

たが、年度内に支援に関する同意が得られた者は1名に留まった。

もともと新設の精神科病院のため、長期在院患者がいない。そのため、S-ACTの活動は急性期患者を入院という方法をとらずに地域で支え、その後の地域生活と利用者の自己実現を支援することにある。或いは、入院が必要となった患者でも、できる限り早期の退院につなげ、その後の地域生活と利用者の自己実現を支援することにある。前者のタイプの支援を行った典型例が2、9、18の事例であり、後者のタイプの支援を行った典型例は、3、12、14、15、22などである。1、11などの事例では、両者の支援が経過中に求められた。

また、医療に拒否的で自宅に引きこもっている事例の場合は、家族支援から関わらざるを得ないことが多い。S-ACTでは、苦境の中で疲弊している家族自身の外来カルテを作りながら相談支援を行い、本人との出会いの時期や方法を検討する形で、本人支援にかかわるスタイルを模索している。10(家族)-18(本人)、16(家族)-26(本人)、25(家族)はそういった事例である。

上述の27名のうち、平成21年3月21日時点でチームが継続的にかかわっている利用者は20名であった。そのうち男性は5名であり、平均年齢は43歳(年齢不詳1名除く)、単身生活者は3名、現在入院中の者は2名となっていた。

4. チーム立ち上げにあたってのドキュメント

平成20年4月から21年3月までのチームに関する動きを、「組織」、「連携」、「研

修」、「支援内容」でカテゴリ化したものを表9にまとめた。

「組織」に関しては、「ツール」、「理念・スタンダード」、「チーム・ビルディング」を、「連携」に関しては、「チーム内」、「病院内」、「病院外・地域」を下位のカテゴリとしている。また、表9の第一列の月数(4、5、6…)の下にある下線のついたイタリックの数字は各月の登録者数を、その下の括弧内のイタリックの数字は登録者のうちのカシオペアコースの在籍者数を示している。

D. 考察

1. 定着にあたって直面した課題

(1) 加入基準設定の難しさと重要性

従来なら入院となっている精神障害者を在宅で支援するACTなど多職種チームの臨床においては、対費用効果の点から加入基準の設定と遵守が求められる。S-ACTでは、既存の訪問看護との差別化を図るための対象者設定として、表5などの加入基準を設定した。平成20年度の活動を振り返ってみると、「過去1年間で2回以上の強制入院」や、「6ヶ月以上の医療中断」などの基準は結果として重すぎた感があり、そのためアサーティブにかかわっていくカシオペアコースの在籍者数は1名にとどまった。新設の病院に置かれたチームであり、外来・入院患者の紹介数や属性(年代、診断、居住地など)が事前によりみきれない難しさがあった。当然、平成21年度以降はカシオペアコースの基準見直しが求められるが、一方で、新設病院にありがちな他の診療所・病院から丸投げされた「困難」ケース

(初期対応の拙さによってその機関で「困難」ケースとされるにいたったが、障害として重度ではない者など)が早期に登録されて、その後のチームの活動に支障をきたすことを防止できたとする見方もできるだろう。

(2) スタンダードがないと臨床がぶれること

S-ACTには研究プロジェクトであった千葉県市川でのACT-J経験者が2名おり、ACTチームとしてもつべき援助理念やチームの動きなどは既に熟知していると考えていた。しかし、目標とするスタッフ数や職種ごとの役割、利用者が加入基準を満たしてからのスタッフの動き(エントリー後初コンタクトまでの期間設定、退院後に包括的プランを作成するまえの期間設定など)などを明確にして文章化したスタンダードを作成していなかったため、初めてACTに取り組むスタッフに具体的な支援のルールが十分共有されなかったという反省をすることができるだろう。

(3) 複数のコースを設定せざるをえないがスタッフが混乱

現在の診療報酬体制では、医療機関が、本来の重度なACT対象者への訪問支援に特化した臨床を立ち上げ期に実施するのは経営上の観点から難しい。苦肉の策として生まれたのが、本来のACT対象者への支援を「カシオペア」コースとし、訪問支援は必要であるが「カシオペア」コースの加入基準を満たさない者に対しては他のコースを設定、漸次「カシオペア」コースの対象者を増やして行って将来的にはこれに特化した訪問支援を行う

という戦略であった。しかし、アサーティブに利用者に関わり続ける「カシオペア」コースの臨床と、基本的には他の関連機関につなげていくことを主目的とする他コースの臨床が混在する中で、ACTに初めて取り組むスタッフの混乱が生じたということは見逃せない事実である。

(4) スタッフが支援計画作成に慣れていない

ACTによる支援は、個別支援計画の作成によって具体的に動いていくものである。ケアマネジメントの手法に沿ったアセスメントや計画作成、モニタリングなど一連の技術を、これまで医療機関や施設の中で働いていたスタッフが短期間で取得することは難しい。結果として、支援計画が作成されていない利用者が多くみられ、継続的に訪問支援をしているにもかかわらず、未だアセスメント的な関わりにとどまっているケース(初コンタクトから数ヶ月たっても「こまち」、「はやて」のままのケース)が散見された。

(5) 医局、病棟など他の部署との「文化」の違い

いわゆるリカバリーモデルやプレイス・アンド・トレイン・モデルの臨床に馴染みがない医療者は、「患者が不調で入院を希望した時に入院させないのは厳しい対応」、「病棟や院内のリハビリテーションプログラムで良くなってから退院するのが無難(外来で対応可能であればすぐ退院ということではなく)」、「採算がとれないものは現実的ではない(必要なものを制度化させるという理念に基づいて動くのではなく)」といった考え方で動いてい

る場合が多いように思う。そこで、「あんな状態で外出（退院）させられるのか？」といった疑問に結果を出して応え、徐々に ACT の文化を病棟や病院全体に根付かせていく働きかけが求められると言える。

(6)「大変だから ACT」の紹介への押し戻し

ACT についてのイメージが十分共有されないところでは、加入基準とその遵守の重要性についても理解されていないことが多いであろう。初期対応の拙さなどによってその機関で「困難」ケースとされるにいたったが、障害として重度ではない者が他の診療所・病院から丸投げされることに加えて、病院内でも「電話が多かったり長くなる人」、「多額の借金を抱えていて経済的に困窮しているが住居を定めなければいけない人」など、それ自体では重症精神障害とは言えないものの、「手がかかりそう」、「大変そう」ということで他の部署から照会があることも少なくない。そういったことが起きないような事前の策、起きてからの対応策が問われるところである。

(7)「経営方針」との葛藤

どのような組織でも、存続のためにはそれなりの経営手腕が必要である。新設の病院であれば病床稼働率を上げることが求められ、本来入院患者の QOL を高めることにつながるはずの在院日数の短縮への取り組みは後回しにされがちである。スタッフの雇用を継続する観点から病床稼働率の目標値が設定され、「どうすれば入院という方法をとらずにこの人を支えられるか」ではなく、「この人にどの

ように入院をすすめるか」といった方向性のかかわりになってしまう。

中・長期的に当初は持ち出しとなってその後地域住民や他の関連機関の信頼を受け、また教育機関としての研修の質や対外的なアピールなど、広い視野をもって将来性のある「経営方針」を打ち出していけないと、組織内での ACT の存続は危ういものになってしまう。

(8) 時間外対応（特に 24 時間電話）への報酬

立ち上げ期で利用者数が少ない時期に、24 時間の電話対応や時間外対応がどれだけ必要かという問題がある。フィデリティの高い ACT チームであれば、利用者が在籍している限りは 24 時間対応が求められることになる。しかし、小規模なチームの場合、時間外の電話対応を少ないスタッフでこなしていくことは容易でない。日中のかかわりの質の向上で時間外対応の必要性を減じさせることが原則ではあるが、立ち上げ期に誰が、どのような形で時間外対応をし、それに対する報酬をどのように保障するかは、立ち上げ当初からかなり戦略的になされるべきであると考えられた。

(9) 精神科医がどのように時間を確保できるか

ACT チームが病院から独立している場合に、スタッフの確保で最も頭を悩ませることの一つは、限られた予算で精神科医をどのように確保するか、といったことであろう。精神科病院という母体の中での取り組みであれば、既に医師は確保されているが、ACT チームの精神科医は病棟との兼務とするのが、立ち上げ時の

段階では妥当な人員配置であろう。しかし、病棟と ACT で申し送りの時間が重なっていたり、病棟業務が増えて申し送り後の速やかな指示出しが必要になってくると、曜日や時間帯によってどちらの申し送りに出るかを明確にしておくなどの工夫が求められる。ACT チームとしては、限られたミーティング時間でどのようにチーム精神科医と情報を共有するか、また、情報共有しやすいように、他の精神科医が担当している利用者の主治医をチーム精神科医に収斂させるなどの対応も状況によっては検討しなければならないだろう。

(10) 非常勤スタッフの問題

変化の激しい利用者の日々の状況をチームのスタッフ全員で共有することが ACT 臨床の基本である。そのために、朝や夕のミーティングやケースカンファレンス、データベースなどの記録類、携帯電話の活用など工夫する必要がある。どのように情報の共有を行うかは、常勤スタッフ間でも大きな課題である。ACT における非常勤スタッフは、情報をタイムリーに入手して的確な対応をすることに於いては常勤スタッフに比して大きなハンディキャップをもっている。情報共有するための取り組みが常勤スタッフの負担となったり、他のスタッフと同様の取り組みを行えないことが非常勤スタッフの自己効力感低下につながってしまうことも多い。立ち上げ期に限定された課題ではないが、S-ACT でもこの問題に直面している。利用者が少ない時期なので後手に回ってもなんとか対応可能という見方もあるが、チームにあった情報共有の

在り方が十分に軌道に乗る前の模索の段階であるからこそ、常勤スタッフと非常勤スタッフの負担や困惑も大きいものかもしれない。

2. 自力で工夫した点

(1) 組織に関して

頻回のミーティングや食事会、冠婚葬祭のやりとりなどを通じて、積極的にチーム・ビルディングを行ってきた。一方で、積極的に大学と交渉し、今後の活動に必要なスタッフの増員を実現させた。また、データベースを導入し、記録やミーティングの効率化を図るようにした。

(2) 連携に関して

院内勉強会の企画にスタッフがかかわり、ACT の事例を提供するなど、院内での ACT の位置づけを明確にするために活動を行った。また、自宅や地域での利用者の様子を積極的に主治医や病棟にフィードバックした。地域の就労支援ネットワークや W R A P 研究会の立ち上げにも参画し、今後の支援活動のフィールドでの連携を強化、年度末には地域関係者へのヒヤリングを行い、来年度以降の活動にあたって重要と思われる指摘を受けることができた。

(3) 研修に関して

院内・院外の研修会に加わる一方で、チーム内でも支援のあり方について時間をかけて討議してきた。また、全国の ACT チームの交流会に参加して刺激を受ける機会も確保した。

(4) 支援内容について

院内外の紹介に対して、加入基準の原則を守ってきた。時間外対応の件数は少

ないためにチームリーダーが専任で対応することが多かったが、日中のかかわりの質を深め、電話対応は簡素化することによって利用者の電話依存を防いできた。さらに、病状のために自宅に引きこもっている対象者を支援するプロセスとして、家族相談から入り対象者に関わっていく事例を増やし、経験を深めていった。

3. どんな立ち上げ支援があればよいか (1) 活動のルール作りについて

その機関の実情やチーム立ち上げの目的に沿ったスタンダードや加入基準の設定、チェックリストの作成などに関しては、対象者を重症精神障害者に絞る ACT の臨床活動のルール作りでは最重要視されることであろう。こうしたプロセスについて詳述した刊行物はわが国では無く、ACT の臨床に詳しい専門家による初期からの支援が必要と思われる。

(2) 支援計画作成に関する研修

日々の臨床が忙しくなってくると、利用者のプラン作成に費やす時間を確保することが困難になってくる。特に、これまで既存の機関につながらなかった利用者を対象とする ACT では、関係作りに時間がかかり、そのプロセスには大きな困難がつきまとうこともある。しかし、個別支援計画作成は、利用者の支援の個別性を担保するものとして、またチーム・アプローチの中で情報を共有するためにも欠かせない支援の領域である。この点で、チーム内だけでなく、外部講師による講義・演習など積極的に行っていく必要があると思われる。

(3) 立ち上げ期に必要なツール類

の提供

臨床記録の作成や研究用に活用しやすいデータベースや業務日誌、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、などのツール類があると、その作成に要する予定であった時間を、チーム・ビルディングや地域関係機関への挨拶など他の有意義な活動にあてることができる。最終的な印刷物の内容は個々のチームが決めるにしても、モデルとなるツールがあると立ち上げ期の活動が円滑になると考えられた。

(4) 病院や地域に対する普及・啓発をチーム外講師を招いて行うこと

院内勉強会や地域での研修会で ACT を積極的にとりあげることが連携のために必要である。その際に、ACT チームのスタッフが話題を提供する積極性も求められるが、コマーシャル活動と誤解されたり、実際の利害関係が生じるために冷静な議論が難しくなってしまうことが考えられる。そのため、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・研修会の実施が有用と思われる。

E. 結語

訪問型小規模多職種チームとして立ち上げられた S-ACT の立ち上げプロセスをまとめるなかで、定着にあつて直面した課題、どんな立ち上げ支援が求められるかを明らかにした。

2年度目に当たる平成 21 年度は、今年度の S-ACT のドキュメントを参考に、他機関での前方視的なモニタリングで活用

できる暫定版フォーマットを年度初頭に作成する。そして、平成 21 年度以降に ACT を立ち上げた、または 21 年 4 月の時点で立ち上げ準備を開始してから原則として半年以内の事業体を対象に、開発した暫定版モニタリング用フォーマットを用いて立ち上げ過程を追跡していく。並行して、各事業体に出向き、導入や定着にあたって直面した課題、工夫した点、などについてヒヤリングを行い、最終年度で予定されているツールキットの作成に資するデータを蓄積していく予定である。

<参考・引用文献>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、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』平成 16 年度研究報告書

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし

2. 実用新案登録
なし

3. その他
なし

表1 対象者のイメージ

コース	対象者	年齢	地域	診断	重症度	ニーズ
はやて	外来患者	△	◎	◎	×	短期訪問
こまち	入院患者	△	◎	◎	×	短期訪問
やまびこ	入院患者 成人	△	◎	◎	×	社会資源への繋ぎ
Max やまびこ	入院患者 高齢者	△	◎	◎	×	介護保険への繋ぎ
カシオペア	加入基準 適合者	◎	◎	◎	◎	包括的・直接的・継続的訪問

図1 S-ACTの将来像

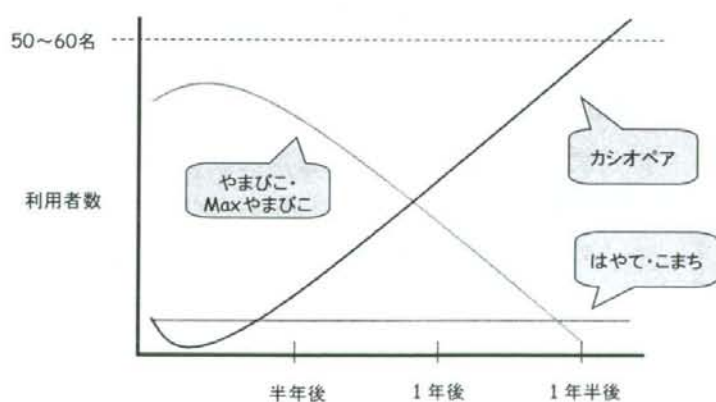


表2 カシオペアコース 対象年齢

- ・ 加入対象年齢は、スタートの段階では20歳を下限としている
- ・ 上限は65歳
 - 今後検討の余地は充分にある
 - あくまでも本人の主体性を尊重
 - ・ 家族の意向との相違があっても本人の意向を尊重
 - 終了基準については、今後引き続き検討

表3 カシオペアコース 対象地域

- ・ 対象地域は、スタートの段階では、せんだんホスピタルを出発点として移動片道距離が8km以内、かつ移動片道時間が30分以内
 - しばらく訪問活動を継続してみた後、再検討の可能性は充分にある
 - 対象と思われる人が境界近くに住んでいる場合には要検討
 - ・ 例：移動距離は9kmだけど、移動時間が20分の家庭など

表4 カシオペアコース 非適応診断

- ・ 非適応診断として、当面は主診断が①知的障害、②認知症、③人格障害、④アルコール・薬物乱用による精神障害などをあげている
 - 上記の専門家がチームに不在であり、東北でも初めての試行的なACTチームであることが上記の主診断をもつものを当面は対象にしない理由である

表5 カシオペアコース 重症度

- ・ 過去1年間の日常生活機能
 - 精神障害を認め、日常に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする期間が6ヶ月以上続いている
 - ・ 例:適切な食事摂取、身の清潔保持、金銭管理と買物、通院と服薬、他人との意思伝達・対人関係、身の安全保持・危機対応、社会的手続きや公共施設の利用、趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加
- ・ 過去1年間の精神科医療サービスの利用状況
 - 入院日数90日以上 or 医療保護入院ないし措置入院回数2回以上 or 医療中断6ヶ月以上のいずれか

表6 診療報酬に該当する活動

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
単数	0	6	7	9	5	8	23	23	17
複数	2	8	3	9	15	22	12	14	13
退院前	0	0	10	5	0	6	6	5	4
往診	0	1	1	2	1	4	4	5	6
合計	2	15	21	25	21	40	45	47	40
ACT外	0	2	4	4	1	2	1	2	5

表7 診療報酬以外の活動

	10月	11月	12月	1月	2月
病棟訪問	31	52	58	38	51
訪問料を取れない訪問	0	2	2	1	9
入院患者との外出(退院前以外)	2	5	16	7	4
空振り訪問・キャンセル	0	2	6	1	6
来所面談	14	18	23	16	18
予定以外の緊急対応(120分以上)	3	1	2	2	1
関係者への対応(訪問)	5	4	5	10	4
関係者とのカンファレンス	3	8	8	3	8
電話相談(1日平均)	4	5	5	6	6

表8 S-ACT 利用者

No.	加入時期 年齢	診断名など	エリア	入院1		入院2		加入時期 コース	現時点 コース	終了	関わりの経緯	現状
				介護施設 利用	在宅 介護	入院期間 入院期間	入院期間 入院期間					
1	80代後半	器質性幻覚症	○	あり	○	任意	46日間	はやて	Max やまひこ			介護保険には繋がらなかったが、家族間の関係 を調整している
2	30代後半	反応性精神病	○					はやて				介護保険には繋がらなかったが、家族間の関係 を調整している
3	10代後半	解離性障害	○	あり	○	任意	25日間	こまち	こまち	施設入所 一住居		進学支援を行い、進学へ向けた進学支援 のため学校との連携を図っている
4	50代前半	うつ病	○	あり	○	任意	52日間	こまち	こまち	終了		入院中から住居支援を行い、退院後の生 活の安定を図る
5	60代前半	統合失調症	○	あり	○	任意	55日間	こまち	こまち	死亡		入院中からGHと連携し入所支援、退院に 抵抗する家族にも介入、GH入所後死亡 に家族間の連携、卒業後の進学支援をま たげに関わり、社会復帰の情報を提供し た。
6	50代前半	統合失調症	○					はやて	はやて			子育てに専念できる環境作り(家族支援金 を)を目的に関わる
7	20代後半	解離性障害	○	あり	○	任意	1日間	こまち	こまち			退院後自己管理のための働きかけ、家族支 援、息女など生活の広がりに関する支援 を図る
8	20代後半	強迫性障害	○	あり	○	任意	72日間	こまち	こまち			単身生活維持のための支援を行っている 訪問と住居によって、息子への支援が関 知された
9	70代前半	老年期幻覚妄想状態	○					はやて	はやて			
10	80代前半	家族	○					はやて	はやて			
11	30代前半	解離性障害	○	あり	○	任意	112日間	こまち	こまち			現状自己管理のための働きかけ、親父な ど今後の生活へ向けた支援、家族支援
12	10代後半	統合失調症	○	あり	○	任意	16日間	こまち	こまち			退院後のための支援と退院後の生活安 定のための支援、家族支援
13	20代前半	統合失調症	○	あり	○	任意	70日間	こまち	こまち			就労支援を主軸に入居中から関わってい る
14	不詳	統合失調症	○	あり	○	措置	108日間	こまち	こまち			ホームレスの方だったため、入院中から住居 支援を行い、現在は単身生活維持を支援 している
15	80代後半	統合失調症	○	あり	○	措置	117日間	こまち	こまち			地域の支え手である介護保険サービスへ 移行
16	50代後半	せん妄状態	○	あり	○	任意	117日間	こまち	こまち			息子への支援が開始され、今後は息子の 家族支援という形態へ
17	20代後半	家族	○					はやて	はやて			家族の介護負担が大きいため、本人理解の延 び自己管理のための働きかけを行っている
18	50代前半	統合失調症	○					はやて	はやて			愛知新中だったが、ジョイニングを行 い、当院の患者に、自ら就業も開始
19	60代前半	痴呆症・痴呆後遺症	○	なし			24日間	こまち	こまち			必要な内科診察が地域で得られず、当院 から相談一住居
20	10代後半	統合失調症	○	あり	○	措置	191日間	こまち	こまち			退院後の生活(住居も?)を心配する ひと家族からの相談を受退院支援
21	40代後半	神経症	○	あり	○	措置	72日間	こまち	こまち			本人は聞き流さず聞いていないが、家族の 相談窓口になっている
22	30代後半	統合失調症	○	あり	○	任意	93日間	こまち	こまち			T施設住居だが仙台市内の介護へ退院、今 後の生活に向けて検討中
23	50代前半	不安障害	○	あり	○	任意	122日間	こまち	こまち			退院後の単身生活安定のための支援
24	30代後半	統合失調症	○	あり	○	任意	88日間	こまち	こまち			退院後の生活に向けて入院中からジョイ ニング、家族支援も含む
25	70代後半	家族	○					はやて	はやて			当事者である息子二人との生活改善のた め
26	30代前半	統合失調症	○	あり	○	任意	74日間	こまち	こまち			入院中から住居支援を行い、退院後は就 労支援を行う予定
27	10代後半	統合失調症	○					はやて	はやて			将来へ向けた関わりを始めたところ

表9 今年度の振り返り

月	組織	連携	研修	支援内容		
4	<p>【ツール】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・オフィスの環境整備（スタッフの机の配置など） ・車庫の整備 ・パソコンと携帯電話の導入 ・電話転送システムの確立・周知 ・データベースの準備開始（→掲載） <p>【理念・スタンダーズなど】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ACTの理念作り検討開始 ・加入基準の検討 ・小規模ACTの戦略を検討 ・病院で実施するACTとして3コース設定 ・「院内他部署ITT」（薬剤師、栄養士…） <p>【チームビルディング】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種スタッフというよりはスタッフ個々の情報交換（自己開示） ・当面の課題をリストアップし、担当を決める ・シフトマネージャー役割の明確化 	<p>【病院内】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開院時の物品請求（事務職員とのジョイニング） ・病院各部署との連携（DVD鑑賞会の実施） ・事務方との折衝 ・交通費や車庫経費（ガソリン代など）の確認 ・夜間休日体制について交渉（出勤した場合のみ時間外勤務手当つくことに） ・会計伝票や運行記録作り ・医局や病棟とチェックシートの確認（回収ボックスの確保など） ・リハビリテーション部との連携（朝のミーティングや誕生会、病院内覧会共同企画など） <p>【病院外・地域】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・仙台市内の就労支援ネットワークやWRAP研究会への参加 	<p>【チーム内】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非常勤スタッフとの情報共有の方法が課題→申送りの仕方を検討 ・新規対象者の紹介はその都度朝に行う <p>【病院内】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各部署のACTの使い方が不適切？（「大変な人はACT」と紹介されがち） ・夜間電話対応について（ACT対象者からの電話は病棟でなくACTが受けることに） ・チーム精神科医以外のDrへの宣伝 ・記入しやすいようにチェックシートを改訂 ・朝の申し送り参加を「リハビリテーション部のみ」から「2階病棟」「3階病棟」「リハビリテーション部」に分け、機能的に。 	<p>【ツール】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・データベースの作成交渉 ・業務日誌の工夫（9月から診療報酬でカウントされるものとカウントされないものを記載してバージョンアップ） 【理念・スタンダーズなど】 ・理念作り滞る（コースの違いに戸惑う） ・加入基準【精神科医療の利用状況】の記載内容の変更（明確化） <p>【チームビルディング】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎週葛城自慢大会 ・ランチミーティング（スタッフの誕生祝い、ランチを出している作業所等の資源開拓のため） ・開院とともにチーム精神科医の病棟業務増加 ・病院の活動量が増える中でACTの活動は微量（チームリーダーの苦悩） 	<p>【研修】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4月1日から病院職員勤務開始 ・病院全体のスタッフ研修会に参加 ・ACT内研修を実施 <ul style="list-style-type: none"> ・チームリーダーが「ACTの概要」を説明 ・対象者明確化の必要性について強調 ・地域の社会資源内での研修実施 ・接遇研修（院内研修に加えて訪問時のお作法） ・3つのコースを設定したことに伴い、支援の流れを確認する作業 ・ペーパードライバードだったスタッフへの自動車運転研修 ・ロールプレイの実施 	<p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・オフィス設計により利用者が立ち寄りやすいように工夫（利用者を迎え入れる文化） ・夜間電話対応は当面チームリーダーが行う事に
5						
6						
7						
8						
9						

10	<p>【ツール】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・データベース導入 (12月) <p>【理念・スタンダードなど】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「終了基準」「再入基準」の必要性が議論される <p>【チームビルディング】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・12月PSW休職⇒プログラムアシスタント導入 (3×AM/週) ・チーム精神科医の外来患者増 (水・木は1日中外来) ・チームリーダーが外の出張などに出向くようになる (リーダー不在でもやっやいていける自信) 	<p>【チーム内】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非常勤スタッフの苦悩 (「自分の役割などできていることをしていこう」) <p>【病院内】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・駐車場代金を利用者から徴収することに (医事課の意向) ・措置医療(保護入院患者)に対する外出時の制限 (スタッフ3人の同行が義務づけられるなど) ・毎月第3水曜日に院内勉強会を実施 <ul style="list-style-type: none"> ・スタッフが勉強会の企画者に ・ACT事例の報告 ・管理運営会でブレゼンテーション開始 (毎月の訪問件数やトピックスなど) ・職員職を注文していなくても自分の弁当を持って行って職員食堂で昼食を摂る <p>【病院外・地域】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・措置患者受入開始 (10月) ・地元民放でS-ACTがテレビ放映 ・医療系雑誌でS-ACT紹介 ・仙台市議会でACTに関する質問 <ul style="list-style-type: none"> ・行政に対応をアドバイス ・質問した議員とのやりとり 	<ul style="list-style-type: none"> ・東京でのACT 全国研修にほとんどのスタッフが参加 ・客観的に自分たちのチームのことを振り返ることができた ・ACT専任ケースマネージャースタッフが4名いることが他と比べて恵まれていることへの気づき 	<ul style="list-style-type: none"> ・本来のACT対象者 (カシオペアコース) 1号 (措置入院患者) ・家族から入る支援を開始 ・家族自身のカルテを作り相談にのる ・家族への「訪問看護」を続けながら、本人との出合いを待つ ・病棟の制限を逆に活用してのジョイニング (「外出したい」が禁止されていた入院患者と積極的に同伴外出を行う) ・就労支援開始 ・菓子のデリバリー訪問増え始める ・グループホームに入居したばかりの利用者の事故 (環境変化時の対応の重要性を学びながら、過剰反応の傾向も) ・11月以降の訪問件数の伸び
11	<p>【ツール】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・データベース稼働 <p>【理念・スタンダードなど】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・終了基準を含めたスタンダードが定まっていな いことでのスタッフの動きのぶれ ・チェックリストを十分活用しきれていない ・ファーストコンタクトまでの閉日設定がない ことでの動きの遅れ ・加入基準を満たした人への継続的フォローの認識の希薄さ ・加入基準を緩和することを求める指摘 ・「1年で2回以上の強制入院」、「6ヶ月以上の医療中断」が厳しすぎる ・フィデリティでも重要とされているピアサポート導入への動き <p>【チームビルディング】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・来年度、訪問型早期介入研究のため、2名のスタッフを雇用することを大学が承認 	<p>【チーム内】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・データベース活用による毎朝のミーティングの効率化→時間確保されることにより毎朝のミーティングでその都度ケースカンファレンス (金曜日に定例化せず) <p>【病院内】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病棟稼働率向上の指針とACTの理念とのギャップ ・院内各部署からオフィスに悩み相談！ <p>【病院外・地域】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他県の県議会議員が来所 (将来的に県立病院でACTをするための視察) ・仙台市内関係者からの聞き取り <ul style="list-style-type: none"> ・「牌の奪い合いではなく、他の事業所などで手に負えない人をきっちり見て欲しい」 ・「自分たちは金のことを考えて動かざるを得ないが、本来やりたいことができるような制度が作られるように頑張ってもらいたい」 	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフのほとんどが市川から招いたWRAPファシリテーターのイベントに参加 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースワークが増えるにつれて、記録や事務仕事が増え、効率化が求められるようになる ・「オフィスに利用者がいると仕事がつらい」→必ずしもオフィスにいるスタッフ全員が対応する必要はないことを確認して、「迎え入れる文化」継続の方針 ・カシオペアの基準を満たす二人目の入院患者 (措置入院) <ul style="list-style-type: none"> ・3月31日からチームリーダーが休暇をとっている時は、他のスタッフが夜間電話対応する方向へ ・スタッフが業務に慣れてきたこと ・休日や夜間の電話がそれほど多くないこと
12	<p>【ツール】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・データベース稼働 <p>【理念・スタンダードなど】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・終了基準を含めたスタンダードが定まっていな いことでのスタッフの動きのぶれ ・チェックリストを十分活用しきれていない ・ファーストコンタクトまでの閉日設定がない ことでの動きの遅れ ・加入基準を満たした人への継続的フォローの認識の希薄さ ・加入基準を緩和することを求める指摘 ・「1年で2回以上の強制入院」、「6ヶ月以上の医療中断」が厳しすぎる ・フィデリティでも重要とされているピアサポート導入への動き <p>【チームビルディング】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・来年度、訪問型早期介入研究のため、2名のスタッフを雇用することを大学が承認 	<p>【チーム内】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・データベース活用による毎朝のミーティングの効率化→時間確保されることにより毎朝のミーティングでその都度ケースカンファレンス (金曜日に定例化せず) <p>【病院内】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病棟稼働率向上の指針とACTの理念とのギャップ ・院内各部署からオフィスに悩み相談！ <p>【病院外・地域】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他県の県議会議員が来所 (将来的に県立病院でACTをするための視察) ・仙台市内関係者からの聞き取り <ul style="list-style-type: none"> ・「牌の奪い合いではなく、他の事業所などで手に負えない人をきっちり見て欲しい」 ・「自分たちは金のことを考えて動かざるを得ないが、本来やりたいことができるような制度が作られるように頑張ってもらいたい」 	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフのほとんどが市川から招いたWRAPファシリテーターのイベントに参加 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースワークが増えるにつれて、記録や事務仕事が増え、効率化が求められるようになる ・「オフィスに利用者がいると仕事がつらい」→必ずしもオフィスにいるスタッフ全員が対応する必要はないことを確認して、「迎え入れる文化」継続の方針 ・カシオペアの基準を満たす二人目の入院患者 (措置入院) <ul style="list-style-type: none"> ・3月31日からチームリーダーが休暇をとっている時は、他のスタッフが夜間電話対応する方向へ ・スタッフが業務に慣れてきたこと ・休日や夜間の電話がそれほど多くないこと
13	<p>【ツール】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・データベース稼働 <p>【理念・スタンダードなど】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・終了基準を含めたスタンダードが定まっていな いことでのスタッフの動きのぶれ ・チェックリストを十分活用しきれていない ・ファーストコンタクトまでの閉日設定がない ことでの動きの遅れ ・加入基準を満たした人への継続的フォローの認識の希薄さ ・加入基準を緩和することを求める指摘 ・「1年で2回以上の強制入院」、「6ヶ月以上の医療中断」が厳しすぎる ・フィデリティでも重要とされているピアサポート導入への動き <p>【チームビルディング】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・来年度、訪問型早期介入研究のため、2名のスタッフを雇用することを大学が承認 	<p>【チーム内】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・データベース活用による毎朝のミーティングの効率化→時間確保されることにより毎朝のミーティングでその都度ケースカンファレンス (金曜日に定例化せず) <p>【病院内】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病棟稼働率向上の指針とACTの理念とのギャップ ・院内各部署からオフィスに悩み相談！ <p>【病院外・地域】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他県の県議会議員が来所 (将来的に県立病院でACTをするための視察) ・仙台市内関係者からの聞き取り <ul style="list-style-type: none"> ・「牌の奪い合いではなく、他の事業所などで手に負えない人をきっちり見て欲しい」 ・「自分たちは金のことを考えて動かざるを得ないが、本来やりたいことができるような制度が作られるように頑張ってもらいたい」 	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフのほとんどが市川から招いたWRAPファシリテーターのイベントに参加 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースワークが増えるにつれて、記録や事務仕事が増え、効率化が求められるようになる ・「オフィスに利用者がいると仕事がつらい」→必ずしもオフィスにいるスタッフ全員が対応する必要はないことを確認して、「迎え入れる文化」継続の方針 ・カシオペアの基準を満たす二人目の入院患者 (措置入院) <ul style="list-style-type: none"> ・3月31日からチームリーダーが休暇をとっている時は、他のスタッフが夜間電話対応する方向へ ・スタッフが業務に慣れてきたこと ・休日や夜間の電話がそれほど多くないこと
14	<p>【ツール】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・データベース稼働 <p>【理念・スタンダードなど】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・終了基準を含めたスタンダードが定まっていな いことでのスタッフの動きのぶれ ・チェックリストを十分活用しきれていない ・ファーストコンタクトまでの閉日設定がない ことでの動きの遅れ ・加入基準を満たした人への継続的フォローの認識の希薄さ ・加入基準を緩和することを求める指摘 ・「1年で2回以上の強制入院」、「6ヶ月以上の医療中断」が厳しすぎる ・フィデリティでも重要とされているピアサポート導入への動き <p>【チームビルディング】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・来年度、訪問型早期介入研究のため、2名のスタッフを雇用することを大学が承認 	<p>【チーム内】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・データベース活用による毎朝のミーティングの効率化→時間確保されることにより毎朝のミーティングでその都度ケースカンファレンス (金曜日に定例化せず) <p>【病院内】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病棟稼働率向上の指針とACTの理念とのギャップ ・院内各部署からオフィスに悩み相談！ <p>【病院外・地域】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他県の県議会議員が来所 (将来的に県立病院でACTをするための視察) ・仙台市内関係者からの聞き取り <ul style="list-style-type: none"> ・「牌の奪い合いではなく、他の事業所などで手に負えない人をきっちり見て欲しい」 ・「自分たちは金のことを考えて動かざるを得ないが、本来やりたいことができるような制度が作られるように頑張ってもらいたい」 	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフのほとんどが市川から招いたWRAPファシリテーターのイベントに参加 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースワークが増えるにつれて、記録や事務仕事が増え、効率化が求められるようになる ・「オフィスに利用者がいると仕事がつらい」→必ずしもオフィスにいるスタッフ全員が対応する必要はないことを確認して、「迎え入れる文化」継続の方針 ・カシオペアの基準を満たす二人目の入院患者 (措置入院) <ul style="list-style-type: none"> ・3月31日からチームリーダーが休暇をとっている時は、他のスタッフが夜間電話対応する方向へ ・スタッフが業務に慣れてきたこと ・休日や夜間の電話がそれほど多くないこと

厚生労働科学研究費補助金（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支援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
平成 20 年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成 21 年 4 月

発行者 主任研究者 伊藤順一郎

発行所 国立精神・神経センター精神保健研究所

〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1