

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-J の利用が重度の精神障害を抱える人たちの意識に及ぼす影響  
～ 自記式調査票によるアウトカム評価～

分担研究者 大島巖(日本社会事業大学精神保健福祉学分野)

贅川信幸<sup>\*1,2</sup> 園環樹<sup>\*1,3</sup> 大島巖<sup>\*4</sup> 小川雅代<sup>\*1</sup> 伊藤順一郎<sup>\*3</sup>

<sup>\*1</sup> 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野 <sup>\*2</sup> NPO 法人地域精神保健福祉機構保健福祉研究所

<sup>\*3</sup> 国立精神・神経センター精神保健研究所 <sup>\*4</sup> 日本社会事業大学精神保健福祉学分野

#### 研究要旨

本研究では、日本で初めて導入された重度の精神障害を抱える人々に対する包括型地域生活支援プログラム(Assertive Community Treatment: ACT)の利用が、利用者の意識に及ぼす影響を、前向き無作為比較試験(Randomized Controlled Trial: RCT)デザインによって明らかにすることを目的とした。国立精神・神経センター国府台病院に2004年5月から2006年10月までに入院した患者のうち、診断、年齢、居住地域、精神医療利用状況などの条件に合致した108名を、ACT介入群(n=59)と対照群(n=59)に無作為に振り分けた。退院1ヶ月後と1年後の2時点で心理社会的介入への参加準備性測定尺度、ソーシャルサポート測定尺度、自己効力感尺度、サービス満足度などで構成される自記式調査票への記入を求め、介入群の32名、対照群の21名が2時点の調査を完了した。共分散分析およびt検定によって1年後の得点を群間で比較した結果、介入群は対照群よりもサービス満足度が有意に高く、心理社会的介入への参加準備性が高い傾向にあることが示された。ACTは従来の精神保健福祉医療サービスに比べて、利用者のサービスへの満足度の高さやリハビリテーションに対する前向きな姿勢につながる可能性が示唆された。

#### A. 研究目的

重度の精神障害を抱える人々に対する包括型地域生活支援プログラム(Assertive Community Treatment: ACT)は、欧米を中心に精神症状の改善や地域滞在期間の延長のみならず、社会機能や生活の質の改善、サービス満足度の向上などの良好な成績を得ている<sup>1)</sup>。しかし、エンパワメント意識や自己効力感を含む自己意識の変化や、セルフケアや援助資源の

活用に関する意識の変化という、援助を受けている人々の意識を捉えて効果指標にする研究は、重い精神障害を抱える人々の場合、非常に限られている。ACTは、常に利用者の可能性を信じ、その長所を伸ばすエンパワメントと自立を目指した援助を目標にしており、サービス利用者の自己意識やサービスに対する意識を適切に捉えて評価することは、ACTがサービス利用者の意識に及ぼす影響を捉える上で重要

であると考えられる。

本研究では、わが国で始めて導入された ACT (ACT-J) の効果評価の一部として、ACT が サービス利用者の意識に及ぼす影響を、1 年間の無作為化比較試験 (Randomized Controlled Trial: RCT) により明らかにすることを目的とした。

## B. 方法

### 1) 対象

2004 年 5 月から 2006 年 10 月までに国立精神・神経センター国府台病院に入院した患者のべ 1,938 名のうち、以下の基準に合致するものを対象とした。すなわち、1) 18 歳以上 60 歳未満、2) 統合失調症、双極性障害など (ICD-10 の F20, 21, 22, 25, F30, 31, 33) の診断を受けているもの (認知症、物質による精神障害、人格障害、精神発達遅滞 (ICD-10 の F00-05, F1x, F6x, F7x) は除外)、3) 対象病院近隣の 3 市に居住、4) 過去 2 年間の精神科サービス利用状況が次のいずれかを満たす: i) 2 回以上または 100 日以上以上の入院、ii) 3 回以上の深刻な救急受診、iii) 3 ヶ月以上の医療中断、5) 過去一年間の最高 GAF 得点が 50 点以下、であった。これらの基準に合致した 202 人に対して研究の内容を説明した。研究参加への同意を得た 118 人を、ACT サービスを利用する介入群 (n = 59) と ACT を利用せずに従来の精神保健福祉医療サービスを利用する対照群 (n = 59) に無作為に振り分け、1 年間追跡した。追跡期間中の圏外への転居や死亡、未退院などの理由で 1 年後の評価対象者にならなかったのは、介入群の 5 人と対照群の 7 人であった。

介入群の平均年齢は 39.4 (SD = 10.3) 歳、対照群は 43.7 (SD = 11.2) 歳であり、介入群は対照群よりも有意に若かった ( $t = 2.13, p = 0.04$ )。両群とも男女比が約 1:1 であり、また 9 割以上が統合失調症圏と気分障害圏の診断が占めた。

研究参加時の入院以前の 1 年間の平均入院日数は、介入群が 44.5 (SD = 64.7) 日、対照群は 22.3 (SD = 43.8) 日であり、対照群は介入群よりも有意に長かった ( $t = -2.14, p = 0.04$ )。また、介入群の平均発病年齢は 24.3 (SD = 9.2) 歳、対照群は 28.4 (SD = 10.3) 歳であり、介入群の対象者は対照群よりも平均発症年齢が若かった ( $t = 2.22, p = 0.03$ )。その他の属性は群間で有意な違いは認められなかった。

### 2) 尺度

対象者の治療・リハビリテーションに対する態度や自身の人生に対する意識、サービスに対する認識を評価するため、以下の尺度からなる調査票を用いた。

#### (1) 薬物態度尺度

薬物療法に対する態度を測定するため、Hogan ら<sup>2)</sup> の Drag Attitude Inventory-10 (DAI-10) を用いた。この尺度は 10 項目からなる自記式評価尺度であり、日本語版においても内的整合性と信頼性が確認されている。抗精神病薬や薬物療法に対する態度・体験について、肯定的な回答はプラス 1 点、否定的な回答はマイナス 1 点に得点化される。これらを合計した薬物態度得点は、-10 から +10 の値をとり、プラスの場合は薬物療法に対する肯定的主観、マイナスの場合は否定的主観として表現される。得点が高いほど薬や服薬経験を通じての患者の印象は良好であり、薬物療法における主観的 QOL が高いことを示唆していると考えられている<sup>2)</sup>。

#### (2) 参加準備性尺度

心理社会的介入に参加する患者の準備性 (態度) の測定には、瀬戸屋ら<sup>3)</sup> の Readiness for Participation to Psychoeducation Scale (RPPS) を用いた。この尺度は、知識獲得に関する認識や障害者同士の関わり、援助サービスの活用、障害の受容、症状対処行動への意欲などの 5 つ

の領域に関する計 12 項目からなり、各項目をどの程度大切であると感じるかの程度によって、「0: 大切ではない」～「3: とても大切」の 4 段階で評価する。各項目を合計した参加準備性得点は 0～36 点の値をとり、得点が高いほど心理社会的介入に対する参加の準備度が高いことを表す。

RPS は、内的一貫性(Cronbach's  $\alpha = 0.83$ )、再検査信頼性( $r = 0.95$ )、および内容的妥当性、構成概念妥当性が確認されている<sup>3)</sup>。

### (3) ソーシャルサポート尺度

ソーシャルサポートの測定には、Sarason<sup>4)</sup>の Social Support Questionnaire - 6(SSQ-6)を用いた。この尺度は一定の信頼性と妥当性が確認されている。本研究では、回答者の負担を考慮して回答方法に若干の修正を加えた。すなわち、設問で 6 つの状況を提示し、各状況で支援を受けられる人が、家族内および友人・知人であるかどうかを尋ね、いる場合にはその人数の記入を求めた。原版で使用されているサポートに対する満足の程度の設定は除いた。支援が得られる状況の数(領域)と、各状況で支援が得られる人数を合計して項目数の 6 で除した人数を、ソーシャルサポートの得点として分析に用いた。

SSQ-6 は、内的整合性(Cronbach's  $\alpha > 0.90$ )が確認されている。得点が高いほどソーシャルサポートが得られる領域が多く、サポートが得られる人数が多いことを表す。

### (4) 地域生活に対する自己効力感尺度

地域生活を行ってゆく上での自信の測定には、大川ら<sup>5)</sup>の Self-Efficacy for Community Living (SECL)を用いた。この尺度は、日常生活、治療に対する行動、症状対処行動、社会生活、対人関係の 5 領域、計 18 項目からなり、各項目の内容に対する本人の主観的自信を「0: まったく自信がない」～「10: 絶対に自信がある」の 11 段階で回答を求めた。18 項目に対する回答を合計したものを 100 点満点に換算したものが、自

己効力感尺度得点として算出される。

SECL は、内的一貫性(Cronbach's  $\alpha = 0.72 - 0.95$ )、再検査信頼性( $r = 0.82$ )、および内容的妥当性、併存的妥当性、構成概念妥当性が確認されている<sup>5)</sup>。得点が高いほど、地域生活における自己効力感が高いことを表す。

### (5) 統制感尺度

自身の人生に対する統制可能感の測定には、米国の SAMHSA<sup>6)</sup>で開発された EBP ツールキットの利用者調査ツールの統制感尺度を用いた。項目は、「私が全力を傾けることはどんなことでも、何とかすることができる」、「自分の人生で大切な多くのことを、私は自分で変えることができる」などである。各項目で、自分で統制できると思う程度を「1: おおいにそう思う」～「4: まったく思わない」の 4 段階で回答を求めた。

得点は、各回答を 0～3 点に逆転して 5 項目で合計した上で、100 点満点に換算したものをを用いる。得点が高いほど、自身の人生に対する統制可能感が高いことを表す。

### (6) エンパワメント尺度

援助や生活に対して自身が主体的に活動するというエンパワメントの程度の測定には、米国の SAMHSA<sup>6)</sup>で開発された EBP ツールキットの利用者調査ツールのエンパワメント尺度を用いた。項目は、「私が受ける援助サービスは、すべて私が自分で決める権利を持っていると感じている」、「自分の自由時間の使い方について、私にはいくつもの選択肢がある」などである。各項目について、「1: おおいにそう思う」～「4: まったく思わない」の 4 段階で回答を求めた。

得点は、各回答を 0～3 点に逆転して 5 項目で合計した上で 100 点満点に換算したものをを用いる。得点が高いほど、援助や生活に対するエンパワメントの程度が高いことを表す。

### (7) サービス満足度

対象者が受けている援助サービスに対する満足度の測定には、立森ら<sup>7)</sup>の Client

Satisfaction Questionnaire -8(CSQ-8)を用いた。この尺度は 8 項目からなり、各項目でサービスの満足を 1~4 点で回答を求めらる。

CSQ-8 は、十分な内的整合性と基準関連妥当性が確認されている<sup>7)</sup>。8 項目の回答を合計した総得点はサービス満足度得点として用いられ、得点が高いほど受けているサービスに対する満足度が高いことを表す。なお、本尺度は 1 年後調査においてのみ使用した。

### 3) 調査の手順

入院中に研究参加の同意が得られた対象者は、退院 1 ヶ月後および 1 年後の 2 時点で、退院後に同意が得られた対象者は、同意が得られてから 1 ヶ月後および 1 年後の 2 時点で自記式調査を実施した。調査実施にあたり、対象者に電話等で連絡をとり、調査実施の日時・場所などの詳細を調整した。

### 4) 分析

1 年後調査における介入群と対照群の得点を、1 ヶ月後調査の得点を共変量とする共分散分析により比較した。1 年後調査でのみ使用した CSQ-8 については、t 検定によって群間で 1 年後の特典を比較した。統計解析には、SPSS16.0 for Windows の統計パッケージを用いた。

## C. 結果

1 ヶ月後調査では介入群の 45 人、対照群の 38 人から回答を得た(回答率はそれぞれ 76.3%、64.4%)。1 年後調査の対象となった介入群の 54 人、対照群の 52 人のうち、両時点の調査で回答が得られたのはそれぞれ 32 人、21 人であり(回答率はそれぞれ 59.3%、40.4%)、これら 2 時点の調査が完了した 53 人を分析の対象とした。調査完了者の属性は、介入群と対照群で有意な差は認められなかった(表 1)。

1 ヶ月調査の各得点と基本属性との関連を表

2 に示した。いくつかの尺度は、年齢や教育年数、罹病年数などの属性と有意な相関を示した。また、SSQ-6 の家族人数と SECL の得点は、GAF と有意な正の相関を示し、BPRS と有意な負の相関を示した。社会機能の評価尺度であるケア必要度尺度<sup>8)</sup>との関連を検討したところ、DAI-10、SECL の得点は、ケア必要度尺度の多くの下位領域得点と有意な負の相関を示した。ケア必要度尺度の領域の中でも、身の回りのこと、社会資源の活用、社会的役割の領域の得点は、多くの尺度得点と有意な負の相関を示した。これらの基本属性や臨床的特徴の変数は、群間で有意な差は認められなかったため、アウトカム指標の比較における共分散分析の共変量には用いなかった。

自記式調査の結果を表 3 に示した。1 ヶ月後調査では、すべての尺度で群間に有意な差は認められなかった。共分散分析の結果、参加準備性尺度で有意傾向差が認められ、介入群は対照群よりも 1 年後の心理社会的介入に参加する準備の程度が高い傾向にあることが示された。また、CSQ-8 得点を t 検定によって比較した結果、有意な差が認められ、介入群は対照群よりも受けているサービスに対する満足度が高いことが示された。そのほかの変数については有意な差は認められなかった。

2 時点で回答を得られた対象者が限られたため、2 時点の調査が完了したもの(完了者)と、調査が完了しなかったもの(非完了者)との間に違いがあるかを検討する必要がある。そこで、介入群と対照群それぞれにおいて、調査完了者と非完了者の属性や 1 回目調査の得点などを、Mann-Whitney の検定により比較した(表 4)。その結果、介入群では完了者が非完了者よりも SSQ-6 の領域得点が家族、知人・友人ともに有意に高く、社会的役割に関するケアの必要度得点が高い傾向を示した。また、対照群の完了者は非完了者よりも SSQ-6 の領域得点が家族、知

人・友人ともに有意に高く、社会資源の活用のケア必要度得点が低い傾向を示した。

#### D. 考察

本研究の結果、ACTのサービスを受けたものは、従来の精神保健福祉医療サービスを受けたものに比べてサービスの満足度が高いことが示された。また、心理社会的介入に対する準備性が高い傾向にあることが示された。

ACT利用者のサービス満足度の高さは、多くの先行研究の知見と一致している。CSQ-8は、利用者が望むサービスをどの程度受けたか、受けたサービスの質や量、有用性などの側面から満足度を問うものである。利用者が希望する地域生活に対して、たとえ重い障害を抱えていてもACTは「限界」を設けず、利用者の可能性を信じてストレンスを伸ばす関わりを持ち続ける。この姿勢は、少ないケースロードで24時間365日、利用者が生活する地域でのサービス提供を基本とするACTの構造だからこそ可能になる部分も大きく、それが利用者のサービス満足度の高さに反映されたと考えられよう。

従来のサービスでは、利用者が希望する生活に対して“ステップアップ”の言葉に代表されるような「準備段階」を設定することが多い。すなわち、「仕事をしたいのであれば、まず病状を安定させてから」というような段階設定である。しかしACTでは、疾病や障害に向き合ったりそれに対処できることを、希望する地域生活を送ることの必要条件とはしない。本人が望む地域生活を実現できるようにさせてゆく中で、必要に応じて困難や障壁へのアプローチを利用者本人と一緒に考えてゆく。この違いは、利用者が疾病や障害に対処することの動機付けに影響すると考えられ、ACT利用者の参加準備性得点の高さに反映されたと解釈できるかもしれない。

本研究で使用したそのほかの尺度では、ACTサービス利用者と従来のサービス利用者

の1年後の得点に有意な差は認められなかったが、これにはいくつかの理由が考えられよう。まず、1年間の追跡期間は、ACTサービス利用者の意識に統計的な変化が生じるには短いかもしれない。ACTサービスでは、訪問活動を中心に利用者の生活場面で濃密な関わりを行うため、関係作りは丁寧に時間をかけて行う。さらに、利用者の意識は希望する地域生活を行ってゆく中で徐々に変化するものと思われる。より長期的な関わりの中で、ACT利用者の意識に大きな変化が生じることが期待される。

もうひとつの理由として、本研究の分析対象者における偏りの影響が考えられよう。介入群で2時点の調査が完了した者は、調査が未完了であった者よりも1ヶ月後の社会機能が低い傾向を示したが、対照群では社会機能が低い傾向を示した。社会機能は自記式アウトカムと関連を示したことから、本分析の対照群には、自記式調査票で評価される意識や態度が高い傾向にある者が含まれた可能性がある。こうした対象者の偏りが、ACTの介入効果を捉えにくくしたのかもしれない。

追跡期間や分析対象者の偏りなどの限界はあるものの、本研究では日本で初めて導入したACTプログラムが、従来のサービスと比べて利用者のサービスへの満足度や心理社会的介入プログラムに対する参加準備性に、一定の効果を示すことをRCTデザインによって明らかにした。ACTプログラムは単に入院日数を短くするだけではなく、利用者が満足でき、障害に対処する必要性を自ら認識できるようになるサービスであることが示唆され、精神障害を抱える者の退院促進や地域リハビリテーションが課題にあるわが国において、重要な役割を担うものと思われる。今後も、本研究の限界を克服してACTプログラムが利用者の意識や態度に与える影響を多面的に明らかにしてゆくことが求められる。

#### E. 結論

本研究の結果、日本におけるACTプログラムを利用したものは、従来の精神保健福祉医療サービスを受けているものよりも、1年後のサービス満足度が高く、心理社会的介入に対する参加準備性が高い傾向にあることが示された。

#### F. 文献

- 1) Mueser KT, Bond GR, Drake RE, et al: Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. Schizophrenia Bulletin 24: 37-74, 1998.
- 2) Hogan T.P., Awad A.G., Eastwood R: A Self-report Predictive of Drug Compliance in Schizophrenia: Reliability and Discriminative Ability Psychological Medicine 13:177-183, 1983.
- 3) 瀬戸屋希, 大島巖, 槇野葉月ほか. 統合失調症者の心理教育に対する参加準備性尺度 (Readiness for Participation to Psychoeducation (RPPS)) の開発. 精神医学 48: 135-143, 2006.
- 4) Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. et al.: Assessing social support: The Social Support Questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology 44: 127-139, 1983.
- 5) 大川希, 大島巖, 長直子ほか: 精神分裂病者の地域生活に対する自己効力感尺度 (SECL)の開発～信頼性・妥当性の検討. 精神医学 43: 727-735, 2001.
- 6) Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Assertive Community Treatment Resource Kit (online), 2003. (最終アクセス日 2008年4月21日) <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/CommunitySupport/research/toolkits/pn4ch2.asp#pn4ch2h>
- 7) 立森久照, 伊藤弘人: 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8項目版の信頼性および妥当性の検討. 精神医学 41: 711-717, 1999.
- 8) 大島巖, 長直子, 安西信雄ほか: 精神障害者ケアガイドライン検討委員会版ケアアセスメント票の開発と評価～ケア必要度と社会的不利尺度の信頼性と妥当性～. 精神医学 42 (8): 809-818, 2000.

G. 健康危険情報 なし

H. 研究発表 なし

I. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表1. 1ヶ月後調査における対象者の基本属性

	介入群		対照群		$t, \chi^2$	$p$
	n	M ± SD	n	M ± SD		
年齢	32	40.3 ± 11.7	22	42.8 ± 11.0	0.789	0.434
教育年数	26	13.6 ± 2.6	21	12.4 ± 2.3	-1.588	0.119
性別 (男性%)		37.5%		59.1%	(Fisher検定)	0.099
居住形態 (%)						
家族と同居		65.6%		68.2%		
独居		18.8%		4.5%		
その他		15.6%		27.3%	2.910	0.233
発病年齢	29	25.7 ± 9.6	22	30.1 ± 10.3	1.558	0.126
罹病年数	29	13.1 ± 9.8	22	12.1 ± 9.1	-0.377	0.708
診断						
統合失調症圏 (F2X)		81.3%		68.2%		
気分障害圏 (F3X)		15.6%		31.8%		
その他 (F0X, F4X)		3.1%		0.0%	2.519	0.284
抗精神病薬投与量 (CP換算mg)	27	538.9 ± 454.5	12	498.4 ± 499.5	-0.249	0.804
指標入院前1年間の入院日数 <sup>†</sup>	32	47.4 ± 63.4	22	26.1 ± 45.5	-1.354	0.181
GAF	31	47.6 ± 10.0	22	47.5 ± 9.8	-0.034	0.973
BPRS	31	17.9 ± 7.8	22	20.0 ± 7.7	0.967	0.338

CP クロルプロマジン; GAF Global Assessment of Functioning; BPRS Brief Psychiatric Symptom Rating Scale

<sup>†</sup> ACT研究参加の対象となった入院以前の1年間の入院日数。

表2. 1ヶ月後の基本属性と自記式調査票の尺度得点との関連

尺度	Pearson積率相関係数 ( $r$ )																
	年齢	教育年数	発症年齢	罹病年数	薬物投与量	参加入院前1年間の入院日数	GAF	BPRS	身のこ回りと	安全管理	健康管理	社会利活用源	対人関係	社会的役割	緊急対応時	配慮が社会必要	合計得点
DAI-10	0.01	0.15	0.02	-0.09	-0.14	0.09	0.13	-0.22	-0.36 **	-0.12	-0.42 ***	-0.32 **	-0.30 **	-0.27 *	-0.31 **	-0.20	-0.40 ***
参加準備性	-0.18	-0.05	-0.18	-0.03	0.13	0.17	0.11	-0.02	-0.39	-0.02	-0.15	-0.12	-0.14	-0.07	-0.12	0.04	-0.11
SSQ-6 (領域)																	
家族	-0.09	-0.21 *	0.02	-0.09	0.08	-0.02	0.21	-0.10	-0.24 *	-0.17	-0.19	-0.16	-0.15	-0.12	0.06	0.01	-0.18
知人・友人	-0.08	-0.14	0.07	-0.17	-0.21	0.12	0.14	-0.05	-0.01	0.19	-0.01	-0.19	-0.27 *	-0.29 *	-0.18	0.26 *	-0.11
SSQ-6 (人数)																	
家族	-0.25 *	0.22	-0.11	-0.19	0.11	-0.10	0.36 **	-0.23 *	-0.24 *	-0.10	-0.11	-0.22	-0.23	-0.24 *	0.00	-0.01	-0.22
知人・友人	-0.20	0.10	-0.09	-0.14	-0.21	0.08	0.12	-0.19	-0.02	0.20	-0.04	-0.17	-0.19	-0.25 *	-0.26 *	0.14	-0.12
SECL	-0.11	0.22	0.02	-0.14	0.03	-0.04	0.33 **	-0.26 *	-0.32 **	-0.22	-0.38 **	-0.39 **	-0.36 **	-0.31 **	-0.38 **	-0.26 *	-0.44 ***
統制感	0.25 *	0.07	0.05	0.24 *	0.07	0.02	-0.10	0.10	-0.01	-0.14	-0.04	-0.10	-0.07	-0.16	0.05	0.03	-0.07
エンパワメント	-0.13	0.25 *	-0.08	-0.08	0.08	0.09	0.22	-0.16	-0.03	-0.04	-0.09	-0.27 *	-0.12	-0.26 *	0.10	0.18	-0.10
CSQ-8	0.13	0.07	-0.08	0.18	-0.22	-0.08	0.24	-0.20	-0.05	-0.09	-0.37 **	-0.16	-0.24	-0.19	-0.23	-0.19	-0.23

DAI-10 Drag Attitude Inventory-10; SSQ-6 Social Support Questionnaire-6; SECL Self-Efficacy for Community Living scale; CSQ-8 Client Satisfaction Questionnaire-8; GAF Global Assessment of Functioning; BPRS Brief Psychiatric Rating Scale

\*\*\*  $p < 0.001$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$

表3. 介入群と対照群の1ヶ月後および1年後の自記式アウトカム

尺度	1ヶ月後調査				1年後調査				F, t <sup>†</sup>	p
	介入群		対照群		介入群		対照群			
	n	M ± SD	n	M ± SD	n	M ± SD	n	M ± SD		
DAI-10	32	6.7 ± 2.0	22	6.3 ± 2.5	32	6.3 ± 2.0	21	6.6 ± 1.9	0.78	0.38
参加準備性	32	76.3 ± 16.2	22	74.1 ± 13.9	32	75.5 ± 13.7	21	68.9 ± 11.7	3.09	0.09
SSQ-6 (領域)										
家族	32	4.1 ± 2.3	22	4.1 ± 2.4	32	3.8 ± 2.6	22	4.3 ± 2.3	0.94	0.34
知人・友人	32	3.0 ± 2.4	22	2.5 ± 2.5	32	3.2 ± 2.4	22	2.5 ± 2.6	0.54	0.47
SSQ-6 (人数)										
家族	32	1.3 ± 1.3	22	1.3 ± 1.1	32	1.3 ± 1.2	21	1.1 ± 0.7	0.69	0.41
知人・友人	32	1.6 ± 2.0	22	1.0 ± 1.3	31	1.6 ± 2.2	21	0.7 ± 0.9	1.79	0.19
SECL	32	61.1 ± 13.8	22	63.6 ± 16.0	32	62.9 ± 16.6	21	61.5 ± 15.4	0.39	0.54
統制感	31	68.4 ± 18.9	22	64.5 ± 25.0	32	63.4 ± 24.3	21	66.0 ± 25.5	0.26	0.62
エンパワメント	32	47.4 ± 16.3	22	46.1 ± 17.9	32	52.9 ± 39.4	21	39.1 ± 16.4	2.16	0.15
CSQ-8					32	24.7 ± 3.8	21	21.3 ± 3.0	-3.50	0.00

DAI-10 Drag Attitude Inventory-10; SSQ-6 Social Support Questionnaire-6; SECL Self-Efficacy for Community Living scale; CSQ-8 Client Satisfaction Questionnaire-8

<sup>†</sup> 1ヶ月後の得点を共変量とする共分散分析により比較した (CSQ-8は検定)。

表4. 調査完了者と非完了者との属性および1ヶ月後調査の得点比較 (Mann-Whitney検定)

	介入群						対照群					
	調査完了者		調査非完了者		Z	p	調査完了者		調査非完了者		Z	p
	n	M ± SD	n	M ± SD			n	M ± SD	n	M ± SD		
年齢	32	40.3 ± 11.7	25	38.6 ± 8.7	-0.45	0.65	22	42.8 ± 11.0	33	44.6 ± 11.5	-0.70	0.49
教育年数	26	13.6 ± 2.6	12	12.9 ± 2.4	-0.48	0.65	21	12.4 ± 2.3	27	12.9 ± 2.7	-0.55	0.59
発病年齢	29	25.7 ± 9.6	23	23.0 ± 8.7	-1.53	0.13	22	30.1 ± 10.3	30	27.2 ± 10.7	-1.06	0.29
罹病期間	29	13.1 ± 9.8	23	14.8 ± 7.7	-1.31	0.19	22	12.1 ± 9.1	30	16.2 ± 12.0	-0.96	0.34
指標入院前1年間の入院日数	32	47.4 ± 63.4	24	42.4 ± 68.5	-0.61	0.54	22	26.1 ± 45.5	31	19.9 ± 44.4	-0.69	0.49
退院時CP換算値 (mg)	27	538.9 ± 454.5	12	676.4 ± 779.2	-0.08	0.94	12	498.4 ± 499.4	19	497.2 ± 438.0	-0.04	0.97
GAF	31	47.6 ± 10.0	12	48.8 ± 11.4	-0.14	0.90	22	47.5 ± 9.8	18	52.4 ± 9.3	-0.15	0.88
BPRS	31	17.9 ± 7.8	12	16.8 ± 9.4	-0.39	0.70	22	20.0 ± 7.7	17	18.9 ± 7.3	-0.14	0.89
DAI-10	32	6.7 ± 2.0	13	6.2 ± 2.9	-0.41	0.69	22	6.3 ± 2.5	16	5.6 ± 1.6	-0.82	0.41
参加準備性	32	76.3 ± 16.2	13	79.7 ± 14.9	-0.67	0.51	22	74.1 ± 13.9	16	71.5 ± 11.7	-0.68	0.49
SSQ-6 (領域)												
家族	32	4.1 ± 2.3	25	2.0 ± 2.7	-2.96	0.00***	22	4.1 ± 2.4	33	1.8 ± 2.5	-3.26	0.00**
知人・友人	32	3.0 ± 2.4	25	1.5 ± 2.3	-2.57	0.01*	22	2.5 ± 2.5	33	1.4 ± 2.4	-2.08	0.04*
SSQ-6 (人数)												
家族	32	1.3 ± 1.3	13	1.2 ± 1.0	-0.09	0.93	22	1.3 ± 1.1	16	1.5 ± 1.4	-0.10	0.92
知人・友人	32	1.6 ± 2.0	13	1.6 ± 1.9	-0.04	0.97	22	1.0 ± 1.3	16	1.5 ± 2.1	-0.24	0.81
SECL	32	61.1 ± 13.8	12	66.8 ± 7.6	-1.42	0.16	22	63.6 ± 16.0	16	63.1 ± 18.8	-0.24	0.81
統制感	31	68.4 ± 18.9	12	75.0 ± 13.1	-1.08	0.29	22	64.5 ± 25.0	16	62.5 ± 26.5	-0.21	0.84
エンパワメント	32	47.4 ± 16.3	12	49.4 ± 3.7	-0.36	0.73	22	46.1 ± 17.9	16	46.3 ± 22.0	-0.60	0.55
ケア必要度												
身の回りのこと	30	2.0 ± 0.7	10	2.1 ± 0.9	-0.08	0.94	20	1.6 ± 0.8	15	1.8 ± 1.0	-0.78	0.44
安全管理	30	1.6 ± 0.7	10	1.5 ± 0.5	-0.15	0.88	20	1.4 ± 0.8	15	1.4 ± 0.7	-0.73	0.46
健康管理	30	1.7 ± 0.9	10	1.8 ± 1.0	-0.51	0.61	20	1.5 ± 0.6	15	1.8 ± 0.8	-0.96	0.34
社会資源の利用	30	1.7 ± 1.0	10	1.5 ± 0.7	-0.37	0.72	20	1.4 ± 0.8	15	1.7 ± 0.9	-1.72	0.09†
対人関係	30	2.0 ± 0.9	10	2.1 ± 0.7	-0.58	0.56	20	1.7 ± 0.6	15	2.0 ± 0.7	-1.43	0.15
社会的役割	30	2.7 ± 0.9	10	2.1 ± 0.6	-1.98	0.05†	20	2.4 ± 0.9	15	2.4 ± 0.9	-0.10	0.92
緊急時の対応	30	2.6 ± 1.0	10	2.6 ± 0.8	-0.18	0.86	20	2.5 ± 1.0	15	2.4 ± 0.9	-0.32	0.75
配慮が必要な社会行動	30	1.4 ± 0.5	10	1.5 ± 0.5	-1.01	0.31	20	1.3 ± 0.4	15	1.3 ± 0.4	-0.35	0.72
合計	30	1.9 ± 0.7	10	1.9 ± 0.5	-0.16	0.88	20	1.6 ± 0.5	15	1.8 ± 0.5	-1.32	0.19

CP クロルプロマジン; GAF Global Assessment of Functioning; BPRS Brief Psychiatric Rating Scale; DAI-10 Drag Attitude Inventory-10; SSQ-6 Social Support Questionnaire-6; SCL; CSQ-8 Client Satisfaction Questionnaire-8

\*\*\*  $p < 0.001$ , \*  $p < 0.05$ , †  $p < 0.10$



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

---