

---

精神障害者へのアサーティブ・コミュニテイ・トリートメント  
(ACT) の評価に関する研究

---

1 8 5 9 2 4 2 1

平成18年度—平成19年度科学研究費補助金

(基盤研究(C)) 研究成果報告書

平成20年3月

研究代表者 宇佐美しおり  
熊本大学医学部保健学科教授

## 研究組織

研究代表者：宇佐美しおり（熊本大学医学部保健学科教授）

研究分担者：西阪和子（熊本大学医学部保健学科教授）

田中美恵子（東京女子医科大学看護学部教授）

矢野千里（菊陽病院総師長）

権島啓吉（菊陽病院理事長）

佐伯重子（菊陽病院師長）

赤星和義（菊陽病院相談室長）

研究協力者：倉知延章（九州ルーテル学院大学教授，精神保健福祉士）

渡辺雅文（熊本大学医学部附属病院精神科医）

## 交付決定額

	直接経費	間接経費	合計
平成 18 年度	1,200,000	0	1,200,000
平成 19 年度	1,300,000	390,000	1,690,000
総計	2,500,000	390,000	2,890,000

## 研究発表

### (1) 雑誌論文

- ① 宇佐美しおり：地域で生活を送り続けている精神障害者の病状・機能および生活の実態と支援体制との関連に関する記述的研究，精神障害者への ACT の試行とその評価，第 13 回ヘルスリサーチフォーラム，2006 年度，P102-109
- ② 宇佐美しおりほか：精神障害者へのアウトリーチの可能性，P30-38，精神医療，No. 6, 2006

### (2) 学会発表

- ① 佐伯重子，矢野千里，権島啓吉，宇佐美しおり：日本における精神障害者への ACT の試行とその評価，日本精神保健看護学会抄録集，2007 年，6 月
- ② 宇佐美しおり，野末聖香：精神障害者の地域生活促進のための ACT 介入プロトコールとその評価に関する研究，精神看護専門看護師と多職種チームとの連携と課題，第 12 回聖路加看護学会誌，第 12 回学術大会講演集，P47，2007
- ③ 宇佐美しおり：自立支援法時代の精神障害者地域生活支援，第 27 回日本看護科学学会学術集会講演集，交流集会，2007，12 月

### (3) 図 書

宇佐美しおり編著：長期入院患者および予備群への退院生活支援と精神看護，医歯薬出版，2008(印刷中)

## 目 次

1. はじめに .....	4
< 第一段階 >	
2. 研究方法 .....	5
3. 結果 .....	7
4. 考察 .....	8
< 第二段階 >	
5. 研究目的・研究方法・結果 .....	8
6. 考察および本研究の限界 .....	10
7. 引用・参考文献 .....	10
8. 付録	

## 図 表 目 次

表 1	予備的研究における ACT プロトコール
表 2	対象者の特徴
表 3	介入前後の BPRS, GAF, LSP のピアソン相関係数
表 4	介入前後における Wilcoxon の符号付き順位検定
表 5	ACT 介入内容

付録 1 : ACT Fidelity Scale

付録 2 :

1. ACT を構成するスタッフ
2. ACT の対象
3. ACT 加入基準の一例
4. ACT の支援内容
5. ACT で提供されるサービスとその具体例
6. ACT のプログラムの特徴
7. ACT と既存のプログラムの違い

付録 3 : ACTT プログラム照会フォーム

付録 4 : 質問紙

## 1. はじめに

近年、精神障害者の地域生活ならびに就労への移行支援が国の施策として実施されているが、精神障害者の11.6%が施設入所し（身体障害者は5.4%）、精神障害者の就労率は一般（2.5%）、福祉就労率（0.2%）とも他の障害者の一般就労率として比較して低い（10.5-20.7%）。一方、精神障害者のうち入院内訳は①40%が入院3ヶ月未満で退院していく患者、②約25%が退院後3ヶ月未満で再入院してくる患者、③20%が入院3ヶ月以上の館じゃ（再入院予備群）、④15%以上が20年以上の長期入院患者であり、このうち、②③の約45%の患者が地域支援システムによって地域での生活が可能と考えられている。

1970年以降、海外では精神障害者のニーズを充足し再入院や再燃を予防し、地域生活促進のためインテンシブ・ケア・マネジメント(Intensive Care Management,以後ICMと呼ぶ)が展開されてきたが、スタッフの担当症例数が多く、提供される期間が限定され治療チームの障害者への直接ケアが少ないことから、精神障害者の再入院率の増加(回転ドア現象)、地域での生活期間の短さが問題として指摘されるようになってきた。そこで提供される治療やケアに制限が設けられず、再入院を繰り返す精神障害者を対象とし、障害者の「生活」の場を中心として障害者のニーズに焦点をあて病状の改善のみではなく障害者の生活の質の向上にも焦点をあててケアやサービスを包括的に提供していくアサーティブ・コミュニティ・トリートメント(Assertive Community Treatment, 包括型地域生活支援プログラム, 以後ACTと呼ぶ)が注目されるようになった。海外においてもACTが精神障害者のセルフケアや病状を改善し、精神障害者の地域での生活を定着させ、障害者のニーズをみだし生活の質を高めることが報告されるようになってきている。ACTは1972年にアメリカのウイソコンシン州における病院閉鎖の流れの中で重症な精神障害者を対象に行われはじめた包括型地域生活支援プログラムである。重症な精神障害者とは1年間に2回以上の入院、精神障害者の社会的機能においてGAF35以下、35歳未満の場合GAF30以下の対象者をさすが、これまで海外ではこれらの対象者へはICMが実施されてきた。しかしICMの提供期間が限られていること、専門家による直接ケアが少ないことで、精神障害者の再入院率が減少はしたものの地域での生活期間を長期化させ定着を促進できにくいことが指摘されていた<sup>1)2)</sup>。そこで再入院を繰り返す精神障害者へのACTが注目されるようになったが、ACTは、ICMと異なり、障害者の変化するニーズに対し、多職種による専門家チームで構成され、これらのチームは対象者に直接的にケアを提供し、ケア提供期間が限定されていないことが前提である。さらにスタッフの受け持ち患者数が規定され、サービスが入院治療の場ではなく、患者の地域での生活を基盤として提供されることがその特徴である。そして重症な精神障害者に対してACTを実施することにより、精神障害者の再入院率が低下し、地域での生活期間が長くなり、地域での定着率が高くなることが報告されている<sup>3)4)</sup>。一方、当研究者らは、精神障害者の地域生活を促進するためのソーシャル・サポートやケア体制についての研究を行い、調査に同意の得られた私立K精神病院にてICMの実施を試みてきた。その結果精神障害者へのICMの実施は患者の退院後6ヶ月間の再入院回数を低下させたが、患者の地域での生活期間がのびるにつれ、援助の頻度が少なくなり、障害者のニーズが変化していくことに対応することが困難で病状悪化を招き、精神障害者の地域での生活を定着させるための支援

体制としては不十分であることがわかってきた。さらに介入群のみの研究デザインであるため、結果の一般化に大きな課題をもつことになった。そこで本研究は ICM の欠点を補い、精神障害者の地域での生活をより定着させていくため、新しいケア群として ACT 群（介入群）を設定し、これまでのケア群としての ICM 実施群（対照群）との 2 群間での比較を行いながら ACT の評価を行うべく調査を実施中である<sup>5)</sup>。

日本においては精神障害者の社会復帰が強調されながらも、精神病床数と入院患者数は増加し、人口 10 万人対精神病少床は 281 床におよび世界最高の位置を占め、さらに精神障害者の入院生活は制約が多く患者のニーズや自己決定を促進する治療環境としては乏しいことが指摘されている。日本においても厚生労働省はこの状況を克服するため精神保健福祉法の改正を重ねながら精神障害者の治療環境及び第三者審査機関としての精神医療審査会の整備を行い、同時に精神障害者へ訪問看護や外来診療を中心とした精神障害者の地域生活支援体制の強化を診療報酬で認め、2003 年には障害者ケア・マネジメント事業を開始している。また同年 ACT のためのプロジェクトを組み、生活支援センターや訪問看護を中心に試行を行い、千葉県国府台病院ではいち早く ACT への取り組みをはじめ、また茨城県の KUINA センターでも、ACT が実施されその成果が報告されはじめている<sup>6)</sup>。しかしながら ACT が精神障害者の地域生活をどのように定着させ、障害者の生活の質を高めているのかについてはいくつかの施設で実施され報告されてきているが、その動きはいまだ始まったばかりといえよう。また重症な精神障害者の多くは日本においては、精神病院に入院中であり、海外のように地域ケアシステムが充実していない日本においては、精神病院がその一部を担わざるを得ない現状もある。

そこで、ここでは、重症な精神障害者に焦点をあて、精神病院を中心に結成した ACT により、どのような支援の成果が得られるのかを明らかにし、日本における重症な精神障害者への地域生活支援システムについて検討することを目的とした。

## 2. 研究方法

ここでは 2 段階にわけて研究を行った。第 1 段階では、予備調査を行い、ACT によるケア・プロトコルを作成し、第 2 段階では、そのプロトコルにそって実施した ACT の成果を明確にした。

### <第 1 段階>

- 1) 対象者および調査期間:九州管内のK精神病院にて、平成 18 年 4 月から平成 19 年 3 月に今回の調査の目的、方法を説明し、同意のえられた統合失調症患者 5 (介入群) 名と対照群 5 名に調査を行った。介入群 5 名には、ACT を予備的に行い、治療チームの構成、展開の仕方についての検討を行った。この第一段階での目的は ACT のプロトコルの開発にある。
- 2) 調査方法: GAF35 以下、入院 3 年以上、それまでの間入退院を繰り返していた統合失調症患者 10 名を対象に、ACT を説明し、ニーズをもとに、介入群と対照群に分類を行った。介入は半年行い、退院時、介入後 1 か月から 3 か月までを追跡調査を行った。対照群については、これまでと同じケアを提供した。評価は、アクト介入時(退院時)、退院後 1 か月、3 か月に病状 (BPRS), 社会的機能 (GAF), 日常生活機能 (LSP), ケアへの満足度 (CSQ-8), 介入記録を用いて量的、質的に分析を行った。

### 3)測定用具

#### 3)-1 : DSM-IV-TR and BPRS.

この研究においては、“精神疾患の分類と診断の手引き (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition - Text Revision , DSM-IV-TR)”を対象者の精神疾患の分類に用いた。さらに DSM-IV-TR に加え、簡易精神症状評価尺度 (Brief Psychiatric Rating Scale , BPRS)を用い、現在の症状を査定する (付録 B)。BPRS は 16 の症状のカテゴリーを含み、それぞれの症状は 7 段階で評価するスケールである。入院したばかりの統合失調症患者における 16 の項目の評定者間の信頼性は 0.56 から 0.87 である (Overall & Gorham, 1962)。The BPRS は、精神障害者の症状の評価を要約することができ、日本語版においても質問紙の改訂が行われてきている。対象者の診断と BPRS は対象者を治療している主治医によって評価される予定であり、今回は 18 項目からなる 1988 年版の BPRS を用いる。

#### 3)-2 : GAF and LSP.

DSM-IV-TR の 5 軸である機能の全体的評定 (The Global Assessment of Functioning ,GAF) は、対象者の心理・社会的・職業上の機能を 0-100 点で評価する質問紙である (付録 C)。GAF は対象者の機能レベルを評価するために多くの研究で用いられている (American Psychiatric Association, 2000)。GAF に加えてこの研究では、Rosen, Hadzi-Pavlovic, & Parker (1989)によって作成された生活技能の評価質問紙 (Life Skills Profile, LSP)を用いている。LSP はセルフケア、行動障害の少なさ、社会的接触、コミュニケーションと責任感の 5 つの範囲に分けられ 39 項目から構成されている質問紙である。この 5 つのカテゴリーからなる質問紙の内部一貫性は高いことが報告されている (それぞれの 5 つの範囲の Cronbach's alpha は 0.88, 0.85, 0.79, 0.67, 0.77)。LSP は地域で生活する統合失調症患者の人々の機能と障害を評価するために発達し、今回の研究で用いた理由は日本における統合失調症患者への研究で用いており、比較が可能であるためである (1998, 付録 D)。今回、GAF 及び LSP は DSM-IV-TR を基盤とし精神科医によって評価された。

#### 3)-3 : クライアント満足度質問紙 (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ)

CSQ は CAQ-18 と CSQ-8 があり (Attkisson & Zwick, 1982)、CSQ-18 は高い内的一貫性をもち Cronbach's alpha は 0.91、また CSQ-8 もまた同じである。CSQ-8 は伊藤らによって日本語版が出版されている (伊藤, 栗田, 2000)。あかね荘におけるサービスに関する情報を質的側面に加え、量的にもとらえることができるため、今回この質問紙を用いることとした。この質問紙は、修正された IQGDL (付録 A)の中に含まれていた。

#### 3)-4 : 介入記録・看護記録・医療記録.

介入記録は、チームの実施記録、看護・医療記録は患者の言動、日常生活 (食事や

排せつ、活動と休息、孤独と人とのつきあいのバランス、金銭管理、症状管理の方法など) についての患者の言動、自立度、介入内容を抽出した。

#### 4) 分析方法

退院1ヶ月前から退院後3ヶ月まで1ヶ月ごとに、病状、社会的機能、生活機能を BPRS,GAF,LSP を用いて評価し、統計学パッケージ HALWIN,Ver.5.0 を用いて、ピアソンの相関関係、2群間の T 検定を行った。また介入内容については ACT 記録を参考にし、質的に分析を行った。

5) 研究の倫理的配慮：研究への参加は自由意志であること、途中で中断することができること、また本調査の結果は、本研究の目的以外に用いられないことを伝え同意を得た。また本研究の内容については、熊本大学医学薬学研究部ならびに K 病院の倫理委員会の倫理委員会で承認を得て実施した。

### 3. 結果

介入群5名の平均年齢は39.67才、発症からの期間は22.5年、男性1名、女性4名、単身生活者3名、家族との同居2名だった。退院前の BPRS 40.67,LSP86.0,GAF30、退院後3ヶ月まで有意な変化はみられなかったが、LSP、GAF の上昇がややみられていた。退院3ヶ月後までの再入院はみられなかった。ACT の Fidelity Scale は3点、ACT の構造についてはアメリカ合衆国における ACT の実践基準に従って介入を行った。介入記録の質的分析においては、退院1ヶ月までの訪問回数が平均5.6回、退院1ヶ月をこすと3.5回/週、2.3回/週と減少していた。また訪問以外の電話の件数は退院1ヶ月まで1週間に21.3回、しかし2ヶ月、3ヶ月後には7.4回、3.5回と減少していた。また介入内容のカテゴリーとしては、退院1ヶ月までは<病状悪化時の危機介入・訪問および電話>が最も多く、ついで<地域での生活の仕方の確認と練習><地域になれるためのコンパニオンシップの提供><孤独感の減少と人とつながっているという安心感の提供><病状のコントロールの方法の確認>が最も多かった。訪問回数、電話回数、介入内容は単身生活者と家族との同居者で異なっており、家族との同居者においては、<家族と患者の自宅における相互作用の仕方の確認><家族の不安感の減少と患者への対処行動の確認>への介入がカテゴリーとして最も出現していた。またこれらの結果を海外の文献と比較をすると、ACTにおける Fidelity scale のポイント数、ACT 専任のスタッフ数、定期的カンファレンスの回数、患者における二重診断の存在において差がみられていた。また対照群5名の平均年齢は42歳、発症からの期間は22年、男性2名、女性3名で、単身生活者2名、家族との同居3名だった。介入群の調査実施1ヶ月前は BPRS は、平均42.00、LSP 84.11,GAF 35、でその後、1ヶ月ごとの3ヶ月間は有意な変化はみられなかった。また介入群と対照群の BPRS,LSP,GAF に有意な差はみられなかったが、プログラムへの満足度において、有意な差がみられていた。さらに、ケアの質的分析において、対照群に最も多く出現していたカテゴリーは<病状の管理><活動と休息のバランスへの介入><孤独と人とのつきあいのバランスへの介入>がもっとも多くみられており、院外におけるリハビリテーションの促進

や地域生活の促進を目標とした記録はほとんど出現していなかった。これらの結果から別紙のような ACT ケア・プロトコールを作成した(表 1)。

#### 4. 考察

精神病院を中心とした ACT に関する評価においては、ACT を実施することでこれまで再入院を繰り返していた重症の精神障害者が退院後 3 ヶ月間、地域で生活できることが明らかになってきた。また ACT 開始 1 ヶ月間は、電話、訪問回数が増えるものの、それ以降は危機介入の頻度が減少し、安定した生活が送れているとも考えられた。西尾は、国内外の ACT の成果に関する評価研究をまとめる中で、ACT が患者の地域での生活適応を促進し、再入院率・薬物乱用を低下させ、患者の満足度を高めることを報告しており（西尾，2004）今回も退院後 3 ヶ月間の再入院率を低下させていたが、患者や家族の満足度については明確な評価は得られなかった。しかしながら今回、民間の精神病院を中心とした ACT 実践は、ACT の基準にそって介入していくことで成果をあげることができたといえよう。しかし今回、ACT の本来の目的である地域での適応や地域生活への満足度を高めることができたのか、またさまざまなニーズを満たしながら自己実現を助けることができたのかについては不明である。今後、この点を考慮しながら ACT による介入を行っていく必要があるだろう。

#### <第 2 段階>

前年度に作成したプロトコールをもとに、ACT 介入とその評価を行った。

1. 研究目的: 前年度に作成した ACT プロトコールを実施し、その評価を行うことを目的とした。
2. 研究方法:
  - 1) 対象者および調査期間: 平成 16 年 12 月から平成 19 年 2 月までの間に、K 病院に入院している GAF35 以下、長期入院および再入院を繰り返す患者 15 名を対象に ACT を実施し、現在まで ACT を継続している患者 10 名 (ACT 実施群) と対照群 11 名を対象とした。また調査の対象者アクト実施後 1 年間アクトの評価ができる者を対象とした。
  - 2) 調査方法および分析方法: ACT 導入前、導入時 (1 か月後、3 か月後、6 か月後、12 か月後) に病状 (BPRS)、社会的機能 (GAF)、日常生活機能 (LSP) について質問紙調査を医療スタッフに行い、回収した質問紙については SPSS, VER. 16.0 を用い、量的分析を行うとともに、実施記録については質的に分析を行った。ACT 介入については Deborah Allness らの National Program Standards for ACT Teams に沿って介入を行った。また介入内容については、フォーカスグループインタビューを行い、職種ごとに 13 名について、介入内容を語ってもらい、質的分析を行った。
  - 3) 研究の倫理的配慮: ACT 実施群については ACT 実施の目的、利益、不利益について説明し、本調査をまとめるにあたり個人が特定されることはないことを伝え同意を得た。また熊本大学医学薬学研究部および K 病院倫理委員会にて承認を得た。対照群についても、医療者が病状、社会的機能、日常生活機能について評価をすることを伝え同意を得、医療者に記載を依頼した。

### 3. 結果

1) 両群ともすべて統合失調症患者で、ACT 実施群の平均年齢は 42.25 歳 (SD±12.09)、介入群 39.56 歳 (SD±10.37)、対照群 44.81 歳 (SD±13.34)、男性 8 名、女性 13 名、介入群は男性 2 名、女性 8 名、対照群は男性 6 名、女性 5 名だった。初発年齢は、平均 21.80 歳 (SD±6.49)、介入群の初発年齢 21.56 歳 (SD±5.00)、対照群 22.00 歳 (SD±7.75) だった。また ACT 開始前の入院期間は 9.60 年 (SD±2.44)、介入群 9.78 年 (SD±2.17)、対照群 9.46 年 (SD±2.74) だった。さらに、仕事の月数は平均 4.7 ヶ月 (SD±13.46)、介入群 8.44 ヶ月 (SD±19.72)、対照群 1.63 ヶ月 (SD±3.17) で介入群の方の仕事に従事した月数は若干長かったが有意な差はみられなかった。また平均の CP 換算は 994.93 (SD±566.29)、介入群 1537.33 (SD±846.04)、対照群 832.21 (SD±375.54) で介入群の薬物使用量は多かったが、両群間に有意な差はみられなかった。また発症からの期間は平均 19.42 (SD±11.26)、介入群 17.67 年 (SD±10.87)、対照群 21.00 年 (SD±11.94) だった。さらに、対象者のソーシャルネットワークの平均は 2.25 名 (SD±0.93)、介入群 3.00 名 (SD±0.81)、対照群 1.67 名 (SD±0.50) で、両群間に有意な差がみられていた。これらの結果を表 2 に示す。

2) また介入前の対象者の BPRS は平均 24.82 (SD±5.31)、介入群 48.43 (SD±19.61)、対照群 56.80 (SD±8.52) で、GAF は、介入前の平均が 36.29 (SD±9.73)、介入群 36.57 (SD±10.44)、対照群 36.10 (SD±9.77) で両群間に有意な差はみられなかった。また LSP については、対象者の平均は 117.82 (SD±12.66)、介入群 116.00 (SD±11.37)、対照群 119.10 (SD±13.93) だった。また介入前の満足度の平均は 22.25 (SD±1.22)、介入群 22.80 (SD±1.79)、対照群 21.86 (SD±0.83) だった。

介入群についての変化を比較すると、BPRS については、介入前、1 ヶ月後、3 ヶ月後、6 ヶ月後、12 ヶ月後は、48.43 (SD±19.61)、42.00 (SD±12.70)、43.14 (SD±16.68)、39.86 (SD±9.86)、43.00 (9.01)、GAF については 45.00 (SD±14.14)、48.71 (SD±12.24)、44.29 (SD±8.86)、40.00 (SD±9.49)、LSP については、109.14 (SD±17.88)、113.57 (SD±19.14)、115.71 (SD±11.60)、117.00 (SD±9.74) だった。これらの介入前後の比較を Wilcoxon の符号付き順位検定を行うと介入前の GAF、3 か月後の GAF で有意差がみられていた。また開始前の 1 年間の入院期間と介入後 1 か月後の LSP ( $\gamma = -0.78, P < 0.05$ )、介入前の BPRS と 1 か月後の BPRS ( $\gamma = 0.91, P < 0.05$ )、3 か月後の BPRS ( $\gamma = 0.93, P < 0.01$ )、3 か月後の GAF ( $\gamma = -0.81, P < 0.01$ ) で有意な中等度以上の相関がみられていた。開始前の入院期間が長いと日常生活機能がおち、また介入前の病状と 1 か月後、3 か月後の病状との間に強い関連がみられ、薬物量に変化しないのに、病状の変化がみられており、介入の評価の一部と考えられた。さらに介入前の LSP と 3 か月後の LSP ( $\gamma = 0.82, P < 0.05$ )、12 か月後の LSP ( $\gamma = 0.90, P < 0.05$ ) で有意な強度の相関がみられ、日常生活機能は介入によって 1 年間変化し続けることが明らかとなった。これらの結果を表 3, 4 に示す。また介入前の入院期間は 1 年間で平均 12 か月だったが、介入 1 年間の平均再入院期間は 3.3 か月と減少していた。また ACT への満足度は介入前が 22、介入後が 24 と若

干満足度はあがっていた。

- 3) ACT 実施における介入としては<退院前の準備><退院後 1 か月><退院後 2 か月以上>にわけることができた。これらの結果を表 5 に示す。

<退院前の準備>としては、「退院後の生活の場での訓練」「食事・危機時の対処技法の確認と支援」「外部との情報交換への配慮」「チーム間での細やかな情報共有と地域での居場所の確保」「患者の健康的な側面への支援」「患者の自己決定と不安への支援」「生活に必要な制度の活用の準備」「家族の予期不安や負担感の軽減」が抽出され、また退院後 1 か月においては、「訪問看護以外のアクトチームによる訪問と生活状況の把握」「服薬確認と受診状況の早期の把握」「電話による精神状態と生活状況の把握」「地域生活へなじむことへの支援」「チーム間での頻繁な情報交換と入退院の判断」「患者の意思決定への支援」に分類できた。さらに退院 2 か月後以降は、「訪問看護やほかの職種の判断にゆだねる」「訪問看護と電話を中心とした患者の精神状態ならびに生活状況の把握」に分類できた。またどの時期も一貫して、「チーム間の情報の共有と統合」がマネージャーによって実施されていた。

<退院前の準備>の中の「退院後の生活の場での訓練」には、さらに「電車や銀行を利用して生活できるよう練習する」「必要なものをかう場所、時間が確認できる」に分類できた。また「食事・危機時の対処技法の確認と支援」では、「食事の購入の場の確認」「状態悪化時や孤独感が強い場合の対処方法の確認」に分類できた。ある患者は、一人暮らしをしたいものの寂しさもつゆり、退院後はタクシーを使って病院にくることが続いていたが、時間とお金がなくなることをきっかけとして次第に電話だけですむようになってきた。「外部との情報交換への配慮」は、「携帯電話の使い方を知る」「病院以外の資源の活用の仕方を一緒に検討する」にわけられた。さらに、「チーム間での細やかな情報共有と地域での居場所の確保」においては、「他職種との 1 週間に 1 回の定期的な情報交換」「患者の様々な場面における健康的な側面の把握」に分類できた。医療チームはチーム間での定期的な情報交換をもとに、それぞれの職種をこえ、患者のセルフケア能力、病的側面を把握し、治療目標の共有、各職種の役割分担を再確認していた。また「患者の健康的な側面への支援」は「患者が安心して生活できる場や空間、人との関係の把握」「本人のニーズをさがす」に分類できた。長期入院や病状が不安定な患者には病状ばかりに目がむきがちであるが、地域生活を支援する際には患者自身がどうしたいのか、を確認する必要性がでてくるが、その際、自分の方からニーズが認識できにくい、ことが対象者の特徴としてみられていた。対象者自身不安やさびしさに目がむきがちとなるため、支援者は対象者の不安やさびしさを理解しようとしながらも、日々をすごせていることへのフィードバック、不安や寂しさの共有を行いながらも患者自身が自分がやれている実態に目を向けることへの支援を行っていた。さらに「患者の自己決定と不安への支援」は「一人暮らしや地域での生活に影響されておこる両価的な気持ちにつきあう」「患者自身のやりたいことを一緒に探しながら決めてやれたことへのフィードバックを行う」に分類できた。ある患者は自宅へ帰りたいが、一人暮らしへの不安も強くそのことで、病状が不安定になる、ということを経験

り返しており、患者自身がゆれながらも自宅で生活してみたいと思う気持ちや決定を支援することの重要性が抽出された。さらに「生活に必要な制度や資源の活用の準備」では、'生活保護の申請や障害年金など生活資金の確保'、'金銭管理や出納を一緒に考える'、'保健師や民生委員、地域の包括支援センタースタッフをまきこむ'に分類でき、地域で生活をしやすくするための人的資源の確保を入院中から行うことの重要性が語られていた。また「家族の予期不安や負担感の軽減」では、'定期的に家族と会い、患者が退院してくることへの家族の不安を軽減する'、'家族だけで患者を支えることではないことを具体的な方法を検討しながら話しあう'にわけることができた。ある家族は患者が退院してくることを楽しみに待ちながらも、母（自分）が殴られることへの嫌悪感を抱いていた。しかし医療者との、定期的な面接を行う中で、患者の状態悪化時に医療者の支援をかりることができること、家族自身も患者の状態悪化時には逃げていいことなどを伝えることで家族の不安は減少していった。

また、退院後1か月までにおいては、「訪問看護以外のアクトチームによる訪問と生活状況の把握」「服薬確認と受診状況の早期の把握」「電話による精神状態と生活状況の把握」「地域生活に馴染むことへの支援」「チーム間での頻繁な情報交換と入退院の判断」「患者の意思決定への支援」に分類できた。

「訪問看護以外のアクトチームによる訪問と生活状況の把握」においては、'訪問看護以外にアクトチームが訪問し、病状を含めた生活状況の実態の把握'、'入退院の判断'にわけられ、「服薬確認と受診状況の早期の把握」は'病状と内服・ストレスとの関連を検討し、必要な場合には患者とストレスへの対処を検討する'、'受診がおこなわれている場合には受診状況を把握し、病院につれてくる'に分類できた。さらに「電話による精神状態と生活状況の把握」は、'病状の把握のみではなく孤独感や不安感の軽減をはかる'、'病院外での生活への移行を助ける'に分類できた。さらに「地域生活に馴染むことへの支援」では、'患者の目が自分の生活場所へいくよう一緒にその地域で動いてみる'、'地域の中での人とのつながりを探す'に分類できた。これまで病院に長期に生活していた患者にとって、病院外での生活は不安感を増強させ、そのため病院へもどりたいと病院への依存が強くなるが、新しい場へなじむため、医療者が患者自身とその地域で一緒に歩いたり動いたりすることで患者自身が新しい世界への第一歩を踏み入れることを助けることにつながっていた。しかし家族とのつながりがない場合、患者が地域の中での人とのつながりを見つけることは困難で、保健師や民生委員を窓口として地域への定着を促進せざるをえない状況であった。また「チーム間での頻繁な情報交換と入退院の判断」では、'患者自身の病状悪化の兆候を知る'、'患者自身の地域での生活の仕方や傾向などを把握する'、'家族との相互作用や家族の患者自身への支援の実態を把握する'に分類できた。患者自身は病状がありながらも、これまでの生活の仕方やこだわりがある。そのため、その傾向を理解しながら自宅での生活が送れるよう生活時間帯や活動のペースを工夫したり、気分転換を工夫することが必要であった。また家族が実際には患者自身へどのように支援できるのかを把握しながら、家族の患者自身への接近方法や接触の方法、家族自身のペースの保ち方を検討することが必要となっ

ていた。家族は患者自身が病気なので患者のことを受け止めようと努力するため、患者自身の生活につきあひすぎて、負担感が増えていた。従って、家族自身の生活のペースと患者自身の生活のペースのおりあひを一緒にさがすことも重要になっていった。このおりあひがつき、家族が医療者にそれでいいんだと承認を得ることで家族自身も罪悪感にかられることなく、患者自身の生活を認めたり、つきあひすぎずに生活できる、ことにつながっていた。

「患者の意思決定への支援」においては、「ニーズを探す」「患者自身が納得のいく生活を送る」ことに分類できた。長期入院もしくは入退院が繰り返されると患者自身のソーシャルネットワークが小さくなり、また生活の仕方も限られてくるため、患者自身の自己決定の範囲も狭まってくる。従って患者自身が自分のニーズを把握することさえ、困難になってくるため、患者自身の生活の幅を広げたり豊かにしながら、自分のやりたいことを小さいことから開始できるよう支援していくことが重要であった。またケア・マネジメントにおけるニーズは日常生活上のことから就労までとその幅が広いが、病院での生活が長いと支援者も患者自身も病状に目がむきがちとなり、就労までを視野にいた地域生活への支援が困難になっていた。

さらに退院2か月後以降は、「訪問看護やほかの職種の判断に様々なことをゆだねる」「訪問看護ステーションによる訪問看護を中心とした支援の展開と電話を中心とした患者の精神状態ならびに生活状況の把握」に分類できた。退院2ヶ月がたち、患者が安定しはじめるとマネージャーは、マネージャーが行っていた情報の統合、判断を他の職種へゆだねる動きがでていた。また、どの時期にも一貫して、「チーム間の情報の共有と統合」が実施されていた。

「訪問看護やほかの職種の判断に様々なことをゆだねながら、チームの成長や患者自身の社会化を促進する」は「緊急時の対応の決定」「患者自身の日常生活の拡がりを促進する」に分類できた。退院2ヶ月をすぎると患者自身の地域での生活がすこしずつ安定してくるが、ケア・マネージャーは、この安定とともに、患者自身の生活の拡がりを意識しながら、患者自身がためしてみたいと思うことが実際にできるよう他の職種へ判断をゆだねながら、患者の社会生活の拡がりや社会化を促進していた。また「訪問看護ステーションによる訪問看護を中心とした支援の展開と電話を中心とした患者の精神状態ならびに生活状況の把握」は「訪問看護ステーションへの訪問の委譲」「電話による患者自身の精神状態や生活の拡がりのフォローアップと必要時の支援」に分類できた。退院後の生活が安定するにつれ、ケア・マネージャーは様々なチームの判断に判断をゆだねながら、患者自身の生活の拡がりを促進できるようモニタリングを主に行っていた。

#### 4. 考察および本研究の限界

これらの結果から、ACT実施をすることで、再入院は軽減でき、患者の満足度も若干高まるが、病状や社会的機能、日常生活機能の有意な改善はみられず、継続した支援が必要であることが明らかになった。また再入院は、医療者の意思によって調整することが可能であることも示唆された。また海外においてアクトのプロトコールは存在

するが、実際の支援内容は特に診療報酬などの設定がなされていない日本においては、対象者の特徴、支援内容もチームによって異なる。今回、重症な精神障害者の地域生活支援を促進するため、アクトチームを精神病院内で結成して支援を試みたが、支援者は患者自身の病状や入退院に目がむきがちであり、重症でなかなか病院からぬけだせない患者自身の退院や地域での生活を促進することには成功したが、ケア・マネジメントの重要な課題である患者自身のニーズの把握と自己実現という視点からの支援が困難であるという実態も明らかとなった。

しかし支援時期のどの段階においても、チーム間の情報共有と交換を通して、病状のみではなく、患者自身の健康的な側面やセルフケア能力、強さなど多角的な側面から患者を支援できることは明確となった。今後、この医療チームが病状の悪化や入退院のみではなく、一人の人間としての患者自身のニーズや自己実現への支援をどのように実施することができるのかが、重要な課題となり、システムづくりと同様にスタッフ訓練、治療チームのパターンリズムからの脱却が重要であることが再確認された。

すなわち、病状中心の生活、病状を中心とした見立てと介入計画、入退院の判断といった医療モデルから、生活支援モデル、すなわち、患者自身の強さを査定し、支援するあるいは患者自身の幅広いニーズに即して自己実現を支援するといったストレングス・モデルや自己実現モデルへの移行をどのようにはかることができるのかが、診療報酬の裏付けもない日本において重要な課題であると考えられた。

今回長い期間をかけてのアクトの実施であったが、対照群・介入群とも作為的抽出であり、また対象者数も少ないため、この結果の一般化には問題がある。またデータ収集ならびに研究実施者が同じであるため、研究の内的妥当性に影響を与えていることも事実である。今後、研究の内的・外的妥当性の検討、マッチングなどを用いた研究デザインの検討、無作為抽出による介入群の成果の判定、チームの支援内容の一貫性の確保が必要となるだろう。さらに、支援システムおよびチームについては、病院を中心としたアクトから地域住民やボランティア、地域の人的資源を包括したアクトチームへの移行が必要となってくるだろう。

## 引用文献

- 1) Preston,NJ:Predicting Community Survival in early Psychosis and Schizophrenia Populations after receiving Intensive Case Management, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,34:p122-128,2000
- 2) Drake,R.E.:Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients with Dual Disorders, Schizophrenia Bulletin,24:589-608,2003
- 3) 大島巖編著：ACT ケアマネジメント，ホームヘルプサービス，精神障害者地域生活支援の新デザイン，精神看護出版，98-99，2003
- 4) 志井田孝，秋坂真史ほか：トロント市マウントサイナイ病院 ACT チームの在宅医療，病院・地域精神医学，47(2)，124-130，2004
- 5) 宇佐美しおりほか：長期入院予備群の精神障害者へのインテンシブ・ケアマネジメントモデルの開発に関する予備的調査，第2号，65-72，2006
- 6) 前掲論文4)

#### 参考文献

- 1) 宇佐美しおり他：精神障害者へのアウトリーチの可能性，精神医療，43,P30-38,2006
- 2) 園環樹，大島巖，伊藤順一郎：精神障害をもつ人たちの家族から見た包括型地域生活支援プログラム（ACT）の必要性とその意識の構造，日社精医誌，16;29-37、2007
- 3) Bond,R.G.,Salyers,P.M.:Prediction of Outcome from the Dartmouth assertive Community Treatment Fidelity Scale,9(12),937-942,CNS Spectrums,2004.

表1 予備的研究によるアクト・プロトコール

## 1. 退院前準備

- 1) アクト参加への患者ニーズと同意の確認を行う。
- 2) アクト・ケア・マネージャーは大学院修士課程をでていることが必要であるが、CNS（精神看護専門看護師）は非常勤のため総看護師長、回復期病棟看護師長（CNSは非常勤のため）がケース・マネージャーをおこなう。一人のスタッフが10名までを受け持つ。
- 3) アクト・カンファレンスを1週間に1回行う。
- 4) サーバーを用いて頻回な情報交換を行う。
- 5) アクト・カンファレンスでは目標の確認と役割の分担を行う。
- 6) 患者とともに目標を確認する。
- 7) 患者とともに、実際何度も地域へいき、食事、日中の活動、買い物の場所、銀行、などを確認し手続きの方法をスタッフとともに訓練する。
- 8) 患者とともに、危機時、不安時、状態悪化時の対応方法について話しあい練習を行う。
- 9) 退院前に保健師、民生委員、家族、アクト・チームとともに、カンファレンスを行い、患者の退院に関する不安を軽減する。
- 10) 家族の不安、患者状態悪化時の家族の対処の方法、患者とのすごし方について家族と話しあう。
- 11) 金銭管理、制度、住居に関する事前の準備をスタッフとともに行う。
- 12) 1週間に7割以上、地域にいられるよう患者とともに生活の仕方に関する計画をねる。

## 2. 退院後

- 1) 1週間に1回、患者をいれてアクト会議を行い、目標、自宅での生活状況を確認する。
- 2) アクト・カンファレンスを1週間に1回行う。
- 3) 1週間に最低1回以上の訪問看護、アクト訪問を行う。訪問の日には各回であける。
- 4) 情報はケース・マネージャーに集め、状態悪化時の訪問、受診しない場合の対応、受診する者の割り振り、危機介入の判断をケース・マネージャーが行う。
- 5) また電話を日々いれ、患者の生活状況と精神状態の把握を行う。
- 6) 家族と電話連絡をし、家族への精神的支援を行い負担感を減らす。

表 2 対象者の特徴

	全体 M(SD) N=20	介入群 M(SD) N=10	対照群 M(SD) N=11	U(P) *P<0.01
年齢	42.45(12.09)	39.56(10.37)	44.81(13.34)	NS
初発年齢	21.80(6.49)	21.56(5.00)	22.00(7.75)	NS
開始前入院期間	9.60(2.44)	9.78(2.17)	9.46(2.74)	NS
仕事の月数	4.70(13.46)	8.44(19.72)	1.63(3.17)	NS
CP 換算	994.93(566.29)	1537.33(846.04)	832.21(375.54)	NS
発症期間年	19.42(11.26)	17.67(10.87)	21.00(11.94)	NS
ソーシャルネットワーク	2.25(0.93)	3.00(0.81)	1.67(0.50)	6.00*
介入前 BPRS	24.82(5.31)	48.43(19.61)	56.80(8.52)	NS
介入前 GAF	36.29(9.73)	36.57(10.44)	36.10(9.77)	NS
介入前 LSP	117.82(12.66)	116.00(11.37)	119.10(13.93)	NS
介入前満足度	22.25(1.22)	22.80(1.79)	21.86(0.38)	NS
1 ヶ月後 BPRS	42.00(12.70)	42.00(12.70)	—	—
1 ヶ月後 GAF	45.00(14.14)	45.00(14.14)	—	—
1 ヶ月後 LSP	109.14(17.88)	109.14(17.88)	—	—
1 ヶ月後満足度	22.00(1.41)	22.00(1.41)	—	—
3 ヶ月後 BPRS	43.14(16.68)	43.14(16.68)	—	—
3 ヶ月後 GAF	48.71(12.24)	48.71(12.24)	—	—
3 ヶ月後 LSP	113.57(19.14)	113.57(19.14)	—	—
3 ヶ月後満足度	22.80(1.79)	22.80(1.78)	—	—
6 ヶ月後 BPRS	39.86(9.86)	39.86(9.86)	—	—
6 ヶ月後 GAF	44.29(8.86)	44.29(8.86)	—	—
6 ヶ月後 LSP	115.71(11.60)	115.71(11.60)	—	—
6 ヶ月後満足度	22.00(1.27)	22.00(1.27)	—	—
12 ヶ月後 BPRS	43.00(9.01)	43.00(9.01)	—	—
12 ヶ月後 GAF	40.00(9.49)	40.00(9.49)	—	—
12 ヶ月後 LSP	117.00(9.74)	117.00(9.74)	—	—
12 ヶ月後満足度	22.67(1.03)	22.67(1.03)	—	—
再入院の期間 (1 年以内)	7.65(4.45)	3.33(2.45)	12.00	—

表3 介入前後のBPRS,GAF,LSPのピアソン相関係数

	1 か月 後 の BPRS	GAF	LSP	CSQ	3 か月 後 の BPRS	GAF	LSP	CSQ
年齢	0.12	-0.50	0.55	-0.75	0.03	-0.17	0.39	-0.52
初発年齢	0.48	-0.23	0.14	-0.72	0.66	-0.32	0.17	-0.29
開始前1年の 入院期間	0.29	-0.28	0.78*	-0.83	0.23	-0.00	0.67	-0.79
仕事の月数	0.20	0.41	0.12	0.12	0.24	0.31	0.27	-0.07
C P 換算	-1.00**	1.00**	-1.00**		-1.00**	1.00**	-1.00**	
発症期間年	-0.10	-0.44	0.53	-0.56	-0.30	-0.04	0.31	-0.60
介入前 BPRS	0.91**	-0.67	-0.38	-0.78	0.93**	-0.81*	-0.40	-0.36
GAF	-0.82*	0.60	0.23	0.53	-0.70	0.53	0.13	0.12
LSP	-0.59	0.27	0.73	0.37	-0.66	0.67	0.82*	0.40
CSQ	-0.61	0.59	-0.70	0.79	-0.64	0.64	0.37	1.00**

\*P<0.05, \*\*P<0.01

	6 か月 後 の BPRS	GAF	LSP	CSQ	12 か 月後の BPRS	GAF	LSP	CSQ
年齢	0.02	-0.16	0.31	-0.13	-0.28	-0.02	0.76	0.06
初発年齢	0.70	-0.46	0.21	0.18	0.59	-0.59	-0.03	-0.59
開始前1年の 入院期間	0.20	0.22	0.61	0.13	0.39	-0.40	0.69	-0.38
仕事の月数	0.19	0.51	0.35		0.62	-0.55	-0.06	-0.33
C P 換算	-1.00* *	1.00**	-1.00* *	-1.00* *	-1.00* *	1.00**	-1.00* *	1.00**
.発症期間年	-0.33	0.10	0.21	-0.39	-0.68	0.35	0.84*	0.43
介入前 BPRS	0.63	-0.54	0.11	-0.34	0.71	-0.79	-0.32	-0.18
GAF	-0.24	0.12	-0.56	0.14	-0.76	0.96**	-0.05	-0.07
LSP	-0.51	0.39	0.53	0.68	-0.38	0.17	0.90*	0.10
CSQ	-0.86	0.12	0.25	1.00	-0.85	0.22	0.35	1.00

表4 介入前後における Wilcoxon の符号付き順位検定

	介入前 BPRS	介入前 GAF	介入前 LSP	介入前 CSQ
1 か月後 BPRS	-1.78			
1 か月後 GAF		-1.84		
1 か月後 LSP			-1.36	
1 か月後 CSQ				-1.41
3 か月後 BPRS	-1.76			
3 か月後 GAF		-2.03*		
3 か月後 LSP			-0.11	
3 か月後 CSQ				0.00
6 か月後 BPRS	-1.52			
6 か月後 GAF		-1.53		
6 か月後 LSP			-0.68	
6 か月後 CSQ				-1.00
12 か月後 BPRS	-0.73			
12 か月後 GAF		-1.89		
12 か月後 LSP			-0.67	
12 か月後 CSQ				0.00

すべて NS

表5 ACT 介入内容

<退院前の準備>

退院後の生活の場での訓練	電車や銀行を利用して生活できるように練習する 必要なものを買う場所、時間が確認できる
食事・危機時の対処技法の確認と支援	食事の購入の場の確認 状態悪化時や孤独感が強い場合の対処方法の確認
外部との情報交換への配慮	携帯電話の使い方を知る 病院以外の資源の活用の仕方を一緒に検討する
チーム間での細やかな情報共有と地位差での居場所の確保	他職種との1週間に1回の定期的な情報交換 患者の様々な場面における健康的な側面の把握
患者の健康的な側面の支援	患者が安心して生活できる場や空間、人との関係の把握 本人のニーズを探す
患者の自己決定と不安への支援	独り暮らしや地域での生活に影響されて起こる両価的な気持ちに付き合う 患者自身のやりたいことを一緒に探しながら決めてやれたことへのフィードバックを行う
生活に必要な制度や資源の活用の準備	生活保護の申請や障害年金など生活資金の確保 金銭管理や出納を一緒に考える 保健師や民生委員、地域の包括支援センタースタッフを巻き込む
家族の予期不安や負担感の軽減	定期的に家族を支えることではないことを具体的な方法を検討しながら話し合う

<退院後 1 カ月>

訪問看護以外のアクトチームによる訪問と生活状況の把握	訪問看護以外にアクトチームが訪問し、病状を含めた生活状況の実態の把握 ----- 入退院の判断
服薬確認と受診状況の早期把握	病状と内服・ストレスとの関連を検討し、必要な場合には患者とストレスへの対処を検討する ----- 受診が遅れている場合には、受診状況を把握し、病院に連れてくる。
電話による精神状態と生活状況の把握	病状の把握のみではなく孤独感や不安感の軽減を図る ----- 病院外の生活への移行を助ける
地域生活へ馴染むことへの支援	患者の目が自分の生活場所へ行くよう一緒にその地域で動いてみる。 ----- 地域の中での人とのつながりを探す
チーム間での頻繁な情報交換と入退院の判断	患者自身の病状悪化の兆候を知る 患者自身の地域での生活の仕方や傾向などを把握する ----- 家族との相互作用や家族の患者自身への支援の実態を把握する
患者の意思決定への支援	ニーズを探す ----- 患者自身が納得のいく生活を送る

<退院 2 ヶ月後以降>

訪問看護やほかの職種の判断に様々なことをゆだねながらチームの成長や患者自身の社会化を促進する	緊急時の対応の決定 ----- 患者自身の日常生活の拡がりを促進する
訪問看護ステーションによる訪問看護を中心とした支援の展開と電話を中心とした患者の精神状態ならびに生活状況の把握	訪問看護ステーションへの訪問の委譲 ----- 電話による患者自身の精神状態や生活の拡がりのフォローアップと必要時の支援

付録1 ACT Fidelity Scale

人的資源：構造と構成 (得点)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
H1 少ない取扱い/件数：利用者と供給者の割合が10:1	50人以上に対してスタッフ一人	35~49人に対してスタッフ一人	21~34人に対してスタッフ一人	11人~20人に対してスタッフ一人	10人以下に対してスタッフ一人
H2 チームアプローチ：供給者のグループは、チームとしての機能というよりもむしろすべての利用者に個別の実践者や臨床家として知識を提供したり働きかけたりする。	2週間の報告における多数のスタッフと直接会った利用者が10%未満	10~36%	37~63%	64~89%	90%以上の利用者が2週間の間に一人のスタッフと直接会っている。
H3 プログラムミーティング：プログラムはしばしばそれぞれの利用者のサービスを計画したり、振り返ったりするために話し合われる。	それぞれの利用者のプログラムサービスの計画は、月に1回かそれ以下の割合で更新される。	少なくとも月に2回、週に1回よりも少ない。	少なくとも週に1回、週に2回よりも少ない。	少なくとも週に2回、週に4回より少ない	プログラムは少なくとも週に4日話し合われ、その時々で簡潔に振り返っている。
H4 チームリーダーの実践：最前線の臨床家が直接サービスを提供する。	スーパーバイザーがい	スーパーバイザーは、バックアップとしてまれにサービスを提供する。	スーパーバイザーは、勤務時間の25%以下か、バックアップとして日常的にサービスを提供する。	スーパーバイザーは、勤務時間の通常25~50%のサービスを提供する。	スーパーバイザーは少なくとも勤務時間の50%をサービスを提供する。
H5 スタッフの継続性：プログラムは長時間同じスタッフによって継続される。	2年間の退職率が80%以上	2年間の退職率が60~80%	2年間の退職率が40~59%	2年間の退職率が20~39%	2年間の退職率が20%以下
H6 スタッフの充足率：プログラムをスタッフを十分配置している。	プログラムは過去12ヶ月で50%より少ないスタッフの配置だった。	50~64%	65~79%	80~94%	プログラムは過去12ヶ月で95%以上のスタッフを配置した。

H7 スタッフの精神科医：プログラムが働くためには少なくとも10人の利用者に対し、1人の常勤の精神科医が割り振られている。	100人の利用者のプログラムに対し正職員の精神科医が0.1より少ない	100人あたり0.1～0.39人	100人あたり0.4～0.69人	100人あたり0.7～0.99人	少なくとも1人の常勤の精神科医が100人の利用者のプログラムに対して直接的に配属されている
H8 スタッフの看護師：プログラムでは少なくとも100人の利用者に対して2人の常勤の看護師が割り振られている。	100人の利用者のプログラムは正職員の看護師の0.2より少ない	100人あたり0.2～0.79人	100人あたり0.8～0.139人	100人あたり1.40～1.99人	2人の常勤の看護師かもしくはそれぞれ以上が100人の利用者に対して割り振られている。
H9 スタッフの薬物・アルコール依存専門家：100人の利用者に対して薬物・アルコール依存のトレニンがあるいは臨床を最低1年行った常勤の専門家が2人含まれている。	プログラムは100人の利用者に対して薬物・アルコール依存の専門家正職員の0.2より少ない	100人あたり0.2～0.79人	100人あたり0.8～1.39人	100人あたり1.40～1.99人	2人の正職員か1年以上薬物アルコール依存に対してのトレニンを受けたか、スーパーバイズを受けた経験がある。
H10 スタッフの職業専門家：プログラムには職業リハビリテーションと支援について1年以上のトレーニングあるいは臨床経験のある常勤スタッフが少なくとも2人含まれている。	プログラムは100人の利用者に対して職業専門家職員が0.2より少ない	100人あたり0.2～0.79人	100人あたり0.8～1.39人	100人あたり1.40～1.99人	2人の正職員か1年以上職業専門家としてのトレーニングを受けたか、スーパーバイズを受けた経験がある。
H11 プログラムのサイズ：プログラムはサイズが十分大きくて、多様で包括的なスタッフを配置し継続して供給する必要がある。	プログラムは2.5人の正職員より少ない	2.5～4.9人の正職員	5.0～7.4人の正職員	7.5～9.9人の正職員	プログラムは少なくとも10人の正職員により行われている。

構成の限度（組織の枠組み）（得点）	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>○1 明確な加入基準：プログラムはある特定の地域の人々に役立つためにあり、それは測定可能で操作し定義された基準を使用し、基準外の人を除外する。</p>	<p>プログラムに対する基準を持っておらず、プログラムの基準外のタイプもすべて受け入れる。</p>	<p>プログラムは一般に任務を定義されているが、承認プロセスは組織的な便宜によって決定される</p>	<p>プログラム一連の定義された利用者を選り抜くために努力するが、ほとんどの紹介された人を受理している</p>	<p>プログラムは概して積極的に注意深く紹介された人を求めたりするが、組織的な圧力には時々屈服する。</p>	<p>プログラム活動は定義された人々を補充します。また、すべてのケースは明示的な許可基準に応じます。</p>
<p>○2 新規加入率：プログラムはサービス環境を維持するために加入率を低くすること</p>	<p>過去半年間で最も多いひと月の加入者が15人より多い</p>	<p>13～15</p>	<p>10～12</p>	<p>7～9</p>	<p>過去半年間で最も多いひと月の加入者が6人未満</p>
<p>○3 治療サービスに関する十分な責任：ケースマネージメントと直接的な精神的なサービスの供給に加えて、1) カウンセリング/心理療法、2) 住居支援、3) 薬物依存の治療、4) 就労、5) リハビリテーションサービスなど</p>	<p>プログラムは形ばかりのケースマネージメントを提供している</p>	<p>プログラムは、5つの追加サービスのうちの1つを提供し、他のものために外部的に参照します</p>	<p>プログラムは、5つの追加サービスのうちの2つを提供し、他のものために外部的に参照します。</p>	<p>プログラムは、5つの追加サービスのうちの3つあるいは4つを提供し、他のものために外部的に参照します</p>	<p>プログラムは利用者に対する5つの領域すべてのサービスを提供する。</p>
<p>○4 救急サービスに対する責任：プログラムは精神的な危機に対して24時間責任をもつ</p>	<p>プログラム時間は救急サービスに対する責任を負わない</p>	<p>緊急救援活動は、プログラム・クライアント用プログラムに生成されたプロトコルを持っています。</p>	<p>プログラムは、役割を調べる際に電話で上にも利用可能です。</p>	<p>プログラムは緊急業務バックアップを提供します。たとえば、直接のプログラム関係の必要についての決定など</p>	<p>24時間責任を負いません</p>
<p>○5 入院に対する責任：プログラムは入院にまで関わっている</p>	<p>プログラムは入院の決定に5%未満関わっています</p>	<p>5～34%関わっています</p>	<p>35～64%関わっています</p>	<p>65～94%関わっています</p>	<p>ACTチームは入院の95%以上関わっています</p>

○6 退院計画に関する計画：プログラムは退院の計画に関わっている	プログラムは退院の決定に5%未満関わっています	プログラムは退院の決定に35～64%未満関わっています	プログラムは退院の決定に65～94%未満関わっています	プログラムは退院の決定に95%以上関わっています
○7 無期限のサービス提協（終了時）：ほとんどすべての、必要としている患者とコンタクトをとる	利用者の90%以上は1年以内にサービスの終了がされる	利用者の38～90%が1年以内にサービスが終了される	利用者の5～17%が1年以内にサービスが終了される	すべての利用者は基本的に無期限でサービスを受け、5%未満の人が毎年次の段階にレベルアップする。

サービスの性質（得点）	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
S1 地域に根ざしたサービス：プログラムは施設の中というよりむしろ地域の中での生活技術を高め、見守っていき働きをする	地域における直接の接触は20%未満	20～39%	40～59%	60～79%	80%以上
S2 ドロップアウトを出さないポリシー：利用者の継続率を高い割合で維持する	利用者の50%以下が1年以上利用し続けている	利用者の50～64%	利用者の65～79%	利用者の80～94%	利用者の95%以上が1年以上利用し続ける。
S3 積極的な関わりと仕組み：積極的なかわりとして、プログラムは街での支援なども行ったり、法的な仕組み（仮釈放の手続きやOPPとのコミットメント）と同様に利用可能で必要な指示として、支援を行う。	プログラムは募集や再雇用に受動的で、法的な仕組みや路上での支援は決して行わない	プログラムは最初にやるべきことを試みるが、ほとんどど動機づけられた利用者の努力が中心となっている	プログラムは支援を試みて、便利なものとして法的な仕組みを使う	プログラムは、通常約束の計画があり、利用可能なほとんどの仕組みを使用します。	プログラムは、決して、よく考え抜かれた戦略を実証し、適切な場合は常に、路上での支援や法的なメカニズムを使用します。
S4 サービスの量 必要性のあるサービスの時間が長い	一人あたりの利用者との直接会う平均が1週間で15分以下である	1週間で15～49分である	1週間で50～84分である	1週間で85～119分である	一人当たりの利用者との直接会う平均が1週間で2時間かそれ以上である。

S5 接触の頻度 必要のあるサービスの回数が多い	一人あたりの利用者と直接会う機会が平均1週間に1回以下である	1週間に1~2回である	1週間で2~3回である	1週間で3~4回である	一人当たりの利用者と直接会う機会が平均1週間に4回かそれ以上である
S6 インフォーマルな支援システムの働き 現在あるなしに関わらず、プログラムは利用者のサポートネットワークに技術や支援を提供します：家族、主人、雇用者などに	サポートシステムで一人の利用者が1月の接触が0.5回以下である	地域の中のサポートシステムで一人の利用者が1~2回の接触がある	地域の中のサポートシステムで一人の利用者が1~2回の接触がある	地域の中のサポートシステムで一人の利用者が1~2回の接触がある	地域の中のサポートシステムで一人の利用者が1~2回の接触がある
S7 個別の薬物・アルコール依存の治療 プログラムの一人以上のメンバーが薬物依存がある利用者に対して利用者のための直接の治療を提供する	直接的で個別の支援もなく、チームによって薬物依存の治療が行われていない	チームは、不定期に利用者に対する薬物治療に取り組み、形式的にSA治療は提供されない	チームは常に利用者にとり物質濫用治療に取り組むが、彼らは形式的で個別のSA治療を提供しない	形式的で個別のSA治療が行われているが、薬物依存のある利用者はその治療に週24分以下費やされている	薬物依存のある利用者には平均週24分以上の形式的で個別の治療が行われる
S8 2重診断に対する治療グループ プログラムは薬物依存症を持った人々のための治療戦略として、専門的な治療グループを使っている	薬物依存の利用者の5%以下が少なくとも月に1回は薬物依存の治療ミーティングに参加している	5-19%	20-34%	35-49%	薬物依存のある利用者の50%以上が少なくとも月に1回は薬物依存の治療ミーティングに参加している
S9 2重診断の治療モデルの適応 プログラムは、直感せずに、段階的に行動の法則に従い、精神病と物質濫用の相互作用を考慮し、節制の期待を徐々にもつような治療モデルを使用します	従来のモデルに完全に基づいたプログラムである；決断強制された節制、ハイヤーパワーなど	プログラムは主として従来のモデルを使用する；例えば、AA問い合わせをしたり；入院患者の解毒&ヤリハビリテーションしたり、AAに適合せず、否認している利用者の説得の必要を認識したりしている。	プログラムは混合モデルを使用する。；例えば治療計画の重複併用治療モデルの法則；利用者の説得をグループにまかせ。；リハビリのために入院をする；AA、NAをいといあわせる、など。	プログラムは主として重複診断治療モデルを使用します；例えば、治療計画の重複併用治療モデルの法則；説得と積極的治療のグループ；めったに更正のために入院することはなく、医学的に必要性が予則される解毒；SA治療以外に言及する	プログラムは、完全にプログラム・スタッフによって提供される、治療と共に重複診断治療モデルの法則に基づいている。
S10 治療チームの中の当事者スタッフの役割 当事者が直接サービスを提供するチームの中に含まれている	当事者は、プログラムに関するサービスの支援への参加がない	当事者がプログラムに関する当事者の特別な役割を満たしている(例えばセルフヘルプ等)	当事者は削減された責任でケースマネージャーの役割をパートナーで行っている	当事者は削減された責任でケースマネージャーの役割を常勤で行っている	当事者は十分なプログラムのスタッフで臨床家として、常勤で雇われている。

## 付録 2. 1.

### 1. ACT を構成するスタッフ

ACT チームは他職種チームではなく、超職種チームに相当する。

#### チームモデルの比較

	他職種チーム	超職種チーム
アセスメント	職種ごとに分割	同席かつ包括的
サービス利用者の参加	個々のスタッフとの面接	積極的に参加するチームメンバーの一人
支援計画の作成	職域ごとに分割	スタッフと利用者による共同計画
支援計画の施行	支援計画中の職域に関連した部分を担当	計画施行とモニタリングにチームとして責任をもつ
コミュニケーションの流れ	非公式	規則的なチームミーティングの中で情報、知識、技術が共有される
根底にある哲学	他職種の重要性を認識している	統合された支援計画を実行するに当たり、あらゆる局面で職域を越えた仕事をする
スタッフの成長	職域ごとに分割の独立性	職域を越えて機能する統合的要素としてのチームの建設

### 2. ACT の対象

- ・統合失調症、気分障害、重篤な精神症状を有している
- ・GAF 35 以下
- ・再入院を繰り返す
- ・二重診断をもつ
- ・長期入院の患者さん
- ・Ⅱ軸の人格障害はいれている時期もあるが、人格障害は近年では除外の傾向

### 3. ACT 加入基準の一例

#### 1) 地域生活に重篤な障害を抱える精神疾患を有する

- －精神医学的障害が長期にわたる統合失調症や双極性障害が優先される
- －主診断が薬物・アルコール依存や知的障害である物は対象としてふさわしくない

#### 2) 以下のうち少なくとも1つ以上の重い機能障害

- －衛生・栄養・事務管理・医療・法律・住宅サービスの利用、自己や財産の安全管理など、地域生活における基本的な日常の生活課題を一貫して遂行できない。
- －家族・友人・親戚から相当な支援がなければ日常の生活課題が一貫して遂行できない
- －自立的な就労や主婦としての役割を遂行することができない
- －一度重なる立ち退き勧告を受けたり、住宅を失うなど安全な住居を維持できない

- 3) 以下のうち少なくとも1つ以上の持続的かつ高いサービスニーズを有する
- 急性期入院（年2回以上）、精神科救急の頻回利用
  - 持続的または頻回の精神病症状、自殺など
  - 6ヶ月以上の薬物・アルコール乱用の合併
  - 犯罪へ高いリスク・過去の犯罪歴
  - 基本的な生活に必要なニーズが満たせない、または標準以下の住居、ホームレス、ホームレスへの切迫したリスクを持つ
  - 病院に入院あるいはケア付き住居にいるが、より強力なサービスの提供によって独立した生活が可能
  - 伝統的な診察室を基盤とするサービスには参加できない

#### 4. ACTの支援内容

- 1) 利用者に対する支援の流れ
- 2) 利用者の加入
- 3) 関係作りと契約
- 4) ケアマネジメント
  - (1) アセスメント
    - 初期アセスメント
    - 包括的アセスメント
  - (2) 支援計画の作成
    - 個別週間計画の作成
    - 日々のチームスケジュールへの反映
  - (3) サービスの実施とモニタリング
  - (4) 支援計画の見直し
    - 支援継続
    - 終了（ステップダウン・プログラム）

#### 5. ACTで提供されるサービスとその具体例

- 1) 薬の処方と提供

ACTの精神科医が主治医であれば、医療機関や利用者宅などで診察を行い、処方し、必要に応じて、チームのスタッフが訪問時に持参することもある。
- 2) 病気と服薬を利用者が自己管理するための支援

心理教育などを通じて、病気・服薬の意義・再発のサインなどについての利用者の理解を深めたり、自己コントロールできるような手伝いを、訪問時またはグループで行う。

### 3) 個別の支持的療法

伝統的な面接室での話し合いに限定されず、電話や自宅、車内やレストランなどさまざまな機会を利用し、話を傾聴する。

### 4) 危機介入

あらかじめ作成したクライシスプランに基づく介入を行う。危機を予測し、重大な事態になる前に介入を行うことを基本とし、必要時は時間外にも訪問を行う。

### 5) 入院期間中の継続支援

入院治療が必要と判断された場合、在宅時の情報を提供したり、退院計画の作成にも主体的に加わり、在宅支援が円滑になることを保証する。

### 6) 住居サービスに関する支援

利用者の意向を尊重して、賃貸物件や保証人を確保するなど不動産会社や大家との交渉をしたり、引っ越しなどに関しても可能な限り援助する

### 7) 日常生活の支援

買い物や料理、身だしなみ、交通機関や公的機関の利用に関する技能が低下したとき、利用者の希望に添いながら、適切なアドバイスや具体的な援助を生活の場で行う。

### 8) 身体的健康に関する支援

身体の病気を予防・早期発見するための援助を行う。

### 9) 経済的サービスに関する支援

年金や生活保護などの利用に関する相談・助言や、手続きの同行、金銭管理についての相談・助言を行う。

### 10) 就労支援

保護的就労より、一般就労の中で効果的な訓練が行えるように、雇用主との連絡。調整・利用者へのジョブコーチなどの支援に力をいれる。

### 11) 家族支援

家族に対する心理教育や相談・助言、疎遠になっている家族との修復の試み、利用者が親として育児を行う時の支援などを行う

### 12) 社会的ネットワークの回復と維持のための支援

社会の中で孤立を防ぎ、利用者を取り巻く、ネットワークの回復と維持を手伝う。スタッフとの対人関係が基盤となってくる

## 6. ACTのプログラムの特徴

1) 伝統的な精神保健・医療・福祉サービスの下では地域生活を続けることが困難であった。重い精神障害を抱えた人を対象としている。

2) 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、精神科医、など、さまざまな職種 of 専門家から構成されるチーム（他職種チーム）によって、サービスが提供される。

- 3) 集中的なサービスが提供できるように、10人程度のスタッフから成るチームの場合、100人程度に利用者数の上限を設定している。
- 4) 担当スタッフがいない時でも質の高いサービスを提供できるように、チームのスタッフ全員で一人の利用者のケアを共有し、支援していく。
- 5) 必要な保健・医療・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する  
ことで、サービスの統合性をはかっている。
- 6) 自宅や職場など、利用者が実際に暮らしている場所でより効果の上がる相談・支援が  
行われるように、積極的に訪問が行われる。
- 7) 原則としてサービスの提供に期限を定めず継続的な関わりをしていく。1日24時間・  
365日体制で、危機介入にも対応する。ACT の特徴を踏まえたサービスを、チーム  
内のスタッフが燃え尽きることなく提供できるよう、明確な基準（フィデラリティス  
ケール）が開発され、重視されている。上記の特徴は、国際的にもコンセンサスが得  
られている。

#### 7. ACT と既存のプログラムとの違い

	訪問看護	ケアマネジメント	ACT
対象者	再発を繰り返したり生活支援のニーズの高い精神障害者	複数のサービスを総合的かつ継続的に利用するニーズのある精神障害者	精神医療の頻回利用、社会適応の妨げとなる行動、生活機能レベルの低下などを有する重症精神障害者
ケースロード	制限なし	制限なし	1:10~12
スタッフの職種	看護師・ワーカー・OT・医師などの医療職	ケースマネージャーを中心に、複数の期間に所属する他職種が関わる	チームに所属する他職種の専門家から構成される
チームアプローチ	サービス事態にチームアプローチの要素は少なく、最終責任は指示箋を出す主治医	他職種チームモデルに似るが関係者が集う機会は限定されており、責任はケースマネージャー個人にある	超職種チームモデルでケアの責任をチームで共有
サービス時間	通常は時間内だが親病院の夜間救急と連携可能	時間内だが関連する地域生活支援センターや主治医のいる病院夜間救急が利用可能	24時間7日対応
サービス提供の場	生活の場だが、提供されるサービスは限定されている	オフィス・生活の場	生活の場中心
接触頻度	主体となる医療機関のポリシーによるが、原則としてそれほど高くはない	低い	高い。利用者の状態に応じて調節可能

<p>直接援助サービスの内容</p>	<p>服薬指導、日常生活の支援などサービスの内容は限定される</p>	<p>関連機関からは多様なサービスが提供されるが、ケースマネージャー自身の提供するサービスは、それらの斡旋と調整が主となる</p>	<p>医学的援助から就労支援まで、多様なサービスがチームにより直接提供される</p>
--------------------	------------------------------------	---	--

引用：西尾雅明：ACT 入門，精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム，金剛出版，2004

付録3 ACTT プログラム照会フォーム (退院日: 年 月 日)

氏名		連絡先	
年齢 住所 家族連絡先		診断名	DSM-IV-TR I軸 II軸 III軸 IV軸                      V軸 GAF
発症年齢		身体疾患 及び治療	
入院期間		薬物依存	
経済状況	生保    障害年金    ほか	服薬の種類 と量	
居住状況	単身 (アパート)    共同住居 ほか	ほか特記事 項	
身体と精神障害			
日常生活活動			
食事	1 (常に監督が必要)	2 (頻繁な注意)	3 (時に注意が必要)    4 (独立)
日中のす ごし方	1 (常に監督が必要)	2 (頻繁な注意)	3 (時に注意が必要)    4 (独立)
睡眠	1 (常に監督が必要)	2 (頻繁な注意)	3 (時に注意が必要)    4 (独立)
一人の時間	1 (常に監督が必要)	2 (頻繁な注意)	3 (時に注意が必要)    4 (独立)
人との時間	1 (常に監督が必要)	2 (頻繁な注意)	3 (時に注意が必要)    4 (独立)
症状の管理	1 (常に監督が必要)	2 (頻繁な注意)	3 (時に注意が必要)    4 (独立)
危険の管理	1 (常に監督が必要)	2 (頻繁な注意)	3 (時に注意が必要)    4 (独立)
火の管理	1 (常に監督が必要)	2 (頻繁な注意)	3 (時に注意が必要)    4 (独立)
薬の管理	1 (常に監督が必要)	2 (頻繁な注意)	3 (時に注意が必要)    4 (独立)
住宅	1 (いつもスタッフが いる必要あり)	2 (持続的に監督 が必要)	3 (スタッフと定期的 な訪問が必要)    4 (独立)
金銭管理	1 (ほとんどできず監 督者が必要)	2 (請求書の管理 など協力が必要)	3 (時に注意が 必要)    4 (独立)
雇用・教育	1 (同行が必要)	2 (情報や激励、 注意が必要)	3 (情報があれば できる)    4 (独立)
薬	1 (毎日薬のチェック が必要)	2 (激励とフォロー 一が必要)	3 (提示、電話等で できる)    4 (独立)

社会支援	1 (定期的に他人との接触を激励することがかなり必要)	2 (いくらかの社会的接触はあるが社会的ネットワークの改善が必要)	3 (社会的ネットワークに不満があり改善していく必要あり)	4 (自分でネットワークに出入りする)												
娯楽	1 (スタッフの同行が必要) 2 (情報、激励、注意が必要) 3 (情報があればできる) 4 (独立)															
交通機関の利用	1 (使えない) 2 (同行が必要) 3 (言葉の方向指示が必要) 4 (独立)															
精神状態の査定																
みかけ	1 (安定、問題なし) 2 (やや問題あり) 3 (支援必要)															
行動	1 (安定、問題なし) 2 (調子の悪い時に声かけ・工夫、できていることの肯定的評価) 3 (支援がかなり必要)															
気分	1 (安定、問題なし) 2 (調子の悪い時に声かけ・工夫、できていることの肯定的評価) 3 (支援がかなり必要)															
思考力	1 (安定、問題なし) 2 (調子の悪い時に声かけ・工夫、できていることの肯定的評価)															
認知力	1 (安定、問題なし) 2 (調子の悪い時に声かけ・工夫、できていることの肯定的評価)															
判断力	1 (安定、問題なし) 2 (調子の悪い時に声かけ・工夫、できていることの肯定的評価)															
自殺傾向	1 (安定、問題なし) 2 (調子の悪い時に声かけ・工夫、できていることの肯定的評価)															
行動化	1 (安定、問題なし) 2 (調子の悪い時に声かけ・工夫、できていることの肯定的評価)															
長期目標																
短期目標																
	退院時	1 M 後	2 M 後	3 M 後	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
BPRS																
GAF																
LASP																
CSQ																

\*Care Hawaii でのアクト用紙を許可を得て翻訳

## ソーシャル・ネットワーク調査票

(Modified NSSQ by Sheetz,1986)

あなたの生活において、重要な人を教えて下さい。あなたにとって重要あるいはサポートをしてくれていると感じる人をすべてあげて下さい（家族・友達・専門家など）。

期間と頻度は、下からあてはまる番号をお選びください。

名前	関係	つきあって いる期間	会う頻度	どういう 援助か	援助の程度	満足度

\* 期間

1. 6ヶ月以下      2. 6-12ヶ月      3. 1-2年      4. 2-5年      5. 5年以上

\* 会う頻度

1. 1年に1回      2. 1年に2-3回      3. 毎月      4. 毎週      5. 毎日

\* 援助の程度

1. ほとんどなし      2. 少し      3. まあまあ      4. かなり

\* 満足度の程度

1. 満足していない      2. 少し      3. まあまあ      4. かなり

\*この中の人であなたにとって、最も重要な人は誰ですか。

経済的に

精神的に

生活上のサポートで

## BPRS

この質問紙は患者さんの症状について問うものです。下記のそれぞれの項目について、該当する程度に○をつけて下さい。

1 = 症状なし 2 = ごく軽度 3 = 軽度 4 = 中程度 5 = やや重度 6 = 重度  
7 = 非常に重度

1	心氣的訴え	身体の健康状態についての執着、 身体疾患への恐怖、心気	1	2	3	4	5	6	7
2	不安	心配、恐怖、現在や未来への過度 の懸念、落ち着きのなさ	1	2	3	4	5	6	7
3	情動的引き こもり	自発的交流の欠如、孤立、他人と の関わりの欠如	1	2	3	4	5	6	7
4	思考解体	混乱し、つながりの悪い、まとま らない断片化した思考過程	1	2	3	4	5	6	7
5	罪業感	自責、恥、過去の行動への後悔	1	2	3	4	5	6	7
6	緊張	神経質で身体的および運動機能に おける徴候、過度の落ち着きのな さ	1	2	3	4	5	6	7
7	衝動的な行 動や姿勢	風変わり、不適切、奇妙な行動及 び態度	1	2	3	4	5	6	7
8	誇大性	過度な自己評価、優越感、異常な 力量や能力の過信	1	2	3	4	5	6	7
9	抑鬱気分	悲哀、悲しみ、落胆、悲観	1	2	3	4	5	6	7
10	敵意	憎悪、軽蔑、敵対的、他人への侮 辱	1	2	3	4	5	6	7
11	猜疑心	不信、他者からの悪意や差別待遇 があるという確信	1	2	3	4	5	6	7
12	幻覚	正常な外的刺激の対応がない知覚	1	2	3	4	5	6	7
13	運動減退	運動または会話の減弱、遷延、身 体表情の変化の減退	1	2	3	4	5	6	7
14	非協調性	抵抗、用心深さ、権威への拒否	1	2	3	4	5	6	7
15	思考内容の 異常	通常ではみられない奇妙、奇怪、 風変わりな思考内容	1	2	3	4	5	6	7
16	情動鈍麻	感受性の減退、強い感情の減退、 平板	1	2	3	4	5	6	7
17	興奮	感情の高揚、興奮、反応性の増大	1	2	3	4	5	6	7
18	失見当識	人、場所、時間についての正確な 想定が混乱していたり欠如してい たりする	1	2	3	4	5	6	7

## GAF(機能の全体的評定尺度)

精神的健康と病気という一つの仮想的な連続体によって心理的、社会的、職業的機能を考慮してください。身体的(または環境的)制約による機能の障害は含めないでください。またたとえば、45,68,72のように、それが適切ならば中間のコードを用いて下さい。

- 91-100点 : 広範囲の行動にわたって、最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている、症状は何もない。
- 81-90点 : 症状が全くないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のあふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに、家族と口論する)
- 71-80点 : 症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(家族と口論した後の集中困難)、社会的職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:学校で一時遅れをとる)
- 61-70点 : いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠)、または社会的、職業的、または学校の機能にいくらかの困難がある(例:時にずる休みしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もある。
- 51-60点 : 中等度の症状(例:感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に恐怖発作がある)、または社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例:友達が少ない、仲間や同僚との葛藤)
- 41-50点 : 重大な症状(例:自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引きする)、または社会的、職業的、または学校の機能において何か重大な障害(友達がいない、仕事が続かない)
- 31-40点 : 現実吟味か意志伝達にいくらかの欠陥(例:会話は時々、非論理的であいまい、または関係性がなくなる)、または仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面で粗大な欠陥(例:抑鬱的な男が友人を避け、家族を無視し仕事ができない。子供が年下の子供を殴り、家で反抗的で学校では勉強ができない)
- 21-30点 : 行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または意志伝達や判断に粗大な欠陥がある(例:時々、破裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、またはほとんどすべての面で機能することができない(例:1日中、床についている、仕事も過程も友達もない)
- 11-20点 : 自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例:死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮)、または時には最低限の身の生活保持ができない(例:大便を塗りたい)、または意志伝達に粗大な欠陥(例:ひどい破裂か無言症)
- 1-10点 : 自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例:何度も暴力を振るう)または最低限の身の清潔保持が持続的に不可能または死をはっきり予測した重大な自殺行為

0点: 情報不十分

GAF得点

点

# Life Skills Profile

## Instruction:

( ) 様の全般的機能（彼もしくは彼女は病気ではあるが危機状況ではない、過去3ヶ月の全般的状態を示す）機能について、次のフォームを完成してください。

例：

もしこの患者さんの行動が部分的にはみられるが、普段はみられない場合、‘まれである’に○をつけます。

いつも ない	普通	まれである

LSPは、障害と同様に機能を明らかにするための5段階評価です。得点が高いほど高い機能を示し、障害が少ないことを意味します。

LSPの得点：LSPは左のアンカーポイントが最も機能が高く、右のアンカーポイントが最も機能が低く、アンカースコアを足して計算します。左の「かなり」が1点、右の「そうではない」が4点、あとは左から2点、3点です。

セルフケアの合計項目：10,12,13,14,15,16,23,24,26,30

行動障害の少なさの合計項目：5,6,25,27,28,29,32,34,35,36,37,38

社会的接触の合計項目：3,4,20,21,22,39

コミュニケーションの合計項目：1,2,7,8,9,11

責任感の合計項目：17,18,19,31,33

LSPの合計項目はすべて

スコア

セルフケア： \_\_\_\_\_ 点

行動障害のなさ： \_\_\_\_\_ 点

社会的接触： \_\_\_\_\_ 点

コミュニケーション \_\_\_\_\_ 点

責任感 \_\_\_\_\_ 点

合計： \_\_\_\_\_ 点

記載日 月 日

## クライアント満足度調査票

この調査はプログラムをよりよいものにするため、あなたが受けたプログラムについて、いくつかの質問にお答え下さい。あなたの意見が肯定的なものであれ、否定的なものであれ、あなたの率直なお答えを期待しています。すべての質問についてお答え下さい。またあなたのご意見、ご提案も歓迎いたします。ご協力ありがとうございます。

もっともあてはまる答えの番号に○をつけて下さい。

1. あなたがうけたプログラムの質はどの程度でしたか。

4	3	2	1
大変よい	よい	まあまあ	よくない

2. あなたが望んでいたプログラムは受けられましたか。

1	2	3	4
全く受けなかった	そうでもなかった	だいたい受けた	十分に受けた

3. このプログラムはどの程度あなたが必要としたものでしたか。

4	3	2	1
ほぼすべて必要とした	だいたい必要としたもの	いくらかは必要としたもの	全く必要としものではなかった

4. もし知人が同じ援助を必要としていたら、プログラムを推奨しますか

1	2	3	4
絶対にしない	しないと思う	すると思う	絶対する

5. 受けた援助の量に満足していますか

1	2	3	4
とても不満	どちらでもないか 少し不満	ほぼ満足	とても満足

6. 受けたプログラムはあなたが自分の問題によりよく対処するのに役立ちましたか。

4	3	2	1
大いに役立った	まあまあ役だった	全く役立たなかった	悪影響を及ぼした

7. 全体として一般的にいて、あなたが受けたプログラムに満足していますか

4	3	2	1
とても満足	だいたい満足	どちらでもないか 少し不満	とても不満

8. また援助が必要となった時、このプログラムをもう一度受けたいと思いませんか。

1	2	3	4
絶対受けない	受けないと思う	受けると思う	絶対受ける

9. ほかご意見、感想等ありましたらお書き下さい。

記載日

記載者

番号

## ソーシャル・ネットワーク調査票

(Modified NSSQ by Sheetz,1986)

あなたの生活において、重要な人を教えて下さい。あなたにとって重要  
あるいはサポートをしていてくれていると感じる人をすべてあげて下さい  
(家族・友達・専門家など)。

期間と頻度は、下からあてはまる番号をお選びください。

名前	関係	つきあって いる期間	会う頻度	どういう 援助か	援助の程度	満足度

\* 期間

1. 6ヶ月以下      2. 6-12ヶ月      3. 1-2年      4. 2-5年      5. 5年以上

\* 会う頻度

1. 1年に1回      2. 1年に2-3回      3. 毎月      4. 毎週      5. 毎日

\* 援助の程度

1. ほとんどなし      2. 少し      3. まあまあ      4. かなり

\* 満足度の程度

1. 満足していない      2. 少し      3. まあまあ      4. かなり

\*この中の人であなたにとって、最も重要な人は誰ですか。

経済的に \_\_\_\_\_

精神的に \_\_\_\_\_

生活上のサポートで \_\_\_\_\_