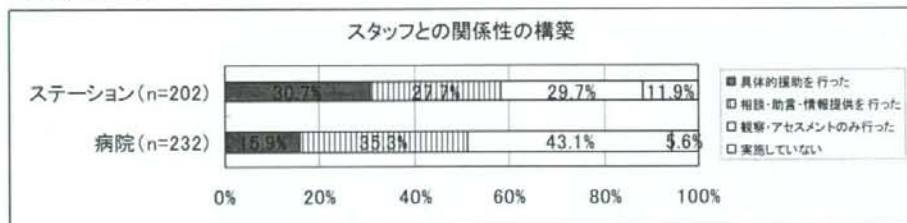


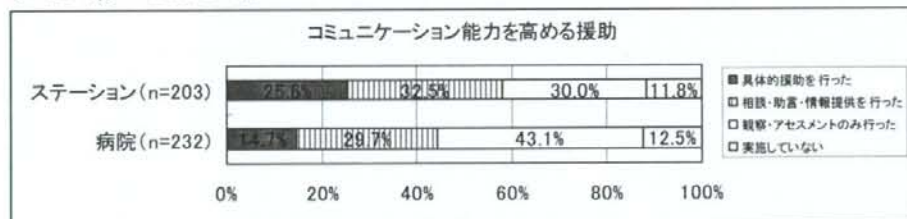
### 3-1) スタッフとの関係性の構築

“スタッフとの関係性の構築”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、ステーション群は具体的援助を多く実施しており、病院群は観察・アセスメントを多く実施していた ( $\chi^2=22.516^{***}$ )。



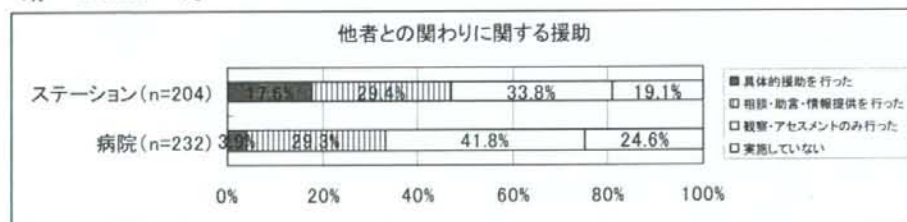
### 3-2) コミュニケーション能力を高める援助

“コミュニケーション能力を高める援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、ステーション群は具体的援助を多く実施しており、病院群は観察・アセスメントを多く実施していた ( $\chi^2=11.872^{**}$ )。



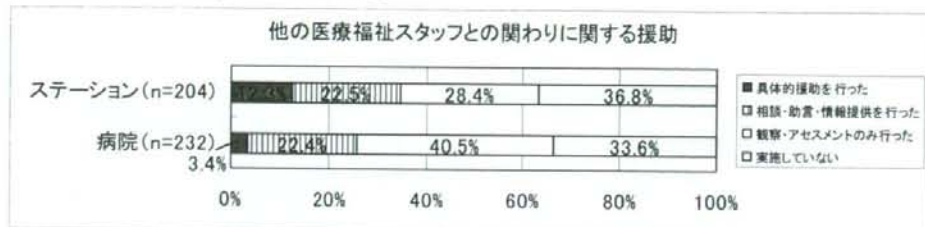
### 3-3) 他者との関わりに関する援助

“他者との関わりに関する援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、ステーション群は具体的援助を多く実施しており、病院群は観察・アセスメントを多く実施していた ( $\chi^2=24.099^{***}$ )。



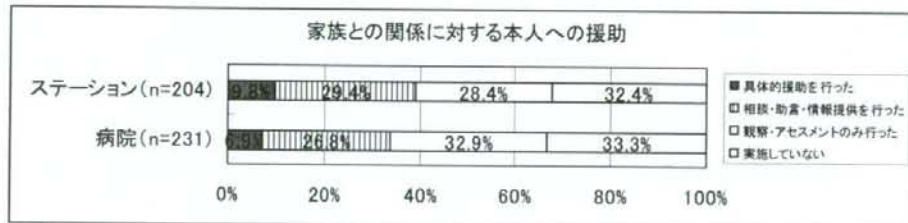
### 3-4) 他の医療福祉スタッフとの関わりに関する援助

“他の医療福祉スタッフとの関わりに関する援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、ステーション群は具体的援助を多く実施しており、病院群は観察・アセスメントを多く実施していた ( $\chi^2=24.099^{***}$ )。



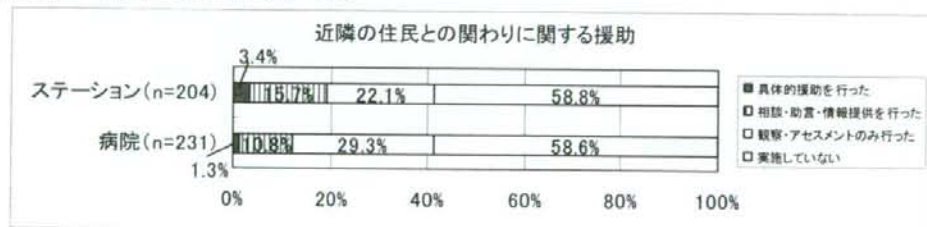
### 3-5) 家族との関係に対する本人への援助

“家族との関係に対する本人への援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的有意差はなかった。



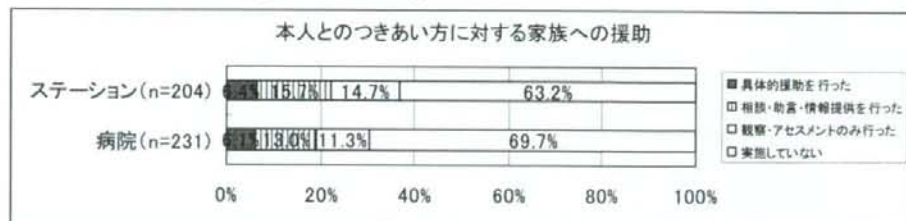
### 3-6) 近隣の住民との関わりに関する援助

“近隣の住民との関わりに関する援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的有意差はなかった。



#### 4-1) 本人とのつきあい方に対する家族への援助

“本人とのつきあい方に対する家族への援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的有意差はなかった。



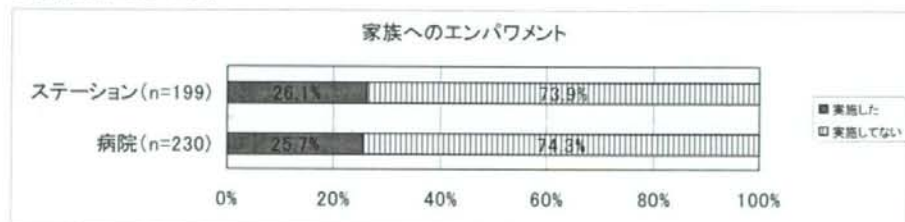
#### 4-2) 家族自身の困難や将来・生活設計に関する援助

“家族自身の困難や将来・生活設計に関する援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的有意差はなかった。



#### 4-3) 家族へのエンパワメント

“家族へのエンパワメント”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的有意差はなかった。



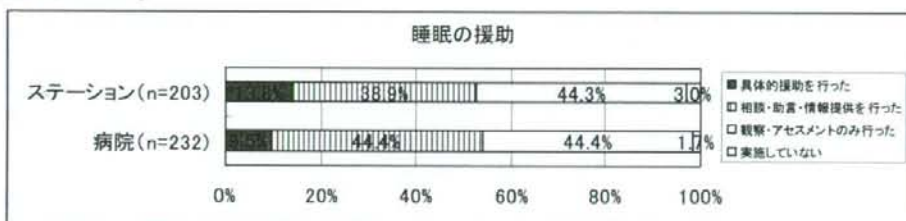
5-1) 精神症状に関する援助

“精神症状に関する援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的有意差はなかった。



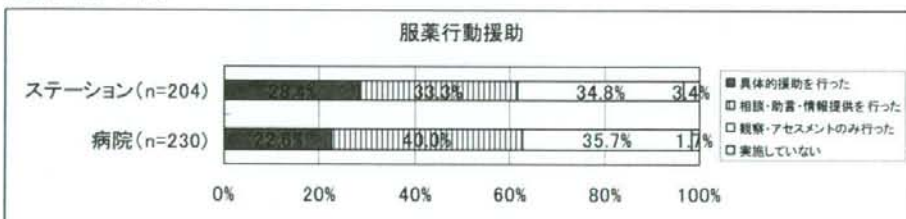
5-2) 睡眠の援助

“睡眠の援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的に有意な差はなかった。



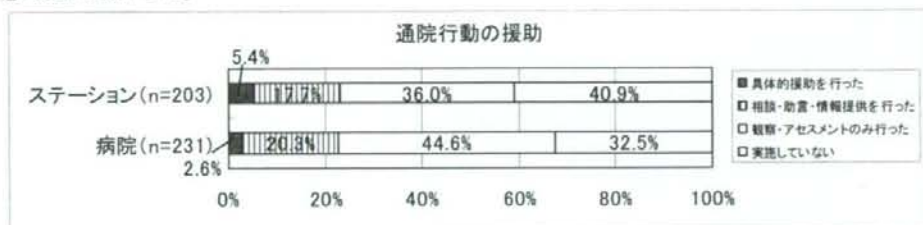
5-3) 服薬行動援助

“服薬行動援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的に有意な差はなかった。



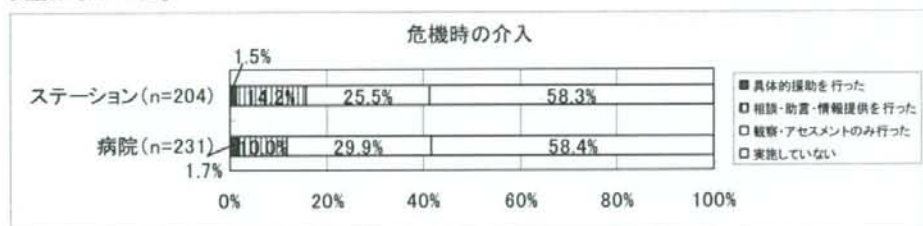
5・4) 通院行動の援助

“通院行動の援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的に有意な差はなかった。



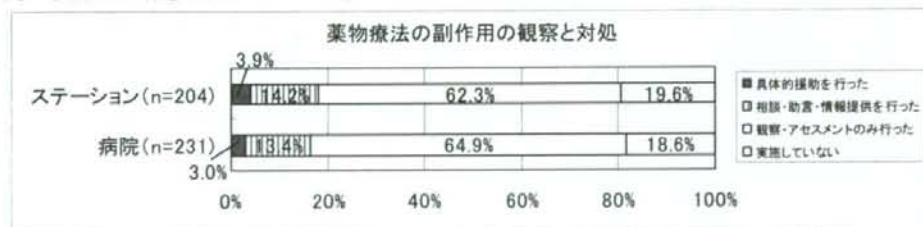
5・5) 危機時の介入

“危機時の介入”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的に有意な差はなかった。



5・6) 薬物療法の副作用の観察と対処

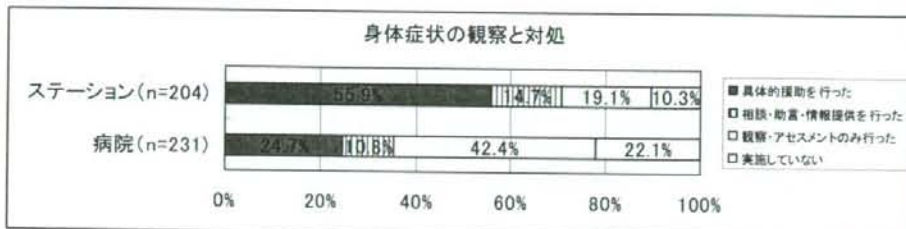
“薬物療法の副作用の観察と対処”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的に有意な差はなかった。





### 6-1) 身体症状の観察と対処

“身体症状の観察と対処”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、ステーション群は具体的援助を多く実施しており、病院群は観察・アセスメントを多く実施していた ( $\chi^2 = 55.903^{***}$ )。



### 6-2) 身体合併症の観察と対処

“身体合併症の観察と対処”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、病院群は相談・助言・情報提供を多く実施していた ( $\chi^2 = 19.349^{***}$ )。



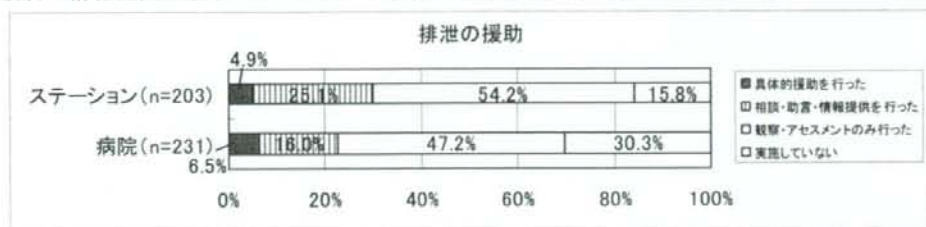
### 6-3) 生活習慣に関する援助

“生活習慣に関する援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、ステーション群は具体的援助や相談・助言・情報提供を多く実施しており、病院群は観察・アセスメントを多く実施していた ( $\chi^2 = 16.351^{**}$ )。



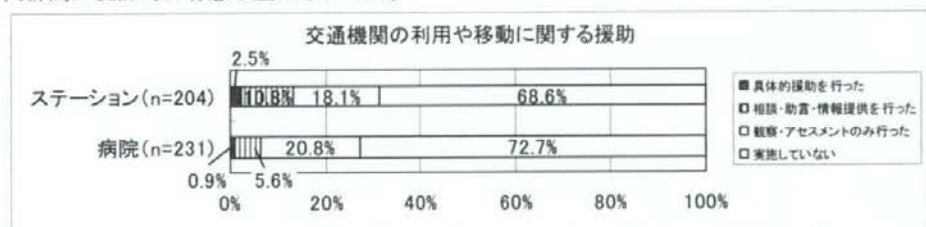
#### 6-4) 排泄の援助

“排泄の援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、ステーション群は相談・助言・情報提供や観察・アセスメントを多く実施していた ( $\chi^2=15.647^{**}$ )。



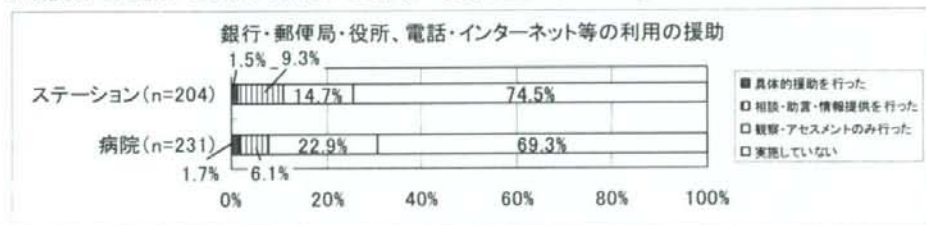
#### 7-1) 交通機関の利用や移動に関する援助

“交通機関の利用や移動に関する援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的に有意な差はなかった。



#### 7-2) 銀行・郵便局・役所、電話・インターネット等の利用の援助

“銀行・郵便局・役所、電話・インターネット等の利用の援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的に有意な差はなかった。



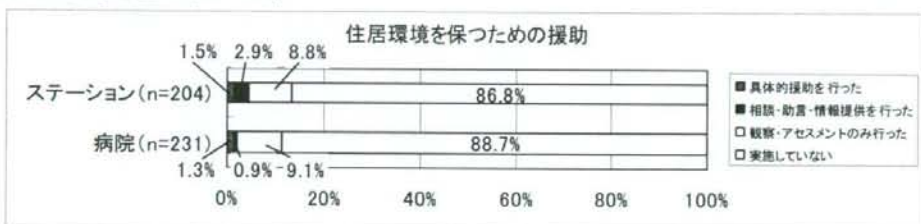
### 8-1) 住居確保に関する援助

“排泄の援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、病院群は観察・アセスメントを多く実施していた ( $\chi^2=9.460^*$ )。



### 8-2) 住居環境を保つための援助

“住居環境を保つための援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的に有意な差はなかった。





### 9-1) 求職・就労開始の援助

“求職・就労開始の援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的に有意な差はなかった。



### 9-2) 就労継続に関する援助

“就労継続に関する援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的に有意な差はなかった。



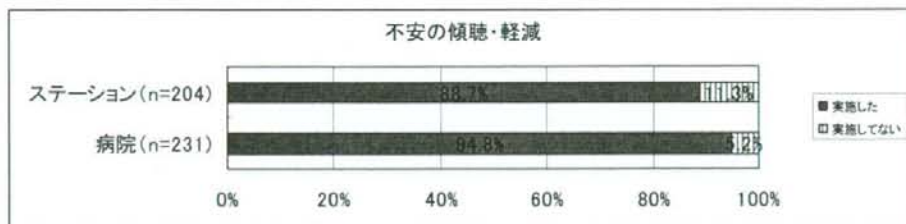
### 9-3) 教育・修学に関する援助

“教育・修学に関する援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的に有意な差はなかった。



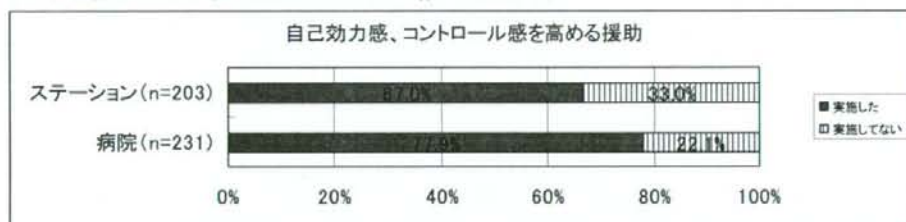
10-1) 不安の傾聴・軽減

“不安の傾聴・軽減”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、病院群の方が多く実施していた ( $\chi^2=5.412^*$ )。



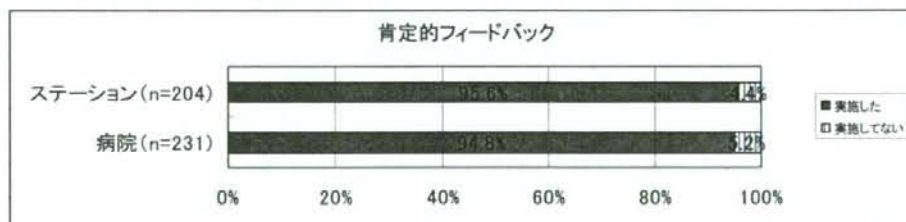
10-2) 自己効力感、コントロール感を高める援助

“自己効力感、コントロール感を高める援助”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、病院群の方が多く実施していた ( $\chi^2=6.517^*$ )。



10-3) 肯定的フィードバック

“肯定的フィードバック”を訪問看護ステーション群と病院群で比較すると、両群間に統計的に有意な差はなかった。



#### 4) 訪問看護を利用している人の概要 (全利用者調査)

訪問看護群のうち、訪問看護ステーション4事業所、医療機関4施設に、現在登録されている利用者の属性(性別、年齢、診断、訪問看護開始日、過去1年間の入院回数および入院日数)を尋ねた。訪問看護ステーション計275名、医療機関計346名について回答が得られた。

##### (1) 性別

訪問看護を利用している人の性別をみると、訪問看護ステーションでは男性47.3%、女性52.7%、医療機関では男性50.1%、女性49.9%であり、両群において統計的な有意差はなかったが、訪問看護ステーションでは女性の割合が高く、医療機関では男性の割合が高かった。

	訪問看護ステーション (n=275)	医療機関 (n=345)
男性	130 (47.3%)	173 (50.1%)
女性	145 (52.7%)	172 (49.9%)

##### (2) 年齢

訪問看護を利用している人の平均年齢をみると、訪問看護ステーションでは51.7歳(SD=14.8)、医療機関では53.0歳(SD=12.3)であり、両群において統計的な有意差はなかった。

	訪問看護ステーション (n=275)	医療機関 (n=346)
平均年齢(歳)	51.7	53.0
標準偏差(SD)	14.8	12.3

### (3) 診断

訪問看護を利用している人の主診断をみると、両群共に“統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害”の人が最も多く、次に“気分〔感情〕障害”の人が多かった。

統合失調症圏の人とその他の診断の人を両群で比較すると、医療機関の方が訪問看護ステーションに比べて統合失調症圏の人が統計的に有意に多かった ( $\chi^2=16.0^{***}$ )。

	訪問看護ステーション (n=275)	医療機関 (n=346)
[F0] 症状性を含む器質性精神病	13 (4.7%)	7 (2.0%)
[F1] 精神作用物質による精神及び行動の障害	9 (3.3%)	5 (1.4%)
[F2] 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	182 (66.2%)	278 (80.3%)
[F3] 気分〔感情〕障害	35 (12.7%)	36 (10.4%)
[F4] 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	8 (2.9%)	9 (2.6%)
[F5] 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	1 (0.4%)	0 (0%)
[F6] 成人の人格及び行動の障害	10 (3.6%)	1 (0.3%)
[F7] 知的障害 (精神遅滞)	11 (4.0%)	5 (1.4%)
[F8] 心理的発達の障害	4 (1.5%)	3 (0.9%)
[F9] 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	1 (0.4%)	1 (0.3%)
[F10] 詳細不明の精神病	1 (0.4%)	1 (0.3%)

### (4) 訪問看護開始日

訪問看護を利用している人の訪問看護を開始してからの平均利用期間をみると、訪問看護ステーションでは 3.24 年 (SD=3.06)、医療機関では 4.17 年 (SD=3.83) であり、医療機関の方が訪問看護ステーションに比べて、訪問看護利用者の利用期間が統計的に有意に長かった ( $t=3.28^{***}$ )。

	訪問看護ステーション (n=275)	医療機関 (n=346)
平均利用期間 (年)	3.24	4.17
標準偏差 (SD)	3.06	3.83

$t=3.28^{***}$

(5) 過去1年間の入院状況

訪問看護を利用している人の過去1年間の入院回数は、訪問看護ステーションでは平均0.34回 (SD=0.62)、医療機関では0.38回 (SD=0.73)であった。過去1年間の入院日数は、訪問看護ステーションでは平均29.74日 (SD=68.48)、医療機関では平均36.22日 (SD=79.93)であり、両群において統計的に有意差はなかった。

	訪問看護ステーション (n=275)	医療機関 (n=346)
平均回数 (回)	0.34	0.38
標準偏差 (SD)	0.62	0.73
入院なし	200 (72.7%)	251 (72.5%)
入院1回	60 (21.8%)	67 (19.4%)
入院2回	12 (4.4%)	21 (6.1%)
入院3回	3 (1.1%)	4 (1.2%)
入院4回	0 (0%)	3 (0.9%)

	訪問看護ステーション (n=275)	医療機関 (n=346)
平均入院日数 (日)	29.74	36.22
標準偏差 (SD)	68.48	79.93



## 【調査2】

精神科訪問看護における、訪問看護利用者の容態急変時のケア内容を、具体的な援助事例をもとに把握することを目的とした。今年度はプレスタディとして、調査1の協力施設の看護師1名に、主診断が統合失調症の利用者で、最近一年以内に容態が急変した1ケースについて、その状況と対応、必要と考える制度やサポートについてインタビュー調査を行った。

### 1) インタビュー対象者の概要

40歳代 女性、精神科病棟勤務経験3年、精神科訪問看護歴4年

### 2) 結果

#### (1) 容態悪化時の状況と対応

利用者はA氏、20代女性、統合失調症疑い、パーソナリティ障害、独居である。男性との関係が破綻すると退行し、入退院を繰り返す。訪問看護は、デイケアを利用し、アルバイトができるようになりたいという本人の希望をサポートする目的で実施されていた。同じアパートの住人男性が、利用者の部屋へ来ている様子があった。

一週間前から、A氏から「薬が盗られた」という電話が訪問看護ステーションにかかっていた。ある日の夜、「調子が悪い、眠れない」という電話を訪問看護ステーションの系列病院にかけてきたが、そばにいた男性が行く必要はないと言っているようであったという。翌日2名の看護師が訪問したところ、A氏は精神的に不安定になっており、「追われている、怖い、怖い」と訴え、看護師と一緒に診察に行くことを勧めた。訪問中にもドアを激しくたたき「開けろ」という男性の声がして

いた。男性が去った隙に、看護師とタクシーで病院に向かい、受診後、入院となった。訪問看護師から、主治医と外来・入院病棟の看護師へ、状況報告の申し送りを行った。

本事例では、患者をほかの住人とのトラブルから守り、安全な場所に避難した上で、症状の悪化に対して適切な治療を提供する必要があった。

#### (2) 利用者の容態悪化時に必要と考える制度やサポート

本事例への対応と、これまでの利用者の急変時の対応から、必要と考える制度・サポートについて意見を聞いた。

##### ①柔軟に医師の往診ができること

理由：患者と接した場面で自分が判断しなくてはいけないことが多く、急変の場合は医師も一緒に訪問し、判断を援助して欲しい。医師が「今、入院が必要そうだ」と患者に言うことに意味があるのかもしれないし、一緒に見立てを行うことに意味があるのかもしれない。（ただし本事例では、夜間の電話の報告を医師にし、方針は共有できていた）

##### ②複数名訪問の診療報酬加算がある

理由：状態が悪化している者への訪問看護は、看護師一人では対応が困難な場合が多く、複数名で訪問する必要がある。その場合、ほかの利用者の訪問を断ったり時間調整をすることになり、複数名で訪問した場合に報酬評価があればよいと思う。

##### 3) まとめ

今回の事例では、容態悪化と他者とのトラブルが併発し、緊急の介入が必要であった。今回は、複数名訪問での対処と、系列病院の入院受け入れが迅速にできたため、利用者はそれ以上の状態悪化をきたさず、安全な環境で



入院治療を開始することができた。しかし、ほかの事業所でも同様に柔軟な人員配置ができるとは限らず、系列・母体病院がない事業所が大多数であることを考え合わせると、条件が異なる事業所でのヒアリング調査も必要である。今後は、これらをふまえて調査を実施し、利用者の容態急変時に必要な制度・サポートを分析する必要がある。

#### D. 考察

##### 1) 訪問看護を実施している医療機関および訪問看護ステーションの状況

本調査の対象となった訪問看護実施病院の平均精神科病床数は451.4床、入院患者数は422.3人であり、訪問看護を実施していない医療機関と比較すると、規模の大きい医療機関であった。

訪問看護ステーションは、医療法人立が3分の2を占めており、併設病院のあるステーションが半数であった。これは、今回の対象施設は精神科訪問看護を積極的に実施し、利用者の大半が精神障害を有する人である施設を選定したためであると考えられる。また、各施設において平均2.3人の看護師が精神科病棟での勤務経験のある人であった。精神科訪問看護を行うには、精神科医療機関と何らかのつながりを持っていることが、促進力となっていることが伺えた。

訪問看護に従事する職員の人数は、医療機関では専任の常勤職員が3.6人（看護師 3.3人、PSW 0.2人、OT 0.1人）、非常勤職員1.6人、他部署との兼務職員が1.3人であり、常勤職員と非常勤または兼務の職員が約半数ずつであった。医療機関からの訪問看護ではPSWやOTの訪問も多く実施されており、他部署と兼務しながら訪問を行っている実態が伺えた。

看護師は専属職員が比較的多く、非常勤職員と兼務者をあわせて、約5.5人であった。

訪問看護ステーションでは、職員のほとんどが看護職であり、平均5.6人の看護師が担っていた。うち、PSW資格をもつ者は少なく、2施設に1名ずつであった。また、OT、PT、STも2施設に1名ずついるのみであった。

精神科訪問看護の登録者数は、医療機関、ステーションともに約90名で、そのうち医療機関では訪問看護基本療養費Ⅱ（グループホーム等への訪問）が約7名、訪問看護ステーションでは介護保険による訪問看護利用者が約10名であった。1ヶ月の訪問回数は、医療機関で約220回/月、ステーションで340回/月であり、登録者数は同程度であったが、訪問回数はステーションの方が多かった。

##### 2) 訪問看護ステーションからの訪問看護および利用者の特徴

訪問看護ステーションの利用者は、女性の割合が54.8%と多く、身体合併症（糖尿病など）を有する人の割合も高かった。これらの結果は先行研究における調査結果とも一致していた。

女性の割合が高いことは、訪問看護ステーションにおいて複数の訪問者による同行訪問が診療報酬の裏づけを得ていないことにも関連していると考えられる。医療機関からの同行訪問が60.5%であったのに対し、訪問看護ステーションからの同行訪問は2.4%であり、利用者・訪問者双方の安全確保という点からも女性の利用者が多くなっている可能性があると考えられた。

訪問看護ステーションにおいて身体合併症を有する利用者の割合が高かったことは、ケア内容にも反映されていた。「身体症状の観察と対処」における具体的援助の実施割合が、

訪問看護ステーションでは55.9%であったのに対して、医療機関では24.7%であった。訪問看護ステーションでは、身体合併症に対するケアを目的として精神科の主治医以外から利用者が紹介されることも多くあり、身体症状へのケアが多く提供されている実態が伺えた。

社会資源の利用状況では、デイナイトケアを利用している人が40.5%であった。また、ホームヘルプサービスの利用者が26.2%と高い割合であった。訪問看護ステーションは、これらの社会資源と連携して利用者の地域生活を支えていることが伺えた。

訪問頻度は月平均4.7回、平均滞在時間は51.9分であり、提供されているケア内容を見ると、日常生活に関する援助、コミュニケーションに関する援助、精神症状・身体症状に対する援助において、具体的な援助の実施割合が高かった。訪問看護ステーションからの訪問は、身近な支え手として、利用者の自宅を頻りに訪問し、日常生活や症状に関する具体的な援助を提供していることが伺えた。

### 3) 医療機関からの訪問看護および利用者の特徴

医療機関からの訪問看護利用者は、男性の割合が多く、家族と同居している人の割合は40.4%と低かった。また、以前の訪問看護の利用経験が多く、訪問頻度は月平均3.2回、平均滞在時間は41.1分であった。医療機関からの訪問看護では、長期的・継続的に利用者をモニタリングし、地域生活を支えている実態が伺えた。

調査対象者の60.5%で同行訪問が実施されており、看護師・PSW・OTが同行していた。ケア内容では、社会資源に関する情報提供、ケア計画の作成、ケア会議の実施、サービス等の利用導入のための援助や利用状況のモニタ

リングなどのケアの実施率が高かった。男性や独居者が多く、多様なサービス・関係機関との連携・調整などを目的として、複数名・複数職による訪問が多く実施されていることが伺えた。また、ケア会議やケア計画の作成など、医療機関からの訪問看護では主治医や関係職種との連携が行いやすく、これらの実施割合が高かったと考えられる。

ケア内容をみると、どの項目でも観察・モニタリングの実施率がステーションに比べて高い割合を占めていた。利用者の特徴から、継続的なモニタリングが必要とされる利用者が多く含まれていたことが伺えた。精神科においてモニタリング技術は重要であり、直接援助をせずに見守る、まずは本人の行動を観察する、といったケアが効果的に活用される。精神科病院での勤務経験のある看護師は、より意識的に観察・モニタリングを行っていたことが予想される。

### 4) 容態急変時訪問について

容態急変時の緊急訪問は、件数としては多くはないが、迅速な対応と医療機関との連携、他の訪問予定との調整など、多様な行動が求められる状況であることが伺えた。訪問看護ステーションでは、利用者によって主治医のいる医療機関が異なるため、関連する医療機関との連携や主治医との情報共有が非常に重要である。特に、容態急変時には看護師のアセスメントが非常に重要となる。主治医との連絡調整がより円滑に進められるような制度やサポートが必要と考えられる。また、容態悪化時などには複数名での訪問が必要な場合も多く、利用者の状態に応じて柔軟に対応できるための制度が必要と考えられた。

#### 5) 今後の課題

本調査では、医療機関からの訪問看護の利用者は、訪問看護ステーションにおける利用者よりも社会機能レベルのスコアが比較的高かった。しかし、訪問看護の継続的提供によって社会機能レベルが保たれているとも考えられることからこの点については、今後詳細な検討が必要と考えられる。訪問看護ステーションでは制度的に提供できる資源が限られているために、女性で比較的症状が重く訪問ニーズの高い対象者にサービスの提供が限定されているとも解釈できるからである。また、医療機関からの訪問看護利用者は訪問看護開始からの年数も長く、また訪問看護師が利用者の入院中の状況をよく把握しており、相対的・長期的に機能レベルを高く評価している可能性も考えられる。ケア内容に、利用者のどのような特徴が関連しているのかについては、ひきつづき検討が必要と考えられる。

今年度は外来群の対象者数が9名と少なかった。訪問看護を実施していない医療機関は少なく、また月1-2回の通院の中で患者から同意を得ることが難しかった。訪問看護のアウトカム評価の内容を検討し、外来群との比較だけでなく、利用者の特徴や提供主体、ケア内容とアウトカムの関連について検討していくことが必要と考える。今後は、2年間にわたり、対象者の状況をフォローする予定である。医療機関と訪問看護ステーションの機能と役割について、各施設の地域特性を考慮しながら

実態を把握し、その要因について検討したい。

また、容態急変時の複数訪問や、家族ケアの実態について、対象者を増やしてヒアリング調査を行い、その実態をより詳細に記述していく予定である。

#### E. 結論

本調査研究では、訪問看護ステーションおよび医療機関からの訪問看護の状況を把握することができた。診療報酬上の制度の違いもあり、提供主体によって利用者像やケア内容には違いが見られた。今後は、継続的に利用者の状況をフォローし、利用者の特徴や提供主体、ケア内容とアウトカムの関連について検討していくことが必要である。

#### 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



平成 20 年度厚生労働科学研究補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
精神障害者の退院促進と地域生活のための多職種によるサービス提供のあり方と  
その効果に関する研究（H20-障害一般-004）

分担研究：ACT 等多職種サービスの立ち上げ支援に関する研究

分担研究者：西尾雅明<sup>1)</sup>

研究協力者：梁田英麿<sup>2)</sup> 安保寛明<sup>3)</sup> 佐藤美穂<sup>2)</sup> 帆苺知帆<sup>2)</sup> 吉崎伸一<sup>2)</sup>

1) 東北福祉大学総合福祉学部

2) 東北福祉大学せんだんホスピタル

3) 東北福祉大学健康科学部

#### 研究要旨

新たに ACT 臨床プログラムを立ち上げる機関を、前方視的に追跡するなかで、実際のプロセスとそこで生じやすい課題を検討し、暫定版 ACT 事業化ツールキットを作成するのが本分担研究の目的である。初年度にあたる平成 20 年度は、東北福祉大学せんだんホスピタルで立ち上げられた ACT チーム（S-ACT）を対象に、「組織」、「連携」、「研修」「支援内容」の 4 項目を軸に臨床スタッフに対するグループ・インタビューを行い、チームのミーティング記録や業務日誌を確認して、立ち上げに重要な事項、課題となりやすい点を明確化した。

「定着にあたって直面した課題」として、対象者の加入基準の設定や実践の基準となるスタンダードの作成など活動のルール作りのこと、立ち上げ期を乗り切る戦略として考えた複数コース設定による混乱や支援計画作成の遅延などスタッフの意識に関すること、病床稼働率向上と ACT 理念との葛藤やスタッフの雇用、時間外体制の保証など経営に関すること、病棟や病院、地域でこれまで行われていた精神保健・医療・福祉と新たに参入する ACT 間の文化の違いと調整に関すること、などが挙げられた。「どんな立ち上げ支援があればよいか」では、①加入基準やスタンダード作成などチーム活動のルール作りに関する早い時点でのアドバイス、②業務日誌やデータベース、訪問伝票、チームを紹介するパンフレット、活動を定着するまでに必要な備品や立ち上げ遂行過程でのチェックリスト、などのツール類の提供、③ケアマネジメントとしての個別支援を行うために必要な支援計画作成に関する短期・中長期的な研修（プラン）、④院内や地域で ACT の活動を「オーソライズ」してもらうための、外部講師による講演・研修会の実施、が挙げられた。

## A. 研究目的

ACT を志向するプログラムが全国で立ち上げられている現状がある。また、そうしたチーム間の交流会が年1回開催されるようにもなったが、理念やチームの現状、援助技術などに焦点があてられており、新たにチームを立ち上げる際のノウハウについて様々な機関と情報を共有する段階までには至っていない。今後、我が国でACTが普及していくためには、ACTに興味・関心をもった機関が円滑にプログラムを立ち上げることを可能にするツールキットを開発する必要がある。本研究は、そのための予備的な研究である。

## B. 研究方法

新たにACT臨床プログラムを立ち上げる機関を、前方視的に追跡するなかで、実際のプロセスとそこで生じやすい課題を検討し、暫定版ACT事業化ツールキットを作成する。

初年度にあたる平成20年度は、東北福祉大学せんだんホスピタルで立ち上げられたACTチーム(S-ACT)を対象に、その立ち上げ過程をつぶさに記述する中で、立ち上げに重要な事項、課題となりやすい点を明確化し、立ち上げ時から1年間の過程をドキュメント化する。

同様の目的で実施された調査研究として、平成16年度厚生科学研究『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』班の分担研究報告である「ACT-J臨床チーム形成過程に関する記述的な研究」がある。これは、平成15年

度より国府台地区をフィールドに臨床活動を開始した、ACT-J臨床チームの結成から現在までに至る2年間の発展プロセスを、実際に臨床活動に参加しているスタッフの視点から記述したものである。方法としては、臨床チームのケースマネージャー2名と精神科医1名が、6ヶ月単位でそれぞれチームの発展プロセス上、重要と思うイベントを時系列に沿ってリストアップし、それらを参考にしようとして、「組織」、「支援内容」、「連携」、「研修」といった項目を軸に分担研究者がチームの変化を記述している。

今回は、「組織」、「連携」、「研修」「支援内容」、をテーマとして、S-ACT立ち上げ1年後の平成21年3月の時点で、臨床スタッフに対するグループ・インタビューの形で聞き取りを行った結果をもとに、チームのミーティング記録や業務日誌を確認して、分担研究者がチームの形成過程を記述するようにした。

また、S-ACTチームの活動の現況に加えて、チームが平成20年度にかかわった全ての事例について情報を匿名化する形でまとめた。

最終的に、チームの発展プロセスと臨床データを参考にする形で、「定着にあたって直面した課題」、「自力で工夫した点」、「どんな立ち上げ支援があればよいか」の各点について考察を加えた。

## C. 結果

### 1. チームの活動状況

S-ACTは東北地方で初めてのACTチームであり、また全国の教育機関の附属病院としても初めての試みとなるチームで

ある。スタッフは、医師1名（急性期病棟を兼務）、作業療法士1名、精神保健福祉士2名、看護師1名に加えて非常勤の看護職員と週1.5日勤務するプログラムアシスタントによって構成されている。一般的なACTチームと比較するとかなり小規模なチームだが、コンパクトでも機動力の高いチームを目指している。チームがかかわる訪問活動としては、表1で示すようなコースを設定した。従来のACTの対象者は「カシオペア」コースであるが、これのみの活動では現在の診療報酬体制では立ち上げ時期に極端な不採算部署となる可能性が高く、生活の場でのアセスメントが主目的である「はやて」、「こまち」コースや、退院支援と一定期間をかけて既存の社会資源に繋げていくことを主目的とする「やまびこ」、「MAXやまびこ」コースを設定し、漸次主たる対象者を「カシオペア」コースの者としていく戦略をとっている（図1）。ちなみに、「カシオペア」コースの加入基準は、簡潔に言えば、年齢が20から65歳の間で対象エリアに住み、主診断が除外診断に当てはまらないもので、過去1年間の日常生活機能と精神科医療サービスの利用状況の2つの重症度基準をいずれも満たすものに限られる（表2、表3、表4、表5）。

## 2. 訪問件数など

表6に、件数が確定している平成20年6月から21年2月までの、診療報酬内での訪問実績を示す。また、表7では、業務日誌のフォーマット改訂に伴って追加された集計項目のデータを示した。

訪問看護（単数訪問、複数訪問）、退院

前訪問指導、往診などの合算は平成20年11月から40件を超えたが、未だに十分な数とは言えない。これは、後述するように、母体となる病院が新設であることが最も大きな要因として考えられる。

また、临床上必要であるにもかかわらず診療報酬がとれない活動が多岐にわたっている。入院した患者とのジョイニングや退院計画を立てるための病棟訪問、3ヶ月以内の入院で4回目以降の同伴外出（退院前訪問指導をとれないため）、利用者が来所しての相談や関係者への訪問、電話対応などである。これらの活動は、利用者の支援に関する全てのコンタクトの中で毎月半数以上を占めていることがわかる。

## 3. 利用者への関わり

東北福祉大学せんだんホスピタルが開業した平成20年6月1日から、21年3月21日までにS-ACTチームがサービスを提供した全利用者（27名）のかかわりの状況を表8に示している。

訪問サービス利用者の年齢は、10代後半から80代後半まで広い分布していることがわかる。実際の臨床では狭義の精神病圏の患者以外に、若年者の解離性障害や高齢者の老年期妄想状態の診断をもつ者が、地域で様々なトラブルを起こし、濃密な支援が求められることが少なくない。S-ACTの活動では、表4の非適合診断に該当しない限り、これらの者を期間限定で「はやて」、「こまち」、「やまびこ」、「MAXやまびこ」のいずれかのコースで支援することができる。一方で、平成20年度中の入院患者で「カシオペア」コースの基準に該当した者は3名い