

その必要性に対する認知とつき合わせて検討した。主に個別利用者フィデリティ尺度から項目をおこした個別サービス下位尺度の13項目中項目5を除いた12項目で、利用者が必要だとした項目のうち受けていないとした項目があったのは、12名中10名であった。この10名について、個々の項目ごとに個別利用者フィデリティ尺度でケースマネジャーのサービス提供状況、またサービスを提供しない理由を求めた。個別利用者フィデリティ尺度ではケースマネジャーが個々のサービスを提供したかどうかを、「行なった」「ある程度行なった」「行っていない」の3件法で求めており、また提供していない理由を、「自立のため不要」、「臨床的配慮から未実施」、「他の援助者(家族、公的援助者、インフォーマルな私的援助者)が実施しているために不必要」、「該当援助サービスの適用がない(不必要)」の選択肢で求めている。また、行なった援助サービス・臨床的配慮について具体的に記入する自由記述欄がある。今回は、利用者認知尺度の個別サービス下位尺度で、利用者が必要だとしつつ受けていないと認知していた項目について、利用者ごとにそれぞれの項目についてのケースマネジャーの回答を調べた。結果を表4に示す。項目11「リカバリープラン作り」のあがった利用者が10名中5名、項目2「金銭管理」と項目7「公的サービス活用支援」と項目10「独居支援」のあがった利用者がそれぞれ4名であった。なお自由記述欄の内容をそのまま載せた場合、ケースマネジャーが利用者を特定することが可能になるため、ここではなんらかの記述があった場合には「記述あり」とするにとどめた。

#### 4. 利用者ごとの5つの指標

表5に示す。なお指標⑤姿勢認知度の計算においては、項目25「管理的」は逆転項目のため、「あまりそう思わない」もしくは「そう思わない」と回答したものを計算している。

#### 5. サービス満足度との関係

利用者ごとのCSQ-8総得点を表5示す。CSQ-8総得点順に利用者を並べた。また5つの指標とCSQ-8総得点との相関を求めた。Pearsonの相関係数( $r$ )はそれぞれ、指標①サービス認知度とは $r=.49(p=.15)$ 、指標②サービス必要度とは $r=.66(p=.04)$ 、指標③提供体制認知度とは $r=.37(p=.26)$ 、指標④提供体制必要度とは $r=.32(p=.35)$ 、指標⑤姿勢認知度とは $r=.77(p=.01)$ であった。

#### 6. 項目ごとの検討

表3に示した計算式により計算した結果を表6に示す。

また姿勢下位尺度の各項目とサービス満足度との相関を求めた。CSQ-8とのPearsonの相関係数( $r$ )はそれぞれ、項目20「希望を聞いてのプラン」とは $r=.32(p=.337)$ 、項目21「入院回避」とは $r=.81(p=.003)$ 、項目22「エンパワーメント」とは $r=.46(p=.152)$ 、項目23「ストレングスを伸ばす」とは $r=.88(p=.000)$ 、項目24「自己決定の尊重」とは $r=.54(p=.087)$ 、項目25「管理的」とは $r=.21(p=.539)$ であった。

#### 7. 自由記述欄

自由記述欄に記入した利用者は3名であった。それぞれ、「ACTのスタッフと接するようになってから、自分の考えや気持ちに素直になれる様になったと思う。ACTの助けをもらい、家族や恋人、友人なども全てを得て自分が安定できていると思う。ACT

と接してから、私の病状は確実によくなっていると思う。定期的な調査は自分の変化を確認することができると思う。」「利用者がずいぶん増えてきたように見受けられます。先生とのコミュニケーションや、スタッフの人とお会いする時間に変化は出ないのかが不安です。」「ACT はやめないでいつまでもつづけていってください。」と記入されていた。

## D. 考察

### 1. 内的一貫性

個別サービス下位尺度の認知を問う 13 項目、必要性を問う 13 項目、提供体制下位尺度の認知を問う 6 項目、必要性を問う 6 項目の Cronbach の  $\alpha$  はそれぞれ、 $\alpha = .90$ 、 $\alpha = .94$ 、 $\alpha = .81$ 、 $\alpha = .87$  と十分な値であった。しかし表 2 に示した計算式からも分かるように、利用者ごとに認知している項目も必要としている項目も異なるため、指標を計算する際利用者ごとに異なった項目から構成される尺度を使用していることになる。よってこのように全 13 項目や全 6 項目の  $\alpha$  を計算するだけでは不十分かもしれない。姿勢下位尺度 6 項目では  $\alpha = .69$  と低めであった。項目を再検討する必要があるかもしれない。

しかし、本尺度作成の目的は必ずしも内的一貫性の高い尺度を作ることではないと考えている。尺度の合計得点よりも、各項目がどのくらい利用者に認知されているのかといったことの方が、プログラムを評価する際には有用な情報であると考えているからである。

### 2. 利用者の認知するサービス実施とその必要性との間のずれ

表 4 で明らかにしたように、利用者が必要性を感じていながらサービスを受けていないと認知している項目は、だいたいひとり 2~3 項目ずつあった。これらの項目に関して、個別利用者フィデリティ尺度でケースマネジャーの回答を検討したところ、約半数の項目に対して、ケースマネジャー自身は提供したと認識していた。これは、「利用者・ケースマネジャー間のサービス実施に対する認知のずれ」だと考えられる。項目 11「リカバリープラン作り」は利用者に認知されにくい項目であるようにみえるが、ここには調査票作成上のミスがある。本調査は ACT 利用開始後 1 年の時点で行なう調査だったのだから、「リカバリープラン作り」ではなく、既に作られている「リカバリープランの見直し」とすべきであった。利用者が回答する際、「リカバリープラン作り」をリカバリープランの見直しのことだと解釈しなかった場合にも、この項目が認知されないことになったと考えられる。ケースマネジャーの提供の程度に関しては、表 4 より、「ある程度行なった」とした項目が「行なった」とした項目よりも利用者に認知されにくいということはなかった。

一方、利用者がサービスの必要性を感じていてもケースマネジャーがサービスを提供していない項目もある。ケースマネジャーがサービスを提供しない理由としてひとつは、他の援助者が行なっているためという理由があげられている。これらの項目に対して、利用者は、他の援助者によるサービスは受けていないと認知しているか、不十分と感じているか、あるいは他の援助者

として主な家族の負担を ACT に代わってほしいと考えている可能性がある。また、利用者のニーズがないためや、利用者が自立していて不要のためという理由で、ケースマネジャーが提供していない項目もある。これらは、「利用者・ケースマネジャー間のサービス必要性に対する認知のずれ」だと考えられる。

利用者の認知するサービス実施とその必要性との間のずれの理由として、「利用者・ケースマネジャー間のサービス実施に対する認知のずれ」と「サービス必要性に対する認知のずれ」の他に、ケースマネジャーの臨床的配慮により未実施という項目がある。これは、他の援助者がいるわけでもないし、利用者自身が自立しているわけでもないが、ケースマネジャーが専門職としてサービスを提供しないという判断をしている項目である。具体的にどのような状況でどのような判断がなされたのかは明らかでないが、これらの項目に関しては、利用者とケースマネジャーの間に認知のずれはない。これは「専門職のサービス提供の判断に起因するずれ」といえる。

利用者がサービスの必要性を感じていながら受けていないと認知している項目すべてに対して、ケースマネジャーは提供しているか、もしくは理由があって提供していないとしている。ケースマネジャーが提供しないサービスに関しては、利用者のサービスに対する必要性がケースマネジャーに伝わっていないのか、ケースマネジャーのサービスに対する考え方が利用者に伝わっていないのが明らかでないが、いずれにしても利用者に見ればサービスの必要性は満たされていないということになる。

「利用者・ケースマネジャー間のサービス必要性に対する認知のずれ」と「専門職のサービス提供の判断に起因するずれ」とは、今後利用者とケースマネジャーの間でさらなるすりあわせを行なう必要性を示唆している。「利用者・ケースマネジャー間のサービス実施に対する認知のずれ」に関しても、利用者の自己決定を尊重し、利用者の希望に基づくリカバリープランを作ってサービスを提供していくという ACT の理念から見て、さらなるすりあわせを行なう必要があるといえる。

### 3. 個別サービスと提供体制

ACT の提供するサービスが利用者ごとに個別化されているかどうかを利用者の視点で評価するため、4 つの指標①サービス認知度、②サービス必要度、③提供体制認知度、④提供体制必要度を用いる。サービスの個別化とは、すべての利用者と同じサービスを提供するのではなく、利用者ごとに必要とするサービスを提供し、必要でないサービスは提供しないということである。サービスが利用者ごとに個別化されているのであれば、利用者は自分が必要とするサービスをすべて受けており、また受けているすべてのサービスの必要性を感じていると考えられ、これら4つの指標は高くなると想定される。

表5のとおり、指標①サービス認知度と③提供体制認知度は利用者ごとに大きく異なっている。それに対し指標②サービス必要度と④提供体制必要度は、多くの利用者が1である。よって多くの利用者は、受けているサービスの必要性は感じているが、必要性を感じているサービスのすべてを受けてはいないと認知しているということが

できる。ただしこれらの項目は ACT が利用者に提供している代表的なサービスに限られており、これら 4 つの指標がすべて 1 になったとしても、その利用者に対するサービスが完全に個別化されているとまではいえない。

表 6 から、必要中認知率が 5 割に満たない項目として、項目 10「まわりの人への働きかけ」、6 割に満たない項目として、項目 2「金銭管理」、項目 7「公的サービス活用支援」があった。これらの必要中認知率が低い項目に関しては、表 4 から明らかなように、利用者・ケースマネジャー間のサービス実施やサービス必要性に対する認知のずれ、専門職のサービス提供の判断に起因するずれが起りやすい項目と考えられる。認知中必要率に関しては極端に低い項目はなく、提供されているサービスで必要性を感じられていないサービスは少ないといえる。本尺度に回答が得られたのは、対象者 25 名のうち 12 名であり、ACT のサービスを受けることに消極的な一部の利用者からの回答は得られていない。よって回答が得られたこと自体が、利用者が ACT の必要性を感じサービスを受けていることを示しているともいえ、これは予測できる結果であったといえる。

表 6 の提供体制下位尺度の各項目をみると、他の項目に比べ、項目 18「訪問」、項目 19「入院・救急」を必要とした利用者が少なかった。利用者が暮らす地域への訪問によるサービスの提供であるとか、緊急時の対応であるとかは、ACT の重要な特徴とされているが、利用者にとってはそれほど必要な要素ではない可能性がある。しかし利用者が必要性を感じていない ACT の特徴

に関しては、利用者が必要性を認知していないが実際その利用者にとって有用な特徴なのか、利用者からみれば必要ない特徴なのか分からない。また利用者が必要性を認識していないのはこの調査がプログラム利用開始後 1 年の時点で行われたからで、他の時点では必要性が認識される特徴も出てくるかもしれない。McGrew らは ACT プログラムの利用者に、ACT の一番好きなどころはどこかということを探ねている (McGrew, 1996)。その結果、スタッフとの人間関係など ACT プログラムに非特異的な要素が一番多くあがった。利用者にとってプログラムに特異的な要素はあまり重要でないのかもしれない。しかしプログラムの構造面の場合、利用者に認知されていないからといってそのプログラムに特異的な要素が重要でないということにはならない。プログラムの構造はたとえ利用者に認知されていなくても、そのプログラムの機能や姿勢を保つための基礎となっていると考えられるからである。

#### 4. 姿勢

表 5 のとおり、指標⑤姿勢認知度に関しても利用者ごとのばらつきは大きく、ACT-J のサービスを提供する際のケースマネジャーの姿勢に対する認知も、利用者ごとに異なっていることが示唆された。

項目ごとに見た場合、項目 25「管理的」だけ認知率が低く、5 割の利用者が ACT により管理されていると感じていた。しかし項目 24「自己決定の尊重」に対しては、すべての利用者が「そう思う」または「少しそう思う」と回答している。利用者ごとに細かく見たところ、項目 24 に「そう思う」と回答した利用者は 8 人、「少しそう思う」

と回答した利用者は4人であった。項目24に「そう思う」と回答した利用者8人のうち1人が項目25「あなたはACTに管理されていると感じる」に対し「少しそう思う」と回答している。それに対して項目24に「少しそう思う」と回答した利用者4人は項目25に2人が「そう思う」、2人が「少しそう思う」と回答している。よって、ACTによる自己決定の尊重を強く感じている利用者ほどACTが管理的であるとは感じていない傾向が示唆される。

#### 5. 本尺度の有用性

個別サービス下位尺度を個別利用者フィデリティ尺度と比較して検討した結果、利用者・ケースマネジャー間の認知のずれや、専門職のサービス提供の判断に起因するずれがあることが明らかとなった。サービスに関しては、どのようなサービスが提供されているかということだけでなく、それがサービスの受け手に伝わっているかということも同様に重要である。よって、サービスに対する認知を、ケースマネジャーの視点とは別に利用者の視点から捉えようとする本尺度には意義があると考えられる。また項目ごとに検討することで、利用者・ケースマネジャー間でさらなるすりあわせの必要な項目が明らかとなり、本プログラムのサービスの改善に役立つものと考えられる。

アウトカムの指標であるサービス満足度との相関は、指標②サービス必要度と⑤姿勢認知度で有意であった。これらはプログラムのプロセス評価として測定することが有用な指標であるといえる。

#### 6. 本研究の限界と今後の課題

利用者のスタッフに対する認知や受けたサービスに対する認知、プログラムに対す

る認知は、利用者の入院日数、入院数、精神病理の重症度、陰性症状、QOL、社会機能の障害、サービス満足度、ニーズ等の影響を受けるとの研究があり (Samele, 2002)、本研究での利用者とケースマネジャーの間の認知のずれにもこれらが影響していると考えられる。しかし本研究では、利用者側のこれらの要因は考慮していない。それは本研究が、利用者とケースマネジャーの間の認知のずれの原因を探ることを目的とせず、原因はなんであれずれがあるのならばすりあわせが必要だとの考えに立ち、本尺度をプログラム全体を評価するための尺度として作成したからである。よって、すりあわせの可能性や有用性に関しても本研究では考慮していない。

今後本尺度をACTのプロセス評価のための尺度とし、プログラムの品質管理のための道具として用いるためには、いくつかの実践度の異なるプログラム間の識別ができること、プログラムの経時的な変化を反映していること、利用者のアウトカムの予測ができることを示さねばならない。

#### E. 結論

本論文では、利用者のプログラム要素に対する認知を検討するとともに、利用者の認知するサービス実施とその必要性との間のずれを、ケースマネジャーの認知とつきあわせて検討した。その結果、利用者・ケースマネジャー間の認知のずれや専門職のサービス提供の判断に起因するずれがあることが明らかとなり、サービスをケースマネジャーの視点とは別に利用者の視点で捉える意義が示唆された。またプログラムの機能面と姿勢面の利用者の認知に関する指

標とサービス満足度との関連がみられ、これらをプロセス評価のための指標として用いることが有用であることが示唆された。

## 文献

- Brekke JS, Test MA: A model for measuring the implementation of community support programs: Results from three sites. *Community Mental Health Journal* 28; 227-247, 1992
- Campbell J: How consumers/survivors are evaluating the quality of psychiatric care. *Evaluation Review* 21; 357-363, 1997
- 福井里江、大嶋巖、長直子ら：統合失調症に関する家族心理教育プログラムの家族の視点から見たプロセス評価（第1報）. *精神医学*, 46; 355-363, 2004a
- 福井里江、大嶋巖、瀬戸屋希ら：統合失調症に関する家族心理教育プログラムの家族の視点から見たプロセス評価（第2報）. *精神医学*, 46; 487-492, 2004b
- Goldstein JM, Cohen P, Lewis SA, et al: Community treatment environments. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 176; 227-233, 1988
- Linhorst DM, Eckert A: Involving people with severe mental illness in evaluation and performance improvement. *Evaluation and the Health Professions* 25; 284-301, 2002
- McGrew JH, Bond GR, Dietzen L, et al: Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62; 970-678, 1994
- McGrew JH, Wilson RG, Bond GR: Client perspectives on helpful ingredients of assertive community treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 19; 13-21, 1996
- McHugo GJ, Drake RE, Teague GB, et al: Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire Dual Disorders Study. *Psychiatric Services* 50; 818-824, 1999
- Paulson RI, Post R, Herinckx H, et al: Beyond components: Using fidelity scale to measure and assure choice in program implementation and quality assurance. *Community Mental Health Journal* 38; 119-128, 2002
- Samele C, Gilvarry C, Walsh E, et al: Patients' perceptions of intensive case management. *Psychiatric Services* 53; 1432-1437, 2002
- 立森久照, 伊藤弘人: 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性及び妥当性の検討. *精神医学*, 41; 711-717, 1999
- Teague GB, Drake RE, Ackerson TH: Evaluating use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse. *Psychiatric Services* 46; 689-695, 1995
- Teague GB, Bond GR, Drake RE: Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry* 68; 216-232, 1998

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 ACTのプログラム要素に対する利用者認知尺度の各項目

I 個別のサービス内容	
1	食事、そうじ、買いものなどについての手だすけ、手つだい、練習
2	お金のやりくりについての手だすけ、手つだい、練習
3	菓の説明、管理についての手だすけ、手つだい
4	症状管理や、病気の状態が悪くならないようにするための支援
5	あなたの不安や困ったことについての相談、助言
6	あなたが社会的役割（デイケアや作業所、仕事）をもつことや、余暇の過ごし方についての支援
7	国や市町村などの社会的サービス（障害年金やグループホームなど）を活用するための支援
8	部屋さがしなどの一人ぐらしの準備や、一人ぐらしを続けるための手だすけ、手つだい
9	あなたの家族に対する相談や支援、働きかけ
10	あなたの友人、知人、近所の人、職場の人たちなどに対する調整や働きかけ
11	あなたのケア計画（リカバリープラン）作りの手だすけ、手つだい
12	あなたが早く退院するための支援
13	あなたの主治医や病院スタッフに対する調整や働きかけ
II ACTのサービスの提供体制	
14	あなたが援助を求めれば、ACTは24時間365日対応する。
15	あなたへの援助には、一人の担当ケースマネジャーだけでなく、複数のケースマネジャーが交代でかかわっている。
16	あなたへの援助には、いろいろな専門家（精神科医、看護師、ソーシャルワーカーなど）が、さまざまな面でかかわっている。
17	ACTはあなたがどんなことをしても、どんな態度をとっても、援助し続ける。
18	あなたへの援助は主に、ACTオフィスではなくあなたの自宅など生活の場で提供されている。
19	入院や救急が必要になるなど、あなたの具合が悪くなったときはいつも、あなたにかかわり援助する。
III ACTの姿勢	
20	ACTはあなたのケア計画（リカバリープラン）を作るときに、あなたの希望を聞いている。
21	ACTはあなたが入院しなくてもすむように支援している。
22	ACTはあなたに力を与え、自立を促進するような支援をしている。
23	ACTはつねにあなたの可能性を信じて、あなたのよい面、できていることに注目し、それをのびす支援をしている。
24	ACTがあなたに支援をする時は、あなたの自己決定を尊重し、できるだけあなたが日常生活上の責任をもてるようにしている。
25	あなたはACTに管理されていると感じる。

表2 ACTのプログラム要素に対する利用者認知尺度の5つの指標

下位尺度	指標	説明	計算式
個別サービス	① サービス認知度	必要とした項目のうち受けている項目の割合	受けているかつ必要とした項目数/必要とした項目数
	② サービス必要度	受けている項目のうち必要とした項目の割合	受けているかつ必要とした項目数/受けている項目数
提供体制	③ 提供体制認知度	必要とした項目のうち認知した項目の割合	認知しかつ必要とした項目数/必要とした項目数
	④ 提供体制必要度	認知した項目のうち必要とした項目の割合	認知しかつ必要とした項目数/認知した項目数
姿勢	⑤ 姿勢認知度	全6項目中認知した項目の割合	認知した項目数/6

必要とした項目数とは、「必要である」か「少し必要である」どちらかを選択した項目数  
 受けている項目数とは、「受けている」か「少し受けている」どちらかを選択した項目数  
 認知した項目数とは、「そう思う」か「少しそう思う」どちらかを選択した項目数

表3 利用者認知尺度の各項目における指標の定義・計算式

個別サービス下位尺度の各項目に関する指標

必要中認知率：その項目を必要とした利用者のうち、その項目のサービスを受けていると認知している利用者の割合

$$= (\text{必要とした利用者のうち「受けている」と回答した利用者数} \times 3 \\ + \text{必要とした利用者のうち「少し受けている」と回答した利用者数} \times 2 \\ + \text{必要とした利用者のうち「あまり受けていない」と回答した利用者数} \times 1 \\ + \text{必要とした利用者のうち「受けていない」と回答した利用者数} \times 0) \\ / (3 \times \text{必要とした利用者数})$$

\*必要とした利用者とは、各項目に対し「必要だと思う」または「少し必要だと思う」を選択した利用者のこと。

認知中必要率：その項目を受けていると認知している利用者のうち、その項目のサービスを必要だとしている利用者の割合

$$= (\text{受けているとした利用者のうち「必要だと思う」と回答した利用者数} \times 3 \\ + \text{受けているとした利用者のうち「少し必要だと思う」と回答した利用者数} \times 2 \\ + \text{受けているとした利用者のうち「あまり必要ではない」と回答した利用者数} \times 1 \\ + \text{受けているとした利用者のうち「必要ではない」と回答した利用者数} \times 0) \\ / (3 \times \text{受けているとした利用者数})$$

\*受けていると認知している利用者とは、各項目に対し「受けている」または「少し受けている」を選択した利用者のこと。

提供体制下位尺度の各項目に関する指標

必要中認知率：その項目を必要とした利用者のうち、その項目を認知している利用者の割合

$$= (\text{必要とした利用者のうち「そう思う」と回答した利用者数} \times 3 \\ + \text{必要とした利用者のうち「少しそう思う」と回答した利用者数} \times 2 \\ + \text{必要とした利用者のうち「あまりそう思わない」と回答した利用者数} \times 1 \\ + \text{必要とした利用者のうち「そう思わない」と回答した利用者数} \times 0) \\ / (3 \times \text{必要とした利用者数})$$

\*必要とした利用者とは、各項目に対し「必要だと思う」または「少し必要だと思う」を選択した利用者のこと。

認知中必要率：その項目を認知している利用者のうち、その項目を必要だとしている利用者の割合

$$= (\text{認知している利用者のうち「必要だと思う」と回答した利用者数} \times 3 \\ + \text{認知している利用者のうち「少し必要だと思う」と回答した利用者数} \times 2 \\ + \text{認知している利用者のうち「あまり必要ではない」と回答した利用者数} \times 1 \\ + \text{認知している利用者のうち「必要ではない」と回答した利用者数} \times 0) \\ / (3 \times \text{認知している利用者数})$$

\*認知している利用者とは、各項目に対し「そう思う」または「少しそう思う」を選択した利用者のこと。

姿勢下位尺度の各項目に関する指標

認知率：その項目に対し「そう思う」または「少しそう思う」と回答した利用者の割合

$$= (\text{「そう思う」と回答した利用者数} \times 3 \\ + \text{「少しそう思う」と回答した利用者数} \times 2 \\ + \text{「あまりそう思わない」と回答した利用者数} \times 1 \\ + \text{「そう思わない」と回答した利用者数} \times 0) \\ / (3 \times \text{全利用者数})$$



表4 利用者の必要性が満たされていない項目に対するケースマネージャー（CM）の回答

利用者番号	項目	CMの提供の程度	CMが提供しない理由	自由記述
1	7 公的サービス活用支援		自立のため不要	
	10 まわりの人への働きかけ		自立のため不要	
	11 リカバリープラン作り	行なった		
2	2 金銭管理		臨床的配慮	記載あり
	7 公的サービス活用支援		臨床的配慮	記載あり
	9 家族支援	行なった		
	10 まわりの人への働きかけ		臨床的配慮	記載あり
3	2 金銭管理		他の援助者	
	4 症状管理		他の援助者	
5	1 食事・掃除・買物		他の援助者	
	2 金銭管理		他の援助者	
	4 症状管理	行なった		
	7 公的サービス活用支援		臨床的配慮	
	8 独居支援		他の援助者	
	10 まわりの人への働きかけ	ある程度		
	11 リカバリープラン作り	欠損		
	12 退院支援	行なった		
6	2 金銭管理	ある程度		
	11 リカバリープラン作り	行なった		
8	11 リカバリープラン作り	ある程度		記載あり
9	7 公的サービス活用支援		自立のため不要	
	9 家族支援		臨床的配慮	
	13 病院との調整	行なった		記載あり
10	8 独居支援		臨床的配慮	
	10 まわりの人への働きかけ	ある程度		
11	1 食事・掃除・買物	ある程度		記載あり
	11 リカバリープラン作り	行なった		
	13 病院との調整	行なった		
12	6 役割獲得支援	ある程度		記載あり
	9 家族支援			記載あり

表5 利用者ごとの回答・指標

利用者 番号	個別サービス 下位尺度		提供体制 下位尺度		姿勢 下位尺度	① サービス 認知度	② サービス 必要度	③ 提供体制 認知度	④ 提供体制 必要度	⑤ 姿勢 認知度	サービス 満足度 CSQ-8
	認知数	必要数	認知数	必要数	認知数						
7	11	11	6	6	6	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	32
10	11	13	6	6	6	0.85	1.00	1.00	1.00	1.00	32
12	9	11	6	6	5	0.82	1.00	1.00	1.00	0.83	32
8	10	11	6	6	5	0.91	1.00	1.00	1.00	0.83	31
5	4	12	3	4	5	0.33	1.00	0.75	1.00	0.83	29
1	10	13	4	6	6	0.77	1.00	0.67	1.00	1.00	28
11	4	7	6	6	6	0.57	1.00	1.00	1.00	1.00	27
9	6	6	5	4	5	0.50	0.50	0.75	0.60	0.83	25*
3	10	12	6	6	5	0.83	1.00	1.00	1.00	0.83	20
4	0	0	1	4	3	-	-	0.25	1.00	0.50	19
2	7	7	6	5	3	0.43	0.43	1.00	0.83	0.50	17
6	4	6	6	4	5	0.67	1.00	1.00	0.67	0.83	欠損
平均 (s.d.)	7.2 (3.56)	9.1 (3.92)	5.1 (1.62)	5.3 (0.97)	5.0 (1.04)	0.6978 (0.21)	0.9026 (0.22)	0.8681 (0.23)	0.9250 (0.15)	0.8333 (0.17)	26055 (5.57)

「認知数」とは、個別サービス下位尺度では「受けている」または「少し受けている」を選択した項目数。

提供体制下位尺度と姿勢下位尺度では「そう思う」または「少しそう思う」を選択した項目数。

「必要数」とは、「必要である」または「少し必要である」を選択した項目数。

「サービス満足度」はCSQ-8の総得点で、8~32点を取り、高得点であるほど満足度が高い。

\*利用者9はCSQ-8の8項目中7項目に回答していたため、7項目の得点に8/7をかけてCSQ-8の総得点とした。

表6 項目ごとの検討

個別サービス下位尺度	受けている(人)	必要(人)	必要中認知率	認知中必要率
1 食事・掃除・買物	9	10	0.73	0.81
2 金銭管理	4	8	0.54	1.00
3 服薬管理	9	7	0.81	0.74
4 症状管理	7	8	0.79	0.86
5 相談	11	11	0.88	0.88
6 役割獲得支援	9	9	0.81	0.85
7 公的サービス活用支援	5	9	0.56	0.93
8 独居支援	5	7	0.71	0.93
9 家族支援	6	9	0.63	0.89
10 まわりの人への働きかけ	4	8	0.46	0.83
11 リカバリープラン作り	6	10	0.60	0.78
12 退院支援	3	4	0.75	0.89
13 病院との調整	8	9	0.78	0.83
提供体制下位尺度	そう思う(人)			
14 24時間365日対応	11	12	0.75	0.91
15 複数のCMのかかわり	10	11	0.79	0.89
16 他職種のかかわり	11	11	0.82	0.85
17 積極的な関係作り	10	12	0.81	0.93
18 訪問	9	9	0.81	0.85
19 入院・救急	10	8	0.88	0.80
姿勢下位尺度	認知率			
20 希望を聞いてのプラン	11	-	0.81	-
21 入院回避	10	-	0.78	-
22 エンパワーメント	11	-	0.81	-
23 ストレングスを伸ばす	10	-	0.78	-
24 自己決定の尊重	12	-	0.89	-
25 管理的	6	-	0.56	-

「受けている」は各項目に「受けている」または「少し受けている」と回答した利用者数

「そう思う」は各項目に「そう思う」または「少しそう思う」と回答した利用者数

「必要」は各項目に「必要だと思う」または「少し必要だと思う」と回答した利用者数

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

ACT-J臨床チーム形成過程に関する記述的な研究

分担研究者 西尾雅明（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
研究協力者 久永文恵（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
研究協力者 英 一也（国立精神・神経センターACT-J 臨床チーム）

研究要旨

本分担研究では、国立精神・神経センター国府台地区においてACT-J臨床チームが結成されてから2年間にわたる活動を振り返り、チーム形成過程に関する記述を行った。特に、「組織」「支援内容」「連携」「研修」といった項目を軸に、6ヶ月を1単位とし、チームの変化をまとめるようにした。

第一期（平成15年4月～平成15年9月）は、採用されたスタッフの初期研修が行われ、ACT-Jにおけるパイロット研究と臨床活動が開始された時期である。臨床活動の実践にくわえて、チーム・アプローチの構造を確立していく作業やオフィスの位置する国府台病院との連携システムを築くことに多大なエネルギーが割かれた。わが国初の本格的なACTに取り組むにあたり、臨床スタッフにとっては、まさに「試行錯誤、手探りの時期」であった。

第二期（平成15年10月～平成16年3月）は、加入した利用者が次々と退院していく中で、当たり前なことではあるが、関わりの比重が病棟での関係作りから利用者の生活の場でのプランに沿った支援に替っていく。しかしながら、1人のケースマネジャー（CM）が担当する利用者数、つまりケースロードには余裕があるので、多くのスタッフが比較的限られた利用者に対して退院後の地域生活支援を丁寧に行うことが可能であった。つまり、この時期は、その後の地域を中心とした臨床活動に関する「基盤形成・拡がりの時期」であった。

第三期（平成16年4月～平成16年9月）からは、RCTが開始された。日本でのACTの課題である家族支援に割くエネルギーと時間は大きく、その影響もあって、既にこの時点で「利用者増加による体制検討の時期」になったと言える。

第四期（平成16年10月～平成17年3月）は、登録者が70名を超えたが常勤CMは減り、臨床活動の水準を維持することに困難を覚えた。その後、スタッフの応募と採用により、3月末には4名の新スタッフを確保することができたが、その意味で「困難を克服しつつ新たなステージへ向かう時期」であったと言えるかもしれない。

スタッフがバーンアウトに陥らないような人員の補充、リスクマネジメントの徹底、臨床実践のモニタリング、家族支援・就労支援システムの具体化、事例レベルはもとよりシステムレベルでの積極的な地域連携、自発性を重視した研修・継続的なスーパーヴィジョン体制の確立は、今後、日本で立ち上げられる他のACTチームにおいても重要な課題になると思われる。

## A. 研究目的

入院中心から地域中心へと、わが国の精神保健・医療・福祉が転換しつつある中で、諸外国で一定の成果をあげてきた包括型地域生活支援プログラム (ACT: Assertive Community Treatment) が注目を浴びている。

重い精神障害をもつ人に対象を絞るというプログラムの特性上、ACT が地域で暮らす精神障害をもつ人の全てに貢献するわけではないが、ケアマネジメントなどとともに圏域の精神保健福祉システムを構成する一要素として首尾よく組み入れることができれば、地域ケア中心の精神保健システムの現実化につながっていく。

ACT を国内に普及させていく観点からは、プログラムに明らかな援助効果があること、それが医療経済的にも現実的であることを実証していかなければならない。くわえて、医師主導で展開されてきたわが国の精神保健・医療・福祉システムにおいて多職種チームによる地域生活支援を導入するにあたっては、どのようにチームを形成していくか、その方法論を検討することが臨床実践においてとりわけ重要な意味をもつ。

そこで本分担研究では、国立精神・神経センター国府台地区において ACT-J 臨床チームが結成されてから 2 年間にわたる活動を振り返り、チーム形成過程に関する記述を行うとともに、若干の考察をくわえる。

## B. 研究方法

平成 15 年度より国府台地区をフィールドに臨床活動を開始した、ACT-J 臨床チームの結成から現在までに至る 2 年間の発展プロセスを、実際に臨床活動に参加しているスタッフの視点から記述していくように

した。

特に立ち上げの 1 年間については、研究協力者である担当ケースマネジャー 2 名と臨床チームの一員でもある分担研究者が、6 ヶ月単位でそれぞれチームの発展プロセス上、重要と思うイベントを時系列に沿ってリストアップし、その中から重要と思われたトピックとして「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」を抽出し、より詳細な検討を行った。それらを参考にしうえて、分担研究者が、後半の 1 年間のトピックを加味しながら、6 ヶ月を 1 単位とし、「組織」「支援内容」「連携」「研修」といった項目を軸に、チームの変化を記述した。

## C. 結果

### 1) 第一期 (平成15年4月～平成15年9月)

採用されたスタッフの初期研修が行われ、ACT-J におけるパイロット研究と臨床活動が開始された時期である。臨床活動を実践することにくわえて、チーム・アプローチの構造を確立していく作業やオフィスの位置する国府台病院との連携システムを築くことに多大なエネルギーが割かれた。わが国初の本格的な ACT に取り組むにあたり、臨床スタッフにとっては、まさに「**試行錯誤、手探りの時期**」であったと言える。

組織としては、スタッフの勤務体制 (早番、遅番、宅直、休日番) や、それぞれのシフトで行う業務の明確化、個別援助チーム (Individual Treatment Team: ITT) と呼ばれ利用者ごとに編成される小チームのあり方、加入した利用者への関わりの手順、様々な書類の作成などを通して、チーム内のルールを作っていく作業が自発的に行われた。

まさに、職種や職歴、経験が多様なスタッフが、それぞれのバックグラウンドをもとに議論をたたかわせ、「異なる文化」の存在を強く認識し始めた段階であった。支援においては、家族と同居する利用者が多いことから、家族支援の重要性があらためて浮き彫りとなった。また、多忙な国府台病院主治医とどのように連携をはかって利用者への支援方針をすり合わせていくか戸惑うことも少なくなかった。一方で、これまで頻回に救急受診や休息入院を繰り返していた一部の利用者やその家族にとっては、不必要な入院を減らして地域での生活を応援していくというACTの関わりは単純に歓迎されるものではなく、これまでの伝統的な精神医療スタイルしか選択肢のないところで助長された依存的な心性にはからずも行く手を阻まれる想いを抱くこともあった。以上のように、日本にACTを導入するにあたって生じるであろうと予想されていた課題に早くも直面化し、その対策が求められた。

院内での活動を円滑なものとするために、病院事務との定例会を開催し、そこで記録のあり方や救急受診時のACTとの連絡方法などについてシステムを煮詰めていった。同時に利用者登録までの手続きに関するプレゼンテーションなどを医局会でも再三行い、協力を求めるなかで、院内の連携を図った。

4月から5月にかけては、ACTに関する概論や薬物療法、心理社会的療法などセミナー形式の初期研修を集中的に実施したが、参加者は、研修を受けるという態度から、研修を自発的に作り上げていくという態度に徐々に変わっていった。入院している利用者と初めてコンタクトをとる際にどのよう

にかかわるかなど、ロールプレイを用いた研修も行われた。

また、小グループに分かれて、先進的な地域ケアを行っている機関や救急医療機関などへ視察する実地研修も取り入れた。スタッフが実習先の機関で刺激を受けたことも影響し、「私たちは何のためにどのように臨床実践を行っていくのか」ミーティングでも議論がなされ、「利用者の地域生活を準備する視点よりも、地域生活を維持する視点を大切にする」、「利用者を管理したり依存を助長するのではなく、彼らのエンパワメントと自立を心がけた実践を行う」といったACT-Jの援助理念を検討していく作業が自発的に行われた。

平成15年9月には、常勤ケースマネジャー（以下、CMと略す）9名、登録者17名となった。

2) 第二期(平成15年10月～平成16年3月)

加入した利用者が次々と退院していく中で、当たり前のことではあるが、関わり方の比重が病棟での関係作りから利用者の生活の場でのプランに沿った支援に替っていく。しかしながら、1人のCMが担当する利用者数、つまりケースロードには余裕があるので、多くのスタッフが比較的限られた利用者に対して退院後の地域生活支援を丁寧に行うことが可能であった。つまり、この時期は、その後の臨床活動に関する「基盤形成・拡がりの時期」であったと言える。

より機能的な組織作りの作業が行われ、リーダー、サブリーダー、ディレクター、チーム精神科医による運営ミーティングが開催されるようになった。また、就労支援・家族支援・内部研修などの領域ごとに担当

スタッフを決めて課題となった事項を検討し、そのうえでチームミーティングで討議を行うなど、チーム内の役割分担がみられるようになった。さらに、この時期はCMのケースロードに余裕があったこともあり、休 祝 日 も 早 番 (9:00-17:00) ・ 遅 番 (11:00-19:00) の2シフト2人体制をとるなど、支援ニーズの高い利用者への訪問体制を強化していった。一方で、それまでチームの事務的な業務は、プログラム・マネージャーがCMとしても機能しながらこなしていたが、秘書業務に専念するスタッフをプログラムアシスタントとして採用することになった。

支援内容は多様化し、家族支援においては構造的な援助プログラムとしてACT利用者の家族のみを対象とした家族教室（クール制）が開始された。本人と家族の感情的なコンフリクトがみられる事例においては、本人の担当スタッフ以外に家族担当スタッフをくわえてITTを構成するようにした。また、本人がひきこもりがちでACTスタッフとのコンタクトに拒否的であっても、家族支援計画（家族リカバリープラン）を活用した家族支援を行うことで継続的な関わりをもつように心掛けた。この時点では非常勤であるが、2名の就労担当スタッフの位置づけも明確になった。他方では、リカバリープラン作成困難事例やACTの関わりを一時的に拒否する利用者に対応するための議論が活発となったが、ほとんどの場合、拒否は一時的なものであるという経験を重ねた。

この時期に、国府台病院内部だけではなく、外部との連携が進み出したのは、ある意味では当然の帰結と考えられる。入院している利用者のための主治医や病棟スタッ

フを交えたケア会議だけでなく、退院後の地域スタッフとのケア会議も開催されるようになった。

臨床スタッフにとっては、初期研修だけでなく、継続的な研修が重要になることは言うまでもない。事例検討においても、外部にいて距離をおき、チームの力動をアセスメントしながら関わるスーパーヴァイザーの存在は重要である。この時期には、月1回の頻度で数回にわたって、精神保健福祉士である外部講師を招いてのスーパーヴィジョンも実施された。

第二期終盤には、プログラムアシスタントも採用となり、常勤CMは10名、登録者は28名となった。

3) 第三期(平成16年4月～平成16年9月)

パイロット・スタディの対象者は平成16年4月までの加入者であり、平成16年5月からはRCTが開始された。日本でのACTの課題である家族支援に割くエネルギーと時間は大きく、その影響もあって、既にこの時点で「利用者増加による体制検討の時期」になったと言える。

キャッチメントエリアの広さや交通渋滞による負担が指摘されて、効率良い訪問を実現するための地区担当性（共通エリアを設け、さらに行徳地区・松戸地区・船橋地区の主な担当者を決め、ITTスタッフを選定する際に考慮する）導入の議論がなされるようになった。また、これまで2シフト2人体制であった日曜日の勤務を1人のスタッフが宅直で行うことになった。さらに、電話の件数が増え、夕刻にオフィスに戻って記録を行うCMの仕事量を減らしてより多く臨床業務に従事する時間を確保するとい

う目的で、電話サービス・コードの入力に  
関してはアシスタントが代行するなど、組織  
の効率化が意識されるようになった。同  
時に、この時期に単身生活者への異性の単  
独訪問のリスクをスタッフ全員があらため  
て認識するようになり、リスクマネジメン  
ト体制強化のための議論が活発化した。日  
常の臨床においてその日の情報を管理し、  
突発的な事態にあってはトリアージュを行  
うことが求められる、シフトマネジャー制  
度の導入が議論されたが、この時点ではみ  
おくりとなっている。

利用者の増加に合わせて、軽自動車<sup>2</sup>が  
追加されて計6台となり、オフィスに近い  
場所に住む利用者宅への訪問には自転車<sup>3</sup>が  
活用されるようになった。リカバリープラ  
ンの作成が停滞している事例においては、  
なぜ作成できないのかの議論がなされ、或  
いは期限を決めて作成にチャレンジする  
といったやりとりが、チーム内でみられる  
ようになった。また、クール制で行われて  
いた家族支援を月1回の開催とし、利用者  
の家族であれば誰でも好きな時期に参加  
できるシステムに変更する方向での議論  
がなされるようになった。就労支援につ  
いては、米国を中心に一般就労率の増加  
など効果が実証されているIPS (Individual  
Placement and Support : 個別職業紹介  
とサポートによる援助付き雇用モデル)  
の理念が影響を与え始めた。利用者の  
主治医を、チーム精神科医が担当する  
ことが、この時期特に増えだした。以  
上のように、この時期には、これまでの  
支援のあり方が見直され、その質の吟  
味がなされるようになった。

事例があれば地域の他機関スタッフと  
ケア会議をもつといった、それまでの受  
身的

な地域連携から、ACT側から関係機  
関まわりをするなど、積極的な地域  
連携が意識されて実行に移される  
ようになったのもこの時期である。

臨床チームと研究チームそれぞれの  
スタッフ全員が、月1回一同に顔を合  
わせて、研究調査の進捗状況や利用  
者のアウトカムを確認し、家族支  
援・就労支援・薬物療法・ケア  
マネジメントにおけるモニタリング  
など臨床的な課題について議論、  
意思の統一を図るための「合同ミ  
ーティング」は、この時期から開  
始されるようになった。また、  
スタッフのための継続的な研修の  
場として、年度単位で月1回、月  
曜日に開催される臨床チーム研  
修会が業務時間内に明確に位置  
づけられて、研修・スーパーヴィ  
ジョンの体制が整えられるよう  
になった。

9月には、常勤CMは10名と変わら  
ないが登録者は59名に達してい  
る。

4) 第四期 (平成16年10月～平成  
17年3月)

登録者が70名を超えたが常勤CM  
は減り、臨床活動の水準を維持す  
ることに困難を覚えた。その後、  
スタッフの応募と採用により、3  
月末には4名の新スタッフを確保  
することができたが、その意味で  
「困難を克服しつつ新たなステ  
ージへ向かう時期」だったと言  
えるかもしれない。

新スタッフの採用にあたっては公  
募が行われ、採用にあたっては  
ディレクターによる面接にくわ  
えて、実際に臨床スタッフと同行  
訪問するなどの形で評価がなさ  
れる方式となり、これが現在も  
ACT-Jにおけるスタッフ採用時  
のスタンダードとなっている。  
スタッフ不足なかで情報の伝達・  
共有に工夫を要する状況となっ  
たために、朝

のミーティングに出席せず 17 時以降 21 時まで電話を受けることが主業務となっている遅番の機能について討議がなされ、勤務体制見直しのための議論も行われた。利用者の状態改善にともなって ACT を終了し、既存の地域資源に橋渡ししていく作業である「ステップダウン」を積極的に考慮するなど、新たな組織作りの作業が実際に行われた。

日勤スタッフの不足には一丸となって対応する一方、新たな支援の試みも行われた。非常勤ではあるがコンシューマースタッフが採用されて、ケースカンファレンスに参加し、ピアサポート的な関わりも持つようになった。就労支援担当者とケースマネジャーの連携によって、利用者への情報提供と就労へのモチベーションを上げるための「就労グループ」が定期的で開催されるようになり、一般就労率の向上に寄与する結果となった。さらに、この時期に人員不足によってコンタクト頻度・時間を減少せざるを得なかった体験は、それまで希薄であった利用者に対する「限界設定」の意義と効果を認識する結果にもつながり、その後の臨床の在り方に大きな影響を与えたことも確かである。

研究終了後の ACT-J 地域定着を視野に入れ、県や市など行政との連携に、より積極的に取り組むようになった。

平成 17 年 1 月には米国から Bond 氏らを招聘し、本場の専門家から見た臨床活動のフィードバックを受けるとともに、新人担当スタッフの配置や業務マニュアルを作成する動きなど、よりシステムテックな研修体制に変化しつつある。

## D. 考察

### 1. 組織について

組織としての ACT チームにおいては、立ち上げ当初から、ケースロード増加時を意識したシステム作りを行い、欠員の補充は迅速に行うようにすること、さらにリスクマネジメント体制にも早くから万全を期す必要がある。

### 2. 支援について

チームで行う支援の土台となるケアプラン作成と定期的な見直しが行われているかのモニタリング、家族支援への積極的な取り組みと、就労支援システムの明確化が早い段階から求められる。

### 3. 連携について

連携においても、臨床活動開始前から地域関連機関に ACT の活動を理解してもらうこと、それぞれの役割を明確にし、事例単位を超えて積極的にシステムとしての連携を図ることが望ましい。

### 4. 研修について

研修においては、臨床開始前の初期研修で各スタッフが様々な議論をする機会を持つこと、印刷された業務マニュアルを作成しておくこと、業務実績（データ）も参考にしながら行う継続的な研修・スーパーバイジョン体制の確保と定期的な外部スーパーバイザーの関与が重要と思われた。

### 5. Bond 氏のフィードバック

最後に、前述したように平成 17 年 1 月に来日した米国の ACT 研究の第一人者である Bond 氏らの ACT-J 臨床活動に対するフィードバックを挙げておく。

①医療面では、チームの精神科医が積極的に利用者の主治医となり、情報の共有と連携を容易にする体制を作っていくこと。定



期的な薬物療法のレビューを行い、処方薬のデリバリーを必要に応じて積極的に行うこと。

- ②ACT チームが、入院の決定権をもつシステムとすること。
- ③就労支援スタッフを充足すること。
- ④居住資源を開発していくこと。
- ⑤スーパーヴィジョン体制を強化すること。特に、当事者スタッフに対して。
- ⑥多職種チームのメリットを生かすため、異なるバックグラウンドを持つスタッフがそれぞれに、積極的な意見を述べること。
- ⑦地域資源との積極的なコンタクトを図ること。
- ⑧除外診断となっている者が加入してこないように、適切な加入基準を設定すること。
- ⑨利用者に対する、アルコール・物質依存症のスクリーニングを行うこと。
- ⑩当事者スタッフの役割として、日常的な直接サービスを検討していくこと。
- ⑪サービスの頻度が支援の目的にそっているかどうか検討すること。就労支援を行っている利用者、単身生活の利用者に対しては、頻回の訪問が必要とされる。
- ⑫入院や失職などのイベントがあった場合、その原因を同定して改善を図ること。

## 6. 本研究の限界

この報告は、「新たに立ち上げた ACT-J 臨床チームの活動の軌跡をドキュメンタリー形式でまとめることが、今後他の地域で ACT に取り組もうとしている人たちの参考にもなるのではないか」という発想から生まれたものであり、あくまでもドキュメントとしてまとめることを目的としている。

そのため、「質的研究」と言えるほどの体裁は整えていない。

また、「内部観察」ということでチームの外側からの評価では手の届かない面を記述していこうと、臨床スタッフの 3 名を中心にトピックをまとめる形としたが、内部からの観察ゆえに、逆にチーム内の力動を描くことに対する無意識の抵抗感が生じていたかもしれない。実際に、多職種チームのスタッフとしての葛藤や意識の変化、といった点について十分描ききれていないのが事実であろう。この点については、プロセス研究の他の報告を参照して補っていただきたい。

## E. 結論

ACT-J において、どのようにチームが形成されてきたかを、2 年間で 4 つの時期に分けて、特に、組織、支援、連携、研修の領域を中心に記述した。スタッフがバーンアウトに陥らないような人員の補充、リスクマネジメントの徹底、臨床実践のモニタリング、家族支援・就労支援システムの具体化、事例レベルはもとよりシステムレベルでの積極的な地域連携、自発性を重視した研修・継続的なスーパーヴィジョンシステムの確立は、今後、日本で立ち上げられる他の ACT チームにおいても重要な課題になると思われる。

## 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

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

ACT-Jプログラム初期の援助プロセスにおけるスタッフの困難感とその背景要因に関する研究

研究協力者 堀内健太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
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）

研究要旨

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、臨床チームへのインタビュー調査等を行った。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。スタッフからはモデルの実践困難感が語られたが、対象者の障害の多様性については受容的であり、ACTモデルの長所がよい影響を持っていることが考えられた。今後どのような対象に有効な援助活動を行い得るか、モデルと実際の継続的な振り返りが求められるであろう。

A. 研究目的

国府台地区におけるACT-Jプログラムでは、精神医療サービスの頻回利用者を対象として、ACT（Assertive Community Treatment）の援助理念を生かした実践が試みられている。本研究では、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臨床スタッフがどのように認識し関わっており、どのような困難感を持っているか、という主観的な体験の内容を記述することを目的とした。

B. 研究方法

①グループ対象の調査：ACT-J臨床チー

ムのケースカンファレンスに参加し、対象者へのケアの困難さがどのように扱われるのかについて分析した。②個別インタビュー調査：ACT-J臨床チームのケースマネージャー12名に対して個別のインタビューを行い、関わりが多かった対象者への実際の援助の流れや、その際に体験するリカバリープラン作成・評価の困難さについて分析した。分析にはGrounded Theory Approachを用いた。

C. 結果

1) 「ニーズが言語化されにくい」

多くの回答者が「ニーズが言語化されにくい」という問題点を指摘していた。内容

として、①クライアント自身の目標を立てるのが難しいこと（「まず混乱しちゃうんですよ。自分の意見をきかれる経験がないから」）、②家族が巻き込まれており、クライアント自身は社会生活にニーズを感じる機会がないこと（「母親が全部自分のことやってくれるっていうことに何の疑問ももってない」）、③言語化そのものが難しいこと（「自分の意思とか考えとか状況をうまく相手に伝えられるかということそれが一切ない人」）などがみられた。

## 2) 「ACT の援助スタイルでより不安定になる」

対象者は精神医療サービスの頻回利用者であったが、そのなかでも「ACT の援助スタイルでより不安定になる」という問題点が認識されていた。内容としては、①ACT の積極的な面がクライアントに好まれないこと（「頻回の訪問とかはいらない人。逆に訪問されると疲れちゃう」）。②精神医療サービスへの不信感が強いこと（「僕らが行くことにも、病院に引っ張っていかれるだろう、とすごく警戒」）。③クライアントのペースを尊重されない不安（「また働かなきゃいけないんじゃないかとか不安になっちゃったり」）などがみられた。

## 3) 「環境調整が必要」

クライアント自身のゴールという以前に、地域で生活を始めるには「環境調整が必要」であることがみられた。内容として、①家族・保護者の高齢化・死去や病気などで保護環境が破綻していること（「お父さんいなくなってから頻回入院繰り返してて」）。②家族がかかわりたくないと感じていること（「(家族が) 病院に対しては責任を負わされるだけだ、というような気持ちをもって

しまった」）。③過去の問題行動などから地域でも警戒されていること（「なんかまたやらかしてるみたいとか。そういった通報が、警察や保健所に入ってる」）などがみられた。

## 4) ACT-J における対象者についての認識

対象者との実際の関わりのなかで、対象者の特徴や ACT サービスへの適合度の認識が語られた。内容として、①ACT ならではのケース（「ACT ならでは。ACT じゃないとなかなか、彼が退院して生活を支援していくってのは難しい」）、②ACT ならではのケースでも困難な場合（「\*\*さんみたいのは対象者だと思います。関わるタイミングが早すぎた」）、③予想とは違ったケース（「自分が想像していた対象者とは全然違う」）、④予想とは違ったケースでも有意義な場合（「たとえばアスペルガー症候群の疑い。ACT の対象者が主診断としてはこうこうだと言っていることからすると、違和感はやっぱりありますよね。\*\*さんのような方が対象になることは僕は決して悪いことだとは思っていません」）などがみられた。

## D. 考察

ACT の援助理念として「リカバリー」概念が強調されており、クライアント自身の生活ゴールに基づいたリカバリープランを作成し、日々のスケジュールにしていくというプロセスはこれに貢献するものとされている。初期の実践的な関わりの中では、結果にあげたような状況が体験され、モデルと実際の援助の差に対するスタッフの困難感が語られた。ただし、対象者の障害の多様さに対しては受容的な態度が示されており、チームでのサポートやケースロード

の制限など、ACTの長所がよい影響を与えている可能性が考えられた。精神疾患自体のみならず、現行の精神医療サービスの環境や社会風土などからもニーズの高い対象者の選定が必要であるが、現在の対象者と支援モデルの関係を継続的にみていくなかで、ACTの援助理念に沿った実践および効果的な支援や、本プログラムが有効と考えられる対象者などが明らかになるものと考えられた。

#### E. 結論

ACT-J 初期の援助プロセスにおいては、

クライアントの多様な問題がスタッフに認識されていた。スタッフからはモデルの実践困難感が語られたが、対象者の障害の多様性については受容的であり、今後どのような対象に有効な援助活動を行いうるか、モデルと実際の継続的な振り返りが求められるであろう。

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