

## **B. 西尾班分担研究報告**

**アウトリーチ（訪問支援）における  
研修・人材育成プログラム開発  
に関する研究**

厚生労働科学研究費補助金『アウトリーチ（訪問支援）に関する研究（H23-精神-一般-006）』  
分担研究報告書

アウトリーチ（訪問支援）における研修・人材育成プログラム開発に関する研究

研究分担者	西尾 雅明（東北福祉大学）
	野口 正行（岡山県精神保健福祉センター）
	三品 桂子（花園大学）
	伊藤 順一郎（国立精神・神経医療研究センター）
研究協力者	佐竹 直子（国立国際医療研究センター国府台病院）
	吉田 光爾（国立精神・神経医療研究センター）
	園 環樹（株式会社 シロシベ）

研究要旨

入院中心から地域生活中心へ」という流れの中で、精神医療・保健・福祉の領域でアウトリーチ（訪問支援）サービスに注目が集まっている。アウトリーチ支援に従事する専門職の人材育成方法については試行錯誤の段階であり、効果的な研修・人材育成プログラムの開発が期待されている。

そこで本研究では、アウトリーチ支援にかかわる人材としての態度や実践スキルに好ましい変化を与えるプログラムを開発することを目的とし、厚生労働省精神障害者アウトリーチ推進事業関係者に、2012年度と2013年度に1回ずつ研修会を実施し、それぞれ研修前後にアンケート調査を実施し、さらに2012年度の研修参加者への1年後フォローアップ調査を実施した。

その結果、研修によってそれぞれの概念の重要性の理解が深まり、実践につながり、また、リカバリーに関する考え方が肯定的に変化するという、昨年度の調査で得られた示唆を裏付ける結果が見られた。さらに、研修効果が1年後にも維持されること、特に、リカバリー志向であることや利用者を尊重することといった価値観や信念に関わる領域では研修効果が維持されやすく、具体的な援助技法に関する領域では研修効果が維持されにくいことも示唆された。

A. 研究目的

精神科領域では、「入院中心から地域生活中心へ」という流れの中で、アウトリーチ（訪問支援）・サービスに注目が集まっている。このような支援においては、精神科病棟内での支援とは異なる支援態度やスキルを必要とするが、わが国におけるアウトリーチ支援は萌

芽期にあり、その人材育成方法については試行錯誤の段階にある。そこで本研究では、厚生労働省精神障害者アウトリーチ推進事業関係者に2日間にわたる研修会を実施し、その参加者を対象にしたアンケート調査を行った。今年度の研修参加者へのアンケート調査や昨年度の研修参加者へのフォローアップ調査を

通して、研修で何が学ばれ、参加者にどのような影響があったかを評価することで、アウトリーチ支援にかかわる人材としての態度や実践スキルに好ましい変化を与えるプログラムを開発することを目的とした。

## B. 研究方法（倫理面への配慮）

### 1) 方法

2013年度「アウトリーチ推進事業研修会」（資料1）の参加者を対象に、研修開始直前に事前調査、終了直後に事後調査を会場で行った。

また、2012年度の研修参加者を対象とする郵送フォローアップ調査を行なった。

2012年度と2013年度の研修の両方に参加した者（11名）については、郵送フォローアップ調査を実施せず、2013年度の研修前調査をフォローアップ調査の回答として扱った。

各調査時点の調査の概要を表1にまとめた。以下、2012年度の研修前調査をT1、後調査をT2、2013年度研修前調査および郵送フォローアップ調査をT3、2013年度研修後調査をT4とする。

表 1 各時点の調査概要

#### T1 調査

2012年度研修の参加者を対象に、研修開始直前に集合法で実施

有効回答 58（有効回答率 96.7%）

#### T2 調査

2012年度研修の参加者を対象に、研修終了直後に集合法で実施

有効回答 56（有効回答率 93.3%）

#### T3 調査

2013年度研修の参加者を対象に、研修開始直前に集合法で実施、および、2012年度の参加者を対象に郵送法で実施。

集合：有効回答 44（有効回答率 97.8%）

郵送：有効回答 33（有効回答率 55.0%）

#### T4 調査

2013年度研修の参加者を対象に、研修終了直後に集合法で実施

有効回答 44（有効回答率 97.8%）

### 2) アンケートの内容

アンケートには、研修会で扱うテーマに関する重要度や実践度についての自己評価を問う項目や（表2参照）、職種や臨床経験年数などを問う基礎属性項目が含まれている（資料3）。

昨年度の結果と比較するため、ほぼ全ての項目が昨年調査と同様であるが、今年度の研修の主なテーマである危機介入に対応させるため、「危機介入とその倫理についての理解」と「ストレングス・モデルに基づいた支援と、危機介入の関係についての理解」の2項目が、重要度・実践度の項目群に追加された。

それぞれのアンケートの記入に要する時間は10～20分程度であった。

表 2 重要度・実践度の13項目

リカバリー	精神疾患・障害からのリカバリーという概念
尊重すること	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こと
エンゲージメント	利用者・家族との良好な関係づくり（関係を持ちにくい当事者（未受診察、治療中断者）へも

アプローチを行う)
アセスメント ストレングス・モデルに基づいたケアマネジメントにおけるアセスメント（利用者や環境の強みなど、ケアマネジメントを行う上で有用な情報を集める）
ケアプラン ストレングス・モデルに基づいたケアマネジメントにおけるケアプラン作り（初期アセスメント、初期プランについても理解する）
ケアマネ適用 ストレングス・モデルに基づいたケアマネジメントにおける、実際の支援へのアセスメントやプランの適用（ケア会議やサービスを振り返るためのモニタリングも行う）
心理教育 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
多職種 多職種チームによる支援（多職種で機能分担と相互干渉のバランスをとりながら、ケアの決定と遂行を主体的に、直接的、包括的に行い、利用者の状態に合わせた訪問頻度・時間を設定し、毎日ミーティングの機会をもつ）
インフォーマル 家族や近隣住民、雇用主などへのインフォーマルな支援
連携 医療機関、保健所、市町村、福祉サービス機関が有機的に連携した支援（アウトリーチ推進事業における評価検討委員会の運営など）
クライシス 利用者の地域生活や生命が破綻しかかっているような状況での、急性期対応（クライシス対応）
危機介入と倫理 危機介入とその倫理についての理解
ストレングスと危機介入 ストレングス・モデルに基づいた支援と、危機介入の関係についての理解

### 3) 対象

フォローアップ調査については、「精神障害者アウトリーチ推進事業」を実施する事業所（医療機関や福祉事業所）に所属する事業担当者、並びに事業所を管轄する保健所職員を対象とした。全国都道府県の精神障害者アウトリーチ推進事業担当部署（行政）に、郵送にて、管轄圏域の事業実施機関・保健所に2013年1月17～18日に東京で開催された「アウトリーチ推進事業研修会」への参加を

呼びかけ、これに参加した者60名を対象とした。

今年度も研修も同様にアウトリーチ推進事業を実施する事業所の職員を対象に研修への参加を呼びかけ、2014年1月17日に仙台で開催された研修の参加者45名を対象とした。

なお、2012年度と2013年度の研修両方に参加した者は11名であった。

### 4) 統計解析について

統計解析については、特に記載のない限り、Wilcoxonの符号付き順位検定で差の検定を行なった。統計解析ソフトは、IBM社のSPSS ver17 for Windowsを使用した。

### 5) 研究における倫理的配慮

本調査では、短時間で記入できる自記式アンケート調査のみを実施し、身体的侵襲性はない。調査票の内容に関しては、アウトリーチ事業に必要な知識や概念の主観的な理解度や実践度を問う項目などから構成され、心理的に侵襲的な項目は含まれない。

集合法での調査では、調査開始時に、口頭と文書で研究の説明を行い、研究参加に同意する者に調査票への記入を依頼した。郵送法での調査では研究を説明する文章が含まれる依頼状を同封した。調査票への回答・提出をもって同意とみなした。研究参加後にも同意を撤回することが可能であり、撤回の意思表示があればすみやかに該当者を研究対象から除外し、該当者に関する情報を研究データベースから削除することとした。また、調査票への回答の有無や回答内容によって、対象者に不利益がもたらされることはない。

また、情報の保護に対する配慮として、本

研究では、連結可能匿名化を行った。調査票はID番号で管理し、調査データには個人情報には含まれず、IDと対象者個人情報との対応表は電子媒体で保管され、PCとファイルそれぞれに異なるパスワードで多重に保護された。また、管理担当者と分析担当者は異なり、対応表管理者が調査データにアクセスすることも、分析担当者が個人情報にアクセスすることもなかった。調査票とID対応表の保存期間は研究終了時（2014年3月）までとし、紙媒体はシュレッダー等で裁断処分し、電子データはハードディスクより削除することとした。

## C. 研究結果

### 1) 回収率

T1 調査では、有効回答 58（有効回答率 96.7%）、T2 調査では、有効回答 56（有効回答率 93.3%）、T3 調査では、集合法では、有効回答 44（有効回答率 97.8%）、昨年の参加者を対象とする郵送調査で、有効回答 33（有効回答率 55.0%）、T4 調査では、有効回答 44（有効回答率 97.8%）であった。

### 2) 今年度の研修について

今年度の研修参加者の基礎属性について表 3～表 8 にまとめた。性別については、ほぼ半数ずつ、年齢については 40 代が最も多く、次いで 30 代であった。

精神科臨床経験年数については、「5 年～9 年」が最も多く 13 名（29.5%）、ついで、「10 年～14 年」が 9 名（20.5%）であった。

アウトリーチ経験年数については、5 年未満が 33 人（75.0%）と最も多かった。

職種については、精神保健福祉士が最も多く 22 名（50.0%）で、ついで、作業療法士、

看護師、保健師がそれぞれ 4 名（9.1%）であった。

参加の立場に関しては、「自治体でアウトリーチ推進事業を実施しており、事業を委託されている事業所の臨床スタッフとして参加」が最も多く 35 名（79.5%）であった。

研修会で扱ったテーマに関する重要度についての自己評価は、研修前では「エンゲージメント」「アセスメント」「多職種アプローチ」などであり、昨年と同様の結果が見られた（表 9 参照）。

重要度と実践度の比較では、T3、T4 ともに、全ての項目で重要度の得点の実践度の得点より有意に高く、昨年と同様の結果が見られた。

重要度に関して、T3 と T4 の結果を比較したところ、ほぼ全ての項目で T4 での得点が T3 より有意に高かった（表 11 参照）。

実践度については、「リカバリー」「多職種アプローチ」「ストレスと危機介入」などの項目で T4 での得点が有意に T3 より高かった（表 12 参照）。

リカバリーに対する態度については、「重い症状や障害があってもリカバリーできる」と「私は、利用者の可能性を信じている」の項目で、T4 での得点が有意に T3 より高かった（表 13 参照）。

### 3) 初回参加群 vs 継続参加群について

今年度の研修参加者を、昨年度の研修にも参加した「継続群」と、今年度が初めての参加の「初回群」に分けて比較した結果を表 14～19 にまとめた。

T3 調査では、「リカバリー」の重要性について、初回群よりも継続群で有意に得点が高かった（表 14 参照）。

実践度に関しては、両群間に有意な差は見

られなかった（表 15 参照）。

T4 時点に関しては、全ての項目で群間に有意な差は見られなかった。

#### 4) T1 と T2 と T3 の比較

T1、T2、T3 の全てに回答した対象者 41 名のそれぞれの項目に対する回答の結果を表 20～22 にまとめた。

まず、重要度に関しては、「リカバリー」「心理教育」「クライシス」の項目で、T2 が T1 より有意に高く、さらに T3 でもその高得点が維持されて T1 より有意に高かった。

一方、「アセスメント」や「ケアプラン」の項目では、T2 が T1 よりも有意に高かったものの、T3 が T2 より有意に低く、T1 と T3 の間で有意差がなくなった。

次に実践度に関しては、「リカバリー」「エンゲージメント」「アセスメント」などに関して、T2 が T1 より有意に高く、さらに T3 でもその高得点が維持されて T1 より有意に高かった。実践度に関しては、T2 から T3 にかけて有意に得点が低下した項目はなかった。

リカバリーに対する態度については、「重い症状や障害があってもリカバリーできる」と「私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる」の項目で、T2 が T1 より有意に高く、さらに T3 でもその高得点が維持されて T1 より有意に高かった。

### D. 考察

#### 1) 参加者の属性などについて

今回の参加者は、去年は 39 歳以下がほぼ半数を占めたのに対し、今年も 40 代の参加者が最も多かった。精神科臨床経験年数についても、9 年以下の者が 5 割を超えていた去年に比べ、今年も半数を若干下回った。昨年

より年齢・経験年数が大きい傾向があったものの、昨年と同様、比較的若い世代で精神科臨床経験がそれほど長くなく、アウトリーチ支援を最近になって始めた者が参加者の中心であったといえよう。

職種としては、精神保健福祉士が参加者の最も多くを占め、50%であった。去年は、実施事業所の管轄保健所に参加を積極的に呼びかけたため、保健師が、第二位の職種となっていたが、今年も作業療法士などと同水準にとどまった。

#### 2) 研修効果について

T3、T4 の両時点とも、全項目で実践度は重要度より有意に低い点数となっていた。

また、T4 の重要度の認識においては、全ての項目において重要度の点数は T3 より増加していた。特に「リカバリー」「尊重すること」「ストレスと危機介入」などの項目での変化が目立ち、昨年度の研修で変化の大きかった「ケアプラン」などの項目よりも変化が大きかった。今年度のカリキュラムでは、プランニングやアセスメントよりも、リカバリーやストレス、危機介入に焦点を当てたことがこのような結果に現れたと考えられる。

リカバリーに対する意識を訪ねた項目でも、5 項目中 2 項目で有意に研修後の値が高くなっていた。

昨年度の結果から、アウトリーチに関する研修をすれば自動的に同じ項目で同じような研修効果が得られるのではなく、研修目的に沿って重点を置いた項目で効果が得られやすいことを示していると考えられたが、今回の結果はその考察を裏付ける結果だったといえる。

グループワークや事例検討をとり入れた研

修は、1日の研修でも、目的に沿ってそれなりの効果を上げることが可能と思われる。また、初心者、中級者、上級者、それぞれの対象者に、どのようなことを、どのように伝えるか、カリキュラム・マップのようなものを作成することが肝要と思われる。

また、今年度の研修でも、昨年と同様、いくつかの項目で研修期間中に「実践度」が変化した。これまで自ら実践していたことに自信をもてなかったのが、研修を通じて、「実はやれていた」と思えるようになったことで、研修直後の実践度が向上していた可能性もあるだろう。研修会が、重要度の認識を向上させる啓発的な研修としてだけでなく、参加者の「できていたんだ」「明日からできそう」といったエンパワメントにつながる研修会として機能していた可能性を示唆している。

### 3) 初回群と継続群

T3 調査では、「リカバリー」の重要性について、初回群よりも継続群で有意に得点が高かったが、他の項目では、群間に有意な差は見られなかった。T4 については、全項目で有意差が見られなかったが、これは、N の小ささによって有意な差が見られなかったためと考えられる。継続群で去年の研修の効果が消失していたと解釈しない理由については、次項を参照されたい。

### 4) 研修効果の持続について

「リカバリー」「心理教育」「クライシス」の重要性、「リカバリー」「エンゲージメント」の実践度、「重い症状や障害があってもリカバリーできる」や「私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる」などの項目で、T2 が T1 より有意に高く、さらに T3 でもその高得点が維持されて T1 より有意に高かった。これは、去年の研修の効果が1年間持続され

たと考えるのが妥当であろう。

一方、「アセスメント」や「ケアプラン」の項目では、T2 が T1 よりも有意に高かったものの、T3 では得点が有意に低下し、有意差がなくなった。

これは、各カリキュラムの内容特性によって研修効果が維持されやすい内容とそうでない内容があることを示唆する結果であると考えられる。リカバリー志向であることや利用者を尊重することといった価値観や信念に関わる領域では研修効果が維持されやすく、アセスメントやプランといった具体的な援助技術の重要性に関しては研修効果が維持されにくいと考えることができるかもしれない。今後のカリキュラムの立案においては、研修効果の持続性にも配慮する必要があるだろう。

### 5) 本研究の限界

今回の調査では、①サンプル数が少ないこと、②研修直後に2回目の調査を行っており研修効果の持続性については明らかとなっていないこと、③客観的なスキルを評価するものではなく、あくまでも自己評価であること、④対照群との比較を行っていないこと、などから、効果評価研究としては一定の限界がある。

## E. 結論

本研究では、アウトリーチ支援にかかわる人材に好ましい変化を与えるプログラム開発を目的として、『アウトリーチ推進事業研修会』を実施し、参加者にどのような影響があったかを評価した。その結果、研修によってそれぞれの概念の重要性の理解が深まり、実践につながり、また、リカバリーに関する考え方が肯定的に変化するという、昨年度の調

査で得られた示唆を裏付ける結果が見られた。

さらに、研修効果が1年後にも維持されること、特に、リカバリー志向であることや利用者を尊重することといった価値観や信念に関わる領域では研修効果が維持されやすく、具体的な援助技法に関する領域では研修効果が維持されにくいことも示唆された。

今後、これらの知見を参照しつつ研修プログラムを洗練するとともに、より厳密な効果評価を行い、より人材育成方法を開発していくことが、「入院中心から地域生活中心へ」という流れの中で、アウトリーチ（訪問支援）・サービスが効果的に機能するために必要であ

る。

## 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



## 図表

表 3 性別

	N	%
男性	23	52.3
女性	19	43.2
不明	2	4.5
合計	44	100.0

表 4 年齢層

	N	%
20～29歳	6	13.6
30歳～39歳	12	27.3
40歳～49歳	18	40.9
50歳～59歳	3	6.8
60歳～69歳	2	4.5
70歳以上	1	2.3
不明	2	4.5
合計	44	100.0

表 5 精神科臨床経験年数

	N	%
5年未満	8	18.2
5年～9年	13	29.5
10年～14年	9	20.5
15年～19年	3	6.8
20年～24年	6	13.6
25年～29年	3	6.8
不明	2	4.5
合計	44	100.0

表 6 アウトリーチ経験年数

	N	%
5年未満	33	75.0
5年～9年	3	6.8
10年～14年	4	9.1
15年～19年	2	4.5
不明	2	4.5
合計	44	100.0

表 7 職種

	N	%
精神保健福祉士	22	50.0
作業療法士	4	9.1
相談支援専門員	2	4.5
看護師	4	9.1
医師	2	4.5
臨床心理士	2	4.5
保健師	4	9.1
行政担当者	1	2.3
その他	1	2.3
不明	2	4.5
合計	44	100.0

表 8 参加者の立場

	N	%
自治体でアウトリーチ推進事業を実施しており、事業を委託されている事業所の臨床スタッフとして参加	35	79.5
自治体でアウトリーチ推進事業を実施しており、保健所職員の立場で参加	4	9.1
自治体でアウトリーチ推進事業を実施していないが、希望により参加	1	2.3
その他	2	4.5
不明	2	4.5
合計	44	100.0

表 9 T3 時点での重要度と実践度の比較 (N=44)

	重要度		実践度		Z	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	8.77	1.72	5.29	1.78	-5.54	.00
尊重すること	8.89	1.62	6.62	2.15	-5.13	.00
エンゲージメント	9.61	.78	6.98	1.57	-5.43	.00
アセスメント	9.14	1.03	5.95	1.71	-5.47	.00
ケアプラン	8.91	1.10	5.12	1.61	-5.47	.00
ケアマネ適用	8.84	1.12	5.55	1.92	-5.40	.00
心理教育	8.75	1.16	4.93	1.99	-5.43	.00
多職種	9.14	1.21	6.36	2.17	-5.48	.00
インフォーマル	8.64	1.33	5.38	1.97	-5.33	.00
連携	9.05	1.28	6.38	2.12	-5.48	.00
クライシス	9.09	1.22	5.76	2.09	-5.34	.00
危機介入と倫理	9.11	1.10	5.71	1.74	-5.55	.00
ストレングスと危機介入	8.77	1.27	5.14	1.97	-5.49	.00

表 10 T4 時点での重要度と実践度の比較 (N=44)

	重要度		実践度		Z	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	9.32	1.05	6.25	2.05	-5.69	.00
尊重すること	9.41	.95	7.00	2.11	-5.00	.00
エンゲージメント	9.80	.51	6.95	2.02	-5.51	.00
アセスメント	9.36	.84	5.98	2.22	-5.55	.00
ケアプラン	9.23	.91	5.57	1.72	-5.73	.00
ケアマネ適用	9.16	1.06	5.75	1.79	-5.74	.00
心理教育	9.36	1.10	5.50	2.02	-5.60	.00
多職種	9.57	.76	6.86	2.30	-5.32	.00
インフォーマル	8.95	1.14	5.70	1.98	-5.47	.00
連携	9.52	.90	6.55	1.86	-5.61	.00
クライシス	9.36	.92	6.05	2.09	-5.67	.00
危機介入と倫理	9.36	.87	6.18	2.09	-5.61	.00
ストレングスと危機介入	9.34	.91	5.98	2.02	-5.70	.00

表 11 重要度について T3 vs T4 の比較 (N=44)

	T3		T4		Z	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	8.77	1.72	9.32	1.05	-2.84	.00
尊重すること	8.89	1.62	9.41	.95	-2.74	.01
エンゲージメント	9.61	.78	9.80	.51	-1.51	.13
アセスメント	9.14	1.03	9.36	.84	-2.06	.04
ケアプラン	8.91	1.10	9.23	.91	-2.22	.03
ケアマネ適用	8.84	1.12	9.16	1.06	-1.85	.07
心理教育	8.75	1.16	9.36	1.10	-3.02	.00
多職種	9.14	1.21	9.57	.76	-2.52	.01
インフォーマル	8.64	1.33	8.95	1.14	-1.77	.08
連携	9.05	1.28	9.52	.90	-2.78	.01
クライシス	9.09	1.22	9.36	.92	-1.96	.05
危機介入と倫理	9.11	1.10	9.36	.87	-1.51	.13
ストレングスと危機介入	8.77	1.27	9.34	.91	-2.77	.01

表 12 実践度について T3 vs T4 の比較 (N=44)

	T3		T4		Z	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	5.29	1.78	6.25	2.05	-3.66	.00
尊重すること	6.62	2.15	7.00	2.11	-.83	.41
エンゲージメント	6.98	1.57	6.95	2.02	-.219b	.83
アセスメント	5.95	1.71	5.98	2.22	-.27	.78
ケアプラン	5.12	1.61	5.57	1.72	-1.47	.14
ケアマネ適用	5.55	1.92	5.75	1.79	-.61	.54
心理教育	4.93	1.99	5.50	2.02	-1.99	.05
多職種	6.36	2.17	6.86	2.30	-2.04	.04
インフォーマル	5.38	1.97	5.70	1.98	-1.46	.15
連携	6.38	2.12	6.55	1.86	-.20	.84
クライシス	5.76	2.09	6.05	2.09	-1.23	.22
危機介入と倫理	5.71	1.74	6.18	2.09	-1.79	.07
ストレングスと危機介入	5.14	1.97	5.98	2.02	-3.03	.00

表 13 リカバリーに関して T3 vs T4 の比較 (N=44)

	T3		T4		Z	p
	平均値	SD	平均値	SD		
重い症状や障害があってもリカバリーできる	3.95	.91	4.34	.61	-3.12	.00
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.50	.67	4.55	.55	-.48	.63
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.14	.78	4.14	.67	.00	1.00
私は、利用者を患者扱いするのではなく、人としてみている	4.33	.69	4.30	.67	-.50	.62
私は、利用者の可能性を信じている	4.36	.66	4.52	.59	-2.65	.01

表 14 T3 時点での重要度に関して、初回参加群 vs 継続参加群で比較

	初回(N=33)		継続(N=11)		Z	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	8.45	1.86	9.73	.65	-2.38	.02
尊重すること	8.79	1.75	9.18	1.17	-.52	.60
エンゲージメント	9.52	.87	9.91	.30	-1.33	.18
アセスメント	9.15	1.09	9.09	.83	-.55	.58
ケアプラン	8.91	1.18	8.91	.83	-.26	.80
ケアマネ適用	8.79	1.19	9.00	.89	-.44	.66
心理教育	8.67	1.19	9.00	1.10	-.81	.42
多職種	8.97	1.26	9.64	.92	-1.60	.11
インフォーマル	8.55	1.39	8.91	1.14	-.65	.52
連携	8.91	1.38	9.45	.82	-1.02	.31
クライシス	9.00	1.30	9.36	.92	-.73	.47
危機介入と倫理	9.12	1.19	9.09	.83	-.52	.60
ストレングスと危機介入	8.76	1.32	8.82	1.17	-.07	.94

表 15 T3 時点での実践度に関して、初回参加群 vs 継続参加群で比較

	初回(N=32)		継続(N=10)		Z	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	5.28	1.80	5.30	1.83	-.03	.98
尊重すること	6.59	2.28	6.70	1.77	-.06	.95
エンゲージメント	6.97	1.47	7.00	1.94	-.02	.99
アセスメント	6.09	1.67	5.50	1.84	-.78	.44
ケアプラン	5.16	1.57	5.00	1.83	-.24	.81
ケアマネ適用	5.72	1.94	5.00	1.83	-1.17	.24
心理教育	5.16	1.95	4.20	2.04	-1.16	.25
多職種	6.28	2.13	6.60	2.41	-.60	.55
インフォーマル	5.34	2.12	5.50	1.51	-.10	.92
連携	6.09	2.22	7.30	1.49	-1.53	.13
クライシス	5.53	2.09	6.50	2.01	-1.07	.29
危機介入と倫理	5.63	1.77	6.00	1.70	-.30	.76
ストレングスと危機介入	4.97	1.89	5.70	2.21	-.72	.47

表 16 T3 時点でのリカバリーに関して、初回参加群 vs 継続参加群で比較

	初回(N=31)		継続(N=11)		Z	p
	平均値	SD	平均値	SD		
重い症状や障害があってもリカバリーできる	3.90	.94	4.09	.83	-.62	.54
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.48	.72	4.55	.52	-.03	.97
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.03	.75	4.45	.82	-1.68	.09
私は、利用者を患者扱いするのではなく、人としてみている	4.39	.67	4.18	.75	-.82	.41
私は、利用者の可能性を信じている	4.39	.67	4.27	.65	-.57	.57

表 17 T4 時点での重要度に関して、初回参加群 vs 継続参加群で比較

	初回(N=33)		継続(N=11)		Z	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	9.24	1.12	9.55	.82	-.65	.52
尊重すること	9.42	.87	9.36	1.21	-.27	.78
エンゲージメント	9.82	.46	9.73	.65	-.30	.77
アセスメント	9.48	.71	9.00	1.10	-1.32	.19
ケアプラン	9.30	.88	9.00	1.00	-.98	.32
ケアマネ適用	9.18	1.13	9.09	.83	-.70	.48
心理教育	9.42	.97	9.18	1.47	.00	1.00
多職種	9.52	.83	9.73	.47	-.44	.66
インフォーマル	9.03	1.16	8.73	1.10	-.99	.32
連携	9.58	.87	9.36	1.03	-.76	.45
クライシス	9.39	.86	9.27	1.10	-.11	.91
危機介入と倫理	9.36	.86	9.36	.92	-.06	.95
ストレングスと危機介入	9.36	.93	9.27	.90	-.41	.69

表 18 T4 時点での実践度に関して、初回参加群 vs 継続参加群で比較

	初回(N=33)		継続(N=11)		Z	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	6.15	2.03	6.55	2.16	-.72	.47
尊重すること	6.91	2.26	7.27	1.68	-.33	.74
エンゲージメント	6.91	2.18	7.09	1.51	-.07	.95
アセスメント	5.85	2.22	6.36	2.25	-.59	.56
ケアプラン	5.45	1.70	5.91	1.81	-.71	.48
ケアマネ適用	5.73	1.88	5.82	1.60	-.08	.93
心理教育	5.67	1.99	5.00	2.10	-.81	.42
多職種	6.70	2.14	7.36	2.77	-1.20	.23
インフォーマル	5.91	1.99	5.09	1.92	-1.07	.28
連携	6.33	1.87	7.18	1.78	-1.54	.12
クライシス	5.76	2.12	6.91	1.81	-1.69	.09
危機介入と倫理	6.00	2.21	6.73	1.68	-1.19	.23
ストレングスと危機介入	5.91	2.10	6.18	1.83	-.47	.64

表 19 T4 時点でのリカバリーに関して、初回参加群 vs 継続参加群で比較

	初回(N=33)		継続(N=11)		Z	p
	平均値	SD	平均値	SD		
重い症状や障害があってもリカバリーできる	4.33	.65	4.36	.50	-.06	.95
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.52	.51	4.64	.67	-.96	.34
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.12	.60	4.18	.87	-.39	.70
私は、利用者を患者扱いするのではなく、人としてみている	4.39	.61	4.00	.77	-1.55	.12
私は、利用者の可能性を信じている	4.61	.56	4.27	.65	-1.62	.11

表 20 重要度について T1 と T2 と T3 の比較 (N=41)

	T1		T2		T3		T1 vs T2		T2 vs T3		T1 vs T3	
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD	Z	p	Z	p	Z	p
リカバリー	8.73	1.12	9.41	.84	9.51	.84	-3.29	.00	-.61	.54	-4.01	.00
尊重すること	8.98	1.04	9.49	.75	9.24	.97	-3.34	.00	-1.58	.11	-1.62	.11
エンゲージメント	9.39	.86	9.54	.74	9.68	.65	-1.05	.30	-1.08	.28	-1.89	.06
アセスメント	9.10	1.00	9.56	.63	9.12	.84	-2.55	.01	-2.59	.01	-.01	.99
ケアプラン	8.71	1.08	9.56	.63	9.02	.88	-4.39	.00	-2.78	.01	-1.43	.15
ケアマネ適用	8.66	1.04	9.34	.88	9.03	.89	-3.90	.00	-1.72	.09	-1.46	.14
心理教育	8.20	1.33	8.76	1.22	9.10	1.02	-3.05	.00	-1.37	.17	-3.28	.00
多職種	9.37	.94	9.46	.78	9.49	.87	-.74	.46	-.21	.84	-.74	.46
インフォーマル	8.20	1.31	8.71	1.03	8.54	1.21	-2.89	.00	-.80	.42	-1.56	.12
連携	9.15	1.13	9.56	.71	9.51	.84	-2.44	.01	-.33	.74	-1.62	.10
クライシス	8.83	1.28	9.22	1.52	9.46	.84	-2.31	.02	-1.93	.05	-3.03	.00
危機介入と倫理	-	-	-	-	9.15	.91	-	-	-	-	-	-
ストレングスと危機介入	-	-	-	-	8.88	1.17	-	-	-	-	-	-



表 21 実践度について T1 と T2 と T3 の比較 (N=41)

	T1		T2		T3		T1 vs T2		T2 vs T3		T1 vs T3	
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD	Z	p	Z	p	Z	p
リカバリー	5.49	1.83	6.20	1.69	6.15	1.81	-3.03	.00	-.07	.94	-2.15	.03
尊重すること	6.61	1.86	6.95	1.80	7.33	1.77	-1.78	.08	-1.47	.14	-2.49	.01
エンゲージメント	6.59	1.80	7.02	1.46	7.33	1.70	-1.99	.05	-1.77	.08	-2.64	.01
アセスメント	5.66	1.77	6.17	1.63	6.25	1.55	-2.40	.02	-.33	.75	-2.29	.02
ケアプラン	5.41	1.82	5.76	1.84	5.83	1.82	-1.58	.11	-.04	.97	-1.73	.08
ケアマネ適用	5.49	2.00	5.95	1.83	6.10	1.70	-1.86	.06	-.31	.76	-1.90	.06
心理教育	4.90	1.84	5.54	1.85	5.45	1.85	-2.47	.01	-.03	.97	-1.63	.10
多職種	6.63	1.67	7.24	1.61	7.03	1.99	-2.10	.04	-.41	.68	-1.00	.32
インフォーマル	4.73	1.92	5.51	1.80	5.20	1.70	-2.92	.00	-1.00	.32	-1.81	.07
連携	6.46	1.89	6.29	1.62	7.30	1.62	-.51	.61	-2.98	.00	-2.50	.01
クライシス	6.10	2.21	6.12	2.10	6.40	2.36	-.38	.70	-.96	.34	-1.02	.31
危機介入と倫理	-	-	-	-	6.05	1.95	-	-	-	-	-	-
ストレンダスと危機介入	-	-	-	-	5.80	1.96	-	-	-	-	-	-

表 22 リカバリーについて T1 と T2 と T3 の比較 (N=41)

	T1		T2		T3		T1 vs T2		T2 vs T3		T1 vs T3	
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD	Z	p	Z	p	Z	p
重い症状や障害があってもリカバリーできる	4.15	.57	4.37	.58	4.28	.66	-2.50	.01	-.65	.52	-1.29	.20
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.56	.55	4.66	.53	4.64	.49	-1.41	.16	-.38	.71	-1.27	.21
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	3.88	.68	4.12	.64	4.39	.73	-2.67	.01	-2.32	.02	-3.25	.00
私は、利用者を患者扱いするのではなく、人としてみている	4.15	.65	4.27	.63	4.31	.58	-1.51	.13	-.28	.78	-1.39	.17
私は、利用者の可能性を信じている	4.32	.57	4.39	.54	4.53	.56	-.83	.41	-1.00	.32	-1.29	.20

# **C. 考察および結論**

## **今後の課題**

## C. 考察および結論と今後の課題

### 1. アウトリーチの対象者像と、ケアによる指標の変化

精神障害者アウトリーチ推進事業の対象者は、受療中断者（59.2%）及び未受診者（13.8%）を合わせて全体の70%以上を占める。このことは、継続的に集中的なケアを提供する必要があるACT（Assertive Community Treatment）や、AO（Assertive Outreach）の対象者像や、その支援プロセスと本事業の相違を表していると考えられる。本事業の対象者との間には、支援者と対象者間の信頼関係や治療的関係の構築に長い期間と慎重なケアを必要とすることが大きな特徴であった。一方、一旦適切な治療や支援を導入することができれば、比較的スムーズに精神症状の改善が得られたケースが多かった。事業開始前後で、症状や社会機能の改善の度合いが大きかったことには、このような対象者の特徴が反映されていたと考えられる。

### 2. アウトリーチのケア内容及び時間と、その推移

集計したケア量とその内容のデータから、支援開始当初は関係性の構築に多くの時間を要し、また対象者にとっての重要なイベント（就労や他チームへの引き継ぎなど、特に連絡と調整が必要な出来事）があった月には、ケア時間が大幅に増大し、訪問回数や関与する職種も多いことがわかった。日常生活や精神症状へのケアなど、対象者に対して直接的な支援を提供できるようになるまでに、多くの会議、カンファレンス、ケアマネジメント業務を通じて、関わりの下準備をしていることが明らかになった。多職種によるケアマネジメントの手法は既に多くの研究において、サービスの導入及び脱落減少、精神症状や社会機能の改善等に対して効果が認められているが、本事業においても地域生活を継続し、精神症状や社会生活状況の改善がなされた事例においては、初期の調整が多職種チームにおいて効果的に実行されたと考えられる。

こうしたケアマネジメントの実施は、これまで訪問看護における「在宅患者連携指導加算」「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」として診療報酬上に算定されていたが、平成26年4月に創設された「精神科重症患者早期集中支援管理料」の算定要件では、常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の4名による多職種会議を週1回以上開催すること、うち月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること、と明示された。今後、地域包括的な支援体制の構築への活用が期待される。

### 3. 診療報酬制度では算定されない、先駆的なアウトリーチケア

本事業では、2. で示したようなケアマネジメント以外にも、平成 25 年現在の診療報酬制度では算定されていない「24 時間対応・電話対応・メール対応」「同日複数回訪問」「受診同行を含む、患者以外への訪問」「地域活動支援センターによる訪問」「ピアサポーターや臨床心理士等による訪問」といったアウトリーチによる先駆的ケアが多く実践されていた。

これらのうち、24 時間対応・電話対応・メール対応は「24 時間対応体制加算」及び「24 時間連絡体制加算」として訪問看護に加算されてきたが、本事業では全チームが 24 時間対応を実施しており、より幅広い職種による実践の可能性が示唆された。「同日複数回訪問」はこれまで算定されてこなかったが、平成 26 年 4 月に創設された「精神科複数回訪問加算」において、1 日に 2 回又は 3 回以上の訪問看護を提供することに対して加算がされるようになった。本事業では他にも「受診同行を含む、患者以外への訪問」「地域活動支援センターによる訪問」「ピアサポーターや臨床心理士等による訪問」のような先駆的な実践が提供されており、今後はこれらの先駆的な活動による効果を検証する必要がある。

### 4. アウトリーチケアに関わる人材の育成

チームの機能を標準化し、一定以上の水準のサービスを提供するためには、人材育成プログラムの標準化が必須である。本研究で実施した研修では、研修前後にアンケート調査を実施し、さらに 2012 年度の研修参加者への 1 年後フォローアップ調査を実施した。その結果、研修によってそれぞれの概念の重要性の理解が深まり、実践につながり、また、リカバリーに関する考え方が肯定的に変化するという、昨年度の調査で得られた示唆を裏付ける結果が見られた。さらに、研修効果が 1 年後にも維持されること、特に、リカバリー志向であることや利用者を尊重することといった価値観や信念に関わる領域では研修効果が維持されやすく、具体的な援助技法に関する領域では研修効果が維持されにくいことも示唆された。これらの結果は、今後アウトリーチケアにかかわる人材を育成し、ケアの水準を高めるための教育プログラムを作成するうえで、具体的な示唆となるだろう。

### 5. 本事業の一般制度化と今後の課題

平成 26 年改訂で新設された精神科重症患者早期集中支援管理料は、今後、地域ケアの有力な資源として活用されることが期待できる。また、未受診者や引きこもりの者を対象として、行政機関による精神障害者地域生活支援広域調整等事業も都道府県の必須事業として展開される予定である。しかし、この制度にかかわる人材の育成は今後の課題として残されている。制度は、活用されてこそ洗練され、地域ケアに実際に資するものとなる。どうすればより効果的な制度として精神障がい者の地域移行・地域定着を支えることができるかについて、またそのための人材育成のあり方について、継続してフォローする必要があると考えられる。