

6. 社会復帰促進に資する医療の質の向上に関する研究

研究分担者 大橋 秀行

埼玉県立大学

医療観察法の指定入院医療機関に勤務する作業療法士（以下、「入院担当者」とする）と指定通院医療機関に勤務し医療観察法による通院処遇に関わる作業療法士（以下、「通院担当者」とする）に対して、「作業療法士によって実施される治療プログラムの入院と通院との継続性」について、平成 22 年 10 月から平成 23 年 11 月までの 1 年間の実態に対しての調査を平成 23 年 10 月に郵送にて実施した。

医療観察法の指定入院医療機関に勤務する作業療法士については、調査時点で開設中の医療観察法の指定入院医療機関 29 か所の作業療法士に対して依頼した。入院担当者用に作成した調査表（資料 1）を用いた。医療観察法による通院処遇を担当している作業療法士の抽出については、平成 20 年度から平成 23 年度に財団法人 精神・神経科学振興財団主催の指定医療機関従事者研修会の参加者名簿から 104 名を抽出し、通院担当者用に作成した調査表（資料 2）を作成し実施した。

倫理面への配慮として、本研究は、埼玉県立大学倫理委員会の審査を受け、承認されている（受付番号第 22062）。

C. 研究結果

1. 回答率

入院担当作業療法士については、依頼した 29 施設中 28 施設（回答率 97%）から回答があった。

回答のあった 28 施設中、4 施設については、調査対象期間中に退院者がいなかったため、調査目的に該当しなかった。よって有効回答数は 24 施設であった。

通院担当作業療法士については依頼した 104 施設中、64 施設（回答率 62%）から回答があった。

回答のあった 64 施設中、18 施設には調査対象期間中に通院対象者がいなかったため、調査目的に該当しなかった。よって有効回答数は 46 施設となった。

2. 治療プログラムの引き継ぎの有無

有効回答のあった入院施設の全てが引き継ぎを行っているとは回答している。図 1 では、引き継ぎの際の方法についての調査結果であるが、全施設が引き継ぎを行っていることもわかる。複数回答可であり、「その他」とだけ回答した施設が 1 施設あり、「ケア会議」や「書類」と回答した施設が 23 施設であった。その合計は有効回答施設数の 24 施設となる。しかし、対象者によっては、引き継げなかった場合もあることがその理由とともに図 2 によって明らかである。つまり、一部の対象者については引き継ぎが実施されていない。

通院施設からは、有効回答施設 46 施設中、20 施設からは、引き継ぎがあったと回答があったが、57%にあたる 26 施設については、引き継ぎがなかったと回答があった。

3. 治療プログラムが引き継がれない場合の理由

入院担当者があげた引き継ぎがなされなかった主な理由（図 2）は、「引き継ぎのシステムが明確になっていない」「必要性を認めなかった」「通院側に引き継げる体制がない」であった。通院担当者があげた主な理由（図 3）は、「引き継ぎの依頼がなかった」「対象者本人が必要としていなかった」であった。

4. 入院から通院に引き継いだプログラムの種類

入院作業療法士の回答結果は図 4、通院

作業療法士の回答結果は図 5 に示した。

引き継ぎがあったとして回答があった上位 3 つについては、入院担当者と通院担当者との間で一致していた。それは、「症状対処」「生活時間の使い方」「地域の人や支援者とのコミュニケーション」であった。

5. 入院から通院へ継続した治療プログラムを実施する上での課題

入院側からの回答を図 6、通院側からの回答を図 7 で示す。

両者とも回答者数が多かった事柄として、「入院と通院との連携の体制が必要」と「通院側の体制（個別対応がとりにくいなど）の問題」が挙げられていた。

6. 継続性を保証するための改善案

今後の改善にむけて、提案されている項目を調査表への多数の記述から共通した内容を挙げると下記のとおりである。

- ①入院から通院までの作業療法評価やサマリーなど、書式を統一できれば情報共有しやすい。
- ②ケア会議に通院先の作業療法士が参加し、話合う機会を持つ。
- ③通院担当者が入院中から積極的に面接する。
- ④入院担当者が通院担当者と共同で訪問を行うなどクロスオーバーした関わりをする。
- ⑤入院と通院が同じ施設である場合、入院担当者と通院担当者が一緒に治療プログラムを行う。
- ⑥入院中に、通院環境を想定するなどの幅広い活動を行い、十分にアセスメントして通院担当者に引き継ぐ。

7. 退院後に新たに必要となった治療プロ

グラム

表 1 にみられるように、通院になってから必要となった治療プログラムの回答があった。特に多く挙げられた治療プログラムの種類は見受けられず、多岐にわたっていた。

8. 入院担当者が、必要な生活能力の通院時での実行可能性を高めるために工夫していること

図 8 に示す。有効回答施設 24 施設中 24 施設、つまり全施設で、「外泊・外出時に、実際の生活環境で実行して評価や練習の機会を作っている」と回答している。

また、「入院中に実際の生活環境に近い環境を作って評価や練習の機会をつくっている」と回答した施設は 17 施設 (71%) であった。

D. 考察

1. 継続性を保証するシステム構築の課題

入院担当者と通院担当者の双方が挙げている引き継がれた治療プログラムの種類について、その一致が見られる点からは、引き継ぎが実施され、治療プログラムの継続性が存在していることが確認できる。一方、通院担当者の 56% から引き継ぎがなかったという回答があった。このことの原因は 4 つの調査項目の回答を検討すると明らかになる。

それらは、①「通院処遇に引き継がなかった治療プログラムの理由」について入院担当者からの回答(図 2)、②「入院から通院へ引き継いで行ったプログラムがない理由」について通院担当者からの回答(図 3)、③「入院から通院へ継続した治療プログラムを実施する上での課題」について入院担当者の回答(図 6)、同じ調査項目について

通院担当者からの回答(図 7)である。

入院担当者(図 2)からは、「引き継ぎのシステムが明確になっていない」が多く挙がっており、通院担当者(図 3)からの引き継がなかった理由として多かったのは、「プログラムの引き継ぎ依頼がなかった」が多く挙がっている。このことから、何らかのシステム上の問題があって引き継ぎが通院担当者にされていない事が推察される。

また、「医療観察法における対象者に入院から通院へ継続した治療プログラムを実施する上での課題」(図 6、図 7)については、通院と入院の担当者から共通してあげられた最も多くの回答は、「入院と通院との連携の体制が必要」と「通院側の体制(個別対応がとりにくいなど)の問題」であった。プログラムの継続性にかかわる現在の体制の不十分さについての指摘となっている。

具体的な今後の改善策として記述されたものは、6.に列挙されているが、個々のスタッフの努力をこえたレベルものもあり、システムとしての改善が望まれる。

2. 入院と通院の治療プログラムの継続性を必要とする根拠

文献 1 によれば、社会生活を可能にするための生活技能の訓練について、その般化、つまり、実際の生活場面での活用、維持、定着についての意図的な介入の必要性が指摘されている。医療観察法による入院治療場面での濃厚な治療プログラムが通院処遇場面で、その効果を現実のものとするための「生活技能の般化」に着目した支援のあり方が必要であり、訓練場面での学習内容を実際の生活場面で継続した形で介入することが重要であるとの指摘がなされている。このような方法について、入院担当者と通院担当者間で、一貫した支援が、対象者に

とって新しい生活技能の習慣的な実施を可能にするものと考えられる。実際の生活環境下での評価や練習が必要との認識のもとでの実践は、上記 8. に記載したように、入院担当者は、全員、実際の生活環境の利用を工夫する方法で実施していると考えられる。しかし、医療観察法による入院中の帰住地への外出や外泊の平均的回数は、数回程度であり、練習した生活技能の般化促進と習慣的定着のためには十分であるかどうかは非常に疑問である。入院担当者からは、「入院から通院に至るまでには、多くても数回の外泊時の機会しかないので実際の通院処遇になった際の細かいシュミレーションまでして引き継ぐことは難しい」(原文のまま)という指摘がある。

通院側が入院中の治療プログラムについて、継続的な支援を展開するためには、入院側から、具体的な、技能の般化定着のために必要な支援について情報が提供されることが強く求められる。通院側でその治療プログラムを担当する職種も作業療法士とは限らない状態が、図 4 によってあきらかである。職種を問わず、必要な支援が出来るためにも、具体的な内容の引き継ぎが必要とされる。

E. 結論

入院中に作業療法士によってなされた生活技能についての治療プログラムの継続性はある程度認められるが、通院担当者の半数以上から引き継ぎがなかったとの回答があり、入院担当者、通院担当者それぞれに共通した認識として、継続性を保証するためのシステムの不十分性が指摘された。通院処遇の時期に練習した生活技能が般化し定着することを共通の目的とした、入院担当者と通院担当者間の役割意識を踏まえた、

継続性を保証するためのシステムのあり方が検討されるべきである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

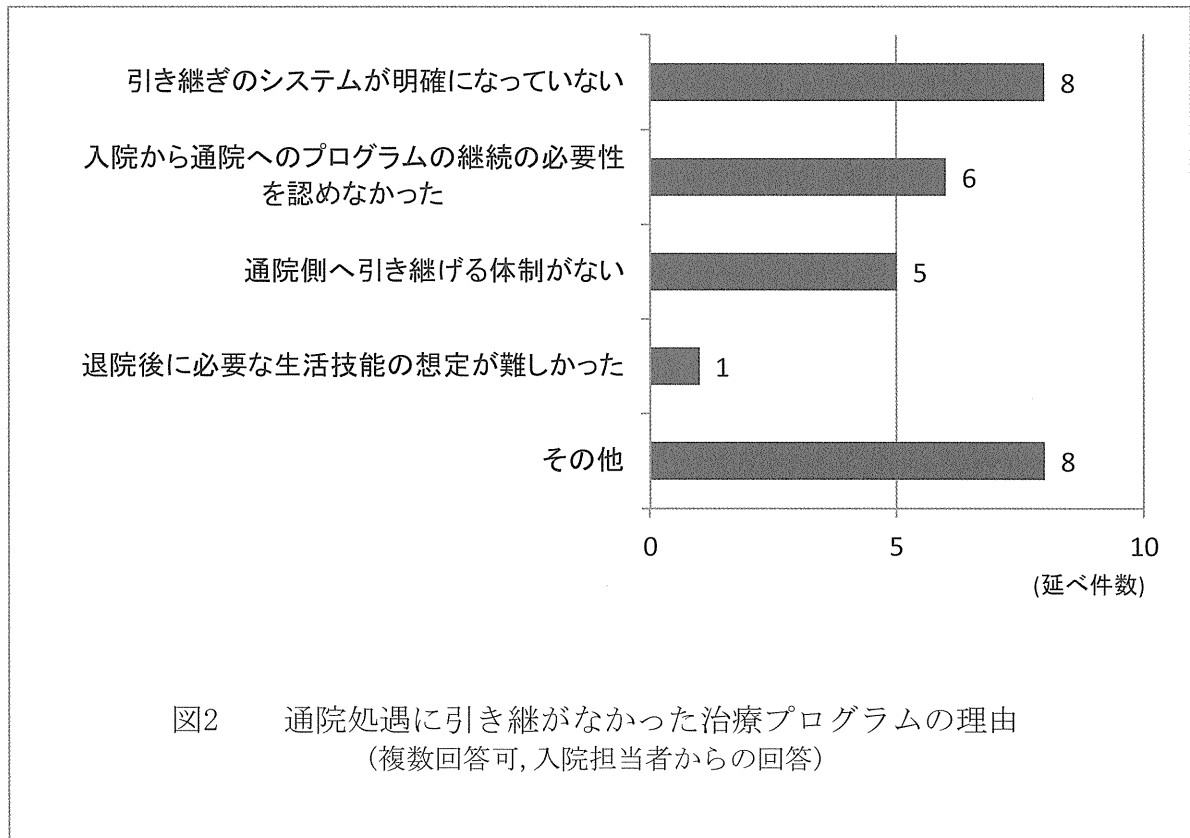
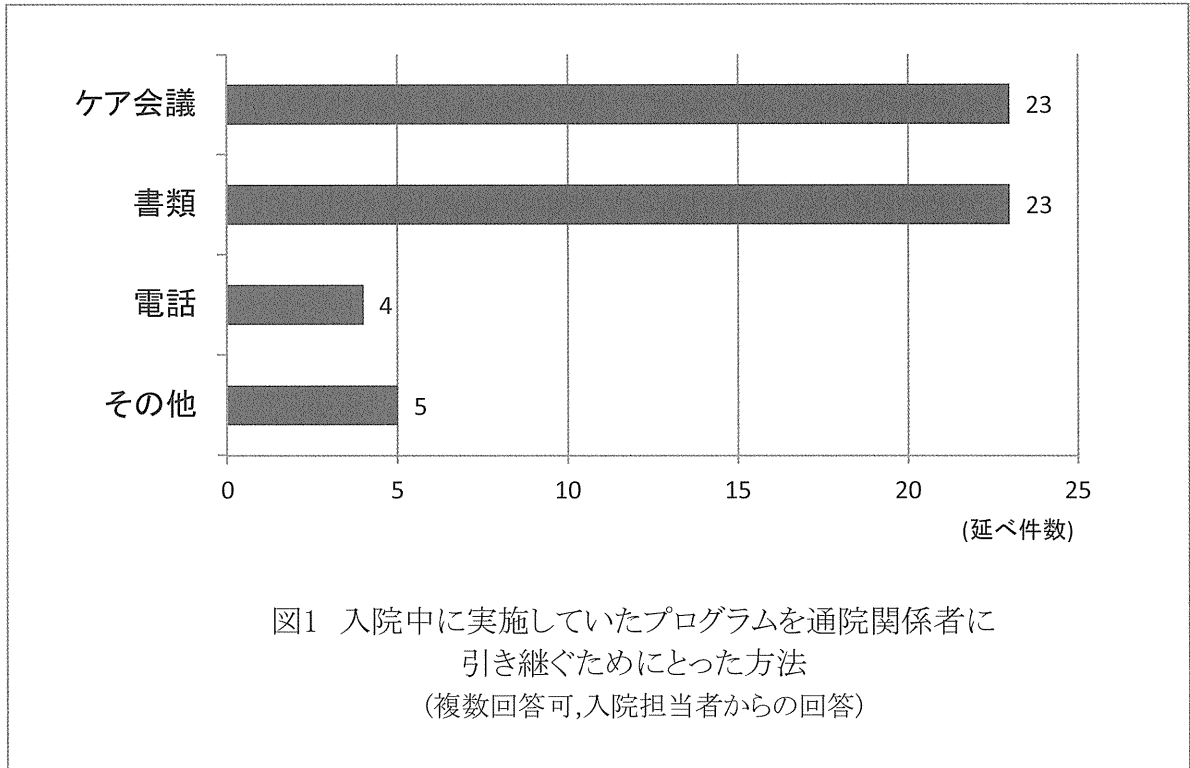
なし

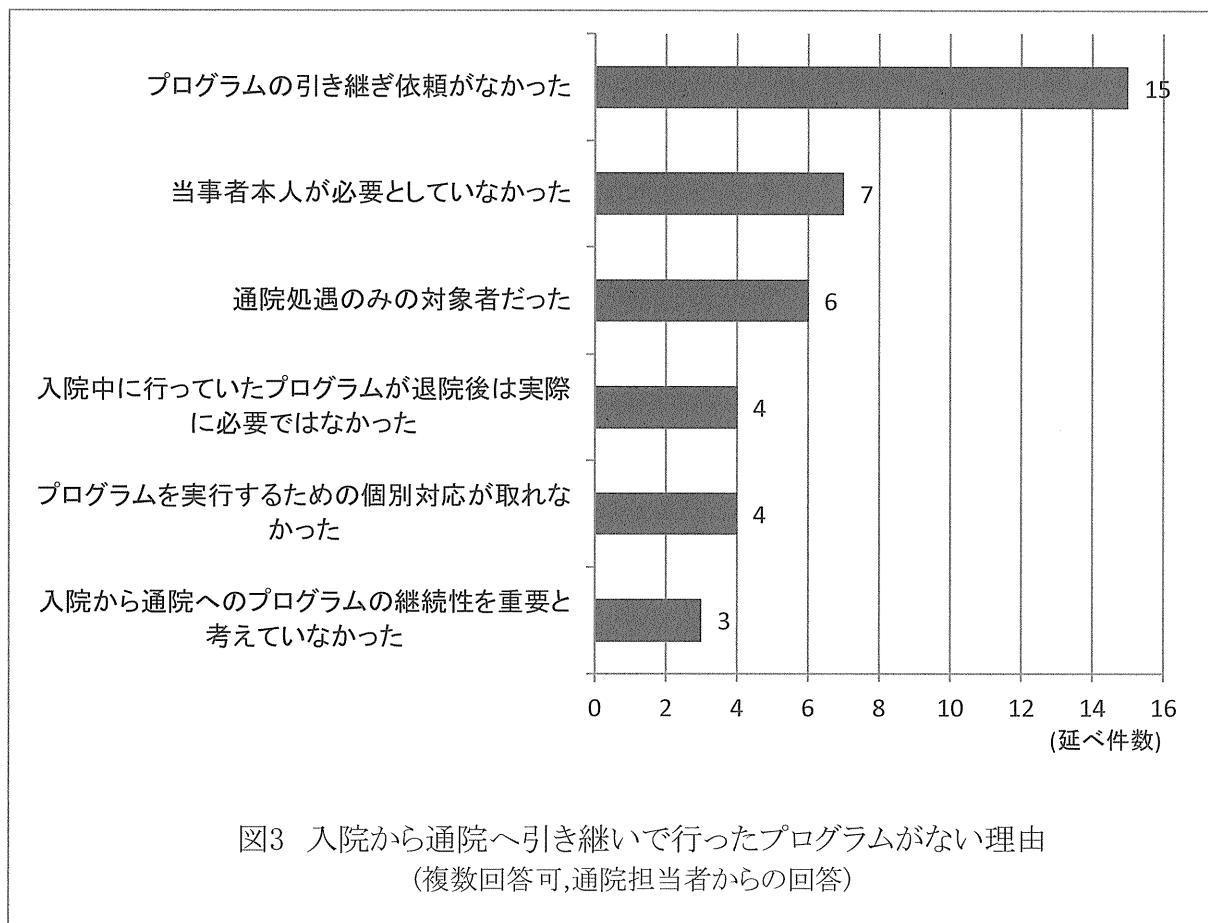
H. 知的財産権の出願・登録状況

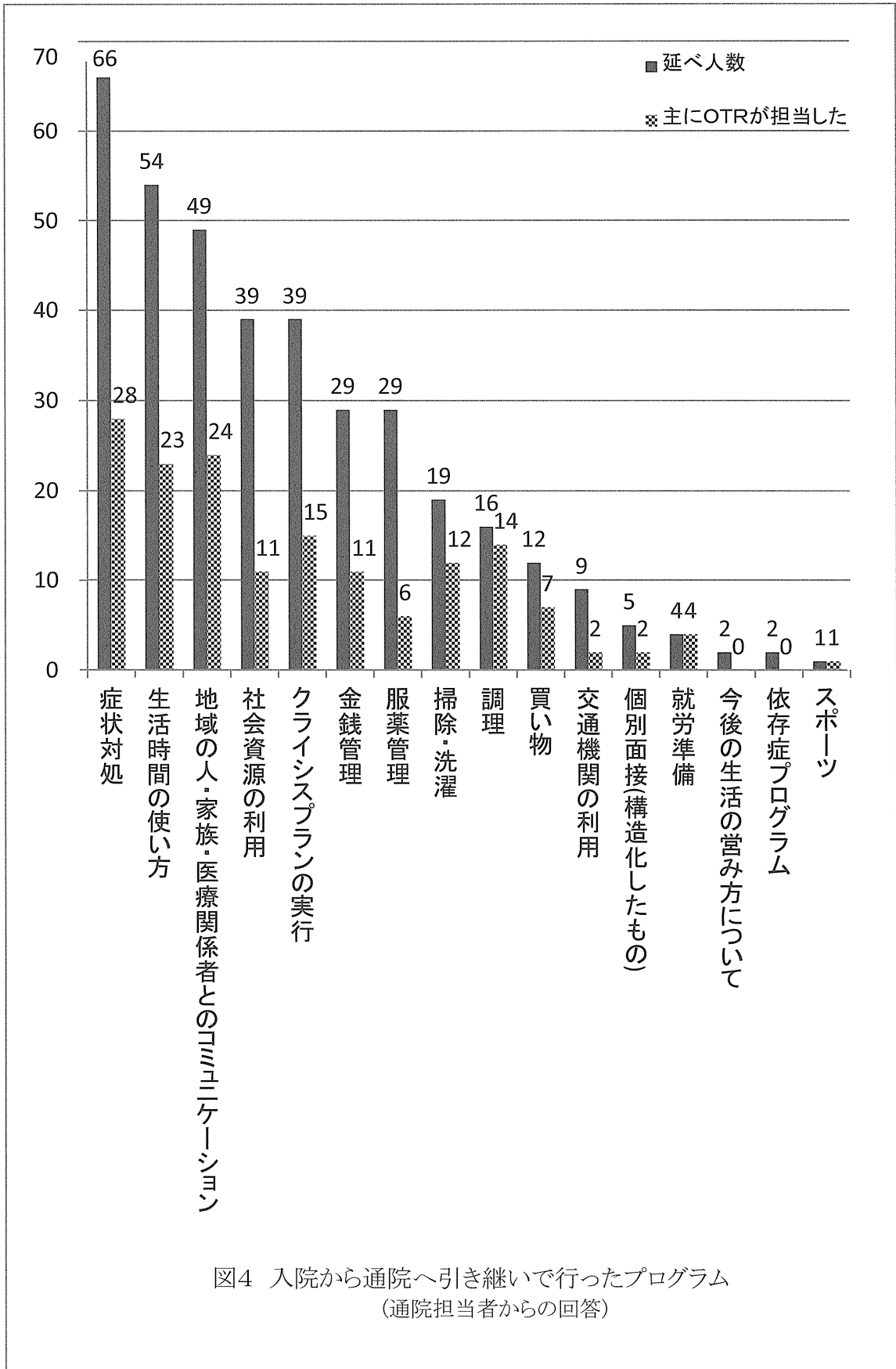
なし

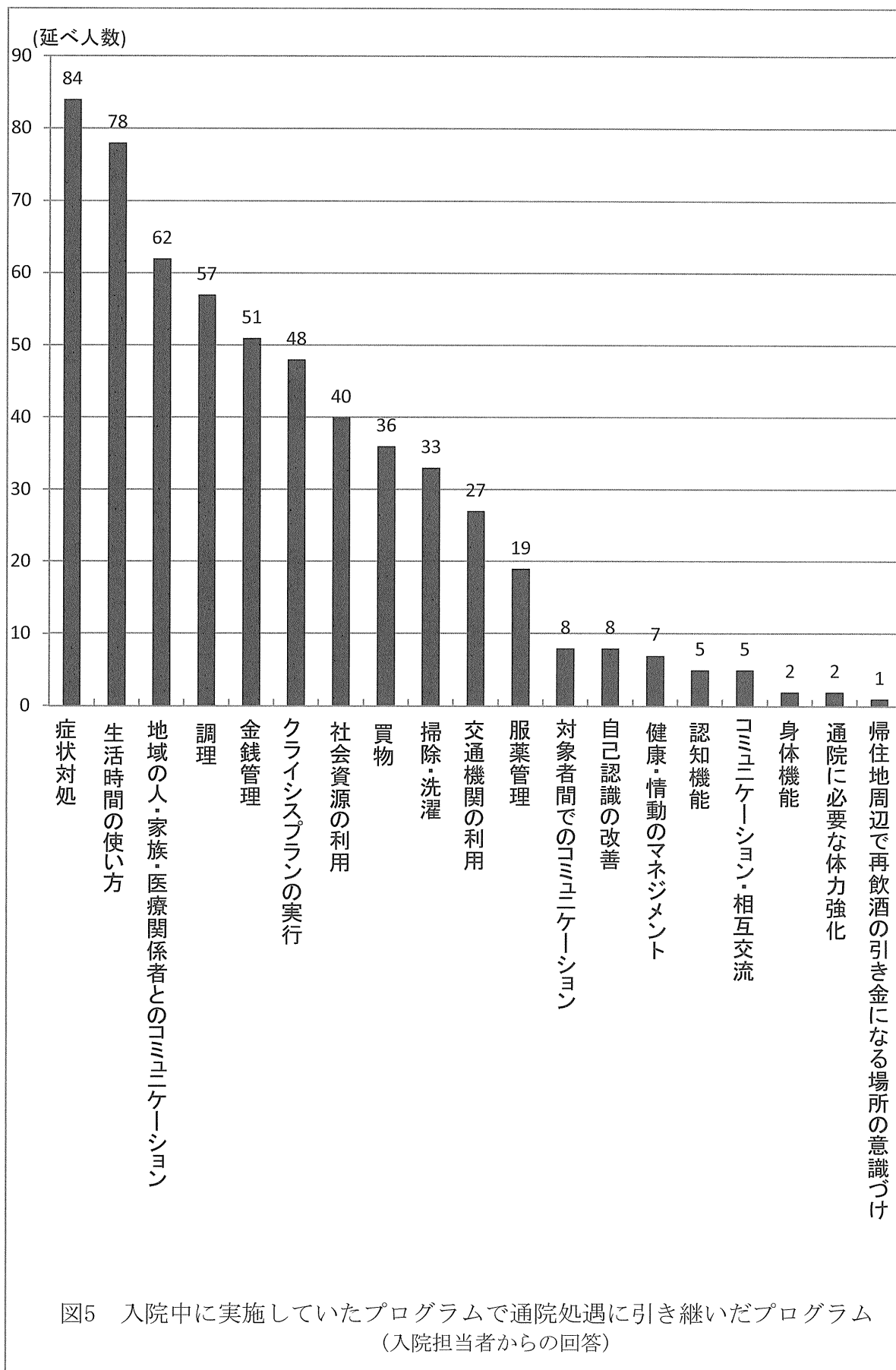
参考文献

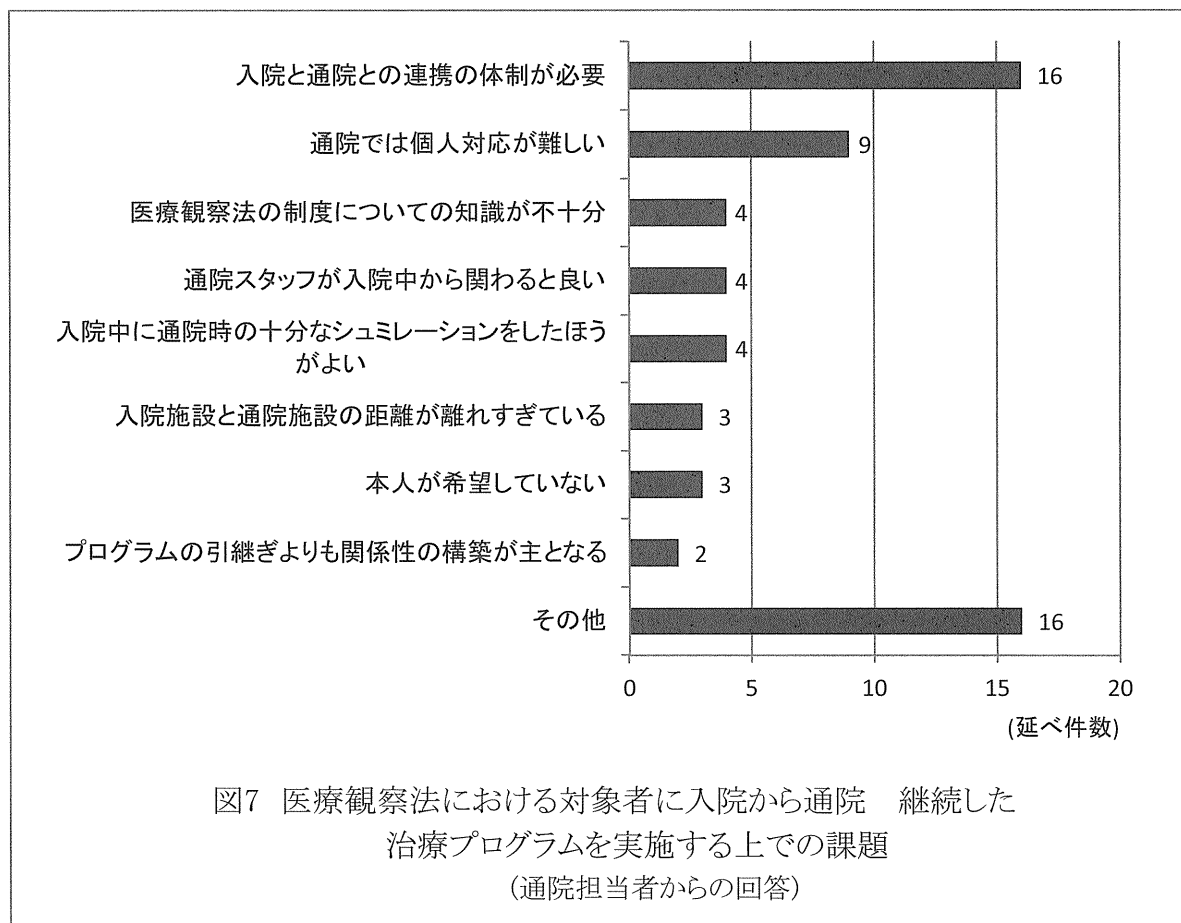
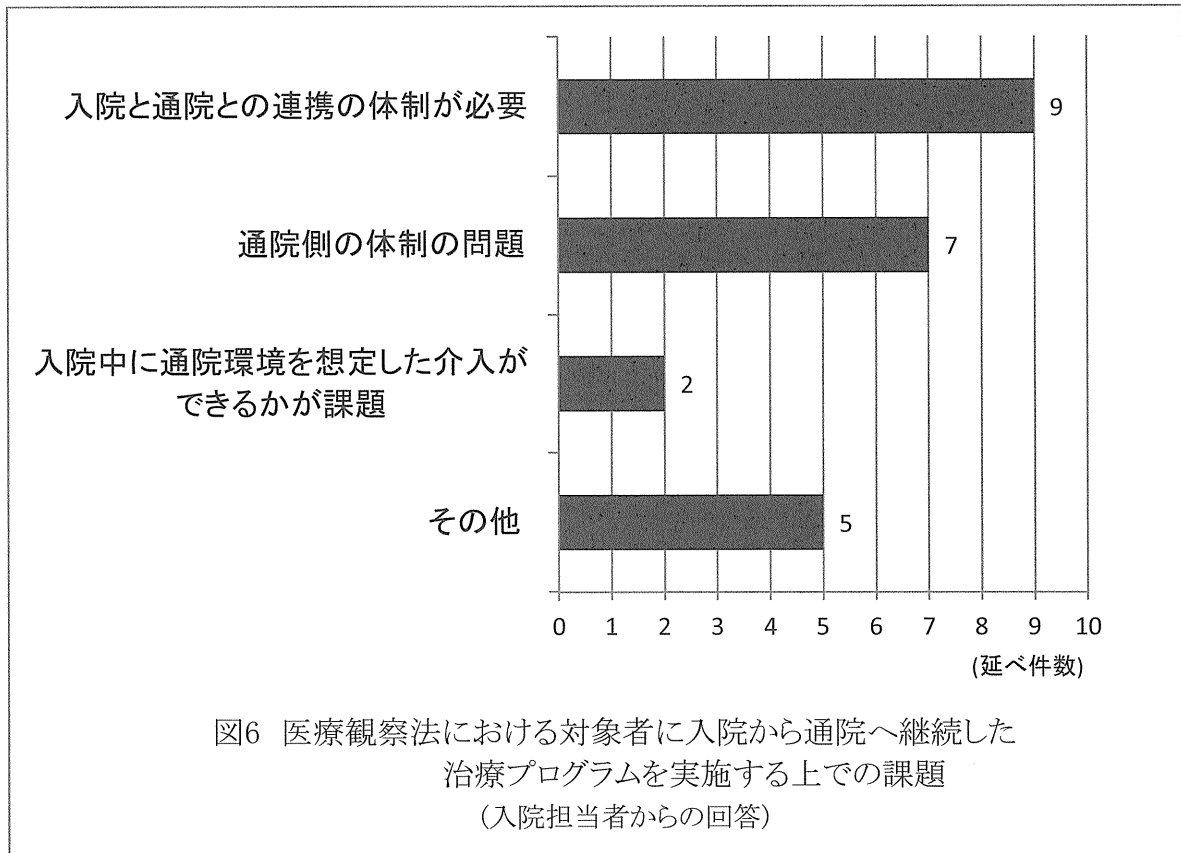
1) Anthony W., Cohen M., Farkas M., Gagne C.: Psychiatric Rehabilitation, 2nd ed. Center for Psychiatric Rehabilitation, P163-170, Boston, 2002.











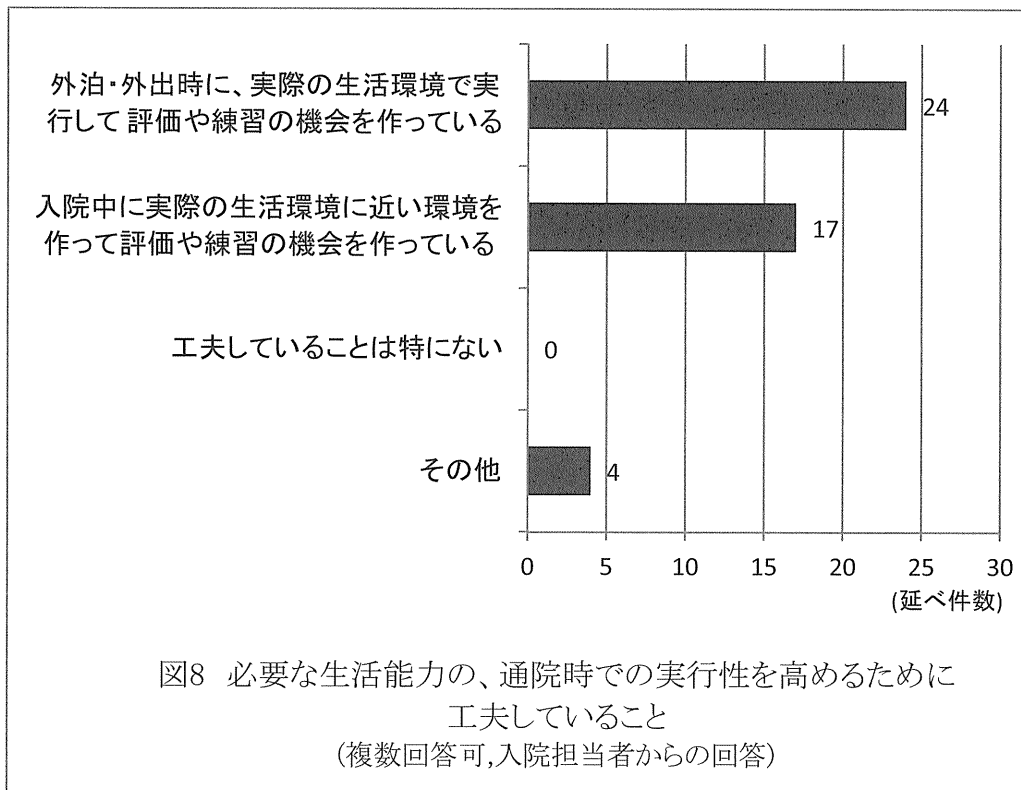


表1 入院中に実施されていなかったプログラムで、退院後新たに必要となったプログラム
 (個別的な対応)

	回答数
就労支援のプログラムの実施	3
生活する中での(デイケア・通院以外での)余暇時間の使い方	3
就労支援施設のガイダンス・見学など	2
本人に必要な資源を同行・見学し、活動性を拡大していく	2
調理	2
認知機能リハビリテーション(NEAR)	1
マウスの操作や文字の入力(パソコンの操作方法を学習したいという本人の希望による)	1
心理教育	1
就労体験	1
ハローワークの見学と利用	1
精神保健福祉士・訪問による家族サポート(妻)	1
精神保健福祉士・訪問による地域への理解(環境支援)	1
訪問看護(看護師、精神保健福祉士)	1
心理面接	1
通院指定になった患者を主なメンバーとしたレクリエーション	1
緊急時の訪問	1
定期的な訪問(訪問看護以外のもの)	1
生活資金の使い方を指導する	1
金銭管理 ①小遣い帳を付ける。②一定額の出勤とし、使用限度金額を設定した	1
衛生管理	1
洗濯	1
服薬管理	1
体質改善プログラム	1
社会資源の利用	1
生活維持・安定のための訪問	1
プログラム中や外での休憩の取り方	1
他メンバーとのかかわり方・関係を終えたいときの離れ方・断り方	1
通院・通所の促し	1
生活習慣プログラム	1
断酒継続の支持	1
軽スポーツ	1
自己モニタリング(症状・日常生活)・・・一週間の振り返り、月間スケジュールの把握	1
リハビリ	1
合計	40

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究
分担研究報告書

社会復帰促進に資する医療の質の向上に関する研究

その 2 医療観察法による入院対象者に対する就労準備プログラムの臨床的有用性

研究分担者 大橋 秀行 埼玉県立大学

研究要旨：本研究の目的は、医療観察法による入院対象者に対する就労準備プログラムの臨床的有用性を、「自尊感情」と「リカバリー」の観点から評価することである。3 施設において、合計 11 名の対象者に実施した。

評価尺度として「ローゼンバーグ自尊感情尺度」と「日本語版リカバリーアセスメントスケール」を使用した結果、「就労準備プログラム」開始前と開始後との得点に統計学的な有意差はなかった。しかし、「日本語版リカバリーアセスメントスケール」の中にある評価項目 13「現在の自分の目標を達成できると信じている」と「ローゼンバーグ自尊感情尺度」の中にある評価項目 10「何かについて、自分は役に立たない人間だと思う」については、プログラム実施前後の得点に統計学的な有意差が認められた。

研究協力者

国立精神・神経医療研究センター病院
三澤 剛 林 理華 富澤涼子
国立病院機構 菊池病院
中野良子 松下倫子 辻 浩子
国立病院機構 琉球病院
村田 雄一

（以下、医療観察法）」では、社会復帰の促進が医療の目的として明記されている。医療観察法による入院場面では、様々な治療プログラムが実施されているが、目標である社会復帰の観点からみれば、退院後の就労に関連した治療プログラムが検討される必要がある。就労は、自己効力感、社会の中での所属感を高め、回復(リカバリー)を促進するものである。

A. 研究目的

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律

本研究では、自らの疾病の理解を踏まえて対象行為を再び繰り返さないことの意義を、就労という肯定的な価値から認識でき

る機会を提供し、そのような自己理解を言語化できる能力を中心に就労にむけた基本的な認識を形成するための具体的な内容がプログラムに含まれる。

プログラムでは、就労準備性の基礎となる「自己認識」、「目標設定」、「セルフケア（健康管理）」、「ストレスと対処方法」、「コミュニケーション」、「社会的ルール」などの教育的セッションを実施し、自尊感情の低下によって引き起こされる社会参加に対する否定的な自己認識を改善することを目的としている。

医療観察法の入院中の治療プログラムは、心理教育として、病気の理解、対象者自身による病気や症状の医学的理解とそれらへの対処方法について学習したり、医療観察法に関する制度の知識の学習であったり、対人関係の学習などが実施されているが、本研究で計画している就労準備プログラムの内容には、就労にむけた動機を重要視しつつ、このような他の心理社会的プログラムの成果を統合するという側面もある。

医療観察法による入院対象者に対する就労準備プログラムの臨床的有用性を、「自尊感情」と「リカバリー」の観点から評価することとする。

B. 研究方法

対象者：

11名（国立精神・神経医療研究センター病院5名、国立病院機構菊池病院2名、国立病院機構琉球病院4名）の医療観察法病棟入院対象者で下記の適格条件を満たした者を対象とした。

①担当している多職種チーム（医師、看護師、作業療法士、臨床心理士、精神保健福祉士）によって自由意志の表明が可能であると判断された者

②院内運営会議で回復期か社会復帰期のステージの承認を受けている者

③心理教育プログラムが終了している者

④就労を希望する者

診断名：

統合失調症9名、精神症状を伴う重度うつ病1名、妄想性アルコール依存症1名、性別は、男性9名、女性2名、年代は、20代2名、30代4名、40代3名、50代2名であった。

介入方法：

- ・介入内容「就労準備プログラム」
- ・場所：医療観察法病棟内の適切な部屋
- ・頻度：週一回、全8回、一回60分
- ・使用教材：「就労準備ワークブック」（埼玉県立精神保健福祉センター社会復帰部の就労支援担当者によってデイケア利用者の就労支援プログラム用に作成されたものに対して、許可を得て、医療観察法病棟入院対象者用に加筆修正し使用した。）

評価方法：

就労準備プログラムの開始前と終了直後に「ローゼンバーグ自尊感情尺度」と日本語版リカバリーアセスメントスケール（Recovery Assessment Scale）を実施する。

分析方法：

「ローゼンバーグ自尊感情尺度」「日本語版リカバリーアセスメントスケール」による事前と事後の評価結果から自尊感情やリカバリーの程度の変化について検討する。IBM社製SPSS19.0Jを使用し、ウィルコクソンの符号付き順位検定により、実施前と実施後との得点に有意な差があるかどうかを解析する。統計学的有意水準は $P < 0.05$

とした。

倫理的配慮:

本研究の倫理的側面については、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会によって審査され承認された（承認番号:A2011-067）。

C. 研究結果

1. 「日本語版リカバリーアセスメントスケール」にみる変化

リカバリーは、「症状や障害が続いていたとしても、人生の意味や目的を見出し、充実した人生を生きていくプロセスのことであり」²⁾、日本語版 24 項目版リカバリーアセスメントスケールは、合計得点の高いほどリカバリーの度合いが高いことを表す尺度である。合計得点の範囲は、24～120 点の範囲で表す。

表 1 の最下欄にしめすように、この評価尺度によって得られた、「就労準備プログラム」の実施前後の合計得点について有意差はなかった。

しかし、各項目別にみると、項目 13「現在の自分の目標を達成できると信じている」については有意差があった。図 1 に示したように、対象者ごとにその得点の変化をみると、得点は同じか増加している。つまりリカバリーの度合いがこの項目については高く変化している。

また、統計学的有意差はなかったものの、就労準備プログラム実施前後でリカバリーの度合いが高まる傾向が認められるものは、項目 14「手助けを求めたほうがよいのかかどのようときか、知っている」(図 4)と、項目 21「さまざまな友だちを持つことは、大切なことだ」(図 5)、さらに、項目 24「私の症状が問題となる時間の長さは毎回短く

なっているようだ」(図 6)の 3 つであった。

さらに、同じく統計的有意差はなかったものの、就労準備プログラムの実施前後でリカバリーの度合いが逆に、低くなる傾向が認められるものがあった。それは、項目 17「たとえ自分で自分のことを気にかけていなくても、他の人は私を気にかけてくれる」(図 7)と項目 22「精神の病気に対処することは、いままでは私の暮らしで最重要なことではない」(図 8)の 2 つであった。

2. 自尊感情の変化について

自尊感情とは、自分自身について、自己の能力や価値についての評価的な感情や感覚のことである、と言われている。使用したローゼンバーグ式自尊感情尺度は、10 点から 50 点までの範囲で得点が得られ、得点が高いほど自尊感情が高いと解釈される。表 2 の最下欄にしめすように、この評価尺度によって得られた、「就労準備プログラム」の実施前後の合計得点の差については有意な変化があるとはいえなかった。しかし、対象者とプログラム実施前後の得点を図にしてみると、自尊感情が高く変化した傾向が認められる(図 3)。

さらに、各項目別にみて有意差があったものは、項目 10「何かにつけて、自分は役に立たない人間だと思う」(図 2)であった。この評価項目の得点は、低い程、自尊感情が高いと考えるものになっているので、そのことに注意して見ると、図 2 からは、この項目内容にみられる自尊感情が高く変化したことがわかる。

その他の項目には、傾向は見られない。

3. 他の治療プログラムとの連動

他の治療プログラムとの連動は、目的にもあるように、この「就労準備プログラム」

のねらいの1つでもあった。この点については、関係した医療スタッフからのコメントを記す。

- ・これまでのチームスタッフとのクライシスプランを通したやりとりなどが反映されていてスタッフが驚くほどいろいろな意見が対象者から出たが他の治療プログラムであつかったものとなつていない面もあった。
- ・ケア会議で就労についての希望を話す事ができ、通院後の支援者に就労について相談にのってもらえることになった。

4. 対象者の終了後の感想

自尊感情やリカバリーについて検討する上で、対象者の主観的な内容は重要であるので、感想が確認された対象者のみ記載する。

①「役に立った。よかったですよ。仕事をするために必要なことを知れてよかった。責任や権利について難しかった」

②「むずかしかった、頭を使うことがおかつた。理想と現実がだいぶ違うことを知った。自分がしていかなければいけないことがわかつた。セッション7の“自分が好きのところ”を探すのがむずかしかった。

③「勉強になりました。対処法のセッションが良かった。好き勝手するんじゃなくて、健康管理まで社会人として求められている。それができていなかったから、病気になったかも」

④「仕事を探すのが難しいと感じた」

⑤「仕事を始めるにあたって準備が必要だと思うので、このプログラムに出ておくとそうじゃないのでは違って、いきなり働くとつぶれることもあると思うので、学んだことをいかして、周りの人にも支えられながら頑張っていきたいと思いました。」

D. 考察

1. リカバリーと自尊感情の変化について

「日本語版リカバリーアセスメントスケール」については、合計得点に有意差はえられなかったが、項目別には、有意差が認められたり、ある傾向が確認されたりしたものがあつた。プログラムでの体験内容に対してこれらの評価項目が他の評価項目より敏感にあらわれる可能性があるかもしれない。しかし、これらの項目に内容的に重なる他の項目は、変化があると言えない。したがって、項目別の有意差や傾向をこのプログラムの影響から検討することは難しい。

ただし、プログラム実施前後でリカバリーの程度が減少する傾向がみられた二つの項目（項目17「たとえ自分で自分のことを気にかけていなくても、他の人は私をきにかけてくれる」と項目22「精神の病気に対処することは、いまでは私の暮らしで最も重要なことではない」）のうち、項目22については、入院中の状況で心理教育などの他の治療プログラムに参加していることを考えると、精神の病気に対処することを重要視する傾向が増加する傾向があつても不自然ではない。リカバリーの観点からは、病気への対処が最重要ではなくなっていくことに肯定的な意味を見出すことになるが、その点が医療観察法による入院状況では期待しにくい可能性もある。

「ローゼンバーグ自尊感情尺度」は、有意差はあられなかったものの、プログラム実施前後で改善の傾向はみられるので、今後さらに例数を増やしての調査が必要であろう。

この評価に中の項目10「何かにつけて、自分は役に立たない人間だと思う」(逆転項

目であり、加算するには換算が必要となっている)については、有意な変化がみられた。しかし、やはり、この評価項目と内容的に近い他の評価項目には変化が見られず、なぜ、この項目だけに有意差が生じたかの説明は難しい。

評価尺度とは別に当事者の発言や、関係した病棟スタッフの観察や印象からは、これまで顕在化しにくかった医療観察法病棟入院対象者の就労への動機が明らかになり、また、就労をめぐる現実的な認識が深まり、さらには、就労だけではないデイケア利用などの他の選択肢を考えるようになった、などの変化が報告されている。「就労準備プログラム」には、今回、使用した評価尺度に表れない点で臨床的有用性があると考えられる。

E. 結論

「ローゼンバーグ自尊感情尺度」と「日本語版リカバリーアセスメントスケール」によっては、「就労準備プログラム」開始前と開始後との結果に有意差はなかった。しかし、「日本語版リカバリーアセスメントスケール」の中にある評価項目 13「現在の自分の目標を達成できると信じている」と「ローゼンバーグ自尊感情尺度」の中にある評価項目 10「何かについて、自分は役に立たない人間だと思う」については、プログラム実施前後の得点の差に有意差が認められた。

「ローゼンバーグ自尊感情尺度」の合計得点や、「日本語版リカバリーアセスメントスケール」の中の有意差が現れなかった評価項目には、プログラム実施前と比較して実施後に改善の傾向がみられたものもあるが、悪化傾向がみられる評価項目もあった。

評価尺度にあらわれない臨床的有用性が

考えられた。

今後は、対象者数を増やしたり、臨床的有用性を評価するための新たな方法を検討したりしたうえで「就労準備プログラム」の臨床的有用性について研究を継続することによって、さらに明確な結果が得られる可能性がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

- 1) 堀洋道 監修, 山本真理子 編: 「心理測定尺度集 I - 人間の内面を探る<自己・個人内過程>」, サイエンス社, 東京, 2002
- 2) 千葉理恵, 宮本有紀, 川上憲人: 地域で生活する精神疾患を持つ人の, ピアサポート経験の有無によるリカバリーの比較. 精神科看護, 2011; vol.38 No.2: 48-54

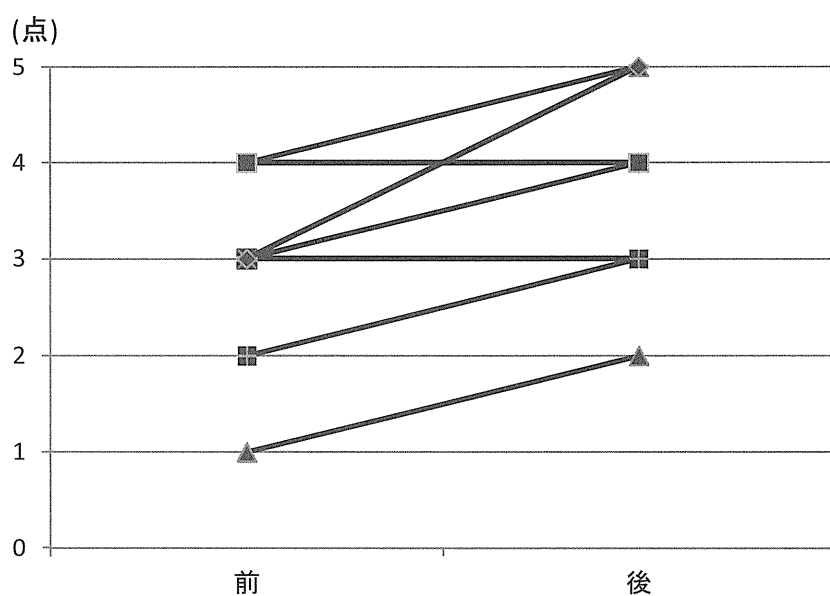


図1 日本語版24項目版 Recovery Assessment Scale (RAS)の問13「現在の自分の目標を達成できると信じている」の就労プログラム実施前後の得点比較

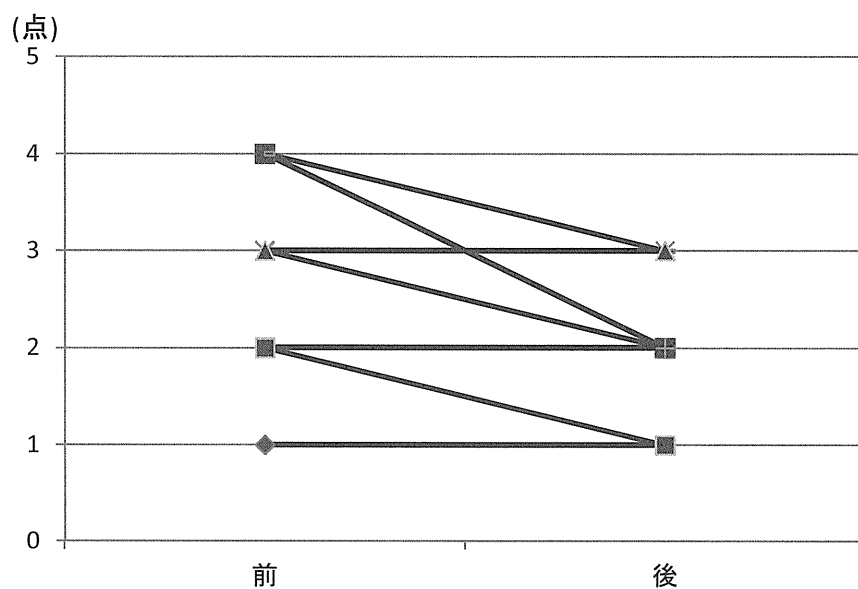


図2 自尊感情尺度の問10「何かにつけて、自分は役に立たない人間だと思う。」の就労プログラム実施前後の得点比較

