前に離婚が成立したため、独居となり家族による支援体制も乏しい状況であった。居住地が当院から近いこともあり、デイケアに来られない時には不定期に訪問を行った。結果的に週3~4回の訪問を実施したが、病識は乏しく怠業傾向もあり、検証期間中にも2回の入退院があった。金銭管理ができず、兄による管理を要していたが、「将来は別居している子供と一緒に生活をしたい」「子供へプレゼントしたい」と話し、本人の気持ちに寄り添いながら生活リズムが崩れないようにデイケアへの通所を促し、また金銭感覚を養うために適宜作業所への通所を提案した。入院は病状の安定と生活リズムの立て直しのためとし、長期化しないように心がけた。

E氏は、これまで幻聴に左右されての自傷

行為を繰り返しており、クロザピンを内服中である。居住地が当院から片道 90 分と遠方であり、週 1 回の定期訪問で支援をしていたが、家族間のストレス、育児への不安等があり、病状が悪化すると自傷行為のリスクが高くなるため、その際には早期の入院で対処せざるを得なかった。検証期間中にも 2 回の入退院があったが、幻聴レベルを設定して悪化する前に不穏時薬を内服する、不穏時薬とペットボトルを携帯しデイケア送迎バスの移動中に幻聴が出現したら頓服を内服する、家ではまず家族に相談する等、病状悪化時の対処が徐々に出来るようになった。入院することで子供の世話ができないことを心配し、「子供の世話をしたい」「作業所へ行ってみよう」と話し、子供と共に過ごせる時間が増えて笑顔が多くなった。

F 氏は、当院での検証事例の中で唯一気分障害圏の事例であった。これまで著しい興奮を伴う躁状態と長期に渡る抑うつ状態を数年のサイクルで繰り返していたが未治療であり、今回躁状態で初回入院となった。退院後は抑うつ状態に転じ、対人緊張が強く自宅から出られない状況が続いていた。気分転換目的で外出を提案すると、「外へ出るのは怖い。人に会うのが怖い」との発言が聞かれていたが、支援開始後徐々に R-ACT メンバーに慣れ、自宅内での SST やストレッチ等を行う中で、表情の硬さが和らいできた。検証期間中には病状の著しい改善には至らなかったが、抑うつ症状の悪化や躁転は認めず、比較的安定した病状を保つことができた。また家族の病気に対する理解が不十分であり、無理な活動や外出を勧める傾向があったため、定期的に家族に対する疾病教育を行った。

G 氏は、大学在学中に病気を発症し、引きこもりの状態であった。病状が悪化し 3 ヶ月間の入院を経て退院したが、内服自己管理が出来ず、訪問による見守りを要した。また生活リズムが不規則であり、デイケアの利用が

できなかった。将来は県外のコンビニで働きたいという就労意欲があったが、具体的な計画を立てることはできなかったため、社会人としてのマナーを身につけることを目標にして、入浴、髭剃り、爪切り、挨拶をする等の訓練を訪問にて行った。

H 氏は、これまで怠業による病状悪化を繰り返し、家族への迷惑行為で入退院を繰り返していた。入院中に疾病教育を受け、地域の関係機関との連携を退院後も継続することで支援体制を整えた。借金もあることから就労を希望し、退院後から B 型の作業所への通所を開始した。訪問は週 1 回とし、作業所と自宅を交互に訪問した。また検証期間中、入院中に知り合った他患者との交際を開始した。月 1 回のケース会議を地域で開催し、本人や家族を交えながら内服確認、生活状況、作業状況等の情報共有を行った。またその都度次のステップを確認し、目標設定を行った。医療全般については R-ACT チームで、生活全般は地域や作業所で、金銭管理は家族へ依頼し見守りを行なった。支援開始 6 ヶ月後には作業所に週 5 回通所し、工賃の高い作業内容にステップアップできた。訪問は週 1 回、デイケアは外来受診に合わせて 2 週間毎とした。

E. 考察

今回、キャットメントエリアを限定しなかった結果、近辺では片道 10 分から遠方では 90 分までの対象者を支援することになった。近辺の対象者は頻回の訪問が可能であったが、遠方では訪問頻度を増やすことができず、ローカルモデルならではの工夫が必要であった。今回の対象者の中では D 氏と E 氏がそれぞれ 2 回の入院を要したが、D 氏は近辺、E 氏は遠方と、当院から居住地までの距離が大きく異なるため、これらを比較し考察する。

E 氏は、居住地が当院から片道 90 分と遠く、また病状悪化時には眼鏡のフレームを飲むなど自傷のリスクが高くなるため、身体保護の

ため入院による対応を選択せざるを得なかった。ただし入院は自傷リスクの改善を目的とし、入院が長期化しないよう心がけた。その後の経過を追っていくと、検証期間終了後は再入院もなく、現在は定期訪問を継続することで病状の安定が保てている。

一方 D 氏は、居住地が当院から片道 10 分と近辺であり、適宜臨時訪問での対応も行っていたが、病状悪化により 2 回の入院を要した。その理由として、離婚によって従来の家族支援が受けられなくなったことに加え、幻覚や妄想等の症状に対して通常の薬物治療が奏功せず、治療を継続していても症状が軽快しないことや、病感の乏しさから怠業傾向となることが考えられた。治療抵抗性統合失調症であり、以前からクロザピンの内服を勧められていたが、幻聴によって思考が障害されこれまで決断には至らなかった。しかし検証期間終了後も頻回の訪問で本人の気持ちに寄り添うことで徐々に信頼関係が構築され、本人が困っている症状である幻聴や不眠の改善を期待して、現在はクロザピンの内服治療を受け入れ使用を開始している。また検証期間終了後に本人自らが希望し、作業所への通所も開始している。

R-ACT メンバーは全員院内の他の業務と兼任であり、クライシス状況下での臨時対応には限界があった。しかしながら、従来の訪問とは異なり、ストレングスモデルに基づいて定期訪問で十分な関わりを行ない、定期的なケース会議の中で関係機関と情報共有を行なうことで、対象者の要望に添いながら濃厚な支援を行うことが出来た。

検証期間を終えた対象者は全て、現在も治療を継続することができている。また検証期間終了後に就労やデイケアにつながったり、保清面や礼節面での社会性が養われた利用者も複数名おり、当院でできる範囲の関わりでも、根気強く継続することで少なからず効果があったと実感している。今後も長期的に支

援を継続し、ローカル型ならではのアウトリーチモデルを構築していきたい。

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) ACT-K 監修「日本で始める ACT チームの立ち上げ～アウトリーチによる包括的地域生活支援のコツ～」2010.
- 2) 日本精神障害者リハビリテーション学会「ACT・包括型地域生活支援プログラム：本編」
- 3) 日本精神障害者リハビリテーション学会「ACT・包括型地域生活支援プログラムツールキット：ワークブック編」

図1 当院と対象者居住地

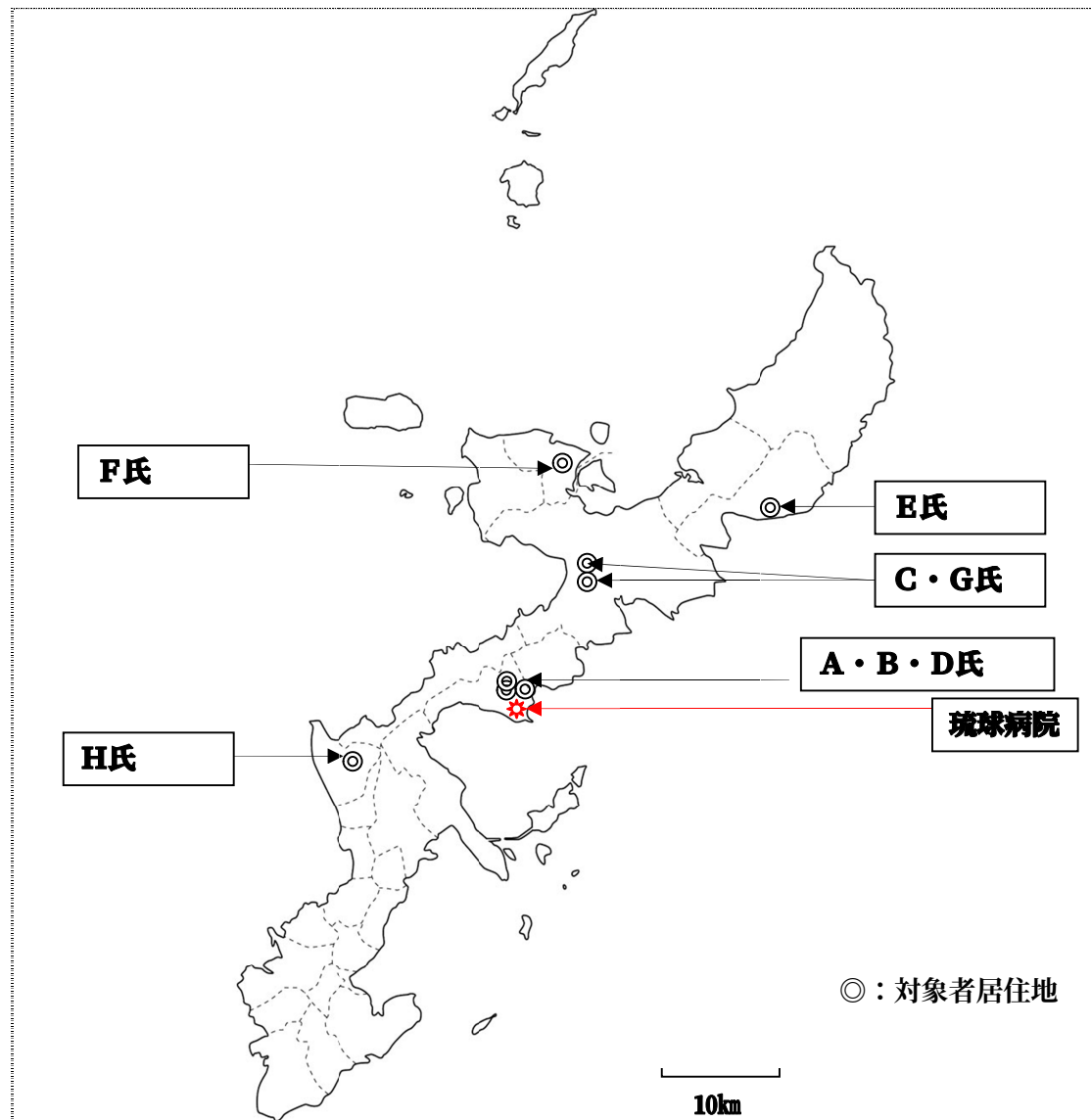


表 1 アウトリーチチームスタッフ

	職種	人数	所属先
1	医師	1名	外来・病棟
2	看護師	3名	地域医療連携室
3	作業療法士	1名	デイケア配置
4	精神保健福祉士	2名	地域医療連携室
5	心理士	1名	病棟

表 2 支援状況

No	対象者	性別	年齢	診断名	退院日	居住地	片道 (分)	訪問 看護	DC	その他	入院
1	A	男	50代	F20	H24.11	中部	10	2/w	2/w	作業 所	0
2	B	男	40代	F20	H25.01	中部	15	1/w	なし	作業 所	0
3	C	男	30代	F20	H25.02	北部	45	1/w	4/w	作業 所	0
4	D	女	40代	F20	H25.02	中部	10	1/w	3/w	なし	3
5	E	女	30代	F20	H25.02	北部	90	1/w	2/w	なし	3
6	F	男	50代	F31	H25.05	北部	60	1/w	なし	なし	0
7	G	男	20代	F20	H25.05	北部	45	1/w	4/w	地活	0
8	H	男	50代	F20	H25.06	中部	40	1/w	1/w	作業 所	0

表3 コンタクト回数

経過月	対象者数	【合計】コンタクト回数			【1人当たり平均】コンタクト回数		
		対面・電話計	対面	電話	対面・電話計	対面	電話
(4ヵ月前)	1名	2回	2回	0回	2.0回	2.0回	0.0回
(3ヵ月前)	1名	3回	3回	0回	3.0回	3.0回	0.0回
(2ヵ月前)	6名	7回	7回	0回	1.2回	1.2回	0.0回
(1ヵ月前)	9名	19回	19回	0回	2.1回	2.1回	0.0回
1ヵ月	9名	48回	47回	1回	5.3回	5.2回	0.1回
2ヵ月	9名	50回	50回	0回	5.6回	5.6回	0.0回
3ヵ月	9名	49回	48回	1回	5.4回	5.3回	0.1回
4ヵ月	8名	44回	44回	0回	5.5回	5.5回	0.0回
5ヵ月	7名	36回	36回	0回	5.1回	5.1回	0.0回
6ヵ月	8名	59回	59回	0回	7.4回	7.4回	0.0回
計		317回	315回	2回			

表4 症状等評価表

NO	対象者	性別	年齢	診断名	スクリーニング票	PANSS						SBS		GAF	
						退院時			6ヶ月後			退院時	6ヶ月後	退院時	6ヶ月後
1	A	男	50代	F20	6	94			100			24	22	31	33
						P: 22	N: 24	G: 48	P: 23	N: 30	G: 47				
2	B	男	40代	F20	8	64			65			6	3	35	54
						P: 10	N: 25	G: 29	P: 10	N: 23	G: 32				
3	C	男	30代	F20	5	57			68			6	6	40	40
						P: 13	N: 20	G: 24	P: 13	N: 20	G: 35				
4	D	女	40代	F20	6	113			82			37	20	35	48
						P: 33	N: 29	G: 53	P: 22	N: 23	G: 37				
5	E	女	30代	F20	6	78			78			16	16	45	45
						P: 22	N: 16	G: 40	P: 22	N: 16	G: 40				
6	F	男	50代	F31	8	47			61			2	2	42	42
						P: 9	N: 8	G: 30	P: 7	N: 16	G: 38				
7	G	男	20代	F20	12	107			85			31	17	31	45
						P: 18	N: 35	G: 54	P: 15	N: 28	G: 42				
8	H	男	50代	F20	10	75			62			8	5	70	85
						P: 15	N: 22	G: 38	P: 14	N: 16	G: 32				

PANSS P→陽性尺度 N→陰性尺度 G→総合精神病理

帝京大学周辺地区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・認知機能リハビリテーションと個別就労支援の複合による就労支援）のモデル体制の整備に関する報告ー就労支援

研究分担者：○池淵恵美¹⁾

研究協力者：初瀬記史¹⁾，江口のぞみ²⁾，稲垣晃子²⁾，納戸昌子¹⁾，吉田久恵¹⁾，
條川佐和¹⁾，細海理子³⁾

1) 帝京大学 医学部 精神科学教室

2) 東京大学大学院 医学系研究科健康科学・看護学専攻 精神看護学分野

3) 株式会社 QUICK

要旨

統合失調症、気分障害など持続的な精神障害を持つ人たちに、認知機能リハビリテーションの特性を利用し援助付き雇用を活用する介入群と、仲介型の就労支援群との効果比較を行う無作為割り付け統制試験を実施した。2011年12月より第1クール8名、2012年11月より第2クール・7名による介入研究が実施され、1年間の経過が追跡された。結果は介入群で全般的な認知機能の改善が得られ、対照群と比較して障害者雇用や就労準備訓練などに携わる者の割合が大きかった。デイケアを母体とした就労支援は仕事探しを開始するまでの準備に時間を必要とするが、社会経験が乏しくまだ動機が不十分な人や、支援関係づくりが重要な人に有用と考えられる。

今後はデイケアからアウトリーチすることが可能となる制度上の基盤づくりが求められる。

A. 研究の背景

1) 認知機能障害に基づく社会生活の障害

統合失調症、気分障害、発達障害など持続的な精神障害を持つ人たちに、認知機能障害がみられ、そのために社会生活能力が障害されることが分かっている。近年では認知機能障害の脳基盤が明らかになってきており、障害されている脳神経ネットワークの回復を基盤にした治療的介入 neurotherapeutics¹⁾を開発する試みが提唱されるようになっている。

2) 認知機能リハビリテーションと就労支援を組み合わせたサービスの可能性について

認知機能リハビリテーションは、認知機能の直接的な改善、もしくは低下している機能を代償する方略の獲得をめざすものであり、

生活環境の調整と対比される。Wykes ら²⁾はこれまでの無作為割り付け統制研究を分析し、改善効果のエフェクトサイズは 0.4 程度と報告している。

認知機能リハビリテーションには以下の特性がある。

- ・パソコンによる課題であるところから、個々人の能力や興味に合わせやすい。
- ・対人状況を利用しないことから、対人場面が苦手な人でも力を発揮できる。
- ・特定の認知機能に特化して、集中的な練習を行うことができる。
- ・ゲームという非現実の世界での練習であるので、うまくいかないことでも自信を失うことが少なく、どうしたらうまくいくのかを具体的に話しやすい。そのうえ

で、現実の世界との橋渡しを、認知機能をキーワードとして実施しやすい。

- ・課題達成への道筋が明確で、成功・失敗がはっきりしているため、本人の特徴がみえやすい(メタ認知の獲得がしやすい)。

以上のような認知機能リハビリテーションの特性を利用して、就労支援に活用する研究が報告され、成果をあげている³⁾。働くことは多くの人たちが希望しながら、障碍に妨げられて実現しないことも多いため、専門的な支援が必要な事柄である。Wexler ら⁴⁾の先行研究でも、就労を維持することに役立っていることが報告されている。本研究はこうした先行研究をもとに、わが国に新たな就労支援システムを取り入れる試みである。

B. 無作為割り付け統制研究の実施

1) 今回の研究の対象者および実施方法

伊藤班のプロトコルに沿って行っている。外来主治医に呼びかけを行ってもらい推薦を得た人への説明会を行い、帝京大学医学部倫理委員会承認の説明書に基づいて説明し、同意書への署名を得た人に、さらに BACS-J による認知機能評価を行い、認知機能障害が認められる人のみを今回の対象者とした。その後班研究の中央サイトにより無作為割り付けが行われた。

2) 実施経過

2011 年 10 月より外来でのリクルートを開始し、上記の手続きをすすめて、8 名の研究参加者を得た。無作為割り付けの結果コントロール群となった 1 名が、「認知機能リハビリテーションを行いたかった」との理由から、研究から脱落した。

介入群(統合失調症 3 名、双極 2 型障害 1 名)については、作業療法士 3 名および精神科医 1 名による介入チームにより、それぞれの対象者の受け持ちを決め 11 月よりインテーク面接を実施した。12 月よりパソコンによるトレーニングおよび言語グループが開始され、2012 年 2 月には終了し、その後 4 回の就

労準備グループの後は、ケアマネジャーが精神障害者就労・生活支援センターと連携して、個別的就労支援を行った。

コントロール群は保健師 1 名がインテーク面接を実施し、その後外来日に合わせて定期的な月 1 回の面接を 1 年間実施した。

第 2 クールについては、2012 年 11 月より第 1 クールと同様の手続きを踏んで 8 名が登録され、12 月より 4 名の介入群は認知機能リハビリテーションを実施した。1 年間の追跡期間が 2013 年 2 月に終了した。

C. 介入群およびコントロール群の追跡結果

1. アウトカムの両群比較(別添え資料参照)

介入群は 8 名で、1 年間の介入期間就労時点で障害者雇用による就労 3 名、職場実習などや就労支援専門機関利用中 2 名、デイケア利用 2 名、自死 1 名であった。自死の例は、仕事探し中に、妊娠・流産・服薬中断による病状悪化があり、自死に至った。受け持ちスタッフは途中から妊娠を含め結婚生活支援に切り替えていたが、流産後の変化に十分対応できず、残念な結果となった。

対照群は 7 名で、1 年間の介入期間就労時点で職場実習などや就労支援専門機関利用中 2 名、デイケア利用 1 名、主婦など家庭での生活 4 名であった。

両群を比較すると、社会的転帰は明らかに介入群が優れており、就労まで至らないが就労支援機関やデイケア利用後に、追跡期間終了後に就労に至ったものが 2 名いるなど、時間をかけて準備し、着実に就労に向けて支援できていると思われる。

2. 両群における認知機能の変化

介入群 8 名と対照群 7 名で、開始時の基本属性を比較すると、年齢や性別などに有意差を認めなかったが、教育年数が介入群で有意に高かった(表 1)。GAF、PANSS、LASMI のベースライン時の値には有意差がなかった。

介入群の認知機能の経時的変化をみると、

表 2 に示すようにベースラインと比較して、いずれの機能も徐々に改善していく傾向がみられたが、分散分析により、言語記憶(表 3)、作業記憶(表 4)、運動機能(表 5)、言語流暢性(表 6)、注意機能(表 7)、遂行機能(表 8)のいずれの認知機能領域も時間とともに有意な改善を示すことが明らかになった。

一方対照群では、表 9 に示すように、経時的に見て有意な改善は見られなかった。以上のことから、認知機能リハビリテーション実施によって、認知機能の改善が期待できることがわかる。

介入群と対照群との変化を比較すると(表 10)、作業記憶の介入開始後 12 か月、注意機能の 4 か月及び 12 か月の時点で、介入群の方が有意に改善が大きかった。しかし介入開始時点での基本属性で有意差のあった教育年数を共変量として投入すると、これらの有意差は消失していた。これは教育年数により、認知機能改善の学習効果が影響を受ける可能性とともに、サンプルサイズが小さいため、統計検出力が安定しないことがもう一つの可能性として考えられる。伊藤班全体として大きなサンプルサイズで検討すべき事柄であると考えられるが、帝京サイトの特色を見出すため、あえて当サイトのための単独解析を実施した。

3. 第 1 クール及び第 2 クール参加者の経過概要(別添資料参照)

D. 考察

今回の介入を通して、参加者には認知機能の改善が見られただけでなく、課題への取り組み方の特徴についてケアマネジャーとの合意作りが可能(shared experience)であり、仕事探しや維持のための支援に役立つこと、こうした過程を通して一貫したかわりの中で支援に不可欠な信頼関係づくりができたこと、精神障害によって損なわれた仕事の自信の回復に寄与できたこと、つまりきやすい生活上のパターンの把握と介入の仕方の予測が

できたことで、継続的な就労支援の手掛かりが得られたことなどのメリットがあった。

いっぽうで、短期間の認知機能リハを中心とした介入では困難な場合として、障害について本人が十分理解できていないケースでは、デイケア利用例と異なり、時間をかけてゆっくり本人と障害についての合意づくりをすることが難しかった。具体的には、仕事経験がなかったり、ブランクがあったりするために正社員などはすぐには就職することが難しいなどの現実がなかなか受け入れられない人であっても、実績がつめれば転職や、障害者枠でも正社員への道はあり、そうした時間をかけて仕事のキャリアを積んでいくためには支援者との信頼関係や、本人がリハビリテーションの中で自信を培って焦らず実績づくりに取り組んでいくことが求められるが、そうしたことは 4 か月の介入だけでは困難な場合があった。また言語グループである程度特徴は見られるものの、本人の自発的な活動や自由な交友の時間がないために、十分対人関係の特徴などは把握できない。また介入期間が 4 か月であることから、長期にわたる生活の変化への反応の仕方などは十分つかめない。そうしたことから仕事探ししつつ、または継続支援をしつつそうした傾向をつかんで、支援していくことが支援側の課題として残ると考えられる。またその他のリハビリテーションとの組み合わせも模索する必要があると考える。

伊藤班の他のサイトとの比較で言えば、就労移行支援機関においては、目標が就労にすでに絞られていることや、スタッフの活動も職場さがしや職場体験に密着した活動であることから、比較的短期間での就労に結び付く一方で、帝京大学サイトではそうしたことが困難であった。デイケアでの就労支援は、多様な社会参加を視野に入れやすく、まだどのような生き方をしているか迷いがあったり、十分自立できない人にとってじっくり検討できる場所と時間を提供できるメリットがある。したがってすでに就労への希望が明確なケー

スでは就労移行支援機関の利用がより目標達成しやすく、まだ迷いがあったり、現実的な目標が持ちにくいケースではデイケアの利用が役立つと考えられた。

規模の大きなデイケアで、絶えず就労希望者が存在する場合には、就労支援専門のスタッフを置くことで、デイケアの持つメリットとともに、希望の明確な人に対して早く職場体験を提供できることから、そうしたスタッフ配置が望まれる。そのためにも何らかの形で、そうしたスタッフ配置が可能となる基盤（デイケアからのアウトリーチが診療報酬化されること、もしくは障害者雇用のための補助金によりそうしたスタッフが医療機関に配置できることなど）が整備されることが課題と考えられる。

E. 結論

生活支援サポートチームの機能の一つとして、認知機能リハビリテーションを含む就労支援サービスを立ち上げた。このサービスが、一般的な就労支援よりも効果があるかどうかを検証するために、無作為割り付け統制研究を実施した。1年間の追跡期間後に、認知機能リハビリテーションと個別の援助付き雇用を行った群では、認知機能の全般的な改善とともに、障害者雇用や就労の準備訓練などにより結び付くことが示された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

・池淵恵美：我が国における就労支援モデルの構築. 精神科臨床サービス, 12:436-448, 2012.

2. 学会発表

- ・池淵恵美：新たな心理社会的治療の動向. PPST 研究会, 大分, 2012.10.
- ・池淵恵美：脳科学と精神障害リハビリテーションを架橋する—生物・心理・社会的治療の統合. 精神障害リハビリテーション学会第20回大会, 神奈川, 2012.11.

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) Liberman, R.P. (西園昌久総監修、池淵恵美監訳、SST 普及協会訳): 精神障害と回復—リバーマンのリハビリテーションマニュアル. 星和書店, 東京, 2011.
- 2) Vinogradov, S., Fisher, M., Villers-Sidani, E.: Cognitive training for impaired neural systems in neuropsychiatric illness. Neuropsychopharmacology 37:43-76, 2012.
- 3) Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C. et al.: A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. Am J Psychiatry 168:472-485, 2011
- 4) Wexler, B.E., Bell, M.D.: Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. Schizophr Bull 31:931-941, 2005

表 1. 【B 班】対象者の特徴（ベースライン時点）

		全体 (n=15)	介入群 (n=8)	対照群 n=7)	χ^2 , t 値	P 値
性別 (男性)	人数	8	4	4	0.08	1.000
年齢	平均 $\pm$ SD	33.40 $\pm$ 5.54	32.13 $\pm$ 5.64	34.86 $\pm$ 5.46	-0.95	0.360
罹患期間	平均 $\pm$ SD	8.73 $\pm$ 4.73	7.38 $\pm$ 4.14	10.29 $\pm$ 5.19	-1.21	0.248
教育年数	平均 $\pm$ SD	15.87 $\pm$ 1.92	17.00 $\pm$ 1.51	14.57 $\pm$ 1.51	3.10	0.008*
<認知機能>						
言語記憶	平均 $\pm$ SD	-1.72 $\pm$ 1.79	-1.77 $\pm$ 1.99	-1.65 $\pm$ 1.67	-0.12	0.903
作業記憶	平均 $\pm$ SD	-1.16 $\pm$ 1.15	-0.73 $\pm$ 0.56	-1.66 $\pm$ 1.48	1.66	0.121
運動機能	平均 $\pm$ SD	-1.33 $\pm$ 1.73	-1.51 $\pm$ 2.29	-1.12 $\pm$ 0.90	-0.43	0.674
言語流暢	平均 $\pm$ SD	-1.17 $\pm$ 0.64	-0.96 $\pm$ 0.40	-1.41 $\pm$ 0.81	1.39	0.189
注意	平均 $\pm$ SD	-1.85 $\pm$ 1.11	-1.28 $\pm$ 0.43	-2.50 $\pm$ 1.32	2.34	0.051
遂行機能	平均 $\pm$ SD	-0.93 $\pm$ 2.27	-0.13 $\pm$ 1.13	-1.84 $\pm$ 2.96	1.52	0.152
<精神症状>						
GAF	平均 $\pm$ SD	48.33 $\pm$ 9.39	49.75 $\pm$ 9.91	46.71 $\pm$ 9.23	0.61	0.552
PANSS (陽性)	平均 $\pm$ SD	12.00 $\pm$ 4.12	10.25 $\pm$ 2.77	14.00 $\pm$ 4.69	-1.92	0.077
(陰性)	平均 $\pm$ SD	15.13 $\pm$ 5.55	15.13 $\pm$ 7.08	15.14 $\pm$ 3.67	-0.01	0.995
(総合)	平均 $\pm$ SD	27.60 $\pm$ 6.01	27.00 $\pm$ 6.28	28.29 $\pm$ 6.10	-0.40	0.695
(合計)	平均 $\pm$ SD	54.73 $\pm$ 10.90	52.38 $\pm$ 12.50	57.43 $\pm$ 8.89	-0.89	0.390
LASMI (対人)	平均 $\pm$ SD	14.33 $\pm$ 7.78	14.50 $\pm$ 6.74	14.14 $\pm$ 9.39	0.09	0.933
(労働)	平均 $\pm$ SD	14.53 $\pm$ 5.14	13.88 $\pm$ 4.39	15.29 $\pm$ 6.16	-0.52	0.614

* P<0.05

表 2. 【B 班】BACS-J (z 値) の経時的変化：介入群

		ベースライン (n=8)	4 ヶ月後 (n=8)	12 ヶ月後 (n=8)	16 ヶ月後 (n=8)
言語記憶	平均 $\pm$ SD	-1.77 $\pm$ 1.99	-0.37 $\pm$ 1.52	-0.34 $\pm$ 1.79	0.16 $\pm$ 1.25
作業記憶	平均 $\pm$ SD	-0.73 $\pm$ 0.56	-0.68 $\pm$ 0.70	0.15 $\pm$ 0.94	0.21 $\pm$ 0.92
運動機能	平均 $\pm$ SD	-1.51 $\pm$ 2.29	-1.04 $\pm$ 2.54	-0.18 $\pm$ 1.22	0.23 $\pm$ 0.91
言語流暢	平均 $\pm$ SD	-0.96 $\pm$ 0.40	-0.47 $\pm$ 0.57	-0.41 $\pm$ 0.71	-0.35 $\pm$ 0.66
注意	平均 $\pm$ SD	-1.28 $\pm$ 0.43	-0.55 $\pm$ 0.70	-0.65 $\pm$ 0.58	-0.46 $\pm$ 0.25
遂行機能	平均 $\pm$ SD	-0.13 $\pm$ 1.13	0.85 $\pm$ 0.86	0.41 $\pm$ 1.09	0.67 $\pm$ 0.80

表 3. 【B 班】BACS-J 言語記憶 (z 値) 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	16.505	3	5.502	10.712	0.000*
対象者	66.531	7	9.504		
誤差	10.786	21	0.514		

表 4. 【B 班】BACS-J 作業記憶（z 値）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	6.233	3	2.078	3.884	0.024
対象者	6.424	7	0.918		
誤差	11.233	21	0.535		

表 5. 【B 班】BACS-J 運動機能（z 値）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	15.106	3	5.035	5.140	0.008
対象者	77.476	7	1.131		
誤差	20.571	21	0.980		

表 6. 【B 班】BACS-J 言語流暢（z 値）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	1.882	3	0.627	3.922	0.023
対象者	6.578	7	0.940		
誤差	3.359	21	0.181		

表 7. 【B 班】BACS-J 注意（z 値）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	3.342	3	1.14	10.108	0.000
対象者	5.246	7	0.749		
誤差	2.314	21	0.110		

表 8. 【B 班】BACS-J 遂行機能（z 値）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	3.007	3	1.002	2.184	0.120
対象者	77.476	7	11.068		
誤差	9.637	21	0.459		

表9. 【B 班】BACS-J の経時的変化：対照群

		ベースライン (n=7)	4 ヶ月後 (n=7)	12 ヶ月後 (n=7)
言語記憶	平均±SD	-1.65±1.67	-1.38±1.37	-0.90±1.87
作業記憶	平均±SD	-1.66±1.48	-1.78±1.28	-1.78±1.06
運動機能	平均±SD	-1.12±0.90	-0.97±0.87	-1.90±2.36
言語流暢	平均±SD	-1.41±0.81	-1.26±1.12	-0.82±1.28
注意	平均±SD	-2.50±1.32	-2.20±1.61	-1.73±0.93
遂行機能	平均±SD	-1.84±2.96	-0.61±1.44	-0.03±1.21

表10. 介入群と対照群の比較（4ヶ月後、12ヶ月後）：分散分析

		全体 (n=15)	介入群 (n=8)	対照群 n=7)	F 値	P 値
<言語記憶>						
4 ヶ月後	平均±SD	-0.85±1.50	-0.38±1.52	-1.38±1.37	1.775	0.206
12 ヶ月後	平均±SD	-0.60±1.78	-0.34±1.79	-0.90±1.87	0.354	0.562
<作業記憶>						
4 ヶ月後	平均±SD	-1.19±1.28	-0.67±0.70	-1.78±1.28	4.407	0.056
12 ヶ月後	平均±SD	-0.75±1.38	0.15±0.94	-1.78±1.06	13.928	0.003*
<運動機能>						
4 ヶ月後	平均±SD	-1.01±1.89	-1.04±2.54	-0.97±0.87	0.005	0.945
12 ヶ月後	平均±SD	-0.75±1.38	-0.18±1.22	-1.90±2.36	3.293	0.093
<言語流暢>						
4 ヶ月後	平均±SD	-0.84±0.93	-0.47±0.57	-1.26±1.12	3.140	0.100
12 ヶ月後	平均±SD	-0.60±1.44	-0.41±0.71	-0.82±1.28	0.586	0.458
<注意>						
4 ヶ月後	平均±SD	-1.32±1.44	-0.55±0.70	-2.20±1.61	6.912	0.021*
12 ヶ月後	平均±SD	-1.15±0.94	-0.65±0.58	-1.73±0.96	7.208	0.019*
<遂行機能>						
4 ヶ月後	平均±SD	-0.24±1.17	0.08±0.86	-0.61±1.44	1.319	0.271
12 ヶ月後	平均±SD	0.20±1.31	0.41±1.09	-0.03±1.21	0.532	0.479

* P<0.05

帝京サイト B 班第 1 クール (2011 年 12 月～2013 年 3 月) 経過の概要

【介入群】

- 1) B-に-I01：女性、20 代、統合失調症、発病後 7 年、入院 0 回、専門学校卒業（教育年数 15 年）

介入経過のまとめ

Cogpack は当初は落ち着いて参加できていたが、被害感、不安が高まることで、欠席がちとなる。11 回目を最後に参加できなくなり、脱落となる。その後、落ち着いていたが、4 月の叔父の逝去をきっかけに調子を崩す。就労支援から生活支援に切り替え、「人と会いたい」、「母親から自立したい」という気持ちを汲んで、デイケア利用を開始する。

研究期間終了時点の生活状況

調子に波があり、欠席もありながら、週 2 回のペースでデイケアを利用している。個別作業が中心。9 月から親族との二人暮らしが始まり、家事を分担するなど協力できている。また、俳優になるための養成所に出願するが、身体疾患でキャンセルとなる。強迫症状や妄想が時折悪化するが、担当ケアマネージャーや主治医、家族に相談しながら過ごしている。

- 2) B-に-I02：男性、20 代、統合失調症、発病後 4 年、入院 1 回（期間累計 2 ヶ月）、大学院博士課程中退（教育年数 19 年）

介入経過のまとめ

Cogpack では、一部を除いて全問正解のペースでクリア。欠席なし。

自閉した生活から、集団の場に出ようになり、言語グループではゲームへの取り組みの自身の特徴や気持ちを語る場面もみられる。就労については、病気を受け入れたくない気持ちがあり、またオープン就労は「仕事選択の幅が狭まる」として、クローズ就労を希望。面接の練習では、自己 PR が苦手なところが目立つ。4 月にハローワークで募集している職業訓練（IT 関連）を検討するが、結局志望動機が書けずに申し込めず。その後の就職活動も書類選考や面接で落ちることが続き、引きこもりがちになっていたところ、11 月に担当ケアマネージャーから、生活リズムを就労に向けて立て直すこと（夜型に偏っていたため）や、委託訓練・障害者就労の求人についても情報提供を受ける。本人も「パソコン技能とビジネスマナー習得」の委託訓練の提案に関心を示し、12 月には委託訓練に申し込み、安定して通所する。委託訓練の後半に、訓練指導者と担当ケアマネージャーの情報提供で公的機関での PC を使った事務補助の仕事に興味を示し、翌年 2 月に障害者雇用で就労した。

- 3) B-に-I03：女性、30 代、発病後 14 年、入院 1 回（期間累計 3 ヶ月）、大学卒業（教育年数 16 年）

介入経過のまとめ

Cogpack では、記憶が得意、スピード（処理速度を要求されるもの）が苦手。正答率が高いが不全感があり、全問正解しても「イメージ通りにいかないと、へこむ」と完璧主義。一方でマイペースなところもある。全体の感想として「ミーティングで得たものが多かった。3 ヶ月やり通すことができて自信になった」と振り返る。就労については、腰痛もあり体力的に不安があるとして、月 2 回の担当ケアマネージャーとの個別面接でも不安・身体化症状を訴える。本人は就労経験がなく、自信もないため、「パソコン技能とビジネスマナー習得」の委託訓練を勧められ、4 月には担当ケアマネージャー同伴で委託訓練面接、5 月～8 月に委託訓練を受け、無遅刻無欠席で経過する。訓練修了後の 8 月に障害者就業・生活支援センターと

ハローワークに登録し、就職活動を開始する。9 月にはハローワークで大手企業の事務補助（PC 入力など）の仕事を紹介され、担当ケアマネージャー、障害者就業・生活支援センタースタッフ同伴で面接に行き、実習受け入れが決まる。11 月からはアルバイト採用となり、自信のなさや不安、仕事に対する気負いがあるものの、担当ケアマネージャーに相談に乗ってもらいながら、なんとか安定して仕事をこなす。1 月からは契約社員となる。3 月に人事異動があり、環境の変化への不安を表出しながらも、本人なりに対処できている。研究期間終了後も担当ケアマネージャーとの個別面接を継続。

4) B-に-I04：男性、30 代、統合失調症、発病後 7 年、入院 1 回（期間累計 3 ヶ月）、大学卒業・専門学校中退（教育年数 17 年）

介入経過のまとめ

Cogpack では、街の目撃者・記憶テスト・秤とおもりが不得意だが、あえて難易度の高いサブテストに取り組む。記憶力について不安に感じており、記憶テストでは毎回トライアルに取り組んでいる。就労については、「営業で、クローズで就職活動」を希望。自分でハローワークに行き、アルバイトの求人に応募するも、不採用となる。就労準備ミーティングでは、空白期間について相談し、クローズで探した求人でも「病気療養していた」と伝えることにする。その後、就職面接を繰り返す中で、パチンコ店でのアルバイトに採用される。2012 年 4 月から就労を開始し、精神症状、勤務状況ともに順調に経過する。その後担当ケアマネージャーが IT 関連企業の障害者求人について情報提供し、職場も気に入ったことから障害者手帳を取得し、採用となる。アルバイトを退職するまでは、採用された企業に週 3 日 2～3 時間 PC の勉強のため併行して通うこととなる。11 月から正式採用となり、担当ケアマネージャー同伴で雇用契約を結ぶ。精神状態安定し、勤務を継続している。上司に相談できているようで、就職前より表情がよく、自分の気持ちを表出できるようになっている。研究期間終了後も担当ケアマネージャーと本人または勤務先との面接を継続。

【対照群】

1) B-に-C01：男性、30 代、双極性感情障害、発病後 20 年、入院 9 回（期間累計不詳）、大学中退（教育年数 14 年）

経過のまとめ～研究期間終了時点の生活状況

2011 年 10 月に退院して以降、休みがちになる時もありながら、週 2 日のペースで作業所に通所。自宅で日課をこなしながら過ごしている。就職活動には至らない。

2) B-に-C02：女性、女性、統合失調症、発病後 5 年、入院 2 回（期間累計 1 年）、大学卒業（教育年数 16 年）

経過のまとめ～研究期間終了時点の生活状況

以前にアルバイトを始めてから調子を崩し、希死念慮を生じたことがある。精神状態は不安定ながら、本人は就労を希望し、面接を受け続けていた。親の反対で障害者手帳も自立支援医療申請ができず、サービス利用もできていない。そのため障害者就労は難しい状態。親の勧めで 10 月から親戚の関係する職場で仕事（事務作業）をすることになっていたが、トラブルが発生して断念する。就職活動は進んでいない。

3) B-に-C03

※割り付け後、ドロップアウトとなり転院。

4) B-に-C04：女性、30代、統合失調症、発病後12年、入院0回、専門学校中退（教育年数14年）

経過のまとめ～研究期間終了時点の生活状況

パートタイムで融通のきく仕事を探している。研究期間開始後間もなく婚約し、引っ越しや家事に忙しく過ごす。就職活動は休止し、新しい生活に慣れることや地域での活動参加に重点を移す。7月に結婚し、主婦として家事を安定してこなしている。

帝京サイト B 班第 2 クール（2012 年 10 月～2014 年 2 月） 経過の概要

【介入群】

1) B-に-I05：男性、20 代、統合失調症、発病後 4 年、入院 0 回、大学卒業（教育年数 16 年）

介入経過のまとめ

当初は不安・緊張が強く、メモを細かくとる。プログラムは無遅刻無欠席で経過。Cogpack では、迷路や混沌などの遂行機能、記憶を苦手とするが、元来の本人の真面目さ、作業の修正能力、本人なりに工夫・対処した取り組みで、正解率が上昇する。また、言語グループで学んだ不安への対処法の実践により確認行為が軽減する。就労準備グループでは、希望する就労条件について明確に述べるができる。前回のアルバイトから 4 年経過していることもあり、リハビリをしてから就労につなぐ方針で、まずは生活リズムを整え、体力作りをすることを目標とする。2 月から週 2 日のペースでデイケア利用を開始し、メンバーとの活発な交流はないものの、無難にデイケア集団に入ることができ、SST にも参加する。家族からは「行動範囲が広がった」、「体力が回復した」との高評価を得る。8 月からは週 4 日のデイケア通所となり、スポーツの係（プログラムの進行等）の仕事も順調にこなすようになる。担当ケアマネージャーとは月 2 回の面接を継続。

研究期間終了時点の生活状況

2014 年 1 月に入り、アルバイトの開始準備に専念するため、デイケアを終えたい旨を伝える。担当ケアマネージャーとの週 1 回の面接を継続し、アルバイト応募していくことになった。

2) B-に-I06：女性、30 代、統合失調症、発病後 9 年、入院 0 回、大学卒業（教育年数 18 年）

介入経過のまとめ

認知機能リハ開始時には結婚に伴う大きな生活の変化があり余裕がない状況。Cogpack では、ゲームのルール理解は良いが、記録漏れ、入力ミスやクリックミスが目立ち、コメント記録を考えるのに時間がかかる。課題のゲームは好成績で、他のメンバーよりも終わるのが早く、トレーニングは時間いっぱいマイペースに取り組む。

言語グループでは、「音が気になり始めると集中できなくなり、気持ちの切り替えができず、うまくいかなくなることがある」と語る。思い出しながら話すのに時間がかかり、説明も分かりづらい。就労準備グループでは、希望する就労条件についてオープン就労を挙げるものの、障害者手帳の取得について迷っていた。迷いながらもオープン就労を念頭において障害者手帳を申請したところに妊娠が判明し、その後流産となる。しばらく休養してから今後のことを検討することとなっていたが、本人が求職活動を希望し、担当ケアマネージャーに相談しながら無理のないペースで準備を始める。また、障害者手帳を申請する。しかし、流産した頃から服薬を中断していたようで、徐々に精神症状が悪化し（幻聴、独語、睡眠障害等）、自死にて逝去される。

3) B-に-I07：男性、30 代、統合失調症、発病後 12 年、入院 1 回（期間累計 3 ヶ月）、大学卒業（教育年数 16 年）

介入経過のまとめ

資格試験に向けた勉強（通信教育）と併行しての参加。試験前の勉強が大詰めになると、欠席がちとなる。認知リハは全 24 回中 15 回、就労準備グループは全 4 回中 1 回の出席。Cogpack では、難しいと感じた問題を選んでいくことが多い。出席の際には欠席分の課題も行い、時間いっぱい真剣に取り組む。一見しっかりしているようだが、認知機能リハ以外の場面（後

片付け等)で適応的でない行動をとることやもの忘れが目立つことがある。言語グループでは経験や考えを的確に言語化し、自発的に発言。参加によって生活時間が安定してきたという自覚から、短期目標を「トレーニングを通じて集中力・持続力を高める。それをもとに規則正しい生活をする」、長期目標は「学校に通って資格取得のための勉強を継続していく。定期的にアルバイトする」と設定する。就労については、担当ケアマネージャーが委託訓練等の体験の情報提供を行うが、資格試験の勉強に固執し、クローズ就労の気持ちが強い。担当ケアマネージャーとは、認知機能リハ訓練中は月2回の面接、訓練終了後は月1回の面接を継続。現在、社会復帰の道筋として、障害者手帳を取得し、障害者枠で就職することを検討し始めている。

4) B-に-I08：女性、40代、統合失調症、発病後2年、入院0回、大学院中退（教育年数19年）

介入経過のまとめ

発症前は、長期間パソコン関連の業務に就いていた。家事をきちんとこなしながら病欠以外は真面目に出席。Cogpackでは、どのゲームにもゆっくり取り掛かり、じっくり考えて答えを選択している。落ち着いた参加ぶりで安定感があるものの、ゲームがうまくいかないことをあまり気にする感じがしない。記憶テストが得意で、「英数字を結ぶ」や「ルートを辿れ」などが苦手。ゲームを楽しんでいる様子はなく、課題が明確な方が楽な様子。就労については、就労経験のあるパソコン関係の仕事を希望するが、家事ができる範囲のパート程度で十分と考えている。就労の時期については「しばらくゆっくりしてから」、「家族と相談してから」と消極的。勤務条件は「デスクワークで週2〜3日」、「家事もできるように夕方には帰宅できる場所」と明確な希望がある。担当ケアマネージャー同伴で就業・生活支援センターの面談を受け、就労移行支援を利用することとなる。担当とは、認知機能リハ訓練中は月2回の面接、訓練修了後は定期的な面接は行わず、適宜センターとの連絡調整を行う。就労移行支援の事業所では、体験実習を難なくこなし、週5日、1日5時間の勤務を継続している。いずれは、本人の希望するパソコンを使う事務職に就くことを目指して、外部での実習も行った。

【対照群】

1) B-に-C05：男性、30代、統合失調症、発病後8年、入院0回、大学卒業（教育年数16年）

経過のまとめ～研究期間終了時点の生活状況

障害者手帳を取得し、就労支援センターの見学やハローワークでの情報収集など就労目的の準備を始めていた。幻聴や体験症状が続き、1月よりクロザリル導入目的で入院となる。入院期間中、面接は休止となる。精神症状は安定していることから、11月から入院治療と併行して週1回のデイケアを導入し、退院に向けた準備を開始する。

2) B-に-C06：女性、30代、統合失調症、発病後10年、入院3回（期間累計6ヶ月）、大学卒業（教育年数16年）

経過のまとめ～研究期間終了時点の生活状況

就労に向けた相談を希望。妄想の世界に入り込みがちで、担当者に対しても妄想的、他罰的になりやすい。体調不良などを理由に面接のキャンセルが続く。主治医や担当者、母親に相談しながら、ハローワークでクローズ就労を探す。一度、バイトを始めるが一日で辞めて、調子を崩してしまう。妄想的傾向がつづき、障害者就労に踏み出せないままである。

3) B-に-C07：男性、30代、統合失調症、発病後5年、入院0回、高校卒業（教育年数12年）

経過のまとめ～研究期間終了時点の生活状況

職歴や就職につながる各種資格を有するものの就職できず、コンビニでのアルバイトを続けながら独自で就職活動を継続していた。障害者就労を含めた就労支援を希望。月1回の担当者との面接相談を経て、2013年2月から就労移行支援事業所のビジネススクールに週5日の通所することとなる。通所開始しばらくは担当者との面接を休止していたが、6月以降は電話での相談を再開する。ビジネススクールでの訓練と就職活動を併行して続けるが、就職までには至らない。

4) B-に-C08：男性、40代、統合失調症、発病後12年、入院2回、専門学校卒業（教育年数14年）

経過のまとめ～研究期間終了時点の生活状況

前回の就労からブランクがあり、明確な希望はなかった。担当者との初回面接で情報提供を受け、12月から就業移行支援事業所の委託訓練に通所することとなる。3ヶ月間の基礎コースを経て、就職準備コースに移るが、負担が増したためか幻聴が悪化し、6月に本人希望で退所となる。通所開始以降、担当者との面接と調査を休止していたが、7月から担当者との面接を再開する。しばらく休養し、マイペースに過ごすことで、幻聴は改善。最終調査は負担が大きいということで、一部のみ実施（BACS-Jは調査開始時のみ実施）。

長岡病院・長岡京市周辺地区における 認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデルに関する研究

研究分担者：佐藤さやか¹⁾

研究協力者：○白井卓也²⁾、安井智紀²⁾、田村真梨²⁾、橋本敦史²⁾、福田恵美子²⁾、
堀池研太²⁾、内田依子³⁾、角谷慶子²⁾

- 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) 財) 長岡記念財団 長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）
- 3) 財) 長岡記念財団 しょうがい者就業・生活支援センター アイリス

要旨

本研究の最終年度にあたる平成 25 年度は、前年度に引き続き、第 1 クール 5 名、第 2 クール 7 名の就労支援をおこない、終了した。認知機能リハビリテーションと IPS (Individual Placement and Support) 型の就労支援を受けた介入群では、認知機能リハ後に言語性記憶や流暢性を中心とした認知機能やナプキン折りなどの作業能力の有意な向上が認められ、さらに研究終了時にまで維持されていた一方、対照群ではほとんど変化が見られなかった。PANSS などの症状評価については介入群、対照群ともに変化は認められず、必ずしも症状の重さが就労の阻害要因にならないことが示唆された。就労アウトカムでは、介入群のうち 3 名が就職に至り、対照群では就職に至った者はいなかった。また、介入群のうち 2 名は研究期間終了後に就職しており、就職までに時間がかかった要因として、就労支援を担当したのが通所型の施設ではない障害者就業・生活支援センターであったこと、また研究対象者自体の就労意欲が不安定であったことが考えられた。3 年間に渡る長岡病院における本研究の評価結果、就労アウトカムから、就職を希望する精神障害者に対して認知機能リハビリテーションと IPS 型の就労支援をおこなうことの有効性が示唆された。

A. 研究地区の背景

長岡ヘルスケアセンターは、昭和 10 年に開設され、病床数 441 床を有する単科の精神科病院である。付設デイケアは大規模デイケアで、生活支援コースと就労準備コースに分かれて運営されている。

本研究において就労支援を担当する、しょうがい者就業・生活支援センターアイリスは、平成 21 年 4 月に開所した京都府内で 6 ヶ所目の障害者就業・生活支援センターである。京都府内では唯一、精神科病院を持つ法人に

よって運営されており、利用者の半数が精神障害者ということが特徴である。

そのほかにも法人内には、多機能型事業所カメラリア、自立訓練事業所アスロード、相談支援事業所・地域活動支援センターアンサンブル、訪問看護介護ステーションアゼリアなどがあり、入院中心医療から地域参加への移行を可能とする支援をおこなっている。

B. 構築された臨床体制

研究対象者は、ポスター掲示、病院広報誌

やホームページへの掲載による募集、主治医からの紹介などによって集められ、第1クールは11名、第2クールは7名のエントリーがあった。対象者は、乱数による無作為割り付けで、認知機能リハビリテーションとIPS

(Individual Placement and Support：以下IPS)型の就労支援を受ける介入群と、ブローカー型の就労支援を受ける対照群に振り分けられた。

ただし、第1クールでは就労意欲の不安定さや研究参加への動機付けの低さ、病状悪化などの理由により、6名のドロップアウトがあったため、実際に支援につながった研究対象者は第1クールでは介入群2名、対照群3名、第2クールでは介入群4名、対照群3名であった。

介入群に対しては、デイケアスタッフがケースマネージャー(Case Manager：以下CM)、アイリススタッフが就労支援担当者

(Employment Specialist：以下ES)として支援チームを形成した。CMは主に認知機能リハビリテーションと生活面の支援、ESは主に就労支援と就職後の定着支援をおこなった。両者は異なる事業所に所属しているが、同法人内事業所であるため、密に連携をとり、情報を共有しながら支援をおこなうこととした。

対照群に対しては、長岡病院の精神保健福祉士が外来にて月に一度のペースで面談をおこない、本人の希望や必要に応じて別の就労支援機関を紹介するブローカータイプの支援をおこなった。

C. 対象者が受けた支援内容

第1クールは平成24年1月から、第2クールは平成24年9月から開始した。

1. 介入群

研究開始後、約3ヶ月間デイケアにて認知機能リハビリテーションに取り組み、4回の就労準備セッション(①仕事について考える、②履歴書の書き方、③アイリスでの就職面接

練習、④面接練習2回目)を経て、就労支援の段階へ進んだ。

就労支援段階ではESが定期的な面談を継続しながら支援をおこなったが、活動ペースや進行スピードには各対象者間で大きな差があった。すぐに合同面接会への参加、職場実習、そして就職と積極的に活動する者がいる一方、体調の不安定さや自信のなさからなかなか一歩を踏み出せず、研究期間終了直前に初めて求人に応募し面接を受けた者や、セミナーや訓練には積極的に参加するものの、結局最後まで求人に応募することのなかった者も見られた。また、研究期間中に交通事故による怪我のため、半年近く就職活動をおこなえない者もいた。

ESによる支援は週に1回から2週に1回程度であることが多かったため、その間の過ごし方として、3名がデイケアを利用した。その場合、デイケアではCMが中心となって関わり、ESと連絡を取り合うことで就労と生活、両面からの支援が可能であった。一方で、認知機能リハビリテーション終了後にデイケアを利用しなかった3名ではCMとの関わりが少なくなり、ESが生活面も含めて支援をおこなう傾向にあった。

2. 対照群

対照群6名は、研究開始と同時に就職活動を開始し、長岡病院の精神保健福祉士が月に一度のペースで面談をおこなった。ハローワークや京都ジョブパークなど、他の就労支援機関を必要に応じて紹介したが、実際に定期的な利用につながったケースはなく、就労意欲自体の低下が顕著であった。また、3名が研究期間中に病状悪化のために入院となることがあり、継続的な支援が困難であった。そのうち第2クールの1名は陽性症状が活発で研究期間終了時にも入院中であったため、最終評価を実施することができなかった。

D. 結果

1. 認知機能評価の結果について

ベースライン調査、認知機能リハ後調査、研究終了時調査の各時点における評価結果を表1・表2に示す。対応のあるt検定を実施したところ、介入群では認知機能リハ後に、言語性記憶、流暢性合計点、符号に有意な向上が見られ、数唱、総合得点における向上も有意傾向であった。また、これらの結果のうち、言語性記憶、流暢性合計点、符号、総合得点については研究終了時まで維持されていた。さらにナプキン折りにおいても有意な向上が認められた。一方、対照群では4ヶ月後調査時点において、BACS-J 総合得点の向上が有意傾向であった以外は変化が認められなかった。

2. 症状・機能評価の結果について

ベースライン時調査、研究終了時調査の各時点における評価結果を表3・表4に示す。対応のあるt検定を実施したところ、PANSSについては介入群、対照群ともに有意な変化は認められなかった。それ以外の指標については、介入群ではGAFの向上が有意傾向、LASMIの労働領域の有意な改善が認められ、対照群ではLASMIの対人関係領域の改善が有意傾向であった。また研究期間中、介入群では6名中1名が1回、対照群では6名中3名が入院を必要とした。t検定を実施したが、入院回数、入院日数とも介入群と対照群の間に有意差は認められなかった(表5)。

3. 就労アウトカムについて

研究期間中、介入群6名のうち3名が就職した。一方、対照群では就職に至った者はいなかった。就職を経験した3名の経過は以下のとおりである。

・A氏

認知機能リハが終わり、就労支援の段階に入るとすぐに派遣の介護職に就いた。しかし、2週間程度で「職場の同僚と意見が合わない」と話し、状態が悪化。幻覚妄想状態となって

出勤できず約2ヶ月の入院を要した。退院後はデイケアに通所しながら体調の回復をはかり、CMによる生活支援が中心となっていた。病状も安定し、再度就職に向けて動き出すところで研究期間終了となった。

・B氏

自身で見つけた求人に応募し、飲食店の清掃の職に就いた。清掃業務は問題なくおこなえていたが、空いた時間に苦手としている器用さを求められる作業を指示されたことから混乱し、「辞めたい」と話ようになった。ESが介入し業務内容の見直しをおこなったが継続は難しく退職となった。その後、再度就職活動を開始し、新たに職場実習を経て、ゴミ分別の職に就くこととなった。

・C氏

対人関係がストレスとなって発病したと話し、できるだけ対人関係の少ない職を探していた。ハローワークの合同面接会ではすべて不採用となったことからショックを受けたが、その後もESと相談を続けながら積極的に求職活動をおこなっていた。その結果、職場実習を経て製造業に就いた。職場からの評価も高く、自身も「こういう黙々とできる仕事が自分にすごく合っている」と順調に継続できている。

E. 考察

本研究では、認知機能リハビリテーションとIPS型の就労支援を実施することの効果について検討をおこなった。

まず、認知機能リハビリテーション実施後に介入群において認知機能、特に言語性記憶と流暢性合計点の向上が認められた。これらは就労場面においても重要となる能力である。例えば、言語性記憶の向上は職場で次の作業に関する指示をしっかりと覚えておけることにつながるし、流暢性の向上は作業に必要な知識や情報を頭の中から素早く引き出したり、判断をすることにつながる。実際に対象者が

ら「頭の回転がはやくなった気がする」という感想も聞かれた。また、注目すべきはこれらの向上結果が認知機能リハの1年後である研究終了時調査においても維持されていたことである。これらのことから、認知機能リハは一時的ではなく長期にわたって認知機能を向上させる効果があったと考える。さらに、認知機能だけでなく、実際の作業能力をはかるナブキン折りの向上、LASMIの労働領域での改善など、介入群における支援は就職という目標に近づくための有効な方法であり、その結果として対照群よりも多くの就職者が出たと思われる。

一方でPANSSの結果から、症状の重さという点においては介入群、対照群ともにベースライン時から有意な変化は見られなかった。これは認知機能リハやIPS型就労支援が症状の改善に効果がないというだけではなく、逆に症状の悪化につながるものでもないということを示している。また、症状の重さに変化がないにも関わらず、就職者が出ているという結果は、必ずしも症状の重さが就職の阻害要因になるわけではない、ある程度の症状があっても十分に就職は可能であるということが示され、これはIPSの考え方と一致するものである。

就労アウトカムという点については、介入群6名のうち3名が就職という結果であった。ただし、残り3名のうちの2名も研究期間終了後に就職しており、現在も継続できている。2名とも定期的な面談は続けていたものの、具体的に就職活動を始めたのは研究期間終了の直前であった。このように、支援に時間がかかった要因として以下のことが考えられる。

まずは就労支援を担当したのが障害者就業・生活支援センターであるということである。対象者の必要に応じて予約をとり、多くても週に1回、約1時間の支援をおこなう。したがって、通所型である就労移行支援事業所などと比較すると支援時間自体が短くなり、

就職までに必要な期間は長くなる。

次に、本研究における対象者の就労意欲の問題である。長岡病院においては、同じ法人内にアイリスがあるため、外来患者のうち就労意欲が高く、準備の整っているものはすでに支援を受けているケースが多い。したがって、今回の対象者は就労したいと思っているものの、具体的なイメージがなく、すぐというわけでもないという者が多かった。したがって、意欲が安定せず、なかなか就職に向けて動けないという状態であった。

ただし、早く就職すればよいというわけでもない。特に精神障害者の就労支援においては職場定着が難しく、実際に長岡病院の研究対象者で最も早い段階で就職した2名は短期間で退職している。しかし、時間をかけて就職した対象者は現在まで継続して働くことができています。したがって、利用期限のないアイリスが就労支援を担当し、対象者の気持ちにじっくりと寄り添いながら時間をかけて就職につなげるという支援体制は、短期的には結果に表れにくくても、長期的には対象者が仕事を長く継続することにつながると考える。

本研究における、長岡病院サイトの結果からは、就職を希望する精神障害者に対して認知機能リハビリテーションとIPS型の就労支援をおこなうことが有効であると示された。今後も本研究で得られた知見を活かし、就労支援をおこなっていききたい。

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

表1. ベースライン調査、認知機能リハ後調査、研究終了時調査の各時点におけるBACS-J、ワークサンプル幕張版「ナブキン折り」の正しく折れた回数の平均値、標準偏差およびt値 (介入群)

介入群(n=6)					
ベースライン調査	認知機能リハ後調査	研究終了時調査	ベースライン —認知リハ後	ベースライン —研究終了時	
BACS-J(z-score)					
言語性記憶	-0.25	(0.63)	0.67	(0.91)	0.83
数唱	0.18	(1.00)	0.61	(0.92)	0.77
トークン運動	-0.50	(1.26)	-0.93	(1.70)	-0.72
流暢性合計	-1.21	(0.61)	-0.35	(0.47)	-0.23
符号	-1.25	(0.83)	-0.45	(1.27)	-0.40
ロンドン塔	-0.01	(1.18)	0.31	(0.78)	0.33
総合得点	-0.51	(0.55)	-0.02	(0.73)	0.09
ナブキン折り					
正しく折れた回数	2.50	(1.05)	3.33	(1.51)	3.50
				1.75	2.74*

*p<.05, †p<.10

表2. ベースライン調査、認知機能リハ後調査、研究終了時調査の各時点におけるBACS-J、ワークサンプル幕張版「ナブキン折り」の正しく折れた回数の平均値、標準偏差およびt値 (対照群)

	ベースライン調査	4ヶ月後調査	研究終了時調査	ベースライン —4ヶ月後	ベースライン —研究終了時
対照群(n=5)					
BACS- J(z-score)					
言語性記憶	-1.22	(1.76)	-0.75	(1.31)	-0.68
数唱	-1.33	(1.90)	-0.78	(2.10)	-1.11
トークン運動	-1.83	(0.98)	-1.71	(1.07)	-1.83
流暢性合計	-0.78	(0.99)	-0.66	(0.87)	-0.83
符号	-2.58	(0.64)	-2.51	(0.44)	-2.30
ロンドン塔	-1.28	(1.25)	-1.26	(1.58)	-1.65
総合得点	-1.50	(1.14)	-1.28	(0.95)	-1.40
ナブキン折り					
正しく折れた回数	1.60	(0.89)	1.40	(1.14)	1.80
				-0.34	0.53

†p<.10

表3. ベースライン調査、研究終了時調査の各時点におけるPANSS、GAF、LASMIの平均値、標準偏差およびt値 (介入群)

		ベースライン調査		研究終了時調査		t値
介入群						
PANSS(n=4)						
陽性症状	14.25	(6.13)	14.25	(4.99)	0.00	
陰性症状	17.00	(5.35)	14.75	(7.23)	-0.82	
総合病理評価	30.50	(9.98)	27.00	(9.70)	-1.89	
合計得点	61.75	(19.94)	56.00	(18.65)	-1.08	
GAF(n=6)	50.50	(9.77)	60.33	(13.87)	2.28 [†]	
LASMI(n=6)						
対人関係領域	14.33	(4.59)	11.67	(7.12)	-1.71	
労働領域	12.83	(6.21)	8.67	(7.26)	-2.75 [*]	

*p<.05, †p<.10

*p<.05, †p<.10

表4. ベースライン調査、研究終了時調査の各時点におけるPANSS、GAF、LASMIの平均値、標準偏差およびt値 (対照群)

		ベースライン調査		研究終了時調査		t値
対照群						
PANSS(n=4)						
陽性症状	16.25	(6.85)	14.50	(5.32)	-1.27	
陰性症状	19.00	(2.94)	17.25	(2.87)	-2.05	
総合病理評価	35.00	(10.61)	32.50	(7.72)	-1.51	
合計得点	70.25	(19.19)	64.25	(13.38)	-2.04	
GAF(n=5)	45.00	(8.77)	46.80	(9.31)	0.98	
LASMI(n=5)						
対人関係領域	22.00	(13.64)	10.60	(7.64)	-2.26 [†]	
労働領域	15.60	(9.61)	9.60	(6.35)	-1.08	
						†p<.10

†p<.10

表5. 群別にみる入院回数、入院日数の平均値、標準偏差およびt値

	介入群(n=6)		対照群(n=6)		t値
入院回数	0.17	(0.41)	0.50	(0.55)	-1.20
入院日数	10.17	(24.90)	40.83	(61.03)	-1.14

ひだクリニック・流山市周辺地区における 認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデルに関する研究

研究分担者：佐藤さやか¹⁾

研究協力者：○石井和子²⁾，肥田裕久²⁾，木村尚美²⁾，佐藤俊之²⁾，岡田未来²⁾

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) 医) 宙麦会 ひだクリニック

要旨

本研究 3 年目になる 25 年度は、第 2 クールの対照群 4 名は就労支援が開始されて半年が経ったところ、同じく第 2 クールの介入群は、スタート時にドロップアウトをした 1 名を除いた 2 名が認知機能リハビリテーションを終了し就労支援が開始したところから始まっている。対照群は、外来 PSW に相談しながら地域の就業・生活支援センターや就労支援センターを利用して、その支援計画次第では就労移行支援事業所なども利用し、その支援のもとで就職活動の準備を行ってきた。介入群は、認知機能リハビリテーション後、院内の就労支援部のもとで就職活動に入った。2 回のクールを通して、介入群 5 名、対照群 7 名がそれぞれの支援のもとで就職活動を行ったわけだが、介入群は 5 名中 4 名、対照群は 7 名中 1 名が研究対象期間内に就職をした。また、研究対象期間（各 1 年）内の平均就労期間日数は、対照群が 13 日だったのに対し、介入群は 229 日と、介入群のほうが圧倒的に長かった。

A. 研究地区の背景

ひだクリニックは、千葉県流山市にある平成 17 年に開院したばかりの精神科クリニックである。大規模デイケア、デイナイトケア、ナイトケア、ショートケアを併設し、日曜日も診察、デイ・デイナイトケアを行っている。当事者ピアサポーター・家族ピアサポーターの活動も盛んでリカバリーのための一人暮らしを支えている。

就労支援については、院内に就労支援部を持ち、就労支援スペシャリスト（以下、ES）が、外来・デイケアの患者の就労支援・復職支援を行っているのが特徴的である。

法人内には訪問看護ステーションや多機能型事業所（就労移行支援と生活支援）を持つ。

位置的には、つくばエクスプレスを利用すると 10 分ほどで埼玉を通過して東京 23 区に入るといえる東京のベッドタウンである。クリニックのあるハローワーク管轄区域は、都内に近い区域にかかわらず、県内でも法定雇用率が一番低く、企業の障害者への理解は高いとは言えない。企業の体力から最低賃金で勤務時間も社会保険の関係で上限が 20 時間という企業も少なくなく、条件が大して変わらないという理由で就労継続 A 型事業所を選択する人もいる。

そういった環境のため、当院から障害者雇用で採用されている人の多くは 1 時間近くかけて都心の企業に通っている。

B. 構築された臨床体制

事前評価の後、介入群は ES をケースマネジャーとし、デイケアにて認知機能リハビリテーションを実施した後、ES が所属する院内の就労支援部の就労支援を受ける。当サイトの特徴は、ES が事前評価から認知機能リハビリテーション、就労支援まで全段階で関わっていることである。

対照群は事前評価に関わった外来 PSW と一緒に、地域の就業・生活支援センターや就労支援センターなど軸となる就労支援機関を決め、連携し、月 1 回外来 PSW による面談を実施した。

C. 対象者が受けた支援内容

介入群は ES の担当する認知機能リハビリテーションが終了後、ケースマネジャーである ES が所属する就労支援部の支援を受けて就職活動を行った。どんな仕事に向いているか、またどのくらい働けるのか迷っている状態の場合は、障害を非開示にした状態で短期アルバイトや派遣等でいろいろな仕事をすることを勧め、その一方で面談を行った。自分の働き方が見えた人は契約社員など長期の就職を目指し、長期の就職が決まったケースについても、本人と定期的に面談を行うだけでなく、採用された企業とも随時連絡を取り合い、定着のための支援を行った。就職が決まっていないケースに対しては、就業・生活支援センターに登録し出来るだけ多くの支援を受けられる体制を作り、それぞれの機関から紹介された企業に応募し、実習を行った。就業・生活支援センターに登録しても、就労支援の中心はあくまでも ES である。

対照群は、月に 1 回の外来 PSW による面談を継続し、地域の就業・生活支援センターや就労支援センターの支援計画に従って就職活動を続けた。7 名の対照群のうち、4 名が支援計画上、さらに訓練が必要ということで訓練を目的に就労移行支援事業所の通所を行っ

ている。そのため、中心となる支援者が、就業・生活支援センターや就労支援センターから就労移行支援事業所と変わっていった。

D. 結果

本研究 3 年間に、介入群 5 名、対照群 7 名が研究に参加したわけだが、研究対象期間である 1 年の間に、研究開始時の目標だった就職にたどり着いたのは、対照群が 7 名中 1 名だったのに対し、介入群は 5 名中 4 名だった。しかも、対照群の 1 名の就職者も、実は支援機関の支援計画を待ち切れず、就労支援開始日 4 ヶ月目に自分で個人的に就職活動を行った結果の就職だった。結局、91 日で退職に至っている。

一方、介入群は就労支援開始日から本来の就職活動に入るため、単独行動は少ない。実際、介入群の就職した 4 人の就労支援開始日から最初の就職までの平均日数が 48 日である。何度も仕事を変える人もいたが、支援を受けながら就職活動を続けるため、介入群の研究対象期間内の平均就職期間 229 日と非常に高くなる。就職した 4 人に限っての平均にすると 286 日となり、研究対象期間の 4 分の 3 は就職していたことになる。

企業の面接回数にも介入群と対照群では、差が出ている。介入群の 5 名の面接回数の合計が 17 回だったのに対し、対照群は 7 名で 8 回である。対照群では、対象期間内に一度も企業面接の経験がない人が 3 名いる。支援を受けながら面接を受けたのは 2 名のみで、残りの 2 名は支援機関に伝えず面接を受け、事後報告で外来 PSW や支援機関に伝えている。

E. 考察

介入群と対照群の就職結果の差は、支援者が支援段階でうつりゆくか、一貫して同じ人が支援していくかということと、それ就労支援開始後から実際の就職活動までの期間の差があることがわかった。

従来型の地域の就業・生活支援センターや就労支援センターを利用する就労支援では、外来の PSW と面談をして軸となる支援機関を決めることから始める。支援機関を決めた後に、支援機関での面談・インテークがあり、予約が混んでいる機関ではそのインテークまでが 1 ヶ月以上かかった。場合によっては、作業能力の検査などを行い、支援計画が立てられ、就労移行事業所等に通所することになることもある。時には、就労支援センターに 3 ヶ月通った後、まだ就職活動の段階ではないと就労移行事業所に通所することになったケースもある。就労移行支援事業所を利用するとなれば、そこでも再度、インテークや支援計画が立てられ、これらの時間が待ち切れず、自分で面接など就職活動を行った人が出てきてしまった。

一方、介入群では、3 ヶ月の認知機能リハビリテーションを担当した ES が、認知機能リハビリテーションが終わった後、そのまま就労支援・定着支援を行うことになる。ES は、事前評価だけでなく、認知機能リハビリテーションをとおして、本人の特徴や傾向も見る

ことができるので、対象者 5 名中 3 名が、認知機能リハビリテーションが終わって 1 ヶ月もしないで最初の就職につながっている。定着支援を受けることで継続して勤務することに心がけた。自分の適性がわからないケースの場合には、訓練を行うのではなく、あえて障害非開示で短期のアルバイトや派遣などを行い、何度も仕事を変える方法もとった。その場合でも、仕事を変えるのは適性を知るためと目的を決めていたため、辞めた後も次の仕事までの期間は短く、結果的に合計就労期間日数も高くなった。

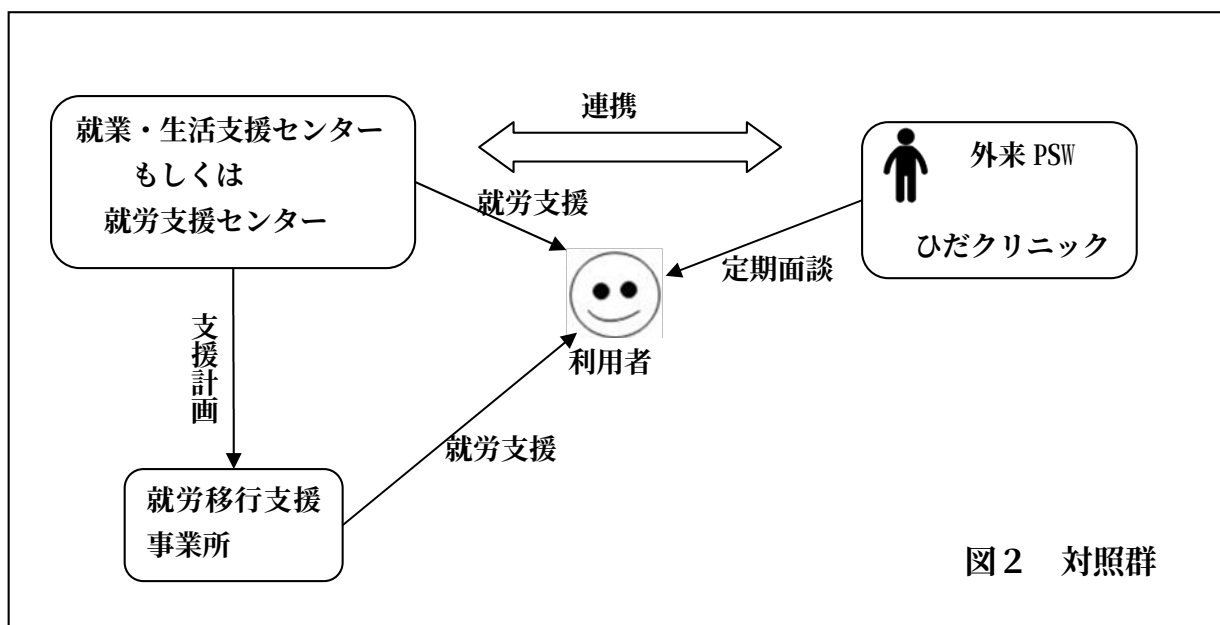
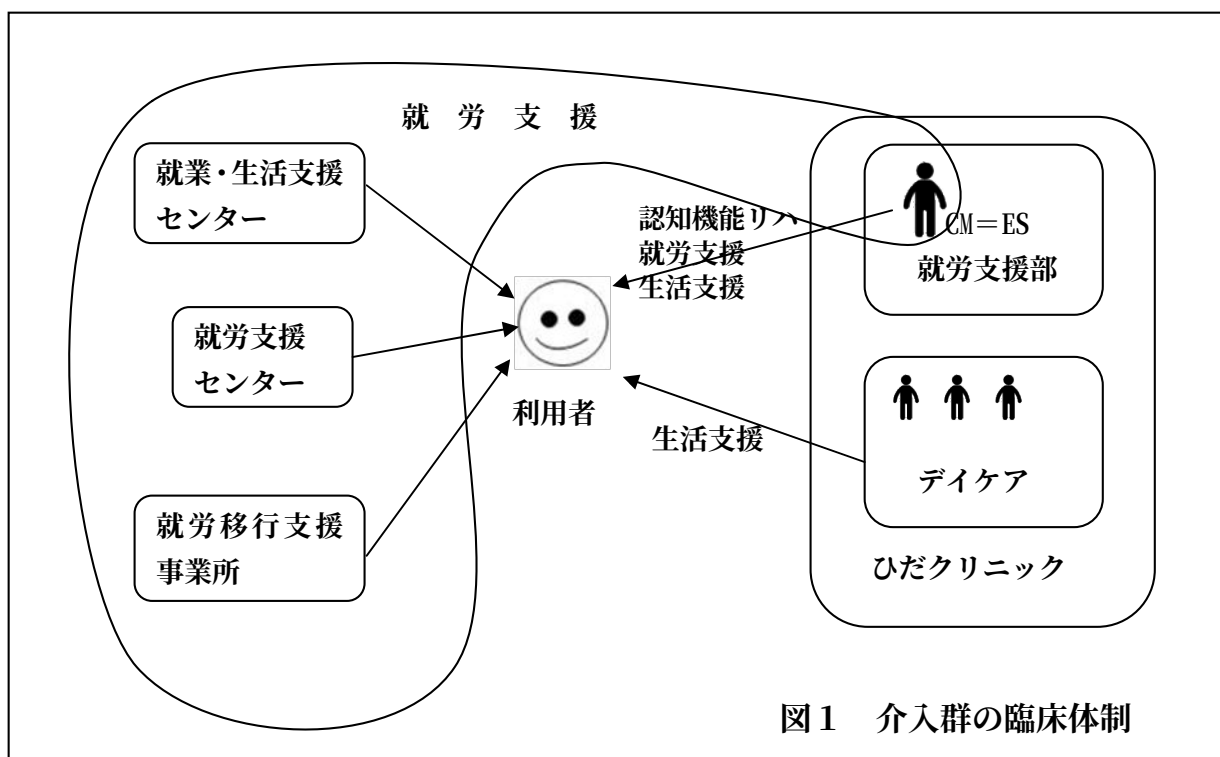
F. 健康危険情報 なし

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



研究対象者の就職アウトカム (I04は初期段階でドロップアウト)																			
ケースID	介/統	認知機能リハ 開始日	就労支援 開始日	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目	7月目	8月目	9月目	10月目	11月目	12月目	面接 回数	就労 回数	合計就労 期間日数	
B-ほ-I01	介入群	2012/1/20	2012/4/20	5/20	6/20	7/20	8/20	9/20	10/20	11/20	12/20	1/20	2/20	3/20	4/20	3	2	306	
B-ほ-I02		2012/1/20	2012/4/20	5/20	6/20	7/20	8/20	9/20	10/20	11/20	12/20	1/20	2/20	3/20	4/20	2	0	0	
B-ほ-I03		2012/1/20	2012/4/20	5/20	6/20	7/20	8/20	9/20	10/20	11/20	12/20	1/20	2/20	3/20	4/20	1	1	362	
B-ほ-I04		2012/8/31																	
B-ほ-I05		2012/8/31	2012/12/21	1/21	2/21	3/21	4/21	5/21	6/21	7/21	8/21	9/21	10/21	11/21	12/21	3	1	227	
B-ほ-I06		2012/8/31	2012/12/21	1/21	2/21	3/21	4/21	5/21	6/21	7/21	8/21	9/21	10/21	11/21	12/21	8	5	253	
B-ほ-C01	対照群		2012/1/30	2/29	3/29	4/29	5/29	6/29	7/29	8/29	9/29	10/29	11/29	12/29	1/29	0	0	0	
B-ほ-C02			2012/1/30	2/29	3/29	4/29	5/29	6/29	7/29	8/29	9/29	10/29	11/29	12/29	1/29	2	1	91	
B-ほ-C03			2012/1/30	2/29	3/29	4/29	5/29	6/29	7/29	8/29	9/29	10/29	11/29	12/29	1/29	0	0	0	
B-ほ-C04			2012/9/8	10/8	11/8	12/8	1/8	2/8	3/8	4/8	5/8	6/8	7/8	8/8	9/8	2	0	0	
B-ほ-C05			2012/9/8	10/8	11/8	12/8	1/8	2/8	3/8	4/8	5/8	6/8	7/8	8/8	9/8	1	0	0	
B-ほ-C06			2012/9/8	10/8	11/8	12/8	1/8	2/8	3/8	4/8	5/8	6/8	7/8	8/8	9/8	3	0	0	
B-ほ-C07			2012/9/8	10/8	11/8	12/8	1/8	2/8	3/8	4/8	5/8	6/8	7/8	8/8	9/8	0	0	0	
(※ 就労経験のあった月のセルを塗りつぶしている)																			

III. 関連研究報告

プログラム評価におけるフィデリティ尺度の開発と妥当性の検証に関する 海外文献紹介

研究分担者：○吉田光爾¹⁾

研究協力者：片山優美子²⁾、下平美智代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

要旨

目的：EBPの普及の上では、効能研究や効果研究によって有効性が明らかにされた心理社会的介入プログラムのモデルを同定し、その定式化・標準化を行いプログラムの実施・普及をはかることが重要である。フィデリティ尺度は、このプログラムの普及を円滑にするために、オリジナルに開発されたプログラムモデルに忠実に行われている程度（範囲）を評価する尺度である。こうしたフィデリティ尺度の開発や妥当性の方法論について、我が国では十分な文献・研究が導入されているとは言えない。本研究では Mowbray らの“Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation(2003)”に基づき、フィデリティ開発の手順について簡略に紹介を行い日本におけるフィデリティ開発・検証研究の進展の一助とすることを目的とする。

概要：本論文はレビュー論文のスタイルをとり、健康や教育領域における論文から実例を引き、フィデリティ基準の開発、測定、および妥当化における道筋の要点を述べている。

結果：フィデリティ開発における3つの主要なステップは、①プログラムにおける有効な支援の構成要素を特定するフィデリティ尺度の開発、②指標を測定するための定量的なデータの収集・フィデリティの測定、③フィデリティ尺度の信頼性と妥当性の確認、である。③については(1)評価者間信頼性・再テスト信頼性、(2)確認的因子分析・内的一貫性、(3)他のプログラムとの比較、(4)収束的妥当性、(5)予測妥当性の検証などのアプローチを単一・または複数もちいて検証される。

考察：プログラムを対象としたフィデリティ尺度の開発には多くの時間がかかるため、1つの研究・論文でこの3ステップすべてを記述することは容易ではないが、その開発過程を①確立されたプログラムの有効な要素を忠実にフィデリティ尺度が反映しているか、②尺度が有効な要素を信頼性・妥当性をもって測定できているか、③その得点がアウトカムを予測できるか、という3つに分け検証するなども、研究を整理して記述するうえでは重要であろう。

A. 研究の背景

近年世界的にEBPに基づく医療・社会福祉実践に関する重要性が指摘されている。EBPの普及の上では、効能研究や効果研究によって有効性が明らかにされた心理社会的介入プログラムのモデルを同定し、その定式化・標準化を行い、それをもとにプログラムの実施・普及をは

かることが重要である。モデルが明確に定式化・標準化されることで、そのプログラムの複製・普及が可能になるからである。モデルの定式化・標準化のためには、個別プログラムへのプロセス評価を実施して、効果的なプログラム援助要素を抽出・指定することが必要となる。そのうえで検討された効果的なプログラム援

助要素が、効果的普及モデルの実施マニュアルに記述されるわけである。

次に必要なのは、そうしたマニュアル等によって実施されたプログラムが、どの程度の質を保って実施されているかを評価することである。この評価にはフィデリティ尺度 (fidelity scales) が用いられる。フィデリティ尺度は、あるプログラムが、オリジナルに開発されたプログラムモデルに忠実に実行されている程度 (範囲) を評価する尺度である。その評価項目は上記で抽出された効果的なプログラムの援助要素によって構成されており、この尺度を用いることで、各々の実践が定められた基準通りに実施・導入されているかという「度合い」を系統的に評価できるのである。フィデリティ尺度を用いることは以下の意義をもつ。まず各々の活動状況が明らかになると同時に、現場への具体的な改善や指針に関するフィードバックを通じて実践の質を改善する。また、行政機関に対してプロジェクトがどの程度目標を達成しているかという状況を報告することが可能になり、情報を公共に公開することも可能になる。またプログラムの効果は、プログラムの実施状況に大きく影響されるため、フィデリティ尺度による評価による履行状況のモニタリングをすることは、サービスの質の担保の面でも重要である。

しかし、こうしたフィデリティ尺度の開発や妥当性の方法論について、我が国では十分な文献・研究が導入されているとは言えない。本研究では 2003 年に発表された Mowbray らの “Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation”¹⁾ に基づき、フィデリティ開発の手順について簡略に紹介を行い、日本におけるフィデリティ開発・検証研究の進展の一助とすることを目的とする。

B. 概要

1) 本論文の概要について

本論文はレビュー論文のスタイルをとり、1995 年から発表当時までにおいて、Psych

Abstracts、ERIC、Social Science Index、Social Work Abstracts、MedSearch から検索された、健康や教育領域における論文から実例を引き、フィデリティ基準の開発、測定、および妥当化における道筋の要点を述べている。本報告ではフィデリティ開発の立場から、その概要について紹介する。

C. 結果

1) フィデリティとは何か?

フィデリティは「オリジナルに開発されたプロトコルに対する実際の治療実施の順守」として定義される (Orwin, 2000, p.S310)²⁾。典型的には、尺度はフィデリティ (実施されるプログラム化された臨床的介入が、そのベースとなる実証的に検証されたモデルに匹敵すること) を定量化するために開発される (Drake et al. 2001)³⁾。

2) なぜフィデリティを評価するのか?

フィデリティを評価する理由のとしてよくあげられるものは、ネガティブもしくは不明瞭な知見について説明する必要性からである (Hohmann & Shear, 2002)⁴⁾。すなわちあるプログラムが成功しなかった場合、意図したモデルに対するプログラムの順守の度合いを測定せねば、その原因がプログラムモデルそのものの失敗を反映したものなのか、意図したようにモデルを実践することに対して失敗したことによるのか、判定できない (Chen, 1990)⁵⁾。フィデリティ基準を確立することで、元のプログラムに対するアドヒアランスを測定可能にすることは、治療をより標準化し、プログラムを厳密に複製することを可能にする。またメタ分析のために、フィデリティ尺度を手にすることは、各々の治療の意義ある比較を生み出す上で助けとなる (Banks, McHugo, Williams, Drake, & Shinn, 2001; Bond, Williams, Evans, et al. 2000)^{6),7)}。さらに、ある確立された支援モデルが、妥当な基準を用いて余所に複製されるときには、フィデリティ尺度で測定される

点数は、アウトカムを予測することができる
(Blackly et al, 1987; Paulson et al, 2002)
8),9)。

3) フィデリティ開発におけるステップ

研究者たち (McGrew et al, 1994; Teague, Bond, & Drake, 1998) ^{10),11)}は、フィデリティ開発における3つの主要なステップについて記述している。すなわち**①フィデリティ尺度の開発、②フィデリティの測定、③フィデリティ尺度の信頼性と妥当性の確認**である。

①フィデリティ尺度の開発

第一に、フィデリティ尺度を開発しようとするプログラムにおける、有効な支援の構成要素を特定することが必要である。そして、それらが客観的で測定可能なように、それぞれの指標についてのデータの由来を記述し、評価尺度における特定のアンカーポイントを含め、指標もしくは候補となる構成要素のための操作的定義を設定する。

一般的に、これらを行うために、以下のような方法がとられている。

- (1) 効能、有効性が証明されているか、または少なくとも受容をともなう特定のプログラムモデルからの描出
- (2) 専門家の意見を集める—専門家の調査、および文献レビュー
- (3) 質的調査—何が有効に働くかに関してのユーザーと支持者達の意見を収集する、さまざまなプログラムへのサイト訪問など

(ただし、基盤となるプログラムがしばしば RCT 等によって有効性が確認されているわけではないという問題がある)

②フィデリティ尺度の測定

第二のステップは、指標を測定するためにデータを集めることが必要である。

フィデリティのための定量的データを収集するもっとも一般的な方法は：

- (1) プロジェクト記録やクライアント記録、

サイト観察、あるいは録画されたセッションに基づく専門家による評価、

- (2) サービスを提供する個人や受け取る個人による調査またはインタビュー、である。

ただし、これらには評価バイアスの問題がある。スタッフからの情報に関しては社会的望ましさのバイアスの問題、サービス利用者から評価してもらうことは自発的な参加者が多くなるというバイアスがあるため、これらのバイアスに対しては、各尺度ポイントを行動に基づく固定された基準(アンカーポイント)にするなどの対応が考えられる。

また、プログラムの評価には《構造基準》と《プロセス基準》が存在する。プログラム構造の評価は職員水準や特徴、ケースロードの大きさ、予算、訴訟法、コンタクトの頻度や集中度などの測定を網羅する (Orwin, 2000) ²⁾が、これらの情報は、主観的判断を要求されることが少なく、多くの場合既存の記録物を通して取得することができる。一方《プロセス基準》は、プログラムの様式、スタッフ—クライアント関係、クライアント—クライアント関係、治療の個別化、あるいは情緒的雰囲気を含む。これらの基準と関連するプログラム業績の評価は、多くの場合、観察やインタビューや他のデータ源に基づくより主観的な判断を要求する。従って、より多くの時間と労力を必要とし、よりコストが高く、たとえ回答基準がうまく固定化されていたとしても信頼性はより低くなる傾向がある (Bond et al, 1997) ¹²⁾。これらの両側面の指標を用いることで、重要な特徴を測ることを可能にする。

③フィデリティ尺度の信頼性と妥当性の検証

第三のステップは、妥当性(予測妥当性、判別妥当性、構成概念妥当性)と信頼性の観点から指標を検証することである (Moncher & Prinz, 1991) ¹³⁾。これまでの研究ではフィデリティ尺度の開発研究では以下のうち1つまたは複数のアプローチを採用しているこ

とが多い。

(1) 評価者間信頼性や再テスト信頼性の確認：

Henggeler et al. (2002)¹⁴⁾は、セラピストに関する家族の複数回答による評価の再テスト信頼性を算出し、またセラピストとそのスーパーバイザーの間のレイティングの相関係数を算出している。Weisman et al. (2002)¹⁵⁾はセラピストのビデオをみた場合の三人の評価者の級内相関係数を算出している。Clarke (1998)¹⁶⁾は思春期の抑うつのための14の治療セッションに関してフィデリティアセスメントを行い、カッパ係数を算出している。

(2) データの内部構造について検証的な確認・期待される結果との関連の分析：

確認的因子分析や、クロンバックの α 係数を算出した内的一貫性の分析、またはクラスタ分析による検証である。Bond et al. (1997)¹²⁾、Clarke (1998)¹⁶⁾、Lucca (2000)¹⁷⁾、and McGrew et al. (1994)¹⁰⁾らは内的一貫性を報告しており、他方で Henggeler et al. (2002)¹⁴⁾は確認的因子分析と内的一貫性の分析を行っている。

(3) 他のプログラムとの比較：

他の異なるプログラム間でフィデリティを評価してその差を検証する方法である。模範的な最上のプログラムと、通常のプログラムを比較したり(Hernandez et al, 2001)¹⁸⁾、ACTプログラムと通常のケースマネジメントを比較したり (Teague et al, 1995, 1998)^{19),11)}、様々な援助付き雇用を比較したり (Bond et al, 1997)¹²⁾、クラブハウスと通常の職業リハビリテーションモデルを比較したり (Lucca,2000)¹⁷⁾、援助付住居と比較プログラムを対比させたり(Rog & Randolph, 2002)²⁰⁾、複合的なプログラムの状況と単一の介入を比較したり、あるいは濃淡のあるグループの参加者を比較したり (Orwin, 2000)²⁾するものである。

(4) 収束的妥当性の検証：

プログラムに関する異なる2つのソースからの情報に関する一致を検証する方法でプログラムの収束的妥当性を検証する。例えば Blakely et al. (1987)⁸⁾は、サイトにおける観察と、記録や文書からの情報を比較した。Macias et al. (2001)²¹⁾は CRESS (Clubhouse research and Evaluation Screening Survey) 上の、クラブハウスの基準順守に関する自己評価と、実地の認証手続きの結果を、CRESSが認証した機関とそうでない機関について比較している。Lucca (2000)¹⁷⁾はクラブハウスのフィデリティスコアと Principles of Psychosocial Rehabilitation scaleのスコアをつきあわせることで、収束的妥当性を検証している。

(5) 予測妥当性の検証：

フィデリティ測定結果が、期待されるアウトカムと関連しているかどうかを検証してフィデリティの予測妥当性を確かめるものである。アプローチの例としては、援助付き雇用のフィデリティスコアが利用者のアウトカムと関連していることを明らかにした (Becker et al, 2001)²²⁾。またACTのフィデリティモデルは明らかに入院の減少率と関連していた(McGrew et al, 1994)¹⁰⁾。薬物と精神障害の併発に関するチームにおいては、レートが高いほど治療への残存率がよく、アルコールと薬物の使用現象に繋がり、寛解率も高かった (McHugo, Drake, Teague, & Xie, 1999)²³⁾。また、メンタルヘルスに関する問題でリファーされた子供たちの割合とメンタルヘルスの支援を受けた高さが報告されている(Friesen et al., 2002)²⁴⁾。さらに家族に焦点化したセラピーのフィデリティスコアと患者の寛解との関係が調べられている(Weisman et al., 2000)²⁵⁾。

C. 考察

ここまでフィデリティ尺度の開発に関して整理してきた。フィデリティ開発には3つのステップがあり①フィデリティ尺度の開

発（有効な支援要素の特定）、②フィデリティ尺度の測定、③フィデリティ尺度の信頼性・妥当性の検証、という3つのステップからなることが説明された。しかしフィデリティ尺度の開発研究は、いわゆる伝統的な心理・精神医学的な尺度に比べて歴史が浅く、その尺度の開発に関しては十分な研究蓄積がない段階といえるだろう。特に信頼性・妥当性の検証については必ずしも十分に定式化されているわけではなく、予測妥当性・判別妥当性・構成概念妥当性・信頼性の観点から、研究によって1つまたは複数のアプローチを採用して尺度の検証をしていることが多いようである。

これらの理由については、フィデリティ尺度が、個人の内面等ではなく、社会プログラムを対象にしているものと関連しているのではないかと考える。社会プログラムが成熟し、一定の成果を上げ、その成果が認知されるようになるまでには、場合によっては多くの時間を要する場合が少なくない。さらに本論文で紹介された「①成熟したプログラムの中から必要な構成要素を抽出する」には、さらに文献レビューや質的調査などの時間を要することになる。そのうえで上記②のステップでデータを実測し、さらに③のステップで信頼性・妥当性を検証する、とくにフィデリティ得点がアウトカムと関連するかという重要な観点である予測妥当性も含めた信頼性・妥当性を検証する場合には、プログラムが成果をあげるまでの時間をフォローする必要がある、それに要する時間は増大する。すなわちプログラムの成熟、フィデリティの①作成、②測定、③検証（一時点・長期予後）のステップごとに時間を要するため、1つのフィデリティ尺度の開発全体にはかなり長期的な関わりが必要になってくる。多くの論文が信頼性・妥当性の検証として必ずしもすべての側面をカバーしていないのは、1論文では、この過程全体を記述しきれない、あるいは時間の経過を要するため、各論文が、その可能な範囲で信頼性・妥当性を検証してい

るともいえるだろう。

フィデリティ尺度は、まず有用性のあるプログラムが確立していることを前提にしている。そして確立されたプログラムを、フィデリティ尺度によって有効な要素に分解・構成することで複製を可能にすること、そのうえでそれを測定し、高い忠実度得点を維持することで元のプログラムと同等の高いアウトカムを達成することが期待されるわけである。そのように考えると、フィデリティ尺度の開発において重要な点は、Ⅰ：確立されたプログラムの有効な要素を忠実にフィデリティ尺度が反映しているか（紹介論文のステップ①）、Ⅱ：尺度が有効な要素を信頼性・妥当性をもって測定できているか（紹介論文のステップ②・③）、Ⅲ：その得点がアウトカムを予測できるか（紹介論文のステップ③）、という3つに整理したうえで、それを1つずつ検証していくなどの方法も、研究を整理して記述するうえでは重要であろう。

日本では現在、フィデリティ開発に関する研究が十分に蓄積されているとは言えないが、通常の尺度開発とは異なるこのような性格を踏まえ研究が重ねられることが重要であると考えられる。

D. まとめ

目的：EBPの普及の上では、効能研究や効果研究によって有効性が明らかにされた心理社会的介入プログラムのモデルを同定し、その定式化・標準化を行いプログラムの実施・普及をはかることが重要である。フィデリティ尺度は、このプログラムの普及を円滑にするために、オリジナルに開発されたプログラムモデルに忠実に行われている程度（範囲）を評価する尺度である。こうしたフィデリティ尺度の開発や妥当性の方法論について、我が国では十分な文献・研究が導入されているとは言えない。本研究では Mowbray らの “Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation(2003)” に基づき、フィデリティ開発の手順について簡略

に紹介を行い日本におけるフィデリティ開発・検証研究の進展の一助とすることを目的とする。

概要：本論文はレビュー論文のスタイルをとり、健康や教育領域における論文から実例を引き、フィデリティ基準の開発、測定、および妥当化における道筋の要点を述べている。

結果：フィデリティ開発における3つの主要なステップは、①プログラムにおける有効な支援の構成要素を特定するフィデリティ尺度の開発、②指標を測定するための定量的なデータの収集・フィデリティの測定、③妥当性と信頼性フィデリティ尺度の信頼性と妥当性の確認、である。③については(1)評価者間信頼性・再テスト信頼性、(2)確認的因子分析・内的一貫性、(3)他のプログラムとの比較、(4)収束の妥当性、(5)予測妥当性の検証などのアプローチを単一・または複数もちいて検証される。

考察：プログラムを対象としたフィデリティ尺度の開発には多くの時間がかかるため、1つの研究・論文でこの3ステップすべてを記述することは容易ではないが、その開発過程を①確立されたプログラムの有効な要素を忠実にフィデリティ尺度が反映しているか、②尺度が有効な要素を信頼性・妥当性をもって測定できているか、③その得点がアウトカムを予測できるか、という3つに分け検証するなど、研究を整理して記述するうえでは重要であろう。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表 なし

G. 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) Mowbray, K, Holter, M. C., Teague G. B. & Bybee, D.(2003). Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation”, American Journal of Evaluation 24(3), 315-340.
- 2) Orwin, R. G. (2000). Assessing program fidelity in substance abuse health services research. *Addiction*, 95(Suppl.3), S309-S327.
- 3) Drake, R., Goldman, H., Leff, H., Lehman, A., Dixon, L., Mueser, K., & Torrey, W. (2001). Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatric Services*, 52, 179-182.
- 4) Hohmann, A. A., & Shear, M. K. (2002). Community-based intervention research: Coping with the “noise” of real life in study design. *American Journal of Psychiatry*, 159, 201-207.
- 5) Chen, H. (1990). *Theory-driven evaluations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 6) Banks, S., McHugo, G. J., Williams, V., Drake, R. E., & Shinn, M. (2001). A prospective meta-analytic approach in a multi-site study of homelessness prevention. In J. M. Herrell & R. B. Straw (Eds.),
- 7) Bond, G. R., Evans, L., Salyers, M. P., Williams, J., & Kim, H. W. (2000). Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. *Mental Health Services Research*, 2(2), 75-87.
- 8) Blakely, C. H., Mayer, J. P., Gottschalk, R. G., et al. (1987). The fidelity-adaptation debate: Implications for the implementation of public sector social programs. *American Journal of Community Psychology*, 15, 253-268.
- 9) Paulson, R. I., Post, R. L., Herinckx, H. A., & Risser, P. (2002). Beyond components:

- Using fidelity scales to measure and assure choice in program implementation and quality assurance. *Community Mental Health Journal*, 38, 119-128.
- 10) McGrew, J. H., Bond, G. R., Dietzen, L., & Salyers, M. (1994). Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 670-678.
 - 11) Teague, G. B., Bond, G. R., & Drake, R. E. (1998). Program fidelity and Assertive Community Treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 216-232.
 - 12) Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., et al. (1997). A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40, 265-284.
 - 13) Moncher, F. J., & Prinz, R. J. (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 11, 247-266.
 - 14) Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Liao, J. G., Letourneau, E. J., & Edwards, D. L. (2002). Transporting efficacious treatments to field settings: The link between supervisory practices and therapist fidelity in MST programs. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 155-167.
 - 15) Weisman, A., Tompson, M. C., Okazaki, S., Gregory, J., et al. (2002). Clinicians' fidelity to a manual-based family treatment as a predictor of the one-year course of bipolar disorder. *Family Process*, 41, 123-131.
 - 16) Clarke, G. (1998). Intervention fidelity in the psychosocial prevention and treatment of adolescent depression. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 17, 19-33.
 - 17) Lucca, A. M. (2000). A Clubhouse fidelity index: Preliminary reliability and validity results. *Mental Health Services Research*, 2, 89-94.
 - 18) Hernandez, M., Gomez, A., Lipien, L., Greenbaum, P. E., et al. (2001). Use of the system-of-care practice review in the national evaluation: Evaluating the fidelity of practice to system-of-care principles. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9, 43-52.
 - 19) Teague, G. B., Drake, R. E., & Ackerson, T. H. (1995). Evaluating use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse. *Psychiatric Services*, 46, 689-695.
 - 20) Rog, D. J., & Randolph, F. L. (2002). A multi-site evaluation of supported housing: Lessons learned from cross-site collaboration. In J. M. Herrell & R. B. Straw (Eds.), *Conducting multiple site evaluations in real-world settings*. New Directions for Evaluation, no. 94 (pp. 61-72). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
 - 21) Macias, C., Propst, R., Rodican, C., & Boyd, J. (2001). Strategic planning for ICCD clubhouse implementation: Development of the Clubhouse Research and Evaluation Screening Survey (CRESS). *Mental Health Services Research*, 3, 155-167.
 - 22) Becker, D. R., Smith, J., Tanzman, B., Drake, R. E., & Tremblay, T. (2001). Fidelity of supported employment programs and employment outcomes. *Psychiatric Services*, 52, 834-836.
 - 23) McHugo, G. J., Drake, R. E., Teague, G. B., & Xie, H. (1999). The relationship between model fidelity and client outcomes in the New Hampshire Dual Disorders Study. *Psychiatric Services*, 50, 818-824.
 - 24) Friesen, B. J., Green, B. L., Kruzich, J. M.,

Simpson, J., et al. (2002). Guidance for program design: Addressing the mental health needs of young children and their families in early childhood education settings. Retrieved May 23, 2002, from Portland State University, Research & Training Center on Family Support and Children's Mental Health Web site:
<http://www.rtc.pdx.edu/pgProjGuidance.php>.

- 25) Weisman, A., Nuechterlein, K. H., Goldstein, M. J., & Snyder, K. S. (2000). Controllability perceptions and reactions to symptoms of schizophrenia: A within-family comparison of relatives with high and low expressed emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 167-171.

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

研究分担者：○下平美智代¹⁾

研究協力者：山口創生¹⁾、吉田光爾¹⁾、佐藤さやか¹⁾、市川健¹⁾、古家美穂¹⁾

種田綾乃¹⁾、片山優美子²⁾、小川友季³⁾、伊藤順一郎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) 独) 国立国際医療研究センター 国府台病院

要旨

本研究では、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とした。さらに、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。結果として、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。

A. 研究の背景

重度精神障害者の個別援助付雇用システムとしてアメリカで開発された IPS (Individual Placement and Support) 型就労支援は、複数の無作為化比較対照試験 (RCT) により、準備訓練型の支援よりも有効であることが実証されている¹⁾。そのため、IPS 型就労支援プログラムは EBP (Evidence based practice: 根拠に基づく実践) であることが国際的に知られている。我が国では、2005 年前後から IPS 実践が複数の実践機関もしくは実践家に支援技法として取り入れられてきたが、必ずしも

オリジナルモデルに忠実なプログラムとして提供されてきたわけではなかった⁴⁾。そのため、IPS 型就労支援をよく理解し、効果的支援を提供していた実践家とその機関を去ると、後には継承されていかないという状況もみられた。

その機関でオリジナルモデルに忠実な支援プログラムが提供されているかどうかについては、フィデリティ評価によって確認することができるが、本研究班発足当時（2011 年 4 月）、日本版のフィデリティ尺度は存在していなかった。フィデリティとは、「ある介入がそ

の Protokol もしくはオリジナルに開発されたプログラムモデルに忠実に実行されている程度」³⁾と定義される。

本研究班では、平成 23 年度（2011 年度）に、オリジナルモデルの確認として、アメリカバーモント州におけるオリジナルモデルの視察と研修を実施した。さらに、IPS-25²⁾を参照し、平成 24 年度（2012 年度）に研究者、有識者、および実践家から成るワーキンググループを結成して「日本版 IPS 型就労支援標準モデル」を作成した⁵⁾。

本研究では、この標準モデルと IPS-25 を基に、日本版 IPS 型就労支援フィデリティ評価ツールを開発し、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機関を対象に実地試用を行い、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とした。さらに、日本の IPS 実施機関の特徴を記述することを副次的目的とした。

B. 方法

1. 日本版 IPS 型就労支援フィデリティ評価ツールの開発

日本版 IPS 型就労支援標準モデル（別添）と IPS-25 を基に、まずはフィデリティ評価項目のたたき台を作成し、標準モデルのワーキンググループに入っていた研究者らが、フィデリティ評価ツール開発メンバーとなり、項目を一つずつ確認し、文章を修正する作業を行った。また、開発メンバーからは、フィデリティ評価を補うものとして、全般的な組織体制が評価できる指標の作成が提案され、GOI（General Organization Index：一般組織構造指標）も同時期に作成された。

2. ツールの試用および信頼性と妥当性の検証

①対象

2012 年 8 月に当研究班によるアンケート調査⁴⁾対象となった、IPS を標榜もしくは要素を取り入れているとする 21 機関、その後、リ

ストに加えられた 3 機関、および IPS を標榜していないが、個別ニーズベースの就労支援に取り組む 2 機関の合計 26 機関を対象とした。その内、訪問調査を承諾した 17 機関にフィデリティ調査を実施した。

17 機関の基礎属性を表 1 に示した。就労移行支援事業所が最も多く 11 機関（65%）、次いで医療機関 4 機関（24%）、生活訓練 1 機関（6%）、ACT を専門に行っている訪問看護ステーション 1 機関（6%）であった。これら 17 機関の内、IPS を標榜している機関が 12 機関、部分的に IPS を取り入れているとする機関が 3 機関、IPS ではないが個別就労支援を行っている機関が 2 機関であった。

②手続き

2 名の調査員が各機関に訪問し、本研究で開発された評価票（後述）に沿って調査を実施した。調査所用時間は 1 機関あたりおよそ 6 時間であった。評価方法は、当該機関の管理者および就労支援スタッフ（ES）へのインタビュー、およびスタッフが日々つけている利用者別の記録の調査であった。その他参考として実際の支援に調査員が同伴して支援の様子を観察した。調査実施期間は 2013 年 9 月 20 日から 2014 年 2 月 4 日までだった。

③分析

ツールの評価者間信頼性の分析には Pearson の積率相関係数の算出を行った。また、弁別的妥当性の検証のために、IPS を標榜する群とそうでない群（部分的に IPS を取り入れているもしくは IPS ではないと言明している群）とに分け、フィデリティ得点を Student の t 検定および Mann-Whitney の U 検定で比較した。また、JIPS-25 と利用者の就職率および離職率の関連を Pearson の積率相関係数を算出することで検討した。

④倫理的配慮

本研究は、国立精神・神経医療研究センターの倫理審査委員会にて審議にかけられ、認可を受けて実施した。

C. 結果

1. 評価ツールの開発

ツール開発作業に要した期間は、2013年4月1日～8月31日までの5ヵ月間で、その内、開発メンバーが議論したのは、1回3時間の合計5回であった。この間、評価ツールの調査票としての形成および評価の際の計算シートの作成が行われた。

前述のように、開発メンバーからは、フィデリティ評価を補うものとして、全般的な組織体制が評価できる指標の作成が提案され、GOI (General Organization Index: 一般組織構造指標) も同時期に作成された。

結果として、10項目のGOIと25項目のフィデリティ評価ツールが開発され、この25項目版のツールはJIPS-25と名付けられた。完成したJIPS-25第1版を付録1に、GOI第1版を付録2に収録している。

GOIは10項目の各項目について、「いる」「いない」もしくは「ある」「ない」の2者択一で評価するようになっている。「いる」もしくは「ある」の回答で1点ずつ加算し、0点から10点までで評価する。点数が高いほど一般組織構造がIPS型就労支援プログラムを実施する体制として評価が高いと判断される。

JIPS-25は、各項目について、5段階で評価するようになっており、各段階には明確なアンカーポイントが付されている。また、IPS-25に合わせて、「スタッフ配置」3項目、「組織」8項目、「サービス」14項目から成っている。なお、「サービス」には日本版標準モデルに合わせた2項目が配点評価しない参考項目として掲載されている。JIPS-25は全ての項目の点数を合算して合計点を出す場合は、最低25点、最高で125点となる。下位尺度

ごとに合計点を出す場合は、「スタッフ配置」3点から15点、「組織」8点から40点、「サービス」14点から70点の範囲となる。JIPS-25も点数が高いほどフィデリティが高いと判定される。

なお、フィデリティ評価ツールは、内的一貫性を重要視する心理測定的尺度とは異なり、そのプログラムが本来目指すものに近いかどうかを評価するため、3つの下位尺度は因子分析等統計学的分析によって分類されたものではなく、エキスパートコンセンサスにより作成され分類された項目となっている。

2. ツールの信頼性と妥当性

①評価者間信頼性

フィデリティ調査には2名の調査員が出向き、それぞれがフィデリティ評価ツールに沿って評価点をつけた。GOI、JIPS-25共に、項目ごとに二者の評価点について相関係数を算出した。GOIについては、完全に二者間が一致しており、相関係数を算出するまでもなかった。JIPS-25についての結果を表2に示した。結果として1項目を除きすべての項目について有意な高い正の相関が示された。「サービス」の項目1のみ、相関係数も低めで有意ではなかった。これは、「社会保障に関する個別相談を提供する」という項目であった。この項目については、二者の評価点を精査したところ、一方が4点もしくは5点としている場合にもう一方が5点もしくは4点と評価しているという不一致が起きており、3点以下の評点のときには不一致がなかった。このため、5段階評定のアンカーポイントの4点と5点の文章について確認を行ったところ、「仕事を始める前に利用者が、社会保障に関する専門知識のあるスタッフまたは外部の専門家により、包括的で個別化された社会保障に関するカウンセリングを受けられるよう、就労支援スペシャリストもしくはケアマネージャーはコーディネートする。」という文章ま

では両者は同じで、評点 5 では、「彼らは利用者が勤務時間や給与の変化に関して意思決定をする必要がある際にも社会保障に関するカウンセリングを受けられるようコーディネートする。」という文章が追加されている。この項目は記録からではなく、管理者と ES にそれぞれインタビューを行い評価する項目であった。

② 弁別的妥当性

弁別的妥当性の検討のために、IPS を標榜する機関 (n=12) とそうでない機関および部分的に IPS を取り入れているとした機関

(n=5) のフィデリティ得点を比較した。表 3 に示したとおり、フィデリティ得点および下位尺度得点全てにおいて、IPS 群の方がそうでない群より高かった。統計学的な有意差を Student の t 検定および Mann-Whitney の U 検定で確認したところ、合計点および「組織」点で有意傾向のある差がみられた。

3. 対象機関のフィデリティと利用者登録数および利用者の就職実績

17 機関のフィデリティ評価の結果を表 4 に示した。GOI の平均は 6.8 点 (sd=1.4, 範囲 3-9) で、JIPS-25 の平均は 91.3 点 (sd=10.2, 範囲 68-104) であった。JIPS-25 の下位尺度「スタッフ配置」の平均は 9.1 点 (sd=3.0, 範囲 4-13)、「組織」の平均は 23.3 点 (sd=5.5, 範囲 16-33)、「サービス」の平均は 54.2 点 (sd=5.2, 範囲 44-61) であった。

17 機関中、前年度 (2012 年度) の実績のあった 16 機関の利用者数の平均および就職実績を表 5 に示した (1 機関は新規だった)。

登録者数は 10 名から 126 名と幅があり、平均 44.1 (sd=29.2) であった。男性 (平均 28.8 人, sd=16.8) の方が女性 (平均 15.4, sd=13.1) よりも全体的に登録者数が多かった。本研究の定義する一般雇用とその他を含めた全体の就職率は 44.4% (sd=20.1, 範囲

8.8-77.7) であり、一般雇用の就職率が 35.5% (sd=18.9, 範囲 7.4-65.5) であった。なお、「一般雇用」の定義は、「一般求人および障害者求人による一般企業等における雇用である。ただし、障害者だけを一つのセクションに集めたような職場は含めない。」というものであった。

筆者らは、IPS 支援では、本人の表明があってからの「迅速な求職活動」が原則なため、就職しても長続きしないのではないかと、という批判的な疑問の声をよくきいた。そのため、本研究では暫定的な離職率を、前年度就職した者で翌年の 8 月現在退職している者の数を各機関にたずね、その数値を使って算出した。結果として、離職率の平均は 20.2%、標準偏差 17.2 で、全く離職者のなかった機関もあれば最大値で 66.7%の機関まであり、機関によって大きなばらつきがあった。

4. フィデリティと就職率および離職率

JIPS-25 と就職率について積率相関係数を算出したところ、有意な正の相関が示された ($r=0.56, p<.05$)。下位尺度項目については、「スタッフ配置」の項目 3:「就労支援スペシャリストの提供するサービス」は一般雇用での就職率と有意な正の相関が示された

($r=0.59, p<.05$)。「組織」の項目 3:「就労支援スペシャリストと職業リハビリテーションにおける支援スタッフとの連携」は就職率と有意傾向のある正の相関が示された

($r=0.49, p<.1$)。「サービス」の項目 3:「職業的アセスメント」は就職率 ($r=0.84, p<.05$) および一般雇用での就職率 ($r=0.65, p<.05$) とそれぞれ有意な正の相関が示された。同じく「サービス」の項目 5:「個別化された求職活動」は一般雇用での就職率と有意傾向のある正の相関が示された ($r=0.50, p<.1$)。一方、「サービス」の項目 8:「職場開拓の多様性」は一般雇用での就職率と有意傾向のある負の相関が示された ($r=-0.52, p<.1$)。

JIPS-25 は離職率とも有意な正の相関が示された ($0.58, p < .05$)。下位尺度項目では、「組織」の「就労支援ユニット」($r=0.71, p < .01$)、「除外基準なし (1 ヶ月以内の求職活動)」($r=0.68, p < .05$)、「機関が一丸となって利用者の一般雇用実現に取り組む」($r=0.61, p < .05$) が離職率と有意な正の相関が示された。「サービス」の項目 3:「職業的アセスメント」($r=0.50, p < .1$)、項目 4「一般雇用のための迅速な求職活動」($r=0.48, p < .1$) とは有意傾向のある正の相関が示された。一方、「サービス」の項目 13:「地域ベースのサービス」と離職率は有意な負の相関 ($r=-0.66, p < .05$) が示された。

5. IPS を標榜する機関とそうでない機関との実績の比較

IPS を標榜する機関の特徴を知るために、利用者の登録実績および就職率、離職率を比較した。結果を表 6 に示した。登録者数は、IPS 標榜群が平均 40.3 ($sd=23.3$)、非 IPS および部分的 IPS 群は平均 52.6 ($sd=41.4$) で、IPS 群の方が全体的に登録者数が少ない傾向が見られた。ただし、どちらの群も標準偏差が高く、統計学的検定の結果、有意ではなかった。就職率については、IPS 標榜群で平均 48.4% ($sd=19.2$)、非 IPS および部分的 IPS 群で 35.5% ($sd=21.3$) であり、やはり平均値では IPS 群の方が高いように見えるが、標準偏差が大きく統計学的検定の結果、有意差は示されなかった。離職率については、IPS 標榜群で 25.8% ($sd=17.5$)、非 IPS 群および部分的 IPS 群は 8.4% ($sd=2.1$) で、その差は統計学的に有意であった。

D. 考察

日本版 IPS 型就労支援フィデリティ評価ツールとして、10 項目の GOI、25 項目のフィデリティ評価ツール JIPS-25 を作成した。GOI、JIPS-25 共に評価者間信頼性が確認さ

れた。JIPS-25 の下位尺度「サービス」の項目 1 のみ、二者間の評価の一致度が低かった。このため、二者の評価点を精査したところ、4 点と 5 点で評価が分かれているケースが多く、3 点以下の評価点は一致が見られていた。この項目は管理者と ES にインタビューをし、その結果から評価する。4 点と 5 点の評価のための文章の差異について、インタビュー結果の解釈が評価者間で割れやすかったのであろう。この項目は、評価者が客観的評価をしやすいうように修正する必要があると考えられる。

妥当性については、IPS 標榜群はそうでない群よりも 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と考えられる。

調査対象機関によって、利用登録者数や就職者数にはばらつきがあったが、それは、機関が就労支援を専門に提供しているサービス機関（就労移行支援事業所など）か、デイケアや ACT など就労支援をサービスの一部として実施しているかによって異なっていたと思われる。しかし、全体的に就職率および一般就労率は高いように考えられるが、このことについては、別途、準備訓練型の支援を行っている機関との比較が必要である。

対象機関 17 機関の JIPS-25 の平均点は 91 ($sd=10.2$) で、68 点から 104 点の幅があった。IPS-25 の評価では、73 点以下は「援助付雇用とはいえない」とされ、74 点から 99 点は「まずまずのフィデリティ」、100 点から 114 点は「良好なフィデリティ」、115 点から 125 点が「模範的フィデリティ」と判定される。73 点以下だったのは、68 点の 1 機関のみであるが、ここでは記録の不備により全体的に評価点が低かったということがある。またこの 1 機関は部分的に IPS を取り入れている機関の 1 つであった。IPS を標榜していない機関でも個別ニーズベースの就労支援に取り組んでいる機関が今回は調査対象となった

ため、全体的にフィデリティは高かったといえるだろう。

IPS のフィデリティの高さと利用者の高い就職率とは関連することが先行研究で示されている¹⁾。本調査結果では、JIPS-25 の評価点は就職率とも離職率とも有意な正の相関を示した。今回は暫定的な就職率の計算方法であり、経時的なアウトカムではないため、断言はできないものの、可能性として IPS 型就労支援を採用すれば、利用者の就職はより達成されやすくなることが示唆された。一方で、フィデリティ得点と離職率についても有意な正の相関がみられたことから、IPS らしい支援をしていると、利用者は離職しやすいということが示唆されているようにも思われる。しかし、今回の離職率の計算は暫定的なものであるため、就労継続日数を追跡した調査結果をみて判断しなければならないだろう。一方で、「地域ベースのサービス」の評価の高かった機関は、離職率が低かったことから、利用者の就職後の支援機関外（地域や就職先）での支援の重要性が改めて強調されたといえるだろう。

IPS を標榜する機関はそうでない機関と比較して、登録者数が少ない傾向にあり、就職率および離職率は高い傾向にあった。IPS 型就労支援はその特徴として、少ないケースロード (ES1 に対してクライアント 20 人以下)、除外基準をもたない、本人の希望による迅速な求職活動がなされることを是としている。このため、IPS 標榜機関はたしかに IPS らしい支援に取り組んでいると考えられる。一方で、IPS 標榜機関の方が利用者の離職率が高いという結果も示された。これは、短期雇用を就職活動の一環として積極的に利用している可能性と、支援者ではなく利用者本人が主体的に選択している結果とも考えられる。保護的な機関では、利用者が就職したいという意志表明をしても、時期尚早であるとして引き留めたり、その意を削ぐようにわざと働き

かけたりする機関もあると聞く。本人の希望により就職し、その雇用が継続されるのが一番望ましいが、離職や転職は必ずしもマイナスの経験とはいえない。IPS 支援を利用する人にはチャレンジする権利が保障される一方でリスクをも自分で引き受けるということであり、ES はそのリスクを引き受けた利用者を集团的に後方で支援するというのが IPS のあり方ではないか。繰り返しになるが、今回の結果は、利用者の就労継続日数を追跡調査したものではないため、IPS 型就労支援と離職率あるいは就労継続日数との関係は別の調査で確認する必要がある。さらに、本研究では「地域ベースのサービス」の評価の高い機関ほど離職率が低いという結果も示された。

IPS 型就労支援プログラムでは、ES が支援機関の外に出て、地域あるいは利用者の勤務先で支援すること、特に利用者の就職直後の集中的な支援が展開されることが強調されている。本調査結果は、その重要性が改めて示唆される結果であったと考えられる。

E. 結論

日本版 IPS 型就労支援フィデリティ評価ツールの GOI と JIPS-25 を開発し、一定の信頼性と妥当性が確認された。JIPS-25 で評価者間信頼性の低かった 1 項目のみ、修正点として反映したい。IPS 標榜機関の特徴として、そうではない機関と比較して、新規登録者数が少ない傾向にあり、就職率や離職率が高い傾向にあった。ただし、「地域ベースのサービス」の評価点が高い機関ほど離職率は低いという結果が示された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

・種田綾乃, 山口創生, 佐藤さやか, 片山優美子, 伊藤順一郎: 重度精神障害者に対す

る就労支援：individual placement and support を中心に．精神保健研究，27(60)73-79，2014.

2. 学会発表

- ・下平美智代，山口創生，片山（高原）優美
吉田光爾，佐藤さやか，伊藤順一郎：「日本版 IPS 型就労支援スタンダード」（標準モデル）作成に係る研究．日本精神障害者リハビリテーション学会 第 21 回沖縄大会．沖縄，2013.11.29.

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) Bond GR, Drake RE, Becker DR. An Update on Randomized Controlled Trials of Evidence Based Supported Employment. Psychiatric Rehabilitation Journal 31(4): 280-290, 2008.
- 2) Bond GR, Peterson AE, Becker DR, Drake RE: Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). Psychiatric Service 63(8): 758-763, 2012.

3) Mowbray CT, Holter MC, Teague GB, Bybee D: Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation. American Journal of Evaluation, 24(3): 315-340, 2003.

4) 下平美智代，片山（高原）優美子，山口創生，小川友季：日本の IPS 型就労支援実施機関を対象とした郵送調査結果の報告．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）．pp223-230, 2013.

5) 下平美智代，山口創生，片山（高原）優美子，吉田光爾，佐藤さやか，種田綾乃，市川健，伊藤順一郎，日本版 IPS 型就労支援スタンダード作成委員会：「日本版 IPS 型就労支援スタンダード（標準モデル）」作成に係る研究．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）．pp231-244, 2013.

表1: 調査参加機関の基礎属性				
	就労移行	病院	生活訓練	ACT (訪看)
調査参加総数	11	4	1	1
割合(%)	65	24	6	6
IPS	7	3	1	1
部分IPS	2	1	0	0
IPSではない	2	0	0	0

表2: 評価者2名の評価点の相関係数			
	スタッフ配置	組織	サービス
項目番号	相関係数 (r)		
1	1.00	0.99	0.45(ns)
2	1.00	0.78	0.94
3	0.81	0.85	0.86
4		0.97	1.00
5		0.93	0.82
6		0.81	0.99
7		0.79	0.93
8		0.84	1.00
9			1.00
10			1.00
11			0.77
12			0.80
13			1.00
14			0.92
Pearsonの積率相関分析 $p<0.01$ (両側検定)			

表3: IPS標榜機関とそうでない機関のフィデリティの比較							
	IPS標榜		IPSではない／部分的				
	n=12		n=5		Student's t test		Mann-Whitney's test
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t値	有意確率	漸近有意確率
GOI	7.0	1.2	6.2	1.9	1.0	0.311	0.514
Fidelity	94.2	9.0	84.4	10.3	2.0	0.069	0.091
スタッフ配置	9.3	2.9	8.8	3.5	0.3	0.788	0.789
組織	24.8	5.4	19.6	3.9	1.9	0.071	0.080
サービス	55.1	5.3	52.0	4.6	1.1	0.277	0.245

表4: 対象17機関のフィデリティ評価の結果					
	平均値	標準偏差	最小値	最大値	(満点)
GOI	6.8	1.4	3	9	10項目 (10)
Fidelity	91.3	10.2	68	104	25項目 (125)
スタッフ配置	9.1	3.0	4	13	3項目 (15)
組織	23.3	5.5	16	33	8項目 (40)
サービス	54.2	5.2	44	61	14項目 (70)

表5： 16機関の登録および就労実績				
	平均	標準偏差	最小値	最大値
2012年度登録者数	44.1	29.2	10	126
男性 (数)	28.8	16.8	5	70
女性 (数)	15.4	13.1	2	56
就職者数	21.8	20.9	3	76
「一般雇用」就職数	17.8	18.7	1	67
2013年8月現在退職者数	4.6	5.9	0	24
就職率(%)	44.4	20.1	8.8	77.6
一般雇用への就職率(%)	35.5	18.9	7.4	65.5
離職率(%)	20.2	17.2	0	66.7
「一般雇用」の定義： 一般求人および障害者求人による一般企業等での雇用 (障害者だけを一つのセクションに集めた職場は含めない)				
就職率＝就職者数/登録者数×100				
離職率＝2013年8月現在退職者数／就職者数×100				

表6： IPS標榜機関とそうでない機関の実績の比較							
	IPS標榜		IPSではない／部分的				
	n=12		n=5		<i>Student's t test</i>		<i>Mann-Whitney's test</i>
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t値	有意確率	漸近有意確率
2012年度登録者数	40.3	23.3	52.6	41.4	-0.8	0.453	0.610
就職率	48.4	19.2	35.5	21.3	1.2	0.248	0.193
一般雇用率	37.6	19.3	31.0	19.3	0.6	0.537	0.777
離職率	25.8	17.5	7.9	8.4	2.1	0.050	0.035

日本版 IPS 型就労支援フィデリティ評価票 JIPS-25

第 1 版

I. スタッフ配置

1. ケースロードの大きさ： 就労支援スペシャリストは個別のケースロードを持つ常勤換算*の就労支援スペシャリスト一人につき、最大 20 名までの利用者を担当する。 *「常勤換算」40 時間＝1 人で、精神のエフォート率を掛ける <評価ガイド> <u>事前調査票より評価</u> 計算シート 1「入力事項（事前調査票・利用者用 I-1）へ 事前調査票からの転記 計算結果をみる（計算シート 1：I-1）	☐1=就労支援スペシャリスト 1 人につき利用者は 41 人以上である。 ☐2=就労支援スペシャリスト 1 人につき利用者は 31～40 人である。 ☐3=就労支援スペシャリスト 1 人につき利用者は 26～30 人である。 ☐4=就労支援スペシャリスト 1 人につき利用者は 21～25 人である。 ☐5=就労支援スペシャリスト 1 人につき利用者は 20 人以下である。
2. 就労支援スペシャリスト： 精神障害者の就労や就労継続に関わるサービスのみを提供する。 <評価ガイド> <u>事前調査票より評価</u> 計算シート 1「入力欄（事前調査票・スタッフ用：EFG）へ 事前調査票からの転記 計算結果をみる（計算シート 1：I-2）	☐1=就労支援スペシャリストが精神障害者の就労支援に関わる時間は勤務時間の 60%未満である。 ☐2=就労支援スペシャリストが精神障害者の就労支援に関わる時間は勤務時間の 60～74%である。 ☐3=就労支援スペシャリストが精神障害者の就労支援に関わる時間は勤務時間の 75～89%である。 ☐4=就労支援スペシャリストが精神障害者の就労支援に関わる時間は勤務時間の 90～95%である。 ☐5=就労支援スペシャリストが精神障害者の就労支援に関わる時間は勤務時間の 96%以上である。
3. 就労支援スペシャリストの提供するサービス： それぞれの就労支援スペシャリストが、関係づくり、①インテーク、②アセスメント（ストレングス、スキル、職歴等）、就職活動支援に	☐1=就労支援スペシャリストは単にハローワークや職業センターへの紹介だけを

おける③履歴書の書き方やビジネスマナー等の指導やハローワーク等への同行支援、④職場開拓、⑤ジョブユーチ等の就職後の継続支援、⑥卒業（ステップダウン）に向けた支援や他の支援機関の利用に向けた支援のサービスを行う。 <評価ガイド> <u>記録およびESインタビューより評価</u> 10 ケースの記録から（就労前 3 ケース、後 6 ヶ月以内 4 ケース、6 ヶ月以上 3 ケース） 計算シート 2 I-3 に入力（1/0） 計算結果を見る。 1、2 はインタビューから判断。3～5 は計算結果をみる。	行う。 ☐2=就労支援スペシャリストは利用者を受け持っているものの、他の機関（例：障害者就労・生活支援センターや B 型等）の就労支援サービスに紹介する。 ☐3=就労支援スペシャリストは就労支援サービス①～⑥の内 4 つは行っている。 ☐4=就労支援スペシャリストは就労支援サービス①～⑥の内 5 つは行っている。 ☐5=就労支援スペシャリストは就労支援サービス①～⑥全て行っている。
--	---

II. 組織

1. 精神保健支援と就労支援の統合（組織構造）： ●機関には一人の利用者を支援する就労支援スペシャリストと担当ケアマネージャーがいる。 ●就労支援スペシャリストとケアマネージャーは同一機関に所属している。 ●就労支援スペシャリストとケアマネージャーはチームとなり就労や就労継続に関する支援を行う。 ＊ケアマネージャーの定義は「標準モデル」p2(2)に記述があるとおり。 <評価ガイド> <u>管理者インタビューによる評価</u>	☐1=機関内にケアマネージャーがいない／就労支援スペシャリストが生活支援も行っている。 ☐2=同一機関内にケアマネージャーと就労支援スペシャリストがいるが定期的なミーティングの機会をもっていない。 ☐3=ケアマネージャーと就労支援スペシャリストは利用者の就労支援に関連して対面で定期的にミーティングを行うがそれは月に 1 回程度である。 ☐4=ケアマネージャーと就労支援スペシャリストは利用者の就労支援に関連して対面で定期的にミーティングを行うがそれは月に 2～3 回である。 ☐5=ケアマネージャーと就労支援スペシャリストは利用者の就労支援に関連して対面で週に 1 回以上はミーティングを行う。
2. 精神保健支援と就労支援の統合（連携の質）： i ケアマネージャーは、利用者が就労することの意義について理解しており、それを表明している。 ii 就労支援スペシャリストとケアマネージャーは利用者の就労や就労継続について話し合うため週 1 回以上は対面でミーティングを行っている。（利用者の 80%以上に対して実施） iii ケアマネージャーは、利用者の就労や就労継続に貢献するため医療的側面を鑑みた生活支援を包括的に行う。（利用者の 80%以上に対して実施）	☐1=左記について全く該当しない。 ☐2=左記の内、1 つ該当する。 ☐3=左記の内、2 つ該当する。 ☐4=左記の内、3 つ該当する。 ☐5=左記の内、全て該当する。

iv. ケアマネージャーと就労支援スペシャリストは、利用者の就労や就労継続に関わる調整のため、利用者の通院する精神科の医師やソーシャルワーカーと、利用者の通院同行やケア会議などを通して連携する。（利用者の 80%以上に対して実施） ＜評価ガイド＞ <u>管理者とスタッフへのインタビューによる評価</u>	
3.就労支援スペシャリストと職業リハビリテーションにおける支援スタッフとの連携： 就労支援スペシャリストは、利用者の支援に関連した情報交換や新規の利用者の紹介を得るために、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター、障害者職業センターなど、他の就労支援機関とも情報交換等、頻繁にコンタクト（電話、メール、対面）をとる。 ＜評価ガイド＞ <u>管理者インタビュー（記録参照）</u>	☐1=就労支援スペシャリストが上記機関の担当者にコンタクトを取るのは 3 ヶ月に 1 回以下である。あるいは、全くコンタクトを取らない。 ☐2=就労支援スペシャリストは少なくとも 3 ヶ月に 1 回は上記機関の担当者にコンタクトをとる。 ☐3=就労支援スペシャリストは毎月上記機関の担当者にコンタクトをとる。 ☐4=就労支援スペシャリストは上記機関の担当者と少なくとも 3 ヶ月に 1 回は対面でミーティングを行う。もしくは毎週、電話やメールでコンタクトをとる。 ☐5=就労支援スペシャリストは上記機関の担当者と 1 ヶ月に 1 回は定期ミーティングを行っており、かつ、毎週、電話やメールでコンタクトをとる。

4.就労支援ユニット（就労支援スペシャリストのチーム）： 同じ機関に所属する、2人以上の常勤の就労支援スペシャリストが、就労支援ユニットを形成している。<u>1つのユニットには1人のスーパーバイザーがいる。彼らは毎週、ケースに関するスーパービジョン的なミーティング／カンファレンス</u>をもち、支援方法を確認したり、求人情報を共有したりする。彼らは必要に応じてお互いのケースロードをカバーする。1機関に就労支援スペシャリストが1名だけの場合は、近隣の地域にある他機関の就労支援ユニットに入るか、他機関の就労支援スペシャリストとユニットを組む。この場合は、就労支援スペシャリスト間のケースロードのカバーはないが、グループスーパービジョンによる支援方法の振り返りや支援方法についてのアイデアの交換、および求人情報の共有が行われる。 <評価ガイド> <u>管理者・ES インタビュー</u>	☐1=月に1回以上の、スーパーバイザーによって推進されるユニットミーティングがない。 ☐2=月に1回以上、スーパーバイザーによって推進されるユニットミーティングを行っている。 ☐3=月に1回以上、スーパーバイザーによって推進されるユニットミーティングを行っている。そして、そこではIPSモデルに基づいたグループスーパービジョンが行われている。 ☐4=月に1回以上、スーパーバイザーによって推進されるユニットミーティングを行っている。そこではIPSモデルに基づいたグループスーパービジョンが行われている。ユニットのESは必要に応じてお互いのケースロードをカバーし合う。 ☐5=週に1回以上、スーパーバイザーによって推進されるユニットミーティングを行っている。そこではIPSモデルに基づいたグループスーパービジョンが行われている。ユニットのESは必要に応じてお互いのケースロードをカバーし合う。
5.就労支援ユニットのスーパーバイザーの役割： スーパーバイザーは就労支援ユニットを指揮する。就労支援スペシャリストのスキルは、成果に基づいたスーパービジョンを通して発展し、改善される。 スーパーバイザーの役割としては、以下の5項目がある： i. 常勤のスーパーバイザーが1名おり、10人以下の就労支援スペシャリストについて管理・教育・サポートの責任を負っている。 ii. スーパーバイザーは利用者の就職状況を毎週評価し、就労支援スペシャリストが支援の実績を改善するための目標を立てるのを助ける。 iii. 少なくとも月1回以上の個別もしくはグループスーパービジョンを行い、就労支援スペシャリストとともに利用者の就職や就労継続の手助けとなる新たな方法やアイデアを確認する。 iv. 新人もしくは支援に困難を感じている就労支援スペシャリストに同行し、実地で観察、モデリング、スキルに関するフィードバックを行う。	☐1=左記5項目の内、1項目該当もしくは全く該当する項目がない。 ☐2=左記5項目の内、2項目該当する。 ☐3=左記5項目の内、3項目該当する。 ☐4=左記5項目の内、4項目該当する。 ☐5=左記5項目の内、5項目該当する。

v. スーパーバイザーは地域の精神医療保健福祉機関とネットワークをつくり、各機関の就労に理解のあるスタッフと協力し、他のスタッフが、精神障害をもつ人々のリカバリーにとって就労が重要であることを理解できるよう啓発する活動を行う。 <評価ガイド> <u>スーパーバイザー・ES インタビュー</u>	
6. 除外基準なし：(記録・インタビュー) ●意欲の強弱に関わらず働くことに興味があるすべての利用希望者は、職業準備性の要因、物質乱用、精神症状、暴力行為の履歴、認知機能障害、治療を遵守しないことなどに関係なく、サービスにアクセスできる。これらは、支援の過程においても同様である。 ●就労支援スペシャリストは、利用者の過去の退職の理由や職歴の数にかかわらず、ひとつの仕事が終了したら、次の仕事に関しても支援を提供する。 ●外部の職業リハビリテーションによる審査基準において、利用希望者が支援対象外と判断されたとしても、IPS 支援機関は、その支援結果によらず支援を提供する。利用希望者は、公式にあるいは非公式に排除されない。 <評価ガイド> <u>記録より評価（1 ヶ月以内にハローワークに行っているか）</u> 就労前 3 ケース、後 6 ヶ月以内 4 ケース、6 ヶ月以上 3 ケースの記録をピックアップする。 計算シート 2：Ⅱ-6 に 1 か 0 を入力→計算結果Ⅱ-6 をみる。	☐1=正式な施設利用基準により、職業準備性の欠如を理由に就労支援にアクセスできない人がある ☐2=支援者に認識される職業準備性の欠如により、登録後 1 ヶ月以内に、2,3 人以上ぐらいが、求職活動（例：HW にいく、雇用担当窓口にあう）に到達する ☐3=支援者に認識される職業準備性の欠如により、登録後 1 ヶ月以内に、7 人以上ぐらいが、求職活動（例：HW にいく、雇用担当窓口にあう）に到達する ☐4=登録後 1 ヶ月以内に、9 人以上ぐらいが、求職活動（例：HW にいく、雇用担当窓口にあう）に到達するが、多様な紹介もとからうけいれていない ☐5=登録後 1 ヶ月以内に、9 人以上ぐらいが、求職活動（例：HW にいく、雇用担当窓口にあう）に到達する＋多様な紹介もとからうけいれる
7.機関が一丸となって利用者の一般雇用実現に重点的に取り組む： i. 機関は複数の方法を通して利用者の「一般雇用」（3-⑩参照）を促進する。利用者とのインタークには「一般雇用」に興味があるかについての質問が含まれている。 ii. 機関には、就労や IPS 型就労支援サービスに関する文書による掲示物がある（例：パンフレット、掲示板、ポスター）。 iii. 機関は、特に重い精神疾患をもった人の支援に力をいれる。 iv. 機関は、利用者が仕事についての話（いかに仕事を見つけ就職し	☐1=左記 i ～ v の内、1 つが行われているか、何も行われていない。 ☐2=左記 i ～ v の内、2 つが行われている。 ☐3=左記 i ～ v の内、3 つが行われている。 ☐4=左記 i ～ v の内、4 つが行われている。 ☐5=左記 i ～ v の内、5 つが行われている。

たか、今どのように働いているか、働き始めてからのことなど)を他の利用者やスタッフと共有できるよう支援する(例:雇用案内イベントやピアサポートグループでの発表や機関のニュースレター等の記事として掲載するなど)。 v. 機関は、一般雇用率(年度の利用登録者に対する雇用率=「就労者数」÷「年度内に IPS 支援への登録している人(申込書あり)」)を測定し、その情報を機関や法人の上層部やスタッフと共有する。 <評価ガイド> <u>管理者・スタッフへのインタビューより評価</u>	*母数=登録者数(就労移行・なかぼつ)、就労支援の契約(デイケア) *重い精神疾患の割合=GAF60 未満が 5 割, SMI, II 軸は I 軸との合併があれば入る
8. 経営陣が援助付き雇用を支援する: 機関もしくは法人の経営陣チームメンバー(例:理事長、役員、理事、院長など)が、IPS 型就労支援の実施と継続に関して支援する。経営陣チームの 5 つの重要な要素のすべてが行われている。 i. 科学的根拠に基づく IPS 型支援への理解がある ii. フィデリティ調査を受ける iii. フィデリティの結果と就労率実績の結果を照らし合わせて問題を明確にする iv. 高いフィデリティと就労率をあげるための改善・努力計画をたてる v. ivの計画を実行する <評価ガイド> <u>管理者へのインタビュー より評価</u>	☐1=左記 i ~ v の内、1 つが行われている。 ☐2=左記 i ~ v の内、2 つが行われている。 ☐3=左記 i ~ v の内、3 つが行われている。 ☐4=左記 i ~ v の内、4 つが行われている。 ☐5=左記 i ~ v の内、5 つが行われている。

III. サービス

番外 1. IPS 型就労支援サービスの開始の定義: IPS 型就労支援サービスの開始は、利用希望者が IPS 型就労支援の申込書を記載し、機関がそれを受け付けた年月日とする。就労支援スペシャリストあるいはケースマネージャーは、IPS 型就労支援サービスの利用を希望する本人の意思とサービス開始日を明記した書類を作成する。	評価点には加えない
---	------------------

1. 社会保障に関する個別相談を提供する： ●IPS 型就労支援では、すべての利用者が、新しい仕事を始める前に、個別の経済的な計画を得るための支援を受けることができる。また、利用者が勤務時間や給与の変化について意思決定をする必要がある際に、経済的計画の支援を受けることができる。 ●就労支援スペシャリストもしくはケアマネージャーは、就労に関連する福利厚生、生活保護、児童扶養手当、自立支援医療、障害年金、他の収入源等についての説明とそれらが、総収入にどの程度影響するか説明する。あるいは、説明できる担当者に確実につなぐ。 <評価ガイド> <u>管理者・ES インタビュー（記録参照）</u>	☐1=利用者のほとんどが社会保障に関する個別相談を受けられない。 ☐2=就労支援スペシャリストもしくはケアマネージャーは、どこに行けば社会保障に関する情報を得られるか、連絡先を利用者に提供する。 ☐3=就労支援スペシャリストもしくはケアマネージャーは、それぞれの利用者と仕事の状況に基づいて給付金の変化について話し合う。 ☐4=仕事を始める前に利用者が、社会保障に関する専門知識のあるスタッフまたは外部の専門家により、包括的で個別化された社会保障に関するカウンセリングを受けられるよう、就労支援スペシャリストもしくはケアマネージャーはコーディネートする。 ☐5=仕事を始める前に利用者が、社会保障に関する専門知識のあるスタッフまたは外部の専門家により、包括的で個別化された社会保障に関するカウンセリングを受けられるよう、就労支援スペシャリストもしくはケアマネージャーはコーディネートする。彼らは利用者が勤務時間や給与の変化に関して意思決定をする必要がある際にも社会保障に関するカウンセリングを受けられるようにコーディネートする。
2. 障害の開示： 求職活動に際して、就労支援スペシャリストは障害があることの開示・非開示についての客観的な情報を利用者に提供し、利用者本人が決定できるよう支援する。 i. 就労支援スペシャリストは、利用者に対して、職場での障害の開示を支援の条件として求めない。 ii. 就労支援スペシャリストは、利用者が職場で障害を開示する前に、障害を開示することで起こりうる状況を利用者と個別に話し合う。就労支援スペシャリストは利用者が職場で障害を開示することにより、支援者が雇用主との交渉等で担える役割について説明する。 iii. 就労支援スペシャリストは、開示する具体的な情報（例：精神保健福祉の支援を受けていること、精神障害があること、長期に渡って無職であったことなど）について個別に話し合い、雇用主にどのように伝えるのかの例を提供する。 iv. 就労支援スペシャリストは、一度ならず障害の開示について話し合う（例：もし利用者が2ヵ月たっても就労していない場合、または利用者が仕事での困難を訴えたとき）。	☐1=左記の i ～iv の内、何も行われていない。 ☐2=左記の i ～iv の内、1 つが行われている。 ☐3=左記の i ～iv の内、2 つが行われている。 ☐4=左記の i ～iv の内、3 つが行われている。 ☐5=左記の i ～iv の内、4 つ全てが行われている。

<評価ガイド> ES へのインタビューと記録の参照にて評価	
3. 職業的アセスメント： ●初期の職業的アセスメントは、複数回に渡って行われ、一般就労における職業経験の情報とともに更新される。 ●利用者の好み、経験、特技、ストレングス、個人的な交流、などの情報を含む職業プロフィールは、新たな仕事の経験とともに随時更新される。 ●職業的アセスメントを進めながら、利用者の住居等の環境的アセスメントも同時に行う。 ●情報源は、利用者自身、支援チーム、臨床記録、利用者の許可があれば家族や以前の雇用主からのものを含む。（*実習について：明確な利用者の希望があれば別だが、基本的にはアセスメントのための実習を前提にしない。） <評価ガイド> ES へのインタビューによる評価（記録参照）	☐1=就職活動の前に、標準化された検査、知能検査、ワークサンプルなどに基づく職業的評価のみを行う。または記録がない。 ☐2=職業的アセスメントは就職前実習、ボランティア、作業所における作業などを通して段階的に行われる。（体験のなかで評価という意味） ☐3=就労支援スペシャリストは、直接、利用者が一般雇用に就けるように支援する。ただし、利用者の興味、経験やストレングスの体系だったアセスメントをしておらず、また、これまでの教訓となるような失職についての分析もしていない。 ☐4=初回の職業的アセスメントは興味やストレングスを見つけるために 2～3 回のセッションを通して行う。就労支援スペシャリストは利用者がそれぞれの職業経験から学べるように、失業や仕事上の問題と成功について振り返るよう促す。ただし、支援チームはこれらの教訓を職業プロフィールに記録していない。または、職業プロフィールは定期的に更新されていない。 ☐5=初回の職業的アセスメントは、2～3 回に渡り行われ、利用者の好み、経験、スキル、ストレングスなどは職業プロフィールに記録されている。就労支援スペシャリストは、利用者がそれぞれの職業経験から学べるよう、失業や仕事上の問題や成功について振り返るよう促すし、こうした教訓も職業プロフィールに記録されている。この職業プロフィールは求職活動で活用されており、定期的に更新されている。
4. 一般雇用のための迅速な求職活動：（記録） 利用者あるいは就労支援スペシャリストが一般雇用について雇用担当窓口（ハローワーク、企業、事業主など）と最初に直接接触するのは、IPS 型就労支援参加後 30 日以内である。 <評価ガイド> 記録より評価する 支援を受けてから 1 ヶ月以上の利用者さんの記録を見る： （4 ケース就労後 6 ヶ月以内・3 ケース就労後 6 ヶ月以上） 計算シート 2：III-4 に数値入力	利用者が面接や見学などで、雇用担当窓口と最初に接する機会は、通常、支援開始から、 ☐1=9 ヶ月以上後である。 ☐2=5 ヶ月以上 9 ヶ月未満である。 ☐3=2 ヶ月以上 5 ヶ月未満である。 ☐4=1 ヶ月以上 2 ヶ月未満である。 ☐5=1 ヶ月未満である。 *ここでのいう接触は個別的職場開拓や担当窓口への相談をいう

計算結果Ⅲ-4 みる	
5. 個別化された求職活動： ●就労支援スペシャリストは、求人（すなわち、すぐに利用できる仕事）を優先させるのではなく、利用者の好み（それぞれの個人が楽しむことや彼らの目標に関連する）やニーズ（経験、能力、症状、健康など）に基づき、仕事との良いマッチングを行うために、事業主や雇用担当窓口と交渉する。 ●個別の求職計画は、職業的アセスメント／職業プロフィールや新たな仕事／職業訓練などの経験からの情報とともに作られ、更新される。（＊実習について：明確な利用者の希望があれば別だが、基本的にはアセスメントのための実習を前提にしない。） <評価ガイド> <u>1 年以内に立てられたケアプランの有無をみる：</u> 好み・ストレングス・症状・職歴の内 3 つが明文化して含まれている 計算シート 2：Ⅲ-5 に入力→計算結果をみる。	就労支援スペシャリストの雇用担当窓口との交渉の内、どれくらい労働市場（求人情報）よりはむしろ、利用者の個別性（症状、ストレングス、好み）を踏まえた職業選択であるか？ ☐ 1=25%未満 ☐ 2=25～49% ☐ 3=50～74% ☐ 4=75～89% ☐ 5=90～100%
6. 職場開拓 - 頻繁な雇用担当窓口（ハローワークや企業担当者）とのコンタクト：（インタビュー） ●それぞれの就労支援スペシャリストは、求職者たちのために、雇用担当窓口と、毎日のようにコンタクトを取る。 ●就労支援スペシャリストは、ハローワーク、企業や事業主とのコンタクトを記録するために、職場開拓の記録をする。 <評価ガイド> <u>ES・スーパーバイザーへのインタビューによる評価</u>	就労支援スペシャリストは、特定の利用者に関連する雇用担当窓口との対面コンタクトを、 ☐ 1=週に累計 2 回以下行っている。 ☐ 2=週に累計 2 回行うが、記録を行っていない。 ☐ 3=週に累計 4 回行い、スーパーバイザーによって毎月モニタリングできるよう記録している。 ☐ 4=週に累計 5 回行い、スーパーバイザーによって毎週モニタリングできるよう記録している。 ☐ 5=週に累計 6 回以上行い（利用者 1 名について複数回のコンタクトもあり）、スーパーバイザーによって毎週モニタリングできるよう記録している。
7. 職場開拓 - 雇用主（企業担当者）とのコンタクトの質： i. 就労支援スペシャリストは、雇用主のニーズを理解するようにつとめる。 ii. IPS 型就労支援は雇用主に対してもサービスを提供できることを伝える。 iii. 就労支援スペシャリストは、利用者のストレングスが雇用主のニ	☐ 1=就労支援スペシャリストは、利用者が仕事に応募するときに雇用主（企業担当者）と会うが、それ以外はめったに会わない。もしくはコンタクトをめったにとらない。あるいは左記の i ～iv の内、1 つも行っていない。 ☐ 2=左記の内 1 つは行っている。

ーズに見合うことを説明する。 iv. 就労支援スペシャリストは、複数回の訪問を通して、雇用主との関係を構築する。 <評価ガイド> ES へのインタビューによる評価	☐3=左記の内2つは行っている。 ☐4=左記の内3つは行っている。 ☐5=左記の内全て行っている。
8・職場開拓の多様性：(事前調査票) 就労支援スペシャリストは、利用者たちが異なる種類の仕事に就けるよう支援する。 <評価ガイド> 事前調査票「調査票3利用者一覧 M」から評価 事前調査票から異なる会社名をカウントし計算シート1：「入力事項（事前調査票・利用者用）のⅢ-8 に入力 計算結果Ⅲ-8 をみる	☐1=本調査から過去6ヵ月の間に就職した利用者のうち、異なる種類の仕事に就いているのは50%未満である。 ☐2=同じく、異なる種類の仕事に就いているのは50～59%である。 ☐3=同じく、異なる種類の仕事に就いているのは60～69%である。 ☐4=同じく、異なる種類の仕事に就いているのは70～84%である。 ☐5=同じく、異なる種類の仕事に就いているのは85～100%である。
9・雇用主の多様性：(事前調査票) 就労支援スペシャリストは、利用者たちが多様な企業や雇用主からの仕事に就けるよう支援する。 <評価ガイド> 事前調査票「調査票3利用者一覧 N」から評価 事前調査票から職種数をカウントし計算シート1：「入力事項（事前調査票・利用者用）のⅢ-9 に入力 計算結果Ⅲ-9 をみる	☐1=本調査から過去6ヵ月の間に就職した利用者のうち、異なる企業で仕事に就いているのは50%未満である。 ☐2=同じく、異なる企業で仕事に就いているのは50～59%である。 ☐3=同じく、異なる企業で仕事に就いているのは60～69%である。 ☐4=同じく、異なる企業で仕事に就いているのは70～84%である。 ☐5=同じく、異なる企業で仕事に就いているのは85～100%である。
10. 一般雇用：(事前調査票) ●一般雇用とは、ハローワーク等で紹介される最低賃金以上の一般求人と障害者求人を指す。 派遣や季節労働も一般雇用を含める。 ●最低賃金が支払われていても、障害者だけを1つの会社やセクションに集めて指導員の立場のスタッフが管理するような職場は目標としない。	☐1=本調査から過去6ヵ月の間に就職した利用者のうち、一般雇用の仕事に就いているのは50%未満である。 ☐2=同じく、一般雇用の仕事に就いているのは50～59%である。 ☐3=同じく、一般雇用の仕事に就いているのは60～69%である。

●上記については、本人の選択として、またリカバリーの過程として否定するものではない。しかし、IPS 型支援ではソーシャル・インクルージョン（社会的包摂）を重要視し、一般市民と共に働く職場を一般雇用として目標とする。 ＜評価ガイド＞ <u>事前調査票「調査票3利用者一覧I」から評価</u> 事前調査票から就職者数をカウントし計算シート1：「入力事項（事前調査票・利用者用）のⅢ-10 に入力 計算結果Ⅲ-10 をみる	☐4=同じく、一般雇用の仕事に就いているのは 70～84%である。 ☐5=同じく、一般雇用の仕事に就いているのは 85～100%である。
11. 個別ニーズと個別支援：（記録・インタビュー） a.利用者は、仕事、利用者の好み、職歴、ニーズなどに基づいた、仕事をするための異なる種類の支援を受ける。異なる種類の支援とは、精神保健福祉支援（例：薬の変更、社会技能訓練、励まし）に関わるチームメンバー、家族、友人、同僚、就労支援スペシャリストを含む、さまざまな人々によって提供される。 b.就労支援スペシャリストは、利用者の要望により、雇用主にも支援を提供する（例：教育的な情報、仕事上の便宜）。 c.就労支援スペシャリストは、キャリア開発、すなわち教育の支援、より魅力的な仕事、またはより望ましい職務に関しても、支援を提供する。 ＜評価ガイド＞ <u>ES へのインタビューによる評価（記録参照）</u> 利用者一覧（事前調査票の）をみながら具体例についてたずねる。 質問例：一度就職された方がキャリアアップしたいというときにどういう支援をしていますか？ ★a/b/c に分けて評価していく ★就職した人のサンプルで 7 割以上ついているかしていますか？	☐1=就職したほとんどの利用者が就職以降、就労支援スペシャリストの支援を受けない。 ☐2=就労している約半分の利用者が、就労支援スペシャリストの限られた支援を受けている。 ☐3=就労しているほとんどの利用者が、就労支援スペシャリストから限られた支援を受けている。 ☐4=ほとんどの利用者は、仕事、好み、職歴、ニーズなどに基づいた、仕事をするための異なる種類の支援を受けている。就労支援スペシャリストは、利用者の要望により、雇用主（企業担当者）に支援を提供する。 ☐5=ほとんどの利用者は、仕事、好み、職歴、ニーズなどに基づいた、仕事をするための異なる種類の支援を受けている。就労支援スペシャリストは、利用者の要望により、雇用主（企業担当者）に支援を提供する。就労支援スペシャリストは、キャリア開発、すなわち教育の支援、より魅力的な仕事、またはより望ましい職務に関しても、支援を提供する。 ＊「限られた支援」とはステップアップがないこと

12. 期限のない継続支援：（インタビュー） i. 就労支援スペシャリストは、利用者が仕事を始める 1 週間前以内、仕事を始めて 3 日以内、仕事を始めて最初の 1 ヶ月は毎週利用者と対面でコンタクトを取る。 ii. また、利用者が安定して仕事を継続している場合も、希望があれば、平均で 1 年間以上は毎月利用者と会う。利用者が安定して仕事を継続している場合は、就労継続に関する支援を減らしていく。 iii. 就労支援スペシャリストは、利用者が失業したことを知ったら 3 日以内に、コンタクトを取る。 iv. 就労支援スペシャリストは、利用者の雇用継続のためだけではなく、退職のための支援や転職に関する支援も行う。休職・復職の支援も行う。 <評価ガイド> <u>ES・スーパーバイザーへのインタビューにて評価</u> i は記録からチェックできるので計算シート使用： 計算シート 2：III-12 に 1・0 で入力→計算結果をみる。 あとは具体例についてどのような対応をしたか書く。	☐1=就労支援スペシャリストは、左記 i～iv の支援をしえていない。 ☐2=左記 i～iv について 1 つだけ実施している。 ☐3=左記 i～iv について 2 つ実施している。 ☐4=左記 i～iv について 3 つ実施している。 ☐5=左記 i～iv について全て実施している。
番外 2 退職支援： ●利用者が退職の意志を表明したら、面談等で詳細に事情を聴く。 ●利用者と企業、双方が納得する形で退社するための支援を行う（例：どのように企業側に話をするか、最終日をいつに設定するかなど話し合いを利用者で行う）。 ●就労支援スペシャリストは出勤最終日に利用者と一緒に職場にあいさつに行くなどの支援を行う。 ●失業に伴う手続きについての支援を行う。	評価点に加えない
13. 地域ベースのサービス：（事前調査票） 関係づくり、求職活動、フォローアップ支援などの職業サービスは、すべての就労支援スペシャリストによってオフィスの中ではなく、普通の地域の中で提供される。 ＊精神障害者を対象とした支援の時間の内であるが、動きとしては障害者間に差はないとみなす。	☐1=就労支援スペシャリストがオフィス以外の場所で働くのは勤務時間の 30%未満である。 ☐2=同じく、30～39%である。 ☐3=同じく、40～49%である。

＊出先の屋内でもオフィス外に入る。 ＜評価ガイド＞ 事前調査票より評価 計算シート1：「入力欄（事前調査票・スタッフ）：H」に数値を入力。 計算結果III-13をみる。	☐4=同じく、50～64%である。 ☐5=同じく、65%以上である。
14. コンタクトが取れなくなった利用者へのアプローチ～積極的関係づくりとアウトリーチ～：（インタビュー） i. 一定期間の経過や利用者が約束どおりの時間や場所に現れないことを理由に就労支援サービスを終了しない。 ii. 利用者が精神症状の影響で外に出られなくなったり、外部との交流を持ちにくくなったりすることもあるので、支援チームのメンバーは自宅や利用者の住む地域に複数回訪問する。 iii. 就労支援スペシャリストによる就労に関するアウトリーチを終了する場合には、利用者がもはや仕事をする意欲がない、あるいはIPS型就労支援を継続するつもりがないことを明確にする。 iv. 利用者との関係づくりと上記のようなアウトリーチは、チームのメンバーによって行われ、これらのアウトリーチ支援は確実に記録に残される。 v. 必要がある場合は、家族ともかかわりをもつ。 ＜評価ガイド＞ スーパーバイザー（管理者）・ES へのインタビューより評価	☐1=左記のうち i しかしていない。もしくは何もしていない。 ☐2=左記のうち i と ii を行っている。 ☐3=左記のうち i、ii、iii を行っている。 ☐4=左記のうち i、ii、iii に加えて iv か v のいずれかを行っている。 ☐5=左記のうち、5つ全てを行っている。

付録2 日本版IPS 型就労支援 プログラム評価 General Organization Index (一般組織構造指標) 第1版

調査年月日 (西暦) 年 月 日	
機関名: _____	
調査者名: _____	

G1	IPS 型就労支援 8つの原則の周知 機関の責任者は全職員にIPS 型就労支援の8つの原則について、資料等を手渡しつつ周知している。	いる	いない
G2	そこで提供される支援が、リカバリー志向、ストレングス志向であることを含んだ明文化された理念がある。	ある	ない
G3	IPS を必要としている対象にサービスが行われている 個別就労支援を受けている人の70%以上は精神障害を持つ人々である。	ある	ない
G4	ES の就労支援業務への専従性 精神障害者の個別の就労支援の業務に従事する常勤かつ専従の職員が2名以上いる。 常勤＝週32時間以上勤務/専従＝勤務時間の70%以上を就労支援に関する業務に充てている(就労支援に関連するミーティングは含まれる)	している	していない
G5	ケア・マネージャーの生活支援業務への専従性 精神障害者の個別の生活支援の業務に従事する常勤かつ専従の職員が1名以上いる。 常勤＝週32時間以上勤務/専従＝勤務時間の70%以上を生活支援に関する業務に充てている(就労支援に関連するミーティングは含まれる)	いる	いない
G6	全ての利用者について個別の日々の支援記録をつけている (職業プロフィールを含んだ個別の支援記録があるか)	いる	いない
G7	アウトカムモニタリングの実施 6ヵ月に1回以上アウトカムモニタリングが実施されており、結果がチームおよび機関のなかで共有されている。	いる	いない
G8	フィデリティ調査の実施 1年に1回以上、外部の評価者によるフィデリティ調査が実施されており、結果がチームおよび機関のなかで共有されている。	いる	いない
G9	研修を受ける体制が整っている 1年に1回以上、80%以上のスタッフが外部あるいは外部講師を招いての就労支援に関する研修に参加している。	いる	いない
G10	個別就労支援のプログラムアシスタント 就労支援部門に直接利用者の支援に携わらない事務員などのアシスタントが常勤換算で1名いる。 (常勤換算: 1人＝週40時間)	いる	いない

GOI: _____ / 10

障害者就業・生活支援センターに対する全国悉皆調査

研究分担者：○佐藤さやか¹⁾

研究協力者：市川健¹⁾，山口創生¹⁾，下平美智代¹⁾，種田綾乃¹⁾，吉田光爾¹⁾，
伊藤順一郎¹⁾，高井敏子²⁾

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) 全国就業支援ネットワーク

要旨

障害者の法定雇用率（民間企業）の現在の 1.8%から 2.0%への引き上げや精神障害者の雇用義務化など、近年障害者を取り巻く就労環境が大きく変化しようとしている。こうした中、今後精神障害者への就労支援ニーズが高まることが予想され、その主たる担当機関の 1 つである障害者就業・生活支援センターの役割はますます大きくなると思われる。しかし特に精神障害者への支援を考えた場合、医療に関連する課題や困難が指摘されており、なおかつその解決に資するような基礎的資料が不足しているのが現状である。

そこで本研究では、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、調査を実施することとした。

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者が多く、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者 52.1%、障害者求人によって就労している者 37.6%であった一方、精神障害では求職中の者 68.6%、障害者求人によって就労している者が 19.1%であった。このことから知的障害をもつ人は障害者求人による雇用に結びつきやすく、精神障害をもつ人は求職中状態から障害者求人による雇用状態に移行することが困難であることが推察され、障害種別によって転帰が異なることが示唆された。

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（i 関係づくり・アセスメント、ii 就労前訓練、iii 生活支援、iv 医療と関わりのある支援、v 求職に関する支援、vi 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。登録をして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。何らかの就労機会があったものについて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おり、精神障害や発達障害をもつ人が1つの職場で長く働き続けることの難しさが伺われた。

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、特に発達障害は紹介元としてジョブカフェなど都道府県独自の若者を対象とした支援機関が多かったこと、「求職に関する支援」が未実施もしくは後回しだった場合の理由として「社会性の欠如」が多かったこと、「他機関での訓練」、「家族支援」、「実習」を実施している割合が多かったこと、3ヶ月以内に中断した者の割合は多いが12か月以内に中断したものの割合は少なかったこと、障害者求人につながった者の割合は多かったが、平均就労期間は長くなかったこと、などの点で他の2つの疾患と異なると思われた。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。

本調査によってこれまで「経験談」として語られることが多かった障害者就業・生活支援センターのマンパワー不足や精神障害者を支援するにあたっての負担感や困難感について一定の量的データとして示すことができた。本調査の結果を基礎的資料として発信することによって、行政、医療機関、地域支援機関等の連携の一助としたい。

A. 研究の背景

平成23年5月23日、厚生労働省労働政策審議会障害者雇用分科会は「障害者雇用率等について（案）」において障害者の法定雇用率（民間企業）を現在の1.8%から2.0%へ引き上げる案を答申した¹⁾。また平成25年3月21日には同分科会の答申を経て平成30年4月を目指し精神障害者を法定雇用率の算定基礎に加える（精神障害者の雇用義務化）ことが閣議決定された²⁾。これらの政策提言は、従来からある精神障害をもつ当事者の「就労したい」という希望をふまえたものでもあり、今後、精神障害者に対する雇用ニーズが高まることが予想される。

こうした背景から本研究班では生活支援・医療支援・就労支援が一体となった支援を医療機関におけるリハビリテーション期から就労維持期また一貫して同じチームが担当する

体制を提案し、その効果検討を行ってきた。

しかしこうした着想はすでに過去に国でも検討されており、同様の理念で運営されている支援機関が存在する。それが障害者就業・生活支援センターである。

障害者就業・生活支援センターは平成14年の障害者雇用促進法改正により創設された「障害者就業・生活支援センター事業」により設置されることとなった機関で、かつて機関間の連携不足によってネガティブな結果を招くケースがあった反省をふまえ、利用者にとって身近な環境の中で就業面の支援と生活面の支援をワンストップで提供することを目的としており、その理念は評価に値する³⁾。しかし、精神障害をもつ人への就労支援という側面から見た場合、なお課題も残っている。そのひとつが医療機関との連携である⁴⁾。

亀田・内木場（2010）は障害者就業・生活

支援センター¹³ 機関を含む全国 20 カ所の就労支援機関で聞き取り調査を行っている⁵⁾。この結果、複数の機関から精神障害者へ支援を実施する際の課題として「(医療機関との)連携が非常に難しい」「精神障害者の支援の場合、医療機関との関係が一番の課題だが機関同士の連携が進んでいない」「医療機関から具体的な就労相談の依頼はなく、主治医との関わりがあるだけ」「年金申請や成年後見に関する意見書についても、スムーズに応じてくれる精神科医療機関は限られている」などの意見が挙げられ、地域の機関が医療機関と連携することの難しさが指摘されている⁶⁾。

また、障害者就労・生活支援センターの中には設立当初に知的障害をもつ人の支援を専門にしてきた機関も少なくない。知的障害者の場合、幼少期より家族など周囲が障害やその対処について認識しており、最初の支援機関ともいえる特別支援学校で早くから職業生活を意識した関わりがなされた上で、障害者就労・生活支援センターが支援を行う、というのが通常想定される支援プロセスであると思われる。一方、精神障害者の場合、発症の好発年齢は思春期後期以降であり、一種の中途障害とみることができる。このため、当事者や家族の障害受容の度合いもさまざまで、特に就労を視野に入れることが可能な一定の機能が保たれた当事者の中には支援機関によるサポートを受けた経験のないものが多い。上述のような知的障害の支援を主に担ってきたセンターにとって知的障害とは違う障害特性をもつ精神障害者の支援を実施することは負担が大きいと推察されるが実態については明らかでない。

冒頭でも述べたように、今後精神障害者への就労支援ニーズが高まることが予想され、その主たる担当機関の 1 つである障害者就業・生活支援センターの役割はますます大きくなると思われる。しかし特に精神障害者への支援を考えた場合、上記のような課題が挙げられ、なおかつその解決に資するような基礎的資料が不足しているのが現状である。

そこで本研究では、今後さらに社会的要請が高まる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する。

B. 方法

1) 調査対象

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。なお、本研究は機関を対象とした調査であり、支援機関から支援を受けているものに関する個人情報にはアクセスしない。

2) 調査方法

(1)調査期間：平成 25 年 7 月から 8 月

(2)調査手法：郵送調査①調査説明文書、②調査公示文書、③質問紙、④返送用封筒を調査対象機関に一斉に郵送し、調査期間内に返送を求める。返送を持って調査への同意とした。

また、返送された質問紙への回答について、不明点や欠損値があった場合、個別に機関に電話による問い合わせを行った。

(3)評価項目：

①機関長の属性：性別、年齢

②事業所の属性：

- ・法人の属性：法人の種別、法人が実施している他の事業の種別、センター事業開始年月、第 1 号職場適応援助者(ジョブコーチ：以下 JC) 助成金認定の有無、平成 24 年 4 月時点の事業所の担当する圏域の人口規模、平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月の新規登録者数、同期間の新規登録者の障害内訳、同期間の新規登録者の調査時点での就労転帰、平成 25 年 3 月時点の全登録者数
- ・勤務スタッフの属性：年齢、性別、勤務形態、1 週間の勤務時間、3 障害支援経験年数、精神障害者支援経験年数、

資格の有無と資格名、JC 資格の有無
③精神障害者に対する支援実態：精神障害者に関するセンター登録基準および求職支援開始基準の有無とその内容、医療に関する支援の実施の有無とその内容、精神障害者を支援する際に感じる困難感・負担感等

④平成 24 年 4 月以降の新規に登録した精神障害者最初の 5 名についての属性、支援の実際、就労の転帰：障害種別の判別根拠、手帳種別、診断、機能の程度、紹介元、実施した支援のウエイト（優先順位）と実施内容、求職に関わる支援が未実施もしくは優先順位が低かった場合、その理由、2 ヶ月以上対面コンタクトなし状況の有無、就労転帰、就労期間

調査項目の詳細は別添を参照のこと。なお質問紙への回答は機関長に依頼した。

(4)統計解析計画：主としてクロス集計を実施する。

(5)公表方法：研究班による報告書の作成、HP における結果の公表

C. 結果

調査の結果、調査対象 316 機関のうち、199 機関から回答を得た。回収率は 62.97%であった。

1) 機関長の属性

機関長の性別の内訳は男性 121 名、女性 78 名であった。平均年齢は 43.29±43.00 歳であり、最年少は 25 歳、最年長は 69 歳であった。

2) 事業所の属性

(1)法人について

社会福祉法人が 199 機関中、174 機関（87.4%）を占めた（表 1）。また同法人で実施している別事業としては就労移行支援事業（158 機関、81.0%）、就労継続支援 B 型（165 機関、84.6%）、ケアホーム・グループホーム・福祉ホーム（156 機関、80.0%）などの事業について 8 割を超える機関が実施していた（表 2）。

JC 助成金認定を受けている機関は 96（48.2%）であった。またセンターが担する圏域の人口規模は 43.04±55.24 万人であった。

平成 24 年 4 月から平成 25 年 3 月の間の平均新規登録者数は 69.59±54.99 人であり、平成 25 年 3 月時点での平均全登録者数は 343.75±206.83 人であった。

(2)スタッフについて

スタッフについて回答のあった 197 機関の平均スタッフ数は 4.56±1.91 人であり、全スタッフ 898 人のうち、男性は 407 人で 45.3%であった。勤務形態は常勤者が 783 人で 87.2%を占めた。1 週間の平均勤務時間は 38.29±6.28 時間であった。スタッフの平均年齢は 41.50±11.07 歳であり、3 障害を対象とした支援経験年数の平均は 4.84±4.95 年、精神障害を対象とした支援経験年数の平均は 4.37±4.85 年であった。スタッフのうち、なんらかの資格をもつものは 893 人のうち 548 人（61.4%）となっており、有している資格として挙げられたもののうち、多かった資格はソーシャルワーカー、精神保健福祉士、介護福祉士などであった（表 3）。

(3)平成 24 年度 1 年間の新規登録者数および同年度末の全登録者数（累積登録者数）

199 機関に平成 24 年度の 1 年間に登録された新規登録者数合計は 13,848 人であり、平均新規登録者数は 69.59±54.99 人であった。さらに、平成 24 年度末（平成 25 年度 3 月末）までの全登録者（累積登録者）の平均は 343.75±206.83 人であった。

(4)障害種別ごとの平成 24 年 4 月から平成 25 年 3 月までの新規登録者の調査時点における就労転帰

前項の平成 24 年度新規登録者 13,848 人から①早期に支援をドロップアウトしたために事業所が転帰を確認できなかったもの、②登録時すでに就労先が決まっており、JC 目的の利用だったものを除く 13,326 人について障害種別ごとに就労の転帰を尋ねた。結果を表 4 に示す。

(当項目については平成 24 年度の新規登録者の「調査時点」での転帰であることに留意が必要である。調査時点は平成 25 年 7 月から 8 月であったので、平成 24 年 4 月に登録されたものあれば登録から 1 年 4 ヶ月後の転帰が反映されており、平成 25 年 3 月に登録されたものあれば登録から 4 ヶ月後の転帰が反映されている)。

全体を見渡すと知的障害では求職中のものが 52.1%で障害者求人によって就労しているものが 37.6%であったのに対し、精神障害では求職中のものが 68.6%で障害者求人によって就労しているものが 19.1%であり、障害種別によって転帰に違いがあることが推察された。

3) 精神障害者に対する支援実施

(1) センター登録時の受入基準の有無と内容、受入不可時の紹介先

センターの登録時になんらかの受け入れ基準を設けているかという質問に対して 199 機関中 143 機関が「ある」と回答した。具体的な内容としては本人に就労意欲があること、病状が安定していること、就労について主治医が賛成していること、を過半数の機関が挙げていた(表 5)。基準に照らして登録されなかったケースへの紹介先として就労継続支援 B 型、地域活動支援センター、医療機関を過半数の機関が挙げていた(表 6)。

(2) 求職に関する支援の開始基準の有無と内容

センターに登録後、具体的に求職活動のための支援を行うにあたってなんらかの基準があるかについても尋ねたところ、196 機関中 184 機関が「ある」と回答した。開始基準の具体的な内容は上記のセンターへの受け入れ基準とほぼ同じ結果であった(表 7)。

(3) 医療に関する支援の実施の有無と内容

医療に関する支援を実施しているかという質問については 199 機関中 188 機関が「している」と回答した。具体的な内容としては診察への同席とソーシャルワーカーへの連絡・相談を過半数の機関が挙げていた。その一方

で精神障害者への支援を行う際、当事者のニーズが高いと思われる服薬支援や自立支援利用・手帳の取得支援等の実施は 3 割前後にとどまっていた(表 8)。

(4) 精神障害者に対する支援を行う際の困難

精神障害者に対する支援にまつわる困難について障害特性に関するものと、それ以外のものに分けて質問を行った。この結果、精神障害の障害特性に関連する困難としては病識がないもしくは障害受容が進んでいないこと、病状が不安定であること、就労の意欲が不安定であることを 4 割以上の機関が挙げていた(表 9)。障害特性以外に関連する困難としては制度が想定しているマンパワーの不十分さと企業側の精神障害者の受け入れ経験の不足、偏見を過半数の機関が挙げていた(表 10)。

(5) 困難感・負担感および研修に対する要望についての自由記述

① 困難感・負担感

上記の選択肢の他に自由記述にて精神障害者を支援する際の困難感・負担感について回答を求めたところ、一言で病識がなかったり障害受容が進んでいない、また病状が不安定、と言っても個々のケースで対応は異なり、当事者特有の「こだわり」に振り回される、「当事者と周囲のずれ」によって支援者の進めようとする支援に当事者が乗ってこない、当事者の「セルフコントロール」不足で生活にも就職活動にも支障が出ていることがわかっていても変化を促すためのノウハウも時間もない、など、最大限対応しようとしつつも苦慮していること、「地域の支援・訓練機関の少なさ」によってマンパワー不足の中でセンターがすべてを丸抱えしなくてはならない実態などが報告された。こうした状況から「(就労準備性の整っていない利用者を) 医療機関で止めるすべはないのだろうか? 結局、医療機関につなぐしかないため、無駄な労力をついやす。それより、もっと支援してあげた方が良い方のさまたげになっている」「精神障害のみとりあげる(原文ママ)のは困難。発達障害の事も入れた想定作りが必要では?」といった率

直な意見も聞かれた。

②上記の困難感・負担感を軽減するための対応策としてどのような研修を望むか回答を求めたところ企業、医療機関、センターをはじめとする支援機関のすべてに研修が必要との声が多く寄せられた。企業に対する研修としては「(精神障害)の障害特性に関する研修」、「企業間の情報共有に関する研修」、「環境の整備、配慮に関する研修」、「職場のメンタルヘルスに関する研修」などが、また医療機関に対しては「支援制度、資源に関する研修」、「働く現実を知らせる研修」、「就労支援における医療の役割に関する研修」、「主治医意見書に関する研修」などが、支援期間に対しては「(精神障害者の) 障害特性に関する研修」、「支援者の基礎的な研修」、「支援者のスキルアップに関する研修」、「定着支援に関する研修」、「企業に関する研修」などが要望されていた。また一方的に知識について伝達する研修だけではなく、事例を通じた研修の希望が散見された。その一方で「研修が開催されても、なかなか参加できる体制ではない」、「研修よりも、医療機関での経験を積んだ精神保健福祉士を採用した方が早道だと思います」といった現実的な声も寄せられた。

4) 平成 24 年 4 月以降の新規に登録した精神障害者最初の 5 ケースについての属性、支援の実際、就労の転帰

193 機関から 915 ケースの情報が寄せられた。このうち、①登録時すでに就労先が決まっており、JC 目的の利用だったもの、②調査時点で登録から 1 年経っておらず 1 年間の追跡不可能だったものを除く 778 名を分析対象とした。

(1) ケースの属性

①手帳の種別、診断、機能の程度

手帳の種別では 2 級がもっとも多く (419 人) 全体の 53.9% を占めた (表 11)。診断では統合失調症がもっとも多く (387 人) 全体の 49.7% を占めた (表 12)。

(※なお、疾患別の特徴について検討するため、これから先の分析では 778 人の全ケース

データによる分析と合わせて代表的な疾患と思われる統合失調症、気分障害 (大うつ病、双極性障害等)、発達障害については疾患別の結果を提示する)。

担当スタッフが振り返りで評価した 5 段階の機能の程度について、全体では中等度のものがもっとも多くほぼ正規分布しており、統合失調症と発達障害も同様の結果であった。気分障害については中等度のものが他疾患を比べて若干少なく、その分の人数が軽症側に分散している印象であった。

②紹介元

全体データではハローワークからの紹介がもっとも多く 21.1% を占め、ついでその他 19.9%、自分で来所 15.3% という順番となっていた。疾患別にみると統合失調症はすべての選択肢についてあまり偏りが無いが、他の 2 つの疾患に比べると就労継続支援 B 型からの紹介が多かった (9.8%)。気分障害では他の 2 つの疾患と比べてハローワークからの障害が多く (26.1%)、発達障害では他の 2 つの疾患と比べてその他 (ジョブカフェなど都道府県独自の若者対象を支援機関が多く含まれる) が多かった (35.6%)。

③支援要素の実施状況

質問紙では実施された支援内容を知るため、支援のプロセスを 6 つの支援要素 (i 関係づくり・アセスメント、ii 就労前訓練、iii 生活支援、iv 医療と関わりのある支援、v 求職に関する支援、vi その他)) に分割し、各ケースについてこれらの支援がいくつ行われていたか質問した。この結果、ほぼすべての要素が網羅された支援が実施されていたと考えられる 5 つないしは 6 つの支援要素が実施されていたケースは全体では 65.9% であり、疾患別にみてもほぼ同様の結果であった (表 15)。

④「求職に関する支援」が未実施もしくは優先順位が低かったケースの割合、その理由と該当する人数の割合

上記 6 つの支援要素についてはその優先順位も尋ねた。この結果、支援要素のうち「求職に関する支援」の優先順位が低かった (※1)

ものと、「求職に関する支援」が未実施だったものの合計は全体では41.3%で疾患別にみてもほぼ同様の結果であった（表16）。

（※1 優先順次の高低については、そのケースに対して実施された支援要素数と比べて「求職に関する支援」の優先順位が半分以下の順位であった場合、「優先順位が低い」と定義した。例えば実施された支援要素が6つのケースで「求職に関する支援」の優先順位が4位以下だった場合に、これに該当すると判断した）。「求職に関する支援」の優先順位が低かった理由としては、全体では「病状の不安定さ」がもっとも多く挙げられており23.1%のケースが該当していた。統合失調症や気分障害では同項目についてさらに多くのケースが挙げられていた（統合失調症32.5%、気分障害32.8%）。発達障害では社会性の不足が挙げられているケースがもっとも多く18.2%であった（表17）。

⑤各支援要素に回答する具体的な支援の実施状況

支援要素についてさらに細かく分類し、具体的にどのような支援が実施されているかについても質問した。

「関係づくり・アセスメント」に該当する支援では全体データでも疾患別でも「機関内での面接」がもっとも多かったが、発達障害については統合失調症や気分障害を比べて「自機関での評価」が少なく、「他機関での評価」が多かった（表18）。

「就労前訓練」に該当する支援では、全体データをみても疾患別にみても自機関での訓練を実施しているケースは1割前後であり、他機関での訓練を実施しているケースが4割前後にのぼった（表19）。

「生活支援」に該当する支援では、全体データでは自立生活支援を実施しているケースは10.4%で家族支援を実施しているケースが26.7%であった。統合失調症と気分障害は全体データとほぼ同じ割合であったが、発達障害では自立生活支援を実施しているケース割合がほぼ半分であり（5.0%）、家族支援を実

施しているケースは3割を超えていた（35.0%、表20）。

「医療と関わりのある支援」に該当する支援では全体データと統合失調症、気分障害の場合では実施状況はほぼ同じであり、多く実施されていた支援は「病院ワーカーへの連絡・相談」（全体データ27.9%、統合失調症28.9%、気分障害27.6%）や「主治医への連絡」であった（全体データ17.2%、統合失調症17.8%、気分障害18.1%）。発達障害については他の2つの疾患と比べて受診同行（診察の同席は無）や診察への同席について実施されているケースが多かったが、「服薬支援」を実施しているケースは0であり、「主治医への連絡」、「主治医への提案」、「病院ワーカーへの連絡・相談」を実施しているケースは他の2つの疾患と比べて少なかった（表21）。

「求職に関する支援」に該当する支援では、全体データをみると他の支援要素に該当する支援と比べて多くのケースで実施されており「オフィス内での求職活動に関する相談・援助」33.1%、「実習」33.1%、「HW 等他支援期間への同行」46.8%、「その人にあった仕事の開拓」37.2%という結果であった。疾患別にみると統合失調症は全体データとほぼ同じ実施状況であったが「実習」について全体データと比べて気分障害での実施された割合は少なく（28.6%）、発達障害では多かった（45.0%、表22）。

⑥支援の中断

本調査では「2ヶ月以上対面コンタクトが途切れた状態」=中断、と定義し中断の有無や登録から中断までの日数について質問を行った。この結果、全体データでは3ヶ月以内に中断したものが16.5%、同6ヶ月以内が25.6%、同12ヶ月以内が40.2となっていた。疾患別にみると気分障害は他の2つの疾患と比べて3ヶ月以内に中断したものの割合が多く（20.6%）、12ヶ月に中断していたものの割合も多かった（49.3%）、これに対して発達障害は3ヶ月以内に中断したものは気分障害に次いで多かったが（18.3%）、12ヶ月以内に

中断したものの割合は少なかった（31.7%、表 23）。

⑦登録から 1 年間の就労転帰、就労先、就労先ごとの平均就労期間

登録から 1 年間の就労転帰としては、全体データでは何らかの雇用に結び付いたもの（「就労あり」）が 51.7%、デイケア等や就労継続支援 B 型などの訓練機関にのみ結び付いたもの 9.8%、就労にも訓練機関にも定着しなかったもの（「就労なし」）38.6%であった。疾患別にみると統合失調症は全体データと同様の傾向であったが、気分障害では「就労あり」が 49.3%にのぼる一方で「就労なし」も 42.7%と全体データや統合失調症と比べて該当する人の割合が多かった。発達障害では他の 2 つの疾患と比べて訓練機関のみに定着したものの割合が多かった（10.0%、表 24）。

「就労あり」だったものの就労先を i 一般求人での就労（勤務時間週 20h 以上）、ii 一般求人での就労（勤務時間週 20h 未満）、iii 障害者求人での就労（健常者と同じ職場）、iv 障害者求人での就労（特例子会社・就労継続支援 A 型（雇用契約有））、v トライアル雇用・ステップアップ雇用、vi 委託訓練・実習・社会適応訓練他の 6 種類に分類し、それぞれの項目に該当する人数を尋ねたところ、全体データでは障害者求人による雇用である iii が 39.5%、iv が 22.3%で全体の 6 割以上を占めた。疾患別にみると統合失調症は全体データと比べてほぼ同じ分布であり、気分障害は全体データと比べて i が多く iv が少なかった。その一方で発達障害は全体データと比べて iii が多く、i が少なかった（表 25）。

就労先ごとの平均就労期間も尋ねた結果、全体データでは一般求人による雇用である i と障害者求人による雇用である iii および iv で就労期間が 100 日を超えており、安定した雇用につながっていることが伺われた。疾患別では 3 つの疾患とも iii と iv は全体データと同様に 100 日を超えており、いったん就職すれば安定して勤務できていることが伺われる一方、i はいずれの疾患も 100 日を切っていた。

特に発達障害は i の平均就労期間が 54.37 ± 27.19 日であった。統合失調症では ii について全体データよりも平均日数が長く（ 122.11 ± 78.86 日）、気分障害では ii について全体データよりも平均日数が短かった（ 48.14 ± 42.89 日、表 26）。

D. 考察

以上の結果から下記のように考察される。

1) 機関およびスタッフ

機関について、所属する法人の種別は 9 割近くが社会福祉法人で傘下にさまざまな事業をもっていることが明らかとなった。就労支援の専門性を表すと考えられる JC 助成金認定を受けている事業所は約半数であった。

機関長の平均年齢は 40 代半ばであったが、最年少は 25 歳、最年長は 69 歳で、年齢層の分散が大きいこともわかった。

スタッフ全体では 3 障害をまとめた障害者支援経験年数も精神障害者の支援経験年数もそれぞれ 4～5 年程度であった。またスタッフ全体の 4 割は資格を有しておらず、有資格者の中でも介護関連の資格（介護福祉士やケアマネージャー、ヘルパー）、保育・教育関連の資格（保育士・幼稚園教諭、教育・養護教員）をもつものが多くいることが明らかとなった。

全事業所の平均スタッフ数は 4.56 ± 1.91 人であり、3～5 名程度のスタッフで 1 年間の平均新規登録者数 20～120 名程度、さらに平均全登録者 140～540 名程度を支援している実態がわかった。

以上のことからさまざまな年齢層の必ずしも医療となじみが深いとは言えない非常に多様なバックグラウンドをもつスタッフが比較的短い支援経験にも関わらず少人数で多くの利用者を支援している実態が浮き彫りになった。

2) 障害種別ごとの就労転帰

平成 24 年度新規登録者 13848 人から事業所が転帰を確認でき、調査対象基準を満たしていたもの 13,326 人について障害種別ごとに就労の転帰についてまとめた結果、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。このことから知的障害をもつ人は障害者求人による雇用に結びつきやすく、精神障害をもつ人は求職中状態から障害者求人による雇用状態に移行することが困難であることが推察され、障害種別によって転帰が異なることが示唆された。

3) 精神障害者に対する支援実施

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。

上記の検討から障害者就業・生活支援センターの多くが支援の開始時や過程において病識や病状の安定、就労意欲の安定を重視しており、これらが満たされない場合には支援が難しいを考えていることが伺われた。また主治医の先生も支援開始時の重要な判断材料となっていた。このほか、医療に関する支援として実施されているものは「診察への同席」と「ソーシャルワーカーへの連絡・相談」が多く、「主治医への連絡」や「カンファレンスやケア会議の提案」は前述の項目に比べると実施している機関は約半分であった。これらのことから医療に関する判断やその後の支援についてやや受け身の支援になっていることが示唆され、これらの支援は主治医や医療機関と分担したいと強く考えていることも伺われた。これらの意見は自由記述による困難感・負担感に関する回答ではより顕著であった。

知的障害における知能の低さと同様に病状

や意欲が不安定であることは精神障害において非常に顕著な障害特性と言える。このため支援を行う側はこうした特徴を織り込みながら支援を実施する必要があるだろう。しかしセンターの支援の実際として精神障害の障害特性を織り込んだ支援が日常的に実施されているとは言い難いと言わざるを得ない。これは一義的にセンターのマンパワー不足に起因する問題と考えられる。平均 4.56 ± 1.91 人のスタッフで 69.59 ± 54.99 人の平均新規登録者（つまりアクティブな支援が必要なもの）を、ましてや累積で平均 343.75 ± 206.83 人の全登録者の支援を行うことはそもそも困難であり、このような状況下で意欲や病状がゆれる当事者にじっくりと付き合っていくことは非常に難しいことであると推察される。

自由記述回答の中にも、当事者の不安定さに合わせた支援が必要であることは十二分にわかっているし、できることならしたいが、どうしても余裕がなくできない、といった悲痛な意見が多く寄せられていた。センターのスタッフ配置を多くするか、これが難しいのであれば各センターが担当するケースロードになんらかの制限をかけ、精神障害の障害特性を考慮した上で適切なケースロードになるような配慮が必要であると思われる。なお、精神障害者の不安定さに付き合いながらトレーニングよりも当事者の好みや希望を優先して支援を行うことを特徴とし、科学的根拠のある支援として確立しつつある Individual Placement and Support (IPS) モデルでは 1 スタッフのケースロードは 20 名以下とされている⁶⁾。

4) 精神障害をもつ個別ケースの支援内容、転帰

各事業所に平成 24 年 4 月以降の新規に登録した精神障害者 778 名の分析では、診断としては統合失調症が約半数を占め、次いで気分障害、発達障害の順となっていた。手帳の等級としては 2 級がもっとも多く、スタッフが振り返りで評価した 5 段階の機能の程度としては中程度がもっとも多かったことから、障

害者就業・生活支援センターに登録する精神障害者の重症度、機能の程度は決して軽くはなく、少なくとも一定期間はなんらかの支援が必要な人たちであると考えられた。

778 人の全体データについて、紹介元をみると多くのケースで「ハローワーク」、「その他（ジョブカフェなど若者向けの県独自の事業が多く含まれる）」、「自分で来所」が挙げられており、他に支援者がいない状況で利用者が紹介されている実態が明らかとなった。支援要素の実施数では 7 割弱のケースで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（来所や登録の動機となっていると考えられる）「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。これは上述のように、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を示唆している。

支援のプロセスをみると、機関内での面接を通じた関係づくりやアセスメントが 8 割以上のケースで実施されており、その後は「地域での見学・面接」、「他機関での訓練」、「オフィス内での求職活動に関する相談・援助」、「実習」、「HW 等他支援機関への同行」、「その人にあった仕事の開拓」について 3 割以上のケースで実施されていた。生活や医療に関する支援で全体の 3 割以上で実施されていた支援はなかった。ほぼすべての支援要素が実施されていた 7 割ほどのケースには「求職に関する支援」が他の支援と比べて優先して実施されたことが推察される。

中断については、本調査では対面でのコンタクトが 2 ヶ月以上無い状態を「中断」として定義し、3 ヶ月以内に中断したものが 16.5%、同 6 ヶ月以内が 25.6%、同 12 ヶ月以内が 40.2 と整理した。しかし、回答をみると「2 ヶ月以上対面でのコンタクトはないが電話やメール等で支援はしている」というケースが散見された。またいったん来なくなったが、その後支援を再開した（さらには中断と支援再開

を繰り返した）というケースもあった。このため、今回の調査での「中断」には①支援から完全にドロップアウトしたケース（本来の意味での「中断」）、②対面以外の方法で支援を継続しているケース、③しっかりと「卒業」を確認したわけではないが、なんらかの理由で（例えば就労できて、支援ニーズが低くなった、など）その後なんとなく連絡が途切れているケース、が混在していると思われる。おそらく 3 ヶ月以内にコンタクトがなくなったケースは上記の①が多くを占めていると思われるが、6 ヶ月以内、12 ヶ月以内には②や③が混在している可能性がある。ただ例えば疾患別に見た場合、気分障害はすべての時期について「中断」したものの割合が多く、後述するように就労しなかったものの割合も他の疾患と比べて多かった。このため、2 ヶ月以上コンタクトがないことと就労の転帰には一定の関連があることが伺われ、②や③がそれほど多くないことも推察される。調査としては①を意図した設問であったが、①から③を明確に区別するためには、ケースごとの支援プロセスをより詳細に調べる必要がある。しかし、今回の調査では多数の項目について質問を依頼しており、これ以上詳細な情報について回答を求めることは難しかった。この点については今後の課題と言える。

就労の転帰については、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、残りはまったく就労しなかったか、デイケアや就労継続支援 B 型のようなよりリハビリテーション色に強い訓練機関にのみつながったものであった。何らかの就労機会があったものについて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おり、精神障害や発達障害をもつ人が1つの職場で長く働き続けることの難しさが伺われた。

これらの数値（特に全体の就労率や就労先別の就労率）について検討を行うような資料がこれまであまり公表されておらず、現時点で本調査の結果が他データと比べて多いか少ないかについて議論することは難しい。今後本調査のデータが制度改革等の基礎的資料となればと考えている。

最後に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。統合失調症についてはデータ全体の半数を占めていることもあり、全体データとほぼ同じ結果であった。感情障害も統合失調症にほぼ準じる結果であったが上述したように本調査における「中断」が他の2つの疾患と比べて多かったこと、就労の転帰が若干悪かったことは特徴的であったと言えよう。発達障害について他の2つの疾患と比べて紹介元としてその他（ジョブカフェなど都道府県独自の若者対象を支援機関が多く含まれる）が多かったこと、「求職に関する支援」が未実施もしくは後回しだった場合の理由として「社会性の欠如」が多かったこと、「他機関での訓練」、「家族支援」、「実習」を実施している割合が多かったこと、3ヶ月以内に中断したものの割合は多いが12ヶ月以内に中断したものの割合は少なかったこと、障害者求人につながったものの割合は多かったが、平均就労期間は長くなかったこと、などが特徴と思われた。これらのことから支援者のない状態でセンターに行政などから紹介されて登録にくるものの、ジョイニングが難しく初期にドロップアウトしてしまうものが多い、これ乗り越えて信頼関係を築くことができれば他機関による訓練や実習を経て障害者求人による就労にいったんは結びつけられること、しかし長く働くことが難しいこと、その背景には社会性の欠如などがあること、などが示唆された。

総じて発達障害は統合失調症や気分障害のようなポピュラーな精神障害とは違う障害特性を持っており、その支援もまったく異なるプロセスをたどることが推察される。精神障害に加えて発達障害も支援するにあたっては、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る。

最後に本研究の限界について述べる。

本調査は障害者就業・生活支援センターに対する全国悉皆調査としてはほぼ初めての調査であり、これまで類似の資料が公表されることは少なかった。調査目的も実態把握が第一であり、なんらかの仮説をもって分析を行うことが難しかった。このため、統計的な分析を行っておらず、本稿における「多い」「少ない」という表現は度数、割合、平均値などの素点を比較しただけにとどまる。今後は就労したものとしなかったものでは属性や支援プロセスなどにどのような差があるかなど、統計解析を用いてデータを精査していくことが課題と言える。

E. 結論

障害者就業・生活支援センターに対する全国悉皆調査について報告した。

本調査によってこれまで「経験談」として語られることが多かった障害者就業・生活支援センターのマンパワー不足や精神障害者を支援するにあたっての負担感や困難感について量的データとして示すことができたのは一定の成果と言える。

本研究班における就労支援研究班では重症の精神障害をもつ人に対する就労支援に関する効果検討を実施している。この過程では、生活支援、就労支援、医療に関する支援の密接な連携が重要であることが明らかになりつつある。本研究班の活動が終了後、就労支援研究の成果を普及していく際には医療機関に対する就労支援に関する啓蒙活動等を展開すると同時に、すでに生活支援と就労支援の一体的な運用を行っている就業・生活支援センターへの医療に関する情報提供や医療とのよ

り良い協働が可能となるシステム運用の提示等も必要と思われる。本調査がこうした活動の第一歩となるよう、現状でセンターが抱える困難を行政、医療機関、地域支援機関等の関係者にデータを発信し、改善策の実行につなげていくことが急務と考えられる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

- ・佐藤さやか, 市川健, 山口創生, 下平美智代, 池田尚彌, 小川友季, 古家美穂, 種田綾乃, 中里章子, 吉田光爾, 伊藤順一郎, 高井敏子: 就業・生活支援センター全国調査 中間報告～精神障がい者への支援、特に医療機関との連携に焦点をあてて～. 全国就業支援ネットワーク第 15 回定例研究・研修会, 沖縄, 2013.11.1.
- ・佐藤さやか, 山口創生, 種田綾乃, 市川健, 下平美智代, 吉田光爾, 伊藤順一郎, 高井敏子: 障害者就業・生活支援センターにおける精神障害者への就労支援に関する全国実態調査～医療機関との連携に焦点をあてて～. 日本精神リハビリテーション学会 第 21 回沖縄大会, 沖縄, 2013.11.29.

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) 厚生労働省 民間企業の障害者雇用率を 2.0 % とすることなどの方針を了承
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002b4qy.html> 2012年8月7日
- 2) 厚生労働省 「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律案要綱」の諮問及び答申について
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xwnr.html> 2013年3月21日
- 3) 佐藤さやか 障害者就労・生活支援センター 樋口輝彦, 市川宏伸, 神庭重信他 編: 今日の精神疾患治療指針. 医学書院, 東京, pp703, 2012.
- 4) 厚生労働省 障害者雇用対策の概要
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisa02/> 2011年2月20日
- 5) 亀田敦志・内木場雅子 就労支援機関が就労支援を行うに当たっての課題等に関する研究 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業センター, 千葉, 2010
- 6) 西尾雅明・久永文恵・池田真砂子他(著), 伊藤順一郎・香田真希子(監) リカバリーを応援する個別就労支援プログラム IPS入門 NPO法人地域精神保健福祉機構, 千葉, 2010.

表1 法人の種別

	度数	%
1 社会福祉法人	174	87.4
2 NPO法人	15	7.5
3 医療法人	5	2.5
4 財団法人	2	1
5 その他	3	1.5
合計	199	100

表2 法人で実施している別事業の有無（複数回答可）

	n	度数	%
就労移行支援事業	195	158	81.0
就労継続支援A型	195	37	19.0
就労継続支援B型	195	165	84.6
障害者委託訓練事業	195	21	10.8
相談支援事業	194	62	32.0
生活訓練	194	11	5.7
生活介護	194	59	30.4
ケアホーム・グループホーム・福祉ホーム	195	156	80.0
4.以外の入所施設	194	39	20.1
児童入所施設	194	7	3.6
医療機関	195	20	10.3

表3 スタッフ職種内訳（複数回答可）

n=548	度数	%
ソーシャルワーカー	196	35.77
精神保健福祉士	136	24.82
介護福祉士	60	10.95
社会福祉主事	34	6.20
ヘルパー	29	5.29
保育士・幼稚園教諭	21	3.83
教員・養護教員	20	3.65
介護支援専門員（ケアマネ）	15	2.74
産業カウンセラー・臨床心理士	6	1.09
作業療法士	5	0.91
看護師・准看護師	3	0.55
その他	17	3.10

表4 H24年4月からH25年3月までの新規登録者の調査時点における就労転帰

	n	求職中の 新規登録者数		一般求人 による就労		障害者求人 による就労		過渡的就労 (トライアル雇用もしくは ステップアップ雇用)	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
身体障がいのみ	173	1000	59.74	104	6.21	380	22.70	17	1.02
知的障がいのみ	173	2292	52.06	204	4.63	1655	37.59	79	1.79
精神障がいのみ	173	2690	68.57	243	6.19	750	19.12	67	1.71
発達障がいのみ	172	451	54.08	52	6.24	152	18.23	7	0.84
身体と知的の合併	173	66	24.18	2	0.73	32	11.72	0	0.00
身体と精神の合併	173	59	23.23	3	1.18	18	7.09	1	0.39
身体と発達の合併	173	7	3.89	0	0.00	0	0.00	0	0.00
知的と精神の合併	173	69	24.56	4	1.42	31	11.03	4	1.42
知的と発達の合併	173	185	39.78	7	1.51	97	20.86	3	0.65
精神の発達の合併	173	284	55.04	6	1.16	49	9.50	4	0.78
その他	173	279	53.35	42	8.03	29	5.54	0	0.00

表5 センターへの登録基準（重要度の高いもの3つを選択）

n=143	度数	%
病識がある、もしくは一定程度障がいの受容が進んでいること	47	32.87
本人に就労の意欲があること	110	76.92
病状が安定していること	77	53.85
通院や服薬が安定していること、 もしくはこれらに対する訪問看護などの支援があること	33	23.08
生活リズムが整っていること	33	23.08
住居や家族関係など生活状況が安定していること	8	5.59
何らかの交通手段を利用し通所・通勤が可能なこと	9	6.29
就労について主治医が賛成していること	84	58.74
就労について家族が賛成していること	5	3.50
デイケアや就労継続B型など 就労準備のための機関で通所実績があること	12	8.39
その他	5	3.50

表6 利用者の紹介先

n=143	度数	%
就労移行支援事業所	55	38.46
就労継続支援B型	75	52.45
障害者職業センター	13	9.09
地域活動支援センター	81	56.64
行政による若年者就労支援機関（ジョブカフェ等）	9	6.29
医療機関（デイケアや外来ワーカーなど）	80	55.94
その他	34	23.78

表 7 求職支援開始基準（重要度の高いもの3つを選択）

n=183	度数	%
病識がある、もしくは一定程度障がいの受容が進んでいること	47	25.68
本人に就労の意欲があること	114	62.30
病状が安定していること	97	53.01
通院や服薬が安定していること、 もしくはこれらに対する訪問看護などの支援があること	36	19.67
生活リズムが整っていること	48	26.23
住居や家族関係など生活状況が安定していること	8	4.37
何らかの交通手段を利用し通所・通勤が可能なこと	11	6.01
就労について主治医が賛成していること	108	59.02
就労について家族が賛成していること	4	2.19
自機関が定める、 もしくは他機関の求める職業アセスメントを終えていること	25	13.66
自機関が定める、 もしくは他機関の求める就労訓練機関への通所を終えていること	3	1.64
職業生活に必要な作業能力が一定程度認められること	14	7.65
職業生活に必要な社会性が一定程度認められること	25	13.66
その他	7	3.83

表 8 医療に関する支援の実施内容（頻度の高いもの 3 つ）

n=188	度数	%
服薬支援	48	25.53
自立支援医療・手帳の取得支援	69	36.70
受診同行	20	10.64
診察への同席	116	61.70
主治医への連絡	74	39.36
主治医への提案	7	3.72
ソーシャルワーカーへの連絡・相談	142	75.53
カンファレンスやケア会議の提案	59	31.38
セカンドオピニオンのための支援	2	1.06
その他	1	0.53

表 9 精神障害の障害特性に関する困難（もっとも強く感じるもの 3 つ）

n=199	度数	%
病識がない、もしくは障がい受容が進んでいない	121	60.80
就労の意欲が不安定であること	86	43.22
病状が不安定であること	129	64.82
来所が不安定であること	14	7.04
障がいの開示に積極的でない場合があること	25	12.56
障がいの状態がわかりづらいこと	51	25.63
本人の希望と家族の希望もしくは支援者の支援方針が食い違っていること	58	29.15
社会経験が不足していること	5	2.51
就労経験が不足していること	15	7.54
社会的スキルが不足していること	57	28.64
その他	18	9.05

表 10 精神障害の障害特性以外に関する困難（もっとも強く感じるもの3つ）

n=199	度数	%
制度が想定しているマンパワーの不十分さ	120	60.30
事業所の支援スタッフの離職率の高さ	20	10.05
事業所の支援スタッフの給与水準の不十分さ	36	18.09
支援する際にトライアル雇用が使いづらいこと	28	14.07
短時間雇用が企業から受け入れられづらいこと	71	35.68
(現時点では) 精神障がい者が みなし雇用扱いとなっていること	21	10.55
企業側に精神障がいをもつ人を受け入れた経験が少ない、 もしくは偏見があること	150	75.38
制度上は医療との連携が想定されているにも関わらず 医療側に周知されていないこと	65	32.66
その他	36	18.09

※表 11 以降についてはすべて H24 年 4 月以降に支援を開始した精神障害者、最初の 5 ケースに関するものである。

表 11 手帳種別内訳

	度数	%
1級	16	2.1
2級	419	53.9
3級	216	27.8
非所持	127	16.3
合計	778	100

表 12 診断内訳

n=778	度数	%
統合失調症	387	49.7
感情障害	199	25.6
不安障害等	36	4.6
パーソナリティ障害	23	3
発達障害	60	7.7
てんかん	27	3.5
その他	46	5.9

表 13 機能の程度

	n	軽度		やや軽度		中等度		やや重度		重度	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	776	66	8.50	171	22.00	305	39.20	179	23.00	55	7.10
統合失調症	387	30	7.75	82	21.19	168	43.41	85	21.96	22	5.68
感情障害	199	20	10.05	50	25.13	72	36.18	42	21.11	15	7.54
発達障害	60	7	11.67	10	16.67	26	43.33	11	18.33	6	10.00

表 14 紹介元

	n	特に無し (自分で探して来所)		就労移行 支援 事業所		就労継続 支援 B型		地域活動 支援 センター		医療機関		保健所		役所		ハローワーク		その他	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	777	119	15.30	79	10.20	53	6.80	38	4.90	104	13.40	14	1.80	51	6.60	164	21.10	155	19.90
統合失調症	387	64	16.54	41	10.59	38	9.82	25	6.46	58	14.99	7	1.81	30	7.75	59	15.25	65	16.80
感情障害	199	31	15.58	22	11.06	8	4.02	8	4.02	26	13.07	3	1.51	10	5.03	52	26.13	39	19.60
発達障害	59	11	18.64	4	6.78	1	1.69	3	5.08	7	11.86	0	0.00	2	3.39	10	16.95	21	35.59

表 15 支援要素（①関係づくり・アセスメント、②就労前訓練、③生活支援、④医療と関わりのある支援、⑤求職に関する支援、⑥その他）の実施数

	n	0		1つ		2つ		3つ		4つ		5つ		6つ	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	13	1.67	17	2.19	68	8.74	97	12.47	70	9.00	464	59.64	49	6.30
統合失調症	387	5	1.29	11	2.84	32	8.27	47	12.14	29	7.49	241	62.27	22	5.68
感情障害	199	5	2.51	3	1.51	20	10.05	27	13.57	22	11.06	106	53.27	16	8.04
発達障害	60	2	3.33	1	1.67	8	13.33	6	10.00	8	13.33	33	55.00	2	3.33

表 16 求職に関する支援が未実施もしくは優先順位が低かったもの

	n	度数	%
全体	778	324	41.60
統合失調症	387	160	41.34
感情障害	199	91	45.73
発達障害	60	22	36.67

表 17 求職に関する支援が未実施もしくは優先順位が低かったもののその理由

	n	病識		意欲		病状		服薬・通院		不規則生活		住居・家族		通勤・通所	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
統合失調症	229	27	8.30	26	8.00	75	23.10	6	1.90	14	4.30	10	3.10	7	2.20
	114	12	10.53	12	10.53	37	32.46	4	3.51	9	7.89	4	3.51	4	3.51
感情障害	61	10	16.39	9	14.75	20	32.79	0	0.00	2	3.28	5	8.20	2	3.28
発達障害	11	1	9.09	1	9.09	3	27.27	0	0.00	1	9.09	0	0.00	0	0.00

	n	主治医・家族		評価		訓練		作業能力		社会性		その他	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
統合失調症	229	5	1.50	4	1.20	11	3.40	8	2.50	13	4.00	23	7.10
	114	3	2.63	4	3.51	6	5.26	2	1.75	7	6.14	10	8.77
感情障害	61	1	1.64	0	0.00	2	3.28	1	1.64	2	3.28	7	11.48
発達障害	11	1	9.09	0	0.00	0	0.00	1	9.09	2	18.18	1	9.09

表 18 「関係づくり・アセスメント」に関連する支援の実施（複数回答可）

	n	機関内での面接		地域での見学・面接		自機関での評価		他機関での評価	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	642	82.52	284	36.50	157	20.18	183	23.52
統合失調症	387	320	82.69	148	38.24	81	20.93	82	21.19
感情障害	199	160	80.40	73	36.68	44	22.11	42	21.11
発達障害	60	53	88.33	17	28.33	8	13.33	26	43.33

表 19 「就労前訓練」に関連する支援の実施（複数回答可）

	n	自機関での訓練		他機関での訓練	
		度数	%	度数	%
全体	778	57	7.33	295	37.92
統合失調症	387	23	5.94	163	42.12
感情障害	199	15	7.54	62	31.16
発達障害	60	7	11.67	20	33.33

表 20 「生活支援」に関連する支援の実施（複数回答可）

	n	自立生活支援		家族支援	
		度数	%	度数	%
全体	778	81	10.41	208	26.74
統合失調症	387	42	10.85	102	26.36
感情障害	199	21	10.55	45	22.61
発達障害	60	3	5.00	21	35.00

表 21 「医療と関わりのある支援」に関連する支援の実施（複数回答可）

	n	服薬支援		受診同行		診察への同席		主治医への連絡		主治医への提案		病院ワーカーへ 連絡・相談		医療機関への ケア会議等提案	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	65	8.35	71	9.13	72	9.25	134	17.22	31	3.98	217	27.89	45	5.78
統合失調症	387	36	9.30	33	8.53	33	8.53	69	17.83	15	3.88	112	28.94	26	6.72
感情障害	199	20	10.05	17	8.54	18	9.05	36	18.09	11	5.53	55	27.64	12	6.03
発達障害	60	0	0.00	7	11.67	6	10.00	8	13.33	2	3.33	14	23.33	5	8.33

表 22 「求職に関わりのある支援」に関連する支援の実施（複数回答可）

	n	オフィス内での 求職活動に関する 相談・援助		実習		HW等 他支援機関 への同行		その人に あった 仕事の開拓	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	257	33.03	257	33.03	364	46.79	289	37.15
統合失調症	387	137	35.40	137	35.40	189	48.84	152	39.28
感情障害	199	68	34.17	57	28.64	91	45.73	76	38.19
発達障害	60	18	30.00	27	45.00	29	48.33	22	36.67

表 23 2ヶ月以上の対面コンタクトがなくなるまでの期間、人数および割合

	n	3か月以内		6か月以内		12か月以内	
		度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	128	16.45	199	25.58	313	40.23
統合失調症	387	57	14.73	101	26.10	146	37.73
感情障害	199	41	20.60	55	27.64	98	49.25
発達障害	60	11	18.33	12	20.00	19	31.67

表 24 登録から1年間の就労転帰

	n	就労なし		訓練機関のみあり		就労あり	
		度数	%	度数	%	度数	%
全体	778	300	38.56	76	9.77	402	51.67
統合失調症	387	144	37.21	37	9.56	206	53.23
感情障害	199	85	42.71	16	8.04	98	49.25
発達障害	60	19	31.67	6	10.00	35	58.33

表 25 登録から1年間の間に就労したものの就労先

	n	一般求人での就労				障がい者求人での就労				過渡的就労		支援機関外訓練	
		勤務時間週20h以上		勤務時間週20h未満		健全者と同じ職場		特例子会社・就労継続支援A型(雇用契約有)		トライアル雇用・ステップアップ雇用		委託訓練・実習・社会適応訓練他	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	400	68	17.00	34	8.50	158	39.50	89	22.25	15	3.75	36	9.00
統合失調症	204	30	14.71	19	9.31	79	38.73	48	23.53	7	3.43	21	10.29
感情障害	98	23	23.47	7	7.14	37	37.76	18	18.37	6	6.12	7	7.14
発達障害	35	4	11.43	2	5.71	15	42.86	9	25.71	1	2.86	4	11.43

表 26 登録から1年間の間に就労したものの就労先別就労期間

	n	一般求人での就労				障がい者求人での就労				過渡的就労		支援機関外訓練	
		勤務時間週20h以上		勤務時間週20h未満		健全者と同じ職場		特例子会社・就労継続支援A型(雇用契約有)		トライアル雇用・ステップアップ雇用		委託訓練・実習・社会適応訓練他	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
全体	398	132.51	94.45	91.97	74.13	138.17	92.96	154.49	100.55	80.87	66.41	52.83	62.39
統合失調症	203	98.51	17.99	122.11	78.86	134.74	85.19	156.65	101.15	54.86	40.07	38.62	38.58
感情障害	98	95.89	20.00	48.14	42.89	159.68	108.24	176.72	106.25	89.83	80.77	81.71	113.91
発達障害	35	54.37	27.19	47.50	60.10	141.07	89.90	145.89	100.84	90.00	-	43.00	32.27

IV. 付録

付録 リスト

A 多職種アウトリーチ

1. サービスコード（コメディカル）
2. サービスコード（医師）
3. サービスコード（福祉事業所）
4. サービスコード（訪問看護ステーション）
5. スクリーニング票（①小平 ②国府台 ③仙台 ④地方）
6. CSRI-J（対照群用調査票）
7. カルテ調査票
8. 管理的時間調査票

B 認知機能リハビリテーションと個別援助付き雇用モデル

1. サービスコード（就労移行）
2. サービスコード（デイケア）
3. 事業所調査票

C 多職種アウトリーチ・個別援助付雇用モデル共通 生活時間調査票

D スタッフ支援態度

1. スタッフ調査票
2. スtrenグス志向（利用者評価）
3. スtrenグス志向（スタッフ評価）

E 関連研究

1. 障害者就業・生活支援センター調査票（利用者状況）
2. 上記 記述例
3. 障害者就業・生活支援センター調査票（事業所）
4. 日本版 IPS 型就労支援スタンダード

サービスコード記録

医療機関
コメディカル

I 実施状況

		記入者		利用者 I D			
1 月 日	平成 () 年 () 月 () 日						
2 時 間	① 移 動	() 分※往路分のみ ⇒ 主たる移動手段 (徒歩・自転車・自動車・原付・電車・バス)					
	② コンタクト時間	() : () ~ () : () ※24 時間表記					
	③ 記録・準備	() 分					
3 スタッフ ※1人が複数資格を保有している場合、主たる資格を1つ選択する	① 看 護 師	名	③ P S W	名	⑤ 医 師	名	⑦ そ の 他
	② 准看護師	名	④ O T	名	⑥ 心 理 職	名	
4 提供場所 【該当する全てに○】	01 自宅		04 病院・診療所 (外来等)		07 電話 (発信)		
	02 グループホーム		05 入院中の病棟訪問		08 電話 (受信)		
	03 事業所、訪問看護部門		06 地域 (役所、買い物、散歩等)		09 その他 ()		
5 コンタクト相手	01 本人 02 家族 03 スタッフ (同機関他部署) 04 スタッフ (外部) 05 その他 ()						
6 キャンセル 【前日までに連絡があった場合は記録しない】	01 当日連絡によるキャンセル		} 以下7以降の記録は不要 ※コミュニケーションや安否確認等の支援が発生した場合は以下も記録				
	02 訪問したが不在						
	03 訪問したが拒否						
7 状 況 【○は1つ】	01 通常時		03 拒否・コンタクト困難時		05 契約前の訪問		
	02 ケア会議		04 退院後1カ月以内の訪問				
	【緊急時：週4日以上 of 支援を必要としている場合、以下のどちらかに○】						
	06 緊急時 (病変：薬物療法や入院等の医療面での治療変更の可能性を検討する場合)						
	07 緊急時 (生活課題：生活の変動などで主として生活面でのサポートが必要な場合)						

II 診療報酬で請求した場合に記録してください (該当する診療報酬にチェックしてください)

8 請求内容	☐ 精神科退院前訪問指導料	⇒	☐ 共同指導加算
	☐ 精神科訪問看護・指導料 (I)	⇒	☐ 複数訪問加算 ☐ 急性増悪時の頻回算定 ☐ 長時間精神科訪問看護・指導加算 ☐ 夜間・早朝訪問看護加算 ☐ 深夜訪問看護加算 ☐ 精神科緊急訪問看護加算
	☐ 精神科訪問看護・指導料 (II)	⇒	☐ 3 時間超加算
	☐ 精神科訪問看護・指導料 (III)	⇒	☐ 複数訪問加算 ☐ 急性増悪時の頻回算定 ☐ 長時間精神科訪問看護・指導加算 ☐ 夜間・早朝訪問看護加算 ☐ 深夜訪問看護加算 ☐ 精神科緊急訪問看護加算

III 診療報酬で請求しない場合に記録してください

9 請求しない理由 【該当する全てに○】	01 職員の資格が該当外	05 退院日当日の訪問
	02 期間内における回数制限以上の訪問	06 同日内の2回目以上の訪問
	03 入院日当日の訪問	07 事業所内での支援
	04 入院中の (病棟) 訪問	08 その他 ()

IV 支援の実施内容 (電話でコンタクトした場合も含まれます)

10 提供内容 【該当する全てに○】	01 関係性の構築	08 社会生活の援助 (移動・通信・銀行・役所の利用等)
	02 ケア計画の作成・ケアマネジメント・連絡調整	09 住環境に関する援助
	03 日常生活維持・生活範囲/技術の拡大/獲得	10 就労・就学に関する援助
	04 対人関係の維持・構築	11 受診同行
	05 家族への援助	12 入・退院時の調整・面会
	06 精神症状の悪化や増悪を防ぐ	13 不安の傾聴、日常的な相談 等
	07 身体症状の発症や進行を防ぐ	14 その他 ()

平成24年度4月改定版

医療機関
医師

記入者

利用者
I D

II 診療報酬で請求した場合に記録してください（該当する診療報酬にチェックしてください）

Ⅲ 診療報酬で請求しない場合に記録してください

IV 支援の実施内容（電話でコンタクトした場合も含みます）

10 提供内容 【該当する全てに○】	01 関係性の構築	08 社会生活の援助（移動・通信・銀行・役所の利用等）
	02 ケー計画の作成・マネジメント・連絡調整	09 住環境に関する援助
	03 日常生活維持・生活範囲/技術の拡大/獲得	10 就労・就学に関する援助
	04 対人関係の維持・構築	11 受診同行
	05 家族への援助	12 入・退院時の調整・面会
	06 精神症状の悪化や増悪を防ぐ	13 不安の傾聴、日常的な相談 等
	07 身体症状の発症や進行を防ぐ	14 その他（ ）

- 410 -

サービスコード記録

福 祉
事 業 所

I 実施状況

		記入者				利用者 I D			
1 月 日	平成 () 年 () 月 () 日								
2 時 間	① 移 動	() 分※往路分のみ ⇒ 主たる移動手段 (徒歩・自転車・自動車・原付・電車・バス)							
	② コンタクト時間	() : () ~ () : () ※24 時間表記							
	③ 記録・準備	() 分							
3 スタッフ ※1人が複数資格を保有している場合、主たる資格を1つ選択する	① 看 護 師	名	③ P S W	名	⑤ 医 師	名	⑦ そ の 他	名	
	② 准看護師	名	④ O T	名	⑥ 心 理 職	名			
4 提供場所 【該当する全てに○】	01 自宅		04 病院・診療所 (外来等)		07 電話 (発信)				
	02 グループホーム		05 入院中の病棟訪問		08 電話 (受信)				
	03 事業所、訪問看護部門		06 地域 (役所、買い物、散歩等)		09 その他 ()				
5 コンタクト相手	01 本人 02 家族 03 スタッフ (同機関他部署) 04 スタッフ (外部) 05 その他 ()								
6 キャンセル 【前日までに連絡があった場合は記録しない】	01 当日連絡によるキャンセル								
	02 訪問したが不在 <u>以下7以降の記録は不要</u>								
	03 訪問したが拒否 ※コミュニケーションや安否確認等の支援が発生した場合は以下も記録								
7 状 況 【○は1つ】	01 通常時		03 拒否・コンタクト困難時		05 契約前の訪問				
	02 ケア会議		04 退院後1ヵ月以内の訪問						
	【緊急時：週4日以上 of 支援を必要としている場合、以下のどちらかに○】								
	06 緊急時 (病変：薬物療法や入院等の医療面での治療変更の可能性を検討する場合) 07 緊急時 (生活課題：生活の変動などで主として生活面でのサポートが必要な場合)								

II 報酬上の評価

8 月単位で包括評価されているものについてチェックしてください					
(1) 計画相談支援	☐ サービス利用計画なし・未契約				
	☐ サービス利用支援 (1,600 単位/月)		☐ 継続サービス利用支援 (1,300 単位/月)		
	☐ 利用上限額管理加算 (150 単位/月)				
(2) 地域相談支援	☐ サービス利用計画なし・未契約				
	☐ 地域移行支援サービス費 (2,300 単位/月)				
	☐ 退院・退所月加算 (2,700 単位/月)		☐ 集中支援加算 (500 単位/月)		
地域定着支援	☐ 地域定着支援サービス費 [体制確保分] (300 単位/月)				
9 上記の月単位での包括請求以外に、今回のコンタクトについて個別に請求する報酬項目があればチェックしてください (電話でコンタクトした場合も含みます)					
(1) 地域移行支援	☐ 障害福祉サービス事業の体験利用加算 (300 単位/日)				
	☐ 体験宿泊加算 I (300 単位/日)		☐ 体験宿泊加算 II (700 単位/日)		
(2) 地域定着支援	☐ 地域定着支援サービス費 [緊急時支援分] (700 単位/日)				
(3) 生活訓練 (訪問による)	報酬あり		報酬無し		
	1 時間 未 満 ☐	1 時間 以 上 ☐	期間内における回数制限以上の訪問で無報酬 ☐	同日内の2回目以上の訪問で無報酬 ☐	電話コンタクトで無報酬 ☐
(4) その他	☐ 市委託事業				

III 支援の実施内容 (電話でコンタクトした場合も含みます)

10 提供内容 【該当する全てに○】	01 関係性の構築	08 社会生活の援助 (移動・通信・銀行・役所の利用等)
	02 ケア計画の作成・ケアマネジメント・連絡調整	09 住環境に関する援助
	03 日常生活維持・生活範囲/技術の拡大/獲得	10 就労・就学に関する援助
	04 対人関係の維持・構築	11 受診同行
	05 家族への援助	12 入・退院時の調整・面会
	06 精神症状の悪化や増悪を防ぐ	13 不安の傾聴、日常的な相談 等
	07 身体症状の発症や進行を防ぐ	14 その他 ()

平成24年度4月改定版

サービスコード記録

訪問看護
ステーション

I 実施状況

		記入者				利用者 I D			
1 月 日	平成 () 年 () 月 () 日								
2 時 間	① 移 動	() 分※往路分のみ ⇒ 主たる移動手段 (徒歩・自転車・自動車・原付・電車・バス)							
	② コンタクト時間	() : () ~ () : () ※24 時間表記							
	③ 記録・準備	() 分							
3 スタッフ ※1人が複数資格を保有している場合、主たる資格を1つ選択する	① 看 護 師	名	③ P S W	名	⑤ 医 師	名	⑦ そ の 他	名	
	② 准看護師	名	④ O T	名	⑥ 心 理 職	名			
4 提供場所 【該当する全てに○】	01 自宅		04 病院・診療所 (外来等)		07 電話 (発信)				
	02 グループホーム		05 入院中の (病棟) 訪問		08 電話 (受信)				
	03 事業所、訪問看護部門		06 地域 (役所、買い物、散歩等)		09 その他 ()				
5 コンタクト相手	01 本人 02 家族 03 スタッフ (同機関他部署) 04 スタッフ (外部) 05 その他 ()								
6 キャンセル 【前日までに連絡があった場合は記録しない】	01 当日連絡によるキャンセル								
	02 訪問したが不在								
	03 訪問したが拒否 ※コミュニケーションや安否確認等の支援が発生した場合は以下も記録								
7 状 況 【○は1つ】	01 通常時		03 拒否・コンタクト困難時		05 契約前の訪問				
	02 ケア会議		04 退院後 1 カ月以内の訪問						
	【緊急時：週 4 日以上 of 支援を必要としている場合、以下のどちらかに○】								
	06 緊急時 (病変：薬物療法や入院等の医療面での治療変更の可能性を検討する場合)								
	07 緊急時 (生活課題：生活の変動などで主として生活面でのサポートが必要な場合)								
8 報酬上の評価 (月単位で包括評価されているものについてチェックしてください)									
☐ 24 時間対応体制加算 ☐ 24 時間連絡体制加算 ☐ 特別管理加算 ☐ 訪問看護情報提供療養費 ☐ 訪問看護ターミナルケア療養費 ☐ 在宅患者連携指導加算									

II 診療報酬で請求した場合に記録してください (該当する診療報酬にチェック、又は○をしてください)

9 請求内容	訪問看護 管理療養費	精神科訪問看護 基本療養費	各 種 加 算
(1) 月の初回訪問 ⇒	☐	I II III IV	☐ 長時間加算 ☐ 特別地域訪問看護加算
(2) 2～3 回目の訪問 ⇒	☐	I II III IV	☐ 精神科緊急時訪問看護加算
(3) 4 回目以上の訪問の場合			☐ 長時間精神科訪問看護加算
① 週の訪問が日曜日から数えて 4 回目以上の場合 (特別訪問看護指示書が出ている)			☐ 夜間・早朝訪問看護加算 ☐ 深夜訪問看護加算
4～12 回目の訪問 ⇒	☐	I II III IV	☐ 退院時共同指導加算 ☐ 退院支援指導加算
13 回目以降の訪問 ⇒		I II III IV	☐ 複数名精神科訪問看護加算
② その他の場合	☐	I II III IV	☐ 特別管理指導加算
			☐ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算

III 診療報酬で請求しない場合に記録してください

10 請求しない 理由 【該当する全てに○】	01 職員の資格が該当外 (PSW・心理士等)	05 退院日当日の訪問
	02 期間内における回数制限以上の訪問	06 同日内の 2 回目以上の訪問
	03 入院日当日の訪問	07 事業所内での支援
	04 入院中の (病棟) 訪問	08 その他 ()

IV 支援の実施内容 (電話でコンタクトした場合も含みます)

11 提供内容 【該当する全てに○】	01 関係性の構築	08 社会生活の援助 (移動・通信・銀行・役所の利用等)
	02 ケア計画の作成・ケアマネジメント・連絡調整	09 住環境に関する援助
	03 日常生活維持・生活範囲/技術の拡大/獲得	10 就労・就学に関する援助
	04 対人関係の維持・構築	11 受診同行
	05 家族への援助	12 入・退院時の調整・面会
	06 精神症状の悪化や増悪を防ぐ	13 不安の傾聴、日常的な相談 等
	07 身体症状の発症や進行を防ぐ	14 その他 ()

平成 24 年度 4 月改定版

ケアマネジメント入院時スクリーニング票

小平地区用

氏名: _____ 病棟主治医: _____ 入院日: _____ 年 ____ 月 ____ 日
 ID : _____ 外来主治医: _____ 記入日: _____ 年 ____ 月 ____ 日
 性別: (男・女) 担当 SW (いれば): _____ 記入者: _____

I. 除外基準

あてはまる場合 ☐

1. 鑑定入院・医療観察法による入院である ☐
2. 1週間以内の退院・転院の予定が決まっている ☐
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 ☐
4. 入院前の外来が他院での通院である (退院後、センター病院を使う可能性がない) ☐
5. 既に当院在宅支援室の訪問支援 (PORT) の利用者である ☐

↓ 上記の除外基準に 1 つも当てはまらない場合、以下をチェック
 (※1 つでも当てはまっていたら、以下は記入しなくて結構です)

II. 対象者の基本情報

1. 居住地域: 小平市・東村山市・東大和市・国分寺市・武蔵村山市・東久留米市・立川市・清瀬市・他 ()
2. 生年月日: _____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳) ⇒ ☐ 年齢が 15 歳未満もしくは 65 歳以上である
3. 診断名 (ICD-10): _____ ⇒ ☐ 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
4. 過去 1 年間の入院回数 (今回の入院は含まない): _____ 回
5. 生保受給: 1) 有 2) 無
6. 身体合併症: 1) 糖尿病 2) 他 ()
7. 身長・体重: 体重 _____ キロ 身長 _____ cm
8. 同居家族: 1) 有 2) 無 ⇒ 有の場合: ☐ 父 ☐ 母 ☐ 配偶者 ☐ きょうだい (____ 人) ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 子 (____ 人) ☐ 他 ()
9. これまでの重大な問題歴: ☐ 自殺企図 ☐ 殺人 ☐ 放火 ☐ 暴行 ☐ わいせつ行為 ☐ 他 ()

III. ケアマネジメント基準: あてはある状況に○をしてください。特に断りのない場合、過去 1 年の状況でお答え下さい

問題行動	A. 6 か月間継続して社会的役割 (就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う) を遂行できない	できない: 2	休みがち・不安定: 1	できる: 0
	B. 自分一人では地域生活に必要な課題 (栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・重要書類の管理・移動等) について遂行できず継続的支援を必要とする (家族が過剰に負担している場合を含む)	とても必要: 2	必要: 1	不要: 0
	1. 家族への暴力、暴言、拒絶をしたことがある	はい		いいえ
		1		0
	2. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為があったことがある	1		0
	3. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	1		0
	4. 自殺企図をしたことがある	1		0
治療の困難性	5. 重複診断 (主診断+知的障害・アルコール/薬物) がある	1		0
	6. 上記以外の理由による警察・保健所介入があったことがある	1		0
	1. 過去 1 年間の入院回数が 1 回以上である (今回の入院を含まない)	2		0
	2. 定期的な服薬ができていなかった事が 2 ヶ月以上あった (初発の場合はいいえ)	1		0
	3. 外来受診をしないことが 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1		0
経済問題	4. 自分の病気についての知識や理解に乏しい、又は治療の必要性を理解していない	1		0
	5. 今回の入院は措置入院である	2		0
	1. 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない	2		0
家族状況	2. 入院時に本人・家族から入院費の相談がある。また入院生活に必要な財源がない	1		0
	3. 入院時に帰る場所が見当たらない (ホームレス、迷惑行為による立ち退き)	3		0
	1. 入院時に家族または支援者が同行しなかった (警察・保健所は除く)	1		0
	2. 支援をする家族がいない (家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	2		0
	3. 同居家族自身が困難な問題 (介護・障害・貧困・重病・虐待・教育問題等) を抱えており、訪問による支援を要する状態である。	2		0
合計得点		点		
5 点以上の場合ケアマネジメントを導入。裏面は在宅支援室 (PORT) が記入。				

↓在宅支援室 (PORT) 記入欄

IV. 基礎情報	
1. 正式な住所	
1) キャッチメントエリア内⇒介入群、2)キャッチメントエリア外⇒CTRL 群	
4. 婚姻状況 1)既婚 2)未婚 3)離別・死別	5. 発症年齢 歳
6. 障害年金の受給 1) 有 2) 無	7. 自立支援医療の利用 1) 有 2) 無
8. 障害程度区分 非該当・1・2・3・4・5・6・未認定	
2. 地域の主たる支援者 1) 有 2) 無	
⇒有りの場合 所属:_____ 支援者名_____	
3. 過去3 か月間の社会資源利用状況 (1 か月に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 ()
V. ACT 導入基準 (参考)	
1. 主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病のいずれかである	☐
2. 表面【問題行動】の A または B いずれかにチェックが入っている	☐
3. 過去1 年間の精神科サービス利用状況	1) 入院回数 ☐2 回以上 (今回は含めない) 2) 入院日数 ☐100 日以上 3) 医療中断 ☐6 か月以上 いずれかに該当☐

ケアマネジメント入院時スクリーニング票

- ・入院後 1 週間以内にご記入ください。
- ・ことわりのない限り過去 1 年間の状況で、ご記入ください
- ・どうしてもわからない場合は、空欄にしておいてください。
- ・本用紙は回収いたしますので、カルテポケットに入れてください。

入院日: 年 月 日 記入者:

病棟主治医:

		あてはまる状況に○		
問題行動	A. 6 ヶ月間継続して社会的役割 (就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う) を担えない	できない:2	休みがち・不安定:1	できる:0
	B. 自分一人では地域生活に必要な課題 (栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・重要書類の管理・移動等) ができず、継続的支援を必要とする (家族が過剰に負担している場合を含む)	とても必要:2	必要:1	不要:0
	1. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為がある	はい 1	いいえ 0	
	2. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになる	1	0	
	3. 自殺企図をしたことがある	1	0	
	4. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	1	0	
	5. 重複診断 (主診断＋知的障害・アルコール/薬物) がある	1	0	
	6. 上記以外の理由による警察・保健所介入がある	1	0	
治療の困難性	1. 過去 1 年間の入院回数が 1 回以上である (今回入院を含まない)	2	0	
	2. 定期的な服薬ができていなかった事が 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0	
	3. 外来受診をしないことが 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0	
	4. 病気についての知識や理解に乏しい、または治療の必要性を理解していない	1	0	
	5. 今回の入院は措置入院である	2	0	
経済問題	1. 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない	2	0	
	2. 入院時に本人・家族から入院費の相談がある or 入院生活に必要な財源がない	1	0	
	3. 入院時に帰る場所が見当たらない (ホームレス、迷惑行為による立ち退き)	3	0	
家族状況	1. 入院時に家族または支援者が同行しなかった (警察・保健所はのぞく)	1	0	
	2. 支援をする家族がいない (家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	2	0	
	3. 同居家族自身が困難な問題 (介護・障害・貧困・重病・虐待・不登校などの教育問題等) を抱えており、訪問による支援を要する状態である。	2	0	
合計得点		点		
医療福祉相談室参照用		あてはまる場合☑		
1. 年齢が 15 歳未満もしくは 65 歳以上である		☐		
2. 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		☐		
3. 鑑定入院・医療観察法による入院である		☐		
4. 1 週間以内の退院・転棟・転院の予定が決まっている		☐		
5. 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		☐		
6. 入院前の外来が他院での通院である		☐		
7. 既に ACT または当院の訪問看護の利用者である		☐		

↓ 医療福祉相談室 記入欄
(5 点以上で除外基準に合致していなければ対象)

III. 対象者の基本属性		
1. 住所:		
→1) キャッチメントエリア内 2) キャッチメントエリア外		
2. 生年月日: 西暦 年 月 日 (歳)		
3. 診断名 (ICD-10):		
4. 過去 1 年間の入院回数 (今回の入院は含まない): 回		
5. 生保受給: 1) 有 2) 無		
6. 身体合併症: 1) 糖尿病 2) 他 ()	7. 身長・体重: 体重: キロ 身長: cm	
8. 同居家族: 1) 有 2) 無 ⇒有の場合: ☐ 父 ☐ 母 ☐ 配偶者 ☐ きょうだい (人) ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 子 (人) ☐ 他 ()		
9. 婚姻状況: 1) 既婚 2) 未婚 3) 離別・死別	10. 発症年齢: 歳	
11. 障害年金の受給: 1) 有 2) 無	12. 自立支援医療の利用: 1) 有 2) 無	
13. 障害程度区分: 非該当・1・2・3・4・5・6・未認定		
14. 地域の主たる支援者: 1) 有 2) 無		
⇒有りの場合 所属: 支援者名		
15. 過去 3 か月間の社会資源利用状況 (1 か月に 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 ()		
IV. ACT-J 導入基準		あてはまる場合 ☒
1. 主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病のいずれかである		☐
2. 表面【問題行動】の A または B いずれかにチェックが入っている		☐
3. 過去 1 年間の精神科サービス利用状況	1) 入院回数 ☐ 2 回以上 (今回は含めない)	いずれかに該当 ☐
	2) 入院日数 ☐ 100 日以上	
	3) 医療中断 ☐ 6 か月以上	

ケアマネジメント入院時スクリーニング票

・入院後 1 週間以内にご記入ください。
 ・ことわりのない限り過去 1 年間の状況で、ご記入ください
 ・どうしてもわからない場合は、空欄にしておいてください。

記入者：_____

病棟主治医：_____

入院日：_____ 年 _____ 月 _____ 日

I. 除外基準	あてはまる状況に○
1. 年齢が 15 歳未満もしくは 65 歳以上である	☐
2. 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	☐
3. 鑑定入院・医療観察法による入院である	☐
4. 1 週間以内の退院・転棟・転院の予定が決まっている	☐
5. 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	☐
6. 入院前の外来が他院での通院である	☐
7. 既に SACT の利用者である	☐

↓上記の除外基準に1つも当てはまらない場合、以下をチェック
 (※1つでも当てはまっていたら、以下は記入しなくて結構です)

		あてはまる状況に○	
問題行動	A. 6ヶ月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を担えない	できない:2	休みがち・不安定:1
	B. 自分一人では地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・重要書類の管理・移動等)ができず、継続的支援を必要とする(家族が過剰に負担している場合を含む)	とても必要:2	必要:1
	1. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為がある	はい 1	いいえ 0
	2. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになる	1	0
	3. 自殺企図をしたことがある	1	0
	4. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	1	0
	5. 重複診断(主診断+知的障害・アルコール/薬物)がある	1	0
	6. 上記以外の理由による警察・保健所介入がある	1	0
治療の困難性	1. 過去 1 年間の入院回数が 1 回以上である (今回入院を含まない)	2	0
	2. 定期的な服薬ができていなかった事が 2 か月以上あった(初発の場合はいいえ)	1	0
	3. 外来受診をしないことが 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0
	4. 病気についての知識や理解に乏しい、または治療の必要性を理解していない	1	0
	5. 今回の入院は措置入院である	2	0
経済問題	1. 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない	2	0
	2. 入院時に本人・家族から入院費の相談がある or 入院生活に必要な財源がない	1	0
	3. 入院時に帰る場所が見当たらない (ホームレス、迷惑行為による立ち退き)	3	0
家族状況	1. 入院時に家族または支援者が同行しなかった (警察・保健所はのぞく)	1	0
	2. 支援をする家族がいない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	2	0
	3. 同居家族自身が困難な問題(介護・障害・貧困・重病・虐待・不登校などの教育問題等)を抱えており、訪問による支援を要する状態である。	2	0
合計得点 (5 点以上は裏面も記入して下さい)		_____ 点	

ケアマネジメント入院時スクリーニング票

・入院後1週間以内にご記入ください。
 ・ことわりのない限り過去1年間の状況で、ご記入ください
 ・どうしてもわからない場合は、空欄にしておいてください。

記入者: _____

病棟主治医: _____

入院日: _____ 年 ____ 月 ____ 日

I. 除外基準	あてはまる状況に○
1. 年齢が15歳未満もしくは65歳以上である	☐
2. 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	☐
3. 鑑定入院・医療観察法による入院である	☐
4. 1週間以内の退院・転院の予定が決まっている(院内での転棟のぞく)	☐
5. 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	☐
6. 入院前の外来が他院での通院であり、退院後当院を使う可能性がない	☐
7. 既にアウトリーチチームの利用者である	☐
8. 3か月以内に退院の見込みがない	☐
9. 退院先がアウトリーチのキャッチメントエリア外である	☐

↓上記の除外基準に1つも当てはまらない場合、以下をチェック
 (※1つでも当てはまっていたら、以下は記入しなくて結構です)

		あてはまる状況に○		
問題行動	A. <u>6ヶ月間継続して社会的役割</u> (就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う) <u>を担えない</u>	できない:2	休みがち・不安定:1	できる:0
	B. 自分一人では <u>地域生活に必要な課題</u> (栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・重要書類の管理・移動等) <u>ができず、継続的支援を必要とする</u> (家族が過剰に負担している場合を含む)	とても必要:2	必要:1	不要:0
	1. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為がある	はい 1	いいえ 0	
	2. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになる	1	0	
	3. 自殺企図をしたことがある	1	0	
	4. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	1	0	
	5. 重複診断 (主診断+知的障害・アルコール/薬物) がある	1	0	
	6.上記以外の理由による警察・保健所介入がある	1	0	
治療の困難性	1. 過去 1 年間の入院回数が 1 回以上である (今回入院を含まない)	2	0	
	2. 定期的な服薬ができていなかった事が 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0	
	3. 外来受診をしないことが 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0	
	4. 病気についての知識や理解に乏しい、または治療の必要性を理解していない	1	0	
	5. 今回の入院は措置入院である	2	0	
経済問題	1. 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない	2	0	
	2. 入院時に本人・家族から入院費の相談がある or 入院生活に必要な財源がない	1	0	
	3. 入院時に帰る場所が見当たらない (ホームレス、迷惑行為による立ち退き)	3	0	
家族状況	1. 入院時に家族または支援者が同行しなかった (警察・保健所はのぞく)	1	0	
	2. 支援をする家族がいない (家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	2	0	
	3. 同居家族自身が困難な問題 (介護・障害・貧困・重病・虐待・不登校などの教育問題等) を抱えており、訪問による支援を要する状態である。	2	0	
合計得点 (5 点以上は裏面も記入して下さい)		点		

Ⅲ. 対象者の基本属性	
1. 住所:	
2. 生年月日: 西暦 年 月 日 (歳)	
3. 診断名 (ICD-10):	
4. 過去1年間の入院回数 (今回の入院は含まない): ____回	
5. 生保受給: 1) 有 2) 無	
6. 身体合併症: 1) 糖尿病 2) 他 ()	7. 身長・体重: 体重: キロ 身長: cm
8. 同居家族: 1) 有 2) 無 ⇒有の場合: ☐ 父 ☐ 母 ☐ 配偶者 ☐ きょうだい (人) ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 子 (人) ☐ 他 ()	
9. 婚姻状況: 1) 既婚 2) 未婚 3) 離別・死別	10. 発症年齢: ____歳
11. 障害年金の受給: 1) 有 2) 無	12. 自立支援医療の利用: 1) 有 2) 無
13. 障害程度区分: 非該当・1・2・3・4・5・6・未認定	
14. 地域の主たる支援者: 1) 有 2) 無 ⇒有りの場合 所属: _____ 支援者名 _____	
15. 過去3か月間の社会資源利用状況 (1か月に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 ()	
Ⅳ. 参考情報	
1. 主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病のいずれかである	☐
2. 表面【問題行動】のAまたはBにチェックが入っている	☐
3. 過去1年間の精神科サービス利用状況	1) 入院回数 ☐ 2回以上 (今回は含めない) 2) 入院日数 ☐ 90日以上 3) 医療中断 ☐ 6か月以上
いずれかに該当 ☐	

クライアントサービス受給指標

Client Service Receipt Inventory - Japanese version (CSRI-J)

調査 ID:	調査年月日: 年 月 日	第 回目	記載者職種 (ES / PCN) ・氏名:
--------	--------------	------	-----------------------

1. 雇用状態と賃金

就労・活動期間 (西暦で記入)	就労・活動形態 ①より選択	賃金 (時給換算)	労働・活動時間 (1週間あたり)	職種 ②より選択	仕事・活動内容 (具体的に記述)	備考
年 月 日～ 年 月 日	i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii, ix	円	時間	i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii		
年 月 日～ 年 月 日	i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii, ix	円	時間	i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii		

① 就労・活動形態について、上表内の対応する番号1つに○をつけてください。

i : フルタイム就労 (一般) ii : アルバイト・パートタイム (一般) iii : フルタイム就労 (障害者雇用)
iv : アルバイト・パートタイム (障害者雇用) v : 精神障害者ステップアップ雇用
vi : 障害者試行雇用 (トライアル雇用) vii : 委託訓練 viii : 就労継続支援事業など就労準備機関での活動
ix : その他 (デイ・ケア通所なども含みます。詳細は備考欄に具体的に記述してください。)

② 職種について、上表内の対応する番号1つに○をつけてください。

i : (自社・事業体・法人) 運営主 ii : 専門職 (医師・教師・法律家など) iii : 関連専門職 (看護職・技術職など)
iv : 事務職 v : 技能職 (電気・土木作業など) vi : 営業職・販売員 vii : 工場職員 viii : その他

1 (2) 過去 3 カ月のあなたが就労で得た収入額はおいくらですか？

円 (税抜 or 税込)

1 (3) あなたは、就労先に自身の病気のことについて伝えていますか？

1 : はい 0 : いいえ

2 (1) 過去 3 カ月、病気による理由で何日間お仕事をお休みしましたか？

日

2 (2) (1) の休んだ日数のうち、精神疾患の症状や精神的疲労でお休みした日は何日間ですか？

日

3. 精神保健福祉手帳あるいは他の障害に関わる手帳を持っていますか？

0 : なし 1 : 精神障害者保健福祉手帳 (級) 2 : 身体障害者手帳 (級) 3 : 療育手帳 (級)

1 : はい 0 : いいえ

5. あなたの主たる収入源や生活資金として当てはまるもの1つに○をつけてください。

0：(自分の)収入 1：生活保護 2：年金 3：家族の扶養 4：貯金 5：その他 ()

※年収か月収か当てはまるほうに○をつけ、当てはまる番号と税の状態の（ ）に○をつけてください

⇒右の額は、

・税抜 ()

・税込 ()

7. 福祉・地域サービス・施設利用

※1. 対象者に卓上カレンダーなどを見せて、3ヵ月のサービス及び施設の利用状況（頻度・時間）をたずねてください。

※2. 対象者が事業所名だけを覚えている場合、施設名を記録し、インターネットや電話などで各事業所種別について調べることもできます。

施設種別・サービス名		過去3ヵ月の 利用回数	合計利用 時間(h)	施設名
障害者自立支援法におけるサービス（*主に身体・知的・発達障害者向けのサービス）				
介護給付	居宅介護（ホームヘルプ）	回	時間	
	重度訪問介護*	回	時間	
	同行援護*	回	時間	
	行動援護	回	時間	
	重度障害者等包括支援*	回	時間	
	療養介護*	回	時間	
	生活介護*	回	時間	
訓練等給付	自立支援・自立訓練（通所型）	回	時間	
	自立支援・自立訓練（訪問型）	回	時間	
	就労移行支援	回	時間	
	就労継続支援 A 型	回	時間	
	就労継続支援 B 型	回	時間	
地域生活支援事業 （区市町村）	移動支援事業（ガイドヘルプ）	回	時間	
	地域活動支援センター I 型	回	時間	
	地域活動支援センター II 型	回	時間	
	地域活動支援センター III 型	回	時間	
	相談支援事業	回	時間	
	コミュニケーション支援事業*	回	時間	
	日常生活用具給付等事業*	回	時間	
	その他の事業（ ）	回	時間	
事業 （都府県）	専門性の高い相談支援事業*	回	時間	
	その他の事業（ ）	回	時間	
その他の相談支援サービス				
市区町村自治体（市役所の障害福祉課など）における相談窓口		回	時間	
保健所		回	時間	
精神保健福祉センター（都府県によっては、こころの健康総合センター）		回	時間	
市町村保健センター		回	時間	
福祉事務所		回	時間	
障害福祉サービス事業所：自立支援法移行前の小規模通所授産施設		回	時間	
障害福祉サービス事業所：自立支援法移行前の小規模作業所		回	時間	
障害福祉サービス事業所：その他の自立支援法移行前の事業所（ ）		回	時間	
相談支援事業所：地域活動支援センター I 型（指定委託）		回	時間	
相談支援事業所：その他の都府県からの委託相談窓口（ ）		回	時間	
相談支援事業所：その他の区市町村からの委託相談窓口（ ）		回	時間	
学校等教育機関		回	時間	
成年後見制度（身上見守り・財産保護の活動含む）		回	時間	
日常生活自立支援事業（自立支援・財産保護の活動含む）		回	時間	
セルフヘルプ・グループ（患者・当事者会、家族会や断酒会なども含む）		回	時間	
その他（ ）		回	時間	
その他の就労支援サービス				
障害者就業・生活支援センター（なかぼつ）		回	時間	
ハローワーク（公共職業安定所）		回	時間	
障害者職業センター		回	時間	
障害者能力開発校		回	時間	
職業リハビリテーションセンター		回	時間	
その他（ ）		回	時間	
対照群の支援者による就労・生活支援		回	時間	

8. 住居サービス

(1)あなたが普段住んでいる場所として当てはまるもの1つに○をつけてください。

0:自宅 1:福祉住居サービス(グループ・ホーム、ケア・ホームなど) 2:その他()

(2)(1)で、「0:自宅」を選んだ方は、同居されている方の有無を教えてください。

※同居されている方がいる場合は、同居されている方すべてに○をつけてください。

0:なし 1:あり
(1:ありの場合)⇒ 0)父, 1)母, 2)配偶者, 3)きょうだい(人)
4)祖父, 5)祖母, 6)子(人), 7)その他(続柄: 人)

(3)(1)で「1:福祉住居サービス」を利用している場合、以下の回答をお願いします。

施設種別・サービス名		過去3カ月の 利用日数	施設名
介護給付	短期入所(ショートステイ)	日	
	障害者支援施設での夜間ケア等(施設入所支援)	日	
	共同生活介護(ケアホーム)□	日	
訓練等給付	自立支援・自立訓練(宿泊型)(旧援護寮)	日	
	共同生活援助(グループホーム)□	日	
地域生活支援事業	福祉ホーム□	日	
	その他()	日	

あなたの精神科の主治医がいる医療機関以外で、精神科医療を受けた場合にのみ、以下の質問について、教えてください

9. 過去3ヵ月、主治医のいる医療機関以外の精神科医療機関の外来やデイ・ケア、訪問看護を利用しましたか?

※1. 対象者に卓上カレンダーなどを見せて、3ヵ月のサービス及び施設の利用状況(頻度・時間)をたずねてください。

※2. 対象者が事業所名だけを覚えていて、施設名を記録し、インターネットや電話などで各事業所種別について調べることもできます。

サービス名	過去3カ月の利用回数	合計利用時間(h)	施設名など
医師の診察	回		
訪問看護 (備考欄に何名の看護師か記入)	単独の訪問 回 複数名訪問 回	時間	
精神科デイ・ケア (6時間)	回		
精神科ショート・ケア (3時間)	回		
精神科ナイト・ケア (4時間)	回		
精神科デイ・ナイト・ケア (10時間)	回		

10. 過去3ヵ月、主治医のいる医療機関以外の精神科病院に入院しましたか?

病棟種別	過去3カ月の 利用日数	入院の理由	入院形態 (1つに○をつけてください)	施設名
精神科療養病棟	日		任意/医療保護/措置/緊急措置/応急	
精神科救急病棟	日		任意/医療保護/措置/緊急措置/応急	
精神科急性期治療 病棟	日		任意/医療保護/措置/緊急措置/応急	
上記以外の精神科病棟	日		任意/医療保護/措置/緊急措置/応急	
他科の病棟 (急性薬物 ICU など)	日		任意/医療保護/措置/緊急措置/応急	

11. 過去3ヵ月、主治医のいる医療機関以外の精神科医療機関から、お薬をもらいましたか?

お薬の名称	量 (可能なら)	錠 (可能なら)	頻度 (一日何回)	どのくらいの期間、そのお 薬を使用していますか
	mg	錠	1日 回	週間
	mg	錠	1日 回	週間
	mg	錠	1日 回	週間

カルテによるアウトカム票

ID		エントリー時 退院日	年 月 日
----	--	---------------	-------

※過去1年に他院に通院・入院している場合は、他院に問い合わせのうえ、確認すること

[退院時]

過去1年の2ヵ月以上の医療中断歴(初診の場合は無し) カルテ上本人の受診が2ヵ月以上間隔がある場合に記録する		過去1年間の精神科入退院歴(※エントリー時の入院は含めない)		
2ヵ月間以上の中断を記録		入院年月日	退院年月日	入院時の入院形態
最終本人受診日	本人受診再開日	年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
過去1年の精神科救急利用歴		年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
過去1年の逮捕歴(逮捕状による逮捕・現行犯逮捕・緊急逮捕など犯罪を構成するもののみ)		過去1年の逮捕・拘留・留置・禁固・懲役日数(逮捕までは至らずとも触法行為を行って留置された日数も含む)		
逮捕された日	内容	拘束開始日	拘束終了日	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	
		過去6ヵ月の入院回数()回 過去6ヵ月の入院日数()日回 過去1年の入院回数()回 過去1年の入院日数()回		

1. 合併症 *調査時点より過去1ヵ月間に、精神疾患以外の身体疾患の治療履歴がある場合を「有り」とする。

① なし → 3. 血液データへ進む

② 有り 病名 A () 病名 B ()
 病名 C () 病名 D ()
 病名 E () 病名 F ()

2. 合併症の治療施設

→ ①. 院内で治療中 → 院内で治療中の病名は上記のうち (A・B・C・D・E・F)
 ②. 他院で治療中 → 他院で治療中の病名は上記のうち (A・B・C・D・E・F)
 ③. その他 () → あてはまる病名は上記のうち (A・B・C・D・E・F)

3. 直近の血液データ (検査日 年 月 日)

血糖値	
HbA1c	
総コレステロール	
HDL コレステロール	
LDL コレステロール	
中性脂肪	

【6か月後】

過去6か月の2ヵ月以上の医療中断歴（初診の場合は無し） カルテ上本人の受診が2ヵ月以上間隔がある場合に記録する	
2ヵ月間以上の中断を記録 最終本人受診日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	本人受診再開日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
過去6ヵ月の精神科救急利用歴	
年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
過去6ヵ月の逮捕歴（逮捕状による逮捕・現行犯逮捕・緊急逮捕 など犯罪を構成するもののみ）	
逮捕された日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	内容

過去6か月の精神科入退院歴（※エントリー時の入院は含めない）		
入院年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	退院年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	入院時の入院形態
過去6ヵ月の入院回数（ ）回		過去6ヵ月の入院日数（ ）日
過去1年の入院回数（ ）回		過去1年の入院日数（ ）日
過去6ヵ月の逮捕・拘留・留置・禁固・懲役日数（逮捕までは至らずとも触法行為を行って留置された日数も含む）		
拘束開始日 年 月 日 年 月 日 年 月 日		拘束終了日 年 月 日 年 月 日 年 月 日

1. 合併症 *調査時点より過去1ヵ月間に、精神疾患以外の身体疾患の治療履歴がある場合を「有り」とする。
② なし → 3. 血液データへ進む
② 有り 病名A（ ） 病名B（ ） 病名C（ ） 病名D（ ） 病名E（ ） 病名F（ ）
2. 合併症の治療施設
→ ①. 院内で治療中 →院内で治療中の病名は上記のうち（A・B・C・D・E・F） ②. 他院で治療中 →他院で治療中の病名は上記のうち（A・B・C・D・E・F） ③. その他（ ） →あてはまる病名は上記のうち（A・B・C・D・E・F）
3. 直近の血液データ（検査日 年 月 日）
血糖値
HbA1c
総コレステロール
HDL コレステロール
LDL コレステロール
中性脂肪

【1年後】

過去6か月の2ヵ月以上の医療中断歴（初診の場合は無し） カルテ上本人の受診が2ヵ月以上間隔がある場合に記録する	
2ヵ月間以上の中断を記録 最終本人受診日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	本人受診再開日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
過去6ヵ月の精神科救急利用歴	
年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
過去6ヵ月の逮捕歴（逮捕状による逮捕・現行犯逮捕・緊急逮捕 など犯罪を構成するもののみ）	
逮捕された日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	内容

過去6か月の精神科入退院歴（※エントリー時の入院は含めない）		
入院年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	退院年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	入院時の入院形態
過去6ヵ月の入院回数（ ）回		過去6ヵ月の入院日数（ ）日
過去1年の入院回数（ ）回		過去1年の入院日数（ ）日
過去6ヵ月の逮捕・拘留・留置・禁固・懲役日数（逮捕までは至らずとも触法行為を行って留置された日数も含む）		
拘束開始日 年 月 日 年 月 日 年 月 日		拘束終了日 年 月 日 年 月 日 年 月 日

1. 合併症 *調査時点より過去1ヵ月間に、精神疾患以外の身体疾患の治療履歴がある場合を「有り」とする。
③ なし → 3. 血液データへ進む
② 有り 病名A（ ） 病名B（ ） 病名C（ ） 病名D（ ） 病名E（ ） 病名F（ ）
2. 合併症の治療施設
→ ①. 院内で治療中 →院内で治療中の病名は上記のうち（A・B・C・D・E・F） ②. 他院で治療中 →他院で治療中の病名は上記のうち（A・B・C・D・E・F） ③. その他（ ） →あてはまる病名は上記のうち（A・B・C・D・E・F）
3. 直近の血液データ（検査日 年 月 日）
血糖値
HbA1c
総コレステロール
HDL コレステロール
LDL コレステロール
中性脂肪

【多職種アウトリーチ】事業所調査票（管理的時間調査票）

記載年月日_____年__月__日

施設 I D		施 設 名	
--------	--	-------	--

I. 日常業務の時間配分、定期的な会議等の頻度、参加人数、その職種について、
下記の空欄にご記入ください。

《 毎日のこと 》

通常の始業時間		時	分	朝の申し送り	開 始 時 間	時	分
通常の終業時間		時	分		終 了 時 間	時	分
昼の休憩	開 始 時 間	時	分	夕方申し送り	開 始 時 間	時	分
	終 了 時 間	時	分		終 了 時 間	時	分
その他休憩時間			分				

《定期的に行うこと》

コア会議（運営会議）			ケースカンファレンス		
頻 度	週 回 or 月 回		頻 度	週 回 or 月 回	
参 加 人 数			参 加 人 数		
看 護 師		人	看 護 師		人
准看護師		人	准看護師		人
P S W		人	P S W		人
O T		人	O T		人
心 理 職		人	心 理 職		人
医 師		人	医 師		人
そ の 他		人	そ の 他		人

II. 現在、貴事業所（あるいは貴部門）で勤務している方々の職種・勤務形態別に、
人数、前月1カ月の労働日数、1カ月の実労働時間について下記空欄にご記入ください。

職種・勤務形態		人 数	前月の実労働日数の合計	前月の実労働時間の合計
精 神 科 医	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
看 護 師	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
准 看 護 師	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
精神保健福祉士	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
作 業 療 法 士	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
心 理 職	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
その他（ ）	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間

【裏面に続きます】

Ⅲ. その他、日常的、定期的な業務がありましたら、その内容と時間をご記載ください。

【例：定期的な勉強会や連絡会、備品の点検、棚卸し 等】

【就労移行支援事業所用】就労支援 サービスコード

1 利用者 I D	2 記載日 年 月 日	3 主担当者名	4 就労支援か就労後継続支援か 01 就労支援 02 継続支援
5 主担当者の職種（該当番号に○） 01 サービス管理責任者 02 職業指導員 03 生活支援員 04 就労支援員 05 その他（ ）		6 主担当者の専門職の資格（免許）種類（該当番号に○） 01 社会福祉士 02 精神保健福祉士 03 介護福祉士 04 作業療法士 05 看護師 06 その他（ ）	
7 施設外で支援を提供した場合の行き先（事業所支払） （具体的な場所）：所要時間 分（行きのみ） （具体的な場所）：所要時間 分（行きのみ） （具体的な場所）：所要時間 分（行きのみ）			合計費用 円

《支援内容》 サービスを提供した場合は、該当する欄に必要事項をご記入ください。

	項 目	回数 (回)	合計 時間 (分)	うち勤務 時間外 (分)	ジョブ コーチ 支援事業	複数対象者支援
8	認知機能リハビリテーション(Cogpack を用いたコンピュータトレーニング) 備考 (複数の対象者を同時に支援した場合等) :					本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
9	認知機能リハビリテーション(言語グループ) 備考:					本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
10	インテーク面接 (関係づくり・アセスメント) 備考:				☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
11	プランニング 就労支援のための計画作成 備考:				☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
12	個別の履歴書作成・面接練習・ビジネスマナー等の支援 備考:				☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
13	グループによる履歴書作成・面接練習・ビジネスマナー等の支援 備考:				☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
14	本人と共に働く職場開拓・同行支援 (インターネット等で仕事の検索、ハローワークに出向く、企業等の見学・訪問・下見等) 備考:				☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
15	担当スタッフのみで行う職場開拓 (インターネット等で仕事の検索、ハローワークに出向く、企業等の見学・訪問・下見等) 備考:				☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
16	企業内での支援:職場実習&職場定着のための支援 備考:				☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
17	施設外支援または実習 (実習専用契約している企業内において) 備考:				☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
18	担当スタッフのみの企業の担当者との相談等 <対面> (本人に代わっての交渉、相談、本人の就職後のフォローを含む) 備考:				☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
19	担当スタッフのみの企業の担当者との相談等<電話・E メール> (本人に代わっての交渉、相談、本人の就職後のフォローを含む) 備考:				☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
20	本人との相談・面接・フォロー <対面> (就労後のフォロー、退職・転職相談) 備考:				☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()

	項 目	回数 (回)	合計 時間 (分)	うち勤務 時間外 (分)	ジョブ コーチ 支援事業	複数対象者支援
21	本人との相談・面接・フォロー <電話・Eメール> (就労後のフォロー、退職・転職相談) 備考:				☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID ()
22	本人を含めないスタッフのミーティングや他機関とのミーティング <対面> ※医師やその他の職種に助言を求める行為を含む 備考:				☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID ()
23	本人を含めないスタッフのミーティングや他機関とのミーティング <電話・Eメール> ※医師やその他の職種に助言を求める行為を含む 備考:				☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID ()
24	ケア会議(本人、担当者、他1名以上による就労のための支援計画の作成に係る会議) 備考:				☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID ()
25	就労支援担当者ユニットのミーティング(当該対象ケース支援についてのコンサルテーションや求人等の情報共有等就労支援担当者複数による会議) 備考:				☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID ()
26	その他 () 備考:				☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID ()
27	就労支援ではない、利用者の生活支援(訪問での支援) 備考:				☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID ()
28	就労支援ではない、利用者の生活支援(施設内での支援) 備考:				☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID ()
29	就労支援ではない、利用者の生活支援(電話及びEメールでの支援) 備考:				☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID ()

<担当スタッフが自己負担した費用>

自己負担で、サービスを提供した場合は下記に記入してください(※事業所負担を除いた額を記載してください)

30	交通費(具体的な場所 : 所要時間 分) (具体的な場所 : 所要時間 分) (具体的な場所 : 所要時間 分)	合計費用 (円)
31	喫茶店等での飲み物代	合計費用 (円)
32	プライベートで使用している携帯電話による通話・Eメール (具体的な内容:)	通話回数 (回) メール回数 (回) 合計通話時間 (分)
33	その他 ※具体的にどのような事にどのくらいの費用がかかったかを記述してください ☆事柄 ☆合計費用 (円)	

<支援サービス費加算の該当状況>

支援サービス費加算該当の場合は□にレをご記入ください。

34	☐ 訪問支援特別加算に該当(月2回を限度) ⇒ ☐ 1時間以上 ☐ 1時間未満
35	☐ 欠席時対応加算に該当
36	☐ 利用者負担上限額管理加算に該当(月1回を限度)

【デイ・ケア用】就労支援 サービスコード

1 利用者ID:	2 記載日: 年 月 日	3 担当者名
5 施設外で支援を提供した場合の行き先(事業所支払) (具体的な場所: 所要時間 分)(行きのみ) (具体的な場所: 所要時間 分)(行きのみ) (具体的な場所: 所要時間 分)(行きのみ)		4 職種(該当番号に○をつける) 01 作業療法士 02 精神保健福祉士 03 看護師 04 臨床心理士 05 医師 06 その他()
合計費用 円		

《支援内容》 サービスを提供した場合は、該当する欄に必要事項をご記入ください。

	項 目	回数 (回)	合計 時間 (分)	診療報酬外			複数対象者支援
				勤務 時間 外	デイ ケア 外		
6	認知機能リハビリテーション(Cogpack を用いたコンピュータトレーニング) 備考(複数の対象者を同時に支援した場合等):						本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
7	認知機能リハビリテーション(言語グループ) 備考:						本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
8	インテーク面接(関係づくり・アセスメント) 備考:			☐	☐	☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
9	プランニング(就労支援のための計画作成) 備考:			☐	☐	☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
10	個別の履歴書作成・面接練習・ビジネスマナー等の支援 備考:			☐	☐	☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
11	グループによる履歴書作成・面接練習・ビジネスマナー等の支援 備考:			☐	☐	☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
12	本人と共に働く職場開拓・同行支援(インターネット等で仕事の検索、ハローワークに出向く、企業等の見学・訪問・下見等) 備考:			☒	☐	☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
13	担当スタッフのみで行う職場開拓(インターネット等で仕事の検索、ハローワークに出向く、企業等の見学・訪問・下見等) 備考:			☒	☐	☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
14	ジョブコーチ等企業内での支援:職場実習&職場定着のための支援 備考:			☒	☐	☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
15	担当スタッフのみの企業の担当者との相談等 <対面> (本人に代わっての交渉、相談、本人の就職後のフォローを含む) 備考:			☒	☐	☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
16	担当スタッフのみの企業の担当者との相談等<電話・Eメール> (本人に代わっての交渉、相談、本人の就職後のフォローを含む) 備考:			☒	☐	☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
17	本人との相談・面接・フォロー <対面> (就労後のフォロー、退職・転職相談、年金や生活保護受給に関する相談等も含む) 備考:			☐	☐	☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()
18	本人との相談・面接・フォロー <電話・Eメール> (就労後のフォロー、退職・転職相談、年金や生活保護受給に関する相談等も含む) 備考:			☐	☐	☐	本人他 研究対象者 ____人 本人他 研究非対象者 ____人 ID ()

	項 目	回数 (回)	合計 時間 (分)	診療報酬外			複数対象者支援
					勤務 時間 外	デイ ケア 外	
19	本人を含めないスタッフのミーティングや他機関とのミーティング ＜対面＞ ※医師やその他の職種に助言を求める行為を含む 備考:			☒	☐	☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID (_____)
20	本人を含めないスタッフのミーティングや他機関とのミーティング ＜電話・E メール＞ ※医師やその他の職種に助言を求める行為を含む 備考:			☒	☐	☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID (_____)
21	ケア会議 (本人、担当者、他1名以上による就労のための支援計画の作成に係る会議) 備考:			☐	☐	☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID (_____)
22	就労支援担当者ユニットのミーティング (当該対象ケース支援についてのスーパービジョン、コンサルテーションや求人等の情報共有等就労支援担当者複数による会議) 備考:			☒	☐	☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID (_____)
23	就労支援ではない、利用者の生活支援 (訪問での支援) 備考:			☐	☐	☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID (_____)
24	就労支援ではない、利用者の生活支援 (施設内での支援) 備考:			☐	☐	☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID (_____)
25	就労支援ではない、利用者の生活支援 (電話及びメールでの支援) 備考:			☐	☐	☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID (_____)
26	その他 (_____) 備考:			☐	☐	☐	本人他 研究対象者 _____人 本人他 研究非対象者 _____人 ID (_____)

＜担当スタッフが自己負担した費用＞

自己負担で、サービスを提供した場合は下記に記入してください (※事業所負担を除いた額を記載してください)

27	交通費 (具体的な場所 : 所要時間 分) (具体的な場所 : 所要時間 分) (具体的な場所 : 所要時間 分)	合計費用 (_____ 円)
28	喫茶店等での飲み物代	合計費用 (_____ 円)
29	プライベートで使用している携帯電話による通話・E メール	通話回数 (_____ 回) メール回数 (_____ 回) 合計通話時間 (_____ 分)
30	その他 ※具体的にどのような事にどのくらいの費用がかかったかを記述してください ☆事柄 ☆合計費用 (_____ 円)	

【就労支援】事業所調査票

記載年月日_____年__月__

日

施設 I D		施 設 名	
--------	--	-------	--

I. 現在、貴事業所で勤務している方々の職種・勤務形態別に、
人数、前月 1 カ月の労働日数、1 カ月の実労働時間について下記空欄にご記入ください。

職種・勤務形態		人 数	前月の実労働日数の合計	前月の実労働時間の合計
社 会 福 祉 士	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
精神保健福祉士	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
介 護 福 祉 士	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
作 業 療 法 士	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
心 理 職	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
無 資 格	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
その他 ()	常 勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間

II. 個別就労支援事業における加算（就労移行支援サービス費等）を行っている場合は、
1～7のそれぞれについて、該当する項目番号に○をつけてください。

1 就労移行支援サービス費	01 定員 20 人以下 (850 単位) 02 定員 21 人以上 40 人以下 (759 単位) 03 定員 41 人以上 60 人以下 (727 単位) 04 定員 61 人以上 80 人以下 (683 単位) 05 定員 81 人以上 (647 単位)
2 就労移行支援体制加算	01 定着率が 5 分以上 1 割 5 分未満 (21 単位/日を 加算) 02 定着率が 1 割 5 分以上 2 割 5 分未満 (48 単位/日を 加算) 03 定着率が 2 割 5 分以上 3 割 5 分未満の場合 (82 単位/日を 加算) 04 定着率が 3 割 5 分以上 4 割 5 分未満の場合 (126 単位/日を 加算) 05 定着率が 4 割 5 分以上の場合 (189 単位/日を 加算)
3 精神障害者退院支援施設加算	01 精神障害者退院支援施設加算 (I) (180 単位/回を加算) 02 精神障害者退院支援施設加算 (II) (115 単位/回を加算) 03 01・02 のいずれも加算していない
4 初期加算 (30 単位/日)	01 加算している 02 加算していない
5 就労支援関係研修修了加算 (11 単位/日)	01 加算している ⇒ (i ジョブコーチ ii ジョブコーチ以外) 02 加算していない
6 福祉専門職員配置加算	01 加算している → 区分 (i 10 単位/日 ii 6 単位/日) → 職種 (i 社会福祉士 ii P S W iii 介護福祉士) 02 加算していない
7 施設外就労加算 (100 単位/日)	01 加算している 02 加算していない

- Ⅲ. 就労移行支援サービスにおけるその他の加算を行っている場合は、次の８～１０のそれぞれについて、該当する項目番号に○をつけてください。
また、その他の加算を行っている場合は、１１に具体的にご記入ください。

8 医療連携体制加算	01 医療連携体制加算（Ⅰ）（500 単位／日を加算）
	02 医療連携体制加算（Ⅱ）（250 単位／日を加算）
	03 01・02 のいずれも加算していない
9 利用者負担上限額管理加算 （150 単位／回、月 1 回まで）	01 加算している
	02 加算していない
10 食事提供体制加算 （42 単位／日）	01 加算している
	02 加算していない
11 その他の加算	加算名（ ）（ ）単位
	加算名（ ）（ ）単位
	加算名（ ）（ ）単位
	加算名（ ）（ ）単位
	加算名（ ）（ ）単位
	加算名（ ）（ ）単位

※それぞれの加算についての詳細は、下記の URL をご参照ください。

http://selp-shiga.net/filemgmt_data/files/kasanikou.pdf#search=

調査協力機関臨床スタッフ 各位

「精神科臨床スタッフの意識・態度に関する調査」へのご協力のお願い

謹啓 時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

このたびは、厚生労働科学研究費補助金による研究プロジェクト“「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”の一部として、精神科臨床スタッフの支援における意識・態度の継続的な把握を目的とした自記式調査にご協力頂きたく、お願い申し上げる次第です。

わが国における精神保健施策は、入院中心から地域生活中心への変革期にあり、精神科医療機関にも大きな役割・機能の変革が求められています。本プロジェクトはこれに応えるべく、アウトリーチ支援と就労支援を軸とする地域精神科医療モデルの構築・効果検証を進めていますが、モデルが機能するためにはスタッフの意識・態度も大きな役割を果たすと考えております。

そこで、モデルに関わる方から関わっていない方まで幅広くご協力頂き、日常の実践における意識・態度を継続的に把握するアンケート調査を用いた研究を計画しました。つきましては、以下の＜調査について＞をお読みになり、本研究の趣旨へのご理解を賜り、ご協力頂けますようお願い申し上げます。

ご協力頂けます場合は次ページ以降の質問に回答のうえ、回収用封筒に入れて担当者に提出して下さい。
ご協力いただいた方には、後日、担当者より薄謝（QUO カード 1,000 円分）をお渡しいたします。

謹白

＜調査について＞

- 本調査の回答に正解や不正解はありません。皆さんが普段行っていること、感じていることを率直にお答えください。回答したくない質問がありましたら、飛ばして頂いても構いません。
- この調査は無記名で行い、回答はコード化して統計的に処理しますので、結果の公表に際してあなた一人の回答を取り上げたり、あなたの回答が特定されることは一切ありません。
- 調査結果は、研究目的以外では一切使用しません。
- あなたの回答と ID 番号のみ研究者が把握します。回答を貴院の他の人が見ることはありません。
- 調査へのご協力は任意です。ご協力頂けない場合でも、不利益を被ることは一切ありません。
- ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

厚生労働科学研究費補助金

「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（国立精神・神経医療研究センター社会復帰研究部 部長）

分担研究者：賛川 信幸（日本社会事業大学社会事業研究所 准教授）

（問い合わせ先）

〒187-8553 東京都小平市小川東町四丁目1番1号

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所社会復帰研究部

電話番号 042-346-2168 （担当：種田綾乃）

I. 次の1～19が表す各支援行動に対して、あなたが日常実践の中で「A. どの程度行っているか（実施度）」、および「B. それを行う自信がどの程度あるか（自信度）」について、右欄のもっとも当てはまると思う番号1つに○を付けて下さい。

※各項目中の「本人」は、サービス利用者（患者）のことを表します。

	A. 実施度				B. 自信度			
	ほとんど行っていない	あまり行っていない	だいたい行っている	行っている	全く自信がない	あまり自信がない	まあまあ自信がある	自信がある
1. 本人の病状が不安定になる可能性があると感じた場合でも、本人の挑戦したいという気持ち（就職や恋愛など）に、まずは肯定的なコメントを返す。	0	1	2	3	0	1	2	3
2. 本人の個人および環境の持つストレングス（長所・強み）を、本人との対話や行動のなかで一緒に見つける。	0	1	2	3	0	1	2	3
3. 本人の個人および環境のもつストレングス（長所・強み）を活かし、伸ばしていく方法を、本人との対話や行動のなかで一緒に考える。	0	1	2	3	0	1	2	3
4. 目標設定や支援計画づくりは、本人と共に考え、本人が主体的に選択できるようサポートする。	0	1	2	3	0	1	2	3
5. クライシス（危機的状況）時に、本人が自分で行うと良いこと、周囲の人にやってほしいことなどを、事前に本人と一緒に考える。	0	1	2	3	0	1	2	3
6. アセスメント票や支援計画の作成は本人と一緒にに行い、共有する（本人もコピーをもっている等）。	0	1	2	3	0	1	2	3
7. 支援者の個人的なことだと思われるような話題は、本人には一切話さない。	0	1	2	3	0	1	2	3
8. 病気や症状以外の本人の個性、価値観などについても積極的に焦点を当てて本人と会話をする。	0	1	2	3	0	1	2	3
9. 本人が家族や友人・同僚など身近な人と、どのような関係であることを望んでいるかを尋ねる。	0	1	2	3	0	1	2	3
10. 目標設定や支援計画づくりのカンファレンス・話し合いは、本人が参加して行う。	0	1	2	3	0	1	2	3
11. 本人の希望を実現するために利用する資源は、障害者等のためにあるサービスを優先して検討する。	0	1	2	3	0	1	2	3
12. アセスメント票や支援計画には、本人の言葉を積極的に活用する。	0	1	2	3	0	1	2	3
13. 本人の上手くいった経験も上手くいなかった経験も、次の活動を行う際に役立つ体験と捉え、本人がそれを活用しやすいように対話を進める。	0	1	2	3	0	1	2	3
14. 支援計画は、支援活動の大部分が地域社会の中で（入院中の者に対しては、すみやかに病院の敷地外で）行われるように作る。	0	1	2	3	0	1	2	3
15. 支援にあたっては、本人が地域生活を送る上で望むことややりたいこと、現在の課題などを尋ねる。	0	1	2	3	0	1	2	3
16. アセスメント票と支援計画は、本人と一緒に定期的に見直し、更新する。	0	1	2	3	0	1	2	3
17. 障害の程度や病状の様子から、本人にはできないと判断される本人の希望や願いは、あきらめるように説得する。	0	1	2	3	0	1	2	3
18. 他の職種と情報を共有し、自分の専門職種の枠にとらわれず支援する。	0	1	2	3	0	1	2	3
19. 本人に、支援者たちとの関わりの中でどんなことができると良いと思うのかに焦点を当てて尋ねる。	0	1	2	3	0	1	2	3

- II. 精神の病気をお持ちの方のリカバリーについて、あなたのお考えをお聞かせください。
 次の各文を読んで、1-16 の質問に対して、あなたのお考えにもっとも近い右欄の番号 1 つに○を付けて下さい。

リカバリーは、私たちが皆共有する、過程であり経験です。人は、愛する人の死や離婚、身体の障害や重い精神の病気などを経験した時に、リカバリーという課題にぶつかります。うまくいったリカバリーとは、その経験が起きたという事実や、その影響がまだあるという事実や、また、その人の人生が永遠に変わったという事実を変えることはありません。むしろ、その人が変化し、その人にとっての、それらの出来事の意味もまた変わるということの意味します。その出来事はもはや、その人の人生の一番中心的なことではないのです。(Anthony, 1993)

	まったくそう思わない	そう思わない	どちらでもない	そう思う	とてもそう思う
1. リカバリーの過程にある人は、ほかの人からのサポートが必要である	1	2	3	4	5
2. 何が原因と考えているにせよ、精神の病気からのリカバリーは可能である	1	2	3	4	5
3. 自分の精神の病気をよく理解することは、リカバリーに役立つ	1	2	3	4	5
4. リカバリーには信念が必要である	1	2	3	4	5
5. たとえ精神の病気の症状があったとしても、リカバリーは起こり得る	1	2	3	4	5
6. リカバリーの過程にある人は、時には後戻りすることもある	1	2	3	4	5
7. 精神の病気からのリカバリーのしかたは、人によって異なる	1	2	3	4	5
8. 精神の病気からのリカバリーは、精神保健の専門職者の手助けがなくても起こり得る	1	2	3	4	5
9. 重い精神の病気を持つ人は誰でも、リカバリーするために励むことができる	1	2	3	4	5
10. 精神の病気からリカバリーするような人は、そもそも精神の病気と言うほどではなかった	1	2	3	4	5
11. リカバリーの過程には希望が必要である	1	2	3	4	5
12. リカバリーとは、かつての状態に戻るということではない	1	2	3	4	5
13. 精神の病気についての偏見は、リカバリーの進行を遅らせることがある	1	2	3	4	5
14. 精神の病気のためにおきた結果からのリカバリーは、病気そのものからのリカバリーよりも難しいことがある	1	2	3	4	5
15. 家族もまた、自分の大切な家族の精神の病気による影響からリカバリーすることを必要としている場合がある	1	2	3	4	5
16. リカバリーには勇気が必要である	1	2	3	4	5

III.次の質問で新しいタイプの治療や介入を用いることに対するあなたの気持をお聞きます。

マニュアル化された治療や介入とは、マニュアルで要点をまとめられたり構造化されたあるいは事前に決められた方法に従うことになっていたりする特定のガイドラインや構成要素を持つすべての介入を意味します。

1-15 の質問に対して、あなたのお考えにもっとも近い右欄の番号 1 つ に○を付けて下さい。

	全く当てはまらない	わずかに当てはまる	中程度当てはまる	よく当てはまる	非常によく当てはまる
1. クライアントを援助するために新しいタイプの治療や介入を用いてみたい。	0	1	2	3	4
2. 治療マニュアルに従わなくてはなかったとしても、新しいタイプの治療や介入を試みようと思う。	0	1	2	3	4
3. クライアントへの対処法について、私は研究者よりもよく知っている。	0	1	2	3	4
4. 研究者が開発した新しくかつ異なるタイプの治療や介入を用いよと思う。	0	1	2	3	4
5. 研究に基づいた治療や介入は、臨床的に用をなさない。	0	1	2	3	4
6. 臨床経験は、マニュアル化された治療や介入を用いることより重要である。	0	1	2	3	4
7. 私はマニュアル化された治療や介入を用いるつもりはない。	0	1	2	3	4
8. たとえ、従来使用してきたものとかかなり異なっていたとしても、新しい治療や介入を試みようと思う。	0	1	2	3	4

あなたが初めての治療や介入の訓練を受けた場合、その治療や介入を利用する可能性について、あなたのお考えについてお聞きます。9-15 の質問に対して、あなたのお考えにもっとも近い右欄の番号 1 つ に○を付けて下さい。

	全く当てはまらない	わずかに当てはまる	中程度当てはまる	よく当てはまる	非常によく当てはまる
9. その治療や介入が直観的に魅力だと感じた場合。	0	1	2	3	4
10. その治療や介入が「理にかなっている」と思った場合。	0	1	2	3	4
11. その治療や介入を上司から命じられた場合。	0	1	2	3	4
12. その治療や介入を組織から命じられた場合。	0	1	2	3	4
13. その治療や介入を行政機関から命じられた場合。	0	1	2	3	4
14. その治療や介入を用いた同僚が満足していた場合。	0	1	2	3	4
15. その治療や介入を正しく用いるための訓練を十分に受けたと感じた場合。	0	1	2	3	4

IV. 精神の病気をお持ちの方についてのあなたの考えをお聞きします。

以下の 1-19 の質問に対して、あなたのお考えにもっとも近い右欄の番号 1 つに○を付けて下さい。

	まったく そう 思わない	あまり そう 思わない	やや そう 思う	大いに そう 思う
1. 私は、精神障がいをもつ人の多くは、結婚し家庭生活を営むことができると思う	0	1	2	3
2. 私は、精神障がいをもつ人の多くは、人生上の様々な決断（治療についてや職業・結婚・道路といった）について考えたり、決定したりする力をもっていると思う	0	1	2	3
3. 私は、精神障がいをもつ人の多くは、自らの人生の責任を負うことができると思う	0	1	2	3
4. 私は、精神障がいをもつ人の多くは、自己の疾患について理解する力をもっていると思う	0	1	2	3
5. 私は、精神障がいをもつ人の多くは、失敗を乗り越えることができると思う	0	1	2	3
6. 私は、精神障がいをもつ人の多くは、子供をもち、育てることができると思う	0	1	2	3
7. 私は精神障がいをもつ多くの人は、同じ障がいをもつ人達の相談相手や支援者になることができると思う	0	1	2	3
8. 私は、精神障がいをもつ人であっても、能力があればどのような職業につくことも可能だと思う	0	1	2	3
9. 私は、精神障がいをもつ多くの人は、十分な治療や環境調整によって回復することは可能だと思う	0	1	2	3
10. 私は、精神障がいをもつ多くの人は、平均的市民と同程度に信頼をおけると思う	0	1	2	3
11. 私は、精神障がいをもつ人の隣に住んでもかまわない	0	1	2	3
12. 私は、精神障がいをもつ人の施設が自分の住居の近隣にできてかまわない	0	1	2	3
13. 私は、機会があれば精神障がいをもつ人と親しい友人になるかもしれない	0	1	2	3
14. 私は、精神障がいをもつ人と一緒に働いても良い	0	1	2	3
15. 私が、未婚であれば精神障がいをもつ人と、恋愛をすることがあるかもしれない	0	1	2	3
16. 私は、精神障がいをもつ人自身がやりたいと思うことへの挑戦を支持するようにしている	0	1	2	3
17. 私は精神障がいをもつ人と一緒に活動したり、行動することが多い	0	1	2	3
18. 私は、精神障がいをもつ人に、その人自身の状況や援助についてきちんと説明するようにしている	0	1	2	3
19. 私は、精神障がいをもつ人に自分のことも率直に話している	0	1	2	3

◆以下の質問を読み、あなたの考えにもっとも当てはまるもの番号 1 つに○をつけてください。

	そう 思わない	あまり 思わない	ある 程度 そう 思う	そう 思う
1. 統合失調症で入院していたことのある人とは、付き合わないのが一番である	0	1	2	3
2. 統合失調症を患ったことのある人の近所で暮らすことになったら、それは私にとって苦になるだろう。	0	1	2	3
3. 統合失調症を患ったことのある教師は、学校で教えることを許可されるべきではない。	0	1	2	3
4. 私は統合失調症を患ったことのある人が運転するタクシーには乗りたくない。	0	1	2	3
5. もし、統合失調症を患ったことのある男性と自分の娘が結婚したいと言ったならば、娘がどうであれ私は結婚に反対するだろう。	0	1	2	3

◆この1年間（勤務年数が1年に満たない方は、仕事に就いてから今まで）において、精神障がいをお持ちの方や、その支援にかんして、あなたの考え方や気持ちに変化はありましたか？ ご自由にお書きください。

V. あなたの仕事、職場の現状についてお答えください。

以下の質問について、右欄の4段階で評定し、当てはまるもの番号 1 つに○をつけてください。

	全く そう 思わない	あまり そう 思わない	やや そう 思う	大いに そう 思う
1. この職場では、安心して自分の限界（私の苦手な領域の能力等）について他の人に知ってもらえる	0	1	2	3
2. この職場では、安心して他の人に助けってもらえる	0	1	2	3
3. この職場では、安心して自分自身の成功や能力について他の人と分かち合える	0	1	2	3
4. この職場では、私自身の仕事に対する情熱を自由に他の人分かち合える	0	1	2	3
5. この職場では、自分の喜びや、感動などを他の人と分かち合える	0	1	2	3
6. この職場では、安心して面倒な感情（傷つきや喪失感や不安）を他の人と分かち合える	0	1	2	3

7. この職場では、安心して、困難や失敗などを他の人に話せる	0	1	2	3
8. この職場では、自分の気持ちを素直に表すことができる	0	1	2	3
9. この職場では、担当する患者や対象者への治療や援助について問題に直面したとき必要な支援を受けられる	0	1	2	3
10. この職場では、知識や経験、自分自身を広げることができる	0	1	2	3
11. この職場では、素直にものがいえる	0	1	2	3
12. この職場では、自分の働きによって、自信を得ている	0	1	2	3
13. この職場の経営者は、安心して、職員と情報を分かち合う	0	1	2	3
14. この職場では、いつも派閥が生まれる	0	1	2	3
15. この職場では、己を抑え他の職員と協調していくことが何より求められる	0	1	2	3
16. この職場では、他の人の行動が、よく噂になる	0	1	2	3
17. この職場では、会議の後、いつも噂話風に他の人の否定的なことを言う	0	1	2	3
18. この職場では、荒立てないことが何より重要とされる	0	1	2	3
19. この職場では、他の人と異なったことをすると浮いてしまう	0	1	2	3
20. この職場では、スタッフ間の葛藤によって患者や対象者の治療や援助が混乱することがある	0	1	2	3
21. この職場では、自分の専門性とチームの方針との両立が難しい	0	1	2	3
22. この職場では、必要以上に他の人の目を気にしなくてよい	0	1	2	3
23. この職場では、かなりマイペースでいられる	0	1	2	3
24. この職場では、自分の責任課題については、自分なりのやり方で行うことができる	0	1	2	3
25. この職場では、窮屈な感じがしない	0	1	2	3
26. この職場では、他の人の顔色を伺わなくてよい	0	1	2	3
27. この職場では、職員同士に高い尊敬の念がある	0	1	2	3
28. この職場では、職員は“縄張り”や“担当部署”を維持することよりも、互いに支えあう大きな集団としてお互いを考えている	0	1	2	3
29. この職場では、個々人の違いを大目に見る	0	1	2	3
30. この職場では、違いや対立を隠さずオープンに扱われる	0	1	2	3
31. この職場では、各人の個性を自由にのびのびと、発揮することができる	0	1	2	3
32. この職場での自分の業務量は多いと感じる	0	1	2	3
33. この職場では、いくつかの役割を同時にこなさなければならない	0	1	2	3

この1年間（勤務年数が1年に満たない方は、仕事に就いてから今まで）を目安として、以下のようなことを思ったり、感じたりすることがどれくらいの頻度でありましたか。右欄の当てはまる頻度の数字 1 つに○をつけてください。

	全くない	まれに年2〜3回	たまに月1回	ときどき月2〜3回	しばしば週1回	しょっちゅう週2〜3回	いつも毎日
1. 仕事で心身とものがっくり疲れたと感じることが・・・	0	1	2	3	4	5	6
2. 一日の仕事が終わると疲れはててぐったりすることが・・・	0	1	2	3	4	5	6
3. 朝起きた時また仕事に行かなければならないかと思うと疲れを感じることが・・・	0	1	2	3	4	5	6
4. 一日中働くことは本当にストレスであると思うことが・・・	0	1	2	3	4	5	6
5. 職場でおきる問題をうまく解決していると思うことが・・・	0	1	2	3	4	5	6
6. 仕事で精力を使い切ってしまったと感じることが・・・	0	1	2	3	4	5	6
7. 自分は職場で役に立っていると思うことが・・・	0	1	2	3	4	5	6
8.この仕事を始めてから以前のように仕事に興味がもてなくなったと思うことが・・・	0	1	2	3	4	5	6
9. 仕事に対して熱意がもてなくなったと思うことが・・・	0	1	2	3	4	5	6
10. 自分は仕事ができると思うことが・・・	0	1	2	3	4	5	6
11. 仕事で何かをやりとげ気分がうきうきすることが・・・	0	1	2	3	4	5	6
12. この仕事の中でやりがいのあることをたくさんしてきたと思うことが・・・	0	1	2	3	4	5	6
13. 仕事のことでいろいろとわずらわされたくないと思うことが・・・	0	1	2	3	4	5	6
14.自分がしている仕事は何かの役に立っているかということはどうでもよいと思うことが・・・	0	1	2	3	4	5	6
15. 自分がしている仕事の意味や大切さがわからなくなることが・・・	0	1	2	3	4	5	6
16. 仕事をうまくやれる自信を感じる事が・・・	0	1	2	3	4	5	6

VI. この1年間にあなたが受けた研修をお書きください（簡条書きで具体的に列挙してください）。

VI. 最後にあなた自身のことについて、お伺いいたします。

1) 基礎情報

職種 (1つに○)	1) 医師 2) 看護師・准看護師 3) 臨床心理技術士	4) 精神保健福祉士 5) 作業療法士 6) 薬剤師	7) その他 ()
現在の職種の経験年数	年 ヶ月		
精神科領域の経験年数	年 ヶ月		
現在の所属 (主なもの1つに○)	1) デイケア 2) 訪問看護 3) 外来 4) 在宅支援室	5) 社会復帰・リハビリテーション部門 6) 医局 7) 急性期病棟 8) 慢性期・療養病棟	9) 地域活動支援センター 10) 就労移行・継続支援事業所 11) その他 ()
担当受け持ちの有無	1) あり → ありの場合、右欄の附問にお答え下さい。 2) なし	附問) 当該支援に関わる頻度として1つに○を付けて下さい。 a) 専属(ほぼ毎日) b) 業務の一部(だいたい50%以上) c) 業務の一部(だいたい50%未満)	
勤務形態	1) 常勤 2) 非常勤・パート		
あなたの年齢	歳		
あなたの性別	1) 男性 2) 女性		
あなたの最終学歴	1) 高校卒業 2) 専門学校卒業 3) 大学卒業 4) 大学院卒業 5) その他 ()		

- 2) 次の援助技法について、これまでにあなたが臨床で関わったご経験があるかどうか、あてはまるものに○をつけ、ご経験がある場合にはおおよその経験年数をご記入ください。

援助技法	経験の有無	経験年数
包括型地域生活支援プログラム (ACT)	あり なし	年 ヶ月
その他のアウトリーチ支援 (訪問看護等)	あり なし	年 ヶ月
個別就労支援 (IPS)	あり なし	年 ヶ月
その他の就労支援	あり なし	年 ヶ月
認知機能リハビリテーション	あり なし	年 ヶ月
認知行動療法	あり なし	年 ヶ月
本人に対する心理教育プログラム	あり なし	年 ヶ月
家族に対する心理教育プログラム	あり なし	年 ヶ月
社会生活技能訓練 (SST)	あり なし	年 ヶ月
ケアマネジメント	あり なし	年 ヶ月

★★★ご協力ありがとうございました★★★

最後に書き漏れがないかご確認いただき、回収用封筒に入れて担当者に提出して下さい

ストレングス志向の支援態度（利用者評価）：調査票

けんきゅう
研究に参加されている皆さま

スタッフの支援に対するアンケートへのご協力をお願い

私たちは、精神障害をもっている、皆さんが希望する地域での生活を実現できるようにする
“「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル”の研究をおこなっています。この研究
の一部で、皆さんに関わるスタッフの支援のあり方も考えています。

そこで皆さんから、ふだんスタッフがあなたにどのように支援を行っていると思うかをアンケート
で教えて頂き、皆さんにとって良い支援を考えていきたいと思ひます。

下の説明を読み、ぜひアンケートにご協力をお願いします。ご協力いただける場合、アンケート
に答えた後は、一緒にお渡しする封筒に入れて封をして、担当スタッフに渡してください。

<調査について>

- アンケートの答えに正解や不正解はありません。スタッフがどのように支援をしていると思
うか、あなたが感じていることを率直にお答えください。
- 回答したくない質問がありましたら、その質問は飛ばしても構いません。
- アンケートにはあなたの名前は書きません。あなたを担当しているスタッフは、あなたがど
のように答えたのかを知ることができません。
- あなたが一人で答えることが難しい場合、スタッフが答える手伝いをします。
手伝うスタッフは、普段あなたに支援を行うスタッフとは別の人が行います。
- アンケートの答えは、他の方の答えと合わせて全体的に分析します。あなた一人だけの答え
を取り上げることは一切ありません。
- アンケートは、この研究の目的以外では一切使用しません。
- アンケートを断っても、あなたが不利になることは一切ありません。
- ご不明な点がありましたら、下の連絡先までお問い合わせください。

厚生労働科学研究費補助金

「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデルづくりとその効果検証に関する研究
研究代表者：伊藤 順 一郎（国立精神・神経医療研究センター社会復帰研究部 部長）

（お問い合わせ先）

〒187-8553 東京都小平市小川東町四丁目1番1号

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 社会復帰研究部

電話番号 042-346-2168 （担当：種田綾乃）

- 下の 1～10 の文を読んで、あなたを担当するスタッフが、文に書いてあるようなことを普段あなたに、どのくらいしていると思いますか？
- それぞれについて、「0：そう思わない」から「3：そう思う」までのなかで、もっとも近いと思うものの番号に○を付けて下さい。

	そう 思わ ない	あ ま り そ う 思 わ ない	や や そ う 思 う	そ う 思 う
1. スタッフは、あなたがやってみたいと言ったことに「いいね」と言ってくれる。	0	1	2	3
2. スタッフは、あなたの ストレン グスを活かし伸ばしていく方法を、一緒に何かをしながら考えてくれる。	0	1	2	3
3. スタッフはあなたがやりたいことや支援計画と一緒に考え、あなた自身が決められるようにサポートしてくれる。	0	1	2	3
4. スタッフは、あなたの調子が悪い時に、あなた自身が何を行えばよいか、周りの人に何をしてほしいかを一緒に考えてくれる。	0	1	2	3
5. スタッフは、スタッフ自身についての話はまったくしない。	0	1	2	3
6. スタッフは、あなた自身の個性をしっかりと見て話をしてくれる。	0	1	2	3
7. スタッフは、障害者だけが利用する福祉サービス以外にも紹介してくれ、あなたが選べるようになっている。	0	1	2	3
8. スタッフは、あなたがうまくできたことや、出来なかったことを聞いてくれて、それを次に生かせるように話を進めてくれる。	0	1	2	3
9. あなたの支援の大部分は、病院外や施設外で行われる。	0	1	2	3
10. スタッフは、障害の程度や病気の状態から、あなたがやりたいと思っていることをやめるように言う。	0	1	2	3

※「ストレングス」とは（2問目）

あなたや、あなたのまわりの環境がもつ“強さ”のことを表します。たとえば・・・

- あなたの性格や才能（長所、良い点など）、あなたが何かに関心を持っていることなどは**あなたの強さ**です。
- 相談できる仲間がいること、通える喫茶店や趣味のお店があるなど、あなたが地域で生活していくうえで利用できる、あなたの周りにある人、もの、**機**会は、**環境の強さ**です。

ストレングス志向の支援態度（スタッフ自己評価）：調査票

● 次の 1～19 が表す各支援行動に対して、あなたが日常実践の中で「A. どの程度行っているか（実施度）」、および「B. それを行う自信がどの程度あるか（自信度）」について、右欄のもっとも当てはまると思う番号 1 つに○を付けて下さい。
 ※ 各項目中の「本人」は、サービス利用者（患者）のことを表します。

	A. 実施度				B. 自信度			
	ほとんど行っていない	あまり行っていない	だいたい行っている	行っている	全く自信がない	あまり自信がない	まあまあ自信がある	自信がある
1. 本人の病状が不安定になる可能性があると感じた場合でも、本人の挑戦したいという気持ち（就職や恋愛など）に、まずは肯定的なコメントを返す。	0	1	2	3	0	1	2	3
2. 本人の個人および環境の持つストレングス（長所・強み）を、本人との対話や行動のなかで一緒に見つける。	0	1	2	3	0	1	2	3
3. 本人の個人および環境のもつストレングス（長所・強み）を活かし、伸ばしていく方法を、本人との対話や行動のなかで一緒に考える。	0	1	2	3	0	1	2	3
4. 目標設定や支援計画づくりは、本人と共に考え、本人が主体的に選択できるようサポートする。	0	1	2	3	0	1	2	3
5. クライシス（危機的状況）時に、本人が自分で行うと良いこと、周囲の人にやってほしいことなどを、事前に本人と一緒に考える。	0	1	2	3	0	1	2	3
6. アセスメント票や支援計画の作成は本人と一緒にいき、共有する（本人もコピーをもっている等）。	0	1	2	3	0	1	2	3
7. 支援者の個人的なことだと思われるような話題は、本人には一切話さない。	0	1	2	3	0	1	2	3
8. 病気や症状以外の本人の個性、価値観などについても積極的に焦点を当てて本人と会話をする。	0	1	2	3	0	1	2	3
9. 本人が家族や友人・同僚など身近な人と、どのような関係であることを望んでいるかを尋ねる。	0	1	2	3	0	1	2	3
10. 目標設定や支援計画づくりのカンファレンス・話し合いは、本人が参加して行う。	0	1	2	3	0	1	2	3
11. 本人の希望を実現するために利用する資源は、障害者等のためにあるサービスを優先して検討する。	0	1	2	3	0	1	2	3
12. アセスメント票や支援計画には、本人の言葉を積極的に活用する。	0	1	2	3	0	1	2	3
13. 本人の上手くいった経験も上手くいかなかった経験も、次の活動を行う際に役立つ体験と捉え、本人がそれを活用しやすいように対話を進める。	0	1	2	3	0	1	2	3
14. 支援計画は、支援活動の大部分が地域社会の中で（入院中の者に対しては、すみやかに病院の敷地外で）行われるように作る。	0	1	2	3	0	1	2	3
15. 支援にあたっては、本人が地域生活を送る上で望むことややりたいこと、現在の課題などを尋ねる。	0	1	2	3	0	1	2	3
16. アセスメント票と支援計画は、本人と一緒に定期的に見直し、更新する。	0	1	2	3	0	1	2	3
17. 障害の程度や病状の様子から、本人にはできないと判断される本人の希望や願いは、あきらめるように説得する。	0	1	2	3	0	1	2	3
18. 他の職種と情報を共有し、自分の専門職種の枠にとらわれず支援する。	0	1	2	3	0	1	2	3
19. 本人に、支援者たちとの関わりの中でどんなことができると良いと思うのかに焦点を当てて尋ねる。	0	1	2	3	0	1	2	3

VI. H24年4月以降に登録された【求職中の精神障がい者】最初の5名の方の属性、支援内容および転帰

[illegible]

ご記入が面倒を思いますが、こちらの項目は本調査のもっとも肝の部分となっております。
みなさまの日頃の支援の状況をお知らせ頂くため、何卒ご記入漏れの無いようご協力をお願いいたします。
(裏面にもご記入をお願いいたします)

最初に下記にご記入をお願いいたします。

事業所名：

ご住所およびご連絡先：（ご住所） _____ （ご連絡可能電話番号） _____

ご記入者名： _____ 様 ご連絡可能 Email： _____

I. 記入される方について伺います。（該当する選択肢に○、もしくは数字をご記入ください）

① 性別

1. 男性

2. 女性

② 年齢

_____ 歳

II. 事業所について伺います。

③ 所属する法人の形態

1. 社会福祉法人

2. NPO

3. 医療法人

4. 財団法人

5. その他（具体的な資格名： _____ ）

④ 所属する法人が実施している他の事業の有無

1. 無 （次項にお進みください）

2. 有 （④-1 にご回答の上、次項にお進みください）

④-1 事業内容（複数回答可）

1. 就労移行支援事業

2. 就労継続支援 A 型

3. 就労継続支援 B 型

4. ケアホーム・グループホーム・福祉ホーム

5. 医療機関

6. 障害者委託訓練事業

7. その他（具体的な事業内容： _____ ）

⑤ 障害者就業・生活支援センターを開始した時期

_____ 年 _____ 月

⑥ 第 1 号職場適応援助者（ジョブコーチ：以下 JC）助成金認定の有無

1. 無

2. 有

⑦ H24 年 4 月時点の貴事業所の担当する圏域の人口規模

約 _____ 万人

⑧-1 H24 年 4 月～H25 年 3 月の新規登録者数

_____ 名

⑧-2 H25 年 3 月時点の全登録者数

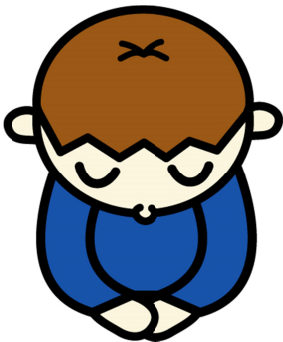
_____ 名

⑧-1（H24 年 4 月～H25 年 3 月の新規登録者）の障がいの内訳と就労の転帰 （H25 年 7 月末時点）

- ・それぞれの欄に該当する人数をご記入ください。
- ・「a 求職中の新規登録者数」には、既に仕事がありジョブコーチ等の利用を目的として登録した人は含みません。
- ・1 人の利用者さんが b,c,d のうち、複数の項目に該当される場合には、一番就労期間の長かったものにカウントしてください。（1 人の利用者さんを複数の項目にダブルカウントしないようお願いいたします。）
- ・d. 過渡的就労には実習、委託訓練、社会適応訓練は含みません。トライアル雇用もしくはステップアップ雇用を利用した場合のみカウントしてください。

	a. 求職中の 新規登録者数	b. 一般求人による 就労	c. 障害者求人による 就労	d. 過渡的就労 （トライアル雇用もしくは ステップアップ雇用）
1. 身体障がいのみ				
2. 知的障がいのみ				
3. 精神障がいのみ				
4. 発達障がいのみ				
5. 身体と知的の合併				
6. 身体と精神の合併				
7. 身体と発達の合併				
8. 知的と精神の合併				
9. 知的と発達の合併				
10. 精神の発達の合併				
11. その他（具体的に ご記入ください）				

※これまでにも障害種別ごとの就職者数については、厚生労働省やハローワーク、それぞれの障害ごとの家族会などで調査が実施されてきましたが、障害を合併した方を視野に入れた調査は初めてだと思われます。これらの方々への対応は、地域で支援を展開されているみなさまにとっては喫緊の課題ではないかと思います。是非、みなさまのご協力で支援の現状を発信して参りたいと考えております。



ご面倒と存じますが
ご記入漏れの無いよう、何卒お願い申し上げます。

⑩スタッフの人数および属性 ※ご記入者様を含む全てのスタッフの方についてご回答ください

任意の スタッフ ID	⑩-1 性別	⑩-2 年齢	⑩-3 勤務形態 ¹⁾	⑩-4 1 週間の 勤務時間 ²⁾	就労支援経験年数		⑩-7 資格の有無と資格名 ⁵⁾	⑩-8 JC 資格 の有無
					⑩-5 3 障害 ³⁾	⑩-6 精神障害 ⁴⁾		
例) A (ご記入者様)	男性/女性	34 歳	常勤/非常勤	30H (育休中)	0 年	3 年	無/有(有の場合:a・b・c・d(e:看護師))	無/有
	男性/女性	歳	常勤/非常勤	時間	年	年	無/有(有の場合:a・b・c・d・e:)	無/有
	男性/女性	歳	常勤/非常勤	時間	年	年	無/有(有の場合:a・b・c・d・e:)	無/有
	男性/女性	歳	常勤/非常勤	時間	年	年	無/有(有の場合:a・b・c・d・e:)	無/有
	男性/女性	歳	常勤/非常勤	時間	年	年	無/有(有の場合:a・b・c・d・e:)	無/有
	男性/女性	歳	常勤/非常勤	時間	年	年	無/有(有の場合:a・b・c・d・e:)	無/有
	男性/女性	歳	常勤/非常勤	時間	年	年	無/有(有の場合:a・b・c・d・e:)	無/有
	男性/女性	歳	常勤/非常勤	時間	年	年	無/有(有の場合:a・b・c・d・e:)	無/有
	男性/女性	歳	常勤/非常勤	時間	年	年	無/有(有の場合:a・b・c・d・e:)	無/有

- 1) 常勤：通常勤務中は 1 週間の勤務時間が 40 時間以上の方（時短勤務中はこの限りではありません）
非常勤：1 週間の勤務時間が 40 時間未満の方
- 2) 常勤の方は通常勤務中の方であれば「40 時間」、育休など時短勤務中の方は勤務している 1 週間の平均的な勤務時間、非常勤の方は事業所と契約している勤務時間を記入
- 3) 3 障害すべてを対象とした就労支援に携わったすべての経験年数の合計
- 4) 精神障害がある方の就労支援にはじめて携わって以降の経験年数の合計
- 5) 選択肢：a 精神保健福祉士，b 社会福祉士，c 第 1 号職場適応援助者，d 作業療法士，e その他（具体的な資格名）
- ※Ⅱ－⑥で「有」と回答されている場合，第 1 号 JC 資格をもつ方について必ずその旨ご記入ください。

Ⅲ. 貴センターの精神障がいのある方に対する支援について伺います

以降の質問では支援の流れのうち、「登録」部分、就業・生活支援センターが実施する求職期に必要なさまざまな支援のうち「求職活動への支援」部分と「医療に関する支援」部分について伺います。

就労に至るまでの支援の流れは個性が高いものと思いますが、貴センターにおいて比較的良く見られる支援の流れを想定してご回答ください。

⑪ 精神障がいを持つ方が登録を希望する際の受け入れ項目の有無

1. 無 (次項にお進みください) 2. 有 (⑪-1、⑪-2にご回答の上、次項にお進みください)



⑪-1 受け入れ項目について、下記のうち重要度の高いものから3つに○

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. 病識がある、もしくは一定程度障がいの受容が進んでいること | |
| 2. 本人に就労の意欲があること | 3. 病状が安定していること |
| 4. 通院や服薬が安定していること、もしくはこれらに対する訪問看護などの支援があること | |
| 5. 生活リズムが整っていること | 6. 住居や家族関係など生活状況が安定していること |
| 7. 何らかの交通手段（徒歩、自転車、自家用車、公共交通機関等）を利用し通所・通勤が可能なこと | |
| 8. 就労について主治医が賛成していること | 9. 就労について家族が賛成していること |
| 10. デイケアや就労継続B型など就労準備のための機関で通所実績があること
(具体的な通所期間の目安があれば記入：) | |
| 11. その他（具体的にご記入ください）： | |



⑪-2 受け入れ項目に照らして受け入れ外となったケースの紹介先（複数回答可）

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| 1. 地域活動支援センター | 2. 就労継続支援 B 型 |
| 3. 医療機関（デイケアや外来ワーカーなど） | 4. 障害者職業センター |
| 5. 就労移行支援事業所 | 6. 行政による若年者就労支援機関（ジョブカフェ等） |
| 7. その他（具体的にご記入ください）： | |

⑫ 精神障がいのある方に関する求職活動への支援開始の基準の有無

1. 無 2. 有 (⑫-1にご回答の上、次項にお進みください)



⑫-1 基準となる項目について、下記のうち重要度の高いものから3つに○

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. 病識がある、もしくは一定程度障がいの受容が進んでいること | |
| 2. 本人に就労の意欲があること | 3. 病状が安定していること |
| 4. 通院や服薬が安定していること、もしくはこれらに対する訪問看護などの支援があること | |
| 5. 生活リズムが整っていること | 6. 住居や家族関係など生活状況が安定していること |
| 7. 何らかの交通手段（徒歩、自転車、自家用車、公共交通機関等）を利用し通所・通勤が可能なこと | |
| 8. 就労について主治医が賛成していること | 9. 就労について家族が賛成していること |
| 10. 自機関が定める、もしくは他機関の求める職業アセスメントを終えていること | |
| 11. 自機関が定める、もしくは他機関の求める就労訓練機関への通所を終えていること | |
| 12. 職業生活に必要な作業能力が一定程度認められること | |
| 13. 職業生活に必要な社会性が一定程度認められること | |
| 14. その他（具体的にご記入ください）： | |

⑬ 精神障がいのある方に関する求職活動への支援実施時に医療に関する支援も行っていますか？

1. 無 (⑬-2 にご回答の上、次項にお進みください) 2. 有 (⑬-1 にご回答の上、次項にお進みください)

⑬-1 貴センターが実施する支援のうち、頻度の高いもの3つに○

1. 服薬支援 (薬の飲み方や服薬の有無のチェック)
2. 自立支援医療・手帳の取得支援
3. 受診同行 (診察の同席はしない)
4. 診察への同席
5. 主治医への連絡 (主治医意見書作成の依頼や就労にむけての支援に関する報告等)
6. 主治医への提案 (就労に際し必要と思われる処方内容や薬の飲み方、受診間隔に関する提案)
7. 主治医のいる医療機関のソーシャルワーカーへの連絡・相談 (上記 4 や 5 に関する調整依頼)
8. 医療機関と地域の支援機関が合同で実施するカンファレンスやケア会議の提案
9. セカンドオピニオンのための支援
10. その他 (具体的にご記入ください)

⑬-2 ⑬-1 に挙げられているような支援を行っていない理由 (複数回答可)

1. 多くのケースで医療機関との連携の必要性がない
2. 多くのケースで医療機関との連携は必要とを感じるが、マンパワーが不足している
3. 自機関スタッフの医療的情報の不足のため、何をどのように相談してよいかわからない
4. 主治医の就労に対する知識や理解、関心の不足のために協力を得ることが難しい
5. 主治医以外に医療機関の窓口となるスタッフがおらず、協力を求めづらい
6. その他 (具体的にご記入ください)

IV. 貴センターが精神障がいのある方に対して就労支援を行う際に感じる困難について伺います。

⑭-1 精神障がい者の障がい特性に関する困難でもっとも強く感じるもの3つに○

1. 病識がない、もしくは障がい受容が進んでいない
2. 就労の意欲が不安定であること
3. 病状が不安定であること
4. 来所が不安定であること
5. 障がいの開示に積極的でない場合があること
6. 「精神症状」の内容など、障がいの状態がわかりづらいこと
7. 本人の希望と家族の希望もしくは支援者の支援方針が食い違っていること
8. 社会経験 (買い物や公共交通機関の利用など) が不足していること
9. 就労経験が不足していること
10. 社会的スキル (人付き合いのスキル) が不足していること
11. その他 (具体的にご記入ください)

⑭-2 ⑭-1 に挙げた精神障がい者の障がい特性以外で困難を感じる項目3つに○

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. 制度が想定しているマンパワーの不十分さ | 2. 事業所の支援スタッフの離職率の高さ |
| 3. 事業所の支援スタッフの給与水準の不十分さ | 4. 支援する際にトライアル雇用が使いづらいこと |
| 5. (障がい者雇用は週 20 時間以上からカウントされるため) 短時間雇用が企業から受け入れられづらいこと | |
| 6. (現時点では) 精神障がい者がみなし雇用扱いとなっていること | |
| 7. 企業側に精神障がいをもつ人を受け入れた経験が少ない、もしくは偏見があること | |
| 8. 制度上は(主治医意見書など) 医療との連携が想定されているにも関わらず医療側に周知されていないこと | |
| 9. その他(具体的にご記入ください) | |

V. 精神障がいのある方に対する就労支援に関する今後の要望について伺います。

⑮-1 今後精神障がいがある方への支援に関して研修を実施するとすれば、どのような研修が必要と感じますか？
下記の例も参考に自由にご記入ください。

例：企業に対する精神障がいの障がい特性や就労支援制度に関する研修の実施

医療機関に対する精神障がいのある方に対する就労支援制度に関する研修の実施

就業・生活支援センターに対する精神障がいに関する研修(特に医学的な側面について)の実施 他

次ページにも質問があります！

⑮-2 その他、精神障がいのある方に対する就労支援に関して困難を感じる場面や要望等自由記述にてお教えてください。

ひきつづき別紙 A 3 版用紙の質問にもご回答をお願いいたします。

別添

日本版 IPS 型就労支援のスタンダード（標準モデル） 第 1 版

2013 年 3 月 25 日

I. 日本版 IPS 型就労支援標準モデルの趣旨

IPS (Individual Placement and Support) 型支援の実践に際して求められる事項を、日本版 IPS 標準モデルとして以下に示した。当支援モデルは重度の精神疾患をもつ人の個々のニーズに合わせた支援をチームアプローチで行う集中度の高い就労支援モデルである。IPS 型就労支援は利用者のリカバリーを志向する支援であり、IPS の 8 原則に準拠している（II. IPS の 8 原則参照）。日本版標準モデルはこの 8 原則に準拠し、我が国で行う IPS 型就労支援の標準として提示する。当支援アプローチは就労支援や生活訓練を提供する地域の支援機関や精神科デイケアなど様々な機関で実施されうる。運営指針は当該機関の所在地や運営形態などに応じて個別に取り決められるべきであるが、当モデルはその共通項を示したものである。

II. IPS 型就労支援の 8 原則

- (1) 働きたいと思う全ての精神障害者が対象
＊障害が重いことや、支援者側の視点による「意欲の低さ」「不安定さ」などで除外されない。
- (2) 就労支援の専門家と精神保健福祉の専門家はチームとなり支援する。
- (3) 一般雇用（一般企業や公的機関等事業体の障害者雇用を含む）を目標とする。
- (4) 社会保障（生活保護・障害年金など）に関する相談サービスを提供する。
- (5) 働きたいと本人が希望したら、迅速に求職活動を始める。
- (6) 就職後のフォローアップは継続的に行われる。
- (7) 利用者の好みや希望に基づいて、支援者は企業関係者とコンタクトをとり関係づくりを行う。
- (8) 以上(1)~(7)は利用者の好みや希望が優先される。

III. IPS 型就労支援における主要な支援スタッフの機能的名称と定義

(1) 就労支援スペシャリスト

<全体の機能>

「就労支援スペシャリスト」は役割（機能）の名称であり、国家資格や認定資格の名称ではない。この役割をとる者の呼称は各機関によって異なっている（例：就労支援スタッフ、就労カウンセラーなど）。この役割を取る者の全体的な機能とは、利用者が自分の職業的な目標やリカバリーに一致する雇用を獲得し、維持するよう支援することを通じて IPS 型就労支援を実行することである。

<期待される職務>

- a. 利用者に関わり、就職という目標に向けて協力的関係を築く。
- b. 継続的に利用者の求職上の好みやニーズと職業上の機能をアセスメントする。
- c. 利用者のニーズや興味に一致する仕事を目指して雇用担当窓口とのコンタクトや職場開拓を行い、求職活動を支援する。
- d. 利用者が就労を持続できるように、個別の、期限を限定しない継続支援を提供する。

- e. 事業主（企業担当者）と仕事の調整を行い、継続支援を含む事業主（企業担当者）への教育やサポートを利用者の同意のもと提供する。
- f. 利用者がサービスを離脱するときに必要に応じてアウトリーチサービスを提供する。
- g. 就労支援を精神保健医療チームとの連携のもと行うために、利用者のケアマネージャーや医療スタッフと定期的に会う。
- h. 利用者、ケアマネージャーと共に個別の就労支援計画を作成し、定期的に更新する。
- i. 直接サービス時間の半分以上は、就労支援スペシャリストが所属する事業所の外で提供される。

<資質と職歴>

下記 a～c のいずれかに当てはまり、かつ重度精神障害者支援の経験があるか学ぶ意志のある者で、精神保健医療福祉チームの一員として働くことのできる人。

- a. 自身の入職・転職などの社会経験や企業などにおける人事に関わる職業経験を含めた就労支援に関する豊富な知識や技術のある者。
- b. 精神保健福祉士、看護師、保健師、作業療法士等、精神保健医療福祉の領域における知識や技術、臨床経験がある者。
- c. 職業リハビリテーションの領域での支援経験がある者。

(2) ケアマネージャー

<全体の機能>

「ケアマネージャー」は役割（機能）の名称であり、国家資格や認定資格の名称ではない。この役割をとる者の呼称は各機関によって異なっている（例：生活支援担当スタッフ、ケースマネージャーなど）。この役割をとる者の全体的な機能とは、利用者の生活上のニーズをくみ取り、リカバリーを目指す目標の設定や行動計画の策定を行うことである。

<期待される職務>

- a. 利用者の生活に近い場で頻繁に利用者と会い信頼関係をつくる。
- b. 利用者が就労支援を受けている場合は、就労支援スペシャリストとチームとなり就職活動中のメンタル面や生活面の相談に乗ることを通して、利用者を支える。
- c. 就労支援スペシャリストとは定期的に会って利用者の支援についてミーティングを行う。
- d. 包括型のケアマネジメントを提供する。包括型のケアマネジメントとは、仲介（様々なサービスリソースの紹介とつなぎ）だけでなく、支持的カウンセリング、役所への同行、様々な公的サービスを受けるための手続きの支援、通院同行、買い物同行、および家族調整や生活調整などの直接支援を総合的に行う。
- e. dを行うために積極的なアウトリーチ活動を展開する。
- f. 利用者がサービスを離脱するときに必要に応じてアウトリーチサービスを提供する。必要であれば、職業的な焦点がなくとも利用者とのコンタクトを維持する。

<資質と職歴>

精神保健福祉士、看護師、保健師、作業療法士等、精神保健医療福祉領域における知識や技術、臨床経験がある者で、かつ重度精神障害者支援の経験があり、精神保健医療福祉チームの一員として働くことのできる人。

(3) スーパーバイザー

<全体の機能>

「スーパーバイザー」は役割（機能）の名称であり、国家資格や認定資格の名称ではない。この役割をとる者の呼称は各機関により異なっている（例：所長、主任、サービス管理責任者、士長など）。スーパーバイザーは機関内に雇用されている者で、就労支援スペシャ

リストの評価や査定をし、チームをまとめ、機関内外の関係者との調整を行い、かつ就労支援に関する相談、助言、指導等を行う。

<期待される職務>

- a. 就労支援スペシャリストの行う支援のアウトカムやスキルの向上等の指導や管理をする。
- b. 定期的なスーパービジョンを行い、就労支援スペシャリストとともに、利用者の就職や就労継続の手助けとなる新たな方法やアイデアを確認する。
- c. 就労支援スペシャリストが主体的かつ積極的に支援活動を展開できるように各就労支援スペシャリストとコミュニケーションをとる。
- d. 新人、もしくは支援に困難を感じている就労支援スペシャリストに同行し、実地で観察、モデリング、スキルに関するフィードバックを行う。
- e. 就労支援スペシャリストとともに、支援の実績についての目標を立てる。

<資質と職歴>

下記、a～cのいずれかに当てはまり、かつ重度精神障害者の就労支援の実務経験が5年以上あり、就労支援スペシャリストの指導や助言ができるほどの専門知識と技術、経験があり、チームをまとめる能力、機関内外の関係者との調整を行うなどのコーディネート力がある者。

- a. 自身の入職・転職などの社会経験や企業などにおける人事に関わる職業経験を含めた就労支援に関する豊富な知識や技術のある者
- b. 精神保健福祉士、看護師、保健師、作業療法士等、精神保健医療福祉の領域における知識や技術、臨床経験がある者
- c. 職業リハビリテーションの領域での支援経験がある者

IV. 標準モデル内容

(1)スタッフ配置

①ケースロードの大きさ：

就労支援スペシャリストは個別のケースロードを持つ常勤換算*の就労支援スペシャリスト一人につき、最大20名までの利用者を担当する。

常勤かつ専従の就労支援スペシャリストは、週32時間以上勤務しており、その人の業務の中で、業務時間の70%以上（だいたい週5日の内4日）を就労支援に従事している者を意味する。ただし、フィデリティ評価上の常勤換算*の計算では、便宜上40時間/週で1名と数える。例として、週16時間2名、週40時間1名の就労支援スペシャリストがいる場合、 $(16+16+40)/40=1.8$ 常勤換算1.8人。もし、機関でIPSを利用している人が40人いる場合は、 $40/1.8$ で、1名の就労支援スペシャリストのケースロードは22人となる。

②就労支援スペシャリスト：

就労や就労継続に関わるサービスのみを提供する。

③就労支援スペシャリストの提供するサービス：

それぞれの就労支援スペシャリストが、インテーク、関係づくり、アセスメント、就職活動支援、就職後継続・同行支援など、就労支援に関わる全てのサービスを行う。

(2)組織

①精神保健支援と就労支援の統合（組織構造）：

- 機関には一人の利用者を支援する就労支援スペシャリストと担当ケアマネージャーがいる。
- 就労支援スペシャリストとケアマネージャーは同一機関に所属している。
- 就労支援スペシャリストとケアマネージャーはチームとなり就労や就労継続に関する支援を行う。

②精神保健支援と就労支援の統合（連携の質）：

- 就労支援スペシャリストとケアマネージャーは担当する利用者の支援状況について情報を共有したり相談したりするために、少なくとも週に1度はミーティングを行う。
- ケアマネージャーは、利用者の通院する精神科医療機関のソーシャルワーカーや精神科医と積極的に連携し医療的側面も含む生活支援を包括的に行う。
- ケアマネージャーと就労支援スペシャリストは利用者の通院する精神科の医師やソーシャルワーカーと、利用者の通院同行やケア会議などを通して連携する。
（可能であれば、利用者に関する記録等の共有がなされるとよい。）

③就労支援スペシャリストと職業リハビリテーションにおける支援スタッフとの連携：

就労支援スペシャリストは情報交換や新規の利用者の紹介を得るために、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター、障害者職業センターなど、他の就労支援機関とも情報交換等、頻繁にコンタクト（電話・メール・対面）をとる。

④就労支援ユニット（就労支援スペシャリストのチーム）：

同じ機関に所属する、2人以上の常勤の就労支援スペシャリストが、就労支援ユニットを形成している。1つのユニットには1人のスーパーバイザーがいる。彼らは毎週、ケースに関するスーパービジョン的なミーティング／カンファレンスをもち、支援方法を確認したり、求人情報を共有したりする。彼らは必要に応じてお互いのケースロードをカバーする。1機関に就労支援スペシャリストが1名だけの場合は、近隣の地域にある他機関の就労支援ユニットに入るか、他機関の就労支援スペシャリストとユニットを組む。この場合は、就労支援スペシャリスト間のケースロードのカバーはないが、グループスーパービジョンによる支援方法の振り返りや支援方法についてのアイデアの交換、および求人情報の共有が行われる。

⑤ 就労支援ユニットのスーパーバイザーの役割：

スーパーバイザーは就労支援ユニットを指揮する。就労支援スペシャリストのスキルは、成果に基づいたスーパービジョンを通して発展し、改善される。

スーパーバイザーの役割としては、以下の5項目がある：

- i. 就労支援スペシャリストの行う支援のアウトカムやスキルの向上等の指導や管理をする。
- ii. 週1回のスーパービジョンを行い全利用者の状況をレビューする。そのなかで就労支援スペシャリストとともに利用者の就職や就労継続の手助けとなる新たな方法

やアイデアを確認する。

- iii. 就労支援スペシャリストが主体的かつ積極的に支援活動を展開できるように各就労支援スペシャリストとコミュニケーションをとる。
- iv. 新人、もしくは支援に困難を感じている就労支援スペシャリストに同行し、実地で観察、モデリング、スキルに関するフィードバックを行う。
- v. 就労支援スペシャリストとともに、支援の実績を改善するための目標を立てる。

⑥除外基準なし：

- 意欲の強弱に関わらず働くことに興味があるすべての利用希望者は、職業準備性の要因、物質乱用、精神症状、暴力行為の履歴、認知機能障害、治療を遵守しないことなどに関係なく、サービスにアクセスできる。これらは、支援の過程においても同様である。
- 就労支援スペシャリストは、利用者の過去の退職の理由や職歴の数にかかわらず、ひとつの仕事が終了したら、次の仕事に関しても支援を提供する。
- 外部の職業リハビリテーションによる審査基準において、利用希望者が支援対象外と判断されたとしても、IPS 支援機関は、その支援結果によらず支援を提供する。利用希望者は、公式にあるいは非公式に排除されない。

⑦機関が一丸となって利用者の一般雇用実現に重点的に取り組む：

- 機関は複数の方法を通して利用者の「一般雇用」（3-⑩参照）を促進する。利用者とのインタビューには「一般雇用」に興味があるかについての質問が含まれている。
- 機関には、就労や IPS 型就労支援サービスに関する文書による掲示物がある（例：パンフレット、掲示板、ポスター）。
- 機関は、特に重い精神疾患をもった人の支援に力をいれる。
- 機関は、利用者が仕事についての話（いかに仕事を見つけ就職したか、今どのように働いているか、働き始めてからのことなど）を他の利用者やスタッフと共有できるように支援する（例：雇用案内イベントやピアサポートグループでの発表や機関のニュースレター等の記事として掲載するなど）。
- 機関は、一般雇用率（年度の利用登録者に対する雇用率＝「就労者数」÷「年度内に IPS 支援への登録している人（申込書あり）」）を測定し、その情報を機関や法人の上層部やスタッフと共有する。

⑧経営陣が援助付き雇用を支援する：

機関もしくは法人の経営陣チームメンバー（例：理事長、役員、理事、院長など）が、IPS 型就労支援の実施と継続に関して支援する。経営陣チームの 5 つの重要な要素のすべてが行われている。

- i. 科学的根拠に基づく IPS 型支援への理解がある
- ii. フィデリティ調査を受ける
- iii. フィデリティの結果と就労率実績の結果を照らし合わせて問題を明確にする
- iv. 高いフィデリティと就労率をあげるための改善・努力計画をたてる
- v. ivの計画を実行する

(3)サービス

①IPS 型就労支援サービスの開始の定義：

IPS 型就労支援サービスの開始は、利用希望者が IPS 型就労支援の申込書を記載し、機関がそれを受け付けた年月日とする。就労支援スペシャリストあるいはケースマネージャーは、IPS 型就労支援サービスの利用を希望する本人の意思とサービス開始日を明記した書類を作成する。

②社会保障に関する個別相談を提供する：

●IPS 型就労支援では、すべての利用者が、新しい仕事を始める前に、個別の経済的な計画を得るための支援を受けることができる。また、利用者が勤務時間や給与の変化について意思決定をする必要がある際に、経済的計画の支援を受けることができる。

●就労支援スペシャリストもしくはケアマネージャーは、就労に関連する福利厚生、生活保護、児童扶養手当、自立支援医療、障害年金、他の収入源等についての説明とそれらが、総収入にどの程度影響するか説明する。あるいは、説明できる担当者に確実につなぐ。

③障害の開示：

求職活動に際して、就労支援スペシャリストは障害があることの開示・非開示についての客観的な情報を利用者に提供し、利用者本人が決定できるよう支援する。

④職業的アセスメント：

●初期の職業的アセスメントは、複数回に渡って行われ、一般就労における職業経験の情報とともに更新される。

●利用者の好み、経験、特技、ストレングス、個人的な交流、などの情報を含む職業プロフィールは、新たな仕事の経験とともに随時更新される。

●職業的アセスメントを進めながら、利用者の住居等の環境的アセスメントも同時に行う。

●情報源は、利用者自身、支援チーム、臨床記録、利用者の許可があれば家族や以前の雇用主からのものを含む。（＊実習について：明確な利用者の希望があれば別だが、基本的にはアセスメントのための実習を前提にしない。）

⑤一般雇用のための迅速な求職活動：

初期の職業的アセスメントを行うことや、利用者あるいは就労支援スペシャリストが一般雇用について雇用担当窓口（ハローワーク、企業、事業主など）と最初に直接接するの、IPS 型就労支援参加後 30 日以内である。

⑥個別化された求職活動：

●就労支援スペシャリストは、求人（すなわち、すぐに利用できる仕事）を優先させるのではなく、利用者の好み（それぞれの個人が楽しむことや彼らの目標に関連する）やニーズ（経験、能力、症状、健康など）に基づき、仕事との良いマッチングを行うために、事業主や雇用担当窓口と交渉する。

●個別の求職計画は、職業的アセスメント／職業プロフィールや新たな仕事／職業訓練などの経験からの情報とともに作られ、更新される。（＊実習について：明確な利用者の希望があれば別だが、基本的にはアセスメントのための実習を前提にしない。）

⑦職場開拓 - 頻繁な雇用担当窓口（ハローワークや企業担当者）とのコンタクト：

- それぞれの就労支援スペシャリストは、求職者たちのために、雇用担当窓口と、毎日のようにコンタクトを取る。
- 就労支援スペシャリストは、ハローワーク、企業や事業主とのコンタクトを記録するために、職場開拓の記録をする。

⑧職場開拓 - 雇用主（企業担当者）とのコンタクトの質：

- 就労支援スペシャリストは、雇用主のニーズを理解するようにつとめる。
- IPS 型就労支援は雇用主に対してもサービスを提供できることを伝える。
- 就労支援スペシャリストは、利用者のストレングスが雇用主のニーズに見合うことを説明する。
- 就労支援スペシャリストは、複数回の訪問を通して、雇用主との関係を構築する。

⑨職場開拓の多様性：

就労支援スペシャリストは、利用者たちが異なる種類の仕事に就けるよう支援する。

⑩雇用主の多様性：

就労支援スペシャリストは、利用者たちが多様な企業や雇用主からの仕事に就けるよう支援する。

⑪ 一般雇用：

- 一般雇用とは、ハローワーク等で紹介される最低賃金以上の一般求人と障害者求人を指す。
派遣や季節労働も一般雇用に含める。
- 最低賃金が支払われていても、障害者だけを1つの会社やセクションに集めて指導員の立場のスタッフが管理するような職場は目標としない。
- 上記については、本人の選択として、またリカバリーの過程として否定するものではない。しかし、IPS 型支援ではソーシャル・インクルージョン（社会的包摂）を重要視し、一般市民と共に働く職場を一般雇用として目標とする。

⑫個別ニーズと個別支援：

- 利用者は、仕事、利用者の好み、職歴、ニーズなどに基づいた、仕事をするための異なる種類の支援を受ける。異なる種類の支援とは、精神保健福祉支援（例：薬の変更、社会技能訓練、励まし）に関わるチームメンバー、家族、友人、同僚、就労支援スペシャリストを含む、さまざまな人々によって提供される。
- 就労支援スペシャリストは、利用者の要望により、雇用主にも支援を提供する（例：教育的な情報、仕事上の便宜）。
- 就労支援スペシャリストは、キャリア開発、すなわち教育の支援、より魅力的な仕事、またはより望ましい職務に関しても、支援を提供する。

⑬期限のない継続支援：

- 就労支援スペシャリストは、利用者が仕事を始める 1 週間前以内、仕事を始めて 3 日以内、仕事を始めて最初の 1 ヶ月は毎週利用者と対面でコンタクトを取る。また、利用者が安定して仕事を継続している場合も、希望があれば、平均で 1 年間以上は毎月利用者と会う。
- 利用者が安定して仕事を継続している場合は、就労継続に関する支援を減らしていく。
- 就労支援スペシャリストは、利用者が失業したことを知ったら 3 日以内に、コンタクトを取る。
- 就労支援スペシャリストは、利用者の雇用継続のためだけではなく、退職のための支援や転職に関する支援も行う。休職・復職の支援も行う。

⑭退職支援：

- 利用者が退職の意志を表明したら、面談等で詳細に事情を聴く。
- 利用者と企業、双方が納得する形で退社するための支援を行う（例：どのように企業側に話をするか、最終日をいつに設定するかなど話し合いを利用者で行う）。
- 就労支援スペシャリストは出勤最終日に利用者と一緒に職場にあいさつに行くなどの支援を行う。
- 失業に伴う手続きについての支援を行う。

⑮地域ベースのサービス：

関係づくり、求職活動、フォローアップ支援などの職業サービスは、すべての就労支援スペシャリストによってオフィスの中ではなく、普通の地域の中で提供される。

⑯コンタクトが取れなくなった利用者へのアプローチ～積極的関係づくりとアウトリーチ～：

- 一定期間の経過や利用者が約束どおりの時間や場所に現れないことを理由に就労支援サービスを終了しない。
- 利用者が精神症状の影響で外に出られなくなったり、外部との交流を持ちにくくなったりすることもあるので、支援チームのメンバーは自宅や利用者の住む地域に複数回訪問する。
- 利用者との関係づくりと上記のようなアウトリーチは、チームのメンバーによって行われ、これらのアウトリーチ支援は確実に記録に残される。
- 必要がある場合は、家族ともかかわりをもつ。
- 利用者がもはや仕事をする意欲がない、あるいは IPS 型就労支援を継続するつもりがないことが明確になったら、就労支援スペシャリストによる就労に関するアウトリーチを終了する。

本スタンダード作成は、厚生労働省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』の一部として実施された。連絡先：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（担当：下平美智代 メール shimodaira@ncnp.go.jp 電話 042-346-2168）【作成者：下平美智代，山口創生，吉田光爾，佐藤さやか，片山優美子，伊藤順一郎，日本版 IPS スタンダード作成委員会*（*池田克之，池田真砂子，大島みどり，清澤康伸，香田真希子，本多俊紀，西尾雅明）】

V．研究成果の刊行に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧表

著書

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	ページ	出版年
佐藤さやか	障害者就労・生活支援センター	樋口輝彦, 市川宏伸, 神庭重信他(編)	今日の精神疾患治療指針	医学書院	東京	703	2012
伊藤順一郎	第7章 地域精神医療をめぐる倫理的な問題とはなにか	中谷陽二, 岡田幸之 責任編集	シリーズ生命倫理学 第9巻:精神科医療	丸善出版	東京	101-114	2013
西尾雅明, 梁田英麿	A C Tによる訪問支援活動ー東北福祉大学での実践から	精神保健福祉白書編集委員会編	精神保健福祉白書 2014 年版	中央法規出版	東京		2013

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
池淵恵美	統合失調症の認知機能リハビリテーション	神経心理学	26(3)	196-203	2011
池淵恵美	モデルプログラムとそれを支えるスタッフ研修の提案	精神神経学雑誌	114(1)	42-48	2012
池淵恵美	我が国における就労支援モデルの構築	精神科臨床サービス	12	436-448	2012
石川正憲, 坂田増弘, 富沢明美, 大迫充江, 大島真弓, 佐藤さやか, 伊藤順一郎	医療機関からみたアウトリーチ活動及び就労支援の現実と課題	日本社会精神医学会雑誌	21(3)	388-391	2012
伊藤順一郎	わが国における IPS の現状と今後を考える	職業リハビリテーション	26(1)	56-59	2012
伊藤順一郎	アウトリーチはいつ, どこから?	臨床作業療法	9(2)	126-130	2012
大迫充江, 大島真弓, 坂田増弘, 佐藤さやか, 伊藤順一郎	デイケアにおける多職種チームによるケアマネジメント	日本社会精神医学会雑誌	21(3)	403-409	2012
大島真弓, 大迫充江, 坂田増弘, 佐藤さやか, 伊藤順一郎	デイケアにおける就労支援	日本社会精神医学会雑誌	21(3)	410-416	2012
佐竹直子	総合病院精神科と精神科地域サービスの連携のあり方についてー千葉県市川市における精神科地域医療モデルー	日本社会精神医学会雑誌	21(1)	124-133	2012

佐藤さやか	認知機能リハビリテーション	Schizophrenia Frontier	13(1),	53-57	2012
下平美智代, 山口創生, 高原優美子, 佐藤さやか	アメリカ, バーモント州の当事者による地域センター「アナザウェイ」の紹介	臨床精神医学	41(12)	1783-1786	2012
富沢明美, 坂田増弘, 伊藤明美, 佐藤さやか, 伊藤順一郎	急性期病棟におけるケアマネジメントと密接に連携したアウトリーチ活動	日本社会精神医学会雑誌	21(3)	396-402	2012
山口創生, 下平美智代, 吉田光爾, 他	精神保健福祉サービスにおける医療経済評価のための調査ツール: 日本版クライアントサービス受給票の開発の試み	精神医学	54(12)	1225-1236	2012
Yoshida K, Ito J	Recovery-Oriented Community-Based Mental Health Service in Japan	International Journal of Mental Health	41(2)	29-37	2012
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
片山(高原)優美子, 山口創生, 種田綾乃, 吉田光爾	精神障害者の援助付き雇用および個別職業紹介とサポートに関する効果についての長期的な追跡研究のシステマティック・レビュー	社会福祉学	54(1)	28-41	2013
下平美智代, 山口創生, 伊藤順一郎	日本における精神障害者の地域生活支援: 千葉県市川市の取り組み	海外社会保障研究	182	4-15	2013
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・モニタリング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
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		2014
Sato S, Iwata K, Furukawa S, Matsuda Y, Hatsuse N, Ikebuchi E	The Effects of the Combination of Cognitive Training and Supported Employment on Improving Clinical and Working Outcomes for People with Schizophrenia in Japan	Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health	10	18-27	2014
種田綾乃, 山口創生, 佐藤さやか, 他	重度精神障害者に対する就労支援: individual placement and support を中心に	精神保健研究	60	73-79	2014

VI. 研究ご協力機関一覧

研究ご協力機関一覧

平成 23 年度

多職種アウトリーチチーム研究

【小平地区】

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科／在宅支援室「PORT」

【市川地区】

独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 精神科／医療福祉相談室／訪問看護室

市川市基幹型支援センターえくる

社会福祉法人サンワーク サンワーク相談支援事業所

特定非営利活動法人千葉精神健康福祉ネット M ネット ハピネス行徳／里見工房

特定非営利活動法人ほっとハート ほっとハート相談支援事業所

特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J

【仙台地区】

東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科／S-ACT

東北福祉大学大学院 総合福祉学研究科

【帝京大学】

帝京大学附属病院 精神科外来

認知機能リハビリテーションと日本型援助付雇用モデルの研究

【小平地区】

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科／デイケア

【市川地区】

独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 精神科／医療福祉相談室

NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド

社会福祉法人サンワーク 就労移行支援事業所サンワーク就労センター

特定非営利活動法人いちされん 市川市障害者就労支援センターアクセス

【仙台地区】

東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科／デイケア

特定非営利活動法人 Switch 障害福祉サービス事業所スイッチ・センダイ

東北福祉大学大学院 総合福祉学研究科

【帝京大学】

帝京大学附属病院 精神科／デイケア

特定非営利活動法人障害者支援情報センター障害者就労・生活支援センターアイ・キャリア

【他】

医療法人社団宙麦会ひだクリニック 精神科デイ・ナイトケア

財団法人長岡記念財団 長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）

障害者就業・生活支援センターアイリス

株式会社リクルートスタッフィング

全国 ACT 事業所による診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究

【ACT 事業所】

ACT-H 北海道立緑ヶ丘病院附属音更リハビリテーションセンター
S-ACT 東北福祉大学せんだんホスピタル
ACT-J 特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS
ぴあクリニック 医療法人社団互啓会ぴあクリニック／
株式会社ぼっけ訪問看護ステーション不動平
ACT-K たかぎクリニック／ねこのて訪問看護ステーション／
特定非営利活動法人京都メンタルケア・アクション
ACT-Zero 岡山 大和診療所／訪問看護ステーション宙
NACT こころクリニックせいわ／訪問看護ステーション浜田「こころ」

ストレングス志向性のスタッフ調査研究

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院
精神科／在宅支援室「PORT」／デイケア
独立行政法人国立国際医療研究センター 国府台病院 精神科／医療福祉相談室／訪問看護室
市川市基幹型支援センターえくる
社会福祉法人サンワーク サンワーク相談支援事業所
特定非営利活動法人千葉精神健康福祉ネット M ネット ハピネス行徳／里見工房
特定非営利活動法人ほっとハート ほっとハート相談支援事業所
特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J
特定非営利活動法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド
東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科／S-ACT
特定非営利活動法人 障害福祉サービス事業所スイッチ・センダイ
帝京大学附属病院 精神科外来／デイケア
社会医療法人高見徳風会 希望ヶ丘ホスピタル
特定医療法人万成病院
社会医療法人近森会 近森病院第二分院
独立行政法人国立病院機構 帯広病院 精神科／デイケア
独立行政法人国立病院機構 花巻病院 精神科／デイケア／訪問看護室
独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院 精神科／デイケア／在宅支援室
独立行政法人国立病院機構 東尾張病院 精神科／デイケア／訪問看護室
独立行政法人国立病院機構 榊原病院 精神科／訪問看護室
独立行政法人国立病院機構 舞鶴医療センター 精神科／デイケア／在宅支援室
独立行政法人国立病院機構 やまと精神医療センター 精神科／デイケア
独立行政法人国立病院機構 鳥取医療センター 精神科／デイケア
独立行政法人国立病院機構 賀茂精神医療センター 精神科／デイケア
独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター
精神科／デイケア／訪問看護室／地域医療支援室

平成 24 年度

多職種アウトリーチチーム研究

【小平地区】

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科／在宅支援室「PORT」

【市川地区】

独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 精神科／医療福祉相談室／訪問看護室

市川市基幹型支援センターえくる

社会福祉法人サンワーク サンワーク相談支援事業所

特定非営利活動法人千葉精神保健福祉ネット M ネット ハピネス行徳／里見工房

特定非営利活動法人ほっとハート ほっとハート相談支援事業所

特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J

【仙台地区】

東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科／S-ACT

東北福祉大学大学院 総合福祉学研究科

【帝京大学】

帝京大学附属病院 精神科外来

【他】

独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター

独立行政法人国立病院機構 琉球病院 精神科／地域連携室

医療法人 周行会 湖南病院／湖南クリニック／地域活動支援センター風

認知機能リハビリテーションと日本型援助付雇用モデルの研究

【小平地区】

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科／デイケア

【市川地区】

独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 精神科／医療福祉相談室

NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド

社会福祉法人サンワーク 就労移行支援事業所サンワーク就労センター

特定非営利活動法人いちされん 市川市障害者就労支援センターアクセス

【仙台地区】

東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科／デイケア

特定非営利活動法人 Switch 障害福祉サービス事業所スイッチ・センダイ

東北福祉大学大学院 総合福祉学研究科

【帝京大学】

帝京大学附属病院 精神科／デイケア

特定非営利活動法人障害者支援情報センター障害者就労・生活支援センターアイ・キャリア

【他】

医療法人社団宙麦会ひだクリニック 精神科デイ・ナイトケア

財団法人長岡記念財団 長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）

障害者就業・生活支援センターアイリス
株式会社リクルートスタッフィング
熊本市こころの健康センター デイケア

ストレングス志向性のスタッフ調査研究

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院
精神科／在宅支援室「PORT」／デイケア
独立行政法人国立国際医療研究センター 国府台病院 精神科／医療福祉相談室／訪問看護室
市川市基幹型支援センターえくる
社会福祉法人サンワーク サンワーク相談支援事業所
特定非営利活動法人千葉精神保健福祉ネット M ネット ハピネス行徳／里見工房
特定非営利活動法人ほっとハート ほっとハート相談支援事業所
特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J
特定非営利活動法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド
東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科／S-ACT
特定非営利活動法人 Switch 障害福祉サービス事業所スイッチ・センダイ
帝京大学附属病院 精神科外来／デイケア
社会医療法人高見徳風会 希望ヶ丘ホスピタル
特定医療法人万成病院
社会医療法人近森会 近森病院第二分院
独立行政法人国立病院機構 帯広病院 精神科／デイケア
独立行政法人国立病院機構 花巻病院 精神科／デイケア／訪問看護室
独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院 精神科／デイケア／在宅支援室
独立行政法人国立病院機構 東尾張病院 精神科／デイケア／訪問看護室
独立行政法人国立病院機構 榊原病院 精神科／訪問看護室
独立行政法人国立病院機構 舞鶴医療センター 精神科／デイケア／在宅支援室
独立行政法人国立病院機構 やまと精神医療センター 精神科／デイケア
独立行政法人国立病院機構 鳥取医療センター 精神科／デイケア
独立行政法人国立病院機構 賀茂精神医療センター 精神科／デイケア
独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター
精神科／デイケア／訪問看護室／地域医療支援室

日本版援助付き雇用スタンダード研究および就業・生活支援センター全国悉皆調査(五十音順)

一般社団法人 訪問看護ステーション Q-ACT
医療法人 社団更生会 草津病院 就労支援センター ワークネクスト
医療法人 社団宙麦会 ひだクリニック 精神科デイ・ナイトケア
医療法人 社団二山会 宗近病院 精神科 デイケア ほのぼの
医療法人 尚生会 就労移行支援事業(創) C.A.C
医療法人 清風会 就労支援センター オンワーク
医療法人 北斗会 さわ病院 デイケア
学校法人 滋慶学園 東京福祉専門学校 地域活動・相談支援センター かさい

公益財団法人 住吉偕成会 住吉病院／すみよし障がい者就業・生活支援センター
社会福祉法人 あすなろ福祉会 障害福祉サービス事業 多機能型事業所 あすなろ
社会福祉法人 桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院 医療相談室
東京都指定就労移行支援事業所 就労移行支援センター フリーデザイン
特定非営利活動法人 いちされん 障害者就業・生活支援センター いちされん
特定非営利活動法人 大阪精神障害者就労支援ネットワーク

JSN 茨城／JSN 門真／JSN 新大阪

特定非営利活動法人 京都メンタルケア・アクション ACT-K 就労支援センター そらいろ
特定非営利活動法人 コミュネット楽創 就労移行支援事業所コンポステラ
特定非営利活動法人 Switch 障害者福祉サービス事業所 スイッチ・センダイ
特定非営利活動法人 NECST

障害者就職サポートセンタービルド／ユースキャリアセンターフラッグ

特定非営利活動法人 ゆるら 社会生活サポートセンター こみっと
特定非営利活動法人 リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーションACT-J
独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院 デイケア
浜松市パーソナル・サポート・センター（青少年就労支援ネットワーク静岡）

平成 25 年度

多職種アウトリーチチーム研究

【小平地区】

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科／在宅支援室「PORT」

【市川地区】

独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 精神科／医療福祉相談室／訪問看護室
市川市基幹型支援センターえくる
社会福祉法人サンワーク サンワーク相談支援事業所
特定非営利活動法人千葉精神保健福祉ネット M ネット ハピネス行徳／里見工房
特定非営利活動法人ほっとハート ほっとハート相談支援事業所
特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J

【仙台地区】

東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科／S-ACT
東北福祉大学大学院 総合福祉学研究科

【帝京大学】

帝京大学附属病院 精神科外来

【他】

独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター
独立行政法人国立病院機構 琉球病院 精神科／地域連携室
医療法人 周行会 湖南病院／湖南クリニック／地域活動支援センター風

認知機能リハビリテーションと日本型援助付雇用モデルの研究

【小平地区】

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科／デイケア

【市川地区】

独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 精神科／医療福祉相談室

NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンター ビルド

社会福祉法人サンワーク パル

特定非営利活動法人いちされん 市川市障害者就労支援センター“アクセス”

【仙台地区】

東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科／デイケア

特定非営利活動法人 Switch 障害福祉サービス事業所スイッチ・センダイ

東北福祉大学大学院 総合福祉学研究科

【帝京大学】

帝京大学附属病院 精神科／デイケア

特定非営利活動法人障害者支援情報センター障害者就労・生活支援センターアイ・キャリア

【他】

医療法人社団宙麦会ひだクリニック 精神科デイ・ナイトケア

財団法人長岡記念財団 長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）

障害者就業・生活支援センターアイリス

株式会社リクルートスタッフィング

熊本市こころの健康センター デイケア

ストレングス志向性のスタッフ調査研究

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院

精神科／在宅支援室「PORT」／デイケア

独立行政法人国立国際医療研究センター 国府台病院 精神科／医療福祉相談室／訪問看護室

市川市基幹型支援センターえくる

社会福祉法人サンワーク サンワーク相談支援事業所

特定非営利活動法人千葉精神保健福祉ネット M ネット ハピネス行徳／里見工房

特定非営利活動法人ほっとハート ほっとハート相談支援事業所

特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J

特定非営利活動法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド

東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科／S-ACT

特定非営利活動法人 Switch 障害福祉サービス事業所スイッチ・センダイ

帝京大学附属病院 精神科外来／デイケア

社会医療法人高見徳風会 希望ヶ丘ホスピタル

特定医療法人万成病院

社会医療法人近森会 近森病院第二分院

独立行政法人国立病院機構 帯広病院 精神科／デイケア

独立行政法人国立病院機構 花巻病院 精神科／デイケア／訪問看護室

独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院 精神科／デイケア／在宅支援室

独立行政法人国立病院機構 東尾張病院 精神科／デイケア／訪問看護室

独立行政法人国立病院機構 榊原病院 精神科／訪問看護室

独立行政法人国立病院機構 舞鶴医療センター 精神科／デイケア／在宅支援室

独立行政法人国立病院機構 やまと精神医療センター 精神科／デイケア

独立行政法人国立病院機構 鳥取医療センター 精神科／デイケア

独立行政法人国立病院機構 賀茂精神医療センター 精神科／デイケア

独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター

精神科／デイケア／訪問看護室／地域医療支援室

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科／在宅支援室「PORT」/デイ
ケア

独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 精神科／医療福祉相談室／訪問看護室
市川市基幹型支援センターえくる

社会福祉法人サンワーク サンワーク相談支援事業所

特定非営利活動法人千葉精神保健福祉ネット M ネット ハピネス行徳／里見工房

特定非営利活動法人ほっとハート ほっとハート相談支援事業所

特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J

独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 精神科／医療福祉相談室

NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンター ビルド

東北福祉大学せんだんホスピタル 精神科／S-ACT

東北福祉大学大学院 総合福祉学研究科

特定非営利活動法人 Switch 障害福祉サービス事業所スイッチ・センダイ

帝京大学附属病院 精神科外来／デイケア

IPS 型就労支援フィデリティ評価ツール作成に係る研究（五十音順）

一般社団法人 FLaT 就労支援センターFLaT

医療法人社団 慈雲堂病院 地域連携推進部 デイケア室

医療法人社団 宙麦会 ひだクリニック

医療法人尚生会 就労移行支援事業所（創）シー・エー・シー

医療法人清風会 就労支援センター オンワーク

医療法人北斗会 さわ病院デイケアセンター

NPO 法人 大阪精神障害者就労支援ネットワーク JSN 茨木

NPO 法人 京都メンタルケアアクション ACT-K 就労支援センター そらいろ

NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンター ビルド

NPO 法人 NECST ユースキャリアセンター フラッグ

社会福祉法人あすなろ ジョブサポートセンター あすなろ

社会福祉法人東康会 就労支援センターらぼーる宇城

特定非営利活動法人コミュネット楽創 就労移行支援事業所コンポステラ

特定非営利活動法人 Switch 障害福祉サービス事業所 スイッチ・センダイ

特定非営利活動法人リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J

特定非営利活動法人ゆるら 社会生活サポートセンター こみっと

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院デイケア