

精神障害者へのAssertive Community Treatment (ACT) の評価に関する研究

— ケース・マネジメントにおける精神看護専門看護師の役割 —

宇佐美しおり¹⁾, 佐伯重子²⁾, 矢野千里²⁾, 斎藤ひろみ²⁾, 樺島啓吉²⁾

The Descriptive Study About Assertive Community Treatment (ACT) for Psychiatric Patients in Japan

— The Role of Certified Nurse Specialists in Case Management —

SHIORI USAMI¹⁾, SIGEKO SAEKI²⁾, CHISATO YANO²⁾, HIROMI SAITOU²⁾, KEIKICHI KABASHIMA²⁾

Abstract : This study describes the effectiveness of ACT for people in Japan with severe mental disorders. The subjects were 21 schizophrenic patients and eight professionals. All consented to be a part of this study. Ten patients were in the ACT group and eleven were in the comparative group. The characteristics of the two groups were almost identical. Eight professionals were nurses, social workers, and psychiatrists. This study was implemented between December 2005 and February 2007. ACT intervention was conducted according to the ACT protocols of National ACT Standards with modifications by this research team. Evaluations were implemented by BPRS, GAF, LSP and CSQ questionnaires. These questionnaires were written by the primary psychiatrist and Certified Nurse Specialist or Head nurse. Evaluations were carried out (a) before intervention, (b) 1 month later, (c) 3 months later, (d) 6 months later, and (e) 12 months later. Also, CSQs were written by the patients and sent to researchers by mail. And questionnaires for protocol validity were returned by mail to researchers. Additional information regarding intervention was described in the medical records. Data was analyzed qualitatively and quantitatively. Consequently, in intervention groups, patients' GAF, BPRS, and LSP showed improvement, but no improvement was shown in the comparative group. In qualitative content analysis, regarding ACT intervention: Crisis intervention and support for self-determination and self-care in daily life had been carried out by the ACT team, but there were few interventions in support of a variety of other needs or to create social networks in the community. In conclusion, the Fidelity Scale, which shows quality of ACT team, needs to be improved, and in the future more professionals should be involved in meeting the varied needs of patients. In research limitation, to improve internal and external validity, the number of patients being treated should be increased. Furthermore consistent intervention has been shown to be needed through staff training for ACT.

Key words : ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT, PSYCHIATRIC PATIENTS, SUCCESSFUL COMMUNITY LIVING

1) 熊本大学大学院生命科学部, 2) 菊陽病院

I. 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ヶ月以上の患者（再入院予備群）、④15%以上が20年以上の長期入院患者で高齢化した患者であり、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おり、彼らへの地域生活支援や就労支援が日本の精神医療における重要な課題になっている¹⁾。

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の地域生活支援体制であるインテンシブ・ケース・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²⁾³⁾。そこで重症な精神障害者にはAssertive Community Treatment (ACT)と呼ばれるケース・マネジメントが実施されるようになった。

ACTは1972年にアメリカのウイスコンシン州において、重症な精神障害者の退院支援ならびに地域での生活支援を目的として実施されはじめた地域生活支援のための支援システムであるケース・マネジメントの一部であり、日本においては包括型地域生活支援プログラムと呼ばれている。重症な精神障害者とは1年間に2回以上の入院、社会的機能においてGAF（Global Assessment of the Functioning, 社会的機能評価）が35以下、35歳未満の場合GAF30以下で重複診断を有する患者を対象とするものである。海外においては、ACTが重症な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ている⁴⁾⁵⁾⁶⁾。ACTは上述した重症な精神障害者を対象とし、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士、職業カウンセラー、精神科医など多職種によって構成されるチームであり、集中的なサービスが提供できるよう一人の患者につき10人程度のスタッフからなるチームで構成されるが、サービスの質を保つため、一人のスタッフが10名以上の患者を受け持つことができないことになっている⁷⁾⁸⁾。さらにチームのスタッフ全員で一人の患者のケアを共有し、医療、看護、福祉サービスのほとんどをチームが責任をもって直接提供し、サービスの統合性と継続性をはかり、1週間に3回以上訪問を行い、1日24時間、365日体制で危機介入にも対応し、患者の病状管理のみではなく、日常生活・社会生活上のニーズを満たし、患者や家族の生活の質を高めるための支援が展開されるケース・マネジメントである。ACTチームは地域の中のACTセンターもしくはクリニックや外来に所属し、市や州が雇用していることが多い。またACTチームのリーダーであるケース・マネージャーは、修士号をもつ精神保健福祉士か修士号以上の高度看護実践家（Certified Nurse Specialist, CNS, Advanced Practice Nurse, APN）が多い。また国によっては高度看護実践家はケース・マネージャーだけではなく、いくつかのACTチームを包括して管理し、適切に遂行されているかどうかの監視的機能を有する場合も多く、ACTチームのスーパーバイザーとして存在し、ACTチームに問題があつて成果がでない場合には、問題を見極め、ACTチームに介入する権限を有している⁹⁾。ACTに関するプロトコルは海外においてはかなり発達しており、日本においても導入されてきている¹⁰⁾。またACTチームのサービスの質を明確にするためACTには適合度評価尺度（FIDELITY SCALE）が設定され、この適合度評価尺度は、ACTチームの構成と構造（少人数担当制の確保、チームアプローチであるかどうか、精神科医、看護師がスタッフ

にいるかどうか、薬物・アルコール依存専門家がチームに存在しているかどうか、職業カウンセラーがいるかどうか、プログラムのサイズなど)、組織の枠組み(明確な加入基準、新規加入率、治療サービスへの責任、入院に対する責任、救急サービスに対する責任、退院計画、無期限のサービス提供など)、サービスの特徴(地域に根差したサービス、サービスの量、接触頻度、インフォーマルな支援システムへの関わり、重複診断ケースに対する治療グループ、チーム内の当事者スタッフの役割など)から構成され、それぞれの項目について5点満点で平均点をだすことになっており、平均点が5点に近づくほど、サービスの質が高いとされている¹⁴⁾。

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10万人対精神病床数は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の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年には精神障害者のためのケース・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センターや京都でもACT-Kとして実践報告が始めている¹²⁾¹³⁾。しかしながらACTが日本の精神医療において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の検討はまだ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ことから、精神病院が

その一部を担わざるを得ない現状もある。

一方、日本においては医師不足や医療の地域格差が社会問題となり、全国的に医師養成数の増加、医療における多職種間での役割分担が叫ばれている¹⁴⁾。そのような中、看護においては看護系大学院を修了し、所定の経験を経て、日本看護協会の認定を受けた専門看護師(Certified Nurse Specialist, CNS)やある所定の訓練を受けた看護師(認定看護師など)の裁量範囲の拡大に焦点があてられるようになってきている¹⁵⁾。専門看護師とはケア困難な患者への直接ケア、治療スタッフへのコンサルテーション、病院や病棟のケアの質を高めるための教育、ケアの質を改善、維持していくための研究、倫理的問題が生じた場合の倫理的調整機能を有しているが、その活動の仕方は施設によって様々である。現在、日本の医療状況において専門看護師を含む高度看護実践家の裁量範囲の拡大および裁量権の獲得に関する論議が、日本看護系大学協議会、日本学術会議健康・生活科学分科会、日本専門看護師協議会や日本看護系学会協議会を中心として検討され、多職種とも協議が始められている。特に精神看護においては、重症な精神障害者の退院支援や地域生活支援を行うためのケース・マネジメントにおいて中心的役割を担うことが期待されている¹⁶⁾。

海外においては、精神看護専門看護師がケース・マネージャーの役割を担い、ケース・マネジメントを展開した結果、患者の在院日数の減少、地域での生活期間が長くなり、再入院率が減少し、精神障害者自身のQOLが向上したことが報告されている¹⁷⁾。しかし、日本においては精神看護専門看護師のケース・マネージャーとしての役割やその成果に関する研究は皆無である。そこで、本研究においては、重複診断をもちGAF35以下の重症な精神障害者に焦点をあて、精神病院において精神看護専門看護師をケース・マネージャーとしたACTを展開し、その評価を行い、日本の精神医療に適したACTを開発することを目的とした。

II. 研究方法

1. 対象者および調査期間：平成17年12月から平成19年2月までの間に、九州管内の私立K病院に退院後3ヶ月未満で再入院を繰り返していたGAF 35以下で研究に同意の得られた統合失調症患者で重複診断を有する患者15名を対象にACTを実施し、研究期間の間、ACTを実施し1年後評価が可能であった患者10名(ACT実施群)と比較群11名を対象とした。またACT実施内容が妥当であるかどうかを検討するため、2003年から開始された厚生労働省のACT試行事業に参加し、海外でのACTプロトコールに精通した看護師、医師、精神保健福祉士ら15名に質問紙調査を行い、ACT実施内容の妥当性の検討を行った。

2. 調査方法：研究に同意が得られた対象者に本研究の主旨、支援内容を説明し、自由意思に基づきACT実施群もしくは比較群のどちらの群に属したいかを確認し介入を行った。ACT実施群はACT実施前、実施1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後、12ヶ月後に、比較群はACT実施時期に合わせてACT実施前、実施1ヶ月後に質問紙調査を行った。比較群は入院継続中であったことと介入内容の選択そのものが、自由意思による選択であったため、研究者間およびACTに詳しい研究者に相談し、介入内容の選択においてACTを選択することそのものに退院への意欲に差がみられていると判断できるため、無作為抽出以外の方法では、対照群を設定しても得られる結果を比較できにくいとの示唆を得たため、あえて対照群とせず比較群にとどめることとし、比較群では2時点の調査とした。またACT実施内容の妥当性の検討を行う対象者についても、研究の主旨を伝え、個人が特定されないことを伝え書面にて同意を得た。

用いた質問紙は、病状についてはBrief Psychiatric Rating Scale (BPRS,1988)、社会的機能についてはThe Global Assessment of Functioning (GAF) を用い、さらに日常生活機能に

ついてはLife Skills Profile (LSP) を用いた。ケア満足度については伊藤らによって開発されたケア満足度質問紙 (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ) を用いた。BPRSは1988年の最新版を用い、18項目からなり7段階評価を行う病状評価尺度で各項目7点満点で合計126点、点数が高くなると病状が悪いことを意味している。またGAFはDSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition-Text Version, DSM-IV-TR, 精神疾患の分類と診断) の5軸である社会的機能の全体的評定であり、0-100点で表現し、点数が高くなると社会的機能が高いことを意味している。さらにLSPは、日常生活機能をさし、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つのカテゴリーからなり点数が高いと機能が高いことを意味する。さらに、CSQは、8項目からなり5段階評価で点数が高くなると満足度が高いこと意味し、合計得点は32点である。

BPRS, GAFについては各調査時期に主治医が記載し、LSPについては精神看護専門看護師もしくは外来看護師長が記載した。ケアへの満足度については実施前、実施時1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後、12ヶ月後に、対象者に無記名で記載を依頼し、郵送法にて回収を行った。比較群についてはBPRS, GAF, LSP, CSQを、ACT実施時期に合わせて実施前、実施1ヶ月後に調査を行った。ACT実施群と同様、BPRS, GAFは主治医が、LSPは専門看護師もしくは看護師長が記載し、CSQは患者自身による無記名での記載と返送を依頼した。調査がいくつかの時点で行われるためすべての質問紙は同一番号にて管理し、研究終了時に番号のつけかえを行い個人が特定されないよう留意した。またACT実施内容の妥当性の検討を行うために、厚生労働省の試行事業に参加し、海外のACTプロトコールに精通していると考えられた看護師、精神科医、精神保健福祉士15名に質問紙を配布し、郵送法にて回収を行ったが、8名からの回答が得られた。

3. 分析方法

回収した質問紙についてはPASM,18.00を用い、ノンパラメトリックのWilcoxonの順位和検定およびKruskal-Wallis検定を用い、介入内容については質的な内容の分析を行った。また介入内容の妥当性の検討においては一致率を検討した。

4. 介入方法

ACT実施群については、Deborah AllnessらのNational Program Standards for ACT Teamsと前年度のパイロットテストをもとに、国際的なACT介入の基準を修正した。修正した部分は、チームの構成に介護福祉士や民生委員、生活保護課職員、ヘルパー、デイケア・スタッフなどの多職種を加えたこと、入院中の患者個別へのケア時間とプログラム時間をふやしたこと、また患者への看護師による支援時間と家族への支援時間を決めたこと、介入方法をさらに具体化したことである。この修正ACTをプロトコルとして採用した(表1)。ACTチームの質を表すものとして適合度評価尺度(Fidelity Scale)があるが、これはチームの構造と構成18項目、サービスの質19項目からなり、各項目5点満点であり、平均点を採用することになり、5点に近づくほどACTチームのサービスが良好であることを示している。この適合度評価尺度による今回のACTチームによるサービスの質は平均3.3点であった。ACTチームは主治医、病棟看護師、外来師長、精神看護専門看護師、訪問看護師、精神保健福祉士、デイケア・スタッフ、生活支援センター長、作業療法士、必要に応じて地区の保健師、生活保護課職員、民生委員、介護福祉士、ヘルパーで結成され、1メンバーがACT患者10名をこえないことを原則にチーム作りを行った。また比較群については、従来の病棟でのケアとして、1週間に2回の活動療法、1週間に1回の自治会への出席、1週間に1回(30分)の心理教育への参加、退院後の地域生活支援のためのチーム会議が2週間に1回開催され、すでに自由に散歩や外出を行い、1ヶ月に1-

表1 K病院におけるACTに関するプロトコル

K病院におけるACTに関するプロトコル
<p>1. 退院前準備</p> <p>1) ACT参加への患者ニーズと同意の確認を行う。</p> <p>2) ACTのケア・マネージャーは大学院修士課程を修了し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。</p> <p>3) 入院中は、患者との今後の生活の場に必要セルフレケアに関する話しあいと訓練を1週間に1時間以上、受け持ち看護師と行い、また1週間に1時間、心理教育や生活技能訓練に参加してもらう。</p> <p>4) 入院中は患者同士のグループ(ACTグループ)に1週間に1時間参加してもらう。</p> <p>5) 患者の入院中から、家族との面接を1週間に1時間、定期的に行い、家族の負担感を軽減し、患者と生活をともにする際の患者の病状への対処や家族の生活のペースについて話しあう。</p> <p>6) 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。</p> <p>7) ACTカンファレンスを1週間に1回ACTチーム間で行う。</p> <p>8) 退院後は訪問を訪問看護師、ACTチームにより1週間に3回行う。</p> <p>9) サーバーを用いて頻回な情報交換を行う。</p> <p>10) ACTカンファレンスでは本人をいれ、目標の確認と役割の分担を行う。</p> <p>11) 患者・家族とともに2週間に1回、入院中から退院時まで目標を確認、設定する。</p> <p>12) 患者とともに、入院中から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。</p> <p>13) 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。</p> <p>14) 退院前に最低3回以上、保健師、民生委員、家族、ACT・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。</p> <p>15) 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検討する。</p>
<p>2. 退院後</p> <p>1) 1週間に1回、患者をいれてACT会議を行い、目標、自宅での生活状況を確認する。</p> <p>2) ACTカンファレンスを1週間に1回以上行う。</p> <p>3) 1週間に最低3回以上の訪問看護、ACT訪問を行う。訪問の日には各回では各回である。</p> <p>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。</p> <p>5) 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。</p> <p>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。</p>

2回の自宅への外泊を繰り返していた。

5. 研究の倫理的配慮

K大学医学薬学研究部倫理委員会およびK病院倫理委員会にて承認を得たあと、ACT実施群及び比較群に対し、研究目的、研究方法、研究参加による利益、不利益を伝えて同意を得、どちらの群に参加したいかの意思を確認した上で各群への割り当てを行った。また研究への参加を辞退もしくは途中で中断しても治療に差し障りはないことを伝え同意を得た。研究成果については専門学会もしくは学会誌にて発表することを伝え、その際にも個人が特定されないことを伝え同意を得た。さらに、研究の途中で、比較群からACT実施群への変更が希望された際には、本研究の対象者とはならないことを伝え同意を得た。またACT実施内容の妥当性の検討については質問紙にて研究の目的、研究方法を伝え、個人が特定されないことを伝え無記名にて返送を依頼し、返送があった質問紙について研究への同意が得られたとした。

III. 結果

1. 対象者の特徴

両群ともすべての対象者が統合失調症で、平均年齢は42.25歳 (SD±12.09)、ACT実施群39.56歳 (SD±10.37)、比較群44.81歳 (SD±13.34)、男性8名、女性13名、ACT実施群は男性2名、女性8名、比較群は男性6名、女性5名だった。初発年齢は、平均21.80歳 (SD±6.49)、ACT実施群の初発年齢21.56歳 (SD±5.00)、比較群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)、ACT実施群9.78年 (SD±2.17)、比較群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)、ACT実施群8.44ヶ月 (SD±19.72)、比較群1.63ヶ月 (SD±3.17) でACT実施群で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。また平均の実施時のCP換算 (抗精神病薬を

Chlorpromazineに換算することで、値が高いほど抗精神病薬の量が多いことを示している) は994.93 (SD±566.29)、ACT実施群1537.33 (SD±846.04)、比較群832.21 (SD±375.54) でACT実施群の薬物使用量は多かったが、両群間で有意な差はみられなかった。また発症期間は平均19.42年 (SD±11.26)、ACT実施群17.67年 (SD±10.87)、比較群21.00年 (SD±11.94) で有意な差はみられなかった。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)、ACT実施群3.00名 (SD±0.81)、比較群1.67名 (SD±0.50) で、ACT実施群のソーシャルネットワークが少し大きく、両群間に有意な差がみられていた。また単身生活者はACT実施群に1名のみで、ACT実施群および比較群とも家族と同居していた。これらの結果を表2に示す。

また実施前の対象者のBPRSは平均52.61 (SD±12.46)、ACT実施群48.43 (SD±19.61)、比較群56.80 (SD±8.52) で、GAFは、実施前の平均が36.29 (SD±9.73)、ACT実施群34.57 (SD±10.44)、比較群36.10 (SD±9.77) で両群間に有意な差はみられなかった。ACT実施群の方が病状が軽かったが社会的機能は両群ともかわらなかった。またLSPについては、対象者の平均は117.82 (SD±12.66)、ACT実施群116.00 (SD±11.37)、比較群119.10 (SD±13.93) でACT実施群の日常生活機能がすこし低かったが有意な差はみられなかった。また実施前の満足度の平均は22.25 (SD±1.22)、ACT実施群22.80 (SD±1.79)、比較群21.86 (SD±0.83) で両群ともほぼかわらなかった。

2. 実施前後の比較

ACT実施群については、BPRSは、実施前、実施1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後、12ヶ月後で、48.43 (SD±19.61)、42.00 (SD±12.70)、43.14 (SD±16.68)、39.86 (SD±9.86)、43.00 (SD±9.01) で病状がすこしずつ軽減していたが有意な差はみられなかった。またGAFについては、34.57 (SD±10.44)、45.00 (SD±14.14)、48.71 (SD±12.24)、

44.29 (SD±8.86)、40.00 (SD±9.49) で実施1ヶ月後と3ヶ月後で社会的機能は改善していたが、実施前と12ヶ月後で有意な差がみられていた ($\gamma = 0.98, P < 0.01$)。またLSPについては、実施前、実施1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後、12ヶ月後は、116.00 (SD±11.37) 109.14 (SD±17.88)、113.57 (SD±19.14)、115.71 (SD±11.60)、117.00 (SD±9.74) と実施1ヶ月後に日常生活機能が低下し、12ヶ月後にすこしずつ改善していた。これは病院内での生活はできていたが、病院外での生活においては、改めて地域生活において必要とされる日常生活機能を再獲得しているためであると考えられた。さらに実施前後についてのWilcoxonの符号付き順位検定において有意な差がみられたのは、GAF、LSPで実施前と実施後、特にGAFとLSPでは実施前と実施12ヶ月後に有意な改善がみられていた。さらに、実施前の入院期間は1年間で平均12ヶ月だったが、実施1年間の平均再入院期間は3.3ヶ月と減少していた。またACTへの満足度は実施前が22.0、実施後が24.0と若干満足度はあがっていた。これらの結果を表2と表3に示す。

3. ACT実施群の実施内容

今回海外のACTのスタンダードを修正してACTプロトコルを作成し、それに沿い実施したが、実施内容をさらに詳細に分析すると<退院前の準備> <退院後1ヶ月> <退院後2ヶ月以降>にわけて分類できた。これらの結果を表4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」「生活に必要な制度や資源の活用準備」「家族の予期不安や負担感の軽減」が抽出された。また<退院後1ヶ月>においては、「訪問看護以外のACT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

表2 対象者の特徴

	全体M(SD) N=20	実施群M(SD) N=10	比較群 (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(19.87)	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*
実施前BPRS	52.61(12.46)	48.43(19.61)	56.80(8.52)	NS
実施前GAF	36.29(9.73)	34.57(10.44)	36.10(9.77)	NS
実施前LSP	117.82(12.66)	116.00(11.37)	119.10(13.93)	NS
実施前満足度	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)	57.81(12.70)	NS
1ヶ月後GAF	45.00(14.14)	45.00(14.10)	37.10(9.88)	NS
1ヶ月後LSP	109.14(17.88)	109.14(17.88)	118.89(12.93)	NS
1ヶ月後満足度	22.00(1.41)	22.00(1.14)	20.80(0.34)	NS
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(6.45)	=

活へ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。

さらに<退院後2ヶ月>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ながらチームの成長や患者自身の社会化を促進する」「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」に分類できた。またどの時期も、チーム間の情報の共有と統合や役割分担やモニタリングがケース・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」「必要なものを買う場所、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、独り暮らしをしたいものの寂しさもつり、退院後はタクシーを使って病院に行く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」に分類できた。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」「本人のニーズを探す」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向きがちであるが、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

表3 実施群における実施前後の比較：病状 (BPRS) の比較

	1ヶ月後 BPRS- 実施前 BPRS	3ヶ月後 BPRS- 実施前 BPRS	6ヶ月後 BPRS- 実施前 BPRS	12ヶ月後 BPRS- 実施前 BPRS
Z 有意確率 (両側)	-1.77a .07	-1.76a .07	-1.52a .12	-.73a .46

a. 正の順位に基づく
b. Wilcoxonの符号付き順位検定

社会的機能 (GAF), 日常生活機能 (LSP), 患者満足度 (CSQ) の比較

	平均値	標準偏差	平均値の 標準偏差	相関係数	有意確率
実施前 GAF	36.57	10.43	3.94	.59	NS
1ヶ月後 GAF	45.00	14.14	5.34		
実施前 GAF	36.57	10.43	3.94	.52	NS
3ヶ月後 GAF	48.71	12.24	4.62		
実施前 GAF	36.57	10.43	3.94	.12	NS
6ヶ月後 GAF	44.29	8.86	3.35		
実施前 GAF	36.00	1.31	4.61	.96	.002
12ヶ月後 GAF	40.00	9.48	3.87		
実施前 LSP合計	116.00	11.37	4.29	.72	.023
1ヶ月後 LSP合計	109.14	17.88	6.75		
実施前 LSP合計	116.00	11.37	4.29	.82	NS
3ヶ月後 LSP合計	113.57	19.13	7.23		
実施前 LSP合計	116.00	11.37	4.29	.52	.015
6ヶ月後 LSP合計	115.71	11.60	4.38		
実施前 LSP合計	115.00	12.11	4.94	.89	.015
12ヶ月後 LSP合計	117.00	9.73	3.97		
実施前 CSQ	22.80	1.78	.80	.79	.111
1ヶ月後 CSQ	22.00	1.41	.63		
実施前 CSQ	22.80a	1.78	.80	—	—
3ヶ月後 CSQ	22.80a	1.78	.80		
実施前 CSQ	22.80	1.78	.80	1.00	.000
6ヶ月後 CSQ	22.80	.89	.40		
実施前 CSQ	22.00a	.00	.00	—	—
12ヶ月後 CSQ	22.00a	.00	.00		

—: 標準偏差が0なので相関係数とtが計算できず。
Wilcoxonの符号付き順位検定

表4 ACT実施内容

<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域での居場所の確保	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	定期的に家族と会い、患者が退院してくるごと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

る必要性がでてくるが、その際、自分自身でニーズを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。また対象者自身、不安やさびしさに目が向きがちとなるため、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、日々を過ごさ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、
 ‘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、独り暮らしへの不安も強くそのことで、病状が不安定になる、ということを繰り返しており、患者自身がゆれながらも自宅で

<退院1カ月>

訪問看護以外のACTチームによる訪問と生活状況の把握	訪問看護以外にACT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
服薬確認の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。 受信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	状況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。 患者自身の病状の悪化の兆候を知る。
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。

<退院後2カ月以降>

訪問看護やほかの職種 の判断にさまざま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

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巻き込む’ 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ごと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’ に分類できた。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、母親が患者に殴られることへの不安を抱いていた。しかし医療者と家族との定期的な面接を行う中、

患者の状態悪化時に家族が逃げていいこと、医療者の支援を得ていいこと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ヶ月までの介入内容については、「訪問看護以外のACT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ACT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ACT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」に分類でき、「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」「受診が遅れている場合には、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図る」「病院外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」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、そのため病院へ戻りたいと病院への依存が強くなるが、新しい場に馴染むため、医療者が患者自身とその地域と一緒に動く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ていた。しかし家族とのつながりが無い場合、患者が地域の中での人と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生活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にこだわりがある。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を受け止めようと努力するため、患者の生活につきあひすぎ負担感が増えていた。従って、家族の生活ペースと患者の生活ペースの折り合いを一緒にさがすことも重要になっていた。この折り合いがつき、家族が医療者にそれでいいと承認を得ることで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、患者自身の生活圏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。またケース・マネジメントにおけるニーズは日常生活上のニーズ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向きがちとなり、就労までを視野に入れた地域生活への支援が困難になっていた。

さらに退院後2ヶ月以降は、「訪問看護やほかの職種の判断に様々なことをゆだねながらチームの成長や患者自身の社会化を促進する」「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」に分類できた。「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」では、「緊急時の対応の決定」「患者自身の日常生活の広がりやを促進する」に分類でき、「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」では「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広がりやのフォローアップと必要時の支援」に分類できた。退院後2ヶ月をすぎると患者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、患者がためしてみたいと思うことが実施できるよう他の職種とともに患者の社会生活の拡がりや社会化を促進していた。そしてケア・マネージャーは様々なことをチーム構成員の判断にゆだねながら、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行っていた。

4. ACT実施内容の妥当性の検討

修正したACTプロトコルおよび実施内容の質的分析結果がACTとして妥当であるかについての質問紙調査では、15名中、8名から回答が得られ、一致率で妥当性の検討を行った。真実性（ACT内容が反映されているかどうか）については6名（75.0%）、現実性（現実にあっているかどうか）については5名（62.5%）、理解しやすさ（書いてある内容はわかりやすかったかどうか）については6名（75.0%）、一般性（これらの技術はあなたが対象としてきたACTのケースにもあてはまるかどうか）については6名（75.0%）、コントロール（このようなカテゴリーはACT実践の上で役に立つかどうか）については7名（87.5%）が、「そう思う」と答え、ACT実施内容および分析は妥当であると考えられた。

IV. 考察および本研究の限界

今回の結果から、ACTを実施することで、再入院率は低下し、患者の満足度も若干高まり、病状は有意な軽減はしないが、社会的機能や日常生活機能は改善することが明らかとなった。また海外で開発されたACTのプロトコルを日本の医療チームの特徴に応じて修正して用いたが、今回のプロトコルはACTの対象者の再入院率を減らし、妥当性もあり、重症な精神障害者の地域での生活を促進することも明らかとなった。しかし、ACTチームの質を反映する適合度評価尺度（Fidelity Scale）の改善の余地は大きく、また海外のような地域における支援スタッフが不十分なため、地域住民や患者同士の地域におけるネットワークを拡大することが困難であり、今後地域におけるネットワークを拡大していくことが重要な課題であると考えられた。また今回、GAF35以下で重複診断を有する重症な精神障害者の地域生活支援を促進するため、ACT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管理や入退院に目が向きがちであった。すなわち重症で病院から退院できない患者に地域での生活を促進することには成功したが、ケース・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。さらに、重症な精神障害者の退院促進ならびに地域生活促進のためには、チームを構築するための柱となる精神看護専門看護師や訓練を受けた看護師の存在が重要であるとも考えられた。

これらの結果をもとに、ここでは、1) 患者の病状、日常生活、社会的機能を改善するための支援、2) 今回用いたACTプロトコルの妥当性と課題、3) ACTチーム構築における精神看護専門看護師の役割、4) 本研究の課題と今後への示唆について考察を行う。

1. 患者の病状、日常生活、社会的機能を改善するための支援

今回、ACT実施群の開始前の病状は比較群とかわらなかったが、向精神薬使用量は多く、ACT実施において病状は軽減していったものの有意な改善はみられず、社会的機能および日常生活機能の改善がみられていた。YangらのカナダにおけるACTの調査では、ACT実施後、有意に病状が改善していたが、社会的機能は有意な改善はみられないと述べており¹⁹⁾、今回の研究とは異なる結果であった。しかし西尾、竹島らはACTを実施することで再入院率は減り、地域での生活期間が長くなるが、日常生活機能や社会的機能は有意に改善するわけではなく、数年を通して評価していくことが重要であることを述べている^{19) 20)}。ACTの対象となる患者は、重症であるため、日常生活機能や社会的機能の改善にはより多くの時間が必要であると考えられ、1年間だけではなく、数年間の追跡調査が必要であり、今回の研究では日常生活機能や社会的機能が改善され、幅広いニーズへの焦点化には問題が残ったが、今回、症状管理や日常生活機能・社会的機能の改善に焦点をあてた介入の成果ではないかとも考えられた。今後も対象者数を増やし、研究結果の一般化をはかる必要があるだろう。

2. 今回用いたACTプロトコルの妥当性と課題

今回、海外のACT基準を用い日本の精神医療の現状、先行研究をもとに修正を行った。修正を行った箇所は、特にデイケアスタッフ、地域における生活保護課職員、民生委員、ヘルパーなどを加え、さらに介入内容をさらに具体的に示し、患者や家族へのケア時間の設定である。さらに介入内容を明示し、ACTカンファレンスで確認を行うこととした。また介入内容がプロトコルからそれていると判断した場合には、受け持ち看護師と面接を行い、介入内容の確認、修正を行った。また決められた治療プログラム

やケア時間は必ず確保することとし、実施されているかどうかは記録で確認を行った。今回、患者の社会的機能、日常生活機能が退院後の支援によって改善し、これは退院後の継続したACTチームによる支援の成果であると考えられたが、一方では入院中からの充実した一貫したケアが患者の安心感や安全感を増したとも考えられ、ACTを展開する上で地域における支援システムだけではなく、入院中からの一貫したケアやプログラムの継続が重要であると考えられ、これらは伊藤らが、日本においては入院中からの退院にむけての充実したケアが重要であるとの見解と一致していた²¹⁾。またACT実施内容のカテゴリーに関する妥当性の検討結果から、今回のACTプロトコルが海外や日本におけるACTの介入と類似した内容が実施されていたと考えられた。今後、さらに日本の精神医療の状況に応じたACT実施に関する介入プロトコルの開発を行うことが必要だろう。

3. ACTチーム構築と精神看護専門看護師の役割

今回、海外のACTに関するスタンダードと前年度の研究成果をもとに、ACTチーム専任ではなく病院に拠点をおいた場合のACTに関するプロトコルを作成し、非常勤の精神看護専門看護師と外来師長がケア・マネージャーの役割をとり病院スタッフとの兼任でACTチームを結成し、ACTの検討を試みた。ACTチームは、今回、入院中から退院へ向けての生活の場に必要なセルフケアについての看護師との振り返りや訓練、退院への不安を軽減するための集団精神療法の実施、チーム間での細やかな情報交換をもとに地域での居場所を確保し、患者の自己決定への支援や退院への不安を支えながら健康的な側面を支え、生活に必要な制度や資源を活用しながら、地域生活へ馴染むことへの支援を行っていた。また家族に対しては入院前の患者の悪化した状態により外傷体験を受けている家族に対し、家族の精神的負担感や家族自

身の生活が乱れるのではないかと不安を軽減するための支援を行っていた。萱間は、精神科における訪問看護のケア技術をグラウンデッドセオリーを用いて明らかにしているが、そこでは、熟練した訪問看護師は患者との関係性を創り、訪問を受けるかどうかの自己決定を患者本人に委ね、症状管理にだけ焦点をおかず、患者なりの状況や文脈を理解しながら試行錯誤してつきあい、患者の地域での居場所を確保し、また患者が地域で生活していくための患者の権利を擁護し、家族を含めた患者をとりまく地域の人々の不安感を軽減するための支援技術を明確にしている²⁹⁾。今回の研究におけるACTチームの介入も患者の自己決定や地域での生活を送るためのセルフケアの方法の訓練、患者の地域での居場所の確保や家族への支援については萱間の研究結果と類似した結果が得られていた。しかし萱間との結果との違いは、今回対象としている患者の病状、訪問回数と頻度であり、ACTにおいては、訪問看護師だけでは地域生活を支えることが困難な患者を対象としていることがより明らかとなった。

また今回、海外のACTチームと類似の内容での介入であったにも関わらずACTチームの質を示すFidelity Scaleは3.3点であり（満点は5点）、ACTチーム専任の大学院修士課程を修了した常勤の精神看護専門看護師の採用（今回は非常勤の精神看護専門看護師）、ACTチームにおける就労支援のスペシャリストの採用や支援者としての他の患者のACTチームへの参加、毎日のACTカンファレンスの実施などFidelity Scaleを改善する余地はあると考えられた。さらに、今回の介入では、病状管理により焦点がおかれ、患者自身の多様なニーズや自己実現に関する支援、また地域における住民や患者同士のネットワークづくりへの介入は少なかった。今後ケース・マネジメントの基本である患者の多様なニーズに応じたチームの構築と役割分担、それぞれの役割に応じた支援を提供するための

スタッフ訓練、治療チームのパターンリズムからの脱却を推進していくために、治療チーム全体のモニタリングを行いながら、適切な治療やケアの提供を行う精神看護専門看護師や訓練を受けた看護師の存在は重要になっていくと考えられた。

現在、日本看護系大学協議会ならびに日本専門看護師協議会では、専門分化した患者への治療やケアを包括して効率的にケアを展開しチーム医療を推進することのできる専門看護師や訓練を受けた看護師など高度看護実践家の育成に力をいれているが、今回は精神看護専門看護師が治療チームの統合性を促進していると考えられた。今後、重症な精神障害者への一貫した治療チームによる支援を促進するためには、精神看護専門看護師や訓練を受けた看護師の育成を推進し、これら高度看護実践家が診療報酬による経済的裏付けを獲得できるよう診療報酬システムを改善していく必要があるだろう。

4. 本研究の限界と今後への示唆

今回長い期間をかけてのACTの実施であったが、比較群・ACT実施群とも作為的抽出であり、また対象者数も少ないため、この結果を一般化することには限界がある。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、対象者数を増やして研究の一般化をはかり、マッチングや無作為抽出と対照群の設定によるACT実施群の成果の判定の精度を上げ、チームによる支援内容の一貫性を確保していく必要がある。さらに、支援システムおよびACTチームについては、病院を中心としたACTチームから地域の中での様々な人的資源を包括できるACTチームへの移行とチームの再組織化、患者や家族が地域の中で安定していられるような社会的ネットワークの構築など、チーム構築に関する工夫が必要とされるだろう。

この研究は平成18-19年度文部科学省研究費基盤研究Cによって行われた研究の一部です。研究へご協力いただいた方々に心より感謝いたします。

引用文献

- 1) 西尾雅明：脱施設化の概念とこれからの精神保健・医療・福祉機能分化の方向性, 病院・地域精神医学, 45 (4), p5-11, 2003
- 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) 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
- 4) 大島巖編著：ACT・ケース・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, p98-99, 2003
- 5) 志井田孝他：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), p124-130, 2004
- 6) Bond, R. G., et al: Prediction of Outcome from the Dartmouth assertive Community Treatment Fidelity Scale, 9 (12), p937-942, CNS Spectrums, 2004.
- 7) Allness, D., et al: National Program Standards for ACT Teams, Revised, June 2003
- 8) 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, p16-17, 2004
- 9) Kracher, S.: Role of the APRN, ACT and CBCM, Adult Mental Health Division, 2008
- 10) 前掲論文, 8), p20-21
- 11) 宇佐美しおり, 他：精神障害者へのアサーティブ・コミュニケーション・トリートメント (ACT) の評価に関する研究, 平成18-19年度文部科学省科学研究費基盤研究C研究成果報告書
- 12) 前掲論文, 5)
- 13) 西尾雅明：日本におけるACTの実施状況, 精神医学, 50 (12), p1157-1164, 2008
- 14) 厚生労働省医政局発第1228001号：医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について, 2007年8月
- 15) 日本学術会議健康・生活科学委員会看護分科会：看護職の役割拡大と安全と安心の医療を支える, 日本学術会議健康・生活科学委員会看護分科会報告書, p3-7, 2008
- 16) 太田喜久子：医師と看護師との役割分担と連携の推進に関する研究, 厚生労働科学研究費補助金, 厚生労働科学特別研究事業, 平成20年度総括研究報告書, p303-312, 2008
- 17) 近澤範子, 宇佐美しおり他：精神障害者のケースマネジメントモデルの開発に関する基礎的研究, 平成7-9年度文部科学省研究費基盤研究, 1998
- 18) Yang, J. M. et al: Assertive Community Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness in Ethnic Minority Groups, Psychiatric Services, 56 (9), p 1053-1055, 2005
- 19) 前掲論文, 13), p1157-1164
- 20) 竹島正他：地域精神医療におけるACTの位置づけ, 精神医学, 50 (12), p1187-1193, 2008
- 21) 伊藤順一郎：ACTは病床削減に貢献できるのか, 精神医学, 50 (12), p1177-1185, 2008
- 22) 萱間真美：精神分裂病者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術, 保健師・訪問看護師のケア実践の分析, 看護研究, 32(1), p53-76, 1999

参考文献

- 1) 伊藤弘人他訳：精神科医療アセスメントツール, 医学書院, p139-143, 医学書院, 2000
- 2) 佐藤文昭：包括型地域生活支援プログラムの概要と家族支援, 臨床福祉, 3:1, p12-19, 2006
- 3) 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) の必要性和その意識の構造, 日社精医誌, 16 : 29-37, 2007
- 4) 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
- 5) 宇佐美しおり他：長期入院予備群の精神障害者へのインテンシブ・ケース・マネジメントモデルの開発に関する予備的調査, 第2号, p65-72, 2006