

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

DACTS 尺度本体

DACTS 尺度本体

人的資源: 構造と構成

H1	少ないケースロード(少人数担当制) クライアント/提供者の割合は 10:1	臨床家 1 人当り 50 人以上のクライアント	35-49	21-34	11-20	臨床家 1 人当り 10 人以下のクライアント
H2	チームアプローチ 提供者グループは個人の実践家としてよりもチームとして機能する。臨床家はすべてのクライアントを知って関わる	1 週間で複数のスタッフと対面コンタクトのあったクライアントは 10%未満	10-36%	37-63%	64-89%	1 週間の間に 2 人以上のスタッフと対面コンタクトのあったクライアントが 90%以上
H3	プログラムミーティング 各クライアントのサービスを計画したり振り返ったりするためのミーティングを頻回に行う	各クライアントに対するプログラムサービスの計画立案は月 1 回以下	月 2 回以上週 1 回未満	週 1 回以上 2 回未満	週 2 回以上 4 回未満	週 4 日以上ミーティングを行い、毎回、簡単にでも各クライアントについて振り返りを行っている
H4	チームリーダーも実践を行う 第一線の臨床家のスーパーバイザーも直接サービスを提供する	スーパーバイザーはサービスを提供していない	スーパーバイザーはバックアップとしてたまにサービスを提供することもある	スーパーバイザーはバックアップとしては日常的にサービスを提供している、または 25%未満の時間でサービスを提供している	スーパーバイザーは通常 25-50%の時間でサービスを提供している	スーパーバイザーは 50%以上の時間でサービスを提供している
H5	スタッフの継続性 プログラムは同じスタッフを維持する	2 年間で 80%以上の離職	2 年間で 60-80%の離職	2 年間で 40-59%の離職	2 年間で 20-39%の離職	2 年間で 20%未満の離職
H6	スタッフの欠員がないこと プログラムはスタッフの欠員なしで運営されている	プログラムは過去 12 ヶ月間において 50%未満のスタッフで運営していた	50-64%	65-79%	80-94%	プログラムは過去 12 ヶ月間において定員の 95%以上のスタッフで運営していた
H7	精神科医がスタッフにいること クライアント 100 人につき 1 人以上の常勤精神科医が割り当てられている	100 人のクライアント対象のプログラム	クライアント 100 人に	クライアント 100 人	クライアント 100 人	クライアント 100 人につき、1 人以上の

		に、精神科医が常勤換算で0.10人未満	つき0.10-0.39人	につき0.40-0.69人	につき0.70-0.99人	常勤精神科医が直接割り当てられている
H8	看護師がスタッフにいること 100人のクライアント対象のプログラムに2人以上の常勤看護師がいる	100人のクライアント対象のプログラムに、看護師が常勤換算で0.2人未満	クライアント100人に対して常勤換算で0.20-0.79人	クライアント100人に対して常勤換算で0.80-1.39人	クライアント100人に対して常勤換算で1.40-1.99人	100人のクライアント対象のプログラムに常勤看護師が2人以上いる
H9	物質依存専門家がスタッフにいること 100人のクライアント対象のプログラムにつき、物質乱用治療について1年間訓練を受けたか臨床経験のあるスタッフが2人以上いる	100人のクライアント対象のプログラムにつき、物質乱用専門家が常勤換算で0.2人未満	クライアント100人に対して常勤換算で0.20-0.79人	クライアント100人に対して常勤換算で0.80-1.39人	クライアント100人に対して常勤換算で1.40-1.99人	物質乱用治療のトレーニングもしくはスーパーバイズを受けた物質乱用治療の経験が1年ある常勤職員が2人以上
H10	職業専門家がスタッフにいること 職業リハビリテーションとサポートについて1年以上の訓練を受けたか臨床経験のあるスタッフがプログラムに1人以上いる	100人のクライアント対象のプログラムにつき、職業専門の常勤職員が0.2人未満	クライアント100人に対して常勤換算で0.20-0.79人	クライアント100人に対して常勤換算で0.80-1.39人	クライアント100人に対して常勤換算で1.40-1.99人	職業リハビリテーションのトレーニングもしくはスーパーバイズを受けた職リハの経験が1年ある常勤職員が2人以上
H11	プログラムのサイズ プログラムが十分なサイズであり、多様で包括的なスタッフ配置を一貫して提供できること。	プログラムの常勤換算スタッフは2.5人未満である	2.5-4.9人	5.0-7.4人	7.5-9.9人	プログラムに常勤換算職員が10人以上いる

組織の枠組み

O1	明確な加入基準がある プログラムには特定の人たちを対象とするために明確に定義された使命があり、測定可能かつ操作的に定義された基準を用いて適切でないリファアを除外する。	プログラムには基準がなく、プログラムの外部で決定されたどんなタイプのケースも受け入れている	プログラムには一般的に定められた使命はあるが、エントリープロセスは組織の都合によって左右される	プログラムは対象に定められたクライアントを探し選択する努力はしているが、リファアの多くを受け入れる	プログラムは概して積極的にリファアを求めスクリーニングするが、組織の圧力に従うこともある	プログラムは定められた対象者を積極的にリクルートし、全てのケースは明確なエントリー基準に従っている
----	---	---	---	---	--	---

O2	新規加入率 安定したサービス環境を維持するために、プログラムはクライアントの新規加入を低い率に抑える	最近6ヶ月で最もエントリーが高かった月は15人より多い	13-15	10-12	7-9	最近6ヶ月間で最もエントリー率が高かった月は6人以下
O3	治療・援助サービスに対する完全な責任性 プログラムではケースマネジメントと精神科サービスに加え、カウンセリング・心理療法、住居支援、物質乱用治療、就労、リハビリテーションサービスを直接提供する	プログラムはケースマネジメントと精神科サービス以外提供していない	プログラムは5つの付加的サービスのうち1つ提供し、ほかは外部に委託している	プログラムは5つの付加的サービスのうち2つ提供し、ほかは外部に委託している	プログラムは5つの付加的サービスのうち3つまたは4つ提供し、ほかは外部に委託している	プログラムはこれら5つの付加的サービスを全て提供している
O4	救急サービスに対する責任 プログラムは精神科危機をカバーするために24時間責任をもつ	プログラムは時間外の救急対応に責任をもっていない	救急サービスには、プログラムのクライアントについて作成したプロトコルがある	プログラムは電話による対応が可能で、主にコンサルティングの役割を担っている	プログラムは救急サービスをバックアップしている。例えばプログラムは連絡を受け、プログラムが直接関わる必要性について決定している	プログラムは24時間対応している
O5	入院に対する責任 プログラムは病院への入院に関わる	入院の決定にプログラムが関わっているのは5%未満	入院の5-34%はプログラムを通じて行っている	入院の35-64%はプログラムを通じて行っている	入院の65-94%はプログラムを通じて行っている	入院の95%以上はプログラムを通じて行っている
O6	退院計画に対する責任 プログラムは病院からの退院計画に関わる	プログラムが退院に関わりをもつのは5%未満	プログラムのクライアントの退院の5-34%はプログラムと共同で行われている	プログラムのクライアントの退院の35-64%はプログラムと共同で行われている	プログラムのクライアントの退院の65-94%はプログラムと共同で行われている	退院の95%以上はプログラムが共同で計画している
O7	無期限のサービス提供(終了率) プログラムはケースを終了せず、すべてのクライアントに対し、必要に応じて関わりを続ける	1年間で90%以上のクライアントの終了が見込まれている	1年間で38-90%のクライアントの終了が見込まれている	1年間で18-37%のクライアントの終了が見込まれている	1年間で5-17%のクライアントの終了が見込まれている	全てのクライアントが無期限のサービスを受けるのが基本で、終了が見込まれるのは毎年5%未満

サービスの特徴

S1	地域ベースのサービス プログラムは状態をモニターし、地域生活技能をオフィス内よりも地域の中で高める	対面コンタクトが地域で行われる割合は20%未満	20-39%	40-59%	60-79%	対面コンタクトの80%が地域で行われる
S2	ドロップアウトをださないポリシー プログラムはクライアントを高い割合で継続する	12ヶ月間以上継続しているケースは50%未満	50-64%	65-79%	80-94%	12ヶ月間以上継続しているケースは95%以上
S3	積極的エンゲージメントの仕組み プログラムでは確実にエンゲージメントするための方法として、必要であればストリートアウトリーチ(地域や路上に出かける)、法的手段(例:代理(金銭)受取人、執行猶予・仮釈放、通院措置)を用いる	プログラムはリクルートと再エンゲージメントについて消極的である。ストリートアウトリーチや法的手段を使うことはほとんどない	プログラムはエンゲージメントのための最初の試みは行うが、概して動機のあるクライアントに焦点をあてることが多い	プログラムは都合がつけばアウトリーチを試み、法的手段を用いる	プログラムには通常のエンゲージメントのための計画があり、用いることのできる手段はほぼ用いている	プログラムはよく考え抜かれた方法を一貫して示し、適切な場合には常にストリートアウトリーチや法的手段を用いる
S4	サービスの密度 サービスの総時間は必要に応じて長い	クライアント1人当たり平均15分/週未満	15-49分/週	50-84分/週	85-119分/週	クライアント1人当たり平均2時間/週以上
S5	関わりの頻度 サービスで関わる回数は必要に応じて多い	クライアント1人当たり平均1回/週未満の関わり	1-2回/週	2-3回/週	3-4回/週	クライアント1人当たり平均4回/週以上の関わり
S6	私的サポートシステムとともに関わる クライアントがいてもいなくても、プログラムはクライアントのサポートネットワーク(家族、家主、雇用者)に対して支援や技能を提供する	地域のサポートシステムとの関わりがクライアント1人当たり平均0.5回/月未満	0.5-1回/月	1-2回/月	2-3回/月	地域のサポートシステムとの関わりがクライアント1人当たり4回/月以上
S7	個別の物質乱用治療 物質使用障害のクライアントに対して、プログラムの1人以上のメンバーが直接的な治療や物質乱用治療を提供する	直接的で個別的な物質乱用治療をプログラムは提供していない	物質乱用問題について不定期にクライアントと話しはするが、正式の個別的な物質乱用治療は提供していない。	クライアントとのコンタクトにおいて、何らかの物質乱用治療を定期的に組み込んでいるが、正式の個別的な物質乱用治療は行っていない。	何らかの正式で個別的な物質乱用治療を提供している。物質使用障害をもつクライアントがそのサービスを受ける時間は平均24分/週未満。	正式な物質乱用治療を提供しており、物質使用障害のクライアントがそのサービスを受ける時間は平均24分/週以上。

S8	重複診断治療グループ プログラムは物質使用障害の人々に対する治療法としてグループの様式を用いる	物質乱用治療グループミーティングに月1回以上参加している物質使用障害のクライアントの割合は5%未満。	5-19%	20-34%	35-49%	物質使用障害のクライアントの50%以上が物質乱用治療グループミーティングに月1回以上参加している
S9	重複診断(DD)モデルの使用 プログラムは段階的な治療モデルを用いる。直面化させず、行動理論に従い、精神疾患と物質乱用の相互作用を考慮し、断薬の見通しを徐々に持つようにする。	プログラムは完全に伝統的なモデルに基づいている: 直面化、断薬の命令、higher power など	プログラムは主に伝統的なモデルを用いている: 例えば、AAへのリファーマ、解毒とリハビリのために入院を利用、拒否的あるいはAAにあわないクライアントに対する説得の必要性を理解している	プログラムは混合モデルを用いている: 例えば、治療計画にDD理論が用いられ、クライアントを説得グループにリファーマし、リハビリのために病院を利用、AAやNAにリファーマ、など。	プログラムは主にDDモデルを用いている: 例えば、治療計画にDD理論が用いられている、説得と行動治療グループ、医学的必要性がある場合を除きリハビリや解毒のために入院させない、外部の物質乱用治療にリファーマ、など	プログラムは完全にDD治療理論に基づいており、プログラムスタッフが治療を提供している
S10	治療チームにおけるコンシューマーの役割 直接サービスを提供するチームのメンバーとしてコンシューマーが関与する	コンシューマーはプログラムに関連したサービス提供に全く関わっていない	コンシューマーはプログラムについて、コンシューマー特有のサービス役割(例: セルフヘルプ)を果たしている	コンシューマーは非常勤で働き、ケースマネジメント役割を果たしているが、責任は軽減されている	コンシューマーは常勤で働き、ケースマネジメント役割を果たしているが、責任は軽減されている	コンシューマーを完全に専門家の待遇で臨床家(例: ケースマネージャー)として雇っている

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、贄川信幸、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
