

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

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および  
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 坂田増弘<sup>1)</sup>

研究協力者(主執筆者に○) 大迫充江<sup>1)</sup>, 大島真弓<sup>1)</sup>, 富沢明美<sup>1)</sup>, 伊藤明美<sup>1)</sup>, 山口創生<sup>2)</sup>,  
市川健<sup>2)</sup>, ○佐藤さやか<sup>2)</sup>, 伊藤順一郎<sup>2)</sup>

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

本研究の初年度にあたる平成23年度はセンター内の病院・研究所が合同で運営する組織「地域精神科モデル医療センター」をプラットフォームとして、在宅支援室におけるアウトリーチサービスとデイケアにおける地域生活支援を実施する体制を整えた。この結果、在宅支援室では兼任常勤スタッフ2名、専任常勤スタッフ1名、非常勤スタッフ5名（常勤換算3.3人）、デイケアでは専任常勤4名、兼任常勤1名、非常勤6名（常勤換算3.5人）のマンパワーが確保され、各種ミーティングによる情報共有も機能しつつある。いずれの部署でも平成23年11月よりデータ収集が開始されており、来年度はこれらのデータについて中間報告を実施する予定である。

A. 研究地区の背景

分担研究者が所属する（独）国立精神・神経医療研究センター（以下精神・神経センター）はH22年4月に独立行政法人となった。現在当センターは精神・神経・筋・発達障害の4分野に取り組むナショナルセンターとして高度・専門的な医療サービスの提供と研究の推進を通じ国民の健康増進に寄与する、というミッションを掲げ、さまざまな業務の見直し、新たなプロジェクトの立ち上げが行われている最中である。その一環として専門疾病センター「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月に精神・神経センター理事会に承認され、活動を開始している。

地域モデルセンターはケアマネジメントの手法を用いて急性期から社会復帰まで一貫した支援を実現するため部門ごとに縦割りになってい

た病棟、リハビリ関連部門、ソーシャルワーク関連部門の連携を強化することを目指して設置された組織であり、小平地区では同センターの構成部門である医療連携福祉部在宅支援室にて、本研究班における多職種アウトリーチチーム支援研究（以下A班）を、またリハビリテーション部デイケアにて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研究（以下B班）を実施している。

小平地区は主任研究者の所属機関でもあり、センター病院における臨床活動の改革（すなわち地域センターの設置と運用）と本研究班の研究活動が密接にリンクしている。そこで、本稿では地域モデルセンターの設立経緯および同センターをプラットフォームとした研究の実施体制について述べる。

## 【センター病院における「地域モデルセンター」設立前の状況】

### ・在宅支援室

平成 17 年度に発足した部門で当初は神経内科疾患をもつ患者への退院調整が主たる業務であったが、平成 21 年度より同室のスタッフによって精神科病棟から退院したもののアウトリーチ活動も始まっている。常勤スタッフ（兼任；看護師長 1，SW 1），非常勤スタッフ（NS 1：週 31 時間，PSW 1：週 31 時間），外来部からの応援（NS 1：週 8 時間）という体制で 30 ケース弱に対するアウトリーチサービスが開始されたが当時の対象者は主として平成 21 年 9 月に閉棟した社会復帰病棟（4-4 病棟）から地域に退院した慢性期の患者であった。その後、急性期担当病棟（診療報酬上の急性期治療病棟ではない）など他病棟から地域へ退院したもののサービス提供も求められるようになり、他病棟およびリハ部との情報共有、連携のためのシステム構築、需要に応えるだけのマンパワーの確保が課題となっていた。

### ・デイケアおよび外来精神科作業療法

平成 21 年度の利用実績についてデイケアのべ利用者数 9384 人，1 日の平均通所者数 45.8 人（デイケアを 1 とし，ショートケアおよびナイトケアは 0.5，デイナイトケアは 1.5 で換算）、外来精神科作業療法はのべ登録者数約 300 人（おおよそ外来 100 人，入院 300 人）、1 日の平均利用者数 81.4 人であった。

利用実績もやや低調であることに加え、平成 21 年度当時のセンター病院ではデイケア（当時は定員 50 名の大規模デイケアが 1 単位）と精神科作業療法が別々の部門であり、横の連携はあまりない状況で、同じような対象者に同じようなプログラムを別々に提供するなど、スタッフの配置が非機能的であった。また特にデイケアにおい

ては、慢性期の利用者が目標設定なく長期間利用するケースが多数となっていること、新規利用者や若年層の利用者がもつ就労ニーズに応えられておらず（H21 年度の就労者数は保護的就労を含めて 10 人程度で作業所などへのステップアップもごく少数）導入ケースのドロップアウトが散見されることなどが利用実績の伸び悩みにつながっていることが考えられた。

当時、センター病院は新病棟への移動を控え、急性期病棟では平均入院日数 40 日程度で効率よく病床を回転させ、小平市や東久留米市など近隣市の居住者に対しては低い転院率で確実な地域定着が行う運用を目指していた。こうした病棟のあり方を実現するためには、病棟における取り組みだけではなく、アウトリーチサービスやデイケア・作業療法などの包括的リハビリテーションが行えるシステムの確立、および急性期病棟との強い連携が必要であり、そのためのマンパワーの整備、支援技術の向上が求められていた。

## B. 臨床実施体制の構築に向けた準備

同時期に精神・神経センター内では「専門疾病センター」と呼ばれる制度の公募が開始されていた。「専門疾病センター」制度は、疾患ごとに関連する部門が組織を超えて横の連携を行うことでナショナルセンターならではの高度な医療を提供することを目的としており、地域モデルセンター以外には、多発性硬化症センター、筋疾患センター、てんかんセンター、パーキンソン病・運動障害疾患センターなどが設置承認を受けている。このように、地域モデルセンター以外の専門疾病センターは疾患ごとに設置されているため、対象者の疾患を特定しないことを前提に着想された地域モデルセンターは他の専門疾病センターとやや趣を異にしている。しかし、病院と研究所、また病院内の診療科や部門の垣根を越えた連携を行うという点で、当時の精神科リハビリテー

ション、地域生活支援関連部門の関係者の問題意識と合致したシステムであり、この枠組みを利用して、いわば連携強化のための「箱」を作ることとなった。

### C. 現在構築されている臨床体制

#### 1) 臨床活動および研究活動のプラットフォームとしての「地域精神科モデル医療センター」

地域モデルセンターの枠組みを図1に示す。

センターを設置するにあたっては、下記の点に留意した。

- ・デイケアと外来精神科作業療法を統合し、新たなデイケア（以下、新デイケア）とすること。
- ・新デイケアと在宅支援室の両部門を分担研究者である医師が統括すること、またこのポストを「精神科リハビリテーション医長」として院内の組織図に正式に位置づけること

・主任研究者である研究所部長（センター長）、新デイケアおよび在宅支援室を統括する医師、デイケア師長、作業療法士長、在宅支援室係長（看護師長が兼務）と研究所スタッフが週1回の定期的なミーティングを持つことによって臨床活動の基本方針の共有や課題がある場合、その問題解決を共同で行うこと。

#### 2) 「地域精神科モデル医療センター」を中心とした臨床活動のフロー

上記のようなプラットフォームを形成した上で、ここをベースとして、図2に示すフローの運用を開始した。この際、新規の取り組みとして下記を実施した。

- ・入院においては、病棟入院時に心理社会的ニーズのアセスメントを実施するよう各病棟看護師長に依頼し、入院受け業務の1つとしてアセスメントのためのスクリーニングシート記入を位置づけ
- ・専門外来として「精神科リハビリテーション専門外来」を開設し、リハビリテーション部門（新デイケアもしくは在宅支援室）の利用前のゲートキーピング機能を強化

・「精神科リハビリテーション専門外来」にてリハビリテーション部の利用が適応、と判断された後に、新デイケアもしくは在宅支援室のチームリーダーが詳細なインテーク面接を実施し、プライマリケアマネージャとサービス内容を決定、この際、利用者のニーズや希望を尊重するストレングスモデルをベースとしたアセスメントを実施

#### 3) 「地域精神科モデル医療センター」を中心とした研究活動のための準備

以上のような臨床活動に関するシステムを整えた上で本研究班の研究活動を地域センターの各部門（新デイケアおよび在宅支援室）にて実施することとし、研究費等を用いて下記のような準備を行った。

##### ①在宅支援室における準備

- ・スタッフの増員

看護師1名（週24h1名）、精神保健福祉士1名（週31h）、作業療法士1名（週24h）、（常勤換算約2人）を増員した結果、兼任常勤スタッフ2名、専任常勤スタッフ1名、非常勤スタッフ5名（週31h3名、24h1名、16h1名、常勤換算3.3人）体制となった。

- ・物品面での環境整備

訪問用車両（4台）、チーム専用の携帯電話（4台）を整備した。

- ・情報共有のための定期的なミーティング設定

下記の各種定期ミーティングを設定、実施した。

##### a. 全ケースレビュー

チームが担当している全ケースに関するレビュー、チームスタッフが参加、毎日実施。

##### b. チームカンファレンス

特に検討の必要なケースに絞って検討、チームスタッフのほか、坂田、伊藤、社会復帰研究部スタッフも参加、週1回実施。

##### c. チームミーティング

チームの運営に関する検討、チームスタッフのほか、坂田、伊藤、社会復帰研究部スタッフも参加、2週に1回実施。

- ・ストレングスモデルによるアセスメント、支援

の徹底

上記 b. チームカンファレンス時には、チーム内でストレングスモデルをベースとして支援を定着させることを目的にカンザス大学が開発した「ストレングスモデルアセスメントシート」を使って支援の方向性を検討。

- ・病棟との連携強化

すべての精神科病棟（4 病棟）で入院時に記入したスクリーニングシートの内容を元に全入院ケースについてアウトリーチの要否を判断するサービス調整会議を月 1 回実施。

## ②新デイケアにおける準備

- ・スタッフの増員

2012 年 2 月末現在、看護師 1 名（週 8h）、作業療法士 1 名（週 8h1 名）、心理士 1 名（週 31h）を既に配置済みであり（常勤換算約 1.2 人）、さらに 4/1 までに心理士 1 名（週 31h）、就労支援担当（ES）PSW1 名（週 31h）を配置予定。これらのスタッフと既存の常勤・非常勤（センター病院による雇用）スタッフを合わせると 4 月以降、専任常勤 4 名、兼任常勤 1 名、非常勤 6 名（週 31h4 名、8h2 名、常勤換算 3.5 人）体制となる予定である。

- ・コンセプトの変更およびアナウンス

デイケアの役割・コンセプトを従来の「居場所型デイケア」から「卒業を促進するデイケア、就労支援を含む地域生活の向上に役に立つデイケア」に改め、利用者や院内スタッフ、院外の地域支援者などにアナウンスを実施

- ・MDT（multidisciplinary team）の概念を臨床に導入

NS、OT、CP の 3 名を 1 チーム（MDT）とし 2 チーム制で全ての利用者を担当、これに他部門と兼任の PSW が適宜チームに加わり、多様な視点からの支援を可能に。

- ・情報共有のための定期的なミーティング設定

下記の各種定期ミーティングを設定、実施した。

### a. チーム別全ケースレビュー

前項で述べた MDT ごとの全ケースに関するレビュー、各 MDT に属するデイケアスタッフと

ソーシャルワーカーが参加、週 1 回実施。

### b. ショートカンファレンス

特に検討の必要なケースに絞って検討、全デイケアに関わる全臨床スタッフが参加、週 1 回実施。

### c. 精神科リハビリテーション部門運営会議

デイケアの運営に関する検討、デイケアスタッフ、ソーシャルワーカー、入院担当の作業療法士、社会復帰研究部スタッフが参加、2 週に 1 回実施。

### ③全体における準備

地域ケアに関する課題に共に取り組むため、各部門のチームリーダー、医師、研究所スタッフによるミーティングを週 1 回設定し、在宅支援室、デイケア、社会復帰研究部常に情報を共有。

## D. 今後のゴールとなる臨床体制

小平地区で想定される今後のゴールとなる臨床体制を図 3-1 および 3-2 に示す。

今回は院内でのフローのみを図示しているが、将来的には保健所や地域の支援機関などを含めた大きなネットワークの核として地域センターが機能することを想定している。

## E. 今後の課題と考察

これまでの述べたとおり、地域センターをプラットフォームにした地域支援活動ははじまったばかりであり、在宅支援室、デイケア双方にスタッフのケースマネジメントに関するスキルの習熟など課題は山積している。

こうした中で喫緊の課題を挙げるとすれば下記のようなと思われる。

- ・マンパワーの問題

当院の特徴として、例えば重複診断を持つケースなど他の医療機関では支えきれない複雑な困難を抱えるケースが多いことが挙げられる。このため、アウトリーチ、デイケア双方の需要は多く、研究プロトコル上は除外基準にあてはまるため研究の対象者にはならないが、どうしても当院で支援を実施する必要のあるケースも散見される。

ケースマネジメントが機能する適正なケースロードを保ちながらこうしたケースへの需要にも応えようとする場合、スタッフの効率的な配置とあわせて、さらなるマンパワーの整備が必要と考えられる。

#### ・「卒業」の問題

上記の問題とあわせて、在宅支援室、デイケアともにチームのキャパシティを超えない範囲でサービスの需要に応えようとする場合、既存の利用者の「卒業」も視野にいれていく必要がある。しかし、特に重い精神障害をもつ人の地域生活支援は「これでよい」と思えるポイントを利用者もスタッフも見いだしづらく、漫然と訪問やデイケア通所の続いてしまう可能性がある。ケースマネジメントをしっかりと行うことと同義であるが、チームスタッフが「卒業」を意識した関わりについて習熟していくことも今後の課題と言える。

#### ・「病状管理」してほしいスタッフとの連携

ストレングスモデルをベースとした地域ケアを志向する場合、往々にして病状管理や症状コントロールを目的にアウトリーチやデイケアの利用を考える主治医や受け持ち看護師との間で支援の方向性に齟齬が生まれることがある。精神科における支援のゴールを「病状の安定」ではなく「リカバリーの実現」にシフトしていくためには、中長期的には医療機関全体の治療文化・風土の変更が必要であるが、これは一朝一夕に行えるものではない。直近の課題としてはケア会議をこまめに開き、在宅支援室やデイケアで提供しようとするサービスへの理解を粘り強く求めていくことが必要と思われる。

#### F. 結論

これまで当院における地域生活支援は一部の部署で志のあるスタッフによって担われてきた経緯があり、今回の地域センターならびに研究班の活動は病院をあげての地域ケアの嚆矢となり得る取り組みと言える。病状管理だけの地域ケアからリカバリーを視野に入れた地域ケアへのイメージの転換など課題は多いが、院内外で理解を求めながら臨床・研究活動を推進していくことで、小平地区の地域精神保健システムや本研究班の

目指す全国に普及可能な地域精神科モデル作りに貢献したいと考えている。

#### G. 健康危険情報

なし

#### H. 研究発表

##### 1. 論文発表

1) 坂田増弘：ストレングスモデルによるケースマネジメントの実際. 日本女子大学カウンセリング・センター報告 34：61-68, 2010.

##### 2. 学会発表

1) 石川正憲, 坂田増弘, 富沢明美, 大迫充江, 大島真弓, 佐藤さやか, 伊藤順一郎：医療機関から見たアウトリーチ活動および就労支援の現状と課題. 第 31 回 日本社会精神医学会, 東京, 2012.3.15-16.

2) 坂田増弘, 石川正憲, 富沢明美, 大迫充江, 大島真弓, 佐藤さやか, 平林直次, 伊藤順一郎：国立精神・神経医療研究センターにおける地域精神科モデル医療センターの概要. 第 31 回 日本社会精神医学会, 東京, 2012.3.15-16.

3) 富沢明美, 伊藤明美, 坂田増弘, 佐藤さやか, 伊藤順一郎：急性期病棟におけるケアマネジメントと密接に連携したアウトリーチ活動. 第 31 回 日本社会精神医学会, 東京, 2012.3.15-16.

4) 大迫充江, 大島真弓, 坂田増弘, 佐藤さやか, 伊藤順一郎：デイケアにおける多職種チームによるケアマネジメント. 第 31 回 日本社会精神医学会, 東京, 2012.3.15-16.

5) 大迫充江, 大島真弓, 坂田増弘, 佐藤さやか, 伊藤順一郎：デイケアにおける就労支援. 第 31 回 日本社会精神医学会, 東京, 2012.3.15-16.

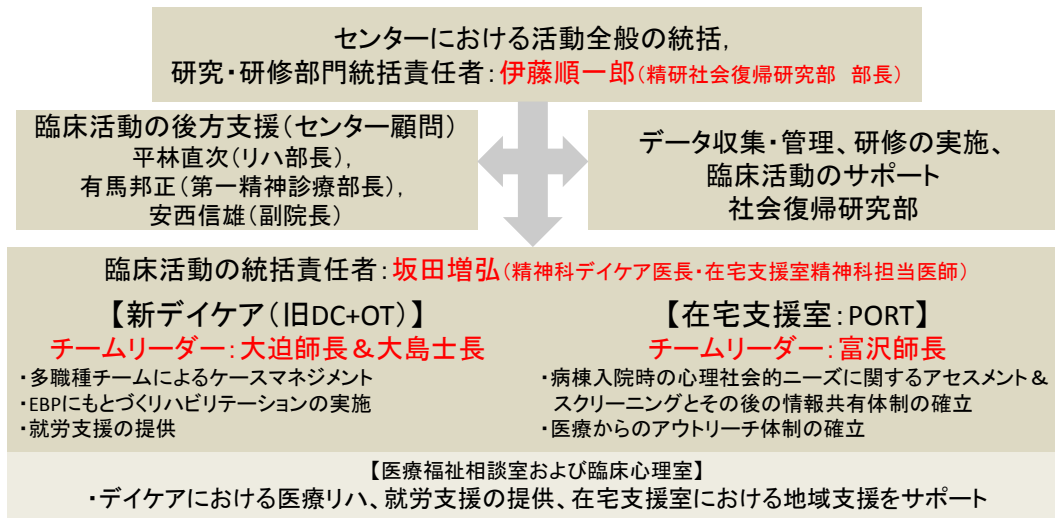
#### I. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

図1 「地域精神科モデル医療センター」の立ち上げによるリハビリ  
および地域支援関連部門の再編・連携強化



・坂田が新デイケアと在宅支援室の両部門を統括  
・坂田、大迫、大島、富沢、伊藤が核となり、センターを運営  
→新デイケアと在宅支援室の一体的な運用を目指す

図2 入院・外来から地域生活まで一貫した支援を可能にするための  
ケアマネジメントの導入(網かけ部分が地域センター)

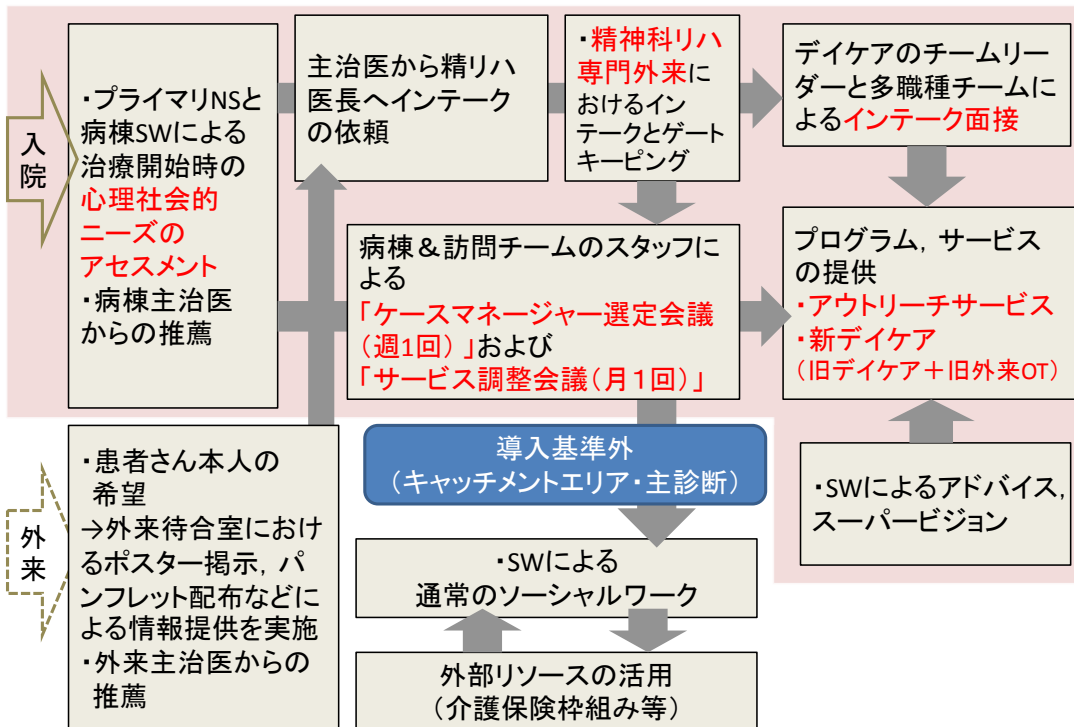


図3-1 在宅支援室における臨床体制

※1)CM: ケースマネージャ SW2): ソーシャルワーカー

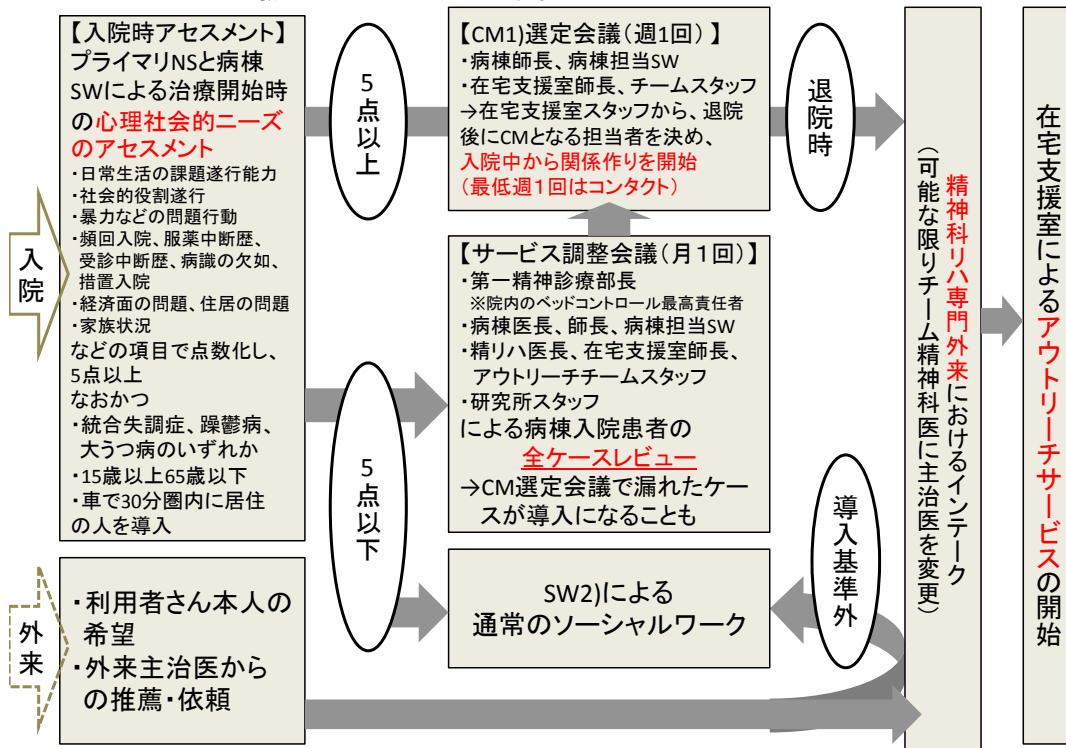
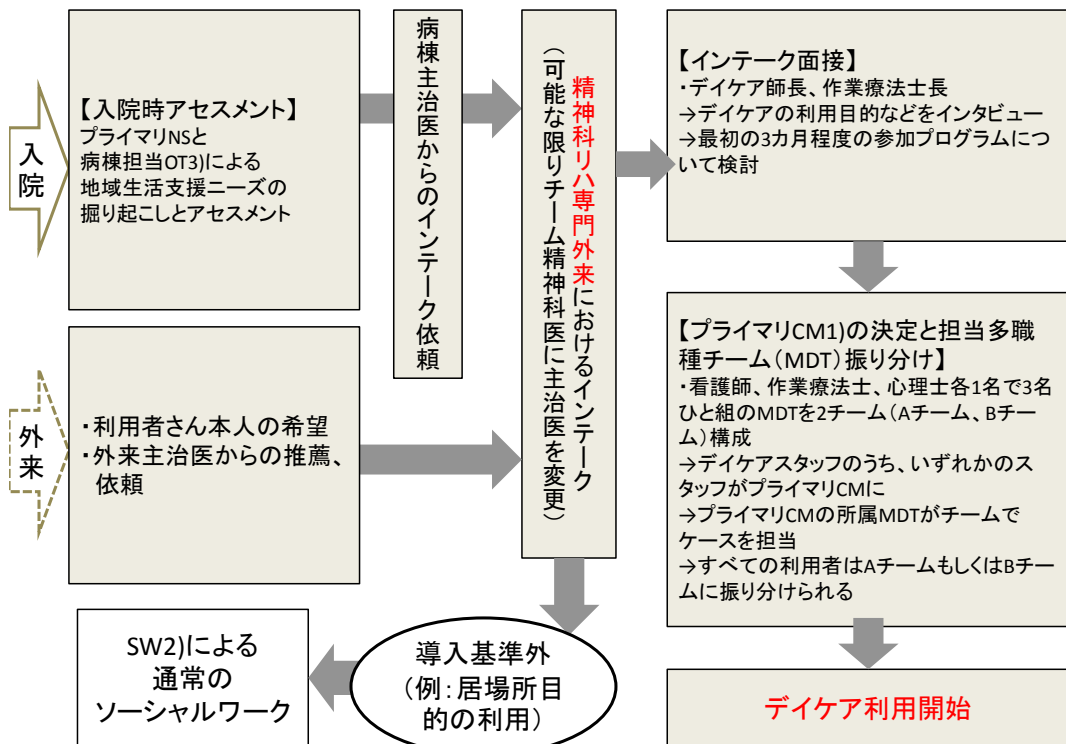


図3-2 デイケアにおける臨床体制

※1)CM: ケースマネージャ SW2): ソーシャルワーカー  
3)OT: 作業療法士



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

## 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

独) 国立国際医療研究センター国府台病院

### 要旨

本研究の初年度にあたる平成23年度は、地区内の多機関によるアウトリーチチームの体制を整備し、研究対象者へのスクリーニングからサービス提供までのシステムを構築した。医療サービスとして現行のACT、国府台病院訪問看護と訪問指導、福祉サービスとして相談支援事業と生活訓練などの既存のサービス体系を利用したアウトリーチチームのユニットで、地域全体のアウトリーチについてそれぞれの特性を生かしたサービスのバリエーションを持つことにより、地域全体としての支援の質やサービス体系による差異を本研究ではかることが可能であると考えられる。

### A. 研究地区の背景

国府台地区は、分担研究者が所属する国立国際医療研究センター国府台病院(以下、国府台病院)と、市川市の福祉サービス事業所との複合ユニットである。市川市は千葉県北西部に位置し東京都に隣接する人口42万人の市で、国府台病院は、この市川市をはじめ、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て診療を行っている。

国府台病院精神科は、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り、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22年度年間入院患者数は534名、精神科平均入院日数は58.8日となっている。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。

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・地域支援部門がもうけられ、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。

地域支援については、地域サービスとの連携により、サービスの内容を限定したシステムへと変更された。外来または入院中に地域生活での継続的なソーシャルワーク(ケアマネジメント、生活支援)の必要性の判断を院内のソーシャルワーカーが行い、直接サービスの提供はACTや国府台病院訪問看護、福祉事業所に引き継ぐスタイルを導入した。これをシステム化するため、急性期治療から地域支援への円滑な移行を目的に、平成20年度より精神・神経疾患研究委託費(20委-8)「『地域生活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」(後に精神・神経疾患研究開発費)に研究協力病院として参加し、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をスムーズに導入されるシステムが構築された。

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。医師1名、看護師3名、作業療法士4名、精神保健福祉士2名で一定の加入基準を満たす約70名の利用者にサービスを提供している。

また、国府台病院訪問看護室の2名の看護師が、医療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など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特にアウトリーチの必要性があるケースに対し、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る。

しかし、地域全体ではこれらいくつかのサービスだけでは十分とは言えず、ニーズに供給が追いつかない状況が見られていた。

## B. 臨床体制の構築に向けた準備

これまでの国府台地区の地域支援のあり方を生かした多職種アウトリーチのシステムとして、地域でケアマネジメントに従事する各サービスにアウトリーチの機能を強化する方法を選択した。すでに、ケアマネジメントの必要性のスクリーニングから、ニーズに応じたサービスのマッチング、そしてケアマネジメント導入までの一連の急性期ケアマネジメントシステムが存在するため、そのケアマネジメントを提供する各事業所にアウトリーチを行ってもらい、様々なサービス体系のアウトリーチチームのユニットを構成することとした。それにより、一定のエントリー基準を持つACT-Jと2名体制の国府台病院訪問看護室だけでは、対象者の制限とマンパワー不足という点で十分に答えられなかったアウトリーチのニーズを満たすことが出来ると考えられた。そこで、

市川市にある特定非営利活動法人ほっとハート、社会福祉法人サンワーク、特定非営利活動法人千葉精神保健福祉ネットMネットと基幹型支援センターえくる(以下、ほっとハート、サンワーク、Mネット、えくる)にこの研究への参加を依頼し、各事業所でアウトリーチを主体としたケアマネジメントを実施する体制の整備をお願いした。

また、国府台病院医療相談室にソーシャルワーカーを1名増員し、研究対象者のスクリーニング、各アウトリーチチームへのマッチングの業務を中心的に担うスタッフとした。

さらに、研究前からすでにあるケアマネジメントシステムを今回の研究プロトコルにあったものに変更した。そのフローチャートを図2に示す。病棟看護師によるスクリーニングによりアウトリーチの必要ありと判断された入院患者のうち、さらにソーシャルワーカーがサービス導入の必要性をダブルチェックし、介入群と決定した後、ニーズに合わせたアウトリーチチームが選ばれ、担当チームによるサービス提供が開始となる。

また、調整会議として機能する「地域移行ワーキンググループ」という名称の入院患者の地域サービス導入に関するモニタリング会議で、この研究のアウトリーチサービス導入に関してのモニタリングも行うこととした。

研究対象ケースは、以下の3点の要件を満たすもので、市川市在住者をサービス介入群、市川市外在住者を対照群とした。

- ① 平成23年11月より24年10月末まで国府台病院精神科病棟に入院となった全患者のうち、スクリーニングによりアウトリーチが必要と判断されたもの
- ② 入院の時点でアウトリーチサービスを利用していないもの
- ③ 研究同意が得られたもの

本研究は、国立国際医療研究センターの倫理委員会の承認を得ており、研究対象となりうる患者に対しての告知を含む倫理上必要な配慮を行っている。

## C. 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3に示した。

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-J、国府台病院訪問看護室とソーシャルワーカーのチーム、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のえくる、自立支援の相談支援事業所＋生活訓練としてほっとハート、サンワーク、M ネットの各チームが配置されている。関係性構築の困難度、地域生活のニーズ、住居地等により、病院ソーシャルワーカーがマッチングを行い、各チームに研究対象者を入院中に振り分け、退院支援を含むサービスの提供を行っている。

また、各チームの支援状況を確認し、ユニットとして情報を共有するための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。

平成 23 年 11 月から 24 年 1 月までのエントリー状況を図 4 に示した。平成 23 年 12 月、24 年 1 月と対照群数が介入群数を上回っている。これには 2 つの理由が考えられる。まず国府台病院の平成 20 年以降の地域支援の強化の中で、すでに市川市内のケアマネジメントが必要な精神障害者はケアマネジメントサービスが導入されており、ニーズが少なくなっていると思われる。また、国府台病院は千葉県の救急基幹病院であり、キャッチメントエリア外の精神科救急患者の入院受け入れが多いため、対照群が多くなってしまいうことがあげられる。

#### D. 今後の課題と考察

国府台地区は、すでに ACT や訪問看護とソーシャルワーカーによるアウトリーチなどのシステムは確立しており、今回の研究では、さらに既存の福祉サービスにアウトリーチ支援を取り込んだ地域支援ユニットの構築を研究の目標に掲げた。これにより、さらに利用者のニーズによりマッチした幅広いサービスの選択が可能になり、また、絶対量が不足しているアウトリーチ支援の充実が可能になると考えている。

一方で今回の研究の主眼となる「多職種」という面では、福祉サービスの場合、単職種アウトリーチとなってしまうため、医療サービスを密に連

携した多職種での関わりの工夫を、今後、検討する必要があると考えられる。

また、地域での直接サービスがほとんど病院外のサービスであるため、様々な地域事業所とのネットワークの中での調整役として、病院がどのような役割を果たすべきかを検討することも当地区での研究により、より明確になるのではないかと期待される。

#### E. 結論

これまで国府台地区で行ってきたアウトリーチ活動（ACT、訪問看護、ソーシャルワーカーによる訪問）に加え、地区内の相談支援事業所にアウトリーチを主体とするサービス体系を導入し、医療・福祉両方におけるアウトリーチサービスが利用可能な体制を整備した。これにより、本人のニーズに合わせた事業所の選択が可能になったほか、地域内でのアウトリーチサービスの量が増加し、より質の高い地域支援が可能になると考えられる。また、今後の研究データより、現行の医療・福祉サービスを活用して行うアウトリーチの業務実態やメリット・デメリット、また基盤とするサービス間での比較も可能になるものと思われる。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

佐竹直子. 総合病院精神科と精神科地域サービスの連携のあり方について—千葉県市川市における精神科地域医療モデル—. 日本社会精神医学会雑誌, 21(1): 124-133, 2012.

##### 2. 学会発表

佐竹直子. 総合病院精神科と精神科コミュニティケアの連携のあり方について. 第 24 回日本総合病院精神医学会総会. 福岡, 11 月, 2011.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

# 国府台病院精神科のサービス

図 1

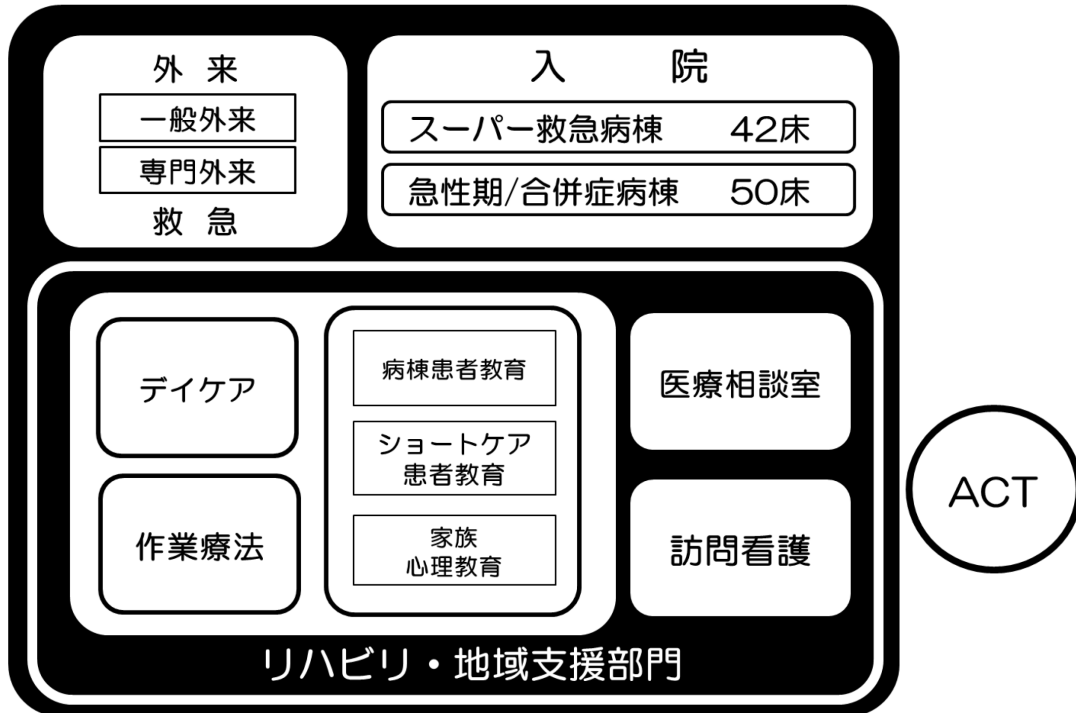
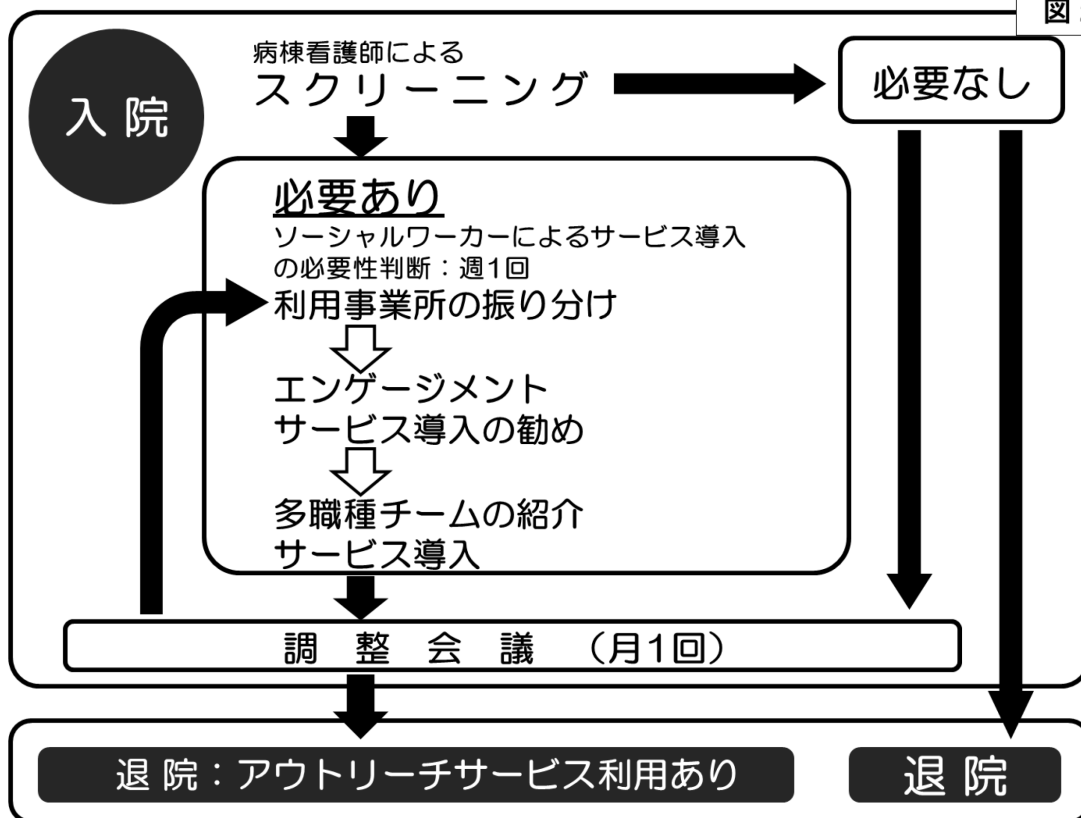


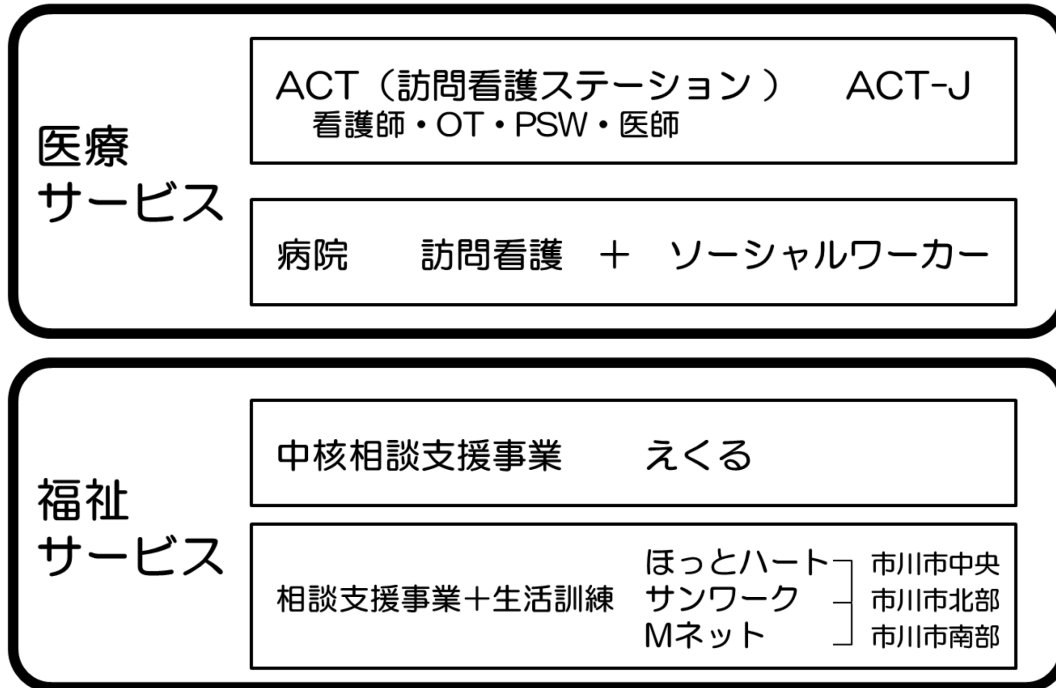
図 2



## 多職種アウトリーチサービス一覧

図 3

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

## 現在までのエントリー状況

図 4

	スクリーニング実施全数	カットオフ以上候補者	介入群候補者	対照群候補者	介入群同意者	対照群同意者	介入群同意率	対照群同意率
2011年11月	22	5	4	1	2	0	50.0%	0.0%
2011年12月	42	15	6	9	2	3	33.3%	33.3%
2012年1月	51	13	3	10	1	3	33.3%	30.0%

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」

## 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

独) 国立国際医療研究センター国府台病院

### 要旨

国府台地区における就労支援は、自立支援の就労サービスが担い、病院のリハビリテーションは、作業療法や集団療法・心理教育など治療的介入を短期間で濃密に行うことにより就労サービスにつなげていく役割を果たしている。そのため、本研究体制の構築にあたり、他地区のようにデイケアを利用せず、認知機能リハビリテーションも含めた就労支援を就労支援事業所で行うスタイルを選択した。

本年度は研究体制の整備と、研究第1期を開始した。国府台病院外来通院中、またはデイケア終了間近なケースから参加者を募り、計10名の登録があった。1名の脱落はあったが、残り9名が介入群、対照群に分類されそれぞれのサービスを利用中である。

### A. 研究地区の背景

国府台地区における精神障害者に対する就労支援は、自立支援法下の就労支援事業を主体に展開されている。就労移行事業所として障害者就職サポートセンタービルド、社会福祉法人サンワーク、市川市障害者就労支援センターアクセス（以下、ビルド、サンワーク、アクセス）などが、また就労継続支援事業所としてサンワーク、特定非営利活動法人ほっとハート、特定非営利活動法人千葉精神保健福祉ネットMネット（以下、ほっとハート、Mネット）などの事業所が幅広いサービスを提供している。特に、ビルドを運営する特定非営利活動法人 NECST 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、国府台病院は、精神科リハビリテーショ

ンに就労支援はなく、特に平成 20 年病床削減後の精神科の機能の見直しにおいても、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、就労支援は福祉サービスに任せ連携する体制を強化してきた。平成 20 年度よりデイケアの利用期限を 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により、利用者を卒業後次のステップに確実につなげることが出来るサービスへと変換した。また、リカバリー・ストレングスモデルの導入により、さらに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、それを実現可能な形に具体的に変えること

が出来るようになった。これらにより、デイケア卒業後の就労サービスへの移行が容易になった。

## B. 臨床体制の構築に向けた準備

国府台地区の各就労支援事業所に呼びかけ今回の研究の参加協力を募った。協力事業所の中で、介入群を扱う事業所として研究前から IPS モデルを取り入れている就労移行支援事業所のビルドに協力を依頼した。研究対象者の生活支援および就労支援を行うスタッフ 1 名をビルドに派遣した。また、介入群への認知機能リハビリテーションは国府台病院の研究スタッフ 2 名とビルドに派遣したスタッフの計 3 名体制で行うこととした。

対照群の就労支援機関は、市川、松戸、船橋市内の就労支援事業所に依頼をし、研究対象者の各機関へのコーディネートと研究期間中の生活支援は、国府台病院のソーシャルワーカーが担うこととした。そのコーディネートと生活支援を担うソーシャルワーカーには、多職種アウトリーチ研究との兼任による専門スタッフ 1 名を配置した。研究の流れを図 1 に示した。

研究参加者の条件を、

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

とし、研究参加者の募集を行った。募集については、国府台病院外来にポスターの掲示とパンフレットの配備、説明会の開催、国府台病院精神科医師から担当患者に対しての呼びかけ、デイケア、ソーシャルワーカーから担当患者に対する呼びかけなどである。

応募者に対しては、研究スタッフによる心理検査等の適性検査を行い、主治医に研究参加に対するの確認をとり、問題なければ研究登録となる。募集期間は約 1 ヶ月を目安とし、定員 10 名まで募集を続け、集まった対象者を RCT にて介入群、対照群に分ける。

介入群には、ビルドでまず認知機能リハビリテーションを行い、終了後、個別就労支援へと移行

する。対照群は、病院の研究担当のソーシャルワーカーが就労支援事業所をコーディネートし、それぞれの事業所で通常行われている就労支援を提供してもらう。対照群の生活支援も同じくこのソーシャルワーカーが行うこととなる。

## C. 現在構築されている臨床体制

図 1 に示した研究体制を整備し、平成 23 年 11 月に第 1 期研究参加者を募集した。図 2 にそのエントリー状況を示した。第 1 期は 10 名が適正チェックを経てエントリーとなり、介入群、対照群に各 5 名ずつ RCT にて振り分けられた。介入群の 1 名が支援開始早々に不安焦燥感が高まり参加を辞退し、その後 9 名への支援となった。介入群には 11 月末より認知機能リハビリテーションが施行され、24 年 2 月に終了、その後個別就労支援が始まっている。一方対照群は、2 名がサンワーク、1 名がアクセス、2 名が市川市外の就労支援事業所の利用が決定し、各事業所での就労支援サービスを受けている。

また、各就労支援事業所と病院担当者が月 1 回ミーティングを行い、情報を共有するようにしている。

さらに、24 年 2 月より第 2 期の参加者募集を開始し、3 月下旬までの 1 ヶ月のエントリー期間に 10 名の参加者確保を見込んでいる。

## D. 今後の課題と考察

現在介入群には、認知機能リハビリテーション、ケアマネジメント、個別就労支援を同じ担当者が行っており、密なサービス提供が可能な体制であるが、対照群では、ケアマネジメントは病院の担当ソーシャルワーカーが行い、就労支援は各事業所で行うために、介入群に比べ密に相互の連携を図りにくい状況があり、連携のあり方についての検討が必要であると考えられる。

また、参加者募集についても、説明会や病院スタッフへのリクルート協力の依頼を行っている

が、希望者が少ない。外来に設置した研究についてのパンフレットを手にする人は多いようだが、参加にはなかなか結びつかない。2期、3期と短時間で20名の参加者を集めることが出来るかも大きな課題である。

#### E. 結論

今年度は、国府台地区では、国府台病院と地区内の複数の就労移行支援事業所との連携体制をとり、研究体制の構築を行った。特に、介入群に対する認知機能リハビリテーション、ケアマネジメント、個別就労支援を就労移行支援事業所で一貫して行うスタイルがこの地区の特徴となっている。計3期のうち第1期9名の研究参加者に対する就労支援を開始し、研究体制の不備等がないかを確認しながら、第2期以降の受け入れに向け体制を整えていく予定である。

#### 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（予定を含む）

なし

# 参加募集

図 1

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

介入群

適正チェック

対照群

RCT

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
- 個別就労支援の実践

国府台病院SWにより仲介

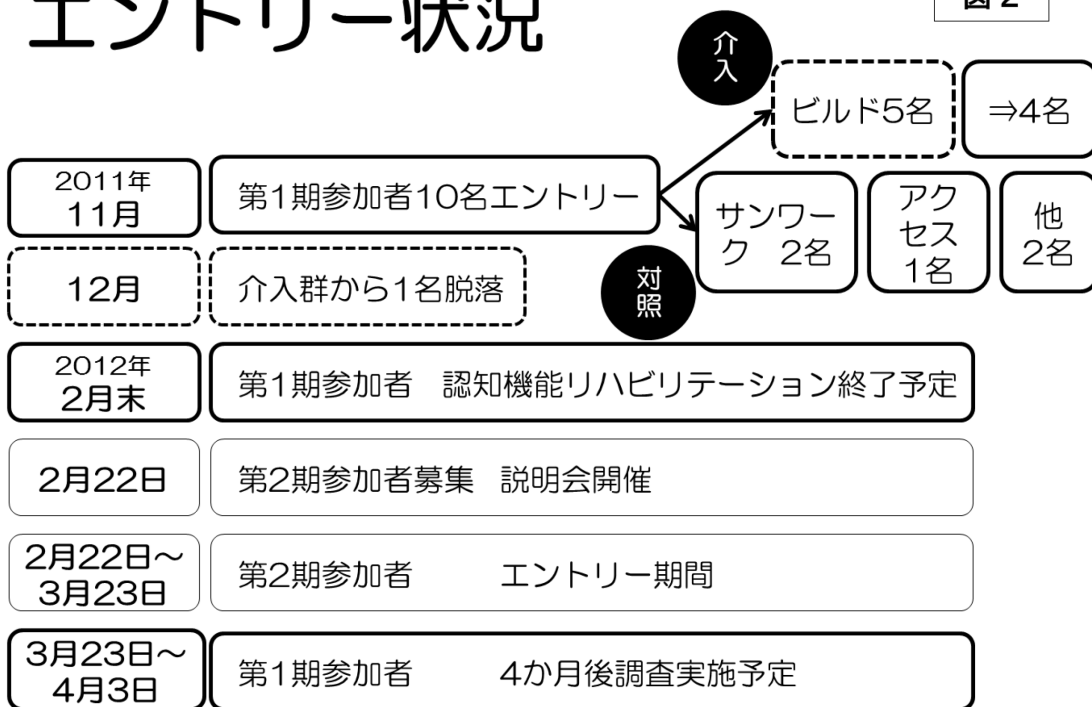
事業所

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





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の 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)</sup>

研究協力者 菊池陽子<sup>2)</sup> 近田真美子<sup>1)</sup> 佐藤直也<sup>2)</sup> 宮田明美<sup>2)</sup> 梁田英麿<sup>2)</sup>

佐藤美穂<sup>2)</sup> 柴田知帆<sup>2)</sup> 笠原陽子<sup>2)</sup> 鈴木司<sup>2)</sup> 高橋亮<sup>2)</sup>

宇都宮令<sup>3)</sup> 小元愛<sup>3)</sup> 久保あゆみ<sup>3)</sup> 佐々木翠<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年度は、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、他の医療機関から入院を目的とした紹介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、今後の推移を見守りたい。また、今後の多職種アウトリーチ・サービスの臨床体制像としては、OTやESの確保、さらに看護師の増員なども図ることを検討している。

### A. 研究地区の背景

分担研究者が担当している仙台地区では、既に一定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。そこで次に、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で示す通りである。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、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い、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いたが、ACTの本来のコア対象者へのサービスを「カシオペア」コースと名づけた。

「カシオペア」コースの加入基準は、簡潔に言えば、年齢が20から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おり、それが利用者の増加につながっていない点があった。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、本研究での加入基準に合わせていくこととなった。表3に、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チームの加入基準を示す。また、入院患者のスクリーニング基準を資料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、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。

また、プログラムのサイズとしては決して大きくないが、4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、コンシューマー・スタッフがいることが強みであると言える。

表6に24年2月末時点での本研究開始以後のエントリー状況を示した。

## 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。その意味では、現在欠員となっている OT や、看護スタッフの増員を図りたい。また、現時点では当事者スタッフがケースマネジャーとしての役割を担っているので、これを継続でき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)。

## 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 4 年間に過ぎようとしており、エリア内で重症の統合失調症患者や双極性感情障害の患者が多く、既に利用者としてサービスを利用している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、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、23 年 2 月の時点ではカットオフ以上の候補者が 4 ヶ月で 6 名と低調に終わる結果となっている。

## E. 結論

もともと当院では ACT という多職種アウトリーチ・チームでの活動に取り組んできた経緯があり、支援体制や技術的な面では大きな不安材料はない。リクルート・システムもまずまず順調に稼働しているが、年齢や他院通院患者の入院依頼、既 ACT 利用者、などが除外されることによって、研究のエントリー基準を満たす者が 23 年度には他のサイトと比して少なかったことが課題として挙げられるが、今後の推移を見守りたい。

## 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 (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

## 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月より24年10月末までの期間
- 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、スクリーニングによってアウトリーチが必要と判断される
  - 年齢、他院外来利用者、ACT既利用者etc
- 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者を介入群、他を対照群とする

### 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

表5 現在の多職種アウトリーチ・サービス臨床体制

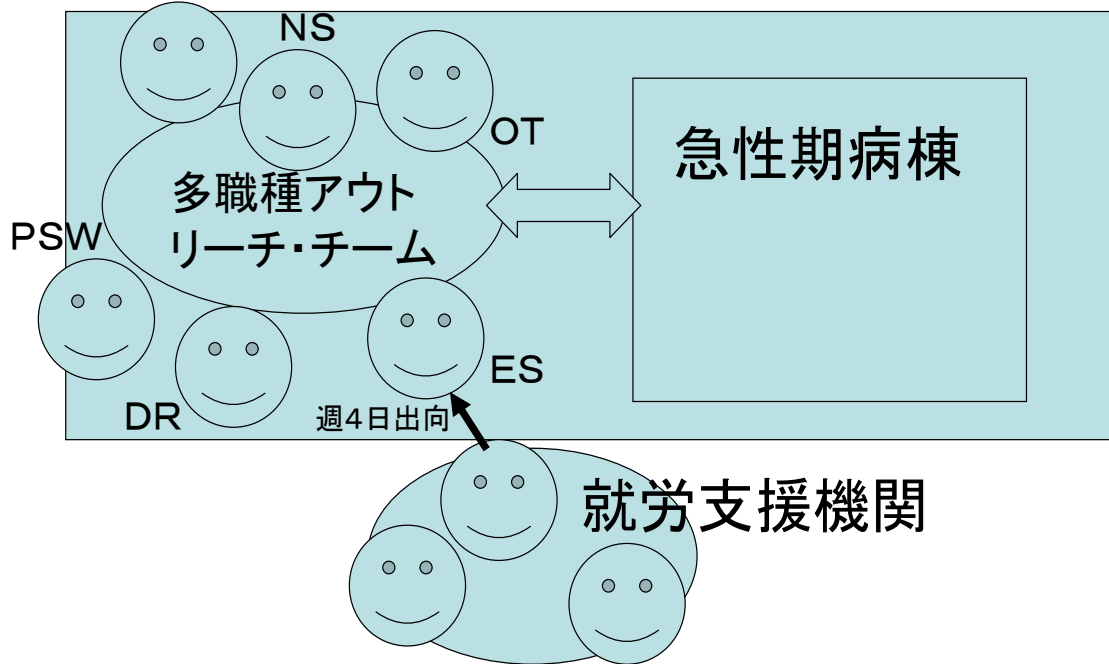
- 単一医療機関モデル
- 精神科訪問看護、退院前訪問指導、往診、在宅患者訪問診療など診療報酬による財源
- 研究前(平成23年3月末時点で既に在籍)からのスタッフ
  - PSW 3
  - NS 1
  - DR 1
- 研究で雇用したスタッフ
  - PSW 2
  - アシスタント 1
  - うち2名がコンシューマー・スタッフ
- 就労支援は市内の就労移行支援事業等と連携

表6 エントリー状況

	スクリーニング実施件数	除外患者	カットオフ以上候補者	介入群候補者	対照群候補者	介入群	対照群
11月	22	14	3	3	0	2	0
12月	30	21	2	2	0	2	0
1月	30	19	1	0	1	0	1
2月	30	21	0	0	0	0	0

# 図1 今後のゴールとなる臨床体制

当事者スタッフ



## 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

I. 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
	1. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為がある	はい 1	いいえ 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	
	5. 重複診断(主診断+知的障害・アルコール/薬物)がある	1	0	
6. 上記以外の理由による警察・保健所介入がある	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
<b>合計得点（5点以上は裏面も記入して下さい）</b>		<b>_____点</b>	

<b>Ⅲ. 対象者の基本属性</b>		
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: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> きょうだい(人) <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 子(人) <input type="checkbox"/> 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( )	
<b>Ⅳ. 参考情報</b> <span style="float: right;">あてはまる場合 <input checked="" type="checkbox"/></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	<input type="checkbox"/>	
2. 表面【問題行動】のAまたはBにチェックが入っている	<input type="checkbox"/>	
3. 過去1年間の精神科サービス利用状況	1)入院回数 <input type="checkbox"/> 2回以上(今回は含めない)	いずれかに該当 <input type="checkbox"/>
	2)入院日数 <input type="checkbox"/> 90日以上	
	3)医療中断 <input type="checkbox"/> 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が、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）

## 仙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 西尾雅明<sup>1)2)</sup>

研究協力者 石黒亨<sup>1)2)</sup> 小野彩香<sup>3)</sup> 菊池陽子<sup>1)2)</sup> 田口雄太<sup>2)</sup> 宮田明美<sup>2)</sup>  
宇都宮令<sup>4)</sup> 小元愛<sup>4)</sup> 久保あゆみ<sup>4)</sup> 佐々木翠<sup>4)</sup>

- 1) 東北福祉大学 2) 東北福祉大学せんだんホスピタル 3) NPO 法人スイッチ仙台  
4) 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 年度は、認知リハビリテーションと個別就労支援を複合したモデルを実践するべく、フィールドである東北福祉大学せんだんホスピタルや就労移行支援事業を展開する NPO 法人の協力を得て、必要なスタッフを確保し、連携体制を築いてきた。

研究へのリクルートは、認知機能スクリーニングを踏まえて 10 名の対象者を確保でき、RCT で各 5 名を対照群と介入群とに割付を行った。対照群のうち 1 名は脱落となったが、他の対照群対象者のリンケージは順調に推移し、介入群への認知リハビリテーションも試行錯誤のなか、グループとしての関わりを活かしながら、就労意欲を維持して 4 月以降の個別就労支援を迎えようとしている。

### A. 研究地区の背景

分担研究者が所属する東北福祉大学は、2008 年 6 月に新規に附属の単科精神科病院を開院した。これは一見、入院中心から地域生活中心の精神保健福祉施策の動きに反しているかのように見える。しかし、宮城県内では、それまで多くの措置入院患者を県内の精神科病院に収容できず、患者は岩手県や山形県の病院に流れていた。一方、県内の病院協会が休日日中の輪番制をとっているものの実態は形骸化しており、救急患者の受け入れは県立精神医療センター一極集中になっているのが実情である。そのような状況で急性期医療の充実や急性期ベッドの回転率を上げ重症精神障害者の地域定着を促進する ACT を採り入れた新しいタイプの精神科病院を新設することは決して意味のないことではないと思われる。同時に、東北地方ではこれまで児童・思春期専門病棟がなかった。以上述べてきたように、今回の就労支援プログラムのフィールドとなった東北福祉大学せんだんホスピタルは、これまで東北地方に

はなかった新しい特徴をもった病院である（表 1）。

一方、自立支援法施行以後、仙台市内にも数多くの就労移行支援事業所などが設立されたが、その多くは伝統的な職業準備性を重視したプログラムをベースにしている。今回の研究で介入群の就労支援を担当する NPO 法人スイッチ仙台は、仙台市内で初めて明確に IPS 志向の就労支援モデルを打ち出した専門機関であり、研究協力を依頼することとなった。

### B. 臨床実施体制の構築に向けた準備

まず介入群に対する支援であるが、今回の就労支援モデルにおいて、主に利用者の生活支援にかかわるケースマネジャー (CM) と、就労支援に専門的にかかわるスタッフ (ES) を確保した。仙台地区では、認知リハビリテーションは CM を中心とし、これを東北福祉大学の院生が補助する形にした。週 1 回木曜日午後の言語グループには、今後の関係作りも兼ねて ES も参加するようにした。

介入群の臨床サービスに関しては、当初せんだんホスピタルで認知リハビリテーションを提供し、その後の支援はJR仙台駅前でアクセスの良いスイッチ仙台をベースとして行っていくことになる。そのため、スタッフの動きも24年3月まではCMがせんだんホスピタルに常駐する形で、ESも必要に応じてホスピタルに来院する形で介入群対象者の支援を行った。

一方、対照群への臨床サービスは、研究デザインにあるように、リンケージ型の就労支援的ケアマネジメントを、せんだんホスピタル地域連携室のPSWが担うこととした。

介入群、対照群とも必要な心理検査の調整と実施は、せんだんホスピタル地域連携室のスタッフと臨床心理士が連携して、必要に応じて大学院生の協力を得て行った。医師が評定する尺度については、最終的に主治医がチェックする体制とした。

対象者のリクルートに関しては、23年11月1日よりポスター掲示を行い、表2に示すように段階的に説明会を行い、研究への参加に同意された者に対しては認知機能のスクリーニング検査を実施し、最終的に対象者が10名に到達した時点で研究班事務局に連絡し、RCTのための割付を依頼した。結果として、図1で示したスケジュールで二群の心理検査、インタビュー、就労支援が進められた。表3、表4に二群計10名の主要なベースラインのデータを示した。

#### C. 現在構築されている臨床体制

現在の対照群、介入群に対する支援体制のイメージを図2に現した。次に、各群への関わりについて解説を加えていく。

対照群の特徴と支援の概要は、表5、表6に示した。残念なことに1名が心理検査の中途段階で不参加（同意撤回）の意思を表明し、脱落となった。これは、幻覚妄想状態に左右された結果として家族と同居することが難しくなり、就労支援よりも転居に関する準備を優先させなければいけなくなった事情によるところが大きいと思われた。他の4名については、それぞれ就労支援機関

へのリンケージが早期の段階で終了している。

介入群5名のかかわりについて、プログラムへの参加状況を表7に、それぞれの事例ごとのかかわりを表8～表17に示した。それぞれ特徴をもった利用者に対して、就労への焦りやクライシス、スタッフへの被害念慮などありながらも一定の出席率を上げ、体調不良で欠席した場合は振り替えを行うなどして、なんとか認知リハビリテーションのステージは終了段階に至ったところである。①言語グループに限らず、CMが毎回グループを意識した働きかけを行っていること、②家族支援や時には生活の場でのかかわりを意識した支援を行っていること、③それぞれ多忙なESや主治医、そして図2では明示されていない就労支援チーム担当医師（分担研究者にあたる）との情報共有をこまめに行っていることが、現在1人の脱落者を出すことなく経過している要因かもしれない。

#### D. 今後の課題と考察

今後のゴールとなる臨床体制に関して言及すると、ゆくゆくは研究とは離れた段階で、IPSユニットとしての就労移行訓練事業所と当院ACTないし地域連携室が結びついた形でのIPS志向の臨床実践を展開することは可能であろうと思われる。しかしながら、今回の研究の枠組みとしては、これ以上の人員増加は見込めないため、図2で示した以上の新たなゴールを設定することは難しいと考えている。24年4月以降の課題としては、支援のベースが病院から街中のNPO法人に移るため、事業所が総体としてどれくらい対象者のサポートができるか、また、病院と物理的な離れたところでESやCMが主治医や就労支援担当医とどこまで密接に情報共有できるか、が大切なポイントになるものと思われる。何かあつての連絡だけでなく、定期的なレビューを行えるような仕組みを意識して作っていく必要がある。

## E. 結論

23年度は、認知リハビリテーションと個別就労支援を複合したモデルを実践するべく、医療機関やNPO法人の協力を得て、必要なスタッフを確保し、連携体制を築いてきた。

研究へのリクルートは認知機能スクリーニングを踏まえて10名確保でき、うち1名は脱落となったが、その後は対照群のリンケージも順調に推移し、介入群への認知リハビリテーションも試行錯誤のなか、グループとしての関わりを活かしながら、就労意欲を維持して4月以降の個別就労支援を迎えようとしている。

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（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

## 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 対象者のリクルート

- ①東北福祉大学せんだんホスピタル通院中
- ②年齢20歳～45歳
- ③仙台市近隣に在住
- ④ICD-10でF2またはF3

	応募	説明会参加	同意	スクリーニング結果	
				対象	非対象
11/1掲示⇒11/14説明会	7名	7名	4名	4名	
11/18掲示⇒11/28説明会	13名	12名	8名	5名	3名
事後応募(12/8)	1名	1名	1名	1名	

最終的に計10名に！！

表3 ベースライン・データ(1)

		PANSS				HAM-D	LASMI	
		陽性尺度	陰性尺度	総合精神病理	計		対人関係	労働
対照群	A	7	10	23	40	-	18	19
	B	18	14	36	68	-	27	24
	C	24	19	35	78	-	-	-
	D	-	-	-	-	4	17	13
	E	17	20	33	70	-	18	17
介入群	F	23	24	41	88	-	27	23
	G	15	17	36	68	-	26	17
	H	7	12	27	46	-	19	16
	I	20	12	33	65	-	23	16
	J	17	22	34	73	-	27	22

表4 ベースライン・データ(2)

		JART			BACS						
		全	(言語性 / 動作性)		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
			意味流暢性	文字流暢性							
対照群	A	91	91	93	41	17	18	27	68	45	11
	B	113	116	109	31	17	19	20	64	27	18
	C	102	103	101	19	17	17	13	84	63	12
	D	94	94	95	38	14	24	19	92	47	17
	E	107	108	104	21	15	11	18	62	58	13
介入群	F	102	103	101	48	20	18	17	80	48	19
	G	112	114	108	25	15	13	15	72	57	19
	H	89	88	92	38	15	18	6	56	55	18
	I	107	108	104	41	15	19	17	94	56	17
	J	102	103	101	40	15	16	16	56	53	14

## 表5 対照群の属性

- 研究にエントリーし、スクリーニングを経て、対照群に振り分けられた者5名
- 性別: 全員男性
- 平均年齢: 39歳
- 診断: F2 4名  
F3 1名
- 1名が離脱

## 表6 対照群への支援

- インテーク面接を実施し、本人のニーズを達成するために適した専門機関に連結
- 面接実施回数 各利用者に月1回ペース
- 面接内容
  - ニーズ・アセスメント
  - 職歴
  - 生活リズム
  - 現病歴と対処法など
- 紹介先 3ヶ所
  - 就労移行支援事業所 1名(適職検討のため)
  - 障害者就労支援センター 2名(求人情報の入手支援・入手後の相談のため)
  - 障害者職業センター 1名(資格取得にむけた相談機能・取得後の求職支援)



表7 認知リハビリ日程表					2012/3/16現在				
					認知リハの出席率				
					95%	70%	100%	90%	80%
日付	曜日	回数	時間		B-は-101	B-は-102	B-は-103	B-は-104	B-は-105
			13:30~14:30.	14:40~15:40					
1月5日	木	1回	認知リハビリ		○	○	○	○	○
1月12日	木	2回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆	私用	☆
1月16日	月	3回	認知リハビリ		○	○	○	○	○
1月19日	木	4回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆	☆	☆
1月23日	月	5回	認知リハビリ		○	○	○	○	○
1月26日	木	6回	認知リハビリ	グループワーク	☆	体調不良	☆	☆	☆
1月30日	月	7回	認知リハビリ		○	○	○	○	○
2月2日	木	8回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆	☆	雪
2月6日	月	9回	認知リハビリ		○	○	○	○	○
2月9日	木	10回	認知リハビリ	グループワーク	☆	☆	☆	☆	☆
2月13日	月	11回	認知リハビリ		○	○	○	○	○
2月16日	木	12回	認知リハビリ	グループワーク	体調不良	体調不良	☆	☆	○
2月20日	月	13回	認知リハビリ		○	○	○	○	○
2月23日	木	14回	認知リハビリ	グループワーク	☆	体調不良	☆	☆	私用
2月27日	月	15回	認知リハビリ		○	インフルエンザ	○	私用	○
3月1日	木	16回	認知リハビリ	グループワーク	☆	インフルエンザ	☆	☆	私用
3月5日	月	17回	認知リハビリ		○	○	○	雪	雪
3月8日	木	18回	認知リハビリ	グループワーク	☆	体調不良	☆	☆	☆
3月12日	月	19回	認知リハビリ		○	体調不良	○	○	私用
3月15日	木	20回	認知リハビリ	グループワーク	☆	体調不良	☆	☆	☆
振替					0	2	0	1	1

## 表8 Aさん(1)

男性 30代 統合失調症  
得意なゲーム: 英数字を結ぶ

### 1～4回目

時間内に設問が終わらずに焦っている。設問に対してはよく問題を読み、丁寧に取り組んでいる。焦らず、丁寧に行っていくよう声掛けを行う。

### 4～8回目

ご自身でペース配分を考えて実施している様子⇒あまり時間に捉われると回答に乱れが出てきている。

### 9回目

設問取組中に体調不良の為、30分休憩を入れる⇒帰宅に対しても不安の訴えあり、CMと一緒に帰宅する事にすると、バス停にて表情明るく「落ち着きました」と話し、一人で帰宅。

## 表9 Aさん(2)

### 10回目～14回目

記号探し等の細かいものを集中してみる作業に対し、集中し過ぎてしまい涙を流される姿あり。声掛けにて改善。

### 11回目～16回目

設問の結果に左右されることなく、ご自身のペースで取り組まれるようになってきている。

### 17回目～20回目

ご自身から4月以降の活動について、具体的に発言される姿が見られている。設問に対する回答の精度も安定して上昇している。

### 現在

引き続き早く来院する(2時間前)ものの、ご自身なりに体を休ませたりするなど調子を崩さずに時間を使えている様子。4月からの事業所見学や手続きなども早急に済ませるなど、意欲的な様子がみられている。認知リハビリでは、適度な集中ができるようになってきており、全体的な点数も上昇傾向。

## 表10 Bさん(1)

女性 30代 統合失調症  
得意なゲーム:迷路

### 1～5回目

設問に対してのスピードは速く、20分程度で設問を終わらせて、残りの時間を持って余している。過去の設問を再度行ってみても良いことを伝えるも、拒否的な姿勢。

5回目には、体調がすぐれないと話し、立ち上がったたり、横になったりと落ち着かない様子。時間内に設問が終わらずに焦っている。焦らず、丁寧に行っていくよう声掛けを行う。

### 6回目

体調不良の為、「布団から出られなくなってしまった。今日はお休みさせてほしい」との電話あり。欠席を了承し、しっかり休むよう促すも、自身で街へ出かけ、夕方に街中でパニックになったと救急車を呼び、当院を時間外受診 ⇒ 受診後落ち着いて帰宅

### 1月〇日

訪問し、自身で落ち着いたと思うまでは無理して認知リハを受けなくても良いこと、主治医からの伝言を伝える。

## 表11 Bさん(2)

### 7～10回目

急に楽になったとの事で来院され、認知リハに取り組む。言語グループでの他者の意見を取り入れて、設問に望む姿が見られており、認知リハ、言語グループに対して積極的に参加するようになってきている。

### 10回～20回

インフルエンザ等も重なり、調子の抑揚がみられ、休みがちになっている。その中でも「仕事をしたい」、「プログラムを続けたい」という意思是変わらず、欠席分は「振替をして補っていきたい」と話されている。

### 現状

調子を崩し、休みがちになっている。自暴自棄になっている様子も見られるが、定期的に連絡は頂いており、就労プログラムに戻れるように徐々に落ち着いてきている。今後もプログラムに参加していきたいと話されている。就労へのモチベーションが症状から脱するきっかけの一つになっているとのことであった。

## 表12 Cさん(1)

男性 40代 統合失調症  
得意なゲーム:UFO・検品係り

### 1～6回目

PCを使い慣れないため、操作がぎこちない。設問に対しては、じっくりと問題を読み、ご自身のペースで取り組まれている。傷病手当金が切れた後の収入に対して相談あり。

⇒ 失業保険を受給する事に

### 7～9回目

変わらずご自身のペースで取り組まれている。周囲に体調不良者がいる事で、少し不安に思うことがあると話されている。

### 10回目～16回目

他者の体調不良が落ち着いてきたこともあり、ご自身も落ち着いて設問に取り組まれている。PC操作にも慣れてきており、楽しみながら参加できている様子。言語グループでも、他者へのアドバイスなど具体的に話をされている。

## 表13 Cさん(2)

### 17回～19回

時々、スタッフに声を掛けられずに分からない所を抱え込んでしまう姿が見られる。出来るだけご自身で解決しようとする姿が見られているが、手段としてスタッフに聞く方法もあるということ共有する。

### 20回

落ち着いて取り組まれている。言語グループでの目標設定も現実的であり、現在欠席もなく毎回通えている事が、ご自身でも強みと感じられている様子。

### 現在

全体的に落ち着いており、現実的な見通しを立てたり、客観的にご自身の事を考える事ができている。就労移行支援への手続きなども一人で行えている。

## 表14 Dさん(1) 女性 41歳 統合失調症

得意なゲーム:秤とおもり・カレンダー

### 1～6回目

PCに不慣れな様子。設問に対し、慎重に取り組まれている。徐々に就労への焦りが強くなり、「認知リハビリに取組むのが辛い」と話される。

### 7～8回目

主治医と相談をし、「認知リハを継続し、体力面も含めてリハビリをしてから就職していきたい」と方向転換したとの事で、落ち着いて取り組まれている。

### 9～10回目

スタッフの一人に対し、被害的になっている姿が見られる。本人と話をする、ご自身でも被害的になっていたことを自覚している。家族からも被害的になっていることを指摘されたとの事。

### 11回～14回

特定のスタッフに対し陰性感情を抱いてしまい、生活が左右される場面が見られる事があったが、疑問に思ったことはその場で解決し、被害的にならないようご自身でコントロールしようとされる姿が見られている。

## 表15 Dさん(2) 女性 41歳 統合失調症

得意なゲーム:秤とおもり・カレンダー

### 15回～17回

ご自身でPCの勉強を始めたが、テキストの内容が多すぎて焦ってしまった事を話される。認知リハビリでも苦手な設問に積極的に取り組まれるも、取り乱してしまう事があったが、徐々に周囲の人に聞くなどしながら、落ち着いて取り組む様子がみられている。

### 18回～20回

「認知リハに参加する事で体力が付いた」「人に対してのストレスが減った」「生活が楽になってきた」と話されている(適度に脱力できている印象)。

### 現在

猜疑心が強く、被害的な妄想を抱きやすい状況にあるが、疑問点を質問したりするなど、徐々に被害的にならないように考えて行動することができてきた様子。また、ご自宅でもPCの勉強を始めるなど、就職に対しても前向きな様子。

**表16 Eさん(1) 男性 23歳 統合失調症**  
得意なゲーム:UFO・記号さがし

1～6回目

認知リハに対して、「問題が幼稚すぎる」「シンプル過ぎる」との訴えあり。

また、ご本人からは、「家族に就職を急かされている」との話がある。しかし、訪問などによって家族と話をする、ご自身が就職していないことに劣等感を強く持っており、焦っているようだとの情報がはいる。

⇒ 家族としては、あまり焦らず、じっくりと仕事を選んでほしいと思っているようだ。

6～10回目

何度かの言語グループを通じて他者の意見を聞きながら、設問に対して徐々に真剣に向き合ってきている様子が伺える。言語グループでの発言や、他者へのコミュニケーションも、徐々に積極的になってきている。しかし、就職に対しての焦りは持続している。

**表17 Eさん(2)**

男性 23歳 統合失調症  
得意なゲーム:UFO・記号さがし

11回～15回

休みがちではあるものの、認知リハ実施時の集中力はかなり高い。また、スタッフに対しても、適宜質問などできるようになっている。言語グループでの発言も増えてきており、全体的に表情も明るくなっている印象。

16回～20回

認知リハビリ自体は時間、得点ともに高水準ではあるが、ご自身の焦りもあってか、今一つ手応えを感じられずにいる様子。話題を変える事で、趣味の話などを他者にも発信できるようになるなど、コミュニケーションのスキルは、認知リハビリ、言語グループを通して上昇している印象がある。

現在

自宅が病院から離れているため、雪などの悪天候時に参加できないことがある。また、私用のために参加できないことはあるが、振替を依頼してくるなど、前向きに取り組まれている。就職に対しての焦りは持続しており、まずは小目標を設定し、ひとつずつクリアしていけるよう支援中である。

図1 RCT(無作為割付)

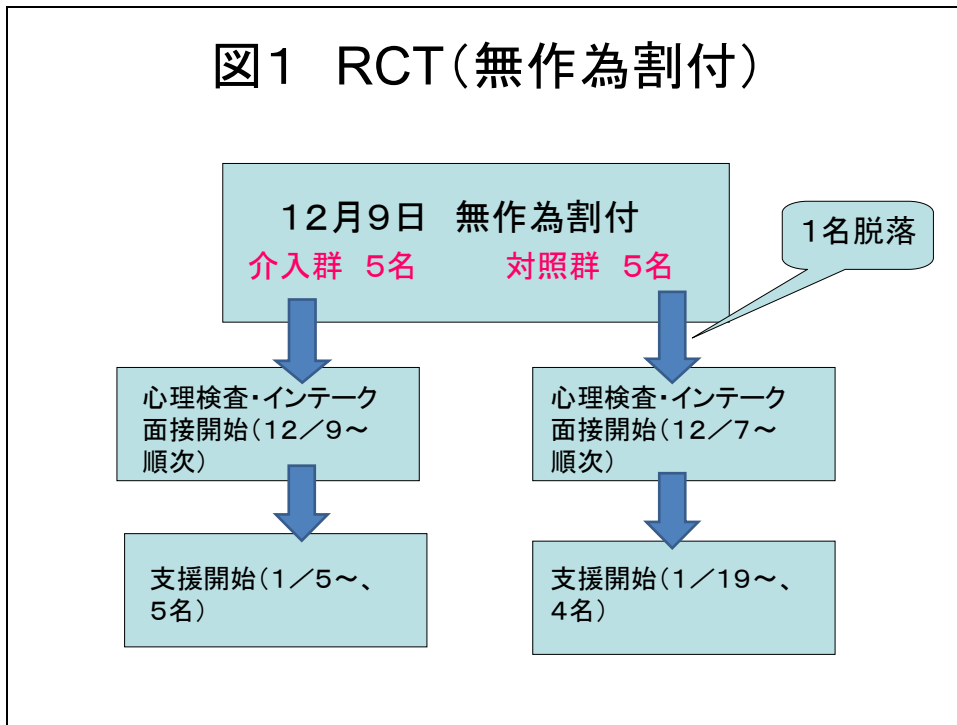
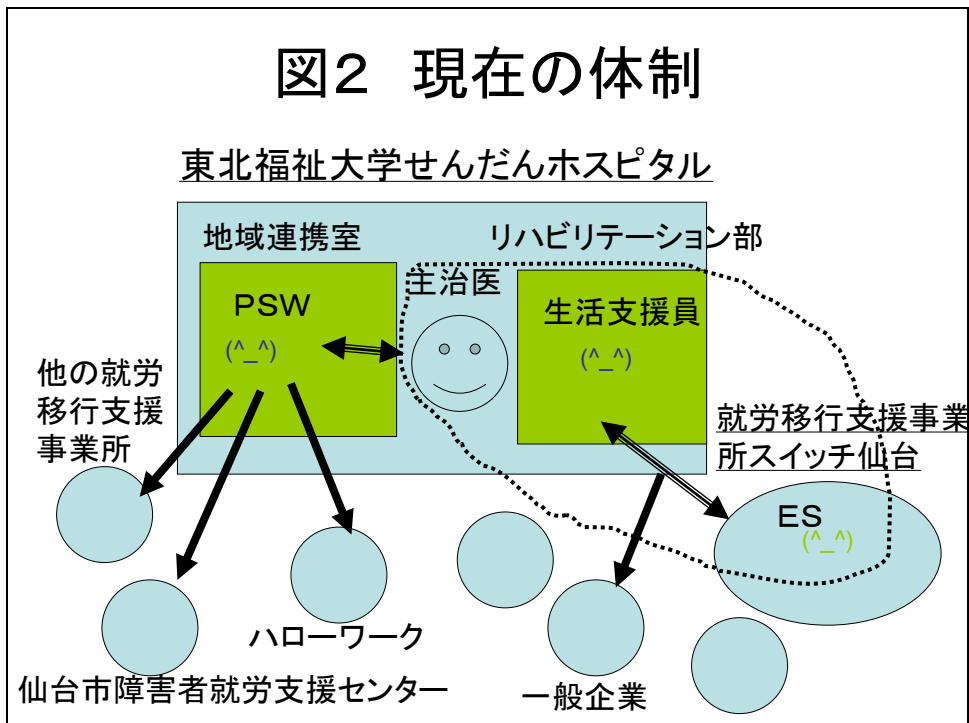


図2 現在の体制



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—地域生活サポートチーム

研究分担者 池淵恵美<sup>1)</sup>

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

要旨

2010年に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結果で、医療機関を基盤にしたさまざまな生活支援が必要であることが明確になった。それをもとに本研究の初年度にあたる平成23年度は精神科外来にケアマネジメントを中核とする、多職種よりなる生活支援サポートチームを創設し、アウトリーチを含むサービスを開始した。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。

A. 研究の背景

1. 精神障害を持つ人の地域生活の現状—自記式アンケートの結果から

(1) どのような調査が行われたか

精神障害を持つ人の地域生活の現状を把握するために、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。具体的には、人口分布に応じ都道府県別に対象となる家族会を無作為抽出し、調査票を郵送。定例会などで、当日参加した会員の中であいうえお順に名前の早い人5人にアンケート票を直接配布した。そのうち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。

(2) 調査結果の概要

【患者さんの背景】

- 30代・40代の方がそれぞれ30%以上を占め、平均年齢は42.9歳。男女比は男性が65%を占める。

【通院状況】

- 多くの患者さんは10代・20代に発症しており、平均発症年齢は22.4歳
- 発症から初診までの期間は、1ヶ月以内に受診しているのはわずか24%。
- 多くの患者さんは1ヶ月～半年以内に受診しているが、一方で1年以上かかってから受診する患者さんも28%近く存在する。
- 家族会会員へのアンケートということもあり、ほぼ全員(95%)は病名を認知しており、そのうち82%の患者さんが統合失調症である。

【生活状況】

- 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%。
- 特定のパートナーとの同棲経験があるのは16%。未経験の患者さんにおいて、将来的には経験したいと思っているのは半数程度。
- 82%は定期的な収入があり、その主たる収入源は年金である(手帳取得率は85%)。平均月収は7.5万円。

#### 【現在の症状】

- 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や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。

#### 【治療状況】

- 88%が薬物治療を、78%が入院生活を経験しているが、いずれに対する満足度もあまり高くない。
- 一方で、満足度が高いのは、仲間同士の話し合いや作業所。
- 入院回数については、最頻回答は2~4回となっているものの、合計期間は1年未満という患者さんが48%を占め、1回ごとの入院期間は比較的短い。
- 68%の患者さんが再発を経験しており、平均再発回数は4.9回。

#### (3) 調査結果から見えてくるもの

- ・まだ早期発見・早期治療が遅れている。
- ・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。

・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、多くの人が2回以上の再発を経験していることから、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。

・医師の診察だけでなく、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、心理士などの複数の専門家がチームとして、地域で生活している人を支援する仕組みを作っていくべき。

以上の結果から、次に述べる地域生活サポートチームの構想が生まれた。

#### B. 地域生活サポートチームの構想

##### (1) サポートチームの基本的な前提

・当事者・家族と連携し、そのリカバリー(回復)を支援することが目標である。

・個人支援の専門家(personal support specialist<sup>1)</sup>、PSS)が基軸となる。

・縦断的支援(人生の支援)と横断的支援(入院、外来、デイケア、アウトリーチ)を行う

・当事者・家族の希望・価値観を重視して、社会的能力のアセスメントに基づいた支援を行う

・回復のプロセスに応じて、エビデンスのある心理社会的プログラムを提供する。ただしニーズに応じた包括的支援を優先し、定式化したプログラムを厳密に行うことにはこだわらない。

・回復のモデルとなりまた支え手ともなる、当事者・家族の仲間づくりを支援する。

・地域のさまざまなサービスと連携し、自己完結しない。

##### (2) 多職種チームの構造

包括的・継続的なりカバリー支援を保障する

治療構造が必要である。具体的には PSS が所属する多職種協働チーム（生活支援サポートチーム）で、入院、デイケア、アウトリーチ、就労支援などと有機的に連携しながら、さまざまな心理社会的支援を提供する。家族は重要な治療のパートナーとして考える。

生活支援サポートチームの中で、心理社会的治療計画の策定を患者ごとに行う。この治療計画は回復過程にそって節目ごとになされるべきで、同時に治療の進行や治療チームの状態についての監査機能（定期的なケースカンファレンス、治療集団全体の管理運営会議、患者全体についての治療計画に沿った統括的な検討会議、家族や患者の意見を反映させるシステムなど）によって、有効かつ継続的な機能を担保する。

### （3）多職種チームの基本理念

多職種チームで共有する基本理念は、リカバリー（回復）と人生の生きがいを支援することである。リカバリーは、障害があっても、その人それぞれの豊かな人生を送ることを目指すプロセスであり、ゴールでもある。しかし、治療の困難が予想される重い障害を持っている人でも、また自身の障害を否認している人であっても、その人なりの回復があることを信じることは、いうはたやすいが実際には難しい。リカバリーは短期間では起こらないし、治療効果のあるプログラムに参加すれば進展するという単眼的なものでもないからである。

リカバリーを支援しようとするとき、どのような「場」でそれが行われるのか、ということは本質的な問題である。たとえば閉鎖的な治療環境で、支援する側とされる側との間に明確なヒエラルキーが存在するような場においては、リカバリーの考え方は空念仏になってしまうだろう。「場」の条件は3つある。主体的な生活の場が確保されていること、本人が自分の力で選んでいくことを保証する人生の選択肢が豊富に準備されていること、仲間集団があり、リカバリーのモデルの存在にふれることか出来ること、である。

（4）多職種チームに求められる心理社会的治療の技術

- ・自ら意思決定することを援助し、当事者が主体となるための技術
- ・継続的に回復を支援していくために援助関係を確保する技術
- ・精神障害についての見通しを得るための心理教育
- ・不安・苦痛・絶望や、症状に対処していくツールとしての認知行動療法
- ・仲間をはぐくむ技術
- ・生きがい・人生を支援するケアマネジメントなどの技術
- ・ほかの治療システムと連携する技術

### （5）デイケアの果たす役割

基本プログラムとして、家族心理教育、作業療法、心理教育、認知行動療法およびSST、レクリエーション活動などがある。これらは多く集団で行われる。何らかの集団に属してその中で役割を果たすことで社会生活は行われるので、集団場面での機能回復が必要であるし、そうした場面がないと社会的機能のアセスメントも難しい。また仲間から受けるサポートや、仲間から学ぶ観察学習も、回復にあたってきわめて役立つ。入院病棟やデイケアなど、暖かく保護的であると同時に、機能回復に役立ついろいろな役割が用意されている治療的集団がこうしたことに役立つ。周りに回復していく人がいるのか、つまり集団が次のステップに向かって開かれているのかどうかは、治療の場の有用性を左右する。

デイケアは社会生活の目標を見失っている人や、集団での役割機能が低下している人や、再発脆弱性や持続症状などのある人たちのために、よい回復の場を提供する。したがって、デイケア、アウトリーチサービス、就労支援は地域生活サポートにおける中核的な「場」である。

### C. 現在構築されている臨床体制

#### (1) 地域生活支援が必要な人へのアウトリーチを含むケアマネジメントサービス

これまで述べてきたことから、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りつつある。

#### 1) ケアマネジメントサービスの対象者

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、表1の基準を満たすものを対象群の候補として選出した。表1でわかるとおり、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、通院時間が1時間以内であり、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。

#### 2) サービス開始後の外来初診患者の実態調査

2011年11月の1ヶ月間の予備調査では、外来初診患者が52名あった。

・そのうち23名が想定地域外（板橋区・北区以

外）であった。

・15歳以上65歳未満の基準を満たさないものが52名中7名あった。

・主診断における除外規定に該当するものが、52名中29名あった。

以上の除外基準からのこったものについて生活支援の必要性を評価し、カットオフポイント4点以上が3名であった。

2011年12月1日から本試行を開始しているが、その結果についてはまた改めて報告する予定である。

#### 3) サービスの実際

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名となっており、2012年3月からさらに精神保健福祉士が1名加わり、5名のチームで行う予定である。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ていく予定である。実際の支援の状況については、また改めて報告する予定である。

### D. 今後のゴールとなる臨床体制及び今後の課題

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（図1）。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。

#### E. 結論

全国規模での、精神障害者の地域生活の実態調査をもとに、医療機関を基盤にしたさまざまな生活支援が必要であることが明確になった。それをもとに総合病院精神科外来に、ケアマネジメントを中核とする、多職種よりなる生活支援サポートチームを創設し、アウトリーチを含むサービスを開始した。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

池淵恵美:モデルプログラムとそれを支えるスタッフ研修の提案。第107回日本精神神経学会シンポジウム「医療機関で求められる心理社会的治療—モデルプログラムの提案」特集。精神神経学雑誌（印刷中）

##### 2. 学会発表

池淵恵美:モデルプログラムとそれを支えるスタッフ研修の提案。第107回日本精神神経学会シンポジウム「医療機関で求められる心理社会的治療—モデルプログラムの提案」、平成23年10月、東京

#### 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

#### 文 献

1) Liberman, R.P.（西園昌久総監修、池淵恵美監訳、SST普及協会訳）：精神障害と回復—リバーマンのリハビリテーションマニュアル。星和書店、東京、2011

図 1

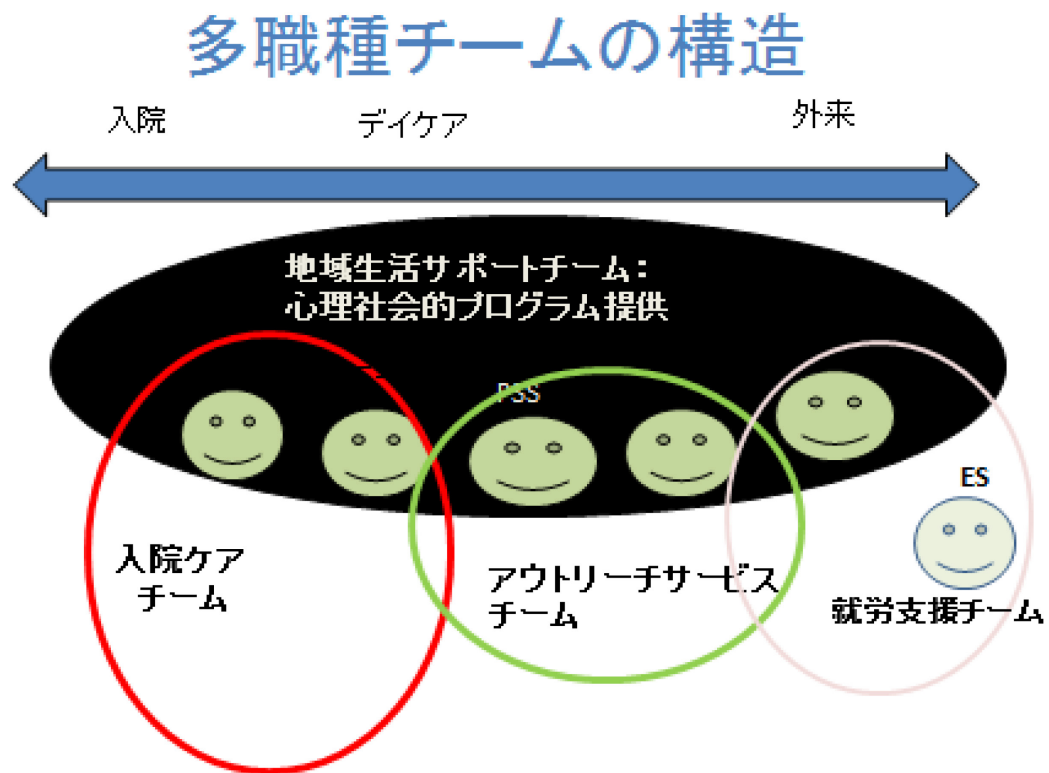


表 1

外来スクリーニング票		記入日: 2011年 月 日		記入者		
【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 日	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

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

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<sup>1)</sup>

研究協力者 初瀬記史<sup>1)</sup>、稲垣晃子<sup>2)</sup>、納戸昌子<sup>1)</sup>、吉田久恵<sup>1)</sup>、條川佐和<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

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。障害の改善と代償を目指す認知機能リハビリテーションの特性を利用して、就労支援に活用する研究が報告され、成果をあげている。本研究においては伊藤班のプロトコルに従い、認知機能リハビリテーションを含む援助付き雇用システムと、従来型の就労支援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。今後3年間でエビデンスを蓄積し、精神科外来における望ましい就労支援サービスを構築することが目標である。

#### A. 研究の背景

##### 1) 認知機能障害に基づく社会生活の障害

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 neurotherapeutics<sup>1)</sup>を開発する試みが提唱されるようになってきている。

しかし社会生活の障害には以下の特徴があるために、シンプルな認知機能への介入だけではなく、包括的なリハビリテーションサービスが必要となる。

・社会生活の障害は広範で、周囲への関心の乏しさや感情の平板化などもしばしばみられるので、まずは関心の持てること、できること、得意なことから課題を設定するほうがうまくいく。その延長線上で、どう「生きがい」につながるやりがい

を創出できるかが重要。

・環境への介入、ことに周りに支える人がいること、すなわち人的資源が重要である。「障害を持ちつつ満足と意義のある生活が可能環境」は、そこで生きることによって障害の重みを減らし、治療の必要性を減少させる。

・個体差が大きいので、個別のアセスメントが重要である。

・神経認知機能だけではなく、自己認識や社会的認知の障害も視野に入れて介入する。

・学習障害があるために、新たな社会生活のスキル獲得には工夫を要する。

・ストレス脆弱性があるので、悪化の誘因に対処できる練習や、症状悪化への気づきを高める練習や、悪化に至る生活パターンへの洞察などを同時に進めていくことが必要。

## 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。後者は身体障害のある人に対するバリアフリー住宅を想像いただければわかりやすいが、例えば記憶障害のある人に対し、手掛かりを与える装置やサポートする人などを環境に配置する工夫である。認知機能の改善にあたっては、認知行動療法の技法や、誤り無し学習 (errorless learning) などによって、遂行機能などの個々の認知機能の改善を目指す。Wykesら<sup>2)</sup>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。

トレーニングを日常生活に結び付けていくための工夫としてContextualization (日常生活と練習課題を結びつける)や、Personalization (個人の目標や興味や、価値をおいていることがらと関連付ける)を常に意識しながら、援助を行う。一般化をサポートするために、たとえば生活施設のスタッフやジョブコーチなど、生活場面で支援するスタッフとも連携する工夫を行う。認知機能リハビリテーションで習得した実施方略を一般化していくための活動は、Bridgingなどと呼ばれ、グループで行われることもある。

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、認知機能をキーワードとして実施しやすい。

- ・ 課題達成への道筋が明確で、成功・失敗がはっきりしているため、本人の特徴がみえやすい (メタ認知の獲得がしやすい)。

以上のような認知機能リハビリテーションの特性を利用して、就労支援に活用する研究が報告され、成果をあげている<sup>3)</sup>。認知機能の改善がゴールではなく、当事者の生活目標の達成が目的であるから、「何のために行うか」が重要である。働くことは多くの人たちが希望しながら、障碍に妨げられて実現しないことも多いため、専門的な支援が必要な事柄である。そしてこれらの障碍の一部は神経認知機能障害に拠っていると考えられるため、認知機能リハビリテーションと、援助付き雇用など適切な場を早期に提供してその場での支援を行うすぐれた就労支援システムを組み合わせることで、成果を上げることが期待できる。実際にWexlerら<sup>4)</sup>の先行研究でも、就労を維持することに役立っていることが報告されている。本研究はこうした先行研究をもとに、わが国に新たな就労支援システムを取り入れる試みである。

## B. 臨床実施体制の構築

### 1) 今回の研究の対象者および実施方法

伊藤班のプロトコルに沿って行っている。外来主治医に呼びかけを行ってもらい推薦を得た人への説明会を行い、帝京大学医学部倫理委員会承認の説明書に基づいて説明し、同意書への署名を得た人に、さらにBACS-Jによる認知機能評価を行い、認知機能障害が認められる人のみを今回の



対象者とした。その後班研究の中央サイトにより無作為割り付けが行なわれた。

## 2) 実施経過

2011年10月より外来でのリクルートを開始し、上記の手続きをすすめて、8名の研究参加者を得た。無作為割り付けの結果コントロール群となった1名が、「認知機能リハビリテーションを行いたかった」との理由から、研究から脱落した。

介入群（統合失調症3名、双極2型障害1名）については、作業療法士3名および精神科医1名による介入チームにより、それぞれの対象者の受け持ちを決め11月よりインテーク面接を開始した。12月よりパソコンによるトレーニングおよび言語グループが開始され、2012年2月には終了の予定である。現在まで脱落者はなく順調に進行している。

コントロール群は保健師1名がインテーク面接を実施し、その後外来日に合わせて定期的な月1回の面接を実施する予定である。

実施の詳しい経過についてはまた改めて報告する予定である。

## C. 今後のゴールとなる臨床体制

すでに本報告書の別項（地域生活サポートチーム）で述べたように、外来に通院中の多くの重い持続的な精神障害を持つ人たちは、生活の質が貧しく、親のもとで生活し、医療や福祉に多くの不満を持っている。帝京大学付属病院メンタルヘルス科では25年間よりデイケアを実施し、多くの人たちを就労や就学など社会参加の方向へと後押ししてきた実績がある。そして障害者雇用制度の促進に伴って、一般就労できる人が増えており、また4年前より認知機能リハビリテーションに取り組んでいる。しかしデイケアでのリハビリテーションが適応と考えられるが、障害認識が不十分などの理由で参加を希望しない人も一定の割合で存在し、また経済的な理由や障害の軽さなどから、早い段階からの就労支援を希望する人も多

い。そこでそうした、外来に通院して就労支援を希望し、さらに医療機関で障害認識や就労スキルのトレーニングなどの支援が必要な、一定程度の認知機能障害や日常生活の障害がある人に対して、就労支援システムを立ち上げることが本研究の目標となっている。具体的には図1に示すような人たちに対して、認知機能リハビリテーションや認知行動療法などによって、自己の障害を知って対応することが可能なように支援するとともに、SSTや就労講座などにより、仕事に就くための基礎知識とスキルを提供したうえで、ハローワークや就労支援機関と連携して、職場開拓と仕事の維持を支援していくことになる。より障害が重く、対人関係をはじめとしたリハビリテーションが必要な人には、デイケア利用を勧め、逆に障害が軽い人たちに対しては就労支援機関などへのあっせんを行う、外来でのケアマネジメント機能もまた、今後整備が必要と考えている。

## D. 今後の課題と考察

これまで述べてきたような体制を精神科外来で整備するためには、まずはこうしたサポート体制が、生家族質やサービスへの満足度、そして社会的予後を改善するかどうかについて明確なエビデンスを出すことができ、それに基づいて診療報酬の裏付けができ、一般の医療機関でも人の整備が可能となる必要がある。本研究ではこの点を課題としたいと考えている。

## E. 結論

生活支援サポートチームの機能の一つとして、認知機能リハビリテーションを含む就労支援サービスを立ち上げた。今年度はこのサービスが、一般的な就労支援よりも効果があるかどうかを研修するために、無作為割り付け統制研究を開始した。来年度以後もこの研究を進め、データを蓄積し、精神科外来でのあるべき医療サービスについて検討していく。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

池淵恵美:統合失調症の認知機能リハビリテーション

ン。神経心理学、26:196-203, 2011

池淵恵美:モデルプログラムとそれを支えるスタッフ研修の提案。第107回日本精神神経学会シンポジウム「医療機関で求められる心理社会的治療—モデルプログラムの提案」特集。精神神経学雑誌(印刷中)

2. 学会発表

池淵恵美:皆が共に働ける社会へ。社会精神医学会大会、奈良、平成23年3月

池淵恵美:モデルプログラムとそれを支えるスタッフ研修の提案。第107回日本精神神経学会シンポジウム「医療機関で求められる心理社会的治療—モデルプログラムの提案」、平成23年10月、東京

池淵恵美:認知機能リハビリテーション。行動療法学会研修会、東京、平成23年11月

池淵恵美:就労支援と認知機能リハビリテーション。SST普及協会学術集会、長崎、平成23年12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 なし

文献

1) Liberman, R.P. (西園昌久総監修、池淵恵美監訳、SST普及協会訳): 精神障害と回復—リバーマンのリハビリテーションマニュアル。星和書店、東京、2011

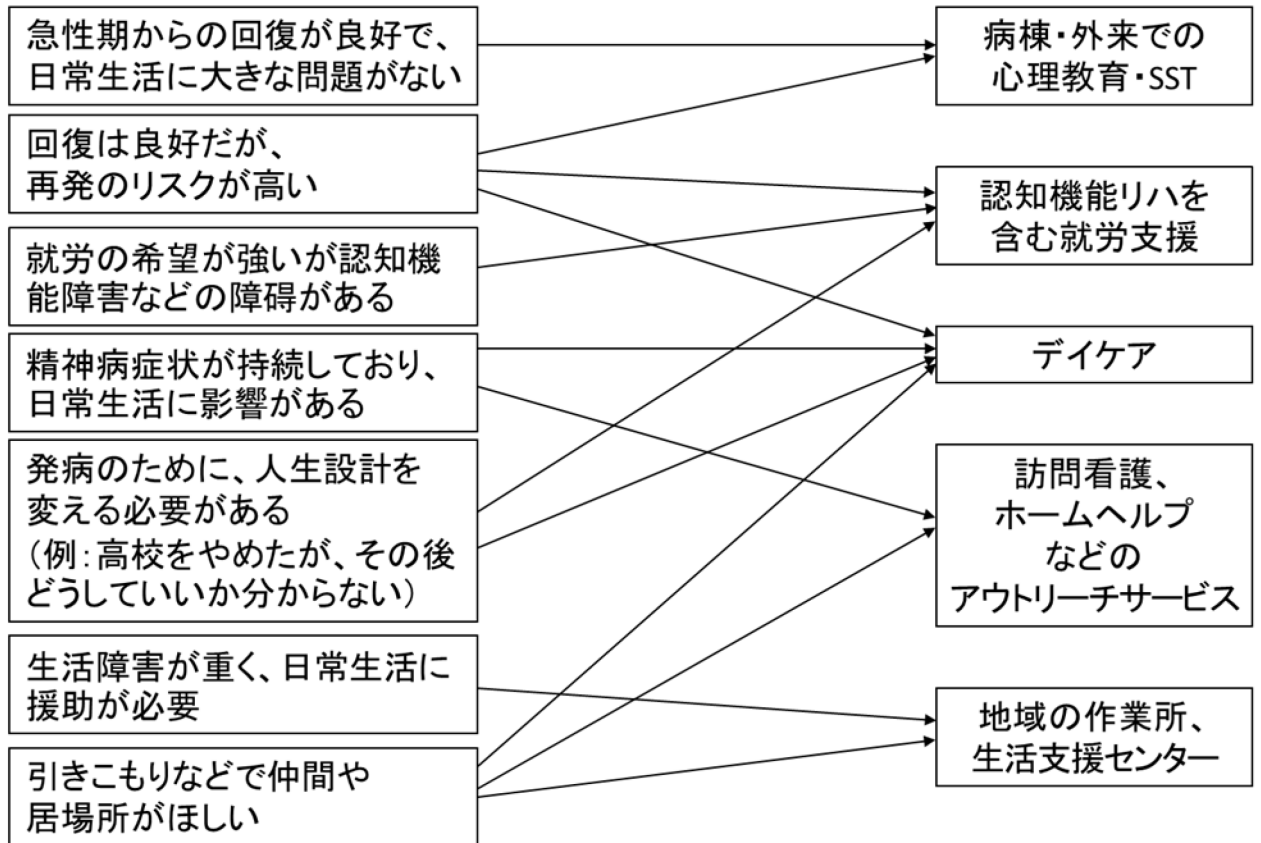
2) Vinogradov, S., Fisher, M., Villiers-Sidani, E.: Cognitive training for impaired neural systems in neuropsychiatric illness. *Neuropsychopharmacology* 37:43-76, 2012

3) Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C. et al.: A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry* 168:472-485, 2011

4) Wexler, B.E., Bell, M.D.: Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 31:931-941, 2005

# どのような人が地域生活サポートが必要か。

図 1



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

医)宙麦会 ひだクリニック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 佐藤さやか<sup>1)</sup>

研究協力者(主執筆者に○) 肥田裕久<sup>2)</sup> 木村尚美<sup>2)</sup> ○石井和子<sup>2)</sup> 藤原未来<sup>2)</sup> 佐藤俊之<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) 宙麦会 ひだクリニック

要旨

本研究の初年度にあたる平成23年度は、外来でのポスター掲示や主治医や就労支援部の推薦で希望者を募り、介入群3名、対照群3名で研究を開始した。当院では、就労支援を専門に行う就労支援部を持つため、就労希望する人は、研究の有無にかかわらずすでに何らかのアクションを起こしているため、短期間で研究対象基準を満たす参加者を募るのに苦労した。現在、対照群は地域の就業生活支援センターに登録し、外来PSWによる定期的な面談を行っている。介入群はデイケアにおいて認知機能リハビリテーションを実施し、その後、就労支援部が就労支援をおこなう予定である。

A. 研究地区の背景

ひだクリニックは、千葉県流山市にある平成17年に開院したばかりの精神科クリニックである。開院と同時期に開通したつくばエクスプレスを利用すると10分ほどで埼玉を通って東京23区に入るという東京のベッドタウンに位置する。

大規模デイケア、デイナイトケア、ナイトケア、ショートケアを併設し、日曜日も診察、デイ・デイナイトケアを行っているので働いている人にも利用しやすい環境になっている。当事者ピアサポーター・家族ピアサポーターの活動も盛んでリカバリーのための一人暮らしを支えている。

就労支援については、院内に就労支援部を持ち、PSWとOTの2人の就労支援スペシャリスト(以下、ES)が、外来・デイケアの患者の就労支援・復職支援を行っているのが特徴的である。

法人内には、訪問看護ステーションがあり、24年6月には就労移行支援事業所と生活支援事業所も開設する予定である。

B. 臨床実施体制の構築に向けた準備

実施にあたって、就労支援部のESの一人を研究センタースタッフにおき、研究参加者のリクルートから就労支援までを一貫して見ることが出来るようにした。研究周知のために、クリニックの主要スタッフの集まる定例会議にて説明を行い、支援の中心となるスタッフには別に研究についての説明と打ち合わせをおこなった。研究参加者については、2011年11月～12月に、外来でのポスター掲示、主治医や就労支援部の推薦で希望者を募った。その結果、6名の統合失調症の参加者が決定し、割り付け後、介入群3名(男性2名・

女性 1 名、平均年齢 29.6 歳)、対照群 3 名 (男性 3 名、平均年齢 27.6 歳) で開始した。

#### C. 現在構築されている臨床体制

事前評価の後、2012 年 1 月より、介入群は ES をケースマネジャーとし、デイケアにて認知機能リハビリテーションを実施、対照群は地域の就業生活支援センターと連携し外来 PSW による面談を実施している。

#### D. 今後のゴールとなる臨床体制

介入群は、デイケアでの認知機能リハビリテーションが終了後、就労支援部の支援が開始される。ケースマネジャーが就労支援部に所属するため、密接な連携が可能であると考えられる。

対照群は、引き続き外来 PSW による面談を継続し、地域の就業生活支援センターの支援計画に従って求職活動を続ける予定である。

#### E. 今後の課題と考察

今後の課題は、参加者のリクルート方法である。就労希望者の数は時期によって波がある。今回は、リクルート期間の直前に多くの高い就労意欲のある患者が就労支援部の就労支援につながり、リクルート期間に急に新規就労相談者が減ってしまったために、リクルートに苦勞をした。研究参加のリクルートが就労意欲を掘り起こす作業を兼ねることになり、比較的就労意欲が低い患者が

参加者となることが見られた。その一方で、就労意欲はあるが、病状が不安定で周囲に就労意欲を躊躇していた患者を拾い出すことが出来た。今後は、リクルート期間を長くし、就労支援部と連携し新規の就労相談者を研究参加につなげるなどを試みる。

また、当院の内部で就労支援部を持つ利点が逆に、地域の就労支援機関に仲介型の就労支援の協力を得ることへの理解を求めるのに時間がかかり、対照群のスタートにだいぶ手間取ってしまった。しかし、この苦勞が第 2 クール以降に役立ち、さらにはこれからの地域と連携の就労支援に役立つと思われる。

#### F. 結論

今年度は臨床実施体制の構築をおこない、研究を開始したが、予定数の研究参加者を集めるのに苦勞をした。

しかし、症状が安定していないために就労意欲があるのに周囲に伝えられなかった患者の意欲を支援するきっかけになった。そういった参加者の認知リハビリテーションや言語グループでの変化は、本人の自信につながり始め、周囲の就労の考え方にも影響を与えていると思う。

# 就労支援研究フロー

研究参加呼びかけ（外来でのポスター掲示，外来主治医・スタッフ推薦）  
医師およびスタッフへの協力依頼：  
ケース導入に関する責任者：肥田Dr 問い合わせ対応：石井PSW

研究導入基準確認，研究概要説明：石井PSW

説明会：石井PSW

同意取得：石井PSW

BACSによるスクリーニング：石井PSW

※可能な限り同日に実施

**【研究対象外】**  
・導入基準に合わない  
・文書同意とれない  
→1については研究班での支援アレンジは無  
→2（説明会参加後に不同意）は通常のデイケア利用（※1）による支援を提供（※2）  
※1：精リハ専門外来の受診予約必要  
※2：一部プログラムが利用不可な場合あり  
→3は下記を参照

BACSの採点：石井PSW 認知機能障害ありの人たちの振り分け：佐藤（中央）  
介入群への連絡：石井PSW 対照群への連絡：藤原PSW

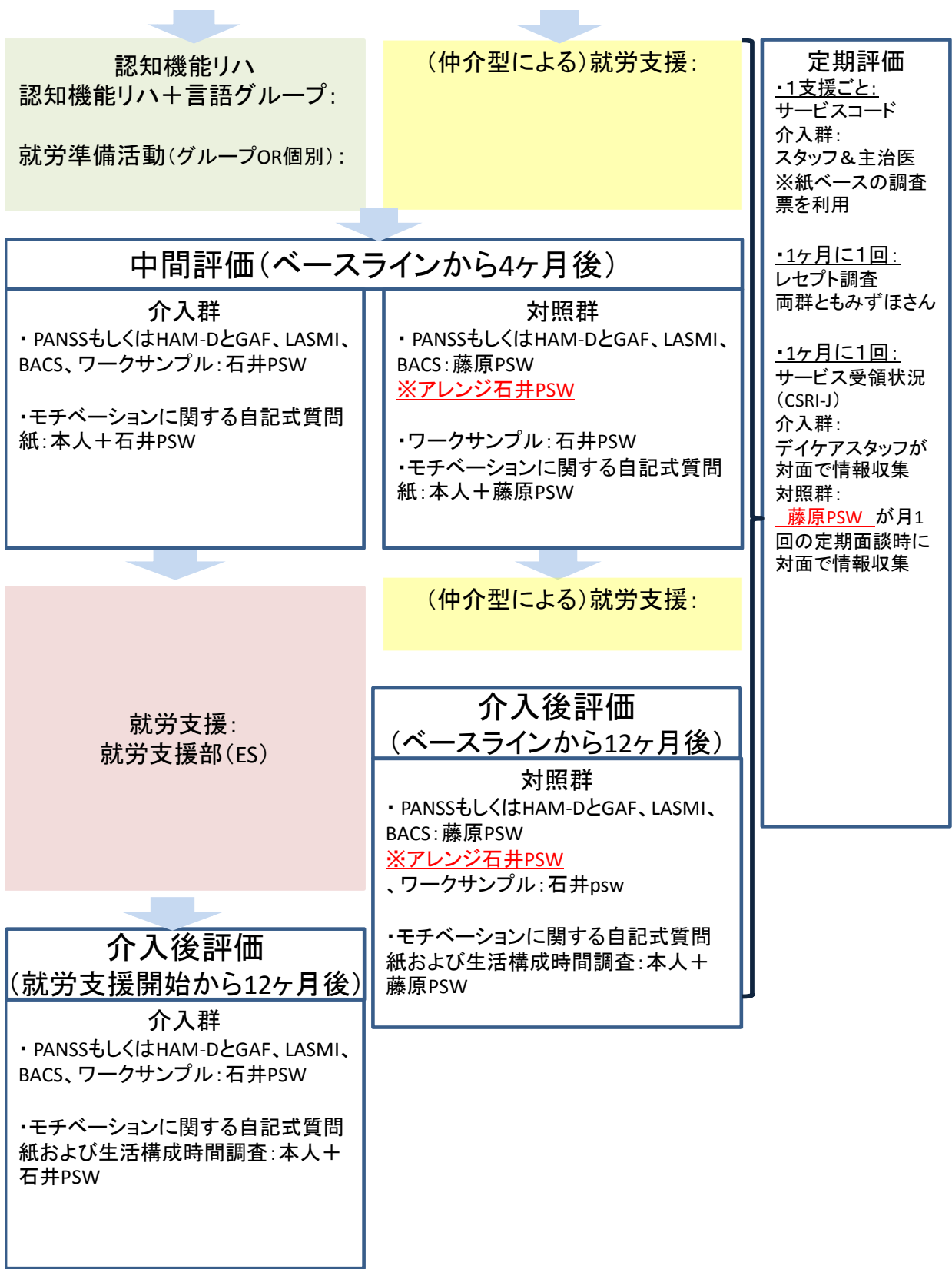
認知機能障害・あり→研究対象者

認知機能障害・なし

**参加群**  
ベースライン調査/インタビュー面接  
・ PANSSもしくはHAM-DとGAF、LASMI、患者属性、希望する就労条件（インタビューシートによる）、過去の就労経験、BACS、ワークサンプル、JART：石井PSW  
・モチベーションに関する自記式質問紙および生活構成時間調査：本人＋石井PSW  
・レセプト（薬物療法含）：みずほ調査員

**対照群**  
ベースライン調査/インタビュー面接  
・ PANSSもしくはHAM-DとGAF、LASMI、患者属性、希望する就労条件（インタビューシートによる）、過去の就労経験、BACS、JART：藤原PSW  
※アレンジ石井PSW  
・モチベーションに関する自記式質問紙および生活構成時間調査：本人＋藤原PSW  
・ワークサンプル：石井PSW  
・レセプト（薬物療法含）：みずほ調査員

**研究対象外だが就労支援実施群**  
インタビュー面接：就労支援部



認知機能リハ  
認知機能リハ＋言語グループ:  
就労準備活動(グループOR個別):

(仲介型による)就労支援:

**定期評価**  
 ・1支援ごと:  
 サービスコード  
 介入群:  
 スタッフ&主治医  
 ※紙ベースの調査票を利用  
 ・1ヶ月に1回:  
 レセプト調査  
 両群ともみずほさん  
 ・1ヶ月に1回:  
 サービス受領状況(CSRI-J)  
 介入群:  
 デイケアスタッフが  
 対面で情報収集  
 対照群:  
藤原PSW が月1  
 回の定期面談時に  
 対面で情報収集

**中間評価(ベースラインから4ヶ月後)**

**介入群**  
 ・ PANSSもしくはHAM-DとGAF、LASMI、BACS、ワークサンプル: 石井PSW  
 ・モチベーションに関する自記式質問紙: 本人＋石井PSW

**対照群**  
 ・ PANSSもしくはHAM-DとGAF、LASMI、BACS: 藤原PSW  
※アレンジ石井PSW  
 ・ワークサンプル: 石井PSW  
 ・モチベーションに関する自記式質問紙: 本人＋藤原PSW

就労支援:  
就労支援部(ES)

(仲介型による)就労支援:

**介入後評価  
(就労支援開始から12ヶ月後)**

**介入群**  
 ・ PANSSもしくはHAM-DとGAF、LASMI、BACS、ワークサンプル: 石井PSW  
 ・モチベーションに関する自記式質問紙および生活構成時間調査: 本人＋石井PSW

**介入後評価  
(ベースラインから12ヶ月後)**

**対照群**  
 ・ PANSSもしくはHAM-DとGAF、LASMI、BACS: 藤原PSW  
※アレンジ石井PSW  
 ・ワークサンプル: 石井psw  
 ・モチベーションに関する自記式質問紙および生活構成時間調査: 本人＋藤原PSW

## 研究の流れ

### 参加募集 (～H23.12.21)

#### 条件

- ①ひだクリニック・ひだクリニックセントラルに通院中
- ②年齢20歳～45歳
- ③統合失調症か躁うつ病
- ④ひだクリニックデイケア るえか を利用していない

介入群

適正チェック  
RCT

対照群

ひだ就労支援部が担当

- ・就労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
- ・個別就労支援の実践

地域生活支援部が窓口

- ・就業・生活支援センタービックハートに登録
- ・ビックハートの支援計画に従って就労支援が行われる



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

長岡ヘルスケアセンター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 佐藤さやか<sup>1)</sup>

研究協力者(主執筆者に○) 角谷慶子<sup>2)</sup> 内田依子<sup>3)</sup> 安井智紀<sup>2)</sup> ○臼井卓也<sup>2)</sup>

田村真梨<sup>2)</sup> 福田恵美子<sup>2)</sup> 堀池研太<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) 財) 長岡記念財団長岡ヘルスケアセンター (長岡病院)

3) しょうがい者就業・生活支援センター アイリス

#### 要旨

本研究の初年度にあたる平成23年度は、外来でのポスター掲示や主治医の推薦で希望者を募り、介入群6名、対照群5名で研究を開始した。しかし、開始直後、就労意欲の不安定さや参加への動機づけの低さから5名がドロップアウトしたため、今後、参加者のリクルート方法が課題である。現在、対照群は外来PSWによる定期的な面談、介入群はデイケアにおいて認知機能リハビリテーションを実施しており、その後、しょうがい者就業・生活支援センターアイリスのスタッフが就労支援担当者として、ケースマネージャと密接に連携をとりながら就労支援をおこなう予定である。

#### A. 研究地区の背景

長岡ヘルスケアセンターは、病床数 441 床を有する精神科病院である。付設デイケアは大規模デイケアで、登録者の 8 割は統合失調症患者である。平成 21 年 11 月からは生活支援と就労準備の 2 コース制となった。

法人内には、通所授産施設カメラアやしょうがい者就業・生活支援センター アイリスがあり、利用者のニーズに合わせた就労支援をおこなっている。

#### B. 臨床実施体制の構築に向けた準備

実施にあたって、支援の中心となるデイケアスタッフやアイリススタッフに、研究についての説明と打ち合わせをおこなった。研究参加者については、2011 年 11 月～12 月に、外来でのポスタ

ー掲示、主治医の推薦で希望者を募り、説明会を開催した。その結果、11 名の参加者が決定し、割り付け後、介入群 6 名 (男性 4 名・女性 2 名、平均年齢 34.8 歳)、対照群 5 名 (男性 4 名・女性 1 名、平均年齢 31.4 歳) で開始した。

#### C. 現在構築されている臨床体制

事前評価の後、2012 年 1 月より、介入群はデイケアにて認知機能リハビリテーションを実施、対照群は外来 PSW による面談を実施している。開始直後から 5 名のドロップアウトがあり、介入群 3 名、対照群 3 名で継続中である。

#### D. 今後のゴールとなる臨床体制

介入群は、デイケアでの認知機能リハビリテーションが終了後、アイリスを利用して求職活動を

開始、デイケアスタッフがケースマネージャ、アイリススタッフが就労支援担当者となり、支援チームを形成する。両担当者は異なる事業所に所属するが、同法人内事業所であるため、密接な連携が可能であると考えられる。

対照群は、引き続き外来 PSW による面談を継続し、圏域の支援機関（アイリス以外）を利用しながら求職活動を続ける予定である（図 1 参照）。

#### E. 今後の課題と考察

研究参加者のリクルート方法が今後の課題である。外来通院中の患者で、安定して就労意欲の高い者は、すでにアイリスなどの就労支援につながっているケースが多い。そのために、就労意欲はあるものの不安定、もしくは研究参加への動機づけが低い患者が参加者となり、ドロップアウトにつながったと考えられる。

したがって今後は、リクルート期間を長くし、できるだけ新規の患者から研究参加者を募る、ま

た、参加決定は何度も話をしながら就労意欲を見極めてからおこなう、参加が決定した後も研究開始までこまめに連絡をとる、などといった、より丁寧な対応が必要であると考えられる。

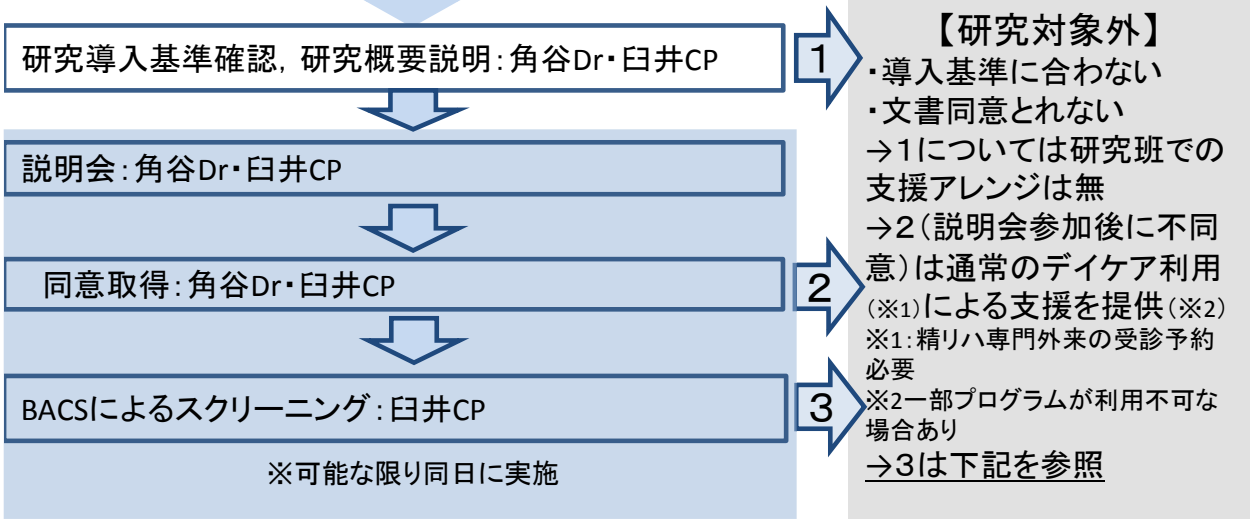
#### F. 結論

今年度は臨床実施体制の構築をおこない、研究を開始したが、参加者のリクルートに苦勞した。第 2 クールでは今回の反省をいかしたリクルートをおこないたい。

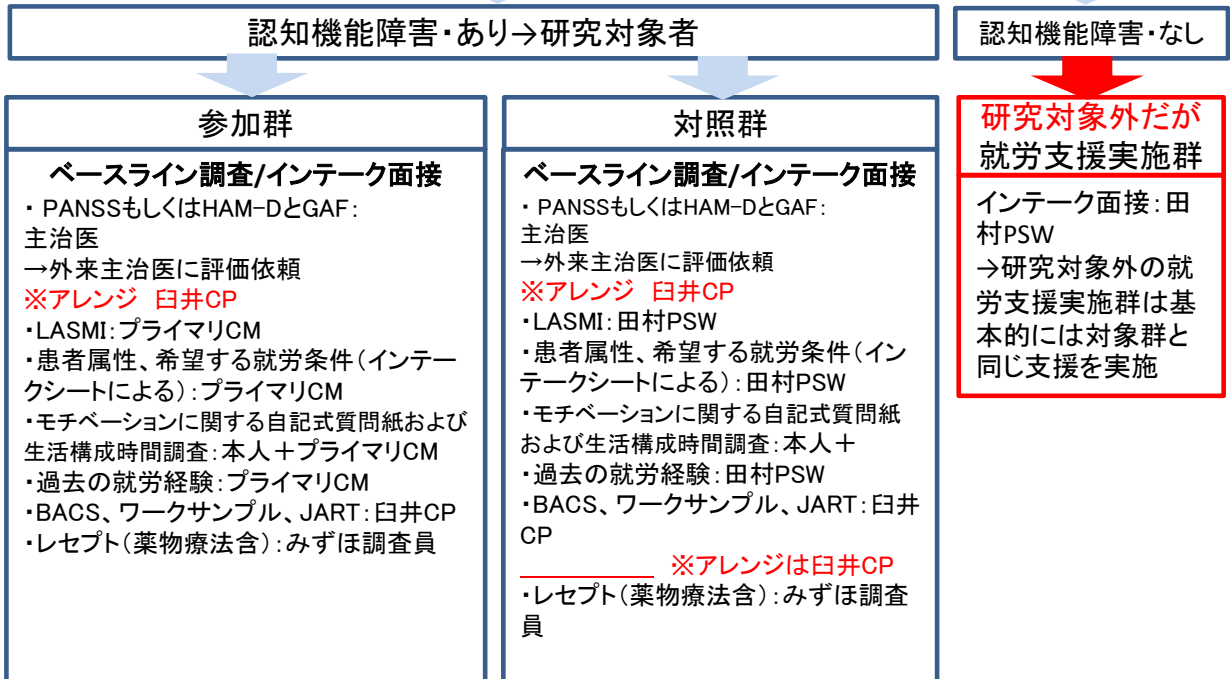
現在実施中の認知機能リハビリテーションでは、自分の認知機能の特徴に気付いたり、取り組み方に工夫をする様子が見られている。その後の就労支援においても、これらの様子を就労支援担当者に伝えることで、求職活動時に役立てることができると考えられる。

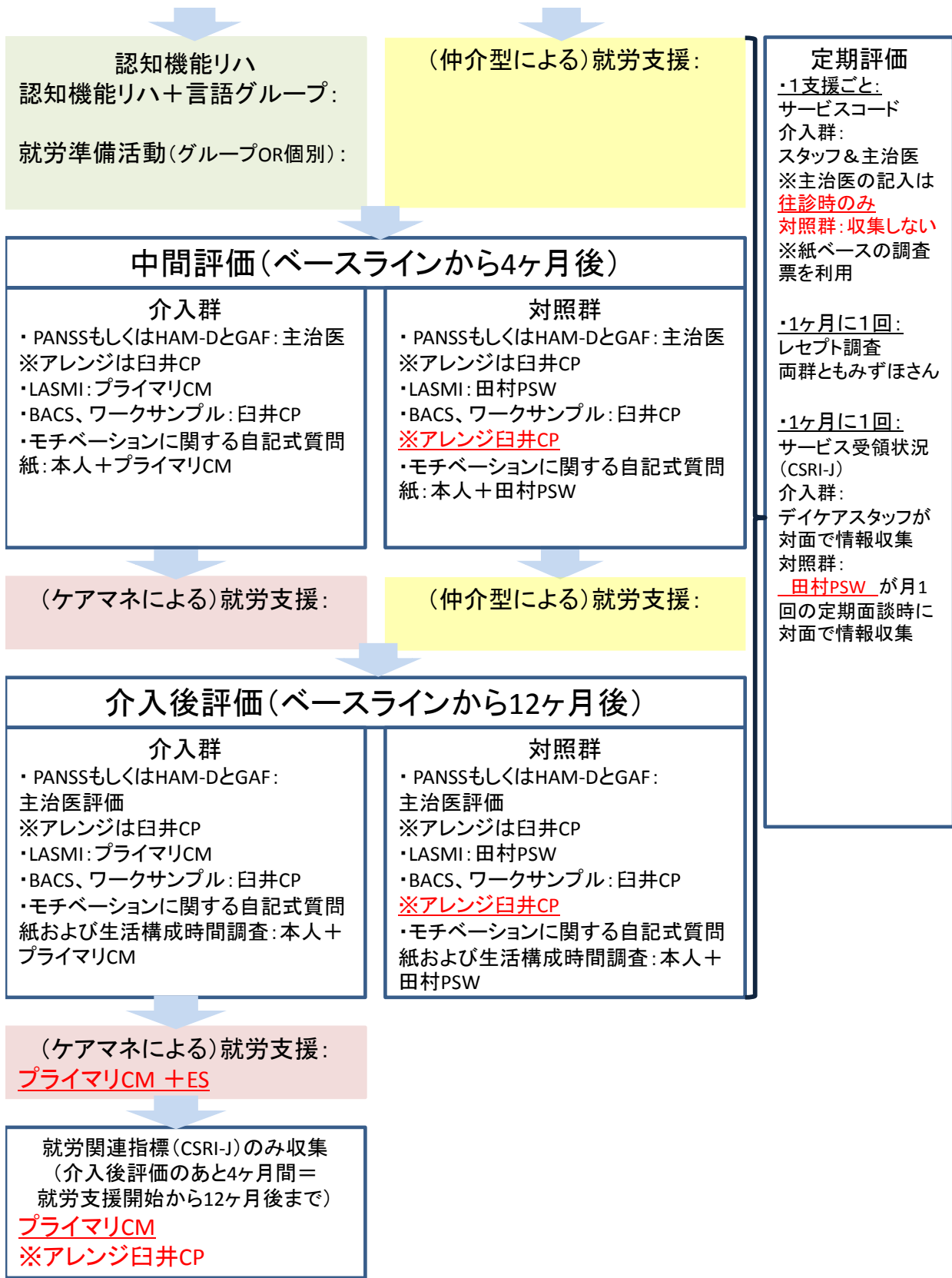
# 就労支援研究フロー

研究参加呼びかけ（外来でのポスター掲示, 外来主治医・スタッフ推薦）  
 医師およびスタッフへの協力依頼:  
 ケース導入に関する責任者: 角谷Dr 問い合わせ対応: 臼井CP



BACSの採点: 臼井CP 認知機能障害ありの人たちの振り分け: 佐藤(中央)  
 介入群および対照群への連絡: 臼井CP 研究対象外群への連絡: 臼井CP





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

## 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(主執筆者に○) ○川上祐佳里<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) 株式会社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。

本研究の初年度にあたる平成23年度は、精神障害者の人材紹介事業の体制作りを行い、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つの体制を構築できた。

来年度は、企業への精神障害者雇用への理解促進と、医療機関や支援機関との連携モデルの構築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。

リクルートスタッフィングで行っている精神障害者向け人材紹介事業は、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、精神障害者の雇用が進むドライバーになり得る。

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（障害者職業総合センター調査研究報告書 No95,2010）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（障害者職業総合センター調査研究報告書 No95,2010）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が多い割に、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、Drake, 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、精神障害者のリハビリにつながると思われる。

## B. 臨床実施体制の構築に向けた準備

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、障害特性に合わせた面接への同行、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（障害者職業総合センター調査研究報告書 No100,2011）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（障害者職業総合センター調査研究報告書 No95,2010）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。

## C. 現在構築されている臨床体制

前段で説明した体制の下、現時点で 10 名の精神障害者が我々の人材紹介事業を通じて、就労が決定した。内訳は、統合失調症 4 名、双極性障害 2 名、うつ病 2 名、その他 2 名である。また、仕事内容としては、人事部や総務部、経理部などにおけるアシスタント業務で、データ入力や資料の送付、郵便物の仕訳などを担当する業務が多い。一方、社内ヘルプデスク業務やサーバーの管理業務などを担当する者もいる（表 1）。

精神障害者の就労意欲の高さと、働くことで体調がよくなっていることを表情や面談内容などから実感している。

## D. 今後のゴールとなる臨床体制

本研究でのリクルートスタッフィングの役割は、就労支援研究の外部リソースの一つとしての位置づけとなり、介入群・対象群とも同様の支援を行う。

対象者は、事務職を希望しており、障害者雇用枠で働くことを承諾している者で、各サイトのケースマネージャーもしくは就労支援員がサービスの利用有無を判断した上で、リクルートスタッフィング宛に連絡をし、外部リソースとして活用する。また、ケースマネージャーや就労支援員をはじめ、医療機関や支援機関などと連携を取りながら、職場開拓および就労先の紹介を進めていくこととなる（図 1）。

## E. 今後の課題と考察

今後の課題は、企業への啓蒙活動と、医療機関や支援機関との連携のモデル作りの 2 点である。

一つ目の企業への啓蒙活動に関してだが、企業へのヒアリング調査（障害者職業総合センター調査研究報告書 No95,2010）においても言及され

ているとおり、現状では精神障害者雇用に企業側の拒否感が強いのが実態である。したがって、企業に対して、精神障害者のストレングス（長所や強み）や適性など精神障害者に関する正しい理解を進めていく必要がある。

また、二つ目の医療機関や支援機関との連携のモデル作りに関してだが、次年度、本研究を進めていく中で、連携モデルを作っていくことが課題として挙げられる。

#### F. 結論

本研究の初年度にあたる平成 23 年度は、精神障害者の人材紹介事業の体制作りを行い、ほぼ体制を確立することができた。来年度は、企業への精神障害者雇用への理解促進と、医療機関や支援機関との連携モデルの構築を行っていく予定である。

#### 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：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

#### 文献

1) 相澤欽一,岩永可奈子,村山奈美子,川村博子：調査研究報告書 No.95 精神障害者の雇用促進のための就業状況等に関する調査研究. 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター，東京，pp1-106，2010.

2) Becker DR, Drake RE, Farabaugh A, Bond GR: Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services* 47(11), 1223-1226, 1996.

3) 亀田敦志,春名由一郎,田村みつよ：調査研究報告書 No100 障害者の自立支援と就業支援の効果的連携のための実証的研究. 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター，東京，pp1-314，2011.

表 1：就労者の仕事内容例

	就労者の病名	勤務時間	仕事内容
1	統合失調症	週 4 日、8H/日	エクセルでのリスト作成（入力業務）・資料の各部署への送付・郵便物の仕分け など
2	統合失調症	週 5 日、6H/日	伝票入力・書類整理・備品発注 など
3	統合失調症	週 3 日、7H/日	郵便物の仕分け など
4	うつ病	週 4 日、8H/日	電話一次応対・人事データ入力・ファイリング など
5	うつ病	週 4 日、8H/日	社内ヘルプデスク（PC 操作指導・PC 運搬・設定 など）
6	その他	週 4 日、8H/日	サーバー管理・HP 作成補助・ネットワーク運用・保守 など

図1：リクルートスタッフィング利用に関するフロー

\*CM = ケースマネージャ、ES : 就労支援員

