

厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)
重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究
付録

ACT-J スタンダードズ ver3.0

目次

はじめに

I. ACT-J の目標

II. ACT-J の使命

III. ACT-J の哲学

IV. ACT-J の戦略

V. 概念モデル

VI. 理論的枠組み

注: 満たすべき基準について

1. 正規基準
2. 仮基準

VII. ACT-J の加入基準と終了基準

1. 新規加入利用者
2. ACT-J の加入基準
3. サービスを終了する利用者
4. サービス終了基準
5. ACT-J 以外のサービスへの移行

VIII. スタッフおよびチーム構成

1. 精神科医
2. 看護師
3. 精神保健福祉士
4. 就労支援専門家
5. 他のケースマネジャー

IX. ACT-J チームの業務内容

1. アウトリーチ

2. 利用者と接触するスタッフの人数
3. 利用者との平均接触回数
4. 1人の利用者との平均接触時間
5. 状態が不安定な利用者との接触回数
6. 急性期治療のために入院した利用者
7. 長期入院中の利用者
8. 入院治療計画
9. 退院治療計画
10. ケースの継続
11. サービスを拒否する利用者
12. 業務時間
13. チームミーティング
14. 包括的プラン立案ミーティング
15. 包括的プラン見直しミーティング
16. アセスメントの実施
17. 包括的プランの立案
18. 包括的プランの見直し
19. 提供する必須のサービス
20. 連携するサービス
21. 精神科医の業務
22. 看護師の業務
23. 就労支援専門家の業務
24. チームリーダーの業務
25. プログラムアシスタントの業務
26. 当事者および家族スタッフの業務
27. シフトマネジャーの業務
28. ITT

X. ACT-J チームに必要な機能

1. オフィスのシステム
2. 記録について
3. アウトリーチに必要な機能
4. スタッフの研修
5. スタッフのリスクマネジメント

ACT-J スタンダードズ ver3.0 は、米国の Assertive Community Treatment Implementation Resource Kit Draft Version や、インディアナ州の ACT Center で作成された Assertive Community Treatment Resource Manualなどを参考に作成いたしました。

はじめに

ACT-J は、重い精神障害をもつ人のための包括型地域生活支援プログラムとして、欧米ですでにその有効性が実証されている、Assertive Community Treatment (ACT) の日本版であります。

ACT の目標は、重い精神障害をもつ人のケアを、入院中心ではなく地域生活を維持する方向で展開することです。その目標を実現するために ACT は、多職種からなるチームが 24 時間 365 日対応で訪問型サービスを実施するなど、高密度の精神保健福祉サービスとしての特徴を有しています。このようなサービスの重要性は、すでに我が国でも指摘されてきましたが、精神医療システムや医療保険制度の違いなどから、現在まで実施するにはいたっていませんでした。ACT-J スタンダード作成にあたっては、欧米の典型的な ACT の機能を参照しつつ、現在の日本の精神医療や社会・文化システムの実情にあわせていくつかの修正を施し、我が国でも実現可能な、訪問中心の包括的な地域生活支援プログラムとなるように考慮いたしました。このスタンダードは、ACT-J が適切に運用できるように、その基準を定めたものであります。さて、背景にある地域精神保健システムの相違をうけて、ACT-J が有する欧米の ACT と異なる特徴としては、たとえば以下のようなことがあげられます。

- 1) 入院期間が最低でも 30 日程度はあり、また薬物乱用の合併症が少ないことにより、退院直後の利用者の状態は比較的安定しており、ACT-J のかわりが欧米に比べ、よりリハビリテーションとしての機能を持ちやすい。
- 2) 主治医によるケアのシステムが伝統的にあるため、ACT-J チームと主治医との連携が重要である。
- 3) 家族と同居する利用者が多いため、家族支援・心理教育の重要性が高い。
- 4) 精神科医療費が低額に抑えられているため、ACT-J には入院費と同等以上の費用が必要になる。

これらの違いが ACT-J の運用において及ぼす影響については、実施する際に注意深く検討する必要があります。私たちは、平成14年度より国立精神・神経センター国府台地区をフィールドとして、ACT-J スタンダード ver2 にもとづくパイロットスタディを実施し、プログラムがどのように立ち上がり機能するかを検討してきました。この ACT-J スタンダード ver3.0 は、その成果をふまえ、平成16年 5 月から施行される無作為比較化試験における介入プログラムの運用基準を定めたものであります。ACT-J スタンダードは今後もさらに改訂を重ね、我が国の精神保健の現場で活用可能な完成版にまとめられる予定です。

これらの研究が、精神障害をもつ人々に対する包括的な地域生活支援システムづくりの一翼を担い、ACT-J が、重い精神障害をもつ人々に対する精神保健福祉施策を、入院治療中心からより地域生活支援中心に変換していくための、ふさわしい機能を持ったプログラムとなるよう、今後も研鑽をつんでいきたいと思えます。

※ACT の邦訳について

「重症精神障害者にたいする新たな訪問型の包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究(主任研究者:国立精神・神経センター 塚田和美)」では、ACT (Assertive Community Treatment) の日本語訳は「包括型地域生活支援プログラム」を用いる。

I. ACT-J の目標

ACT-J の目標は、重い精神障害をもつ精神医療の頻回利用者が、できるだけ質の高い、安定し自立した地域生活をおくり続けられるように支援することである。

II. ACT-J の使命

ACT-J は、今までの精神保健福祉においては適切なサービスを受けることができず頻回入院や救急利用を繰り返している重い精神障害を持つ人々に対して、そのニーズを尊重しつつ、彼らの生活の場を中心に、医療・保健・福祉を含んだ、包括的なサービスを継続的に提供する。また、ACT-J は、重要な環境である家族や地域に対しても積極的な支援を行い、安定した環境づくりをおこなう。

III. ACT-J の哲学

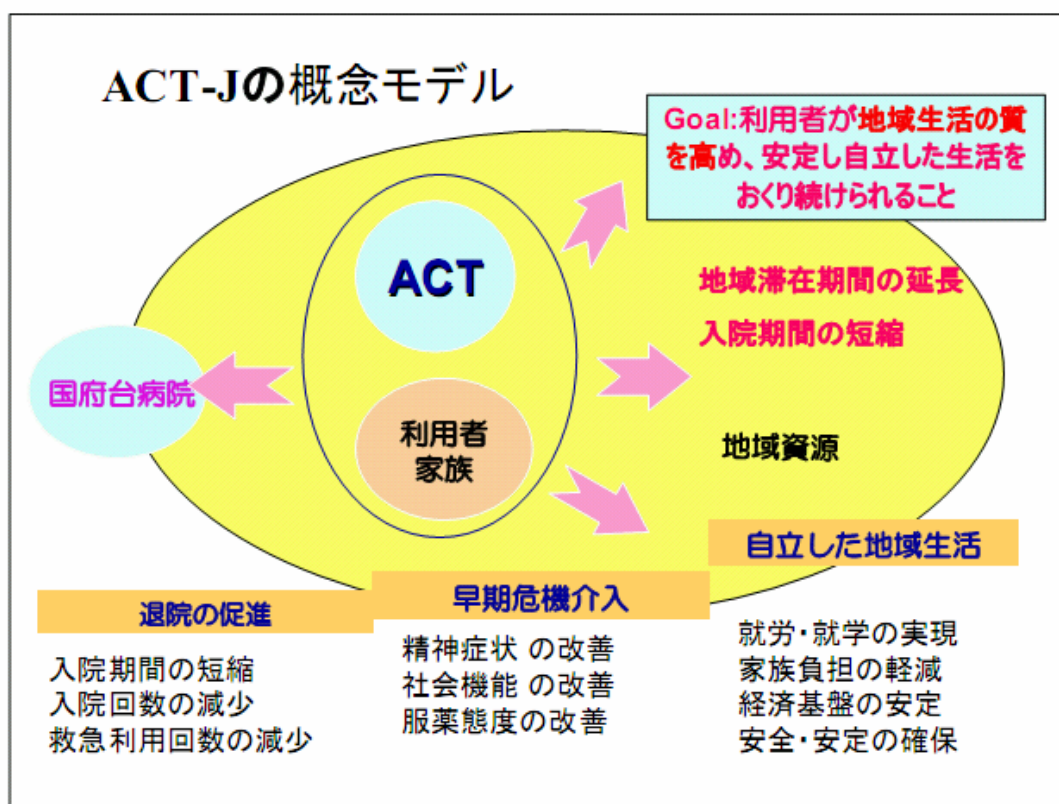
人は、重い精神障害を抱えながらも、自らの望む地域において、自らの望む生活を実現し、人間としての尊厳を全うすることが出来る。そして、常に彼らの可能性を信じ、長所を最大限に伸ばすような、「エンパワメント」と「自立」を心がけた実践、安定した居住環境、生活、社会的役割の獲得をふくむ、医療・保健・福祉などの包括的な支援が、このことを可能にする。これは、Rapp のストレングス・モデル(Strength model)に基づき、以下のように要約される。

1. 利用者の地域生活を準備する視点よりも、地域生活を維持する視点を大切にする。
2. 利用者を「管理」したり「依存」を助長させるのではなく、彼らの「エンパワメント」と「自立」を心がけた実践を行う。
3. 利用者の障害に焦点を当てるのではなく、その長所を最大限に伸ばすことができるように支援する。
4. 利用者の可能性を自ら信じ、彼らに希望を与えると同時に、周囲の人たちの姿勢を変えるような実践を行う。
5. チームの中でそれぞれの職種の持ち味を生かしながら、協調して利用者の希望を実現していく。

IV. ACT-J の戦略

- 1) ストレngth(Strength)を重視した支援:本人の可能性や長所を重視し、これらを肯定的に捉え、ひいては自己決定を尊重するよう支援する。
- 2) 個別のニーズに応じたサービス:個人の地域生活上の幅広いニーズに応えるよう、個別化したサービスを提供する。これらのサービス内容としては、住宅支援、日常生活支援、家族との調整、金銭管理、就労・就学支援、法律上の支援を含むが、個々の対象者のニーズに応じてこれらに限られるものではない。
- 3) 早期介入・疾病の自己管理トレーニング:疾病の自己管理トレーニングを通じて、疾病を理解し、症状やストレスに満ちた出来事を管理できるように支援する。また危機時に本人や家族に早期介入をすることで、再入院を減らす。
- 4) 援助的環境の調整・強化:家族を地域生活上の重要な協働的パートナーと捉えて、家族への心理教育や支援を積極的に行う。また、地域においてより豊かな生活をおくるうえで社会参加は重要な要素と考え、利用可能な社会資源の開発と活用をすすめる。

V. 概念モデル



VI. 理論的枠組み

a) ストレス・脆弱性モデル(Stress-vulnerability model)

精神障害をもつ人の疾患、症状の消長を理解する枠組みとしてストレス・脆弱性モデルをここでは採用する¹¹⁾。これは精神障害、特に統合失調症の症状の出現が、遺伝素因などによる生物学的な脆弱性(起こりやすさ)と、その人を取り巻く心理・社会的ストレスによって修飾されると考えるものである。このモデルに依拠し、薬物療法をはじめとする医学的治療のみならず、本人とその環境(多くの場合は家族)のストレスに満ちた出来事に対する心理・社会的介入、生活支援を加えることによって、統合失調症など精神疾患の症状を安定させることが期待できる。

b) ストレngthス・モデル(Strength model)

ACT-J チームの支援を裏打ちする考えとして、ストレngthス・モデルがある⁵⁾。ストレngthス・モデルは、従来の精神障害者の限界や障害に注目するあまりに、彼らが目標を達成するために有用な資源や可能性を見過ごしていたという反省から展開されてきた⁴⁾。またこのモデルでは、専門家やサービスといった正式なソーシャル・サポートだけではなく、精神障害者の持つ自然な人間関係について配慮が欠けていたということから導入されたものである。Rapp によると⁶⁾、ストレngthス・モデルは以下のように要約される。1) 個人の病理よりも長所に注目すべきである、2) ケース・マネジャー―患者関係は第一で必須である、3) 介入は自己決定を基になされる、4) 地域は障害物というよりも、資源の宝庫として見られるべきである、5) 患者との接触はオフィスではなく、地域でなされる、6) 重い精神障害をもつ人々も、学び、成長し変化し続ける。ACT-J の地域生活支援の理念は、基本的にこのストレngthス・モデルに基づいている。

c) リカバリー(recovery)

リカバリーとは、たんに治癒や回復を指し示す言葉ではない。ある人が、二度と精神病の症状を体験しなくなるということよりはむしろ、障害を抱えながらも希望や自尊心を持ち、可能な限り自立した生活をおくる術を学ぶことを意味している。米国のテキストには、ACT のサービスの根本的な目標は、リカバリーの過程を支援することだと記載されている。そのために、ACT チームのスタッフには、重い精神障害をもつ人々の可能性を信じ、そうした希望を伝達しうる能力が期待される⁷⁾。

注: 満たすべき基準について

1. 正規基準

- ・ RCT 開始から1年を経過した ACT-J チームは、スタッフ構成基準を全て満たし、かつ、他の基準については、少なくとも、その95%を満たしていなければならない。

2. 仮基準

- ・ RCT 開始後はじめの1年間は、ACT-J チームは仮基準を満たすようにしなければならない。
- ・ 仮基準が定められていない項目に関しては、正規基準を満たさなければならない。
- ・ ACT-J チームは、仮基準の満了期間(1年間)が終了する前に、正規基準を満たすようにしなければならない。

VII. ACT-J の対象者

1. 新規加入の利用者

- ・ 過去 6 ヶ月間の新規利用者受け入れ数が、ひと月に 5 人を超えてはならない。

ACT-J の利用者は積極的で集中的なサービスを必要としている。利用者への関わりは、最初の時期に最も積極的であることが多い。ACT-J の対象者には、住まいの問題、症状の安定、受療の継続など、未だ対処されていない複数のニーズを持つ者が多くいる。そのため、彼らの評価を行い、サービスを開始するためには、最初に相当の努力を要する。よって ACT-J チームは、ひと月に多くの新規利用者を受け入れ、それをうまく継続していく事は不可能である。新規の受け入れ利用者数は、上記に示す基準数以下でなければならない。

2. ACT-J の加入基準

- ・ ACT-J チームの全ての対象者は、下記の加入基準を満たしていなければならない。

国府台病院精神科に入院したもののうち、以下の項目に該当する者。

- 1) 年齢: 18 歳以上 60 歳未満
- 2) 居住地: 市川市・松戸市・船橋市のいずれかに居住
- 3) 診断

主診断 (持続的に障害をもたらしている診断名) が、脳の損傷および機能不全ならびに身体疾患によるその他の精神障害(F06-07)、統合失調症・分裂型障害および妄想性障害(F2X)、気分障害(F3X)、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害(F4X)、生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群(F5X)などのもの。

痴呆性疾患 (F00-05)、精神作用物質使用による精神および行動の障害 (F1x)、成人の人格および行動の障害 (F6x)、精神遅滞 (F7x) が主診断であるものは除外する。

- 4) 過去 2 年間の精神医療の利用が以下のいずれか 1 つに該当する

(入院回数 2 回以上) or (入院日数 100 日以上) or (緊急対応を要しない時間外受診を除く精神科救急の利用が 3 回以上) or (3 ヶ月以上の医療中断あり)

- 5) 日常生活機能

主治医聴き取り評価による過去一年で最高の GAF 得点が 50 点以下

ただし、3)で統合失調症(F20)、分裂病型障害(F21)、持続性妄想性障害(F22)、分裂感情障害(F25)、躁病エピソード(F30)、双極感情障害(F31)、反復性うつ病障害(F33)に該当するものは、4)過去 2 年間の精神医療の利用 か、5)日常生活機能 のいずれかの条件を満たしていれば対象となる。

ACT-J は、もっとも重い障害をもつ人のためのプログラムである。ACT-J チームは、決して多くはない貴重な社会資源であるため、全ての利用者は加入基準にあてはまらなければならない。ACT-J はもっともニーズの高い人々にとって効果的なものであり、ACT-J が提供するような積極的なサービスを必要としない人には、さほど効果的ではないことが先行研究⁸⁾で示されている。

3. サービスを終了する利用者

- ・ 全ての利用者はそのニーズがなくなるまで、原則として無期限のサービスを受ける。

利用者が ACT-J を終了する場合、ステップダウン・プログラムと呼ばれる終了計画には、利用者が回復を続けるために、その利用者にあったレベルの支援が継続されるような、体系的な計画が含まれなければならない。また、ACT-J のサービスを受けたことのある全ての利用者は、必要時にはすぐに ACT-J チームに連絡し、サービスの再開がなされるものとする。

もともと ACT は「一生関わることができる援助サービスモデル」である。ACT-J チームは必ずしも「毎年ある一定数の利用者のサービスを終了させなければならない」と考える必要はない。

4. サービス終了基準

- ・ 利用者が下記の A～F にあてはまる状態となった場合には、ACT-J によるサービス提供は終了するものとする。なお、A～D の場合には、利用者のニーズによりあったサービスや社会資源への橋渡し（ステップダウン）が完了した後で、ACT-J によるサービス提供を終了するものとする。
 - A. 下記の①②を満たす者
 - ①利用者が ACT-J の終了を希望している
 - ②過去 2 年間では、加入基準の 4)、5)に示すいずれにも該当しない
 - B. キャッチメントエリア外への転居
 - C. 主診断が、痴呆など ACT-J の除外診断にあてはまる状態になった場合
 - D. 要介護状態となり、精神疾患のケアより、身体疾患のケアが重要となった場合
 - E. 死亡
 - F. ドロップアウト（定義については IX. 11. を参照のこと）

5. ACT-J 以外のサービスへの移行

- ・ ACT-J の利用者が上記「4. サービス終了基準」の A～D に該当し、ACT-J チームによるサービス提供を終了する場合には、他のサービスへの移行に3ヶ月以上の準備期間を設ける。
- ・ 特に、A に該当する場合には、サービスの終了は段階的に行う（例；訪問の頻度を週 1 回の訪問から、隔週訪問、月に 1 度、とその頻度を減らしていく）。この間に、新しい担当者と一緒に利用者を訪問する、利用者と共に新しいサービス提供機関を利用するなどし、徐々に ACT-J チームによるサービス提供を減らし、新しいサービスの利用を増やす。

- ・ 終了に向けてサービスの頻度を減らしている途中で利用者の状態が不安定になった場合には、サービス終了をいったん保留し、従来のサービス提供を行う。
- ・ 移行期間のサービス提供内容および頻度は「V. ACT-J チームの業務内容」の基準に必ずしも該当していなくてもよいものとする。

VIII. スタッフおよびチーム構成

- ・ ACT-J チームは、下記に示すスタッフが揃っていないといけない。
- ・ ケースマネジャーおよび精神科医は精神障害領域での臨床経験があり、また利用者の回復力を信じて利用者信頼関係を築く力をもつ者でなければならない。

1. チームのサイズ

- ・ フルタイム換算で 12 名のケースマネジャーと1名のプログラムアシスタント、チーム精神科医 1 名。
- ・ (仮基準) フルタイム換算で 10 名のケースマネジャーと1名のプログラムアシスタント、チーム精神科医 1 名。
- ・ ここでいう「フルタイム」とは、週末や夜間の当番も含めて週当たり 40 時間以上の勤務とする。
- ・ ケースマネジャーの中には、就労支援専門家を含めるものとする。

小さなチームでは、直接サービスを行うための十分なスタッフがいないために、自分達で直接サービスを提供するよりも、サービスの仲介をしがちになる。また、小さなチームは緊急時や週末の対応も難しくなるし、スタッフが辞めた時や病気の時、休暇をとった時などに十分なサービスが提供できなくなる。よって ACT-J チームは、最低限上記に示すケースマネジャーと、精神科医およびプログラムアシスタントを擁していなければならない。

2. ケースマネジャー

下記のいずれかにあてはまる者

- ・ 精神保健福祉士、保健師、看護師、医師、作業療法士、いずれかの資格を持つ者。
- ・ 学士以上で精神科関連で 2 年以上の臨床経験を持つ者、もしくは精神医療・福祉・心理の関連分野で修士号以上をもつ者。
- ・ (仮基準) ケースマネジャーの 90%以上が、上記の基準を満たしている。

なお、ケースマネジャーの中に下記の a.～c.に示す職種およびd.e.の役職が含まれる。

a. 看護師

- ・ 利用者 50 人に対し、フルタイム勤務の看護師 1 人以上。5 年以上の精神科臨床経験を持つ者。

b. 精神保健福祉士

- ・ 利用者 50 人に対し、フルタイム勤務の精神保健福祉士1人以上。

c. 就労支援専門家

- ・ チームにフルタイム勤務の就労支援専門家1人以上。学士以上で精神科関連で2年以上の臨床経験を持ち、かつ就労支援や職業リハビリテーションに関連する研修を 50 時間以上受講した者。
- ・ (仮基準) チームに、1 週間に 16 時間以上勤務する就労支援専門家1人以上。

d. チームリーダー

- ・ 上記に示した、ケースマネジャーの基準のいずれかにあてはまり、かつ 10 年以上の臨床経験のあるフルタイム勤務の職員 1 人。

e. サブリーダー

- ・ 上記に示した、ケースマネジャーの基準のいずれかにあてはまり、かつ十分な臨床経験のあるフルタイム勤務の職員 1 人。

3. 精神科医

- ・ 利用者 50 人に対し、1週間に 16 時間以上勤務する精神科医1人。
- ・ (仮基準) 利用者 50 人に対し、1週間に 12 時間以上勤務する。

4. プログラムアシスタント

- ・ チームにフルタイム換算で 1 名以上のアシスタントがいる。

5. 当事者スタッフ

- ・ 当事者スタッフが週に1回以上 ACT-J チームに加わる。ここで該当する当事者スタッフは、心理教育やピアカウンセリングなどのサービスを利用もしくは提供した経験があるなど、精神保健福祉のサービス提供に深い関心をもっている者で、症状と日常生活が本スタンダードの終了基準 (VII.-4 A②) にあてはまる者とする。ただし、国府台病院通院者は対象外とする。
- ・ (仮基準) 可能ならば、チームに当事者スタッフを加える。ここでいう当事者とは、前記の基準を満たすものとする。

6. 家族スタッフ

- ・ 家族が週に1回以上 ACT-J チームに加わる。ここで該当する家族は、心理教育などのサービスを利用もしくは提供した経験があるなど、精神保健福祉のサービス提供に深い関心をもっている者とする。また、精神障害を持つ者の家族として 5 年以上の経験があり、同居の家族、もしくは別居の主たる援助者として経験が 3 年以上ある者とする。
- ・ (仮基準) 可能ならば、チームに家族スタッフを加える。

7. ケースロード

- ・ ケースロードは1:10 以下とする（精神科医、プログラムアシスタントを除く）

ACT-J では重い障害をもつ利用者に対して積極的な介入を行うため、低いケースロードが求められる。上記のケースロードはケースマネジャーのみで計算し、精神科医およびプログラムアシスタントは含めない。

8. 最大利用者数

- ・ 利用者は 120 人を超えてはならない。

チームが大きくなると、サブチームに分かれたり、チームとして充分機能しなくなったりする。よって、ACT チームの利用者数は上記の基準を越えてはならない。

9. 職員配置率

- ・ 過去 12 ヶ月間の職員配置率が 80%以上である事。

職員配置率＝{1－(欠員×欠員がでた月数)÷(チームに配属された職員の数×12)}×100

- ・ (仮基準) 過去 12 ヶ月間の職員配置率が 70%以上である事。

ACT-J の特徴は、その低いケースロードにある。そのため、積極的な介入を可能にするために、チームには全スタッフが揃っていて、かつそれが維持されていることが重要である。よって、ACT-J チームは、上記の職員配置率を常に満たしていなければならない。

IX. ACT-J チームの業務内容

各職種のスタッフが分担する業務について

- ・ ケースマネジャー、精神科医、；「V. ACT-J チームの業務内容」の 1.～20.に示す業務に加えて、各職種・
- 役職に特有の業務 (21.～24.) を行う。
- ・ プログラムアシスタント；25.の業務のみを行う。

※ 1. ～5. における「全接触」には、利用者と直接会うことと電話連絡等の間接的な接触の両方を含む。

1. アウトリーチ

- ・ ケースマネジャーは、少なくとも全接触時間の 75%以上は、利用者とオフィス外（自宅など地域で生活する場が基本だが、利用者の入院中は病棟での接触も含む）で会う。

ACT-J チームは、自宅など利用者の生活の場に訪問し、彼らが暮らす環境のなかで関わることで、トレーニング効果を最大限に引き出し、回復に関してより正確なアセスメントとモニタリングをすることができる。よって、サービスの大半は、ACT-J のオフィスではなく、利用者の生活の場で提供されなければならない。

2. 利用者と接触するスタッフの人数

- ・ 平均して、90%以上の利用者は1ヶ月に 2 人以上のケースマネジャーと会う。

ACT-J は、利用者を一人で受け持つということはない。ITT (Individual Treatment Team: 個別援助チーム) による関わりに加えて、チーム全体で責任をもつ。実際に欧米で ACT を実践している臨床家は、利用者をチーム全体で共有することの必要性を強く訴えている³⁾。ITT については、IX. 27. を参照のこと。

3. 利用者とケースマネジャーの平均接触回数

- ・ 平均すると、ひとりの利用者は1週間に 3 回以上ケースマネジャーに会う（利用者全員を母集団とする）。

上記に示す基準は、チームが担当している利用者の平均であって、「全ての利用者に週 3 回の接触が必要」という訳ではない。利用者の中には、1 週間に 3 回以上の接触が必要な者もいれば、それより少ない接触でもよい者もいる。しかし、利用者全員を母集団とした場合に、平均の接触回数は 1 週間に 3 回以上でなければならない。

4. 利用者とケースマネジャーの平均接触時間

- ・ 平均すると、ひとりの利用者は1週間に 2 時間以上、ケースマネジャーに会う（利用者全員を母集団とする）。

ACT-J では、接触の頻度に加えて、接触の累積時間も重要である。平均して 1 週間に 2 時間以上、直接利用者に会わなければならない。接触回数と同様、これも利用者の平均値である。

5. 状態が不安定な利用者との接触回数

- ・ 症状が不安定な利用者には、1 日に複数回接触する。

ACT-J チームは、利用者ひとりひとりにあったサービスを提供しなければならない。症状が安定し

ない利用者の地域生活を維持するためには、必要ならば 1 日に複数回その利用者に会って生活支援をしなければならない。

6. 急性期治療のために入院した利用者

- ・ 精神科病棟の入院が 1 ヶ月未満の利用者には、1 週間に 1 回以上直接会う。

7. 長期入院中の利用者

- ・ 精神科病棟に 1 ヶ月以上入院している利用者には、1 週間に 2 回以上直接会う。

8. 入院治療計画

- ・ 入院中の利用者の 80%以上に関して、ACT-J チームが入院治療計画に関与する。

ACT の目標のひとつは、福祉サービスでしばしば問題となる「利用者が施設を移ったりサービスを停止したりすることでおきる援助関係の中断」を防ぐことにある。ACT には、利用者がどこへ行っても彼らが現在受けている援助を一生涯提供しうる機能も含まれてる。ACT-J の基本理念は地域援助であり、ACT-J チームは利用者が出来る限り地域での生活を享受できるように、あらゆる援助を行う。そのためには、ACT-J チームは利用者の入退院に全面的に関わる事が重要である。また ACT-J チームは「入院治療が必要となる利用者の支援の課題を特定する」「地域生活への移行を成功させるための介入計画を立てる」という役割を果たす、最適なポジションにいると言える。

9. 退院治療計画

- ・ 退院する利用者の 80%以上に関して、ACT-J チームが退院治療計画に関与する。

10. ケースの継続

- ・ 意図しない中断を最小限に抑える。90%以上のケースが 12 ヶ月以上利用を継続している（計画された終了を除く）。

ACT-J の主要な機能のひとつは「今まで他で援助を受けた事のない人を援助する」ということである。サービス中断をなくし、利用者へのサービスを継続するということは、ACT-J チームにとっての最優先課題である。

11. サービスを拒否する利用者

- ・ ACT-J によるサービス提供に同意をした後で拒否を示す利用者に対して、ACT-J チームは、利用者が拒否の意志を示してから最初の 6 ヶ月間は、月に 2 回以上手紙や電話による接触もしくは主治医を通した関わりを続け、契約を維持する試みを行う。6 ヶ月間、このような試みを行ってもさらにサービス拒否の意志が明らかな場合は、ドロップアウトとみなす。

ACT-J チームは、最初は援助を拒否する者に対しても、サービスの提示を続けなければならない。利用者がチームを信頼するまでに時間がかかることは、よくあることである。ACT-J チームは、支援契約を結ぶため、また支援契約を維持するために、根気強く利用者に働きかけることが重要である。

12. 業務時間およびオフィスの開設時間

a. 平日（月曜日～金曜日）

- ・ 1 日最低 8 時間のオフィスの開設。

b. 土日・祝日

- ・ 1 日最低 8 時間のオフィスの開設。2 名以上のケースマネジャーの勤務。

c. 危機介入

- ・ チームは緊急時にも対応をする（1 日 24 時間）。スタッフは電話による支援を行う。
- ・ （仮基準）チームは 24 時間の緊急サービスと連携している。

13. チームミーティング

- ・ 月曜～金曜の毎日、その日に勤務している全てのチームメンバー（精神科医を除く）が参加する、組織化されたチームミーティングを行う。
- ・ ミーティングでは、全ての利用者の状況を把握する。
- ・ スタッフは利用者との接触について記録し、スタッフ全員で共有できるようにする。
- ・ ミーティングは 1 時間程度とする。

毎日のチームミーティングは非常に重要である。ミーティングは短時間（1 時間程度）にすべきで、全ての利用者について簡潔に検討する。チームミーティングは、ACT-J の重要な構成要素である。利用者の課題について ACT-J チームのスタッフが頻繁に情報交換を行う事が、利用者のニーズに迅速に対応する事を可能にしている。

14. 包括的プラン（Comprehensive Assessment：リカバリープラン）立案ミーティング

- ・ 全ての利用者に関して、アセスメント終了後に、提供するサービスを決定するための包括的プラン立案ミーティングを実施する。
- ・ 勤務しているスタッフ全員が参加する、組織化されたミーティングを行う。

15. 包括的プラン見直しミーティング

- ・ 全ての利用者に関して、サービス開始後は少なくとも 6 ヶ月ごとに包括的プラン立見直しのミーティングを実施する。
- ・ 勤務しているスタッフ全員が参加する、組織化されたミーティングを行う。

16. アセスメントの実施

a. イニシャル・アセスメント (Initial Assessment)

- ・ 利用者が ACT-J チームのサービス提供対象者となった場合、チームリーダーは、すみやかに最初のアセスメントを実施する担当ケースマネジャーを決定する。

b. 包括的アセスメント

- ・ アセスメントは、利用者が ACT-J 加入後に地域生活を開始してから 1 ヶ月以内に完了させる。
- ・ アセスメントでは、下記領域の機能的なレベルを評価する。
 - a. 現在の精神症状、およびこれまでの既往歴
 - b. 薬物療法に関するコンプライアンスや副作用
 - c. 身体科や歯科など、他科の医療ニーズ
 - d. 薬物やアルコールの乱用について
 - e. 日常生活に関すること (すまい、食事、洗濯、買い物、掃除、整理整頓、入浴、日常の行動)
 - f. 社会的支援に関すること (交友関係、身近な相談者、家族、宗教、役所での手続き、公共機関・交通の利用、法律上の問題)
 - g. 余暇活動について (趣味、楽しみ、スポーツ)
 - h. 経済的なこと (金銭管理、主な収入について)
 - i. 職業と教育の機能
 - j. 最近のライフイベント
 - k. 家族状況とその介護負担について
- ・ イニシャル・アセスメントには十分時間をかける。アセスメント面接は、ストレングスモデルに基づき、利用者とケースマネジャーおよび ACT-J チームの精神科医との面接を通して行う。イニシャル・アセスメント実施とそれに基づく計画の作成は、原則として利用者がチームに紹介されてから 1 週間以内に行う。
- ・ アセスメントは、ケースマネジャーと ACT-J チームの精神科医が協同して行う。上記の評価項目のうち、a.～b.は精神科医が、c.～j.はケースマネジャーが担当する。
- ・ アセスメント面接実施場所の制限は特にない。原則として利用者の希望場所とする。
- ・ より的確な評価を行うため、評価は、自己報告、家族など利用者と親しい者の報告、入院や外来の記録などを含む利用可能なあらゆる情報に基づくものとする。

17. 包括的プランの立案

- ・ アセスメント面接を担当したケースマネジャーは、同時に利用者が ACT-J 加入後に地域生活を開始してから 1 ヶ月以内に、該当利用者の包括的プランの立案を行う。
- ・ 包括的プランは、面接を担当したケースマネジャー、チームリーダー (あるいは ACT-J チームの

精神科医)、利用者本人、の3者の合意のもとで決定される。

- ・ 包括的プランは、利用者本人のニーズを中心に組み立てる。
- ・ 包括的プラン立案の際には、2～3年後の状況を想定した「長期目標」と、サービス開始からの6ヶ月間を想定した「短期目標」の2つの目標を設定する。
- ・ 利用者に同居の家族がいる場合には、必ず家族支援も含めた包括的プランを立てる。家族が援助の拒否を明確に示している場合はその限りではないが、ACT-J チームに家族を支援する意志があることは必ず伝える。

18. 包括的プランの見直し

- ・ 全ての利用者に対して、少なくとも6か月ごとに包括的プランの見直しを行う。見直しのための評価は、ストレングスモデルに基づき、利用者とケースマネジャーおよび ACT-J チームの精神科医との面接を通して行う。
- ・ 包括的プランの見直しでは、下記領域の機能的なレベルを評価する。
 - a. 現在の精神症状
 - b. 薬物療法に関するコンプライアンスや副作用
 - c. 身体科や歯科など、他科の医療ニーズ
 - d. 薬物やアルコールの乱用について
 - e. 日常生活に関すること(すまい、食事、洗濯、買い物、掃除、整理整頓、入浴、日常の行動)
 - f. 社会的支援に関すること(交友関係、身近な相談者、家族、宗教、役所での手続き、公共機関・交通の利用、法律上の問題)
 - g. 余暇活動について(趣味、楽しみ、スポーツ)
 - h. 経済的なこと(金銭管理、主な収入について)
 - i. 職業と教育の機能
 - j. 最近のライフイベント
 - k. 家族状況とその介護負担について
- ・ 包括的プラン見直しのための評価では、包括的プラン立案時と変更のない項目(診断名や既往歴など)については、再評価をする必要はない。

19. 提供する必須のサービス

- ・ ACT-J チームはサービスの仲介をするのではない。ACT-J チームにはそれぞれの利用者が必要とする、あらゆるサービスを提供する責任がある。ここで示すサービスは、その必要最小限のものである。

①住居確保・居住環境に関する支援

- ・ 利用者が家族との同居を希望している場合には、利用者と家族の双方が納得できる共同生活

をおくれるように支援する。

- ・ 利用者がひとり暮らしを希望している場合には、アパートの契約や保証人の確保などの支援を行う。
- ・ グループホームや福祉ホームなどの社会資源を最大限に活用する。

②経済生活に関する支援

- ・ 生活保護、障害年金、通院医療費公費負担制度など、利用できる制度を最大限に活用する。
- ・ 利用者浪費癖や多額の借金等があり、本人(場合によっては保護者)の同意があった場合には、ケースマネジャーが利用者の金銭管理の援助をおこなう。
- ・ ただし、ケースマネジャーが管理する金額は、該当利用者の1ヶ月の生活費程度とする。それを越える金額の資産管理については、法的な手続きに基づいて行うものとする。

③日常生活の支援

- ・ 食事の用意、買い物、洗濯など、利用者が日常生活をおくるために必要なスキルを身につけるための支援を行う。
- ・ 必要であれば、ホームヘルプサービスとの連携を図る。

④精神症状自己管理に関する支援

- ・ 全ての利用者に対し、心理教育など症状管理と前駆症状の早期発見についての教育を行う。
- ・ 再発のサインを、心理教育を通して利用者と確認する。
- ・ 再発の恐れがある場合や、緊急時の連絡の取り方などを、利用者と確認する。

⑤服薬に関する支援

- ・ 全利用者の薬物療法の状況を観察する。必要な場合には、その管理や教育、支援を行う。
- ・ スタッフ全員が症状や副作用について観察する。

薬物療法のマネジメントは看護師あるいは精神科医のみの責任ではなく、スタッフ全員の責任である。スタッフは、薬をのむこと自体を目的と考えるのではなく、症状管理を可能にする手段のひとつとして、薬物療法を捉えるべきである。

⑥日中の活動の場、社会参加・余暇活動に関する支援

- ・ 利用者ひとりでの外出が難しい場合には、余暇活動の場と一緒に出かける。
- ・ 図書館や映画館など、利用者が希望する施設の利用手続きや利用方法について情報提供を行う。
- ・ 交通機関の利用方法やチケットの取り方などについて情報提供を行う。

⑦対人関係・社会関係に関する支援

- ・ 周囲の人々との前向きな人間関係を促すような働きかけをする。
- ・ 具体的には、近隣の人間関係、男女交際やその他の友人・知人関係、家族関係・親戚関係、子育て、主治医や病院スタッフとの人間関係に関する支援などを行う。
- ・ インフォーマルなものも含めて、地域の援助組織に対する働きかけや開発を行う。

⑧家族支援

- ・ チームと家族の間の協調関係を築き、下記の事項を盛り込みながら、利用者と家族の関係が

円滑となるように、あるいは家族自身の生活を支えるために包括的プランを作成する。

- ・ 統合失調症をはじめとする精神障害の家族支援においては、グループでの家族心理教育が有効であるといわれている。そのため、これまで心理教育プログラムに参加した経験のない家族の全て、また参加経験はあるが家庭内の情緒的雰囲気改善するニーズのある家族に対して、グループでの家族心理教育プログラムへの参加を積極的にすすめる。ここでいう家族心理教育グループとは、精神疾患と治療の中での家族の役割について、さらに症状管理や前駆症状の早期発見について情報提供を行い、少なくとも月 1 回以上の頻度で、1クール最低 6 回以上開催されるものとする。
- ・ 家族自身が高齢や身体疾患のために外出が困難、利用者の介護で家庭を離れづらい、施設で実施されるグループでのプログラムに参加する動機付けができていない、などの理由で家族心理教育グループに参加できない家族に対しては、訪問による家庭での単家族心理教育プログラムを積極的に考慮する。
- ・ ACT スタッフは、構造化された家族心理教育プログラムのほかにも、オフィスや自宅、移動中の車内など多様な場で、必要に応じて家族面接を実施する。こうした活動を円滑に行うために、利用者とその家族のおかれている状況によっては、ITT のメンバーに家族支援担当者を加える。
- ・ 地域家族会など、既存のピアグループの紹介、橋渡しを行う。

⑨就労・就学支援

- ・ 障害の重さにかかわらず、また病気の時期によらず、すべての利用者について、就労についてのニーズや動機を明確化する。
- ・ すべての利用者について、実社会での一般就労を前提に、就職と職を維持するために必要な援助を継続的に提供する。長続きしなかった就労経験も利用者の成長にとってプラスのものとして評価する。
- ・ 援助の原則は、生活の場で個別の援助メニューを提供することである。
- ・ そのために、ACT チームに就労支援専門家を配置し、専門家は必要に応じて利用者の ITT メンバーとしてかわりながら、職場開発、雇用主に対する教育・ガイダンスと条件交渉、ジョブコーチなど利用者に対する直接援助を行う。

⑩ピアサポート

- ・ ACT プログラム或いはプログラムと密接な連携のとれる機関・団体によって運営される心理教育グループやピアサポートグループを積極的に利用者に紹介する。
- ・ ACT チームの当事者スタッフが上記のグループに参加する。当事者スタッフは、上記のグループ活動に参加できない利用者、あるいは特に必要のある利用者に対して訪問による自宅でのピアカウンセリングを実施する。

利用者の家族や、他のサポートシステムと協力する事の必要性が、徐々に強調されてきている。

ACT-J チームによる心理教育などの支援は、利用者や家族の人間関係を促進させる働きがある10)。

20. 連携するサービス

- ①精神科サービス(デイケア、入院治療、外来治療、救急医療など)
- ②一般医療、歯科医療
- ③法的な権利擁護
- ④教育機関による各種サービス
- ⑤その他、公的機関で提供されるサービスなど利用者本人が希望するもの

上記のサービスについては、必ずしも ACT-J チームが直接サービスを提供する必要はないが、全ての利用者が必要に応じてこれらのサービスに繋がるようにしなければならない。

21. 精神科医の業務

- ・ 全ての利用者の、精神科治療についてのスーパーバイズ。
- ・ 薬物療法についてのスーパーバイズ。
- ・ チームミーティングへの 1/3 以上の参加。
- ・ 包括的プラン立案のミーティングへの過半数の参加。
- ・ 利用者と外来主治医の双方が希望した場合には、ACT-J チームの精神科医が主治医となることを推奨する。

精神科医はチームの医療部門管理者であるが、精神科医の働きを投薬管理のみに限定すべきではない。精神科医も包括的プラン立案のミーティングや毎日のチームミーティングに可能なかぎり出席するべきである。

22. 看護師の業務

- ・ 治療における医師との協働。
- ・ 薬物療法の把握、症状と副作用のアセスメント。
- ・ 疾病の自己管理に向けた支援。
- ・ 健康相談および健康管理。
- ・ 精神症状や薬の副作用の観察について、チームメンバーに対するトレーニングの実施。

23. 就労支援専門家の業務

- ・ 各種検査による対象者の職業能力の把握。
- ・ 職業リハビリテーション計画、就業準備計画の策定。
- ・ 職場適応訓練指導の実施。

- ・ 職場適応を図るための、事業主や同僚への援助。
- ・ 新規雇用主の開発とその維持。

ACT-J の利用者の大半は「働きたい」と思っているものである。また、成人にとって働くという事は重要な機能と意味を持つ。従って、ACT-J チームは「働きたい」という利用者の目的を達成するように、あらゆる援助をしなければならない。

24. チームリーダーの業務

- ・ ケースマネジャーのシフト管理 (訪問先や訪問件数の決定など) とシフトマネジャーに対するスーパーバイズ
- ・ チームの運営監督、および臨床活動のサポート
- ・ 主・副ケースマネジャーと ITT メンバーの指定
- ・ チームリーダー自身の臨床活動

25. プログラムアシスタントの業務

- ・ 受付業務
- ・ 医療記録の管理
- ・ 利用者の会計や予算の記録
- ・ プログラム費用の管理
- ・ チームにおける臨床活動以外の実務
- ・ 日中の電話連絡

26. 当事者および家族スタッフの業務

- ・ ACT チームあるいはチームと密接な連携がとれる機関・団体で実施される心理教育プログラム、ピアサポートグループに参加し、当事者の立場から利用者に適切な助言を行う。
- ・ 利用者の生活の場に出向く訪問の形で、ピアカウンセリングなどの個別援助を実施する。
- ・ 利用者の同意が得られれば、ケア会議、包括的プラン立案ミーティングなどに出席し、当事者の視点からの助言、権利擁護などを行う。

27. シフトマネジャーの業務

- ・ 朝夕のミーティングの進行を行う。
- ・ 朝のミーティングを受けて当日の業務調整を行う
- ・ 管理日誌の記録

その日の全体の業務が達成されたかどうか、緊急事態で変更を余儀なくされた点について確認する。

- ・ 国府台病院当直者打ち合わせミーティング時の待機

- ・ 夜間持ち帰り電話のセット
- ・ 21 時以降は自宅に待機し、夜間電話への対応

28. ITT

ACT-J では、利用者単位で ITT(Individual Treatment Team: 個別援助チーム)と呼ばれる、「全体のチームの中で、ある利用者に関するアセスメントと包括的プランの作成、日常的なケアの提供と調整を中心となって行う小さな単位のチーム」を定める。この ITT は、全体のスタッフが二分されて全利用者の半数ずつを受け持つようなチームではなく、あくまでも個々の利用者毎に異なるスタッフで構成されるチームであることに注意が必要である。ITT は下記のように構成され、チームリーダーにより指定される。チームリーダーは、利用者がチームに紹介されてから 1 週間以内に、主ケースマネジャー、副ケースマネジャー、医療担当ケースマネジャーを指定する。

◇主ケースマネジャー (Primary case manager)

精神保健の専門家であり、利用者に対して支持療法や疾患管理教育を行うなど日常的な関わりを持つとともに、包括的プランの作成と見直し、ITT 活動全体の調整とモニタリングを担う。通常、利用者の

危機的状況下では主ケースマネジャーが最初に連絡を受け、対応を検討する。

◇副ケースマネジャー (Backup case manager)

精神保健の専門家であり、利用者の日常の支援に主ケースマネジャーとともに関わる。主ケースマネジャーが不在であったり、他の危機的状態にある利用者の支援で手が離せない時には、代わりに日常支援サービスを提供する。

◇医療担当ケースマネジャー

医療に関するアセスメントや疾病教育、薬物療法の管理などを主に担当する。

◇他のスタッフ

利用者のニーズにより、家族支援の担当者、就労支援専門家などが指定される。

X. ACT-J チームに必要な機能

1. オフィスのシステム

- ・ ACT-J チームのオフィスには、下記の設備が必要である。
 - a. オフィスの入り口からすぐに分かる位置にある受
 - b. ACT-J チームのスタッフ全員がミーティングを行えるスペース
 - c. チームスタッフの専用スペース (個室もしくは専用のデスク)
 - d. 面接室
 - e. 利用者の医療記録保管のための鍵付き収納スペース
 - f. 訪問の際に使用する車の駐車場
 - g. パソコンや電話などの通信機器

- h. 医療機器 (体温計、血圧計、聴診器、救急セットなど)

2. 記録について

- ・ ACT-J チームは、利用者の臨床記録の保管や保護、内容の損失や改変、無許可の使用を防ぐ責任をもつ。ACT-J チームが管理すべき記録には、下記のものが含まれる。
 - a. インフォームドコンセント記録用紙
 - b. 利用者の基礎情報票 (「基本情報」 + 「Face Sheet1」)
 - c. 精神医学的・社会的機能に関する経過票 (「登録者シート」 + 「Face Sheet2」)
 - d. 客観的ニーズ評価票 (「客観的ニーズ評価(全般、精神症状、QOL)」)
 - e. 主観的ニーズ評価票 (「私のしたいこと」)
 - f. 初期支援計画書 (「はじめの一歩」)
 - g. 支援計画書 (「リカバリープラン (利用者本人・家族)」)
 - h. 週間予定表 (「これから ACT と一緒にしていく予定」)
 - i. 処方記録
 - j. サービス提供記録 (「一言ノート」)

3. アウトリーチに必要な機能

- a. 自動車
- b. 携帯電話 (アウトリーチおよび夜間の緊急連絡などに活用するため)

4. スタッフの研修

- ・ ACT-J にかかわるすべてのスタッフは、下記の項目についての研修を定期的にうけ、十分な理解をしていることが必要である。
 - ACT-J スタンダーズの確認
 - 疾患に関する知識 (統合失調症、分裂感情障害、気分障害、PTSD など)
 - 薬物療法
 - 医学的管理; 危機介入、入院治療との連携
 - 身体合併症の管理
 - 援助者との関係づくり; 目標設定・アセスメント
 - 認知行動療法の基礎
 - SST の基礎
 - システム論によるものの見方
 - Solution Focused Approach の基礎
 - 家族療法
 - 心理教育、家族支援
 - 社会資源とのリンケージ

- 就労支援
- 住居の確保
- 金銭管理・経済的基盤の確保
- 臨床チームワーク論
- スタッフのリスクマネジメント

- ・ ACT-J スタッフは、ACT に関連する領域についての講義、アウトリーチを積極的に行っている施設での実習、臨床技術に関するグループワークショップに関して、就業から 3 ヶ月以内に各 10 時間以上の研修を受けることが必要である。
- ・ ACT-J スタッフは、就業開始から最初の 2 年間は 3 ヶ月に 1 回、その後は半年に 1 回の割合で業務に関連する研修もしくはトレーニングを受けるものとする。
- ・ 臨床活動についての包括的なアドバイスをを行うスーパーバイザーをおき、ACT-J スタッフは定期的かつ継続的にスーパーバイズを受けるものとする。
- ・ スタッフは、日常業務について、定期的にグループスーパービジョンの機会を持ち、臨床技能の向上に努めると共に、業務による燃えつきを防ぐよう、工夫する必要がある。
- ・ チームリーダーも、自身のスーパーバイザーを持ち、ACT-J チームの活性化に柔軟に努められるよう工夫する必要がある。

5. スタッフのリスクマネジメント

ACT-J チームは、業務における危機管理の認識を高め、スタッフの安全と健康を保証する。

①環境の整備

- ・ ACT-J チームは、クライアントに対して最良のサービスを提供できるように努めると共に、暴力的な言動、セクシャルハラスメント、災害や事故、資産損失など、地域支援で生じうる危機因子を評価し、ACT-J の活動が安全でリスクの低い業務環境でおこなわれるよう配慮する必要がある。

スタッフが危険にさらされることは、結果として良質のサービスを提供し続けることを困難にする。スタッフの労働環境の安全性について検討することは、重要な課題である。

②予防的な措置

- ・ ACT-J チームは、スタッフの危機を回避するために、十分な予算を供給し合理的な予防措置をとる。
 - a. 危機の出現サインについての教育
 - b. 危機状況について早期介入のシステムづくり

③リスク防止プログラム

- ・ チームリーダー、ケースマネジャー等は、リスク防止のための研修プログラム(安全計画のためのトレーニング・コンフリクトへの対応・法的対応を含む)を実施し、安全管理の技術改善のためのカウンセリングを行う必要がある。

④業務報告

- ・ すべての危機性を伴う業務について、迅速で正確な報告を行い、支援目標や手続きなどのプロセスを管理する。
- ・ 事故が起ころうな場面に遭遇した場合にはヒヤリハット報告などを迅速に行う。
- ・ 事故が起きた際には、事故報告書の提出を迅速に行う。

⑤リスク防衛

- ・ 実質的なリスクに対して、不当な処遇を行わず、リスクをチームで共有し、チーム全体で対処し、より安全性の高い方法を優先する。
 - a. 不穏な状態にある利用者へのリスク管理
 - b. 家庭内暴力などが生じている状況への介入

⑥スタッフへの周知

- ・ ACT-J チームは、安全および健康保証の方針と管理内容を明かし、すべてのスタッフに対し、危機性を伴う業務について、ミーティング等で周知する。

⑦組織の責任

- ・ スーパーバイザーは、組織のリスクマネジメントに関する責任を持つ。また、被リスク後には、回復の過程に応じ、法的支援を含むサポートを進行する。
 - a. リスク管理の方針と実施に際し、スタッフの能力を評価
 - b. 暴力や脅威にさらされたスタッフの保護・アフターケア

<引用文献>

- 1) ACT Center of Indiana: Assertive Community Treatment Resource Manual - An Implementation Guide for Indiana - ACT Center of Indiana, 2001
- 2) Deborah J. Allness, William H. Knoedler: The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness; A Manual for PACT Start-Up, NAMI Campaign to End Stigmatization, NAMI Anti Stigma Foundation, Arlington, Virginia, 1998
- 3) Gary R. Bond, Mishelle Pensec, Laura Dietzen, Daniel McCafferty, Ronald Gienza, Harry W. Sipple: Intensive Case Management for Frequent Users of Psychiatric Hospital in a Large City: A Comparison of Team and Individual Caseloads, Psychosocial Rehabilitation Journal

15(1) , 90-98 , 1991

- 4) Mueser KT,Bond GR,Drake RE,et al:Model of community care for severe mental illness:A Review of research on case management.Schizophrenia Bulletin, 24;37-74,1998
- 5) NYC Department of Mental Health Office of Crisis : Intervention Services, ; Assertive Community Treatment Resource Manual, New York
- 6) Rapp CA:The Strength Model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness. Oxford University Press, Oxford, 1998 (江畑敬介監訳:精神障害者のためのケースマネジメント. 金剛出版,1998)
- 7) Substance Abuse and Mental Health Services Administration's(SAMHSA), Center for Mental Health Services(CMHS), The Robert Wood Johnson Foundation(RWJF): Assertive Community Treatment Implementation Resource Kit Draft Version.2002
- 8) Susan N. Essock, Linda K. Friman, Nina J. Kontos : Cost-Effectiveness of Assertive Community Treatment Teams American Journal of Orthopsychiatric Association 68(2), 179-190, 1998
- 9) 高橋清久・大島巖編:改訂新版ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方, 精神障害者社会復帰促進センター, 東京, 2002
- 10) William R. McFarlane, Robert A. Dushay, Peter Staatny, Susan M. Deakins, Bruce Link: A Comparison of Two Levels of Family-Aided Assertive Community Treatment, Psychiatric Services , 47(7) , 744-750 , 1996
- 11) Zubin, J.: Possible implications of the vulnerability hypothesis for the psychosocial management of schizophrenia.(Strause, J.S., Boker, W., Brenner, H.D. eds.) Psychosocial Treatment of Schizophrenia, Hans Huber Publishers, Toronto, 1986

厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業
重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究

研究体制

主任研究者	伊藤順一郎
分担研究者	大島 巖、塚田和美、西尾雅明、鈴木友理子
研究協力者 (50音順)	
ACT-J 研究チーム	小川雅代、鎌田大輔、久野恵理、香田真希子、瀬戸屋雄太郎、園環樹、高橋聡美、贅川信幸、久永文恵、深澤舞子、深谷裕、堀内健太郎、前田恵子、宮本有紀
ACT-J 臨床チーム	相澤みな子、足立千啓、池田耕治、石井雅也、稲益実、小川ひかる、河西孝枝、香田真希子、小林園子、佐竹直子、佐藤文昭、猿田忠寿、田中幸子、月野木睦美、土屋徹、津田祥子、中島吾木香、西尾雅明、野々上武司、英一也、原子英樹、松島崇明、梁田英麿、山下真有美、渡邊雅文

厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業
重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究
平成 17 年度－平成 19 年度 総合研究報告書

発行日： 平成 20 年 3 月
発行者：「重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究」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 社会復帰相談部
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
