

群にわけ、それぞれで同様のインタビューガイドを用いてインタビューを行った。

#### 4) 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)。

3年間の結果を比較するため、ほぼ全ての項目が4年間を通して同様であるが、「危機介入とその倫理についての理解」と「ストレス・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項目については、2013年度以降、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
ストレスと危機介入
ストレス・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

#### 5) インタビューの内容

1回目のインタビューは、研修開始時のセッションにおいて、全研修参加者18名の1グループで実施した。内容であるが、研修会参加への想いや参加の動機について、質問を行った(資料4参照)。インタビューの時間はおよそ25分であった。

2回目のインタビューは、研修の2日目のクロージングセッションの直前に、参加者を経験年数によって2群に分けて実施した。3年以上のアウトリーチ経験かつ5年以上の臨床経験年数のある者のAグループと、Aグループの条件を満たさない者のBグループで、それぞれ9名ずつであった。いずれのグループにおいても、これまでに受けた研修で良かったもの、これから必要と思われる研修について質問した。インタビュー時間は、Aグループが約60分、Bグループが約62分であった。

#### 6) 分析方法について

量的データの統計解析については、特に記載のない限り、T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。

質的なデータについては、録音データを逐語入力した上で、インタビューの主題に関する言及を抽出し、内容によって分類した。

## 7) 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とインタビューのみを実施し、身体的侵襲性はない。内容に関しては、アウトリーチ活動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。

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とインタビューへの参加を依頼した。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. 結果

### (1) アンケートの回収率

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%)、T5 調査では有効回答 27 (有効回答率 100%)、T6 調査では有効回答 26

(有効回答率 96.3%)、T7 調査では有効回答 18 (有効回答率 100%)、T8 調査では有効回答 18 (有効回答率 100%) 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 7 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 30 代が最も多く、次いで 40 代であった。精神科臨床経験年数については「5 年～9 年」が 8 名 (44.4%)、アウトリーチ経験年数については「5 年未満」が 11 人 (61.1%) と、最も多かった。職種については、看護師が最も多く 6 名 (33.3%) で、ついで、精神保健福祉士が 3 名 (16.7%) であった。

研修前の重要度に関する自己評価においては、「エンゲージメント」「アセスメント」「ケアプラン」などの項目で高い評価が得られており、過去 2 年と同様の結果が得られた (表 8 参照)。

重要度と実践度の比較では、T7、T8 とともに、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、過去 3 年と同様の結果であった (表 17,18 参照)。

重要度に関して、T7 と T8 の結果を比較したところ、「リカバリー」「尊重すること」「インフォーマル」「連携」「ストレングスと危機介入」など、13 項目中 5 項目で T8 での得点が T7 より有意に高かった (表 14 参照のこと。昨年度は、「ケアマネ適用」「心理教育」「インフォーマル」「ストレングスと危機介入」の 4 項目)。

実践度については、「リカバリー」「アセスメント」「ケアプラン」「多職種」「インフォーマル」「ストレングスと危機介入」など、13 項目中 7 項目で T8 での得点が有意に T7 より高かった (表 15 参照のこと。昨年度は、「リカバリー」「尊重すること」「ケアプラン」「ケアマネ適用」「心理教育」「インフォーマル」の 6 項目)。

リカバリーに対する態度 5 項目については、

「私は、利用者を患者扱いするのではなく、人として見ている」の項目のみで、T8での得点が有意にT7より高かった(表16参照のこと。昨年度は「重い症状や障害があってもリカバリーできる」の項目のみ)。

### (3) 4年間の各研修の比較

2012年～2015年度の研修それぞれで、重要度がどのように変化したかを比較するために、各研修の前後の得点差(T2-T1、T4-T3、T6-T5、T8-T7)を算出した結果を表19に示す。また、それら得点差の順位(得点差の最も大きかった項目を1番、次が2番…、とする)を表20に示す。

研修テーマが「ケアマネジメント」であった2012年では、ケアマネ関連の項目が上位に入り、「危機介入」がテーマの2013年では、危機介入の項目が他の2年より上位に順位づけられ、一方で、アセスメントやプランが下位であった。ロールプレイを行なった2014年は、家族や近隣住民との関係を扱う機会が必然的に多くなったためか、インフォーマルサービスが上位に位置する結果となった。そして、2015年度の結果は、過去3年間で上位に入るものなかった「尊重すること」と「連携」が上位となった。

### (4) インタビューの結果

まず、研修参加に寄せる思いに関して「迷い」や「悩み」を上げる回答者が多かった。

具体的には、

- すぐに解決しないことが多く、どのような解決方法があるのかなと迷いながら仕事をしているような状態
- 日々訪問させていただいて、この方どういうアプローチをしていったらいいかというところを悩んでいたため、今日、皆さんの事例を伺いながら勉強させていただきたいと思
- 同じ人に関わっていると、だんだん自分も八方ふさがりになってくるというか、そういうところがあるので、今日はいろんな方々の話

を聞きながら、自分の頭を柔らかくできればなと思って参りました。

- 一度在宅を見て病院に戻ったときに、何ができるんだろうということどこ何年かずっと悩んでいまして
- どういう関わりをしていったらいいのかとか、連携の部分でもどういうふうにしていったらいいのかというところで、日々悩みながら仕事をしている
- 本当に日々毎日悩みながら仕事をしている
- アウトリーチって効果があるなというところを実感してくる部分、本当にこれでいいんだろうかという、自分ではいいなと思ってしまう

などの発言が見られた。

また、研修参加の目的として、「経験を学びたい」という意見が複数上げられた。

たとえば、以下のような意見である。

- 皆さんの考え方がったり、いろんな事例を経験させていただくことでいろいろ勉強させていただければと思っております。
- 皆さんのいろんな経験を学ばせていただければなと思って
- 皆さんのお話を聞いていろいろ教えていただければなと思います。

また「関わり」や「関わり方」を学びたいという意見もあげられた。

- ご家族の声だったり、患者さんの状態だったりというのを見まして、どういう関わりがあるのかな、できるのかなというところで今探っている状況です
- ここに来ていろんな切り口だったり、関わり方だったりというのが学べたらなというところで、勉強させていただきたいと思
- 皆さんどうやって関わっていけばいいのかとか、どこまで求められるものなのかとか、そこら辺が分かっていたらいいなと思

また、研修参加の目的としてモチベーションの向上という意見も挙げられた。

- 訪問とか地域活動ということに関してはちょっと心細いので、この2日間の研修で背中を押されるようなことができるといいかなと思って参加しました。

また、サイコドラマやロールプレイといった研修の形態が参加の動機になったという回答も複数挙げられていた。

- サイコドラマの観点からの研修会というのは私初めてでしたので、ぜひ学んでみたいと思って参加しました。
- 事例とかロールプレイがかなり多めの研修ということで、皆さんと一緒に事例を考えてくれたらなど
- ロールプレイを勉強したというスタッフがおりまして、それで本当にたまたま、すごくそれがよかったという話を聞いた後あのお手紙が来たので、もう飛びついてしまいました。
- ロールプレイングをしながらもうちょっと柔らかくなるといいのかな

これまでに参加して良かった研修や今後必要な研修についてのフォーカスグループインタビューでは、研修の形式、内容、参加者のあり方について多様な意見が挙げられた。まず形式に関しては、特に経験年数が短い参加者グループから、「実習」や「同行」「体験学習」といった座学ではない形式の研修ニーズが語られた。

- やっぱり座学よりは、こういったロールプレイングとか事例検討というほうが、持ち帰って実際に生かしやすいのかなと思っています。
- 統合失調症体験学習というのがありました。(中略) 偏見をちょっとでも下げるといことのエクササイズというか、体験を研修でやっていたことがあって、すごく面白かったです。
- 実際にロールプレイ練習してみたり、ほかの

方の困っている事例とかを聞いて、その分かり得る情報の中で自分たちで想像してロールプレイをしたり、自分で体験したという研修は記憶に残っている

- 例えば面接場面でも、同じ想定して、例えば一言でも、経験がある人、ない人で同時にやってみると、このぐらい違うんだねという気付きにはなるのかなど。
- 実習という形で利用者さん宅に実習同行させていただくということで勉強はしたんですけども、どういうふうに接するかというのは、見せていただくだけでもだいぶ経験になって、全然見ないで私たちがその算定要件の研修だけ受けて利用者さんに接するというのと、現場を見せていただいてやったというのは全然違ったので、それはすごく意味があった。
- 研修できる場が、実際に同行研修というのであればありがたいなと思っています。
- (記録の書き方を) 習って練習していったらだいぶ書きやすくなって、ほかの仕事も回っていくようになったというのがあった

また、事例検討や事例報告が良かったという意見も複数語られた。

- 危機的状況とか困難事例でも、何か1つのテーマがあって、テーマに沿った事例を2時間ぐらいみんなで考えていながら、(中略)役に立ったと思う。
- リフレクティングの手法を使って、半分に分けて、こっちで普段のケア会議をやっているのを端からそっちのチームが見て、どういうふうにケア会議をしているのかという客観的視点をもらって、今度そっちで客観的に見た意見のグループワーク(中略)はよかったな
- いろんな事業所の報告を含めた研修会が(中略)すごく刺激にはなった

また、継続的で定例的な研修のニーズも語られた。

- 月一かな、来ていただいて、一緒に訪問しましたし、アフターミーティングをしてもらっ

て、飲み会もやって、自分たちのやり方がこれでいいのかどうかというのが本当に疑問いっぱい間違いながら進んでいたときには、とても助かりました。

さらに、経験年数などに応じた研修プログラムのニーズも語られた。

- 経験ある人、ない人、グループで分けて、それぞれ話し合っ、意見交換というかディベートをしてもらおうと、経験ある人も、改めてフレッシュな人たちの話を聞くと、あ、そうだったんだというところで自分も1つ落としで考えることができたり、当然フレッシュな人はベテランの人の話が聞けて、あ、そうやって考えていくものもあるんだねというのを学ぶことができたり
- 初心者に特化したようなプログラムの研修会があるとうれしいなというのは改めて思いました。

また、参加者の多様性が重要であるとする意見も多く挙げられた。

- 参加されているのが、専門職だけでなく、ちょっと仲よしの家族会の人とか、全然関係ない家族会の全然その人のことは知らない人たちが来てもらおうと、案外突飛な発想が出るんだけれど、それがすごく面白くて（中略）それはすごくよかったかなと思いますし、すごく効果的だった
- あんまり関係ない役所の人だったり、地域包括の人だったり、普通のステーションの方がその会議には集まってくれているので、いろんな病院とか、私たちとは関係ないところの人たちもいろんな意見を出してくれるというのがとてもいいかな
- いろんな職種の方が集まって検討とかグループワークというのが、連携していくのにもいろんな立場の人のお話を聞いたほうが生かしやすいのかなと思いますので、多職種が集まってというのがいいのかな
- （事例検討で）アドバイザー的な方もいても

らっての研修のほうが、受ける方自信がついていくのかなと感じました。

- 一般企業で企業教育をやっている顧問さんに自分たちがやっている研修を見てもらって、どこが伝わりにくいかとか、どんなふうやっていったらいいのかという評価を受けて
- 多職種の中で1人が自分の職種について全体に説明をして、話を聞いたその中のグループの1人が、これグループワークなので何個もこういうグループがあるんですけど、話を聞いた人たちの1人が違うグループに行って、その職種の自分が聞いた説明をしてというのをみんなでぐるぐる回しながらやったのはすごく新鮮
- 例えば勉強会とか、それこそ市民講座とか開くと、ワッと病院の人たちは集まってくるんですけど、例えば不動産屋さん向けに利用者が説明するとか、病院向けじゃないところで、スーパーの人向けでも何でもいいんですけど
- 地域の方から直接支援者の方に、こんなケースがあつて困るとか声を上げてもらって、私たちのほうからもこういう人がいるんですけどいう交換が直接できる機会
- 多職種で集まっているけど、そういういろんな方が集まるごつくばらんに話せる会というのはすごく有意義だなというのは、行ってみて感じました。

研修の内容に関しては、特に経験年数の長いグループで、過去に参加した具体的なプログラム（心理教育やSST、認知行動療法など）に関する研修が、「良かった研修」として挙げられていた。

- 家族心理教育という研修をよく受けているんですけども、その中で、アウトリーチの中で自宅で行う心理教育だったり、自宅ではなくてそういうグループで集めた心理教育というのも家族兼当事者というのでとても役に立った
- アウトリーチが必要な方というのは自分から助けを求められなかったりするので、生活の

場で困っていたりするというところでは、弁証法的行動療法、すごい難しいあれなんですけど、(中略)すごい勉強になったなというのはありますね。

- ブリーフセラピー、家族療法とか、システムズアプローチと言われるような問題と人を切り離して考えるという構造をみんなで、どういう悪循環になっているのか、その悪循環をどうやったら変えていけるのかというような手法の研修を受けたことがありまして、家族介入とかした際にすごくためになるのではないかなと思っておりました。
- 認知行動療法の手法みたいなことを学んだことで、自分が行ってやったこと理由付けとか、行ってこうなったよねというのが分かったというところで、新人さんたちの考え方が変わったりするところがありましたね。僕自身も、やっていたことが、自分が当たり前に行っていたことなだけで、それが理由付けとか、後ろ盾ができて安心して訪問に行けるようになった
- ケアマネジメントの手法というのは本当に大事だし、それを聞くと、自分が今使っている私の目の前の患者さんにどう対応できるかということ真剣に考える機会になった
- SSTの研修とかで、初級とか中級とか受けて、多少講義はあるんですけど、実際にロールプレー練習してみたり、ほかの方の困っている事例とかを聞いて、全部の情報は聞いてないけれども、その分かり得る情報の中で自分たちで想像してロールプレーをしたり、自分で体験したという研修は記憶に残っている

また、身体症状、身体合併症への対応に関する研修のニーズも語られた。

- 訪問やっけていて怖いのが、クライシスじゃないけど、緊急時とか、何か問題があったときのフィジカルアセスメントが圧倒的にできない
- 体の合併症の方も結構いらっしゃる。その身体の方の服薬の必要性がある方も結構多く

て、私ちょっと身体の方の知識が薄いので、自分でももちろん勉強しなきゃいけないんですけども、そういう辺りの見立て方とか、ある意味専門ではないけれども危機的状況を見分ける方法だったり、その辺のセンスは学びたいと思う

また、バーンアウトの予防や、支援者のストレスへの対処に役立つ研修のニーズも語られていた。

- バーンアウトも結構多いんです。いろんなきつい言葉をかけられることも多い職場の中で、自分でどういうふうにも身を守っていくか、心を守っていく方法ですかね。もちろん専門家としては、その辺りは学んでくの方がほとんどだと思うんですけど、実際こんな場面になったときに先輩はどういうふうに対応しているのか、消化しているのか、その辺を実体験から教えてもらえるとすごく後輩のためにはなるかな

理念に関する研修の重要性も語られた。

- 初の根本の理念みたいなものの共有がなかなかされてないので、そういう視点、発想になっていきにくいということがあって、そういうボトムアップを図れるような、視点を少しでも変えていけるような研修会
- やっぱり理念をしっかりと学ぶことは大事ななと思っています。

その他、社会資源、チームビルディング、経営等、多様な意見が語られた。

- アウトリーチを始めますというときに、果たしてどういう資源が必要で、どういうものが周りになくちゃいけないか、何が必要なのか、本当にその基礎的な部分も私には必要だし、そういうのが学べる場所があればよりいいと思う
- チームのミーティングの仕方とか、スーパーバイザーの構造とか、チームビルディングについて一度しっかり学んでみたいなのというの

はあります

- 経営的などころになっちゃうんですけど、嫌らしくなっちゃうんですけど、皆さんどうしているのかなとちょっと思います。

#### D. 考察

##### (1) 参加者の属性などについて

今回の参加者の精神科臨床経験年数については、9年以下の者が多かった2012年度や2013年度に比べ、2014年度同様に臨床経験年数の長い参加者層であったといえる。これは、参加者募集の時点で「中級者」を対象とすることを明示したためであると考えられる。

##### (2) 研修効果について

T7、T8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。重要性は認識しているが実践できている自信はない、という思いが現れた結果であると考えられ、昨年度までと同様な結果であった。

リカバリーに対する意識を訪ねた項目でも、「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」で有意に研修後の値が高くなっていた。ロールプレイを通して、擬似的に利用者を目線にたち、利用を見る目に変化した可能性が考えられる。

また、今年度の研修でも、過去2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。とりわけ、今年度の結果に関しては、13項目中7項目で有意差が見られ、ロールプレイを主体とした研修が参加者のエンパワメントにつながった可能性が示唆される。

##### (3) 4年間の各研修の比較

4年間の研修それぞれで、前後の得点の差が大きかった項目が異なった。今年度の研修では「尊重すること」の項目で最も大きく重要性の認識が増大しており、前述の「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」の得点が上昇したことと同様に、ロールプレイを通して利用者を見る視線に変化が生じたと考えることもできるだろう。

いずれも、研修の意図に関する項目で変化が起きている結果と解釈できるであろう。過去3年の調査結果と同様、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が示唆されていたが、今回の結果はその考察を裏付ける結果だったといえる。

##### (4) 求められる研修のあり方について

フォーカスグループインタビューの結果、参加者の多くは臨床業務の中で迷いや悩みを抱えており、それらを共有して意見をもらいたいというニーズをかかえていた。また、他者の経験を学びたい、つながりの関わりのある方を知りたい、モチベーション向上、といった動機が語られた。また、ロールプレイという研修形式が参加動機になったという意見も複数あり、これらの結果は、研修参加者が単なる知識や技術の習得ではなく、情緒的な共感や擬似的な体験を研修に求めていると考えられる。

また、経験年数に応じた研修プログラムのニーズが語られる一方で、多職種参加の研修、非専門職の参加、一般企業や地域住民の相互交流など、多様な参加者を求める声が多く、新たな視線の獲得やより広い視野を求める意見が多いことが示唆される。

今後必要な研修の形式に関して、実習や訪問同行、事例検討などを挙げる意見が多かった。本研修への参加動機と同様、情報や知識の取得だけではない、実体験を伴う研修への

ニーズが高いことを示唆する結果であるといえる。

その他、身体疾患、チームビルディング、経営、理念、ストレスマネジメント等、多様な研修ニーズが語られた。

#### (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、⑤3年度にわたる結果の比較においては対象者層が異なり直接的な比較ではないことなどから、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、昨年度まで調査で得られた示唆を裏付ける結果が得られた。

そして、インタビューの結果からは、参加者が単なる知識や技術の習得だけではなく、情緒的な共感や新たな視野の獲得を可能にするような体験を伴う研修を求める声が明らかになった。

さらに、対象者のレベルに合わせて個別の到達目標、獲得目標を設定し、複数の研修会を組み合わせる必要性がある一方で、多様な参加者との交流を通して、新たな価値観や世界観に触れたいという研修ニーズも明らかになり、異業種や地域住民との交流を可能にするような研修のデザインも必要とされる。

これらの示唆をふまえ、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、より良い人材育成方法を開発していくことが、アウトリーチ・サービスを効果的に機能させるために必須である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表 3. 性別

	N	%
男性	8	44.4
女性	9	50.0
不明	1	5.6
合計	18	100.0

表 4. 年齢層

	N	%
20～29歳	1	5.6
30歳～39歳	8	44.4
40歳～49歳	6	33.3
50歳～59歳	2	11.1
不明	1	5.6
合計	18	100.0

表 5. 精神科臨床経験年数

	N	%
5年未満	1	5.6
5年～9年	8	44.4
10年～14年	4	22.2
15年～19年	2	11.1
20年～24年	2	11.1
不明	1	5.6
合計	18	100.0

表 6. アウトリーチ経験年数

	N	%
5年未満	11	61.1
5年～9年	5	27.8
10年～14年	1	5.6
不明	1	5.6
合計	18	100.0

表 7. 職種

	N	%
看護師	6	33.3
精神保健福祉士	3	16.7
作業療法士	2	11.1
医師	1	5.6
臨床心理士	1	5.6
社会福祉士	1	5.6
保健師	1	5.6
相談支援専門員	1	5.6
その他	1	5.6
不明	1	5.6
合計	18	100.0

表 8. T7 時点での重要度

	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	9.22	1.166	18	7	10
尊重すること	8.67	1.495	18	5	10
エンゲージメント	9.56	.856	18	8	10
アセスメント	9.72	.669	18	8	10
ケアプラン	9.67	.686	18	8	10
ケアマネ適用	9.67	.686	18	8	10
心理教育	9.39	.916	18	8	10
多職種	9.39	.916	18	8	10
インフォーマル	8.61	1.195	18	7	10
連携	9.12	.993	17	8	10
クライシス	9.44	.984	18	7	10
危機介入と倫理	9.28	1.127	18	7	10
ストレングスと危機介入	8.94	1.349	18	6	10

表 9. T7 時点での実践度

	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	5.44	2.255	18	2	10
尊重すること	5.50	3.092	18	0	10
エンゲージメント	6.22	2.819	18	0	10
アセスメント	5.72	2.740	18	2	10
ケアプラン	4.94	3.077	18	0	10
ケアマネ適用	5.06	3.208	18	0	10
心理教育	5.11	2.324	18	2	10
多職種	4.50	3.148	18	0	10
インフォーマル	3.78	2.602	18	0	10
連携	4.29	2.932	17	0	10
クライシス	4.50	3.601	18	0	10
危機介入と倫理	4.17	2.813	18	0	10
ストレングスと危機介入	3.72	2.761	18	0	10

表 10. T7 時点でのリカバリーに関する態度

	平均値	SD	N	最小値	最大値
重い症状や障害があってもリカバリーできる	4.29	.686	17	3	5
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.59	.507	17	4	5
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.18	.636	17	3	5
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	4.18	.728	17	3	5
私は、利用者の可能性を信じている	4.47	.514	17	4	5

表 11. T8 時点での重要度

	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	9.78	.647	18	8	10
尊重すること	9.61	.778	18	8	10
エンゲージメント	9.67	.767	18	8	10
アセスメント	9.83	.514	18	8	10
ケアプラン	9.72	.669	18	8	10
ケアマネ適用	9.61	.850	18	7	10
心理教育	9.67	.840	18	7	10
多職種	9.81	.750	16	7	10
インフォーマル	9.56	.856	18	8	10
連携	9.67	.840	18	7	10
クライシス	9.67	.840	18	7	10
危機介入と倫理	9.67	.840	18	7	10
ストレングスと危機介入	9.44	.984	18	7	10

表 12. T8 時点での実践度

	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	6.94	2.100	18	3	10
尊重すること	6.39	2.227	18	2	10
エンゲージメント	7.17	1.886	18	3	10
アセスメント	7.00	1.970	18	3	10
ケアプラン	6.17	2.662	18	0	10
ケアマネ適用	6.00	2.567	18	0	10
心理教育	5.28	2.927	18	0	10
多職種	6.82	2.455	17	3	10
インフォーマル	5.11	2.805	18	0	10
連携	5.94	2.532	18	0	10
クライシス	5.22	2.901	18	0	10
危機介入と倫理	5.06	2.711	18	0	10
ストレングスと危機介入	5.00	2.612	18	0	10

表 13. T8 時点でのリカバリーに関する態度

	平均値	SD	N	最小値	最大値
重い症状や障害があってもリカバリーできる	4.44	.784	18	2	5
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.67	.594	18	3	5
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.39	.608	18	3	5
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	4.56	.511	18	4	5
私は、利用者の可能性を信じている	4.61	.502	18	4	5

表 14. 重要度の比較 (T7 vs T8)

	研修前		研修後		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	9.22	1.17	9.78	.65	-2.15	.046
尊重すること	8.67	1.50	9.61	.78	-3.18	.005
エンゲージメント	9.56	.86	9.67	.77	-0.44	.668
アセスメント	9.72	.67	9.83	.51	-1.00	.331
ケアプラン	9.67	.69	9.72	.67	-0.44	.668
ケアマネ適用	9.67	.69	9.61	.85	0.27	.790
心理教育	9.39	.92	9.67	.84	-1.16	.263
多職種	9.38	.96	9.81	.75	-1.82	.089
インフォーマル	8.61	1.20	9.56	.86	-3.45	.003
連携	9.12	.99	9.82	.53	-2.30	.035
クライシス	9.44	.98	9.67	.84	-1.17	.260
危機介入と倫理	9.28	1.13	9.67	.84	-1.94	.069
ストレングスと危機介入	8.94	1.35	9.44	.98	-2.70	.015

表 15. 実践度の比較 (T7 vs T8)

	研修前		研修後		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	5.44	2.25	6.94	2.10	-3.000	.008
尊重すること	5.50	3.09	6.39	2.23	-1.376	.187
エンゲージメント	6.22	2.82	7.17	1.89	-1.528	.145
アセスメント	5.72	2.74	7.00	1.97	-2.155	.046
ケアプラン	4.94	3.08	6.17	2.66	-2.374	.030
ケアマネ適用	5.06	3.21	6.00	2.57	-1.908	.073
心理教育	5.11	2.32	5.28	2.93	-.272	.789
多職種	4.41	3.22	6.82	2.46	-4.819	.000
インフォーマル	3.78	2.60	5.11	2.81	-2.287	.035
連携	4.29	2.93	5.76	2.49	-2.980	.009
クライシス	4.50	3.60	5.22	2.90	-1.453	.164
危機介入と倫理	4.17	2.81	5.06	2.71	-1.641	.119
ストレングスと危機介入	3.72	2.76	5.00	2.61	-2.240	.039

表 16. リカバリーに関する態度の比較 (T7 vs T8)

	研修前		研修後		t 値	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	4.29	.69	4.41	.80	-.696	.496
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.59	.51	4.65	.61	-.368	.718
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.18	.64	4.35	.61	-1.144	.269
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	4.18	.73	4.53	.51	-2.400	.029
私は、利用者の可能性を信じている	4.47	.51	4.59	.51	-.808	.431

表 17. T7 時点での重要度と実践度の比較

	重要度		実践度		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	9.22	1.17	5.44	2.25	6.776	.000
尊重すること	8.67	1.50	5.50	3.09	5.177	.000
エンゲージメント	9.56	.86	6.22	2.82	5.718	.000
アセスメント	9.72	.67	5.72	2.74	6.672	.000
ケアプラン	9.67	.69	4.94	3.08	6.846	.000
ケアマネ適用	9.67	.69	5.06	3.21	6.371	.000
心理教育	9.39	.92	5.11	2.32	7.995	.000
多職種	9.39	.92	4.50	3.15	6.683	.000
インフォーマル	8.61	1.20	3.78	2.60	8.351	.000
連携	9.12	.99	4.29	2.93	7.130	.000
クライシス	9.44	.98	4.50	3.60	6.539	.000
危機介入と倫理	9.28	1.13	4.17	2.81	8.238	.000
ストレングスと危機介入	8.94	1.35	3.72	2.76	9.085	.000

表 18. T8 時点での重要度と実践度の比較

	重要度		実践度		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	9.78	.65	6.94	2.10	5.742	.000
尊重すること	9.61	.78	6.39	2.23	5.905	.000
エンゲージメント	9.67	.77	7.17	1.89	5.818	.000
アセスメント	9.83	.51	7.00	1.97	6.714	.000
ケアプラン	9.72	.67	6.17	2.66	5.865	.000
ケアマネ適用	9.61	.85	6.00	2.57	5.534	.000
心理教育	9.67	.84	5.28	2.93	5.816	.000
多職種	9.81	.75	6.94	2.49	4.291	.001
インフォーマル	9.56	.86	5.11	2.81	6.969	.000
連携	9.67	.84	5.94	2.53	5.676	.000
クライシス	9.67	.84	5.22	2.90	5.990	.000
危機介入と倫理	9.67	.84	5.06	2.71	6.452	.000
ストレングスと危機介入	9.44	.98	5.00	2.61	6.807	.000

表 19. 重要度得点の前後差 (T8-T7)

	差 (後-前) の平均値			
	2012	2013	2014	2015
リカバリー	.82	.55	.31	.56
尊重すること	.38	.52	.31	.94
エンゲージメント	.15	.18	.00	.11
アセスメント	.31	.23	.19	.11
ケアプラン	.71	.32	.42	.06
ケアマネ適用	.64	.32	.50	-.06
心理教育	.64	.61	.54	.28
多職種	.16	.43	.04	.44
インフォーマル	.62	.32	.85	.94
連携	.49	.48	.19	.71
クライシス	.36	.27	.00	.22
危機介入と倫理	-	.25	-.12	.39
ストレングスと危機介入	-	.57	.50	.50

表 20. 要度得点の前後差 (T8-T7) の順位

年度 テーマ	2012	2013	2014	2015
	ケアマネ	危機介入	ロールプレイ	ロールプレイ
リカバリー	<u>1</u>	<u>3</u>	7	4
尊重すること	7	4	6	<u>1</u>
エンゲージメント	11	13	11	10
アセスメント	9	12	9	11
ケアプラン	<u>2</u>	7	5	12
ケアマネ適用	<u>3</u>	7	4	13
心理教育	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	8
多職種	10	6	10	6
インフォーマル	5	7	<u>1</u>	<u>1</u>
連携	6	5	8	<u>3</u>
クライシス	8	10	12	9
危機介入と倫理	-	11	13	7
ストレングスと危機介入	-	<u>2</u>	<u>3</u>	5

## 研修会の概要（平成 27 年度）

### 目的

- ① 精神科アウトリーチに関する、中級者以上の研修です。
- ② 参加者は 15 名と、少人数で密度の高い研修を行います。
- ③ 26 年度特に好評だったロールプレイを採り入れた事例検討を中心にし、利用者本人や家族、地域関係者への理解を深め、支援者自身もいっそうの成長ができることを目指します。

### 日時

平成 27 年 1 月 14 日(木) 9:30~17:00(9:00 受付開始)、 1 月 15 日(金) 9:30~15:00

### 場所

学校法人梅檀学園 東北福祉大学せんだんホスピタル  
〒989-3201 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘 6 丁目 65-8

### 対象者

- ① 精神科臨床経験 5 年以上かつアウトリーチ経験 3 年以上の方。
- ② 1 施設より 1 名まで。
- ③ 原則は申し込み順で、定員になり次第、締め切らせていただきます。
- ④ 24 年度、25 年度萱間班研修会（東京、仙台）、26 年度伊藤班研修会（小平）に参加経験がある方でも、上記の条件を満たせば参加可能です。

### 参加費

無料（旅費、宿泊費、食費などをご負担いただきます）。

### 内容

1 月 14 日 木曜日	1 月 15 日 金曜日
9:00~ 受付開始	9:30~ 9:40 ウォーミング・アップ
9:30~ オープニング	9:40~12:30 ロールプレイをまじえた事例検討
10:00~10:50 研修ニーズのグループワーク	12:30~13:30 昼食
11:00~12:45 シナリオ事例を用いた場面ロールプレイ	13:30~14:40 研修ニーズのグループワーク
12:45~13:50 昼食	14:40~15:00 クロージング
13:30~17:00 ロールプレイをまじえた事例検討	
17:30~ 懇親会	

### ファシリテーター

石川淳子（ひだクリニック）  
園 環樹（シロシベ）  
梁田英麿（東北福祉大学せんだんホスピタル）  
近田真美子（東北福祉大学）  
西尾雅明（東北福祉大学）

## 『アウトリーチ研修会』アンケートのお願い

この度は、『アウトリーチ研修会』にご参加頂きありがとうございます。私たちは、平成 26 年度厚生労働省科学研究補助金「精神障害者の地域生活支援の在り方とシステム構築に関する研究」の分担研究として、「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」を行っています。具体的には、皆様が今回の研修を通して、何を学ばれたのかについてうかがい、わかったことを今後の研修の改善に役立てていく目的で調査を行っています。この研究の趣旨をご理解いただきご協力いただけるよう、お願い申し上げます。まだまだ内容や実施方法に課題があると感じております。皆様の率直なご意見・ご感想を頂ければ幸いです。

なお、アンケート用紙は「研修前調査票」と「研修後調査票」の 2 種類が同封されています。「研修前調査票」については研修開始前、「研修後調査票」については研修終了後に、それぞれ回答していただき、研修会場に用意しております回収ボックスに入れてくださいますようお願いいたします。なお、いただいた回答の結果を前後比較する目的で調査票には ID 番号が記入されています。他の方の調査票と交換等されませんようよろしくお願いいたします。

今後の貴重な資料となりますので、なにとぞご協力のほどお願い申し上げます。

### プライバシーの保護等について

- ・ 調査で得られた情報は、プライバシーの保護に十分配慮し厳重に保管いたします。
- ・ 調査票や回答データは ID 番号によって管理し、ID 番号と個人情報の対応表は作成いたしませんので、どなたがどんな回答をしたかは、分析担当者にもわかりません。
- ・ あなたの個人的な情報が外部に漏れることはありません。調査によって得られたデータが研究以外の目的で使用されることはありません。
- ・ この調査に協力しなくても、今後不利益を受けることはありません。

### 研究成果の公表について

研究成果などは報告書、学会発表や論文などで公表することがありますが、その場合もあなたの氏名など個人情報を公開することはありません。

平成 28 年 1 月 14 日

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（精神障害分野）

研究課題名：精神障害者の地域生活支援の在り方とシステム構築に関する研究

分担研究：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

東北福祉大学 総合福祉学部 西尾雅明

質問等ございましたら、下記事務局までお問い合わせください。

東北福祉大学 総合福祉学部 西尾研究室

電話・FAX：022-301-1120 メール：nishio@tfu-mail.tfu.ac.jp

## 『アウトリーチ研修会』アンケート

問 1：以下の各々の項目について「重要性」と「実践度」についてうかがいます。「重要性」については、アウトリーチにおいてどの程度重要と感じるかを「10点：とても重要」から「0点：全く重要でない」で、「実践度」についてはそれらを日常の臨床実践の中で実践できているか「10点：十分に（常に）実践している」から「0点：全く実践していない」で、例にならって10点満点で得点を記入してください。

		重要性 アウトリーチにおいて どの程度重要か	実践度 日常の臨床実践の中で 実践できているか
例	●●●の○○○について	8 点/10 点	3 点/10 点
1	精神疾患・障害からのリカバリーという概念	点/10 点	点/10 点
2	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	点/10 点	点/10 点
3	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)	点/10 点	点/10 点
4	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)	点/10 点	点/10 点
5	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)	点/10 点	点/10 点
6	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)	点/10 点	点/10 点
7	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	点/10 点	点/10 点
8	多職種チームによる支援(ケアの決定と遂行を、主体的に、直接的に、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)	点/10 点	点/10 点
9	家族や近隣住民、雇用主などへのインフォーマルな支援	点/10 点	点/10 点
10	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)	点/10 点	点/10 点
11	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)	点/10 点	点/10 点
12	危機介入とその倫理についての理解	点/10 点	点/10 点
13	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	点/10 点	点/10 点

問 2：精神疾患・障害からのリカバリーという概念に関するあなたの考え（態度）を知りたいと思っています。以下の各文章を読み、あなたの意見に最も近い数字を○で囲んでください。

	そう 思わ ない	全 く	そう 思わ ない あ ま り	い え な い	ど ち ら と も	そ う 思 う	い く ら か	そ う 思 う	大 い に
1 重い症状や障害があってもリカバリーできる	1		2		3		4		5
2 リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	1		2		3		4		5
3 私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	1		2		3		4		5
4 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	1		2		3		4		5
5 私は、利用者の可能性を信じている	1		2		3		4		5

問 3：あなたの性別について、あてはまる数字を○で囲んでください。

- 1) 男性                      2) 女性

問 4：あなたの年齢について、あてはまる数字を○で囲んでください。

- 1) 19 歳以下              2) 20～29 歳              3) 30 歳～39 歳              4) 40 歳～49 歳  
5) 50 歳～59 歳              6) 60 歳～69 歳              7) 70 歳以上

問 5：あなたの精神科臨床経験年数について、あてはまる数字を○で囲んでください。

- 1) 5 年未満              2) 5 年～ 9 年              3) 10 年～14 年              4) 15 年～19 年  
5) 20 年～24 年              6) 25 年～29 年              7) 30 年～34 年              8) 35 年以上

問 6：あなたのアウトリーチ経験年数について、あてはまる数字を○で囲んでください。

- 1) 5 年未満              2) 5 年～ 9 年              3) 10 年～14 年              4) 15 年～19 年  
5) 20 年～24 年              6) 25 年～29 年              7) 30 年～34 年              8) 35 年以上

問 7：あなたの職種について、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、アウトリーチ事業担当者のアイデンティティとして最もふさわしい選択肢を○で囲んでください。

- 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）（              ）

ご協力、ありがとうございました。

## 資料 4

### インタビューガイド

#### グループ・インタビュー ガイド（1月14日版）

##### 【フォーカス・グループⅠ】

- ① 「今回、どんな想いで研修会に参加されたのでしょうか？」
- ② 「この研修会が終わった後、どうなっていたいでしょうか？」

##### 【フォーカス・グループⅡ】

主：「精神科アウトリーチを实践するうえで、これまでのどんな研修が、貴方の役に立ってきましたか？研修という言葉は、研修会というよりも、少し広い意味で考えてください」

補：「精神科アウトリーチを志している信頼すべき後輩に、お勧めの研修方法がありますか？」

補：「アウトリーチ支援にかかわるスタッフの人材育成の観点からは、これまでどんなことが役に立ってきましたか？」

追：「研修会以外で役に立つものがありましたか？」

追：「役に立ったスーパービジョンはありましたか？」

追：「事例検討についてはどうだったでしょうか？」

追：「OJTに関してはどうだったでしょうか？」

##### 【フォーカス・グループⅢ】

主：「精神科アウトリーチを实践するうえで、さらに今後、どんな研修が貴方にとって必要だと思いますか？研修という言葉は、研修会というよりも、少し広い意味で考えてください」

補：「アウトリーチ支援にかかわるスタッフの人材育成の観点からは、これからどんなことが役に立ちそうですか？」

追：「研修会以外で役に立つものがありそうですか？」

追：「どんなスーパーヴィジョンがあればよいと思いますか？」

追：「事例検討に関してはどのようなことができればよいでしょうか？」

追：「OJTに関してはどのようなことができればよいでしょうか？」

## 地域社会で暮らす認知症高齢者への 包括的なケア技法の効果に関する検討

研究分担者：○本田美和子<sup>1)</sup>

研究協力者：伊東美緒<sup>2)</sup>、石川翔吾<sup>3)</sup>、竹林洋一<sup>3)</sup>

1) 独立行政法人 国立病院機構 東京医療センター

2) 独立行政法人 東京都健康長寿医療センター

3) 静岡大学 情報学部

### 要旨

地域で生活している認知症高齢者がケアに対して強い拒否を示す、いわゆる認知症の行動心理症状（BPSD）が表出されるとき、本人もケアをする家族も疲弊する。先行研究では長期療養の医療機関および急性期病院において、職員が知覚・感情・言語による包括的ケア技術：ユマニチュードを用いることで、認知症行動心理症状の軽減が示されている。本研究では、認知症患者の地域生活支援として自宅介護を行っている家族を対象としたケア技術の実践教材を開発し、その効果について検証する地方都市・僻地におけるパイロットスタディを行った。具体的には、認知症高齢者を自宅で介護している家族介護者9名にケア技術（ユマニチュード）研修を実施し、研修前と研修後1ヶ月・3ヶ月の認知症高齢者の行動心理症状、家族の介護負担感について検証した。研修後1ヶ月で認知症高齢者9名中8名の Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD) 値は有意に減少し ( $p < 0.001$ )、認知症行動心理症状の改善が認められた。Zarit 介護負担尺度による介護負担感には明らかな差は認められなかったが、認知症高齢者を介護している家族を対象としたインタビュー調査から、ケア技術を意識して用いることにより認知症症状の軽減、および認知症症状が進行した場合でも認知症高齢者とのコミュニケーションが良好に保たれている可能性が示唆された。

### A. 研究の背景と目的

地域で生活している認知症高齢者がケアに対して強い拒否を示す、いわゆる認知症の行動心理症状（BPSD）が表出されるとき、本人も家族も疲弊する。先行研究では長期療養の医療機関及び急性期病院において、職員が知覚・感情・言語による包括的ケア技術（ユマニチュード）を用いることで認知症行動心理症状の軽減が示された。認知症患者の地域生活支援においても、認知症の行動心理症状の軽減は重要な支援項目である。本研究では、認知症患者の地域生活支援として自宅介護を

行っている家族を対象としたケア技術の実践教材を開発し、その効果について地方都市・僻地において実証検討を行うことをその目的とする。

### B. 方法

**研究デザイン**：前後比較研究

**対象者**：自宅で生活している65歳以上で

MMSE20以下認知症高齢者と、その高齢者の家族介護者を対象者とする。