

なお、図 1 にも見るように、時間の経過とともに、DACTS の各尺度値が減少傾向にある。これは先ほど少し触れたように、1 スタッフ当りの対象者数（ケースロード）が増加していることに起因する側面が大きい。とは言え、ケースロードはまだ規準値より十分な値であり、限られた資源の中でより効果的な実践を再構築する必要性が示唆されるのである。

E. 結論

DACT によるフィデリティ評価の課題

DACTS は、ACT モデルの世界標準とも言えるフィデリティ評価尺度である。しかし、日本の実践を評価するときに、特にサービスの評価を行う場合に不適切な評価項目が含まれていることが示唆された。DACTS については、これまでもプログラム構造面の評価が中心であり、ACT で提供されるサー

ビス機能面の評価を充実する必要性が指摘されていた。日本の実情に合わせたサービス評価項目を用意すると共に、その他の効果的なサービス要素も積極的に測定できる尺度を検討する必要がある。

ACT のようなチームアプローチの場合、サービス機能の評価は個別利用者にとのように関わったかによって把握することが必要になる。そのような観点から、本研究で同時に開発・評価を行っている個別利用者単位のサービス提供機能を評価する方法を確立し、それをシステム機能評価に活用する必要があると考える。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表1 DACTS の評価項目と評価基準

フィデリティ個別項目	評価基準
■ 人的資源領域：プログラムの構造と構成	
H1 少人数担当制	クライアント/提供者の割合は10:1
H2 チームアプローチ	提供者グループは個人の実践家としてよりもチームとして機能する。臨床家はすべてのクライアントを知って関わる
H3 プログラムミーティング	各クライアントのサービスを計画したり振り返ったりするためのミーティングを頻回に行う
H4 チームリーダーも実践を行う	第一線の臨床家のスーパーバイザーも直接サービスを提供する
H5 スタッフの継続性	プログラムは同じスタッフを維持する
H6 スタッフの欠員がないこと	プログラムはスタッフの欠員なしで運営されている
H7 精神科医がスタッフにいること	クライアント100人につき1人以上の常勤精神科医が割り当てられている
H8 看護師がスタッフにいること	100人のクライアント対象のプログラムに2人以上の常勤看護師がいる
H9 物質依存専門家がスタッフにいること	100人のクライアント対象のプログラムにつき、物質乱用治療について1年間訓練を受けたか臨床経験のあるスタッフが2人以上いる
H10 職業専門家がスタッフにいること	職業リハビリテーションとサポートについて1年以上の訓練を受けたか臨床経験のあるスタッフがプログラムに1人以上いる
H11 プログラムのサイズ	プログラムが十分なサイズであり、多様で包括的なスタッフ配置を一貫して提供できること。
■ 組織の枠組み	
O1 明確なエントリー基準	プログラムには特定の人たちを対象とするために明確に定義された使命があり、測定可能かつ操作的に定義された基準を用いて適切でないリファーを除外する。
O2 新規エントリー率	安定したサービス環境を維持するために、プログラムはクライアントの新規エントリーを低い率に抑える
O3 治療サービスに対する完全な責任	プログラムではケースマネジメントと精神科サービスに加え、カウンセリング・心理療法、住居支援、物質乱用治療、就労、リハビリテーションサービスを直接提供する
O4 救急サービスに対する責任	プログラムは精神科危機をカバーするために24時間責任をもつ
O5 入院に対する責任	プログラムは病院への入院に関わる
O6 退院計画に対する責任	プログラムは病院からの退院計画に関わる
O7 無期限のサービス/終了率	プログラムはケースを終了せず、すべてのクライアントに対し必要に応じて関わりを続ける
■ サービスの特徴	
S1 地域ベースのサービス	プログラムは状態をモニターし、地域生活技能をオフィス内よりも地域の中で高める
S2 ドロップアウトをださないポリシー	プログラムはクライアントを高い割合で継続する
S3 積極的エンゲージメントの仕組み	プログラムでは確実にエンゲージメントするための方法として、必要であればストリートアウトリーチ《地域や路上に出かける》、法的手段（例：代理（金銭）受取人、執行猶予・仮釈放、通院措置）を用いる
S4 サービスの量	サービスの総時間は必要に応じて長い
S5 関わりの頻度	サービスで関わる回数は必要に応じて多い
S6 インフォーマル・サポートシステムとともに関わる	クライアントがいてもいなくても、プログラムはクライアントのサポートネットワーク（家族、家主、雇用者）に対して支援や技能を提供する
S7 物質乱用個人治療	物質乱用治療のクライアントに対して、プログラムの1人以上のメンバーが直接的な治療や物質乱用治療を提供する
S8 重複診断ケース治療グループ	プログラムは物質使用障害の人々に対する治療法としてグループの様式を用いる
S9 重複診断ケース（DD）モデル	プログラムは段階的な治療モデルを用いる。直画化せず、行動理論に従い、精神疾患と物質乱用の相互作用を考慮し、断薬の見通しを徐々に持つようにする。
S10 治療チームにおけるコンシューマーの役割	直接サービスを提供するチームのメンバーとしてコンシューマーが関与する

表2 DACTS 下位尺度の経時変化

	2003.8	2003.11	2004.2	2004.5	2004.8	2004.11	2005.2
H 人的資源：構造と構成							
H1 少人数担当制	5	5	5	5	5	5	5
H2 チームアプローチ	4	4	4	4	3	4	4
H3 プログラムミーティング	5	5	5	5	5	5	5
H4 チームリーダーも実践を行う	3	3	3	3	3	3	3
H5 スタッフの継続性	5	5	5	5	5	5	5
H6 スタッフの欠員がないこと	5	5	5	5	5	5	5
H7 精神科医がスタッフにいること	5	5	5	5	5	5	5
H8 看護師がスタッフにいること	5	5	5	5	5	5	5
H9 物質依存専門家がスタッフにいること◆	1	1	1	1	1	1	1
H10 職業専門家がスタッフにいること	5	5	5	4	4	3	2
H11 プログラムのサイズ	5	5	5	5	5	5	5
O 組織の枠組み							
O1 明確なエントリー基準	5	5	5	5	5	5	5
O2 新規エントリー率	5	5	5	5	4	4	5
O3 治療サービスに対する完全な責任	3	3	3	4	4	4	4
O4 救急サービスに対する責任	5	5	5	5	5	5	5
O5 入院に対する責任	5	5	5	4	3	4	4
O6 退院計画に対する責任	5	5	5	5	5	5	5
O7 無期限のサービス/終了	5	5	5	5	5	5	5
S サービスの特徴							
S1 地域ベースのサービス	4	5	5	5	4	5	5
S2 ドロップアウトをださないポリシー	5	5	5	5	5	5	5
S3 積極的エンゲージメントの仕組み	5	5	5	5	5	5	5
S4 サービスの量	5	5	4	3	3	3	2
S5 関わりの頻度	3	2	2	2	2	2	2
S6 インフォーマル・サポートシステムとともに関わる	4	4	4	4	3	3	3
S7 物質乱用個人治療◆	1	1	1	1	1	1	1
S8 重複診断ケース治療グループ◆	1	1	1	1	1	1	1
S9 重複診断ケースモデル◆	1	1	1	1	1	1	1
S10 治療チームにおけるコンシューマーの役割	1	1	1	1	1	2	2

注：◆は物質依存サービス関連項目

図1 DACTS 下位尺度、総合尺度の時系列変化

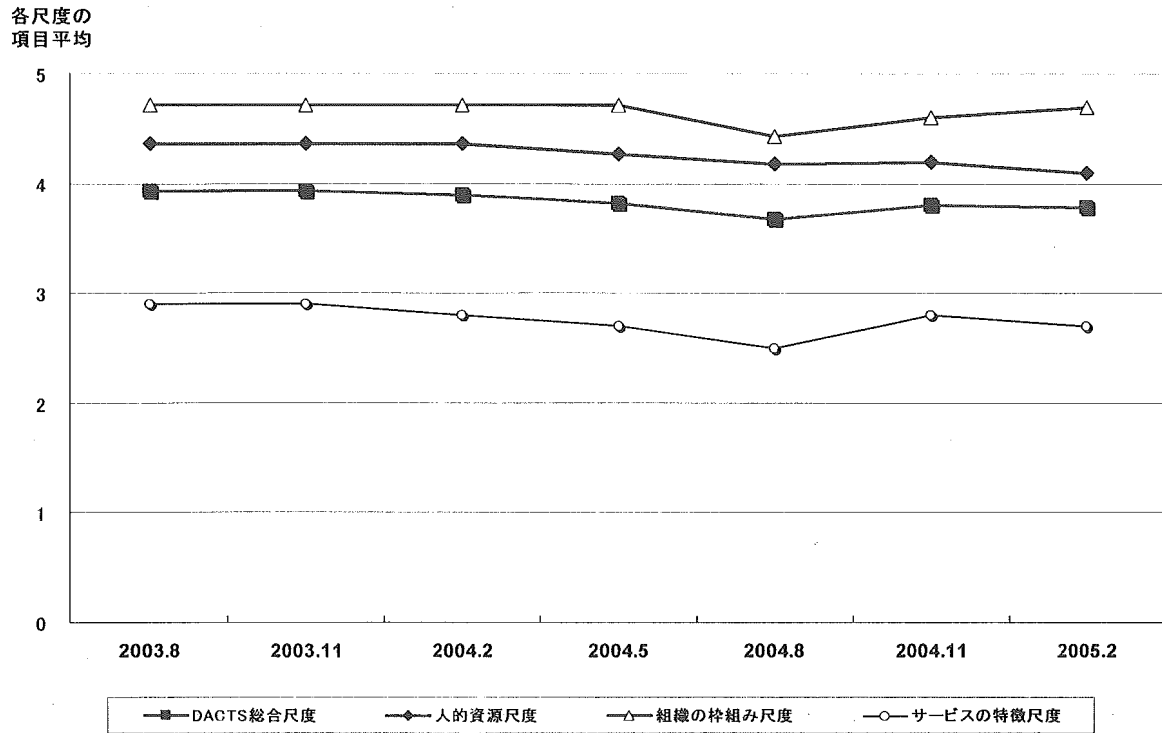
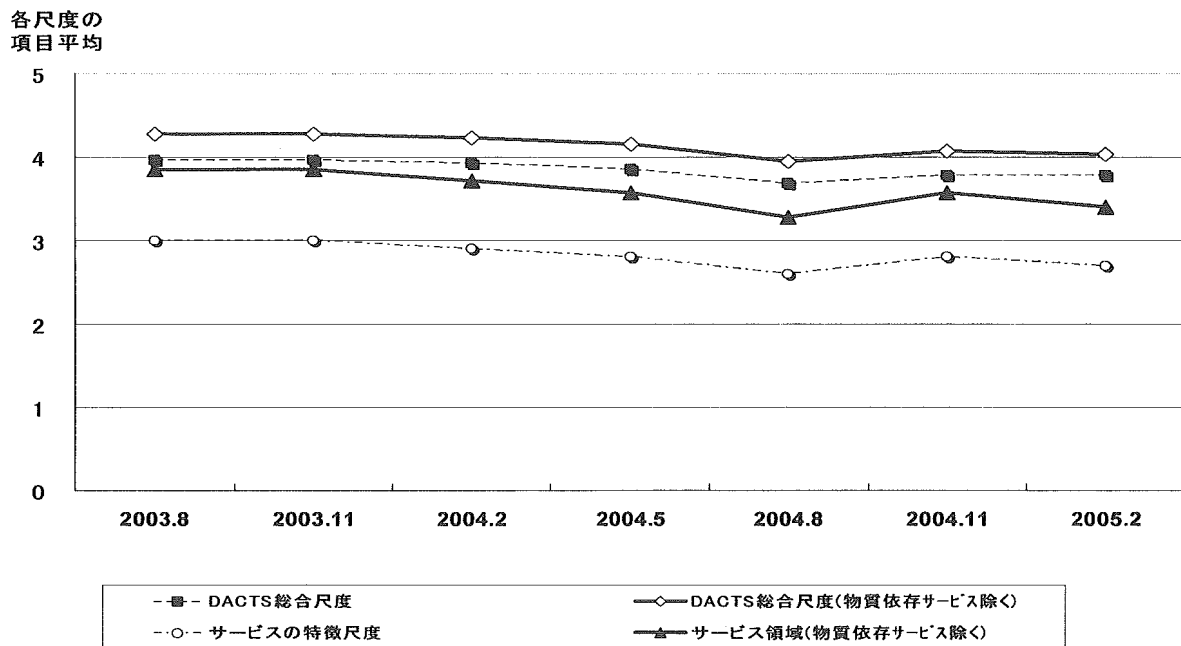


図2 DACTS 修正得点の時系列変化



厚生労働科学研究補助金（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
研究報告書

包括型地域生活支援プログラム(ACT-J)の医療経済的評価に関する研究

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）
研究協力者 小泉 智恵（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究協力者 深谷 裕（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究協力者 中村由嘉子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨

今後の地域中心の精神保健福祉システムを充実させるにあたって要となると思われる包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment: ACT）について、国立精神・神経センター国府台地区において臨床を展開している ACT-J を対象に、医療経済学的検討を行った。研究の目的は、この ACT-J の臨床活動を観察調査することにより、1)ACT で行われるサービスの量を把握し、2)ACT のサービスの前後比較からみた医療費の変化を検討し、3)我が国における ACT の費用対効果比について一定の見解を示そうとするものである。

- ① パイロット・スタディの対象者 43 名のうち、平成 16 年 12 月末日までの調査期間のうちに退院後 6 ヶ月を経過した 35 名について、退院後 1 ヶ月後から 6 ヶ月後までのサービス量は、利用者 1 人あたり平均月間訪問回数 8.3 回 7.7 時間、平均月間電話相談件数 4.3 回 0.8 時間、間接サービスにかかる平均月間コンタクト数 2.5 回 1.0 時間、家族支援平均月間 1.8 回 1.1 時間であった。
- ② ACT-J チーム全体のサービス量を検討する計算式を作成した。それによればコンタクト総回数はエントリーケース数と線形の近似曲線で表され、コンタクト総時間数は対数の近似曲線で表されることが推測された。これを用いてサービス量を推測したところ、研究対象時のチーム構成において持ちうる最大のケースロード 88 ケースに達した場合、1 ケースあたりの月あたり平均対面コンタクト(訪問)総数は 5.5 回、単数コンタクト(訪問)数は 4.2 回、複数コンタクト(訪問)数は 1.3 回、チーム医師によるコンタクト数は 1.8 回であった。
- ③ 対象者の index admission 前後各 6 ヶ月間のアウトカムでは、入院日数が入院前 6 ヶ月間で平均 54.6 日であるのに対し、退院後 6 ヶ月間は平均 28.0 日（50%減）と有意に減少していた（t 検定, $p < 0.05$ ）。
- ④ 研究対象時のチーム構成で、フルサイズのケースロードである 88 ケースにサービス提

供をした場合、現在の診療報酬制度および ACT-J チームの機能で訪問からあげられる収益は 1 年間で 50,476,800 円であった。一方、現 ACT-J チームの運営に必要な経費は 79,321,200 円と推計された。したがって、この差額を埋めるためには、1 人当たり月 2,800 点の診療報酬上の加算が必要であった。

- ⑤ ACT-J が入院抑止に作用することで、医療費に与える効果について計算した。入院単価 14,000 円/日、外来単価 25,000 円/月という調査結果および、ACT-J の半年間の入院抑止率が 50% であることより、上記 2,800 点の点数加算をしたところ、過去 1 年の入院日数が 118 日以上の利用者については ACT-J の利用が医療費削減にもなるという結果が得られた。
- ⑥ ACT-J は、入院日数を減少させ利用者の地域生活の安定に寄与するとともに、既存のサービスでは入院を多く利用してきたような重い精神障害者に対しては、医療経済的にもコストを低くして費用対効果比の高いものにするのに有用なプログラムであることが推測された。

A. 研究目的

本研究の目的は、包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment：以下 ACT）を我が国で実施する際に、どの程度のコストがかかるかについて実証的に検討することにある。

ACT とは、重い精神障害をもつ者（たいていは重症あるいは慢性の精神病、あるいは精神医療サービスの頻回利用者）の地域生活上のニーズに合うよう、医療・保健・福祉の包括的なサービスを提供することの出来る地域生活支援プログラムである。ACT は、①服薬管理等の医療サービスも含む、②頻回の在宅訪問などアウトリーチサービスを主体とする、③精神科医・看護師・精神保健福祉士・作業療法士等の多職種がチームを形成し多彩なサービスを提供する、④24 時間週 7 日対応を原則とし危機にも対応できる等の特徴をもつ。欧米の研究では、ACT は重症精神障害者の再入院率低下や地域滞在率向上などで、科学的根拠に基づく実践研究として一定の成果をあげている。

すなわち ACT は、医療中断を呈しやすく地域生活維持が困難な重い精神障害をもつ者が、持続的で安定した地域生活を営み、生活の質を上げ、自らの生活により満足することに貢献する可能性を持っている。

同時に ACT は再発率の低下を通じて、入院日数を下げ、また精神科救急の受診回数を下げ、精神科医療費の抑制につながる事が予想される。しかし、一方で ACT 自身が多職種チームであり、24 時間 365 日をカバーするための重装備であるわけで、どの程度の費用対効果比が望まれるのかは、常に議論のあるところであった。入院費用の高い米国にあっては入院日数の減少が医療費の抑制に大きく貢献するので、ACT を活用した場合の費用対効果比はそれ以外のサービスを活用する場合に比べてよりよい値を示すが、ACT 自体にかかる費用は他のケースマネジメントよりも高額であることは知られている。

一方我が国では精神科病院への入院費は欧米に比べかなりの低額に抑えられている。

したがって ACT によるコストが精神科医療の中でどのように位置づくかは実証的に検討する必要がある。

われわれは、平成 15 年 5 月より、こころの健康科学研究事業としてわが国に初めての ACT 臨床チーム (ACT-J) を国立精神・神経センター国府台地区において立ち上げた。本研究は、この ACT-J の臨床活動を観察調査することにより、1)ACT で行われるサービスの量を把握し、2)ACT の活動維持のために必要なコストを検討し、3)ACT-J の入院抑止効果などから検討し、我が国における ACT の費用対効果比について一定の見解を示そうとするものである。

B. 研究方法

〈対象〉

本研究の対象者は、重症精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラム (ACT-J) のパイロットスタディの対象者と重複する。以下に対象者の基準および、ACT-J のスタッフの状況およびチームの装置 (平成 16 年 12 月末現在) を述べる。

〈利用者の基準〉

- 1) 平成 15 年 5 月 1 日から平成 16 年 4 月 30 日の間に、国府台病院精神科 (児童精神を除く。以下同様) に入院した者。
- 2) 主診断が統合失調症、心因反応、感情障害 (双極性・単極性) 等の精神疾患である者 (主診断が知的障害、痴呆、薬物依存、アルコール依存症、人格障害である者は対象外とする)。
- 3) 年齢が 18 歳以上 60 歳未満である者。
- 4) 市川市・松戸市・船橋市のいずれかに居住している者。
- 5) 入院時に主治医から 10 日以上入院が

必要と判断された者。

6) 入院前 2 年間の病状・生活状況などから重症精神障害者であると判断される者。

7) 研究の趣旨について十分な説明を受け、参加の同意が得られた者。

〈ACT-J のスタッフ状況〉

後述するように観察期間に若干の変動はあるものの、平均的なスタッフ構成は以下のようなものである。

常勤精神科医：1 名

週 4 日勤務スタッフ：正看護師 2 名、精神保健福祉士 2 名、作業療法士 1 名、その他 5 名 (福祉系 3 名、医療系 1 名、心理系 1 名)

週 2 日勤務スタッフ：作業療法士 1 名、その他 1 名

当事者スタッフ：2 名 (1 名は家族)

非常勤事務担当者：2 名

〈チームの装置〉

オフィスルーム：現在病棟として稼動していない国府台病院 16 病棟ナースステーションを活用した。スタッフが一同に会してのミーティングができるスペースと個々のスタッフのデスクが置けるスペースがある。利用者とのやり取りに用いる外線電話、携帯電話がある。記録はデータベースおよびカードックスで管理。データベース入力に関してはスタッフに 1 台ずつのノートパソコンが貸与されている。アウトリーチ用の軽車両は 4 台 (リース)、自転車 2 台が用意されている。

〈方法〉

〈ACT-J で行われるサービスの量の把握〉

ACT-J 臨床チームのスタッフがパイロットスタディの対象者に対して日々の臨床で行っている訪問活動、電話対応、他機関との関係調整活動等に、その実態を調査した。

調査に当たっては、スタッフが日々の活動を入力しているデータベースを活用した。データは平成16年12月末のものを用いた。今回のデータ収集は次の2つの方法により行った。

(1)パイロットスタディの対象者のうち、ACT登録となった入院(index admission)の退院から6ヶ月間を経たものに実施したサービス量を算出した。退院からのサービス量としたのは、さまざまindex admissionの入院中の関わりは主治医や病棟スタッフの判断による処遇変更も多く、また対象者の同意が得られた時期についてもばらつきが多いため、訪問回数の多少がACT-Jの臨床の状況を反映しているとは限らないと判断したからである。さまざまな調査のベースラインも退院後2週間後とした。

(2)ACT-Jチーム全体として、毎月利用者に行なっているサービス量の総計を計算した。エントリーの時期はケースによって少しずつずれるため、チーム全体のある時期のサービス量は(1)で算出したサービス量の人数和にはならない。そこで、チーム全体のサービス量をデータベースから回数と時間数の両方に関して算出し、サービス量を表す近似式を求めた。なお近似式の作成はマイクロソフト・エクセル2003を用いた。

<ACTのサービスに見合う診療報酬料の検討>

上記サービス量のデータを現行の診療報酬のなかで検討した場合、どの程度のコストになるかを算出し、ACT臨床チームにかかるコストとの比較から、望ましい点数設定のあり方について検討した。

<ACT-Jの費用対効果についての検討>

ACT-Jの入院抑止率をもとに、ACT-Jエ

ントリー前後1年間にかかる医療費の総計の差額を導く計算式を作成した。それにより、ACT-Jを活用することが医療費抑制に働くような条件について検討した。

C. 結果

《ACTの関わりの実際》

(1)対象ケース35例についてのサービス量について

平成15年5月1日にACTが臨床を開始してから、平成16年4月30日までのパイロット期間中に国府台病院精神科に入院したものは922名であった。そのうちACT-J加入基準についてのチェックリストを主治医に記入してもらい回収できたのは866名(93.9%)であった。

このうち《対象》でのべた加入基準を満たしたものは55名であった。このうち6名が主治医の判断で研究参加が拒否され、3名に本人の拒否があった。したがってエントリーをしたものは46名であり、うち43名から研究についての同意を得てACT-Jのサービスを開始した。

このうち、平成16年12月末日までの調査期間のうちに40名が指標となる入院から退院した。2名は入院継続、1名は死亡した(自殺)。この期間までに退院後6ヶ月を経過したものは35名であった。

ACT-Jのサービスを開始した対象者43名の基本属性は男性44%、平均年齢35.8歳、入院時診断では統合失調症が72%、双極性感情障害が14%。平均罹病期間12.8年、家族同居率72%、過去1年間の精神科入院日数の平均119.4日、入院回数の平均1.7回、国府台病院精神科救急受診回数の平均3.0回であった。

6ヶ月の経過を追跡できた35名についての退院後から6ヶ月間のサービス提供状況を表1に示した。6ヶ月間の合計から月あたりの平均値を求めると、利用者1人につきデータベースに記入した何らかのサービスは月あたり16.4回、10.6時間であった(最大53.3回 32時間、最少1.7回 0.5時間)。

このうちケースマネジャーによる訪問のサービスは月平均8.3回 7.7時間であった(最大24.3回 23.2時間、最少1.5回 0.4時間)。ケースマネジャーの訪問のうち、単独訪問は6.3回/月、複数訪問は2.0回/月であった。精神科医による往診は0.5回/月であった。電話は4.3回/月、0.8時間/月、間接サービスは2.5回/月、1.0時間/月、家族支援については1.8回/月、1.1時間/月の割合で提供されていた。

(2) ACT-J チーム全体のサービス量の総計について

図1は、平成15年6月からのエントリーケース数とスタッフ数の変化である。すなわち、現行ではスタッフ数はほとんど変化していないが、ケース数は月あたり約3ケースずつ増加していることを示している。グラフのようにほぼ直線的な変化となっているので、線形の近似曲線を描くと、それぞれ以下のような数式がえられた。

$$\text{エントリーケース数: } Y=2.9977X+3.8422 \dots \textcircled{1}$$

$$\text{スタッフ数: } Y=0.0463X+10.24 \dots \textcircled{2}$$

(スタッフは週4日勤務を1人、週2日勤務を0.5人で数えた)

このスタッフ数で展開してきたチーム全体のコンタクト数の推移を表2、図2に表す。エントリーケース数の増加とともに月別コンタクト数は増えているが、対面して

の地域コンタクト数の伸びは全体に比べると緩やかである。それに対して、電話・ファックスによるコンタクト数は平成16年4月以降急激に伸びており、コンタクト回数としては対面コンタクト数を上回るようになった。図1に示したチームの総コンタクト回数および対面地域コンタクト回数もやはり線形の近似曲線で代用が出来、それぞれ以下のような数式が得られた。

チーム総コンタクト回数:

$$Y=55.966X+33.896 \dots \textcircled{3}$$

チーム総対面地域コンタクト回数:

$$Y=13.65X+87.792 \dots \textcircled{4}$$

表3、図3はチーム全体のコンタクト時間数の変化を示した。コンタクト時間数で見ると電話のコンタクト時間数が微増している。総コンタクト時間数と対面コンタクト時間数は平成16年7月までは順調に伸びているが、その後は微増傾向を示すにとどまった。

図2に示すコンタクト時間数は対数曲線による近似がもっとも考えられる。計算により、以下の数式が得られた。

チーム総コンタクト時間数:

$$Y=9113.1\text{Ln}(X)-445.35 \dots \textcircled{5}$$

チーム総対面地域コンタクト時間数:

$$Y=5809.2\text{Ln}(X)+380.1 \dots \textcircled{6}$$

《ACT-Jのアウトカムについて》

対象者のindex admission前後各6ヶ月間のアウトカムについて表4に示す(西尾分担研究報告書参照)。入院日数は入院前6ヶ月間が平均54.6日なのに対し、退院後6ヶ月間は平均28.0日(50%減)と有意に減少していた(t検定 $p<0.05$)。入院回数は平均1.0回から平均0.7回と減少していたが有意差はなかった。救急利用回数について

は入院前 6 ヶ月間が平均 1.8 回、退院後 6 ヶ月間が平均 1.2 回であったが有意差はなかった(いずれも Wilcoxon の符号付順位検定)。

D. 考察

本研究は、ACT-J の医療経済学的検討をおこなうものである。今回はそのための基本的な資料であるサービス内容の集計を行った。集計された内容について若干の考察を加える。

《対象ケース 35 例についてのサービス量について》

パイロットスタディの対象者 43 名のうち、平成 16 年 12 月末日までの調査期間のうちに退院後 6 ヶ月を経過した 35 名について、退院後 1 ヶ月後から 6 ヶ月後までのサービス量は、「結果」で述べたように、利用者一人あたり平均月間訪問回数 8.3 回 7.7 時間、平均月間電話相談件数 4.3 回 0.8 時間、間接サービスにかかる平均月間コンタクト数 2.5 回 1.0 時間、家族支援平均月間 1.8 回 1.1 時間であった。そして、これだけのサービス量を投入して、入院日数を入院前 6 ヶ月間平均の 54.6 日から、退院後 6 ヶ月間平均の 28.0 日と有意に 50% 削減したという結果を出したということが出来る。

しかし、このことから 50% の入院日数の削減のためにはこれだけのサービス量が必要ということは必ずしもいえない。パイロットスタディの対象者は最初の 1 年間のエントリー者のため、当然総利用者数が少なく、とりわけその初期には十分時間がかけられたわけであるが「不必要なサービス」をしている可能性もある。また、仮に同程度のサービス量が必要であったとしてもエ

ントリー時期のずれがあるために、ある一時点のチームのサービス量は 1 人当たりのサービス量の人数倍になるとは限らない。効果をあげるのに必要なサービスの量がチーム全体ではどのくらいかについては多角的に検討する必要がある。

《チーム全体の最大サービス量について》

本調査の間は、チームが持つケース数は最大量ではなく、その分 1 ケースあたりのサービス量が多く提供されている可能性もある。そこで、結果で求めた近似式を用いて、ケース数が最大となったときに提供しうるサービス量を検討してみた。

ACT では、ケースロードを最大 1:10 とすることが標準であるが、これは週 5 日勤務のスタッフに関して言われることであり、現在のような週 4 日勤務の体制ではその 80% である最大 1:8 が妥当である。

そこで②の Y はほぼ変わらないと考えて現状に合わせて仮に $Y=11$ と仮定する。すると、このチームで最大抱えられるケース数は 88 であり、①に代入すると、88 ケースに達するのは、29 ヶ月目(平成 17 年 10 月)であった。

29 ヶ月目のチーム総コンタクト回数および対面地域コンタクト回数はケースロードが増えるうちは③および④のように一次曲線で表される変化を考えると、 $X=29$ のとき、総コンタクト回数は約 1,657 回、対面地域コンタクト回数は約 484 回である。

時間数で計算すると、⑤および⑥に代入して総コンタクト時間数が約 30,266 分、対面地域コンタクト時間数は 19,957 分であった。

ここで、週 4 日勤務のスタッフが 11 人働き、月のコンタクト日数(平日)を 20 日間、

土日は延べ3人のスタッフを当直要員として活用すると考える。この条件で平日勤務のスタッフの数は、平均8.2人となる。すべてのコンタクトを平日に行なうと考えると、この条件では、1日あたり1スタッフの対面地域コンタクト回数は以下のように求められる。

1日あたり1スタッフの対面コンタクト回数：
 $484 / (20 \times 8.2) = 3.0(\text{回}) \dots \textcircled{7}$

また、1対面地域コンタクトに要する時間は以下のように求められる。

1対面コンタクトに要する時間：
 $19957 / 484 = 41.2(\text{分}) \dots \textcircled{8}$

⑦、⑧とも現在の臨床実践から見て、現実可能な数字と思われるので、これを採用することにする。

さて、29ヶ月目には88ケースを対象に臨床活動を行なっており、その状況がその後平衡状態を保つとすれば、1ケースあたりのケースマネジャーの地域対面コンタクト数は以下のものである。

1ケースあたりの月あたり対面コンタクト数/月：
 $484 / 88 = 5.5 \text{回} \dots \textcircled{9}$

もし、ケースマネジャーの単数訪問の頻度、複数訪問の頻度の割合が、パイロットスタディ対象ケース35例と変わらなければ、それらは1ケースあたり以下のものである。

ケースマネジャーの単数コンタクト数/月：
4.2回/月 $\dots \textcircled{10}$

ケースマネジャーの複数コンタクト数/月：
1.3回/月 $\dots \textcircled{11}$

また、チーム医師によるコンタクト数/月は別の関数による計算を行なうと、1.8回/月 $\dots \textcircled{12}$ となる。

これらは現実可能な数であり、ACT-Jが

抱えられる最大のケース数を有した場合の活動についての予測値とすることが出来る。

《診療報酬による活動が、どの程度の収支をもたらすか》

<診療報酬を適用した場合の収益>

上記⑩～⑫の数値は、ACT-Jチームが現行と同じ程度の機能を維持した場合抱える最大のケース数である88ケースに達したときの可能なコンタクト数であると考えられる。

もし現行の診療報酬を用いて、単数コンタクトの診療報酬を550点、複数コンタクトの診療報酬を1,000点、医師のコンタクトを650点とし、1年間にこの88ケースに対して⑩～⑫のサービス量を提供した場合、その収入は以下のように計算される。

88ケースを1年間支援した場合の収益：
 $(550 \times 4.2 + 1000 \times 1.3 + 650 \times 1.8) \times 12 \times 88$
 $= 5,047,680 \text{点} \dots \textcircled{13}$

一方、現行のACT-Jチームを運営するのに必要なコストの計算を表5に示す。これは医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、無資格のソーシャルワーカーの経験10年程度の職員の平均的給与を基に作成した。週4日勤務であることを考慮して、また維持費に人件費の3分の1がかかると仮定して計算すると、このチームは年間79,321,200円 $\dots \textcircled{14}$ のコストが必要になる。

したがって、⑬および⑭より計算すると、ケース1人あたりに月々必要な加算は以下のように計算される。

$(79,321,200 - 50,476,800) / 88 \times 12$
 $= 27,315(\text{円}) \dots \textcircled{14}$

この加算は24時間オンコールや、ケアマ

ネジメント、あるいは連絡調整のためのコストとして計上できる。すなわち、1人当たり月々2,800点の「地域生活時精神科包括的医学管理料加算」があれば、現行のACT-Jチームの活動は診療報酬の枠組みで維持されることが推測される。ただし、これは88ケースというフルサイズになったときの推計であり、ケース数がフルサイズに達するまでは支出が収益を上回る状態が続くことが推測される。

<再入院の抑止がもたらす効果>

次にACT-Jが入院抑止に作用することで、医療費に与える効果について計算をした。まず、対象者の国立精神・神経センター国府台病院における診療報酬レセプトを調査した。

入院については14ケースの日毎の平均医療費、外来については30ケースの月毎の平均医療費を算出したところ、対象者1名あたり、

入院費は1366.46点/日(SD=346.33点)・⑮

外来費は2456.34点/月(SD=1216.02点)・⑯

との値を得た。外来費については、月ごとの受診回数にばらつきが見られるため、受診1回毎の平均ではなく、月毎の平均を算出する手法を用いた。なお、ここには薬剤にかかる費用も含まれている。(深谷、2005)この値から、仮に入院費は1,400点/日、外来費は2,500点/月として、さらにACT-Jに所属していても処方をとりに外来に訪れると考え、以下の計算をした。この場合、ACT-Jのチーム精神科医が主治医となることを原則とすれば、ACT-J利用後の外来費はACT-Jのコストの一部と考えられる。

まず、対象者がACT-Jプログラムを利用する前の1年間の入院日数をX日とする。

すると、外来通院期間の日数は $365-X$ 日となる。

利用前1年間の医療費はおよそ、

$$1400 * X + 2500 * (365 - X) / 30 \text{ 点}$$

$$= (91250 + 3950X) / 3 \text{ 点} \dots \text{⑰}$$

と計算できる。

一方、研究成果からACT利用によって、1年目の入院日数は50%の減少となることが期待される。すなわち入院日数は $X/2$ 日、外来通院期間の日数は $365 - X/2$ 日となる。

すると、ACT後の入院費は $1400 * X/2$ 、外来費は $2500 * (365 - X/2) / 30$ 点である。

これに、⑬から導かれるACTの1人当たり月額平均を4,780点とし、地域生活時精神科包括型医学管理料加算2,800点とすると、外来費用を除いたACTによる費用は $(4780 + 2800) * (365 - X/2) / 30$ となる。

すなわち、総費用は

$$1400 * X/2 + 2500 * (365 - X/2) / 30 + (4780 + 2800) * (365 - X/2) / 30 = 122,640 + 532X \text{ (点)} \dots \text{⑱}$$

⑰および⑱よりACT-J導入前の費用と導入後の費用の差額は⑰-⑱で表わされ、 $(2354 * X - 276670) / 3 \dots \dots \dots \text{⑲}$

この計算式はXに関する一次関数であり図4のように表される。このとき、差額が正の数になる最小のX(整数)は、118日である。すなわち年間118日以上入院日数があるケースに対してACT-Jは医療費削減に機能する可能性があるといえる。すなわち、ACT-Jは頻回入院や長期入院によって年間約120日以上入院をしているものに適用すれば、入院日数を減少させ利用者の地域生活の安定に寄与するとともに、医療経済的にもコストを低くして費用対効果の高いものにするのに有用なプログラムであることが推測される。

E. 結論

今後の地域中心の精神保健福祉システムを充実させるに当たって要となると思われる ACT プログラムについて、国立精神・神経センター国府台地区において臨床を展開している ACT-J を対象に、医療経済学的検討を行った。

パイロットスタディの対象者 43 名のうち、平成 16 年 12 月末日までの調査期間のうちに退院後 6 ヶ月を経過した 35 名について、退院後 1 ヶ月後から 6 ヶ月後までのサービス量は、利用者 1 人あたり平均月間訪問回数 8.3 回 7.7 時間、平均月間電話相談件数 4.3 回 0.8 時間、間接サービスにかかる平均月間コンタクト数 2.5 回 1.0 時間、家族支援平均月間 1.8 回 1.1 時間であった。ACT-J チーム全体のサービス量を検討する計算式を作成した。それによればコンタクト総回数はエントリーケース数と線形の近似曲線で表され、コンタクト総時間数は対数の近似曲線で表されることが推測された。これを用いてサービス量を推測したところ、研究対象となるチーム構成において持ちうる最大のケースロード 88 ケースに達した場合、1 ケースあたりの月あたり平均対面コンタクト(訪問)総数は 5.5 回、単数コンタクト(訪問)数は 4.2 回、複数コンタクト(訪問)数は 1.3 回、チーム医師によるコンタクト数は 1.8 回であった。

対象者の index admission 前後各 6 ヶ月間のアウトカムでは、入院日数が入院前 6 ヶ月間が平均 54.6 日なのに対し、退院後 6 ヶ月間は平均 28.0 日 (50%減) と有意に減少していた (t 検定 $p < 0.05$)。

研究対象時のチーム構成で、フルサイズのケースロードである 88 ケースにサービ

ス提供をした場合、現在の診療報酬制度および ACT-J チームの機能で訪問から挙げられる収益は 1 年間で 50,476,800 円であった。一方、現 ACT-J チームの運営に必要な経費は 79,321,200 円と推計された。したがって、この差額を埋めるためには、1 人当たり月あたり 2,800 点の診療報酬上の加算が必要であった。

ACT-J が入院抑止に作用することで、医療費に与える効果について計算をした。入院単価 14,000 円/日、外来単価 25,000 円/月という調査結果および、ACT-J の半年間の入院抑止率が 50% であることより、上記 2,800 点の点数加算をしたところ、過去 1 年の入院日数が 118 日以上の利用者については ACT-J の利用が医療費削減にもなるという結果が得られた。

ACT-J は、入院日数を減少させ利用者の地域生活の安定に寄与するとともに、既存のサービスでは入院を多く利用してきたような重い精神障害者に対しては、医療経済的にもコストを低くして費用対効果の高いものにする有用なプログラムであることが推測された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

・伊藤順一郎：精神障害者の地域支援と精神科病院の役割についての試論. 日本精神科病院協会雑誌 23(9)：23-29, 2004.

・伊藤順一郎：政策医療ネットワークを基盤にした精神医療のあり方に関する研究報告：積極的地域マネージメント (Assertive Community Treatment ACT) の医療経済学的評価に関する研究：75-87, 2005

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

厚生労働科学研究補助金（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
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）

研究要旨

平成 14・15 年度の 2 年間に渡って全国の精神障害者地域生活支援センター（以下、支援センター）の実態を調査し、その独自の機能を検証してみると、その機能が十分果たせていない施設が多いことがわかった。その原因としては、①支援センターの設置機関が提供している医療・福祉的サービスが重複している②支援センターの幅広い活動によって、機能が分散してしまうが考えられた。①については、訪問活動の多様性があげられる。現在、精神障害者を対象に実施されている訪問活動には、精神科病院等の医療機関からの訪問看護と訪問看護ステーションからの訪問看護、そして保健師が行う訪問指導がある。この 3 つについて対象者の選定方法が明確化されておらず、担当区別が曖昧な現状があり、これらの訪問と支援センターの訪問の違いが明確でないことが、利用者がサービスを選択する際のわかりにくさにつながっている。②については、アウトリーチサービスなどの個別ケアと利用者を集めて行われる集団を対象としたプログラム企画運営や、いつでも対応できる窓口を常設しておくことなど支援センターの活動が多岐に渡り、それらを維持するためのマンパワーが分散され、スタッフが何役も引き受けるという状態が引き起こされているという支援センターの存在が確認された。このような問題を抱えながらも、平成 15 年度の調査では支援センター独自の機能として地域ネットワークの構築やネットワークに関わる人たちの支援などの有効性が検証された。平成 16 年度の調査では、地域で暮らす精神障害者のニーズが非常に多様で、既存のサービスではそのニーズが満たせないことが多いという事実が明らかになった。支援センターが行う特徴的な訪問活動としては、利用者自身の依頼によるもので、生活用品の使用に関する簡単な相談や援助等短時間で対応可能な訪問があげられる。または、1 対 1 の心の交流を望む「話し相手」や、対象者の周囲の人の不安を解消するための訪問等、「具体的に何かを解決する」というよりも「見守り」あるいは「様子見」といったものがあげられる。支援センターはさまざまなケースの「入り口」となり、それぞれのニーズにあわせて振り分けする機能をもっている。公共の社会資源ということで、精神障害だけでなくさまざまな生活のしづらさをもっている人が支援センターを訪れる。その相談の中で個別ケアは始まり、支援センターは自らがもつ地域ネットワークを活用して完結型でない地域生活支援を行っている。また、「今、困っていることに対応する」即応性も、支援センターの有効な持ち味だと考えられる。

A. 研究目的

精神障害者の地域生活支援を行う各機関の機能が重複している現状の中で、支援センター独自の機能を明確にすることが必要になっている。そこで今回は、2年間の調査結果を総括する中で支援センターに固有の機能とその中の訪問活動の実態とあり方を分析する。その結果を踏まえて、精神科病院等の医療機関・訪問看護ステーション・保健師による訪問との違いや連携を明らかにすることによって、社会復帰施設における訪問看護の必要性を検討する。

B. 研究方法

- ① 平成14年度と平成15年度の調査報告書を基に、研究委員5名でグループディスカッションを2時間程度行なう。その内容は許可を得て録音して逐語録を作成し、支援センターにおける共通の機能に関する内容を中心に抽出し、分析を加えた。
- ② 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実施した。インタビューは許可を得て録音し、終了後逐語録を作成した、逐語録の内容を連携や役割の違いを中心に抽出し、分析を加えた。

C. 調査結果及び考察

1. 調査対象施設概要

【地域生活支援センターO（H県）】

設置主体：社会福祉法人

かなり以前より、精神障害者のための地域生活支援が活発に行われてきた地域に平成9年に開設されている。同一法人が、たくさんのグループホームや共同住居を運営しており、そこで暮らす人たちの生活支援についても中心的な役割を担っている。また、同一法人が授産施設を運営していることから、就労支援にも力を

入れている。地域の医療機関や行政の福祉担当者とのネットワークの要として機能している。調査時の1ヶ月間の訪問状況については、利用実人数が24名。訪問述べ件数が51件。そのうち、最も訪問回数の多かったケースは5回であった。利用者の84%が統合失調症であった。

【地域生活支援センターU（F県）】

設置主体：医療法人

母体となる精神科病院は以前からデイケアや訪問看護を行い、グループホームも運営する等社会復帰活動に積極的であった。独立型の支援センターが認められたのを機に、より柔軟な地域生活支援を行うことを目標に開設されている。母体病院から離れた場所にあり、他病院に通院する患者の利用も多い。また、別の場所に母子相談センターも開設しており、地域のメンタルケアに広く対応している。調査時の1ヶ月間の訪問状況は、利用実人数が13名。訪問述べ件数も13件で、利用者1人につき1回の訪問を実施している。利用者の46%が統合失調症である。

【地域生活支援センターW（Y県）】

設置主体：医療法人

母体病院が県東部の基幹病院という位置づけで、行政からの要請で平成14年に支援センターを開設している。その数年前から、デイケアや福祉ホーム・グループホーム等地域生活支援を行ってはいたが、それほど活発というほどではなかった。調査時の1ヶ月間の訪問状況は、利用実人数が13名。訪問述べ件数は25件。そのうちで最も訪問回数が多かった利用者は3回であった。利用者の46%が統合失調症であった。

（職員構成と訪問状況は表1参照）

2. 平成 14・15 年度調査総括の概要結果

1) 利用者・ニーズ

- ・『何々に困っているという具体的な相談よりも、寂しさとか不安状態とか、そういったことで相談される方がすごく多い』
- ・『自分が病気だとはっきりしている人もいるかもしれないし、病気であること自体がわからないという状態の人かもしれない。すでにもう医療は受けているかもしれないのだけれど、それだけでは地域で生活するためのものごととは解決しない』
- ・『9割以上の方は、何らかのかたちで医療機関を受診している。その中で、かつデイケアを利用している方、作業所を利用している方がいるが、そこだけではニーズが満たせない』
- ・『デイは外来のプログラムだし、作業所は作業目的。たしかにその中でお喋りはあるんだろうけれども、1対1の単位でのやりとりを求めている方がすごく多い』
- ・『1対1の関係。そういう人がいるという安心感みたいなものもすごく求めている。それが電話という形だったり、訪問看護という形だったり。そこのところが、集団的な対応だけでは駄目だということ。』
- ・『精神のヘルパーからの相談を受けたりもするが、介護保険のヘルパーから出てくる相談を受けることも増えている。それだけでなく、学校の先生からの話も聞いている』
- ・『(利用者の) 家族に当事者がいて、自分たちだけでは手に負えないので、ちょっと助けるとステーションから言ってくることが多い。どうアプローチしたらいいか非常に苦慮していて、精神科関係の相談とかサポートがほしいという話はよく聞く。』

2) 求められる機能

- ・『個別ケアの足りなさみたいなことを補うような感じ』
- ・『ネットワーク維持みたいなことをしている』
- ・『今まで精神と関わりがなかった人たちが、精神障害者に対する困難感をもったときに相談して助けてもらったら、できることが増えてきたりする。』
- ・『業務内容は幅広くて、人も幅広くて、1人に対して関われないというジレンマがすごくあった。でも、保健所の機能、作業所の機能、デイケアの機能、訪問看護の機能とかを使ってやれと思った。そのすき間埋めを私(支援センター)がすればいいと開き直った。関わっていたケースも訪問看護につなげるんだったら、その訪問看護にいかにつなぐか、そのつなぎだけをしっかりしていけばいいと思った。』
- ・『既存のサービスでは満たされていないニーズをもっている人たちがいっぱいいる。そのすき間に関わりながら、すき間のところで役割をとることによって接触が始まる。だけど、抱え込むというよりはむしろ、そのすき間から相手と接触しながら、いろいろなところにつないでいく』
- ・『よろず相談センター。相談機能を中心に置いて、あとの機能を雑貨屋的にする。まず、人を集めることをやめる。そういう形を作ってしまったら、形を作っていくための努力をしているとそれが目的になってしまい、本来の目的を見失う』
- ・『保健所の機能のはっきりしている部分は保健所を使って、保健所の機能として曖昧な部分はいったんこっちで受けて、どういう内容なのかをもう一度洗い直して、保健所にきちんとした形で返すのか、それとも医療の中で担ってもらうこととして病院に渡していく』

のか、いったん見極める役であってもいいのではないか』

- ・『自分はどのような問題をもっているのか、どのような支援を得ながら暮らせばいいのかということ自体が見えない人たちの相談にのって、問題を明らかにして一緒になって考えてそれぞれがそれぞれのサービスを受けられるような状況までもっていくという役割を果たしている』
- ・『何の支援も受けていない人が、初めて近づく場所になっている』
- ・『常時のネットワークではなくて、必要なとき出てきたことをこのネットワークに乗せればいいというネットワークのあり方。その利用者のニーズに対応するためにネットワークをつくるので臨時のネットワークである』が、それらは蓄積されていく。
- ・『持ち込まれる個別の問題に逃げないで対応する』

3) 他の資源との違い

- ・『何かやっていたら、そのグループに参加する人しか来にくくなってしまう。それがわかっているから、ここでは何も活動してもらわないほうがいい』
- ・『病院でやっている訪問対象者は、医療的な部分でやっている訪問なので、うちの支援センターが代わりにはなり得ない。支援センターで訪問に行っているケースが訪問ステーションの対象にはあまりならない。重なることはあるにしても』
- ・『病院から訪問看護をやっていたときはものすごく件数が多かった。その中で、医療的な意味での訪問のケースと生活支援的な訪問があって、生活支援的な訪問がすごく多くなってしまった。このような訪問看護を医療保険でやるというのは変だと思った。むしろ、

支援センターがそういったことをやっていくのが本筋ではないかと考えた』

- ・『センターに入って来ているような電話が病院のほうにも昼でも夜でもずっと入っていた。ちょっと寂しい、喋りたいという電話を受ける病棟の本来の機能は入院患者さんのための職員体制になっているのだから、それはおかしい』
- ・『医学的な視点をもって相談を受けなければいけないケース、かつ生活支援的なことも、生活障害も含まれているケース、そういったものが今からの支援センターの訪問の意味ではないかと思っている。』
- ・『珍しく来られたなと思ったら、すごく深刻な話があることが多い。電話で「どうもおかしいぞ」と思ったときには出かけて行く。』
- ・『ナースはけっこう強い力をもって、地域で医療面の判断をしたり、相談にも乗れるから、どうにもならなくなってから病院に連れて来る、というのでない役割を果たせるのではないかと思う。ケースワーカーとの違いはそこだと思う。医療行為ができるということをお願いしたいんじゃなくて、健康を維持するのに必要な知識とかを使うという発想』
- ・『医者とのつながりができるという部分は、支援するうえでもものすごく大事な部分で、他の職種ではできない部分である。治療がわかって、医者に連絡し、医者の指示をもらってまた対応するということで、初めて生活と治療とがつながっていく。だから、この部分は医者の指示が必要なんだけれど、実は生活と治療をつなぐうえですごく大事な部分だと思う。』

3. 平成 14・15 年度総括についての考察

平成 14 年度調査で全国の支援センターの実態調査を行なった結果、施設の意義や役割の多

様性が明らかになり、それと同時にマンパワーの不足や事業に関する施設間格差等の問題点が抽出された。ほとんどの支援センターで相談事業を中心とする個別ケアの重要性を認識しながら、憩いの場の提供や地域交流事業等のプログラムの企画運営に多くの時間とマンパワーを費やしており、相談から始まるアウトリーチを含めた個別ケアが十分行なえていない現状があった。また、施設内でのプログラムの運営や電話相談、訪問活動についても、他の社会資源との違いがはっきりしないままに実施されていることもあり、支援センター独自の機能を明確化することが必要であると考えられた。

そこで、平成 15 年度調査では、先進的な活動を展開している 3 つの支援センターを対象に聞き取り調査を行い、支援センターの独自の機能について分析を行なった。その結果、それらの支援センターでは精神科病院関連のサービスや保健所で行なわれてるような集団に対するプログラムはもたず、利用者個人が必要とするサービスを提供するという個別ケアを中心に事業展開をしていた。また、利用者個々のニーズに対応できるように地域ネットワークの構築に力を入れて、支援センターの中だけでサービスが完結することのないようにしているという特徴が見られた。その活動の中で、新たな社会資源の開発やネットワークを組織する人たちを支える役割も果たしていることが明らかになった。このように多様なニーズに対応できるシステムをつくり、それが機能するように支えながら、自らも必要に応じて直接ケアを提供していくということが、支援センターの独自の機能であると考えられた。

これらの調査結果についてあらためて検討を加え、支援センターの独自性を明確化するための要因がいくつかあげられた。

1) 利用者・ニーズ

利用者の多くは何らかの形で医療機関を受診していたり、その関連のサービスや作業所等の地域の社会資源を利用しているものの、それだけではニーズが満たされていない場合が多い。具体的な問題解決というよりも 1 対 1 の安心できる対人関係を求めて、支援センターを利用していると考えられる。また、利用者は精神障害者だけとは限らず、精神障害者のケアを担当するサービス提供者や、メンタルな問題を抱える人に関わる人たちからの相談も多い。このことは、地域ネットワークの構築を進めていく中で起こってくることで、どのような対象者でもメンタルな問題を抱えており、それを解決することが困難な状況に陥ったときのサポートシステムが不完全な状況の中で、利害関係なく相談できる窓口として支援センターが機能していることを示していると考えられる。

2) 求められる機能

精神障害者のための社会資源は、年々整備されている。全国の精神科病院やクリニックでもデイケアを開設しているところは非常に多く、訪問看護の実施率も低くはない。また、援護寮や福祉ホーム等の社会復帰施設も徐々に増え、就労訓練を行なう作業所や授産施設もまだ十分とは言えないものの整備が進められてきた。しかし、地域で暮らす精神障害者のニーズは多様で、それらの既存のサービスでは満たされていない場合が多い。特に、精神障害者のサービスは集団に対して行なうスタイルが多いため、利用者個々のニーズに細かく対応する個別ケアが不足している現状があると考えられる。しかし、利用者が求める個別ケアは医療や訓練、あるいは具体的な問題解決といったものばかりではなく、自らのニーズを明確化していくための個別ケアが必要なことも多い。そのような

個別ケアを行なうことのできる社会資源は支援センターだけであり、その機能が求められていると言える。また、直接ケアを提供してサービスを完結する社会資源が多い中で、支援センターは利用者のニーズを満たすために最もよい社会資源を地域ネットワークの中から選び、それにつないでいくというサービス提供を行なうことも独自の機能であると考えられる。

3) 他の資源との違い

これまでの精神障害者の地域生活支援では、外来、デイケア、訪問看護等の利用者は相談から直接的ケアまで全てをその1ヶ所に求める傾向があった。治療や訓練を受ける機関に、孤独を解消するためのつきあいを求めることは機能的には非効率なことではあるが、他に対応してくれることがないからという理由で、それぞれの機関で似たようなことを続けてきたといえる。その結果、本来は異なる機能をもつべき機関が、どれも似たような機能をもつようになったと考えられる。今後は、それらの機能が明確化されて整理されると考えられるが、それらの機能では満たされないニーズに対応するという機能をもつのが、支援センターであると考えられる。また、利用に契約が必要なサービスとは異なり、利用者のニーズに即応できるネットワークも支援センターの特徴であるといえることができる。

4. 今年度のインタビュー結果

1) 運営理念及び活動状況

- ・『施設の人だけではなくて、公的な性格があるから、必要な人にはきちんと利用しやすい場所で、利用してもらえるときにいつでも対応できるようにということで、最初から独立型』でやっている。
- ・『授産施設の仕事をしていると、どうしても目の前にある作業に目がいってしまって本来の業務が曖昧になってしまったところがあって、生活支援の業務はきちんと独立してやるべきだという声があがって、今のような形』になっている。
- ・『利用したい人、ニーズのある人が利用しやすいような形を意識した』
- ・『行政側の認識も、いこいの場として、日中、過ごせる場所であり、何か相談できるところという位置づけ』
- ・『精神障害の方だけではなくて、知的障害の方とかも市役所の相談窓口から紹介されて来る』ので、公共の社会資源としてある程度認知されている。
- ・多い業務は『電話対応と、あとは訪問』『個別訪問もあるし、グループホーム等共同住居の維持管理的な業務』も結構多い。
- ・『地域で生活している方は、自宅や社会での生活時間のほうがはるかに多い』ので『その中でいろいろな困りごとなどは、病院の中ではサポートできない』つまり、『地域の中での困りごとは地域の中で、といった支援体制を作ることが必要』と感じていた。
- ・『病院の中で地域に関連する部署を作ったが、外に出て行くにはうまく機能しなかった。完全に地域の中に出て活動できる拠点を作りたい』ということで開設した。
- ・『うちの法人のための支援センターであってはならない』
- ・ほとんどの医療機関がデイケアを開設しているので、『(デイケア的) プログラムは積極的には必要ないだろうということで、生活に関する相談、支援に重点を置いている』
- ・『施設はそのまま利用者にオープンにして、好きに使っていいよということでやっている』
- ・『精神障害者部門ということではなくて、地

域の精神保健、メンタルヘルスにも何か貢献できないだろうかということで、子どもさんのご相談も合わせて受け入れる態勢を作ろう』と考えている。

- ・『制度に則らない相談の場。子育ての愚痴をこぼしてもいい場。その中からリアルな相談が出てくることもある。そういった場作りの必要性を感じている』
- ・『答えを求めてというわけでもなくて、自分を語れる場所でありたい』
- ・『子どもの成長の中で精神疾患が出たときに、気楽なつながりが前もってできていたら、にっちもさっちもいかなくてという状況にならずに、早め早めに手当てができる。そういったことも含んでいろいろな子育てに関する相談室を運営している』
- ・『単身生活者、家族があっても孤立してしまいがちになる人。積極的につながりをもたなくても、軽いつながりを持っておけば、必要なときに動きやすい』

2) 訪問の対象者、紹介ルート

- ・『訪問（対象者）は、ほぼ統合失調症の方だと思う』
- ・『作業所の職員から音で苦情があるとか。少し大きな声を出す病状が気になるとかいうときには、ちょっとお話しを聞きに行くことがある』
- ・『不定期の人の中には月1回とか月2回とか決めないで、近くを通ったときに寄ってみるとか、電話で必要なときに行くという感じで、不定期ではなくて、むしろ臨時ということにしている』
- ・紹介ルートで『最近、多くなってきたのは、クチコミ』『他の医療機関の外来の看護師とかワーカーから聞いて』というのも増えている。
- ・『心配もあるし、苦情もある。あの人が大き

い声を出していたとか。ドアの開け閉めがうるさいとか。』

- ・『（訪問依頼者で）いちばん多いのは家族。同居していない家族との調整。あとは、いろいろな施設を利用したいというときの調整。生活費に困っている方で、生活保護申請をするのを渋っている方。本人のこだわりが相当強くて、少し時間をかけてでもやり取りしてくれそうなところ』として期待されている。
- ・『（訪問は）依頼があるほうが多い。家族や本人（からの依頼）がいちばん多い』
- ・『登録していて、何らかの必要性が発生して、電話相談から訪問ということになる』
- ・『個別の相談からスタートして、必要性に応じて訪問する。本人、家族の必要性やこちら側の判断で行なう』
- ・『「この人、最近来ないな」という感じで確認に行く』
- ・『訪問看護はいやだし、どこにも出て行けないケース』
- ・『単身生活の人で誰も関わっていないケース』

3) 訪問活動の目標

- ・『グループホーム入居者についての個別の訪問看護だったり、われわれが訪問することによって、その人たちの生活がまずは成り立っているということが大きい』
- ・『支援の内容、支援とか生活面の内容のポイント、ヘルプの基本は現状の維持。あえて高めようということは考えていない。』
- ・『本人が現状をどう変えたいか。われわれもいいなと思うほうに変えるときもあれば、逆の変え方を望まれるときもある。しかし、それが本人なりの変え方だし、それも現状維持と考えていればいい』
- ・『こうあるべきというような価値観は、このセンターの中にはない』

4) 訪問で行なっているケア内容

- ・『いちばん大事なのは、貸す側の安心感だと思う。何かあったときの対応ひとつだと思う。その安心感がないと、大家さんたちはきっと安心して貸してくれない』
- ・『本人さんたちに対する支援は訪問看護でも十分だが、貸す側に対する支援も含めたということになると訪問看護では限界がある』
- ・『グループホームの共有スペースに皆が月1回集まって、そこでの生活に関する話を話し合う。個別のことはまた別に相談を受ける』
- ・『蛍光灯の交換も含め、人によっては買物をする。買ったビデオの使い方がわからないとかいう人もあった』
- ・『見守りというか、話し相手というか。』
- ・『家族調整。家族は「帰って来ては駄目だ」といい、主治医は病状的には退院できるという』
- ・『顔を見るだけで安心して短時間で終わるケースもある。あとは、ほんとうに細かく買物まで一緒に行くとかいう人までいる』
- ・『自宅に行って相談というよりは困っていることの手伝いをする。それが自宅であっても、たとえば、生活保護に関して福祉課への相談とか、就労相談とかで、行って伝えたり、一緒に行動したりするのは支援というふうに位置づけている』
- ・『訪問看護では、できたら未然に防ぎたい』が『支援センターの訪問というのは、別にQOLとかを向上させるとかいう目的ではない』
- ・『訪問で「地域の中で住んでいる自分を認めてもらえる」そういったすごく精神的なものでの希望、効果というのが訪問にはあるようだ』
- ・『訪問の効果というのは、精神的なものが確

かにあるのだけれども、電話で話をやり取りした中では見えてきにくい部分、利用者の伝えにくい部分が、訪問に行くとパッとわかることがある』

- ・『家族との関係がギクシャクしている人のところで家族を含めていろいろな話しをしたりというのが多い』
- ・『最近増えてきたのが、ホームヘルパーを入れるときの事前の打ち合わせ』
- ・『電話ではちょっと話しにくいというときに行く。家の環境はどうかを把握するのがとても大事なケースは、話し相手としてでも行く』
- ・『今まできちんとデイケアに来ていた人が来なくなった場合』
- ・『大掃除の時期だから』
- ・『明日お母さんの誕生日だから、お寿司の作り方を前もって教えてほしいと』

5) 関係機関との連携

- ・『「月1回、こういうミーティングをやるので、できれば参加してください」というお願いをする。ケアマネをしているので、月2回は会議の中で状況報告する』
- ・『大事にしたい連携というのは医療機関。病的な障害で生活のしづらさがあるのだとしたら、それをいい意味で変えるための大きな力になるのは医療だと思っている。その大切な医療を自分のために効果的に活用してもらうために医療との連携を大事にしたいと思っている』
- ・『近場の医療機関にはまめに顔を出すように最初からしていた』
- ・『ネットワークは組織と組織の連携とかよりも、人と人とのつながりが波及していくとか、それが基になる』『インフォーマルで、月1回の研修会とか、勉強会とか、会う機会