

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

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
～基本プロトコルと進捗～

研究分担者 吉田光爾

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

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介入に関する効果評価、②多職種アウトリーチ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、帝京大学医学部附属病院を中心とした4地区の研究協力機関において平成23年11月～平成24年10月までを対象者のエントリー期間とする。エントリー開始後から1年間をフォロー期間とし、その間の利用者の経過・予後ならびに支援チームの介入の状態を把握する。

研究では介入群・対照群を利用者の居住地によって振り分ける準実験法を用いる。すなわち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候補者の居住地がアウトリーチ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。

調査測度：原則半年ごとに以下を用いて評価する(1)症状・機能評価：PANSS、SBS、GAF、(2)利用者に対する自記式調査：WHO-QOL26、CSQ-8J、Link スティグマ尺度日本語版、生活時間の構成、(3)カルテによるアウトカム調査：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、(4)医療経済評価：レセプト、サービスコード、CSRI-J。

現在、このプロトコルにのっとり各地区で平成23年11月よりケースをエントリー中である。

A. 研究の背景

近年、「入院医療中心から地域生活中心へ」という我が国の精神保健医療福祉施策の元で精神障害者への支援の舞台が地域へと移行しつつある。このような状況で必要なことは、重い精神障害を持っていても可能な限り入院を抑止し、早期

退院を可能にする在宅医療の充実が進むことと、「あたりまえの生活」が可能になる、ニーズに応じた生活の場での支援が実現することである。そのためには、医療と生活支援が密接に結びついて提供できる効果的なサービスモデルの確立およびその普及は急務である。精神障害者は、障害性

と疾病性を併せ持ち、症状の変動性を持つ障害であるため、生活支援だけでなく医療をともに提供することが必要なのである。

重症精神障害者に対する医療と生活支援の両方を不断に提供する多職種アウトリーチ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。

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

また、多職種アウトリーチ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介入に関する効果評価、②多職種アウトリーチ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アウトリーチチーム

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、帝京大学医学部附属病院を中心とした 4 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 24 年 10 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 25 年 10 月の予定である。

(2) エントリーの流れ

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アウトリーチ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。(※帝京大学のみ外来患者)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。

②各地区にはアウトリーチ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アウトリーチ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、多職種アウトリーチ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『ケアマネジメント入院時スクリーニング票』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⁸⁾ならびに退院困難度尺度⁹⁾を参照した。

3)介入方法

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。

(1)複数職種によるアウトリーチチームを構成

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、アウトリーチを中心とした支援を行うこと。

(2)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⁾。

(3)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。

(4)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、帝京大学附属病院における外来アウトリーチチームである(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)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・6ヶ月後・1年後に評価するものとした。

①PANSS⁸⁾ (Positive & Negative Syndrome Scale)

②SBS⁹⁾ (Social Behavioral Schedule)

③GAF¹⁰⁾ (Global Assessment of Functioning Scale)

(2)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以下の尺度を用いて退院時・6ヶ月後・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た)(別添)

(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退院時・6ヶ月後・1年後に評価するものとした。

評価項目：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・就労状況・身体健康情報

(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アウトリーチ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/障害者自立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. 現在の状況

平成23年11月よりエントリーを開始し、現時点(平成24年2月末)までに各地区において以下のケースエントリーが行われている状況である。(表1~4)

候補者は比較的多数であるが、重症精神障害者を対象としているため、調査同意を得ることが難

しいこと、入院中に継続的関与を行っているが同意を得るまでの期間が長めになることが、調査実施上の課題となっている。引き続き継続して候補者にエントリーを行い、協力者を募りたい。

D. 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介入に関する効果評価、②多職種アウトリーチ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、帝京大学医学部附属病院の4地区において平成23年11月~平成24年10月までを対象者のエントリー期間とする。エントリー開始後から1年間をフォロー期間とし、その間の利用者の経過・予後ならびに支援チームの介入の状態を把握する。

研究では介入群・対照群を利用者の居住地によって振り分ける準実験法を用いる。すなわち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候補者の居住地がアウトリーチ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。

調査尺度:原則半年ごとに以下を用いて評価する(1)症状・機能評価: PANSS、SBS、GAF、(2)

利用者に対する自記式調査：WHO-QOL26、CSQ-8J、Link ステイグマ尺度日本語版、生活時間の構成、(3)カルテによるアウトカム調査：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、(4)医療経済評価：レセプト、サービスコード、CSRI-J。

現在、このプロトコルにのっとり各地区で平成23年11月よりケースをエントリー中である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

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 総合分担報告書, pp. 45-53, 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), pp. 143-198, 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: ストレングスマデル 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) 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.

9) 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.

10) 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.

11) 田崎美弥子, 中根允文: WHO-QOL26 手引改訂版, 金子書房, 2007.

12) 立森久照, 伊藤弘人: 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性及び妥当性の検討, *精神医学* 41: 711-717, 1999.

13) Link BG: Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1): 96-112, 1987.

14) 下津咲絵, 坂本真士, 堀川直史, 他: Link ステイグマ尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. *精神科治療学* 21: 521-528, 2006.

15) McCrone P, Craig TK, Power P, et al: Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis. *Br J Psychiatry* 196(5): 377-382, 2010.

16) Chisholm D, Knapp MR, Knudsen HC, et al: Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory - European Version: development of an instrument for

international research. British Journal of Psychiatry 177(39): s28-s33, 2000.

図1 アウトカム調査の調査時期について

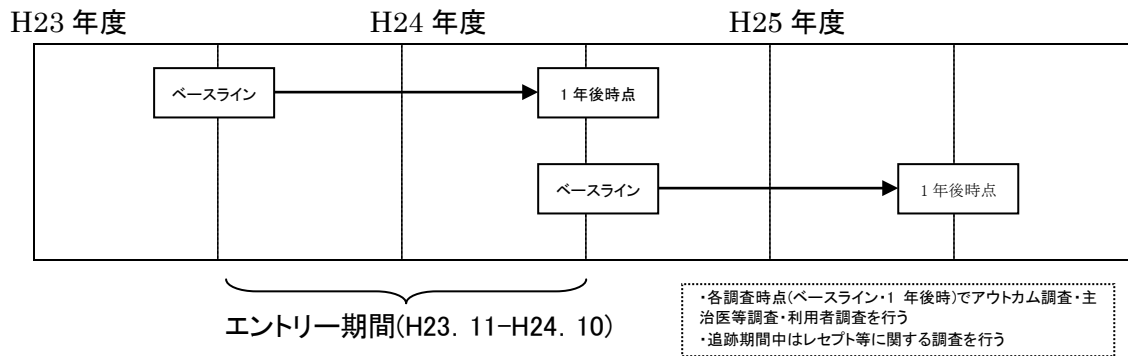


図2 エントリーから同意、介入開始の流れについて

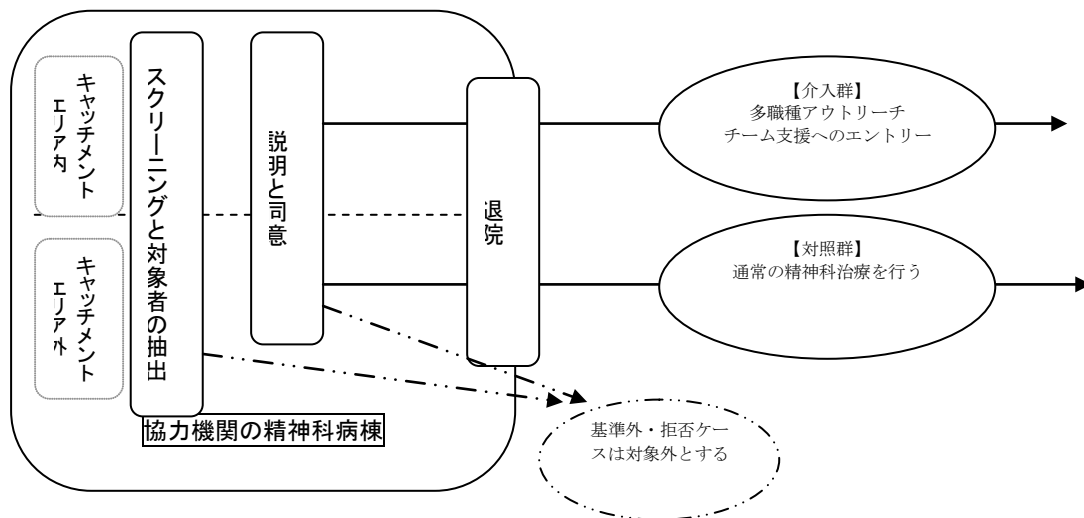


表 1 小平地区でのエントリー状況

	スクリーニング 実施全数	カットオフ 以上候補者	うち介入群 候補者	うち対照群 候補者	うち介入群 同意者	うち対照群 同意者
2011年11月	61	8	4	4	3	0
2011年12月	71	9	5	4	2	3
2012年1月	70	12	9	3	3	1
2012年2月	84	8	6	2	0	1
合計	286	37	24	13	8	5

表 2 国府台地区でのエントリー状況

	スクリーニング 実施全数	カットオフ 以上候補者	うち介入群 候補者	うち対照群 候補者	うち介入群 同意者	うち対照群 同意者
2011年11月	22	5	4	1	2	0
2011年12月	42	15	6	9	3	4
2012年1月	51	13	3	10	1	4
2012年2月	39	8	5	3	0	2
合計	154	41	18	23	6	10

表 3 仙台地区でのエントリー状況

	スクリーニング 実施全数	カットオフ 以上候補者	うち介入群 候補者	うち対照群 候補者	うち介入群 同意者	うち対照群 同意者
2011年11月	24	3	3	0	1	0
2011年12月	21	2	2	0	2	0
2012年1月	35	1	0	1	0	0
2012年2月	30	0	0	0	0	0
合計	110	6	5	1	3	0

表 4 帝京地区でのエントリー状況

	スクリーニング 実施全数	カットオフ 以上候補者	うち介入群 候補者	うち対照群 候補者	うち介入群 同意者	うち対照群 同意者
2011年11月	42	3	3	0	2	0
2011年12月	55	0	0	0	0	0
2012年1月	54	3	2	2	1	0
2012年2月	49	2	2	0	0	0
合計	200	8	7	2	3	0

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

重い精神障害をもつ者に対する
認知機能リハと援助付き雇用の組み合わせによる就労支援研究班
～基本プロトコルと進捗～

研究分担者 佐藤さやか

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

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」を開発すること、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研究プロトコルについて記述した。本研究は RCT デザインを採用しており報告書執筆時 (平成 24 年 3 月現在) までに全国 6 つの研究サイト合計で 50 名程の第一クール研究対象者が研究に参加中である。

今後は研修会や事例検討会で支援技法の共有や精緻化などを行いつつ、第二クールの実施をすすめ、研究対象者数を増やしていく予定である。

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)⁷⁾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 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 (スタンダード) 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障害者就業・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を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）の支援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。宇野木（2010）¹⁰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いる。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

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プロトコルを詳述する。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る行うことによって、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添える。

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。

以上のエントリーの流れについて図1に示す。

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

か月（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機関の種別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

「日本版個別援助付き雇用モデル」の具体的な内容についてはその作成が3年間の研究班活動の目的の1つとなっていることから、現時点では研究プロトコルとして暫定版を下記のように定めた。

【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、ストレングス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ケアマネージャー（CM）と就労支援担当者（ES）との間に密接な情報交換があること

※CMとESの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、就労準備をた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カ月に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を行う。ブローカー型支援の結果、リファー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) 研究デザインと調査測定

2)-(3)の③で述べたように本研究では対象者をいくつかの変数で層別化した上で無作為割り付けを行う RCT デザインを採用している。ただこれも前項で述べたように、研究上の配慮から介入群においては、認知機能リハおよび就労準備活動に参加中は求職活動ができない、というプロトコルとなっている。このため、介入群と対照群の双方ともベースラインから同じ期間で就労関連指

標と比較すると、介入群の8ヶ月間の求職活動と対照群の12ヶ月間の求職活動の成果を比較することとなり、介入群の就労関連指標に関するアウトカムが過小評価される恐れがある。

そこで本研究では、後述する症状・機能評価については両群ともベースライン時とベースラインから約4ヶ月後の2時点で、また医療経済的評価に含まれる就労関連指標については就労支援開始時と就労支援開始から1年後の2時点で比較することとした。

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機能の全体的評定：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、レセプトからで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。

以上の調査表の詳細は別添を参照のこと。

C. 現在の状況

各研究サイトにおいて平成23年11月よりエントリーを開始し、現時点(平成24年2月末)までに全ての研究サイトにおいて第一クールが開始となっている。サイトごとの支援開始日や対象者数は下記のようになっている。

・センター病院: 介入群5名、対照群4名で

2012/1/6 開始

※2/18 現在介入群で1名ドロップアウト

・国府台病院: 介入群5名、対照群4名で
2011/11/24 開始

※11年12月に介入群で1名ドロップアウト

・東北福祉大せんだんHP: 介入群5名、対照群5名で2012/1/5 開始

・帝京大学病院: 介入群4名、対照群4名で
2011/12/1 開始

・ひだクリニック: 介入群3名、対照群3名で
2012/1/20 開始

・長岡病院: 介入群5名、対照群5名で2012/1/16 開始

※2/18 現在両群で5名ドロップアウト

D. 今後の課題

これまで述べたように、報告書執筆時点(平成24年3月)において全国6つのサイトで研究計画に沿って介入および支援が開始となっており、研究班発足初年度として順調な進捗であると思われる。今後に向けては以下のような課題が挙げられる。

1) 対象者のさらなる確保

本稿の冒頭での述べたように、精神障害を持ちながら就労を希望する人は潜在的には相当数いると思われる。

ただ今回の研究プロトコルでは、一定の認知機能障害がありながら就労を希望している人、という条件からか、各サイトにおいて必ずしも対象者候補の集まりが良いとは言えない状況が続いており、今後第二クール以降の対象者確保に困難が生じることも危惧される。

就労を希望する人の中には(その病状や機能の状態にかかわらず)自分はずぐにも働けるのでリハビリテーションや福祉的な支援は必要ない、と考えている人も多い。このため支援者が外来主治医のみでその希望が周囲にきちんと伝わらず、結果的に就労支援から遠ざかってしまっている、また希望を伝えたとしても唯一の支援者である主

治医がその人を就労可能であると評価していないために就労支援関連部署に情報が伝わらない、などの事情が対象者確保の困難に関連していることも考えられる。今後も各サイトにおいて医師や研究活動に関連するコメディカルスタッフに研究班の意図している **Train then Place** の考え方を伝え、「近々に働けるかどうか」という視点だけで判断するのではなく、本人に就労希望があれば前向きに話を聞く、また今就労に関心がなさそうに見えてもニーズの掘り起こしを常に行っていく、などの依頼していくことが必要と思われる。

2) 就労支援に関する支援技術の習熟

本研究班のめざす就労支援のあり方である「日本版援助付き雇用モデル」を成功させるためには、**Train then Place** の理念に基づく支援やあらかじめ用意されている職種に人を当てはめるのではなく、就労を希望する人それぞれに合わせた職場開拓が必須である。しかし研修を重ねて「理念」は理解できても、例えば実際にデイケアの場面でのような支援（具体的なアクション）が望ましいのか、という点については、研究班全体に浸透しているとはいえない。

本研究班に参加している各サイトでは、これまでそれぞれに工夫を重ねた就労支援が実践されているので、これらをベースに具体的な支援技術をお互いに学び合い、最終的にはその成果物として普及可能なマニュアルが作成されることが望まれる。

上記に取り組むため、次年度以降も引き続き各研究サイトが参加する研修会や事例検討会を実施する予定である。

3) 「日本版援助付き雇用モデル」のスタンダード作成

本稿では、研究プロトコルとして「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」を暫定的に記述している。しかし表1にもあるようにこれをベースに組

み立てられた各サイトの支援体制はかなり多様なものとなった。大まかには医療機関をベースにした体制と地域の就労移行支援事業所をベースにした体制に大別されると思われる。

今後この多様な体制から得られた知見の異同をまとめ、最終的には全国に普及可能な「『日本版援助付き雇用モデル』のスタンダード」を作成していく必要がある。次年度以降、精神障害やメンタルヘルスの専門家だけではなく、労働や産業の専門家からの意見も取り入れつつまとめていく予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

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) —高年齢・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.

表1 認知機能リハ+日本版個別援助付き雇用モデルによる就労支援のおおまかなスケジュール、支援内容、各サイトごとの担当者

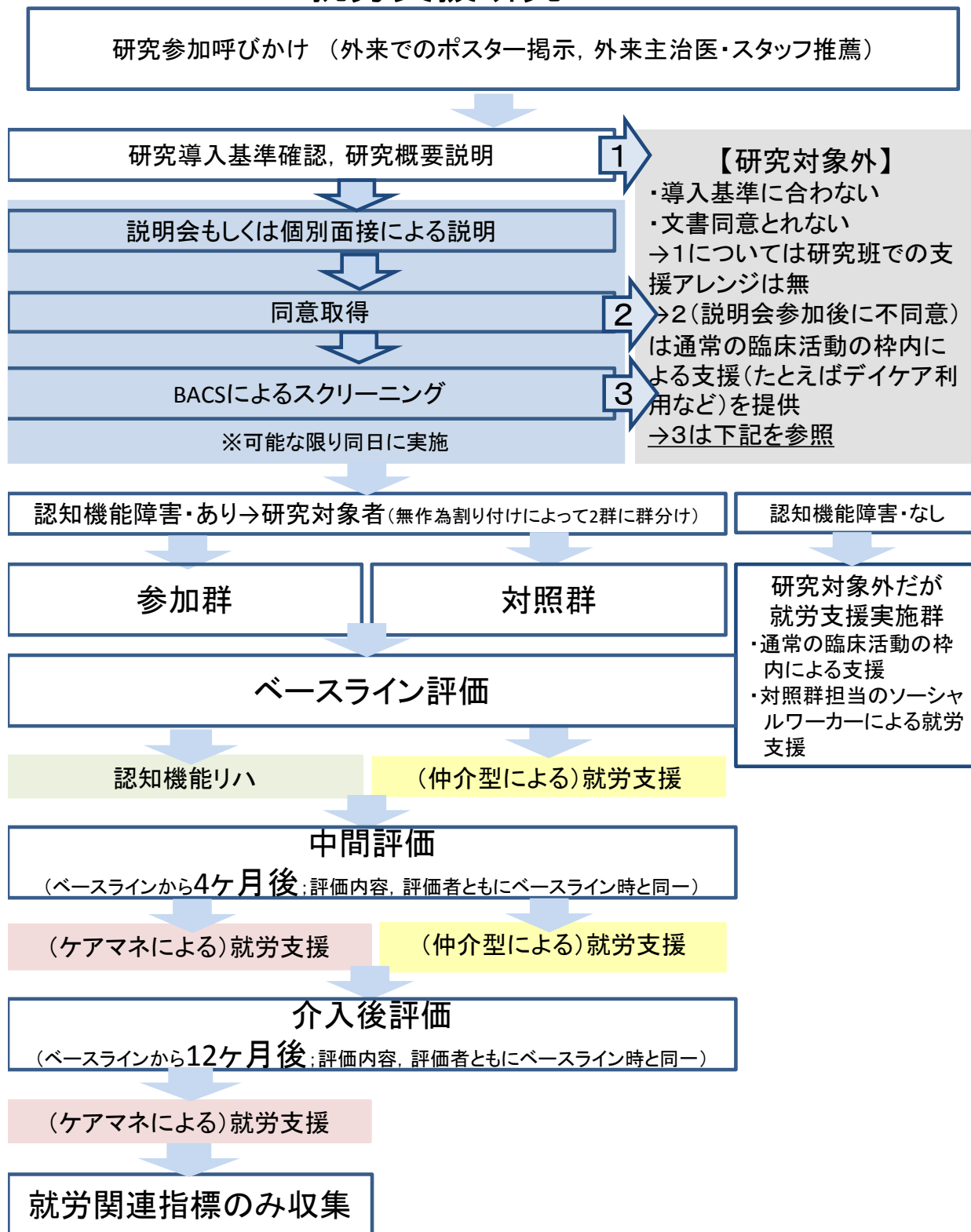
	予想される実施時期	就労準備期		仕事探し期	仕事の維持期
		研究開始後 3ヶ月間	認知機能リハ終了後 1週間~1ヶ月間以内	研究開始後(つまり認知機能リハ開始後) 1年以内	就労後、支援終了の 希望があるまで
研究プロトコル上実施すべき最低限の活動	個別に行う活動	-ES もしくは CM による就労に関するインテーク面接(少なくとも1週間に1回, 合計3回を3週間以内に終わらせる)。 ※インテークに使う用紙は別添参照 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> インテーク終了後 認知機能リハ開始 </div>	-研究プロトコル上は特に定めませんが, 利用者とES もしくはCMとの信頼関係構築のため, 面接等を実施することを妨げない。 -求職活動(ハローワークや職場へのアプローチ)は不可。 →臨床的には不自然に思えるケースもあるが, これはデータをマージする上で研究プロトコル上, 必要な措置として実施	-ES もしくはCMとの相談(1週間に1回) -ES もしくはCMとの仕事探しや主として職場で行う仕事の練習(少なくとも2週間に1回)	-ES もしくはケアマネージャとの相談(就労当初は1週間に1回, 慣れてきてからは2週間に1回, 少なくとも6ヶ月間は継続する)
	グループで行う活動	-認知機能リハ ・コンピュータセッション(1週間に2回, 計24回) ・言語グループ(1週間に1回, 計12回)	-就労準備のためのグループセッション ・自分の望む就労条件について整理する ・履歴書の書き方を練習する ・面接の練習をする(×2)(最低でも1週間に1回, 合計4回) ※上記の作業について集団で実施することを強く推奨するが, ケースにとっての意義が見いだせない場合には個別面接で代替することも可。 →個別面接で代替する場合は, 研究プロトコル上, 就労条件の整理, 履歴書の書き方の練習, 面接練習を必ず含むこと。	-就労グループ参加(1~2週間に1回) ・同じ目標をもつ仲間との支え合いが目的, 近況報告や相談の場。 ※求職活動のフォローについてはケースによって自分のペースで進めたい人もいるので, グループでの活動を必須とはしない。ES もしくはCMとの個別面接で代替することも可。 ※実習や面接など求職活動と重なった場合には, そちらを優先。	-就労グループ参加(1ヶ月に1回) ※左に同じ

	求職活動実施の有無	無		有	
各コア研究サイトにおける担当者	帝京	デイケアスタッフ (基本的には CM と ES を すべてのデイケアスタッフ が兼任する形をとる)。	デイケアスタッフ	就労支援：就労・生活支援 C スタッフ 就労支援と生活支援：デイケアスタッフ (ケースごとに地域の支援スタッフとデイケアスタッフが 連携をとりながら実施)	
	仙台	就労移行支援事業所スタッ フ (CM専任スタッフ) +東北福祉大せんだん HP スタッフ	就労移行支援事業所スタッフ (CMとESが連携)	就労移行支援事業所スタッフ (ES専任スタッフ)	就労移行支援事業所ス タッフ (CMとESが連携)
	国府台	国府台HP スタッフ+ 就労移行支援事業所スタッ フ (CM専任スタッフ)	就労移行支援事業所スタッフ (CMとESが連携)	就労移行支援事業所スタッフ (ES専任スタッフ)	就労移行支援事業所ス タッフ (CMとESが連携)
	小平	センター病院 デイケアスタッフ (CM専任スタッフ)	センター病院デイケアスタッフ (CMとESが連携)	センター病院デイケアスタッフ (ES専任スタッフ)	センター病院 デイケアスタッフ (CMとESが連携)

※CM: ケースマネージャ(生活支援担当者)、ES: 就労支援専門員(就労支援担当者)

図1

就労支援研究フロー



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

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に関する 医療経済的研究のプロトコル

研究分担者 泉田信行¹⁾

研究協力者(主執筆者に○) ○下平美智代²⁾ 山口創生²⁾

1) 国立社会保障・人口問題研究所

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

わが国の精神保健医療福祉における「入院医療中心から地域生活中心へ」との基本方針が実現されていく過程において、重度精神疾患をもつ人々に対するアウトリーチサービスはニーズが高まっていると考えられる。本研究班の目指す「多職種」のアウトリーチサービスは日本ではまだ歴史が浅いが、こうしたサービス形態をわが国で安定的に供給するためには、サービスコストの把握は不可欠であり、サービスが提供されても支払われることのないコスト部分を明らかにすること、さらに費用対効果についての知見を得ることも必要であると考えられる。

平成23年度の報告として、本稿では、本研究班における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および日本版援助付雇用モデルの医療経済的研究のプロトコルを提示する。

背景

わが国では2004年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が策定され、「入院医療中心から地域生活中心へ」との基本方針が掲げられた。この基本方針が実現されていく過程において、精神保健医療福祉の専門家がアウトリーチを行って、重度の精神障害を抱える人々を生活の場で支援するニーズがますます高まってきていると思われる。本研究班の目指す「多職種」のアウトリーチサービスは日本ではまだ歴史が浅いが、こうしたサービス形態をわが国で安定的に供給するためには、サービスコストの把握は不可欠であり、サービスが提供されても支払われることのないコスト部分を明らかにすること、さらに費用対効果についての知見を得ることも必要であると考えられる。

Assertive Community Treatment (ACT)などの多職種アウトリーチチームによる重度精神障害者のインテンシブな地域支援サービスのコストに関する先行研究は欧米でもまだ少ない。

MarchallとLockwoodの無作為化比較対照研究のみに焦点を当てたレビュー⁵⁾によると、ACTと通常のコミュニティケアとの比較が5研究、病院ベースのリハビリテーションとの比較が1研究、ケースマネジメントとの比較が3研究でトータル9研究である。それらの研究においては、①精神科入院ケアにかかるコスト、②全てのヘルスケアにかかるコスト、③住居や交通費までも入れたトータルコストの3つのコストの在り様が報告されている。レビューの結果としては、精神科入院ケアのコストについては、8研究の報告があり、ACTでは対照群に比べて精神科入院コストが低い傾向がみられている。全て

のヘルスケアにかかったコストの比較研究(7研究)においてもACTの方が対照群と比べて低い傾向が示されている。トータルコストについては2研究のみであるが、やはりACT群の方が対照群よりも低い傾向がみられる。わが国では、ACTが導入されたのは2002年であり、コストについて研究されているのは、無作為化比較対照研究において、医療費および社会保障関連費の年間コストを比較した1研究のみである⁴⁾。この研究では、ACT群と対照群の年間コストに有意差は示されていない。

現在のところ、日本で多職種アウトリーチサービスを提供している機関では、診療報酬の対象にならない支援サービスも実質的に行っている。しかしながら、現時点では、その実態が明らかにされていない。本研究では、多職種アウトリーチサービスにかかる費用を明らかにし、診療報酬や本人からも支払がないが、実際にはサービスを提供している費用部分についても明らかにする。さらに、対照群との比較における費用対効果に関する知見を得ることを目的とする。

方法

1)対象

研究参加施設4サイトに入院した患者でエントリー基準に見合う人を対象とする。エントリー基準については、本研究の基本プロトコルを参照されたい。また、これらの対象者に地域でのアウトリーチ支援を提供する機関が調査対象である。

2)データ収集方法

コストデータは、支援者が毎支援について記録するサービスコード、毎月のレセプト、3ヵ月に1度の福祉利用等のサービス受給に関するヒアリング調査から得る。さらに、各協力機関の会議や申し送りにかかる時間等について管理時間調査票を用いてデータを取得する。

- ① サービスコード:介入群のみが対象となる。支援者が提供するサービスについてコード化された調査票を支援者に記録してもらう。調査票は1つの支援につき1枚である。このサービスコードは本研究のために作成した(別添)。
- ② レセプト:外来通院費、入院費、デイケア、

訪問診療料、往診料についてはレセプト情報から収集する。処方薬については情報もレセプトから得るものとする。介入群、対照群共に調査を行う。

- ③ クライアントサービス受給指標 (CSRI-J) : 介入群のみ3ヵ月に1度、担当ケースマネージャによって福祉利用に関する調査票、CSRI-Jを用いて聴き取りをする。CSRI-Jは、イギリスで開発されたCSRI¹⁾⁶⁾、およびヨーロッパ版 (SCRI-EU)²⁾³⁾を基に作成、有識者と臨床スタッフおよび行政職員の意見を踏まえて修正を加えて完成した(別添)。なお、CSRI-Jに相当する対照群の福祉費用の調査については、2012年11月に一斉に面接調査で確認する。
- ④ 管理時間調査票:介入群対象者が支援されている機関の日々の申し送りや会議などの管理的な時間について確認するために、年度ごとに1度、機関の管理者によって記入してもらう。またその機関の体制が変わった場合は、同一年度内でも記載してもらう。この調査票は本研究のために作成した(別添)。

3)調査時点とフォロー期間

時点:サービスコードは毎支援記録する。レセプトは毎月調査する。CSRI-Jは3ヵ月に一度調査する。管理時間調査票は基本的に毎年度調査する。

フォロー期間:支援開始から1年間とする。

4)結果の分析方法

コストの計算

利用者別に支援時間の集計を出す。その後、支援した職種別労働コストを算出する(職種ごとの時給はその職種で一般的な金額を代用する)。介入群、対照群共に経時的なコストの推移を確認する。

なお、統計学的な分析方法については、結果がでてから検討する。

健康危険情報 なし

研究発表

1. 論文発表 CSRI-J作成に関する論文を発表予定で現在執筆中である。
2. 学会発表 なし

知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

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) Beecham J, Knapp M. Costing psychiatric interventions. In: Thornicroft G, editor. Measuring Mental Health Needs 2nd edition. London: Gaskell; 2001. p. 200-224.
- 2) 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.
- 3) Chisholm D, Knapp M. Client socio-demographic and service receipt inventory – European version. In: Thornicroft G, Becker T, Knapp M, et al, ed: International outcomes measures in mental health. Gaskell, London, 2006.
- 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 (ACT-J) の費用対効果分析. 厚生労働省科学研究費補助金(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 分担研究報告書. 平成17年度—平成19年度 総合研究報告書, 45-53. 2003.
- 5) Marchall, M., and Lockwood, A.: Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Review). The Cochrane Library, 3; 3, 2010.
- 6) 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.

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

重症精神障害者に対する日本版個別援助付雇用モデルに関する 医療経済的研究のプロトコル

研究分担者 泉田信行¹⁾

研究協力者(主執筆者に○) ○下平美智代²⁾ 山口創生²⁾

1) 国立社会保障・人口問題研究所

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

重度の精神障害を持つ人々が地域でより質の高い生活を送る過程で、社会に出て仕事をするということは大きな意義をもつと考えられる。本研究班では、重い精神疾患を持つ人々が継続的な個別の支援を受けて就職し仕事を続けていくことのできるモデルを提示することを一つの目標としている。こうしたモデルを提示するときに、やはりサービスコストを明らかにしていくこと、サービスが提供されているのに支払われることのないコスト部分を明らかにすること、さらに費用対効果についての知見を得ることは必要な要素であると思われる。

平成23年度の報告として、本稿では、本研究班における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および日本版援助付雇用モデルの医療経済的研究のプロトコルを提示する。

背景

重度の精神障害を持つ人々が地域でより質の高い生活を送る過程で、社会に出て仕事をするということは大きな意義をもつと考えられる。本研究班では、重い精神疾患を持つ人々が継続的に個別の支援を受けて就職し仕事を続けていくことのできるモデルを提示することを一つの目標としている。こうしたモデルを提示するときに、やはりサービスコストを明らかにしていくこと、サービスが提供されているのに支払われることのないコスト部分を明らかにすること、さらに費用対効果についての知見を得ることは必要な要素であると思われる。

本研究班の目指すモデルに近いと思われる個別就労支援モデル IPS (individual placement and support) の費用対効果については、欧米でも先行研究がまだ少ない。Dixonら²⁾の職業リハビリテーションプログラムとの

無作為化比較対照研究の結果によると、両群には総合的な費用に有意差はなかったが、IPS 群は有意に競争的雇用において労働時間と週数が多いという結果が出ている。また、Killackeyら³⁾の IPS プログラムを受けた群と通常のケアのみの群との比較では、IPS 群は有意に welfare benefits への依存が減少している。

わが国では、IPS モデルの個別就労支援は大島ら⁴⁾により、厚生労働科学研究費補助金・労働安全衛生総合研究事業『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』(平成 15 年～18 年)のなかで無作為化比較対照研究により効果検証が行われ、IPS の一般就労率の高さが報告されている。これを機に日本ではいくつかの地域の就労支援事業所や病院デイケアなどにおいて、IPS モデルを取り入れた就労支援が実施さ

れているが、まだ制度としては確立されておらず、コストに関する研究は行われていない。

そこで本研究では、日本の精神科デイケアおよび地域の就労支援事業所で行う個別就労支援モデルにおける就労支援にかかる費用と精神科医療および福祉にかかるコストを明らかにし、診療報酬や福祉および本人からも支払がないが実際には提供されているサービスの費用部分について明らかにする。さらに、対照群との比較における費用対効果についての知見を得ることを目的とする。なお、本研究班では、認知機能リハビリテーションを個別就労支援に組み合わせているため、この認知機能リハビリテーションのコストについても測定していくこととする。

方法

1) 対象

研究参加施設4サイトに入院した患者でエントリー基準に見合う人を対象とする。エントリー基準については、先のこの研究全体のプロトコルを参照されたい。また、これらの対象者に就労支援を提供する機関も調査対象となる。

2) データ収集方法

コストデータは、支援者が毎支援について記録するサービスコード、毎月のレセプト、1ヵ月に1度の福祉利用等のサービス受給に関するヒアリング調査から得る。さらに、地域の就労支援事業所については、各協力機関の人員配置等の情報について事業所調査票を用いて取得する。

- ① サービスコード：支援者が提供するサービスについてコード化された調査票を支援者に記録してもらう。調査票は対象者1名につき1日1枚である。このサービスコードは本研究のために作成した。内容を別添に示している。介入群のみが調査対象となる。ただし、国府台地区の対照群の一部が支援される機関にはサービスコード記録を依頼する。
- ② レセプト：外来通院費、入院費、デイケア、訪問診療料、往診料についてはレセプト情報から収集する。処方薬についての情報もレセプトから得るものとする。介入群、対照群共に調査対象となる。

- ③ クライアントサービス受給指標 (CSRI-J)：介入群、対照群共に調査対象となる。内容は多職種アウトリーチの研究で用いるものと同様であるが、調査頻度が異なる。本研究では1ヵ月に1度、介入群では担当ケースマネージャによって、対照群では病院ソーシャルワーカーによって本 CSRI-J を用いて聴き取りをする。
- ④ 事業所調査票：地域の就労支援事業所については、人員配置や勤務時間等の情報を一年度につき1回、機関の管理者によって記入してもらう。またその機関の体制が変わった場合は、同一年度内でも記載してもらう。この調査票は本研究のために作成した。内容を別添に示している。これは主に介入群の対象者に支援を行う事業所が対象であるが、国府台地区では、一部の対照群の対象者に対して支援を行う事業所にも記載を依頼する。

3) 調査時点とフォロー期間

時点：サービスコードは毎支援記録する。レセプトは毎月調査する。CSRI-Jは介入群、対照群双方とも1ヵ月に一度調査する。管理時間調査票は基本的に毎年度調査する。

フォロー期間：介入群は支援開始から16ヵ月、対照群は支援開始から12ヵ月とする。

4) 結果の分析方法

① コストの計算

利用者別に支援時間の集計を出す。その後、支援した職種別労働コストを算出する（職種ごとの時給はその職種で一般的な金額を代用する）。介入群、対照群共に経時的なコストの推移を確認する。

② 費用対効果分析

費用対効果分析は、基本的に無作為化比較臨床試験で用いる分析であるため、日本版個別援助付き雇用研究においてのみ行う予定である。費用対効果の指標としては、費用とプライマリーアウトカムである就労率との比率である費用効果比 (Cost Effectiveness Ratio (CER)) と増分費用効果比 (Incremental Cost Effectiveness Ratio (ICER)) を使用する。なお、データから得られた ICER の統計学的な分析方法については、結果がでてから検討する。

健康危険情報 なし

研究発表

2. 論文発表 CSRI-J 作成に関する論文を
発表予定で現在執筆中である。
2. 学会発表 なし

知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 7) Byford S, McDaid D, Sefton T. Because of
it's worth it: a practical guide to
conducting economic evaluations in the
social welfare field. York: Joseph
Rowntree Foundation; 2003.

- 8) Dixon,L., Hoch,J.S., Bebout,R. et al:
Cost-Effectiveness of Two Vocational
Rehabilitation Programs for Persons
With Severe Mental Illness. Psychiatric
Service, 53; 1118-1124, 2002.
- 9) Killackey,E., Jackson,H.J., McGorry,P.D.:
Vocational intervention in first-episode
psychosis: individual placement and
support v. treatment as usual. The
British Journal of Psychiatry, 193;
114-120, 2008.
- 10) 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)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」（主任研究者：西尾雅明）
分担研究報告書,2000