

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

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

（ H 2 6 - 精神 - 指定 - 0 0 2 ）

平成26年度 総括・研究分担報告書

研究代表者：伊藤順一郎

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

平成 27 (2015) 年 3 月

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

（ H 2 6 - 精神 - 指定 - 0 0 2 ）

平成26年度総括・研究分担報告書

目次

1章 総括研究報告

1. 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・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
研究代表者(伊藤順一郎)

2章 分担研究報告

1. 地域相談支援事業所における精神障がい者の
退院支援・居所支援・地域生活支援に関する実態調査・・・・・・・・7
研究分担者(吉田光爾)
2. 精神障害者の地域移行に効果をあげる居所支援のあり方・・・・・・・・23
研究分担者(吉田光爾)
研究協力者(山下真史)
3. 地域生活を支えるための精神科診療所の役割に関する検討・・・・・・31
研究分担者(原敬造)
研究協力者(藤井千代)
4. 全国の多職種アウトリーチ支援チームのモニタリング研究・・・・・・37
研究分担者(萱間真美)
5. 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に関する研究・・・・・・・・67
研究分担者(佐藤さやか)
6. 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・・・・・・83
研究分担者(西尾雅明)
7. 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・・・・・・105
研究分担者(本田美和子)

1 章 . 総括研究報告書

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 総括研究報告書

研究代表者：伊藤順一郎

（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）

平成 23 年 4 月、精神障害者アウトリーチ推進事業の実施に際して、厚生労働省は「アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を、『入院』という形に頼らない。」という具体的な方向性を打ち出した¹⁾。これは、アウトリーチチームによる支援の方向性を指し示す文言である。しかしながら、『入院』という形に頼らないことを、単に臨床チームの技術向上に求めることは難しい。なぜなら、「入院に頼る」ということは、本人の症状の問題だけではなく、家族によるケア能力の低下、近隣の人々との関係、行政や警察力を含む周囲からの「入院」への期待、さらに精神科医療の専門家が入院をどのように捉えるかなども絡んだ複合的な相互作用の結果としてしばしば生じるからである。すなわち、入院に頼るといふ事象は、精神科病棟の存在を受け入れた社会のシステムが存する限り生まれ続けると考えざるを得ない。

もし、真の意味で『入院』という形に頼らないシステムを現出しようとするのであれば、臨床チームの技術向上も内包しながら、入院という事象を回避しうる具体的な代替策を含むような、精神保健医療福祉システムのパラダイムシフトが必要である。そのひとつの例として、英国やイタリアの精神保健福祉医療システムがあげられる。これらの国では、精神科医療における予防・治療・リハビリテーションに関連するほぼ全ての機能を、地域社会の中で展開する。人の生活の場に精神科医療の機能が出向いていき、市民の構成する社会のシステムのなかに、精神保健医療福祉の構成要素を入れ込んでいくありようと言ってもいいかもしれない。本研究班は、我が国でこのような文脈でのシステムの転換が可能なのか、我が国で有効かつ実現可能な地域生活中心の精神保健医療福祉システムへの変化はどのように始められるのか、システム変換の障壁はどのようなものなのか、といった大きな課題を論じるための核となる資料を作成することを目的に、構成された。

6 つの分担研究班は課題と研究の方法が異なるが、いずれも「入院中心」から「地域生活中心」へ精神保健医療福祉がパラダイムシフトを行う際に、押さえておくべき内容を研究課題として内包している。初年度である今年度は、このパラダイムシフトの参照枠を国際生活機能分類に求め、我が国におけるパラダイムシフトの展開可能性と課題、さらに本研究班の分担研究の位置づけを整理することをもって、総括研究報告とする。

【本研究班の構成】

まず、本研究班のテーマと内容（目的）を簡単に記す。

1) 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（佐藤班）

本研究では、包括的な地域生活支援が多職種によって提供される、Assertive Community Treatment (ACT)のチームを中心に、1) チームにおける認知行動療法(cognitive behavioral therapy : CBT)のニーズを把握し、2) アウトリーチ型 CBT に関する研修内容を検討し、3) アウトリーチチームにおける CBT の効果検討を実施することを目的としている。研究活動を通じて、地域におけるエビデンスに基づいた支援技法の向上を目指す。

2) 全国が多職種アウトリーチ支援チームのモニタリング研究（萱間班）

平成 26 年度に、精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の一層の推進を目指して、厚生労働省は病状が不安定な患者への多職種チームによる在宅医療の評価として、「精神科重症患者早期集中支援管理料」を新設した。しかしながら、この制度は様々な障壁から多くの医療機関が参加できてはいない。本研究は、この制度の実施状況や実施にあたる課題を明らかにし、今後推進するために必要な改善について検討することを目的とする。

3) 地域生活を支えるための精神科診療所の役割に関する検討（原班）

「地域生活中心の精神保健医療福祉」システムづくりにおいて、精神科診療所は地域生活支援の拠点となりうる資源であるが、精神科診療所の類型や、サービス提供の実態に関するデータは得られていない。本研究では精神科診療所におけるサービス提供状況現状を調査し、類型化を図ることで、地域生活を支える社会資源としての精神科診療所の役割に

ついて検討することを目的としている。とりわけ、多機能型診療所（仮称）（外来診療＋訪問看護＋デイケア＋訪問診療または往診＋チームミーティング実施）に注目し、そのニーズの量と質を推計することが課題の一つである。

4) 精神障害者の退院促進および福祉サービスも含めた地域生活支援のあり方についての検討（吉田班）

国は精神科病院のいわゆる社会入院者、すなわち「受入条件が整えば退院可能な者 7 万人」の退院促進のために、平成 15 年度から『精神障害者退院促進事業』を実施し、その後も事業形態を変えながら取り組みを継続しているが、十分な社会的入院の解消には至っていない。厚生労働省は平成 24 年、障害者自立支援法において、退院促進に関する活動を個別給付事業(地域移行・地域定着)として位置付け更なる促進を図った。しかし法制化されたものの実際の相談支援事業所の地域移行・地域定着に関する取り組み状況に関しては十分把握されておらず、制度運用を検討するための基礎資料は得られていない。

そこで本研究では、全国の相談支援事業所に対して地域移行・地域定着の実際の活動の状況を調査し、制度の運用の基礎資料を作成し、現状と課題を把握することを目的とする。

5) 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（本田班）

自分が受けているケアや治療の意味が理解できず、ケアの拒絶もしくはケアを実施する者に対する暴言・暴力行為などの認知症周辺症状を表出する認知症高齢者は多く、これにより本人の生活の質保持が難しくなるとともに、ケアを行う者の疲弊や燃え尽き症候群が生じている。そこで、欧州の認知症ケアにおいて、認知症周辺症状に対する非薬物治療として実績とエビデンスのある、包括的なコミ

コミュニケーションに基づくケア技法ユマニチュードの導入を試みる。本研究では、地域社会で家族を介護している一般市民に対して、ユマニチュードの基本技術の教育を行い、介入前後での介護者および認知症高齢者の評価を行い、効果を測定することを目的とする。

6) 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(西尾班)

アウトリーチ型の支援においては、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、我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う。研修における学習アウトカム、参加者への影響などを評価することで、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研修プログラムについて、提言を行うことを目的とする。

【背景にある概念としての国際生活機能分類】

2001年5月、国際保健機関(WHO)は国際生活機能分類(ICF)を国際障害分類(ICIDH)の改訂版として提示した。概念図であらわされるこの分類は、健康、あるいは障害に対する考え方に対して、いくつかの問題提起をしている(図1)。

用語として、機能障害、能力障害、社会的不利といった障害をベースとした言葉を用いず、心身機能、活動、参加といった生活機能を表す言葉を用いて、ill-beingよりも、well-beingを重視していることを示している。これは障害を持つことにより、健康が失われたという考え方ではなく、「障害を抱えながらも、如何に健康な力を維持し、はぐくめるか」という考え方にに基づき、支援や施策を作り上げる

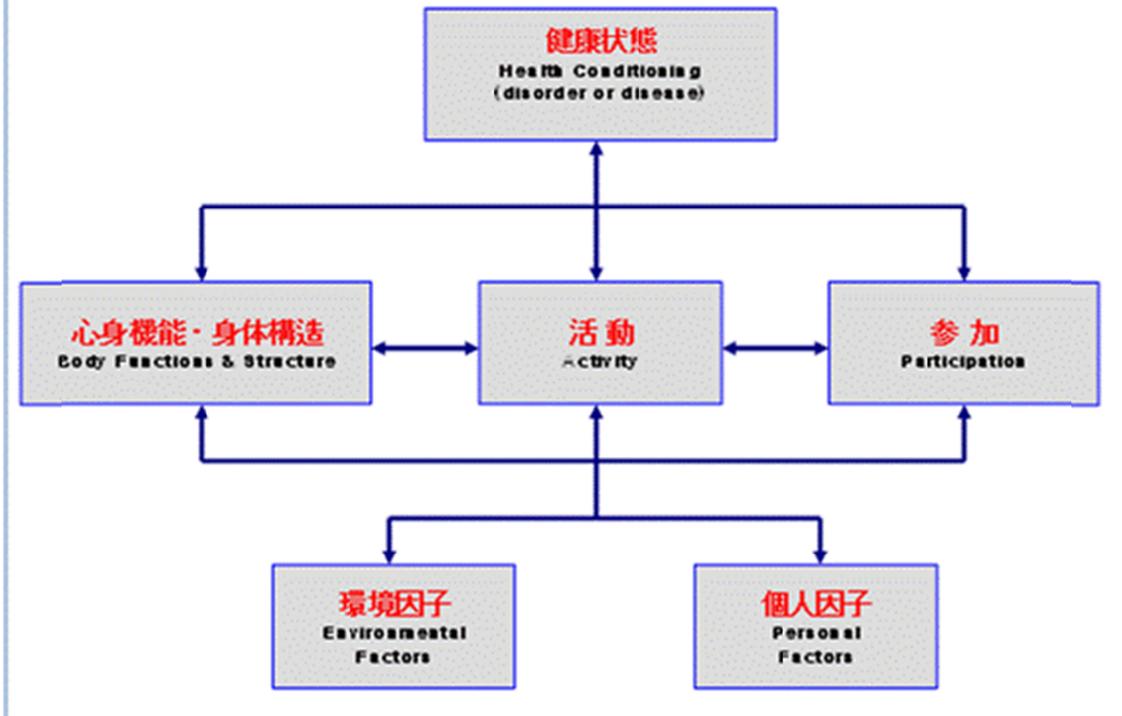
ことを意図している。

心身機能、活動、参加の関係が両方向性の矢印で結ばれ、相互作用的な関係にあることを示している。また、社会的な参加の制約が、必ずしも心身機能の障害や活動の制限の直線的な因果関係の結果としてあるのではなく、社会的な参加の実現が、逆に活動や心身機能の向上にも影響を与えるなどの相互関係が存することを意味している。

心身機能、活動、参加といった生活機能に対して影響を与える因子として環境因子と個人因子を位置づけている。具体的には対人関係や物理的環境、社会的環境、あるいは個人のモチベーションや好み、強みなどが生活機能に影響を与える因子として検討される。支援や制度設計にあたっては、周囲の環境を整備する視点や個人の強みを生かす視点が必要なことが強調されている。

図 1

国際生活機能分類(ICF)と概念図



【精神障害者の地域生活支援、システム構築のパラダイムシフト】

ICF における障害のとらえ方の国際的な転換は、「地域生活中心の精神保健医療福祉」へのパラダイムシフトを推進するにあっても、有効な参照枠となる。

第一に、ICF において、活動や参加といった人の生活機能を概念の中心軸として据えていることは、「地域生活」を支援する保健医療福祉の方向と合致している。この文脈から、あらゆる治療や支援、リハビリテーションは、精神障害を持っていても日常生活が維持され、社会的な参加が可能であるとする支援方針が明確となる。きわめて原則的に言えば、「自傷他害の恐れ」を根拠とするような措置入院のような非自発的入院は、例外的な事象としてのみ認められ、精神保健医療福祉の本来の目的は精神障害を持った本人のリハビリをいかに支援するか、さまざまな制約の中で活動や社会参加をいかに実現するか、well-beingをいかに育むかといったところにあると考え

られる。支援技術の向上と制度設計の双方が、この文脈のなかで行われるというのが ICF の主張である。

第二には、環境因子、個人因子といった、疾病（健康状態）以外の因子を重視していることが、パラダイムシフトの具体的なありようを示唆している。具体的には、精神障害を持つ人々にとって、安全で住みやすい環境の地域社会の構築を目指すことである。他方、いかなる支援も一定量以上の人材がなければ成立せず、限られた財源の中で人材を確保する必要がある。たとえば、入院病棟を削減し、有給の病棟スタッフを地域社会で働くスタッフへと配置転換することである。この場合、地域にはスタッフの働く拠点が必要であり、欧米では、地域精神保健医療福祉の拠点は公的な community mental health center が担ってきた。民間機関が精神科医療を担っている我が国では、その拠点として多職種チームを設けた民間の多機能型診療所は一つの選択肢である。しかしながら、それは、医療圏域

において一定の役割を持つ、半公的な資源としての位置づけが必要かもしれない。その理由として、多機能型診療所が理念的に治療とリハビリテーションの装置として位置するばかりでなく、生活支援、就労支援、権利擁護、普及啓発などの多面的かつ包括的な支援の拠点としての役割を果たすことが期待されるからである。官・民の協働作業の可能性は、今後検討されるべきであろう。

以上、ICF の概念をベースとして、“入院に頼らない”「地域生活中心の精神保健医療福祉」へのパラダイムシフトの方向性を示した。支援技術の向上、制度設計における精神保健医療福祉システムの転換を含むものであるが、さらに、精神医療概念そのものの転換をも迫るものである。たとえば、関係性のとり方、薬物療法の方法論、危機介入やリハビリテーションの方法など、精神医療を形作っている考え方のありようが、入院病棟でのものと、地域生活支援の中での精神医療では大幅に異なる。入院のような管理的な環境では症状は薬物療法によって「標的」となる対象であるかもしれないが、地域精神医療においては、「活動」や「参加」を重視する文脈で、症状と共存しながらも有意義な生活を送ることが求められる。したがって、薬物療法の効果のアセスメントや、選択基準においても、病棟と地域では差異が見いだされるのである。これら精神医療概念の転換および、そこから導き出される方法論の変更は、今後パラダイムシフトを推進するにあたって、強く意識され、言語化されることが必要であろう。換言すると、言語化を可能とする資料提供が本研究の第1義的な目的となる。

【本研究の位置づけ】

以上のような文脈にあって、本研究班の位置づけは、「地域生活中心の精神保健医療福祉」システムづくりに向けての、教育・研修の可能性とシステム・チェンジの可能性についての資料提供となる。

教育・研修については、精神保健医療福祉の専門家の教育の効果と、一般市民なかでも介護負担の大きい家族に対する研修の効果について資料提供が可能となる。

1) 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（佐藤班）では、認知行動療法という定式化された支援技法の、多職種アウトリーチチームでの応用可能性について、実現可能性のある技術定着のガイドラインとその効果について一定の評価が期待できる。

2) 全国多職種アウトリーチ支援チームのモニタリング研究（萱間班）では、当面の診療報酬上の評価をもとに、利用者の地域滞在日数の増加や生活の質の向上にエビデンスのある、多職種アウトリーチチームの活動にインセンティブがつくような、制度設計のための資料作成が期待される。

3) 地域生活を支えるための精神科診療所の役割に関する検討（原班）では、診療所機能が多機能化して、地域の精神保健医療福祉を支える拠点となりうるかを占うために、初診患者のサービス利用状況に関する前方視的調査をおこなうことで、現存する精神科診療所の類型化と求められる機能の明確化が期待できる。

4) 精神障害者の退院促進および福祉サービスも含めた地域生活支援のあり方についての検討（吉田班）では、地域移行事業、地域定着事業に焦点をあてることで、どのような状況下において、市町村の相談支援事業がケー

スマネジメントのシステムとして整備され、利用者の地域生活の充実に貢献することができるのかについて分析、資料作成ができる。

5) 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(本田班)

では、認知症が対象ではあるものの、介護者に対してきわめて構造の明確な研修をすることが、家族の介護負担や患者の症状行動にどのような影響を与えるかを観察、評価する。有効な支援技法の構造と、市民を支援者に招き入れることの意義について検証する、意欲的な研究になろう。

一方、システム・チェンジの可能性については、現行の制度設計に合わせ、医療領域と福祉領域に分けて資料を作成する。

6) 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(西尾班)

では、2日間の研修をどのように組み立てると有効な研修になるのか、参加者の経験や技能による内容の違いもありうるが、参加者の声を直接的に反映したモデル研修づくりが期待される。

【おわりに】

本研究は、我が国における精神保健医療福祉を地域サービスを中心としたシステムに変更するための資料提供を行うことを目的とする。具体的な研究として、1) 専門職における個別の技術レベルではアウトリーチ型の認知行動療法の評価、2) 教育レベルでは、専門職や家族(インフォーマル資源)の効果的なモデル研修のあり方の検討および評価、3) 事業所・機関レベルでは、多職種アウトリーチチームや診療所の機能評価、4) 地域レベルでは、地方自治体における地域精神保健福祉のシステム整備状況の評価を実施する。これらの研究をとおして、地域精神保健福祉のパラダイムシフトに貢献な知見を構築する予定である。また、将来的には、地域精神保健医療福サー

ビスの提供者にとって役立つ「地域生活中心の精神保健医療福祉」の実践のためのテキストを作成することは、極めて重要な課題となると予想される。可能であれば、研究から得た知見を実践者向けにまとめたガイドラインなどの作成も必要かもしれない。

なお、本研究班では、今年度、将来のテキストへの助走として、次の2冊を作成した。

「研究から見えてきた、医療機関を中心とした多職種アウトリーチチームによる支援のガイドライン」

「研究から見えてきた、医療機関と連携した援助付き雇用の支援のガイドライン」

これは、先行する研究であった、「「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究」(難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業(精神疾患関係研究分野)主任:伊藤順一郎)によって作成した臨床モデルをガイドラインとして著したものである。「地域生活中心の精神保健医療福祉」システムに中心的に位置づくであろう多職種アウトリーチチームと援助付き雇用の支援技法を、研究活動に従事した実践家の体験よりまとめた。本報告書の別冊として上梓する。

文献

- 1) 厚生労働省:精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き. 厚生労働省, 東京, 2011.

2 章 . 分担研究報告書

地域相談支援事業所における精神障がい者の 退院支援・居所支援・地域生活支援に関する実態調査

研究分担者：○吉田光爾^{1),2)}

研究協力者：山下眞史²⁾，瀧本理香²⁾

研究助言：大島 巖^{1),2)}

1) 日本社会事業大学社会福祉学部 2) 日本社会事業大学研究科大学院

要旨

目的：本研究では、全国の相談支援事業所に対して地域移行・地域定着の実際の活動の状況を調査し、制度運用の基礎資料を作成し、現状と課題を把握することを目的とした。

方法：2014年7月1日時点においてWAM-NETに掲載されていた指定一般相談支援事業所のうち、2014年3月期の地域移行支援事業個別給付・地域定着支援事業個別給付の請求数が多い10都道府県、居住サポート事業を実施している市町村、政令指定都市（かつ精神障害を支援対象としている）～のいずれかにあてはまる事業所を対象とした。上記対象者に郵送による質問紙調査を行った（2014年9月20日～10月20日）。回収率は40.1%である。

結果と考察：

【支援実績】2012年4月から14年8月末日の間において、退院支援（地域移行）をうけて退院した精神障害者の総数は1040人であった。事業所実績をみると期間中の退院者数0人の事業所が最も多く（318事業所）、59.9%に達していた。同様に退院後生活支援（地域定着）の実績について2249人が支援を受けていたが、期間中の退院者0人の事業所が61.6%に達していた。

【利用者像について】利用者の入院期間においては、直近および通算いずれも5年未満のものが5割を超えて比較的入院期間が短めの対象者が多いと考えられる。また年齢については65才以上の高齢者が少数となっており、対応が難しくなっている状況が明らかになった。

【支援の導入について】退院支援の導入に関しては本人からの依頼は少なく、「病院のSWから」が55.1%、「市区町村行政から」が19.1%であった。また退院後支援についても最も多いのは、退院前からの関わり(34.1%)であり、ついで病院からの相談(30.4%)であった。

【居所の設定について】退院支援を行った結果の現在の居所では、退院後に新規に居所を設定したという回答は合計52.4%であった。他方で、地域移行・地域定着支援を進める上での困難を「とても感じる」の回答として、「公営住宅の確保」(70.3%)、「民間住宅の確保」(65.8%)、「GHの確保」(64.4%)など居所確保の困難が多く指摘されていた。また『居住サポート事業』を実施している相談事業所は9.4%に過ぎず、サポート事業者の利用者は極めて少なかった。

【地域移行・地域定着事業の推進上の困難】「とても困難」の回答として「兼務による業務負担」(76.3%)、「専任のスタッフ不足」(71.1%)など人員の問題が多く挙げられていた。ついで「公営住宅の確保」(70.3%)、「民間住宅の確保」(65.8%)、「GHの確保」(64.4%)など居所設定に困難がある状況がうかがえた。

上記が示すように、現在、地域移行・定着支援の実績は全国的に低調であるが、支援実績のある事業所も少なくない。サービスの定着を促進する要因分析を行う事で地域格差を是正する必要があると考えられた。

A . 研究の背景と目的

2004年に厚生労働省は『精神保健医療福祉の改革ビジョン』を発表し、「入院医療から地域生活中心へ」という施策の方向が示された。こうした流れの中で、国はいわゆる社会的入院者、すなわち「受入条件が整えば退院可能な者7万人」を10年間で退院させるために平成15年度から『精神障害者退院促進事業』を実施し、その後も事業形態を変えながら取り組みを継続しているが、十分な社会的入院の解消には至っていない。

厚生労働省は平成24年度における障害者自立支援法において、こうした退院促進に関する活動を個別給付事業（地域移行・地域定着）として位置付け、都道府県から指定を受けた相談支援事業所が「地域移行推進員」を配置し、支援を行った場合には自立支援給付を受けられるものとした。しかし法制化されたものの実際の相談支援事業所の地域移行・地域定着に関する取り組み状況に関しては十分把握されておらず、制度運用を検討するための基礎資料は得られていない。

そこで本研究では、全国の相談支援事業所に対して地域移行・地域定着の実際の活動の状況を調査し、制度の運用の基礎資料を作成し、現状と課題を把握することを目的とした。

なお本報告は基礎集計であり、このデータを元に今後、退院促進を活性化させる要因等についての分析を行う予定である。

B . 方法

1) 対象

本研究の対象は以下の通りである。

まず2014年7月1日時点において独立行政法人福祉医療機構が運営するWEBサービスであるWAM-NET(障害福祉サービス事業者情報)に掲載されていた指定一般相談支援事業所(N=2377)を候補とした。

そのうち厚生労働省ホームページにて公開されている2014年3月期の地域移行支援

事業個別給付もしくは地域定着支援事業個別給付の請求数が多い10都道府県を選定し、そこに含まれる全事業所、居住サポート事業を実施している市町村をサービス地域としている事業所、政令指定都市に存在している精神障害を支援対象として指定している事業所をリストアップし、対象とした(N=1414)

2) 方法・調査期間

上記対象者に質問紙を郵送し、返信用封筒にて回収を行った。調査期間は2014年9月20日から10月20日である。結果、567機関から回答を得た(回収率40.1%)。

3) 調査内容

事業所の基礎属性

事業者の運営形態・運営事業等についての質問項目を設けた。

退院者に関する情報および支援内容

2012年4月から2014年8月末日の間での、退院支援をして退院した精神障害者(以降『退院者』と表記する)の人数、及びその退院者への入院前の関わり、入院期間、年齢層、退院支援の入口(関わりはじめ)、2014年8月末時点の居所、退院支援の内容、利用した制度を尋ねた。

地域生活支援をうけた者に関する情報および支援内容

2012年(平成24年)4月から2014年(平成26年)8月末までに、精神科病院を退院した精神障がい者に地域生活支援を行った人数、およびその者への支援内容、利用した制度などを尋ねた(添付資料を参照)。

その他制度運用上の課題

その他現行の制度運用上の課題についての設問を設けた。

4) 倫理的配慮

調査の対象は地域事業所の関わり全体であり、事業者個人・利用者個人に関する情報は

収集しない形で調査を行った。また利用者の年齢層・入院期間等は個人単位ではなく、まるめでの集計（全体で〇〇人等）によって行った。調査の説明に関しては、調査票に同封した書面にて本調査の趣旨を説明、公表に関しては機関名が特定されない形で行う旨を説明した。調査票の記入・返信により本調査に対する同意が得られたと見なして集計処理を行った。なお研究に関しては日本社会事業大学倫理委員会の承認を得た。

C. 結果

1) 事業所の基礎属性

(1) 事業形態

事業形態に関して表 1 に示す。相談支援事業所の 63.8% は社会福祉法人であった。

(2) 実施事業

対象となった支援事業所の多くが地域移行支援事業(86.1%)・地域定着支援事業(81.0%)を実施していると答えた。なお、市町村からの委託支援事業を行っているとは回答した事業所は 51.3% と半数であった。他方で居住サポート事業を実施していると回答した事業所は 9.4% に過ぎなかった(表 2)。

2) 退院支援(地域移行支援)に関する現状

(1) 退院者数

2012 年 4 月から 2014 年 8 月末日の間において、退院支援（いわゆる“地域移行事業”様の支援）をうけて退院した精神障害者の総数は 1040 人、事業所の平均値は 2.0 人であった(表 3)。

退院者数の分布をみると、期間中の退院者 0 人がもっとも多く（318 事業所）59.9% に達していた。10 人以上の退院者を出している事業所は合計しても 21 事業所で、5% を超えなかった(表 4)。

(2) 退院者の対象像

退院者の属性について表 5~7 に示す。今回の入院期間については「1 年未満」(33.0%)、

「1~5 年」(34.0%)など合算すると 5 年未満のもので 5 割を超えていた(表 5)。通算入院期間は「1 年未満」の者が 20.1%、「1~5 年」の者が 33.4% であり、こちらも合算すると 5 年未満のもので 5 割を超えていた(表 6)。退院者の年齢分布では「40~65 才」が 45.4% と半数を占めていた。他方で「65 才以上」の者は 12.1% と少数であった。

(3) 退院支援開始の導入経路

退院支援開始の導入経路について表 8 に示す。支援開始の導入経路について最も多いのは「病院の SW」からであり 55.1% を占める。ついで「市区町村行政から」で 19.3% となっている。本人からの依頼については「本人から何らかの支援中に」が 5.7%、「本人から直接事業所に」が 4.2% と少数となっている。

(4) 退院者の現在の状況

退院支援を行って退院した者の平成 26 年 8 月 31 日における状況を示したのが表 9 である。最も多い現在の居所は「グループホーム」(23.6%)、ついで「家族同居」(21.3%)であった。退院後に新規に居所を設定したという回答は合計すると 52.4% であり半数を超えている。

(5) 退院者の制度利用状況

退院支援によって退院した者の制度利用状況を表 10 に示す。表中の% は、退院者数 1040 名に対する各制度利用の割合を示している。結果、退院者数 1040 名の内 36.8% が「地域移行支援事業(個別給付)」を利用し、ついで旧退院促進支援事業(6.9%)、都道府県地域移行支援事業(3.5%)であった。居住サポート事業を利用していた者は 1.5% に過ぎなかった。

(6) 退院(地域移行)支援の内容

事業者が、どのような支援を、今回の調査で退院させた者の何割程度に行ったか、という設問に対する回答を図 1 に示す。なお図中「〇〇%の対象者に実施」というのは、事業者が支援した退院者のうち何割程度(25%刻み、

4 件法)に対して当該内容の支援を実施したかを尋ねた回答結果である。

居所支援

居所支援のうち、比較的多くの対象者について実行されているのは、「賃貸住宅への入居支援」や体験宿泊である。

対象者との関係作り

対象者との関係作りについては、月 2 回面会が多くの利用者に対して実施されている。(対象者の「75~100%に実施」の回答割合が 60.2%)。

対人関係・社会生活支援

これらに関しては「役所など手続き支援」「外出同行」「家族に対する面接」などの支援について実行割合が高く回答されている。他方で「ピアによる面接・外出同行」に関しては実行割合が低い(事業所の 85.8%が対象商社の「0~25%に実施」に回答)

医療支援・間接支援・その他

「関係機関との連絡調整」「情報提供」「退院支援会議の出席」などは 6 割を超える事業所で対象者の「75~100%に実施」していた。

3) 退院後地域生活支援(地域定着)の現状

(1) 退院後地域生活支援(地域定着)対象者数

2012 年 4 月~2014 年 8 月末までに、事業者が、退院後の地域生活支援(いわゆる“地域定着事業”様の支援)を行った者の実績数に関する集計を、表 11 に示す。総実績数は 2249 人であり、事業所の平均実績数は 4.9 人、中央値は 0 であった。

なお事業所の支援実績の分布を表 12 に示す。実績数『0 人』の事業所が 61.6%、ついで『1~5 人』の事業所が 31.5%となっており、6 人以上の実績のある事業者は合計しても 10%強となっていた。

(2) 退院後地域生活支援(地域定着)の対象像

退院後地域生活支援の対象者の各属性を各表に示す(直近の入院期間:表 13、通算入院

期間:表 14、年齢分布:表 15)。直近の入院期間および通算入院期間が 10 年以上という者が対象となっていることは少なく、また 65 才以上の対象者は 3.2%と少なくなっていた。

(3) 退院後の地域生活支援(地域定着)開始の導入経路

導入の経路に関して集計を表 16 に示す。最も多いのは、退院前からの関わり(34.1%)であり、ついで病院からの相談(30.4%)であった。本人からの相談は 7.5%、家族からの相談は 6.5%であり、少数となっていた。

(4) 地域生活支援(地域定着)対象者の制度利用状況

退院後地域生活支援を行った対象者の制度利用状況を示したものが、表 17 である。表中の%は、退院後地域生活支援を受けた 2249 名に対する各制度利用の割合を示している。結果、退院後に地域生活支援を 2249 名の内 16.0%が「地域定着支援事業(個別給付)」を利用し、ついで生活保護(9.3%)、市町村生活支援事業(7.0%)であった。居住サポート事業を利用していた者は 2.2%に過ぎなかった。

(5) 地域生活支援(地域定着)の支援内容

事業者が、どのような支援を地域生活支援の対象者の何割程度に行ったか、という設問に対する回答を図 2 に示す。なお図中「○○%の対象者に実施」というのは、事業者が対象者のうち何割程度(25%刻み、4 件法)に対して当該内容の支援を実施したかを尋ねた回答結果である。

居所支援

居所支援のうち、比較的多くの対象者について実行されているのは、「住居の掃除・修繕」である。

対象者との関係作り

対象者との関係作りについては、月 2 回・月 1 回面会が多くの利用者に対して実施されている。

対人関係・社会生活支援

これらに関しては「役所など手続き支援」「日中活動の場の体験利用」「家族に対する面接」などの支援について実行割合が高く回答されている。他方で「ピアによる面接・外出同行」に関しては実行割合が低い(事業所の90.3%が対象商社の「0~25%に実施」に回答)

医療支援・間接支援・その他

「関係機関との連絡調整」「情報提供」「支援会議の出席」などは6割に近い事業所で対象者の「75~100%に実施」していた。

4) その他制度運用上の課題

(1) 各制度を利用出来なかった者について

表18~表21に各制度を利用できなかった者の数、および利用できなかった理由について示す。地域移行制度が利用できなかった者として回答が挙げられたものの合計は152人であった。そのうちの理由として多いのは「その他」が最も多く(36.2%)、ついで「家族同居」(32.8%)、「施設入所」(24.1%)となっていた。

(2) 地域移行・地域定着支援を進める上での困難について

地域移行・定着支援を進める上での困難について尋ねた結果を示したのが図3である。困難を「とても感じる」の回答が多いのは「兼務による業務負担」(76.3%)、「専任のスタッフ不足」(71.1%)、ついで「公営住宅の確保」(70.3%)、「民間住宅の確保」(65.8%)、「GHの確保」(64.4%)であった。

D. 考察

1) 退院支援(地域移行支援)および退院後生活支援(地域定着支援)の実績について

対象となった支援事業所の多くが地域移行支援事業を実施しているところをたえた(86.1%)。しかし、退院者数の分布をみると、期間中の退院者0人がもっとも多く(318事業所)、59.9%に達していた。

また同様に、対象となった支援事業所の多くが地域定着支援事業を実施しているところをたえた(81.0%)。しかし、地域定着支援様の退院後の地域生活支援の実績数の分布をみると、期間中の退院者0人がもっとも多く61.6%に達していた。

現行では地域移行・地域定着を実施しているとしている事業者においても、必ずしも実績を出せていない状況が今回明らかになった。ただし退院者および退院後の地域生活支援を5人以上行っている事業所も10%弱あり、事業所による地域格差があるものと思われる。支援実績のある事業所に関する要因分析を行う事で地域格差を是正する必要があると思われる。

2) 各事業所の利用者像について

利用者の属性については直近および通算入院期間いずれも5年未満のものが5割を超えており、退院している場合でも比較的入院期間が短めの対象者が多いと考えられる。また退院後地域生活支援の対象者像についても、同様に入院期間が短く、また65才以上の高齢者への対応が難しくなっている状況が明らかになった。

3) 支援の導入について

退院支援の導入に関しては本人からの依頼は合計しても1割程度であり、「病院のSWから」が55.1%、「市区町村行政から」が19.1%からであった。また退院後支援についても最も多いのは、退院前からの関わり(34.1%)であり、ついで病院からの相談(30.4%)であった。本人からの相談は7.5%、家族からの相談は6.5%であり、少数である。利用者本人から事業所に直接地域移行・地域定着の意思表示を行うことには困難な点があるが、現行の制度は申請主義的な設計に基づいている。支援を必要とする利用者のニーズを見いだし、事業

者につなぐためには病院・行政からの紹介・導入が重要であることがこの結果から分かる。

4) 居所について

退院支援を行った結果の現在の居所ではGH(23.6%)、家族同居(21.3%)となっているが、退院後に新規に居所を設定したという回答は、合計 52.4%であり半数を超えている。このことから退院後の居所設定に何らかの支援が必要と思われる。しかし他方で、地域移行・地域定着支援を進める上での困難については、困難を「とても感じる」の回答として、「公営住宅の確保」(70.3%)、「民間住宅の確保」(65.8%)、「GHの確保」(64.4%)など居所の確保に関する困難が多く指摘されていた。にも関わらず、相談支援事業所の中で『居住サポート事業』を実施できている事業所は9.4%に過ぎず、退院者・退院後の地域生活支援についても、サポート事業者の利用者は極めて少なかった。こうしたことから、居所支援についてのニーズがありながらも、事業者が居所の確保に困難を抱えていること、そして十分居住サポート事業が運用できていないことが明らかになった。

居住サポート事業については市町村の裁量となっているが、こうした活動の市町村での活性化や、また国土交通省の民間住宅活用型住宅セーフティネット整備推進事業などとの連携が必要と思われる。

5) 制度の活用について

退院者のうち地域移行支援事業を利用しているものは退院者 1040 名中 36.8%であり、半数に届いていない。逆に地域移行制度が利用できなかったものは 1040 名中 152 名(14.6%)である。退院支援をおこなっても十分制度上に載せられない層がいると考えられる。その理由としては「月 2 回以上の訪問が難しい」「頻回入院」「支給決定期間が短い」などが挙げられており、体制を十分に整えられな

いという問題と、制度・要綱上の問題があると考えられる。ただし制度を利用できない理由としては「その他」(56.0%)と多いことから、この点に関しては更なる分析が必要であろう。

また同様に、退院後に地域生活支援を 2249 名の内 16.0%のみが「地域定着支援事業(個別給付)」を利用している。地域移行制度同様に、制度を利用できない理由として「その他」(36.2%)があげられており、理由の詳細な検討が必要であろう。

6) 支援内容について

なお支援内容に関しては賃貸住宅入居支援・月 2 回面接・役所等手続き支援・外出同行・家族に対する面接・症状・服薬支援対処への支援・情報提供・退院支援会議出席等は比較的(退院者を出している)事業所の多くが取り組んでいるが、ピアによる面接・外出同行などは必ずしも十分に組み込まれているとは言えないであろう。退院促進などにおける巢立ち会モデルなどでのピアサポートの活用は比較的著名な取り組みであるが、実際の事業所での全国的な取り組みは必ずしも活発ではないということも明らかになり、どのようにこうした活動を現行制度化に反映させていくかも課題であると思われる。

7) 地域移行・地域定着事業の推進上の困難

困難として多く挙げられているのは、兼務による業務負担(76.3%)、「専任のスタッフ不足」(71.1%)など人員についての問題であった。現在、相談支援事業所はサービス利用計画の作成に多くの時間を費やさざるを得ない状況があると考えられ、人員上の問題が第一にあると考えられる。ついで「公営住宅の確保」(70.3%)、「民間住宅の確保」(65.8%)、「GHの確保」(64.4%)があり、退院・地域定着するための居所設定にかなりの困難があると考えられる。成功事例地区を参照にした居所設定

に関するノウハウの蓄積や、連携体制の構築が重要であると考えられる。

E．健康危険情報 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

H．その他

本研究の中間集計データ(基礎属性・退院支援に関する分析)は、日本社会事業大学大学院の山下眞史氏によって分析され、修士論文として上梓された(山下眞史著、2014年度日本社会事業大学研究科大学院 博士前期課程修士論文『精神障害者の地域移行に効果をあげる居所支援のあり方 ～地域事業所がおこなう地域移行支援の全国実態調査から～』)。報告書中の図表は、氏の論文中の図表について本人の許諾を得て、再集計・改変したものが含まれる(表 1～2、表 4～10)。なお、改変は、氏の分析時点よりデータが追加されたこと、集計・表記方法の変更等の理由による。

表1 事業形態

	N=549	
	n	%
社会福祉法人	350	63.8
NPO 法人	86	15.7
医療法人	44	8.0
市町村	7	1.3
公益法人	8	1.5
営利法人	34	6.2
他	11	2.0
無回答・非該当	9	1.6

表2 実施事業(複数回答)

	n	ケース%
地域移行支援事業	458	86.1
地域定着支援事業	431	81.0
計画相談支援事業	508	95.5
委託相談支援事業	273	51.3
基幹相談支援事業	31	5.8
居住サポート事業	50	9.4
合計	1751	

欠損値除く

表3 支援による退院者数推計(死亡退院除く:2012 年4 月～2014年8 月末)

事業所回答数	531
平均値	2.0
中央値	0
標準偏差	4.7
合計退院者数	1040

欠損値除く

表4 事業所の退院者数実績の分布

	N=531	
	n	%
0 人	318	59.9
1～5 人	168	31.6
6～10 人	24	4.5
11～15 人	6	1.1
16～20 人	6	1.1
21～25 人	4	0.8
26 人以上	5	0.9

欠損値除く

表 5 退院者の入院期間分布

N=388		
	n	%
1 年未満	128	33.0
1 ~ 5 年	132	34.0
5 ~ 10 年	63	16.2
10 年以上	65	16.8

欠損値除く

表 6 退院者の通算入院期間分布

N=338		
	n	%
通算 1 年未満	68	20.1
通算 1 ~ 5 年	113	33.4
通算 5 ~ 10 年	78	23.1
通算 10 年以上	79	23.4

欠損値除く

表 7 退院者の年齢分布

N=388		
	n	%
20 才未満	39	10.1
20 ~ 40 才	126	32.5
40 ~ 65 才	176	45.4
65 才以上	47	12.1

欠損値除く

表 8 退院支援開始の導入経路

	N=836	
	n	%
本人からの相談(支援中に)	48	5.7
本人からの相談(事業所に)	35	4.2
家族や親類から	40	4.8
病院の SW から	461	55.1
病院の SW 以外から	21	2.5
市区町村行政から	161	19.3
保健所から	25	3.0
他関係機関	40	4.8
その他	5	0.6

欠損値除く

表 9 退院支援を行った結果の現在の状況

	N=1093	
	n	%
再入院	85	7.8
入院前 独居	165	15.1
居所 家族同居	233	21.3
公営住宅	15	1.4
退院後 民間賃貸住宅	187	17.1
に新規 グループホーム	258	23.6
居所を GH 以外の障害	94	8.6
設定 者施設	19	1.7
高齢者施設	4	0.4
転出	19	1.7
その他 死去	14	1.3
その他	14	1.3

欠損値除く

表 10 退院者の制度利用状況

	n	% (退院者数 1040 名中)
地域移行支援事業(個別)	383	36.8
都道府地域移行支援事業	36	3.5
退院促進支援事業(旧)	72	6.9
居住サポート事業	16	1.5
その他	29	2.8

欠損値および退院者数 0 の事業所からの回答除く

図1 退院支援の支援内容

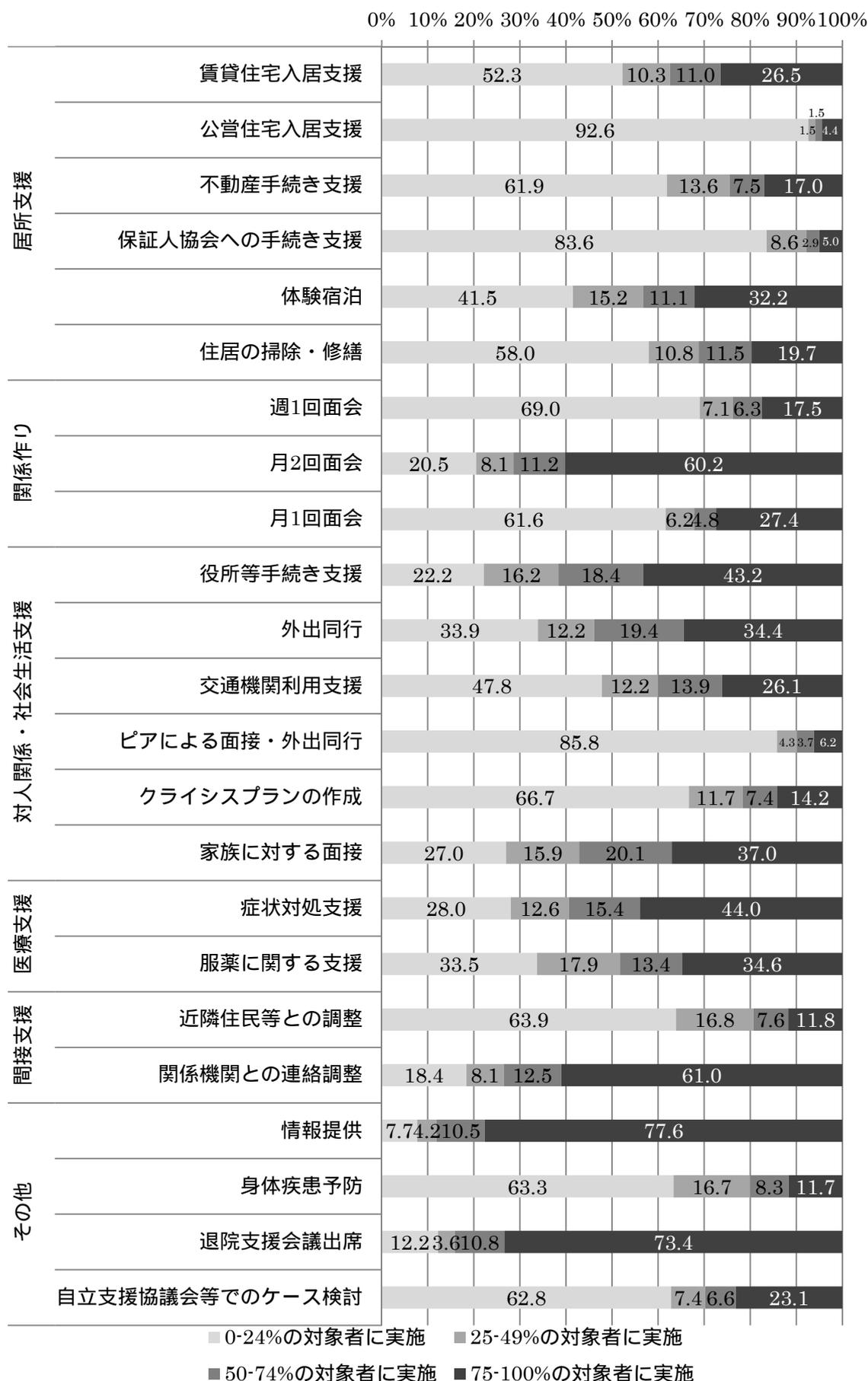


表 11 退院後地域生活支援の対象者数(2012 年 4 月～2014 年 8 月末)

回答事業所数	463
平均値	4.9
中央値	0
標準偏差	47.1
支援対象者総数	2249

欠損値除く

表 12 事業所の退院後地域生活支援の実績の分布

N=463		
	n	%
0 人	285	61.6
1~5 人	118	25.5
5~10 人	31	6.7
10~15 人	9	1.9
15~20 人	4	0.9
20~25 人	4	0.9
25 人以上	12	2.6

欠損値除く

表 13 退院後地域生活支援の対象者における直近の入院期間

N=1001		
	n	%
1 年未満	555	55.4
1～10 年	387	38.7
10 年以上	59	5.9

欠損値除く

表 14 退院後地域生活支援の対象者における通算の入院期間

N=799		
	n	%
通算 1 年未満	256	32.0
通算 1～10 年	434	54.3
通算 10 年以上	109	13.6

欠損値除く

表 15 退院後地域生活支援の対象者における年齢分布

N=1043		
	n	%
20 才未満	10	1.0
20～40 才	337	32.3
40～65 才	663	63.6
65 才以上	33	3.2

欠損値除く

表 16 退院後地域生活支援開始の導入経路

	N=1314	
	n	%
退院前から支援していた	448	34.1
本人からの相談	99	7.5
家族や親類から	85	6.5
病院からの相談	399	30.4
市区町村行政から	98	7.5
保健所から	40	3.0
他関係機関から	145	11.0

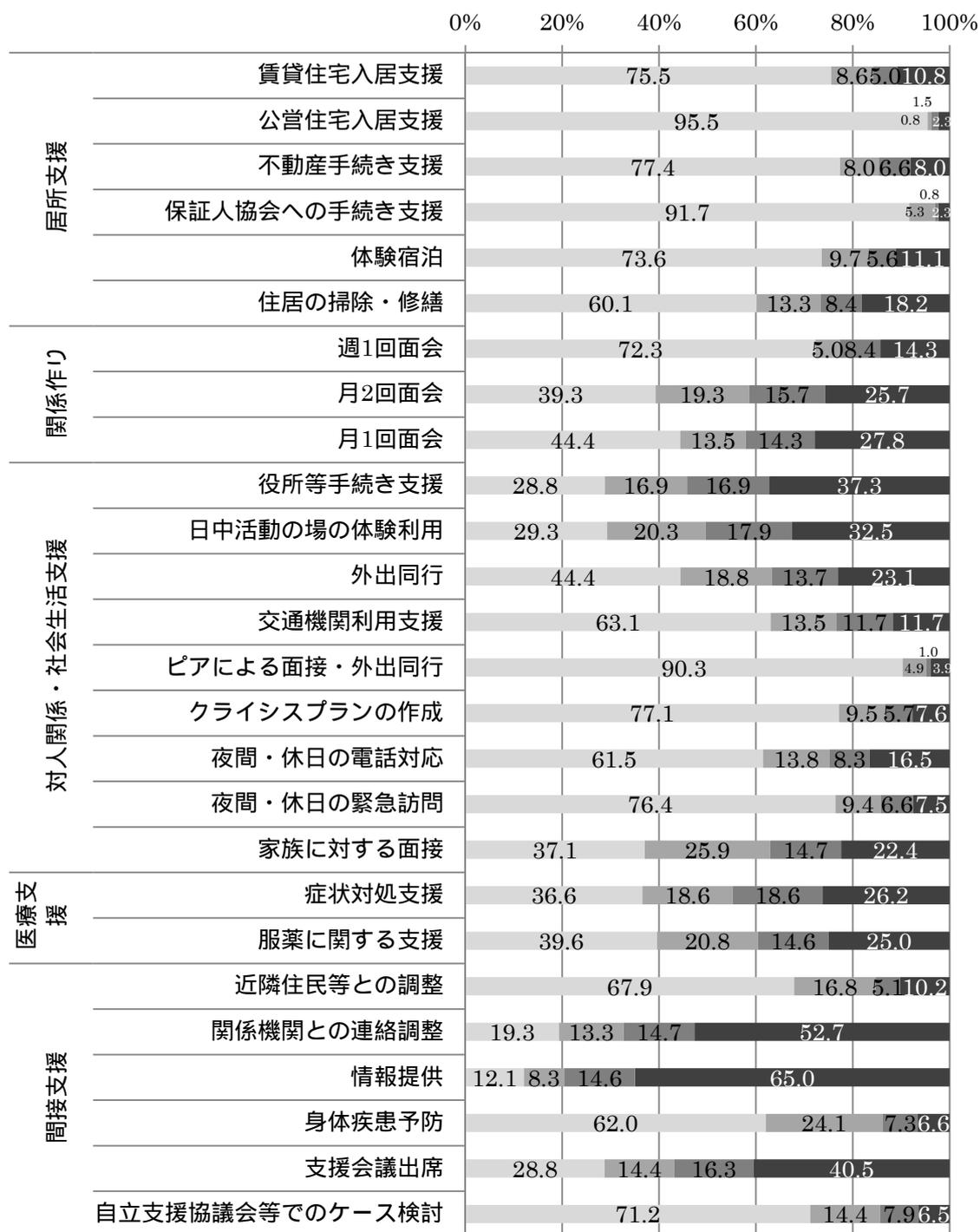
欠損値除く

表 17 退院後地域生活支援を行った者の制度利用状況

	n	%(定着者数 2249 中)
地域定着支援事業(個別)	360	16.0%
居住サポート事業	49	2.2%
生活保護	210	9.3%
成年後見制度	26	1.2%
市町村生活支援事業	158	7.0%
その他	176	7.8%

欠損値および退院後支援者数 0 の事業者からの回答除く

図2 退院後地域生活支援の支援内容



■ 0-24%の対象者に実施 ■ 25-49%の対象者に実施
 ■ 50-74%の対象者に実施 ■ 75-100%の対象者に実施

表 18 地域移行制度が利用できなかった者の数

回答事業所数	449
該当者数	152
退院者 1040 名中の割合	14.6%

回答事業所数には「0人」という回答を含む。

表 19 地域移行制度が利用できなかった理由

	N=108(複数回答)	
	n	ケース%
頻回入院	12	13.2
支給決定期間が短い	12	13.2
高齢	1	1.1
本人が契約しない	10	11.0
月 2 回以上の訪問が難しい	22	24.2
その他	51	56.0

欠損値除く

表 20 地域定着制度が利用できなかった者の数

回答数	440
該当者数	135
被地域生活支援者 2249 中	6.0%

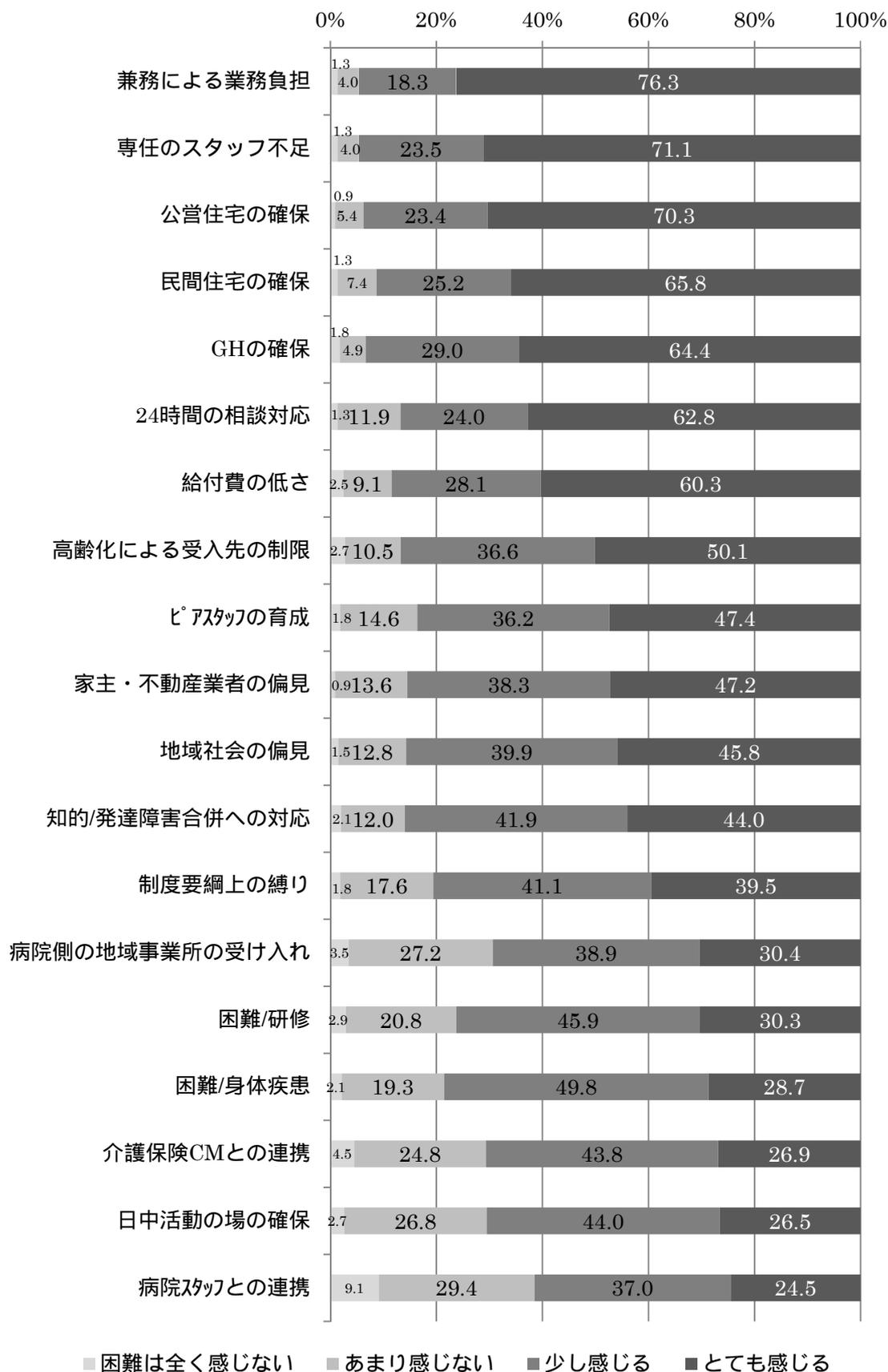
回答事業所数には「0人」という回答を含む。

表 21 地域定着制度が利用できなかった理由

	N=72(多重回答)	
	n	ケース%
家族同居	19	32.8
施設入所	14	24.1
本人が契約できない	8	13.8
他エリアに移行	4	6.9
遠隔地のため	6	10.3
その他	21	36.2

欠損値除く

図3 地域移行・定着支援を進める上での困難



精神障害者の地域移行に効果をあげる居所支援のあり方

研究分担者：吉田光爾^{1),2)}

研究協力者：○山下眞史²⁾，瀧本理香²⁾，大島 巖^{1),2)}

1) 日本社会事業大学社会福祉学部 2) 日本社会事業大学研究科大学院

要旨

精神障害者の地域移行支援が相談支援事業所によってどのような支援が取り組まれているのか、その実情を明らかにするとともに、どのような居所支援を含んだ地域移行支援の取り組みが地域移行の成果を上げる要因なのかを分析するために自記式質問紙による全国実情把握調査を全国の地域事業所 1414 件に郵送し回収した。回収数は 567 件（回収率 40.1%）。精神障害者の退院支援の成果を上げる要因として、医療・行政・相談支援事業所の連携による居所支援が積極的に活用されることにより、地域移行の成果を上げることが示唆された。

A．研究の背景と目的

障害者相談支援事業所が取り組む、精神障害者の地域移行支援で、退院後に住む場所を設定する居所支援が地域移行の成果を上る要因になり得るかを分析することで、今後の地域移行支援、中でも居所支援のあり方について示唆を得ることを目的とした。

B．方法

調査対象者に質問紙を郵送し、回答は返信用封筒により返送を依頼し、567 機関から回答を得た（回収率 40.1%）。

調査票の内容は以下の通りである。

1) 事業所の基本属性

事業所の基本属性については、事業所開設年月、法人種別、実施や受託している相談支援事業の種別、職員数、年間総収入を尋ねた。

2) 退院支援の人数、及び内容

2012年4月から2014年8月末日の間での、退院支援をして退院した精神障害者（以降『退院者』と表記する）の人数、及びその退院者への入院前の関わり、入院期間、年齢層、退

院支援の入口（関わりはじめ）、2014年8月末時点の居所、退院支援の内容、利用した制度を尋ねた。

3) 事業所のサービス地域の支援内容

精神障害者の地域移行を進めるにあたり、事業所のサービス地域で実施されている居所設定を含む、地域移行支援や体制を尋ねた。居所支援については、不動産業者からの空き家情報提供、地域の空き家情報共有や空き家の活用、公共住宅への優先入居、保証人無しで利用できる賃貸住居の確保、貸し主へ障害者が住宅を借りるための必要な情報の提供、居住支援のための連絡会（自立支援協議会の部会等）開催を尋ねた。また、居所設定以外では、医療機関への働きかけ、ピアの活用、病院の参加・協力、行政の関与等を尋ねた。

4) 事業所の退院支援整備に関する内容

現行制度の実態と地域の社会資源を把握するために、地域相談支援給付費（地域移行支援・地域定着支援）契約者数、計画相談支援

給付費契約者数、地域移行支援事業・定着支援事業を契約できなかった人数とその理由、事業所サービスエリア内の社会資源、精神科病院、地域移行を進めるにあたっての必要な支援や体制、退院支援を行うにあたり困難な要因を尋ねた。

5) 対象

調査対象は、2014年7月1日時点で、独立行政法人福祉医療機構が運営するwebサービスWAM-NET「障害福祉サービス事業者情報」に掲載されている、「指定一般相談支援事業所(n=2377)」のうち、厚生労働省ホームページで公開されている2014年3月期の地域移行支援事業個別給付費、または地域定着支援事業個別給付費の請求数が多い都道府県上位10都道府県に属する事業所、居住サポート事業を実施している市町村をサービス地域としている事業所、政令指定都市にある精神障害で指定されている事業所を対象(n=1414)とした。

調査期間は2014年9月20日から10月20日とした。

6) 倫理的配慮

調査は事業所従事者個人ではなく、地域事業所を対象とし、個人情報がない形での収集とした。調査の説明に関しては、調査票に同封した書面にて本調査の趣旨を説明、公表に関しては機関名が特定されない形で行う旨を説明した。その上で調査票の返信により本調査に対する同意が得られたとした。

7) 分析方法

分析は2014年12月10日までに返送され、無効回答を除いた524機関(37.1%)で行った。

地域事業所のどのような支援体制が退院に有効であるか、事業所を退院者数で5群に層化(表1)し(以降『退院者数類型別』と表記する)退院者数によって退院前支援の地域での

実施度が変化するかどうかについて、分散分析を行った。実施度は退院前支援のカテゴリ(居所支援、医療機関へ働きかけ、ピアの活用、病院の参加協力、行政の関与)とした。また、居所支援については下位カテゴリ(-1不動産からの空き家情報、-2地域の空き家情報の把握、-3公営住宅の優先入居、-4保証人不要の住宅確保、-5家主へ障害情報の提供、-6自立支援協議会等での事例検討)を1:実施せず~4:常に実施の4段階を1点から4点に換算し分析した。

8) 退院者数及び居所支援を従属とした相関分析

地域事業所の属性や退院前支援の実施度、地域の社会資源が退院促進の要因になるかを検討するために相関分析を行った。

従属変数は、退院人数、退院後独居に戻った人数、退院後新居(公営住宅、民間住宅、グループホーム)とし、独立変数は地域事業所の相談支援に関する事業の実施度(1:実施せず~4:常に実施の4段階を1点から4点に換算、複数項目をまとめる場合は合計点による)、個別給付の請求数(件数)、退院前支援の実施度(1:実施せず~4:常に実施の4段階を1点から4点に換算)、地域の社会資源の整備状況(有:1点、無:0点)、地域事業所のスタッフ(人数)、地域事業所法人の運営施設(有:1点、無:0点)とした。

統計解析にはIBM SPSS Statistics 22を用いた。

C. 結果 / 進捗

1) 地域事業所による退院前支援での居所支援の実施体制と有効性

ここでは地域事業所による精神障害者の退院前支援での居所支援は、どのように提供されることが効果的なのか、その有効性を明らかにする。まず、地域事業所での居所支援を含めた退院前支援の内容や実施度、地域での

支援を明らかにし、それらの支援が退院者数によって変化しているかを記述し分析した。

(1) 退院前支援の実施度

退院者数類型別の退院支援の実施度をまとめたものが表 2 である。実施度の点数は、全体的に低いものの、退院数の類型別と実施度には有意な関連が認められた。退院者数による事業者の類型別によって支援の実施度に有意な差が認められた支援内容は、病院の参加協力($p=0.000$)、行政の関与($p=0.005$)、居所支援($p=0.015$)であった。

(2) 退院前支援での居所支援の実施度

退院者数別のエリア別での居所支援の実施度をまとめたものが表 2 である。居所支援についての実施度の点数は、全体的に低いものの、退院数と実施度には有意な関連が認められた。退院者数による事業者の類型別によって支援の実施度に有意な差が認められたのは、貸し主へ障がい者が住居を借りるための必要な情報の提供を行うこと($p=0.014$)、保証人無しで利用できる賃貸住居の確保($p=0.031$)、公営住宅への優先入居($p=0.039$)であった。

2) 退院者数及び居所支援を従属とした相関分析

退院者数、入院前の居所に独居で戻った人数、退院後新たに居所を設定し公営住宅、民間賃貸住宅、グループホームに退院した人数(「新居所人数」と表記)を従属変数、居所に関わる支援度や実施度、人数等を独立変数として、相関分析を行いまとめたのが表 4 である。以下に各項目の特徴を示した。

(1) 地域事業所での実施事業

有意な相関が見られたのは、退院人数では委託相談支援($p=0.177$)、地域移行支援($p=0.164$)であった。独居人数では委託相談支援($p=0.210$)、地域移行支援($p=0.102$)、であった。新居所人数では地域移行支援($p=0.169$)、委託相談支援($p=0.122$)であった。

(2) 地域事業所での個別給付契約数

全ての項目に有意な関連が認められた。特に強い相関が見られたのは、退院人数での地域移行支援($p=0.456$)、地域定着支援($p=0.393$)、新居所人数での地域移行支援($p=0.394$)、地域定着支援($p=0.332$)であった。

(3) 退院前支援の実施度(支援種別)

有意な相関が見られたのは、退院人数での病院の参加・協力($p=0.317$)、病院への働きかけ($p=0.258$)、新居所人数での病院の参加・協力($p=0.271$)、病院への働きかけ($p=0.259$)であった。

居所支援についてはそれぞれで弱い相関が見られた(退院人数: $p=0.135$ 、独居人数: $p=0.108$ 、新居所人数: $p=0.124$)。

(4) 地域の社会資源の整備

有意な相関が見られたのは、居所支援体制(退院人数: $p=0.289$ 、独居人数: $p=0.169$ 、新居所人数: $p=0.274$)であった。

また、弱いが独居人数で相談支援体制に相関($p=0.090$)が見られた。

(5) 地域の社会資源の整備(居所支援)

有意な相関が見られたのは、体験宿泊(退院人数: $p=0.271$ 、独居人数: $p=0.145$ 、新居所人数: $p=0.269$)、不動産(退院人数: $p=0.291$ 、独居人数: $p=0.140$ 、新居所人数: $p=0.270$)、退院人数と新居所人数では保証人協会(退院人数: $p=0.179$ 、新居所人数: $p=0.178$)に弱い相関が見られた。

D. 考察

1) 地域移行に有効と考えられる要因

退院数のカテゴリカルな実施度に有意な関連がみられたのは、病院の参加協力($p=0.000$)、行政の関与($p=0.005$)、居所支援($p=0.015$)であり、これらの支援要素が地域移行を進める上で寄与していると考えられる。

相談支援事業所が医療機関へ働きかけ、入院患者に直接出会うことと、病院と行政が地域自立支援協議会などに参加することで、病

院や入院患者の状況、地域の状況を共有することができ、地域移行に有効と考えられる。

2) 地域移行における居所支援の有効性

居所支援の内容を詳細に検討すると、退院者数と有意な関連が認められたのは、公営住宅への優先入居($p=.039$)であり、保証人無しで利用できる賃貸住居の確保($p=.031$)、

貸し主へ障がい者が住居を借りるための必要な情報の提供を行うこと($p=.014$)でありこれらの支援要素に関して家主との情報の共有と連携が有効であると考えられる。

地域に公営住宅、保証人無しの住宅確保や居住サポート支援を活用した保証などの居所支援を充実させることで地域移行を進めていくことができる。また、公営住宅の優先入居が有効で有りながら、実際には活用が少ないことから、公営住宅管理課との連携、民間受託の活用のために国土交通省の民間住宅活用型住宅セーフティネット整備推進事業などとの連携を進めていく必要も考えられる。

3) 不動産業者の重要性

これらの居所支援を進めていくためには、不動産（家主）が参画し連携することが有効であると考えられる。地域の空き家情報の提供を受けることや、緊急時の支援、家主との交渉等に大きな力を発揮する。

不動産業からの情報提供を受けるためには、地域事業所から不動産業への積極的な連携と、緊急時などの事業所での支援の介入可能なことを伝え、また実績を作ることで信頼関係による情報の提供が期待できる。

居所支援については、上記の結果から、病院の知恵、相談支援事業所の知恵、行政のコーディネート及び3者の連携に加え、不動産業(家主)の情報と協力が有効と考えられた。

4) 地域移行における一般相談支援事業と委託相談支援事業の関係

退院数と地域事業所が行う実施事業とに有意な相関が見られたのは、退院人数では委託相談支援($\rho=.177$)、地域移行支援($\rho=.164$)であった。独居人数では委託相談支援($\rho=.210$)、地域移行支援($\rho=.102$)、であった。新居所人数では地域移行支援($\rho=.169$)、委託相談支援($\rho=.122$)であった。

また、地域事業所が実施している事業での個別給付契約数と退院者数は、全ての項目に有意な関連が認められた。特に強い相関が見られたのは、退院人数での地域移行支援($\rho=.456$)、地域定着支援($\rho=.393$)、新居所人数での地域移行支援($\rho=.394$)、地域定着支援($\rho=.332$)であった。

このことから、現状の地域移行支援が地域移行支援事業よりも委託相談支援事業によって行われていることが考えられる。また、地域移行支援事業、地域定着支援事業と退院者数の相関が強く見られたことから、地域移行支援事業、地域定着支援事業は地域移行に有効であると考えられ、両事業がより使いやすくする必要が考えられる。

5) 居所支援体制

退院前支援での居所支援と退院人数との間に弱い有意な相関が見られた(退院人数： $\rho=.135$ 、独居人数： $\rho=.108$ 、新居所人数： $\rho=.124$)

また、地域の社会資源の整備でも居所支援体制は有意な相関が見られ(退院人数： $\rho=.289$ 、独居人数： $\rho=.169$ 、新居所人数： $\rho=.274$)、居所支援体制では体験宿泊(退院人数： $\rho=.271$ 、独居人数： $\rho=.145$ 、新居所人数： $\rho=.269$)、不動産との連携(退院人数： $\rho=.291$ 、独居人数： $\rho=.140$ 、新居所人数： $\rho=.270$)、退院人数と新居所人数では保証人協会(退院人数： $\rho=.179$ 、新居所人数： $\rho=.178$)に弱い相関が見られた。

2)でも述べたように、居所支援は地域移行を進めていくことができると考えられ、入院者が地域生活などを体験できる、体験宿泊を活用することが有効と考えられる。また、保証人不要な住宅の確保だけでなく、保証人協会の積極的な利用も進めていく必要が考えられる。

E．健康危険情報 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

H．その他・文献

山下眞史著：『精神障害者の地域移行に効果をあげる居所支援のあり方 ～地域事業所がおこなう地域移行支援の全国実態調査から～』、日本社会事業大学研究科大学院 博士前期課程 修士論文, 2015.3.

(本報告書中の図表については、研究協力者である日本社会事業大学大学院の山下眞史によって分析され、同大学の修士論文として上梓された。本報告書中の表 1～4・論旨の一部は、同論文からの引用(一部レイアウト等を編集)となる)

下記の図表については本研究のデータであるが、分析・公表されたものの引用であり、引用元については「その他・文献欄」参照

表1：退院者数による事業所層化

群	退院者数類型	事業所数(%)	退院者数(%)
1	0人	326(62.2)	0(0.0)
2	1~4人	142(27.1)	297(30.7)
3	5~9人	33(6.3)	209(21.6)
4	10~19人	12(2.3)	162(16.8)
5	20人以上	11(2.1)	298(30.8)
	合計	524(100.0)	966(100.0)

表2 退院者数別の退院前支援の実施度

退院者数類型	事業所数(%)	実施度平均(4段階 1:実施せず~4:常に実施)				
		居所支援 N=178	医療機関へ 働きかけ N=187	ピアの活用 N=188	病院の 参加協力 N=185	行政の関与 N=179
1) 0人	326(62.2)	1.60	1.68	1.47	2.01	2.04
2) 1~4人	142(27.1)	1.62	1.92	1.50	2.35	2.17
3) 5~9人	33(6.3)	1.67	2.11	1.73	2.53	2.33
4) 10~19人	12(2.3)	1.77	2.00	1.35	2.45	2.30
5) 20人以上	11(2.1)	2.02	2.44	2.03	2.85	2.80
合計	524(100.0)	1.63	1.81	1.50	2.19	2.12
分散分析	F値	5.926	9.381	3.824	13.201	8.138
	有意確率	.015*	.002*	.051	.000**	.005*

(*, p<.05 ** ,p<.01)

表3 退院者数別の退院前支援での居所支援の実施度

退院者数類型	事業所数(%)	実施度平均値(4段階 1:実施せず~4:常に実施の平均)					
		不動産からの 空き家情報 N=188	地域の空き家 情報把握 N=188	公営住宅の 優先入居 N=192	保証人不要 住宅確保 N=189	家主へ障害 情報の提供 N=190	自立支援協会の 事例検討 N=191
1) 0人	326(62.2)	1.63	1.48	1.68	1.65	1.71	2.00
2) 1~4人	142(27.1)	1.73	1.41	1.61	1.67	1.85	2.10
3) 5~9人	33(6.3)	1.76	1.64	1.58	1.75	1.91	2.27
4) 10~19人	12(2.3)	1.91	1.64	1.58	1.67	2.10	2.17
5) 20人以上	11(2.1)	2.09	1.73	2.18	2.36	2.36	2.18
合計	524(100.0)	1.69	1.48	1.66	1.68	1.79	2.06
分散分析	F値	3.499	2.227	4.266	4.702	6.027	.290
	有意確率	.062	.136	.039*	.031*	.014*	.591

(*, p<0.05 ** ,p<0.01)

表 4 退院者数及び居所支援を従属とした相関分析

	退院者数	独居居住者数	新居所居住者数
地域事業所での実施事業			
・地域移行支援(0-1)	.164**	.102*	.169**
・地域定着支援(0-1)	.063	.087	.045
・委託相談支援(0-1)	.177**	.210**	.122**
・居住サポート(0-1)	.083	.077	.062
・計画相談支援(0-1)	-.002	.012	.021
地域事業所での個別給付契約数			
・地域移行支援(0-19)	.456**	.195**	.394**
・地域定着支援(0-47)	.393**	.249**	.332**
・計画相談(0-528)	.152**	.108*	.130**
退院前支援の実施度(支援種別)			
・居所支援(6-24)	.135**	.108**	.124*
・病院への働きかけ(4-16)	.258**	.197**	.259**
・ピアの活用(4-16)	.122*	.103*	.118*
・病院の参加・協力(6-24)	.317**	.203**	.271**
・行政の関与(3-12)	.160**	.153**	.140**
地域の社会資源の整備(支援種別)			
・夜間支援体制(0-4)	.069	.052	.059
・居所支援体制(0-5)	.289**	.169**	.274**
・訪問支援体制(0-5)	.045	.073	.043
・日中支援体制(0-7)	.099*	.061	.069
・相談支援体制(0-6)	.085	.090*	.058
地域の社会資源の整備(居所支援)			
・居住サポート(1-4)	.012	.063	-.018
・体験宿泊(1-4)	.271**	.145**	.269**
・不動産(1-4)	.291**	.140**	.270**
・不動産協会(1-4)	.095*	.040	.083
・保証人協会(1-4)	.179**	.058	.178**

スピアマンの順位相関係数(*, p<.05 ** , p<.01)

各項目 N=524, 括弧内は項目点数の幅(min-max)を表す

地域生活を支えるための精神科診療所の役割に関する検討

研究分担者：原 敬造^{1),2),3)}

研究協力者：○藤井千代¹⁾，山之内芳雄¹⁾

1) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

2) 医療法人社団 原クリニック

3) 公益社団法人 日本精神神経科診療所協会

要旨

精神科診療所は精神障害者の地域生活支援の拠点となりうる資源であるが、精神科診療所における類型や、サービス提供の実態に関するデータは得られていないのが現状である。本課題は精神科診療所におけるサービス提供状況現状を調査し、類型化を図ることで、地域生活を支える社会資源としての精神科診療所の役割について検討することを目的としている。

精神科診療所の類型を、仮に多機能型診療所（外来診療＋訪問看護＋デイケア＋訪問診療または往診＋チームミーティング実施）と非多機能型診療所に分類した。その上で、地域における診療所の類型ごとの役割を明確にするため同協会に所属する診療所より無作為に抽出した多機能型診療所と非多機能型診療所の中から、研究協力への同意が得られた 53 箇所を初診患者のサービス利用状況に関する前方視的調査を開始した。来年度以降はサービス利用状況の前方視的検討を継続し、地域における精神科サービスの「ハイユーザー」の割合と、多機能型診療所と非多機能型診療所におけるハイユーザーへのサービス量を比較し、地域における診療所の役割について検討する。

A．研究の背景と目的

精神保健医療福祉改革の方向性として平成 16 年 9 月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針が示されてから約 10 年が経過した。この方針に基づき、精神保健医療福祉に関連する各種制度やサービスが整備されつつあるものの、長期入院患者の地域移行および地域定着が進んでいないことは依然としてしばしば指摘されている。精神障害を抱える人が地域で生活するためには、医療サービスおよび障害福祉サービス等の様々な支援を包括的に提供できる体制の構築と各当事者に

適したサービスのコーディネートが不可欠である。

本研究では、地域における精神科サービス提供者として中心的な役割を担える可能性のある社会資源として、地域に多数存在する精神科診療所に着目した。平成 21 年に厚生労働省が実施した医療施設調査によれば、精神科を標榜する診療所は全国で 5629 件、心療内科を標榜する診療所は 3775 件であった（精神科と心療内科の両方を標榜している診療所数については不明）¹⁾。精神科診療所が実際に提供しているサービス内容については、日本精神神経診療所協会（以下、日精診）が平成

25年度に実施した精神科診療所の機能に関する調査において、アンケートに回答した全国616の診療所のうち、30%以上の診療所が外来診療に加えて精神科デイケアや訪問看護を併せて実施していることが示されている²⁾。しかし精神科診療所に通院する患者の経過およびサービス利用状況についてのデータは明らかになっていないのが現状である。現在精神科診療所で提供されている医療福祉サービスと、患者の利用実態を把握することは、今後実効性のある地域医療計画を作成するにあたっての有益な情報となることが期待される。

本研究は、精神科診療所を受診した初診患者のサービス利用状況、転帰を追跡し、精神科診療所の機能特性による特徴を明らかにすることにより、精神障害者の地域生活を支えるためのサービス提供者としての精神科診療所のあり方を検討することを目的としている。今年度は、調査対象となる精神科診療所を選定し、初診患者のサービス利用状況に関する前方視的検討を開始した。

B. 方法

1) 対象診療所の選定

精神科診療所の類型を「多機能型診療所」と「非多機能型診療所」とに分類する。本研究では、通常の外来診療に加えて、

- ・ 訪問診療または往診
- ・ 訪問看護（訪問看護ステーション利用含）
- ・ デイケア
- ・ 院内ミーティング

を実施している診療所を「多機能型」診療所、それ以外を「非多機能型」診療所と定義する。

日精診会員のうち、日精診が平成25年度に実施した精神科診療所の機能に関するアンケートに回答した者が院長を務める診療所を、アンケート結果に基づき「多機能型」と「非多機能型」に分ける。

「多機能型」「非多機能型」それぞれについてエクセルファイルでリストを作成し、乱数を発生させる。

乱数が小さい順にリストを並び替え、リストの上位より電話にて研究の主旨を説明し、研究協力を依頼する。口頭で協力が得られた場合、説明文書および調査に使用するファイルのサンプルを送付し、研究協力の意思が変わらない場合は、同時に送付した同意書に署名の上同封の返信用封筒にて返送するよう依頼する。

多機能型診療所 30箇所、非多機能型診療所 40箇所の協力が得られるまで協力依頼を続ける。

2) データ収集方法

初診時データ収集：対象診療所を受診した初診患者連続50名に研究用IDを付与し、主治医が通常診療で行う情報収集および医学的判断に基づき「別紙1」を作成する。

毎月のサービス利用状況調査：各患者の外来、訪問看護、デイケア等の医療サービス利用回数、福祉サービス（就労支援、グループホームなど）利用の有無等のサービス利用状況について、患者がサービスを利用する都度もしくは月末にまとめて、主治医が「別紙2」に記録する。

6カ月毎のフォローアップ調査：6カ月経過時点で通院中の患者につき、主治医が通常診療で行う情報収集および医学的判断に基づき「別紙3」を作成する。

評価シートは6カ月毎に各診療所がシートに記載された情報の個人情報部分を切り取ったうえで、日精診に送付する。日精診は各診療所からのデータを取りまとめ、主任研究者

に送付する。

3) 評価スケジュール

初診時から1年半を観察期間とする。観察期間中に、通院中断、転医等にて追跡不可能となった場合は、追跡可能時点までのデータを分析対象とする。一時通院を中断していた患者が再度通院を開始した場合は、初診時から1年半以内であれば、再度調査を開始し、初診日から起算して1年半の時点で調査を終了する。

4) 評価方法

多機能型診療所と非多機能型診療所それぞれの患者群について、属性の相違、利用されたサービスの種類、サービス利用頻度、機能の全体的評価（Global Assessment of Functioning：GAF）の改善度につき、記述統計および反復測定分散分析により比較検討を行う。

5) 倫理的配慮

本研究において使用するデータは個人情報部分を削除した状態で収集し、患者の特定ができないようになっている。また、研究の実施に先立ち、独立行政法人国立精神・神経医療研究センターの研究倫理委員会の承認を受けた。

C．結果 / 進捗

平成27年1月25日の時点で、多機能型診療所については目標診療所数である30箇所から研究協力が得られた。非多機能型診療所については、目標数40箇所に対し、23箇所から研究協力への同意が得られた。対象診療所の選定と協力依頼のプロセスにつき、図1に示す。また表1に、研究協力の得られた診療所の分布を示す。

初診患者の登録は平成26年11月1日より開始しており、平成27年4月末日までのデー

タを同年5月に回収予定である。

D．考察

本年度は、調査対象となる精神科診療所を選定し、初診患者のサービス利用状況に関する前方視的検討を開始したが、ほぼ計画通りに研究協力が得られている。

図1に示された通り、非多機能型診療所においては多機能型診療所に比較して協力を得ることが困難であったが、これは、非多機能型診療所では院長以外のスタッフ数が少なく、日常業務に研究のための作業を組み入れることがより困難であることが関係しているものと考えられる。したがって、精神科診療所の多くを占めると予想される「非多機能型診療所」、特に院長ひとりではほとんどの業務を担っているような最小規模の診療所に関しては調査対象となりにくいという限界がある。また協力診療所は、多機能型、非多機能型ともに全国にほぼ偏りなく分布しているが、全国に約6000存在する精神科診療所の約1%を対象にしているにすぎない。

このような限界はあるものの、本研究は精神科診療所の機能について全国規模で前方視的調査を行う我が国では前例のない試みであり、精神障害者の地域生活支援に係る医療資源配置を検討する際に、本研究成果を活用できるものと考えられる。来年度以降はサービス利用状況の前方視的検討を継続し、地域における精神科サービスの「ハイユーザー」³⁾の割合と、多機能型診療所と非多機能型診療所におけるハイユーザーへのサービス量を比較し、地域における診療所の役割について検討する。

E．健康危険情報 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

< 謝辞 >

本報告にあたり、繁忙な外来診療等の業務の中ご協力いただいている各診療所の院長およびスタッフの皆様へ感謝いたします。本来であれば、調査にご協力いただいている各診療所名を挙げてお礼申し上げるところですが、匿名性に配慮して診療所名の公表は控えさせていただきます。

文献

- 1) 厚生労働省：精神科・心療内科を標ぼうする医療施設数(重複計上)の年次推移，一般病院・一般診療所・都道府県別．平成21年地域保健医療基礎統計．
- 2) 公益社団法人日本精神神経科診療所協会：厚生労働省平成25年障害者総合福祉推進事業「精神科診療所における地域生活支援の実態に関する全国調査について」2014年3月．
- 3) Tansella M, Micciolo R, Balestrieri M, Gavioli I: High and long-term users of the mental health services: A case-register study in Italy. Soc Psychiatry 21: 96-103, 1986.

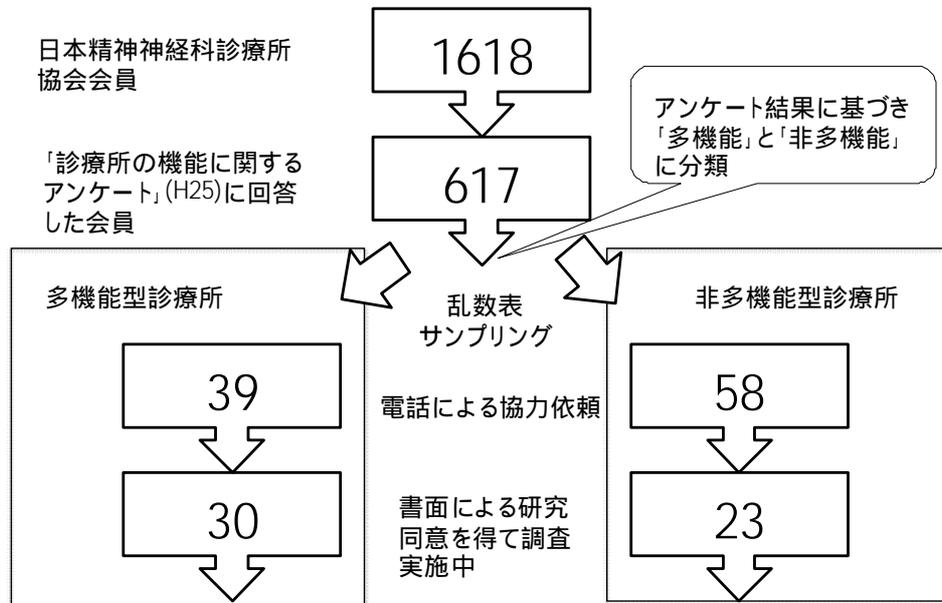


図1 対象診療所の選定と協力依頼

表1 研究対象診療所の分布（対象診療所のない県は省略）

		多機能型	非多機能型
北海道	北海道	3	
東北	青森県		1
	岩手県		1
	宮城県		1
	福島県	1	1
	茨城県	1	1
関東	栃木県		1
	群馬県	1	
	埼玉県		1
	東京都	3	3
	神奈川県	2	1
中部	岐阜県	1	
	静岡県	1	
	愛知県	1	1
近畿	三重県		1
	滋賀県	1	
	京都府	2	
	大阪府	3	3
	和歌山県		
中国	島根県	1	
	岡山県	2	
	広島県		1
四国	徳島県	1	
	香川県		1
	愛媛県		1
九州	福岡県	2	3
	佐賀県	1	
	熊本県	1	
	大分県	1	
	鹿児島県	1	1

全国が多職種アウトリーチ支援チームのモニタリング研究

研究分担者：萱間真美（聖路加国際大学）

研究要旨

研究目的：我が国では、既存の精神保健・医療・福祉サービス提供体制で支援が行き届かない対象に対し、多職種がチームで包括的サービスを提供するアウトリーチ支援の確立が急務である。平成 23 年開始の「精神障害者アウトリーチ推進事業」を踏まえ、平成 26 年度には「精神科重症患者早期集中支援管理料」が新設された。本研究は、この制度の実施状況や実施にあたる課題を明らかにすることを目的としている。初年度は、この制度を届出、または届出を検討している医療機関にインタビューを行い、体制及び対象者の状況を把握するとともに、次年度以降の調査内容を検討した。

方法：「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている医療機関、及び届出を検討している医療機関に対し、実施状況やサービス提供体制、困難や課題について半構造的インタビューを実施し、内容分析を行った。

結果：「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている施設は全国で 6 施設のみであり、すべて院内完結型であった。そのうち実際に支援に至ったケースは 3 事例のみであった。届出機関、未届出機関とも、病院の経営方針として導入を検討しており、特に医師の協力が得られる場合に届出に至っていた。アウトリーチ推進事業の効果を実感し、届出を検討した施設も複数あった。報酬点数は部門単独では持ち出しになるが、病院全体の経営として考え、届出に至っていた。算定要件では、GAF40 以下の対象は多くいるものの、「1 年以上入院している者」が少なく、「障害福祉サービスを利用していない者」の該当者がほとんどいなかった。特に未届出機関から、要件解釈について疑問点が報告された。また、アウトリーチ推進事業を受託していた機関では、推進事業と本算定料との対象者の違いに戸惑う意見がみられた。またこれらの機関では、すでに地域に支援のためのネットワークがある、既存の報酬制度で対応可能等の理由で、届出に至っていない機関が複数あった。

考察：「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出機関は 6 施設にとどまっていた。届出の意向があるものの届出に至っていない機関が存在し、また本調査からも疑問や誤った解釈が認められたため、インタビュー結果をもとに具体的な Q&A 等を作成するなどし、制度の解説が必要である。また、本制度の目的と、対象者が合致しているのかを検証していくことも必要である。本制度が活用され、既存の医療福祉サービスで支援できなかった対象への支援ができるか、その実施状況を継続的に把握するとともに、既存のサービスとどのように関連づけ活用されていくのかについても、継続的な調査が必要であると考えられる。

A．研究目的

近年の我が国における精神保健医療福祉施策の基本的方策は「入院医療中心から地域生活中心へ」であり、これまで精神科病院からの地域移行と地域生活支援の拡充が推進されてきた。しかし、既存の保健・医療・福祉のサービス提供体制では支援が行き届かない対象者に対しては、多職種で構成されるスタッフが在宅を訪問し、包括的なサービス提供を行う新たなアウトリーチ体制の確立が急務である。

厚生労働省は平成 23 年度から 25 年度にわたって「精神障害者アウトリーチ推進事業」を展開し、24 道府県 37 機関に多職種アウトリーチチームを設置することで、未治療者・治療中断者・長期入院及び入退院を繰り返す対象者に対してアウトリーチサービスを提供したが、これにより入院（再入院）抑制や症状や社会機能の改善に対して一定の効果が示された¹⁾。これを踏まえ、平成 26 年度の診療報酬改定では、精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の一層の推進を目指して、病状が不安定な患者への多職種チームによる在宅医療の評価である「精神科重症患者早期集中支援管理料」として一般制度化された。

この診療報酬制度は、長期入院患者、又は入退院を繰り返し病状が不安定な患者に対して、退院後早期に、精神保健指定医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療及び精神科訪問看護を実施するとともに、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議を開催することを評価するものであるが、実際の実施状況やサービス提供体制、対象者へのケア内容、実施にあたっての課題等については明らかになっていない。

そこで本研究では、初年度として、「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている医療機関、および、届出を検討している

医療機関において、その実施状況やサービス提供体制、サービス利用者へのケア内容、実施にあたっての困難や課題について明らかにすることを目的に調査を実施することとした。2, 3 年度目は、算定している対象のプロフィールやチームのケア実践内容の特徴を明らかにすることで、今後の体制整備を検討することを予定している。

本研究によって「精神科重症患者早期集中支援管理料」の基準に基づいたケアの実際が明らかになることで、サービス提供を検討している全国の施設に対して先行モデルを提示することができ、制度の普及に資することで地域生活支援の充実が図られると考えられる。また、本制度算定によるサービスの普及を妨げている要因や、効果的かつ安定的に提供し続けるための課題が抽出されることで、より充実した体制整備に向けた基礎資料となると考えられる。

B．研究方法

1．研究デザイン

インタビュー調査(半構造的インタビュー、内容分析)

2．調査方法および内容

1) 調査対象施設および対象者

平成 26 年 10 月現在「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている医療機関（6 力所）および届出を検討している医療機関（4 力所）において、サービス提供を実施する部署の責任者あるいは担当者、計 15 名を対象とした。インタビューは平成 27 年 1 月～2 月にかけて実施した。

2) リクルート方法

(1) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている医療機関（届出機関）

各地方厚生局から公示されている「精神科重症患者早期集中支援管理料」届出済の機関

から、サービスを提供しているチームを検索した。その結果 6 医療機関が該当し、責任者に対し、研究目的、研究方法と内容、データの使用目的について記載した依頼文書を研究者より送付し、本研究に関する説明とリクルートを行い、同意書の返送をもって同意を得た。

(2)「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出を検討している医療機関（未届出機関）

平成 25 年度に「精神障害者アウトリーチ推進事業」を受託していた全チームに電話でヒアリングをおこない、本管理料の届出予定の有無を尋ねた。そのうち、届出を検討しているチームの責任者に対し、研究目的、研究方法と内容、データの使用目的について記載した依頼文書を研究者より送付し、本研究に関する説明とリクルートを行い、同意書の返送をもって同意を得た。

3) 方法

半構造的面接法により、インタビューガイドを用い、インタビューを行った。録音されたインタビューデータから逐語録を作成し、「精神科重症患者早期集中支援管理料」の実施状況やサービス提供体制、サービス利用者へのケア内容、実施にあたっての困難や課題に焦点を当て、コーディングしたのち、類似した内容を整理し、算定要件ごとに、現状と要望を整理した。

（倫理面への配慮）

インタビューは、研究者が所属する大学の研究倫理審査委員会の審査を受け、実施した。個人情報保護法およびその他関連諸法規を遵守し、研究者は研究協力者及びサービス利用者の個人情報は取得しないこととした。調査データは研究者及び共同研究者のみが取り扱い、テープおこしはプライバシーポリシーを明記している業者に委託した。対象となる機関の管理者に対して、研究の目的、方法、内容について説明し、承認を得てから行った。

3. 研究組織

研究協力者

角田 秋（聖路加国際大学）

小高 恵実（上智大学）

木戸 芳史（聖路加国際大学）

大橋 明子（聖路加国際大学）

廣川 聖子（埼玉県立大学）

渡邊 碧（上智大学）

村方多鶴子（聖路加国際大学大学院）

関本 朋子（聖路加国際大学大学院）

花田 敦子（聖路加国際大学大学院）

佐藤 鏡（聖路加国際大学大学院）

松長 麻美（東京大学）

C. 研究結果

1) 届出機関の概要

平成 26 年 10 月現在「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている 6 カ所の医療機関（以下、届出機関：A,B,C,D,E,F）および 4 カ所の未届出機関（P,Q,R,S）から回答を得た（表 1）。「精神障害者アウトリーチ推進事業」を受託していた機関が 7 カ所、受託していなかった機関が 3 カ所であった。未届出機関はすべて「精神障害者アウトリーチ

推進事業」を受託していた機関であったが、事業終了後もチームが存続しているのは 2 機関であった。

届出機関における訪問看護の提供体制の区分は、全機関が「院内から訪問看護を実施」（管理料 1）であり、チーム専従者の職種は、精神保健福祉士 3 人、看護師 2 人、作業療法士 1 人であった。また、インタビュー時点での算定ケース数は、0 件が 3 機関、1 件が 1 機関、2 件が 2 機関であった。

表 1 インタビュー実施機関の概要

ID	届出状況	「精神障害者アウトリーチ推進事業」の受託経験	チーム専従者の職種	ケース数	インタビュー対象 括弧内は人数
A	届出済み 院内完結型	あり	精神保健福祉士	0	精神保健福祉士(2)
B	届出済み 院内完結型	あり	精神保健福祉士	2	医師・精神保健福祉士
C	届出済み 院内完結型	なし	作業療法士	0	医師
D	届出済み 院内完結型	あり	看護師	1	医師
E	届出済み 院内完結型	なし	精神保健福祉士	0	看護師
F	届出済み 院内完結型	なし	看護師	2	作業療法士
P	未届出	あり チーム存続：なし	-	-	医師・精神保健福祉士(2)
Q	未届出	あり チーム存続：あり	精神保健福祉士	-	精神保健福祉士、事務職
R	未届出	あり チーム存続：あり	看護師 精神保健福祉士	-	看護師
S	未届出	あり チーム存続：なし	-	-	作業療法士

2) インタビュー結果

制度の運用状況に関する具体的なインタビュー結果を以下にまとめた。

内は実際の意見、()内は回答のあった施設数、下線は語られた疑問や誤解を示す。

(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

【現状】

(届出機関)

- 民間病院にとって魅力的な点数ではなく、報いられるものがなければやめる(3施設)
- 運用に見合わない点数
- 6か月以上継続の人に対しては(医師の往診も)持ち出しになる
- 1,800点ではチーム単体で赤字だが、病院全体の経営として包括的に考えている(3施設)
- 多職種への加算がついたことはよい
- 試算し採算が取れないことがわかった

(未届出機関)

- 対象がコンスタントにおらず、既存の支援を評価する点数と捉えている
- 点数が低い
- 医師を雇えない(2施設)
- 不採算部門とみなされる
- 同じ法人内のサテライトクリニックの場合、病院本体が要件を満たしていればいいのか、クリニック単体になるのかがわからない

【要望】

（届出機関）

- 患者要件を緩和して、対象が挙げやすくなるとチーム経営としても成り立ちやすい(2施設)
- 介入行為の内容や、訪問回数などの手厚さに対して加算が欲しい(2施設)
- 複数回訪問に対しても加算があるとよい
- 入院期間の短縮とアウトリーチ算定料をセットにし入院料に加算してはどうか
- 家族に支援した場合も、算定できるものにしてほしい

（未届出機関）

- 医師が毎日交代する体制にも報酬をつけることが必要
- 喫茶店や映画への同行など本人に合った支援に報酬があるとよい
- 点数の算出根拠を出して欲しい
- 入院しないなどの実績に基づきインセンティブをつける方がやる気が出る

実施施設では、現行の診療報酬点数では採算が取れていないとした機関が多くあり(5施設)、点数の加算の要望があった。しかし、部門単体では赤字であっても、病院の経営全体として包括的に見て届出に至った施設が3施設あった。

未届出機関では医師が雇えないとした施設が2施設、常勤1名の配置でも厳しいとした施設が1施設あった。また、法人内のサテライトクリニックの場合、算定要件は病院本体が算定基準を満たしていればよいのか、クリニック単体になるのかとの疑問の声があった。

アウトリーチ支援事業を受託していた施設では、これまでも実施していた先駆的な取り組みに対する評価であると受け止めていた。

(2) 算定要件

(現行の算定要件)

訪問診療を月 1 回以上及び精神科訪問看護を週 2 回以上(うち月 1 回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が訪問)実施している患者に対し、退院した日から 6 か月以内の期間に限り算定

【現状】

(届出機関)

- アウトリーチ推進事業を経て、訪問できる医師がいる
- 退院後数か月経過した頃に中断することが多く、6ヶ月以内では厳しい(2施設)
- 通院困難な対象者はおり往診に行くが、6ヶ月後に通院できることが期待できない
- ステーションに移行した後もチームが1年間は月1回フォローする予定
- 週2回の訪問に抵抗感があり、週1回の訪問となったため算定終了した事例があった
- 訪問時に会えないことが増えたため、算定を終了した事例があった

(未届出機関)

- 状態が不安定な時に複数回訪問することはある(2施設)
- 訪問診療に医師が行くこと自体が難しい(2施設)
- 志のある病院や院長や意志の強い医師が「やる」と言わないとできない
- 頻回訪問は拒否の強い患者では逆効果であり、週に1回の訪問頻度の対象がたくさんいる
- 複数回訪問の時間は30分以上を複数回という理解でいいのかわからない

【要望】

- 延長要件を付けて欲しい(2施設)
- 6ヶ月以降の対応について知りたい

届出機関の多くは、訪問できる医師がいる、またこれまで訪問診療を実施していたため、算定要件に示されていることが実施できていた。また、退院から6ヶ月以内の期間に算定できるが、それまでに治療が継続できる状態にすることは厳しく、算定期間の延長を求めていた。支援期間6か月経過後については、訪問看護ステーションに引き継ぎ、その後もフォローしていけるよう計画している施設があった。また、対象者の要望により、週2回の訪問が維持できず、期間内に算定を終了した施設もあった。

一方、未届出機関では、訪問診療を実施する病院の体制が整っていない現状があったほか、複数回訪問の解釈がわからないという意見があった。また6か月の支援期間の延長の要望が2施設からあった。

(3) 対象患者

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

【実施機関の現状】

(届出機関)

- 直近の入院が措置入院か医療保護入院以外の患者に適用できず除外される(3施設)
- 入退院を繰り返す者の直近の入院形態も指定されると、対象が限定されてしまう
- 1年未満の入院期間の患者は適用できず除外される(2施設)
- 入院歴のない外来受診中断者は適用できず除外される
- 統合失調症の重症で支援したい人が対象にならず、双極性障害ですぐ躁転して入退院を繰り返す人があてはまる
- 長期在院者は条件に当てはまりやすい
- 入退院を繰り返すが、入院の間隔3ヶ月以上のため該当しない人がいる(2施設)

(未届出機関)

- 急性期の医療機関では、入院3ヶ月時点で残る3割の中に適応者がいる可能性がある
- 再入院や長期入院の人がすでにいない

【要望】

(届出機関)

- 症状が増悪時でも、任意入院が可能なため、頻回な入院を措置入院や医療保護入院に限定しないでほしい
- 直近の入院の形態に、応急入院を含めてほしい

統合失調症の長期入院患者や、入退院を繰り返す者としては病相を頻繁に繰り返す双極性障害の患者を対象患者としていた。医療施設では、入院はないが通院治療を中断している患者、初回入院の患者、入院期間が1年未満あるいは複数回の入院があり入院間隔が3ヶ月以上ある患者、これらの現状にある重症な統合失調症患者にアウトリーチ支援が必要であると考えていたが、対象者の要件に当てはまらず、適用できていなかった。

入退院を繰り返す者については、入院形態によって除外されやすいため、入院形態の限定をしないでほしいという要望が2施設からあった。

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

【現状】

(届出機関)

- ACTの対象になるようなケースか、それより軽度の方が対象になる
- 気分障害や統合失調感情障害のケースが該当している

(未届出機関)

- 再入院した人は年間30人ぐらい訪問看護に移っているが、重症者はいない
- GAF40以下になるとグループホームは受け手も厳しく、救護施設やケアホームに入る
- GAFは平均が40台
- 気分障害は病院に来ることが多い
- ボーダーの人が地域で問題になっていることの方が多い
- 重度認知症患者デイケアや認知症治療病棟もあり対象は存在する
- GAF40以下について常時40を超えない人なのか、その瞬間なのか解釈がわからない

【要望】

(届出機関)

- 統合失調症や気分障害以外のケースにも対応できるようにしてほしい

(未届出機関)

- 退院後困難でGAF40以下が予測される人ならイメージがつく
- 行政と連携が取れるのであれば、ひきこもり等も対象になるとよい

届出機関、未届出機関の両方から、統合失調症や気分障害以外のケースにも対応できるようにしてほしいという意見があった。

未届出機関では、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以下の者はいる現状であった。1機関では、GAF40以下を経時的あるいは時点で捉えるかの解釈が難しいと認識していた。また、他の対象者の要件と合わせてみた場合に、気分障害をもつ者は通院できる者が多い(1機関)、長期在院でGAF40以下の者は精神発達遅滞の者が多い(1機関)、再入院をした者の中にGAF40以下の者は少ない(1機関)という現状があった。

精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者

【現状】

(届出機関)

- 通院はできるが、入院を繰り返してしまうケースに適用できない
- 通院しているものの中断するリスクが高く、濃厚な支援が必要なケースに適用できない
- 通院できるようになると適用できなくなる(2施設)
- 家族が代理受診をしているケースに適用できない
- 通院中断の人が連れてこられると算定できない(2施設)
- これまでの支援で、受診援助をすると外来に連れてくることが出来ていた
- 通院の中断が、通院が困難なものに当たるとすれば、該当者は多くいる

(未届出機関)

- 通院が困難な人こそ通院だけは確保しようと通院同行などの支援をしており医療とつながりがある(4施設)
- 退院後に通院しない患者は年間3人いるかどうか
- 通院困難が判明していれば退院も踏み切りがたい
- 医療への交通の便がないために通院困難になる地域はある
- 通院困難の判定方法がわからない

患者が通院出来るようになる、家族の代理受診、通院中断の人が連れてこられる、支援によって受診できた場合、対象要件に該当しなくなるとして、支援対象外にしていた。

未届出機関では、4機関全てにおいて、通院が困難な者に対しては手厚く支援を提供することで既に医療とつながっており、1機関では、通院困難な者は退院に踏み切り難いと認識されていた。

また未届出機関では、通院困難の判定方法がわからないとの意見があった。

障害福祉サービスを利用していない者

【現状】

(届出機関)

- 障害福祉サービスを利用しているケースに適用できない(4施設)
- 介護保険サービスを利用しているケースに適用できない(2施設)
- 福祉サービスを導入しても拒否する人はいる
- 施設がある地域には、障害福祉サービスが充実しているため、対象者となるようなサービスを利用していない人が少ない
- 福祉サービスは、何が当てはまるのかわからない

(未届出機関)

- 障害福祉サービスを利用していない人はいる(2施設)
- ケアマネジメントを行いGAF40以下の人には退院時に何らかの障害福祉サービスを組み込んでいる(3施設)
- ケースごとにソフトランディングでサービスを徐々に入れ、手が切れるようやっている

【要望】

(届出機関)

- 長期入院から退院するケースは、グループホームにつながる事が多く、その中にもアウトリーチ支援が必要だと考えられるケースがいるため、グループホームへのアウトリーチも含めてほしい

(未届出機関)

- 「サービスを受けていない人」と書かれると病院の丸抱えになり地域づくりを阻害する

「障害福祉サービスを利用していない者」という要件があることで、障害福祉サービスを利用しているケースに適用できないこと(4施設)、介護保険サービスを利用しているケースに適用できないこと(2施設)が現状の問題として挙げられていた。

届出機関(算定ケースはない)で、あてはまる福祉サービスがわからないとした機関があった。また、グループホームへのアウトリーチ支援を望む声があった。

未届出機関では、障害福祉サービスを利用していない対象がいるという意見があった一方、GAF 得点 40 点以下の対象や長期入院者は、退院時にケアマネジメントをおこない、何らかの障害福祉サービスを組み込んでいるとした機関が届出機関と未届機関を合わせて 4 施設あった。

～ のすべてを満たす者

【現状】

(届出機関)

- 4つの条件すべてを満たすという基準があまりにも厳しく、対象者が挙がらない(5施設)
- 対象者の枠が狭いので、支援を必要としていてもはじかれる人が出る
- 6ヶ月以降も支援が必要になると考え、対象者がいない
- 外来未来院や中断のケース、代理受診のケースを外来看護と一緒にピックアップしている

(未届出機関)

- 対象者の要件をすべて満たす人はいない(3施設)
- 患者像のイメージがつかない
- 未治療や受診中断は違うため、アウトリーチ推進事業とは対象が違う感じがしている

【要望】

(届出機関)

- 4つの条件すべてではなく、いくつかにしてほしい(2施設)

(未届出機関)

- 「対象者の要件を全て満たす者」は撤廃すべき

すべての要件を満たす対象者が挙げられず、支援が必要な人が除かれてしまうため、すべてを満たすのではなく、いくつかにしてほしいという要望があった。4つの要件に当てはまる対象者をピックアップする体制を作った実施機関もあった。

一方、未届出機関では、患者像のイメージがつかず、アウトリーチ支援事業とは対象が異なると認識している施設があった。

算定基準に相当する対象患者が、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。

表2. 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

	A	B	C	D	E	F
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		×		×		
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						
精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者	×		×			
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、 - :言及なし)

現行の算定基準として定められている「 ~ のすべてを満たす」対象患者を挙げるができないのが現状である。

全国統計によると、1年以上入院している患者は全国の病床のうち49.2%（救急病棟4.2%、急性期治療病棟6%、精神療養病棟76.7%）を占めているものの³⁾、今回のインタビューからはに該当する患者をあまり挙げるできないという、相反する結果が得られた。この結果は、今回のインタビュー先に救急・急性期治療を推進している医療機関が多く含まれていたため、に該当するケースは全国平均(49.2%)よりも、救急病棟・急性期治療病棟における割合(4.2%、6%)が反映されたものと考えられる。

また、 と の基準の関連では、1年以上の入院中に集中的かつ適切なケースマネジメントを実施し、対象患者の退院にとって必要不可欠な障害福祉サービスを導入して退院すると、本算定料を適用できなくなるということから、に該当するケースはほとんどいないという結果が得られた。現状の基準では「入院中に障害福祉サービスを導入できなくても、可能な限り早期に退院し、本算定料による集中的なアウトリーチサービスを受けながら、地域でケアマネジメントを進めていく人」あるいは「1年以上入院し、必要な障害福祉サービスを導入してもなお、一定期間は集中的なアウトリーチサービスが必要な人」に適用することができないという状況であった。

(4) 施設基準

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】

(届出機関)

- 指定医1名、看護師1名、作業療法士1名、精神保健福祉士1名が届出人員
- 指定医1名、看護師1名、作業療法士1名、精神保健福祉士2名が届出人員
- 精神保健指定医1名、看護師2名、作業療法士1名、精神保健福祉士1名の体制
- 看護師、精神保健福祉士、作業療法士のいずれか1名が専従(4施設)
- アウトリーチ推進事業の臨床心理士、薬剤師が基準から外れてしまった
- アウトリーチ推進事業で活躍した薬剤師、臨床心理士、ピアサポーターによる訪問が点数にならない(2施設)

(未届出機関)

- 指定医の確保が難しい(3施設)
- 医師や看護師、精神保健福祉士も不足しており対象者の条件に合う少数のために専従を置けない
- 非常勤は夜勤で集まるのが難しい
- アウトリーチ推進事業の時は10数名で兼務の体制を組んでいたので対応できた
- アウトリーチ推進事業の時のピアスタッフがスタッフとしての位置づけがない

【要望】

(届出機関)

- 薬剤師、臨床心理士、ピアサポーターによる訪問ができるようにしてほしい
- 職種の組み合わせによって診療報酬点数を加算してほしい
- 職種の縛りをつけると休みを取れないため、職種の縛りは大きくないほうがよい

(未届出機関)

- 指定医は常勤にこだわらずパートでは駄目なのか
- スタッフのメンタルケアを考えると、兼務で人数の枠を大きくする方がゆるやかで逃げ道もある
- 兼務職員とした方が病院としての立場を保ちながらアウトリーチできる意義がある
- 心理士を入れてほしい(2施設)
- 5人程度の常勤体制で責任をもってした方がよい

届出機関は、基準に従い、精神保健指定医 1 名、看護師 1 名、作業療法士 1 名、精神保健福祉士 1 名の計 4 名の体制をとっており、専従は、看護師、作業療法士、精神保健福祉士のいずれかであった。4 名での運用は、休みが取れないなど、勤務体制に課題を生んでいた。薬剤師や臨床心理士、ピアサポーターなど、アウトリーチ推進事業で活躍した他職種も、チーム構成員にしてほしいという要望がみられた。

未届出機関では、少数の対象者のために精神保健指定医を確保することや、看護師や精神保健福祉士の専従者を置くのも難しいのが現状である。また、4 職種が常勤であり、多人数兼務体制が認められないこと、ピアスタッフの位置づけがないことも現状の困難点として挙げられていた。

上記4人を含む多職種会議を週1回以上開催(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)すること

【現状】

(届出機関)

- 月1回以上の保健所等との会議は、忙しさから開催が難しく、行政の協力を求めている
- チームカンファレンスではケースだけでなくチーム運営についても話し合っている
- 医師も参加するチームミーティングを毎日時間外に実施
- 該当者がおらず保健所等との会議は開かれていない
- 保健所に担当者がいて参加協力が得られるため、算定ケースがいなくても会議を続けている
- 保健所の事情で当日欠席になることがあり、そのことで算定できなくなる可能性がある

(3施設)

(未届出機関)

- 毎週1回の会議が有効であった
- 定期的に体制を整えさえすれば多職種会議はできる(2施設)
- 今は人数が少ないのでスタッフを集める日を作ること自体困難
- アウトリーチ推進事業時から月1回の保健所等とのカンファレンスを定例開催
- アウトリーチ推進事業時は週1回チームが集まるのが時間的に難しい時もあった
- アウトリーチ推進事業時は1週間で状況に変化のない対象もあり週1回定期的に組むのは困難だった

保健所等の理由によって多職種会議が開催できず、算定できない可能性を危惧する声が3施設からあげられた。これについては、「先方の都合等で、当月に共同で会議が開催できなかった場合、翌月に2回開催する等、月平均1回開催しているものに限り算定できる」と医療課事務連絡(平成26年3月31日)で通達されている。届出機関では、対象者がいない場合に、多職種会議を開催しない施設と継続し開催する施設があった。

未届出機関は、全てアウトリーチ推進事業を経験しているため、現在も会議を継続している施設もあった。週1回の体制を整えることに難しさを感じているものの、多職種会議および地域連携会議の有効性は認識しており、開催は可能であると認識していた。

24 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を確保していること

【現状】

(届出機関)

- 医師が協力的である(4施設)
- アウトリーチチームを構成するスタッフ数が少なく、24時間365日体制を組むことが困難(4施設)
- 医師の往診が可能な体制を維持することは、人員や業務の点で厳しい状況にはある
- 夜間は電話対応でほとんどのケースは対応可能(2施設)
- 医師以外の夜間の電話対応は診療報酬に算定できない
- 看護師、作業療法士、精神保健福祉士の輪番体制と、医師のオンコール対応で、24時間対応可能な体制を確保している
- 往診や訪問が必要な場合は、チーム内で相談して対応者を決め、優先順位は医師と看護師で判断している
- 夜間の往診が必要なケースがわからない
- 24時間連絡を受ける体制は、チームメンバー5人で当番制を取っている

(未届出機関)

- 24時間往診および訪問が可能な体制を維持している
- 24時間の訪問看護は問題ない
- 24時間対応は、昼間にしっかりと支援しておけば大変ではない
- 救急基幹病院であれば対応自体は24時間なんとかなる
- 当直医とは別に1人医師を確保する余裕がない(2施設)
- 電話での連絡体制は取れるが、往診や訪問は夜中、休日には難しい
- 精神科救急をする中で、なんとか受診や電話で落ち着くことができおり、行く必要があることはない
- 往診は指定医がするのかわからない
- これまでほとんど行われていない夜間のサービスがなぜ書き込まれたのかわからない

【要望】

(届出機関)

- 医師だけでなくアウトリーチチームのメンバーが電話対応した場合も点数化してほしい

(未届出機関)

- 夜中に往診や訪問ができる体制を義務にしなければ実施できる

届出機関は、医師が協力的であり（4施設）、24時間の訪問対応ができていた。しかし、チームメンバー数が少なく、体制を維持していくことは難しいと考えていた（4施設）。夜間は、電話でほとんどのケースに対応できていた。往診や訪問に関する連絡は、医師以外のメンバーで受ける体制をとり、医師はオンコール対応である施設が2施設あった。24時間往診できる体制について、対応を含めすべての対応を医師が行わなければ算定できない、医師以外の夜間の電話対応は診療報酬に算定できないと解釈している施設があった。

未届出機関では、医師の24時間の往診体制は、アウトリーチ推進事業や精神科救急においてもほとんど実例がない上に、体制的にも電話対応以上は困難であると捉えられていた。一方で、看護師の24時間対応に関しては、現体制でも可能であると捉えていた。

地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っていること

【現状】

(届出機関)

- 精神科救急体制および時間外や休日の対応も行っている(3施設)

(未届出機関)

- 基準上はクリアしている(3施設)
- 救急で入院させる必要があるかないかの問題があるので必要性を認めて多少仕方ないと考えている
- 救急がしっかり整っているところでないといけない(2施設)
- 「地域の精神科救急医療体制の確保に協力」とは、何を示すのかわからない

病院の救急体制の整備状況によって、本基準をクリアできるかどうかには差がみられた。未届出機関では、救急が整っている施設でなくてはできないと答えていた。また、「地域の精神科救急医療体制の確保に協力」が何を示すのかわからないという意見がみられた。

(5) その他の意見

(届出機関)

- 依頼があっても周囲 20～30 km程度の範囲でないと難しい
- 他チームの現状を知りたい(2施設)
- 精神科重症患者早期集中支援管理料の名称を、利用者に説明しづらい

(未届出機関)

- 医療でまる抱えしたら点数がつく仕組みであり、患者の既存の能力を奪ってしまい、地域が育たない
 - 良心的な施設への動機づけになるよう、もう少しハードルを低くしたらい
 - この管理料の抱えている問題は世の中全体に精神科医療の在り方を投げかけているものだと思うので難しい
 - 精神科医療の格差や地域特性によって必要な制度が違うので、格差や特性を整理することも大事
 - 未受診者に対して別の枠組みで考えていく必要がある
 - 管理料だけではなく全体的なグランドデザインを描き直してもらわないといい形にならない
 - 同じ法人内のサテライトクリニックの場合、病院本体が要件を満たしていればいいのか、クリニック単体になるのかわからない
 - 本人支払いだが算定している病院は本人との契約で行なっているのかわからない
- (2施設)

その他の意見として、施設基準は同じ法人内の病院本体が満たせばよいのかという疑問や、支払いや契約に関する疑問があり、また管理料の名称が、利用者に説明しづらい名称であるとの意見がみられた。そのほか、本制度の目的や位置づけについて問う意見が複数あげられた。

(6) 届出の経緯

届出を検討するに至った理由や議論について、以下にまとめた。

(届出を検討した理由) 病院の方針を検討・方針に合致するため

(届出機関)

- 民間病院は将来的に難しいという見通しをもっていた
- 救急と在宅支援を両輪で考えることになった(2施設)
- 指定通院医療と並んで課題の解決を地域ですることを見越した(2施設)
- 病床が減るため入院を受けることが厳しい状況にある
- 不採算部門のため、加算がつくのであれば出してみようと思った
- 好むと好まざるに係らず、自分たちがやらないと他もやれないから、やるしかない

(未届出機関)

- 病院として地域を見守る体制を作っている(2施設)
- 高齢化に対する支援の在り方を検討している
- 入院から外来型に、地域医療を重点的にする方向へシフト予定

高齢化社会や地域医療の推進を念頭に置いて、将来に向けたそれぞれの施設の方向性を様々な角度から検討しており、その一環として本算定料の届出を検討していた。その方針は、過去にはアウトリーチ推進事業への参画にもつながっていた。また、該当機関が指定通院医療機関となるタイミングで、同時に申請が検討された機関が2施設あった。さらに、不採算部門解消のために、加算をとることが検討された機関があった。また、自分達なら少し無理をすればできるかもしれないという思いのもと、先陣を切って届出に至った機関もあった。

(届出を検討した理由) アウトリーチ推進事業の効果として

(届出機関)

- アウトリーチ推進事業で有効な事業だと認識し継続したいと思っていた
- アウトリーチ推進事業で手出しできなかったところに関わり安定していく様を見た
- 病院内の多職種が関わり、実践が目に見えるなどいい影響がある
- アウトリーチ推進事業が急になくなり都道府県が激変緩和措置として届出を条件に予算をつけた

アウトリーチ推進事業に参加したチームでは、利用者への支援の効果が認識され、また院内の職員へも、多職種で関われるようになるなど良い影響があったという意見があり、これらを理由に、届出に至っている医療機関があった。また、アウトリーチ推進事業が終了した後、都道府県が期限付きで予算をつけることになり、本事業にチームが引き継がれた機関もあった。

その他届出を検討した経緯

(届出機関)

- 診療報酬の条件を見ておおよそクリアできそうだった(2施設)
- ケースが増えていく中で具体的に考えることになった(2施設)

(未届出機関)

- 訪問診療をしたい医師が自由に動けるようになった
- 不採算でも自由な枠組みで多職種チームをつくってやっているの、ある程度企画された枠組みで試してみたいと思った

診療報酬の条件を満たし、担当可能な看護師が多いため医療機関単独での実施を検討した機関があった。また、24時間体制を強化しようという考えだが、対象者が少ないため現時点では当直体制の強化で対応し、対象者が増えていく中で制度を利用していくこととし、現時点では届出のみ出している機関があった。

(未届出機関)届出を取りやめた理由

(未届出機関)

- 病院幹部会議で検討、条件を全て満たす対象者がほとんどおらずやめることになった
- 管理料より再入院させない入院時の集中ケアが大事だと判断した
- 医師の体制が変わり体制が取りづらい
- 都道府県でアウトリーチ事業が継続になったのでそちらでよいということになった
- 地域の中にネットワークがあり、入院時に治療、家族支援、心理教育、地域生活のための支援などを行っているので必要性を感じない
- 1800点で縛りにあわせて訪問するより既存の精神科訪問看護の方がよいという判断

届出を取りやめた理由として、施設要因では、基準を満たす体制が取れない、入院時のケアを優先する、対象患者がほとんどいない、ということがあげられた。また、地域の特性として、すでにあるネットワークを利用できる、すでにある事業を活用する、という理由もみられた。運用方法の制限を理由に届出していないのは1施設であった。

(7) 算定ケースの概要

表3. ケース1

診断名	統合失調症
類型	入退院を繰り返す者
算定料導入の経緯	医療に対して拒否が強く、服薬中断による症状再燃を繰り返すことで、入退院を繰り返していた。退院にあたり、定期的に通院することは難しいと予想されていた。
支援導入時	主治医による往診を週1回、訪問看護を週4回のペースで導入し、主に服薬支援を実施した。
導入後	1か月半ほどは安定して服薬を継続していたものの、次第に訪問しても不在のことが多くなり、規定である週2回の訪問ができなくなってしまったため、算定を終了した。

表4. ケース2

診断名	統合失調症
類型	1年以上精神病床に入院して退院した者
算定料導入の経緯	1年以上医療保護入院をしており、しばしば入退院を繰り返している。家族の退職をきっかけとして、もう一回退院できないかという相談を受けたため、退院を目指すことになった。
支援導入時	往診を定期的に月1回、訪問看護を週2回のペースで導入している。

表5. ケース3

診断名	双極性障害
類型	入退院を繰り返す者
算定料導入の経緯	生活上のストレスで容易に不眠になり、入退院を頻繁に繰り返したため、2か月程度状況を確認する必要があり、本算定料による訪問をすることになった。また、退院後早期の段階で集中的に、服薬支援やストレスコントロール、クライシスプランの作成、自身の睡眠時間モニタリング、状態悪化時の対処方法などの心理教育が必要であった。
支援導入時	服薬支援、心理介入・心理教育（ストレスマネジメント、クライシスプランの作成、睡眠に関する行動療法）を週2回の訪問で実施。頻繁に訪問されることにやや抵抗があったようだが、生活支援や心理教育などを行っている間は、訪問の効果があった。
導入後	不安定な時期はあったものの、次第に状態は安定し、十分な睡眠もとれるようになった。また、クライシス時にも適切な対処行動がとれるようになった。週1回の定期訪問で安定生活可能と判断し、算定を終了した。

表 1 に示した通り、本算定料の届出機関であっても、実践例は非常に少ないのが現状である。上記の 3 ケース（表 3～5）に共通する特徴として、1)入退院をこれまで繰り返しており、退院後の生活ストレスに対して上手に対処できない、2)退院時点において、通院が困難であろうことが予想される、3)服薬に対して積極的ではなく、安定して地域生活を続けるためには服薬支援が必要である、が挙げられた。

(8) 要件を緩和した場合の推計

A . 「 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 」 の “ 1 年以上 ” を緩和した場合

H23 年 6 月に全国の精神科病院に入院した患者 28,843 人のうち、3 カ月以上 6 カ月未満での退院 6,924 人、6 カ月以上 1 年未満での退院 2,757 人、1 年以上の入院が 4,206 人である²⁾ことから、仮に の基準を“6 カ月以上”に緩和した場合、該当する対象者数は単純に計算すると月間に 2,757 人増加すると考えられる。6 カ月以上 1 年未満での退院の 2,757 人と 1 年以上入院の 4,206 人を合計すると 6,963 人であり、現行の基準である 1 年以上の入院の 4,206 人と比較すると、1.66 倍の増加となる。

B . 「 障害福祉サービスを利用していない者 」 を廃した場合

現行の本算定料は、居宅介護・重度訪問介護・自立訓練（訪問による生活訓練に限る）以外の障害福祉サービスを利用していない者を対象としている。平成 24 年 6 月に退院した 32,006 人のうち、グループホーム・ケアホーム・社会復帰施設等に退院した患者が 1,768 人（5.5%）であり²⁾、外来患者のうち障害福祉サービスとの併用をしている者は 10.4%（内訳：就労支援 32.8%、グループホーム 41.3%、ショートステイ 2.1%、その他 28.6%）³⁾である。退院後に備え入院中にケースマネジメントが行われるため、退院時点では、外来患者全数に比べ障害福祉サービス利用率が高いことが予想される。

仮に の基準を廃した場合、該当する対象者数は、少なく見積もっても、月間に 3,329 人増加すると考えられる。（32,006（人）×10.4（%）= 3,328.6（人））

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、2014年10月時点で、各地方厚生局への届出機関は6施設のみであった。またそのうち、実際の支援ケースは、2015年1月時点で2施設、計3名の患者についてであった。

しかし、診療報酬改定の結果検証に係る特別調査では、1,300病院対象の施設調査で回答のあった475病院のうち、2014年10月時点で、3.4%（16施設）で本管理料への届出意向があった²⁾。意向はあるが、届出に至っていない医療機関が少なくとも10施設存在する。このような施設が届出できるよう、制度を活用する仕組みを検討し、本インタビュー結果を今後の制度の有効活用につなげる必要があるといえる。

2. 「精神科重症患者早期集中支援管理料」算定対象となる患者について

今回のインタビューからは「1年以上精神病床に入院して退院した者」に該当する患者が多く挙がらなかった(表2)。この結果は、今回のインタビュー先に救急・急性期治療を推進している医療機関が多く含まれていたため、に該当するケースは全国平均(49.2%)よりも救急病棟・急性期治療病棟における割合(4.2%、6%)が反映されたものと考えられる。常勤かつ多職種でチームを構成する必要がある本算定料は、スタッフを多く抱える救急・急性期病棟を持つ医療機関のほうが施設基準を満たす体制を構築しやすいため、対象患者と施設基準のミスマッチが起こっている可能性が考えられる。以上から、対象患者は、比較的短期間で退院する対象も含むことを検討する必要がある。患者要件の「1年以上の精神科病床入院」を「6か月以上」に緩和した場合の対象者の増加率を試算したとこ

ろ、対象者数は月間2,757人の増加(1年以上の入院に限る場合と比較し1.66倍)が見込まれる。

次に、本調査では「障害福祉サービスを利用していない者」に該当するケースはほとんどなかったが、支援の必要性が高い患者の退院時にケースマネジメントをし、障害福祉サービスを導入することは必要不可欠であり、障害者総合支援法による医療と福祉の提供は、地域移行の推進に伴いさらに増加が予想される。そのため本基準があることで、今後算定しにくい管理料になることが予想される。ひと月の退院患者が約32,000人、外来患者のうち障害福祉サービスとの併用をしている者は10.4%³⁾であることから試算すると、本要件が緩和されると、少なくとも月間3,300人程度対象者が増加することが予想される。

今後、本管理料が狙いとする患者層や本算定料の目的を周知するとともに、支援例を蓄積し、対象者が本制度の目的に合致しているのかについても、検証していく必要がある。

3. 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の各施設の理解

本制度の報酬点数、算定要件、施設基準、患者要件について、届出機関と未届出機関にインタビューを行い、現状を尋ねた。その結果、報酬点数の改善、患者要件の緩和等、さまざまな要望があげられたが、一方で、本管理料活用のための、基準の解釈がわかりにくい、あるいは誤解しているという状況が認められた。

特に未届出機関において、制度の解釈への疑問が多くあげられた。具体的には、施設要件に関する内容(往診は指定医がするのか、地域の精神科救急医療体制の確保に協力とはどのような役割か、法人内のサテライトクリニックの場合に病院本体が要件を満たせばよいのか)、患者要件に関する内容(障害福祉サービスには何が該当するのか、GAFが常時

40 を超えない対象か、対象に未治療や治療中断が含まれないのか、本人との契約で行うのか、通院困難の判定方法とは)が主であった。また、届出機関のうちで、医師以外の夜間の電話対応が算定できないととらえている機関があったが、医師以外が電話対応をすることもあり、緊急対応体制についても、制度の説明が必要であると考えられる。

未届出機関では、本管理料の対象患者として想定する患者像として、「1年以上入院のGAF40以下の統合失調症患者」か「入退院を頻回に繰り返すGAF40以下の双極性障害の患者」で、「症状等で通院が中断されるもの」かつ「退院時に障害福祉サービスの導入を拒否する者」を挙げていた。インタビューでは、統合失調症患者は支援が整えば数か月間地域で生活可能であり、「入退院を頻回に繰り返す患者」には双極性障害がより当てはまるとの意見がみられた。未実施機関がとらえる対象患者像が、本管理料が狙いとする層と合致しているのかについて検証が必要であり、具体的な説明が必要である。未届出機関は、すべてアウトリーチ推進事業を経験したチームであり、すでに地域で治療を中断しやすい対象等への支援を経験しており、本管理料届出に移行しやすいと考えられるが、推進事業と本制度とのギャップに戸惑い、届出に至っていない施設が複数あった。対象が長期入院または頻回入院の患者に限られてしまうことで、行政から依頼があった未治療ケース等への訪問に活用できないことに不自由さを感じていた。該当チームや関連機関に、本管理料の目的を周知し、有効活用できるよう、制度の説明が必要と考えられた。

4.まとめ 本制度の普及に向けての提言

本管理料届出への意向がある病院は一定数あるものの、届出が6施設にとどまっており、普及のための方策が必要である。本調査で疑問点や誤解が見られたことから、制度をわ

かりやすく説明することがその一助となると考えられる。複数機関で周知されていない要件があり、これらを整理し、Q&Aとして配信することが想定できる。また、本管理料の患者要件についての意見が多く、制度の目的と対象像について、具体的に示していくことが必要といえる。

今後、本制度の普及のために、管理料の利用状況を継続的に評価していくことが必要である。まずは、構造の評価として、届出に至る施設の人員配置、チーム構成の工夫等を把握し、導入のための施設としてのノウハウを蓄積する。つぎに、プロセス評価として、届出機関の実施状況(支援対象者数、支援内容や量、かかわった職種)や、支援対象者の状況(基本属性、社会機能の変化等)、普及率を継続的に把握し、実態をモニタリングし、制度の目的と合致した運用がなされているのか、また普及状況についても検証が必要である。最後に、本支援の結果、患者が何らかの既存のサービスにつながる、地域で滞在できるようになるなど、効果評価が重要となる。本制度が、既存の障害福祉サービスや精神科訪問看護等医療サービスとどのように位置づけられ活用されるのかについて、継続的な調査が必要であると考えられる。

E . 結論

「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出機関は全国で6施設のみであり、すべて院内完結型であり、別調査の届出意向施設数に比べ少ないという状況であった。

届出機関、未届出機関とも、病院の経営方針として導入を検討しており、特に医師の協力が得られる場合に届出に至っていた。アウトリーチ推進事業の効果を実感し、届出を検討している施設も複数あった。報酬点数は部門単独では持ち出しになるが、病院全体の経営として考え、届出に至っていた。算定要件では、GAF40以下の対象は多くいるものの、「1年以上入院している者」が少なく、「障害福祉サービスを利用していない者」の該当者がほとんどいなかった。これらの対象要件を緩和した場合を試算すると、各々月間で3,000人前後対象者増が見込まれた。施設要件では、小規模チームでは、24時間365日の対応に限界があるとの意見がみられたが、人員配置の工夫等によって運営されていた。

本インタビューでは、特に未届出機関から、要件の解釈について疑問点が報告された。本制度の普及のためには、具体的な疑問に応じたQ&A等を作成するなどの対策が必要であり、届出状況を継続的に把握する必要がある。また、患者要件について意見が多くみられたが、本制度の目的を周知した上で、目的とした支援対象に必要な支援が提供できるか、制度の評価を継続的に実施することが必要であると考えられた。

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

<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. (2014). 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.
- 2) 精神保健福祉資料 平成24年度6月30日調査の概要, 2014
- 3) 厚生労働省(2015), 適切な向精神薬使用の推進や精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進等を含む精神医療の実施状況調査 結果概要(速報), 平成26年度診療報酬改定の検証結果に係る特別調査(平成26年度調査), 中央社会保険医療協議会 総会(第293回, 平成27年3月18日) 議事資料

伊藤班ヒアリング インタビューガイド

届出をしていない機関に対して

「精神科重症患者早期集中支援管理料」について、貴機関ではどのような議論や検討がありましたか。

「精神科重症患者早期集中支援管理料」の算定要件等について、貴機関における現状を教えてください。また、それぞれの要件に対してご要望やご提案がありましたら教えてください。

届出をしている機関に対して

「精神科重症患者早期集中支援管理料」を届出するにあたり、貴機関ではどのような議論や検討がありましたか。

「精神科重症患者早期集中支援管理料」の実施状況（対象者の人数や特徴）、チームの運営体制について教えてください。

「精神科重症患者早期集中支援管理料」の算定要件等について、貴機関における現状を教えてください。また、それぞれの要件に対してご要望やご提案がありましたら教えてください。

ACT・多職種アウトリーチチームの治療的機能についての 評価に関する研究

研究分担者：○佐藤さやか¹⁾

研究協力者：梅田典子²⁾，富沢明美³⁾

1) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

2) NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド

3) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院

要旨

本研究はアウトリーチチームの中でも、フィデリティが定められていることから支援内容が比較的統一されている Assertive Community Treatment (ACT)を実施するチームを中心に 1) チームにおける認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy : CBT)のニーズを把握すること、2)CBT のニーズがあった場合、望ましい研究内容を検討する事、3)対照群を設定したデザインによって、アウトリーチチームにおける CBT の効果検討を実施すること、の3点を目的とした。

初年度にあたる今年度は、ACT 全国ネットワーク研修会におけるアンケート調査の分析および分担研究者の臨床実践から、今後アウトリーチ活動において CBT の活用が期待される利用者の症状や問題行動とこれらにスタッフが対応するために必要な研修のあり方について考察した。

この結果、現状ではアウトリーチ支援における CBT の実施が多くないことが明らかとなる一方、今後ニーズのありそうな利用者の症状や問題として「幻聴をはじめとする精神症状の改善」などと並び「不安が中核と問題行動の改善」や「『考え方』の偏りに関する支援」が挙げられ、地域生活支援の場でも CBT のニーズの高ことが示唆された。

研修内容について本研究では地域生活支援の実践者と CBT 支援の経験がある分担研究者が話し合い、8つの支援要素を抽出した上で研修資料を作成した。研修実施後の参加者の評価としては、地域生活支援のニーズに即した内容であったためか「理解度」については高評価であった一方、多くの支援要素で実施や伝達についての自己効力感が理解度に比べて有意に低く「実施や伝達については自信がない」と考えていることが示唆された。来年度以降はアンケートの自由記述欄にもあった内容を絞ってゆっくり教えてほしい、といった感想も踏まえ、研修内容を組み立てる予定である。

A . 研究の背景と目的

平成26年4月の診療報酬改定は精神科における訪問（アウトリーチ）支援にとっては大きな転換点となった。精神科重症患者早期集中支援管理料や精神科訪問看護における精神

科複数回訪問加算の新設など、入院を前提としない精神科医療が理念だけでなく国の制度として具現化されつつある。医療、福祉の領域ともにアウトリーチ活動を行うためのシステム作りが進んでくる中で、次に検討課題と

して挙げられるのはアウトリーチ活動の場でのような支援を実施するのか、またそのためにアウトリーチ活動を行うスタッフにどのようなスキルが求められるのか、という点である。

三品(2009)は、優れた臨床アウトカムを示す英国バーミンガムの ACT チームにグループインタビューを行い、地域生活支援において支援者に必要なスキルについて検討を行っており、認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy: 以下 CBT)を実施することの必要性に言及している¹⁾。

Pinninti ら(2010)は ACT チームのスタッフに対して 6 か月 1 クール、合計 3 クールの CBT トレーニングを行った。この結果、CBT テクニックを使った支援数が時間経過とともに増加したことや、チームスタッフがクライアントの持つ問題についての理解、支援に対する自信、介入の質の改善を報告したことを明らかにしている²⁾。同研究グループは強迫性障害と大うつ病の診断をもつ 64 歳男性に対する ACT における CBT を用いた支援についてケースレポートもまとめている³⁾。これによれば心理士とケースネージャーが 2 人 1 組になって心理士は月 1 回の CBT を、またケースマネージャーは週 1 回の CBT のフォローと関連の支援を 18 か月間実施したところ、被支援者は介入開始当初は外出もできない状態だったが、CBT 最終時にはセルフケアと社会的機能が向上していた。心理士とケースマネージャーの役割分担の内容を表 1 に示す。さらに Turkington ら(2006)⁴⁾は 10 日間ほどの CBT の研修とその後の継続的なスーパーバイズを精神保健ナースに対して実施し、アウトリーチ活動における CBT の RCT デザインによる効果検討を行った。この結果、ベースラインから 12 か月後において対照群と比べて介入群のほうが有意に病識や陰性症状を表す得点が改善し、再発率が低く、再発率については 24 か月後の評価でも同様の結果であ

った⁵⁾。

以上の検討から今後我が国のアウトリーチ活動においても CBT の実践が望まれる。しかし、我が国のアウトリーチ活動、特に多職種によるアウトリーチ活動は土台となるシステムが制度化されたばかりであり、認知行動療法についてどのようなニーズがあるか明らかではない。

そこで本研究では、アウトリーチチームの中でも、フィデリティが定められていることから支援内容が比較的統一されている Assertive Community Treatment (ACT)を実施するチームを中心に 1)チームにおける CBT のニーズを把握すること、2)CBT のニーズがあった場合、望ましい研究内容を検討する事、3)対照群を設定したデザインによって、アウトリーチチームにおける CBT の効果検討を実施すること、の 3 点を目的とする。

B . 方法

今年度は初年度であるため、下記の方法を用いてにチームにおける CBT ニーズの把握を活動の重点に置いた。

分担研究者の同所属のアウトリーチチームスタッフ(1 回)、およびアウトリーチチームと同様に地域において精神障害をもつ人の生活支援、就労支援に従事する地域支援機関スタッフ(全 6 回)とともに CBT に関する勉強会を実施し、心理職を対象としたオフィススペースで実施するための CBT 研修資料について改訂のための意見交換を行った。得られた意見を取り入れた上で研修資料を作成した(資料 1)。

その上で、全国の ACT チームで活動するスタッフが一同に会する第 6 回 ACT 全国ネットワーク研修福岡大会(2014 年 11 月 8-9 日)において「アウトリーチでできる認知行動療法」と題する研修会を実施し、CBT 実施に関する現状や今後の希望、研修の理解度等についてアンケートを実施した(資料 2)。

C. 結果 / 進捗

研修に参加したものの35名のうち、24名から回答を得た(回答率68%)。回答者の属性を表1に示す。

所属している機関におけるCBTの実施について尋ねたところ、実施4名、未実施18名、不明2名であった。未実施と回答したものにその理由を複数回答可として尋ねたところ、「チーム内に実施できるスタッフがいない」(12名)がもっとも多く、「(自分は関心があるが)チーム全体における関心が薄い」(5名)、「実施できるスタッフはいるが、訪問での利用が難しい」(2名)、との回答があった一方で「ニーズのあるケースが少ない」を選択したものは0名であった。

次に今後CBT支援のニーズがありそうな利用者の症状や行動について複数回答可として尋ねると「不安が中核と問題行動の改善」(16名)、「『考え方』の偏りに関する支援」(13名)、「幻聴をはじめとする精神症状の改善」(10名)などの選択肢を多くの回答者が選択していた。選択した回答者がもっとも少なかったのは「違法薬物やアルコールへの対処」(3名)であった。

最後に研修参加後に、回答者自身の研修の「理解度」、今後回答者自身がアウトリーチ支援の際に研修内容で取り上げたCBT的な技法を実施できそうかを意味する「実施に対する自己効力感」、研修に参加しなかったスタッフへ伝達できそうかを意味する「伝達に対する自己効力感」の3点について回答を求め、支援要素ごとに上記の3項目の間に差があるかどうか検討を行った。

CBTにはさまざまな支援技法が包含されているが⁶⁾、当然のことながら、そのすべてについて研修で触れることは不可能である。そこで今回の研修では、先述のように地域におけるアウトリーチ活動の利用者にとってニーズのありそうな支援についてあらかじめ地域支援者との勉強会で検討を行い、1)「相談

内容の『構造化』」、2)「認知再体制化の方法(認知療法シートの使い方)」、3)「オペラント条件づけを利用した行動分析(ABC分析用紙の使い方)」、4)「行動分析に基づいた心理教育」、5)「カードテクニク等をつかった支援目標の設定」、6)「スモールステップの原則に基づいた課題設定」、7)「セルフモニタリング」、8)「行動変容のための『強化』」の8つの支援要素を取り上げた。

これらの支援要素について「理解度」「実施に対する自己効力感」「伝達に対する自己効力感」をそれぞれ1点(まったく理解できない、実施できそうにない)~5点(非常によく理解できた、十分実施できそうだ)で評価するよう求め、支援要素ごとに3つの項目を独立変数、評価得点を従属変数として、一元配置分散分析を行った。この結果、1)「相談内容の『構造化』」、2)「認知再体制化の方法(認知療法シートの使い方)」、3)「オペラント条件づけを利用した行動分析(ABC分析用紙の使い方)」、5)「カードテクニク等をつかった支援目標の設定」、6)「スモールステップの原則に基づいた課題設定」、の5支援要素で「理解度」と他の2つの項目の間に有意差があった。また4)「行動分析に基づいた心理教育」と8)「行動変容のための『強化』」では「理解度」と「伝達に対する自己効力感」の間に有意差があった。7)「セルフモニタリング」については3つの項目間に有意差はなかった。

D. 考察

本研究の結果から、下記の点が示唆された。まずACTチームにおけるCBTの実施状況であるが当該の質問に回答のあった22名のうち約82%(18名)が未実施と回答しており、現状ではアウトリーチ支援におけるCBTの実施が多くないことが明らかとなった。ただ、今後ニーズのありそうな利用者の症状や問題では、近年精神保健領域の専門家にACTの支援対象の多くを占める統合失調症に対する

CBTとして良く知られている「幻聴をはじめとする精神症状の改善」だけでなく「不安が中核と問題行動の改善」や「『考え方』の偏りに関する支援」にもニーズがあるとの回答が多かった一方で、「ニーズのあるケースが少ない」を選択したものはおらず地域生活支援の場でもCBTのニーズが強く認識されていることが示唆された。これらの検討から「チーム内に実施できるスタッフがない」ためにCBTが実施できない状況を改善するため、定期的な研修が必要と考えられた。

次に研修内容についてであるが、本来であればフィデリティ尺度やプロトコルなど「これを実施すればCBT」と言える基準に準拠して作成されるべきであるが、現状では支援の対象となる人の疾患や問題行動、またCBT実践家個人の志向性（認知と行動のいずれを重視するか、等）によって多くの「認知行動療法」が存在しており、多くの専門家が支持する基準は定まっていないと思われる。このため、本研究では地域生活支援の実践者とCBT支援の経験がある分担研究者が話し合い、8つの支援要素を抽出した上で研修資料を作成した。これらの支援要素は、近年我が国でも普及しつつある、成人の感情障害や不安障害に対する支援の構成要素を比較すると、行動変容に関する技法が多く含まれていることが特徴と言える。これは、地域生活支援の場では、施設内での支援を比べて「どう考えているか、何を言っているか」が重要であると同時に「何かをできるようになる、もしくは何かをしなくて済むようになる」ことも重視されるためではないかと考えられる⁷⁾。

研修の「理解度」「実施に対する自己効力感」「伝達に対する自己効力感」に関する分析の結果をみると、回答者は「理解はできたが、実施や伝達については自信がない」と考えていることが示唆された。これはアンケートの最後に設けた自由記述欄における「多くの技法について説明されたため、時間がなく咀嚼

できなかった」、「もっと内容を絞ってゆっくり教えてほしい」、「もう一度同じ話が聞きたい」、などの感想とも一致するところである。こうした意見を来年度以降の研修内容に反映させていく予定である。

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，吉田光爾，伊藤順一郎：訪問型精神科医療の今後の展開．精神科，25，649-653，2014．
- 2) 佐藤さやか：地域精神保健-リハビリテーションと生活支援-．臨床心理学，15，49-53，2015．

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

文献

- 1) 三品桂子 (2009). 重い精神障害のある人の地域生活支援における援助者の実践スキル 英国バーミンガムの質的調査結果と結果が示唆すること 精神保健福祉, 40, 341-351.
- 2) Pinninti, N.R., Fisher, J., Thompson, K., & Steer, R. (2010). Feasibility and usefulness of training assertive community treatment team in cognitive behavioral therapy. *Community Mental Health Journal*, 46, 337-41.
- 3) Pinninti, N.R., Schmidt, L.T., & Snyder, R.P. (2014). Case manager as therapy extender for cognitive behavior therapy of serious mental illness: a case report. *Community Mental Health Journal*, 50, 422-426.
- 4) Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J., & Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, 36-40.
- 5) Malik N, Kingdon D, Pelton J, et al. Effectiveness of brief cognitive-behavioral therapy for schizophrenia (ア) delivered by mental health nurses: relapse and recovery at 24 months. *J Clin Psychiatry* 2009; 70: 201.
- 6) Freeman, A., Felgoise, S.H., Nezu, C., Nezu, A.M., and Reinecke, M.A. (ed) (2005) *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. New York: Spinger. (内山喜久雄、大野裕、久保木富房他(監訳)(2010) 認知行動療法事典 日本評論社)
- 7) 佐藤さやか (2015). 地域精神保健・リハビリテーションと生活支援. *臨床心理学*, 15(1), 49-53.

表1 ACT チームにおける CBT 実践時の心理療法士とケースマネージャー の役割分担

介入	心理療法士	ケースマネージャー
ラポール形成	心療療法士自身でも実施	すでにクライアントとのラポールは形成されている
ケースフォーミュレーション	アセスメントとプランニングの実施	心理療法士による見立てを踏まえ、その修正を助けるため、自宅でのクライアントの行動を観察し、情報を提供
心理療法とCBTの概念に関する紹介	心理療法士による指導	クライアントに提供された紙資料をつかった振り返りを含め、心理療法士が(クライアント)に伝えたことを強化
自動思考/中核的な信念の変容	心理療法士による指導	当事者が自動思考を同定し、感情を評価することを助ける
服薬に対するアドヒアランスの改善	アセスメントと服薬に関連する不合理な信念に対する働きかけ	服薬状況の振り返りと服薬不遵守と観察される行動の変化の関係についての教育を実施
外出のための系統的脱感作	クライアントとともに実施する不安階層表の作成と段階的な脱感作	現実の環境下での暴露のすべてのステップに一義的な責任を持ち、必要に応じて心理療法士と情報交換を行う
セルフケアの改善と儀式的な行動の低減	セルフケアに関するプランニングの実施	毎週計画を振り返り、セルフケア行動を妨げる不合理な信念を同定し変化させることを助ける
余暇活動のためのスキルの促進	最近の活動や可能性のリストを振り返り、協働で計画を立てる	計画を実行し、クライアントが活動に対する障壁に対処することを助け、余暇活動に参加することの後押しを行う
家族の不一致への対処	家族のためのセッションをもち、適応的でない家族の反応について話し合いを実施	家族を支え、家族や当事者のための資源について情報を提供する
再発予防	心理療法士による取り組み	連携をはかり、心理療法終了後もクライアントと取り組みを続ける

Pinninti NR5 (2014) を改変

表2 アンケート回答者の属性 (n=24)

	カテゴリ	度数
性別	男性	9
	女性	15
年代	20代	4
	30代	7
	40代	7
	50代	5
	60代	1
職種 ¹⁾	看護師	5
	精神保健福祉士	10
	作業療法士	4
	臨床心理士	1
	資格無 ²⁾	5

1) 精神保健福祉士と臨床心理士を同時に所持しているもの 1 名をダブルカウント

2) 精神保健関係の資格がないものをカウント (秘書検定などは「無」としてカウント)

表3 現在、CBT を実施していない理由

a チーム内で実施できるスタッフがいない	12
b 実施できるスタッフはいるが訪問での利用が難しい	2
c ニーズのあるケースが少ない	0
d (自分は関心があるが) チーム全体における関心が薄い	5
e その他	3

表4 今後 CBT 支援のニーズがありそうな利用者の症状や課題となる行動

「考え方」の偏りに関する支援	13
幻聴をはじめとする精神症状の改善	10
服薬や受診行動の促進、意思決定	8
怒りのコントロール	8
不安が中核となる問題行動の改善	16
(怒りや不安以外の)問題行動の改善(2)	6
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)	7
違法薬物やアルコールへの対処	3

表5 研修参加後の理解度、実施に対する自己効力感、伝達に対する自己効力感

n=21	理解度 (a)		支援での実施 に対する 自己効力感 (b)		チームへの 伝達に対する 自己効力感 (c)		F値	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
相談内容の「構造化」 ¹⁾	4.13	0.76	3.57	0.98	3.43	1.03	8.231	*** a>b,c
認知再体制化の方法 (認知療法シートの使い方)	4.09	0.85	3.55	1.06	3.36	1.00	8.475	*** a>b,c
オペラント条件づけを利用した行動分析 (ABC分析用紙の使い方)	4.17	0.83	3.55	1.01	3.45	1.10	9.000	*** a>b,c
行動分析に基づいた心理教育	3.78	1.00	3.41	1.05	3.27	1.12	5.041	* a>c
カードテクニック等をつかった支援目標の設定	4.17	0.83	3.55	1.06	3.55	1.06	8.072	*** a>b,c
スモールステップの原則に基づいた課題設定	3.83	0.89	3.41	1.01	3.32	0.99	6.424	*** a>b,c
セルフモニタリング ¹⁾	3.78	0.90	3.36	0.95	3.38	1.02	2.577	
行動変容のための「強化」	3.83	0.89	3.41	1.01	3.36	1.09	3.796	* a>c

1) n=20

第 6 回 ACT 全国研修福岡大会

アウトリーチでできる認知行動療法：アンケート

2 日間の受講、おつかれさまでした！
 今後、より良い研修内容を考えていくため、アンケートへのご協力をお願いします。
 ご回答は任意で、お寄せいただきました情報やご意見を研修内容の検討以外の目的に
 利用することはございません。

性別 1.男性 2.女性 年齢 _____ 歳代 _____

-1 (事業所の所属されている方) 事業所のある都道府県: _____

-2 (差支えなければ) 事業所名: _____

お持ちの資格 (複数の資格をお持ちの方は主たる資格 1 つに): _____

a 看護師, b 精神保健福祉士, c 作業療法士, d 医師, e 臨床心理士,

f 社会福祉士, g 第 1 号職場適応援助者,

h その他 (具体的な資格名): _____

現在チームにおいてどなたかが認知行動療法を実施していますか? 1.はい 2.いいえ

-1 (で「はい」に とつけた方のみ) 実施されている方の資格 (複数回答可)

a 看護師, b 精神保健福祉士, c 作業療法士, d 医師, e 臨床心理士, f 社会福祉士

g 第 1 号職場適応援助者, h その他 (具体的な資格名): _____

-2 (で「いいえ」に とつけた方) 実施していない理由 (複数回答可)

a チーム内で実施できるスタッフがない, b 実施できるスタッフはいるが訪問での利用が難しい, c ニーズのあるケースが少ない, d (自分に関心があるが) チーム全体における関心が薄い, e その他 (具体的に記述): _____

-3 現在(a)もしくは今後(b)に認知行動療法を使いたい、と考えているケースのもつ困りごと

(ニーズの高いもの 3 つに優先順位 (1 ~ 3 の数字) を記入)

a.現在、認知行動療法を使っているケースのニーズ (で「はい」に をつけた方のみ)

b.今後、認知行動療法を使いたいケースのニーズ (全員ご記入ください)

支援ニーズ	a	b
「考え方」の偏りに関する支援 (<u>1</u>) (「うつを引き起こすような自罰的な考え」や 「妄想と思われるような他者と共有しづらい考え」など)		
幻聴をはじめとする精神症状の改善		
服薬や受診行動の促進、意思決定		
怒りのコントロール		
不安が中核となる問題行動の改善		
(怒りや不安以外の) 問題行動の改善 (<u>2</u>)		
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)		
違法薬物やアルコールへの対処		
生活の中で目標を見つけるための支援		

アウトリーチでできる認知行動療法

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に関する研究

(独)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 佐藤さやか

今日お話ししたいこと

認知行動療法、その前に・・・
支援の基本は「聞き上手」!

認知行動療法とは？

認知行動療法における・・・

- ・問題の見たて方
- ・最初の支援ターゲットは？
- ・「行動」の理解
- ・問題解決

認知行動療法をアウトリーチ支援に活かす

- ・関わりのコツ

認知行動療法、その前に・・・

「聞き上手」になれていますか？

支援には大きく3つの関わり方がある

技術的支援者

食堂の調理師など、食べたいメニューは相手が知っていて、その実現のために技術を提供する

診断的支援者

医師など、状況の把握を当人に変わって行い、状況に応じた決定も行い物事の円滑な解決を目指す

協働的支援者

状況の整理や混乱した心情の受け入れなど、当人にとって不都合な状況を協働して整理する。当人が解決へのエネルギーを持つ場合は協働する

CBT

ACT

安保寛明:ケアリング哲学に立脚したコンコダンスの向上, 保健の科学, 55(12)837-842, 2013

ーアウトリーチにおける認知行動療法は飛び道具にすぎない

・どんな支援技法も信頼関係ありき
? 信頼関係を築くためには？

- ・「この人といると安心できる(自分を脅かしたりしない)」
- ・「この人とお話をしていて楽しい」
- ・「この人は私のことをわかってくれている」

「聞き上手」はCBTの大前提!

ー「聞き上手」のためのチェックリスト



- ・相手の目を見て話していますか？
- ・相手のほうに身体を向けて話していますか？
- ・うなずきやあいづちなどをつかっていますか？
- ・相手のペースに合わせて話していますか？
- ・話題にあった表情で話していますか？
- ・相手の話を自分の話のバランスがとれていますか？
- ・沈黙を避けずに、相手が話したのを待っていますか？

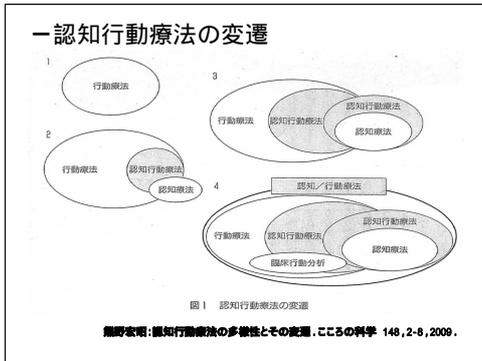
認知行動療法とは？

さまざまな認知行動療法

ー認知行動療法とは？

- ・個人の**行動**と**認知**の問題に焦点を当てている
- ・**行動**, **認知**, **感情**や**情緒**, **身体**, そして**動機づけ**の問題を扱う
- ・**構造化**された治療(支援)法である
- ・**自己理解**に基づく問題解決を志向している
- ・**セルフコントロール**に向けた学習のプロセスである
(坂野, 1995を改変)

うつや不安への支援法として普及・定着し、近年は精神病にも援用されるように



一 認知行動療法と関連の深い支援法

行動療法	認知療法
応用行動分析	Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
弁証法的行動療法	マインドフルネスストレス低減法 / 認知療法
機能分析的的心理療法	メタ認知療法
行動活性化	

・「行動」と「認知」、どちらに焦点を当てるかはケースや状態、状況によって異なる問題や困りごとを**構造化**し「見立てる」ことが重要!

認知行動療法における問題の見たて方

複数ある問題を「**構造化**」する

一 認知行動療法における問題の見たて方

支援をうける人の問題を**構造化**して考える

問題を相互に関係している
「認知」「行動」「感情」「身体」の
4側面に分けて考える

利用者自身にとって自分の状況が理解しやすくなる支援者にとって、利用者と状況が共有しやすくなり、支援の方針が立てやすくなる

一定のレベルの臨床家であれば、だれでも実施できる4側面を個別に考えることで客観的な測定が可能に常に治療効果を検討しながらかかわることができる
=エビデンスに基づいたかかわり

「分けて考える」練習

～うつ病で時短勤務中の石井さんの場合～

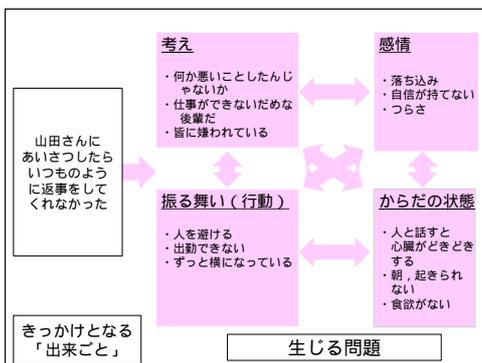
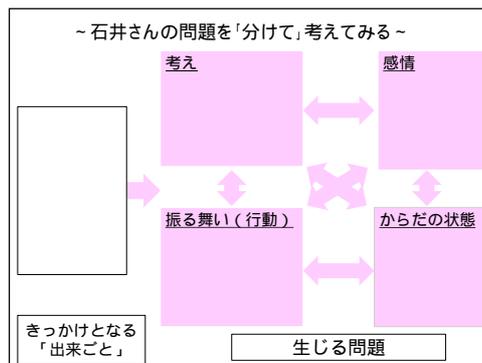
10日くらい前の朝、会社について自分の席に荷物を置いたとき、たまたま先輩の山田さんが通りかかったので「おはようございます」とあいさつしたんです。山田さんはいつもお世話になっている方で女性同士で話も合うし、先月も仕事の後にいっしょに食事に行きました。

山田さんはいつも明るい方で朝も「おはよう!」って返事をしてくれるのに、そのときは難しい顔をしないでただで足早に部屋を出て行ってしまったんです。

私、なにか山田さんに悪いことをしたんじゃないかと思って、どきどきしました。それから何か嫌われるようなことをしたんじゃないかと考え続けていたら、半年前に私が仕事でミスをして、迷惑をかけたことを思い出しました。

あれ以来、本当は山田さんはずっと私を仕事ができないだめな後輩だ、役立たずだと思っていたんじゃないかと思いました。山田さんは仕事もできる職場の人気者なので、山田さんが「石井さんはだめね」と言えばみんなそう思うと思います。そう言えば同じ部署の渡辺さんや伊藤さんも私にはあんまり仕事を頼んで来ないような気がして、自分のやることに自信がもてなくなりました。

今は気持ちが落ちこんで、人と話すや相手に嫌われているような気がして心臓がどきどきするのでもなるべく話さないようにしています。ごはんもあんまり食べていなくて、なにを食べてもつまらないです。最近は朝起きるのがおっくうで仕事を休みがちになってしまいました。今週は結局1日しか出勤できなくて、ずっと部屋で横になっています。



演習1

利用者の問題を構造化してみる

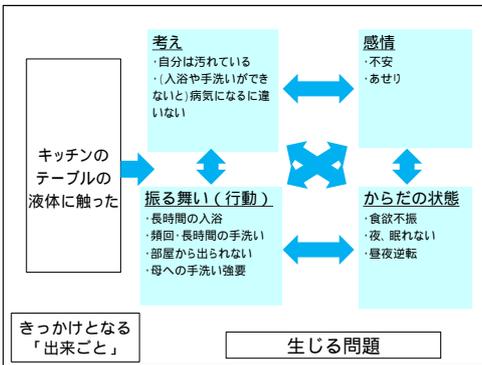
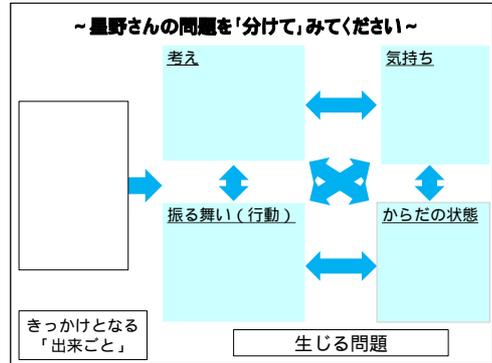
「分けて考える」練習
 ~統合失調症で自宅に引きこもっている鈴木さんの場合~

3か月くらい前なんですけど、台所のテーブルに何か液体のようなものがこぼれていて何気なくさわってしまったんです。その時はそれほど気にならなかったのですが、後からもしがすとさっきの液体は誰かの「つば」ではないか、という気がしてきて、TVでエボラ出血熱のことを見たので、自分が病気に感染してしまうのではないかとすごく不安になりました。

気がなったのですぐに手を洗って、その後にお風呂に入ったのですが、あんまりすっきりしなくて、次の日も起きてからすぐにお風呂に入りました。考えでみるとそれ以来お風呂の時間が長くなっているような気がします。最初は1時間くらいだったんですが、今は3-4時間くらいは入っていますね。お風呂に入れないと「自分は汚れているんじゃないか、病気になるんじゃないか」って考えてしまって、いつもその考えが頭の中にあるような感じがします。お風呂から出た後も1日に10数回、1回30分以上も手を洗うようになりました。トイレの時にたくさんトイレペーパーを使うので1日で2ロールとか使ってしまっ。家族に怒られるからやめたいけどすっきりしないんです。

あとき、私だけでなく家族もみんな液体に触ったかもしれないので、今はお母さんにも手を洗ってもらっています。お母さんも大変そうだけど、みんなが病気になると思うとすごくイライラして焦ります。部屋からでるものもなく不安です。

ここ1か月くらいはごはんも食べたくないし、夜眠れません。昼夜逆転の生活を送っています。



- 「分けて」考える際のポイント

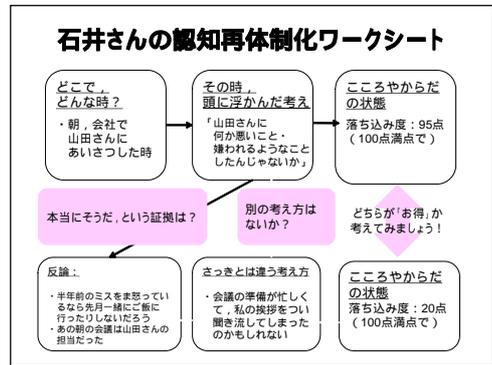
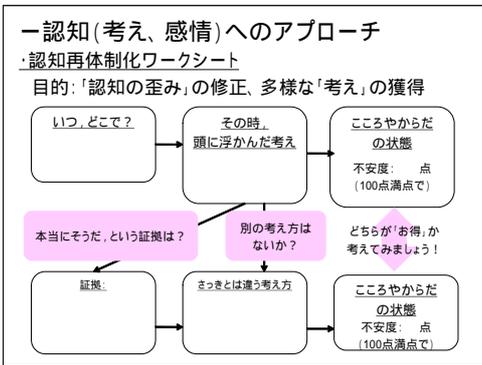
- ◆ 「考え(思考)」と「感情」を区別する
- ・見分けるコツは
 「考え(思考)」は文章やせりふ、「感情」は単語
- ・「考え(思考)」の例
 「またやっちゃった」「俺ってだめだなあ」
 「 なんだから すべき」
- ・「感情」の例
 「怖い」「不安」「いらいら」「ゆううつ」「おっくう」

認知行動療法における最初の支援ターゲットは？

「認知」にアプローチするか
 「行動」にアプローチするか

- 「構造化」した4つの要素に対応する支援法

考え(思考)	「認知的再体制化シート」による ・「認知の歪み」の修正
感情	・認知の変化にともなう感情の変化の確認
振る舞い(行動)	・セルフモニタリングによる 「自分の行動・状態 環境」の相互作用の理解 ・オペラント条件付け(強化)による行動変容
からだの状態	自律訓練法、筋弛緩法、運動療法その他による身体的なリラクゼーションの獲得



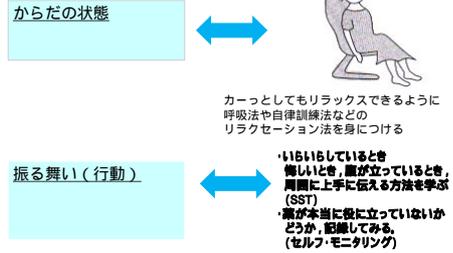
- カラム表(非機能的思考記録表)

- ・ワークシートによる練習で「合理的な思考」の表出に慣れたら、複数の出来事について記録を促す。
- ・多くの場合、次回面接までの宿題とし、面接の中で内容を確認

日付	きっかけとなる出来事	落ち込んだ気分(100満点)	心に浮かんだ考え	別の考え(自分が強くなるような考え)	別の考え(したときの気分(100満点))
月×日	職場の同僚に挨拶をしたが、返事がなかった	85点	休職したせいで、みんなに嫌われているんだ	今日は朝から打ち合わせが煩いで忙しく、そのせいで気がつかないかもしれない	50点

- 「振る舞い(行動)」「からだ」へのアプローチ
目的:セルフ・コントロールの獲得

- ・星野さんを例にとれば...



演習2

認知再体制化シートを使ってみる

アウトリーチ支援では...

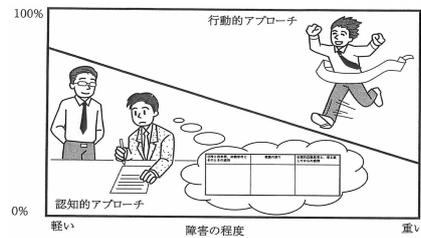


図 4.6 認知的技法と行動的技法 (Freeman, 1989 を改変)
補注: 図解による学習理論と認知行動療法, 増風館, 2008.

- ・まずは生活支援ありき
「こころ」や人格の成熟ももちろん大事!
その人の「生活」が成り立ち、できるだけ充実していることが前提
- ・支援の場もさまざま
面接室での支援と異なり、ツールを使ってじっくり話し合う、という状況はなかなか作りづらいかも...

→ 利用者さん本人にも支援者にも
アセスメントしやすく変化をとらえやすい
「行動」
を最初の支援目標にすることはメリットが多い

認知行動療法における
「行動」の理解

支援目標となる**問題行動**は
どのように起こり、そして**維持されているのか**

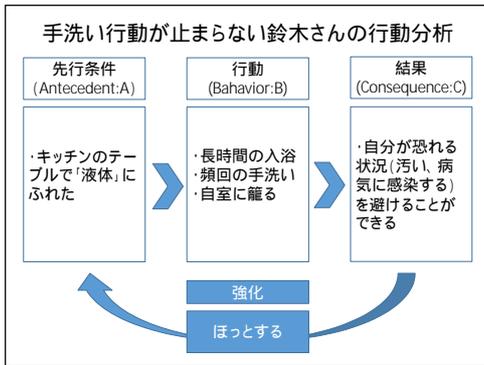
- 2つの条件づけ

- ・古典的条件付け(レスポナント条件付け)
2つの刺激が対呈示(いっしょに呈示)されたときに生じる学習過程
- ・パヴロフ(Pavlov, I.P.)の犬の実験
- ・ワトソン(Watson, J.B.)のアルバート坊やの実験
生命の維持に必要なより基礎的な反応にみられる
- ・道具的条件付け(オペラント条件付け)
「反応がもたらす結果」による学習の過程
- ・釣りやパチンコに行く行動の維持
より高度な行動にあてはまる

随伴性コントロール

行動は、行動に先だって起こる出来事だけではなく、行動を行ったあとに**どのような結果が手に入るか**、によってもコントロールされている
(= 随伴性コントロール)

「どうして問題行動は起こっているのか」と考えるだけではなく
「どうして問題行動は維持されているのか」と考えることで行動変容の糸口がつかめる



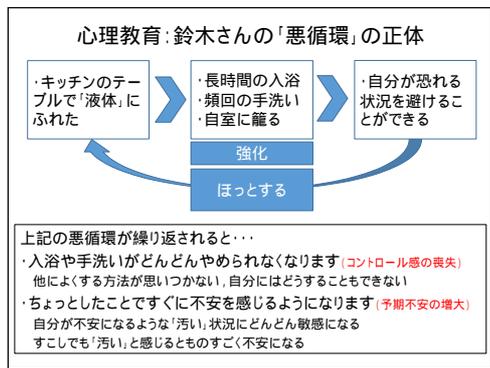
認知行動療法における問題解決

支援目標となる**問題行動**をどのように変容し、改善していくのか？

1. 行動変容のための下準備

- 心理教育
 - 「今、自分はどんな状態なのか」
 - 「その状態は科学的(医学的)にはどのように説明できるか」
 - 「どうすれば問題解決につながるのか」について説明
 - これがないと動機付けが高まらず、主体的な取り組みが引き出せない
- 環境調整
 - 普段の生活で接する周囲の人、特にご家族に病気がサポートの仕方について説明
 - 例: 本人の問題行動に巻き込まれない、つきあわない
 - 家族のサポート(確認につきあわないのは治療に協力するため)についてご本人と共有

これらをあらかじめきちんとしておくことが成功のカギ!



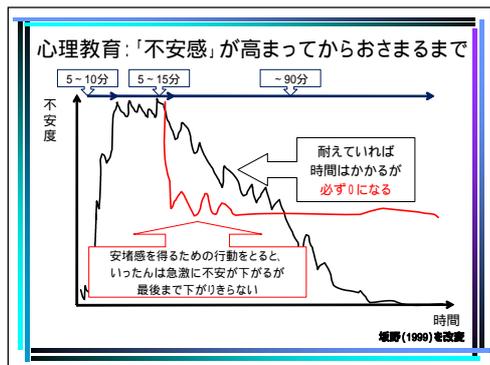
複数ある問題行動の中から最初に取り組む「行動」を決定 ~カードのテクニック~

a. カードに変容したい行動をすべて書き出す

お風呂の時間を短くする	使うトイレペーパーを少なくする	トイレの時間を短くする	手洗いの時間を短くする	部屋から出る
-------------	-----------------	-------------	-------------	--------

b. 書き出したカードを「(行動を変えたときに感じる)不安度の低い」順にならべる

c. (基本的には)「不安度の低い」=変えやすい行動から目標にする



2. 変容したい行動の順番を決める

複数ある問題行動の中からターゲット行動を決定
ターゲット行動を変容させるためのスモールステップを考える
で決めたステップに従って、ひとつずつ実行

「手洗いを短くする」のためのスモールステップを考える

a. いつ、どこで、どんなとき、何回、何分、どんなふうの手を洗ったか利用者さん自身が記録
= セルフ・モニタリングする (= 日記をつける)

b. セルフ・モニタリングの結果をもとに、ご本人と支援者がいっしょにスモールステップを考える
ぜったいに失敗しないような = 確実に実施できるようなステップを考える
= 成功体験をもってもらい、動機付けを高めるため

c. 取り組む課題に点数をつけて並べる
(=不安階層表の作成)

日時	場所	手洗いのきっかけ	不安度(100満点)	手を洗った時間	手の洗い方	そのとき浮かんだ考え
月×日 7:30	家のトイレ	トイレの後	90	35分	せっけんをつけて、左手の親指から順番に指を1本ずつ洗う。右も同じ、これを10回繰り返す。(いつものやり方)	十分に洗えたので、安心。
月×日 10:30	キッチン	テーブルのパン(ず)に触った	40	15分	せっけんをつけて、左手の親指から順番に指を1本ずつ洗う。10回やるはずが、せかされてできなかった。	きまった回数洗えなくてなんとなく落ち着かなかった。病棟に帰ってから、汚いような気がした。
月×日 15:45	クリニックのトイレ	ホールの床がぬれていたら	75	25分	いつものとおり	十分に洗えたので、安心。

a. 鈴木さんのセルフ・モニタリング表

鈴木さんのセルフ・モニタリング表からわかること

手の洗い方に独特のやり方がある
急かされれば途中でやめることができている
今の状態でできていることに対してしっかりとポジティブフィードバックを行うことが重要！

さわった、もしくはさわったと感じたもの、場所によって不安度が違う(トイレ>クリニックの床>キッチンのパン(ず)、それによって手洗いの時間も異なっている
ぬれているもの>乾いたもの、手>足、といった
スモールステップが推測される(b)
独断はNG！必ずご本人に確認、共有を

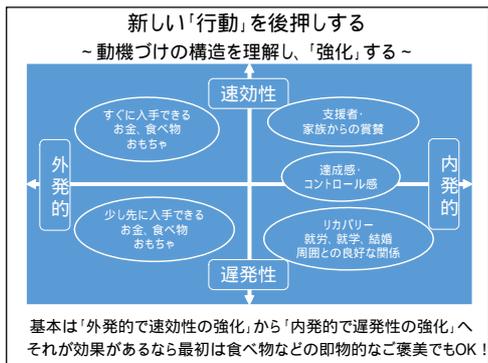
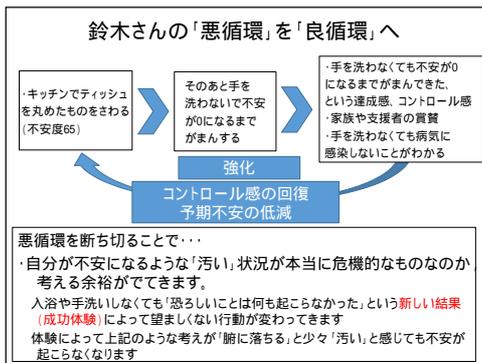
鈴木さんの不安階層表(c)

エクスポージャーを行う内容	不安度
トイレの後、手を洗うとき10回 1回にする	100
キッチンのぬれたテーブルを手でさわって、その後手を洗わない	85
クリニックのホールのぬれた床を足でさわって、その後手を洗わない	70
キッチンでティッシュを丸めたものを触って、その後手を洗わない	65
キッチンでティッシュを丸めたものを触って、その後手を洗うとき10回 1回にする	50
キッチンでパン(ず)を触って、その後手を洗わない	40
キッチンでパン(ず)を触って、その後手を洗うとき10回 1回にする	30
キッチンでパン(ず)を触って、その後手を洗うとき10回 5回にする	20
トイレの後に手を洗わない状態をイメージする	10

不安階層表に沿った行動変容の実施
エクスポージャー法の導入

・エクスポージャー法とは？
不安感がなくなるまで、不安を引き起こす刺激に身をさらす方法のこと
鈴木さんのケースでいえば、不安を感じなくなるまで「好きなだけ手を洗う」行動をがまんして行わない」という治療法
不安は必ず0になる、という原則を応用している

エクスポージャーはいったん始めたら
その人が安堵感を感じるために行ってきた行動(安全確保行動)を強化しないよう
絶対に途中で止めないことが重要！



新しい「行動」を定着させる

望ましい行動の「強化」

- ・支援目標となっている「行動」が1回起こり、もう一度同じ「行動」を起こしたかったら、もっとも望ましいのは**即時に強化すること**
- ・それは困難な場合には、**定期的に強化すること**

例：個別面接の時間に必ず課題シートを2人でチェックし、目標が達成されていればその結果について、達成されていない場合は課題に取り組んだこと自体を**強化**

- ・支援目標となっている「行動」が起こりやすくなってきたら**間欠強化(ランダムな強化)**で定着をはかる

例：「そういえば前に練習した、最近やっていますか？」
「これからもたまに聞くので、続けてくださいね(ニコ)！」
こうした適切な「強化」のためにも、記録を取ること(セルフモニタリング)はとても有効！

- 行動変容のおさらい

- ・「なぜこの行動が起こったか？」を考えるだけでなく「**なぜこの行動が維持されているのか？**」と考える。このためには「行動分析(行動のABC分析)」が有用！
行動の結果、その人が手に入れているもの(強化子)を見つけ行動の理解や行動変容に利用
- ・行動変容の促進には、**具体的に細かい目標設定**が大事
カードテクニックの利用、**スモールステップの意識づけ**が有用！
- ・行動の後押しのための強化子は時期によって**変化する**
支援の初期には食事やレクリエーションなどの「外発的で即時性の動機づけ」を利用することが有効
- ・行動の定着には「**即時強化**」、「**定期強化**」、「**間欠強化**」
記録を上手に活用して、せっかく起こった「やる気」をキープ

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（東北福祉大学 総合福祉学部）

研究要旨

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ことが明らかにされた。また、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。さらに毎回、研修企画側が重点事項と考えた内容で、より大きな研修効果が見られ、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で、有意義な総合的なカリキュラムの開発が可能になることが示唆された。

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・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に加え、2012年度と2013年度の研修参加者への調査結果を分析し、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に関する提言を行うことを目的とした。

B．研究方法（倫理面への配慮）

1) 方法

2014年度「アウトリーチ研修会」(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。

なお、2012年度と2013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)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、とする。ただしT3に関しては、本研究では2013年度の研修参加者のデータのみを分析対象とし、郵送法で実施した調査の結果は使用していない。

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%)

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)。

3年間の結果を比較するため、ほぼ全ての項目が3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

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、都道府県・政令指定都市担当部署に研修会の案内を送り、参加希望があった者を対象に、2015年1月8～9日に東京で開催された研修の参加者 27 名を対象とした。

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、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。

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。

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。2013年度の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. 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%）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 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」が最も多く 11 名 (40.7%)、ついで、「5 年～9 年」が 7 名 (25.9%) であった。

アウトリーチ経験年数については、5 年未満が 16 人 (59.3%) と最も多かった。

職種については、精神保健福祉士と看護師が最も多く 10 名 (37.0%) で、ついで、作業療法士と医師がそれぞれ 2 名 (7.4%) 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」「リカバリー」「多職種アプローチ」「危機介入と倫理」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、T5、T6 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、これも過去 2 年と同様の結果であった。

重要度に関して、T5 と T6 の結果を比較したところ、「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」の項目で T6 での得点が T5 より有意に高かった (表 14 参照)。

実践度については、「リカバリー」「尊重すること」「ケアマネ適用」などの項目で T6 での得点が有意に T5 より高かった (表 15 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「リカバリーのプロセスは、希望を必要とする」の項目で、T6 での得点が有意に T5 より高かった (表 16 参照)。

3) 経験年数による比較

臨床経験年数とアウトリーチ経験年数、それぞれ中央値で 2 群を作り、それぞれの 2 群

で、研修前後の重要度・実践度を比較した結果を表 23～34 に示す。

研修前調査に関しては、アウトリーチ経験年数が長い群で、「エンゲージメント」「インフォーマル」「クライシス」「危機介入と倫理」の実践度が有意に高かった (表 24)。

一方、研修後調査に関しては、臨床経験年数が長い群で、「アセスメント」「ケアプラン」「ケアマネ適用」「心理教育」「インフォーマル」の重要度が有意に高かった (表 32)。

4) 3 年間の各研修の比較

2012 年度、2013 年度、2014 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) 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。

同様に、実践度についても得点の前後差とその順位を表 21 と 22 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、「アセスメント」や「多職種」「インフォーマル」が上位に入り、「危機介入」がテーマの 2013 年では、「リカバリー」「ストレングスと危機介入」などが上位であった。ロールプレイを行なった 2014 年では、「リカバリー」や「尊重すること」が上位に位置する結果となった。

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25.9%と、5割を超えていた2012年度や5割に近かった2013年度に比べ低く、過去2年に比べて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。

一方、年齢に関しては、39歳以下がほぼ半数を占め、過去2年と同様、比較的若い世代の参加者が中心であったといえよう。

職種としては、精神保健福祉士と看護師が参加者の最も多くを占め、それぞれ37%であった。

2) 研修効果について

T5、T6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、T6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T5より増加、もしくは同水準で、得点が低下した項目はなかった。

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（「重い症状や障害があってもリカバリーできる」と「リカバリーのプロセスは、希望を必要とする」）で有意に研修後の値が高くなっていた。

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。

3) 経験年数による比較

重要度でも実践度でも、臨床経験の長い参加者で、点数が高い傾向が見られた。臨床経験を積み重ねた結果、それぞれの研修要素の重要性に関する認識が高まり、また、実践に関する自信を持つようになったと考えることができるだろう。一方、「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、臨床経験年数の短い群で得点が有意に高かった。臨床経験の浅さに由来する理想主義的な態度と解釈することもできるが、比較的新しい概念である「リカバリー」の意味付けや定義が臨床経験の長い層で異なるという解釈もできるかもしれない。本研究の結果のみから考察を深めることは困難であり、今後の研究でのより詳細な分析が期待される。

また、研修前は、アウトリーチ経験の長い群で実践度が高く（重要度では差がなく、臨床経験の2群比較で差がない）、研修後は、臨床経験の長い群で重要度が高い（実践度では差がなく、アウトリーチ経験の2群比較で差がない）という傾向が見られた。この結果は、経験年数によって研修の効果が異なることを示唆しており、さらに、臨床経験年数による差と、アウトリーチ経験年数による差、それぞれの差が同質でないことを示唆している。つまり、臨床経験年数とアウトリーチ経験年数は、同一視すべき事柄ではなく、それぞれに異なった経験であることが示唆され、このことを研修のデザイン時に配慮する必要性が示されたと考えられるであろう。

4) 3年間の各研修の比較

3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。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2年の調査結果でも、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。

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で、有意義な総合的なカリキュラムと位置づけることができると考えられる。

グループワークや事例検討、ロールプレイをとり入れた研修は、短時間の研修でも、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・マップに類するものを作成することが肝要と思われる。

5) 本研究の限界

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、3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。

さらに、2013年度調査では、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可能性があることを示唆する結果が得られている。

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ことで、有意義な総合的なカリキュラムの作成が可能になることが示された。

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、より良い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・サービスを効果的に機能させるために必要である。

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	14	51.9
女性	13	48.1
合計	27	100.0

表 4 年齢層

	N	%
20～29歳	3	11.1
30歳～39歳	13	48.1
40歳～49歳	6	22.2
50歳～59歳	4	14.8
60歳～69歳	1	3.7
合計	27	100.0

表 5 精神科臨床経験年数

	N	%
5年～9年	7	25.9
10年～14年	11	40.7
15年～19年	1	3.7
20年～24年	2	7.4
25年～29年	3	11.1
30年～34年	1	3.7
欠損値	2	7.4
合計	27	100.0

表 6 アウトリーチ経験年数

	N	%
5年未満	16	59.3
5年～9年	9	33.3
10年～14年	1	3.7
欠損値	1	3.7
合計	27	100.0

表 7 職種

	N	%
精神保健福祉士	10	37.0
作業療法士	2	7.4
相談支援専門員	1	3.7
看護師	10	37.0
医師	2	7.4
作業療法士	1	3.7
保健師	1	3.7
合計	27	100.0

表 8 T5 時点での重要度

	平均値	SD	N	最小値	最大値
リハビリ	9.19	1.039	27	7	10
尊重すること	9.07	1.517	27	3	10
エンゲージメント	9.41	.844	27	8	10
アセスメント	9.15	1.027	27	7	10
ケアプラン	8.74	1.059	27	6	10
ケアマネ適用	8.67	1.038	27	6	10
心理教育	8.56	1.121	27	7	10
多職種	9.19	1.075	27	6	10
インフォーマル	8.15	1.322	27	5	10
連携	8.81	1.272	27	5	10
クライシス	9.15	.989	27	7	10
危機介入と倫理	9.19	1.039	27	7	10
ストレングスと危機介入	8.70	1.137	27	6	10

表 9 T5 時点での実践度

	平均値	SD	N	最小値	最大値
リハビリ	5.67	2.057	27	3	10
尊重すること	6.44	2.207	27	0	10
エンゲージメント	5.59	2.117	27	0	9
アセスメント	5.33	2.130	27	0	9
ケアプラン	4.41	2.171	27	0	9
ケアマネ適用	4.33	2.320	27	0	8
心理教育	4.37	2.256	27	0	10
多職種	5.56	2.926	27	0	10
インフォーマル	4.33	2.304	27	0	10
連携	5.70	2.853	27	0	10
クライシス	5.74	2.551	27	0	10
危機介入と倫理	5.89	1.987	27	1	10
ストレングスと危機介入	5.37	2.323	27	1	10

表 10 T5 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	4.33	.734	27	3	5
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.52	.580	27	3	5
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.33	.734	27	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	4.48	.700	27	3	5
私は、利用者の可能性を信じている	4.67	.555	27	3	5

表 11 T6 時点での重要度

	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	9.54	.811	26	8	10
尊重すること	9.42	.857	26	8	10
エンゲージメント	9.46	.811	26	8	10
アセスメント	9.38	1.169	26	5	10
ケアプラン	9.19	1.266	26	5	10
ケアマネ適用	9.19	1.201	26	5	10
心理教育	9.12	1.243	26	5	10
多職種	9.27	.919	26	8	10
インフォーマル	9.08	.977	26	7	10
連携	9.04	1.113	26	7	10
クライシス	9.19	.939	26	8	10
危機介入と倫理	9.12	1.211	26	5	10
ストレングスと危機介入	9.23	.992	26	7	10

表 12 T6 時点での実践度

	平均値	SD	N	最小値	最大値
リカバリー	6.84	1.951	25	2	10
尊重すること	7.40	1.607	25	4	10
エンゲージメント	6.20	2.398	25	1	10
アセスメント	5.72	1.768	25	2	8
ケアプラン	5.08	1.824	25	2	9
ケアマネ適用	5.28	1.792	25	2	9
心理教育	5.16	1.993	25	2	10
多職種	6.04	2.458	24	0	10
インフォーマル	5.24	2.146	25	1	9
連携	5.84	2.392	25	2	10
クライシス	5.84	1.864	25	3	9
危機介入と倫理	6.00	2.021	25	2	10
ストレングスと危機介入	5.84	2.154	25	3	10

表 13 T6 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	4.64	.490	25	4	5
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.72	.542	25	3	5
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.48	.586	25	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	4.48	.586	25	3	5
私は、利用者の可能性を信じている	4.76	.436	25	4	5

表 14 重要度の比較 (T5 vs T6)

	研修前		研修後		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	9.23	1.03	9.54	.81	-1.44	.161
尊重すること	9.12	1.53	9.42	.86	-1.28	.212
エンゲージメント	9.46	.81	9.46	.81	0.00	1.000
アセスメント	9.19	1.02	9.38	1.17	-0.93	.363
ケアプラン	8.77	1.07	9.19	1.27	-1.84	.078
ケアマネ適用	8.69	1.05	9.19	1.20	-2.11	.045
心理教育	8.58	1.14	9.12	1.24	-2.57	.016
多職種	9.23	1.07	9.27	.92	-0.18	.857
インフォーマル	8.23	1.27	9.08	.98	-4.12	.000
連携	8.85	1.29	9.04	1.11	-0.74	.467
クライシス	9.19	.98	9.19	.94	0.00	1.000
危機介入と倫理	9.23	1.03	9.12	1.21	0.50	.622
ストレングスと危機介入	8.73	1.15	9.23	.99	-2.48	.020

表 15 実践度の比較 (T5 vs T6)

	研修前		研修後		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	5.60	1.87	6.84	1.95	-3.427	.002
尊重すること	6.68	1.86	7.40	1.61	-2.518	.019
エンゲージメント	5.92	1.78	6.20	2.40	-.781	.442
アセスメント	5.56	1.92	5.72	1.77	-.582	.566
ケアプラン	4.56	2.06	5.08	1.82	-2.177	.040
ケアマネ適用	4.52	2.24	5.28	1.79	-2.520	.019
心理教育	4.56	2.16	5.16	1.99	-2.078	.049
多職種	6.00	2.73	6.04	2.46	-.109	.914
インフォーマル	4.56	2.20	5.24	2.15	-2.418	.024
連携	5.64	2.78	5.84	2.39	-.667	.511
クライシス	5.92	2.36	5.84	1.86	.245	.808
危機介入と倫理	5.76	1.88	6.00	2.02	-.639	.529
ストレングスと危機介入	5.24	2.20	5.84	2.15	-1.342	.192

表 16 リカバリーに関する態度の比較 (T5 vs T6)

	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	4.32	.75	4.64	.49	-2.874	.008
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.48	.59	4.72	.54	-2.009	.056
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.36	.76	4.48	.59	-1.141	.265
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	4.48	.71	4.48	.59	.000	1.000
私は、利用者の可能性を信じている	4.64	.57	4.76	.44	-1.365	.185

表 17 T5 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	9.19	1.04	5.67	2.06	8.347	.000
尊重すること	9.07	1.52	6.44	2.21	6.822	.000
エンゲージメント	9.41	.84	5.59	2.12	9.723	.000
アセスメント	9.15	1.03	5.33	2.13	9.148	.000
ケアプラン	8.74	1.06	4.41	2.17	11.258	.000
ケアマネ適用	8.67	1.04	4.33	2.32	8.704	.000
心理教育	8.56	1.12	4.37	2.26	10.119	.000
多職種	9.19	1.08	5.56	2.93	7.457	.000
インフォーマル	8.15	1.32	4.33	2.30	11.295	.000
連携	8.81	1.27	5.70	2.85	6.671	.000
クライシス	9.15	.99	5.74	2.55	7.902	.000
危機介入と倫理	9.19	1.04	5.89	1.99	7.985	.000
ストレングスと危機介入	8.70	1.14	5.37	2.32	7.687	.000

表 18 T6 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	9.52	.82	6.84	1.95	7.460	.000
尊重すること	9.40	.87	7.40	1.61	6.547	.000
エンゲージメント	9.44	.82	6.20	2.40	7.169	.000
アセスメント	9.36	1.19	5.72	1.77	9.518	.000
ケアプラン	9.16	1.28	5.08	1.82	9.903	.000
ケアマネ適用	9.16	1.21	5.28	1.79	9.381	.000
心理教育	9.08	1.26	5.16	1.99	8.845	.000
多職種	9.25	.94	6.04	2.46	6.372	.000
インフォーマル	9.08	1.00	5.24	2.15	8.469	.000
連携	9.04	1.14	5.84	2.39	6.771	.000
クライシス	9.16	.94	5.84	1.86	9.622	.000
危機介入と倫理	9.12	1.24	6.00	2.02	8.027	.000
ストレングスと危機介入	9.20	1.00	5.84	2.15	8.993	.000

表 19 重要度得点の前後差

	差（後-前）の平均値		
	2012 (N=55)	2013 (N=44)	2014 (N=26)
リカバリー	.82	.55	.31
尊重すること	.38	.52	.31
エンゲージメント	.15	.18	.00
アセスメント	.31	.23	.19
ケアプラン	.71	.32	.42
ケアマネ適用	.64	.32	.50
心理教育	.64	.61	.54
多職種	.16	.43	.04
インフォーマル	.62	.32	.85
連携	.49	.48	.19
クライシス	.36	.27	.00
危機介入と倫理	-	.25	-.12
ストレングスと危機介入	-	.57	.50

表 20 重要度得点の前後差の順位

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

下線は、ランキング3位以内

表 21 実践度得点の前後差

	差（後-前）の平均値		
	2012 (N=55)	2013 (N=44)	2014 (N=26)
リカバリー	.44	.98	1.24
尊重すること	.24	.33	.72
エンゲージメント	.33	-.05	.28
アセスメント	.56	.10	.16
ケアプラン	.33	.48	.52
ケアマネ適用	.54	.24	.76
心理教育	.54	.55	.60
多職種	.70	.48	.04
インフォーマル	.56	.29	.68
連携	-.15	.14	.20
クライシス	.17	.29	-.08
危機介入と倫理	-	.45	.24
ストレングスと危機介入	-	.86	.60

表 22 実践度得点の前後差の順位

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

下線は、ランキング3位以内

表 23 アウトリーチ経験年数での重要度の比較 (T5 時点)

	5年以上 (N=10)		5年未満 (N=16)		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	9.20	1.23	9.25	.93	-0.12	.907
尊重すること	8.70	2.21	9.38	.89	-1.10	.283
エンゲージメント	9.60	.70	9.38	.89	0.68	.503
アセスメント	9.00	1.16	9.31	.95	-0.75	.459
ケアプラン	8.40	1.17	9.00	.97	-1.42	.169
ケアマネ適用	8.20	1.03	9.00	.97	-2.00	.057
心理教育	8.90	1.10	8.38	1.15	1.15	.260
多職種	9.50	.71	9.06	1.24	1.02	.320
インフォーマル	8.50	1.51	8.06	1.12	0.85	.406
連携	9.20	1.03	8.63	1.41	1.11	.276
クライシス	9.60	.70	8.94	1.06	1.74	.094
危機介入と倫理	9.60	.84	9.00	1.10	1.48	.153
ストレングスと危機介入	8.90	1.45	8.63	.96	0.59	.564

表 24 アウトリーチ経験年数での実践度の比較 (T5 時点)

	5年以上 (N=10)		5年未満 (N=16)		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	6.00	1.83	5.19	1.94	1.062	.299
尊重すること	7.40	1.84	6.25	1.73	1.610	.121
エンゲージメント	7.00	1.16	5.06	1.81	3.016	.006 *
アセスメント	5.90	2.33	5.31	1.58	.768	.450
ケアプラン	4.30	2.26	4.75	1.92	-.544	.592
ケアマネ適用	4.80	2.49	4.31	2.06	.543	.592
心理教育	5.50	2.42	3.94	1.73	1.924	.066
多職種	7.00	2.45	5.00	2.73	1.886	.071
インフォーマル	5.70	2.26	3.75	1.81	2.430	.023 *
連携	6.60	2.55	4.88	2.78	1.589	.125
クライシス	7.20	2.04	5.19	2.20	2.332	.028 *
危機介入と倫理	6.90	1.60	5.00	1.63	2.911	.008 *
ストレングスと危機介入	6.20	2.35	4.56	1.86	1.975	.060

表 25 アウトリーチ経験年数でのリカバリーに関する態度の比較 (T5 時点)

	5年以上 (N=10)		5年未満 (N=16)		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	4.50	.53	4.19	.83	1.056	.302
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.50	.53	4.50	.63	.000	1.000
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.50	.53	4.25	.86	.827	.416
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	4.50	.71	4.44	.73	.215	.831
私は、利用者の可能性を信じている	4.60	.70	4.69	.48	-.380	.707

表 26 臨床経験年数での重要度の比較 (T5 時点)

	10年以上 (N=18)		10年未満 (N=7)		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	9.11	1.02	9.14	1.22	-0.07	.948
尊重すること	9.00	1.75	9.29	.95	-0.41	.689
エンゲージメント	9.44	.86	9.14	.90	0.78	.443
アセスメント	9.17	.99	9.14	1.22	0.05	.960
ケアプラン	8.89	.96	8.29	1.25	1.29	.209
ケアマネ適用	8.78	.94	8.29	1.25	1.07	.296
心理教育	8.61	1.04	8.00	1.16	1.28	.212
多職種	9.17	.92	9.14	1.57	0.05	.963
インフォーマル	8.33	.97	7.43	1.90	1.59	.126
連携	8.83	1.04	8.43	1.81	0.71	.488
クライシス	9.06	1.06	9.14	.90	-0.19	.849
危機介入と倫理	9.06	1.11	9.29	.95	-0.48	.634
ストレングスと危機介入	8.72	1.13	8.43	1.27	0.57	.578

表 27 臨床経験年数での実践度の比較 (T5 時点)

	10年以上 (N=18)		10年未満 (N=7)		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	5.61	2.30	5.86	1.77	-.254	.802
尊重すること	6.39	2.40	6.57	1.99	-.178	.860
エンゲージメント	5.78	2.29	5.00	1.92	.794	.435
アセスメント	5.39	2.38	5.00	1.73	.392	.699
ケアプラン	4.67	2.28	3.71	1.70	.999	.328
ケアマネ適用	4.61	2.57	3.57	1.27	1.013	.321
心理教育	4.33	2.47	4.14	1.86	.184	.856
多職種	5.94	3.33	5.00	1.92	.700	.491
インフォーマル	4.56	2.48	3.71	2.22	.783	.442
連携	5.61	3.26	5.71	2.22	-.077	.940
クライシス	5.67	3.07	5.71	1.11	-.040	.969
危機介入と倫理	5.94	2.29	5.71	1.38	.247	.807
ストレングスと危機介入	5.61	2.64	4.71	1.50	.841	.409

表 28 臨床経験年数でのリカバリーに関する態度の比較 (T5 時点)

	10年以上 (N=18)		10年未満 (N=7)		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	4.28	.75	4.71	.49	-1.414	.171
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.50	.62	4.71	.49	-.819	.421
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.28	.83	4.57	.54	-.866	.395
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	4.44	.78	4.71	.49	-.843	.408
私は、利用者の可能性を信じている	4.61	.61	4.86	.38	-.992	.332

表 29 アウトリーチ経験年数での重要度の比較 (T6 時点)

	5年以上 (N=10)		5年未満 (N=16)		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	9.60	.70	9.50	.89	0.30	.767
尊重すること	9.50	.85	9.38	.89	0.36	.725
エンゲージメント	9.70	.48	9.31	.95	1.20	.244
アセスメント	9.50	.71	9.31	1.40	0.39	.699
ケアプラン	9.20	1.03	9.19	1.42	0.02	.981
ケアマネ適用	9.30	.82	9.13	1.41	0.36	.726
心理教育	9.40	1.08	8.94	1.34	0.92	.367
多職種	9.40	.84	9.19	.98	0.57	.577
インフォーマル	9.10	1.10	9.06	.93	0.09	.926
連携	9.10	1.20	9.00	1.10	0.22	.829
クライシス	9.50	.85	9.00	.97	1.34	.192
危機介入と倫理	9.50	.85	8.88	1.36	1.30	.207
ストレングスと危機介入	9.30	1.06	9.19	.98	0.28	.785

表 30 アウトリーチ経験年数での実践度の比較 (T6 時点)

	5年以上 (N=10)		5年未満 (N=16)		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	7.20	1.81	6.60	2.06	.746	.463
尊重すること	7.80	1.23	7.13	1.81	1.017	.320
エンゲージメント	7.30	1.16	5.47	2.75	1.984	.059
アセスメント	6.10	1.85	5.47	1.73	.873	.392
ケアプラン	4.90	1.91	5.20	1.82	-.396	.696
ケアマネ適用	5.30	1.64	5.27	1.94	.045	.965
心理教育	6.30	1.83	4.40	1.77	2.600	.016 *
多職種	6.70	1.95	5.57	2.74	1.115	.277
インフォーマル	5.80	1.87	4.87	2.30	1.068	.296
連携	6.50	2.27	5.40	2.44	1.133	.269
クライシス	6.70	1.57	5.27	1.87	1.998	.058
危機介入と倫理	6.70	1.95	5.53	2.00	1.446	.162
ストレングスと危機介入	6.80	1.99	5.20	2.08	1.918	.068

表 31 アウトリーチ経験年数でのリカバリーに関する態度の比較 (T6 時点)

	5年以上 (N=10)		5年未満 (N=16)		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	4.67	.50	4.63	.50	.200	.843
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.56	.73	4.81	.40	-1.146	.264
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.56	.53	4.44	.63	.476	.639
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	4.44	.53	4.50	.63	-.223	.826
私は、利用者の可能性を信じている	4.78	.44	4.75	.45	.150	.882

表 32 臨床経験年数での重要度の比較 (T6 時点)

	10年以上 (N=18)		10年未満 (N=7)		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	9.59	.80	9.29	.95	0.80	.431
尊重すること	9.47	.87	9.14	.90	0.83	.417
エンゲージメント	9.65	.70	9.00	1.00	1.81	.083
アセスメント	9.71	.69	8.57	1.81	2.27	.033 *
ケアプラン	9.59	.80	8.14	1.77	2.80	.010 *
ケアマネ適用	9.53	.80	8.29	1.70	2.47	.022 *
心理教育	9.47	.80	8.00	1.63	3.00	.007 *
多職種	9.29	.92	9.14	1.07	0.35	.730
インフォーマル	9.29	.92	8.57	.98	1.72	.099
連携	9.24	.97	8.71	1.25	1.10	.283
クライシス	9.18	1.02	9.14	.90	0.08	.940
危機介入と倫理	9.24	.90	8.57	1.81	1.21	.239
ストレングスと危機介入	9.41	.87	8.71	1.25	1.57	.131

表 33 臨床経験年数での実践度の比較 (T6 時点)

	10年以上 (N=18)		10年未満 (N=7)		t 値	p
	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリー	7.13	2.00	6.00	2.00	1.243	.228
尊重すること	7.44	1.71	7.00	1.53	.581	.567
エンゲージメント	6.44	2.39	5.29	2.63	1.032	.314
アセスメント	6.06	1.98	5.00	1.29	1.294	.210
ケアプラン	5.63	1.86	3.86	1.35	2.259	.035 *
ケアマネ適用	5.75	1.95	4.29	1.11	1.845	.079
心理教育	5.06	2.21	5.14	1.77	-.085	.933
多職種	6.27	2.79	5.57	1.81	.599	.556
インフォーマル	5.31	2.27	4.71	2.14	.591	.561
連携	5.94	2.74	5.43	1.90	.444	.662
クライシス	5.81	2.11	6.00	1.41	-.214	.833
危機介入と倫理	6.06	2.27	6.00	1.63	.066	.948
ストレングスと危機介入	6.19	2.20	5.14	2.19	1.050	.306

表 34 臨床経験年数でのリカバリーに関する態度の比較 (T6 時点)

	10年以上 (N=18)		10年未満 (N=7)		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	4.53	.51	5.00	.00	-2.207	.039 *
リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.65	.61	4.83	.41	-.694	.495
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.47	.62	4.67	.52	-.688	.499
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	4.53	.62	4.50	.55	.102	.920
私は、利用者の可能性を信じている	4.71	.47	5.00	.00	-1.511	.146

研修会の概要（平成 26 年度）

場所：(独)国立精神・神経医療研究センター セミナールーム（東京）

日時：2015 年 1 月 8～9 日

参加者：27 名

スケジュール：

1 月 8 日 金曜日

9:00- 受付
9:30-9:45 開会式・事前アンケート調査
9:45-10:10 『アウトリーチ関連の事業と終了後のその後の動向』
10:10-10:35 講義 『海外アウトリーチの実践から学ぶ』
10:35-11:00 講話 『トピックスを実践に活かす：オープン・ダイアログ』
11:00-12:30 事例検討 『アウトリーチの事例を深める』
12:30-13:30 昼食
13:30-15:00 研修ニーズのグループワーク
15:15-17:00 事例を用いた場面ロールプレイ
18:00-20:00 懇親会

1 月 9 日 金曜日

9:30- 9:55 基調講演 『あらためて、地域で支えるということ』
10:00-10:25 講話 『トピックスを実践に活かす：アウトリーチと認知行動療法』
10:40-12:30 参加者の事例におけるロールプレイ
12:30-13:30 昼食
13:30-14:30 グループワーク(テーマ:「私の夢を語る」)
14:40-15:00 クロージング

『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甚です。

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 27 年 1 月 8 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	実践度
		アウトリーチにおいて どの程度重要か	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/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すること	_____ 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)	_____ 点/10 点	_____ 点/10 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、初期プランについても理解する)	_____ 点/10 点	_____ 点/10 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(ケア会議やサービスを振り返るためのモニタリングも行う)	_____ 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/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。

	大いに 思う	思う くらい	そう 思う	どちらとも いえない	あまり 思う ない	全く 思 わ な い
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。

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¹⁾

研究協力者：伊東美緒²⁾，盛真知子¹⁾，森谷香子¹⁾，林 紗美¹⁾，原 寿夫³⁾，宗形初枝³⁾
Rosette Marescotti^{1),4)}，Yves Gineste^{1),4)}

- 1) 独立行政法人 国立病院機構東京医療センター
- 2) 東京都健康長寿医療センター研究所
- 3) 郡山市医療介護病院
- 4) Institut Gineste-Marescotti

要旨

地域社会で暮らす認知症高齢者が呈する、ケア実施が困難となる認知症周辺症状を軽減させる。・地域社会で認知症高齢者のケアを行う介護者の負担を軽減させる。・地域社会における認知症高齢者、介護者の生活の質を向上させることを目的とした本研究では、知覚・感情・言語による包括的なケア技法を認知症患者を介護している家族介護者に教授し、介護者のストレスおよび認知症患者の行動心理症状等の前後比較を行う研究を計画している。計画1年目の本年は、研究対象地の選定、協力医療 / 介護施設での事前調査、教育資料の作成を行った。

A．研究の背景と目的

目的：

- ・地域社会で暮らす認知症高齢者が呈する、ケア実施が困難となる認知症周辺症状を軽減させる。
- ・地域社会で認知症高齢者のケアを行う介護者の負担を軽減させる。
- ・地域社会における認知症高齢者、介護者の生活の質を向上させる。

背景：

自分が受けているケアや治療の意味が理解できず、ケアの拒絶もしくはケアを実施する者に対する暴言・暴力行為などの認知症周辺症状を表出する認知症高齢者は多い。これにより本人の生活の質保持が難しくなるとも

に、ケアを行う者の疲弊や燃え尽き症候群が生じている。

特色と独創性：

包括的なコミュニケーションに基づくケア技法ユマニチュードは、欧州の認知症ケアにおいて35年の実績を有する。フランスではこの技法の導入によってケア時の患者の暴力的な行動が65%減少したこと、看護職・介護職の83%が患者の清拭の受け入れが改善したと評価していること、患者および看護職・介護職の満足度が上昇することが報告され（Delmas C. 2013年欧州老年医学会）、認知症周辺症状に対する非薬物治療のひとつとして評価されている。この技法は2年前に初めて日本に紹介されたが、日本で実施したパイロ

ット研究では、精神科病棟に入院中のケア困難な高齢者の認知症周辺症状が軽減し、ケア技法は医療従事者のみならず、地域社会で家族を介護している一般市民にも習得可能であり、日常的に介護を行っている者にとって有効な介護基礎技術となりうる。地域社会での介護者を対象とした同技法の研究は世界初となる。

B. 方法

対象：

地域社会で認知症高齢者の介護を日常的に行っている者とその被介護者
研究デザイン：前後比較試験

介入方法：

地域社会で認知症高齢者の介護を日常的に行っている者を対象とし、臨床試験組み入れ時の介護者のストレス、燃え尽き症候群を Maslach Burnout Inventory を用いて評価する。介護者がケアを提供している認知症高齢者については認知症行動心理症状を Behave-AD および Cohen Mansfield Agitation Index にて評価する。

介護者はユマニチュードの基本技術についての教育を受ける。教育手段は講義および視聴覚教材を用いる。

教育修了後、これまでケアを提供していた同じ認知症高齢者に対してユマニチュードに基づくケアを行う。

4 週後に 同じ指標を用いて、介入後の介護者、認知症高齢者の評価を行う。

倫理的配慮：

研究実施にあたっては、自宅介護を行う家族への教育介入および技術の提供に関する単一群の前後比較試験である。試験参加者は文書による説明を受け、同意する場合には同意書に署名する。不同意によって被る不利益はない。教育介入は研究参加者を対象に行われ

実施者の負担感も軽減している（森谷香子 2013年日本プライマリケア連合学会）。この
るが、研究参加者によるケアを受けることで、被介護者は間接的に介入を受ける。このため、疫学研究に関する倫理指針第 3 章第 1 条 1 項
イに基づき、研究対象となる本人および代
諾者が研究組み入れを拒否する場合には速や
かに対象から除外する。

分析方法：

介護者のストレスを Maslach Burnout Inventory を用いて、ケアを受ける認知症患者の行動心理症状を Behave-AD および Cohen Mansfield Agitation Index を用いて質的に介入前後の比較評価を行う。

研究スケジュール：

2014年度

- ・研究対象地の選定
- ・協力医療 / 介護施設での事前調査
- ・教育資料の作成

2015年度

- ・プロトコール作成および倫理審査
- ・対象者組み入れ
- ・前後比較研究の実施

2016年度

- ・研究結果の分析
- ・論文発表

C. 進捗

研究所年度となる本年は、研究フィールドとなる地域の選定を行った。福島県郡山市の郡山市医療介護病院の協力を得ることができ、本年度は同地域において自宅介護を行っている家庭の事前調査を実施した。パイロットとして、娘が自宅介護を行っている一家庭を訪問し、ケアのニーズに関する調査を行うと共に

に、ケア技術の指導を行い、適切な教育内容についての検討を行った。

2015年1月にパイロットの結果に基づき、家族介護者が必要としているケアの基本技術を教授する映像教材の作成を行った。

さらに、2015年2月離島の医療圏として孤立している隠岐諸島の西ノ島で、唯一の総合病院として地域の高齢者を支えている隠岐広域連合立島前病院での地域社会での活動を視察し、高齢過疎地域における認知症ケアのニーズ調査を行った。

D．考察

郡山市医療介護病院のデイケアセンターに通う高齢者は認知症の割合が高く、自宅での介護に負担を感じている家族が多いことが判明した。また、パイロット調査を行った家族を対象に、横浜市立大学看護学部の学生が卒業研究としてインタビューを行い、介護の負担感に関する質的検討を行った。

教育資材については、ケア技法の基本を模擬患者を使って判りやすく紹介するビデオ撮影を実施し、来年度の研究開始に備えDVDを作成する。

完結した医療圏としての隠岐諸島で、現在求められている総合病院から地域社会までのシームレス・ケアの実施に関する問題点の抽出を行うことができ、本研究プロトコルへ反映させることができた。

E．健康危険情報 なし

F．研究発表

1．論文発表

[総説]

- 1) 本田美和子: 優しさを伝える知覚・感情・言語による包括的なケアコミュニケーション技術: コマニチュード 東京都薬剤師会誌 2014:36(11)
- 2) 本田美和子: 特集新しい認知症ケアメソッド コマニチュード 精神看護 2014:17(3)8-31
- 3) Yves Gineste: コマニチュード講演録 精神看護 2014:17(6)
- 4) 本田美和子: 乳癌の臨床 高齢乳癌患者のケア対応法 乳癌の臨床 2014:29(6) 565-577

[著書]

- 1) Yves Gineste, Rosette Marescotti, 本田美和子: 単行本: コマニチュード入門 医学書院 2014.5.23
- 2) Yves Gineste, Rosette Marescotti, Jerome Pellicier, 本田美和子 単行本: Humanitude トライアリスト

2．学会発表

- 1) 本田美和子: シンポジウム 認知症を取り巻く現状とICTへの期待～ケアの視点を中心に～、ITヘルスケア学会、東京、2014.5.25
- 2) 本田美和子: ランチョンセミナー コマニチュードのよりよく理解するために、ITヘルスケア学会、東京、2014.5.25
- 3) 本田美和子: シンポジウム 時制代に向けたケアメソッド 認知症ケア学会、東京、2014.5.31
- 4) 本田美和子: 教育講演 認知症高齢者へのケア、日本透析学会、神戸、2014.6.13

- 5) 本田美和子：シンポジウム 認知症高齢者への緩和ケア 日本緩和医療学会、神戸、2014.6.21
- 6) 本田美和子：シンポジウム 認知症高齢者への非薬物的アプローチ 知覚・感情・言語による包括的ケアコミュニケーション：ユマニチュードの実践 日本中医学会、東京、2014.9.13
- 7) 本田美和子：教育講演 入院高齢患者へのケア 病院総合診療医学会、高崎市、2014.9.20
- 8) 本田美和子：基調講演 認知症高齢者へのケア 日本医療マネジメント学会愛媛医療安全学会、松山市、2014.11.9
- 9) 本田美和子：シンポジウム 高齢患者の栄養・認知症に対するユマニチュードの必要性和実際
- 10) 本田美和子：第9回日本食介護研究会、東京、2014.12.6
- 11) 本田美和子，石川翔吾，菊池拓也，竹林洋一，酒谷薫，Rosette Marescotti Yves Gineste：知覚・感情・言語による包括的ケア技法の実践と展望 日本計測自動制御学会、東京、2014.12.17
- 12) 本田美和子：特別講演 優しさを伝えるケア技術 東邦大学看護学会学術集会 東京、2014.12.20

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

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

（ H 2 6 - 精神 - 指定 - 0 0 2 ）

平成26年度 総括・研究分担報告書

発行日 平成 27 年 3 月

発行者 研究代表者 伊藤順一郎

発行所 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

研究成果の刊行に関する一覧表 なし