

多職種アウトリーチチームが提供するケアの特徴

—臨床心理士に焦点をあてた分析—

福島 鏡¹⁾, 木戸 芳史²⁾, 角田 秋¹⁾, 萱間 真美¹⁾

抄 録

目的: 本研究は、精神科アウトリーチ推進事業（以下、推進事業）においてケアを提供していた多職種チームのうち、特にチームの規模や職種数が多い場合に配置されていることが多かった臨床心理士（以下、CP）に焦点を当て、CPが在籍していたチームが提供した支援による対象者の変化と支援の特徴を明らかにすることを目的とした。

方法: 推進事業の支援対象となった541ケースのうち、多職種チームによる6か月以上の支援が提供され、分析項目であるGAFおよびSBSのスコアに欠損値のない258ケースを分析対象とした。利用者へは、基本属性、GAF、SBSを測定し、日々のケア内容を先行研究に基づき11の項目に分類して調査した。また、スタッフから対象者へ提供されたケアを分単位で提供時間を記録した「ケア量」を測定した。分析対象者を、CPが在籍していたチームからケアを受けたケースであるCP在籍チームと、それ以外のケースであるCP不在チームに分け、比較検討を行った。さらに、調査票の支援経過を記載する自由記述欄より、具体的な支援内容について内容分析を行った。

結果: 支援前のGAF平均得点はCP在籍チームと不在群の間に統計的有意差が認められ、CP在籍チームは、心理的・社会的・職業的機能が低い対象へ支援をしていることが分かった。ケア内容は、「家族への援助」と「就労・教育に関する援助」で、CP不在チームより統計的有意に多くのケアが提供されていた。また、CP在籍チームが提供していた「家族への援助」では7カテゴリー、「就労・教育に関する援助」では5カテゴリーの具体的な支援が見いだされ、家族への心理教育はCP在籍チームにのみ見いだされた。

考察: CPがチームに在籍することにより、精神機能・認知機能の詳細なアセスメントが充実する可能性が示唆された。また、家族への心理教育は、家族をエンパワメントすることにつながると考えられる。

キーワード: アウトリーチ、多職種チーム、臨床心理士

I. 序 論

「入院医療中心から地域生活中心へ」（厚生労働省、2004）という方針に基づいてわが国の精神科医療は患者の地域移行が進んでおり、住み慣れた地域でより長く生活できるための支援を考えることは急務である。特に、受診に至っていない者や外来通院を中断している者など、既存の精神保健サービスが行き届かない対象者へ包括的なサービス提供を行うためには、保健医療福祉領域の多職種スタッフが赴く「多職種アウトリーチ支援」で対象者の地域生活を支える体制を整えることが必要である。

既存の精神保健医療福祉サービスが行き届かない対象者に対し、入院治療に頼らないケアのひとつとして、わが国では2011～2013年に厚生労働省による「精神障害者アウトリーチ推進事業」（以下、推進事業）がモデル事業として行われ、「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。この事業では、24道府県37の多職種チームが、何らかの精神症状を抱え、生活に困難を有しながらも医療につながらない対象者や、定期的な通院を中断した対象者、ひきこもりの状態にある対象者、長期入院から退院した対象者および入退院を繰り返している対象者へ支援サービスを提供した。現行の診療報酬で算定可能な医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士といった職種のみならず、臨床心理士やピアサポーターなど多岐にわたる専門職種のチームによって支援されていたことが本事業の特徴であり、先駆的な実践で

受付日：2016年10月11日 受理日：2017年4月27日

1) 聖路加国際大学大学院看護学研究科

2) 三重県立看護大学看護学部

あったといえる（萱間, 2014）。

本事業の対象者は、訪問看護の対象者よりも重症度は高いにもかかわらず、入院率が訪問看護よりも低く抑えられることが報告されており（Kayama et al., 2014）、重症患者に対して一定の効果があることが示されている。対象者にケアを提供する多職種チームの規模やチームの職種数の多さは、ケアに影響を与えると考えられるが、特定の規模のチームに焦点を当ててケアの量や内容を調査した報告はない。

そこで本研究は、推進事業において特にチームの規模や職種数が多い場合に配置されていることが多かった臨床心理士に焦点を当て、多職種アウトリーチチームから支援を受けたことによる対象者の変化とチームが提供した支援の特徴を記述することを目的とした。これにより、臨床心理士を含む多職種チームから支援を受けることによる対象者の変化、および多職種チームが提供できる支援の可能性について示唆を得ることができ、精神科におけるチーム医療の質の向上や、患者の地域定着支援に寄与できると考えられる。

II. 目 的

本研究は、推進事業においてケアを提供していた多職種チームのうち、チームの規模や職種数が多い場合に配置されていることが多かった臨床心理士（以下、CP）に焦点を当て、CPが在籍していたチームが提供していた支援について、対象者の変化と支援の特徴を明らかにすることを目的とした。

III. 方 法

1. 研究デザイン

本研究は、推進事業によるサービスを受けた利用者のうち、CPが在籍したチームが提供したサービス内容およびサービス利用者の転帰や状態に焦点を当てた後ろ向きコホート研究である。

2. 対象者および調査期間

本研究は、2011～2013年に実施された推進事業の利用者を対象とした。サービス利用者に対しては24道府県に設置された37の多職種チームによってケアが提供され、推進事業の支援対象者は主診断名がICD-10に基づくF0（周辺症状を伴う認知症）、F2（統合失調症）、F3（気分障害）に該当し、①精神医療の受療中断者、②精神疾患が疑われる未受診者、③長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者、④ひきこもり、のいずれかに該当する者であった。本事業は受療中断者や自らの意思では受診できない等の理由により日常生活上の危機がある精神障害者に対し、できるだけ入院をせずに地域生活の継続ができるよう、一定期間、保健、医療および福祉の包括的

な支援を行うことを目的とした国のモデル事業である。

本調査は、本研究に対して承諾の得られた32チームにおいて2011年9月～2014年1月31日に事業候補者として登録された541人を対象とした。まず、都道府県が関与する検討委員会にて審議した結果、事業対象とならなかった者（126人）を除外した。これはベースライン評価の記録、または日報の記録が1件も存在しないことによって判断した。また、「ひきこもり」は支援終了時に再評価しICD-10に基づいた精神科診断名がついた人のみを対象とした。ここから、アウトリーチチームによる6か月以上の支援が提供され、対象者の病状を把握する分析項目に欠損のない258人を抽出し分析対象とした。なお、258人のうちCPが在籍するチームからケアを受けたのは75人であった。

3. 調査手順および調査内容

調査対象となった利用者について、支援開始時に利用者の人口動態的データ（性別、年齢、婚姻状況、同居者の有無、診断名）を収集した。さらに利用者の社会的・職業的・心理的機能の全体的評価（GAF: Global Assessment of Functioning）と日常生活上の行動の問題評価（SBS: Social Behavior Schedule）により対象者の病状についてのデータを収集した。GAFは過去1か月の患者の機能レベルを評価する指標で、0～100点の値をとり、得点が低いほど機能レベルが低いことを示す（Luborsky, 1962; American Psychiatric Association, 2000）。SBSは地域で暮らす長期慢性患者の社会機能を評価する21項目の尺度であり（Wykes et al., 1986）、各項目は0～2点、あるいは4点までの3～5段階で評定され、得点が低いほど機能がよいことを示し、日本語版の信頼性・妥当性が確認されている（岡本ら, 2014）。

サービス利用者の経過および転帰の情報は、支援開始時および支援開始6か月後に調査票にて収集した。収集内容は支援開始日（初回訪問日）、支援終了日（最終訪問日）、転帰およびサービス終了理由（支援継続中、治療につながっており既存のサービスにて地域生活の継続が可能な状態、入院・施設入所、死亡、その他）、SBS・GAFスコアであった。

サービス提供内容（以下、ケア内容）は、瀬戸屋ら（2008）が抽出した精神科訪問看護のケア内容をもとに、伊藤（2008）・萱間ら（2011）が作成しACT・訪問看護・デイケアのケア内容調査で使用したケア項目を、ケア内容として使用した。ケア内容は、「1. ケア計画の作成・ケアマネジメント」「2. 日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得」「3. 対人関係の維持・構築」「4. 家族への援助」「5. 精神症状の悪化や増悪を防ぐ」「6. 身体症状の発症や進行を防ぐ」「7. 社会生活の援助」「8. 住環境に関する援助」「9. 就労・教育に関する援助」「10. 対象者のエンパワメント」の10項目に加え、「精神障害者アウトリーチ推進事業」に特有の業務やケアを「11. そ

の他」として加えた11の大項目からなる。

サービス提供者は訪問終了後、ケア内容ごとに提供した時間（以下、ケア量）を分単位で記録した。なお、「1. ケア計画の作成・ケアマネジメント」の下位項目は、利用者といっしょに行う「直接ケア」と、スタッフのみで行う「間接ケア」に分けて記録した。また、支援開始6か月後に対象者の情報を収集する際は、ケア量の他に提供したケアの詳細を記載できるよう、調査票に自由記載欄を設けた。

4. 分析方法

対象者のデータをCPの訪問によるケアを受けたケース（以下、CP在籍チーム）と受けていないケース（以下、CP不在チーム）に分けて、支援開始から支援開始後6か月までの期間に受けたケア量、およびサービス提供前後の対象者の状態について分析した。ケア量は、ケア内容毎に総時間数を算出し、*t*検定を行って両チームの比較を行った。地域滞在日数、GAFとSBSのスコア、ケア量については*t*検定を行い、入院の有無については χ^2 検定を実施した。なお、両群を支援する多職種チーム間で、スタッフの性別や雇用形態、専任・兼任に明らかな相違がないか検討するため、 χ^2 検定を行った。分析にはSPSS for Windows 統計パッケージ（version 22.0）を使用し、有意水準は5%未満（両側）とした。また、提供された支援内容の質的分析は、6か月調査票に記載された支援経過の自由記述を用いて分析を行った。自由記述に記載された具体的な支援の状況や内容を抽出し、類似した支援をまとめてカテゴリー化した。

なお、本事業は心理系職種を「臨床心理技術者等」として人員配置基準を定めていたが、本事業に参加した心理系職種は全員がCPであった。

5. 倫理的配慮

本研究は、聖路加看護大学（現聖路加国際大学）研究倫理審査委員会の承認を得て実施し（承認番号11-032）、疫学研究の倫理審査基準に則り倫理的配慮を行った。2011～2012年度に開催された厚生労働省における意見交換会および情報交換会において、本研究の内容を都道府県担当者および各アウトリーチチーム担当者に対して研究内容に関する説明を行った後、研究実施への同意を確認した。

各事業受託機関は本研究の透明性を確保するために、広報活動を各自治体およびアウトリーチチームが拠点とする施設に依頼し、事業および本研究の存在を広く市民に周知させた。都道府県担当者が一度同意した後に、研究への参加を辞退する場合は、調査断り書を研究班に直接返送することによって、該当データを削除し分析対象外とした。サービス利用者には、チームより、支援対象者の状況に応じてサービス開始から終了までの間、サービス担当者が適切と判断した時点で本研究に関する説明

表1 チームスタッフの概要

N=37

	CP 在籍チーム (n=14)	CP 不在チーム (n=23)	χ^2	p
性別				
男性	83	196	1.9	0.20
女性	90	165		
雇用形態				
常勤	125	295	3.1	0.10
非常勤	25	36		
不明	31	32		
専任・兼任				
専任	124	279	0.3	0.62
兼任	31	61		
不明	26	23		

を行い、同意を確認した。また、サービス利用者が精神症状等のため同意書に記入できない場合は、家族等の代諾者に署名してもらった。サービス利用者（または代諾者）の同意書はチームが保管し、調査断り書については、研究班に直接返送を依頼した。断り書が届いたサービス利用者のデータは削除し、分析対象外とした。

IV. 結果

分析対象となったチームの概要とケースの概要、およびCPが介入したことによる対象者の変化と支援の特徴について、以下に示す。

1. ケースを支援していたチームの概要

分析対象となった258ケースを支援していたチーム数は計37チームであり、CP在籍チームに該当するチームは14チームであった。CP在籍チームは女性スタッフの人数がやや多く、常勤職員、専任職員の人数が多い傾向がみられた。また、チーム内スタッフの性別、雇用形態、スタッフの専任・兼任についてCP在籍チームとCP不在チームで χ^2 検定を行ったところ統計学的有意差は認められなかった。チームスタッフの概要を表1に示す。

2. 対象者の社会人口学および事業上の特性

分析対象者の社会人口学および事業上の特性を表2に示す。CP在籍チームで男性が61.3%と女性よりやや多く、年齢は30・40歳代が最も多かった。未婚の者が65.3%と最も多いが、独居より同居者と生活しているものが多かった。支援類型は、受療中断者が56.0%と最も多く、次いで長期入院者・入退院を繰り返す者が多かった。対象となったケースの診断名は統合失調症が82.7%と最も多かった。支援期間中に入院となったケース数は、CP在籍チームで15ケース、CP不在チームでは52ケースであった。全項目において2群間の検定を行ったが、すべての項目で統計学的有意差は認められなかった。

表2 対象者の社会人口学および事業上の特性

N = 258

	CP 在籍チーム (n = 75)		CP 不在チーム (n = 183)		χ^2	p
	n	%	n	%		
性別						
男性	46	61.3	100	54.6	1.0	0.33
女性	29	38.7	83	45.4		
年齢						
10歳代	2	2.7	2	1.1		
20	8	10.7	10	5.5		
30	16	21.3	41	22.4		
40	16	21.3	32	17.5	8.6	0.30
50	15	20.0	40	21.9		
60	12	16.0	23	12.6		
70	5	6.7	22	12.0		
80	1	1.3	13	7.1		
婚姻						
既婚	5	6.7	17	9.3		
未婚	49	65.3	111	60.7		
内縁	0	0	2	1.1	3.3	0.65
離婚	12	16.0	34	8.6		
死別	4	5.3	13	7.1		
無回答	5	6.7	6	3.3		
同居者の有無						
あり	47	62.7	107	58.5	0.4	0.53
なし	28	37.3	76	41.5		
支援類型						
受療中断者	42	56.0	112	61.2		
未受診者	8	10.7	22	12.0	2.5	0.47
ひきこもり	5	6.7	16	8.7		
長期入院者・入退院を繰り返す者	20	26.7	33	18.0		
診断名						
症状性を含む器質性精神障害	2	2.7	10	5.5		
精神作用物質使用による精神および行動の障害	0	0	4	2.2		
統合失調症	62	82.7	137	74.9		
気分障害	6	8	14	7.7		
神経症性障害, ストレス関連障害 および身体表現性障害	2	2.7	5	2.7	5.3	0.73
成人のパーソナリティおよび行動症候群	0	0	1	0.6		
精神遅滞	0	0	2	1.1		
心理的発達の障害	1	1.3	1	0.6		
その他	2	2.7	9	4.9		
転帰：入院						
あり	15	20.0	52	28.4	2.2	0.16
なし	60	80.0	127	71.6		

3. GAF および SBS の支援前後スコアの比較

平均地域滞在期間については、CP 在籍の群が428.3日 (SD = 230.4), CP 不在の群が395.5日 (SD = 225.1) と CP 在籍チームの方が長かったが、両群間の検定を行ったところ、統計学的有意差は認められなかった。

対象者への支援開始前、支援開始後、支援前後の各スコアの差についてt検定を行った結果、CP 不在チームにおける支援前の GAF スコアが有意に低く、CP 在籍チームは心理的・社会的・職業的機能が低い対象へ支援をし

ていた。SBS 平均値は、CP 在籍チームと比較して不在群のスコアが高かったが、両群間に統計学的有意差は認められなかった。平均地域滞在日数および支援前後の GAF, SBS スコアの平均値について、表3に示す。

4. CP 在籍の有無による、チーム全体のケア内容および量の比較

11のケア項目ごとに分類されたケア量を比較した結果、「ケアマネジメント」と「身体症状の発症を防ぐ」を

表3 支援前後のGAF, SBSスコアの平均値スコア改善度

N = 258

	CP 在籍チーム (n=75)		CP 不在チーム (n=183)		t	p
	平均値	(標準偏差)	平均値	(標準偏差)		
平均地域滞在日数	428.3	(230.4)	395.5	(225.1)	1.10	—
GAF 平均値						
支援前	36.6	(13.8)	40.7	(13.9)	-2.10	*
支援後	43.4	(17.5)	45.0	(16.2)	-0.70	—
改善度	6.8	(14.7)	4.3	(11.4)	-1.30	—
SBS 平均値						
支援前	21.7	(11.1)	24.2	(11.8)	-1.60	—
支援後	18.1	(11.5)	21.5	(13.0)	-2.00	—
改善度	-3.60	(10.3)	-2.72	(8.7)	-0.70	—

* : p<0.05, — : 有意差なし

表4 CP 在籍有無によるケア内容ごとの平均ケア時間比較

N = 258

	CP 在籍チーム (n=75)		CP 不在チーム (n=183)		t	p
	平均値	(標準偏差)	平均値	(標準偏差)		
ケアマネジメント	1175.0	(1020.4)	1196.8	(1438.6)	-0.10	—
日常生活支援	399.5	(858.5)	388.1	(1348.4)	0.10	—
対人関係の維持構築	315.1	(513.8)	205.9	(443.6)	1.70	—
家族への援助	382.6	(568.0)	217.4	(400.4)	2.30	*
精神症状の悪化を防ぐ	407.6	(710.0)	329.4	(566.4)	0.90	—
身体症状の発症を防ぐ	35.5	(96.2)	59.8	(146.4)	-1.60	—
社会生活援助	85.8	(234.6)	44.4	(173.6)	1.40	—
住環境に関する援助	79.7	(336.9)	29.8	(115.0)	1.30	—
就労・教育に関する援助	31.8	(98.8)	8.2	(40.0)	2.00	*
エンパワメント	300.2	(631.3)	252.3	(928.9)	0.40	—
会議	285.0	(235.8)	283.0	(280.7)	0.10	—

* : p<0.05, — : 有意差なし

除く9項目においてCP在籍チームの方が多くのケアを提供していた。CP在籍チームで最も多く提供されていたのは「ケアマネジメント」であり、「精神症状の増悪を防ぐ」「日常生活支援」「家族への援助」が次いで提供されていた。一方、CP不在チームでは「ケアマネジメント」が最も多く提供され、次いで「日常生活支援」「精神症状の増悪を防ぐ」「会議」の順に多くのケア時間が提供されており、両群で重点的に行われているケアの傾向は類似していた。

また、ケア内容の項目ごとに2群間の差をt検定にて算出した結果、本人とのつきあい方に関する情報提供や心理教育、家族自身の困難に関する支援、家族へのエンパワメントを行う「家族への援助」と、休職・就労の開始と継続に関する援助を行う「就労・教育に関する援助」の計2項目について、CP在籍チームで統計学的有意にケア量が多かった。項目ごとのケア時間の詳細を、表4に示す。

5. ケア内容に関する質的分析

CP在籍チームにおいてケア量が統計学的に有意に多かった「家族への援助」および「就労・教育に関する援

助」について、CP在籍チーム・不在チームの6か月評価票に自由記載で記載された支援経過欄をそれぞれ質的に分析した。質的分析で得られた「家族への援助」および「就労・教育に関する援助」のカテゴリーを表5に示す。

「家族への援助」では、CP在籍チームにのみ「疾病に関する心理教育を行う」という、心理教育に関するカテゴリーが見いだされた。「就労・教育に関する援助」は、利用可能な社会資源の情報提供や対象者の職場訪問は共通していたが、CP在籍チームでは、「就労に必要な技術を具体的に伝える」で示されるように、対象者への具体的な助言が含まれていた。

V. 考 察

本研究で、CPが在籍するチームと不在のチームで、支援を提供した対象者の転帰や状態に明らかな変化はみられなかったものの、支援内容の違いが明らかになった。CP在籍チームに特徴的だった支援の考察を以下に示す。

表5 質的分析で得られた支援のカテゴリー

	CP 在籍チーム	CP 不在チーム
家族への援助	家族に不安を打ち明けてもらい傾聴する 家族の健康をアセスメントする 対象者に対する家族の気持ちを受け止める 家族の負担を考慮したうえで対象者への対応方法を助言する 家族と対象者がお互いの思いを話す機会をつくる 疾病に関する心理教育を行う 家族や対象者が利用できる社会資源の情報を提供する	家族の話を傾聴する 対象者のケアに関する家族の意向を確認する 家族に労いの言葉をかける 対象者とのつきあい方に関する助言をする 家族が利用可能な社会資源の情報を提供する
就労・教育に関する援助	就労に対する希望を確認する 就労に必要な技術を具体的に伝える 自信がもてるようになってきていることをフィードバックする ハローワークに同行して手続きをいっしょに進める 復職した対象者の職場を訪問する	就労に向けて利用可能な社会資源の情報提供を行う 作業療法や福祉的就労へつなぐためにケアマネジメントを行う 就労後の対象者の職場を訪問する

1. CP を含む多職種チームの支援の特徴

本研究において、CP 在籍チームはCP 不在チームと比較し「家族への援助」と「就労・教育に関する支援」を統計学的有意に多く実施していることが明らかになった。また、支援内容の質的分析では、家族ケアにおいてCP 在籍チームのみに「心理教育」が見いだされた。心理教育は、知識提供のみならず、心理療法的な意味をもつ（風祭ら、2012）と定義されており、多職種チームにおいてCPは、心理教育の担い手としてのニーズが高く、多職種チームにおける支援でも利用者への心理教育を提供していた（田中ら、2011）ことが報告されている。CP 在籍チームは、心理療法において専門的なアセスメントや治療的なかかわりの側面で専門性が発揮される心理士が在籍していたことにより、これらの支援が充実したと考えられる。

また、「就労・教育に関する援助」においては、対象者の精神機能や認知機能の詳細なアセスメントが実施されたことにより、より具体的な助言につながっていたと考えられる。心理士の専門性によって、これらのアセスメントが充実することが示唆された。

2. 個別の家族心理教育

本研究では、CP 在籍チームにおける家族への援助のなかで、心理教育が実施されていた。心理教育は「専門家が非専門家である問題や困難を抱えた人に対して、疾患知識や治療にまつわる情報や対処の方法などを伝える教育的側面を含んだ行為」と定義されており、主体的に療養生活を営めるようにする援助（浦田ら、2004）である。

家族心理教育は、グループによるセッションで行われることが多いが、本研究の対象者のように既存の精神科医療サービスにつながる事が困難な対象者は、既存の福祉サービスにもつながっておらず、本人だけでなく家族も地域社会から孤立していることが多い。そのような対象者に対しては、集団での心理教育ではなく、個別の支援が必要である。本研究で実施されていた心理教育は、

訪問時に専門職種から提供されており、対象の状況に合ったものと考えられる。さらに、心理的な側面でCP を含む多職種チームは、心理教育が必要な家族へより充実した支援を提供できると考えられる。

また、これらの心理教育により、家族は疾患や患者への対応方法について具体的な知識・技術を得ることができ、これらを得ることにより、家族が本来もつ安定を保つための力、すなわち家族システム理論の恒常性の維持機能を高めることができ、この支援は対象のもつ力を高めるエンパワメントの概念と共通すると考えられる。先行研究より、心理教育は心理学的側面を含む対象のアセスメントを行い（浦田ら、2004）家族にエンパワメントをもたらすための働きかけ（野嶋ら、2005）であるといえ、本研究で家族への心理教育を実施していたCP 在籍チームは、家族をエンパワメントする支援が充実していたと考えられる。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究では、CP による直接ケア、間接ケアの別やケア内容の把握には限界がある。また対象者の変化はGAF、SBS や地域滞在日数といった治療的側面のみでの評価であり、対象者や家族の主観的評価には及んでおらず、今後調査の必要がある。

VI. 結 論

本研究は、精神科アウトリーチ支援事業において提供されていた多職種チームによる支援のうち、CP が在籍していたチームが提供していた支援について、対象者の変化と提供されていた支援の特徴を明らかにすることを目的とした。

分析の結果、CP が在籍していたチームは、支援前のGAF 平均得点がCP 不在チームと比較して統計学的有意に高く、心理的・社会的・職業的機能が比較的低い対象へ支援を行っていることがわかった。また、CP が在籍しているチームが提供するケアは、「家族への援助」や

「就労・教育に関する援助」がCP不在チームと比較して統計学的有意に多く提供されていることが明らかになった。また、質的分析により、CP介入群で実施されていた支援の詳細が明らかになり、CPがチームに在籍することによって精神機能・認知機能のアセスメントが充実する可能性が示唆された。また、家族への心理教育は、家族をエンパワメントすることにつながると考えられる。

謝辞

本研究は、平成23～25年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業（精神障害分野）「アウトリーチ（訪問支援）に関する研究」（研究代表者：萱間真美）（課題番号 H23-精神—一般—006）の一環として行われました。本研究において、開示すべき利益相反はございません。本研究の調査にご協力くださった、全国のアウトリーチチームのみなさまに、深く御礼申し上げます。

調査や分析にご助言いただきました研究班の伊藤順一郎先生、吉川隆博先生、西尾雅明先生、野口正行先生、福田敬先生、三品桂子先生、故・野中猛先生に、感謝申し上げます。また、本論文執筆に際し、ご助言をいただきました小高恵実先生、廣川聖子先生、渡邊碧先生、大橋明子先生、中嶋秀明先生に御礼申し上げます。

文献

American Psychiatric Association (2000)／高橋三郎、大野裕、染谷俊幸（訳）(2003):*DSM-IV-TR:精神疾患の分類と診断の手引（新訂版）*. 40, 医学書院, 東京.

伊藤順一郎 (2008):*精神障害者の退院促進と地域生活支援のための多職種によるサービス提供のあり方とその効果に関する研究*. 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害保健福祉総合研究 平成20年度研究報告書, 35.

萱間真美, 瀬戸屋希 (2011):*精神科訪問看護のケア内容と効果に関する研究*. 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 障害者の退院促進と地域生活支援のための多職種によるサービス提供のあり方とその効果に関する研究 平成20～22年度総合研究報告書（研究代表者：伊藤純一郎）, 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所, 95.

萱間真美 (2014):*アウトリーチに関する研究*. 厚生労働科学研究補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）平成23年度～25年度 総合研究報告書, 10.

Kayama M, Kido Y, Setoya N, et al. (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: 311.

風祭 元（監）, 南光進一郎, 張 賢徳, 他（編）(2012):*精神医学・心理学・精神看護学辞典*. 409, 照林社, 東京.

厚生労働省 (2004):*精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）*. 厚生労働省 精神保健福祉政策本部ホームページ, <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> (2016/5/10).

Luborsky L (1962): Clinicians' judgments of mental health: A proposed scale. *Archives of General Psychiatry*, 7: 407-417.

野嶋佑由美（監）, 中野綾美（編）(2005):*家族エンパワメントをもたらす看護実践*. 288, へるす出版, 東京.

岡本典子, 田中有紀 (2014): Social Behavior Schedule (SBS) 日本語版の妥当性の検討: 精神科病院における長期在院者の社会行動を看護師が評価する場合. *日本精神保健看護学会誌*, 23 (1): 91-100.

坂井一也, 杉村直哉 (2008): 事例3 初回入院・早期退院事例. *作業療法*, 27 (5): 503.

瀬戸屋希, 萱間真美, 宮本有紀, 他 (2008): 精神科訪問看護で提供されるケア内容: 精神科訪問看護師へのインタビュー調査から. *日本看護学会誌*, 28 (1): 41-51.

田中聡子, 秦 基子 (2011): 精神科アウトリーチサービスにおける心理療法士の役割: 超職種チームにおいて期待される役割とは. *鳥取臨床科学研究会誌*, 4 (2): 165-171.

浦田重治郎, 池淵恵美, 大島 巖, 他 (2004):*心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン（暫定版）*. 平成15年度厚生労働省 精神神経疾患研究委託報告書（主任研究者：浦田重治郎）, 11-15.

Wykes T, Sturt E (1986): The measurement of social behaviour in psychiatric patients: An assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *The British Journal of Psychiatry*, 148: 1-11.

The Character of Multidisciplinary Outreach Team that Included a Clinical Psychologist Compared to No Clinical Psychologist

Kagami Fukushima¹⁾, Yoshifumi Kido²⁾, Aki Tsunoda¹⁾, Mami Kayama¹⁾

1) St. Luke's International University, Graduate School of Nursing,

2) Faculty of Nursing, Mie Prefectural College of Nursing

Purpose : The aim of this study was to clarify patient changes and care characteristics with support provided by a team that clinical psychologists participated in Japanese Outreach Model Project.

Method : This was a retrospective case controlled design. Patients receiving care from a team with a clinical psychologist were compared to patients receiving care from a team with no clinical psychologist. Analyzed were 258 cases. Survey items included the global assessment of functioning (GAF) and the social behavioral schedule (SBS) plus the daily content of direct and indirect care.

Result : The group receiving the clinical psychologist's care had a significant change in GAF from 36.6 before care to 43.4 after care. The clinical psychologist targeted patients with social function problems. The contents of care were for example : "family care", and "adjustment of working and education", and was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion : It was suggested that the clinical psychologist enrolled in the team could enhance the assessment of mental function and cognitive function. And Psychological education for families is thought to lead to empowering families.

Key words : community psychiatry, multidisciplinary team, clinical psychologist