

自己実現を図るための援助を行ってきた。

当初、チームがかかわる訪問活動としては、対象者の障害重症度や状況に応じて幾つかのコースを設定していたが、ACTの本来のコア対象者へのサービスを「カシオペア」コースと名づけた。

「カシオペア」コースの加入基準は、簡潔に言えば、年齢が20から65歳の間で対象エリアに住み、主診断が知的障害や認知症、人格障害などの除外診断に当てはまらないもので、過去1年間の日常生活機能と精神科医療サービスの利用状況の2つの重症度基準をいずれも満たすものに限られる(表2)。

また、2010年度時点の、外部評価による同チームのDACTSの点数は、「人的資源」が3.5点、「組織の枠組み」が4.5点、「サービスの特徴」が3.6点、総合点が3.9点と一定のフィデリティが担保される結果となっていた。

B. 臨床実施体制の構築に向けた準備

臨床実施体制の構築において、最も重要となるのが、これまでのACTチームの加入基準をどうするか、であった。表2で示された基準は、国内のACTチームの加入基準の中でも最も厳しく設定されており、それが利用者の増加につながっていない点があった。また、チームのスタッフがかわることになる複数のコース設定が、実はスタッフの混乱を引き起こしている(複数のコースが存在することによって、利用者本人が継続を望んでいるにもかかわらず設定期限内にサービスを終了する方向にもっていく場合もあれば、本人がサービスに乗り気でないにもかかわらず積極的にコンタクトをとることが求められる場合もある)現実も把握されてきた。そのため、23年度からは基本的に複数のコース設定をやめ、チームが支援する利用者の加入基準を、本研究での加入基準に合わせていくこととなった。表3に、平成23年11月以降の東北福祉大学せんだんホスピタルACTチームの加入基準を示す。また、入院患者のスクリーニング基準を資料1に示した。期間中の入院患者に対するスクリーニング調査に関

する説明は、院内全ての病棟に資料2のポスターを貼り、情報開示を行った。

チームの支援対象者を決定するためのエントリー・プロセスについては、表4にまとめた。記載されているように、介入群と対照群との振り分けは、チームのオフィスから自動車で30分以内に移動できるかどうかを、ネット上のソフトを使用してACTの臨床スタッフとは独立した研究協力者が確認することで行った。

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、表5に示した。多職種アウトリーチ・チームとしては、医療機関に属して診療報酬を財源とするモデルである。チームの「地域化」の観点からは様々な議論もあるだろうが、利用者が在宅での急性期ケアで落ち着いた時には、入院治療の中で一貫してチームが関わり続けることのできる強みがある。

また、プログラムのサイズとしては決して大きくないが、4名のケースマネジャーがチームに専属で週5日勤務であること、コンシューマー・スタッフがいることが強みであると言える。

表6に24年2月末時点での本研究開始以後のエントリー状況を示した。

D. 今後の課題と考察

1) 今後のゴールとなる臨床体制

現在のスタッフが1日コンスタントに4件以上の訪問活動をし、採算ベースに載せて、今以上のスタッフを雇用するなかで本来のACTらしいプログラム・サイズを確保したい。十分なプログラム・サイズが担保される中で、より多様な視点での支援と時間外の救急対応の充実を図ることができる。

また、現時点ではチーム・リーダーをはじめスタッフの大部分がPSWであり、支援の中心軸が生活支援に偏っている。リハビリとストレングス・モデルを謳うにしても、多職種アウトリーチ・サービスの支援の大きな柱としては、必要な利用者に対して、医療の使い勝手を伝える、とい

う役割があると考えられる。その意味では、現在欠員となっている OT や、看護スタッフの増員を図りたい。また、現時点では当事者スタッフがケースマネジャーとしての役割を担っているので、これを継続できるように意識したい。さらに、他の就労支援機関からチームに週 4 日程度出向してくるような IPS 的な医療・生活支援と就労支援の統合が可能になるような支援体制を構築していきたい (図 1)。

2) 研究上のエントリーについて

当院では、ACT チームが立ち上げられて既に 4 年間に過ぎようとしており、エリア内で重症の統合失調症患者や双極性感情障害の患者が多く、既に利用者としてサービスを利用しているため本研究のエントリーから除外されている。また、入院患者の多くは、仙台市内の他の精神科診療所から入院目的で紹介されるケースで、こうした例も、エントリー基準では除外されてしまうため、23 年 2 月の時点ではカットオフ以上の候補者が 4 ヶ月で 6 名と低調に終わる結果となっている。

E. 結論

もともと当院では ACT という多職種アウトリーチ・チームでの活動に取り組んできた経緯があり、支援体制や技術的な面では大きな不安材料はない。リクルート・システムもまずまず順調に稼働しているが、年齢や他院通院患者の入院依頼、既 ACT 利用者、などが除外されることによって、研究のエントリー基準を満たす者が 23 年度には他のサイトと比して少なかったことが課題として挙げられるが、今後の推移を見守りたい。

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)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1 母体となる「せんだんホスピタル」のサービス

- 2008年6月に開院
- 東北福祉大学の附属病院
- 東北地方では唯一の児童・思春期専門病棟をもつ
- ACT部門(包括的地域医療支援室)の設置
- 病床数144(急性期・療養型・児童)

表2 カシオペアコースの加入基準(重症度)

- 過去1年間の日常生活機能
 - 精神障害を認め、日常に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする期間が6ヶ月以上続いている
 - 例:適切な食事摂取、身の清潔保持、金銭管理と買物、通院と服薬、他人との意思伝達・対人関係、身の安全保持・危機対応、社会的手続きや公共施設の利用、趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加
- 過去1年間の精神科医療サービスの利用状況
 - 入院日数90日以上 or 医療保護入院ないし措置入院回数2回以上 or 医療中断6ヶ月以上のいずれか

表3 23年11月よりの加入基準

- 平成23年11月より24年10月末までの期間
- 東北福祉大学せんだんホスピタル精神科に入院となった全患者のうち、スクリーニングによってアウトリーチが必要と判断される
 - 年齢、他院外来利用者、ACT既利用者etc
- 研究同意がある
- オフィスから30分以内で移動できる範囲に居住している者を介入群、他を対照群とする

表4 エントリー・プロセス

1. 入院時、スクリーニング用紙に主治医が記入
2. 各病棟のスクリーニング用紙を担当師長(副看護部長)が回収
 - 介入群と対照群の振り分け
 - エントリー状況などファイルへの入力
3. 介入群はACTチームが、対照群は大学教員が説明・同意
4. 評価は、リハビリテーション部臨床心理士と大学院生による

表5 現在の多職種アウトリーチ・サービス臨床体制

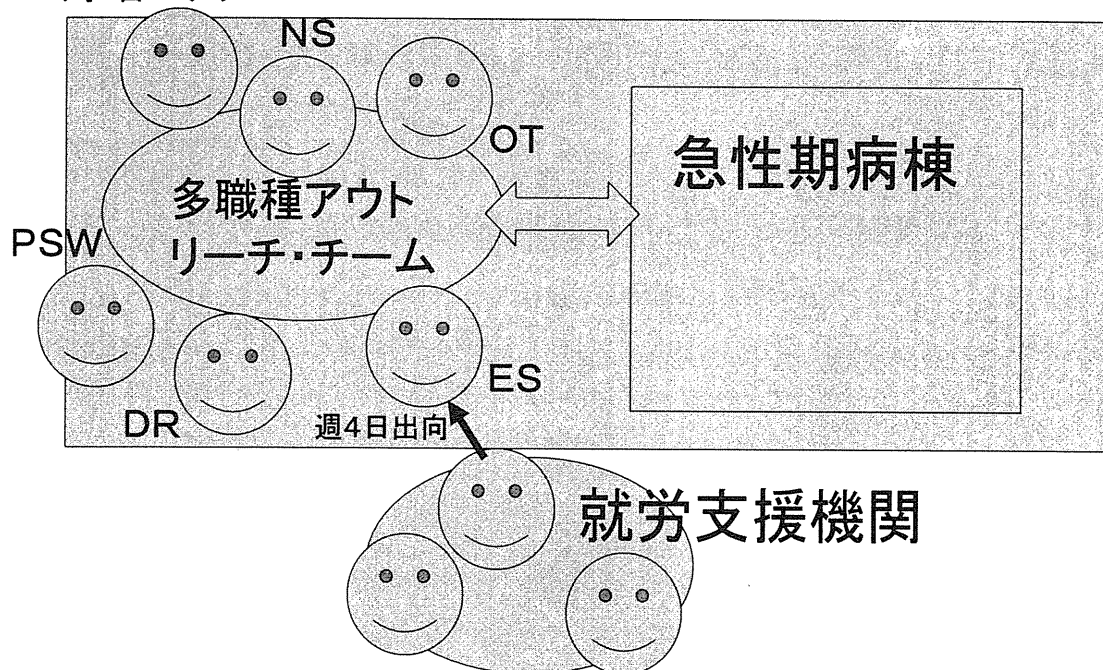
- 単一医療機関モデル
- 精神科訪問看護、退院前訪問指導、往診、在宅患者訪問診療など診療報酬による財源
- 研究前(平成23年3月末時点で既に在籍)からのスタッフ
 - PSW 3
 - NS 1
 - DR 1
- 研究で雇用したスタッフ
 - PSW 2
 - アシスタント 1
 - うち2名がコンシューマー・スタッフ
- 就労支援は市内の就労移行支援事業等と連携

表6 エントリー状況

	スクリーニング実施件数	除外患者	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	対照群
11月	22	14	3	3	0	2	0
12月	30	21	2	2	0	2	0
1月	30	19	1	0	1	0	1
2月	30	21	0	0	0	0	0

図1 今後のゴールとなる臨床体制

当事者スタッフ



【エンボスを以下に押す】

ケアマネジメント入院時スクリーニング票

・入院後 1 週間以内にご記入ください。
 ・ことわりのない限り過去 1 年間の状況で、ご記入ください
 ・どうしてもわからない場合は、空欄にしておいてください。

記入者: _____

病棟主治医: _____

入院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

I. 除外基準	あてはまる状況に○
1. 年齢が 15 歳未満もしくは 65 歳以上である	<input type="checkbox"/>
2. 主診断がてんかん、薬物・アルコール依存、認知症、人格障害のみである	<input type="checkbox"/>
3. 鑑定入院・医療観察法による入院である	<input type="checkbox"/>
4. 1 週間以内の退院・転棟・転院の予定が決まっている	<input type="checkbox"/>
5. 検査や mECT・合併症ルートなどの一時的な治療目的の入院であり、 戻る病院が初めから決まっている	<input type="checkbox"/>
6. 入院前の外来が他院での通院である	<input type="checkbox"/>
7. 既に SACT の利用者である	<input type="checkbox"/>

↓ 上記の除外基準に1つも当てはまらない場合、以下をチェック
 (※1つでも当てはまっていたら、以下は記入しなくて結構です)

		あてはまる状況に○		
問題行動	A. 6 ヶ月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を担えない	できない: 2	休みがち・ 不安定:1	できる:0
	B. 自分一人では地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・重要書類の管理・移動等)ができず、継続的支援を必要とする(家族が過剰に負担している場合を含む)	とても 必要:2	必要:1	不要:0
		はい	いいえ	
	1. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為がある	1	0	
	2. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになる	1	0	
	3. 自殺企図をしたことがある	1	0	
	4. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	1	0	
治療の困難性	5. 重複診断(主診断+知的障害・アルコール/薬物)がある	1	0	
	6. 上記以外の理由による警察・保健所介入がある	1	0	
	1. 過去 1 年間の入院回数が 1 回以上である (今回入院を含まない)	2	0	
	2. 定期的な服薬ができていなかった事が 2 か月以上あった(初発の場合はいいえ)	1	0	
	3. 外来受診をしないことが 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0	
経済問題	4. 病気についての知識や理解に乏しい、または治療の必要性を理解していない	1	0	
	5. 今回の入院は措置入院である	2	0	
	1. 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない	2	0	
	2. 入院時に本人・家族から入院費の相談がある or 入院生活に必要な財源がない	1	0	

家族状況	3. 入院時に帰る場所が見当たらない（ホームレス、迷惑行為による立ち退き）	3	0
	1. 入院時に家族または支援者が同行しなかった（警察・保健所はのぞく）	1	0
	2. 支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	2	0
	3. 同居家族自身が困難な問題（介護・障害・貧困・重病・虐待・不登校などの教育問題等）を抱えており、訪問による支援を要する状態である。	2	0
合計得点（5点以上は裏面も記入して下さい）		_____点	

Ⅲ. 対象者の基本属性	
1. 住所:	
→1)キャッチメントエリア内 2)キャッチメントエリア外	
2. 生年月日: 西暦 年 月 日(歳)	
3. 診断名(ICD-10):	
4. 過去1年間の入院回数(今回の入院は含まない): _____回	
5. 生保受給: 1)有 2)無	
6. 身体合併症: 1)糖尿病 2)他()	7. 身長・体重: 体重: * ₀ 身長: cm
8. 同居家族: 1)有 2)無 ⇒有の場合: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> きょうだい(_人) <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 子(_人) <input type="checkbox"/> 他()	
9. 婚姻状況: 1)既婚 2)未婚 3)離別・死別	10. 発症年齢: _____歳
11. 障害年金の受給: 1)有 2)無	12. 自立支援医療の利用: 1)有 2)無
13. 障害程度区分: 非該当・1・2・3・4・5・6・未認定	
14. 地域の主たる支援者: 1)有 2)無 ⇒有りの場合 所属: _____ 支援者名 _____	
15. 過去3か月間の社会資源利用状況(1か月に1回以上利用のあるもの、複数回答)	
1)デイケア、デイナイトケア	6)相談支援事業
2)訪問看護	7)就労支援
3)ホームヘルプサービス	8)グループホームなど共同住居
4)作業所など日中活動の場	9)ショートステイなど短期入所施設
5)地域活動支援センターなど集う場	10)その他()
Ⅳ. 参考情報 あてはまる場合 <input checked="" type="checkbox"/>	
1. 主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病のいずれかである	<input type="checkbox"/>
2. 表面【問題行動】のAまたはBにチェックが入っている	<input type="checkbox"/>
3. 過去1年間の精神科サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 1)入院回数 <input type="checkbox"/> 2回以上(今回は含まない) <input type="checkbox"/> 2)入院日数 <input type="checkbox"/> 90日以上 <input type="checkbox"/> 3)医療中断 <input type="checkbox"/> 6か月以上
	いずれかに該当 <input type="checkbox"/>

資料2 当病棟に入院されているみなさんへ

—多職種アウトリーチに関する研究についてのご理解をお願いします—

平成23年11月

私たちは、精神障がいをもつ方が住み慣れた場所で安心して暮らしていけるようになるための、訪問型の支援プログラム（多職種アウトリーチ）の研究を行っています。こうした訪問型の支援プログラムは、入院回数を減らしたり、再発を予防したりする効果が認められていますが、日本では一部の病院を除いて利用することができませんでした。

そこで、今回はこれら訪問型の支援プログラムの効果と、そのサービス費用を調査することを目的とした研究を行います。それに先立ちまして、病棟に入院したみなさんの健康面や心理社会的な状況の評価を診療録等の調査によって収集します。この調査の対象になるのは、平成23年11月～平成24年10月の間に入院された方です。

調査の際には、あなたの個人情報は匿名化して扱われ、個人情報を調査施設から外に持ち出すことはありません。調査結果を公表する場合にも個人情報が特定されないよう配慮し、個人情報は統計的手法を用いて解析・公表されます。

もし、この調査を拒否される場合には、病棟のスタッフまで申し出てください。仮に調査を拒否なさったとしても、あなたの不利益になることは一切ございません。

情報の保管の責任は国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰研究部が負うものとします。わからないことやご質問がありましたら、下記までお問い合わせください。なお、本研究は、伊藤順一郎を主任責任者とし厚生労働省の研究費補助を受けて行われている研究の一環として行われます。



東北福祉大学せんだんホスピタル

西尾 雅明

電話：022-303-0125

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 伊藤 順一郎

電話：042-341-2711（内線6281）

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」

仙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 西尾雅明¹⁾²⁾

研究協力者 石黒亨¹⁾²⁾ 小野彩香³⁾ 菊池陽子¹⁾²⁾ 田口雄太²⁾ 宮田明美²⁾

宇都宮令⁴⁾ 小元愛⁴⁾ 久保あゆみ⁴⁾ 佐々木翠⁴⁾

1) 東北福祉大学 2) 東北福祉大学せんだんホスピタル 3) NPO 法人スイッチ仙台

4) 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、認知リハビリテーションと個別就労支援を複合したモデルを実践するべく、フィールドである東北福祉大学せんだんホスピタルや就労移行支援事業を展開する NPO 法人の協力を得て、必要なスタッフを確保し、連携体制を築いてきた。

研究へのリクルートは、認知機能スクリーニングを踏まえて 10 名の対象者を確保でき、RCT で各 5 名を対照群と介入群とに割付を行った。対照群のうち 1 名は脱落となったが、他の対照群対象者のリンケージは順調に推移し、介入群への認知リハビリテーションも試行錯誤のなか、グループとしての関わりを活かしながら、就労意欲を維持して 4 月以降の個別就労支援を迎えようとしている。

A. 研究地区の背景

分担研究者が所属する東北福祉大学は、2008 年 6 月に新規に附属の単科精神科病院を開院した。これは一見、入院中心から地域生活中心の精神保健福祉施策の動きに反しているかのように見える。しかし、宮城県内では、それまで多くの措置入院患者を県内の精神科病院に収容できず、患者は岩手県や山形県の病院に流れていた。一方、県内の病院協会が休日日中の輪番制をとっているものの実態は形骸化しており、救急患者の受け入れは県立精神医療センター一極集中になっているのが実情である。そのような状況で急性期医療の充実や急性期ベッドの回転率を上げ重症精神障害者の地域定着を促進する ACT を採り入れた新しいタイプの精神科病院を新設することは

決して意味のないことではないと思われる。同時に、東北地方ではこれまで児童・思春期専門病棟がなかった。以上述べてきたように、今回の就労支援プログラムのフィールドとなった東北福祉大学せんだんホスピタルは、これまで東北地方にはなかった新しい特徴をもった病院である（表 1）。

一方、自立支援法施行以後、仙台市内にも数多くの就労移行支援事業所などが設立されたが、その多くは伝統的な職業準備性を重視したプログラムをベースにしている。今回の研究で介入群の就労支援を担当する NPO 法人スイッチ仙台は、仙台市内で初めて明確に IPS 志向の就労支援モデルを打ち出した専門機関であり、研究協力を依頼することとなった。

B. 臨床実施体制の構築に向けた準備

まず介入群に対する支援であるが、今回の就労支援モデルにおいて、主に利用者の生活支援にかかわるケースマネジャー（CM）と、就労支援に専門的にかかわるスタッフ（ES）を確保した。仙台地区では、認知リハビリテーションは CM を中心とし、これを東北福祉大学の院生が補助する形にした。週 1 回木曜日午後の言語グループには、今後の関係作りも兼ねて ES も参加するようにした。

介入群の臨床サービスに関しては、当初せんだんホスピタルで認知リハビリテーションを提供し、その後の支援は JR 仙台駅前でアクセスの良いスイッチ仙台をベースとして行っていくことになる。そのため、スタッフの動きも 24 年 3 月までは CM がせんだんホスピタルに常駐する形で、ES も必要に応じてホスピタルに来院する形で介入群対象者の支援を行った。

一方、対照群への臨床サービスは、研究デザインにあるように、リンケージ型の就労支援的ケアマネジメントを、せんだんホスピタル地域連携室の PSW が担うこととした。

介入群、対照群とも必要な心理検査の調整と実施は、せんだんホスピタル地域連携室のスタッフと臨床心理士が連携して、必要に応じて大学院生の協力を得て行った。医師が評定する尺度については、最終的に主治医がチェックする体制とした。

対象者のリクルートに関しては、23 年 11 月 1 日よりポスター掲示を行い、表 2 に示すように段階的に説明会を行い、研究への参加に同意された者に対しては認知機能のスクリーニング検査を実施し、最終的に対象者が 10 名に到達した時点で研究班事務局に連絡し、RCT のための割付を依頼した。結果として、図 1 で示したスケジュールで二群の心理検査、インテーク、就労支援が進められた。表 3、表 4 に二群計 10 名の主要なベースラインのデータを示した。

C. 現在構築されている臨床体制

現在の対照群、介入群に対する支援体制のイメ

ージを図 2 に現した。次に、各群への関わりについて解説を加えていく。

対照群の特徴と支援の概要は、表 5、表 6 に示した。残念なことに 1 名が心理検査の中途段階で不参加（同意撤回）の意思を表明し、脱落となった。これは、幻覚妄想状態に左右された結果として家族と同居することが難しくなり、就労支援よりも転居に関する準備を優先させなければいけなくなった事情によるところが大きいと思われた。他の 4 名については、それぞれ就労支援機関へのリンケージが早期の段階で終了している。

介入群 5 名のかかわりについて、プログラムへの参加状況を表 7 に、それぞれの事例ごとのかかわりを表 8～表 17 に示した。それぞれ特徴をもった利用者に対して、就労への焦りやクライシス、スタッフへの被害念慮などありながらも一定の出席率を上げ、体調不良で欠席した場合は振り替えを行うなどして、なんとか認知リハビリテーションのステージは終了段階に至ったところである。①言語グループに限らず、CM が毎回グループを意識した働きかけを行っていること、②家族支援や時には生活の場でのかかわりを意識した支援を行っていること、③それぞれ多忙な ES や主治医、そして図 2 では明示されていない就労支援チーム担当医師（分担研究者にあたる）との情報共有をこまめに行っていることが、現在 1 人の脱落者を出すことなく経過している要因かもしれない。

D. 今後の課題と考察

今後のゴールとなる臨床体制に関して言及すると、ゆくゆくは研究とは離れた段階で、IPS ユニットとしての就労移行訓練事業所と当院 ACT ないし地域連携室が結びついた形での IPS 志向の臨床実践を展開することは可能であろうと思われる。しかしながら、今回の研究の枠組みとしては、これ以上の人員増加は見込めないため、図 2 で示した以上の新たなゴールを設定することは難しいと考えている。24 年 4 月以降の課題としては、支援のベースが病院から街中の NPO 法

人に移るため、事業所が総体としてどれくらい対象者のサポートができるか、また、病院と物理的な離れたところでESやCMが主治医や就労支援担当医とどこまで密接に情報共有できるか、が大切なポイントになるものと思われる。何かあつての連絡だけでなく、定期的なレビューを行えるような仕組みを意識して作っていく必要がある。

E. 結論

23年度は、認知リハビリテーションと個別就労支援を複合したモデルを実践するべく、医療機関やNPO法人の協力を得て、必要なスタッフを確保し、連携体制を築いてきた。

研究へのリクルートは認知機能スクリーニングを踏まえて10名確保でき、うち1名は脱落となったが、その後は対照群のリンケージも順調に推

移し、介入群への認知リハビリテーションも試行錯誤のなか、グループとしての関わりを活かしながら、就労意欲を維持して4月以降の個別就労支援を迎えようとしている。

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）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1 母体となる せんだんホスピタルのサービス

- 2008年6月に開院
- 東北福祉大学の附属病院
- 東北地方では唯一の児童・思春期専門病棟をもつ
- ACT部門(包括的地域医療支援室)の設置
- 病床数144(急性期・療養型・児童)

表2 対象者のリクルート

- ①東北福祉大学せんだんホスピタル通院中
- ②年齢20歳～45歳
- ③仙台市近隣に在住
- ④ICD-10でF2またはF3

	応募	説明会参加	同意	スクリーニング結果	
				対象	非対象
11/1掲示⇒11/14説明会	7名	7名	4名	4名	
11/18掲示⇒11/28説明会	13名	12名	8名	5名	3名
事後応募(12/8)	1名	1名	1名	1名	

最終的に計10名に！！

表3 ベースライン・データ(1)

		PANSS				HAM-D	LASMI	
		陽性尺度	陰性尺度	総合精神病理	計		対人関係	労働
対照群	A	7	10	23	40	-	18	19
	B	18	14	36	68	-	27	24
	C	24	19	35	78	-	-	-
	D	-	-	-	-	4	17	13
	E	17	20	33	70	-	18	17
介入群	F	23	24	41	88	-	27	23
	G	15	17	36	68	-	26	17
	H	7	12	27	46	-	19	16
	I	20	12	33	65	-	23	16
	J	17	22	34	73	-	27	22

表4 ベースライン・データ(2)

		JART		BACS							
		全	(言語性 / 動作性)	言語記憶反応	数字順列反応	言語流暢性反応		トーン運動課題	符号課題	ロンドン塔検査	
						意味流暢性	文字流暢性				
対照群	A	91	91	93	41	17	18	27	68	45	11
	B	113	116	109	31	17	19	20	64	27	18
	C	102	103	101	19	17	17	13	84	63	12
	D	94	94	95	38	14	24	19	92	47	17
	E	107	108	104	21	15	11	18	62	58	13
介入群	F	102	103	101	48	20	18	17	80	48	19
	G	112	114	108	25	15	13	15	72	57	19
	H	89	88	92	38	15	18	6	56	55	18
	I	107	108	104	41	15	19	17	94	56	17
	J	102	103	101	40	15	16	16	56	53	14

表5 対照群の属性

- 研究にエントリーし、スクリーニングを経て、対照群に振り分けられた者5名
- 性別: 全員男性
- 平均年齢: 39歳
- 診断: F2 4名
F3 1名
- 1名が離脱

表6 対照群への支援

- インテーク面接を実施し、本人のニーズを達成するために適した専門機関に連結
- 面接実施回数 各利用者に月1回ペース
- 面接内容
 - ニーズ・アセスメント
 - 職歴
 - 生活リズム
 - 現病歴と対処法など
- 紹介先 3ヶ所
 - 就労移行支援事業所 1名(適職検討のため)
 - 障害者就労支援センター 2名(求人情報の入手支援・入手後の相談のため)
 - 障害者職業センター 1名(資格取得にむけた相談機能・取得後の求職支援)

表7 認知リハビリ日程表					2012/3/16現在				
					認知リハの出席率				
					95%	70%	100%	90%	80%
日付	曜日	回数	時間		B-は-101	B-は-102	B-は-103	B-は-104	B-は-105
			13:30~14:30.	14:40~15:40					
1月5日	木	1回	認知リハビリ		○	○	○	○	○
1月12日	木	2回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆	私用	☆
1月16日	月	3回	認知リハビリ		○	○	○	○	○
1月19日	木	4回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆	☆	☆
1月23日	月	5回	認知リハビリ		○	○	○	○	○
1月26日	木	6回	認知リハビリ	グループワーク	☆	体調不良	☆	☆	☆
1月30日	月	7回	認知リハビリ		○	○	○	○	○
2月2日	木	8回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆	☆	雪
2月6日	月	9回	認知リハビリ		○	○	○	○	○
2月9日	木	10回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆	☆	☆
2月13日	月	11回	認知リハビリ		○	○	○	○	○
2月16日	木	12回	認知リハビリ	グループワーク	体調不良	体調不良	☆	☆	○
2月20日	月	13回	認知リハビリ		○	○	○	○	○
2月23日	木	14回	認知リハビリ	グループワーク	☆	体調不良	☆	☆	私用
2月27日	月	15回	認知リハビリ		○	インフルエンザ	○	私用	○
3月1日	木	16回	認知リハビリ	グループワーク	☆	インフルエンザ	☆	☆	私用
3月5日	月	17回	認知リハビリ		○	○	○	雪	雪
3月8日	木	18回	認知リハビリ	グループワーク	☆	体調不良	☆	☆	☆
3月12日	月	19回	認知リハビリ		○	体調不良	○	○	私用
3月15日	木	20回	認知リハビリ	グループワーク	☆	体調不良	☆	☆	☆
振替					0	2	0	1	1

表8 Aさん(1)

男性 30代 統合失調症
得意なゲーム:英数字を結ぶ

1～4回目

時間内に設問が終わらずに焦っている。設問に対してはよく問題を読み、丁寧に取り組んでいる。焦らず、丁寧に行っていくよう声掛けを行う。

4～8回目

ご自身でペース配分を考えて実施している様子⇒あまり時間に捉われると回答に乱れが出てきている。

9回目

設問取組中に体調不良の為、30分休憩を入れる⇒帰宅に対しても不安の訴えあり、CMと一緒に帰宅する事にすると、バス停にて表情明るく「落ち着きました」と話し、一人で帰宅。

表9 Aさん(2)

10回目～14回目

記号探し等の細かいものを集中してみる作業に対し、集中し過ぎてしまい涙を流される姿あり。声掛けにて改善。

11回目～16回目

設問の結果に左右されることなく、ご自身のペースで取り組まれるようになってきている。

17回目～20回目

ご自身から4月以降の活動について、具体的に発言される姿が見られている。設問に対しての回答の精度も安定して上昇している。

現在

引き続き早く来院する(2時間前)ものの、ご自身なりに体を休ませたりするなど調子を崩さずに時間を使っている様子。4月からの事業所見学や手続きなども早急に済ませるなど、意欲的な様子がみられている。認知リハビリでは、適度な集中ができるようになってきており、全体的な点数も上昇傾向。

表10 Bさん(1)

女性 30代 統合失調症
得意なゲーム:迷路

1～5回目

設問に対してのスピードは速く、20分程度で設問を終わらせて、残りの時間を持て余している。過去の設問を再度行ってみても良いことを伝えるも、拒否的な姿勢。

5回目には、体調がすぐれないと話し、立ち上がったたり、横になったりと落ち着かない様子。時間内に設問が終わらずに焦っている。焦らず、丁寧にやっていくよう声掛けを行う。

6回目

体調不良の為、「布団から出られなくなってしまった。今日はお休みさせてほしい」との電話あり。欠席を了承し、しっかり休むよう促すも、自身で街へ出かけ、夕方に街中でパニックになったと救急車を呼び、当院を時間外受診 ⇒ 受診後落ち着いて帰宅

1月〇日

訪問し、自身で落ち着いたと思うまでは無理して認知リハを受けなくても良いこと、主治医からの伝言を伝える。

表11 Bさん(2)

7～10回目

急に楽になったとの事で来院され、認知リハに取り組む。言語グループでの他者の意見を取り入れて、設問に望む姿が見られており、認知リハ、言語グループに対して積極的に参加するようになってきている。

10回～20回

インフルエンザ等も重なり、調子の抑揚がみられ、休みがちになっている。その中でも「仕事をしたい」、「プログラムを続けたい」という意味は変わらず、欠席分は「振替をして補っていきたい」と話されている。

現状

調子を崩し、休みがちになっている。自暴自棄になっている様子も見られるが、定期的に連絡は頂いており、就労プログラムに戻れるように徐々に落ち着いてきている。今後もプログラムに参加していきたいと話されている。就労へのモチベーションが症状から脱するきっかけの一つになっているとのことであった。

表12 Cさん(1)

男性 40代 統合失調症
得意なゲーム:UFO・検品係り

1～6回目

PCを使い慣れないため、操作がぎこちない。設問に対しては、じっくりと問題を読み、ご自身のペースで取り組まれている。傷病手当金が切れた後の収入に対して相談あり。

⇒ 失業保険を受給する事に

7～9回目

変わらずご自身のペースで取り組まれている。周囲に体調不良者がいる事で、少し不安に思うことがあると話されている。

10回目～16回目

他者の体調不良が落ち着いてきたこともあり、ご自身も落ち着いて設問に取り組まれている。PC操作にも慣れてきており、楽しみながら参加できている様子。言語グループでも、他者へのアドバイスなど具体的に話をされている。

表13 Cさん(2)

17回～19回

時々、スタッフに声を掛けられずに分からない所を抱え込んでしまう姿が見られる。出来るだけご自身で解決しようとする姿が見られているが、手段としてスタッフに聞く方法もあるということを経験する。

20回

落ち着いて取り組まれている。言語グループでの目標設定も現実的であり、現在欠席もなく毎回通えている事が、ご自身でも強みと感じられている様子。

現在

全体的に落ち着いており、現実的な見通しを立てたり、客観的にご自身の事を考える事ができている。就労移行支援への手続きなども一人で行えている。

表14 Dさん(1) 女性 41歳 統合失調症

得意なゲーム: 秤とおもり・カレンダー

1～6回目

PCに不慣れな様子。設問に対し、慎重に取り組まれている。徐々に就労への焦りが強くなり、「認知リハビリに取り組むのが辛い」と話される。

7～8回目

主治医と相談をし、「認知リハを継続し、体力面も含めてリハビリをしてから就職していきたい」と方向転換したとの事で、落ち着いて取り組まれている。

9～10回目

スタッフの一人に対し、被害的になっている姿が見られる。本人と話をする、ご自身でも被害的になっていたことを自覚している。家族からも被害的になっていることを指摘されたとの事。

11回～14回

特定のスタッフに対し陰性感情を抱いてしまい、生活が左右される場面が見られる事があったが、疑問に思ったことはその場で解決し、被害的にならないようご自身でコントロールしようとされる姿が見られている。

表15 Dさん(2) 女性 41歳 統合失調症

得意なゲーム: 秤とおもり・カレンダー

15回～17回

ご自身でPCの勉強を始めたが、テキストの内容が多すぎて焦ってしまった事を話される。認知リハビリでも苦手な設問に積極的に取り組まれるも、取り乱してしまう事があったが、徐々に周囲の人に聞くなどしながら、落ち着いて取り組む様子がみられている。

18回～20回

「認知リハに参加する事で体力が付いた」「人に対してのストレスが減った」「生活が楽になってきた」と話されている(適度に脱力できている印象)。

現在

猜疑心が強く、被害的な妄想を抱きやすい状況にあるが、疑問点を質問したりするなど、徐々に被害的にならないように考えて行動することができてきた様子。また、ご自宅でもPCの勉強を始めるなど、就職に対しても前向きな様子。