

## 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<sup>1)</sup>

1) 学校法人梅檀学園 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】関係各機関に研修会の案内を送り、参加希望があった者で、平成 29 年 1 月 19～20 日に仙台市内で開催された研修に参加した 16 名である。

方法：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（14 項目）を問うアンケートを実施した。また、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】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、リカバリーに対する態度に関する項目では「重い症状や障害があってもリカバリーできる」で前後差が認められた（ $P<0.01$ ）。研修会参加者のグループインタビューでは、アウトリーチや訪問、ストレンクス・モデルに焦点を当てた研修、あるいは、多職種・異業種間で経験や体験を共有できる研修を求める声が比較的多く出された。

【考察】精神科多職種アウトリーチの指導的団体の中での人材育成プランを作成することが求められている。そこでは、キャリアアップのためのプラン、研修手帳、継続的なチームレベルでの OJT など、研修会を超えた人材育成ビジョンが求められており、本研究で作成された研修プログラム、あるいは本研究で得られた知見を活用することができるだろう。また、相談支援専門員の養成研修、訪問看護研修会、他職能団体の卒前・卒後教育などにおいても、本研究の成果が応用できると考えられる。

## 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年から2015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28年度(2016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などに研修会の情報・案内を送り、その結果として参加希望があった者で、2017年1月19～20日に仙台市内で開催された研修に参加した16名である。

なお、研修の対象として、精神科臨床経験5年以上かつアウトリーチ経験3年以上の者とし、1施設より1名までの参加に限定した募集を行った。

### 2) 研修会の内容

#### (1) フォーカス・グループ

資料2のインタビュー・ガイドをもとに、3グループに別れてファシリテーターが実施した。

#### (2) ウォーミングアップ

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

ファシリテーターより事例の紹介を行った。精神保健福祉手帳、障害年金とも1級で、20歳を超えてからは人生の約3分の2が入院生活という40代後半の統合失調症患者の事例に関して、重要な支援場面を提示して(「先生はまだ(退院に)希望をもっているんですか」、「生きていてもまるっきりいいことがなくて」などの本人の発言への対応)、参加者ならどのようにその状況でかかわるかなど、応答構成法(小谷英文氏による。すぐ思いついた応答、患者さんの気持ち、援助者の気持ち、応答、冒険的な応答)を用いて検討した。

#### (4) 事例検討

事前の準備はなく、当日、研修会参加者から提示された事例に対し、サイコドラマの手法を用いた即興のロールプレイによる事例検討を行った。

事例検討とは別の即席多職種チームを作り、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、グループ毎に複数名が組んでアウトリーチ支援を行う設定で、本人への具体的な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

・二人一組になって、一人が椅子の上に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。

・「参加者の中で『お父さん』といえどの人か」「参加者の中で『イタリアンシェフ』といえど誰か」等の質問に対して、各参加者が該当すると思う人の元に集まり、他者の見え方やイメージの持ち方を実感できるようなウォーミングアップ等を行った。

#### (6) サイコドラマ的スーパーヴィジョンの進め方

研修参加者自身が監督となり、実際に事例検討を行いながら、サイコドラマ的スーパーヴィジョンの進め方を学んだ(資料3を参照)。

#### (7) SDMに関する講義とロールプレイ

- ・ 共同意思決定 (SDM: Shared decision making) に関する講義
- ・ リカバリー志向のSDM支援ツール「SHARE」の概要説明とその効果についての講義
- ・ SHAREを使用した診察場面の再現ドラマをファシリテーターが中心になって実演
- ・ 研修参加者がグループに別れて、患者、医師、ピアサポーターの各役割を担うロールプレイを行った

#### (8) クロージング

研修全体を振り返るクロージングを行った。

### 3) 調査のスケジュールなど

2016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2015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、2016年の前調査をT9、後調査をT10とする。

**表1 各時点の調査概要**

<b>T1 調査</b>	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%)
<b>T2 調査</b>	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%)
<b>T3 調査</b>	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%)
<b>T4 調査</b>	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%)
<b>T5 調査</b>	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%)
<b>T6 調査</b>	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%)

---

#### T9 調査

2016 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 16 (有効回答率 100%)

---

#### T10 調査

2016 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 16 (有効回答率 100%)

---

さらに、研修の全参加者を対象とし、研修開始時に後述のフォーカスグループインタビューを実施した。

#### 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 4)。

過去のアンケートと結果を比較するため、ほぼ全ての項目が 5 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「ストレンクス・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、「共同意思決定 (SDM) : 利用者と専門家が治療ゴールや治療の好み、責任について話し合い、ともに適切な治療を見つけ出すこと」については 2016 年度から重要度・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>

ストレンクス・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>

ストレンクス・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>

ストレンクス・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

---

#### <共同意思決定（SDM）>

利用者と専門家が治療ゴールや治療の好み、責任について話し合い、ともに適切な治療を見つけ出すこと

---

### 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 16 名を 3 グループに分けて実施した。簡単な自己紹介と「今回、どんな想いで研修会に参加されたのでしょうか？」という質問から始まり、主な質問として「精神科アウトリーチを実践する上で、さらに今後、どんな研修があなたにとって必要だと思いますか？」を参加者に問いかけた（資料 2 参照）。インタビュー時間は、3 グループともに約 45 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%）、前年度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%)、T9 調査では有効回答 16 (有効回答率 100%)、T10 調査では有効回答 16 (有効回答率 100%)であった。

## 2) 信頼性の検討結果

2016 年度の全 14 項目を使用 (N=32) し、クロンバック を算出したところ、「重要度」では 0.802、「実践度」では 0.922 であった。重要度や実践度についての自己評価を問う項目群に関する内的一貫性は高かった。

## 3) アンケートの結果

今年度の研修参加者の基礎属性について表 3～表 9 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「10 年～14 年」と「20 年～24 年」が各 5 名 (31.3%)、アウトリーチ経験年数については「5 年未満」が 9 人 (56.3%) と、最も多かった。

職種については、看護師が 9 名 (56.3%) で最も多かった。

所属する職場でのアウトリーチ活動に関する問では、「以前にアウトリーチ推進事業を実施、現在も何らかの形で継続」が最も多く 8 人 (50.0%)、「アウトリーチ支援の経験はないが、病院あるいは訪看で訪問看護を実施している」が 6 人 (37.5%) であった。

また、診療報酬点数上の「精神科重症患者早期集中支援管理加算」については、「していない」の回答が 11 人 (68.8%) であった。

重要度と実践度に関する自己評価、リカバリーに対する態度に関する質問の結果を表 10 から表 22 に示す。

研修前には、重要度の「多職種」「エンゲージメント」「アセスメント」などの項目で高い評価が得られており、過去の結果と同様の傾向が見られた (表 10 参照)。

重要度と実践度の比較では、T9、T10 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、過去と同様の結果であっ

た (表 19,20 参照)。

重要度に関して、T9 と T10 の結果を比較したところ、「ケアマネ適用」「心理教育」などの項目で、得点が向上していた (10%水準で有意傾向) (表 16 参照)。

実践度については、研修前後の比較で有意な差が見られなかった (表 17 参照)。

リカバリーに対する態度 5 項目については、「重い症状や障害があってもリカバリーできる」の項目のみで有意差が見られ、2014 年度と同様の結果であった (表 18 参照)。

表 21 では、重要度得点の前後差について、項目ごとに 5 年間の推移をまとめた結果を示した。表 22 はその前後差の大きな順に各項目を順位付けした結果を示す。「心理教育」「インフォーマル」等の項目ではほぼ毎年変化が大きく、2016 年に関しては「共同意思決定 (SDM)」の項目でも大きな変化が見られた。

表 23 に研修テーマ別に「重要度」を前後比較 (t 検定) した結果を示す。研修テーマや形式の差によらず、「リカバリー」「尊重すること」「心理教育」「連携」については、いずれの研修でも前後で有意に得点が向上していた。また、2012 年度はケアマネジメントに関する項目、2013 年度は危機介入に関する項目と、それぞれのテーマに沿った項目では有意差が得られやすかった。

表 24 に因子分析の結果を示す。5 つの因子が抽出され、その内容から各因子を「連携と危機介入」「ケアマネジメント」「リカバリー志向性」「良好な関係性」「インフォーマル支援」と名付けた。

図 1 では、その下位尺度を用いて重要度を前後比較した結果を示した。「リカバリー志向性」「連携と危機介入」「良好な関係性」に関する下位尺度では、全ての研修形式 (ケアマネジメント (2012 年度) 危機介入 (2013 年度) ロールプレイ (2014-2016 年度)) で有意に得点が増加していた。一方で、ロールプレイを中心とした研修では「ケアマネジメント」では有意差が得られず、「インフォーマ

ル支援」では有意に著明な変化が見られた。

図 2 では、「5 年間の重要度得点（研修前）の推移」を示す。全体的に研修前の得点が増加している傾向が見られた。これは、例えばリハビリ概念やアウトリーチ支援に必要なスキルなどが、各種職能団体の研修会などでも採り入れられ、知識としては精神科職種間では一般的になりつつあることを示している可能性もある。

表 25 では、「アウトリーチ経験年数別の研修前の重要度と実践度」、表 26 では「臨床経験年数別の研修前の重要度と実践度」を示した。リハビリ志向性、連携と危機介入、良好な関係性に関する下位尺度の実践度で、アウトリーチ経験年数が長い群で有意に得点が高かった。これは、研修会参加者がアウトリーチ経験を重ねるなかで必要とされてきたことであり、研修で特に重視すべき視点であると言える。

さらに、臨床経験年数が短い群の方が、重要度の前後差に関して、リハビリ志向性への変化が有意に生じやすかった。臨床経験の浅い段階で、リハビリ理念に関する研修を積極的に採り入れることの大切さを示唆する結果と言えるかもしれない。

#### 4) グループインタビューの結果

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結果、求められる研修の内容が下記の 5 つのカテゴリーに分類できた。

- (1) アウトリーチ・訪問に関する研修
- (2) ストレングスモデルに関する研修
- (3) 多職種・異業種の連携に関する研修
- (4) 経験や体験を共有できる研修
- (5) その他

それぞれに関する代表的なコメントを引用する。

##### (1) アウトリーチ・訪問に関する研修

- ・アウトリーチに特化した事例検討が定期的にあって欲しい

- ・僕がやっているケースのことをいつでも聞いてくれるところが欲しい
- ・単独で訪問するので、自分の関わりを振り返ることができたりとか、他の方にこうしたらいいよ、と言われることを期待している
- ・いろんなアウトリーチをされていらっしゃる方の話を聞くという、それだけでも十分
- ・院内だけじゃなくて、外にも出られるよ、という教育をやったり徹底していかなければいけないだろう

##### (2) ストレングスモデルに関する研修

- ・ストレングスモデルは、どの障害でも当てはまるので、その考え方というか価値観は、どんな支援者もやっぱり吸い込んでいくべき
- ・ストレングスアセスメントまではできるんですけども、実際それで遂行できているかというところ...
- ・ストレングスアセスメントをどういうふうに行っているのか、生で見たいなとそれは感じます
- ・ストレングスをやったほうが本人の回復につながる感覚みたいなのを共有したい

##### (3) 多職種・異業種の連携に関する研修

- ・多職種の人もたちもフリーで参加できるような、いろいろその人たちとまずコミュニケーションを取るということ
- ・医療機関だけで抱え込むのではなくて、他の業種の方を含んだチーム感覚が経験でもあるし、そういう経験を共有できるような機会
- ・(多職種で)お互いの得意技が分かるという場が、意外とない
- ・ソーシャルワーカーの中で、医療、特に急性期医療を見たことがない人が多い(病棟実習があるといい)
- ・1つのアウトリーチ専門が孤立するんじゃないくて、地域の中でお互いに連携し合っていくような仕掛けが必要
- ・ワーカーだったらこういうことできるよね、とか、看護師だったらこういうことできるよね、でも共通のベースはこうだよ、というのが多職種の中でそれぞれの専門性をお互い理解できる場所が、す

ごい欲しい

#### (4) 経験や体験を共有できる研修

- ・うちこういうことをやっているよ、とか、こういうことをやっているところがあるよ、とか、行動範囲を広げられるような研修会
- ・いろんなその事例を、実際にどんなふうに事例展開をしていったか、というその生の声をぜひ聞きたい
- ・ご本人と当事者の声を聞く機会をもっと作りたいなというふうに思いますね。まあ卒業した人も卒業中の人も含めて
- ・アウトリーチチームの交流会、あれはとても楽しかったです
- ・自分とこのチームを振り返ることができる。他と比べたりとか、相談できるという。なんか今後どうなるの、とか、そういうのを自分のところのチームだけじゃなくて、周りと共有できる

#### (5) その他

- ・能動的に参加できる研修
- ・援助技術に関する研修
- ・動機づけ面接
- ・認知行動療法
- ・WRAP
- ・スーパービジョン・OJT

### 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年度や2015年と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

T9、T10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、「重い症状や障害があってもリカバリーできる」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、擬似的に利用者の目線にたち、利用者を見る目が変化した可能性が考えられる。

実践度の有意な変化が今年度特になかった点については、参加者が自分や他者の事例を通じてエンパワメントされる機会がプログラムの関係で昨年度や一昨年度より少なく、特に今年度は、サイコドラマの手法を用いたスーパービジョンの練習を時間内に採り入れた結果、受動的であり、自己効力感が今一つ上がらなかったという事情があったのではないかと推察される。

#### 3) 5年間の各研修の比較

5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。今年の研修では「共同意思決定 (SDM)」の項目で重要性の認識が増大しており、今年度の研修プログラムの意図が反映された結果であると考えられる。過去の調査結果と同様、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、今回の結果も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

まず、人材育成システム・レベルでは、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ことの必要性が示唆された。

また、経験年数に応じた研修プログラム、継続的なスーパービジョン、OJTの必要性も示唆された。

研修会の形式では、ロールプレイや事例検討などの座学ではない形式を求める声が多かった。



研修会の内容では、理念に関する研修、具体的なプログラムとしては、ストレングスモデル・ケアマネジメント、心理教育、SST、CBT、WRAP、動機付け面接などが挙げられていた。また、身体症状、身体合併症への対応、多様な参加者（他チーム、多職種、家族会、地域住民、企業の研修担当者...）と交流し、新たな価値観・世界観に触れられるような研修も求められていた。さらには、バーンアウト予防など、支援者自身のストレスへの対処、チームビルディング、経営等に関する研修の必要性も挙げられていた。

#### 5) 研究の限界

今回の調査では、サンプル数が少ないこと、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、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、対照群との比較を行っていないこと、5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。

#### 6) 今後の研修プログラムの普及への展望

精神科多職種アウトリーチの指導的団体の中での人材育成プランを作成することが求められている。そこでは、キャリアアップのためのプラン、研修手帳、継続的なチームレベルでのOJTなど、研修会を超えた人材育成ヴ

イジョンが求められており、本研究で作成された研修プログラム、あるいは本研究で得られた知見を活用することができるだろう。また、相談支援専門員の養成研修、訪問看護研修会、他職能団体の卒前・卒後教育などにおいても、本研究の成果が応用できると考えられる。

#### E. 健康危険情報

特になし

#### F. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

#### 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

図表

表 3 . 性別

	N	%
男性	8	50.0
女性	8	50.0
合計	16	100.0

表 4 年齢

	N	%
30 歳 ~ 39 歳	6	37.5
40 歳 ~ 49 歳	5	31.3
50 歳 ~ 59 歳	4	25.0
不明	1	6.3
合計	16	100.0

表 5 . 精神科経験年数

	N	%
5 年未満	2	12.5
5 年 ~ 9 年	2	12.5
10 年 ~ 14 年	5	31.3
15 年 ~ 19 年	1	6.3
20 年 ~ 24 年	5	31.3
30 年 ~ 34 年	1	6.3
合計	16	100.0

表 6 . アウトリーチ経験年数

	N	%
5 年未満	9	56.3
5 年 ~ 9 年	5	31.3
10 年 ~ 14 年	1	6.3
15 年 ~ 19 年	1	6.3
合計	16	100.0

表 7 . 職種

	N	%
精神保健福祉士	3	18.8
作業療法士	2	12.5
看護師	9	56.3
医師	1	6.3
その他	1	6.3
合計	16	100.0

表 8 . アウトリーチ活動の経験

	N	%
以前にアウトリーチ推進事業を実施、現在も何らかの形で継続	8	50.0
アウトリーチ支援の経験はないが、病院あるいは訪看で訪問看護	6	37.5
上記のいずれでもない	2	12.5
合計	16	100.0

表 9 . 診療報酬点数上の「精神科重症患者早期集中支援管理加算」

	N	%
している	2	12.5
していない	11	68.8
その他	3	18.8
合計	16	100.0

表 10 . 研修前の重要度 (T9)

重要度 (研修前)	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	9.00	1.317	16	5	10
尊重すること	9.31	.873	16	8	10
エンゲージメント	9.63	.619	16	8	10
アセスメント	9.63	.719	16	8	10
ケアプラン	9.19	1.223	16	6	10
ケアマネ適用	8.94	1.181	16	6	10
心理教育	8.81	1.109	16	7	10
多職種	9.69	.602	16	8	10
インフォーマル	8.69	1.078	16	7	10
連携	9.31	1.078	16	7	10
クライシス	9.56	.892	16	7	10
危機介入と倫理	9.44	.892	16	7	10
ストレングスと危機介入	8.75	1.438	16	6	10
共同意思決定 (SDM)	9.25	1.238	16	6	10

表 11 . 研修前の実践度 (T9)

実践度 (研修前)	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	5.25	1.844	16	3	10
尊重すること	6.25	1.807	16	2	9
エンゲージメント	6.19	2.105	16	2	10
アセスメント	5.44	2.097	16	2	10
ケアプラン	4.56	2.032	16	2	10

ケアマネ適用	4.50	2.098	16	2	10
心理教育	4.19	2.482	16	0	8
多職種	6.31	2.089	16	2	10
インフォーマル	4.44	1.861	16	2	8
連携	6.06	2.323	16	1	10
クライシス	5.50	2.658	16	2	10
危機介入と倫理	5.06	2.594	16	0	10
ストレンクスと危機介入	4.25	2.324	16	0	10
共同意思決定 (SDM)	9.25	1.238	16	6	10

表 12．研修前のリカバリーに対する態度 (T9)

リカバリー (研修前)

	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	3.93	.799	15	2	5
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.33	1.047	15	1	5
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.00	1.000	15	1	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	4.07	.884	15	2	5
私は、利用者の可能性を信じている	4.40	.828	15	2	5

表 13．研修後の重要度 (T10)

重要度 (研修後)

	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	9.38	.885	16	8	10
尊重すること	9.44	.814	16	8	10
エンゲージメント	9.50	.894	16	8	10
アセスメント	9.19	.981	16	7	10
ケアプラン	9.25	1.000	16	7	10
ケアマネ適用	9.25	1.000	16	7	10
心理教育	9.38	.806	16	8	10
多職種	9.75	.683	16	8	10
インフォーマル	9.06	1.063	16	7	10
連携	9.44	1.094	16	7	10
クライシス	9.19	1.276	16	6	10
危機介入と倫理	9.00	1.366	16	6	10
ストレンクスと危機介入	8.94	1.289	16	6	10
共同意思決定 (SDM)	9.63	.719	16	8	10

表 14 . 研修後の実践度 (T10)

実践度 (研修後)					
	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	5.50	1.826	16	3	9
尊重すること	6.63	2.156	16	3	10
エンゲージメント	5.81	2.040	16	2	10
アセスメント	5.00	1.461	16	3	8
ケアプラン	4.44	1.590	16	2	9
ケアマネ適用	4.44	1.548	16	2	8
心理教育	4.50	1.789	16	2	8
多職種	6.13	1.962	16	3	10
インフォーマル	4.88	1.784	16	3	8
連携	5.69	2.056	16	2	10
クライシス	5.75	2.236	16	2	10
危機介入と倫理	4.63	2.446	16	1	10
ストレングスと危機介入	4.19	1.642	16	2	7
共同意思決定 (SDM)	9.63	.719	16	8	10

表 15 . 研修後のリカバリーに対する態度 (T10)

リカバリー (研修後)					
	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	4.38	.719	16	3	5
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.63	.619	16	3	5
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.53	.516	15	4	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	4.38	.619	16	3	5
私は、利用者の可能性を信じている	4.50	.816	16	2	5

表 16．研修前後の重要度の比較 (T9 vs T10)

研修前後の重要度の比較						
	研修前		研修後		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	9.00	1.32	9.38	.89	-1.38	.188
尊重すること	9.31	.87	9.44	.81	-0.56	.580
エンゲージメント	9.63	.62	9.50	.89	1.00	.333
アセスメント	9.63	.72	9.19	.98	1.82	.089 †
ケアプラン	9.19	1.22	9.25	1.00	-0.29	.774
ケアマネ適用	8.94	1.18	9.25	1.00	-1.78	.096 †
心理教育	8.81	1.11	9.38	.81	-1.78	.095 †
多職種	9.69	.60	9.75	.68	-0.29	.774
インフォーマル	8.69	1.08	9.06	1.06	-1.03	.319
連携	9.31	1.08	9.44	1.09	-0.46	.652
クライシス	9.56	.89	9.19	1.28	1.86	.083 †
危機介入と倫理	9.44	.89	9.00	1.37	1.60	.130
ストレングスと危機介入	8.75	1.44	8.94	1.29	-0.42	.682
共同意思決定 (SDM)	9.25	1.24	9.63	.72	-1.38	.188

表 17．研修前後の実践度の比較 (T9 vs T10)

研修前後の実践度の比較						
	研修前		研修後		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	5.25	1.84	5.50	1.83	-.453	.657
尊重すること	6.25	1.81	6.63	2.16	-.588	.566
エンゲージメント	6.19	2.10	5.81	2.04	.600	.557
アセスメント	5.44	2.10	5.00	1.46	.554	.588
ケアプラン	4.56	2.03	4.44	1.59	.212	.835
ケアマネ適用	4.50	2.10	4.44	1.55	.126	.901
心理教育	4.19	2.48	4.50	1.79	-.924	.370
多職種	6.31	2.09	6.13	1.96	.316	.756
インフォーマル	4.44	1.86	4.88	1.78	-.875	.395
連携	6.06	2.32	5.69	2.06	.686	.503
クライシス	5.50	2.66	5.75	2.24	-.591	.564
危機介入と倫理	5.06	2.59	4.63	2.45	.959	.353
ストレングスと危機介入	4.25	2.32	4.19	1.64	.128	.900
共同意思決定 (SDM)	9.25	1.24	9.63	.72	1.36	.191

表 18．研修前後のリカバリーへの態度の比較 (T9 vs T10)

研修前後のリカバリーへの態度の比較							
	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	3.93	.80	4.38	.72	-3.05	.009	**
リカバリーのプロセスは、希 望を必要とする	4.33	1.05	4.63	.62	-.888	.389	
私は、精神の病を持つ人々を 尊敬することができる	4.00	1.00	4.53	.52	-1.38	.189	
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	4.07	.88	4.38	.62	-1.07	.301	
私は、利用者の可能性を信じ ている	4.40	.83	4.50	.82	-.250	.806	

表 19．研修前の重要度と実践度の比較 (T9)

研修前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	9.00	1.32	5.25	1.84	7.695	.000	**
尊重すること	9.31	.87	6.25	1.81	6.521	.000	**
エンゲージメント	9.63	.62	6.19	2.10	6.032	.000	**
アセスメント	9.63	.72	5.44	2.10	7.519	.000	**
ケアプラン	9.19	1.22	4.56	2.03	7.563	.000	**
ケアマネ適用	8.94	1.18	4.50	2.10	7.019	.000	**
心理教育	8.81	1.11	4.19	2.48	8.836	.000	**
多職種	9.69	.60	6.31	2.09	5.783	.000	**
インフォーマル	8.69	1.08	4.44	1.86	9.406	.000	**
連携	9.31	1.08	6.06	2.32	4.736	.000	**
クライシス	9.56	.89	5.50	2.66	6.674	.000	**
危機介入と倫理	9.44	.89	5.06	2.59	6.355	.000	**
ストレングスと危機介入	8.75	1.44	4.25	2.32	6.418	.000	**
共同意思決定 (SDM)	9.25	1.24	9.25	1.24	5.217	.000	**

表 20．研修後の重要度と実践度の比較 (T10)

	重要度		実践度		t 値	p	
	平均値	SD	平均値	SD			
リカバリー	9.38	.89	5.50	1.83	6.990	.000	**
尊重すること	9.44	.81	6.63	2.16	6.260	.000	**
エンゲージメント	9.50	.89	5.81	2.04	6.856	.000	**
アセスメント	9.19	.98	5.00	1.46	9.520	.000	**
ケアプラン	9.25	1.00	4.44	1.59	8.418	.000	**
ケアマネ適用	9.25	1.00	4.44	1.55	9.590	.000	**
心理教育	9.38	.81	4.50	1.79	9.611	.000	**
多職種	9.75	.68	6.13	1.96	7.265	.000	**
インフォーマル	9.06	1.06	4.88	1.78	8.081	.000	**
連携	9.44	1.09	5.69	2.06	6.799	.000	**
クライシス	9.19	1.28	5.75	2.24	6.193	.000	**
危機介入と倫理	9.00	1.37	4.63	2.45	6.412	.000	**
ストレンクスと危機介入	8.94	1.29	4.19	1.64	8.497	.000	**
共同意思決定 (SDM)	9.63	.72	9.63	.72	11.68	.000	**

表 21．重要度得点の前後差の推移 (T1～T10)

	差 (後-前) の平均値				
	2012	2013	2014	2015	2016
リカバリー	.82	.55	.31	.56	.38
尊重すること	.38	.52	.31	.94	.13
エンゲージメント	.15	.18	.00	.11	-.13
アセスメント	.31	.23	.19	.11	-.44
ケアプラン	.71	.32	.42	.06	.06
ケアマネ適用	.64	.32	.50	-.06	.31
心理教育	.64	.61	.54	.28	.56
多職種	.16	.43	.04	.44	.06
インフォーマル	.62	.32	.85	.94	.37
連携	.49	.48	.19	.71	.13
クライシス	.36	.27	.00	.22	-.38
危機介入と倫理	-	.25	-.12	.39	-.44
ストレンクスと危機介入	-	.57	.50	.50	.19
共同意思決定 (SDM)	-	-	-	-	.38



表 22 . 重要度得点の前後差の順位 (T1 ~ T10)

年度	2012	2013	2014	2015	2016
テーマ	ケアマネ	危機介入	ロールプレイ	ロールプレイ	ロールプレイ
リカバリー	1	3	7	4	2
尊重すること	7	4	6	1	8
エンゲージメント	11	13	11	10	11
アセスメント	9	12	9	11	13
ケアプラン	2	7	5	12	10
ケアマネ適用	3	7	4	13	5
心理教育	3	1	2	8	1
多職種	10	6	10	6	9
インフォーマル	5	7	1	1	4
連携	6	5	8	3	7
クライシス	8	10	12	9	12
危機介入と倫理	-	11	13	7	14
ストレングスと危機介入	-	2	3	5	6
共同意思決定 (SDM)	-	-	-	-	2

表 23 . 研修テーマ別に「重要度」前後比較した結果

## 研修テーマ別「重要度」を前後比較

	2012 ケアマネ		2013 危機介入		2014-16 ロールプレイ	
	前	後	前	後	前	後
リカバリー	8.6	9.4**	8.8	9.3**	9.2	9.6**
尊重すること	9.1	9.5**	8.9	9.4**	9.0	9.5**
エンゲージメント	9.5	9.6	9.6	9.8	9.5	9.5
アセスメント	9.2	9.5*	9.1	9.4*	9.5	9.5
ケアプラン	8.8	9.5**	8.9	9.2*	9.2	9.4†
ケアマネ適用	8.7	9.4**	8.8	9.2†	9.1	9.3*
心理教育	8.3	9.0**	8.8	9.4**	8.9	9.4**
多職種	9.4	9.5	9.1	9.6*	9.4	9.6
インフォーマル	8.1	8.8**	8.6	9.0†	8.5	9.2**
連携	9.1	9.6**	9.0	9.5**	9.1	9.3†
クライシス	8.6	9.1*	9.1	9.4*	9.4	9.3
危機介入と倫理			9.1	9.4	9.3	9.3
ストレングスと危機介入			8.8	9.3**	8.8	9.2*
共同意思決定 (SDM)					9.3	9.6

T検定, \*\*, \*\*p<.01, \*p<.05, †p<.1

表 24 . 因子分析の結果

## 因子分析

	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	
連携と危機介入	心理教育	0.45	-0.33	-0.33	0.24	0.32
	多職種	0.64	-0.20	-0.10	-0.06	-0.15
	連携	0.71	-0.39	0.11	-0.24	-0.24
	クライシス	0.61	-0.50	-0.38	-0.17	-0.18
	危機介入と倫理	0.74	-0.24	-0.28	-0.30	0.14
	ストレングスと危機介入	0.74	0.11	0.28	-0.45	-0.02
ケアマネジメント	アセスメント	0.37	0.63	-0.12	0.04	0.10
	ケアプラン	0.38	0.81	-0.23	-0.16	-0.01
	ケアマネ適用	0.44	0.72	-0.27	-0.07	-0.22
リカバリー志向性	リカバリー	0.34	-0.07	0.64	0.37	-0.38
	共同意思決定 (SDM)	0.47	0.12	0.78	-0.08	0.10
良好な関係性	尊重すること	0.47	-0.10	-0.25	0.74	-0.01
	エンゲージメント	0.53	0.20	0.00	0.65	-0.14
インフォーマル支援	インフォーマル	0.50	0.03	0.29	0.12	0.73

図 1 . 下位尺度で重要度を前後比較した結果

## 下位尺度で重要度を前後比較

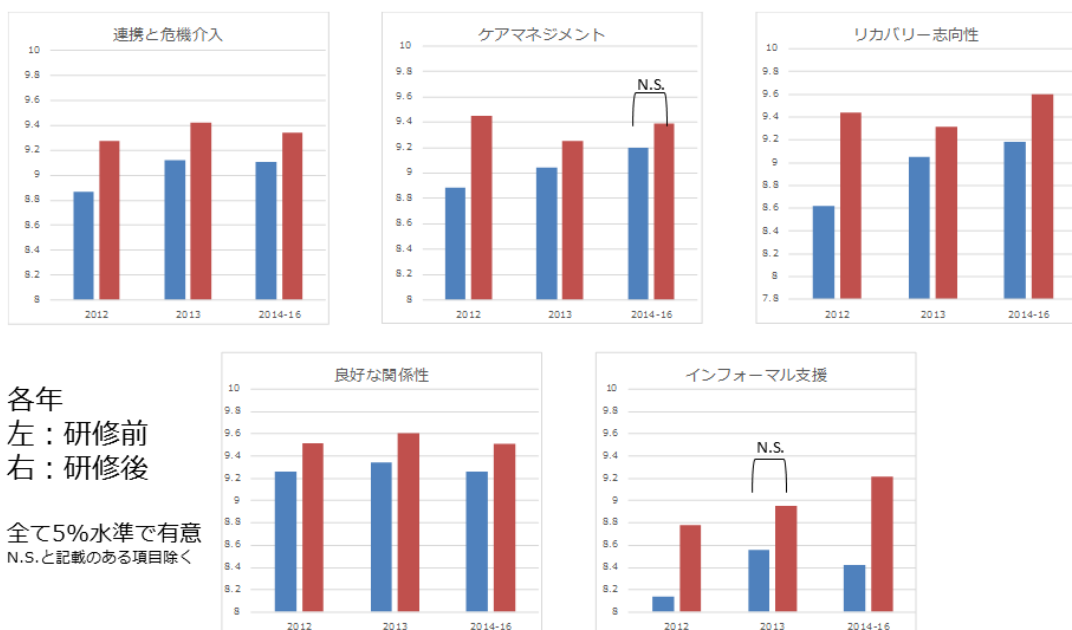


図2. 5年間の重要度得点（研修前）の推移

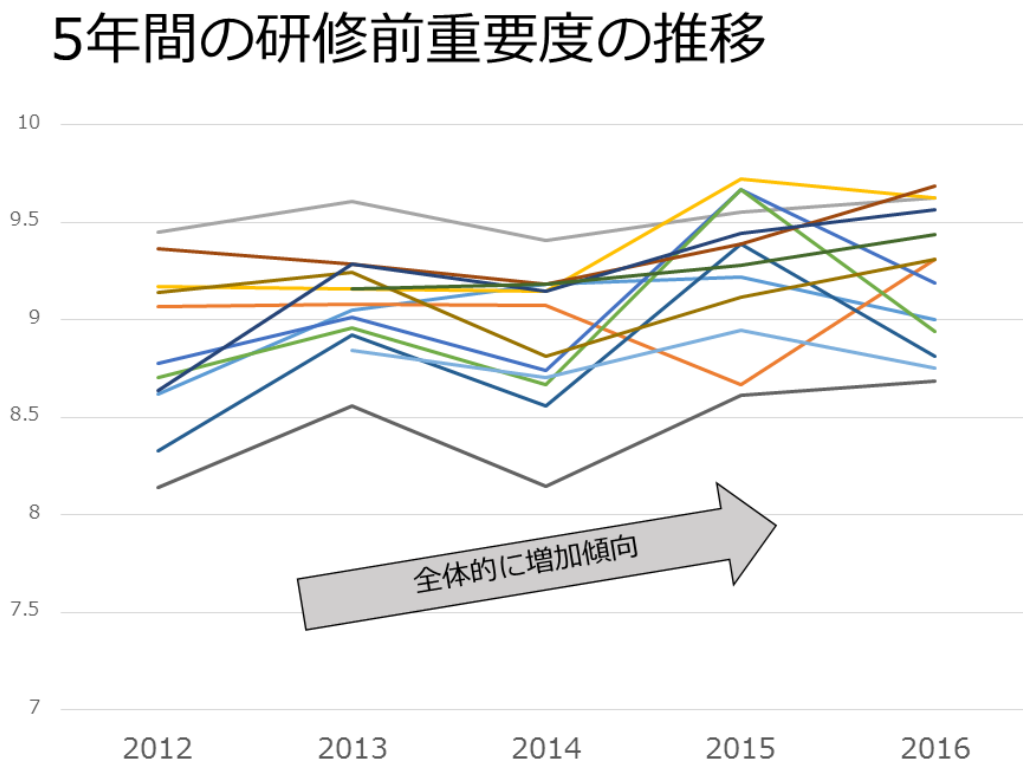


表25. アウトリーチ経験年数別の研修前の重要度と実践度

### アウトリーチ経験年数別の研修前重要度・実践度

	5年未満		5年以上	
	Mean	SD	Mean	SD
研修前				
重要度				
連携と危機介入	8.97	0.87	9.05	0.78
ケアマネジメント	9.05	0.96	8.95	0.90
リカバリー志向性	8.78	1.40	9.12	1.10
良好な関係性	9.22	0.85	9.35	0.86
インフォーマル支援	8.28	1.33	8.64	1.23
実践度				
連携と危機介入	5.32	1.84	5.70	1.83
ケアマネジメント	5.11	1.85	5.32	1.86
リカバリー志向性	5.11	1.90	5.94	1.85 *
良好な関係性	6.15	1.86	6.87	1.61 *
インフォーマル支援	4.41	2.15	5.24	2.08 *

表 26 . 臨床経験年数別の研修前の重要度と実践度

臨床経験年数別の重要度・実践度の前後差

	10年未満		10年以上	
	Mean	SD	Mean	SD
研修前				
重要度				
連携と危機介入	0.41	0.66	0.29	0.72
ケアマネジメント	0.31	0.92	0.34	0.70
リカバリー志向性	0.92	1.47	0.31	0.89**
良好な関係性	0.27	0.76	0.28	0.71
インフォーマル支援	0.65	1.06	0.54	1.17
実践度				
連携と危機介入	0.55	0.96	0.29	1.38
ケアマネジメント	0.47	1.40	0.44	1.90
リカバリー志向性	0.72	1.69	0.77	1.91
良好な関係性	0.30	1.60	0.35	1.67
インフォーマル支援	0.61	1.49	0.52	1.96

## 28 年度厚生労働科学研究費 精神科アウトリーチ研修会のご案内

精神科アウトリーチ（訪問支援）は、自ら援助希求ができない、或いは伝統的な医療サービスを拒否していた当事者の地域生活の継続と自己実現を支援するうえで重要なアプローチであり、今後益々そのニーズが高まるものと期待されています。

私たちは、精神科アウトリーチ支援に携わる多職種スタッフに対する研修の在り方について検討を重ねてきましたが、座学だけではなくロールプレイを通じて、当事者や家族、時には地域関係者の立場になり、実際にどのような態度で周囲とやりとりをしているか、自らの支援を俯瞰することが支援者自身の成長にも大切であると感じています。

今年度は以上に加えて、SDM（Shared Decision Making：共同意志決定）についての基本的な考え方を学び、ロールプレイを用いて演習を行うセッションを予定しています。精神科アウトリーチの中級者以上を対象とし、少人数（定員 15 名）で密度の高い研修となるよう以下の会を企画しましたので、参加についてご検討頂ければ幸いです。

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業（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

分担研究者：東北福祉大学総合福祉学部 西尾 雅明

日 時：平成 29 年 1 月 19 日（木） 9：30～17：00（9：00 受付開始）

1 月 20 日（金） 9：30～16：30

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

住 所：〒989-3201 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘 6 丁目 65-8

T E L：022 - 303 - 0125（代表）

H P：http://www.tfu.ac.jp/hospital/

定 員：15 名

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。2 日間を通しての参加となります。

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。

\* 研究事業のため、今後のより良い研修のあり方に関して、アンケートや研修に関するご意見を聞かせていただくなどの形でご協力をいただければ幸いです。

参加費：無料（旅費、宿泊費、食費などはご負担いただきます）。

参加手続き：メールもしくは F A X にて、下記事務局までご連絡下さい。

申し込み最終締め切り：12 月 7 日（水）までをお願いいたします。

### 【お問い合わせ先】

東北福祉大学 総合福祉学部 西尾研究室

TEL/FAX 022-301-1120

E-mail nishioken@tfu-mail.tfu.ac.jp

1月19日 木曜日

9:00~ 受付開始  
9:30~ オープニング  
9:50~10:40 研修ニーズのグループワーク  
10:45~11:15 ウォーミングアップ  
11:20~12:30 事例検討 (シナリオを用いた場面ロールプレイ)  
12:30~13:30 昼食  
13:30~13:45 ウォーミングアップ  
13:50~15:50 事例検討 (参加者の事例に対するロールプレイ)  
16:00~17:00 1日目の振り返り  
17:30~ 懇親会

1月20日 金曜日

9:30~9:45 ウォーミング・アップ  
9:45~12:15 事例検討 (参加者の課題に対するオムニバスなドラマ)  
12:15~13:15 昼食  
13:15~14:15 SDMの考え方  
14:25~15:55 SDMのロールプレイ  
16:00~16:20 クロージング  
16:20~16:30 アンケート記入

ファシリテーター

石川淳子 (ひだくりニック 臨床心理士): 東京サイコドラマ協会公認ディレクター・  
日本心理劇学会常任理事。臨床現場・研修にて、サイコドラマを活用されている先生です。

伊藤順一郎 (メンタルヘルス診療所 しっぽふぁーれ)

近田真美子 (東北福祉大学)

園環樹 (株式会社シロシベ)

西尾雅明 (東北福祉大学)

新田雅義 (東北福祉大学せんだんホスピタル)

梁田英麿 (東北福祉大学せんだんホスピタル)

(五十音順)

\*参加される方の職種構成やご希望などにより、研修日程や内容が若干予定と異なる可能性もありますが、その際はご了承いただければ幸いです。不明な点などありましたら、遠慮なく問い合わせ先までご連絡ください。

一昨年度・昨年度の研修会参加者の声など

「ロールプレイで様々な振り返りや発想の拡がりが見えた」

「ロールプレイを用いての事例検討がとても楽しかった。普段の事例検討では味わう事のできない様々な立場、気持ちになる事ができた」

「ロールプレイは職場でもやってみたいと思った。困難事例の介入時に使えるようロールプレイのエッセンスも知ることができればと感じた」

## フォーカス・グループ

簡単な自己紹介と「今回、どんな想いで研修会に参加されたのでしょうか？」

(1人2分程度を目安にして)

<主質問>

精神科アウトリーチを実践する上で、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？

<補助質問>

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？

<追加質問>

研修会以外で役に立つものがありそうですか？

どんなスーパービジョンがあればよいと思いますか？

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？

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？

### 資料3.サイコドラマ的スーパービジョンの方法

<進め方>

1. 主役にテーマをきく
2. シーンを作る  
(一番困ったシーンなど具体的に、場所、時、人を設定して)
3. 何がおこったかを再現する
4. 主役のかわりをしてくれる新主役を選び、主役は場面の外に出て新主役による場面を見る
5. 外から見た後、自分(新主役)にインタビューし、新主役はその役割のまま答える。あるいは、他の複数の人にその場面を違うやり方でやってもらう
6. 主役が「3」の場面を新しいやり方でやってみる

<サイコドラマとは?>

サイコドラマは、ルーマニア出身のアメリカ人であるジェイコブ・レヴィ・モレノによって創始された、即興の手法を用いた集団精神療法である。人々が抱えている多様な問題の整理や、新しい視点による解決の方向を探り、個人の人生や日常生活の改善に向けて、一步踏み出す機会を創り出すものである。

サイコドラマは、監督、演技者、観客、補助自我、舞台という下記の5つの要素で構成される。

1. 監督...ドラマの総責任者。
2. 演技者...主役や脇役となって、実際にドラマの中で役割を演じる人。
3. 観客...展開されるドラマを観る人。
4. 補助自我...ドラマの助監督役であり、監督や演技者を助ける人。
5. 舞台...観客と演技者を分ける機能があり、演技者が自由に演じられる場所。

サイコドラマには、大きく分けると3つのプロセスがある。

1. ウォーミング・アップ...演じる前の心身の準備の時間。スタートから主役を選ぶまでの過程である。
2. サイコドラマの展開...選ばれた主役を、監督がインタビューしながら展開していく過程である。
3. シェアリング...一つのドラマが終了した時点で、参加者同士で感想を分かち合う過程。

参加人数は、通常は10~15名程度の集団で構成され、所要時間は、主役中心の古典的サイコドラマの場合で、1時間から2時間程度かかる。問題の要因を探り、現在から過去の様々な体験を見たり、一場面を象徴的に演じるなど状況により多彩に展開するが、オムニバス形式の場合は、20~30分程度で行われる場合もある。



資料4. 調査票

『アウトリーチ推進事業研修会』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	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	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すること	点	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（未受診者、治療中断者）へもアプローチを行う）	点	点
4	ストレンクス・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	点	点
5	ストレンクス・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	点	点
6	ストレンクス・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	点	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	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	点	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	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	点	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	点
12	危機介入とその倫理についての理解	点	点
13	ストレンクス・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	点
14	利用者と専門家が治療ゴールや治療の好み、責任について話し合い、ともに適切な治療を見つけ出すこと	点	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）( )

問8：あなたの職場について、当てはまる選択肢を以下から選んでください。

- 1) 現在の職場で以前にアウトリーチ推進事業を実施し、現在も、何らかの形でアウトリーチ支援を継続している  
2) 以前の職場で以前にアウトリーチ推進事業を実施し、現在は、別の職場でアウトリーチ支援を実施している  
3) これまでアウトリーチ推進事業の経験はないが、ACTなどの精神科アウトリーチ支援を実施する職場にいる  
4) アウトリーチ推進事業やACTなどの精神科アウトリーチ支援の経験はないが、精神科病院あるいは訪問看護ステーションでの訪問看護の経験は積み重ねている  
5) 上記のいずれでもない 6) 設問の意味がわからない

問9：あなたの職場では、診療報酬点数上の「精神科重症患者早期集中支援管理加算」を算定していますか。

- 1) している 2) していない 3) その他( )