

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をともに提供することが必要なのである。

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

我が国における多職種アウトリーチチームに関する効果評価については、上記に述べたように、平成19年度こ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りたものである。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。

(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へくる等の連携)、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 ステイグマ尺度日本語版^{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 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) 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

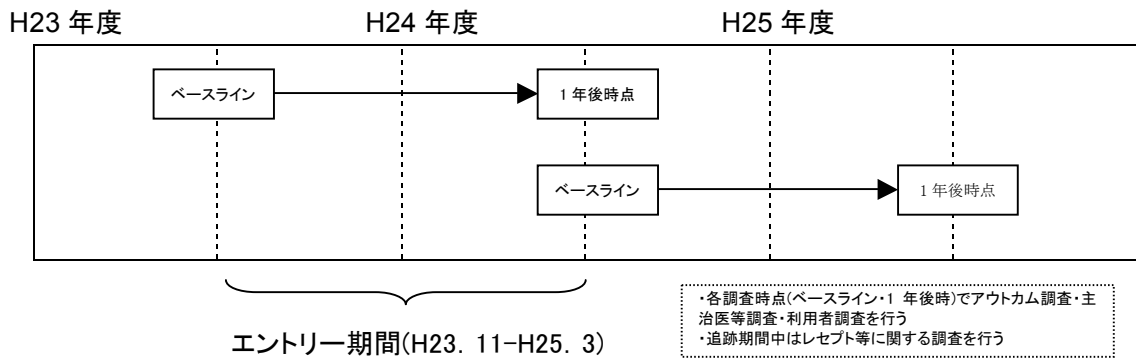


図2 エントリーから同意、介入開始の流れについて

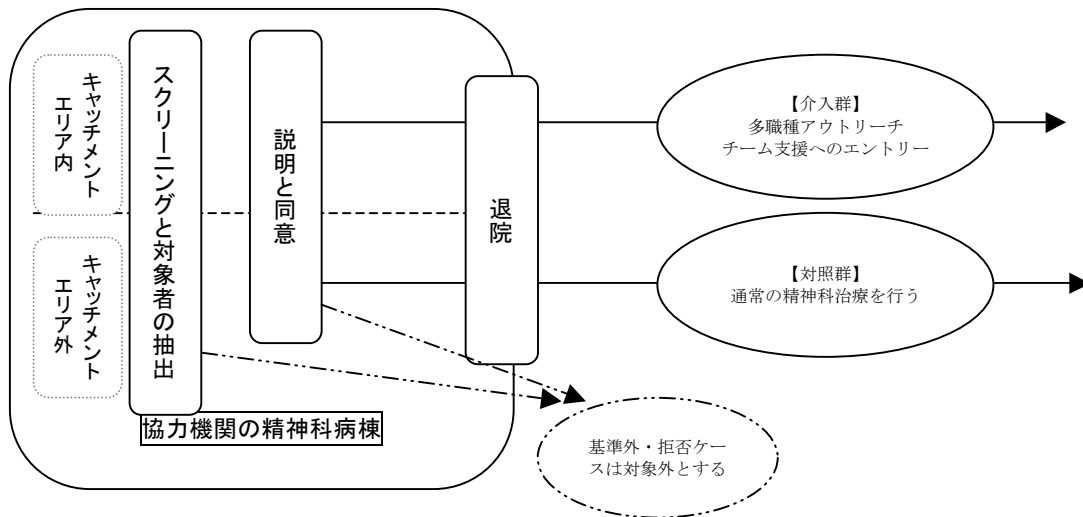


図3 エントリーの状況

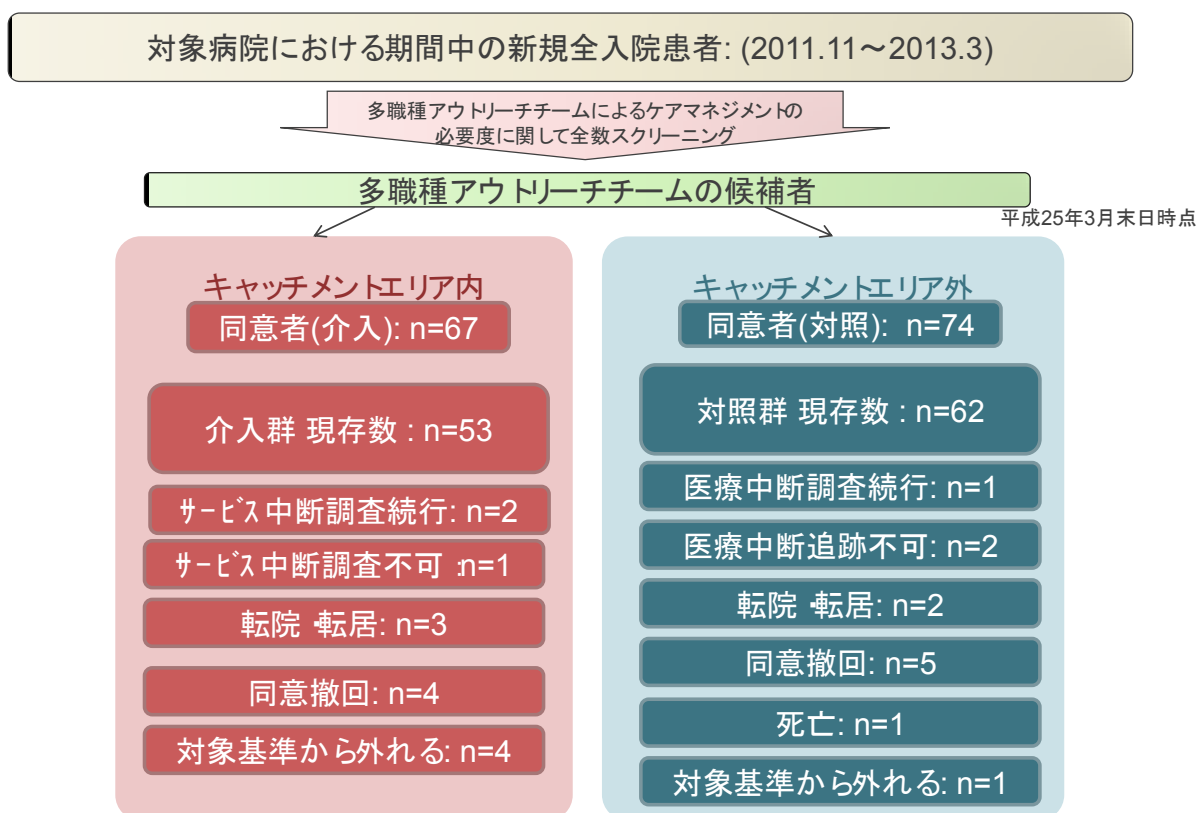


表 1 基礎属性の比較

	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%)

χ² 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、支援行為のかなりの割合が診療報酬上で無報酬になっていることが明らかになった。特に入院中・契約前の段階にかなりの労働量が割かれているのに対し、報酬上の裏付けがないことが理由と考えられる。多職種アウトリーチ支援のような柔軟な対応を求められる枠組みにおいては、きわめて多様な支援の様相を呈し、報酬上請求できない理由も多岐にわたっている。こうした部分を鑑みて制度設計を行う必要があると考えられた。

A. 研究の背景

報告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。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⁾、ACT の臨床活動を十分に経営上カバーできないことが報告されており⁴⁾、こうした制度的不備が多職種アウトリーチの普及のうえで阻害要因となっていると考えられる。

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

そこで、本研究では、現在の多職種アウトリーチチームの臨床活動に関して、どのような活動が行われ、そのうちどの程度の活動が診療報酬制度でカバーされているのか、いな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。また総コンタクト時間は平均月約 300 分前後で、頻度・量ともに横ばいで推移していた。

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

7) 入院中・退院後の支援内容の違い

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

8) 月あたり総実コンタクト時間(平均)

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

9) 一日複数回コンタクト

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

めていた。(図7)

D. 考察

1) 診療報酬上の位置づけについて

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

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

応も検討されるべきであると考ええる。

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

なおコンタクトの関わり方の濃度については、

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

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

E. まとめ

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

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

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

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

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

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

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

2. 学会発表

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

Psychiatry, Lisbon, Portugal, 2013.6.29 - 7.3.

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

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

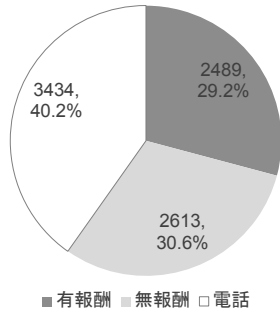
文献

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

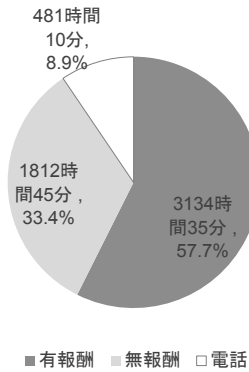
- 3)吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 瀬戸屋希, 高原優美子, 英一也, 角田秋, 園環樹, 萱間真美, 大島巖, 伊藤順一郎: 重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチサービスにおける機能分化の検討; Assertive Community Treatment と訪問看護のサービス比較調査(続報) ～1年後追跡調査からみる支援内容の変化～, 精神障害とリハビリテーション,17(1): 39-49, 2013.
- 4)吉田光爾, 前田恵子, 泉田信行, 伊藤順一郎: Assertive Community Treatment における診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究, 臨床精神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

図1 コンタクトの分類 (n=8536)

コンタクト回数ベースでの比率



コンタクト時間ベースでの比率



※55ケース,合計757ヶ月に対して

表1 実コンタクトの主体職種 (n=5102, 複数回答、ケース%)

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

表2 実コンタクトの対象 (n=5102, 複数回答、ケース%)

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

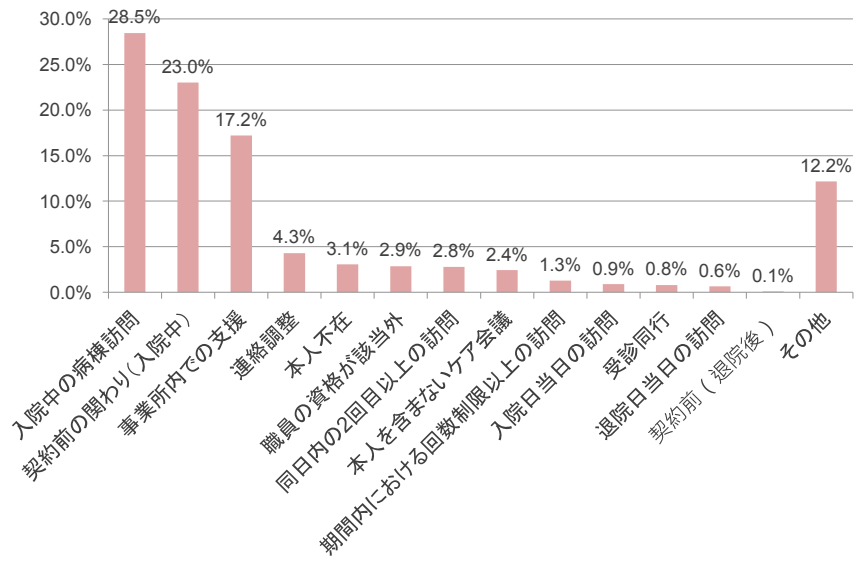
表3 コンタクトの概要 (52 ケース, 4974 コンタクト)

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

表4 1コンタクトあたりの所用時間に関する概要

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

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



※福祉事業所によるコンタクトは除外して集計

図3 退院時からの総コンタクト時間(平均)の推移(単位:分/月)

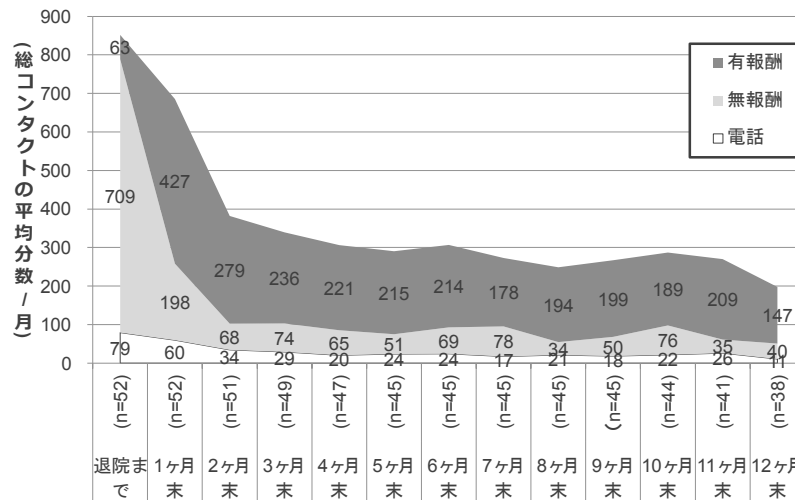


図4 退院時からのコンタクト頻度(平均)の推移(単位 回/月)

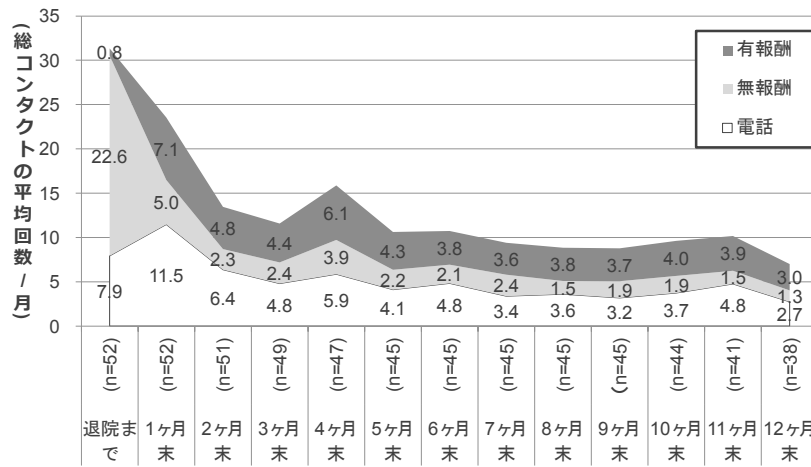


図5 各支援の実行率の経過による変化

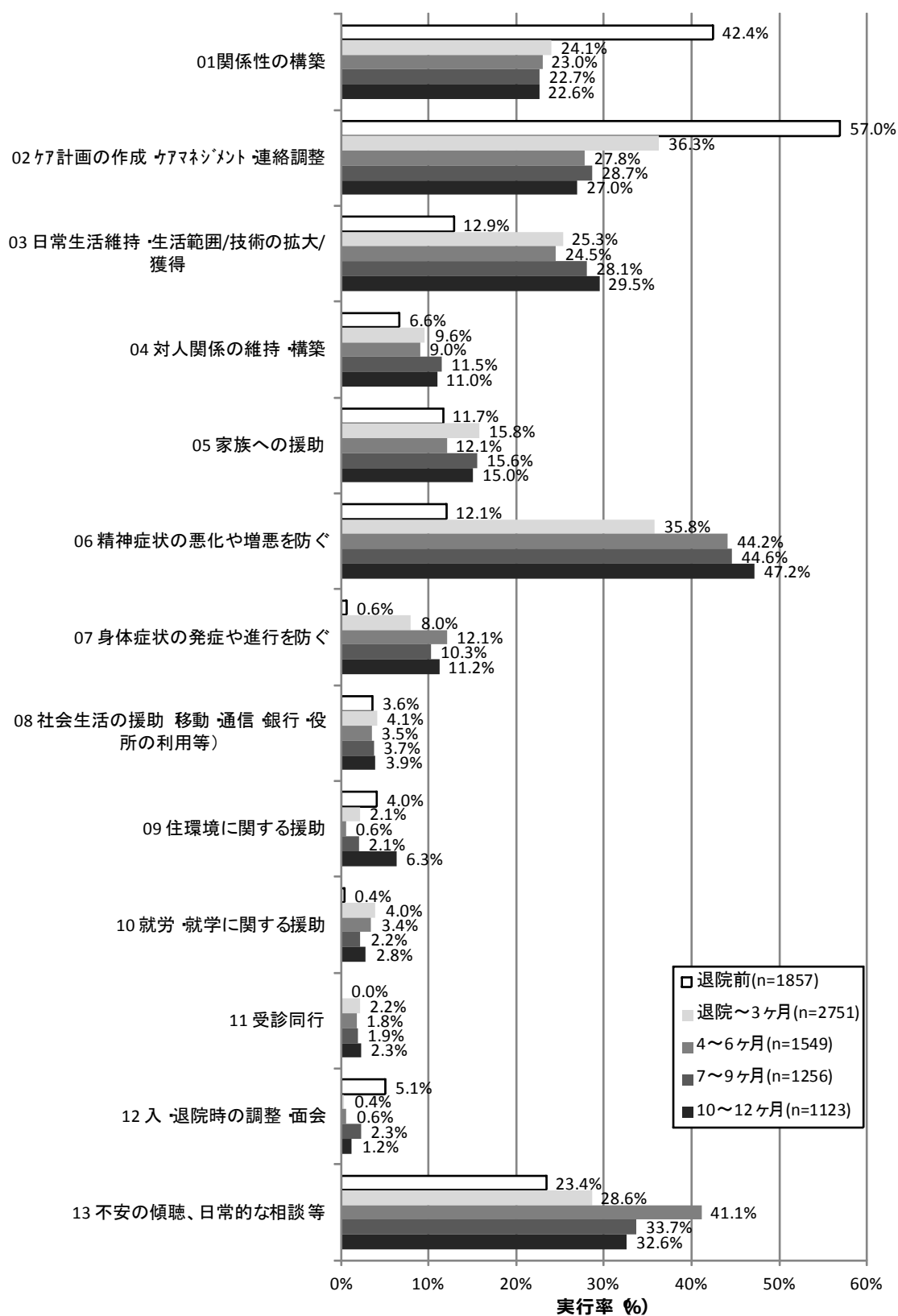


表 5 月あたり総実コンタクト時間（平均）の分布（介入群のみ） (n=53)

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

図 6 一日複数回コンタクト日の割合(n=3871 日)

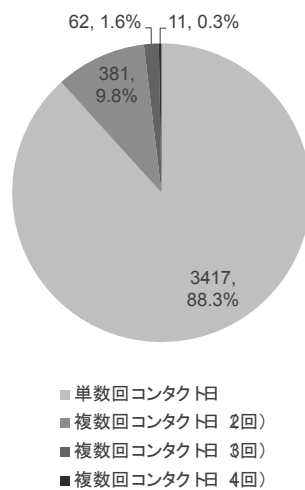
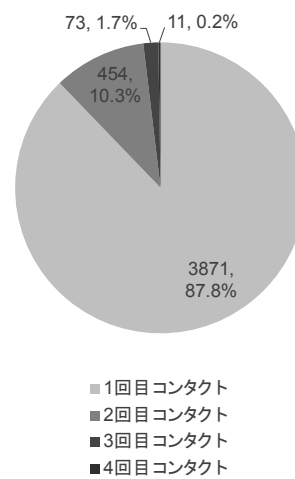


図 7 複数回コンタクトの割合(n=4409 回)



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、厳格なエントリー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、介入が一様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 パーセント以上（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 パーセント以上（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有意に高い ($p = .017$) 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る。

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、議論の余地もあろう。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（従来の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（従来の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

	介入群		対照群	
	n	% (介入群全体中)	n	% (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
			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 同文字間では有意差あり ($p < .05$)

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 同文字間では有意差あり ($p < .05$)

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)

		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
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)

		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
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)

		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
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)

		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	(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)

		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		
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）

		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		
二次活動時間 (分)	介入群	(28)	105.5	163.8	65.4	116.7	.032*	.062
	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 [†]	.039
	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 [†]	.080
	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 [†]	.046
	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*	.064
	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 [†]	.039
	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 [†]	.050
	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 [†]	.049
	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 η² 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）

		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		
二次活動時間(分)	介入群	(19)	107.4	164.8	56.8	96.1	.049*	.059
	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*	.073
	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 η² 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	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。

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ヵ月をめぐりに一斉に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処理を行った。

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おり、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
響が十分はつ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
などもでていたことから 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 CSRI-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
表 1-3 総合計	n=51		n=58		統計量(t)	p 値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
	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		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-2 CSR-U	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			
	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			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-2 CSR-U	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			
	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
	n=30		n=43			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-2 CSR-U	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
	n=27		n=42			
	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)

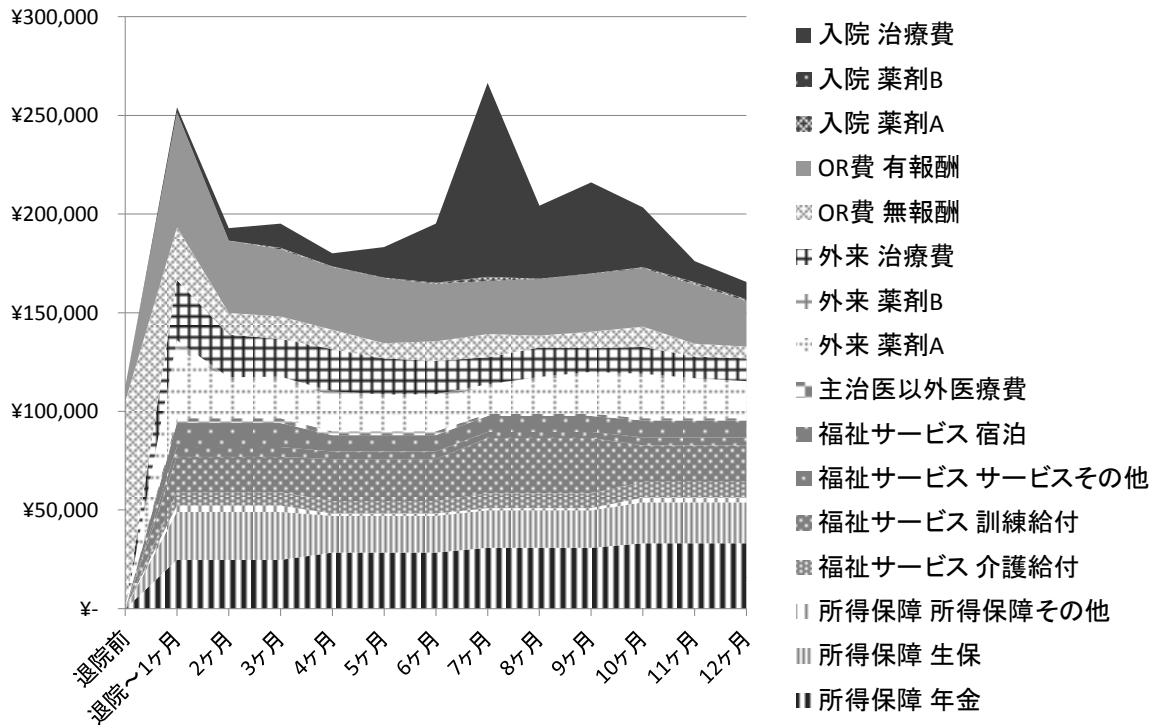


図2 対照群の総支援コスト平均の推移(単位/円)

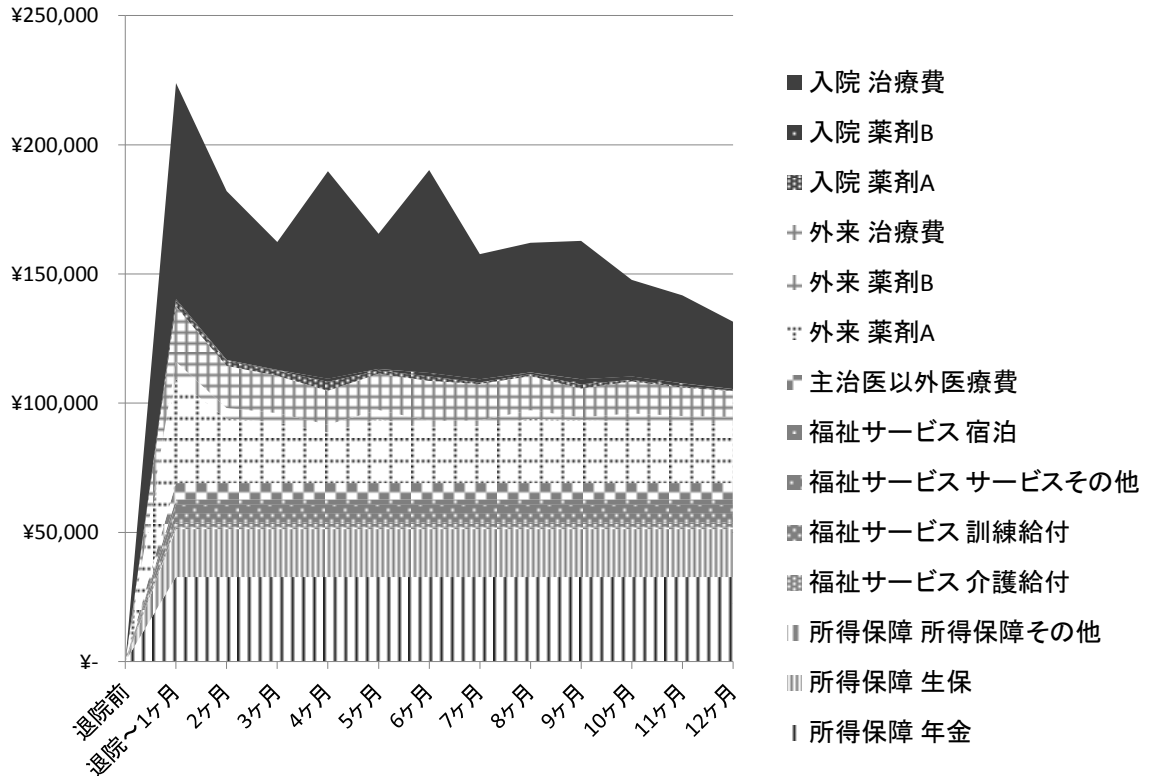


表 5 WHO-QOL26 得点をアウトカムとした場合の費用対効果分析

	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

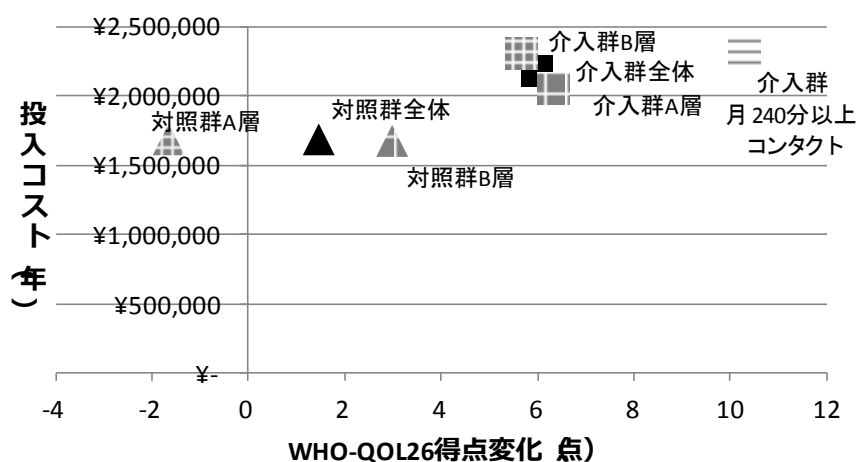


表 6 増分費用効果費 (ICER) の算出

	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 －CSRI-Jを用いて－

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 以上の場合は、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られる。

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
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/Popular/P_Detail2014.asp?fname=T06-23.htm&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%602010%94N

援センター運営・活動についての実態調査

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 G)	328	98	33
計画相談支援 相談支援事業)	252	76	25
共同生活介護 C)	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 C)	所定単位×0.030	福祉 介護職員処遇改善加算	(-) 321 (-) 171 (-) 114	福祉専門職員配置等加算(I)(7) 夜間支援体制加算 (-) 区分5, 6(314) (-) 区分4(164) (-) 区分2, 3(107)
共同生活援助 G)	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4(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)	CSR I-J 項目例
国家公務員 №25.4)	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 №24)		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

		利用 人数	利用率	1ヵ月あたりの利用		1ヵ月あたりのコスト		
				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

		利用 人数	利用率	1ヵ月あたりの利用		1ヵ月あたりのコスト		
				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