

重症精神障害者に対する認知機能リハと個別援助付き雇用の複合 による就労支援研究：サービスコード結果の中間報告

研究分担者 佐藤さやか¹⁾

研究協力者 ○山口創生¹⁾

研究協力機関 国立精神・神経医療研究センター病院、国立国際医療研究センター 国府台病院
東北福祉大学せんだんホスピタル、帝京大学医学部附属病院、ひだクリニック
長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）

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

要旨

本研究は、サービスコードの分析をもとに、1) 各サイトの支援機関が研究参加者に提供した支援量（時間）と、2) 個々の研究参加者が就職前に受けた支援量（時間）を明らかにすることを目的とした。本研究の分析対象者は、6つのサイトで12ヵ月の追跡が可能であった21名であった。サイト別に1対1換算の支援提供時間を計算した結果、サイト間で臨床的不均一性が確認された（最も支援時間が多いサイト(n=4):60,496分、最も支援時間が少ないサイト(n=3):5,170分）。12ヵ月間で就職した参加者における就職前の1対1換算の被支援時間は、平均して1ヵ月あたり約17時間であった。特に就労した参加者は、就労していない参加者と比べ、①「認知リハ+ビジネス」、②「就労関連」、③「生活関連」の被支援時間が有意に多かった。

A. 研究の背景

精神障害者の就労支援は国際的な課題である反面¹⁾、我が国では多くの精神障害者が就職に至っていない。厚生労働省の実態調査によると、2011年度の公共職業安定所における精神障害者の新規求職申込件数は48,777件であり、就職件数は18,845件である²⁾。公共職業安定所における求人は、雇用主が障害者を雇った際に、障害者雇用促進法の雇用率に算定される週20時間以上の労働を課す求人が多いことから、特に重度の精神障害を持つ者にはとっては、専門家による支援なしに自身の好みやニーズに合う仕事を見つけることが容易でないかもしれない。

しかしながら、就労を希望する精神障害者が利用する障害者自立支援法の就労移行支援事業所は、利用者の一般就労（福祉施設内におい

て最低賃金以下で雇われる等の保護的/福祉的就労ではなく、一般的事業所での雇用）への移行に向けた支援が機能していないことがめずらしくない。厚生労働省による調査では、2010年度に登録されていた全国972の就労移行支援事業所のうち、約半分の436施設において、1人の利用者も一般就労に移行できていないことが明らかになっている³⁾。また、近年、精神科デイケアでも就労支援への関心が高まっているが、厚生労働省による2011年度患者調査では、対象となった患者の84% (n=532) は、デイケアの利用期間が3年を超えており、デイケアの利用が地域移行や継続的な就労に結びついていない可能性を示唆している⁴⁾。

他方、欧米を中心に重度の精神障害者の就労に効果的な実践としてエビデンスを蓄積しているのは、個別対応とアウトリーチをベースと

した就労支援とケアマネジメントをベースにした生活・医療支援を統合した援助付き雇用である^{5,6)}。これらのエビデンスは、我が国の重度の精神障害者に対する就労支援が、従来の施設通所型サービスからの転換が必要であることを暗示している。

日本の現状と国内外のエビデンスをもとに、本研究班では、6つのサイトで認知機能リハビリテーションと日本版援助付き雇用を実施し、無作為化比較臨床試験（RCT）によって効果検証を行っている。同時に、それぞれのサイトにおいて、研究参加者にどの程度の支援を提供しているかを把握するために、スタッフが自身の行った支援について、その内容をサービスコード票に記録している。本研究の第1目的は、スタッフによって記録されたサービスコードを分析することにより、本研究班における日本版援助付き雇用において、各サイトがどのような支援に時間を費やしているかを明らかにすることであった。また、第2の目的は、研究参加者が、就職前にどの程度の支援を受けていたかを実証的に把握することであった。

本報告は途中経過であり、最終的な結果と大幅に異なる可能性があることを留意されたい。加えて、診療報酬や自立支援法の報酬で補えない各機関の持ちだしの活動（赤字部分）を明らかにするなど目的とした詳細な分析は、最終のデータを使用して行う予定である。

B. 方法

1. 参加者

本研究者の対象者は、RCT 研究における各サイトの第1クールの参加者28名のうち、12ヵ月の追跡が可能であった21名であった（脱落率：25%）。具体的には、以下の5点すべてを満たすものが本研究者の対象者となった：①研究協力施設に外来通院中であること、②主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病であること、③年齢が20-45歳であること、④研究開

始時に就労を希望しているもの、⑤一定の認知機能障害が認められるもの（BACS-Jによるスクリーニング）であった。

2. 各サイトにおける支援機関の特徴

本研究における6つのサイトの支援機関の特徴を以下に説明する。

サイトAとBは、それぞれ精神科デイケアと精神科クリニックが主たる支援機関となる就労支援モデルを構築した。両機関に共通することは、就労支援を主に提供するスタッフ（以下ES）と医療的支援のマネジメントを含めた生活支援を主に提供するスタッフ（以下CMer）が、それぞれの機関に在籍していることであった。すなわち、サイトAとBでは、就労支援と生活および医療支援が1つの精神科医療機関内で行われた。

サイトCとDは、ともに精神科デイケアであった。2つのサイトでは、それぞれの精神科デイケアが日頃から良好な関係にある障害者就業・生活支援センターとの綿密な連携を通して、支援を展開するモデルを構築した。具体的には、精神科デイケアのCMerが参加者に生活および医療支援を提供する一方で、障害者就業・生活支援センターのESが就労支援を行った。

サイトEとFは、ともに障害者自立支援法下の就労移行支援事業所を軸に据えた就労支援モデルを展開した。それぞれの事業所では複数のESが所属しており、研究参加者の担当となったESが実際の就労支援を行っていた。また、医療機関のCMerが出向する形で就労移行支援事業所に滞在し、医療機関との密接な連携を通して、生活および医療支援を提供した。よって、支援機関EとFでは、就労支援と生活および医療支援が、1つの地域就労支援事業所で行われた。

3. サービスコード票

サービスコード票には、日時、支援内容、支

援時間、移動時間、移動に費やした金額、支援したスタッフの職種、研究参加者と同時に支援した他の施設あるいはサービス利用者の人数、診療報酬や障害者自立支援法の報酬枠組みでは請求できない支援などについての情報が含まれる（詳細は23年度・研究班報告書を参照）。

支援内容について、サービスコード票には、プロトコルで規定された認知機能リハビリテーションやビジネスマナーのプログラムに関する4項目、インテークやプランニングあるいは実際の職場開拓やジョブコーチなど就労支援に関する13項目、ケア会議や個別の生活支援（施設内支援、訪問支援、電話などでの支援）に関する4項目など、計22項目が設けられた

（表1）。デイケアなどで行われる集団プログラムは、項目「その他」の欄に記録され、備考欄に「就労に関係する集団プログラム」（キャリア・デザインやキャリア形成、PCプログラム、事務などの職業体験）、あるいは「その他の集団プログラム」（心理教育、レクリエーション活動）に分けて記載された。

4. 手順

本研究の参加者には、各サイトの担当者が書面および口頭で研究の趣旨やデータの使用方法などを説明し、調査への参加の同意を得た。すべての参加者には、調査への参加に対する拒否権と途中棄権の権利が確保された。また、すべての研究参加者から署名付きの同意書を得た。

各サイトのスタッフは、初めて参加者を支援した日から16ヵ月間、個別や集団で彼らを支援した際に、その支援内容に最も当てはまるサービスコード票の項目を選択し、支援時間などを記載した。各機関の地域ネットワークの向上を図る定期的な地域施設の代表者ミーティングや利用者全般のための職場開拓などの支援は、サービスコード票には記載しないこととした。スタッフによるサービスコード票への記入方法については研修会を行ったほか、電話やメ

ールで質問に対応する担当窓口を設けた。

5. 分析

本研究では、参加者21名の12ヵ月のサービスコード・データから、各サイトのスタッフが参加者に提供した支援時間（分）を提示した。その際に、サービスコード22項目を、プロトコルで規定された①「認知機能リハビリテーション+ビジネスマナー（以下、認知リハ+ビジネス）」のサービス、②「就労関連」のサービス、③「生活関連」のサービス、④「プログラム」のサービス、⑤「その他」のサービス）の5つに分類した（表1）。

各サイトにおける支援提供時間あるいは各参加者の被支援時間については、スタッフ1人が参加者1人に費やした時間を把握するために、『1対1換算の支援提供時間』を算出した（Box. 1）。この計算においては、プロトコルで支援時間数が規定された認知機能リハビリテーションやビジネスマナーのプログラムであっても、サイトによって参加者数やスタッフ数が異なる場合は、1対1換算の支援提供時間が変化する。具体的には、より利用者数が少なく、かつスタッフ数が多い支援やプログラムにおいて、1対1換算の支援提供時間が大きくなる。

Box. 1 1対1換算の支援提供時間の計算

1対1換算の支援提供時間＝

実支援（サービス）提供時間÷利用者人数×スタッフ人数

例）デイケアで、2人のスタッフが、30人の利用者が

参加する2時間のSSTプログラムを行った場合：

1対1換算の支援提供時間＝8（分）

計算：120（分）÷30（利用者）×2（スタッフ）＝8（分）

1) サイト別の支援状況の把握

各サイトの支援状況を把握するために、サイトごとに、①-⑤の1対1換算の支援提供時間を算出した。また①-⑤が総時間に占める割合を算出した。各サイトの参加者数と就労者数も

併せて提示した。

2) 個々の参加者の被支援時間

1対1換算の支援提供時間を用いて、個々の参加者が受けた被支援時間（上述①・⑤および総時間）を算出した。

次に、それぞれの参加者が研究期間における最初の就職前に受けた支援時間を、就職までに要した月数で割り、1ヵ月あたりの被支援時間を算出した。12ヵ月の間に1度も就職していない参加者については、すべて就職前に受けた支援として1ヵ月あたりの被支援時間を換算した（Box. 2）。最後に、12ヵ月間に、就職した人と就職していない人の1ヵ月あたりの被支援時間の平均値と中央値を算出し、Mann-Whitney検定を用いて、中央値の比較を実施した。その際、 $p < 0.05$ （両側）を有意な差とした。すべての分析には、Microsoft Excel 2010 および Stata version 12 を用いた。

本報告による就職とは、最低賃金以上の給与が支払われる事業所での就労であった。特例子会社や就労継続A型での就職は、その求人が公共職業安定所等で紹介されているなど公のものであり、障害を持つ者以外も働く事業所であった場合に限り、就職として扱った。また、実習や就労準備機関の利用は、就労として考えなかった。

Box. 2 1ヵ月あたりの被支援時間の計算

就職前の1ヵ月あたり被支援時間= 就職前までの個別の1対1換算の支援提供時間÷ 就職までに要した月数
例1) 就労支援開始から9月目に就職した人が、合計200分の支援を受けていた場合： 就職前の1ヵ月あたりの被支援時間=25分 計算：200（分）÷8（就職までに要した月）=25（分）
例2) 12ヵ月間、一度も就職していない人が、合計120分の支援を受けていた場合： 就職前の1ヵ月あたりの被支援時間=10分 計算：120（分）÷12（就職までに要した月）=10（分）

6. 倫理的配慮

本研究は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を受けている（No. A2011-024）。

C. 結果

1. 基本属性とアウトカム

第1クール参加者21名のうち、男性は14名（66.7%）であり、女性が7名（33.3%）であった。また、平均年齢は32.6（標準偏差：6.4）歳であった。約8割の参加者が統合失調症圏の主診断であり、最も多かった。（大）うつ病と双極性感情気分障害はそれぞれ2名（9.5%）であった。5名（23.8%）の参加者が過去1年に就労経験を有していた（表2）。また12ヵ月間の間に少なくとも1度は就労した参加者は、21名中の14名であった（就職率：66.7%）。

表2 参加者の基本属性

n=21		度数 (%)
性別	女性	7 (33.3)
	男性	14 (66.7)
過去1年の就労経験	あり	5 (23.8)
	なし	16 (76.2)
主診断	統合失調症圏	17 (81.0)
	うつ病	2 (9.5)
	双極性感情障害	2 (9.5)
n=21		平均(標準偏差)
年齢		32.6 (6.4)

2. 支援機関別の支援提供時間

図1は、それぞれのサイトにおける第1クールの参加者に対する1対1換算の支援提供時間を示している（詳細は付録参照）。

1) サイトA

サイトAでは、3名の参加者が12ヵ月間支援を受けた。また、参加者のなかに就職したも

のはいなかった。

サイト A が、参加者 3 名に対して提供した支援時間の合計は、5,170 分であった。特に「①認知リハ+ビジネス」(2,013 分)と「④プログラム」(1,677 分)に費やされた時間が多く、それぞれが全体の約 4 割と 3 割を占めていた。

2) サイト B

サイト B は、3 名の参加者に 12 ヶ月間、支援提供し、うち 2 名が就職した (1 名は就労継続 A 型)。

サイト B における合計支援時間は、8,422 分であり、ほぼ全てが「①認知リハ+ビジネス」(3,660 分、43%)と「②就労関連」(4,617 分、55%)に費やされていた。

3) サイト C

サイト C は、4 名の参加者に対して支援を提供した。12 ヶ月の間に就職した参加者は 2 名であった。

サイト C における合計支援時間は、18,526 分であった。最も多くの時間が費やされた支援は、「①認知リハ+ビジネス」(8,334 分、45%)であり、次いで「②就労関連」(6,972 分、38%)と「④プログラム」(2,240 分、12%)となった。

4) サイト D

サイト D では、12 ヶ月間の追跡が可能であった参加者は 2 名であり、1 名が就職した。

サイト D が提供した支援時間の合計は、11,056 分であった。「②就労関連」(4,938 分)が全体の約半分を占めていた。他方、「①認知リハ+ビジネス」(3,115 分)と「④プログラム」(2,240 分)で、全体の 3 割および 2 割を占めていた。

5) サイト E

サイト E では、4 名の参加者が 12 ヶ月間、支援を受け、4 名全員が少なくとも 1 度は就職

した。

サイト E における第 1 クール研究参加者に対する総支援時間は、6 サイトの中で、最も多い 60,496 分であった。特に「②就労関連」(38,393 分、63%)が大きな割合を占めるが、他サイトと比較し「①認知リハ+ビジネス」(11,361 分、19%)や「③生活支援」(7,193 分、12%)にも多くの時間を費やしていた。

6) サイト F

サイト F は、5 名の参加者に対して 12 ヶ月間、支援を提供した。支援を受けた 5 名全員が少なくとも 1 度は就職を経験した。

サイト F の合計支援時間は 50,659 分であり、サイト E に次いで多かった。支援時間の約半分は「②就労関連」(27,300 分、54%)であった。また、6 サイトの中で「①認知リハ+ビジネス」(13,013 分、26%)と「③生活支援」(91,511 分、18%)に費やした時間は最も多かった。

3. 個々の参加者の被支援時間

1) 12 ヶ月間における参加者の被支援時間

それぞれの参加者が 12 ヶ月間の間に受けた支援時間は、参加者間あるいはサイト間で大きく異なった (表 3)。1 対 1 換算の支援提供時間で、12 ヶ月間で最も多くの支援を受けていたサイト E の参加者の被支援時間は、18,005 分 (うち「②就労関連」: 10,452 分)であった。逆に、サイト A における最も被支援量が少なかった参加者は、1,323 分 (うち「②就労関連」: 391 分)であった。参加者間の差が顕著に報告された「②就労関連」の支援に着目すると、個別の被支援時間の最多は 12,392 分であり、最小は 126 分であった。

2) 就職前における 1 ヶ月あたりの被支援時間

研究期間内における最初の就職までの 1 ヶ月あたりの被支援時間においても、参加者間に差異が報告された。1 ヶ月あたりの被支援時間が最も多い参加者は 1,689 分 (うち「②就労関

連」：908分）の支援を受けており、最も少ない参加者は110分（うち「②就労関連」：33分）の支援を受けていた。しかし、12ヵ月間に1度は就職した人だけに限定すると、最も少ない参加者においても、1ヵ月あたりの被支援時間は422分（「②就労関連」：154分）であった（表3）。

表4は、12ヵ月間に1度でも就職した参加者（n=14）と就職していない参加者（n=7）における、1対1換算の1ヵ月あたりの被支援時間の平均値、標準偏差、中央値、四方位偏差を示している。12ヵ月間で就職を経験した参加者における就労前の被支援時間は、平均して1ヵ月当たり約17時間（平均値：1021分〔標準偏差：414〕、中央値：980分〔四方位偏差：278〕）であった。

Mann-Whitney検定の結果、12ヵ月以内に就職した参加者は、就職していない参加者と比較し、「①認知リハビリビジネス」（就職群：中央値=383分〔四方位偏差=75〕、未就職群：65〔41〕、 $p<0.001$ ）、「②就労関連」（就職群：377〔260〕、未就職群：33〔31〕、 $p<0.001$ ）、「③生活関連」（就職群：79〔85〕、未就職群：8〔9〕、 $p=0.023$ ）、「合計」（就職群：980〔278〕、未就職群：193〔89〕、 $p<0.001$ ）における就職前の1ヵ月あたりの被支援時間が有意に多かった。また、「④プログラム」の被支援時間に有意な差はなかった。

D. 考察

本研究は、認知機能リハビリテーションと日本版援助付き雇用を実施する6つのサイトにおける支援内容と、それぞれの研究参加者が就職前にどの程度の支援を受けているか実証的な検証をするために、第1クールの参加者を対象として、12ヵ月間のサービスコードの分析を行った。

1. サイト間の臨床的不均一性

調査の結果から、6サイトにおける臨床的不均一性（clinical heterogeneity）が確認された。サイトEとFにおける参加者への支援時間は、他の4支援機関の約2.5～12倍であり、特に、「②就労関連」のサービスや「③生活関連」に費やされる時間が他のサイトより多かった。また、12ヵ月の間で、研究参加者全員が少なくとも1度は就職を経験していたのは、サイトEとFのみである。

サイトEとFにおいて支援提供時間と就職者数が多い理由として、両サイトの支援機関はもともと就労支援を専門として行ってきた機関であることや、ESが複数名いること、CMerが常に同機関に滞在していることが関係しているかもしれない。

他方、サイトA、B、C、Dにおける比較的少ない支援提供時間は、ESの不在や人員不足が関係しているかもしれない。あるいは医療機関における絶対的なマンパワー不足が関係しているかもしれない。たとえば、支援提供時間の合計が最も少なかったサイトAの精神科デイケアでは、1日平均来所者数は約65人であり、登録者数は300名を超える。つまり、各ESやCMerが担当するケースロード数が膨大になり、個別に対応できる時間の確保が難しいかもしれない。4機関において、「②就労関連」の支援だけでなく、「③生活関連」の支援時間が少ないのは、現在の医療機関における利用者数に対する職員配置の限界が原因にあるかもしれない。

また、現在の診療報酬制度では、デイケアスタッフは事業所外に出て行う支援は報酬の対象とならない。そのため、デイケアを基盤とするサイトA、C、Dのスタッフにとっては、日常業務を遂行するなかで、頻繁なアウトリーチ活動が求められる就労支援がしづらいというジレンマがあったかもしれない。

2. 参加者の被支援時間と就職

サイト間の臨床的不均一性がある反面、各サイトにおいて就職した参加者は多くの支援を

受けていたことが明らかになった。1対1換算の支援提供時間の分析結果から、12ヵ月以内に就職した参加者は、就職前、平均して1ヵ月あたり約17時間の支援を受けていた。

特に「①認知リハ+ビジネス」、「②就労関連」、「③生活関連」の支援を多く受けた参加者が就職しやすい傾向にあり、研究期間内の就職者と未就職者の間に有意な差があった。換言すると、①-③の被支援時間の差が、参加者の就職の有無と関係していると示唆される。

また、12ヵ月間で就職できていない参加者における被支援時間の少なさは、何らかの理由で各サイトの主支援機関に来所しなかったことや、参加者の就労への意欲の喪失と関係しているかもしれない。仮にこれらの理由が当てはまるなら、支援の初期段階での関係づくりや積極的なアウトリーチ、あるいはモチベーション・インタビューに関するスキルの向上などが、今後の課題になると考えられる。

他方、プロトコルで規定されたビジネスマナー以外の集団プログラムに関しては、就職者と未就職者の間に有意な差がなく、就職というアウトカムに関しては、明確な効果が確認されなかった。この結果から、本研究に対象となった重度の障害を持った方の就労支援には、認知機能リハビリテーションやビジネスマナーのプログラムを含め、個別あるいは小グループでの手厚い支援が必要になると示唆された。

3. 研究の限界

本研究には、いくつかの限界がある。まず、サービスコードの分析は、それぞれの支援に費やされた時間を提示できるが、支援の質は評価できない。たとえば、あるスタッフが利用者のストレングスを意識したインテーク面接を30分しても、他のスタッフが過去の職業経験だけを聞く30分のインテーク面接をしても、サービスコード上の結果は同じ30分となる。

先述したとおり、本研究は経過報告であるため、来年度以降の最終報告の結果とは大きく異

なる可能性がある。また、赤字部分を明らかにする分析や、基本属性と臨床指標（BACSやPANSS等）の得点を調整したモデル分析は、最終のデータを用いて実施する予定である。

E. 結論

1. 今後の臨床活動への示唆

本中間報告では、重度の精神障害を持った方の就労支援における就職前の支援量の目安は、1対1換算の支援提供時間で1ヵ月あたり17時間程度と分析された。特に、①認知機能リハビリテーションやビジネスマナーのプログラム、②初期のインテークから職場開拓など個別の就労支援、③個別の生活支援にどの程度の時間を費やすことができるかが、就労支援するうえで重要になると考えられる。

2. 今後の研究への示唆

本研究は、各サイトにおいて、参加者への支援提供時間が大きく異なることを明らかにした。残りの研究期間で、6サイトの支援提供量を均一にすることが望ましいが、原因が現在の医療制度や診療報酬制度にある場合は、均一化が容易ではないと予想される。最終結果においても、サイト間における臨床的不均一性が確認された場合は、アウトカム評価時の統計解析の際に、クラスタリング・エフェクト（clustering effect）を調整する必要があると推測される。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

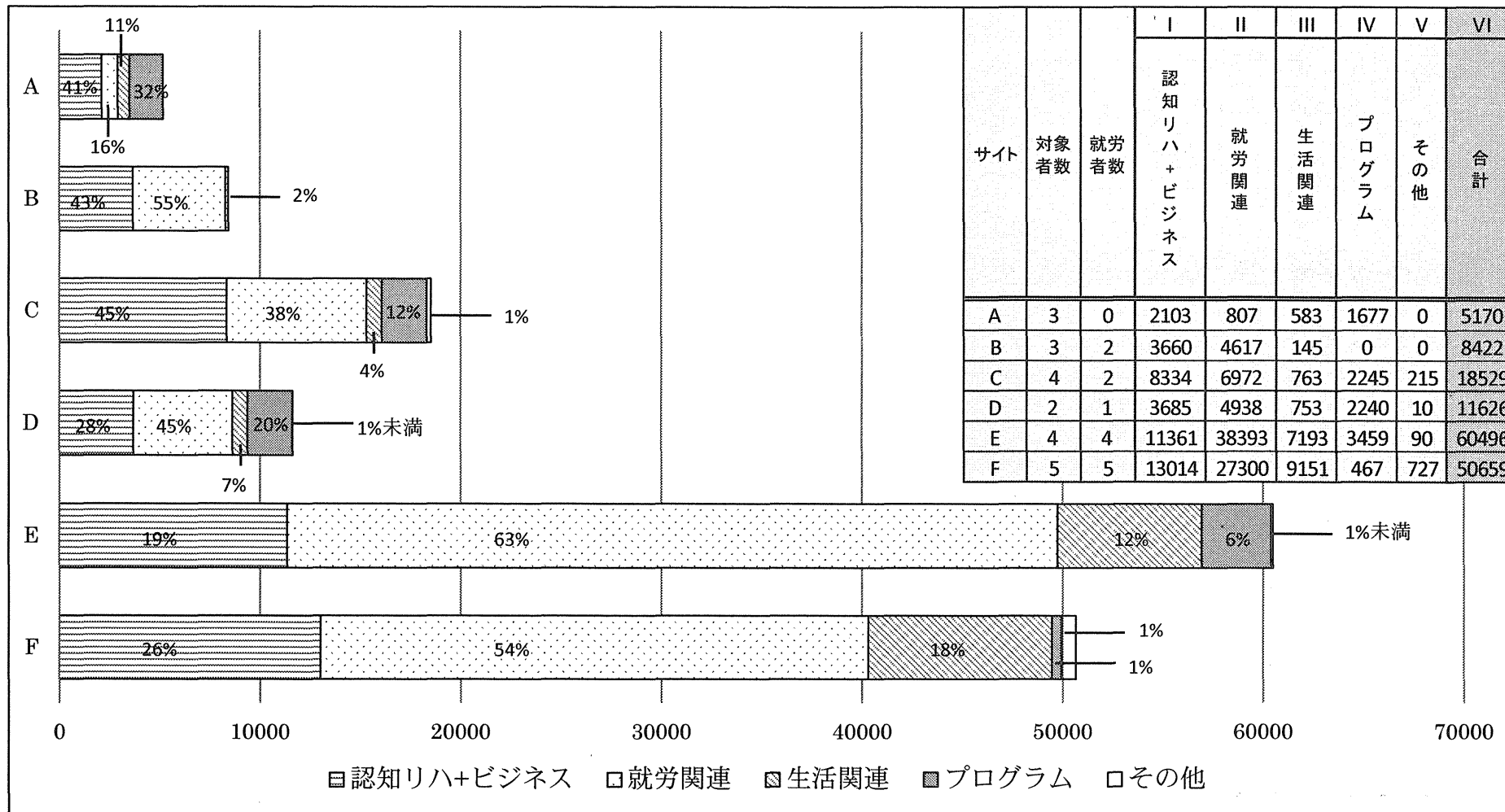
- 1) 山口創生, 米倉裕希子, 周防美智子, 他: 精神障害者に対するスティグマの是正への根拠: スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見. 精神障害とリハビリテーション 15(1):75-85, 2011.
- 2) 厚生労働省: 平成23年度・障害者の職業紹介状況等. 厚生労働省, 東京, 2008. (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000029xr4-att/2r98520000029xuupdf>)
- 3) 厚生労働省: 障害者就業・生活支援センター及び就労移行支援事業所等に求められる役割と課題関連資料. 厚生労働省, 東京, 2012. (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000027qid-att/2r98520000027qn1.pdf#search='%E9%9A%9C%E5%AF%B3%E8%80%85%E5%B0%B1%E6%A5%AD%E3%83%BB%E7%94%9F%E6%B4%BB%E6%94%AF%E6%8F%B4%E3%82%B%E3%83%B3%E3%82%BF%E3%83%BC%E5%8F%8A%E3%81%B3%E5%B0%B1%E5%8A%B4%E7%A7%BB'>)
- 4) 厚生労働省: 平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (平成23年度調査) 精神科入院医療における重度評価導入後の影響調査報告書. 厚生労働省, 東京, 2011. (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001sp25-att/2r9852000001spsn.pdf>)
- 5) Bond GR, Drake RE, Becker DR: Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. World Psychiatry, 11; 32-39, 2012.
- 6) 大島巖, 梅原芳江, 久米知代, 他: 公設地域活動支援センターにおけるIPS援助付き雇用 (個別職業紹介とサポートプログラム) 導入とその評価(2). 西尾雅明 (主任研究者): 平成19年度厚生労働科学研究補助金精神障害者の一般就労と職場適応を支援するためのモデルプログラム開発に関する研究. 17-28.

表1 大項目とサービスコード票の項目

要約 カテゴリー	ラベル	サービスコードの項目
認知 機能 リハ+ ビジ ネス	認知 Cog	認知機能リハビリテーション(コンピューターソフト Cogpack を用いたトレーニング)
	認知言語	認知機能リハビリテーション(言語グループ)
	ビジネスマナー個別	個別の履歴書作成・面接練習・ビジネスマナー等の支援
	ビジネスマナー集団	グループによる履歴書作成・面接練習・ビジネスマナー等の支援
就労 支援	インタビュー*	インタビュー面接(関係づくり・アセスメント)
	プランニング*	プランニング(就労支援のための計画作成)
	本人と職開・同行*	本人と共に進む職場開拓・同行支援(インターネット等で仕事の検索、ハローワークに出向く、企業等の見学・訪問・下見等)
	担当のみ職開	担当スタッフのみで行う職場開拓(インターネット等で仕事の検索、ハローワークに出向く、企業等の見学・訪問・下見等)
	ジョブコーチ*	ジョブコーチ等企業内での支援:職場実習&職場定着のための支援[事業所用:企業内での支援:職場実習&職場定着のための支援]
	実習	施設外支援または実習(実習専用に契約している企業内において)
	企業・対面	担当スタッフのみの企業の担当者との相談等 <対面> (本人に代わっての交渉、相談、本人の就職後のフォローを含む)
	企業・非対面	担当スタッフのみの企業の担当者との相談等<電話・Eメール> (本人に代わっての交渉、相談、本人の就職後のフォローを含む)
	本人・対面*	本人との相談・面接・フォロー <対面> (就労後のフォロー、退職・転職相談)
	本人・非対面	本人との相談・面接・フォロー <電話・Eメール> (就労後のフォロー、退職・転職相談)
	他機関多職種・対面	本人を含めないスタッフのミーティングや他機関とのミーティング<対面> ※医師やその他の職種に助言を求める行為を含む
他機関多職種・非対面	本人を含めないスタッフのミーティングや他機関とのミーティング<電話・Eメール> ※医師やその他の職種に助言を求める行為を含む	
就労ユニット	就労支援担当者ユニットのミーティング(参加者の支援についてのスーパービジョンや情報共有等の就労支援担当者複数による会議)	
生活 支援	ケア会議*	ケア会議(本人、担当者、他1名以上による就労のための支援計画の作成に係る会議)
	生活(訪問)*	就労支援ではない、利用者の生活支援(訪問での支援)
	生活(施設内)*	就労支援ではない、利用者の生活支援(施設内での支援)
	生活(非対面)	就労支援ではない、利用者の生活支援(電話及びメールでの支援)
プロ グ ラ ム	就労プログラム	サービスコード内の「その他」の備考に記載あり (ビジネスマナー、キャリア・デザイン、PCプログラム、事務などの職業体験)
	その他のプログラム	サービスコード内の「その他」の備考に記載あり (心理教育やレクリエーションなど)
	その他	その他

*参加者と対面でのコンタクトを要するサービス

図1 各サイトにおける要約カテゴリー別の支援時間の比較



*1. サービスコード票に記録された日付で認知機能リハあるいはインテーク開始日から1年後までのデータを使用

*2. 職場実習・就労準備機関の利用は、就労には含めない。

*3. 支援時間（分）は、1対1換算の支援提供時間（=実サービス提供時間÷利用者数×スタッフ数）

表3 第1クールの研究参加者における12ヵ月間の就労状況と被支援時間

サイト (SC数)	ID (SC数)	支援 開始日*1	最初の 就職日	就労支援内容とアウトカムの比較 (灰色=未就職、黒色=就職)*2												就 職 ま で に 要 し た 月 数	最初の就職前までの 1ヵ月あたりの被支援時間*3,4					12ヵ月間の合計被支援時間								
				認知リハ期間			就労支援期間										ビ ジ ネ ス	認 知 リ ハ +	就 労 関 連	生 活 関 連	プ ロ グ ラ ム	そ の 他	合 計	ビ ジ ネ ス	認 知 リ ハ +	就 労 関 連	生 活 関 連	プ ロ グ ラ ム	そ の 他	合 計
				1 ヵ 月	2 ヵ 月	3 ヵ 月	4 ヵ 月	5 ヵ 月	6 ヵ 月	7 ヵ 月	8 ヵ 月	9 ヵ 月	10 ヵ 月	11 ヵ 月	12 ヵ 月															
A (148)	い (52)	2012/1/6	NA															12	65	33	8	5	0	110	779	391	98	55	0	1323
	ろ (30)	2012/1/6	NA															12	62	24	20	21	0	128	749	290	240	257	0	1536
	は (66)	2012/1/6	NA															12	48	11	20	114	0	193	576	126	245	1366	0	2313
B (166)	に (72)	2012/1/20	2012/5/17															3	473	202	0	0	0	675	1450	2442	10	0	0	3902
	ほ (43)	2012/1/20	NA															12	81	82	5	0	0	168	970	985	65	0	0	2020
	へ (51)	2012/1/20	2012/4/23															3	413	93	10	0	0	517	1240	1190	70	0	0	2500
C (267)	ち (54)	2011/12/1	NA															12	41	29	44	187	5	306	495	343	525	2245	65	3672
	り (37)	2011/12/1	NA															12	220	86	3	0	0	310	2645	1031	39	0	0	3715
	ね (123)	2011/12/1	2012/11/12															11	235	328	17	0	14	594	2589	4148	184	0	150	7071
D (402)	る (53)	2011/12/1	2012/4/21															3	868	346	5	0	0	1220	2605	1451	15	0	0	4071
	を (320)	2012/1/20	2012/9/18															7	269	225	63	252	0	809	2000	3617	728	2240	0	8585
	わ (82)	2012/1/20	NA															12	130	110	2	0	1	243	1565	1321	25	0	10	2921
E (785)	か (161)	2011/11/21	2012/8/6															8	419	542	74	64	0	1099	3354	4969	740	513	0	9576
	よ (208)	2011/11/21	2012/8/20															8	384	908	186	212	0	1689	3069	10452	2763	1721	0	18005
	た (174)	2011/11/21	2012/7/1															7	381	677	129	21	0	1208	2669	10580	1710	256	30	15245
	れ (242)	2011/11/21	2012/7/1															7	307	881	213	100	9	1509	2269	12392	1980	969	60	17670
F (1659)	そ (352)	2012/1/5	2012/6/15															5	592	770	282	0	0	1644	2962	5847	2835	0	60	11704
	つ (363)	2012/1/5	2012/9/12															8	201	407	227	6	21	861	1897	5784	2383	60	225	10349
	ね (336)	2012/1/5	2012/11/1															10	356	744	84	41	6	1231	3559	7816	870	407	80	12732
	な (330)	2012/1/5	2012/4/17															10	227	154	40	0	1	422	2832	4689	2088	0	7	9616
	ら (278)	2012/1/5	2012/4/20															4	407	279	99	0	30	815	1764	3164	975	0	335	6239

*1. サービスコード票に記録された日付で認知機能リハあるいはインテーク開始日から1年後までのデータを使用(例:ID no. 1⇒2012/1/6~2013/1~6)

*2. 職場実習・就労準備機関の利用は、就労には含めない。介入群第1クールの12ヵ月間の就労率:66.7%(14/21)

*3. 被支援時間(分)は、「1対1換算の支援提供時間」(=実サービス提供時間÷利用者数×スタッフ数)

*4. 「最初の就職前までの1ヵ月あたりの被支援時間」=「最初の就職前までの被支援時間(1対1換算の支援提供時間)」÷「就職までに要した月数」

表 4 12 カ月間に就職した参加者と就職していない参加者の 1 カ月あたりの被支援時間の比較

単位(分)*1-3	全参加者 (n = 21)				12 カ月以内に就労した参加者 (n = 14)				12 カ月以内に就労していない参加者 (n = 7)				Mann-Whitney 検定	
	平均値	標準 偏差	中央値	四分位 偏差	平均値	標準 偏差	中央値	四分位 偏差	平均値	標準 偏差	中央値	四分位 偏差	z	p
認知リハ+ビジネス	293	205	269	139	395	172	383	75	92	63	65	41	3.581	p=0.0003
就労関連	331	303	225	228	468	281	377	260	54	38	33	31	3.581	p=0.0003
生活関連	73	86	40	46	102	92	79	85	15	15	8	9	2.277	p=0.0228
プログラム	49	79	5	32	50	83	3	32	47	74	5	57	-0.079	p=0.9370
その他	4	8	0	3	6	10	0	5	1	2	0	1	0.982	p=0.3260
合計	750	517	675	451	1021	414	980	278	208	81	193	89	3.656	p=0.0003

*1. 被支援時間(分)は、「1 対 1 換算の支援提供時間」(=実サービス提供時間÷利用者数×スタッフ数)

*2. 「最初の就職前までの 1 カ月あたりの被支援時間」=「最初の就職前までの被支援時間(1 対 1 換算の支援提供時間)」÷「就職までに要した月数」

*3. 12 カ月間、一度も就職していない人は、「就職までに要した月数」は「12(カ月)」とした。

付録：参加者・サイト別1対1換算の支援提供時間の詳細（12ヵ月間の追跡結果）

サイト	ID	認知Coop	認知言語	インテーク	プランニング	ビジネススマナー個別	ビジネススマナー集団	本人と職開・同行	担当のみ職開	ジョブコーチ	実習	企業・対面	企業・非対面	本人・対面	本人・非対面	他機関多職種・対面	他機関多職種・非対面	ケア会議	就労ニット	生活(訪問)	生活(施設内)	生活(非対面)	就労プログラム	その他のプログラム	その他
A	い (52)	300	366	120	0	0	113	0	0	0	0	0	0	240	5	26	0	0	0	0	60	38	0	55	0
	ろ (30)	300	336	200	0	0	113	0	0	0	0	0	0	90	0	0	0	240	0	0	0	0	0	257	0
	は (66)	210	276	90	0	0	90	0	0	0	0	0	0	30	0	6	0	0	0	0	220	25	122	1244	0
	支援機関合計	810	978	410	0	0	315	0	0	0	0	0	0	360	5	32	0	240	0	0	280	63	122	1555	0
B	に (72)	930	390	120	0	130	0	144	0	0	0	48	160	1285	515	170	0	0	0	0	0	10	0	0	0
	ほ (43)	700	270	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	360	200	270	85	0	0	0	50	15	0	0	0
	へ (51)	880	360	40	0	0	0	0	0	0	0	90	60	575	105	225	95	40	0	0	30	0	0	0	0
	支援機関合計	2510	1020	230	0	130	0	144	0	0	0	138	220	2220	820	665	180	40	0	0	80	25	0	0	0
C	ち (54)	330	165	125	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	193	0	0	0	0	525	0	0	2245	65
	り (37)	1500	785	120	0	0	360	0	0	0	0	0	0	201	11	679	0	0	20	5	34	0	0	0	0
	ね (123)	1330	605	210	0	270	384	380	120	1440	0	0	48	665	254	692	299	0	40	0	175	9	0	0	150
	る (53)	1420	845	155	0	0	340	210	0	0	0	20	50	185	52	749	0	0	30	0	15	0	0	0	0
	支援機関合計	4580	2400	610	0	270	1084	590	120	1440	0	20	98	1051	342	2312	299	0	90	5	749	9	0	2245	215
D	を (320)	980	350	90	170	490	180	545	0	715	0	0	120	655	140	60	1072	470	50	90	158	10	0	2240	0
	わ (82)	965	330	170	60	115	155	60	0	0	0	0	675	145	10	201	0	0	0	15	10	0	0	10	
	支援機関合計	1945	680	260	230	605	335	605	0	715	0	0	120	1330	285	70	1273	470	50	90	173	20	0	2240	10
E	か (161)	942	597	25	375	1285	530	905	210	320	1161	30	38	1248	69	500	40	0	48	0	735	5	322	191	0
	よ (208)	982	537	175	420	1020	530	2395	408	1930	0	355	79	2505	216	1700	141	1185	128	485	1085	8	1033	688	0
	た (174)	982	597	25	120	1090	0	1289	5	2640	0	275	198	2890	134	1960	846	320	198	340	675	375	172	84	30
	れ (242)	1042	597	25	310	330	300	1890	0	2205	620	0	169	2670	541	2960	954	110	48	0	1670	200	504	465	60
	支援機関合計	3948	2328	250	1225	3725	1360	6479	623	7095	1781	660	484	9313	960	7120	1981	1615	422	825	4165	588	2031	1428	90
F	そ (352)	1202	858	60	140	220	682	1013	0	0	510	0	25	1100	330	1756	913	210	0	750	850	1025	0	0	60
	つ (363)	897	405	100	45	550	45	1025	30	120	600	0	15	1220	345	1625	659	0	0	510	915	958	60	0	225
	ね (336)	1262	948	60	300	646	703	2262	35	240	740	120	65	1845	115	1570	464	0	0	125	655	90	392	15	80
	な (330)	1050	776	140	30	650	356	420	90	0	150	0	0	570	1065	1605	619	0	0	845	225	1018	0	0	7
	ら (278)	986	643	20	30	135	0	235	0	0	0	0	0	575	175	1615	514	0	0	415	240	320	0	0	355
支援機関合計	5397	3630	380	545	2201	1786	4954	155	360	2000	120	105	5310	2030	8171	3170	210	0	2645	2885	3411	452	15	727	

Ⅲ. サイトのモデルの提示

1. 研究分担者サイト

小平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 支援モデル体制の整備に関する報告

研究分担者 坂田増弘¹⁾

研究協力者 富沢明美¹⁾、伊藤明美¹⁾、佐藤さやか²⁾、種田綾乃²⁾、山口創生²⁾、市川健²⁾
伊藤順一郎²⁾、長野志保¹⁾、平田智英¹⁾、片岡幸美¹⁾

1) 独) 国立精神・神経医療研究センター病院

2) 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

要旨

国立精神・神経医療研究センター病院の多職種訪問サービスチームPORTの現状と課題について述べた。本研究開始後、スタッフの増員と病棟の連携強化によって、総訪問件数に表れるアクティビティは明確に向上しており、研究へのエントリー患者のうち介入群22名のへのサービス提供が継続されている。これまでの活動を通じて、病院内の組織としての利点とともに、制約や克服すべき問題も明らかになってきている。平成25年度は、研究最終年度として活動の成果を確認・評価するとともに、将来のACT化を見据えて、リカバリー志向の支援技術を中心により一層のサービスの質の向上に努める必要がある。

A. 研究地区の背景

H22年4月に独立行政法人となった国立精神・神経医療研究センター（以下NCNP）は、精神・神経・筋・発達障害の4分野に取り組む病院と2つの研究所（精神保健研究所・神経研究所）が併設された、国内でも類を見ない臨床・研究施設である。こうした施設の特徴を最大限に生かし、診療科横断的かつ研究所との協力体制にバックアップされた高度専門的診療を行うため、センター内における専門疾病センターの設置が進められている。NCNPは、ナショナルセンターとして国民全体の健康増進に寄与することを目指しているが、当然のことながら、小平地区を中心とする周辺地域医療にも、中核となる施設としての積極的な関与が求められている。そこで、上述の専門疾病センターの1つとして、「地域精神科モデル医療セ

ンター」（以下地域モデルセンター）が平成22年9月にNCNP理事会に承認された。地域モデルセンターの活動においては、センター病院第一精神診療部・リハビリテーション部・医療福祉相談室・在宅支援室の各部門と精神保健研究所社会復帰研究部とが密接に連携しており、そのミッションは、重症精神障害患者を対象に「地域生活中心の精神科医療」を展開し、東京都小平市を中心とする圏域において、これからの我が国の地域精神科医療のモデルを形成・実践していこうとするものである。

一方、NCNP病院は、以前の療養所的な病院からより高機能な病院への変革を遂げようとする近年の努力の中で、病床削減と長期入院者の退院促進を積極的に推し進めてきた。その過程で重要さを増してきたのが、在宅支援室の看護師およびソーシャルワーカーによる、訪問

活動（訪問看護）であった。そこで、地域モデルセンターは、精神科デイケアと対をなす臨床活動の担い手として、この訪問看護部門を機能強化、発展させていく方針をとることとなった。旧来の訪問看護チームは新たに多職種アウトリーチサービスチーム PORT となり、その目指すところは、ケアマネジメントおよび他部門との連携により、急性期から社会復帰まで一貫した支援を実現し、いずれは ACT や未治療患者への早期介入といった活動が可能な組織となることである。

B. 現在構築されている臨床体制

地域モデルセンターにおける PORT の位置づけを図 1 に、PORT の概要を表 1 に示した。病院内に設置されたチームとして当然のことながら、医療との連携・協同がしやすいのが最大の利点である。特に入院患者への早期対応を主眼とした病棟との連携について表 2 に示した。

一方で、地域のリソースとの連携については、双方の意識的な努力が必要となる。具体的には、利用者とその家族・地域の支援者・院内の関係者が参加しての協議やケア会議の開催などである。

平成 25 年 3 月末時点での PORT 利用者は 59 名であり、平成 24 年度の総訪問件数は 2508 件（前年度比 962 件増）であった。

C. エントリー状況

2011 年 11 月～2013 年 2 月の期間内に、国立精神・神経医療研究センター病院精神科病棟に入院となった全数を対象としてスクリーニングを実施した。

期間内におけるスクリーニング実施総数は計 1,323 名であり、このうち、エントリー基準を満たした候補者数は、計 174 名（サービス介入群候補者：84 名、対照群候補者：91 名）

であった。これらの候補者のうち、介入群 24 名、対照群 26 名、計 50 名より本研究への参加の同意を得た。

同意者のうち、介入群 2 名、対照群 1 名は転居・転院および本人の申し出により研究中断となり、現在は、介入群 22 名、対照群 25 名より本研究への協力を得ている（平成 25 年 3 月 12 日現在）。

研究開始以降の対象者の状況に関しては、介入群では 4 名、対照群では 9 名が、精神科への再入院を経験しており、介入群 1 名、対照群 3 名については、複数回の入退院を経験している。

D. 研究対象者が受けている支援内容

研究対象者としてのエントリー基準を満たす入院患者に対しては、病棟主治医の判断を仰ぎながら、入院中なるべく早期より担当ケアマネージャが接触して関係づくりを開始する。病棟スタッフや入院作業療法担当者と協力して、退院後の生活を想定した環境調整・クライシスプランの作成・ストレングスモデルに基づくケアマネジメント・退院前訪問を行いつつ、プロトコルに決められた期限内での、研究参加同意の取得に努める。退院後は、チーム内でのアセスメントと利用者の希望に基づいて決定された訪問頻度と訪問スタッフ（人数・職種・性別）で、訪問サービスが開始される。支援の内容については、日々のチームミーティングおよび週 1 回のグループスーパーヴィジョンにより共有・評価・方針の策定がなされる。利用者が再入院した場合でも、ケアマネージャは可能な限り病棟訪問による支援を継続し、退院後の支援への連続性を保つ努力をしている。

E. 今後の課題と考察

1. マンパワーについて

PORT は本研究開始後に 3 名増員され、訪

問件数に表れるアクティビティは明らかに向上した。しかしながら、スタッフは兼任の常勤者と専任の非常勤者のみであり、専任の常勤者がいない。これは将来 ACT を目指すうえで、是非とも改善していききたい部分である。そのためは、現況の診療報酬制度のもとでの収入をきちんと確保することとともに、病院内外に対する PORT のアクティビティの“見える化”を推進していく必要がある。

また、スタッフのケースロードを適正に保ちながら、ニーズのある患者を新規利用者としてきちんと受け入れていくためには、利用者が“卒業”していけるようなサービスを提供しなければならない。

2. サービスの質の向上について

旧来の「病状管理のための訪問看護」から、「リカバリー志向のアウトリーチ」への転換のために、ストレングスモデルを採用しているが、スタッフの習熟度はいまだ十分とは言えない。とくに、利用者とのアセスメントの共有・リカバリーゴールワークシートの有効利用・フィールドメンタリングについては、次年度の重点課題とすべきである。

また、ACT を目指すためのステップとして、夜間・休日のサービス提供をどのように実現してゆくかという検討が、すでにチーム内では始まっているが、実現に際しては院内諸部門との調整やコンセンサスの取得も必要となってくるであろう。

3. 病院内組織であるが故の問題

地域のリソースとの連携の問題、収益性を問われる問題についてはすでにふれたが、それ以外にも克服すべき問題がある。

まず1つは、前述のマンパワーの問題にも関連するが、病院人事によるスタッフの入れ替わりの問題である。今年度は幸いにして常勤者の異動はなかったが、ケアマネジメントの継続性の点で、病院人事はひとつの脅威である。

第2に、利用者との関係性における問題である。前述のとおり、医療と緊密な関係を保てる点は利点であるが、利用者の視点からは、医療の一部としてPORTが認識されることがある。つまり、「病院の出先機関に生活を監視・管理される」といった印象をもたれる事例が、やはり存在する。この点については、前述したサービス内容の向上により、払拭していくしかないのであるが、特に退院前の利用者との関係づくりに関して、病棟の平均在院日数の短縮化により困難が増していることは事実である。

NCNP 病院の精神科4病棟のうち1つは、H25年度より、精神科救急入院料病棟（スーパー救急病棟）として運用されることが決定するなど、PORT は、利用者のニーズのみならず、病院の変化に対しても対応することを求められている。

以上、NCNP の PORT は本研究開始後その活動性を高めてきており、平成25年度は研究最終年度として、そのアウトカムを明らかにすることになる。それと同時に、病院内組織として、ACT 化を目指していくうえで、より一層のサービスの質の向上と、院内の状況への柔軟な対応が今後も求められていくことになる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

図1. 地域精神科モデル医療センターの組織

活動全般の統括, 研究・研修部門統括責任者: 伊藤順一郎

【研究/企画チーム】

センター病院: 副院長, リハビリ部長・医長, 在宅支援室師長・PSW,
急性期・開放病棟担当者 (病棟医長・師長・担当PSW)

センター病院 臨床部門

精研 社会復帰研究部

【病棟】

・入院時からの心理社会的ニーズを踏まえた治療・ケアの向上
・アウトリーチ, デイケアなどリハビリ部門へのオフアースムーブな連携のためのシステム作り

【多職種アウトリーチチーム】

・医療からのアウトリーチ体制の確立
・地域ケアチーム、ACT、早期介入チームの段階的実現。
・地域ネットワークづくり (地域ケア)
【リハビリテーション (DC/OT)】
・デイケア、作業療法における医療リハ、就労支援の提供

【研究/研修担当】

・入院時からの心理社会的ニーズを踏まえた治療・ケアの向上
・アウトリーチ, デイケアなどリハビリ部門へのオフアースムーブな連携のためのシステム作り

表1. アウトリーチチームPORTの概要

ストレングスマodel、リカバリーの視点でケースマネジメントを実施

◆多職種チーム (NS・PSW・OTR) でのアプローチ

メンバー: 精神科医 (兼務 3名)

看護師 4名、PSW 3名、OTR 1名 (内非常勤5名)

◆訪問対象

○疾患: 統合失調症、躁鬱病、うつ病

○15歳以上65歳以下

○訪問エリア: 車で30分圏内

◆チームカンファレンス

参加者: 当チームと入院作業療法士、研究所社会復帰部長+研究員

表2. 病棟とPORTの連携システム

- ◆病棟看護師による心理社会的ニーズアセスメント
『入院時スクリーニング票』の記入
- ◆病棟担当者（看護師長・PSW・OTR）とPORTスタッフが参加し『ケースマネージャー選定会議（週に1回）』
⇒エントリー基準を満たす症例は、PORTによるアウトリーチ導入を前提に退院調整を実施
- ◆入院全患者の支援状況レビュー：診療部長、病棟医長・師長、PORT師長、PORT精神科医、病棟OT参加による、各精神科病棟『サービス調整会議（月1回）』

小平地区における重症精神障害者への認知機能リハと個別就労支援の 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 坂田増弘¹⁾

研究協力者 大迫充江¹⁾、大島真弓¹⁾、佐藤さやか²⁾、清澤康伸¹⁾、山口創生²⁾、市川健²⁾、
種田綾乃²⁾、伊藤順一郎²⁾、仲島友子¹⁾、柴田菜生¹⁾

1) 独) 国立精神・神経医療研究センター病院

2) 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

要旨

国立精神・神経医療研究センター病院のデイケアにおける就労支援の現状と課題について述べた。本研究開始後、就労支援専門員を含むスタッフの増員と、多職種チーム面接を含む個別面接・アウトリーチの増加により、デイケアのアクティビティは向上している。しかしながら、もともと難治・重症例が多く、また就労意欲が揺らぎがちな研究対象者に対して望まれる個別支援を行うためには、スタッフのケースロードやプログラム運営に関わる負担を軽減する必要性が生じている。平成25年度は、プログラムの提供から個別支援へ、マンパワーをシフトしていく方策を講じつつ、研究最終年度としてのアウトカムの集計に臨みたい。

A. 研究地区の背景

H22年4月に独立行政法人となった国立精神・神経医療研究センター（以下NCNP）は、精神・神経・筋・発達障害の4分野に取り組む病院と2つの研究所（精神保健研究所・神経研究所）が併設された、国内でも類を見ない臨床・研究施設である。こうした施設の特徴を最大限に生かし、診療科横断的かつ研究所との協力体制にバックアップされた高度専門的診療を行うため、センター内における専門疾病センターの設置が進められている。NCNPは、ナショナルセンターとして国民全体の健康増進に寄与することを目指しているが、当然のことながら、小平地区を中心とする周辺の地域医療にも、中核となる施設としての積極的な関与が求められている。そこで、上述の専門疾病センターの1つとして、「地域精神科モデル医療セ

ンター」（以下地域モデルセンター）が平成22年9月にNCNP理事会に承認された。地域モデルセンターの活動においては、NCNP病院第一精神診療部・リハビリテーション部・医療福祉相談室・在宅支援室の各部門と精神保健研究所社会復帰研究部とが密接に連携しており、そのミッションは、重症精神障害患者を対象に「地域生活中心の精神科医療」を展開し、東京都小平市を中心とする圏域において、これからの我が国の地域精神科医療のモデルを形成・実践していこうとするものである。

一方、NCNP病院は、以前の療養所的な病院からより高機能な病院への変革を遂げようとする近年の努力の中で、外来診療における重点を新来や難治・重症患者にシフトし、治療方針の定まった患者については、連携する地域の医療機関に治療を引継ぐ方針を強めてきてい