

S/C と 1 対 1 の対応が辛くなり、再度休学に至る。今後の復学プランをどうするか？

両親が不仲になり、現在、別居中。母親の不安定さや過干渉な状況をどのようにフォローしていくか？

**検討結果**；本人のアスピレーションを明確化し、高卒資格が目標であれば、選択肢はたくさんある、と提示する。また、CM が S/C や学校との仲介をもっと積極的にすべきである。家族の状況は、姉を介して情報を得るなど関係回復のための糸口を探れないか。母親の支援、父親の支援をそれぞれ別の支援者がおこなう方法もある。

**今後**にむけて；本人とよく話し合ったところ、高卒認定の取得が最優先とのことであった。CM が週に 2 回、個別学習支援をおこない、高校入試問題に取り組む。その中で、元の高校に復学することは、厳しいとの自覚があり、高卒認定が取れるフリースクールへの転入を提案した。

家族への支援は、これまで CM がすべて抱え込もうとしていたが、事例検討での助言から、多職種における関わりを意識して支援をすすめてきた。母親との関係性も良好になり、自ら家庭内の問題を相談してくれるようになった。

事例検討の中で、家族との関わりを多職種にしてみるなど、新しい視点を享受してもらい、臨床の中に活かすことができた。

#### 4. 考察（総合考察）

##### （1）就労・就学支援のポイント

早期支援における就労・就学支援のポイントは以下であると考ええる。

###### ① 本人のアセスメント

本人のアスピレーション、価値のあり方、ストレングス、過去の経験と今後の希望、周囲の家族、協力者など積極的な関与を元にアセスメントする事が重要であり、支援の基点となるだろう。進学校を決め

るとき、仕事を探すとき、復学・復職するときのタイミングなど支援の場面ごとにそれらアセスメントを行う事が求められるだろう。

###### ② 受け入れ側（教育機関、雇用主、企業）のアセスメント

受け入れ側の組織構造、窓口担当者、専門援助部門、援助ノウハウや経験の有無など、支援の過程で常に情報収集を行い、受け入れ側の構造理解に努めることが必要である。

###### ③ 情報開示

就労・就学支援においては、本人の疾患の情報を誰に、どこまで、どのように伝えるかを本人と家族、主治医も含めて意見調整をする事が必要となってくる。それは一つのケースでも支援過程によって、場面によって違ってくることもあるので注意が求められる。

###### ④ 医療機関と教育機関・企業との連携体制

医療機関と受け入れ側とが「本人のリカバリー」という共通の目標に向かって、協働関係を築くことが理想である。そのためには、状態悪化時の責任の所在はどこか、対応はどうすれば良いのか、相談できる場所はどこか、など受け入れ側の不安を受け止め、そこからエンパワメントする姿勢が支援者には求められるだろう。

###### ⑤ チームによるケースマネジメント

ケースマネジャー、主治医を含む多職種チームでアセスメント、プランニング、インターベンション、モニタリング、エバリュエーションというケースマネジメントの各プロセスを踏んでいく必要があるだろう。そのためには、それを可能にするシステムが支援機関内で構成されていなければいけない。さらに、就労・就学

支援を行うスペシャリストがチーム内に含まれていることが理想である。

## (2) 事例検討の効果

ケースマネジャーにとって、事例検討を行うことの効果は以下にまとめられるだろう。まず、自らの関わりも含めてケースを俯瞰的に見ることができ、振り返りの機会となること。また、新しい視点、価値、アイデアが提供され、具体的な支援プランを複数得る機会ともなること。そして、実践にまつわる苦労や困難を共有することで、エンパワーされる機会となることである。

## 5. 文献

野中猛他「ケア会議の技術」中央法規 2007

野中猛「ケア会議で学ぶ精神保健ケアマネジメント」中央法規 2011

(担当：宮越裕治、石倉習子、山崎修道、前川早苗、朝倉起己、山田純栄)

## 第4 研究

### 早期精神病の就労支援の課題について

#### 1. 目的

本報告の目的は、精神病早期介入サービスに関与する専門家らが考える早期精神病患者の就労支援の課題について明らかにすること。得られた課題を元に早期精神病患者に対する具体的な就労支援方策を提言する事である。

#### 2. 目的及び方法

##### (1) 方法

2012年9月15日～16日東京大学において早期介入ケースマネジメント研修が行われた。グループワークで参加者個人が考える就労支援における課題について、ブレインストーミングを用いたカードワークを行なった。当日の参加者は53名。内訳は医師13名、看護師16名、精神保健福祉士11名、臨床心理士6名、作業療法士7名であった(医師以外のコメディカルの多くはケースマネジャーとして早期支援の実践にあたっている)。全体を6グループにランダムに編成し、グループごとに就労支援についての課題を報告した。

当日回収された就労支援の課題が書かれたポストイット(以下カード)をKJ法を参考に質的統合を試みた。分析は、①ラベルづくり→②グループ編成→③カテゴリー関係図の作成→④ストーリーラインの記述の手順を踏んだ。

#### 3. 結果

得られたカードは156枚であった。以下の記述から《 》を大カテゴリー、【 】を中カテゴリー、〈 〉を小カテゴリー;ラベルとして表記する。

ラベル作りの段階で43枚のラベルを生成した。生成した〈ラベル〉を比較分析しながら、ボトムアップ式にグループ化を図り、《働けないという偏見》、《就労を後押ししてくれない環境》、《症状に注目する医療モデル》、《期待しない専門家》、

《足りない就労支援サービス》、《就労を望む家族》、《低いモチベーション》、《少ない就労経験》、《疾病開示の抵抗感》の9つの《カテゴリー》を生成した(表①)。

生成したカテゴリーを元に早期精神病患者の就労支援の課題は、世間が抱く《働けないという偏見》や《就労を後押ししてくれない環境》という社会的な課題と、支援者が《症状に注目する医療モデル》を持ち続けていることや、精神病患者の就労を《期待しない専門家》、《足りない就労支援サービス》という実践家の課題が外的要因として存在していた。また、本人にとっては家族の過剰な期待が本人の負担として存在することもある。その結果《低いモチベーション》しか持てなくなっていること、若年者ゆえ《少ない就労体験》であること、外的要因から《疾病開示の抵抗感》も生じることなど個人的な要因へとつながり、就労という目標達成が困難な状況を生み出しているという関係図が描かれた(図1)。

#### 4. 考察

本節では結果図を元に、①環境要因、②実践家の課題、③家族の要因、④本人の働きにくさという就労を阻む障壁4側面におけるカテゴリーごとの関連について記述し、障壁に対する方策について考察を加える。

##### ① 環境要因

早期精神病患者の就労支援を阻む環境要因として《働けないという偏見》と《就労を後押ししてくれない環境》が挙げられた。《働けないという偏見》は世間の【働けないという認識】がそもそもあることを指している。〈精神疾患に関する知識のなさ〉ゆえに、精神疾患と言っても様々な病態や障害像があるのだが、世間はそれを分けて考えてくれることはない。早期精神病患者も慢性期の精神障害者も一様に働けないという偏見を持たれがちで、〈就労中断の悪いイメージ〉

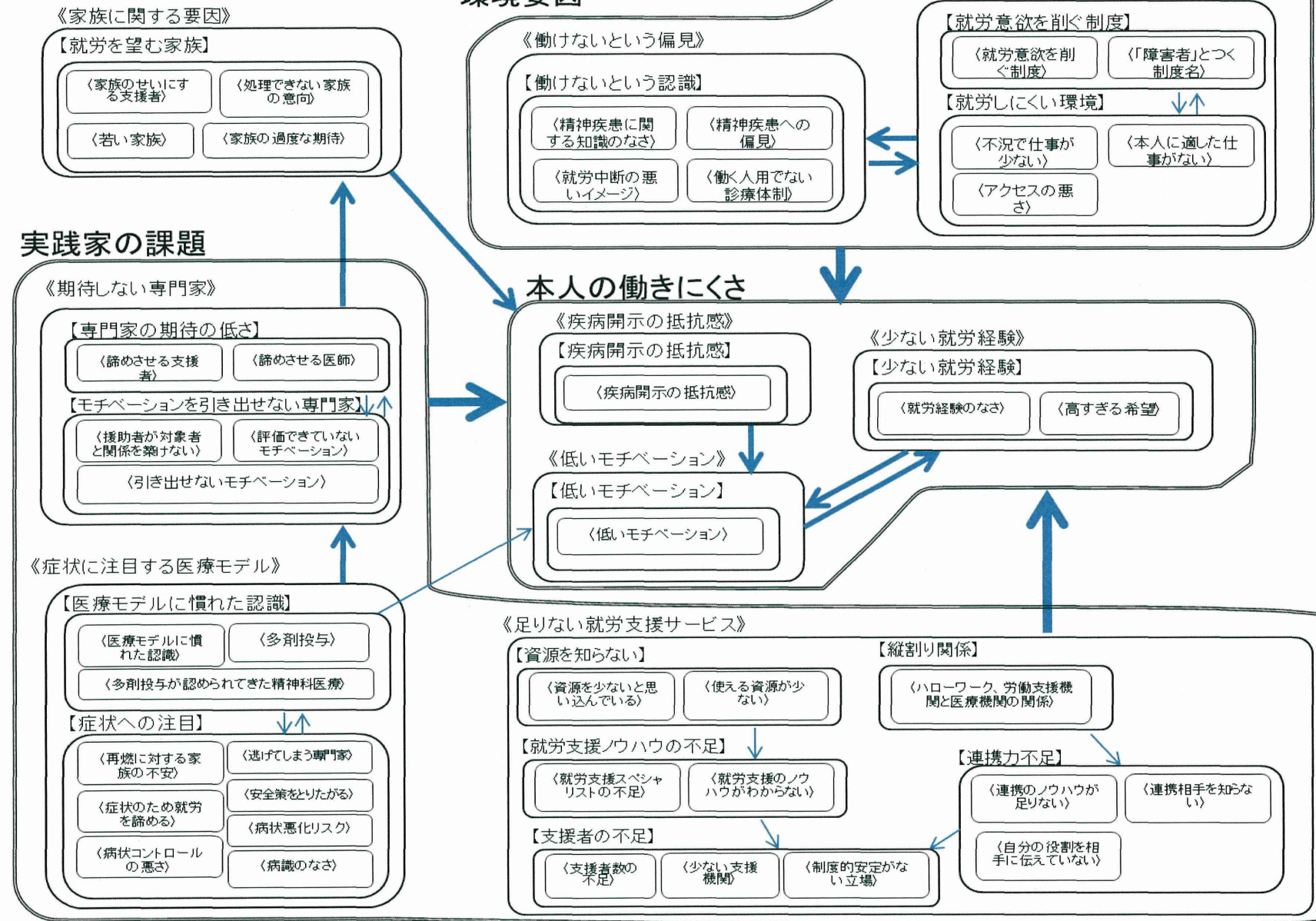
表1 カテゴリーの質的統合		
《大カテゴリー:カテゴリー》	【中カテゴリー:グループ】	〈小カテゴリー:ラベル〉
《働けないという偏見》	【働けないという認識】	〈精神疾患に関する知識のなさ〉
		〈精神疾患への偏見〉
		〈就労中断の悪いイメージ〉
		〈働く人用でない診療体制〉
《就労を後押ししてくれない環境》	【就労意欲を削ぐ制度】	〈就労意欲を削ぐ制度〉 〈「障害者」とつく制度名〉
	【就労しにくい環境】	〈不況で仕事が少ない〉
		〈本人に適した仕事がない〉
		〈アクセスの悪さ〉
《症状に注目する医療モデル》	【医療モデルに慣れた認識】	〈医療モデルに慣れた認識〉 〈多剤投与が認められてきた精神科医療〉 〈多剤投与〉
	【症状への注目】	〈再燃に対する家族の不安〉
		〈逃げてしまう専門家〉
		〈症状のため就労を諦める〉
		〈安全策をとりたがる〉
		〈病状悪化リスク〉
		〈病識のなさ〉
		〈病状コントロールの悪さ〉
		〈援助者が対象者と関係を築けない〉
		〈評価できていないモチベーション〉
〈引き出せないモチベーション〉		
《期待しない専門家》	【モチベーションを引き出せない専門家】	〈評価できていないモチベーション〉 〈引き出せないモチベーション〉
	【専門家の期待の低さ】	〈諦めさせる支援者〉 〈諦めさせる医師〉
《足りない就労支援サービス》	【就労支援ノウハウの不足】	〈就労支援スペシャリストの不足〉 〈就労支援のノウハウがわからない〉
	【連携力不足】	〈連携のノウハウが足りない〉
		〈連携相手を知らない〉
		〈自分の役割を相手に伝えていない〉
	【資源を知らない】	〈資源を少ないと思い込んでいる〉 〈使える資源が少ない〉
	【縦割り関係】	〈ハローワーク、労働支援機関と医療機関の関係〉
【支援者の不足】	〈支援者数の不足〉 〈制度的安定がない立場〉 〈少ない支援機関〉	
《就労を望む家族》	【就労を望む家族】	〈家族のせいにする支援者〉
		〈処理できない家族の意向〉
		〈若い家族〉
		〈家族の過度な期待〉
《低いモチベーション》	【低いモチベーション】	〈低いモチベーション〉
《少ない就労経験》	【少ない就労経験】	〈高すぎる希望〉 〈就労経験のなさ〉
《疾病開示の抵抗感》	【疾病開示の抵抗感】	〈疾病開示の抵抗感〉

が全ての精神障害者のイメージとして捉えられることもある。また、治療しながら就労することを可能にする体制が必要であるにもかかわらず、多くの精神科医療機関は平日の昼間しかやっていない。このような〈働く人用でない診療体制〉も世間の精神障害者は働けないのだという偏見を助長していると言える。

《就労を後押ししてくれない環境》とは、【就労しにくい環境】と【就労意欲を削ぐ制度】という二つの中カテゴリーから形成されている。〈不況で仕事が少なく〉、〈本人にあった仕事がない〉、地域によっては仕事場へのアクセスの手段が確保さ

れないなどの要因が存在する。就労するために障害者福祉制度を利用しようとする、『精神障害者保健福祉手帳』を取得して『障害者職業センター』や『障害者就業・生活支援センター』へ行くこととなる。早期精神病患者にとっては初めての疾病であるがゆえに「自分が障害者」という認識は持ちにくいものであり、抵抗感を示すことが多い。そのような対象者が『障害者』と名のつく制度を利用しようとするだろうか。それがかえって〈就労意欲を削ぐ〉形になってしまうのではないかと危惧される。

図1



こういった環境が持つ障壁をなくすためには、ひとつは「精神疾患は誰もがかかる可能性のある病であること、回復可能な疾患であり、就労も可能であること」を社会へ積極的にPRしていく事が必要である。メディアを使った啓発、それも労働市場、企業等対象を明確にした方法で行うことが必要だろう。一方で、精神保健の項目を義務教育の過程に位置づけるなど教育への働きかけも我が国においては必要なことである。また、就労しにくい環境は障害の有無関係なく、若者全般に言えることでもある。精神障害者の就労支援が、若者の雇用促進事業との連携し、相互補完できるような取り組みが望まれる。

## ② 実践家の課題

実践家に関する就労支援の課題は《症状に注目する医療モデル》、《期待しない専門家》、《足りない就労支援サービス》に統合化された。

《症状に注目する医療モデル》についてであるが、精神医療では従来医療モデルが主流であり、症状に注目されがちであった。就労や社会参加が本人の負荷となり、症状を悪化させるものとされ、安定している状態を保ちたいが故、リスクを避けるという意味で支援者自身が対象者の就労を期待しないということが現実として存在していた。【専門家の期待の低さ】は「症状があるから就労はしなくてよい」「仕事をしなくても暮らしていける」と本人に告げてしまう支援者、医者が存在するという現実を指している。それが《期待しない専門家》である。そこには対象者と関係を気づくことができず、本人の働きたいというモチベーションを引き出せていないという支援者側の能力的課題も含まれている。

一方、実践家の課題として、就労支援サービス自体が不足しているという声も多かった。就労支援の資源を知らないということに始まり、就労支援のノウハウが支援者側に不足している。また、支援機関がハローワーク、就業生活支援センター、医療機関などと【縦割りの関係】になっており、お互いがお互いのことを知らなかったり、相手に自分のことを伝えていなかったりと【連携力が不足】している。その結果、支援者が不足しており、制度的に安定する立場もないことから、就労支援のスペシャリストなどはわが国では標準化していない。

早期精神病ではメジャーロールセラピーという考え方があり、症状を持ちながらも就業や就学が可能となることに価値があるとされている。心理・社会モデルに基づいた考え方であり、従来の医療モデルの枠組みで考えると、いつまでたっても就労支援が促進されない。まずは実践家の意識変革が必要である。そのためには、従来の医療モデル以外の考えを持ち、回復や個人個人の潜在的能力に対して、楽観的な態度を取るスタッフを雇用することも有効だろう。

また、個別就労支援（IPS）などのエビデンスが示されている就労支援の方法についての研修を我が国の実践家対象に行うこと、そして、我が国でIPSによる就労支援を行い効果を検証することが今後必要となってくるだろう。

さらに、本人の就労へのモチベーションを引き出すために必要な方策は積極的なケースマネジメントであろう。担当のケースマネージャーが存在なくしては、対象者の評価、アスピレーションを引き出すことは困難であろう。しかし、我が国においては、早期精神病に対するケースマネジメントによる支援が試行的に実施されている段階であり、制度的にそれが可能となる体制が求められている。

もうひとつの実践家の課題として現れてきた《足りない就労支援サービス》であるが、この中には実際に支援が不足しているという側面と、支援方法は存在するが実践家がそれを知らないから活用できない、就労支援セクションと医療機関が連携できていないことから有効に活用されないなど、不足しているように見えて実際には活用されていないだけという面の両面が確認された。この課題に対しては、就労支援機関と医療機関それぞれの実践家をつなぐシステムが必要である。慢性期の精神障害者の就労支援の一貫で、地域自立支援協議会で医療保健福祉専門職に加えハローワークなど労働行政担当者、企業や市場など雇用主の立場等で構成された雇用部会が組織されている地域もある。そういった組織を早期精神病の支援に活用することや、新たに地域に早期支援の就労支援ネットワークを構築していく方法も考えられる。また、医療機関の中に就労支援を専門に行う就労支援の専門家（スペシャリスト）を配置し、対象者個人だけでなく、様々な機関へアウトリーチし、就労機関と医療機関の連携を促進するよう機能さ

せるという方法も考えられる。いずれの方法にしても、地域や行政を巻き込んだメゾからマクロの介入が必要になるだろう。

### ③ 家族に関する要因

家族に関する要因に関するラベルは他のカテゴリーに含まれることなく最後まで独立していた。カードから読み取れた意見は、早期精神病は家族にとっては初めての病気であるが故、先のことを心配することや、過度な期待を本人に敷いてしまうことがあること。それらが、結果として本人のプレッシャーになってしまうこともあることが読み取れた。

家族の要因が独立して残ったということは、早期精神病の就労において家族は重要な要素であるということだと考えられる。精神病早期介入において、家族支援は重要な位置を絞める。家族介入が再発率や社会的機能の改善、全体の治療費の減少に影響することが海外の実践からエビデンスとして示唆されていることから、就労においても同様に影響することが考えられる。家族の思いは、就労の障壁にもなれば、就労を促進するものにもなるだろう。専門家は家族の思いを、本人の就労を促進する要因となるよう支援していかなくてはいけないことがこの結果からも考えられる。

### ④ 本人の働きにくさ

本人の働きにくさとして、若年者であるが故の《少ない就労経験》。《精神病患者は働けないという周囲の偏見》や従来の医療モデルに固執している《専門家の低い期待》などから、モチベーションが発揮されにくくなっている。そのため就労経験も蓄積されないし、モチベーションも低下するという悪循環が生まれているのではないかと考えられた。また、就労ができて偏見があるために《疾病開示の抵抗感》を伴い疾病が開示できず、必要な支援が受けられず就労継続が難しくなっているということも確認された。

関係図からも分かるように、本人の抱える働きにくさは環境や実践家の課題、家族の思いに影響された結果生じるものでもあることがわかる。そのために、まずは今まで考察してきたような本人を取り囲む環境や実践家らの意識を変革していく事が必要である。その上で本人を支援するために有効な方策としてはやはり個別のケースマネジメントを通じた支援であろう。働

くモチベーションが見いだせなかったり、自身が持てなかったりすることは、認知機能障害、陽性症状、陰性症状など本人の抱える症状が影響していることも考えられる。就労がケアプランに明確に位置づけられていることと、ほかの人が同じような状況でどのような対処をしているか学習する機会を持ってもらう事が、就労へのチャレンジを促進する可能性があるだろう。また、症状やその背景にある不良な認知に対しては、個別の認知行動療法も有効であろう。

## 5. おわりに

精神病早期介入サービスに関与する実践家が考える就労支援を行う上での障壁は環境要因、実践家の課題、家族に関する要因、そして本人の働きにくさという4側面からなり、本人の働きにくさはほかの要素が関係して、最終的に影響を受けるものであるのではないかと示唆された。それら、就労支援の障壁を緩和するために、まずは本人を取り囲む社会の意識変革、実践家らの意識変革を行うというメゾからマクロの介入を行うこと。ミクロの介入としては、ケースマネジメントを行い、就労をケア計画に位置づけ、認知行動療法、家族支援、IPSなど早期支援で重要とされている技術を効果的に活用することが望まれる。今後我が国においては早期精神病患者の就労支援が効果的に行われるためには、介入対象となる障壁を明確にし、それぞれに応じた次元の働きかけを検討し実践すること。そして、その中から有用なエビデンスを蓄積していくことが必要である。

## 6. 文献

- 1) ポール・フレンチ, ジョー・スミス他著/岡崎 祐士・笠井清登訳 (2011). 精神病早期介入 - 回復のための実践マニュアル. 日本評論社.
- 2) 川喜田二郎 (1967). 発想法. 中公新書. 東京.
- 3) 川喜田二郎 (1970). 続発想法. 中公新書. 東京.
- 4) 厚生労働省 (2008) 「身体障害者、知的障害者及び精神障害者就業実態調査の調査結果について」  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/01/d1/h0118-2a.pdf> 2012/11/30  
(担当：宮越裕治、朝倉起己、中村泰久、山田純栄、石倉習子)

## 第5研究

### 早期精神病患者のケースマネジメントにおける就労就学支援技術

#### —早期介入支援実践者へのヒアリングから—

##### 1. 目的と背景

現在の医療・保健・福祉制度や従来の精神病患者に対する知識、概念、印象のままで、早期精神病患者の就学支援および就労支援を行うには、いくつかの困難さがある。そのうち制度面の変化は政治的判断を待たねばならず、早期精神病患者における就労就学支援の知識、概念、医療従事者らがもつ印象は、先進的な取り組みにより、変わりつつある。今後ますます実践報告や臨床研究によって、支援内容や支援者の姿勢はより望ましい方向へ変わっていくだろう。この変化をさらに促進するためには、実践者が得た経験値を集積し、早期精神病患者への就労就学支援技術の構築が求められると考えている。

今回、先駆的な取り組みをしている早期介入実践者たちへのヒアリングの機会を得た。彼らに、現時点での就労就学支援の知識や意識、実践から得られた課題と支援技術等のヒアリングを行うことで、早期精神病患者へのケースマネジメントにおける就労就学支援技術の整理を試みたいと思う。

##### 2. 方法

ヒアリング調査は、2012年6月～9月の間に、4施設3回行われた。ヒアリング対象者はすべて早期精神病患者への早期介入を実践しており、大半がケースマネジメントの役割も担っていた。また、本研究の内容を理解し協力を承諾した者であった。調査施設

###### 松沢病院 WAKABA

日時：2012/6/7

ヒアリング対象者数4名、オブザーバー1名

###### 東京大学医学部付属病院

日時：2012/6/7

ヒアリング対象者数4名、オブザーバー1名  
ささがわ通り心・身クリニック早期リハビリテーションコース

日時：2012/8/7

ヒアリング対象者数5名

###### 三重県立こころの医療センターYMSC-MIE

日時：2012/9/11

ヒアリング対象者数4名

早期介入実践者らに集まっていたき、支援内容の概要を述べていただいてから、早期精神病患者への就労就学支援についてのヒアリングを行った。ヒアリング内容は、就労就学支援の具体的な課題、事例に基づく支援技術、従来の就労就学支援と早期精神病患者へのそれとの共通点、相違点についてであった。内容はインタビュアーにより、ホワイトボード上にまとめられ、また、会話内容は録音し記録された。

記録を、施設概要、アセスメント・課題遂行プランニングのポイントに整理し、ケースマネジメントにおける就労就学支援技術としてまとめた。加えて、今回得られた情報から、早期精神病患者への就労就学支援の課題と指針も付け加えた。

##### 3. 結果

###### 1) 施設の概要

###### 松沢病院 WAKABA

- ・対象者の年齢  
15歳～25歳。中心対象者層は15歳～19歳。
- ・対象者の障害領域  
主に精神病圏。
- ・支援の方法  
基本的はアウトリーチ。
- ・支援者の名称  
ケアコーディネーター。
- ・支援者の構成  
計4名、看護師（専任、常勤）1名、CP（専任、非常勤16日/月）2名、ケースワーカー（専任、非常勤16日/月）1名。
- ・ヒアリング時での対象者数（登録数）40名。
- ・就労支援は12/40名。  
主な支援内容：  
仕事のイメージづくり、作業のアセスメント、飯田橋ヤングコーナーの利用、履歴書を一緒に書く、作業所を探すなど。  
就職活動中の者が4名、就職継続中の者が1名。
- ・就学支援は24/40名。  
主な支援内容：  
勉強のサポート、教師（中学、高校、大学）との連携、自立支援法を利用し、ヘルパーに通学の援助を依頼も行う。
- ・4/40名は中断。
- ・手帳取得者は2/40名。
- ・費用は「訪問看護」で算定している。



東京大学医学部付属病院 外来

- 対象者数：4名  
費用は研究費を利用（健康保険などは使用していない）している。

ささがわ通り心・身クリニック 早期リハビリテーションコース

- 対象者の年齢  
14歳～57歳（57歳は外れ値）、中心は20代～30代前半。
- 対象者の障害領域  
主に精神病圏、統合失調症が多い。
- 対象者の確認  
対象者らの大半はDCを利用。早期精神病患者のためだけのDCではないが、医療法人内でDCの機能分類をしており、若い世代が当該施設を使用し、比較的、年齢が高い方は“ひながDC青いとり”を利用されている。
- 支援の方法  
個別対応、DCのプログラム「プレワーク」を使用している。  
疾患に関すること、コミュニケーションに関することは、プログラム「プレワーク」に限らずDC全体で提供している。治療・医療・生活支援を担っているが、その一部として、就労就学支援も実施している。
- 支援者の構成  
常勤6名、内訳は、Ns(3), CP(1), PSW(1), OTR(1), OTRのみ個別担当なし。
- 対象者数  
DC登録者数は約100名/月。男女比は1:1。
- 支援の流れ  
DC見学→登録→利用目標の明示・共有化→個別対応・プログラムの実施→振り返り→利用目標の再評価を繰り返す。
- 担当者数（個別対応者数）  
常勤スタッフ1人あたり約20人。下記に、スタッフ4名の担当対象者数を示す。

	就労支援		就学支援	
	全体	FEP	全体	FEP
A	13	4 (1)	3	2
B	11	6 (1)	2	1
C	11	5 (2)	5	3
D	11	8 (1)	0	0

数字は人数を示す。FEPは早期精神病患者の略。（ ）はFEPのうち、入院経験がある対象者数を示す。

- 就労支援件のべ数33件（H23）  
一般就労件数28件（正規8件、非正規20件）  
障害者雇用件数5件（正規2件、非正規3件）  
復職支援件数8件（正規8件）
- 就学支援件のべ数12件（H23）  
就学支援1件（大学進学）  
復学通学支援11件  
職業訓練（ヘルパー2級、金属溶接等）4名

DCのプログラムや個別対応を介し、直接的な対象者に対する支援が中心になる。

「医療と統合された援助付き雇用モデル」と「医療と統合された職業準備性モデル」の中間。  
スタッフの仕事のうち、20%～30%ぐらいが個別対応（ケースマネジメント）をしている。  
毎日前日のプログラムの振り返り、申し送りを8:30～9:30に行う。その中で前日のプログラムの報告と、対象者の様子を含めて報告し共有する。個別相談の内容もタイムリーにミーティングで共有するので、どの対象者がどういうことをしたいかということスタッフ全員把握している。

アウトリーチは基本していない。就労継続A型事業所の見学同行訪問はある。

四日市障害者就業・継続支援センタープラウに登録しているメンバーであれば、そこと連携し、情報交換を行う。

三重県立こころの医療センターYMSC-MIE

- 対象者の年齢  
中学生～青年期。中心対象者層は16歳～17歳。
- 対象者の障害領域  
主に精神病圏。
- 支援の方法  
診察への同席、個別面談、電話相談、アウトリーチ（同行支援含む）、OT（集団・個別）など院内の従来の治療/リハビリのリソースを対象者のニーズに合わせて活用、可能なアウトリー

チは「精神科訪問看護」を適用している。

- ・ 支援者の名称  
ケースマネージャー。
- ・ 支援者の構成  
計 10 名。  
内訳は、看護師（専任、常勤）1 名、PSW（専任、非常勤）2 名、CP、PSW、OT2 名、Ns3 名、薬剤師（兼任、常勤）。
- ・ 対象者  
手帳取得者は 1 割程度。  
自立支援医療の活用率は高い。
- ・ 費用は、精神療法（心理）、作業療法、訪問看護で算定できるものはする。しかし、医療算定できない支援の方が多い。

#### 《就労支援》

対象者の年齢から、就労支援数は少ない。

主な支援内容

若者サポートステーション、ハローワーク、就労継続、支援 A 型事業所などの利用、同行支援（特に初回）、ボランティアへの導入（就労のイメージにつながる）、OT プログラム（集団）。

#### 《就学支援》

対象者の年齢層から、就学支援ケースは多い。

主な支援内容

直接介入：

進路について現実的に希望と現実を整理していく（例えば、土俵に乗せる作業が多い）、履修登録同行、面接のロールプレイ、勉強のサポート（OT の中で）、単位取得に向けた具体的な助言（欠席猶予日数の計算）など。

間接介入：

主に、家族支援である。

進路について家族間の意見が一致していないとき（意見調整、調整に向かうためのアシスト）、  
・ 教師（中学、高校、大学）との連携にはリカバリーシートで本人に了解を取っている。

#### 2) アセスメント・課題遂行プランニングのポイント 松沢病院 WAKABA および東京大学医学部付属病院

- ・ 早期支援の対象者の確認  
病初期、精神症状を呈してから 5 年以内、いわゆる臨界期にある者。

#### ・ 就労支援の定義

職業リハビリテーションにおける「早期」。

就学支援および就労支援の一環としての「学生キャリア支援」と「疾患管理」。

早期精神病への就学就労支援者≒キャリアカウンセラー。

#### ・ 苦労した、困ったこと、

特に就学支援（対象者の年齢が若い）では家族との話し合いが必要である。家族の意思で急に支援を絶つことがあるので注意が必要である。

他施設の専門職との連携でどちらがイニシアティブをとるかで困ったことがある。

主治医の方針とコーディネーターの支援の方向性を一致させるのに、説明に苦労した。

#### ・ 就労就学支援のポイント

共通点

個別相談および連携（家族・教師・会社の担当者）が基盤にある。

相違点

就学：

連携先には開示しやすい。

学校へのアプローチは比較的やりやすい。

教員はコーディネーターを歓迎し、協力体制を整える姿勢がある。

学校などに訪問しやすいので、対象者が困っている現象の確認がしやすい、評価しやすい、連携先の教員と密な情報交換ができる。

就労：

連携先に開示できないこともある。

訪問しにくいので、困っている現象が把握しにくい。アセスメントもしにくい。

アプローチのしやすさは連携先（会社や授業所）によって大きく異なる。

経済状況が厳しい中、会社に支援体制を整える余裕がない場合もある。早期支援の対象者は、若年層だから、やりながら方向性を探ることが多い。

就職活動、就職継続に分けられる。

#### ・ 就労就学支援の技術

早い段階で対象者、家族だけでなく、対象者にとって重要な役割を持つ協力者（学校の教員、会社の担当者、他施設機関の専門職）と直接会って話しておく。

担当した時の状態を点で見るのではなく、時間

軸線上にその状態をおく(キャリア支援の技術)、  
 アスピレーション(モデルの提示)の利用。  
 ケースの蓄積、幅広いモデルを得る。  
 Activeに聴くことが大切である。  
 早期支援の対象者や家族は相談することをしない傾向があるため、こちらから、聞いていくことが肝要である。  
 支援者の想像力、支援者が多様な予測ができるかが重要である。  
 コーディネーターがすべてやろうとしない方がよい。

さがわ通り心・身クリニック 早期リハビリテーションコース

・早期支援の対象者の確認

対象を臨界期等の概念に従った早期精神病者に限ってはいない。DC利用者のなかで、目標に就労就学が挙げられたら、支援対象者となる。

ニーズと現状

生活の様子 } を個別対応、プレワーク(就労・準備性) } チェック表等)で確認する。

DCスタッフで随時情報の共有。

個別対応(ケースマネジメント)だけでなく、プログラムを介して得られた情報や評価も支援に使用している。

・具体的な支援内容

履歴書、面接の練習、想定問答。  
 困ったときどうするかプラン。  
 就労のイメージ作り、どのような仕事があるのかを考える。  
 ハローワークの利用について伝え、考える。  
 どのような条件で働くのか、今の自分はどれぐらいできそうかを一緒に考える。  
 就労準備のピラミッドを使って確認する。  
 対人技能、チェック表、体調悪くなった時の乗り越え方の表を作る。  
 悪化のサインを作り、そうなった時の対処法、注意を書いてもらったりもする。  
 トレーニング的な色合いはなくケア的な対応を心掛けている。

・対象者が早期精神病である場合

すべてが、クローズではない。ケースそれぞれによって異なる。  
 作業所は就労のゴールではない。最低賃金以上の仕事をゴールとする。

対象者がめざす“働く”イメージは、“正社員、パート、普通の会社で働く”である。  
 本人への直接支援が主である。  
 障害者就業・生活支援センターと連携し雇用主に働きかけることもある。  
 休職者の復職過程で雇用主との直接やりとり(面接など)もある。  
 一般就労のイメージが乏しいことが多い。  
 就労未経験者が多い。  
 一般的な若者と同じ。対象者らは仕事して結婚して家庭を持って・・・と考える。  
 入院経験がない、あったとしても短い。

・対象者が長期および再発を経験した者の場合  
 DCに通うことで状態を安定させていることが多い。

DCを卒業するのが困難な人たちもいる。

“働く”のイメージは、作業所、福祉的就労を指すこともしばしばである。

長期間、就労経験をしていない。入院期間が長く、その機会がなかった人が多い。

病状が安定せず、就労機会がなかった傾向がある。

働いた経験があっても、難しかった経験として語られることが多い。

入院期間が長く、入退院回数が多い。

・連携先やアウトリーチ先との協力

対象者の仕事が続かない・やめる時のパターンを分析して法則化し、先方に伝える。

もし、対象者や周囲(家族、連携先、アウトリーチ先)で、困ったことが生じた場合、いままで、しばしば同じ現象が生じているので、解決の方法を身に着けたり、その機会を、対処方法の練習に利用する。

連携やアウトリーチ施設のスタッフに“対象者はどうしたいと思っているのか”という思いも代わりに伝える。

主治医が他の病院の場合、主治医にDCでの様子を簡単な書面にして、2~3ヶ月に1回渡している。内容は、出席率、出席状況、参加プログラムとそこでの作業能力(アセスメント)、DC内での対人スキルの話、様子スタッフ評価である。内容は、本人に見てもらってから主治医に伝える。なるべく、伝達は対象者自身で行ってもらおう。いつも個別対応の中で話しているので内容の齟齬はない。

対象者の情報は、基本、対象者自身を介して得ることを重視する。

早期の人の場合ほとんどの人が就労就学の相談を家族ともしている。

親世代も若いので、対象者の背景因子として経済的に困窮してないことが多い。

・就労就学支援の技術

当事者のやりたい気持ちを妨げない。

「やってみたい」と何かしらの言動で表現したら、求められる・必要となると思われる個別的な対応を行い、プログラムを利用する。

やりたいと希望したら、止めないようにする。行ってみてやれることや今はできないことが分かる。ただし、危険回避、情報提供、相談先確保はしておく。

就労だけでなく支援をしている。就労は生活の一部としてとらえる。

仕事そのものよりも、仕事に行く本人をどのように支えるかが重要である。

ご本人が自分をどのように捉えて、どのようにやっていきたいかを重要視する。

DC、心理、作業療法やケースマネジメント担当者で行ったロールプレイなどで経験したことを対象者は社会で応用させる力があることをスタッフが理解する。

就労という目的を念頭におき、疾病管理、人間関係のスキルなどを自分でチェックすると何が弱いのが分かるし、ここまではできているが何が苦手なのかが分かる。その結果、集中力を試せるプログラムなどを進め、実行する。

現実的なキャリアプランを支える。例えば、一般就労が続かない場合は、A型事業所などを利用する。

休職中の対象者については、うまくいかなかったこと、休職に至ってしまった経過を振り返り、次にどうするかを共に考える。

復職するという人には、まず、対象者との面談を行い、彼らのDCでの様子や課題への取り組みを会社の人や病院に来た際に、主治医、スタッフ、家族や対象者に具体的に話をする。

平日は一般就労をしている対象者は、仕事が休みの時にデイケアを利用してもらい、仕事での話を聞く。

メンバーはDCと社会を使い分けていることを知っておく。(DCで甘く優しい対応をされていても、対象者は就労したらその場面その職場で適応して順応してやっている、厳しい言葉や経験も仕事して割り切ることもできていそう)。DCなどの医療機関の利用は、メンバー同士で

の情報交換もあり、互いを支えあう場としても機能する。

三重県立こころの医療センターYMSC-MIE

・早期支援の対象者の確認

病初期。

・意識していること

対象者の希望、目標志向のプランを立てる、彼らの今までの経験なども含めてアセスメントをする。家族の希望も確認する。

対象者の希望へつながる機能を彼らが有しているかどうか、地域・院内資源のリソースでのアセスメントも同時に行っている。

家族支援は常に適宜行う。初発のケースが多いので、疾患教育は重点的に行う。家族の不安軽減をどれだけ出来るかを意識する。家族面接に時間をかける。

積極的な姿勢が必要である。支援希求性があっても対象者や家族は、自ら言わないが多く、担当者が困っていないかと声をかけることを待っている。積極的介入・支援が重要である。こちらが待っていては、支援が停滞してしまうこともある。

ケースマネジメントを意識している。ケースにとって必要な支援が、適切な支援者から提供されているかをモニタリングする。担当者が全ての支援の担い手となるのではなく、支援が提供されているか、既存のニーズが新たなニーズに変化していないか、把握することに責任を持つ。

・就学・就労支援のポイント

共通点

個別相談および連携(家族・教師・会社の担当者)が基盤にある。

相違点

就学:

学校との連携では、学校の支援体制で判断するのではなく、本人に合わせて動く。

学校⇄本人⇄家族とで齟齬が生じている場合、現場での情報収集、アセスメントのためなど医療側でニーズを判断し訪問する。明らかに学校が困っている場合は、来てもらう方が合理的。最も情報が豊富なのは学校であるが、学校は、判断を医療(医師)に求める傾向がある。

症状にあわせて学級内の席の配置を配慮してもらう。学校によって出席日数、単位の配慮が可能なこともあり、検討可能な場合がある。

就労：

長期の訓練期間を設定するよりも、実践しながらの方が良い。表情、姿勢、声に成果が現れてくると感じる。

やりながら方向性を探る。

DC や作業所へつなげるなど従来の支援モデル（慢性モデル）ではなく、本人の希望に沿ってやってみる。

ボランティアで社会に役立つ経験をしてもらったこともある。働くイメージに役立った。

- ・ 苦労した、困ったこと、  
チーム内の意志統一、院内調整。  
高等学校は単位取得に融通が利かせられない。  
中学校、大学は高校と比べると融通が利く場合がある。

担当者がすべて一人でしようとする、燃え尽きてしまい、アパシー状態になることもある。

- ・ 就労就学支援の技術  
早期介入支援の理念をケースマネジメント担当者自身が常に確認する。

支援チームの方針を一致させる。担当者の調整不足や主治医が医療モデルでの方針を打ち出すこともあるので、特に留意する。

院内、地域において、早期支援の理解が得られるように努める。

「本人が希望するのであれば、とにかくやってみよう！やれるための方法を考えよう！」の姿勢が必要である。

はじめは不安だったが、ケースを蓄積する中で早期介入の姿勢でいることに自信がついてきた、という成功体験を確認し、共有する。

手帳、年金などのサービスは、ケースの経済状況、家族状況、それらサービスについての対象者や家族と認識する。支援を利用することで想定される認識の変化などを細かくアセスメントし、利用するかしないかを定める。安易に使うことを勧めると混乱を招くこともある。

### 3) ケースマネジメントにおける

#### 就労就学支援技術のまとめ

##### (1) 対象者の特徴

20歳前後が中心対象者層である。

疾患は、精神病圏内であることが多い。

入院経験がないことが多い。

精神障害者手帳や障害年金は利用しない傾向。

就労経験がないもしくは乏しいため就労イメー

ジが乏しい。

##### (2) スタッフ配置

常勤専任はまれであり、大半は兼任であることが多い。職種は看護師が最も多く、次いで、精神保健福祉士および臨床心理士であった。作業療法士でケースマネジメントを行っている者は少数であった。

##### (3) 担当対象者数

専任兼任、常勤非常勤の違いにより担当対象者数は異なる。専任常勤の場合 10～20 名、兼任非常勤の場合は数名であった。

##### (4) 算定

医療算定できない支援内容が多いが、もともと算定可能な種目は、精神科訪問看護であった。その他、可能ならば、「精神療法(心理)」「作業療法」を使用していた。DC 利用者のなかで、早期介入支援を受けている対象者もいた。また、研究費を使用し算定そのものをしていない施設もあった。

##### (5) 支援内容

健康管理および生活管理という基盤支援は共通だが、支援対象者の年齢が 20 歳以下の場合は就学支援が、20 歳前半以降は就労支援が中心になる傾向があった。支援においては、基本個別対応であり、他施設、他機関との連携が基盤にある。

就労：

- ・ 対象者および家族への面談。
- ・ 電話相談。
- ・ 就労のイメージ作り（どのような仕事があるかを考える、イメージ作りを兼ねたボランティアへの導入など）。
- ・ 就労能力に則した具体的な就労条件を確認する。
- ・ 作業遂行能力のアセスメントをする。
- ・ 対人技能、チェック表など、周到に必要な能力のチェックを一緒にする。
- ・ 体調悪くなった時の乗り越え方の表を作る。困ったときの対処プラン、悪化のサイン表を作り、そうなった時の対処法、注意を一緒に検討する。
- ・ 履歴書作成の援助。
- ・ 就職試験面接の相当問答やロールプレイ。
- ・ 心理面接、OT（集団・個別）、DC プログラムなど院内の従来の治療/リハビリのリソースを対象者のニーズに合わせて活用する。
- ・ アウトリーチ。

- ・職場との連携.
- ・対象者の状態や特性を職場上司に説明する.
- ・若者支援制度（若者サポートステーション飯田橋ヤングコーナーなど）を利用する.
- ・一般の就労支援制度や施設（ハローワークなど）を利用する.
- ・支援 A 型事業所，作業所を利用する.
- ・就職活動支援と就職継続支援とがある.

#### 就学：

- ・対象者および家族への面談.
- ・電話相談.
- ・勉学サポート.
- ・通学サポート.
- ・学校との連携.
- ・アウトリーチ.
- ・診察への同席.
- ・進路について現実的に希望と現実を整理する.
- ・履修登録同行.
- ・単位取得に向けた具体的な助言（欠席猶予日数の計算等）.
- ・学校内活動のロールプレイ.
- ・心理面接，OT（集団・個別），DC プログラムなど院内の従来の治療/リハビリのリソースを対象者のニーズに合わせて活用.
- ・家族支援：進路について家族間の意見が一致していないときは，意見調整，調整に向かうためのアシストを行う.
- ・進学活動支援と学校生活継続支援がある.

#### (6) 支援の共通留意点

- ・本人の希望や希望に添った支援計画を立てる.
- ・対象者自身が自分をどのように捉えているのか，どのようにやっていきたいかを確認する.
- ・家族の希望も確認する.
- ・連携構築が支援の基盤であり，ケースマネジメント担当者の連携調整が支援を成功に導く.
- ・連携先の支援体制で判断せず，対象者の希望や状態に合わせて活動をする.
- ・就労就学を支えるため，疾病管理や生活機能も考慮する.
- ・主治医とケースマネジメント側の支援の方向性を一致させる．一致していない場合は調整.
- ・他施設および機関連携においては，互いの役割分担を明確にする.
- ・初めて精神病になった対象者や家族の不安は大きい．疾患教育は丁寧に行う.
- ・家族の不安軽減は対象者の利益になる.

- ・手帳や年金などの社会保障の利用は安易に勧めない.
- ・対象者に就労就学モデルを提示する.
- ・連携やアウトリーチ施設のスタッフに本人はどうしたいと思っているのかという思いも代わりに伝える.

#### (7) 就労支援の留意点

- ・オープン（開示）やクローズド（非開示）によって支援の進め方が大きく異なる.
- ・一般就労においては，クローズドを希望する対象者が多い.
- ・対象者がクローズドを希望した場合，職場との連携が構築しにくく，就労能力評価もしにくくなる.
- ・作業所などは就労のゴールではない．最低賃金以上で，対象者が自分の仕事内容に満足し，継続できることがゴールである.
- ・対象者らの働くイメージは，一般企業で働くことであり，作業所や福祉工場を利用しても，それは通過点である.
- ・経済状況が厳しいため，会社内の支援体制に余裕がない場合が多い.
- ・会社は，対象者が病や障害があるなしではなく，賃金に見合った労働をしてくれることを求めている．会社としては，生産性のある者であれば良いと考えてくれる場合が多い．急に休むことをしない，任せられた責任を果たしてくれれば，病や障害があっても受け入れてくれる傾向がある．疾患管理を含めた生活機能が適応水準を満たしていることが就労を支えてくれる.
- ・長期の訓練期間を設けるよりも，実践しながら随時フィードバックをする方が合理的かつ効果的である.

#### (8) 就学支援の留意点

- ・状態開示がしやすいので，クローズドの場合の就労支援と比べれば，連携先（学校，教師）へのアプローチはしやすい.
- ・学校側は，対象者がケアマネジメント支援を受けること，その担当者との協力体制を歓迎してくれる場合が多い.
- ・訪問しやすいので，対象者の機能，能力，困っていることが実際の場面からアセスメントできる．教員との連携もしやすいため，情報交換ができ，なおさらアセスメントがしやすい.
- ・対象者の年齢が若い場合，家族の意思で急に支援を絶つこともあり，本人と同等ぐらいに家族

の希望や話し合いが必要である。

- ・対象者が若く、親世代も若いため、経済的に困窮していないことが多い。
- ・学校、本人、家族とで齟齬が生じている場合は訪問をして、現場での情報収集、アセスメントを行い、調整をする。
- ・学校へ具体的な要望をすると検討してもらいやすい。
- ・最も情報が豊富なのは学校であるが、学校は判断を医療(医師)に求める傾向がある。

#### (9) 就労就学支援のコツや基本姿勢

- ・支援者は想像力を豊かにし、支援者が多様な予測ができるようにしておく。
- ・担当者は、支援の初期に対象者にとって重要な役割を持つ協力者と直接会っておくほうがいい。
- ・施設内スタッフ間の連携も必要である。対象者の希望、目標、現状、相談の内容などの情報を随時共有する。
- ・担当した時の状態を点で見るのではなく、時間軸線上にその状態をおく。
- ・早期支援の対象者や家族は自発的に相談することをしない傾向があるため、こちらから、聞いていくことが肝要である。
- ・積極的な姿勢をもつ。潜在的に支援希求がある対象者や家族がいる。積極的介入し支援を実行する。
- ・ケースマネジメント担当者がすべてやろうとしない。
- ・ケースマネジメント担当者は、対象者に支援が提供されているか、既存のニーズが新たなニーズへと変化していないか、常に把握することに責任を持つ。
- ・連携先との情報交換の内容においては、対象者が理解していることが重要である。そのため、常に、その内容（アセスメント内容、プログラム参加状況、作業遂行能力や対人交流能力の変化等）は対象者と話し合う。
- ・対象者がやりたいと希望したら、止めない。ただし、危険回避、情報提供、相談先確保をする。
- ・具体的現実的に考え、対象者に伝える。
- ・当事者同士の交流や情報交換の場を用意すると、就労イメージが具体的になりやすい。対象者は就学就労のモデルを得て、また、普遍的体験が、彼らをエンパワーメントする。
- ・連携先が学校の場合、明らかに困っているときは、学校の教員にケースマネジメント担当者が所属する施設に来てもらい、話を持つ方が合理的である。

的である。

- ・対象者が持てる能力を発揮しやすくなると、表情、姿勢、声に変化が現れてくる。対象者本人の言葉として成果が語られるのはその後である。
- ・対象者が困ったことはしばしば同じ現象が生じている。困ったことが生じたときは解決の方法を身に着けたり、対処方法の練習と考える。
- ・就労や就学は生活の一部としてとらえる。
- ・人生の中で就労就学がどのような意味合いを持つのかを考え、長期的展望をもつ。
- ・対象者らは、支援やDCを通して得た模擬社会経験を、実社会で応用する力があることをスタッフを理解する。
- ・仕事をし、学校に通うという活動ではなく、仕事や学校に行く本人をどのように支えるかを中心に考える。
- ・一般的な若者と同じで彼らの大半は、学校に行き、仕事して、恋愛し、結婚して家庭を持つことを希望する。
- ・DCなどの医療機関の利用は限定的である。いずれ彼らは卒業し、順調に進めば、ケースマネジメントの機能も必要ではなくなる。
- ・「本人が希望するのであれば、とにかくやってみよう！やれるための方法を考えよう！」の姿勢が必要である。
- ・病院内スタッフ、地域において、早期支援の理解が得られるよう働きかける。

### 3. 考察

ヒアリング結果から、早期精神病患者への就労就学支援における課題と指針を述べる。

早期介入実践者たちの多くは、試行錯誤しながら、対象者の希望に添った就労就学支援を行っていた。ときに、従来の精神医療からすれば、病状を悪化させるとの理由で積極的には選択されなかった支援内容にも取り組むため、彼らは対象者の真の利益となる支援を見失わない努力が必要だった。象徴的な意見として“はじめは不安だったが、ケースを蓄積する中で早期介入の姿勢でいることに自信がついてきた。成功体験を確認し、共有する（と支援の方向性を見失わない）”が挙げられる。このようなゆらぎに対処するため、支援者側のエンパワーメントを高めるシステムも早期精神病患者支援方法のひとつとして組み込まれるべきだろう。対策としては、支援技術の向上、幅広いモデルを得るため、ケース検討会を通じたフィードバックが望ましいと考えられる。また、ケース検討会やフィードバック記録の蓄積は、そのまま早期精神

患者への就労就学支援技術の構築の礎になると思われる。

ケースマネジメント担当者は、就労や就学支援スペシャリストとして対象者の支援を行うのではなく、あくまでも支援全体を見渡す役割を果たす。しかし、本邦では、ケースマネジメントという新しい役割もスペシャリストという専門分野に特化したそれも確立しておらず、早期精神病患者の就労就学支援を行う際、ケースマネジメント担当者はスペシャリストに近い判断や役割も担っていた。早期介入実践上、制度も役割も黎明期にある本邦では、スペシャリストと直接的な連携を持っていない場合は、その判断や役割をケースマネジメント担当者が代わりに行わなくてはならないようだった。一般にケースマネジメントをする者と要素的な支援を行う者は兼業しない方が効果的とされるし、一人の担当者が担える業務には限りがある。もし、一人の担当者が兼業するならば、連携先も含めた支援チームがシステムとして整備されている恵まれた環境が必要になるが、それが無い場合は、担当者の個人的な努力で補うしかないのが現状だった。ヒアリングで、早期介入実践者らは、“担当者1人で抱え込まないこと”という意見に皆が首肯していた。また、“担当者がすべて一人ですようとすると、燃え尽きてしまい、アパシー状態になることもある”との留意点も述べていた。これは、連携の重要性を示すのと同時に、未完成な制度体制かつ多忙な業務の中、場面によって幾つもの役割を担わなくてはならないケースマネジメント担当者の現実を指し示していると考えられる。理想としては、医療スタッフに就労就学支援スペシャリストを配置することであるが、現在の経済状況を踏まえると、期待はできない。ならば、就労に関しては、労働機関に存在する就労支援スペシャリストとの連携<sup>1)</sup>を積極的に利用するなど、未開発の社会資源の活用で補ったり、医療の領域を超えた活動を発想するのも、本邦のケースマネジメント担当者らの役割なのかもしれない。また、就学においては、大学の学生相談室、高校や中学の保健室等の既存組織に所属する教員や相談員に働きかけ、彼らが就学支援スペシャリストの機能が果たせるよう働きかけることも可能だろう。つまり、ケースマネジメント担当者が、ケースへの支援や学校との連携活動を介して、早期介入の理念と方法、連携の役割分担、彼らに果たしてほしい役割の概要を具体的に伝えることは、間接的に就学スペシャリストの育成にもつながると推測する。このように、ケースマネジメント担当者はケースへ

の支援だけでなく、早期介入を実現するための環境整備や人材育のマネジメントも求められていると考えられるだろう。

今後、制度の整備を後押しするためにも、望ましい早期介入実践の促進のためにも、ケースマネジメントが早期精神病患者への就労就学支援において効果的な機能を果たしていることを示す必要がある。そして、精神医療福祉保健および一般社会において、ケースマネジメントの存在が、自明の理となるよう、その成果を広く伝える活動が求められる。具体的には、職種を超えた研修制度を配備し、各種養成機関において医療従事者になるべく学んでいる段階の学生たちに、より望ましい次世代の精神医療モデルを提示するなどの対策が挙げられるだろう。もちろん、学校や地域社会に向けて、精神の病や障害は、早期発見早期治療や初回エピソードから5年以内に適切な治療およびリハビリテーションが良好な転機を導くという正しい知識を伝え、ともにケースマネジメントの役割についても啓発すべきだろう。その際、リハビリテーションという文脈において、社会参加や自己実現の具現化である就労就学支援は、ケースマネジメントをわかりやすく説明できるアспектでもあると考える。

## おわりに

早期介入実践者たちへのヒアリングから、ケースマネジメント担当者は、対象者に支援が提供されているか、その支援が対象者の希望に応えるかどうかに責任を持っていることが分かった。その支援を選択する際、対象者の現状だけでなく、将来から見た現状も俯瞰しており、アセスメントとプランは随時更新されていた。また、彼らは、対象者のキャリア構築の側面からすれば、就労就学支援は一貫した支援であることを示唆した。将来、彼らの支援活動は、疾患管理を基盤とした就労就学という形のキャリア支援技術の構築へと結実するだろう。そして、早期介入において早期精神病患者の就労就学支援を推し進めるだろう。

## 5. 文献

1) 春名由一郎・東明貴久子・清水和代：医療機関における精神障害者の就労支援の実態についての調査研究。障害者職業総合センター資料シリーズ No.71, 2012.

## 6. 発表

なし



## 7. 謝辞

早期精神病者における就労就学支援の知見をまとめる機会をいただきましたことがありがたく、お世話になった皆様にご心よりお礼申し上げます。特に、ヒアリングにご協力していただきまし

た方々のご恩情に、また、ヒアリングに立ち会ってくださった相澤欽一氏のご厚意に感謝申し上げます。

(担当:山田純栄)

## 第6研究

### 年齢別の家族心理教育の実践と今後の展望について:サイコーシスのための家族支援プログラム

#### 1. 目的(背景)

慢性期の統合失調症では、家族心理教育の再発や再入院を予防し、家族の負担を軽減する効果は確立されている<sup>1, 2)</sup>。そのような精神病患者を支える家族に対する研究の多くは、病因論や感情表出(Expressed Emotion:EE)のような発症や再発の原因となる家族の役割への関心から行われてきた<sup>3)</sup>。しかし、精神病(サイコーシス)の発症は患者のみならず家族にも悪影響を及ぼし、家族の精神的負担は慢性期でも発症早期でも重い<sup>4)</sup>ため、その改善を図ることは重要である。

代表的な精神病である統合失調症の発症のピークは20代前半と若年であり、発症早期は若年患者、慢性期は高齢患者の割合が高くなる。患者の年齢で家族が抱えやすい問題は異なり、若年患者の家族では、復学・就労や恋愛・結婚などに対する不安が、高齢患者の家族では、親亡き後の心配などが問題となりやすい。若年と高齢、それぞれの問題に合わせた家族心理教育を行うことで、家族同士の凝集性が高まり、不安などの精神的負担の軽減や社会支援ネットワークの構築の促進を期待できる。

参加家族の特性(N=12)	
年齢	73.9(SD 4.5)
男女比	5(父): 7(母)
婚姻状況	既婚: 9(75%) 離婚/死別: 3(25%)
就労状況	退職後: 5(42%) 専業主婦: 7(58%)
患者との同居	3カ月以上: 9(75%) 3カ月未満: 3(25%)
向精神病薬の内服	なし: 9(75%) あり: 3(25%)

本研究の目的は、高齢の精神病患者の家族に対するグループ家族心理教育を行い、家族の変化と若年患者に対するグループ家族心理教育との違いを考察することである。

#### 2. 方法

DSM-IV-TRの精神病性障害で精神病を定義し、高齢の精神病患者の家族に対して家族心理教育を行い、その効果を前後比較で評価した。

##### 1) 研究期間

2012年6月～9月

##### 2) 対象者

DSM-IV-TRによる統合失調症・短期精神病性障

## Key Words

家族心理教育 精神病性障害 精神的負担

害・統合失調症様障害・失調感情障害・妄想性障害のうち、いずれかの診断の40歳以上の患者の家族

#### 3) 介入

1グループ3～5家族に対して、2週毎に1回120分、全5回のプログラムを行う。1回のセッションは、各回前半45分の情報提供と後半60分の問題解決技法を用いたグループワークで構成される。グループワークは、MacFarlaneの複合家族心理教育アプローチを基に家族のセルフヘルプ能力のエンパワメントを目的として、開発された標準版家族心理教育に準拠する<sup>4)</sup>。

実施者は、医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士・薬剤師からなる多職種チーム3～4人である。

#### 4) 評価

ベースラインと介入終了時で、家族に対して新版STAI(不安)、K6(精神的健康度)を評価する。

#### 5) 解析

統計ソフトのSPSS for Windows 20.0を用いて、対応のあるT検定を行う。

## III. 倫理的配慮

本研究はヘルシンキ宣言を遵守し、当院の倫理委員会の承認を得て施行した。

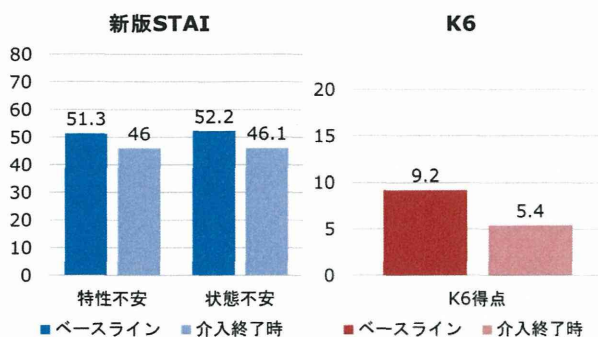
## 3. 結果

### 1) 参加家族の特性

患者12名の家族が参加した。診断は12名とも統合失調症であった。

### 2) 参加家族の介入前後の変化

新版STAIでは、介入前後の特性不安の変化は、5.3(SD=5.8)、状態不安の変化は6.1(SD=4.9)であり、それぞれ有意な改善が得られた( $p=0.008$ ,  $p=0.001$ )。また、K6では、介入前後の変化は、3.8(SD=3.0)であり、有意な改善が得られた( $p=0.001$ )。



#### 4. 考察

本研究では、高齢の精神病患者を対象として、家族心理教育を行い、介入前後で参加家族にどのような変化があるかを検討した。その結果、新版 STAI では、不安体験に対する比較的安定した反応傾向を測定する特性不安の有意な改善を認めた。精神的健康度を測定する K6 でも、有意な改善を認めた。K6 は、一般住民を対象とする精神疾患のスクリーニング目的で開発された尺度であり、9 点以上であると、50%の確率でうつ病か不安障害の疑いがある。ベースラインの K6 得点は 9.2 点と高ストレス状態にあったが、介入終了時の K6 得点は一般住民の心理的ストレスを評価するカットオフ値である 5 点程度であり、臨床的に有意な改善が得られた可能性を示唆した。

セッション後半のグループワークでは、参加家族に相談したい事を挙げてもらい、スタッフを交えて参加家族で問題を話し合った。そのほとんどの問題は、生活リズム・食生活、コミュニケーション、精神症状・治療・副作用、自立・親亡き後の心配の 4 つのテーマのいずれかに分類された。自立・親亡き後の心配は、前 3 者とは異なり、高齢患者に特有のテーマと考えられる。自立は、若年患者のテーマでもある。しかし、その意味が異なり、若年患者では、青年期における親からの心理社会的な独立であるが、高齢患者では、親亡き後の生

活の維持や住居の確保などの社会福祉的な面となる。

若年患者家族の特徴的な話題としては、友達との関係、学校での生活、復学、就学、就労、結婚、同胞の結婚、将来設計などである。特に、10 代の場合は、反抗、甘え、試し行為、アンビバレントな感情などの思春期の心性とのかかわりがある相談が目立つ。

今回、40 歳以上の患者家族を対象に行ったことで、年代による困難の違いが鮮明になった。明らかに自分と関係のない話題をグループで話されることは、グループの凝集性低下やドロップアウトにつながる可能性を高める。早期支援の家族心理教育としては、参加基準を若年者に絞った上で行うことが効果的であると予測される。

#### 5. 文献

1. Corrigan PW: Recovery from Schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions. *Expert Rev Neurother* 2003, 6: 993-1004.
2. Murray-Swank AB, Dixon L: Family psychoeducation as an evidence-based practice. *CNS Spectr* 2004, 9: 905-912.
3. Butzlaff RL, Hooly JM: EE and psychiatric relapse. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998, 55: 547-552.
4. The standard model of the Japanese Network of Psychoeducation and Family Support Program. [<http://www.jnpf.net/>] (in Japanese)

#### 6. 発表

なし

(担当: 白石直・竹内浩・香月富士日)

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業  
精神病初回発症例の疫学研究および早期支援・早期治療の  
開発と効果検証に関する臨床研究  
分担研究報告書

国際早期精神病学会第 8 回サンフランシスコ大会の動向：次世代の早期介入サー  
ビスの台頭とわが国の家族支援の課題

研究分担者 伊勢田堯（東京都立松沢病院）

本分担研究の目的は、早期支援・早期治療の家族支援プログラムをわが国で開発することである。

平成 24 年 10 月 11 日から 13 日まで、米国サンフランシスコで開催された国際早期精神病学会第 8 大会に参加した。大会の抄録、プレゼンテーションおよび討論から、最近の早期介入サービスの動向を追った。「神経学から社会政策へ」をテーマに開かれた大会では、神経科学研究と臨床活動のエビデンスベースの報告が相次ぎ、第一世代の早期精神病学会として、その存在価値を不動のものとした感があった。

その一方で、英国のバーチウッドらは第一世代の早期介入サービスの問題点にも注目し、「次世代の早期介入サービス」への発展を促した。

報告者は、バーチウッドらの問題提起を受けて、「次世代の早期介入サービス」の主要な課題として、サービスユーザーと家族の価値意識を見極める手法およびその価値意識を実現する支援法の開発が重要であると考えた。

## A. 研究目的

「精神病初回発症例の疫学研究および早期支援・早期治療の開発と効果検証に関する臨床研究」において、早期支援・早期治療のための家族支援プログラムをわが国で開発することが本分担研究の目的である。

## B. 研究方法

平成 24 年 10 月 11 日から 13 日まで、米国サンフランシスコで開催された国際早期精神病学会第 8 大会に参加した。大会の抄録、プレゼンテーションおよび討論から、最近の早期介入サービスの動向を把握した。特に、早期精神病への認知障害を中心とする生物学的アプローチと実生活の早期支援を中心とする心理社会的アプローチの主要な動向を把握することに努めた。その上で、家族支援の現状と展望を考察し、わが国の早期支援・早期治療における家族支援プログラムの課題と展望を見出そうとした。

## C. 研究結果

### 1. サンフランシスコ大会のテーマ

「神経学から社会政策へ(From Neurology to Public Policy)」をテーマにサンフランシスコ大会は開催された。

精神疾患への研究と治療の歴史的経緯と早期介入サービスの登場を振り返り、早期介入の近年の神経科学の進歩の現段階を確認し、これらの成果を社会政策に反映させようとするものである。

### 2. 早期精神病における二つの心理社会的アプローチ

主に薬物療法と認知機能訓練など神経科学の進歩によって確認された認知障害を脳機能に直接働きかけて改善することを目指すアプローチ（本報告では神経科学的アプローチと呼ぶ）、および認知行動療法・就労斡旋定着支援（Individual Placement and Support, IPS）・家族心理教育などの実生活の場面で支援する心理社会的アプローチ（実生活支援の心理社会的アプローチ）に関する