

くは録音を用いたスーパーバイズを行うことが求められる。日本の治療環境ではなじみがなく、本研究でも当初は治療者側からの抵抗が大きかった。しかし、実際に行ってみると、当事者から断られることは半分に満たず、同意いただいた方からは、治療が適切に行われているのか、医療技術向上のためには当然、という意見が聞かれた。認知行動療法の普及とともに、今後ビデオおよび録音によるスーパーバイズは一般的な流れになると思われる。

## 2. 施設に求められる水準

2-A. 専従の治療者と、病棟勤務とは独立したスタッフ構成 前述のように、日本の治療者は入院中心の精神科医療から研修をすることがほとんどで、コミュニティ中心の早期支援ということ自体触れることが極めて少ない。そのため、入院への障壁が低く、当事者になにかしらの変調を来したりすると、入院という選択肢を検討しがちである。また、病院勤務の場合、治療者が兼任で早期支援を担当していると、知らず知らずのうちに当事者の行動について管理しようとしたり、慎重な対応を求めることが多くなることが散見された。そのため、日本における早期支援では、病院以外で行われることが最良で、病院でおこなわれるとしても他の病院部門との兼任は避けるべきであると考えられる。

さらに、日本では訪問医療・支援がまだ

普及しておらず、病院・施設配属の職員は、訪問して面接および支援を行える状況にもかかわらず、病院・施設で支援を行うことが非常に多かった。早期支援に専従するスタッフの教育も必要だが、訪問支援が必ず行われなければならない仕組み作りも今後検討しなければならない。

## 2-B. 多職種協働および職員研修を促進

前述のように、日本の医療保険制度ではピラミッド型の医療構造になりやすく、各職種が自らの専門性を発揮して当事者・家族と接し、支援を主体的に構築していくという環境が生まれづらい。そのため、日本の医療背景に合わせて、定期的なミーティングと多施設合同ケース会議の出席を義務付ける仕組み作りが必要である。その中で、当事者・家族だけでなく、治療者、施設の特徴と問題点を整理し、よりよい支援につなげていく必要がある。

## 3. 普及のための研修環境の整備および必要な施策

3-A. 研修会の開催 日本において、早期介入サービスを新規に立ち上げる経済的、人的資源を考えたときに、精神科入院施設のある病院（総合病院、精神科病院）による立ち上げを検討せざるを得ない。多くの精神科医療における研修が入院医療が中心のモデルで行われてきたため、スタッフが慢性期入院モデルに慣れていていると、早期介入モデルとの違いに困惑すると思われる。

特に、立ち上げ時のスタッフが従来モデルに経験があればあるほど、統合失調症について悲観的なイメージが強く残っており、症状増悪時に入院という選択肢を念頭に置きやすく、スタッフが本人に限界を設定したり、本人や家族に悲観的な説明をしてしまうことが多くある。精神科医についても同様で、主治医制による階層的な治療体制から、多職種チーム医療の中でのチーム統括の責任を担うよう、働き方や考え方を変えていかなければならない。

従来の我が国における精神医療従事者の働き方や考え方を変えなければ、早期支援のスタートラインに立つことが出来ない。この点を強調し、新たなコンセプトを学習する機会として、研修会受講を義務付ける必要がある。加えて、研修会受講の有無をサービス提供の必要条件とし、診療報酬制度と連動させていく必要がある。

早期支援コンセプトの普及を促進するためには、テキストのみではなく、映像等メディアを利用した分かりやすい教育資料も必要である。本研究グループによる多施設合同ケース会議および研修会のビデオ映像を編集し、普及および人材育成に役立つ映像教材を作ることが必要と考えられた。

**3-B. 実施施設の定期的な多施設合同ケース会議の開催** 本研究グループが多施設共同研究を進めていくプロセスでは、コンセプトとスキル学習のための複数回の研修に加えて、多施設合同ケース会議を重

ねて、徐々に早期介入サービスの意義が浸透していった。多施設合同ケース会議の意義は、普段施設内・部門内でのケース会議とは異なる視点での多様な意見が出やすく、自らの支援コンセプトの再検討の機会になることである。多施設合同ケース会議を通じて、支援コンセプトや組織風土・文化・立場の異なる支援者同士が自らの支援を相対化する機会となる。加えて、風土や文化・価値観の異なる支援者同士での協働の経験が、個別の早期支援において多職種による地域での協働のスキルにつながっていく。従来閉鎖的であった精神医療従事者の行動パターン・意識を変革していく第一歩としても、多施設合同ケース会議は必須であろう。

### **3-C. スーパーバイザー養成の研修会**

早期支援における支援技術の質を継続的に担保するためには、研修会を通じてコンセプトを学習した後には、実際の個別ケースの支援について、継続的にスーパービジョンを行う必要がある。個別継続的なスーパービジョン体制を確立するためには、スーパーバイザー養成が必要である。本研究では、ケースマネジャーや医師のコアメンバーに対して、海外有識者よりインターネット電話を用いたスーパービジョンを受けた（平成25年2月末までに計9回、平成25年度末までに計11回を予定）。今後は、海外有識者よりスーパービジョンを受けたコアメンバーが、国内のスーパーバイザーとなってスーパービジョンを行っていく必要があ

る。スーパーバイザーの役割は、①個別ケースの継続的スーパービジョンだけでなく、②施設内ケース会議を取り仕切る等、チームマネジメントの役割も求められる。今後は現場のケースマネジャーの支援スキル向上を担保できるスーパーバイザー養成プログラムを作成し、先行するスーパーバイザーが各施設にアウトリーチしてスーパーバイザーへのスーパーバイズを定期的に行うことが必要だろう。

### 3-D. フィデリティ（治療基準）の作成

早期支援技術の質の担保と均てん化を同時に進めるためには、早期支援サービス立ち上げや継続評価のためのフィデリティ（治療基準）を明確化しておく必要がある。フィデリティは、①施設単位のフィデリティと②スタッフ個人単位のスキルのフィデリティに分けられる。①施設単位のフィデリティの要素としては、支援チームの構成、研修会の参加もしくは実施、多職種合同ケースカンファレンスの頻度と質、多施設合同ケース会議の頻度と質などが挙げられる。②スタッフ個人単位のフィデリティの要素としては、研修・学習経験、スーパービジョン経験、面接・コミュニケーションスキル、支援コンポーネント（ケースマネジメント、家族支援、認知行動療法、就労就学支援、ネットワーキング）ごとのスキル評価などが挙げられる。本研究でのプロセスを踏まえて、今後は早期支援・治療コンポーネントの質の担保のために、客観的評価スケ-

ル（フィデリティ）の作成および資料作成を行い、それに基づいた継続的評価を行っていく必要があるだろう。

### E. 結論

本年度は、実施中の RCT プロトコルに従い、順次登録・割付を行うとともに、介入群に対して早期支援・治療を行った（図 1）。多施設間の支援・治療の質の均てん化を図るため、多施設合同ケース会議を行い（表 1）、海外書籍および資料の翻訳を行った（表 2）。来年度の目標として、キャッチメントエリアを拡大し、登録者数を増やす。4 施設合同ケース会議を継続して行う。海外有識者とも、インターネット電話を用いた合同ミーティングを行う。ミーティングを一般開放し、早期支援・治療方策の普及および人材育成を目指す。さらに、普及および人材育成に関連して、ケース会議を取り仕切るスーパーバイザー養成の方策を検討する。また、早期支援・治療コンポーネントの質の担保のために、客観的評価スケール（フィデリティ）の作成および資料作成を行う（図 2）。

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

- 1) Koike S, Takano Y, Iwashiro N, Satomura Y, Suga M, Nagai T, Natsubori T, Tada M, Nishimura Y, Yamasaki S, Takizawa R, Yahata N, Araki T, Yamasue H, Kasai K. A

- multimodal approach to investigate biomarkers for psychosis in a clinical setting: the integrative neuroimaging studies in schizophrenia targeting for early intervention and prevention (IN-STEP) project. *Schizophr Res* 143(1):116-24, 2013. (査読あり)
- 2) Iwashiro N, Suga M, Takano Y, Inoue H, Natsubori T, Satomura Y, Koike S, Yahata N, Murakami M, Katsura M, Gono W, Sasaki H, Takao H, Abe O, Kasai K, Yamasue H. Localized gray matter volume reductions in the pars triangularis of the inferior frontal gyrus in individuals at clinical high-risk for psychosis and first episode for schizophrenia. *Schizophr Res* 137(1-3):124-131, 2012 (査読あり)
- 3) Koike S, Takizawa R, Nishimura Y, Takano Y, Takayanagi Y, Kinou M, Araki T, Harima H, Fukuda M, Okazaki Y, Kasai K. Different hemodynamic response patterns in the prefrontal cortical sub-regions according to the clinical stages of psychosis. *Schizophr Res* 132(1): 54-61, 2011. (査読あり)
- 4) Koike S, Nishida A, Yamasaki S, Ichihashi K, Maegawa S, Natsubori T, Harima H, Kasai K, Fujita I, Harada M, Okazaki Y. Comprehensive early intervention for patients with first-episode psychosis in Japan (J-CAP): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 12(1):156, 2011. (査読あり)
- 5) Koike S, Takizawa R, Nishimura Y, Marumo K, Kinou M, Kawakubo Y, Rogers MA, Kasai K. Association between severe dorsolateral prefrontal dysfunction during random number generation and earlier onset in schizophrenia. *Clin Neurophysiol.* 122(8):1533-40.2011. (査読あり)
- 6) 山崎 修道, 市川 絵梨子, 菊次 彩, 吉原 美沙紀, 萩原 瑞希, 北川 裕子, 夏堀 龍暢, 小池 進介, 江口 聡, 荒木 剛, 笠井 清登:【精神病早期介入のエビデンス:アップデート】精神病への認知行動療法 早期支援における認知行動療法の活用 臨床精神医学 41(10):1465-1468, 2012.
- 7) 小池 進介, 山崎 修道, 西田 淳志, 安藤 俊太郎, 市橋 香代, 笠井 清登:【精神病早期介入のエビデンス:アップデート】心理社会的介入・家族支援のエビデンス 臨床精神医学 41(10):1455-1461, 2012.
- 8) 武井 邦夫, 小池 進介, 大島 紀人:【精神病早期介入のエビデンス:アップデート】早期精神病宣言、ユースメンタルヘルス宣言の紹介 臨床精神医学 41(10):1369-1373, 2012.
- 9) 山崎 修道, 小池 進介, 市川 絵梨子, 菊次 彩, 吉原 美沙紀, 安藤 俊太郎, 西田 淳志, 荒木 剛, 笠井 清登:【リハビリテーションからみた早期介入支援】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 精神障害とリハビリテーション 16(1):43-48, 2012.
- 10) 小池 進介, 山崎 修道, 夏堀 龍暢, 岩白 訓周, 市川 絵梨子, 高野 洋輔, 里村 嘉弘, 管 心, 荒木 剛, 古川 俊一, 笠井 清登:【リハビリテーションからみた早期介入支援】東京大学医学部附属病院「こころのリスク外来」における支援・治療・人材育成の取り組み 精神障害とリハビリテーション 16(1):16-21, 2012.
  - 11) 小池 進介, 大島 紀人, 渡辺 慶一郎, 笠井 清登:【これからの地域精神保健:大震災の経験から学ぶ】(第5章)生活に根差した精神保健活動 学校メンタルヘルス 精神科臨床サービス 12(2):240-242, 2012.
  - 12) 山崎 修道, 西田 淳志, 安藤 俊太郎, 小池 進介:【これからの地域精神保健:大震災の経験から学ぶ】(第1章)総論 住民の心の健康を支える地域精神保健 欧米の最新の地域精神保健 若者への早期支援システムから見る地域精神保健のイノベーション 精神科臨床サービス 12(2):172-177, 2012.
  - 13) 市川 絵梨子, 山崎 修道, 小池 進介, 笠井 清登:青年期におけるメンタルヘルスへの取り組み(第10回) こころのリスク 青年期の精神病様症状体験を早期に発見しケアする 保健の科学 54(5):333-337, 2012.
  - 14) 小池進介, 西田淳志, 山崎修道, 安藤俊太郎: Nature 誌編集長 Philip Campbell 氏に聞く「精神疾患のための10年 (A Decade for Psychiatric Disorders)」 精神神経学雑誌. 114(5):508-516, 2012 (査読あり)
  - 15) 小池進介, 滝沢龍, 西村幸香, 高野洋輔, 岩白訓周, 里村嘉弘, 管心, 荒木剛, 笠井清登: 国際学会発表奨励賞 Inappropriate hemodynamic response in the individuals with at-risk mental state 日本生物学的精神医学学会誌 23(1): 61-70, 2012.
  - 16) 小池進介, 山崎修道, 夏堀龍暢, 岩白訓周, 市川絵梨子, 高野洋輔, 管心, 荒木剛, 古川俊一, 笠井清登: 東京大学医学部附属病院「こころのリスク外来」における支援・治療・人材育成の取り組み 精神障害とリハビリテーション 16(1): 16 -21, 2012
  - 17) 笠井清登, 吉川茜, 夏堀龍暢, 小池進介, 永井達哉, 荒木剛, 西村幸香, 岩本和也:【生物学的精神医学の進歩】統合失調症の生物学的研究 BRAIN and NERVE: 神経研究の進歩 64(2):109-118, 2012.
  - 18) 山崎修道 回復・社会復帰における CBTp 統合失調症の認知行動療法 (CBTp) -わが国での現状と今後の展望- 精神神経学雑誌 印刷中
2. 学会発表・その他
- 1) 山崎修道 (2012) 精神病早期支援における心理社会的支援の教育・研修について 第16回日本精神保健予防学会・シンポジウム「精神疾患の早期介入と継続支援におけるスタッフ・トレーニング」・東京 (座長・話題提供)
  - 2) 山崎修道 就労継続を支える心理社会的リハビリテーション 第20回日本

- 精神障害者リハビリテーション学会・シンポジウム（企画・シンポジスト）・横須賀 2012.
- 3) 山崎修道 メタ認知訓練プログラムの有用性について ～大学病院での研究と実践から～ 日本心理臨床学会 第31回秋季大会 名古屋（査読有・シンポジウム） 2012.
- 4) 野村義子, 小笠原勝二, 粕谷嘉子, 島本禎子, 瀬戸紗智子, 山崎修道 精神疾患を持つ人と共に生きていく家族が欲しい支援とは？リカバリー全国フォーラム 2012・東京 2012.
- 5) 山崎修道 回復・社会復帰支援でのCBTp. 統合失調症の認知行動療法（CBTp）～わが国での現状と今後の展望～ 第108回日本精神神経学会 札幌（査読有・シンポジウム） 2012. 山崎修道・石垣琢麿（2011）早期精神病への認知行動療法入門 第15回日本精神保健・予防学会 東京（ワークショップ・司会）
- 6) 山崎修道（2011）人材育成の課題と研修の取り組み 初回エピソード精神病の早期支援・治療のエビデンスと実践 第15回日本精神保健・予防学会 東京（シンポジウム）
- 7) 山崎修道, 菊池安希子, 大野裕（2011）「早期精神病への認知行動療法 How To Do-Paul French 先生ワークショップ」新学術領域「精神機能の自己制御理解にもとづく思春期の人間形成支援学」／国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター共催（ワークショップ企画・司会）
- 8) 市川絵梨子, 小池進介, 山崎修道, 笠井清登 早期支援における再燃予防プログラムの実践例 第7回日本統合失調症学会 名古屋
- 9) 夏堀龍暢, 山崎修道, 滝沢龍, 岡村由美子, 江口聡, 成松裕美, 下條千恵, 安藤俊太郎, 菊次彩, 市川絵梨子, 小野貴子, 吉原美沙紀, 笠井清登 精神病症状に対するメタ認知訓練法の実施 効果検証論文の系統的レビューと実施準備状況の紹介 第7回統合失調症学会 名古屋
- 10) 山崎修道, 石倉習子, 柳瀬一正, 栗田弘二, 足立孝子, 峰野崇, 市川絵梨子, 小池進介, 井上直美, 西田淳志 初回エピソード精神病早期支援における面接スキル向上の取り組み～ワークショップとフィデリティ評価によるスキルアップ～ 第7回日本統合失調症学会 名古屋
- 11) 小池進介, 滝沢龍, 西村幸香, 里村嘉弘, 文東美紀, 岩本和也, 荒木剛, 笠井清登, 早期精神病における生物学的研究の臨床応用可能性, 第15回日本精神保健・予防学会, 東京, 2011年12月4日
- 12) 小池進介, 高野洋輔, 岩白訓周, 里村嘉弘, 管心, 荒木剛, 笠井清登, 東京大学医学部附属病院「こころのリスク外来」およびIN-STEP研究の概況, 第14回日本精神保健・予防学会学術集会, 東京, 2010年12月11日
- H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）  
なし

表 1. 多施設合同ケース会議・研修会・スーパービジョン等

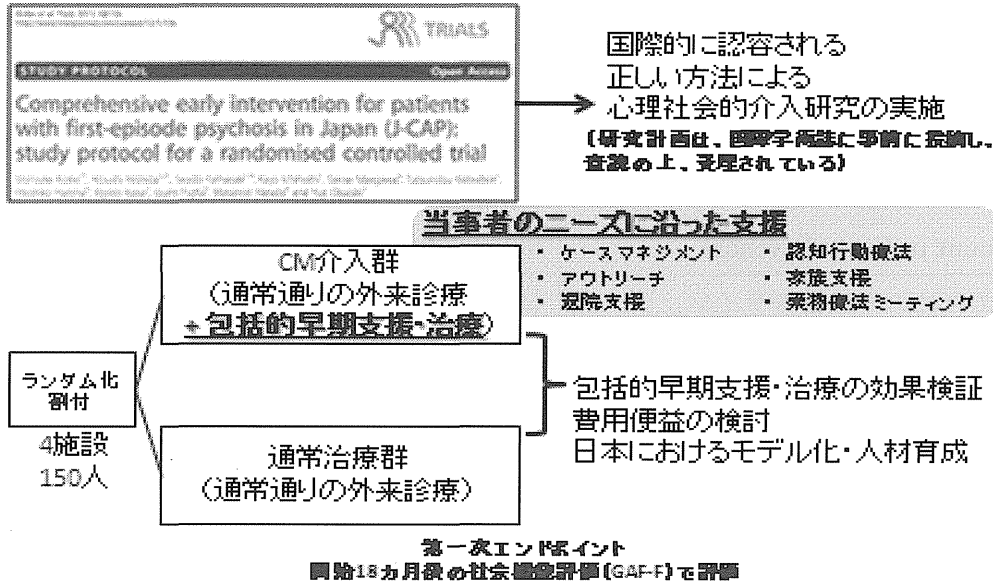
日時 場所	主なプログラム	参加施設
平成 23 年 1 月 8 日・9 日 東大病院	研究概要・早期支援コンセプト・アセスメントの確認・早期支援ケース報告	4 施設
平成 23 年 7 月 29, 30 日 クロスウェーブ東中野	認知行動ケースマネジメント 再発予防のための早期警告サイン 症例提示	4 施設
平成 23 年 8 月 27, 28 日 居仁会ささがわ通り心身クリニック	認知行動ケースマネジメント メリデン家族支援プログラム 動機づけ困難へのサポートプログラム 症例提示	4 施設
平成 23 年 11 月 2 日 松沢病院	症例提示 Alan Farmer 氏スーパービジョン	2 施設
平成 23 年 11 月 29 日 慶応大学病院	Paul French 氏 認知行動療法 セミナー	4 施設＋一般
平成 23 年 11 月 29 日 東京都医学総合研究所	Jo Smith 氏 就労支援・IPS セミナー	4 施設＋一般
平成 23 年 11 月 30 日 東大病院	症例提示 Paul French、Jo Smith 氏スーパービジョン	4 施設(インターネット 電話)
平成 23 年 12 月 4 日 日本精神保健予防学会	Paul French 氏 認知行動療法 セミナー Jo Smith 氏 家族支援セミナー	4 施設＋一般
平成 24 年 7 月 5 日 東大病院・三重県立こころの医療 センター	施設間ケースピアレビュー (インターネット電話)	2 施設 (東大・三重 県立)
平成 24 年 7 月 27 日 東大病院・居仁会ささがわ通り心 身クリニック	施設間ケースピアレビュー (インターネット電話)	2 施設 (東大・居仁 会)
平成 24 年 8 月 10 日 松沢病院・居仁会ささがわ通り心 身クリニック	施設間ケースピアレビュー (インターネット電話)	2 施設 (松沢・居仁 会)
平成 24 年 8 月 17, 18 日 岡山県立精神科医療センター	研究概要・早期支援コンセプト・アセスメントの確認・早期支援 ケース報告	3 施設 (東大・松沢・ 岡山)
平成 24 年 9 月 12 日 東京都医学総合研究所	認知行動療法ケーススーパービジョン Paul French 氏 (インターネット電話)	日本—英国
平成 24 年 9 月 15, 16 日 東大病院	就労就学支援 (IPS), 多施設合同ケースカンファレンス	5 施設

表 2. 海外書籍および資料の翻訳

プログラム・マニュアル	成果	Resource
精神病早期介入 Promoting Recovery in Early Psychosis	日本語版出版（平成 23 年 12 月）	IRIS group
認知行動ケースマネジメント Cognitive-Behavioural Case Management in Early Psychosis	日本語版テキスト作成 2 時間研修×2 回（平成 23 年 7 月 29 日, 8 月 27 日）	ORYGEN Youth Health
再発予防のための早期警告サイン Early Warning Sign Program	日本語版ツール作成 2 時間研修（平成 23 年 7 月 30 日）	Worcestershire Early Intervention Service
メリデン家族支援プログラム Meriden Family Work Program Behavioral Family Therapy	日本語版ツール作成 4 時間研修（平成 23 年 8 月 28 日）	
動機づけ困難へのサポートプログラム Support program for Motivational Difficulties	日本語版ツール作成 2 時間研修（平成 23 年 8 月 28 日）	



# 図1. J-CAP studyの概要



## 図2. 早期支援技術の普及と均てん化に必要な戦略

技術の普及 (Dissemination)	H24年度 の目標
①海外実践プログラムの実用化	一般向け研修会・スーパービジョンの実施(対象:200名以上) ・認知行動ケースマネジメント ・再発予防プログラム ・家族支援プログラム ・勤続づけ困難へのサポートプログラム
②多施設WGによる実践モニタリングと効果評価	多施設合同ミーティング(年5回以上)による スキルのモニタリングとピアレビュー・効果評価
③研修プログラムのパッケージ化・ウェブサイト公開	東京大学医学部ユース・オンタルヘルス講座ウェブサイト 海外専門家ワークショップVTRを用いたe-learning作成
技術の質の担保 (Quality Control)	H24年度 の目標
①海外専門家によるスーパーバイザーの養成	海外専門家の招聘とスーパービジョン会議の開催(年2回以上) ウェブカンファレンスによるスーパービジョン実施(年4回以上)
②多施設合同スーパービジョン・システムの構築	ウェブカンファレンスシステムを用いた多施設合同 スーパービジョンの定例化(年5回以上:1回1時間以上)
③早期支援スタッフに求められる技術の基準策定	支援技術の客観的評価(フィデリティスケールの導入) 早期支援技術養成プログラムの標準化(時間・内容等)



厚生労働省科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業 精神保健分野）  
精神病初回発症例の疫学研究および早期支援・早期治療法の開発と効果検証に関する臨床研究  
平成22年度～24年度分担研究報告書

精神病初回エピソード早期介入サービスの効果検証研究多施設ランダム化比較試験  
津市におけるRCT

分担研究者

原田雅典 三重県立こころの医療センター院長

平成23年1月から平成25年の2年間の当院における研究該当者は58名であり、その内同意が得られRCTに登録された患者は17名（15歳～35歳のF2圏の患者の29.2%）であった。患者のリクルートについては精神保健授業やアウトリーチ型学校精神保健コンサルテーションなどの学校ベースの活動や、精神科クリニックへの訪問説明、広報パンフレットの配布、早期支援に関するアンケート調査などの地域ベースの活動を継続して展開したが、研究同意の取得率（30.4%）をみるとサービスの受け手である当事者や家族に対する早期支援の重要性の広報をさらに強力に行う必要があると考えられた。また今回の研究のキーとなるケースマネジャーによる包括的支援の提供の効果はこのRCTを終結を待たねばならないが、現在精神科医療に従事しているコメディカルの意識を変革し、早期支援に必要な知識やスキルの学習をさらに推し進める必要があると考えられた。

A. 研究目的

統合失調症は現在でも我が国の入院患者の6割を占め、罹患した患者本人のみならず家族、地域社会に大きな苦痛と損失をもたらす。このような統合失調症の発症予防や予後の改善は精神科医療に課せられた大きなタスクであり続けてきた。1990年代に入って諸外国では統合失調症を中心とする精神病性障害への早期介入研究が進み、早期介入の効果がランダム化比較試験によって実証的に示されている。しかし我が国では2000年代に入ってようやく早期介入サービスが試行的に実施されるようになったものの、早期介入（臨界期支援）の実証的な研究は行われていなかった。本研究は我が国で初めて早期介入の効果を実証しようとするものである。

B. 研究方法

平成22年度総括・分担研究報告書の「精神病初回エピソード早期介入サービスの効果検証研究（J-CAP Study）多施設ランダム化比較試験」によるが、対象は同意取得時点で15～35歳のF2、精神病症状を伴うF3である。当施設のキャッチメントエリアは津市を中心とし、南勢、中勢、伊賀地域とした。登録された患者は通常治療群とケースマネジャーを中心とした包括的支援が提供される介入群に無作為に割り付けられ、18か月時点で評価される。なおここでのケースマネジャーは家族支援や認知行動療法、アウトリーチなどをプライマリーに提供できる治療型であり、コメディカルが担う。

### C. 研究結果

平成23年1月から平成25年1月の15歳～35歳の初診者は975名であり、その内 F2 圏の患者は110名（11.3%）であった。このうちキャッチメントエリア内の患者は80名（72.7%）で、発症5年以内の患者は56名（70.0%）であり、その内初回エピソード患者が42名（52.5%）いた。56名のうち同意が得られたのは17名（30.4%）であった。

### D. 考察

平成23年1月から平成25年1月の2年間で同意が得られ RCT の対象となったのは17名となった。当院の受診者は三重県津市を中心とする中勢医療圏の比率が高く、研究対象となる F2 圏の患者のうち72.7%がキャッチメントエリア内であったが、同意が得られたのは30.4%に留まった。研究終了年度末の目標数20名は微妙なところである。しかし本研究の目的

とは離れるがキャッチメントエリア内の F2 圏の患者の内発症5年以内、いわゆる臨界期の患者は56名（70.0%）おり、今後の当院における早期介入サービスの主対象としてサービスパッケージを再考する必要があると考えられる。

一方今回の早期介入の中心として位置づけられたケースマネジャー（CM）は現在のところ制度的バックアップのない中で行われたものであり、現行の医師中心の医療体制の中にコメディカル中心の心理社会的アプローチを組み込もうと意図したものであるが、その一定の成果と同時に医師側の理解不足やコメディカル側の自立不足などの問題を浮き彫りにした側面もあり、今後の CM を中心とした多職種チームのあり方に多くの示唆を与えるものになったと思われる。現時点で当院のような精神科単科病院における CM の水準を表としてまとめると以下ようになる。

	あるべき CM	現状の CM
支援の目標	患者のアスピレーション重視	患者のアスピレーションと主治医方針との板挟みになることあり
支援モデル	リカバリーモデル	慢性障害者モデルを脱却しきれない
支援のスピード	ニーズに合わせてスピーディー	サービス提供タイミングの意識未成熟
支援の方法	治療型ケースマネジメント	仲介型に終始する場合もあり
ケアプラン	支援早期に CM が作成	主治医の方針重視、遅れることも少なくない
チームング	CM が組織する	主治医からの指示による場合も多い
CBT・心理教育	必須	未熟
家族支援	必須	未熟
アウトリーチ	在宅中心で必須	必要であれば
薬物療法	知識あり	知識、関心希薄
ミーティング	週1回の開催	週1回の開催
入院時	スムーズに引き継ぎ	病棟スタッフとのギャップが生じることあり

## E. 結論

平成 22 年度～24 年度の分担研究について報告した。RCT のための患者リクルートには早期介入サービスの重要性を患者や家族が理解し、サービスを希望することが基本となる。今回の研究では紹介機関への広報が中心となったが、当の患者や家族に向けての啓発が不十分であったと思われる。またケースマネジャーについては早期支援の各サービスコンポーネントを習得していることや支援チームの中心として活動することが前提となっているが、現行の医療体制のなかでは制約も多く、ケースマネジャーとして活動するコメディカルの技量や自立に向けての意識の改革も今後に向けての大きな課題として残ったと思われる。

## G. 研究発表

### 1. 学会発表

- 中村友喜、濱 幸伸、前川早苗、岩佐貴史、濱口達也、木高広美、藤井道美、原田雅典：若者の精神病早期支援におけるユース・サポートセンターの取り組み：第 106 回日本精神神経学会、2010 年 5 月、広島市
- 濱 幸伸、中村友喜、前川早苗、岩佐貴史、原田雅典：一般医に向けた精神科早期支援の啓発：第 106 回日本精神神経学会、2010 年 5 月、広島市
- 中村友喜、栗田弘二、前川早苗、藤井道美、岩佐貴史、濱 幸伸、原田雅典：津市における中学校と連携した精神科早期支援の実践：第 106 回日本精神神経学会、2010 年 5 月、広島市
- 栗田弘二：早期精神病への介入実践

(第 2 報) ～学校と連携した取り組み：第 51 回日本児童青年精神医学会、2010 年 10 月、群馬

- 濱 幸伸：一般医に向けた精神科早期支援の啓発：第 14 回日本精神保健・予防学会、2010 年 12 月、東京
- 飯坂純子、中村友喜、前川千秋、久納一輝：精神病臨界期支援に向けた多職種チームによるアウトリーチ活動：第 14 回日本精神保健・予防学会、2010 年 12 月、東京
- 岩佐貴史：精神病早期介入チームの問題と今後：第 14 回日本精神保健・予防学会、2010 年 12 月、東京
- 中村友喜、前川早苗、濱 幸伸、岩佐貴史、木高広美、栗田弘二、榊原規之、藤井道美、山本綾子、濱口達也、原田雅典：若者の精神病早期支援におけるユース・メンタルサポートセンター MIE の取り組み：第 30 回日本社会精神医学会、2011 年 3 月、奈良
- 木高広美、中村友喜、前川早苗、濱 幸伸、栗田弘二、藤井道美、濱口達也、原田雅典：精神科早期支援におけるアウトリーチ：第 30 回日本社会精神医学会、2011 年 3 月、奈良
- 前川早苗、中村友喜、岩佐貴史、栗田弘二、濱 幸伸、原田雅典：早期精神病におけるケースマネジャーの役割と現状：第 30 回日本社会精神医学会、2011 年 3 月、奈良
- 濱 幸伸：精神科早期支援事業における精神保健福祉士の役割：第 10 回日本精神保健福祉士学術集会、2011 年 6 月、神戸
- 前川早苗、原田雅典：早期家族ミーティングの試み：第 107 回精神神経

- 学会、2011年10月、東京
- ・ 濱 幸伸、中村友喜、濱口達也、原田雅典：地域のメンタルヘルスリテラシー向上への取り組み：第15回日本精神保健・予防学会、2011年12月、東京
  - ・ 足立孝子、前川早苗、栗田弘二、濱口達也、原田雅典：教職員・保護者のメンタルヘルスリテラシー - 現状調査と向上のための取り組み：第15回日本精神・予防学会、2011年12月、東京
  - ・ 木高広美、中村友喜、前川早苗、栗田弘二、藤井道美、濱幸伸、濱口達也、原田雅典：早期精神病におけるアウトリーチ：第15回日本精神保健・予防学会、2011年12月、東京
  - ・ 前川早苗、中村友喜、栗田弘二、藤井道美、濱幸伸、濱口達也、原田雅典：YMSC・MIEにおける早期精神病患者のケースマネジメント：第15回日本精神保健・予防学会、2011年12月、東京
  - ・ 岩佐貴史、三輪亜矢、前川早苗、中村友喜、木高広美、栗田弘二、原田雅典：精神科看護における初回エピソード精神病患者に対する支援課題 - 精神科急性期病棟における入院症例からの一考察：第15回日本精神保健・予防学会、2011年12月、東京
  - ・ 中村友喜、濱幸伸、岩佐貴史、三輪亜矢、山本孝子、濱口達也、原田雅典：当センターにおける早期精神病に対する薬物療法の現状：第15回日本精神保健・予防学会、2011年12月、東京
  - ・ 前川早苗、原田雅典：早期精神病患者の家族支援：第15回日本精神保健・予防学会、2011年12月、東京
  - ・ 前川早苗、足立孝子、山本綾子、濱幸伸、原田雅典：ユース・メンタルサポートセンターMIEにおける相談の現状：第31回日本社会精神医学会、2012年3月、東京
  - ・ 足立孝子、前川早苗、原田雅典：精神科早期支援における学校へのアウトリーチ：第31回日本社会精神医学会、2012年3月、東京
  - ・ 濱幸伸：相談支援「相談支援事業とアウトリーチ」：第1回日精連全国大会 inYOKOHAMA、2012年6月、横浜
  - ・ 濱幸伸、中村友喜、前川早苗、岩佐貴史、足立孝子、原田雅典：早期精神病治療に関するメンタルクリニックへの意識調査～連携モデルの構築を目指して～：第108回精神神経学会、2012年5月、札幌
  - ・ 前川早苗、足立孝子、中村友喜、濱幸伸、原田雅典：メンタルヘルスリテラシー向上のための学校精神保健授業の取り組み：第108回精神神経学会、2012年5月、札幌
  - ・ 中村友喜、濱幸伸、原田雅典：三重県内のメンタルクリニックにおける早期精神病に対する薬物療法の意識調査：第108回精神神経学会、2012年5月、札幌
  - ・ 足立孝子、前川早苗、原田雅典：早期精神疾患における就学（復学）支援：第108回精神神経学会、2012年5月、札幌
  - ・ 原田雅典：三重県立こころの医療センターにおける早期介入の試み：第108回精神神経学会、2012年5月、札幌
  - ・ 山本綾子、足立孝子：中学校における精神保健授業の取り組み：第11回日本精神保健福祉士学術集会、2012年6

月、熊本

- ・ 足立孝子：PTAのメンタルヘルスリテラシー：第11回日本精神保健福祉士学術集会、2012年6月、熊本
- ・ 岩佐貴史、前川早苗、原田雅典：救急・急性期病棟における初回エピソード精神病症例への早期支援に関する一考察：第20回日本精神科救急学会総会、2012年10月、奈良
- ・ 前川早苗、岩佐貴史、原田雅典：若者精神保健における危機介入—自殺未遂の若者への支援—：第20回日本精神科救急学会総会、2012年10月、奈良
- ・ 中西伸彰、藤井道美、前川早苗、原田雅典：シンポジウム「精神疾患をもつ若者の就労支援の実際」：第16回日本精神保健予防学会、2012年12月、東京
- ・ 前川早苗、足立孝子、山本綾子、栗田弘二、原田雅典：ユース・メンタルサポートセンターMIE(YMSC-MIE)における若者自殺予防体制：第32回社会精神医学会、2013年3月、熊本
- ・ 足立孝子、前川早苗、原田雅典：早期精神病患者の復学支援：第32回社会精神医学会、2013年3月、熊本

## 2、論文発表

- ・ 原田雅典：ユース・メンタルサポートセンター三重～学校ベースの介入、地域ベースの介入：思春期学28巻4号：397-402, 2010
- ・ 原田雅典：統合失調症の多職種による地域治療システム：こころの臨床a・la・carte：29巻2号251-255, 2010
- ・ 前川早苗、原田雅典：アウトリーチ

による早期精神病患者の家族支援：こころの科学 実践！アウトリーチ入門：71-76,2011

- ・ 中村友喜：精神病早期支援におけるアウトリーチの活用：こころの科学 実践！アウトリーチ入門：129-134,2011
- ・ 前川早苗：早期精神病の支援：看護観察のキーポイントシリーズ 精神科、236-245、中央法規出版、2011（東京）
- ・ 前川早苗：精神的不調をかかえる若者の家族ミーティング：精神障害とリハビリテーション15(2)：163-166, 2011
- ・ 原田雅典：「若者支援外来」でみる対人恐怖・社交恐怖：精神療法第37巻4号：80-81,2011
- ・ 原田雅典、前川早苗、濱 幸伸、足立孝子、岩佐貴史、栗田弘二、藤井道美、中村友喜、山本綾子：日本における早期介入の実践モデル：臨床精神医学41巻10号：1481-1488、2012
- ・ 原田雅典：統合失調症の早期介入：精神療法39巻1号：55-60、2013
- ・ 原田雅典、足立孝子、岩佐貴史、栗田弘二、中村友喜、濱 幸伸、山本綾子、前川早苗：三重県立こころの医療センターにおける早期介入の試み：日本精神神経学雑誌、2013（印刷中）

## 研究協力者

- ・ 足立孝子、岩佐貴史、木高広美、栗田弘二、中西伸彰、中村友喜、藤井道美、濱 幸伸、濱口達也、前川早苗、山本綾子（三重県立こころの医療センター）

「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」（主任研究者：岡崎祐士）  
（総合）分担研究報告書

精神病の早期支援・早期治療をめぐる技術開発と人材育成にかかる研究  
分担研究者 野中 猛 日本福祉大学研究フェロー

研究要旨

本分担研究では、精神病の早期支援・早期治療活動を実践するための技術を開発し、その活動になう人材を育成するために、研修資材を開発し、研修方法を提言する。精神病の早期支援・早期治療活動を実践するための技術として、①ケースマネジメント、②認知行動療法、③家族心理教育、④就労・就学支援、⑤作業療法、について検討してきた。

①早期支援・早期治療活動においてケースマネジメントは中心となる技能であり、プライマリーな治療モデルとして積極的仲介が求められる。現在のわが国の状況では、仲介だけでなく直接的な支援機能や他機関への助言機能も期待される。

②早期支援ではケースマネジャー自身が日常的支援の中で認知行動療法を行うことが期待される。研修にはケース・スーパービジョンが適切であり、わが国でも専門家が育ちつつある。

③本人支援に勝るとも劣らず家族支援が重要である。最初期には個別対応が求められる。ひと段落経って、早期支援対象者だけの家族心理教育に導入することが望ましい。

④わが国では就労支援が先行しており、医療側が障害者の就労支援をめぐる制度や社会資源を知る必要がある。就学支援では、教育機関に対して積極的に助言することが求められる。いずれにせよ、連携協働の技能と日常的なネットワーク活動が必須である。

⑤いまあらためて亜急性期・回復前期における作業療法に注目することとなった。言語機能の回復に先だって働きかけることのできる作業療法に期待したい。

最後に人材育成の戦略にふれる。5つの技術について、インターネット上に置くための研修教材をまとめた。集合研修を試行して、事例検討方式が有用であることを確認した。職場内研修としても、多職種チームの運営としても、日常的に事例検討活動が必須である。今後はファシリテーター育成が課題となる。

**A. 研究目的**

本分担研究は、精神病の早期支援・早期治療活動を実践するための技術を開発し、その活動になう人材を育成するための研修資材を開発し、研修方法を提言することを目的とした。

早期支援・早期治療活動をめぐる5つの技術に注目した。すなわち、①ケースマネジメント、②認知行動療法、③家族心理教育、④就労・就学支援、⑤作業療法である。

これらの技術について、国際的レベルで概念や方法を明らかにし、わが国においても応用可能なものに工夫して、実際の活動として試行し、同時に先進者に学んだ。

さらに、早期支援・早期治療を実際に行うスタッフにこうした技術を広めるための研修システムを検討した。研修資材を開発し、研修方法を試行し、今後の課題を見定めた。

早期支援・早期治療の臨床実践をする際に、ど

のような能力が求められ、それをどのように学習し、促進する因子と阻害する因子は何かを見定め、今後本格的な人材育成計画を実行する際に基礎となる知見を追究することを目標とした。

**B. 研究方法**

まず初年度では、5つの技術について、先行研究や先進諸国のガイドライン等を参考にして、わが国で実現可能な方法を選択し、一部の臨床活動を試行した。

2年目では、5つの技術について、早期支援・早期治療を進める団体のホームページに掲載する記事を作成した。広く研修資材とすることをねらった。同時に、臨床活動に有用と思われる先進諸国のガイドラインの翻訳・出版を行った。

最終年度では、全国で早期支援・早期治療の臨床活動を開始しているか始めようとしている多職種の専門職を対象に2日間の集合研修を実施し、

講義、ワークショップ、事例検討の形式を試行した。前後で IPS に関する知識テストと、最後に研修に対する満足度調査を加えた。

わが国の現状で早期精神病患者の就労支援を阻む要因について、集合研修時のワークショップにおける意見をデータにして、KJ法を参考に統合を試みた。

早期精神病患者への就労・就学支援をめぐるケースマネジメントの実際において、具体的な課題と実践的な技術を把握するため、先進的な4施設の実践者にヒアリングを実施した。

#### (倫理面への配慮)

提示した事例については、本人を特定できないように、研修当日も一部修正しているが、本報告書においてはさらに修正を加えている。

### C. 研究結果

5つの技術に関する研究結果は以下のようであった。

#### 1. ケースマネジメント

1) 複数のケースマネジャーと該当する医師が集まって、早期支援活動におけるケースマネジメントの課題について意見交換した。(1年目)

ケースマネジャーの機能が浸透していない、兼務であるために負担が大きい。医師との情報交換や責任分担をどこまでするかわが国の法制度の中で整理する必要がある。プライマリーな技術が必要だが、力量にばらつきが大きい。認知行動療法、家族支援、就労就学支援などをケースマネジャーが行うかどうかに関して議論された。いまのところ次につなげるサービスが少ないのも現状である。

2) オーストラリアの ORIGEN で用いているケースマネジメントに関するハンドブック(2001)を翻訳出版した。英国の IRIS が用いているトレーニング・リソース(2006)も参考にした。(1年目)

早期支援・早期治療におけるケースマネジメントは、国際的に共通して、次のような特徴がある。すなわち、①プライマリーな治療モデルである、②エンゲージメント(関係づくり)を重視する、③協働的治療関係であり、ケースロードは最大でも30~36に抑える、④積極的仲介とも表現される、⑤サービス提供期間を2,3年に限定して、次のサービスにつなげる、とされている。

3) 全国で早期支援を開始しているか始めようとしている多職種の専門職を対象に、2日間にわたって試行された集合研修において、4事例の事例検討を行った。(3年目)

事例は「ケース覚書情報シート」によって提示され、全員参加のアセスメントはホワイトボードにその場で記載され、プランニングは十文字表でまとめられた。

4事例を通して得ることのできた臨床的要点は、①本人のアセスメントや周囲の関係者との関与、②本人の就学や就労を受け入れる側のアセスメント、③情報開示の戦略を本人、家族、主治医と意見を共有、④教育機関や企業と医療機関との連携体制、⑤多職種チームによる事例検討の重要性であった。

研修満足度調査に加えられた自由記載欄でも、事例検討方式によって、具体的な技術を学ぶことができ、多職種によるチームワークが実践できるなど、研修者の評価は高いものであった。臨床現場で実践するためには、今後ファシリテーター育成が課題となろう。

### 2. 認知行動療法

1) 先行文献研究として、主に英国の NICE による統合失調症ガイドライン 2010 アップデート版を用いた。(1年目)

英国においても治療者の実力にばらつきがあるためにトレーニングが重要と言われている。Morrisonらのデルファイ研究によって明らかにされた認知行動療法の構成要素は次のとおりである。すなわち、①治療関係の構築、②治療構造・治療理論、③事例定式化、④アセスメントと治療モデル、⑤宿題設定、⑥変容のための戦略、⑦治療者の信念、であった。

2) 英国マンチェスター大学の Paul French 氏と、認知行動療法についてヒアリングした。(2年目)

後に Jo Smith 氏、Alan Farmer 氏を加えて、スーパービジョンを定期的に受けることとなった。Paul French 氏による専門職に対するケース・スーパービジョン研修会を開催した。その後その参加者から選んだスキルアップグループに対して、スキル評価とウェブカンファレンスによるピアレビュー・スーパービジョンを試みた。

3) オーストラリアの ORIGEN では、認知行動療法とケースマネジメントが併用されており、それに関するハンドブックを翻訳した。(2年目)

4) 認知行動療法を実施する治療者のスキルを客観的にとらえるために、面接スキル評価ツールを開発した。(2年目)

実際には、CTS-Psy, EPISODE-II Fidelity Scale の日本語版を作成した。

### 3. 家族心理教育

1) 早期支援・早期治療の際の家族支援に関して、先進諸国におけるガイドラインを調査した。(1年目)

オーストラリアの EPPIC のガイドライン、英国の IRIS のガイドラインなどを参考にして、家族支援の要点を次のようにまとめた。すなわち、①患者・家族・専門家が協働する関係を構築する、②困難な状況に、患者・家族・専門家が協力して立



ち向かう、③現在と将来に焦点をあてる、④すべての情報を家族と共有する、⑤家族のこれまでの行いを評価するような態度ではのぞまない、とまとめられた。

## 2) 早期支援・早期治療における家族支援をすでに実施している先行機関に対してヒアリングを実施した。(1年目)

次のような意見が得られた。病気の兆候が現れたばかりの初期には、当事者家族に精神疾患の知識は圧倒的に少なく、それが病気であるのかどうか判断できないし、どう対応していいか、何処に相談していいかわからないまま、家族が抱え込む事態になりやすい。この時期には個別対応が望まれる。

当事者の状態が病気であると認識できた段階で、家族は、病気の原因は何か、回復までの道のりはどのようなものか、“治る”とはどういうことかなどについて知りたくなる。この時期に、治療過程、治療と症状との関係、支援機関やサービスについて説明を要する。この時期になると、同じような辛い思いをしている他の人を知りたくなる。集団での家族心理教育を導入するのが適切なのはこの時宜であろう。

## 3) 日本心理教育・家族教室ネットワークが開発した標準版家族心理教育プログラムを紹介した。(2年目)

6回のセッションを、2週間ごとに1回2時間を実施する。前半45分は情報提供を行い、休憩をはさんで、後半60分は問題解決技法を用いたグループ療法を行う。ノーマライゼーション・モデルを用いて、健常者に起こり得る正常な体験の連続体として、精神症状を説明する。特に思春期心性については十分に説明を要する。

## 4) 早期支援・早期治療を行っている家族に対する心理教育を実施しようとしたが、対象者を十分な数で集められなかった。(3年目)

## 4. 就労・就学支援

### 1) 初回エピソード精神病であった者に就労支援をした専門職を対象に、その就労支援の特徴について、グループインタビューを行った。(1年目)

専門職5名は、経験年数が3~9年、就労支援経験数は2~30名で、作業療法士、臨床心理士、看護師、精神保健福祉士の資格を有していた。

発言内容を逐語録として、211のアイテムを抽出し、11のカテゴリーを分類した。就労支援の経過は、「非開示で期間を決めた就労体験」を勧め、その体験を通じて「目標の共有」、「職業準備性の向上」、「自己能力の認識を促す」、「非開示から開示へ」という流れであった。

### 2) 就学支援を検討するために、わが国における学校保健の歴史を整理し、関与する人々や特定の機関について検討した。(1年目)

2009年に学校保健法が学校保健安全法に改訂されて、健康観察、保健指導、医療機関等との連携が位置づけられたが、実際の活動が教育現場に浸透しているわけではない。

担任教諭、養護教諭、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー、学校医などについて、現況をそれぞれ検討した。

わが国の学校保健場面には多様な人々がかかわっており、複数のガイドラインやツールも存在しているものの、実際に有効なシステムや技能はほとんどない。

### 3) 早期精神病患者に対する就労・就学支援に関して、国際的な動向を確認した。

精神病早期介入国際学会 IEPA では、復学・復職に関する推進グループ iFEVER を結成し、2008年にガイドラインを作成した。ここでは、精神病をもちながらも意味のある生活を成し遂げることを支援すべきである点が強調されている。

### 3) わが国における若年障害者の就労実態を整理した。(2年目)

20歳代の精神障害者の就業率は、一般人口に比べて低く、就職しても離職率が高い。しかし一方、職業生活は自己概念の形成と確立の過程であり、青年前期から成年前期にかけての発達課題に配慮すると、就労支援は重要な位置をしめる。現在のわが国における障害者の就労支援制度を整理した。

### 4) 集合研修において、研修前後でIPS知識テストを実施した。(3年目)

現代の就労支援は「個別就労支援 Individual Placement and Support: IPS」の理念と手法が採用されている。これまでのように「十分な訓練をしてから職探しをする」のではなく、「本人の希望に基づいて、可能な限りスピーディな職探しと、OJTによる支援を行う」ことが一般的になりつつある。

IPSに関する知識テストは、25項目の質問に「はい・いいえ」の2件法で回答する。研修開始時にプレテストを行い、＜講義＋ワークショップ＋事例検討＞で構成された研修1日目終了時にポストテストを実施した。

その結果、「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「援助付き就労はエビデンスに基づいている」という項目については研修前後で大きく改善した。しかし、「機能障害の重症度はクライアントが就労できるかどうかを左右する」という項目については、研修後も正答率が比較的低い(正答率75%)ままであった。「機能障害」に関する説明を工夫する必要がある。

### 5) 現代のわが国において早期精神病患者に就労支援をする際に何が課題になるのかというテーマで、集中研修ではグループワークを行った。ここで得られたデータ156枚についてKJ法を参考にして9つのカテゴリーに統合した。(3年目)

その結果、最終的には就労を阻む4つの要因にまとめられた。すなわち、①環境因子として、「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。②実践家の課題として、「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。③家族に関する要因として、「就労を望む家族」があり、思いと逆に過度な期待や心配で本人のプレッシャーになっている。④本人の働きにくさとして、「少ない就労経験」、「低いモチベーション」、「疾病開示の抵抗感」が、周囲の偏見や専門家の医療モデルとあいまって、悪循環を呈している。

これらの阻害要因に対処して、就労支援を実現するためには、個別のケースマネジメントを欠くことができないと思われた。

#### 6) 早期精神病患者に対する就労就学支援の臨床的な技術を明らかにするため、先進的な4施設の実践者たちを対象にヒアリングを行った。(3年目)

支援活動で共通する留意点は次のような項目であった。すなわち、本人の希望に沿った支援計画であること、連絡調整が支援の基盤であること、主治医と方向性を一致させること、疾病教育はていねいに行うこと、手帳や年金などの社会保障利用を安易に進めないことなどであった。

就労支援の留意点は次のような項目であった。すなわち、疾病の開示・非開示で支援の進め方が大きく異なること、疾病管理を含めた生活機能が適応水準を満たしていること、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ほうが効果的であることなどであった。

就学支援では、疾病を開示しやすいので、学校側と協力体制を作りやすいこと、本人と同等くらいに家族の希望を聞いておくこと、情報が多いのは学校側であるが、判断を医療側に求める傾向があることなどであった。

支援のコツについては次のような項目が挙げられた。多様な予測をしておくこと、協力者とは直接に会っておくこと、施設内スタッフとの連携も重要、自発的な相談を待たずに積極的に聴く、具体的現実的に提案する、当事者同士の情報交換の場を設ける、対処法の練習をする、人生の中で就労就学がどのような意味をもつのかという長期的展望をもつ、仕事や学校に行く活動を支えるのではなく、そうしている本人を支えるのであることなどであった。

### 5. 作業療法

1) 亜急性期・回復期前期における作業療法の可能性を追究した。従来の作業療法概念では「早期(急性期)作業療法」の一部にあたる。(2年目) この時期には、病的状態からの早期離脱、慢性

化などの二次的障害の防止、現実移行への援助、心身の基本的機能の回復が求められる。そこで、この時期に推奨される作業活動の特徴は、新しい知識や技術および作業遂行時の判断を要しないこと、活動の手順が明確であること、適度な繰り返しのリズムのあることが必要となる。この時期の作業療法の要点は、不用意に入り込まない心理的距離、外的および内的刺激からの保護と鎮静、自己の内外の刺激をわかりやすくするといった諸点となる。日中すごす場と休む場を区別すること、集団の中にながらも不用意に入り込まれない心理的距離が保障されていること、こうした条件下において心身の基本的な機能を回復することを支援する営みと言える。

実践事例では、言葉の回復に先んじて作業活動が回復している様子が観察できた。

### 6. 集合研修の試行

1) 集合研修の形式を検討し、実際に試行した。(3年目)

集合研修は、2012年9月15～16日の2日間、東京大学病院管理研究棟において、1日目53名、2日目48名(延べ参加者101名)で実施された。職種は医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士、その他であり、ほとんどの参加者は全国各地の早期支援チームの一員として参加した。

2) 集合研修に対する満足度調査を行った。

研修終了後にアンケート用紙を配布して、会場内にて回収された。配布数48枚に対して回収されたものは40枚(回収率83.3%)であった。(3年目)

アンケート内容は、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患者への支援に関する自信の程度について、それぞれ10段階で回答を求め、自由記載欄も設けた。

その結果、理解度と満足度との間に相関が認められたが、自信の程度と理解度あるいは満足度の両者ともに相関が認められなかった。自信の程度と理解度や満足度が相関しなかったことは、研修参加者の中には実践経験を有していない者も含まれており、早期介入という未知の経験に対する不安が現れているものと考えられた。

自由記載では、ケースマネジメントやカンファレンスという技術に関する知識と習得方法を求める意見が最も多かった。就労支援に活用できる社会資源等の情報を求める声もあった。事例検討会方式を用いた研修は、早期精神病患者への支援を具体的に理解するうえで有用であったとの指摘が多かった。

### D. 考察

精神病に対する早期支援・早期治療の臨書活動の中心を構成する5つの技術と人材育成について考察する。

## 1. ケースマネジメント

早期精神病患者に対する早期支援・早期治療を実践するうえで中心となる技能はケースマネジメントである。チームとして行うが、実務者は医師が除かれる。わが国にケアマネジメントとして先行して導入された介護保険における介護支援専門員とは異なって、プライマリーな治療モデルで積極的の仲介が求められる。わが国の状況では、特に主治医との情報交換や役割分担が要点となる。

先進諸国では常勤専任の場合に最大 30～36 人に受け持ち数を抑えている。わが国の場合は、非常勤兼務であることが多くて機能に限界がある。また、先進諸国では就学・就労支援のスペシャリストや一般青年に対するサービスが存在しているために仲介作業に徹することができる。一方のわが国では、ケースマネジャーがスペシャリストの機能も果たさざるを得ず、他の機関への助言や職員教育もせざるを得ない段階にある。

スタッフの初期研修においても、日常的な多職種チーム運営にしても、ケースマネジメントに基づく事例検討が重要となる。事例提出には「ケース覚書情報シート」が活用できる。全員参加の議論はホワイトボードを活用し、プランニングでは十文字表を用いる。今後はファシリテーターの育成が課題となる。

## 2. 認知行動療法

現代の心理療法として、認知機能や社会生活技能の向上をねらう認知行動療法が中心となっている。

わが国の診療報酬制度では、研修を受けた医師や臨床心理士が行うものとなっている。早期支援における先進諸国では、ケースマネジャーが個別に、日常的な支援場面で認知行動療法を実施している。こうした方式が現実的に有効な戦略と思われる。そのガイドブックは日本語に翻訳されている。

スタッフ研修のためには、ケース・スーパービジョン形式が有効である。英国の一流治療者をスーパーバイザーとして、日本の若手が継続的に認知行動療法のスーパービジョンを受けてきた。今後は、これらのスーパービジョン経験者がわが国において研修を広める役割を担うことが期待される。

## 3. 家族心理教育

家族構成員の早期精神病発症に直面した他の家族は、知識も技能も圧倒的に少なく、不安と混乱のうちにある。本人支援に勝るとも劣らず、家族支援は重要である。

最初期には個別対応が求められる。ひと段落経ってから家族心理教育が導入される。この場合に、既存の家族心理教育クラスのテーマが慢性の状態に焦点があたっているのであれば、早期事例だけを集めたクラスが必要となる。

早期精神病患者事例だけの家族心理教育に関する特

徴や効果のエビデンスは、活動がはじまったばかりでなおも出そろっていない。

## 4. 就労・就学支援

早期精神病患者の年齢を考慮すると、実際の支援内容は、20歳前では就学支援が中心となるし、20歳以降では就労支援が中心になる。早期支援・早期治療の現実的な目標は就労・就学支援と言って過言ではない。

わが国では就労支援活動が先行している。障害者就業支援制度においても、基本的には援助付き就労あるいはIPSが念頭にあり、ハローワークや障害者職業センターなどの社会資源も活発に動いている。ハローワークを通して一般就労した障害者の種別の第一位はいまや精神障害者であり、就労支援の技術も蓄積されている。

むしろ、医療関係者の側が現代の就労支援制度や社会資源を知らないまま、就労支援をしないか、あるいは制度に未知なまま孤立して支援している。最も現実的な戦略は、就労支援の専門家たちと日常的に連携協働することであろう。

一方、就学支援とすると、わが国では始まったばかりと言える。学校場面では生徒や学生の精神保健の悪化に直面して、混乱か放置か、ほとんど対応できていなかった。スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーを導入した以降であっても、全体的なシステムとして適切な対応は期待できない。

そこで就学支援の場合は、教育機関の職員やシステムに働きかけて、現実的に有効な支援が成立するようにマネジメントをすることが必要な段階にある。

いずれにせよ、就労・就学支援は既存の機関や専門職との連携協働の活動が中心となる。そのためには連携協働の技能を身につけることが必要で、日頃から関係者のネットワークが求められる。

## 5. 作業療法

今回の研究を機会にして、亜急性期・回復前期における作業療法の試行と検討を始めることができた。言語機能の回復前から働きかけることのできる作業療法に、早期支援・早期治療活動が期待することは大きい。

## 6. 人材育成

5つの技術をめぐる研修資材として、インターネット記事に整理した。わが国における諸文献も次第に充実してきた。

最後に集合研修を試行して、人材育成戦略に関して検討を加えた。＜講義＋ワークショップ＋事例検討＞の形式を採用し、事例検討に最も多くの時間を割いた。

研修満足度や自由記載からも、事例検討方式に

よって、具体的な技術を学ぶことができ、多職種によるチームワークが実践でき、現況の課題を把握することができるなど、参加者による評価が高かった。

事例検討方式は、ファシリテーションの技術を身につけた者の存在が必要であり、今後はファシリテーター育成研修が求められる。この点では、介護支援専門員や相談支援専門員における「ケア会議」のファシリテーター育成活動が先行しているので、参考にすることができる。

最終的には、それぞれの臨床現場で日常的に事例検討が行われることが、人材育成にも直結する。医療職を中心とした多職種チームに、学校や職業関係の専門職が加わって、事例検討を何度も重ねていく中で、早期支援の活動は広く深く展開するものと思われる。

## E. 結論

### 1. ケースマネジメント

早期精神病患者に対する早期支援・早期治療活動において、ケースマネジメントは中心となる技能であり、プライマリーな治療モデルで積極的仲介が求められる。現在のわが国の状況では、仲介だけでなく直接的な支援機能や他機関への助言機能も期待される。

### 2. 認知行動療法

早期支援では、ケースマネジャー自身が日常的支援の中で認知行動療法を行うことが期待される。研修にはケース・スーパービジョンが適切であり、わが国でも専門家が育ちつつある。

### 3. 家族心理教育

本人支援に勝るとも劣らず家族支援が重要である。最初期には個別対応が求められる。ひと段落経って、早期支援対象者だけの家族心理教育に導入することが望ましい。

### 4. 就労・就学支援

わが国では就労支援が先行しており、医療側が障害者の就労支援をめぐる制度や社会資源を知る必要がある。就学支援では、教育機関に対して積極的に助言することが求められる。いずれにせよ、連携協働の技能と日常的なネットワーク活動が必須である。

### 5. 作業療法

いまあらためて亜急性期・回復前期における作業療法に注目することとなった。言語機能の回復に先だって働きかけることのできる作業療法に期待したい。

### 6. 人材育成

5つの技術について、インターネット上に研修教材をまとめた。集合研修を試行して、事例検討方式が有用であることを確認した。職場内研修としても、多職種チームの運営としても、日常的に事例検討活動が必須である。今後はファシリテ

ーター育成が課題となる。

## G. 研究成果

(論文発表)

- 1) 石倉習子：早期支援を目的とした専門外来の取り組み—ユースメンタルサポート松沢の実践. 精神科看護 37(7);21-25, 2010
- 2) 石倉習子・他：東京都立松沢病院における早期支援の取り組み. 精神科 17(3);252-256, 2010
- 3) 野中猛：精神病早期介入におけるケースマネジメント. 精神神経学雑誌 113(7);688-693, 2011.
- 4) 山崎修道：Cognitive and Behavioral Case Management 紹介.精神療法 37, 653-654, 2011.
- 5) 石倉習子・西田淳志・野中猛・岡崎祐士：早期支援サービスにおける家族支援—都立松沢病院早期支援外来 wakaba の取り組み—. 精神保健福祉 43(1);16-18, 2012.
- 6) 青野悦子・石倉習子：早期介入サービスにおける人材育成. 臨床精神医学 41(10);1475-1479, 2012
- 7) 石倉習子・他：都立松沢病院早期支援青年期外来(wakaba)における就学・就労支援. 精神障害とリハビリテーション 16(1);5-9, 2012
- 8) 野中猛：初回精神病エピソードに対する就労支援. 臨床精神医学 41(10);1469-1473, 2012.
- 9) 山崎修道・市川絵梨子・菊次彩・吉原美沙紀・萩原瑞希・北川裕子・夏堀龍暢・小池進介・江口聡・荒木剛・笠井清登：精神病への認知行動療法 早期支援における認知行動療法の活用. 臨床精神医学 41(10);1465-1468, 2012.
- 10) 小池進介・山崎修道・西田淳志・安藤俊太郎・市橋香代・笠井清登：心理社会的介入・家族支援のエビデンス. 臨床精神医学 41(10);1455-1461, 2012.
- 11) 山崎修道・小池進介・市川絵梨子・菊次彩・吉原美沙紀・安藤俊太郎・西田淳志・荒木剛・笠井清登：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. 精神障害とリハビリテーション 16(1);43-48, 2012.
- 12) 小池進介・山崎修道・夏堀龍暢・岩白訓周・市川絵梨子・高野洋輔・里村嘉弘・管心・荒木剛・古川俊一・笠井清登：東京大学医学部附属病院「こころのリスク外来」における支援・治療・人材育成の取り組み. 精神障害とリハビリテーション 16(1);16-21, 2012.
- 13) 山崎修道・西田淳志・安藤俊太郎・小池進介：