

表16 Eさん(1) 男性 23歳 統合失調症
得意なゲーム:UFO・記号さがし

1～6回目

認知リハに対して、「問題が幼稚すぎる」「シンプル過ぎる」との訴えあり。

また、ご本人からは、「家族に就職を急かされている」との話がある。しかし、訪問などによって家族と話をする、ご自身が就職していないことに劣等感を強く持っており、焦っているようだとの情報がはいる。

⇒ 家族としては、あまり焦らず、じっくりと仕事を選んでほしいと思っているようだ。

6～10回目

何度かの言語グループを通じて他者の意見を聞きながら、設問に対して徐々に真剣に向き合ってきている様子が伺える。言語グループでの発言や、他者へのコミュニケーションも、徐々に積極的になってきている。しかし、就職に対しての焦りは持続している。

表17 Eさん(2)

男性 23歳 統合失調症
得意なゲーム:UFO・記号さがし

11回～15回

休みがちではあるものの、認知リハ実施時の集中力はかなり高い。また、スタッフに対しても、適宜質問などできるようになってきている。言語グループでの発言も増えてきており、全体的に表情も明るくなってきている印象。

16回～20回

認知リハビリ自体は時間、得点ともに高水準ではあるが、ご自身の焦りもあってか、今一つ手応えを感じられずにいる様子。話題を変える事で、趣味の話などを他者にも発信できるようになるなど、コミュニケーションのスキルは、認知リハビリ、言語グループを通して上昇している印象がある。

現在

自宅が病院から離れているため、雪などの悪天候時に参加できないことがある。また、私用のために参加できないことはあるが、振替を依頼してくるなど、前向きに取り組まれている。就職に対しての焦りは持続しており、まずは小目標を設定し、ひとつずつクリアしていけるよう支援中である。

図1 RCT(無作為割付)

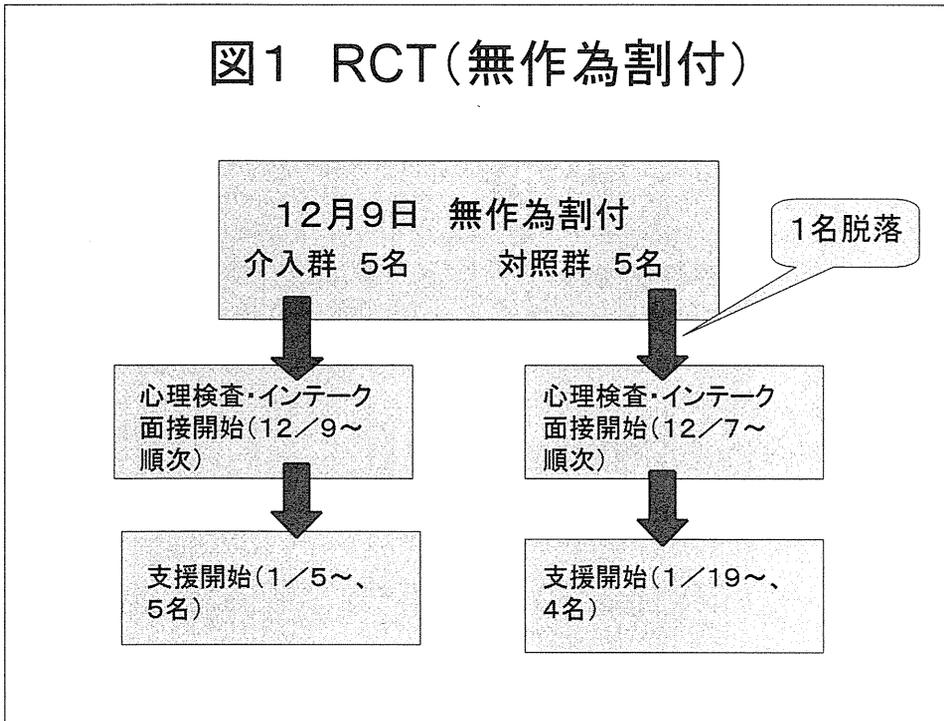
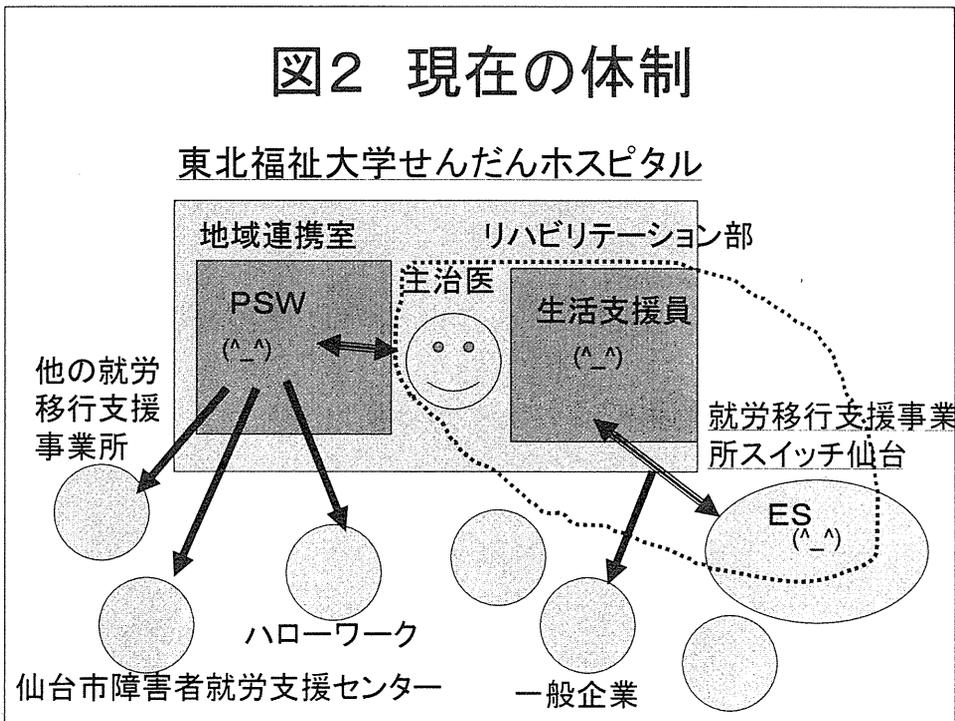


図2 現在の体制



帝京大学周辺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・
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—地域生活サポートチーム

研究分担者 池淵恵美¹⁾

研究協力者 初瀬記史¹⁾、稲垣晃子²⁾、久保田佳美¹⁾、大矢カナ子¹⁾、田谷由紀子¹⁾

1) 帝京大学医学部精神科学教室

2) 東京大学大学院 医学系研究科健康科学・看護学専攻 精神看護学分野

要旨

2010年にみんなねっと各都道府県連合会に所属する精神障がい者家族会に依頼して、家族が参加している精神障がい者を対象とした自記式アンケート調査を行った結果で、医療機関を基盤にしたさまざまな生活支援が必要であることが明確になった。それをもとに本研究の初年度にあたる平成23年度は精神科外来にケアマネジメントを中核とする、多職種よりなる生活支援サポートチームを創設し、アウトリーチを含むサービスを開始した。今後は引き続き一定の基準を満たす初診患者に対して、同様のサービスを継続しながら追跡調査を行い、コントロールとの効果の比較検討を行う。またコスト計算も行って、精神医療体制の改革への基礎資料としたい。

A. 研究の背景

1. 精神障害を持つ人の地域生活の現状—自記式アンケートの結果から

(1) どのような調査が行われたか

精神障害を持つ人の地域生活の現状を把握するために、全国精神保健福祉会（みんなねっと）と初瀬・池淵により、みんなねっと各都道府県連合会に所属する精神障がい者家族会に依頼して、家族が参加している精神障がい者を対象とした自記式アンケート調査を行った。具体的には、人口分布に応じ都道府県別に対象となる家族会を無作為抽出し、調査票を郵送。定例会などで、当日参加した会員の中であいうえお順に名前の早い人5人にアンケート票を直接配布した。そのうち帝京大学医学部倫理委員会の承認に基づく同意書に署名するとともに、アンケート票の郵送による返送が行われた1,492票について解析した。

調査期間は2010年9月24日～12月10日であった。

(2) 調査結果の概要

【患者さんの背景】

- 30代・40代の方がそれぞれ30%以上を占め、平均年齢は42.9歳。男女比は男性が65%を占める。

【通院状況】

- 多くの患者さんは10代・20代に発症しており、平均発症年齢は22.4歳
- 発症から初診までの期間は、1ヶ月以内に受診しているのはわずか24%。
- 多くの患者さんは1ヶ月～半年以内に受診しているが、一方で1年以上かかってから受診する患者さんも28%近く存在する。

- 家族会会員へのアンケートということもあり、ほぼ全員（95%）は病名を認知しており、そのうち82%の患者さんが統合失調症である。

【生活状況】

- 一人暮らしをしているのはわずか12%。家族会会員へのアンケートということもあり、全体の72%は親と同居しており、18%は兄弟・姉妹と同居している。
- 41%の患者さんは定期的に作業所に通っているものの、それ以外の外出や就労率などは低く、家にいる患者さんが多い。
- 日常生活に対する満足度は高くない（満足している+まあ満足している計：41%）。
- 結婚している患者さんはわずか8%で、そのうち現在自身で子供を育てているのは38%。
- 特定のパートナーとの同棲経験があるのは16%。未経験の患者さんにおいて、将来的には経験したいと思っているのは半数程度。
- 82%は定期的な収入があり、その主たる収入源は年金である（手帳取得率は85%）。平均月収は7.5万円。

【現在の症状】

- 20~30%は幻覚や妄想などの陽性症状に困っている。
- 特に、統合失調症に限定した場合（N=1,133）、その傾向は更に強くなる
- 自覚症状として最も多く挙げられているのは、新しいことを覚えられないや集中できないといった認知機能関連の障害や、気分が落ち込むといった症状。

【治療状況】

- 88%が薬物治療を、78%が入院生活を経験しているが、いずれに対する満足度もあまり高くない。
- 一方で、満足度が高いのは、仲間同士の話合いや作業所。
- 入院回数については、最頻回答は2~4回となっているものの、合計期間は1年未満という患者さんが48%を占め、1回ごとの入

院期間は比較的短い。

- 68%の患者さんが再発を経験しており、平均再発回数は4.9回。

(3) 調査結果から見えてくるもの

- まだ早期発見・早期治療が遅れている。
- 親から自立できている人は少なく、昼間どこかに活動の場所がある人も多くない。受診後すぐからの人生の再設計のサポートや生活相談などが、医療機関でも受けられるようにすべきと思われる。また医療・保健・福祉をつなぐネットワークがあって、どこかに相談すれば、さまざまな情報が手に入るよう、利用者本位のシステムづくりも課題である。
- 現在まだなんらかの症状で困っている人がほとんどであり、多くの人が2回以上の再発を経験していることから、医療機関で再発を防ぐための情報を提供し、治療の継続をサポートしていくことが求められる。
- 医師の診察だけでなく、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、心理士などの複数の専門家がチームとして、地域で生活している人を支援する仕組みを作っていくべき。

以上の結果から、次に述べる地域生活サポートチームの構想が生まれた。

B. 地域生活サポートチームの構想

(1) サポートチームの基本的な前提

- 当事者・家族と連携し、そのリカバリー（回復）を支援することが目標である。
- 個人支援の専門家（personal support specialist¹⁾、PSS）が基軸となる。
- 縦断的支援（人生の支援）と横断的支援（入院、外来、デイケア、アウトリーチ）を行う
- 当事者・家族の希望・価値観を重視して、社会的能力のアセスメントに基づいた支援を行う
- 回復のプロセスに応じて、エビデンスのある心理社会的プログラムを提供する。ただしニーズに応じた包括的支援を優先し、定式化したプログラムを厳密に行うことにはこだわらない。

- ・回復のモデルとなりまた支え手ともなる、当事者・家族の仲間づくりを支援する。
- ・地域のさまざまなサービスと連携し、自己完結しない。

(2) 多職種チームの構造

包括的・継続的なリハビリ支援を保障する治療構造が必要である。具体的には PSS が所属する多職種協働チーム（生活支援サポートチーム）で、入院、デイケア、アウトリーチ、就労支援などと有機的に連携しながら、さまざまな心理社会的支援を提供する。家族は重要な治療のパートナーとして考える。

生活支援サポートチームの中で、心理社会的治療計画の策定を患者ごとに行う。この治療計画は回復過程にそって節目ごとになされるべきで、同時に治療の進行や治療チームの状態についての監査機能（定期的なケースカンファランス、治療集団全体の管理運営会議、患者全体についての治療計画に沿った統括的な検討会議、家族や患者の意見を反映させるシステムなど）によって、有効かつ継続的な機能を担保する。

(3) 多職種チームの基本理念

多職種チームで共有する基本理念は、リハビリ（回復）と人生の生きがいを支援することである。リハビリは、障害があっても、その人それぞれの豊かな人生を送ることを目指すプロセスであり、ゴールでもある。しかし、治療の困難が予想される重い障害を持っている人でも、また自身の障害を否認している人であっても、その人なりの回復があることを信じることは、いうはたやすいが実際には難しい。リハビリは短期間では起こらないし、治療効果のあるプログラムに参加すれば進展するという単眼的なものでもないからである。

リハビリを支援しようとするとき、どのような「場」でそれが行われるのか、ということは本質的な問題である。たとえば閉鎖的な治療環境で、支援する側とされる側との間に明確なヒエラル

キーが存在するような場においては、リハビリの考え方は空念仏になってしまうだろう。「場」の条件は3つある。主体的な生活の場が確保されていること、本人が自分の力で選んでいくことを保証する人生の選択肢が豊富に準備されていること、仲間集団があり、リハビリのモデルの存在にふれることか出来ること、である。

(4) 多職種チームに求められる心理社会的治療の技術

- ・自ら意思決定することを援助し、当事者が主体となるための技術
- ・継続的に回復を支援していくために援助関係を確保する技術
- ・精神障害についての見通しを得るための心理教育
- ・不安・苦痛・絶望や、症状に対処していくツールとしての認知行動療法
- ・仲間をはぐくむ技術
- ・生きがい・人生を支援するケアマネジメントなどの技術
- ・ほかの治療システムと連携する技術

(5) デイケアの果たす役割

基本プログラムとして、家族心理教育、作業療法、心理教育、認知行動療法および SST、レクリエーション活動などがある。これらは多く集団で行われる。何らかの集団に属してその中で役割を果たすことで社会生活は行われるので、集団場面での機能回復が必要であるし、そうした場面がないと社会的機能のアセスメントも難しい。また仲間から受けるサポートや、仲間から学ぶ観察学習も、回復にあたってきわめて役立つ。入院病棟やデイケアなど、暖かく保護的であると同時に、機能回復に役立ついろいろな役割が用意されている治療的集団がこうしたことに役立つ。周りに回復していく人がいるのか、つまり集団が次のステップに向かって開かれているのかどうかは、治療の場の有用性を左右する。

デイケアは社会生活の目標を見失っている人や、集団での役割機能が低下している人や、再発脆弱性や持続症状などのある人たちのために、よい回復の場を提供する。したがって、デイケア、アウトリーチサービス、就労支援は地域生活サポートにおける中核的な「場」である。

C. 現在構築されている臨床体制

(1) 地域生活支援が必要な人へのアウトリーチを含むケアマネジメントサービス

これまで述べてきたことから、伊藤班での介入研究を基盤にして、帝京大学医学部付属病院メンタルヘルス科に地域生活サポートチームを創設し、ニーズに基づきデイケア、アウトリーチを含むケアマネジメントサービス、就労支援を行う体制を作りつつある。

1) ケアマネジメントサービスの対象者

対象者の選定は基本的には伊藤班におけるプロトコルにしたがうが、帝京大学においては外来患者の生活支援が目的となるため、メンタルヘルス科を初診した患者のうち、板橋区もしくは北区に在住しており、表1の基準を満たすものを対象群の候補として選出した。表1でわかるとおり、6か月以上適切な社会機能の障害がある、日常生活機能の障害がある、家族の支援がないまたは軋轢がある、職場などの環境に大きな軋轢がある、の4点を支援の必要性を問う項目とし、カットオフポイントを4点に設定した。入院など頻回の医療サービスの利用者である、社会的な逸脱行動があるなど、急性期治療ののちACTが適用となる他のサイトの基準と異なり、まずは外来通院が適用となるものを主な対象と考えている。ただし治療の必要性から入院が適切と考えられる場合にも、継続して支援は行う。

なお板橋区・北区以外の在住で、通院時間が1時間以内であり、カットオフポイント4点以上のものをコントロール群の候補として選定した。

対象群およびコントロール群の候補の選定ののち、主治医の承諾を得て、本人および未成年者であるなど必要があればご家族に、帝京大学医学

部倫理委員会承認の説明書を提示して説明を行い、承諾が得られ同意書への署名が得られたものを今回の研究参加者とした。

2) サービス開始後の外来初診患者の実態調査

2011年11月の1ヶ月間の予備調査では、外来初診患者が52名あった。

・そのうち23名が想定地域外（板橋区・北区以外）であった。

・15歳以上65歳未満の基準を満たさないものが52名中7名あった。

・主診断における除外規定に該当するものが、52名中29名あった。

以上の除外基準からのこったものについて生活支援の必要性を評価し、カットオフポイント4点以上が3名であった。

2011年12月1日から本試行を開始しているが、その結果についてはまた改めて報告する予定である。

3) サービスの実際

ケアマネジメントサービスに携わるスタッフは、チームリーダーが精神保健福祉士で、看護師1名、作業療法士1名、精神科医1名となっており、2012年3月からさらに精神保健福祉士が1名加わり、5名のチームで行う予定である。研究参加者には主担当1名、副担当1名がつき、まずは外来予約日に主治医の許可のもとで面接を行って、本人および家族について、関係づくり、支援の希望、生活状況や社会的機能などの情報収集などを行って介入計画を作成し、アウトリーチを含む生活支援を行っていく予定である。実際の支援の状況については、また改めて報告する予定である。

D. 今後のゴールとなる臨床体制及び今後の課題

生活支援サポートチームを創設して、帝京大学医学部付属病院メンタルヘルス科に初診したもののうち、生活支援のニーズの高いものに対して、デイケア、アウトリーチ、就労支援を含む多面的な支援を行っていくことで、地域で生活する持続的で重い精神障害をもつひとの生活の質を改善

し、社会的予後を改善し、満足感を高めることが本研究の目標である(図1)。しかしこれらの支援に対して、少なくともケアマネジメントサービスや就労支援については十分な診療報酬の裏付けがなく、担当するスタッフを十分確保できない現実がある。またアウトリーチについても、現在の往診や訪問看護では回数などの制限があり、限界がある。今回の研究で、生活支援サポートチームの効果とコストを検証し、国の制度としてこうした支援が可能になるように提言していくことが本研究の最終的な目標となる。

E. 結論

全国規模での、精神障害者の地域生活の実態調査をもとに、医療機関を基盤にしたさまざまな生活支援が必要であることが明確になった。それをもとに総合病院精神科外来に、ケアマネジメントを中核とする、多職種よりなる生活支援サポートチームを創設し、アウトリーチを含むサービスを開始した。今後は引き続き一定の基準を満たす初診患者に対して、同様のサービスを継続しながら追跡調査を行い、コントロールとの効果の比較検討を行う。またコスト計算も行って、精神医療体制の改革への基礎資料としたい。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

池淵恵美:モデルプログラムとそれを支えるスタッフ研修の提案。第107回日本精神神経学会シンポジウム「医療機関で求められる心理社会的治療—モデルプログラムの提案」特集。精神神経学雑誌(印刷中)

2. 学会発表

池淵恵美:モデルプログラムとそれを支えるスタッフ研修の提案。第107回日本精神神経学会シンポジウム「医療機関で求められる心理社会的治療—モデルプログラムの提案」、平成23年10月、東京

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 特になし

文献

1) Liberman, R.P. (西園昌久総監修、池淵恵美監訳、SST普及協会訳): 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。星和書店、東京、2011

図 1

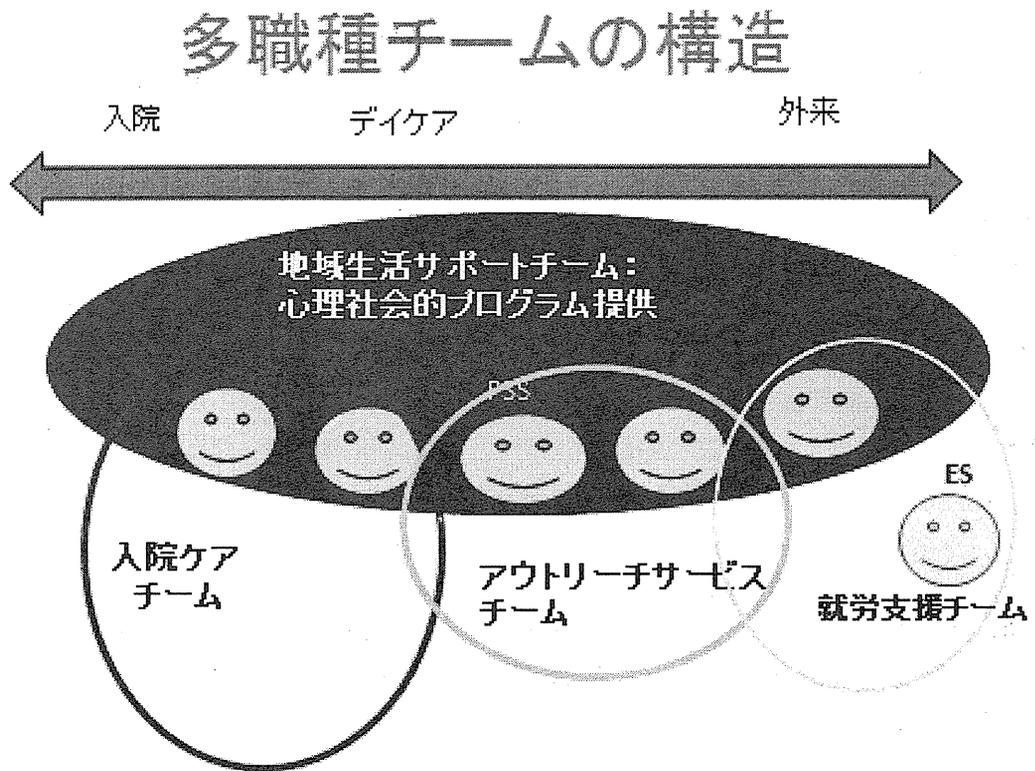


表1

外来スクリーニング票

記入日: 2011年 月 日

記入者

【1】対象者の基本属性											
ID:	性別(男・女)										
1.住所:	1) 板橋区 2) 北区 3) キャッチメントエリア外										
2.生年月日	西暦 年 月 生(歳)										
3.診断名(ICD-10):											
4.同居家族の有無 1) 有 2) 無 →有りの場合:1) 父 2) 母 3) 配偶者 4) きょうだい(人) 5) 祖父 6) 祖母 7) 子(人) 8) その他											
5.結婚歴 1) 未婚 2) 配偶者有 3) 離婚 4) 死別	6.過去1年間の入院回数 回										
7.障害年金 1) 有:障害()年金 級 2) 無	8.生保受給 1) 有 2) 無										
9.就業有無 1) 有 2) 無	10.身体合併症:										
11.地域の主たる支援者 1) 無 2) 有 →有りの場合 所属: 支援者名:											
12.過去3ヵ月間の社会資源利用状況(1ヶ月に1回以上利用のあるもの、複数回答)											
<table border="0"> <tr> <td>1) デイケア、デイナイトケア</td> <td>6) 相談支援事業</td> </tr> <tr> <td>2) 訪問看護</td> <td>7) 就労支援</td> </tr> <tr> <td>3) ホームヘルプサービス</td> <td>8) グループホームなど共同住居</td> </tr> <tr> <td>4) 作業所など日中活動の場</td> <td>9) ショートステイなど短期入所施設</td> </tr> <tr> <td>5) 地域活動支援センターなど集う場</td> <td>10) その他()</td> </tr> </table>		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()
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()										

【2】アウトリーチケアマネスクリーニング		あてはまる場合
除外基準	年齢が15歳未満もしくは65歳以上である	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	初診患者ではない	<input type="checkbox"/>

【3】ケアマネジメント導入基準:特にことわりのない場合、過去1年の状況でお答え下さい		はい	いいえ
A	6ヶ月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心に担う)を遂行できていない	1	0
	6ヶ月間同居者以外と対人関係が持てていない	1	0
B	食事、洗濯など生活を維持するうえでの課題を6ヵ月以上一貫して遂行できない	1	0
	生活に必要な外出が6ヵ月以上一貫してできない	1	0
	金銭管理、諸手続きなど複雑な地域生活の課題がサポートなしではできない	1	0
C	支援をする家族がいない(拒否的、非協力的、天涯孤独)	1	0
	家族との間に軋轢や葛藤があり、ストレスになっている	1	0
D	職場、隣人などの環境に大きなストレスがあり、専門家の支援が必要な状況にある	2	0
合計得点		点	

「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

帝京大学周辺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・ 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—就労支援

研究分担者 池淵恵美¹⁾

研究協力者 初瀬記史¹⁾、稲垣晃子²⁾、納戸昌子¹⁾、吉田久恵¹⁾、條川佐和¹⁾、細海理子³⁾、

1) 帝京大学医学部精神科学教室

2) 東京大学大学院 医学系研究科健康科学・看護学専攻 精神看護学分野

3) 株式会社 QUICK

要旨

統合失調症、気分障害、発達障害など持続的な精神障害を持つ人たちに、認知機能障害がみられ、そのために社会生活能力が障害されることが分かっている。障碍の改善と代償を目指す認知機能リハビリテーションの特性を利用して、就労支援に活用する研究が報告され、成果をあげている。本研究においては伊藤班のプロトコルに従い、認知機能リハビリテーションを含む援助付き雇用システムと、従来型の就労支援との効果比較を行う、無作為割り付け統制試験を実施している。今後3年間でエビデンスを蓄積し、精神科外来における望ましい就労支援サービスを構築することが目標である。

A. 研究の背景

1) 認知機能障害に基づく社会生活の障碍

統合失調症、気分障害、発達障害など持続的な精神障害を持つ人たちに、認知機能障害がみられ、そのために社会生活能力が障害されることが分かっている。近年では認知機能障害の脳基盤が明らかになってきており、障害されている脳神経ネットワークの回復を基盤にした治療的介入 neurotherapeutics¹⁾を開発する試みが提唱されるようになってきている。

しかし社会生活の障碍には以下の特徴があるために、シンプルな認知機能への介入だけではなく、包括的なリハビリテーションサービスが必要となる。

・社会生活の障碍は広範で、周囲への関心の乏しさや感情の平板化などもしばしばみられるので、

まずは関心の持てること、できること、得意なことから課題を設定するほうがうまくいく。その延長線上で、どう「生きがい」につながるやりがいを創出できるかが重要。

・環境への介入、ことに周りに支える人がいること、すなわち人的資源が重要である。「障碍を持ちつつ満足と意義のある生活が可能環境」は、そこで生きることによって障碍の重みを減らし、治療の必要性を減少させる。

・個体差が大きいため、個別のアセスメントが重要である。

・神経認知機能だけではなく、自己認識や社会的認知の障碍も視野に入れて介入する。

・学習障害があるために、新たな社会生活のスキル獲得には工夫を要する。

・ストレス脆弱性があるので、悪化の誘因に対処できる練習や、症状悪化への気づきを高める練習や、悪化に至る生活パターンへの洞察などを同時に進めていくことが必要。

2) 認知機能リハビリテーションと就労支援を組み合わせたサービスの可能性について

認知機能リハビリテーションは、認知機能の直接的な改善、もしくは低下している機能を代償する方略の獲得をめざすものであり、生活環境の調整と対比される。後者は身体障害のある人に対するバリアフリー住宅を想像いただければわかりやすいが、例えば記憶障害のある人に対し、手掛かりを与える装置やサポートする人などを環境に配置する工夫である。認知機能の改善にあたっては、認知行動療法の技法や、誤り無し学習 (errorless learning) などによって、遂行機能などの個々の認知機能の改善を目指す。Wykesら²⁾はこれまでの無作為割り付け統制研究を分析し、改善効果のエフェクトサイズは0.4程度と報告している。

トレーニングを日常生活に結び付けていくための工夫として Contextualization (日常生活と練習課題を結びつける) や、Personalization (個人の目標や興味や、価値をおいていることがらと関連付ける) を常に意識しながら、援助を行う。一般化をサポートするために、たとえば生活施設のスタッフやジョブコーチなど、生活場面で支援するスタッフとも連携する工夫を行う。認知機能リハビリテーションで習得した実施方略を一般化していくための活動は、Bridging などと呼ばれ、グループで行われることもある。

認知機能リハビリテーションには以下の特性がある。

- ・パソコンによる課題であるところから、個々人の能力や興味に合わせやすい。
- ・対人状況を利用しないことから、対人場面が苦

手な人でも力を発揮できる。

- ・特定の認知機能に特化して、集中的な練習を行うことができる。
- ・ゲームという非現実の世界での練習であるので、うまくいかないことでも自信を失うことが少なく、どうしたらうまくいくのかを具体的に話しやすい。そのうえで、現実の世界との橋渡しを、認知機能をキーワードとして実施しやすい。
- ・課題達成への道筋が明確で、成功・失敗がはっきりしているため、本人の特徴がみえやすい (メタ認知の獲得がしやすい)。

以上のような認知機能リハビリテーションの特性を利用して、就労支援に活用する研究が報告され、成果をあげている³⁾。認知機能の改善がゴールではなく、当事者の生活目標の達成が目的であるから、「何のために行うか」が重要である。働くことは多くの人たちが希望しながら、障碍に妨げられて実現しないことも多いため、専門的な支援が必要な事柄である。そしてこれらの障碍の一部は神経認知機能障害に拠っていると考えられるため、認知機能リハビリテーションと、援助付き雇用など適切な場を早期に提供してその場での支援を行うすぐれた就労支援システムを組み合わせることで、成果を上げることが期待できる。実際に Wexler ら⁴⁾の先行研究でも、就労を維持することに役立っていることが報告されている。本研究はこうした先行研究をもとに、わが国に新たな就労支援システムを取り入れる試みである。

B. 臨床実施体制の構築

1) 今回の研究の対象者および実施方法

伊藤班のプロトコルに沿って行っている。外来主治医に呼びかけを行ってもらい推薦を得た人への説明会を行い、帝京大学医学部倫理委員会承認の説明書に基づいて説明し、同意書への署名を得た人に、さらに BACS-J による認知機能評価を行い、認知機能障害が認められる人のみを今回の対象者とした。その後班研究の中央サイトによ

り無作為割り付けが行なわれた。

2) 実施経過

2011年10月より外来でのリクルートを開始し、上記の手続きをすすめて、8名の研究参加者を得た。無作為割り付けの結果コントロール群となった1名が、「認知機能リハビリテーションを行いたかった」との理由から、研究から脱落した。

介入群（統合失調症3名、双極2型障害1名）については、作業療法士3名および精神科医1名による介入チームにより、それぞれの対象者の受け持ちを決め11月よりインテーク面接を開始した。12月よりパソコンによるトレーニングおよび言語グループが開始され、2012年2月には終了の予定である。現在まで脱落者はなく順調に進行している。

コントロール群は保健師1名がインテーク面接を実施し、その後外来日に合わせて定期的な月1回の面接を実施する予定である。

実施の詳しい経過についてはまた改めて報告する予定である。

C. 今後のゴールとなる臨床体制

すでに本報告書の別項（地域生活サポートチーム）で述べたように、外来に通院中の多くの重い持続的な精神障害を持つ人たちは、生活の質が貧しく、親のもとで生活し、医療や福祉に多くの不満を持っている。帝京大学付属病院メンタルヘルス科では25年間よりデイケアを実施し、多くの人たちを就労や就学など社会参加の方向へと後押ししてきた実績がある。そして障害者雇用制度の促進に伴って、一般就労できる人が増えており、また4年前より認知機能リハビリテーションに取り組んでいる。しかしデイケアでのリハビリテーションが適応と考えられるが、障害認識が不十分などの理由で参加を希望しない人も一定の割合で存在し、また経済的な理由や障害の軽さなどから、早い段階からの就労支援を希望する人も多い。そこでそうした、外来に通院して就労支援を希望し、さらに医療機関で障害認識や就労スキルのトレーニングなどの支援が必要な、一定程度の

認知機能障害や日常生活の障害がある人に対して、就労支援システムを立ち上げることが本研究の目標となっている。具体的には図1に示すような人たちに対して、認知機能リハビリテーションや認知行動療法などによって、自己の障害を知って対応することが可能なように支援するとともに、SSTや就労講座などにより、仕事に就くための基礎知識とスキルを提供したうえで、ハローワークや就労支援機関と連携して、職場開拓と仕事の維持を支援していくことになる。より障害が重く、対人関係をはじめとしたリハビリテーションが必要な人には、デイケア利用を勧め、逆に障害が軽い人たちに対しては就労支援機関などへのあっせんを行う、外来でのケアマネジメント機能もまた、今後整備が必要と考えている。

D. 今後の課題と考察

これまで述べてきたような体制を精神科外来で整備するためには、まずはこうしたサポート体制が、生家族質やサービスへの満足度、そして社会的予後を改善するかどうかについて明確なエビデンスを出すことができ、それに基づいて診療報酬の裏付けができ、一般の医療機関でも人の整備が可能となる必要がある。本研究ではこの点を課題としたいと考えている。

E. 結論

生活支援サポートチームの機能の一つとして、認知機能リハビリテーションを含む就労支援サービスを立ち上げた。今年度はこのサービスが、一般的な就労支援よりも効果があるかどうかを研修するために、無作為割り付け統制研究を開始した。来年度以後もこの研究を進め、データを蓄積し、精神科外来でのあるべき医療サービスについて検討していく。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

池淵恵美:統合失調症の認知機能リハビリテーション。神経心理学、26:196-203,2011

池淵恵美:モデルプログラムとそれを支えるスタッフ研修の提案。第 107 回日本精神神経学会シンポジウム「医療機関で求められる心理社会的治療—モデルプログラムの提案」特集。精神神経学雑誌 (印刷中)

2. 学会発表

池淵恵美:皆が共に働ける社会へ。社会精神医学会大会、奈良、平成 23 年 3 月

池淵恵美:モデルプログラムとそれを支えるスタッフ研修の提案。第 107 回日本精神神経学会シンポジウム「医療機関で求められる心理社会的治療—モデルプログラムの提案」、平成 23 年 10 月、東京

池淵恵美:認知機能リハビリテーション。行動療法学会研修会、東京、平成 23 年 11 月

池淵恵美:就労支援と認知機能リハビリテーション。SST 普及協会学術集会、長崎、平成 23 年 12 月

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

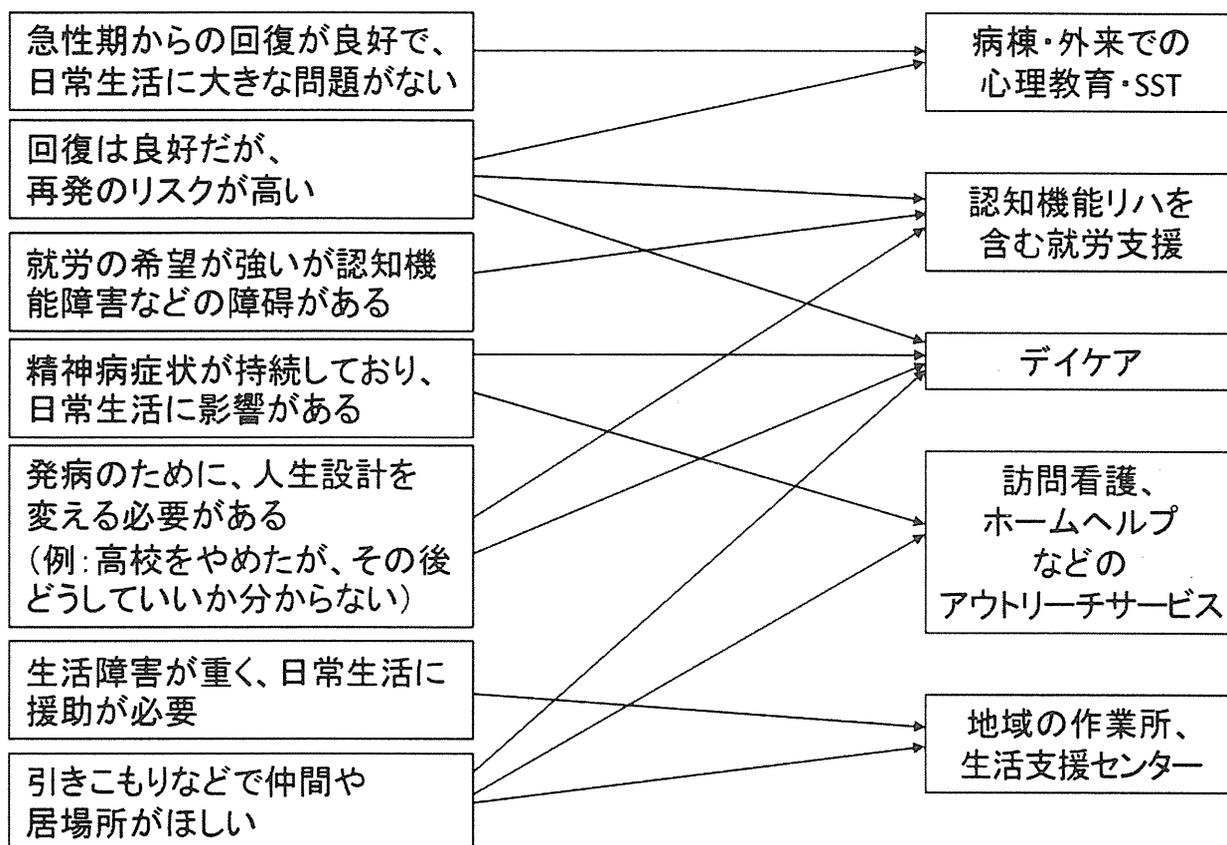
1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文 献

- 1) Liberman, R.P. (西園昌久総監修、池淵恵美監訳、SST 普及協会訳): 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。星和書店、東京、2011
- 2) Vinogradov, S., Fisher, M., Villers-Sidani, E.: Cognitive training for impaired neural systems in neuropsychiatric illness. Neuropsychopharmacology 37:43-76, 2012
- 3) Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C. et al.: A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. Am J Psychiatry 168:472-485, 2011
- 4) Wexler, B.E., Bell, M.D.: Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. Schizophr Bull 31:931-941, 2005

どのような人が地域生活サポートが必要か。

図 1



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

医)宙麦会 ひだクリニック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 佐藤さやか¹⁾

研究協力者(主執筆者に○) 肥田裕久²⁾ 木村尚美²⁾ ○石井和子²⁾ 藤原未来²⁾ 佐藤俊之²⁾

- 1) 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
- 2) 医) 宙麦会 ひだクリニック

要旨

本研究の初年度にあたる平成23年度は、外来でのポスター掲示や主治医や就労支援部の推薦で希望者を募り、介入群3名、対照群3名で研究を開始した。当院では、就労支援を専門に行う就労支援部を持つため、就労希望する人は、研究の有無にかかわらずすでに何らかのアクションを起こしているため、短期間で研究対象基準を満たす参加者を募るのに苦労した。現在、対照群は地域の就業生活支援センターに登録し、外来PSWによる定期的な面談を行っている。介入群はデイケアにおいて認知機能リハビリテーションを実施し、その後、就労支援部が就労支援をおこなう予定である。

A. 研究地区の背景

ひだクリニックは、千葉県流山市にある平成17年に開院したばかりの精神科クリニックである。開院と同時期に開通したつくばエクスプレスを利用すると10分ほどで埼玉を通過して東京23区に入るといって東京のベッドタウンに位置する。

大規模デイケア、デイナーケア、ナイトケア、ショートケアを併設し、日曜日にも診察、デイ・デイナーケアを行っているため働いている人にも利用しやすい環境になっている。当事者ピアサポーター・家族ピアサポーターの活動も盛んでリカバリーのための一人暮らしを支えている。

就労支援については、院内に就労支援部を持ち、PSWとOTの2人の就労支援スペシャリスト(以下、ES)が、外来・デイケアの患者の就労支援・復職支援を行っているのが特徴的である。

法人内には、訪問看護ステーションがあり、24年6月には就労移行支援事業所と生活支援事業所も開設する予定である。

B. 臨床実施体制の構築に向けた準備

実施にあたって、就労支援部のESの一人を研究センタースタッフにおき、研究参加者のリクルートから就労支援までを一貫して見ることが出来るようにした。研究周知のために、クリニックの主要スタッフの集まる定例会議にて説明を行い、支援の中心となるスタッフには別に研究についての説明と打ち合わせをおこなった。研究参加者については、2011年11月～12月に、外来でのポスター掲示、主治医や就労支援部の推薦で希望者を募った。その結果、6名の統合失調症の参加者が決定し、割り付け後、介入群3名(男性2名・

女性 1 名、平均年齢 29.6 歳)、対照群 3 名 (男性 3 名、平均年齢 27.6 歳) で開始した。

C. 現在構築されている臨床体制

事前評価の後、2012 年 1 月より、介入群は ES をケースマネジャーとし、デイケアにて認知機能リハビリテーションを実施、対照群は地域の就業生活支援センターと連携し外来 PSW による面談を実施している。

D. 今後のゴールとなる臨床体制

介入群は、デイケアでの認知機能リハビリテーションが終了後、就労支援部の支援が開始される。ケースマネジャーが就労支援部に所属するため、密接な連携が可能であると考えられる。

対照群は、引き続き外来 PSW による面談を継続し、地域の就業生活支援センターの支援計画に従って求職活動を続ける予定である。

E. 今後の課題と考察

今後の課題は、参加者のリクルート方法である。就労希望者の数は時期によって波がある。今回は、リクルート期間の直前に多くの高い就労意欲のある患者が就労支援部の就労支援につながり、リクルート期間に急に新規就労相談者が減ってしまったために、リクルートに苦労をした。研究参加のリクルートが就労意欲を掘り起こす作業を兼ねることになり、比較的就労意欲が低い患者が

参加者となることが見られた。その一方で、就労意欲はあるが、病状が不安定で周囲に就労意欲を躊躇していた患者を拾い出すことが出来た。今後は、リクルート期間を長くし、就労支援部と連携し新規の就労相談者を研究参加につなげるなどを試みる。

また、当院の内部で就労支援部を持つ利点が逆に、地域の就労支援機関に仲介型の就労支援の協力を得ることへの理解を求めるのに時間がかかり、対照群のスタートにだいぶ手間取ってしまった。しかし、この苦労が第 2 クール以降に役立ち、さらにはこれからの地域と連携の就労支援に役立つと思われる。

F. 結論

今年度は臨床実施体制の構築をおこない、研究を開始したが、予定数の研究参加者を集めるのに苦労をした。

しかし、症状が安定していないために就労意欲があるのに周囲に伝えられなかった患者の意欲を支援するきっかけになった。そういった参加者の認知リハビリテーションや言語グループでの変化は、本人の自信につながり始め、周囲の就労の考え方にも影響を与えていると思う。

就労支援研究フロー

研究参加呼びかけ（外来でのポスター掲示，外来主治医・スタッフ推薦）
 医師およびスタッフへの協力依頼：
 ケース導入に関する責任者：肥田Dr 問い合わせ対応：石井PSW

研究導入基準確認，研究概要説明：石井PSW

説明会：石井PSW

同意取得：石井PSW

BACSによるスクリーニング：石井PSW

※可能な限り同日に実施

【研究対象外】
 ・導入基準に合わない
 ・文書同意とれない
 →1については研究班での支援アレンジは無
 →2(説明会参加後に不同意)は通常のデイケア利用(※1)による支援を提供(※2)
 ※1: 精リハ専門外来の受診予約必要
 ※2: 一部プログラムが利用不可な場合あり
 →3は下記を参照

BACSの採点：石井PSW 認知機能障害ありの人たちの振り分け：佐藤(中央)
 介入群への連絡：石井PSW 対照群への連絡：藤原PSW

認知機能障害・あり→研究対象者

認知機能障害・なし

参加群

対照群

研究対象外だが
就労支援実施群

ベースライン調査/インテーク面接

・PANSSもしくはHAM-DとGAF、LASMI、患者属性、希望する就労条件(インテークシートによる)、過去の就労経験、BACS、ワークサンプル、JART:石井PSW

・モチベーションに関する自記式質問紙および生活構成時間調査:本人+石井PSW

・レセプト(薬物療法含):みずほ調査員

ベースライン調査/インテーク面接

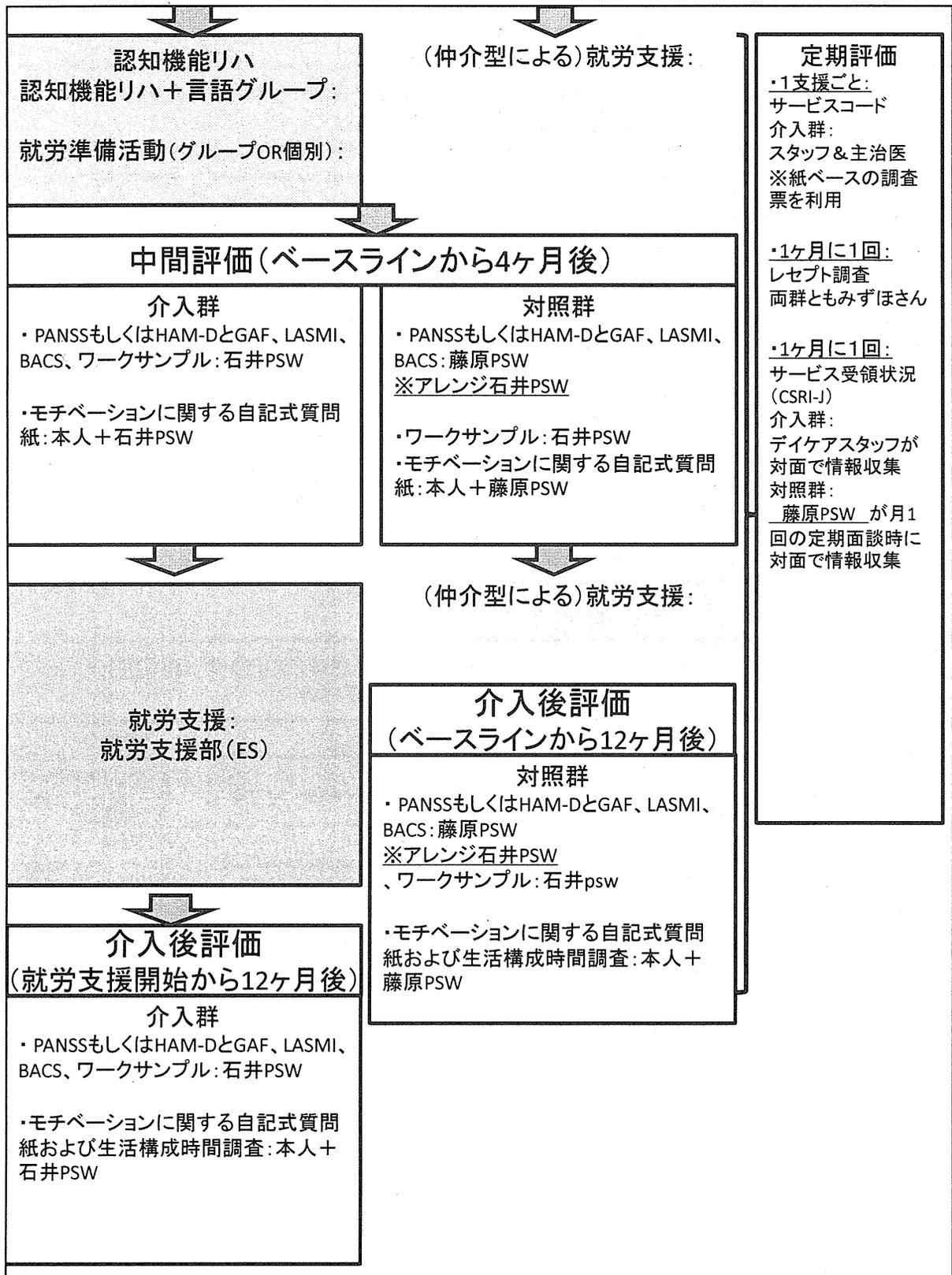
・PANSSもしくはHAM-DとGAF、LASMI、患者属性、希望する就労条件(インテークシートによる)、過去の就労経験、BACS、JART:藤原PSW
 ※アレンジ石井PSW

・モチベーションに関する自記式質問紙および生活構成時間調査:本人+藤原PSW

・ワークサンプル:石井PSW

・レセプト(薬物療法含):みずほ調査員

インテーク面接:就労支援部



研究の流れ

参加募集 (～H23.12.21)

条件

- ①ひだクリニック・ひだクリニックセントラルに通院中
- ②年齢20歳～45歳
- ③統合失調症か躁うつ病
- ④ひだクリニックデイケア るえか を利用していない

介入群

適正チェック
RCT

対照群

ひだ就労支援部が担当

- ・就労支援のプログラムに認知機能リハビリテーションを入れる
- ・個別就労支援の実践

地域生活支援部が窓口

- 就業・生活支援センタービックハートに登録
- ・ビックハートの支援計画に従って就労支援が行われる

長岡ヘルスケアセンター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 佐藤さやか¹⁾

研究協力者(主執筆者に○) 角谷慶子²⁾ 内田依子³⁾ 安井智紀²⁾ ○臼井卓也²⁾

田村真梨²⁾ 福田恵美子²⁾ 堀池研太²⁾

- 1) 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
- 2) 財) 長岡記念財団長岡ヘルスケアセンター (長岡病院)
- 3) しょうがい者就業・生活支援センター アイリス

要旨

本研究の初年度にあたる平成23年度は、外来でのポスター掲示や主治医の推薦で希望者を募り、介入群6名、対照群5名で研究を開始した。しかし、開始直後、就労意欲の不安定さや参加への動機づけの低さから5名がドロップアウトしたため、今後、参加者のリクルート方法が課題である。現在、対照群は外来PSWによる定期的な面談、介入群はデイケアにおいて認知機能リハビリテーションを実施しており、その後、しょうがい者就業・生活支援センターアイリスのスタッフが就労支援担当者として、ケースマネージャと密接に連携をとりながら就労支援をおこなう予定である。

A. 研究地区の背景

長岡ヘルスケアセンターは、病床数 441 床を有する精神科病院である。付設デイケアは大規模デイケアで、登録者の 8 割は統合失調症患者である。平成 21 年 11 月からは生活支援と就労準備の 2 コース制となった。

法人内には、通所授産施設カメラアやしょうがい者就業・生活支援センター アイリスがあり、利用者のニーズに合わせた就労支援をおこなっている。

B. 臨床実施体制の構築に向けた準備

実施にあたって、支援の中心となるデイケアスタッフやアイリススタッフに、研究についての説明と打ち合わせをおこなった。研究参加者については、2011 年 11 月～12 月に、外来でのポスタ

一掲示、主治医の推薦で希望者を募り、説明会を開催した。その結果、11 名の参加者が決定し、割り付け後、介入群 6 名 (男性 4 名・女性 2 名、平均年齢 34.8 歳)、対照群 5 名 (男性 4 名・女性 1 名、平均年齢 31.4 歳) で開始した。

C. 現在構築されている臨床体制

事前評価の後、2012 年 1 月より、介入群はデイケアにて認知機能リハビリテーションを実施、対照群は外来 PSW による面談を実施している。開始直後から 5 名のドロップアウトがあり、介入群 3 名、対照群 3 名で継続中である。

D. 今後のゴールとなる臨床体制

介入群は、デイケアでの認知機能リハビリテーションが終了後、アイリスを利用して求職活動を