

表15 介入群個別事例(B-は-103)

- 安定してスイッチを利用しながら、CBTやWRAP等の心理系プログラムを中心に活動される。希望職種の絞込みにCM(ES兼務)とじっくり時間をかけており、9月の集団面接会(オープン)にて就職が決まる。
- 11月から製薬会社の物流部門で勤務をしており、時々欠勤をすることもあるが、その都度SOSサインを出した結果と考えられる。
- 将来への不安感などに対し、CMやESが情緒的な支援も含めて調整し、勤務が継続されている。

表16 介入群個別事例(B-は-104)

- 就労の動機が、「自分の”希望“を家族に納得してもらうため」であり、認知リハ終了後は積極的に求職活動(クローズ)に取り組んだ。4月中には旅館の事務に内定し、1か月の勤務。その後も6月に大手企業の事務に就職し、勤務する事で、家族が本人の”希望“を理解してくれたため、退職。
- 退職後は、目的を達成したこともあり、就労へのモチベーションが下がったため、月2~3回の生活相談を中心に支援。本人の”希望“実現に向けて、主治医と連携を取っている。

表17 介入群個別事例(B-は-105)

- 障害福祉サービスの利用に対して、本人・家族とも否定的なため、スイッチを利用せずに支援を継続。月1~2回程度の面談を行い、本人のストレスを緩和するための生活支援や、就職先の相談を実施した。定期的に家族とも連絡を取りながら、本人の状況を確認していった。
- 本人は認知リハ終了後から一般の職業訓練(ハローワーク)に行ったり、大型の免許取得のために積極的に自動車学校に通いながら、希望の機械設計・加工の一般職・正社員に絞って応募を行った。その間も、日雇いの仕事を時々行っている。
- 夏頃には、糖尿病の治療を余儀なくされるも治療により病状は軽快。
- 1月に大型免許も取得し、希望職種を拡大。3月に物流のフルタイム(クローズ)に就職。今後は物流の仕事をしながら、少しずつ希望職種への求職活動を続けていくことを検討している。

表18 介入群第二クール

- 対象者数 3名(認知リハ終了後もドロップアウトなし)
- 対象者属性:
 - 性別: 男性1名、女性2名
 - 年齢: 20代2名、30代1名
 - 診断名: 全員が統合失調症
- 支援内容: 認知リハビリテーション全24回実施、精神科医・生活支援員・就労支援専門家で構成されたチームによる就労支援開始後1ヶ月経過。
- 一般就労者: 0名

表19 第二クール介入群認知リハ実施状況

認知リハビリ日程表				認知リハの出席率			
日付	曜日	回数	時間		96%	100%	83%
			14:00~15:00	15:10~16:10	106	107	108
11月16日	金	1回	認知リハビリ		0	0	0
11月21日	水	2回	認知リハビリ		☆	☆	☆
11月22日	木	3回	認知リハビリ			0	
11月28日	水	4回	認知リハビリ		☆	☆	☆
11月30日	金	5回	認知リハビリ		0	0	
12月5日	水	6回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆
12月7日	金	7回	認知リハビリ		0	0	0
12月12日	水	8回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆
12月14日	金	9回	認知リハビリ		0	0	0
12月19日	水	10回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	
12月21日	金	11回	認知リハビリ		0	0	
12月26日	水	12回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆
1月11日	金	13回	認知リハビリ		0	0	0
1月16日	水	14回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆
1月18日	金	15回	認知リハビリ		0	0	0
1月23日	水	16回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆
1月25日	金	17回	認知リハビリ		0	0	0
1月30日	水	18回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆
2月1日	金	19回	認知リハビリ		0	0	0
2月6日	水	20回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆
2月8日	金	21回	認知リハビリ		0	0	0
2月13日	水	22回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆
2月15日	金	23回	認知リハビリ		0	0	0
2月20日	水	24回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆

表20 介入群個別事例(B-は-106)

- せんだんホスピタルのデイケア(24歳以下が対象、週2回)に通いながら、認知リハも参加。
- 外来受診が重なってしまった時以外は欠席することなく、認知リハを終了した。認知リハに参加していくなかで、調子の波を感じながら、定期的に通うこと、得意な機能が「注意・集中」の部分に多かったことなどの気づきが得られる。
- 現在はESと相談しながら、希望職種の絞り込みを実施している。

表21 介入群個別事例(B-は-107)

- せんだんホスピタルのデイケア(24歳以下対象、週2回)を利用しながら、認知リハに欠席することなく100%の出席率。
- 認知リハでは、全般的に成績が良く、他者の意見の取り入れなども良好。ただし、積極的な発信が少ない。
- 現在は、クローズを中心にESと職種の絞り込みを実施している。

表22 介入群個別事例(B-は-108)

- 体調不良により時折欠席はみられるものの、認知リハを行いながら、自らの体調の波の傾向を分析。
- 体調と作業効率が比例していることに気づき、まずは定期的にスイッチに通いながら、自信をつけて求職活動に臨むことを希望している。
- ESと相談しながら、プログラムや実習を中心に活動し、自信をつけていく。

図1 RCT(無作為割付)

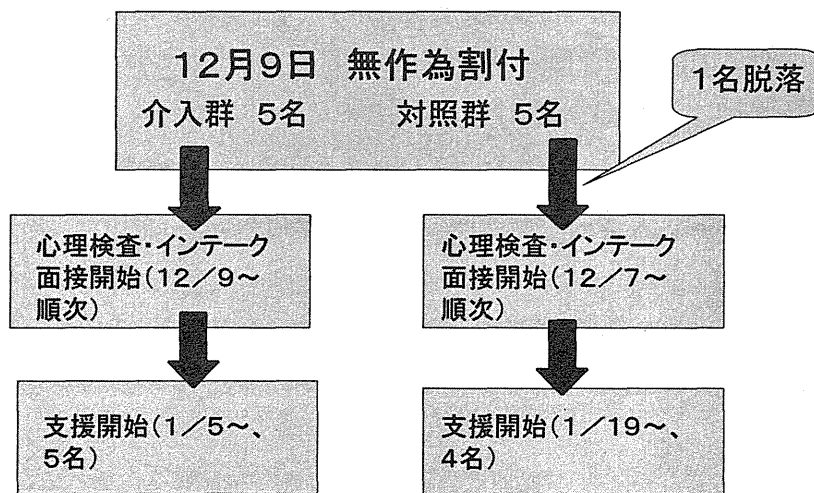


図2 支援体制(24年3月まで)

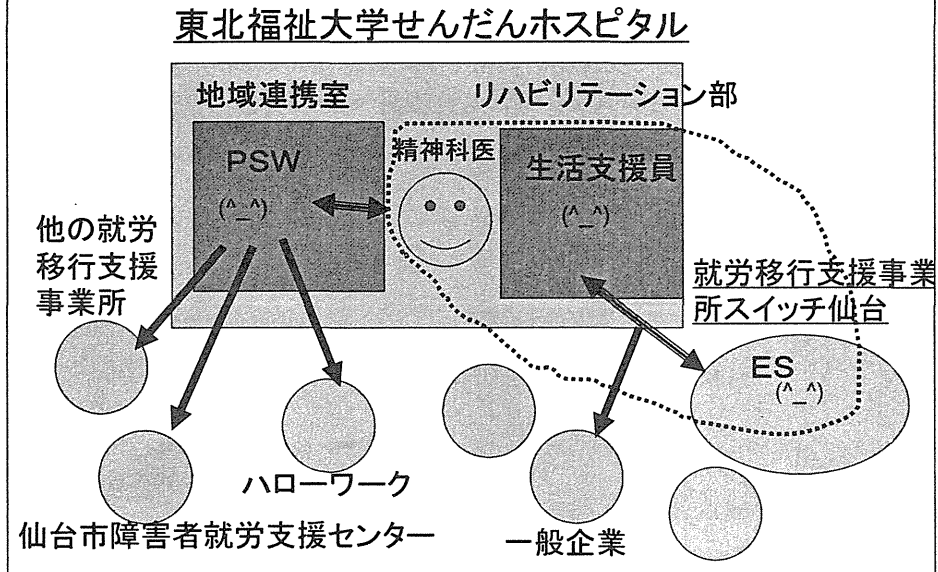
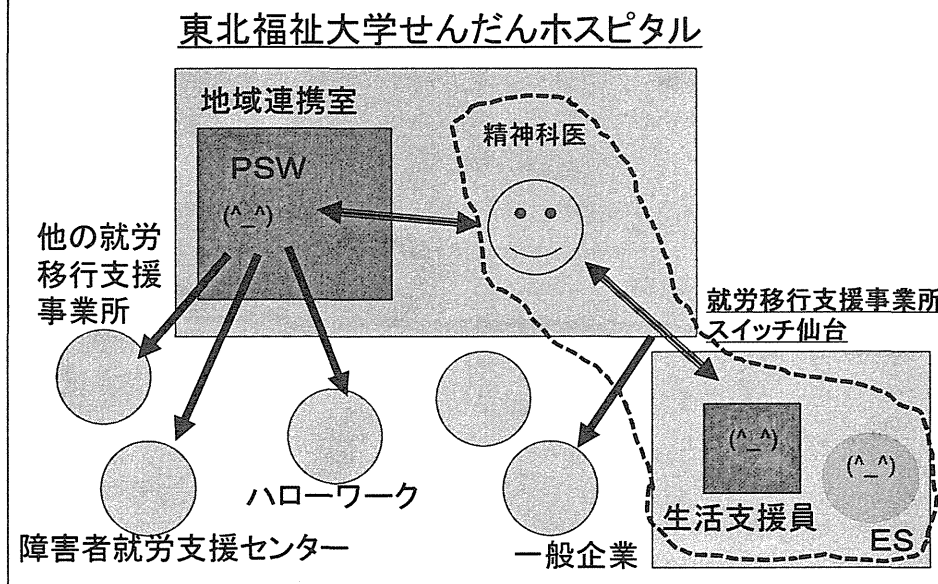


図3 支援体制(24年4月以降)



帝京大学周辺地区における生活障害を持続的に有する 初診精神障害者への多職種アウトリーチチームによる 医療・地域生活サポートに関する報告

研究分担者 池淵恵美¹⁾

研究協力者 初瀬記史¹⁾、稲垣晃子²⁾、久保田佳美¹⁾、大矢カナ子¹⁾、田谷由紀子¹⁾

1) 帝京大学医学部精神科学教室

2) 東京大学大学院 医学系研究科健康科学・看護学専攻 精神看護学分野

要旨:精神科外来での生活の質や長期予後向上のため、多職種よりなる生活支援サポートチームを創設し、2011年11月よりアウトリーチを含むサービスを開始した。2012年10月までの段階で、初診患者総数434名のうち、研究基準を満たし、生活支援の必要性があると判定されたものは24名(8.8%)、研究参加の同意が得られたものは15名であった。診断は様々で環境要因と精神症状とが複合して様々な困難を形成していた。地域生活サポートについての臨床研究体制、高齢者へのサポート、関係づくりと精神医学・生活支援についてのアセスメントを同時並行で行っていく技術が課題と思われた。今後は引き続き追跡調査を行い、コントロールとの効果の比較検討やコスト計算を行って、精神医療体制の改革への基礎資料としたい。

A. 研究の背景—精神障害を持つ人の 地域生活の現状

前年度にすでに報告したように、現在地域で生活している精神障害者であっても、精神症状が残存し、生活の質が低下しているものが多くみられることから、医療と生活支援とを統合したサービスが必要と考えられた。

前年度の地域生活についての調査の概要は次のとおりである。全国精神保健福祉会(みんなねっと)と初瀬・池淵により、みんなねっと各都道府県連合会に所属する精神障がい者家族会に依頼して、家族が参加している精神障がい者を対象とした自記式アンケート調査を行った。帝京大学医学部倫理委員会の承認に基づく同意書に署名するとともに、アンケート票の郵送による返送が行われた1,492票について解析した。調査期間は2010年9月24日～12

月10日であった。

- 一人暮らしをしているのはわずか12%。家族会会員へのアンケートということもあり、全体の72%は親と同居しており、18%は兄弟・姉妹と同居している。
- 41%の患者さんは定期的に作業所に通っているものの、それ以外の外出や就労率などは低く、家にいる患者さんが多い。
- 日常生活に対する満足度は高くない(満足している+まあ満足している計:41%)。
- 結婚している患者さんはわずか8%で、そのうち現在自身で子供を育てているのは38%。
- 20~30%は幻覚や妄想などの陽性症状に困っている。
- 特に、統合失調症に限定した場合(N=1,133)、その傾向は更に強くなる

- 自覚症状として最も多く挙げられているのは、新しいことを覚えられない、集中できないといった認知機能関連の障害や、気分が落ち込むといった症状。

以上の調査結果から、親から自立できている人は少なく、昼間どこかに活動の場所がある人も多くない。受診後すぐからの人生の再設計のサポートや生活相談などが、医療機関でも受けられるようにすべきと思われる。また医療・保健・福祉をつなぐネットワークがあって、どこかに相談すれば、さまざまな情報が手に入るよう、利用者本位のシステムづくりも課題である。また現在まだなんらかの症状で困っている人がほとんどであり、医療機関で再発を防ぐための情報を提供し、治療の継続をサポートしていくことが求められる。

そこで伊藤班での介入研究を基盤にして、帝京大学医学部付属病院メンタルヘルス科に地域生活サポートチームを創設し、ニーズに基づきデイケア、アウトリーチを含むケアマネジメントサービス、就労支援を行う体制を作ることを目的とした。本報告においては 2011 年 12 月より 2012 年 10 月までの実施の現状を報告し、今後の課題を考察したい。

B. 対象と方法

対象者の選定は基本的には伊藤班におけるプロトコルにしたがうが、帝京大学においては外来患者の生活支援が目的となるため、メンタルヘルス科を初診した患者のうち、板橋区もしくは北区に在住しており、別紙の外来スクリーニング表の基準を満たすものを対象群の候補として選出した。このスクリーニング表では、6 か月以上適切な社会機能の障害がある、日常生活機能の障害がある、家族の支援がないまたは軋轢がある、職場などの環境に大きな軋轢がある、の 4 点を支援の必要性を問う項目とし、カットオフポイントを 4 点に設定した。入院など頻回の医療サービスの利用者である、社会的な逸脱行動があるなど、急性期治療ののち

ACT が適用となる他のサイトの基準と異なり、まずは外来通院が適用となるものを主な対象と考えている。ただし治療の必要性から入院が適切と考えられる場合にも、継続して支援は行う。

なお板橋区・北区以外の在住で、カットオフポイント 4 点以上のものをコントロール群の候補として選定した。

対象群およびコントロール群の候補の選定ののち、主治医の承諾を得て、本人および未成年者であるなど必要があればご家族に、帝京大学医学部倫理委員会承認の説明書を提示して説明を行い、承諾が得られ同意書への署名が得られたものを今回の研究参加者とした。

C. 地域生活サポートチームによる支援の実施結果

1. サービス開始後の外来初診患者の実態調査

2011 年 12 月より 2012 年 10 月までの状況は、表 1 に示した。初診患者総数 434 名、平均年齢 48.7 歳で、板橋区・北区在住のもの 157 名、それ以外の居住地 119 名であった。そのうち診断名や年齢などの除外基準に該当したものは 151 名 (34.6%) であり、そのなかで 65 歳以上の年齢の人が 112 名を占めた。高齢者は精神医療でも大きな課題となっていることがわかる。除外されなかった 276 名中、スクリーニング表のカットオフ値 4 点以上のものは全体の 8.8% あった。そのうちから介入群、コントロール群を合わせて研究参加の同意が得られたものは 15 名、所定の期間内に同意が得られなかったもの 5 名、病状が不安定などの理由で主治医から研究説明などが難しいと判断されたもの 15 名であった。生活支援のニーズがありながら、主治医の判断で研究参加に至らなかったものが参加同意者と同数あり、我が国での臨床研究の困難さがここに現れていると思われた。

2. サービス実施の実際

ケアマネジメントサービスに携わるスタッ

フは、チームリーダーが精神保健福祉士で、看護師1名、作業療法士1名、精神科医1名となっている。研究参加者には主担当1名、副担当1名がつき、まずは外来予約日に主治医の許可のもとで面接を行って、本人および家族について、関係づくり、支援の希望、生活状況や社会的機能などの情報収集などを行って介入計画を作成し、アウトリーチを含む生活支援を行った。参加者の概要は表2の帝京A班介入ケースのまとめにあるとおりである。外来初診からの介入開始であるため、本人の診断や病状を見極めつつどのような生活支援が必要かを評価し、同時に本人との関係づくりをしていくことに時日を要することが多く、この期間が生活支援サービスの帰趨を握っているように思われた。またアウトリーチサービスについて、支援者がじっくり診察室の中でまずは相談を重ねることを優先する場合があります、またアウトリーチを提案しても同意を得られない場合もあり、実施者や実施回数は少なかった。診断は様々であり、必ずしも持続かつ重篤な精神障害者とされる統合失調症や躁うつ病などは多くなかった。精神障害の重さもさることながら、生活上の様々な困難や環境要因と、精神症状とが密接に絡み合っ、容易に改善の糸口が見いだせず、持続的に慢性の精神症状と生活上の問題とが継続している例が多かった。

D. 考察

生活支援サポートチームを創設して、帝京大学医学部附属病院メンタルヘルス科に初診したもののうち、生活支援のニーズの高いものに対して、デイケア、アウトリーチ、就労支援を含む多面的な支援を行っていくことで、地域で生活する持続的で重い精神障害をもつひとの生活の質を改善し、社会的予後を改善し、満足感を高めることが本研究の目標である。しかしこれらの支援に対して、少なくともケアマネジメントサービスや就労支援については十分な診療報酬の裏付けがなく、担当するスタッフを十分確保できない現実がある。またアウトリー

チについても、現在の往診や訪問看護では回数などの制限があり、限界がある。今回の研究で、生活支援サポートチームの効果とコストを検証し、国の制度としてこうした支援が可能になるように提言していくことが本研究の最終的な目標となる。

結果のところでも述べたように、初診患者で65歳以上の者がほぼ全体の4分の1を占めた。研究のプロトコル上、今回はこれらの人たちを対象に含めなかったが、実際には身体的健康や、社会的孤立の問題と併せて、生活支援のニーズは高いものが多いと思われた。自立支援法に基づくサービスと、介護保険に基づくサービスとの切れ目でもあり、しばしばその移行が難しいという現場の声も届いている。こうした地域にする高齢の精神障害者は、我が国が高齢化社会になってきていることや、全国での退院促進事業が進展することによりますます増えることが予想され、大きな課題と思われる。

初診患者で、カットオフ値を超えているものの、主治医の判断で研究参加不可となったものが参加者とほぼ同数存在した。この原因としては、医療者に中で日々の仕事に忙殺されて、臨床研究を行うゆとりが乏しいこと、地域生活サポートそのものへの理解が乏しいことが考えられる。また主治医が必要性は感じていても、病状や関係づくりの中途であることから、患者さんの研究参加を促すことをためらった例も見られた。いずれにしても、外来での生活支援サポートの必要性を周知していくとともに、臨床研究を支援する体制づくりが必要と思われた。

今回の研究参加者はいずれも、診断をつけて治療についての説明を行い、精神療法を行って投薬するという、診察室の中の営みだけでは不十分であると痛感される。狭義の医学的治療だけでは、精神症状はよくなりを感じるのである。それは職場や家庭の中に様々な困難がみられて、患者さんが変わりうるであろう潜在的

な力をも、その困難が圧倒していると感じる場合であり、患者さんがよくなっていくことを実際の生活の場で支援しなければうまくいかないであろうと感じる。

冒頭のみんなねっとの調査でもふれたように、精神障害者の生活の質はまだまだ貧しく、その面でも生活支援は必要である。家族の皆さんが「親亡き後」を問題にするのは故なきことではない。精神科の治療と並行して生活支援を行って、「薬を飲んで入院はしていないものの、それ以外のことはできていない」貧しい現実を変えていく必要があると思う。

平成 23 年度から外来での地域生活支援・アウトリーチサービスを試みているが、これまでの生活の困難や現在の環境の問題と、その人の人となり、精神症状とがないうまざりになって複雑な病態を形成しており、精神症状だけでシンプルに診断をつけることが難しいケースばかりであると感じる。出てきている問題は、若いころからの希死念慮を伴うニート生活、子供の虐待などの家族問題、慢性的な身体化症状、頻回の抑うつ症状の再燃、身体自己管理の悪さから来るとされる慢性の身体疾患の合併などが複合している。これらの人たちはやはり、診察室の中だけの支援には限界がある。

こうした現状を見るにつけ、どのような外来での治療機能を備えていることが望まれるだろうかと考えざるを得ない。相談支援事業を始めとするケアマネジメント機能を厚労省は充実させようとしているし、以前に比べれば就労支援にしても生活支援にしても、地域の社会資源がはるかに増えていることは事実である。しかしすでに述べてきた精神症状と生活の困難とが複合した困難を抱える人に対しては、外来治療と別途に福祉支援をつけるやり方は必ずしもうまくいかないように感じる。余力のない人たちは違う場所に行っているいろいろな支援を使っていくような力を持たない。そもそもどのような支援が必要か、全く見えていないことも多く、「落ち込んで死にたい」などの苦しみか

ら精神科を受診してくるのである。現実の困難の中から精神症状はつむぎだされてくるのだが、その根っこに現実の困難が横たわることを本人は自覚していない、もしくはしようとなしない。そして何回も繰り返すようだがこうした困難は、どちらが原因であるとは言い難く絡み合っているのも、外来での見立てと適切な医学的治療が基盤にあることが必須である。精神障害であるからには、無論生活支援だけでは生活の上での困難は解消しないと思われる。言いたいことは、単純に福祉サービスを充実させることで解決できるわけではなく、外来機能の中に「ワンストップ・ショッピング」といえる支援機能があり、複合的な困難のある人をしばらくはかかえることができること、そしてある程度改善してきて、もしくは問題が整理されてきて初めて、通常の外来治療と福祉サービスへと切り離していくことが可能になるということである。

E. 結論

多職種よりなる生活支援サポートチームを創設し、2011 年 11 月よりアウトリーチを含むサービスを開始した。対象は北区・板橋区在住で、持続的な生活支援の必要性がある人たちである。2012 年 10 月までの段階で、初診患者総数 434 名のうち、除外基準には該当しなかったものが 276 名いたが、そのうち生活支援の必要性のスクリーニングでカットオフ値を超えるものは 24 名 (8.8%)、その中から研究参加の同意が得られたものは 15 名であった。診断は様々で環境要因と精神症状とが複合して様々な困難を形成していた。今後は引き続き一定の基準を満たす初診患者に対して、同様のサービスを継続しながら追跡調査を行い、コントロールとの効果の比較検討を行う。またコスト計算も行って、精神医療体制の改革への基礎資料としたい。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

池淵恵美: 外来でのアウトリーチサービス. PPST 研究会, 東京, 平成 24 年 9 月.

H. 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 特になし

表 1 2012 年 1 月～10 月 外来初診患者スクリーニング結果

総数	434					
男性	189	44 %				
女性	245	56 %				
平均年齢(歳)	48.7					
1: 介入群	157	36 %				
2: 対照群	119	27 %				
対象外(1,2 以外)	7	1.6 %				
除外	151	35 %				
【除外理由】						
65 歳以上:	112	74 %				
65 歳以上、認知症のみ	23	15 %				
65 歳以上、アルコール依存のみ	3	2 %				
65 歳以上、てんかんのみ	3	2 %				
65 歳以上、その他の疾患	83	55 %				
16 歳-64 歳:						
てんかん	12	7.9 %				
薬物・アルコール依存	7	4.6 %				
認知症	1	4.6 %				
人格障害	5	3.3 %				
初診患者ではない	2	1.3 %				
その他(健診等)	12	7.9 %				
【得点分布】(介入群+対照群)	計 276 名					
0 点	38	14 %				
1 点	64	23 %				
2 点	59	21 %				
3 点	48	17 %				
4 点	6	2.2 %	同	3	脱落 1	
5 点	9	3.3 %	同	5	脱落 2	
6 点	7	2.5 %	同	5	脱落 1	
3～5 点	1	0.4 %	同	1	(A-に-I04)	
6～7 点	1	0.4 %	同	1	(A-に-I05)	
			計	同	15	脱落 5
* 主治医の判断で研究不参加 15 例			保留			

表2 帝京 A 班 介入ケースまとめ (2012年10月時点)

- ・年齢は研究開始時、コンタクト回数はケース会議を除く(9月末まで)

① A-に-I001 【同意日 H24.2.20】

37歳 男性

- ・診断：強迫性障害

- ・病歴：

発病後7年

入院0回

初診 H24.1.25

- ・介入経過のまとめ：

訪問回数 0回

コンタクト回数 35回

内容

独居で生活保護受給。2週に1回のペースで面接開始。生保を脱したい、働きたいと希望。DCを提案し、4/3見学するも、不安や緊張で強迫症状も増悪し、参加は保留となる。薬物療法が奏功せず、エビリファイからジプレキサに置換。DCには7/10から週1日の個別作業に参加開始。DC欠席や面接キャンセルなど波があり、電話でフォローしている。

慢性的に希死念慮を訴えることがあり、5月にはヘッドホンコードで首をしめたり、9月には自殺企図未遂で保護される。4月、5月、9~10月と、増悪時に薬剤調整や生活リズムの改善を図るため入院を検討するが、最終的には本人が入院のメリットよりも制限などが気になり入院は見送り、外来通院で様子を見ることになっている。

② A-に-I002 【同意日 H24.3.19】

34歳 女性

- ・診断：気分障害、身体表現性障害

- ・病歴：

発病後5年

入院回数 不明(0回?)

初診 H24.2.14

- ・介入経過のまとめ：

訪問回数 0回

コンタクト回数 11回

内容

夫と小3・小1・5歳の子どもと同居。生活保護受給。昼夜逆転しており、家事や育児ができていない。子どもが大火傷をしたり痣があったり、朝起こせず学校に遅刻した

りとネグレクト。児童相談所も関わっているが、支援は不十分のよう。

診察に同席する形で面接。当初はなかなか定期受診につながらなかったが、義姉とその友人や夫の愛人の子どもに関してなど、対人関係のトラブルなどから身体症状が出現し、治したいという気持ちから、月 1 回は受診するようになる。徐々に気持ちを話してくれるようになってきている。

③ A-に-I003 【同意日 H24.3.22】

25 歳 女性

- ・ 診断：統合失調症
- ・ 病歴：
発病後 5 年
入院 0 回
初診 H24. 2. 18
- ・ 介入経過のまとめ：
訪問回数 8 回
コンタクト回数 16 回

内容

母、祖母（神経症）と祖母宅で同居。生活保護受給。母が仕事で忙しく、日中は祖母と二人で過ごしている。母は重篤感なく、ほぼ未治療に近い状態で経過したケース。

5/28 から医師・看護師で訪問開始し、本人とビーズ細工やペーパークラフトなどの作業をしたり、家族への心理教育もおこなっている。8/23 食欲不振・幻聴など出現したが、幻聴や妄想について母に言語化でき、9/24 には幻聴がなくなってきたと改善傾向。看護師・作業療法士での訪問に変わった際も、受け入れ問題なし。10 月に祖母が検査入院で 3 日間不在となり、日中一人で過ごすことになったが、乗り切れたという。訪問を継続。いずれ一人での外出や、修学・就労を目標としたデイケア利用がゴールと考えられる。

④ A-に-I004 【同意日 H24.3.22】

58 歳 男性

- ・ 診断：躁うつ病
- ・ 病歴：
発病後 18 年
入院 5 回
初診 H24. 3. 9
- ・ 介入経過のまとめ：
訪問回数 1 回
コンタクト回数 39 回

内容

妻、子ども 2 人と同居。昨年 9 月末から休職中。復職希望にて当院に転院。診察同席から関わり開始。本人、妻ともに病識が乏しく、光トポではっきりと躁鬱を指摘され、ショックだったと話す。主治医より日課表の記録・注意サインチェックを提案し、躁状態のセルフモニタリングができるよう促しをおこなっている。

4 月から担当とリワーク先を検討したが、うつに入り一度先送り、5/18 初訪問し生活状況を把握する。5/21 再診時からリワーク探しと面接を再開。その後 7/4~9/20 まで欠席なくリワークを終了し、産業医や上司との復職面接で 2 週間の通勤トレーニングを提案される。10/1 調子が上がっていると自覚あり、臨時受診。10/12 復職面接ではさらに 2 週間延長を指示され、通勤しても何もやることがない中、ハードルが高く設定されている。自分なりになんとかパターンを作って過ごすよう努力している。しかし復職後すぐに逸脱行動が頻発し、再度休職となった。もともと仕事への矜持があり、復職直後の立場のなさや簡単な仕事への抵抗が強く、職場自体が誘因になって悪化してしまう構図が明らかになった。本人の気持ちをくみつつ、職場のなかでのおさまりどころを模索中である。

⑤ A-に-I005 【同意日 H24.3.30】

29 歳 女性

・診断：躁うつ病

・病歴：

発病後 6 年

入院 2 回

初診 H24.3.15

・介入経過のまとめ：

訪問回数 0 回

コンタクト回数 5 回

内容

婚約者と同居。一人では外出できない、家事が少ししかできないなど困っており、相談に乗ってほしい、とニーズあり。面接開始したが、4/13 ラミクタール開始後、気分の高揚や誇大妄想で 5/1 臨時受診するも過活動が続き、近隣への被害妄想から実家へ行き、以前かかっていた他院に受診。5/8 に同院に入院し、退院後も実家から同院へ通院中。以降、当院への受診はなし。担当から婚約者へ定期的に状況確認の電話入れをしている。

⑥ A-に-I006 【同意日 H24.5.21】

41 歳 男性

・診断：抑うつ状態、脳性麻痺

・病歴：

発病後 1 年

入院 0 回

初診 H24. 2. 22

・介入経過のまとめ：

訪問回数 3 回

コンタクト回数 40 回

内容

独居。障害者雇用で就労し、これまで一人で生活してきた自負もあり、サービス利用に抵抗がある様子。当初は当科への受診もキャンセル続き（内科には通院）。本人は復職希望しており、会社の人事担当者の促しで受診し同意を得たが、5/25 訪問するも飲酒しており、7/26 訪問時も飲酒していたため中止となる。通勤練習に飲酒して行けなくなるなど、飲酒問題が顕在化。不安や不眠により飲酒しているよう。整形外科にも受診しているが、痛みが改善されず、痛み止めと眠剤を処方されるも内服は拒否的。9 月から面接はキャンセルが続き、10/1・10/15 と診察も連続してキャンセル、10/22 ようやく受診。来年 2 月一杯までは満額給与が支給される。このころ再び飲酒が増えていることが推測された。11 月に入り、兄に叱咤されたり、会社化 r なおアプローチが契機となって、スタッフ同行のもとで会社に出向いて相談することができ、復職準備への動きが進んだ。

⑦ A-に-I007 【同意日 H24.6.19】

35 歳 男性

・診断：うつ病

・病歴：

発病後 10 年

入院 0 回

初診 H24. 4. 14

・介入経過のまとめ：

訪問回数 0 回

コンタクト回数 8 回

内容

独居で生活保護受給。一昨年 父が縊首したのを発見、半年後に母も病死。家族は弟のみで、仕事をしており収入があるが債務や離婚での養育費など経済的に困窮しているようで、お金を借りに来ることがストレスになっている。お金があるとお酒を買ってしまい、生保のお金をやりくりすることも課題。訪問は拒否のため面接での関わりを継続。

8 月には外出するようになり、仕事を探したいなど意欲的な発言も聞かれる。お金がなかったり、弟とのストレスなどがあると不安定に。10 月は父の命日に不調を心配してい

たが乗り切れたという。仕事への希望も話すが、具体化しようとするとうつ病的になり、なかなか進まないものの、引き続き外出もできており、少しずつ変化してきている。

⑧ A-に-I008 【同意日 H24.8.3】

48歳 女性

・診断：気分変調症

・病歴：

発病後 24年

入院 0回

初診 H24.5.31

・介入経過のまとめ：

訪問回数 0回

コンタクト回数 6回

内容

再婚した夫と二人暮らし。生活保護受給。夫が仕事で不在の間は押入れにこもっており、神経性失禁もあり外出できず。息子の結婚に相手の両親が大反対し、そのトラブルがストレスになっている。初回面接時には、不安は減り昼間一人でいられるようになったが外出は怖くてできない、家事もできていない。9月は息子夫婦に子どもが生まれるため1ヵ月間、実家に帰省。安定して過ごせて、家事の手伝いや孫の世話も少しできたというが、帰ってきてからは反動でまた何もできず元の生活に戻ってしまっている。嫁の両親のことはストレス源ではなくなった様子。面接を継続する。

(以下の9月に同意を得たケース)

⑨ A-に-I009 【同意日 H24.9.14】

32歳 女性

・診断：気分変調症、摂食障害

・病歴：

発病後 10年

入院 2回

初診 H24.7.12

内容

父と二人暮らし。10/3 初回面接。

⑩ A-に-I010 【同意日：H24.9.28】

51歳 女性

・診断：抑うつ状態、脳性麻痺

・病歴：

発病後 2 年

入院 0 回

初診 H24.9.5

内容

子ども 2 人と同居（夫とは籍は入っているが女性問題で別居）。10/12 初回面接。

【1】対象者の基本属性	
ID:	性別(男・女)
1.住所:	1) 板橋区 2) 北区 3) キャッチメントエリア外
2.生年月日	西暦 年 月 生(歳)
3.診断名(ICD-10):	
4.同居家族の有無 1) 有 2) 無 →有りの場合:1) 父 2) 母 3) 配偶者 4) きょうだい(人) 5) 祖父 6) 祖母 7) 子(人) 8) その他	
5.結婚歴 1) 未婚 2) 配偶者有 3) 離婚 4) 死別	6.過去1年間の入院回数 回
7.障害年金 1) 有:障害()年金 級 2) 無	8.生保受給 1) 有 2) 無
9.就業有無 1) 有 2) 無	10.身体合併症:
11.地域の主たる支援者 1) 無 2) 有 →有りの場合 所属: 支援者名:	
12.過去3ヵ月間の社会資源利用状況(1ヶ月に1回以上利用のあるもの、複数回答)	
1) デイケア、デイナイトケア	6) 相談支援事業
2) 訪問看護	7) 就労支援
3) ホームヘルプサービス	8) グループホームなど共同住居
4) 作業所など日中活動の場	9) ショートステイなど短期入所施設
5) 地域活動支援センターなど集う場	10) その他()

【2】アウトリーチケアマネスクリーニング		あてはまる場合
除外基準	年齢が15歳未満もしくは65歳以上である	<input type="checkbox"/>
	主診断がてんかん、薬物・アルコール依存、認知症、人格障害のみである	<input type="checkbox"/>
	初診患者ではない	<input type="checkbox"/>

【3】ケアマネジメント導入基準:特にことわりのない場合、過去1年の状況でお答え下さい		はい	いいえ
A	6ヶ月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心に担う)を遂行できていない	1	0
	6ヶ月間同居者以外と対人関係が持てていない	1	0
B	食事、洗濯など生活を維持するうえでの課題を6ヵ月以上一貫して遂行できない	1	0
	生活に必要な外出が6ヵ月以上一貫してできない	1	0
	金銭管理、諸手続きなど複雑な地域生活の課題がサポートなしではできない	1	0
C	支援をする家族がいない(拒否的、非協力的、天涯孤独)	1	0
	家族との間に軋轢や葛藤があり、ストレスになっている	1	0
D	職場、隣人などの環境に大きなストレスがあり、専門家の支援が必要な状況にある	2	0
合計得点		点	

「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

帝京大学周辺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・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—就労支援

研究分担者 池淵恵美¹⁾

研究協力者 初瀬記史¹⁾、稲垣晃子²⁾、納戸昌子¹⁾、吉田久恵¹⁾、條川佐和¹⁾、細海理子³⁾

1) 帝京大学医学部精神科学教室

2) 東京大学大学院 医学系研究科健康科学・看護学専攻 精神看護学分野

3) 株式会社 QUICK

要旨

統合失調症、気分障害、発達障害など持続的な精神障害を持つ人たちに、認知機能リハビリテーションの特性を利用して、援助付き雇用に活用する介入群と、従来型の就労支援群との効果比較を行う、無作為割り付け統制試験を実施している。2011年12月より第1クールが実施され、4名の介入群のうち1名は、症状不安定などで十分プログラムに参加できず現在デイケアに通所しているが、残り3名は認知機能が改善し、2名は2012年10月に障害者求人で就職し、1名は求職活動中である。コントロール群4名のうち3名はまだ就職しておらず、1名は割り付けの段階で脱落した。2012年11月より第2クール・8名で介入研究を実施中である。

A. 研究の背景

1) 認知機能障害に基づく社会生活の障碍

統合失調症、気分障害、発達障害など持続的な精神障害を持つ人たちに、認知機能障害がみられ、そのために社会生活能力が障害されることが分かっている。近年では認知機能障害の脳基盤が明らかになってきており、障害されている脳神経ネットワークの回復を基盤にした治療的介入 neurotherapeutics¹⁾を開発する試みが提唱されるようになってきている。

2) 認知機能リハビリテーションと就労支援を組み合わせたサービスの可能性について

認知機能リハビリテーションは、認知機能の直接的な改善、もしくは低下している機能を代償する方略の獲得をめざすものであり、生活環境の調

整と対比される。Wykesら²⁾はこれまでの無作為割り付け統制研究を分析し、改善効果のエフェクトサイズは0.4程度と報告している。

認知機能リハビリテーションには以下の特性がある。

- ・パソコンによる課題であるところから、個々人の能力や興味に合わせやすい。
- ・対人状況を利用しないことから、対人場面が苦手な人でも力を発揮できる。
- ・特定の認知機能に特化して、集中的な練習を行うことができる。
- ・ゲームという非現実の世界での練習であるので、うまくいかないことでも自信を失うことが少なく、どうしたらうまくいくのかを具体的に話しやすい。そのうえで、現実の世界との橋渡しを、認知機