

研究協力者：

石倉習子（東京都立松沢病院・
精神保健福祉士）

前川早苗（三重県立こころの医療センター・
看護師）

山崎修道（東京大学医学部附属病院・
臨床心理士）

香月富士日（名古屋市立大学・看護師）

小西瑞穂（東海学院大学・臨床心理士）

竹内浩（名古屋市立大学・医師）

白石直（名古屋市立大学・医師）

山田純栄（京都大学・作業療法士）

朝倉起巳（共和病院・作業療法士）

中村泰久（日本福祉大学・作業療法士）

宮越裕治（総合診療センターひなが・精神
保健福祉士）

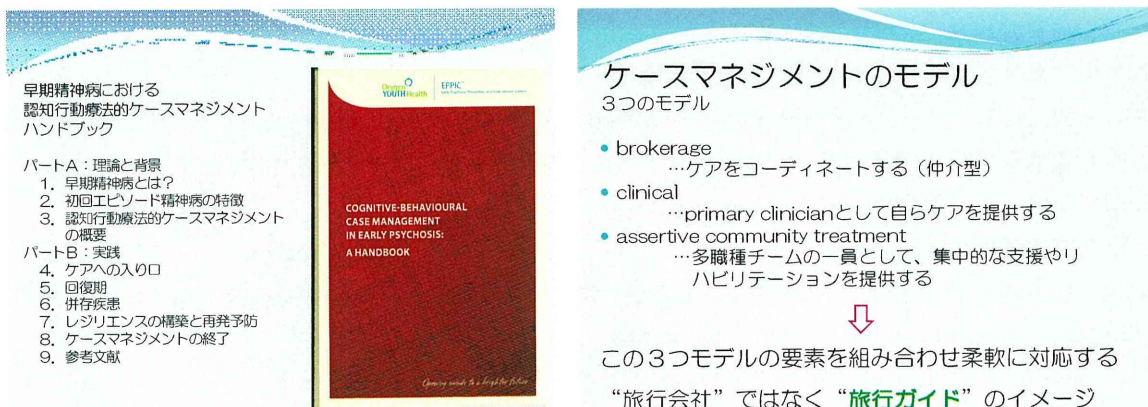
<資料①> 早期支援サービスにおけるケースマネジメント

【はじめに】

早期支援サービスとは、未治療期間を可能な限り短縮し、包括的な治療・支援を継続的に提供することで、より早い回復を促すことを目的とした精神科臨床サービスです。多職種の専門スタッフがチームとなってユーザーや家族をサポートするが、その中でも中心的な役割を担うのがケースマネジャー（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士）です。

【早期支援サービスにおけるケースマネジメント】

豪国で早期支援サービスを開始した ORYGEN Youth Health は、早期支援におけるケースマネジメントのポイント等を Cognitive-Behavioural Case Management In Early Psychosis: A Handbook (CBCM ハンドブック) にまとめ、ケースマネジャーの養成研修で活用しています。



早期精神病における
認知行動療法的ケースマネジメント
ハンドブック

パートA：理論と背景
1. 早期精神病とは？
2. 初回エピソード精神病の特徴
3. 認知行動療法的ケースマネジメントの概要

パートB：実践
4. ケアへの入り口
5. 回復期
6. 併存疾患
7. レジリエンスの構築と再発予防
8. ケースマネジメントの終了
9. 参考文献

ケースマネジメントのモデル
3つのモデル

- brokerage
…ケアをコーディネートする（仲介型）
- clinical
…primary clinicianとして自らケアを提供する
- assertive community treatment
…多職種チームの一員として、集中的な支援やり
ハビリテーションを提供する

↓

この3つモデルの要素を組み合わせ柔軟に対応する
“旅行会社”ではなく“**旅行ガイド**”のイメージ

この中ハンドブックの中でケースマネジャーは、

- 患者の精神状態やリスクに関するモニタリングを継続的に行う
- 患者や家族または関係者に、病気の特徴や治療についての適切な情報が提供されていることを確かめる
- 急性期を最短にするための援助をする（最適な薬物治療を促すことも含む）
- 入院に関するトラウマや不安を軽減する
- 二次疾患や併存する精神障害の適切な治療を促す
- 症状が心理社会的環境に及ぼす影響を軽減する（例：人間関係、住居、教育、就業、経済的保障）
- リカバリー、社会への再統合、ノーマルな発達基軸へ戻ることを促す

となっています。これらのために必要となる様々な支援（認知行動療法的アプローチ、心理教育、家族支援、就労・就学支援など）をケースマネジャーが積極的に行っていきます。そのため、早期支援サービスが全国的に普及している英国では、行動療法的家族療法（Behavioral Family Therapy）、早期警告サイン（Early Warning Signs）、陰性症状が強いケースへの支援（Motivational Difficulties）は、職種に関係なく全てのコメディカルスタッフが必須で受講する研修プログラムとなっています。

このようにケースマネジャーは、社会資源を組み合わせケアプランを作る間接的支援だけでなく、リカバリーに必要な直接的支援も積極的に提供するのです（必要時アウトリーチの手法を活用）。

<資料②> 精神疾患の早期支援サービスにおけるケースマネジメント

I はじめに

精神疾患の早期支援サービス（以下、早期支援サービス）とは、未治療期間を可能な限り短縮し、包括的な治療・支援を継続的に提供することで、より早い回復を促すことを目的とした精神科臨床サービスである。多職種の専門スタッフがチームとなって利用者や家族をサポートするが、その中でも中心的な役割を担うのがケースマネジャー（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士）である。

II 早期支援サービスにおけるケースマネジメント

早期支援サービスの利用者にはケースマネジャーが必ず1人割り当てられる。ではそもそも、早期支援サービスの利用者になぜケースマネジャーが必要なのだろうか。主な理由としては以下のような点が考えられる(石倉2011)。

- ・ 薬物治療だけではリカバリーは実現されない
- ・ 利用者や家族自身が精神科臨床サービスを使い慣れていない
- ・ 病初期の若者は自らのニーズや希望をなかなか言語化できない
- ・ 家族も最も混乱している時期
- ・ 進級や進学など、毎年重要な決断が求められる
- ・ 既存の社会資源が少ない

このような理由から、病初期の利用者や家族には、疑問や不安を受け止め、適切な情報を丁寧に提供し、利用者や希望や目標を把握して支えていくケースマネジャーが求められる。

豪国で早期支援サービスを開始した ORYGEN Youth Health は、早期支援におけるケースマネジャーの役割等を *Cognitive-Behavioural Case Management In Early Psychosis: A Handbook* (以下、CBCM ハンドブック) にまとめ、ケースマネジャーの養成研修で活用している (目次は下記の通り)。

- | |
|------------------------|
| パートA：理論と背景 |
| 1. 早期精神病とは？ |
| 2. 初回エピソード精神病の特徴 |
| 3. 認知行動療法的ケースマネジメントの概要 |
| パートB：実践 |
| 4. ケアへの入り口 |
| 5. 回復期 |
| 6. 併存疾患 |
| 7. レジリエンスの構築と再発予防 |
| 8. ケースマネジメントの終了 |
| 9. 参考文献 |

“ケースマネジャー”と聞くと、日本では介護保険のケアマネジャー等がイメージされ易いが、早期支援サービスにおけるケースマネジャーは、それよりも幅広く、包括的な支援を提供する役割を担っている。

ケースマネジメントは、“brokerage”, “clinical”, “assertive community treatment”の3つのモデルに分けられる。

- ・ **brokerage**…他の臨床家によって提供されるケアをコーディネートする
(介護保険のケアマネジャーはこのモデル)

- ・ clinical・primary clinician として自らケアを提供する
- ・ assertive community treatment・多職種チームの一員として、集中的な支援やリハビリテーションを提供する

早期支援サービスのケースマネジャーはこの3モデルの要素を組み合わせ、柔軟に対応する。すなわち、利用者や家族のニーズに合わせてケアプランを作成するだけでなく、自らも積極的にケアに関わり、直接利用者や家族を支える役割も担っている点で、介護保険におけるケアマネジャーとは性質を異にしている。

CBCM ハンドブックの中で、ケースマネジャーの実践上の目標は、

- ・ 患者の精神状態やリスクに関するモニタリングを継続して行う
- ・ 患者や家族または関係者が、病気の特質や治療について適切に情報提供されていることを確かめる
- ・ 急性期を最短にするための援助をする（最適な薬物治療を促すことも含む）
- ・ 入院に関するトラウマや不安を軽減する
- ・ 二次疾患や併存する精神障害の適切な治療を促す
- ・ 症状が心理社会的環境に及ぼす影響を軽減する（例：人間関係、住居、教育、就業、経済的保障）
- ・ リカバリー、社会への再統合、ノーマルな発達基軸へ戻ることを促す

となっている。これらのために必要となる様々な支援（認知行動療法的アプローチ、心理教育、家族支援、就労・就学支援など）をケースマネジャーが積極的に行っていく。そのため、早期支援サービスが全国的に普及している英国では、行動療法的家族療法（Behavioral Family Therapy）、早期警告サイン（Early Warning Signs）、陰性症状が強いケースへの支援（Motivational Difficulties）が、職種に関係なく全てのコメディカルスタッフが必須で受講する研修プログラムとなっている。

このようにケースマネジャーは、社会資源を組み合わせるケアプランを作る間接的支援だけでなく、リカバリーに必要な直接的支援も積極的に提供する（必要時アウトリーチの手法を活用）。

【引用・参考文献】

1. Orygen Youth Health Research Centre Cognitive-Behavioural Case Management In Early Psychosis: A Handbook 2010
2. 青野悦子 専門職による家族支援の実際 早期介入システムにおける家族支援（英国）精神障害とリハビリテーション 15(2) ; 172-177, 2011 金剛出版
3. 石倉習子 早期支援を目的とした専門外来の取り組み ユースメンタルサポートセンター松沢の実際 精神科看護 37(7) ; 21-25, 2010 精神看護出版
4. 石倉習子 ケースマネジャーの役割と支援の実際 第15回日本精神保健・予防学会学術集会 シンポジウム1 初回エピソード精神病の早期支援・治療のエビデンスと実際 2011年12月3日

(担当：石原習子)

<資料③>

早期精神病への認知行動療法

【はじめに】

近年、初回エピソード精神病を経験した若者に対して、個別のニーズに合わせてさまざまな心理社会的支援を提供する「包括的心理社会的支援」が世界的に注目されており、効果研究も活発に行われています。

包括的な心理社会的支援の中には、1) 個別のニーズに合わせたケースマネジメント、2) 病気に関する正しい知識と対処法を伝える心理教育、3) 認知行動療法（後述）、4) ご家族への支援などが含まれます。

このような心理社会的支援は、ケースマネージャーを中心とした支援者と、当事者やご家族との対話を通して提供されていきます。特に、認知行動療法は、セラピスト（ケースマネージャー）と当事者が一緒に話し合う中で、症状への対処能力を高め、自信を回復し、自立した生活を支援する方法になります。

【早期精神病への認知行動療法とは？】

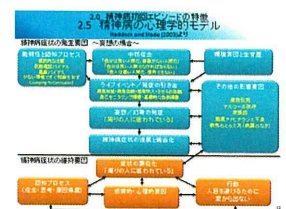
初回エピソード精神病的早期支援では、まずは当事者である若者とより良い関係を結ぶことが不可欠になります。そのためには、専門家のコミュニケーションスキルがとても大切になります。専門家と当事者のより良い関係がないと、認知行動療法を行っても効果が出てきません。むしろ、関係が悪くなってしまう場合もあるでしょう。ですので、専門家と当事者の間に信頼関係が出来たうえで、認知行動療法を行っていくことが大切です。このことは、認知行動療法以外の心理社会的支援を行う上でも非常に大切になります。

認知行動療法を初回エピソード精神病的当事者に行うと、専門家と定期的な面接をしている間は、幻聴や妄想を弱める効果が通常のカウンセリングよりも大きいことが分かっています。しかし、定期的な面接の期間が終わってしばらく経つと、カウンセリングとあまり差がなくなってくるという研究結果もあります。

これまでの研究では、認知行動療法だけ行う場合と、カウンセリングだけ行う場合を比べていました。初回エピソード精神病的当事者は若者であることが多く、就労・就学などといった思春期・青年期の発達課題をクリアしながら症状のコントロールを行わなければならないため、認知行動療法だけでは効果が弱いかもしれません。ですので、個別のニーズに合わせたケースマネジメントの流れの中に組み込んで、認知行動療法を行う必要があります。そうすることで、ケースマネジメントと認知行動療法が相乗効果を発揮すると考えられます。

早期支援の先進国オーストラリアでは、ケースマネジメントに認知行動療法を組み込んだ「認知行動ケースマネジメント」という方法が使われています。認知行動ケースマネジメントでは、心理士に限らず、看護師・作業療法士・ソーシャルワーカーが、認知行動療法のエッセンスを、ケースマネジメントの中で適宜当事者のニーズに合わせて使っていきます。①再発への早期警告サインを見きわめて、②症状が悪くなった時に当事者のかた自身が対処できるスキルを身につけ、③症状が現れる心理的なメカニズムが当事者の方自身で理解できるようになることをサポートしていきます。

最近の研究報告では、就労・就学中の初回エピソード精神病的当事者の方に認知行動療法を行うと、カウンセリングよりも効果が大きいことが示されています（Allot et al., 2011）。早期支援では、まずは就労・就学支援など回復志向のケースマネジメントを行い、就労・就学生活の継続や、就労・就学生活へ向けた生活上の課題を解決するために、認知行動療法を用いると、非常に効果が大きいと言えるでしょう。



精神病的発症には認知行動療法が効く～効果研究のエビデンス～

- ・ 抗精神病薬を使用しても、3分の1の患者が幻覚・妄想などの陽性症状が残る
- ・ 認知行動療法の目的は
 1. 精神病的症状による苦痛・不安・困窮を減らす
 2. 精神病的症状のメカニズムを当事者自身が理解する
 3. 精神病的症状への対処法を生かす身につけ実行する
- ・ 週1～2回・3～6か月・対話とホームワーク
- ・ 薬物抵抗性の精神病的発症には認知行動療法が効く

©HCL 2007. Wilson et al. 2008.1.HCL.02.01.01.01.02.01.04.01

いつでもどこでもCBT

～認知行動ケースマネジメントにおける認知行動療法の位置づけ～

- ・ 早期精神病的若者を対象に作られた治療アプローチ
- ・ ODFEマニュアル(Fowler 1995)の実用版
- ・ 'Cognitively Oriented Psychotherapy for First Episode Psychosis: A Practitioner's Manual'

PART A 理論編

- 1.0 早期精神病的発症
- 2.0 精神病的初回エピソードの特性
- 3.0 認知行動ケースマネジメントの意義

PART B 実践編

- 4.0 治療への導入
- 5.0 回復期
- 6.0 再発防止への対応
- 7.0 治療の評価と効果測定
- 8.0 フォロアップシステムの構築

認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy) の実践

何をすれば認知行動療法なのか？

CBTの要素とフィードバック

1. アセスメント: 現在の状況とニーズを把握し、アセスメントに基づいて適切な治療を提供する。
2. フォロアップ: 治療の進捗を確認し、必要に応じて治療計画を変更する。
3. 教育: 精神病的症状のメカニズムを説明し、自助策を提供する。
4. 再発防止: 再発の兆候を早期に発見し、対処法を教える。
5. 再発防止: 再発の兆候を早期に発見し、対処法を教える。
6. 再発防止: 再発の兆候を早期に発見し、対処法を教える。

PART B 実践編

- 7.0 治療への導入: 治療の開始と初期セッションの計画。
- 8.0 回復期: 治療の進捗を確認し、必要に応じて治療計画を変更する。
- 9.0 再発防止への対応: 再発の兆候を早期に発見し、対処法を教える。
- 10.0 治療の評価と効果測定: 治療の効果を確認し、必要に応じて治療計画を変更する。
- 11.0 フォロアップシステムの構築: 治療後のフォローアップシステムを構築する。

【早期支援における認知行動療法の課題】

早期支援においては、他の心理社会的支援法同様に、認知行動療法は決して万能なものではなく、有効な支援法の 1 つにすぎません。ですので、適切なタイミングで、当事者のニーズに合わせて、きめ細かく認知行動療法が提供されるようになることが求められてきます。ただし、日本では、現時点では精神病の認知行動療法そのものを行うことが出来る専門家がとても少ないので、専門家の人材育成がとても大切になっています。



<資料④>

早期精神病への認知行動療法

【はじめに】

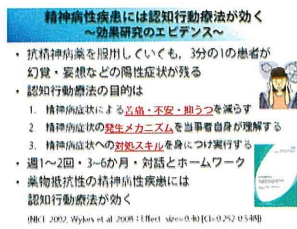
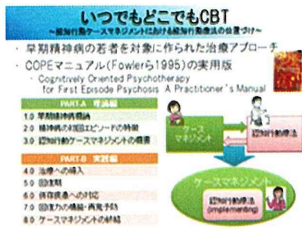
近年、初回エピソード精神病を経験した若者に対する包括的な心理社会的支援が世界的に注目されており、その効果研究が活発に行われている (Marshall et al. 2006)。包括的な心理社会的支援の構成要素には、1) ニーズに合わせたケースマネジメント、2) 心理教育、3) 認知行動療法、4) 家族支援などが含まれる。このような心理社会的支援は、ケースマネジャーを中心とした支援者と、当事者や家族との面接・対話を通じて提供されていく。その中でも特に、認知行動療法は、セラピスト (ケースマネジャー) と当事者との対話により、症状への対処能力を高め、自己効力感を回復し、自立した生活を支援する方法であり、非常に重要な支援法である。

【早期精神病への認知行動療法の実際】

初回エピソード精神病的早期支援では、若者とのエンゲージメントを確立し、治療関係・治療同盟を作る面接スキルが不可欠である。しかしながら、支援者の面接スキルを客観的に評価し、支援者のコミュニケーションスキル向上を図る取り組みはわが国ではこれまで非常に少ないのが現状である。エンゲージメントの確立が無いままに認知行動療法を形式的に実施しても、効果は見込めないだろうし、治療関係・治療同盟に悪影響を与える場合もあるだろう。

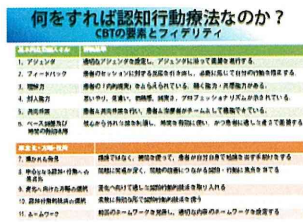
アメリカ精神医学会の報告によれば、心理社会的な治療技法そのものの効果は、支援効果全体の 15%を説明する程度であった。一方、心理社会的な支援に共通する要素である、共感的理解・受容・暖かさといったセラピストの態度が、効果の 30%を占めている。認知行動療法をはじめとするエビデンスに基づいた心理社会的な支援技法が効果を上げるためには、エンゲージメントを確立するための、セラピストの基本的な治療的態度が必要不可欠である。

早期精神病への認知行動療法は、陽性症状への介入時の効果は、支持的なカウンセリングよりも大きい。しかし、社会機能や再発・再入院率へのフォローアップ時の効果は、支持的なカウンセリングとの差が見られなくなるとの報告が多い (Lewis et al., 2002; Tarrier et al., 2004; Jackson et al., 2008; Bird et al., 2010)。精神病への認知行動療法は、慢性統合失調症の持続的な陽性症状に対しては効果が繰り返し報告されているが、早期精神病に対しては、認知行動療法単独では効果が限定的である。だが、回復志向の包括的な早期支援サービスの中に認知行動療法が組み込まれることで、相乗効果を発揮する。メルボルン大学の ORYGEN では、ケースマネジメントに認知行動療法を有機的に組み込んだ (implementing) 「認知行動ケースマネジメント (Cognitive-Behavioural Case Management: Orygen Youth Health Research Center, 2010)」ハンドブックが作成され、実践にも応用されている。認知行動ケースマネジメントでは、心理士に限らず、看護師・作業療法士・ソーシャルワーカーが、低強度の認知行動療法を、ケースマネジメントの中で適宜当事者のニーズに合わせて用いていく。①再発への早期警告サインを同定すること、②症状増悪時の対処スキルを身につけること、③症状が発生/増悪する個々の心理的なメカニズムをセラピストと一緒にモニタリングすることが大きな柱となる。近年の報告では、就労・就学中の初回エピソード精神病的当事者に対して認知行動療法を行うと、支持的なカウンセリングよりも効果が大きいことが報告されている (Allot et al., 2011)。まずは就労・就学支援など回復志向のケースマネジメントを行い、継続的な就労・就学へ向けた生活上の課題を解決するために認知行動療法を用いると、非常に効果が大きい。



【早期支援における認知行動療法の課題】

早期支援においては、他の心理社会的支援法同様に、認知行動療法は決して万能なものではなく、有効な支援法の1つと捉えておくべきである。今後は、適切なタイミングで、当事者のニーズに合わせて、きめ細かく認知行動療法が提供されるようになることが求められてくるだろう。また、我が国においては、精神病への認知行動療法そのものを施行出来る人材の育成が非常に少ないため、現時点ではフィデリティの確保と人材の育成が急務である。



【文献】

Allott K., Alvarez-Jimenez M., Killackey E. et al., 2011 Patient predictors of symptom and functional outcome following cognitive behavior therapy or befriending in first-episode psychosis. Schizophrenia Research, 132, 125-130.

Bird V., Premkumar P., Kendall T. et al. 2010 Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. British Journal of Psychiatry, 197, 5, 350-356.

Jackson, H. J., McGorry, P. D., Killackey, E., et al. 2008 Acute-phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT versus befriending for first-episode psychosis: the ACE project. Psychological Medicine, 38, 725-735.

Lewis S., Tarrier N., Haddock G. et al. 2002 Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. British Journal of Psychiatry, 181, 43, s91-s97.

Marshall M., Rathbone J. 2006 Early intervention for psychosis. Cochrane database of systematic review, 4, CD004718.

Orygen Youth Health Research Center 2010 Cognitive-Behavioural Case Management in Early Psychosis: A Handbook. ORYGEN Youth Health Research Centre.

Tarrier, N; Lewis, S; Haddock, G, et al. 2004 Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia - 18-month follow-up of a randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry, 184, 231-239.

<資料⑤> 早期精神病のための家族心理教育

【はじめに】

慢性統合失調症の家族と同様に、早期精神病の家族も大きな負担感を抱えており、家族の負担軽減を目的とした家族心理教育を行うことは意義のあることと考えられます。

今回は、日本心理教育・家族教室ネットワークによる標準版家族心理教育を用い、また特にノーマライゼーションに焦点を当て、家族の心理的負担と精神疾患へのスティグマが軽減されるような介入を紹介します。

【内容】

「早期精神病のための家族心理教育」プログラム

情報提供 (45分)	
第1回	サイコーシスの理解 (診断・経過)
第2回	サイコーシスの理解 (病因・症状)
第3回	サイコーシスの治療 (薬物療法)
第4回	家族へのガイドライン (家族の接し方)
第5回	家族へのガイドライン (家族の過し方)
第6回	社会資源 (福祉サービスの紹介)

グループ相談会 (毎回 60分)

【留意点】

情報提供
情報提供は、ノーマライゼーションモデルを用いました。ノーマライゼーションモデルでは、健常者に起こり得る正常な精神病様体験の連続体として精神病症状を説明することで、精神疾患へのスティグマの改善を期待するものです。
復学の際に問題となることが予測されること、友人との関係、進級、進学、通学手段など 10 代の学校生活上で想像出来る困難に対処できる情報を組み入れました。
グループセッション
思春期の心性とのかかわりがある相談が目立ちます。正常な発達における思春期のイライラ、反抗、甘え、試し行為、アンビバレントな感情などに起因する問題が家族の相談の中にはたびたび見受けられます。このようなことは、10代では普通ですが、これらの行動に対する家族の対応によっては、病状が悪化し、さらには再発する可能性もあります。また対応が上手くいかない場合は家族の失敗・挫折体験となり、心配と重なって過干渉となり悪循環をもたらすことが予測されます。早期精神病の家族心理教育を行う際にスタッフとしては、このような思春期問題に対する家族の対処能力が向上するような関わりを行うことが必要です。



家族心理教育の様子

<資料⑥> 早期精神病のための家族心理教育

【はじめに】

慢性期統合失調症での家族心理教育の再発予防効果、家族の負担軽減効果などは、すでにたくさんの研究が積み上げられており確立されています。慢性統合失調症への家族心理教育の効果の理論的背景の一つには、家族の感情表出（E E）の再発予測の妥当性がありますが、早期精神病における家族のE Eと患者の再発との関連は、今のところ一貫した結果が得られていません。

このことから、現時点で早期精神病の家族への介入において、家族のE Eを下げる事を主目的としたプログラムは適さない可能性があります。しかし、慢性統合失調症の家族と同様に、早期精神病の家族も大きな負担感を抱えており、家族の負担軽減を目的とした家族心理教育を行うことは意義のあることと考えられます。

日本心理教育・家族教室ネットワークが開発した標準版家族心理教育は、家族のEE低下のみに焦点を当てている介入ではなく、家族の負担感を軽減し、家族がエンパワメントされるように構成されています。そういう意味では、早期精神病への家族心理教育モデルとしては適しているものと考えられます。

今回は、標準版家族心理教育を用い、また特にノーマライゼーションに焦点を当て、家族の心理的負担と精神疾患へのスティグマが軽減されるような介入を紹介します。

【早期精神病の家族心理教育】

1) プログラムのご紹介

早期精神病の家族心理教育は、6回のグループ療法を含んだセッションから構成され、2週間ごとに1回2時間のセッション。2時間のうち前半45分は情報提供をし、休憩を挟んで60分の問題解決技法を用いたグループを行います。6回の情報提供内容は、下記の通り。

	内容	担当
1回目	サイコーシスの理解（診断・経過）	医師
2回目	サイコーシスの理解（病因・症状）	医師
3回目	サイコーシスの治療（薬物療法）	薬剤師
4回目	家族へのガイドライン（家族の接し方）	作業療法士
5回目	家族へのガイドライン（家族の過し方）	看護師
6回目	社会資源（福祉サービスの紹介）	精神保健福祉士

2) 家族心理教育を行う上での留意点

(1) 情報提供

統合失調症患者への認知行動療法で広く用いられているノーマライゼーションモデルを用いました。ノーマライゼーションモデルでは、健常者に起こり得る正常な精神病様体験の連続体として精神病症状を説明することで、精神疾患へのスティグマの改善を期待するものです。

復学の際の留意点として、友人との関係、進級、進学、通学手段など10代の学校生活上で想像出来る困難に対処できる情報を組み入れました。

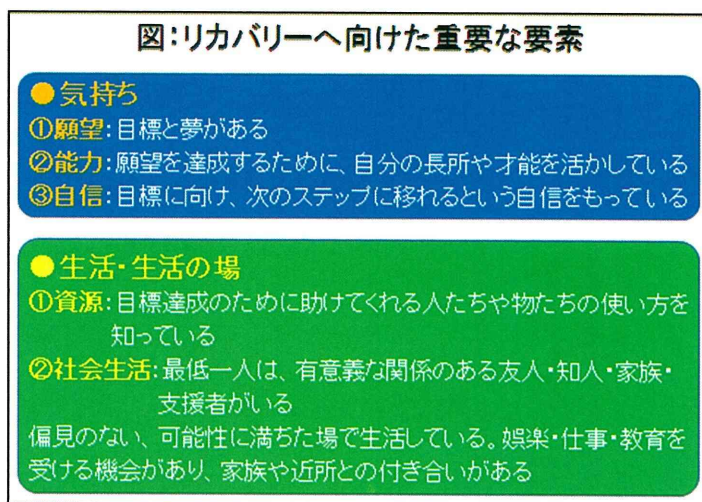
(2) グループセッション

思春期の心性とのかかわりがある相談が目立ちます。正常な発達における思春期のイライラ、反抗、甘え、試し行為、アンビバレントな感情などに起因する問題が家族の相談の中にはたびたび見受けられます。このようなことは、10代では普通ですが、これらの行動に対する家族の対応によっては、病状が悪化し、さらには再発する可能性もあります。また対応が上手くいかない場合は家族の失敗・挫折体験となり、心配と重なって過干渉となり悪循環をもたらすことが予測されます。

早期精神病の家族心理教育を行う際にスタッフとしては、このような思春期問題に対する家族の対処能力が向上するような関わりを行うことが必要です。

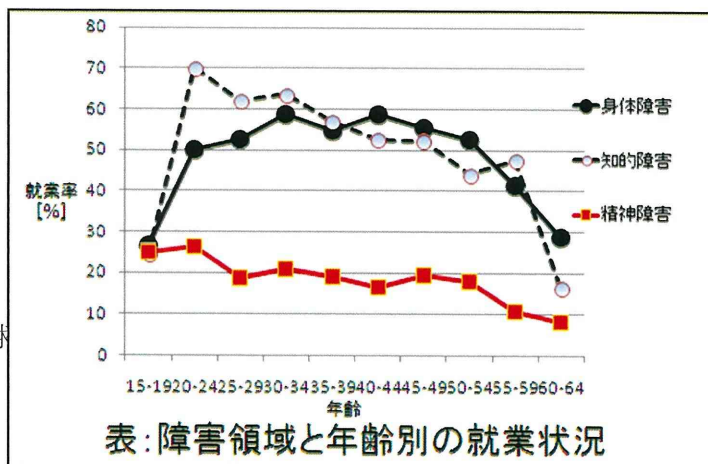
【はじめに】

現在、精神病を持つ人のリハビリテーションの目的はリカバリーが重要であると言われて
います。リカバリーとは「自分の人生と病気の管理に責任を持つことと、自分自身が満足
する意義のある人生を追求し始めること」と言われています。具体的には気持ち、生活、生
活の場からリカバリーに向けて重要な要素が報告されています（図：リカバリーに向けた
重要な要素）この中で特に早期精神病を持つ人の就労支援について説明します。



【精神障害を持つ人の年齢別就業率と離職理由】

平成 20 年厚生労働省より発表された身体障害、知的障害及び精神障害者就業実態調査に
よると、仕事についている 15 歳～64 歳の身体障害者は 57 万 8 千人（43.0%）知的障害者
は 18 万 7 千人（52.6%）精神障害者は 6 万 1 千人（17.3%）と報告されています。ここか
ら他の障害領域と比べて精神障害を持つ人の就業率は低いことが伺われます。次に年齢別
の就業率を比較（表：障害領域と年齢別の就業率）すると他の障害領域と比べ 20 歳代以降
の年代で就業率が向上しない傾向がみられます。これは精神障害（主に統合失調症）の発
症しやすい年代であるためと考えられます。その反面 20 歳代～30 歳代にかけては、仕事
の求人が多い年代となるため仕事へのチャレンジがしやすい年代とも言えます。



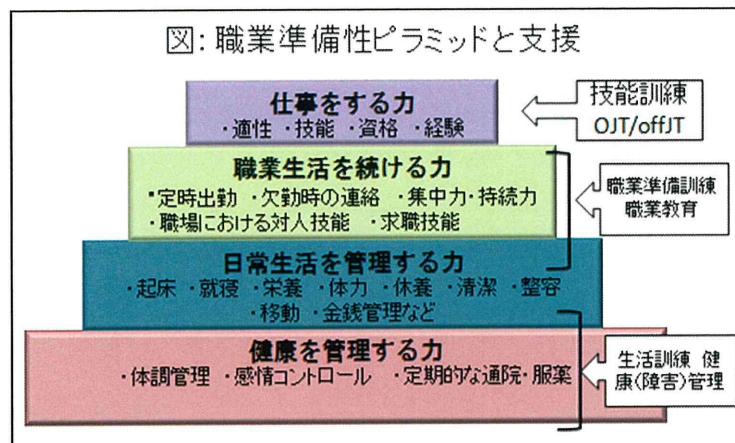
また、精神障害を持つ方は、求

あり、

その主な離職理由は「人間関係がうまくいかなかった」や「労働意欲の減退」が挙げられています。これらのことから就職後も職場への定着支援が重要と考えられます。

【職業に向けての準備性】

精神障害を持った人が、職業に向けての準備として必要な力は、健康を管理する力、日常生活を管理する力、職業生活を続ける力、仕事をする力が必要とされており、各段階で必要な課題が存在します。これらは「職業準備性のピラミッド」と呼ばれており、就労支援においては、この職業準備性の階層に応じて支援を行い、職業準備性を高めることが重要であると言われています。（図：職業準備性のピラミッドと支援）具体的には健康を管理する力には生活訓練、健康管理の支援を行い、日常生活を管理する力、職業生活を続ける力を養成するために職業準備訓練、職業教育を行い、仕事をする力を養成するために技能訓練を行います。



【精神障害者が利用できる主な雇用支援施策】

精神障害者が利用できる主な雇用支援施策は、ハローワークにおける職業相談・職業紹介、特定求職者雇用開発助成金、障害者試行雇用（トライアル雇用）事業、職場適応援助者（ジョブコーチ）支援事業、障害者就業・生活支援センター事業などの活用が可能です。自分の生活スタイルや働き方を選択し就労へチャレンジすることができます。

精神障害者が利用できる主な雇用支援施策

①ハローワークにおける職業相談・職業紹介
個々の障害者に応じた、きめ細かい職業相談を実施するとともに、福祉・教育等関係機関と連携した「チーム支援」による就職の準備段階から職場定着までの一貫した支援を実施する。併せて、ハローワークとの連携の上、地域障害者職業センターにおいて、職業評価、職業準備支援、職場適応支援等の専門的な各種職業リハビリテーションを実施する。

②特定求職者雇用開発助成金
ハローワーク等の紹介により継続して雇用する労働者として雇い入れる事業主に対して助成を行っている。

【はじめに】

精神病を持つ人のリハビリテーションはリカバリーが重要であると言われている。リカバリーとは「自分の人生と病気の管理に責任を持つこと、自分自身が満足する意義のある人生を追求し始めること」¹⁾と言われており、リカバリーを迫るために社会的な役割を担うことや働くことへの支援が大切である。

精神障害者の就労は、15歳以上64歳以下の精神障害者のうち就業している者は6万1千人(17.3%)であり、年齢別の就業率は、20歳代以降は低下する傾向がみられる²⁾。また職業紹介を受け就職した場合も4~8ヶ月の期間において42%の離職しており³⁾、離職理由は「人間関係が上手くいかなかった」「労働意欲の減退」との回答が報告されている⁴⁾。

これらのことから、早期精神病への就労支援は重要であり、MacGorry 早期精神病の病期モデルにおいても初回エピソード精神病以降の職業リハビリテーションが推奨されている⁵⁾。本稿では、早期精神病患者の中心となることが予測される若年者の職業発達課題、職業準備性と雇用支援施策、早期精神病患者への就労支援の実際、認知機能へ着目した就労支援について述べる。

【若年者の職業発達課題】

職業生活は自己概念の形成と確立の過程であり、その発達過程は職業的発達と呼ばれる。職業的発達の各段階における課題の遂行を通して後の職業生活や職業適応に必要な社会的スキルを獲得すると考えられる⁶⁾。ここでは早期精神病の中心と考えられる若年者(15歳~30歳)の職業発達上の課題について述べる。児童期、青年期は自分がどういう人間であるか、のイメージを作り、それが仕事に対する方向付けに発展させ、青年前期、青年中期は職業に対する希望を形成し、青年後期、成人前期において特定した職業に向けての試みがなされ、成人前期~30歳代までに職業に関する必要な知識、訓練、経験を得て自分自身の場所を獲得する(表1 職業発達上の課題)

表1：職業発達課題⁷⁾

時期	職業的発達段階	説明
児童期 青年前期	自分がどういう人間であるかについてのイメージを形作っていく。仕事の世界に対する方向付けを発展させ、働く事の意味を理解する	役割実演と学校、余暇、その他の活動への参加を通じて、何がうまくやれるか、何を好むのか、どんな点を他の人と違うかということを学び自己像へ具体化する
青年前期 青年中期	職業について希望を結晶化していく	自分に適当だと思える仕事の分野と水準が見分けられる
青年後期 成人前期	職業についての希望を実現していく	自分に適すると思われる職業がつきとめられ、それに対して準備をし、ライフワークとできるのかどうかを試みられる職業

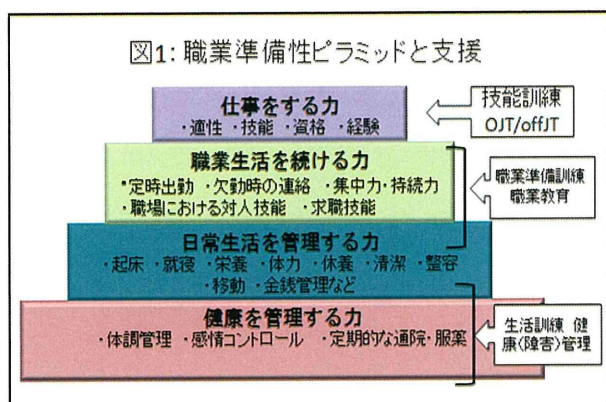
		に対し準備的であり職業上の選好を結晶化し,特定化し実現していくプロセスを繰り返す.
成人前期 30 歳代	仕事に腰を落着け,選んだ職業に置いて永続的な地位を確保する	必要な技能,訓練,仕事の経験をj得て,その中で自分自身の場所を確立しようとする

早期精神病患者への就労支援を検討する上で年代,職業発達課題に配慮した支援が重要である.具体的には青年前期で発症し学校で学ぶ機会が損なわれた場合,自己像を具体化する機会を得ることが乏しくなる.そのため就労支援を通じ自己像の具体化を促すことがその後の職業発達上重要となる.

【職業準備性と雇用支援施策】

障害を持った人の就労支援をしていく上での職業準備性について述べる.早期精神病を含む障害を持った人が就労し,職務を遂行する為にはその前提として健康の管理や日常生活の管理,職業生活を続ける力が必要となる.

(図1:職業準備性ピラミッドと支援8)) これらの職業準備性は職務内容や勤務時間など課題によって必要性は変化するが長期的な職業生活を想定すると職業準備性とその点に配慮した支援は早期精神病への就労支援においても重要と考えられる



この職業準備性を高める雇用支援施策として厚生労働省は①ハローワークにおける職業相談②得的求職者雇用開発助成金③障害者試行雇用(トライアル雇用)④職場適応援助者(ジョブコーチ)支援事業⑤障害者就業・生活支援センターなどが整備されており各地域においての活用と実践が行われている。(詳細は厚生労働省 HP<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/Shougaisha02/>)

【早期精神病患者への就労支援の実際】

次に早期精神病患者への就労支援の実際について述べる.筆者らは,早期精神病患者への就労支援経験のある支援者へのグループインタビュー調査を行い就労支援の特徴を抽出した(9).調査結果から早期精神病患者は障害を非開示とし短期間の非正規雇用を体験し,その経験を基にデイケアなどで健康管理や職業に関する教育などを学習し再度就労へチャレンジするというサイクルを繰り返すことが確認された.このサイクルを繰り返す中で自身の特徴や障害の開示を選択する者,若者雇用支援施策を利用するなど,支援の過程での変化がみられる.この短期間の非正規雇用を活用する背景には若者文化として非正規雇用が一般的となっていること,また健康上での問題が発生

した場合に退職が容易である点が考えられた。これらのことから、就労の体験を繰り返し、自身に合う職務や条件を模索する取り組みが重要であることが伺われた。これについて Rinaldi (2004) は早期精神病患者の就労支援での重要点として「就労介入は雇用の結果だけではなくキャリアを確立する支援を行うべきである」(10)と指摘されており、その後の就労を見据えた長期的な視点から就労支援を行うことが必要である。

【認知機能に着目した就労支援】

早期精神病患者の就労支援の実際において、障害を非開示とした短期間の非正規就労を繰り返すサイクルがあることを説明した。このサイクルを繰り返す中での学習や自己認識の具体化が重要であるが、これらの就労体験を有効に活用するために、学習の基盤となる認知機能障害へ着目することで効果的な就労支援が可能となることが想定できる。(ここでいう認知機能とは、注意、記憶、言語学習、遂行機能、社会的認知を指す) Bell (2001) や池淵は PC を用いた認知機能リハビリテーションと就労支援を併用した介入効果を報告しており、就労支援のみ群より就労支援+認知リハビリテーション群が効果に優れていることを報告している(11)(12)。今後、早期精神病患者の認知機能障害に着目した就労支援を検証していく必要があると考える。

【引用文献】

- 1) ロバート・ポール・リバーマン：精神障害と回復：リバーマンのリハビリテーション・マニュアル。p23. 2011. 星和書店。
- 2) 厚生労働省：身体障害者、知的障害者及び精神障害者就業実態調査結果について。2008. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/01/h0118-2.html>
- 3) 相澤欽一，岩永可奈子，村山奈美子，川村博子：精神障害者の雇用促進のための就業状況等に関する調査研究。p57-59,研究報告書 No,95,2010.
- 4) 埼玉県産業労働部就業支援課：障害者離職状況調査報告書。2011. p28-31. <http://www.pref.saitama.lg.jp/uploaded/attachment/450172.pdf>
- 5) Henry J.Jackson, Patrick D.MacGorry, 水野雅文ら監訳：早期精神病の診断と治療。p18-23. 2010. 医学書院。
- 6) 松為信雄，菊池恵美子：職業リハビリテーション。第2版。2006. p36-39. 協同医書出版。
- 7) Jrdan:Life Stages as Organizing Modelsof Career Development. 1974.
- 8) 松為信雄，菊池恵美子：職業リハビリテーション。第2版。2006. p42-43. 協同医書出版。
- 9) 中村泰久，朝倉起巳，山田純栄，野中猛：早期精神病患者に対する就労支援の特徴－グループインタビュー調査からの考察－：第19回愛知県作業療法学会抄録集：32,2011.
- 10) Rinaldi,M,McNeil,K,Firm,M：What are the benefits of evidence-based supported employment for patients with first-episode psychosis?.Psychiatric bulletin.28.284-4.
- 11) 池淵恵美：精神障害者の認知機能障害を向上させるための「認知機能リハビリテーション」に用いるコンピュータソフト「Cogpack」の開発とこれを用いた「認知機能リハビリテーション」効果検討に関する研究。2009.
- 12) Bell,M,Bryson,GTamasine,G:Neurocognitive anceanment of cognitive therapy with work therapy:effects on neuropsychological test performance.Arch.gen.psychiatry,58;p763-768,2001.

【はじめに】

入院して1~2週間経つと、薬物療法と安静療養によって精神症状は落ち着き始めます。この頃は亜急性期と言われ、話す言葉が減って、眠気が強く、身体の違和感があり、おっくうさや抑うつ気分、活動性の低下などが目立ちます。入院した時に比べたら安定しているように見えますが、過敏さが残っており、ちょっとした刺激に反応しやすい時期です。回復する道筋からすれば確実に回復の段階を踏んでいる一方で、ご本人は不安、焦りや孤独感を秘めていることもあり、十分な休息を得られず無理をしたり逆に休息が大切だからと必要な活動をしないうことで次の回復段階へ進むのを阻害してしまう場合があります。ですから周囲の者は対象者に良くなる方へ進んでいると伝え安心してもらいつつ、無理をさせたり焦りをあおらないよう、なおかつ必要な活動を促し、回復を見守ります。

精神科リハビリテーションには作業療法という方法があります。作業療法はこころとからだのリハビリテーションで、特に生活機能の改善を担います。ことばや作業活動を介して、ひとが生きていく上での困っていることや辛いことを軽減する療法です。入院して2週間目ぐらい(亜急性期)になると精神科作業療法という処方が出され、この時期の作業療法を早期作業療法と呼んでいます。早期作業療法はことばと作業活動を用いて精神症状を軽減する手助けをして早期退院を促します。今回は早期精神病の方を念頭におき、早期作業療法の紹介と留意点について述べます。

【早期精神病の作業療法】

1) 実践例

大学附属病院で行われている早期作業療法を紹介します。60床の病棟に入院されている方の年齢は10~70歳代と幅広く、約4割が統合失調症、ついで感情障害、摂食障害、人格障害、非定型精神病と続き、処方疾患は年々多様化しています。作業療法の1日平均参加人数は約20~30名で、処方籍数は約40名(入院の6割)です。病棟の平均在院日数は約90日、作業療法平均利用日数は約50日ですが、作業療法を受けた方は作業療法開始後1ヶ月以内に3~5割が、2ヶ月以内に6~8割が退院し、早期作業療法を経験した方は作業療法を始めてから平均約40日で退院します。

早期作業療法プログラムの例

		病棟内	作業療法室		
	月	火	水	木	金
午前	カフェロス	園芸			
		病棟内パ'ラレル	リラックスG	スネ'ー'グ	ストレッチ
午後	パラレル(作業療法室)				
	個別作業療法(病室、作業療法室、必要に応じて病院外)				

実施頻度 : 週5日
 治療形態 : マンツーマン パラレル
 小グループ(身体プログラム、心理教育)
 スタッフ : 作業療法士2名(有期)
 保健学科作業療法専攻教員2名
 他職種の補助若干名

作業療法(occupational therapy)の形態



個人セッション

グループセッション

マンツーマン
パラレル

パラレル：早期作業療法に必要な構造場を共有しながら、人と同じことをしなくてもよい、集団としての課題や制約を受けず、自分の状態や目的に応じた利用ができ、いつだれが訪れても、断続的な参加であっても、わけへだてなく受けられる場

早期作業療法としては、感覚運動プログラムとパラレル活動が主軸になります。感覚運動プログラムでは、現実感の乏しい、もしくは物を操作し何かをつくるより感覚運動レベルでかかわることが適切な者が主な対象となり、適度な精神運動機能の発散、身体イメージの是正を目的に行われます。グループセッション形態で行われます。参加しやすく、途中で休憩しやすいようにとの配慮から病棟ホールで実施しています。パラレルは、“場を共有しながら、人と同じことをしなくてもよく、集団としての課題や制約を受けず、自分の状態や目的に応じた利用ができ、いつだれが訪れても断続的な参加であっても、分け隔てなく受け入れられる場”と定義され、早期作業療法を実施するのにもっとも適している治療構造であると言われています。当院過去8年間の早期作業療法の統計的資料詳細はWeb上に公開されています。次記URL

(http://www.geocities.jp/zizi_yama60/base/images/KyotoUnivPsyOT2011.pdf) をご参照ください。

2) 目的

病的状態からの早期離脱、慢性化や遷延による二次的障害の防止、現実への移行の援助、心身の基本的機能の回復

3) 期待される効果

作業療法士は、安全と安心が保障された環境を整え、対象者の状態に合わせた作業活動を提供します。作業活動をすることで、脳内のコントロールと亜急性期に必要な活動を促し、対象者の回復段階が円滑に進むようにします。

4) 早期作業療法で用いる作業活動の特徴

新しい知識や技術、作業遂行時に判断を要しないこと、活動の進行度や結果までの手順が明確で構成的であること、適度な繰り返しとリズムをもつこと。

5) 早期作業療法で用いる作業活動の使い方

不用意に入り込まない心理的距離を維持すること、外的および内的刺激からの保護と鎮静をはかること、自己の内外の刺激の明確化を促すこと。

6) 作業療法が早期精神病に貢献できる要素

早期作業療法で適度な繰り返しとリズムという刺激を入力し、不要な外的刺激を遮断しつつも自己刺激を軽減させることが可能になると考えられています。例えば、刺し子で下絵の線上を縫うという作業活動を挙げると、まず針を刺す場所を確認し目指した場所に針を入れて出します。次に布が引っ張られない程度に糸を引きます。そして糸を引っ張りすぎて布がシワになっていないか、糸がたるんでいないか目と手で確認し、問題がなければ次はどこに針を指すのかを探索し、目指した一点に針を刺します。針を刺す場所の確認、糸を程良くひっぱる感覚、布がシワになっていないかの触覚などの「単純で適度な刺激の入力」があり、糸の引っ張り具合の過不足を正し、シワをなおし、次に針を刺す場所を判断して、目指す場所に針を入れるという「適応的な刺激の出力」を繰り返すのです。適度で単純で適応的な刺激の入出力を集中して行っている間、対象者は健康的な時間を過ごすことが可能になり、病的状態からの早期離脱が促進されます。

加えて対象者は早期作業療法がおこなわれる場に参加することで日中過ごす場所と休む場所を区別することができます。回復段階を進めるために必要なことからだの機能を活かす場が得られるのです。刺激に過敏に反応にし、対人緊張が強い場合でも安心して過ごすことができるように工夫されたパラレルという治療構造であれば、対象者は自分の状態に合わせた作業活動を自分のペースで進められます。つまり、早期作業療法のパラレルという治療構造は、回復に必要な活動を対象者の方々それぞれにカスタマイズすることが可能なのです。集団の中にながらも不用意に入り込まれない心理的距離が保障されており、入院したことで発揮する機会を一時的

に失った生活機能がさびるのを防ぎ、こころとからだの基本的機能を回復することができます。以上のことから、早期作業療法は精神病症状を早期に軽減させ、対象者の早期退院を促進すると考えられます。



「パラレル」
早期作業療法に必要な治療機材
対象者に合わせた作業活動が提供される

早期作業療法における特定の脳機能課題がある作業の選択

- ・新しい知識や技術。作業遂行時に判断を要さない
- ・活動の進行度や結果までの手順が明確
- ・適度な繰り返しとリズムをもつ

早期作業療法における特定の脳機能課題がある作業の選択

- ・特定の脳機能課題を用いることによる
- ・不用意に入りこまない心理的距離の維持
- ・外部刺激からの保護と鎮静
- ・自己内外の刺激の明確化

精神症状を早期に軽減させ、早期退院を促す