

チームのもつ強みとして、「ケースが少なくても毎日2回ミーティングを開催」、「ミーティングでの議論が活発」、「PCを使いこなしての情報共有がよい」、「利用者のストレングスをきちんと見ている」、「頻回の訪問」、「プランの見直しを頻回にしている」、「利用者とのかかわりで、電話回数が少なくなるように働きかけて成功!」、「複数の視点からのチームアプローチを心がけている」、「チーム名を決めることからチームがみんなでかかわっている」、「リーダーの声掛けがよい」、「チーム精神科医がしっかりとしたヴィジョンをもっている」、「ピアスタッフの存在は重要」、「オフィスを病院の敷地外に移そうとする気概がよい」、「来年度から常勤スタッフを増やすなど意欲的」、などが挙げられた。

課題としては、『スタッフが多いけれども浅いかかわり』の体制より『少なくとも深く』の方が実践的ではないか?、「夜間電話対応に関しては、研修の意味からも、多くのスタッフで分担してみてもどうか」、「一般就労を支援していく体制を」、「家族とご本人の面接を分けて行うなど、複数訪問のメリットをいかしては?」、「件数が少ない時期は関わりが密接になり、依存を作りやすい点に留意する」、などが指摘された。

2) 研修ニーズのためのフォーカス・グループ

本稿では、2箇所チームから得られた意見を合わせたものをカテゴライズしたものを結果として提示する(表1～表7)。また、事業全体への要望や質問なども、補遺として、表8～表9にまとめた。

2. 都道府県担当者アンケート

締め切り期日までに回答があった自治体は計23都道府県である。

問1で尋ねた各自治体での『精神障害者アウトリーチ推進事業』の取り組み状況であるが、「事業実施はしない方針」が13都道府県、「事業実施する方針だが、事業はまだ実施していない。実施機関は確定していない」が2都道府県、「事業実施する方針だが、事業はまだ実施していない。実施機関は確定している。実施機関で

はまだスタッフの研修に着手していない」が0都道府県、「事業実施する方針だが、事業はまだ実施していない。」「実施機関は確定している。実施機関では既にスタッフの研修に着手している」が1都道府県、「事業をすでに実施している。臨床チームが稼働して3ヶ月以内である」が3都道府県、「事業をすでに実施している。臨床チームが稼働して3ヶ月経過している」が4都道府県であった。

県内複数箇所事業に参加している県があり、回答があった範囲で実際にチームリーダーが決められている事業体は8自治体で9事業体(チーム)であった。チームリーダーの職種は、精神保健福祉士5名、看護師3名、保健師1名であった。

平成23年以内に稼働を開始したチームは5チーム、24年以降に稼働したチームは3チーム、残りの1チームは24年4月に稼働予定である。

対象者は、国要綱の対象者に沿い、a)「受療中断者」、b)「未受診者」、c)「ひきこもり」、d)「長期入院者や入院を繰り返す者」全てを対象とするのが6チーム、a)b)c)の3択が2チーム、c)d)の2択が1チームであった。

問2の5)で掲げた、想定されるアウトリーチに必要なスキルについては、スキル③に対し、「必ずしも必要なスキルではない」としたチームが1つあったが、他のチームは「必要なスキルである」と回答していた。他の選択肢のスキルについては、全てのチームが「必要なスキルである」と回答していた。

今回、それぞれのチームがどの程度のスキルをもつか(もっているとチームリーダーが主観的に感じているか)は、visual rating scale方式で評価されたが、それぞれのスキルごとに、有効回答であったものの平均値は、高い順に、⑤「病棟や施設の作法を利用者の自宅にもちこまず、利用者やその家族の住む場所の作法を尊重するためのスキル」(6.6点)、①ある程度系統だったストレングス・モデルによるケアマネジメントや、利用者本人や家族をエンパワメントするための心理教育を行う上で必要なスキ

ル(5.8点)、④利用者との良好な関係づくりをすすめる、ケアマネジメントを行う上で有用な情報(利用者の生活の場やストレングスなど)を集めるためのスキル(5.6点)、②ケアの決定と遂行を主体的に行う多職種チームとして機能するために必要なスキル(5.4点)、③「ストレングス志向のケアマネジメント・モデルを実践しつつ、利用者の地域生活が破綻しかかっているような状況では急性期対応(クライシス対応)に向き合うことができるスキル(5.1点)となった。

地域化のステージに関する設問への回答は、「ステージ0」が1チーム、「ステージ1」が4チーム、「ステージ2」が2チーム、「ステージ3」が2チーム、「ステージ4」と「ステージ5」は0チームであった。

問3～問5までの自由記載の箇所に関しては、資料3に記載された全てのコメント・意見・質問をカテゴリ化せず掲載した。同様の内容が繰り返されている箇所があるのはそのためである。

D. 今後の課題と考察

1. アウトリーチ・チームの視察

1) チーム機能のモニタリング

今回は2チームを視察し、ACTで用いられているような評価方法を参考にチーム機能のモニタリングとフィードバックを試行的に行った。

臨床的なフィードバックに関しては問題はないが、今後、事業実施自治体が増えることを視野に入れると、より簡便で、この事業に特化したモニタリングのための評価方法をさらに検討していく必要がある。

2) 研修ニーズのためのフォーカス・グループ
来年度も引き続き、各自治体やアウトリーチ・チームの研修ニーズを把握していきながら、地方でのブロック研修を、今年度のフォーカス・グループでの結果も参考に企画できればよいと考える。

2. 都道府県担当者アンケート

アウトリーチ・サービスに必要と想定されるスキルについては、チーム・アプローチに関すること、ストレングス・モデルを援助理念とした時の急性期ケアのニーズが高いように推察された。また、地域化に関するステージ分類は、各チームの選択肢が分散し、有用な評価尺度として活用できる可能性が示唆された。

自由記載では、事業のエビデンス(費用効果)を明らかにすることや、病床を減らすことに対する精神科病院のインセンティブについて重視するべき、との意見もみられた。

いずれもサンプルの数が少ないため、来年度は、今回のアンケート回答が遅くなった自治体のデータも参考にしながら、より詳細な分析を行い、来年度の研修企画やチームのモニタリングに資する検討を行っていきたいと考える。

E. 結論

これまでの精神医療・保健・福祉の中心であった病棟での看護とは異なる視点での、ケアマネジメントやチームアプローチなどに関する研修を地方単位で、事例検討や均質な参加者でのグループ・ワークなどを活用し、深めていく必要がある。来年度以降も、聞き取り調査などで自治体や事業体のニーズも踏まえながら、効果的なモニタリングと研修の在り方を検討していく。

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

資料1 フォーカス・グループの進め方

◆趣旨についての説明

◆グループの進め方についての説明

◆主要質問項目①【どんなこと（研修）が必要か？】

◇①の補足質問

「この事業が始まって、どんな研修を受けたらよいかとか、今なにか感じているところはあるですか？」

「今後もこの事業にかかわっていくために、一人の支援者としてどんな内容の研修を希望しますか？」

「実際に支援を開始してみて、経験のある人にいろいろと相談できるとしたら、どんなことを相談してみたいですか？」

「支援の中で、難しさを感じるのはどのようなことですか？」

◇①の追加質問

「こうした姿勢で支援していくという援助理念については？」

「具体的な支援のスキルについてはどうですか？」

「この事業特有の進め方・段取りなどについてはいかがですか？」

◆主要質問項目②【どんな方法がよいか？】

◇②の補足質問

「さきほどの課題というかテーマについて技量を深めていくために、どんな研修の方法がよいと思いますか？」

「どんな方法で、それぞれが抱えている課題を達成できるとよいと思いますか？」

「研修の内容というよりは、方法について、何かアイデアはありますか？」

◇②の追加質問

「座学の研修会はどうですか？」

「定期的にスーパーバイザーに来てもらうことは役に立ちそうですか？」

「グループスーパーヴィジョンは？」

「ケースカンファレンスは？」

「他のチームの見学に行くことは？」

資料2

『精神障害者アウトリーチ推進事業』研修ニーズに関するアンケート調査へのご協力をお願い

自治体名： _____ 記入者職名 _____

記入日時：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

問1 貴自治体の『精神障害者アウトリーチ推進事業』の取り組み状況についてお尋ねします。1)～6)のいずれか1つに、○をつけてください。

1) 事業実施はしない方針。

→ 問3、問5へ。

2) 事業実施する方針だが、事業はまだ実施していない。実施機関は確定していない。

→ 問4、問5へ。

3) 事業実施する方針だが、事業はまだ実施していない。実施機関は確定している。実施機関ではまだスタッフの研修に着手していない。

4) 事業実施する方針だが、事業はまだ実施していない。実施機関は確定している。実施機関では既にスタッフの研修に着手している。

5) 事業をすでに実施している。臨床チームが稼働して3ヶ月以内である。

6) 事業をすでに実施している。臨床チームが稼働して3ヶ月経過している。

問2 問1で3)～6)までの回答をされた自治体(事業実施機関が確定している自治体)にのみ、お尋ねします。

『精神障害者アウトリーチ推進事業』に関与する1) 事業体名(『〇〇病院』、『△△訪問看護ステーション』など)、2) 臨床チームの稼働年月日、3) 事業の対象者について、また4) 臨床チームのリーム・リーダーの職種、5) 各事業体スタッフのアウトリーチに必要なスキルについての設問、6) 各事業体の地域化の程度についての設問、について、各事業体ごとにご記入ください(自治体で3箇所の事業体がアウトリーチ活動をしている場合は、<記入欄A>、<記入欄B>、<記入欄C>に分けて記載していただくことになります)。

* 1) 事業体名、3) 事業の対象者、については既に自治体担当の方が把握していると思いますので、担当の方にご記入いただき、2) 臨床チームの稼働年月日、4) 臨床チームのリーム・リーダーの職種、5) 各事業体スタッフのアウトリーチに必要なスキルについての設問、6) 各事業体の地域化の程度についての設問、については、該当する事業体の責任者(基本的には臨床チームのチーム・リーダーに相談、確認のうえ、結果をご記入ください。臨床チームのチーム・リーダーが確定していない場合、確定できない場合は、自治体担当の方が回答者として最もふさわしいと判断した方のご意見・判断をもとにご回答ください)。

<記入欄A>

1) 『精神障害者アトリチ推進事業』に關与する事業体の名称を教えてください。

2) 臨床チームの稼働年月日を教えてください。

平成 年 月 日 稼働

3) 事業の対象者を教えてください（実際に今回の事業に該当する選択肢のみに○をつけてください。複数回答可）。

① 受療中断者

(精神科医療機関の受診中断、または服薬中断等により、日常生活上の危機が生じている者。)

② 未受診者

(地域生活の維持・継続が困難であり、家族・近隣との間でトラブルが生じるなどの日常生活上の「危機」が発生しており、精神疾患が疑われ、入院以外の手法による医療導入が望ましいと判断される者。)

③ ひきこもり状態の者

(特に身体疾患等の問題がないにも関わらず、概ね6ヶ月以上、社会参加活動を行わない状態や自室に閉じこもり家族等との交流がない状態が続いている者で、精神疾患による入院歴又は定期的な通院歴のある者、又は症状等から精神疾患が疑われる者。)

④ 長期入院等の後退院した者や、入院を繰り返す者

(精神疾患による長期(概ね1年)の入院、又は入院を頻繁に繰り返し、病状が不安定な者。)

⑤ その他の対象者

(自由にご記載ください：)

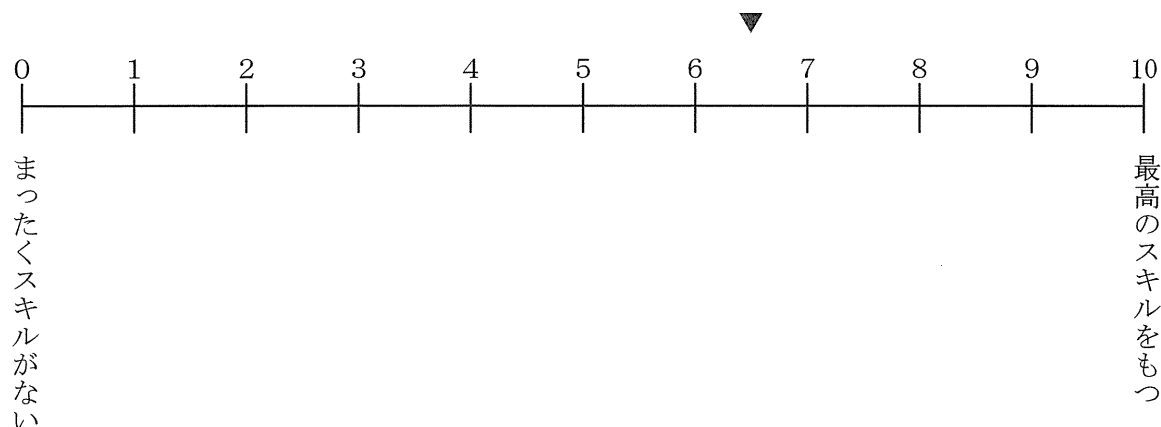
4) 臨床チームのチーム・リーダーの職種について、当てはまる選択肢を以下から選んでください。幾つかの複数の職種が当てはまる場合は、そのリーダーのアイデンティティとして最もふさわしい選択肢から選んでください。

1. 精神保健福祉士	2. 作業療法士	3. 相談支援専門員
4. 介護支援専門員	5. 看護師	6. 医師
7. 臨床心理士	8. 理学療法士	9. 作業療法士
10. 社会福祉士	11. 保健師	12. 大学等教職員
13. 市町村社会福祉協議会職員	14. 都道府県社会福祉協議会職員	15. 行政担当者
16. その他 (具体的に)		

5) 以下の①～⑤までのスキルは、該当事業体のチームのスタッフが今後の実践活動を行うにあたって必要なものかどうか、それぞれについて、3つの選択肢のうち1つを選び、○をつけてください。また、「i) 必要なスキルである」或いは「ii) 必ずしも必要なスキルではない」を選択した場合は、該当事業体の現任スタッフの平均的なスキル・レベルに関して、最高レベルのスキルを10として、まったくスキルがない状態を0とした場合、どの位置にあると思われますか? と思われる位置に▼をつけてください。

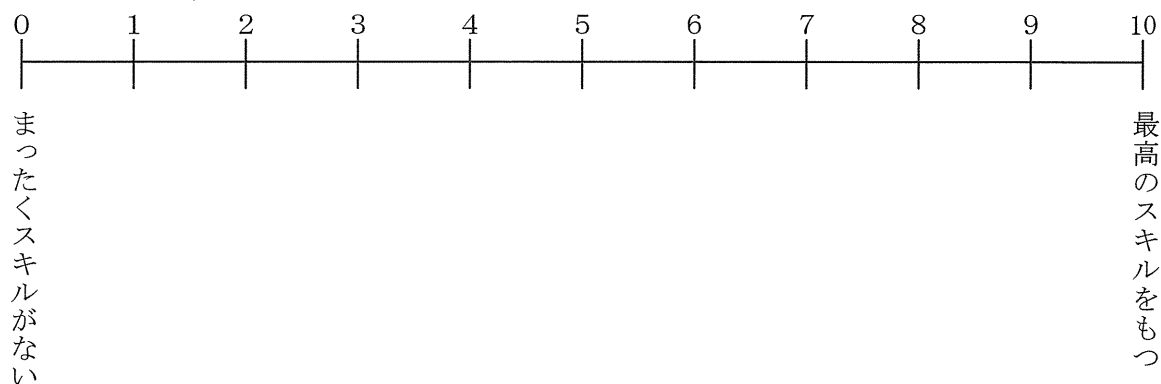
例)

(i) 必要なスキルである、ii) **必ずしも必要なスキルではない**、iii) 必要ないスキルである)



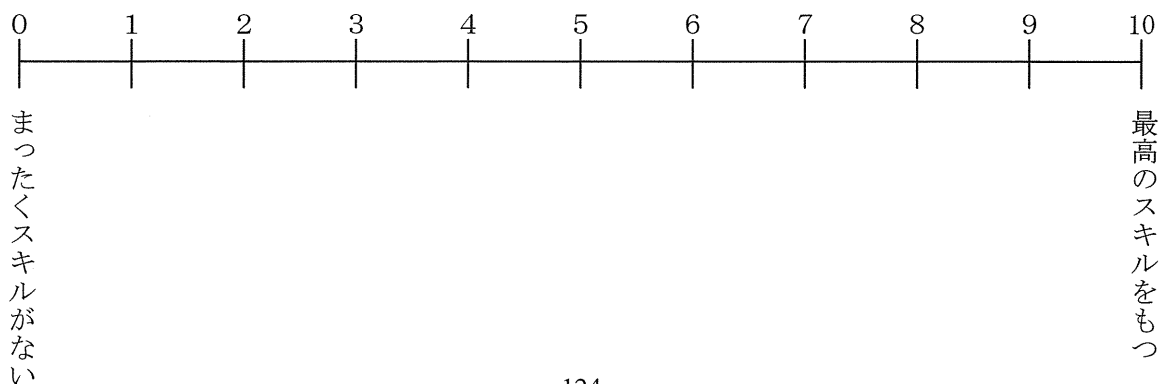
① ある程度系統だったストレングス・モデルによるケアマネジメントや、利用者本人や家族をエンパワメントするための心理教育を行う上で必要なスキル

(i) 必要なスキルである、ii) **必ずしも必要なスキルではない**、iii) 必要ないスキルである)

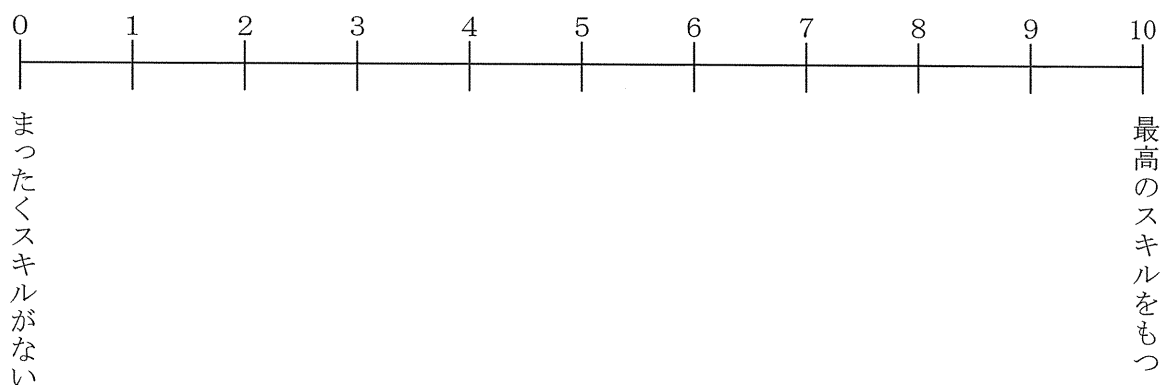


② ケアの決定と遂行を主体的に行う多職種チームとして機能するために必要なスキル
(例えば、「毎日、振り返りのミーティングをもつ」「運営について議論するミーティングの機会をもつ」など)

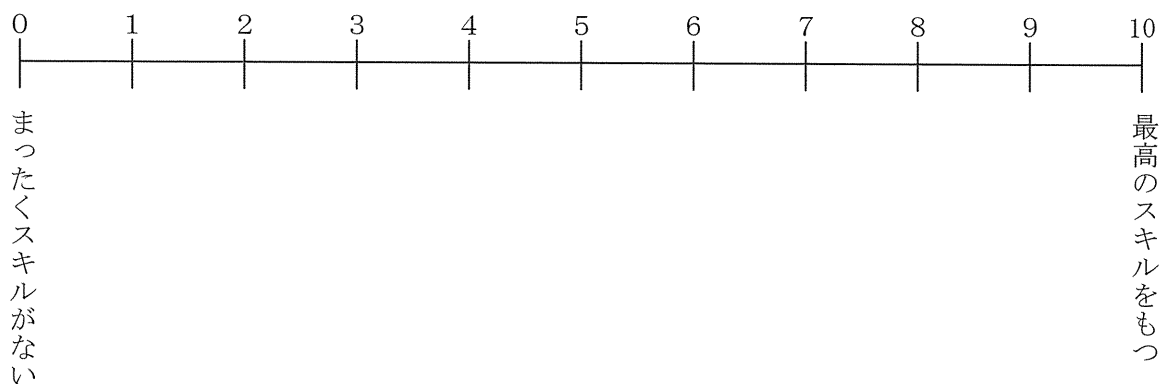
(i) 必要なスキルである、ii) **必ずしも必要なスキルではない**、iii) 必要ないスキルである)



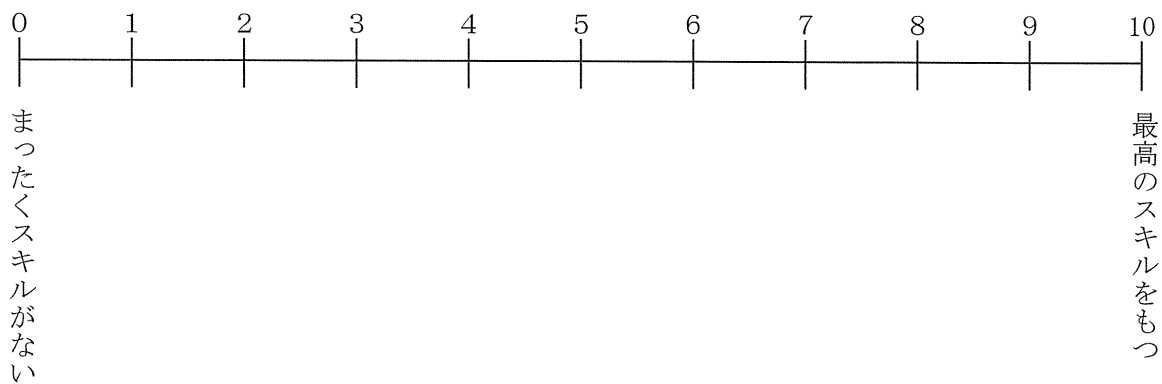
- ③ ストレngth志向のケアマネジメント・モデルを実践しつつ、利用者の地域生活が破綻しかかっているような状況では急性期対応（クライシス対応）に向き合うことができるスキル
 (i) 必要なスキルである、ii) 必ずしも必要なスキルではない、iii) 必要ないスキルである)



- ④ 利用者との良好な関係づくりをすすめ、ケアマネジメントを行う上で有用な情報（利用者の生活の場やストレngスなど）を集めるためのスキル
 (i) 必要なスキルである、ii) 必ずしも必要なスキルではない、iii) 必要ないスキルである)



- ⑤ 病棟や施設の作法を利用者の自宅にもちこまず、利用者やその家族の住む場所の作法を尊重するためのスキル
 (i) 必要なスキルである、ii) 必ずしも必要なスキルではない、iii) 必要ないスキルである)



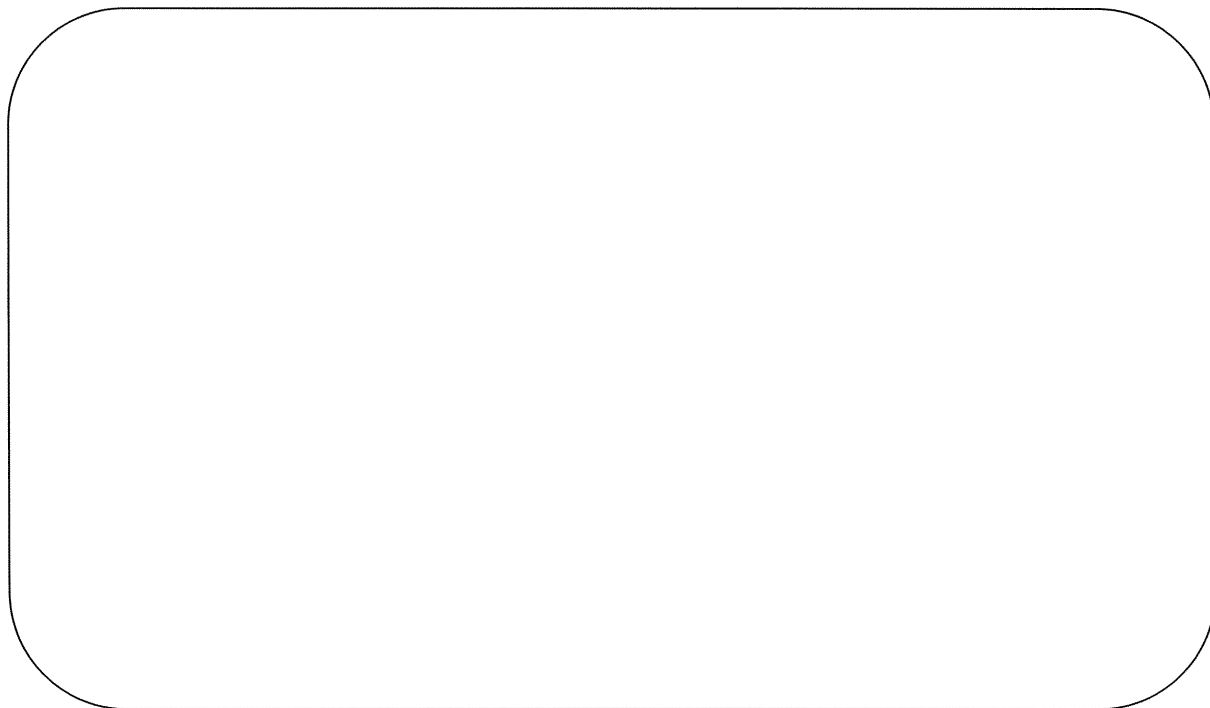
6) 該当事業体の地域化の段階に関して、最も当てはまる選択肢に○をつけてください。

- ①ステージ0：アウトリーチ（訪問支援）を全くしないか、行う場合でもモニタリング（服薬を継続しているか、状態が安定しているかを監視するなど）のための訪問である。利用者自身の地域での生活を具体的に支援するわけではない。
- ②ステージ1：入院中心から地域生活中心への移行を支援するという目的をもったアウトリーチをしている。利用者の希望やこれからの生活の具体的な姿を把握して必要な支援を組み立てることができる。しかし、組織の中でこれらの活動は充分にはシステム化されていない。
- ③ステージ2：入院中心から地域生活中心への移行を支援する目的をもった訪問が組織内でシステム化されており、恒常的に活動している。スタッフは多職種よりなり、ケースマネジメント（ケアマネジメント）が仕事の根幹にある。ただし、スタッフは兼任主体で、専従スタッフに乏しい。
- ④ステージ3：地域を主たるフィールドとして活動するアウトリーチチームが組織化されている。チームの活動はほとんど地域で展開され、孤立しがちな人々の地域移行支援、地域生活支援などを行える。主たるスタッフが専従であるが、個別担当制で、チーム・アプローチは充分ではない。
- ⑤ステージ4：アウトリーチ活動は十分なチーム・アプローチのもとで行われる。入退院なども含め、ケアの方針を打ち立てる主体は主治医でなく、チームが積極的にその役割を担う。病院の敷地の外にオフィスを持ち、利用者や家族はチームに24時間365日連絡をとることが可能である。
- ⑥ステージ5：ステージ4の機能に加えて、アウトリーチチームの中核となる部分は病院から独立した存在として機能している。具体的には医療機関でないか、医療機関であっても訪問看護ステーションや精神科診療所がチームの母体になっている。地域の精神保健医療福祉システムの中にチームが組み込まれ、他の地域生活支援を担うチームや住居プログラム、就労支援プログラムなどと有機的な連携をもって活動を展開している。

次頁の間3～問5へ

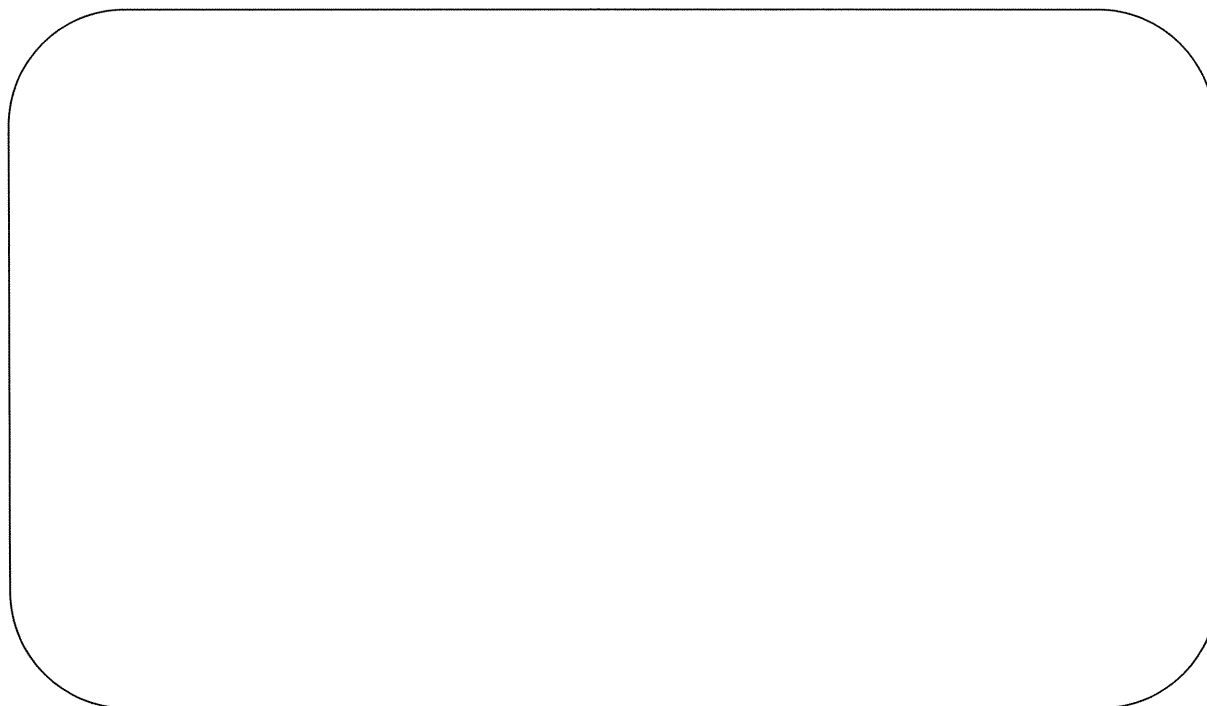
問3 問1で1)を回答された自治体にのみ、お尋ねします。

行政担当者に対しどのような情報・研修があれば、事業実施に向けて、より積極的になれますか？



問4 問1で2)を回答された自治体にのみ、お尋ねします。

実施を検討しているが、実施機関がまだ決まっていない現在の状況の中で、どのような情報・研修があれば、事業への取り組みにより積極的になれますか？



問5 その他、今回の事業に関する研修で必要と思われることがありましたら、以下に自由に記述をお願いします。

○ スタッフの研修に関すること



○ 行政担当者の研修に関すること



お忙しいなか、ご協力ありがとうございました！！

アンケート参考文献 伊藤順一郎：精神科医療機関に必要なアウトリーチサービスのスキルと研修。
精神神経誌, 2012

資料 3

【問 3 への回答】

- ・ アウトリーチを実施することによる効果について
- ・ 具体的な事例や実施した圏域とそれ以外の圏域における差など
- ・ 事業に伴う精神科病床の削減の進め方
- ・ 行政担当者が積極的になっても、病院の意識が変わらないと事業推進が難しいのが現状
- ・ 病院や地域に働きかけるには、取り組むメリットを説明しなくてはならず、他県の取り組み成果の情報をいただき、根気強く説明するしかない
- ・ 実施したいと考えており、平成 23 年度対象病院への公募を行った。しかし、アウトリーチ推進事業がいつまで継続するのか不明な中で、各病院より病床削減について難色を示され、結果、実施を見送る形となった。したがって、人口減少地区の病院以外で、病床を削減しても病院として採算が取れるという方法を聞きたい。また、アウトリーチ推進事業の継続の見込みについて、情報提供をいただきたい。
- ・ 未治療者をどのように選定し、最初の接触をどのようにしているのか。
- ・ 保健所の関わりが重要と思われるが、具体的な内容。
- ・ 24 時間対応の具体的な実施方法。
- ・ アウトリーチ推進事業の取組以前に地域移行・地域定着の重要性・必要性について周知できていない段階であり、苦慮している
- ・ 事業の紹介はもちろん参考にはなるが、地域体制整備に関しての先進的な取り組みの紹介、事例の紹介等、病床削減と切り離れたところでの紹介であってほしい。
- ・ 地域移行・地域定着の重要性・必要性については、継続して実施して欲しい。
- ・ 先進地の取り組み事例
- ・ アウトリーチに関心がない医療機関への効果的な働きかけ方
- ・ アウトリーチの効果
- ・ 本事業を必要としている患者の実態：数、状態、事業によって適切な医療の提供が図れる見通し等（できれば県内における実態を把握したいと考えているが、もし、他地域で類似するデータがあればお示しいただけるとありがたい）
- ・ 他地域の実績：本事業により適切な医療の提供や病状の安定が図られた患者の数・割合（現在も保健所や市町村、医療機関が対象患者への対応にあたっているが、そうした既存の対応・体制では困難であった事例が、本事業によって解決・改善できるのかどうかの疑問に答えられる実績。従事する担当者の数と資質の確保）
- ・ 24 時間 365 日の体制に関する費用対効果が検討できるデータ（特に夜間や休日の体制に関する必要性と費用対効果）
- ・ アウトリーチ活動と病床削減が結び付けられている理由（なぜ、両者が離れた圏域でもよいのか）
- ・ 本事業に関する今後の見通し（実施個所数を増やすのかどうか、病床削減との条件が継続するのか、国庫補助金（10/10）がいつまで続くのか、等）
- ・ 特になし（自治体単独事業としては実施）。
- ・ アウトリーチ事業を推進するために、行政担当者への研修によって積極的に取り組めるようになる問題ではない。未実施自治体がアウトリーチ事業の有用性や必要性を否定している訳ではない。未治療者や治療中断者が地域で軋轢等を生じた際に、地域の矛先が向けられるのが自治体であり、その対応に苦慮している現実がある。しかしながら、実施自治体が広がらないのは、病床削減がセットになっていることが大きな要因だと考えている。
- ・ 精神科病院においては、「アウトリーチ＝病床削減」と認識されており、将来的な精神科医療のあり

方や理念としては理解されたとしても、実際の経営問題に絡められると事業実施に向けた理解を得る事は非常に困難。

- ・ まずは、行政側の知識を深めたり理解を促進することではなく、アウトリーチ事業に対して精神科病院が持っているアレルギーを取り除くために、精神科病院長等に対する働きかけを拡充することが重要なのではないかと思う。
- ・ 病床削減枠に相当する入院患者減少等の事業実績。
- ・ 実施を予定していたが、国の要綱の基準に適合する実施機関がなかったため、実施しないこととしたもの。
- ・ 現在、震災対応型（病床削減なし）のアウトリーチ事業を沿岸部の医療機関等に委託して実施している。対象は未治療者、医療中断者を中心に震災により精神症状を呈している方も対象としているが、基本的にはモデル事業の対象と同様である。事業の主旨や他県等の取組についての説明・情報提供を今後も要望
- ・ 精神障害者の地域定着を図っていくためには、アウトリーチを推進していく必要があると認識している。
- ・ アウトリーチ推進事業は病床削減が要件になっているため、事業を実際行っている精神科病院で、アウトリーチに取り組むことにより、病院の体質改善となり、経営的にも十分成り立っているような情報（事例紹介）・研修があれば、より積極的になれると思う。また、精神科病院協会へも直接、情報提供・研修を行っていただきたい。
- ・ 精神障害者のアウトリーチを行うことで、公費（医療費、障害者自立支援給付費等の総額）が削減となるデータを教えていただきたい。
- ・ 国は ACT ではなく、何故アウトリーチ推進事業を推進するのかを（ACT は治療契約等が交わされており、アウトリーチ推進事業は治療契約等がかわされてないと聞いている）研修の中で教えていただきたい。

【問4への回答】

- ・ 事業を実施する方向で、実施機関まで決定しているが、選挙と予算の関係で未だ「正式に実施が決定した」状況ではない。以上から、実施に向けて積極的になるための情報・研修は不要である。
- ・ 国開催の精神障がい者アウトリーチ推進事業に関する情報交換会で提供いただいているような、各自治体の実施状況や、より詳細なスキーム等の情報があれば、病院協会や医療機関等への説明に活用したい。
- ・ 各事業実施自治体における予算の概要等がわかれば、予算要求に活用したい
- ・ ブロック単位等でよいので、近隣の事業実施自治体による研修会があれば、都道府県職員のみならず、圏域内の医療機関等の職員の参加も期待できるかもしれない。

【問5への回答】

○ スタッフの研修に関すること

- ・ 対象者の選定方法
- ・ 具体的な事例の対応方法
- ・ 行政との連携方法
- ・ 事業の課題
- ・ 地域活動のスキルがないため、先進県の活動そのものを聞いてもらう機会が必要と感じている
- ・ 精神科病院看護スタッフに対する系統立てた研修のあり方
- ・ 精神科病院スタッフに向けたケアマネジメント能力向上に関する研修が必要であると考えます。
- ・ アウトリーチの理念とその構成概念についての継続的な研修

- ・ アウトリーチの具体的な支援手法、ケースマネジメントについての研修
- ・ ブロック単位で、実施医療機関相互の情報交換の機会があれば有益
- ・ 職種別に本事業のあり方等を検討するような機会があれば、本事業におけるそれぞれの職種の役割を考える機会になる
- ・ 危機介入やプライバシー保護に関する一定のガイドラインが必要
- ・ 実際に事業に携わっているスタッフの苦労話や裏話
- ・ 訪問やケース会議の実際の映像（プライバシー等の問題に配慮して）
- ・ 【初任者研修】●地域移行・地域定着の理念・意義、●アウトリーチ支援の手法（ストレングス・リカバリー）、●アウトリーチ支援活動の組み立て、●地域生活の場での精神科医療、●多職種チームでの関わりについて、●未治療・治療中断者へのアプローチプロセス、●ひきこもっている方への対応、●ケアマネジメント手法

【実践者研修】●支援対象者の選定：支援対象者の選定については、厚労省主催の情報交換会や地域で開催している研修会等で研修を受けているが、チームの中では「医療につながっていても問題のあるケースは対象となる」という考え方が強く、退院後、直ちにアウトリーチ対象者となるケースやACTのような支援手法で効果が見えてこないケースも対象とするなど、現場では混乱しているため。●多職種チームのコミュニケーション：ACTチームのように多職種の担当者が同じ施設内で事業を展開する場合に比べ、複数の関係機関が多職種で関わることは、職種ごとの意見が相違する以上にそれぞれのプライドの壁があって調整が難しいため。●訪問時のスキルアップ、●事業評価の手法

【専門職研修】●認知行動療法、●アウトリーチ支援に特化した精神科医の養成研修、アウトリーチ支援に興味・関心のある精神科医との接点がないと、事業化はかなり難しいため

- ・ 地域移行・地域定着の重要性・必要性をテーマとする内容。
- ・ 事例による意見交換会。
- ・ 各自治体や医療機関独自の研修では限界があり、一定の資質確保のためには、全国的な研修を望む。
- ・ 研修参加に際しては、必要経費（旅費等）を補助金からの支出できるように国支出対象経費の追加等を望む。
- ・ 開催地が近い方が参加しやすいのでブロック単位での開催等を希望。
- ・ 精神障害者アウトリーチ推進事業を実施していなくても、スキルアップのために「参加してよかった」と思えるような研修を希望
- ・ アウトリーチ事業の目指すもの、具体的な活動、ACTとの違い等、事業の考え方についての研修
- ・ 他県等の具体的な取組報告・意見交換
- ・ 医療機関のアウトリーチ体制、対象者の選定方法、具体的な支援内容、保健所・市町村等との連携の仕方、評価方法等具体的な実践活動報告

○ 行政担当者の研修に関すること

- ・ 事業実施に向けた精神科病院等との連携方法・事業実施都道府県の効果、課題等に関する報告
- ・ 保健所や市町村の保健師についても、同様に先進県の活動そのものを聞いてもらう機会が必要と感じている
- ・ 評価検討委員会のあり方、進め方について
- ・ 事業マネジメント
- ・ チーム支援（委託）と事業評価（県が直接運営する事業評価検討委員会）との機能的な連携について
- ・ 保健所や実施圏域内市町の役割

- ・ アウトリーチ事業が地域の資源として活用されるための行政機関の役割について
- ・ 精神科病院やアウトリーチ未実施圏域への普及啓発の方法
- ・ 保健所や精神保健福祉センター職員向けの研修会や情報交換会があれば、本事業や今後の地域における同機関の役割を考える機会になるのではないか
- ・ 事業実施自治体の実績を踏まえた、標準的な事業実施スキームなどの取りまとめがあれば、事業実施決定後の活動がスムーズになる
- ・ 精神医療の入り口の相談を保健所が担うことが多く、未治療、治療中断者であっても、地域で支援することを徹底し、行政職員の発想の転換をせまるような研修が必要
- ・ 「事業評価検討委員会」における効果測定等の指標、検証方法等についての研修が必要
- ・ 【初任者研修】 ●地域移行・地域定着の理念・意義、 ●精神科病床削減と地域生活支援、 ●アウトリーチ推進事業における行政（保健所）が果たすべき役割
- ・ 【実践者研修】 ●事業評価の手法
- ・ 地域移行・地域定着の重要性・必要性をテーマとする内容。
- ・ 地域体制整備に関する先進的な取り組みの紹介等。
- ・ 各自治体の評価検討委員会の進め方などについての情報共有の場や評価検討委員会の円滑な進め方についての場を望む。
- ・ 参加者どうしの情報交換
- ・ 他県等の具体的な取組報告に行政がどのように事業を推進してきたか。事業実施の経緯等についての報告・意見交換を加える。

表1 研修の内容・テーマ① ～ケアマネジメントについて～

- 初回コンタクトのための工夫(インテイク)
 - 「その家にどう入っていくか？」
- 周囲は困っているが本人は困っていない人への支援(関係作り)
- 現場での情報収集、ストレングスの引き出し方(アセスメント)
 - 情報がない時の訪問の仕方:「情報がないので本人が望んでいない支援をしてしまう」、訴えない人への支援:「何をこの人に支援していくか悩む」
- ケア会議の持ち方、まとめ方(プラン作成)
- 主治医との連携方法など(リンケージ、モニタリング)
- 終了時のつなげ方(モニタリング、評価)
 - 終了時期の評価
 - つなげる機関の選択
 - 終了への声掛けなど終了に向けてのスキル
- 地域の人々の意識をどう変えていくか(地域づくり、間接的支援)

表2 研修の内容・テーマ② ～チーム・アプローチの方法～

- どの職種を基盤とすべきか? など
- 理想的な専任スタッフの数?
- 電話対応の体制をどうするか
- チームリーダーの振る舞い方や、スタッフとのスーパーヴィジョンの持ち方
- 自分の職種をアウトリーチの中でどう活かしていくのか(病棟でやってきた時との理念の修正なども含む)

表3 研修の内容・テーマ③ ～具体的な訪問支援のスキル～

- 未治療の人や医療に抵抗がある人にかかわる時の関わり方(「最初の一言をどうかけるか」、「自分の紹介の仕方」など)
- 訪問中の沈黙にどう対処するか
- 距離の取り方(電話番号を教えるかどうか、一緒に食事をした時の経費捻出のルールについて、など)
- 家族支援(「家族とのコミュニケーションの上手なとり方」、「家族も病識がない場合の対応」、「本人と家族と別々に面接するコツやその時の声かけ」、「本人への非難のストップの仕方」など)

表4 研修の内容・テーマ④ ～体系的な理論や知識など～

- 制度の知識(「どういう基準で生活保護になるのか?」、「自立支援医療費制度」、「成年後見人制度」など)
- この事業自体のこと
 - 「アウトリーチの対象者は訪問看護料をとれない」などの事業についての決まりごとのついて
 - 用紙などのフォーマットの統一と記載のポイントを知りたい(業務日誌、カンファレンス記録、電話相談記録など)
 - ACTとアウトリーチの定義や関係性など
 - アウトリーチの概念の始まりやその時の時代背景など
- 経営的なこと(事業終了後のことも含めて)
 - 採算がとれる事業の組み合わせなど

表5 研修の方法①

- 他の自治体・事業所との情報交換
 - 「他自治体で取り組んでいるところの話が聞きたい。同じ環境・形態でのグループワークが希望（取り組みの段階などステージごとや、病院かステーションかなど事業形態によるグループ分けなど）」
 - 「『アウトリーチ・ネットワーク』が作ればよい」
- 事例検討
 - 「リカバリー、チーム支援、ストレングス・モデルなどを病院単位、地域単位で事例検討ができればよい」
 - 「対象者の選び方、記録の方法などいろんなことが引き出せる」

表6 研修の方法②

- 地方単位で研修会ができればよい
 - 「遠いと、スタッフが交替でしか行けない」
 - 「3ヶ月に1回くらい、地方単位で研修会を。事業所同士の交流にもつながる」
 - 「挨拶回りはしているが、その地域で関係する機関が一同に介するような研修企画を
 - 「保健所が中心になって企画してほしい。事業所を束ねるところが必要」
 - 「保健所への研修が必要」

表7 研修の方法③

- 未治療の人や医療に抵抗がある人へのかかわり方に焦点を当てたレクチュアやロールプレイ、事例検討など
- チームリーダー研修
- ACTなどの関係者が県や事業所を回ったりするとよい

表8 ケース・エントリーの難しさ

- 判定会議方式では、会議にのせるまでに「支援申し込み」が必要であるが、そこでの同意が得られず、結びつかないケースが5割くらいある
 - 「すぐ入院させたい」家族は拒否的
 - 関係機関の熱心さにもよる
- 判定会議方式のメリットは大きいですが、課題も生じている
 - 支援申し込みまでに臨床の腕がいる
 - 関係作りが二度手間になってしまう(支援申し込みにつなげるまでと、受け入れ判定後のアウトリーチ・チームのかかわり)
 - 本人・家族の同意がとれてから支援開始までに時間がかかってしまう(「受け入れ」から本人と会うまで1ヶ月かかることもある。「受け入れ」から1週間以内にコンタクトする、などの規定が必要?)
 - アウトリーチ・チームが初回訪問する前後までの、他機関との情報共有が大切になってくる
- 評価検討委員会方式では、比較的障害が軽度なものが対象になっている
 - 紹介元の事業の理解度に左右されやすい
 - 保健所で困っているようなケースを対象にすると良いのではないか

表9 定義をより具体的に、明確化していく必要性

- 長期入院患者の支援終了の定義
- 受療中断者の支援終了の定義
 - 診療報酬に結びついたら？
 - 「結びついた」と言える期間は？
 - 自ら通院するようになったら？
- 万が一入院した後のかかわりをどう考えるか？ : かかわり後半年以内に入院したら医療につながったと見るのではなく、入院中もアウトリーチ・チームが継続支援をし、早期に退院させて残りの介入期間にしっかりと地域定着にかかわっていくことが大切か？
 - これを抱え込みとみるか？
 - 継続的なケアマネジメントとみるか？

