

論文の内容の要旨

論文題目 **Family Support in Assertive Community Treatment:
To support family members who care for clients or
to support clients instead of family members**

和訳 包括型地域生活支援における家族支援
—利用者を支える家族を支えるか、家族に代わって利用者を支えるか—

指導教員 川上憲人教授
東京大学大学院医学系研究科
平成 18 年 4 月入（進）学
博士後期課程
健康科学・看護学専攻
氏名 園 環樹

背景

日本の精神医療・福祉施策は激動期にある。「入院中心から地域生活中心に」という大きな流れの中で、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。

ACT とは、重い精神障害を持つ人々（多くは重症あるいは慢性の精神疾患、あるいは精神医療サービスの頻回利用者）のニーズに合うように特化した地域ケアパッケージであり、世界的にそのプログラムの普及が行われている。ACT は、①服薬管理等の医療サービスも含み、②頻回のアウトリーチサービスを主体としながら、③精神科医・看護師・精神保健福祉士・作業療法士などの多職種がチームを形成し多彩なサービスを提供し、④24 時間週 7 日対応を原則とし危機介入も行う、などの特徴をもつ医療・保健・福祉の包括的な地域生活支援プログラムである。

2003 年 5 月から ACT を導入する実験プロジェクトが国立精神・神経センターで開始されたが、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 の利用者家族に対する支援に焦点を当てた先行研究は少なく、ACT で提供されたサービスを定量的に評価し、アウトカムとの関連を分析した先行研究は見当たらない。

そこで本研究の目的は、ACT-J で提供されたサービスを記述的に明らかにし、同居家族の有無

によるサービス内容の違いを明らかにした上で、同居家族がいる利用者に対する家族支援の形態とアウトカムとの関係を分析し、効果的な家族支援のあり方を検討することとする。

方法

概要

本研究は、千葉県市川市にある国立精神・神経センター国府台病院を臨床の拠点にして開始された。ACT-J により提供されるサービス内容は多岐にわたり、診察・薬の配達・外来受診同行、訪問時における疾病や治療薬に関する情報提供、カウンセリング、クライシス時の訪問、住居支援、日常生活支援、身体的健康管理のための支援、金銭管理の支援、就労支援、家族に対する支援などが行われた。研究データに関しては、カルテなどから社会人口学的属性や入院日数を得、面接調査と自記式調査は、基準となる入院からの退院直後（ベースライン時）と 12 カ月後に実施した。なお、本研究は東京大学大学院医学系研究科倫理委員会ならびに国立精神・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。

対象

対象者は、国府台病院精神科に 2003 年 5 月 1 日から 2007 年 10 月 31 日の間に入院した者 2860 名のうち、年齢が 18 歳以上 60 歳未満、主診断が統合失調症、感情障害、等の精神疾患(痴呆性疾患 (F00-05)、人格障害 (F6x)、精神遅滞 (F7x) は除外)、居住地が市川市、船橋市、松戸市のいずれかで、過去 2 年間の精神医療サービス頻回利用者 (2 回以上または 100 日以上) の入院などで社会生活機能が低い (過去 1 年の最高 GAF が 50 以下) 重症の精神障害を抱えていると判断される 257 名の中で、研究趣旨について十分な説明を受け参加について自発的な同意が得られ、ACT のサービスが提供された 102 名とした。

尺度

プロセス尺度

サービスの提供量の評価には、電子サービスコード記録とよばれる臨床記録を用いた。これは、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 14 分類し、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。ベースライン時から 12 カ月の間に提供されたサービスについての記録を分析対象とした。

アウトカム尺度

The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): 簡易精神症状評価尺度は、Overall らが、包括的な臨床的症候群を評価することを目的に作成した尺度で、全 18 項目からなり、各項目は 1 (症状なし) から 7 (最重度) までの 7 段階で評価される。

Global Assessment of Functioning (GAF): 機能レベルの測定には、アメリカ精神医学会の精神疾患の診断基準マニュアル第 4 版 (DSM-IV) の第 5 軸である機能の全体的評価 GAF を用いた。

Self-Efficacy for Community Living (SECL): 地域生活を行ってゆく上での自信の測定には、大川らの SECL を用いた。この尺度は自記式尺度で、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。

Client Satisfaction Questionnaire - 8 (CSQ-8): 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、立森らの 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、高得点が高い満足度をあらわす。本尺度は 1 年後調査においてのみ使用した。

その他、ケア必要度尺度、QOL 尺度、服薬態度尺度 (DAI-10)、統制感尺度、エンパワメント尺度などを用いた。

分析

家族支援の形態とアウトカムとの関係性を評価するため、先行研究の知見をふまえ、分析対象を同居家族がいるケースに限定した上で、家族支援の形態によって「本人を支える家族を支える（後方支援型）」と「家族に代わって本人を支える（支援代行型）」の 2 群に分類した。ここでは、家族によって提供されることの多い「日常生活支援」「経済生活支援」「住居支援」などの総提供量の Z 値を Z_1 、ACT スタッフによる家族に対する支援の総量の Z 値を Z_2 とし、 $Z_1 > Z_2$ であれば支援代行型、 $Z_1 < Z_2$ であれば後方支援型の家族支援とした。その上で、家族支援の形態を独立変数、12 ヶ月後時点の各アウトカム指標の得点を従属変数、ベースライン値を共変数とする共分散分析などを行った。

結果

対象者の平均年齢は 39.4 歳で、男性が 44% であった。主診断は統合失調症が最も多く 73.7% を占め、気分障害圏が 19.2% であった。また、家族と同居している利用者は 76.8% であった。提供されたサービスの内容は、精神症状・服薬管理に関する支援が最も多く 1 ケース当たり年間 56.7 回（平均 53.2 時間）、次いで社会生活支援が 28.8 回（33.5 時間）、家族に対する支援が 15.2 回（19.5 時間）であった。ベースライン時のニーズとサービス提供量の間には有意な相関がみられた。同居家族がいる群といない群のサービス提供量を比較した結果、非同居群で多く提供されていたサービスは、「日常生活支援（5.8 倍）」「経済生活支援（4.4 倍）」「住居支援（4.7 倍）」「連絡・調整（7.0 倍）」であった。また、支援代行型では、GAF が増加、BPRS が減少、自己効力感が増加し、サービス満足度が高かった（表 1）。

表1 ベースライン値を共変量とする各アウトカム指標の共分散分析	支援代行群		後方支援群		df	F	p
	Mean	SD	Mean	SD			
ベースラインから1年間の入院日数	21.46	52.80	34.59	59.92	58	0.68	0.41
BPRS 合計	13.60	7.46	24.43	8.48	38	10.67	0.00**
陽性症状	4.96	3.88	10.00	4.77	38	6.64	0.01*
陰性症状	1.72	2.34	4.71	3.02	38	1.25	0.27
抑うつ症状	4.52	1.94	6.14	2.88	38	9.67	0.00**
躁症状	0.40	0.65	0.79	1.42	38	1.28	0.27
心気症症状	2.00	1.29	2.79	2.33	38	4.85	0.03*
GAF (社会生活機能)	56.36	9.50	44.87	7.60	39	7.68	0.01**
QOL (全般的な生活満足度)	4.30	1.38	3.79	1.89	37	2.53	0.12
服薬態度	6.21	2.47	6.21	2.46	33	0.17	0.68
統制感	47.08	11.89	45.24	18.89	32	0.05	0.83
エンパワメント	69.17	13.87	56.67	28.13	33	2.81	0.10
自己効力感	67.19	13.81	53.97	20.15	33	4.72	0.04*
サービス満足度 [†]	26.40	3.48	23.23	4.32	36	2.45	0.02*

各アウトカム指標のベースライン値とGAFベースライン値を共変量とする共分散分析
[†] t検定, df 自由度, ** p < 0.01, * p < 0.05

考察

ACT-J では、精神症状・服薬管理の他に、社会生活支援、日常生活支援、家族支援などのサービスが多く提供されており、これらのサービスの内容や量は、各利用者のニーズに応じて大きく異なっていた。しかし、精神症状に関する支援と家族支援に関しては、全てのニーズ領域との間に有意な相関が見られ、利用者のニーズの内容によらず提供される、ACT の重要なサービス内容であると考えられる。

精神症状に関する支援がニーズ領域によらず広く提供されることは、ACT は重度精神障害者を対象としたプログラムであることから容易に予想される結果である。一方で、家族支援の提供量が全ての領域のニーズと相関が見られた結果は特筆に値し、精神障害者の地域ケアにおける家族の役割の大きさを改めて示す結果であるといえよう。

同居家族の有無によるサービス内容の比較結果により、ACT と家族が役割分担をしつつ本人を支えるという構造が示唆された。

支援代行型と後方支援型の利用者アウトカムを比較した結果、精神障害者本人を支える家族を支えるよりも、家族に代わって本人を支える形の家族支援が、精神症状、社会生活機能、自己効力感、サービス満足度といった利用者アウトカムに関してより有効であることが示唆された。

結論

本研究は、ACT の家族支援と本人アウトカムに焦点を当てた初めての体系的な評価研究である。ACT チームと家族が役割分担しながら利用者を支える構造が明らかになり、さらに、家族に代わって利用者本人を支える形の支援が、症状の軽減、社会機能の改善、自己効力感の向上、高いサービス満足度にとって有効であることが示唆された。核家族化など、家族の形が変わり障害者を支える家族機能が脆弱化する中で、専門職が精神障害者の生活の場で、家族の責任を引き受け、精神障害者を支援することが重要かつ有効であると考えられる。