

資料1 ACT立ち上げに関するアンケート

Q1 事業所名（或いはプログラム名など）を教えてください。

Q2 貴施設で、ACT、或いはACTを志向したプログラムを既に立ち上げていますか？
以下の「はい」か「いいえ」を○で囲んでください。

はい（→ Q2-1へ）

いいえ（→ Q2-2へ）

Q2-1 「はい」と答えた方：立ち上げはいつの時期でしたか？

_____年 _____月 _____日

Q2-2 「いいえ」と答えた方：立ち上げの予定はいつ頃ですか？

_____年 _____月頃

Q3 運営主体（財政基盤）を教えてください（組み合わせの場合、複数選択可。該当するものを○で囲んでください）。

◇精神科病院

◇精神科クリニック

◇訪問看護ステーション

◇自立支援法下の事業所（具体的に： _____）

◇その他（ _____）

Q4 最近1年間にQ3の運営主体に変化があった場合は、以前の運営主体を教えてください。変化がなかった場合は、そのままQ5に進んでください。

◇精神科病院

◇精神科クリニック

◇訪問看護ステーション

◇自立支援法下の事業所（具体的に： _____）

◇その他（ _____）

Q 4 ‘ Q 4に回答された場合、運営主体が変わったことでの苦勞にはどんなことがありましたか？自由にご回答ください（箇条書きでも構いません）。

Q 5 常勤スタッフ数（週40時間勤務を想定。非常勤の場合は、常勤換算で0.5人分などとしてご記入ください）について教えてください。ACTを立ち上げていない場合は、現在の部署の状況についてQ5-2に記入をお願いします。

Q 5-1 立ち上げ時 _____名
（職種の内訳：DR 名、NRS 名、OT 名、PSW 名、その他 _____）

Q 5-2 現在（平成22年3月）
（職種の内訳：DR 名、NRS 名、OT 名、PSW 名、その他 _____）

Q 6 立ち上げにあたって困難に感じたことは何ですか？まだ立ち上げていない場合は、どんなことが障壁になっているかを教えてください。この1年間で組織の改変があった機関では、それ以降のことで何かありましたらご記入ください。

Q 6-1 スタッフの研修面（主に援助理念や技術面）では何かありますか？

Q 6-2 経営面や制度については何かありますか？

Q 6-3 組織内外との連携やACTについての周知・理解を得ることで何かありますか？

Q 6-4 チーム内のコミュニケーション（チーム形成のプロセス）について何かありますか？

Q 6-5 ACTについての具体的なノウハウ（加入基準や終了基準をどう設定するか、どのような個別ケアプランのためのシートを作るのか、など）

Q6-6 その他、困難に感じた、或いは困難に感じていることについて何でもご記入ください。

Q7 立ち上げにあたって役に立ったことはありますか？まだ立ち上げていない場合は、どんなことが役に立つと思いますか？この1年間で組織の改変があった機関では、それ以降のことで何かありましたらご記入ください。

Q7-1 スタッフの研修面（主に援助理念や技術面）では何かありますか？

Q7-2 経営面や制度については何かありますか？

Q7-3 組織内外との連携やACTについての周知・理解を得ることで何かありますか？

Q7-4 チーム内のコミュニケーション（チーム形成のプロセス）について何かありますか？

Q7-5 ACTについての具体的なノウハウ（加入基準や終了基準をどう設定するか、どのような個別ケアプランのためのシートを作るのか、など）

Q7-6 その他、役に立ったこと、或いは役に立つと思うことについて、何でもご記入ください。

次に進んで下さい

Q 8 貴施設での、現在活動しているうえでのストレングス（長所・強み）をご記入ください。まだ立ち上げていない場合は、どんなことがストレングスになるかをご記入ください。

Q 9 その他、付け加えておきたいこと、お気づきの点などありましたら、自由にご記入ください。

Q 10 このアンケートを記載した日についてお答えください。

_____年 _____月 _____日

Q 11 このアンケートをどなたが記入したかについて、教えてください（該当するものを○で囲んでください）。

- ◇ 組織の責任者が記入
- ◇ 組織の責任者から依頼を受けた代表者が記入
- ◇ 組織のミーティングなどで討議して記入
- ◇ その他（ _____ ）

ご協力、大変ありがとうございました！！

資料2 ACT立ち上げ支援・ツールキット
(一部を抜粋)

<知識編・ACTの概要>

定義:ACT(Assertive Community Treatment)は、邦語では「包括型地域生活支援」と意識される心理社会療法の一つである。40年程前に米国で開発され、30ほどの国際的な比較対照研究によって入院日数短縮や住居安定、利用者満足度向上などの援助効果が科学的に実証されている。それ故、欧米各国、オーストラリア、シンガポール等多くの国で普及している。

歴史的背景:米国ウィスコンシン州マジソンでACTが始まったのは、州立精神科病院脱施設化の過程で重度精神障害者の回転ドア現象への対応が必要だったからである。服薬アドヒアランスが悪い者や通院中断を繰り返す者に手厚い訪問支援を行うべきであると研究者達は結論づけ、ACTの仕組みが検討された。故に、ACTは精神科病床の代替プログラムである。

適応:伝統的な精神医療システムでは長期の入院処遇となるか、或いは頻回入院を繰り返す重度精神障害者を対象にしており、プログラムごとに加入基準が明確にされている。

援助構造:①在宅で多様なサービスが提供できるように多職種でチーム・アプローチを行う、②利用者の生活の場である自宅や職場に出向く訪問支援が中心、③責任をもって一貫性と機動力のある支援を展開するために多領域のサービスをチームが直接提供する、④24時間365日、電話等で連絡がとれる体制を保つ、⑤濃密なサービスを担保するため、一人のスタッフにつき10名程度と利用者数の上限を設定、等の構造上の特徴がある。「理想的なACTにどれだけ忠実にサービスが実践されているか」を評価するフィデリティ尺度(fidelity scale)が開発されており、尺度値と利用者入院日数との負の相関が確認されている。既存の訪問サービスとの違いは、対象者の限定、就労支援担当者やピアスタッフを含めた多職種チームであること、等が挙げられ、フィデリティの高いACTが普及することで、個人の善意や熱意でなく、システムレベルで地域での支援体制を向上させていくことが可能になる。

援助理念:地域での患者管理に陥らないように、幾つかの重要な援助理念が掲げられる。ストレス脆弱性モデルに加えて、リカバリーモデル(病状や障害の改善に焦点を当てず、健康な部分を活用しての自己実現にその人の目が向くよう支援する)、超職種チームの考え方(スタッフは職種を超えた役割を担い、利用者もある局面ではリーダーシップを発揮)、訓練よりもマッチングを大事にする姿勢、などである。日本のACTでは、ストレングスモデル(利用者や環境の長所に目を向けて関係作りや支援に活用していく)を重要視している。

実践方法:職種としては看護師、OT、PSW等にあたるスタッフがケースマネジャーとして支援を行い、これに就労支援担当者とチーム精神科医が加わる。チームリ

ーダーには通常、精神科医以外のコメディカルスタッフが任命される。チームの装備として携帯電話や自動車が必要になるが、経費の 8 割ほどは人件費が占める。年齢、居住地、診断、重症度などの観点から作成された加入基準を満たした利用者との関係作りを行い、保健医療サービス（診察、処方、薬の配達、受診同行、精神療法、危機介入、入院中の継続支援、身体管理）、福祉サービス（買い物や料理の練習、コンサート同行など社会活動の支援、住居支援、金銭管理等の経済的支援）、家族支援、就労支援等様々な領域のサービスを提供する。実際には個別支援を重視し、ケアプラン作成など一連のケアプロセスのなかでサービスを進めていく。チーム内での情報共有のため、出勤者全員での朝夕のミーティングや、その日の臨床にかかわる様々な情報を集約・トリアージュする役割を担う「シフトマネジャー」の役割が重要になる。

我が国での普及と課題：北海道、宮城、茨城、千葉、静岡、富山、京都、岡山、鳥取、島根、愛媛、福岡等で実践ないし実践準備がなされており、年 1 回の全国交流会も行われるようになった。診療報酬を含めた実施基盤の整備と、スタッフの研修体制確立が求められる。

＜知識編・歴史的背景と諸外国の動向＞

諸外国では 1950～60 年代から精神科病院の脱施設化が進み、一方で重症精神障害者の高い再入院率が問題となっていた。特に、服薬や通院のアドヒアランスが再入院に影響を与えていると考えられていた。そこで、ACT のオリジナル・モデルを作り上げたマディソンの研究者たちは、服薬や通院の困難さを支援することを重症精神障害者のニーズととらえて、24 時間体制で積極的な訪問活動を行うなど、新たな精神科地域ケアの在り方を提唱し、実践を重ねていった。そこでは、病院内リハビリテーションや移行モデルの限界が主張され、急性期であっても入院処遇とせず在宅で支援することが最善のリハビリテーションであるという理念が息づいていた。

一方で、米国州立精神科病院の脱施設化後に生じた地域ケアの混乱への対応としてシステム化されていったケアマネジメントは当初、ケアマネジャーが障害者に必要なサービスを調整・斡旋するものの、直接サービスを伴わない仲介型モデルであった。やがて、重い精神障害をもち、伝統的な治療プログラムに抵抗を感じている当事者や、集中的な支援・援助を必要としている当事者の地域生活支援においては、より濃密なモデルが必要との認識が共有され、ACT の普及が進んでいった。しかし、諸外国の地域精神保健においては、ACT があれば良いということではなく、標準型のケアマネジメントと ACT を圏域のシステムに組み込んだ統合的なモデルが重視されている。さらに、英国などでは ACT の包括的な機能を、急性期対応機能とリハビリテーション対応機能とに分け、それぞれの機能に特化した地域ケアチームを整備する国家的なプランが生まれ、実績を上げてきた。

＜知識編・援助理念＞

ACT は、濃密な支援提供を可能にするその構造上の特徴から、しばしば退院促進支援や触法精神障害者の地域ケアなどへの切り札として引き合いに出されることが多い。しかし、その構造に魂を入れるためにも、実践者に以下のような理念が共有されることが必要と考えられる。ACT の援助理念としてしばしば挙げられるのが、ストレス・脆弱性モデルとリカバリーモデルである。前者は今日わが国においても広く普及した概念であり、ここでは後者について詳述する。

リカバリーモデルでは、利用者にとっての回復を、疾患や障害そのものの改善ではなく、疾患や障害があっても健康な面を活かして人生を主体的に歩もうとする利用者の意識変化の過程である、と考える。リカバリーモデルを援助理念として掲げる ACT では、自主性の剥奪と依存の助長を防ぐために、可能な限り入院を回避して地域での生活が充実するよう支援していく。そして、濃密な支援を行うことを前提として、ある局面では、再発や再入院の危険があっても就労や結婚など利用者の自己実現を支援する動きをとることが推奨される。従来型の支援が、「ストレスが強まると再発の可能性が高くなるので慎重に事を運ぶ。施設内を中心にアセスメントを行って何ができないかをチェックし、能力が高い者を選んで保護的・段階的な訓練を経てステップアップしていくリハビリテーションを行う。精神障害をもつ者への支援に悲観的であり、既存の障害者用の保健福祉プログラムを利用者に当てはめる」傾向があったとすると、ACT では、「利用者が自己実現をはかることが本当の意味での回復につながるので、多少リスクを伴うことであっても支援する。利用者の興味・関心や長所をアセスメントし、利用者が既にできていることが活かせるような環境とのマッチングをはかり、生活の場で実際に必要なことについて訓練するようリハビリテーションを行う。精神障害をもつ者の転帰は支援の仕方次第と楽観的に考えることが良い結果につながると信じているので、希望する暮らしをどのように実現させるかを利用者ごとに個別に考える」。

<知識編・援助構造>

①プログラムごとに、診断、年齢、居住地、精神医療サービスの利用頻度や社会・日常生活機能、などを盛り込んだ加入基準を定め、重症精神障害者に対象を絞り込む、②目的や対象によって構成は検討されるが、職業リハビリテーション専門家や当事者スタッフも含め様々な立場のスタッフでチームを構成する（ACTはケアマネジメントの1モデルであり、精神科医や職業リハビリテーション専門家以外のスタッフは、ケアマネジャーとして職種の違いを超えて、利用者との関係作り・アセスメント・支援計画作り・サービス提供・モニタリング・評価といった一連のケア・プロセスに沿って活動する。各スタッフは、ケアマネジャーとしての役割に加え、専門家としてそれぞれの立場のスペシャリティを発揮することも期待される）、③スタッフ全員で1人の利用者のケアを共有する（通常は、ITT(Individual Treatment Team)と呼ばれる、利用者ごとに指定された数名のスタッフからなる小さいチームが、日常の支援計画作成やサービス提供を行う。しかし、夜間・休日対応やクライシス時には、ITT以外の他のスタッフの関与も必要となるため、毎日のミーティングや週1回程度のカンファレンス、記録や支援計画表などによっての密な情報共有が求められる。スタッフはチームとして機能し、グループとして決断を下し、クロストレーニングを通じて専門知識を共有する）、④インフォーマル資源の活用を除き、保健・医療や福祉サービス、家族支援、就労支援など、必要なサービスのほとんどをチームが責任をもって提供する（必要な支援を提供するために他の社会資源に斡旋・仲介するのではなく、各スタッフが直接サービスを提供することによって、機動性・迅速性・統合性・責任制を保ち、日常生活機能の低い利用者や、病状の不安定な利用者の地域生活を可能にする）、⑤自宅や職場など、利用者が生活する場での支援を訪問の形で行う（車やバイク、自転車、公共交通機関を活用し、積極的な訪問を実施するために、平日の日中は、プログラム・アシスタントと呼ばれる秘書とその日の臨床活動の情報を集約する役割を担うシフト・マネジャーのみがオフィスに待機し、クライシス時には緊急性を判断しながら、訪問中の他のスタッフと連絡をとる）、⑥ACTがなければ入院処遇が継続となる者が中核的な対象であることから、利用期限を定めず、ニーズがある利用者には継続的な関わりを保証する（チームとの長期にわたる信頼関係は、それ自体が自然に変化の手段となる。安定した状態を保っている場合は、利用者の希望やスタッフの意見をもとに終了し、既存のケアマネジメントなどにつなげていくことがある。その際には、紹介先機関のスタッフと協働で訪問を行い、引き継ぎをしながら訪問頻度を減らしていく試み（ステップダウン・プログラム）がなされ、終了に至る）、⑦1日24時間・365日体制で危機介入も行う（平日夜間や休日は当番スタッフが携帯電話で利用者

のクライシスに対応する。状況によっては深夜でも自宅に出向いたり、入院決定に関与する機能が求められる。しかし、華々しいクライシス対応よりも、日中の支援を充実させて夜間対応を減らすことが本質的には重要である)、⑧利用者数の上限を設定する(濃密なサービスを安定して提供するため、スタッフ1人当たりの平均担当利用者数は10以下が推奨されている)。

＜実践編・備品について＞

I. 車両

- ACT にとっての車は、病棟におけるベッド、検査室における MRI、厨房における自動食器洗浄機以上の役割を果たす。乗用車の他、引越し支援の際などバンタイプの車両も必要になる。
- ナビゲーションシステムは単に便利だけでなく、いかに効率的に訪問宅を回るかが収益にも反映するので、全車両ナビゲーションシステムが搭載されていると好ましい。

II. 住宅地図

- ナビゲーションシステムだけでは利用者宅が判別できないことも多々あるので、訪問エリアの住宅地図が必要となる。

III. ノートパソコン

- ACT では、訪問活動の記録管理のために、日常業務上データベースを活用するチームが多い。また、全利用者の情報をスタッフが共有するためにも、毎朝のミーティングでデータベースの記録をプロジェクターで映し出せると便利である。そのため、サーバーやプロジェクターにアクセスできるメインのパソコン1台の他、スタッフ分のパソコンを確保することが望ましい。
- 日常業務として訪問活動を支援内容ごとに分類されたサービスコードで入力し、将来的に ACT の活動を全国に紹介・普及させていくためにも、パソコンの活用が求められるところである。

IV. サーバーとプロジェクター

- 上述したように、ACT の活動では、記録の管理や送付の際にサーバーと液晶プロジェクターがあると便利である。
- サーバーについては、「静音タイプのものであれば、15 万円程度のもの」、液晶プロジェクターも「小型のものであれば、10 万円程度のもの」で充分である。

V. 携帯電話器

- 訪問活動が中心となる ACT にとっては、車両と同様、携帯電話器は必須のアイテムとなる。訪問先で病院や各関係機関などとのやりとりも頻繁に行われるし、夜間・休日でも患者からの電話相談に対応することもある。
- ACT における携帯電話の役割は、病棟における患者にとってのナースコー

ルとなったり、在宅における利用者にとっての頓服薬代わりになったりすることを理解しておくことである。全スタッフ分の携帯電話が確保できることが望ましい。

- なお、オフィスの電波状況を確認し、機種選定を行うべきである。これは、リスクマネジメントの観点からも重要である。

VI. 院内 PHS (医療機関付設の ACT チームの場合)

- ACT の訪問は、院外に限らず病棟など病院内でも積極的に行われるのが特徴である。そのため、オフィスから離れて連絡を取り合うことが度々あるので、院内 PHS も必須のアイテムとなる。
- ただ、多くのスタッフは院外へ訪問していることが多いので、その日の当番スタッフ (シフトマネジャー) 用の PHS とチームリーダー用の 2 台を最低限でも確保したいところである。

VII. ネット環境整備 (スタッフ分のメールアドレス)

- ACT では、就労支援 (企業開拓や企業との密なる連携) を筆頭に、各関係機関との関係作りや連携が多岐に行われる。昨今では、一般企業などとの連携はメールでのやりとりが通例であるため、メールアドレスの交換が大前提となる。
- 携帯電話での対応は患者が中心で、メールでの対応は関係機関が中心になる。
- 時間帯にとらわれず、かつ確実に交信できるメールでのやりとりは、各関係機関との信頼関係を構築していく上でも重要である。
- かさねて、緊急時の住居確保 (救護施設やビジネスホテルなど) や求人募集など、情報収集のためにもインターネット環境の整備が欠かせない。

VIII. 簡単な医療器具

- 訪問した際に必要と思われる医療器具として、①電子体温計、②電子血圧計 (肘用: 1 万円程度のものでよい)、③聴診器 (ある程度しっかりとしたもの)、そしてそれらを持ち出すための④訪問用鞆、が必要となる。

IX. 金庫

- ACT では頻回に薬のデリバリーを行うために、処方された薬を利用者から預かってオフィスに保管するための A3 程度の大きさ (最低限) の金庫が必要になる。また、利用者から金銭管理のトレーニングを行う際にも、本人の同意を得て一時的に現金を預かる場合がある。

＜実践編・ACT立ち上げQ&A（一部抜粋）＞

Q1：ACTチームのことを、院内や地域に周知するうえで、役に立つ方法や工夫などを教えてください。

A1：病院内での勉強会で、輪読会やDVD教材を使用して院内のスタッフなどと情報を共有したり、取り組むに向けてのコンセンサスを得ていくようにします。院長や看護部長、事務部長など、組織のトップの人と話をする機会を増やすことがポイントです。

院外社会資源の関係者に関しては、様々なイベントや研修会の企画で、既にACTを実践しているチームのスタッフの研修会講師のような形で地域に来てもらおうと、イメージが湧きやすくなるかもしれません。また、このように既存のACTチームからの「出前研修」を企画することによって、なかなか遠方の研修会に参加しづらいスタッフが新しい知識を身につける機会を確保することが可能になります。

さらに、普段から地域の関係機関とのイベントや会議にこまめに参加するようにし、顔の見える関係を積極的に作っておくと、誤解を防ぎ、ACTチームの活動を過不足なく理解してもらうことにつながると思います。

Q2：スタッフの研修をどのように行えばよいでしょう？

A2：既に、ACTに関しては様々な研修会が定期的に企画されています。国の研究所の研修会、NPO法人主催の研修会、全国のACTチームによるネットワークなど、インターネットも活用して情報を集め、研修会などに出向いて下さい。また、既に実践を行っているチームの見学に行くこと、また、そのようなチームのスタッフを招聘して効率良く学ぶことも可能かもしれません。

チームの中には職種やこれまでの勤務歴（外来、病棟、保健所勤務など）が異なるスタッフがいるので、それを強みにして、異なる職種や立場の人とのペアの訪問により、新しい知識やこれまでとは違った視点での支援の展開を学ぶことも可能です。これはクロストレーニングと呼ばれ、多職種チームのスタッフが学び合う一つの手段として有用なものの一つになります。

ACTの概要

◆ACT(Assertive Community Treatment:包括型地域生活支援プログラム)は、1970年頃に米国ウィスコンシン州マディソンで開発された精神科地域ケアのための新しい援助プログラムです。

◆障害をもつ人たちの地域生活を支援するケアマネジメントの中でも、最も濃密で包括的なモデルとして位置づけられています。各スタッフは、それぞれの職種の専門性も活かしながら、関係作り・アセスメント・ケア計画作成・モニタリング・評価など一連のケアの流れにそって、日々の基本的な生活支援を行っていきます。

◆現在、国際的にも多くの国で導入、実践がなされています。数多くの調査研究によって、入院期間の減少、住居の安定、サービス満足度向上などの効果が実証されており、薬物療法以外の精神科治療プログラムの中で最も科学的根拠が明確なプログラムの一つです。

ACTの特徴

◆対象を重い精神障害をもつ人に絞り込んでいます。

◆看護師、ワーカー、作業療法士、医師など多職種の専門家でチームを構成します。

◆集中的なサービスを提供できるよう利用者数の上限を設定しています(スタッフ10名のチームでは100名程度)。

◆1人の利用者のケアをスタッフ全員で共有します。

◆サービスの統合性を図るために必要な保健・医療・福祉・就労支援サービスのほとんどをチームが責任を持って直接提供します。

◆1日24時間・365日体制で危機介入に対応します。

◆自宅や職場などへの積極的な訪問によって、利用者が実際に暮らしている環境の中で効果的な相談・支援を行います。

日本での普及に向けて

◆平成14年度から国立精神・神経センター国府台地区(千葉県市川市)で実施されている試行的な研究事業であるACT-Jでは、利用者自らが思い描く回復像と、利用者の長所を重視した生活モデルに基づく臨床活動が展開されてきました。

◆そのパイロット・スタディでは、精神症状や社会生活機能・生活の質の悪化なしに、入院日数がACT利用によって半減することが示されています。サービス利用にあたっての本人の高い満足度や服薬態度の改善、家族の将来への不安の減少などといった効果も指摘されています。

◆既に京都や岡山、愛媛、茨城など全国10箇所以上で、ACTを志向し、診療報酬などを基盤にした実践的なプログラムが立ち上げられており、事業化に向けての動きが全国各地で見られています。

◆2005年からは、ACTを志向する全国の実践者同士の交流会も開催されるようになり、各種の研修会も定期的に実施されています。

ACTとはどんなプログラムなのでしょうか？

☆精神科医、看護師、ソーシャルワーカー、カウンセラーなど多くの専門家があなたのために集まってチームを組みます。みんなで、あなたがなるべく入院せず、いきいきと地域の中で暮らしていけるよう応援します。

☆チーム全員であなたを支援します。もしも担当のスタッフと連絡がとれないことがあっても、同じように質の高いサービスを受けることができます。

☆治療やリハビリ、福祉サービス、就労のお手伝いなど、あなたが必要とするサービスのほとんどをACTの中でまとめて提供することができます。

☆自宅や職場など、あなたが実際に暮らしている場所に訪問して、相談・支援を行います。

☆必要があれば夜間や土曜日曜でも、あなたの困りごとなどの相談にのります。

☆外国では効果が高く評価され、多くの国でACTの実践が行われています。

☆日本でも、北海道、茨城、千葉、東京、静岡、京都、岡山、島根、愛媛、熊本などで実践が始められています。

ACTでは、どんな支援が受けられるのでしょうか？

まず、あなたがどのような暮らしがしたいか、どのような人生を送りたいかなどについて話をうかがい、目標を一緒に考えていきます。

目標にあわせて、以下のような種類の支援の中で、あなたが必要とするものについて、そのお手伝いをします。ほとんどのサービスは、自宅などあなたの暮らす地域で行われます。

毎日の暮らしの手伝い

健康な暮らしを続けることへのお手伝い

具合の悪い時のお手伝い

服薬についてのお手伝い

カウンセリング

住まいのお手伝い

仕事に関するお手伝い

お金のやりくりのお手伝い

あなたのご家族のお手伝い

他の社会資源との連絡、など。

ACTによる支援には定められた期限はないため、原則的にあなたが必要としている限り、継続して支援を受けることができます。もちろん、途中で参加をやめなくなった時は、スタッフに申し出ることができます。

<資料編・紹介リーフレット（ご家族用）>

ACTとはどんなプログラムなのでしょうか？

☆精神科医、看護師、ソーシャルワーカー、カウンセラーなど多くの専門家がご本人のために集まってチームを組みます。みんなで、ご本人がなるべく入院せず、いきいきと地域の中で暮らしていけるよう応援します。

☆チーム全員でご本人を支援します。もしも担当のスタッフと連絡がとれないことがあっても、同じように質の高いサービスを受けることができます。

☆治療やリハビリ、福祉サービス、就労のお手伝いなど、ご本人が必要とするサービスのほとんどをACTの中でまとめて提供することができます。

☆自宅や職場など、ご本人が実際に暮らしている場所に訪問して、相談・支援を行います。

☆必要があれば夜間や土曜日曜でも、ご本人やご家族の困りごとなどの相談にのります。

☆外国では効果が高く評価され、多くの国でACTの実践が行われています。

☆日本でも、精神科病院や診療所が主体となり、北海道、茨城、千葉、東京、静岡、京都、岡山、島根、愛媛、熊本などで実践が始められています。

ACTでは、どんな支援が受けられるのでしょうか？

まず、ご本人がどのような暮らしがしたいか、どのような人生を送りたいかなどについて話をうかがい、目標を一緒に考えていきます。

目標にあわせて、以下のような種類の支援の中で、ご本人が必要とするものについて、そのお手伝いをします。ほとんどのサービスは、自宅などご本人の暮らす地域で行われます。

毎日の暮らしの手伝い

健康な暮らしを続けることへのお手伝い

具合の悪い時のお手伝い

服薬についてのお手伝い

カウンセリング

住まいのお手伝い

仕事に関するお手伝い

お金のやりくりのお手伝い

ご家族のお手伝い

他の社会資源との連絡、など。

ACTによる支援には定められた期限はないため、原則的にご本人が必要としている限り、継続して支援を受けることができます。もちろん、途中で参加をやめなくなった時は、スタッフに申し出ることができます。

<資料編・入院患者チェックシート例>

年 月 日

ACT チェックシート

～ 入院患者対象 ～

I. 対象者名 _____ (男・女)
カルテ番号 _____

II. 年齢 _____ 歳 20歳以上 65歳未満ですか? → はい 次へ

III. 主診断(ICD-10に基づく) 診断名 _____
非適応診断:①精神発達遅滞、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に当てはまらない → はい 次へ

IV. 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ヶ月以上続いた時期があった → はい 次へ

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など

V. 過去1年間の精神科医療サービスの利用状況:①入院日数90日以上 or ②医療保護入院ないし措置入院回数2回以上 or ③医療中断6ヶ月以上のいずれかに当てはまるかどうか?(○をつけてください)

①入院日数 ②医療保護入院 or 措置入院 ③医療中断

☆ 主治医からのACTへの要望がありましたら、ご記入ください。

※ 過去一年間の最高レベルのGAF _____ 点

※ 入院時のGAF _____ 点とBPRS _____ 点

主治医名: _____

ACT 記入欄: 住所 _____

ACT キャッチメントエリア 対象・非対象

<資料編・契約書例>

ACT契約書

さま いかりようしゃ ほんしょ せつめい もと けいやく
様（以下利用者）は、ACTと本書の説明に基づき契約し
ます。

1. 契約の目的

りようしゃ あんしん く つづ てつだ
ACTは利用者が安心して暮らし続けていくことをお手伝いします。

2. 概要

しょざいち
所在地

めいしょう
名称

かんりしゃ
管理者

3. 個別のお手伝い

①ACTが一番大切いちばんたいせつにしているのは、利用者りようしゃの希望きぼうです。ケア計画けいかくは使用者しようしよと一緒に作り
ます。

②ACTでは、色々な職種いろいろうしよくしゆ（医師いし・看護師かんごし・精神保健福祉士せいしんほけんふくしし、心理療法士しんりりようほうし、作業療法士さぎようりようほうし）

せんもんか りようしゃ きぼう そ さーびす ていきよう
の専門家が、利用者りようしゃの希望きぼうに添ったサービスさーびすを提供ていきようします。

③ACTは、利用者りようしゃに必要なサービスひつよう さーびすを直接提供ていきようし、ご家族かぞくや関係者かんけいしやと連絡れんらくをとって
総合的そうごうてきにお手伝いおてつだします。

④ACTのサービスは期限がなく、ご希望があれば続けてサービスを提供できます。利用者が

ACTに対して希望がなくなった場合などにはサービスを終了することもあります。

その場合、他のサービスを紹介させてもらう場合もあります。

契約終了後、再度ACTに対する希望があれば再契約してお手伝いします。

4. ACT サービス開始日 平成 年 月 日

5. 個人情報について

サービスを提供する上で知り得た個人情報は、ACTチーム、お手伝いするために必要な

関係者以外の第三者に漏らすことはありません。

6. その他

ACTスタッフが訪問する時に退院前訪問看護・訪問看護料を請求する場合があります。(毎回ではありません)

訪問料は加入されている医療保険や自立支援医療利用の有無等によって異なりますので、

ACTスタッフにご確認ください。請求は外来・入院代に含みます。