

を使用し、有意水準は全てにおいて 1%に設定した。また、有意差のある場合の統計値は斜体文字で記した。

D. 結果

支援類型別の基礎属性と GAF の改善に関する結果をそれぞれ表1と表2に示した。また、表2の変化を図1に示した。GAFを含む全ての基礎属性に関して、支援開始時における支援類型間の有意差はなかった。

一方、GAF の縦断的比較において、「人生設計型」の支援の半年後のそれが有意に高かった ($paired t = -6.130, p < .001$) が、「病状安定型」の支援で有意な変化はなかった ($t = -.920, n.s.$)。支援類型間の横断的比較において、退院直後での有意差はなかったが ($t = -.494, n.s.$)、半年後での「人生設計型」の支援の GAF が「病状安定型」の支援のそれと比較して有意に高かった ($t = -2.823, p < .01$)。

E. 考察

結果では「人生設計型」の支援における GAF の改善が縦断的比較および横断的比較の両者において有意に高かった。即ち、「人生設計型」の支援では支援開始から半年間に利用者の社会生活機能が有意に回復したが、「病状安定型」の支援ではそのような回復が見られなかった。また、支援開始の時点では類型間に有意差はなかったが、半年後の調査では「人生設計型」の支援による利用者の社会生活機能が「病状安定型」の支援とそれと比較して有意に高く回復していた。退院直後の GAF を含む基礎属性に支援類型間の有意差はなく、支援開始前の両者は同条件下にあったと判断され、利用者の社会機能回復の要因として「人生設計型」の支援の意義に示唆を得

た。

「人生設計型」の支援におけるこのような社会機能回復は、それを受け入れるレディネスが利用者に備わっていたからこそ可能になったとの議論も想定されるが、今回の基礎属性に関する結果は、両類型間にレディネスの相違を認めるものではない。しかしながら、このようなレディネスを否定するには、基礎属性の調査項目がまだ不十分とも考えられるため、支援と社会機能回復との関係が一方向の因果関係であるかもしくは相互作用であるかについては更なる検討が必要である。現時点では、この種の支援が社会生活機能回復の要因として示唆されたのみ記述するのが妥当であろう。

また、この種の支援が利用者の社会生活機能回復の要因として示唆される背後には、支援による利用者の「自尊心の回復→自立→自己決定→自尊心の回復」という正の円環を臨床経験から仮定することもできるが、この詳細に関しては、本研究で得られたデータのみから言及することは難しく、事例などによる検証の場を改めて設けたい。

さて、上述の示唆に対して、現行の診療報酬体系下で ACT が事業化されてゆくことになれば、収益の上がる医療行為が支援の中心となり、その経済効率の中でこの種の支援は副次的なものへと追いやられる可能性が生じる。また、その状況下では、これらを標榜するスタッフのモチベーションやアイデンティティーの維持が難しくなることも懸念されよう。

この課題を解決してゆくためには、これら「人生設計型」の支援に対しても相応の経済的待遇がなされるような医療および福祉にまたがる包括的な制度が求められる。この種の支援の意義と必要性が社会的に認知され、その実現に向けて、本来の ACT が可能となるよう

な精神保健福祉体系を法制面においても整備していくことが強く望まれる。

尚、ACT における「人生設計型」(= recovery-oriented)の支援に関する量的な先行研究は見当たらず、本研究はこの領域の先駆となり得るものであるが、それゆえに課題も多い。例えば、本研究の信頼性向上のためには、対象者を増やした調査、効果の作用機序確認に向けた自尊感情尺度等の導入、「人生設計型」の支援の定義の厳密化もしくは数量化など枚挙に暇がない。

また、ACT 利用者およびスタッフへの貢献を本研究の究極の目的と考えれば、本研究の対象となっている ACT-J の支援が、研究臨床という特別な環境下で行われているという点にも配慮が必要であろう。それゆえに、これをいかに他の一般的な支援の中で実現してゆくかという大きな課題が残されている。「特別な枠の中だからこそ可能だった」では本研究のみならず、プロジェクト自体の社会的意義も希薄になる。それを避けるためには、社会状況に即して ACT を普及させてゆくことを目的とした更なる研究とサービス体系の構築もまた急務である。

F. 結論

「人生設計型」の支援が利用者の社会生活機能回復に寄与する一要因として示唆された。包括的地域生活支援の本質的な実現に向けて、この種のサービスの新たな報酬化を含む地域精神保健制度の整備が急務と考えられた。

G. 文献

ACT-J スタンダードズ検討委員会(2004):ACT-J スタンダードズ Version 3.0 厚生労働科学研究 重症精神障害者に対する新たな訪問型の包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究班

Allness, DJ, Knodler WH (1998): *PACT Model - of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness*. NAMI. 亀島信也・神澤創監(訳)(2002): PACT モデル-精神保健コミュニティケアプログラム.メディカ出版 Department of Health and Human Services (2002): *Assertive Community Treatment Implement -ation Resource Kit (Draft Version)*. The Robert Wood-Johnson Foundation.

伊藤順一郎他(2005):パイロット・アウトカム評価:重症精神障害者に対する新たな訪問型の包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究;平成14年度ー平成16年度総合研究報告書、23-39

H. 健康危険情報 なし

I. 研究発表 なし

J. 知的財産権の出願・登録状況 なし

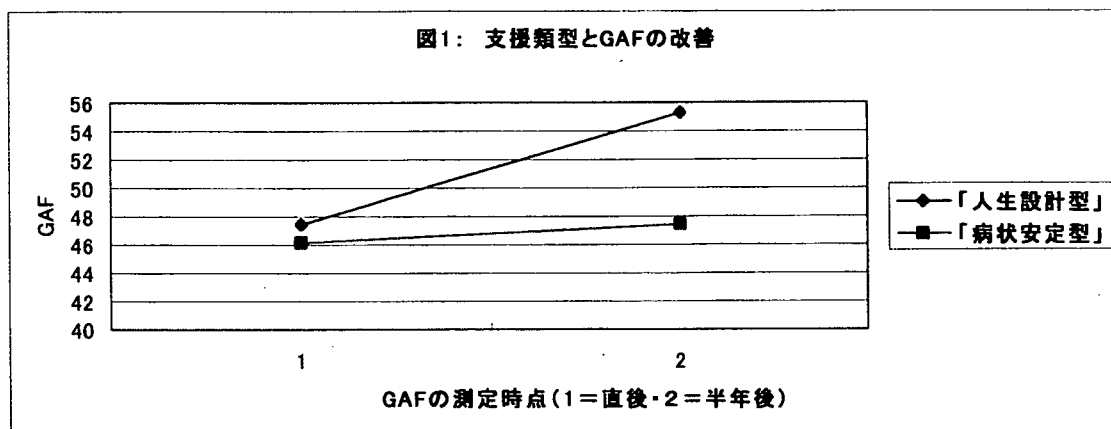
表1: 対象者の支援類型別基礎属性

基礎属性	人生設計型 (N=26)	病状安定型 (N=22)	全体 (N=48)	χ^2 /t値 有意確率
性別 (人)	男性 13 女性 13	男性 7 女性 15	男性 20 女性 28	$\chi^2 = 1.621$ $p = .203$
家族 (人)	同居 19 単身 7	同居 13 単身 9	同居 32 単身 16	$\chi^2 = 1.049$ $p = .306$
診断 (人)	統合失調症 23 その他 3	統合失調症 16 その他 6	統合失調症 39 その他 9	$\chi^2 = 1.937$ $p = .164$
年齢 (歳)	36.6 (SD=12.0)	39.5 (SD=10.7)	37.9 (SD=11.2)	$t = 0.858$ $p = .395$
罹患 (年)	12.9 (SD=8.2)	15.8 (SD=10.5)	14.3 (SD=9.2)	$t = 1.073$ $p = .290$
入院 (日)	104.8 (SD=89.7)	106.8 (SD=74.8)	105.7 (SD=81.5)	$t = 0.081$ $p = .935$

表2: 支援類型とGAFの平均値

支援類型	直後 GAF	半年後 GAF	t値・有意確率
人生設計型 (N=26)	47.4 (SD=9.2)	55.3 (SD=10.3)	$t = -6.130$ $p = .000$
病状安定型 (N=22)	46.1 (SD=8.8)	47.5 (SD=7.9)	$t = -0.920$ $p = .368$
t値 有意確率	$t = -0.494$ $p = .794$	$t = -2.823$ $p = .007$	上欄: 繰返・片側 左欄: 独立・両側

全体: 直後 GAF=46.8(SD=8.9)・半年後 GAF=51.8(SD=9.9) $t = -4.358$ $p = .000$



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-J 臨床チーム形成過程に関する記述的研究

分担研究者 西尾 雅明

英 一也^{*1}, 小川ひかる^{*1}, 西尾雅明^{*2}

^{*1} 国立精神・神経センターACT-J プロジェクト臨床チーム, ^{*2}東北福祉大学

研究要旨

平成 14～16 年度厚生労働科学研究『重症精神障害者に対する新たな訪問型の包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究』の分担研究報告であり、ACT-J プロジェクト臨床チーム結成からの2年間の記述した「ACT-J 臨床チーム形成過程に関する記述的な研究」を引き継ぎ、その後の3年間にわたる同チームの形成過程について以下のような中間報告を行った。方法として、チーム精神科医、ケースマネジャー(Case Manager:以下 CM)としても機能するチームリーダー、就労支援担当スタッフ(Employment Specialist:以下 ES)が各自の立場から意見を出し合い、最終年度終了時に「組織」・「支援内容」・「連携」・「研修」の4項目を軸に1年を一単位として纏めた。

チーム結成3年目である平成 17 年度には、欠員補充のために新たな CM4名、さらに就労支援の本格化を期して常勤 ES1名が採用となった。設立からの2年間で築かれた組織や既存スタッフの経験などについて次世代を担う「新人」に伝えてゆくという新たなテーマにチームは直面した。そのための「業務マニュアル」作成や研修プログラムの検討といった作業を通じて、日常化した臨床活動や ACT-J の理念などを既存スタッフが改めて問い直し、ACT-J が「新人」と共に更に成長していくことになった点がこの時期には特筆される。

チーム結成4年目の平成 18 年度には、開始当初からのチームリーダーの退職を受けて、執行部方式による運営体制に変更し、スタッフからのボトムアップを標榜する「提案型」チームの構築が試みられた。懸案事項に責任分担制が導入され、各スタッフの自主性が喚起されることになった。これは、過去のチーム内議論において、「…すべきである」というあるべき姿に関する意見が語られ、どのように実現するかに踏み込めない例が多く見られたことへのチームとしての反省と効率的な組織運営に向けての具体的な提案でもあった。

チーム結成5年目であり本研究班の最終年度となる平成 19 年度には、再度スタッフの入れ替わりが生じ、4名の CM と 1 名の ES が採用となった。また、チーム精神科医も交替となって、開始時からの「第一世代」スタッフは3名を数えるのみとなった。一方では、翌年度からの事業化が喫緊の課題となり、ACT-J 結成時の理念をどのように新しい世代に伝え、事業化に引き継げるかについて議

論された。現行制度下での経済効率を重視する一方、過去に培った ACT-J のサービスの質に関する保証が今後も最大限に維持されるように試行錯誤が続いた。尚、本稿は第三者による客観的記述ではなく、臨床チームに参加した前述の3者の視点に立った「語り」である。

A. 研究目的

先行研究となる「ACT-J 臨床チーム形成過程に関する記述的研究」(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:研究報告書,2005)において報告されたACT-J臨床チーム設立後の2年間(平成15年4月～平成17年3月)の参与観察研究の趣旨を引き継ぎ、その後の3年間(平成17年4月～平成20年3月)にわたるACT-J臨床チームの活動を振り返って、チーム形成過程に関する記述と考察を加える。

この種の作業は、ACT-Jプロジェクトにおける臨床活動の総括であると同時に、今後の地域精神保健医療福祉システムの一翼を担う新たな精神科多職種チームACTの導入・普及において直面する共通のプロセスを確認していくことでもある。前回と今回の観察と記述を通し、全国で新たに展開されるACTのチーム運営に対して、臨床現場で実践に携わったスタッフの立場から寄与することを本論の目的とする。

B. 研究方法

平成15年度から国立精神・神経センター国府台地区をフィールドに臨床活動を開始したACT-J臨床チームにおいて、臨床開始後3年目の平成17年度から研究の最終年度となった平成19年度末までの3年間の発展プロセスを、臨床活動に参加していたスタッフ(チーム精神科医1名、チームリーダー＝CM1名、ES1名)の視点から振り返り、それらの観察内容を統合

して記述した。具体的には、原則として1年毎にそれぞれがチーム形成において重要であったと思われる出来事を思い起こし、それらを「組織」・「支援内容」・「連携」・「研修」の4項目を軸に同臨床チームの発展プロセスとして整理した。

その意味において、本論はチームとしての客観的な検証ではなく、あくまでも上述スタッフ3名の視点からの振り返りを統合した「語り」としての記述である。

尚、これらの記述に際しては、同臨床チームにおいて毎週開催されていた「ケースカンファレンス」と「チーム・ミーティング」(主に組織作りに関するチーム全員による会議)の記録および「運営ミーティング」(運営に関する執行部による会議)の議事録等を参考にした。

C. 結果

第一期(平成17年4月～同18年3月)

設立後の2年間に生じた欠員の補充として、新たに4名のCM(PSW2名、OT2名)が年度初めに採用された。採用の前段で生じた欠員の背景にはキャリア・アップもあれば、バーンアウトと考えられる例もあった。同時に、IPSモデル(Individual Placement & Support:個別職業紹介とサポートモデル、以下IPS)に準拠した就労支援を本格化することを背景に、1名のES(PSW)を常勤職として迎えた。また、当事者スタッフ1名が週1日程度、家族当事者スタッフ1名が週2日程度の頻度で勤務することになり、概ね年度末迄その体制は続いた。その結果と

して、設立後2年間に培った経験やシステムを、それぞれ職種や経験に幅のある「新人」にいかにかに伝えてゆくかという課題にチームとして直面することになった。

そこでの工夫として、「業務マニュアル」の作成と「メンター制度」の導入が実施されることになった。マニュアル化できるものは「業務マニュアル」を基本に、そうでないものは既存の担当スタッフが「新人」に1対1で伝え、また、相談にも乗る「メンター制度」によって対応し、新スタッフの ACT チーム定着がはかられた。一方、月1回程度の定期的な自主勉強会 (ACT-J 理念の再考や統合失調症治療に関する勉強会など) によるスキルアップ、職場環境の整備 (スタッフ間のコミュニケーションを深めるための親睦会や残業短縮の試みなど) やより緊密なチーム作りを目的としたスタッフ有志主催の「チーム向上委員会」の発足などが、これらを更に推進する活動としての試みとなったこともこの時期を振り返るに際しては見逃せない。

支援の面では、この年度より利用者の現行主治医をチーム精神科医に変更する動きが本格化した。その結果、主治医と CM および ES との情報交換と連携が更に密になり、医療的側面におけるチームの機動性が強化された。特に、利用者の状況に応じてきめ細かな医学的対応が可能となった意義は大きい。また、病状が不安定な状況の利用者が一目で把握できるように文字通り色分けを行う「ゾーンシステム」の導入や、緊急時の迅速な対応を可能とするシフトマネジャーのオフィス常駐体制が実施されたのもこの時期である。現実には日々の臨床活動を見直し、それぞれの課題に対して工夫が重ねられた。

当事者および当事者家族の視点がチームに加わったことで、利用者中心の支援内容に

厚みを増した。しかしながら、受け入れる側のチームが当事者スタッフに何を期待するのかがやや漠然としていた点も反省点として上げられる。これが具体的な形で当事者や当事者家族のスタッフに伝えられていると、これらのスタッフの存在意義が明確になり、結果として支援内容の幅も広がったことであろう。その場合には、採用した当事者スタッフに合わせて役割を明確にするのか、それとも役割に合わせて採用するのかという問題が残る。前者であれば役割が曖昧になりがちとなり、後者であれば採用に相応の時間と労力を費やすことが現実的には予想される。

一方、この年度以降、サービス開始後 1 年を経過した利用者から診療報酬を受け取るようになった。無償から有償サービスへの転換である。この変化が、研究という枠組みの中で軽視されがちであったスタッフのコスト意識とそれに見合った支援を提供しなければならないという職業意識を促したように思われる。多くの臨床チームスタッフに利用者＝研究対象者という意識はなかったが、診療報酬を得ることで、利用者を「カスタマー」/「コンシューマー」として更に意識することになったのではないか。このような環境の変化は、一方で、3年後には避けて通れない事業化を臆気ながら意識させることにもなった。

上述の ACT-J 内部の充実とともに、対外的なネットワークの必要性が議論されることにもなる。その結果として、地域の関係者との「就労支援ネットワーク」という IPS に関する自主勉強会や、それを端緒としてチームディレクター (主任研究者) の強いリーダーシップのもと実現と運営が可能となった千葉県『マディソンモデル活用事業』などを通じて、具体的な交流やネットワークの構築が地域

で展開した。千葉県主催の「タウンミーティング」開催の折には、スタッフが積極的に参加するような機運にも恵まれた。しかし、年月をかけて培われた地域社会と新たな研究事業である ACT-J との間の壁がまだまだ厚いとの印象はその後も否めなかった。地域の一員として認められるには、活動内容の理解を得るための努力と相応の実績が求められるということであろう。

「新人」の育成を意識した既述の「自主勉強会」や「メンター制度」によるアドバイスに加えて、秋には、新たに京都と岡山で産声を上げた ACT の関係者と一同に会してのセミクローズドな勉強会である「ACT 研修」の第 1 回大会が京都で開催された。また、この勉強会を機に、京都で事業化された「ACT-K」にその後スタッフが順番に訪問し、ケースカンファレンスを含めて見学することになった。この交流は、翌年度まで月 1 回程度の頻度で継続した。

このような場が、単にスタッフの見聞を広めるだけではなく、同じ ACT でも運営形態や理念の違いによって内容に幅が出てくることを実感し、「ACT スタンダード」やサービスのモニタリングの意義と重要性を改めて認識する機会にもなった。

第2期(平成 18 年 4 月～同 19 年 3 月)

新たに加わった「新人」たちのチームへの定着が課題であった前年度に対し、この年度はスタッフの大きな入れ替わりはなかった。人事面においては比較的安定した年度であったと言える。しかしながら、設立当初からのチームリーダーが臨床チームから離れることになり、それを受けてチームの運営形態にディレクター、チーム精神科医およびリーダーシップを執る CM2 名 (PSW と OT) の計 4 名からなる「執

行部体制」が導入されたことが組織上の大きな変化であった。

この新たな運営形態によって、早速、スタッフからのボトムアップを標榜する「提案型」のチーム作りが開始された。組織のあらゆる懸案事項について担当者を決める責任分担制が導入され、各スタッフの自主性が喚起されることになる。結果として、ACT 理念の再考、家族支援、当事者活動支援、就労支援、臨床チームとしてのチーム運営、医療的側面の強化、地域連携、組織運営、研究スタッフとの情報交換などがテーマとして挙げられ、各担当責任者を中心に議論が活発化した。夜遅くまで意見交換が続いて時間切れとなる場合もあったことから、その対処として各自の空き時間にインターネット上の掲示板やスレッドに書き込みをすることになった。このような工夫がスタッフから提案されるなどして、よりよいチーム作りのためにスタッフ各自が積極的に意見を出していった。

上述の提案に加えて、組織自体の効率化について改めて本格的に検討せねばならない時期となる。例えば、見学・視察希望者に関しては、窓口の一本化が計られた。このような細かな点に関しても検討が行われ、組織作りが進んだ。更には、長期研修の受け入れも行われ、それが ACT の普及と同時に慢性的な人手不足の解消に一役買ったことも見逃せない。この経験はチームとしての積極的な研修生の受け入れ方針に生かされていった。朝のミーティングの申し送りでプロジェクターが導入され、記録が電子化されたのもこの頃である。しかしながら、このような電子化によって業務の効率化が進んだとは言いがたい。例えば、申し送り時間の短縮化を望む声はスタッフだけではなく、利用者や関係機関からもあがった。功を奏さなかったが、改善策について何度も検

討が重ねられた。

時間的な効率化は必須であるが、各利用者に関する十分な情報と意見の交換もまた不可欠という狭間でなかなかミーティング時間の短縮が進まないという面と、同時にこれらのミーティングが、単独での訪問を原則とする各スタッフが抱える葛藤を処理する場としても機能しており、それが時間短縮を難しくしていた面も見逃せない。

利用者数が90人前後で定着し、また、IPSを原則とした就労支援が本格化する一方で、チームとして未経験の事態も多く生じ、限られた時間の中で、新たに臨床面でのスキルアップを図るなどの必要性がチーム内で改めて認識された。例えば、10月には米国の就労支援専門家を招待して地域の関係者との交流を図った「就労フェスタ」といったイベントが開催され、ACT-Jスタッフも開催に際しては中心的役割を果たすなど、既述の地域活動と併せて勤務時間外の業務も確実に増加した。更に、昨年度からの「ACT交流会」の二回目の開催(岡山)やACT関連書籍の刊行・講演会などを通じてACT-Jへの関心が高まるにつれ、ACTを新たに開始する事業者・行政や学校関係者からの見学・視察の希望も増えてくる。しかし、そのような状況下でも、スタッフ主催による研修や勉強会は、外部講師を呼ぶなどして、月1回の頻度を落とさずに継続した。

一方、支援においては、午後1時から午後9時までの「遅番」の勤務時間に関して、それを改めて午前10時45分から午後7時15分までに変更となる。過去3年間の経験から、午後9時までの対応に必要性を感じないということが主な理由であった。それよりも午前からの勤務によって訪問時間に余裕を持たせたいと言う意見が主流であった。初年度半ばから毎月1

回開催されていた研究チームと臨床チームの「合同ミーティング」も、この時期に改めてその意義が問われた結果、どのような形態が研究および臨床両チームの双方にとって意義深いかについて改めて話し合いが行われ、開催頻度や形態が大きく変更となった。これらは、オフィスに戻った後も記録に追われるなど多忙な臨床スタッフの業務を反映しての変更という側面もあった。

忙しさの日常化を背景とした組織効率化の一方で、特に時間と労力を割かれることの多い電話対応に関する議論の高まりが見られた。夜間と休日に関しては「緊急対応」のみとし、ACTのサービスは訪問主体であるという原則をスタッフと利用者が改めて確認することになった。それによって、BPD(ボーダーライン)傾向の利用者への対応について慎重に議論する必要が生じ、「距離をとる」支援方針をチーム内で徹底するなど、支援内容が改めて見直されることにもなった。結果として、利用者の電話をかける先が救急外来や警察などの関係機関に広がり、「ACTは何をしているんだ?」といった苦情に対して、支援方針を丁寧に伝えて理解を得るような一幕も見られた。

結果として生じたこれらの他機関との連携は、チーム内での支援方針を自ら客観視する機会をスタッフに提供したとも考えられる。例えば、諸機関との協力体制を築きながら、一方で個人情報などをどこまで伝えるべきかといった守秘義務の範囲についても、チーム内で細かく議論せざるを得ない状況となった。

就労支援に関しては、IPSユニット(IPSの臨床活動を実施するチームで、スーパーバイザーとESにより構成される。各ESを出向の形で他のプログラムに派遣する一方で、ユニットでも週1~2回のミーティングをもつ。市川では、

ACT-J の他に2箇所の市内関連施設に ES が派遣される形となった) 結成と関係機関での就労支援の本格化に伴い、外部からのスーパーバイザーを定期的に呼ぶことが再開され、IPS に基づく就労支援のケースについて ES のみならず CM も含めて理解を深める機会が提供されたのもこの頃である。チーム精神科医が IPS ユニットのコーディネーターとして、スタッフや利用者に対して積極的に「就労」の話題を出す工夫もみられた。これらを機会に、ES と CM との意見交換が活発化した。その結果として、今まで独立して検討されていた支援計画の作成を、利用者と CM および ES の共同作業とする案も採用され、一部の利用者に対しては実施された。これらの動きは、就労支援を中心として、チーム内の連携およびチーム外の就労支援担当者との連携を深める結果となった。但し、このような共同作業が一朝一夕に可能となる訳ではない。習慣化するには相応の時間と各スタッフの意識改革が必要であることが作業を通じて改めて実感された。

尚、この年度から事業化に向けた「ACT 研究後小委員会」がディレクターと臨床スタッフを中心とした数名によって定期的で開催されたが活発な議論には至らず、事業化の本格的検討は翌年度に持ち越された。

第3期(平成 19 年 4 月～同 20 年 3 月)

最終年度に関しては、「組織」・「支援」・「連携」・「研修」の全てに事業化という課題が大きく反映している点を考慮し、事業化案の実施が机上段階である前半とそれが実務レベルとなり、組織の再編が行われた後半とに分けて記述した。

新年度に入って、年度中の退職予定者を合わせた欠員の補充として、前年度末に新たに

採用された CM4 名と ES1 名が長期研修生1名と共にチームに加入した。また、設立からのチーム精神科医が新しい精神科医に交替となり、翌年の事業化に向けた議論とこれら「第3世代」のスタッフの育成がチームの2大テーマとなる。比較的安定度の高かった前年度とは異なる状況において、臨床チームの責任体制を明確にするため、執行部の CM2 名がそれぞれ改めてチームリーダーとサブリーダーとなって新体制を組んだ。

まずは事業化の方向性についての決定が喫緊の課題となる。上述の「ACT 研究後小委員会」のメンバーでの議論を受けて、執行部がその方針を提案し、数度にわたるチーム内での議論の結果、NPO 法人による訪問看護ステーションの運営形態をとるのが妥当であろうとの結論に至った。しかし、臨床活動と事業化実務の両立にスタッフが困惑する状況も少なからず見られた。一方では、一クール2週間程度のスケジュールで研修医の「ACT 研修」を受け入れることになった。このような研修を受けることは、ACT への理解者や協力者を増やしてゆく活動であり、また、人手不足を補う側面もあったので欠かすことはできなかったが、慢性化した時間不足の中で事業化を実行に移すにあたっては更なる効率化と合理化が避けられないことになる。

そのような状況への具体的な対処として、訪問看護ステーションの予定責任者が中心となって業務の調整を行い、事業化を意識した訪問体制が組まれるようになった。しかし、事業化に対してどうしても臨床活動を優先せざるを得ない状況も多く、事業化実務が遅々として進展しない状況が続いた。事業化の方向性が決定した6月以後は、研修のために確保していた時間は殆どが事業化に向けての話し合い

やその実務に当てられた。また、地域の関係機関等との「連携」も臨床面ではなくむしろ事業化に関する面で頻度が増していった。

年度の後半に入って、事業化に関連したその動きは俄かに加速した。NPO 法人の申請や活動資金を補うための補助金の申請などが、研究チームの一部スタッフを加えた形で分担され、それぞれが業務の合間を縫って実施されるようになる。結果として、各自が限られた時間内で単独に動くため、進捗状況についてチーム全体で逐次把握し難いといった問題も生じたが、他の訪問看護ステーションの見学や情報収集などが本格的に進んだ。チームの優先事項は事業化であるとの認識が全体に浸透し、臨床活動においても短時間で効率よく訪問件数を上げるといったことが特に意識されるようになった。

訪問の際には、スタッフが事業化後の新体制について利用者やその家族に対して説明する時間も取られた。結果として、利用者側にも「どうなるのだろう？」という不安が全く生じない訳ではなかった。

このような状況にあっても、3回目の「ACT 研修」を秋に東京で主催したことは特筆されよう。事業化の話題に染まりつつあった時期に、外部の ACT 関係者と意見交換ができたことは、臨床面においては勿論のこと、事業化においても有意義であったと思われる。「ACT-J がどうなるかには、他の ACT の命運もかかっている」などとの発言が討論の場で飛び出すなどして、「元祖 ACT」としての自覚とモチベーションの維持が促される結果となった。

ところが、このような時期に新たな診療報酬体系の内容が明らかになり、改訂が期待されていた訪問看護ステーションスタッフへの精神保健福祉士の追加が見送られることが判明し

た。多職種チームの一員として、この職種が加わることを前提に立てられていた訪問看護ステーションとしての事業化プランであったがゆえに、特に、精神保健福祉士を中心としたスタッフの動揺は大きく、チーム全体にも波紋が及んだ。事業化が差し迫った時期での展開に、チームが混乱した事実は否めず、同職種スタッフの自発的な退職も生じた。

事業化直前の混乱ではあったが、「とにかく訪問看護ステーションがスタートしなければ何も始まらない」との認識は誰にも共通しており、限られた時間の中での NPO 立ち上げ講演会や設立の事務手続きは進展した。そして、新年度の4月1日に、ACT-J 臨床チームは「訪問看護ステーション ACT-J」として NPO 法人での運営形態で予定通りに事業化されるに至った。

D. 考察

1. 組織について

ACT-J では、初年度と3年目と5年目にまとまった人数のスタッフ入れ替えがあった。それ迄の各2年間に培われたものがその間の実践者によって次の世代に伝えられたことになる。例えば、「マニュアル化」という作業は、それを無からスタートさせ、その次の採用時にはそれに手を加えるという作業となる。それがそれ迄の2年間を振り返る機会を提供し、新たな創意と工夫が生まれる。最初は「作る」という作業、その後は内容の刷新・・・ そのようにして、チームが組織としての体裁を更に整えて成長してゆく様子が窺われた。このような成長過程は、組織面での業務マニュアルに限らず、臨床活動を含めたその他の面においても同様に見受けられた。

しかし、これらの実施には相当の時間と労力

を臨床時間外に要求することになる。その意味では、「新人」をも含めた役割分担を徹底し、特定のスタッフにその負荷が集中しないような配慮が必要となる。「業務マニュアル」の作成や「メンター制度」の実施を通して、これらの点が確認できたと考えられる。また、これらの役割分担が、チーム全体の活性化にも繋がり、組織運営のみならず、結果として臨床活動の内容をも充実させてゆく側面も見逃せない。

2. 支援内容について

臨床活動の開始からの2年間は利用者数が限定され、また、スタッフも ACT という新しい支援形態を模索することになるため、支援に十二分な時間を割くことになりがちである。しかしながら、利用者数が 100 名に近づいたまま推移した3年目以降においては、臨床活動の効率化が意識されるようになる。この効率化がサービスの質を落とすのではないかと懸念され、3年目頃にはチームとしてジレンマに陥るような時期もあったが、必ずしも低下させる訳ではないことを4年目頃から意識し始め、ある程度思い切った効率化が組織面に限らず臨床面においても実行されるようになった。

例えば、4年目に断行された夜間休日電話の「緊急対応」への絞り込みによって ACT-J のサービスの質が落ちたとは考えられない。むしろ、ACT の本来あるべき姿として、訪問での支援をスタッフおよび利用者の両者が再認識する機会を提供している。また、BPD の側面を抱える利用者などに対しては、むしろ、本来の原則的対応が可能となり、利用者本人のリカバリーの実現に向けた支援内容が期待できるようにすらなつたと考えられる。

勿論、日本で初の ACT チームとして立ち上げ当初の「無」の状態から試行錯誤を重ねたスキルの蓄積やそれを受け継いできた ACT スタ

ッフとしての成長という大きな要因が背景にあることは無視できないが、効率化とサービス内容の維持という二律背反に見受けられるテーマについて、実践を通してこのような形で学ぶことができたことは、組織としてのチームの意識改革と成長にも大きく貢献したと考えられる。また、このような変化が、結果として、効率化を余儀なくされる事業化に向けて弾みをつけていったのかもしれない。

3. 連携について

設立から2年目頃までは、「直接介入型を標榜する ACT であれば、基本的な支援は全てチームが直接に利用者に提供すべきである」といった姿勢が臨床活動の開始時には見受けられた。初期のモチベーションの高さと相まって「肩に力が入った」状況があったかもしれない。しかしながら、年数を経るにつれてその限界を実感し、特に「マディソンモデル事業」といった地域ネットワーク作りの進展と共に地域連携の必要性がスタッフにも意識されるようになった。地域関連機関を含めたケア会議の開催も、4年目以降にその頻度を増している。

但し、これらの地域連携が真の意味でなされるには、ACT の地域における役割が明確に発信されている必要がある。そもそも「どういふ人達を対象にどのような支援を行っているのか」といった基本的なこともなかなか地域の関連機関に伝わっていないことが多い。尤も、そのような状況は、「ACT は何をしているのか判らない」といった苦言が聞こえて初めてスタッフ自身が意識するに至るような場合も多く、それ迄の連携がいかに表面的であったかと反省させられる。また、多職種チームである限りは、チーム内での連携とチーム内諸資源の利用を優先すべきことが大前提である。その上での

地域連携でなければ、多職種の長所が生かされることなく、更には、ACT の存在意義すらも見失われ、結果として、先に挙げた「ACTは何をしているのか判らない」といったような誤解や混乱を地域に生むことになると危惧される。

臨床活動に限ることなく、事業化を推進するに当たってもチーム内外との連携は必須であることが確認された。「提案型」の組織作りと役割の分担は、既述の通り、効率の改善だけではなくスタッフのモチベーション向上にも効果を発揮した。しかし、通常、その実現にはチームとして相応の成熟を遂げていることが前提となる。初期の段階では、求心力のある立場からの、トップダウンによる指示系統が求められ、次第に力をつけたスタッフからのボトムアップに替わっていくことが想定されるかもしれない。しかし、ACT-J では、立ち上げ当初からトップダウンということではなく、やや混乱の様相を呈しながらも、初期研修も自分たちで作り上げるなど、ボトムアップ的な面が大きかったと思われる。このような伝統があったからこそ、普通は経験者と新人との間でヒエラルキーが生じやすい4年目の状況の中であっても、ACT-Jにおいてはボトムアップが再現できたのではないか。

4. 研修について

「新人」スタッフを迎えるに際しては、設立時の初期研修に相当する機会を設けることが必須であるが、ACT-J の場合は、初年度、3年度および5年度とそれを何度か繰り返す過程で、完璧とは言い難いもののある程度は定型化した研修を用意することができるようになった。このような形で、組織運営の know-how が年度を経ることによってチーム内に蓄積されてきた。そのような蓄積は、「業務マニュアル」などで詳細を伝えることが可能である。そして、その見

直し作業が蓄積されたものを既存スタッフが整理し、新たなものへとさらに創意工夫を加えていく。このようにして組織が作られていくのはACTでも他の組織でも同じであろう。

しかしながら、ストレスの多い業務内容ゆえに、各自の業務への不安や疑問への対応を可能とするためにも、「メンター制度」などによる丁寧なフォローが必要となることが、少数ではあるが熱心さのあまりケースを抱え込み、バーンアウトしたスタッフの存在から実感することになった。しかしながら、制度は整えられたものの、実際の活用は担当した個人に任せられ、全て有効に活用できたとは言い難い。メンター制度を可能にするためには、担当する既存スタッフに対してメンタリングのための時間を捻出するために業務量を制限するなど、組織レベルでの調整や工夫が必要となる。一方では、このような制度やシステムも重要だが、新人スタッフが訪問後にオフィスで先輩スタッフとインフォーマルな形で気軽に話し合える雰囲気や土壌の確保の重要性についてもこの場で触れておきたい。

尚、最終年度に見られる事業化のような特殊な状況下においては、本来のチーム運営や臨床活動が大きな影響を受ける。それを最小限に留めるためには、それらの作業を可能な限り別枠で行うなどの工夫が必要となる。これらを独立させることで、混乱はある程度防ぐことができるのではないかと思われる。

さて、3年度目以降の3年間のチーム変容のプロセスを振り返ると、新しいスタッフが加入して今までのACTに新しい風が入った3年度目と、そのスタッフが2年目になって力をつけて、よりよいチームの運営に向けて以前からのスタッフと力を合わせた4年度目、事業化に向けて組織・文化レベルが変容していった5年度

目と変化の多い3年間であった。

ACTは24時間対応を標榜し、利用者のリカバリーを共に追求していくというサービスの性格上、業務によるスタッフの疲弊は大きい。スタッフの疲弊やそれに伴うモチベーションの低下を、チーム内で支えあい、防いでいく工夫はどここのACTチームにおいても課題であろう。

本来ならばスタッフが疲弊することなく、定着してチーム全体の対応力を伸ばしていくのが理想であるが、臨床活動に加えて、事業化に向けての変化はチームで対応可能な業務量を越えていた感がある。すべてのスタッフがモチベーションを維持し、“一枚岩”となって機能するには、時間をかけたシステム作りとそれにコミットするスタッフの労力が必要であることを改めて実感している。

E. 結論

ACT-Jにおいて、特に組織・支援・連携・研修を軸に、チームの形成過程を記述した。組織の成熟とスタッフの世代交代にとって、これ

らの側面が重要な役割を果たし、また、逆に組織の成熟と円滑な世代交代がこれらの側面を充実させてゆく様子が伺われる。その結果として、チーム運営の効率化が実現したと考えられる。訪問看護ステーションの中で、いかにACTらしさを保っていくかは今後の課題であろう。

F. 文献

西尾雅明、久永文恵、英一也：「ACT-J 臨床チーム形成過程に関する記述的な研究」(こころの健康科学研究事業;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 研究報告書 平成14年度-平成16年度総合研究報告書、23-39、2005)

G. 健康危険情報 なし

H. 研究発表 なし

I. 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
協力研究報告書

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における
研修のあり方に関する研究

分担研究者 伊藤順一郎

久永文恵^{*1}, 香田真希子^{*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

研究要旨

包括型地域生活支援プログラム (ACT : Assertive Community Treatment : 以下 ACT) は、米国で開発されたプログラムであるため、わが国には ACT に関する体系的な研修システムが整備されているとは言い難い。

新たに ACT の実践を行おうとしている者、そして ACT 従事者のサービスの質を向上するためにも、ACT のフィデリティを維持しつつ、わが国の実情に即した側面も取り入れながら、臨床現場に有用な研修のあり方が求められる。

ここでは、わが国で初めて ACT の実践を試行した ACT-J プログラムが行ってきた、研修事業について報告する。

A. 研修の目的

ACT : Assertive Community Treatment (包括型地域生活支援プログラム : 以下 ACT と略記) は、米国で開発されたプログラムであるため、わが国には ACT に関連する体系的な研修の整備がまだまだ不十分であるのが現状である。国際水準の ACT を実践するためには、ACT のフィデリティ (プログラム適合度) を維持することも大切であるが、同時にわが国の実情にあった研修のあり方が求められる。

ACT-J の試行が開始され、各地でも ACT を実践している、或いはしたいという組織やスタッフが増えており、研修のニーズも

多様化してきている。ACT の立ち上げに関するノウハウから、臨床現場で役立つ技術向上の研修、さらにはチームリーダーに対するスーパービジョンなどが必要となる。

また研修の形態に関しては、座学のみならず実践に役立つ体験型の学習が不可欠であり、また、プログラムの利用者や家族の声を反映し、彼らのニーズにあったサービスが展開できるような研修のあり方も重要である。

本報告では、平成 17 年度から 19 年度の 3 年間にわたる研究期間中に行われた、ACT 関連の研修について、その内容やニーズの変化について述べる。

B. 研修の計画過程について

これまで ACT-J が関わってきた研修事業には、2つのタイプがあった。まず、全国の精神保健医療福祉従事者を対象とした、国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健に関する技術研修の一環として、ACT 研修を提供してきた。また、各地で ACT の実践を行っている組織・スタッフを対象としたセミクローズドな研修会を年 1 回のペースで開催してきた。研修の内容については、臨床と研究にかかわるスタッフが関与し、参加者のニーズを反映させながらも、ACT プログラムの基盤となる考え方や本質、そして利用者の声を伝えられるように配慮し、計画作りを行った。

C. 研修の内容

1. 平成 17 年度

1) 精神保健研究所 ACT 研修

臨床・研究と双方の観点から、情報を提供する研修となった。ACT 立ち上げに関するワークショップも取り入れ、各地での立ち上げに関する障壁なども扱い、その対応策についても議論した。また、事例検討の際には、ACT の利用者も参加した。

以下に研修のトピックを挙げる。

- ・ ACT プログラムの背景、哲学、ミッション、戦略
- ・ アメリカ・イギリスの動向
- ・ ACT-J プログラムの概略、鍵となる構造
- ・ アウトカムについての研究情報
- ・ ACT-J の一日、一週間
- ・ 就労支援、IPS
- ・ 利用者を交えての事例検討
- ・ グループディスカッション
- ・ プログラム実施についての総論

- ・ フィデリティ・アウトカムモニタリング
- ・ 記録について
- ・ 医療経済
- ・ 自分たちでの立ち上げについての討論
- ・ リカバリーについて

2) ACT セミクローズドな研修会

わが国でも ACT を実践する組織が増えてきたことから、ACT の理念の再確認やサービスの質の向上について相互学習の場を設けるために、ACT の実践にかかわるスタッフに参加を呼びかけ、セミクローズドな研修会を開催するに至った。参加者は、看護師、精神科医、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士、当事者スタッフなど、多職種によるチームアプローチという、ACT の特徴のひとつを表すものとなった。

研修会開始当初は、研修会というよりは、交流会という形をとり、以下のトピックについて議論した。

a. 家族支援

わが国では家族と同居している精神障害をもつ人が多いことから、ACT の支援の対象者は障害をもつ本人のみならず、その家族も含まれる。各チームでの家族支援の課題についてお互いの体験を共有しながら議論する場となった。

b. チームアプローチ

ACT の特徴のひとつである多職種チームによるチームアプローチに関する課題や、その解決法について議論した。

c. 就労支援

「働くこと」は、地域生活の中での大切な役割のひとつと考えられており、ACT のサービスの中でも就労支援は重

要な要素である。しかし、ACT 従事者の中には就労支援の経験が無い者も多いことから、就労支援の動向や、直面している課題について共有した。

d. アセスメントとプラン作成

ACT は、最も包括的・集中的なケアマネジメントのひとつとして位置づけられており、利用者のアセスメントや支援の方向性をお互いに確認するプランの作成は、必須のプロセスである。利用者の希望やニーズをアセスメントし、それを反映させたプランを作成することにまつわる現状や課題について議論した。

2. 平成 18 年度

1) 精神保健研究所 ACT 研修

ACT に対する認識度が高まるにつれて、研修の内容についても必要最低限の知識の提供から、日々の臨床活動に活かせる技術に関するワークショップなど、前年度に比べて更に多様化する形となった。また、各日に研修の到達目標を掲げ、目的を明確にするものとなった。

研修のトピックは以下の通りである。

- ・ ACT プログラムの背景、哲学、ミッション、戦略
- ・ 重要な概念：リカバリーとは
- ・ ACT-J 概要
- ・ 利用者中心のプランニング
- ・ 支援者の AHA！体験
- ・ 利用者・家族を交えてのパネルディスカッション
- ・ グループワーク：事例を通してのプランニング
- ・ 就労支援
- ・ 家族支援

- ・ セルフヘルプ
- ・ リスクマネジメント
- ・ コミュニティとの統合
- ・ EBP について
- ・ グループワーク：ストレングスを活かすアクションプランを考える

2) ACT セミクローズドな研修会

参加組織が 17 年度に比べ倍以上となり、まず各地の取り組みを共有する目的で、それぞれの現状報告を行った。

その後、各ニーズに沿ったワークショップを開催した。トピックは以下の通りである。

- ・ 当事者活動
各地の実情について、情報を共有した。また、地域の当事者会のメンバーを招き、ACT の活動におけるピアサポートのあり方について議論した。
- ・ 研修プログラム
新たに ACT を立ち上げるスタッフへの初期研修や、その後の継続研修のあり方に関して、各チームの研修プログラムの現状を踏まえて議論した。
- ・ ACT の基礎となる考え方
特に、倫理やバウンダリーに伴う課題や困難に関して、リカバリーに代表される ACT が大切にしている考え方を再確認しながら、議論した。
- ・ 就労支援
個別就労支援モデルである IPS: Individual Placement and Support (以下 IPS と略記) に基づいた支援を展開している 2 つの取り組みを紹介し、利用者のニーズに即した就労支援のあり方について、意見交換を行った。

- ・ 介入拒否事例への対応
介入拒否の事例を紹介し、今後のかかわりについて検討した。
- ・ 利用者と家族の関係調整
事例を通して、本人との関係づくりや家族への支援に関して、参加者の意見を交えながら、今後の支援の在り方について考えた。

3. 平成 19 年度

1) 精神保健研究所 ACT 研修

可能な限り日々の実践に役立つこと、そしてスタッフ、組織、地域システムレベルなどあらゆる視点からの ACT プログラムの内容や位置づけに関する情報提供、またグループワークやディスカッションの時間を設け、体験型の要素を多く取り入れた研修となった。

研修内容に関しては、臨床スタッフと研究スタッフが関与し、参加者の希望する内容を参考にプログラムを組み立てていった。以下が扱ったトピックである。

- ・ 日本における ACT の取り組みについて
- ・ チームの一日
- ・ チーム作りに必要な要素
- ・ 利用者中心のプランニング：理念、ツール
- ・ 支援者の AHA!体験
- ・ 利用者・家族の声
- ・ グループワーク
- ・ 就労支援「IPS」
- ・ 家族支援
- ・ 当事者活動
- ・ 危機介入
- ・ ACT における大切な考え方：リカバリー、ストレングス

- ・ 日本における ACT の現状と展開（ミニシンポジウム）
- ・ 今後の ACT の展開について（ディスカッション）

2) ACT セミクローズドな研修会

セミクローズドな研修会も 3 回目を迎え、これまで行ってきた初歩的な ACT に関するワークショップから、さらにスタッフのスキルアップにつながるトピックを扱うものへと進化する形となった。

a. IPS モデルに基づく就労支援

就労支援の重要性は、研修会開始当初から確認されていたことである。昨年度に引き続き、働きたいと考える当事者の自発性を大切にし、福祉的就労ではなく一般就労を目指す、IPS モデルに基づく就労支援について事例を通して報告があり、ACT に IPS を導入するさいの課題、また就労支援のスタッフと ITT との連携の課題などについて議論した。

b. 事例検討「危機介入」

地域支援における危機介入は、治療的な介入や、生活面での緊急事態に対する介入など、さまざまな側面をもっている。ACT ならではの危機介入のあり方や今後の課題について考えた。

c. ACT と当事者活動との連携

欧米の ACT では当事者スタッフをチームに位置づけることが推奨されている。しかし、チームが成熟している段階にあること、また当事者スタッフを受け入れる環境が整っていないのが実情である。まずは、すでに地域に組織されている当事者グループとどのように連携・協力できるかについての可能性を探るべく、議論を展開した。

また ACT のサービスに関して第三者的な意見や感想を聞ける場ともなった。

d. 家族支援

利用者の支援の中から家族支援の必要性が実感された事例や、失敗から家族支援の必要性を学んだ事例など、参加者の臨床活動における体験から、ACT における家族支援のあり方を考えた。

e. より柔軟でしなやかなチーム作りのために

ACT チームが良い状態を保つためにできることや課題の確認を、各チームの現状を共有しながら、チームづくりのプランニングを行った。

f. 利用者とのパートナーシップ、ジレンマ

参加者が臨床活動の中で心掛けている利用者との距離感や、パートナーシップに関する日頃の葛藤や迷いについて、それぞれの体験を共有しながら再考する場となった。

g. 自己決定の尊重とハイリスク・ハイサポート

支援者が常に葛藤するトピックである。ACT は本人の自己決定を尊重する姿勢を大切にし、チャレンジすることを推奨するものの、時には大きなリスクを伴うことも考えられる。その際に、支援者・チームはどのような姿勢でサポートできるか、議論する機会となった。

h. 事例検討「退院促進」

実際の事例を通して、ACT の理念を大切にしながら利用者やその家族、そして主治医などの関係者と入院時からどのように関わるか、そしてそこで生じる課題に対する工夫について検討した。

i. 事例検討「関係機関との連携」

ある地域の関係機関連携や利用者の事例を通じて連携についての報告を受け、参加者から連携に関する困難体験を挙げてもらった。そこからどのような工夫をすべきか、日頃意識すべきことは何かについて議論した。

J. ACT のフィロソフィーについて

ACT 支援・サービスの基盤となるフィロソフィー（概念・考え方）に関して、定期的に再確認するプロセスは不可欠である。日々の臨床活動にフィロソフィーがどのように反映されているか確認する機会となった。

k. 支援技術とスタッフの教育・研修

ACT に必要な利用者のリカバリーを促進する支援技術を改めて整理し、スタッフの教育や研修のあり方について検討した。

D. 考察

1. 研修の方向性

ACT 初心者に対する初歩的な研修やチームの立ち上げ研修、また ACT にかかわっているスタッフがスキルアップを目的に受けられる継続研修など、さまざまなニーズに基づいた研修の多様化が必要となってくるだろう。

また、グループワークやディスカッションにより自分の役割を再確認したり、また実際に ACT の利用者や従事者による体験談を聞くことで、実際の臨床場面をイメージすることができ、それぞれの日々の臨床活動に役立つ要素の発見につながると思われる。

2. 今後の課題について

精神保健研究所で開催される ACT 研修には、さまざまなバックグラウンドをもつ従事者が参加するため、それぞれのニーズに応じた研修が提供できるよう、きめ細やかな検討が重要であろう。

また、セミクローズドな研修会は、日々の臨床体験や課題を共有する、相互のエンパワメントの機会にもなっており、そのような機会と同時に、臨床技術の向上に役立つ研修内容が求められる。

サービスの利用者にとって役立つプログラムであるために、利用者や家族に研修講師の役割を担ってもらうことも必要であろう。

E. 結論

ACT 従事者または、ACT の実践に関心をもつ精神保健医療福祉従事者に対する研修について報告した。

今後さまざまなニーズに対応した ACT に関する研修体制を確立すると同時に、ACT の臨床活動に役立つ様々な援助技術の研修の機会を提供していく必要があるだろう。また地域の精神保健医療福祉システムの中に ACT を位置付けるという観点からは、米国のプログラムをわが国の実情に即したものとして導入するためのノウハウに関して更なる検討を重ね、臨床活動従事者のみならず、政策立案者、サービスの利用者、家族などの関係者に対しても伝え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

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

IV. 付録