

C. 結果

1. 研究対象者の流れ

本報告は、平成 16 (2004) 年 5 月 1 日から平成 18 (2006) 年 2 月 28 日までに研究参加に同意したものを対象とした予備的分析である。この期間内に国府台病院精神科への入院件数は 2202 件であった。これらのうち 2059 件は、前述の加入基準に合致しなかった。追跡不能になったもの 5 名、死亡者 2 名を除き、研究参加に拒否したものは 46 名であった (図 1)。

次に、研究参加者と拒否者の基本属性、過去の精神科情報に関して比較したところ (表 1)、過去 2 年間の精神科入院歴に関して、研究参加者では 57.8% が入院歴有であったのに対して、拒否者では入院歴有のものは 34.8% にとどまった ($p < 0.05$)。それ以外の性別、年齢、過去の精神科サービスの利用、社会機能 (GAF 得点) について、研究参加者と拒否者で差異は認められなかった。

研究参加に同意の得られたものは 90 名であり、これらを実験として割り付した結果、介入群 (ACT 群) は 46 名、対照群 (通常のケア群) は 44 名となった。介入群の中で、1 名は退院と同時に対象居住地外へ転居したために研究終了となった。また研究参加者のうち、介入群では 1 名のみが研究登録時の入院を継続していたが、対照群では 8 名がデータ集計の時点で入院を継続していた。研究登録の入院から退院して 2 週間後のベースライン調査を完了したものは、介入群で 37 名、対照群で 31 名であった。さらにその 6 ヶ月後の調査の完了者は介入群では 25 名、対照群では 18 名であった。対照者のうち、2 名はそれぞれ、死亡、転居のために研究終了となった。

2. 基本属性、精神科情報に関する比較

介入群と対照群における基本属性および精神科情報に関する比較を表 2 に示す。性別は男性が介入群では 45.7% で、対照群では 54.6% であり、平均年齢は介入群が 38.5 歳 (標準偏差 10.7)、対照群では 43.3 歳 (標準偏差 10.6) であった。平均年齢については、統計学的な有意差が認められた。婚姻歴については未婚のものが過半数であり (介入群 60.9%、対照群 65.9%)、二群とも家族同居率は高く (介入群 73.9%、対照群 75.0%)、平均教育年数は 12 年以上、つまり高校卒業以上であった。

精神科情報に関する比較では、介入群、対照群ともに主診断は統合失調症圏 (F2x) が多く (介入群 80.4%、対照群 75.0%)、平均初発年齢、平均罹病期間は同等であった。過去 2 年間の精神科サービスの利用に関して、過去 2 年間の入院歴が有りのものは介入群で 60.9%、対照群で 54.6% であり、入院歴が有りのものでみると、平均入院回数および平均入院日数はそれぞれ介入群では 1.9 回、101.9 日 (28 人の検討)、対照群では 1.7 回、96.5 日 (20 人での検討) であった。過去 1 年間の社会機能は、介入群では 43.6 点 (標準偏差 12.1)、対照群では 44.5 点 (標準偏差 14.3)、入院時の GAF 得点においても、これら 2 群で統計的な差異は認められなかった。

3. 臨床的指標

精神症状として、BPRS 総得点はベースラインでは介入群では 17.9 点 (標準偏差 8.2)、対照群では 20.2 点 (標準偏差 7.3) であった。BPRS の下位尺度として、陽性症状、陰性症状、気分変調、躁症状、心気症状をこれら 2 群で比較したが、差異は認められな

かった（表3）。

社会機能では、退院後2週間後のGAF得点は介入群では48.2点（標準偏差10.8）、対照群では47.0点（標準偏差10.4）と差異は認められなかった。

4. 心理社会的指標

QOLIの主観的生活満足度を検討したところ、安全面での満足度で介入群が4.8点、経済面での満足度が対照群で3.2点であった以外には、いずれの項目でも平均点は約4点程度、つまり「どちらでもない」であった（表4）。安全面、経済面での満足度については、これら2群において差異のある傾向にあった。客観的な指標では、経済的評価について1ヶ月の収入では2群で大きな違いは見られなかったが、1ヶ月の平均支出額を尋ねたところ、介入群では55,700円であったのに対して、対照群では27,700円と低額であった。

また退院2週間後での居住形態について、単身生活およびグループホームで生活していたものは、介入群で11名（34.4%）であったのに対して、対照群では6名（25.0%）にとどまった。

D. 考察

ACT-Jの効果を評価するためにRCTを開始し、現在も症例を蓄積し続けている。また、アウトカム指標等もベースライン調査、追跡調査で収集を継続している。本報告では、平成18（2006）年2月28日時点に集計した研究参加者の基本的属性や過去の精神医療の情報の比較を行った。この結果として、1. 研究参加者と拒否者の比較では過去2年間の入院歴有りのものの割合以外にこれら2群間で大きな違いはなく、

2. 介入群と対照群の比較でも、平均年齢を除いて大きな違いはなかったことが明らかになった。以下にこれらのベースラインの情報について考察を加える。

1. 研究参加者と拒否者の比較について

基本的属性および精神科情報について参加者と拒否者と比較したところ、研究参加者では、過去2年間に入院歴が有りのものの割合が研究拒否者に比べると高かった。この点で、研究参加者は拒否者に比して過去の精神科サービスの利用について均質とは言えないが、結果を解釈するうえで本研究参加者は精神科入院に関しては、よりニーズの高いものであることがうかがえた。

RCT研究の加入基準は、統合失調症、気分障害のものは、過去1年間のGAF得点で50点以下と生活機能が低ければ過去2年間に精神科への入院歴にかかわらず研究対象者となるように設定した。リクルート時にも、研究参加の判断は本人の任意の選択であったので入院回数の少なかったものは、高密度のサービスの必要性を感じずに拒否したことが考えられる。そこで、過去2年間に入院歴が無かったものについて、研究参加者と拒否者と比較すると、女性の割合が研究参加者で42.1%、拒否者で63.3%と拒否者で高い傾向にあった（ $p=0.08$ ）。年齢、他の精神科サービスの利用の程度、社会機能のいずれにおいても違いは見られなかったために、実際にニーズの程度に違いがあったのかについては明らかでない。症例を増やしてもこの差異が残るものであるかは慎重に検討する必要がある。

2. 介入群と対照群の比較について

研究参加に同意したものを、無作為に介入群と対照群に割り付けた。現在もこのリ

クルートは継続中である。その途中経過ではあるが、今回のまとめでは介入群では対照群に比べて、平均年齢が低いことが明らかになった。年齢の分布が介入群と対照群で異なっていたので、初発年齢、罹病期間を検討したところ、それぞれ介入群では25.5歳(標準偏差9.9)、12.7年(標準偏差9.4)歳、対照群では28.4歳(標準偏差10.7)、14.4年(標準偏差10.2)と統計的な有意差は認められなかった。ただし、今回介入群の平均年齢は、パイロット研究期間の対象者の平均年齢35.8歳と比して、大きな違いはみられていなかった。症例を増やしても年齢差が残るものかを検討する必要がある。

年齢以外の基本的属性や、過去の精神医療に関する情報について比較したが、介入群と対照群で違いは認められず、これらの点で2群の均質性は認められたといえよう。

退院2週間後の生活の質について、QOLIを用いて社会生活の8領域について主観的、および客観的に評価をした。調査完了者を見てみると、経済的な満足度において対照群が介入群に比較して低値であった。収入額はこれら2群で同等であったが、支出額では、対照群では平均値が27,700円と低かったのが1つの要因として考えられるが、この点は更に詳細な検討が必要である。また、単身生活やグループホームなどで家族から独立して生活しているものの割合は介入群では高かった。本研究、およびACT-Jの臨床活動は入院中から始まり、まず退院に向けての支援から始まることが多い。本研究の目標は再入院率や入院日数の変化を検討することと設定したが、このようにACT-Jの関与開始直後の退院率や、家族から独立して生活するものの割合は、近位の

ACTの臨床効果を示す指標となる可能性も考えられる。

3. 本研究の限界について

本効果評価研究は平成16年度に開始し、現在も研究を継続している。このように現在も進行中の研究であるが、無作為割付の結果、両群で均質であることを確かめるために、基本的属性や背景となる変数について今回は検討した。このため、現在の段階では主要な結果について言及することはできない。しかし去年のまとめと比較して、症例を増やすことによって、2群での差異の少ない集団になってきたことが明らかになった。今後も、症例数を増やしていきながら、2群での均質性を確認し、もし2群の均質性が保障されないならば、統計学的に調整したり、より慎重な解釈が必要となるであろう。

E. 結論

ACT-Jの効果を明らかにするために、無作為化比較試験を行った。本報告では、その研究方法を報告し、平成18(2006)年2月28日時点の研究参加者90名と研究拒否者46名の比較、それに続き、介入群46名、対照群44名の基本的属性や過去の精神科医療の情報について比較を行った。研究拒否者に比べて研究参加者では過去2年間の入院歴有りのものの割合が多かったが、それ以外の変数で統計的に有意な違いは見られなかった。無作為割付の結果、介入群は対照群と比較すると、平均年齢に違いが認められた。介入群では38.5歳と対照群の43.3歳に比べて若かったが、パイロット研究の対象者の平均年齢と大きな違いはなかった。本報告は中間報告であり、今後も症

例を増やしてゆき、ベースライン、追跡調査を行う予定である。その中で、研究参加者と拒否者の違いを減らすようにより積極的な研究の説明と同意のプロセスが必要であり、症例を増やし無作為割付による介入群と対照群の均質性を求めていく予定である。

本報告書のとりまとめは、研究協力者の鈴木友理子が行った。

【参考文献】

- 1)Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual Model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry. 37: 392-397, 1980.
- 2)Muser KT, Bond GR, Drake RE, et.al. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. Schizophrenia Bulletin. 24: 37-74, 1998.
- 3)Drake RE, Goldman HH, Leff HS, et.al. Implementing evidence-based practice in routine mental health service settings. Psychiatric Services. 52: 179-182, 2001.
- 4)Muser KT, Torrey WC, Lynde D, et.al. Implementing evidence-based practice for people with severe mental illness. Behavior Modification. 27: 387-411, 2003.
- 5)伊藤順一郎, 大島巖, 西尾雅明. 日本における包括型地域生活支援プログラム (ACT) の展開の可能性. 病院・地域精神医学. 45: 36-41, 2003.
- 6)西尾雅明. 国府台地区における ACT (ACT-J) の現状と課題. 日本精神科病院協会雑誌. 23:54-58, 2004.
- 7)伊藤順一郎, 窪田彰, 高木俊介, 他. 日本における ACT 導入の課題と展望. 精神障害とリハビリテーション. 9:108-125,2005.
- 8)Kolakowska T: Brief Psychiatric Rating Scale. Glossaries and rating instructions. Oxford, Oxford University,1976.
- 9)高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸 (訳) : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版. 医学書院,東京,2003.
- 10)Lehman AF: Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 31:78-88,1996.
- 11)伊藤順一郎, 鈴木友理子: ACT-J の無作為化比較試験による効果評価. 研究の概要とベースライン. 平成 16 年度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型地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究」 (主任研究者 塚田和美) 研究報告書, 2005 年 4 月.

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

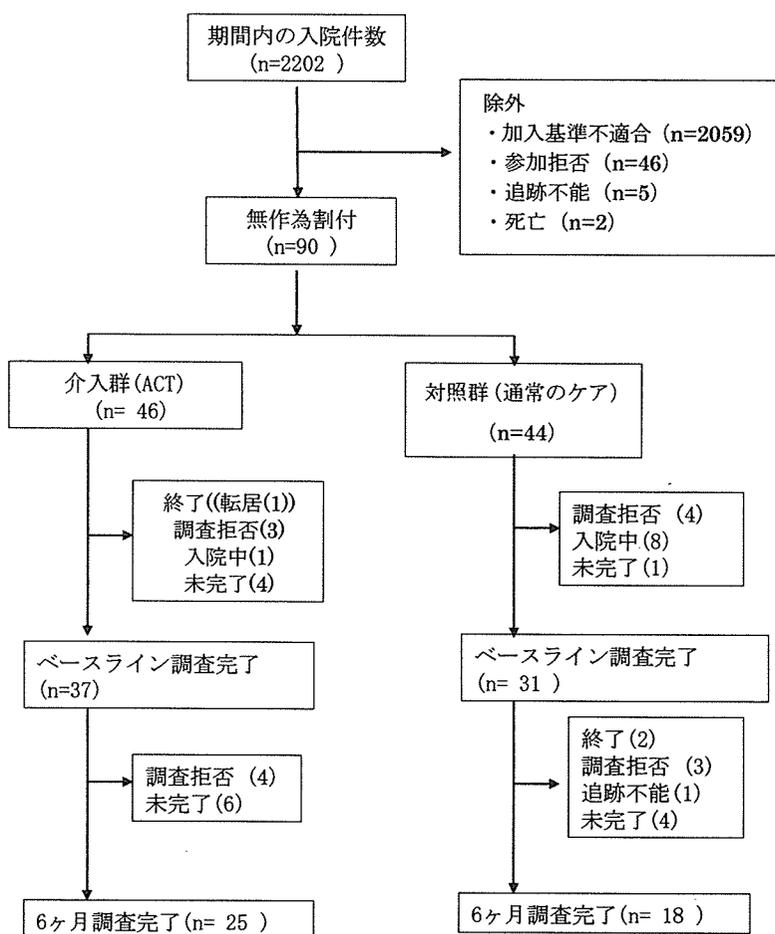
- ・鈴木友理子, 伊藤順一郎: 社会リハビリテーション: 精神障害者へ社会リハビリテーションの取り組み. リハビリテーション研究. 125:17-21.2005.
- ・Yuriko Suzuki, Junichiro Ito: Does ACT work in Japan? A randomized controlled trial to evaluate its effectiveness. Poster presentation. 57th Institute on Psychiatric Services. 2005.10.8. San Diego.

- ・鈴木友理子、堀内健太郎、西尾雅明、伊藤順一郎：包括型地域生活支援プログラム（ACT）導入をめぐる多文化精神医学的考察. 第25回日本社会精神医学会. 2006.2.24, 東京.
- ・鈴木 友理子, 西尾雅明, 伊藤順一郎, 大島 巖, 塚田和美: 包括型地域生活支援プログラム（ACT-J）の無作為割付試験プロ

トコール. 第101回日本精神神経学会総会, 2005.5.19. 大宮.

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

図1. リクルート期間*の研究対象者の流れ



*: 2004. 5. 1ー2006. 2. 28のまとめであり、リクルートおよび調査は現在も継続中

表1. 研究参加者と拒否者の基本的属性、精神科情報に関する比較

変数	参加者 (n=90)		拒否者 (n=46)		p value
	N	%	N	%	
性別					
男性	17	37.0	45	50.0	$\chi^2=2.09$ 0.148
平均年齢 (SD ¹)	40.1	(10.8)	40.5	(8.4)	$t=-0.21$ 0.832
主診断					
F2x	72	80.0	41	89.1	} $\chi^2=2.27$ 0.322
F3x	16	17.8	5	10.9	
他	2	2.2	0	0.0	
過去2年間に入院歴有	52	57.8	16	34.8	$\chi^2=6.44$ 0.010
平均入院回数* (SD)	1.8	(1.1)	1.9	(1.1)	$t=-0.41$ 0.688
平均入院日数 (SD)	99.5	(84.1)	137.7	(155.8)	$t=-0.91$ 0.375
過去2年間に精神科救急受診有	34	37.8	19	41.3	$\chi^2=0.16$ 0.690
平均受診回数** (SD)	5.4	(16.7)	1.7	(0.9)	$t=1.28$ 0.210
医療中断有	15	17.1	7	15.6	$\chi^2=0.48$ 0.827
医療中断月数*** (SD)	7.3	(7.3)	9.9	(7.7)	$t=-0.75$ 0.469
過去1年間で最高のGAF ² 得点(SD)	44.1	(13.2)	41.8	(13.1)	$t=0.96$ 0.339
入院時のGAF得点(SD)	23.9	(9.1)	25.7	(10.0)	$t=-1.00$ 0.319

¹): Standard Deviation, ²): Global assessment of functioning

*: 過去2年間に入院歴有のもの集計, **: 過去2年間に精神科救急受診歴有のもの集計,

***: 医療中断したもの集計

表2. 介入群と対照群の基本的属性、精神科情報に関する比較

変数	介入 (ACT) 群 (n=46)		対照 (通常のケア) 群 (n=44)		p value
	N	%	N	%	
性別					
男性	21	45.7	21	54.6	$\chi^2=0.71$ 0.399
平均年齢(SD ¹⁾)	38.5	(10.7)	43.3	(10.6)	$t=-2.10$ 0.038
婚姻歴					
既婚	13	28.3	9	20.5	} $\chi^2=2.10$ 0.552
未婚	28	60.9	29	65.9	
離婚	4	8.7	6	13.6	
死別	1	2.2	0	0.0	
居住形態					
家族同居	34	73.9	33	75.0	$\chi^2=2.02$ 0.364
平均教育年数(SD)	13.4	(2.5)	12.5	(2.5)	$t=1.78$ 0.079
診断					
F2x	37	80.4	33	75.0	} $\chi^2=3.07$ 0.215
F3x	7	15.2	11	25.0	
他	2	4.4	0	0.0	
平均初発年齢 (SD)	25.5	(9.9)	28.4	(10.7)	$t=-1.34$ 0.184
平均罹病年数 (SD)	12.7	(9.4)	14.4	(10.2)	$t=0.82$ 0.416
過去2年間の入院歴有	28	60.9	20	54.6	$\chi^2=0.37$ 0.544
平均入院回数* (SD)	1.9	(1.2)	1.7	(1.0)	$t=0.60$ 0.545
平均入院日数* (SD)	101.9	(83.3)	96.5	(86.7)	$t=-0.23$ 0.821
過去2年間に精神科救急受診有	16	34.8	18	40.9	$\chi^2=0.36$ 0.549
平均受診回数** (SD)	9.0	(24.1)	2.1	(1.7)	$t=-1.14$ 0.272
医療中断有	8	17.8	7	16.3	$\chi^2=0.03$ 0.852
医療中断月数*** (SD)	4.6	(3.5)	10.3	(9.6)	$t=1.48$ 0.177
過去1年間で最高のGAF ²⁾ 得点(SD)	43.6	(12.1)	44.5	(14.3)	$t=-0.32$ 0.751
入院時のGAF得点(SD)	24.1	(8.2)	23.7	(10.0)	$t=-0.23$ 0.817

¹⁾ Standard Deviation. ²⁾ Global assessment of functioning

*: 過去2年間に入院歴有のもの集計, **: 過去2年間に精神科救急受診歴有のもの集計,

***: 医療中断したもの集計

表3. 介入群と対照群のベースラインにおける精神症状、社会機能の比較

変数	介入 (ACT)群 (n=37)		対照 (通常のケア) 群 (n=31)		p value
	平均値	SD ¹⁾	平均値	SD ¹⁾	
BPRS総得点	17.9	8.2	20.2	7.3	t=-1.21 0.231
BPRS:陽性症状	5.2	5.1	6.5	3.8	t=-1.15 0.254
BPRS:陰性症状	4.8	3.0	4.0	3.4	t=1.09 0.276
BPRS:気分変調	5.4	2.7	6.5	3.1	t=-1.48 0.144
BPRS:躁症状	0.6	1.6	0.9	1.7	t=-0.86 0.395
BPRS:心気症状	1.8	1.2	2.4	1.5	t=-1.66 0.103
GAF得点	48.2	10.8	47.0	10.4	t=0.48 0.632

¹⁾ Standard Deviation, ²⁾ Brief Psychiatric Rating Scale (簡易精神症状評価尺度), ³⁾ Global Assessment of Functioning (全

表4. 介入群と対照群のベースラインにおける生活の質(QOLI¹⁾)の比較

変数	介入 (ACT)群 (n=32)		対照 (通常のケア) 群 (n=24)		統計量	p value
	平均値	SD ²⁾	平均値	SD ²⁾		
(主観的満足度評価)						
全般的満足度	3.8	1.2	3.4	1.3	t=1.14	0.259
住居の満足度	4.2	1.4	4.1	1.2	t=0.28	0.783
余暇活動の満足度	3.8	1.3	3.5	1.6	t=0.58	0.564
家族関係の満足度	4.4	1.9	4.1	2.0	t=0.69	0.497
対人関係の満足度	4.2	1.5	4.2	1.5	t=-0.04	0.966
経済の満足度	3.9	1.3	3.2	1.4	t=1.97	0.055
安全の満足度	4.8	1.2	4.1	1.5	t=1.81	0.077
健康の満足度	3.7	1.2	3.6	1.6	t=0.19	0.851
(客観的評価)						
家族から独立した生活者	11	34.4	6.0	25.0		0.324
余暇活動の幅**	4.9	8.0	3.7	8.0	Z=-2.19	0.028
家族と話す頻度	4.3	1.5	4.1	1.5	Z=-.351	0.726
家族と会う頻度	4.2	1.7	4.3	1.5	Z=-.106	0.915
他人と話す頻度	3.6	1.3	3.1	1.5	Z=-1.049	0.294
他人と電話する頻度	3.1	1.6	2.9	1.6	Z=-.732	0.464
計画した活動の頻度	2.1	1.3	2.2	1.3	Z=-.220	0.826
親密な人と過ごす頻度	2.0	1.4	2.2	1.6	Z=-.317	0.752
就労収入有の人数* (%)	5	(14.3)	4	(16.7)		0.598
収入** (*1,000円)	104.2	171.1	106.6	82.0	Z=-1.160	0.246
支出** (*1,000円)	55.7	174.9	27.7	44.4	Z=-.633	0.527
犯罪被害有の人数* (%)	7	(21.9)	5	(20.8)		0.596
逮捕有の人数* (%)	0	(0)	2	(8.3)		0.179
健康	3.5	1.4	3.8	1.2	Z=-.552	0.581

¹⁾ Quality of Life Interview, ²⁾ Standard Deviation, ³⁾ 単身生活及びグループホームでの生活者

* χ^2 検定 (Fisherの直接確率法)、** Mann-Whitney検定, それ以外の無印の変数は独立したサンプルのt検定

厚生労働科学費研究補助金（こころの健康科学研究事業）
「重度精神障害者に対する包括型生活支援プログラムの開発に関する研究」
分担研究報告書

機能評価に関する研究
ACT-Jのプロセス・フィデリティ評価に関する研究（その1）：
DACTS による時系列評価

分担研究者 大島巖（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）

大島巖*1、園環樹*1、贅川信幸*1、伊藤順一郎*2、西尾雅明*2

*1 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

*2 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨

米国で開発され、最も標準的なフィデリティ尺度と考えられている DACTS を、日本で最初の ACT 実証プロジェクトである ACT-J で時系列的に評価するとともに、この取り組みがプログラムモデルにどの程度適合しているのか継続的に明らかにした。昨年度までに作成した DACTS 日本語版の尺度と評価マニュアルを用いて、DACTS の評価を3ヶ月おきに行った。DACTS の下位尺度である「人的資源下位尺度」と「組織の枠組み下位尺度」は期間中、4点以上を維持していたが、「サービスの特徴下位尺度」は項目平均が3点以下であり、2005(平成17)年度中はすべて2.8点であった。組織の枠組み及び総合尺度において、2005(平成17)年5月度の値が最も低かったが、その後、その結果が臨床チームにフィードバックされ、改善された。DACTS には ACT-J の利用者にはニーズがほとんどない重複診断プログラム、物質依存サービスに関連した項目が28項目中5項目含まれており、ACT における援助サービスの提供には地域差を考慮しなければならないことを示唆している。これをふまえて、日本における ACT 実践を評価するのにより相応しい評価を行うための考察を行った。

A. 研究目的

DACTS(Dartmouth Assertive Community Treatment Scale) は、ACTプログラムの援助構造・援助機能を、プログラム単位で評価する代表的なフィデリティ尺度である。ACT モデルの実践度を、実証的に明らかにされた効果的な援助要素28項目から測定するものであり、Teagueら(1995)によって

開発された。今日では、ACT に関して国際的に最も幅広く使用されているフィデリティ評価尺度である。

プログラム実施に携わっていない第三者の立場にある評価者が、記録の確認やチームミーティングの観察、同行訪問などでの援助場面の観察、チームリーダーやケースマネジャー、利用者・家族に対する面接に

基づいて、5段階で客観的に評価を行う。

ACT を新たに導入するときには、その実践がどの程度 ACT のプログラムモデルに合致しているのかを知るために不可欠の評価であり、本研究では、米国で開発され、最も標準的なフィデリティ尺度と考えられている DACTS を、日本で最初の ACT 実証プロジェクトである ACT-J で時系列的に評価すると共に、この取り組みがプログラムモデルにどの程度適合しているのかを、定期的に明らかにしてきた。本研究では、DACTS の 2005(平成 17)年度における推移を明らかにするとともに、DACTS 得点改善のための示唆を得ることとする。

B. 研究方法

1. 日本版 DACTS の作成

昨年度までに、ACT-J プロジェクトに関わる研究者が合同で、尺度と評価マニュアルの翻訳を行った。これらの日本語版の作成に当たっては、DACTS 開発者の一人であるインディアナ大学 Gary Bond 先生の指導を得た。評価法の詳細な判断方法についても Bond 先生の指導を得た。DACTS の評価項目と評価基準は、表 1 の通りである。

尺度は、「人的資源領域：プログラムの構造と構成」「組織の枠組み」「サービスの特徴」という 3 領域からなっており、それぞれ 10 項目前後の個別項目から構成されている。各項目とも 5 段階からなる、行動レベルの確定的アンカーポイントに基づいて評価される。その基準は評価基準に示したものを主に用いている。

2. 評価方法、評価手順

ACT の実践に直接関与しない、東京大学大学院医学系研究科の複数の研究者が評価

者となり、DACTS の評価に必要な情報収集は、記録の確認、観察、面接を並行・同席して同時に行う。評価は独立して行い、差異が生じた場合は協議をして評価点を定める。

DACTS の評価は 2005(平成 17)年度も 3 ヶ月おきに行った。評価対象月の記録が整理された後、できるだけ早い時期にチームを訪問し、1 日ないしは 2 日をかけて記録を確認し、援助場面を観察し、面接を行った。

3. 分析方法

28 項目個別尺度得点と 3 領域の下位尺度、総合尺度それぞれの時系列変化を検討する。

C. 結果と考察

1. DACTS 下位尺度、総合尺度の時系列変化

図 1 には、DACTS の 3 つの下位尺度と総合尺度の時系列変化を示した。

総合尺度は、項目平均 4 点をやや下回る得点で評価期間推移している。項目平均 4 点は、中程度のモデル適合度を示すと考えられており、総合尺度から見ると、ACT-J の取り組みは初期の時期からある程度適切なプログラムを実施しているが、時間が経過してもなかなかそれ以上に良い適合度に改善することができていない。

一方、「人的資源下位尺度」と「組織の枠組み下位尺度」は期間中、4 点以上を維持している。「組織の枠組み下位尺度」はこれまで 5 点に近い点数を維持してきたが、2005(平成 17)年 5 月度には 4.3 点に減少した。これは、表 2 の通り、「入院に対する責任」と「退院計画に対する責任」が 3 点に減少したことによる。この 2 尺度は、医療機関との関係性において臨床チームが努力

を払わないとその責任を果たすことが難しい項目である。DACTS 得点の低下を臨床チームにフィードバックすることにより、2005(平成17)年8月度以降、改善を示している。

「サービスの特徴下位尺度」は、項目平均が継続して2.8点で推移した。

2. 個別項目得点の時系列変化

表2に、DACTSを構成する28項目の時系列変化を示した。

下位尺度別で得点が低かった「サービスの特徴下位尺度」の構成項目については、物質乱用と精神障害を合併した重複診断を受けた人たちに対するプログラム(「物質乱用個人治療」「重複診断ケース治療グループ」「重複診断ケースモデルの採用」)があり、これらのプログラムを実施していないために、その評価点が最低点であった。これは2005(平成17)年度もACT-Jの利用者にこのようなニーズをもつ人たちが存在しないことからACT-Jでは実施していないためである。

このプログラムに関わる項目が、「H9. 物質依存専門家がスタッフにいる」と「03. 治療サービスに対する完全な責任性」に存在する。「03. 治療サービスに対する完全な責任性」では、ケースマネジメントなど必須のサービスに加えて、物質乱用治療が含まれている。

物質乱用プログラム以外の項目で、得点が低いのは、「S10. 治療チームにおけるコンシューマーの役割」「S4. サービス量」「S5. 関わりの頻度」「S6. インフォーマルサポートシステムとともに関わる」がある。

「S10. 治療チームにおけるコンシューマーの役割」については、2005(平成17)年度

にはコンシューマースタッフがチームに入っているが、その役割は限定的であった。

「S4. サービス量」と「S5. 関わりの頻度」については、抗精神病薬のデリバリーを原則的に行っていないこと、対象地域が広く移動に時間がかかること、時間の経過とともに1スタッフ当りの担当利用者数が増えていることが関連している。

「S6. インフォーマルサポートシステムとともに関わる」は、ACT-Jプログラムの中では重視していた家族支援プログラムに関連した項目である。1スタッフ当りの担当利用者数が増加する中で、ACT-J開設当初のような集中的な関わりができなくなっており、それぞれの担当スタッフの拡充を含めて検討が必要である。

3. DACTS 下位尺度、総合尺度修正得点の時系列変化

前項で明らかにしたとおり、DACTSにはACT-Jの利用者にはニーズがほとんどない重複診断プログラム、物質依存サービスに関連した項目が28項目中5項目含まれている。これは、アメリカと日本の地域精神保健状況の差異を反映したものであり、ACTにおける援助サービスの提供には地域差を考慮しなければならないことを示唆する。

そこで、図2には、重複診断プログラム、物質依存サービスに関連した5項目のうち、これらのプログラムの有無によって全評価が決定される4項目(「03. 治療サービスに対する完全な責任性」を除く)を除いて項目平均点を求める修正得点を求めた。

図には、総合尺度とサービス下位尺度の修正得点のみ示している。総合尺度修正得点については、いずれも中程度のモデル適合度を示す4点を維持している。また、サ

サービス下位尺度修正得点については、4点には達しないがそれに近づく値が得られている。

なお、図1にも見られるように、2003(平成15)年度に比較して、2004(平成16)年度には DACTS の各尺度値が減少傾向にあった。これは、1スタッフ当りの担当利用者数(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かった。しかし、2005(平成17)年度はケースロードに依拠しない項目の改善によって尺度得点の低下は食い止められている。これは、DACTS 得点の結果を逐次、臨床チームにフィードバックすることにより努力目標が設定され、得点の低下が防止されている結果と考えられる。

E. 結論

1. 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いえ

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ともに、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。

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
個人的資源領域：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 物質依存専門家スタッフ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	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	サービスに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	物質使用障害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。直面化せず、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、断薬の見直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	2005.5	2005.8	2005.11	2006.2
H 人的資源：構造と構成											
H1 少人数担当制	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
H2 チームアプローチ	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4
H3 プログラムミーティング	5	5	5	5	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	4	5	5	4
H5 スタッフの継続性	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5
H6 スタッフの欠員がないこと	5	5	5	5	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	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	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	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	4	4	4	5
H11 プログラムのサイズ	5	5	5	5	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	5	5	5	5
O2 新規エントリー	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5
O3 治療サービスに対する完全な責任	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4
O4 救急サービスに対する責任	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
O5 入院に対する責任	5	5	5	4	3	4	4	3	4	4	4
O6 退院計画に対する責任	5	5	5	5	5	5	5	3	5	4	4
O7 無期限のサービス/終了	5	5	5	5	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	5	5	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	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	5	5	5	5
S4 サービスの量	5	5	4	3	3	3	2	3	3	3	3
S5 関わりの頻度	3	2	2	2	2	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	3	3	3	3
S7 物質乱用個人治療◆	1	1	1	1	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	1	1	1	1
S9 重複診断ケースモデル◆	1	1	1	1	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	2	2	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

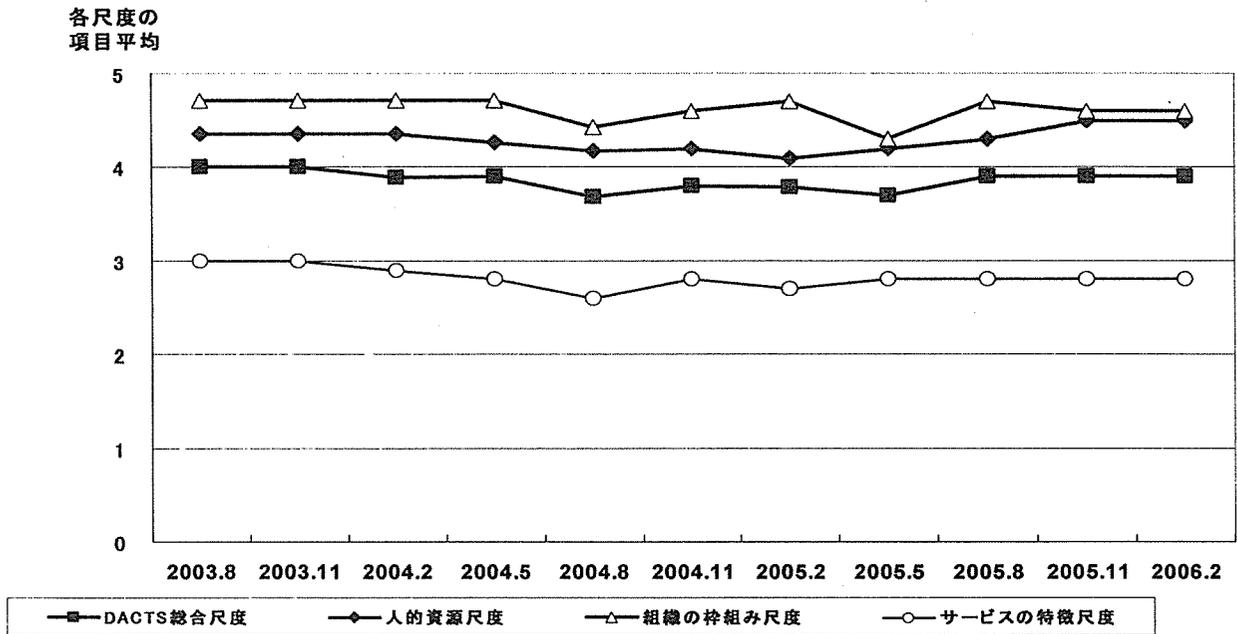
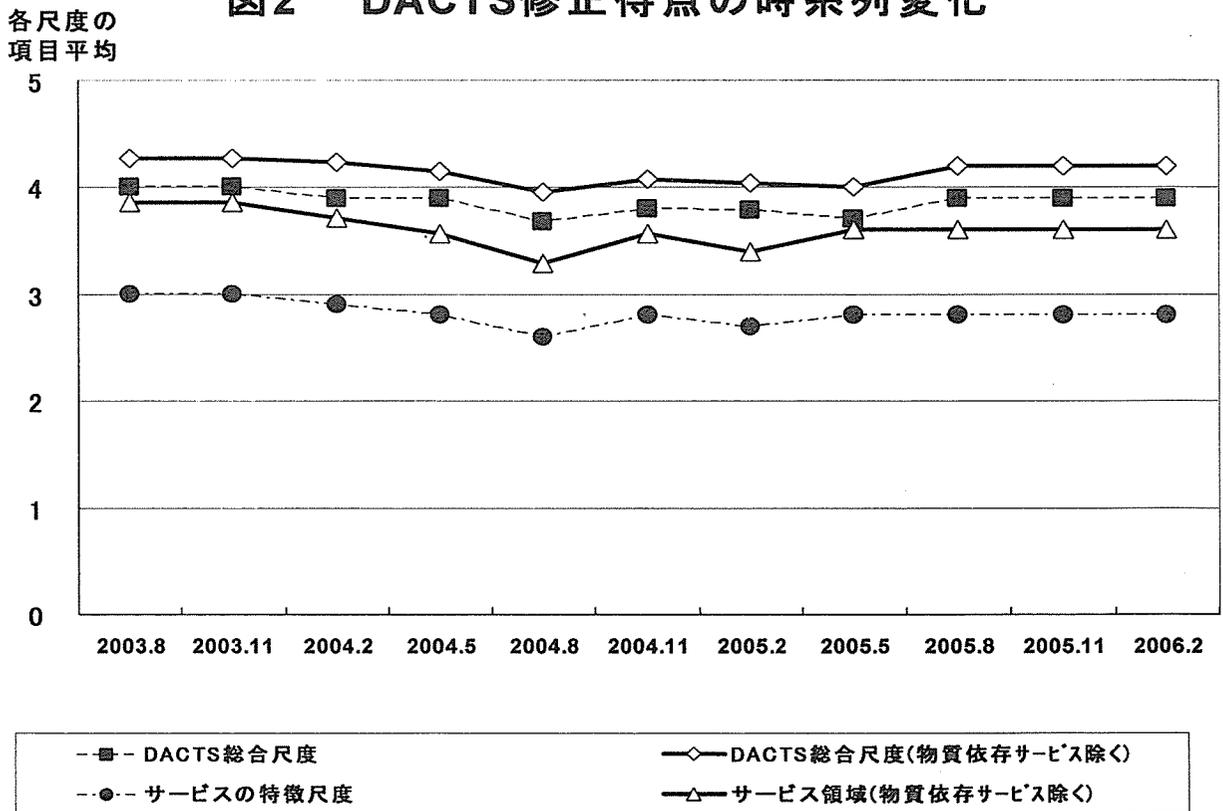


図2 DACTS修正得点の時系列変化



厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
「重度精神障害者に対する包括型生活支援プログラムの開発に関する研究」
分担研究報告書

機能評価に関する研究
ACT-Jのプロセス・フィデリティ評価に関する研究（その2）：
援助介入サービスコードの時系列変化（2）

分担研究者 大島巖（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）

大島巖*1、園環樹*1、贅川信幸*1、伊藤順一郎*2、西尾雅明*2

*1 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

*2 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨

精神障害者の地域生活援助を記述するサービスコードの体系を、既存尺度・ガイドライン・資料などを参考に、および研究者らの経験に基づいて作成した。本研究では、このサービスコード体系に基づいて ACT-J において行われている実態を時系列的に明らかにした。さらに、サービスコードから ACT の理念に合致した実践を把握するための指標を作成し、その時系列変化について検討した。その結果、サービスコード体系の一定の有用性が明らかにされるとともに、コンタクト指標の開発により時系列変化の記述が明確化された。さらに、援助形態分類のより詳細な検討によって、ACT における援助をより明確に反映できる指標づくりを進めていく必要があると考察された。

A. 研究目的

ACT の援助を受ける個々の利用者に対する援助内容を記述する場合、ケースマネジャーなど援助者による日々の援助記録が重要である。日々の記録を体系的に整理する試みは、電子カルテやログデータの分析などで行われているが、精神保健領域のような広範で、個別ニーズに応じてデリケートな関わりを要する援助の内容を記録するのは容易ではない。

我々は、精神障害者の地域生活援助を記述するサービスコードの体系を、これまでの経験や、既存尺度・ガイドライン・資料

などを参考に作成した。この研究では、このサービスコードで把握された 2005(平成17)年度における援助の実態を時系列的に明らかにした。さらに、サービスコードから ACT の理念に合致した実践を把握するための指標を作成し、その時系列変化についても検討した。

B. 研究方法

1. サービスコードの作成

ACT-J プロジェクトに関わる研究者が合同で、サービスコードの体系とコード内容、および運用するデータベースのシステムを

検討し作成した。これらは、ケアガイドライン方式ケアマネジメントの援助内容、ホームヘルプサービスの援助内容、家族ケアの援助内容（協力度尺度）などを参考に、それぞれの研究者の経験に基づいて議論のうえ定めたものである。

4層からなるサービスコードの体系は、表1に示した。

第一層のサービスコード大分類は、「Ⅰ. ACTの枠組み・全体状況に関する支援」「Ⅱ. 直接援助サービス」「Ⅲ. 間接援助サービス」の3領域に属する、23大分類を用意した。これらのうち、援助の中心になるのは「Ⅱ. 直接援助サービス」であり、医療面の援助と生活各側面に対する援助を盛り込んである。「Ⅲ. 間接援助サービス」については、該当する利用者に関わる連絡と調整に関わる援助サービスであり、チームの維持のためのミーティングや、利用者を特定しない地域機関関係者との連絡調整は含まれていない。「Ⅰ. ACTの枠組み・全体状況に関する支援」は、ACTプログラムへの加入や加入後に各サービスに結びつけるアセスメントやケア計画に関する援助、ACT終了に関する援助などが含まれている。

第二層のサービスコード小分類は、大分類の内容を記述するとともに、個別援助計画に対応して、利用者に対して行った具体的な援助行動が明確になるような項目を用意した。表1には小分類の項目数のみ示したが、大分類ごとに4-5項目から10項目程度を用意した。具体的な項目については、図6～図8を参照して頂きたい。

第三層のコードは、援助形態分類である。小分類の援助行動がどのような形態で行われているのか、行動レベルの関わりなのか、

言葉かけや情報提供のレベルか、あるいは観察・見守り・アセスメントの関わりなのかによって、複数回答で記録する。コードの分類は、大分類ごとに異なっており、直接援助サービスの各大分類では、主に、「a) 具体的援助行動、b) 相談・助言・情報提供、c) 観察・アセスメント」あるいは、「1) 練習・並行、2) 代行、3) 相談・助言・情報提供、4) 観察・アセスメント」の選択肢を用意している。領域によっては、「x) 専門的援助」のみのものも用意されている。

第四層の記録は、援助時間と主たる援助項目の有無である。

第三層、第四層の情報は、個別援助内容を示すサービスコード小分類がどのような内容でどの程度実施されているのかを明らかにするために把握される。したがって、これらの把握・評価は、尺度のある種の評価に当たるものといえる。

2. サービスコードの記録、評価

サービスコードは、当日の援助を担当したケースマネジャーによって、原則としてその日のうちに記録される。記録するサービスコードは、原則的に、当初より計画していた援助であり、その計画していた援助がどのように、どの程度実施されたのかを記録することを旨としている。サービスコードの記録方法、評価方法については、別途マニュアルと備考を用意したサービスコード表が用意されている。

なお、サービスコードを記録する単位は、ある1日に行われる時間的に継続した援助コンタクトである。1日に複数の援助コンタクトが行われる場合は、複数のサービスコードの記録が行われることになる。

3. サービスコード指標の作成

ACT の理念である、直接対人サービスを地域で提供すること、医療サービスと生活支援サービスを提供すること、インフォーマル資源を活用すること、および ACT-J で重視している、就労支援、家族支援について、コンタクトの回数、コンタクトの時間を用いて指標を作成した。

4. 分析の方法

時系列の変化を、半期ごとのコンタクトの集計によってまとめた。一部の詳細な集計表については、2005(平成17)年(2005年1月～2005年12月)のコンタクトのみについて集計している。

C. 結果と考察

1. サービス提供の概況

サービス提供の概況を、サービスの提供場所、コンタクト形態、とサービス提供時間数から明らかにする。

まず、サービス提供場所についてまとめたのが、図1と図2である。

電話コンタクトを含むサービス提供場所を見ると(図1)、電話コンタクトが漸増しており、2005(平成17)年7-12月では64%を占めていた。精神科医療機関でのコンタクトは、ACT 開始当初は、利用者の加入が入院時からはじまるために30%近くを占めていた。しかし、その後その構成割合は減少し、2005(平成17)年7-12月では9.5%になった。利用者の自宅は13%で減少幅は小さい。

電話コンタクトを除くコンタクト数を見ると(図2)、2005(平成17)年度では、本人宅と精神科医療機関が合わせて65%程度を占めていた。ACT オフィスでのコンタクト

は、あまり推奨されていないが、2割程度を占めていた。

次に、サービス提供時間数を整理したのが、表2である。

まず月当たり平均の総コンタクト数を見ると、2005(平成17)年度後半期で、電話コンタクトを含めて1462件、電話コンタクトを除いて約526件で、ACT の利用者数の増加に従って徐々に増加していた。月平均総コンタクト時間数は、電話コンタクトを含めて約558時間、電話コンタクトを除いて469時間で、これらもおよその傾向として漸増していた。コンタクト1回当たり援助時間数は、電話コンタクトを含めると23分、電話コンタクトを除くと54分であった。電話コンタクトを含めた時間数は徐々に減少しているが、直接コンタクトの時間数はほとんど変化がなかった。

2. サービスコード大分類の分布

電話コンタクトを除くコンタクトのサービスコード大分類の分布を見ると(図3、図4、図5)、医療面の援助を合わせた「精神症状・服薬管理」と、生活面の援助を合わせた「日常生活・経済生活・社会生活の支援」が同程度の割合を占めて、最も多かった。これは、医療面と生活面の援助の両側面に関わる ACT の性格を反映した結果である。このほかに、ACT の枠組み作りに関わる「ジョイニング・関係作りに関する援助」および「ケアマネジメントに関する援助」は、開設当初には当然のことながら全体に占める割合も高く、その後も一定の割合を占めていた。ACT-J で重視している家族支援、就労支援については、「家族に対する支援」は継続して一定の割合を占めていたが、その構成割合は徐々に減少している。

先ほども述べたように、ケースロードの増加に伴って体系的に家族支援を行える、スタッフの配置の強化などの体制作りが必要になっている。これに対して、「雇用・就労に関する支援」は増加している。

個別のサービスコード大分類の援助時間数の分布は図5をご参照頂きたい。

3. サービスコード小分類の分布

サービスコード小分類の分布を示したのが図6、図7、図8である。

領域別のその分布を見ると、まず精神症状・服薬管理、危機介入については(図6)、「精神症状についてのアセスメント」と「症状自己管理のための働きかけ」が他を圧倒して多かった。前者は、ACT チームの精神科医の診察が含まれるが、そればかりではなく、日常の援助の中でケースマネジャーによって継続的にアセスメントが行われていることの反映であろう。後者については、自己対処能力を引き出すことを心がけているACT-J チームの関わりの特徴であろう。

一方、日常生活・経済生活・社会生活支援については(図7)、「家族関係・親戚関係などに関する支援」と「食料品や日用品の購入・調達の支援」「食生活・栄養摂取に関する支援」が多かった。家族関係に関する援助は、ACT 利用者本人に対して家族関係の調整を図るものである。繰り返し述べるように、ACT-J では家族支援に力を入れているが、利用者本人に対して家族との調整を図ることに対しても多くのエネルギーを投入していることがわかる。また、食生活に関する援助は生活の最も基本的な援助であり、多くのケースマネジャーが援助している内容であることがわかる。

さて、家族に対する家族支援については

(図8)、「家族に対する具体的援助行動(家事支援、買い物などの並行・代行)」が最も多かったが、一方、構造化されプログラム化された援助は現状では必ずしも多くなかった。ACT-J では家族に対しても家族担当のケースマネジャーを配置するなど、日常生活面で具体的な援助を提供している。そのような関わりがこの結果に反映したのであろう。

4. サービス形態分類の分布

直接援助サービスに関わるサービスコード小分類別の援助形態分類の実施割合を示したのが、図9である(2005.1~2005.12の集計)。ここでは、形態分類を、3) 行動レベル(「具体的援助行動」「練習・並行」「代行」「専門的援助」、2) 助言レベル(「相談・助言・情報提供」、1) 観察レベル(「観察・アセスメント」)の順に優先させて、各サービスコード小分類に1つの値を与え指標化している。全般的に、「助言レベル」の構成割合が高くなってはいたが、中でも医療面の支援ではその割合が高かった。一方「行動レベル」の支援の割合が高いのは「日常生活支援」と「就労面支援」であった。

5. サービスコード指標の分布

サービスコードに基づいて、ACT の理念に関わる指標を作成した。コンタクト数に関連するコンタクト指標と、コンタクト時間数に関連するコンタクト時間指標である。

コンタクト指標では、表3 に示したように全体のコンタクト数に占める、直接コンタクト、対面コンタクト、地域でのコンタクト、インフォーマル資源とのコンタクトの割合を明らかにしている。

「電話を含む直接コンタクト総数」は、ACT 開設後漸増しており、2005(平成17)年度後

半期では91.6%に達している。これは、「電話コンタクト数」が急増していることを反映している。「対面コンタクト総数」「対面地域コンタクト総数」は、コンタクト数自体は増加しているものの、その構成割合は減少している。「インフォーマル資源コンタクト」についても、コンタクト数はやや増加しているものの、構成割合は減少している。

コンタクト時間指標については、表4と図10に示したように、コンタクト時間総計と直接援助時間、および援助内容別には、医療面援助時間、日常生活面援助時間、家族支援時間、就労支援時間を明らかにした。

直接援助サービス時間が増加していること、医療面と生活面援助時間ではコンタクト数はほぼ等しいにもかかわらず時間数では生活面援助時間が長いこと、就労支援時間が急激に増加していることが分かる。

6. 半期別コンタクト指標の変化

前項で示したサービスコード指標を用いて、半期別のコンタクト指標の推移を見たのが図10である。

「対面地域コンタクト件数」の割合は、2004(平成16)年前半期に67%に低下したが、2004(平成16)年後半期より76-77%を占めている。「日常生活面援助時間」の割合は、2004(平成16)年後半期まで増加したが、その後漸減している。この傾向は、「医療面援助時間」の割合でも同様であった。「就労支援援助時間」の割合は、2005(平成17)年前半期まで順調に増加していたが、2005(平成17)年後半期に若干減少した。

E. 結論

以上、2003(平成15)年以降のACT-Jの取り組みを、私たちが開発したサービスコードの集計結果を用いて、2005(平成17)年の変化に注目して記述した。その結果、地域での直接対面コンタクトが順調に増加していること、援助内容としては、日常生活面への支援と症状管理や危機介入が同程度で多くの割合を占めていること、家族支援と就労支援が重要な援助要素であるが、就労支援は確実にその位置づけが大きくなっている一方で、家族支援の占める割合が少なくなっていることなどが明らかになった。電話コンタクトが6割以上を占め、そのコンタクト数が増加しており、その位置づけの見直しが課題になっていることも明らかになった。

援助の形態は援助内容によってさまざまであるが、一般的に「相談・助言・情報提供」による援助が多く、行動的な援助では「並行・練習」が重視されていることが明らかになった。

コンタクト指標の開発によって、時系列変化の記述が明確化された。一方で、援助形態分類のより詳細な検討によって、ACTにおける援助をより性格に反映できる指標づくりを進めていく必要があるだろう。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

・大島巖、伊藤順一郎、園環樹、堀内健太郎、鈴木友理子、西尾雅明：ACT-J サービスコードシステムの開発(1)～コードシステムの構築とその活用. 第26回日本社会精神医学会総会、東京、2006.

・伊藤順一郎、大島巖、園環樹、堀内健太郎、鈴木友理子、西尾雅明：ACT-J サービスコードシステムの開発(2)～日々のログ記録からみた ACT サービスの発展と現状。

第 26 回日本社会精神医学会総会、東京、2006.

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表 1 サービスコードの体系

サービスコード大分類	小分類数	援助形態分類 (主なもの)
I. ACTの枠組み・全体状況に関する支援	<22項目>	
A ジョイニング・関係づくりに関する支援	4	x) 専門的援助
B ケアマネジメントに関わる援助	13	同上
C ステップダウンプログラムの実施	5	同上
II. 直接援助サービス	<101項目>	
D 精神症状・服薬管理(通常・危機時とも含む)	9	a) 具体的援助行動、b) 相談・助言・情報提供、c) 観察・アセスメント
E 危機介入	7	同上
F 身体健康の管理	6	同上
G 日常生活の支援	7	1) 練習・並行、2) 代行、3) 相談・助言・情報提供、4) 観察・アセスメント
H 経済生活に関する支援	4	同上
I 対人関係・社会関係に対する支援	8	同上
J 社会生活に関する支援	8	同上
K 雇用・就労に関する支援	9	a) 具体的援助行動、b) 相談・助言・情報提供、c) 観察・アセスメント
L 教育のための支援	6	同上
M 日中の活動の場、社会参加・余暇活動に関する支援	9	同上
N 住居確保・居住環境に関する支援	5	同上
O 家族に対する支援	9	x) 専門的援助
P 本人心理教育プログラム、	5	同上
Q オフィスで実施するプログラム化された心理社会的介入	4	同上
R その他の直接援助サービス	5	a) 具体的援助行動、b) 相談・助言・情報提供、c) 観察・アセスメント
III. 間接援助サービス	<36項目>	
S 主治医・医療機関との連絡調整、情報交換	6	i) 資源開発、ii) 連絡調整・アドボカシー、iii) ステップダウン、iv) その他
T 地域援助機関との連絡・調整	16	同上
U その他の援助者との連絡・調整	6	同上
V 本事例に関する記録・文書の作成	3	y) 専門的作業
W 本事例に関するケース会議・スーパービジョン	5	同上