

厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)
重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究
協力研究報告書

ACT 利用者の社会生活機能回復に関する数量的研究

主任研究者 伊藤順一郎

英 一也^{*1}、伊藤順一郎^{*2}

^{*1} 国立精神・神経センターACT-J プロジェクト臨床チーム、^{*2} 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨

利用者の生活を地域で支える ACT は、人生設計の支援や病状安定のそれを包括的に提供するサービスであるが、「重症者」を対象とするがゆえに支援が服薬管理など症状安定を目標にすることに傾きがちであることも否めない。そこで、人生設計の支援の意義を量的に確認することを目的として、ACT-J 利用者 48 名の支援計画書(リカバリープラン:以下プラン)を「人生設計型」(N=26)と「病状安定型」(N=22)とに類型化して、各々の退院直後と半年後の GAF を縦断的に比較し、2 時点でのそれを類型間で横断的に比較した。

これら縦断的と横断的両比較での平均差において、「人生設計型」の半年後の改善が有意に高かった(縦断:paired t = - 6.130、p<.001、横断:t = - 2.823、p<.01)。開始時の対象者の基礎属性(GAF・性別・年齢・家族・主診断・罹患年数・入院日数)に類型間での有意差はなく、GAF の改善における「人生設計型」の支援の意義に示唆を得た。

これは就労や結婚等に向き合う「人生設計型」の支援が社会生活機能回復の一要因であることを示唆する結果でもある。しかし、現在の診療報酬体系下さらには障害者自立支援法下において、この種のサービスに対する評価は極めて低く、その提供が適切に報酬に反映され難い状況となっている。包括型地域生活支援の実践を標榜する ACT であればこそ、この種のサービスを維持することが大きな課題と考えられるが、その実現にはこれらサービスの報酬化なども組み込んだ地域精神保健福祉制度の更なる整備が急務である。

A. 緒言

1. 背景

2002 年 12 月の『障害者基本計画』と『新障害者プラン - 重点施策実施 5 ヵ年計画』(障害者施策推進本部、2002)によって、条件が整えば退院可能とされる 72,000 人の精神科入院患者を 10 年で地域生活に移行する目標が設定された。また、『精神保健医療福祉の改革ビジ

ョン』(精神保健福祉対策本部、2004)や『今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)』(厚生労働省障害保健福祉部、2004)および 2006 年 4 月施行の『障害者自立支援法』によって、その受け皿の整備も進められている。このような「入院生活から地域生活へ」という脱施設化の対象としては、重度精神障害者も例外ではない。

これらの人々を地域で支えるにあたっては、「生活の場」へのアウトリーチと多職種の協働が特に重要となる。「重症者」であるほどに病識を失って医療中断に陥ることの多い重度精神障害者に対して、「来れば診る」といった姿勢は通じない。「こちらから出向く」アウトリーチが不可避である。同時に、環境や対人関係など人生設計に向けた多くの社会・心理的問題への対処も「生活の場」では求められる。それに応えるには、医療・保健・福祉を含めた包括的な支援が必須であり、多職種チームによる協働が前提となる。

2. 目的

ACT(Assertive Community Treatment)はこのような前提に立って包括的なサービスを提供する多職種チームであるが、一方で、実践においては「重症者」を対象とするがゆえにその支援内容が服薬や病状の管理に傾きがちであることも否めない。しかし、そのような状況下にあっても、「生きる」という文脈に沿った人生設計を意識しての心理的側面への働き掛けが、利用者の回復を促していると実感する場面は多い。

そこで、ACT での支援をこの種の支援(「人生設計型」と病状の安定を目標にした支援(「病状安定型」と)に大別し、前者が利用者の社会生活機能回復の一要因であるとの仮説を立てた。両者の量的な比較を通してこの仮説を検証し、ACT における「人生設計型」の支援の意義およびそれを実現するための地域精神保健福祉制度の整備を進めていく必要性について示唆を得ることを本研究の目的とする。

B. 対象

1. ACT-J 概要

2002年に厚生労働科学研究として施行され

た ACT-J プロジェクトは、翌年5月にその臨床活動を開始した。現時点(2007年10月1日)でのスタッフ数は、筆者(チームリーダー)の他にチーム精神科医1名・看護師3名・作業療法士2名・精神保健福祉士3名・就労支援専門家2名=精神保健福祉士と作業療法士各1名(全員常勤)で、これに秘書業務担当者2名(非常勤での交代勤務)を加えた計14名となる。一方、現時点での利用者数は計74名である。

2. 加入の基準

途中で若干の修正もあったが、基本的に1)2003年5月以降に国府台病院へ入院した時点の年齢が18歳~59歳 2)主診断が統合失調症・感情障害などの精神疾患 3)市川市・松戸市・船橋市の何れかに居住 4)社会機能障害が一定レベル以上 5)入院・救急外来等の頻回利用者 の全てを満たすことが加入基準である(ACT-Jスタンダード検討委員会、2004)。既にそのサービスを終了した者を含めた ACT-J 利用者の延べ人数は、現時点で102名である。

3. 支援計画書

直接介入型ケアマネジメントの一種である ACT の利用者に対しては、個別の計画書(=プラン)に基づいた支援が実施される。その支援に責任を持つスタッフ(以下主担当)とその他に通常2名程度の担当者が ITT(Individual Treatment Team:以下 ITT)を組んで、利用者との話し合いを重ね、その支援の方針・内容がプランに盛り込まれる。従って、どのような支援が進められているかは、このプランによって一目瞭然となる。プランは原則として退院後1ヶ月以内に作成されるが、利用者からの拒否など臨床上の諸事情で遅れることも多い。

4. 研究の対象

研究対象となった ACT-J の被支援者は、利

用者全員の中で退院直後と半年後の GAF(C - 2で詳述)が共に現時点で測定できている者のみとする。プランが退院後半年以内に作成されていなかった利用者については、半年後の GAF を測定する時点でプランに基づいた支援が実施されていなかったと判断して除外する。また、加入中に亡くなった利用者も対象から除外する。結果として、研究対象者は計 48 名となる。

一方、支援提供者は ACT-J 臨床チームのスタッフである。臨床活動開始から 4 年半を経た現時点および過去の間主担当を勤めた各職種の延べ人数は、医師 1 名・看護師 4 名・作業療法士 4 名・心理士 4 名・PSW7 名の計 20 名である。利用者のエントリーが決定した時点で、これらスタッフの中の 1 名がその利用者の主担当としてチームリーダーから指名されるか、もしくは最初に ITT として数名がチームリーダーから指名され、その後の ITT 間の協議によって主担当が決められる場合もある。

5. 同意の取得

ACT-J の利用者からは、加入の際に研究プロジェクトの趣旨と内容について十分な説明をした上で、書面による同意が得られている。また、ACT-J 臨床チームのスタッフは、プロジェクト参加の時点で、筆者を含めた全員が関連する研究の対象となることに書面にて同意している。

C. 方法

1. 支援の分類

プランの内容が対象者の「生きる」という文脈を反映させたものを「人生設計型」、病状の安定を目的としたものを「病状安定型」として分類した。「人生設計型」については、「結婚」・「就職」・「趣味」がプランの中心であることを判

断基準とした。一方、「病状安定型」については、「通院」・「服薬」がプランの中心であることを判断基準とした。同じく服薬に言及していても、「仕事を続けるために薬を飲み忘れないようにしたい」といった場合は「人生設計型」とした。

尚、B - 4にて既述の通り、支援開始から 6 ヶ月後の時点で未作成の場合は対象から除外した。

2. GAF の使用

支援の開始直後および半年後に測定された対象者の GAF = Global Assessment of Functioning (American Psychiatric Association, 1996)を上述の類型間でそれぞれ比較した。尚、ここで用いられた GAF は、プロジェクトに所属する研究者が該当するそれぞれの時点で測定した得点を、筆者が ACT-J 研究者会議での許可を得て使用したものである。

3. 分析の手順

対象者の基礎属性(性別・家族 = 同居者の有無・主診断 = 統合失調症か否か・年齢・罹患年数・入院日数 = ACT 加入時の入院から退院までの日数)を上述 1 の支援類型ごとに集計した。前 3 項目で 2 検定を、後 3 項目の各平均間で t 検定(独立・両側)を実施し、これら基礎属性の類型間での偏りを調べた。そして、類型ごとに退院直後の GAF と半年後のそれとを縦断的に比較し、その平均差に対して t 検定(繰返・片側)を実施した。また、この 2 時点での GAF の平均を類型間で横断的に比較し、平均差に対し t 検定(独立・両側)を実施した。

尚、統計処理には SPSS 12.0 j for Windows を使用し、有意水準は全てにおいて 1% に設定した。また、有意差のある場合の統計値は斜体文字で記した。

D. 結果

支援類型別の基礎属性と GAF の改善に関する結果をそれぞれ表1と表2に示した。また、表2の変化を図1に示した。GAFを含む全ての基礎属性に関して、支援開始時における支援類型間の有意差はなかった。

一方、GAF の縦断的比較において、「人生設計型」の支援の半年後のそれが有意に高かった ($paired t = -6.130, p < .001$) が、「病状安定型」の支援で有意な変化はなかった ($t = -.920, n.s.$)。支援類型間の横断的比較において、退院直後での有意差はなかったが ($t = -.494, n.s.$)、半年後での「人生設計型」の支援の GAF が「病状安定型」の支援のそれと比較して有意に高かった ($t = -2.823, p < .01$)。

E. 考察

結果では「人生設計型」の支援における GAF の改善が縦断的比較および横断的比較の両者において有意に高かった。即ち、「人生設計型」の支援では支援開始から半年間に利用者の社会生活機能が有意に回復したが、「病状安定型」の支援ではそのような回復が見られなかった。また、支援開始の時点では類型間に有意差はなかったが、半年後の調査では「人生設計型」の支援による利用者の社会生活機能が「病状安定型」の支援とそれと比較して有意に高く回復していた。退院直後の GAF を含む基礎属性に支援類型間の有意差はなく、支援開始前の両者は同条件下にあったと判断され、利用者の社会機能回復の要因として「人生設計型」の支援の意義に示唆を得た。

「人生設計型」の支援におけるこのような社会機能回復は、それを受け入れるレディネスが利用者に備わっていたからこそ可能になっ

たとの議論も想定されるが、今回の基礎属性に関する結果は、両類型間にレディネスの相違を認めるものではない。しかしながら、このようなレディネスを否定するには、基礎属性の調査項目がまだ不十分とも考えられるため、支援と社会機能回復との関係が一方向の因果関係であるかもしくは相互作用であるかについては更なる検討が必要である。現時点では、この種の支援が社会生活機能回復の要因として示唆されたとのみ記述するのが妥当であろう。

また、この種の支援が利用者の社会生活機能回復の要因として示唆される背後には、支援による利用者の「自尊心の回復 自立 自己決定 自尊心の回復」という正の円環を臨床経験から仮定することもできるが、この詳細に関しては、本研究で得られたデータのみから言及することは難しく、事例などによる検証の場を改めて設けたい。

さて、上述の示唆に対して、現行の診療報酬体系下で ACT が事業化されてゆくことになれば、収益の上がる医療行為が支援の中心となり、その経済効率の中でこの種の支援は副次的なものへと追いやられる可能性が生じる。また、その状況下では、これらを標榜するスタッフのモチベーションやアイデンティティーの維持が難しくなることも懸念されよう。

この課題を解決してゆくためには、これら「人生設計型」の支援に対しても相応の経済的待遇がなされるような医療および福祉にまたがる包括的な制度が求められる。この種の支援の意義と必要性が社会的に認知され、その実現に向けて、本来の ACT が可能となるような精神保健福祉体系を法制面においても整備していくことが強く望まれる。

尚、ACT における「人生設計型」 (= recovery-oriented) の支援に関する量的な先行

研究は見当たらず、本研究はこの領域の先駆となり得るものであるが、それゆえに課題も多い。例えば、本研究の信頼性向上のためには、対象者を増やした調査、効果の作用機序確認に向けた自尊感情尺度等の導入、「人生設計型」の支援の定義の厳密化もしくは数量化など枚挙に暇がない。

また、ACT 利用者およびスタッフへの貢献を本研究の究極の目的と考えれば、本研究の対象となっている ACT-J の支援が、研究臨床という特別な環境下で行われているという点にも配慮が必要であろう。それゆえに、これをいかに他の一般的な支援の中で実現してゆくかという大きな課題が残されている。「特別な枠の中だからこそ可能だった」では本研究のみならず、プロジェクト自体の社会的意義も希薄になる。それを避けるためには、社会状況に即して ACT を普及させてゆくことを目的とした更なる研究とサービス体系の構築もまた急務である。

F. 結論

「人生設計型」の支援が利用者の社会生活機能回復に寄与する一要因として示唆された。包括的地域生活支援の本質的な実現に向けて、この種のサービスの新たな報酬化を含む地域精神保健制度の整備が急務と考えられた。

G. 文献

ACT-Jスタンダード検討委員会(2004):ACT-Jスタンダード Version 3.0 厚生労働科学研究 重症精神障害者に対する新たな訪問型の包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究班

Allness, DJ, Knodler WH (1998): *PACT Model - of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness*. NAMI. 亀島信也・神澤創監(訳)(2002): PACT モデル 精神保健コミュニティケアプログラム.メディカ出版
Department of Health and Human Services (2002): *Assertive Community Treatment Implementation Resource Kit (Draft Version)*. The Robert Wood Johnson Foundation.

伊藤順一郎他(2005):パイロット・アウトカム評価:重症精神障害者に対する新たな訪問型の包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究;平成14年度 - 平成16年度総合研究報告書、23 - 39

H. 健康危険情報 なし

I. 研究発表 なし

J. 知的財産権の出願・登録状況 なし

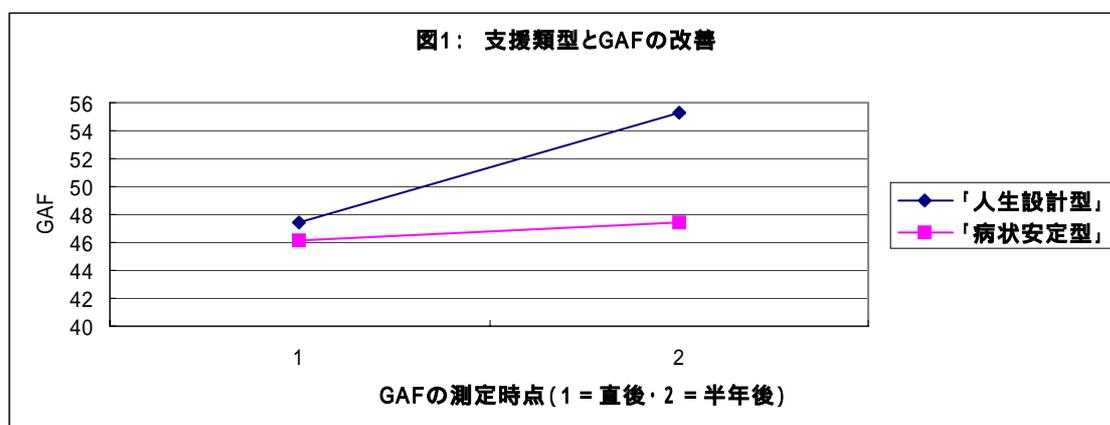
表1: 対象者の支援類型別基礎属性

基礎属性	人生設計型 (N=26)	病状安定型 (N=22)	全体 (N=48)	z / t値 有意確率
性別 (人)	男性 13 女性 13	男性 7 女性 15	男性 20 女性 28	$z = 1.621$ $p = .203$
家族 (人)	同居 19 単身 7	同居 13 単身 9	同居 32 単身 16	$z = 1.049$ $p = .306$
診断 (人)	統合失調症 23 その他 3	統合失調症 16 その他 6	統合失調症 39 その他 9	$z = 1.937$ $p = .164$
年齢 (歳)	36.6 (SD=12.0)	39.5 (SD=10.7)	37.9 (SD=11.2)	$t = 0.858$ $p = .395$
罹患 (年)	12.9 (SD=8.2)	15.8 (SD=10.5)	14.3 (SD=9.2)	$t = 1.073$ $p = .290$
入院 (日)	104.8 (SD=89.7)	106.8 (SD=74.8)	105.7 (SD = 81.5)	$t = 0.081$ $p = .935$

表2: 支援類型とGAFの平均値

支援類型	直後 GAF	半年後 GAF	t値・有意確率
人生設計型 (N=26)	47.4 (SD = 9.2)	55.3 (SD=10.3)	$t = -6.130$ $p = .000$
病状安定型 (N=22)	46.1 (SD=8.8)	47.5 (SD=7.9)	$t = -0.920$ $p = .368$
t値 有意確率	$t = -0.494$ $p = .794$	$t = -2.823$ $p = .007$	上欄: 繰返・片側 左欄: 独立・両側

全体: 直後 GAF=46.8(SD=8.97)・半年後 GAF=51.8(SD=9.9) $t = 4.358$ $p = .000$



厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業
重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究

研究体制

主任研究者 伊藤順一郎

分担研究者 大島 巖、塚田和美、西尾雅明、鈴木友理子

研究協力者(50音順)

ACT-J 研究チーム 小川雅代、鎌田大輔、久野恵理、香田真希子、瀬戸屋雄太郎、園環樹、高橋聡美、贄川信幸、久永文恵、深澤舞子、深谷裕、堀内健太郎、前田恵子、宮本有紀

ACT-J 臨床チーム 相澤みな子、足立千啓、池田耕治、石井雅也、稲益実、小川ひかる、河西孝枝、香田真希子、小林園子、佐竹直子、佐藤文昭、猿田忠寿、田中幸子、月野木睦美、土屋徹、津田祥子、中島吾木香、西尾雅明、野々上武司、英一也、原子英樹、松島崇明、梁田英麿、山下真有美、渡邊雅文

厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業
重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究
平成 17 年度 - 平成 19 年度 総合研究報告書

発行日： 平成 20 年 3 月

発行者：「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」主任研究者 伊藤順一郎

発行所： 国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部

〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
