

図2【デイケア等スタッフおよびその他の部門・機関における訪問支援ケア内容①】

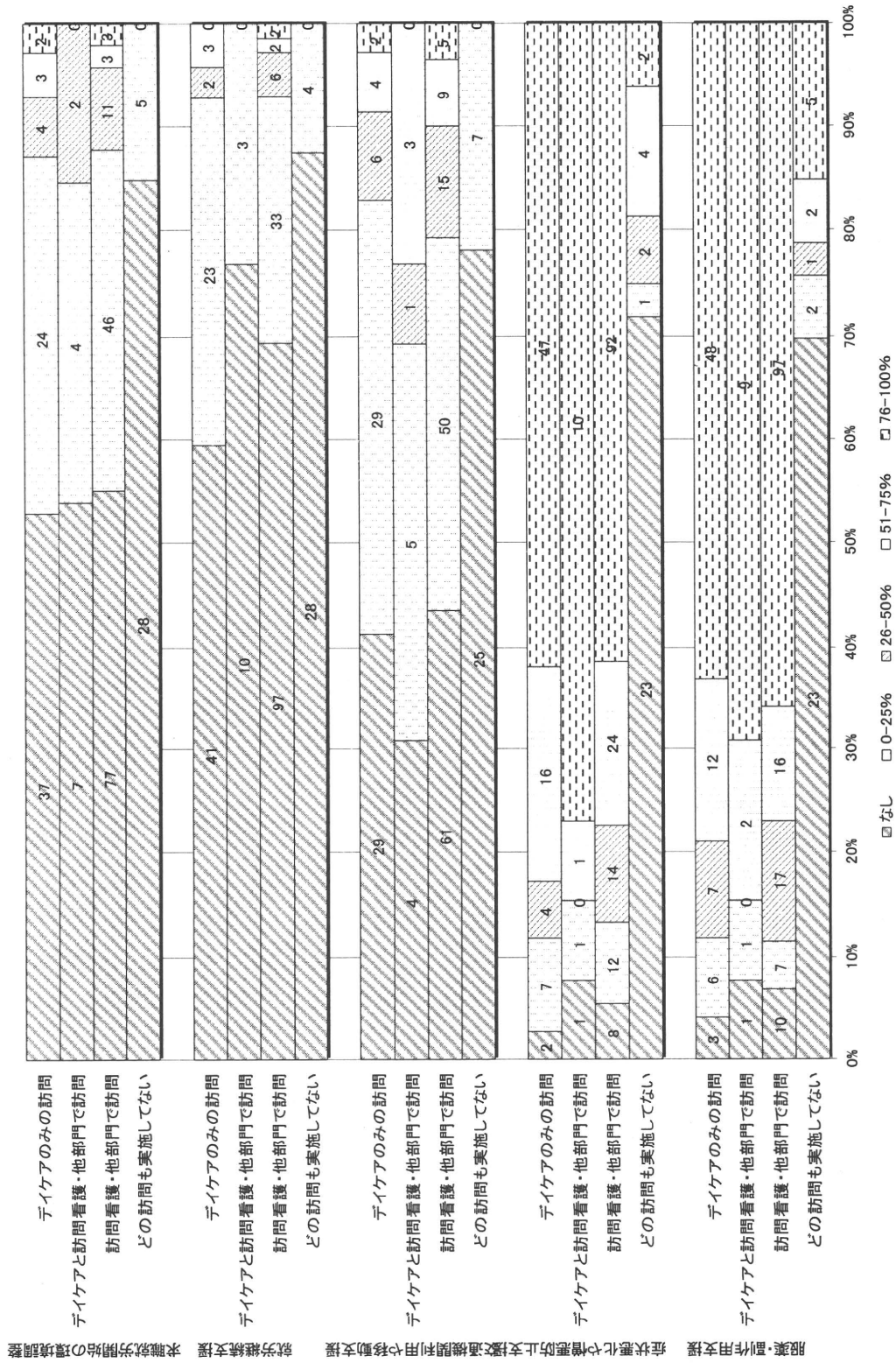


図2【デイケア等スタッフおよびその他の部門・機関における訪問支援ケア内容②】

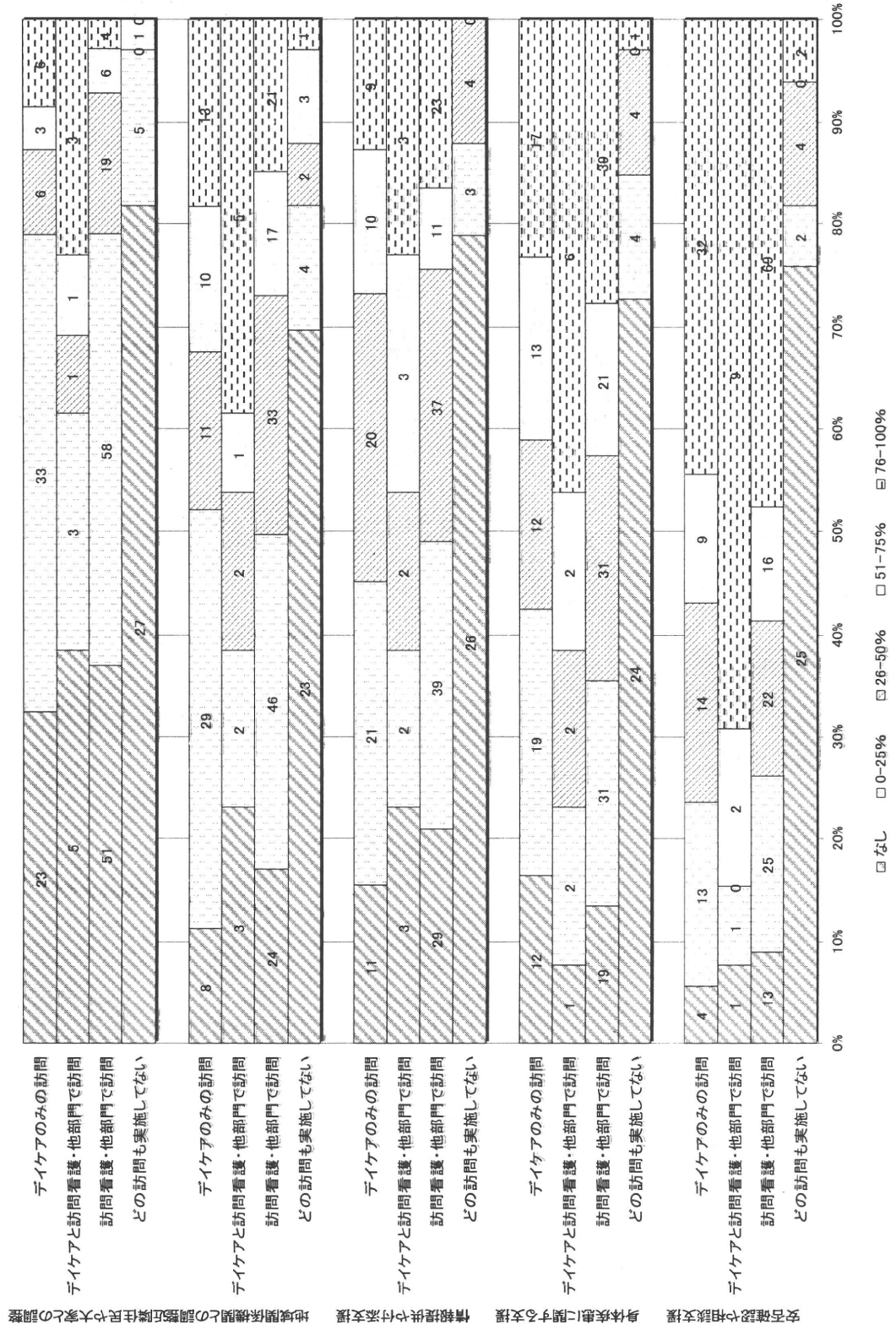


図2【デイケア等スタッフおよびその他の部門・機関における訪問支援ケア内容③】



図3【デイケア等および訪問看護による訪問支援において提供されるケア内容とその頻度①】

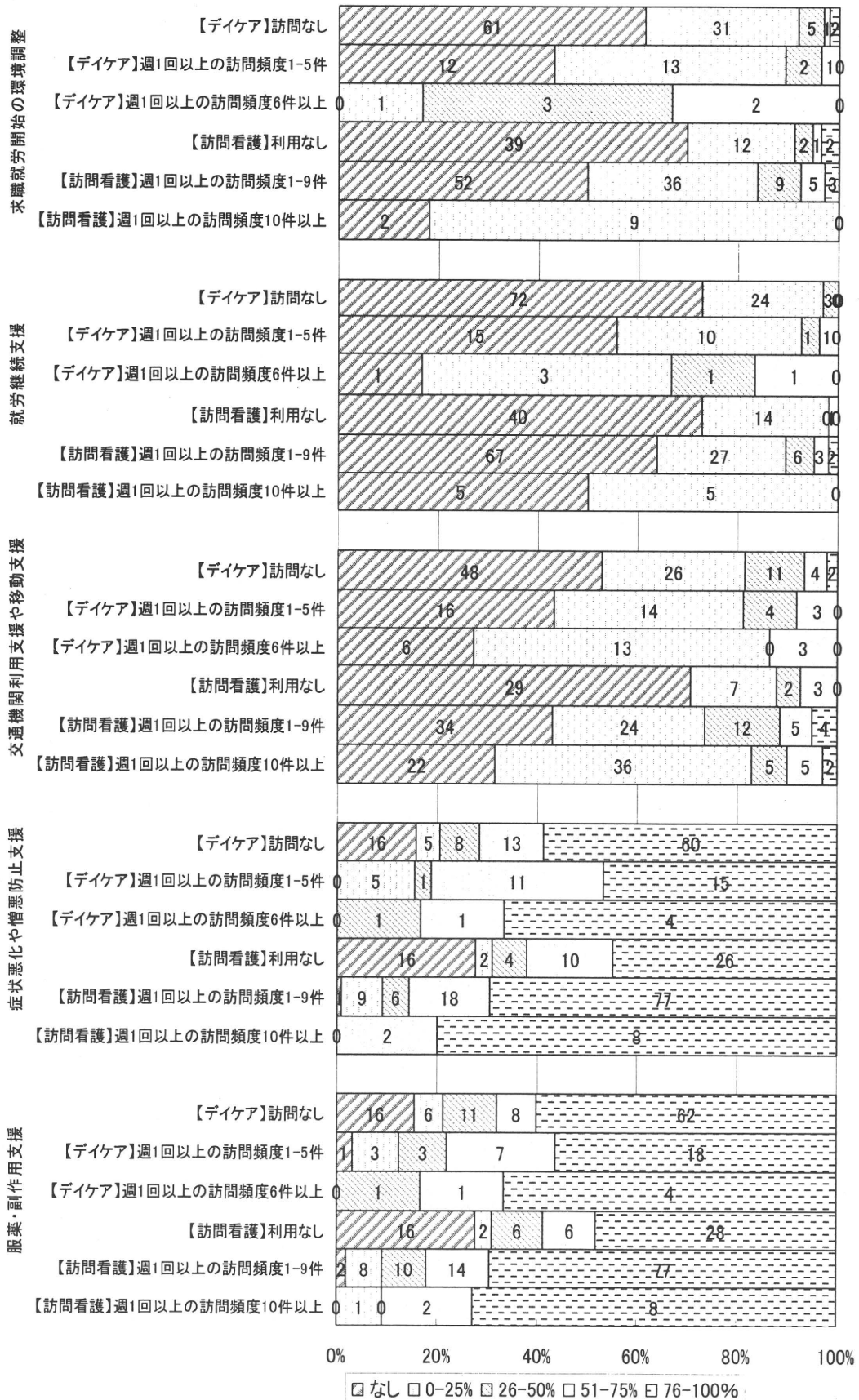


図3【デイケア等および訪問看護による訪問支援において提供されるケア内容とその頻度②】

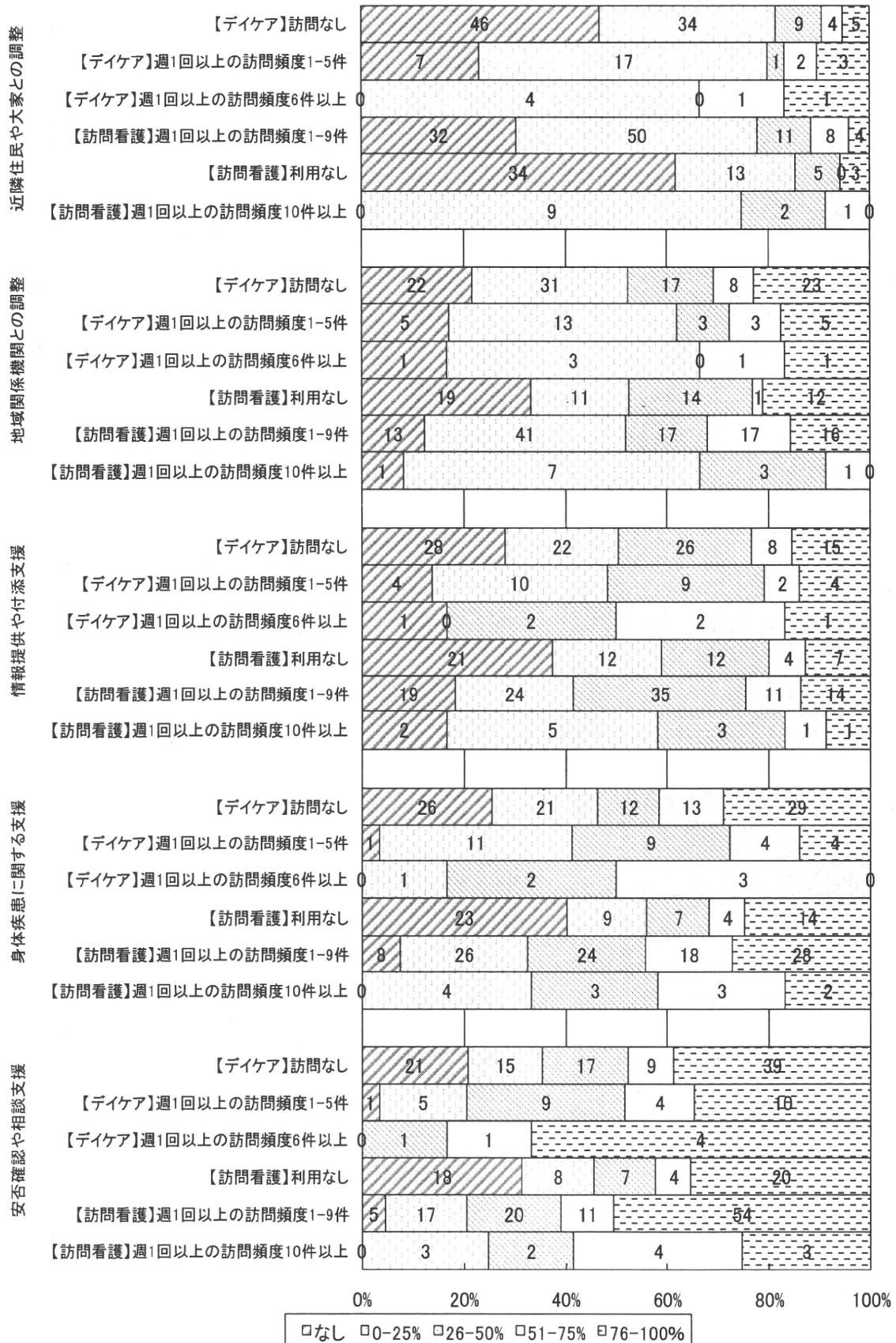


図3【デイケア等および訪問看護による訪問支援において提供されるケア内容とその頻度③】



図4【訪問支援におけるチームアプローチのあり方とケア内容の比較①】

服薬・副作用支援

症状悪化や憎悪防止支援

交通機関利用や移動支援

就労継続支援

求職就労開始の環境調整

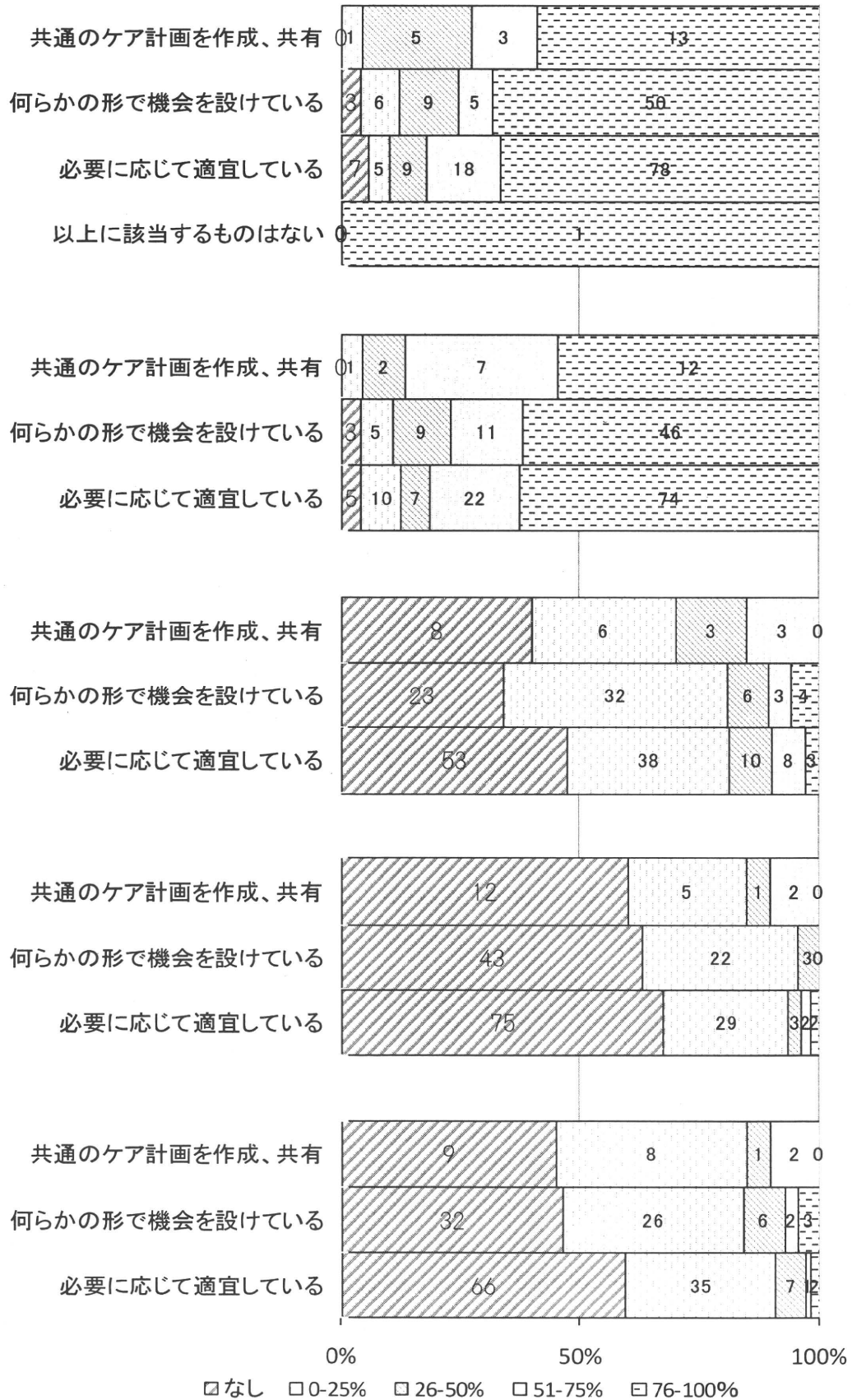


図4【訪問支援におけるチームアプローチのあり方とケア内容の比較②】

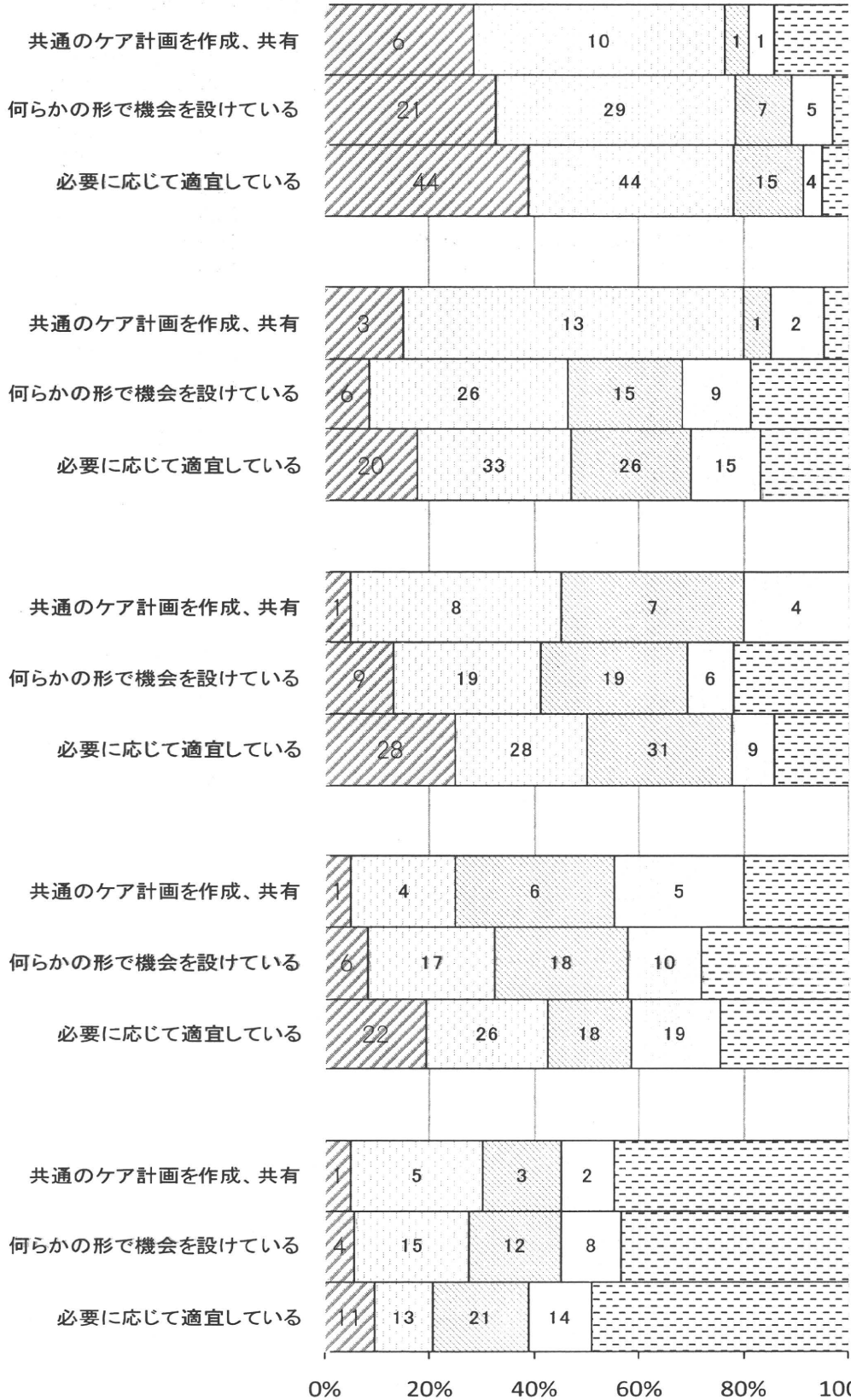
近隣住民や大家との調整

地域関係機関との調整

情報提供や付添支援

身体疾患に関する支援

安否確認や相談支援



□なし □0-25% □26-50% □51-75% □76-100%

図4【訪問支援におけるチームアプローチのあり方とケア内容の比較③】

表 10【デイケアと訪問支援を併せ持つ支援体制と全国DCでのケア内容の比較】

	DC+訪問 n=28	全国DC n=42
援助内容		
生活環境の整備に関する援助	33.3	13.3
金銭管理に関する援助	48.1	8.9
買い物に関する援助	29.6	11.1
他者との関わりに関する援助	25.9	13.3
家族との関係に対する本人への援助	18.4	11.1
家族へのエンパワメント	18.5	4.4
精神症状に関する援助	25.9	4.4
睡眠の援助	14.8	4.4
服薬行動の援助	37.0	11.1
通院行動の援助	25.9	20.0
危機時の介入	18.5	6.7
銀行・郵便局・役所、電話・インターネット等の利用の援助	25.9	13.3
住居環境を保つための援助	18.5	8.9

表 11【A 病院 DC(DC+訪問)と全国DCでのコンタクト時間・コンタクト頻度の比較】

	コンタクト時間 分/月		コンタクト頻度 回/月	
	DC+訪問	全国DC	DC+訪問	全国DC
アウトリーチ	814.1	166.7	5.7	1.3
居場所	8037.8	5809.1	19.4	17.0
Total	8851.9	5945.8	25.1	18.3

5. ACT 立ち上げの研究

平成 20～22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
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）研究報告書

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 東北福祉大学総合福祉学部 教授

研究協力者：植田俊幸 国立病院機構鳥取医療センター 積極的訪問チーム AOT

研究要旨

目的：本分担研究は、わが国において ACT を立ち上げた、または準備中の事業体を対象とし、アンケート調査やヒヤリングを用いて、立ち上げから定着に至るまでの課題と対策を検討し、それらをもとに、わが国の現状の制度の中で可能な限り質の高い ACT チームを形成することを可能にするツールキットを作成し、ACT の我が国への普及・定着を推進する。

方法：初年度～2 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）の定着過程をモニタリングした。また、昨年度の時点で2 年以内に新たに立ち上げられた4 チームと、立ち上げの予定がある1 チームにアンケート調査を行った。最終年度は、さらに1 チームからの聞きとりを行い、それらをもとにツールキットを作成した。

結果：S-ACT は立ち上げから2 年間で新スタッフの加入もあり、保健所や家族からの依頼、措置入院患者への関わりなど徐々に重症利用者が増えていき難渋する一方で訪問件数は充分には伸びず、チームリーダーへの負担・役割の集中、スタンダードの改訂が課題となっている。先行研究でも、立ち上げ後2 年目にスタッフのバーンアウトや訪問効率化に向けた議論など特有の課題があり、立ち上げ後の定着を支援するためには最低2 年間のフォローが必要と思われる。アンケート調査の対象となった5 チームからは、立ち上げに向けて、研修、経営、連携、チーム形成、具体的なノウハウ、などの面での困難点や困難に対して工夫した点などの事例が収集された。また、最終年度に聞き取りを行った精神科病院内に設置された小規模多職種チームの事例からは、兼務職員が多い中での苦労や採算性の課題などが指摘された。ツールキットは、知識編、実践編、資料編の3 部構成とした。知識編は、概要（定義）、歴史的背景と諸外国の動向、援助理念、などを、また実践編では、ACT で必要な臨床スキル、チーム運営、立ち上げ Q&A などの項目を採りあげた。資料編としては、ケア・プロセスに必要なツール類、ACT 紹介リーフレットなどを作成した。

考察・結論：日本における ACT は、現在のところ、運営するにあたって制度的な裏付けがなく、現行の診療報酬体系を組み合わせたり、自立支援法下の事業所を組み合わせるなど、多様な類型が模索されており、今後は制度化などの実施基盤を考慮に入れながら、相応しいツールキットに見直していく必要がある。

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。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り、わが国において ACT を立ち上げた、または準備中の事業体を対象とし、アンケート調査やヒヤリング調査を用いて、①地域や組織におけるプログラムの位置づけ、②プログラムを整えていくための手はず、③チームビルディング、④スタッフの育成・研修、などの視点から、立ち上げから定着に至るまでの課題と対策を検討し、それらをもとに、わが国の現状の制度の中で可能な限り質の高い ACT チームを形成することを可能にするツールキットを作成し、ACT の我が国への普及・定着を推進していく。

B. 研究方法

1. 東北福祉大学せんだんホスピタル ACT チームのプロセス

本研究は、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、その内容をツールキット作成に活用しようとするものである。

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、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した。21 年度も、「組織」、「連

携」、「研修」「支援内容」、をテーマとして、S-ACT 立ち上げ約 2 年後の平成 22 年 2 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。

2. 全国のチームへのアンケート

全国の ACT を志向する多職種チームの中で、21 年度 3 月の調査時期から遡ること 2 年以内に新たに立ち上げられた 4 チーム (新たな事業体として再スタートした 2 チームと、東北福祉大学せんだんホスピタルのチームを含む) と、立ち上げの予定がある 1 チームにアンケート調査を行った (資料 1)。

3. 22 年度の聞き取り調査

平成 23 年度より、厚生労働省のアウトリーチ推進事業が予定されており、全国 25 箇所を対象にした多職種の訪問型チームが事業に加わる予定である。現行の制度下では、精神科病院で病床削減を前提とした、実質的には兼務体制となる組織での事業活動が多くを占めると予想され、そのような形で立ち上げざるをえなかったチームが本格的な ACT チームに進化する可能性も視野に入れて、聞き取りを行った。具体的には、公的な精神科病院にて兼務スタッフが中心となって実践を行っている小規模多職種チームの事例を採りあげることにした。回答は、チームの精神科医が、チームの他のスタッフの意見を聴取する形で、「ツールキットに必要な項目」、「抱えた困難」、「乗り越えるために要した工夫」の三項目について文章にしてまとめた。

4. ツールキットの作成

前述の S-ACT チームの定着プロセス、昨年度から今年度にかけての ACT チームや準備段階のスタッフのアンケートや聞き取り調査の結果をもとに、ツールキットの構成を検討し、そのうえでツールキットの本体を執筆した。

C. 結果

1. 東北福祉大学せんだんホスピタル ACT チームのプロセス

1) チームの活動状況

宮城県仙台市内で平成 20 年 6 月に開院した「東北福祉大学せんだんホスピタル」の概況は表 1 で示す通りである。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。

チームは、平日は週 5 日勤務を原則とする病院の常勤スタッフ 5 名（看護師 1、OT 1、PSW 3）と急性期病棟兼任の医師 1 に加え、3 名の非常勤スタッフで構成される（表 2）。

チームの主な支援対象であるが、「東北福祉大学せんだんホスピタル」の主に急性期病棟に入院となった者のうち、過去の入院歴や医療中断歴などの精神科サービス利用状況と、過去 1 年間の日常生活機能、診断、年齢、居住地などを参考にして、対象者を決定する。自発的な同意により利用者となった者に対して入院中から退院支援を行い、入院期間の短縮につなげる。退院後は、医療・生活支援・家族支援などを必要に応じて他機関やインフォーマル・サービスとの連携を通じて行い、再発・再入院を防ぐとともに、利用者の自己実現を図るための

援助を行う。一定期間、病状が安定している者に対しては、自立支援法関連事業所に紹介する形で終了を検討する（表 3）。

チームがかかわる訪問活動としては、表 4 で示すようなコースを設定した。コース名の由来は、東京から仙台まで移動する際の特急列車の名前であり、早く・浅くかかわるか、長く・濃くかかわるか、コースの趣旨に沿った列車名を割り振った。本来のコアとなる対象者は「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た（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、主診断が知的障害や認知症、人格障害などの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 5）。

チームの活動状況については、表 6、表 7 に示した。ピアサポーターの総訪問件数は、3 ヶ月間で 42 件であった。

2) チーム立ち上げにあたってのドキュメント

昨年度に、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」でカテゴライズしたものを表 8 に呈示した。「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」を下位のカテゴリーとしている。また、表8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。

同様に、今年度は、平成21年4月から22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に呈示した。

2. 全国5チームのアンケート結果

1) 対象施設

アンケート対象施設について、表10に呈示した。精神科病院で発足し、それがサテライトの精神科診療所と訪問看護ステーションの形で再発足したもの、精神科病院と訪問看護ステーションの組み合わせなど、母体となる組織は多様である。既に活動を開始しているチームが4チーム、今後活動を開始する予定のチームが1チームであった。

2) 立ち上げにあたって困難に感じたこと

(1) 研修

研修面で各チームが困難に感じたことを、表11、表12で示す。援助理念を共有する難しさ、研修の内容や講師について、研修機会を共有する難しさ、地域性、などの課題が挙げられた。

(2) 経営

経営面で各チームが困難に感じたことを、表13、表14に示す。採算性への直面化、財源が診療報酬であることの課題、訪問看護ステーションとの組み合わせの経験、な

どが挙げられた。

(3) 連携

連携面で各チームが困難感を抱いたのは、ACTを周知する方法について、既存の事業と理念を共有することの難しさ、組織内部での葛藤、システムが整っていないまま既存の資源と役割分担することの難しさ、であり、その詳細を表15、16に示した。

(4) チーム形成

チーム形成面でも、多様な視点で課題が挙げられた。スタッフの経験の違い、「チーム内別機関」の葛藤、「チーム内別コース」の戸惑い、スタッフ間のスタンスの違い、プラン作成と文書化の課題、がそれであるが、詳細は表17～18を参照していただきたい。

(5) 具体的ノウハウ

実際に、具体のノウハウは多岐に渡ると思われるが、今回のアンケートでは、記録・データベースに関すること、加入基準・終了基準などスタンダードに関すること、ケアプロセスでアセスメントやプラン作成のために使用するシート類について、意見が寄せられている。また、チーム内に経験者がいることのメリットについても触れたものがあつた（表19、表20）。

(6) その他

「24時間は難しそう。その点では他機関への委託を考えている」、「ACT業務は利用者の社会的成長に主眼を置いているが、病院業務は病気を治す为中心なので視点や支援速度も違う。両方の価値の中で揺れてしまうことがある」など、その他の意見を表21に示した。

3) 立ち上げにあたって役に立ったこと（役に立ちそうなこと）

(1) 研修

表 22、23 に、立ち上げに際して研修面で役に立ったことが挙げられている。ACT 関係の研修会・交流会に出向く、ACT 関係の講師を招く、既にある ACT チームを見学する、経験あるスタッフを入れてチームを立ち上げる、必要な研修（項目）が明示されていること、チーム内での研修、など現実的・具体的な方法が幾つか出されている。

(2) 経営

他チームからノウハウを学ぶことや、経営に関する研修会がニードとして挙げられている。一方で、採算をあまり考えずに臨床に専念できる環境の中にいられたことのありがたさを振り返るコメントも寄せられた（表 24）。

(3) 連携

それぞれの意見をまとめると、既にある ACT チームのノウハウを知る、既にある ACT チームの力を借りる、会合や講演会を通じて関係機関との連携を強化する、見学者を受け容れる、スタッフの以前のネットワークを活用する、などに大別される。詳細は、表 25 に示した。

(4) チーム形成

適切な研修、ミーティングの雰囲気と機能、チームとしての文化と行動、チーム精神科医の協力、インフォーマルなスタッフ同士のつながり、などの必要性が示唆されている。具体的な意見は表 26、27 に挙げられている。

(5) 具体的ノウハウ

先行する ACT チームから学んだり、全国規模の研修会を利用したり、内部の経験者を活用したりなどの意見を表 28 にまと

めている。

(6) その他

表 29 に複数の意見を示した。

4) ストレngthス

それぞれのチームのストレngthス（自己評価）をアンケートに記載してもらったものを、表 30 に示した。

5) その他

「スタッフの理解度がまだ浅い。すでにある ACT チームへの見学にも行けていない。全てにおいて手探りでやっている。今後の研修には、複数のスタッフが参加できるように促していきたい」、「まだまだ ACT と呼ぶには程遠い。専従のチーム精神科医がいない。ストレngthス・アセスメント、リハビリプランを利用者と共に作成し共有するところまで至っていない。ケア計画をチーム内で十分に共有することもできていない」、「今後の制度化に向けては、ACT だけでいくべきか？ ACT を機能分化させていくべきかを検討し、方向性を持って実践することが必要」、「高齢化が進むなか、やはり介護保険との連携を考えると ACT ネットワーク等での検討が必要」などの意見が、その他の意見として挙げられた。

3. 22 年度の聞き取り調査

1) ツールキットに盛り込む項目の検討

ACT の援助理念、契約書・ケアマネジメントなど初期の活動から必要になる書類の見本、チーム運営におけるスタッフの役割とその分担、ACT で必要な臨床スキル、どのようにして経営を成り立たせるか（採算はとれないことは院内で承知してもらっているが、収益の数値が出るたびに肩身の狭い思いをすることがある）、などの項目の必要性が指摘された。

2) 抱えた困難

「院内で組織を新たに作ること」、「組織としてまだ型式や院内の位置づけが整っていないこと」、「兼務の職員が多いため、情報共有が難しく、業務効率が悪いこと」、「チーム内に実働しているリーダーがいない。そのため、馴れ合いの雰囲気になりやすいこと（組織上のリーダーが兼務のため他の業務が多忙で、実質的にチームに参加することが困難である）」などの困難点が表出された。

3) 乗り越えるために要した工夫

「実感としてまだ乗り越えていない(と、スタッフの多くは感じているとのこと)」、「できるだけ必要なことは発言し、自分の役割は果たすようにしている」、「専門職としてチームに必要な情報共有を行うなど、よりサービスの質を高められるように心がけている」、「院長などトップの人と、できるだけ頻繁に話し合いを持つようにしている」、などの工夫が寄せられた。

4. ツールキットの作成

下記のような構成とし、ツールキットそのものの内容は、資料2として分担研究報告に一部を抜粋して掲載する形とした。

まず、ツールキットは知識編、実践編、資料編の三部構成とした。各編の項目は以下のようなものである。

1) 知識編

- (1) 概要(定義)
- (2) 歴史的背景と諸外国の動向
- (3) 援助理念(リカバリー、エンパワメント、ストレングスモデル、ストレス脆弱性モデル、など)
- (4) 援助構造
- (5) 実践方法(会議、シフトマネジャー、

夜間体制など)

- (6) これまでの研究成果・最近の研究の動向
- (7) わが国での位置づけと普及状況・課題
- (8) 役に立つ文献の提示とその解説
- (9) スタンダードズ
- (10) フィデリティ尺度

2) 実践編

(1) ACTで必要な臨床スキル

- ①コミュニケーション技術:受容と共感、リフレームなど
- ②ケアマネジメントのプロセス:インテークから評価まで
- ③医療の基礎知識:診断や治療についての知識
- ④ICFによる障害構造
- ⑤セルフマネジメントの援助技術(WRAPを含む)
- ⑥自己開示と限界設定について

(2) チーム運営について

- ①チームビルディング
- ②組織外との連携・アクション
 - a) 院内や法人内
 - b) 地域、地域内の他の資源

(3) 備品や記録方法について

- (4) どのように経営を成り立たせるか
- (5) 立ち上げQ&A(立ち上げから2年間くらいに想定されることを含めて記述)

- ①「こんなことが困った」
- ②「こんなふうに工夫すれば」

3) 資料編

- (1) ケア・プロセスにおいて参考になるもの
 - ①チェックシート
 - ②加入基準例

- ③フェースシート
- ④契約書
- ⑤リスク・アセスメント
- ⑥初期プラン
- ⑦包括的アセスメント
- ⑧ケアプラン
- ⑨クライシスプラン
- ⑩終了基準例

(2) 連携において参考になるもの

- ①ACT紹介リーフレット（専門家用）
- ②ACT紹介リーフレット（行政用）
- ③ACT紹介リーフレット（当事者用）

(3) 立ち上げの進行を確認するにあたって参考になるもの

- ①チェックリスト
- ②やることマップ例

D. 考察

1. 東北福祉大学せんだんホスピタルACTチームのプロセス

昨年度の報告では、立ち上げにあたって直面した課題として、「加入基準設定の難しさと重要性」、「スタンダードがないと臨床がぶれること」、「複数のコースを設定せざるをえないがスタッフが混乱」、「スタッフが支援計画作成に慣れていない」、「医局、病棟など他の部署との『文化』の違い」、「『大変だからACT』の紹介への押し戻し」、「『経営方針』との葛藤」、「時間外対応（特に24時間電話）への報酬」、「精神科医がどのように時間を確保できるか」、「非常勤スタッフの問題」の10項目を挙げた。また、そういった困難を乗り越えるために自力で工夫した点を、①組織に関する工夫（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となる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連携に関しての工夫（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WRAP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研修に関する工夫（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支援内容に関する工夫（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）、以上のようにカテゴリー別に整理した。

21年度、チームは立ち上げから2年目を迎え、組織としては、常勤職の枠も1名増えて、非常勤の就労支援担当者や当事者スタッフも新たに加入することになった。病

院の稼働率アップが求められる葛藤があるなかで、研修会講師派遣や地域のイベントへの協力などを通して組織内外との連携を深めてきた。チーム内の定期的な勉強会に加えて外部講師を頻回に招聘し、スタッフのスキルアップも図ってきた。保健所や家族からの依頼、措置入院患者への関わりなど、徐々に重症の利用者が増えていき難渋する一方で、訪問件数は充分には伸びておらず、チームリーダーへの負担・役割の集中、ケアプランの作成困難、スタンダードの改訂と遵守が課題となっている。先行研究でも、立ち上げ後2年目にはスタッフのバーンアウトや訪問の効率化に向けた議論や組織改編など特有の課題があり、立ち上げ後の定着を支援するためには半年から1年の単位ではなく、最低2年間のフォローが必要と思われる。

2. 全国5チームのアンケート結果

5チームのアンケート調査では、立ち上げにあたる困難として、①研修面では、外の研修に参加する機会が確保しづらいこと、前職の援助理念から転換を図ることの難しさ、②経営面では、運営母体との葛藤や、現行の診療報酬を中心とする財源の不備や不安、訪看ステーションでの介護保険枠の制約、③連携面では、ACTを周知する方法がわからない或いは既存資源との間で共通理解が得られるまで時間がかかること、ACTがかかわることで期待が強すぎて逆に既存資源が引いてしまうこと、④チーム形成面では、臨床優先と経営優先での意識の違い、ACT対象以外の訪問活動を両立するうえでの混乱、クリニックとステーション間での意識の違い、ケアプランができないので一貫した支援になりづらい、⑤具

体的なノウハウでは、終了基準の未検討、記録に時間が割かれないよう工夫を余儀なくされている、⑥その他では、24時間体制は難しいので他機関への委託を検討、地域生活支援の価値観がまだ根付いておらず、病棟との価値観との間で揺れてしまう、などが挙げられた。立ち上げに役立つこととしては、①研修面では、研修項目必須リスト、先行するACTチームのスタッフが出前して行う研修機会の活用、チーム内クロストレーニング、②経営面では、経営や制度についての研修、他の先行しているチームのノウハウ、③連携面では、先行チームのスタッフを呼んで組織内外で講演を行ってもらい、地域の様々な関係する会議に出席、④チーム形成面では、今起こっている出来事に直面してチームで解決していく経験を共有する、誕生会などのイベントを企画する、チームリーダーとスタッフの家族との共有、⑤具体的なノウハウでは、国立精研ACT研修やNPO法人コンボの研修会への参加、他のチームのツールを参考にし、チーム内のACT経験者の活用、他のACTチームでの見学・訪問動向、が挙げられた。

アンケート結果を集約すると、既に活動をしているACTチームが相互に協力しあい、全国的な研修会を企画したり、出前型の研修を行うことの有用性が挙げられている。立ち上げを考えている機関がアクセスすることで、近隣のACTチームを紹介したり、見学をアレンジメントするなどの機能をもった団体の存在も重要である。

一方で、研修項目必須リストや経営面でのノウハウ、チーム・ビルディングの方法などをわかりやすく記述したワークブックや、手元にあってもいつでも参照・活用できるアセスメント票やケアプランなどのシート類の標準化されたサンプルがツールキットとして整備される必要性も伺える結果であったと言える。

3. 22年度の聞き取り調査

平成 23 年度からのアウトリーチ推進事業に資することも期待しつつ、精神科病院内の兼任モデルから専任モデルへの脱却を意識して、「これも ACT」という誤解が生じないような状況認識のもと、援助理念の転換や定着に向けて組織に対する戦略をどう図っていくか、といった視点でツールキットへの具体的な記述を行う際に、今回の聞き取り調査の結果を活かすことができたと考える。

4. ツールキットの作成

日本における ACT は、現在のところ、運営するにあたって制度的な裏付けがなく、現行の診療報酬体系を組み合わせたり、自立支援法下の事業所を組み合わせるなど、多様な類型が模索されている。今回のツールキットは、今後我が国が脱施設化の過程を迎えるうえで欠かせない精神科病院閉鎖型モデルの ACT を中心とした記述となった。

E. 結語

今後は制度化などの実施基盤を考慮に入れながら、相応しいツールキットに見直していく必要がある。

<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