

3) 対象患者

①1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者

<意見>

- 1年以上の要件、又は退院を繰り返す者という要件では該当者が少ない（3施設）

この要件ではケースの選定が困難という意見が3施設からあった。そのうち2施設は、現在支援を行っている施設であった。理由は、病院では3か月あるいは1年以内の退院を目指しているため、対象としたいケースが該当しないということであった。入退院を繰り返す者という要件では、3か月以内では急性期病棟の患者が対象にならないので該当者が少ないという意見があった。

支援中のケースでは、10回以上の入退院を繰り返しており、在宅に戻ると内服が不規則になってしまい、半年以上過ごすことができない者が挙げられていた。

②統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者

<意見>

- 要件をクリアできる（4施設）
- GAF40以下で退院する者は稀

5施設中4施設はこの要件をクリアできると回答していた。しかし、GAF40点以下では入院治療が必要と判断して退院する者は稀という意見が1施設からあった。

③精神科を標榜する保険医療機関へ通院が困難な者

<意見>

- 医療中断や未治療の人が多いためクリアできる
- この要件に合致する対象者はそう多くない
- この要件の判断が難しく、基準がほしい

<特徴>

- 病院から遠い所に住んでいて、親との折り合いが悪く送迎のサポートが受けづらくなった
- 病院のそばに引っ越してきてもらうことも多い

この要件がクリアできると回答した施設は1施設のみであった。②の条件（統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者）も含めたこの要件に合致する患者は多くないと捉えている施設が1施設であった。この要件の解釈が困難なため、基準が明確にしてほしいと捉えている施設が1施設であった。

支援を行っているケースでは、病院から遠い所に住んでいて、親の送迎サポートが受けづらくなり、通院が困難になった者が対象となっていた。通院が困難なケースに対しては、サービスが継続できるように病院の近くに引っ越しをしてもらうなど、工夫していた。

④障害福祉サービスを利用していない者

<意見>

- 少ないが一定数はいる
- 障害福祉サービスの利用なし
- グループホームを利用あるいは利用を考えている者はこの要件では算定できない
- 対象者はいない。この要件が当てはまると、医療のみとなるため、重症でも福祉サービスを検討している
- 当該算定量では利用不可なので、対象者が減る

本来であれば、重症で障害福祉サービスを必要としている人が支援の対象となると考えられるが、3施設において、「障害福祉サービスを利用していない者」という要件では対象者が限定されるという問題が挙げられていた。対象数が限定されるにもかかわらず、この要件を満たし現在支援を行っている施設が3施設あった。

①～④のすべてを満たす者

現行の算定基準に相当する担当患者が、届出機関の自機関あるいは関連機関にどの程度存在するかについて、インタビュー内容から判断し、患者要件の4つにカテゴリー化を行った。

昨年同様、「①～④の全てを満たす」対象患者はほとんどいなかった。

表 3-1 算定基準に相当する対象患者が自機関または関連機関にどの程度存在するか

【今年度調査分】

	G	H	I	J	K
① 1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者	△	×	×	×	○
② 統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時の GAF40 以下の者	○	○	○	△	○
③ 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者	△	○	×	×	△
④ 障害福祉サービスを利用していない者	△	×	×	×	△

(○：一定数いる、△：あまりいない、×：ほとんどいない)

表 3-2 【昨年度調査結果の再掲】(26 年度報告書 p.49)

	A	B	C	D	E	F
① 1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者	△	×	△	×	○	△
② 統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時の GAF40 以下の者	○	△	○	△	○	○
③ 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者	×	△	×	△	△	○
④ 障害福祉サービスを利用していない者	×	×	×	×	×	×

(○：一定数いる、△：あまりいない、×：ほとんどいない)

(4) 施設基準

①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名から構成される専任のチームが設置されていること(いずれか1人は専従)

<現状>

- 医師・看護師・精神保健福祉士いずれか1名が専従(3施設)
- チームの全員が専従(2施設)

<意見>

- 専従の体制維持が困難

多職種チームは、医師・看護師・精神保健福祉士いずれか1名が専従である施設が3施設であった。チームの全員が専従と答えた施設が2施設ある一方、専従の体制維持が困難と答える施設も1施設あった。

②多職種会議の実施状況

<意見>

- 普段から多職種ミーティングなどで情報の共有を行っていたので週1回実施している(3施設)
- 市保健所の社会福祉士・保健師・チーム医師・看護師・精神保健福祉士・家族などで月1回実施(2施設)
- 多職種会議があるため、情報交換がこまめにできる
- 多くのスタッフが集まらなければいけないのでスケジュール調整が厳しい(2施設)

すべての施設が既にアウトリーチを実践していたため、多職種ミーティングにおける情報交換を有効と認識し、週1回多職種ミーティングを行っている施設が3施設、更にメンバーを拡大した多職種ミーティングを月1回実施している施設が2施設あった。しかし、支援を未実施の1施設だけでなく、既に支援を実施している1施設からも、スケジュール調整が困難という意見が挙げられていた。

③24 時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制について

<意見>

- 既に体制が確立していたため特に問題はない（4 施設）
- 医師 3 名体制では、対象者が出た場合、体制の維持が困難

すでに体制が確立していたため特に問題はないと回答した施設が 4 施設であった。支援を実施していない 1 施設のみが、医師 3 名体制の維持は困難としていた。

④地域の精神科救急医療体制の確保への協力等

<意見>

- 元々協力体制が確立しており問題はなかった（4 施設）
- 救急病棟を多数設置しているため、困難はない

この要件は、元々協力体制が確立していたこと、あるいは救急病棟を多数設置していることから、すべての施設が特に問題はないと回答していた。

3. 要望や提案

各施設から聞かれた当該制度に関しての要望を以下にまとめる。

1) 診療報酬点数

精神科重症患者早期集中支援管理料（6か月以内に限り、月1回を限定として算定）

1 精神科重症患者早期集中支援管理料 1（医療機関単独実施）

- イ 同一建物居住者以外の場合 1,800 点
- ロ 同一建物居住者の場合
 - (1) 特定施設等に入居する者の場合 900 点
 - (2) (1)以外の場合 450 点

2 精神科重症患者早期集中支援管理料 2（訪問看護ステーションと連携）

- イ 同一建物居住者以外の場合 1,480 点
- ロ 同一建物居住者の場合
 - (1) 特定施設等に入居する者の場合 740 点
 - (2) (1)以外の場合 370 点

<意見>

- 診療報酬としては低く、ACT チームでは、本制度を利用するよりも相談支援事業所として地域移行や地域定着に関わったほうがよい。
- 診療報酬が安いので、経済的裏付けがほしい（5施設）
- 診療報酬は低いですが、全体的に地域で診る体制作りが必要で、その中でこのようなものを盛り込んでいくことが重要

まだ支援を行っていない施設からは、報酬として低いことを問題として挙げ、相談支援事業所として、地域定着や地域移行に関わったほうがよいという意見がありながらも、地域で診る体制作りが必要という意見も見られた。

2) その他の意見

<意見>

- 会議の開催や訪問頻度の条件、職員の確保が困難（3施設）
- 現在の対象者の条件（入院期間、障害福祉サービス利用なし、支援期間）では枠が狭い（3施設）
- 内容をクリアするために不必要なサービスを提供してしまうリスクがある

現在の「訪問回数、精神病院への入院が1年以上、障害福祉サービスを利用していない者、支援期間が6か月以内」という算定要件では、対象となる人が限られるという意見が3施設から挙げられた。「会議の開催頻度や訪問頻度、職員の確保」が困難という意見も3施設から挙げられた。これらの意見のほとんどは、支援を行っている施設からであった。

D. 考察

(1) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」届出状況

2014年4月に新設された「精神科重症患者早期集中支援管理料」について、2015年8月時点で、各地方厚生局への届出機関は11施設のみであり、支援が終了したケースは2014年12月時点で6施設、計13名、1医療機関あたり0~2例であり、制度創設2年度目においても普及は十分進んでいなかった。

医療機関への本算定料に関するインタビューでは、昨年度に引き続き、制度の届出と運用に関する意見を収集した。昨年度に引き続き、「障害福祉サービスの利用」「1年以上入院または入退院を繰り返す者」の条件によって、対象者がいないという状況であった(表3-1,3-2)。平成28年度診療報酬改定では、算定要件の「障害福祉サービスを利用していない者」が削除され、必須であった24時間往診の体制確保が緩和された。本調査の結果と照らして、今後制度の普及が進むことが期待される。

(2) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」のケースの特徴と算定に至る経緯

算定しているケースの特徴として、1年以上の入院となった対象が退院する際に利用することが多く(13例中8例)、本管理料算定に至った経緯として、「多職種カンファレンスが必要」(4例)、「退院後の手厚い支援を保障」

(4例)や「手厚い支援」「内服継続支援」をするために導入されたケースが多かった。制度による手厚い支援の保障は、家族や地域の受け入れ先が、退院を心配し反対したが、本制度を活用し医療者が手厚い支援を行っていくことを保障し、退院に納得したというケースであった。本算定料は、患者の精神症状が重篤なために、手厚い支援を提供するために用いられるだけでなく、支援ネットワークを作ること、退院を受け入れる側のサポートとしても活用されていることが明らかになった。

本事例でも退院にあたって医療者が制度を家族や保健所に説明しており、有効活用に向け、制度の周知も必要であると考えられる。

(3) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の活用の意味と制度に追加が必要な内容

本算定料によって、重症者が地域生活を継続できるようになったという利点が報告されていた。「服薬支援を継続的に手厚く実施」することと「往診でのデポ剤注射」が挙げられており、継続した服薬につながったケースも報告されている。

服薬支援については、「精神科訪問看護特別指示書」を用いて14日間連日訪問することが可能であるが、本算定料を活用することによって、患者の状態が一定程度安定するまでの期間、期限にとらわれず必要時に一日複数回訪問ができるため、利用者の状態に応じて継続的に濃厚な支援が可能となり、地域生活の継続に寄与できたと考えられる。

また、本算定料によってできるようになった支援として、多職種・多機関とカンファレンスで情報共有し協働できること、一日複数回訪問ができることが挙げられた。多職種・多機関のカンファレンスの効果として、今回の調査では支援の連携や引継ぎがうまくできた、重症事例に対する不安を地域スタッフと共有できたといった支援者側の利点が報告されたが、患者に対してどのような効果があるのかについても検証が必要である。手厚い訪問支援、および、多職種・多機関カンファレンスの継続的な実施と本人や家族の参加が、家族の介護負担感や孤立感を低減させている可能性があり、家族や利用者のサービス満足度など、利用者側の評価が必要である。

一方、「往診でのデポ剤注射」をした報告が3ケースであった。通院できなくなった患者についてカンファレンスで早期から主治医と情報共有しやすいこと、多職種アウトリーチ支援の一環として、一時的に状態が悪化した患者に対し医師が自宅で治療するという選択

肢が、チームや家族にも意識づけられたことが、この支援につながった理由として考えられる。医師からは、このような患者に訪問し同意のもとデポ剤注射を行うことで、その後また通院が再開できたこと、症状が安定したという効果を報告しており、地域生活でのクライシスを支える手段として、本管理料が活用できる可能性が示された。

制度への追加が必要な内容として、ピアサポーターや薬剤師といった、本制度で算定できる職種の追加が挙げられていた。一部の医療機関では、都道府県のアウトリーチ推進事業を併用することで、より多くの職種を含めたチームで支援していたが、本制度で算定できる職種が増加することにより、更なる制度の普及と支援の質の向上に繋がると考えられる。

(4) まとめ 本制度の今後の活用に向けて

今年度のカルテ調査では、本算定量を使用している医療機関では、主に1年以上の長期入院をしている患者に対して、退院後も手厚い支援をする、服薬継続支援をする、家族や周囲が退院に同意できるよう支援体制を整える支援を保障するために、活用されていた。また直接的に本制度によって実施できるようになったわけではないが、手厚い訪問での服薬支援をすることや、医師がアウトリーチ支援することの意識づけができていた。支援が終了した医療機関では、本算定量を使用した経験から、活用できる対象のイメージを持つことができていた。今年度は届出が11施設にとどまっていたが、28年度診療報酬改定では、下記が改訂される予定である。

1.算定要件等について

- ・長期入院後の患者だけでなく、単独での通院が困難な患者も対象とするとともに、障害福祉サービスの同時利用に係る要件を削除する。
- ・同一建物居住者の場合について、これまで

で設けられていた特定施設等に居住しているかどうかによる評価の差を廃止し、評価を見直す。

2.施設基準について

- ・作業療法士については常勤用件を設けないこととする。
- ・往診や訪問看護については、いずれか一方について24時間対応可能な体制を整備すればよいこととする。

この改訂によって、制度の利用がどのように進展するか、またどのように福祉と連携し活用されるかについて、引き続き状況の評価していくことが必要である。今後は、本サービスを利用した当事者や家族からの評価を分析するとともに、支援者が感じる多職種カンファレンスによる効果についても、検討していきたい。

E. 結論

「精神科重症患者早期集中支援管理料」届出機関は制度創設2年度目である27年8月には11施設となり、27年12月までに計13名の支援が終了していた。主に入院が1年以上となった者に対して、カンファレンスの開催、家族や周囲への退院後の手厚い支援の保障、手厚い支援の実施、服薬継続支援のために、活用されていた。支援対象者の多くはその後地域生活を継続していた。また、本制度に関するインタビューでは、患者の算定要件の厳しさが報告されたが、28年度診療報酬改定で障害福祉サービスの利用者も利用できるようになること、24時間往診が必須でなくなることから、普及が見込まれ、引き続き制度の利用状況を調査するとともに、利用者への効果、および、スタッフやチームへの多職種カンファレンスによる波及効果についても評価を行っていく必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

引用・参考文献

- 1) Kayama M, Kido Y, Setoya N, Tsunoda A, Matsunaga A, Kikkawa T, Fukuda T, Noguchi M, Mishina K, Nishio M, Ito J. Community outreach for patients who have difficulties in maintaining contact with mental health services: longitudinal retrospective study of the Japanese outreach model project. BMC psychiatry, 14(1): 311, 2014.

ACT・多職種アウトリーチチームの治療的機能についての評価

研究分担者：○佐藤さやか¹⁾

研究協力者：○富沢明美²⁾、佐藤朋恵²⁾、梁田英麿³⁾、足立千啓⁴⁾、西内絵里沙⁵⁾、
遠嶋哲吏⁶⁾、梅田典子⁷⁾

- 1) 国立研究開発法人 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) 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター病院
- 3) 東北福祉大学 せんだんホスピタル 包括型地域生活支援室 (S-ACT)
- 4) 特定非営利活動法人 リカバリーサポートセンターACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J
- 5) ちはやACTクリニック
- 6) 医療法人小憩会 ACTひふみ
- 7) NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド

要旨

本研究の目的は構造化されたアウトリーチ支援の一形態である Assertive Community Treatment (ACT) チームにおける認知行動療法 (CBT) のニーズと実行可能性について明らかにすることであった。

今年度は 1) ACT 全国ネットワークに参加するチームに所属するスタッフ全員を対象とした全国悉皆調査および 2) すでに ACT 支援の過程で CBT を提供する実践者のグループインタビューを行った。

1) では対象者全 236 名のうち 192 名から回答を得た (回答率は 81.4%)。結果をみると現状では CBT を実践するスタッフは 20%程度であり、未実施のスタッフの多くがその理由として「研修の機会がない」こと、また「どのようなケースが CBT に適応なのかわからない」ことを挙げていた。今後 CBT を提供したい利用者の特徴としては、「(妄想も含め) 考え方に偏りがあるケース」「不安を中核として問題行動があるケース」「生活の中で目標を見つけるための支援が必要なケース」を挙げるものが多かった。CBT 実施の有無について関連する要因を検討したところ、科学的根拠に基づく実践

(Evidence Based Practice : EBP) に対して親和性が高い支援者ほど、CBT を行っていないことが明らかとなった。これは ACT 全国ネットワークとして EBP の実践が強く推奨されおり、重視するマインドのある実践者のほうが気軽に CBT 提供を試せない実態を示唆するものと考えられた。

2) のグループインタビューでは ACT 支援の過程で CBT の実践を試みて感じるハードルとして利用者にツールを使ってでも CBT に取り込んでみようと思ってもらうまでが大変で結局そこでつまずくスタッフも多いこと、ACT 支援では 1 人の利用者を複数のスタッフが支援しているので、利用者への CBT 提供だけでなくチーム内でコンセンサスを得ることに對しても負担感が大きいこと、などが挙げられた。またその解決策として CBT に関心が高く提供に積極的な「CBT 担当者」をチーム内に置き、このスタッフを通じて利用者に CBT を提供する仕組みを構築しつつ、CBT の支援過程で実施される支援技法を CBT にそれほど関心がないスタッフでも最低限実施できたほうが良い支援技法 (資料を用いた課題別・問題別の心理教育と利用者の困り事の構造化) と「CBT 担当者」に求めるより複雑な支援技法とに分けて整理し、それぞれに別の研修、伝達方法をとることが望ましいとの意見が出た。

来年度は今年度の活動の成果を踏まえ、研修および ACT 支援における CBT 実施の効果検討を行う予定である。

A. 研究の背景と目的

本研究の目的は構造化されたアウトリーチ支援の一形態である Assertive Community Treatment (ACT) チームにおける認知行動療法 (CBT) のニーズと実行可能性について明らかにすることであった。

B. 方法

1) ACT 全国ネットワーク参加団体を対象とした悉皆調査

①対象者

2015年12月1日現在、ACT全国ネットワークに参加しているチームに所属し、訪問支援に関わるスタッフ

②質問項目および尺度

- ・デモグラフィックデータ、および職種、精神科経験年数（累計および現在の所属チーム）、回答時時点での CBT 提供の有無、CBT に関するニーズ、CBT で用いる諸支援技法の知識度、実施度、関心度の他、信頼性・妥当性が検討されている尺度として科学的根拠を基づく実践を適用することへの態度尺度日本語版 (EBPAS) ¹⁾ を用いた。
- ・CBT の支援技法に精通していないスタッフにも理解を深めた上で回答してもらえるよう、回答の補助として CBT の各支援技法に関する解説を添付した。

③調査手続き

調査を郵送にて実施した。実施にあたっては倫理委員会の承認を得た（承認番号：A2015-005）。

④分析方法

ニーズ把握については、クロス集計表を作成した。CBT 提供の有無と関連する変数の探索についてはロジスティック回帰分析を実施した。統計ソフトは SPSS Statistics Ver.21.0J を用いた。

2) すでに CBT を実施している ACT 実践者へのグループインタビュー（以下 GI）

1) の調査対象となったチームに所属する ACT 実践家のうち、2015年10月10日および11日に開催された「第7回 ACT 全国研修 2015 帯広大会」において研究代表者他が担当した「事例から学ぶアウトリーチで使える認知行動療法」講座に講師または参加者として参加した 40代精神保健福祉士1名、30代精神保健福祉士2名と40代作業療法士の合計5名を対象に ACT 支援の過程で CBT を実施することの実態や困難、その対応策等について、グループインタビューを実施した。

C. 結果／進捗

1) ACT 全国ネットワーク参加団体を対象とした悉皆調査

①回答の状況

調査対象となる ACT チームのうち1チームは「ACT チームを立ち上げたばかりでアンケートに回答する余裕がない」との理由でチームごと不参加であった。

その他 27 チームに所属する訪問スタッフ 236 名のうち、有効回答者は 192 名、回答率は 81.4% であった。

②回答者の属性

回答者は男性 78 名、女性 114 名、平均年齢は 41.86 ± 10.82 歳であった。

経験年数は精神科全体では 12.38 ± 9.33 年、現在の所属チームでは 3.35 ± 3.24 年であった。職種別の人数の内訳は看護師 72 名、精神保健福祉士 48 名、作業療法士 38 名、医師 14 名、臨床心理士 5 名、保健師 4 名、社会福祉士、特に資格のないものが各 3 名、その他 5 名（薬剤師、臨床検査技師、准看護師、医療事務など）であった。

③現在の所属での CBT 実施の有無

「現在担当ケースに対して CBT を実施し

ているか」尋ねた結果、192名中38名（19.8%）が実施有、154名（80.2%）が実施無と回答した。

④CBT 未実施の理由

前項に実施無と回答した154名に対して担当ケースに実施していない理由を尋ねた結果「研修などの習得の機会がない」（62名；40.3%）、「どんなケースにCBTが使えるのか適応がわからない」（58名；37.7%）の項目が挙げるものが多かった（表1）。

⑤実践家から見てCBTが必要と思うケースの特徴

回答時にCBTを実施していると回答したもの（n=38）について現在CBTを実施しているケースの特徴を尋ねた結果、『『考え方』の偏りに関する支援』（19名；50.0%）、「周囲の人をうまく付き合うためのスキル習得（個別SSTなど）」（16名；42.1%）、「生活の中で目標を見つけるための支援」（16名；42.1%）の項目を挙げるものが多かった。

また、CBTを実施していない理由として「CBTに関心がない」（4名）、「ACTチームで実施することにそれほど意味を感じない、必要ない」（5名）を挙げた9名を回答者全員から除いたもの（n=183）に将来的にCBTのニーズがあるケースの特徴について尋ねた結果、『『考え方』の偏りに関する支援』（67名；36.6%）、「不安が中核となる問題行動の改善」（63名；34.4%）、「生活の中で目標を見つけるための支援」（61名；33.3%）の項目を挙げるものが多かった（表2）。

⑥CBTの各支援要素に関する知識度、実施度、関心度

回答者全員（n=192）を対象にCBTの各支援要素（心理教育、構造化、ソクラテス式質問法、ケースフォーミュレーション、スモールステップの原則に基づいた段階的課題設定、

オペラント条件づけに基づく行動分析、行動変容のための強化、認知再体制化、セルフモニタリングの実施、CBT for Psychosis、評価尺度の活動）に関する知識度、実施度、関心度の3つの項目について5点満点での評価を求め、各項目を独立変数、評価得点を従属変数とし、支援技法ごとに繰り返しのある分散分析を実施した。

この結果、すべての支援技法で交互作用が有意であった（心理教育：F=196.840， $p<0.000$ 、構造化：F=169.610， $p<0.000$ 、ソクラテス式質問法：F=177.352， $p<0.000$ 、ケースフォーミュレーション：F=202.123， $p<0.000$ 、スモールステップの原則に基づいた段階的課題設定：F=130.846， $p<0.000$ 、オペラント条件づけに基づく行動分析：F=146.259， $p<0.000$ 、行動変容のための強化：F=124.176， $p<0.000$ 、認知再体制化：F=230.347， $p<0.000$ 、セルフモニタリングの実施：F=183.873， $p<0.000$ 、CBT for Psychosis：F=312.748， $p<0.000$ 、評価尺度の活動：F=211.744， $p<0.000$ ）。

そこで、多重比較を実施したところ、「ソクラテス式質問法」と「行動変容のための強化」では、関心度と知識度および関心度と実施度の間で有意差があった。それ以外の支援技法では3つの項目間すべてに有意差があった（表3）。

⑦CBT実施に影響する要因の検討

すでにACT支援の過程でCBTを実施している実践家の特徴を明らかにするため、CBT実施の有無を目的変数、性別、年齢、職種、経験年数、EBPASの下位因子である「要請」、「魅力」、「開放性」、「乖離性」の各因子別合計得点は説明変数としてロジスティック回帰分析を実施した。

この結果、EBPAS「乖離性」因子得点について有意であった（オッズ比：0.811、95%信頼区間0.676-0.971、 $p=0.02$ ）。

2) すでに CBT を実施している ACT 実践者への GI

以下のような意見が出された。

① ACT を含むアウトリーチ支援の過程で

CBT を提供する事の困難

- CBT 実施の過程では通常、用紙などのツールの活用が求められるが、ツールを使って利用者と取り組みを始めるところまで持っていくことに最初の関門があるように感じる（多少 CBT に興味がありそうでも、実際に取り組もうと構造化用紙などを出すと利用者から「面倒だからいいです」などの反応がある）。CBT の提供に関心があってもそこを乗り越えられずにつまずくスタッフが多いように感じる。
- ACT 支援の過程では 1 人の利用者ごとに Individual Treatment Team (ITT) が構成され、複数のスタッフでサポートを行っている。このような体制を組んでいる場合、1 人のスタッフが CBT の提供やツールの利用を考えても、他のスタッフの関心が薄いと、関心のあるスタッフからそうでないスタッフに意図や見通しについて説明することがとても難しい。特に CBT への関心は高いが自分が実践する事で精一杯の取り組みを始めて間もないスタッフはそこで（他スタッフからの反応に）萎縮してしまう場合もあるのではないかと感じる。
- 利用者や同僚スタッフにツール利用の意義を納得してもらい難しさはあるが、ツールがあるからこそ、支援の目的から外れずに CBT が実施できている側面もある。例えば、構造化のための用紙（利用者の困り事を「考え」「気持ち」「行動」「身体反応」の 4 つの側面に分けて考える用紙）を使うことは面倒なところもあるが、ここをやっておくことによって、利用者も支援者もその後の取り組みがどこに向かっているのかぶれないで済むように感じる。CBT に関心のあるスタッフにとっては支援の「土台」としてツールの利用はニーズが高いと

思う。

② ①で挙げられた困難点の対応策、解決策

- ACT スタッフ間において CBT への関心に濃淡がある中では、CBT の支援要素の全てについて ACT スタッフ全員が習熟するのは困難だし、これは今後も変わらないと思われる。
- Individual Placement and Support (IPS) モデルによる就労支援を ACT チームで展開する際、Employment Specialist (ES) を置くように、CBT に関心が高く提供に積極的な「CBT 担当者」をチーム内に置いてはどうか？
- 「CBT 担当者」とそれ以外のスタッフに求める CBT 関連の支援内容を分類して整理すると普及への抵抗感が低減するのではないか（例えば、「CBT 担当者」以外のスタッフ全員には、心理教育と困り事の構造化の実施までを求め、これ以降のより複雑な CBT 技法については「CBT 担当者」にリファーする、など）。
- 上記のような運用を想定すると、基本的に一定以上の複雑な CBT 支援はチームの利用者全員に対して「CBT 担当者」が実施することになる。「CBT 担当者」はケースマネージャーを担当するチームスタッフとの情報共有や意思疎通が求められることから、チームの外部から CBT には精通していてもアウトリーチ支援の経験が少ない心理士を招へいするような形ではなく、従来のチームスタッフの中から募ることが望ましい。

D. 考察

ACT チームの全国悉皆調査の結果から現状では ACT 支援の過程で CBT を実践するスタッフは 20%程度であり、未実施のスタッフの多くがその理由として「研修の機会がない」こと、また「どのようなケースが CBT に適応なのかわからない」ことを挙げ

ていた。今後 CBT を提供したい利用者の特徴としては、「(妄想も含め) 考え方に偏りがあるケース」「不安を中核として問題行動があるケース」「生活の中で目標を見つけるための支援が必要なケース」を挙げるものが多かった。

その一方で、「ACT に CBT は必要ない、なじまない」などの意見はほとんどみられず地域生活支援の場でも CBT のニーズが高いことが示唆された。

CBT の各支援技法の知識度、実施度、関心度について検討したところ、「ソクラテス式質問法」と「行動変容のための強化」では知識度と実施度の間に差がなく、知っていれば実際の支援でも用いられていることが示唆された。これは上記 2 つの技法がツールなど特別な準備がなくても適切なタイミングと内容が判断できれば声かけだけで実施でき、ACT スタッフにとっては比較的敷居の低い支援であったためであると推察された。

その他の支援技法ではすべての項目で得点が関心度 > 知識度 > 実施度、の順に低くなっており、特に「認知的再体制化」で関心度と実施度の間の得点差がもっとも大きかった。

「認知的再体制化」は支援ニーズがもっとも大きかった「考え方に偏りがあるケース」に対応する支援技法であるため、ニーズはあるが実施が難しい支援として、研修の際には本技法に焦点を当てるのがスタッフの CBT 提供ニーズにかなうことが予測された。

CBT 実施の有無について関連する要因を検討したところ、科学的根拠に基づく実践 (Evidence Based Practice : EBP) に対して親和性が高い支援者ほど、CBT を行っていないことが明らかとなった。これは ACT 全国ネットワークにおいて EBP の実践が強く推奨され、そのための研修参加がチームのプログラム忠実度を測定する Fidelity 調査の項目にも反映されるなど「しっかり勉強した上で支援技法を提供すべき」といった文化

があるために、EBP を重視するマインドのある実践者のほうが気軽に CBT 提供を試せない実態を示唆するものと考えられた。

また、グループインタビューでは ACT 支援の過程で CBT の実践を試みて感じるハードルとして (病院や支援機関で面談室の中で用いるような) ツールはあったほうが便利だが、アウトリーチの過程では利用者に「使ってみよう」と思ってもらうまでが大変で結局そこですまなくスタッフも多いこと、ACT 支援ではプライマリーケースマネージャー 1 人ではなく複数のスタッフが小さなチームを組んで支援しているので、チーム内でコンセンサスを作る必要があるが、関心のあるスタッフばかりではないし、CBT を試みようとするスタッフが説明するのは負担感が大きいこと、などが挙げられた。

その解決策として、「CBT 担当者」に求めるより複雑な支援技法とに分けて整理し、それぞれに別の研修、伝達方法をとることが望ましいとの意見が出た。

ACT 支援においてケースマネージャーによる生活支援と外部支援者による CBT を含む EBP の提供について役割分担をした先行研究では、ケースマネージャーと CBT 担当者との連携不足から CBT のドロップアウトが頻発したとの報告がある²⁾。このため CBT 担当者にニーズのある利用者を集約する場合、担当のケースマネージャーと円滑な意思疎通を図るために、できるだけチーム内部から CBT 担当者を募ることが望ましいと思われる。

来年度は今年度の活動の成果を踏まえ、研修および ACT 支援における CBT 実施の効果検討を行う予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 佐藤さやか：海外の精神障害リハビリテーション研究の紹介「包括型地域生活支援プログラムに対するエビデンスベースドな支援の付加：実施可能性の検討」．精神障害とリハビリテーション， 19(2)：211-213， 2015.11.

2. 学会発表

- 1) 佐藤さやか：地域心理臨床に認知行動療法はいかに貢献できるかー地方で実践と研修を充実させるにはー．日本心理臨床学会第34回秋季大会，兵庫，2015.9.18.
- 2) 佐藤さやか：アウトリーチチームにおける認知行動療法のニーズ把握に関する全国実態調査～ACT 全国ネットワーク実態調査から～．第23回日本精神障害者リハビリテーション学会，高知，2015.12.4.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 1) 奥村泰之、藤田純一、野田寿恵、伊藤弘人：「科学的根拠に基づく実践を適用することへの態度尺度（EBPAS）」日本語版の心理測定学的特徴の検討．精神医学， 52 (1)， 79-85， 2010.
- 2) Syttema S, Jörg F, Nieboer R et al : Adding Evidence-Based Interventions to Assertive Community Treatment: A Feasibility Study. Psychiatric Services, 65, 689-692, 2014.

表 1 CBT を実施していない理由 (n=154)

	n	%
CBTニーズのあるケースを担当していない	36	(23.4)
CBTに関心がない	4	(2.6)
(自分は関心があるが) チーム全体における関心や理解が薄い	17	(11.0)
どんなケースにCBTが使えるのか適応がわからない	58	(37.7)
研修などの習得の機会がない	62	(40.3)
研修は受けたが、実際の支援でどのように使っていいかわからない	42	(27.3)
ACTチームで実施することにそれほど意味を感じない、必要ない	5	(3.2)
その他	26	(16.9)

表 2 CBT ニーズのあるケースの特徴

	現在 ¹⁾ (n=38)	将来 ²⁾ (n=192)
「考え方」の偏りに関する支援	19 (50.0)	67 (36.6)
幻聴をはじめとする精神症状の改善	11 (28.9)	48 (26.2)
服薬や受診行動の促進、意思決定	9 (23.7)	27 (14.8)
怒りのコントロール	7 (18.4)	55 (30.1)
不安が中核となる問題行動の改善	15 (39.5)	63 (34.4)
(怒りや不安以外の)問題行動の改善	4 (10.5)	14 (7.7)
周囲の人をうまく付き合うためのスキル習得(個別SSTなど)	16 (42.1)	53 (29.0)
違法薬物やアルコールへの対処	2 (5.3)	13 (7.1)
生活の中で目標をみつけるための支援	16 (42.1)	61 (33.3)

1) 現在：現在 CBT を提供している事例の特徴

2) 将来：今後 CBT が必要になるだろう予想する事例の特徴

カッコ内は標準偏差

表3 CBT提供時に実施される各支援技法の知識度、実施度、関心度

	n	知識度(a)		実施度(b)		関心度(c)		F値	p値	
動機づけのための心理教育	189	2.58	(0.93)	2.28	(1.02)	3.81	(0.91)	196.840	0.000	c>a>b
相談内容の「構造化」	189	2.56	(1.08)	2.11	(1.02)	3.65	(1.00)	169.610	0.000	c>a>b
ソクラテス式質問法	186	2.17	(0.08)	2.06	(0.08)	3.59	(0.08)	177.352	0.000	c>a c>b
ケースフォーミュレーションと 支援すべき目標の同定	188	2.09	(0.08)	1.83	(0.07)	3.55	(0.08)	202.123	0.000	c>a>b
スモールステップの原則に基づいた 段階的課題設定とそのチェック	189	2.68	(0.08)	2.49	(0.08)	3.73	(0.07)	130.846	0.000	c>a>b
オペラント条件づけに基づく行動分析	189	2.42	(0.08)	2.06	(0.07)	3.50	(0.08)	146.259	0.000	c>a>b
行動変容のための「強化」	189	2.59	(0.09)	2.47	(0.08)	3.69	(0.08)	124.176	0.000	c>a c>b
認知再体制化の方法	188	2.16	(0.08)	1.66	(0.06)	3.56	(0.08)	230.347	0.000	c>a>b
セルフモニタリングの実施	189	2.52	(0.08)	2.07	(0.08)	3.67	(0.07)	183.873	0.000	c>a>b
幻聴や妄想など 統合失調症に特化したCBT技法	189	2.01	(0.07)	1.67	(0.07)	3.74	(0.08)	312.748	0.000	c>a>b
支援の進捗や効果を共有するための 評価尺度の活用	188	2.08	(0.08)	1.78	(0.07)	3.54	(0.08)	211.744	0.000	c>a>b

カッコ内は標準偏差

表4 CBT実施の有無を予測するロジスティック回帰分析

	B	標準誤差	p値	オッズ比	95%信頼区間	
					下限	上限
年齢	-0.399	0.491	0.417	0.671	0.256	1.759
性別	-0.006	0.025	0.814	0.994	0.947	1.043
職種						
看護師	-0.576	0.586	0.326	0.562	0.178	1.774
精神保健福祉士	-0.222	0.561	0.692	0.801	0.267	2.403
経験年数 (所属チーム)	0.000	0.006	0.998	1.000	0.988	1.012
所属チーム ²⁾	-0.589	0.503	0.242	1.803	0.672	4.834
EBPAS						
要請	-0.042	0.082	0.608	0.959	0.817	1.125
魅力	0.047	0.086	0.589	1.048	0.885	1.241
開放性	0.047	0.096	0.625	1.048	0.868	1.265
乖離性	-0.210	0.092	0.023	0.811	0.676	0.971
-2対数尤度			140.321			
Cox-Snell R2 乗			0.050			
Nagelkerke R2 乗			0.081			

多職種アウトリーチチームの研修のあり方についての検討

研究分担者：○西尾雅明¹⁾

1) 東北福祉大学 総合福祉学部

要旨

【目的】精神医療・保健・福祉領域においても、「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・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、アウトリーチ活動を実践する、もしくは、関心を持つ者を対象とした研修会を実施し、それぞれ研修前後にアンケート調査を実施し、求められる研修のあり方を検討するために、フォーカスグループインタビューを実施した。

【対象】平成27年度は、関係各機関にモデル研修会の案内を送り、参加希望があった者で、28年1月14～15日に仙台で開催された研修に参加した18名である。

【方法】①サイコドラマの手法を用いた事例検討を中心とする2日間の研修の前後で、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(13項目)を問うアンケートを実施した。また、②求められる研修のあり方を検討するために、研修会内で参加者全員にフォーカスグループインタビューを実施した。

【結果】①i) アンケート調査では、前後とも全項目で実践度は重要度より有意に低く、ii) 13項目中7項目で研修期間中に実践度が有意に増加し、iii) 「尊重すること」「インフォーマル」の項目で大きく重要度の認識が変化($P<0.01$)、さらに、「私は、利用者を患者扱いせず、人としてみている」で前後差が認められた($P<0.05$)。②研修会参加者のグループインタビューでは、i) 情緒的な共感や擬似的な体験を研修などの機会に求める意見や、ii) 多職種・非専門職参加の研修、一般企業や地域住民との相互交流など、新たな視線の獲得やより広い視野を求める意見、が比較的多く出された。

【考察】ロールプレイを用いた研修の有用性や、幅広い視点での研修ニーズを満たす受け皿の必要性が示唆された。来年度は、多職種アウトリーチの支援者に特化した研修モデルの呈示を行う予定である。

A. 研究の背景と目的

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・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、精神障害者に対するアウトリーチ支援専門職に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に加え、2012から2014年度の研修参加者への調査結果を合わせて分析し、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した。さらに、研修参加者を対象としたフォーカスグループインタビューを実施し、求められる研修のあり方を検討した。以上を通して、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に関する提言を行うことが本研究の目的である。

B. 方法

1) 対象

平成 27 年度 (2015 年度)「アウトリーチ研修会」(資料 1) の参加者とした。

参加者は、全都道府県・政令指定都市の精神担当部署、『アウトリーチ推進事業』実施団体、ACT 全国ネットワーク登録団体、臨床精神科作業療法研究会、宮城県・仙台市の障害福祉担当者、宮城県内の精神科関連各職種の団体(宮城県精神科病院協会、宮城県精神科医会、宮城県精神保健福祉士協会、宮城県作業療法士協会、日本精神科看護技術協会宮城県支部、宮城県臨床心理士会、仙台市精神保健福祉団体連絡協議会、宮城・仙台相談支援従事者協会、宮城県内で自立支援が適用される各訪問看護事業所)に研修会の情報・案内を送り、その結果として参加希望があった者で、2016 年 1 月 14~15 日に仙台で開催された研修に参加した 18 名である。

2) 研修会の内容

(1) フォーカスグループ①

資料 4 のインタビューガイドをもとにファシリテーターが実施した。

(2) ウォーミングアップ①

参加者全員で、身体を動かしながら、徐々に無理なくコミュニケーションがとれるよう

になった。

(3) 事例検討①

- ・統合失調症で病識に乏しく、治療中断をしている在宅の事例について、ファシリテーターより事例の紹介を行った。
- ・初期介入をどうするか、即席で作った複数の多職種チームで討議をし、その内容は全体にフィードバックされた。
- ・入院させたい母親からのメッセージを受けて、グループ内で本人、母親、支援者の役割分担をし、各々がその立場のロールになって状況を体験した。
- ・訪問時に飲酒している本人にどう声がけをするか、各グループ内でロールプレイを行った。

(4) 事例検討②

- ・事前の準備はなく、当日、研修会参加者からの提示による、ロールプレイを用いた即興の事例検討を行った。
- ・事例提供者からの情報をもとに、事例の該当をホワイトボードに記載。
- ・事例検討①とは別の即席チームを作り、チーム毎に、支援者に要請されている課題を協議してかわりの戦略を練り、各グループ毎に複数名が自宅訪問をする設定で、本人への対応例をロールプレイの形でモデリングした。

(5) ウォーミングアップ②

- ・二人一組になって、一人が椅子の上立って実際に話してみるなど、ロールプレイをする時の小道具の使い方を各自が体験した。
- ・別のペアになって、自分の苦手な人について話し合い、その状況や感情をポーズを使って表現する練習を行った。

(6) 事例検討③ (オムニバス・ドラマ)

- ・一人でも多くの参加者の課題を取り上げられるように、オムニバス形式での 30 分以内

のドラマを幾つか扱った。

- ・ある医療機関での他の職種との関係性や軋轢をめぐってのドラマ
- ・支援者自身が安定した気持ちでアウトリーチに専念するために必要な家庭環境（家庭内の人間関係について）をめぐってのドラマ
- ・苦手な利用者にとって働きかけるかをめぐってのドラマ（複数名の参加者が、実際に対応例をモデリング）
- ・診察室で、コメディカルの支援者が、担当する利用者の「働きたい」気持ちを主治医に対して代弁するドラマ
- ・被害妄想のために近隣住民に迷惑をかけている高齢女性への対応を、本人や近隣住民などとも役割交換しながら深めていくドラマ

(7) フォーカスグループ②、③

資料4のインタビューガイドをもとにファシリテーターが実施した。

(8) クロージング

3) 調査のスケジュールなど

平成27年度は、自記式アンケート調査とフォーカスグループインタビューを行った。

自記式アンケートについては、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。

なお、2012年度から2014年度にも、筆者らが参加するアウトリーチに関する研修が行われており、これらに関する情報は、厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者対策総合研究 報告書「アウトリーチ（訪問支援）に関する研究 H23・精神・一般-006」（研究代表者：萱間真美、文献番号：201224074A）および、厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業報告書「多職種アウトリーチチームの研修のあり方についての検討」（研究代表者：伊藤順一郎）におい

て公表されており、本研究ではこれらの情報の一部も分析に加えている。

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、2014年度の研修前調査をT5、後調査をT6、2015年の前調査をT7、後調査をT8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%）

T5 調査

2014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 27（有効回答率 100%）

T6 調査

2014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 26（有効回答率 96.3%）

T7 調査

2015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 18（有効回答率 100%）

T8 調査

2015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 18（有効回答率 100%）

さらに、研修の全参加者を対象とし、研修開始後と終了前に、合わせて2回のフォーカスグループインタビューを実施した。2回目のインタビューでは、参加者を経験年数で2