

えると、導入期は生活モデルが前面に出るくらいの方がバランスのとれた支援ができるだろう。また、全てのクライシスに医学が必要なわけでもない。心理的混乱に対するサポートは心理の専門家が、環境調整が重要な局面ではソーシャルワーカーが他の職種と連携をとりながら、その本領を発揮すべきであろう。ACTにおける支援の主役は他ならぬ利用者であるが、敢えて支援者側の主役を挙げるとしたら、クライシスと言えどもケースマネジャーや就労支援担当者ということになる。

以上が、チーム精神科医として心がけたことである。

3. 抱えていた葛藤

これまで述べてきたようなチーム精神科医としてのスタンスを臨床活動開始当初から明確に意識していたかと問われると、回答が難しい面もある。ヒエラルキーのないアプローチは当初から目指すところであったが、対応を有するクライシスの多くが、実は狭義の精神医学的対応よりも心理社会的援助を必要としていることに気づいたのは、実際に ACT-J での臨床経験を重ねてからのことであるからだ。

一方で、医師だから「特定の役割をとる」、或いは「特定の役割を敢えてとらない」と考えるのは、結局のところヒエラルキーの高い立場での傲慢な考え方なのではないかという葛藤を心に抱いていた。実際にはどれほど実行できたのか自己評価を行うことは難しいが、辿り着いたのは、「医師というよりは、医師の資格をもつ一人の人間として、その個性を発揮することがチームに貢献することになるのではないか…」という心境であった。

例えば筆者の場合、「医師の資格をもつ一人の人間としての個性」とは何であるかを考えると、①特別な支援はしなくても良い。有害な支援をしなければ、利用者の自然治癒力或いは問題解決能力が発揮されると思っている、②言葉も大切だが、それ以上に言葉にならない利用者に向けられた姿勢が大切だという信念をもっている、③コメディカル・スタッフや若年のスタッフに「教える」、「伝える」ことよりも、彼らが自分で学んでいくことを望んでいる。自分のやり方が参考になると思うスタッフがいたら、それを採り入れてもらえればよいと思っている、といった点であった。もちろん、これらが一般的な ACT のチーム精神科医に求められる本質的な要件ということではなく、精神科医によって異なる持ち味を、チームごとにどのようにまとめていくかが問われるのであろう。

4. 実際に行ったこと

1) 具体的な業務内容

チームのスタッフとして臨床面でかかわった際の業務内容を5つの項目に分けて以下に記す。

(1) ミーティングへの出席

朝・夕のミーティングや週1回ずつ開催されるケースカンファレンスやチームミーティング、ITT ミーティング（個別援助チームのミーティング）には可能な限り出席した。特に朝のミーティングに関しては、他のケースマネジャーや就労支援担当者が週4日勤務であったのに対し週5日勤務であったため、スタッフの誰よりも多く参加する結果になった。90名の利用者の24時間以内の近況を1時間ほどかけて振り返る朝のミーティングに連日参加することで、これ

までの臨床では得られなかった濃厚な時間を過ごすことができた。

(2) 外来診療

チーム精神科医が多くの利用者の主治医となれるよう心がけた。主治医として関わったのは累積登録者 102 名のうち、46 名である。そのうちの 30 名は、臨床開始後 1 年間にエントリーしたパイロット・スタディの対象者であり、パイロット・スタディ全対象者 43 名中の 69.8%であった。13 名は RCT 研究の対象者で、RCT 介入群全対象者 59 名中の 22.0%となっていた。他に、必要に応じて利用者の家族が精神医学的問題を抱えていた場合に、主治医として関わった事例もあった。外来で主治医として関わっていた利用者が入院となった場合は、幾つかの例外を除いて、国府台病院精神科の医師に入院中の主治医を依頼していた。

(3) オフィスでの間接的サポート

ACT の活動の中心となるのは訪問支援だが、ACT-J においては、英国の急性期ケアを専門とするチームとは異なり、クライシスと言えども必ずしも医学的ケアが必要とされるわけではない。必要な時はアウトリーチという手法をとることを前提に、筆者はむしろチーム全体が疲弊・消耗している状況では、可能な限りオフィスに居て、日替わり当番制でその日の「情報固定点」となっているシフトマネジャーの動きを補佐するようにした。利用者の半数程度の主治医であることや、平日のミーティングには基本的に毎日出席していることから、全体の状況を把握していることが、そうした役割を担うことのメリットとして挙げられるかもしれない。また、どの利用者からどのような内容の電話があり、各スタッフがどのよう

に対応しているか、或いは突然予約なく利用者が来所した状況など、全般的な情報収集を行ううえでの有効性もあり、間接的サポートと言えども重要な業務として積極的に位置づけても良いのではないかと考える。ただしこの役割は、ACT が単に精神科医を中心とする訪問活動ではなく、超職種モデルのチームアプローチが機能していることを前提にしている。

(4) 夜間・休日の電話当番

夜間・休日の担当スタッフが医師や看護師でない時に、利用者の過量服薬にどう対応するかなど医学的アドバイスをするために、チーム精神科医とケースマネジャーとして勤務している精神科医の 2 人が中心となって、「セカンドコール当番」と称される役割を担った。夜間電話の数は多くても、そのほとんどは電話当番のケースマネジャーで対応可能であり、セカンドコール当番まで連絡が来る頻度はそれほど多くはなかったが、実際に電話が来た時は、次項で述べるような夜間帯の訪問を行うこともあった。当初は緊急事態への全般的な管理的責任を担い、複数スタッフ訪問体制の人員としての機能も有していた。しかしながら平成 18 年秋以降は、夜間・休日担当スタッフへの医学的アドバイスが必要となった際の電話対応を主たる役割とし、緊急訪問時の要員は日中に遅番であったケースマネジャーがその役割を果たす形で、セカンドコール当番の機能を分散させることになった。

(5) 緊急時の訪問・往診

夜間や休日に訪問・往診をすることも稀ではなかったが、敢えてアウトリーチをするかどうかは、病院の救急外来で対応可能かそうでないかといった判断基準が妥当で

あると思われた。夜間・休日帯のクライシス対応としては、家庭内危機を抑えるための自宅への訪問、自宅への訪問によるアセスメント後にレスパイト先として利用するビジネスホテルまでの同行、入院の必要性はないが入院要求の強い利用者を救急外来処置後に自宅に連れて行ったこと、関係作りや措置入院を避けることを目的として警察署に保護された利用者を迎えに行ったこと、墜落分娩の可能性のある利用者と救急車で産科に同行したこと、通院で尿道カテーテルを留置された利用者の不安を解消するためにレスパイト先のグループホームに行きアセスメントとアドバイスをしたこと、などが例として挙げられる。

2) サービスコードの集計

ここで用いられたサービスコードは、ACT-Jスタッフがその日の臨床を終えてオフィスに戻った際に、利用者に提供したサービスがどのような内容であったかをデータベース上でコーディングして入力するために作成されたものである。

集計したのはチーム精神科医と利用者とのコンタクト数であるが、1回の面接で提供したサービス内容を複数コーディングすると、コンタクト数も複数にカウントされるようになっている。具体的には、「精神症状・服薬管理」に関するコード（例として「精神症状のアセスメント」、「症状自己管理のための支援」）を2つ、「雇用・就労に関する支援」に関するコードを1つ選択して入力した場合は、コンタクト数は3として表現される。したがって、今回の集計は、利用者実際に接触した回数などの実績を明らかにするというよりは、チーム精神科医が提供したサービス内容の項目毎の頻度

を明らかにすることを目的としている。

平成15年5月にACT-J臨床チームがサービス提供を開始してから平成19年2月23日までの全体のコンタクト数を、サービス内容の種別ごとに示したものが表1で、グラフ化したものが図1である。外来診療のたびに複数の「精神症状・服薬管理」に関するコードを入力することになるので、コンタクト数としては他のサービス領域より抜きんで多くなっている。これは、ACTでは心理社会的支援の多くはケースマネジャーによって提供されることが可能という背景があるからとも考えられる。一方で、数としては少ないが「家族支援」や「就労支援」など他領域のコーディングも広くなされていることがわかる。

次に、臨床チームがサービス提供を開始してから平成19年2月23日までの期間を6ヶ月ごとに8期に分けてコンタクト数の推移をみたものが表1で、グラフ化したものが図2である（最終の第8期のみ約4ヶ月間のデータとなっている）。「ジョイニング」の比率は時期が経っても減っていないが、これは日々利用者とのジョイニングを意識して関わってきたからだろう。「ケアマネに関する援助」は一時期のピークから漸減し、現況ではほとんど行われていない。初期にカウントされた理由は、チーム精神科医が訪問を中心に利用者の精神症状評価などを行ったからである。逆に言えば、ケースロードが多くなってからは包括的アセスメントの機会を十分に作れなかったという反省材料とも考えられる。「精神症状・服薬管理」が増えたのは、チーム精神科医が主治医となる利用者が徐々に増えたからであろう。「身体健康の管理」が増えている

のも同じ理由と思われる。一方で、「危機介入」のコンタクト数は、その時期に調子の悪い利用者の状況によって左右され、波がある。「就労支援」が経過とともに徐々に増えてきているのは、主治医として担当する利用者の就労率が上がったからで、外来で職場適応などの状況をアセスメントする頻度が増えたからであろう。一貫して一定以上のコンタクト数がコーディングされているのが「家族支援」である。

さらに、どのような場所でコンタクトしているかを、やはり6ヶ月ごとに8期に分けて集計したものが表2である。全期間のコンタクト数を場所ごとに比較したものが図3であり、場所による6ヶ月ごとのコンタクト数の推移をみたものが図4である。全体では、診察室やオフィスでの外来診療のため「精神科医療機関」、「ACT-J オフィス」でのコンタクト数が多くなっている。また、不調時などに利用者から主治医を指名しての電話があり、「電話・FAXなど」の件数も多くなっている。「本人宅」でのコンタクトは計118件となっているが、全体における構成比はそれほど多いものではない。しかし、外来診療が平均10～15分程度であって、本人宅の訪問となると滞在時間が30～60分に及ぶことを考慮すると、コンタクト数でなくコンタクト時間で集計した場合には、「本人宅」や「地域」、「その他の社会資源」などの全体のなかでの構成比はもっと大きいものになると考えられる。

5. 機能したと思われること

チーム精神科医が利用者の主治医となった場合、ケースマネジャーとの意思の疎通、方針の統一や迅速な対応が可能となるた

め、その利用者の入院日数を減少させるのに貢献できたという実感はある。また、比較的長い診療時間とケースマネジャーによる濃厚な心理社会的支援によって、投薬量の減少も可能になったと思われる。平成15年5月から16年4月までにACT-Jにエントリーした利用者を対象とするパイロット・スタディでも、前後比較のデザインではあるが、利用者の退院2週間後と退院1年後間で有意なCP（クロルプロマジン）換算値の減少が認められている。チーム精神科医が主治医となることを積極的に推奨していくかどうか、より実証的な研究が今後必要と思われる。

6. 機能できなかったと思われること

主治医として担当している利用者以外への関わりは、間接的なものが多かった。その中に長期入院となったり頻回入院を繰り返したりする利用者がいたことも事実である。また、退院後1ヶ月以内に行われるべき包括的アセスメントの中での医学的アセスメントを全ての利用者に対して行えたわけではない。実際には退院後にエントリーが決まってケースマネジャーとも連絡をとることが難しい利用者もいたり、全てが円滑にいくわけではないのは臨床の常であるが、他の主治医や病棟スタッフともっと積極的に連携をとる必要があったと思われる。ACT チームの意向をチーム精神科医が主治医に代弁するほうがより連携がスムーズにいくという見方もあるが、コメディカルが臨床の主導権をもつ（管理という意味ではなく）のがACTの文化であるとするれば、そういったチーム外の主治医とのコミュニケーションや連携も、ケースマネジャーの業務であるべきだという想いが筆者の中に

は残っている。

7. 事例

1) 家族支援・就労支援・レスパイト利用などの包括的支援が入院を抑止し、本人のQOLを高めることに貢献した例(20代・男性, 統合失調症)

◆同胞3人の第1子。高卒後、専門学校に進学。両親と兄弟との3人暮らし。

◆X-1年6月、専門学校で不登校、情緒不安定のためAクリニック(心療内科)を受診し、国府台病院精神科受診を勧められた。数日後に当科初診し、即日医療保護入院となった。幻聴、連合弛緩認められ、易怒的で退院要求が強かった。クエチアピン、オランザピンが無効でリスペリドンは投与量が多いと錐体外路症状が目立った。症状が残存するも副作用を嫌がる家族の意向で同年12月に退院。その後も連合弛緩や幻聴、被害関係妄想がおさまらず、それらに影響を受けて家庭内外で暴力行為がみられたため、X年3月に入り2回目の医療保護入院となった。易刺激性、音に対する過敏性や落ち着きのなさ、多弁、連合弛緩を認めた。ペロスピロンが導入され48mgまで漸増、感情調整薬としてバルプロ酸1200mg、またスルトプリドが最大800mg併用された。易刺激性や過敏性の消退後、外泊を繰り返して7月に退院となった。この入院時にACTの加入基準を満たし、本人・家族の同意で加入が決定、ケースマネジャーが関係作りのため病棟に訪問するようになった。2回目の退院後、ACTチームの医師が主治医を引き受けることになり、X年8月、退院後1回目の外来となった(単独で来院)。

◆退院後睡眠は良好であったが、「ぶっ殺すぞ」など本人の行動を注釈する幻聴は残存、

被害関係妄想、連合弛緩が認められた。一方、通院・服薬の必要性を十分に理解していない様子であった。本人への心理教育、批判的で感情表出の高い家族に対する支援、外来・服薬中断予防を目的とした訪問支援の必要性があると判断し、ケースマネジャーと連携しながら包括的な支援を行った。薬物療法に関しては、これまでの経過から、まず副作用を強く気にする本人との関係作りを念頭に入れ、状態をみながら減量・単剤化を試みることにした。

◆薬物療法に関しては、ペロスピロンを主剤とし48mgで継続、1年近くかけてスルトプリドを漸減・中止、バルプロ酸も2年ほどかけて漸減・中止した。これら処方の変更自体の影響で症状が悪化する様子はなく、むしろ批判的な父親とのトラブルにより精神症状が悪化する傾向がみられた。

その後、服薬の必要性や今後の見通し等疾患についての心理教育的かかわりを外来で行い、ACTでは週1~2回程度の訪問をもとに本人が希望する就労に向けた個別援助計画を作成し、その目的を達成するための手段として、リスペリドン水液の活用を含めたクライシス時の自己対処プランの作成、SSTグループへの参加、職場見学などを積み重ねていった。24時間電話対応によって本人が不安・不穏の時には適宜アドバイスを行った。X+1年3月には夜間に父親と喧嘩、警察に電話をかけたり家で包丁を持ち出したが、ケースマネジャーと現場に訪問し、危機介入をしている。その後も、必要に応じて家族と電話で連絡をとったり面接をして治療方針の共有化に努めた。

X+2年頃から、ACT-J主催のSSTグループでリーダー役を務めるようになり、自ら週

未在宅の父親と距離をとる工夫ができるようになった。それでもトラブルとなった時は、レスパイトケアとしてグループホームを利用するようになった。就労支援担当スタッフによる就労支援を続けていたが、X+2年秋に職場実習先のマンション清掃の仕事で週3回のパートとして採用されることになり、4ヶ月にわたって働いた。就職中はむしろ自尊心が高まり、家族とも穏やかに過ごせ、被害関係念慮もみられなくなった。幻聴も「仕事をしていると気にならない」と語っていた。X+3年1月に上司とのコミュニケーションがうまくいかず退職となり、現在求職活動を行っている。また、本人が距離をおくことを工夫しても父親が刺激を与える環境が続くため、単身生活を検討しているところである。

◆ACTによる個別化された援助計画に沿った形でチーム精神科医も包括的な支援の一翼を担った症例である。症状自己管理や家族に対する支援、電話や訪問によるクライシス対応によって、X年以降は入院利用がないまま2年半が経過している。退院して半年後から援助付き雇用モデルの就労支援を導入したことが本人との関係作りに役立ち、その関係性が服薬・通院の継続につながり、また就労中はむしろ精神状態が落ち着きをみせるなど、就労が治療的に作用した。今後も本人と職場とのマッチングを工夫して適切な職場に就労するようにし、それを医療がサポートすることで、単なる再発防止や入院回避にとどまらない本人にとってのリハビリが可能になると思われた。

2) 病状のため引きこもりがちであり、頻回の訪問と薬のデリバリーが効を奏した一例(20代・男性、統合失調症)

◆同胞なし。両親別居後は、母親と2人暮らしをしていた。大学時代にアパートで一人暮らしを始めるが昼夜逆転となり、3ヶ月で母親宅に戻る。

◆X-8年頃から音に過敏となり、無気力で大学に行かず、学生相談センターの紹介でX-6年にA精神科クリニックを受診。統合失調症の診断で投薬を受けるも服薬中断する。この間に大学を中退。X-2年にBクリニックに転医しても通院、服薬は不規則であった。その後、「誰かが夜間に家具の配置を変える」、「人の話し声が自分の悪口に聞こえる」などの訴え強く、母への暴力も目立つようになり、X年7月に国府台病院精神科初診。即日入院となった。

入院後も、「ストーカーに狙われている」と病室のドアの前にバリケードを築き、クエチアピン、リスペリドン投与にても効果が得られなかった。入院中にACT加入基準を満たし、本人同意を得て支援開始。プロペリシアジンを主剤としてから安定し、外泊を経てX年12月に退院となった。ACTチームの医師が外来主治医となったが退院月に本人来院せず、母親のみ来院して処方継続した。

◆X+1年1月、退院1ヶ月後に本人が外来受診。退院後初の外出で服薬は継続していたが、「追われていて怖い。外に出られない」と訴えていた。幻聴は否定し、むしろ妄想知覚によって周囲の出来事を被害的に受け止めていた。一方で、内服による性機能障害を訴えていた。減量による改善を保証、主剤の減量・変更を提案して本人も納得したが、これまでの経緯から副作用による服薬と通院中断が危惧され、訪問支援が必要と思われた。母親への両価的言動もみられ、母親も

感情的に巻き込まれる傾向にあった。以上から、副作用に配慮しながらの段階的な主剤の変更、家族支援、閉居する本人への継続的訪問支援を、ACT が包括的に提供することになった。

◆音に敏感で公共交通機関を利用できず、タクシーでの来院がほとんどであった。「監視されている」などの発言は変わらず、X+1年3月より副作用の少ない非定型抗精神病薬として、治療歴からは十分量投与されていなかったペロスピロンを4mgから追加、プロペリシアジンを漸減した。X+1年5月にペロスピロン24mgとしてプロペリシアジンを中止したところ、性機能障害の改善がみられた。X+1年10月頃までは、月1回程度自ら受診し、服薬も続けていた。しかし「薬を飲むと眠くなる」と服薬が不規則になり始め、ペロスピロンの服用に抵抗を示すようになる。ハロペリドールに置換し、2～3mgの間でしばらく継続したが、不規則な服薬が続く、デポ剤の利用に同意しなかった。母が促したり、ACTスタッフが本人同意を得て電話での服薬確認を行い、なんとか家庭内で過ごしていた。X+2年秋からほとんど服薬しなくなり、母に対する暴力も出現。12月には暴力で母が骨折し、母親にグループホームに避難してもらうことになった。それが、本人が母との距離をおき、ACTスタッフが本人の単身生活を支援する契機にもなった。処方箋は、本人にとって「飲みやすい」薬としてレボメプロマジンを10mg処方。部屋の壁にカレンダーを貼り、そこに分包された薬の袋をホチキスでとめるなどの工夫をすることで、規則的に服用できるようになった。X+3年1月に入り、母との同居を再開するが、両者とも距離をおくこと

のメリットを経験したために、家庭内でも距離をおくための具体的なルール作りが行われた。服薬も行われているせいか暴力行為はなくなった。一方、被害関係妄想は持続しているため、抗幻覚妄想作用があり眠気・倦怠感などの副作用の出づらいつ抗精神病薬としてスルピリド200mgを追加処方した。その後も内服を続け、徐々に周囲への被害感が減少し外出可能となったため、X+3年2月には本人が1年振りに外来を受診した。

◆本人の怠薬は、病気を認めたくない気持ち、眠気など副作用に対する拒否感、単純に忘れてしまっていることなど、様々な要素がからんでいたと思われる。これに対し、本人の希望と副作用を確認しながら丁寧に処方を積み重ねてきたこと、訪問により生活の場で服薬自己管理の助言ができたこと、などが役に立った。また、本人の暴力で疲弊しながらも離れられないという母親の心境はあったが、物理的距離をとることがお互いの安全確保になっただけでなく、その関係性を見直すことにつながった。母がいない状況で生活するという本人にとっての「危機的」状況の中で、生活支援を行うACTスタッフとの信頼関係が確かなものとなり、それも定期的な服薬につながったと考えられた。

3) 躁病相に頻回の訪問を実施し、入院を回避した一例(40代・男性、双極性感情障害)

◆大学卒業後、会社に20年以上勤務していた。

◆X-3年10月に父の死去、職場の多忙が重なり、11月より不眠、気分昂揚、多弁が出現。12月にA内科医院より躁状態の診断にて紹介され、国府台病院精神科初診となった。外

来でリチウム投薬され症状はやや改善したが服薬中断に至り、X-2年1月下旬まで第1回入院（以降も医療保護）となった。拘束も行い、薬物療法にて状態は改善。退院後はA内科医院で治療継続するも、うつ状態遷延し、同年12月にB神経科クリニック受診。X-1年4月より抑制が強くなり、7月より希死念慮出現したため当科受診、X-1年9月まで第2回入院となった。薬物療法にて軽快退院後は職場復帰。X年2月頃より多弁、気分昂揚あり、上司への攻撃が目立ち、投資活動に反対する家族に易怒的となり、3月に第3回入院となった。拘束を要し、ハロペリドール静注を2週間行い、内服はリチウム800mg（血中濃度は入院中0.5~0.7mmol/l）、ゾテピン75mgの投与により、精神状態は安定していった。会社は解雇されたが、外泊で問題なく7月に退院した。入院中にACTの加入基準を満たし、本人の同意もあり支援を開始した。退院後の外来はACTのチーム精神科医が担当することになった。

◆X年7月主治医としての初診で「落ち込んでおり、ひきこもりがち」というものの表情は柔らかく、希死念慮はなかった。週3回は図書館でビデオを借り、自宅でエッセイを読んでおり、思考・行動の抑制は明らかでなかった。現症は、失業して生活範囲が狭くなったことの影響と、直前の躁状態と比較しての相対的な抑うつ感の訴えと考えられた。本人は抗うつ剤を希望したが躁転の可能性もあり、度重なる躁状態は家庭崩壊につながることも伝え、ゾテピンの減量・変更を優先する方針で納得が得られた。またACTスタッフが週1回訪問を行い、生活範囲の拡大、服薬のモニタリング、家族関係の調整

を行えるようにした。

◆薬物療法ではゾテピンをクロルプロマジンに置換、X年9月よりX+1年10月頃まで主剤はリチウム800mgとクロルプロマジン25mgで継続した。この間「おっくうで気分が晴れない」とは言うものの明らかな思考・行動抑制はみられず、食欲・睡眠も良好であった。むしろ家庭内で妻との不和や娘の不登校、母の介護などを抱え、抑うつ感よりも不安の強い状態であり、抗不安薬を適宜増減して対処した。X+1年11月に躁状態となって不眠、家族への暴言、誇大的となつての投資などがみられた。リチウムを1000mgに増量（血中濃度：0.4→0.75）したが、主治医やACTスタッフとの信頼関係は厚く、服薬は遵守していた。12月に入り深夜に若い女性に電話し、妻との協議離婚を大声で話して妻子が不安になる、会社を興すため税理士に相談に行く、など脱抑制的行為が悪化し、鎮静目的でクロルプロマジンをプロペリシアジンに変更、120mgまで増量したが即効性はなく、家族は入院を希望した。12月上旬に主治医とACTスタッフで自宅訪問し、入院やレスパイトケアを提案するが本人は断固として拒否した。ハロペリドール静注を当面続けることで本人と家族の折り合いが付き、1週間は5mg、その後9日間は10mgを静注した。この間、「高速を180kmで飛ばす」の発言もあり、外来での点滴では運転して来院する可能性があるため、本人の許可を得て車の鍵を預かり、往診の形で経静脈的な薬物療法を継続した。点滴期間終了後は内服でハロペリドールを9mg追加投与した。徐々に鎮静がかかり、年末には「離婚もファンド設立もやめた」と語り、年明けには落ち着いた状態となった。

X+2年2月に内服のハロペリドール中止、リチウムも800mgに減量した。3月頃から抑うつ気分を訴えるが睡眠と食欲は良好で、朝1時間程度の散歩も持続、ネットで株の取引は行える状況だった。X+3年1月末にはリチウム600mg、プロペリシアジン5mgの処方としている。現在、求職活動中である。

◆往診でのハロペリドール経静脈的投与により入院を回避した症例である。本人の入院拒否は、過去に同様な状態で拘束された医療への不信感が背景にあり、今回のACTによる医療支援の意義は、「もっと早くACTに入っていればこれまでも入院しなくてすんだ」という本人の言葉につきる。運転は控えてもらったが、家族が拒否的で本人の刺激となるため、家族同行での外来受診と点滴は現実的ではなかった。また、公共交通機関を乗り継いで来院するほどの病識はなく、頻回の自宅訪問による医療を行えたことが重要だったと思われる。

D. 考察

前述した事例に関しては、主治医としての視点からまとめているため、精神症状や薬物療法の記載が多く、チーム全体の動きまで捉えられていない。しかし、どのような薬物療法が必要かということよりも、どのようにしたら利用者に納得して薬物療法を受けてもらえるかといった視点と家族へのかかわりなど、心理社会的支援がかかわりの中で最も重視されていたということは、容易に想像していただけるのではないだろうか。

実際に、国府台ACT-Jの加入基準を満たした利用者を対象とした実践経験から言え

るのは、クライシス時であっても、薬物療法以上に関係作りも含めた環境調整が重要な利用者が多かったということである。環境との兼ね合いで神経症化した様々な症状が出現した際に、3分診療の枠内で利用者も治療者も安心できる最も安易な方法は、「治療薬」の増量や変更をすることである。実際には利用者の自然治癒力や家族システムの変化などで環境に変化が起こって本人の状態が改善しても、処方の変更されていると、利用者や家族、治療者までもが薬物療法の治療効果と盲信してしまうことは決して少なくないと思われる。実際に利用者と家族の別居をACTの訪問支援によって支える試みのなかで、それまで大量投与・頻回の処方変更・電気痙攣療法などによっても頻回入院を防げなかった利用者が入院をしないで過ごせるようになっている事実がある。ACTは決して特殊なプログラムではなく、特別な技術を駆使するわけではない。利用者にとっての支え手が拡がり、比較的十分な時間をかけて環境調整（心理社会的支援）を行えることが援助効果に大きな影響を与えていると考えられる。

ACTというプログラムの中で精神科医としての臨床を行った経験から、あらためて薬物療法などの生物学的なアプローチだけではない、包括的な支援の意義を実感できた。そのなかでも、働きたいと思っている利用者が働くことで病状が良くなることから就労支援が、また、クライシス対応も含めて居住サービスを使いこなすことが、さらに、就労支援と居住サービスの双方に関連する家族支援が、特に重要であると考えている。

E. 結論

ACT-J 臨床開始当初からのチーム精神科医の役割と機能について、自己評価、サービスコードの集計結果、事例報告を加えて考察した。

ACT におけるチーム精神科医の役割としては、臨床に関する管理的な責任を担う一面もあるが、日本における治療文化を変えていくことを視野に入れると、コメディカルスタッフを主役とした生活モデルやリカバリーモデルに基づくチームの文化を創り上げていくために側面的な支援を行うことの意義も重要と思われた。

頻回に精神医療サービスを利用する者を支援の対象とした ACT-J においては、実際に提供されたサービス内容は「精神症状・服薬管理」に関するものが多く、病院外来や ACT オフィスで提供されることがほとんどで、自宅や地域へのアウトリーチは必要な時に臨機応変に対応していたと言える。

チーム精神科医が利用者の主治医となることは推奨されるが、その機能と役割については画一的に考えるのではなく、チーム精神科医の個性や持ち味を考慮したうえで個々の ACT チームの中で検討していくこともチームビルディングの観点からは求められるであろう。

さらに ACT は、様々な心理社会的支援の良好な結果を目の当たりにすることが多い地域精神保健福祉活動の現場であり、若い精神科医が包括的な支援の意義を学んでその素養を深めるために、卒前・卒後教育の場として積極的に活用されることも期待してよいと考えられた。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

(学会発表)

・西尾雅明：第 102 回日本精神神経学会総会ワークショップ「チーム医療シリーズ 1；精神科アウトリーチサービスと ACT (Assertive Community Treatment)」，福岡，2006 年 5 月 13 日

(論文・著書など)

・西尾雅明：ACT におけるチームアプローチの特徴とそれを支えるもの.精神科臨床サービス 6(2)：149-153, 2006

・Kentarō Horiuchi, Masaaki Nisihio, Iwao Oshima, Junichiro Ito, Hiroo Matsuoka, Kazumi Tsukada：The quality of life among persons with severe mental illness enrolled in an assertive community treatment program in Japan: 1-year follow-up and analyses. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2006, 2:18 (31 July 2006)

・西尾雅明：ACT. 精神保健福祉白書編集委員会編, 精神保健福祉白書2007年版～障害者自立支援法—混迷の中の船出, pp191, 中央法規出版, 東京, 2006

・西尾雅明：精神障害をもつ人たちへの服薬支援～ACT-J の実践から～. 公衆衛生 70巻12号：944—946, 2006

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
協力研究報告書

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（ACT）における
家族支援のあり方に関する研究

—家族支援における変化ステージモデルの活用—

研究協力者 久永 文恵（国立精神・神経センター精神保健研究所）
分担研究者 伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨

精神障害をもつ人の多くが家族と同居しているわが国においては、家族支援は精神障害をもつ人たちに対する地域生活支援プログラムにとって不可欠な要素である。本研究期間中は、家族支援がもたらす家族の生活の質への影響を検討するため文献レビューを行い、その中から有用と思われた、変化ステージモデル(Prochaska & DiClemente, 1983)と、ACT を利用するご家族への面接の内容を照らし合わせ、家族の変化の段階や過程と家族に対する支援の関係性を検討した。面接を行った家族の変化を変化ステージモデルに照らし合わせた結果、各ステージで実際に提供されていた支援は、このモデルで推奨されている支援のあり方にほぼ沿ったものであった。家族の変化に対する態度を見極め、そのタイミングにあった支援を提供することの大切さが示唆された。しかし、このモデルの精神保健領域への適用に関する報告が少ないこと、今回面接を行った対象者が限られていることから、モデルの有用性については更なる検討が必要である。

A. 研究目的

「入院治療中心から地域生活中心へ」という方向性をわが国の精神保健福祉施策が推進している中、精神障害をもつ人たちに対する地域生活支援サービス体制の充実が必要とされている。このような状況の中で、2003年より重い精神障害をもつ人たちを対

象とした包括型地域生活支援プログラム：ACTが国立精神・神経センター国府台地区で試行されているが（ACT-J）、ACTの実践活動においても家族支援は重要な要素であるとプログラム開始当初から位置づけられてきた。ACTは米国で開発されたプログラムモデルであることから、そのプログラム

自体の家族支援に関する明確なスタンダードは無いに等しいため、わが国の実情を考慮した家族支援のあり方が必要とされる。

わが国では地域で生活する精神障害をもつ人たちの多くが家族と同居しており、病院から地域での処遇への転換期でもあることから、家族への負担がさらに増すことが考えられ、地域における家族支援のニーズは著しいものがある。これまで精神障害をもつ人たちの家族に対する心理教育に関しては欧米やわが国で多くの研究が行われ、その有効性が実証されてきた (Reid, Lloyd, & Groot, 2005)。それらの成果の指標として用いられているのは、精神障害をもつ当事者の再発率・再入院率の減少、家族の困難度の軽減などが一般的であり、家族自身の生活の質の向上について言及しているものは少ない。Smith(2003)によると、家族は社交やレクリエーションのプログラム、問題行動への対処法のトレーニングなどを必要としているが、それらに対する十分なサービスを受けていない。また高齢の母親たちは、障害をもつわが子の将来、特に自分たちが面倒を見るのが不可能になった際の計画作りの支援を必要としていた。確かに心理教育的アプローチにより、家族が精神障害について理解し、当事者への対応の手法などを身につけることで、家族の困難度は軽減されるが、実際に家族が自身の障害をもつ家族から離れて、自分自身の生活を楽しむことができているかについては疑問が残る。家族自身の健康を保つためにも、家族は支援を受ける対象になるべきである (臼井・他、2006)。

上記の現状をふまえ、家族支援により生じた家族の生活の質への影響に関して、家

族の観点から評価し、それを基に ACT における家族支援のあり方を検討することを目的とし、現在研究を継続中である。今回は、わが国や欧米の先行研究の中から、精神障害をもつ人たちの家族の生活の質に関する文献レビューを行い、家族支援との関連について概観した。そして ACT-J における家族支援の実践についての記述において、特に家族の生活や意識に変化のあった 2 事例を抽出し、その家族を対象に面接を行い、情報を収集した。本報告では、文献調査から有用と思われた変化ステージモデル：Stage of Change (Prochaska & DiClemente, 1983) と、家族への面接から得た情報を照らし合わせ、家族の変化の段階・過程と、家族に対する支援方法との関係性について検討し考察を加えることを目的とする。

B. 研究方法

精神障害をもつ人たちの家族の生活の質、家族に対する支援、変化ステージモデルに関する文献を検索するため、U.S. National Library of Medicine が提供する Pubmed、ProQuest Information and Learning 社が提供する ProQuest Research Library、医学中央雑誌刊行会による医中誌 Web を用いた。

家族の面接に関しては、研究の主旨を説明し、同意を得た上で行った。ACT-J から受けているサービスや満足度、自身の中で起こった変化などについて、半構造化面接を行った。

これらの情報を分析し、変化ステージモデルを家族支援と家族の変化の過程に当てはめ、ACT の家族支援における変化ステージモデルの活用について検討した。

C. 研究結果

文献の分析と家族への面接から得られた結果から、変化ステージモデルの概要と、ACT-J における家族支援との関連性について以下にまとめる。

1. 変化ステージモデルについて

変化ステージモデルは、依存症の回復への過程を時系列に概観したものであり、嗜癖行動の変化の過程を理解するために開発されたものである。行動変容を「前熟考期」、「熟考期」、「準備期」、「行動期」、「維持期」と5段階に分け、支援の対象者がどのステージにいるかを評価し、それぞれのステージに合った介入方法を用いることで、行動の変化を促すことを目的としている。今日では、禁煙をはじめ、糖尿病のセルフケア促進など、多岐にわたる領域で活用されている。

「前熟考期」は、本人が行動を変化させることに全く関心のない状況であり、変化の必要性を感じていない時期と言える。この段階での課題は、変化の必要性の認識と、現在の行動パターンに対する意識を高めることである。本人に対して共感を示したり、必要に応じた介入を行うことで、信頼関係を構築する時期でもある。また、行動の変化の必要性について意識を高めるために、情報提供を行うことも役立つ。

「熟考期」には、本人は変わろうと思っているが、変化することに躊躇しているアンビバレントな状態となり、現在の行動のプラス面とマイナス面の分析や、変化することへの利点と犠牲を分析することが課題となる。変化の利点を伝えることや、変化することへの不安な気持ちを表現することを助けることが有効なアプローチとなる。

「準備期」は、近い将来に変化に対する行動を起こすつもりであり、その計画や方法を準備している段階である。本人が取り組みやすい具体的な行動計画の作成を助けたり、スキルの向上に対する支援を提供することが効果的と言われている。

「行動期」は、変化へ向けて前進を始めた段階で、必要に応じて計画を見直したり、困難に直面して決意を維持することが大切となる。アプローチのポイントとしては、さまざまな場面における問題解決技能を高めたり、逆戻りを予防することが重要になる。

「維持期」は行動の変化を維持しており、それ自体がライフスタイルの一部となっている状態である。この時期の課題は、行動の変化をより強固なものにしていくことである。また生活の他領域にも着目し、リカバリーの幅を広げることなどに対する支援が有効と考えられる (Sherman & Carothers, 2005)。

2. 家族支援への変化ステージモデルの活用を検討

表1に、今回面接をした母親それぞれの変化のステージと、ACT-Jによる介入方法について示す。

面接を行った家族の変化を変化ステージモデルに照らし合わせていくと、各ステージで実際に提供されていた支援は、このモデルで推奨されている支援のあり方にほぼ沿ったものであったと言ってよいだろう。家族の変化に対する態度を見極め、そのタイミングにあった支援を提供することの大切さが読み取れる。

表 1

ステージ	前熟考期	熟考期	準備期	行動期	維持期
状況	行動を変える必要性を感じていない	アンビバレントな状態	近いうちに行動を起こすつもりで、計画や方法を作成している	変化に向けて前進を始める	行動の変化を継続している
事例 1 娘と同居を始めた母親	娘との同居を考えておらず、入院を継続してもらいたいと思っている。	同居すれば親子の時間が持てるが、病状が悪化した際の娘の暴力的な行動が怖い。	不安は残るが、同居に向けての具体的な準備を始める。	同居を始める。外部の支援を受けながら、娘とのかかわり方を工夫している。	同居を継続しており、母親なりの娘への適切な接し方を見つける。また、母親自身の生活についても考えるようになる。
介入	<ul style="list-style-type: none"> - 共感を示す - 退院後の選択肢についての情報提供 - ニーズアセスメント - 関係作り 	<ul style="list-style-type: none"> - プラス面とマイナス面の分析 - 不安な気持ちを表現することを助ける 	<ul style="list-style-type: none"> - 同居に向けて、具体的で実行可能な計画作りを支援する - 不安への対処法を身につける支援 	<ul style="list-style-type: none"> - 母親と本人それぞれにケースマネジャーがつき、個別の対応を行う - リスク回避に対する支援 	<ul style="list-style-type: none"> - 母親のコミュニケーションスキルの向上への支援 - 現在の状況を維持する工夫に対する支援
事例 2 仕事を始めた母親	息子とべったりの生活を変える必要性を特に感じていない。	外部からの支援を受けるようになり、自分の時間のことを考え始める。収入が増えるという利点があるため、仕事を始めることを考える。しかし、息子を一人にするのがとても不安。	息子が寝ている間の仕事を探すことにする。ACT-Jとともに、留守中の息子への支援計画を立てる。	パートタイムの仕事を始める。数時間の仕事のため、家を留守にすることができる。万が一、息子が目を覚ましても、ACT-Jによる支援体制があるため安心。	仕事を継続しながら、新しい資格を取り、資格を活かした仕事も始める。
介入	<ul style="list-style-type: none"> - 共感を示す - ニーズアセスメント - 関係作り 	<ul style="list-style-type: none"> - プラス面とマイナス面の分析 - プラス面の認識を高める - 息子を一人にする不安・仕事を始めることへの不安な気持ちを表現することを助ける 	<ul style="list-style-type: none"> - 仕事の情報を提供したり、就職にむけての具体的な計画を立てることを支援 - 仕事をしている間の息子への支援について、ACT-Jとともに計画をたてる - 自己効力感を高める 	<ul style="list-style-type: none"> - 母親が安心して仕事ができるよう、息子への支援を提供 - 母親の仕事に関する不安について耳を傾け、困難な状況に対する対処法を考える 	<ul style="list-style-type: none"> - 現在の行動が母親の負担になっていないか、確認する - スキルの向上に対する支援

D. 考察

変化ステージモデルの家族支援への活用の検討に関して、今回は特に生活に変化が見られた2家族のみへの面接の情報をを用いているため、このモデルの有効性を結論付けることはできない。しかし、家族の変化へのモチベーションや準備性を見極めることは、支援の効果を上げるためにも重要なことであり、この変化ステージモデルは、有用な介入へと導く指標ともなり得ると考えられる。今回面接をした家族の変化の過程に対するACT-Jの介入は、このモデルを意識して行われたものではないが、各ステージで推奨されている介入形態に準じた支援が、家族の変化行動を促進していることが読み取れた。また、支援の対象者の言動に対し「アンビバレントだから困ってしまう」、「変化に対する抵抗だ」と捉えがちな状況など、これまで難しい・苦手と考えていた状況も、変化するには必要な過程であると肯定的に受け止めることができ、家族の伴走者として彼らの変化へのモチベーションを促進し、行動を起こすことへの適切な支援を提供することにつながると考えられる。しかし、変化ステージモデルの精神保健領域への適用に関する報告は数少ないため、今後更なる検証を必要としている。さらに介入の際には、各ステージを長期にわたり前進したり、後退したりすることがあることを認識し、ステージに応じた支援を行うことが大切である。

本報告では、家族支援における変化ステージモデルの活用の提案のみにとどまるが、今後は、臨床にかかわるスタッフや利用者家族からのフィードバックを踏まえ、利用者のみならず家族のリカバリーを促進でき

るよう、このモデルの更なる有用性を検討していく必要がある。またその結果を、家族自身の生活の質やサービスに対する満足度が向上するよう、ACT-Jの家族支援の発展に役立てていくことが求められる。

E. 結論

地域生活支援プログラムにおける家族支援のあり方、そしてそれが家族の生活の質に与える影響に関して文献調査を行った。その中から有用と思われた変化ステージモデルに着目し、ACT-J利用者家族への面接の結果と照らし合わせ、家族支援への応用について検討を加えた。その結果、家族の変化への態度や準備性に沿った支援を提供することが不可欠であることが示唆された。変化ステージモデルは、援助を提供する専門家にとって適切な介入を見極める指標となる可能性を有しており、家族の変化行動を促進することに役立つと考えられる。

最後に、今回面接した母親2名とも「第三者がかかわることの大切さ」について強調していたことに触れておきたい。

参考文献

- Dixon, L: Providing services to families of persons with schizophrenia: present and future. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 2: 3-8, 1999.
- Gacy, SSL: Working through the heart: A transpersonal approach to family support and education. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22(2): 133-141, 1998.
- 伊藤順一郎：家族支援とリハビリテーション。リハビリテーション研究 108: 18-21, 2001.

Prochaska, JO & DiClemente, CC: Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 390-395, 1983.

Reid, J, Lloyd, C & Groot, L: The psychoeducation needs of parents who have an adult son or daughter with a mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 4(2): 1-13, 2005.

Sherman, MD & Carothers, RA: Applying the readiness to change model to implementation of family intervention for serious mental illness. *Community Mental Health Journal* 41(2): 115-127, 2005.

Smith, GC: Patterns and predictors of service use and unmet needs among aging families of adults with severe mental illness. *Psychiatric Service* 54(6): 871-877, 2003.

臼井卓士, 臼井みどり: 統合失調症患者の援助における工夫—変化ステージモデルを

適用した援助のあり方の提案—。精神科治療学 21(8): 875-884, 2006.

臼井卓士, 臼井みどり: ひきこもりの家族支援 - ステージに応じた介入のあり方 - 。保健師ジャーナル 62(3): 222-228, 2006.

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

Hisanaga F, Ito J: Empowering family members of people in recovery: Working with families in the community. 31st Annual Conference of U.S. Psychiatric Rehabilitation Association, Phoenix, June 5-8, 2006.

Hisanaga F, Nishio M, Ito J: Supporting family members of people with severe mental illness. 15th European Congress of Psychiatry, Madrid, Spain, March 17-21, 2007.

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
協力研究報告書

ACT-JにおけるIPSモデルによる就労支援

小川ひかる（国立精神・神経センター国府台病院 ACT-J 臨床チーム）
石井 雅也（国立精神・神経センター国府台病院 ACT-J 臨床チーム）
西尾 雅明（国立精神・神経センター精神保健研究所）
久永 文恵（国立精神・神経センター精神保健研究所）
香田真希子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨

目的：ACT-J では、平成 16 年 10 月から個別職業紹介とサポートモデル（Individual Placement and Support:以下 IPS と略す）を就労支援の手法として導入している。IPS 導入後から平成 18 年 12 月の 2 年間の就労支援実践の成果を報告し、IPS 導入 1 年目と 2 年目の実績を比較して、ACT-J での就労支援の取り組みについて考察する。

結果：平成 15 年 5 月の ACT 介入開始から平成 18 年 12 月末までの ACT 対象者は累積で 102 名であった。そのうちの 27 名(26%)が研究上、一般就労と定義する、週 5 時間以上、最低賃金以上の時給で、競争的な職場へ雇用されていた。一般就労以外の就労に関わる活動に従事した人は計 17 名であり、合計 44 名（43%）が事業所での実習など、就労に関するさまざまな活動に従事した。一般就労の 27 名の就労者の基本属性は、男性が 12 名（44%）、女性が 15 名(56%)で就労時の平均年齢が 34 歳(SD:8.4)で、アルバイト経験を含め、過去に働いた経験がある人が 9 割以上を占めていた。週あたりの平均勤務時間数は 19.5 時間で、平均時給は 935 円（データが明らかなもののみ対象）であった。

IPS 導入後 2 年目の平成 18 年 1 月から 12 月末までの 1 年間には、20 名が一般就労していた。1 年目と 2 年目を比較すると、一般就労者数が 1.5 倍増加、男性の就労者が急増、短時間でも就労した人が増えた。1 年目は症状も落ち着いている女性が一般就労の中心層であったが、2 年目は短時間ではあるが幅広い対象者が就労し、一般就労以外では在宅での内職、事業所を利用しての実習、有償ボランティアなどの就労に関する活動の種類が増えた。

考察及び結論：IPS 導入後 2 年が経過し、1 年目に比べると 2 年目に就労率が増加した原因は、①ACT 主催のグループ活動に参加していた利用者が就労することにより、他の利用者の就労への動機付けが上がり、単発のアルバイトなどにチャレンジした人が増えたこと。②就労への動機付けの維持や動機付けの掘り起こしにケースマネジャー（以下：CM）が貢献し、ACT-J のチーム全体で就労に取り組むようになったこと。③就労支援者（以下：ES）

が本人の興味・関心を生かした職場を開拓することにより、本人の動機付けが上がったタイミングを逃さず対応できたこと。④地域の精神保健福祉機関にも ES を派遣している就労支援ユニットである IPS-J が成熟し、事業所の求人に関する情報交換により職場開拓が行いやすくなったこと、の 4 点によると考察される。

治療チームである ACT-J の中での多職種連携、利用者の興味・関心のある仕事を探すこと等、IPS の原則の要素がより多くの利用者が就労を体験した原因となっている。重症度の高い人の就労と、職場への定着とキャリアアップは今後の課題といえる。

A. 研究目的

就労を「治療的効果があり、その人なりの回復(リカバリー)につながる」と位置付け、就労支援にも重点をおく ACT-J では個別の希望に合致した仕事への迅速な求職活動と定着への継続的な支援を行う、IPS モデルという援助付き雇用の新しい就労支援のアプローチを、ACT-J がスタートした翌年の平成 16 年 10 月より実践している。ACT の介入開始以来の平成 15 年 5 月から平成 18 年 12 月末までの利用者の就労状況を示し、特に大きな変化のあった平成 18 年 1 月から 12 月にかけての 1 年間の就労支援に関する活動を IPS 導入直後の 1 年間と比較し、ACT-J での就労支援の取り組みに関して考察する。

B. 研究方法

1. 対象者

ACT-J 開始の平成 15 年 5 月から転居などの理由により終了した者を含めた利用者の累積数は、平成 18 年 12 月末で 102 名であった。この 102 名において、一般就労のみならず、就労に関わる活動を体験した利用者を対象とする。なお研究に協力した利用者には同意を得ており、匿名性が保持されるよう十分に配慮した。

2. 調査方法

1) 研究 1

ACT の介入を開始した平成 15 年 5 月から、平成 18 年 12 月末までの期間で、就労を体験した対象者の属性と、利用者からの直接の聞き取りとケースマネジャー(以下:CM)からの情報から一般就労した人数(週 5 時間以上、最低賃金以上の時給、障害者だけが雇用されるのではない競争的な職場での就職)、職種、時給の平均、就労率(一般就労率/登録者数)と、一般就労以外の就労に関連する活動に従事した人数を集計した。なお、一般就労の定義に関しては「精神障害を持つ人たちのワーキングライフ」(ベッカー他、2004)での指標にならい、「最低賃金以上の時間給で、障害者だけではなく誰でも応募できる職場であること、5 時間以上働いている週があること、事業所において事業主による監督を受けていること」を参考にした。

2) 研究 2

平成 18 年 1 月から 12 月までの 1 年間で、平成 16 年 9 月 30 日から 17 年 10 月までの IPS 導入直後の 1 年間の就労に関する活動のデータと比較、考察した。

C. 結果

1. 研究 1

1) 就労者の基本属性(表 1)

ACT-Jの累積利用者である102名のうち27名(26%)が、一般就労に該当した。一般就労者の性別は、男性12名(44%)、女性15名(56%)であり、ACT利用開始後初めての就労時の平均年齢は34歳(SD:8.4)であった。27名の内訳は、20~29歳の男性5名(19%)、女性5名(19%)、30~39歳の男性3名(11%)、女性6名(22%)、40~49歳の男性3名(11%)、女性3名(11%)、50~59歳の男性1名(4%)、女性1名(4%)であった。アルバイトの経験を含む過去の職歴の有無は、1名を除く26名(96%)が過去に就労した経験があった。

家族との同居に関しては、19名(70%)が同居していて、非同居は8名(30%)であった。

現在の結婚の有無は、「結婚している」が4名(15%)で「結婚していない」が23名(85%)であった。

最終学歴については、「中学校卒業」が2名(7%)、「高校卒業」が11名(41%)、「専門学校・短大卒業」が7名(26%)、「大学卒業」が5名(19%)、大学在学中が1名(4%)、「大学院卒業」が1名(4%)であった。

2) 一般就労の結果

一般就労を体験した27名は合計51件の一般就労に関わっていた。51件の職種の内訳は、棚卸しなどの軽作業17件、事務系8件、調理補助などの飲食店勤務8件、テレフォン・アポインターなどサービス系7件、レジなどのスーパー店員4件、清掃4件、介護などヒューマンサービス系3件であった。

これらの一般就労での勤務条件に関して、データが明らかなもののみを対象とすると、平均時給935円(N=42)、1週間の平均勤務時間数19.5時間(N=41)、1日の勤務時間数の平均6.1時間(N=38)であった。勤務時間数の詳

細は、週20時間以下の就労が25件、週21~39時間は13件、週40時間以上が5件であった。

就労支援者(以下:ES)が実際に就労に関わった件数は51件中の31件で、支援の詳細は、①情報提供を含む職業に関するカウンセリング31件、②ESが求人情報を収集するなどの職場開拓10件、③履歴書作成や採用面接のロールプレイ・職場へのコンタクトなど求職活動の支援15件、④ジョブコーチ、通勤支援などを目的とする職場への同行支援10件であった(重複含む)。

ACT-J介入開始後から平成18年12月末までの期間で、一般就労の定義に該当する月々の就労者数、各月の一般就労率(一般就労者数/その月の登録者数)、累積一般就労率(累積一般就労者数/累積登録者数)を図1に示す。

3) 一般就労以外の就労に関する活動(図2)

作業所の通所の後に事業所での実習に参加した場合を「福祉的就労」、「事業所での実習」に重複してそれぞれカウントすると、各種の活動内容に関わった利用者のべ人数は①ポスティングや内職など事業所ベースであるが賃金などの点で最低賃金の基準を満たさない就労8名、②学会関係の事務や研究会講師などESが設定した事業所ではないベースの職務への従事が14名、③障害者施設での有償ボランティア4名、④事業所での無給での実習5名、⑤障害者委託訓練など既存の職業リハビリテーション制度の活用4名、⑦作業所・授産施設などの福祉的就労が10名であった。

上記の就労に関連するさまざまな活動に参加した実人数17人には、アルバイトの経験も含めた過去の職歴がない3名が含まれていた。

2. 研究2（表2）

平成16年9月30日から平成17年10月末までのIPS導入直後の1年目は、対象者83名のうち計13名（16%）がのべで16件の一般就労を体験していた。男女の内訳は男性が3名、女性が10名であった。週当たりの勤務時間は20時間以下が6名、20時間以上が6名、不明が1名であった。平均勤務日数は56.6日（N=10, SD49.8）、平均時給は914.5円（N=11, SD212.6）であった。一般就労以外の事業所での就労は3名、研究会講師などの非事業所ベースの仕事4名、作業所など福祉的就労が4名であった。実人数で24名（29%）が就労に関連する活動に参加していた。

IPS導入2年目の平成18年1月から12月までの期間では、一般就労者は20名（男性11名、女性9名）で就労件数はのべで35件であった。週当たりの勤務時間数は5時間以上20時間以下が10名、21時間以上が6名、単発のアルバイトのため、週当たりの安定した時間数が特定できない者が4名であった。勤続日数は10人の延べ日数で357.5日、平均時給は924円（N=22）であった。

就労に関連する各種の活動内容に関わった利用者人数は①ポスティングや内職など事業所ベースで最低賃金の基準を満たさない就労4名、②研究会講師やESが設定した非事業所系の就労6名、③事業所での実習1名、⑤作業所・授産施設など福祉的就労が5名であった。対象者83名のうち、計28名（34%）が就労に関連する活動に参加していた。（図3）

1年目と2年目の就労に関する活動状況を比較すると、まず一般就労者が13名から20名と1.5倍増加した。また就労時の平均年齢も1年目の34歳から42歳へ変わっていて、男性の就労者が3名から11名に増え、就労者

の男女比も1年目は女性が男性のほぼ4倍であったが、2年目は男性の就労数11名が女性9名を上回った。性別と年代ごとの一般就労者の人数は、1年目が20代男性3名、同女性2名、30代男性なし、同女性3名、40代男性なし、同女性4名、50代男性なし、同女性1名、2年目は20代男性4名、同女性4名、30代男性3名、同女性1名、40代男性3名、同女性3名、50代男性1名、同女性1名であった（図4）。1年目と2年目では就労者の顔ぶれが変わり、2年間通して就労しているものは6名のみで2年目になって初めて一般就労した人は11名であった。2年間を通して同じ事業所に継続して勤務している人は2名のみであった。

D. 考察

IPS導入後2年が経過し、1年目に比べると2年目では就労者が増加し、今まで就労支援の対象ではなかった層が平成18年度に入って就労した原因を考えると以下が挙げられる。

①ACT主催のグループ活動に参加していた利用者が就労することにより、他の利用者の就労への動機付けが上がり、派遣会社を利用して短時間での就労にチャレンジした人が増えた。ACTでは「コミュニティ・グループ」というSSTのグループと、就労について考える「就労グループ」の2つのグループ活動を定期的に行っている。両方のグループ共に出席者が固定し、同じグループに参加する一人が就労すると、それに刺激され、派遣会社による単発のアルバイトから始めることが多かった。派遣会社を利用しての就労が増えたのは、利用者同士のネットワークから口コミで広まったと推察される。

②就労への動機付けの維持や動機付けの掘