

るために、根気強く利用者に働きかけることが重要である。

## 12. 業務時間およびオフィスの開設時間

### a. 平日（月曜日～金曜日）

・1日最低8時間のオフィスの開設。

### b. 土日・祝日

・1日最低8時間のオフィスの開設。2名以上のケースマネジャーの勤務。

### c. 危機介入

・チームは緊急時にも対応をする（1日24時間）。スタッフは電話による支援を行う。  
・（仮基準）チームは24時間の緊急サービスと連携している。

## 13. チームミーティング

・月曜～金曜の毎日、その日に勤務している全てのチームメンバー（精神科医を除く）が参加する、組織化されたチームミーティングを行う。  
・ミーティングでは、全ての利用者の状況を把握する。  
・スタッフは利用者との接触について記録し、スタッフ全員で共有できるようにする。  
・ミーティングは1時間程度とする。

毎日のチームミーティングは非常に重要である。ミーティングは短時間（1時間程度）にすべきで、全ての利用者について簡潔に検討する。チームミーティングは、ACT-Jの重要な構成要素である。利用者の課題についてACT-Jチームのスタッフが頻繁に情報交換を行う事が、利用者のニーズに迅速に対応する事を可能にしている。

## 14. 包括的プラン（Comprehensive Assessment：リカバリープラン）立案ミーティング

・全ての利用者に関して、アセスメント終了後に、提供するサービスを決定するための包括的プラン立案ミーティングを実施する。  
・勤務しているスタッフ全員が参加する、組織化されたミーティングを行う。

## 15. 包括的プラン見直しミーティング

・全ての利用者に関して、サービス開始後は少なくとも6ヶ月ごとに包括的プラン立見直しのミーティングを実施する。  
・勤務しているスタッフ全員が参加する、組織化されたミーティングを行う。

## 16. アセスメントの実施

### a. イニシャル・アセスメント（Initial Assessment）

・利用者がACT-Jチームのサービス提供対象者となった場合、チームリーダーは、すみやかに最初のアセスメントを実施する担当ケースマネジャーを決定する。

### b. 包括的アセスメント

・アセスメントは、利用者がACT-J加入後に地域生活を開始してから1ヶ月以内に完了させる。  
・アセスメントでは、下記領域の機能的なレベルを評価する。

- 現在の精神症状、およびこれまでの既往歴
- 薬物療法に関するコンプライアンスや副作用
- 身体科や歯科など、他科の医療ニーズ
- 薬物やアルコールの乱用について
- 日常生活に関すること（すまい、食事、洗濯、買い物、掃除、整理整頓、入浴、日常の行動）
- 社会的支援に関すること（交友関係、身近な相談者、家族、宗教、役所での手続き、公共機関・交通の利用、法律上の問題）
- 余暇活動について（趣味、楽しみ、スポーツ）
- 経済的なこと（金銭管理、主な収入について）
- 職業と教育の機能

**j. 最近のライフイベント**

**k. 家族状況とその介護負担について**

・イニシャル・アセスメントには十分時間をかける。アセスメント面接は、ストレングスモデルに基づき、利用者とケースマネジャーおよびACT-Jチームの精神科医との面接を通して行う。イニシャル・アセスメント実施とそれに基づく計画の作成は、原則として利用者がチームに紹介されてから1週間以内に行う。

・アセスメントは、ケースマネジャーとACT-Jチームの精神科医が協同して行う。上記の評価項目のうち、a.~b.は精神科医が、c.~j.はケースマネジャーが担当する。

・アセスメント面接実施場所の制限は特にない。原則として利用者の希望場所とする。

・よりの確な評価を行うため、評価は、自己報告、家族など利用者と親しい者の報告、入院や外来の記録などを含む利用可能なあらゆる情報に基づくものとする。

**17. 包括的プランの立案**

・アセスメント面接を担当したケースマネジャーは、同時に利用者がACT-J加入後に地域生活を開始してから1ヶ月以内に、該当利用者の包括的プランの立案を行う。

・包括的プランは、面接を担当したケースマネジャー、チームリーダー（あるいはACT-Jチームの精神科医）、利用者本人、の3者の合意のもとで決定される。

・包括的プランは、利用者本人のニーズを中心に組み立てる。

・包括的プラン立案の際には、2~3年後の状況を想定した「長期目標」と、サービス開始からの6ヶ月間を想定した「短期目標」の2つの目標を設定する。

・利用者に同居の家族がいる場合には、必ず家族支援も含めた包括的プランを立てる。家族が援助の拒否を明確に示している場合はその限りではないが、ACT-Jチームに家族を支援する意志があることは必ず伝える。

**18. 包括的プランの見直し**

・全ての利用者に対して、少なくとも6か月ごとに包括的プランの見直しを行う。見直しのための評価は、ストレングスモデルに基づき、利用者とケースマネジャーおよびACT-Jチームの精神科医との面接を通して行う。

・包括的プランの見直しでは、下記領域の機能的なレベルを評価する。

**a. 現在の精神症状**

**b. 薬物療法に関するコンプライアンスや副作用**

**c. 身体科や歯科など、他科の医療ニーズ**

**d. 薬物やアルコールの乱用について**

**e. 日常生活に関すること（すまい、食事、洗濯、買い物、掃除、整理整頓、入浴、日常の行動）**

**f. 社会的支援に関すること（交友関係、身近な相談者、家族、宗教、役所での手続き、公共機関・交通の利用、法律上の問題）**

**g. 余暇活動について（趣味、楽しみ、スポーツ）**

**h. 経済的なこと（金銭管理、主な収入について）**

**i. 職業と教育の機能**

**j. 最近のライフイベント**

**k. 家族状況とその介護負担について**

・包括的プラン見直しのための評価では、包括的プラン立案時と変更のない項目（診断名や既往歴など）については、再評価をする必要はない。

**19. 提供する必須のサービス**

・ACT-Jチームはサービスの仲介をするのではない。ACT-Jチームにはそれぞれの利用者が必要とする、あらゆるサービスを提供する責任がある。ここで示すサービスは、その必要最小限のものである。

### ①住居確保・居住環境に関する支援

- ・利用者が家族との同居を希望している場合には、利用者と家族の双方が納得できる共同生活をおくれるように支援する。
- ・利用者がひとり暮らしを希望している場合には、アパートの契約や保証人の確保などの支援を行う。
- ・グループホームや福祉ホームなどの社会資源を最大限に活用する。

### ②経済生活に関する支援

- ・生活保護、障害年金、通院医療費公費負担制度など、利用できる制度を最大限に活用する。
- ・利用者浪費癖や多額の借金等があり、本人（場合によっては保護者）の同意があった場合には、ケースマネジャーが利用者の金銭管理の援助をおこなう。
- ・ただし、ケースマネジャーが管理する金額は、該当利用者の1ヶ月の生活費程度とする。それを越える金額の資産管理については、法的な手続きに基づいて行うものとする。

### ③日常生活の支援

- ・食事の用意、買い物、洗濯など、利用者が日常生活をおくるために必要なスキルを身につけるための支援を行う。
- ・必要であれば、ホームヘルプサービスとの連携を図る。

### ④精神症状自己管理に関する支援

- ・全ての利用者に対し、心理教育など症状管理と前駆症状の早期発見についての教育を行う。
- ・再発のサインを、心理教育を通して利用者と確認する。
- ・再発の恐れがある場合や、緊急時の連絡の取り方などを、利用者と確認する。

### ⑤服薬に関する支援

- ・全利用者の薬物療法の状況を観察する。必要な場合には、その管理や教育、支援を行う。
- ・スタッフ全員が症状や副作用について観察する。

薬物療法のマネジメントは看護師あるいは精神科医のみの責任ではなく、スタッフ全員の責任である。スタッフは、薬をのむこと自体を目的と考えるのではなく、症状管理を可能にする手段のひとつとして、薬物療法を捉えるべきである。

### ⑥日中の活動の場、社会参加・余暇活動に関する支援

- ・利用者ひとりでの外出が難しい場合には、余暇活動の場と一緒に出かける。
- ・図書館や映画館など、利用者が希望する施設の利用手続きや利用方法について情報提供を行う。
- ・交通機関の利用方法やチケットの取り方などについて情報提供を行う。

### ⑦対人関係・社会関係に関する支援

- ・周囲の人々との前向きな人間関係を促すような働きかけをする。
- ・具体的には、近隣の間人関係、男女交際やその他の友人・知人関係、家族関係・親戚関係、子育て、主治医や病院スタッフとの人間関係に関する支援などを行う。
- ・インフォーマルなものも含めて、地域の援助組織に対する働きかけや開発を行う。

### ⑧家族支援

- ・チームと家族の間の協調関係を築き、下記の事項を盛り込みながら、利用者と家族の関係が円滑となるように、あるいは家族自身の生活を支えるために包括的プランを作成する。
- ・統合失調症をはじめとする精神障害の家族支援においては、グループでの家族心理教育が有効であるといわれている。そのため、これまで心理教育プログラムに参加した経験のない家族の全て、また参加経験はあるが家庭内の情緒的雰囲気を改善するニーズのある家族に対して、グループでの家族心理教育プログラムへの参加を積極的にすすめる。ここでいう家族心理教育グループとは、精神疾患と治療の中での家族の役割について、さらに症状管理や前駆症状の早期発見について情報提供を行い、少なくとも月1回以上の頻度で、1クール最低6回以上開催されるものとする。
- ・家族自身が高齢や身体疾患のために外出が困難、利用者の介護で家庭を離れづらい、施設で実施されるグループでのプログラムに参加する動機付けができていない、などの理由で家族心理教育グループに参加できない家族に対しては、訪問による家庭での単家族心理教育プログラムを積極的に考慮する。
- ・ACTスタッフは、構造化された家族心理教育プログラムのほかにも、オフィスや自宅、移動中の車内など多様な場で、必要に応じて家族面接を実施する。こうした活動を円滑に行うために、利用者とその家族のおかれている状況によっては、ITTのメンバーに家族支援担当者を加える。
- ・地域家族会など、既存のピアグループの紹介、橋渡しを行う。

## ⑨就労・就学支援

- ・障害の重さにかかわらず、また病気の時期によらず、すべての利用者について、就労についてのニーズや動機を明確化する。
- ・すべての利用者について、実社会での一般就労を前提に、就職と職を維持するために必要な援助を継続的に提供する。長続きしなかった就労経験も利用者の成長にとってプラスのものとして評価する。
- ・援助の原則は、生活の場で個別の援助メニューを提供することである。
- ・そのために、ACTチームに就労支援専門家を配置し、専門家は必要に応じて利用者のITTメンバーとしてかわりながら、職場開発、雇用主に対する教育・ガイダンスと条件交渉、ジョブコーチなど利用者に対する直接援助を行う。

## ⑩ピアサポート

- ・ACTプログラム或いはプログラムと密接な連携のとれる機関・団体によって運営される心理教育グループやピアサポートグループを積極的に利用者に紹介する。
- ・ACTチームの当事者スタッフが上記のグループに参加する。当事者スタッフは、上記のグループ活動に参加できない利用者、あるいは特に必要のある利用者に対して訪問による自宅でのピアカウンセリングを実施する。

利用者の家族や、他のサポートシステムと協力する事の必要性が、徐々に強調されてきている。ACT-Jチームによる心理教育などの支援は、利用者や家族の人間関係を促進させる働きがある<sup>10)</sup>。

## 20. 連携するサービス

- ①精神科サービス（デイケア、入院治療、外来治療、救急医療など）
- ②一般医療、歯科医療
- ③法的な権利擁護
- ④教育機関による各種サービス
- ⑤その他、公的機関で提供されるサービスなど利用者本人が希望するもの

上記のサービスについては、必ずしもACT-Jチームが直接サービスを提供する必要はないが、全ての利用者が必要に応じてこれらのサービスに繋がるようにしなければならない。

## 21. 精神科医の業務

- ・全ての利用者の、精神科治療についてのスーパーバイズ。
- ・薬物療法についてのスーパーバイズ。
- ・チームミーティングへの1/3以上の参加。
- ・包括的プラン立案のミーティングへの過半数の参加。
- ・利用者と外来主治医の双方が希望した場合には、ACT-Jチームの精神科医が主治医となることを推奨する。

精神科医はチームの医療部門管理者であるが、精神科医の働きを投薬管理のみに限定すべきではない。精神科医も包括的プラン立案のミーティングや毎日のチームミーティングに可能なかぎり出席するべきである。

## 22. 看護師の業務

- ・治療における医師との協働。
- ・薬物療法の把握、症状と副作用のアセスメント。
- ・疾病の自己管理に向けた支援。
- ・健康相談および健康管理。
- ・精神症状や薬の副作用の観察について、チームメンバーに対するトレーニングの実施。

## 23. 就労支援専門家の業務

- ・各種検査による対象者の職業能力の把握。

- ・職業リハビリテーション計画、就業準備計画の策定。
- ・職場適応訓練指導の実施。
- ・職場適応を図るための、事業主や同僚への援助。
- ・新規雇用主の開発とその維持。

ACT-Jの利用者の大半は「働きたい」と思っているものである。また、成人にとって働くという事は重要な機能と意味を持つ。従って、ACT-Jチームは「働きたい」という利用者の目的を達成するように、あらゆる援助をしなければならない。

#### 24. チームリーダーの業務

- ・ケースマネジャーのシフト管理（訪問先や訪問件数の決定など）とシフトマネジャーに対するスーパーヴァイズ
- ・チームの運営監督、および臨床活動のサポート。
- ・主・副ケースマネジャーとITTメンバーの指定
- ・チームリーダー自身の臨床活動

#### 25. プログラムアシスタントの業務

- ・受付業務
- ・医療記録の管理
- ・利用者の会計や予算の記録
- ・プログラム費用の管理
- ・チームにおける臨床活動以外の実務
- ・日中の電話連絡

#### 26. 当事者および家族スタッフの業務

- ・ACTチームあるいはチームと密接な連携がとれる機関・団体で実施される心理教育プログラム、ピアサポートグループに参加し、当事者の立場から利用者に適切な助言を行う。
- ・利用者の生活の場に出向く訪問の形で、ピアカウンセリングなどの個別援助を実施する。
- ・利用者の同意が得られれば、ケア会議、包括的プラン立案ミーティングなどに参加し、当事者の視点からの助言、権利擁護などを行う。

#### 27. シフトマネジャーの業務

- ・朝夕のミーティングの進行を行う。
- ・朝のミーティングを受けて当日の業務調整を行う
- ・管理日誌の記録  
その日の全体の業務が達成されたかどうか、緊急事態で変更を余儀なくされた点について確認する。
- ・国府台病院当直者打ち合わせミーティング時の待機
- ・夜間持ち帰り電話のセット
- ・21時以降は自宅に待機し、夜間電話への対応

#### 28. ITT

ACT-Jでは、利用者単位でITT(Individual Treatment Team: 個別援助チーム)と呼ばれる、「全体のチームの中で、ある利用者に関するアセスメントと包括的プランの作成、日常的なケアの提供と調整を中心となって行う小さな単位のチーム」を定める。このITTは、全体のスタッフが二分されて全利用者の半数ずつを受け持つようなチームではなく、あくまでも個々の利用者毎に異なるスタッフで構成されるチームであることに注意が必要である。ITTは下記のように構成され、チームリーダーにより指定される。チームリーダーは、利用者がチームに紹介されてから1週間以内に、主ケースマネジャー、副ケー

スマネジャー、医療担当ケースマネジャーを指定する。

◇主ケースマネジャー (Primary case manager)

精神保健の専門家であり、利用者に対して支持療法や疾患管理教育を行うなど日常的な関わりを持つとともに、包括的プランの作成と見直し、ITT活動全体の調整とモニタリングを担う。通常、利用者の危機的状況下では主ケースマネジャーが最初に連絡を受け、対応を検討する。

◇副ケースマネジャー (Backup case manager)

精神保健の専門家であり、利用者の日常の支援に主ケースマネジャーとともに関わる。主ケースマネジャーが不在であったり、他の危機的状態にある利用者の支援で手が離せない時には、代わりに日常支援サービスを提供する。

◇医療担当ケースマネジャー

医療に関するアセスメントや疾病教育、薬物療法の管理などを主に担当する。

◇他のスタッフ

利用者のニーズにより、家族支援の担当者、就労支援専門家などが指定される。

## X. ACT-Jチームに必要な機能

### 1. オフィスのシステム

- ・ACT-Jチームのオフィスには、下記の設備が必要である。
  - a. オフィスの入り口からすぐに分かる位置にある受付
  - b. ACT-Jチームのスタッフ全員がミーティングを行えるスペース
  - c. チームスタッフの専用スペース（個室もしくは専用のデスク）
  - d. 面接室
  - e. 利用者の医療記録保管のための鍵付き収納スペース
  - f. 訪問の際に使用する車の駐車場
  - g. パソコンや電話などの通信機器
  - h. 医療機器（体温計、血圧計、聴診器、救急セットなど）

### 2. 記録について

- ・ACT-Jチームは、利用者の臨床記録の保管や保護、内容の損失や改変、無許可の使用を防ぐ責任をもつ。ACT-Jチームが管理すべき記録には、下記のものが含まれる。
  - a. インフォームドコンセント記録用紙
  - b. 利用者の基礎情報票（「基本情報」＋「Face Sheet1」）
  - c. 精神医学的・社会的機能に関する経過票（「登録者シート」＋「Face Sheet2」）
  - d. 客観的ニーズ評価票（「客観的ニーズ評価(全般、精神症状、QOL)」）
  - e. 主観的ニーズ評価票（「私のしたいこと」）
  - f. 初期支援計画書（「はじめの一步」）
  - g. 支援計画書（「リカバリープラン（利用者本人・家族）」）
  - h. 週間予定表（「これからACTと一緒にしていく予定」）
  - i. 処方記録
  - j. サービス提供記録（「一言ノート」）

### 3. アウトリーチに必要な機能

- a. 自動車
- b. 携帯電話（アウトリーチおよび夜間の緊急連絡などに活用するため）

### 4. スタッフの研修

- ・ACT-Jにかかわるすべてのスタッフは、下記の項目についての研修を定期的にうけ、十分な理解をし

ていることが必要である。

- ACT-Jスタンダードの確認
- 疾患に関する知識（統合失調症、分裂感情障害、気分障害、PTSDなど）
- 薬物療法
- 医学的管理；危機介入、入院治療との連携
- 身体合併症の管理
- 援助者との関係づくり；目標設定・アセスメント
- 認知行動療法の基礎
- SSTの基礎
- システム論によるものの見方
- Solution Focused Approachの基礎
- 家族療法
- 心理教育、家族支援
- 社会資源とのリンケージ
- 就労支援
- 住居の確保
- 金銭管理・経済的基盤の確保
- 臨床チームワーク論
- スタッフのリスクマネジメント

・ACT-Jスタッフは、ACTに関連する領域についての講義、アウトリーチを積極的に行っている施設での実習、臨床技術に関するグループワークショップに関して、就業から3ヶ月以内に各10時間以上の研修を受けることが必要である。

・ACT-Jスタッフは、就業開始から最初の2年間は3ヶ月に1回、その後は半年に1回の割合で業務に関連する研修もしくはトレーニングを受けるものとする。

・臨床活動についての包括的なアドバイスを行うスーパーバイザーをおき、ACT-Jスタッフは定期的かつ継続的にスーパーバイズを受けるものとする。

・スタッフは、日常業務について、定期的にグループスーパービジョンの機会を持ち、臨床技能の向上に努めると共に、業務による燃えつきを防ぐよう、工夫する必要がある。

・チームリーダーも、自身のスーパーバイザーを持ち、ACT-Jチームの活性化に柔軟に努められるよう工夫する必要がある。

## 5. スタッフのリスクマネジメント

ACT-Jチームは、業務における危機管理の認識を高め、スタッフの安全と健康を保証する。

### ①環境の整備

・ACT-Jチームは、クライアントに対して最良のサービスを提供できるように努めると共に、暴力的な言動、セクシャルハラスメント、災害や事故、資産損失など、地域支援で生じうる危機因子を評価し、ACT-Jの活動が安全でリスクの低い業務環境でおこなわれるよう配慮する必要がある。

スタッフが危険にさらされることは、結果として良質のサービスを提供し続けることを困難にする。スタッフの労働環境の安全性について検討することは、重要な課題である。

### ②予防的な措置

・ACT-Jチームは、スタッフの危機を回避するために、十分な予算を供給し合理的な予防措置をとる。

- a. 危機の出現サインについての教育
- b. 危機状況について早期介入のシステムづくり

### ③リスク防止プログラム

・チームリーダー、ケースマネジャー等は、リスク防止のための研修プログラム（安全計画のためのト

レーニング・コンフリクトへの対応・法的対応を含む)を実施し、安全管理の技術改善のためのカウンセリングを行う必要がある。

#### ④業務報告

- ・すべての危機性を伴う業務について、迅速で正確な報告を行い、支援目標や手続きなどのプロセスを管理する。
- ・事故が起こりそうな場面に遭遇した場合にはヒヤリハット報告などを迅速に行う。
- ・事故が起きた際には、事故報告書の提出を迅速に行う。

#### ⑤リスク防衛

- ・実際のリスクに対して、不当な処遇を行わず、リスクをチームで共有し、チーム全体で対処し、より安全性の高い方法を優先する。
  - a. 不穏な状態にある利用者へのリスク管理
  - b. 家庭内暴力などが生じている状況への介入

#### ⑥スタッフへの周知

- ・ACT-Jチームは、安全および健康保証の方針と管理内容を明かし、すべてのスタッフに対し、危機性を伴う業務について、ミーティング等で周知する。

#### ⑦組織の責任

- ・スーパーバイザーは、組織のリスクマネジメントに関する責任を持つ。また、被リスク後には、回復の過程に応じ、法的支援を含むサポートを進行する。
  - a. リスク管理の方針と実施に際し、スタッフの能力を評価
  - b. 暴力や脅威にさらされたスタッフの保護・アフターケア

### <引用文献>

- 1) ACT Center of Indiana : Assertive Community Treatment Resource Manual - An Implementation Guide for Indiana - ACT Center of Indiana, 2001
- 2) Deborah J. Allness, William H. Knoedler : The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness; A Manual for PACT Start-Up, NAMI Campaign to End Disruption, NAMI Anti Stigma Foundation, Arlington, Virginia, 1998
- 3) Gary R. Bond, Mishelle Pensec, Laura Dietzen, Daniel McCafferty, Ronald Gienza, Harry W. Sipple : Intensive Case Management for Frequent Users of Psychiatric Hospital in a Large City : A Comparison of Team and Individual Caseloads , Psychosocial Rehabilitation Journal 15(1) , 90-98 , 1991
- 4) Mueser KT, Bond GR, Drake RE, et al: Model of community care for severe mental illness: A Review of research on case management. Schizophrenia Bulletin, 24;37-74, 1998
- 5) NYC Department of Mental Health Office of Crisis : Intervention Services, ; Assertive Community Treatment Resource Manual, New York
- 6) Rapp CA : The Strength Model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness. Oxford University Press, Oxford, 1998 (江畑敬介監訳 : 精神障害者のためのケースマネジメント. 金剛出版, 1998)
- 7) Substance Abuse and Mental Health Services Administration's (SAMHSA), Center for Mental Health Services (CMHS), The Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) : Assertive Community Treatment Implementation Resource Kit Draft Version. 2002
- 8) Susan N. Essock, Linda K. Friman, Nina J. Kontos : Cost-Effectiveness of Assertive Community Treatment Teams American Journal of Orthopsychiatric Association 68(2), 179-190, 1998



- 9) 高橋清久・大島巖編：改訂新版ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方，精神障害者社会復帰促進センター，東京，2002
- 10) William R. McFarlane, Robert A. Dushay, Peter Staatny, Susan M. Deakins, Bruce Link : A Comparison of Two Levels of Family-Aided Assertive Community Treatment, *Psychiatric Services* , 47(7) , 744-750 , 1996
- 11) Zubin, J. : Possible implications of the vulnerability hypothesis for the psychosocial management of schizophrenia. (Strause, J.S., Böker, W., Brenner, H.D. eds.) *Psychosocial Treatment of Schizophrenia*, Hans Huber Publishers, Toronto, 1986

ACT-Jスタンダードver3.0

発行日 2004年7月24日

編集・作成 ACT-Jスタンダード検討委員会

委員長 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)

委員 大島 巖 (東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野)

委員 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)

委員 鈴木 友理子 (国立精神・神経センター国府台病院)

事務局 中村 由嘉子 (国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部)

発行 厚生労働科学研究

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班 (主任研究者；塚田和美 国立精神・神経センター国府台病院)

## 重症精神障害者に対する新たな訪問型の包括型地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究：パイロット研究 研究プロトコル

### 1 研究の概要と目的

#### 《背景》

近年、地域精神保健サービスが多様化しているが、重症精神障害者は、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、地域生活維持が困難になっている。そのために重症の精神障害者は長期在院、頻回入院、問題事例化などを呈し、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、包括型地域生活支援プログラム Assertive Community Treatment (ACT) 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、精神病床数を削減すると共に、精神障害者の地域生活の質を保ち、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。

#### 《研究の概要と目的》

本研究は、わが国初の包括型地域生活支援プログラム Assertive Community Treatment-Japan (ACT-J) をたちあげ、その臨床的効果や心理社会的側面での効果について実証的に検討しようとするものである。この ACT-J は、①服薬管理等の医療サービスを含む 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介入にも対応できるなどの特色をもつ。本パイロットスタディでは、このシステムを国立精神・神経センター国府台病院精神科を中心として構築し、その効果について参加した患者の参加前後それぞれ 1 年の状態比較や前方視的な追跡調査によって検討する。

#### 【平成 14 年度】

欧米での重症精神障害者に対する ACT に関して情報収集を行った。さらに、得られた知見を参考に日本における ACT (ACT-J) のスタンダード (案) を作成した。スタッフチームの整備、記録ファイルの整備など、実施へむけての準備をするとともに、スタッフの募集・研修に着手した。また、14 年度末には、患者のエントリーのためのシミュレーション・スタディを国府台病院精神科病棟で実施する予定である。

#### 【平成 15 年度】

国立精神・神経センター国府台地区をフィールドとして、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を実施する。対象患者や家族に与える影響、また医療経済学的な効果 (コストベネフィット) について、検討すると共に、システムを形成するプロセスに関する研究も行う。

### 2 対象者と同意

#### 対象者

- ・ 60 名程度 (予定)
- ・ 以下の 1) から 7) の条件を満たす者を今回のパイロットスタディの対象者とする。
  - 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調査対象外とする)。
  - 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、参加について自発的な同意が得られた者（研究の趣旨は主治医から説明し、必要な場合には、研究スタッフからより詳しい説明を行う）。

※ 研究の中で対象者の家族が家族支援プログラムに参加する場合は、その家族の同意も得る。

### 3 研究期間

平成15年5月1日～平成17年4月30日の2年間

### 4 研究参加スタッフ

国府台病院	精神科	医師・病棟看護師
		技術研究生
精神保健研究所	社会復帰相談部	研究員

### 5 研究プログラム

#### <介入の流れ>

- アセスメントの実施：チームリーダーは、クライアントの研究参加への同意が得られた後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。アセスメントはクライアントの研究参加への同意が得られた後1ヶ月以内に開始し、3ヶ月以内に完了させる。
- 支援計画の立案：担当ケースマネジャーは、面接終了後1ヶ月以内にクライアントの支援計画原案の立案を行う。支援計画は、担当ケースマネジャー、チームリーダー（あるいはACT-Jチームの精神科医）、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、下記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

- 支援計画の見直し：すべてのクライアントに対し6ヶ月ごとに支援計画の見直しを行う。この見直しはクライアント、ケースマネジャーおよびACT-Jチームの精神科医との面接を通して行う。

### 6 実施調査項目・調査スケジュール

#### I アウトカム研究

クライアント基礎情報 (①)

介入前後比較 (②)

地域滞在日数

入院日数

入院回数

精神科救急利用回数

追跡調査 (③)

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale 簡易精神症状評価尺度

さまざまな精神疾患の症状評価に用いられる簡便な評価尺度 CP 換算値

GAS: Global Assessment Scale

DSM-IIIの第V軸社会機能診断をするために開発された評価尺度

ケア必要度

ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの際に用いられるニーズ評価尺度

QOLI: Quality of Life Interview 短縮版

重い精神障害を抱えた人の生活環境を、客観的 QOL と主観的 QOL から捉える面接票

クライアント自記式調査 (④)

CSQ-8: Client Satisfaction Questionnaire

成人の精神保健ユーザーのサービス満足度を評価するために開発された調査票

家族自記式調査 (⑤)

GHQ: General Health Questionnaire 精神健康調査票

Goldberg によって開発された精神健康を中心とする質問紙

生活困難度: 精神障害者の家族生活機能を評価する際に本邦でしばしば用いられる尺度

	加入時	加入後 6ヶ月	加入後 12ヶ月	評価者
基礎情報	①	①	①	ケース マネジャー 精神科医
介入前後比較	②	②	②	
追跡調査	③	③	③	
クライアント 自記式調査	④	④	④	クライアント
家族 自記式調査	⑤	⑤	⑤	家族

## II プロセス研究

チーム形成後のフィデリティスケールの維持的推移 (①)

Dartmouth Assertive Community Treatment Scale

Teague, Bond, & Drake によって開発された ACT 実践基準評価尺度

CCACTI: The Critical Components of Assertive Community Treatment Interview

McGrew と Bond によって開発された ACT 実践基準評価尺度

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) (②)

自記式質問紙、面接

スタッフのメンタルヘルス (③)

自記式質問紙、面接

	チーム始動後 2ヶ月	チーム始動後 6ヶ月	チーム始動後 12ヶ月	評価者
フィデリティ	①	①	①	外部評価者

	スタッフ研修前	スタッフ研修後	チーム始動後 2ヶ月	チーム始動後 6ヶ月	チーム始動後 12ヶ月	評価者
スタッフの意識変化	②	②	②	②	②	スタッフ

	スタッフ研修前	チーム始動後 2ヶ月	チーム始動後 6ヶ月	チーム始動後 12ヶ月	評価者
スタッフのメンタルヘルス	③	③	③	③	スタッフ

Ⅲ 医療経済学的な効果研究

レセプト、本人や家族への面接などからのデータをもとに計算される。

コスト計算をするために観察する領域 (①)

- 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
- Benefit の領域 (例：雇用や福祉的就労により発生する収益)

	プログラム開始時	プログラム開始 6ヶ月後	プログラム開始 12ヶ月後
医療経済学的な効果	← ① →		

7 被験者保護について

<安全性>

- ・ 介入研究ではあるが、身体的侵襲はない。
- ・ 24時間週7日対応を原則とし、緊急の事態に対応できる。

<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本人の同意を得ることを原則とする。
- ・ 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>

- ・ 結果の公表においては個人が特定できないように配慮する。

ACT「包括型地域生活支援プログラム」に関する研究へのご協力依頼

<どうしてこの研究が必要なのでしょう？>

「包括型地域生活支援プログラム」は、あなたが住み慣れた場所で安心して暮らしているようにお手伝いするものです。入院することが少なくなり、生活も安定するので、多くの国でこのプログラムはACT（アクト）と呼ばれて広まってきています。しかし、残念ながら私たちの国では、これまでこのプログラムを利用することはできませんでした。

私たちは、日本ではじめて「包括型地域生活支援プログラム」を行い、参加した人たちが、これまで以上に地域でいきいきと暮らせるようになることを明らかにしたいと思えます。それによって、「包括型地域生活支援プログラム」が日本でも広くいきわたり、同じような問題をかかえた多くの方たちが質の高い生活をおくれるようになると思います。ぜひとも、ご協力いただくようお願いいたします。

あなたのご了解が得られれば、ご家族も安心して生活ができるようなお手伝いも一緒に行います。

<どんなプログラムなのでしょう？>

1. 精神科医、看護師、ソーシャルワーカー、カウンセラーなど、あなたのために多くの専門家が集まってチームを組みます。みんなで、あなたになるべく入院せず、いきいきと地域の中で暮らせるよう応援します。
2. チーム全員で、あなたを支援してゆきます。そのため、担当のスタッフと連絡がとれなくても、同じように質の高いサービスを受けることができます。
3. 治療やリハビリ、福祉サービスなど、あなたが必要とするサービスのほとんどを、このプログラムの中でまとめて提供することができます。
4. 自宅や職場など、あなたが実際に暮らしている場所に訪問して、相談・支援を行います。
5. 必要があれば夜間や土曜日曜でも、あなたの困り事などの相談にのります。

<どんな支援が受けられるのでしょうか？>

次のような支援の中で、あなたが必要とするものを一緒に考えていきましょう。

そして、あなたが参加したいと思うものについて、わたしたちは、そのお手伝いをいたします。

- 毎日の暮らしのお手伝い  
買い物や料理、電車やバスの利用の仕方などについてアドバイスします
- 服薬についてのお手伝い  
あなたが飲んでいる薬の説明をしたり、副作用や飲み忘れについてアドバイスします
- カウンセリング  
不安に感じていることや困り事の相談にのります
- 住まいのお手伝い  
安心して暮らせる方法を一緒に考えます
- 健康な暮らしを続けることのお手伝い  
体の病気を予防するための工夫や、健康診断に関するお手伝いをします
- お金のやりくりのお手伝い  
計画的に、お金をやりくりすることができるよう一緒に考えます
- 具合が悪い時のお手伝い

あなたの具合が悪い時にどうすればよいか一緒に考えていきます

- 仕事に関するお手伝い  
仕事について、あなたの希望が実現するよう、応援します。
- あなたのご家族のお手伝い  
ご家族も安心して暮らせるように、病気や治療についての説明をしたり、困り事の相談にのったりします
- 他の社会資源との連絡  
あなたに必要な社会資源をご紹介します、そのスタッフとも相談しながら、あなたの応援をします

以上の支援は、原則的にあなたが必要としなくなるまで続けられますが、途中で参加をやめることもできます。「プログラムは続けたいけれども担当スタッフを変えたい」などの希望がある場合には、スタッフに相談してください。

<あなたにお願いしたいこと>

ほとんどのサービスがあなたの暮らす地域で行われます。そこで会うことを、お願いしたいと思います。

また、あなたがこのプログラムでどんなサービスを必要としているのか、このプログラムがあなたの役に立っているかどうかを知りたいと思います。そのため、

- 初めてプログラムに参加した時
- プログラム参加後は半年に1回くらい

あなたの病状や生活の質について、アンケートや面接調査を行いますので、ご協力いただきたくお願いいたします。このような調査は、あなたがプログラムに参加してから1年後まで行われます（プログラム自体は、少なくとも平成17年3月までは続けられる予定です）。

<あなたに知っておいていただきたいこと>

- プライバシー保護と診療上の情報提供について

プライバシーには十分配慮しますので、あなたの個人的な情報が外部に漏れることはありません。また、調査によって得られたデータが研究以外の目的で使用されることはなく、関係者以外が調査の記録に接することはできません。研究成果などは学会発表や論文などで公表することがありますが、その場合もあなたのプライバシーは守ります。ただし、あなたの地域生活を応援するうえで参考となる大切な情報については、「包括型地域生活支援プログラム」の効果をあげるために、チームの中で情報を共有します。そのため、これまで担当してきた国府台病院主治医や病棟スタッフと連絡をとることがあります。また、あなたを援助している地域の専門機関のスタッフとも、あなたの了解を得て、連絡をとることがあります。

また、医療経済学的な効果を検討するために、あなたにかかった医療費についての調査も行います。

上の内容について疑問点があれば、いつでもスタッフに相談してください。

- 費用について

このプログラムは、厚生労働省の研究補助金を得て行われていますので、このプログラムに関しては、特別な費用はかかりません。ただし、国府台病院での外来診療費（薬代を含む）や、入院した際の入院費は、今までどおりです。また、移動にかかる交通費や食事代は、あなたの分だけご負担いただきます。

● 予測できないことについて

プログラムに際して、予防や対策には十分に配慮いたしますが、予測できない事故が生じる可能性が皆無ではありません。その際に、責任を負うことができない場合があることを、ご理解いただけますよう、お願いいたします。

● 研究への参加・不参加と不利益について

このプログラムは、あなたの同意をえた上で、行われます。プログラムへの参加は強制ではありません。また、途中で参加の同意を取り消すこともできます。参加しなくても、また同意を取り消しても、国府台病院での通常の診療や治療において、あなたが不利益を受けることは、決してありません。ただし、その場合は、このプログラムに伴う様々なサービスを受けることはできません。

以上の内容について十分に理解した上で、同意をいただけるようでしたら、下記の同意書にご記入の上、プログラムにご協力ください。

ご質問やご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

連絡先：包括型地域生活支援プログラム

チームリーダー 土屋 徹

チーム精神科医 西尾 雅明

047-375-4792 (9:00-17:00)

---

調査研究への協力の同意書

研究責任者 国府台病院 塚田和美 殿  
精神保健研究所 伊藤順一郎 殿

私はプログラムの目的や内容について十分に理解しましたので、本プログラムおよび関連する調査に参加することを同意いたします。

同意年月日 \_\_\_\_\_

本人署名 \_\_\_\_\_

説明したスタッフ \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_



## ACT「包括型地域生活支援プログラム」に関する研究へのご協力依頼

< どうしてこの研究が必要なのでしょう？ >

「包括型地域生活支援プログラム」は、ご本人が住み慣れた場所で安心して暮らしていけるようにお手伝いするものです。入院することが少なくなり、生活も安定するので、多くの国でこのプログラムはACT（アクト）と呼ばれて広まってきています。しかし、残念ながら私たちの国では、これまでこのプログラムを利用することはできませんでした。

私たちは、日本ではじめて「包括型地域生活支援プログラム」を行い、参加した人たちが、これまで以上に地域でいきいきと暮らせるようになることを明らかにしたいと思えます。それによって、「包括型地域生活支援プログラム」が日本でも広くいきわたり、同じような問題をかかえた多くの方たちが質の高い生活をおくれるようになると思えます。ぜひとも、ご協力いただくようお願いいたします。

ご本人と共に、ご家族の方も安心して生活ができるようにお手伝いします。

< どんなプログラムなのでしょう？ >

- 1 精神科医、看護師、ソーシャルワーカー、カウンセラーなど、ご本人のために多くの専門家が集まってチームを組みます。みんなで、ご本人がなるべく入院せず、いきいきと地域の中で暮らせるよう応援します。
- 2 チーム全員で、ご本人を支援していきます。そのため、担当のスタッフと連絡がとれなくても、同じように質の高いサービスを受けることができます。
- 3 治療やリハビリ、福祉サービスなど、ご本人が必要とするサービスのほとんどを、このプログラムの中でまとめて提供することができます。
- 4 自宅や職場など、ご本人が実際に暮らしている場所に訪問して、相談・支援を行います。
- 5 必要があれば夜間や土曜日曜でも、ご本人の困り事などの相談にのります。

< どんな支援が受けられるのでしょうか？ >

次のような支援の中で、ご本人が必要とするものを一緒に考えていきます。

そして、ご本人が参加したいと思うものについて、わたしたちは、そのお手伝いをいたします。

- 毎日の暮らしのお手伝い  
買い物や料理、電車やバスの利用の仕方などについてアドバイスします
- 服薬についてのお手伝い  
ご本人が飲んでいる薬の説明をしたり、副作用や飲み忘れについてアドバイスします
- カウンセリング  
不安に感じていることや困り事の相談にのります
- 住まいのお手伝い  
安心して暮らせる方法を一緒に考えます
- 健康な暮らしを続けることのお手伝い  
体の病気を予防するための工夫や、健康診断に関するお手伝いをします
- お金のやりくりのお手伝い  
計画的に、お金をやりくりすることができるよう一緒に考えます
- 具合が悪い時のお手伝い  
ご本人の具合が悪い時にどうすればよいか一緒に考えていきます

- 仕事に関するお手伝い  
仕事について、ご本人の希望が実現するよう、応援します。
- ご本人のご家族のお手伝い  
ご家族も安心して暮らせるように、病気や治療についての説明をしたり、困り事の相談にのったりします
- 他の社会資源との連絡  
ご本人に必要な社会資源をご紹介し、そのスタッフとも相談しながら、ご本人の応援をします

以上の支援は、原則的にご本人が必要としなくなるまで続けられますが、途中で参加をやめることもできます。

また、ほとんどのサービスはご本人のくらす地域で行われます。ご本人にはそこで会うことをお願いしています。

#### <ご家族にお願いしたいこと>

- ご家族には、家族支援のプログラムへの参加をお願いいたします。
- ご家族がこのプログラムでどんなサービスを必要としているのか、このプログラムがご家族の役に立っているかどうかを知りたいと思います。そのため、
  - 初めてプログラムに参加した時
  - プログラム参加後は半年に1回くらい

ご家族の健康や暮らしのなかで抱えていらっしゃる困難について、アンケートや面接調査を行いますので、ご協力いただきたく思います。このような調査は、ご本人がプログラムに参加してから1年後まで行われます（プログラム自体は、少なくとも平成17年3月までは続けられる予定です）。

なお、ご本人にも同様の調査参加を、お願いしています。

#### <ご家族に知っておいていただきたいこと>

- プライバシー保護と診療上の情報提供について  
プライバシーには十分配慮しますので、ご本人・ご家族の個人的な情報が外部に漏れることはありません。また、調査によって得られたデータが研究以外の目的で使用されることはなく、関係者以外が調査の記録に接することはできません。研究成果などは学会発表や論文などで公表することがありますが、その場合もご本人・ご家族のプライバシーは守ります。ただし、ご本人の地域生活を応援するうえで参考となる大切な情報については、「包括型地域生活支援プログラム」の効果をあげるために、チームの中で情報を共有します。そのため、これまで担当してきた国府台病院主治医や病棟スタッフと連絡をとることがあります。また、ご本人を援助している地域の専門機関のスタッフとも、ご本人の了解を得て、連絡をとることがあります。

また、医療経済学的な効果を検討するために、ご本人にかかった医療費についての調査も行います。

上の内容について疑問点があれば、いつでもスタッフに相談してください。

- 費用について  
このプログラムは、厚生労働省の研究補助金を得て行われていますので、このプログラムに関しては、特別な費用はかかりません。ただし、国府台病院での外来診療費（薬代を含む）や、入院した際の入院費は、今までどおりです。また、移動にかかる交通費や食事代は、ご本人の分だけご負担いただきます。

- 予測できないことについて  
プログラムに際して、予防や対策には十分に配慮いたしますが、予測できない事故が生じる可能性が皆無ではありません。その際に、責任を負うことができない場合があることを、ご理解いただけますよう、お願いいたします。
- 研究への参加・不参加と不利益について  
このプログラムは、ご本人の同意をえた上で、行われます。プログラムへの参加は強制ではありません。また、途中で参加の同意を取り消すこともできます。参加しなくても、また同意を取り消しても、国府台病院での通常の診療や治療において、ご本人が不利益を受けることは、決してありません。ただし、その場合は、このプログラムに伴う様々なサービスを受けることはできません。

以上の内容について十分に理解した上で、同意をいただけるようでしたら、下記の同意書にご記入の上、プログラムにご協力ください。

ご質問やご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

連絡先：包括型地域生活支援プログラム

チームリーダー 土屋 徹

チーム精神科医 西尾 雅明

047-375-4792 (9:00-17:00)

---

#### 調査研究への協力の同意書

研究責任者 国府台病院 塚田和美 殿  
精神保健研究所 伊藤順一郎 殿

私はプログラムの目的や内容について十分に理解しましたので、本プログラムおよび関連する調査に参加することを同意いたします。

同意年月日 \_\_\_\_\_

ご家族署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

説明したスタッフ \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_

重症精神障害者に対する新たな訪問型の包括型地域生活支援サービス・システムの  
開発に関する研究：  
効果評価・プログラム評価に関する研究プロトコル

## I. 研究の概要と目的

### 1. 背景

Assertive Community Treatment (以下 ACT と略す)とは、重い精神障害を持つ人々（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）のニーズに合うように特化した地域ケアパッケージである。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 ④ 24 時間週 7 日対応を原則とし危機介入にも対応できる等の特徴をもつ医療・保健・福祉の包括的な地域生活支援プログラムである。また、これはひとつの固定化したサービスパッケージをさすのではなく、サービスの内容は利用者のニーズに応じて、柔軟に決められるのも特徴である。

これまでの欧米の研究では、ACT は重い精神障害を持つ人々の再発率低下や地域滞在率向上などで一定の効果を見せている。すなわち ACT で有効性が実証されているのは、入院期間の短縮、安定した住居、患者の満足度であり、好ましくない結果が多く出ているのは、触法問題、薬物乱用、社会適応、就労機能であった。効果の評価が分かれているのは、薬物コンプライアンス、精神症状、生活の質 (QOL)、近親者の満足度であった。つまり、ACT は、精神医療を頻回に利用する地域生活維持が困難な重い精神障害を持つ人々に対し包括的な精神保健福祉サービスを提供し、彼らの地域生活の質を上げ、サービスに対する満足度を向上するのに寄与する可能性をもっている。(Evidence Table 参照)

我が国においては、同様の訪問型や多職種スタッフによる地域生活支援の取り組みは散見されるものの、パッケージ化したプログラムとしては、本研究のパイロット研究として平成 15 年度に国府台地区で Assertive Community Treatment-Japan (ACT-J)が開始された。このパイロット研究は、ACT のサービス・システムを開発し、基盤を整えることを目的としており、この臨床的評価はコントロールを取らないサービス対象者の前後比較というデザインが用いられている。平成 15 年に提出したパイロット研究は、ACT-J の立ち上げ期間の臨床的結果を評価することを目的とした研究であった。このパイロット研究での一年間の経験の上、臨床的手法としても安定してきたので、今回は非介入群をおいた無作為割付試験というデザインで、ACT-J の効果について科学的により厳密な研究方法で明らかにし、ACT-J プログラムの臨床的効果、プログラムおよび費用・便益を評価し、エビデンスに基づく医療、政策に資することを目的とする。

### 2. Assertive Community Treatment-Japan (ACT-J)の定義

ACT-J とは、平成 15 年 5 月から国府台地区において施行された、日本における初めての ACT プログラムである。(このプログラム実施の詳細については、平成 15 年の研究プロトコルを参照されたい。) 以下に ACT-J の概略を示す。

#### i) ACT-Jの目的

ACT-J のゴールは、重い精神障害を持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送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方に対して、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に支援を行い、安定した環境づくりをおこなう。