

精神科デイケア，外来作業療法， 訪問看護等医療におけるリハビリ テーションのあり方に関する研究



社団法人 日本作業療法士協会

平成21年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）報告書
研究名：「精神科デイケア，外来作業療法，訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」

1. 研究の概要

この研究は，平成21年度厚生労働省・援護局障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）の国庫補助を受けて，社団法人日本作業療法士協会（以下，協会とします）が行ったものである。

研究課題名は「精神科デイケア，外来作業療法，訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」という。この研究では協会員が勤務する病院の協力を得て，次に示す目的を達成するためにモデル的な外来医療の実践を行い，その結果を事例報告書にまとめた。そして収集されたデータの分析より，精神科における通院リハビリテーションサービスの在り方について検討した。

2. 研究の目的

精神科病院から退院した統合失調症患者，または入院経験がない患者に対して，精神科デイケア（ショートケア），外来作業療法，訪問看護等が生活能力に及ぼす影響，および質の高い通院リハビリテーションサービスとして，それぞれが提供すべき支援内容を明確に示すことを目的とする。

3. 研究の方法

1) 支援方法の検討

研究協力者による委員会を設置し，通院医療における支援方法のあり方を次の①～④の視点より検討した。

- ①地域生活支援における医療としての精神科デイケア（ショートケア），外来作業療法，訪問看護の役割
- ②精神科デイケア（ショートケア），外来作業療法等における効果的なプログラム
- ③疾病管理能力，生活技能等の向上に向けた支援技術
- ④医療と自立支援法等の地域サービスとの連携方法

2) 協力施設におけるモデル的实践

検討された支援方法を基に，協力施設においてモデル的な実践を行った。対象者は，(1)急性期病棟から退院した者，(2)長期入院後に退院した者，(3)入院経験のない通院者，3群とした。

事例への支援体制を図1に示す。

- 退院する（した）事例に対して、本人、家族、院内スタッフ、地域の支援スタッフ等によるケア会議を行い、ケアプラン表を作成した。入院経験のない場合は、開始時にケア会議を開催しケアプランを作成してください。ケア会議は退院時（開始時）、2カ月後、4カ月後（終了時）を目安に行った。
- ケアプランでは、精神科デイケア（ショートケア）、外来作業療法、訪問看護等の目標を明確にした。また、対象者の疾病管理能力、生活技能、家族の支援力等のアセスメントをした。
- 精神科デイケア（ショートケア）、外来作業療法、訪問看護等では、再発防止、生活技能向上、家族支援等を考慮した実践を行ってください。また、可能であれば地域支援サービスとの連携・移行を進めていく。
- 対象者個々にキーワーカーを設定し、地域の支援者とともに継続的にマネジメントを行う。

3) 結果の分析

後述する各種評価結果は、(1)比較的早期に退院した群、(2)長期入院後に退院した群、(3)入院経験がない通院群に分けて前後比較する。また、対象群（退院群）と対照群（入院群）の比較を行う。これらの結果と事例報告の分析より、通院医療における効率的で質の高いリハビリテーションサービスのあり方を検討した。

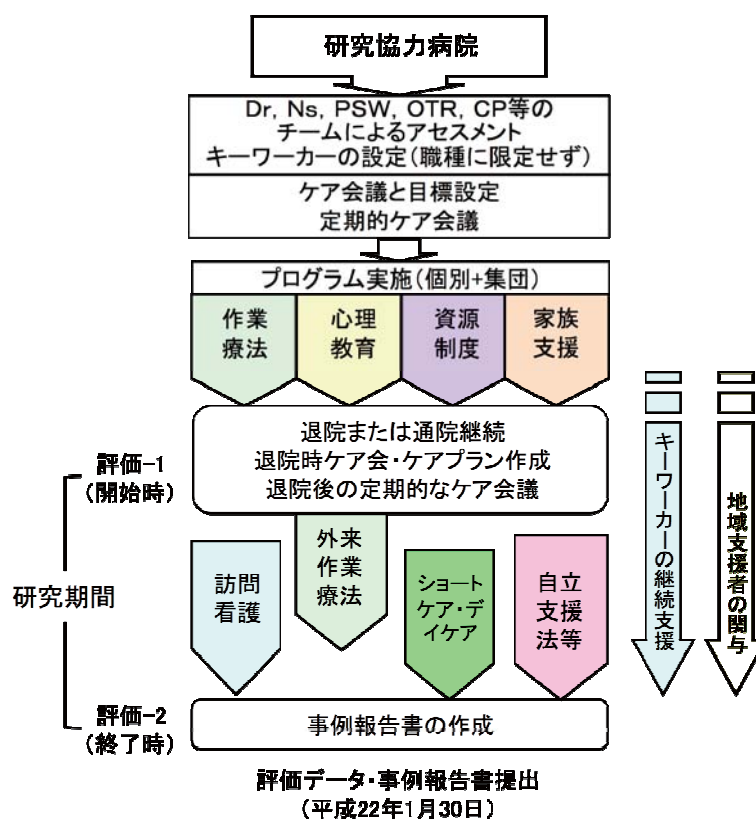


図1 研究事業の概要

4. 研究協力病院の役割

1) 事例の選定

研究協力病院には統合失調症患者のうち、急性期病棟から退院した者、長期入院後退院した者、入院経験がない者のいずれかを選定してもらった。また、対象者と同じ年代・性別・診断の入院患者を対照者として選定してもらった。

2) 支援プログラム

支援プログラムとして、精神科デイケア（ショートケア）、外来作業療法、訪問看護、自立支援サービス等のどれを利用するかは、本人、家族、地域の支援者等を交えたケア会議で決定する。本人のニーズや生活の実情に応じてプログラムを使い分け、必要に応じて複数のプログラムを組み合わせる。支援プログラムの詳細は定めず、再発防止、生活技能向上、家族支援等を考慮した実践を行う。なお、対照例には通常の入院治療を継続してもらった。

3) キーワーカーの選定

キーワーカーは対象者の生活支援をマネジメントするケアマネージャーの役割を担う。具体的には、以下が主な役割を示した。

- (1) 対象者（対照例）よりインフォームド・コンセントを得る
- (2) 開始時と終了時に行う各種評価を取りまとめる
- (3) 本人、家族、地域支援者等と連携しケア会議を準備・開催する
- (4) ケアプランを作成し、本人、家族、支援者等と今後の計画を共有する
- (5) 研究期間における対象者の経過を事例報告書にまとめる

4) ケア会議の実施

ケア会議は、研究開始時、2か月後、終了時に行うことを目安とした。ケア会議にはできるだけ本人、家族、地域の支援者にも参加してもらうこととした。

5) ケアプラン表の作成

ケア会議後にケアプラン表を作成し、必要に応じて障害者自立支援法によるサービス利用を検討してもらうこととした。この際、キーワーカーは地域支援者との連携を図ることを明示した。

6) 評価の実施

プログラムの効果を比較するために、開始時と終了時に GAF（機能の全般的評定）、BPRS（簡易精神症状評価尺度）、BACS-J（日本版統合失調症認知機能簡易評価尺度）、協会版ケアアセスメント、生活チェックリスト、満足度アンケート等を実施してもらった。（図2を参照）。

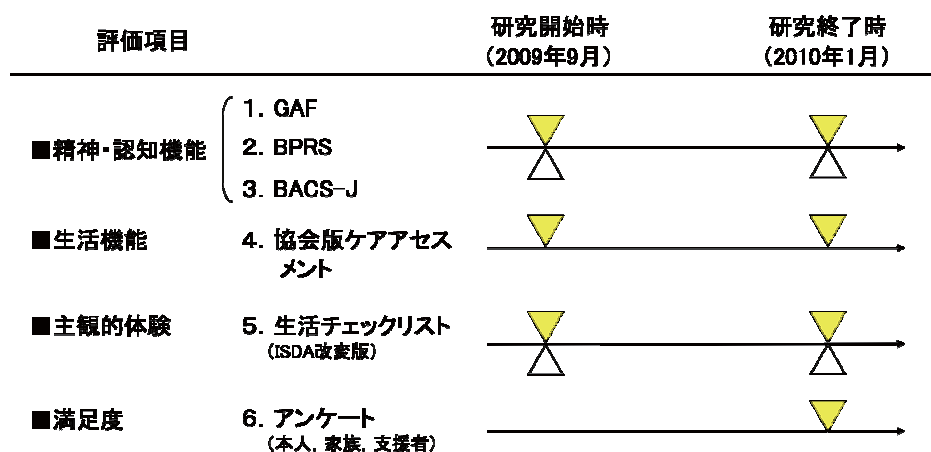
7) 事例報告書

研究期間の対象者の経過を「事例報告書」にまとめて提出してもらった。対照例については事例報告書は求めなかった。

8) 説明と同意

- ①対象者（対照例）と対象者の家族に**同意説明文書（別紙1）**を用いて研究の主旨を十分説明し、書面にて同意を得ることをお願いした。

②対象者には同意書（別紙２）への署名をお願いし，原本を事例報告書（別紙３）とともにOT協会に提出をお願いした．（コピーは担当者が保管）．



▼対象者 △対照例

図2 評価実施スケジュール

5. 研究期間

研究期間は平成21年9月から平成22年3月31日としたが，観察期間は平成21年9月～平成22年1月の約4ヵ月間を想定した．

6. 研究協力病院における試行結果

(1) 研究協力病院の選定

平成 21 年 6 月に福島で行われた第 43 回日本作業療法学会において平成 20 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）「精神障害者の退院促進および円滑な地域移行のための地域支援体制構築に向けた研究」の取り組みの報告を行った会場で、本研究の協力に関するアンケートを実施した。また、社団法人日本作業療法士協会ニュースおよびホームページに研究協力病院の募集記事を掲載した。その結果、平成 20 年 8 月までに協力が可能となった施設が 22 施設であった。

研究協力施設一覧

1. 盛岡市立病院	岩手県
2. 宮城県立精神医療センター	宮城県
3. 竹田綜合病院(精神科)	福島県
4. 北原リハビリテーション病院	東京都
5. 嶺南病院	福井県
6. 住吉病院	山梨県
7. 滝澤病院	長野県
8. 京都府立洛南病院	京都府
9. さわ病院	大阪府
10. 有馬高原病院	兵庫県
11. 兵庫県立光風病院	兵庫県
12. 西川病院	島根県
13. 岡山県精神科医療センター	岡山県
14. 萩病院(麻生リハ専門学校)	山口県
15. 福岡県立精神医療センター太宰府病院	福岡県
16. 八幡厚生病院	福岡県
17. いぬお病院	佐賀県
19. 長崎県精神医療センター	長崎県
20. 桜ヶ丘病院	熊本県
21. 吉野病院	鹿児島県
22. 宮里病院	沖縄県

(2) 最終報告事例数

22 施設から最終的には 29 事例の報告があった。

合わせて協力病院より、本研究の対象者と同時期に入院（入院未経験者は通院）し、年齢、性別診断等の属性が類似する対照例を選定してもらい、対象者と同じように評価実施を依頼した。

その結果、8 例の対象例の報告があった。なお、対象例にはそれぞれの施設で通常の精神科治療・リハビリテーションプログラムを実施してもらった。

(3) 研究協力病院の状況

研究協力病院には、施設の概況がわかる施設チェックリストを提出いただいた。その結果を地域診断の視点からまとめた。

研究協力病院の地域診断

項 目	該 当 件 数	地 域 診 断
医療機関種類	精神科病院 14 件 一般病院（精神科病床有）2 件 特定機能病院 1 件	精神科病院を拠点にした O T による地域移行活動である。
病床数平均	精神科病院 256 床 一般病院 42 床 特定機能病院 24 床	地域の代表的な精神科病院に所属する O T の取り組みである。
平均在院日数	精神科病院 278 日（12 件） 一般病院 65 日 特定機能病院？	急性期 O T と地域移行の取り組みを院内でアピールするきっかけとなった。
精神科作業療法従事者数 （全体 17）	常勤 O T 7 人 非常勤 O T 1 人 その他（O T A）3 機関のみ 1 人	O T 配置は概ね整備されている。
対象疾患 （全体 17）	ほぼ（7 機関が精神遅滞・神経症・行動障害は除外）	対象疾患として主要疾患はすべて対応している。
O T が関与 （全体 17）	デイケア 1 1 件 ナイトケア 2 件 デイ・ナイトケア 3 件 ショートケア 9 件 重度痴呆患者デイケア 3 件 外来精神科作業療法 1 4 件 心理教育的プログラム 1 3 件 S S T 9 件 精神科退院前訪問指導 1 3 件 就労支援 1 4 件 地域支援 1 2 件 認知リハプログラム 1 件 A C T 1 件	O T は、病院内業務から病院併設の社会復帰施設等への配置と発展している。 退院前指導や就労支援など、地域支援に向けた活動も推進している。

ケース会議 頻度(全体17)	ほぼ毎日6件 週2～3回2件 週1～2回2件	ケース会議が日常業務に定着しているところと、研究を機会に促進したところが半々といったところである。
連携	相談支援事業所・専門員12件 患者会3件 家族会10件 精神保健福祉センター13件 保健所・保健センター14件 福祉事務所11件 ハローワーク12件 共同作業所・作業所14件 自立支援協議会9件 地域障害者職業センター11件 社会復帰施設13件 地域生活・活動支援センター14件 病院・診療所12件 職場企業学校12件 ボランティアセンター8件 保護観察所2件 行政機関1件	精神障害者の生活を支える地域の拠点機関との連携によるネットワークづくりは促進している。 自立支援協議会へも半数のOTが関与しているが、障害福祉サービス等の相談機関との連携はこれからである。
地域性	人口規模・診療圏・偏見	

(4) 報告事例の概要

1. 対象者 29 例の基本属性

対象者 29 例の内訳は、男性 24 名 (83%)、女性 5 名 (17%)、年齢は 19 歳～64 歳であり、平均±標準偏差は 39.3±13.9 歳であった。年齢の内訳は 10 歳代が 1 名 (3%)、20 歳代が 8 名 (28%)、30 歳代が 7 名 (24%)、40 歳代が 6 名 (21%)、50 歳代が 4 名 (14%)、60 歳代が 3 名 (10%) であった。また、29 名の診断名は、統合失調症 (統合失調症圏) が 27 名 (93%)、うつ病 (うつ病圏) が 2 名 (7%) であった。図 1 に対象者の基本属性を示した。

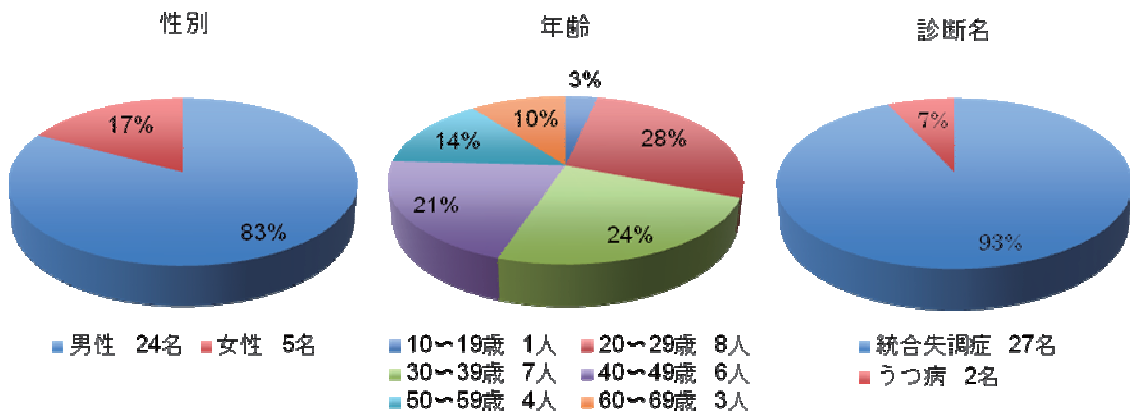


図 1 対象者の属性比較

2. 評価尺度の比較結果

対象者の変化を測定するために次の各尺度を用いた。

○精神機能評価：1) GAF (機能の全般的評価尺度)

2) BPRS (精神症状評価尺度)

3) BACS-J (日本版統合失調症認知機能簡易評価尺度)

○生活機能評価：4) 協会版ケアアセスメント

○主観的体験：5) ISDA (生活チェックリスト改訂版)

○満足度評価：6) 満足度調査 (本人・家族・支援者)

研究の開始時 (2009 年 9 月) と終了時 (2010 年 1 月) に GAF, BPRS, BACS-J, 協会版ケアアセスメント, ISDA を実施し、終了時にはあわせて満足度調査を対象者本人、家族、かかわりをもったチームスタッフを対象に実施した。

開始時と終了時の間隔は平均 115.6±27.0 日であり、前後比較では開始時と終了時のどちらか 1 回のみ実施したデータは欠損値として扱い統計処理から除外した。統計解析には SPSS Ver.17 とエクセル統計 2008 を用い、危険率 5%未満を有意とした。

3. 全例による前後比較

3-1. GAF・BPRS スコアの前後比較

開始時と終了時に GAF と BPRS を実施した者はそれぞれ 26 名であった。図 2 に GAF と BPRS の合計得点を比較し、表 1 に BPRS の下位得点を示した。平均スコアを比較すると、GAF スコアは開始時の 51.4 ± 12.6 から終了時には 57.3 ± 13.1 に増加した ($p < 0.001$)。BPRS の合計得点は開始時には 24.9 ± 13.5 であったが、終了時には 20.4 ± 14.6 に有意に減少した ($p < 0.001$)。下位項目では、「不安」「ひきこもり」「罪業感」「疑惑」の得点減少が大きく、それぞれ有意差が認められた (表 1)。

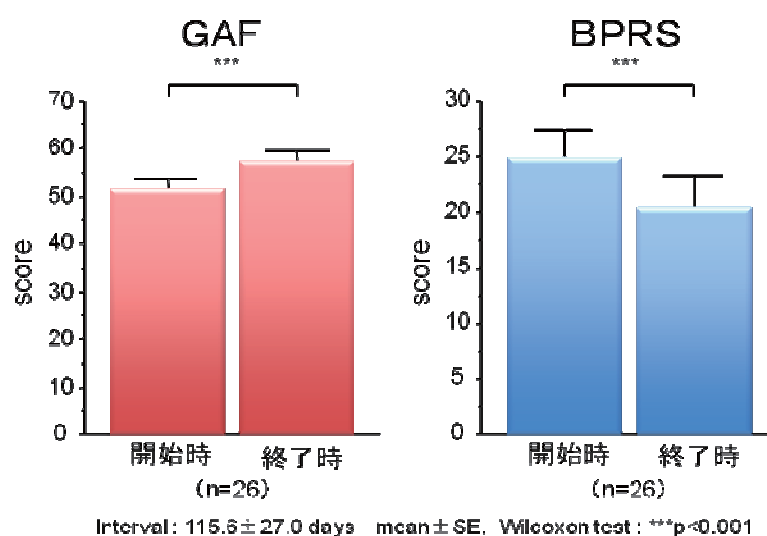


図 2 GAF・BPRS スコアの前後比較

表 1 BPRS の前後比較

評価項目	開始時 (mean±SD)			終了時 (mean±SD)			危険率 p	
1 心氣的訴え	1.96	±	1.54	1.68	±	1.55	0.1394	
2 不安	2.52	±	1.66	1.92	±	1.29	0.0064	**
3 引きこもり	1.64	±	1.22	1.24	±	0.97	0.0409	*
4 思考解体	1.80	±	1.47	1.64	±	1.47	0.2367	
5 罪業感	1.24	±	1.39	0.92	±	1.29	0.0277	*
6 緊張	1.72	±	1.49	1.20	±	1.00	0.0692	
7 衝動的行動	0.96	±	1.24	0.76	±	1.27	0.1614	
8 誇大性	0.92	±	1.47	0.84	±	1.52	0.6858	
9 抑うつ気分	1.28	±	1.49	1.00	±	1.32	0.0745	
10 敵意	0.88	±	1.13	0.76	±	1.23	0.4008	
11 疑惑	1.56	±	1.66	1.08	±	1.38	0.0180	*
12 幻覚	1.28	±	1.65	1.20	±	1.68	0.5541	
13 運動減退	1.72	±	1.43	1.40	±	1.38	0.0858	
14 非協調性	0.76	±	1.39	0.68	±	1.25	0.5286	
15 思考内容の異常	2.08	±	1.98	1.84	±	1.97	0.0759	
16 感情鈍磨	2.08	±	1.15	1.80	±	1.12	0.1536	
17 高揚気分	0.56	±	0.82	0.60	±	0.96	0.9165	
18 精神運動興奮	0.52	±	0.87	0.40	±	0.65	0.2733	

n=26, Wilcoxon test *p<0.05, **p<0.01

3-2. BACS-J の前後比較

開始時と終了時に BACS-J を実施した者は 21 名であった。言語性記憶課題（言語性記憶と学習）、数字順列課題（ワーキング・メモリ）、トークン運動課題（運動機能）、意味カテゴリー流暢性課題（言語流暢性）、符号課題（注意と情報処理速度）、ロンドン塔検査（遂行機能）の各検査から得られた素点より、年代別の換算表を用いて z-score を算出した（z-score = 素点・健常者平均 / 標準偏差）。

BACS-J z-score を開始時と終了時で比較すると、「ワーキングメモリ」では開始時の-2.02 が終了時には-1.57 へ、「遂行機能」では開始時の-1.58 が終了時には-1.07 へとそれぞれ有意に増加し、z-score の平均である「総合得点」においても終了時には有意な増加が認められた（図 3）。

3-3. ケアアセスメントスコアの前後比較

開始時と終了時にケアアセスメントを実施した対象者は 15 名であった。

15 名の平均スコアを前後で比較すると、終了時のスコアには統計的な有意差は認めないものの、開始時に比して「身のまわりのこと」「生活の管理」「自分の健康管理」「家事」「人付き合い」「社会参加」でわずかに増加していた（図 4）。

3-4. 生活チェックリスト（改訂版 ISDA）の前後比較

開始時と終了時に、生活チェックリスト（以下、ISDA）を行った対象者は計 25 名であった。

25 名の平均スコアを比較すると、終了時には 19 項目中「食欲」「身体の動き」「集中力」を除く 16 項目でスコアの増加がみられ、「効率性」では有意差（ $p < 0.05$ ）が認められた（図 5）。

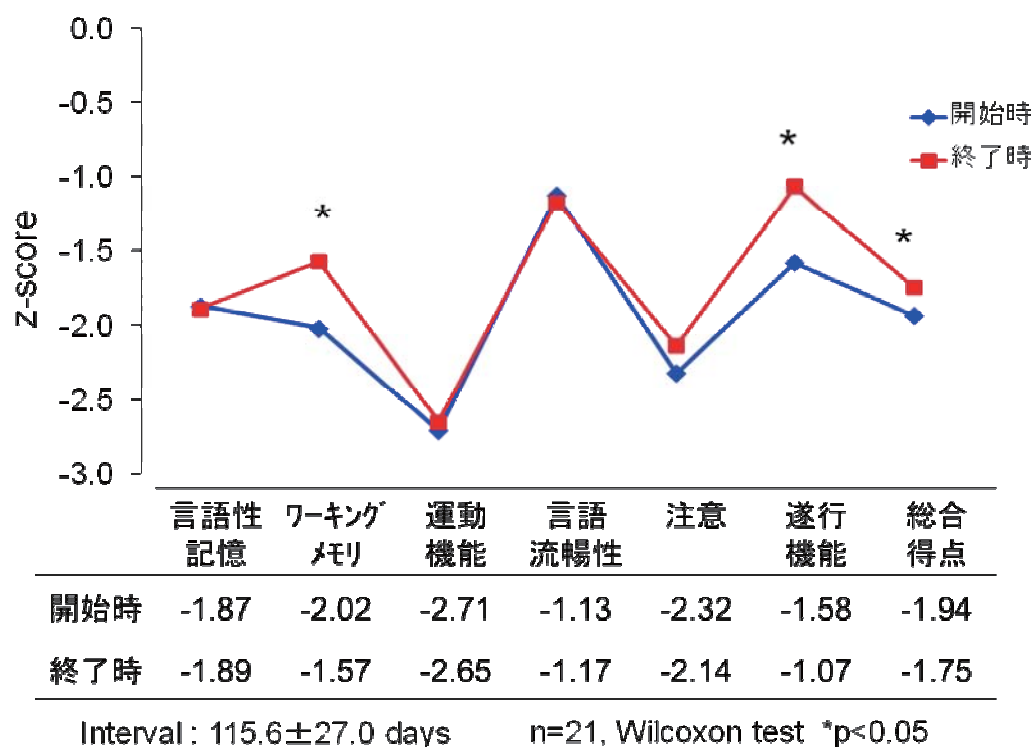


図 3 BACS-J z-score の前後比較

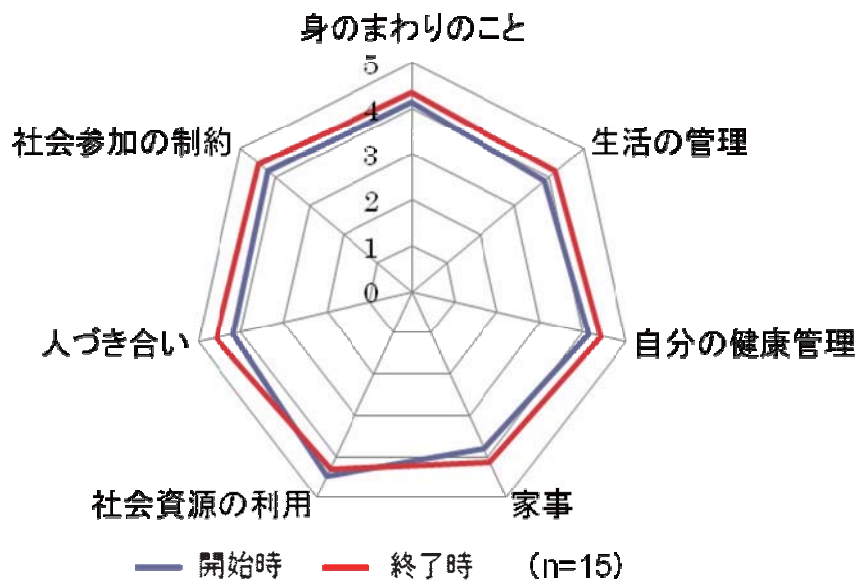
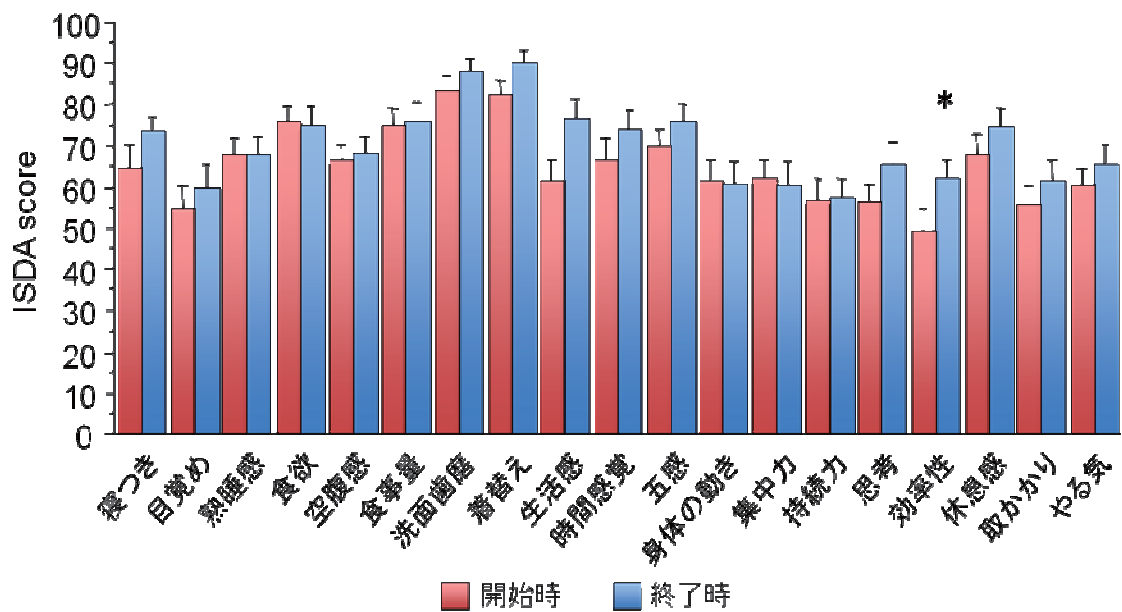


図4 ケアアセスメントスコアの前後比較



Interval: 115.6 ± 27.0
days

n=25, mean $\pm$ SE, Wilcoxon test *p<0.05

図5 ISDA スコアの前後比較

4. 治療経過分類による前後比較

研究開始時の治療経過により, 対象者 29 名を, ①入院後比較的早期に退院した者 (早期退院群), ②長期入院後に退院した者 (長期入院群), ③入院経験のない者 (未入院群) の 3 群に分類し, 3 群間で年齢, 入院回数, 入院期間, 研究期間, ケア会議数を比較した (表 2)。

早期退院群 (n=16) は平均年齢が 34.6 ± 14.4 歳で有意に低く, 平均入院期間は 165.2 ± 121.3 日とばらつきが大きかった。また, 長期入院群ではケア会議数が 3.2 ± 1.1 回で最も多かった。長期入院群 (n=10) は平均年齢が 46.4 ± 10.5 と高く, 最長 20 年の長期入院経験者が含まれていた。

4-1. GAF スコアの群別前後比較

対象者のうち GAF を前後 2 回実施した者は 27 名であった。27 名を早期退院群 (n=14), 長期入院群 (n=10), 未入院群 (n=3) に分け, 研究開始時と終了時のスコアを比較した。

開始時の GAF スコアは未入院群 (55.0 ± 11.8), 長期入院群 (51.3 ± 14.3) の順に高く, 早期退院群 (48.7 ± 16.9) が最も低い傾向にあった。前後比較では終了時のスコアは早期退院群が 58.8 ± 14.2 へ, 長期入院群が 55.2 ± 13.5 へ, 未入院群が 57.5 ± 10.6 へと増加し, 早期退院群では有意差 ($p < 0.01$) が認められた (図 6)。

表 2 治療経過による対象者分類

	早期退院群 (n=16)	長期入院群 (n=10)	未入院群 (n=3)	有意差
年齢 (歳)	34.6 ± 14.4	46.4 ± 10.5	40.7 ± 14.6	*
入院回数 (回)	3.3 ± 3.1	3.6 ± 3.6	0	*
入院期間 (日)	165.2 ± 121.3	1895.1 ± 2372.6	0	**
研究期間 (日)	110.2 ± 25.3	123.6 ± 25.4	117.7 ± 44.4	ns
ケア会議数 (回)	3.2 ± 1.1	1.9 ± 0.9	2.0 ± 1.0	*

Mean $\pm$ SD, Kruskal Wallis test : * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

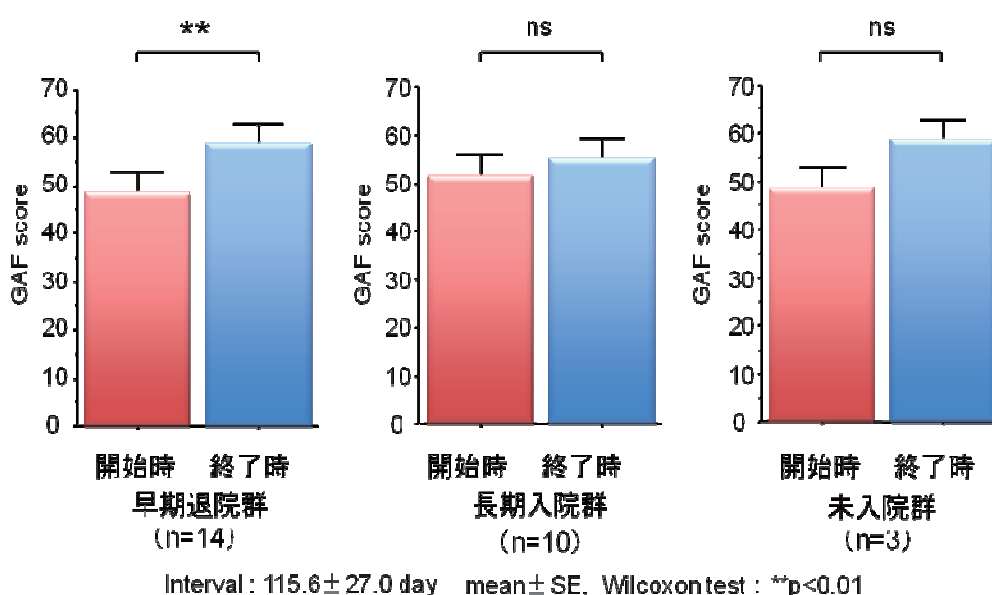


図 6 GAF スコアの群別前後比較

4-2. BPRS スコアの群別前後比較

対象者 29 名のうち、BPRS を前後 2 回実施した者は計 27 名であった。27 名を早期退院群 (n=14)、長期入院群 (n=10)、未入院群 (n=3) に分け、BPRS スコア (合計得点) を比較した。開始時のスコアは未入院群 (31.3 ± 6.0)、早期退院群 (24.8 ± 14.3) の順に高く、長期入院群 (21.7 ± 12.7) が最も低い傾向にあったが、未入院群の例数が少ないこともあり、終了時のスコアとともに 3 群間で有意差を認めるほどではなかった。各群の前後比較においては、終了時のスコアは早期退院群が 21.9 ± 16.6 へ、長期入院群が 18.0 ± 14.0 へ、未入院群が 24.5 ± 20.5 へとそれぞれ減少し、早期退院群と長期入院群では有意差 ($p < 0.05$) が認められた (図 7)。

4-3. BACS-J z-score の群別前後比較

BACS-J を 2 回実施した 21 名 (図 3) のうち、早期退院群と (n=13) 長期入院群 (n=7) で開始時と終了時の z-score を比較した。早期退院群では、終了時に言語性記憶、ワーキングメモリ、遂行機能、総合得点が増加し、遂行機能と総合得点では有意差 ($p < 0.05$) がみられたが、長期入院群では有意な差は認められなかった (図 8)。

4-4. ケアアセスメントスコアの群別前後比較

対象者のうちケアアセスメントを前後 2 回実施した者は 15 名であった。15 名を早期退院群 (n=9)、長期入院群 (n=4)、未入院群 (n=2) に分け、アセスメントスコアを比較した (図 9)。

早期退院群と未入院群では、全ての項目で終了時のスコアが増加したが、長期入院群では終了時に「社会資源の利用」や「人づき合い」でスコアが減少する傾向がみられた。各群のスコア変化にはいずれも統計的な有意差はみられなかったが、3 群間の比較においては、終了時の「生活の管理」と「社会資源の利用」において有意差 ($p < 0.05$) が認められた。

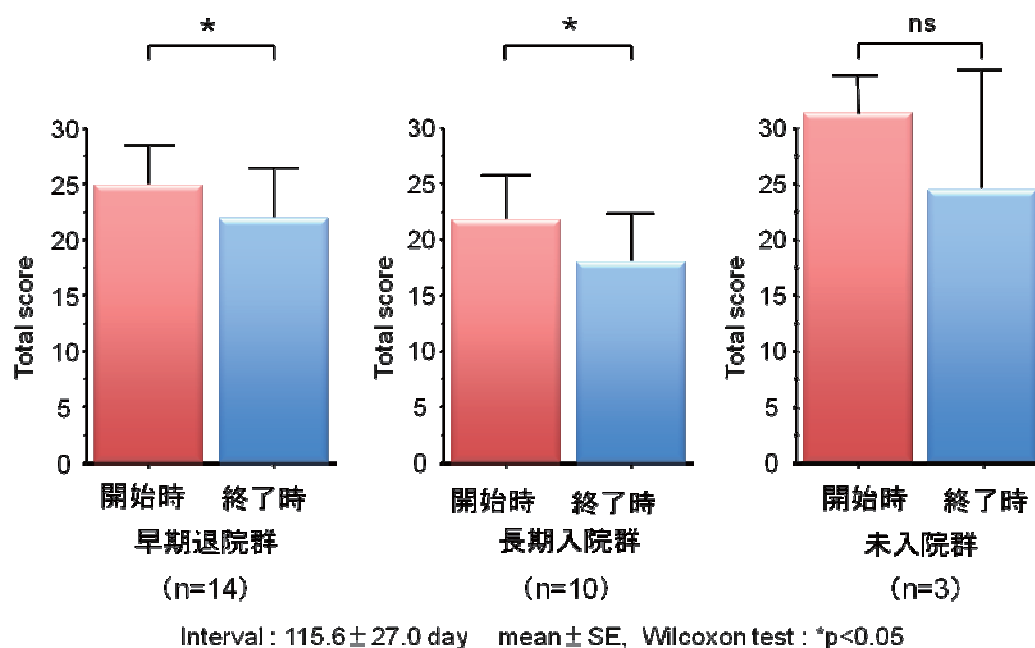


図 7 BPRS スコアの群別前後比較

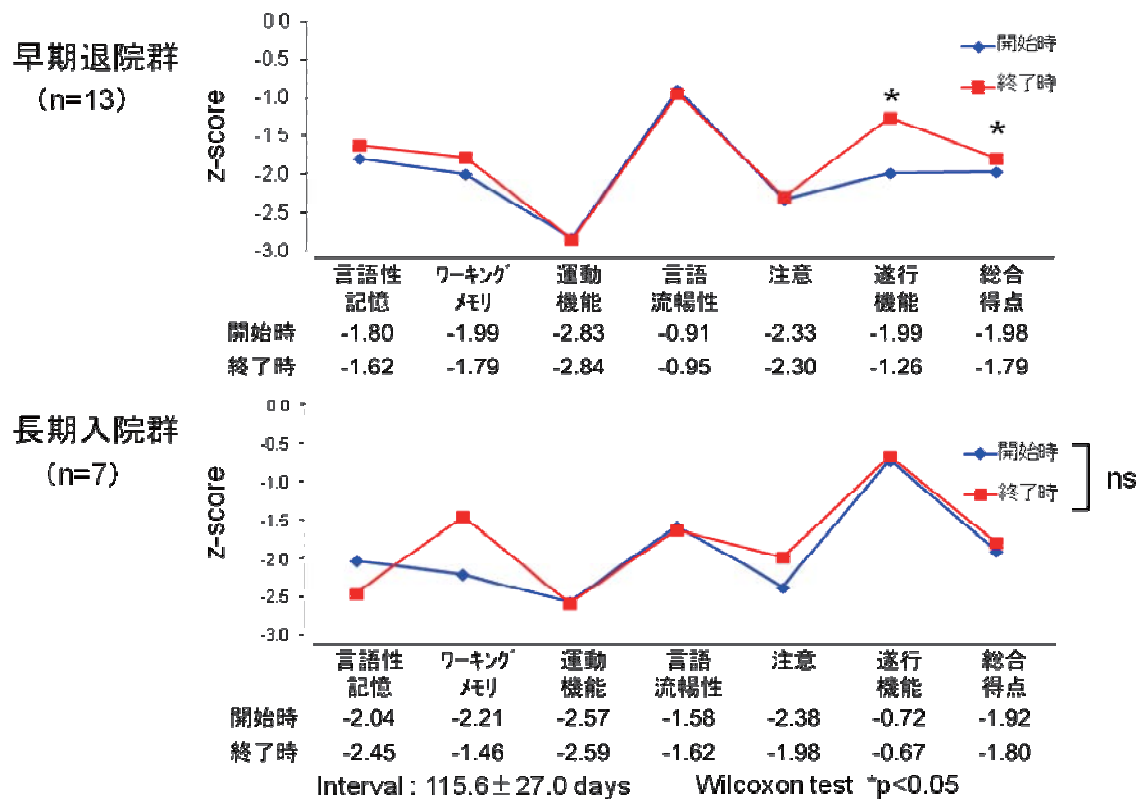


図 8 BACS-J z-score の群別前後比較

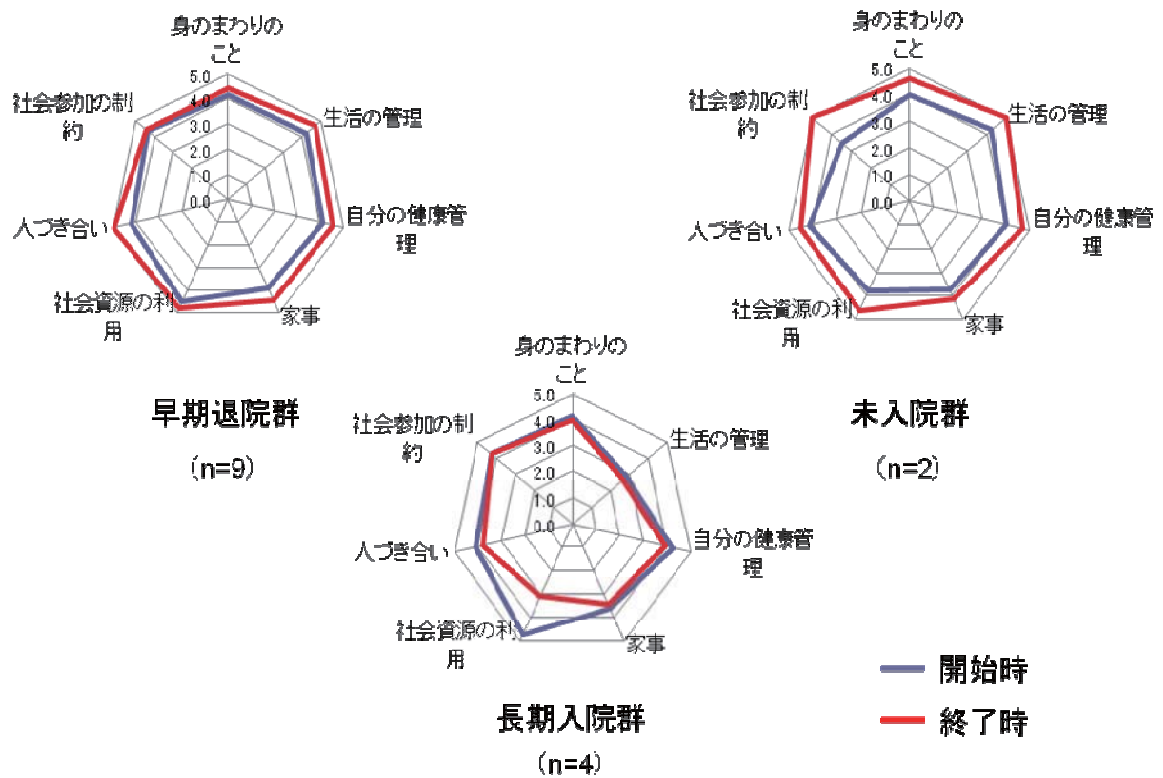


図 9 ケアアセスメントスコアの群別前後比較

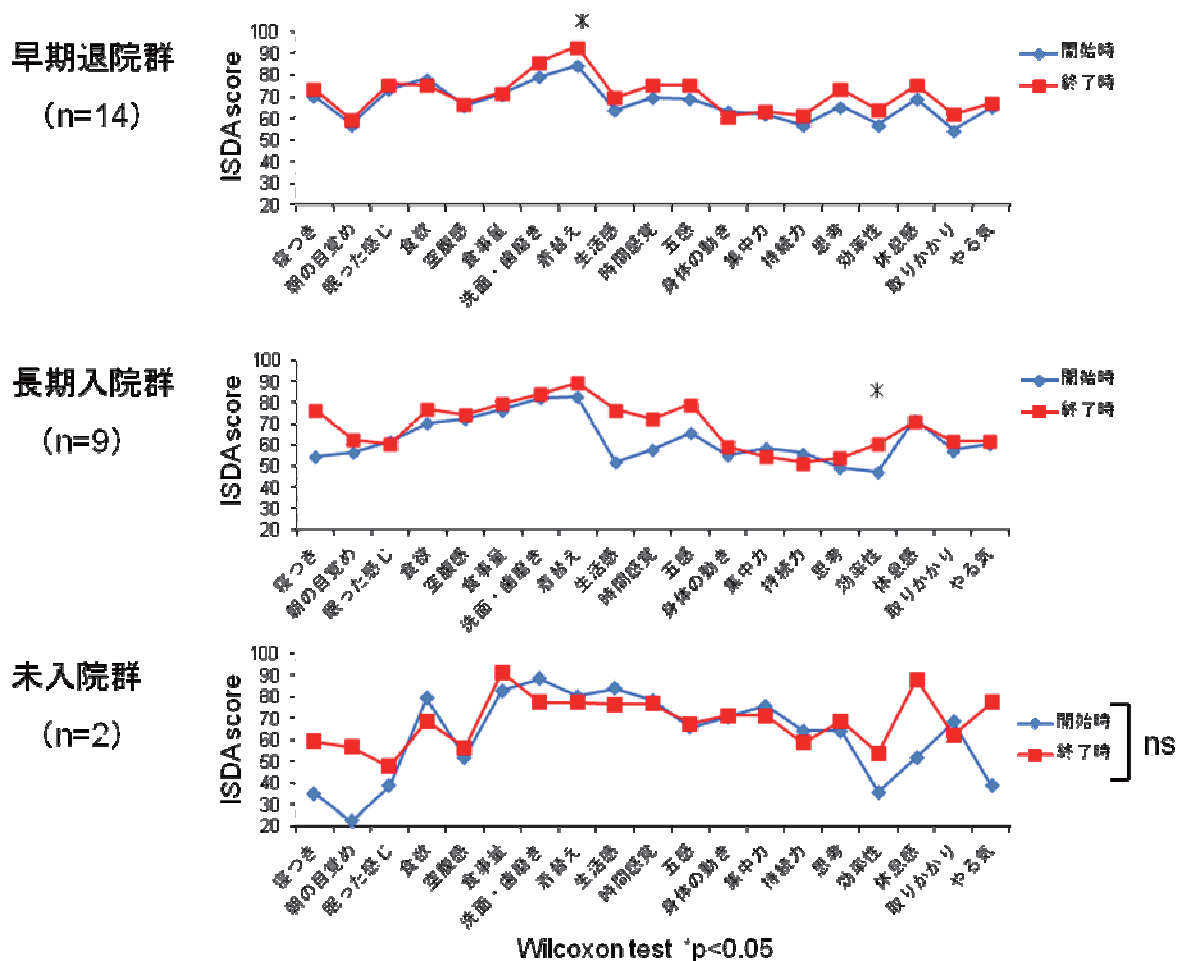


図 10 ISDA スコアの群別前後比較

4-5. 生活チェックリスト (ISDA) スコアの群別前後比較

早期退院群 (n=14)、長期入院群 (n=9)、未入院群 (n=2) で開始時と終了時の ISDA スコアを比較した (図 10)。早期退院群と長期入院群では多くの項目で終了時のスコアが増加し、早期退院群の「着替え」と長期入院群の効率性では有意差 (p<0.05) が認められた。

5. 実施群と対照群の比較

研究協力病院に、対象者と年齢、性別、診断等の属性が共通する比較対照例の選定と、GAF, BPRS, BACS-J, ISDA の実施を依頼した。その結果、4 施設より計 8 名の対照例が得られた。本研究事業のプログラムを実施した群を「実施群」、通常のプログラムを実施した群を「対照群」とし、両群の基礎情報と、GAF, BPRS, BACS-J, ISDA の各スコアを比較した。なお、対照例にはそれぞれの施設にて通常実施されている精神科治療・リハビリテーションプログラムを行ってもらった。実施群 (n=8) の年齢は 47.1±11.1 歳、対照群 (n=8) は 54.4±9.9 歳であり、対照群で高い傾向を示したが統計的な有意差は認めなかった。また、実施群・対照群ともに早期退院群と長期入院群が 4 名ずつ含まれていた (表 3)。

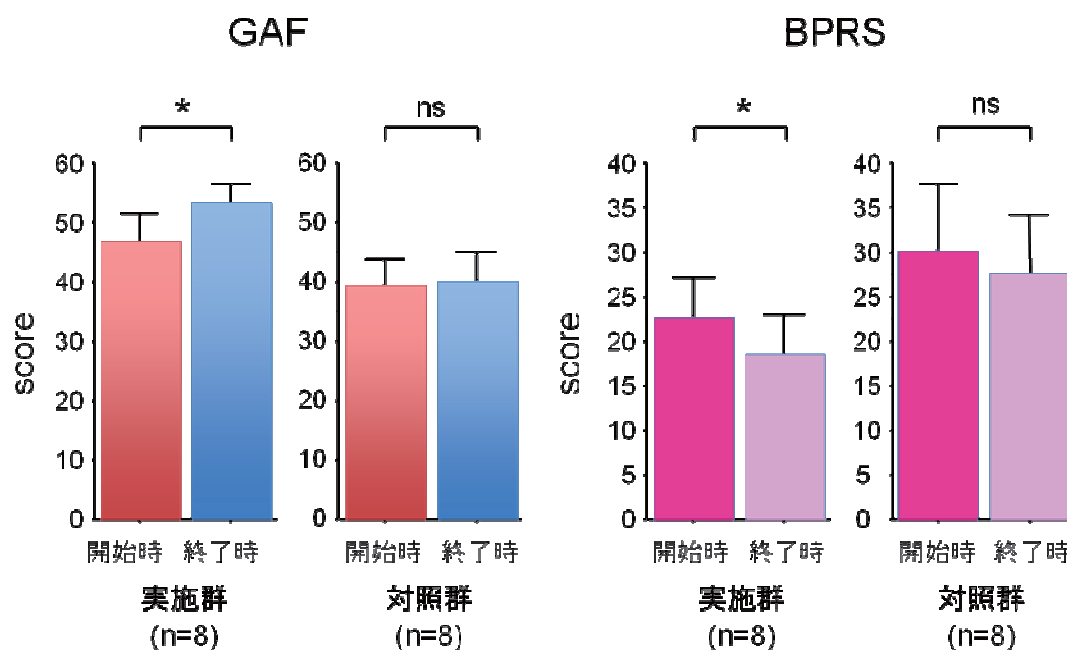
表 3 実施群と対照群の属性比較

	実施群 (n=8)	対照群 (n=8)	有意差
年齢 (歳)	47.1±11.1	54.4±9.9	ns
男性/女性	7/1	7/1	ns
早期退院群 (人)	4	4	ns
長期入院群 (人)	4	4	ns

5-1. 実施群と対照群の GAF・BPRS スコアの前後比較

実施群と対照群の GAF および BPRS 合計スコアを開始時と終了時で比較した (図 11)。

実施群は対照群に比して開始時の GAF スコアが高く、BPRS 合計スコアが低い傾向を示したが、群間比較では統計的な有意差は認めなかった。前後比較では、実施群は終了時に GAF スコアが 46.9 ± 12.2 から 53.4 ± 9.35 へと有意 ($p < 0.05$) に増加し、BPRS スコアが 22.8 ± 12.0 から 18.6 ± 12.0 へと有意 ($p < 0.05$) に減少したのに対し、対照群では GAF および BPRS スコアには有意な変化は認められなかった。



Interval: 115.6±27.0 days Wilcoxon test * $p < 0.05$

図 11 実施群と対照群の GAF・BPRS スコアの前後比較

5-2. 実施群と対照群の BACS-J z-score の前後比較

実施群、対照群ともに、開始時と終了時に BACS-J を実施した者は 6 名であった。実施群では終了時にわずかなスコア増加がみられたが、いずれも有意な増加ではなかった。対照群では「言語性記憶」「運動機能」「言語流暢性」で平均スコアが減少しており、「運動機能」では有意差が認められた (図 12)。

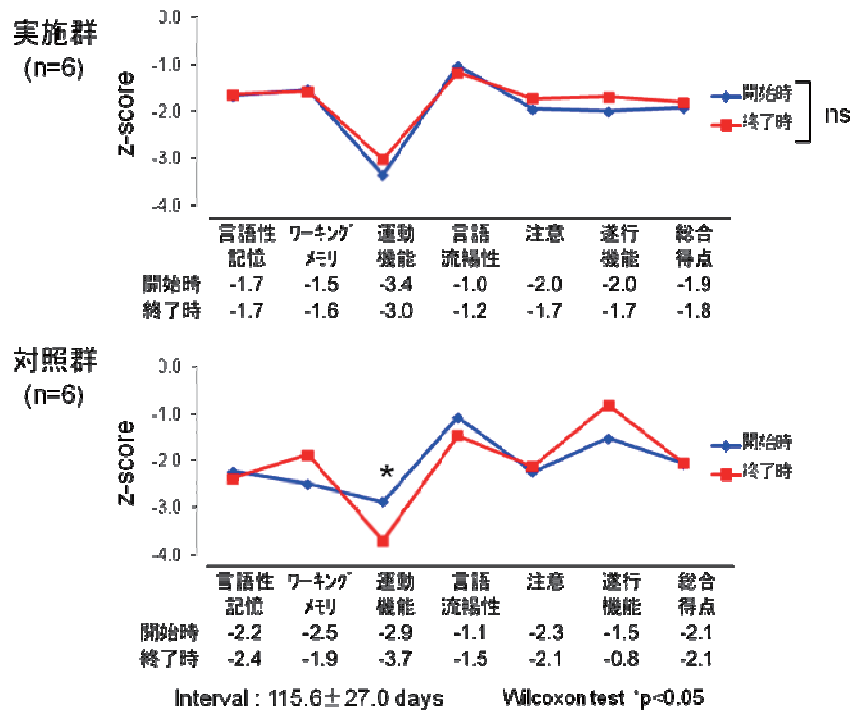


図 12 実施群と対照群の BACS-J z-score の前後比較

5-3. 実施群と対照群の ISDA スコアの前後比較

実施群と対照群で開始時と終了時の ISDA スコアを比較した (図 13). 実施群では, 終了時に多くの項目でスコアが増加し, 「生活感」「時間感覚」「五感」「効率性」では有意差 ($p<0.05$) を認めたが, 対照群では終了時にスコアが増加した項目は少なかった. また, 群間比較では, 「着替え」($p<0.05$), 「生活感」($p<0.01$), 「時間感覚」($p<0.05$), 「五感」($p<0.01$) で実施群のスコアが有意に高かった.

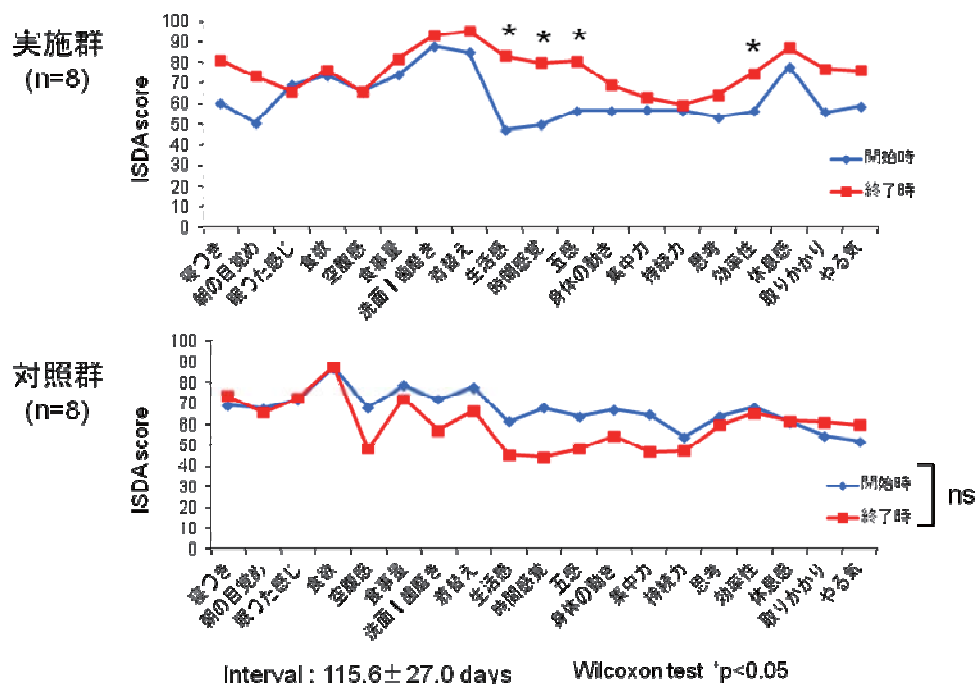


図 13 実施群と対照群の ISDA スコア比較

6. 外来作業療法の有無による比較

対象者 29 名を、外来作業療法の利用者（外来作業療法利用群、 $n=13$ ）とそれ以外の者（外来作業療法非利用群、 $n=16$ ）に分け、それぞれの属性と評価尺度のスコアを比較した。両群間で年齢、男女比、入院回数、ケア会議数には有意な差はなかった。入院期間は非利用群で有意に長かったが、両群ともにばらつきが大きかった（表 4）。

表 4 外来作業療法の有無による対象者の属性比較

	利用群 ($n=13$)	非利用群 ($n=16$)	有意差
年齢 (歳)	38.9 ± 10.0	39.6 ± 16.7	ns
男/女比	11/2	13/3	ns
入院回数 (回)	3.1 ± 3.5	3.0 ± 3.0	ns
入院期間 (日)	283.9 ± 650.9	1018.3 ± 1928.7	**
ケア会議数 (回)	2.3 ± 1.2	2.9 ± 1.1	ns

Mean $\pm$ SD, Mann-Whitney U-test : ** $p < 0.01$

6-1. 外来作業療法の有無による GAF・BPRS スコアの比較

外来作業療法の利用群では、非利用群に比して GAF スコアが低く、BPRS 合計スコアが高い傾向を示したが両群間で統計的な有意差は認められなかった。

スコアの前後比較では、GAF は外来作業療法利用群が 50.2 ± 11.7 から 53.1 ± 12.2 へ、非利用群が 52.4 ± 13.6 から 60.9 ± 13.2 へと増加し、非利用群では有意差 ($p < 0.01$) が認められた。また、BPRS の合計スコアは、外来作業療法の利用群では 27.5 ± 14.6 から 22.7 ± 16.5 へ ($p < 0.05$)、非利用群では 22.7 ± 12.5 から 18.4 ± 12.9 へ ($p < 0.01$) とそれぞれ有意な減少を示した（図 14）。

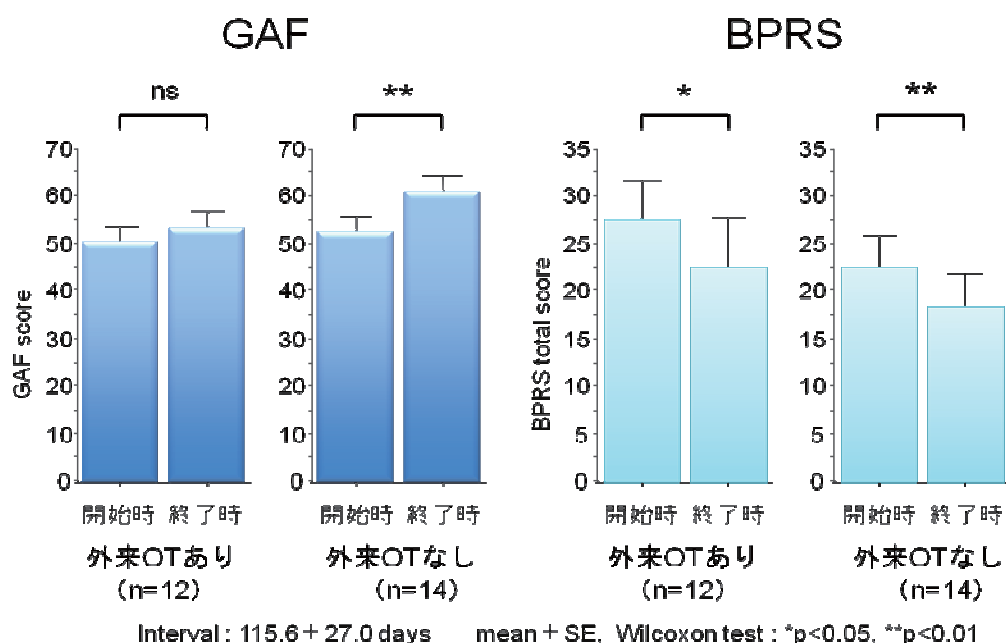


図 14 外来作業療法の有無による GAF・BPRS スコアの比較

6-2. 外来作業療法の有無による BACS-J z-score の比較

外来作業療法を利用した群 (n=8) と利用しなかった群 (n=13) で BACS-J z-score を比較した (図 15)。外来作業療法を利用した群では、利用しなかった群に比して「言語性記憶」と「ワーキングメモリ」のスコアが高く、「運動機能」のスコアが低い傾向がみられたが、両群で統計的な有意差は認められなかった。また、開始時と終了時の前後比較においても、両群ともにスコア変化に有意な差は認められなかった。

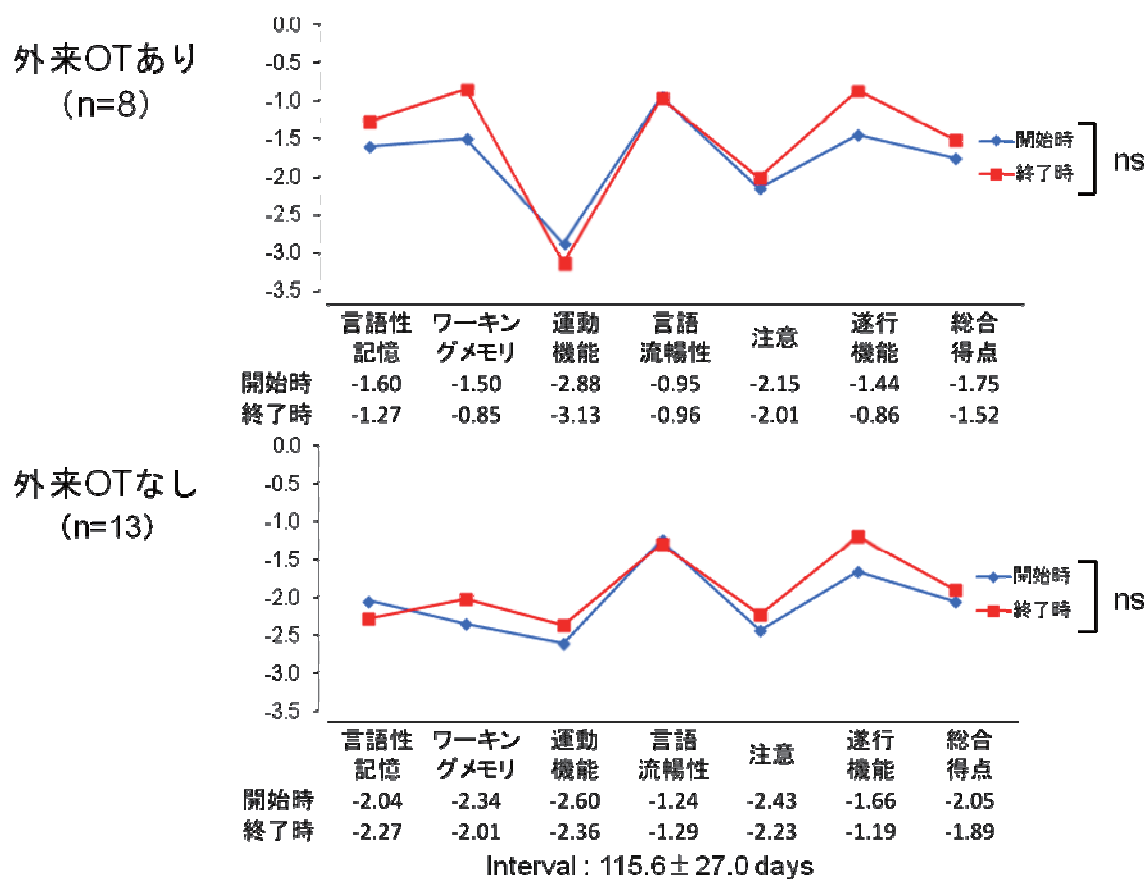


図 15 外来作業療法の有無による BACS-J z-score の比較

6-3. 外来作業療法の有無によるケアアセスメントスコアの比較

外来作業療法を利用した群 (n=5) と利用しなかった群 (n=10) でケアアセスメントスコアを比較した (図 16)。外来作業療法利用群では、統計的有意差は認めないものの終了時にすべての項目でスコアが増加し、7 項目の平均スコアは 4.13 ± 0.62 から 4.69 ± 0.25 に増加した。一方、外来作業療法を利用しなかった群では 7 項目の平均スコアは 3.81 ± 1.21 から 4.18 ± 1.18 とスコアの増加はわずかであった。

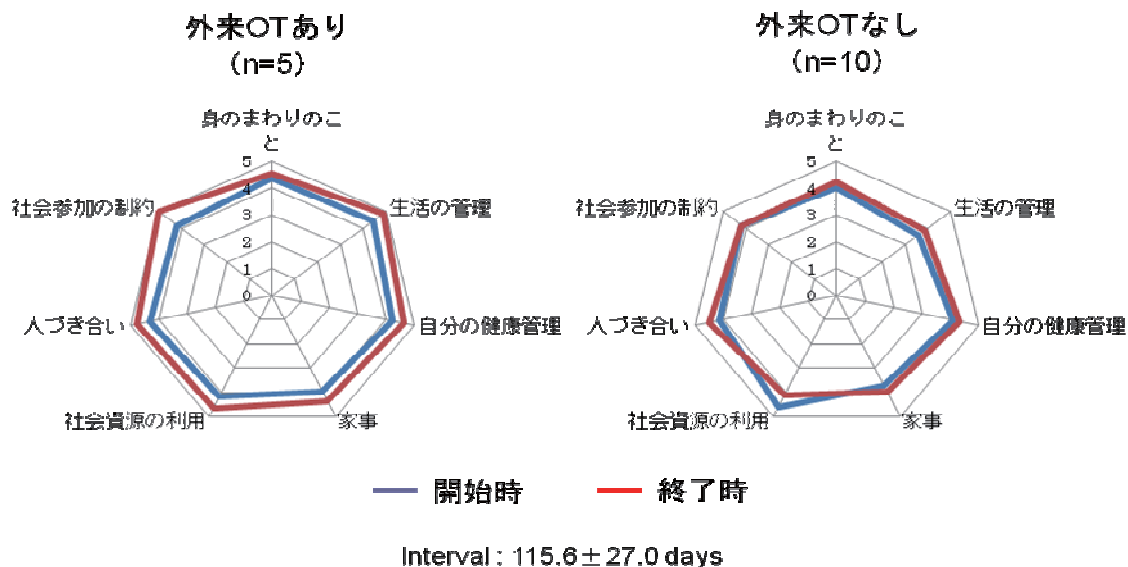


図 16 外来作業療法の有無によるケアアセスメントスコアの比較

6-4. 外来作業療法の有無による ISDA スコアの比較

外来作業療法を利用した群 (n=10) と利用しなかった群 (n=15) で ISDA スコアを比較した (図 17)．外来作業療法利用群では，終了時には「朝の目覚め」「生活感」「時間感覚」「五感」「思考」「効率性」「休息感」などでスコア増加がみられ，「思考」(p<0.05) と「効率性」(p<0.01) では有意差が認められたが，非利用群では有意なスコア変化はみられなかった．

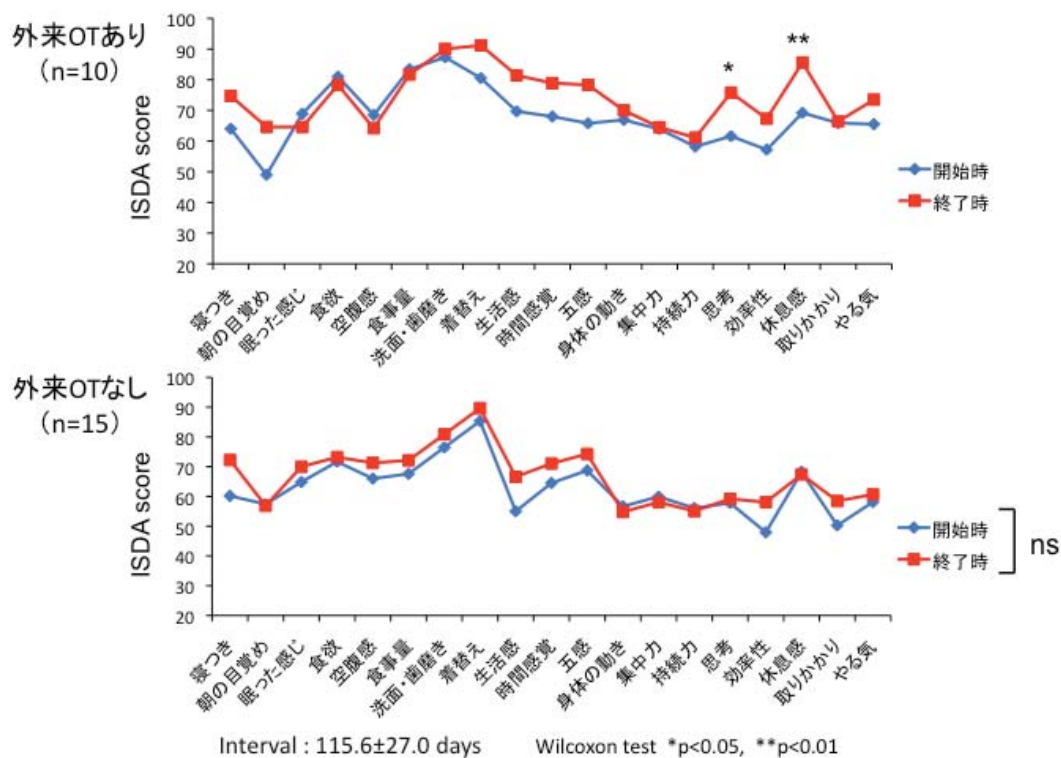


図 17 外来作業療法の有無による ISDA スコアの比較

7. 訪問看護の有無による比較

対象者 29 名を、訪問看護の利用者（訪問看護利用群、n=10）とそれ以外の者（訪問看護非利用群、n=19）に分け、それぞれの属性と評価尺度のスコアを比較した。両群間で年齢、男女比、入院回数、入院期間、ケア会議数には有意な差はなかった（表 5）。

表 5 訪問看護の有無による対象者の属性比較

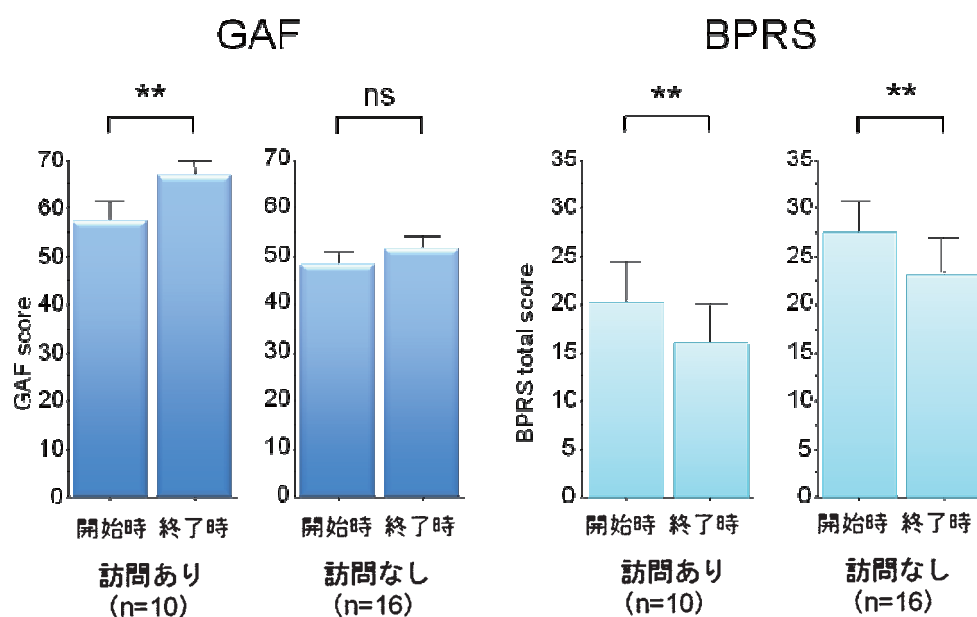
	利用群（n=10）	非利用群（n=19）	有意差
年齢（歳）	43.5±15.3	37.1±12.9	ns
男/女比	8/1	15/4	ns
入院回数（回）	4.1±3.5	2.5±3.0	ns
入院期間（日）	205.8±124.5	980.1±1881.2	ns
ケア会議数（回）	3.2±0.9	2.3±1.2	ns

Mean±SD, Mann-Whitney U-test

7-1. 訪問看護の有無による GAF・BPRS スコアの比較

訪問看護の利用群では、非利用に比して GAF スコアが低く、BPRS 合計スコアが高い傾向を示し、終了時の GAF スコアでは両群の間に有意差 (Mann-Whitney U-test, $p<0.01$) が認められた。

スコアの前後比較では、GAF は訪問看護利用群が 57.4 ± 11.9 から 66.7 ± 10.5 へ、非利用群が 48.0 ± 12.0 から 51.4 ± 11.2 へと増加し、利用群では有意差 ($p<0.01$) が認められた。また、BPRS の合計スコアは、訪問看護の利用群では 20.3 ± 12.5 から 16.0 ± 12.3 へ、非利用群では 27.4 ± 13.8 から 23.1 ± 15.8 へとそれぞれ有意 ($p<0.01$) な減少を示した（図 18）。



Interval: 115.6 ± 27.0 days mean ± SE, Wilcoxon test: ** $p<0.01$

図 18 訪問看護の有無による GAF・BPRS スコアの比較

7-2. 訪問看護の有無による BACS-J z-score の比較

訪問看護を利用した群 (n=9) と利用しなかった群 (n=12) で BACS-J z-score を比較した。訪問看護を利用した群では、利用しなかった群に比して開始時の「言語流暢性」 ($p<0.05$) と「注意」 ($p<0.01$)、「総合得点」 ($p<0.05$) のスコアが有意に低かった (Mann-Whitney U-test)。

開始時と終了時の前後比較においては、訪問看護利用群はすべての項目でスコアが増加したが有意差はみられなかった。これに対して非利用群では、終了時に「ワーキングメモリ」と「遂行機能」で有意 ($p<0.05$) なスコアの増加が認められた。

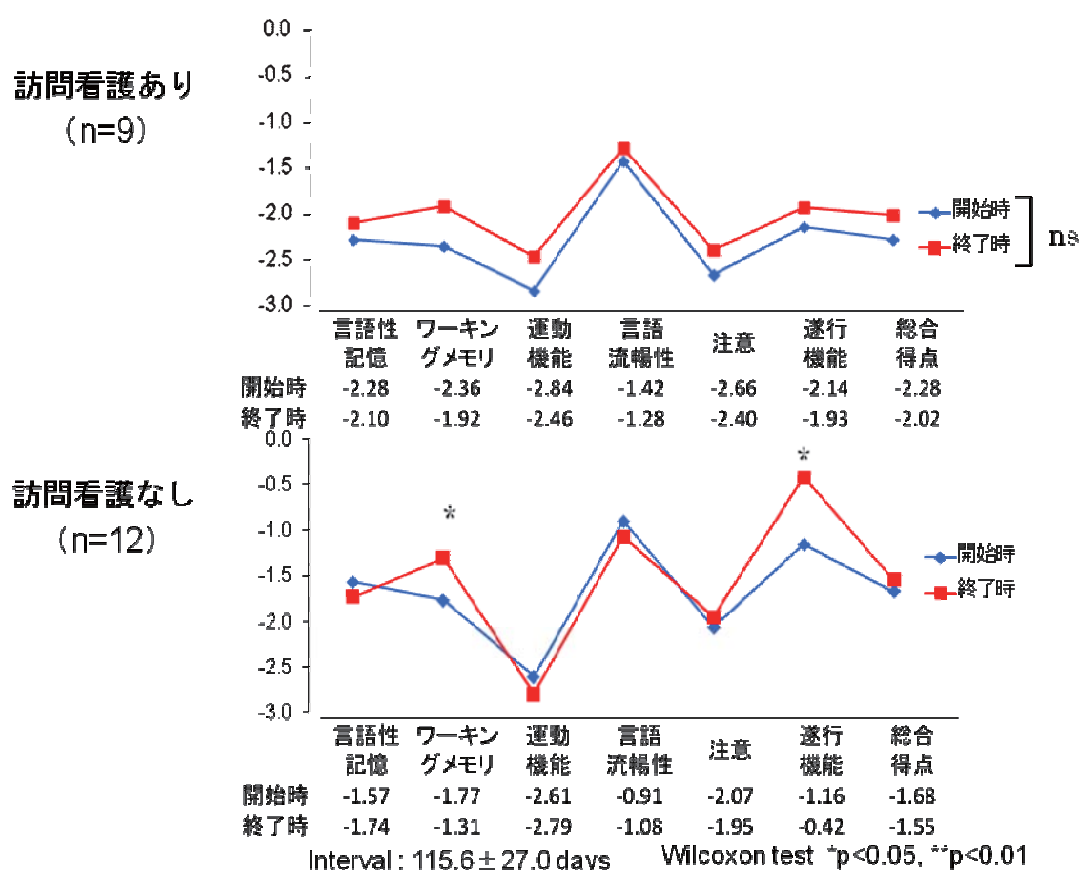


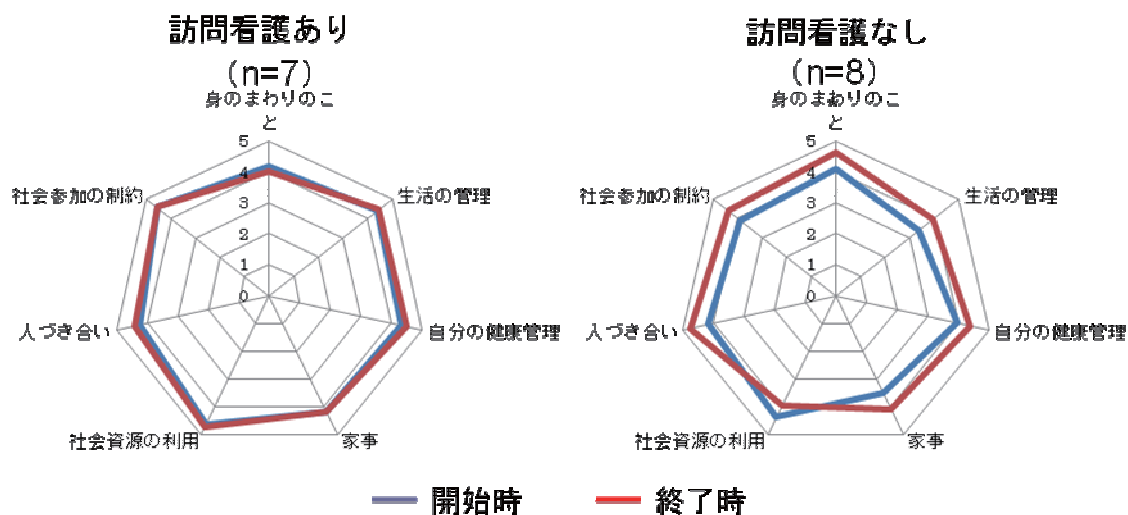
図 19 訪問看護の有無による BACS-J z-score の比較

7-3. 訪問看護の有無によるケアアセスメントスコアの比較

訪問看護を利用した群 (n=7) と利用しなかった群 (n=8) でケアアセスメントスコアを比較した (図 20)。訪問看護利用群の平均スコアは開始時が 4.35 ± 0.65 、終了時が 4.40 ± 0.67 でスコア変化がほとんどみられなかった。一方、訪問看護を利用しなかった群では「社会資源の利用」を除く 6 項目でスコアの増加を示し、平均スコアは 3.90 ± 1.17 から 4.30 ± 1.11 に増加し、「身の回りのこと」では有意差が認められた ($p<0.05$)。

7-4. 訪問看護の有無による ISDA スコアの比較

訪問看護を利用した群 (n=10) と利用しなかった群 (n=15) で ISDA スコアを比較した (図 21)。訪問看護利用群では、有意なスコア増加はみられなかったが、非利用群では終了時に多くの項目でスコアが増加し、「時間感覚」と「効率性」では有意差 ($p<0.05$) が認められた。



Interval: 115.6 ± 27.0 days Wilcoxon test: *p<0.05

図 20 訪問看護の有無によるケアアセスメントスコアの比較

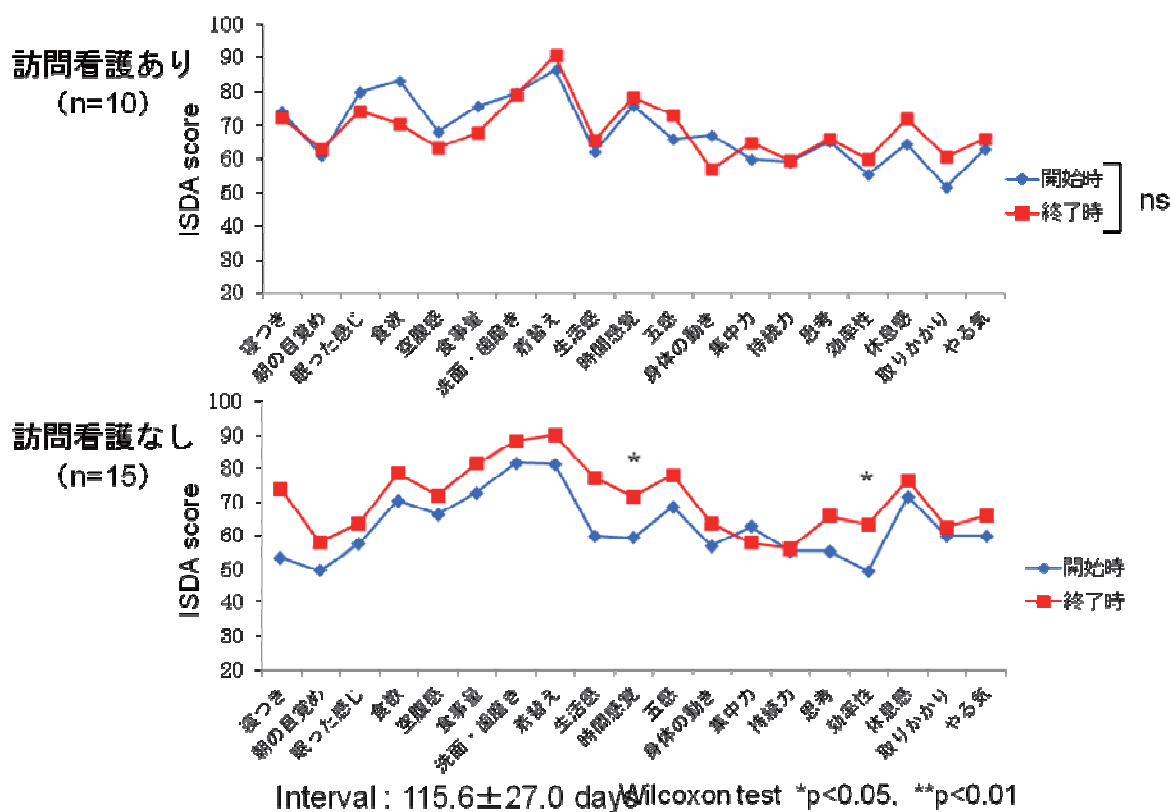


図 21 訪問看護の有無による ISDA スコアの比較

8. 満足度調査（アンケート）の結果

研究事業の終了時に満足度調査を実施し、対象者本人（25人）、家族（10人）、支援スタッフ（71人）より回答を得た（調査・アンケート用紙については資料を参照）。

8-1. 本人

本人に対する満足度調査の結果を図 22 に示した。フェイススケールの 5 点～3 点を肯定的回答とみると、プログラムに対しては 100% が肯定的な評価をしており、「該当なし」を除外すると、すべての項目で 70% 以上が肯定的な回答をしていた。また、強い満足度（5 点）が得られた項目は、「15. 相談できる人ができた：58%」、「12. 自分らしい生活のヒントを得ることができた：54%」、「13. ケア会議に満足：42%」、「14. 支援体制について満足：38%」、「これからの生活に希望がもてる：38%」の順であった。

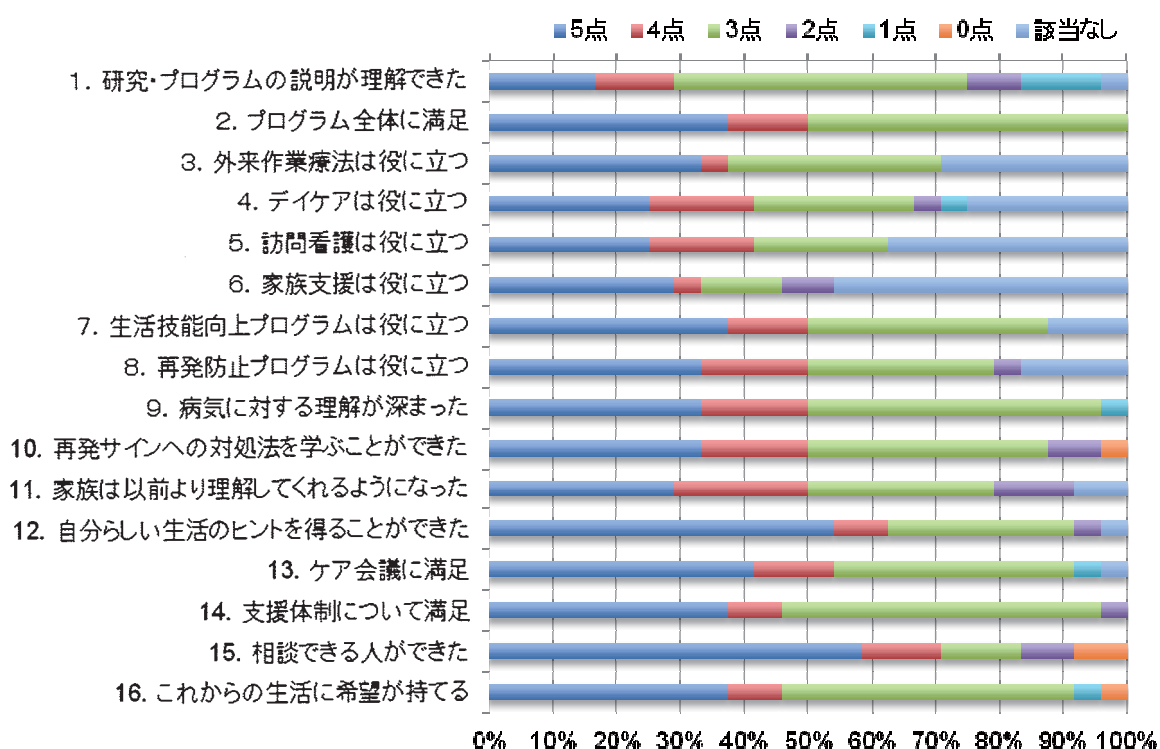


図 22 アンケート結果（本人，n=25）

8-2. 家族

家族に対する満足度調査の結果を図 23 に示した。「1. 研究・プログラムについて十分説明を受けた」、「3. 外来作業療法は役に立つ」、「4. デイケアは役に立つ」、「5. 訪問看護は役に立つ」、「8. 情報提供は役に立つ」、「10. 病期に対する理解が深まった」、「13. 今後の生活へのヒントを得ることができた」、「14. 相談できる人ができた」の各項目では、「該当なし」の回答を除くと全例が「はい」と回答していた。一方、「11. 再発サインへの対処法を学ぶことができた」と「17. これからの生活に希望がもてる」については、40%の回答者が「どちらともいえない」と答えていた。

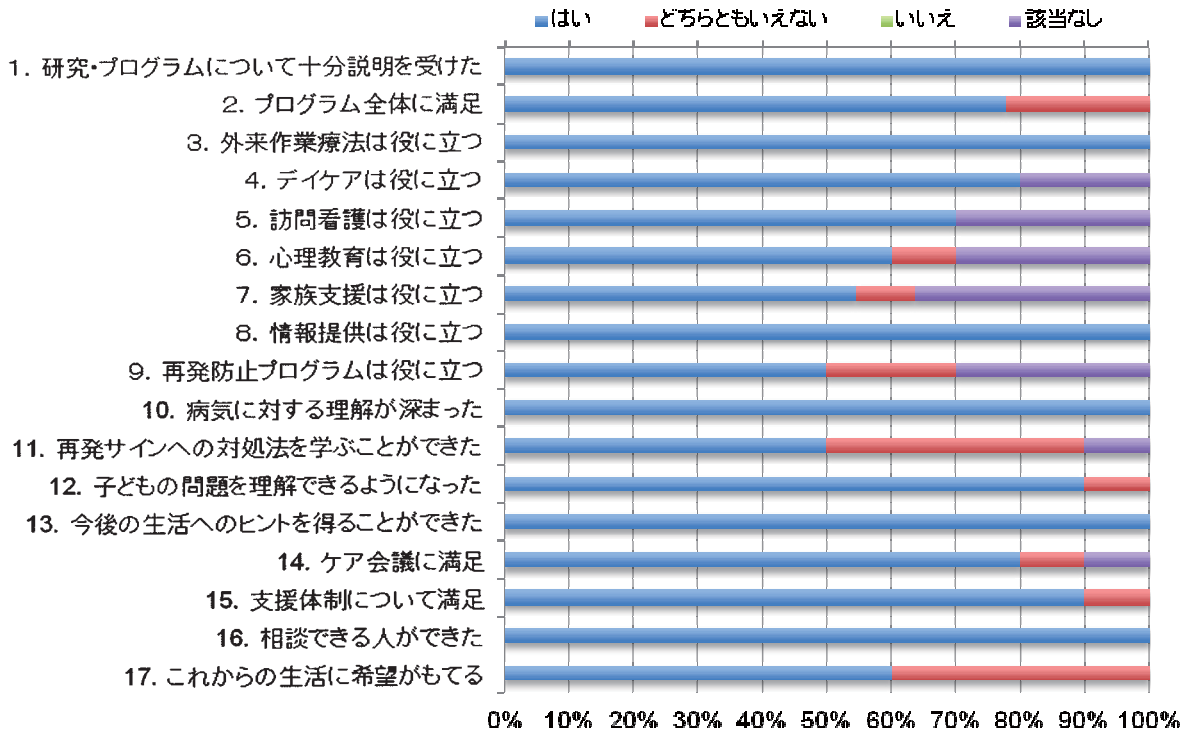


図 23 アンケート結果（家族，n=10）

8-4. スタッフ

対象者 29 例の治療・援助に関与したスタッフ 71 名より回答を得た。回答者は作業療法士（OT；20 名）が最も多く、次いで、医師（Dr；10 名），精神保健福祉士（PSW；10 名），看護師（Ns；7 名）の順であった（図 24）

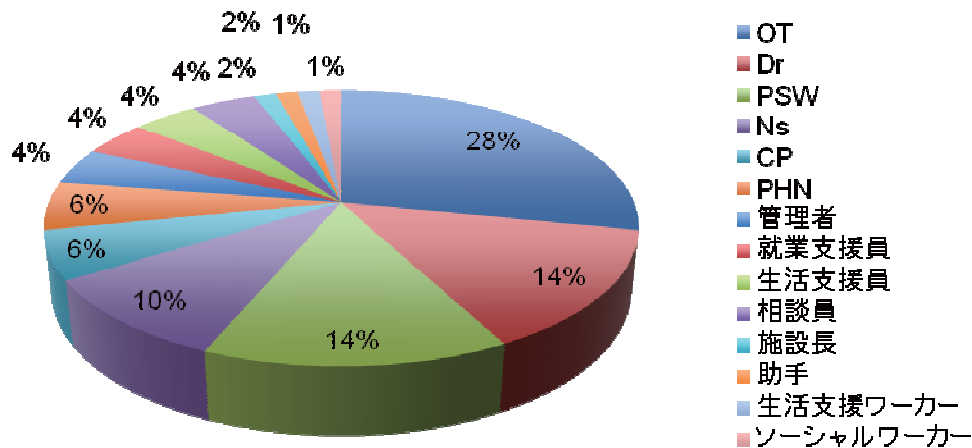


図 24 スタッフ回答者の内訳

スタッフの 56%が「2. プログラム全体に満足」と答え、68%が外来作業療法、72%がデイケアと訪問看護をそれぞれ「役に立つ」と評価していた。

職種間の連携については、全体の 86%が「7. 退院時に多職種・地域スタッフによるケア会議は必要」とし、77%が「11. ケア会議（カンファレンス）に満足」と答えていた。また、93%が

「12. 継続して支援チームに連携・協力ができる」とし、87%のスタッフが「13. 精神科リハサービスに希望がもてる」と回答していた（図 25）。

「今回の研究およびプログラムに関して何かご意見や感想があればお聞かせください」という問いによる自由記載の例を表 6 に示した。チーム連携に対する肯定的な意見が多くみられたが、一方で、ケア会議のスケジュール調整やマンパワーの必要性などが記されていた。

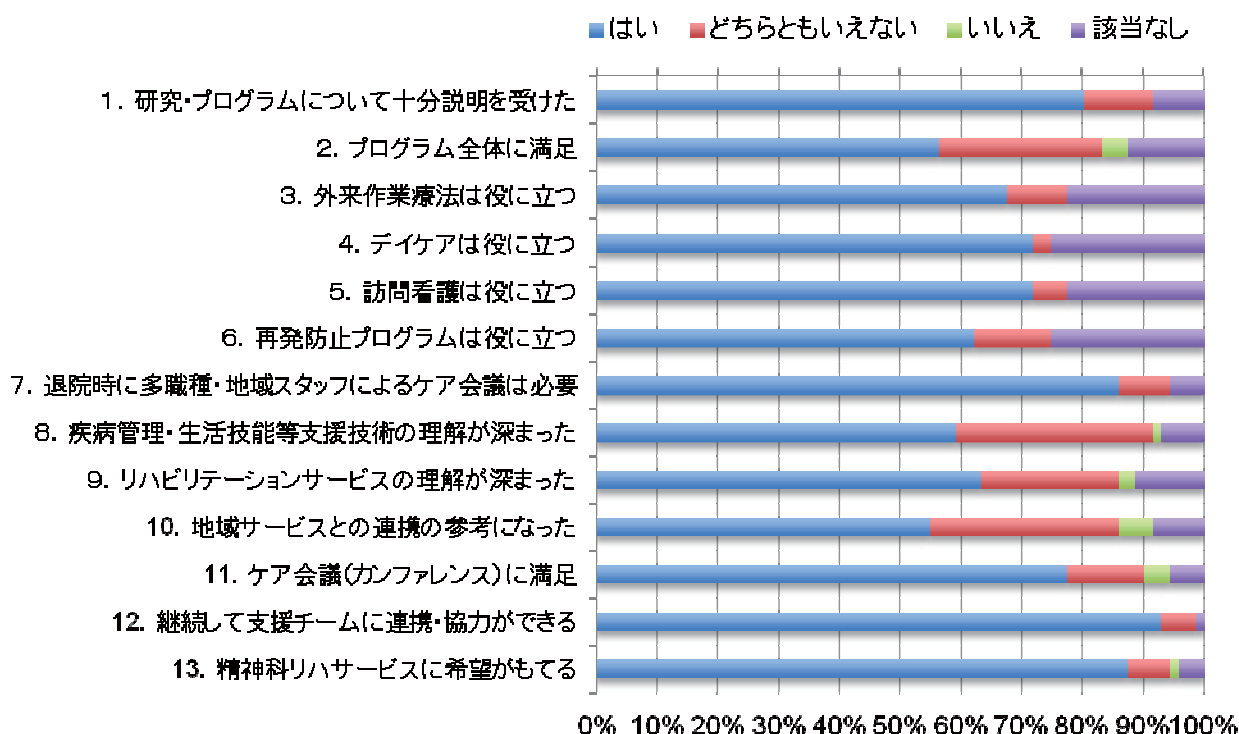


図 25 アンケート結果（スタッフ，n=71）

表 6 アンケート自由記載例

職 種	自由記載例（スタッフ）
OT	スケジュールをあわせるのが困難 情報を知る必要がある・ケア会議の重要性を改めて感じた 地域支援への主体の移行が課題
Dr	時間との戦い
PSW	情報共有や連携で新たなサービスの選択肢に辿り着くこともあった サービスの質を確認する機会となった
Ns	会議日程の調整が課題
PHN	丁寧な支援は効果的 医療のアウトリーチは地域にとってありがたい 障害者にとって大きな支えになるがかなりのマンパワーが必要
相談員	職域を越えてのプログラムの企画運営が出来るとよい 今後も機会があれば参加したい
管理者	ケア会議に参加させていただき感謝
支援員	チームのサポート体制や医療体制による本人との関わりがこの研究で実践されていることに意味がある

9. 評価尺度についての考察

9-1. プログラム前後の比較

開始時と終了時に実施した GAF・BPRS スコアの前後比較より、本研究事業の期間中に対象者の全般的な精神機能が向上し、精神症状（ひきこもり、罪業感、疑惑など）が有意に軽減したことが示された（図 2、表 1）。

BACS-J の前後比較では、数字順列課題（ワーキング・メモリ）とロンドン塔検査（遂行機能）、総合得点において有意差が認められ、リハビリテーションプログラムの実施により作業遂行に関連するワーキングメモリ・遂行機能が向上したものと推測される（図 3）。こうした結果は、ケアアセスメントスコアの前後比較や、生活チェックリスト（ISDA）の前後比較からも同様に推測され、ISDA（25 名）の前後比においても、作業遂行に関連する「効率性」で有意差（ $p<0.05$ ）が認められた（図 5）。

9-2. 治療経過による影響

早期退院群・長期入院群・未入院群の比較では、各群の例数や入院期間などにばらつきがあり、とくに未入院群では例数が少ないため、確かなことはいいがたい。

早期に退院した群と長期入院後に退院した群とを比較すると、早期退院群では開始時の GAF スコア（全般的機能）が低く、BPRS 合計点（精神症状）が高い傾向があったが、終了時には明らかなスコア変化（改善）が認められた（図 6、7）。また、BACS-J z-score の変化をみると、長期入院群では有意差は認められなかったが、早期退院群では遂行機能と総合得点に有意差（ $p<0.05$ ）を認め、早期退院群で認知機能の改善傾向が認められた（図 8）。

こうした変化は、終了時のケアアセスメント（図 9）に示された自立度の改善にも表れており、適切なりハビリテーションプログラムによって、精神・認知機能および生活機能の改善が得られやすい早期退院群の特徴を示すものと思われる。

9-3. 比較対照試験の結果

本人・家族・チームとの連携によるケア会議をもとにリハビリテーションプログラムを実施した群（実施群）と、各施設の通常のプログラムを実施した群（対照群）との比較では、実施群は終了時に GAF スコアが有意に増加し、BPRS スコアが有意に減少したが、対照群では有意なスコア変化を認めなかった（図 11）。これらの結果は、（社）日本作業療法士協会が平成 20 年度に実施した研究「精神障害者の退院促進および円滑な地域移行のための地域支援体制構築に向けた研究」においても同様の結果が得られており、ケアマネジメントモデルによる精神科リハビリテーションプログラムの治療効果（全般的機能の向上、精神症状の軽減）が改めて検証された。

実施群と対照群の BACS-J z-score の前後比較は、ともに例数が 6 例と少ないため再評価が必要と思われるが、対照群がいくつかの項目でスコアが低下していたのに対し、実施群ではわずかにスコアが増加する傾向がみられた（図 12）。また、実施群と対照群の ISDA スコアの比較では、実施群で終了時に多くの項目でスコアが増加し、「生活感」「時間感覚」「五感」「効率性」では有意差（ $p<0.05$ ）が認められたが、対照群では終了時にスコアが増加した項目は少なかった（図 13）。実施群で有意な増加を示した「生活感」「時間感覚」「五感」「効率性」は、いずれも現実機能や遂

行機能に関連する体験であり、再発防止や生活管理技能の向上などの目標指向的な支援、ケアプランに沿った現実的・具体的な支援などが好影響を及ぼした結果と思われる。

9-4. 外来作業療法の役割

外来作業療法の利用群は、ばらつきは大きいものの非利用群に比べて入院期間が有意に短く、早期退院後の支援として外来作業療法が利用されやすいことが推測された（表 4）。また、外来作業療法の利用群では、統計的な有意差は認めないものの非利用群に比して GAF スコアが低く、BPRS 合計スコアが高い傾向を示し、対象者の回復早期の状態像が影響しているものと思われる。

BACS-J z-score の変化は外来作業療法の利用群と非利用群で有意な差は認められなかった（図 15）。しかし、ケアアセスメントスコアの比較では、非利用群でほとんど変化がみられないのに対し、外来作業療法の利用群ではバランスの良いスコア増加が認められ（図 16）、ISDA スコアにおいても、利用群では終了時に「朝の目覚め」「生活感」「時間感覚」「五感」「思考」「効率性」「休息感」などでスコア増加がみられ、「思考」と「効率性」では有意差が認められた（図 17）。

これらの結果は、比較的早期に退院した対象者が、個別対応を基本とする外来作業療法によって現実感や思考のまとまり、作業の効率性などを回復させ、生活の自立性を高めていく過程を示しているものと思われ、早期退院後の地域生活移行に貢献する外来作業療法の治療的役割が示唆された。

9-5. 訪問看護の役割

訪問看護の利用群は、統計的な有意差はないものの非利用群に比べ年齢が高く、入院期間が長い傾向がみられた（表 5）。また、非利用に比して GAF スコアが低く、BPRS 合計スコアが高い傾向にあり（図 18）、比較的状态像の安定した者が訪問看護の対象となりやすいものと思われた。

BACS-J の z-score は、開始時に「言語流暢性」「注意」「総合得点」が利用群で有意に低く、開始時と終了時の前後比較では、終了時に非利用群で「ワーキングメモリ」と「遂行機能」の有意なスコア増加がみられたのに対し、利用群では有意なスコア増加は認められなかった（図 19）。また、ケアアセスメントスコアの比較では、非利用群が終了時にスコア増加を示したのに対し、利用群では開始時より比較的高いスコアを示し、終了時のスコア変化はほとんど認めなかった（図 20）。このような傾向は ISDA でも同様に認められ、非利用群が終了時に多くの項目でスコア増加を示したのに対し、利用群では開始時より比較的高いスコアが高く、終了時にもこうした傾向が保たれていた（図 21）。

これらの結果より、訪問看護は比較的年齢が高い、安定した状態にある維持期の対象者の生活支援に利用されやすいと思われるが、今回の訪問看護利用群はデイケアやショートケア、または外来作業療法の併用者も多く、これらのサービスを生活の場で補完し、対象者の自立性を高めるのが訪問看護の重要な役割と思われる。

9-6. 本人・家族・スタッフの満足度

アンケート結果は、本人・家族・スタッフともに本リハビリテーションプログラムに対する高い評価を示していた。とくに対象者本人は、プログラムに対して全例が 5 点～3 点の肯定的な評

価をしており、「相談できる人ができた」、「自分らしい生活のヒントを得ることができた」、「ケア会議に満足」の項目では、40%以上の者が高い満足度（5点）を示した（図 22）。

家族の回答は 10 例で全体の 1/3 に留まったが、回答者の多くがプログラムを肯定的に評価しており、高い満足度を示した。しかし、「再発サインへの対処法を学ぶことができた」と「これからの生活に希望がもてる」については、40%の回答者が「どちらともいえない」と答えており、支援方法について今後さらに検討が必要と思われる（図 23）。

支援スタッフについては、職種間の連携について 86%が「退院時に多職種・地域スタッフによるケア会議は必要」、77%が「ケア会議（カンファレンス）に満足」と答え、93%が「継続して支援チームに連携・協力ができる」、87%が「精神科リハサービスに希望がもてる」と回答した（図 25）。しかし、自由記載ではケア会議のスケジュール調整の困難さや、マンパワーの必要性などが指摘されており（表 6）、ケア会議の実施やキーワーカーの配置に対する評価など、今後、何らかの制度的な保証が必要と思われる。

資 料

概要説明・研究の手引き

（別紙—１） 同意説明文書

研究協力をお願い

「平成 21 年度障害者保健福祉推進事業」研究事業へのご協力をお願い（依頼）

（別紙—４） 承諾書

（別紙—２） 同意書

（別紙—１ 対照用） 同意説明文書

（別紙—２ 対照用） 同意書

障害者自立支援調査研究プロジェクト施設チェックリスト

GAF：機能の全体的評定尺度（Global Assessment of Functioning）

BRIEF PSYCHIATRYIC RATING SCALE(BPRS)/Oxford 版

生活体験チェックリスト

精神科リハビリテーションプログラムに関するアンケート（利用者用）

精神科リハビリテーションプログラムに関するアンケート（ご家族用）

精神科リハビリテーションプログラムに関するアンケート（支援スタッフ用）

より良い地域生活を送るためのケアプラン表

平成 2 1 年度障害者保健福祉推進事業

精神科デイケア, 外来作業療法, 訪問看護等
医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究

概要説明・研究の手引き

2009年8月

社団法人 日本作業療法士協会

1. 研究の概要

この研究は、平成21年度厚生労働省・援護局障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）の国庫補助を受けて、社団法人日本作業療法士協会（以下、協会とします）が行うものです。

研究課題名は「精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」といいます。この研究では協会員が勤務する病院の協力を得て、次に示す目的を達成するためにモデル的な外来医療の実践を行い、その結果を事例報告書にまとめます。そして収集されたデータの分析より、精神科における通院リハビリテーションサービスの在り方について検討します。

2. 研究の目的

精神科病院から退院した統合失調症患者、または入院経験がない患者に対して、精神科デイケア（ショートケア）、外来作業療法、訪問看護等が生活能力に及ぼす影響、および質の高い通院リハビリテーションサービスとして、それぞれが提供すべき支援内容を明確に示すことを目的とします。

3. 研究の方法

1) 支援方法の検討

研究協力者による委員会を設置し、通院医療における支援方法のあり方を次の①～④の視点より検討します。

- ①地域生活支援における医療としての精神科デイケア（ショートケア）、外来作業療法、訪問看護の役割
- ②精神科デイケア（ショートケア）、外来作業療法等における効果的なプログラム
- ③疾病管理能力、生活技能等の向上に向けた支援技術
- ④医療と自立支援法等の地域サービスとの連携方法

2) 協力施設におけるモデル的实践

検討された支援方法を基に、協力施設においてモデル的な実践を行います。対象者は、(1)急性期病棟から退院した者、(2)長期入院後に退院した者、(3)入院経験のない通院者、の何れかを選定してください。

事例への支援体制を図1に示しました。図1に記された「研究期間」が今回の調査期間となります。

- 退院する（した）事例に対して、本人、家族、院内スタッフ、地域の支援スタッフ等によるケア会議を行い、ケアプラン表を作成します。入院経験のない場合は、開始時にケア会議を開催しケアプランを作成してください。ケア会議は退院時（開始時）、2カ月後、4カ月後（終了時）を目安に行ってください。
- ケアプランでは、精神科デイケア（ショートケア）、外来作業療法、訪問看護等の目標を明確にしてください。また、対象者の疾病管理能力、生活技能、家族の支援力等のアセスメントをしてください。
- 精神科デイケア（ショートケア）、外来作業療法、訪問看護等では、再発防止、生活技能向上、家族支援等を考慮した実践を行ってください。また、可能であれば地域支援サービスとの連携・移行を進めてください。
- 対象者個々にキーワーカーを設定し、地域の支援者とともに継続的にマネジメントを行います。また、キーワーカーは、研究の開始時と終了時に実施する評価（検査・調査）を事例報告書と共に取りまとめてください。

3) 結果の分析

後述する各種評価結果は、(1)比較的早期に退院した群、(2)長期入院後に退院した群、(3)入院経験がない通院群に分けて前後比較します。また、対象群(退院群)と対照群(入院群)の比較を行います。これらの結果と事例報告の分析より、通院医療における効率的で質の高いリハビリテーションサービスのあり方を検討します。

4) 報告書作成と普及啓発

通院医療におけるリハビリテーションのあり方を広く普及するための報告書を作成し、関係職員に向けた研修会を開催します。

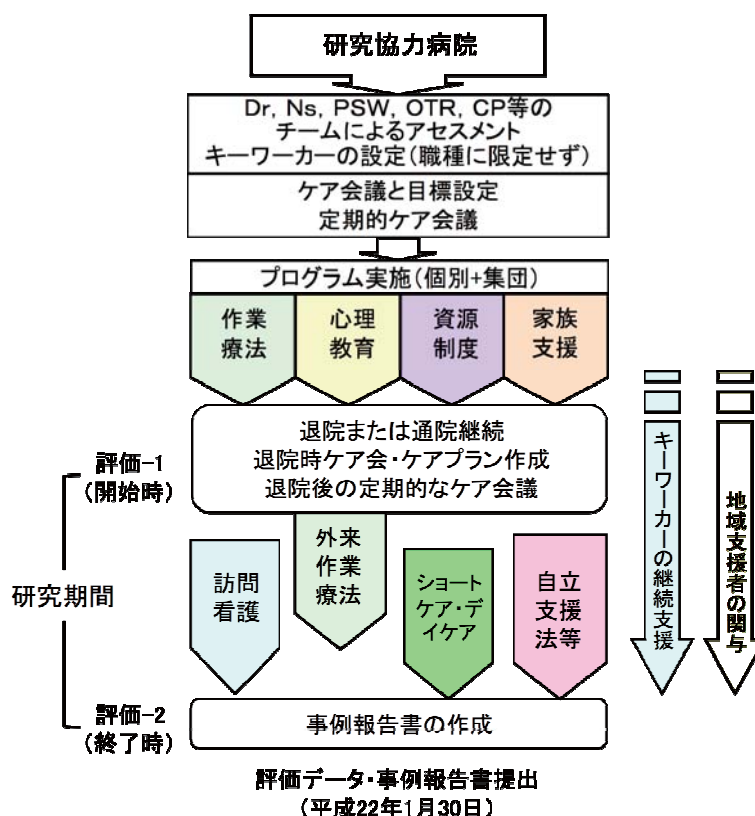


図1 研究事業の概要

4. 研究協力病院の役割

1) 事例の選定

統合失調症患者のうち、急性期病棟から退院した者、長期入院後退院した者、入院経験がない者のいずれかを選定してください。また、対象者と同じ年代・性別・診断の入院患者を対照者として選定してください。

2) 支援プログラム

精神科デイケア(ショートケア)、外来作業療法、訪問看護、自立支援サービス等のどれを利用するかは、本人、家族、地域の支援者等を交えたケア会議で決定してください。本人のニーズや生活の実情に応じてプログラムを使い分け、必要に応じて複数のプログラムを組み合わせてください。支援プログラムの詳細は定めていませんが、再発防止、生活技能向上、家族支援等を考慮した実践を行ってください。なお、対照例には通常の入院治療を継続してください。

3) キーワーカーの選定

キーワーカーは対象者の生活支援をマネジメントするケアマネージャーの役割を担います。具体的には、以下が主な役割になります。

- (1) 対象者（対照例）よりインフォームド・コンセントを得る
- (2) 開始時と終了時に行う各種評価を取りまとめる
- (3) 本人、家族、地域支援者等と連携しケア会議を準備・開催する
- (4) ケアプランを作成し、本人、家族、支援者等と今後の計画を共有する
- (5) 研究期間における対象者の経過を事例報告書にまとめる

4) ケア会議の実施

ケア会議は、研究開始時、2か月後、終了時を目安に行ってください。ケア会議にはできるだけ本人、家族、地域の支援者にも参加してもらってください。

5) ケアプラン表の作成

ケア会議後にケアプラン表を作成し、必要に応じて障害者自立支援法によるサービス利用を検討してください。この際、キーワーカーは地域支援者との連携を図ってください。

6) 評価の実施

プログラムの効果を比較するために、開始時と終了時に GAF（機能の全般的評定）、BPRS（簡易精神症状評価尺度）、BACS-J（日本版統合失調症認知機能簡易評価尺度）、協会版ケアアセスメント、生活チェックリスト、満足度アンケート等を行ってください（図2を参照）。

7) 事例報告書

研究期間の対象者の経過を「事例報告書」にまとめて提出してください。1施設につき2～3事例をお願いします。対照例については事例報告書の必要はありません。

8) 説明と同意

- ①対象者（対照例）と対象者の家族に**同意説明文書（別紙1）**を用いて研究の主旨を十分説明し、書面にて同意を得てください。
- ②対象者には**同意書（別紙2）**への署名をお願いし、原本を**事例報告書（別紙3）**とともに協会に送付してください（コピーは担当者が保管）。
- ③同意書以外の提出書類は匿名化した情報を扱います。氏名欄には記号を記入してください。

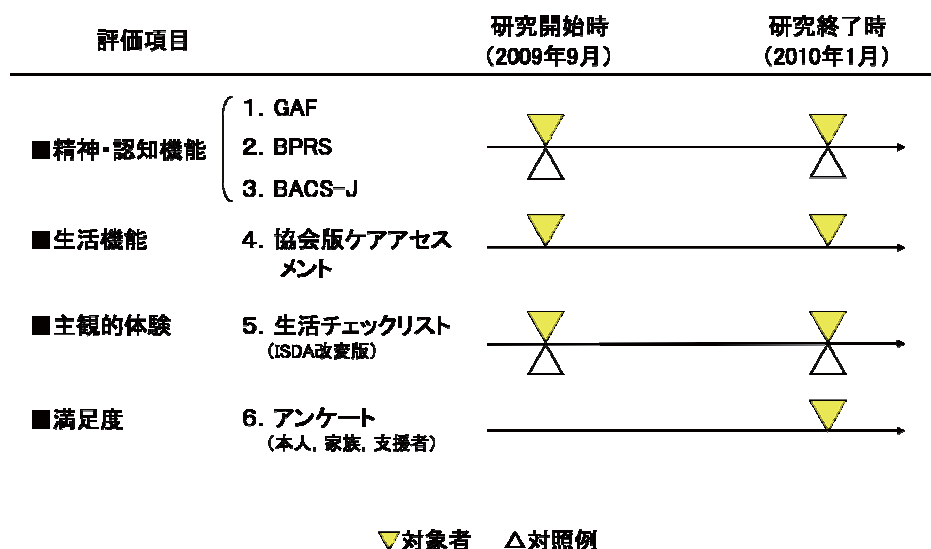


図2 評価実施スケジュール

5. 研究期間

研究期間は平成21年9月から平成22年3月31日ですが、観察期間は平成21年9月～平成22年1月の約4ヵ月間を想定しています。

6. 謝金について

研究協力病院には謝金をお支払いします。また、ご協力いただいた対象者（対照例）には、薄謝を用意いたします。

7. 研究協力の承諾について

本研究の主旨をご理解いただき、ご協力いただける場合には、別紙4に示しました「承諾書」に必要事項を記入し、協会宛にお送りください。

8. 書類提出先・連絡先

- 1) 「承諾書」：平成21年9月15日までに郵送してください。
- 2) 「同意書」（原本）、各種評価結果、事例報告書、ケアプラン表、施設チェック表、謝礼金支払い先連絡票は平成22年1月30日までに郵送してください。
各種書類・USBメモリ等の送付と、本研究に関する問い合わせは以下にお願い致します。

＜資料提出先・連絡先＞

〒111-0042

東京都台東区寿1-5-9 盛光伸光ビル7階

（社）日本作業療法士協会事務局

平成21年度障害者保健福祉推進事業

担当：杉田 潤一郎

TEL：03-5826-7871

FAX：03-5826-7872

E-mail：j-sugita@jaot.or.jp

社団法人日本作業療法士協会

平成21年度障害者保健福祉推進事業

〔研究担当者〕

代 表 香山 明美

副会長 山根 寛

大丸 幸

北山 順崇

坂井 一也

荻原 喜茂

棚澤 直美

鶴見 隆彦

荻山 和生

小林 正義

同意説明文書

(社) 日本作業療法士協会
会 長 中 村 春 基

この同意説明文書は、社団法人日本作業療法士協会が行う「精神科デイケア，外来作業療法，訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究」において，研究協力病院の担当者（キーワーカー）が，対象者の理解と協力をいただくことを目的に作成されたものです。

キーワーカーは，以下の事項について対象者に十分な説明を行い，研究への協力について同意を得てください。

1. 研究の目的
2. 研究の方法
3. データの利用範囲
4. 取りやめの自由について
5. 人権擁護と個人情報の保護について
6. キーワーカーの氏名と連絡先

研究に協力するかどうかは対象者または代諾者^{注-1}のご判断によって決めていただきます。対象者が未成年者の場合^{注-2}，対象者からインフォームド・コンセントを受けることが困難な場合には，施設長の許可を得たうえで代諾者より同意を得てください。

＊尚，研究協力病院が本研究用に対象者から同意を得る様式を作成し，同意を得ることで本同意書に代えることができることとします。

注-1：代諾者になっていただく方々は以下の通りです。

1) 対象者が未成年の場合

親権者（複数の場合はそのどちらか）または未成年者後見人（対象者に親権者がいない場合）。

2) 対象者が成年であって，認知症や意識障害等によって有効なインフォームド・コンセントを得ることができないと客観的に判断される場合には，以下の順序で代諾者になっていただく。

任意後見人（但し任意後見監督人選任後であること），後見人，保佐人等が定まっている場合はその順序。これらが定まっていない場合は，対象者の配偶者，成人の子，または父母，およびそれらに準ずると考えられる人の中から自薦にて就任していただく。

注-2：対象者が15歳以上の場合には，代諾者とともに対象者本人からの同意も必要になります。