

#### 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』

#### 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

を増やして行って、2年間かけて作ってきた。それをフォーマルな時間にいかにできるかというところだと思っている』

#### 6) 介護サービス等との関係

- ・『「こういうときにはどうすればいいでしょうか」というような相談をヘルパーから受けることもある。ヘルパー個人からもありますし、事業所の方から、ヘルパーさんの共通した悩みとか心配についてご相談を受けたりする』
- ・『「ヘルパーさんに入ってほしいんだけど」という第一報が、ここに入ることが多い』
- ・『どういうヘルパーさんとウマがあうかとか、何をしてもらうのがいちばんいいか、本人の意向を掘り下げていくことや、どういうヘルパーが来るのがいちばんうまくいく状態なのかとか、そういう調整が必要』

#### 7) 訪問活動の違い

- ・『保健師さんに訪問をお願いするケースは、相談を受けたケースが生活支援というよりも治療優先する急性症状だというケース。そういう運用は保健所の役割と思っている』
- ・保健所には『医療に対してとか、制度サービスに対しての苦情があるときに、第三者に入ってもらって話をしたほうがいい場合や、状況を知ってもらった上で私たちも関わっていきたいと思うケースについては、訪問をお願いする』
- ・『定期的に関わらなくてはいけないケースには、病院の訪問看護室が行く。支援センターはクリニック関係の方で、家族調整がとても必要だったり、精神に今まであまり関わったことのないステーションの人たちではしんどいだろうなというケース』
- ・『社会復帰して作業所を利用したいという方については、訪問看護というスタイルではで

きにくいところがあった』

- ・『何とかしたいというモチベーションがすごく高い利用者とか、ほんとうに病状が不安定とか、命に関わるような生活をしているような人は、必要な時期だけ訪問看護で集中的に介入するというようなことでもいい』
- ・『医療機関の訪問看護は治療が生活に反映されているか、基本的には薬物療法の効果が生活に反映されているかどうかを見るから、お薬に対するもの、治療効果、療養環境を整えるための家族調整というあたりが、病院からの訪問看護の主な役割と考えている』
- ・『支援センターでは、よろず相談。「これはちょっと、どうにかならないか」という、話しの中で受け取った部分をお手伝いする。だから、あまり指導するというような話題は少ない。生活面の工夫、生活でちょっと一ひねりの工夫が支援センターの役割』
- ・『医療が訪問看護をするほどでもない状態で安定している人。そういう人でも、すごく孤独感を感じている。月に1回だが、それをすごく心待ちにしている』
- ・『病院や訪問看護ステーションの訪問は、治療がらみ。服薬の管理がこの人はなかなかできないのでとか、いろいろなことを定期的に見る必要があるようなケース。しかし、その必要がない人もけっこういる』
- ・『予定があったり、誰かが来ることを心待ちにするというのは、生活の質を高めるというか、生活の彩りになる。やはり、人間は人づきあいの中で生きる動物なので、いくらひとりが好きといっても寂しいときはある。それを「医療」とは言わない』
- ・『家族が困ったときに何にでも対応するというのは、ステーションや訪問看護室がそういう訪問の仕方をするのは難しい。ある程度、契約が必要。今、必要だからというので動け

るのは支援センターの特徴』

- ・『相談があって、すぐ動けるのが理想的だと思う。今、困っているのだから。』
- ・『今、困っているときに即応できるのが、支援センター』

#### 8) 支援センターにおける訪問活動の困難性

- ・『この人は医療でやっていきたいと病院側から示されたとき「医療の部分なので、病院とデイケアとでやっていきます」といって線を引かれたときに入って行きようがないというやりにくさはある』
- ・『今いる職員数でできる仕事に留めているという部分がある。もうちょっと丁寧な連携調整をしたい。見守り的な訪問とかの部分は、まだまだ積み残している部分』
- ・『生活支援という看板をわれわれはいただいているわけだから、窓口的な相談だけでなく、やはり、実働的な役割も担っていく。時間かけて丁寧にということではなくて、見守り訪問的な、声かけ訪問。そういったのはまだ（たくさん）あっていいのではないかと思っている』
- ・『外に出られるマンパワーが少ない。訪問はけっこう時間がかかるから、そこらへんがいちばん問題かなと思う』
- ・『直接援助もそうだけれど、関係機関の援助能力の向上という機能があっていいのではないかと思う。あるいはコンサルティング。直接支援機関だけれど、だからといって全部やってしまうと、直接支援機関の能力をオーバーしていくから、他に本来やるべき機関があれば、その機関に対して働きかけて、その機関に適正な能力発揮をしてもらって調整をする。それを意識的にやらないとダメかもしれない。そうしないと、数がどんどん増えるだけ。でも、スタッフの数は増えない。』

- ・『病院がやらないなら、せめてセンターがきちんと訪問すればいいんじゃないかと思う。訪問加算。訪問機能を強化する。たとえば、ここのセンターの機能でいえば、今後、訪問とか地域展開を評価していくということであれば、何らかの経済的バックアップみたいなものがあつたほうがいい』

5. 今年度のインタビュー結果についての考察  
上記 8 項目についてのインタビューを行なった結果、支援センターにおける訪問に関するいくつかの特徴が明らかになった。

#### 1) 運営理念及び活動状況

いずれの支援センターも関連施設の精神障害者だけが利用するのではなく、公共の社会資源として利用しやすいように意識し、工夫していた。今回調査した支援センターは開設前には、関連法人の授産施設や訪問看護といった部門で地域生活支援を行っていたが、作業をこなすことに忙殺されたり、地域生活の中で起こる問題を病院の中からの支援で解決することに限界を感じた等の経緯があつて、独立型施設の開設に踏み切っていた。公共性を意識した結果、精神障害だけでなく、他障害や老人や子供等のメンタルな問題にも対応しており、行政からも公共の社会資源として認知されていることがわかる。この公共性を意識していることが、障害の種類や通院している医療機関や受療の有無に関係なく、また具体的な問題が顕在化していない段階の相談など、幅広いニーズへの対応を可能にしていると考えられる。

#### 2) 訪問の対象者・紹介ルート

訪問の対象者は、他の訪問看護と同様に統合失調症が多いという結果が出ている。このことは、統合失調症の生活障害が他の疾患よりも大

きいことを示していると考えられる。訪問が行なわれる経緯については、依頼によるものが多い。本人からの依頼の場合は、他の利用者から訪問という形の生活支援サービスがあることを聞いて自ら希望するケースや、対象者の生活のしづらさを知る医療機関のスタッフからの紹介を受けたケース等があると考えられる。支援センターの訪問は原則として無料であり、主治医を通した手続きも不要であるため、訪問というサービスをよく知らない場合や、限定的な支援を求める場合等に比較的利用しやすいと考えられる。

本人以外からの依頼の場合は、いくつかパターンがある。例えば、特に問題があるというわけではないが、一緒に生活していない家族が心配して生活ぶりを時々見てほしいという「見守り」の訪問希望である。家族以外の依頼の場合は、例えば「大声を出している」とか「ドアの開閉の音がうるさい」等の近隣住民や家主の病状に対する不安や生活行動に対する苦情に対応するための訪問である。ほんの少しのアドバイスで迷惑行動がなくなり、周囲と良好な関係性を保ちながら生活できるようになることも多い。

このように、周囲が困っているのに本人に自覚がない場合に、本人の契約をとらなくても訪問ができるのは支援センターの訪問の特徴である。この場合、全く面識のない対象者に対して強引に訪問するというのではなく、支援センターの利用者であるという必要最低限の契約は行なっていることが条件となる。何か問題が起きているときに迅速に対応することは周囲の人に安心感を与え、大きなトラブルになるのを未然に防ぐことにもつながる。このことは、利用者の地域生活を安定させるためには、非常に重要な介入であると考えられる。それ以外に、依頼がなくても支援センターは訪問を実施す

ることができる。これは、支援センターの中心的事業である相談の延長線上で、必要に応じて実施される。自宅からなかなか出ることのできない対象者の個別ケアの必要性を判断し、自宅に訪問して相談を受けるといった形をとることができる。また、最近来所が途絶えた利用者がいた場合にも、臨機応変に様子を見るために訪問を行なう。このように、支援センターの訪問の対象者は、定期的な訪問を実施しているケースは少なく、必要に応じて不定期に訪問を実施することが多い。

### 3) 訪問活動の目標

支援センターの訪問活動は、他の訪問看護と同様に「利用者の安定した地域生活を支援する」ことが目標とされている。しかし、その支援はQOLの向上といった高い目標ではなく「利用者が望む生活の維持」であり、地域で暮らす精神障害者の様々なニーズに対応するものとなっていることも、支援センターの訪問活動の特徴であると考えられる。

### 4) 訪問で行なっているケア内容

対象者・紹介ルートの項で述べたように、支援センターは利用者の生活行動に不安を感じての要請にも迅速に対応する。このように、何かあったときにはすぐに対応してくれる支援センターの存在は、精神障害者に住居を提供してくれる家主に大きな安心感を与えることにつながる。利用者自身へのケアは訪問看護で提供できるが、利用者を支える周囲の人たちへのケアは訪問看護の枠組みの中では十分にできないのが現状である。本人からの依頼の場合は、誰も訪ねてくる人がいない孤独な生活に潤いがほしいといういわゆる「話し相手」や、電気製品の修理や使い方の指導等という短時間で終わる生活支援も多い。このような訪問は、契

約を結んで受ける「医療的」あるいは「訓練的」なサービスとは異なる。短時間であっても、利用者のニーズを満たす支援センター独自の訪問活動であると考えられる。このように、支援センターの訪問活動は利用者自身のモチベーションがなくても周囲の人(利用者にとって支援者的立場の人)の要請で実施することができ、それによって利用者の「生活のしづらさ」を解消していくという特徴をもっている。また、対人交流が苦手な精神障害者が1対1の心の交流を求めている場合には、話し相手として訪問することで利用者のニーズを満たすことになる。そして、様々なアクシデントが起こる日常生活の中で、「今、困っていること」に即応してくれる支援センターの機動力は、地域で暮らす精神障害者に大きな安心感を与えていると考えられる。

#### 5) 関係機関との連携

地域ネットワーク構築のために、いずれの支援センターも関係機関との連携強化に力を入れていた。病院も含めた地域の社会資源を定期的に訪問するなどして、支援センターの存在をアピールしたり、職員とのつながりをもつように努めている。また、勉強会やミーティング等を企画して声をかけることで、お互いの状況報告や情報交換を行っていた。そのような活動は、公共性をもつ社会資源であるからこそ可能であると考えられる。このような顔つなぎをすることで、支援センター利用者の小さな変化や困りごとに関する情報が寄せられる。また、関係機関が行なうサービスに適応しない対象者についての相談も行なわれることになる。このようなつながりの中で他のサービス提供者からの相談が持ち込まれ、それを支援することで、更にネットワークの強化が図られていると考えられる。

#### 6) 介護サービス等との関係

関係機関との連携の項で述べたように、公共の施設である支援センターは精神障害者を対象としたサービス提供者にとっては相談しやすい窓口であると考えられる。特に最近、精神障害者の地域生活支援として導入されることの多くなったホームヘルプについては、サービス利用に不慣れな精神障害者とヘルパーの調整を行なうという重要な役割を担うことが増えていると考えられる。

#### 7) 訪問活動の違い

支援センターが行う訪問活動の内容は、これまで述べてきたように多岐にわたる。本人からの依頼のあるケースや、本人は訪問の必要性を感じていないが周囲が不安に思っているような場合、また、関係機関で対応に困ったケースや、制度や社会資源利用を目的とした対象者、更には、支援センターの判断で訪問する場合等さまざまである。しかし、それらの訪問で共通していることは、不定期にあるいは一定の短期間にのみ実施されることが多いということである。医療機関からの訪問看護や訪問看護ステーションの利用については、主治医の指示が必要であり、利用者が生活上の問題を自覚していて具体的な援助を求めている事例がほとんどである。このような訪問については、一定期間集中的なケアを必要としているのであるから、契約をして利用料を支払うのである。それに比べて、「契約をするほどではない」あるいは「契約をしている時間的余裕がない」等の事例については、支援センターの訪問が適していると考えられる。このような支援センターの訪問は、保健師が行なう訪問指導に似ているところもあるが、電気製品の修理や引越しの相談や援助等の日常生活上の困りごとについては、保健師は対応できないのが現状である。

#### 8) 支援センターにおける訪問活動の困難性

今年度の調査でも、マンパワー不足があげられている。個別ケアを中心に事業を展開しているが、支援センターの認知度があがれば相談件数は増えて、実施する個別ケアも増えてくる。何かあった時に即応できる体制を整えておくには、現在の基準では難しい状況にある。個別ケアやアウトリーチサービスは、時間もエネルギーもかかる。これらの実績については、何らかの経済的な支援が必要ではないかと考えられた。

マンパワーの問題以外に、利用者のかかりつけ医療機関との連携の困難性もあげられていた。その病院にある社会資源のみを利用する治療計画をたてられることもあり、医療機関の支援センターへの期待はまだ低いと思われる。

#### D. 総合考察

今回の調査で明らかになった支援センターの訪問活動と他の精神障害者を対象とした訪問活動の違いが明らかになった。精神科病院の訪問看護室と訪問看護ステーションの訪問看護を比較した平成 15 年度の「精神科訪問看護のあり方についての検討」によると、ふたつの訪問看護の機能や役割は重なるものも多数あるが、利用者や利用期間、ケア内容等に違いが見られる。訪問看護室の利用者はデイケア等の通所サービスを利用しているものの順調でないことが多く、訪問看護で通所や通院を継続させるという事例や、病状の変化が激しく早期介入で医療につなげる必要があることが多い。ケア内容も、病状の観察や服薬指導に重点が置かれ、家族介入も病状安定のための対応方法の指導や家族関係の調整が多い。利用期間は、病状の安定やデイケア通所や通院の継続の状況に応じて、比較的短期間に訪問回数を減らして様

子を見て終了に至る場合が多い。それに対して、訪問看護ステーションの利用者は病気とつきあいながら安定した地域生活を送るための直接的な生活支援を必要としている場合が多く、複数のサービス利用がそれほど必要でない対象者が多い。ケア内容も利用者の希望にあわせた契約内容で、長期間サービスが提供される場合が多い。このような利用状況の違いから、以下のような考察が述べられている。短期入院で病状の不安定さを抱えた患者や長期入院で地域生活への適応が困難な対象者に対しては、主治医のいる病院からの訪問看護が「医療に近い」という意味で利用者に安心感を与えて効果的であり、それらの利用者が病状・生活ともに少し安定した時には、具体的な生活支援が長期的に受けられる訪問看護ステーションの利用が適していると考えられる。これに対して、保健師の訪問指導はどのような役割で行なわれているのだろうか。保健師の場合、担当する対象者の人数が膨大でその年齢層も幅広い。また、疾患や障害を抱えた後のケアだけでなく、その予防や健康増進という目的で活動を展開することも多い。そのため、訪問指導の目的もさまざま、行政の活動ということで利用料も発生せず、そこには「契約」は必要ない。そのため、個別ケアとして対象者ひとりひとりにかかわるというよりも、住民という集団の中に発生した必要性に応じて訪問指導を行なっていると考えられる。

それでは、支援センターの訪問活動の特徴は何か。支援センターに関する調査は平成 14 年から続けており、平成 14 年度の調査結果を見ると 90% 近くの支援センターで訪問活動が実施されており、実施状況は「定期的に訪問するケースがある」が約 34% で、「必要に応じて実施」が約 54% であった。また、訪問内容については「病状観察」が約 39%、「話し相手」が

施されており、実施状況は「定期的に訪問するケースがある」が約 34%で、「必要に応じて実施」が約 54%であった。また、訪問内容については「病状観察」が約 39%、「話し相手」が約 37%、「住居」が約 21%で比較的多く、「薬」「身体」「食事」「金銭」「就学・就労」「対人関係」「家族関係」「制度利用」がそれぞれ 10%台という結果が出ている。これについては今回も同様の結果が出ており、定期的に訪問するケースよりも不定期訪問が多く、紹介ルートやケア内容は多岐に渡っていた。今回の調査で特に目立ったのは、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である。そのような人が支援センターを利用し、個別ケアを受けていることが明らかになった。支援センターが行な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、支援センター利用の契約さえしていれば、訪問に関する手続きや契約を必要とせず、「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。その即応性が正しく発揮されるためには、そこで起こっていることの正しいアセスメントが必要となる。そのためには専門職の配置は必要不可欠である。平成 18 年度からは精神障害者のケアマネジメントが始められることもあり、支援センターの役割に対する期待が高まっている現在、支援センターが独自の機能を有効に発揮するために、モデルケースの提示とスタッフ教育システムの整備が今後の課題になると考えられる。

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

表1 各支援センターの職員構成と訪問状況

		支援センターO	支援センターU	支援センターW
職員構成	精神保健福祉士 又は社会福祉士	4人	1人	2人
	看護師又は准看護師	0人	3人	2人
	その他	2人	1人	1人
訪問状況	利用実人数	24名	13名	13名
	訪問述べ件数	51件	13件	25件
	最小訪問回数	1回	1回	1回
	最多訪問回数	5回	1回	3回
	平均訪問時間	30分	41分	30分
利用者内訳	統合失調症	20名	6名	6名
	感情障害	1名	4名	2名
	神経症	0名	1名	1名
	人格障害	0名	0名	0名
	痴呆	0名	0名	0名
	他精神障害	3名	1名	4名
	精神疾患以外	0名	1名	0名
	単身生活	20名	4名	7名
	家族と同居	4名	9名	4名
	その他	0名	0名	2名
ケア内容	病状	2名	4名	2名
	薬	0名	0名	0名
	睡眠	0名	0名	0名
	身体	0名	1名	0名
	食事	0名	1名	0名
	住居	2名	0名	0名
	金銭	3名	2名	0名
	就学就労	0名	2名	0名
	対人関係	2名	1名	3名
	家族関係	2名	1名	2名
	制度利用	1名	1名	3名
	話し相手	4名	1名	3名
その他	8名	4名	0名	



### Ⅲ. 付 録 (ツール集より)

## 付 録

1. スタンダードズ ver3
2. パイロットプロトコル
3. RCT プロトコル
4. 患者個票
5. ご本人用インフォームド・コンセント書式
6. ご家族用インフォームド・コンセント書式
7. 調査についてのポスター
8. QOLI Brief 面接票
9. BPRS 調査票・マニュアル
10. 自記式調査票（ご本人用）
11. 自記式調査票（ご家族用）
12. ケア必要度面接基準（ご本人用）
13. ケア必要度面接基準（ご家族用）
14. ケアアセスメント票
15. DACTS 面接シート
16. DACTS 尺度本体
17. 個別フィデリティ調査票
18. 利用者認知尺度
19. サービスコードブック ver4.5
20. サービスコード使用の手引き
21. スクリーンショット
22. はじめの一步として
23. 私のしたいこと
24. 私のリカバリープラン
25. 小さな目標についての評価
26. これから ACT と一緒にしていく予定
27. ご家族のリカバリープラン
28. 小さな目標についての評価（ご家族版）
29. クライシスプラン
30. 登録者シート
31. 業務マニュアル

# ACT-J スタンダードズ ver3.0

厚生労働科学研究 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班

ACT-Jスタンダードズ検討委員会

# ACT-J スタンダードズver3.0

## 目次

はじめに	4. 1人の利用者との平均接触時間
I. ACT-Jの目標	5. 状態が不安定な利用者との接触回数
II. ACT-Jの使命	6. 急性期治療のために入院した利用者
III. ACT-Jの哲学	7. 長期入院中の利用者
IV. ACT-Jの戦略	8. 入院治療計画
V. 概念モデル	9. 退院治療計画
VI. 理論的枠組み	10. ケースの継続
注；満たすべき基準について	11. サービスを拒否する利用者
1. 正規基準	12. 業務時間
2. 仮基準	13. チームミーティング
VII. ACT-Jの加入基準と終了基準	14. 包括的プラン立案ミーティング
1. 新規加入利用者	15. 包括的プラン見直しミーティング
2. ACT-Jの加入基準	16. アセスメントの実施
3. サービスを終了する利用者	17. 包括的プランの立案
4. サービス終了基準	18. 包括的プランの見直し
5. ACT-J以外のサービスへの移行	19. 提供する必須のサービス
VIII. スタッフおよびチーム構成	20. 連携するサービス
1. 精神科医	21. 精神科医の業務
2. 看護師	22. 看護師の業務
3. 精神保健福祉士	23. 就労支援専門家の業務
4. 就労支援専門家	24. チームリーダーの業務
5. 他のケースマネジャー	25. プログラムアシスタントの業務
IX. ACT-Jチームの業務内容	26. 当事者および家族スタッフの業務
1. アウトリーチ	27. シフトマネジャーの業務
2. 利用者と接触するスタッフの人数	28. ITT
3. 利用者との平均接触回数	X. ACT-Jチームに必要な機能
	1. オフィスのシステム
	2. 記録について
	3. アウトリーチに必要な機能
	4. スタッフの研修
	5. スタッフのリスクマネジメント

ACT-Jスタンダードズver3.0は、米国のAssertive Community Treatment Implementation Resource Kit Draft Versionや、インディアナ州のACT Centerで作成されたAssertive Community Treatment Resource Manualなどを参考に作成いたしました。

## はじめに

ACT-Jは、重い精神障害をもつ人のための包括型地域生活支援プログラムとして、欧米ですでにその有効性が実証されている、Assertive Community Treatment (ACT) の日本版であります。

ACTの目標は、重い精神障害をもつ人のケアを、入院中心ではなく地域生活を維持する方向で展開することです。その目標を実現するためにACTは、多職種からなるチームが24時間365日対応で訪問型サービスを実施するなど、高密度の精神保健福祉サービスとしての特徴を有しています。このようなサービスの重要性は、すでに我が国でも指摘されてきましたが、精神医療システムや医療保険制度の違いなどから、現在まで実施するにはいたっておりませんでした。ACT-Jスタンダード作成にあたっては、欧米の典型的なACTの機能を参照しつつ、現在の日本の精神医療や社会・文化システムの実情にあわせていくつかの修正を施し、我が国でも実現可能な、訪問中心の包括的な地域生活支援プログラムとなるように考慮いたしました。このスタンダードは、ACT-Jが適切に運用できるように、その基準を定めたものであります。さて、背景にある地域精神保健システムの相違をうけて、ACT-Jが有する欧米のACTと異なる特徴としては、たとえば以下のようなことがあげられます。

- 1) 入院期間が最低でも30日程度はあり、また薬物乱用の合併症が少ないことにより、退院直後の利用者の状態は比較的安定しており、ACT-Jのかかわりが欧米に比べ、よりリハビリテーションとしての機能を持ちやすい。
- 2) 主治医によるケアのシステムが伝統的にあるため、ACT-Jチームと主治医との連携が重要である。
- 3) 家族と同居する利用者が多いため、家族支援・心理教育の重要性が高い。
- 4) 精神科医療費が低額に抑えられているため、ACT-Jには入院費と同等以上の費用が必要になる。

これらの違いがACT-Jの運用において及ぼす影響については、実施する際に注意深く検討する必要があります。私たちは、平成14年度より国立精神・神経センター国府台地区をフィールドとして、ACT-Jスタンダードver2にもとづくパイロットスタディを実施し、プログラムがどのように立ち上がり機能するかを検討してきました。このACT-Jスタンダードver3.0は、その成果をふまえ、平成16年5月から施行される無作為比較化試験における介入プログラムの運用基準を定めたものであります。ACT-Jスタンダードは今後もさらに改訂を重ね、我が国の精神保健の現場で活用可能な完成版にまとめられる予定です。

これらの研究が、精神障害をもつ人々に対する包括的な地域生活支援システムづくりの一翼を担い、ACT-Jが、重い精神障害をもつ人々に対する精神保健福祉施策を、入院治療中心からより地域生活支援中心に変換していくための、ふさわしい機能を持ったプログラムとなるよう、今後も研鑽をつんでいきたいと思っております。

### ※ACTの邦訳について

「重症精神障害者にたい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：国立精神・神経センター 塚田和美）」では、ACT (Assertive Community Treatment) の日本語訳は「包括型地域生活支援プログラム」を用いる。

## I. ACT-Jの目標

ACT-Jの目標は、重い精神障害をもつ精神医療の頻回利用者が、できるだけ質の高い、安定し自立した地域生活をおくり続けられるように支援することである。

## II. ACT-Jの使命

ACT-Jは、今までの精神保健福祉においては適切なサービスを受けることができず頻回入院や救急利用を繰り返している重い精神障害を持つ人々に対して、そのニーズを尊重しつつ、彼らの生活の場を中心に、医療・保健・福祉を含んだ、包括的なサービスを継続的に提供する。また、ACT-Jは、重要な環境である家族や地域に対しても積極的な支援を行い、安定した環境づくりをおこなう。

## III. ACT-Jの哲学

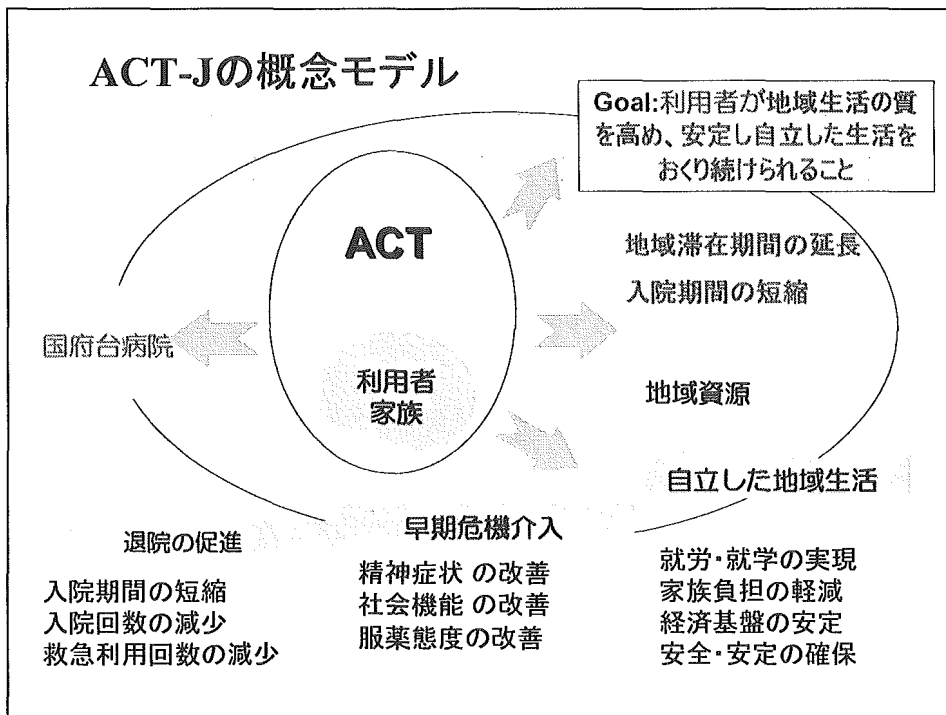
人は、重い精神障害を抱えながらも、自らの望む地域において、自らの望む生活を実現し、人間としての尊厳を全うすることが出来る。そして、常に彼らの可能性を信じ、長所を最大限に伸ばすような、「エンパワメント」と「自立」を心がけた実践、安定した居住環境、生活、社会的役割の獲得をふくむ、医療・保健・福祉などの包括的な支援が、このことを可能にする。これは、Rappのストレングス・モデル(Strength model)に基づき、以下のように要約される。

1. 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。
2. 利用者を「管理」したり「依存」を助長させるのではなく、彼らの「エンパワメント」と「自立」を心がけた実践を行う。
3. 利用者の障害に焦点を当てるのではなく、その長所を最大限に伸ばすことができるように支援する。
4. 利用者の可能性を自ら信じ、彼らに希望を与えると同時に、周囲の人たちの姿勢を変えるような実践を行う。
5. チームの中でそれぞれの職種の持ち味を生かしながら、協調して利用者の希望を実現していく。

## IV. ACT-Jの戦略

- 1) ストレングス(Strength)を重視した支援：本人の可能性や長所を重視し、これらを肯定的に捉え、ひいては自己決定を尊重するよう支援する。
- 2) 個別のニーズに応じたサービス：個人の地域生活上の幅広いニーズに応えるよう、個別化したサービスを提供する。これらのサービス内容としては、住宅支援、日常生活支援、家族との調整、金銭管理、就労・就学支援、法律上の支援を含むが、個々の対象者のニーズに応じてこれらに限られるものではない。
- 3) 早期介入・疾病の自己管理トレーニング：疾病の自己管理トレーニングを通じて、疾病を理解し、症状やストレスに満ちた出来事を管理できるように支援する。また危機時に本人や家族に早期介入をすることで、再入院を減らす。
- 4) 援助的環境の調整・強化：家族を地域生活上の重要な協働的パートナーと捉えて、家族への心理教育や支援を積極的に行う。また、地域においてより豊かな生活をおくるうえで社会参加は重要な要素と考え、利用可能な社会資源の開発と活用をすすめる。

## V. 概念モデル



## VI. 理論的枠組み

### a) ストレス・脆弱性モデル(Stress-vulnerability model)

精神障害をもつ人の疾患、症状の消長を理解する枠組みとしてストレス・脆弱性モデルをここでは採用する<sup>11)</sup>。これは精神障害、特に統合失調症の症状の出現が、遺伝素因などによる生物学的な脆弱性(起こりやすさ)と、その人を取り巻く心理・社会的ストレスによって修飾されると考えるものである。このモデルに依拠し、薬物療法をはじめとする医学的治療のみならず、本人とその環境(多くの場合は家族)のストレスに満ちた出来事に対する心理・社会的介入、生活支援を加えることによって、統合失調症など精神疾患の症状を安定させることが期待できる。

### b) ストレngthス・モデル(Strength model)

ACT-Jチームの支援を裏打ちする考えとして、ストレngthス・モデルがある<sup>5)</sup>。ストレngthス・モデルは、従来の精神障害者の限界や障害に注目するあまりに、彼らが目標を達成するために有用な資源や可能性を見過ごしていたという反省から展開されてきた<sup>4)</sup>。またこのモデルでは、専門家やサービスといった正式なソーシャル・サポートだけではなく、精神障害者の持つ自然な人間関係について配慮が欠けていたということから導入されたものである。Rappによると<sup>6)</sup>、ストレngthス・モデルは以下のように要約される。1) 個人の病理よりも長所に注目すべきである、2) ケース・マネジャー-患者関係は第一で必須である、3) 介入は自己決定を基になされる、4) 地域は障害物というよりも、資源の宝庫として見られるべきである、5) 患者との接触はオフィスではなく、地域でなされる、6) 重い精神障害をもつ人々も、学び、成長し変化し続ける。ACT-Jの地域生活支援の理念は、基本的にこのストレngthス・モデルに基づいている。

### c) リカバリー(recovery)

リカバリーとは、たんに治癒や回復を指し示す言葉ではない。ある人が、二度と精神病の症状を体験しなくなるということよりはむしろ、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生活をおくる術を学ぶことを意味している。米国のテキストには、ACTのサービスの根本的な目標は、リカバリーの過程を支援することだと記載されている。そのために、ACTチームのスタッフには、重い精神障害をもつ人々の可能性を信じ、そうした希望を伝達しうる能力が期待される<sup>7)</sup>。

注：満たすべき基準について

#### 1. 正規基準

・RCT開始から1年を経過したACT-Jチームは、スタッフ構成基準を全て満たし、かつ、他の基準については、少なくとも、その95%を満たしていなければならない。

#### 2. 仮基準

・RCT開始後はじめの1年間は、ACT-Jチームは仮基準を満たすようにしなければならない。

・仮基準が定められていない項目に関しては、正規基準を満たさなければならない。

・ACT-Jチームは、仮基準の満了期間(1年間)が終了する前に、正規基準を満たすようにしなければならない。

## VII. ACT-Jの対象者

### 1. 新規加入の利用者

・過去6ヶ月間の新規利用者受け入れ数が、ひと月に5人を超えてはならない。

ACT-Jの利用者は積極的で集中的なサービスを必要としている。利用者への関わりは、最初の時期に最も積極的であることが多い。ACT-Jの対象者には、住まいの問題、症状の安定、受療の継続など、未だ対処されていない複数のニーズを持つ者が多くいる。そのため、彼らの評価を行い、サービスを開始するためには、最初に相当の努力を要する。よってACT-Jチームは、ひと月に多くの新規利用者を受け入れ、それをうまく継続していく事は不可能である。新規の受け入れ利用者数は、上記に示す基準数以下でなければならない。

### 2. ACT-Jの加入基準

・ACT-Jチームの全ての対象者は、下記の加入基準を満たしていなければならない。

国府台病院精神科に入院したもののうち、以下の項目に該当する者。

1) 年齢：18歳以上 60歳未満

2) 居住地：市川市・松戸市・船橋市のいずれかに居住

3) 診断

主診断（持続的に障害をもたらしている診断名）が、脳の損傷および機能不全ならびに身体疾患によるその他の精神障害(F06-07)、統合失調症・分裂型障害および妄想性障害(F2x)、気分障害(F3x)、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害(F4x)、生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群(F5x)などのもの。

痴呆性疾患 (F00-05)、精神作用物質使用による精神および行動の障害 (F1x)、成人の人格および行動の障害 (F6x)、精神遅滞 (F7x) が主診断であるものは除外する。

4) 過去2年間の精神医療の利用が以下のいずれか1つに該当する

(入院回数 2回以上) or (入院日数 100日以上) or (緊急対応を要しない時間外受診を除く精神科救急の利用が 3回以上) or (3ヶ月以上の医療中断あり)

5) 日常生活機能

主治医聴き取り評価による過去一年で最高の GAF 得点が 50 点以下

\* ただし、3)で統合失調症(F20)、分裂病型障害(F21)、持続性妄想性障害(F22)、分裂感情障害(F25)、躁病エピソード(F30)、双極感情障害(F31)、反復性うつ病障害(F33)に該当するものは、4)過去2年間の精神医療の利用 か、5)日常生活機能 のいずれかの条件を満たしていれば対象となる。

ACT-Jは、もっとも重い障害をもつ人のためのプログラムである。ACT-Jチームは、決して多くはない貴重な社会資源であるため、全ての利用者は加入基準にあてはまらなければならない。ACT-Jはもっともニーズの高い人々にとって効果的なものであり、ACT-Jが提供するような積極的なサービスを必要としない人には、さほど効果的ではないことが先行研究<sup>8)</sup>で示されている。

### 3. サービスを終了する利用者



- ・全ての利用者はそのニーズがなくなるまで、原則として無期限のサービスを受ける。

利用者がACT-Jを終了する場合、ステップダウン・プログラムと呼ばれる終了計画には、利用者が回復を続けるために、その利用者にあったレベルの支援が継続されるような、体系的な計画が含まれなければならない。また、ACT-Jのサービスを受けたことのある全ての利用者は、必要時にはすぐにACT-Jチームに連絡し、サービスの再開がなされるものとする。

もともとACTは「一生涯関わることができる援助サービスモデル」である。ACT-Jチームは必ずしも「毎年ある一定数の利用者のサービスを終了させなければならない」と考える必要はない。

#### 4. サービス終了基準

・利用者が下記のA～Fにあてはまる状態となった場合には、ACT-Jによるサービス提供は終了するものとする。なお、A～Dの場合には、利用者のニーズによりあったサービスや社会資源への橋渡し（ステップダウン）が完了した後で、ACT-Jによるサービス提供を終了するものとする。

##### A. 下記の①②を満たす者

①利用者がACT-Jの終了を希望している

②過去2年間では、加入基準の4)、5)に示すいずれにも該当しない

##### B. キャッチメントエリア外への転居

##### C. 主診断が、痴呆などACT-Jの除外診断にあてはまる状態になった場合

##### D. 要介護状態となり、精神疾患のケアより、身体疾患のケアが重要となった場合

##### E. 死亡

##### F. ドロップアウト（定義についてはIX. 11. を参照のこと）

#### 5. ACT-J以外のサービスへの移行

・ACT-Jの利用者が上記「4. サービス終了基準」のA～Dに該当し、ACT-Jチームによるサービス提供を終了する場合には、他のサービスへの移行に3ヶ月以上の準備期間を設ける。

・特に、Aに該当する場合には、サービスの終了は段階的に行う（例；訪問の頻度を週1回の訪問から、隔週訪問、月に1度、とその頻度を減らしていく）。この間に、新しい担当者と一緒に利用者を訪問する、利用者と共に新しいサービス提供機関を利用するなどし、徐々にACT-Jチームによるサービス提供を減らし、新しいサービスの利用を増やす。

・終了に向けてサービスの頻度を減らしている途中で利用者の状態が不安定になった場合には、サービス終了をいったん保留し、従来のサービス提供を行う。

・移行期間のサービス提供内容および頻度は「V. ACT-Jチームの業務内容」の基準に必ずしも該当していなくてもよいものとする。

### VIII. スタッフおよびチーム構成

・ACT-Jチームは、下記に示すスタッフが揃っていないといけない。

・ケースマネジャーおよび精神科医は精神障害領域での臨床経験があり、また利用者の回復力を信じて利用者と信頼関係を築く力をもつ者でなければならない。

#### 1. チームのサイズ

・フルタイム換算で12名のケースマネジャーと1名のプログラムアシスタント、チーム精神科医1名。

・（仮基準）フルタイム換算で10名のケースマネジャーと1名のプログラムアシスタント、チーム精神科医1名。

・ここでいう「フルタイム」とは、週末や夜間の当番も含めて週当たり40時間以上の勤務とする。

・ケースマネジャーの中には、就労支援専門家を含めるものとする。

小さなチームでは、直接サービスを行うための十分なスタッフがいないために、自分達で直接サービスを提供するよりも、サービスの仲介をしがちになる。また、小さなチームは緊急時や週末の対応も難しくなるし、スタッフが辞めた時や病気の時、休暇をとった時などに十分なサービスが提供できなくなる。よってACT-Jチームは、最低限上記に示すケースマネジャーと、精神科医およびプログラムアシスタントを擁していなければならない。

## 2. ケースマネジャー

下記のいずれかにあてはまる者

- ・精神保健福祉士、保健師、看護師、医師、作業療法士、いずれかの資格を持つ者。
- ・学士以上で精神科関連で2年以上の臨床経験を持つ者、もしくは精神医療・福祉・心理の関連分野で修士号以上をもつ者。
- ・（仮基準）ケースマネジャーの90%以上が、上記の基準を満たしている。

なお、ケースマネジャーの中に下記のa.～c.に示す職種およびd.e.の役職が含まれる。

### a. 看護師

- ・利用者50人に対し、フルタイム勤務の看護師1人以上。5年以上の精神科臨床経験を持つ者。

### b. 精神保健福祉士

- ・利用者50人に対し、フルタイム勤務の精神保健福祉士1人以上。

### c. 就労支援専門家

- ・チームにフルタイム勤務の就労支援専門家1人以上。学士以上で精神科関連で2年以上の臨床経験を持ち、かつ就労支援や職業リハビリテーションに関連する研修を50時間以上受講した者。
- ・（仮基準）チームに、1週間に16時間以上勤務する就労支援専門家1人以上。

### d. チームリーダー

- ・上記に示した、ケースマネジャーの基準のいずれかにあてはまり、かつ10年以上の臨床経験のあるフルタイム勤務の職員1人。

### e. サブリーダー

- ・上記に示した、ケースマネジャーの基準のいずれかにあてはまり、かつ十分な臨床経験のあるフルタイム勤務の職員1人。

## 3. 精神科医

- ・利用者50人に対し、1週間に16時間以上勤務する精神科医1人。
- ・（仮基準）利用者50人に対し、1週間に12時間以上勤務する。

## 4. プログラムアシスタント

- ・チームにフルタイム換算で1名以上のアシスタントがいる。

## 5. 当事者スタッフ

- ・当事者スタッフが週に1回以上ACT-Jチームに加わる。ここで該当する当事者スタッフは、心理教育やピアカウンセリングなどのサービスを利用もしくは提供した経験があるなど、精神保健福祉のサービス提供に深い関心をもっている者で、症状と日常生活が本スタンダードの終了基準（VII-4 A②）にあてはまる者とする。ただし、国府台病院通院者は対象外とする。
- ・（仮基準）可能ならば、チームに当事者スタッフを加える。ここでいう当事者とは、前記の基準を満たすものとする。

## 6. 家族スタッフ

- ・家族が週に1回以上ACT-Jチームに加わる。ここで該当する家族は、心理教育などのサービスを利用もしくは提供した経験があるなど、精神保健福祉のサービス提供に深い関心をもっている者とする。また、精神障害を持つ者の家族として5年以上の経験があり、同居の家族、もしくは別居の主たる援助者として経験が3年以上ある者とする。
- ・（仮基準）可能ならば、チームに家族スタッフを加える。

## 7. ケースロード

- ・ケースロードは1：10以下とする（精神科医、プログラムアシスタントを除く）

ACT-Jでは重い障害をもつ利用者に対して積極的な介入を行うため、低いケースロードが求められる。上記のケースロードはケースマネジャーのみで計算し、精神科医およびプログラムアシスタントは含めない。

## 8. 最大利用者数

- ・利用者は120人を超えてはならない。

チームが大きくなると、サブチームに分かれたり、チームとして充分機能しなくなったりする。よって、ACTチームの利用者数は上記の基準を越えてはならない。

## 9. 職員配置率

- ・過去12ヶ月間の職員配置率が80%以上である事。  
職員配置率 =  $\{ 1 - (\text{欠員} \times \text{欠員がでた月数}) \div (\text{チームに配属された職員の数} \times 12) \} \times 100$
- ・(仮基準) 過去12ヶ月間の職員配置率が70%以上である事。

ACT-Jの特徴は、その低いケースロードにある。そのため、積極的な介入を可能にするために、チームには全スタッフが揃っていて、かつそれが維持されていることが重要である。よって、ACT-Jチームは、上記の職員配置率を常に満たしていなければならない。

## IX. ACT-Jチームの業務内容

### 各職種のスタッフが分担する業務について

- ・ケースマネジャー、精神科医、；「V. ACT-Jチームの業務内容」の1.~20.に示す業務に加えて、各職種・役職に特有の業務(21.~24.)を行う。
- ・プログラムアシスタント；25.の業務のみを行う。

※ 1. ~5. における「全接触」には、利用者と直接会うことと電話連絡等の間接的な接触の両方を含む。

### 1. アウトリーチ

・ケースマネジャーは、少なくとも全接触時間の75%以上は、利用者とオフィス外(自宅など地域で生活する場が基本だが、利用者の入院中は病棟での接触も含む)で会う。

ACT-Jチームは、自宅など利用者の生活の場に訪問し、彼らが暮らす環境のなかで関わることで、トレーニング効果を最大限に引き出し、回復に関してより正確なアセスメントとモニタリングをすることができる。よって、サービスの大半は、ACT-Jのオフィスではなく、利用者の生活の場で提供されなければならない。

### 2. 利用者と接触するスタッフの人数

- ・平均して、90%以上の利用者は1ヶ月に2人以上のケースマネジャーと会う。

ACT-Jは、利用者を一人で受け持つということはない。ITT (Individual Treatment Team: 個別援助チーム) による関わりにくわえて、チーム全体で責任をもつ。実際に欧米でACTを実践している臨床家は、利用者をチーム全体で共有することの必要性を強く訴えている<sup>3)</sup>。ITTについては、IX. 27. を参照のこと。

### 3. 利用者とケースマネジャーの平均接触回数

・平均すると、ひとりの利用者は1週間に3回以上ケースマネジャーに会う(利用者全員を母集団とする)。

上記に示す基準は、チームが担当している利用者の平均であって、「全ての利用者に週3回の接触が必要」という訳で

はない。利用者の中には、1週間に3回以上の接触が必要な者もいれば、それより少ない接触でもよい者もいる。しかし、利用者全員を母集団とした場合に、平均の接触回数は1週間に3回以上でなければならない。

#### 4. 利用者とケースマネジャーの平均接触時間

・平均すると、ひとりの利用者は1週間に2時間以上、ケースマネジャーに会う（利用者全員を母集団とする）。

ACT-Jでは、接触の頻度に加えて、接触の累積時間も重要である。平均して1週間に2時間以上、直接利用者に会わなければならない。接触回数と同様、これも利用者の平均値である。

#### 5. 状態が不安定な利用者との接触回数

・症状が不安定な利用者には、1日に複数回接触する。

ACT-Jチームは、利用者ひとりひとりにあったサービスを提供しなければならない。症状が安定しない利用者の地域生活を維持するためには、必要ならば1日に複数回その利用者にとって生活支援をしなければならない。

#### 6. 急性期治療のために入院した利用者

・精神科病棟の入院が1ヶ月未満の利用者には、1週間に1回以上直接会う。

#### 7. 長期入院中の利用者

・精神科病棟に1ヶ月以上入院している利用者には、1週間に2回以上直接会う。

#### 8. 入院治療計画

・入院中の利用者の80%以上に関して、ACT-Jチームが入院治療計画に関与する。

ACTの目標のひとつは、福祉サービスでしばしば問題となる「利用者が施設を移ったりサービスを停止したりすることでおきる援助関係の中断」を防ぐことにある。ACTには、利用者がどこへ行っても彼らが現在受けている援助を一生涯提供しうる機能も含まれている。ACT-Jの基本理念は地域援助であり、ACT-Jチームは利用者が出来る限り地域での生活を享受できるように、あらゆる援助を行う。そのためには、ACT-Jチームは利用者の入退院に全面的に関わる事が重要である。またACT-Jチームは「入院治療が必要となる利用者の支援の課題を特定する」「地域生活への移行を成功させるための介入計画を立てる」という役割を果たす、最適なポジションにいると言える。

#### 9. 退院治療計画

・退院する利用者の80%以上に関して、ACT-Jチームが退院治療計画に関与する。

#### 10. ケースの継続

・意図しない中断を最小限に抑える。90%以上のケースが12ヶ月以上利用を継続している（計画された終了を除く）。

ACT-Jの主要な機能のひとつは「今まで他で援助を受けた事のない人を援助する」ということである。サービスの中断をなくし、利用者へのサービスを継続するということは、ACT-Jチームにとっての最優先課題である。

#### 11. サービスを拒否する利用者

・ACT-Jによるサービス提供に同意をした後で拒否を示す利用者に対して、ACT-Jチームは、利用者が拒否の意志を示してから最初の6ヶ月間は、月に2回以上手紙や電話による接触もしくは主治医を通じた関わりを続け、契約を維持する試みを行う。6ヶ月間、このような試みを行ってもさらにサービス拒否の意志が明らかな場合は、ドロップアウトとみなす。

ACT-Jチームは、最初は援助を拒否する者に対しても、サービスの提示を続けなければならない。利用者がチームを信頼するまでに時間がかかることは、よくあることである。ACT-Jチームは、支援契約を結ぶため、また支援契約を維持す