Ⅲ. 早期支援のスキルを学ぶ

Ⅳ. ケースマネージャーの経験から学ぶ

～3 つの Q&A～

①ケースマネージャーとして大変なことは？

②ご家族と接するときに大切なことは？

③早期支援を通じて気づいたことは？

Ⅳ. 早期支援チームでの医師の役割

～3 つの Q&A～

①早期支援で大切にしていることは？

②チーム・アプローチをする上で気をつけていることは？

③チームの一員の医師として気をつけていることは？

執筆者一覧（順不同）

- 青野　悦子　東京都立松沢病院
- 石倉　習子　東京都立松沢病院
- 市川　絵梨子　東京大学医学部附属病院
- 市橋　香代　東京大学医学部附属病院／総合心療センターひなが／ささがわ通り 心・身クリニック
- 小池　進介　東京大学医学部附属病院
- 瀧本　里香　公益財団法人　東京都医学総合研究所
- 徳永　太郎　東京都立松沢病院
- 西田　淳志　公益財団法人　東京都医学総合研究所
- 野中　猛　日本福祉大学研究フェロー
- 針間　正彦　東京都立松沢病院
- 原田　雅典　三重県立こころの医療センター
- 前川　早苗　三重県立こころの医療センター
- 宮越　裕治　ささがわ通り 心・身クリニック
- 山崎　修道　公益財団法人　東京都医学総合研究所

監　修

- 岡崎　祐士　東京都立松沢病院／厚生会道ノ尾病院
- 伊勢田　堯　東京都立松沢病院

編　集

- 井上　直美　公益財団法人　東京都医学総合研究所
- 瀧本　里香　公益財団法人　東京都医学総合研究所

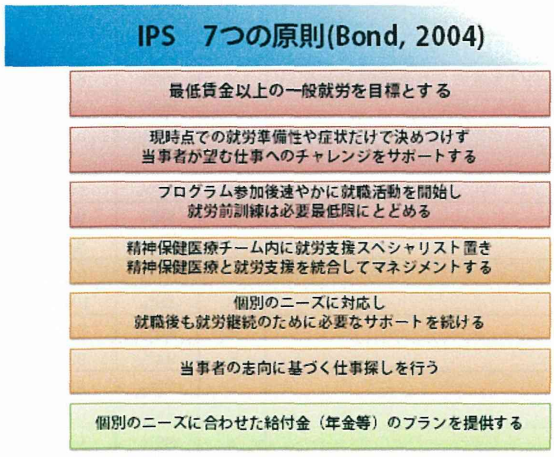
第1研究．IPSテストの前後比較調査

1．目的（背景）

初回エピソード精神病の支援においては，リカバリーへ向けた生活支援が非常に重要である．発症後早期の初回エピソード精神病の当事者は，大部分が10代～20代前半の若者であり，就労・就学は若者の主要な発達課題である．初回エピソード精神病の支援においては特に，本人の希望に沿った就労・就学支援を可能な限りスピーディーに，かつ生活の場で提供できるかどうかがカギになる．

Individual Placement and Support（個別就労支援：IPS）の理念と手法は，もともと慢性の重度精神障害者を対象として生み出されたものである．7つの基本概念に基づき，従来型の「十分に訓練・リハビリしてから職探し（就学）」ではなく，本人の希望に基づいた，可能な限りスピーディーな職探しとOn the Jobでのサポート（Supported Employment：援助付き就労）による支援を行う．IPSの効果は，大規模な多施設共同RCTでも示されている[1]．近年では，初回エピソード精神病への就労就学支援を国際的な協働の元に推進する動きもあり[2]，早期支援の分野でも非常に注目されている．また，科学的なエビデンスも蓄積されている．

本研究班では，今年度の初回エピソード精神病の支援スタッフ研修会において，就労就学支援に重点を置いた研修会を実施した（表1）．その際，IPSの基本的な考え方に関する知識テストを実施し，研修会の前後での知識の変化を検討した．



2．方法

2012年9月15日～16日の2日間に行なった初回エピソード精神病の支援スタッフ研修会にてIPS知識テストを行なった．IPS知識テスト3)は，25項目の質問にはい・いいえの2件法で回答する．質問項目は，回答は，25点満点となる．質問項目と正答は表2のとおりである．

IPS基本概念に関する知識テストは，研修1日目開始時（プレテスト），研修1日目終了時（ポストテスト）に実施した．プレテスト・ポストテスト両方に回答した36名のデータを解析の対象とした．対象者の職種構成は，医師10名，看護師9名，精神保健福祉士7名，臨床心理士4名，作業療法士5名，その他1名であった．

表1．初回エピソード精神病の支援スタッフ研修会の概要

開催日程：2012年9月15日～16日の2日間
場所：東京大学　東大病院管理研究棟2階
参加者数：1日目53名，2日目48名，
　　のべ参加者数101名．

内容：1日目、9月15日（土）12:55～17:25
12:55～13:00
「オリエンテーション・スケジュール等確認」
13:00～13:30
「①早期支援における就労就学支援・IPSの基本概念」担当：山崎
13:30～14:30
「②ワークショップ」
・各施設における実践から課題と活用可能な要素を探る
・各施設のグループで，現在の実践からIPSに照らし合わせ課題と共通して活用できる支援方法などを話し合い探る
14:40～16:00
「③事例検討1：就学支援（松沢病院）」

ファシリテーター：野中
発表者：間　就労就学支援のケース
16:05～17:15
「④事例検討 2：就労支援（ささがわ通り心身クリニック）」
ファシリテーター：野中
発表者：田井
17:15～17:25
「1 日目のまとめ／翌日の確認・連絡事項など」

（2 日目後述）

3. 結果

1．ベースライン（プレテスト）結果

ベースラインデータから算出した IPS 知識テストの信頼性（クロンバックα）は 0.806 であった．合計得点平均 18.97 点（SD4.14），平均正答率 75.9%であった．精神科経験年数，早期支援経験年数との相関は有意ではなかった．正答率が 80%以上の項目は 14 項目，70%以下の項目は 10 項目であった．職種ごとに合計得点の有意差はなかった．

2．研修前後比較結果

ポストテストの結果は，平均 22.17 点（SD2.90），平均正答率 88.7%であった．対応のある t 検定の結果，研修前後で合計得点が有意に改善していた（$p<0.01$）．各項目ごとに対応のある t 検定を実施した結果，研修前後で得点が有意に改善していた項目は以下の 4 項目（2-e：ソーシャルスキルはクライエントが就労できるかどうかを左右する（正答×），3-d：精神疾患を明かして仕事を得るための最も効果的なアプローチを示すエビデンスはほとんどない（正答×），4-c：（援助付き就労プログラムは，就労準備性によって対象者を選別する（正答×），5-c：援助付き就労に関する研究は，統計的レビューが行われてこなかった（正答×））であった（Bonferroni の補正により，有意水準は $p=0.05/25=0.002$ とした）．

表 2：IPS 知識テストの項目とプレテスト・ポストテストの結果
（研修前後で有意差があった項目）

		正答	プレ	ポスト
1. 職業リハビリテーションは	a 新しい概念である	×	75%	78%
	b 今まで精神保健医療サービスに全く含まれていなかった	×	86%	92%
	c 歴史的には精神保健医療サービスに一部含まれていた	○	69%	78%
	d 重度の精神疾患をもつ人々には適用できない	×	92%	100%
	e 精神科医が考慮すべき考え方ではない	×	100%	94%
2. 職業領域において	a 障害の程度によって仕事を得られるかどうかが決まる	×	81%	100%
	b 診断によって当事者が就労できるかどうかが左右される	×	83%	100%
	c 就労できるかどうかを左右するの最も重要な当事者の特性は、モチベーションと自己効力感である	○	86%	86%
	d 機能障害の重症度はクライエントが就労できるかどうかを左右する	×	50%	75%
	e ソーシャルスキルはクライエントが就労できるかどうかを左右する	×	22%	69%
3. 就労支援について	a 援助付き就労は、新しい保護的就労の方法である	×	56%	61%
	b 精神疾患を明かして仕事を得るには、職業前訓練は援助付き就労より効果的である	×	83%	81%
	c 援助付き就労は、精神保健医療チームと統合された時に最も上手くいく	○	83%	89%
	d 精神疾患を明かして仕事を得るための最も効果的なアプローチを示すエビデンスはほとんどない	×	58%	92%
	e 重度の精神疾患をもつ人々には職業リハビリテーションは 役に立たない	×	97%	94%
4. 精神保健医療サービスにおける援助付き就労プログラムは	a 働きたいという意思を表すクライエント全てに役立つ	○	86%	94%
	b 長期間かけてアセスメントを行う	×	64%	83%
	c 就労準備性によって対象者を選別する	×	50%	97%
	d 再発や入院率の可能性を増加させる	×	89%	100%
	e 物質乱用の既往歴がある人々には適さない	×	89%	92%
5. 援助付き就労に関する研究は	a アメリカのみで行われきた	×	94%	92%
	b ヨーロッパ各地で行われきた	○	72%	83%
	c 統計的レビューが行われてこなかった	×	58%	92%
	d 英国の日常的臨床業務で活用されていない	×	89%	94%
	e 重度の精神疾患をもつ人々に効果的であるという結果は出ていない	×	83%	100%

4. 考察と今後の研修に求めるもの

今回の研修の前後で，参加者のIPSに関する知識が有意に向上していた．知識の獲得については，今回の研修スタイル（講義＋講義内容に基づくワークショップ＋事例検討）で一定の成果があったと言える．特に，①就労準備性によってサービスの適用や就労の実績は左右されないという基本理念（項目2-e, 4-c）と，②援助付き就労はエビデンスに基づいている（項目3-d，5-c）という点については，研修前後で大きく改善していた．しかし一方で，「2-d．機能障害の重症度はクライエントが就労できるかどうかを左右する」かどうかについては，研修後も正答率が比較的低いまま（正答率75%）であった．この点は，今回の研修内容では十分に伝えきれていなかった点だと考えられる．

早期支援に限らず，ある程度経験のある専門家を対象にIPSに関する研修・人材育成を行う際には，上記2点に的を絞ったプログラムを実施する必要があると考えられる．そのために，①就労前の機能障害の重症度と，就労率に関するエビデンスの具体的な提示や，②機能障害が重いにもかかわらず，支援の工夫により一般就労出来た事例の提示が必要であったと考えられる．

「機能障害が重いと，就労は難しい」と考えてしまう専門家の悲観は，就労への大きな阻害要因になり，悪循環につながる[3]．10代後半から20代前半の若者にとっては，機能障害を改善するための訓練・リハビリ期間は，長くなればなるほど，正常の発達曲線からのズレが大きくなってしまい，デメリットがメリットを上回ってしまう．当事者の希望とニーズにもとづいてスピーディーで効果的な支援を行うためにも，まずは専門家の悲観を楽観に変えていく必要がある．

本研究では，研修のアウトカムとして知識テストの点数しか評価していない．今後は，研修で得た知識が確実に実践の中で定着していけるよう，就労就学支援に関するケーススーパービジョンを定期的に実施していく必要がある．また，本研修の内容は，就労支援が中心となっており，就学支援に関する内容の充実も必要であると考えられる．

5. 文献

1. Burns T, Catty J, Becker T, et al.: The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. The Lancet 370:1146-1152, 2007
2. 山崎修道，小池進介，市川絵梨子：先進国における就学，就労支援: International First Episode Vocational Recovery (iFEVR) group による「Meaningful Lives (有意義な生活)」の提唱をめぐる動き（特集 リハビリテーションからみた早期介入支援）．精神障害とリハビリテーション 16:43-48, 2012
3. Rinaldi M, Perkins R, Glynn E, et al.: Individual placement and support: from research to practice. Advances in Psychiatric Treatment 14:50-60, 2008

（担当：山崎修道）

第２研究．早期介入研修会満足度調査

目的

早期介入実践者およびこれから行う者のための研修会を2012年9月15日と16日の2日間にわたり開催した．早期介入おける基本理念を正しく理解し，さらなる技能の向上を目的として行われた．今回は特に，就労就学支援に重きが置かれ，講義，ワークショップ，事例検討を通して包括的な理解を深められる内容であった．今後，当該理念と技術を敷衍するためには，専門職に対する効果的な研修が必要になる．よって，本研修に参加した者たちに，研修の満足度調査を行うことで，受講者が望む研修形式と内容を検討する一助にしたいと考えた．

方法

研修の満足度の調査は，2日目の研修終了後にアンケート用紙を配布し，回答を得たのち，会場内にて回収された．配布枚数48枚に対し回収されたのは，40枚（回収率83.3%）であった．回収された40枚を回答した者を本調査の対象者とした．対象者の職種構成は，医師7名，看護師15名，精神保健福祉士9名，臨床心理士4名，作業療法士5名であった．

アンケート内容（添付資料：研修満足度アンケート）は，研修内容の理解度，研修内容の満足度，現在行っている早期精神病者への支援に関する自信の程度の計3つの質問項目と今後の研修内容に求めることの自由記載で構成されている．質問項目は10段階で回答を，また，自由記載には要望とともに，参考になった内容や研修の感想も記入するよう求めた．

研修の概要

開催日程　2012年9月15日～16日の2日間

場　　所　東京大学　東大病院管理研究棟2階

参加者数　1日目53名，2日目48名，のべ参加者数101名．

内容1日目：9月15日（土）12:55～17:25

12:55～13:00　オリエンテーション・スケジュール等確認

13:00～13:30　1．早期支援における就労就学支援・IPSの基本概念

担当：山崎「基本概念についての講義」

13:30～14:30　2．ワークショップ：各施設における実践から課題と活用可能な要素を探る

各施設のグループで，現在の実践からIPSに照らし合わせ課題と共通して活用できる支援方法などを話し合い探る

14:40～16:00　3．事例検討1：就学支援　（松沢病院）ファシリテーター：野中，発表者：間　就労就学支援のケース

16:05～17:15　4．事例検討2：就労支援　（ささがわ通り心身クリニック）ファシリテーター：野中，発表者：田井

17:15～17:25　1日目のまとめ　／翌日の確認・連絡事項など

2日目：9月16日（日）9：30～14：30

9:30ー10:30 1．各施設状況報告・課題の確認。各施設におけるRCTの進行状況，支援の状況，課題の共有をはかる

10:40ー12:00　2．事例検討3　（東大病院）ファシリテーター：野中，発表者：山崎

13:00ー14:20　3．事例検討4　（三重県立医療センター）ファシリテーター：野中，発表者：足立

14:20～14:30　研修のまとめ　／今後の予定・連絡事項など

結果と考察

1．質問項目の回答

研修の理解度は10点満点中，平均8.35スコア，満足度は，平均8.78スコアであったが，早期精神病者への支援に関する自信の程度は，平均6.8スコア（図1）であった．ピアソンの相関係数で3つの質問の関係性を調べたところ（図2），理解度と満足度の間に相関（r=0.52,p<0.01）が認められたが，自信の程度と理解度，自信の程度と満足度との間（ともにr=0.16，n.s.）には相関は認められなかった．

理解度が増すにつれて，満足度が大きくなるのは，対象者らの知的好奇心を促進させただけでなく，また，各自の臨床経験を客観的に言葉でまとめ直す作業ができていたのだろうと推測する．一方で，理解度や満足度は，早期精神病者への支援に関する自信の程度とは相関しなかったことは，対象者のなかに実践経験を有していない者が含まれており，理解度や満足度が高くても，早期介入という未知の経験に対する不安が表れているのだろうと考えられる．

2．今後の研修に求める内容と本研修で参考になったこと

表1に研修内容に求めることや本研修で参考になったことをまとめた．マネジメントやカンファレンスの進め方という支援技術についての知識と実践方法習得を求める意見が最も多かった．また，就労支援で使用できる社会資源等の情報を求める意見もあった．なお，事例検討形式を用いた研修は，早期精神病者への支援における理解を深めやすかったとの指摘が多数あり，マネジメントやカンファレンスの進め方の基盤として，潜在的に，事例検討の技術や方法論に関する要望もあることが示唆された．

文献　なし

発表　なし

（担当：山田純栄）

資料

図1　研修満足度アンケート結果　n=40

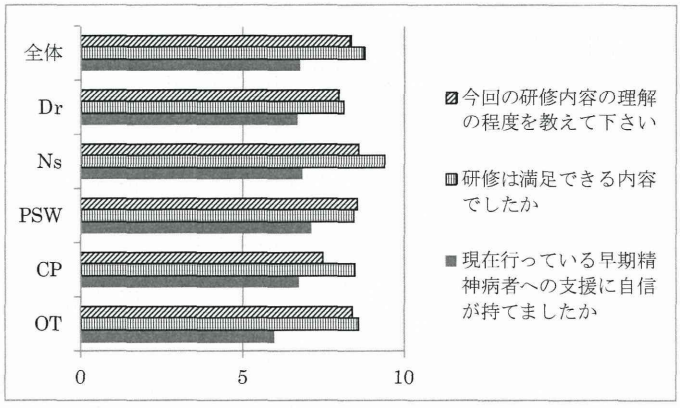


図2　研修満足度と理解度の相関　n=40，r=0.52，p<0.01　同じスコアになった場合は，重ねて表記されている。

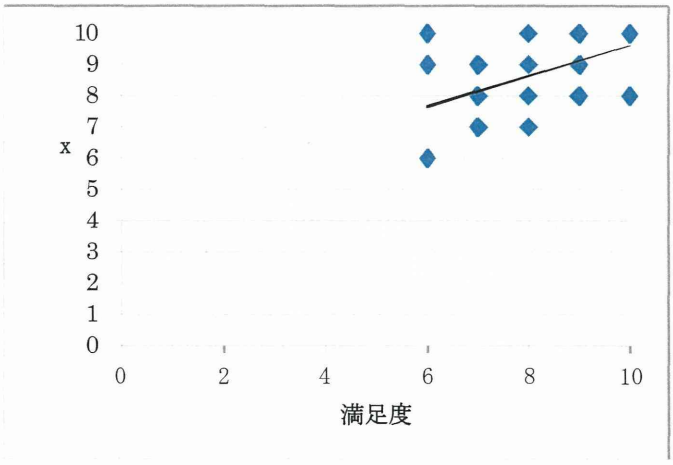


表１　研修内容に求めることや本研修で参考になったこと

マネジメント
プランニングの具体的な方法を体験できて，参考になった．今後も取り入れてほしい．
グループセッションでは，実際にケアマネイジメントされているケースについての考え方や課題について理解が進んだ．今後は各施設でのマネジメントの体験を計画していただきたい．
マネジメントについても学んでいけると良いと思います．
チームの運営．
他機関との連携の具体的進め方．
カンファレンス
カンファレンスの進め方．
ケースカンファレンスで支援を見直し，組み立てることの大切さがよくわかりました．本人，家族，周囲のアセスメントをしっかり行い，今後取り組んでいきたい．今後，現在の業務の中でどれだけできるか少し不安ですが，やりがいを感じました．
事例検討
事例検討では，多職種で考えることで，いろんな着眼点があって，とても面白かったです．一人で考え込んでいては，ラチがあかないことを実感しました．
症例検討を丁寧に行っていただいたので，分かりやすく，頭の整理に役立ちました．もう少し頑張ってみようと思えました．
事例検討会を通じて，家族，本人アセスメントの重要性を感じました．
事例検討が一番役立った．他施設がどんな支援をやっているのか知ることで良い刺激になり，元気をもらいました．
ケースのまとめ方．
うまくいったケース，そうでないケースの話も教えていただきたい．
その他の技術や情報
就労における具体的な社会資源の情報，就労に関する制度についての情報．
IPS のシステムについてもう少し詳しく知りたいです．
再発予防の具体的技術トレーニング，個別場面での支援技術．
今までしみついた考えを切り替えるようなもの．

表１　研修内容に求めることや本研修で参考になったこと
研修満足度アンケート　「早期支援のための合同研修会アンケート」

【研修満足度アンケート】

早期支援のための合同研修会アンケート

本アンケートは「精神病の早期支援・早期治療法をめぐる臨床的技術を検討し，人材育成のための研修方法をあわせて開発する」ために行ないます．忌憚のないご意見を教えて下さい．なお，本アンケートは日本福祉大学倫理審査委員会の承認を得ています．

① あなたの職種を教えて下さい（丸で囲んで下さい）

医師　看護師　精神保健福祉士　臨床心理士　作業療法士　その他（　　）

② 今回の研修内容の理解の程度を教えて下さい（数字を丸で囲んで下さい）

できない ←　　ふつう　　→ できた

1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

③ 研修は満足できる内容でしたか（数字を丸で囲んで下さい）

できない ← ふつう → できた

1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

④ 現在行っている早期精神病者への支援に自信が持てましたか（数字を丸で囲んで下さい）

もてない ← ふつう → もてた

1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

⑤ 早期精神病の支援において，もっと知りたいことは何ですか．また，どのような情報（制度等）やどのような技能がほしいと感じましたか．今回の研修で参考になったことがありましたら教えて下さい．

第3研究

早期介入CM研修における事例検討の効果

1. 目的

初回エピソード精神病の支援においては，対象の大部分が 10 代～20 代前半の若者である。就労・就学は若者の主要な発達課題であるとともにリカバリーへの鍵となる。そのため、就労・就学支援の過程とそこに含まれる主要な要素を明らかにする必要がある。

本調査では、現在先行実践されている初回エピソード精神病者への就労・就学支援の事例検討を通して、それら就労・就学支援の構造を理解することを目的とする。

2. 方法

2012年9月15日～16日に行われたCM研修会にて事例検討を4事例行なった。先の2事例の事例検討からは就労・就学支援に必要な要素、主要なテーマの抽出を行なった。後半の2事例では参加者全員でケースの再アセスメントとプランニングを行ない、そこから得られたケースマネジャーの気づきを結果として用い、早期支援における事例検討の効果について若干の考察を加えた。

なお、事例検討のファシリテーターは全て野中が務めた。

3. 結果

① 15日第1ケース（就学）

事例提出者：東京都立松沢病院 wakaba ユースメンタルサポートセンター松沢

ケースマネジャー　間　美枝子

2012年9月15～16日の早期介入研修の中で、各日2例ずつ、事例検討会が実施された。wakaba は15日の就学支援の事例を担当した。参加者より積極的に意見をもらいながら支援を振り返り、就学支援のポイントを整理した。

＜事例概要＞

H氏　来談時、19歳。私立大学法学部を休学中であった。統合失調症（本人へ告知済）。X年3月、大学のサークルの合宿中に混乱。すぐに帰京し、心療内科を受診、通院継続。しかし、症状改善見られず。9月、wakaba へ来談し、当院転院。wakaba の支援開始。主訴はテレパシーで他人に考えが伝わってしまう。来談当時、本人の希望は大学へ戻りたい。家族の希望は服薬調整をしてほしい。X+1年11月より、就学支援を開始し、X+2年4月に復学。

（事例は個人を特定できぬよう脚色している。）

＊復学させようと決めた根拠

メジャーロールセラピーといって、生活上の主な活動に復帰できるように支援すると予後がいいとエビデンスあり。本事例は、幻覚・妄想が強いが、何もしないほうが大きなストレス。何もしないことは予想がつかない。就労・就学は予想がつくストレスであり、コントロールしやすい。夏休みなど長期休暇のほうが、本人は調子を崩す可能性が高い。

＊復学の準備期間の設定

ある程度時間をかけて準備をしたほうが

いいケースと、準備期間が長いと不安になって、その間に再発するケースがある。早期支援の対象者は若く気が変わるのが早い。不安や焦りで不調をきたすケースも多い。タイミングを逃さないように３か月～半年が適切。１か月では短い。本事例は６か月だが、いずれにせよ６か月は最長。

＊復学する学校への情報開示

大学は現在、発達障害の学生を多数抱えており、対応せざるを得ない。少しの症状では学校も驚かず、受け入れには肯定的。アメリカの Supported　Education は大きく３つのタイプあり。①開示して学校と具体的に協力する方法、②非開示で援助者ができるだけ現場近くで支援をしていく方法、③援助者は学校に行かず、学校に行っている人を施設に集めてグループで支援をする方法。本事例は①の方法をとっており、診断名も含め、大学側に情報を開示している。本人、両親とX+1年12月に方針を決定し、X+2年１月に大学の学生相談室へ、母とケースマネジャーで事前に相談している。

＊DC利用をすすめた理由

本事例では、当院転院後間もなく、ひきこもりがちな生活の改善を目的に、DC の利用を開始している。調子のいい時は週３日通所できていたが、陽性症状が増悪し、次第に通えなくなった。本事例は、おそらく発達障害がベースにあり、対人関係上の問題を発症前から抱えていた。こういう事例は、大学より DC に適応するほうが難しい。大学のほうが他者との関係性は薄く、却って存在しやすい可能性あり。アットホームな小さな大学では関係性が密になってしまうので、巨大な大学のほうが適応もいいと考えられる。

＊大学で科目履修の支援

基本的には、履修する科目の数を抑えて、空きコマや昼食の時間などの対応についても検討が必要。１日ずっと行くほうが楽な人もいれば、受講した後に必ず空きコマがないとダメな人もいる。あるいは登校したら生協に寄ってひと息ついてからでないと授業に出られない人もいる。その人に合わせて、時間割を細かくアレンジする。

＊復学後の責任の所在

本事例は、自傷他害のおそれがあまりないと主治医が判断し、就学支援を開始しているという前提がある。しかし、エピソードが起こるのではないかと学校側は危ぶんでおり、症状的なところで混乱することがあれば病院に連絡をもらうよう伝えている。医療機関との協力体制があると、学生相談室でも就学を受け入れやすい。

＊診断書の必要性と提出先

本事例では学生相談室の要請があり、学生相談室へ診断書を提出。事務方にも提出するようアドバイスを受け、母から提出したところ必要ないと言われた。学生相談室と事務方の連携が取れていなかった。そもそも、大学の事務方と学生相談室は、対立構造を作りやすい。学生相談室は守秘義務があり、他部署と連携しにくいところがある。よほど両者の関係が良くないと情報の共有はできないことを援助者側が理解しておく。基本的に就学に際しては、両者とコンタクトを取り、話をしていく。

＊本人のアルバイト経験の情報

以前は、過去の就労率、就労歴が就労予後を予想する一番のエビデンスだった。今は認知機能障害が就労予後を規定するというエビデンスが出ている。アルバイトは 3 か月続いたら、身についていると言える。時間を守ることができて、指示に従って作業をすることができて、やめさせられない程度に適応することができるということ。お金を稼ぐという感覚もわかる。本事例は、大学１年時、マクドナルドの裏方でアルバイトをして、30 万円貯めた経験がある。「大変で、うまくいかなかった」というのが本人の感想。本事例は、枠のない状況が苦手なので、就労を考える時にも、マクドナルドや東京ディスニーランドなど、マニュアルがしっかりしている場であれば入っていきやすいと予想される。

＊高校、中学への就学支援（交渉の方法、やりくにくさ）

高校は内申点や推薦への影響を考慮する必要がある。情報の開示については、大学よりもハードルが高い。学校の方針や地域差もあるが、私立高校は学校に来られなくなると退学してもらって構わないという対応を取るところも多い。ケースマネジャーは、主に両親を通じて学校側と交渉、調整していくことが多くなる。両親から学校側に説明をする際に、要望が伝わりやすい伝え方を一緒に考えるなど、間接的なサポートになる。

＊高校の交渉窓口（養護教諭、担任、校長、教頭、学年主任…）

学校による。その学校の権力構造を見極めないとうまくいかない。一番権力が強いのは校長で、ほとんど一人であらゆることを決めているが３年で異動。権力構造も変わる。

保健室へよく行く生徒であれば、担任よりも本人についての情報を持っている。養護教諭は、時間的な理由で担任よりもコンタクトを取りやすいため、先に相談して、養護教諭を介して学校内の必要な方に情報を伝えてもらうということを、自然にやっているお母さんもいた。養護教諭の権力も市町村と県によって違う。東京都内の都立高校では、声の大きい先生が一番動いてくれる傾向がある。また、養護教諭の権力は相対的に弱い。高校の生徒は、前の担任や学年主任など相談しやすい人のところへ行く。生徒が相談している先生を把握して、そこを窓口にするとうまくいくことが多い。

＊社会資源との連携

大学では学生の困ったことの相談を受ける相談所と、就労支援のようなケースワークをする相談所があり、両者の関係は良くない。大学により組織構造は異なり、効果的な支援をしていくには事前の情報収集が必要になる。連携する社会資源の情報を得ないとうまくいかない。場所が変われば、情報も改めて取り直し、その結果によって交渉窓口を変えていく。

＊早期支援チームのスタッフ配置

wakaba では週 1 回、支援方針（長期目標、短期目標）、現在困っていることについて検討。参加者は主治医、担当のケースマ

ネジャー、他の wakaba のケースマネジャー、SV の医師。ケースマネジャーは専任だが、医師は他の業務と兼任。担当ケース以外の CC への出席が難しく、wakaba 全体の方針を共有しづらい状況にある。ケースマネジャーと医師が一緒に動ける時間を確保するシステムがないと、本質的な多職種チームとして機能することは難しい。

＜考察＞

早期支援における就学支援において、支援対象者のアセスメントと並んで重要な作業は、連携する組織（社会資源）のアセスメントであろう。支援者が連携先の組織構造、内情について情報収集し、その結果に基づいて、当該組織に合わせた交渉、調整の方法をプランニングすることで、より効果的な支援が可能となる。また、組織構造は人事異動により定期的に変わるものであるため、支援の過程において常に情報収集を続け、構造の変化に応じて、交渉の窓口や方法を柔軟に変えていくことが求められている。

② 15 日第 2 ケース（就労：復職）

事例提出者：ささがわ通り 心・身クリニック デイケア早期リハビリコース

ケースマネジャー　田井 葉子

就労支援は大きく、新たな就労先を一緒に探していく就労（求職）支援と、元々籍をおいていた職場への復職支援に大別され、支援の力点も異なる。目標達成を阻む阻害要因も就労と復職では違い、障害の開示の意味、復職・就労のタイミングもそれまでの経過によっては、本人の状態以外にも勘案しなくてはならない事情が発生してくる。本事例は復職支援の事例である。今回の事例検討を振り返り、就労支援のポイントについてまとめた。

＜事例概要＞

20 代男性。X− 5 年（24 歳時）頭痛と不眠を訴え精神科初診、神経症として 1 年間通院治療を行った。その後物流会社に就職し 3 年間勤務していたが、X 年 1 月に突発的な希死念慮が出現し初回入院、注察妄想などから統合失調症と診断された。X 年 3 月退院、DC 早期リハビリコースにて心理教育、CBT 等実施。X 年 7 月、週 3 回より復職、翌 8 月には週 5 日勤務となったが職場での対人関係上のトラブル後に出現した幻聴、部署異動に伴う意欲低下などから休職と復職を繰り返し現在に至る。

＊ 支援目標としての「復職」

早期支援における就労支援では、とりわけ IPS の概念が有効である。就労準備性や症状だけで就労可能性を決め付けず当事者が望む仕事へのチャレンジをサポートすること、当事者の志向に基づく仕事探しを行うことなどがリカバリーにつながる。

一方で復職は一般的な障害者に対する就労支援とは随分と趣が異なり、ほとんどの場合一般就労を前提としている。リハビリという枠組みでの支援は必要であるものの、障害を前提とした支援は馴染まない。本ケースの場合、3 年間勤務した会社への復職を本人が強く希望していたため、支援者は頭ごなしに復職が無理、週 5 日の勤務は無

理、と決めつけるのではなく、本人の動機づけを尊重する形で支持した。

＊　本人のアスピレーション

本人から、ケースマネジャーとの面談の中で、「フォークリフトの持ち場が好き」であることが複数回語られた。こうした発言は本人のアスピレーションを理解するきっかけになりうる。「フォークリフトが好き」という発言の裏には本人独自の価値意識が潜んでいる。なぜフォークリフトが好きなのだろうか、機械を扱うことが好きだからだろうか、他者と関わることなく自分のペースで出来る作業だからだろうか、荷物を運び積みそろえるという秩序だったことが好きなのだろうか、給料が良いからか、など本人の世界観、その仕事がなぜ自分にフィットすると思っているのかを探る必要がある。それを理解することで、たとえ本人の望むポジションが見つからなくても、同じ価値を感じることが出来る場所を探すことが可能になり、別の形でのリカバリーが可能になる。就労支援の最終目標は必ずしも「就労の維持」ではない。本人なりの「意味ある人生」を目指すリカバリーを支援することなのである。

＊　就業能力のアセスメント

就労を支援するためには、本人の能力のアセスメントは必要である。特に作業能力を精神保健医療側と雇用側が共有していることが望まれる。その場合“通常の何％ぐらいできる”などの表現であると関係者間で共有がされやすい。

本事例ではデイケアでの作業を通して就業能力のアセスメントをしていたが、クレペリンやWAISなど心理検査を行い、客観的な評価を得ることも時には必要である。障害者職業センターにおいて就労準備性評価は時間がかかり、本人のモチベーションが低下してしまう可能性もあるため、導入には検討を要する。実際に就労を継続する上では、作業能力のアセスメントだけでなく、対人関係技能などの評価も必要となる。

＊雇用側のアセスメント

就労支援のためには、ケースを雇い入れてくれる会社のアセスメントも必要となる。業種、企業母体、会社の規模、会社の利益、リハビリ出勤など会社の支援ノウハウの有無、休職中の賃金はどうなるのか、精神障害者にどれくらい理解があるのか、キーパーソンはだれか、などである。ケースマネジャーは本人との関係を構築しながら会社の情報を整理し、会社と直接連携する機会をうかがいながら支援を行っていく。

本ケースではキーパーソンが直接の上司であったが、会社によっては職場に産業医や保健師が常駐しており、それら専門職と医療機関が協働してチームとして機能することが可能である。

＊　雇用側の支援

就労継続のためのサポートは本人に対してのみでなく、会社に対しても必要となる。雇用側が「雇って良かった」と思えるストーリーに近づけるための工夫が必要である。一度精神障害者の雇用に成功すれば、さらなる雇用の創出につながる。逆に、失敗した会社は、その後精神障害者を雇わなくなる恐れがある。「就労支援＝雇用環境へも働きかける事業所支援」という側面も持つ。

＊　職場への障害の開示

本人の業務能力の他に、復職を含めた就労を阻む周囲の要因に、雇用者の姿勢、スティグマと差別があげられる。それら要因を取り除くために、精神保健医療チーム内に就労支援スペシャリストを置き、精神保健医療と就労支援を統合してマネジメントしていくことが有用であろう。

本事例では、医療側と雇用側とが直接連携はしていない段階であったが、実際に本人のことをどれくらい雇用側が理解しているか、雇用側の見立てと可能な支援を確認することが望まれる。

＊　職場復帰のタイミング

ケースによって就労・復職までの準備期間は異なるが、IPS の原則では就職活動は支援導入直後から開始され、就業前訓練は最低限に止めるとされている。

復職においては、本人の状態だけではなく、復職時の勤務状況、職場の支援体制、職場が困ったときなど雇用側の受け入れ体制に精神保健医療チームが関与できると復職が円滑に進みやすい。本事例では、職場復帰のタイミングは本人が上司と話し合い決定していた。ケースマネジャーは本人の自己決定・自己選択を可能とするため、本人が自らの調子や復職の意思を上司に伝えられるよう、本人の考えを整理し、上司への説明をどうすればよいかなど具体的な伝え方を一緒に検討するなどの支援を行っていた。一方で、状態悪化時の対処方法の共有は今後の課題である。

＊　経済面の情報

就労支援を行ううえでは、経済面の情報を把握しておくことは必要である。障害年金は受給しているのか、していなければその理由は何か。どのくらい給与をもらっているのか（もらいたいと思っているのか）、どのくらいゆとりがあるのか、金銭管理はどうなっているのかなどである。本事例の場合、給料の具体的金額は把握されていなかったが、過去に友人に騙されてローンを抱えた経緯があり、給料は親が管理していた。本人は毎月２万円小遣いから軍物やアニメを購入しているとのことであった。

＊家族のアセスメント、家族支援

本人がどういう経験を過去（病前も含めて）にしており、どんな仕事に価値をおいているのか、家族からの情報も含めてアセスメントする必要がある。早期支援の事例では、就労経験のないケースの支援も少なくない。そういった場合、本人の就労のモデルが家族の中の誰かであることもある。家族の就労や復職に対する考え方を確認して就労や復職のタイミングを図ることもあるし、状態悪化時の対応について確認し合うこともできる。このプロセスは、家族支援にもつながっていく。

＊早期支援チームのスタッフ

ささがわ通り 心・身クリニック デイケア早期リハビリコースでは、個別担当制をとり、スタッフがプログラム運営とケースマネジメントを兼務している。デイケアスタッフで行われるケースカンファレンスはシステム化しているが、医師とは担当者が直接情報交換をして支援を進めることが多い。現在の体制ではケースマネジャーが直接外に出て就労支援を行うことは困難であ

るため、必要に応じて障害者就業・生活支援センターやハローワークの職員と連携して支援にあたっている。

＜考察＞

早期支援における就労支援では、専門家の期待の低さが就労を阻む要因の一つであるということを支援者は押さえておかなくてはいけない。チームで事例検討をして、失敗のパターンを分析、ストレングスはどこか、価値は何かなど、アセスメント全体をとって、狙いを定めた定着支援を行うために、会社へのコンサルテーションも含めたプランニングは有用である。ケースマネジャーがすべてをひとりで行う必要はない、知恵を集め、役割分担を行い、経過をモニタリングしていくことが、ケアマネジメントである。

また、本事例ではあまり登場しなかったが、本邦における精神障害者に対する就労支援の制度や機関の概要と活用方法についてもケースマネジャーは把握しておく必要があるだろう。対象者本人とその地域の資源、そして雇用側という多面的なアセスメントを常に意識していかなくてはいけないだろう。

③ 東京大学医学部附属病院

事例提出者：東京大学医学部附属病院 精神神経科　ケースマネジャー　山崎 修道

【要旨】長期的なアスピレーションの把握のための具体的なアイデアとプランが必要なケース．ケースカンファレンスを通じて，本人からのアスピレーション聴取の具体的な方法と，周囲（家族・他スタッフ）からの聴取・アセスメントとプランニングについて示唆を得た．ケース報告に当たっては，ケース覚書情報シートとプランニング・フレームワークを用いた．

【事例概要：覚書情報シートより】

【生育歴】出生時異常なし．発達的な問題は指摘されなかったが，保育園の集団行動で浮いていた（母談）．小学時代は成績良好だったが会話苦手．中学2年2学期より集中力低下．保健室登校も独学で成績良好．高校地元進学校へ進学．将棋部・数学部．教員の勧めで一浪して在京国立大理系へ進学（X-7年）．職歴は不明（おそらく無し）

【CM支援開始までの経緯】大学3年次（X-4年）7月，神経過敏にてクリニック通院．4年前期まで卒業研究以外の単位は全て取得するが，4年次（X-3年）研究室配属後5月から通学せず休学．X-2年3月～就活始めるが，「考えが伝わってくる」体験あり．X-2年5月当院関連クリニック受診後，クリニック主治医勤務の当院へ紹介．その後Drが研究室・大学保健センターと連携するが，研究室通えず2年休学．

【CM支援開始後の経過】X（2011）年3月よりCM支援開始．同年4月復学後，服薬アドヒアランス不良だったことと，単身独居・研究室活動・就活の負荷から精神病症状悪化．Help-seeking出来ず．家族へのフォローを継続していたが，本人とはコンタクト取れず，X年8月末家族同伴で外来診察時に当科医療保護入院．入院中CMとの面談を行い，関係作りつつ休学手続き進める．デポ剤導入で症状安定し，11/22 退院．入院中から退院後にかけて個別心理教育を実施．実家で家族と同居・地元医療機関受診しつつ，当科外来でも月1回モニター．X+1年2月より再度上京し単身独居再開．服薬は母がモニター．外来OTに週4回通いつつ，4月より復学し，研究室には週3回程度通学．9月半ばの中間発表に向けて準備中．

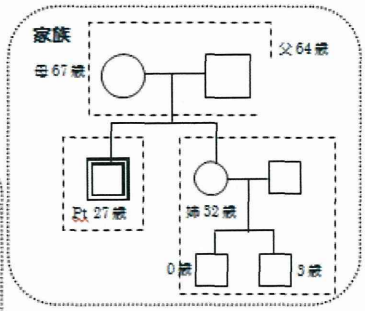
【ケース覚書情報シート】

基本情報
住　所：東京都　　区
医療保険：国保（自立支援 ×）
疾患名：統合失調症（告知:本人）
年金:×　手帳:×

希望（本人・家族）
本人：大学卒業後一般企業に就職
家族：ひとまずは大学卒業
※本人の志向性が見えづらい
大学卒業後の展望が曖昧

住まい
大学より徒歩 5 分の下宿に一人暮らし
両親：　　在住
姉夫婦　　に在住

家族



生育歴：出生時異常なし，発達的な問題は指摘されなかったが，保育園の集団行動で浮いていた（Mo 談）．小学時代は成績良好だったが会話苦手，中学 2 年 2 学期より集中力低下，保健室登校も数学で成績良好．高校地元進学校へ進学，将棋部・数学部，教員の勧めで一浪して　　系へ進学（　　年）．親歴は不明（おそらく無し）

CM 支援開始までの経緯：大学 3 年次（　　年）7 月，神経過敏にてクリニック通院．4 年前期まで卒業研究以外の単位は全て取得するが，4 年次（　　年）研究室配属後 5 月から通学せず休学．　　年 3 月～就活始めるが，「考えが伝わってくる」体験あり．　　年 5 月当院関連クリニック受診後，クリニック主治医勧務の当院へ紹介．その後 Dr が研究室・保健 C と連携するが，研究室通えず 2 年休学．

CM 支援開始後の経過：　　年 3 月より CM 支援開始．同年 4 月復学後，服薬アドヒアランス不良だったことと，単身独居・研究室活動・就活の負荷から精神病症状悪化，Help-seeking 出来ず．家族へのフォローを継続していたが，本人とはコンタクト取れず．1 年 8 月末家族同伴で外来診察時に当科医療保護入院．入院中 CM との面談を行い，関係作りつつ休学手続き進める．デポ剤導入で症状安定し，11/22 退院．入院中から通院例にかけて個別心理教育を実施．実家で家族と同居・地元医療機関受診しつつ，当科外来でも月 1 回モニター．　　年 2 月より再度上京し単身独居再開．服薬は母がモニター，外来 OT に週 4 回通いつつ，4 月より復学し，研究室には週 3 回程度通学．9 月半ばの中間発表に向けて準備中．

1 日の生活

8:00	起床
10:00	OT or 研究室
12:00	昼食
13:00	OT or 研究室
15:00	OT 終了
17:00	帰宅
22:00	就寝

能力
＜ADL＞
・陽性症状がコントロール出来ていれば単身独居継続可能・自炊出来る（頻度不明）
＜対人＞
・穏やか，物静か・やや頑なところあり
・研究室の他メンバーとの付き合いは少ないか？（多くは語らず）・面倒見る人には甘い
・OT 担当（年上女性）とは仲良い
＜学業＞
・複数科目行のタスクが増え，キャパオーバーになっても自分から相談できずに投げ出したくなる

通院・服薬管理状況／通院手段
主治医診察：1/2w, CM 面談：1/2w
通院作業療法：週 4 回（月・水・木・金：AM）
服薬管理：自己管理（母親が毎日メールで確認）
通院手段：徒歩
処方：エビリファイ 6 mg（1T／就寝時）

週間スケジュール

	月	火	水	木	金	土	日
AM	OT	研究	OT	OT	OT	??	??
PM	OT	研究 診察	研究	研究	面談 研究	??	??
夜	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅		

基本的には，自宅・OT・研究室での生活

サービス（区分認定：なし　）
福祉的サービスは受けてない

経済　年金：なし
両親の仕送りで生活．

	支援開始時 2011.3～	働きかけ開始時の仮説 2011.8～	実際のチームの動きと 働きかけ	働きかけの結果・評価 2012.9
見立て	「素直なケース」 大学復学・卒業が目標． アウトリーチと連携で学生生活をサポートしていたが，復学後3か月で本人来院しなくなり実家で再発状態．	入院必要． 入院中にCMと関係再構築し，退院支援と退院後目標設定を行う必要あり． 退院後復学まで地元に一旦戻り，大学復学を見据えて関係を継続させる．チーム内の情報共有を密に．	CMが起点となり家族・主治医・病棟スタッフと情報共有． 医保入院後，本人と関係再構築． 退院後復学まで家族・本人と連絡． 復学後，Dr・外来OT・研究室・教務・家族の情報統合．	3か月で退院後実家へ 地元病院受診＋電話・メール連絡＋月1回診察・面談 復学後，外来OT＋研究室． 教務・研究室と連携し課題を共有．本人とも相談
長期目標	大学復学後，就活しながら卒論を進める	まずは大学卒業． 卒後は東京or地元で就職． 本人の志向が見えづらい	今年度まずは大学卒業を目指し，目の前の課題を1つずつクリアする	現時点では卒論中間発表で一杯だが，卒業後の長期見通しが不十分．
短期目標	一人暮らしを再開し，研究室へ通う． 就職活動よりもまずは卒論を優先させる．	薬物療法で症状コントロール必要． 退院～復学のプラン作り必要． 復学・卒業を目指す方針を共有する	薬物療法について丁寧に話し合う． 退院後プラン確認．地元病院へ紹介，主治医・CMと月1回面談＋連絡継続．復学後卒論作成支援	引き続き大学卒業を目標として継続．卒論中間発表へ向けてレポート・プレゼン作成中．
薬物療法	服薬は自己管理でOK （実際は，服薬自己中断しており症状増悪）	薬物療法管理必要あり． 薬物療法の丁寧な情報提供が必要．	入院中デポ剤導入．副作用への不安で抵抗感強い．CMが服薬の抵抗感を丁寧に聴き，本人と確認しつつ徐々に内服へ置換え．	家族がメールで服薬確認． 再発時を振り返り，効果を再度確認． 服薬の効果は多少実感．
症状コントロール	陽性症状の訴えなし （実際は命令幻聴あり） 就活・卒論同時のキャパオーバーで行動まとまらず再発．	入院時に症状や治療の情報提供が改めて必要． 自分の症状のモニタリングが必要．	入院時より個別心理教育． 退院後行動スケジューリング＋薬物療法で抑うつへ対応． 復学以降，残遺陽性症状にCBT開始	モチベーション低下・抑うつ・副作用について話し合い仕分ける． 残遺陽性症状とストレスの関係への気づきを促す．
家族支援	両親ともに協力的だが，遠方在住． CMとメール・電話連絡．	再発時・入院中の情報共有，退院後の方針共有必要． 家族への情報提供が必要．	引き続きメール・電話・面談で情報を密に共有． 父とも連絡を密にする．	エンゲージメントは強い． 電話やメール・月1回面談での相談継続

【ケースの課題：プランニング・フレームワークより】支援開始当初，エンゲージメントが十分ではなく，服薬の自己中断や隠れた陽性症状を把握できていなかった．本人の長期的な志向性が見出しづらく，大学卒業後の展開が予測しづらい．

【ケース報告を受けて】多施設・多職種によるグループディスカッションを経て，以下の提案が出された．

#1：本人からのアスピレーションの聴取：マジカルクエスチョン（「十分な時間とお金があったら・・・」）等を使い，アスピレーションを語りやすくする働きかけを行う．

#2：教務と連携して就職先の選定を本人と一緒に行う．次年度以降の選択肢を明確にしつつ，本人と共有して意思決定を進めて行く．

#3：生活上のストレスと症状の関連について，本人とともに理解を深める心理教育や認知行動療法的アプローチが必要．医師と密に連携して行う．

#4：リスクマネジメントについて，服薬中断・再発リスクは高い．服薬前後で神経心理検査の成績が顕著に改善しており，検査結果を利用して，本人に服薬の必要性を理解してもらうことが必要．

#5：現時点で継続的にかかわりがある作業療法士から就労に関する情報（スキル等）を得た上で，作業中の活動を用いた働きかけの中から，本人の就労へ向けたストレングスや指向性を掴む．

#6：家族の想いや心配・希望を改めて聴取．特に卒業後の就職へ向けた希望を再度丁寧に聴取する．

【考察】

多施設・多職種によるグループケースカンファレンスを通じて，見えづらいアスピレーション聴取について様々な角度から具体的な働きかけのアイデア・示唆を得ることが出来た．ケース覚書シートを用いることで，コンパクトにケースの置かれた状況をシェアすることが出来た．プランニング・フレームワークを用いることで，ケースカンファレンスで焦点を当てるべき課題が整理でき，今後の具体的なケースへの働きかけにつなげることが出来た．

④ 三重県立こころの医療センター

（報告者）　足立 孝子

【事例】

氏名；　A　　年齢；18歳　　性別；女

主訴；周りのことが気になる、犬が日本語をしゃべる、電車や学校で悪口を言われる

受診に至る経緯；X年2月、高校のスクールカウンセラー（以下S/C）より、「摂食障害の生徒を受診させたい」と紹介される。S/C は入学当初より本人と関わり、エゴグラム、ストレスチェックを実施、箱庭療法を継続していた。主な症状としては、食事を受けつけない、悪口が聞こえる、であったとの事。

X年1月には、S/Cの勧めで心療内科を受診。“うつ病”と診断され、抗うつ薬を処方される。症状が治まらないことから、S/C の紹介で当院受診となる。

診断；活発な幻聴、自我漏えい体験、病的な自制思考を伺わせる空笑 → 統合失調症

経過；抗精神病薬が奏功し、服薬3日目から幻覚はやや軽快。しかし、この頃から、『病院と学校と家族がグルになって、私を正気にさせようとしている。私が正気になったら、自殺するしかない事をみんな知っている。とにかくここにはおれやん。薬も飲まない』と言い、X年3月遁走。警察の捜索の結果、深夜になって遠方で発見され、翌朝、医療保護入院となる。

検討事項；復学のタイミング、家族（母親）支援

X年4月末退院となり、6月より通学練習を開始。隔日、1時間から学校へ行く。