

20030728

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

重症精神障害者に対する新たな訪問型の包括的地域
生活支援サービスシステムの開発に関する研究

平成15年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 塚田 和美

平成16年4月

目 次

I 総括研究報告

重症精神障害者に対する新たな訪問型の包括的地域生活支援 サービスシステムの開発に関する研究	1
	塚田 和美 伊藤順一郎

II 分担研究報告

1. 訪問型包括的地域生活支援サービスの機能評価に関する研究	10
	大島 巖
2. 社会復帰施設における訪問看護の必要性を明らかにする研究	12
	仲野 栄
3. パイロットスタディアウトカム研究報告	20
	西尾 雅明
4. 参与観察による記述研究	22
	西尾 雅明 久永 文恵 英 一也
5. 多職種チームの効果的なチームアプローチに関する研究：職務ストレスとバーンアウト	25
	小泉 智恵 吉田 光爾 田村 理奈
6. ACT-Jパイロットスタディにおけるリカバリープラン作成上の課題	32
	堀内 健太郎 萱間 真美

I 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
総括研究報告書

重症精神障害者に対する、新たな訪問型の包括的地域生活支援
サービス・システムの開発に関する研究

主任研究者：塚田 和美（国立精神・神経センター国府台病院 第一病棟部長）
：伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部長）

研究要旨：

国立精神・神経センター国府台地区をフィールドとして、ACT のモデル・プログラム（パイロット・スタディ：ACT-J）を研究費を用いてたちあげ、国立精神・神経センター国府台病院精神科に入院した患者に対して、明確なエントリー基準とインフォームド・コンセントのもとに、サービスを開始した。このプログラムに対して、プログラム施行前後の地域滞在日数や再発率、満足度の変化を追跡する患者や家族のアウトカム評価、スタッフの行動の観察や援助プロセスの妥当性の検討を含むプロセス評価、医療費をはじめ、かかる費用の計算や費用対効果の分析を行う医療経済学的評価を実施した。本年度は、これらの研究のベースラインとなる退院後 2 週間後の調査を 28 例（平成 16 年 2 月末現在）に対して完了した。平成 16 年度をかけてプログラムの実施と追跡調査を行い ACT-J の効果について、前後比較研究の形でまとめる予定である。また、引き続きコントロール群をおいた無作為割付方式による比較研究も今後予定している。

研究班構成（あいうえお順）

主任研究者：

塚田 和美（国立精神・神経センター国府台病院 第一病棟部長）

分担研究者：

伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部長）

大島 巖（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野 助教授）

仲野 栄（社団法人日本精神科看護技術協会常務理事）

西尾 雅明（国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部援助技術研究室長）

研究協力者：

掛江 直子（国立成育医療センター 研究所）

久野 恵理（ペンシルバニア大学 助教授）

小泉 智恵（国立精神・神経センター精神保健研究所 長寿科学振興財団）

鈴木友理子（国立精神・神経センター国府台病院 リサーチレジデント）

園 環樹（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）

高山莉理子（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）

中村由嘉子（全国精神障害者家族会連合会 保健福祉研究所）

平野 美紀（国立精神・神経センター精神保健研究所 日本学術振興会 特別研究員）

堀内健太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所 特別研究員）

ACT-J チーム（国立精神・神経センター国府台病院 技術研究生）

土屋 徹（チームリーダー）、相沢みな子、香田真希子、坂下利香、田中幸子、

野口博文、英 一也、久永文恵、前田恵子、梁田英麿、渡邊雅文、山下真奈美

A. 研究目的

近年、地域精神保健サービスが多様化しているが、重症の精神障害者は生活上の活動が制限を受け、また主体的に適切なサービスを選択することが困難なため、依然として十分なサービスを受ける機会に恵まれない。とくに、ひきこもり状態、治療動機が不十分な状態、家族からのサポートが乏しい状態などでは、医療中断を呈しやすく、そのために地域生活維持が困難になっている。その結果重症の精神障害者は頻回の精神科救急の利用、頻回入院、問題事例化、そして長期入院などを呈し、このことが日本の精神病床数が減少しないことの一因を形成していた。

一方、欧米では、このような状況に対して、Assertive Community Treatment (ACT) といった手法を用いて対応し、再発率の低下や地域滞在率の向上など、一定の成果をあげてきた。すなわち ACT は、精神障害者の入院を回避するとともに、地域における生活の質を保ち、また、障害者本人や家族の、サービスに対する満足度を向上するのに寄与してきたのである。

今や、日本においても、ACT に準じた、高密度の訪問型の包括的地域生活支援サービスを展開すべき時期がおとずれていると考える。高密度とは、①障害者本人や家族との関係作りをしっかりとおこない、当事者のニーズを明確にし、それにそったサービス展開をする、②服薬管理・疾病の自己管理トレーニング等の医療サービスを含む、③平均週 2 回以上の在宅訪問など、頻回のアウトリーチサービスを主体とする、④多職種がチームを形成し、日常生活支援、就労支援といった多彩な直接的サービスを提供する、⑤24 時間週 7 日対応を原則とし、危機介入にも対応できることを表す。本研究は、日本の現状に即した、新たな訪問型の包括的地域生活支援サービス・システムを開発し、Evidence Based Research の方法を用いながら、サービス・モデルの実効性を検証し、日本の精神保健福祉行政での活用について提言をおこなおうとするものである。

B. 研究方法

【塚田、伊藤、西尾、大島】の研究

本研究は、3 か年に渡る研究事業である。

主任研究者である塚田、分担研究者の伊藤、西尾、大島は、研究協力者との協働作業のうちに、主として国立精神・神経センター国府台地区に研究活動の拠点をおき、3 年間のうちに以下の研究活動を遂行する。

まず、国立精神・神経センター国府台地区をフィールドとして、ACT のモデル・プログラム (パイロット・スタディ: ACT-J) を、研究費を用いてたちあげ、国立精神・神経センター国府台病院精神科に入院した患者にたいして、明確なエントリー基準とインフォームド・コンセントのもとに、サービスを開始する。同時にプログラム施行前後の対象者の地域滞在日数や再発率、対象者やその家族の満足度の変化を追跡するアウトカム評価、スタッフの行動の観察や援助プロセスの妥当性の検討を含むプロセス評価、医療費をはじめとしたかかる費用の計算や費用対効果の分析を行う医療経済学的評価を、このモデル・プログラムに対して実施する。さらに、ACT-J チームが成熟した平成 16 年度に、無作為割り付けの手法を用いたコントロール群をおいての効果実証研究 (Randomized Controlled Study) を実施する。

第二に、日本の実情にあった訪問型の包括的地域生活支援サービス (ACT) のあり方について研究班として検討を重ね、「標準となるモデル」「ガイドラインおよびマニュアル」「実施にあたっての研修プログラム」などを整備作成する。

なお、分担研究者の仲野は塚田らとも随時連携を取りながら、地域にベースを持つ社会復帰施設とりわけ地域生活支援センターが、「地域で暮らす、来所できない精神障害者」のために訪問型の生活支援サービスを展開する可能性を探るため、実態調査をおこない、現状の問題点と課題を分析する。

【平成 14 年度】(完了)

- (1) 欧米における ACT に関しての主たる文献を収集、抄訳集作成。
- (2) 分担研究者らが米国を訪問し、研究者との会議や ACT 実践の現場視察を行い ACT の臨床モデルや行政のシステムについて情報収集。
- (3) 日本における ACT のスタンダード(案)、

記録システム(案)などの作成。

- (4) 米国の研究者 (Dr. Trevor Hadley) を招聘し、研究チームとの討論、東京、千葉、帯広での講演会と視察を実施。
- (5) パイロット・スタディのプロトコルを完成し、国立精神・神経センターの倫理委員会の承認を取得。

【平成 15 年度】

研究費によってたちあげた、ACTJ チームが国立精神・神経センター国府台地区をフィールドとして、ACTJ のモデル・プログラム (パイロット・スタディ) の活動を開始。チームスタッフは研修を受けつつ、重症精神障害者に対する ACTJ のサービスを実施する。実施にあたっては、国立精神・神経センター国府台病院精神科と緊密な連携のもと、対象者のエントリーをおこなう。開始されたチームの活動および対象者へのサービスはモニタリングされ、アウトカム・プロセス・医療経済の 3 つの領域にわたる調査研究が行われる。

<対象>

以下のすべての条件を満たすものをその対象者とする。

- ・平成 15 年 5 月 1 日から平成 16 年 3 月 31 日の間に国府台病院精神科 (児童精神科を除く) に入院したもの
- ・年齢が 18 歳以上 60 歳以下であるもの。
- ・主診断が統合失調症、感情障害、心因反応等の精神疾患であるもの。(主診断が知的障害、痴呆、薬物依存、アルコール依存、人格障害であるものは除外)。
- ・居住地が市川・松戸・船橋の 3 市であるもの。
- ・今回の入院前 2 年間に 1 回以上の入院、3 回以上の救急利用、3 か月以上の医療中断のいずれかがあるもの。
- ・入院前 1 年間の過ごし方や、過去 2 年間の問題行動の数から、重症の精神障害者であると判断されるもの。
- ・研究の趣旨について十分な説明を受け、参加について自発的な同意が得られたもの。

<介入について>

アセスメントの実施：チームリーダーは、クライアント加入後 1 週間以内に、担当医と協議して、最初にアセスメント(面接による)を実施する担当ケースマネジャーを決定

する。ケースマネジャーはクライアントとの関係作りを行うとともに、本人の当面のニーズを明らかにするイニシャル・アセスメントをすみやかに行う。地域生活を組み立てるにあたって必要な包括的アセスメントはクライアントの退院後 1 か月以内に行う。

支援計画の立案：担当ケースマネジャーは、クライアントのイニシャル・アセスメント作成と平行しながら支援の最初の一步であるイニシャル・プランを作成する。また、退院後 1 ヶ月以内に包括的アセスメントをもとに包括的プランを作成する。プラン作成はストレングス・モデルに基づき行われ、包括的プランはクライアントのリカバリーに焦点を当てた「リカバリープラン」とする。支援計画は、担当ケースマネジャー、チームリーダー、クライアント本人 (もしくは保護者)、の 3 者の合意のもとで決定される。

提供される支援：個々の支援計画をもとに、原則としてクライアントの生活の場にケースマネジャーが赴いて、以下のようなサービスが提供される。

症状管理、薬物療法の管理と支援、日常生活の支援、当事者・家族に対する心理教育、住居支援、就労支援、家族支援、金銭管理の支援、余暇活動の支援、対人関係に関する支援、危機介入

支援計画の見直し：すべてのクライアントに対し最長でも 6 か月ごとに支援計画の見直しを行う。

<調査の実施>

I. アウトカム研究

介入前後一年間の比較を、地域滞在日数、入院日数、入院回数、精神科救急利用回数についておこなう。

追跡調査を、精神症状 (BPRS)、薬物量 (CP 換算値)、クライアントの社会適応状態 (GAS、QOLI) についておこなう。ベースラインはエントリー時の退院後 2 週間目とし、6 か月後、1 年後と追跡する。同時に、心理社会的側面について評価するために、クライアント自記式調査と家族自記式調査を、調査票を作成の上おこなう。

II. プロセス研究

・チーム形成後の ACT 運営が妥当であるかを検討する、個別フィデリティ尺度の開

発を行う。くわえて、システムの構造の妥当性を Dartmouth ACT Scale を用いて評価する。

- ・スタッフの意識・信念の変化の過程（病院あるいは地域ベース、多職種間の役割アイデンティティ）について、自記式質問紙や、面接によって調査する。また、スタッフの視点から ACT-J の形成過程について参与観察し、記録する。
- ・スタッフのメンタルヘルス・バーンアウトについて自記式質問紙、面接によって調査する。

III. 医療経済学的な効果研究

- ・医療保険診療報酬票からの情報収集、本人や家族への面接などからのデータをもとにかかるコストを計算する。
- ・コスト計算をするために観察する領域は、直接の医療費、間接的な保健・福祉等のコスト、生活維持のための公的な費用、家族の負担、他の人々の負担、触法行為にかかるコスト、死亡により発生するコストなどである。ACT-J サービスにかかる費用は、別途計算をおこなう。

【平成 16 年度】

平成 15 年度から開始した、パイロット・スタディの 1 年間追跡の最終時点が平成 17 年 3 月末である。上述した 3 領域の成果を集約分析し報告書にまとめる。加えて、パイロット・スタディで明らかになったことを基にして、日本における訪問型包括的地域生活支援サービス (ACT-J) の「スタンダード」を確定する。くわえて、実施にあたってのガイドライン・マニュアルを作成、上梓する。

平成 15 年度中に ACT-J チームの活動が成熟するものとみなして平成 16 年度からは、対象者を、無作為わりつけの方法により、訪問型の包括的地域生活支援サービス (ACT-J) 群と、通常の治療・リハビリテーション群に分け、サービスの提供をおこなう。すなわち、コントロール群との比較研究のかたちをとる。ACT-J 群の具体的サービス内容については、「スタンダード」及びそのガイドライン・マニュアルによって厳格に規定される。調査研究をおこなう領域はパイロット・スタディに準じる。

この Randomized Controlled Study は、

エントリー期間を約 1 年間とし、その後最低 1 年間のフォローアップを継続する。

（倫理面での配慮）

<安全性>

本研究は介入研究ではあるが、身体的侵襲はない。また、あらゆるサービスは本人や家族の自由な意思に基づき行われる。すなわち強制力はともなわない。また、24 時間週 7 日対応を原則とし、緊急の事態に対応できる体制をとる。

<自由意思>

被験者は 18 歳以上であり、研究への参加については文書により同意を得る。研究の中には家族支援も含まれるので、家族の同意を得ることも原則とする。インフォームド・コンセントに際しては、補助文書を用いて説明し、自由な意思決定を保障するために、説明をしてから同意まで約 1 週間の期間をおく。拒否権と同意の撤回権の保障について十分に説明する。

<個人情報保護>

また、研究で知りえた個人情報のみだりに散逸しないように、プログラム実施に伴う記録用紙・評価用紙の保管、データベースのセキュリティは厳重にする。評価用紙等の形式にも、個人名の記載は避けるなどの配慮を行う。また、研究結果は統計的手法を用いた方法論によって、個人が特定されない形式で表現することを中心とし、事例報告等の形式で表現する場合は、対象者の承諾を得る。

なお、対象者のエントリーやサービス提供、調査研究などの研究計画は、平成 15 年 4 月に、主任研究者が属する国立精神・神経センターの倫理委員会における検討を経た。

【仲野】の研究

精神障害者地域生活支援センターにおける生活支援サービスにおいて、訪問看護機能を有効に機能させるために、利用者や関係機関からどのような役割を期待されているかを明らかにするため、地域の社会資源として積極的に事業展開を行っている支援センター（設置主体別、地域特性などを配慮した 3 か所）において、業務の構築や関

係機関との連携などについて、現状と問題点についての聞き取り調査を行った。また、インタビューの結果から、課題を分析した。

C. 研究結果

【塚田、伊藤、西尾、大島】

《臨床チームの立ち上げ》

平成15年4月に日本初の包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment; ACT) の臨床チーム (ACT-J チーム 常勤11名、非常勤2名) を結成した。1か月の集中した研修ののち、5月より定められた基準を用い対象患者を登録し、ACTの活動を開始した。平成16年2月末の時点で、28名が登録されてサービスを受けている。

《アウトカム研究》

◆本年度の結果としては、ベースライン (退院2週間後) の状況把握に留まっているが、これをもとに平成16年度末には介入の前後比較のデータを分析する。

2月末の時点で、利用者の性別は、男性13名、女性15名であった。平均年齢は34.3歳であった。診断別では、統合失調症24名、躁うつ病2名、うつ病1名、てんかんによる人格・行動の障害が1名となっていた。平均罹病期間12.8年、過去1年間の平均入院回数1.9回、入院日数は116.2日であった。

利用者28名のうち、退院2週後の対面調査を施行しえたのは、入院継続中の3名、退院後に病状が悪化し調査に拒絶的な1名を除く24名であった。BPRSオックスフォード版18項目の総得点の平均は15.8点であった。GAFでは平均得点は47.3点となっていた。

QOLIでは、全般的満足度 (1-7の7段階) の平均は4.0点であり、全体的健康については「やや不満」と答えた者が最も多かったが、他の領域の満足度は概ね良好であった。(西尾)

◆利用者本人の自記式調査は、①服薬治療態度尺度 (DAI-10) (Hogan, 1983)、②参加準備性 (大川 (瀬戸屋) ら, 2000)、③自己効力感尺度 (SECL) (瀬戸屋ら, 2002)、④自己統制感尺度 (Mastery)、⑤エンパワーメント尺度 (IAPRSR, 1995)、⑥ソーシャルサポート尺度 (SSQ-6) (Sarason, 1983) を用いた。ベースライン時点でいずれも内的一貫性の

指標である Cronbach α の値が.76 以上で高く、想定された尺度間の相関関係が再現され構成概念妥当性が確保されていることがわかった。また先行研究と比較すると、特に自己効力感の低い対象者であることが明らかになった。

◆家族のための自記式調査は、①生活困難度 (大島, 1987)、②家族協力度 (大島, 1987)、③家族拒否度 (Kreismann ら, 1974)、④家族ケア自己効力感尺度 (SEFC)、⑤参加準備性 (榎野ら, 2000)、ソーシャルサポート尺度 (SSQ-6) (Sarason, 1983)、ACT ニーズ尺度 (園ら, 2004) を用いた。

内的一貫性の指標である Cronbach's α の値は、参加準備性を除いて.60 以上の値が確保された。尺度間の相関は概ね想定した相関関係が再現され、構成概念妥当性があることがわかった。また先行研究と比較すると、特に自己効力感の低い対象者であることが明らかになった。(大島)

《プロセス研究》

◆ACT-J が適切に運用されているかモニタする為に、個別利用者フィデリティ尺度を作成、検討した。内的一貫性 (Cronbach's α) が 0.90、評価者間信頼性 (Pearson 積率相関係数) が、総得点で $r=0.45$ 、総合尺度が $r=0.60$ であった。この尺度の総得点が高いほど、電子カルテ内の総援助時間が長く、併存妥当性が示された。また、個別利用者フィデリティ尺度を因子分析して求めた6因子は、ACT の特徴・理念に一致し、説明率も 71.0% であった。「ケア必要度が高い人ほど、高密度のサービス実践が行われ、尺度得点が高くなる」という想定していた関係が見られ、因子妥当性・構成概念妥当性も示された。(大島)

◆立ち上げ後1年間のACT-J臨床チームの形成過程を参与観察の手法を用いて、臨床チームに属するスタッフの視点から記述した。さらに、ACTを日本に導入するうえでの課題と展望を明らかにする視点から、「家族支援」「主治医との連携や役割分担」「利用者・家族の入院に対する意識」という3つのトピックに焦点を当てて考察を加えた。(久永)

◆ACT-J は訪問活動が多く、また多職種チームであるゆえ、職場環境とストレスの関係も既存の臨床環境とは異なることが予想

される。そこで、スタッフにおける職務ストレスとバーンアウトとの関連について縦断的調査を実施し、同時点分析、予測的分析をおこなった。その結果、4か月目、8ヶ月目調査をあわせると、数ある職務ストレスのうち、役割曖昧、役割葛藤、人間関係、仕事と家庭・私生活のバランス、仕事と非常勤とのバランスは、情緒的消耗感、脱人格化に影響する要因であるといえた。特に役割をめぐる問題は、多職種チームという特徴のなかで支援スタッフが快適に働くために重要であり、チーム形成の上でも欠かせない課題であるといえた。(小泉)

◆ACT-Jのパイロット・スタディにおける援助プロセスとリカバリープラン、および対象者の特徴についての臨床スタッフの認識や主観的な体験の内容を記述するため、臨床チームのケースカンファレンスの観察と、臨床スタッフへの個別インタビューを行い、分析した。ケースへの援助の流れにおいて、クライアント自身の生活目標に基づいたリカバリープランの作成の困難さが体験されており、内容として、「ニーズが言語化されにくい」「ACT-Jの援助スタイルでより不安定になる」「環境調整が必要」というカテゴリーが得られた。今後、現行の精神医療サービス環境や社会風土などに即した対象者の選定や、その対象者にあった支援モデルを明らかにするなかで、ACTの援助理念に沿った実践および効果的な支援が可能になるものと考えられた。(堀内)

《医療経済学的研究》

H15年2月末までのACT対象者28名の、エンタリー時の入院費の一日あたり平均金額は、13,931円であった。一方、退院した23名の外来1回あたりの通院医療費は、処方に関する金額を除いて5,548円であった。一方、対象者の過去1年間の平均入院回数1.9回、入院日数は116.2日であり、単純推計すれば、過去1年間の入院にかかった費用は、一人当たり約162万円、通院にかかった費用は処方関係を除いて約8万1千円であった。(中村)

【仲野】

調査対象の支援センターはいずれも施設内でのプログラムは行わず、利用者は自発的にグループを作って活動し、スタッフは

プログラムの運営を行うことに時間を費やすのではなく、利用者と一緒に地域活動に参加していた。この地域活動は、啓発活動や精神障害者支援のキーパーソンとなる人を探し、また育てることを目的として行われていた。期待されている支援センターの役割としては、(1)地域でケアに加わる人の組織化、(2)作業所や行政からの専門的相談の対応、があった。3つの施設とも、疾患の理解や対応など様々な相談が持ち込まれてこれに応じていた。今回の調査結果は、支援センターの重要かつ独自の機能として取り込み方ではなく、「アウトリーチ型ネットワーク」の形成が効果的であることを意味していた。待ち受ける機能だけでなく、精神障害者を取り巻く地域の住民を組織化するような活動が期待されていることが示唆された。

D. 考察

本研究は、重症精神障害者の包括的地域生活支援・再発予防のために、高密度の訪問型包括的地域生活支援システム(ACT)が、日本に既存の精神医療システムのなかにもどのように組み込まれ、どの様に機能するかを実証する、きわめて実践的な課題を持った研究である。

日本精神医療は、精神病床数、平均在院日数とも世界でもっとも多いという特異な特徴をもつ。欧米先進国に比べ、精神障害者の医療・リハビリテーションは精神病院を中心に展開してきており、包括的地域生活支援のための資源の充実・あらたな援助技法の開発とも、いまだ不十分な状況にあるといわざるを得ないのが現状である。しかし、慢性精神障害者の長期収容の弊害は、明らかになっているところであり、昨今の触法精神障害者の処遇をめぐる議論は、地域における充実した生活支援サービスの必要性を浮き彫りにしている。

さて、本年度の研究結果からいくつかの課題が浮かび上がる。以下にその要点を記す。

《アウトカム研究》

◆ベースライン調査ではBPRS下位尺度の陽性・陰性症状のスコアは低かったが、これは今回のプログラムの対象者を頻回入院者に設定していることと関連があると思われる

る。服薬や医療中断によって加入基準を満たしはするが、比較的短期間の入院によって病状は回復しやすい者が多く登録された結果と考えられる。しかし問題は、彼らが長期間の安定を維持できないことである。服薬の中断、持続的なストレス状況、危機的なライフイベントの多さなどが事例別には考えられる。ACT-J のような包括的な訪問プログラムがこれらの課題にどれだけ答えられるかは、平成 16 年度の研究課題である。

また、ベースライン時における生活全般に対する満足度も比較的高かった。ACT-J は IC 取得後退院前から関わっているの、これには、退院後に地域で暮らし始めた安堵感の影響と、ACT チームによる退院支援の効果の両者が考えられる。詳細についてはコントロール研究による検討が必要である。

◆利用者本人の自記式調査尺度・家族の自記式調査尺度は、ともに比較的高い内的一貫性を示し、一定の構成概念妥当性が確保されていた。今後 ACT-J 関与の前後比較やコントロール群をの無作為割付方式での比較研究をする上で、これらの尺度は ACT-J のもたらす、心理社会的影響を測る上で有用である。

《プロセス研究》

◆本研究班で新たに開発した個別利用者フィデリティ尺度は高い内的一貫性を示し、また因子分析の結果は因子妥当性・構成概念妥当性も示していた。欧米で従来用いられているシステムレベルのフィデリティ尺度では、プログラム構造面での評価が主で、サービス機能面での評価が難しい。また、個別利用者ごとのサービス改善課題といったより臨床に即した評価が出来ない。その点、個別利用者フィデリティ尺度はこれらの点にも対応できることが期待でき、今後の活用が望まれる。

◆一方、臨床スタッフによる参与観察や、ケースカンファレンスの観察、スタッフへのインタビューの分析からは、ACT-J が欧米の技法を導入しながらもわが国の制度や文化に関連するいくつかの課題を持っていることを明らかにした。参与観察でのトピックとなった「家族支援」「主治医との連携や役割分担」「利用者・家族の入院に対する

意識」の3つは、脱施設化がこれからであり、また、制度上も家族に長年ケアの担い手をゆだねてきたわが国の現状を反映した問題であるといえる。今後の継続観察が必要である。また、インタビューやケースカンファレンスの観察結果の分析からリカバリープラン作成の困難さがスタッフに体験されていることが明らかになったが、これも単に経験不足、技術不足とばかりはいえない。たとえば「ニーズが言語化されにくい」のには、日ごろ自己主張することを閉ざされている障害者のありようも考慮される必要がある。脱施設化とは、そのようなことも含めた制度の変革になるのである。

◆スタッフにおける職務ストレスとバーンアウトとの関連についての縦断的調査は、アウトリーチを中心とした多職種チームのあり方がどのようにスタッフに受けとめられているかを明らかにした。現状ではバーンアウトに関連した大きな問題は生じていないが、役割の明確化は重要な課題であるという結果であった。それぞれのスペシャリストとしての訓練を受けたスタッフが、同時にケースマネジャーというジェネラリストとして共同作業を行う。特に一人のクライアントに複数のスタッフに関わるのが原則である ACT-J において、各スタッフは必ずしもつねに同一の役割を担うわけではない。この役割の柔軟性を保つために、チーム内のコミュニケーションを充分に行うことが必要であることが示唆された。

《医療経済学的研究》

医療経済学的研究は、現時点ではまだデータ収集の段階とあってよい。今後どのようにまとめるかには、十分な考察が必要である。まず、第一に ACT にかかる費用の算出である。これには現行の医療保険の枠内で算出する方法と、訪問等にかかった全費用を算出する方法がある。また、コスト計算では一人のクライアントにかかった総医療費を算出し、ACT-J の施行の前後で比較するという切り口があるが、加えて福祉施設などやホームヘルプサービスを利用した場合はそこで生じたコストも加算して精神保健福祉という社会制度としてかかった費用を比較するという切り口もある。可能な限りのデータ収集を行い議論に耐えうる結

果を出すことが求められる。この場合コストベネフィットという観点からはクライアントの稼働所得の変化を視野に入れることが必要である。

また、全体のデザインでは、入院費が欧米に比べ安価なわが国にあっては、総費用の比較よりも、費用対効果をもとめるほうが重要であろう。何を「効果」として定義するかもふくめ、アウトカム研究と連動して検討することが必要であると思われた。

E. 結論

日本初の包括型地域支援プログラム(ACT-J)は、比較的順調にスタートを切った。調査研究も平成15年度はベースライン調査にとどまるものの、いくつかの示唆に富む所見が得られた。このパイロット・スタディについては平成16年度も継続し、1年間のプログラムの成果を来年度末には纏め上げる。しかし、ACT-Jが既存の精神医療やリハビリテーションプログラムと如何に異なるかを検討するためには、無作為割付による実証的比較研究(Randomized Controlled Trial: RCT)がさらに必要である。平成16年度からは、成熟したACT-Jチームを用いて、通常の治療・リハビリテーション群をコントロールにおいたRCTを予定している。これらの結果を検討し、脱施設化に向けた新たな地域精神保健福祉システムのあり方について、建設的な提起をしたいと考える。

F. 健康危険情報 特になし

G. 研究発表

論文発表

- ・塚田和美, 伊藤順一郎: 重症精神障害者の社会復帰支援. 精神科治療学, 18 (11): 1331-1334, 2003.
- ・伊藤順一郎, 大島巖, 西尾雅明: 日本における包括型地域生活支援プログラム(ACT)の展開の必要性. 病院・地域精神医学, 45(4): 36-41, 2003.
- ・伊藤順一郎, 中村由嘉子, 久野恵理, 大島巖: アメリカにおけるACT (Assertive Community Treatment) の実際. REVIEW, 42: 56-59, 2002.

- ・伊藤順一郎: 脱施設化の施策. リハビリテーション研究, 117, 2003.
- ・大島巖 (Ed.): ACT, ケアマネジメント, ホームヘルプサービス 精神障害者地域生活支援の新デザイン. 精神看護出版, 2004.
- ・大島巖, 伊藤順一郎: 統合失調症のケアマネジメント~ACTを中心に. 脳と精神の医学, 14(1): 29-34, 2003.
- ・大島巖, 伊藤順一郎: 米国における脱施設化と精神障害者ケースマネジメント~その経験から学ぶこと. 病院・地域精神医学, 45: 388-395, 2003.
- ・西尾雅明: 精神障害者ケアマネジメントと今日的課題. 病院・地域精神医学, 46(3): 320-325, 2003.
- ・西尾雅明: 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, 東京, 2004.
- ・西尾雅明: 重症精神障害者の地域生活を支える専門チーム~精神障害者の集中型・包括型ケアマネジメント(ACT)とその課題~. 公衆衛生情報, 33(10): 32-36, 2003.
- ・西尾雅明: わが国の精神保健医療福祉の地域移行に向けた課題. 第45回総会特集<2>, シンポジウム「地域精神保健福祉をどう構築するか~新障害者プランをめぐって~. 病院・地域精神医学, 46(2): 117-121, 2003.
- ・西尾雅明: ACT 見聞録「ACT-J」.メンタルケア協議会第七回シンポジウム「新障害者プランとACT」報告書, pp19-25, 2003.
- ・西尾雅明: Assertive Community Treatmentにおける"assertive"の意味するもの.メンタルケア協議会第七回シンポジウム「新障害者プランとACT」報告書, pp72-73, 2003.
- ・西尾雅明: 日本で始まるACTパイロット事業(ACT-J). REVIEW, 45: 30-33, 2003.
- ・西尾雅明, 伊藤順一郎: ACTがわが国で必要とされているのはなぜか? 欧米諸国で行われた効果研究をもとに. 精神障害とリハビリテーション, 7(2): 105-110, 2003.
- ・西尾雅明: イギリスの精神障害者ケアマネジメント. 連載: 地域生活支援とケアマネジメント(11). 精神科看護, 29(2): 70-74, 2002.
- ・西尾雅明: 精神障害者の地域サポートシステムはどこへ行くのか. 岡崎伸郎(Ed.): メンタルヘルス・ライブラリーVol.6「メンタルヘルスはどこへ行くのか」, pp49-73, 批評社, 東京, 2002.

・西尾雅明：精神医療論. 松下正明, 広瀬徹也編「TEXT 精神医学」. pp112-122, 南山堂, 東京, 2002.

・中村由嘉子, 伊藤順一郎ら：積極的地域マネジメント (ACT) の導入に関する基礎的研究 7(2): 182-188, 2003.

・久野恵理, 大島巖：精神障害者のための住居施策. リハビリテーション研究, 117: 9-16, 2003.

2. 学会発表

・伊藤順一郎：アメリカにおける実践から学ぶ—ACT モデルを中心に. 長崎, 平成 15 年 9 月 25 日.

・西尾雅明：ACT-J の紹介と今後の課題. 第3回日本外来精神医学会ミニシンポジウム「外来精神医療機能の拡がり」, 大阪, 平成15年7月20日.

・西尾雅明：ACTプログラムの研究と試行的事業について. 日本精神科病院協会学術研修会PSW部門基調講演, 東京, 平成15年11月20日.

・西尾雅明：アクトジャパンの一年後の経過報告. 心理教育・家族教室ネットワーク第7回研究集会, 山形, 平成16年3月20日.

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

Ⅱ 分担研究報告書

訪問型包括的地域生活支援サービスの機能評価に関する研究

分担研究者 大島巖（東京大学大学院助教授）

研究要旨

日本で初めて行われる訪問型包括的地域生活支援サービス（Assertive Community Treatment: ACT）における効果的な日本型モデルを開発し、そのプログラム評価を行うために、米国のACTおよび他の「事実に基づく実践プログラム（Evidence-Based Practices: EBP）」の実施方法とプログラム評価に関わる資料・情報を収集し、その分析・検討を行った上で一部について日本語版を作成した。また、今回の介入プログラムを評価するために必要なプログラム評価理論を検討し、評価のための枠組みと評価の用具類を開発した。さらに、評価尺度の信頼性・妥当性の評価を行うとともに、追跡調査のベースライン評価を行った。

A. 研究目的

本研究では、日本で初めて行われる訪問型包括的地域生活支援サービス（Assertive Community Treatment: ACT）における効果的な日本型モデルを開発し、そのプログラム評価を行うために、①米国のACTおよび他の「事実に基づく実践プログラム（Evidence-Based Practices: EBP）」の実施方法とプログラム評価に関わる資料・情報を収集し、②資料・情報の分析・検討を行った上、一部については日本語版を作成する。また、③今回の介入プログラムを評価するために必要なプログラム評価理論を検討し、評価のための枠組みと、評価の用具類を開発する、④日本型ACTの評価に相応しい評価尺度を開発する、⑤評価尺度の信頼性・妥当性の評価を行う、⑥追跡調査のベースライン評価を行う。

B. 研究方法

1. 米国のACTおよびEBPに関する視察と資料収集

ACTおよび他のEBPの米国における現状を把握するために、米国7都市を訪問し、関係活動を視察するとともに、関係者からの情報収集・資料収集を行った。米国・連邦厚生省薬物依存・精神保健サービス部の委託事業として取り組まれている全国EBPツールキットプロジェクトに関与し、このプロジェクトを推進している主要スタッフから情報収集するとともに、日本への導入の了解を得て資料の一部を訳出した。

2. 研究委員会の開催

他の分担研究者および研究協力者とともに定期的に研究委員会を開催し、収集した資料・情報の分析・検討を行うとともに、今回の介入プログラムを評価するために必要なプログラム評価理論を検討した。

日本型ACTの実施状況を適切に把握するために、各種のプロセス評価を行うとともに、アウトカム評価では自記式評価尺度を作成した。開発した評価尺度は、アウトカム評価に関わる自記式評価尺度、個別利用者単位のフィデリティ（モデル実践度）評価尺度、毎日の実践記録のサービスコードである。

3. ベースライン調査の実施

自記式調査票を用いたアウトカム評価の対象者は、ACT-Jプロジェクトに参加した利用者とその家族のうち、退院後1ヶ月以上経過したものである。自記式評価が実施できたのは、利用者本人が12名、家族11名であった。調査実施時期は退院後1ヶ月および退院後1年であるが、今回の分析は退院後1ヶ月のみである。

個別利用者フィデリティ評価尺度はACT-Jの参加者16名に実施した。調査時期は退院後1ヶ月および退院後6ヶ月である。

毎日の実践記録のサービスコードの記録は、ACT-Jに参加する全28例について分析した。

ACT実施に伴う周辺地域の精神保健福祉システムの変化を明らかにするために、ACT-Jの受領圏域である市川市と松戸市に設置された精神障害者家族会員152人（回収率67.9%）を対象に自記式調査を実施した。

C. 研究結果

1. 米国のACTおよびEBPに関する情報・資料の収集

米国においては、ACTの有効性は確立し、プログラムの効果的な構成要素が明らかになりつつあり、実践的な効果研究およびサービス普及研究の1つとして、全国EBPツールキットプロジェクトが進行中である。このプロジェクトは、連邦厚生省薬物依存・精神保健サービス部の委託事業として、ACT、家族心理教育、援助付き雇用、疾病管理プログラム、統合的重複障害治療、薬物療法という6種類のEBPを全国に普及・定着させるための「ツールキット」を開発し、その効果や有用性を明らかにするものである。我々は、このうちACTと家族心理教育、援助付き雇用の用具を入手して、日本への導入を検討し、一部を他の分担研究者・研究協力者とともに翻訳した。今年度は特に援助付き雇用について資料収集し、日本への適用する方法を検討した。

2. 自記式調査によるアウトカム評価、ベースライン調査

1) 利用者本人の自記式調査

利用者本人のための評価尺度としては、①服薬治療態度尺度(DAI-10) (Hogan, 1983)、②参加準備性(大川(瀬戸屋)ら, 2000)、③自己効力感尺度(SECL) (瀬戸屋ら, 2002)、④自己統制感尺度(Mastery)、⑤エンパワーメント尺度(IAPSRs, 1995)、⑥ソーシャルサポート尺度(SSQ-6) (Sarason, 1983)を用いたが、いずれも内的一貫性の指標であるCronbach α の値が.76以上で高く、想定された尺度間の相関関係が再現され構成概念妥当性が確保されていることがわかった。また先行研究と比較すると、特に自己効力感の低い対象者であることが明らかになった。

2) 家族のための自記式調査

家族のための評価尺度としては、①生活困難度(大島, 1987)、②家族協力度(大島, 1987)、③家族拒否度(Kreismannら, 1974)、④家族ケア自己効力感尺度(SEFC)、⑤参加準備性(槇野ら, 2000)、ソーシャルサポート尺度(SSQ-6) (Sarason, 1983)、ACTニーズ尺度(園ら, 2004)を用いたが、内的一貫性の指標であるCronbach α の値は、参加準備性を除いて.60以上の値が確保された。尺度間の相関は概ね想定した相関関係が再現され、構成概念妥当性があることがわかった。また先行研究と比較すると、特に自己効

力感の低い対象者であることが明らかになった。

3) 個別利用者フィデリティ尺度

個別利用者フィデリティ尺度については、内的一貫性(Cronbach's α)が0.90、評価者間信頼性(Pearson積率相関係数)が、総得点で $r = 0.45$ 、総合尺度が $r = 0.60$ であった。

この尺度の総得点が高いほど、電子カルテ内の総援助時間が長く、併存妥当性が示された。また、個別利用者フィデリティ尺度を因子分析して求めた6因子は、ACTの特徴・理念に一致し、説明率も71.0%であった「ケア必要度が高い人ほど、高密度のサービス実践が行われ、尺度得点が高くなる」という想定していた関係が見られ、因子妥当性・構成概念妥当性が示された。

4) 家族会員調査

家族のACTに対する期待は高く、特に将来家族による支援が難しくなったときにニーズが高いことがわかった。また、現在、生活者としての家族機能の障害がACTに対するニーズを形成する重要な要素であることがわかり、生活困難度を低下させ、参加準備性を高めるような援助を、ACTの重要な要素として位置づける必要性が示された。

D. 考察

日本で初めて行われるACTプログラムの日本型モデル開発とプログラム評価の方法を検討した。平成16年度から開始される無作為化比較試験の実施準備のためにパイロット研究を行い、追跡調査のベースライン調査を実施した。その結果、今回開発したアウトカム評価の自記式評価尺度、個別フィデリティ尺度は概ね良好な信頼性、妥当性を確保していた。プログラム評価については、プログラムの実施の過程の中で柔軟に変更を加え、より適切に効果的な取り組みを評価できるアプローチを開発する必要がある。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）分担研究報告書

社会復帰施設における訪問看護の必要性を明らかにする研究

分担研究者 仲野 栄（社団法人 日本精神科看護技術協会）

1 はじめに

平成14年12月社会保障審議会障害者部会精神障害分会は、報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」をとりまとめた。これを受けて、新障害者基本計画及びその重点施策実施5ヵ年計画が策定された。分会報告には、①精神疾患、精神障害者に対する正しい理解の促進を図ること②「受け入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図ること、また、これに伴い、入院患者の減少、ひいては精神病床数の減少を見込むこと③当事者が主体的に選択できるよう、多様なサービスの充実を図ること④良質な精神保健福祉サービスの提供とアクセスの改善を図ること⑤精神保健福祉施策にとどまらず、他の社会保障施策との連携を進めるとともに、国、都道府県、市町村、関係機関、地域住民などの多様な主体が総合的に取り組むこと⑥さまざまな心の健康問題予防と早期対応を図ること⑦客観的指標に基づく施策の進捗状況の評価と、施策推進過程の透明性の確保を図ることの7つの施策の視点があげられ、6つの項目からなる具体的な施策も盛り込まれた。

障害者基本計画「重点施策実施5ヵ年計画」（新障害者プラン）では、「条件が整えば退院可能とされる約7万2千人の入院患者（いわゆる「社会的入院者」）について、

10年間での退院・社会復帰を目指す。このため、今後、厚生労働省の「精神保健福祉対策本部」における検討を踏まえ、さらに総合的な推進方策を検討すると位置づけられた。平成8年に地域生活支援事業として整備が始まった精神障害者地域生活支援センター（以下、支援センター）は、障害者プラン最終計画年の2002年末の進捗状況が目標の6割程度であり、精神障害者社会復帰施設の中では最も達成率が低かった。しかし、それは制度化が他の施設よりも遅かったことによるものと考えられ、平成12年度以降は著しい伸びを示しており、新障害者プランでは約470か所の目標値が上げられている。このように設置方法の変化は、さまざまな設立背景を持った支援センターの参入を受け、NPO 法人立など単独型の施設も増えて、地域の生活支援サービスの重要な社会資源として活動を展開している。しかし、平成14年度に行った実態調査では、事業の展開や提供するサービス内容等について施設間の運営やサービスの格差は大きく、役割も曖昧であることが明らかになった。

支援センターは、地域で暮らす精神障害者なら誰でも利用でき、利用者の多様なニーズにあわせた活動を柔軟に展開することができる。しかし、実際にはマンパワー不足のために夜間や休日の対応が難しい状況

があり、利用者のニーズを充たす活動ができていないという不全感をもつスタッフが多かった。このような状況を引き起こしている原因はいくつか考えられる。まず、支援センターが公的な社会資源として作られていながら、設置主体である法人等の影響が大きいことである。例えば、設置主体の病院に通院する者が利用者の中心であることなど、利用者の偏りがある。したがって、どのような病院から退院したとしても、その後支援センターと連携をとりながら地域生活支援を展開するという発想が芽生えにくい。また、現状では、支援センターなどの絶対数が不足している現状もあって、利用者自身が自分の望むサービスを利用して自分の生活を向上させることをイメージしにくく、サービス利用のニーズの顕在化が困難であるという悪循環が生じている。

このような状況の中で、支援センターにおける生活支援の中心的なサービスであると考えられる訪問看護機能を有効に機能させるためには、利用者や関係機関からどのような役割を期待されているかを明らかにし、それに応える体制を構築しなければならない。利用者の立場からの地域における社会資源のネットワークができれば、これまでサービスを利用していない精神障害者に対するアウトリーチサービスを行うなどの、潜在化しているニーズの掘り起こしにも寄与することが可能になると考えられる。

II 研究の目的と方法

1. 研究目的

精神障害者地域生活支援センターにおける生活支援サービスにおいて、訪問看護機能を有効に機能させるために、利用者や関

係機関からどのような役割を期待されているかを明らかにする。

2. 研究方法

地域の社会資源として積極的に事業展開を行っている支援センター（設置主体別、地域特性などを配慮した3ヶ所）において、業務の構築や関係機関との連携などについて、現状と問題点についての聞き取り調査を行う。インタビューの結果から、課題を分析する。

3. 研究期間

平成15年7月から平成16年3月。

4. データ収集と分析方法

事前にインタビューガイドを作成し、対象の支援センターを訪問して1回2時間程度のインタビューを行った。インタビュー内容は許可を得てテープレコーダーで録音して、終了後逐語録を作成した。逐語録を支援センターの機能に関する内容を中心に抽出し、分析を加えた。

III 研究結果

1. 調査対象施設概要

【地域生活支援センターM（K県）設置主体；NPO法人】

いろいろな市民活動をしていた作業所職員が、働くうちに地域の社会資源の不足に気づき、充実させる必要性を感じていた。

『作業所でやっているスタッフたちは、そこに来の人たちだけをただ見ているというのではダメだと感じ』個別支援の必要性を感じていた。また、『この地域に2400～2500人の対象者がいる中で作業所利用が100人

で、その他の人たちはどうしているのだろう』という思いで、平成13年に開設した。先行の支援センターは憩いの場的なところが多かったので“溜まり場”にはしない方針で始めた。開設のきっかけを作った元作業所職員の他に、精神保健福祉士と現在の施設長の看護師が勤務している。利用者が訪れる場の提供はしているが、決まったプログラムはもたない。相談があったケースに対して、個別のサービス（情報提供・サービスの斡旋調整・訪問による直接支援等）を行っている。近隣地区のイベントに利用者と一緒に参加し、地域の自治会活動にも積極的に参加している。ホームページやラジオ・情報誌等を活用して、積極的な広報活動を展開している。

【地域生活支援センターF（S県）設置主体；NPO法人】

地元地域には、精神科病院・クリニック・社会復帰施設・作業所・保健所や行政といった精神障害者に関わる関係者で組織される地域精神医療福祉ネットワークがあり、活発な活動を展開している。その中の作業所が、通所者のケアや家族支援、相談業務等を引き受けて行っていたが、それらの業務が膨大になりすぎたため、平成9年に市町村の委託で支援センターを立ち上げた。開設後は地域ネットワークの事務局的な役割を担っている。施設長は看護師である。開設後の6年間で利用者の層は変化し、陽性症状が残ったままで退院して支援センターを利用することも多く、病状について主治医の指示を要する事態が増えている。病状が不安定な退院直後のケースの利用や病状悪化時の対応を求められるケースも多く、

地域全体の精神科救急システムの構築を進めている。退院促進支援事業を積極的に行い、依頼のあった病院に出向いてケア会議への参加や退院のためのプラン作成に対象者が入院中から関わっている。

【地域生活支援センターH（K県）設置主体；医療法人】

約550床の精神科病院が母体で、同一法人内に生活訓練施設や授産施設等の社会資源を多くもっている。いわゆる完結型の精神科医療を展開してきた法人が、早い時期に開設した支援センターである。母体病院との関係は良好とは言えず、その理由のひとつは支援センターの採算性の問題である。母体病院の近くの支援センターに通って来るのを嫌がる利用者の要請にこたえて、駅前にサテライトの支援センターを2ヶ所開いており、同一法人以外の利用者が半数近くに増えている。地域の住民活動の立ち上げにも参加し、利用者と一緒に現在も活動を継続している。退院促進支援事業についてもイニシアティブをとり、近隣の病院や行政を集めて定期的な会議を開いて、長期入院患者の退院を進めている。

2. インタビュー結果

1) 地域ネットワークの構築

- ・『地域のいろいろな社会資源の方たちと知り合って、手をつないで1つのネットワークを作っていこうという』活動の中で、『それぞれ機能をきちんと棲み分けたり、一緒にできることがあれば一緒にやったり』している。
- ・新たな社会資源の開発もネットワークによってなされている。イベント等の実行

委員会での情報交換から『新しい支援者が発掘されてきたりして、出会いがある。』

- ・『精神障害者の支援は、私たちが直接ではなくて、私たちが誰かを見つけてきて、その誰かが彼らをといて』形にしていきたい。
- ・『当事者とのやり取りだけでは、ネットワークは築けない』
- ・委託事業を通じて『市町村がもつネットワークと支援センターがもっているネットワークをリンケージする活動につながっている』
- ・『長期入院患者の退院促進のためのネットワーク』と『精神科救急システム』は『支援センターの活動の中から、意図的にシステムを考えていかななくてはいけないネットワーク』である。

2) ネットワークに関わる人達の支援

- ・『市の委託を受けている民生委員は県の保健師等には相談しにくい』という事情があるため相談にのっている。
- ・民生委員や在宅介護支援センターの要請を受けて『精神についての勉強会』も開催した。
- ・本人、利用者の作業所、後見人、ホームヘルパー、市役所等が参加するケア会議を行っており、『みんなで集まって話し合う場はこしかなからと要請があり、そういう情報交換の場としての役割』も果たしている。
- ・行政や社協の窓口で困ったり、わからないことがあったりすると連絡してくることから、『地域の人たちに、ここがそういう役割をもっていて、そういうことをしてくれるところだ』という認識ができてい

る』と感じる。

3) 個別ケア

- ・相談（電話・面接・訪問）と支援（憩いの場の提供・食事作り）、その他があり、『（支援センター内で提供されるサービスは）家族の支援が受けられない利用者の支援を重視している。』その中で最も多いのは相談で、来所しての相談が多い。憩いの場の担当とホームヘルプ担当者を配置している。
- ・『利用者に対して決まった形のサービスを提供するのではなくて、この人にとって必要なサービスを提供する』
- ・利用者が来所するか否かは自由意志だが、訪問した方がよさそうと判断される時に“生活コーチ”として介入しているが、頻回な訪問回数や長時間の訪問が必要となるようなケースには対応できない。

4) その他

- ・支援センター利用に至る経路は、『タウンページや色々な相談機関に電話する等して、利用者自身が調べて直接来るというケースが増えている。病院からの紹介もあるが、以前のような手取り足取りという感じではなくなっている』
- ・ネットワークが広がって『たくさんの人に支援センターの活動が見えてくると、支援センターの利用が増える』そして、『利用してよかったという体験をする人が増えれば、更に利用が増える』このような状況の中でも、補助金は減額されてマンパワーの充実ができない。
- ・利用者数で事業の評価をしがちであるが、『果たしてそれがいいのか？と疑問を感じる』ネットワークの中にいる他の社会資源や行政からの意見や疑問が『専門職

ではない、利用者にいちばん近い存在としての第三者のチェック』として機能している。

- ・ネットワーク全体がスムーズに行かない時にもチェックされる。それは『ひとつひとつが自己完結型でなく、それぞれの役割をもっているのでお互いに影響が出てくる』からである。
- ・連携や情報提供を『病院（クリニック）に期待して、分担してもらうのは難しい。なぜなら、何か問題があれば病院（クリニック）が解決するので支援センターは必要ないと考えているから』
- ・支援センターをよく知らずに「とにかく相談にのってくれるところだからと来る人の半分は、生活支援よりも医療が優先」という状況である。
- ・『社会復帰施設というのは、少なくとも医療の枠ではない。そこに医療の必要な人が来たら、そのことをきちんとアセスメントできないと手遅れになってしまう可能性がある』

IV 考察

前年度の調査で、全国の支援センターの実態を把握することができた。それによると、

ほとんどの支援センターにおいて、相談事業を中心に個別サービスを展開している施設が多いことがわかった。しかし、施設間での利用状況に大きな差が見られ、提供されるサービスは利用者自らが電話や来所という形で求めて提供されるというケースが多かった。つまり、「待ち受け施設」として機能している支援センターが多く、また、施設内で様々なプログラムを企画運営して

いるところも多く、支援センターの「ミニデイケア化」と言われるような現象も見られた。これについては、精神障害者の活動性の向上等を目標としたトレーニングを行うデイケアと支援センターで行われている事業の違いが利用料だけというのでは、利用者の混乱を招くおそれがある。その他に、マンパワー不足によって訪問活動等の事業ができないことを問題としてあげた支援センターが多かったが、電話や来所者を常に待つための人員を確保したり、プログラムの企画運営のために多くの時間とマンパワーを費やしている現状では、マンパワー不足の問題を解消することは難しいようにも思えた。

今回調査を実施した3ヶ所の支援センターは、全国に多く見られる支援センターとは以下の点が大きく異なっていた。

1. 地域ネットワークの構築

支援センター開設以前から地域に精神保健福祉のネットワークが存在していたとか、職員が市民活動に積極的に参加していたという背景の違いはあるものの、3ヶ所ともが地域ネットワークの構築を重要な事業として位置づけ、利用者を伴って地域住民とともに様々な市民活動に参加している。その活動には、精神障害者の社会参加の促進と支援センターの社会的認知度の向上という目的がある。また、その活動の中から「新しい支援者」を発掘するという新たな社会資源の開発にもつながっている。これは、精神障害者の支援は専門家が行うという完結型の支援ではなくて、幅広いネットワークで精神障害者の多様なニーズに応えようとするものである。これまでは、行政がもつネットワーク、病院がもつネットワーク、