

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
分担研究報告書

『ACT-Jのプロセス・フィデリティ評価に関する研究：
個別利用者レベルのフィデリティ評価と1年後アウトカムとの関連』

分担研究者 大島巖（日本社会事業大学）

大島巖*1、園環樹*2、贅川信幸*2、高山莉理子*3、深澤舞子*2、
西尾雅明*4、伊藤順一郎*4

- *1 日本社会事業大学精神保健福祉学分野
- *2 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野
- *3 ニッセイ情報テクノロジー
- *4 国立精神・神経センター精神保健研究所

抄録

効果的な ACT の普及にとって、効果的で質の高いプログラムを構成する援助要素を抽出して作成したフィデリティ尺度(fidelity scales)が注目されている。本報告では、日本型 ACT プログラムの現状を記述し、効果的な援助要素を検討するために、援助プロセスの実施度を個別利用者レベルで把握する2種類のフィデリティ尺度について開発の現状を明らかにするとともに、1年後アウトカムとの関係を明らかにした。

A. 目的

地域精神保健福祉が発展した諸国において ACT(Assertive Community Treatment) が注目されるようになり、そのシステムづくりが積極的に行われている背景には、ACT が他の心理社会的介入プログラムに比べて、明確なプログラムモデルを早い時期から構築したことと、いま一つにはそのプログラムモデルが多くの実証研究によって有効性を立証されて^{3,6)}、「科学的根拠にもとづく実践プログラム(EBP;

Evidence-Based Practices)」の代表的存在と認識されるようになったことがある。

ACT の普及に必要な取り組みとして、効果的で質の高いプログラムを構成する援助要素を抽出し、尺度化したフィデリティ尺度(fidelity scales) (モデル実践度尺度) が注目されている^{1,2,5,7)}。フィデリティ尺度は、プログラムを効果的に実施するために必要な心理社会的援助プログラムの構成要素を実証的に同定し、実際に行われるプログラムの質をモニタリングするための尺度であ

り、国際比較研究などにも利用されている。ACTについては、DACT (The Dartmouth Assertive Community Treatment Scale) が標準的な fidelity 尺度として幅広く用いられている⁷⁾。フィデリティ尺度を使用した研究では、モデル・フィデリティが高いほど利用者のアウトカムが優れていることが示されている¹⁷⁾。しかし、DACTはACTを実施するサービス実施形態や組織・人員など構造面の評価が中心で、サービス機能面の評価が課題とされている。また、評価対象がシステムであり、利用者の個別性をとらえることが難しい。

本研究は、日本の実情に適合したACTのあり方を検討するモデル開発と評価に関する研究プロジェクトACT-J (Assertive Community Treatment Japan)の一環として実施される。この報告では、日本型ACTプログラムの現状を記述し効果的な援助要素を検討するために、援助プロセスの実施度をサービス機能の側面から個別利用者別に把握する、ケースマネジャー評価と利用者評価の二つの尺度について、開発の現状を明らかにするとともに、1年後アウトカムとの関係を明らかにする。

B. 研究方法

1) ケースマネジャー評価・個別利用者フィデリティ尺度(ICSF)

本尺度の作成にあたり、「重い精神障害をもつ人への包括的な地域生活援助」あり方の介入目的に沿った内容を抽出して尺度項目に反映させた。

まず、包括型 (ACT) および集中型 (ICM) ケアマネジメント重要内容が記述された CCACTI (Clinical Components of

Assertive Community Treatment Interview)²⁾、および CIICM (Critical Indigents of Intensive Case Management)⁵⁾、ケアマネジメントとして日本で用いられている精神障害者ケアガイドライン⁴⁾、標準的な Fidelity 尺度である DACT である⁷⁾、計 146 項目のアイテムプールを作成した。次に 146 項目を「人的資源」「組織の枠組み」「サービスの特徴」「サービスの終了」「クライアントの特徴」「アセスメント・ケア計画」の 6 場面に分類した。さらに、日本の実情に合った項目の選択および統合を行い、最終的に計 30 項目の個別利用者フィデリティ尺度 (FSIACT) を作成した。実際に ACT プログラムに携わっている専門家およびモデル事業に参加している専門家に項目の確認を依頼した。

項目にあげた各サービス内容の実践度を「行った」「ある程度行った」「行っていない」で評価した。「行っていない」と回答した場合はその理由が、「自立のため不要」または「臨床的配慮」に該当するかを尋ねた。この評価に対応した明確なアンカーポイントを各項目ごとに設定した。すべての尺度項目について、評定基準として主に頻度評価で把握される明確な評価基準を設定した。また、客観的な評価基準が個別利用者単位の評価では設定しにくい尺度項目は削除した。一方で、サービスを行っていない理由については、D 領域：個別の援助サービスに対して、「他の援助者が実施 (含、家族)」を追加した。

さらに、ACT-J スタンダードズに基づいて、ACT-J で取り組むべきサービスを改めて整理した。具体的には、「B 領域：入退院と救

急時への対応、医療との関係)については、「B2) 早期退院への積極的な働きかけ」「B5) 主治医・医療機関との連携」、「D領域: 個別のサービス」については、「D3) 症状管理に関する援助」「D5) 対人関係・社会関係に関する援助」を追加した。さらに、「旧 D6) 就労・社会的役割に関する援助」は、ACT-J では就労支援を優先課題にしているため独立させ、「D6) 就労・教育に関する援助」と「D7) 社会的役割(含余暇活動)に関する援助」に分割した。

以上の結果、「A領域: 個別のアセスメントとケア計画」の6項目、「B領域: 入退院と救急時への対応、医療との関係」5項目、「C領域: サービス提供方法」5項目、「D領域: 個別のサービス」18項目からなる個別利用者フィデリティ尺度を作成した。

個々の利用者に対して、ACT から一定期間のうちに提供された援助サービスの内容と援助程度を、担当ケースマネージャーが全般評価によって評価する。

ICFS のA領域、B領域、C領域、D領域それぞれの下位尺度をリッカート尺度法によって単純加算して作成した(「行った(2点)」「ある程度行った(1点)」「行っていない(0点)」で評価する)。また総合尺度も同様に作成した。

個別項目の修正得点については、「該当サービスの適用なし」「自立のため不要」「臨床的配慮」「他の援助者が実施(含、家族)」のいずれか、あるいはすべてが当てはまる利用者は「援助ニーズなし」の事例として、平均値の算出から除外する。

下位尺度、総合尺度の修正得点の算出方法は以下のとおりとする。

修正尺度得点＝

$$\frac{\text{単純加算尺度得点} \times 100}{2 \times (30 - (\text{援助ニーズなし項目数}))}$$

ここで、「援助ニーズなし」については、①「該当サービスの適用なし」あるいは「自立のため不要」のみが該当する場合、②3つの理由のいずれかが該当する場合のそれぞれについて、修正尺度得点を算出した。

2) 利用者認知評価個別フィデリティ尺度(CPFS)

尺度の作成にあたり、まず既存の「システムレベルのフィデリティ尺度(日本版 DACTS)」「個別利用者フィデリティ尺度(Individual Clients Fidelity Scales for services provision assessed by case managers: ICFS)」などを参考に、計55項目のアイテムプールを作成した。この55項目は主に、ACTの構造と機能に関する項目である。これらに加え、ACTがどのようにサービスを提供したのかといった、サービスを提供する際のスタッフの姿勢を問う項目を補うため、「ACT-J スタンダーズ」内の「ACT-Jの哲学」の記載から、新たに9項目をおこした。そしてこれら計64項目を、利用者が認知しているかどうかを利用者に問う形式に改めた。

この64項目をその内容から判断し、個別のサービスすなわちACTの機能を問う項目、ACTの全体的な構造を問う項目、ACTがサービスを行なう上での姿勢を問う項目の3つに分類した。その後項目の統合、選択を行ない、実際にACTプログラムに携わっている専門家に確認を依頼した。

最終的には本尺度を計25項目とし、3つ

の下位尺度に分けた。具体的には、個別のサービス内容すなわち ACT の機能を問う 13 項目（以下、個別サービス下位尺度）、ACT のサービスの提供体制すなわち ACT の構造を問う 6 項目（以下、提供体制下位尺度）、ACT のサービスを提供する際の姿勢を問う 6 項目（以下、姿勢下位尺度）である。

回答の形式は、個別サービス下位尺度と提供体制下位尺度では、利用者ごとに必要とするサービスが異なるため、個々の項目に対して、その項目を認知しているかとの間と、その項目を必要とするかとの 2 つを尋ねている。個別サービス下位尺度では、個別のサービスに関して、最近 1 ヶ月くらいの間にそのサービスを受けたと認知しているかどうかの回答を、「受けている (3 点)」「少し受けている (2 点)」「あまり受けていない (1 点)」「受けていない (0 点)」の 4 件法で尋ね、さらにそのサービスが自分にとって必要であるかどうかを、「必要だと思う (3 点)」「少し必要だと思う (2 点)」「あまり必要ではない (1 点)」「必要ではない (0 点)」の 4 件法で回答を求めた。

提供体制下位尺度では、ACT のサービスを提供する際の特徴に関して、最近 1 ヶ月くらいの認知を、「そう思う (3 点)」「少しそう思う (2 点)」「あまりそう思わない (1 点)」「そう思わない (0 点)」の 4 件法で求め、さらにその提供体制の特徴が自分にとって必要であるかどうかの回答を、「必要だと思う (3 点)」「少し必要だと思う (2 点)」「あまり必要ではない (1 点)」「必要ではない (0 点)」の 4 件法で求めた。姿勢下位尺度では、ACT のサービスを提供する際の姿勢に関する認知を、「そう思う (3 点)」

「少しそう思う (2 点)」「あまりそう思わない (1 点)」「そう思わない (0 点)」の 4 件法とした。

3) 評価時期と評価サンプル

対象者は、2003 年 5 月より国立精神・神経センター国府台病院 ACT-J のサービスを受けている利用者のうち、退院後 6 ヶ月の個別利用者フィデリティ尺度 (ICSF) の評価が完了している 73 例、および退院後 12 ヶ月の利用者認知評価個別フィデリティ尺度 (CPFS) の回答が完了している 40 例である。1 年後アウトカムについては、入退院状況が明らかになっている 98 例、症状評価の終了している 62 例、自記式調査の終了している 57 例である。

4) 分析方法

ICFS および CPFS の得点分布、修正得点分布を検討するとともに、それぞれの尺度および下位尺度の尺度評価を行った。その上で、1 年後のアウトカム指標について、変化得点との相関分析を行った。

C. 結果

1) 個別利用者フィデリティ尺度 (ICSF) の得点分布

個別利用者フィデリティ尺度 ICFS の個別項目と下位尺度の平均値、および修正得点平均値を表 1 に示した。

下位尺度を見ると、平均値が最も高いのは「A 領域：個別アセスメントとケア計画」下位尺度で 1.10、次に「C 領域：サービス提供方法」下位尺度 0.96、「B 領域：入退院と救急時への対応」下位尺度 0.71 であった。「D 領域：個別の援助サービス」下位尺度

は0.45と低い。これは、個別の援助サービスに対する個々の利用者のニーズは多様であるため、各援助サービスに対するニーズのある利用者が限られているためであろう。

「D領域：個別の援助サービス」下位尺度の修正得点を見ると、「該当サービスの適用なし」あるいは「自立のため不要」のみを「援助ニーズなし」とした場合に0.63、3理由すべてを「援助ニーズなし」とした場合は1.19に上昇する。これは、D領域の個別項目でも同様であり、特にD領域の評価では修正得点の算出は欠かすことができないと考えられる。

表2には、下位尺度と総合尺度のChronbach信頼性係数(α)と評定者間信頼度の結果を示した。

信頼性係数 α については、各尺度とも0.74-0.92の比較的高い値が確保された。

評定者間信頼度については、「A領域：個別アセスメントとケア計画」下位尺度の信頼度がやや低いものの、0.60~0.86の比較的良好な値が得られた。

2) 利用者認知評価個別フィデリティ尺度(CPFS)の得点分布

表3のとおり、利用者認知評価個別フィデリティ尺度(CPFS)の個別サービス下位尺度でサービス提供認知で項目平均が高いのは、「不安や困ったことへの相談・助言」の2.33点であり、次いで「症状管理や病気の状態悪化防止の支援」の2.00点、「主治医や病院スタッフへの調整、働きかけ」と「ケア計画作りの手助け、手伝い」の1.90点と続く。これに対して、サービス提供体制下位尺度では、項目平均値がいずれも2点以上であり、個別サービス下位尺度より

平均値が高い。最も高いのは、「具合が悪くなったときはいつもあなたに関わり援助する」で2.33点であった。

さらに、サービスの姿勢下位尺度はさらに項目平均点が高く、「自己決定を尊重し、日常生活上の責任をもてるようにする」が2.70点、「入院しなくてもすむように支援する」が2.50点であった。理念の浸透度、サービス体制の浸透度は高いが、個別サービスについては課題を残す結果となっている。

サービス必要性の認知については、いずれのサービスともに、提供の認知よりも高くなっている。

利用者認知評価個別フィデリティ尺度(CPFS)の下位尺度の信頼性係数は、0.67~0.89といういずれも比較的高い内的一貫性が明らかになった(表4)。下位尺度別の項目平均値を比較すると、サービス提供の認知では、サービスの姿勢下位尺度が2.45点で最も高く、次いでサービス提供体制下位尺度の2.19点、個別サービス下位尺度の1.45点であった。サービス必要性の認知については、サービス提供の認知よりもいずれも高い値になっている。

3) 1年後アウトカムとの関連

表5および表6の通り、ACT介入の1年間のアウトカムとして、1年間の地域滞在期間、退院後1年と退院1ヶ月の得点差にBPRS症状の改善、GAFの改善、DAI10：服薬治療態度の改善、参加準備性の改善、ソーシャルサポート尺度SSQ6の知人の数、SSQ6：家族支援者の数の改善、自己効力感尺度の改善、エンパワーメント尺度、自己統制感尺度の改善、そして、1年後のサービス満足度SSQ8を捉えた。

個別利用者フィデリティ尺度ICFSとの

関係については（表5）、ICSF全体とエンパワーメントおよび自己統制感の改善との関係が見出された。サービス満足度については3理由による修正得点、ICSF個別アセスメントとケア計画下位尺度との関連が見出された。

ICSF入退院と救急下位尺度については、地域滞在日数との負の相関、およびBPRS症状改善、参加準備性、ソーシャルサポート尺度SSQ6家族支援者の数においていずれも負の相関が認められた。いずれも入退院と救急の介入が必要な状態にあった人たちの厳しい状況が反映された結果と言える。

利用者認知評価個別フィデリティ尺度(CPFS)との関係については（表6）、いずれもサービス満足度との高い相関が認められた。BPRSおよびGAFについては、負の相関が認められ、状態悪化時に関与したことがサービス認知されていることが示唆される。

D. 考察

1) 個別利用者フィデリティ尺度の評価

個別利用者フィデリティ尺度ICFSの信頼性は、内的一貫性、評定者間信頼性とも比較的高い値が得られている。「A領域：個別アセスメントとケア計画」下位尺度の評定者間信頼度がやや低い、主担当と副担当との間で情報の共有化が十分でなかった可能性があり、今後、情報分散を少なくする工夫が必要になるであろう。また、利用者認知評価個別フィデリティ尺度(CPFS)の内的一貫性はいずれも高い値であった。

個別利用者単位に評価するフィデリティ尺度は、個別利用者単位に、必要なサービスが提供されているかどうかは明らかにな

ること、実施が容易でACTスタッフが自らの実践内容をモニタリングするために役立つこと、個別利用者単位で、サービスの提供とアウトカムとの関係が明らかになり、効果的なACT-Jの援助要素が明らかになる可能性があるなどのメリットがあり、今後、より詳細な分析を行う必要がある。

2) 1年後アウトカムとの関連

個別利用者フィデリティ尺度ICFSについては、ACT-Jが目標の一つとしているエンパワーメントや自己統制感の改善と関連が認められた。また、利用者認知評価個別フィデリティ尺度(CPFS)との関係を含めて、サービス満足度と関連が認められた。これらは、ACTの十分な関わりがこれらのACTが目指す効果の実現と関連していることを示唆しており、尺度の妥当性を保証するものと考えられる。

一方で、ICFS入退院と救急下位尺度は、地域滞在日数との負の相関をはじめとして、状態が悪い状況で関わったことが、結果としてアウトカム指標の悪化と関わっていることが明らかになった。利用者認知評価個別フィデリティ尺度(CPFS)についても同様にBPRSやGAFの悪化と関連しており、同様の状況が背景にあると考えられる。

個別利用者フィデリティ尺度は、利用者別にそのサービスの必要の有無を判定、ニーズ評価・判定が不可欠である。同時に、状態が良くないためにより多くのサービスを提供するというアウトカムがプロセスに与える影響も考慮する必要がある、効果的な援助要素の分析を考える上では大きな課題になると言えよう。

E. 結論

日本の実情に適合した ACT のあり方を検討するモデル開発と評価に関する研究プロジェクト ACT-J の一環として、援助プロセスの実施度をサービス機能の側面から個別利用者別に把握する、ケースマネジャー評価と利用者評価の二つの尺度について、それぞれの尺度からみた実施状況を明らかにするとともに、1年後アウトカムとの関係を明らかにした。サービスの実施状況については、概ね実際のサービスと一致する妥当な結果がえられていた。1年後アウトカムとの関係では、エンパワーメントや自己統制感の改善、サービス満足度の向上などとの関連が明らかにされたが、状態が悪化して多くのサービスが提供されるという注目する因果関係とは逆の関係も見出され、評価方法論上の大きな課題と考えられた。

文献

- 1) McGrew JH, Bond GR, Dietzen L, et al: Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 62: 670-678, 1994.
- 2) McGrew JH, Bond GR. Critical ingredients of assertive community treatment: judgments of the experts. *Journal of Mental Health Administration*. 1995 ;22:113-25.
- 3) Mueser KT, Bond GR, Drake RE, et al. *Models of Community Care for Severe*

Mental Illness: A review of research on case management. Schizophr Bull 1998; 24: 37-74.

4)大島巖, 長直子, 安西信雄, 高橋清久. 精神障害者ケアガイドライン検討委員会版ケアアセスメント票の開発と評価ーケア必要度と社会的不利尺度の信頼性と妥当性. *精神医学* 2000; 42:809-817.

5)Schaedle RW, Epstein I. Specifying intensive case management: a multiple perspective approach. *Mental Health Service Research*. 2000 ;2:95-105.

6) Stein LI, Test MA: Alternative to Mental Hospital Treatment. *Arch Gen Psychiatry* 37:392-412, 1980

7) Teague GB, Bond GR, Drake RE: Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *Am J Orthopsychiatry* 68: 216-232, 1998.

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表1 個別利用者フィデリティ尺度(ICFS)の分布(6ヶ月)と修正得点 (n=73)

	ICFS	修正ICFS(自立と サービスニーズで 補正)	修正ICFS(3理 由で補正)
	[range: 0-2]	[range: 0-2]	[range: 0-2]
[A領域] 個別アセスメントとケア計画			
A1) 初期アセスメントの実施	0.87	1.07	1.30
A2) 包括アセスメントの実施	0.79	0.79	1.13
A3) 体系的な援助計画の作成	0.67	0.67	1.02
A4) アセスメント面接で利用者の希望を聞く	1.35	1.35	1.75
A5) ケア計画の作成と見直しに利用者が参加	1.26	1.26	1.77
A6) 利用者の自己決定の尊重	1.48	1.48	1.74
[B領域] 入退院と救急時への対応、医療との関係			
B1) 入院に対する積極的な関与	0.21	0.75	0.88
B2) 早期退院への積極的な働きかけ	0.51	1.50	1.57
B3) 退院に対する積極的な関与	0.34	1.00	1.14
B4) 救急サービスに対する責任	0.81	1.38	1.41
B5) 主治医・医療機関との連携	1.04	1.25	1.34
[C領域] サービス提供方法			
C1) 地域ベースのサービスの提供	1.24	1.24	1.56
C2) チームアプローチ	1.03	1.03	1.25
C3) 関わりの頻度	1.26	1.26	1.52
C4) プログラムミーティングを毎日行う	1.04	1.04	1.10
C5) 積極的なエンゲージメント(関係作り)	0.34	1.19	1.39
[D領域] 個別の援助サービス			
D1) 基本ニーズを満たすための日常生活支援	0.45	0.77	1.38
D2) 服薬に関する援助	0.53	0.87	1.22
D3) 症状管理に関する援助	1.03	1.14	1.30
D4) 金銭管理に関する援助	0.15	0.42	0.85
D5) 対人関係・社会関係に関する援助	0.88	1.14	1.45
D6) 就労・教育に関する援助	0.40	0.45	0.97
D7) 社会的役割に関する援助	0.56	0.68	1.24
D8) 住居に関する援助	0.26	0.63	1.19
D9) 機能向上のための援助、スキル訓練	0.70	0.89	1.24
D10) ストレngths向上のための援助	1.04	1.15	1.41
D11) 地域援助機関(公的サービス)に対する働きかけ	0.40	0.62	1.26
D12) インフォーマル援助システムにへの働きかけ	0.05	0.10	0.36
D13) 家族に対する支援	0.88	1.03	1.39
D14) プログラム化された家族支援への参加働きかけ	0.33	0.39	0.89
D15) プログラム化された本人への心理教育	0.26	0.33	0.83
D16) 家族会等への参加に関する支援	0.21	0.24	0.54
D17) セルフヘルプグループへの参加に関する支援	0.22	0.28	0.84
D18) 物質乱用個人治療	0.00	0.00	0.00
総合尺度・下位尺度(項目平均)			
A) 個別アセスメントとケア計画	1.06	1.09	1.49
B) 入退院と救急時への対応	0.58	1.27	1.36
C) サービス提供方法	0.98	1.15	1.32
D) 個別の援助サービス	0.46	0.71	1.18
総合尺度	0.66	0.91	1.28

表2 個別利用者フィデリティ尺度の分布、信頼性の係数

	mean	s.d.	α	評定者信頼度*
A) 個別アセスメントとケア計画	1.06	0.65	0.90	0.58
B) 入退院と救急時への対応	0.58	0.55	0.78	0.63
C) サービス提供方法	0.98	0.52	0.70	0.86
D) 個別の援助サービス	0.46	0.29	0.82	0.74
総合尺度 (項目平均)	0.66	0.28	0.76	0.68

注:* 退院後6ヶ月時点の評価73件に対する分析。

* 主担当と副担当の得点のピアソン積率相関係数(n=10)

表3 利用者認知評価個別フィデリティ尺度(CPFS)の分布 (n=40)

	サービス提供 の認知	サービス必要 性の認知
	[range: 0-3]	[range: 0-3]
[A領域] 個別サービス		
1) 食事・掃除・買い物などの手助け、手伝い、練習	1.30	1.74
2) お金のやりくりについての手助け、手伝い、練習	0.58	1.36
3) 薬の説明、管理についての手助け、手伝い	1.58	1.85
4) 症状管理や病気の状態悪化防止の支援	2.00	2.30
5) 不安や困ったことへの相談・助言	2.33	2.49
6) 社会的役割を持つことや余暇の過ごし方についての支援	1.75	2.25
7) 社会的サービスを活用するための支援	1.13	1.82
8) 一人暮らし準備や一人暮らしを続けるための手助け、手伝い	1.25	1.83
9) 家族に対する相談や支援、働きかけ	1.35	1.95
10) 友人・知人・近所の人・職場の人たちへの調整、働きかけ	0.88	1.56
11) ケア計画作りの手助け、手伝い	1.90	2.28
12) 早く退院するための支援	0.80	1.20
13) 主治医や病院スタッフへの調整、働きかけ	1.90	2.46
[B領域] サービス提供体制		
14) 援助を求めれば24時間、365日対応する	2.23	2.50
15) 複数のケースマネジャーが交代で関わる	2.20	2.51
16) いろいろな専門家がさまざまな面で関わる	2.10	2.45
17) どんなことがあっても援助をし続ける	2.28	2.68
18) 援助は自宅など生活の場で提供される	2.03	2.25
19) 具合が悪くなったときはいつもあなたに関わり援助する	2.33	2.50
[C領域] サービスの姿勢		
20) ケア計画を作るときあなたの希望を聞く	2.48	
21) 入院しなくてもすむように支援する	2.50	
22) あなたに力を与え、自立を促進するよう支援する	2.49	
23) 可能性を信じ、良い面、できていることを延ばす支援をすい	2.43	
24) 自己決定を尊重し、日常生活上の責任をもてるようにする	2.70	
25) ACTに管理されている (逆転項目として算出)	2.08	
総合尺度・下位尺度 (項目平均)		
A) 個別サービス	1.45	1.93
B) サービス提供体制	2.19	2.48
C) サービスの姿勢	2.45	
総合尺度	1.87	2.12

表4 利用者認知評価個別フィデリティ尺度(CPFS)の分布、信頼性係数

	サービス提供の認知			サービス必要性の認知		
	平均値	s.d.	α	平均値	s.d.	α
A) 個別サービス	1.45	0.67	0.85	1.93	0.76	0.88
B) サービス提供体制	2.19	0.60	0.67	2.48	0.56	0.81
C) サービスの姿勢	2.45	0.54	0.73			
総合尺度 (項目平均)	1.87	0.51	0.88	2.12	0.64	0.89

注: 1年後調査が終了したn=40

表5 個別利用者フィデリティ尺度(ICSF)とアウトカム指標(1年間の変化得点)の関連

	ICSF	ICSF修正1	ICSF修正2	ICSF-A: 個別 アセスメントとケア 計画	ICSF-B: 入退院と 救急	ICSF-C: サービス提供 方法	ICSF-D: 個別サー ビス
地域滞在期間	-0.04	0.13	0.12	0.09	-0.53 **	0.01	0.11
BPRS症状の改善	-0.10	-0.19	-0.23 †	0.15	-0.24 †	-0.07	-0.14
GAFの改善	0.04	-0.01	-0.09	-0.04	-0.16	-0.04	0.16
DAI10:服薬治療態度	0.17	0.05	-0.11	0.05	0.15	0.09	0.17
参加準備性	-0.03	0.06	-0.18	-0.10	-0.26 †	0.14	0.09
SSQ6:知人の数	0.22	0.20	0.08	0.06	-0.05	0.28 †	0.28 †
SSQ6:家族支援者の数	0.04	0.03	-0.09	0.08	-0.28 †	0.11	0.04
SECL: 自己効力感尺度	0.17	0.16	-0.17	0.20	-0.18	0.16	0.16
エンパワーメント	0.33 *	0.31 *	0.00	0.25	0.00	0.11	0.38 *
自己統制感	0.25 †	0.12	0.00	0.13	0.15	0.10	0.27 †
CSQ8: サービス満足度	0.18	0.21	0.29 †	0.28 †	0.16	0.02	0.08

注: n=73

† p<.10

* p<.05

** p<.01

表6 利用者認知評価個別フィデリティ尺度(CPFS)とアウトカム指標(1年間の変化得点)の関連

	CPFS	CPFS-A: 個別サービス (認知)	CPFS-B: サービス提供 体制(認知)	CPFS-C:サービ ス提供姿勢(認 知)	CPFS-A: 個別サービス (必要性)	CPFS-B: サービス提供 体制(必要 性)
地域滞在期間	-0.07	-0.15	0.00	0.13	-0.15	-0.12
BPRS症状の改善	-0.43 **	-0.52 **	-0.29 *	0.03	-0.28 †	-0.25
GAFの改善	-0.40 **	-0.45 **	-0.27 *	-0.02	-0.36 *	-0.28 *
DAI10:服薬治療態度	-0.08	-0.09	0.03	-0.10	-0.20	-0.09
参加準備性	0.14	0.18	0.15	-0.12	0.17	0.10
SSQ6:知人の数	-0.07	-0.14	0.11	0.01	-0.11	0.07
SSQ6:家族支援者の数	-0.03	0.06	-0.20	-0.07	0.29 †	-0.08
SECL: 自己効力感尺度	-0.14	-0.17	-0.03	-0.05	-0.10	-0.04
エンパワーメント	0.12	0.10	0.13	0.02	0.06	0.11
自己統制感	-0.10	-0.06	-0.16	-0.08	0.09	-0.06
CSQ8: サービス満足度	0.71 **	0.50 **	0.61 **	0.76 **	0.44 **	0.58 **

注: n=40

† p<.10

* p<.05

** p<.01

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
協力研究報告書

ACT で提供されたサービスとアウトカムの関係
—サービスコードデータとアウトカム調査の結果から—

- 園環樹*1、大島巖*2、贅川信幸*3、深澤舞子*3、西尾雅明*1、伊藤順一郎*1
- *1 国立精神・神経センター精神保健研究所
 - *2 日本社会事業大学精神保健福祉学分野
 - *3 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

【目的】本研究では、日本で最初に導入された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）の援助効果を評価するとともに、効果をもたらす援助要素を同定することを目的とする。

【方法】ACT-Jの利用者に提供されたサービスを、ACT-Jにおける臨床活動の電子的記録であるサービスコードデータを用いて分析し、提供されたサービス量と各種アウトカム指標の変化との関連を検討した。対象は、2003年5月から2004年4月までに国府台病院に入院した者で、年齢が18歳～59歳、主診断が、統合失調症、感情障害等の精神疾患であり、医療機関の頻回利用があり、日々の生活課題を一貫して遂行できない、過去2年間に問題行動のあった者のうち、研究参加の同意が得られた43人とした。用いたアウトカム指標は、入院日数、GAF（Global Assessment of Functioning）、自己効力感、服薬態度などである。アンケート調査は、退院直後と1年後の2回実施され、サービスコードデータは各利用者の退院後1年間のデータを使用した。

【結果・考察】分析の結果、調査期間中に提供されたACT-Jのサービスの利用者1人あたりに平均回数は電話だけのコンタクトも含めて約221回であった。その内容としては、「症状・服薬管理」「対人関係支援」「日常生活支援」などのサービスが多く提供されていた。アウトカム指標の変化については、入院日数が前後比較で有意に減少し($t=3.31, p=0.002$)、GAFが有意に増加し($t=-3.14, p=0.003$)、服薬態度が向上した($t=-2.21, p=0.036$)。各尺度の得点の前後差得点（1年後調査－退院直後調査）と、提供されたサービス量の相関については、「日常生活支援」や「社会生活支援」の提供量と入院日数の減少との間に有意な相関が見られた。また、「就労支援」の提供量と参加準備性の増加量との間にも有意な相関が見られ、地域生活の維持する上でこれらのサービスを提供することが重要であると考えられる。

【結論】ACT-Jでは、利用者の退院後1年間に1人あたり平均221回のコンタクトを行っており、前後比較では入院日数が減少し、社会機能が向上した。また、提供されたサービスの中で、「日常生活支援」や「社会生活支援」の提供量と入院日数の減少との間に相関が見られ、これらのサービスが地域生活の維持する上で重要であることが示唆された。

A. 背景と目的

入院医療中心から地域生活中心へと精神保健福祉施策が移行しつつある。このような動向の中で、精神障害者に対するケアマネジメント、中でも精神病院の脱施設化を進めた国々の地域精神保健の中核である集中型・包括型のケアマネジメントの代表的プログラムである ACT¹⁾ (Assertive Community Treatment) に注目が集められている^{2,3)}。ACT は、1970 年代からその有効性が欧米諸国で実証され始め、現在、有力な科学的根拠に基づく実践 (Evidence-Based Practice) の一つとして世界的にそのプログラムの普及が行われているが^{4,5)}、ACT で提供されたサービスを定量的に評価し、アウトカムとの関連を分析した先行研究は見当たらない。本邦初の ACT 利用者のアウトカム評価にプロセスの評価を合わせて行い、効果をもたらす介入内容を明らかにすることは重要であると考えられる。

本研究では、ACT-J の援助効果を評価するとともに、効果をもたらす援助要素を同定することを目的とし、ACT における臨床活動の電子的記録であるサービスコードデータと各種アウトカム指標の変化との関連を検討した。

B. 研究方法

1. 対象

国府台病院精神科に平成 15 年 5 月から 16 年 4 月までの期間に入院し、①年齢が 18 歳以上 60 歳未満、②入院時の主診断が統合失調症、感情障害等の精神疾患(主診断が知的障害、認知症、薬物・アルコール依存、

人格障害であるものは除外)、③居住地が市川・松戸・船橋の 3 市、④急性薬物中毒の処置や合併症治療以外の目的での入院、⑤入院前 2 年間の精神医療サービス利用状況と社会適応、入院前 1 年間の日常生活状況に関して独自に作成した基準により重症精神障害をもつと判断される、⑥主治医の了解がある、⑦研究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る、以上全ての条件を満たす 43 名を対象とした。

2. 調査票

自記式調査票は、下記の尺度から構成された。

1) 薬物態度尺度

薬物に対する態度の測定には、Drug Attitude inventory-10: DAI-10 (Hogan ら 1983) を用いた。この尺度は、2 者択一形式の 10 項目からなる自記式評価尺度であり、日本語版は宮田ら (1986) によって作成され、内的整合性と信頼性が確認されている。抗精神病薬や薬物療法に対する印象や態度・体験について、肯定的な回答に 1 点が与えられる。

2) 参加準備性尺度

サービスへの参加準備性の測定には、Readiness for Psychoeducation Scale を使用した。この尺度は、厚生労働省精神・神経研究委託費「精神分裂病の状態、治療・リハビリテーションに関する研究 (主任研究者：浦田重治郎)」「精神分裂病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（分担研究者：大島巖）において作成された。本尺度は、「知識獲得に関する認識」、「障害者同士の関わり」、「援助サービスの活用」、「障害の受容」、「症状対処行動への意欲」の5領域、形2項目で構成される。各項目は「3: とても大切」から「0: 大切でない」の4段階で評価するリッカート尺度である。各項目の得点を合計し、100点満点換算した値は、得点が高いほど参加準備性が高いことを示す。

3) 自己効力感尺度

自己効力感の測定には、大川ら（2001）の *Self-Efficacy for Community Living Scale* を使用した。この尺度は、「日常生活」、「治療に対する行動」、「症状対処行動」、「社会生活」、「対人関係」の5領域、18項目が用意され、各項目の内容に対する本人の主観的自信を、「0: 全く自信がない」から「10: 絶対に自信がある」の11段階で回答を求めた。得点は、18項目に対する回答を合計したものを100点満点に換算して分析に用いた。

4) 自尊感情尺度

自尊感情の測定には、Rosenberg（1979）の *Rosenberg Self-Esteem Scale* を使用した。この尺度は、「私が全力を傾けることはどんなことでも、何とかこなすことができる」などの10項目からなり、回答は「3: 大いに思う」から「0: 全くそう思わない」までの4段階のリッカート尺度を採用した。合計得点を100点満点換算したものを分析に用いた。

5) サービス満足度

ACTのサービスを受けて12ヵ月が経過した利用者に対して、ACTサービスに対する満足度を、立森ら（1999）のクライアント満足度尺度（*Client Satisfaction Questionnaire: CSQ*）の8項目版を用いた。援助の満足度を問う項目に対し4段階で回答しそれらの合計点を算出するものである。

以上の自記式評価尺度の他に、電子サービスコード記録を用いて、ACTで提供されたサービスの量を評価した。電子サービスコード記録とは、精神障害者の地域生活支援を記述するサービスコードの体系を、既存尺度やガイドライン、資料、これまでの経験を参考に作成したもので、サービスを23分類（9カテゴリー）し、コード化し、これらのコードとともに、サービスの提供者、利用者、場所、日時などを電子的に記録・蓄積するシステムである。本研究ではこの中から分析対象者に対して退院後1年間に提供されたサービスの記録を用いた。

3. 分析方法

ACT登録の指標となった入院を基に、入院前後1年間の精神科入院日数、退院1ヵ月後・1年後の社会生活機能(GAF)や自記式評価尺度の得点を対標本t検定で比較した。

さらに、ACTで提供されたサービスと介入効果の関連を評価するために、各尺度の前後差得点（1年後の得点-1ヵ月後の得点）と提供されたサービス量とのPearson積率相関係数を算出した。

4. 倫理委員会の承認

本研究は、国立精神・神経センター倫理審査委員会の承認を得ている。

定で比較した結果を示す。

C. 結果

1. 対象者の基礎属性

全対象者 43 名の基本属性は、男性 19 名、女性 24 名、平均年齢 35.8 歳、入院時診断は統合失調症が 72%を占めた。その他、居住形態や年齢層について表 1 に示す。

2. 介入の内容

1 年間のコンタクト総件数は、電話のみのコンタクトも含めて 1 ケースあたり平均 221.4 件 (SD=184.7) であった。その内容としては、「症状・服薬管理」が最も多く、ついで「対人関係支援」や「日常生活支援」が多く提供されていた。その内容を表 2 に示す。

3. 主な介入効果

43 名のうち、入院継続中の 1 名と退院後 1 年間の追跡期間中に死亡した 1 名を除く 41 名について、入院前後 1 年間の精神科入院日数を比較すると、精神科入院日数が 116.0 から 56.7 へ減少しており有意な変化が認められた。また、GAF と服薬態度 (DAI-10) には有意な改善が見られた。表 3 に各アウトカム指標の前後値を標本 t 検

表1. 基礎属性 (n=43)

性別	女性	24(55.8%)
	男性	19(44.2%)
年齢	10-19	3 (7.0%)
	20-29	11(25.6%)
	30-39	12(27.9%)
	40-49	12(27.9%)
	50-59	5(11.6%)
	主診断	統合失調症
	気分障害	8(18.6%)
	その他	4(9.3%)
居住形態	家族と同居	30(69.8%)
	その他と同居	1(2.3%)
	独居	12(27.9%)

表2. 1年間で1ケースあたりに提供されたサービスの平均回数

	平均値	標準偏差
症状・服薬管理	110.14	123.22
他直接サービス	47.36	44.71
対人関係支援	28.33	42.61
日常生活支援	24.14	45.20
ケアマネジメント	22.21	14.35
家族支援	20.81	29.37
日中・余暇活動支援	15.76	20.38
身体健康管理	14.95	16.95
医療機関連絡調整	14.40	17.94
関係作り支援	13.00	11.31
就労支援	11.36	20.42
経済生活支援	9.60	17.32
危機介入	8.62	12.91
社会生活支援	7.83	11.48
住居支援	7.48	17.71
地域機関連絡調整	5.86	8.32
ケース会議・スーパービジョン	2.29	2.91
他援助者と連絡調整	1.52	2.82
教育支援	0.98	3.38
心理社会的介入	0.90	2.22
本人心理教育	0.40	1.08
記録・文書作成	0.29	0.77
ステップダウン	0.05	0.22
総計	221.43	184.74

4. 提供されたサービス量とアウトカム

表 4 に提供されたサービスの量と各アウトカム指標の得点の前後差の相関係数を示す。入院日数の減少と「日常生活支援」「社会生活支援」の提供量の間、CSQ-8 (サービス満足度) と「家族支援」「社会生活支援」の間などに有意な相関が見られた。

D. 考察

入院日数の減少と「日常生活支援」や「社会生活支援」の提供量との間に相関が見られ、「症状・服薬管理」などの医療的な支援との間には相関が見られなかった。地域生活を維持する上での生活支援の重要性が示唆されたと考えられる。

「就労支援」と参加準備性の向上との間

表3. 各アウトカム指標の前後比較

	平均値	SD	平均値	SD	t 値	p
GAF	46.95	8.07	50.11	6.71	-3.14	0.003 **
入院日数	116.00	102.80	56.70	98.40	2.98	0.005 **
自己効力感	63.32	15.73	61.41	17.26	0.70	0.493
DAI-10 服薬態度	5.79	2.67	6.71	2.46	-2.21	0.036 *
本人参加準備性	79.52	16.55	80.09	13.51	-0.22	0.826
自尊感情尺度	51.19	18.75	51.20	15.11	0.00	0.997
CSQ-8(サービス満足度)			19.60	1.60		

*. 相関係数は 5% 水準で有意 (両側) **. 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)

や「家族支援」とサービス満足度との間に 較では入院日数が減少し、社会機能が向上

表4. 各尺度の前後差得点と提供されたサービス量の相関

	GAF	入院日数	自己効力感	服薬態度	本人参加準備性	自尊感情	サービス満足度
対人関係支援	-0.36 *	-0.07	0.09	-0.22	0.09	0.20	-0.23
日常生活支援	0.22	-0.32 *	-0.59 **	0.26	0.09	-0.31	0.16
家族支援	-0.14	0.23	-0.19	-0.13	-0.06	0.09	0.44 *
身体健康管理	-0.03	-0.16	-0.44 *	0.19	-0.09	-0.25	0.13
医療機関連絡調整	-0.02	0.42 **	-0.37	0.30	-0.02	-0.13	0.19
就労支援	-0.01	-0.20	0.31	-0.05	0.38 *	-0.22	-0.15
経済生活支援	-0.09	0.08	-0.19	0.43 *	-0.03	0.25	0.15
社会生活支援	-0.01	-0.34 *	-0.31	0.13	0.11	0.05	0.54 **
地域機関連絡調整	-0.10	-0.22	-0.15	0.20	0.07	0.42 *	0.01
ケース会議	-0.20	0.35 *	-0.22	0.20	-0.19	0.00	0.24
他機関連絡調整	-0.09	0.18	-0.10	0.44 *	-0.05	0.00	0.31

Pearsonの相関係数 *. 相関係数は 5% 水準で有意 **. 相関係数は 1% 水準で有意

相関が見られ、本人をとりまく社会資源の環境整備や家族支援など、第三者の介入を必要とするサービスの提供が良好なアウトカムをもたらす可能性が考えられる。

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を対象とした体系的な効果評価研究である。ACT-J では、利用者の退院後 1 年間に 1 人あたり平均 221 回のコンタクトを行っており、前後比

した。また、提供されたサービスの中で、「日常生活支援」や「社会生活支援」の提供量と入院日数の減少との間に相関が見られ、これらのサービスが地域生活の維持する上で重要であることが示唆された。

文献

1) 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

2) 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

3) 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

4) Deci PA, Santos AB, Hiott DW, Schoenwald S and Dias JK: Dissemination of assertive community treatment programs. Psychiatric Services 46: 676-678, 1995

5) Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rossler W: Case Management and Assertive Community Treatment in Europe. Psychiatric Services 52: 631-636, 2001

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地域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

ACT チーム精神科医の役割と機能に関する研究
分担研究者 西尾雅明(国立精神・神経センター精神保健研究所)

研究要旨

目的：平成 15 年 5 月の臨床実践開始当初からの ACT-J チーム精神科医の実践経験を基礎資料として、日本の精神保健福祉システムの中で、将来的に ACT のチーム精神科医がどのような役割と機能を担うべきかについて考察を加える。

方法：ACT-J スタンダーズに記載されているチーム精神科医の役割について言及しながら、担当者として心掛けたこと、抱えていた葛藤、実際に行ったこと、機能したこと、機能しなかったこと、についてまとめた。具体的に提供したサービスを示すため、平成 15 年 5 月から平成 19 年 2 月までに、チーム精神科医が利用者とコンタクトする度にデータベースに入力したサービスコードの集計結果を提示した。また、一定の援助効果をもたらした事例の中から 3 例を紹介し、それらをもとに考察を加える。

結果と考察：ACT での精神科医の役割は、チームリーダーと共に、チームの臨床上の責任を負うこととされており、『ACT-J スタンダーズ ver3』には精神科医の業務内容について、①全利用者の精神科治療に関するスーパーバイズ、②薬物療法に関するスーパーバイズ、③チーム・ミーティングへの 1/3 以上の参加、④包括的プラン立案ミーティングへの過半数の参加、⑤利用者と外来主治医の双方が希望した場合には、ACT-J チーム精神科医が主治医となることを推奨する、と記載されている。ケースロードは「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」とされているので、90 名程度の登録者を抱えるチームとしては、週 4～5 日程度の常勤医師は必須ということになる。

チーム精神科医には臨床面での管理的な立場が求められているが、ACT を我が国で展開していくためには、これまでの精神・保健・福祉分野でみられた医師 - コメディカル - 患者といったヒエラルキーを壊していくために、特にチーム形成過程の初期に精神科医がチームを引っ張りすぎないことも肝要である。一方で、「医師の資格をもつ一人の人間として、その個性を発揮することがチームに貢献する」のであり、精神科医によって異なる持ち味を、チームごとにどのようにまとめていくかが問われることになる。

具体的な業務内容としては、①ミーティングへの出席、②外来診療、③オフィスでの間接的サポート、④夜間・休日の電話当番、⑤緊急時の訪問・往診、が挙げられ、サービスコードの集計では、「精神症状・服薬管理」に関するコードの入力が多かったが、「家族支援」や「就労支援」など他領域のコーディングも広くなされていた。コンタクト場所に関しては、外来診療のため「精神科医療機関」、 「ACT-J オフィス」でのコンタクトが、また「電話・

FAX」の件数が多くなっていた。

チーム精神科医が利用者の主治医となった場合、ケースマネジャーとの意思の疎通、方針の統一や迅速な対応がなされやすいと思われたが、チーム精神科医が主治医となることを積極的に推奨していくべきかどうか、より実証的な研究が必要である。主治医として担当している利用者以外への関わりは間接的なものが多く、今後の課題となっている。

事例では、どのようにしたら利用者に納得して薬物療法を受けてもらえるかといった視点と家族へのかかわりなど、心理社会的支援が重視されている。ACTは決して特殊なプログラムではなく、特別な技術を駆使するわけではないが、利用者にとっての支え手が拡がり、比較的十分な時間をかけて環境調整（心理社会的支援）を行えることが援助効果に大きな影響を与えていると考えられる。

結論：ACT チーム精神科医の役割をどう規定するかは、日本での治療文化を変えていくうえで、また個々のチームの文化を創り上げていくうえでも重要になる。チーム精神科医が実際に提供するサービス内容は、チームの加入基準や精神科医の個性によっても異なり、それらを踏まえてチームビルディングがなされる必要がある。ACTは、心理社会的支援の良好な結果を目の当たりにすることが多い地域精神保健福祉活動の現場であり、若い精神科医の卒前・卒後教育の場として積極的に活用されることも期待してよいと考えられた。

A. 研究目的

精神障害をもつ人たちの退院支援と地域定着が課題とされる我が国において、診療報酬や自立支援法下での十分な枠組みが保障されていない現実にもかかわらず、ACTを志向するプログラムが全国各地で立ち上げられている。総体として医療機関や医師の権限が強い日本の精神保健福祉システムの中で、ACTがどのように位置付いていくのかを考える際に、精神科医がチームの中でどのような役割を担うのか、或いはどのような役割を担わない方がよいのかを検討することは重要な課題であると言える。そのような観点から、平成15年5月の臨床実践開始当初からのACT-Jでのチーム精神科医の役割と機能について検討を加える。

B. 研究方法

ACT-J 臨床開始前から作成され段階的に改訂を重ねている ACT-J スタンダードは、

プログラムの目的やスタッフ構成、個々のスタッフの役割、サービス提供の方法などの基準を定めたものである。今回は、このACT-J スタンダードに記載されているチーム精神科医の役割について言及することを皮切りに、後方視的な振り返りではあるが、チーム精神科医である筆者自身が、①担当者として心掛けたこと、②抱えていた葛藤、③実際に行ったこと、④機能したと思われること、⑤機能できなかったと思われること、についてまとめた。③については、平成15年5月にACT-J 臨床チームがサービス提供を開始してから平成19年2月23日まで、筆者が利用者とコンタクトする度にACT-J 臨床データベースに入力していたサービスコードの集計結果も提示する。さらに、临床上、ACTによる一定の援助効果をもたらしたと考えられる3つの事例を紹介し、それらをもとに考察を加える。

C. 結果

1. ACT-J スタンダードにおけるチーム精神科医の役割

ACT での精神科医の役割は、チームリーダーと共に、チームの臨床上の責任を負うこととされている。米国の ACT チームの資料を参考に作成した『ACT-J スタンダード ver3』には、ACT-J での精神科医の業務内容について以下のように、①全ての利用者の精神科治療についてのスーパーバイズ、②薬物療法についてのスーパーバイズ、③チーム・ミーティングへの 1/3 以上の参加、④包括的プラン立案ミーティング（実際にはケース・カンファレンスと考えてよい）への過半数の参加、⑤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、と記載されており、さらに「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」としている。また、ケースロードは「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」とされているので、平成 18 年度末のように 90 名程度の登録者を抱えるチームとしては、週 4～5 日程度の常勤医師は必須ということになるだろう。実際に、登録者数が 70 名を超えた平成 17 年度以降は、平日の日中のほとんどは ACT-J の臨床に時間が割かれるようになった。

2. 実際にチーム精神科医として心がけたこと

スタンダードにみられるように、ACT のチーム精神科医には臨床面での管理的な立場が求められていると言える。しかし、前述し

たようにスタンダードは、ACT の導入と普及が進んでいる米国の資料を参考にしており、精神科医とコメディカル・スタッフの関係においては質的に異なる部分が多いものと考えられる。

日本で ACT の導入と定着を目指すということは、収容中心の我が国の精神保健の文化を地域支援中心に変えていくということであり、これまでよりもコメディカル・スタッフの力量が質量ともに問われることになる。利用者のクライシス時に複数スタッフで訪問し、携帯電話でチームリーダーやチーム精神科医の意見や判断を求めることはあるにせよ、現場での迅速なアセスメントと臨床的なかわりが求められることになり、これまでの入院医療を中心とした治療文化と比べて、コメディカル・スタッフの役割と責任はより大きなものとならざるをえない。逆に言えば、いわゆる「リカバリー」重視の理念に則った ACT を我が国で展開していくということは、これまでの精神・保健・福祉分野でみられた医師 — コメディカル・スタッフ — 患者といったヒエラルキーを壊していくことに他ならない。ヒエラルキー（別の側面からみると依存・共依存関係の構造）の強くないチーム・アプローチが機能している ACT では、チーム精神科医が担当している利用者の入院の判断と決定に関しても、精神科医が担当のケースマネジャーに相談してから動くといったプロセスが求められる。

チーム形成過程の初期に精神科医がチームを引っ張りすぎないことも肝要と思われる。特に我が国では、コメディカル・スタッフと言えども卒前・卒後教育の段階で医学モデルの影響をかなり受けていることを考