

ルプログラム開発に関する研究』(平成 15 年～18 年)のなかで無作為化比較対照研究により効果検証が行われ、IPS の一般就労率の高さが報告されている。これを機に日本ではいくつかの地域の就労支援事業所や病院デイケアなどにおいて、IPS モデルを取り入れた就労支援が実施されているが、まだ制度としては確立されておらず、コストに関する研究は行われていない。

そこで本研究では、日本の精神科デイケアおよび地域の就労支援事業所で行う個別就労支援モデルにおける就労支援にかかる費用と精神科医療および福祉にかかるコストを明らかにし、診療報酬や福祉および本人からも支払がないが実際には提供されているサービスの費用部分について明らかにする。さらに、対照群との比較における費用対効果についての知見を得ることを目的とする。なお、本研究班では、認知機能リハビリテーションを個別就労支援に組み合わせているため、この認知機能リハビリテーションのコストについても測定していくこととする。

方法

1)対象

研究参加施設 4 サイトに入院した患者でエントリー基準に見合う人を対象とする。エントリー基準については、先のこの研究全体のプロトコルを参照されたい。また、これらの対象者に就労支援を提供する機関も調査対象となる。

2)データ収集方法

コストデータは、支援者が毎支援について記録するサービスコード、毎月のレセプト、1 ヶ月に 1 度の福祉利用等のサービス受給に関するヒアリング調査から得る。さらに、地域の就労支援事業所については、各協力機関の人員配置等の情報について事業所調査票を用いて取得する。

- ① サービスコード：支援者が提供するサービスについてコード化された調査票を支援者に記録してもらう。調査票は対象者 1 名につき 1 日 1 枚である。このサービスコードは本研究のために作成した。内容を別添に示している。介入群のみが調査対象となる。ただし、国府台地区の対照群の一部が支援される機関にはサービスコード記録を依頼する。
- ② レセプト：外来通院費、入院費、デイケア、訪問診療料、往診料についてはレセプト情報から収集する。処方薬についての情報もレセプトから得るものとする。介入群、対照群共に調査対象となる。
- ③ クライアントサービス受給指標 (CSRI-J)：介入群、対照群共に調査対象となる。内容は多職種アウトリーチの研究で用いるものと同様であるが、調査頻度が異なる。本研究では 1 ヶ月に 1 度、介入群では担当ケースマネージャによって、対照群では病院ソーシャルワーカーによって本 CSRI-J を用いて聴き取りをする。
- ④ 事業所調査票：地域の就労支援事業所については、人員配置や勤務時間等の情報を一年度につき 1 回、機関の管理者によって記入してもらう。またその機関の体制が変わった場合は、同一年度内でも記載してもらう。この調査票は本研究のために作成した。内容を別添に示している。これは主に介入群の対象者に支援を行う事業所が対象であるが、国府台地区では、一部の対照群の対象者に対して支援を行う事業所にも記載を依頼する。

3)調査時点とフォロー期間

時点：サービスコードは毎支援記録する。レセプトは毎月調査する。CSRI-J は介入群、対照群双方とも 1 ヶ月に一度調査する。管理時間調査票は基本的に毎年度調査する。

フォロー期間：介入群は支援開始から 16 ヶ月、対照群は支援開始から 12 ヶ月とする。

4)結果の分析方法

①コストの計算

利用者別に支援時間の集計を出す。その後、支援した職種別労働コストを算出する（職種ごとの時給はその職種で一般的な金額を代用する）。介入群、対照群共に経時的なコストの推移を確認する。

②費用対効果分析

費用対効果分析は、基本的に無作為化比較臨床試験で用いる分析であるため¹⁾、日本版個別援助付き雇用研究においてのみ行う予定である。費用対効果の指標としては、費用とプライマリーアウトカムである就労率との比率である費用効果比(Cost Effectiveness Ratio (CER)と増分費用効果比 Incremental Cost Effectiveness Ratio (ICER)を使用する。なお、データから得られた ICER の統計学的な分析方法については、結果がでてから検討する。

健康危険情報 なし

研究発表

1. 論文発表 CSRI-J 作成に関する論文を発表予定で現在執筆中である。
2. 学会発表 なし

知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 1) Byford S, McDauid D, Sefton T. Because of it's worth it: a practical guide to conducting economic evaluations in the social welfare field. York: Joseph Rowntree Foundation; 2003.

- 2) Dixon,L., Hoch,J.S., Bebout,R. et al: Cost-Effectiveness of Two Vocational Rehabilitation Programs for Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatric Service*, 53; 1118-1124, 2002.
- 3) Killackey,E., Jackson,H.J., McGorry,P.D.: Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *The British Journal of Psychiatry*, 193; 114-120, 2008.
- 4) 大島巖,梅原芳江,久米知代,他:公設地域活動支援センターにおける IPS 援助付き雇用(個別職業紹介とサポートプログラム)導入とその評価(2)平成 19 年度厚生労働科学研究補助金「精神障害者の一般就労と職場適応を支援するためのモデルプログラム開発に関する研究」(主任研究者:西尾雅明)分担研究報告書,2000

Ⅱ. 各地モデル作り

(2)各サイトのモデルの提示

厚生労働科学研究費補助金 難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業
(精神疾患関係研究分野)

「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究」

小平地区における重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援および
認知機能リハビリテーションと個別就労支援の複合による
就労支援のモデル体制の整備に関する報告

研究分担者 坂田増弘¹⁾

研究協力者(主執筆者に○) 大迫充江¹⁾, 大島真弓¹⁾, 富沢明美¹⁾, 伊藤明美¹⁾, 山口創生²⁾,
市川健²⁾, ○佐藤さやか²⁾, 伊藤順一郎²⁾

- 1) 独) 国立精神・神経医療研究センター病院
- 2) 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 社会復帰研究部

要旨

本研究の初年度にあたる平成23年度はセンター内の病院・研究所が合同で運営する組織「地域精神科モデル医療センター」をプラットフォームとして、在宅支援室におけるアウトリーチサービスとデイケアにおける地域生活支援を実施する体制を整えた。この結果、在宅支援室では兼任常勤スタッフ2名、専任常勤スタッフ1名、非常勤スタッフ5名（常勤換算3.3人）、デイケアでは専任常勤4名、兼任常勤1名、非常勤6名（常勤換算3.5人）のマンパワーが確保され、各種ミーティングによる情報共有も機能しつつある。いずれの部署でも平成23年11月よりデータ収集が開始されており、来年度はこれらのデータについて中間報告を実施する予定である。

A. 研究地区の背景

分担研究者が所属する（独）国立精神・神経医療研究センター（以下精神・神経センター）はH22年4月に独立行政法人となった。現在当センターは精神・神経・筋・発達障害の4分野に取り組むナショナルセンターとして高度・専門的な医療サービスの提供と研究の推進を通じ国民の健康増進に寄与する、というミッションを掲げ、さまざまな業務の見直し、新たなプロジェクトの立ち上げが行われている最中である。その一環として専門疾病センター「地域精神科モデル医療センター」（以下地域モデルセンター）が平成22年9月に精神・神経センター理事会に承認され、活動を開始している。

地域モデルセンターはケアマネジメントの手法を用いて急性期から社会復帰まで一貫した支援を実現するため部門ごとに縦割りになってい

た病棟、リハビリ関連部門、ソーシャルワーク関連部門の連携を強化することを目指して設置された組織であり、小平地区では同センターの構成部門である医療連携福祉部在宅支援室にて、本研究班における多職種アウトリーチチーム支援研究（以下A班）を、またリハビリテーション部デイケアにて認知機能リハビリテーションと個別就労支援の複合による就労支援研究（以下B班）を実施している。

小平地区は主任研究者の所属機関でもあり、センター病院における臨床活動の改革（すなわち地域センターの設置と運用）と本研究班の研究活動が密接にリンクしている。そこで、本稿では地域モデルセンターの設立経緯および同センターをプラットフォームとした研究の実施体制について述べる。

【センター病院における「地域モデルセンター」設立前の状況】

・在宅支援室

平成 17 年度に発足した部門で当初は神経内科疾患をもつ患者への退院調整が主たる業務であったが、平成 21 年度より同室のスタッフによって精神科病棟から退院したもののアウトリーチ活動も始まっている。常勤スタッフ（兼任；看護師長 1，SW 1），非常勤スタッフ（NS 1：週 31 時間，PSW 1：週 31 時間），外来部からの応援（NS 1：週 8 時間）という体制で 30 ケース弱に対するアウトリーチサービスが開始されたが当時の対象者は主として平成 21 年 9 月に閉棟した社会復帰病棟（4-4 病棟）から地域に退院した慢性期の患者であった。その後、急性期担当病棟（診療報酬上の急性期治療病棟ではない）など他病棟から地域へ退院したもののサービス提供も求められるようになり、他病棟およびリハ部との情報共有、連携のためのシステム構築、需要に応えるだけのマンパワーの確保が課題となっていた。

・デイケアおよび外来精神科作業療法

平成 21 年度の利用実績についてデイケアのべ利用者数 9384 人，1 日の平均通所者数 45.8 人（デイケアを 1 とし，ショートケアおよびナイトケアは 0.5，デイナイトケアは 1.5 で換算）、外来精神科作業療法はのべ登録者数約 300 人（おおよそ外来 100 人，入院 300 人）、1 日の平均利用者数 81.4 人であった。

利用実績もやや低調であることに加え、平成 21 年度当時のセンター病院ではデイケア（当時は定員 50 名の大規模デイケアが 1 単位）と精神科作業療法が別々の部門であり、横の連携はあまりない状況で、同じような対象者に同じようなプログラムを別々に提供するなど、スタッフの配置が非機能的であった。また特にデイケアにおい

ては、慢性期の利用者が目標設定なく長期間利用するケースが多数となっていること、新規利用者や若年層の利用者をもつ就労ニーズに応えられておらず（H21 年度の就労者数は保護的就労を含めて 10 人程度で作業所などへのステップアップもごく少数）導入ケースのドロップアウトが散見されることなどが利用実績の伸び悩みにつながっていることが考えられた。

当時、センター病院は新病棟への移動を控え、急性期病棟では平均入院日数 40 日程度で効率よく病床を回転させ、小平市や東久留米市など近隣市の居住者に対しては低い転院率で確実な地域定着が行う運用を目指していた。こうした病棟のあり方を実現するためには、病棟における取り組みだけでなく、アウトリーチサービスやデイケア・作業療法などの包括的なリハビリテーションが行えるシステムの確立、および急性期病棟との強い連携が必要であり、そのためのマンパワーの整備、支援技術の向上が求められていた。

B. 臨床実施体制の構築に向けた準備

同時期に精神・神経センター内では「専門疾病センター」と呼ばれる制度の公募が開始されていた。「専門疾病センター」制度は、疾患ごとに関連する部門が組織を超えて横の連携を行うことでナショナルセンターならではの高度な医療を提供することを目的としており、地域モデルセンター以外には、多発性硬化症センター、筋疾患センター、てんかんセンター、パーキンソン病・運動障害疾患センターなどが設置承認を受けている。このように、地域モデルセンター以外の専門疾病センターは疾患ごとに設置されているため、対象者の疾患を特定しないことを前提に着想された地域モデルセンターは他の専門疾病センターとやや趣を異にしている。しかし、病院と研究所、また病院内の診療科や部門の垣根を越えた連携を行うという点で、当時の精神科リハビリテー

ション、地域生活支援関連部門の関係者の問題意識と合致したシステムであり、この枠組みを利用して、いわば連携強化のための「箱」を作ることとなった。

C. 現在構築されている臨床体制

1) 臨床活動および研究活動のプラットフォームとしての「地域精神科モデル医療センター」

地域モデルセンターの枠組みを図1に示す。

センターを設置するにあたっては、下記の点に留意した。

- ・デイケアと外来精神科作業療法を統合し、新たなデイケア（以下、新デイケア）とすること。
- ・新デイケアと在宅支援室の両部門を分担研究者である医師が統括すること、またこのポストを「精神科リハビリテーション医長」として院内の組織図に正式に位置づけること

・主任研究者である研究所部長（センター長）、新デイケアおよび在宅支援室を統括する医師、デイケア師長、作業療法士長、在宅支援室係長（看護師長が兼務）と研究所スタッフが週1回の定期的なミーティングを持つことによって臨床活動の基本方針の共有や課題がある場合、その問題解決を共同で行うこと。

2) 「地域精神科モデル医療センター」を中心とした臨床活動のフロー

上記のようなプラットフォームを形成した上で、ここをベースとして、図2に示すフローの運用を開始した。この際、新規の取り組みとして下記を実施した。

- ・入院においては、病棟入院時に心理社会的ニーズのアセスメントを実施するよう各病棟看護師長に依頼し、入院受け業務の1つとしてアセスメントのためのスクリーニングシート記入を位置づけ
- ・専門外来として「精神科リハビリテーション専門外来」を開設し、リハビリテーション部門（新デイケアもしくは在宅支援室）の利用前のゲートキーピング機能を強化

・「精神科リハビリテーション専門外来」にてリハビリテーション部の利用が適応、と判断された後に、新デイケアもしくは在宅支援室のチームリーダーが詳細なインテーク面接を実施し、プライマリケアマネージャとサービス内容を決定、この際、利用者のニーズや希望を尊重するストレングスモデルをベースとしたアセスメントを実施

3) 「地域精神科モデル医療センター」を中心とした研究活動のための準備

以上のような臨床活動に関するシステムを整えた上で本研究班の研究活動を地域センターの各部門（新デイケアおよび在宅支援室）にて実施することとし、研究費等を用いて下記のような準備を行った。

①在宅支援室における準備

- ・スタッフの増員

看護師1名（週24h1名）、精神保健福祉士1名（週31h）、作業療法士1名（週24h）、（常勤換算約2人）を増員した結果、兼任常勤スタッフ2名、専任常勤スタッフ1名、非常勤スタッフ5名（週31h3名、24h1名、16h1名、常勤換算3.3人）体制となった。

- ・物品面での環境整備

訪問用車両（4台）、チーム専用の携帯電話（4台）を整備した。

- ・情報共有のための定期的なミーティング設定

下記の各種定期ミーティングを設定、実施した。

a.全ケースレビュー

チームが担当している全ケースに関するレビュー、チームスタッフが参加、毎日実施。

b.チームカンファレンス

特に検討の必要なケースに絞って検討、チームスタッフのほか、坂田、伊藤、社会復帰研究部スタッフも参加、週1回実施。

c.チームミーティング

チームの運営に関する検討、チームスタッフのほか、坂田、伊藤、社会復帰研究部スタッフも参加、2週に1回実施。

- ・ストレングスモデルによるアセスメント、支援

の徹底

上記 b. チームカンファレンス時には、チーム内でストレングスモデルをベースとして支援を定着させることを目的にカンザス大学が開発した「ストレングスモデルアセスメントシート」を使って支援の方向性を検討。

・病棟との連携強化

すべての精神科病棟（4 病棟）で入院時に記入したスクリーニングシートの内容を元に全入院ケースについてアウトリーチの要否を判断するサービス調整会議を月 1 回実施。

□新デイケアにおける準備

・スタッフの増員

2012 年 2 月末現在、看護師 1 名（週 8h）、作業療法士 1 名（週 8h1 名）、心理士 1 名（週 31h）を既に配置済みであり（常勤換算約 1.2 人）、さらに 4/1 までに心理士 1 名（週 31h）、就労支援担当（ES）PSW1 名（週 31h）を配置予定。これらのスタッフと既存の常勤・非常勤（センター病院による雇用）スタッフを合わせると 4 月以降、専任常勤 4 名、兼任常勤 1 名、非常勤 6 名（週 31h4 名、8h2 名、常勤換算 3.5 人）体制となる予定である。

・コンセプトの変更およびアナウンス

デイケアの役割・コンセプトを従来の「居場所型デイケア」から「卒業を促進するデイケア、就労支援を含む地域生活の向上に役に立つデイケア」に改め、利用者や院内スタッフ、院外の地域支援者などにアナウンスを実施

・MDT（multidisciplinary team）の概念を臨床に導入

NS、OT、CP の 3 名を 1 チーム（MDT）とし 2 チーム制で全ての利用者を担当、これに他部門と兼任の PSW が適宜チームに加わり、多様な視点からの支援を可能に。

・情報共有のための定期的なミーティング設定

下記の各種定期ミーティングを設定、実施した。

a. チーム別全ケースレビュー

前項で述べた MDT ごとの全ケースに関するレビュー、各 MDT に属するデイケアスタッフと

ソーシャルワーカーが参加、週 1 回実施。

b. ショートカンファレンス

特に検討の必要なケースに絞って検討、全デイケアに関わる全臨床スタッフが参加、週 1 回実施。

c. 精神科リハビリテーション部門運営会議

デイケアの運営に関する検討、デイケアスタッフ、ソーシャルワーカー、入院担当の作業療法士、社会復帰研究部スタッフが参加、2 週に 1 回実施。

③全体における準備

地域ケアに関する課題に共に取り組むため、各部門のチームリーダー、医師、研究所スタッフによるミーティングを週 1 回設定し、在宅支援室、デイケア、社会復帰研究部常に情報を共有。

D. 今後のゴールとなる臨床体制

小平地区で想定される今後のゴールとなる臨床体制を図 3-1 および 3-2 に示す。

今回は院内でのフローのみを図示しているが、将来的には保健所や地域の支援機関などを含めた大きなネットワークの核として地域センターが機能することを想定している。

E. 今後の課題と考察

これまでの述べたとおり、地域センターをプラットフォームにした地域支援活動ははじまったばかりであり、在宅支援室、デイケア双方にスタッフのケースマネジメントに関するスキルの習熟など課題は山積している。

こうした中で喫緊の課題を挙げるとすれば下記のようなと思われる。

・マンパワーの問題

当院の特徴として、例えば重複診断を持つケースなど他の医療機関では支えきれない複雑な困難を抱えるケースが多いことが挙げられる。このため、アウトリーチ、デイケア双方の需要は多く、研究プロトコル上は除外基準にあてはまるため研究の対象者にはならないが、どうしても当院で支援を実施する必要のあるケースも散見される。

ケースマネジメントが機能する適正なケースロードを保ちながらこうしたケースへの需要にも応えようとする場合、スタッフの効率的な配置とあわせて、さらなるマンパワーの整備が必要と考えられる。

・「卒業」の問題

上記の問題とあわせて、在宅支援室、デイケアともにチームのキャパシティを超えない範囲でサービスの需要に応えようとする場合、既存の利用者の「卒業」も視野にいれていく必要がある。しかし、特に重い精神障害をもつ人の地域生活支援は「これでよい」と思えるポイントを利用者もスタッフも見いだしづらく、漫然と訪問やデイケア通所の続いてしまう可能性がある。ケースマネジメントをしっかりと行うことと同義であるが、チームスタッフが「卒業」を意識した関わりについて習熟していくことも今後の課題と言える。

・「病状管理」してほしいスタッフとの連携

ストレングスモデルをベースとした地域ケアを志向する場合、往々にして病状管理や症状コントロールを目的にアウトリーチやデイケアの利用を考える主治医や受け持ち看護師との間で支援の方向性に齟齬が生まれることがある。精神科における支援のゴールを「病状の安定」ではなく「リカバリーの実現」にシフトしていくためには、中長期的には医療機関全体の治療文化・風土の変更が必要であるが、これは一朝一夕に行えるものではない。直近の課題としてはケア会議をこまめに開き、在宅支援室やデイケアで提供しようとするサービスへの理解を粘り強く求めていくことが必要と思われる。

F. 結論

これまで当院における地域生活支援は一部の部署で志のあるスタッフによって担われてきた経緯があり、今回の地域センターならびに研究班の活動は病院をあげての地域ケアの嚆矢となり得る取り組みと言える。病状管理だけの地域ケアからリカバリーを視野に入れた地域ケアへのイメージの転換など課題は多いが、院内外で理解を求めながら臨床・研究活動を推進していくことで、小平地区の地域精神保健システムや本研究班の

目指す全国に普及可能な地域精神科モデル作りに貢献したいと考えている。

G. 健康危険情報

なし

H. 研究発表

1. 論文発表

1) 坂田増弘：ストレングスモデルによるケースマネジメントの実際. 日本女子大学カウンセリング・センター報告 34 : 61-68, 2010.

2. 学会発表

1) 石川正憲, 坂田増弘, 富沢明美, 大迫充江, 大島真弓, 佐藤さやか, 伊藤順一郎：医療機関から見たアウトリーチ活動および就労支援の現状と課題. 第 31 回 日本社会精神医学会, 東京, 2012.3.15-16.

2) 坂田増弘, 石川正憲, 富沢明美, 大迫充江, 大島真弓, 佐藤さやか, 平林直次, 伊藤順一郎：国立精神・神経医療研究センターにおける地域精神科モデル医療センターの概要. 第 31 回 日本社会精神医学会, 東京, 2012.3.15-16.

3) 富沢明美, 伊藤明美, 坂田増弘, 佐藤さやか, 伊藤順一郎：急性期病棟におけるケアマネジメントと密接に連携したアウトリーチ活動. 第 31 回 日本社会精神医学会, 東京, 2012.3.15-16.

4) 大迫充江, 大島真弓, 坂田増弘, 佐藤さやか, 伊藤順一郎：デイケアにおける多職種チームによるケアマネジメント. 第 31 回 日本社会精神医学会, 東京, 2012.3.15-16.

5) 大迫充江, 大島真弓, 坂田増弘, 佐藤さやか, 伊藤順一郎：デイケアにおける就労支援. 第 31 回 日本社会精神医学会, 東京, 2012.3.15-16.

I. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

図1 「地域精神科モデル医療センター」の立ち上げによるリハビリ
および地域支援関連部門の再編・連携強化

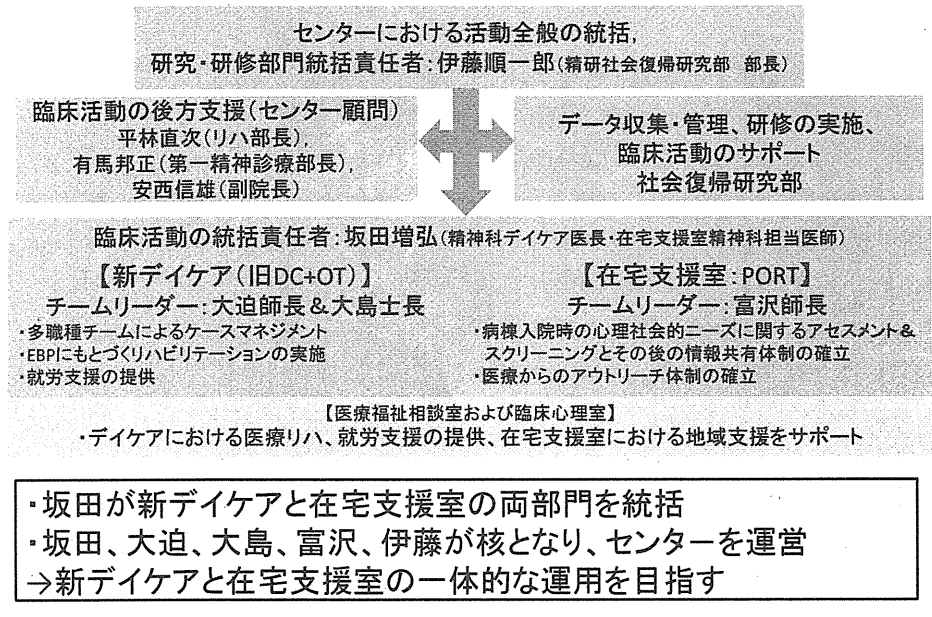
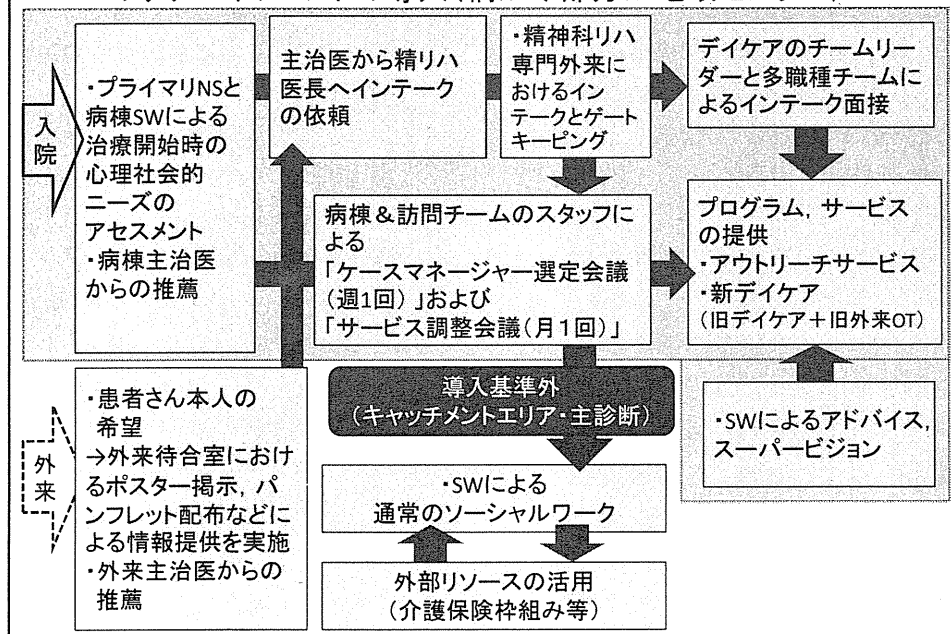
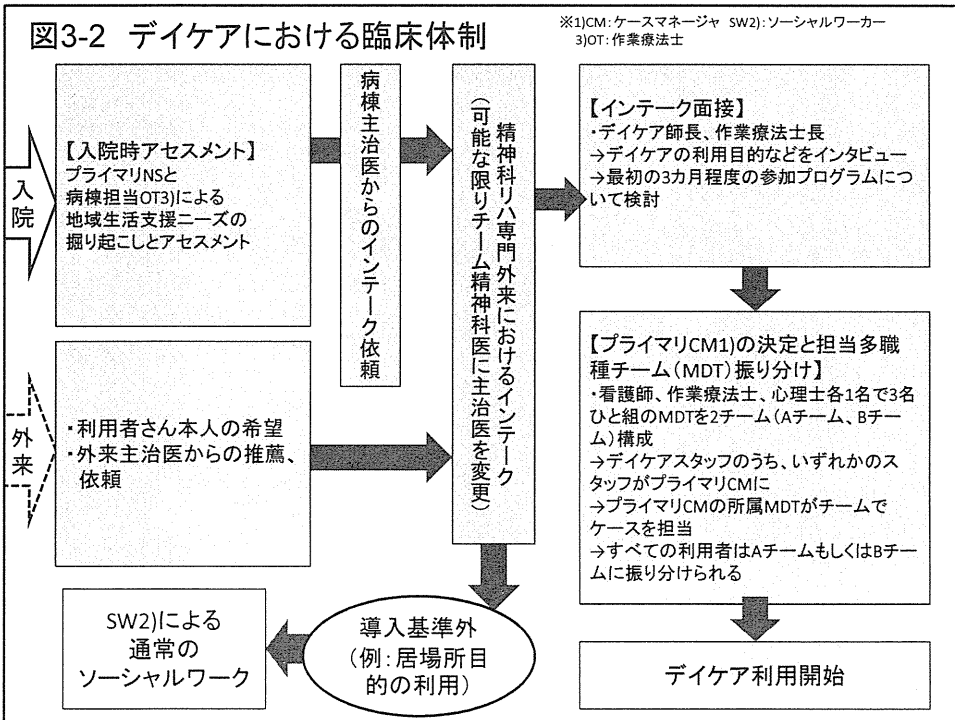
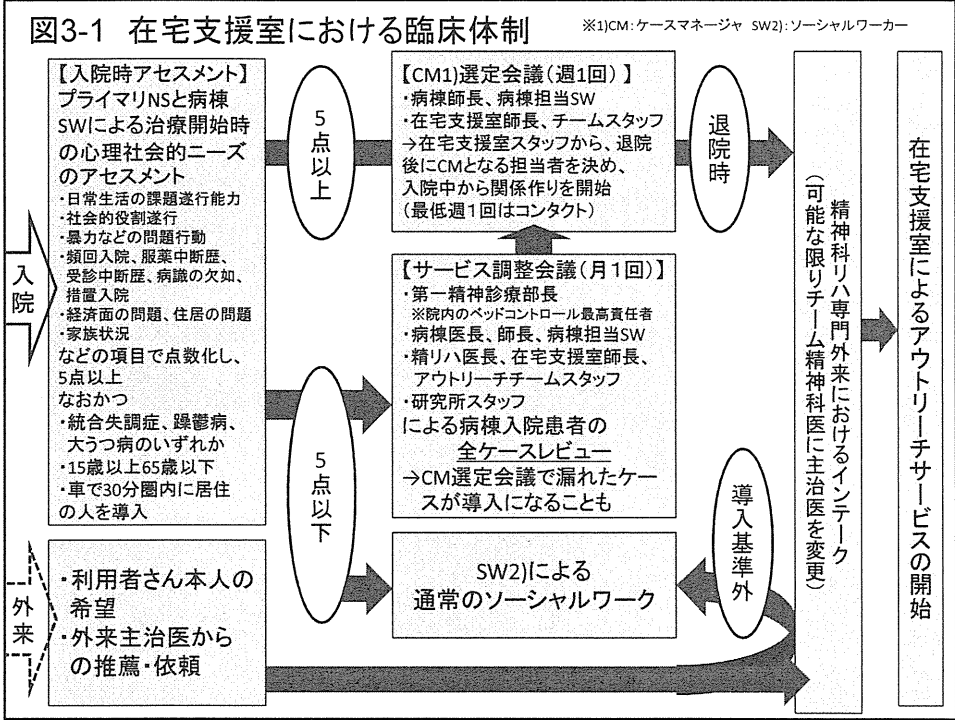


図2 入院・外来から地域生活まで一貫した支援を可能にするための
ケアマネジメントの導入(網かけ部分が地域センター)





国府台地区における重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援 モデル体制の整備に関する報告

研究分担者 佐竹直子

独) 国立国際医療研究センター国府台病院

要旨

本研究の初年度にあたる平成23年度は、地区内の多機関によるアウトリーチチームの体制を整備し、研究対象者へのスクリーニングからサービス提供までのシステムを構築した。医療サービスとして現行のACT、国府台病院訪問看護と訪問指導、福祉サービスとして相談支援事業と生活訓練などの既存のサービス体系を利用したアウトリーチチームのユニットで、地域全体のアウトリーチについてそれぞれの特性を生かしたサービスのバリエーションを持つことにより、地域全体としての支援の質やサービス体系による差異を本研究ではかることが可能であると考えられる。

A. 研究地区の背景

国府台地区は、分担研究者が所属する国立国際医療研究センター国府台病院(以下、国府台病院)と、市川市の福祉サービス事業所との複合ユニットである。市川市は千葉県北西部に位置し東京都に隣接する人口42万人の市で、国府台病院は、この市川市をはじめ、松戸市、浦安市など人口約100万人の地域をその主なキャッチメントエリアとして診療を行っている。

国府台病院精神科は、精神科急性期治療、身体合併症治療に特化した総合病院精神科であり、精神科救急入院料病棟(スーパー救急病棟)42床と、精神科一般病棟50床で対応しており、平成22年度年間入院患者数は534名、精神科平均在院日数は58.8日となっている。千葉県の精神科救急システムに千葉県東葛南部の基幹病院として参画しており、キャッチメントエリア以外からの救急要請にも対応している。

以前は精神科病床350床を有する大規模有床総合病院精神科であったが、平成17年度から始

まった病床削減で、平成20年度末には現在の3病棟138床となった。病院の機能もそれに伴い整備され、平成20年度よりリハビリ・地域支援部門がもうけられ、図1に示すような3つの機能に分けられることとなった。

地域支援については、地域サービスとの連携により、サービスの内容を限定したシステムへと変更された。外来または入院中に地域生活での継続的なソーシャルワーク(ケアマネジメント、生活支援)の必要性の判断を院内のソーシャルワーカーが行い、直接サービスの提供はACTや国府台病院訪問看護、福祉事業所に引き継ぐスタイルを導入した。これをシステム化するため、急性期治療から地域支援への円滑な移行を目的に、平成20年度より精神・神経疾患研究委託費(20委-8)

『「地域生活中心の精神保健医療福祉」を推進するための精神科救急及び急性期医療のあり方に関する研究』(後に精神・神経疾患研究開発費)に研究協力病院として参加し、ケアマネジメントモデルを病棟に導入し、特に入院中にケアマネジ

メントの必要性が確認された患者に、地域の事業所のケアマネジメントサービスをスムーズに導入されるシステムが構築された。

当地区でのアウトリーチ活動に関しては、平成14年度より重症の精神障害者に対するアウトリーチサービスであるACTが研究事業として始まり、平成20年3月の研究終了後も、NPO法人立の訪問看護ステーションACT-Jとして多職種アウトリーチサービスを展開している。医師1名、看護師3名、作業療法士4名、精神保健福祉士2名で一定の加入基準を満たす約70名の利用者にサービスを提供している。

また、国府台病院訪問看護室の2名の看護師が、医療相談室のソーシャルワーカー5名と協働し、主に身体合併症など看護サービスの必要性が高いケースなどを中心にアウトリーチを行っている。

その他、福祉サービスとして特にアウトリーチの必要性があるケースに対し、千葉県の単独事業、市川市の単独事業としてそれぞれ中核相談支援事業所がある。

しかし、地域全体ではこれらいくつかのサービスだけでは十分とは言えず、ニーズに供給が追いつかない状況が見られていた。

B. 臨床体制の構築に向けた準備

これまでの国府台地区の地域支援のあり方を生かした多職種アウトリーチのシステムとして、地域でケアマネジメントに従事する各サービスにアウトリーチの機能を強化する方法を選択した。すでに、ケアマネジメントの必要性のスクリーニングから、ニーズに応じたサービスのマッチング、そしてケアマネジメント導入までの一連の急性期ケアマネジメントシステムが存在するため、そのケアマネジメントを提供する各事業所にアウトリーチを行ってもらい、様々なサービス体系のアウトリーチチームのユニットを構成することとした。それにより、一定のエントリー基準を持つACT-Jと2名体制の国府台病院訪問看護室だけでは、対象者の制限とマンパワー不足という点で十分に答えられなかったアウトリーチのニーズを満たすことが出来ると考えられた。そこで、

市川市にある特定非営利活動法人ほっとハート、社会福祉法人サンワーク、特定非営利活動法人千葉精神保健福祉ネットMネットと基幹型支援センターえくる(以下、ほっとハート、サンワーク、Mネット、えくる)にこの研究への参加を依頼し、各事業所でアウトリーチを主体としたケアマネジメントを実施する体制の整備をお願いした。

また、国府台病院医療相談室にソーシャルワーカーを1名増員し、研究対象者のスクリーニング、各アウトリーチチームへのマッチングの業務を中心的に担うスタッフとした。

さらに、研究前からすでにあるケアマネジメントシステムを今回の研究プロトコルにあったものに変更した。そのフローチャートを図2に示す。病棟看護師によるスクリーニングによりアウトリーチの必要ありと判断された入院患者のうち、さらにソーシャルワーカーがサービス導入の必要性をダブルチェックし、介入群と決定した後、ニーズに合わせたアウトリーチチームが選ばれ、担当チームによるサービス提供が開始となる。

また、調整会議として機能する「地域移行ワーキンググループ」という名称の入院患者の地域サービス導入に関するモニタリング会議で、この研究のアウトリーチサービス導入に関してのモニタリングも行うこととした。

研究対象ケースは、以下の3点の要件を満たすもので、市川市在住者をサービス介入群、市川市外在住者を対照群とした。

- ① 平成23年11月より24年10月末まで国府台病院精神科病棟に入院となった全患者のうち、スクリーニングによりアウトリーチが必要と判断されたもの
- ② 入院の時点でアウトリーチサービスを利用していないもの
- ③ 研究同意が得られたもの

本研究は、国立国際医療研究センターの倫理委員会の承認を得ており、研究対象となりうる患者に対しての告知を含む倫理上必要な配慮を行っている。

C. 現在構築されている臨床体制

現在構築されている臨床体制を図3に示した。

医療サービスの事業所として、訪問看護ステーションを基盤とした ACT-J、国府台病院訪問看護室とソーシャルワーカーのチーム、そして福祉サービスとして、市川市単独事業である中核相談支援事業所のえくる、自立支援の相談支援事業所＋生活訓練としてほっとハート、サンワーク、Mネットの各チームが配置されている。関係性構築の困難度、地域生活のニーズ、住居地等により、病院ソーシャルワーカーがマッチングを行い、各チームに研究対象者を入院中に振り分け、退院支援を含むサービスの提供を行っている。

また、各チームの支援状況を確認し、ユニットとして情報を共有するための会議を月一回実施し、ユニット全体として各対象者に適切な支援が行われているか、調整の必要性も含めモニタリングが行われている。

平成 23 年 11 月から 24 年 1 月までのエントリー状況を図 4 に示した。平成 23 年 12 月、24 年 1 月と対照群数が介入群数を上回っている。これには 2 つの理由が考えられる。まず国府台病院の平成 20 年以降の地域支援の強化の中で、すでに市川市内のケアマネジメントが必要な精神障害者はケアマネジメントサービスが導入されており、ニーズが少なくなっていると思われる。また、国府台病院は千葉県の救急基幹病院であり、キャッチメントエリア外の精神科救急患者の入院受け入れが多いため、対照群が多くなってしまうことがあげられる。

D. 今後の課題と考察

国府台地区は、すでに ACT や訪問看護とソーシャルワーカーによるアウトリーチなどのシステムは確立しており、今回の研究では、さらに既存の福祉サービスにアウトリーチ支援を取り込んだ地域支援ユニットの構築を研究の目標に掲げた。これにより、さらに利用者のニーズによりマッチした幅広いサービスの選択が可能になり、また、絶対量が不足しているアウトリーチ支援の充実に可能になると考えている。

一方で今回の研究の主眼となる「多職種」という面では、福祉サービスの場合、単職種アウトリーチとなってしまうため、医療サービスを密に連

携した多職種での関わりの工夫を、今後、検討する必要があると考えられる。

また、地域での直接サービスがほとんど病院外のサービスであるため、様々な地域事業所とのネットワークの中での調整役として、病院がどのような役割を果たすべきかを検討することも当地区での研究により、より明確になるのではないかと期待される。

E. 結論

これまで国府台地区で行ってきたアウトリーチ活動（ACT、訪問看護、ソーシャルワーカーによる訪問）に加え、地区内の相談支援事業所にアウトリーチを主体とするサービス体系を導入し、医療・福祉両方におけるアウトリーチサービスが利用可能な体制を整備した。これにより、本人のニーズに合わせた事業所の選択が可能になったほか、地域内でのアウトリーチサービスの量が増加し、より質の高い地域支援が可能になると考えられる。また、今後の研究データより、現行の医療・福祉サービスを活用して行うアウトリーチの業務実態やメリット・デメリット、また基盤とするサービス間での比較も可能になるものと思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

佐竹直子. 総合病院精神科と精神科地域サービスの連携のあり方について—千葉県市川市における精神科地域医療モデル—. 日本社会精神医学会雑誌, 21(1): 124-133, 2012.

2. 学会発表

佐竹直子. 総合病院精神科と精神科コミュニティケアの連携のあり方について. 第 24 回日本総合病院精神医学会総会. 福岡, 11 月, 2011.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

国府台病院精神科のサービス

図 1

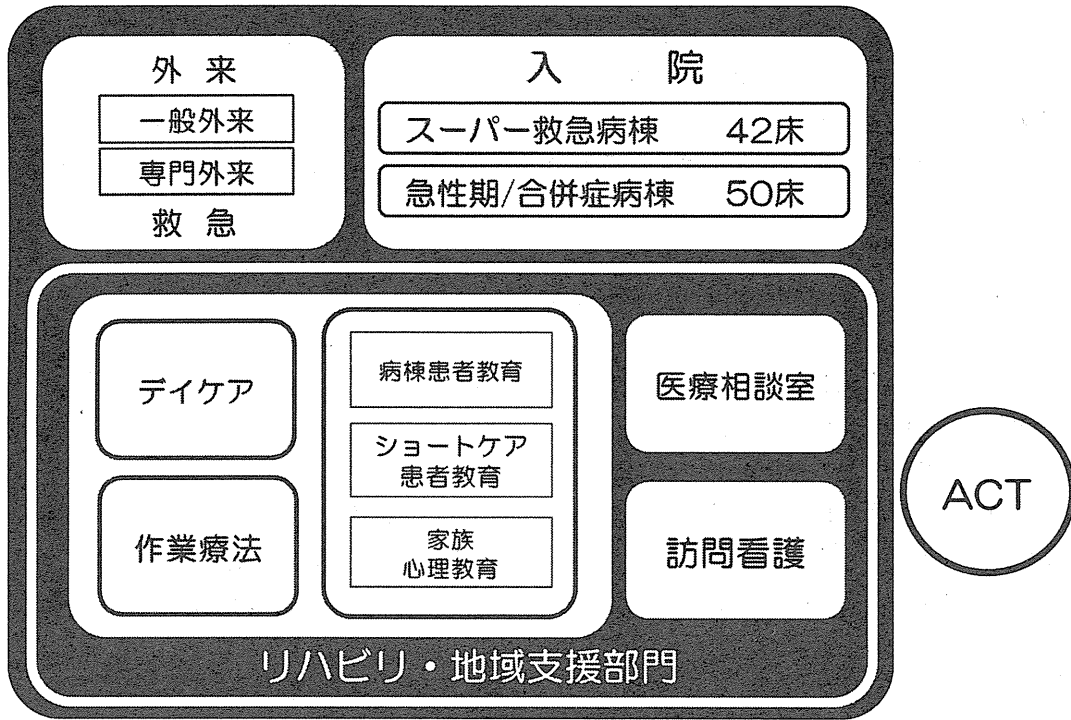
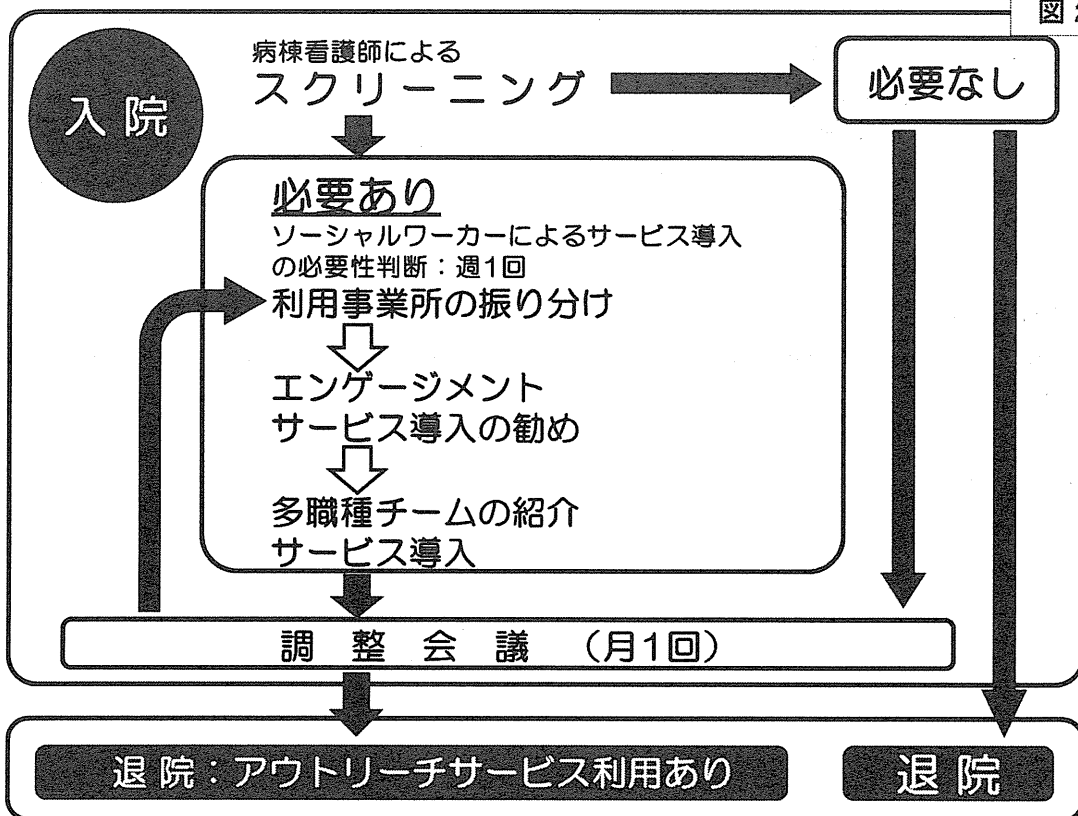


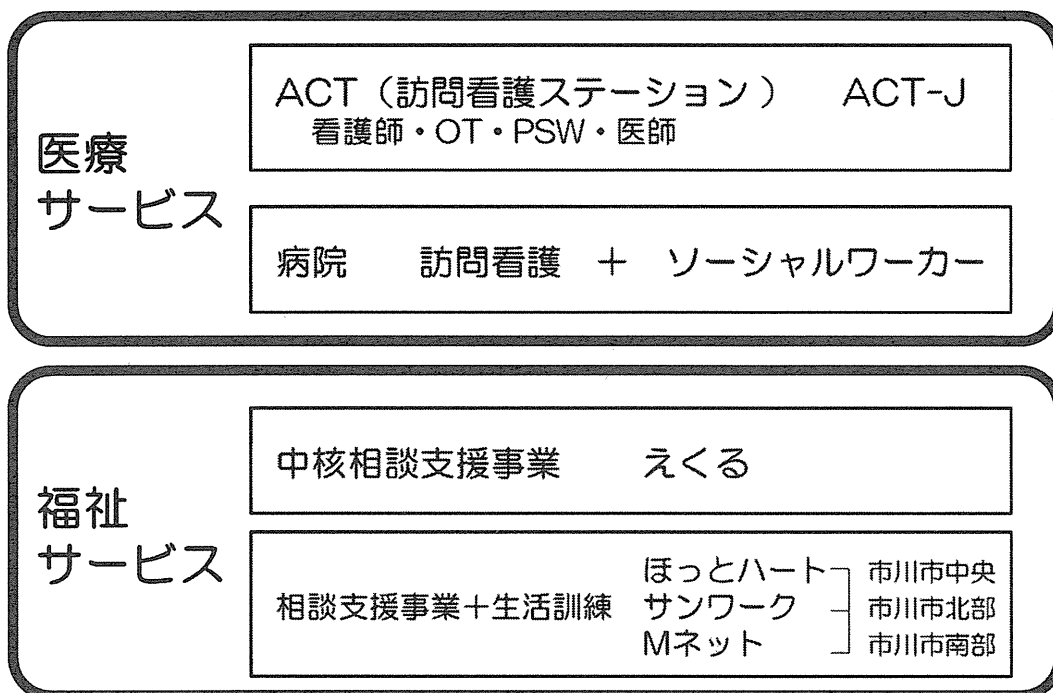
図 2



多職種アウトリーチサービス一覧

図 3

ケースのニーズに合ったサービスをソーシャルワーカーが選択



ケアマネジメントを行っている事業所がアウトリーチサービスを実施

現在までのエントリー状況

図 4

	スクリーニング 実施全数	カットオフ 以上 候補者	介入群 候補者	対照群 候補者	介入群 同意者	対照群 同意者	介入群 同意率	対照群 同意率
2011年 11月	22	5	4	1	2	0	50.0%	0.0%
2011年 12月	42	15	6	9	2	3	33.3%	33.3%
2012年 1月	51	13	3	10	1	3	33.3%	30.0%

国府台地区における重症精神障害者への 「認知機能リハビリテーションと個別就労支援の複合による就労支援」 のモデル体制の整備に関する報告

研究分担者 佐竹直子

独) 国立国際医療研究センター国府台病院

要旨

国府台地区における就労支援は、自立支援の就労サービスが担い、病院のリハビリテーションは、作業療法や集団療法・心理教育など治療的介入を短期間で濃密に行うことにより就労サービスにつなげていく役割を果たしている。そのため、本研究体制の構築にあたり、他地区のようにデイケアを利用せず、認知機能リハビリテーションも含めた就労支援を就労支援事業所で行うスタイルを選択した。

本年度は研究体制の整備と、研究第1期を開始した。国府台病院外来通院中、またはデイケア終了間近なケースから参加者を募り、計10名の登録があった。1名の脱落はあったが、残り9名が介入群、対照群に分類されそれぞれのサービスを利用中である。

A. 研究地区の背景

国府台地区における精神障害者に対する就労支援は、自立支援法下の就労支援事業を主体に展開されている。就労移行事業所として障害者就職サポートセンタービルド、社会福祉法人サンワーク、市川市障害者就労支援センターアクセス（以下、ビルド、サンワーク、アクセス）などが、また就労継続支援事業所としてサンワーク、特定非営利活動法人ほっとハート、特定非営利活動法人千葉精神保健福祉ネットMネット（以下、ほっとハート、Mネット）などの事業所が幅広いサービスを提供している。特に、ビルドを運営する特定非営利活動法人 NECST は、早くから就労支援にIPS モデルを導入し先進的な就労支援を展開してきた。

一方、国府台病院は、精神科リハビリテーションに就労支援はなく、特に平成 20 年病床削減後

の精神科の機能の見直しにおいても、デイケアを中心とするリハビリテーションの役割は、就労等の社会参加に至るまでの短期間の集中的な治療プログラムの提供であるとし、就労支援は福祉サービスに任せ連携する体制を強化してきた。平成 20 年度よりデイケアの利用期限を 2 年間とし、ケアマネジメントを導入した個別支援の徹底、心理教育・集団療法を中心とした疾患教育と対処スキルの獲得などを主な治療目的としたプログラム編成により、利用者を卒業後次のステップに確実につなげることが出来るサービスへと変換した。また、リカバリー・ストレングスモデルの導入により、さらに目標を明確にしてリハビリテーションを行うことが可能となり、就労意欲を向上させ、それを実現可能な形に具体的に変えることが出来るようになった。これらにより、デイケア卒業後の就労サービスへの移行が容易になった。

B. 臨床体制の構築に向けた準備

国府台地区の各就労支援事業所に呼びかけ今回の研究の参加協力を募った。協力事業所の中で、介入群を扱う事業所として研究前から IPS モデルを取り入れている就労移行支援事業所のビルドに協力を依頼した。研究対象者の生活支援および就労支援を行うスタッフ 1 名をビルドに派遣した。また、介入群への認知機能リハビリテーションは国府台病院の研究スタッフ 2 名とビルドに派遣したスタッフの計 3 名体制で行うこととした。

対照群の就労支援機関は、市川、松戸、船橋市内の就労支援事業所に依頼をし、研究対象者の各機関へのコーディネートと研究期間中の生活支援は、国府台病院のソーシャルワーカーが担うこととした。そのコーディネートと生活支援を担うソーシャルワーカーには、多職種アウトリーチ研究との兼任による専門スタッフ 1 名を配置した。研究の流れを図 1 に示した。

研究参加者の条件を、

- ① 国府台病院通院中
- ② 年齢 20～45 才
- ③ 市川市、松戸市、船橋市在住
- ④ 診断が ICD-10 で F2, F3

とし、研究参加者の募集を行った。募集については、国府台病院外来にポスターの掲示とパンフレットの配備、説明会の開催、国府台病院精神科医師から担当患者に対する呼びかけ、デイケア、ソーシャルワーカーから担当患者に対する呼びかけなどである。

応募者に対しては、研究スタッフによる心理検査等の適性検査を行い、主治医に研究参加に対するの確認をとり、問題なければ研究登録となる。募集期間は約 1 ヶ月を目安とし、定員 10 名まで募集を続け、集まった対象者を RCT にて介入群、対照群に分ける。

介入群には、ビルドでまず認知機能リハビリテーションを行い、終了後、個別就労支援へと移行する。対照群は、病院の研究担当のソーシャルワーカーが就労支援事業所をコーディネートし、そ

れぞれの事業所で通常行われている就労支援を提供してもらう。対照群の生活支援も同じくこのソーシャルワーカーが行うこととなる。

C. 現在構築されている臨床体制

図 1 に示した研究体制を整備し、平成 23 年 11 月に第 1 期研究参加者を募集した。図 2 にそのエントリー状況を示した。第 1 期は 10 名が適正チェックを経てエントリーとなり、介入群、対照群に各 5 名ずつ RCT にて振り分けられた。介入群の 1 名が支援開始早々に不安焦燥感が高まり参加を辞退し、その後 9 名への支援となった。介入群には 11 月末より認知機能リハビリテーションが施行され、24 年 2 月にて終了、その後個別就労支援が始まっている。一方対照群は、2 名がサンワーク、1 名がアクセス、2 名が市川市外の就労支援事業所の利用が決定し、各事業所での就労支援サービスを受けている。

また、各就労支援事業所と病院担当者が月 1 回ミーティングを行い、情報を共有している。

さらに、24 年 2 月より第 2 期の参加者募集を開始し、3 月下旬までの 1 ヶ月のエントリー期間に 10 名の参加者確保を見込んでいる。

D. 今後の課題と考察

現在介入群には、認知機能リハビリテーション、ケアマネジメント、個別就労支援を同じ担当者が行っており、密なサービス提供が可能な体制であるが、対照群では、ケアマネジメントは病院の担当ソーシャルワーカーが行い、就労支援は各事業所で行うために、介入群に比べ密に相互の連携を図りにくい状況があり、連携のあり方についての検討が必要であると考えられる。

また、参加者募集についても、説明会や病院スタッフへのリクルート協力の依頼を行っているが、希望者が少ない。外来に設置した研究についてのパンフレットを手にする人は多いようだが、

参加にはなかなか結びつかない。2期、3期と短期間で20名の参加者を集めることが出来るかも大きな課題である。

E. 結論

今年度は、国府台地区では、国府台病院と地区内の複数の就労移行支援事業所との連携体制をとり、研究体制の構築を行った。特に、介入群に対する認知機能リハビリテーション、ケアマネジメント、個別就労支援を就労移行支援事業所で一貫して行うスタイルがこの地区の特徴となっている。計3期のうち第1期9名の研究参加者に対する就労支援を開始し、研究体制の不備等がないかを確認しながら、第2期以降の受け入れに向け体制を整えていく予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

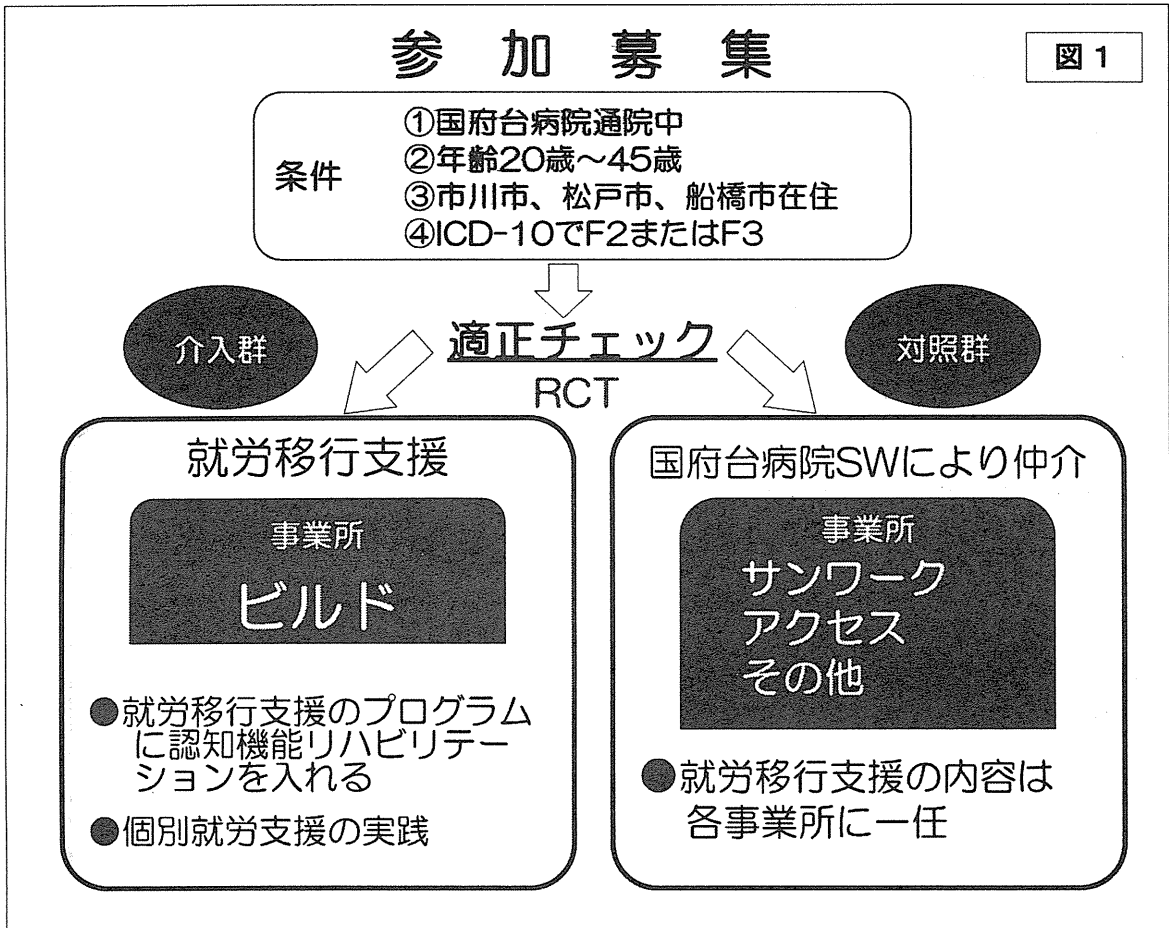
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

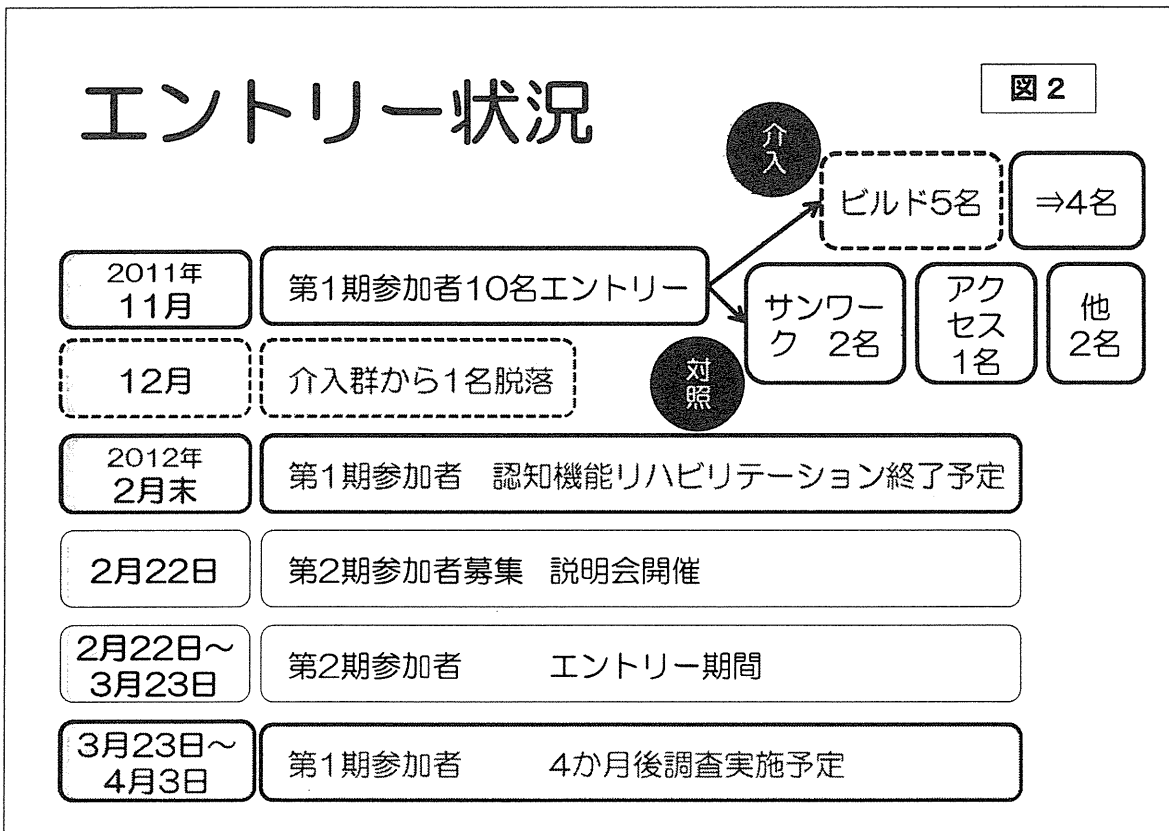
参加募集

図 1



エントリー状況

図 2



「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究

仙台地区における重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援の モデル体制の整備に関する報告

研究分担者 西尾雅明¹⁾

研究協力者 菊池陽子²⁾ 近田真美子¹⁾ 佐藤直也²⁾ 宮田明美²⁾ 梁田英磨²⁾

佐藤美穂²⁾ 柴田知帆²⁾ 笠原陽子²⁾ 鈴木司²⁾ 高橋亮²⁾

宇都宮令³⁾ 小元愛³⁾ 久保あゆみ³⁾ 佐々木翠³⁾

1) 東北福祉大学総合福祉学部 2) 東北福祉大学せんだんホスピタル

3) 東北福祉大学大学院総合福祉学研究科

要旨

本研究の初年度にあたる平成23年度は、東北福祉大学せんだんホスピタルにあるACTチームにスタッフの補強をすることで、本研究のための臨床体制を整えた。チームの通常の支援者の加入基準も、本研究に合わせる形にした。平成23年11月より、他のサイトと整合性のある加入基準によって対象患者のエントリーが開始された。既に圏域内の重症精神障害者の多くがACTチームの利用者であること、他の医療機関から入院を目的とした紹介が多いことなどから、エントリーから除外される例が多いが、今後の推移を見守りたい。また、今後の多職種アウトリーチ・サービスの臨床体制像としては、OTやESの確保、さらに看護師の増員なども図ることを検討している。

A. 研究地区の背景

分担研究者が担当している仙台地区では、既に一定のフィデリティを保つACTチームが東北福祉大学せんだんホスピタルに存在する。今回の研究では、そのチームが研究の加入基準に合わせた対象者に臨床サービスを提供することによって、介入群への介入を行っている。そこで次に、せんだんホスピタルと、同院に基盤を置いて活動してきたACTチームのこれまでの経緯について説明を加える。

宮城県仙台市内で平成20年6月に開院した「東北福祉大学せんだんホスピタル」の概況は表1で示す通りである。同院に、東北地方では初めてとなるACTチームがあるが、これは全国の教育機関の附属病院としても初めての試みである。

チームは平成21年度には、平日週5日勤務を原則とする病院の常勤スタッフ5名（看護師1、OT1、PSW3）と急性期病棟兼任の医師1に加え、3名の非常勤スタッフで構成されていた。

チームの主な支援対象であるが、「東北福祉大学せんだんホスピタル」の主に急性期病棟に入院となった者のうち、過去の入院歴や医療中断歴などの精神科サービス利用状況と、過去1年間の日常生活機能、診断、年齢、居住地などを参考に、対象者を決定していた。自発的な同意により利用者となった者に対して入院中から退院支援を行い、入院期間の短縮につなげる。退院後は、医療・生活支援・家族支援などを必要に応じて他機関やインフォーマル・サービスとの連携を通じて行い、再発・再入院を防ぐとともに、利用者の