

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家族に及ぼす効果：  
家族自記式アウトカム評価

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)

園環樹<sup>\*1,3</sup>、大島巖<sup>\*2</sup>、贅川信幸<sup>\*3</sup>、堀内健太郎<sup>\*1</sup>、深谷裕<sup>\*1</sup>、瀬戸屋雄太郎<sup>\*1</sup>、西尾雅明<sup>\*4</sup>、伊藤順一郎<sup>\*1</sup>

<sup>\*1</sup> 国立精神・神経センター精神保健研究所、<sup>\*2</sup> 日本社会事業大学精神保健福祉学分野

<sup>\*3</sup> 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野、<sup>\*4</sup> 東北福祉大学総合福祉学部

研究要旨

【目的】ACT の利用者家族のアウトカムを扱う先行研究は、地域で生活する精神障害者の多くが単身生活者である欧米諸国ではほとんどない。本研究では、無作為化比較試験を用いて ACT の援助効果を家族のアウトカム指標を用いて明らかにすることを目的とする。

【方法】家族の困難度や拒否度など種々の家族機能尺度をアウトカム指標とし、無作為化比較試験で、ACT の利用者家族に対する ACT の介入効果を評価した。

【結果・考察】5% 水準で有意な差が見られた指標はなかったが、家族拒否度とサービス満足度で群間差に有意傾向が見られ、家族の拒否度が介入群で上昇し、一方でサービス満足度も介入群で高いという結果が見られた。

【結論】 33.7%という低い回答率が大きな限界ではあるものの、ACT の介入開始後 1 年間で家族の拒否的な態度が高まる傾向が示唆された。今後、ACT チームの家族支援においては、家族機能のアセスメントをより慎重に行い、かつ、家族の複雑な心理に十分に配慮した支援が求められると考えられる。また、利用者の家族が ACT のサービスに対して高い満足を感じているという実態が示唆された。

A. 背景と目的

入院医療中心から地域生活中心へと精神保健福祉施策が移行しつつある。このような動向の中で、精神障害者に対するケアマネジメント、中でも精神病院の脱施設化を進めた国々の地域精神保健の中核である集中型・包括型のケアマネジメントの代表的プログラムである ACT(Assertive Community Treatment) に注目が集められている<sup>1)</sup>。ACT は、1970 年代

からその有効性が欧米諸国で実証され始め、現在、有力な科学的根拠に基づく実践(Evidence-Based Practice)の一つとして世界的にそのプログラムの普及が行われているが<sup>2,3)</sup>、欧米諸国とは異なる状況で ACT を導入するためには、日本独自の配慮も必要になる。特に日本では、地域で生活する精神障害者の家族との同居率が欧米諸国のそれと比して高く、地域ケアにおいて家族の果たす役割が大

きいため、家族支援を ACT の構成要素に位置づける必要性が指摘されている。しかしながら、ACT の利用者家族のアウトカムを扱う先行研究は、地域で生活する精神障害者の多くが単身生活者である欧米諸国ではほとんどない<sup>4)</sup>。本邦初の ACT 利用者の家族アウトカム評価は重要であると考えられる。

本研究では、無作為化比較試験を用いて ACT の援助効果を家族のアウトカム指標を用いて明らかにすることを目的とする。

## B. 研究方法

### 1. 対象

2004年5月1日から2006年10月31日まで、に国府台病院精神科に入院した実数1,938名(地域、年齢で除外されたものを含む)のうち、基準に適合した202人の中でインフォームドコンセントが得られた118人が対象である。ランダム化の結果59人が介入群、59人が非介入群となり、介入群にはプログラムのスタッフが訪問中心の医療福祉支援を行った。介入はACTプログラムモデルに準拠して行われ、Dartmouth ACT Fidelity Scaleにて忠実度が十分であることが確認されている。非介入群に対しては、対象病院のソーシャルワーカーを介した社会資源の紹介などを含む通常の治療を行った。なお、対象となるのは、初期入院の退院後、あるいは同意日のどちらか遅い方を調査基点として、平成19年10月末時点で1年経過(N=55:52)した人のうち、連絡を取ることができる家族のいないケースを除いた92ケース(N=46:46)であり、このうち分析対象は、2回の

自記式調査とともに回答した31ケース(N=21:10)である。

### 2. 調査

自記式調査票は、下記の尺度から構成され、調査は各ケースの調査基点日(初期入院の退院後、あるいは同意日のどちらか遅い方)から数えて1ヵ月後と12ヵ月後の二回実施された。

)家族困難度:大島<sup>5)</sup>の「家族の生活困難度」を用いた。質問は15項目からなり、「自分だけの時間が持てなくなった」などの困難の状態について、「大いにある」に2点、「多少ある」に1点、「ない」に0点を与え、その合計点を生活困難度とした。さらに、本研究データの因子分析によって抽出された3因子を「日常生活における困難・疲労(8項目)」「将来に対する不安(4項目)」「危機に対する不安(3項目)」とし、それぞれの項目を単純加算したものを下位尺度として分析に用いた。

)協力行動数・協力度:大島<sup>5)</sup>の「協力行動数」「協力度」の指標を用いた。14項目の協力行動に関して、「よくしている」「多少している」「していない」「1人で出来る」で回答する。得点化の方法は表1参照。

表1. 協力行動数・協力度

$$\begin{aligned} \text{協力行動数} &= 2 \times \sum_{i=1}^{14} (\text{よくしている}) + \sum_{i=1}^{14} (\text{多少している}) \\ \text{協力度} &= \frac{\text{協力行動数}}{2 \times (14\text{項目} - \text{自立項目数})} \times 100 \end{aligned}$$

)家族ケア自己効力感:大島らの家族ケア自己効力感尺度を用いた。「本人の回復をあせらずに見まもる」などの19項目に対して、「全く自信がない」の0点から「絶対に自信がある」の10点までの11段階で評価し、その合計

点を家族ケア自己効力感とした。

)参加準備性:大川らの「参加準備性尺度」を用いた。「家族援助サービスを積極的に利用し、役だたせること」などの12項目に対して、「とても大切」に4点、「大切」に3点、「あまり大切でない」に2点、「大切でない」に1点を与え、その合計点を100点満点換算したものを参加準備性とした。

)家族拒否度:Kreisman<sup>6)</sup>の尺度を用いた。拒否的認識を問う11項目に対して、「おおいにそう思う」に2点、「少しそう思う」に1点、「そういうことはない」に0点を与え、その合計点を拒否度とした。

)CSQ-8:立森ら<sup>7)</sup>のクライアント満足度尺度(Client Satisfaction Questionnaire: CSQ)の日本語8項目版を用いた。援助の満足度を問う項目に対し4段階で回答しそれらの合計点を算出するものである。なお、この尺度は12ヵ月後調査のみ用いた。

以上の自記式評価尺度の他に、電子サービスコード記録を用いて、ACTで提供されたサービスの量を評価した。電子サービスコード記録とは、精神障害者の地域生活支援を記述するサービスコードの体系を、既存尺度やガイドライン、資料、これまでの経験を参考に作成したもので、サービスを23分類(9カテゴリー)し、

コード化し、これらのコードとともに、サービスの提供者、利用者、場所、日時などを電子的に記録・蓄積するシステムである。本研究ではこの中から分析対象者に対して退院後1年間に提供されたサービスの記録を用いた。

### 3. 分析方法

各尺度の1ヵ月後時点での得点を共変量とする共分散分析で12ヵ月後時点の得点を比較した。ただし、サービス満足度(CSQ-8)に関してはT検定で得点を群間比較した。

### 4. 倫理委員会の承認

本研究は、国立精神・神経センター精神保健研究所倫理審査委員会の承認を得ている。

## C. 結果

本調査に回答した家族の続柄を表2にまとめる。両群ともに両親の回答が多かった。

本調査の主な結果を表3にまとめる。5%水準で有意な差が見られた指標はなかったが、家族拒否度とサービス満足度で群間差に有意

表2. 家族の続柄

	介入群(n=21)	対照群(n=10)
続柄		
母親	10	3
父親	3	3
配偶者	7	2
同胞	0	1
祖父母	0	1
他	1	0

表3. 各群のアウトカム指標に関する共分散分析の結果

	1ヵ月後調査				12ヵ月後調査				F 値	有意確率
	RCT介入(n=21)		RCT対照(n=10)		RCT介入(n=21)		RCT対照(n=10)			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
家族困難度	9.62	5.28	10.44	3.18	8.10	6.46	8.84	7.84	0.001	0.970
日常生活における困難・疲労	4.76	3.60	4.51	3.77	4.40	4.25	4.29	4.65	0.001	0.970
将来に対する不安	3.24	1.70	3.70	1.42	2.43	1.89	3.10	2.12	0.344	0.562
危機に対する不安	1.62	0.97	2.15	1.49	1.26	1.02	1.50	1.43	0.149	0.702
協力行動数	18.12	4.81	17.78	7.08	16.75	6.43	18.84	6.31	1.918	0.177
家族協力度	68.63	15.15	66.94	22.08	64.42	22.07	67.61	22.15	0.832	0.369
家族拒否度	6.30	4.64	7.58	3.97	7.28	5.58	6.00	3.71	3.953	0.057
参加準備性	81.23	11.24	76.67	13.43	77.89	14.19	73.00	14.94	0.076	0.785
自己効力感	69.82	16.17	66.46	16.82	66.31	14.86	72.16	16.10	2.899	0.101
サービス満足度*					25.93	5.00	23.20	2.57	1.974	0.058

\* サービス満足度に関してはt検定

傾向が見られ、家族の拒否度が介入群で上昇し、一方でサービス満足度も介入群で高いという結果が見られた。

#### D. 考察

本調査の結果を解釈するにあたり注意すべき事柄として回収率の低さが挙げられる。基準を満たした92ケースのうち2回の自記式調査ともに回答したケースは31ケース(33.7%)であり、上記の結果をACTプログラムの利用者家族を代表する結果として解釈することには限界がある。ただ、調査完了者と非完了者のプロフィールを比較した補足的な分析結果によると、年齢、本人の罹病期間、ベースライン時のGAF、BPRS、介入前の入院日数で完了者と非完了者の間に有意な差はなく、さらに介入群では、介入後のACT臨床スタッフによる対面コンタクトの数でも完了者と非完了者の間に有意差がなかったため、ここでは、調査完了者の回答結果のみを用いて分析結果を解釈することとする。

先行する準実験法を用いたACT利用者の家族アウトカムの分析では、ACTのサービスによって「家族の負担が軽くなる」と回答した者が介入群で増加したが、一方でACTによる家族支援が家族の自己効力感を減少させる傾向がみられた。ACTの介入によって、家族の協力的行動が減少し、将来への不安が軽減される一方で、これまで本人への支援が生活の大部分を占めていた家族にとって、ある種の喪失体験とし認識され、自己効力感の低下という結果に結びついたと考えられる<sup>8)</sup>。本調査にお

ける拒否度の上昇に関しても、ACT-Jでは、本人と家族が適切な距離を保てるように、訪問によるサポートの継続を前提に単身住まいを勧める場合があるなど、時に家族による支援を肩代わりするのみならず、家族関係の調整を目的とする介入も行う。これらの援助内容が、本人や家族とともに作成されるケアプランに基づいて行われることで、改めて種々の問題や課題に直面させられるようになり、先述の自己効力感の低下とも関連しつつ、拒否度の上昇という結果に現れたと解釈することができる。

また、介入群では調査担当者が対象者に調査協力依頼を行う際、電話などで依頼するほか、調査に拒否的な家族に対しては臨床スタッフを経由して依頼を行ったのに対し、対照群に対する調査協力依頼は調査担当者による直接依頼のみであったため、対照群の回答者が本人の支援に積極的で調査にも協力的な回答者に偏っていた可能性が考えられる。長期のフォローアップ調査などによるより厳密な評価が期待される。

ACT-Jチームが行っている家族に対する援助の効果は、負担の軽減といった肯定的な側面があると同時に、拒否度の上昇といった配慮すべき側面も持ち合わせていることが示唆された。今後のACTチームの家族支援においては、家族機能のアセスメントをより慎重に行うなどの配慮が必要であると考えられる。

サービス満足度に関しては、介入群が対照群に比べて高かった。前述のように対照群が調査に協力的な家族に偏っていたとしても、そのような対照と比してもなおACT介入群で満

足度が高い傾向が見られた点は特筆に値すると考えられる。

#### E. 結論

33.7%という低い回答率が大きな限界ではあるものの、ACTの介入により、種々の問題や課題に改めて直面させられた家族の拒否的な態度が高まる傾向が示唆された。今後、ACTチームの家族支援においては、家族機能のアセスメントをより慎重に行い、かつ、家族の複雑な心理に十分に配慮した支援が求められると考えられる。その一方でACT利用者の家族がサービスに対して高い満足を感じているという実態が示唆された。

#### F. 文献

- 1) Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG: Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. Schizophrenia Bulletin 24(1): 37-74, 1998
- 2) Deci PA, Santos AB, Hiott DW, Schoenwald S and Dias JK: Dissemination of assertive community treatment programs. Psychiatric Services 46: 676-678, 1995
- 3) Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rössler W: Case Management and Assertive Community

Treatment in Europe. Psychiatric Services 52: 631-636, 2001

- 4) Ziguras SJ, Stuart GW: A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. Psychiatric Services 52: 1410-1421, 2000
- 5) 大島巖: 精神障害者をかかえる家族の協力的体勢の実態と家族支援のあり方に関する研究. 精神神経学雑誌 89(3): 204-241, 1987
- 6) Kreisman DE, Joy VD: Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature. Schizophrenia Bulletin 10: 34-57, 1974
- 7) 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(7): 711-717, 1999
- 8) 園環樹, 大島巖, 贅川信幸, 深澤舞子, 伊藤順一郎, 西尾雅明: 精神障害者に対する包括型地域生活支援(ACT)が家族に及ぼす効果 準実験法を用いた自記式アウトカム評価の分析 重症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年度総括・分担研究報告書: 97-107, 2006

#### G. 研究発表 なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

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

---