

る。それに伴い、30年以上の歴史をもつ精神科デイケアも、当初の生活臨床の場としての治療共同体という姿から、有期限かつより高機能のリハビリテーション施設へと変わっていく必要が生じている。

そこで、地域モデルセンターは、多職種アウトリーチチームと対をなす臨床活動の担い手として、このデイケアを機能強化、発展させていく方針をとることとなった。旧来の入院・外来作業療法部門と一体化して、精神リハビリテーション科として運用することで、多職種チームによる個別のケアマネジメントを容易なものとし、デイケアの機能的な重点を、利用者の就労支援におく事とした。そして、本研究における介入群のマネジメントの場も、デイケアに設定されることとなった。

## 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デイケアの位置づけを図1に、デイケアの概要を表1に示した。平成23年度以降の新規通所者の受け入れ条件は、原則的に「2年以内を目処に、就労あるいはそれに準じる目標を達成して、デイケアを卒業することを、利用者本人が希望している」こととなっており、月平均の新規通所者数は8～9名となるようコントロールされている。すべての利用者は、2つの多職種チーム（図2）のどちらかに振り分けられ、さらにチームの中から一人のケアマネージャがつく、個別担当制をとっている。現在実施されているプログラムを図3に示す。

## C. エントリー状況

NCNPにおいては、平成23年11月の研究開始後、3クール分の研究参加募集を行い、介入群13例、対照群11例のエントリーをみた。脱落者は介入群において2例、対照群では出ていない。研究参加者のリクルートについては、

クールを重ねるごとに困難さを増した印象がある。これは、もともと当院に通院している患者に難治・重症例が多いことや、もともと認知機能リハ以外の就労支援はデイケアで継続的に行っていたために、研究参加へのインセンティブが大きく作用しなかったといった背景があると考えられる。結果として、病状が不安定な症例や、就労意欲が動揺しがちな症例、就労支援以前に生活支援を重点的に行わなければならない症例もエントリー症例の中に含まれる事態となっている。

## D. 研究対象者が受けている支援内容

前記のとおり、研究対象者（介入群）が受ける支援は、認知機能リハなど一部のプログラムへの優先的な組み入れとプロトコル上の参加義務以外に、デイケアの他の一般の通所者の受ける支援と本質的な差はない。

基本的なケアマネジメントのツールとしては、クライシスプランを重視したCPA-Jに、リカバリー志向のストレングスマデルを導入して、デイケア型CPA-Jとして利用している（表2）。

就労支援の実際としては、認知機能リハの段階から、就労支援専門員が対象者の個別のアセスメントを開始し、認知機能リハ終了後より、本格的な個別の就労支援が始まる。その際、デイケアのケアマネージャは主に生活支援を中心とした環境調整と、就労支援専門員による支援の補助を行う。就労前後のアウトリーチ支援については、状況に応じて上記2人の支援者が分担あるいは共同して行う。就労支援の期間を通じて、様々なデイケアプログラムの利用は、対象者の希望に応じて、ケアマネージャが調整を行う。

## E. 今後の課題と考察

デイケアのスタッフは本研究開始後に3名

増員され、とくに就労支援専門員の導入は、デイケアスタッフのみでは困難な職場開拓の分野で大きな成果を上げている。実際に、昨年度中に就労を果たした利用者は32名であり、前年度より倍増しているし、そのうち8名はデイケア利用開始後1年以内での就労であった。

しかしながら、実質的にケアマネージャとして機能できる職員は専任のコメディカル7名であり、一人あたりのケースロードは40名を超えている。このケースロードを軽減するためには、スタッフを増員するか、インテンシブなケアマネジメントが当面不要な利用者を、地域のリソースに誘導するなどの方策が考えられるが、後者の方法をとるためのケースワークに必要なマンパワーの確保も困難である。

さらに、すでに示したように、外部講師も活用しながら豊富なプログラムを用意して利用者のニーズに応えている反面、プログラムの運営にスタッフの労力の多くが費やされてしまっている現実がある。現状でも、毎日2人程度の利用者に対して多職種チーム面接が行われ、ケアマネージャと利用者による個別面談はそれ以上の頻度で行われているが、それでも、利用者家族との支援方針の共有が不十分であったり、利用者の希望が十分に表現されないまま就労に至ったりしたために、就労後の職場定着支援がうまくいかなかった事例を経験している。また、積極的なアウトリーチ支援ができる環境を整える努力もしているが、これについても理想とされるレベルには達していない。こう

いった問題の改善のために、プログラムの合理化と、利用者の自主的なプログラム運営への参加、ピアスタッフの雇用などの対策を検討しているところである。

以上、NCNPのデイケアは、活動を就労支援に特化していくことで、本研究開始後その機能を高めてきているが、施設内でのプログラム提供中心の支援から、アウトリーチも含むより個別的な就労支援に転換していくことで、さらなる成果が期待できると思われる。スタッフの増員に頼らず、そのシフトを実現するための工夫が求められている。

#### 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

# 表 1. NCNPデイケアの概要

- 定員100名（～50名の大規模デイケア X 2ユニット）
- スタッフ：医師（兼任）3名、看護師3名（うち非常勤1名）、臨床心理士2名、作業療法士2名、PSW3名（兼任2名、非常勤就労支援専門員1名）
- 総在籍者 約280名
- 1日通所者 デイケア・ショートケアそれぞれ40～50名

## 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

#### 【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ァー/スムーズ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】

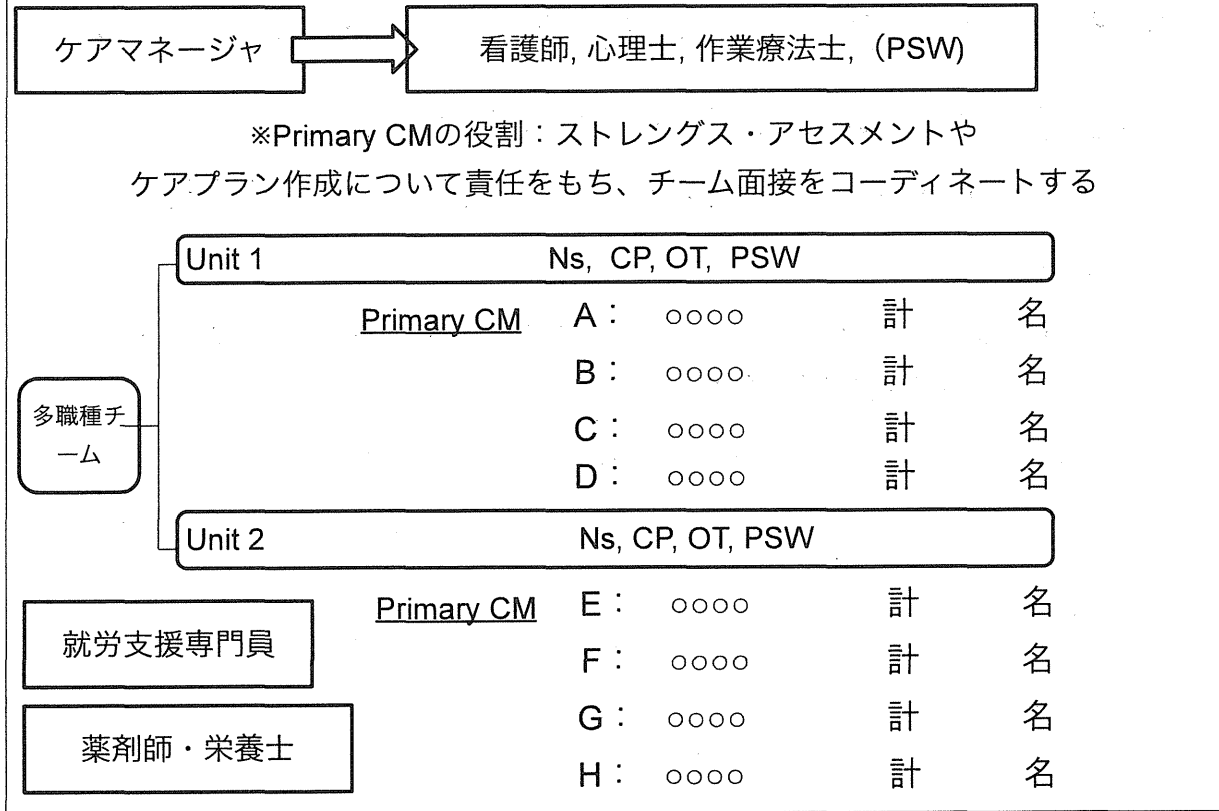
・医療からのアウトリーチ体制の確立  
 ・地域ケアチーム、ACT、早期介入チームの段階的実現。  
 ・地域ネットワークづくり（地域ケア）  
**【リハビリテーション（DC/OT）】**  
 ・デイケア、作業療法における医療リハ、就労支援の提供

精研 社会復帰研究部

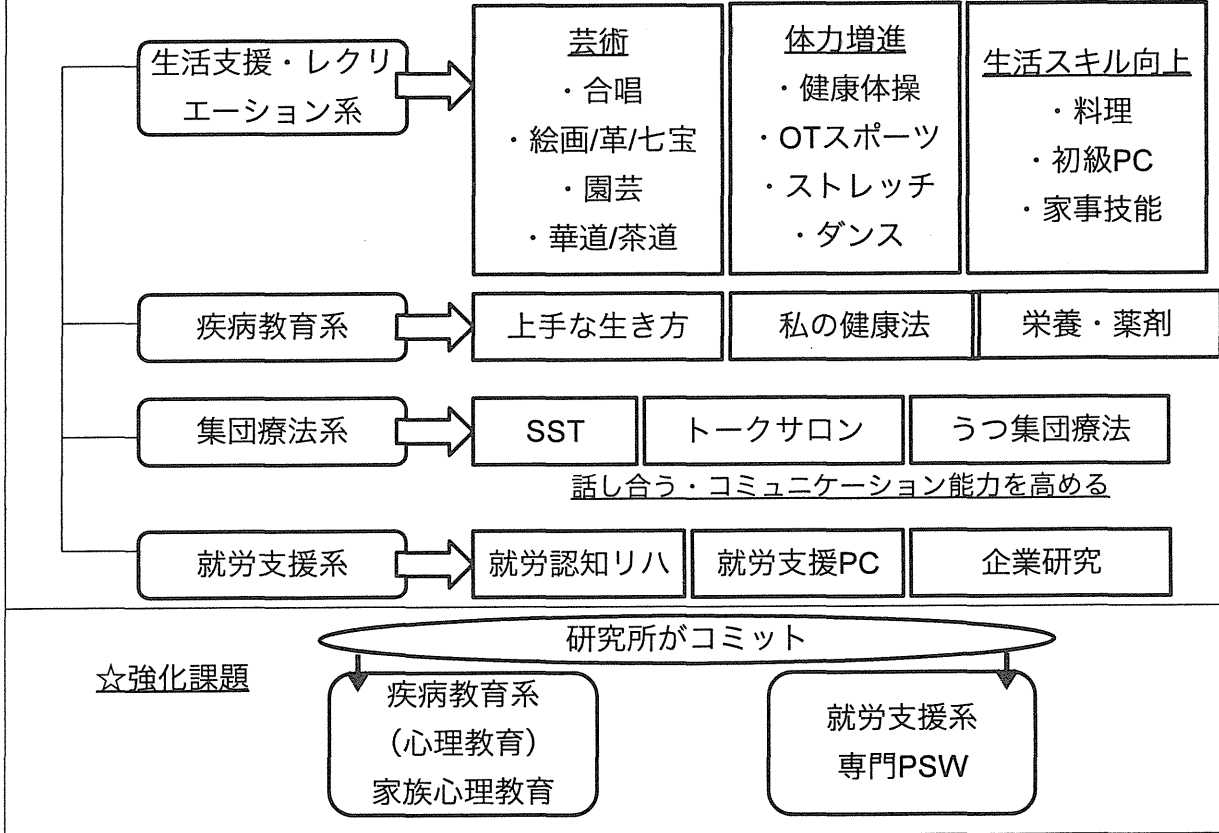
#### 【研究/研修担当】

・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ァー/スムーズな連携のためのシステム作り

## 図2. デイケアにおける多職種チーム



## 図3. プログラム



## 表2. デイケアにおけるケアマネジメント

- 医療観察法病棟で導入されているCPA-J (Care Programme Approach - Japan) にストレングスモデルを導入
- 個別のケアプランに基づく、医療サービスと社会（福祉）サービスの包括的な利用計画
  - ケアマネージャの設置と、多職種チームによる支援
  - 疾病の再燃予防に重点をおくクライシスプランから、リカバリーに重点をおくリカバリープランへ
  - MDT (Multidisciplinary Team) からTDT (Transdisciplinary Team)へ

## 国府台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 佐竹直子<sup>1)</sup>

研究協力者 吉田光爾<sup>2)</sup>、片山優美子<sup>3)</sup>、薬師寺あかり<sup>1)</sup>、堀内亮<sup>1)</sup>、山本啓太<sup>1)</sup>、佃宏美<sup>1)</sup>、  
原田郁大<sup>1)</sup>、真行寺伸江<sup>1)</sup>、古家美穂<sup>1)</sup>、小川友季<sup>1)</sup>、池田尚彌<sup>1)</sup>、下平美智代<sup>2)</sup>、  
伊藤順一郎<sup>2)</sup>

1) 独) 国立国際医療研究センター国府台病院 精神科

2) 独) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

3) 長野大学

### 要旨

本研究の2年目にあたる平成24年度は、前年度に構築した医療・福祉多機関によるアウトリーチ支援体制を用いて、平成23年11月1日から平成25年2月28日まで国府台病院精神科に入院した全患者のうち、アウトリーチサービスが必要とスクリーニングされ、かつ研究同意を得られた計25名に対してアウトリーチ支援を導入し、現在モニタリング中である。

現時点での課題として、入院中のコンタクトや電話対応に関するコストの問題、相談支援事業など福祉サービスをベースにしたアウトリーチサービスのコストパフォーマンスの問題の他に、サービス導入に対する拒否や福祉サービス利用に対する抵抗などが挙げられる。

### A. 研究地区の背景

研究分担者が担当している国府台地区は、その対象医療機関となる国立国際医療研究センター国府台病院と、市川市内の訪問看護ステーション、福祉事業所からなる多機関・複数チームによるユニットでアウトリーチチーム支援を行う。

国府台病院精神科は、千葉県北西部に位置する人口42万人の市川市をはじめ、隣接する松戸市、浦安市など人口約100万人の地域をその主なキャッチメントエリアとした、精神科急性期治療、身体合併症治療に特化した総合病院精神科である。

以前は精神科病床350床を有する大規模有床総合病院精神科であったが、平成17年度から始まった病床削減で、平成20年度末には現在の3病棟(うち1病棟は児童精神科病棟)138床となっ

た。病院の機能もそれに伴い整備され、平成20年度よりリハビリ・地域支援部門が設けられ、図1に示すような3つの機能に分けられることとなった。

入院治療は精神科救急入院料病棟(スーパー救急病棟)42床と精神科一般病棟50床で対応しており、平成23年度年間入院患者数は558名、精神科救急入院料病棟で平均在院日数は47.2日、病床回転率92.1%、精神科一般病棟で平均在院日数は68.2日、病床回転率は94.4%となっている。また同院は、千葉県の精神科救急システムに千葉県東葛南部の基幹病院として参画しており、キャッチメントエリア以外からの救急要請にも対応している。

長期療養病床を閉鎖したことで、再入院抑止と地域生活定着のため、短期間の急性期入院治療後の在宅支援システムの構築が必要となり、さら

に少数のコメディカルスタッフという制限がある中で、病院単独ではなく、地域の医療・福祉サービスと連携した在宅支援システムの構築が必要となった。

そこで、リハビリ・地域支援部門が中心となり、地域支援の中核となるケアマネジメントを院内と地域のサービスが連携して行うシステムを構築した。このシステムにおいては、ケアマネジメントの必要性の判断を院内のソーシャルワーカーが行い、ケアマネジメントサービスの提供は ACT や訪問看護、福祉事業所が担うこととした。この新たな連携スタイルの定着のために、平成 20 年度より厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費 20 委-8『地域中心の精神保健医療福祉』を推進するための精神科救急及び急性期医療のあり方に関する研究」に研究協力病院として参加し、急性期ケアマネジメントモデルを病棟に導入し、特に入院中にケアマネジメントの必要性が確認された患者に、地域の事業所のケアマネジメントサービスがスムーズに導入される連携システムが構築された。

また、これ以前に、市川市において、平成 17 年度より県の単独事業である「マジソンモデル活用事業」が 3 年間実施され、その 1 事業として市内の医療、福祉事業所に対してケアマネジメント技術の向上と地域全体のケアマネジメントネットワーク構築があった影響から、市内全体でケアマネジメントが定着し、特に市川市在住の重症精神障害者に対してのケアマネジメント導入は、他の地域に先駆けて行われてきた。

当地区でのアウトリーチ活動に関しては、平成 14 年度より重症の精神障害者に対するアウトリーチサービスである ACT が研究事業として始まり、平成 20 年 3 月の研究終了後も、NPO 法人立の訪問看護ステーション ACT-J として多職種アウトリーチサービスを展開している。

また、国府台病院内には平成 21 年度に訪問看護室が設置され、2 名の看護師が、医療福祉相談室のソーシャルワーカー 5 名と協働し、主に身体合併症など看護サービスの必要性が高いケースを中心にアウトリーチを行っている。

その他、福祉サービスとしては、アウトリーチの必要性が高いケースへの対応に、千葉県の単独事業、市川市の単独事業としてそれぞれ中核相談支援事業所があり、また自立支援法サービスの相談支援事業や訪問型生活訓練事業所などがアウトリーチ支援を行っている。

これら複数の医療機関、福祉機関の相互の協力体制のもと、国府台地区のアウトリーチサービスは、支援を続けてきた。

## B. 現在構築されている臨床体制

現在構成されている臨床体制を図 2 に示した。

アウトリーチサービスを提供する事業所を、その属性により、医療サービス事業所と福祉サービス事業所に分けた。

医療サービスの事業所として、訪問看護ステーションを基盤とした ACT チームである ACT-J、国府台病院訪問看護室と同院医療福祉相談室の多職種チーム、そして福祉サービスとして市川市単独事業である中核相談支援事業所へくる、そして自立支援法サービスの相談支援事業所＋生活訓練として NPO 法人ほっとハート、社会福祉法人サンワーク、NPO 法人千葉精神保健福祉ネット(M ネット)の各チームがある。

入院から支援までの流れを図 3 に示す。

入院時の病棟看護師によるスクリーニングでアウトリーチ支援が必要と判断された患者に対し、病院ソーシャルワーカーが、関係性構築の困難度、地域生活のニーズ、住居地等といった情報を材料に入院初期にマッチングを行い、各チームに振り分ける。振り分けの頻度は毎週 1 回で、前述のようなスクリーニングの情報をもとにトリアージを行っている。担当となったアウトリーチチームは、入院中に対象者とコンタクトをとり、退院支援を含むサービスの提供を開始する。また、月 1 回行われる地域移行会議で、病棟看護師、医師、ソーシャルワーカーが、入院患者の全ケースをモニタリングし、ケアマネジメントの必要性やその後の進捗状況を確認する。そして対象者の退院後、各アウトリーチチームにより在宅支援が開始となる。

また、国府台地区では、多機関によって退院支援から在宅支援までのアウトリーチ支援が継続されるため、各チームの支援状況を確認し、ユニットとして情報共有を行う地域調整会議を月一回実施し、ユニット全体として各対象者に適切な支援が行われているか、調整の必要性も含めモニタリングが行われている。

### C. エントリー状況

エントリー状況を図4に示す。

平成 23 年 11 月 1 日から平成 25 年 2 月 28 日までに国府台病院精神科に入院となった患者は 757 名あり、それら全ケースに対して退院後のアウトリーチサービスの必要性についてのスクリーニングを行い、介入群候補者 59 名、対照群候補者 101 名を抽出した。個々のケースに対して研究同意を求め、介入群 28 名、対照群 38 名がエントリーとなった。今年度中に介入群、対照群ともに 3 名がドロップアウトとなり、現在介入群 25 名、対照群 35 名が調査対象となっている。

### D. 研究対象者が受けている支援内容

アウトリーチ支援を行うそれぞれのチームについて、具体的なサービス内容を示す。

#### 1) ACT-J

看護師、作業療法士、精神保健福祉士、医師で構成される多職種チームによる包括支援。平成 25 年 3 月現在、医師 1 名、看護師 5 名、作業療法士 4 名、精神保健福祉士 2 名が在籍し、一定の加入基準を満たす約 80 名の利用者にサービスを提供している。薬物療法や服薬支援、増悪時の救急対応などの医療支援から生活支援、就労支援に至る包括的なサービス提供が、アウトリーチを軸に行われる。24 時間 365 日対応している。

#### 2) 国府台病院訪問看護室と同院医療福祉相談室

訪問看護室の看護師 2 名が、患者の生活の場に定期的に訪問し、服薬管理や身体管理などの医療的関与を行うほか、医療福祉相談室の 5 名のソーシャルワーカーと協働して生活支援も行う。平日日中のみの対応で、夜間休日の対応はでき

ない。

#### 3) 相談支援事業および生活訓練事業

市川市内 3 か所の福祉事業所が、相談支援事業と訪問型生活訓練サービスを組み合わせてアウトリーチ支援を行う。スタッフは、相談支援事業のサービス管理責任者や相談支援員であり、医療スタッフとの多職種チームによる支援ではない。相談支援事業所によっては 24 時間の緊急対応も可能となっている。

#### 4) 市川市中核相談支援事業

市川市独自のサービス。複雑な問題を抱えるケースに対し、行政サービスの一環として行う集中的なケアマネジメントにより継続支援の方向性を決定し、医療や福祉のサービスにつなぐ役割を持つ。アウトリーチ支援を基本とし、24 時間サービスを提供する。

平成 25 年 3 月時点の介入群対象者は、ACT-J チームが 5 名、病院訪問看護室＋医療福祉相談室チームが 2 名、中核相談支援事業所または相談支援事業＋生活訓練によるアウトリーチ支援を受けている者が 18 名となっており、福祉サービスによるアウトリーチサービスが、医療サービスによるものと比較して 2 倍以上となっている。

支援内容については、図 5、6 から次のような傾向が確認できる。まず、全体のコンタクト数は、サービス開始後、徐々に増加し、退院前 1 か月の時点でピークとなり、退院後は減少傾向が見られる。これは、退院までのエンゲージメントや退院後の生活環境調整にかなりのエネルギーが必要なためと思われる。

また、支援者・支援者間、または支援者・対象者間のコンタクトの形態は、入院中は対面コンタクトの方が多いが、退院後は対面と電話コンタクトはほぼ同数で推移している。

### E. 今後の課題と考察

平成 25 年 2 月末を以て研究対象者のスクリーニング及びエントリーが終了し、介入群に対してアウトリーチ支援を継続している。

現時点で以下の傾向が挙げられる。



#### ・介入群と対照群のエントリーケースの差

昨年度と同様に今年度も、介入群の対象者より対照群の対象者数が上回る。これは、本研究導入以前より、市川市においては国府台病院と市内医療・福祉サービス機関とのケアマネジメントについての連携体制が確立しており、すでに多くの重症精神障害者へのケアマネジメント導入が終了していることが背景にあるものと考えられる。

#### ・スクリーニングで支援が必要と認められても、サービス利用を拒否するケース

スクリーニング時点は介入群において 59 名の候補者がおりながら、エントリーとなった対象者は約半数の 28 名となっている。これは、研究に対する拒否ばかりではなく、サービス導入に対する拒絶の強いケースに、ケアマネジメント導入をうまく促すことができていないという問題があることを示していると思われる。この問題のベースには、スーパー救急病棟のような入院期間に制限のある病棟で、短期間に関係性を構築し、地域支援導入を図ることへの困難さがあるものと思われる。

#### ・入院中の支援に対する報酬

現在のところ、サービス量のピークは退院直前の 1 か月となっているが、サービス提供機関が入院中にコスト化できるものは、退院前訪問指導料や相談支援事業の地域移行・地域定着事業などごく一部のみで、入院病棟へのアウトリーチ主体の支援の場合、コスト外の対応が膨大になる。今後制度化する場合には、入院中の支援についての報酬化が重要であると考えられる。

#### ・福祉サービス利用のための手続き

相談支援事業や生活訓練事業所にケアマネジメントを依頼する場合、サービスを受けるのに必要な手帳の取得や自立支援区分認定といった精神障害に関する認定に対して対象者が拒絶を示すため、サービス導入が困難な場合が見られた。今後、障害受容の困難なケースの福祉サービス利用についての検討も必要であると思われる。

#### ・訪問以外の対応に対する報酬

退院後の対象者とのコンタクトは、訪問と電話が半々となっており、電話を利用しての支援も大き

な意味を持っている。また、多機関での連携支援にも、電話での密な情報交換は必須であるため、電話対応に対する報酬の検討も必要と考えられる。

## F. 結論

本研究の2年目にあたる平成24年度は、前年度に構築した医療・福祉多機関によるアウトリーチ支援体制を用いて、平成23年11月1日から平成25年2月28日までに国府台病院精神科に入院した全患者のうち、アウトリーチサービスが必要とスクリーニングされかつ研究同意を得られた市川市在住の25名に対してアウトリーチ支援を導入、市外在住の対照群38名との比較対象調査を継続中である。

現時点での課題として、入院中のコンタクトや電話対応に関するコストの問題、相談支援事業など福祉サービスをベースにしたアウトリーチサービスのコストパフォーマンスの問題、そして、サービス導入に対しての拒否や福祉サービス利用に対する抵抗などが挙げられ、今後も検討が必要であると思われる。

## G. 健康危険情報

なし

## H. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

- 1) Satake N, Yoshida E, Nagatake N, Sono T and Ito J: The Model of Transition of Mental Health Services from Hospital Based to Community Based in Ichikawa, Japan. World Psychiatric Association International Congress 2012, Prague, October 17-21, 2012.
- 2) Satake N, Yoshida E, Ito J and Sono T: Model of Care Management System for Severe Mental Ill Collaborating between Medical and Welfare Services in Ichikawa,

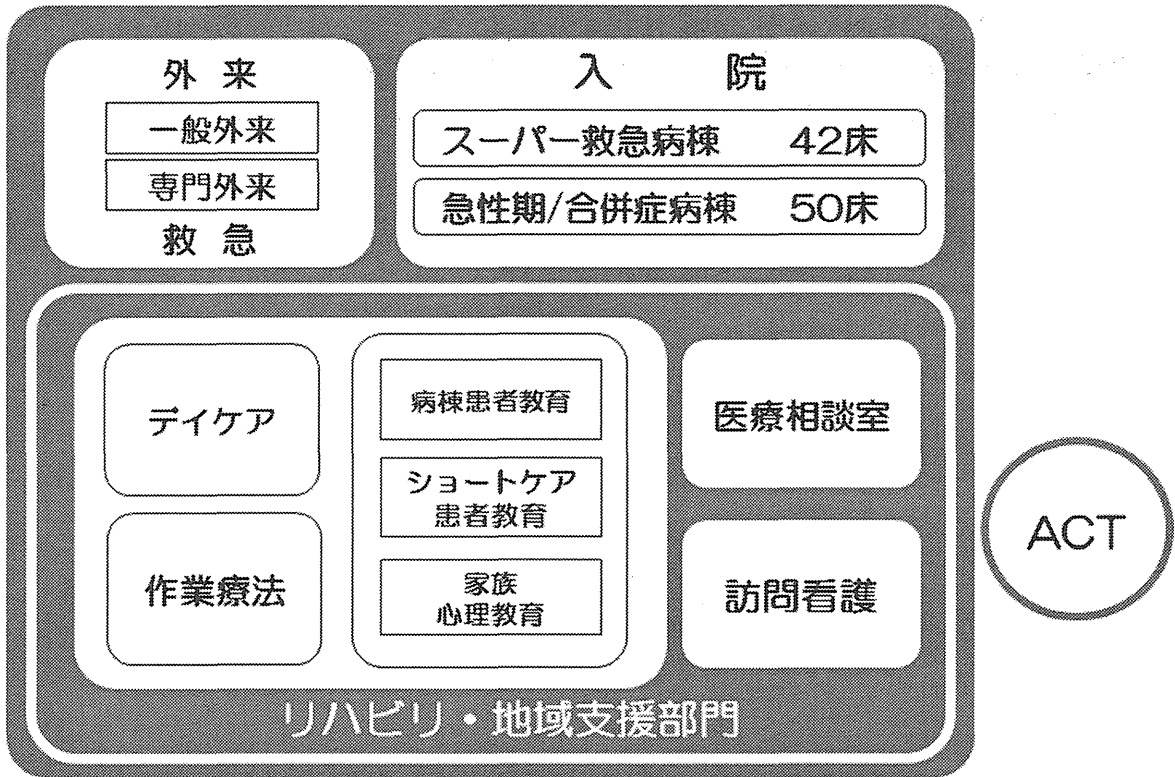
Japan. Eleventh Workshop on Costs and Assessment in Psychiatry Mental Health Policy, Economics and Care Reforms, Venice, March 22-24, 2013.

I. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

- |           |    |
|-----------|----|
| 1. 特許取得   | なし |
| 2. 実用新案登録 | なし |
| 3. その他    | なし |

# 国府台病院精神科のサービス

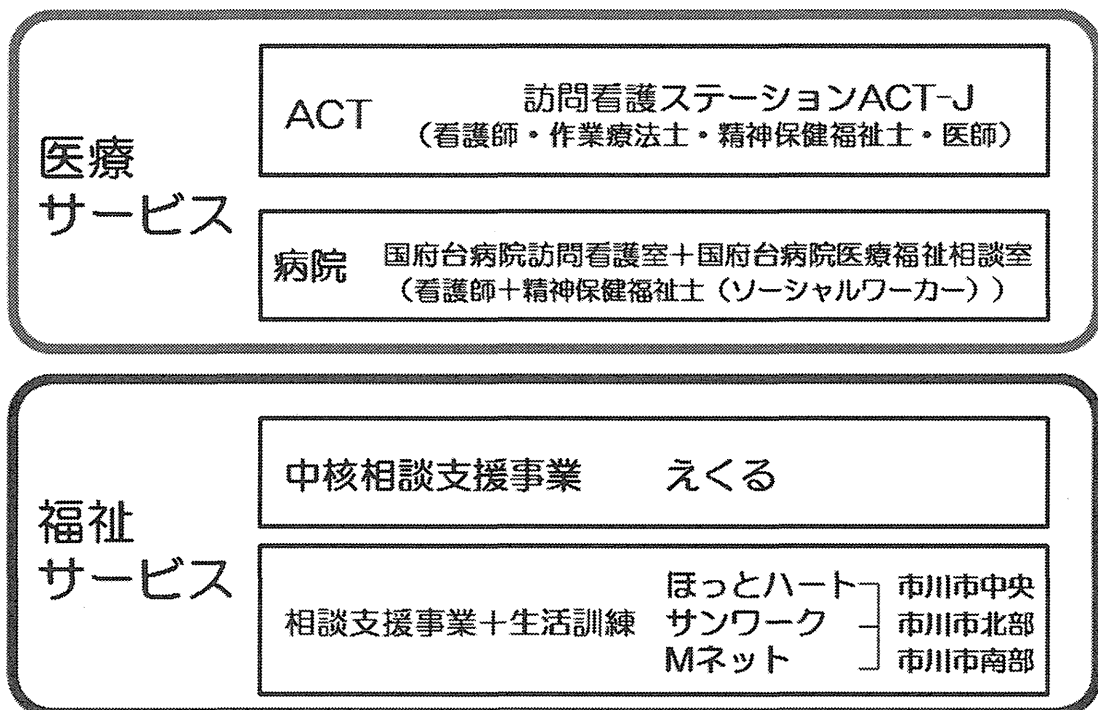
図 1



## 多職種アウトリーチサービス一覧

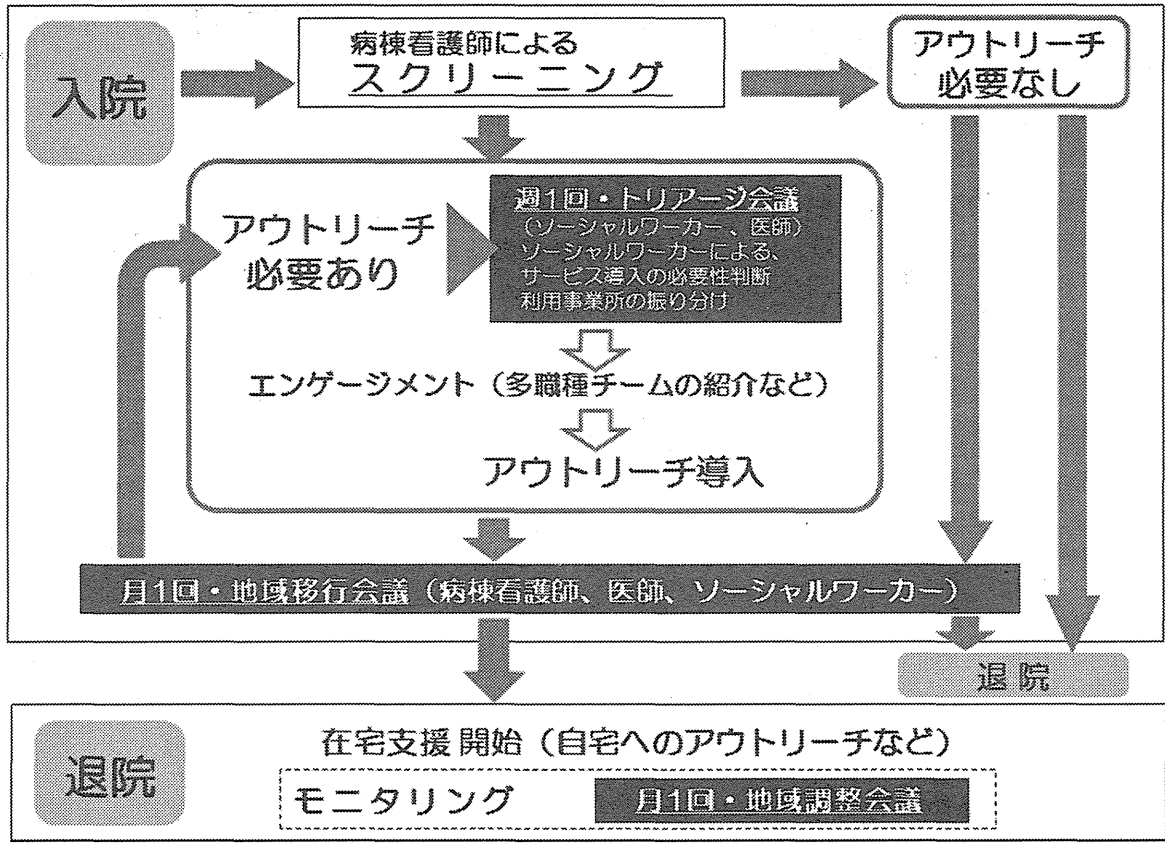
図 2

ケースのニーズに合ったサービスをソーシャルワーカーが選択



ケアマネジメントを行っている事業所がアウトリーチサービスを実施

### 対象ケースの流れ



### 現在までのエントリー状況

	スクリーニング 実施全数		カットオフ 以上 候補者数	エントリー 者数	ドロップ アウト	多職種 アウトリーチサービス 利用状況	
						医療サービス ACT/訪問看護	福祉サービス ・中核相談 支援事業 ・相談支援 +生活訓練
エントリー 期間	757	介入群	59	28	3	7	18
		対照群	101	38	3		

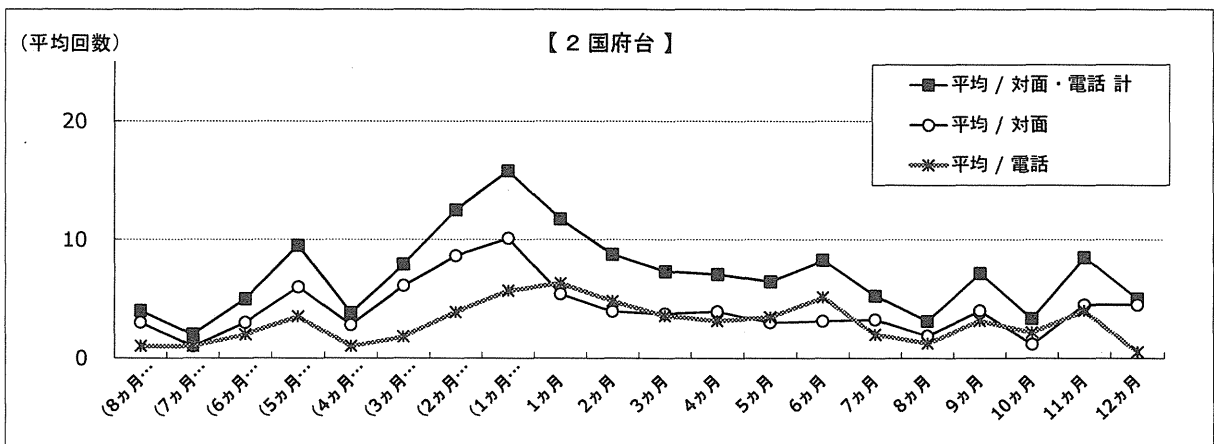
図5

コンタクト回数 詳細

サイト	(開始日より起算) 経過月数	対象者数	コンタクト合計回数			コンタクト平均回数(1人当たり)		
			対面	電話	対面	電話		
2 国府台	(8ヵ月前)	1名	4	3	1	4.00	3.00	1.00
	(7ヵ月前)	1名	2	1	1	2.00	1.00	1.00
	(6ヵ月前)	1名	5	3	2	5.00	3.00	2.00
	(5ヵ月前)	2名	19	12	7	9.50	6.00	3.50
	(4ヵ月前)	5名	19	14	5	3.80	2.80	1.00
	(3ヵ月前)	10名	79	61	18	7.90	6.10	1.80
	(2ヵ月前)	16名	200	138	62	12.50	8.63	3.88
	(1ヵ月前)	19名	300	192	108	15.79	10.11	5.68
	1ヵ月	19名	223	103	120	11.74	5.42	6.32
	2ヵ月	16名	140	63	77	8.75	3.94	4.81
	3ヵ月	16名	117	60	57	7.31	3.75	3.56
	4ヵ月	14名	99	55	44	7.07	3.93	3.14
	5ヵ月	11名	71	33	38	6.45	3.00	3.45
	6ヵ月	8名	66	25	41	8.25	3.13	5.13
	7ヵ月	8名	42	26	16	5.25	3.25	2.00
	8ヵ月	8名	25	15	10	3.13	1.88	1.25
	9ヵ月	7名	50	28	22	7.14	4.00	3.14
	10ヵ月	6名	20	7	13	3.33	1.17	2.17
	11ヵ月	2名	17	9	8	8.50	4.50	4.00
12ヵ月	2名	10	9	1	5.00	4.50	0.50	
計			1,508	857	651			

図6

「comedical」「福祉事業所」コンタクト回数 1人あたり平均



## 国府台地区における重症精神障害者への認知機能リハビリテーションと個別就労支援の複合による就労支援のモデル体制の整備に関する報告

研究分担者 佐竹直子<sup>1)</sup>

研究協力者 下平美智代<sup>2)</sup>、吉田光爾<sup>2)</sup>、梅田典子<sup>1)</sup>、真行寺伸江<sup>1)</sup>、小川友季<sup>1)</sup>、古家美穂<sup>1)</sup>、池田尚彌<sup>1)</sup>、伊藤順一郎<sup>2)</sup>

1) 独) 国立国際医療研究センター国府台病院 精神科

2) 独) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

### 要旨

本研究の2年目にあたる平成24年度は、23年度に引き続き国府台病院通院中の患者に対して研究への参加募集を2回行い、昨年度とあわせて計3回のエントリー期間に計27名が研究対象となった。認知機能リハビリテーションとIPSを用いた就労支援を実施する介入群と、従来の就労支援を実施する対照群それぞれに支援を開始し、今年度末の途中経過では就労に至ったケースは介入群の方が多い結果となった。

### A. 研究地区の背景

研究分担者が担当している国府台地区では、本研究導入以前より、市川市内の複数の就労支援機関が、精神障害者に対する活発な就労支援を行ってきていた。自立支援法における就労支援としては、NPO法人NECST、社会福祉法人サンワーク、NPO法人ほっとハート、NPO法人千葉精神保健福祉ネットなどが、就労移行、就労継続支援サービスとを提供しており、また、市川市障害者就労支援センター・アクセスが、障害者就業・生活支援センターの委託を受けサービスを提供してきた。特に、NPO法人NECSTが運営する就労移行支援事業所ビルドは、早くから就労支援にIPSモデルを導入し先進的な就労支援を展開してきた。

一方、今回の研究対象医療機関となる国府台病院では、精神科リハビリテーションサービスの中で、就労支援は行わないスタンスをとってきており、特に平成20年に行った病床削減後の精神科の機能の見直しでも、デイケアを中心とするリハビリテーションの役割は、就労等の社会参加に至るま

での短期間の集中的な治療プログラムの提供であるとし、就労支援は地域の福祉サービスに任せ、それらと連携する体制を強化してきた。デイケアに関しては、平成20年度より利用期限を2年間とし、ケアマネジメントを導入した個別支援の徹底、心理教育、集団療法を中心とした疾患教育と対処スキルの獲得などを主な治療目的としたプログラム編成を導入した。これにより、同院デイケアは、2年間のプログラム終了後、利用者を次のステップに確実につなげることができる安定したサービスへと刷新された。さらにリカバリー・ストレングスマodelの導入により、デイケア終了後の目標を明確にしてリハビリテーションを行うことが可能となり、就労意欲を向上させる効果をもたらした。これらにより、デイケア卒業後の就労サービス利用希望者が著しく増加し、さらに就労サービスからのドロップアウトを減らすことも可能となった。

このように、国府台地区では医療機関でのリハビリテーションと就労支援との協働モデルが確立したところで、今回の研究導入となった。

## B. 現在構築されている臨床体制

現在、国府台地区で構築されている就労支援体制を図1に示す。

今回の研究対象者(国府台病院通院中の患者)は、研究に対する適性検査によるスクリーニング後に、RCTによる無作為分類が行われ、認知機能リハビリテーションとIPSによる就労支援を受ける介入群(以下「介入群」と)と、従来の就労支援を受ける対照群(以下「対照群」と)に振り分けられる。

介入群は、就労移行支援事業所であるビルド(NPO 法人 NECST)において、認知機能リハビリテーションを受けたのちに、IPSを用いた就労支援を提供される。ビルドでは、生活支援担当者(ケアマネージャー)と複数の就労担当者(ES)が協働して生活、就労両面の支援を提供する。

一方、対照群は、国府台病院の担当ソーシャルワーカーが、個々のニーズに合わせた就労支援を紹介するブローカータイプの支援を行う。主な紹介先は、社会福祉法人サンワーク内の就労移行支援事業所、または市川市で障害者就業・生活支援センターを委託事業として受けている市川市障害者就労支援センター・アクセス(いちされん)であるが、本人の希望に応じて市内・外の他の就労サービスへの紹介も行う。支援内容は各事業所の方針に一任している。事業所への紹介後、本人が別の支援を希望した場合には、国府台病院のソーシャルワーカーが再び調整を行う。

## C. エントリー状況

昨年度、今年度あわせて計3回のエントリーを行った。エントリー状況を図2に示した。

第1期では10名がエントリーとなり、介入群5名、対照群5名の振り分け、各1名ずつのドロップアウトがあった。

第2期では6名がエントリーとなり、介入群、対照群各3名ずつの振り分け、介入群で2名のドロップアウトがあった。

第3期では、11名がエントリーとなり、介入群5名、対照群6名の振り分け、各1名のドロップアウ

トがあった。さらに、介入群のうち1名は、認知機能リハビリテーションを終了していない状態で、ビルドにおいて就労支援を受けている。

したがって、全体で27名の研究対象者のうち、現在のところ介入群9名、対照群12名が支援継続中となっており、6名がドロップアウトとなっている。ドロップアウトは介入群に多く、認知機能リハビリテーション開始前のドロップアウトが2名、リハビリテーション中途に1名と、初期の段階でのドロップアウトが多い。原因のひとつとして、対象者募集から認知機能リハビリテーション開始までの間の対象者の不安感や緊張感に対する個別支援が十分に行えていないことが考えられる。これは、就労支援の初期の段階からの個別支援の重要性を示す結果とも考えられる。

## D. 研究対象者が受けている支援内容

介入群、対照群それぞれの支援状況を示す。

### 1) 介入群

介入群9名はビルドに在籍し、8名が認知機能リハビリテーションを受けた後に、ビルドのスタッフによるIPSを用いた就労支援を受けている。1名は認知機能リハビリテーションを受けないまま、同じくIPSを用いた就労支援を受けている。

このうち平成25年3月までに6名が障害者雇用枠での就労につながり、5名が就労継続している(1名は1か月で退職)。1名はA型就労継続支援事業所で就労、2名は現在ビルドの支援を受けながら求職中である。

### 2) 対照群

対照群12名は、国府台病院のソーシャルワーカーがブローカータイプの支援を行い、サンワークの就労移行支援を3名が利用、アクセスを2名が利用となった。さらに、アクセス利用の2名のうち1名がサンワークの就労移行支援事業の利用につながっている。

また4名は市川市内・外の就労移行支援事業所を利用、その他、地域活動支援センターⅢ型利用や人材派遣会社リクルートスタッフィングへの紹介などがあった。

平成25年3月までに1名が障害者雇用枠での就労を開始し、2名が就労継続A型事業所での就労を開始している。

#### E. 今後の課題と考察

昨年度、今年度とあわせて計3期の研究エントリーを行い、介入群、対照群ともに現在就労支援を継続している。今のところ、介入群の就労数が対照群より多く、認知機能リハビリテーションとIPSを用いた就労支援は効果があると推測される。来年度までの継続的なモニタリングにより、12か月および16か月間の長期支援による各群の差を確認し、介入モデルの有効性について評価したいと考えている。

今後の就労支援に関しては、生活支援と就労支援が一体化したIPSモデルが有用と考えられ、さらに医療支援との密な連携も重要であると思われる。現在、ビルドにおける就労支援は、同事業所内で生活支援担当者と就労支援専門家が協働して支援を行う体制が取れているが、今後、就労支援事業所への普及を考えた場合、それらを取り巻く環境によって、連携のあり方の複数のモデルを提示することが必要になってくるものと思われる。また医療サービスとの連携のあり方についても明確に示す必要があると思われる。

さらに、今回のドロップアウトのケースから、就労支援を受けるまでの不安や緊張感に対して丁寧に対応することも、就労支援利用に至るポイントであると考えられる。これは、就労希望があがってから実際にサービスを利用するまでのマネジメントにも大きな意味があることを示唆していると思われる。現在 対照群へは、ソーシャルワーカーが、研究同意直後からサービス導入まで丁寧に関与しており、これが対照群でのサービス利用率を高めているのではないかと考えられる。

また、サービスとのマッチングがうまくいかないときに就労の方向性から離れてしまうことを避けるためにも、支援利用についてのコーディネーターの役割を担うサービスが必要とも考えられる。

#### F. 結論

今年度は、前年度に引き続き、2期、3期の研究対象者の募集を行い、計27名のエントリーがあった。

前年度の第1期とあわせ、介入群13名と対照群14名に対してそれぞれ支援を行った。

介入群は、支援継続者9名のうち6名が障害者枠での就労につながり、うち1名が就労継続支援を利用中と、就労者数が多い。

一方、対照群は、支援継続者の大半が就労移行支援や就業・生活支援センターなどの利用には至ったものの、障害者雇用枠1名、A型就労継続支援が2名と、今のところ就労者数は介入群に比べて少ない結果となっている。

来年度、継続的に就労状況をモニタリングしながら、認知機能リハビリテーションとIPSによる就労支援の有効性について最終結果を報告したい。

#### G. 健康危険情報

なし

#### H. 研究発表

- |         |    |
|---------|----|
| 1. 論文発表 | なし |
| 2. 学会発表 | なし |

#### I. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

- |           |    |
|-----------|----|
| 1. 特許取得   | なし |
| 2. 実用新案登録 | なし |
| 3. その他    | なし |



# 参加募集

条件

- ①国府台病院通院中
- ②年齢20歳～45歳
- ③市川市、松戸市、船橋市在住
- ④ICD-10でF2またはF3

図1

## 適正チェック

RCT

介入群

対照群

### 就労移行支援

事業所

ビルド

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

### 国府台病院SWにより仲介

事業所

サンワーク  
アクセス  
その他

- 就労移行支援の内容は各事業所に一任

# エントリー状況

図2

## 介入開始時期

第1期	第2期	第3期																																
2011.11～	2012.3～	2012.7～																																
第1期参加者 10名エントリー	第2期参加者 6名エントリー	第3期参加者 11名エントリー																																
<table border="1"> <tr> <th>介入</th> <th>対照</th> </tr> <tr> <td>ビルド 4名</td> <td>サンワーク 2名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>アクセス 1名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>他事業所 1名</td> </tr> <tr> <td>トップアウト 1名</td> <td>1名</td> </tr> </table>	介入	対照	ビルド 4名	サンワーク 2名		アクセス 1名		他事業所 1名	トップアウト 1名	1名	<table border="1"> <tr> <th>介入</th> <th>対照</th> </tr> <tr> <td>ビルド 1名</td> <td>サンワーク 0名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>アクセス 0名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>他事業所 2名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>進学 1名</td> </tr> <tr> <td>2名</td> <td>0名</td> </tr> </table>	介入	対照	ビルド 1名	サンワーク 0名		アクセス 0名		他事業所 2名		進学 1名	2名	0名	<table border="1"> <tr> <th>介入</th> <th>対照</th> </tr> <tr> <td>ビルド 4名</td> <td>サンワーク 1名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>アクセス 1名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>他事業所 3名</td> </tr> <tr> <td>1名</td> <td>1名</td> </tr> </table>	介入	対照	ビルド 4名	サンワーク 1名		アクセス 1名		他事業所 3名	1名	1名
介入	対照																																	
ビルド 4名	サンワーク 2名																																	
	アクセス 1名																																	
	他事業所 1名																																	
トップアウト 1名	1名																																	
介入	対照																																	
ビルド 1名	サンワーク 0名																																	
	アクセス 0名																																	
	他事業所 2名																																	
	進学 1名																																	
2名	0名																																	
介入	対照																																	
ビルド 4名	サンワーク 1名																																	
	アクセス 1名																																	
	他事業所 3名																																	
1名	1名																																	

厚生労働科学研究費補助金 難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業  
(精神疾患関係研究分野)

「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究

## 仙台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 西尾雅明<sup>1,2)</sup>

研究協力者 菊池陽子<sup>1,2)</sup>、近田真美子<sup>1)</sup>、佐藤直也<sup>2)</sup>、鏡せつ子<sup>2)</sup>、梁田英磨<sup>2)</sup>  
安倍知江<sup>3)</sup>、亀谷智美<sup>3)</sup>、二階堂彩香<sup>3)</sup>

- 1) 東北福祉大学総合福祉学部      2) 東北福祉大学せんだんホスピタル  
3) 東北福祉大学大学院総合福祉学研究科

### 要旨

本研究の初年度にあたる平成23年度以降、東北福祉大学せんだんホスピタルにあるACTチームにスタッフの補強をすることで、本研究のための臨床体制を整えてきた。チームの通常の支援者の加入基準も、本研究に合わせる形とし、スタッフの援助理念や労力が拡散しないようにした。平成23年11月より、他のサイトと整合性のある加入基準によって対象患者のエントリーが開始された。既に圏域内の重症精神障害者の多くがACTチームの利用者であること、他の医療機関からの紹介入院が多いことなどから、エントリーから除外される例が多いが、16ヵ月間のエントリー期間内に、介入群と対照群の対象者を各10名前後確保することができた。サービス・コードの分析では、退院前後のコンタクト回数が多く、入院中からの関係づくりに力を割いていること、退院8～9か月後に一時的にコンタクト回数が増える傾向があることがわかった。

最終年度である25年度も多職種アウトリーチ支援を継続し、アウトカムやサービス・コードのデータを集積していく予定である。

### A. 研究地区の背景

研究分担者が担当している仙台地区では、既にある程度のフィデリティを保つACTチームが東北福祉大学せんだんホスピタルに存在する。今回の研究では、そのチームが研究の加入基準に合わせた対象者に臨床サービスを提供することによって、介入群への介入を行っている。そのため、次に、せんだんホスピタルと、同院に基盤を置いて活動してきたACTチームのこれまでの経緯について説明を加える。

宮城県仙台市内で平成20年6月に開院した

東北福祉大学せんだんホスピタルの概況は表1に示す通りである。同院に、東北地方では初めてとなるACTチームがあるが、これは全国の教育機関の附属病院としても初めての試みである。

チームは平成21年度には、平日週5日勤務を原則とする病院の常勤スタッフ5名(看護師1、OT1、PSW3)と急性期病棟兼任の医師1名に加え、3名の非常勤スタッフで構成されていた。

チームの主な支援対象であるが、東北福祉大

学せんだんホスピタルの主に急性期病棟に入院となった者のうち、過去の入院歴や医療中断歴などの精神科サービス利用状況と、過去1年間の日常生活機能、診断、年齢、居住地などを参考にして、対象者を決定していた。自発的な同意により利用者となった者に対して入院中から退院支援を行い、入院期間の短縮につなげる。退院後は、医療・生活支援・家族支援などを必要に応じて他機関やインフォーマル・サービスとの連携を通じて行き、再発・再入院を防ぐとともに、利用者の自己実現を図るための援助を行ってきた。

当初、チームがかかわる訪問活動としては、対象者の障害重症度や状況に応じて幾つかのコースを設定しており、ACTの本来のコア対象者へのサービスは「カシオペア」コースと名づけられた。「カシオペア」コースの加入基準は、簡潔に言えば、年齢が20～65歳の間で対象エリアに住み、主診断が知的障害や認知症、人格障害などの除外診断に当てはまらないもので、過去1年間の日常生活機能と精神科医療サービスの利用状況の2つの重症度基準をいずれも満たすものに限られる(表2)。

また、2010年度時点の、外部評価による同チームのDACTSの点数は、「人的資源」が3.5点、「組織の枠組み」が4.5点、「サービスの特徴」が3.6点、総合点が3.9点と一定のフィデリティが担保される結果となっていた。

## B. 臨床実施体制の構築に向けた準備

臨床実施体制の構築において、最も重要となるのが、これまでのACTチームの加入基準をどうするか、であった。表2で示された基準は、国内のACTチームの加入基準の中でも最も厳しく設定されているものの1つであった。そして、それが利用者の増加を抑制する一因になっていた可能性はある。また、チームのスタッフがかかわることになる複数のコース設定が、実はスタッフの混乱を引き起こしている(複数のコースが存在することによって、利用者本人が

継続を望んでいるにもかかわらず設定期限内にサービスを終了する方向にもっていく場合もあれば、本人がサービスに乗り気でないにもかかわらず積極的にコンタクトをとることが求められる場合もある)現実も把握されてきた。そのため、23年度からは基本的に複数のコース設定をやめ、チームが支援する利用者の加入基準を、本研究の加入基準に合わせていくことにした。表3には、平成23年11月以降の東北福祉大学せんだんホスピタルACTチームの加入基準の概要を示した。期間中に当院に入院になった者のうち、スクリーニングで除外診断に当てはまらず、チェック項目の合計点が5点以上であり、キャッチメントエリア内の居住である者、と集約できる。また、全ての入院患者に対し主治医がチェックするスクリーニング用紙を資料1に示した。期間中の入院患者に対するスクリーニング調査に関する説明は、院内全ての病棟に資料2のポスターを貼り、情報開示を行った。

チームの支援対象者を決定するためのエントリー・プロセスについては、表4にまとめた。記載されているように、介入群と対照群との振り分けは、チームのオフィスから自動車で30分以内に移動できるかどうかを、ネット上のソフトを使用してACTの臨床スタッフとは独立した研究協力者が確認することで行った。

## C. 現在構築されている臨床体制

現在構築されている臨床体制を、表5に示した。多職種アウトリーチ・チームとしては、医療機関に属して診療報酬を財源とするモデルである。チームの「地域化」の観点からは様々な議論もあるだろうが、利用者が在宅での急性期ケアで落ち着かない時には、他院に紹介するのではなく、入院治療の中で一貫してチームが関わり続けることのできる強みがある。

プログラムのサイズとしては決して大きくはないが、6名のケースマネジャーがチームに専属で週5日勤務であること、プロシューマ

一・スタッフがいても強みであると言える。

表 6 に、25 年 3 月 7 日時点での本研究開始後の仙台サイト対象者数の状況を示した。この数字は、退院日を迎えた対象者数に限定されたものである。

次いで、仙台サイトでのチームの臨床的なかかわりの途中経過を、サービスコード上のデータで示す。まず、今回のデータは、平成 25 年 1 月末までに提出されたサービスコードを集計したものである。仙台サイトの多職種チームでは、ほとんどのサービスが医療機関に所属するコメディカルスタッフにより提供されている。退院日を起点とした経過月数ごとに、どの程度のコンタクト回数があるかを対面、電話ごとに示したものが表 7 である。12 ヶ月を経過した者が計 1 名、6 ヶ月を経過した者が計 4 名というように見ていくが、どの時期にどのくらいのコンタクトを要するかは利用者一人当たりの平均コンタクト回数の算出が必要であり、これを示したものが表 8、グラフ化したものが表 9 である。退院直前後のコンタクト回数が多いこと、退院後 8～9 ヶ月後に何らかの理由でコンタクト回数が増すこと、がわかる。

#### D. 今後の課題と考察

##### 1. 今後のゴールとなる臨床体制

現在のスタッフが 1 日コンスタントに 4 件以上の訪問活動をし、採算ベースに載せて、今以上のスタッフを雇用するなかで本来の ACT らしいプログラム・サイズを確保したい。十分なプログラム・サイズが担保される中で、より多様な視点での支援と時間外の救急対応の充実を図ることができる。

また、現時点ではチーム・リーダーをはじめスタッフの大部分が PSW であり、支援の中心軸が生活支援に偏っている。リカバリーとストレングス・モデルを謳うにしても、多職種アウトリーチ・サービスの支援の大きな柱の一つとしては、必要な利用者に対して、医療の使い勝手を伝える、という役割があると考えられる。ほとんどの支援が生活支援で良いということ

であれば、相談支援事業所やヘルパーを紹介したり、本当の意味での友人を斡旋することの方が誠意のある支援と言えよう。その意味では、バランスをとるためにも、現在欠員となっている OT や、看護スタッフの増員が必要である。また、現時点では当事者スタッフがケースマネージャーとしての役割を担っているため、これが組織的に維持されるように意識したい。さらに、他の就労支援機関からチームに週 4 日程度出向してくるような IPS 的な医療・生活支援と就労支援の統合が可能になるような支援体制を構築していきたい(図 1 は、支援者の組織に焦点を当てたものである)。

##### 2. 研究上のエントリーについて

当院では、ACT チームが立ち上げられて既に 5 年が過ぎようとしている。エリア内の重症統合失調症患者や双極性感情障害患者の多くが、既に当チームのサービスを利用している現況にあり、そのため、本研究のエントリーから除外されている。また、入院患者の多くは、仙台市内の他の精神科診療所から入院目的で紹介されるケースで、退院後は紹介元に通院することが多いこうした例も、エントリー基準では除外されてしまうため、エントリー数と付随する index admission での退院日を迎えた対象者数が伸びを示さなかった。

##### 3. サービス・コードについて

仙台サイトは、他のサイトと比較して、退院前後のコンタクト回数が多く、入院中からの関係作りに力を割いていることがわかる。かといって、電話回数がそれほど多いわけではなく、依存を作らないような取り組みが成果を見せているとも言える。退院 8～9 ヶ月後にコンタクト回数が増える理由については、他のサイトの詳細なデータや、サイト内でのデータの蓄積を待って、最終年度である来年度に考察を加える予定である。

#### E. 結論

もともと当院では ACT という多職種アウト