

平成 30 年 6 月 21 日現在

機関番号：32673

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2015～2017

課題番号：15K03968

研究課題名(和文) 精神障害者の退院促進・地域定着に資する新規プログラムの導入支援モデル研究

研究課題名(英文) Supporting implementation of a new evidence-based-practice program which promotes discharge from hospitals and settlement to communities of persons with mental disability.

研究代表者

福島 喜代子 (Fukushima, Kiyoko)

ルーテル学院大学・総合人間学部・教授

研究者番号：40307997

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,500,000円

研究成果の概要(和文)：本研究は、精神障害者の退院促進と地域生活の安定的定着を行うため、国内外の施設・機関のインタビュー調査を行い、その結果からIMR(リカバリーと病気の自己管理)プログラム(以下、IMRとする)等の導入支援モデルを構築した。導入支援モデルの有用性を検証するため、事業所を募集し、説明会の開催、研修・コンサルテーション・グループ・スーパービジョンの提供を行い、導入プロセスの記録の分析を行った。導入支援を受け、各施設のプログラム適合度は高かった。IMRプログラムを実践するソーシャルワーカー等スタッフの関心・熱意の強さ及び利用者の肯定的な変化がプログラムの実施と継続の強い促進要因となっていた。

研究成果の概要(英文)：The aim of the study was to support implementation of a new evidence-based-practice program which promotes discharge from hospitals and settlement to communities of persons with mental disability. We conducted interviews in Japan and Norway. Based on the results of the interviews, the implementation support model of IMR (Illness Management and Recovery) program was built. In order to verify the usefulness of the implementation support model, we recruited mental health service agencies. We provided program guidance meetings, training sessions, consultation and group supervisions. We analyzed the record of the implementation process. The fidelity scores of the IMR program of the participating agencies were high. Height of interest and the strengths of enthusiasm of social workers and other staff who practice IMR program, and positive change of clients who participated in IMR program were strong promoting factors of program implementation and continuation.

研究分野：社会福祉学

キーワード：IMR リカバリー 導入支援 ソーシャルワーク 就労移行支援事業 精神障害者 EBP リカバリーと病気の自己管理

1. 研究開始当初の背景

(1) 精神障害者の地域生活支援

精神障害者の人権を保障し、社会的入院を解消するため、2013年6月には精神保健福祉法が改正され、医療保護入院において精神保健福祉士などが従事する退院後生活環境相談員が選任されることとなった。一方、障害福祉サービスでは、地域移行、地域定着支援サービスが2012年度より一部、障害者総合支援法による個別給付化された。

このような中、医療機関や障害福祉サービス事業所のソーシャルワーカーらは、試行錯誤しつつ精神障害者の支援をしている。具体的な生活・就労支援、医療サービスも有用であるが、精神障害者は、目的を持ちながら、自己の病気に向き合い、うまくコントロールする力をつける支援を必要としている(Stein-Parburyら、2012)。

(2) IMRの有用性

国際的に一定の評価の定まった科学的根拠に基づく実践(以下、EBPとする)プログラムとして、病気・疾患の理解、ストレス対処、服薬管理、再発防止計画等の知識とスキルをパッケージとして伝えられるリカバリーと病気の自己管理プログラム(Illness Management and Recovery)(以下、IMRとする)がある。IMRは、9つのテーマに基づき、個人あるいはグループを対象に、週に1回、1時間半くらいのセッションを半年から1年提供するプログラムである。

欧米で普及してきており(Whitleyら、2009)、わが国においても実施されてきている(福島喜代子ら、2017)が、普及が十分とはいえない。

筆者らは、これまでIMRを試行的に実施し、精神障害者当事者及び現場のスタッフからのフィードバックを受け、日本の文化と社会システムに合致したIMR配布資料(ルートル学院大学版)を開発した(科研費基盤研究(C)2008-2010年度:20530536)。そして、IMRの実践研究を行い、IMRへの参加によって精神障害者にGAF(機能の全体的評定)、ケアの必要度尺度の「緊急時の対応」等の改善がみられることが明らかとなった(Fukushimaら、2017)。

しかし、EBPの知識の啓発のみでは、現場における導入が進まないことから、より個別具体的な導入支援のあり方等が研究の焦点となっている(Powellら、2014)。

2. 研究の目的

本研究は、精神障害者の退院促進と地域生活の安定的定着のために、ソーシャルワーカー等が地域で活用できるEBPプログラムの導入支援に焦点をあてた研究である。本研究で

は、EBPプログラム導入の実際と戦略を明らかにし、新規プログラムの導入支援モデルを構築し、同モデルを用いた新規プログラム導入のあり方を検討する。これらにより、EBPプログラムの導入がより多く実施され、精神障害者のスムーズな退院と地域生活の安定が図られるようになることを目的として実施した。

3. 研究の方法

(1) 海外の先進実施施設・機関におけるIMRの導入と実施形態についてのインタビュー調査

調査対象：先進的に精神保健医療福祉システムの多層なレベルにおいてIMRを実施しているノルウェーの施設・機関、3か所、合計5名のソーシャルワーカーや臨床心理士、看護師等の専門職。
調査内容：IMRの導入と実施形態。
調査方法：個別インタビューを実施し、データを質的内容分析する。インタビューには平均2時間11分要した。

(2) 新規プログラムの導入支援モデルの構築

モデル構築検討会を開催。
新規プログラムの導入支援モデルを構築。

(3) IMR導入 IMR導入希望施設・機関の募集と新規プログラムの導入支援の実施

IMRセミナーによる普及啓発
IMR導入希望施設・機関への新規プログラムの説明会の開催
マニュアル、配布資料の提供
スタッフ研修
コンサルテーションの提供
グループ・スーパービジョンの提供
なお、セミナーや説明会、研修、グループ・スーパービジョンは、参加しやすさを考慮して、夜間の時間帯に設定して実施した。
の研修、コンサルテーション、グループ・スーパービジョンは、筆頭筆者を中心に筆者ら3名で提供した。

(4) IMRのフィデリティ調査

導入支援を受けた施設・機関において、IMRがどのように実施されているかを確認するために、フィデリティ調査を実施。筆頭筆者を除いた2名が分担して実施した。

(5) 新規プログラムの導入支援モデルのあり方の検討

IMR導入希望施設・機関への導入支援の過程記録を収集。

記録を分析し、導入支援のあり方を検討。

4. 研究成果

(1) 海外の先進実施施設・機関における IMR の導入に関する調査の結果

海外の先進実施施設・機関に対するインタビュー調査の結果を逐語録にして整理したところ、642 の切片が得られた。その中から精神保健医療福祉システム、機関の説明、IMR の実施概要と IMR 利用者の変化の内容に関する合計 242 片を除き、残った 400 の切片を分析した。

精神保健医療福祉システムを (A) 国や国立大学付属病院研究所レベル、(B) スペシャライズドケアレベル (地域精神保健福祉センターレベル)、(C) プライマリーケアレベル (コミュニケーションレベル) の 3 層と、(D) スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの関係性に整理し、IMR 導入の促進要因と阻害要因を整理していった。

それぞれのレベルごとのカテゴリーの他、スペシャライズドケアとプライマリーケアの両レベルに関わるサブシステムとして、(E) 管理職等、(F) 同僚、(G) 実践家、(H) 実践の内容、(I) 利用者の 5 つのサブシステムがカテゴリーとなった。これらのカテゴリーにおいても IMR 導入の促進要因と阻害要因が抽出され、それぞれサブカテゴリーとして位置づけられた。

サブカテゴリーが一度形成されたものの、該当する切片が 1 つのみであった 3 項目は、サブカテゴリーとして成立しないと判断して削除した。よって、最終的に合計 397 切片を対象に分析した。各カテゴリーの名称と、促進要因と阻害要因に該当する切片数を表したのが表 1 である。

(2) 新規プログラムの導入支援モデル

海外の先進実施施設・機関における IMR の導入に関する調査結果をもとに、検討を重ね、新規プログラムの導入支援モデルに必要な要素は、プログラムについての広報啓発活動、組織への働きかけ、マニュアルや配布資料等の提供、具体的な研修の提供、個別のコンサルテーション、であると判断した。

(3) IMR 導入希望施設・機関へ新規プログラムの導入支援

導入支援モデルを用いて、IMR の導入支援を行った。導入支援の実際は以下の通りである。

- IMR セミナーによる普及啓発
- IMR 導入希望施設・機関への新規プログラムの説明会の開催
- マニュアル、配布資料の提供

スタッフ研修 コンサルテーションの提供 グループ・スーパービジョンの提供

まず、東京都内のすべての就労移行支援事業所、生活訓練事業所にセミナーの案内を郵送した。IMR セミナーでは、(a) ノルウェー視察調査の報告、(b) 日本国内で IMR を実施している地域活動支援センターより、事業所のスタッフと、IMR 参加者 (精神障害者) 2 名からの報告、(c) ノルウェーにおける IMR の実践状況についての報告、(d) IMR の説明、(e) 導入支援研究の説明を行った。

表 1 IMR 導入の促進要因と阻害要因

	促進要因	阻害要因	
A 国や国立大学 付属病院研究所レ ベル	A-1 近隣諸国での先行実施		7
	A-3 国立大学付属病院研究所主導で導入 支援を実施	A-2 IMR の認知度の低さ	3
	A-4 第一人者と呼んでのシンポジウムの 開催		18
	A-5 マニュアルと配布資料の翻訳	A-5 マニュアルと配布資料の翻訳	6
	A-6 組織への働きかけ	A-7 組織における抵抗、拒否、無理解	28
	A-8 研修の提供 (促進要因)	A-8 研修の提供 (阻害要因)	8
	A-9 テACHERによる個別指導 (促進要因)	A-9 テACHERによる個別指導 (阻害要因)	8
	B スペシャライズ ドケアレベル	B-1 スペシャライズドケアの特性	4
	C プライマリーケ アレベル	C-1 プライマリーケアの特性	13
D スペシャライズド ケアレベルとプライ マリーケアレベル の関係性	D-1 スペシャライズドケアレベルとプライ マリーケアレベルの協働の必要性		10
	D-2 実践家同士のネットワークづくりの難 度		9
E 管理職等	E-1 上司が否定しない		10
F 同僚	F-1 同僚の理解、後押し		6
G 実践家	G-1 実践家に大きい裁量権		5
	G-2 実践家の興味関心		10
	G-3 実践家の熱意		5
	G-4 実践家の経験		2
	G-5 実践家の抵抗、拒否反応		25
	G-6 薬物療法推進の傾向が強いことへの 抵抗		5
	G-7 実施機関での勉強会、打合せ		12
G-8 理論的背景等の理解が不十分		4	
G-9 IMR 継続への意欲		10	
G-10 IMR 継続の困難性		8	
H 実践の内容	H-1 支援内容を充実させていく必要性	H-2 プログラムの包括性、費やす時間の長 さ	4
	H-3 実践方法の合致性	H-4 交通手段の確保の困難性	10
		H-5 チャレンジ課題に関する難しさ	5
I 利用者	I-1 利用者の参加の呼びかけ		4
	I-2 利用者のニーズに合致		10
	I-3 利用者に合致しない		7
	I-4 利用者の参加、継続が困難		18
	I-5 ロコミによる利用者の増加		2
	I-6 利用者の良い変化からの影響		14
促進要因の小計			251
阻害要因の小計			146
合計			397

IMR 導入希望施設・機関は 3 施設 (就労移行支援事業所) となり、それぞれの施設・機関に対して、～ を実施した。の説明会は、IMR の実施を担当する職員のみならず、施設長をはじめ、組織の他のスタッフにも参加を求めた。については学会で頒布しているマニュアルの提供と、筆者らが開発した IMR の配布資料を提供した。のスタッフ研修は、各 IMR 導入希望施設・機関に向いて提供した。また、複数の施設・機関の職員同

士が交流する機会を得られる工夫をした。

のコンサルテーションの提供については、IMR 実施直後の支援のニーズが高いことが、前述の海外の先進実施施設・機関における IMR の導入に関する調査で明らかになっていたので、各施設・機関の IMR 実施開始時期を把握し、実施開始直後に事前に調整をした上で、電話によるコンサルテーションを提供した。のグループ・スーパービジョンは、参加施設・機関と日程調整した上で実施した。このことにより、参加した施設・機関同士で、実施の工夫状況などの情報交換を行うことが可能となった。

(4) フィデリティ調査の結果

導入支援を受けて、各施設はスムーズで、プログラム適合度の高い実践をしていた。フィデリティ調査の結果は表2の通りである。

表2 導入支援を受けた施設・機関のフィデリティ評価値

施設・機関	A	B	C	平均値
	評価	評価	評価	
1 参加人数	5	5	5	5.0
2 期間	5	5	5	5.0
3 カリキュラムの包括性	5	5	5	5.0
4 配布資料	5	5	5	5.0
5 重要な他者の関与	1	3	1	1.7
6 IMRの目標設定	5	5	4	4.7
7 目標のフォローアップ	5	5	5	5.0
8 動機づけをもとにした戦略	5	5	5	5.0
9 教育的方法	5	5	5	5.0
10 認知行動的技法	4	4	5	4.3
11 対処技能訓練	4	5	5	4.7
12 再発防止訓練	4	5	5	4.7
13 薬物療法のための行動調整	4	5	5	4.7

項目 1~4 は、プログラムの構造に関するものであり、いずれも適合度の平均値が 5.0 と高かった。

項目 6、7 は、プログラムの実施の流れに関するものであり、平均値は 4.7 以上と高かった。

項目 8~13 は、プログラム実施時に用いるアプローチや技術に関する項目であり、項目 10 の「認知行動的技法」がやや低くて平均値が 4.3 であるものの、残りの 5 項目は平均値が 4.7 以上となり、高かった。

これは、スタッフが IMR 専門の配布資料(ルートル学院大学版等)を用いて資料に書かれている順番に沿って個々の利用者とのやりとりを進行すると、自然に「動機付け(第 8 項目)」、「教育的方法(第 9 項目)」、「対処技能訓練(第 11 項目)」、「再発防止訓練(第 12 項目)」、「薬

物療法のための行動調整(第 13 項目)」を活用して利用者の支援が行えるようになっていいるからであると考えられる。

しかし、項目 10 の「認知行動的技法」については、一部のセッションでは行われる構造となっているものの、IMR の配布資料を用いながら実施すると、意識的にこの技法を適用しようとしないう限り、フィデリティスケールで「5」に該当するほどの高い割合で行うには至らない。そのため、適合度がやや低く評価されたと思われる。

第 5 項目の「重要な他者の関与」の適合度は低かった。筆者らの事前研修において、この項目の内容の必要性について具体例を交えて説明した。しかし、各施設・機関のスタッフが、個々の利用者が日常生活の中で重要な他者の関与を得られるほどのレベルの知識・技術水準の修得には至らなかったことが影響していると思われる。日常生活の中で、IMR で設定した個々のリカバリー目標に関わるチャレンジ課題の実施するとき、「重要な他者」(家族に限らず、IMR 実施事業所以外のサービス提供者ら)に関わってもらうことが望ましい。IMR 実施時に、日常生活の中で、チャレンジ課題の実施時等に重要な他者の関与を得ることの重要性を研修等でさらに伝えていくことが今後の課題である。

(5) 新規プログラムの導入支援モデルのあり方の検討

施設・機関への導入支援のプロセスを分析するために、導入過程における記録を収集し、集計した(表 3)。

表 3 導入支援を受けるのに要した時間(平均値)

内容	回/分
連絡調整(回数)	23 回
連絡調整(時間)	228 分
セミナー参加	120 分
説明会	120 分
研修会(3 回)	360 分
電話コンサル	40 分
グループSV(3 回)	360 分
合計	1228 分

施設・機関において、IMR を導入するにあたり、導入支援を受けた結果、セミナー参加、説明会、研修会(3 回)などに平均して合計 600 分(10 時間)要していた。また、プログラム実施後に、電話によるコンサルテーション及びグループ・スーパービジョンを受け、それに平均して合計 400 分(6 時間 40 分)要

していた。そして、施設内外の連絡調整に平均して 23 回（メール、電話等により）連絡を行い、その所用時間は平均して合計 228 分（3 時間 48 分）であった。

なお、この数値には、IMR のセッション時間、複数施設・機関で調整を行ったグループ・スーパービジョンの日程調整時間、フィデリティ調査を受けるための連絡調整時間は含んでいない。

一方、この数値には、施設・機関におけるスタッフ同士の打ち合わせや事前勉強会の時間が含まれていた。

IMR を、施設・機関で導入するにあたり、導入支援モデルを適用して実施したところ、施設・機関において 20 時間強の時間を要したことが明らかになった。

【考察】

EBP の一つとして世界で推進されている IMR の導入支援には、戦略的で多層的な働きかけが必要であることが示唆された。新しいプログラムの導入においては、関係する複数のサブシステムから一定の抵抗があることがあり、そのような抵抗に対応するために、地域全体、組織、管理職レベルや多職種への働きかけを合わせて実施することに意味があることが示唆された。また、プログラム参加者（利用者）の変化が目に見える形で関係者に理解されると、サブシステムの拒否や抵抗も薄まっていくことが窺えた。

本研究で開発した新規プログラムの導入支援モデルに基づく導入支援を受けて IMR を実施した施設・機関において、IMR のフィデリティ調査結果は高かった。これは、戦略的に、一定の時間をかけて導入支援が行われた影響があったことが示唆される。

IMR 等、新規プログラムを実施するにあたって、マニュアルや配布資料等、物理的なものの提供のみならず、組織への説明会、事前研修、グループ SV の機会などが提供されることが推奨され環境整備がなされることが望ましいであろう。

筆者らの精神科デイケア及び障害福祉サービス事業所を対象とした研究において、IMR の認知度は 49.5% と高くはなかったが、IMR を実施していない施設・機関のプログラム実施意向は「非常にある」と「少しある」が合わせて 23.9% あった。そして、新規プログラム導入への「組織の姿勢」や「利用者理解」が十分にあることが IMR 実施意向の強さに有意に影響していた。一方、プログラムを実施するには「スタッフ数が不足している」と認識している方が、実施意向が強いことが示唆された（福島ら 2017）。

このようなことから、実施意向が強く、利用者の理解がすすむような説明がなされる事業所において、本研究で示されたような新規プログラムの導入支援モデルが提供されると、EBP プログラムなどの導入がすすむの

ではないかと思われる。IMR 等の導入がすすめば、精神障害者の退院促進・地域定着がより促進されることになると考える。

< 引用文献 >

Whitley, R., Gingerich, S. Lutz, W.J. & Mueser, K. (2009) "Implementing the Illness Management and Recovery Program in Community Mental Health Settings" *Psychiatric Services*, 60(2), 202-209.

Stein-Parbury, J, Gallagher, R., Chenoweth, L., & Luscombe, GM. (2012) "Factors associated with good self-management in older adults with a schizophrenic disorder compared with older adults with physical illnesses." *Journal of Psychiatric Mental Health Nurse*. 19(2):146-53.

Powell, B.J., Proctor, E.K. & Glass, J.E. (2014) "A Systematic Review of Strategies for Implementing Empirically Supported Mental Health Interventions." *Research on Social Work Practice*, 24(2), 192-212.

5. 主な発表論文等

（研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線）

〔雑誌論文〕（計 4 件）

福島 喜代子、小高 真美、鈴木 あおい (2018) 「IMR（リカバリーと病気の自己管理）導入支援の促進要因と阻害要因 - ノルウェーの IMR 導入戦略に焦点をあてて - 」『ルーテル学院研究紀要』51、15-40.

<https://luther.repo.nii.ac.jp/index.php?action...id...>

福島 喜代子、小高 真美、鈴木 あおい (2018) 「ノルウェーにおける精神保健医療福祉システムと IMR（リカバリーと病気の自己管理）プログラムの実践」『ルーテル学院研究紀要』51、81-94.

<https://luther.repo.nii.ac.jp/index.php?action...id...>

福島 喜代子、小高 真美、鈴木 あおい (2017) 「地域における科学的根拠に基づく実践プログラムの認知度と実施意向、促進・阻害要因に関する研究 - Illness Management and Recovery に焦点をあてて - 」『精神障害とリハビリテーション』21(2)、162-169.

Fukushima, K., Kodaka, M. & Suzuki, A. (2017) "Illness Management and

Recovery program in community
-based continuous employment
support centers in Japan :
Preliminary study on effects and
feasibility.” Japanese Journal
of Social Welfare, 57(5),
11-19, Published online: 25 August
2017.

<http://www.jssw.jp/journal/e-2017.html>

〔学会発表〕(計 1 件)

福島 喜代子、小高 真美、鈴木 あ
おい(2015)「IMR(リカバリーと病気の
自己管理)の導入過程と導入支援 - ノ
ルウェーの取り組みから学ぶ - 」日本精
神障害者リハビリテーション学会、第23
回高知大会、口頭発表：リカバリ - ・調
査研究分科会。

〔図書〕(計 2 件)

『IMR の実践 一人ひとりのリカバリー
のために』大島巖・加藤大慈監修、コン
ボ(地域精神保健福祉機構)「第4章2、
地域活動支援センターでの実践、自分の
言葉で自分のことを話す大切さ」
pp92-100。(執筆協力)、2016年。

『IMR 入門 疾病管理とリカバリー』大
島巖・加藤大慈監修、コンボ(地域精神
保健福祉機構)、福島喜代子分担執筆「第
3章 IMR の実践とその効果について
(3) 地域活動支援センターでの効果」
pp75-79、「第4章 実践に向けて (1)
グループで行うときの留意点(グルー
プ・ファシリテーションのポイント)」
pp82-88、2015年。

〔その他〕

ホームページ等

IMR(リカバリーと病気の自己管理)研究会
<http://recovery-kotsu-ken.blogdehp.ne.jp/>

6. 研究組織

(1) 研究代表者

福島 喜代子(FUKUSHIMA, Kiyoko)

ルーテル学院大学・総合人間学部・教授

研究者番号：40307997

(2) 連携研究者

小高 真美(KODAKA, Manami)

上智大学・グリーンケア研究所・研究員

研究者番号：60329886

(3) 研究協力者

鈴木 あおい(SUZUKI, Aoi)

NHK 学園・社会福祉士養成課程・教頭