

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

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

②予防的な措置

- ・ ACT-J チームは、スタッフの危機を回避するために、十分な予算を供給し合理的な予防措置をとる。
 - a. 危機の出現サインについての教育
 - b. 危機状況について早期介入のシステムづくり

③リスク防止プログラム

- ・ チームリーダー、ケースマネジャー等は、リスク防止のための研修プログラム(安全計画のためのトレーニング・コンフリクトへの対応・法的対応を含む)を実施し、安全管理の技術改善のためのカウンセリングを行う必要がある。

④業務報告

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

⑤リスク防衛

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

⑥スタッフへの周知

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

⑦組織の責任

- ・ スーパーバイザーは、組織のリスクマネジメントに関する責任を持つ。また、被リスク後には、回復の過程に応じ、法的支援を含むサポートを進行する。

- a. リスク管理の方針と実施に際し、スタッフの能力を評価
- b. 暴力や脅威にさらされたスタッフの保護・アフターケア

<引用文献>

- 1) ACT Center of Indiana: Assertive Community Treatment Resource Manual - An Implementation Guide for Indiana - ACT Center of Indiana, 2001
- 2) Deborah J. Allness, William H. Knoedler: The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness; A Manual for PACT Start-Up, NAMI Campaign to End Discription, NAMI Anti Stigma Foundation, Arlington, Virginia, 1998
- 3) Gary R. Bond, Mishelle Pensec, Laura Dietzen, Dniel McCafferty, Ronald Giemza, Harry W. Sipple: Intensive Case Management for Frequent Users of Psychiatric Hospital in a Large City : A Comparison of Team and Individual Caseloads , Psychosocial Rehabilitation Journal 15(1) , 90-98 , 1991
- 4) Mueser KT,Bond GR,Drake RE,et al:Model of community care for severe mental illness:A Review of research on case management.Schizophrenia Bulletin, 24;37-74,1998
- 5) NYC Department of Mental Health Office of Crisis : Intervention Services, ; Assertive Community Treatment Resource Manual, New York
- 6) Rapp CA :The Strength Model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness. Oxford University Press, Oxford, 1998 (江畑敬介監訳:精神障害者のためのケースマネージメント. 金剛出版,1998)
- 7) Substance Abuse and Mental Health Services Administration's(SAMHSA), Center for Mental Health Services(CMHS), The Robert Wood Johnson Foundation(RWJF): Assertive Community Treatment Implementation Resource Kit Draft Version.2002
- 8) Susan N. Essock, Linda K. Friman, Nina J. Kontos : Cost-Effectiveness of Assertive Community Treatment Teams American Journal of Orthopsychiatric Association 68(2), 179-190, 1998
- 9) 高橋清久・大島巖編:改訂新版ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方, 精神障害者社会復帰促進センター, 東京, 2002
- 10) William R. McFarlane, Robert A. Dushay, Peter Staatny, Susan M. Deakins, Bruce Link: A Comparison of Two Levels of Family-Aided Assertive Community Treatment, Psychiatric Services , 47(7) , 744-750 , 1996
- 11) Zubin, J.: Possible implications of the vulnerability hypothesis for the psychosocial management of schizophrenia.(Strause, J.S., Boker, W., Brenner, H.D. eds.) Psychosocial Treatment of Schizophrenia, Hans Huber Publishers, Toronto, 1986

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
付録

DACTS マニュアル

DACTS マニュアル

Evidence-Based Practices に Fidelity 尺度を用いることとは

■ Fidelity とは

- Evidence-Based-Practice (EBP) の実施度を測るもので、EBP プロジェクトの各 6 プログラムについて Fidelity scale が作成されている。
- EBP の原則や方法論に基づいて、重要な EBP の要素 15~30 について実施度を評価し、実践が意図した通りに実施されているかを具体的に示す。

■ なぜ Fidelity を測るか

~Fidelity 尺度に求められる前提~

- ① EBP の重要要素を適切に抽出し、実施しているプログラムとそうでないプログラムを区別すること。
- ② プログラムの立ち上げ期から成熟した発展期に至るまで、プログラムの進歩をとらえられるよう、十分に鋭敏であること。
- ③ Fidelity の高いプログラムは低いプログラムよりも効果的であり、コンシューマーのアウトカムが優れていること。

~Fidelity 尺度の活用法~

- プログラムの発展過程をモニタリングすること(これはプログラムが十分に確立した後でさえも実施することができる)。Fidelity 尺度を日常的に使うことで、プログラムの発展に関する客観的・構造的フィードバックが得られる。
- プログラムの弱点を診断し、長所を明らかにすること。
- プログラム同士を比較する枠組みを提供すること(個別のプログラムレベルや州レベルで)。

■ Fidelity Scale はどのように用いられるか

- 我々は、EBP プロジェクトの中で、理解しやすいシンプルな Fidelity 尺度を開発した。5 段階評価形式で、アンカーポイントは行動レベルで設定されており、実践における測定可能な要素が同定されている。
- 独立の複数の評価者が複数の情報源から情報を収集する場合、最も妥当な評価ができる。情報源としては、スタッフへのインタビュー、チームミーティングの観察、記録のレビュー、介入の観察などがある。これらの情報を得るには、サイトを1日かけて訪問することが最適な方法である。評価者は、評価しようとする EBP に精通していなければならない。
- Fidelity 評価は外部の評価者が行うことが望ましいが、プログラム運営者が自己評定として実施することも可能である。自己評定がどの程度妥当であるかは、評定を行う人の評価に関する知識、評価のための正確な情報をどの程度入手できるか、そして評価がどの程度客観的に行われるかによって異なる(もっとも、この点は自己評定以外のいかなる評定においても該当するが)。潜

在的なバイアスに適切な注意を払った上で自己評価を行うことが勧められる。このようなバイアスは、評価者がプログラムを良くとらえようとする場合や、評価者が EBP の原則を十分には理解していない場合に生じるものである。

- ・いくつかの EBP プログラムでは、独立した評価者とプログラム運営者のための尺度の他、コンシューマーや家族を対象とした Fidelity 尺度も開発されつつある。

■Fidelity 評価のグラフ化

EBP を実践しているプログラムの場合、Fidelity 合計得点を用いて Fidelity 評価を経時的にグラフ化することを勧める。それにより、プログラムの経時変化を知ることができる。もしプログラムの Fidelity 得点が増加していれば、プログラムへの努力が強化されることになる。また、グラフ化することにより、「十分な実施」のカットオフ値に達しているかどうか調べることができる。

Assertive Community Treatment Fidelity Scale について

※DACTS (Teague ら, 1998) を微修正したもの。

■この章の構成

- 1) Introduction: ACT と本尺度の概要、および Fidelity 評価の前・中・後に実施した方がよいと思われることのチェックリストが記載されている。このチェックリストは、より質の高いデータを集め、回答者との肯定的交流を促進し、データ収集プロセスを効率的にするのに役立つだろう。
- 2) Item-Level Protocol:
 - a 各 Fidelity 項目の定義と理念。Fidelity 尺度の各項目は、Evidence に基づいた文献の包括的レビューにより得られたものである。
 - b それぞれの Fidelity 項目において最も適切な情報源は何か。たとえば、記録のレビュー、臨床家インタビュー、チームミーティング観察など。
 - c Fidelity 得点をつけるのに重要な情報を引き出す質問(質問することが適当である場合のみ)。これらの質問は、社会的望ましさといったバイアスがかかっていない情報を回答者から集められるよう、特に考えられている。
 - d 各項目を正しくスコアリングするための判断基準。多様な情報源から情報を得た場合、これらの基準があることによって得点をつけやすくなる。
- 3) Cover sheet: その施設に関する背景情報を得るためのもの。このデータは Fidelity 得点には影響しないが、プログラムの規模、期間、親の組織のタイプ、地域特性といった、プログラムを分類するために重要な情報を得ることができる。
- 4) Worksheets and Summary Table: 記録のレビューを得点化するのに用いる。
- 5) Score Sheet: スコアリングのための教示。すなわち、欠損値をどのように扱うかや、実施のレベルを「充分」「中程度」「不適切」と判定するためのカットオフ値が記載されている。

■ Introduction

- 1) ACT とは

重篤な精神疾患 (SMI) を持つコンシューマーにサービスを提供する包括的アプローチ。

1. スタッフ一人あたりのクライアント数が少ない。
2. オフィス内よりも地域でサービスを提供する。
3. ケースをチーム全体で共有する。
4. スタッフに 24 時間つながる。
5. 全サービスをチームが直接提供する (他機関にリファーするよりも)。
6. 無期限のサービス

2) 尺度の概要

全 28 項目。ACT プログラムの実施の適切さを評価するために開発された。各項目は 5 段階尺度で評定される。アンカーポイントは、様々な実証研究や専門的情報から決定されたものである。

【評価領域 H】 人的資源 (構造と構成) : Human resources: Structure & Composition

【評価領域 O】 組織の枠組み : Organizational Boundaries

【評価領域 S】 サービスの特徴 : Nature of Services

3) 何が評定されるか

計画や実施予定の行動ではなく、現在の行動と活動に基づいて評価する。

4) 分析単位

本尺度は、SMI を持つクライアントにサービスを提供している組織が EBP に従っているかどうかを評価するのに適している。特に ACT チームが評価対象となる。ACT チームを有していない機関でこの尺度を用いる時は、それに匹敵するサービスユニットが評価対象となる必要がある (たとえば地域サポートプログラム内の intensive case manager のチームなど)。DACTS は個人レベルや機関レベルというよりも、チームレベルで Fidelity を評価する。

5) どのように評価が行われるか

• 妥当性のある評価を行うには、サイトを直接訪問して、Fidelity 評価を行うべきである。Fidelity 評価には最低 6 時間はかかるが、長ければそれだけ情報を集める機会が増え、したがって評価の妥当性が高まる。データ収集手続きとしては下記のものがある。

*記録のレビュー

*チームミーティングの観察

*家庭訪問

*チームリーダーへの半構造化インタビュー

*ACT チームの臨床家もデータの重要な情報源。彼らに同行してもらって家庭訪問をすれば、最も情報を得ることができる。

*スーパーバイザーやコンシューマー

• いくつかの項目では、サービスデータの平均値や中央値を計算することが必要である。

• いくつかの項目では、記録のレビューを行うことが必要だが、その際は記録をランダムに抽出する。

(その方法については、後にまとめて記載する)

6) 新しく設立したチームの評価をどのように行うか

• 立ち上げ期のチームの場合、評価に必要な期間を満たさない場合がある。

→ 立ち上げてからの期間に応じて time frame を割り付ける。

7) ACT 以外のモデルを用いたプログラムを評価する場合

・DACT は ACT モデルに従っているプログラムのためにデザインされている。もしケースマネジメントやその他のプログラムが DACT を行う場合、該当しない項目もある。評定できない項目がある場合は「1」と評定するのが一般的である。

8) 誰が評価するか

・機関やプログラムの内部、または外部のレビューグループ。どちらでも可。

・内部評価の場合、印象ではなく、確かな証拠に基づいて客観的な評価を行うことが大切。客観性を高めるよう、レビュープロセスを選択する方がよい(サービス提供に中心的是には関わっていないスタッフに参与してもらうなど)。

・外部評価の場合、プログラムをよく知っていて、かつ独立である評価者が望ましい。客観的で能力のある評価者を選択する必要がある。

9) 欠損値

・この尺度は完全に、どの項目も欠損せずに実施するようデザインされている。評価者は、すべての項目について必要な情報を得なければならない。インタビューへの回答を詳細にメモしておくことも重要である。もしサイト訪問の際に得られなかった情報があったら、後日それを集めることが重要である。

■評価者のためのチェックリスト

1) Fidelity Site Visit の前に

cover sheet の確認(site 情報)。必要があればこのシートを改訂してもよい。

サイトを訪問する前から訪問する時までのすべての必要な作業をピックアップし、Fidelity 評価の時間割を作成する。たとえば、インタビューの日時をサイト側に確認するための電話も、時間割に含まれる。

プログラムの窓口担当者となってくれる人を設定する。その人がキーパーソンとなって、評価者の訪問をアレンジし、評価の目的と範囲をプログラムスタッフに伝える。これは多くの場合、ACT team leader である。臨床家の忙しさに配慮して、あらかじめ十分にスケジュールを組んでおく方が丁寧である。

評価についての共通理解を site 側と確認する。Fidelity 評価チームはそれぞれのプログラムサイトに、Fidelity 評価の目標を伝えなければならない。また、評価報告書を誰が見るか、プログラムサイトがその情報を受け取ることができるかどうか、どのような情報が提供されるのかについても、プログラムサイトに伝えなければならない。Fidelity 評価が最も成功するのは、評価者とプログラムサイト側が、評価の目標を「プログラムが EBP に従ってどのように進歩しているかを理解すること」と共通に認識している場合である。もし管理者や実務スタッフが、よい評点を得られないために助成金を失ったり悪く見られたりすることを恐れているなら、データの正確さは低下してしまう。すべての立場の人々が、本当のを知ることに関心を持つことが、最も望ましい。

Fidelity 訪問のときに何が必要かを示す。評価の目的の他、どんな情報が必要か、誰と話す必要があるか、インタビューや訪問するにはどれくらいの時間が必要か、を簡単に伝えておくことが必要だろう。チームリーダーに以下の情報をあらかじめ可能な限り集めておいてもらえば、Fidelity 訪問を非常に効率よく行うことができるだろう。

- ・ ACT スタッフのリスト(役割、常勤換算スタッフ数)
 - ・ 過去 12ヶ月における各月のスタッフ欠員状況(プログラムが 1 年たっていないければ、現在までの間)
 - ・ 過去 2 年間にチームをやめたスタッフの数(プログラムが 2 年たっていないければ、現在までの間)。
 - ・ チームのエントリー基準が記述されたもの
 - ・ ACT クライエントのリスト
 - ・ 重複診断を持つクライアントのリスト
 - ・ 過去 6 ヶ月間における、ACT プログラムの各月の新ケース数
 - ・ 過去 1 年間にプログラムを終了したクライアントの数。以下のカテゴリーに分類。
 - 卒業(有意に改善したために終了)
 - 転居
 - クライアントがサービスを拒否したか、チームがその人を見つけれない
 - 死亡
 - その他(具体的に)
 - ・ 精神科病院に入院したクライアントを新しい順に 10 人リストアップ
 - ・ 精神科病院を退院したクライアントを新しい順に 10 人リストアップ
 - ・ ケアつきのグループホームに住んでいるクライアントの数
 - ・ ACT チームが私的サポートネットワーク(家族、大家さんなど)に少なくとも 1 回以上コンタクトをとったクライアントの数(インタビューの際、名前のリストがあるとチームリーダーにとって便利)
- ※これらのすべての情報がそろわなくても Fidelity 評価はできることをチームリーダーに伝えること。どの情報がより重要かも示しておく方がよい。

訪問中、チームミーティングを 1 回は見学する必要があることを担当者に伝える。いつ訪問するかをスケジューリングする時に重要。

20 ケースの記録が必要であることを伝える。時間的効率を上げるためには、ランダム手続きを用いて前もってケースを選んでおいてもらおうとよい。意図的に選んだり記録を追加したりする可能性もあるが、「プログラムがサービスをどのように実施しているかをより良く理解すること」という評価目的が共有されていれば、そういったことが生じることは少ないであろう。

2) 訪問中

site の人が使っている用語を評価者も使う。たとえばコンシューマーのことをメンバーと呼んでいたら、評価者もそう呼ぶ。臨床家のことを実践家と呼んでいたら、評価者もそう呼ぶ。→コミュニケーションがスムーズになる。

訪問中、すべての関連プログラム名、総コンシューマー数、総臨床家数を記録する。

記録のランダムサンプルを入手する。10 ケースをランダムに選ぶ。

→記録レビューを行うケースをランダムに選択する方法

- ① チームリーダーにケースをあらかじめランダムに 20 ケース選んでもらい、そこから評価者が更に 10 ケースをランダムに選ぶ。
- ② ID リストを作成しておいてもらい、そこから評価者が 10 ケースを選ぶ。

例(推奨):総ケース数を約10で割る(65ケースなら「6」)

→リストの始めから6番目毎にケースをピックアップし、10人選ぶ。

③サンプリングでは、最も代表的なサンプルを選ぶことが重要である。したがって、その施設がサービスの密度に応じてクライアントを割り当てている場合などは、クライアント数の比率に応じたサンプリングを階層的に行う。

例(推奨):全クライアント数が第一段階50人、第二段階30人、第三段階20人である場合、第一段階から5人、第二段階から3人、第三段階から2人を選ぶ。

- 情報源によって得られた情報が異なる場合、その領域についての実施状況をより良く知るために、チームリーダーに質問をする。できるだけ解決しておくこと。最もよくみられる乖離としては、チームリーダーへのインタビューの際、記録や観察データが示しているよりも、チームの機能について理想的な答えをしてしまうということがある。このような乖離を理解し、解決するためには次のような質問をするとよい。「私たちが記録をレビューしたところでは、オフィスでの接触が○%となっています。しかしあなたの見積もりではそれは△%でした。この違いをどのように解釈されますか？」
- 帰る前に欠損値を確認する。訪問終了時に、できればプログラムリーダーと一緒に乖離を確認し、解決できるとよい。

3) 訪問後

- 欠損値があったら、後日、追加で情報を集める。電話やメールなど。また、訪問が終了してから気付いた情報源間の乖離について、チームリーダーと議論することも含まれる。
- 複数の評価者が評価する場合、両者が独立に評価を行う。そして得点を比較し、合議によって評定を決める。
- 得点を記録し、実施レベルを評定(スコアシート)。
- フォローアップレターを送る。多くの場合、Fidelity 得点、評価の解釈、プログラムの長所、短所を説明した Fidelity report が送付される。報告書は、有益な情報が記載されており、事実に基づいていて、建設的である必要がある。送り先は目的によって異なるが、典型的には評価に関わった主な管理者が含まれる。
- Fidelity を繰り返し評価する場合、グラフ化すると役立つことが多い。これを Fidelity report に含めてもよい。

■各項目の定義、理念、スコアリング

評価領域H 人的資源(構造と構成)

H1 少人数担当制

- ①定義:クライアント:提供者の割合は10:1
- ②理念:サービスの密度、個別性を確保するため、コンシューマー:スタッフの比を低く保たなければならない(1:10)。
- ③情報源:
 - a) チームリーダーへのインタビュー

a) チームリーダーへのインタビュー

チームリーダーにすべてのチームメンバー、その人たちの役割、常勤かどうかを同定してもらうことからインタビューを始める。このリストから、常勤換算スタッフ数を計算し、チームリーダーに確認する。

質問例:「ACT チームには何人のスタッフが働いていますか」

「チームがサービスを提供しているコンシューマーは何人いますか」

ケース数は、すべての“active”なクライアントを含める。たとえ先週入ったケースでも、正式に入った人であれば、すべてのクライアントを入れるべきである。“active”の定義は各チームで決めるが、ここでのケース数は「訪問数」などの他の指標にも反映することに注意。

b) 機関の文書 機関が保管しているクライアントリストなどを活用する。

- ④ 評定方法: 直接サービスを提供しているすべてのチームメンバーをカウントする。精神科医や運営サポートスタッフは含まない。所属しているスタッフでも、3 ヶ月以上チームを離れている場合はカウントしない。

H2 チームアプローチ

- ① 定義: 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。

- ② 理念: チームは各クライアントへの責任を共有しなければならない。各臨床家はそれぞれの専門性を適切に役立てる。チームアプローチはクライアントへのケアの継続性を保証し、実践家にとっては支持的な組織環境を創り出す。

③ 情報源:

- a) 記録レビュー(優先)・・・10 ケースをランダムに選択。最近 2 週間に各クライアントと対面コンタクトのあったスタッフ数をカウント。この期間内に 1 人以上のスタッフと対面コンタクトのあったケースの割合を算出。

b) チームリーダーインタビュー

「典型的な 2 週間を思い浮かべてください。チームメンバーの 1 人以上が会ったクライアントは全体の何パーセントだと思いますか」

c) 臨床家インタビュー

家庭訪問の時、ケースマネジャーに、ACT チームメンバーがこのクライアントに今週会ったかどうか、先週はどうか、このパターンは他のクライアントでも同様かを尋ねる。

d) クライアントインタビュー

「今週あなたは、ACT チームの中の誰と会いましたか」「先週はどうですか」

「あなたは ACT チームの同じ人に繰り返し会っていますか、それとも他の人たちにも会っていますか」

e) その他

- ④ 記録のレビューを第一の情報源とすること。もし情報源によって情報が異なる場合は、チームリーダーにその乖離について尋ねること。

H3 プログラムミーティング

①定義: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

②理念:毎日のチームミーティングにより、クライアントについて議論でき、問題を解決し、

援助計画を立て、リハビリテーション努力を行い、全てのクライアントが最適なサービス

を受けているかを確認できる。

③情報源:

a) チームリーダーインタビュー

「各クライアントへのサービスを振り返るための ACT グループ全体のミーティングはどのくらいの頻度で開かれていますか」

「1回のミーティングで何人のクライアントの振り返りを行いますか」

b) 内部記録

④評定方法:臨床的振り返りミーティングのみをカウントし、運営会議や援助計画会議は含まない。

参加頻度の基準は、常勤=全ミーティング、精神科医=最低週1回、非常勤=最低週2日

※ミーティングへの参加状況がよくなっても得点には響かないが、記録には記載される。

H4 チームリーダーも実践を行う

①定義: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

②理念:クライアントのアウトカムに最も強く影響する5要因のうちの一つ。チームリーダーも直接臨床的な接触を行うことで、臨床的介入をより適切にでき、チームがサービスを提供しているクライアントに関与し続けることができる。

③情報源:

a) チームリーダーインタビュー

「あなたはクライアントに直接サービスを提供していますか」

「あなたの時間の何パーセントくらいを、直接サービスに向けていますか」

b) 生産性記録

機関で保管している書類があれば、前の月の記録を見せてもらう。ただし JCAHO の評価が行われた週は除く。

④評定方法:口頭報告よりも記録を重視すること。もし乖離があれば、チームリーダーに尋ねる。

H5 スタッフの継続性

①定義:プログラムは同じスタッフを維持する

②理念:同じスタッフを維持することはチームの凝集性を高める。また、クライアントとサービス提供者との治療関係を増す。

③情報源:

a) チームリーダーインタビュー

前もって、過去2年間のスタッフリストを用意してもらう。

「ACT チームのスタッフのポストは全部でいくつありますか」

「過去 2 年間に辞めたスタッフの名前を挙げてください」(プログラムができてから 2 年経っていない場合には、以下の式で調整する)

④ 評定方法: 辞めたスタッフ数 ÷ 全 position 数 × (12 ÷ 月数)

所属していても 3 ヶ月以上チームを離れている場合は「辞めたスタッフ数」にカウント。

H6 スタッフの欠員がないこと

① 定義: プログラムはスタッフの欠員なしで運営されている

② 理念: 継続的に多職種協働サービスを維持するには、欠員は最小限でなければならない。

③ 情報源:

a) チームリーダーインタビュー

過去 1 年間における各月の欠員ポストのリストをあらかじめチームリーダーに用意しておいてもらう。(あるいはプログラムを立ち上げてから現在までの間)。

「1 月には、スタッフの欠員はありましたか」「それは何人ですか」→順に聞いていく。

「過去 1 年間に一ヶ月以上職場にいなかった人はいますか」(病欠や産休もカウントする)

④ 評定方法: $100 \times (\text{毎月の欠員の合計}) \div (\text{全 position 数} \times 12)$

精神科医は含むが、運営サポートスタッフは含まない。

H7 精神科医がスタッフにいること

① 定義: 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

② 理念: 精神科医 = 医学的ディレクター。医学的モニタリングに加えて、完全なチームメンバーとして治療計画に参加し、リハビリテーション努力を行う。

③ 情報源:

a) チームリーダーインタビュー

b) 臨床家インタビュー

「チーム内での精神科医の役割は何ですか」

「精神科医はミーティングに来ますか」

「精神科医は連絡を受ける準備はできていますか」

「精神科医は ACT チームにいないクライアントに会ったことがありますか」

c) クライアントインタビュー

「あなたはチーム精神科医にどのくらいの頻度で会いますか」

「あなたは ACT チーム精神科医を服薬のために活用しますか」

④ 評定方法: $(\text{常勤換算精神科医数} \times 100) \div \text{援助しているクライアント数}$

基準を満たしていても、クライアントや臨床家が一貫して、コンサルテーションが受けられないと報告する場合は、より低い評定が適切である。

※以下の H8～H11 では、所属していても 3 ヶ月以上チームを離れている場合は、その人は専門スタッフとしてカウントしない。

H8 看護師がスタッフにいること

- ①定義: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
- ②理念:ACTプログラムの成功のためには、常勤の看護師がいることが重要な要素である。看護師は完全なチームメンバーとして機能し、家庭訪問、援助計画、毎日のチームミーティングに参加する。服薬援助をすると共に、大切な服薬問題についてチームを教育することができる。
- ③情報源:
- a) チームリーダーインタビュー
- b) 臨床家インタビュー
- 「チーム内での看護師の役割は何ですか」
- 「その人はミーティングに来ますか」
- 「その人は連絡を受ける準備ができていますか」
- 「看護師がACTチーム以外に責任を負っていたり、ACTチーム以外のクライアントを担当していたことはありますか」
- c) クライアントインタビュー
- 「チームの看護師にどのくらいの頻度で会いますか」
- ④評定方法:(常勤換算看護師数×100)÷援助しているクライアント数

H9 物質依存専門家がスタッフにいること

- ①定義: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
- ②理念:SMIを持つ人が物質依存を合併することは多く、適切なアセスメントと介入戦略が重要。
- ③情報源:
- a) チームリーダーインタビュー
- ④評定方法:(常勤換算物質依存専門家数×100)÷援助しているクライアント数
- 他のプログラムから借りたり非常勤だったりする場合には、ACTチームのために割いている時間の割合に応じて補正する。

H10 職業専門家がスタッフにいること

- ①定義: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
- ②理念:ACTチームは普通の状況における技能獲得や支援を重要視する。完全なACTチームは職業サービスを行い、クライアントが普通の働く場で仕事を見つけ、維持できるよう援助する。
- ③情報源:
- a) チームリーダーインタビュー
- ④評定方法:(常勤換算職業専門家数×100)÷援助しているクライアント数

H11 プログラムのサイズ

- ①定義: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。
- ②理念:包括的で個別的なサービスをそれぞれのクライアントに提供するためには、適切なスタッフ数と専門性を維持することが重要である。

③情報源:

- a) チームリーダーインタビュー

評価領域〇 組織の枠組み

O1 明確なエントリー基準

- ①定義: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。

基準の例…頻回入院のパターン

救急サービスの頻繁な利用

長期入院から退院した人

物質使用障害との合併

ホームレス

犯罪裁判制度に関わった人

処方に対して服薬を遵守しない人

通常の精神保健サービス(デイケアなど)では効果がない人

- ②理念:ACTが最も適しているクライアントとは、より密度の少ない精神保健サービスでは有効ではない人である。

③情報源:

- a) チームリーダーインタビュー

「あなたの ACT チームでは、ターゲット人口が明確に定義されていますか」

「クライアントをスクリーニングするために、どのような正式なエントリー基準を用いていますか」

「これらの基準をどのように適用していますか」

「誰が ACT チームにリファーしますか」

「ある人を ACT チームのサービスに受け入れるかどうかを最終的に決めるのは誰ですか」

「クライアントをチームに連れてこなければならぬような環境はありますか」

「ACT チームに導入するクライアントを見つけるためにどのような募集手続きを行いますか」

「ACT サービスのような密度の高いサービスは本当は必要ないとあなたが思う ACT クライアントはいますか」

- b) 臨床家インタビュー

「どのようにして ACT チームのクライアントを受け入れますか」

- c) 内部記録

O2 新規エントリー率

- ①定義: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率に抑える

- ②理念:一貫して個別的な包括的なサービスを提供するには、クライアントの増加率を低くすること

が必要である。

③情報源:

a) チームリーダーインタビュー

「過去6ヶ月間に、1ヶ月当たり何人のクライアントを新規に受け入れましたか」

④評定方法: 立ち上げたばかりのチームではこの項目のスコアは低いかもかもしれないが、時間の経過につれて改善するだろう。

O3 治療サービスに対する完全な責任

①定義: 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

②理念: サービスが一つのチームに統合されている場合、クライアントが受ける利益は大きい。また、アプローチを統合することにより、サービスをそれぞれのクライアントに合わせた形で提供することができる。

③情報源:

a) チームリーダーインタビュー

「クライアントはACTチーム以外の精神科医に診てもらっていますか」

「クライアントの中に、住居においてケースマネジメントサービスを受けている人はいますか」

「ケアつきグループホームに住んでいる人はいますか。いる場合は、何人ですか。」

「ケースマネジメントサービスやリハビリテーションサービスはどんな性質のものでしょうか。」

「ACTでないケースマネジメントサービスを別個に受けている人は何パーセントいますか」

「これから読み上げるサービスのうち、クライアントが他の機関や部署からサービスを受けているものを教えてください。また、あなたのチームで直接提供しているサービスを教えてください。」

ケースマネジメント

症状のアセスメント、マネジメント、個人支持療法

薬の処方、管理、モニタリング、記録

物質乱用治療

リハビリテーションサービス(ADL、職業カウンセリング/サポート)

社会的、対人的関係、および余暇に関する技能訓練

サポートサービス(医学的、歯科的、経済的、社会的サービス、移動、法的権利擁護)

住居のコーディネート

b) 臨床家インタビュー: チームリーダーへの質問と同様の質問を行う。

c) クライアントインタビュー

「あなたの住居に関するサービスについて誰が援助してくれますか。雇用についてはどうですか」

「ACTチームの他に、誰があなたを援助してくれますか」

O4 救急サービスに対する責任

- ①定義:プログラムは精神的な危機をカバーするために 24 時間責任をもつ
 - ②理念:SMI を持つ人が危機に直面した場合に迅速に対応することはストレスを最小限にとどめる。
 - ③情報源:
 - a) チームリーダーインタビュー
 - 「ACT クライアントはどのような 24 時間の救急サービスを利用できますか」
 - 「24 時間の救急サービスを提供する上で、ACT チームの役割は何ですか」
- ※チームが危機介入の第一線でない場合には、より低い得点が適切である。

O5 入院に対する責任

- ①定義:プログラムは病院への入院に関わる
- ②理念:ACT チームが精神科への入院に関わることで、精神科入院をより適切に利用できるようになり、ケアの継続性が維持される。
- ④情報源:
 - a) チームリーダーインタビュー
 - あらかじめ最近の入院ケースを 10 例挙げてもらい、ACT チームが入院に関与したケースの割合を算出。
 - 「この入院の時はどんなことが起こりましたか (ACT チームがかかわりをもったプロセスを記述してもらおう)」
 - 「チームは入院について前もって知っていましたか」
 - 「ACT クライアントの入院を決めるにあたり、一般的に ACT チームはどのような役割を果たしますか」
 - 「病院と定期的にコンタクトをとっている ACT チームの臨床家はいますか」
 - 「ACT チームの入院に関する方針は、機関内の他の人たちと異なっていますか」
 - b) 臨床家インタビュー
 - 「クライアントが精神科病院に入院する際、どのくらいの頻度でチームは関与しますか」
 - 「クライアントが入院する必要がある時、チームが動くプロセスを教えてください」

O6 退院計画に対する責任

- ①定義:プログラムは病院からの退院計画に関わる
- ②理念:クライアントの入院中から ACT チームが継続して参加し、退院計画にも参加することで、地域サポート(住居など)を継続することができ、サービスの継続性も維持することができる。
- ③情報源:
 - a) チームリーダーインタビュー
 - あらかじめ最近の退院ケースを 8~10 例挙げてもらい、ACT チームが退院に関与したケースの割合を算出。
 - 「この退院について、どのようなことが起こりましたか」
 - 「チームはこの退院を前もって知っていましたか」
 - 「去年入院したクライアントについて、ACT チームが退院の決定・計画に関わったクライアント

は何パーセントいますか」

「精神科および物質乱用の退院について、ACT チームはどのような役割を果たしますか」

「ACT チームの退院に果たす役割は、この機関の一般的な方針と異なっていますか」

b) 臨床家インタビュー

「クライアントが精神的または物質乱用に関する理由で入院している時、退院計画にチームはどのくらいの頻度に関わりますか」

07 無期限のサービス/終了率

① 定義: 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

② 理念: クライアントは、短期間のプログラムを終了しても、後戻りすることがしばしばある。無期限のサービスを行うことで、安定した継続的な治療関係を築くことができる。

③ 情報源:

a) チームリーダーインタビュー

最近1年間にプログラムを終了したケースをリストアップし、割合を算出。

「サービスを必要としなくなったために終了した人は何人いますか」

「今後1年間に、チームを終えるクライアントは何パーセントだと思いますか」

「あなたのチームは集中的なサービスが必要ではなくなった人のために、レベルまたはステップダウンシステムを用いていますか。もしそうであれば、どんな基準が用いられているか、どのようにコンタクトが継続されているかを教えてください。」

④ 評定方法: 「終了」ケースのみをカウント。転居やドロップアウトは含まない(S2でカウントする)。

評価領域 S サービスの特徴

※これらの項目については、チームリーダーやケアマネジャーの報告は有益でない場合があるので、記録された文書を第一の情報源とすること。

S1 地域ベースのサービス

① 定義: 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

② 理念: クライアントが生活し、働き、他の人々と交流する普通の中でクライアントに接触することは、病院やオフィスで接触するよりも効果的であると考えられている。技能は普通の状況には十分に汎化しない場合もあるからである。また、地域場面の方が普通の状況を直接観察することができるので、本人の報告だけから判断するよりも正確なアセスメントを行うことができる。薬の配達、危機介入、ネットワーク作りは、家庭訪問によってよりスムーズに行うことができる。

③ 情報源:

a) 記録のレビュー(優先)

ランダムに選択した10ケースについて、地域で実施した対面コンタクト数の割合を算出。→ 値を順に並べ、5番目と6番目の人の値の平均値を出す。

b) 内部報告・文書のレビュー(もしあれば)

c) 臨床家インタビュー

「あなたはクライアントとコンタクトを取るとき、何パーセントくらい地域で行い、何パーセントくらいオフィスで行っていますか」

d) クライアントインタビュー

「ACT チームの人とあなたは主にどこで会いますか」

「どのくらいの頻度で ACT のオフィスに行きますか」

④ 評定方法: 対面コンタクトのみカウントし、電話や家族との接触は含まない。

S2ドロップアウトをださないポリシー

① 定義: プログラムはクライアントを高い割合で継続する

② 理念: アウトリーチの努力をサービス開始時も開始後も行うことにより、信頼関係の構築を促進し、クライアントが確実にサービスを受け続けるようにすることができる。

③ 情報源:

a) チームリーダーインタビュー

過去 12 ヶ月間にドロップアウトしたケース(=拒否、所在不明、サービスを提供できないというチームの判断で援助を打ち切ったケース)をカウント。また、クライアントが転居したケースで、ACT チームが転居先のプログラムへのリファーを行わなかった場合もカウントする。終了したケースは含まない(O7 でカウント)。

「過去 1 年間に何人のクライアントがドロップアウトしましたか」

「転居したクライアントが新しい土地でもサービスにつながるよう、ACT チームはどのような努力をしましたか」

b) 臨床家インタビュー

「クライアントが治療を拒否したりあなたが追跡しそこなったためにケースを閉じることはどのくらいありますか」

「ケースを閉じるとき、チームはどのような要因を考慮しますか」

④ 評定方法: (援助打ち切り、ドロップアウト、リファーなしの転居の数) ÷ 全クライアント数

S3積極的エンゲージメントの仕組み

① 定義: 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。

② 理念: クライアントが予約を守れなくても、すぐにプログラムから脱落することはない。ケースを保持することは ACT チームにとって優先度が高い。クライアントが援助を受け続けるよう継続的なケアの努力をすることは、ACT チームとクライアントの間の信頼関係を促進する。

③ 情報源:

a) チームリーダーインタビュー

エンゲージが難しかったり、サービスを拒否したりしたケースを 2~3 ケース思い浮かべてもらい、チームリーダーとレビューする。

「これらのクライアントをつなぐためにチームはどんなことをしましたか」

「この人たちがサービスにとどまるよう、あなたにできたことは他にありますか」

「クライアントが ACT に関わり続けるために、チームはどのような方法を用いていますか」

「以下に示す方法をチームは使っていますか。→代理受取人サービス、外来措置、執行猶予・仮釈放官との接触、クライアントが ACT に導入された後の路上や避難所へのアウトリーチ、その他の方法(具体的に)」

「それらのサービスを受けているクライアントは何人いますか」

b) 臨床家インタビュー

「クライアントがサービスを受けたくないと言ったら、どうなりますか」

c) クライアントインタビュー

「ACT サービスをもう受けたくないと言ったら、どうなりますか」

S4サービスの量

① 定義: サービスの総時間は必要に応じて長い

② 理念: 重篤で持続的な症状をもつクライアントが地域における機能を維持し、伸ばしていくためには、高密度のサービスが必要であることが少なくない。

③ 情報源:

a) 記録のレビュー(優先)

→ランダムに選択した 10 ケースそれぞれについて、過去 1 ヶ月間に一週間につき何時間援助したかをカウント。10 ケースそれぞれにつき、4週間分の援助時間を平均して、平均援助時間/週を算出。値を順に並べ、5 番目と6番目のケースの平均値を算出。

b) 管理情報レポートのレビュー(もしあれば)

④ 評定方法: 対面コンタクトのみをカウントし、電話や家族への接触は含まない。

S5関わりの頻度

① 定義: サービスで関わる回数は必要に応じて多い

② 理念: 接触頻度の多さはクライアントのアウトカムの向上に関連している。

③ 情報源:

a) 記録のレビュー(優先)

→ランダムに選択した 10 ケースそれぞれについて、過去 1 ヶ月間に一週間につき何回援助したかをカウント。10 ケースそれぞれにつき、4週間分の援助回数を平均して、平均援助回数/週を算出。値を順に並べ、5 番目と6番目のケースの平均値を算出。

b) 管理情報レポートのレビュー(もしあれば)

c) クライアントインタビュー

「先週、あなたは ACT スタッフと何回会いましたか」

④ 評定方法: 対面コンタクトのみをカウントし、電話や家族への接触は含まない。

S6私的サポートシステムとともに関わる

① 定義: 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

②理念:地域におけるサポートを維持し発展させることは、クライアントの統合と機能を更に強める。

③情報源:

a) チームリーダーインタビュー

→ACT チームが1回以上私的サポートネットワークに接触したケース数をカウント。

「先月少なくとも1回以上、私的サポートネットワークに接触したクライアントの中で、そのネットワークと共同で動いたことはどのくらいの頻度でありますか」

b) 内部報告・文書のレビュー(もしあれば)

c) 臨床家インタビュー

「あなたは、それぞれのクライアントを平均した場合、家族、大家さん、雇用主、その他の私的サポートネットワークメンバーとどの程度の頻度で、共同で動いていますか」

d) クライアントインタビュー

「ACT チームがあなたの家族や大家さんや雇用主とコンタクトを取ることはどのくらいありますか」

④評定方法:平均コンタクト数×(私的サポートネットワークへの接触があったクライアント数÷全クライアント数)。

収入を得てクライアントに援助している人への接触は含めない。例えば生活保護局の職員など。

S7物質乱用個人治療

①定義: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

②理念:SMIを持つ人は、物質使用障害を併発することが少なくない。これらの重複障害を直接扱う援助が必要である。

③情報源:

a) チームリーダーおよび物質乱用専門家(優先)へのインタビュー

④評定方法: $((\text{物質乱用援助を受けた人数} \times 1 \text{ヶ月あたりの援助時間(分)}) \div \text{物質依存を合併している全クライアント数}) \div 4 \text{(週)}) = \text{物質依存を合併しているクライアント一人当たりの平均援助時間(分)/週}$

車中などでのインフォーマルな援助であっても、時間数がおおよそその基準を満たせば「3」と評定できる。「4」「5」と評定されるには、より公式の構造的な援助が行われていなければならない。

S8重複診断ケース治療グループ

①定義: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

②理念:重複診断を持つ人の回復にはグループ治療が有効。

③情報源:

a) チームリーダーインタビュー