

要約

多職種訪問支援従事者の主観的体験プロセスを質的に分析し、コア・コンピテンシーを検討することを目的として、訪問看護ステーションに従事する 30 名に半構造化面接を実施した。修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた分析の結果、61 個の概念を生成し、それらを 49 個のサブカテゴリーに統合し、さらに 10 個の上位カテゴリーを生成した。多職種訪問支援従事者に共通するコア・コンピテンシーとして、【初期の関係性づくり】、【日常生活支援】、【支援ニーズの明確化】、【個別のニーズに沿った支援】、【支援者の疲弊と回復の要素】など 10 項目が生成された。支援者は、専門性を敢えて前面に出さない〔職種にはとらわれない姿勢〕に意味を見出し、〔専門性の揺らぎ〕や〔左遷された感覚〕に至る支援者の存在も明らかとなった。チームの一員であるという感覚をもち専門性を超えて包括的に支援を提供できるコンピテンシーの会得が急務であると考え。本研究を基に、期待される心理職のアウトリーチへの職域の展開について知見が得られると考える。キーワード：多職種訪問支援、主観的体験プロセス、コンピテンシー、質的分析

I 問題と目的

2017 年に公認心理師法が施行され、多様に複雑化する心の問題への対応ニーズに応えるべく、心理専門職が国家資格化された。厚生労働省 (2021) によると、公認心理師の約 71% が臨床心理士資格保持者であり、長年、医療、福祉、教育、司法・矯正などの多領域にわたり心理支援に携わってきた臨床心理士の専門性をふまえ、国民の心の健康問題に取り組んでいることが分かる。「公認心理師の活動状況等に関する調査」(厚生労働省, 2021)によると、今後期待される支援・活動等に、保健医療分野、福祉分野において「多職種連携」や「アウトリーチ」が挙げられ、地域の多様な機関や他職種とチームで連携・協働するスキルが求められていることが明らかとなっている。一方で、心理職養成大学院において多職種連携やチーム医療に関する学習の機会が乏しい現状 (松野, 2002 ; 野島, 2002 ; 瀬戸・下山, 2004 ; 竹森, 2019) や、訪問支援などアウトリーチに触れる経験が乏しい現状 (仲, 2018a) が報告されており、臨床心理職の多くが他職種との連携や協働に何らかの困難を感じているという調査報告 (日本心理臨床学会特別課題研究班, 2012) に繋がっているものと考え。

精神科医療領域では、これまでの入院医療中心の方針を精神障害者の地域生活支援や段階的な地域移行促進を目指す方向へ転換し、医療・福祉を包括的に網羅した多職種チームによるアウトリーチが広く展開されつつある。しかし、従来面接室やプレイルーム等の治療構造が明確な場所で支援を行うことが主であった臨床心理職にとって、アウトリーチは新しい職域であり、近年、包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment : 以下, ACT と略記) の導入や精神障害者アウトリーチ推進事業によって多職種チームによる訪問支援が展開され、臨床心理職への支援ニーズは高いものの参入は進んでいない (仲, 2016a)。アウトリーチにおいて他職種から臨床心理職に求められている支援ニーズの調査では、アセスメントや心理療法の提供、家族支援、チームマネジメントやス

スタッフのメンタルヘルスなど多様なニーズが抽出されており（仲，2016a），アウトリーチサービス利用者を対象とした支援ニーズの調査では、「話を聴く」ことへ高いニーズが存在することが明らかとなっており，臨床心理職の専門性を発揮できる可能性が示唆されている（仲，2016b）。臨床心理職への多様なニーズにどのように応えていくことができるのか，事例研究を重ねた結果，臨床心理職を含めた多職種チームでかかわることで，利用者だけでなく家族も含めた支援が可能となること，利用者の語りを傾聴する中で新たな支援ニーズが生じリカバリーが促進されること，多職種による多角的なアセスメントによる包括的な支援が展開できる可能性が見出された（仲，2018a）。しかし，治療構造や枠があいまいで個別のニーズに沿った日常生活支援を求められる中で，自己の職業アイデンティティが揺らぎ，バーンアウトへつながる可能性も示唆された（仲，2018b）。臨床心理職が，どのように多職種アウトリーチチームへ参入し，専門性を発揮して地域精神医療へ貢献していくことができるのか，アウトリーチにおける多職種連携・協働を可能とする訪問支援従事者に求められる資質の検討が必要である。

訪問支援で求められる資質について，看護師を対象とした研究（横野，2021；鈴木ら，2018；山田，2020）や作業療法士を対象とした研究（水野ら，2019；山根，2021），精神保健福祉士を対象とした研究（廣川ら，2013；三品，2021；春木，2014）があるが，多職種訪問支援従事者に共通したコア・コンピテンシーに言及したものは見当たらない。また，心理職の資質に関して，産業領域（坂井ら，2015）や医療領域（富岡ら，2021；岩満ら，2009），福祉領域（藤澤ら，2019）などで研究が進められているが，心理職の在籍が希少（仲，2018b）である医療領域における訪問支援領域では検討の必要がある。

そこで，本研究では，多職種訪問支援従事者の主観的体験プロセスを質的に分析し，精神科医療領域における多職種訪問支援従事者に共通するコア・コンピテンシーを検討することを目的とした。

II 方法

1. 研究協力者

研究協力者は，研究協力に同意を得た A 訪問看護ステーション従事者 15 名（看護師 9 名，作業療法士 2 名，精神保健福祉士 1 名，看護師/精神保健福祉士 2 名，精神保健福祉士/臨床心理職 1 名），B 病院内訪問看護部従事者 15 名（看護師 8 名，作業療法士 4 名，精神保健福祉士 3 名），合計 30 名である（表 1）。

表 1 研究協力者の属性

		協力者の所持資格	訪問支援経験年数(年)	性別	雇用形態			協力者の所持資格	訪問支援経験年数(年)	性別	雇用形態
1	A 訪問看護ステーション	Ns①	2	男性	常勤	16	B 病院内訪問看護	Ns⑩	1	女性	常勤
2		Ns②	3	男性	常勤	17		Ns⑪	1	女性	常勤
3		Ns③	3	女性	常勤	18		Ns⑫	1	女性	常勤
4		Ns④	3	男性	常勤	19		Ns⑬	2	男性	常勤
5		Ns⑤	3	女性	常勤	20		Ns⑭	2	女性	常勤

6	Ns⑥	4	女性	常勤	21	Ns⑮	5	女性	常勤
7	Ns⑦	5	女性	常勤	22	Ns⑯	7	男性	常勤
8	Ns⑧	5	男性	常勤	23	Ns⑰	10	女性	常勤
9	Ns⑨	12	男性	常勤	24	OT③	1	女性	常勤
10	OT①	3	女性	常勤	25	OT④	2	女性	常勤
11	OT②	3	男性	常勤	26	OT⑤	2	男性	常勤
12	PSW①	4	女性	常勤	27	OT⑥	3	男性	常勤
13	複数①	5	女性	常勤	28	PSW②	1	女性	常勤
14	複数②	5	女性	兼務	29	PSW③	4	女性	常勤
15	複数③	7	男性	兼務	30	PSW④	9	男性	常勤

※複数①・複数②：Ns・PSW，複数③：PSW・臨床心理士・公認心理師

2. データ収集方法

日々の業務内容を中心に、Microsoft Teams を用いたオンライン形式の半構造化面接を25分～50分実施した。録画録音に同意を得られた場合のみデータを保存し、同意が得られない場合はメモのみとることを説明の上、30名全員より録画録音の同意を得た。質問項目は、①日々の支援内容、②やりがいを感じた場面、③困難さを感じた場面、④困難さを感じるときに助けになったもの、を柱として、適宜追加質問を行った。

3. 分析方法と分析手順

逐語録を修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下、M-GTAと表記)(木下, 2007)に基づき分析した。インタビューの逐語録の中で、分析内容に関連するバリエーション(具体例)を抽出し、ワークシート(表2)を作成する。次に、バリエーションから定義を作成し、さらに定義を示す概念を生成する。生成した定義と逐語録を照らし合わせ、該当するバリエーションを抽出する作業を理論的飽和化に至るまで繰り返す。その後、個々の概念の関係や関連を検討し、カテゴリーの生成を経て、ストーリーライン及び結果図を作成する。なお、分析では質的研究に精通したスーパーバイザーに適宜スーパーバイズを受け、分析結果を研究協力者に提示し、解釈が妥当であるとフィードバックを得ている。

表2 ワークシート(抜粋)

概念名	抱え込みによる支援者の疲弊
定義	困難なケースを担当者として一人で抱え込み、疲弊する支援者の存在がある
具体例	<ul style="list-style-type: none"> ・嘘をつかれたりきついことを言われたりするのは、分かってはいるんだけど正直落ち込みますね。(中略)なんで自分なんだって。行きたくないなあって思っちゃったり。 ・何回も目の前でODされて、その度に救急車呼んで。刃物出されたこともあって。今日は何が起こるかなっていつもはらはらしてましたね。 ・これはハズレかもしれない、なんて。
理論的メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・基本一人で訪問するため、現場での出来事や苦労を分かち合う機会が乏しい →チームを組んでケースを担当しているが、実際は主担当が一人で訪問するため、積極的に発信しなければ抱え込みやすい状況が生まれるのでは

	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースによっては複数の人とのかかわりが難しい場合もあり、主担当のみが支援を続けていくという場合がある →スタッフの休職・離職に伴う担当交代がさらに困難になるのでは
--	---

4. 倫理的配慮

研究協力者へ、倫理的配慮や研究発表について文書と口頭で説明し同意を得ている。また、本研究は鹿児島純心女子大学研究倫理審査委員会において承認を得ている（倫令 2-2号）。

III 結果

分析の結果、61 個の概念を生成し、それらを 49 個のサブカテゴリに統合し、さらに 10 個の上位カテゴリを生成（表 3）し、多職種訪問支援従事者の主観的体験プロセスのストーリーライン及び結果図（図 1）を生成した。

表 3 多職種訪問支援従事者の主観的体験プロセス

時期	カテゴリ	サブカテゴリ	概念	定義	該当ラベル数
介入初期 (担当者業務)	1 初期の関係性づくり				
	(1) 支援のつなげるための導入コンタクト	① 退院前からの関係性づくり	退院前（訪問支援開始前）から面会を重ねて、関係性づくりに努める	13	
		② 日常生活空間を病室にしない立ち振る舞い	日常生活空間（利用者の自宅や自室等）を、病室のように感じさせないために、医療者を前面に出した立ち振る舞いをしない	9	
		③ 相手のペースに合わせて無理をしない	利用者のペースを尊重し、無理に改善や回復を急がない支援	9	
	(2) 医療不信による関係性構築の難しさ	④ 過去の経験による医療不信への対応	過去、医療の中で体験したことを被害的に受け止め、不信感を抱いている利用者への対応	15	
		⑤ 未受診・医療中断への対応	医療機関を未受診であったり、治療途中で中断している利用者への対応	5	
	(3) 障害特性による関係性構築の難しさ	⑥ コミュニケーションの取りづらさ	障害特性からと思われる、コミュニケーションの取りづらさ	10	
		⑦ 虚言、暴言への対応	支援者へ向けられる虚言や暴言への対応	6	
		⑧ 失語への対応	失語状態の利用者への対応	2	
		⑨ 理解力、認知力低下による意思疎通の困難さ	理解力や認知力が低下している利用者との、意思疎通の困難さ	5	

		難さ		
(4) 支援者交代による関係性再構築の難しさ	⑩ 担当支援者の退職や交代による見捨てられ感への対応	担当支援者の退職や担当交替により、見捨てられ感を抱いている利用者への対応	5	
	⑪ 新しい担当支援者の受け入れに困難を示す利用者への対応	担当交替による、新しい支援者の受け入れに困難を示す利用者への対応	7	
(5) 支援拒否からのコンタクト	⑫ 初回のアポイントメントがなかなかとれない	サービス導入時の初回訪問のアポイントメントの際に、居留守等拒否を示す利用者への対応	4	
	⑬ 電話に出ない	支援者からの電話に出ない利用者への対応	8	
	⑭ 訪問時間に留守または居留守	訪問時間に留守や居留守状態で、支援に入ることができない利用者への対応	7	
	⑮ 家族にしか会えない	訪問時利用者は引きこもったり留守等の状態で、家族にしか会えない	6	
(6) 家族との関係性づくり	⑯ 家族の困りごとへの対応	利用者の家族の困りごとへの対応	20	
	⑰ 家族の心身面への支援	利用者の家族の心身面への支援	19	
	⑱ ペットへの対応	利用者や利用者家族のペットの対応	3	
(7) 作法	⑲ 訪問車、服装、身だしなみの配慮	訪問時は、訪問車や支援者の服装、身だしなみに配慮する	8	
	⑳ その家の風習に倣う姿勢	訪問時は、その家の風習に倣う姿勢でおじゃまする	5	
(8) 支援途中に現れる支援拒否への対応	㉑ ニーズの満たされなさによる支援拒否への対応	支援が回数を重ねた後、ニーズが満たされないと感じ支援拒否に転ずる利用者への対応	9	
	㉒ 症状悪化に伴う支援拒否への対応	利用者の精神症状が悪化し、それに伴い支援拒否に転ずる際の対応	8	
(9) 支援ニーズがない利用者への支援	㉓ 支援ニーズがない利用者への支援	そもそも訪問支援へのニーズがない利用者への支援	11	
2 日常生活支援				
(10) 家の中で行う日常生活支援	㉔ 掃除、洗濯、調理等の家事支援	利用者宅の掃除、洗濯、調理等の家事支援	38	
(11) 外出を伴う日常生活支援	㉕ 買い物、気分転換の散歩等の外出を伴う日常生活支援	利用者の買い物、気分転換の散歩等の、外出を伴う日常生活支援	32	
3 信頼関係の構築				

	(12) 傾聴	㉔傾聴	利用者のお話をお聴きする	40
	(13) 対話	㉕対話	利用者と対話する	15
	(14) 好きなことを見つけたり、共に楽しみを共有する時間を過ごす	㉖趣味や興味関心をアセスメントする ㉗好きなことを楽しむ時間を共有する	利用者の趣味や興味関心は何か、アセスメントする 利用者と支援者で、好きなことを楽しむ時間を共有する	11 10
4 支援ニーズの明確化				
	(15) 潜在的な支援ニーズの鮮明化	㉘本人も気付いていなかった新たな支援ニーズが徐々に表出する	利用者本人も気付いていなかった新たな支援ニーズが、支援を重ねるにつれ徐々に表出する	7
	(16) 支援困難なニーズへの対応	㉙許容範囲を超えた支援困難なニーズへの対応	支援の許容範囲を超えた、支援困難なニーズを表出する利用者への対応	13
	(17) 支援ニーズの共有	㉚利用者、家族、訪問チーム、関係機関による支援ニーズの了解と情報共有	利用者、利用者の家族、訪問チーム、関係機関による、利用者の支援ニーズの共有、了解と、情報の共有	39
介入初期 (マネジメント業務)	5 ケースマネジメント			
	(18) 利用者の状況に応じた支援チームの検討	㉛職種や年代、性別、雰囲気等、利用者や家族とのマッチングを検討	支援者の職種や年代、性別、雰囲気等、利用者や利用者家族とのマッチングを検討する	7
	(19) 支援方針に伴う担当者・担当職種の検討	㉜支援ニーズや治療方針を受けた、担当者・担当職種等の検討	利用者の支援ニーズや主治医の治療方針を踏まえて、担当支援者・担当職種等を検討する	9
介入期	6 医療に関する支援			
	(20) 主治医との連携	㉝主治医との連携	利用者の状態等を主治医に報告し情報共有に努め、指示を仰ぐ	29
	(21) 体調管理	㉞バイタルサインなど体調管理	検温、血圧測定、血中酸素濃度測定等、バイタルサインを確認する	19
	(22) 精神症状への対応	㉟精神症状への支援	精神症状の聴き取りと、症状への対応	25
	(23) 服薬管理	㊱服薬管理	服薬状況の確認と、処方に応じた服薬指導	19
	(24) 精神以外の医療支援	㊲内科、外科的な医療支援	内科的、外科的な持病、傷病への医療支援	16
	(25) リハビリテーションや作業療法	㊳リハビリテーションや作業療法	支援計画に基づいたリハビリテーションや作業療法の提供	17

	(26) 食事指導	㉑食事指導	摂食状況の把握と食事指導	8
	(27) 通院支援	㉒通院支援	通院の送迎や受診同行	16
	(28) 危機介入	㉓危機介入	危機状態の際の緊急介入支援	8
7 福祉に関する支援				
	(29) 手帳や自立支援等の手続き支援	㉔手帳や自立支援等の手続き支援	障害者手帳や自立支援医療受給者証, 生活保護申請等の手続きに関する支援	9
	(30) 生活の中の手続き支援	㉕生活の中の手続き支援	転入居の契約関連, 銀行口座の開設や送金, 振込等, 携帯やインターネットの契約等, 日常生活の中での様々な手続きに関する支援	4
	(31) 関係機関との連携	㉖関係機関との連携	自治体, 学校, 相談支援事業所, ホームヘルプサービス(居宅介護)事業所, ハローワーク, 就労移行事業所, 地域活動支援センター, 社会福祉協議会等, 関係機関との連携	12
8 個別のニーズに沿った支援				
	(32) 就労支援	㉗就労ニーズや適性の把握	経験や所持資格, 利用者の希望などから就労ニーズを把握し, 利用者の心身の状態と適正を踏まえて検討する	7
		㉘段階を踏んだ就労支援	利用者の就労ニーズや適性, 心身の状態に合わせた就労のステップを計画し, 支援を行う	7
		㉙外部機関との連携による就労継続支援	ハローワークや就労移行事業所と連携して, 就労継続支援を行う	4
		㉚就労先への助言等による環境整備	障害のオープンまたはクローズでの就労に応じて, 就労先の上司や同僚へ適宜助言等で介入し, 就労継続のための環境整備に努める	1
	(33) 家族を含めた支援	㉛親子, 夫婦等家族関係への介入	親子, 夫婦, きょうだい, 親戚関係等, 必要な場合には家族関係へ介入する	17
		㉜家族の疲弊への対応	利用者を支える家族の心身の疲弊への対応	20
	(34) 認知行動療法を取り入れた支援	㉝認知行動療法を取り入れた支援	利用者によっては, 見立てを踏まえ認知行動療法を取り入れた支援を行う	7
		㉞SSTを取り入れた支援	利用者によっては, 見立てを踏まえ SST を取り入れた支援を行う	9
	(35) 金銭管理の支援	㉟金銭管理の支援	金銭管理に支援が必要な利用者に対して, 家族, 社会協議福祉会やかかりつけ病院のソーシャルワーカー等と連携し	5

			た金銭管理の支援を行う	
9 アセスメントと目標の設定に向けた支援				
	(36)生活と心身のアセスメント	56生活と心身のアセスメント	衣・食・住や就労，対人関係等の生活状況と心身の状態を観察，確認し，アセスメントする	12
	(37)目標の模索と検討	57目標の模索と検討	利用者の希望や目標を聴き，アセスメントを踏まえ，現実的な目標を共に模索し検討する	12
	(38)目標へ向かう日々を支える支援	58目標へ向かう日々を支える支援	利用者が目標へ向かい奮闘する日々において，励ましや助言，目標の再検討等を行い，支える支援	6
10 支援者の疲弊と回復の要素				
	(39)抱え込みによる疲弊	59抱え込みによる支援者の疲弊	困難なケースを担当として一人で抱え込み，疲弊する支援者の存在	11
	(40)利用者との信頼関係構築の難しさに対する苦悩	60利用者との信頼関係構築の難しさに対する苦悩	医療従事者への不信感や，障害特性によるコミュニケーションの取りづらさなどから，信頼関係を構築することが難しく苦悩する支援者の存在	15
	(41)ケースカンファレンス	61ケースカンファレンス	困難ケースや新規ケースなどを，全スタッフ間で情報共有し，支援方法について検討する	26
	(42)周りのスタッフの存在	62チームスタッフの存在	一人でケースを抱え込まずにいられるチームスタッフの存在	19
		63病棟スタッフの存在	一人でケースを抱え込まずにいられる病棟スタッフの存在	8
	(43)利用者の回復や変化を実感する体験	64利用者の回復や変化を実感する体験	利用者の良好な変化や成長，症状の改善や回復を実感する体験	42
	(44)多職種であることのメリット	65多職種であることのメリット	医師，看護師，作業療法士，精神保健福祉士など，様々な専門職でチーム構成されていることのメリット	37
	(45)他職種からの学び	66他職種からの学び	他職種から，自分の専門性にはない視点や知識などを学ぶ機会	21
	(46)職種にとらわれない姿勢	67職種にとらわれない姿勢	職種にとらわれず，あえて職種を全面に出さず，人として向き合うという姿勢	20
	(47)チームとしてのまとまりや統一性を実感できない	68チームとしてのまとまりや統一性を実感できない	訪問業務ゆえに，全スタッフが顔を合わせる機会が少なく，まとまりや統一性を実感できない	2
	(48)左遷された感覚	69左遷された感覚	病棟勤務から訪問看護勤務への移動は，病院内で左遷されたように感じる	2

	(49) 専門性の揺らぎ	60 専門性の揺らぎ	生活支援の中で自分の専門性に揺らぎを感じる	14
		61 訪問支援に対する不向きを実感する体験	病院内勤務と比べて、訪問支援に対して不向きだと実感する体験	4

《主観的体験プロセスのストーリーライン》

※〈（カテゴリ）〉《（サブカテゴリ）》, 【（見出したコア概念）】を示す

精神医療領域における訪問支援に携わる支援者は、支援ニーズのない利用者へ《（1）支援につなげるための導入コンタクト》から開始し、《（2）医療不信による関係性構築の難しさ》や、《（3）障害特性による関係性構築の難しさ》に苦慮しながら〈1. 初期の関係性づくり〉を根気強く続け、ケースによっては、《（4）支援者交代による関係性再構築の難しさ》や、《（5）支援拒否からのコンタクト》を経験する。また、利用者を支える《（6）家族との関係性づくり》も重要視している。利用者の日常生活の場に入る際には《（7）作法》に配慮し、《（12）傾聴》や《（13）対話》を中心として、〈2. 日常生活支援〉を提供しながら〈3. 信頼関係の構築〉に努め、丁寧に【支援の土台作り】を行っていく。時に《（8）支援途中に現れる支援拒否への対応》を余儀なくされるケースもある。

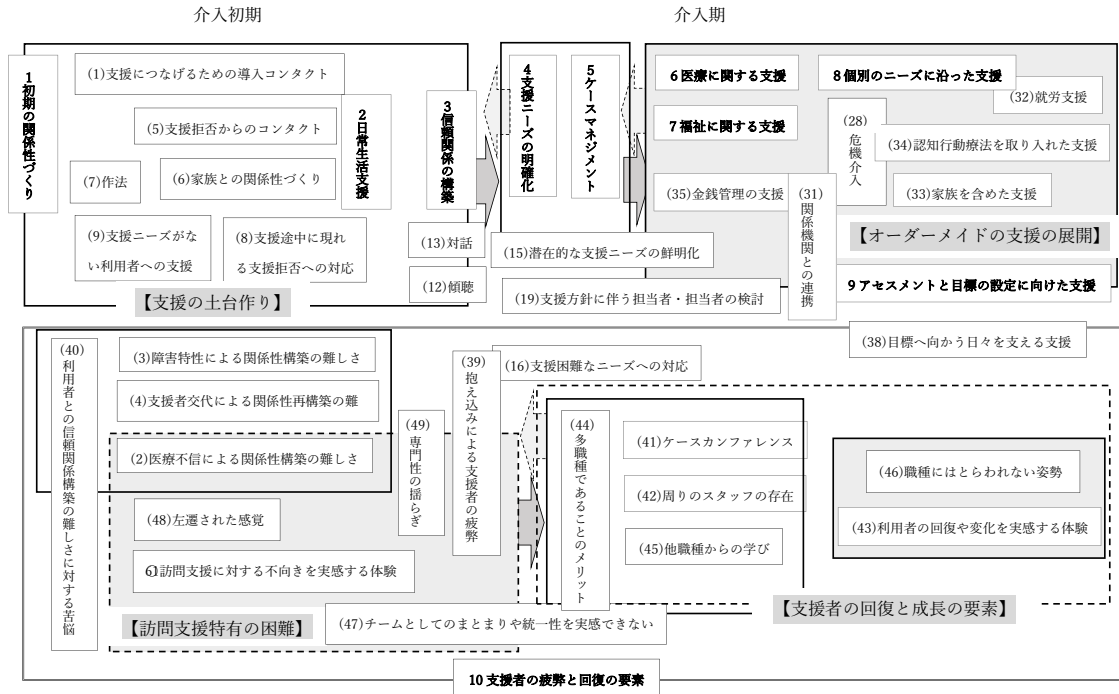
チームのマネジメント業務を担う支援者は、《（18）利用者の状況に応じた支援チームの検討》や、《（19）支援方針に伴う担当者・担当職種の検討》など、〈5. ケースマネジメント〉を行い、チーム全体を把握する。支援導入後には、まず、《（9）支援ニーズがない利用者への支援》に苦慮しながら、徐々に《（15）潜在的な支援ニーズの鮮明化》に繋がるケースや、《（16）支援困難なニーズへの対応》を迫られるケースもあり、〈4. 支援ニーズの明確化〉を進めていく。

介入期では、《（22）精神症状への対応》や《（23）服薬管理》などの〈6. 医療に関する支援〉、《（29）手帳や自立支援等の手続き支援》などの〈7. 福祉に関する支援〉とともに、《（32）就労支援》や《（34）認知行動療法を取り入れた支援》、《（35）金銭管理の支援》など、〈8. 個別のニーズに沿った支援〉を提供し、[51 親子、夫婦等家族関係への介入]のように《（33）家族を含めた支援》を提供するケースもあり、【オーダーメイドの支援の展開】に至る。支援途中では、時に《（28）危機介入》を行う場合もあり、適宜《（31）関係機関との連携》をとりながら、《（38）目標へ向かう日々を支える支援》を継続し、〈9. アセスメントと目標の設定に向けた支援〉を提供していく。

【訪問支援特有の困難】として、《（48）左遷された感覚》や[61 訪問支援に対する不向きを実感する体験]を経験したり、【オーダーメイドの支援の展開】に伴って《（49）専門性の揺らぎ》を感じたり、ケースの《（39）抱え込みによる支援者の疲弊》へと繋がることがある。さらに、業務の特性上各支援者が個々で動くため、《（47）チームとしてのまとまりや統一性を実感できない》状態に至る場合もある。このような支援者の疲弊に対して、《（41）ケースカンファレンス》や《（42）周りのスタッフの存在》、《（45）他職種からの学び》のような《（44）多職種であることのメリット》を実感し、《（43）利用者の回復や変化を実感する体験》を得ることで、【支援者の回復と成長の要素】として機能している。さらに《（49）専門性の揺らぎ》を経て《（46）職種にはとらわれない姿勢》を獲得する支援者

もいる。

図1 結果図



IV 考察

1. 多職種訪問支援従事者の主観的体験プロセスから得られたコア・コンピテンシー

多職種訪問支援従事者の主観的体験プロセスの分析結果より、4つのコア概念（【支援の土台作り】、【オーダーメイドの支援の展開】、【訪問支援特有の困難】、【支援者の成長と回復の要素】）を生成し、多職種訪問支援従事者に共通する3つのコア・コンピテンシーを見出した。まず、多職種訪問支援従事者には、①拒否を前提とした介入の中で、日常生活支援を通して傾聴を主とした信頼関係の構築による【支援の土台作り】を行う能力、②関係機関と連携しながら、多職種による包括的なアセスメントと個別のニーズに沿った【オーダーメイドの支援の展開】を行う能力、③医療不信による関係性構築の難しさや困難事例の抱え込みによる疲弊、包括的な支援の提供に伴う専門性の揺らぎや左遷された感覚、チームのまとまりの感じにくさなどの【訪問支援特有の困難】について理解し、【支援者の回復と成長の要素】である、多職種であることのメリットを実感したり他職種からの学びを得る体験、利用者の回復や変化を実感する体験を重ねながら、新たに職種にはとらわれない姿勢を感得する能力が、コア・コンピテンシーとして求められていると考える。

精神保健福祉士を対象とした研究（高木，2019）では、訪問支援という特殊性に触れ、「訪問による支援が成り立つための大前提としては、その居場所の主人公である当事者に訪問者が受け入れられてこそ初めて成り立つ（高木，2019）」ことが見出されており、また、精神科訪問看護師を対象とした研究（船越ら，2006）では、介入初期の支援拒否や関係性の構築、ニーズの把握の難しさが明らかとなっており、本研究で生成された【支援の土台

作り】の重要性と対応している。また、病院と訪問両方を経験する作業療法士を対象とした研究（水野ら、2019）では、訪問支援のみで、本人のニーズを踏まえた目標を共有するスキルが抽出されており、本研究で生成された個別のニーズに沿った【オーダーメイドの支援の展開】を行う能力と合わせて、訪問支援に特徴的なコンピテンシーと考えられる。

さらに、船越ら（2006）の調査では、訪問支援では、ケースを抱え込みやすく、支援基準や支援マニュアルが明確でない中での不安感から、ストレスや利用者への陰性感情が高まることが明らかになっており、本研究で生成された【訪問支援特有の困難】と共通しているが、本研究で見出された、病院勤務に比べ左遷された感覚を抱く、「訪問支援に対する“マイナー”感（井口ら、2021）」や、日常生活支援を中心とした包括的支援の提供が求められる中で、自身の保持資格を柱とした専門性の揺らぎが生じる可能性については言及されていない。加えて、本研究で生成された【訪問支援特有の困難】を解決するための【支援者の回復と成長の要素】は、Kipping et al.（1998）が見出したスタッフが集まりカンファレンスや教育を受ける機会を作ることの有効性に対応しているが、《専門性の揺らぎ》を経て、ACTのチームモデルである、「多職種チーム」ではなく、むしろ「超職種チーム（西尾、2004）」としての《職種にはとらわれない姿勢》を再構築することや、《利用者の回復や変化を実感する体験》が、支援者の回復と成長の基盤となっている可能性についても、本研究で新たに見出された視点である。《利用者の回復や変化を実感する体験》は、単に、治癒や精神疾患に伴う症状の改善のみを示すものではなく、「ストレングス（個人が元来もっている資質、良さ、強味）（Arthur J. Frankel & Sheldon R. Gelman, 2004/2006）」に視点をあて、「障害を抱えながらも希望や自尊心を持ち、可能な限り自立した術を学ぶこと（西尾、2004）」に対応する概念であると考えられる。

2. 訪問支援で臨床心理職に求められるコア・コンピテンシーの検討

本研究で得られた、多職種訪問支援従事者に共通する3つのコア・コンピテンシーをもとに、今後訪問支援への参入が期待される臨床心理職について考察する。

臨床心理職に求められるコンピテンシーとして、産業領域で働く臨床心理職のコンピテンシーの研究（坂井ら、2015）や、身体疾患患者および医療チームに関わる臨床心理職のコンピテンシーの研究（高野ら、2020）の中で、該当領域で必要とされる知識や、クライアントのみならずチームや組織をアセスメントする力、関係者や他職種と協働する力、コンサルテーション能力などが挙げられている。また、Fouad et al.（2009）の研究では、臨床心理職に求められるコンピテンシーとして、アセスメント力や臨床力、他職種と協働する力が挙げられている。共通して挙げられているアセスメント力は、訪問支援でも他職種から臨床心理職へ期待されるスキルであり（仲、2016a）、本研究で生成された【支援の土台作り】を支える利用者との信頼関係構築のプロセスに欠かせないスキルであると考えられる。また、他職種と協働する力は、本研究で生成された個別のニーズに沿った支援を可能とする【オーダーメイドの支援の展開】に欠かせないスキルであるが、多職種協働を求められる中で、社会性や柔軟性の不足や、専門性の伝えにくさなどにより難しさを感じている臨床心理職の存在も明らかとなっており（檜原ら、2015）、教育や臨床実践の中で、どのように他職種と協働できるスキルを身につけていくことができるのかさらなる検討が必要である。

さらに、高野ら（2020）は病院勤務の臨床心理職に心理検査を活用するというコンピテンシーを見出しており、コンサルテーション能力とともに、本研究では抽出されなかった。その理由として、本研究の対象は、全て訪問支援従事者であり、臨床心理職を含む複数資格保持者の1名を除くと看護師、作業療法士、精神保健福祉士で構成され、アセスメントやコンサルテーションなどの、臨床心理職が専門性を高く発揮できる場面の言及がなかったことが挙げられる。心理検査の活用については、訪問場面での実施について他職種や利用者からの期待が高く（仲，2016a；仲，2016b）、病院受診が難しい利用者に対して主治医の指示を受け自宅での心理検査を実施した報告もあるが（仲，2020；仲，2021）、環境設定や実施法など課題も多く、慎重に検討する必要がある。コンサルテーションの能力は、本研究で生成された【支援者の回復と成長の要素】を支えるケースカンファレンスや他職種からの学びの中に必要なスキルであると考えられ、訪問支援に従事する臨床心理職にとっても必須のコンピテンシーであることが窺える。

しかし、本研究では、職種に関わらず、専門性を敢えて前面に出さず、職種を超えた感覚を持つことに意味を見出していることが明らかとなった。藤澤ら（2019）は、災害支援に携わる臨床心理職への調査の中で、職種に限られない組織的活動の展開に必要とされるコンピテンシーを身につけることの重要性について言及しており、訪問支援と災害支援に共通したコンピテンシーであると考えられる。さらに、金沢（2014）は、臨床心理職の従来の対クライアントという文脈から対他職種・対医療チームという視点への展開に言及しており、多職種チームの一員であるという感覚をもち包括的に支援を提供できるコンピテンシーの会得が急務であると考えられる。本研究では、それぞれが基盤としている専門性を軸にしながらも、まずは人として利用者に向き合うという姿勢を重要視していることが明らかとなっており、内にある専門性の軸があってこそ職種を超えた感覚を得る可能性が示唆された。看護師、作業療法士、精神保健福祉士、そして臨床心理職など各職種の専門性に特化したコンピテンシーを内包して、本研究で見出された訪問支援従事者に共通するコア・コンピテンシーを獲得することが期待される。

V 課題と展望

本研究で得られたコア・コンピテンシーは、協力者30名から得られた知見である。職種や経験年数、事業形態にばらつきがあり、一般化するにはさらに研究を継続する必要がある。

本研究の継続により、今後期待される臨床心理職のアウトリーチへの職域の展開への知見が得られると考えられる。

〈付記〉

本論文を執筆するにあたって、研究に協力してくださいました訪問支援従事者の方々に、心より感謝申し上げます。この発表は、科学研究費助成事業（若手研究 20K14207）の研究助成を受けました。この発表に関連し、開示すべき利益相反関係にある企業等はありません。

文献

- 赤川力 (2013). スクールカウンセリングにおける音楽のイメージを用いた心理療法. 箱庭療法学研究, **26**(2), 41-50.
- Arthur J. Frankel & Sheldon R. Gelman. (2004). *Case Management: An Introduction to Concepts and Skills Second Edition*. Lyceum Books, Inc. 野中猛 (監訳) (2006). ケースマネジメントの技術. 金剛出版.
- Fouad, N. A., Grus, C. L., Hatcher, R. L., Kaslow, N. J., Hutchings, P. S., Madson, M. B., Collins, F. L., & Crossman, R. E. (2009). Competency benchmarks: A model for understanding and measuring competence in professional psychology across training levels. *Training and Education in Professional Psychology*, **3**, S5-S26.
- 藤沢美穂・大塚耕太郎他 (2019). 被災地の精神保健活動に関する臨床心理士の支援経験と技能の習得度との関連について. 岩手医学雑誌, **71** (5), 162-182.
- 船越明子・宮本有紀・萱間真美 (2006). 訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護を実施する際の訪問スタッフの抱える困難に対する管理者の認識. 日本看護科学会誌, **26** (3), 67-76.
- 廣川聖子・大山早紀子他 (2013). 生活保護受給者自立支援事業における行政と民間との連携. 医療と社会, **22** (4), 343-357.
- 井口貴代佳・西崎未和他 (2021). 新卒で訪問看護事業所へ就職した看護学生の意思決定過程. 共立女子大学看護学雑誌, **8**, 55-64.
- 岩満優美・平井啓他 (2009). 緩和ケアチームが求める心理士の役割に関する研究—フォーカスグループインタビューを用いて—. *Palliative Care Research*, **4** (2), 228-234.
- 金沢吉展 (2014). 医療領域における心理職に求められる知識・スキル・態度に関する研究. 明治学院大学心理学紀要, **24**, 21-35.
- 檜原潤・川崎隆・高木郁彦・羽澄恵・能登眸・下山晴彦 (2015). 医療領域での多職種協働における臨床心理職の課題—臨床心理職に対するアンケート調査から—. 東京大学大学院教育学研究科紀要, **55**, 291-301.
- Kipping C., Hickey G. (1998). Exploring mental health nurses' expectations and experiences of working in the community. *Journal of Clinical Nursing*, **7**(6), 531-538.
- 厚生労働省 (2021). 令和2年度障害者総合福祉推進事業「公認心理師の活動状況等に関する調査」結果. 一般社団法人日本公認心理師協会. <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000798636.pdf> (2022年7月6日取得)
- 松野俊夫 (2002). 心身医療で求められる心理臨床家の資質は何か—卒前・卒後教育の視点から—. 心身医学, **42** (7), 427-431.
- 水野里咲・榊原唯他 (2019). 病院と訪問における作業療法士の役割と必要なスキル—学生の視点による質的研究—. 作業療法ジャーナル, **53** (9), 1014-1018.
- 長田道 (2019). 不登校の小学生女兒への家庭訪問相談. 近畿大学心理臨床・教育相談センター紀要, **3**, 43-50.
- 仲沙織 (2016a). 「包括型地域生活支援プログラム」従事者が心理職に求めること—質問紙調査を用いて—. 病院・地域精神医学会, **58** (3), 277-285.

- 仲沙織 (2016b). アウトリーチサービス利用者のニーズから見た心理職の可能性の検討. 日本保健福祉学会誌, **23** (1), 65-72.
- 仲沙織 (2018a). 精神科アウトリーチにおける臨床心理士の支援に関する一考察—10の事例から見えたもの—. 心理臨床学研究, **36** (2), 120-130.
- 仲沙織 (2018b). アウトリーチにおける心理職の支援の実際. 日本保健福祉学会誌, **25** (1), 9-20.
- 仲沙織 (2020). 訪問支援における心理検査の検討—発達障害児のアセスメントの一例から—. 人間科学研究科紀要, **15**, 43-52.
- 仲沙織 (2021) 訪問支援における心理検査の導入についての一考察—発達障害児への WISC-IV, SCT, バウムテスト, K-F-D の実施から—. 人間科学研究科紀要, **16**, 63-68.
- 中村恵子・田上不二夫 (2005). チーム援助での援助構造の明確化による効果. カウンセリング研究, **7**, 416-425.
- 日本臨床心理士会 (2012). 第6回「臨床心理士の動向調査」.
- 西尾雅明 (2004). ACT 入門—精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム—. 金剛出版.
- 野島一彦 (2002). 臨床心理的地域援助の教育・訓練について. 広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要, **1**, 29-31.
- 坂井一史・深瀬砂織・三浦有紀・種市康太郎 (2015). 産業領域で働く臨床心理士のコア・コンピテンシーとキャリア・パスの検討. 心理臨床学研究, **33** (1), 15-25.
- 瀬戸瑠夏・下山晴彦 (2004). 日本におけるスクールカウンセリングの現状分析: 文献レビューによる活動も出る構築への展望. 東京大学大学院教育学研究科紀要, **43**, 133-145.
- 鈴木郁子 (2018). 山形県の取り組み (コーディネーター) 訪問看護出向事業におけるコーディネーターの役割. 日本看護協会機関誌, **70** (15), 38-40.
- 高野公輔・小林清香・富岡直・中村菜々子・花村温子・満田大 (2020). 身体疾患患者および医療チームにかかわる心理職のコンピテンシー. 心理臨床学研究, **38** (2), 153-164.
- 高木健志 (2019). 中山間地域における精神障害者への訪問型支援に関する一考察—訪問型支援を経験したことのある 11 人の精神保健福祉士へのインタビュー調査を通じて—. 社会分析, **46**, 93-111.
- 竹森元彦 (2019). 医療領域における心理職の多職種連携教育 (IPE) の現状と課題. コミュニティ心理学研究, **23** (1), 22-28.
- 富岡直・花村温子他 (2021). 身体疾患患者および医療チームに関わる心理職のラダー作成. 心理臨床学研究, **39** (4), 341-352.
- 山田香 (2020). 過疎地域における地域密着型看護師の専門性—山形県小国町の訪問看護師の実践と語りから—. 保健医療社会学論集, **31** (1), 73-83.
- 山根伸吾・大岩真衣他 (2021). 訪問リハビリテーションにおける作業療法士の仕事の特徴. 作業療法ジャーナル, **55** (1), 91-98.
- 横野知江 (2021). 在宅褥瘡管理を円滑に行うための皮膚・排泄ケア認定看護師のコンピテンシー. 看護薬理学カンファレンス, **3**, S1-1.
- 吉田光爾 (2019). 訪問看護ステーションにおける精神保健福祉士の配置に関する全国ニーズ調査. 精神保健福祉学, **6** (1), 18-28.

Subjective experience and core competencies of interprofessional home-visit service providers

This study qualitatively analyzed interprofessional home-visit service providers' processes of gaining subjective experiences. Moreover, their core competencies were examined through semi-structured interviews with 30 participants working in home-visit nursing stations. We analyzed the interview results using the grounded theory approach, which developed 61 concepts. We classified these concepts into 49 subcategories, composing ten superordinate categories. Core competencies common to interprofessional home-visit service providers included [building relationships in the initial stage], [daily life support], [clarifying support needs], [support for individual needs], [elements of exhaustion and recovery of supporters], among others. Supporters perceived <attitudes regardless of occupation>, that did not emphasize expertise as significant. Moreover, some supporters had <fluctuation of expertise> or <a sense of being demoted>. The feeling of being a team member and obtaining the competence to provide support beyond the specialty comprehensively was considered essential. The new findings of this study are expected to develop occupations for the desirable outreach of psychologists.

Key Words: multidisciplinary visit support, subjective experience process, competency, qualitative analysis