

「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」

## 佐賀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 吉田光爾<sup>1)</sup>

研究協力者 ○杠岳文<sup>2)</sup>、佐伯祐一<sup>2)</sup>、岩永英之<sup>2)</sup>、山崎京子<sup>2)</sup>、重常一代<sup>2)</sup>、倉田有紀<sup>2)</sup>  
益田陽子<sup>2)</sup>、白木久美<sup>2)</sup>、北島政臣<sup>2)</sup>、濱恵<sup>2)</sup>、宮田鈴子<sup>2)</sup>、高尾八重子<sup>2)</sup>

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

2) 独) 国立病院機構肥前精神医療センター

### 要旨

佐賀県は人口 84 万、面積は神奈川県（人口 907 万）とほぼ同じで、高齢化の進んでいる県である。この中で、当院は平成 15 年から県内唯一の精神科救急病棟（60 床）を運営しており、救急病棟では年間 450 名程度の精神科救急患者を佐賀県、福岡県から比較的広域に受け入れている。また、平成 18 年に地域医療連携室が開設され、平成 21 年より在宅診療支援室として本格的に看護師を中心に訪問活動が始まった。今年度の研究では、平成 24 年 11 月から救急病棟全入院患者に対しスクリーニングを行い、これまで 10 名の患者から研究参加の同意を得、すでに 6 名が退院し、在宅診療支援室からの訪問を行っている。同意の得られた 10 名のうち 9 名が統合失調症で、残りの 1 名はアルコール精神病の診断である。患者の年代は、20 歳代が 5 名と多く、40 歳代が 3 名、60 歳代が 2 名と続いている。

### A. 研究地区の背景

佐賀県は人口 84.3 万人（2012 年 12 月時点）の比較的小さな県で、高齢化率は 24.7%と全国平均よりやや高い。佐賀県は北部（14 万人）、西部（8 万人）、南部（17 万人）、中部（36 万人）、東部（12 万人）の 5 つの二次医療圏に分けられており、県内には 18 の精神科病院と 1 つの大学病院精神科が存在し、精神科の病床数は、合計 4,273 床である。その中で、肥前精神医療センターは、中部医療圏と東部医療圏の境界に位置しており、年間の新来患者数は約 1,200 名で、県内新来患者の 82%は中部および東部二次医療圏の患者である。また福岡県にも近く、新来患者の 72%が佐賀県、22%が福岡県からである。当院は、11 病棟、527 床数からなり、精神科救急のほか、アルコール薬物

依存、児童思春期、認知症、強度行動障害を伴う重症心身障害者医療、医療観察法などの精神科専門医療を担っている。佐賀県には県立精神科病院がないため、佐賀県内唯一の公的精神科病院として精神科スーパー救急病棟（60 床）では、県内から広域に救急患者や専門治療を要する精神科患者の治療を行うほか、アルコール薬物依存、児童思春期、重症心身障害などの専門領域では、より広く北部九州から患者の受け入れを行っている。平成 23 年度の平均在院日数は 163 日であるが、平成 23 年 6 月時点で、10 年以上入院患者が 26.5%、1 年以上 10 年未満の入院患者が 34.4%と合計で 60%を超え、様々な理由で入院が長期化している患者も抱えている。こうした患者に対して、クロザリルの投与ができる体制も整えてきた。

## B. 臨床実施体制の構築に向けた準備

当院では、平成 10 年に急性期病棟を開設、平成 15 年に精神科救急病棟 (50 床) の施設基準を取得した。現在、精神科救急病棟を 60 床で運営し、佐賀県内から広域に様々な疾患の入院治療を受け入れている。また、平成 18 年に地域医療連携室が開設され、平成 21 年には在宅診療支援室から看護師を中心として、時にソーシャルワーカーや作業療法士が加わる形での訪問が本格的に始まった。

## C. 現在構築されている臨床体制

精神科スーパー救急病棟は 60 床で運営されており、佐賀県内から広域に様々な患者の入院患者を受け入れている。平成 24 年度の 2 月までの 11 ヶ月間のスーパー救急病棟への全入院患者数は 414 名で、維持 ECT を除くと 330 名である。内訳は、男性 180 名 (55%)、女性 150 名 (45%) である。患者の年齢構成は、10 歳代 27 名 (8%)、20 歳代 77 名 (23%)、30 歳代 62 名 (19%)、40 歳代 59 名 (18%)、50 歳代 40 名 (12%)、60 歳代 34 名 (10%)、70 歳代 25 名 (8%)、80 歳以上 6 名 (2%) で、60 歳以上の者が 20% を占めており、近年高齢患者の増加が目立つ。330 名のうち平日診療時間内の入院が、247 名 (75%) であり、夜間休日の入院が 83 名 (25%) となっている。入院形態は、任意入院が 52 名 (16%)、医療保護入院が 236 名 (72%) で、ほかに措置入院、鑑定入院、応急入院などとなっている。医療保護入院患者の居住地を佐賀県の二次医療圏で見ると、佐賀中部が 100 名 (49%)、東部が 20 名 (9%) で、福岡県からの患者も 48 名 (23%) と多い。入院期間は 1 ヶ月未満が 122 名 (42%)、1~2 ヶ月未満が 78 名 (27%)、2~3 ヶ月未満が 66 名 (23%) であり、併せて 92% が 3 ヶ月未満での退院となっており、平均在院日数も 58.3 日である。入院患者の疾病構成 (ICD10 コード別) は、多い疾患から F2 が 134 名 (42%)、

F3 が 84 名 (26%)、F7 が 27 名 (9%) となっており、統合失調症と気分障害圏の患者で全体の約 2/3 を占める。

在宅診療支援室からの患者自宅への訪問は、平成 21 年から本格的に行っているが、現在専従の看護師は 3 名で、病棟や外来からの看護師の応援と、時にソーシャルワーカーや作業療法士の応援を得ながら月 200 件程度の訪問を行っている。訪問を行う患者宅は自動車で 40 分程度の距離までにあることを一応の目安としており、訪問の範囲としては当院から半径約 20 キロの地域をカバーすることになる。

## D. 今年度の研究の実際

平成 24 年 11 月 1 日から全入院患者を対象にケアマネジメント入院時スクリーニングを実施し、スクリーニングテストが 5 点以上で訪問チームがカバーする地域に住む患者で、医師が可能と最終的に評価した患者のサービスコード記入を開始し、研究参加の同意が得られた後に担当病棟の看護師が在宅診療支援室に連絡し、研究の同意が得られた後は、在宅診療支援室から担当看護師が救急病棟に出向き、患者との関係の構築を行った。

現在 (平成 25 年 3 月 13 日) までに研究参加同意の得られた患者は 10 名で、そのうちすでに 6 名が退院し、現在訪問が行われている (1 名は再入院)。同意の得られた 10 名のうち 9 名が統合失調症で、残りの 1 名はアルコール精神病の診断である。患者の年代は、20 歳代が 5 名と多く、40 歳代が 3 名、60 歳代が 2 名と続いている。

## E. 今後の課題と考察

当院の精神科スーパー救急病棟の平均在院日数は、58.3 日となっており、病院全体で見ても、平均在院日数は平成 15 年度に 220 日であったが、平成 23 年度には 163 日まで短縮さ

れている。救急病棟の入院期間の短縮の一方で、精神科医療の質を維持していくには、丁寧な評価と支援が必要で、精神科救急病棟と在宅診療支援室との密接な連携、情報の共有は欠かせない。今回の研究参加によって、精神科救急病棟と在宅診療支援室との相互理解、連携強化がさらに進んだことは有益であったと感じている。

一方で、当院の入院患者には、治療抵抗性の、いわゆる「重度かつ慢性」の患者も多く抱えている。こうした重症の患者のうち一部の患者には今後クロザリルの投与を試みるとともに、一層手厚い在宅支援を行い、地域生活への移行を

今後も積極的に進めていきたいと考えており、そのためのマンパワー確保は不可欠と思われる。

**F. 健康危険情報**

なし

**G. 研究発表**

なし

**H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)**

なし

## 滋賀県湖南圏域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 支援のモデル体制の整備に関する報告

研究分担者：吉田光爾<sup>1)</sup>

研究協力者：○檜林理一郎<sup>2)</sup>

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

2) 医療法人周行会 湖南病院

### 要旨

平成24(2012)年度に、医療法人周行会が地域精神科医療モデル班の研究協力者としての取組を始めた。周行会がこれまで実践してきた地域支援サービス活動を基盤として、昨年度から委託を受けた厚労省のアウトリーチ推進事業の活動と重ねて本研究への協力を開始した。

結論はまだ出ていないが、これまでの周行会の経験から、地域における一般相談支援活動と重症で支援量の多く必要な利用者を対象としたACTに準じたアウトリーチチーム体制との「二階建てモデル」が、ひとつのモデルとなり得るのではないかと思われる。

### A. 研究地区の背景

#### 1. 湖南圏域における精神科医療サービス について

医療法人周行会湖南病院および関連施設が立地する滋賀県湖南保健医療福祉圏域(以下、湖南圏域)は、琵琶湖の南東部に位置し、草津市、守山市、栗東市、野洲市の4市を含む人口約33万人弱の圏域である。滋賀県草津保健所の管内であり、保健所は4市のまとめ役の役割を担う。この他、滋賀県内には、大津、湖西、湖北、湖東、東近江、甲賀の各圏域がある。

湖南圏域内の精神科の入院医療機関は、滋賀県立精神医療センター(100床)と湖南病院(116床)、精神科診療所が8カ所ある。

ちなみに、滋賀県の万対精神科病床数は17.1(平成21年地域保健医療基礎統計)と全国の都道府県の中では最も低い。また、精神科救急体制としては、県下の各圏域を3ブロックに分け、Aブロック(湖北、湖東)、Bブロック(湖南、東近江、甲賀)、Cブロック(大津、湖西)

とし、各ブロック内の精神科病院が輪番制で主に措置入院を要する事例の対応に当たっている。湖南病院は、Bブロック内の3病院のひとつとして輪番制に参加している。

#### 2. 医療法人周行会の活動について

1980年に湖南病院(100床)を開設、1989年に法人化し医療法人周行会(以下、周行会)を設立した。

周行会は、現在、精神科診療部門、地域支援部門、高齢者部門(介護老人保健施設等)の3部門から成り立っている。

1) 精神科部門は、湖南病院(現在116床)が急性期治療病棟(56床)と精神療養病棟(60床)で運営されている。診療圏は、湖南圏域を中心に、東近江、大津圏域からの入院者が多い。

外来部門には、地域ケア室があり、PSWと保健師が3名おり、主に入院患者を対象に地域ケアに当たっているが、下記の地域支援部門と常に密接な連携を取って活動している。

また、生活療法課では精神科デイケア(小規

模)を実施しており、看護師、PSW、臨床心理士、OTが担当している。

2) 地域支援部門は、2001年湖南病院の新築移転の跡地を利用して社会復帰施設を新築した際に立ち上げられた。その後グループホームも増設されている。2001年に①地域生活支援センター「風」、②生活訓練施設「樹」、③ショートステイ「歩人」、2002年に④居宅介護支援事業所「風」、2010年に⑤精神科訪問看護ステーション「なかさとWing」をそれぞれ開設し、その他1994年に開設され、2003年から増設を始めた⑥グループホーム(現在6事業所、入所定員計30名)から成り立っている。

地域生活支援センターと生活訓練施設は、かつての精神保健福祉法体系下の社会復帰施設の名称を引き継いでいるが、内容は障害者総合支援法(旧障害者自立支援法)体系下の障害福祉サービス事業所へ移行しており、その受託している事業内容は以下の通りである。

#### ①地域生活支援センター「風」

- a) 相談支援事業
- b) 地域活動支援センター機能強化事業(地域活動支援センターI型)
- c) 計画相談
- d) 滋賀県精神障害者支援体制整備事業
- e) 地域移行・地域定着事業
- f) 野洲市生活支援戦略モデル事業(平成24年度まで)

#### ②生活訓練施設「樹」

- a) 自立訓練(生活訓練)事業
- b) 宿泊型自立訓練事業(22床)

#### ③短期入所施設「歩人」

- a) 短期入所事業(併設事業所型)

以上の各事業所等は、設立時からの理念として、地域に開かれた社会資源となることを目指しており、現在でも、周行会の利用者のみならず、湖南圏域を始め滋賀県下全域の利用者を対象としている。そのため、たとえば「樹」や「歩人」の利用者は、半数以上が県下の他の精神科病院退院者である。

また、「風」は湖南圏域における精神障害福祉サービスの実務的な中心を担い、圏域内の保

健所、4市との連携を始め、その他さまざまな圏域内の委員会活動等の運営、参加に携わっており、日頃から圏域内のネットワークを形成している。たとえば、自立支援協議会関係では、圏域、4市それぞれをあわせて13の委員会、その他圏域の中で開催される各種委員会、協議会、審査会等が12委員会あり、圏域のさまざまな精神保健福祉活動に関与している。

また、精神科訪問看護は、従来湖南病院の地域ケア部門の保健師により行われていたが、ニーズの高まりと共に2010年に、従来の高齢者を対象とした訪問看護ステーション「なかさと」の中に精神科訪問看護部門を設け、事務所を「風」の中に置き、活動を開始、現在では120名ほどの訪問ケースを担当している。

グループホーム・ケアホームは、古く1994年に8名のグループホームを開設していたが、生活訓練施設の運営を開始し、退所者が出始めた2003年頃より増設を始め、現在に至っている。専任のPSWがケアに当たっている。

なお、就労支援に特化した事業所はないが、「風」の相談支援活動の一環として就労支援も行っている。

上記の地域支援部門は、旧湖南病院の跡地に新築された建物に事務所を置き、「風」(グループホーム担当PSWも所属)、「風」、「なかさとWing」が同じ1Fフロアにて、「樹」が2Fフロアに事務所を置いている。そのため、ケースの情報共有など相互の連携を緊密に行うことが出来、機能的な地域支援を可能にしている。

以上の地域支援部門の各事業のうち、事業の性質上24時間対応を取っているものが、「風」の地域定着事業、「なかさとWing」の訪問看護事業、「樹」の宿泊型自立訓練事業、グループホーム事業、および後述のアウトリーチ推進事業の5事業である。いずれも担当者が携帯電話を持ち歩いている形を取っている。

#### 3) 精神障害者アウトリーチ推進事業

2011年から厚労省が実施している「精神障害者アウトリーチ推進事業」を周行会が受託し、同年秋より活動を開始している。事業は「風」と「なかさとWing」のスタッフがチームリー

ダー、副チームリーダーおよびチームメンバーを兼務で勤め、医師を研究協力者が勤め、他に病院の地域ケア部門のスタッフ（保健師、PSW）も参加、湖南病院の病棟看護師も加わり退院者のケースのスタッフとして関わるという体制で、チームメンバーは総勢 9 名（いずれも兼務）で構成されている。各ケースにつき、スタッフ 2～4 名で担当し、現時点までに 12 ケースがエントリーし、2 ケースが支援終了している。

なお、毎週のチームミーティングには、必要に応じて草津保健所の保健師、県精神保健福祉センターの PSW など行政側の担当者も随時参加している。

対象地域は、湖南圏域に居住し、かつ「風」から車で 30 分以内の地域、主な対象者は、「統合失調症圏の治療中断者や未治療者、入退院を繰り返す者やひきこもり状態の者」としている。

「風」や「なかさと Wing」が日常的な支援、訪問活動を行う中で、上記のエントリー基準に合致するより頻回の手厚い支援を必要とする者を対象に、日常活動に付加する形でアウトリーチ活動を実施している。

以上のような構成で、周行会の地域生活支援が行われている。

## B. 臨床実施体制の構築に向けた準備

今回の研究班に基づく多職種チームを作るに当たり、すでに上に述べたような日常的に超過密な日常業務や支援活動を行っていたことから、新たにチームを集めて構成することがほぼ不可能であり、現在実施しているアウトリーチ推進事業のチームの活動が可能な限りそのまま研究班の活動にもなり、新たな業務が出来るだけ増えないよう配慮することとした。

ただ、研究班活動では、エントリーに当たり、患者の入院中の段階からスクリーニングを行い候補者選定を開始しなければならないため、選定のプロセスには医師（研究協力者）、地域ケア室（保健師、PSW）、病棟看護師（看護部長、看護課長、各受け持ち看護師）の数名で「対象患者選定会議」を月 1 回程度病院内で開催す

ることになった。

実際の支援活動は、ほとんどのケースがアウトリーチ推進事業にもエントリーしているため、アウトリーチ推進事業と同じスタッフが関わっている。1 例のみ、アウトリーチ推進事業にはエントリーせず、研究班にのみエントリーしているケースがあり、このケースについては、「風」と「なかさと Wing」の他に、湖南病院の地域ケア室から PSW が訪問に加わっている。

## C. 現在構築されている臨床体制

上述の通り、「対象患者選定会議」でエントリー候補に挙げたケースについては、その後にアウトリーチ推進事業のミーティングの場でケースとして挙げられ、アウトリーチ推進事業にもエントリーできるかどうかの検討を行い、支援体制を決定する。

研究班の実施する多職種チームは、上述の理由によりアウトリーチ推進事業のチームがほぼそのまま担当している。一部ケースには、病院の地域ケア室のスタッフも参加している。

すなわち、医師（研究協力者）1 名、「風」の PSW 4 名（内 1 名がチームリーダー、1 名は臨床心理士兼務）、「なかさと Wing」保健師 2 名（内 1 名が副チームリーダー）、病院地域ケア室 PSW 1 名の計 8 名である。

1 ケース当たり 2～3 名が担当チームを形成し、週 1～2 回訪問から毎日訪問の必要なケースまで、ケースマネジメントにより個々に必要な支援量を決定して支援を実施している。現在の所、休日や夜間に出動が必要となったケースは見られない。また、医師の訪問が必要なケースも今のところ無く、医師は主に毎週のチームミーティングでケース検討に参加している形となっている。

チーム活動の目標は、アウトリーチ推進事業と同様、入院に頼らずに問題を解決しようとするところにある。

#### D. 今後のゴールとなる臨床体制

現在、「風」による相談支援事業、計画相談、「なかさとWing」による精神科訪問看護、「凧」によるホームヘルプを組み合わせた地域支援活動が定着している。さらに、「樹」の生活訓練（含宿泊）、「歩人」のショートステイ、グループホーム、「風」のサロンなどの資源が利用可能である。

現行の障害者総合支援法体系下の一般相談支援の枠組みは、支援量のさほど多くないケースにはある程度有効であるが、頻回訪問や夜間対応の必要なより困難を伴うケースの場合、現行の体制では対応が困難となる。

そのため、現在の一般相談支援体制に加え、頻回訪問（たとえば週1回以上の訪問支援）が必要なケースや夜間対応が必要なケースについては、より豊富な支援を提供できる体制があることが望ましい。そのモデルとなるのは、ACTのようなより濃厚な支援が可能な体制であると思われる。すなわち、通常の支援は一般相談支援チーム（周行会の場合であれば、風の活動やなかさとWingの通常の訪問看護）が受け持ち、状態悪化などより多くの支援量が必要となった時にACTのような重厚な支援活動に特化した医師も含むアウトリーチチームが引き受け、頻回訪問、夜間訪問などの重点的な支援を行い、安定してくれば再び風の一般相談支援に戻すというような「二階建て」支援構造を構築することが望ましいのではないかと考えている。

そのためには、24時間体制を維持できるスタッフを確保できるだけの経済的な基盤の整備が欠かせないと考える。

#### E. 今後の課題と考察

滋賀県内では、全般的に精神障害領域の社会資源はまだ未整備の圏域が多い。その中では、一医療法人である周行会がほぼ全てを準備しているという特性はあるが、湖南圏域がもっとも社会資源の選択肢の多い圏域である。しかし、現行の障害者総合支援法（旧障害者自立支援法）

体系下では、利用者への十分な支援を行うには経済的な裏付けが不十分であり、特に個別給付制の弊害として数をこなさなければならず、採算性の問題は大きい。職員がかなり過重かつ過密に活動を行わないと経営上成り立たないという基本的な問題がある。

特に、旧障害者自立支援法以降、障害福祉サービスを市町が実施するようになったことにより、各市町の財政状況によって委託の内容や給付の条件も異なってくるため、自治体による福祉サービスの質の不平等という事態が起きかねない。また、周行会のように4市からの委託をそれぞれ受けている体制では、市町によってサービスの支給基準が異なるという問題が起これ、現場は大変やりづらさを感じている。

また、個別給付を基礎に支援サービスが行われると、時期によるケースの増減や、支援のレベルの変動によって事業所の経営にも不安定要因が加わることになる。これでは、持続可能な支援体制を築くことは困難と言わざるを得ない。

地域における障害福祉支援サービスは、まず人が資源である。安定したサービス提供は、安定した人の確保が出来ることが大前提である。そのための支援モデルの構築と共に、経済的な基盤の確保が何よりも重要である。

#### F. 結論

周行会においてこれまでに行ってきた地域における支援サービスの概況と厚労省によるアウトリーチ推進事業、および研究班によるアウトリーチチームによる支援サービスの試みの現状について報告した。

現状の障害者総合支援法の体系下では、支援量の多い利用者への支援サービスに十分対応出来ないことは明らかである。より重症度が高く手厚い医療・福祉支援を必要とする利用者の特化した持続可能な支援サービス体系が必要である。周行会の経験から、一般相談支援活動と支援量の多く必要な利用者を対象とした

ACT に準じたアウトリーチチーム体制との「二階建てモデル」が、ひとつのモデルとなり得るのではないかとと思われる。

**G. 健康危険情報**

なし

**H. 研究発表**

なし

**I. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）**

なし



## 琉球病院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のモデル体制の整備に関する報告

研究分担者：吉田光爾<sup>1)</sup>

研究協力者：村上優<sup>2)</sup>、吉田和史<sup>2)</sup>、大城由香<sup>2)</sup>、新垣一美<sup>2)</sup>、穂田祥子<sup>2)</sup>、森根薫<sup>2)</sup>、○照屋初枝<sup>2)</sup>

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

2) 独) 国立病院機構琉球病院

### 要旨

本研究の地方モデルの初年度にあたる平成 24 年度は、当院の既存の訪問看護チームを補強し、平成 24 年 4 月に院内多職種チーム(R-ACT)を結成した。既存の訪問看護対象者の中から長期入院から退院した生活支援が必要な利用者、精神症状が重症な利用者へ多職種チームが地域で出向き、支援を行っている。平成 24 年 9 月から地方モデルの検証を行うため、入院患者へ一斉スクリーニング実施し、入院中から多職種チームが関わり、退院後の地域支援に必要なサービスを提供する。また、当院の多職種チーム以外の地域のコミュニティーの活用を行い、医療と地域の支援者との連携を図り、地方型のアウトリーチサービスモデル構築に向けた取り組みの途中経過を報告する。

### A. 研究地区の背景

琉球病院は病床数 406 床を有する精神科病院である。沖縄県北部地区にあり、診療圏は北部・中部地区であり、人口は北部地区 10 万、中南部地区 100 万人。人口動態からすると、人口の少ない過疎地区に当院が存在する。当院の訪問看護の訪問区域は広域にわたり、中北部に留まらず、南部地区的那覇市内までの訪問看護を実施している。医療観察法指定通院医療機関、治療抵抗性疾患の治療薬であるクロザリル内服者の身体管理の継続フォローが必要であるため、従来の訪問看護の範囲を超え、広範囲になっている。

従来、訪問看護は外来看護師が外来と訪問看護を兼務していたが、平成 21 年 4 月より地域医療連携室に看護師長が配置され、相談室の精神保健福祉士（以下 PSW）と訪問看護専従の看護師が配置となり、アウトリーチの強化が行われた。

### B. 臨床実施体制の構築に向けた準備

平成 21 年 4 月に地域医療連携室に訪問看護専従スタッフ（Ns・PSW）を配置。看護師 7 名（看護師長含む）訪問看護専従スタッフが北部・中部地区を主に 3 チームで訪問看護を実施していた。相談室所属の PSW と連携した訪問看護や、情報共有が可能となった。平成 22 年 7 月から訪問看護チームが 4 チームとなり、訪問看護師がケース会議に参加ができるようになった。患者・家族と話す機会がもて、入院中から関わることで退院後の継続的な介入がしやすくなった。退院前訪問に同伴できる体制も整えられた。平成 23 年 5 月に初めてのクロザリル内服者が退院した。服薬・身体合併症の管理の必要性があり、県内では当時はクロザリルの処方ができる病院は、当院のみであったため、地域を限定せず訪問看護を開始した。平成 24 年 4 月にさらに地域での包括的なサービスを充実するために、多職種チームが発足した。

主に、長期入院から退院した利用者の生活支援、病状の安定しない利用者への病状管理、心理教育、就労希望者への作業所体験支援等利用者の要望に添いながらその状況に合う、専門職が向う体制ができた。

訪問看護チームは、徐々にスタッフの数が増員され最大 15 名となり、訪問チーム数も増えた。平成 24 年 5 月からは、通常の 5 チーム体制と、週末の土曜日に 1 チームの訪問活動を継続している。

平成 24 年 9 月に、地方型のアウトリーチチーム支援を当院が実施することになり、「地域精神科医療モデル班・地方班の検証」のため、佐竹直子医師(国立国際医療研究センター国府台病院精神科医)を招き、訪問看護師、R・ACT チームを対象とした研修会を開催した。10 月には、該当病棟へ趣旨と目的を説明しスクリーニング票の記載を依頼した。

平成 25 年 2 月には対象者 6 名が退院した。従来の訪問看護専用車両 5 台、R・ACT 専用のレンタカー 1 台が増え、速やかに出動できる体制が確保できた。

#### 研究参加の流れ

- ・平成 24 年 10 月から 3 ヶ所の急性期病棟へ(男性閉鎖病棟・女性閉鎖病棟・急性期加算病棟)一斉スクリーニング実施。
- ・以後は入院時毎にスクリーニングを実施。
- ・スクリーニング票 5 点以上を対象とする。
- ・長期入院者は対象とせず、6 ヶ月以内に退院の可能性のある患者。
- ・アウトリーチのキャッチメントエリアを限定しない。
- ・介入時期はある程度病状が安定しケース会議の開催時に病棟主治医、担当Nsへ地方モデルの検証が可能かどうか確認する。
- ・患者・家族と R・ACT チームと面接を行い、同意を得る。
- ・入院中から関わるが、同意を得ていない段階からケース会議へ参加する。最終的に同意が

得られない時には、通常の訪問看護の導入をする。

- ・検証期間は退院後 6 ヶ月間。
- ・検証事例は最低 10 例検証する。

#### 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図 2 で示した。

また、図 3 で示したように、6 名の対象者の訪問看護は、週 1 回～2 回の頻度で、30 分～60 分程度。対象者の希望により、2 時間以上になる場合は事前に時間調整を行い実施。デイケアは 5 名が通所している。チーム会議は 2 週間毎に 1 時間、R・ACT チーム、訪問看護スタッフにより支援状況と今後の方針を話し合う。ケースマネージャーは、R・ACT の訪問看護師が担当し、生活支援は主に看護師、作業所見学や就労支援等は、OT と PSW が担当し役割分担を行う。

#### D. 今後のゴールとなる臨床体制

当院の診療圏は広域であり、特に北部圏域は医療機関が少なく、サービスを提供できる福祉サービスも少ない。本来の ACT ではサービス提供ができない片道 90 分かかる対象者への濃厚な支援体制の構築は厳しい。そのため、居住地区の保健所、市町村保健師、支援員、地域生活支援センター、作業所等の支援期間を含めたネットワークを構築したい。当院に近い対象者もいるが、将来的には医療と、地域の支援機関との連携で包括的なネットワーク作りを目標としたい。

#### E. 今後の課題と考察

地方モデルの対象者が退院し、活動を開始して約 2 ヶ月足らずである。入院中の病棟チームとの連携、情報共有の方法、R・ACT チームの

ケアマネジメントの力量を向上させるために、今後チーム間での学習が必要である。また、個々の対象者が望む支援を実施するためには時間を要し、診療報酬を度外視しなければならず、病院の経営面も考慮がいる。

#### **F. 結論**

地方モデルの検証を開始したばかりであり、退院後の多職種チームの支援のあり方・体制を構築する段階である。今後検証事例を増やし、検証を行う中で、地方型のアウトリーチ体制の構築を目指す。

#### **G. 健康危険情報**

なし

#### **H. 研究発表**

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

図1 沖縄本島医療機関数・人口分布

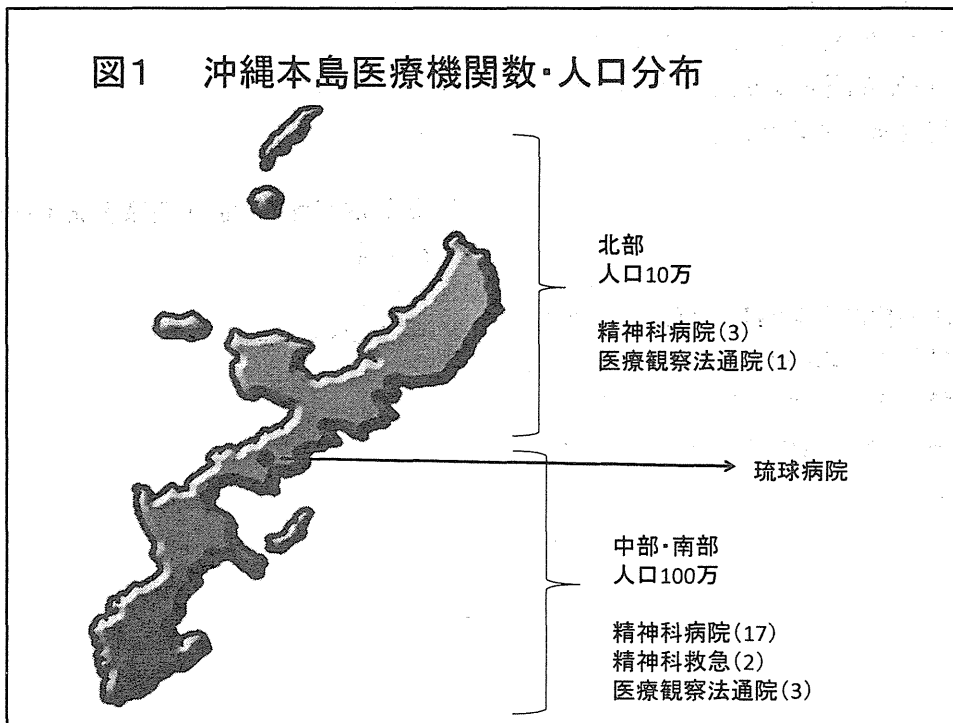


図2 現在の多職種チーム体制

看護師	3名(地域医療連携室・兼務)
医師	1名(兼務)
心理士	1名(兼務)
OT	1名(デイケア・兼務)
PSW	1名(相談室・兼務)

図3 エントリー状況及び支援状況

No	対象者	性別	年齢	退院日	診断名	訪問頻度 (定期)	デイケア	訪問時間 (片道)
1	A氏	男性	30代	平成25年12月	F20	金曜日 /W	火・木曜日/W	10分
2	B氏	男性	20代	平成25年 1月	F20	月・水曜日/W	なし	40分
3	C氏	男性	30代	平成25年 1月	F20	木曜日/W	月・火・水・金	40分
4	D氏	男性	40代	平成25年 2月	F20	金曜日/W	月・水 (不定期参加)	15分
5	E氏	女性	40代	平成25年 2月	F20	金曜日/W	月・水・木/W	15分
6	F氏	女性	30代	平成25年 2月	F20	木曜日/W	火曜日/W	90分

## 熊本市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 佐藤さやか<sup>1)</sup>

研究協力者 ○井形るり子<sup>2)</sup>、荒木雅子<sup>2)</sup>、吉住崇<sup>2)</sup>、中島志穂美<sup>2)</sup>、波山勝見<sup>2)</sup>、荒木由里子<sup>2)</sup>

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

2) 熊本市こころの健康センター

### 要旨

診療所機能を持つ精神保健福祉センターで、他の医療機関に主治医を持つ統合失調症者を対象に、認知機能リハビリテーションと個別就労支援を開始した。認知機能リハは終了し、現在職場開拓も含め就労支援を開始したところである。今回のリハビリで認知機能の改善が見られた対象者の中には、病識が出て、求就活動がより効率的になるなど、既に目に見える改善を示す者もいた。今後リハビリ実施機関と同じセンター職員による個別就労支援を実施する。

### A. 研究地区の背景

熊本市は九州のほぼ中央に位置する人口 73 万人の政令指定都市である。「熊本市こころの健康センター」は、熊本市が政令指定都市に移行した平成 24 年 4 月に開設され、医療審査会業務や手帳判定、複雑困難な精神保健福祉相談や診療、普及啓発事業等を行っている。引きこもり支援では、家族教室の実施や相談員による訪問、必要時には精神科医師や臨床心理士、保健師による訪問を実施し、継続支援を行っている。

市内の医療体制としては、精神科病床を持つ病院が 20 病院あり、市内の精神科病床数は人口 1 万人対 44 床（平成 24 年 4 月現在）と、全国平均よりもはるかに多い。市では平成 17 年から独自に地域移行推進事業を実施してきたが、病床数の減少までには至っていない。平成 24 年から市内北区の 1 病院でアウトリーチ推進事業（県）を開始しており、市の精神保健

福祉の主幹課と当センターが対象者選定、事業実施への助言、協力を行っている。（アウトリーチ推進事業の条件である病床削減については今後実施予定である）

精神科デイケアは、市内の 20 病院中 16 病院で実施されている。診療所は、熊本県精神保健福祉センター、熊本市こころの健康センターを含め市内に 24 ヶ所あるが、「熊本市こころの健康センター」を含め 3 箇所で行っている。就労に特化したデイケアとして、うつ病対象のリワーク・デイケアが現在 1 病院で実施されている。

熊本市内の相談体制としては、地域活動支援センター I 型を併設した相談支援事業所が 8 ヶ所、相談支援事業所のみが 7 ヶ所あり、3 障害について相談を受け、サービス等利用計画の作成などを行っている。

現在、精神科デイケアは治療技術論の検討が求められている段階にあり、「リハビリテーシ

ョンのためのデイケア」に対する「維持療法のためのデイケア」など機能分化も求められている<sup>(1)</sup>。市内の医療機関で統合失調症の認知機能改善に特化したデイや就労支援を行っているところはなく、センターでの試みは、市内医療機関に対してモデル的な意味合いを持っており、実際、医療機関からの問い合わせや見学に応じている。

## B. 臨床実施体制の構築に向けた準備

説明会を当センターや精神科病院協会理事会等で行い、熊本市内の病院、診療所に、今回の研究参加者の推薦を依頼した。対象者は、統合失調症で、年齢は中学卒業以上 50 歳未満、就労を希望する人とした。主治医には継続して通院し、ショート・ケアのみを、「こころの健康センター」で受診してもらうこと、自立支援医療の診療所の追加ができることを説明した。対象者への検査は、当センターの精神科医師、臨床心理士で行った。

就労支援については、当センターと熊本障害者就業・生活支援センター、障害者職業センター、市内 2ヶ所ある若者サポートステーションとは以前より連携、協力体制がとれており、今回の IPS 支援についても、当センタースタッフが主となるものの、関係機関の協力を得て行う旨を、当センターから繰り返し説明を行った。また、就労支援に関するネットワーク会議を立ち上げ、連携を強化した。

## C. 現在構築されている臨床体制

今回無作為割り付けは行わず、全例介入群のみであった。対象者 7 名について表 1 に示す。

認知機能リハは、作業療法士、臨床心理士、精神保健福祉士各 1 名ずつが担当し、1 グループで実施している。言語グループは全体を二つのグループに分け、1 グループに対してスタッフ 2 名で実施している。

生活支援にかかわるケースマネージャー (CM) は、全例を作業療法士 1 名で受け持つ。就労支援に専門的にかかわるスタッフ (ES) については、精神保健福祉士、社会福祉士の 2 名で分担している。

就労支援を行うものと生活支援やリハビリテーションを行うものとは、同一チームで援助できる方がより効果が上がる。リハビリテーションを終了したものが、つぎのステップとして別の機関で就労援助を受けるといった段階的な方法は効果が上がりにくい<sup>(2)</sup> というエビデンスに基づき、生活支援、認知機能リハビリ、就労支援すべてを当センターのデイスタッフで行うようにしている。リハビリの前に導入している自己管理プログラム (WRAP) については、当事者ファシリテーターを外部から招聘しているが、スタッフもプログラムに参加もしくはアシスタントとして入るようにしている。

6 ヶ月に亘る全体のプログラムを表 2 に示す。

就労支援にあたっては、スタッフは「リカバリー」「ストレングス」「Place-Then-Train」の理念<sup>(3)</sup> を十分理解した上で、対象者に機会あるごとにこの理念を繰り返し伝えるようにしている。

## D. 今後のゴールとなる臨床体制

主治医は外の医療機関であるものの、リハビリテーションスタッフと CM と ES が同一機関に所属している現在の体制は特に問題ないと考えられる。今後対象者が増えた時、主治医とセンター医師との情報の共有がどの程度可能かを確認したい。また、対象者が増えた時に職場訪問を ES だけで行うのではなく関係機関からも協力を得たい。(体制図：図 1)

## E. 今後の課題と考察

就労において、陰性症状と認知機能、特に言

語学習機能と遂行機能は援助付き雇用であっても十分代償できず、リハビリテーションによって就労転機が改善する<sup>(1)</sup>。就労を希望する人にとって、また、支援する側にとって、認知機能リハビリテーションは大変魅力的なリハビリである。最近、ワーキングメモリーの一つである、頭の中にある情報の発生源をモニタリングする機能が、コンピューターによる認知機能トレーニングで改善し、それがfMRIによっても確認され、さらに6ヵ月後の社会機能も改善させたことが報告された<sup>(4)</sup>。今回のリハビリでも、幻聴に行動を左右されていた対象者が、途中から疑問を口に始め、病識が出てくるなど、リハビリ終了前から目覚ましい変化がみられ、それをきっかけに、手帳の取得や障害枠での就職も考えるようになった。認知リハはまだ終了したばかりで、現在就労先を探している段階であるが、効果は継続するものと考え、支援者のあせりも少なくすむ。

## F. 結論

診療所機能を持つ精神保健福祉センターで、別の医療機関に主治医を持つ統合失調症者を対象に、認知機能リハビリテーションと個別就労支援を開始した。入院医療中心から地域生活への移行についても、医療関係者の意識が進んでいるとはまだ言い難い地方で、一般就労については、さらに困難な状況がある。その中で今回モデル的に事業を実施することで、周囲の医療機関、受け入れ先の中小企業に何らかのよい影響をもたらすことができると考えている。

## 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 井形るり子・荒木雅子・吉住崇・中島志穂美・波山勝見・荒木由里子：就労デイ参加者の統合失調症認知機能簡易評価尺度（BACS-J）を用いた認知機能評価と自己洞察について 第87回熊本精神神経学会（精神神経学会地方会）熊本 2013. 2. 16.

## 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

## 文献

- (1) 池淵恵美：「統合失調症へのアプローチ」2006.星和出版.
- (2) 池淵恵美：「統合失調症の人の就労支援」精神神経学雑誌第108巻第5号（2006）436—448
- (3) 伊藤順一郎・香田真希子監修：「IPS入門1」NPO 法人地域精神保健福祉機構コンボ.
- (4) Subramanian, K., Luks, T.L., Fisher, M., Simpson, G., V., Nagarajan, Srikantan, Vinogradov, S., (2012). Computerized Cognitive Training Restores Neural Activity within the Reality Monitoring Network in Schizophrenia. *Neuron* 73 842-853.



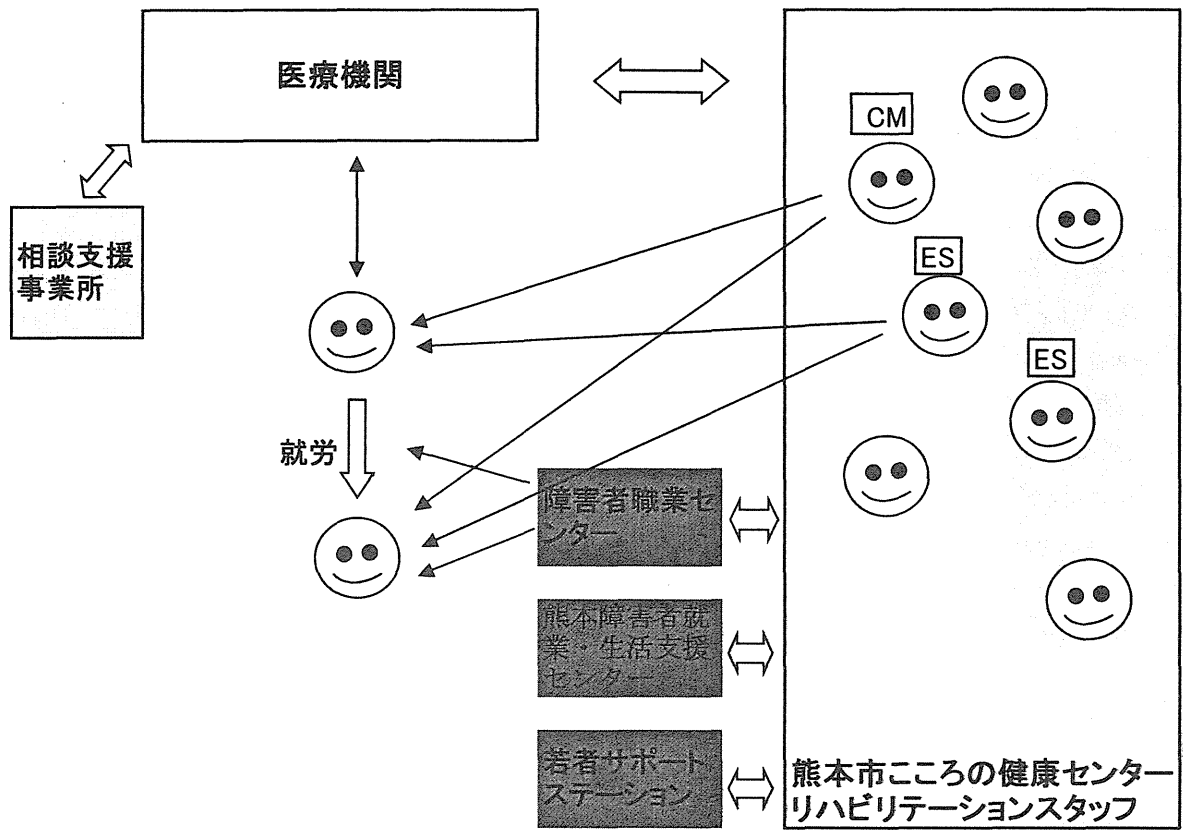


図1 今後のゴールとなる体制

表1 対象者とBACS-J 検査結果

		BACS- J(数値は年齢階級別 Z-score)											
		言語記憶反応		数字順列反応		言語流暢性反応		トークン運動課題		符号課題		ロンドン塔検査	
		前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
1	28歳・女性	0.25	1.48	-2.87	-2.36	-0.37	0.01	-2.19	-1.84	-0.91	-0.55	-0.82	0.09
2	48歳・女性	-1.85	-1.98	-0.82	-1.85	-1.67	-1.84	-0.47	-1.06	-1.48	-1.05	-0.82	-0.82
3	33歳・女性	-2.41	-0.12	-2.75	-1.64	-2.38	-1.65	-2.39	-2.39	-2.04	-1.68	-0.5	-0.95
4	36歳・男性	-0.25	1.36	-1.59	-1.33	0.07	-2.02	-0.31	0.01	-1.19	-0.98	-1.73	0.09
5	27歳・女性	1.36	0.74	0.46	0.97	-0.1	0.06	-2.71	-1.15	-1.34	-0.83	-0.36	-0.36
6	38歳・男性	-1.36	-0.74	-1.59	-1.85	-1.01	-1.11	-1.99	-1.91	-1.99	-1.91	-1.73	-0.36
7	21歳・女性	-1.36	-0.49	-0.31	0.21	-1.22	-0.42	-0.1	0.94	-1.47	0.75	-1.06	-0.36

## 株式会社リクルートスタッフィングにおける精神障害者への就労支援の モデル体制の整備に関する報告

研究分担者 佐藤さやか<sup>1)</sup>

研究協力者 ○川上祐佳<sup>2)</sup>、梶谷美和子<sup>2)</sup>、加藤健太<sup>2)</sup>、田端絵美<sup>2)</sup>、野口真理子<sup>2)</sup>  
森田健太郎<sup>2)</sup>

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

2) 株) リクルートスタッフィング

### 要旨

株式会社リクルートスタッフィングは、精神障害者向け人材紹介事業として、有料職業紹介と紹介予定派遣の2つの仕組みを活用し、事務職および障害者雇用枠で働きたい精神障害者をサポートしている。本研究の2年目にあたる平成24年度は、個別の就労支援と、専門家による就労後のフォローという体制の下、112名の就労が決定し、かつ就労後6か月経過時の定着率は82.6%と高い水準を保っている。来年度は、精神障害者がより長期に安定して就労していくための仕組み作りを行っていく予定である。

### A. 研究地区の背景

株式会社リクルートスタッフィングは、2010年より、精神障害者向け人材紹介事業(アビリティスタッフィング事業)を行っており、本研究には、アビリティスタッフィング事業に携わるメンバーが参加している。

アビリティスタッフィング事業は、精神障害者の「できること」に注目し、精神障害者雇用への正しい理解を企業に伝えながら、障害者雇用枠で働きたい精神障害者をサポートする事業である。

仕事紹介は、有料職業紹介と紹介予定派遣の2つの仕組みで行っている。紹介予定派遣は、企業にとっては、派遣期間中に派遣された者のスキルや適性が自社に適しているかを見極めることができ、求職者にとっては、派遣先が社員として働いていける企業であるか、職場環境などを見極めることができるため、精神障害者の雇用促進の一助となり得る。

次に、紹介先は、企業の障害者雇用枠である。ハローワークにおける調査(相澤ら, 2010)によると、一般求人で就職した精神障害者の1年後の定着率が25.6%であるのに対し、障害者求人で就職した精神障害者の1年後の定着率は56.7%と高いことが明らかになっており、障害者雇用枠へ紹介することにより、精神障害者にとって働きやすい環境を提供できることが明らかである。

また、紹介する職種は、事務職が中心である。ハローワークにおける調査(相澤ら, 2010)によると、「事務」を希望する精神障害者は求職者全体の22.5%と、「生産・労務」の39.5%に次いで高いが、実際の就職職種は、「生産・労務」が47.9%であるのに対し、「事務」は15.6%と低く、事務職を希望する精神障害者の割合に対して、事務職に就職できていないことが明らかになっている。一方、リクルートスタッフィングは、事務職を得意とする人材派遣会社であ

り、企業から事務職の求人を獲得しやすい環境にある。さらに、Beckerら（1996）は、精神障害者は本人が興味ある仕事に就くことにより、より大きな満足感と長期の職場定着につながるということを明らかにしており、自社の強みを活かして、精神障害者に事務職の仕事を紹介することは、精神障害者のリカバリーにつながると考えられる。

## B. 現在構築されている臨床体制

精神障害者の人材紹介事業を行うにあたって、通常の人材紹介事業に加えて、障害特性の把握や、面接への同行、および面接対策といった個別の就労支援と、専門家による就労後のフォローといった2つの体制を構築している。

まず、個別の就労支援だが、精神障害者が就労する上での障害特性の把握（アセスメント）を行い、それに合わせた仕事の紹介および面接対策を行っている。我々リクルートグループは、総合人材サービスとして長年面接対策に携わってきたため、培ったノウハウを活用することができる。なお、アンケートによる実態調査（亀田ら、2011）の結果、精神障害者の就職において、面接・履歴書作成の練習、仕事を探す方法の説明、職業相談・カウンセリング・評価といった個別の就労支援が効果的であることが示唆されている。したがって、個別の就労支援は精神障害者の就労支援において、不可欠なものと考えられる。

次に、専門家による就労後のフォローについてだが、ハローワークにおける調査（相澤ら、2010）によると、就労後に適応指導がある場合の1年後の定着率は58.9%であり、適応指導がない場合の34.5%と比べて高く、適応指導の有効性が示されている。そこで、我々は、精神保健福祉士、臨床心理士、ジョブコーチなどの資格をもった専門家が、精神障害者本人および企業の双方に就労後のフォロー（適応指導）を行うという体制を構築している（表1）。

個別の就労支援および就業後のフォローの具体的内容であるが、個別の就労支援では、アセスメント、マッチング、面接対策、職場の理解の醸成の4点に力を入れている。まず、アセスメントは、グループワークと個別面談の2回に分けて実施し、量的および定性的に本人の特性を把握する構造的なアセスメントを行っている。次に、求職者と仕事のマッチングでは、本人の病状からくる配慮ポイントや本人の志向などを踏まえたうえでマッチングを行っている。特に、精神障害者は、職場環境に合わせていくことが苦手である傾向が強いため、本人にあった職場環境にマッチングすることが定着の上で非常に重要だと実感している。さらに、面接対策では、面接の練習、面接の同行に加え、精神障害者は緊張感が高いため、面接で必要以上に緊張してしまい、本来の良さがでないことが多いので、グループワークなどを活用し、普段通りの姿を企業の人事に見てもらうことで、採用に結び付ける仕組みとして、企業と求職者の交流会を実施している。また、現場の理解の醸成では、面接時に、人事だけでなく、配属される職場の方にも同席してもらうことと、就労前に、配属される職場向けマネジメントセミナーを実施し、一緒に働く人たちに正しい知識を持ってもらい、精神障害者を一緒に働く仲間として受け入れてもらうことで、過度や過小な配慮ではなく、本人に合った適切な配慮が行えるように工夫している。

一方、専門家による就業後のフォローでは、1~4週に一度の本人および企業との面談を行っている。この際、本人だけでなく、企業側とも面談を実施し、相談に乗るのが非常に重要である。

## C. エントリー状況

### 1. アビリティスタッフィング事業全体

前段で説明した体制の下、現時点で112名の精神障害者が我々の人材紹介事業を通じて、