

勇美記念財団 平成 13 年度在宅医療助成 報告書

精神障害者の在宅医療および生活支援に関するニーズ調査

～ 日本型 ACT に何が求められているか～

申請者名

長 直子

所属機関・職名

東京都精神医学総合研究所 研究員

所属機関所在地・電話番号

〒156-8585 東京都世田谷区上北沢 2-1-8

TEL : 03-3304-5701

提出年月日

平成 14 年 10 月 30 日

要 旨

背景：生活の様々な領域に困難を抱えた精神障害者が、地域で安定した生活を送るためには、医療を含めた生活支援が必要である。ACT (assertive community treatment) は、ケアマネジメントのもっとも集中的なモデルの 1 つで、個別のニーズに応じた多領域にわたる援助を多職種チームにより訪問を中心とした実際の場面を通じて行う。欧米では数多くの実践が行われ、重症の精神障害者を対象としてその効果が明らかにされており、日本で導入が検討されている。

目的：日本で ACT を実施する際に、精神障害者のニーズを明らかにし支援計画をたてるために必要なアセスメントシートを作成することを目的とする。また、日本型 ACT にはどのような役割が期待されているかについて論じる。

方法：米国の視察により入手した ACT の対象者のニーズを把握するためのアセスメントツール、ACT Fidelity Scale (ACT 標準化モデルへの適合度の評価尺度)、実施ガイドラインなどの資料を含めた ACT に関する文献をもとに、アセスメントツールおよび ACT の体制について各領域の専門職からなるワーキンググループで検討した。

結果：日本版 ACT のアセスメントツールの試行版を作成した。

結論：本研究で作成したツールを用いて ACT プログラムによる援助を行い、Fidelity の評価も含めた効果評価研究を実施することが期待される。

1. 背 景

精神障害者は地域生活を送る上で様々な領域において困難を抱えている。例えば、食事の準備、洗濯・掃除・整理整頓、お金の管理などの日常生活上の困難、また公共機関・施設の利用、人付き合いなどの社会生活上の困難を多くの精神障害者が抱えていることが明らかになっている (大島ら 2000, 2001; 全家連 1994)。また精神障害者は障害と病気を併せもっており、地域生活を送る上で治療の継続が欠かせない。

精神障害者の地域生活を支援する社会資源が不足しているため、生活上の困難を抱えた精神障害者は病院に入院しているか、もしくは家族がケアの役割を担っている。実際、精神障害者が地域で生活する場合、家族の負担は非常に大きい。同居・別居に関わらず、家族は患者の基本的ニーズを満たすために、個人衛生・金銭管理・移動・時間の使い方・服薬管理・その他の家事などの日々のケアに時間を費やしており、日々の援助を行っていない家族も経済的・情緒的支援による大きな負担を抱えている (Tessler & Gamache 2000)。

平成 14 年度からは遅ればせながら精障者居宅生活支援事業 (ホームヘルプサービス、ショートステイ、グループホーム) の展開が始まった。これらが制度化された背景には、精神障害も他の障害と同様の障害構造をもつことが広く認識され、精神障害者が日常生活や社会生活上の困難をもつ「障害者」として社会的・法律的に認識されたことが深く関わ

っている（大島 2002）。一方、在宅における医療サービスについてみると、精神障害者に対する訪問看護が 1986 年から医療機関において診療報酬上認められるようになり、また 1994 年には訪問看護ステーションからも精神障害者の訪問看護が認められるようになった。

精神障害者が地域生活で必要としているサービスを利用するための制度は整備は整っていない。そこでニーズに応じた社会資源の活用を援助するシステムとしてケアマネジメントが注目されている。欧米では精神障害者への援助システムとして発展してきたケアマネジメントが、日本では高齢者を対象に介護保険制度に先行して取り入れられているが、精神障害者を対象としたケアマネジメントについても「精神障害者ケアガイドライン」が策定され（高橋・大島 2001）、全国各地で試行事業が展開されている。

ケアマネジメントのモデル

ケアマネジメントのモデルには様々なものがある。ケアマネジメントの最も基本的な形式であり伝統的なケアマネジメントとも呼ばれている仲介型（ブローカータイプ）のモデルは、精神障害者のニーズにあったサービスを調整していくモデルで、米国の健康保険制度であるマネジドケアや日本の高齢者に適用されている介護保険で主に用いられている（野中 2000）。またストレングスモデルはケアマネジャーが精神障害者の強さ（長所）を見つけ、それを活用しながら生活支援をしていくことに重点をおいている。環境側の要因にも注目し、それをいかし、あるいは向上させていくことが強調されている。このモデルでは、単にサービスを調整するだけでなく、精神障害者のエンパワーメントと QOL の向上をめざしている。リハビリテーションモデルは精神障害者のスキルの問題などにも焦点をあて問題解決を図る。ACT モデルはケアマネジメントの中で最もサービス密度の濃いモデルである。

このようにケアマネジメントには様々なタイプがあるが、モデルに共通しているのは少なくとも 5 つの中核機能である。すなわち、アセスメント、計画の作成、アドボカシー、リンケージ（連結）、モニタリングである（Chamberlain & Rapp 1991）。先に触れた精神障害者ケアガイドラインもこのプロセスに沿っており、そのモデルは仲介型に最も近い。

ケアマネジメントの効果についてこの 20 年間で非常に多くの研究が行われているが、モデル間の比較では、仲介型のケアマネジメントは精神障害をもつ多くの人に有用であるが、重症の人には不十分であること、ストレングスモデルやリハビリテーション型は社会機能向上の面で有利なことが示されている（Muser et al. 1998）。重症の精神障害者にとっては、ACT のような包括的かつ積極的なケアマネジメントでなければ対応が難しいと考えられている。

ACTプログラム

ACT (Assertive Community Treatment) は米国で開発された精神障害者を対象とした

地域精神保健サービスプログラムでケアマネジメントの最も密度の濃い（スタッフ：対象者 = 10:1）モデルである。オリジナルのプログラムは PACT（Program of Assertive Community Treatment）と呼ばれ 1972 年にウィスコンシン州マディソン市のメンドータ州立病院の病棟治療スタッフをコミュニティに移して開始された（Allness & Knoedler 1998）。米国では 400 以上の ACT プログラムがあり、現在も増え続けている（Meisler 1997）。特徴的なのは、重症で持続的な精神疾患をもつ患者を対象とする、生活の場でサービスを提供する、多職種によるチームアプローチを行う、ケースロードをチームの中で共有する（1 人のクライアントを複数のスタッフで受け持つ）、24 時間、週 7 日対応をする、などの点である。数多くの効果評価研究が行われ、その効果がケアマネジメントのモデルの中で最も明らかになっているプログラムでもある。

重症の精神障害者が地域で生活するためには医療と生活支援を包括的に提供する ACT のようなサービスが必要である。精神障害は他の障害と異なり、病気の状態や環境との相互作用により障害の程度も異なってくる。したがって生活する環境における継続的な援助が欠かせない。しかし現在の日本では ACT プログラムの対象となる人たちは病院に長期間入院しているか、もしくは、入退院を繰り返している。

2. 研究の目的

本研究では平成 15 年度より開始予定の ACT 効果評価研究（厚生労働省精神・神経疾患研究委託費）に先立ち、次の点を検討することを目的とする。すなわち、精神障害をもつ対象者が在宅において医療および生活についてもっているニーズを明らかにし、支援計画をたてるためのツールを作成すること、および Fidelity の検討を通じて日本で ACT を実施する際に必要な基準を明らかにすることの 2 点である。

1) アセスメントツール

ACT プログラムの実施にあたり、精神障害者が地域で生活する上での医療および生活支援へのニーズを把握し、必要なサービスやその実施体制を明らかにしていかななくてはならない。ニーズをアセスメントする際には専門職によるサービスのニーズ評価、臨床評価、社会機能評価、客観的 QOL および本人のサービス利用希望、主観的 QOL、生活満足度などが評価されることが期待され（大島 2000）、それぞれについて既存の評価尺度がある。しかし、「どんな生活がしたいか」という個々人の希望や未来への目標に沿ったニーズを把握するツールは日本で使用された報告がない。また個々人の希望や目標を明らかにしていく作業は、関わるスタッフとの信頼関係に基づきともに考えながら行う必要がある。自記式あるいは面接による調査票を用いて一方的に聴き取るという方法では、本当のニーズは明らかにできないと考えた。したがって支援をするサービス提供者とともにニーズを明ら

かにしていくツールを作成することを試みた。

2) Fidelity

fidelity(忠実性)は特定のプログラムがモデルに沿っている程度のことであり(Bond et al. 2000)。精神保健サービス研究においてプログラムモデルのfidelityを測定することは標準的に要求されるようになってきている(Heflinger 1996, Henggeler et al. 1999)。fidelityを測定することで、モデルの忠実性を保つこと、プログラムの違いを明確にすること、研究の知見を統合すること、クライアントの効果を予測する重要な因子を明らかにすることが可能になる(Bond et al. 2000)。日本でACTを実施する際にもfidelityを測定し、ACTモデルにどのくらい沿っているかを明らかにすることは、サービスの質を高め、諸外国のプログラムと比較検討を行ったり、効果との関連を見る上で重要である。

ACTのfidelityを測定するツールで最近頻繁に用いられているものにDACTS(The Dartmouth ACT Fidelity Scale)がある。これはサービスプログラムが初期のACTモデル(米国ウィスコンシン州マディソン市で始められたプログラム)にどの程度一致しているかを測定するツールであり、ACT以外の様々なケアマネジメントを含めた50のプログラムを対象として良好な内的一貫性が示されている尺度である(Teague et al. 1998)。米国のACT基準をそのまま日本に応用することには限界があると思われたため、本研究ではこの尺度を翻訳し、評価項目が日本でも適応可能であるか検討を行い、他の文献も参考にしながら日本でACTに期待される役割について考察を加えた。

3. 研究方法

本研究はACT関連文献のレビュー、DACTSの翻訳および内容の検討、アセスメントシート作成、ACTの援助内容および体制づくりの検討をワーキンググループで実施した。グループのメンバーは、米国でACTの視察を行った精神保健領域における研究者5名および精神医療、就労支援、ケアマネジメントをそれぞれ専門としている3名の研究者から構成された。

4. 結果

1) DACTSの翻訳および項目の検討

DACTの日本語版を資料1に示す。構造に関する11項目、枠組みに関する7項目、サービスに関する10項目の計28項目からなり、基準を完全に満たしている状態(5点)からまったく満たされていない状態(1点)までそれぞれ明確なアンカーポイントが設定されている。Fidelityの得点が高いことがプログラムの効果と関連することが明らかになっているが(McHugo et al. 1999, Latimer 1999, Drake et al. 1996, McGrew et al. 1994)、日本では必要度の低いと思われる項目や、社会的背景から実施することが難しい項目などが

あると思われた。ACTプログラムを実施する際にはFidelityの測定が重要かつ必要であるが、日本でACTを実施する際にDACTSの評価項目全てを満たすように努力することが適当であるかどうかについて検討し、修正する必要があると思われた。DACTSの各項目について検討した結果を表1に示す。

表1 DACTS (Dartmouth ACT Fidelity Scale) の日本での適用可能性

領域	項目	検討結果
人的資源	H1	適応可。
	H2	適応可。
	H3	適応可。
	H4	適応可。
	H5	適応可。
	H6	適応可。
	H7	適応可。
	H8	適応可。
	H9	物質依存の患者数は日本では少ないために、必ずしもチームに物質依存の専門家は必要ない。
	H10	「職業専門家」の定義について検討する必要がある。職業に関する何らかの援助を行うことのできるスタッフは必要である。
	H11	地域スタッフが不足している現状で常勤職員を10人確保するのはすぐには難しいが、いずれ確保することが望ましい。
組織の枠組み	O1	適応可。
	O2	適応可。
	O3	物質依存治療以外は適応可。
	O4	医療との連携について具体的な指針を示す必要がある。何らかの救急対応ができるような体制づくりをすることは必要。
	O5	適応可。
	O6	適応可。
	O7	無期限のサービスは難しく、密度の低いサービスへの「卒業」を検討する必要がある。
サービスの特徴	S1	適応可。
	S2	適応可。
	S3	現時点では法的手段を用いる根拠がない(今後の可能性として考えられる)
	S4	適応可。
	S5	適応可。
	S6	適応可。
	S7	物質依存に関する治療を必ずしもチーム内で行う必要はない。
	S8	物質依存に関する治療を必ずしもチーム内で行う必要はない。
	S9	二重診断ケースに関するモデルは当面必要ない。
	S10	何らかの形で巻き込むことは必要だが、サービス提供者側として積極的に活動する意識の高い当事者が日本ではまだ少ないと考えられる。日本の場合、先に家族を提供者側に配置することが実施可能と思われる。

2) アセスメントツールの作成

精神障害者の地域生活における医療および生活支援のニーズを明らかにするための方法を検討した結果、ストレンクスモデルに基づいたものを作成することとした。ストレンクスモデルは精神障害者のエンパワメントを強調しているモデルであり、ACT で取り入れるのが適していると思われる理由がいくつか考えられた。

まず第 1 に、ニーズや援助必要性を明らかにする際に「できる、できない」といった能力の程度を客観的に評価することは、不足している点や問題点を明らかにすることになる。従って援助者側は問題点をみつけて解決するという姿勢になりやすい。慢性の精神障害者には解決できない問題や困難もあり、問題解決志向では援助するのが難しい場合もある。第 2 に、精神障害者は様々な偏見やこれまでの失敗体験がもとになって、あきらめが強く希望が持てなかったり、希望を持っていてもそれを人に伝えることができない場合が多い。したがってまず自信をつけること、希望を持って生活するための援助が必要であり、よい点や強さを見つけ、それを生かすという考えが重要であると思われた。以上の理由からエンパワメントを重視したストレンクスモデルを用いたアセスメントシートを作成することとした。

米国インディアナポリスの PACT (Program of Assertive Community Treatment) で用いられているアセスメントシートをもとに、ストレンクスモデル (Rapp 1998) を参考にしながら各項目についてワーキンググループで検討し、日本の実情を踏まえて作成したものが資料 2 である。ストレンクスモデルの考えがもっとも反映されているのが「3 ゴール設定とリソースのアセスメント」の部分であり、ここでは「できる、できない」ではなく「現在どういう状況か」を明らかにし、障害者本人がどうしたいのかという希望や目標を表現し、現在利用しているものや、利用可能性のあるもの、得意なことや好きなことなどプラスの側面について考える、という作業を当事者と援助を行うスタッフがともに考えながら文字にしていくものである。したがってここには専門家のニーズは表現されない。あくまでも利用者主体のモデル (Rose & Moore 1995) である。

5. 考 察

1) Fidelity の必要性と日本での適用

プログラムを実施する場合には実施内容を明らかにすることが、そのプログラムを説明する上でも効果を明らかにする上でも重要である。特に、ACT プログラムは欧米で広く実施されており多くの効果評価研究が行われその効果が明らかになっている。したがって日本で実施する際にはオリジナルの ACT プログラムと比較して実践内容の共通点と相違点を明らかにすることが重要である。しかし欧米の精神障害者を対象とした地域支援プログラムの効果評価研究においても、その実施内容について明らかにしている研究は少ないと

という問題点が数多く指摘されている (Latimer 1999, Bond et al. 1999, Marshall et al. 1998, Mueser et al. 1998, Gorey et al. 1998, Brekke 1988)。

Fidelity はプログラム内容を明確にするため、また効果をもたらしている要因を明らかにするためにとても重要な考えである。新しくよく分かっていない、あるいは曖昧なプログラムを実施する前に fidelity の項目を作成しておくことで、プログラムで実施する内容が明確になるという利点もある (Bond et al. 2000)。新しいプログラムを実施する場合にガイドラインが作成されることがあるが、実施すべき項目について明らかでない文章で説明されていることもしばしばある。また何のためにそのプログラムを実施するのかという目的も漠然と書かれていることが多い (龍ら 2000)。

Fidelity を理想的な基準とするのか、標準的な基準とするのかについては議論されるところであるが、社会的・文化的背景を考えて日本の実情に合う基準を作成することは必要と考える。ただし、数多い効果評価研究が実施されている欧米の研究と比較検討を行うことができるように、同じ基準で評価結果を明らかにしていくことも行う必要がある。本研究で検討した fidelity を評価基準として ACT プログラムの試行を評価し、検討を加えていくことが必要である。

2) ストレンクスモデルの臨床への適用

ニーズは本人の希望と客観的な必要性 (専門的判断あるいは社会的な基準など) から明らかにしていくことが必要である。精神障害者の地域生活支援においては、医療や生活に対する対象者一人一人の個別のニーズを明らかにし、それに柔軟に対応していくことが求められる。本研究ではニーズを明らかにするための調査を実施する予定であったが、果たしてニーズを満たしてくれるという期待や信頼関係のない相手に、自分の希望を伝えることができるだろうか? しかも精神障害者はこれまでの失敗体験から希望を失っている場合が多い。希望を持って生活するという前向きで肯定的な考えを持てるような援助から始めるべきではないのか?

このような疑問から本研究では対象者の強さに注目し、援助をしながらニーズを明らかにしていく関係が、精神障害者とケアマネジャーの間に築かれるべきであると考え、アセスメントツールの作成について検討を行った。

ケアマネジメントを行う上でエンパワーメントは欠かせない要素である (Rapp 1998, 谷中 2002, 小澤 2000) が、それに最も重点を置いているのがストレンクスモデルである。とくに医療に携わっている専門職は、できない部分や問題点に注目してそれを補ったり解決しようとする問題解決型のアプローチを展開しがちだが、急性期の場合や突発的な問題が発生した場合を除き、そのようなアプローチは生活をしていく自信をつけるのとは逆の援助になってしまうこともある。

さらに精神障害者ニーズが明らかになったところで、その解決方法は個別に考えるべきであり、チームの体制も個別の目標にどのように取り組むかによって異なってくると思わ

れる。

3) 日本での ACT に求められる役割

日本では厚生省の検討会によってケアマネジメントに基づく新しいケアシステム導入のためのガイドラインが 1998 年に示され、このガイドラインに基づいて、「障害者介護等支援サービス体制整備推進事業（国と都道府県における実施体制を検討する委員会の設置と、研修事業、都道府県での試行的事業）が国と全国各都道府県で行われている（高橋・大島 2001）。2003 年度からは障害者ケアマネジメントが 3 障害合同で実施されることになっており、これは地域のシステムづくりに寄与するものと思われる。しかし現在の精神障害者ガイドラインでは、病状悪化による入院や救急サービスについてはケアマネジメントの枠外で捉えられており、したがって重症の精神障害をもつ人たちの地域生活を支援することは難しい。ケアガイドラインが市町村や地域生活支援センターなど地域ベースの施設を中心に展開するとすれば、ACT は医療機関が中心となって重症の精神障害者を対象として、医療を含めた救急時の対応と個別のきめ細かな直接サービスを提供することが求められると思われる。

4) 本研究の展望と課題

本研究は平成 15 年度からの ACT の実施に先立ち、最近精神保健プログラム評価で必須の概念となり注目されている fidelity および精神障害者を援助していく上で必要なニーズアセスメントに用いるツールについて検討を行った。日本では新しい実践となる ACT について、文献検討を行い、精神保健福祉領域のそれぞれの専門家で議論を重ねた。本研究は予備的なものではあるが日本における ACT 研究の発展に貢献すると考える。今後 ACT チームを形成し実際の援助を行っていく上で、より使いやすいように改良を加えていくことが必要である。

文 献

- 1) AllnessDJ & Knoedler WH: The PACT model of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illness: A manual for PACT start-up. NAMI, 1998. (亀島信也・神澤創監訳: PACT モデル～精神保健コミュニティプログラム。メディカ出版, 2001)
- 2) Bond GR, Evans L, Salyers MP, et al.: Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. *Mental Health Services Research* 2, 75-87, 2000.
- 3) Bond GR, Drake RE, Becker DR, et al.: Effectiveness of psychiatric rehabilitation approaches for employment of people with severe mental illness. *Journal of*

- Disability Policy Studies, 10, 18-52, 1999.
- 4) Brekke JS: What do we really know about community support programs? Strategies for better monitoring. *Hospital & Community Psychiatry*, 39, 946-952, 1988.
 - 5) Chamberlain R & Rapp CA: A decade of case management: A methodological review of outcome research. *Community Mental Health Journal*, 27, 171-188, 1991.
 - 6) Drake RE, McHugo GJ, Becker DR, et al.: The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness: Vocational outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 391-399, 1996.
 - 7) Gorey KM, Leslie DR, Morris T, et al.: Effectiveness of case management with severely and persistently mentally ill people. *Community Mental Health Journal*, 34, 241-250, 1998.
 - 8) Heflinger CA: Implementing a system of care: Finding from the Fort Bragg Evaluation Project. *Journal of Mental Health Administration* 23, 16-29, 1996.
 - 9) Henggler SW, Pickrel SG, Brondino MJ: Multi-systemic treatment of substance-abusing and -dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research* 1, 171-184, 1999.
 - 10) 伊藤順一郎, 赤木由嘉子, 野口博文: 積極的地域マネジメント (ACT: Assertive Community Treatment) の導入に関する基礎的研究. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 今後の精神医療のあり方に関する行政的研究 統括研究報告書, 223-234, 2002.
 - 11) Latimer E: Economic impacts of assertive community treatment: A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry* 44, 443-454, 1999.
 - 12) Marshall M, Lockwood A, Green R, et al.: Economic impacts of assertive community treatment: A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 443-454, 1998.
 - 13) McGrew JH, Bond GR, Dietzen LL et al.: Measuring the fidelity implementing of a mental health program model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 670-678, 1994.
 - 14) McHugo GJ, Drake RE, Teague GB, et al.: The relationship between model fidelity and client outcomes in the New Hampshire Dual Disorders Study. *Psychiatric Services* 50, 818-824, 1999.
 - 15) Meisler N: Report on Fall 1996 Conference of State Representatives on ACT, 1997.
 - 16) Mueser KT, Bond GR, Drake RE, et al.: Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin* 24, 37-74, 1998.
 - 17) 野中猛: 精神障害者とケアマネジメント. ケアマネジメント講座 第2巻 ケアマネジ

- メントの実践と展開（竹内孝仁他監修）. 中央法規出版, 2000.
- 18) 大島巖, 平直子, 丸山由香編: ホームヘルプガイドラインに基づく精神障害者ホームヘルプの進め方, 精神障害者社会復帰促進センター（全家連）, 2000.
 - 19) 大島巖, 平直子, 岡上和雄編: 精神障害者のホームヘルプサービス - そのニーズと展望, 中央法規出版, 2001.
 - 20) 大島巖: ホームヘルプサービスの意義と課題（地域生活支援とケアマネジメント12）, 精神科看護 29(3), 67-72, 2002.
 - 21) 小澤温: エンパワメントとケアマネジメント. ケアマネジメント講座第一巻ケアマネジメント概論（白澤政和他編）, pp.13-22, 中央法規出版, 2000.
 - 22) Rapp CA: The strengths model. Oxford University Press, 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.）
 - 23) Rose SM, Moore VL: Case management. National Association of Social Workers. 19th Encyclopedia of Social Work. Pp.335-340, NASW Press, 1995.
 - 24) 龍慶昭, 佐々木亮: 「政策評価」の理論と技法. 多賀出版, 2000.
 - 25) 高橋清久, 大島巖: 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 - ケアマネジメント従事者養成テキスト(改訂新版), 精神障害者社会復帰促進センター（全家連）, 2001.
 - 26) Teague GB, Bond GR, Drake RE: Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. American Journal of Orthopsychiatry 68, 216-232, 1998.
 - 27) Tessler R, Gamache G: Family experience with mental illness. Westport (CT), Auburn House, 2000.
 - 28) 谷中輝雄: 生活支援とケアマネジメント. 精神障害者の生活支援の体系と方法(全国精神障害者社会復帰施設協会編), pp.127-140, 中央法規出版, 2002.
 - 29) 全家連保健福祉研究所編: 精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93() - 全国地域生活本人調査編, 全家連保健福祉研究所モノグラフ, No.6, 1994.

資 料

資料 1

基準

評価・アンカーポイント

人的資源：組織構造とコミュニケーション構造		1	2	3	4	5
H1	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	報告された 1 週間で複数のスタッフと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 週間で 2 人以上のスタッフとコンタクトをとっているクライアントが 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見直すためのミーティングを頻回に行う	各クライアントのプログラムサービスの計画の立案は月 1 回未満	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見直している
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ルティーンで、もしくは 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% 以上の入替り	2 年間で 60-80% の入替り	2 年間で 40-59% の入替り	2 年間で 20-39% の入替り	2 年間で 20% 未満の入替り
H6	スタッフのキャパシティ 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	スタッフの精神科医 プログラムのクライアント 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	プログラムではクライアント 100 人につき有資格精神科医が 0.10 人未満	クライアント 100 人につき 0.10-0.39 人	クライアント 100 人につき 0.40-0.69 人	クライアント 100 人につき 0.70-0.99 人	プログラムのクライアント 100 人につき、直接担当する 1 人以上の常勤の精神科医

基準

評価・アンカーポイント

基準		1	2	3	4	5
H8	スタッフの看護師 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有資格看護師が0.2人未満	クライアント100人に対して常勤職員が0.20-0.79人	クライアント100人に対して常勤職員が0.80-1.39人	クライアント100人に対して常勤職員が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	スタッフの物質依存専門家 100人のクライアント対象のプログラムに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	プログラムにはクライアント100人に対して物質乱用の専門常勤職員が0.2人未満	クライアント100人に対して常勤職員が0.20-0.79人	クライアント100人に対して常勤職員が0.80-1.39人	クライアント100人に対して常勤職員が1.40-1.99人	物質乱用のトレーニングもしくはスーパーバイズを受けた薬物依存の実践が1年ある常勤職員が2人以上
H10	スタッフの職業専門家 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	プログラムにはクライアント100人に対して職業専門の常勤職員が0.2人未満	クライアント100人に対して常勤職員が0.20-0.79人	クライアント100人に対して常勤職員が0.80-1.39人	クライアント100人に対して常勤職員が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 プログラムは多様で包括的なサービスに必要なスタッフを一貫して配置するために十分な絶対数である。	プログラムに2.5人未満の常勤職員がいる	2.5-4.9人	5.0-7.4人	7.5-9.9人	プログラムに10人以上の常勤職員がいる

組織の枠組み

O1	明確な加入基準 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、適切でない照会を排除するための測定可能で操作的な定義された基準がある	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、加入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、リファーマ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ーマ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加入基準に従っている
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ヶ月間で最も加入率が高かった月は16人以上	13-15	10-12	7-9	最近6ヶ月間で最も加入率が高かった月は6人未満

基準

評価・アンカーポイント

		1	2	3	4	5
O3	治療サービスに対する完全な責任 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、物質依存治療、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	救急サービスにプログラム対象のクライアントについてプログラムが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、主に相談の役割を担っている	プログラムは救急サービスを後方支援している。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も関わる	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 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、必要とされる関わりを続ける	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

基準

評価・アンカーポイント

基準		1	2	3	4	5
S1	サービスの特徴 実際場面でのサービス プログラムは状態をモニターし、施設の中でなく地域生活技能を実際の場面で高める	20%未満の時間が地域で	20-39%	40-59%	60-79%	全サービス時間の80%が地域で
S2	ドロップアウトをださないポリシー プログラムはお互いに満足するレベルでクライアントとプロバイダーと契約し継続する	12ヶ月間以上継続している担当ケースは50%未満	50-64%	65-79%	80-94%	卒業したケースを除きドロップアウトしないで12ヶ月間以上継続している担当ケースは95%以上
S3	積極的な契約手段 プログラムでは確実に契約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：代理受取人、執行猶予・仮釈放、OPコミットメント）を用いる	プログラムは募集と再契約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用いることはほとんどない	プログラムは契約を結ぶ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	プログラムは適切な場合のみアウトリーチを行ったり法的手段を用いる	プログラムには通常契約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、要件を満たす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ている
S4	サービスの量 必要に応じてサービスの時間の合計は長い	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 必要に応じてサービスで関わる回数が多い	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	サポートシステムとともに関わる クライアントと一緒にそうでなくても、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	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	物質乱用個人治療 プログラムの1人以上のメンバーが物質使用障害のクライアントに対して直接的な治療や物質乱用治療を提供する	物質使用障害のクライアントは物質乱用治療に平均3分/週未満を費やしている	3-9分/週	10-16分/週	17-23分/週	物質使用障害のクライアントは物質乱用治療に24分/週を費やしている

基準

評価・アンカーポイント

		1	2	3	4	5
S8	二重診断ケース治療グループ 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	物質使用障害のクライアントの5%未満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	5-19%	20-34%	35-49%	物質使用障害のクライアントの50%以上は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	二重診断ケース（DD）モデル 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、徐々に断薬をみとめおす	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に照会し、解毒とリハビリのために入院を利用し、拒否的あるいはAAにあわないう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照会し、リハビリのために病院を利用する、AAやNAを紹介している	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、物質乱用治療のために外部に委託している	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を巻き込む	コンシューマーはプログラムに関連したサービス提供を全く行っていない	コンシューマーがプログラムについてコンシューマー特有のサービス（例：セルフヘルプ）を実施している	コンシューマーが直接サービス（例：グループのコリーダー）の提供において正式に手伝っている	コンシューマーがケースマネージメントの役割の中で責任は軽い立場で働いている	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

2) 医学的情報・リスクに関する情報シート

医学的情報

病歴	
現在の症状と再発予防に向けた留意点	
本人が感じている症状と対処方法	
本人の考える再発のサイン	

リスク

自傷行為	1. なし 2. 過去にあり 3. あり 4. 要観察	左記の各リスクがある場合(2~4)には詳細を記載：
自殺企図	1. なし 2. 過去にあり 3. あり 4. 要観察	
希死念慮	1. なし 2. 過去にあり 3. あり 4. 要観察	
暴力	1. なし 2. 過去にあり 3. あり 4. 要観察	
家出・失踪	1. なし 2. 過去にあり 3. あり 4. 要観察	
窃盗	1. なし 2. 過去にあり 3. あり 4. 要観察	
迷惑行為	1. なし 2. 過去にあり 3. あり 4. 要観察	
薬物乱用	1. なし 2. 過去にあり 3. あり 4. 要観察	
アルコール乱用	1. なし 2. 過去にあり 3. あり 4. 要観察	

記入日 年 月 日

処方の内容

--

本人が感じている 副作用と対処方法	
----------------------	--

3) ゴール設定とリソースのアセスメント

クライアント：

ケアマネジャー：

日付： 年 月 日（見直し予定日： 年 月 日）

今の私の状況 私はいまどういう状態か？	どんなふうになりたいか？ 何をしたいか？どうなっているとよいか？	そのために使えるものは？ 私が利用できるもの、私自身が生かせるものは何か。
日々の生活境遇（日常生活場面） 住まい / 食事 / 洗濯 / 買い物 / 掃除 / 整理整頓 / 入浴 / 日常の行動……		
経済的・保険 金銭管理 / 年金 / 生保 / 主な収入 / 経済的援助……		
職業・教育 就労 / 教育……		

<p>社会的支援</p> <p>交友関係 / 身近な相談者 / 家族 / 宗教 / 役所の手続き / 公共機関・交通 / 法律上の問題……</p>		
<p>健康</p> <p>身体的・精神的健康 / 通院 / 薬物治療 / ドラッグ / アルコール……</p>		
<p>レジャー（余暇）・レクリエーション</p> <p>趣味 / 楽しみ / スポーツ……</p>		
<p>クライアント署名 (年 月 日)</p>	<p>スーパーバイザー署名 (年 月 日)</p>	
<p>ケアマネジャー署名 (年 月 日)</p>	<p>クライアントが信頼している人の署名 (年 月 日)</p>	

4) サービスプラン

氏名	
----	--

大きなゴール	
ゴール達成のための私の長所	

目標	私の行動のステップ (目標を達成するために責任を持つてすること)	ACT-Jチームの実行段階 (ACT-Jチームが私にしてくれること)	友人・家族の実行ステップ (ほかの人が私にしてくれること)	振り返る日付
クライアント署名	(年 月 日)	スーパーバイザーの署名	(年 月 日)	
ケアマネジャー署名	(年 月 日)	クライアントが信頼している人の署名	(年 月 日)	

日付	達成・変更のメモ (利用者はそれぞれのメモについて署名すること)	署名