

表2. 対象者の基礎属性

	介入群(n=27)		対照群(n=50)		p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
家族性別					
男性	7 (26)		8 (16)		0.5 ^a
女性	20 (74)		42 (84)		
家族平均年齢(SD)	56.0 (14.1)		65.2 (8.4)		0.2 ^b
続柄					
母	17 (63)		38 (76)		0.2 ^a
父	1 (4)		8 (16)		
その他	9 (33)		4 (8)		
本人・家族が同居	21 (78)		30 (79)		1.0 ^b
本人性別					
男性	10 (37)		33 (66)		0.014 ^a
女性	17 (63)		17 (34)		
本人平均年齢(SD)	38.2 (9.4)		36.9 (8.7)		0.3 ^b
診断					
統合失調症	17 (63)		42 (84)		0.5 ^a
気分障害	6 (22)		5 (10)		
その他	4 (15)		3 (6)		
平均罹病期間(SD)	13.7 (7.2)		15.0 (9.3)		0.5 ^b

^aχ²検定 ^bt検定

表3. 介入の内容 (n=27)

	回数		時間 ^a	
	mean	SD	mean	SD
ジョイニング・関係作り	11.7	7.8	10.3	8.0
ケアマネジメント	24.1	18.1	25.0	20.1
ケアマネジメント	24.0	17.9	25.0	20.1
ステップダウン	0.0	0.2	0.0	0.1
症状・服薬管理	111.6	122.7	77.8	72.4
危機介入	9.5	12.6	10.4	14.5
生活支援	88.2	76.3	88.7	81.6
日常生活支援	18.2	23.0	21.0	27.2
経済生活支援	6.6	10.7	7.0	12.1
対人関係支援	31.7	34.4	26.7	24.8
社会生活支援	6.6	9.3	8.0	11.6
日中・余暇活動支援	17.1	24.9	18.0	27.2
住居支援	8.0	18.8	8.0	18.9
就労・教育支援	13.1	24.5	15.2	36.8
就労支援	12.4	22.9	14.5	35.3
教育支援	0.7	2.0	0.7	1.9
家族支援	22.0	26.3	23.4	25.3
その他直接支援	58.2	40.6	21.1	17.7
身体健康管理	13.1	10.5	10.8	9.8
本人心理教育	0.4	1.2	0.4	1.1
心理社会的介入	1.3	2.9	1.3	2.9
その他直接サービス	43.4	32.0	8.5	8.4
間接支援	18.3	20.5	7.4	9.1
医療機関連絡調整	9.4	12.2	2.9	5.6
地域機関連絡調整	5.6	12.5	2.4	4.1
他援助者と連絡調整	1.0	2.5	0.3	0.9
記録・文書作成	0.6	1.2	0.6	1.3
ケース会議・スーパービジョン	1.7	2.3	1.2	1.8
全体コンタクト	188.7	149.1	100.2	74.4

分析対象のケース1人あたりに退院後1年間で提供されたサービスの概要

^a単位は時

2. 介入の内容

調査期間中、介入群に提供された ACT-J のサービスの概要を表 3 に示す。利用者 1 人あたりに 1 年間で提供されたサービスの平均回数は電話だけのコンタクトも含めて、188.7 回で、その時間は、100.2 時間であった。その内容としては、「症状・服薬管理」「対人関係支援」「ケアマネジメント」「家族支援」などのサービスが多く提供されていた。なお、ACT-J のサービスコードは、1 コンタクトにつき最大 10 コードまで入力が可能であり、各コードの実施回数（時間）の合計は全体コンタクトの実施回数（時間）の値と異なる。

3. 主な介入効果

表 4 に家族アウトカム尺度値の変化を群別に示す。T1 で群間に有意な差はなかった。反復測定分散分析の結果、協力行動数で有意な群と時間の交互作用が見られ、介入群で協力行動数が低下した。また、介護負担感と家族困難度の中の「将来に対する不安」下位尺度、家族協力度が介入群で低下する傾向がみられた。

4. 介入内容と介入効果の関係

表 5 に各尺度の得点の前後差得点 (T2 - T1) と、提供されたサービス量の相関を示す。「症状・服薬管理」「日常生活支援」の提供量とサービス満足度 (CSQ-8) の得点の間に正相関がみられた。また、「地域機関との連絡調整」の提供量と「介護負担感」、「家族困難度」、「協力行動数・協力度」との間に逆相関がみられた。また、「家族支援」と「家族ケア自己効力感」との間にも逆相関がみられた。そして、「就労支援」と「日常生活の困難」「協力行動数・協力度」との間に有意な逆相関がみられた。

表4. 家族アウトカム尺度値の変化

	T ₁					T ₂				F 値	p ^d
	介入群 ^a		対照群 ^b			介入群		対照群			
	mean	SD	mean	SD	p ^c	mean	SD	mean	SD		
家族困難度	11.7	6.7	12.0	7.0	0.8	10.5	7.2	12.0	7.0	0.64	0.4
日常生活における困難・疲労	5.6	4.0	6.5	4.5	0.5	5.2	4.7	5.9	4.2	0.01	0.9
将来に対する不安	4.0	2.3	3.8	2.1	0.9	3.4	2.0	4.2	2.3	2.89	0.09 †
危機に対する不安	2.1	1.3	2.1	1.7	0.9	2.0	1.4	2.2	1.3	0.85	0.4
介護負担感	3.5	1.2	3.5	1.2	0.6	3.2	1.1	3.8	1.1	3.13	0.08 †
全般的な生活満足度	2.3	1.2	2.5	1.2	0.7	2.4	1.3	2.2	1.2	1.77	0.2
協力行動数	16.0	5.7	16.7	4.1	0.8	14.0	5.2	17.9	3.6	7.19	0.01 **
家族協力度	60.1	21.0	63.6	13.4	0.7	55.0	17.5	66.7	12.9	2.98	0.09 †
家族ケア自己効力感	56.7	15.2	59.9	18.4	0.6	57.5	18.6	62.4	14.0	0.02	0.9
参加準備性	84.0	9.9	82.4	11.9	0.4	77.2	10.3	82.3	11.4	2.75	0.10
家族拒否度	8.3	4.7	8.6	3.6	0.4	8.8	4.3	9.7	3.5	0.03	0.9

** p<.01 † p<.05 † p<.1 ^an=27 ^bn=50 ^cT₁での両群の得点をt検定で比較 ^d本人の性を共変量とする反復測定共分散分析で群と時間の交互作用を評価

5. ACTに対する印象

ACT に対する印象を問う各項目のうち、「家族の負担が軽くなる (Z = -2.07, p = 0.04)」と「利用者が就労する上で重要 (Z = -1.83, p = 0.07)」の項目で群間に回答の変化に差がみられた。いずれも介入群で「あてはまる」と回答した者が増加し、「家族の負担が軽くなる」では、介入群で 65.2% から 91.4% に増加した。

D. 考察

1. 家族機能の改善効果について

本研究は、ACT 利用者の家族を対象にし

た初めての体系的な効果評価研究であり、世界的にも先行研究はほとんどない。分析の結果、ACT は家族の協力行動を減少させる一方で、家族の将来の不安を減少させることが明らかにされた。また、ACT があれば家族の生活負担が軽減されると認識する家族が介入群で増加する一方で、ACT による家族支援が家族ケアの自己効力感を低下させるという好ましくない結果も認められた。さらに、家族に対する複数の介入効果指標は、地域機関との連絡調整や就労支援といった援助要素の影響を受けていることも示唆された。

表5. 各尺度の前後得点差^aと提供されたサービス時間の相関 (n=27)

提供されたサービス ^a	介護負担感	家族困難度	日常生活の困難	将来に対する不安	危機に対する不安	協力行動数	家族協力度	家族ケア自己効力感	CSQ-8
ジョイニング・関係作り	0.13	0.32	0.22	0.31	0.29	0.00	-0.08	-0.24	-0.13
ケアマネジメント	-0.09	-0.21	-0.07	-0.30	-0.21	-0.09	-0.08	-0.28	-0.03
症状・服薬管理	-0.09	-0.20	-0.13	-0.25	-0.12	-0.14	-0.16	-0.16	0.41 *
危機介入	0.04	0.16	0.14	0.06	0.27	-0.09	-0.14	-0.20	0.21
生活支援	-0.06	-0.17	-0.23	-0.08	-0.03	-0.24	-0.17	-0.23	0.03
日常生活支援	-0.05	-0.10	-0.15	-0.08	0.04	-0.16	-0.10	-0.22	0.42 *
経済生活支援	-0.17	-0.14	-0.31	0.02	0.08	-0.14	-0.09	-0.18	0.36 †
就労・教育支援	-0.21	-0.28	-0.40 **	-0.02	-0.19	-0.38 *	-0.26	-0.08	0.15
就労支援	-0.21	-0.28	-0.40 *	-0.02	-0.19	-0.38 †	-0.26	-0.08	0.13
家族支援	-0.18	0.10	0.18	-0.10	0.18	0.00	-0.03	-0.45 *	0.09
その他直接支援	0.27	0.00	-0.07	0.08	0.03	-0.08	-0.04	-0.11	0.03
間接支援	-0.37 *	-0.30	-0.21	-0.32	-0.26	-0.32	-0.35 *	0.06	0.14
地域機関連絡調整	-0.54 **	-0.52 **	-0.42 *	-0.40 *	-0.59 **	-0.50 *	-0.53 **	0.26	0.26
他援助者と連絡調整	0.05	0.30	0.20	0.22	0.46 *	-0.06	-0.03	-0.40 *	0.23
全体コンタクト	-0.13	-0.19	-0.22	-0.11	-0.08	-0.29	-0.25	-0.19	0.25

Pearsonの積率相関係数 有意な相関のあったアウトカム変数と表2. で示した9カテゴリーの全てと23分類のうち有意な相関のみみられた介入内容のみ掲載 ** p<.01 † p<.05 † p<.1 ^a[T₂-T₁]

介入群において家族の協力行動数が減少する傾向がみられたことについては、それまで家族が行ってきた支援を ACT が肩代わりしたり、あるいは他の社会資源の利用を促進することによって家族ケアの必要性が減少したものと考えられる。

家族を援助者としてのみ考える場合、協力行動数の多さや協力度の大きさは、精神障害者ケアにとって好ましい状況であるといえることができる。しかし当然ながら、家族の生活は障害者ケアのためだけにあるのではなく、家族を生活者として考えた場合、家族による協力行動の別の一面が見え始める。先行研究では、家族によるケア提供のための資源的条件を整えることにより、家族の協力度が高まる一方でその援助行動が家族の生活を圧迫し、困難を増大させることが知られている^{17,18)}。さらに、精神障害者の家族を捉えるうえで重要な視点の1つに家族の EE (Expressed Emotion: 感情表出) があり²⁵⁾、EE がこれら家族機能と密接な関連することが明らかになっている。すなわち、家族の協力度と「情緒的巻き込まれ過ぎ」の間には正相関があり、「低協力-高困難群」で家族の「批判」や「敵意」が、「高協力-高困難群」で「情緒的巻き込まれ過ぎ」が多くみられる。つまり、家族の協力度が高い状態を伴う高 EE (高「情緒的巻き込まれ過ぎ」) が、精神障害者の再発率を高めることが明らかになっている²⁶⁾。

このように、家族の協力行動の多寡を議論する場合には、合わせて家族の生活困難度や本人に対する態度を考慮する必要がある (図 2 参照)。本研究では、家族の共感度の逆概念である家族拒否度には介入効果が認められておらず、ACT の支援は、家族の

態度にまで及ぼし得ていない現状が示唆された。しかしながら一方で、困難度の下位尺度である「将来への不安」と Zarit の介護負担感では、介入群での減少が危険率 10%水準で示唆された。また、ACT による援助プロセスへの印象を問う項目の中では、ACT の利用で「家族の負担が軽くなる」と回答した者の割合が介入群で増加し、T2 では 9 割を超えた。以上の通り、ACT の援助によって家族の協力行動は確かに減少したが、同時に「将来の不安」に代表される一部の生活困難度も減少したと考えられる。家族の生活困難度は家族の QOL と密接な関係を持つのみならず²⁷⁾、先述のように家族の EE、さらには精神障害者本人の再発率とも関連がある。本研究の結果は、ACT の介入が精神障害者家族の生活を改善し、EE の変化をもたらすなど、精神障害者を抱える家族を支える地域ケアとして ACT が機能できる可能性を示唆する結果と考えられる。

2. 効果をもたらす援助要素

サービスコードの集計による「症状・服薬管理」「日常生活支援」といったサービス提供量と家族のサービス満足度 (CSQ-8) との間に有意な正相関がみられた。ACT の直接的な援助が高いサービス満足度をもたらすと考えられる。また、「就労支援」「地域機関との連絡調整」の提供時間と、「家族困難度」「協力行動数」の前後差との間に逆相関がみられた。ACT の援助の中で、就労支援や地域機関との連絡調整という、本人や家族をとりまく社会資源の環境整備が、先述の改善効果をもたらしたものと解釈できる。しかし、「家族支援」の提供時間と家族ケア自己効力感 (前後差) の間には有意

な逆相関がみられ、その他の支援時間においても、支援時間の長さが自己効力感を減少させる傾向がみられた。この相関関係に関しては次項で考察する。

3. 介入効果の両義性

ACTで「家族の負担が軽くなる」と回答した者の割合が介入群で増加したが、一方でACTによる家族支援が家族の自己効力感を減少させる傾向がみられた。ACT-Jでは、本人と家族が適切な距離を保てるように、訪問によるサポートの継続を前提に単身住まいを勧める場合があるなど、時に家族による支援を肩代わりするのみならず、家族関係の調整を目的とする介入も行う。これらの援助内容が、本人や家族とともに作成されるケアプランに基づいて行われることで、家族の協力行動が減少し、将来への不安が軽減される一方で、これまで本人への支援が生活の大部分を占めていた家族²⁸⁾にとって、ある種の喪失体験とし認識され、自己効力感の低下という結果に結びついたと解釈することができよう。

4. 実践への示唆

以上のとおり、ACT-Jチームが行っている利用者本人と家族に対する援助効果の両義性を考慮すると、ACTが家族ケアの直接的な肩代わりを行う際には、家族の喪失感に十分な配慮をしながら支援を進める必要がある。それとともに利用者本人や家族をとりまく社会資源の環境整備や就労支援など、第三者の介入を必要とするサービスを積極的に行うことが家族支援の観点から重要であることが示唆される。家族の生活困難や負担を軽減させるうえでは、ACTの援助がこれまで家族が行ってきた援助の否定にならないような最大限の配慮をする必要

があるだろう。

5. 限界と意義

本研究は、無作為割付を行っていないため、本人の性別以外の特性においても、介入群と対照群が等価な集合ではない可能性がある。サンプルサイズが小さかったために介入効果を十分に評価できなかった可能性も考えられる。盲検化されておらず、対象者が望ましいと思われる回答に傾いた可能性は否定できない。自記式調査票を用いたことによる欠損値の多さや回答の信憑性の問題も考えられる。

以上の限界をふまえたうえでもなお、対照群を設けた1年間の追跡研究でACT利用者家族のアウトカムをサービス内容の定量的な評価とともに分析し、一定の示唆を得ることができた本研究の意義は小さくはないと考える。

E. 結論

本研究は、日本で最初に実施されているACTプログラムの利用者家族を対象とした体系的な効果評価研究である。このプログラムの利用者家族は、ACTの介入によって協力行動数が減少し、将来の不安が軽減されたことが明らかになった。また、援助要素の中でも、就労支援や地域機関との連絡調整という、本人・家族をとりまく環境調整に関する支援が行われると、多くの家族アウトカム指標が改善することが明らかになった。一方で、家族による支援がACTに代行されることでもたらされる自己効力感の低下といった家族の両義的な意識の変化も示唆された。

なお、この報告書のとりまとめに当たっては、研究協力者の園環樹が担当した。

最後にアンケートに快く応じてくださった回答者の皆様に心より御礼申し上げます。

【参考文献】

- 1) 高橋清久: わが国の精神医療・福祉施策の動向.精神医学 47(12): 1327-1333, 2004.
- 2) 大島巖: ケアマネジメントの新潮流～重い精神障害をもつ人たちに対する集中型・包括型ケアマネジメントの必要性和実施体制. ケアマネジメント学 4: 14-23, 2005.
- 3) 障害者施策推進本部: 重点施策実施5か年計画(新障害者プラン). 2002.
- 4) 厚生労働省精神保健福祉対策本部: 精神保健福祉の改革ビジョン. 2004.
- 5) Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG: Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. Schizophrenia Bulletin 24(1): 37-74, 1998.
- 6) 大島巖: 精神障害者ケアガイドラインの基本的な考え方と使用方法. 季刊地域精神保健福祉情報 Review 30: 17-21, 1998.
- 7) 大島巖, 伊藤順一郎: 統合失調症のケアマネジメント—ACTを中心に—. 脳と精神の医学 14(1): 29-34, 2003.
- 8) Stein LI, Test MA: Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Archives of General Psychiatry 37: 392-397, 1980.
- 9) Essock SM, Kontos N: Implementing assertive community treatment teams. Psychiatric Services 46: 679-683, 1995.
- 10) 伊藤順一郎, 西尾雅明, 大島巖, 塚田和美: 日本版 ACT(ACT-J)研究事業の成果と今後の展望. 精神医学 47(12): 1345-1352, 2005.
- 11) Deci PA, Santos AB, Hiott DW, Schoenwald S and Dias JK: Dissemination of assertive community treatment programs. Psychiatric Services 46: 676-678, 1995.
- 12) Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rossler W: Case Management and Assertive Community Treatment in Europe. Psychiatric Services 52: 631-636, 2001.
- 13) 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. 日本病院・地域精神医学会誌 45(4): 406-411, 2002.
- 14) 岡上和雄, 大島巖, 荒井元傳編: 日本の精神障害者—その生活と家族—. ミネルヴァ書房: p50, 1988.
- 15) Ziguras SJ, Stuart GW: A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. Psychiatric Services 52: 1410-1421, 2000.
- 16) ピーター・H・ロッシ、マーク・W・リプシー、ハワード・E・フリーマン(大島巖、平岡公一、森俊夫、元永拓郎監訳): プログラム評価の理論と方法—システムマティクな対人サービス・政策評価の実践ガイド—. 日本評論社: p256, 2005.
- 17) 加藤正明監修: 精神保健実践講座⑥精神保健と家族問題. 中央法規出版: p183, 1989.
- 18) 大島巖: 精神障害者をかかえる家族の協力体勢の実態と家族支援のあり方に関する研究. 精神神経学雑誌 89(3): 204-241,

1987.

19) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J: Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 20(6): 49-55, 1980.

20) 大島巖: 精神障害者に対する心理社会的援助プログラムのニーズアセスメントと効果評価に関する全国試行調査—調査デザインと評価尺度の開発・評価. 初年度・2年度目報告書: 31-36, 2000.

21) 大川希: 精神障害者に対する心理社会的援助プログラムのニーズアセスメントと効果評価に関する全国試行調査—調査デザインと評価尺度の開発・評価. 初年度・2年度目報告書: 20-23, 2000.

22) Kreisman DE, Joy VD: Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin* 10: 34-57, 1974.

23) 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(7): 711-717, 1999.

24) 大島巖, 伊藤順一郎, 園環樹, 贅川信幸, 深澤舞子: 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. 平成 14 年-16 年度総合研究報告書: 79-94, 2005.

25) Brown GW, Birley JL, Wing JK: Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry* 121: 241-258, 1972.

26) 大島巖, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦, 岡上和雄: 精神分裂病を支える家族の生活機能と EE (Expressed Emotion) 関連. *精神神経学雑誌* 96(7): 493-512, 1994.

27) 畑哲信, 阿蘇ゆう, 金子元久: 精神障害者家族の心理と行動—精神障害者家族意識調査から (第 3 報)—. *精神医学* 45(6): 627-636, 2003.

28) 下坂幸三編: 精神医学レビューNo.18 精神科治療における家族. *ライフ・サイエンス*: pp30, 1996.

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」
研究協力報告書

ACT-J におけるリスクマネジメントに関する研究

分担研究者：伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）
久永文恵*1、伊藤順一郎*1、西尾雅明*1

*1 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨

今後の ACT-J におけるリスクマネジメントを促進するため、欧米の ACT を含む地域生活支援におけるリスクマネジメントに関する文献を用い、リスクマネジメントの理念や方策、スタッフへの教育体制を分析し、ACT-J に必要なリスクマネジメントの視点や実践について検討した。

地域生活支援において質の高いサービスを提供するためには、組織レベルの意識改革と取り組み、スタッフに対する教育や支援の充実が不可欠であることが明らかにされた。また、リスクを未然に防ぐための対策、リスクが発生してしまった場合の対応や報告に関する手順、事故後の利用者・家族・スタッフなどへのフォローについての取り組みやガイドライン化が行われていた。さらに、ひとつの出来事とその組織全体に与える影響や、関わったスタッフへの身体的・心理的負担などへの対応も行うと同時に、関わった個人に責任を転嫁するのではなく、組織単位で向き合い、解決していくことも必要であることが示唆された。

A. 研究目的

「リスクマネジメント（危機管理）」は、さまざまな領域で用いられている用語であり、その概念についても多岐にわたるものである。一般企業などにおいては、その運営を阻害する要因、すなわちリスクを特定し、そのリスクの発生を未然に防いだり、最小限に抑えたり、また、リスクが発生してしまった場合の対処について取り組むこととして通常位置づけられている。医療や看護の領域においては、医療事故への訴訟件数の増加により注目されるようになり、

さまざまな対策がとられている。

欧米のソーシャルワークや精神保健の領域におけるリスクマネジメントの定義の例として、「福祉サービスの提供において起こりうる否定的な結果を最小にするために、組織によって考案されるプロセス」（The Blackwell Encyclopedia of Social Work、2000）、「適切なリスクマネジメントは、質の高いケアから切り離すことなく、精神障害をもつ人々のニーズを満たすことに不可欠なもの」（Scottish Executive、2000）などがある。スコットランドの The Mental Heal-

th Reference Group (以下 MHRG) (2000) は、一般的なリスクマネジメントのプロセスを、1) リスクの特定・把握：あらゆる情報を用いて、起こる可能性のあるリスクを洗い出す、2) リスクの分析：特定されたリスクが起こる確率、利用者やスタッフ、そして組織にどのような影響を及ぼすか、などの見極め、3) リスクの処理：リスクを管理・軽減するために、臨床的・組織的実践を変更するなどの方策を明確にすること、4) 確認・フォロー：若干のリスクが発生すると認め、そのような事態のコストが最小になることを確実にすること、とレポートの中で説明している。このプロセスは継続的に取り組まれるべきである。リスクマネジメントの目的が果たされているかを確認し、実施による効果と要したコストのバランスを把握する必要がある。また、サービスの拡大や社会環境の変化などに応じて新たなリスクが発生する場合も考えられ、継続して内容を見直すことが大切である。

リスクマネジメントというと、特に「リスク」という言葉からネガティブなイメージを受けがちだが、サービスを受ける側、そして提供する側にも有益な実践につながるポジティブなリスクマネジメントを目指していく必要がある。厚生労働省においても、平成14年に「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針～利用者の笑顔と満足を求めて～」をまとめており、福祉サービスにおけるリスクマネジメントの基本的な視点として、「より質の高いサービスを提供することによって、多くの事故が未然に回避できる」という考え方（クオリティーインプルーブ

メント）で取り組むべきだと提唱している。このような考え方は、施設型・地域型のサービスどちらにも共通することである。

近年我が国の精神保健福祉の領域では、入院治療から地域における処遇への転換が進められているが、ACTのような病院とは異なる治療構造の整っていない地域における生活支援サービスに、リスクマネジメントの視点を取り入れ、組織をあげて取り組むことが求められる。ACTに代表されるアウトリーチ型のサービスにおいて、起こりうるリスクはさまざまである。例として、サービス提供中の事故（サービス利用者が被害者となる場合、破損事故、スタッフが被害者となる場合）、利用者の症状悪化による暴力、交通事故、災害による事故、医療事故、サービスの利用拒否などが挙げられる。ACTでは個々のスタッフが訪問活動を行うため、リスクが発生した際には、個々による判断に委ねられる場合が多い。それゆえに、組織全体でリスクに対する意識化の徹底や、リスクマネジメント体制の確立が求められる。

本研究では、ACT-Jのリスクマネジメントを促進するため、地域生活支援におけるリスクマネジメントに関する欧米の取り組みについて、文献レビューを行い、サービスを受ける側に対する危機管理のみならず、スタッフや組織レベルの危機管理への取り組みを分析した。今回は、組織レベルのリスクマネジメントに焦点をあて、これからのACT-Jにおけるリスクマネジメントのあり方を検討し考察を加えることを目的とする。

B. 研究方法

U.S. National Library of Medicine が提供する Pubmed、ProQuest Information and Learning 社が提供する ProQuest Research Library を用いて、ACT も含む地域生活支援プログラムにおけるリスクマネジメントについて、欧米での取り組みに関する文献を 2000 年から 2005 年の期間で検索した。また、2004 年と 2005 年に行われた ACTA Conference でのリスクマネジメントに関する発表資料も参考にした。また、U.S. Occupational Safety and Health Administration (OSHA) 、 California Department of Industrial Relations, Division of Occupational Safety and Health によるガイドラインなども用いた。

以上の資料の調査を行い、地域生活支援プログラムにおける組織レベルでのリスクマネジメントの理念や方策、スタッフへの教育体制を分析した。それらを基に、ACT-J に必要なリスクマネジメントの視点や実践について検討した。

C. 結果

文献の分析の結果得られた、リスクマネジメントに関する実践や提言について以下にまとめる。

1. リスクマネジメントの理念

リスクマネジメントの理念として、責任を追及するものだけでなく、学びの文化として捉える必要性が示唆されていた。リスクから学ぶことは多くあり、そこからサービスやプログラムの質を高めていく意識につながると考えられている。適切なリスクマネジメントは、質の高いサービスを提供することに非常に密接に関連していること

がうかがえた。

2. リスクマネジメント委員会の設置

MHRG (2000) によるレポートは、精神保健サービスを提供するすべての機関に、リスクマネジメント委員会を設置するよう提唱している。この委員会の構成メンバーとしては、サービス利用者、家族、臨床スタッフ、事務スタッフ、協力関係にある他組織のスタッフなど、その組織に関係ある人々の代表が参加することが望ましい。組織の規模が小さい場合には、その組織に所属するスタッフのみで構成されることもあるだろう。委員会の役割としては、1) リスクを軽減する実践を促進し、レビューすること、2) リスクを最小限にするために、環境や実践の定期的な点検を行うこと、3) 包括的・継続的なトレーニングを提供すること、4) 適切な技法（例：自己評価、インシデントレビュー・ヒヤリハット・守秘義務）などを普及することにより、安全な実践を促進すること、5) リスクの高い領域（例：サービス提供手順・環境・対象としている利用者）を特定すること、6) 以前のレビューから変更が必要と判断された実践、環境などの改善を行うこと、などが挙げられている。

3. リスクマネジメントプログラムの開発

George & Kennedy (2005) は、リスクマネジメントのプログラムを組織内に設置することを提唱している。このプログラムの開発に当たっては、組織の経営陣によるコミットメントが重要である。また、ケースマネジャーに代表されるスタッフも関与し、方針や手順の開発を行い、定期的な評価を行っていく必要がある。プログラムの構成要素は先に述べたリスクマネジメント

委員会の役割とほぼ同様であったが、アウトリーチスタッフの安全性に関連して、携帯電話や防犯アラームの所持、ペアでの訪問体制、車両のメンテナンス、利用者を落胆させるような実践（例：訪問予定のキャンセル）の認識などを徹底させる要素が盛り込まれている。

4. リスク発生後の対応

万が一リスクが発生した場合には、起こってしまった事故に関与したスタッフだけでなく、組織単位で対応することが重要である。事実を正確に把握し、それらを考慮して対応していかなければならない。事故についてのレポート作成のルール化や利用者・家族への対応など、具体的なプロセスを明確にする必要がある。また、利用者やその家族への対応と同様に、スタッフへの対応を忘れてはならない。スタッフが被害者になってしまった場合に、Critical Incident Stress Management(CISM)やAssaulted Staff Action Program(ASAP)と呼ばれる構造化されたプログラムを導入し、心理的なサポートを提供することで、スタッフの生産性や退職率の低下に貢献しているところもある(Spencer & Munch, 2003)。

5. スタッフへのトレーニングと教育

スタッフへのリスクマネジメントに関するトレーニングや教育は、言うまでもなく不可欠なものである。これは今回収集した大部分の文献でも指摘されていた。トレーニングへ参加対象は、その組織に所属するすべてのスタッフである。

Spencer & Munch (2003) は、具体的なトレーニング・教育の要素を挙げている。まず予防の観点から、サービスの利用者と環境のアセスメントのポイントについて述

べている。利用者に関しては、行動の変化、精神疾患による症状、服薬状況などのアセスメントの必要性を示唆している。環境に関しては、スタッフが使用する車両のチェック、訪問する地域や訪問先（例：利用者の自宅）の様子、訪問ルートของ安全性など基本的なものから、訪問スタッフが地域でどのように見られているかについてのアセスメントのように、ACTに代表される訪問型のサービスにとって重要な点が挙げられている。

またスタッフへの教育の過程や日々の臨床活動の中で、誰でもリスク発生時における当事者になり得ること、すべてのリスクを明確に特定し回避することは不可能である、すなわちリスクはつきものであるという、リスクへの意識化を徹底させる必要がある。

6. コミュニケーションの活性化

各利用者の全体像や、サービス提供時の留意点など、最低限周知しておくべき情報について、スタッフ間で共有されていることが必要である。また、各スタッフが懸念事項を常に発言できる環境が求められる(George & Kennedy, 2005)。

7. 利用者の Risk taking も視野に入れる

ソーシャルワークにおける Risk taking（冒険をすること）は、サービスの利用者が権利と責任を有した市民であること、また、彼らの専門的知識（例：障害に対する豊富な経験や知識）を評価する視点に基づいている。Risk taking は、彼らのエンパワメントや個々の成長に役立つと考えられている(Stalker, 2003)。Morgan(2000)は、ACTのように積極的なアウトリーチを行うことで築かれたスタッフと利用者の信頼

関係が、前向きな risk taking を助けるとしている。利用者中心の柔軟なサービスが提供できる ACT ならではの強みであろう。

D. 考察

今回明らかになった欧米の取り組みを受けて、今後の ACT-J におけるリスクマネジメントの取り組みの方向性を視野に入れ、考察を加えたい。

1. 組織単位で取り組むことの重要性

リスクマネジメントの取り組みの一貫として、組織内にリスクマネジメント委員会を設置することや、リスクマネジメントのトレーニング・教育のプログラムの実践の必要性が示唆された。これらを実現するには、組織の責任者や経営陣によるコミットメントが重要であると指摘されていた。彼ら自身もリスクマネジメントに関する知識を身に付ける必要があり、率先して組織のリスクマネジメント体制の確立に取り組むことが求められる。

2. リスクに対する意識化の促進

日々の臨床活動の中でリスクはつきものであり、また誰でもリスク発生時における当事者になる可能性があることなど、リスクに対する意識化をすべてのスタッフに徹底させる必要性が多く指摘されていた。先に述べた組織の責任者によるリスクマネジメントへのコミットメントは、組織内のリスクに対する意識化の促進にも非常に重要なものと考えられる。また、リスクマネジメントが適切に行われることが、質の高いサービスにつながるという、前向きな考えをスタッフが持つことも大切であろう。

3. スタッフの安全性を重視した取り組み

ACT のようなアウトリーチによるサー

ビスにおいては、スタッフの単独行動が多いことから、スタッフの安全性に焦点を当てた取り組みが始められていた。人員のターンオーバーなど、プログラム自体のコストの問題にも関連するため、職場環境のアセスメントの徹底や、リスク発生後のスタッフに対する心理的な対応プログラムなどを実施しているところもあった。この視点は、今後の ACT-J の活動や、スタッフのストレスマネジメントにも役立つと考えられる。

4. リスク管理の過剰さに対する懸念

適切なリスクマネジメントがサービス提供の質の向上につながり、利用者の満足度を高め、彼らの「リカバリー」の過程がより希望に満ちたものになることにも関連するだろう。しかし、安全や予防という観点からリスクを恐れるあまり、必要以上に利用者の可能性や自立を奪ってしまう悪循環に陥らない環境づくりが求められる。

5. その他

欧米の資料を用いた限界としては、銃や薬物乱用の問題が多いことから、それらに着目したものや、利用者によるスタッフへの暴力に関する文献が多く、我が国の現状にはそぐわないものも見られた。また、今回は組織レベルのリスクマネジメントを調査したが、自殺のリスクマネジメントなど、個別ケースレベルに対するリスクマネジメントを検討することも大切である。

今後は、我が国の地域生活支援におけるリスクマネジメントの実際を調査し、今回の文献レビューを用いながら、ACT-J のリスクマネジメント体制を具体的に強化していく必要がある。

E. 結論

欧米の ACT を含む地域生活支援におけるリスクマネジメントの実際や提言に関する文献を用いて、サービスを提供する組織レベルにおけるリスクマネジメントの取り組みについて分析を行った。

これまで医療現場などでは「医療事故」を防ぐという視点や、起きてしまった事故やサービスを受ける側への対応策などが重視されていたが、地域生活支援において質の高いサービスを提供するためには、組織レベルの意識改革と取り組み、スタッフに対する教育や支援の充実が不可欠であることが明らかにされた。また、リスクを未然に防ぐための対策、リスクが発生してしまった場合の対応や報告に関する手順、事故後の利用者・家族・スタッフなどへのフォローについての取り組みやガイドライン化が行われていた。さらに、ひとつの出来事とその組織全体に与える影響や、関わったスタッフへの身体的・心理的負担などへの対応も行うと同時に、関わった個人に責任を押し付けるのではなく、組織単位で向き合い、解決していくことも必要であることが示唆された。

今後 ACT-J におけるリスクマネジメントを発展させるために、以上のようなリスクマネジメントの視点をふまえて、これまでの実践や課題を検討する必要がある。同時に、リスクマネジメントが過剰になることで、利用者の可能性や自立を妨げる悪循環に陥りやすいことも視野に入れながら、プログラムや利用者像に応じたリスクマネジメントの取り組みが求められる。

参考文献

- 1) California Department of Industrial Relations, Division of Occupational Safety and Health: Guidelines for security and safety of health care and community service workers. 1998, from http://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/hcworker.html
- 2) Davies M (ed): The Blackwell Encyclopaedia of Social Work. Blackwell, Oxford, 2000.
- 3) George I, Bishop C, Jones J, & Williams O: Safety issues in providing urban community based services. Workshop conducted at ACTA Conference, Philadelphia, PA, 2004.
- 4) George I & Kennedy A: Promoting and supporting safety of assertive community treatment staff: policy & practice concerns for workers, managers and administrators. Workshop conducted at ACTA Conference, Tampa, FL, 2005.
- 5) 福祉サービスにおける危機管理に関する検討会: 福祉サービスにおける危機管理(リスクマネジメント)に関する取り組み指針～利用者の笑顔と満足を求めて～. 厚生労働省、2002.
- 6) Morgan S: Risk-making or risk-taking? Openmind, 101; 16-17, 2000.
- 7) Occupational Safety and Health Administration: Guidelines for preventing workplace violence for health care & social service workers (OSHA 3148-01R). Washington, DC, 2004.
- 8) Scottish Executive: Risk Management. Mental Health Reference Group.

Edinburgh: The Stationery Office, 2000.

9) Spencer PC & Munch S: Client violence toward social workers: the role of management in community mental health programs. *Social Work*, 48: 532-544, 2003.

10) Stalker K: Managing risk and uncertainty in social work. *Journal of Social Work*, 3: 211-233, 2003.

11) Weinger S: *Security Risk: Preventing client violence against social workers*. Washington, DC: NASW Press, 2001.

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

久永文恵、伊藤順一郎：地域生活支援におけるリスクマネジメント。第13回精神障害者リハビリテーション学会、大阪、2005.

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

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
包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究

研究体制 (50音順)

主任研究者 : 伊藤順一郎¹⁾
分担研究者 : 西尾雅明¹⁾、大島 巖²⁾、塚田和美³⁾
研究協力者 :
ACT-J 研究チーム : 鎌田大輔、久野恵理、鈴木友理子、園環樹、齋川信幸、
久永文恵、深澤舞子、深谷 裕、堀内健太郎、前田恵子
ACT-J 臨床チーム : 相澤みな子、足立千啓、稲益実、小川ひかる、香田真希子、
小林園子、佐藤文昭、猿田忠寿、田中幸子、月野木睦美、
土屋徹、英 一也、梁田英麿、山下真有美、渡邊雅文
事務担当 : 鶴城恵美子、太田理津子、徳永篤子

¹⁾国立精神・神経センター精神保健研究所、²⁾東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

³⁾国立精神・神経センター国府台病院

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
包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究

平成 17 年度 総括・分担研究報告書

発行日 : 平成 18 年 4 月
発行者 : 「重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に
関する研究」 主任研究者 伊藤順一郎
発行所 : 国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部
〒272-8516 市川市国府台 1-7-1
国立精神・神経センター国府台病院気付
電話 : 047-375-4758 FAX:047-375-4773
