

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、キャッチ面と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。

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、プロシューマー・スタッフが1名いることも強みであると言える。

### C. 対象者が受けた支援内容

せんだんホスピタルの多職種アウトリーチ・チームの支援の特徴としては、①精神科病院併設型ACTチームとして、登録者が入院中でも密接に関わることができ、関係作りがしやすく、入院から地域移行・地域定着に至るまで一貫して同じスタッフが関われる強みがある、②就労・就学支援が活動全体の2割

弱を占め、これまでチームに登録された利用者のうち、就労を希望する35名中20名がなんらかの形で一般就労を経験し、2名が福祉的就労に従事した実績をもつ。就学・復学・進学を希望した5名は、全員が希望を実現した。家族や大家、学校や企業等、本人以外へのインフォーマルな資源への関わりが訪問活動全体の3割以上を占めており、これらは、医療以外に幅広く、生活支援、就労・就学等利用者のリカバリーにかかわる支援に重きを置くチームの姿勢を示している、③24時間オンコール体制だが1日平均電話相談件数はスケジュール確認も含め6~7件程度に留まっており、緊急事態を未然に防ぐ日常支援に力を入れている、とまとめられる<sup>1)</sup>。

### D. 結果

#### 1) 研究対象者エントリーの過程

今回の研究では、表3の加入基準をもとに、表4の過程で研究対象者のエントリーを行った。

平成23年11月から平成25年3月31日までの、東北福祉大学せんだんホスピタルへの入院486件をスクリーニングすると、資料1のスクリーニング票の除外基準に該当する入院(a)は288件であった。次に、除外基準には該当しないがスクリーニング票で5点未満の入院(b)が142件である。5点以上でオフィスから当該患者の自宅までの移動に30分を超えるケースの入院(c)が22件(実人数で20名)、5点以上でオフィスから当該患者の自宅までの移動が30分以内のケースの入院(d)が34件(実人数で32名)であった。

対照群は、(c)の20名のうち、研究への同意が得られた9名である。一方で介入群は、(d)の32名のうち、研究への同意が得られた15名であった。

しかし、対照群の9名のうち1名が後に同意を撤回し、3名がサービスを中断して追跡

不可となっているため、以下のアウトカムの比較においては、残りの5名を対照群の分析対象とした。また、介入群の15名のうち、キャッチメントエリア外への転居で介入を終了した者が2名いた。そのため、残りの13名を介入群の分析対象者とした。

## 2) 分析対象者の属性など

### (1) 年齢

対照群の現年齢の平均は31.2 (SD4.8) 歳、介入群の現年齢の平均は41.3 (SD12.3) 歳であり、介入群の年齢が高い傾向にあった (独立サンプルによる Mann-Whitney の U 検定、 $P=0.054$ )。

### (2) 性別

対照群は男性2名、女性3名、介入群は男性6名、女性7名であった。

### (3) 診断

対照群の診断名は、統合失調症圏4名、気分障害圏1名であった。介入群では、統合失調症圏5名、気分障害圏3名、強迫性障害3名、広汎性発達障害2名となっていた。

### (4) 加入時スクリーニングの総得点数

加入時のスクリーニング調査の得点数の平均値をみると (5点以上が加入の必要条件)、対象群で7.0 (SD1.2) であり、介入群で8.0 (SD2.4) であった。両群でスクリーニング総得点数の分布に関して、統計的有意差はなかった (Mann-Whitney の U 検定)。

### (5) 精神疾患の重症度

退院時の精神疾患の重症度については、GAF では、対照群 (N=5) の平均値が41.0 (SD7.3)、介入群 (N=12) の平均値が45.7 (SD7.9) であった。

PANSS 合計得点では、対照群 (N=5) の平均値が78.0 (SD21.8)、介入群 (N=12) の平均値が67.8 (SD15.8) であった。

PANSS 陽性症状では、対照群 (N=5) の平均値が16.0 (SD4.9)、介入群 (N=13) の平均値が14.6 (SD5.3) であった。

PANSS 陰性症状では、対照群 (N=5) の平均値が21.8 (SD7.8)、介入群 (N=12) の平均値が16.2 (SD6.2) であった。

PANSS 総合病理では、対照群 (N=5) の平均値が40.2 (SD9.8)、介入群 (N=12) の平均値が37.0 (SD8.7) であった。

GAF と PANSS の総合得点・陽性症状・陰性症状・総合病理のいずれも、平均値としては対照群の重症度が高いように思われたが、5つの尺度とも、統計的な有意差はなかった (Mann-Whitney の U 検定)。

### (6) 指標入院の入院日数

対照群では指標入院での入院日数の平均値は67.4 (SD37.7) であり、介入群では66.0 (SD50.1) であった。両群で入院日数の分布に関して、統計的有意差はなかった (Mann-Whitney の U 検定)。

### (7) 過去1年間の入院日数の比較

指標となる入院の退院時を起点として、遡ること1年間の入院日数 (以下、前入院日数; 指標入院の入院日数が含まれることになる) と、退院時から1年間の入院日数 (後入院日数) を、対照群と介入群の対象者に関して算出して比較を行った。

前入院日数に関しては、対照群と介入群の間で統計的な有意差は得られなかった (Mann-Whitney の U 検定、 $P=1.00$ )。

対照群は平均値で、前入院日数74.4 (SD47.5) から後入院日数13.2 (SD29.5) と低下し ( $P=0.039$ )、介入群でも前入院日数76.1 (SD46.1) から後入院日数24.1 (SD46.3) と低下していた ( $P=0.042$ )。いずれの群でも統計的に有意な低下であった (対応サンプルによる Wilcoxon の符号付き順位検定)。

対照群と介入群の両群において、前入院日数と後入院日数の差を算出し、独立サンプルによる Mann-Whitney の U 検定を行ったが、有意な差は得られなかった ( $P=0.767$ )。

## E. 考察

### 1) 対象者の属性について

年齢については、介入群の年齢が高い傾向にあり、診断分類については介入群の方がより広範囲にわたっていたが、性別では顕著な差はなかった。

次いで、対象者の重症度に関しては、スクリーニング総得点、退院時の GAF、退院時の PANSS 合計得点・陽性症状・陰性症状・総合病理、指標入院の入院日数の全てにおいて二群間で有意な差は認められなかった。

一方で、スクリーニングの総得点が対照群で平均 7.0 点、介入群で 8.0 点であり、ある程度精神状態が改善したと思われる退院時でも GAF 得点が対照群で 41.0 点、介入群で 45.7 であったことを考えると、一定の重症度やニーズをもつ対象者をスクリーニングできていたのではないかと推察される。

### 2) 介入効果について

#### (1) 前後 1 年間の入院日数の変化に対する介入効果

今回、仙台地区の対象者のみで、指標入院の退院日を起点とした前後 1 年間の入院日数に関して、対照群と介入群の比較を行った。

まず、対照群の前入院日数は平均値で 74.4、介入群では 76.1 であり、統計的にも有意差は認められなかった。

次に、前入院日数と後入院日数の差を算出し、Mann - Whitney の U 検定を行ったが、これに関しても有意な差は得られなかった。

介入群で入院抑止効果が認められなかったことに関しては、サンプルサイズが小さかったことが一因として挙げられるだろう。

また、分析対象者のバイアスも考えられるかもしれない。介入群では対象者 15 名のうち 13 名が 1 年後の時点で多職種アウトリーチ・チームの支援を継続しており、残りの 2 名も転居で、次のサービス体制に送り出す形で終了となっているので、臨床的なドロップアウト

ト例は 1 名もいなかった。一方で対照群では、対象者 9 名のうち 3 名がサービスを中断あるいは対照群に対するサービスを拒否することになり、他の 1 名は後に研究への同意撤回をしたため、予後の芳しくない者が対照群の分析対象からはずれてしまった可能性もあり、このことが介入効果の検証に影響を与えているのかもしれない。

さらに、今回の前入院日数は、退院日を起点として 1 年間に遡った期間の入院日数であり、そこに指標入院の入院日数も含める形で算出している。一方、指標入院の入院日数を加えない場合には、前入院日数が 0 日となる対象者が、介入群 13 名中 8 名、対照群で 5 名中 3 名と多く、いわゆる頻回入院者ではない者が多いことがわかる。つまり、いったん入院して適切な治療を受けると、1 年程度は地域生活を維持できる相の者が多かったため、指標入院日数を前入院日数に加えてしまうと、前後の差が出やすくなってしまいうのかもしれない。

つまり、対照群は平均値で、前入院日数 74.4 から後入院日数 13.2 と低下し、介入群でも前入院日数 76.1 から後入院日数 24.1 と低下しており、ノンパラメトリックな解析でも統計的に有意な低下をしていたが、指標入院退院後からの支援サービスそのものの効果による低下ではなかった可能性があると思われた。

#### (2) 入院日数前後比較以外の援助効果について

入院日数の前後比較では介入の効果は明らかにはならなかったが、支援対象者の脱落を防ぎ、つながりを維持するという点について検討をした。介入群では対象者 15 名のうち 13 名が 1 年後の時点で多職種アウトリーチ・チームの支援を継続しており、残りの 2 名も転居であり、次のサービス体制に送り出す形で終了となっていたので、臨床的なドロップアウトは 1 例もなかったことになる。一方で対照群では、対象者 9 名のうち 4 名がサービ

スや研究を拒否する結果となった。介入群の非脱落例を 13 例、脱落例を 2 例、対照群の非脱落例を 5 例、脱落例を 4 例とし、クロス集計により正確確率検定を行うと、正確有意確率は両側で  $P=0.15$  と有意差は得られなかったが、転居により終了した介入群の 2 例もサービスにつなげたと見れば、サンプルは少ないが圧倒的なフォロー・アップ力の差が見て取れる。以上のように、仙台の訪問型多職種チームのかかわりは、精神医療・福祉サービスの継続の面では有効と考えられ、こうした特性を維持して長期に渡りかかわることが、入院抑止効果や精神症状や QOL の向上などに寄与するのかもしれない。

昨年度の報告書で示したとおり<sup>2)</sup>、介入群の対象者には、入院中からコメディカルの介入スタッフが濃密にかかわって退院支援をしている(表 6、図 1)。したがって、介入群の方が対照群に比べて指標入院の入院期間が短くなっているとしたら、それも介入の効果と考えられるのではないだろうか。実際に、対照群では指標入院での入院日数の平均値は 67.4 (SD37.7) であり、介入群では 66.0 (SD50.1) であった。両群で入院日数の分布に関して、統計的有意差は認められなかった。サンプルサイズが小さかったことにくわえて、仙台の介入チームが既存の ACT チームとして日中はほとんど研究対象者以外への訪問支援業務が入っているため、相対的に研究対象者の指標入院中の支援が手薄になっていた可能性も考えられる。また、介入群の対象者も対照群の対象者も指標入院の日数は約 2 ヶ月であり、急性期が一段落して隔離解除や外出許可になる時期からの関係づくりとなると、長期入院例などへのかかわりと違って時間的にも十分な介入量を確保できないような、研究対象者の属性も影響を与えているのかもしれない。

今回、サンプル数が少なく、現時点でのデータの不備により、精神機能や QOL その他

のアウトカムについて援助効果の解析はしていないが、多職種アウトリーチ支援の援助効果は、多様な視点から評価されることが望ましいのは言うまでもない。

多職種アウトリーチ支援自体の詳細なアウトカムについては、他の研究分担者の報告を参考にさせていただきたいが、今後、仙台地区のデータに関しても、データの整理をしたうえで、GAF や SBS、QOL や満足度などの解析を加える予定である。

### (3) 今後目指すべき臨床体制

～今回の臨床研究の経験を活かして～

コメディカルの臨床スタッフが 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、より多くのスタッフを確保するなかで、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、今回の介入群への支援には当事者スタッフがフルタイムでケースマネジャーとしての役割を担い、他のスタッフも良い刺激を受けた。今後、当事者スタッフによる支援の確保にくわえて、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

することが望ましいと考えている（図2は、支援者の組織に焦点を当てたものである）。

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

文献

- 1)西尾雅明, 梁田英麿: ACTによる訪問支援活動—東北福祉大学での実践から.精神保健福祉白書編集委員会編 精神保健福祉白書2014年版,中央法規出版,2013.
- 2)西尾雅明ほか: 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.「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班平成24年度総括・研究分担報告書:101-112,2013.

## 表1 母体となる「せんだんホスピタル」のサービス

- 2008年6月に開院
- 東北福祉大学の附属病院
- 東北地方では唯一の児童・思春期専門病棟をもつ
- ACT部門(包括的地域医療支援室)の設置
- 病床数144(急性期・療養型・児童)

## 表2 カシオペアコースの加入基準(重症度)

- 過去1年間の日常生活機能
  - 精神障害を認め、日常に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする期間が6ヶ月以上続いている
    - 例:適切な食事摂取、身の清潔保持、金銭管理と買物、通院と服薬、他人との意思伝達・対人関係、身の安全保持・危機対応、社会的手続きや公共施設の利用、趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加
- 過去1年間の精神科医療サービスの利用状況
  - 入院日数90日以上 or 医療保護入院ないし措置入院回数2回以上 or 医療中断6ヶ月以上のいずれか

### 表3 23年11月よりの加入基準

- 平成23年11月～
- 東北福祉大学せんだんホスピタル精神科に入院となった全患者のうち、スクリーニング（除外基準に当てはまらないこと、【問題行動・治療の困難性・経済問題・家族状況】の合計点が5点以上）によってアウトリーチが必要と判断される
- 研究同意がある
- オフィスから30分以内で移動できる範囲に居住している（研究の介入群に相当）

### 表4 エントリー・プロセス

1. 入院時、スクリーニング用紙に主治医が記入
2. 各病棟のスクリーニング用紙を担当師長（副看護部長）が回収
  - 介入群と対照群の振り分け
  - エントリー状況などファイルへの入力
3. 介入群はACTチームが、対照群は大学教員が説明・同意
4. 評価は、リハビリテーション部臨床心理士と大学院生による（主治医が最終確認）

表5 現在の多職種アウトリーチ・サービス臨床体制

- 単一医療機関モデル
  - 就労支援は市内の就労移行支援事業所などと連携
- 精神科訪問看護、退院前訪問指導、往診、在宅患者訪問診療など診療報酬が財源
- 研究前(23年3月時点)からのスタッフ
  - PSW 3名
  - Nrs 1名
  - DR 1名(精神科急性期治療病棟兼務)
- 研究開始後に雇用したスタッフ(26年3月時点)
  - PSW 2名

表6 コメディカルスタッフの平均コンタクト回数

経過月数	コンタクト平均回数(1人当たり)		
	対面	電話	
(4カ月前)	13.00	11.00	2.00
(3カ月前)	12.00	11.00	1.00
(2カ月前)	17.67	14.67	3.00
(1カ月前)	20.20	14.80	5.40
1カ月	23.33	9.67	13.67
2カ月	21.33	10.17	11.17
3カ月	13.17	5.83	7.33
4カ月	12.50	6.00	6.50
5カ月	10.75	5.50	5.25
6カ月	7.75	4.25	3.50
7カ月	8.00	4.00	4.00
8カ月	12.00	5.00	7.00
9カ月	12.00	5.33	6.67
10カ月	9.00	3.50	5.50
11カ月	8.50	3.50	5.00
12カ月	3.00	1.00	2.00



図1 コメディカルスタッフの平均コンタクト回数

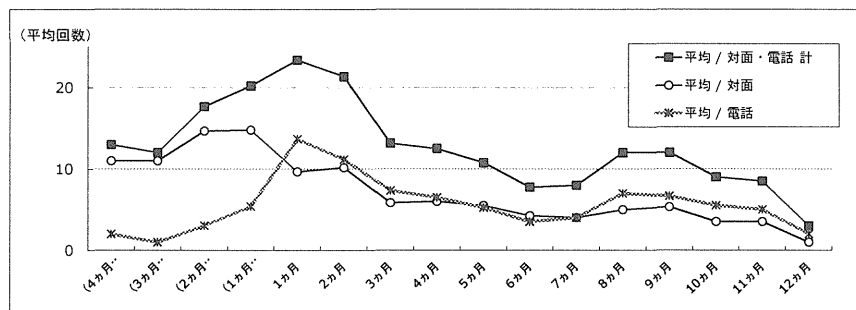
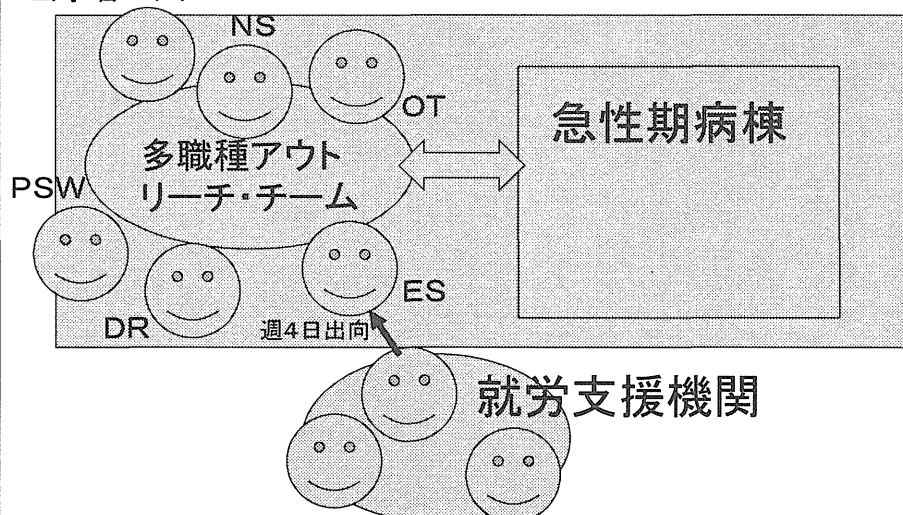


図2 今後のゴールとなる臨床体制

当事者スタッフ



資料 1

【エンボスを以下に押す】

## ケアマネジメント入院時スクリーニング票

- ・入院後 1 週間以内にご記入ください。
- ・ことわりのない限り過去 1 年間の状況で、ご記入ください
- ・どうしてもわからない場合は、空欄にしておいてください。

記入者: \_\_\_\_\_

病棟主治医: \_\_\_\_\_

入院日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

1 除外基準	あてはまる状況に○
1. 年齢が 15 歳未満もしくは 65 歳以上である	<input type="checkbox"/>
2. 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"/>
3. 鑑定入院・医療観察法による入院である	<input type="checkbox"/>
4. 1 週間以内の退院・転棟・転院の予定が決まっている	<input type="checkbox"/>
5. 検査や mECT・合併症ルートなどの一時的な治療目的の入院であり、戻る病院が初めから決まっている	<input type="checkbox"/>
6. 入院前の外来が他院での通院である	<input type="checkbox"/>
7. 既に SACT の利用者である	<input type="checkbox"/>

↓ 上記の除外基準に1つも当てはまらない場合、以下をチェック  
(※1つでも当てはまっていたら、以下は記入しなくて結構です)

		あてはまる状況に○		
問題行動	A. 6 ヶ月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を担えない	できない: 2	休みが ち・不安 定:1	できる:0
	B. 自分一人では地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・重要書類の管理・移動等)ができず、継続的支援を必要とする(家族が過剰に負担している場合を含む)	とても 必要:2	必要:1	不要:0
		はい	いいえ	
	1. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為がある	1	0	
	2. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになる	1	0	
	3. 自殺企図をしたことがある	1	0	
	4. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	1	0	
治療の困難性	1. 過去 1 年間の入院回数が 1 回以上である (今回入院を含まない)	2	0	
	2. 定期的な服薬ができていなかった事が 2 か月以上あった(初発の場合はいいえ)	1	0	
	3. 外来受診をしないことが 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0	
	4. 病気についての知識や理解に乏しい、または治療の必要性を理解していない	1	0	
	5. 今回の入院は措置入院である	2	0	
経済問題	1. 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない	2	0	
	2. 入院時に本人・家族から入院費の相談がある or 入院生活に必要な財源がない	1	0	

	3. 入院時に帰る場所が見当たらない（ホームレス、迷惑行為による立ち退き）	3	0
家族状況	1. 入院時に家族または支援者が同行しなかった（警察・保健所はのぞく）	1	0
	2. 支援をする家族がない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	2	0
	3. 同居家族自身が困難な問題（介護・障害・貧困・重病・虐待・不登校などの教育問題等）を抱えており、訪問による支援を要する状態である。	2	0
合計得点（5点以上は裏面も記入して下さい）		_____点	

Ⅲ. 対象者の基本属性		
1. 住所:		
→1) キャッチメントエリア内      2) キャッチメントエリア外		
2. 生年月日: 西暦 年 月 日 ( 歳 )		
3. 診断名(ICD-10):		
4. 過去1年間の入院回数(今回の入院は含まない): _____回		
5. 生保受給: 1)有 2)無		
6. 身体合併症: 1)糖尿病 2)他( )	7. 身長・体重: 体重: *。身長: cm	
8. 同居家族: 1)有 2)無 ⇒有の場合: □父 □母 □配偶者 □きょうだい(人) □祖父 □祖母 □子(人) □他( )		
9. 婚姻状況: 1)既婚 2)未婚 3)離別・死別	10. 発症年齢: _____歳	
11. 障害年金の受給: 1)有 2)無	12. 自立支援医療の利用: 1)有 2)無	
13. 障害程度区分: 非該当・1・2・3・4・5・6・未認定		
14. 地域の主たる支援者: 1)有 2)無 ⇒有りの場合 所属: _____ 支援者名 _____		
15. 過去3か月間の社会資源利用状況(1か月に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( )	
Ⅳ. 参考情報 <span style="float:right">あてはまる場合☑</span>		
1. 主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病のいずれかである	□	
2. 表面【問題行動】のAまたはBにチェックが入っている	□	
3. 過去1年間の精神科サービス利用状況	1)入院回数 □2回以上(今回は含めない)	いずれかに該当□
	2)入院日数 □90日以上	
	3)医療中断 □6か月以上	

## 資料2 当病棟に入院されているみなさんへ

—多職種アウトリーチに関する研究についてのご理解をお願いします—

平成 23 年 11 月

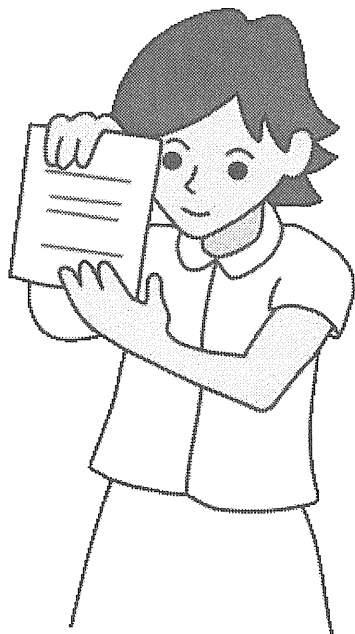
私たちは、精神障がいをもつ方が住み慣れた場所で安心して暮らしていけるようになるための、訪問型の支援プログラム（多職種アウトリーチ）の研究を行っています。こうした訪問型の支援プログラムは、入院回数を減らしたり、再発を予防したりする効果が認められています。日本では一部の病院を除いて利用することができませんでした。

そこで、今回はこれら訪問型の支援プログラムの効果と、そのサービス費用を調査することを目的とした研究を行います。それに先立ちまして、病棟に入院したみなさんの健康面や心理社会的な状況の評価を診療録等の調査によって収集します。この調査の対象になるのは、平成 23 年 11 月～平成 24 年 10 月の間に入院された方です。

調査の際には、あなたの個人情報は匿名化して扱われ、個人情報を調査施設から外に持ち出すことはありません。調査結果を公表する場合にも個人情報が特定されないよう配慮し、個人情報は統計的手法を用いて解析・公表されます。

もし、この調査を拒否される場合には、病棟のスタッフまで申し出てください。仮に調査を拒否なさったとしても、あなたの不利益になることは一切ございません。

情報の保管の責任は国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰研究部が負うものとします。わからないことやご質問がありましたら、下記までお問い合わせください。なお、本研究は、伊藤順一郎を主任責任者とし厚生労働省の研究費補助を受けて行われている研究の一環として行われます。



東北福祉大学せんだんホスピタル

西尾 雅明

電話：022-303-0125

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 伊藤 順一郎

電話：042-341-2711（内線 6281）

## 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<sup>1)</sup>

研究協力者：初瀬記史<sup>1)</sup>、江口のぞみ<sup>2)</sup>、稲垣晃子<sup>2)</sup>、久保田佳美<sup>1)</sup>、大矢カナ子<sup>1)</sup>、  
田谷由貴子<sup>1)</sup>、細海理子<sup>3)</sup>

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

2011年11月より16ヶ月間、帝京大学病院精神科の新規外来患者全員を対象に、生活支援必要度調査を実施した。551名の新規患者で除外基準該当者を除いた365名66.2%のうち、社会生活や日常生活の障害、周囲との軋轢などにより、生活支援必要度得点4点以上は51名14%で、性別・年齢・診断分布との関連はみられなかった。4点以上・キャッチメントエリア内で生活支援サービスに同意した11名では、精神症状と生活の障害とが関連しており、これまで援助を十分受けられていなかった。介入群とコントロール群（4点以上でキャッチメントエリア外に在住）とを比較すると、1年間のケアマネジメント・生活支援サービスにより介入群ではGAF、SBS、QOLで評価される社会機能の改善が有意に認められた。満足度調査なども今後解析予定である。

### { I } 新規外来患者全数調査による生活支援 ニーズの把握

#### A. 研究の背景—精神障害を持つ人の地域生活の現状

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。前回報告したように、みんなねっとによる2010年のアンケート調査（1,492名）でも、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つて、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、帝京大学医学部附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2012年1月より2013年4月までの16ヶ月間の新規外来患者全員を対象にスクリーニングを行い、生活支援の必要度の高いものに対して、居住地によって介入群とコントロール群に分けて、生活支援の効果について追跡調査を行ったので、報告する。

## B. 対象と方法

### 1. 外来初診患者の生活支援必要度調査

調査実施期間の2012年1月より2013年4月までの16ヶ月間の新規外来患者全員を対象に、生活支援・ケアマネジメント必要度調査（以下生活支援調査と略す）を実施した（図1）。新患診察の前に、生活の困難度について8項目のチェックリストおよび予診表を患者本人、もしくは付添いの家族に記入いただく。その後の診察において、WHO精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン（ICD10）に基づきF0～F9およびG4などの診断を行う（重複診断は可能とした）。そしてまず、年齢が15歳未満もしくは65歳以上のものと、主診断がてんかん、薬物・アルコール依存、認知症、パーソナリティ障害のみである者を除外した。それはこれらの人たちには、異なる支援ニーズ・サービスシステムが必要と考えられるためである。また健康診断書の交付を希望するなど本来の新規患者といえないものも除外とした。またセカンドオピニオン希望などで継続診療が想定されていない新規外来患者については、対象外とした。その後、調査対象と考えられるものについては、ほぼ1時間以内で公共交通機関を利用して自宅訪問可能と考えられる、調査機関が立地する区および隣接する区の2つの区の居住者を、キャッチメントエリア内群とし、それ以外の居住者をキャッチメントエリア外群とした。これはニーズがあり、同意を得られたものについては、アウトリーチを含めた生活支援・ケアマネジメントサービスを行うことを前提としたためである。

次に両群に対して、研究調査員が外来スクリーニング表（表1）を用いて、初診時の記録、主治医へのインタビューを基に、生活支援調査を行った。外来スクリーニング表は、平成23年度の厚生労働省精神・神経疾患研究開発費報告書に掲載されている入院時スクリーニング評価表をもとに作成した。この評価表は精神障害者が地域生活していくことを可能にすることを目的に、急性期よりケアマネジメ

ントを適用するために、入院した患者を対象として、これまでに頻回に入院している、服薬中断など外来治療の困難性がある、経済的な問題がある、家族や支援者の問題があるなどの理由で、地域生活が困難である人をスクリーニングするためのものである。今回の調査では、新規外来患者への地域生活サポートのための介入を想定しているために、入院や救急外来の必要性を想定している項目などは除外して、独自のスクリーニング表を作成した。このスクリーニング表をもとに、生活支援必要度を判定するが、A項目（社会生活の程度）、B項目（日常生活）、C項目（家族）、D項目（環境のストレス）の合計得点（生活支援必要度得点）が4点以上のものを、「生活支援必要あり」と判定した。なお情報収集の段階で、たとえば「6ヶ月間同居者以外と対人関係がもてていない」が、ありかなしかを迷う場合には1点と判定することとし、生活支援が必要であるにもかかわらず対象から外れてしまう人がなるべく減るようにした。4点以上の基準は、調査開始前の試行期間に、外来患者で生活の実際がわかっているもので、生活支援・ケアマネジメントの必要性があると主治医と研究調査員とで判断したもので、スクリーニング表では何点となるかを検討したうえで、決定した。

生活支援必要性ありと判定されたものに関しては、外来主治医の了解を得て、研究調査員が、厚生労働省からの研究費で行われていることなど調査の趣旨や方法などを文書及び口頭で説明し、参加いただける場合には同意文書に署名いただいた。キャッチメントエリア内で同意が得られたもの（介入群）は後述する生活支援・ケアマネジメントサービスを実施した。キャッチメントエリア外で同意を得られたもの（対照群）については、生活状況や精神医療・福祉サービス利用状況などを、定期的に調査することに協力いただいた。

## 2. 生活支援・ケアマネジメントサービス実施体制

キャッチメントエリア内で同意が得られたものについては、地域生活サポートチームにより、個別の実施計画を立てて生活支援・ケアマネジメントを実施した。サポートチームは、精神科医1名、精神保健福祉士1名、看護師1名、作業療法士1名からなり、外来での面談に基づきチームミーティング（医師、保健師、作業療法士、研究調査員など合計11名が参加）を行って、介入方針を検討した。本人の希望を尊重し、生活の質の回復や不安・苦痛の軽減などを目標に、アウトリーチを含む生活支援を行った。介入は1年間行い、前後での精神症状、生活機能、社会生活状況などの変化や、行われたサービスとそれに伴うコストを調査した。対照群についても1年間の調査期間中に同様の調査を行った。

### C. 結果

#### 1. 外来初診患者の生活支援必要度実態調査

##### 1) 初診患者スクリーニング結果（図1）

###### i. 概要（図1）

調査期間中の新規外来患者は551名であった。そのうち除外基準に当てはまるもの178名32.3%（年齢で除外されたもの76.4%、主診断が認知症であるなど診断により除外されたもの15.2%など）、セカンドオピニオン希望など対象外と判断されたものが8名1.5%であり、今回の調査の広義の候補者は365名66.2%であった。

###### ii. 性別・年齢

365名をキャッチメントエリア内群（エリア内群）177名と、エリア外群188名に分け、除外群、対象外群と年齢や性別で比較した（表2）。エリア内群は女性59.3%、平均年齢41.3歳であり、エリア外群は女性58.5%、平均年齢39.2歳であり、いずれの群も平均年齢に有意差はなく（t-test,  $p>0.05$ ）、エリア内群とエリア外群では女性が有意に多かった（ $\chi^2$ 乗検定,  $p>0.05$ ）。

###### iii. 生活支援必要度得点

調査の広義の候補者365名の得点分布を図2に示す。1～3点の範囲のものが多くわかる。得点の平均は、エリア内群2.0点、エリア外群2.1点と、両群に有意差はなく、男女による有意差もなかった（表2, t-test,  $p>0.05$ ）。

###### iv. 生活支援必要度得点4点以上の人の性別・年齢（表2）

図1の広義の候補者のうち、4点以上の人はエリア内群で21人、エリア外群で30人の合計51人（14.0%）であり、エリア内群とエリア外群との間で、4点以上の人の人数には有意差を認めなかった（ $\chi^2$ 乗検定,  $p>0.05$ ）。4点以上の人は男性19人・女性32人、平均年齢38.6歳で、4点未満の人の平均年齢40.5歳と有意差を認めなかった（t-test,  $p>0.05$ ）。

###### v. ICD10に基づく診断分類と生活支援必要度得点（表3）

エリア内群とエリア外群の合計で、診断を調査した。重複診断が含まれるために、実人数よりも合計人数が多くなっている。F4（神経症性障害など）135名、ついでF3（気分障害）123名、F2（統合失調症など）75名などの順で人数が多いことがわかる。これらの診断頻度は、エリア内群とエリア外群では有意差がなかった（Pearsonの $\chi^2$ 乗,  $p>0.05$ ）。次に生活支援必要度得点を見ると、F7（知的障害）およびF8（発達の障害）は人数がそれぞれ9名および6名と少なく重複診断されることが多いために例外的であるが、4点以上の人の割合および平均得点が高かった。診断される人の数の多い障害を見ると、F2統合失調症関連の障害が、4点以上25.3%、平均得点2.49と最も高く、F3がそれに次いでいた。4点以上の人51人を、4点未満の人314人と比べると、4点以上の人ではF2が多く、F4が少なかったが、診断ごとの4点以上の人の割合に有意差はなかった（Pearsonの $\chi^2$ 乗,  $p>0.05$ ）。重複診断がない人とある人とを比較したが、4点以上の人の割合に有意差はなかった（Pearsonの $\chi^2$ 乗,  $p>0.05$ ）。

vi. 4点以上の人たちのうちで、同意が得られたものと得られなかったものとの比較

図1に示したように、生活必要度得点4点以上は全部で51人であったが、介入研究への同意が得られたものの割合は、介入群ではアウトリーチやケアマネジメントが受けられるために62%、対照群では調査への協力を求めるのみであるので40%と低かった。介入群でも必ずしも高くないのは、研究についての説明や同意手続きが煩雑であることや、初診間もない時期に診察以外の時間をとられることがむしろ負担になったためではないかと考えられた。介入群候補者と介入群との間で、男女の割合・年齢・診断頻度・生活支援必要度得点に有意差はなかった（t-test、および $\chi^2$ 乗検定、 $p>0.05$ ）。対照群候補者と対照群の間で、性別・年齢・診断頻度・生活支援必要度得点に有意差はなかった（t-test、および $\chi^2$ 乗検定、 $p>0.05$ ）。介入群と対照群との間で、男女の割合・年齢・診断頻度には有意差がなかったが、生活支援必要度得点は介入群のほうが有意に高かった（介入群5.31、対照群4.67、 $t(23)=2.095$ ,  $p=0.047$ ）。

## 2) 生活支援必要度得点の高い（4点以上）人の特徴

11例の介入群を通していくつかの特徴が指摘できる。

- ・発症前から適応や環境に問題があったケースが多い。
- ・発症してから数年以上経過した慢性例が多い。
- ・これまで複数の医療機関に受診している例が多く、全くの初診は1例のみ。これは調査機関が周辺の医療機関から紹介受診してくるものが多いことを反映している可能性がある。
- ・これまで通院中断していたり、治療にもかかわらず症状が持続している症例がほとんどである。
- ・身体疾患を併存している例がみられる。
- ・生活の面では、全例社会生活が不十分にし

かできておらず、日常生活にも課題があるケースがみられるが、症状が先行して徐々に生活の困難が悪化した場合、生活の困難とともに症状が悪化した場合とあるものの、いずれにしても精神症状と生活の困難とは密接に関連している。

- ・援助すべき家族に様々な困難を抱えているケースがある。また本来の適応の悪さや症状と、環境との軋轢に関連している場合が多い。
- ・社会から孤立し、専門家も含めて、援助が受けられていない場合が多く、本人に病識が乏しい、援助を適切に求められない、そもそも援助そのものを希望しない、援助者と適切な関係性を持つことに困難がある、などがみられた。

以上の特徴から、精神障害では精神症状と生活の障害とが関連していることが特徴であるが、まさにそうした困難が強く、また援助がうまく受けられていないことが指摘できる。まずはこうした困難を総体として受け止め、援助者との関係性を紡ぎながら、どのような支援が必要か、そして何を本人が希望するかを丁寧に検討しつつ、支援計画を立てていくことが求められていると考えられる。当初は、そもそもどのような援助が適切か見極めねばならず、医療と福祉とで分担して支援するとはいかず、またうまくいかないように思われる。

## 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。

## 1. 生活支援必要度の概略

新規外来患者の全数調査により、15歳以上65歳未満で、特別な支援が必要な診断を持つ人を除外した365名のうち、社会生活や日常生活の障害、家族や環境との軋轢などにより、生活支援やケアマネジメントのニーズのある人（生活支援必要度得点4点以上）は14%であった。外来の1割以上の人々が、投薬や精神療法などの狭義の医療にとどまらず、ケアマネジメントなど地域生活を支援することが必要であることがわかる。また4点以上の人々の割合と、性別・年齢・ICD10による診断分布には関連がみられなかった。また重複診断との関連も見られなかった。ただし診断別で見ると、統合失調症では生活支援必要度得点が高い傾向にあった。これまでは地域生活の困難性については、主に統合失調症との関係で論じられることが多かったが、慢性の気分障害などでも生活支援の必要性が高い人が存在することが明らかとなった。今回は除外したが、65歳以上であるために除外された人が24.7%あり、介護などの福祉制度とのはざままで、やはり生活支援のニーズが高い人が多い可能性が推測される。

## 2. どのような地域生活支援体制が望まれるか

現実の困難と精神症状はどちらが原因であるとは言い難く絡み合っているため、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だろうということである。

相談支援事業を始めとするケアマネジメント機能を厚生労働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い。

しかしそうした支援システムを外来機能の中に組み込むことは、今の医療経済の中では容易ではない。精神科のしっかりした経験を有し、かつ生活支援の力を持った専門家をどうしたら外来の中で抱えていくことができるだろうか。こうした機能を考えるとすぐに職種としてはソーシャルワーカーを思いうかべることが多いと思うが、複雑な心的問題があったり、自立生活技能の課題を抱えていたり、慢性疾患の合併があったりするので、多職種チームが構成できるとよい。何よりも複合的な困難を持つ人を支えていくときに、一人の専門家の力ではすぐに壁にぶつかるので、チームの力が必要になってくる。そして精神科医はそのチームをバックアップする役割が望まれる。

本研究は都会にある一大学病院における調査であるので、どこまで一般化できるかについては検討を要する。特に新規外来患者についてはかなり医療機関の設置状況によって差異があると思われるため、生活支援が必要な人の割合については、さらなる調査が必要であろう。一方では外来患者の中に、診断分類を超えて、生活支援・ケアマネジメントが必要な人が一定程度存在することは事実であろう。こうした人を支援する体制を作るためには、それを可能にする医療経済体制だけでは

なく、生活支援と治療とを同時に行える多職種チームについての教育や研修を、医学教育の中に含めていく必要がある。

リカバリーを推進する精神保健システムの要件として、精神障害によって生じる特異的な問題への治療ではなく、むしろ日常生活の中で起こる日常的な支援が大切であるとの主張がある。生活障害を持つ人が回復していくうえで、改めて生活支援の必要性を強調したものであるが、一方では疾病による脳機能をはじめとする様々な障害と環境との複合的な連関を解き明かして、医療の役割を明確にしていく作業が伴わないと、なぜ地域での生活支援に医療機関が携わる必要があるかという根拠が見いだされないとはいえるだろう。生活における脳機能の役割や疾病の影響についての研究が求められていると考える。

さらに、より良い精神保健福祉サービスにおいては、これまで縦割りであった医療と福祉とを統合していくことがより望ましいといえるだろう。そうしたことはどのようにして可能となるだろうか。

## E. 結論

都市部の大学病院で16ヶ月間の新規外来患者全員を対象に、生活支援・ケアマネジメント必要度調査を実施した。551名の新規患者で除外基準該当者を除いた365名66.2%のうち、社会生活や日常生活の障害、家族や環境との軋轢などにより、生活支援やケアマネジメントのニーズのある人（生活支援必要度得点4点以上）は51名14%であった。4点以上の人の割合と、性別・年齢・ICD10による診断分布には関連がみられず、気分障害でも高得点のものがいた。4点以上で介入に同意した11名では、精神症状と生活の障害とが関連し、これまで周囲や専門家の援助を十分受けられていなかった。外来で援助者との関係性を紡ぎながら、どのような支援が必要かそして何を本人が希望するかを検討し、支援計画を立てていくことが必要であろう。医療と福祉の統合的な実施体制や、生活支援を医療で行う根拠

（精神疾患すなわち脳機能の異常と、生活や環境との関連性の明確化）が求められている。

## {II} 介入群と対照群との比較による生活支援・ケアマネジメントの有効性についての検討

### A. 研究の背景

前項で調査した生活支援・ケアマネジメントのニーズのある人たちを、キャッチメントエリア内群とエリア外群に分け、前者にはアウトリーチを含むケアマネジメントサービスを行うことで、通常の外来治療と症状や生活の質、満足度などの違いを検討することが目的であった。

### B. 対象と方法

前項で述べたように、スクリーニング表により4点以上のものでキャッチメントエリア内に在住し、研究参加への同意が得られた者13名を介入群とし、地域生活支援チーム（医師1名、ソーシャルワーカー1名、看護師1名、作業療法士1名）による支援を1年間継続した。キャッチメントエリア外で同意の得られたもの12名を対照群とした。

調査に使用した評価尺度は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」で使用した評価方法と同一であるため、詳しくは本報告書の総括報告を参照いただきたい。

### C. 結果

#### 1. 追跡結果

1年間の追跡期間中、介入群では3名（研究継続が得られず2名、転院1名）、対照群では3名（研究継続が得られず2名、転院1名）が途中から追跡ができなかった。これらの6名については、欠損したデータについては1時点前の最終評価得点を得点とするITT解析を行った。また対照群では4名が本報告書作成の時点で1年後調査が終了しておらず、1年後の調査には

含まれていない。

## 2. ベースライン時の両群の属性

介入群と対照群で、ベースラインの時点で年齢、性比、診断、そのほかの基本的属性について群間の有意差はみられなかった(表4)。またPANSS、GAF、SBS、QOLについても、群間の有意差は認められなかった(表4)。

## 3. 群内の経時的変化

反復測定による一元配置分散分析を実施した。

### i. 介入群(表5)

GAF、SBS社会的引きこもり、SBS気分と行動の不安定さ、SBS合計得点、QOL社会的領域について、6ヶ月後または1年後に経時的に有意な改善を認めた。

### ii. 対照群(表6)

SBS迷惑および反社会的な行動の経時的変化のみが有意な改善を示した。

### iii. 両群の比較(表7)

二元配置分散分析を実施した結果、SBS社会的引きこもり、およびSBS合計得点が1年後に有意に介入群で改善していた。

## D. 考察

介入群と対照群との比較において、GAF、SBS、QOLで評価される全般的な社会的行動について有意な改善が示された。気分の不安定さなども介入群で有意に改善していた。これは介入群に解いて、地域生活支援チームによるケアマネジメントや、アウトリーチや面談による生活支援による成果と考えられる。

介入を受けた当事者にどのような主観的変化が起こっているか、また介入をどう受け止めているかについては、CSQ、セルフスティグマ尺度による評価を行ったが、今回は解析が終了しておらず結果に含めることができなかった。この領域についても大事な支援目標であるため、本報告書と合わせて論文の形で発表していきたいと考えている。

介入の実際については、次項 {III} 介入経過の概要を参照されたい。ケアマネジャーを中心とするチームで、当事者や家族のニーズ

を踏まえて、丹念なサポートを行っており、個別性の高い支援となっている。実際に支援にかかわったものの感触でも、好意的に受け入れられたケースが多かった。

一方では、なかなか本人のニーズが明確でなく、どういう支援を求めているのか、そもそも支援のニーズを感じていないのではないかという戸惑いのあるケースもあり、精神科初診時の評価で生活困難度が高くても、必ずしも生活支援が必要ではない(当事者が望まない)と感じられるケースもあった。これについては、精神症状の改善や診察による中で問題解決に至るケースも含まれると思うが、診察室の外での生活支援がまだ普及しておらず、どのような支援が受けられるのかそもそも利用者が戸惑いを感じていることも背景として考えられた。また当事者の苦痛や悩みが複雑な生活歴や環境とからみあっているために、簡単に精神医療や生活支援サービスでは対応できないケースも見られた。こうしたケースは時間をかけて面談を繰り返しながら、徐々に関係づくりをし、一緒に困難への対応の糸口を探っていくことが必要と考えられ、短期間の介入では実を結ばないことが多かった。こうした困難なケースについては、今後外来でどのような支援が可能であるか、課題として残された。

## {III} 介入経過の概要

### 【介入群】

1) A-に-I01: 男性、30代、強迫性障害、発病後7年、入院0回

独居で生活保護受給。2週間に1回のペースで面接を開始。「生活保護を脱したい、働きたい」と希望し、生活リズムを整えることを目的にデイケアを導入する。慢性的な自殺念慮と調子の波から、デイケア利用、診察、面接のキャンセルが目立ち、電話でのフォローを継続。本人が希望するオープンでの就労を目指しつつ、必要に応じてデイケアを再開することとなる。研究期間終了後も担当者との診察日の面接を継続。

2) A-に-I02 : 女性、30代、気分障害／身体表現性障害、発症後5年、入院0回

夫と子ども3人と同居し、生活保護受給。昼夜逆転し、家事や育児が十分にできず、対人関係上のトラブルから身体症状が出現。育児はネグレクト傾向にあるものの、社会資源をうまく活用できないでいる。月1回の診察日に面接を開始。担当者が本人の話を傾聴し、できているところを肯定的に評価することで態度が軟化。面接を継続する過程で、夫との話し合いや子ども家庭支援センターへの相談など対処行動がとれるようになる。必要に応じて相談にのる旨を伝えて、研究期間終了。

3) A-に-I03 : 女性、20代、統合失調症、発病後5年、入院0回

母、祖母と同居。生活保護受給。本人、家族ともに重篤感なく、ほぼ未治療の状態です。初診に至る。自宅では日中臥床傾向。医師と担当者が自宅を訪問し、作業療法や心理教育を実施する。本人と祖母の体調不良のため訪問を中断していたが、母の仕事が一段落した時期に、自閉的な生活を心配していた母と担当者、本人で相談し、ショートケアを開始。母やスタッフの送迎付きで週に1回の通所を継続し、作業を通じて徐々に対人スキルが高まり、担当者に自分の状態について語るようになる。研究期間終了後もデイケア通所と面接を継続。

4) A-に-I04 : 男性、50代、躁うつ病、発病後18年、入院5回

妻と子ども2人と同居し、休職中。復職希望で当院に転院し、診察日の面接と診察日以外に担当者と設定した面接を開始。主治医から提案された日課表を用いてセルフモニタリングを行いつつ、担当者とリワーク先を検討する。また、担当者が生活状況を把握するため自宅を訪問。リワーク終了後、通勤トレーニングを行うが、再び職場で問題行動が出現し、会社から「復職不可」の通知が届く。本人は否認が強いものの、自宅では穏やかにマイペ

ースで過ごしている。研究期間終了後も診察日の面接を継続。

5) A-に-I05 : 女性、20代、躁うつ病、発病後6年、入院2回

婚約者と同居。1人で外出できず、家事が十分にできないため、相談に乗ってほしいと希望し、面接を開始。薬物調整後、気分の高揚、誇大妄想等出現し、実家に戻って他院に入院。その後、当院への通院は中断し、ドロップアウトとなる。

6) A-に-I06 : 男性、40代、抑うつ状態／脳性麻痺

独居。障害者雇用で就労していたが、休職。診察日の面接を開始。「これまで1人でやってきた」という自負から支援を受けることに抵抗がある。担当者が自宅を訪問したところ、飲酒問題が顕在化。否認が強く、精神科受診のキャンセルが続く。本人は復職を希望し、話し合いのため担当者が会社訪問に同行する。リハビリ出勤を開始するが、天候不良や不調を理由に休みがちとなる。その後、時短勤務が決まるが、ほとんど出社できず、受診も途切れがちとなる。研究期間終了後も面接や電話でのフォロー、上司との連絡調整等支援を継続。

7) A-に-I07 : 男性、30代、うつ病

独居で、生活保護受給。父の縊首を発見した経緯があり、自らグリーフケアについてインターネットで調べるなどしている。2週間に1回の面接を開始。痛風の治療中だが、薬を自己調整し、飲酒を継続している。体調不良を訴えつつも、「命は惜しくない」と言い、問題を直面化できない。障害者就労を希望するものの、生活保護を打ち切られてしまうことへの不安や失敗の恐れから、現状維持の気持ちが強い。面接で担当者と話すことが支援となっていることから、研究期間終了後も月1回の面接を継続。