

「重複診断を持つクライアントの中で、先月少なくとも 1 回以上治療グループに出席した人は何人いますか」

「グループはいくつ提供されていますか」

「誰がこれらのグループを提供していますか」←ACT チームとつながりのない組織のグループは含まない。ACT スタッフおよび ACT チームに関わっているスタッフ (ACT チームと定期的に接触がある人) が行っているグループのみ、カウントする。

「これらのグループに何人くらい参加していますか」

b) 物質乱用カウンセラーインタビュー (優先)

上記の質問を繰り返す。

S9 重複診断ケース (DD) モデル

① 定義: プログラムは段階的な治療モデルを用いる。直面化させず、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、断薬の見通しを徐々に持つようにする。

② 理念: DD モデルは、SMI と物質乱用の両方に関心を向けたものであり、回復と症状マネジメントの機会を最大限にする。

③ 情報源:

a) チームリーダーインタビュー (優先)

「物質乱用問題を持つクライアントを援助するのにどのような援助モデルを用いていますか」
(直面化が用いられているかどうか確かめよ)

「クライアントを AA にリファーしますか。解毒プログラムはどうですか」

「目標は断薬だと思いますか」

「断薬か、もしくは使用の減量か、ということについて、チームはどのような見解を持っていますか」

「チームでは害の減少戦略を採用していますか。している場合はたとえばどのようなことですか」

「あなたは物質使用治療に関する段階的アプローチをよく知っていますか。あなたのプログラムがこのアプローチをどのように用いているか、例を教えてください」

b) 臨床家 (物質依存カウンセラー) インタビュー

上記と同じ質問を繰り返す。

④ 評定方法: AA などの自助グループへのリファーを付加的なサポートとして含んでいれば (チームベースの援助の代わりとしてではなく)、満点の評定を受けることができる。

S10 治療チームにおけるコンシューマーの役割

① 定義: 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

② 理念: 先行研究によると、ケースマネジメントチームにコンシューマーを含めることで、実践の文化が向上し、コンシューマーの視点により合わせることができる。

③ 情報源:

a) チームリーダーインタビュー

「あなたのチームメンバーとして、コンシューマーはどのように関わっていますか (雇用されてい

る、ボランティア、全くいない、など)」

「もし雇用されている場合、その人たちは常勤ですか」

「その人たちは一人前の臨床家としてみなされていますか(もしくは助手的)」

b) 臨床家インタビュー

上記と同じ質問をする。

c) クライアントインタビュー

「あなたのチームメンバーとして、コンシューマーはどのように関わっていますか(雇用されている、ボランティア、全くいない、など)」

- ④ 評定方法: この場合のコンシューマーとは、精神科医から治療を受けていることを開示している精神保健コンシューマーのことを指す。

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 尺度本体

DACTS 尺度本体

人的資源: 構造と構成

H1	少ないケースロード(少人数担当制) クライアント/提供者の割合は 10:1	臨床家 1 人当り 50 人以上のクライアント	35-49	21-34	11-20	臨床家 1 人当り 10 人以下のクライアント
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	1 週間で複数のスタッフと対面コンタクトのあったクライアントは 10%未満	10-36%	37-63%	64-89%	1 週間の間に 2 人以上のスタッフと対面コンタクトのあったクライアントが 90%以上
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	各クライアントに対するプログラムサービスの計画立案は月 1 回以下	月 2 回以上週 1 回未満	週 1 回以上 2 回未満	週 2 回以上 4 回未満	週 4 日以上ミーティングを行い、毎回、簡単にでも各クライアントについて振り返りを行っている
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	スーパーバイザーはサービスを提供していない	スーパーバイザーはバックアップとしてたまにサービスを提供することもある	スーパーバイザーはバックアップとしては日常的にサービスを提供している、または 25%未満の時間でサービスを提供している	スーパーバイザーは通常 25-50%の時間でサービスを提供している	スーパーバイザーは 50%以上の時間でサービスを提供している
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	2 年間で 80%以上の離職	2 年間で 60-80%の離職	2 年間で 40-59%の離職	2 年間で 20-39%の離職	2 年間で 20%未満の離職
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	プログラムは過去 12 ヶ月間において 50%未満のスタッフで運営していた	50-64%	65-79%	80-94%	プログラムは過去 12 ヶ月間において定員の 95%以上のスタッフで運営していた
H7	精神科医がスタッフにいないこと 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	100 人のクライアント対象のプログラム	クライアント 100 人に	クライアント 100 人	クライアント 100 人	クライアント 100 人につき、1 人以上の

に、精神科医が常勤換算で0.10人未満	つき0.10-0.39人	につき0.40-0.69人	につき0.70-0.99人	常勤精神科医が直接割り当てられている
100人のクライエント対象のプログラムに、看護師が常勤換算で0.2人未満	クライエント100人に対して常勤換算で0.20-0.79人	クライエント100人に対して常勤換算で0.80-1.39人	クライエント100人に対して常勤換算で1.40-1.99人	100人のクライエント対象のプログラムに常勤看護師が2人以上いる
100人のクライエント対象のプログラムにつき、物質乱用専門家が常勤換算で0.2人未満	クライエント100人に対して常勤換算で0.20-0.79人	クライエント100人に対して常勤換算で0.80-1.39人	クライエント100人に対して常勤換算で1.40-1.99人	物質乱用治療のトレーニンングもしくはスーパーバイズを受けた物質乱用治療の経験が1年以上ある常勤職員が2人以上
100人のクライエント対象のプログラムにつき、職業専門の常勤職員が0.2人未満	クライエント100人に対して常勤換算で0.20-0.79人	クライエント100人に対して常勤換算で0.80-1.39人	クライエント100人に対して常勤換算で1.40-1.99人	職業リハビリテーションのトレーニンングもしくはスーパーバイズを受けた職リハの経験が1年以上ある常勤職員が2人以上
プログラムの常勤換算スタッフは2.5人未満である	2.5-4.9人	5.0-7.4人	7.5-9.9人	プログラムに常勤換算職員が10人以上いる

H8 看護師がスタッフにいること
100人のクライエ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 物質依存専門家がスタッフにいること
100人のクライエ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ところ。

組織の枠組み

プログラムには基準がなく、プログラムの外部で決定されたどんなタイプのケースも受け入れて	プログラムには一般的に定められた使命はあるが、エンタープライズの都合によって左右される	プログラムは対象に定められたクライエントを探し選択する努力はしているが、リファーマーの多くを受け入れる	プログラムは概して積極的にリファーマーを求めスクリーニングするが、組織の圧力に従うこともある	プログラムは定められた対象者を積極的にリクルートし、全てのケースは明確なエントリー基準に従っている
---------------------------------------------	---------------------------------------------	-----------------------------------------------------	------------------------------------------------	---------------------------------------------------

O1 明確な加入基準がある
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、測定可能な操作のために定義された基準を用いて適切でないリファーマーを除外する。

新規加入率
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エントの新規加入を低い率に抑える

治療・援助サービスに対する完全な責任性
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提供する

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

入院に対する責任
プログラムは病院への入院に関わる

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

無期限のサービス提供(終了率)
プログラムはケースを終了せず、すべてのクライエントに対し、必要に応じて関わり続ける

最近6ヶ月で最もエントリ率が高かった月は15人より多い	13-15	10-12	7-9	最近6ヶ月間で最もエントリ率が高かった月は6人以下
プログラムはケースマネジメントと精神科サービス以外提供していない	プログラムは5つの付加的サービスのうち1つ提供し、ほかは外部に委託している	プログラムは5つの付加的サービスのうち2つ提供し、ほかは外部に委託している	プログラムは5つの付加的サービスのうち3つまたは4つ提供し、ほかは外部に委託している	プログラムはこれらの5つの付加的サービスを全て提供している
プログラムは時間外の救急対応に責任をもっていない	救急サービスには、プログラムのクライエントについて作成したプロトコルがある	プログラムは電話による対応が可能で、主にコンサルティングの役割を担っている	プログラムは救急サービスをバックアップしている。例えばプログラムは連絡を受け、プログラムが直接関わる必要性について決定している	プログラムは24時間対応している
入院の決定にプログラムが関わっていないのは5%未満	入院の5-34%はプログラムを通じて行っている	入院の35-64%はプログラムを通じて行っている	入院の65-94%はプログラムを通じて行っている	入院の95%以上はプログラムを通じて行っている
プログラムが退院に関わりをもつのは5%未満	プログラムのクライエントの退院の5-34%はプログラムと共同で行われている	プログラムのクライエントの退院の35-64%はプログラムと共同で行われている	プログラムのクライエントの退院の65-94%はプログラムと共同で行われている	退院の95%以上はプログラムが共同で計画している
1年間で90%以上のクライエントの終了が見込まれている	1年間で38-90%のクライエントの終了が見込まれている	1年間で18-37%のクライエントの終了が見込まれている	1年間で5-17%のクライエントの終了が見込まれている	全てのクライエントが無期限のサービスを受けるのが基本で、終了が見込まれるのは毎年5%未満

02

03

04

05

06

07

サービスの特徴

S1	<p>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</p>	<p>対面コンタクトの地域は20%未満</p>	<p>20-39%</p>	<p>40-59%</p>	<p>60-79%</p>	<p>対面コンタクトの80%が地域で行われる</p>
S2	<p>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エントを高い割合で継続する</p>	<p>12ヶ月間以上継続しているケースは50%未満</p>	<p>50-64%</p>	<p>65-79%</p>	<p>80-94%</p>	<p>12ヶ月間以上継続しているケースは95%以上</p>
S3	<p>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</p>	<p>プログラムはリクルートと再エンゲージメントについて消極的である。ストリートアウトリーチや法的手段を使うことはほとんどない</p>	<p>プログラムはエンゲージメントのための最初の試みは行うが、概して動機のあるクライエントに焦点をあてることが多い</p>	<p>プログラムは都合がつけばアウトリーチを試み、法的手段を用いる</p>	<p>プログラムには通常のエンゲージメントのための計画があり、用いることのできる手段はほぼ用いている</p>	<p>プログラムはよく考案された方法を一貫して示し、適切な場合には常にストリートアウトリーチや法的手段を用いる</p>
S4	<p>サービスの密度 サービスの総時間は必要に応じて長い</p>	<p>クライエント1人当たり平均15分/週未満</p>	<p>15-49分/週</p>	<p>50-84分/週</p>	<p>85-119分/週</p>	<p>クライエント1人当たり平均2時間/週以上</p>
S5	<p>関わり頻度 サービスで関わる回数には必要に応じて多い</p>	<p>クライエント1人当たり平均1回/週未満の関わり</p>	<p>1-2回/週</p>	<p>2-3回/週</p>	<p>3-4回/週</p>	<p>クライエント1人当たり平均4回/週以上の関わり</p>
S6	<p>私的サポートシステムとともに関わる クライエントがいてもいなくても、プログラムはクライエ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</p>	<p>地域のサポートシステムとの関わりがクライエント1人当たり平均0.5回/月未満</p>	<p>0.5-1回/月</p>	<p>1-2回/月</p>	<p>2-3回/月</p>	<p>地域のサポートシステムとの関わりがクライエント1人当たり4回/月以上</p>
S7	<p>個別の物質乱用治療 物質使用障害のクライエントに対して、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</p>	<p>直接的な個別の物質乱用治療をプログラムは提供していない</p>	<p>物質乱用問題について不定期にクライエントと話しはすが、正式の個別の物質乱用治療は提供していない</p>	<p>クライエントとのコンタクトにおいて、何らかの物質乱用治療を定期的に組み込んでいるが、正式の個別の物質乱用治療は行っていない</p>	<p>何らかの正式で個別の物質乱用治療を提供している。物質使用障害をもつクライエントがそのサービスを受ける時間は平均24分/週未満</p>	<p>正式な物質乱用治療を提供しており、物質使用障害のクライエントがそのサービスを受ける時間は平均24分/週以上</p>

S8 重複診断治療グループ
 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(DD)モデルの使用
 プログラムは段階的な治療モデルを用いる。
 直面化させず、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、断薬の見通
 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マーが関与する

<p>物質乱用治療グル ープミーティーン 月1回以上参加し ている物質使用障 害のクライアントの 割合は5%未満。</p>	<p>5-19%</p>	<p>プログラムは主に伝 統的なモデルを用 いている。例えば、 AAへのリフアア、 解毒とリハビリのた めに入院を利用、 拒否的あるいはAA にあわなないクワイエ ントに対する説得の 必要性を理解して いる</p>	<p>20-34%</p>	<p>物質使用障害のク ライエントの50%以 上は物質乱用治療 グループミーティーン グに月1回以上参 加している</p>
<p>プログラムは完全に 伝統的なモデルに 基づいている。直面 化、断薬の命令、 higher power など</p>	<p>プログラムは主に DDモデルを用いて いる。例えば、治療 計画にDD理論が 用いられる。説 得と行動治療グル ープ、医学的必要 性がある場合を除き リハビリや解毒のた めに入院させない、 外部の物質乱用治 療にリフアア、など</p>	<p>プログラムは混合モ デルを用いている。 例えば、治療計画 にDD理論が用い られ、クライアントを 説得グループにリフ アアし、リハビリのた めに病院を利用、 AAやNAにリフア ア、など。</p>	<p>35-49%</p>	<p>プログラムは完全 にDD治療理論に基 づいており、プログ ラムスタッフが治療 を提供している</p>
<p>コンシューマーマーはプ ログラムに関連した サービス提供に全く 関わっていない</p>	<p>コンシューマーマーはブ ログラムについて、 コンシューマーマー特 有のサービス役割 (例:セルフヘルプ) を果たしている</p>	<p>コンシューマーマーは非 常勤で働き、ケース マネジメント役割を 果たしているが、責 任は軽減されてい る</p>	<p>コンシューマーマーは常 勤で働き、ケースマ ネジメント役割を 果たしているが、責 任は軽減されてい る</p>	<p>コンシューマーマーを完 全に専門家の待遇 で臨床家(例:ケー スマネージャー)とし て雇っている</p>

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

第 5 回 ACT 研修資料

研修資料目次

1. ACTの実践を志したときに必要な考え方 ～日本におけるACTのとりくみ～	199
1. ACT-Jの1日	207
1. チーム作りに必要な要素	211
1. 利用者中心のプランニング	216
1. グループワーク ～変化を促すためのプランニング～	220
1. 就労支援「IPS」	224
1. ピアサポートを考える	228
1. ACT-Jにおける危機介入 ～その鍵となる構造～	230
1. ACTにおける大切な考え方 ：リカバリー&ストレングスモデル	232
1. グループワークⅡ	238

**ACTの実践を志したときに
必要な考え方**

— 日本におけるACTのとりくみ —
ACT-J
+
市川で取り組んできたこと

国立精神・神経センター精神保健研究所
伊藤順一郎

**脱施設化：
アメリカの失敗を超えて**

アメリカの失敗

- 「脱施設化」の施策⇒ デイケア、作業所、グループホーム、クリニックの整備

↓

- 通所型のデイケアや作業所には通えない人々が置き去り。
- 地域サービスの多様化、断片化
→ ケアの責任の所在があいまいに

↓

- 回転ドア現象、ホームレス化、生命の危機

「失敗」を防ぐためには・・・

- アウトリーチによる医療・生活支援の確立
- 生活支援と医療の結合：多職種チーム
- ケアマネジメントが基盤にあるシステムとして確立すること

◆ 「受け皿」は「箱物」ではなく機動性のある、「人」である。

**医療と生活支援、就労支援の結合
—異なる視点、制度の統合—**

★多職種チーム

- ・スタッフ間の密なコミュニケーション
- ・利用者の必要な時に必要なサービス

★アウトリーチ
(生活圏への訪問)
を行なう多職種チーム
= ACT

😊

**支援のゴールは何か？
—慢性疾患である精神障害の支援—**

Golden Duckie Awards

慢性疾患である「精神障害」

- 「治癒」をゴールにするのは困難な場合が多い。
- 病を抱えながらも、自分らしい生き方を地域でおくれるようになることがゴールではないか？
 - Recovery という概念
 - 当事者自身たちのサポートも含めてさまざまな支援が必要

Recoveryという考え方

- Recoveryは、人の姿勢、価値観、感情、目的、技量、役割などの変化の（個人的な）過程であり、疾患によりもたらされた制限が生活のなかにあったとしても、満足感のある、希望に満ちた、人の役に立つ人生を生きることを意味する。

Anthony, W.A. (1993)

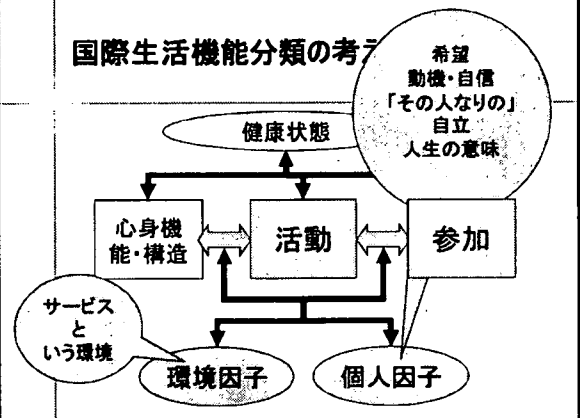
Recoveryという考え方(続)

- 病気からの回復ではなく、人々の偏見、精神医療の弊害によりもたらされる障害、自己決定を奪われていること、壊された夢などからの回復がRecoveryである。

Dagen, P.E. (1993)

- ✓(例) 障害を抱えながらスーパーマーケットで働く姿への印象

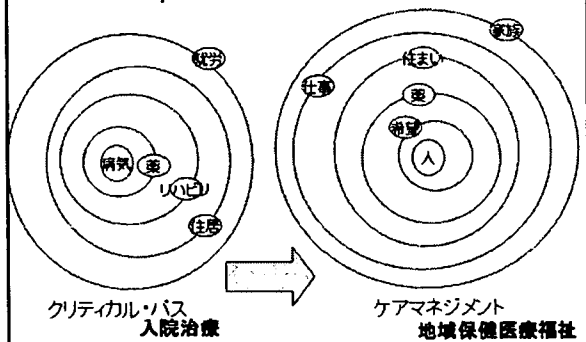
国際生活機能分類の考え方



ゴールに向けての支援に必要なこと



Illness centered から person centered へ



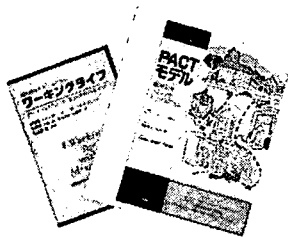
**Person centered service に
必要な行動指針(抄)** Ragins, M.(2002)を改変

- 断片的、専門分化されたサービスではなく、統合的なサービスを提供するシステムをもつ
 - 多職種チームの必要性
 - ケアマネジメント
- 生活の質を高めるサービスの提供を目指す
 - 薬物療法も「生活の質への貢献」を視野に入れる(アドヒアランスの概念)
 - 金銭自己管理、就労支援
- スタッフのアウトリーチ活動を増やす
 - 生活の場を視野に入れた支援

**Person centered service に
必要な行動指針(抄)(続)**

- 利用者とスタッフが協働できる文化を形成する(パートナーシップ)
 - 患者ではなく「人」として接するスタンス
 - サービスに対する利用者の意見を聞く
 - 「患者以外の役割」で接する機会を
 - 講演会講師、会食の機会、協議会のメンバーなど
- サービスの効果測定を位置づける
 - 生活の質の向上
 - サービス満足度

**1: ACT-Jのこと
(2003-)**



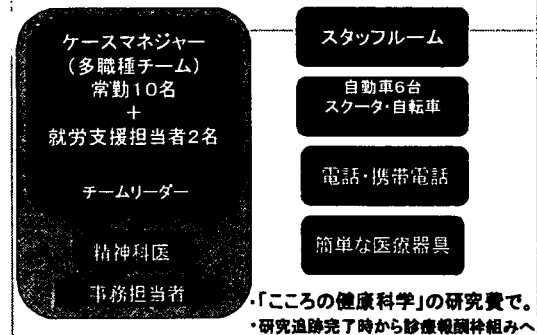
ACT (Assertive Community Treatment)

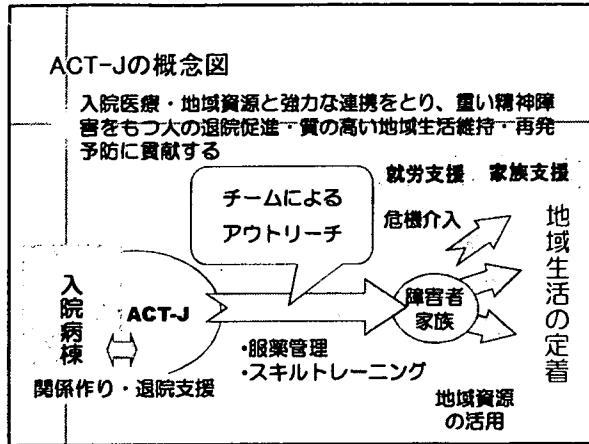
- 精神科医、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、職業カウンセラー、心理士など、様々な職種よりなる多職種チームによるサービス提供。
- 利用者の生活の場に、積極的に訪問。
- 既存のサービスでは地域生活を続けることが困難な、重い精神障害を抱えた人を対象。
 - 精神障害のために頻回に入院をするもの
 - 長期入院からの退院患者
 - 精神障害のために自傷他害の恐れの高いもの
 - 医療中断により、長期にひきこもりの状態にあるもの

ACT (Assertive Community Treatment)

- チーム全体が、一人一人の利用者のケアを共有し支援していく発想。(個別支援チーム)
- 必要な医療・保健・福祉サービスのほとんどを、チームが責任を持って直接提供。
 - 入院に対する責任から就労支援まで
- 24時間週7日のサービス提供体制。
- 1:10のケースロード。利用者数の上限を設定。
- ニーズがなくなるまで、継続的な関与。
 - ニーズが減れば、他のサービス利用に移行

ACT-Jの構造:
国立精神・神経センター国府台地区(千葉県市川市)

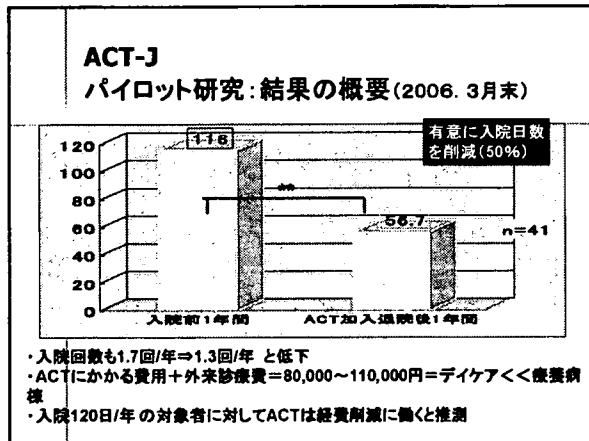




この1年間のACT-Jの活動(2) (サービスの実態 2006年度)

- 累積登録者数 102名
- 稼働ケース数:05年11月 81 ⇒ 06年10月 90
- 一利用者あたりの訪問平均 3.9/月(3.6~4.5/月)
- 一利用者あたりの電話平均 10.5/月(10.5~13.5/月)
- サービスの内容
 - 精神症状・服薬管理 29.3%
 - 日常生活、社会参加・余暇支援 10.5%
 - 日常生活支援 9.6%
 - 対人関係・社会関係支援 9.0%
 - 家族支援 7.7%
 - 雇用・就労支援 6.1%

★国際水準のfidelity評価(プログラム忠実度)で 4.0/5



ACT-Jにおける就労支援 就労者数の推移(H18.1.~12.)

- 一般就労経験者(週5時間以上) 20名(20%)
- 平均勤務日数 35.75日(3ヶ月以上 8名)
- 平均時給 925円
- 週5時間未満の就労経験者(ポスティングなど)4名
- 非事業所ベース(研究会講師など) 2名
- 事業所訓練 1名
- PCなどの委託訓練 4名
- 有償ボランティア 2名
- 福祉的就労 5名

ACT-Jにおける就労支援の特徴

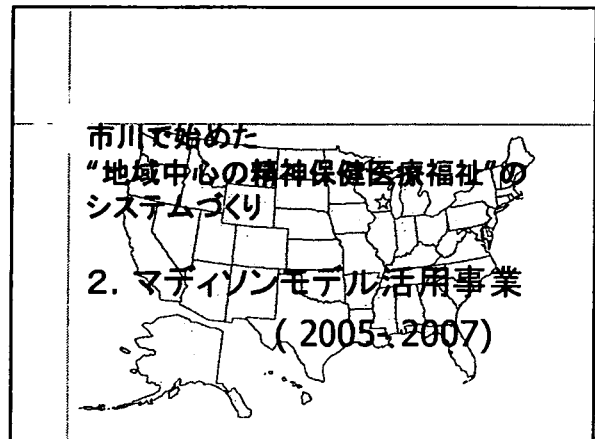
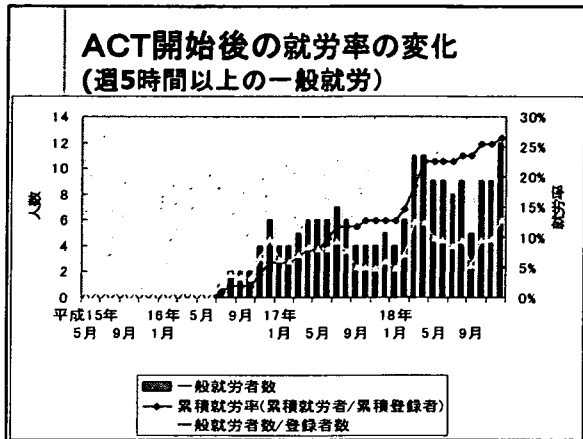
(IPSモデル:チームアプローチに基づく援助つき雇用)

- 就労支援の専門家を位置づける。
 - 常にケースマネジャー、チーム精神科医と協働
 - 職場開拓、就労後の支援にも多くの時間をかける
- 個別の援助メニュー
vs. プログラム主体
- 生活の場で援助提供(place then train)
vs. 施設・病院での訓練
- 長続きしなかった就労経験もプラスと評価し、継続的に援助を提供する
vs. 安定就労率=プログラム評価基準 (久野, 2003)

ACT-Jにおける就労支援の特徴(2)

(IPSモデル:チームアプローチに基づく援助つき雇用)

- 迅速な職場探し
 - 適性テスト等の利用は最小限
 - 職業訓練プログラムへの参加を求めない
- 一般雇用(パート、短期就労を含む)を前提
 - 最低賃金基準を満たす就労を原則
 - クライアントの志向、長所、経験を評価する
 - 職場環境や仕事の内容との相性を考慮
- 障害の重さを理由に対象者を除外しない
 - 本人の就労への動機を重要視
 - vs. 職業能力・準備度による判断



- ### マディソンモデル (US ウィスコンシン州)
- 精神障害者が最大限に人権を尊重され、地域の中で普通に暮らしていけるように支えるトータルなシステム(1970年代～)
 - 行政責任者であるデー郡成人精神保健部と地域のNPO(16箇所)との連携で、地域が全体として包括的なケアが行えるよう、さまざまな種類のサービスを地域に作り上げた。
 - “元祖ACT (PACT)” から“地域全体でのトータルなサービス”へ

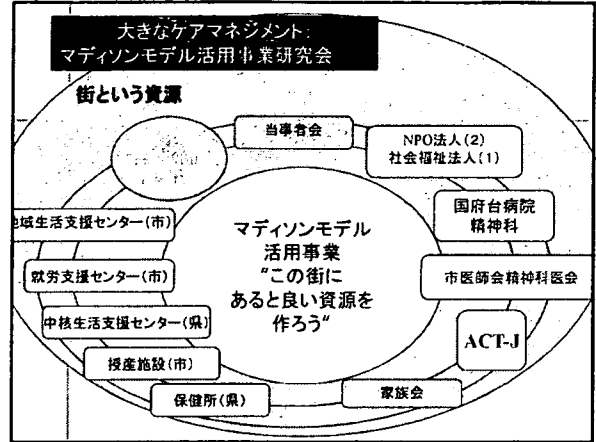
- ### マディソンモデル活用事業
- 健康福祉千葉方式
 - ①誰もが、②ありのままに・その人らしく、③地域で暮らすことができる
 - 1)対象者横断的な施策展開、2)施策の企画段階からの官民協働
 - 市川市: 既存の社会資源が比較的活発、充実している
 - ACT-J(包括型地域生活支援プログラム)の研究事業の実施

- ### マディソンモデル活用事業(2)
- 姉妹県州である米国ウィスコンシン州において実施されている、地域を拠点とする先進的な精神保健医療福祉システム(マディソンモデル)の千葉県における実施可能性の検討
 - ACT-Jと連携を図り、千葉県における実施可能性について検討
 - 3年間限定、年間約2500万円の事業費
 - 委員会方式で事業の立ち上げから官民協働

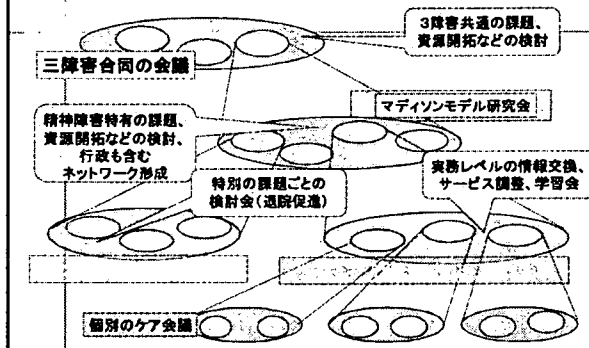
- ### マディソンモデル活用事業(3)
- 基本はケアマネジメント
 - 当事者の力をサービスの運営に
 - ゴールは一般就労
 - 入院を回避し、退院を促進するシステム作り
 - NPO、社会福祉法人のレベルアップ

基本はケアマネジメント

- ケアマネジメント・コーディネーター2名の配置
- 大きなケアマネジメント: システム作り
 - マディソンモデル活用事業研究会
 - 相談事業ネットワークミーティング
 - NECSTミーティング(運営会議)
 - ロングステイ解消研究会
- 小さなケアマネジメント:
 - アウトリーチ活動ができる人材の確保



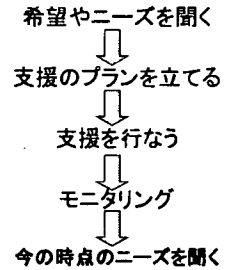
「大きなケアマネジメント」(サービス調整会議)



小さなケアマネジメント

“Recoveryに資するケアマネジメント”の実現

- 本人の「なりたい自分」「したいこと」を明らかにする
- 長所・強みを生かしたプランを立てる
- ケアマネジャーと利用者の2人3脚
- 利用者の努力、達成を評価



小さなケアマネジメント

事業目的

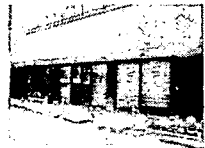
身近な相談窓口(作業所、家族会等を含む)の充実強化を図り、各種社会資源の情報提供やサービスの利用調整ケアマネジメント手法の普及を行う。

概要

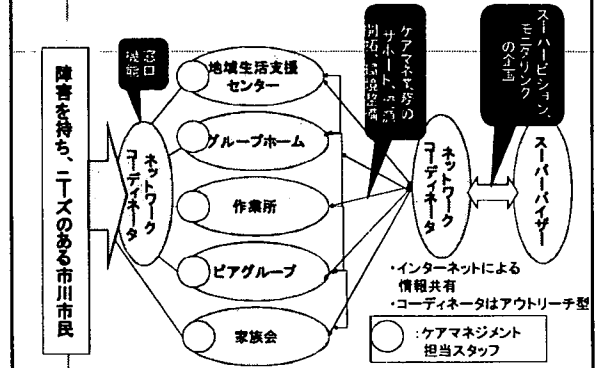
ネットワークコーディネーターを中心に活動し既存の[身近な相談窓口]の担当するスタッフからの相談に対応し、地域の社会資源の情報提供を行う。ケアマネジメントの方法や新たな社会資源開発のための情報収集などを行う。

実施体制

クラブハウス フォーラスに配置
スーパーバイズについては研究会の場を活用



小さなケアマネジメントの目指す姿



当事者の力をサービスの運営に

- **クラブハウスモデル**
 - ちょっと立ち寄れる場
 - 当事者が運営に参加することを目標に
 - 就労促進につながる活動をめざす
- **WRAP (Wellness and Recovery Action Plan: 元気回復行動プラン) 研修**
 - Wellness tool box づくり

クラブハウス

事業目的
精神保健福祉に関する情報を一元化し、当事者・家族・スタッフミックスのステーションとなる。
定員制でない(作業目的でなく日中過ごせる場)を作ることにより、日中の地域生活の充実を図る。

概要
日中居場所の提供
仲間同士の集い(ピアカウンセリング等)
当事者、家族、ボランティア、スタッフの拠点
相談支援、ケアマネジメント、各種情報提供サービスの実施
食事の提供
勉強会、研修会の開催、会場の提供

実施体制
名称 クラブハウス フォーラス
週/5日開所、8時から20時まで



ゴールは一般就労

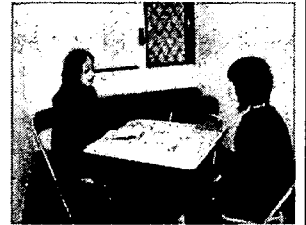
- **IPSモデルによる就労支援コーディネーターをクラブハウスに**
- **就労フェスタ: 米国の就労支援の実践家、当事者でWRAPのコーディネーターとの交流を通じて、企業と当事者、スタッフの出会い**

就労支援コーディネーター

事業目的
関係機関と連携して、精神障害者を雇用する意欲ある、企業を開拓する。
ニーズに合った場の提供が可能になるようにする。継続的な支援を行う。

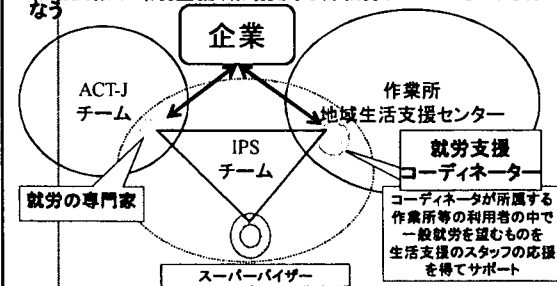
事業概要
就労支援コーディネーターをクラブハウスに配置して、作業所や社会復帰施設に向いて、他機関と連携して、就労支援を継続的に行う。

実施体制
就労支援コーディネーター 1名 週/4日
人材はIPS研究会へ委託



就労支援コーディネーター

- **IPSモデル: 就労支援と生活支援をともに行なうシステム作り**
- **コーディネーターはスーパーバイザーやACT-Jと協働のうえ、職場開拓や環境整備(職場見学会、就労グループなど)も行なう**



入院を回避し、退院を促進するシステム作り

- **クライシスハウス**
 - 医療的よりも生活上の危機への対応
 - 世話人とソーシャルワーカー、ACT-J、ケアマネージャーなどで対応
 - 短期利用
- **自立生活体験事業**
 - 入院⇒一人暮らしの準備段階
 - 家族と同居⇒一人暮らしの準備段階
 - 3ヶ月を上限として利用

D.クライシスハウス E.自立生活体験事業

事業目的

本人の希望により一時的に利用できる宿泊場所を提供することにより不安の軽減を図り、新たな入院を防止する。(クライシスハウス)
精神科入院中の方で退院後の地域での生活に不安がある方に一時的に地域生活を体験する場を提供して長期入院の解消を図る。(自立生活体験事業)

事業概要

賃貸で部屋を借り宿泊場所として提供する。対象者は原則主治医の了解を得ている。自立支援員を配置し、宿直要員も確保する。

実施体制

ハウスいちかわ 里見
2室 世話人1名/自立支援員0.5名
ハウスいちかわ 東
2室 世話人1名/自立支援員0.5名



NPOのレベルアップ

■ 日米NPO 交流事業

- 米国の精神保健のNPO視察
- 就労フェスタ
 - 米国の就労支援専門家、当事者、NPO関係者を招いての1週間のイベント

■ ケアマネジメント研修

- 当事者、家族、スタッフの合同研修
- ストレngths・モデルのケアマネジメント

これからの市川

数々のチャレンジ...

- 国府台病院
 - 5年間で200床の精神科ベッド削減(-H21)
 - 平成20年度より「国立国際医療センター」
 - 150床(児童50床)+デイケア+訪問看護
- ACT-J + IPS-J
 - NPO法人化(ACTIPS)
 - 訪問看護ステーション + 自立支援法 + 県や国の助成金 など

これからの市川(2)

■ マディソンモデル活用事業

- 自立支援法+県単独事業 などへの変換
- ネットワークの充実
- 情報発信(アウトカムの整理)

★ 点の支援を面の支援へ！

★ リカバリーの概念を町の文化に！

ACT-Jの1日

国立精神・神経センター国府台病院
ACT-Jプロジェクト・臨床チーム
佐竹直子

ACTプログラムの構造上の特徴

1. 重い精神障害を抱えた人を対象
2. 様々な職種の専門家から構成されるチームがサービスを提供
3. 利用者数の上限を設定
4. スタッフ全員で一人の利用者のケアを共有
5. 必要なサービスのほとんどをチームが責任をもって直接提供
6. 利用者が生活する場での支援を行うため積極的に訪問を行う
7. 期限を定めず継続的な関わりを保証
8. 1日24時間・365日体制で危機介入にも対応

ACT-Jの支援内容

重症のためにサービスを受けにくい人々にアウトリーチにより医療・保健・福祉を含む様々なサービスを提供する

日常生活支援 社会生活支援
精神医療・危機介入 住居支援
身体管理 経済的支援
リハビリテーション 教育・就労支援
心理教育 家族支援
権利擁護 ピア・サポート

ACT-Jチーム
重い精神障害をもつ人
家族

スタッフのスケジュール

キーワードは
ミーティングと情報共有です

チームの週間スケジュール

月	火	水	木	金	土	日
朝のミーティング(9:00-10:00)						
アウトリーチを中心とした活動						
チーム・ミーティング			ケース・カンファレンス		SST 家族教室 就労G	
記録			16:30~17:00 夜間への引継ぎ		19:15までオフィス待機 → その後はオンコール体制	

※ 祝日はオンラインアウトリーチ
※ 土日は原則オンコール

スタッフの勤務体制

9 13 17 21 翌朝まで

平日

休日

日勤 遅番 セカンドコール当番 宅直





ケースマネージャーの 1日の動き



8:45~9:00 情報交換の時間

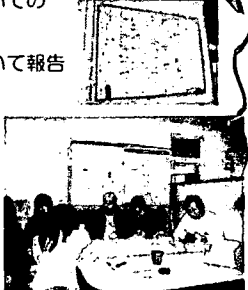

全体のミーティングの前に

- ・データベースからの情報収集
- ・I T T間の打ち合わせ (Individual Treatment Team)
- ・関係機関に連絡


9:00~10:00 朝のミーティング

- ・利用者の前24時間についての情報共有
- ・利用者が抱えた困難について報告があった場合
対処戦略を練る
- ・スタッフのスケジュールを共有
- ・車や携帯電話の割り振り
ひやり・はっと報告
- ・全体での連絡事項の確認


9:40~11:40 国府台病院入院中のAさんに 面会・外出同行

- ・引越しの荷物整理
- ・新しいアパート探しに不動産屋へ



13:30~14:30 Bさんの家に訪問

- ・リカバリープランの作成
- ・買い物同行
- ・服薬の確認



15:00 Cさんからの緊急電話

もう手にかえせん。入院させたい!

危機状況と判断!

- ・I T T + 精神科医で打ち合わせ
- ・チーム外に主治医がいる時は指示をもらう
- ・スタッフの選定と役割分担

