

東京福祉大学大学院
社会福祉学研究科
社会福祉学専攻 博士課程後期

2021 年度 博士論文

Assertive Community Treatment による重症慢性精神障害者の地域生活支援に関する事例研究
—伝統的な地域ケアへの移行準備度の探索—

(A Case Study of Assertive Community Treatment to Support Community Life for People with
Severe and Persistent Mental Illness:
Exploratory research the readiness for transition to traditional community care)

学籍番号 G15911201 志井田美幸

指導教員

主 査 教 育 博 士 中 島 恒 雄
副 査 社会福祉学博士 田中喜美子
副 査 経 済 学 博 士 伊 東 真 理 子

東京福祉大学大学院
社会福祉学研究科
社会福祉学専攻 博士課程後期

2021 年度 博士論文

Assertive Community Treatment による重症慢性精神障害者の地域生活支援に関する事例研究
—伝統的な地域ケアへの移行準備度の探索—

(A Case Study of Assertive Community Treatment to Support Community Life for People with
Severe and Persistent Mental Illness:
Exploratory research the readiness for transition to traditional community care)

学籍番号 G15911201 志井田美幸

指導教員

主 査 教 育 博 士 中 島 恒 雄
副 査 社会福祉学博士 田中喜美子
副 査 経 済 学 博 士 伊 東 真 理 子

目次

目次	2
序章	5
本事例研究の背景	5
本事例研究の目的	8
本事例研究の意義	8
本事例研究の構成	9
第1章 先行研究	10
第1節 本論文で用いる用語の定義	10
第2節 重症慢性精神障害者の概念	11
第3節 Assertive Community Treatment の開発・プログラム概要・変遷	13
第1項 アメリカにおける精神保健福祉の歴史と ACT の誕生	13
第2項 精神科病院の治療に代わるものとしての ACT	14
第3項 ACT の開発	15
第4節 ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行	19
第5節 ACT による精神障害者の家族支援に関する先行研究	27
第1項 重症慢性精神障害者の家族の負担	27
第2項 精神障害者の環境としての家族	28
第3項 ACT による家族支援	30
第4項 先行研究のまとめと本事例研究の問い	32
第2章 事例研究方法	34
第1節 事例研究のデザイン	34
第2節 事例研究対象と標本	35
第3節 介入の内容	36
第4節 データ収集方法	43
第5節 分析方法	45
第6節 倫理的配慮	47
第3章 結果	48
第1節 参加者の特徴	48
第2節 尺度の信頼性	50

第3節	ACTによる支援のアウトカムとしての地域生活継続性に関する縦断調査	54
第1項	介入の効果 入院回数・入院日数に関する縦断調査 (n=98)	54
第2項	精神症状の変化に関する縦断調査 (n=89)	54
第3項	地域生活継続性の事例	56
地域生活継続性の事例 1.		57
地域生活継続性の事例 2.		60
第4節	地域移行に関する探索的結果	65
第1項	地域移行の可能性に関する量的横断調査結果	65
第2項	地域移行の可能性に関する事例	66
地域移行の可能性に関する事例 1.		66
地域移行準備度に関する事例(反例) 2.		68
第5節	ACTによる家族支援のアウトカムに関する縦断調査結果	70
第1項	家族の負担度に関する量的縦断調査結果	70
第2項	家族の負担に関する事例	71
家族の負担に関する事例 1.		71
家族の負担に関する事例 2.		72
第4章	考察と結論	74
第1節	結果の総括	74
第1項	結果の要約	74
第2項	本事例研究の文献への貢献	75
第2節	今後の実践への課題	77
第3節	本事例研究の限界と今後の研究課題	79
第5章	結語	82
	参考文献	84
	図表	106
	資料 1. 研究への意向調査書	109
	資料 2. 支援内容(メニュー)	111
	資料 3. ACT 標準モデルへの適合度評価尺度-ACT Fidity Scale-	117
	資料 4. ATR 移行準備度評価尺度質問表	119
	資料 5. 精神疾患について(統合失調症・うつ病・双極性障害)	120
	資料 6. 精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準	122
	資料 7. NIMH が示している重症慢性精神障害者の重症の定義(期間)	123
	資料 8. ACT チーム A の概要と評価結果	124

資料 9 簡易精神症状評価尺度(Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS).....	126
資料 10. 家族の負担に関する面接調査表-Family Burden Interview Schedule (FBIS) - .	129

序章

本事例研究の背景

入院治療から、地域生活へ-病院から地域へ移行した者の存在-

日本は諸外国から約半世紀遅れた 2004 年から 10 年計画で脱施設化に向けての改革を進めた。その改革は精神保健福祉の改革ビジョン（以降、改革ビジョン）と称し、基本的な理念は「入院医療中心から地域生活中心へ」であった。受入条件が整えば退院可能な患者約 7 万人 2 千人が精神科病院から退院し地域に移行するという方策であった。竹島らは、精神保健医療福祉の改革ビジョンが満期終了した 2 年後の 2016 年に改革ビジョンの成果と今後の課題を次のように示した。その内容は「改革ビジョンの達成目標の動向を 630 調査の 1996 年から 2013 年データの分析から、新入院患者の動態については改革ビジョンの効果が示唆される。一方で、平均退院率（入院期間が 1 年未満群）は改革ビジョン前から上昇傾向にあったが、その後数年は変化がみられず、2012 年から 2013 年に再度わずかに上昇した。退院率（入院期間が 1 年以上群）は改革ビジョン前と比べると一定の改善はみられた。」というものであった。改革ビジョンの成果は目標値である 7 万 2 千人が退院するという目標値に届くことはなかった。しかし、厚生労働省による精神保健福祉に関する調査である医療施設（動態）調査・病院報告の概況（厚生労働省）によれば 2004 年から 2014 年までの 10 年間に、精神科病床数は 354,927 床から 338,174 床に 16,753 床減少し、精神科病院の患者数は 243,853 人から 223,843 人に 20,010 人減少したことが確認できた。また、厚生労働省による精神保健福祉に関する調査である 630 調査によれば 2004 年から 2014 年までの 10 年間に亡くなったことにより退院した患者数は 10,282 人であることが確認できた。前述の病院報告による退院者数である 20,010 人から 10,282 人を除く 9,728 人は精神科病院から地域へ移行したことになる。病院から地域へ移行した者は、地域においてどのような生活をしているのか確認する必要がある（巻末図序-1）。

入院治療から、地域生活へ-退院した患者の行先-

改革ビジョンが提言された 2004 年以降に精神科病院から退院した患者の行先は、2005 年と 2014 年を比較すると総数として「家庭」が最も多く、その次が「他の病院・診療所 へ入院」である。他の病院・診療所 への入院数は 2005 年と 2014 年では変化がなく、高齢者の施設や福祉施設への入所は 2005 年に比べて 2014 年の数値は伸びている。また、長期入院者の高齢化に伴い亡くなって病院を退院する患者がいることも確認できた。さらに、退院先が家庭であっても、病院・診療所などへの通院や在宅医療も利用している（巻末図序-2.）。注）厚生労働省の患者調査は、3 年に 1 回実施されているため 2005 年の 1 回前の調査は 2002 年となるため本研究では 2005 年から 2014 年の数値を使用した。

前述のように精神科病院から退院して地域でくらすようになった者の多くは退院先が家庭である。地域でくらす精神障害者が利用可能な福祉サービスは、自立支援給付の介護給付の居宅介護・重度訪問介護・行動援護・重度障害者等包括支援・短期入所・療養介護・生活介護・施設入所支援・共同生活介護（ケアホーム）、訓練等給付の自立訓練（機能訓練・生活訓練）・就労移行支援・就労継続支援 A 型・就労継続支援 B 型・共同生活援助（グループホーム）と地域生活支援事業の移動支援・地域活動支援センター・福祉ホームであった。2012 年の一部改正に伴い介護給付の同行援護と地域生活支援事業の成年後見制度利用支援が追加された。2013 年に施行された障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以降、障害者総合支援法）では、介護給付の共同生活介護（ケアホーム）が廃止となり、訓練等給付に就労定着支援・自立生活援助が追加され、相談支援として計画相談支援と地域相談支援が新設された。また、地域生活支援事業には、理解促進研修啓発・自発的活動支援・成年後見制度法人後見支援・意思疎通支援・手話奉仕員養成研修が追加され、コミュニケーション支援が廃止となった。2004 年に改革ビジョンが提示され、翌年の 2005 年には障害者自立支援法が成立した。2006 年から同法は施行となり障害福祉サービスが提供されるようになった。厚生労働統計情報障害福祉サービス等利用状況についてによれば、2004 年から 2014 の間で、身体障害者が 25.2 万人から 241.6 万人に、知的障害者が 47.1 万人から 409.1 万人に、精神障害者が 8 万人から 180.1 万人に増加したことが確認できた（巻末図序-3）。これらの各サービスは、介護給付と訓練等給付で、障害程度（支援）区分認定必要の有無プロセスは異なるが、巻末資料：図序-5 で示したように、利用を希望する本人の申請により、必要に応じて支給が決定され、サービス等利用計画に合わせて利用の開始となる。

地域でくらすしている者-孤立して社会とつながりが無い者の存在-

地域に目を向けると、地域には精神疾患が背景にあり長期に社会で孤立している者たちがいる。厚生労働省のひきこもりの評価・支援に関するガイドラインによれば、ひきこもりは、原則として統合失調症の陽性・陰性症状によるひきこもり状態とは異なる非精神症状の現象であるとしたうえで、実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低いと示している。川上ら（2010）によれば、「ひきこもりの実態と精神医学的診断」の 4,134 人（平均回収率 55.1%）を対象にした研究で、ひきこもりの経験者は 1.1% で、研究が実施された時点でひきこもりの状態にある世帯は 0.56% で、約 26 万世帯がひきこもり者を抱えていることを明らかにしている。このことに関して齊藤（2010）は、川上らの調査実施時点にひきこもり中の家族がいる世帯が 0.5% となり、これは有病世帯率と呼ぶべきもので、厳密な意味での有病率とは異なると考えられるが近似値であることは明確であると述べている。障害者自立支援法の施行以降、知的障害者、身体障害者、精神障害者の 3 障害が一元化したサービスが提供されることになり、障害者の自立した生活への支援を、

市町村を中心として行われるようになり、病状の早期発見、早期治療、地域でのケアといった一連の流れがうまく進み本人の意向を尊重した支援が行き届くような仕組みになった。しかしながら、重症な精神障害者は病識に乏しく、その重症さゆえに自身が精神疾患に罹患していることを理解できない傾向にあるため、通院・通所などによる治療の継続がきわめて困難である。

重症慢性精神障害者の地域生活支援- Assertive Community Treatment 開発のトリガー-

精神保健福祉の先進国といわれるアメリカやイタリアでは、早い段階で精神障害者の脱施設化に目が向けられており、1960年代にはすでに脱施設化の最盛期を迎えていた。脱施設化は進み地域での受け入れ体制が整う前に、精神障害者の精神病院からの退院が試みられたため、多くの精神障害者は地域でのサービスの利用につなげることができず、入退院を繰り返す回転ドア現象が起きていた。Stein と Test (1973) は、継続的に地域で生活するためには、病院内での24時間ケアに相当するような体制が病院外にも必要であると主張し、Assertive Community Treatment (以降、ACT) が開発された。注) ACTの変遷に関しては、第2項で、各国の実践に関しては巻末資料4にて詳述する。ACTは、重症慢性精神障害者の継続した地域での生活を支援するプログラムで、カギとなる理念は、精神保健医療福祉の専門家が重症慢性精神障害者がいる場所(地域)へ訪問することである。ACTは、精神科医、看護師、ソーシャルワーカーや心理士など専門スタッフでチームを構成しニーズに合ったサービスを集中的に提供するプログラムである(Bond, 2015)。

日本では、2001年にACTが導入された。伊藤(2011)は、欧米においてACTの導入は脱施設化の促進、精神科病床の削減、慢性患者を長期に収容する精神科病院の廃絶と対になり、日本においてはACTをひとつの変革のきっかけと捉え、導入を契機に脱施設化を図ることであると述べている。伊藤が述べているように日本では脱施設化の始動以前に、地域で孤立している人たちの生活を支えるために始まったのである。その後、拡がりの速度は遅いものの2021年9月時点で23チームが活動をしている。日本の脱施設化の動きと相まって、ACTの制度化が期待された。ACTチームA(以降、チームA)は、2001年4月から重症慢性精神障害者の地域生活支援にACTを導入し、2021年4月で20年が経過した。

本事例研究の目的

本事例研究の目的は、重症慢性精神障害者の ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性を探索的に明らかにすることである。すなわち、ACT による支援の効果として、伝統的な地域ケアへの移行準備ができていのかどうかを明らかにすることである。研究の目的を達成するために、本研究では、チーム A を事例として、複数の側面から捉えることとして、四つの調査を行う。以下に各調査の目的を列挙した。

一つ目の調査は、参加者に提供している支援内容（メニュー）の類似性により参加者を分類することを目的とする。二つ目の調査は、ACT による支援の介入の効果を入院回数、日数と精神症状に焦点をおき示すことが目的である。三つ目の調査は、探索的な試みとして ACT による支援を提供してきた参加者が、ACT による支援から、伝統的な地域ケア¹への移行の可能性を測定し明らかにすることが目的である。四つ目の調査は、ACT による支援の介入の効果を家族の負担に焦点をおき示すことが目的である。複数の側面から、重症慢性精神障害者の継続した地域生活のための生活支援のひとつの例を示す。その上で、参加者が ACT による支援から伝統的な地域ケア²への移行の可能性について考察する。

本事例研究の意義

本研究を行なうことにより、ひとつの ACT の実践の内容を示し、重症慢性精神障害者の地域生活支援に ACT を用いた例を示すことができる。また、具体的には、介入前後の入院回数と日数や精神症状など地域生活継続性に関する介入の効果を示し、探索的試みではあるが ACT による支援を提供した利用者の伝統的な地域ケアへの移行の可能性の評価を行い、移行に関してのひとつの例を示すことができる。これにより、重症慢性精神障害者の地域生活支援のひとつの知見を示すことができる。

近年、欧米では、ACT はリカバリー概念を尊重し、無期限にサポートを続けるのではなく ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行を奨励する方針に置き換えられた。既に、伝統的な地域ケアへの移行に関する研究が試みられており、実際に移行も進められている。一方、日本では、ACT を導入しているチームは一定数存在するものの、ACT に関する法整備は行われておらず、欧米のように一般に浸透する支援となるとは考えにくい状況にある。したがって ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行が議題に上ることはきわめて少ない。ACT は、通院へ非意欲的な重症慢性精神障害者が安定した地域生活を送るため、多職種専門家がチームで地域ケアを提供する根拠に基く実践である（Bond ら、2001）。ACT の主な目的は、入院を減らし、重症慢性精神障害者とサービスとの接触を保ち、心理

¹ 伝統的な地域ケア：伝統的な患者本人の意思で通院・通所する地域外来診療や地域における障害福祉サービスなど指す。

社会的転帰を改善することである (Marshall and Lockwood, 1998)。その有効性は欧米の研究等からも明らかである (Burns and Santos, 1995)。しかし、場所と時間を問わず必要なときにケアを提供し続けるとコストが莫大なものになるため、現在の法整備の元では提供が難しい状況にある。この事例研究により、ACT による支援から伝統的な地域ケアへ移行準備度に関してひとつの結果を示すことができれば、より多くの精神障害者が地域での継続した生活ができるような支援を利用可能な環境に繋がることを期待できる。ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行を検証した日本初の事例研究として、地域においてもさらに高みを目指した移行という概念を提供することができる。この研究を行なうことにより科学的な Evidence を示すことができる。この結果、重症慢性精神障害者の継続した地域生活の QOL の向上に貢献することができる。

本事例研究の構成

本事例研究の論文は、序論と 5 つの章で構成されている。序論では、まず、本事例研究の背景、目的、意義を示した。第 1 章では、先行研究をレビューし、導き出された本事例研究の仮説を示す。第 2 章では、本事例研究で行なう 4 つの調査に関して方法を示す。先ず、参加者である重症慢性精神障害者の特徴を記述し、ACT による支援の内容を詳述する。次に、ACT による支援の介入の効果を入院回数、日数と精神症状の変化に焦点をおき示す。さらに、探索的に ACT 介入後一定の期間を経た参加者の伝統的な地域ケアへの移行の可能性を明らかにする。また、参加者の家族に焦点をおき介入前後の変化を検証する。第 3 章では、4 つ調査の結果を事例と共に示す。第 4 章では、考察として本事例研究の結果の総括、結果の要約、文献への貢献や限界と今後の課題をそれぞれ述べる。第 5 章は、結語として、本事例研究の目的や結果に触れ、今後の研究課題と実践への課題を述べる。

第1章 先行研究

本章では、まず、本事例研究の参加者である重症慢性精神障害者について、先行研究からの「重症」と「慢性」の概念を明確にする。次に、開発から約半世紀を経た「ACTの開発・プログラム概要・変遷」を辿る。さらに、重症慢性精神障害者の「ACTによる支援から伝統的な地域ケアへの移行」の可能性を先行研究に基づいて考察し、本事例研究結果の問いを導出する。

第1節 本論文で用いる用語の定義

○ACT：ケースマネジメント³プログラムのひとつである。重度慢性精神障害者の継続した地域生活のために多職種の専門家で構成されたチームが集中的に地域ベースでケアを提供する根拠に基づいた実践のひとつである。ユーザーのニーズや問題解決のため多様なサービスを提供する。その中でも服薬管理が重要な支援のひとつである（Bondら、2001）。北米を主としてその他の国に広がり実践されている（Dixon, 2000）。一般的なACTに関して第1章第3節と第2章第3節で説明した。

○ACT チームA：（以降、チームA）筆者がチームリーダーを務めるACTチーム。社会福祉法人が運営する障害福祉サービス、地域生活支援事業、相談支援事業、訪問看護ステーションなど複数の事業を組み合わせるACTによるサービスを提供している。

○地域生活継続性：精神状態が安定し、入院をしないで地域で継続して生活ができること。すなわち、入院回数0回、入院日数0日である状態。

○家族の負担：家族が精神疾患に罹患したということが既に精神的に負担に感じているうえに、精神障害者である家族が地域生活で果たさなければならない役割の代行を担い、さらに、身体的、経済的にも責任を負うこと。家族もまた支援の対象者である。

○地域移行：24時間365日ユーザーのニーズがある場所時間においてサービスが提供

³ ケースマネジメント：ケースマネジメントには、様々なモデルがある。代表的なモデルは1990年代に開発された i) ブローカー サービスモデル、ii) 臨床ケースマネジメントモデル、iii) アサーティブ・コミュニティ・トリートメント・モデル、iv) インテンシブ ケースマネジメントモデル、v) 強みモデル、vi) リハビリテーションモデルの6つである（Robinson and Toff-Bergman 1990; Harris and Bergman 1993）。

される ACT による支援から、伝統的な地域ケアへサービスを乗り換えること。1970 年代に Stein と Test が開発した当時は、「頻回な入退院を防ぐ」ことを目的としたアメリカの脱施設化後の対策のひとつであった。経年により、ニューヨークの各チームのウェイトリングリストが一杯になる状態が続出したことから移行をという動きがはじまり、リカバリーの理念に反するというので、ACT による支援から他のサービスへの移行をという考えが生まれ、実践されている。

第 2 節 重症慢性精神障害者の概念

ACT は、重度慢性精神障害者の継続した地域生活のために多職種の専門家で構成されたチームが集中的に地域ベースでケアを提供する Evidence Based Practice (=EBP) つまり根拠に基づいた実践のひとつである提供するサービスで服薬管理が重要な支援のひとつである (Bond ら, 2001)。北米を主としてその他の国に広がり実践されている (Dixon, 2000)。しかしながら、日本を含め、諸外国の各チームにユーザーの受入れ基準はあるが、「重症度」に対しての基準は厳格に明示されていない。では、重症慢性精神障害者は、どの程度重症であるのか確認する必要がある。重症慢性精神障害者という言葉は、1987 年に National Institute of Mental Health (アメリカ国立精神衛生研究所, 以降 NIMH) が招集したグループが政策を立案するために使い始め、定義は診断 (Diagnosis)、障害 (Disability)、期間 (Duration) の 3 つであった (Zumstein と Riese, 2020)。Schinnar ら (1990) の示した重症慢性精神障害者の定義は、広範な精神機能障害を有することを特徴とし、地域社会での長期的なケアを必要とする状態にあり、次の 3 つの基準によって定義されると述べている。

(a) 診断：統合失調症・双極性障害・大うつ病・重症の不安障害など精神医学的診断を受けている。(b) 障害：社会的関係や仕事、余暇、セルフケアなどの分野における機能障害により、精神障害のために障害年金を受給している。(c) 期間：複数回の精神科入院歴、数カ月間の入院歴、集中治療プログラムへの参加など、期間集中的な精神科治療をかなり受けている。Stein & Santos (1998) は、統合失調症や統合失調性感情障害、双極性障害などの疾患に罹患している人々の多くは、陰性症状と持続的な陽性症状、性格病理学・器質病理学的要因の組み合わせから生じる、重篤な長期の障害に苦しみ続け、支援なしに地域社会で安定した生活を維持する能力が深刻に阻害されているとして、その具体的な特徴として、(i) ストレスに対する高い脆弱性；(ii) 対人関係における困難；(iii) 基本的な対処能力の不足；(iv) 顕著な依存性；(v) 学習能力の不足の 5 つを挙げている。Zumstein と Riese (2020) によれば、Schinnar et al (1991), Rothbard et al (1996), Slade and Strathdee (1997), Ruggeri M, et al (2000) は、重症慢性精神障害者の合意された定義が無いと示していることをあげ、重症慢性精神障害者の定義について NIMH が用いている原則的な 3 つの側面 (診

断、障害、期間) についての合意は可能かもしれないが、何よりも構成要素に関する意味の違いに起因すると述べている。では、ACT の対象者である重症慢性精神障害者に関して、上述以外の定義が存在するのか確認する必要がある。Stein (2015) によると ACT のユーザーである重症慢性精神障害者とは、患者が自ら受診するカウンセリングタイプの従来のケアでは地域での継続した生活が成り立たず、また、Marx, Test, と Stein(1973), Dixon (2000) は、地域で生活をしていても、頻回に入退院を繰り返す(回転ドア現象) 重症精神障害者であると ACT の対象者である重症慢性精神障害者の特徴を挙げて述べている。Bond, Drake, Mueser, Latimer (2001) は、Schinnar ら (1990) の用いた重症慢性精神障害者の3つのDの定義を用いて ACT の対象者が重症の精神疾患であることを述べている。Sadavoy (2016) は、欧米では統合失調症患者の (i) 1/3 は時間を経るうちに寛解する ; (ii) 次の 1/3 は症状が少し残るが安定する ; (iii) 残りの 1/3 は発病前の状態には戻らず良くなれないとした上で、(iii) の人々を ACT のユーザーとして、精神疾患の予後に焦点を置き重症度を示した。伊藤 (2011)、高木 (2014) は、日本における ACT の対象者は、1960 年代に精神障害者を収容する施策を選択した経緯から、他国と比較しても在院日数が長い。そのため、社会的長期入院者やひきこもり者⁴、未治療者、治療中断者、頻回に入退院を繰り返す者など、精神症状の影響が強く、自身の力では生活が立ち行かず、社会的に孤立している人々であると日本における ACT ユーザーの ACT 介入前の背景をあげた。上述のことから、ACT のユーザーである重症慢性精神障害者は、統合失調症やうつ病、双極性障害などの精神疾患の診断を受け、疾病に起因する重篤で持続的な症状や、その症状のために日常生活に障害がある者であり、また、障害のニーズに合った支援が得られないと、頻回に入退院を繰り返し、入院すると期間が長期にわたるような者であることがわかる。日本においては、諸外国のユーザーと同じ特徴を有する者だけではなく、これまで述べてきたように、脱施設化が遅れたことから社会的長期入院経験を持ち、地域での社会経験が少なかったり、ひきこもっていたりする上に、地域社会において孤立しているという二次的な障害が上乗せされた重症慢性精神障害者もいる。日本の ACT の対象者である重症慢性精神障害者の重症度や慢性の定義に関しては調査、検討の余地があると考えられる。

⁴ ひきこもり者：伊藤 (2011) は、ACT の対象者を統合失調症や双極性障害、重症うつ病などで、長期入院や頻回の入院の経験、長期のひきこもりなど、「精神症状の影響が強く」自身の力では生活が立ち行かない社会的に孤立している人々であると示している。

第3節 Assertive Community Treatment の開発・プログラム概要・変遷

第1項 アメリカにおける精神保健福祉の歴史と ACT の誕生

前節では、一般的な重症慢性精神障害者と ACT による支援の対象者に関して先行研究を調査、検討した。本節では、本事例研究の対象であるチーム A が、利用者の継続した地域生活のために用いた ACT に関して、開発の歴史と概念の変化を辿る。これは、ACT が生まれた背景とその後の経過・検証について、文献を取り入れながらまとめた、ACT に関する説明である。

精神保健福祉の先進国といわれるアメリカやイタリアでは、早い段階で精神障害者の脱施設化が進められ、それに伴い、地域における重症慢性精神障害者のサポートモデルが発展した。その中でも、ACT は世界中の多くの地域で精神保健サービスの構造に影響を与え続け、脱施設化を促進し、重症慢性精神障害者の継続した地域生活を可能にした地域保健福祉サービスの主要なモデルである (Bond & Drake, 2015)。

ACT は 1973 年、アメリカの Marx, Test, & Stein により開発された。Stein & Santos (1998) は、その開発の背景には、アメリカにおける精神障害者を取り巻く環境と、ACT の開発の場所となったウィスコンシン州立メンドータ病院内での取り組みの 2 点が関係しているとしている。1950 年代のアメリカでは重症精神障害者に対するケアが進んでおらず、ただ病院に収容するという方法がとられていたため、精神科病院は入院患者であふれかえり、彼らを取り巻く環境は劣悪なものであった。この問題を解決するために法的措置が講じられ、病院はより多くのスタッフを雇用することになったが、これが精神科病院の経営を圧迫し、国家予算の負担額も増大させることとなった。そこで、当時、抗精神病薬が開発されたこととも相まって、政府の方針は患者を脱施設化させる方向に向かった。そうして 1965 年に制定されたのが、貧困層や障害者の医療費を賄う Medicaid という公的医療保険制度である。当制度は、入院ではなく地域治療に向けて支払われるものであったため、精神障害者の脱施設化を促す結果となった。こうして、1965 年から 1975 年の 10 年間にアメリカの州立精神科病院の患者は 80% 以上減少し、約 40 万人が退院した (Stein & Santos, 1998)。

しかし、病院からの移行先である地域では、退院者を受け入れる技術や環境が整っていなかった。そのため、退院した患者が地域に戻っても、その地域に柔軟に適応することができず、すぐに再入院を繰り返してしまう、いわゆる「回転ドア現象」がアメリカ全土で見られるようになった。1960 年代にはアメリカ全土の精神科病院で、精神障害者が地域で暮らすための優れたプログラムが提供されていた。しかし、それは入院患者の状態の改善、さらには早期退院にはつながったものの、退院した精神障害者が地域で継続的に生活をするまでには及ばなかった。患者が最終的に病院ではなく地域で生活していくためには、効果の高い外来治療を発展させる必要があった。そこで、精神障害者は病院から完全な地域生活へと

徐々に移行する必要があるという考えに基づき、病院と地域の特徴を半分ずつ併せ持つハーフウェイハウス（Halfway-house：社会復帰訓練所）や、入院期間の短縮を目的としたデイホスピタル（Day-hospital：昼間だけの医療施設）、入院中からグループで生活し、退院後も互いに支え合いながら生活するフェアウェザーロッジ（Fairweather Lodge：心理社会的リハビリ施設）が誕生した。これら3つのモデルは、地域生活への移行に十分な効果を生むことはなかったが、地域で安定した生活を送るために、精神障害者の日常のニーズを長期的にサポートする必要性を認識するうえで重要な布石となった（Marx, Test, & Stein, 1973）。

上述の3つのモデルを含め、地域における重症慢性精神障害者のサポートモデルの大半は、退院後の患者を対象にしていた。1960年代半ば、アメリカ政府が精神障害者の脱施設化を目ざしたのと同時期に、メンドータ病院でも、重症慢性の精神疾患患者を収容することに焦点を置いた伝統的な精神科病院の治療から、患者の退院につながる治療に焦点を移す取り組みが始まった。後にACTを開発したMarx, Test, & Steinは、研究対象を入院患者から外来患者に移して、回転ドア現象に対する治療や研究を開始し、患者が地域生活を継続できるような試みが行われた。その後、退院した患者の再入院を防ぐために、患者を院外で管理することを目的とした「施設収容防止プログラム」という大規模なプロジェクトが行われ、Extrahospital Management of Severe Mental Illness（「重症精神疾患の外来管理」）（Marx, Test & Stein, 1973）という論文が生まれた。これらの研究の調査対象者は、障害が重く、継続して入院治療を必要とする患者や、過去に長期の入院歴を持つ患者、入退院を繰り返している重症慢性精神障害者であった。Marx, Test & Stein（1973）は、「施設収容防止プログラム」について、調査対象者は、地域で治療を受けながら、または入院治療をそのまま継続しながらACTによるケアを継続的に受け、ACTによるケアの評価が行なわれた。その結果、ACTにより地域社会の実験群をケアすることが実行可能であること、また、ケア後に患者がより自立的な生活能力を獲得し、就労が可能になったことが示された。さらにACTは、特に患者の社会的適応を高めるという点で、『精神病院の入院治療の代替』としての効果を持つことが明らかとなったと述べた。

第2項 精神科病院の治療に代わるものとしてのACT

ACTが院外のケアで効果を発揮することが示された後、精神科病院の治療に代わるものとして、次の3件の追跡調査がTest & Stein（1980）によって試みられた。

一つ目の調査は、「精神科病院の治療に代わるプログラムI」と呼ばれ、慢性の精神障害者を対象に、ACTを用いた地域における重症慢性精神障害者のサポートモデルと従来の治療法の比較が行われた。その結果、地域における重症慢性精神障害者のサポートモデルは、在院期間を平均14ヶ月間減少させ、調査対象者が安定して地域での継続した生活ができる、行き届いたケアを提供できることが明らかとなった。なお、ケアを途中で中止すると調査対

象者の様態は悪化し入院に至ったことから、当プログラムは終了まで継続されるべきであることも明確になった。(Test & Stein,1980) 二つ目の調査では、「精神科病院の治療に代わるプログラムⅡ」の経済的利益・費用に関する分析研究で、ケアにかかる費用対効果の検証がなされた。Test & Stein (1980) によれば、精神障害の治療費は入院(施設)費と地域におけるケアに要する費用の2つに大別できる。ACTを用いたケアでは、このうち地域におけるケアに要する費用が従来のケアより高額であるという結果が示された。しかし、入院費は地域におけるケアに要する費用より、概して高額であった。実際、Latimer (1999) および Dixon (2000) は、ACTの効果は在院日数の減少にみられると主張した。さらに、Bond, Drake, Mueser, & Latimer (2001) は、「Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness: Critical ingredients and impact on patients. (重症精神障害者のための Assertive Community Treatment —重要な要素と患者への影響—)」研究で、ACTは入院費の減少により経済効果をもたらすと主張した。三つ目の調査は、「精神科病院の治療に代わるプログラムⅢ」の社会的代価(負担)に関する研究であり、ここでは短期入院と、アフターケアを使用した従来のケアとの、社会的代価(負担)の比較が試みられた。Test & Stein (1980) は、社会的負担を、(a) 欠勤日数、(b) 学校の出席/欠席日数、(c) 妨げられた社会的/余暇時間数、(d) 家庭の日課を妨げられた回数、(e) 隣人との関係が困難になった回数、(f) 過去2週間における身体的疾患の発症の有無、という6つの客観的尺度と、精神障害者の家族であることの負担が「ない/軽度/重度」のいずれかという主観的尺度とで評価した。さらに、地域の負担の指標として、患者の逮捕歴(警察の記録から情報収集)、医療処置を必要とした自傷行為の回数(患者本人へのインタビューにより情報収集)、救急治療室の使用回数(患者本人へのインタビューにより情報収集)が評価された。その結果、今まで考えられていた以上に、従来のケアよりも地域ケアによる大量の支援のほうが、家族や地域社会の負担をより軽減することが示唆された。

第3項 ACTの開発

ACTは、人的資源、組織の枠組み、サービスの特徴により定義され、これらをすべて満たすものが標準プログラム(巻末資料1.1-1、1-2参照)と呼ばれる。

標準プログラムへの Evidence-Based-Practice (EBP)⁵の実施度を測定する尺度(以下、「Fidelity Scale」⁶)を、McGrew, Bond, Dietzen, & Salyers (1994) や Teague, Drake, & Ackerson

⁵ Evidence-Based-Practice (EBP) : 「証拠に基づく実践」と和訳される。実証研究・調査に基づく信頼性と妥当性の高い知識・技術を基礎にした実践方法を指す。Evidence Based Medicine (EBM) すなわち、「根拠に基づく医療」という実践がカナダの医学界で開始され、イギリスとアメリカに導入され、日本の医学界でも採用された。EBMは、EBPと名称を変え、ソーシャルワークや臨床心理学、看護学などでも使われるようになった(平山・武田・呉・藤井・李、2003)。

⁶ Fidelity Scale : フィデリティ尺度。標準プログラムの遵守度を評価するための尺度で、プログラムモデルの実施の妥当性と、その程度を評価するために使用される尺度のこと。

(1995)、Teague, Bond, & Drake (1998) らが開発したが、その中でも広範に使用されているのが、Teague, Bond, & Drake (1998) の「Dartmouth Assertive Community Treatment Scale」(以下、「DACTS」)である (Bond & Salyers, 2004; Bond & Drake, 2015)。

DACTS は、人的資源 (11 項目)、組織の枠組み (7 項目)、サービスの特徴 (10 項目) の 3 つの枠組み、28 項目から構成されており、各項目は「1 = 実践されていない」から「5 = 完全に実践されている」の 5 段階評価で評価される Teague, Bond, & Drake (1998)。

現在最も広く用いられているのは、2011 年に開発されたリカバリー (Recovery) 指向のサービスの評価を含む、新しい「Fidelity Scale Tool for Measuring Fidelity to Assertive Community Treatment」(TMACT)⁸である。これを DACTS と比較すると、TMACT は、スタッフの詳細な役割が記載されチームワーク、回復指向のサービスと EBP に関する評価が含まれ 47 項目から構成されている点が大きな違いといえる。重症慢性精神障害が、難治性であり入院治療が必要であるとされてきたのは、第 1 章第 2 節で述べたとおりである。しかし、アメリカで抗精神病薬が開発され、精神病患者に対する治療法がある程度確立し、ACT が開発された以降は、統合失調症のように重症の精神障害であっても、患者の強みに目を向けて支援を提供することで症状が緩和し、患者はある程度自立した生活を送ることが可能になるという考え方が提唱されてきた。これをリカバリー思考といい、この概念が台頭してきたことで、ACT の大きな特徴である無制限の提供が、のちに期限付きの提供へと変更されることになった。ACT には第 3 項で述べたような 3 つの定義があり、これらすべてを満たしてサービスを提供するのが標準プログラムである。この標準プログラムに忠実であればあるほど、利用者の在院日数が減少するなど、高い効果が見込まれることが示されている (Bond et al, 2004)。一方、欧米における ACT の開発から約半世紀が経ち、プログラムの内容や理念は、対象となる地域のニーズや患者に合わせて、進歩・変革を遂げ続けている。ACT はもともと、伝統的な地域ケアを受け続けることに消極的で、そのために地域生活が成り立たない者や、入退院を繰り返す重症慢性精神障害者を対象に、支援者がユーザーの居る場所に出向いて必要なケアを提供するために開発されたものである。

Bond (2015) は、ACT は、20 世紀後半に開発された地域社会の精神保健サービスの主要モデルで、脱施設化を促進し、重症の精神疾患を持つ人々の地域生活の成功を可能にしたと述べ、その効果を高く評価した。ACT の主要な実践であるアウトリーチ (ユーザーがいる

⁷ リカバリー (Recovery) 指向のサービス : 1993 年、ボストン精神科リハビリテーションセンター (Center for Psychiatric Rehabilitation) 所長 W. Anthony は、精神的健康のリカバリーの定義を開発し、「ユーザーが、病気によって引き起こされる制限があっても、満足のいく、希望に満ちた、ひたむきな人生を送ることができるように、本人の強み (得意な部分) に目を向けて支援を提供すること」とした。

⁸ Tool for Measuring Fidelity to Assertive Community Treatment (=TMACT) : TMACT は、DACTS が、28 項目からなる尺度に対して、47 項目からなる新しい忠実度の尺度であり、5 段階評価される。TMACT は、回復指向、EBP とチームワークに関しての評価を通じての基準を設け、DACTS よりも変更に関する感度が高い (DeVita, Teague & Moser, 2011)。

場所に出向き、ユーザーのニーズに合ったケアを行なうこと)、地域社会でのサービス提供、全体的かつ統合的なサービス、およびケアの継続は、世界中の多くの地域で精神保健サービスの構造に影響を与え続けている。ACT は、地域やユーザーのニーズに併せて進歩をし続けており、今後も、新しい概念、新しい環境下で進歩をし続けるであろうと述べている。ACT のユーザーである重症慢性精神障害者の多くを占める統合失調症、うつ病（大うつ病）、双極性障害などに関する基本情報を、巻末資料 2 に示した。Drake & Burns (1995) は、ACT はその開発以降、重症慢性精神障害者に対する効果が繰り返し報告されてきたことを示した。それに伴い、従来の ACT ユーザーではない、ホームレスや薬物乱用者等、限定された対象に対してより高い効果を得るために、元のプログラムが修正されて実践され始めた (Deci, Santos, Hiott, Schoenwald, & Dias, 1995)。具体的には、Dixon, Krauss, Kernan, Lehman, & DeForge (1995) が、重症の精神障害であるホームレスに向けて、Teague, Drake, & Ackerson (1995) が、薬物乱用と重症の精神障害、物質使用者に向けて修正された ACT を発表した。さらに、Dixon (2000) は、「ACT は時代と場所にあわせて適応させられてきた」と述べている。また、McFarlane, Stastny, & Deakins (1992) と McFarlane, Dushay, Stastny, Deakins, & Link (1996)、McFarlane (1997) は、ACT と家族支援を融合させ補強している。その他、Drake, McHugo, Clark, Teague, Miles, Ackerson (1998) と Meisler, Blankertz, Santos, & Mckay (1997)、Teague, Drake, & Ackerson (1995)、Wingerson & Ries (1999) は精神障害者かつ物質使用者である者を、Lehman, Dixon, Kernan, DeForge, Postrado (1997) と Meisler, Blankertz, Santos, & Mckay (1997) は精神障害者かつホームレスである者を、そして、Inciardi, Isenberg, Lockwood, Martin, & Scarpitti (1992) は触法精神障害者を対象にした。Fekete, Bond, McDonel, Salyers, Chen, Miller (1998)、Meyer and Morrissey (2007) また、Siskind & Wiley-Exley (2009) は、農村部と都市部の ACT の実践について述べている。以下に、特定のユーザーや地域に向けた ACT プログラムの実践例を p 17 表 1-3-3 で列挙する。

また、ACT プログラムを修正したものとして有名な例として、オランダの Function ACT⁹ もしくは、Flexible ACT (以下、「FACT」) が挙げられる。FACT は 2002 年に、精神科医師 J. R. van Veldhuizen と心理学者の Michiel Bähler により開発されたリハビリテーション指向の臨床ケースマネジメントモデルである (Veldhuizen, 2007)。FACT は、ACT では対象とならない、比較的安定した症状を呈する精神障害者も対象としており、患者の状況に合わせた柔軟なケアを目的としている。

⁹ Function ACT : Veldhuizen (2007) によれば、FACT の F は、もともと機能の略号で、FACT チームはさまざまな方法で機能するという意味である。。

表 1-3-3. 特定のユーザーや地域に向けた ACT プログラム実践例

区分	対象者	研究者	年月日	
地域	農村部	Fekete, Bond, McDonel, Salyers, Miller	1998	
		Meyer and Morrissey	2007	
	都市部	Wiley-Exley E	2009	
		Dixon, Friedman, Leman (ホームレス)	1993	
		Wingerson, Ries	1999	
特定の人口	物質使用	Drake, Mchugo, Clark	1998	
		Meisler, Blankertz, Santos (ホームレス)	1997	
		Teague, Drake, Ackerson	1995	
		Dixon, Krauss, Kernan	1995	
		Dixon, Friedman, Leman (ホームレス)	1993	
	触法者	Inciardi, Isenberg, Lockwood	1992	
	ACTと他のケアとの融合	家族支援とACTの融合	McFarlane,	1997
		〃	McFarlane, Dushay, Stastny	1996
		〃	McFarlane, Stastny, Deakins	1992
		従来のケアとACTの融合 (FACT)	Veldhuizen, Bähler	2002

第4節 ACTによる支援から伝統的な地域ケアへの移行

本研究の目的は、ACTによる支援で、地域生活継続ができるようになった重症慢性精神障害者は、ACT支援の効果として、伝統的な地域ケアへの移行の可能性の有無を明らかにすることである。そのため移行可能な参加者(n=10)を特定するために開発された評価尺度を用いて支援者が参加者のモニタリングの一手段として評価を実施する。評価することに対して参加者への説明と承諾を得るが、移行を決定するものではない。ACTによる支援から伝統的な地域ケアへの移行に関しては、第一に本人の意思が尊重されるべきである。実際に移行を検討する段階に至った場合は、移行プロセスのはじめの段階から参加者を中心として、意向を尊重し、臨床的な判断や他の評価方法と併せて慎重に移行の検討を進める必要がある。第3節で述べたように、欧米では、ACTが開発されてから時間が経過し、地域性やそこに住む人々に合わせてACTの概念は修正、適用がなされてきた。その中で、ACTによる支援を継続し続けるのではなく、参加者の能力を信じ、伝統的な地域ケアへと移行させるという考え(リカバリーの概念)が育った。これまで対象としてきた統合失調症や分裂感情障害、うつ病や双極性障害だけではなくアルコール依存症や精神疾患が背景にあるホームレスや薬物依存症の者にも、ACTによる支援を利用する機会を提供する必要があることなどにより、ACTによる支援から伝統的な地域ケアへの移行という考えが登場してきた。そこでまず、ACTによる支援を受けている参加者が、ACTによる支援から伝統的な地域ケアに移行できる可能性およびその移行準備度を明らかにすることを目的として、ACTによる支援から伝統的な地域ケアへの移行に関する先行研究を探したところ、日本における先行研究は見つからなかった。一方、アメリカやイギリス、カナダなどで複数の研究が行われていた(p19表1-4-1., p20表1-4-2.)。p19表1-4-1., p20表1-4-2にあげた17編の研究では、退役軍人かつ精神疾病を併せもつ者を対象としたACTチーム、ホームレスかつ精神疾病である者を対象としたACTチーム、精神疾病とアルコール依存症を併せもつ者を対象としたACTチーム、精神疾病で薬物依存症の者などを対象としたACTチーム、単に重症慢性精神障害者を対象としたACTチームなどがあるが、その対象はすべて、重症慢性精神障害を含めた二重診断を受けている者である。これに対して本事例研究の参加者は、退役軍人やホームレスなどの特定の背景はなく、重症慢性精神障害の単一診断を受けた者たちで、上述の先行研究の対象者とは異なる。このような点を踏まえて、ACTによる支援から伝統的な地域ケアへの移行に関する本研究を進めるのに当たり、参考となると考えられた5つの研究を用いて考察を行うことにした。以下、これらの研究について、i) 移行は、可能か、不可能か、ii) 移行が、可能な理由、不可能な理由、iii) ACTによる支援から伝統的な地域ケアへ移行を判断する際、「誰が」「どのような基準で」調査対象者の移行が可能であると判断するのか、という点に着目しながら、その概要をp21表1-4-3に示す。

表 1-4-1.. ACT からの移行に関する先行研究（1980～2011）

国の名称	研究者	移行) 可/不可	研究の概要
アメリカ	Stein & Test (1980)	不可	ACTから伝統的な地域ケアへ移行したクライアントが14ヵ月後には回転ドア現象のサイクルに戻りした ①地域の支援が不十分 ②慢性の精神障害者には継続したケアが必要であった
アメリカ	MacRae et al (1990)	可	ACTの効果が持続していることと、伝統的な地域ケアへの移行が協調的に行われていることが原因で、対象者が地域で安定した状態を維持していることがわかった。
イギリス	Audini et al (1994)	不可	在宅ケアを中止し、伝統的な地域ケアへ移行した結果、時間経過に伴い入院期間が増加した。
アメリカ	Susseret al (1997)	可	施設型ケアから地域型ケアへの移行を橋渡しすることで、重度精神障害患者のホームレス化の予防する介入が可能である。
アメリカ	Salzer et al (1998)	可	①ステップダウンへの移行因子は、総CLASスコアが高い、CLASの全項目(症状の自覚を除く)の機能が低い、ベースラインの病院利用率低い、入院日数、回数が低い ②ステップダウン移行の成功因子は、高レベルの機能、病院の利用が低レベル、ステップダウンプログラムがACTに近似すること、個別に移行の決定がされること、長期間ACTを利用していること ③ACTに再移行の予測因子は、年齢が高齢、薬物乱用
アメリカ	Rosenheck & Dennis (2001)	可	重度精神障害があるホームレスの利用者は、精神健康状態、薬物乱用、住居、雇用で得られた改善を喪失することなく、選択的に退院またはACTから他サービスへの移行が可能である。
アメリカ	Hackman & Stowell (2009)	可	ACTから伝統的な地域ケアへの移行が成功した ①標本サイズが小さく、特にACTサービスに再移行した利用者数が少なかった ②利用者 と ACT チームスタッフが移行前に高度の機能を獲得するよう努めた
アメリカ	Mohamed, Rosenheck, Cuerdo (2010)	可	早期中止率、後期中止率ともかなり高く、参加への積極性の低さが、患者特性や臨床変化よりも強い中止予測因子であった。
アメリカ	Rosenheck, Mohamed, Neale (2010)	可	VA政策が、集中度の低いサービスへの移行頻度を促進させることはなかった。臨床適応がある場合、大幅な臨床的改善、サービス利用の減少、良好な家族関係が得られ、集中度の高いサービスへの再移行を要することは稀であった。
アメリカ	Herman et al (2011)	可	移行先の伝統的な地域ケア以外に、地域において患者を治療に繋ぎ止めるための働きかけなど、強力なコミュニティサポートを構築することが重要。

表 1-4-2. ACT による支援からの移行に関する先行研究（2011～2018）

国の名称	研究者	移行) 可 /不可	研究の概要
アメリカ	Cuddeback et al (2013)	可	移行のタイミングを探る研究（移行の成功ポイント） ①エビデンスに基づく入院の代替手段である ②ユーザーは移行の目標について早期かつ頻繁な情報を受け取る ③スタッフが移行先のスタッフを手助けすること ④ユーザーは自立した生活スキルと自己擁護スキルを示し、自己のケアニーズについて質問できること
アメリカ	Donahue et al (2012)	可	移行のタイミングを探る研究。ACTを4年以上利用している対象者のうち14%が「移行を検討できる」状態にあることが明らかとなった。
カナダ	Fang-pei chen (2013)	可	重度精神障害者が、適切な支援を受けることにより、長期間、安定した住居で生活でき、住居と結びつけられる対人関係が、適応機能、健康、および回復の獲得に不可欠であることが示された。
アメリカ	Bromley et al (2015)	可	移行という考えには賛成であるが、4つ障壁を示した。 ①将来の安定性への懸念 ②離反したクライアントの経営に不安があること ③退院の最終決定を誰が行うべきかについての意見の相違 ④クライアントは退院に消極的になるという信念
アメリカ	Finnerty et al (2015)	可	移行への障壁と戦略が示された。 移行への障壁は ①利用者や家族がサービスの停止を希望しないだろうとする考え ②移行が成功しないだろうとする医師側の懸念 ③システム上の課題（クリニックの待機リスト、移動手段による障害、サービス適用資格による制限、ACT利用者に対する偏見） ④スタッフの躊躇移行への戦略は移行への成功戦略 ①移行のためのスキル形成 ②支援の約束、成功を祝うこと ③新しいサービス提供者との調整を促進 ④ACTのルーティン業務に移行を組み込み
アメリカ	Bromley et al (2017)	可	移行を成功させるための「臨床的要因」 ①退院理由として離脱は負の予測因子 ②最良の単一予測モデルは、BPRS（総合点）の症状重症度 ③総合的な最良の予測モデルは、CISと、BPRSによる予測モデル
カナダ	LeFebvre et al (2018)	可	カナダの都市部と農村部でACTからの移行度を明らかにした研究。平均して、3年間で6%の対象者の移行が可能であるが、農村部と都市部で移行にあたり生じる問題点は異なる。

表 1-4-3. ACT による支援から従来のケアへの移行に関する先行研究

国の名称	研究者	移行) 可/不可	移行を判断した尺度
アメリカ	Stein & Test (1980)	不可	(1) 人口統計データ調査票：生活および経済に関する標準的人口統計データ (2) Short Clinical Rating Scale：症状 (symptomatology) の評価 (3) Community Adjustment Form：患者の生活状況、施設での入院期間、雇用記録、余暇の活動、社会的関わり、生活環境の質、人生に対する主観的満足度 (4) Rosenberg Self-Esteem Scale：自尊心の自己報告評価
アメリカ	Hackman & Stowell (2009)	可	(1) ACT利用者の管理記録 (チャート) (2) クリニックのデータベース (対照群のデータ) データ内容： 1) 人口統計学的特性 (年齢、性別、人種、未婚/既婚、教育レベル) 2) その他の因子：第1、第2 (あれば) 診断名、薬物乱用歴、処方薬の分類、移行時のケースワーカーや担当医と面識があったか、入院歴、移行時の活動 (精神リハビリへの参加もしくは就職) 参加度
アメリカ	Cuddeback (2013)	可	(1) 半構造化面談の記録 (2) 従来の内容分析法 (Weber, 1990)
アメリカ	Donahue et al (2012)	可	(1) CAIRS：TRSスコア生成用データ (2) 定期アセスメント：利用者の人口統計的特徴、機能に関する11領域の各項目評価 (3) Transition Readiness Scale(=TRS)
カナダ	Andrea M. LeFebvre et al (2018)	可	(1) 入退院数を定量的に収集

Stein & Test (1980) は、慢性精神障害者に向けた地域に根ざした治療プログラムである ACT を報告した。1973 年に ACT を発表した後も継続して研究を行い、この研究では追跡調査として ACT 介入時と介入を停止した際の伝統的な地域ケアを比較した。調査対象者は、ウィスコンシン州デーデン郡の住人で、年齢が 18 歳～62 歳、重度器質性脳症候群または一次性アルコール中毒以外の診断を受けた 65 名であった。そのうち 73%は独身、55%が男性であった。直近の入院前、調査対象者 1 人当たりの平均精神科施設入院回数は 5 回で、平均総入院期間は 14.5 ヶ月間であった。被験者の 20%は他の施設から直接来院し、14%はシェルターから来院し、入院経験がない被験者はわずか 17%であった。診断は、統合失調症が約 50%を占めていた。ACT 介入¹⁰により患者の入院の必要性が減少し、地域在り期間と適応が増すことが示された。しかし、ACT による介入を 14 ヶ月で停止したところ、その期間で得られた地域生活のスキルの多くが失われ、病院利用が急激に増加するという結果に至った。したがって、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行はできないと結論している。その理由として、地域の支援が不十分であり病院が患者の一次治療拠点にならざるを得ないため、慢性の精神障害者には継続したケアが必要であることを挙げている。

Hackman & Stowell (2009) らは、ACT が無期限のプログラムであるが、資源に限りがあるため、期限があるサービスの実現可能性と必要性を検証した。調査対象者は、メリーランド大学医療システム ACT チームの患者 67 名で、女性 62.7%、男性 27.3%である。平均年齢は 44.7 歳、平均学歴は高卒、婚姻歴がある者は 19.4%、少なくとも 1 回の逮捕・投獄歴がある者は 68.6%で、1 人暮らしが 47.7%、親、保護者、配偶者など同居が 29.9%、施設入所が 13.4%、監視付きグループ・ホーム¹¹ (以降、GH とする) が 6.0%、ホームレスが 1.5%、住宅事情不明が 1.5%であった。主な診断名は統合失調症や統合失調感情障害が 64.1%、双極性障害 19.4%、大うつ病 9%、残りの診断名 7.5%で、就労者は 13.4%であった。調査対象者 67 名中、ACT によるから集中度の低い地域精神保健センターのサービスへの移行に成功した患者 48 人と、ACT への再移行が必要となった、あるいは地域精神保健センターの治療に留まらなかった患者 19 人の転帰の比較をおこなった。ACT による支援から、集中度の低いサービスへの移行の決定は、個々の治療目標の達成、精神医学的安定性 (精神科への入院がないこと、安定した住居があること、その他の主要な心理社会的ストレス要因がないこと) が 12 ヶ月間維持されていること、また受診の予約を維持できる

¹⁰ ACT 介入の評価方法：(1) 人口統計データ (生活状況、経済状況) (2) Short Clinical Rating Scale で症状を測定 (3) 地域調整フォームで、患者の生活状況、施設での滞在時間、雇用記録、余暇活動、社会的関係、環境の質、生活に対する主観的満足度を測定 (4) Rosenberg Self-Esteem Scale は自己報告による自尊心の尺度と、4 ヶ月間隔で行われた測定は、Short Clinical Rating Form、Community Adjustment Form、Rosenberg Self-Esteem Scale を用いた。

¹¹ 監視付きグループ・ホーム：(Supervised Group Home : GH) 回復途上にある精神障害者の入院、薬物、ホームレスや事件などへの関与を防ぎ、安定、安心して生活ができる 24 時間対応型の住宅のことである。投薬、日常生活の仕方、食事、支払い、交通機関、治療管理などのケアと支援を提供する。

こと等をガイドラインとして、患者やその家族、他の支援者との協議により行われた。移行先は、メリーランド大学地域精神医学部門内の地域精神保健クリニック（Community Mental Health Clinic）サービスであった。結果、移行をした患者のうち、43名が診療所での治療を継続していた。3名が転居により計画的に移行し、2名が診療所での治療中に自然に死亡した。調査対象者は、移行前にACTで平均45.2ヶ月を過していた。19人の患者が持続的な移行を達成できなかった。そのうち、8人がACTに再移行した一方、11人は連絡が取れなくなり、調査を継続することができなかった。以上の結果から、この研究では、ACTによる支援から伝統的な地域ケアへの移行が成功したと結論している。その理由として、標本サイズが小さく、ACTによる支援に再移行した患者数が少なかったこと、患者とACTチームのスタッフが患者の移行前に高度の機能を獲得できるよう努めたことが挙げられる。また、成功に関する具体的因子の特定は不可能であったものの、移行のプロセスに患者本人の視点を含める必要性があることを指摘した。また、移行が難しくACTに再入院した8人の患者については、ほとんどすべての診療予約を欠席していることに加え、治療のアドヒアランスに問題があり、精神的に不安定になりやすいため、ACTによる支援への再移行に至ったと考察している。

ニューヨークを始めとする北米では、すでにACTから伝統的な地域ケアへの移行という考え方が浸透している。Cuddeback et al (2013) は、ACTの特徴である、無期限の提供という考えはリカバリーの概念に反すると考えた。だが、特に精神障害の場合、地域で独立した生活が可能になる程度まで回復しない場合もある。したがって、ACTによる支援から伝統的な地域ケアへの移行に焦点を当てた研究は比較的少なく、移行に関する調査対象者の経験に基づく情報が必要である。そこで、ACTによる支援から集中度の低いサービスへの移行を経験するユーザーの認識調査をおこなった。調査対象者は、オハイオ州精神保健センターのACTによる支援から、ケースマネジメントのサービスへ移行した重症慢性の精神疾患の定義を満たしており、研究に参加することに合意した11名のユーザーである。内訳は、6名が男性、6名が白人、5名がアフリカ系アメリカ人、そして平均年齢は44歳であった。その結果、調査対象者に必要な条件として、移行の理由についての理解にばらつきがあるが、移行の明確な目標を持っていることが明らかとなった。一方、ACTスタッフは、伝統的な地域ケアへの移行の理論的根拠を明確にし、ユーザーに移行は有益であることを提示する必要があることがわかった。その上で、移行を成功させるポイントとして、ACTは重症慢性精神疾患である者にとってエビデンスに基づく入院の代替手段であると自覚すること、ユーザーは移行の目標について早期かつ頻繁な情報を受け取ること、ACTスタッフが移行先のスタッフを手助けすること、ユーザーは自立した生活スキルと自己擁護スキルを示し、自己のケアニーズについて質問できることの4点が示された。

Donahue, Manuel, Herman, Fraser, Chen, & Essock (2012) の研究は、ACT による支援からの移行準備ができていると思われるユーザーを特定する「ACT 移行準備度スケール (Transition Readiness Scale : TRS)」の作成を目的とした、移行のタイミングを探る研究を試みた。調査対象者は、ニューヨーク市の 42 の ACT チームに登録していた 1,365 名のユーザーであった。各利用者の準備度スケール評価には、移行準備に関係すると考えられる治療への取り組み、住宅、精神科の薬物療法の使用、精神科入院・救急外来の利用、リスクの高い行動、薬物乱用、法医学的関与の 7 領域のデータを使用し、「移行を考慮」「移行準備度が不明」「移行準備ができていない」の 3 つのカテゴリに分けた。その結果、1,365 名のユーザーのうち 192 人 (14%) が「移行を考慮群」に割り当てられた。この群に属する個人の ACT による支援のサービス利用期間は、平均±SD で 4.6 ± 3.0 (中央値=3.9 年) であった。一方、「移行準備度が不明群」に割り当てられたのは、382 人(28%) であった。この群に属する個人の ACT による支援のサービス利用期間は、平均±SD は 4.4 ± 3.1 年 (中央値=3.6 年) であった。そして、791 人 (58%) が「移行準備ができていない群」に割り当てられた。この群に属する個人の ACT による支援のサービス利用期間は、 4.0 ± 3.0 年(中央値=3.1 年) であった。なお、移行準備度に関する「移行を考慮」「移行準備度が不明」「移行準備ができていない」の 3 群間の平均サービス利用期間は、すべての 2 群間の比較で、統計的に有意な違いが生じていたことを示している。このことから、ACT を 4 年以上利用している調査対象者のうち 14% が移行を検討できる状態にあることが明らかとなった。移行が成功するカギは、移行準備が整っているユーザーを特定することであり、そのためには、ACT チームから移行先へ信頼できるデータをタイムリーに提供することが大事であることを示唆した。

LeFebvre, Dare, Farrell. & Cuddeback (2018) は、カナダの農村部では都市部よりも ACT による支援からの移行が容易であることに着目し、実際に調査を行なうことで、ACT による支援からの移行における都市部と農村部での問題点の違いを明らかにすることを試みた。対象は、カナダのオンタリオ州にある農村部の 8 つの ACT チームである。5 つの ACT チームがオタワ市の都市部にサービスを提供し、3 つの ACT チームが周辺の農村部にサービスを提供している。活動期間が 27 年間の都市部の 1 チームを除いて、平均活動期間は 17 年間である。農村部の 1 つの ACT チームは例外的に精神科医がいないが、他の各チームには、精神科医、ソーシャルワーカー、看護師、および他の精神保健福祉系の従事者からなるフル・フィデリティモデルで運営されている (Ministry of Health and Long-Term Care 2005)。ACT の利用者を集中度の低いサービスへ移行させる移行率とそのプロセス、移行における障害、およびこの障害に対する解決策に関するインタビュー調査を実施した。その結果、2012 年から 2014 年までの 3 年間の平均値で、農村部が平均 6.0%、都市部の平均が 5.5% であった。しかし、農村部と都市部で移行の際に生じる問題点は異なることが明確になった。農村部では移行可能なユーザーを判断するための適切な判断尺度が必要であること、都市

部では ACT チームのスタッフと移行先のスタッフ間のコミュニケーションの頻度と内容の改善、移行後の ACT スタッフによるアフターケアが重要であると考察されている。また、都市部のチームでは、ACT 以外の利用可能なサービスに関する知識が不足していること、利用者および ACT のスタッフが消極的であることなどによる臨床的障害が存在することを指摘している。

以上の 5 件の先行研究から、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の重要なポイントは、(i) ユーザーに、移行がステップアップといったポジティブな意味を持つことを説明すること、(ii) ユーザーが移行の判断や決定のプロセスに参加し、その上でユーザーの意向を重視すること、(iii) 移行後もアフターケアとして、関わる機関や人物が連携し、地域において包括的にユーザーの支援をすること、(iv) ACT チームと移行先との密な情報の共有化を図ることの 4 点であると考えられる。以上の諸外国の先行研究では、(i) から (iv) を満たせば、ユーザーが ACT による支援から伝統的な地域ケアに移行することは、広義の意味で可能であるといった結果が示されている。日本においても、仮に、この 4 点をカバーできるのであれば、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行は可能であると考えられる。具体的には、(i)(ii)に関しては、チームの努力で解決する問題であるので、十分実現ができると考えられる。しかし、(iii)の関わる機関や人が連携する包括的な支援活動と、(iv)の ACT チームと移行先との密な情報の共有化を図ることは、日本では容易ではない。その一つの原因として、日本では精神病院の多くが私立病院であることが挙げられる。包括的な支援活動を行なう際、重症精神障害者は時間帯に関わらず支援を必要とするため、病院が閉まっている夜間や休日等に各支援を提供しなければならないこともある。私立病院は私費により運営されるため、その存続には利益を出すことが不可欠であり、通常時間外診療をすることは非常に難しい。そこで、公費で運営される公立病院がそのような支援を行なうことになる。外国、例えばアメリカのニューヨークやカナダのオンタリオ州では、精神保健福祉の各機関が公立であるが、日本では精神病院の多くが私立であり、以上のような支援を行なうことが困難である。また、(iv)の ACT チームと移行先との密な情報の共有に関しても、公立機関が精神保健福祉を行なうことによるメリットがある。上述した通り外国では精神保健福祉の各機関が公立で、ユーザーの情報把握のために共通のシステムを用いているため、ユーザーの情報を共有できるシステムになっている。一方、日本では、会議や情報提供書のやり取りなどにより、情報共有が行われているものの、それだけでは各機関でユーザーな状況をタイムリーに把握することが困難である。日本ではこのように異なる機関の間の障壁が大きいと、連携や情報の共有化が容易ではない、という課題が存在する。

第 5 節 ACT による精神障害者の家族支援に関する先行研究

ACT 支援による参加者が、伝統的な地域ケアへ移行する際、参加者だけでなく、彼らと同様に支援を提供してきた家族に関しても、参加者の移行が及ぼす影響や変化について考察する必要がある。まず、ここでは重症慢性精神障害者の家族の負担の概念について先行文献を用いて調査したものを示す。次に、彼らがどのような経緯で負担を感じるようになりうるのか、その背景を説明する。最後に、チーム A の ACT による支援の利用者が移行する際の家族の負担の変化に関して、先行研究から考察を行い、本研究へとつなげたい。

第 1 項 重症慢性精神障害者の家族の負担

1950 年代半ばから 1960 年代にかけて、精神疾患が家族に与える影響に関する研究で、精神疾患（統合失調症）は精神障害者である本人だけではなく、その家族にも苦痛を与えていることがわかった（Maurin & Boyd, 1990）。Hoenig & Hamilton（1966a）によると、家族の負担を客観的負担と主観的負担に分けられる。主観的負担とは、社会的状況における喪失感、不安感、恥ずかしさなどの心理的反応を示し（Fadden et al, 1987）、客観的負担とは、家庭での役割、家族間の対人関係、社会的な関係、余暇とキャリア（経歴）、財政、子供と兄弟に関するものを示した（Magliano et al, 2006）。Pearlin & Schooler（1978）は、精神障害者である調査対象者の症状や役割機能の乏しさなどによる他の家族の客観的な負担は、彼らにとって、家族が精神疾患に罹患しているがゆえの環境ストレス¹²であり、家庭内に常に緊張をもたらし、家族にとっての主観的な負担や苦痛につながると説明している。すなわち、家族の負担は複雑な構造であり、多くの場合、家族に対する精神疾患の客観的な影響と、その疾病の結果として家族が経験する主観的な心理的反応の両方によって定義されるのであると示されている（Awad and Voruganti, 2008）。精神障害者を取り巻く環境が、病院から地域へと移行するのに伴い、その家族が多くの負担を担うことになり（Doll, 1976; Hatfield, 1978; Stein & Test, 1980; Goldman, 1982; Lefley, 1987; Cook, 1988; Winefield & Harvey, 1993; Solomon ら, 1998; 青木, 2003; 白石・滝沢・青木, 2004）。たとえば、重症慢性精神障害の多くを占める統合失調症は重篤な病気で、本人だけでなくその家族にも大きなストレスをもたらし、精神症状が重症であるほど家族は高レベルの負担を感じていることがわかった（Francell, Conn, & Grey, 1988）。家族の負担には、以下のようなものがある。まずは、精神疾患特有の負担である。精神障害者家族の心理的負担の主な点は次の 3 つである。自分の家族が長い入院や通院生活を強いられることによる心配や不安、家族の精神疾患がどのような疾患であるのか理解に苦しむこと、さらには、精神障害者の疾病による行動に悩まされる

¹² ストレス：日常の中で起きるさまざまな変化または刺激が、自分の対処能力を超え、脅威であると感じるときに、ストレス反応と呼ばれる症状や行動が生じる状態である。

ことや家族および社会における役割遂行能力の不足によりその役割の代行を余儀なくされることである (Doll, 1976; Grad & Sainsbury, 1968; Hoenig & Hamilton, 1966; Lefley, 1987; Maurin & Boyd, 1990; Noh & Turner, 1987; Thompson & Doll, 1982)。精神障害者の家族は、精神障害者本人への心配りだけでなく、家庭内や社会における役割の代行を担うなど、きわめて重い負担を強いられることになっている (Cochrane et al, 1997)。

また、居住形態により負担の程度が異なることも指摘されている。先行研究では、精神障害者の 30%~65%が家族と同居していることが示された (Carpentier, Lesage, Goulet, Lalonde, & Renaud, 1992)。別の研究では、精神障害者とその家族の居住形態では、別居よりも同居の方の負担が大きい、どちらの居住形態でも家族に負担があることが明確になっている (Jacob, Frank, Kupfer, & Carpenter, 1987)。家族が精神疾患であることによる家族の負担は、家族の生活・仕事・余暇・収入、子供・家族の健康、友人・隣人とのつきあいなどを通して日常的に感じられており (Clausen & Yarrow, 1955; Grad & Sainsbury, 1968)、精神障害者と家族は別居であっても両者が深く関わり続けていることがわかっている (Carpentier, Lesage, Goulet, Lalonde, & Renaud, 1992)。

精神障害者を支える家族には上記のような重い負担があるにもかかわらず、支援の焦点は、精神障害者本人に限られる傾向にあり、家族は必要な資源や情報へのアクセスが限られていることが多い (Adamec C, 1996)。実際、重症慢性精神障害である統合失調症の患者の家族は、彼らを支える社会支援ネットワークが少ないと、負担のレベルは高くなることが報告されている (Magliano, Fadden, Madianos, 1998)。

第 2 項 精神障害者の環境としての家族

精神障害者本人の環境として非常に重要となるのが家族関係であり、統合失調症の症状に重大な影響を及ぼす可能性があることが示されている (Bae et al, 2000)。特に、日本を含めたアジア人にとって家族は生活の基本単位であり (Lin, Tseng, Kung, 1995)、精神障害者を含めた家族が、積極的に関わりあっている (Lin, Miller, Poland, Nuccio, & Yamaguchi, 1991)。先行研究によると、精神障害者の病院から地域への移行が進むにつれて、精神障害者のケアを、その家族に頼ることになり、結果、家族の負担が増すことが示された。家族の負担が増えすぎると、それがストレスになり、逆に精神障害者に悪影響を与えてしまう可能性が高まる。例えば、統合失調症では、家族から本人への過剰関与や敵意など感情表出と呼ばれる批判的なコメントが統合失調症の再発や症状の悪化に大きな影響を与えることが示されている (Brown, Birley, & Wing, 1972; Leff, Wig, & Ghosh, 1987)。さらに、精神疾患の頻発や長期化によって、統合失調症患者の家族の負担や心理的苦痛がますます深まるという悪循環が生じる (Test & Stein, 1980; Winefield & Harvey, 1993)。精神病を発症する理論としては、発症しやすい素質と大きなストレスが組み合わさったときに精

神疾患を発症するという、ストレス脆弱性モデルがよく知られている (Zubin, 1977)。精神障害者の家族に対する負担は大きなものである一方、精神障害者もその家族も比較的ストレスには脆弱であると考えられるため、両者が互いにストレスをためてしまうことで、精神障害者の病状にも悪影響をもたらすと考えられている (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012)。したがって、精神障害者を取り巻く環境を整える一つの方法として、第三者の介入により、精神障害者とその家族の距離を保持するという対処方法も存在する。

図 1-5-2-1. 精神障害者の地域移行に伴う本人と家族の相互関係の悪循環 (自作図)



第3項 ACTによる家族支援

ACT は、ユーザーだけでなくその家族へのケアも提供することを特長とする。上述したような負担を担うこととなる重症慢性精神障害者の家族にとって、ACT による家族支援は具体的にどのような影響を及ぼすのか、先行研究を調査することとした。

(1) 諸外国の ACT による家族支援

Law, Andermann, and Chow (2012) は、中国からカナダに移住した ACT ユーザーの家族を対象に、精神障害者（統合失調症）の家族の負担感と精神疾患と社会的支援に関する文化的な要因は家族の負担に影響するかを明確にした。例示した内容は、家族の負担感、困難で継続的なもので、家族内の対立が家族の負担を拡大させる。カナダへの移民であることが負担を悪化または改善させた。精神疾患（統合失調症など）にたいする理解は文化により様々であり、文化的背景が家族のケアや思いやりなどを左右する。家族は自らその事態に対処し、彼ら自身を助ける方法を見つけることを明らかにした。

Huguelet et al (2012)がジュネーブにおいて ACT による支援の、ユーザーとその家族への影響を調査したところ、ACT による支援は、ユーザーの精神疾患による症状と心理社会的適応、および生活の質を改善するだけでなく、その家族が対象者に対して行なう日常生活の援助や経済面での負担をも軽減することが明らかとなった。特に、ユーザーの精神症状が中等度以上で継続しており入院には至らない程度においては、介護を行う家族の負担も重くなってしまったため、ACT による支援が家族の助けになっていることが示されている。

Test & Stein(1980) は、ACT の前身となる地域治療プログラム¹³ (=Training in Community Living、以降 TCL) は、家族や地域社会（住民）に負担をかける可能性があるとして、開発以後の TCL について対照研究と追跡調査をおこなっている。調査対象者は、メンドータ精神保健センターの患者で、その約 50%が統合失調症であった。24 時間付きっきりで個別に調整されたケアを受けられる TCL の調査対象者のほとんどが地域社会で生活を継続できたのに対し、治療、短期入院、外来でのフォローアップのみを提供された元入院患者のほとんどは再入院することとなった。また、両群の家族を対象に、家族の負担の評価を Family Burden Scale¹⁴を用いて、調査対象期間の 1 ヶ月後と 4 ヶ月後に行なった。その結果、TCL（実験群）の調査対象者の家族の負担は、短期入院＋アフターケア（対照群）の患者の家族

¹³ 地域治療プログラム：Training in Community Living (=TCL 地域生活訓練) のことを指している。精神病院の専門職スタッフがチームを形成し、地域において、入院レベルの重症の精神障害者が地域で生活できるようにサポートを提供する Asserive Community Treatment の前身のプログラムである (Stein, & Santos, 1998)。

¹⁴ Family Burden Scale：6つの客観的、1つの主観的評価。Grad & Sainsbury (1968) が行った研究で、介入時に負担が最大であり、その後時間が経過するにつれて減少することが示されている。

の負担より少ないことが示された。このような結果になった理由として、TCL（実験群）の調査対象者と家族や地域社会（住民）に向けてきわめて多量の支援が提供されたことが示されていることから、重症慢性精神障害者が地域で生活する場合、家族の負担を軽減するためには、家族に十分なサポートを提供することが重要であることが示唆される。すなわち、重症慢性精神障害者が、ACT による支援から、伝統的な地域ケアへ移行することにより、家族に提供していたケアも無くなることを考慮する必要があることが明らかになった。

次に、ACT ユーザーの家族について、海外とは異なる文化を持つ日本への ACT 導入に関する先行研究を調査し、その有用性についてさらに考察を進めることにした。

(2) 日本の ACT による家族支援

諸外国と比べ、日本では特に家族が地域医療に大きな役割を果たしてきた。園・大島・費川・堀内・深谷・瀬戸屋・伊藤（2008）は精神障害者の家族を対象に、ACT のニーズに関するアンケート調査を行った。その結果、回答の得られた家族の 70% が ACT は「有益」、もしくは「非常に有益」と回答した。これは、家族が精神障害者である自分の家族に対して行う日常生活の世話が、ACT が提供する支援とほぼ一致するためであると考えられる。また、家族が大きな役割を果たしている日本では、ACT を実施するためには、家族の生活機能の評価に基づいて家族との連携が重要であると示している。

佐川（2014）による研究もまた、園ら（2008）の結果を支持している。ACT における家族支援の有効性を調べるために、ACT ユーザーの家族 8 人から、ACT 利用に関する聴き取り調査を行った。その結果、ACT ユーザーの家族 8 人全員の不安感と精神的負担感が軽減したことが明らかになった。その理由として、患者の状態が好転したことだけでなく、ACT チームと家族との間に信頼関係が構築されたことがこのような結果を生じたと考えられ、患者とその家族、支援チームが協力しあうことが家族の負担軽減につながることを示された。

また、岡本・谷垣・長柄（2014）が行なった研究では、ある地域で ACT チームの支援を受けた精神疾患患者の家族にインタビューを行い、家族の思いの全体像を明らかにした。ここで、家族の思いとは、「精神障害者本人とその疾患や、ACT チーム、ACT プログラムを含めた医療、および精神障害者本人と家族の生活に関して心を働かせる（思う・考える・感じる）内容」と定義されている。インタビューから明らかになった、家族の思いの中心となるのは、「精神障害者本人がこころの病気になったことへの『忘れられない苦しみ』や、『老いていくことへの不安』があり続けていること」であった。ACT チームの介入により、精神障害者本人だけでなく、その家族に余裕が生まれ、精神障害者である家族のより良い生活を願えるようになったことも明らかにしている。上述の日本における ACT に関する先行研究から、ACT による支援において、精神障害者の家族は、精神障害者本人にとってパートナ

一であり、ACT チームの協働者であることがわかった。また、精神障害者の家族は、精神障害者である家族を支えるという大きな役目があり、その一方で大きな責任と重い負担を背負った家族にも継続した支えが必要なのは明確であり、この負担に対して策を講じ、軽減する必要がある。すなわち、精神障害者である本人の ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行を考える際には、精神障害者本人だけではなくの家族への支援も講じる必要があると考えられる。

第 4 項 先行研究のまとめと本事例研究の問い

ACT に関する先行研究

ACT は、開発から約半世紀が経っており、欧米では ACT に関する先行研究は多数存在する。アメリカにおける主な研究では、入院回数や日数の減少・居住安定性・精神症状と QOL の改善、回転ドア現象の回避などである。日本では、ACT が導入されてから約 20 年経っているが制度化されていない。ACT に関する研究数は少ない。欧米における近年の研究の動向としては、ACT の開発から経年により研究の内容も変化している。ACT チームがある地域の特徴やそこで暮らす精神障害者の特性に合わせて、ACT プログラムの内容が進化していることが示されている。ACT は、重症慢性精神障害者の特性から永続的にケアを必要とするといった概念があるものの、アメリカでは ACT 利用のニーズが高く無期限の利用といった理念に限界が見えていること、また、リカバリーの概念に反するという考え方が生まれ、ACT は有期限のプログラムに変化を遂げた。

ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行に関する先行研究

ACT 開発後、経年変化により、欧米では ACT による支援から伝統的な地域ケアに関する研究が示されるようになった。アメリカにおける ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行に関する先行研究では、移行は広義の意味で可能であることが示された (Donahue, 2012; Cuddeback et al, 2013)。ACT からの移行が不可能であるとする研究においても、本章第 4 節で示した 4 点をクリアすることにより、移行は可能であると考えられ、その内容は主に、支援チームの努力で解決する問題であったからである。しかし、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行に関する先行研究で使用された尺度はそれぞれ異なっており、(表 1-4-1, 1-4-2 の内、ACT から伝統的な地域ケアへの移行に関する本事例研究を進めるのに当たり、参考となると考えられた 5 つの先行研究の尺度に関しては p 21 表 1-4-3. に示した)、基準の異なる評価内容を同列に比較し議論することはできない。また、移行の不可を判断する尺度の標準化が難しい状況にある。さらに、これらの先行研究には、対象者の精神障害の程度は記述してあるものの、支援内容 (メニュー・提供形態・量) についての記述がないため、本事例研究の参加者が第 1 章第 2 節の先行研究で示したように障害の程度

が重篤と考えられるのであれば、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行調査の参加者としては適応できない可能性がある。また、家族の負担に着目すると先行研究では、家族は自分の家族が精神疾患であると診断を受けたことが既に精神的な負担であり、日常生活の中で家族もまた支援を必要としている。ACT はユーザーの家族に対しても有益であるという先行研究の結果から、ユーザーの家族はユーザーの ACT からの移行に対して否定的であると予想することはできる。日本において ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行に関する研究はされていない。

本事例研究の問い

本研究の目的は ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性を明確にすることで、この移行とは、ACT による支援の効果として、地域生活継続ができていたことが前提である (Hackman & Stowell, 2009; Cuddeback et al, 2013)。本章では、本研究の参加者である重症慢性精神障害者について、先行研究からの「重症」と「慢性」の概念を明確にした。次に、開発から約半世紀を経た「ACT の開発・プログラム概要・変遷」を辿り、さらに、重症慢性精神障害者の ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性を先行研究に基づいて考察した。先行研究の調査から「ACT による支援で、地域生活継続ができるようになった重症慢性精神障害者は、伝統的な地域ケアに移行が可能であろうか？」という問いが生まれ、この問いに答えを出すために、チーム A を対象として、(i) 地域生活継続性はどのくらい達成できたのか？ (ii) 伝統的なケアへの移行準備度はどのくらいあるのか？ (iii) 家族の負担は、どのくらい軽減できたのか？など、複数の側面から捉え記述し、日本における初めての ACT チームとして、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性を明らかにしたい。

第2章 事例研究方法

第1節 事例研究のデザイン

本事例研究は、重症慢性精神障害者の ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性を探索的に明らかにすることである。ACT による支援の効果として、伝統的な地域ケアへの移行の可能性を明らかにすることである。この目的のために、チーム A を対象として複数の側面から捉え記述する。以下に調査の概要を示す。

一つ目の調査では、参加者の特徴を示すことを目的として横断調査を行う。参加者の特徴を示す調査では、参加者の特徴を記述統計で詳述し、参加者に提供している支援内容（メニュー）の類似性により参加者を分類する。

二つ目の調査では、チーム A による支援の介入の効果を示すことを目的として縦断調査を行う。効果の調査では、介入前後の入院回数・日数と介入時と介入後の精神症状の変化に焦点をおいて入院回数・日数による介入の効果の調査では、介入前後の入院回数と入院日数で比較する。精神症状の変化の調査では、ACT 介入時点から半年毎に簡易精神症状評価尺度（=Brief Psychiatric Rating Scale, 以降, BPRS）を用いて測定し、各回の得点の平均値で介入の効果を測定する。

三つ目の調査では、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性を目的として横断調査を行う。参加者の ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性を測定する調査では、Assertive Community Treatment Radiness Scale(以降, ATR)を用いて移行準備度を明らかにする。

四つ目の調査では、家族の負担に焦点をおき、ACT による介入の効果を参加者の家族の負担で示すことを目的として、縦断量的調査を行う。この調査では、Family Burde Interview Schedule(以降, FBIS)を用いて家族の負担を示す。4つの調査から、重症慢性精神障害者である参加者が ACT による支援から伝統的な地域ケアへ移行することに関して考察する。

注) 上記の調査で用いる BPRS、ATR、FBIS の各尺度に関しては第3章第2節で詳細説明する。

第2節 事例研究対象と標本

本事例研究は、ACTによる支援の効果として、伝統的な地域ケアへの移行の可能性を明らかにすることを目的として、チームAを対象として複数の側面から捉え記述する。

対象は、チームAの1つである($N=1$)。チームAを複数の角度から記述するために複数の調査を行った。その対象者は、2001年4月1日から2014年3月31日までにチームAが支援を提供した98名である($n=98$)。チームAは、筆者がチームリーダーを務めるACTチームである。筆者と研究対象のチームが混在することが懸念された。論文データに与える潜在的な偏りの対策として、筆者は、参加者へのインタビューとデータの収集作業を行なわなかった。また、本研究に関わらないチームAのチームスタッフが参加者へのインタビューとデータの収集作業を実施し、得られたデータは、有用でないと思われるデータもすべて確実に分析対象として収集することとした。また、収集したデータの偏りや誤りの有無を確認するために、さらに別のスタッフが内容の整合性チェックを行なった。また、2次分析については、チームAへの登録する時点で、チームの活動について説明を行い、今後、調査や研究が行なわれる可能性を伝え、調査において、個人名が第三者に特定されないことがないこと、参加は自由意志であり拒否における不利益はないことを伝えている。そのうえで、研究協力への同意、または非同意の回答を得ている。本事例研究の対象者98名の中には、転居などで既に利用を終了した者も含んでいる(巻末資料1.)。

チームAを複数の側面から記述するために4つの調査を行う。以下に各調査の標本を示す。

参加者の特徴についての調査の標本

本調査の参加者の平均年齢は54.87歳で、性別の内訳は女性39名、男性59名である。診断名の内訳は、統合失調症が89名、うつ病7名、双極性障害2名である。平均罹患期間は27.62年、チームAの介入前の平均入院回数は3.34回、平均在院日数は、3,158.21日である。居住環境は家族と同居が34名、独居が64名である。介入以前の状況としては、社会的長期入院が46人、未治療が8人、治療中断9人、頻回に及ぶ入退院の繰返しが29人、ひきこもりが45人で、そのうち37件の回答が重複している(p48表3-1-1.)。

ACTによる介入の効果についての調査の標本

チームAの介入の効果を示す調査では、参加者の精神症状の変化と入院回数・日数に焦点をおき介入の効果をはっきりさせる。精神症状の変化の調査では、本事例研究の対象者98名の内、DSM-IV、およびDSM-IV-TRによる診断名が統合失調症の89名(90.8%, 89/98)

が参加者である。平均年齢は 54.65 歳で、性別の内訳は女性 34、男性 55 名である。診断名の内訳は、統合失調症が 89 名である。平均罹患期間は 28.26 年である。入院回数・日数による介入の効果の調査では、2001 年 4 月 1 日から 2014 年 3 月 31 日までにチーム A が支援を提供した 98 名である（100%, 98/98）全てが参加者である。

注）ACT による介入の効果についての調査のうち、精神症状の変化の調査では、本事例研究の対象者 98 名のうち 9 名がうつ病と双極性障害であるため、本調査の参加者は 89 名であった。さらに、チーム A 介入時（ベースライン）の参加者は 89 名（ $n=89$ ）で、10 回目の参加者は 86 名（ $n=86$ ）であった。

ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行調査の標本

本調査の参加者は、2017 年 3 月 31 日時点において ACT 利用が 4 年以上の利用者 59 名で、その内 10 名（16.9%, 10/59）である。平均年齢は 58.8 歳で、性別の内訳は女性 3 名、男性 7 名である。診断名の内訳は、統合失調症が 10 名である。平均罹患期間は 31.9 年である。ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の検討時期に関して合理的な定義は存在していない。第 1 章でレビューした移行に関する先行研究 5 つのうち 2 つの研究で、ACT の利用開始から約 4 年で伝統的な地域ケアへの移行を考える必要があることが示されていたので、本調査もそれに倣った。

ACT 介入前後の家族の負担についての調査の標本

本調査の参加者は、2012 年 9 月から 2017 年 3 月までの 5 年間の利用者 54 名で、その内 11 名（20.37%, 11/54）の家族である。介入前の家族の平均年齢は 59.73 歳で、介入後の家族の平均年齢は 68.55 歳、性別の内訳は女性 5 名、男性 6 名である。関係は実母 3 名、継母 1 名、実兄弟姉妹 5 名、従姉妹 1 名、甥 1 名、参加者本人の診断名は統合失調症 11 名、平均罹患期間は 31.3 年である。

第 3 節 介入の内容

ACT は、重度慢性精神障害者の継続した地域生活のために多職種の専門家で構成されたチームが集中的に地域ベースでケアを提供する Evidence Based Practice (=EBP) つまり根拠に基づいた実践のひとつである（Bond ら, 2001）。北米を主としてその他の国に広がり実践されている（Dixon, 2000）。Gary (2015) によると、ACT は、これまで病院内で働いていた精神科医、看護師、ソーシャルワーカー等専門家がひとつのチームとなり、地域で暮らしているユーザーの生活の場に訪問し地域で普通に暮らす手伝いをする。このことが、ACT のカギとなるアイデアである。1970 年代に開発された、チームベースで集中的なプログラムであり、提供する内容は、24 時間 365 日、個人のニーズに沿って何でも提供する。その

中で、服薬管理は重要な要素である。従来のカウンセリングタイプである、患者がクリニックにやって来て行なう治療は、重症慢性精神障害者は向かないと述べている。

ACTは、第1章第3節で示したように、基本的な標準モデルの基準は保持しながらも開発から約半世紀が経ち、地域の人口や環境の特徴に合わせて標準モデルの基準が変化した。

具体的には、対象者の個々の「Strength」「Recovery」に着目し無期限の利用から有限の利用にシフトし、さらに支援の焦点も、精神疾患だけではなくアルコール依存症、ホームレスや薬物依存症なども加わる変化を続けている。本節では、一般的なACTとチームAの介入の内容など基本事項を概説する。

一般的なACT

1. 概念

Medical Modelでも、Recovery Modelでもなく、The vulnerability model（ストレス脆弱性モデル¹⁵）である。

2. 対象者(受け入れの基準)

ユーザーに関する基本的な考え方は、地域における伝統的な地域における医療による治療や福祉による支援では、地域での継続した生活がままならない重症慢性精神障害者¹⁶である。ACTには、各チームが、そのチームがある地域の環境や人口の特徴に合わせて、受け入れの基準を決めている。MarshallとCreed(2000)によれば、3つの概念を主として各ACTチームが受け入れの基準を軸としていると述べている。その軸を以下に示す。

3. 受け入れの基準

- i) 長期入院者の退院促進
- ii) 急性期入院の代替
- iii) 長期的に不安定な状態（頻回な入退院）

4. 標準モデル

ACTは、エビデンスに基づく実践（EBP）として広く認知されて実施されている。以下に、ACTの主な原則を以下に示す。

¹⁵ストレス脆弱性モデル：The vulnerability model, Zubin & Spring (1977)によって示された精神疾患の発症を説明する標準的な理論である。精神疾患を発症しやすい素質と、その人の限界値を超えるストレスが重なった場合、人間は精神疾患を発症する。

¹⁶重症慢性精神障害者：第1章第2節でACTの対象者である重症慢性精神障害者について示している。

ACT プログラムの主な原則

多職種による人材配置

ユーザーの多様なニーズや問題に対応するために多職種でサービスを提供する。精神保健医療福祉領域の専門職、例えば精神科医、精神科の経験を有する看護師、公認心理士、作業療法士、ソーシャルワーカー（日本では PSW を含む）、就労の専門家（訪問型職場適応援助者:ジョブコーチ）、プログラムアシスタント、ピアスタッフなどでチームを構成する。

サービスの統合

地域における伝統的なケアは断片的で、異なる機関やプログラムは対象者のニーズに合わせてそれぞれの側面を担当している。ACT は、多職種の連携体制により対象者のあらゆるニーズや問題を統合的なアプローチで解決する。

チームアプローチ

ひとりの対象者にひとりのスタッフが担当してニーズや問題を解決するのではなく、チームスタッフ全員が毎日のミーティングなどによってケースロードを共有し、サービスの提供に取り組む。

低い患者・スタッフ比率

質の高いサービスの提供と効率性を重視するために、ユーザーとスタッフの比率は、最高で 10 : 1 とする。

地域社会との接点

サービスの提供は、全て、地域で行なう。ACT スタッフがユーザーのいる場所、例えば、自宅、職場、学校、市役所、スーパーなど、ユーザーが生活している場所に訪問する。ニーズのあるまたは、問題のある場所で実際にサービスを提供して解決すると効果的である。

服薬管理

ACT チームの最重要で最優先のサービス項目が服薬確認である。怠薬により、精神症状が悪化し、再入院する例が多い傾向にある。処方薬を正確に服用することが精神症状の安定につながる。

日常生活における問題点に着目

ユーザーの日常の実生活の中のニーズや問題に焦点を置いてサービスを提供する。例えば、はじめて生活保護費を受給する際の手続きがわからない。夜間に電球が切れたが電球の

取り替え方がわからないなどである。

迅速なアクセス

ユーザーのニーズや問題にあわせてサービスを提供するという事は、24時間365日直ぐに対応するという事である。

アサーティブ・アウトリーチ

ACTは、消極的なユーザーのニーズや問題に対応解決するために積極的に実践している。これは、決して無理やりということではなく、ユーザーの消極的な側面に寄り添うという事で、信頼関係の構築にきわめて多くの時間を費やす。

個々のニーズに併せたサービスの提供

ユーザーそれぞれのニーズや問題は、多様である。それに向けて提供するサービスは、各ユーザーのニーズや問題に合わせたものでなければならない。

5. ACTプログラムモデルの評価(ACT実施の妥当性の評価)

ACTは、疾病と障害を併せ持つユーザーの多様なニーズや問題に多職種でサービスを提供している。そのため、プログラム実施の妥当性を評価するための尺度が開発され。

尺度は、i) The Index of Fidelity to ACT (IF-ACT)、ii) 13-item scale、iii) Dartmouth ACT Scale (以降、DACTS) の3つの尺度である。Bond & Salyers (2004) が行った前後の比較では、317名のクライアントの入院日数が43%減少したことが示された($t = 8.61$ 、 $P < .001$)。DACTSの忠実度と州の入院日数の短縮との間のピアソン相関は.49、 $P = .08$ 、片側であった。すなわち、標準モデル基準を厳守し提供したサービスは、質が高く、対象者に有効な結果がでることを示した。DACTS) で示されたように、i) 人的資源、ii) 組織の枠組み、iii) サービスの特徴の3つ枠組みで構成されている。

注) DACTSについては巻末の資料3.で詳述した。次に、チームAの介入の内容(受け入れの基準・支援の内容・チームの概要)を示す。

ACT チーム A の受け入れの基準

表 2-3-1 ACT チーム A の受け入れの基準

項目	基準
対象年齢	対象年齢が18歳以上70歳未満（ただし、主治医が従来 of 地域ベースの治療や生活支援では再入院の危険性が高いと認めた場合は、この制限を超えることがある）
診断名	ICD-10[1]もしくは、DSM-IV [2]、DSM-V [3]により、統合失調症、うつ病、双極性障害、躁病などと診断（主治医が従来 of 地域ベースの治療や生活支援、家族の力では入院の可能性があると判断した重度の機能および能力の障害者）
対象居住地域	ACTチームAが所在する市を囲む4市町村の在住者など
過去の状況	(a) これまでに治療を受けたことがない (b) 過去に治療を受けていたが中断した (c) 1年以上の長期入院者 (d) 過去に1年以上の長期ひきこもりをしていた (e) 過去1年間に複数回入退院をしている

注) [1] ICD-10: 世界保健機関 (World Health Organization) 「疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)」 [2] DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders。米国精神医学会 (American Psychiatric Association ; APA) が発行する精神疾患の分類と診断の手引き書である。 [3] DSM-V : DSM-IVは 2014 年に DSM-V に改訂された。

ACT チーム A が利用者に提供している支援の内容(メニュー・提供形態・提供頻度)

表 2-3-2. ACT チーム A 提供している日常生活の支援内容(メニュー)

種 類	支援メニュー
地域生活継続に必要な 日常的支援①	①住居支援 ②暮らしの支援 ③おしゃべり電話 ④家族支援 ⑤訴え（苦悩表明）の聴きとり ⑥金銭管理など
地域生活継続に必要な 日常的支援②	⑦定期受診同行同席支援 ⑧定期外受診同行同席支援 ⑨服薬確認管理 ⑩頓服服用の調整・確認 ⑪入院支援（入院中の支援を含む） ⑫退院支援など
サービス調整支援	⑬受入前ケア会議など
緊急支援	⑭緊急電話 ⑮危機介入（不穏時の対応） ⑯短期入所など
ステップアップ支援	⑰就労支援など

注) ①から⑰のメニューの詳細な説明は巻末資料 2. に示した。

ACT チーム A 提供している支援の内容(提供形態・提供頻度)

サービスの提供形態は、電話、訪問、電話と訪問など必要に応じ、提供頻度は、利用者のニーズや問題にあわせて対応するために 24 時間 365 日何時でもどこでもサービスの提供を行う。

表 2-3-3 支援内容の提供形態

提 供 形 態
提供していない
電話で提供している
訪問で提供している
電話と訪問の両方で提供している

ACT チーム A の概要

表 2-3-4. ACT チーム A の概要

チームスタッフ	役 割
各利用者の主治医 チーム精神科医 (コンサルテーション医師)	医療に関する責任を持つ 非常勤であるがチームでは重要な役割を担っている。①チームスタッフ全体への指導、②困難事例に対する指導、③各主治医への連絡の仕方についての指導、④対象者との面談および対象者の精神症状を定期的に評価する会議での指導
精神科の経験を有する 看護師	精神科症状に注視し、服薬に関する全般的な支援、受診同行・同席、各主治医との連携の要役
内科の経験を有する 看護師	糖尿病、高血圧、腫瘍や循環器などの疾患がある対象者には、内科の経験豊かな看護師が（精神症状ばかりに焦点が当たっている）対象者の身体症状に目を向ける役割
精神保健福祉士	かかりつけの精神科を含め医療機関を含む地域の関係機関、市町村などとの連携や、家族などの利用者を囲む環境全体の調整
作業療法士	利用者の希望する具体的な生活目標に向かって、その人の強みを生かしながら、希望が達成できるように、一人ひとりの回復の過程を尊重しながら手伝い過ぎないように伴走を担う
臨床心理士 (公認心理士)	介入に難色を示したり、地域生活の戸惑いなど訴えが多くある場合は、ITTに臨床心理士が加わり「訴えを聴く」ことに徹する
就労支援の専門家	利用者の就労、職場定着、企業への障害者雇用の啓発など就労に関して利用者と企業の両者の支援を行う
チームリーダー	チーム運営全体の責務を担う。臨床で主治医やITTと協働し支援活動を行う。運営予算、スタッフの採用、研修計画、運営会議・支援計画策定会議・チームミーティングなどの各会議の設置運営、ITTの組み合わせの検討、チームのスケジュール、記録のチェック、レセプトのチェックなどがある。そのことに加え、（チームリーダーは）各チームスタッフが活動しやすい環境を整える役割を担う。チームスタッフの対象者に対する接し方について率直な感想を伝えてくれる大切な存在である。また、地域生活の経験者として、移行を予定している後進に経験談を伝える役割も担う
プログラムアシスタント	チーム全体の補佐としての役割を担っている。スケジュールや車の管理、家族や関係機関との調整も行い、すべての対象者の情報を把握し、請求業務の基礎となる記録をまとめるなど、その業務内容は幅広く、対象者とチームの連絡調整や各専門職のリエゾンに重要な存在である
ピアスタッフ	チームスタッフのさまざまな活動に同行し、対象者の立場からチームのコンサルタント役を担い、チームスタッフの対象者に対する接し方について率直な感想を伝えてくれる大切な存在である。また、地域生活の経験者として、移行を予定している後進に経験談を伝える役割も担う

注) チームの評価を評価する i) DACTS 評価結果に関しては、巻末資料 8. に示した。

第4節 データ収集方法

本事例研究では、チーム A のプログラムを記述するために4つの調査を行った。各調査のデータの収集方法について以下に詳述する。論文データに与える潜在的な偏りの対策として、筆者は、参加者へのインタビューとデータの収集作業を行なわなかった。本研究に関わらないチーム A のチームスタッフが参加者へのインタビューとデータの収集作業を実施し、得られたデータは、有用でないと思われるデータもすべて確実に分析対象として収集することとした。また、収集したデータの偏りや誤りの有無を確認するために、さらに別のスタッフが内容の整合性チェックを行なった。

参加者の特徴についての調査のデータ収集方法

参加者 ($n=98$) に関する基本情報と参加者に提供している支援内容を、2001年4月1日から2014年3月31日までの期間のチーム A の臨床記録データから、チーム A スタッフが収集を行なった2次データから収集した。

ACTによる介入の効果についての調査のデータ収集方法

参加者 (入院回数・日数 $n=98$, BPRS $n=89$) に関する基本情報と参加者に提供している支援内容を、2001年4月1日から2014年3月31日までの期間のチーム A の臨床記録データから収集を行なった2次データから収集した。

ACTによる支援から伝統的な地域ケアへの移行調査のデータ収集方法

チームスタッフ (3名から5名) がミーティングルームに集まり、ひとりの参加者 ($n=10$) に関して普段の様子を振り返る。Cuddeback et al. (2011) が開発した ATR 用いて評価を行なった。ATR は、18項目で構成された尺度で、リッカート尺度¹⁷の4段階で採点する。採点の記録は採点用紙に直接記入する。採点は、同意または非同意の度合いで「強く同意しない (1点)、同意しない (2点)、同意する (3点)、強く同意する (4点)」である (p43表 2-4-1 参照)。ATR の評価は、18の評価項目の総合得点が50点以上あるいは平均得点が2.8点以上であれば、伝統的な地域ケアへの移行が可能であると判断される。その根拠として、Cuddeback (2011) が実際に試みた移行の調査で、移行に成功群は ATR の合計得点が 56.09 ± 8.48 で、平均得点が 3.12 ± 0.47 であり、移行に失敗群は、ATR の合計得点が 44.28 ± 9.39 で、平均得点が 2.46 ± 0.52 であったと示されている (p43表 2-4-2 参照)。

¹⁷ リッカート尺度：1932年心理学者のレンシス・リッカートにより開発された態度を直接測定するための評価尺度 (1932) である。合意または、非合意の度合いを示すために使用される。

注) ATR 尺度の選択理由は、チーム A が ACT 用いて地域生活支援の導入前に ACT 実践の研修を受けた M-Hospital ACT Team を含め、1.エビデンスベースの尺度であること。2.使用が無料であること。3.マニュアルがありチームに導入しやすいこと。4.不明な点は開発者に相談できること。5.カナダの T 市内の ACT チームで広く使用され実績があること。6.開発者から使用の承諾を得られた。以上である。

表 2-4-1. ATR 移行準備評価尺度

氏 名		実施 年 月 日	合計点	平均点	
項目 番号	評価内容	(1)強く同意しない (1点)	(2)同意しない (2点)	(3)同意する (3点)	(4)強く同意する (4点)
1	彼/彼女は、集中的なサービスを必要としません。				
2	彼/彼女は、彼/彼女の日常生活のリズムが整っています。				
3	彼/彼女の症状は、過去6ヶ月間安定しています。				
4	過去数ヶ月間、彼/彼女は、住宅（部屋）で安定して暮らしています。				
5	彼/彼女は、過去6ヶ月以内に精神病院に入院しました。				
6	彼/彼女は、彼/彼女の精神病について病識があります。				
7	彼/彼女は、過去6ヶ月以内に収監（警察の施設に収容）されたことがあります。				
8	彼/彼女は、適切な社会保障制度などによる)給付を受給しています。				
9	彼/彼女は、治療を受けています。				
10	彼/彼女は、自立しています。				
11	彼/彼女は彼/彼女は、怠薬なく、服薬できています。				
12	彼/彼女は、特別なケアが必要な複雑なニーズ（人格障害、健康問題、物質使用）があります。				
13	彼/彼女は、自分に必要な、資源を持っています。				
14	彼/彼女は、公的支援を受けています。				
15	彼/彼女は、有給で働いています。				
16	彼/彼女は、支援なしで予定を守れる。				
17	彼/彼女の行動は、過去6ヶ月間、安定していません。				
18	彼/彼女は、彼/彼女の治療目標を達成しました。				

(Cuddeback (2011). The ACT Transition Readiness Scale User's Manual より、開発者の承諾を得て引用し、筆者翻訳。) 注) 巻末資料 4.に拡大版の表を示した。

表 2-4-2. 移行成功値と移行後の結果

指標	移行に成功 (n=124) 移行に失敗 (n=94)	
	得点(標準偏差)	得点(標準偏差)
ATR生データ**	56.09(8.48)	44.28(9.39)
ATR平均値***	3.12(.47)	2.46(.52)
移行後の結果		
ホームレス***	3.3 (4)	29.3 (27)
入院***	13.8 (17)	58.7 (54)
収監**	4.1 (5)	14.1 (14)
怠薬***	8.1 (10)	65.2 (60)
治療中断***	7.4 (9)	57.6 (53)
ACT再利用***	9.8 (12)	43.5 (40)

*はp<.05を示す **はp<.01を示す ***はp<.001を示す

ACT 介入前後の家族の負担についての調査のデータ収集方法

参加者 (n=11) であるチーム A の利用者の家族に、スタッフが 2 人 1 組になり Pai, and Kapur. (1981) が開発した FBIS を用いて構造化面接 (個人) を行なった。面接は、スタッフが家族の自宅を訪ねるか、家族にチーム A のチームの事務所に来てもらうかを選択してもらって実施した。面接の所要時間は概ね 1 時間 30 分を要した。面接の時期は、1 回目が 2012 年 9 月から 11 月までの 3 ヶ月の間で実施した。2 回目は 2017 年 1 月から 3 月までの 3 ヶ月間で実施した。面接の所要時間は概ね 1 時間 30 分を要した。1 回目の面接では、チーム A が介入する前の当時を思い出しながら回答して貰った。2 回目の面接では、チーム A が介入してから年月が経ち、面接の時点での思いを回答して貰った。面接の内容は、面接を行っていないもうひとりのスタッフが家族の回答を質問用紙に直接記入した。FBIS の評定は、6 領域 (負担の種類) 24 項目、3 件法の尺度で、家族の負担度を 0 (ない)、1 (中等度)、2 (重度) 各項目を 3 段階で評価する。評価で得られた A から F の平均評定値の結果の平均点が高得点であるほど家族の負担度が高いことを示す。

第 5 節 分析方法

本事例研究では 4 つの調査を行う。各調査の分析方法について以下に詳述する。

参加者の特徴についての調査の分析方法

参加者 (n=98) の特徴を示すために、参加者の基本属性を示し、参加者に提供している支援内容 (メニュー) の類似性によりクラスター分析を用いて参加者を分類する。

参加者の基本属性を示すためにチーム A のルーティンとしての記録 (毎日の記録・医療機関からのサマリーなど) である臨床データから、過去の入院状況、ACT 介入前の参加者の状況 (背景=長期入院者、ひきこもり者、未治療者、治療中断者、頻回に入退院を繰り返す者)、診断名、障害の程度について情報を収集し分類を行う。また、罹患期間については、チーム A のルーティンとしての記録 (毎日の記録・医療機関からのサマリーなど) である臨床データから情報を収集し、記述統計分析を用いて平均値、中央値、最頻値を求めた。ツールには SPSS version 22 を用いた。参加者に提供している支援内容 (メニュー) の類似性により参加者を分類するために、参加者に提供している 5 区分 17 種類 (p 40 表 2-3-2) 全ての支援メニューと、そのメニューの提供形態 (p 40 表 2-3-3.) を数値化したもの、および提供した支援メニューの量 (表 3-4.) に焦点を当て、利用者の受けている支援メニューの類似性によって利用者をクラスター分析を用いて分類する。ツールには SPSS version 22 を用い、Twostep クラスタ分析と大規模ファイルのクラスター分析を行う。Twostep クラスタ分析でクラスターの品質がクラスター数 3 で精度が普通¹⁸になったので 3 因子で大規模フ

¹⁸ クラスタの精度：悪い結果、普通の結果、良い結果は、クラスター構造の解釈に関する Kaufman と

ファイルクラスター分析を行う。

ACTによる介入の効果についての調査の分析方法

ACT は、慢性精神疾患を持つ人々が地域生活に最適な形で統合できるように支援する、包括的で個別化されたアプローチである(Stein と Test, 1973; Dixon, 2000; Bond, 2001)ことが ACT プログラムの特徴である。以上のことから、ACT による介入の効果に関しては、入院回数と日数の 2 項目に関して効果の検証を行った。一つ目は、参加者 ($n=98$) の ACT 介入前後の入院回数と日数を対応サンプルによる Wilcoxon の符号付順位検定¹⁹を用いて比較した。ツールには SPSS version 22 を用いた。二つ目は、参加者 (ベースライン $n=89$, 10 回目 $n=86$) の精神症状の変化を BPRS を用いて測定した得点の ACT 介入時点 (ベースライン) と 10 回目の平均値の差を対応のあるサンプル t 検定を用いて比較した。ツールには SPSS version 22 を用いた。

ACTによる支援から伝統的な地域ケアへの移行調査の分析方法

Hackman & Stowell, 2009 ; Donahue, Manuel, Herman, Fraser, Chen, & Essock, 2012 の研究により、ACT が 3 年 7 ヶ月から 4 年介入したユーザーは、伝統的な地域ケアへの移行が可能であると示されている。このことから、チーム A による支援を 4 年以上提供してきた参加者 ($n=10$) の ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行可能性の有無を明らかにするために ATR を用いて評価した。ATR は合計得点が 50 点以上は移行可能と判断する。

参加者 ($n=10$) の ATR 評価の合計得点の平均点を 1 サンプルの t 検定を用いて、ATR 評価の移行可能と判断できる目標得点なのである 50 点と比較したツールには SPSS version 22 を用いた。

ACT 介入前後の家族の負担についての調査の分析方法

ACT による支援の介入の効果を家族の負担に焦点をおき、ACT 介入前後の家族の負担を FBIS を用いて評価した。FBIS の 6 領域 (負担の種類) の各項目毎に 3 段階で評定し、介入前後の評定値の合計点を取り、それを元にノンパラメトリック検定で参加者内対応のある 2 つのデータを比較するため、Wilcoxon の符号付順位検定を行った。ツールには SPSS version 22 を用いた。

Rousseeuw (1990)の研究に基づく。

¹⁹ Wilcoxon の符号付順位検定：ノンパラメトリック検定のひとつで対応のある 2 群の差の検定に用いる。対応のある 2 群 (X, Y) のデータの差 Z の絶対値を小さいものから順に並べ、順位付けを行う。次に、正の符号を持つ Z の順位和の値から 2 群の差の有無を検定する。次に、Z が正の値の合計順位と負の値の合計順位を求め、2 つの合計順位の小さい方を検定統計量 T とする。この T を用いて両側検定のみ行い、検定統計量が統計数値表の有意水準 5% あるいは 1% の棄却限界値以下の場合、帰無仮説は棄却される。

第6節 倫理的配慮

本事例研究において、個人名が第三者に特定されないこと、参加は自由意志であり拒否における不利益はないこと、ならびに本研究の目的と内容を参加者へ説明し口頭と書面にて同意を得た。本事例研究は、社会福祉法人町にくらす会が設置する倫理委員会の承認を得て実施された（2016年3月19日、承認番号：001）。

第3章 結果

本事例研究は、ACTによる支援の効果として、伝統的な地域ケアへの移行の可能性を明らかにすることを目的として、チームAを対象として複数の側面から捉え記述するために複数の調査を行った。また、量的に記述するために横断的縦断的調査を2次的に分析し、質的にも記述した。

第1節 参加者の特徴

参加者の特徴を示すことを目的とした調査では、参加者の基本属性と参加者に提供している支援内容（メニュー）の類似性によりクラスター分析を用いて参加者を分類した。基本属性を以下に示した。

参加者の基本属性（ $n=98$ ）

表 3-1-1 参加者の基本属性

項目		%／標準偏差
性別／年齢		
男性	59名	60%
女性	39名	38%
平均年齢	54.88才	±13.3
入院状況	平均値	標準偏差
介入以前の平均入院回数	3.34回	±6.06
介入以前の平均入院日数	2929日	±4614
介入以前の対象者の治療状況	内訳	割合（%）
長期入院者（入院期間）	46人	46.94
1年-10年	23人	23.47
11年-20年	8人	8.16
21年-30年	4人	4.08
31年-40年	8人	8.16
41年-50年	3人	3.06
ひきこもり者	45人	8.16
未治療者	8人	9.18
治療中断者	9人	29.59
頻回に入退院を繰り返す者	29人	45.92

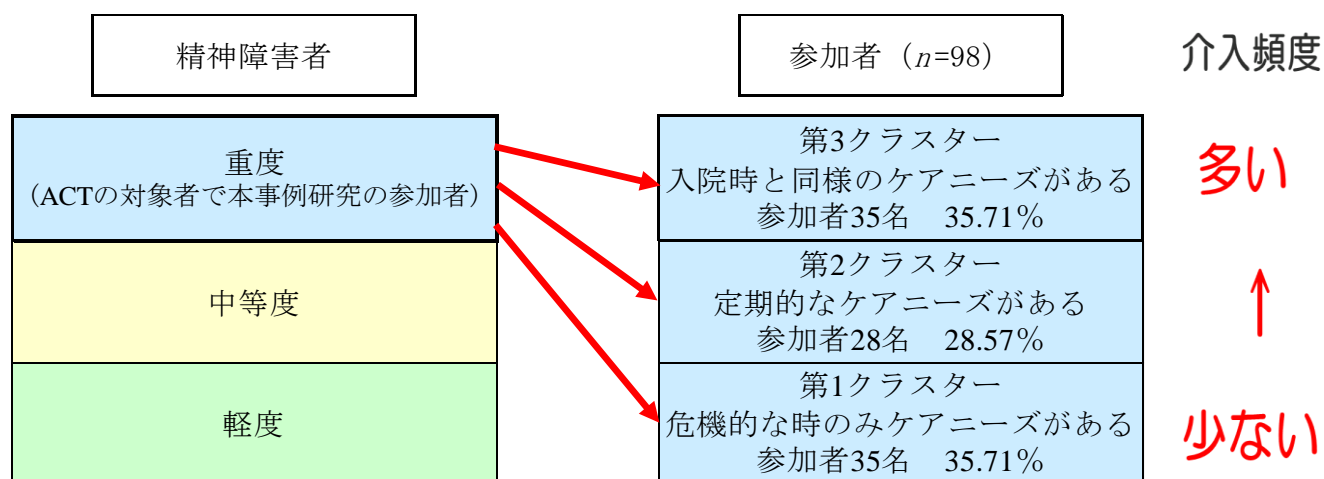
注) 介入前の対象者の治療状況に関して、単一ではなく複数の状況である者が39名いる。

診断名 (DSM IV-TR) は、統合失調症が 89 名 (89.8%)、うつ病が 7 名 (7.1%)、双極性障害が 2 名 (3.1%)であった。障害の程度は、精神保健福祉手帳の平均で 1.9 級であった。罹患期間は、平均 27.6±12.1 年 (6 - 52 年)、中央値 25.0 年、最頻値 21.0 年であった。

注) NIMH が示している重症慢性精神障害者の重症の定義である、診断名 (精神疾患) については巻末の資料 5. で、障害の程度 (精神保健福祉手帳) に関しては巻末資料 6. で、期間に関しては巻末 7. で概説した。

支援内容 (メニュー) の類似性によりクラスター分析を用いて参加者を分類した。支援内容 (メニュー・提供形態・提供頻度) は、第 2 章第 3 節で詳述した。

図 3-1-1 ACT の対象者である重症慢性精神障害者 (さらに 3 つのグループに分類)



注) インターナショナル・スタンダードとして ACT の対象者は重症慢性精神障害者である。

表 3-1-1 クラスターの重心(n=98)

クラスター/支援メニュー	住宅支援	暮らしのおしゃべり電話	家族支援	苦悩の聴き取り	金銭管理	定期受診同行同席	定期外受診同行同席	服薬確認	頓服服用調整確認	入院支援	退院支援	受け入れのケア会	緊急電話	危機介入	短期入所	就労支援	
第1クラスター (危機介入型)	3	2	0	2	2	3	2	1	3	1	0	3	3	0	1	0	0
第2クラスター (持続支援型)	0	0	0	1	2	0	1	0	2	0	0	0	3	0	1	0	0
第3クラスター (入院代替型)	1	1	0	3	3	2	2	2	3	3	1	1	3	1	3	0	0

参加者 ($n=98$) を、提供した 17 種類 (p 40 表 2-3-2) の支援内容 (メニュー・支援形態・量 ; p 40 表 2-3-3.) をもとにクラスター分析を用いて分類した。参加者を 3 つのグループに分類することができた。クラスターの重心を示す表 (p 48 表 3-1-1.) で得点の高い項目 (表の青い項目) が、各クラスターの特徴を強く示している。第一クラスターは、危機的な時のみケアニーズがあるグループで、定常的な介入は無く、多量服薬した。リストカットしたなど危機的な時のみ介入しする。第二クラスターは、定期的なケアニーズがあるグループで、服薬確認や定期受診など定期的な介入が必要である。第三クラスターは、入院時と同様のケアニーズがあるグループで、精神科病院に入院している時とおなじくらいに介入が必要になる。

第 2 節 尺度の信頼性

本事例研究は、ACT による支援の効果として、伝統的な地域ケアへの移行の可能性を明らかにすることを目的として、チーム A を複数の角度から記述するために複数の調査を行った。以下に、行なった 4 つの調査の目的と調査に用いた尺度の信頼性について説明する。各調査の目的は、次の 4 点である。

一つ目の目的は、参加者である重症慢性精神障害者の特徴を詳述し、参加者に提供している支援内容 (メニュー) の類似性により参加者をクラスター分析を用いて分類する。

二つ目の目的は、ACT による支援の介入の効果を介入前後の入院回数、日数を比較する。また、介入の効果を精神症状に焦点をおき、介入時点と介入後 10 回目の BPRS を用いて平均得点で比較する。

三つ目の目的は、探索的な試みとして ACT による支援を提供してきた参加者が、ACT による支援から、伝統的な地域ケアへの移行可能性の有無を ATR を用いて明らかにすることである。

四つ目の目的は、ACT による支援の介入の効果を家族の負担に焦点をおき FBIS を用いて示す。

本事例研究で行なった 4 つの調査では、上述したように次の尺度を使用した。ATR、BPRS、FBIS²⁰の尺度を用いた。それぞれの信頼性を以下に示す。

²⁰ ATR、BPRS、FBIS : 各尺度の質問用紙は、巻末資料 4、資料 9、資料 10. に示した。

1) BPRS の信頼性と妥当性

BPRS の信頼性

宮田他（1995）は「Brief Psychiatric Rating Scale（BPRS）日本語版の信頼性の検討」において、日本語版の信頼性を検討するために、統合失調症患者 19 名に BPRS 日本語版を用いて面接を行った。そこで得られたデータについて ANOVA ICC 値で各項目の信頼関係を確認し、18 項目中 17 項目において、0.531～0.965 と良好な結果を得た。

BPRS の妥当性

外的基準（他のテスト）と BPRS との基準関連妥当性は、併存妥当性と予測的妥当性の観点から検討されている。

a) 併存妥当性

住山・北村（1995）は、「BPRS 改訂版、下位尺度、信頼性と妥当性」において、BPRS の下位尺度と、HRS や TLC、SANS、SAPS などの尺度との相関分析を行い、それぞれ高い正の相関を確認した。抑うつ尺度と、思考障害や陰性症状、陽性症状などの下位尺度に、高い併存妥当性があることが示された。

b) 予測的妥当性

治療反応性を外的基準とした BPRS の予測的妥当性を検討した研究は多数ある。たとえば、BPRS の下位尺度は、薬物投与や NSS の因子（運動協応、複雑な運動課題、空間定位、統合機能など）と関連があることが示されている（Lawson, 1989; Schroder, 1992; Csernansky, 1983）。また、Csernansky（1983）は TRS 尺度との関連を分析し、BPRS 得点は治療反応性についての臨床的印象に一致することを示した。

BPRS は、Overall と Gorham によって 1962 年に開発された病状の変化を定量的に測る尺度であり、薬物治療の効果の評価に用いられている。チーム A は、Lukoff, Nuechterlein, & Ventura,（1986）が新しい項目を追加開発した BPRS- Expanded Version 4.0（以降、拡張版 BPRS）を使用して各対象者に対して 6 ヶ月に 1 度評価を実施している。その理由としては、チーム A が ACT を導入する際の研修先であるカナダの M-Hospital の ACT Team が使用していたことと、カナダではより一般的であり、BPRS を実施する場合、ほとんどのチームが 24 項目を使用していること。また、拡張版 BPRS は、特に地域社会で生活する外来患者である重篤な精神障害者をより包括的に評価することを目的として、オリジナルの BPRS(Overall & Gorham, 1962)に 6 つの新しい尺度を追加したもので、コ・メディカルも評価者の範疇としている（巻末資料 7.参照）からである。

24 項目の評点は、症状が無いことを意味する 1 点から、最重度を意味する 7 点までの 7 段階評価によるリッカート尺度である（Lukoff, 1986）。Leucht et al（2005）によると、

「BPRS は、広く普及しているにもかかわらず、その総得点の臨床的意味や、治療反応を定義するためのカットオフ値は不明である。」と指摘して、BPRS を Clinical Global Impression (=臨床全般印象 (CGI) 評価尺度, 以降 CGI) 評価とリンクさせることを目的として、急性期統合失調症患者を対象とした 7つの臨床試験における BPRS と CGI 評価の等分割リンクさせて、急性期の統合失調症患者を対象とした 7つの薬物試験 (n=1,479) における BPRS と CGI の評価を等分割で連結した評価を行なった。結果、CGI による「軽度の症状」は、BPRS の合計点数 31 にほぼ対応し、「中等症」は BPRS 点数 41、「重症」は BPRS スコア 53 に相当することが明確になった。また、CGI 点数による「軽度の改善」は、1 週目、2 週目、4 週目にそれぞれ 24、27、30%の BPRS 低下率と関連していることがわかったと示している。また、Leucht(2014)によると「BPRS などの評価尺度の減少点数を、より理解しやすい CGI 点数にリンクさせると、評価尺度点数の臨床適用性が向上する。」ことも示されている。

注) Clinical Global Impression とは、CGI-S は、患者の現在の病状に対する臨床医の印象を評価するものである。評価者は、「与えられた集団との臨床経験を総合的に考慮する」よう求められる。BPRS と同様に、考慮される期間は評価前の 1 週間であり、次のようなスコアをつけることができる：1. 正常、全く病気でない、2. 境界性の精神病、3. 軽度の病気、4. 中等度の病気、5. 著しい病気、6. 重度の病気、7. 最も重い病気である患者の 1 人。CGI-I は、研究開始以降の患者の改善または悪化を、以下のスコアを用いて評価する：1. 非常に改善した、2. かなり改善した、3. わずかに改善した、4. 変化なし、5. わずかに悪化した、6. かなり悪化した、7. 非常に悪化した。治療効果と副作用を関連づけようとする CGI の 3 番目の項目「有効性指数」は、分析には使用されなかった。

表 3-2-1. CGI-S スコアと BPRS 合計スコアのリンク

尺度	BPRS	CGI
精神症状の 評価	32-30	軽度の病状
	44-40	中等度の病状
	55-52	著しい病気
	70-65	重度の病気
	85-88	極めて重度の病気

2) ATR の信頼性と妥当性

(1) ATR オリジナル（英語）版の信頼性

ATR の回答結果は、尖度²¹ (-0.08) 歪度²² (-0.44) 標準誤差²³ (0.73) で、ほぼ正規分布となっている。クロンバック (Cronbach's) の α 信頼性係数²⁴は 0.92 で高値であり、内的整合性のある検査といえる。

(2) ATR オリジナル（英語）版の妥当性

i. 併存的妥当性²⁵

ATR スコアが高いほど、ホームレス、入院、収監、怠業、治療中断や ACT に逆戻りする確率が低くなり、移行と有意に関連することを示している (表 5-3.)。

ii. 予測的妥当性²⁶

回帰分析の結果、ATR の得点は、移行が成功するかどうかを予測することが示された

3) FBIS の信頼性と妥当性

(1) FBIS の信頼性と妥当性

英語版の信頼性と妥当性は検証され証明されている。当尺度は、精神疾患の異なる治療状況を比較するため、または異なる家族間で効果を比較するために、さまざまな研究で使用できることが、開発時の論文 (Pai and Kapur, 1981) で述べられている。今回、筆者の論文で、日本語に翻訳した FBIS を使用することを開発者に伝えた。また、日本での標準化に向けて、早い時期に日本の対象となる集団における妥当性と信頼性の検証を行う予定である。以下に、FBIS の信頼性と妥当性に関する、Pai and Kapur (1981) による検証結果の概要を示す。

Pai & Kapur (1981) によれば、「インタビュー・スケジュールの信頼性は、20 名の患者の親族 1 名に対し、3 名の評価者が同席し、そのうちの 1 名が親族に質問を投げかけた上でインタビューを行った。各評価者は、他の評価者に相談することなく、親族の負担感を評価するために、すべての回答を個別に採点した。その評価を比較し、その差が統計的に有意であるかどうかを、信頼性係数という、二元配置分散分析 (Winer, 1962) に基づいて決定した。信頼性スコアは、20 項目で 90%以上、残りの 4 項目では 87%から 89%であった。

²¹ 尖度：分布の尖り度合いを示すもので正規分布の場合、尖度 = 3 が基準となる。「尖度-3」が 0 より大きくなるのであれば (尖度-3 > 0)、尖りが急で裾が長い分布となり、「尖度-3」が 0 より小さくなるのであれば (尖度-3 < 0)、尖りが丸く緩やかな山の形をした分布となる。

²² 歪度：全体のデータ分布の中央値が、全体分布の右あるいは左にどのくらいずれるかを示している。

²³ 標準誤差：分布の拡がりを表す統計量の一つで、分散の正の平方根に等しい。

²⁴ クロンバック (Cronbach's) の α 信頼性係数：性格検査の質問項目のように、ある特性に対して複数の質問項目を設け、回答の合計値 (尺度得点) を特性尺度として用いるときに、各質問項目 (変数) が全体として同じ概念や対象を測定したかどうか (内的整合性) を評価する信頼係数。0 から 1 までの値をとり、1 に近いほど信頼性が高いといえる。

²⁵ 併存的妥当性：同時期に行われた外部評価や類似のテストとの相関を見る。

²⁶ 予測的妥当性：業績などのように後になって分かるような基準との相関を見る。

尺度の妥当性を検証するために、各親族から報告された主観的な負担を各親族が報告した主観的負担と同様の 3 点尺度で採点した。評価者が評価した総合的な客観的負担が、親族が報告した主観的負担と高い相関があれば、絶対的ではないものの、間接的に尺度の妥当性を測ることができると考えた。専門の評価者が評価した各項目の平均総得点と親族が評価した総得点の相関係数は 0.72(d.f.= 1)であった。」と示している。

第 3 節 ACT による支援のアウトカムとしての地域生活継続性に関する縦断調査

第 1 項 介入の効果 入院回数・入院日数に関する縦断調査 (n=98)

ACT による介入の効果の調査では、2 つの項目に焦点をおき縦断調査を行った。参加者の ACT 介入前後の入院回数と日数を対応サンプルによる Wilcoxon の符号付順位検定²⁷を用いて比較した。ACT 介入前の入院回数と介入後の入院回数は、 $p < .000$ 帰無仮説を棄却した。ACT 介入前の入院回数と介入後の入院回数は有意に差があると認められた。ACT 介入前の入院日数と介入後の入院日数は、 $p < .000$ 帰無仮説を棄却した。ACT 介入前の入院日数と介入後の入院日数は、有意に差があると認められた。介入前後の入院回数と日数の平均値、中央値、最頻値を以下の表に示す (表 3-1-1.)。

表 3-3-1 度数分布表

		介入前入院回数	介入前入院日数	介入後入院回数	介入後入院日数
度数	有効数	98	61	98	98
	欠損値	0	37	0	0
平均値		3.316	255.34	0.173	22.9
中央値		2	177	0	0
最頻値		1	0	0	0

第 2 項 精神症状の変化に関する縦断調査 (n=89)

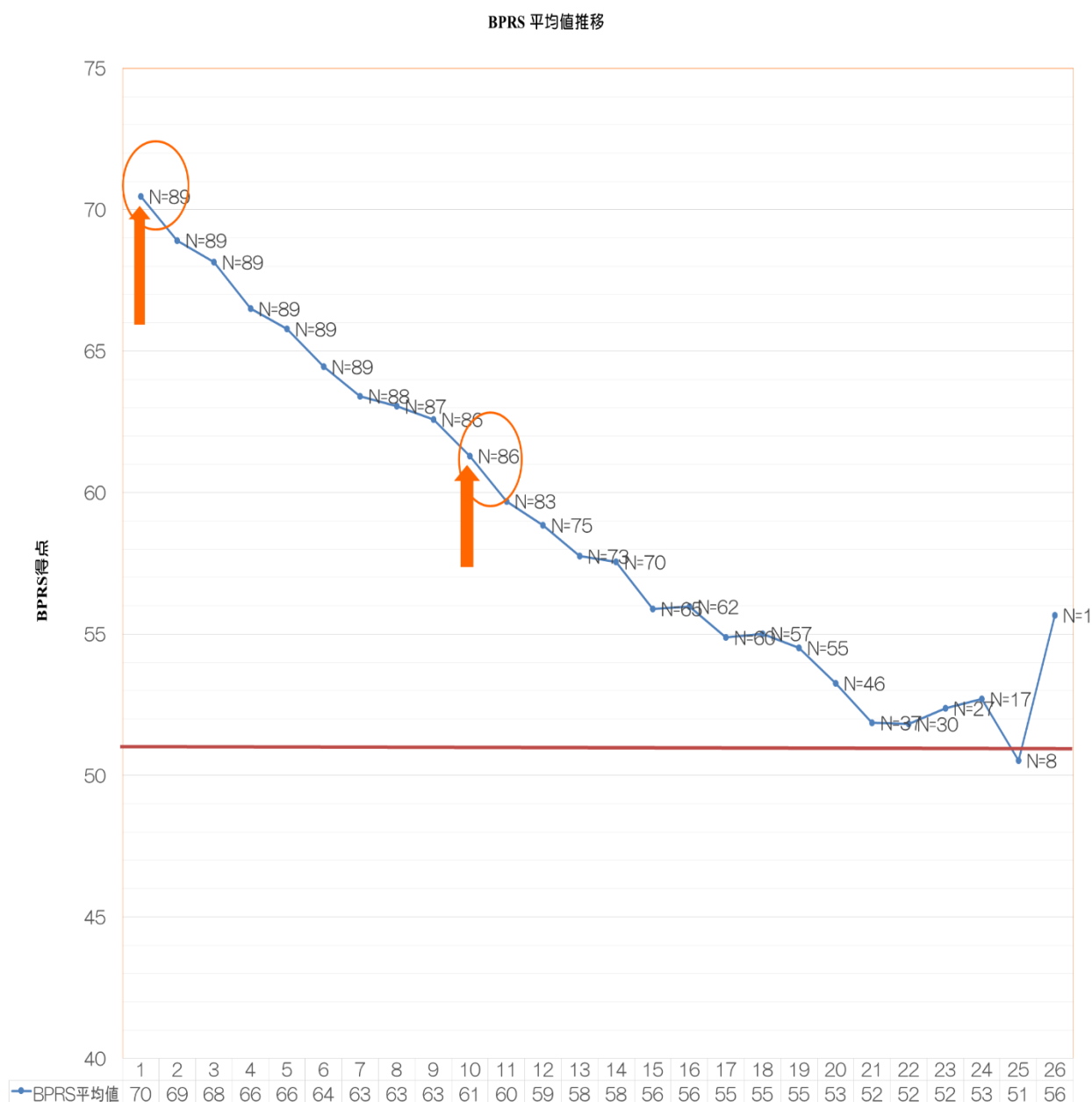
参加者(n=89)の精神症状の変化を BPRS を用いて測定した得点のチーム A 介入時点(ベースライン)と 10 回目の平均値の差を対応のあるサンプル t 検定を行なったところ有意差が

²⁷ Wilcoxon の符号付順位検定：ノンパラメトリック検定のひとつで対応のある 2 群の差の検定に用いる。対応のある 2 群 (X, Y) のデータの差 Z の絶対値を小さいものから順に並べ、順位付けを行う。次に、正の符号を持つ Z の順位和の値から 2 群の差の有無を検定する。次に、Z が正の値の合計順位と負の値の合計順位を求め、2 つの合計順位の小さい方を検定統計量 T とする。この T を用いて両側検定のみ行い、検定統計量が統計数値表の有意水準 5% あるいは 1% の棄却限界値以下の場合、帰無仮説は棄却される。

みられた($t=17.179, df=85, p<.000$)。この結果とをみると平均値をみると、介入時（ベースライン）よりも10回目のBPRSの得点が下がっている、すなわち精神症状が改善していると解釈することができる（表3-2-1.）。

注）本事例研究の対象者は、98名であるが、そのうち9名がうつ病と、双極性障害であるため本調査の参加者は89名であった。また、チームA介入時（ベースライン）の参加者は89名（ $n=89$ ）で、10回目の参加者は86名（ $n=86$ ）であった。

表 3-3-2-1. BPRS の推移



第3項 地域生活継続性の事例

本項では、チーム A の介入により、入院せずに長期間継続して地域で生活している 2 名の事例を取り上げる。この 2 名の選択理由は、対象者のうち最長期間継続して地域で生活できていることと、さらに詳細な研究への調査に協力がいただけたためである。特に、参加者の安定した状態を維持するには、どのような支援内容（メニュー、形態）が必要かについて、また、参加者の調査期間中の精神症状の変化を、調査・提示することが目的である。

調査方法

チーム A が介入し始めてから長期間、地域生活が継続している参加者の特徴を記述統計的に示した。次に、長期間の精神症状の評価を BPRS で行い、その結果を分析した。その期間の支援メニューや生活状況の変化を分析し、長期間安定した状態を維持するには、どのような支援内容（メニュー、形態）が必要かを調査した。

参加者

チーム A の介入後、入院をしないで地域生活が継続している参加者 2 名（表 3-3-3-1.）の平均年齢は 62 歳で、両者とも男性である。ともに診断名は統合失調症で、平均罹患期間は 29.5 年、介入前の平均入院回数は 2.5 回、平均入院日数は 682.5 日である。居住環境は、一人はチーム A 介入後に同居していた家族が亡くなったために独居になり、もう一人は介入以前から独居である。

表 3-3-3-1. 調査対象者 2 名の基本属性

参加者分類	ひきこもり/治療中断 (第2クラスター)	ひきこもり/治療中断 (第3クラスター)
項目	Aさん	Bさん
性別	男性	男性
年齢	60代	60代
診断名	統合失調症	統合失調症
発病年齢	30代	30代
罹患期間	約30年	約30年
居住環境	独居	実母と同居後、独居
学歴	大卒	高卒
職歴	有り	有り
入院回数	4回	1回
入院延べ日数	1335日	30日

地域生活継続性の事例 1.

A さん（第2クラスター）は調査開始当時 60 代歳の男性で、発病年齢は 30 代で、罹患期間は約 30 年である。チーム A が関わる前の入院歴は 4 回で、すべて措置入院であった。しかし、退院後、継続して通院することができないでいた。市内の公営住宅に一人暮らしで、県外に住む実妹夫婦以外に家族はいない。一年に 1~2 回程度、A さんが実妹宅に数日宿泊に行くが、実妹家族が A さんを訪ねて来ることはこれまでない。A さんは、アパートの自室にひきこもった生活をしてきた。病識が乏しく、幻聴についても疾病の症状と認識せず、幻聴を近隣の住民の嫌がらせと捉えるなど被害的な妄想が顕著で、近隣住民とさまざまなトラブルが絶えず、警察なども対応に困り果てていた。信頼関係を構築した上での継続的な関わりが必要であるとして、主治医から紹介があり、チーム A が介入開始となった。35 歳で発病してから 16 年目の介入であった。

データ収集方法

A さんについては、X 年 8 月 1 日から X+9 年 3 月 31 日までを、データ収集期間とした。A さんに対し長期にわたり継続的に提供した支援活動の記録と、服薬・睡眠・排泄などの各項目のチェックリストから、罹患期間、入院回数、入院延べ日数、BPRS の得点、平均睡眠時間と、チーム A が提供した支援メニューの回数について、本事例研究に関わっていないチーム A のスタッフが情報収集した。

データ分析方法

A さんの安定した状態を維持するには、どのような支援内容（メニュー、形態）が必要かについて、また、調査期間中の精神症状の変化に関して、BPRS を用いて評価する（p 58 図 3-3-3-1）。

具体的な支援方法

(1) 頓服服用調整・確認

A さんは調査期間中、頓服服用の調整や確認のニーズが低かった（表 3-15.）。A さんは「ピアの会」に参加した。やがて、「辛いときは、気持ちを落ち着かせるのに薬を飲むとよい」と、少しずつではあるが服薬の意味などに理解をもち、介入後 8 年目くらいからおおむね 3~4 日に 1 回は頓服を服用したので、グラフにそれが反映されている。A さんは処方された薬をすべて自己管理した。

(2) 定期受診への同行・同席

調査期間中、A さんの定期受診への同行・同席は行われなかった。調査期間終了後ではあ

ったが、2014年の夏頃から信頼関係が構築され、担当のチームAスタッフの数人だけは受診に同行し、本人の診察前に主治医と話をする機会を持つことを、本人と主治医に承認してもらえるようになった。

(3) 定期外受診への同行・同席

調査期間中、Aさんに対しては、この支援メニューの提供はなかった。

(4) 訴え(苦悩の表明)の聴き取り

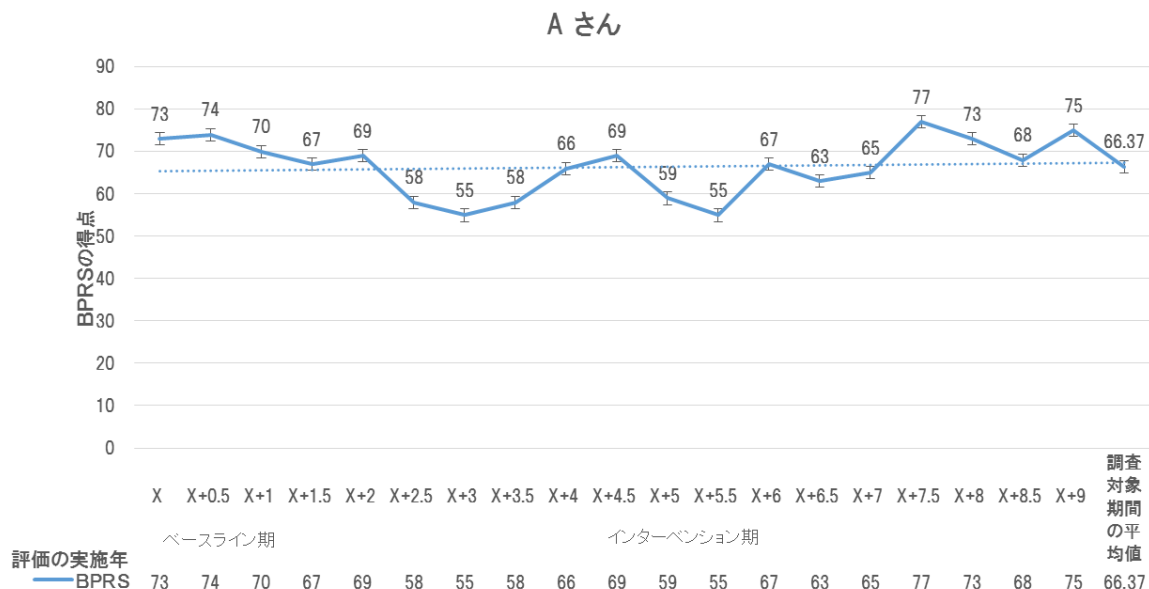
訴え(苦悩の表明)の聴き取りは、チームAの利用者全般にニーズの高い支援メニューであり、Aさんも例外ではなく被害妄想からくる苦悩の表明が多かった。近隣の住人に関する事、もしくは、組織的犯罪に巻き込まれているといった訴え(苦悩の表明)が多く、近隣の住人や警察にこれからクレームを言いに行くという連絡が頻回に入った。近隣の住人と直接話すことは避けるようにさせ、「公的住宅にいるのだから管理者に様子を話しに行きましょう」と管理者の元へ一緒に出向き、管理公社の方も一生懸命に苦情内容の原因を探るなどの協力をしてくれた。警察にも一緒に出向き、事情を話すと、親身に話を聴いてもらえた。Aさん本人から頻回に警察に連絡したため、警察から対応方法について相談があったが、事情を話すと、その後も親身に聞き役に徹してくれた。主治医の提案により、Aさんは1カ月に1度病院のデイケアに行き、刺し子をしながら話をする生きがいになったが、デイケアの利用回数を増やすことには本人から承諾をもらえなかった。Aさんの電話などで訴えを間接的に聴いた回数は209回であった。

(5) 危機介入

危機介入は、チームAの全利用者においてニーズの高い支援メニューであり、Aさんも例外ではなく、幻聴がひどくなると、「近隣の住人や組織の人間がいたずらをしてくるので訪問して確かめて欲しい。近隣住人だったら懲らしめてやる」と激昂し、歯止めが利かなくなった。こういった場合は、Aさんの自宅に急行し、話を聴くことに徹した。それは特に、周りが寝静まった夜中に起きることが多かった。話を聴いて、必要があれば、すぐに一緒に警察に出向き、事情を話して聴いてもらうこともあった。日によっては、電話で話を聞くだけで落ち着くこともあった。調査期間中、直接的・間接的なものを合わせると、3カ月に1回危機介入を行った。Aさんに対しては38回であった。

結果

図 3-3-3-2. A さんの BPRS 得点の推移



A さんには他の利用者と同様に、おおむね 6 カ月に 1 回の割合で調査期間に計 19 回、BPRS による精神症状の評価を行った。その結果、調査期間中の平均値は 66.37 であった。また、A さんの精神症状の変化を BPRS を用いて 19 回測定した。チーム A 介入時点（ベースライン）の得点 73 点と 19 回の平均値 66.37 の差を 1 サンプル t 検定を行なったところ有意差がみられた ($t(18)=-4.256, p=.000$)。この結果とをみると介入時（ベースライン）よりも 19 回の BPRS の得点の平均値が下がっている、すなわち精神症状が改善していると解釈することができる（図 3-3-3-2.）。

地域生活継続性の事例 2.

Bさん(第3クラスター)は、調査開始当時60代の男性で、発病年齢は30代罹患期間は約30年である。チームAが関わる前の入院歴は1回で、措置入院であった。一軒家に実母と二人暮らしで、ひきこもった状態でいた。当チームに登録時には、すでに発病から23年が経過していた。チームAへの紹介前は、おもに実父が面倒を見ており、精神科クリニックを年に数回受診していた。30歳ごろに発病した後、一度だけ30日間入院をしたことがある。退院後は、入院していた医療機関に通院することもなく過ごしていたが、実父が急逝してから昼夜が逆転した生活を送るようになり、食事もとらず、意味不明なことを訴えるなど、生活のリズムが崩れ始めた。実母から一人で面倒を見きれないという相談を受け、クリニックの主治医が、治療に併せて、頻繁な生活支援が必要であると判断し、チームA紹介があり、介入となった。チームA介入後、実母も亡くなり独居となった。

データ収集方法

BさんはX年10月6日からX+8年3月31日までを、データ収集期間とした。Bさんに対し長期にわたり継続的に提供した支援活動の記録と、服薬・睡眠・排泄などの各項目のチェックリストから、罹患期間、入院回数、入院延べ日数、BPRSの得点、平均睡眠時間と、チームAが提供した支援メニューの回数について、本事例研究に関わっていないチームAのスタッフが情報収集した。

データ分析方法

Bさんの安定した状態を維持するには、どのような支援内容(メニュー、形態)が必要かについて、また、調査期間中の精神症状の変化に関して、BPRSを用いて評価する(p61図3-3-3-2.)。

具体的な支援方法

(1) 頓服服用調整・確認

Bさんは調査期間中、頓服服用の調整や確認のニーズが低かった。Bさんは、過去(チームAに紹介される前)に起こした交通事故の嫌な思い出が波のように押し寄せてくるのが年に数回あり、そのときには抗不安薬を服用している。Bさんについては処方された薬すべてをチームAが管理して、毎回の服薬時に訪問し、目の前で服薬を確認している。定時薬に加えて頓服の服用が必要になったときには、Bさん本人や実母から電話で連絡をもらい、訪問した。実母は80歳を超えており、市役所の包括支援センターが関わることになっていたが、人見知りで用心深い性格であるため、なかなか支援の手が届かなかった。そのため、チームAがBさんの実母にも別の担当者をつけ、並行して支援を行った。

(2) 定期受診への同行・同席

調査期間中の B さんの定期受診頻度は、7 年目までは週に 1 回、8 年目からは、状態が安定したこともあり、2 週間に 1 回と変化したが、毎回チーム A のスタッフが同行同席した。調査期間における B さんの受診への同行・同席の回数は 395 回であった。

(3) 定期外受診への同行・同席

B さんに対しては、調査開始 3 年目と 5 年目に交通事故のことで不安になり、定期外受診への同行・同席を行ったが、実父が亡くなったときと実母が亡くなったときには、生活のリズムが崩れることも不穏になることもなかった。食事を作ることができないため、そのことへの不安は発生したが、購入してきたものにひと手間加えたり、訪問して一緒に作って食べたりすることができたので、そういった不安は解消できた。調査期間における B さんの定期外受診への同行・同席回数は 9 回であった。

(4) 訴え(苦悩の表明)の聴き取り

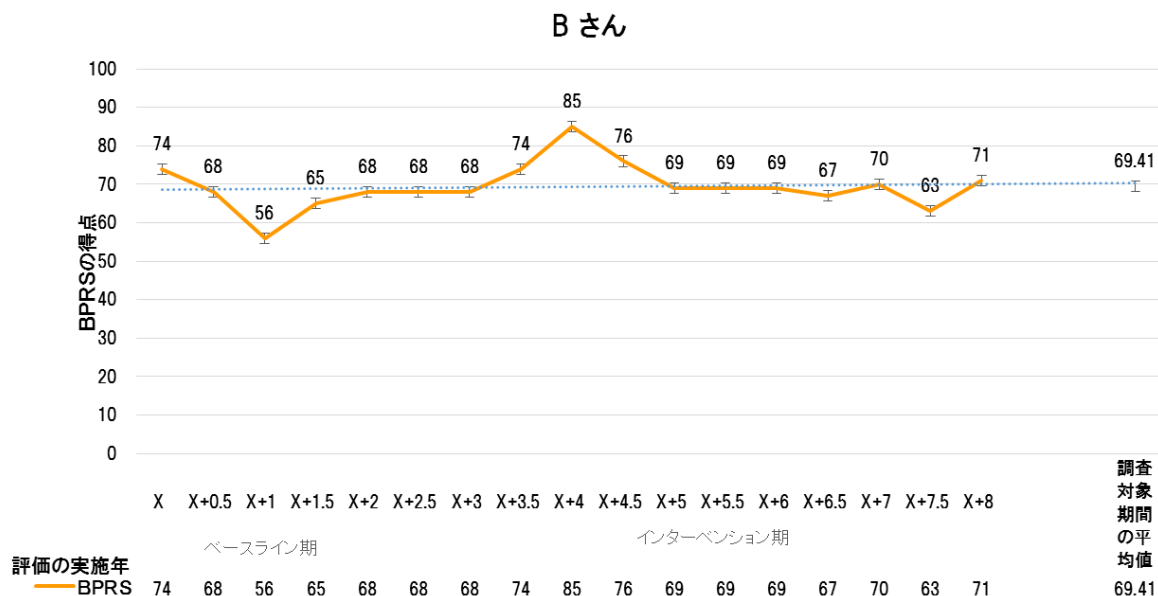
訴え(苦悩の表明)の聴き取りは、チーム A の利用者全般にニーズの高い支援メニューであり、B さんも例外ではなかった。B さんに関しては、7 年目から支援回数が増加しているが、これは実母が入院して亡くなったため、独居になり話し相手がなく寂しくなったからである。連絡の増加に伴い、チーム A は服薬確認以外にも訪問するようになった。その頃から、主治医の提案により、B さんは 1 カ月に 1 度病院のデイケアに行き、刺し子をしながら話をすることが生きがいになったが、デイケアの利用回数を増やすことには本人から承諾をもらえなかった。東京に住んでいる実弟が 2 名いるが、そのうち 1 名は B さんを心配し、1 カ月に 1 回程度様子を見に訪ねて来ることがあり、その際には美味しいものが食べられると喜んでいて、調査期間中に苦悩表明(訴え)の聴き取りのために訪問して直接または電話などで間接的に聴いた回数は B さんについては 430 回であった。

(5) 危機介入

危機介入は、チーム A の全利用者においてニーズの高い支援メニューであり、B さんも例外ではなく不安になると食事が喉を通らなくなり、そのことで、実母も一緒に食事ができなくなることが多かった。不安を訴える連絡をもらったときには、すぐに訪問して話を聴くと落ち着くことがほとんどであった。介入 4 年目と 7 年目に危機介入が多いが、4 年目は交通事故の不安が顕著だった年で、7 年目は実母が亡くなった年である。実母が亡くなった年には、食事に関しての不安を訴えたことによる危機介入が多かった。不安にならないように、毎回の食事ができるように整えておいても、不安が先立ち食事ができなくなった。また、自分も死んでしまうかもしれないという不安を強く持っていた。B さんの調査期間における危機介入の回数は 33 回であった。

結果

図 3-3-3-3. B さんの BPRS 得点の推移



B さんも他の利用者と同様に、おおむね 6 カ月に 1 回の割合で調査期間に計 17 回、BPRS による精神症状の評価を行った。その結果、調査期間中の平均値は 69.41 であった。介入時点（ベースライン）の得点 74 点と 17 回の平均値 69.41 の差を 1 サンプルの t 検定を行なったところ有意差がみられた ($t(16)=-3.126, p=.007$)。この結果とをみると介入時（ベースライン）よりも 17 回の BPRS の得点の平均値が下がっている、すなわち精神症状が改善していると解釈することができる（図 3-3-3-3.）。

2つの事例に関する考察

チーム A が介入してから、入院せずに長期間継続して地域で生活している参加者 2 名の事例を挙げ、特に対象者の安定した状態を維持するにはどのような支援内容（メニュー、形態）が必要であるのか、介入期間の支援メニューや生活状況などについて、その変化を分析した。A さんの精神症状評価の平均点が 66.37 点、B さんの精神症状評価の平均点が 69.41 点で、p 52 表 3-2-1. CGI-S スコアと BPRS 合計スコアのリンクから重症慢性の精神障害者である。A さん（ひきこもり＋治療中断）に必要であった支援は、定期的に提供する支援メニューではなく、第 2 クラスターの「訴え（苦悩の表明）を聴く」と「服薬確認」の 2 つであった。チーム A が関わる以前は、A さんのこのニーズに応じて支援を提供してくれる者や機関、あるいはサービスはなかった。そこで、A さんは、実際は幻聴である物音に対して、自らそれを食い止めるようと、一方的に激高して近隣住民に食ってかかった。身に覚えのない物音に関して苦情を言われた側は、驚きと恐怖で警察に通報し、その結果、A さんは措置入院になった。チーム A が関わり始めたころ、A さんは物音を出していると思い込んだ相手のところへ直接苦情を訴えに行くことが続いていた。A さんが病識を持ち、物音の正体について理解できるようになることが最終目標であるが、当時の A さんにとって物音は他人の仕業であった。当チームは、物音が気になったら時間を気にしないでチーム A に連絡をしてくれるように伝え、A さんの自宅の電話の脇の壁にチームの電話番号を貼り付けた。そして、A さんから連絡が来たら、すぐに駆けつけて物音の話を聴いてその正体を探り、必要があれば警察署に同行して、警官に話を聴いてもらうという対応をしばらく続けた。A さんは、調査期間が終了して経年した現時点（2021 年）でも「物音で困ったらチームに連絡する」という約束を守り続けてくれている。今後は、時間をかけて物音の正体について話をしてゆくことが課題となる。調査期間において、B さん（ひきこもり＋治療中断）に必要であった支援は、第 3 クラスターの「服薬確認」「頓服の服用調整・確認」「定期受診への同行・同席」「定期外受診への同行・同席」「訴え（苦悩の表明）を聴く」「危機介入」のメニューであった。B さんは、「食事をどうしよう」「洗濯はいつしたらよいか」「オシッコを漏らしたらどうやって掃除したらよいかわからない」「誰かが尋ねて来たら、何と応えたらよいのだろう」と、食事・洗濯・掃除・排泄・睡眠など、生活上のすべてが苦痛で不安だった。チーム A は、訪問と電話を組み合わせ、1 日数回の連絡を B さんに試みた。また、不安になったら時間を気にせずチーム A に連絡をしてくれるように約束をした。連絡があったときには、不安なこと、心配なこと一つひとつに答えることを継続した。B さんは、風呂を沸かして入浴することは、臆することなく毎日できていた。亡き実父が風呂の入り方について、いくつかの動作に分解して教えていた。それを参考にして、生活上の必要な作業を分解して覚えてもらうことにした。B さんにとって、我々が提供する 4 つの支援は、別々の支援ではなく、地域での生活全般を支えるものであったのだろう。我々の支援が亡き両親の穴を埋めることはできなかったにしても、B さんが住み慣れた自宅で継続して生活してゆ

くためには必要であったと考えられる。二人の対象者に関して、長期にわたり生活の様子を見てきたが、両者間でチーム A の支援ニーズは異なった。共通していえるのは、上述のように、精神障害のない者にとっては日常の何でもない事柄であっても、対象者にとっては不穩の原因になっているということである。それでも、入院をせず地域で生活し続けられたのは、対象者にとって生活の中で困ったことがあったときに連絡・相談するところ(チーム A)があったからである。対象者にとって、このような認識は介入当初からあったわけではなく、「困ったことが起きたという連絡を受ければ、駆けつけて訴え(苦悩の表明)を聴く」ことの繰り返しが、信頼を生み育てていったと考えられる。調査期間中の2名の参加者の精神症状は少ない変化であった。しかし、調査対象者は、長期にわたり地域での生活ができていた。地域生活継続の要因は、必要な支援内容(メニュー、形態)の提供と考えられる。危機的状態になる以前に、困ったことがあればチーム A に支援を求めるというスキルを調査対象者が身に付けたことが地域生活が継続できている理由の一つであると考えられる。

精神症状の変化に関して、AさんBさん共に、概ね6ヶ月に1回の割合でBPRSによる精神症状の評価を行った。それぞれの結果を介入時点(ベースライン)の得点と平均値の差を1サンプルのt検定を行い有意差がみられた。この結果とをみると介入時(ベースライン)よりもBPRSの得点の平均値が下がっていて、すなわち精神症状が改善していると解釈することができる。この結果から、チーム A の介入により精神症状が改善したことも地域生活継続の理由の一つであると考えられる。また、チーム A と彼らとの間で信頼関係が構築され地域での生活が継続できていると考えられる。

第4節 地域移行に関する探索的結果

第1項 地域移行の可能性に関する量的横断調査結果

参加者 ($n=10$) が、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性を明らかにするために ATR の平均値と目標得点である 50 点を比較を 1 サンプル t 検定を行なったところ有意差がみられた ($t=-14.571$, $df=9$, $p<.000$), 43.20 ($SD=1.476$)。この結果をみると、参加者の ATR の平均得点は、目標得点である 50 を下回っていて移行は可能ではないことが明らかとなった。

第2項 地域移行の可能性に関する事例

地域移行の可能性に関する事例 1.

本事例研究の参加者 10 名から 2 名を例示する。C さん 50 代（男性／高卒／未婚）の診断名は、統合失調症と糖尿病である。チーム A 介入前の背景は、社会的長期入院者、ひきこもり、未治療者、発病年齢は 30 代で罹患期間は約 20 年間ある。チーム A の提供する支援内容よる分類では、第 3 クラスターであった。C さんに、特にニーズがあった支援の内容は、「家族支援」「苦悩の聴き取り」「金銭管理」「定期受診同行同席」「定期外受診同行同席」「服薬確認」「頓服服用の調整確認」「危機介入」であった。

C さんは、母と同居で、経済的な基盤は、障害基礎年金 2 級によるものである。30 歳代前半頃までは精神疾患の兆候は無かったが、イライラ、多幸感により統合失調症が表出した。一旦は内服薬の投薬で寛解したがその後、1 日に 10 リットル以上も飲水するようになり、夜間に落ち着きがなくなった。さらにその後、昼夜間わずに落ち着きがなくなり、一日中笑う様子が継続するなどの理由で入院となった。1 回目の入院では、症状がすぐに軽快し退院したが、退院後は通院を継続できず、ひきこもり状態となった。母親と喫煙量や水分摂取量のことと言い合いになり、母に対して怒声・暴力や物にあたるなどがあり、それに対する自責の念に駆られ自傷行為に及び、再度入院となった。2 回の合計入院日数は、605 日間の社会的長期入院者である。チーム A の定期アセスメントでは、本人に病識はなく（入院は内科的な疾病であると理解している）、実母も病気に対して理解が乏しい様子が伺えた。統合失調症の他に糖尿病を併発しており、チーム A が係わるまで糖尿病のコントロールが上手くできていなかった。特に、食事・間食や水分の摂取量に関して、母親の過干渉がイライラを助長して喫煙量が増え、そのことで母親からの干渉がさらに増える、といった悪循環が起きていた。入院中に、退院後は喫煙量、水分摂取量などの管理や、母親との距離の調整を含めた生活の全般的な支援が必要であると主治医から依頼があり、入院中からチーム A が介入を開始した。C さんに必要があった支援の内容は、訪問と電話による服薬の確認、頓服服用の調整と確認、定期受診への同行・同席、定期外受診の同行と同席、不安や不満などの訴えを聴くこと、危機介入であった。介入開始後、一度生活は安定し、実母から自立した生活を送るため、また、本人と実母が離れて暮らす冷却期間を設けるために、入所施設に短期間滞在して生活する短期入所をすることになった。しかし、この手続の際に不安となり、興奮状態が治まらなかったため、30 日間の入院になった。この入院は、C さんにチーム A が介入してから本調査の基準日までの 1,520 日間のうちの 30 日であった。

表 3-4-2-1. Cさんの ATR 評価の結果

氏名 Cさん		合計点	平均点
		42	2.3
項目番号	評価内容	評価項目	(1)強く同意しない (1点) (2)同意しない (2点) (3)同意する (3点) (4)強く同意する (4点)
1	彼/彼女は、集中的なサービスを必要としません。	集中的なサービスの必要性	●
2	彼/彼女は、彼/彼女の日常生活のリズムが整っています。	規則正しい生活リズム	●
3	彼/彼女の症状は、過去6ヶ月間安定しています。	症状の安定性	●
4	過去数ヶ月間、彼/彼女は、住宅(部屋)で安定して暮らしています。	住宅生活の安定性	●
5	彼/彼女は、過去6ヶ月以内に精神病院に入院しました。	入院の有無	●
6	彼/彼女は、彼/彼女の精神病について病識があります。	病識の有無	●
7	彼/彼女は、過去6ヶ月以内に収監(警察の施設に収容)されたことがあります。	収監の有無	●
8	彼/彼女は、適切な社会保障制度などによる給付を受給しています。	社会保障制度受給の有無	●
9	彼/彼女は、治療を受けています。	治療のアドヒアランス	●
10	彼/彼女は、自立しています。	自立状況	●
11	彼/彼女は彼/彼女は、怠業なく、服薬できています。	服薬のアドヒアランス	●
12	彼/彼女は、特別なケアが必要な複雑なニーズ(人格障害、健康問題、物質使用)があります。	複雑なニーズの有無	●
13	彼/彼女は、自分に必要な、資源を持っています。	社会資源の有無	●
14	彼/彼女は、公的支援を受けています。	公的支援受給の有無	●
15	彼/彼女は、有給で働いています。	就労状況	●
16	彼/彼女は、支援なしで予定を守る。	予定に管理	●
17	彼/彼女の行動は、過去6ヶ月間、安定していません。	行動の安定性	●
18	彼/彼女は、彼/彼女の治療目標を達成しました。	治療目標の達成	●

注) ATR の移行準備度調査の質問表は、巻末資料 4.に拡大版を示した。

Cさんの ATR 評価の結果は、合計点が 42 点で、伝統的な地域ケアへの移行が可能であると判断される ATR 評価基準 (50 点以上) を満たさなかった。移行の可能性がないという結果になった理由として、「病識に乏しいこと」が挙げられた。前述の表 3-4-2-1.で示したように、Cさんは、罹患期間が約 20 年で、605 日間入院したのにも関わらず、自分が精神病であるという病識がない。チーム A が介入後も、糖尿病や喫煙者であることで母親との距離が上手くもてないという特性に変化はなかった。特に、チーム A からの移行が難しいと考えられる理由は、ACT の支援により、服薬の管理、定期受診への同行・同席の定期的な支援と、頓服服用の調整・確認、定期外受信への同行・同席、訴え(苦悩の表明)を聴く、危機介入などの支援により、地域での生活が継続することができているからである。ACT の支援なしでこれらを自身でできるようになり、安定すれば、上記項目番号 1-4, 11, 16 で高得点を獲得でき、合計点は ACT からの移行を考えられる 50 点にほぼ等しくなると考えられる。

地域移行準備度に関する事例(反例) 2.

Dさん 60代(男性/大学中退/未婚)の診断名は、統合失調症/高脂血症である。チームA介入前の背景は、社会的長期入院者で、発病年齢は20代、罹患期間は約40年間である。チームAの提供する支援内容よる分類では、第1クラスターであった。

Dさんに、特にニーズがあった支援の内容は「住宅支援」「暮らしの支援」「家族支援」「苦悩の聴き取り」「金銭管理」「定期外受診同行同席」「服薬確認」「退院支援」であった。

Dさんは、1人暮らしである。経済的な基盤は、給与と生活保護によるものである。海外生活中に統合失調症を発病したとみられ、8ヶ国を転々としてから、行き倒れとなり、日本に強制送還となった。帰国後は実家で生活するも、家を飛び出し神社で寝る、庭に穴を掘り泥で洗顔する、物音に敏感になり大声で騒ぐなどの行動が目立ち入院となった。入院日数は、5,475日(約15年間)、社会的長期入院者である。チームAの定期アセスメントからは、本人に病識はない様子(内科的な疾病で入院していたと話している)が伺える。入院中は当初、無為自閉であったが、怠薬がなく生活のリズムが保持できれば、地域での生活は可能であると考えられ、退院となった。Dさんは、チームAが介入してから本調査の基準日までの6,263日間再入院はしていない。必要があった支援の内容は、訪問による服薬の確認と定期受診への同行と同席であった。

表 3-4-2-2. Dさんの ATR 評価の結果

氏名 Dさん		合計点	平均点
		47	2.6
項目番号	評価内容	評価項目	(1)強く同意しない(1点) (2)同意しない(2点) (3)同意する(3点) (4)強く同意する(4点)
1	彼/彼女は、集中的なサービスを必要としません。	集中的なサービスの必要性	●
2	彼/彼女は、彼/彼女の日常生活のリズムが整っています。	規則正しい生活リズム	●
3	彼/彼女の症状は、過去6ヶ月間安定しています。	症状の安定性	●
4	過去数ヶ月間、彼/彼女は、住宅(部屋)で安定して暮らしています。	住宅生活の安定性	●
5	彼/彼女は、過去6ヶ月以内に精神病院に入院しました。	入院の有無	●
6	彼/彼女は、彼/彼女の精神病について病識があります。	病識の有無	●
7	彼/彼女は、過去6ヶ月以内に収監(警察の施設に収容)されたことがあります。	収監の有無	●
8	彼/彼女は、適切な社会保障制度などによる給付を受給しています。	社会保障制度受給の有無	●
9	彼/彼女は、治療を受けています。	治療のアドヒアランス	●
10	彼/彼女は、自立しています。	自立状況	●
11	彼/彼女は彼/彼女は、怠薬なく、服薬できています。	服薬のアドヒアランス	●
12	彼/彼女は、特別なケアが必要な複雑なニーズ(人格障害、健康問題、物質使用)があります。	複雑なニーズの有無	●
13	彼/彼女は、自分に必要な、資源を持っています。	社会資源の有無	●
14	彼/彼女は、公的支援を受けています。	公的支援受給の有無	●
15	彼/彼女は、有給で働いています。	就労状況	●
16	彼/彼女は、支援なしで予定を守れる。	予定に管理	●
17	彼/彼女の行動は、過去6ヶ月間、安定していません。	行動の安定性	●
18	彼/彼女は、彼/彼女の治療目標を達成しました。	治療目標の達成	●

DさんのATR評価の結果は、合計点が47点で、伝統的な地域ケアへの移行が可能であると判断されるATR評価基準（50点以上）を満たさなかった。移行の可能性がないという結果になった理由として、「病識に乏しいこと」が挙げられた。表3-4-2-2.で示したように、Dさんは、20歳代で発病後、5,475日間入院したのにも関わらず、自分が精神病であるという病識がない。そのため、服薬の必要性を認めず怠薬が継続して入院につながった。チームAが介入後も、無為自閉という特性に変化はなかった。チームAのACTからの移行が難しいと考えられるのは、ACTの支援により、治療を継続できており、怠薬もなく生活リズムの維持が継続できているからである。ACTの支援なしでこれらを自身でできるようになり、安定すれば、上記項目番号2-4, 11,16で高得点を獲得でき、合計点はACTからの移行を考えられる50にほぼ等しくなると考えられる。今回のACTによる支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性を探る調査で「ATR評価基準（50点以上）を満たさず、移行の可能性はないという結果になった」が、Dさんは、アパートで1人暮らしをしながらほし芋工場で8年間勤務を継続している。

第5節 ACTによる家族支援のアウトカムに関する縦断調査結果

第1項 家族の負担度に関する量的縦断調査結果

先行研究の調査から、精神障害者の環境としての家族の存在と精神障害者の地域移行が進み、家族が背負う負担との関係は精神障害者の継続した地域生活に重要な事項であることがわかった。ACTによる支援の介入の効果を家族の負担に焦点をおき、ACT介入前後の家族の負担をFBISを用いて評価した。介入前後の評定値の合計点を取り、それを元にノンパラメトリック検定で参加者内対応のある2つのデータを比較するため、Wilcoxonの符号付順位検定を行った。

表 3-5-1-1. 家族の負担度に関する調査の結果

	介入時	5年後	Wilcoxon test
家族の負担度 平均値(SD)	1.83 (0.86)	0.15 (0.15)	$z = -2.940, p = 0.003$
0(全く負担なし) - 2(深刻な負担がある)			

家族の負担度に関する調査の結果は、ACT介入時の家族の負担度尺度は、平均点が1.83点で、介入5年後の平均得点は0.15点で、Wilcoxonの符号付順位検定では、負担が有意に減少という結果であった。

第2項 家族の負担に関する事例

家族の負担に関する事例 1.

本事例研究の参加者10名から2名を例示する。

Eさん70代(女性)で、経済的基盤は老齢年金である。Eさんの子(以降、長男)は、40代(男性/高卒/未婚)診断名は、統合失調症である。チームAが介入する前の長男の背景は社会的長期入院者/入退院を頻回繰返者で、発病年齢は20代、罹患期間は約20年間あった。チームAの提供する支援内容よる分類では第3クラスターであった。Eさんと長男は同居していたが、長男が1回目入院した退院後からは別に暮らしている。Eさんの長男にチームAが介入する前の入院回数は2回、合計の入院日数は6,263日(約17年)であった。自分が元気なうちは長男の面倒は自分でみたいというEさん考えから、実母であるEさんが生活のキーパーソンになった。Eさんの長男にチームAが介入する前の問題点は、発病時に長男の被害妄想による暴力でEさんが本人に対して恐怖感を抱くようになったことであった。Eさんは長男がかawaiiように思えるが怖いという想いがあって関われない状況にあった。また、長男は自分が家族へ暴力に及んだことに対して自責の念を持ちEさん自身もキーパーソンでありながら実際には余り関れないなどの問題点が挙げられた。Eさんの負担度に関する調査の結果は、ACT介入時の家族の負担度尺度は、平均点が2.0点で、介入5年後の平均得点は0.17点で、1サンプルによるWilcoxonの符号付順位検定で負担が有意に減少という結果であった。EさんにチームAが介入前は、Eさんが手続や買物、受診へ一緒に行く、長男の服薬やイライラした時に話をするなど、長男のために動く時間が多いことがEさんの負担であった。介入後には、チームAがこれまでにEさんが長男にしていたことを代わりに提供することにより、Eさんが時間的に余裕を持つことができようになり、精神的にも楽になったことなどがFBISの点数として結果が示されたと考えられる。

家族の負担に関する事例 2.

Fさん 60代（女性）で、経済的基盤は給与である。Fさんの子（以降、長男）は、30代（男性／高卒／未婚）診断名は、統合失調症である。チーム A が介入する前の長男の背景は社会的長期入院者で、発病年齢は 10 代後半、罹患期間は約 20 年間あった。チーム A の提供する支援内容よる分類では第 3 クラスターであった。Fさんと長男は別に暮らしている。Fさんの長男にチーム A が介入する前の入院回数は 3 回、合計 756 日であった。長男の実父 Fさんの夫とは、長男が 3 歳の時に離別しており、Fさんが息子の生活のキーパーソンになった。長男にチーム A が介入する前の問題点は、統合失調症を発症した時に長男から罵倒されるなど辛い思いをした。その時の辛い思いを忘れることができず、恐怖感を拭えないことであった。長男の退院後に、Fさんを含む家族が服薬の管理と受診の伴走、相談にのることができるか不安であることが問題点として挙げられた。Fさんの負担度に関する調査の結果は、ACT 介入時の家族の負担度尺度は、平均点が 1.83 点で、介入 5 年後の平均得点は 0.33 点で、1 サンプルによる Wilcoxon の符号付順位検定で負担が有意に減少という結果であった。Fさんにチーム A が介入前は、息子が発病した当初に感じた怖い思いが消えないで、息子の生活全般の世話で困ったことなどがあっても誰にも相談できないことが Fさんの負担であった。介入後には、不安や困ったことがあるといつでも相談できることにより、使える制度などを知り、精神疾患についてわからないことなども少し理解ができるようになった。受診や薬の確認などをチーム A が代わりに担ってくれるので時間の余裕ができたために、FBIS の点数として結果が示されたと考えられる。

家族の負担に関する事例の考察 -家族の負担の実態とそれに対する対応-

精神障害者の家族に必要な支援について述べたが、家族が必要な支援はその状況や関係性によって全く異なると考えられる。家族が重症慢性精神障害者本人とどのような関係にあるのかということにより、抱えている負担が全く異なるということであった。例えば、精神障害者の親であれば、本人の面倒をみることは当然のことであると言った使命感を有し、本人のことで他の子供には迷惑はかけられないから自分で全てのことを解決しようと問題を抱え込む傾向にある。また、精神障害者の兄や姉は、親の想いに近い感情を有し、年若い親には苦勞をかけられないから自分が親の代わりに本人の面倒をみるといった決心のような感情を持つことがある。一方で、弟や妹など本人より年少者であれば、どうして自分が本人の面倒をみなければならないのか、本人の病気のために自分の生活までもが犠牲になることは迷惑であるという思いを有している傾向にある。そして、家族はそのすべてを抱える必要があると感じてしまうが、精神障害者に必要となる支援の全体像の把握が困難であるために、すべきことやその量も不明瞭であり、それがさらに精神的な負担に繋がっている。そこで、チーム A が介入する際にはまず、精神障害者と同様にその家族に対してもこれまでの大変な経験に対して労うことと、思いを受け止めることに専念するようにしている。介入後、ある程度の時間が経ち、信頼関係が構築できたと感じられるようになった段階からは、家族からの支援が必要な内容を限定して依頼することで、家族の精神的な負担が減少し、家族が快く支援を担ってくれた。また、本人との関係がどの立場であっても、精神疾患は、他の疾患と異なり、理解することが困難であり、精神障害者である本人とどのように接してよいかわからないという困惑した感情を持ってしまうようである。チーム A は、精神疾患に関して他の家族も一緒に段階を踏んで理解をしてもらえるように、学ぶ場の機会をつくるように工夫をしている。

本人への接し方に関しては、本人の自宅に訪問して、実際にスタッフが接しているところを何度も見てもらい、接し方を覚えてもらう機会を設けた。家族にとっては、精神障害者本人が解決困難な問題に直面することで不穏状態に陥ってしまうと、家族に対する暴言や暴力等にも繋がりがうる。実際に不穏状態に起きた暴言や暴力がトラウマとなり精神障害者本人に言いたいことが言えないという家族もいた。家族からの要望としては、問題のあるときに相談に応じることと、家族である自分の思いを代わりに本人に伝えて欲しいという希望が多い傾向にある。

第4章 考察と結論

第1節 結果の総括

第1項 結果の要約

本事例研究の目的は、重症慢性精神障害者の ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性を探索的に明らかにすることであった。ACT による支援の効果として、伝統的な地域ケアへの移行の可能性を明らかにするために、チーム A を事例として、複数の側面から捉えることにして、四つの調査を行った。

一つ目の調査は、参加者 ($n=98$) である重症慢性精神障害者の特徴を示す調査では、先行研究から得た重症慢性精神障害者の定義である診断 (Diagnosis)、障害 (Disability)、期間 (Duration) の側面から詳述することができ、第3章第1節で示したようにチーム A の対象者は、重症慢性精神障害者の定義に照らすと重症慢性精神障害者であることがわかった。

今回行なった参加者に提供している支援の内容の類似性により参加者をクラスター分析で分類する調査でチーム A の対象者である重症慢性精神障害者をさらに3分類することができた。

二つ目の調査であるチーム A の介入の効果の調査では、介入前後の入院回数と日数、精神症状の変化に焦点をおき調査を行った。入院回数・日数の調査では、参加者 ($n=98$) の入院回数と日数共に介入前と介入後では有意差があり、すなわち介入の効果がポジティブであることを示すことができた。また、介入の効果を参加者 ($n=89$) の精神症状の変化に焦点をおいて行なった調査では、BPRS を用いて得点の平均値で測定した。チーム A の介入時点 (ベースライン) と 10 回目の平均値の差を対応のあるサンプル t 検定を行なったところ有意差がみられ、介入により精神症状が改善されたことを示すことができた。

三つ目の目的は、探索的な試みとして ACT による支援を提供してきた参加者 ($n=10$) が、支援の効果として、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性を ATR を用いて測定し明らかにした。結果として今回の参加者全員が ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性があると判断できる得点である 50 点を満たしていなかった。すなわち、移行の可能性はないことがわかった。

四つ目の調査では、ACT 介入の効果を家族 ($n=11$) の負担に焦点をおき介入時と 5 年後の変化を FBIS を用いて調査し、家族の負担が有意に減少したことが明らかになった。

第2項 本事例研究の文献への貢献

重症慢性精神障害者に関する先行研究でわかったこと

重症慢性精神障害者に関する先行研究でわかったことは、まず、一般的な精神障害者の「重症度」に関する合意された定義がないことである。理由としては、構成要素に関する意味の違いに起因していた。しかしながら、重症慢性精神障害者という言葉をはじめて使用した NIMH が用いている 3 つの診断、障害、期間という構成要素を他の複数の研究が用いていることであった。また、ACT の対象者である精神障害者の重症度に関する先行研究では、具体的に従来の患者が自ら受診するカウンセリングタイプのケアでは地域での継続した生活が成り立たない者、頻回に入退院を繰り返す者など、どのような精神障害者が受傷であるのか例示されている。欧米では統合失調症患者の (i) 1/3 は時間を経て寛解する； (ii) 次の 1/3 は症状が少し残るが安定する； (iii) 残りの 1/3 は発病前の状態には戻らず良くならず、(iii) の人々をが ACT の対象者としていること、一方、日本における ACT の対象者は、社会的長期入院者やひきこもり者、未治療者、治療中断者、頻回に入退院を繰り返す者など、精神症状の影響が強く、自身の力では生活が立ち行かず、社会的に孤立している人々であるといった、ACT 対象者の ACT 介入前の背景が重症度に関わっていることがわかった。また、参加者に提供している支援の内容（メニュー・支援形態・量）の類似性により参加者をクラスター分析で分類した。すなわち、チーム A の対象者のみではあるが、重症慢性精神障害者をさらに持続支援型、危機介入型、入院代替型の 3 種類に分けることができた。第 1 クラスターは、「住宅支援」「金銭管理」「服薬確認」の支援の提供ニーズや問題を持った参加者で日常生活で危機介入が必要なグループで、第 2 クラスターは、「苦悩の聴き取り」「服薬確認」の支援の提供ニーズや問題を持った参加者で日常生活で持続的な支援が必要なグループで、第 3 クラスターは、「家族支援」「苦悩の聴き取り」「服薬確認」「頓服の服用調整・確認」「受け入れのケア会議」「危機介入」の支援の提供ニーズや問題を持った参加者で入院時と同様で入院代替となるような支援が必要なグループであることを示すことができた。このことは先行研究から見えてこなかった結果である。

ACT の開発・プログラム概要・変遷についての先行研究でわかったこと

ACT は、今から約半世紀ほど前の 1960-70 年代に、アメリカが脱施設化の全盛期を迎えた動きに伴い、一旦、精神科病院を退院した患者の頻回な入退院を防ぐために開発されたプログラムである。プログラムには、i) 人的資源、ii) 組織の枠組み、iii) サービスの特徴の 3 つの枠組みで構成されている ACT プログラムの主な原則があり、その原則が経年により、対象者も重症慢性精神障害者の単一ではなく、ACT チームがある地域の環境や暮らしている人口の特徴により、重症慢性精神障害者でありながらアルコール依存症であったり、ホームレスであったり、薬物依存症であるなど対象者層が広がった。また、リカバリーの理

念を尊重することと、ACT のニーズが高くプログラムの許容量が限界に達し、新規利用者を迎えることができなくなるチームが出現することにより、ACT プログラムの利用期限が無期限であったが有期限となるなど変化が生まれた。さらに、多様な対象者のニーズに応えるプログラムであることから、ACT プログラム実施の妥当性を評価するための尺度が開発され、そのうちのひとつである DACTS が広く用いられた。DACTS の評価で高得点を得たチームが支援を提供した ACT の対象者には、高い効果がでることが示されたことなど先行研究から多くのことがわかった。日本において、ACT をサービスシステムに位置づける診療報酬やその他の予算はない（瀬戸屋、2011）。しかし、本事例研究の研究方法で示したように、現行の制度を用いて ACT プログラムで重症慢性精神障害者が地域生活を継続することが可能であることを明らかにすることができた。

ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行についての先行研究でわかったこと

ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行についての先行研究でわかったことの一つ目は、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行は可能であることであった。文献調査した文献 5 つの先行研究の中で、Stein & Test (1980) は、ACT 介入により患者の入院の必要性が減少し、地域生活継続期間と適応が増すことが示された。しかし、ACT による介入を停止したところ、ACT の介入により得られた地域生活のスキルの多くが失われ、病院利用が急激に増加するという結果に至ったことから、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行はできないと結論している。一方、Hackman & Stowell (2009)、Cuddeback, Bigig, & Wright (2011)、Donahue, Manuel, Herman, Fraser, Chen, & Essock (2012)、LeFebvre, Dare, Farrell, & Cuddeback (2018) が試みた計 4 つの先行研究では、研究で用いた移行の可否を判断する尺度は同一のものではなかったものの、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行はできることが示された。これらの研究より ACT から従来の伝統的な地域ケアへの移行の重要なポイントは、(i) 利用者には、移行がステップアップといったポジティブな意味を持つことを説明すること、(ii) 利用者が移行の判断や決定のプロセスに参加し、その上で対象者の意向を重視すること、(iii) 移行後もアフターケアとして、関わる機関や人物が連携し、地域において包括的に利用者の支援をすること、(iv) ACT チームと移行先との密な情報の共有化を図ることの 4 点であると考察した。これらは、利用者の努力ではなく、主に、係わるチームの努力で解決する問題であると考えられ、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行は、広義の意味で可能であると結論した。また、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行についての先行研究でわかったことの一つ目は、文献調査した文献 5 つの中の 2 つの研究で、ACT を利用開始から、約 4 年で伝統的な地域ケアへの移行を考える必要があることが示されていた。今後、ACT 対象者 ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行を ACT プログラムの主な原則のひとつに追加する際には、この基準をひとつの目安であることがわかった。ACT は、開発から約半世紀が経ち、諸外国、特にアメリ

カでは、既に、無期限の ACT 利用から、リカバリーの概念から、有期限のサービスとなっている。そのために、2010 年以降 ACT から、ステップアップの意味で他のプログラムへの移行が実際に実践されている。そのため、ACT からの移行に関する研究が複数されている。一方で、日本においては、ACT の制度化もきわめて困難な状況になっている。故に、ACT から他のプログラムへの移行に関する先行研究は無い。本事例研究は、その部分を充填する文献への貢献できたと考えることができる。本事例研究で行なった ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性を測定する調査で、本調査の参加者 ($n=10$) の ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行が可能かどうか ATR 評価尺度を用いて調査を行い、尺度の基準を満たしたものは一人もいなかった。また、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性の参加者について、参加者に提供している支援の内容から参加者を分類した調査の結果を確認すると、「住宅支援」「金銭管理」「服薬確認」といった危機介入が必要な第 1 クラスターは 4 名で、「苦悩の聴き取り」「服薬確認」といった ACT の最も重要な支援内容で通常持続的な支援で安定している第 2 クラスターは 2 名で、「家族支援」「苦悩の聴き取り」「服薬確認」「頓服の服用調整・確認」「受け入れのケア会議」「危機介入」といった入院しているときと同じような支援をチームが提供することで、入院せずに地域生活が継続している第 3 クラスターは 4 名であった。再度、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行調査の参加者について考えてみると、参加者 10 名のうち、4 名が危機介入の支援ニーズや問題があり、4 名が入院代替の支援ニーズや問題がある。また、本事例研究の全対象者の傾向として、「服薬確認」の支援にニーズや問題がある。これは、病識が乏しいことが挙げられる。精神障害者の基本的な治療は対処薬の服薬と生活リズムの管理であるが、病識に乏しいために、通院や服薬の必要性を理解が困難で、生活リズムも崩れやすくなってしまふ。これに対する支援として、ACT では服薬確認や受診の同行を行っているが、これらの支援は身近な家族による提供は考えられうるものの、伝統的な地域ケアでの代替は不可能であると考えられる。家族からの支援が受けられたとしても、その障害のゆえに家族との距離の保持が難しく、家族が支援を提供し続けることに困難を感じやすい。さらに、本調査対象者 10 名のうち 9 名が社会的長期入院の経験者であるため、地域での生活経験に慣れておらず、その不安や不満からストレスをためがちであることも大きな理由のひとつになっていると考えられる。

第 2 節 今後の実践への課題

本事例研究は、重症慢性精神障害者の ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性を探索的に明らかにすることを目的として、4 つの調査を行った。4 つの調査のひとつである探索的調査の ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性を測定し移

行の可能性を明らかにした。本調査の参加者 ($n=10$) は、ATR 測定により移行が可能であると判断できる 50 点に充ちた参加者はなく伝統的な地域ケアへの移行が困難であることが明らかとなった。本節では、参加者の移行が可能となる条件に関して考察する。ACT による支援から伝統的な地域ケアへ移行するためには、どのような状況が整う必要があるのだろうか。ACT から伝統的な地域ケアへの移行に関する先行研究の文献調査で移行の重要なポイントの一つは、ACT 対象者の努力ではなく主に関わるチームの努力で解決する問題であることが示された。このことから、参加者の伝統的な地域ケアへの移行が可能となる条件の一点目は、関わるチームができる移行が可能になる対策を示したい。第 2 章第 3 章で示したように、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行準備度調査の参加者を含め、本事例研究の対象者 ($n=98$) をチーム A が提供している支援の内容の類似性により分類する調査を行った。その結果、第一クラスターは危機介入型の支援の提供が必要な参加者のグループ、第二クラスターは持続支援型の支援の提供が必要なグループ、第三クラスターは入院代替型の支援の提供が必要なグループという 3 つのグループに分類することができた。伝統的な地域ケアへの移行前に、対象者の支援で焦点となるポイントを明らかにして、次に、移行先を選択する際には、対象者の支援のポイントが提供可能になるように移行先を複数組み合わせる選択することができる。移行後も根拠に基いた支援の提供が可能になることから、環境を本人のニーズや問題に合うように整備することで、伝統的な地域ケアへの移行が可能になると考えられる。さらに、新規に ACT を利用する場合、対象者の意向を移行計画の中心に置きながら、介入の当初から ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行を計画に盛り込み、移行後の環境を整備しながら支援を提供することが、重症慢性精神障害者が地域で安定して暮らしていける地域環境を構築するために重要であると考えられる。参加者の伝統的な地域ケアへの移行が可能となる条件の二点目は、ACT プログラムを日本で実践するために、新たな法制度が必要であるのかということに関して考えたい。ACT を用いた重症慢性精神障害者への地域生活支援は、先行研究で示されたように ACT による支援でプラスの効果が示されており、開発されたアメリカ以外の国においても広く実践されている根拠に基いた実践プログラムである。ACT を日本でより浸透させるためには制度化もひとつの策であると考えられる。しかし、チーム A を含め、現行の医療や福祉サービスを組み合わせ、ACT 仕様の支援を提供しているチームは北海道から九州まで、2021 年時点で約 20 チームを超えており、支援者の工夫で解決する問題であるともいえる。ACT の特長は対象者に対する手厚いケアや家族への支援だけでなく、多職種が連携・相談しながら一人の対象者に取り組むことでもあり、多くの支援者が一人の対象者と連携することによって、社会で孤立する可能性も軽減し、精神障害者が地域で生活していくための強固なセーフティネットとなるだろう。参加者の伝統的な地域ケアへの移行が可能となる条件の三点目は、先行研究で示されたように ACT チームのスタッフに向けて移行についての理念、移行の手順、支援メニューなどについての研修の場を設けることが重要である。参加者の伝統的な地域

ケアへの移行が可能となる条件の四点目は、コミュニティーサポートの構築が移行の鍵のひとつであると思われる。地域においてひとつの機関が対象者をケアを担うのではなく、複数の機関（者）が関わり、対象者を地域に繋ぎとめる環境の構築は対象者にとって有益である。参加者の伝統的な地域ケアへの移行が可能となる条件の五点目は、関わる機関（者）が、何か問題が起きた時に集まって解決に向けてエネルギーを費やすのではなく、普段から定期的に情報の共有化を図ることであると考えている。

第3節 本事例研究の限界と今後の研究課題

研究結果に関する考察

本事例研究では、重症慢性精神障害者の ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性を探索的に明らかにすることを目的として、チーム A を複数の側面から記述し調査を行った。複数の調査のひとつである移行の可能性を探る調査では、全ての参加者に対して、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行が不可能であるという結果を示した。まず、調査対象者全員に共通する特徴について考察する。ATR 評価項目に関して、全ての参加者に共通するのは、ATR 評価項目 6 にも含まれている通り、精神疾患に関しての病識がないことである。チーム A のルーティン記録や定期アセスメントの記録から、参加者全員が病名を告知されていないか、告知されたこともあるが、長期に入院しているうちに忘れたか、理由がわからないまま通院をしている事がわかった。さらに、全ての参加者に共通して必要な支援内容は、i) 家族支援、ii) 苦悩の表明の聴き取り、iii) 定期受診同行同席、iv) 服薬の確認の4つの項目であった。これより想像されるのは、極めて多い頻度での不安があり訴え（苦悩の表明）を聴く必要があり、参加者は病識に乏しいため、i) 怠薬傾向にあることと、ii) 定期的に自分で受診することができない傾向にあることや家族への支援ニーズがあることであった。実際に、個々の事情も踏まえて考えてみると、参加者 10 名は、家族を含む他者との関係に苦しみ、上手く距離を保持できない傾向にある事がわかった。

本研究では「ACT による支援で、地域生活継続ができるようになった重症慢性精神障害者は、伝統的な地域ケアに移行が可能だろうか？」という問いに答えを出すためにチーム A を事例として、i) 地域生活継続性はどのくらい達成できたのか？、ii) 伝統的なケアへの移行準備度はどのくらいあるのか？、iii) 家族の負担は、どのくらい軽減できたのか？など、複数の側面から捉えた。移行の可能性の調査では、支援を提供した参加者 54 名のうち 10 名から理解と協力が得られたので実現した調査であった。結果、ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行は難しいと言う結果になった。また、ATR 調査からは、伝統的な地域ケアへの移行はできないことが示唆される一方で、ACT 支援により、利用者は地域で継続して生活できており、これも予想に反するものであった。これらのことより、必ずしも ATR

が移行可能性を反映するわけではないと考えられる。ACT チーム A の ACT による支援を受けることで精神症状に改善されて長期に地域で安定した生活ができ地域での生活が成り立っているという状況が示唆される。本事例研究では ATR の評価が移行可能な域に達したものは存在しなかったため、実際の ATR と伝統的な地域ケアへの移行が可能であったかどうかは検証ができていない。ATR に関しては、引き続き継続して調査を試み、さらに移行準備度を測定する他の尺度に関しても導入を考える必要がある。さらに、今回、ATR 尺度を用いた移行の可能性調査では、10 名の参加者全員が ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行はできないという結果になった。しかし、この調査参加者は「自分も次のステップを考えていいんだね。」と次のステップを考えるための調査に参加できたことを喜んでくれた。

調査後の 2021 年 11 月現在、この調査に協力いただいた 10 名は地域生活を継続し、そのうち 3 名が伝統的な地域ケアへ移行した。

本事例研究の限界

ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性の調査では、支援を提供した参加者 54 名のうち 10 名から理解と協力が得られたので実現した調査である。今回、ATR 尺度を用いた移行の可能性を明らかにする調査では、10 名の参加者全員が ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行はできないという結果になった。今回の調査の参加者は統合失調症で慢性重症精神障害者であり、調査の参加者の障害の程度や精神疾患の重症度はそれぞれに異なる。また、ひとつの ACT チームの事例を研究し、移行に関しての調査は事例数が少なかった。そのことからこの調査結果を一般化することはできない。この調査にもう少したくさんの利用者から理解と協力が得ることができれば、さらに異なる調査結果が得られた可能性はある。また、得られた結論は、ACT による支援は地域で生活するために必要な問題解決能力を獲得するというよりは、問題が起きたときにそれを解決できる相手を学習する、という意味で効果があるというものであった。受け入れているの重症度が異なる他のチームにおいて同様の結果が得られるとは限らない。重症な精神障害者の伝統的な地域ケアへの移行が可能であることを示す海外の例があるように、参加者によっては、すなわち、障害の程度が異なれば、伝統的な地域ケアへの移行が可能になると考えられる。しかし、参加者を元にした本研究において、移行が可能である程度の重症度を明確に示すことはできなかった。

研究方法の課題

ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性の調査で、参加者 ($n=10$) は伝統的な地域ケアへの移行の可能性はないという結果が出たのにも関わらず、長く安定した地域生活を送ることができている理由は何だったのであろう？本調査の参加者は、重症慢性精神障害者であり、入院年数が長期であり地域での生活経験に慣れておらず、精神症状の

影響で地域において孤立し、そのため不安、不満、困惑や恐怖からストレスを貯める傾向にある(谷中, 1996)。また、精神疾患という性質上、ストレスに脆弱であるため(野中, 2003)、予防策として不穏状態の回避のためには、訴え(苦悩の表明)を聴く事が重要であると考えられる。さらに、実際にパニック状態に陥ってしまった際には、危機介入を行うことで、入院を防ぐ大きな役割を担っている。これにより、本来は入院生活を余儀なくされる利用者たちが、安定した地域生活を送ることができたと考えられる。今後の研究の課題として、本事例研究を継続し、他のチームも含めて研究することである。また、本研究を継続し、結果を積み上げながら、他の分析方法を用いて分析を試みてみたい。例えば、打ち切り時間を考慮しながらイベントまでの時間を解析する生存時間解析(サバイバルアナリシス)も用いて、地域生活の継続性と入院までの時間や ACT 介入から ACT による支援から伝統的な地域ケアへ移行するまでの時間の分析を試みたい。

第5章 結語

本事例研究は、重症慢性精神障害者の ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性を探索的に明らかにすることを目的として、チーム A を複数の側面から記述し 4 つの調査を行った。1 つ目の調査では、参加者に提供している支援内容（メニュー）の類似性により参加者を 3 分類した。二つ目の調査では、ACT による支援の介入の効果を参加者の入院回数、日数と精神症状に焦点を置き調査を行い、ポジティブな効果を示すことができ、ACT による支援で、地域生活継続は達成できた。三つ目の調査は、探索的な試みとして、支援を提供してきた参加者の ACT による支援から伝統的な地域ケアへの移行の可能性は全体としては無いと示唆された。先行研究で示された ACT からの移行のポイントは、本人の努力ではなく、環境の整備が大切であることがわかった。また、移行に関しての研究の限界は、事例数が少ないことであった。今回の研究は、ひとつの ACT チームの事例を研究したので一般化することはできない。今後は、他のチームも含めての研究が、研究の課題である。地域生活継続は達成できたが、移行に関しては課題が残った。

謝辞

本論文の作成に当たり 7 年間にも及ぶ試行錯誤を重ねて参り困窮しておりましたところ、本学 総長 中島 恒雄 博士に貴重なお時間の中から、博士論文としての抜本的なご指導を賜りましたこと、感謝申し上げます。総長先生のご指導無くして、この論文の完成はあり得ませんでした。

また、本論文の作成に当たり温かく見守り、励ましのお言葉を掛けて頂き、ご指導を賜りました 研究科長 伊東 真理子 先生に感謝申し上げます。

加えて、本論文の作成当初から時には厳しく、時にはやさしくご指導をいただきました 田中 喜美子 先生にお礼を申し上げます。

ここに記しきれない多くの方々の学恩、ご支援—協力してくれたスタッフ—同一によって本論文が完成したことを銘記し、深く感謝いたします。

2022 年 1 月 10 日

志井田 美幸

参考文献

1. Aagaard, J. & Müller-Nielsen, K. (2011). Clinical outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: a case-control study with a 2-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(5), 299-305.
2. 足立 千啓 (2010). ACT : 包括型地域生活支援プログラム 精神障害とリハビリテーション, 14, 17-23.
3. Adamec C: How to Live With a Mentally Ill Person. New York, Wiley, 1996
4. Adm Policy Ment Health, p E. Bromley et al (2017) Clinical Factors Associated with Successful Discharge from Assertive Community Treatment. *Community Ment Health J* (2017) 53:p 916–921
5. 秋元波留夫 (1996) 日本障害者リハビリテーション協会発行 リハビリテーション研究 精神保健法の成立をめぐって 精神障害者施策の最近の動向 1.精神障害者法制度の変遷 (第 86 号) p27~32
6. Alan Robert Teo et al (2016) Hikikomori, A Japanese Culture-Bound Syndrome of Social Withdrawal? A Proposal for DSM-V. *J Nerv Ment Dis.* 2010 June; 198(6): p444–449.
7. Alvise Sforza Tarabochia (2013) *Psychiatry, Subjectivity, Community: Franco Basaglia and Biopolitics (Italian Modernities)*. Peter Lang Pub Inc
8. Amaresha and Venkatasubramanian (2012) Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview *Indian Journal of Psychological Medicine.* 34(1): 12-20
9. 青木 典子 (2003). 精神疾患患者の退院をめぐる家族の意思決定, 家族看護, 1(1), 112-119.
10. 荒井 由美子・工藤 啓 (2004). Zarit 介護負担尺度日本語版 (J-ZBI) および短縮版 (J-ZBI_8) 公衆衛生, 68(20), 125-127.
11. Audini, B., Marks, I. M., Lawrence, R. E., Connolly, J., & Watts, V. (1994). Home-based versus out-patient/in-patient care for people with serious mental illness: Phase II of a controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 165 (2), 204–210.
12. Awad & Voruganti (2008) The Burden of Schizophrenia on Caregivers: A Review. *Pharmaco Economics* vol.26, p149–162
13. Bae & Kung (2000) Family Intervention for Asian Americans With a Schizophrenic Patient in the Family. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(4),p535-
14. Becker RE, Meisler N, Stormer G, et al (1999): Employment outcomes for clients with severe mental illness in a PACT model replication. *Psychiatric Services* p104–106.
15. Bond, G. R. & Drake, R. E. (2007) Should We Adopt the Dutch Version of ACT? Commentary on “FACT: A Dutch Version of ACT”. *Community Mental Health Journal*, 43(4), 435-438.

16. Bond, G. R. & Drake, R. E. (2015). The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry, 14*(2), 240-242.
17. Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., & Latimer, E. (2001). Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes, 9*(3), 141-159.
18. Bond, G. R., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Rapp, C. A., & Zipple, A. M. (2004). How Evidence-Based Practices Contribute to Community Integration. *Community Mental Health Journal, 40*(5), 569-588.
19. Bond, G. R., Salyers, M.P. (2004). Prediction of outcome from the Dartmouth assertive community treatment fidelity scale. *CNS Spectrums, 9*(12), 937-942.
20. Bond, G. R (2015) Professor Gary Bond on the Assertive Community Treatment ACT Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=2o8uNVJgWV8> (2016/1/3)
21. Bond, G (2015). Professor Gary Bond on Assertive Community Treatment ACT, Phrenos Kenniscentrum Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=2o8uNVJgWV8>
22. Bonsack, C., Adam, L., Haefliger, T., & Conus, P. (2005). Difficult-to-Engage Patients: A Specific Target for Time-Limited Assertive Outreach in a Swiss Setting. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*(13), 845-850.
23. Bromley, Mikese, Whelan, Hellemann, Hunt, Cuddeback, Bradford, Alexander, Young (2017) Clinical Factors Associated with Successful Discharge from Assertive Community Treatment. *Community Mental Health J* (2017) 53 p916–921
24. Bromley, Mikesell, Armstrong, Young (2015) "You might lose him through the cracks": clinicians' views on discharge from Assertive Community Treatment. 42 p99-110
25. Brown, Birley, & Wing, (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic illness: A replication. *British Journal of Psychiatry, 121*, p241-258.
26. Burns & Guest (1999) Running an assertive community treatment team. *Advances in Psychiatric Treatment, vol. 5*, p. 348-356
27. Burns B.J. & Santos A.B. (1995). Assertive community treatment: An update of randomized trials. *Psychiatric Services, 46*(7), 669–675.
28. Burroughs T, Somerville J. (2013) Utilization of evidence based dialectical behavioral therapy in assertive community treatment: examining feasibility and challenges. *Community Ment Health J*. p25-32.
29. Burti (2015) イタリアの心理社会的リハビリテーション-過去・現在-未来- NPO 精神保健福祉交流促進協会, 精神保健福祉 国際セミナー (2015/10/03)

30. Butzlaff RL, Hooley JM (1998) Expressed emotion and psychiatric relapse. *Arch Gen Psychiatry*, 55:547–552.
31. Calsyn RJ, Morse GA, Klinkenberg WD, et al (1998): The impact of assertive community treatment on the social relationships of people who are homeless and mentally ill. *Community Mental Health Journal*. P579–593.
32. Carpentier, Lesage, Goulet, Lalonde, & Renaud, (1992) Burden of care of families not living with young schizophrenic relatives. *Hospital & Community Psychiatry*, 43, p38–43.
33. Certification Centre for ACT and Flexible ACT(2013). CCAF, Retrieved from: <http://ccaf.nl/> (2017年7月29日)
34. Chien WT, Norman I (2004) The validity and reliability of a Chinese version of the family burden interview schedule. *Nurs Res*. 53(5) p314-322
35. Chien, W. T., Chan, S. W., & Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1151-1161.
36. Clausen, Yarrow (2010) Paths to the Mental Hospital. *Journal of Social Issues* 11, p25-32
37. Cochrane JJ, Goering PN, Rogers JM (1977) The mental health of informal caregivers in Ontario: an epidemiological survey. *American Journal of Public Health* 87:2002–2008, 1997
38. Cook, J. (1988). Who “mothers” the chronically mentally ill? *Family Relations*, 37, 42–49.
39. クロンバックのアルファ (α) : 統計用語集統計 WEB.
Retrieved from <https://bellcurve.jp/statistics/glossary/1274.html> (2018/10/18)
40. Cuddeback et al. (2013) Consumers’ Perceptions of Transitions from Assertive Community Treatment to Less Intensive Services. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* Vol. 51(8) p39-45.
41. Cuddeback, Bigig & Wright (2011) The Assertive Community Treatment Transition Readiness Scale (ATR), 27th Annual Assertive Community Treatment Association Conference Huntington Beach, CA
42. Cuddeback, G. S. (2011). The Assertive Community Treatment Transition Readiness Scale® User’s Manual. The Ohio Department of Mental Health and The Health Foundation of Greater Cincinnati Retrieved from <http://studylib.net/doc/18709864/atr-users-manual>

43. Daniel Yohanna (2013) HISTORY OF MEDICINE Deinstitutionalization of People with Mental Illness: Causes and Consequences
44. David Harvey (2007) NEOLIBERALISM 新自由主義 その歴史的展開と現在. 作品社
45. Debra Hrouda, Jennifer Collins-Lakner. (2016) Fidelity to Assertive Community Treatment. Center for Evidence-Based Practice at Case Western Reserve University. Retrieved from <https://www.centerforebp.case.edu/client-files/events-supportmaterials/conf2016cebp-B3-hrouda-collins-lakner.pdf>
46. Deci PA, Santos AB, Hiott DW, et al (1995): Dissemination of assertive community treatment programs. *Psychiatric Services* p676–678.
47. DeVita, Teague & Moser (2011) Fidelity Scale Tool for Measuring Fidelity to Assertive Community Treatment」 (TMACT) American Psychiatric Nurses Association. P17-29
48. Dixon et al (2001) Evidence-Based Practices for Services to Families of People With Psychiatric Disabilities, *Psychiatric Services* July 2001 vol. 52 No. 7
49. Dixon L, Friedman N, Lehman A (1993): Compliance of homeless mentally ill persons with assertive community treatment. *Hospital and Community Psychiatry* p581–583.
50. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS et al. (2009) The Schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010; 36:48-70.
51. Dixon LB, Krauss N, Kernan E, et al (1995): Modifying the PACT model to serve homeless persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*. P684–688.
52. Dixon, L. (2000). Assertive community treatment: twenty-five years of gold. *Psychiatric Services*. 51(6), 759-765.
53. Doll, W. (1976). Family coping with the mentally ill: An unanticipated problem of deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 27, 183-185.
54. Donahue S. A., Manuel, J. I., Herman, D. B., Fraser, L. H., Chen, H., & Essock, S. M. (2012). Development and Use of a Transition Readiness Scale to Help Manage ACT Team Capacity. *Psychiatric Services*, 63(3), 223-229.
55. Drake & Burns (1995): Special Section on Assertive Community Treatment: An Introduction, *Psychiatric Services* Vol. 46 No. 7
56. Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, G B Teague, H Xie, K Miles, T H Ackerson (1998): Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry*. P201–215.
57. Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236–242.

58. Drake, R. E., et al (2000) Evidence-based Treatment of Schizophrenia *Curr Psychiatry Reports* 2000; 2 : 393-7
59. Edred Flak (2016) Clozapine for the ACT team: An Overview. 12th Training Session on Community Mental Health ACTT and Mental Health Court Support Program at Mount Sinai Hospital in Toronto.
60. Essock.S.M et al (2006) Comparison of ACT and Standard Case Management for Delivering Integrated Treatment for Co-occurring Disorders. *PSYCHIATRIC SERVICES* Vol. 57 No. 2. P185-196
61. European Assertive Outreach Foundation (EAOFF). Retrieved from <https://www.eaof.org/> (2017/2/4)
62. Fadden, Bebbington and Kuipers (1987) The Burden of Care: The Impact of Functional Psychiatric Illness on the Patient's Family. *British Journal of Psychiatry* ,150 p285-292
63. Fairweather, G. W., Sanders, D. H., Cressler, D. L., & Maynard, H. (1969). *Community life for the mentally ill: An alternative to institutional care*. Chicago, IL: Aldine.
64. Falloon, I. R., & Pederson, J. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment of the family unit. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 156–163. doi:10.1192/bjp.147.2.156.
65. Fam, J., Lee, C., Lim, B. L., & Lee, K. K. (2007). Assertive Community Treatment (ACT) in Singapore: a 1-year follow-up study. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 36(6), 409-412.
66. Fang-pei Chen (2013) Developing Community Support for Homeless People with Mental Illness in Transition. *Community Mental Health Journal* volume 50, p520–530
67. Farrell, D. (2011). All About Assertive Community Treatment (ACT). HRC resource, Retrieved from <https://www.samhsa.gov/homelessness-programs-resources> (2016/03/09)
68. Fekete, Bond, McDonel, Salyers, Chen, Miller (1998) Rural assertive community treatment: A field experiment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21, 371–379.
69. Finnerty, Manuel, Tochterman, Stellato, Fraser, Reber, Reddy, Miracle (2015) Clinicians' Perceptions of Challenges and Strategies of Transition from Assertive Community Treatment to Less Intensive Services. *Community Mental Health J* 51 p85–95
70. Fountain House. Home-Page. Retrieved from <https://www.fountainhouse.org/> (2018/12/28)
71. Francell, C., Conn, V., & Gray, D. (1988). Families' perceptions of burden of care for chronic mentally ill relatives. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 1296-1300.

72. Gibbs, A., Dawson, J., Ansley, C., & Mullen, R. (2005) How patients in New Zealand view community treatment orders. *Journal of Mental Health, 14(4)*, 357-368.
73. Goldman, H.H. (1982). Mental illness and family burden: A public health perspective. *Hospital and Community Psychiatry, 33*, 557-560.
74. Goscha RJ, Rapp CA, Bond GR et al. (2012) Case management and community psychiatry. In: McQuiston HL, Sowers WE, Ranz JM et al (eds). *Handbook of community psychiatry*. New York: Springer, p293-308.
75. Grad J, Sainsbury P (1968) The effects that patients have on their families in a community-care and a control psychiatric service: A two-year follow-up. *Br J Psychiatry 114*:265-278.
76. Guyatt, G. H. (1991) Evidence-based medicine. *ACP Journal Club, 114(2)*, A16.
77. Hackman, A. L., Stowell, K. R. (2009). Transitioning clients from assertive community treatment to traditional mental health services. *Community Mental Health Journal, 45(1)*, 1–5.
78. Harvey, C., Kallaspay, H., Matrino, S., White, S. Priebe, S., Wright, C., & Johnson, S. (2011). A comparison of the implementation of Assertive Community Treatment in Melbourne, Australia and London, England. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 20(2)*, 151-161.
79. Hastrup, L.H. & Aagaard, J. (2015). Costs and outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: 4-year register-based follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry, 69(2)*, 110-117.
80. Hatfield, A. (1987a). Coping and adaptation: A conceptual framework for understanding families. In A.B. Hatfield & H.P. Letley (Eds.), *Families of the mentally ill* (pp. 60-84). New York: Guilford Press.
81. Health Nepean Blue Montains Local Health District, New South Wales Government (2013). Implementing an Assertive Community Treatment Team to support consumers with a serious mental illness to live a life of their choosing in the community. Innovation Awards. New South Wales Government.
Retrieved from
<http://www.health.nsw.gov.au/innovation/2013awards/Documents/supporting-consumers-with-serious-mental-illness-web-27.pdf#search=%27Assertive+Community+Treatment+in++Australia%27> (2017/9/2)

82. Herman, D. B., Conover, S., Gorroochurn, P., Hinterland, K., Hoepner, L., & Susser, E. S. (2011). A Randomized Trial of Critical Time Intervention to Prevent Homelessness in Persons with Severe Mental Illness following Institutional Discharge. *Psychiatric Services*, 62(7), 713–719.
83. 平山 尚・藤井 美和・武田 丈 (2002) . ソーシャルワーク実践の評価方法. 中央法規出版
84. 平山・武田・呉・藤井・李 (2003) ショーシャルワーカーのための社会福祉調査法, ミネルヴァ書房
85. Hjärthag F., Helldin L., Karilampi U., & Norlander T. (2010). Illness-related components for the family burden of relatives to patients with psychotic illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 275-283. (2010).
86. Hoening, Hamilton (1966 a) The schizophrenic patient in the community and the effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry* 26 p165-176
87. Huguelet, P., Koellner, V., Boulguy, S., Nagalingum, K., Amani, S., Borrás, L., & Perroud, N. (2012). Effects of an assertive community program in patients with severe mental disorders and impact on their families. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 328-336.
88. 茨城県医療機能情報提供システム. 茨城県保健福祉部厚生総務課
Retrieved from <https://www.ibaraki-medinfo.jp/Search/Kamoku/> (2018/12/1)
89. 茨城県内精神科医療機関名簿. 茨城県精神保健福祉センター.
Retrieved from
<http://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/seiho/seishin/seishin/homepage-file/07meibo.html> (2018/12/1)
90. 市野川 容孝 (1992). 生-権力の系譜——ドイツを事例として——, ソシオロギス, 16, 120-133.
91. 市野川 容孝 (2000). 身体／生命 岩波書店
92. 市野川 容孝 (2007). 生-権力再論——餓死という殺害 現代思想 (pp 78-99) 青土社
93. 市野川 容孝 (2010). 生-権力論から見る精神医療の現在 日本精神医学会雑誌, 352-356.
94. 稲田 尚子 (2015) . 尺度翻訳に関する基本方針. 行動療法研究, 41 (2), p 117-125

95. Inciardi, Isenberg, Lockwood, Martin, & Scarpitti (1992): Assertive community treatment with a parolee population: an extension of case management, in Progress and Issues in Case Management. NIDA Research Monograph 127. Edited by Ashery RS. Rockville, Md, National Institute on Drug Abuse. p350-367
96. Ito, J., Oshima, I., Nishio, M., Sono, T., Uzuki, Y., Horiuchi, K., Tsukada, K. (2011). The effect of Assertive Community Treatment in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(5), 398-401.
97. 伊藤 順一郎 (2008). ACT は病床削減に貢献できるのか? 精神医学, 50 巻 12 号, 1177-1185.
98. 伊藤 順一郎 (2011). 包括的生活支援プログラム(ACT)による予後改善. 精神医学, 53(2), 161-168.
99. 伊藤 哲寛 (2005). 新自由主義政策下での精神保健福祉改革—グランドデザインの行方 日本精神科病院協会雑誌, 24, 26-30.
100. Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J., & Miettunen, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1296-1306.
101. Jacob, M., Frank E., Kupfer, D.J., & Carpenter, L.L. (1987). Recurrent depression: An assessment of family burden and family attitudes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 395-400.
102. Jim van Os (2005) Standardized remission criteria in schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Volume113, Issue2, Pages 91-95
103. Joel Sadavoy (2016) Inner World of the Patient with Schizophrenia, The 13th Training Sesson, For Japanese Association of Mental Health And Welfare Professionals On Community Mental Health Assertive Community Treatment and Mental Health Court Support Program, September 25th 2017
104. 香川 里美・越田 美穂子・大西 智恵 (2009). 長期入院統合失調症患者の家族が退院を受け入れる心理プロセス 日本看護科学会誌, 29(4), 88-97.
105. 上島国利, 立山萬里, 三村 將 (2017). 精神医学テキスト-精神障害の理解と治療のために (改訂第 4 版) - 株式会社南江堂
106. 上村 安一郎 (1974). 精神疾患の医療 横浜市調査季報, 41, 26-30.
107. 菅 民郎 (1993). 多変量解析の実践 (下) 現代数学社
108. Kathlyn L. Reed (1991) History of Federal Legislation for Persons With Disabilities. *The American Journal of Occpational Therapy*. Vol. 46. P397-408
109. 菊池信輝 (2016) 日本型新自由主義とは何か 占領期改革からアベノミクスまで. 岩波書店

110. Kim T. Mueser et al. (2003) Implementing Evidence-Based Practices for People With Severe Mental Illness. BEHAVIOR MODIFICATION, Vol. 27 No. 3, July p 387-411(Dartmouth Medical School).
111. 小林ら (2016) 日本語版 Thought Control Ability Questionnaire の作成及び信頼性・妥当性の検討. 心理学研究 2016年 The Japanese Journal of Psychology.
112. 国立国会図書館, アメリカ法の調べ方(連邦) Retrieved from https://rnavi.ndl.go.jp/research_guide/entry/US-federal-law.php (2019/05/23)
113. Kortrijk, H. E., Mulder, C. L., Roosenschoon, B. J., & Wiersma, D. (2010). Treatment Outcome in Patients Receiving Assertive Community Treatment. Community Mental Health Journal, 46(4), 330-336.
114. 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 (2012) 「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」より Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo/kyokushougai/hokenfukushibu-Kikakuka/0000046397.pdf>
115. 厚生労働省 (1995). 「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」 Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta4615&dataType=1&pageNo=1
116. 厚生労働省 (2004) 精神保健医療福祉の改革ビジョン (概要) 精神保健福祉対策本部. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> (2017年8月18日)
117. 厚生労働省 (2005) 障害者自立支援法の概要 1. 障害者自立支援法による改革のねらい Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/topics/2005/02/tp0214-1.html> (2017/8/18)
118. 厚生労働省 (2009) 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて. 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」資料
119. 厚生労働省 (2016) これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 第2回 「新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会」資料
120. 厚生労働省 (2017) 第1回精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会 最近の精神保健医療福祉施策の動向について精神科医療の現状について精神病床数(※)と平均在院日数推移(諸外国との比較) Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000462293.pdf>
121. 厚生労働省 (2017) 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 (精神障害分野) 精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究 Retrieved from <http://www.arsvi.com/d/m2017p1.htm> (2017/8/18)

122. 厚生労働省（2017）平成 29 年 社会福祉施設等調査の概況.2 障害福祉サービス等事業所・障害児通所支援等事業所の状況 （1）事業所数
Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/17/dl/gaikyo.pdf>
(2018/10/23)
123. 厚生労働省（2017）平成 29 年患者調査の概況 気分 [感情] 障害患者数
Retrieved from <http://www.zeneiren.or.jp/cgi-bin/pdfdata/20110316201549.pdf#search=%27%E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81+%E5%B9%B3%E6%88%9029%E5%B9%B4%E5%BA%A6+%E6%82%A3%E8%80%85%E8%AA%BF%E6%9F%BB%27>
(2019/09/26)
124. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部（2012）「障害者総合支援法における障害支援区分認定調査員マニュアル」資料
125. 厚生労働省（2020）新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会
Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-S_hakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000138403.pdf (2021/05/30)
126. Kung, W. W. (2003). The illness, stigma, culture, or immigration? Burdens on Chinese American caregivers of Patients with Schizophrenia. *Families in Society*, 84(4), 547-557.
127. 栗山 康弘・山根 寛 (2009) 重度精神障害者の地域生活支援システムについて：ACT-J, ACT-K の試みからみる課題 作業療法, 28(1), 14-22.
128. Lambert, M., Bock, T., Schöttle, D., Golks, D., Meister, K., Rietschel, L Schimmelmann, B. G. (2010). Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(10), 1313-1323.
129. Latimer EA (1999): Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*. p443–454.
130. Law, Andermann, Chow (2012) Family Burden on Caring for Members with Severe Mental Illness– A Semi-Structured Qualitative Pilot Study of Chinese Patients in an Assertive Community Treatment Setting. Ontario ACT Conference, Toronto,
131. Law, (2013). International implementation of Assertive Community Treatment (ACT) - a survey of adaptations and innovations. At Japanese association of mental health and welfare professionals on Community mental health ACT team and mental health court support program.

132. LeFebvre et al (2018) Transitions from Assertive Community Treatment Among Urban and Rural Teams: Identifying Barriers, Service Options, and Strategies. *Community Ment Health Journal*.54: p469–479.
133. Leff, Wig, & Ghosh (1987): Expressed emotion and schizophrenia in North India-III. Influence of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, 151, 166-173.
134. Lefley, H. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 1063-1070.
135. Lehman, Dixon, Kernan, DeForge, Postrado (1997): A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry* p1038–1043.
136. レスリー・マーゴリン (2003) ソーシャルワークの社会的構造, (株)明石書店
137. Li, J., Lambert, C. E., & Lambert, V. A. (2007). Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the people's republic of china. *Nursing & Health Sciences*, 9(3), 192-198.
138. Lim, C. G., Koh, C. W., Lee, C., & Poon, W. C. (2005). Community Psychiatry in Singapore: A Pilot Assertive Community Treatment (ACT) Programme. *Annals of the Academy of Medicine*, 34(1), 100-104.
139. Lin, Miller, Poland, Nuccio, & Yamaguchi (1991) Ethnicity and family involvement in the treatment of schizophrenic patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179: p631-634
140. Lin, Tseng, Kung (1995). *Chinese societies and mental health*. Oxford University Press.
141. Low, L., Tan, Y. Y., Lim, B. L., Poon, W. C., & Lee, C. (2013). Effectiveness of assertive community management in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 42(3), 125-132.
142. Lukoff D., Liberman, R. P., & Nuechterlein K. H. (1986). Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*. 12(4), 578–602.
143. Lynne D., Finnerty M., & Boyle P. (2005). Implementing EBPs: Early results and the use of the General Organizational Index and other tools in implementing EBPs. *Journal of Substance Abuse Treatment*.
144. Magliano, Fadden, Madianos, et al (1998) Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, p405-417.

145. Magliano L., Fiorillo A., Rosa C., Maj M., & National Mental Health Project Working Group. (2006). Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: Preliminary results from an Italian national study. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, (429), 60-63.
146. Marshall, M., & Lockwood, A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews (Online: Update Software), 2, CD001089.
147. Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (1998)
Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21491375>
Case management for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2): CD000050.
148. Marx, Test and Stein (1973) Extrohospital Management of Severe Mental Illness Feasibility and Effects of Social Functioning. *Archives General Psychiatry* vol. 29, P505-511.
149. Maurin, Boyd (1990) Burden of Mental Illness on the Family: A Critical Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. IV, No. 2, p 99-107
150. McFarlane WR (1997): Fact: integrating family psychoeducation and assertive community treatment. *Administration and Policy in Mental Health*. p191–198.
151. McFarlane WR, Dushay RA, Stastny P, et al (1996): A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. *Psychiatric Services*. p744–750.
152. McFarlane WR, Stastny P, Deakins S (1992): Family-aided assertive community treatment: a comprehensive rehabilitation and intensive case management approach for persons with schizophrenic disorders. *New Directions for Mental Health Services*. p43–54.
153. McGrew, J. H., Bond, G. R., Dietzen, L., & Salyers, M. (1994). Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62(4), 670-678.
154. McGrew, J. H., Wilson, R., & Bond, G. R. (2002). An exploratory study of what clients like least about assertive community treatment. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 53, 761–763. doi:10.1176/appi.ps.53.6.761.
155. McRae J., Higgins M., Lycan C., & Sherman W. (1990). What happens to patients after five years of intensive case management stops? *Hospital & Community Psychiatry*, 41(2), 175-179.
156. Mechanic, D. (1991) Strategies for integrating public mental health services. *Hospital and Community Psychiatry*, 42:797-801, 1991.

157. Meisler N, Blankertz L, Santos AB, & McKay (1997): Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance use disorders. *Community Mental Health Journal*. P113–122.
158. Meyer and Morrissey (2007) A Comparison of Assertive Community Treatment and Intensive Case Management for Patients in Rural Areas. *Psychiatric Services* 58 p121-7
159. Michel Foucault (原著), 田村 俣 (翻訳) (1977) : 監獄の誕生, 新潮社
160. Michel Foucault (原著), 渡辺守章 (翻訳) (1986) : 知への意志 (性の歴史), 新潮社
161. Michael Winter, (1990) Former Director of the Center for Independent Living, Hawaii and Berkeley, California. Development of Administration Council on Developmental Disabilities. Retrieved from <http://mn.gov/mnddc/ada-legacy/ada-legacy-moment27.html> (2019/04/23)
162. Mirella Ruggeri et al (2018) Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry* Volume 177 Issue 2.
163. Minnesota-gov. History of Vocational Rehabilitation.
Retrieved from https://mn.gov/mnddc/parallels2/four/rehab_act/rehab1.html (2019/0527)
164. Marx, A.J., Test, M.A., & Stein, L.I. (1973) Extrahospital Management of Severe Mental Illness. Feasibility and effects of social functioning, *Arch Gen Psychiatry* Vol 29, p505-511
165. 美馬 達哉 (2015). 生を治める術としての近代医療：フーコー『監獄の誕生』を読み直す 現代書館
166. 見浦康文：精神障害者のリハビリテーション， *ソーシャルワーク研究*. 7;256, (1981)
167. 宮田 量治・藤井 康男・稲垣 中・稲田俊成・八木剛平 (1995). Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 日本語版の信頼性の検討. *臨床評価*, 23 (2), 357-367.
168. Mohamed, S., Rosenheck, R., & Cuedon, T. (2010). Who terminates from ACT and why? Data from the national VA mental health intensive case management program. *Psychiatric Services (Washington, D. C.)*, 61(7), 675–683.
169. Monroe-DeVita, M., Teague, G. B., & Moser, L. L. (2011). The TMACT: a new tool for measuring fidelity to assertive community treatment. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), 17-29.
170. Morrissey JP, Meyer P, Cuddeback G. (2007) Extending assertive community treatment to criminal justice settings: origins, current evidence, and future directions. *Community Ment Health J*. p527-44.

171. 文部科学省：第2章 心のケア 各論 1 心のケアの基本 ストレスとは
Review from http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/clarinet/002/003/010/003.htm
(2019/09/28)
172. Mosher L. R. & Burti L. (1989) *Community Mental Health*. New York: W. W. Norton & Company
173. M.T. Finnerty et al (2015) Clinicians' Perceptions of Challenges and Strategies of Transition from Assertive Community Treatment to Less Intensive Services. *Community Ment Health J* (2015) 51: p 85–95.
174. Mueser et al: (1998) Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management, *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 24, No. 1
175. 中村 和彦 (2008) アクションリサーチとは? *Human Relations*, (7), 1-25.
176. National Park Service U.S. Department of the Interior. Disability History: The Disability Rights Movement.
<https://www.nps.gov/articles/disabilityhistoryrightsmovement.htm> (2018/12/5)
177. 日本医師会：JMAP 地域医療情報システム，地域別統計 茨城県
Retrieved from <http://jmap.jp/cities/detail/pref/8> (2018/12/1)
178. 西尾雅明 (2004) 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
179. 西尾雅明・伊藤順一郎 (2003). ACT がわが国で必要とされているのはなぜか? *精神障害とリハビリテーション*, 7 (2), 105-110.
180. 西尾 雅明 (2008) 日本における ACT の実施状況 *精神医学*, 50(12), 1157-1164.
181. 西尾 雅明 (2014). 近未来の ACT (Assertive Community Treatment) *精神医学*, 56(12), 997-1010.
182. 野口 正行 (2011). 精神保健サービスにうまくアクセスできないのはどのような事情によるのですか? *公衆衛生*, 75(5), 408-411.
183. Noh, Turner (1987) Living with psychiatric patients: Implications for the mental health of family members. *Social Science & Medicine*, 25, p263–271.
184. 野中 猛 (2003) 精神科リハビリテーション. 中央法規
185. Nordén, T., Malm, U., Norlander, T. (2012). Resource group assertive community treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness: A meta-analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8, 144-151.
186. Nordentoft M, Melau M, Iversen T et al. (2015) From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early Interv Psychiatry* p156-62.

187. Ochoa, S., Vilaplana, M., Haro, J. M., Villalta-Gil, V., Martínez, F., Negredo, M. C., NEDES Group (2008). Do needs, symptoms or disability of outpatients with schizophrenia influence family burden? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 612-618.
188. OECD (2011) Making Mental Health Count Number of mental hospital beds Retrieved from <https://www.oecd.org/els/health-systems/MMHC-Country-Press-Note-Japan-in-Japanese.pdf>
189. 岡本, 谷垣, 長柄 (2014) ACTプログラムを受けた精神疾患を有する人の家族の思いの変化, 日本看護研究学会雑誌 Vol. 37 No. 2
190. 岡村正幸 (2013) ポスト脱施設・制度化社会の行方 システムの人間化をめぐって. 佛教大学社会福祉学部論集 第9号
191. 大野 裕 (2014). 精神医療・診断の手引き—DSM-III はなぜ作られ、DSM-5 はなぜ批判されたか 金剛出版
192. 大島 巖 (1987) 精神障害者をかかえる家族の協力姿勢の実態と家族支援のあり方に関する研究, 精神神経学雑誌, 89. P204-241.
193. 大島 巖, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦, 岡上和雄 (1994) : 精神分裂病者を支える家族の生活機能と EE (Expressed Emotion) の関連, 精神神経学雑誌, 96(7) : 493-512
194. Oregon Center of Excellence for Assertive Community Treatment (2014). Transition to Less Intensive Services. Oregon Center of Excellence for Assertive Community Treatment. Retrieved from <http://oceact.org/monthly-technical-assistance-calls/> (2016/8/30)
195. Overall, J. E. & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799-812.
196. Pai, S. and Kapur, R. L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule, *The British Journal of Psychiatry*, 138, 332-335.
197. Pearlin, Schooler (1978) The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19 p2-21.
198. Perese et al (2004) Effectiveness of Assertive Community Treatment for Patients Referred under Kendra's Law: Proximal and Distal Outcomes. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 9 (1), p5-9.
199. Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Kaczynski, R., Swartz, M. S., Cañive, J.M., & Lieberman, J. A. (2006). Components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(8), 1117-1125.

200. Perlick, D., Stastny, P., Mattis, S., & Teresi, J. (1992). Contribution of family, cognitive and clinical dimensions to long-term outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 6, 257–265. Doi: 10.1016/0920-9964(92)90009-T.
201. 令和元（2019）年 医療施設(動態)調査・病院報告の概況. P21. 3. 平均在院日数
（1）病床の種類別にみた平均在院日数.
Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/19/dl/09gaikyo01.pdf> (2020/12/11)
202. Rosenheck, R. A. & Dennis, D. (2001). Time-limited assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 58(11), 1073-1080.
Retrieved from
<http://www.health.nsw.gov.au/innovation/2013awards/Documents/supporting-consumers-with-serious-mental-illness-web-27.pdf#search=%27Assertive+Community+Treatment+in++Australia%27> (2017/9/2)
- Rosenheck, R. A. & Dennis, D. (2001). Time-limited assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 58(11), 1073-1080.
203. Rosenheck, R. A., Neale, M. S., Mohamed, S. (2010). Transition to low intensity case management in a VA assertive community treatment model program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(4), 288-296.
204. Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Hynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
205. Sadavoy (2016) The Inner World of the Patient with Schizophrenia. Community Mental Health Assertive Community Treatment and Court Support Program 12th Training Session. (2016/09/16)
206. 佐川まこと（2014）ACT導入における家族の変化とその要因 8人の精神障害者の家族のインタビューの分析を通して，東洋大学院紀要, 51, p265-292
207. 坂井, 蓮見（2006）自由主義はどこへ行く 米英政治経済からの再考. 彩流社
208. 酒井佳永, 金吉春, 秋山剛, 他（2002）：精神統合失調症患者の家族の負担に関する研究～患者の病識と家族の精神疾患への認識との関連，精神医学 44（10），1087–1094.

209. Salyers, M., Hicks, L. J., McGuire, A. B., Baumgardner, H., Ring, K. & Kim, H. (2009). A Pilot to enhance the recovery orientation of assertive community treatment through peer-provided illness management and recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12, 191-204.
210. Salyers, M. P., Masterton, T. W., Fekete, D. M., Picone, J. J., & Bond, G. R. (1998). Transferring clients from intensive case management: Impact on client functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 233-245.
211. Samuel Law, Lisa Andermann, Wendy Chow (2012) Family Burden on Caring for Members with Severe Mental Illness– A Semi-Structured Qualitative Pilot Study of Chinese Patients in an Assertive Community Treatment Setting. Ontario ACT Conference, Toronto
Retrieved from: <https://www.youtube.com/watch?v=pj-AvTOdk2Q> (2018/8/10)
212. Santos AB, Hawkins GD, Julius B, et al (1993): A pilot study of assertive community treatment for patients with chronic psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry* 150:501–504.
213. 佐藤郁哉 (2015) :社会調査の考え方 (上) (下) 東京大学出版
214. 佐藤三四郎, 橋口穹枝, 渡嘉敷暁, 他 : わが国におけるシステム化の動向——生活支持の観点から. *臨床精神医学*, 9 ; 647, (1980)
215. Saul Feldman (1983) Out of the Hospital, onto the Streets: The Overselling of Benevolence Hastings Center Report 13 (3):5-7
216. 澤 温 (2008). 日本における ACT の普及予測 *精神医学*, 50(12), 1167-1175.
217. Schene (1990) Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrative framework for research. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 25: p289-297
218. Schene (1994) Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 29: p228-240
219. Scheper-Hughes, N. (1987). Lovell, A., M. (Ed.) *Psychiatry Inside Out: Selected Writings of Franco Basaglia*. New York, NY: Columbia University Press.
220. Schinnar A, Rothbard A, Kanter R, et al (1990) An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry*; 147: 1602-8.
221. Scott JE, Dixon LB (1995): Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 21:657–668.
222. 精神保健福祉研究会 (監) (2018) . 精神保健福祉法詳解<三訂> 中央法規出版

223. 『精神医療』編集委員会・精神保健従事者団体懇談会（2004）. 脱施設化とノーマライゼーションの実現 『精神医療』編集委員会（編）・精神保健従事者団体懇談会（編）批評社
224. 瀬戸屋雄太郎（2011）日本の ACT の概観 フィデリティー調査などから見えていること精神経誌 113 巻 6 号
225. Shiida, M. & Chow, W. (2016). The development of KUINA Centre Japanese Assertive Community Treatment Team (ACTT): Outcomes and challenges. *Paper presented at Act III - Beyond the Standards OAA International ACT Conference.* (Niagara, Canada).
226. Shiida, M. & Chow, W. (2016). The development of KUINA Centre Japanese Assertive Community Treatment Team (ACTT): Outcomes and challenges. *Paper presented at the 8 th International Conference on Social Work in Health and Mental Health, (Singapore).*
227. 志井田 美幸（2015）. 重症慢性精神障害者に対する地域生活支援 東京福祉大学修士論文
228. 志井田 孝・秋坂 真史・志井田 美幸（2002）. 医療と生活支援をいかに統合するか? : 「町に分散した病棟」の構想 病院・地域精神医学, 45(1), 39-41.
229. 白石 正巳・滝沢 武久・青木 眞策（2004）社会的入院患者の家族等環境調査 第 28 回丸紅基金福祉助成金調査報告書, 1-20.
230. Siskind & Wiley-Exley (2009) Comparison of assertive community treatment programs in urban Massachusetts and rural North Carolina. *Administration and Policy in Mental Health*, 36 p236-246
231. Solomon P. (1992) The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. *Community Ment Health J*; 28: 163-80
232. Solomon, Draine, Mannion, Meisel (1998) Increased Contact With Community Mental Health Resources as a Potential Benefit of Family Education. *Psychiatric Services* vol. 49 No.3 p333-339
233. 染矢 俊幸（2018）抗精神病薬治療と身体リスクに関する合同プロジェクトの背景と成果-統合失調症患者さんの健康と命を守るため- 日本精神神経学会 120 巻 12 号 p p 1074-1081
234. 園 環樹・大島 巖・贅川 信幸・堀内 健太郎・深谷 裕・瀬戸屋 雄太郎・西尾 雅明・伊藤 順一郎（2008）. ACT-J の利用が重度の精神障害を抱える人たちの家族に及ぼす効果: 家族自記式アウトカム評価 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協力研究報告書, 国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部

235. Stein LI, Test M.A, Marx AJ. (1975) Alternative to the hospital: a controlled study. *Am J sychiatry*; 132: 517-22
236. Stein LI, Test MA. (1985) The Training in Community Living model: a decade of experience. *New Dir Ment Health Serv*; 26: 1-98
237. Stein, L. I., & Santos, A. B. (1998). *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*. 全 274 頁 New York /London.W. W. Norton & Co.
238. Stein, L. I., & Test M. A, (1980) Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392-397.
239. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services (2008). *Evaluating Your Program Assertive Community Treatment*. 33-54.
240. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services (2008). *Evaluating your program: Assertive community treatment*, 57-72. Retrieved from <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA08-4345/EvaluatingYourProgram-ACT.pdf>
(2017/8/22)
241. 杉原 努 (2016) 精神科病院長期入院者の退院に至る変化に関する研究. 精神科病院長期入院者が退院支援者からの働きかけによって退院していくプロセス. 臨床心理学部研究報告 第9集
242. 杉本豊和 (2005) 障害者自立支援法案をめぐって 精神障害者施策. 「ノーマライゼーション 障害者の福祉」11月号 (第25巻 通巻292号)
243. 住山 孝寛・北村 俊則 (1995) . BPRS 改訂版、下位尺度、信頼性と妥当性 *精神科診断学*, 6(2), 203-218.
244. Susser, E., Valencia, E., Conover, S., Felix, A., Tsai, W. Y., Wyatt, R. J. (1997). Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A "critical time" intervention after discharge from a Shelter. *American Journal of Public Health*, 87(2), 256-262.
245. 社会保障審議会障害者部会 (2018) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
246. Sytema, S., Wunderink, L., Bloemers, W., Roorda, L., & Wiersma, D. (2007). Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(2), 105-12.
247. 高木 俊介 (2011). これからの精神科地域ケアと ACT *臨床精神医学*, 40, 691-696.

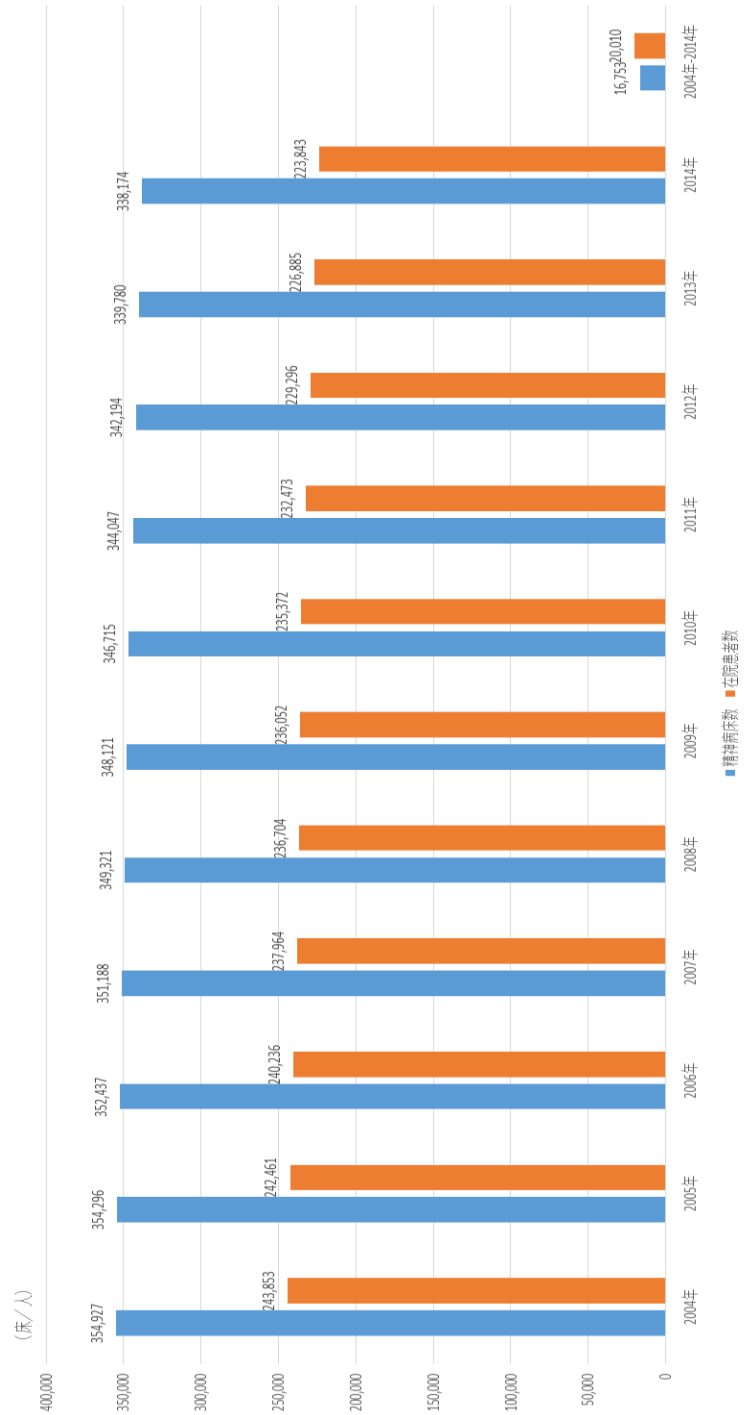
248. 高木 俊介 (2014). コミュニティ・ケアにおける ACT の位置づけと役割 精神神経学雑誌, 116(6), 487-492.
249. Talbott JA (1990) Current perspectives in the United States on the chronically mentally ill. In Recent Advances in Schizophrenia. Edited by Kales A, Stefanis CN, Talbott J. New York: SpringerVerlag; 279–295. 31.
250. 滝村雅人 (2004). 精神衛生法の研究 名古屋市立大学人文社会学部研究紀要 第 17 号
251. Tamaki Sono, Iwao Oshima, Junichiro Ito (2008): Family needs and related factors in caring for a family member with mental illness: Adopting assertive community treatment in Japan where family caregivers play a large role in community care. Japanese Society of Psychiatry and Neurology
252. 田野中 恭子 (2011). 統合失調症の家族研究の変遷. 立命館人間科学研究, 23, 75-89.
253. Teague, G. B., Bond, G., & Drake, R. E. (1998). Program Fidelity in Assertive Community Treatment: Development and Use of a measure. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 216-232.
254. Teague, G. B., Drake, R. E., & Ackerson, T. H. (1995). Evaluating use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse. *Psychiatric Services*, 46(7), 689-695.
255. Test MA. Continuity of care in community treatment. *New Directions for Mental Health Services*. 1979;2:15–23.
256. Test M.A, Stein LI. (1980) Alternative to mental hospital treatment. III. Social Cost. *Archives of General Psychiatry*, 37:409-412
Retrieved from <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA08-4345/EvaluatingYourProgram-ACT.pdf> (2017/8/19)
257. The Smith-Fess Act of 1920. Retrieved from <https://www.sutori.com/item/the-smith-fess-act-of-1920-helped-to-establish-federally-funded-rehabilitation-s> (2019/05/01)
258. Thompson, Doll (1982) The Burden of Families Coping with the Mentally III: An Invisible Crisis. *National Council on Family Relations Vol. 31, No. 3*, p 379-388
259. 鼓 美紀・辻 陽子・西井 正樹・出田 めぐみ・祐野 修 (2012). 文献研究からみる精神障害者の地域生活支援の課題に関する考察 総合福祉科学研究, 3, 75-186.
260. 臺弘:精神疾患, リハビリテーションプログラムとその効果. 医学のあゆみ 116; 538, (1981)

261. Vanderlip, E. R., Cerimele, J. M. & Monroe-Devita, M. (2013). A Comparison of Assertive Community Treatment Fidelity Measures and Patient-Centered Medical Home Standards. *Psychiatric Services*, 64(11), 1127-1133.
262. Van Veldhuizen, J. R. (2007). FACT: A Dutch Version of ACT. *Community Mental Health Journal*, 43(4), 421-433.
263. van Vugt, et al. (2011) Assertive Community Treatment in the Netherlands: Outcome and Model Fidelity. *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol 56, no 3, mars
264. van Vugt, M. D. (2015). *Assertive Community Treatment in the Netherlands*. Erasmus University Rotterdam Retrieved from <http://hdl.handle.net/1765/78111> (2017/9/17)
265. Ware, N. C., Tugenberg, T., Dickey, B., & McHorney, C. A. (1999). An ethnographic study of the meaning of continuity of care in mental health services. *Psychiatric Services*, 50(3), 395–400.
266. Weisbrod B.A., Test MA, Stein LI. (1980) Alternative to mental hospital treatment. II. Economic Benefit-Cost Analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37:400-405.
267. Wei Zhao et al. (2015) First Adaptation of a Family-Based ACT Model in Mainland China: A Pilot Project: *Psychiatric Services* 66:4, p438-441
268. Wendy Chow, et al. (2010) Multi-Family Psycho-Education Group for Assertive Community Treatment Clients and Families of Culturally Diverse Background: A Pilot Study. *Community Ment Health Journal*, 46:364–371.
269. Wendy Chow., Andermann, L., Shiida, M., (2017). Adapting the Assertive Community Treatment (ACT) for the needs of different communities: A comparative case study of KUINA ACT Japan and Mt. Sinai ACT Canada. *The 25th European Congress of Psychiatry* (EPA 17). (Florence, Italy),
270. Wendy Chow., Shiida, M., Hirosue, A., Law, S., Leszcz, M., & Sadavoy, J. (2011). Adapting ACT to Serve Culturally Diverse Communities: A Comparison of a Japanese and a Canadian ACT Team. *Psychiatric Services*, 62(8), 971-974.
271. Wendy Chow., Shiida, M., Sadavoy, J. (2006). Adapting the ACTTeam model to the needs of different communities: A comparative case study of two ACTTeam programs (KUINA Center, Japan, and Mount Sinai, Canada). Paper presented at the American Assertive Community Treatment Team Conference (Chicago).
272. Winefield, H.R... & Harvey, E.J. (1993). Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 19, 619-625.
273. Wingerson D, Ries RK (1999): Assertive community treatment for patients with chronic and severe mental illness who abuse drugs. *Journal of Psychoactive Drugs*. p13–18.

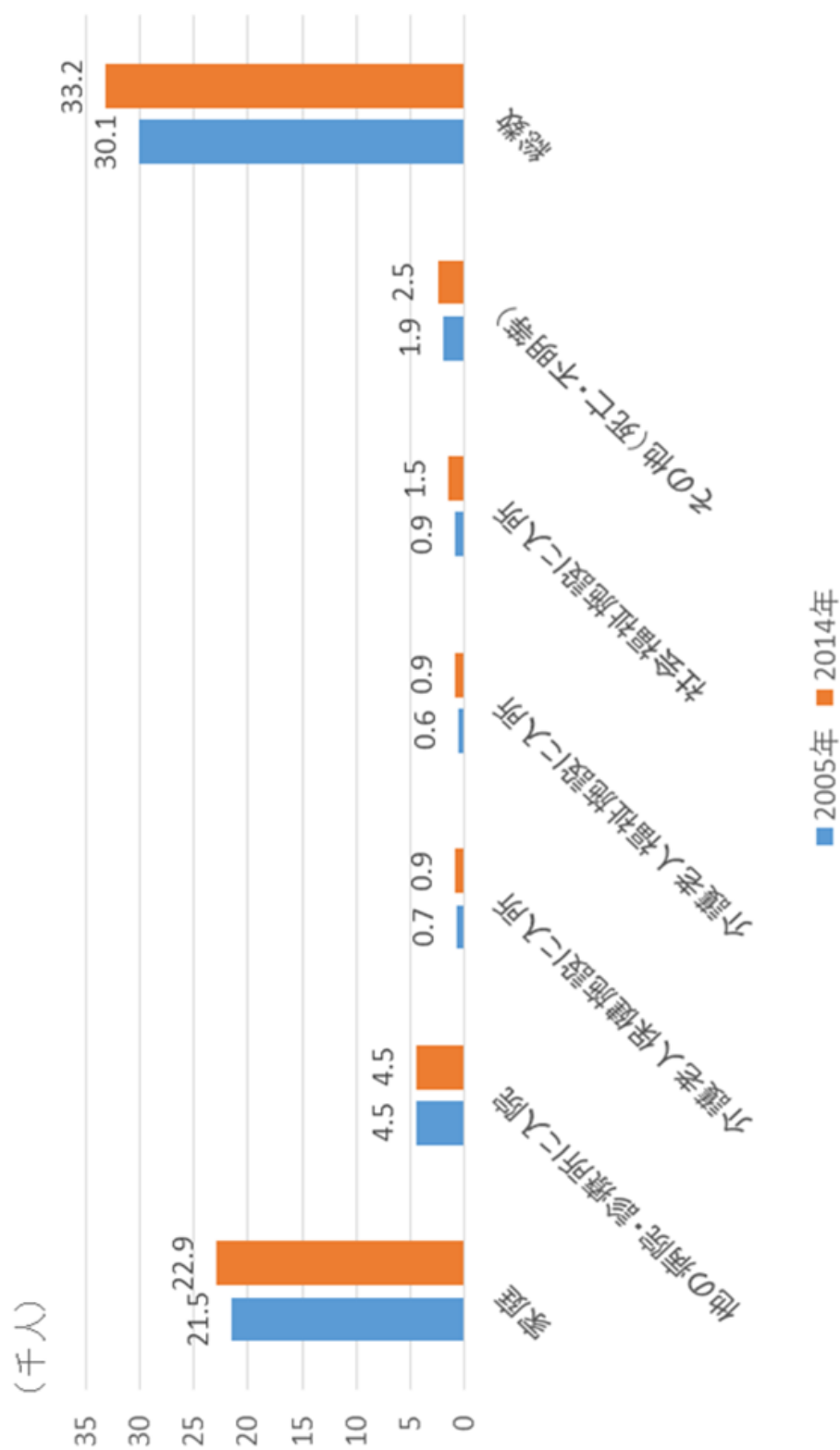
274. Woesner, M. E., Marsh, J., & Kanofsky, J. D. (2014). The assertive community treatment team: an appropriate treatment for medical disorders that present with prominent psychiatric symptoms. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(4). doi: 10.4088/PCC.14br01639 Retrieved from http://www.psychiatrist.com/PCC/article/_layouts/ppp.psych.controls/BinaryViewer.aspx?Article=/pcc/article/Pages/2014/v16n04/14br01639.aspx&Type=Article.
275. World Health Organization: (1993) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria for research.
276. World Health Organization (2017): WHO: What is people-centred care?
277. W.W. Shen (1999) A history of antipsychotic drug development, *Comprehensive Psychiatry* Vol 40, 6, 1999, P407-414
278. 山口 一 (2016) : 精神障がい者の家族の困難度・負担と援助ニーズに関する研究, 桜美林大学
279. 柳井 晴夫・若坪 秀一 (1976) : 複雑さに挑む科学——多変量解析入門 講談社
280. 谷中輝雄 生活支援 やどかり出版 (1996)
281. Yang, Law, Chow et al (2005) Assertive Community Treatment for Persons With Severe and Persistent Mental Illness in Ethnic Minority Groups. *PSYCHIATRIC SERVICES* Vol. 56 No. 9 p1053-1055
282. 四訂精神保健福祉法詳解 (2018) 中央法規出版社. P4-20
283. 横倉 聡 (2017) わが国の精神保健福祉施策、100年の歴史から学ぶこと. 東洋英和女子学院大学「人文・社会科学術論集」第35号 (2017年度)
284. 吉田 光爾・瀬戸屋 雄太郎・瀬戸屋 希・高原 優美子・英 一也・角田 秋伊藤 順一郎 (2013). 重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチサービスにおける機能分化の検討 精神障害とリハビリテーション, 39-49.
285. Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
286. Zubin J and Spring B (1977): Vulnerability; a new view of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 86. p103-126.
287. Naomi Zumstein and Florian Riese (2020) Defining Severe and Persistent Mental Illness—A Pragmatic Utility Concept Analysis vol. 11, Article 648, *Frontiers in Psychiatry*

図表

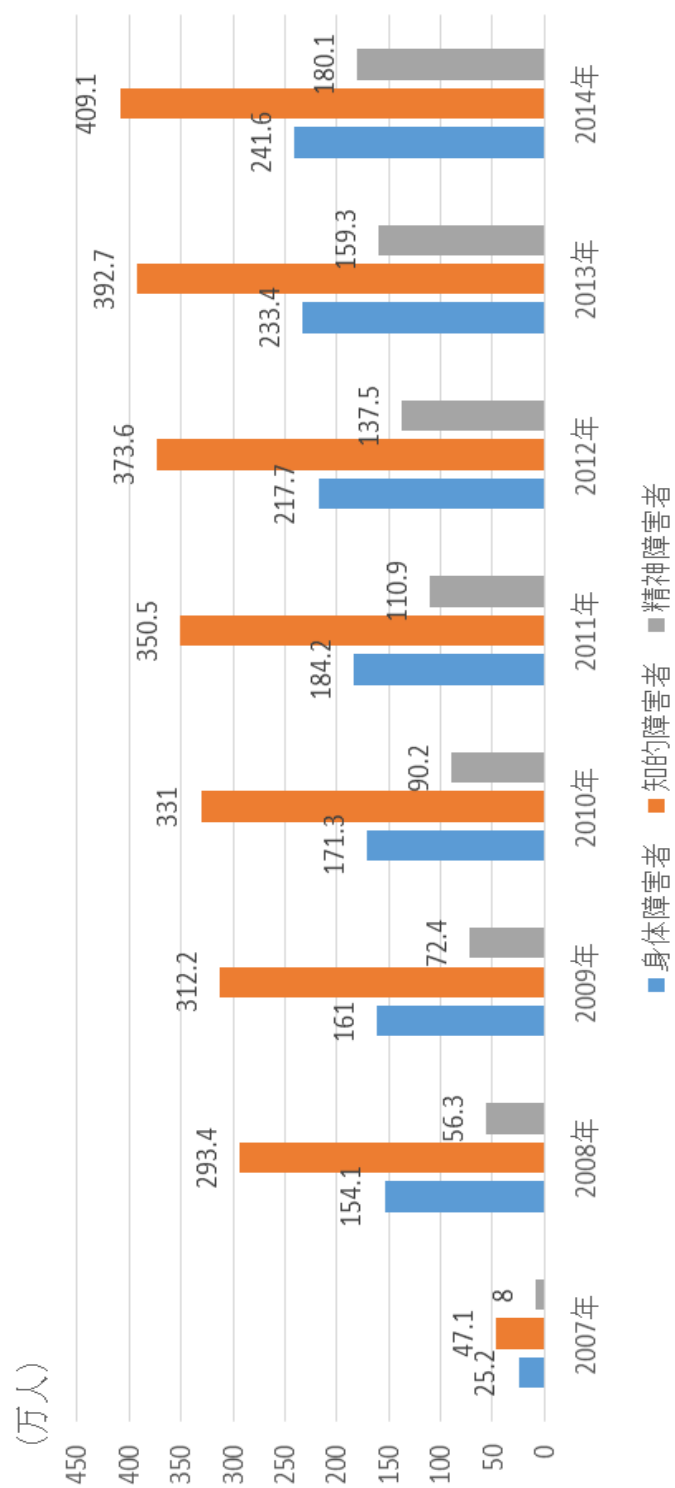
図序-1. 精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果



図序-2. 精神科病院退院後の行き先



図序-3. 障害福祉サービス等利用状況(障害種別毎) 2007年～2014年



資料 1. 研究への意向調査書

ACT チーム A 利用申込書

20 年 月 日

ACT チーム A 御中

ご利用ご希望者様

住 所 _____

お 名 前 _____ (印)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

私 _____ は、ACT チーム A について、説明を聞きました。家族や主治医とも相談した結果、自分なりの目標を持ち、自分の気持ちでこのサービス利用を希望します。

利用期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

(更新を希望される場合は、再度同様の手続きが必要となります。)

保証人様

住 所 _____

お 名 前 _____ (印) 続柄 _____

緊急時の連絡先 TEL _____ どなたへ _____

利用を希望する理由 _____

利用後の目標 _____

調査・研究へのご理解とご協力をお願い

ACT チーム A では、皆さんの地域生活支援活動に北米で開発された ACT（積極的地域生活支援）を用い、皆さんのお困りの時に 24 時間 365 日時間や場所に関わりなく訪問して支援を提供しております。

この支援活動に伴い、提供する支援の質の向上を目的として調査や研究を実施しております。この調査・研究に皆さんのご理解とご協力をお願いします。

調査・研究にご理解いただき、ご協力いただいた場合に皆さんの個人情報に第三者に特定されることはありません。

また、調査・研究へのご協力（参加）は、皆さんの自由意志です。お気持ちが向かずに、ご協力を拒否なされた場合でも皆さまに不利益になることはありません。

20 年 月 日

調査・研究について説明を聞きました。

調査・研究に参加します。

調査・研究には参加しません。

資料 2. 支援内容(メニュー)

以下に p 40 表 2-3-2.の各支援内容 (メニュー) について説明する。

① 住居支援

地域で暮らし、住居関連にトラブルを抱えている ACT チーム A の利用者を支援するものである。チームが提供している支援メニューの中で、支援が難航して進展しないことがたびたびあるメニューの一つである。一事例を挙げると、アパートで暮らす利用者が「隣室の女性を殺してしまったので、警察に連絡した」とチームに電話してきたが、警察に連絡しながら、利用者のアパートに駆けつけてみると、惨事があった様子はなく、結局それは利用者の妄想であったということがあった。この時に、警察も出動しての大騒ぎになったが、今後も同様のことがあり得るという事情を説明し、その後も、警察を含め近隣の住人の理解と協力が得られ、利用者は継続して暮らすことができた。当時、利用者は、睡眠が十分にとれており、食事や排泄などの基本的な生活のリズムは崩れておらず、また悩みや困り事もなく、安定していた。後日、利用者本人が落ち着いてから事情を聞いたところ、前日に見た怖い夢を日中に思い出し、それが現実のように感じてしまったということであった。このメニューでは、単に利用者の地域での住まいを探す支援だけでなく、当事例のような事態の收拾なども行う。

② 暮らしの支援

日常生活の現場で問題を解決し、経験を通してやり方を覚えることができるように支援するサービスである。

③ おしゃべり電話

緊急性のない話を友人や家族の代わりに聴くことで、ACT チーム A の利用者と情報を共有し、利用者の普段の状態が把握できる支援である。

④ 家族支援

ACT チーム A の利用者の家族が抱える不安や困惑している問題に対して相談にのるほか、精神疾患や服薬、家族の役割、利用者との距離の持ち方、仲間作りなどについて学ぶ機会を提供する。また、家族が置かれている環境を整備して利用者との関係を調整する支援である。

⑤ 訴え(苦悩の表明)を聴く

ACT チーム A の利用者が日々の生活上抱えているすべての不安や、不満、困りごとなどに耳を傾け、必要に応じて対処する支援メニューである。①から⑩に挙げたすべての

メニューにつながる。このメニューには、ピアグループの活動も含まれている。統合失調症で、幻聴の体験があっても、病識に乏しい場合、幻聴であるという認識を得ることが困難な傾向にある。当チームのコンサルティング精神科医師の提案で、幻聴を認識するには、幻聴の体験がある者同士（ピア）が話す機会を持つことに意義があるとの提案で2007年4月から、月に1回開催される「ピアの会」である。ACT チーム A の利用者の障害の程度と精神疾患の重症度がきわめて重篤であり、残念ながら、ピアの活動に重要なコミュニケーションを図ることが困難な状況にあり、ピアのヒアリングボイスの会を月に1度行なっているが、ピアだけでは会が成立しないため、公認心理士にファシリテータを依頼して会を行なっている。

⑥ 金銭管理

ACT チーム A の利用者の収入と支出を管理し、利用者が自己管理できるようになるまで伴走する支援である。年金や生活保護費などの収入分から、家賃、食費、公共料金を賄い、残金を日割りにしてお小遣いとするなど、計画的な金銭の自己管理を目的とする。

⑦ 定期受診への同行・同席(かかりつけの精神科医療機関/その他の診療科)

ACT チーム A の利用者が、確実に受診ができるように受診に同行・同席する。利用者が主治医に状況をうまく伝えることができない場合、全般的な生活の様子や服薬・睡眠・食事の状況、困りごとなどの情報を補足・訂正する。また、診察時に主治医から受けたアドバイスを普段の生活に生かせるように把握し、必要があれば、家族などの関係者にも説明を行う。

⑧ 定期外受診への同行・同席(かかりつけの精神科医療機関/その他の診療科)

ACT チーム A の利用者の不穏²⁸時に自宅やその他の居場所に駆けつけ、様子を精査した上で主治医と連絡をとり緊急受診する支援で、時間を問わない。

⑨ 服薬確認

服薬確認は最も重要な支援のひとつである。ACT チーム A の利用者が、薬の役割を理解し、服薬の必要性も理解ができ、怠薬（服用し忘れ）なく、自己管理ができるようになることを目標とし、日々の怠薬がないように電話や訪問により確認を行っている。一般的に、朝食後・昼食後・夕食後・寝る前の1日4回の処方に加え、不穏時や不眠時の頓服なども処方されている。一日の服薬回数が少なくなれば、服薬管理を自分でできる

²⁸ 不穏：不穏とは、患者が徘徊、興奮状態、不安や抑鬱、睡眠障害、異食、暴言暴力、妄想や幻覚、紛失や盗難の訴え、帰宅願望、焦燥感などの症状を呈する状態をいう。

利用者もいるので、その場合は主治医に処方（服薬回数）の変更を依頼することがある。利用者が定期服薬を自己管理できない場合は、同居の家族の協力を得ることもある。家族と同居していない場合は、利用者の主治医からの指示および指導の範囲内で、チームスタッフが薬の管理および服薬の確認を行う。主治医からの依頼で、必要回数に合わせて毎回自宅を訪問し、チームスタッフの目で服薬してもらう。一方、自分で管理ができる利用者には、1日分を1回の訪問で渡して自己管理をしてもらっており、最長4週間分の服薬管理を行っている利用者もいる。このような長期自己管理の場合は、服薬時間の5分から10分後にスタッフから電話を入れて、忘薬がないかを確認する。自己管理が順調に進み、就寝前の1回の電話で一日の確認が済むようになる利用者もいる。自己管理には、管理可能な日数分の服薬ファイルを利用者に渡している。服薬管理ファイルには、朝・昼・夕・寝る前の4つのポケットを持つシート（1日分の1シート）がファイルされ、合計で1ヶ月分のシートまでファイルできる。この服薬管理ファイルは非常に役に立っており、服薬後に対応するポケットに分包袋かヒート²⁹を捨てずに入れてもらうことにより、訪問時に服薬の確認が可能となる。4週間分を服薬ファイルで自己管理できるようになるまでには個人差があり、毎回訪問して、目の前で服薬を確認することから前進が見られない利用者もいる。服薬確認と並んで重要な支援メニューで、服薬確認と同時に提供している支援メニューに睡眠の確認がある。一日に必要な睡眠時間は各利用者によって異なり、睡眠時間が十分に確保されていないと精神症状が出てしまう者もいる。また、チームへの利用登録前の利用者の基本的な日常生活のリズム（睡眠時間を含む）は崩れていることが多い。夜はしっかりと眠り、日中はきちんと着替えて過ごし、一日一度は散歩に出る、といった一日の流れを導入・確認することで、徐々に生活のリズムを整え、十分な睡眠時間を確保し、精神症状を整える。

⑩ 頓服服用の調整・確認

頓服薬については、ACT チーム A の利用者の不安や心配事、不眠、薬の副作用など、その適用がさまざまであるため、頓服薬が必要になった事情をまずスタッフが聴いてから服用してもらう。利用者が頓服薬を服用しても症状が落ち着かず、頓服薬が必要になった理由が、そのまま放置しておく悪化の可能性が高いものであったり、または入院の可能性があるとスタッフが判断したりした場合は、ここ数日の利用者の様子を含めて即時主治医に報告し、その判断を仰ぐ。頓服薬を服用して症状が落ち着いた場合は、主治医に即時には連絡をせず、後日、服用の理由を含めて報告する。

²⁹ ヒート：錠剤が10錠程度、ひとまとめになって包装されている包装シート。

⑪ 入院支援(入院中の支援を含む)

ACT チーム A の利用者が入院する際に、医療機関や家族との調整を手伝う支援で、次の「⑪退院支援」と連動している支援メニューである。睡眠のリズムが整い、服薬ができ、おおむね悩みがない状態であっても、ときには急に調子が崩れることもあり、その際に継続して地域での生活を、と無理せずに、入院という選択をすることもある。そのような場合には、早期回復と早期退院を目ざし、主治医の指示を仰ぎ、医療機関のケースワーカーとも協力し、利用者本人とその家族の意向を尊重しながら入院の計画を進める。チームの担当者は利用者が入院する際に付き添い、入院中も定期的に面会に行く。

⑫ 退院支援など

地域で生活する ACT チーム A の利用者が、やむを得ず入院した場合、入院中においても利用者に面会にいき、信頼関係を維持する支援メニューである。入院をしないことに拘り、地域での生活を頑張りすぎてしまうと、逆に精神症状が悪化して入院期間が長引くこともある。また、諸外国の ACT とは異なるが、日本では長期入院者も ACT のユーザーに含まれるようになってきている。この場合、退院してから関わりを開始するのではなく、退院前から可能な限りチームも退院計画に参加させてもらう。入院中の接触頻度は少ないが、週に 1 回程度病棟に面会に行き、その日の食事メニューや OT (病院内での作業療法プログラム) の内容などに関して、疲れな程度の会話を交わし、チームの存在を覚えてもらえるようにする。そのことと同時に、利用者の自宅も訪問し、利用者の家族にもチームの存在を覚えてもらっている。この際、注意しなければならないことは、イニシアチブをとるのは利用者が入院している医療機関であり、チームは二番手であるということである。利用者と家族とは一定の距離を保ち、違和感を与えないようにすることが大切である。

⑬ 受入前ケア会議

チームへの利用を登録する際に、ACT チーム A の利用者とその家族を含めた関係者が一堂に会して、支援の内容と責任の範囲を決める大事な会議である。そもそも ACT への登録は、危機的な状況への介入開始を意味することがほとんどであるが、長期入院後の退院者を受け入れるようになってから、この会議の位置づけは重要なものとなった。受入はチームの受入基準に準ずる。

⑭ 緊急電話

「死にたい」「リストカットしてしまった」「消えてしまいたい」「家族の誰かを殴ってしまった」など、ACT チーム A の利用者の命に関わる自傷他害の危険性を伴う、非常に緊急性の高い連絡に対応するメニューである。利用者や家族から夜間帯に連絡が来るこ

とが多い。緊急電話があった際は、直接の電話対応に終わらず、当該利用者とその家族の担当スタッフに連絡し、危機支援サービスへと移行する。担任スタッフが当該利用者と連絡を取りながら本人宅に急行し、緊急電話に至った事実を確認して対応を進める。必要があれば他のスタッフも利用者宅に急行する。

⑮ 危機介入(不穏時の対応)

ACT チーム A の利用者やそれに関わる人の生命に危険性がある場合に介入を行う支援メニューである。緊急電話や訪問時に、非常に緊急性の高い状況であると判断された場合に最優先で行われる支援である。利用者の担任スタッフを中心とし、必要に応じて他のスタッフも支援に参加するが、利用者が普段とどのように違うかを判断し、スピードのある対応をすることが求められる。まず、主治医に連絡を取って対処法の指示を得て、必要があれば保健所やその他の関係機関にも連絡をして協力を仰ぐ。その後、(i) すぐに受診、(ii) 入院、(iii) ショートステイの利用、(iv) 翌日再受診、などの選択肢で進行するが、普段の対象者の様子をもとに判断することが、このサービスの最大のポイントである。普段(利用者本人が落ち着いて安定しているとき)の様子を知っているからこそ、わずかな変化に気づくことができ、最悪の事態(入院や死亡)を回避できる。利用者の普段の様子
の指標として、(a) 1日の過ごし方、(b) 服薬の状況、(c) 睡眠時間、(d) 食事の摂取量、(e) 排泄の頻度と量、(f) 家族や第三者など人間を含む環境、などを把握しておけば、危険な状況かどうかの判断材料になる。傾向として、普段から頻回に接触している利用者
に危機介入をすることは非常に少なく、接触頻度が少ない利用者が危機介入を必要とすることが多い。調子が悪くなってから、「このごろ、眠れているか」と尋ねても、その時点では既に手遅れの状態である。

⑯ 短期入所(ショートステイ)

地域で生活する ACT チーム A の利用者が、不穏や不安な状態が顕著になったときに、緊急避難場所として短期に宿泊施設を提供する支援メニューである。入院に頼らず、24時間体制のケアを提供し、服薬や睡眠の状態をしっかりと確認し、利用者
に不穏や不安になった理由を話せる安心した場所を提供して、一定の距離を保ちながら話を聴いて「理由」を見つけていく。必要に応じて、主治医との相談のため、夜中に受診する場合もある。

⑰ 就労支援

重症慢性精神障害者であっても、本人に働きたいという気持ちがあったときには、その希望に沿って就労できるように支援する。本人が漠然と働きたいのか、具体的に働きたい職種があるのか、本当は働きたくないけど働かなければならない事情があるのか、疾病をオープンにして求職活動をするのか、隠したまま求職するのか、調子が崩れないようにす

るのにはどの程度の頻度で働くことが良いのか、具体的にどのような就職活動をするのか、などについて、一緒に検討し進めてゆく。就職活動はまず、障害者就業・生活支援センターとハローワークに登録を行うことから始めるが、その他に、実際に実習をさせてくれる事業所も開拓する。対象者が実習生として受け入れられた場合、本人と事業所の人が慣れるまでは、スタッフが頻繁に実習に付き添うこともある。希望があれば、実際に就労経験してみることができる環境を構築する。さらに、就職後も継続して関わり、ACT チーム A の利用者、その家族や就労先の事業所などの調整を行い、定着をめざすサービスである。

ACT チーム A が利用者に提供している支援について、一人ひとりの様子をチームスタッフ全員で共有するために、毎朝約 1 時間かけてチームミーティングを行っている。その他に、支援上の困ったことを報告し、その対応を検討する。必要があれば主治医に連絡をして直接指導をしてもらう、あるいはそのままミーティングを中断して利用者の診察に向かうこともある。利用者に良い出来事があれば関係者全員で喜び、利用者の対応法についてスーパーバイズを行う場でもある。ACT を取り入れた当初は、週に 2 回程度の実施であったが、一日一度は登録している全利用者の状況を把握することを目ざし、現在では毎日実施している。訪問などでこの会議に参加できないスタッフは、電話を繋いで参加している者もいる。ACT チーム A が、ACT の活動で最も重要としている活動である。

資料 3. ACT 標準モデルへの適合度評価尺度-ACT Fidelity Scale-

1.1 「Dartmouth Assertive Community Treatment Fidelity Scale」(DACTS)

ACT は開発されてから長期にわたりその効果を絶賛され、プログラムの有効性が実証されているにもかかわらず、明確なプログラムの基準は存在しない。Teague et al. (1998) は、結果を適切に解釈するためには、プログラムに対する忠実度を測る適切な尺度が必要であると主張した。

(日本語版)

人的資源 (Human Resources)

- H1. 少人数担当制
- H2. チームアプローチ
- H3. チームミーティング
- H3a. チームミーティングの目的
- H4. スタッフの継続性
- H5. チームリーダーも業務を担う
- H5a. チームリーダーの職務
- H6. 精神科医のスタッフがいる
- H6a. 精神科医の職務
- H7. 看護師のスタッフがいる
- H7a. 看護師の職務
- H8. ソーシャルワーカーのスタッフがいる
- H8a. ソーシャルワーカーの職務
- H9. 作業療法士のスタッフがいる
- H9a. 作業療法士の職務
- H10. 心理専門職のスタッフがいる
- H10a. 心理専門職の職務
- H11a1. 物質依存専門家のスタッフがいる
- H11a2. 物質依存専門家の職務
- H12a1. 職業専門家のスタッフがいる
- H12a2. 職業専門家の職務
- H13. ピア専門家のスタッフがいる
- H13a. ピア専門家の職務
- H14a. プログラムアシスタント
- H15. プログラムの規模

- H16. 専従の常勤職の割合
- H17. 多職種チームとしての構成
- H18. ACT スタッフとしての教育

組織の枠組み (Organizational Boundaries)

- O1. 明確なエントリー基準
- O2. 新規エントリー率
- O3. 治療提供に対する全責任 (個別支援)
- O4a. 治療提供に対する全責任 (グループ支援)
- O5. 緊急時対応に対する責任
- O6. 入院に対する責任
- O7. 入院中における責任
- O8. 退院計画に対する責任
- O9. チームの精神科医が主治医を務める
- O10. 地域社会の中での役割
- O11. 監督
- O12. 情報共有のしくみ

サービスの特徴 (Nature of Services)

- S1. 地域社会に根付いたサービス
- S2. ドロップアウトを出さないポリシー
- S3. 積極的関与の手法
- S4. サービスの密度
- S5. 関わりの頻度
- S6. 非公式なサポートシステムとの協働
- S7a1. 物質乱用の個別化治療
- S7a2. 重複障害治療グループ
- S8. 支援つき雇用
- S9. ストレングスの観点からの包括的アセスメント
- S10. 利用者のリカバリーの視野に立つケアプラン
- S11. ケアプランは広がりのある生活と人生の目標を持つことがゴール
- S12. 家族に対する支援
- S13. 利用者の自己決断と自立

(ACT 全国ネットワーク Fidelity 調査資料より引用)

資料 4. ATR 移行準備度評価尺度質問表

項目 番号	氏名	実施年月日	平均点			
			合計点	(1)強<同意しない (1点)	(2)同意しない (2点)	(3)同意する (3点)
			評価内容			
1			彼/彼女は、集中的なサービスを必要としません。			
2			彼/彼女は、彼/彼女の日常生活のリズムが整っています。			
3			彼/彼女の症状は、過去6ヶ月間安定しています。			
4			過去数ヶ月間、彼/彼女は、住宅（部屋）で安定して暮らしています。			
5			彼/彼女は、過去6ヶ月以内に精神病院に入院しました。			
6			彼/彼女は、彼/彼女の精神病について病識があります。			
7			彼/彼女は、過去6ヶ月以内に収監（警察の施設に収容）されたことがあります。			
8			彼/彼女は、適切な社会保障制度などによる）給付を受給しています。			
9			彼/彼女は、治療を受けています。			
10			彼/彼女は、自立しています。			
11			彼/彼女は、彼/彼女は、怠薬なく、服薬できています。			
12			彼/彼女は、特別なケアが必要な複雑なニーズ（人格障害、健康問題、物質使用）があります。			
13			彼/彼女は、自分に必要な、資源を持っています。			
14			彼/彼女は、公的支援を受けています。			
15			彼/彼女は、有給で働いています。			
16			彼/彼女は、支援なしで予定を守れる。			
17			彼/彼女の行動は、過去6ヶ月間、安定していません。			
18			彼/彼女は、彼/彼女の治療目標を達成しました。			

資料 5. 精神疾患について(統合失調症・うつ病・双極性障害)


統合失調症は、10代後半から30代に発症頻度が高い精神疾患である。原因は単純ではなく、遺伝、脳の変化、環境の変化など複数の複雑な原因から発症するとされている。統合失調症の症状は、陽性症状、陰性症状、認知機能障害の三つに分けることができる。陽性症状は、現実には無いものが見える幻覚、現実にはあり得ないことを信じる妄想、誰かに支配されていると感じる自我意識の障害、まとまらない会話や行動になる思考障害、極度に興奮し奇妙な行動をとる行動の異常などがある。陰性症状とは、喜び、悲しむことが減少する感情の平板化、意欲や気力が低下する意欲の減退、会話の量が減り内容が薄くなる思考の低下、人との関わりが減るコミュニケーションの障害などがある。認知機能障害は、周囲の様々な刺激に反応して注意散漫になり、大事なことを選択できなくなる選択的注意の低下、ある情報と過去の情報を比較して照合することができなくなる比較照合の低下、さまざまな情報を類似したもの、そうでないものにグループ分けして概念化する機能が低下する概念形成の低下などがある。統合失調症の治療は、各患者の症状を緩和するための薬物療法（上述の複数の薬を併せ持つことが多いため、薬の数は膨大であり、服薬管理が必要となることも多い。）と心理社会的な治療を組み合わせで行う。症状の経過は、主に、前兆期、急性期、休息期、回復期の4段階に分けることができる。有病率は、人口の約1%すなわち100人に1人の割合とされる。厚生労働省がまとめた平成29年度の患者調査によると統合失調症患者は約7万9千人である。

うつ病は、憂鬱な気分や落ち込んでいる状態を抑うつ状態といい、この状態が重症であると、うつ病と診断される。また、大うつ病は2週間以上の重症の抑うつ状態があることを特徴とする。うつ病発症の原因は、さまざまな事があげられるが、日常生活のストレス、遺伝、嬉しい出来事、悲しい出来事がきっかけとなることや、セロトニン、ノルアドレナリン、ドーパミンなど神経伝達物質が減少するなどが考えられている。うつ病は、原因から、外因性、内因性、心因性に分類することができる。うつ病の症状には、こころの症状ばかりではなく、身体にも症状が現れる。こころの症状には主に、抑うつ気分、不安、落ち込み、自責の念、集中力がなくなる、居なくなりたいなどがあげられる。身体の症状は主に、眠れない、食欲不振、疲れやすい、動悸がする、身体がだるい・重たいなどがあげられる。うつ病の治療は、薬物療法、認知行動療法や電気ショック療法などがある。症状の経過は、薬物療法などが有効である。その他に本人の周りの環境調整により転帰は大きく異なる。厚生労働省がまとめた平成29年度の患者調査によると分障害は約12万7千人である。

双極性障害は、躁状態とうつ状態をくりかえす病気であるが、うつ病の一種ではない。発症の原因は、遺伝、体内で神経伝達物質が正常に調節されてなどがあげられる。双極性障害の症状には、双極I型障害と双極II型障害がある。I型の躁状態では、限りなく幸せな

気分で眠ることなく活動的になり、自分には限りない能力があるなどと誇大妄想もつ例もあり、法的な問題を起こし、周囲に迷惑をかけることがある。Ⅱ型の軽躁状態では、周囲に迷惑をかけることはないが、明らかに普段と異なり、高揚した状態で、本人が自身の変容に気付くことはない。双極性障害の人が、気分が落ち込み死んでしまいたいなど具合が悪く感じるのは、うつ状態の時期である。双極性障害の治療は、薬物治療、精神療法や電気ショックなどの他、躁状態にある時期に経済的に破綻や眠らないで活発に行動することから、本人と家族の保護のために入院治療を行なうこともある。経過としては、躁状態やうつ状態、また、躁状態やうつ状態の間に、どちらの症状もない健常な状態の時期もある。この状態を数年間で何度もくり返す。発症の早い段階で服薬する生活が軌道に乗り落ち着いた時期にも服薬を継続できれば、問題なく人生を過ごすことができるが、落ち着いた時期に服薬を停止してしまうと再発をくり返すことになる。厚生労働省がまとめた平成29年度の患者調査によると、双極性障害についての報告はされていない。躁うつ病として平成23年度12万人と示されているが、その次の調査年度である平成26年度に躁うつ病患者の数値は示されていない。平成26年度からは、躁うつ病、うつ病、気分変調症、その他の表示は無く、気分【感情】障害で示されている。

資料 6. 精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準

障害の程度	等級	状態
重い  軽い	1級	精神障害であって、他人の援助を受けなければほとんど自分の用を足すことができない程度のも
	2級	精神障害であって、日常生活が相当な（厚労省は「著しい」と記載していますが文言を変えてみました。）制限を受けるか、又は日常生活に相当な（厚労省は「著しい」と記載）制限を加えることを必要とする程度のも
	3級	精神障害であって、日常生活 ^を （厚労省は「若しくは」と記載していますが文言を変えてみました。）社会生活が制限を受けるか、又は日常生活 ^を （厚労省は「若しくは」と記載）社会生活に制限を加える事を必要とする程度のも

（厚生労働省（1995）. 「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」を参考に筆者改変）

資料 7. NIMH が示している重症慢性精神障害者の重症の定義(期間)

治療歴が次の基準のいずれか、または両方を満たすこと。

(1) 生涯に一度以上、外来診療よりも集中的な精神科治療を受けたことがある（例：危機対応サービス、代替在宅ケア、部分入院、入院など）。

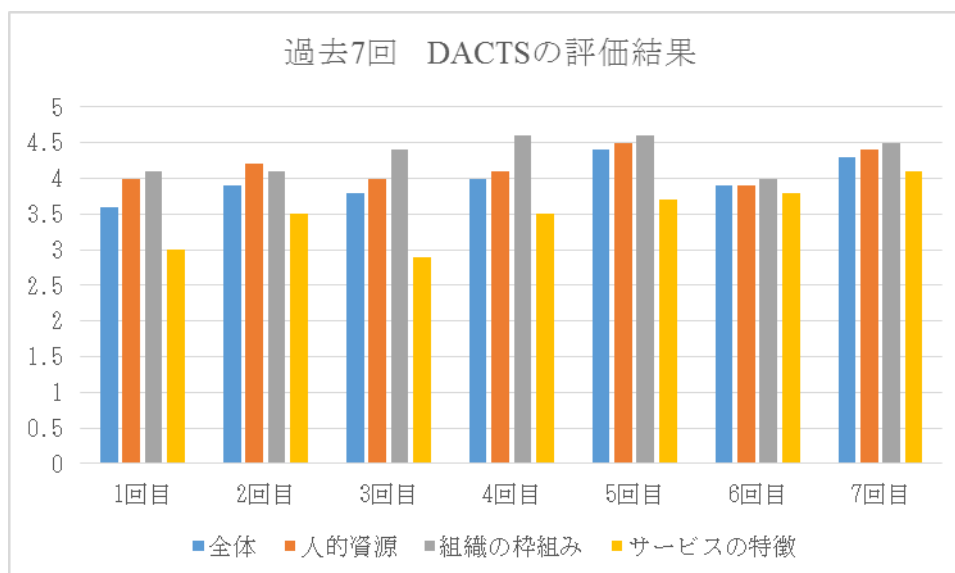
(2)入院以外の継続的な支援入院を、通常的生活状況を著しく乱すほどの長期間にわたって経験したことがある。

資料 8. ACT チーム A の概要と評価結果

ACT チーム A の評価 - DACTS 評価-

全評価を通じて、サービスの特徴に関する点数が低い。内訳をみると、「私的サポートの仕組み」「ピアスタッフの役割」「ストレングスの考え方によるアセスメント」「リカバリーの理念に基づくアセスメント」「家族支援」の5項目の評価が低かった。いずれも大事な項目だと認識して活動を行っているが、記録として十分に残せていないため、低評価となっており、これは今後改善すべき点である。当チームは慎重に、また間隔をおいて新規利用者を受け入れ、一人ひとりの利用者への十分な関わりに重点を置くことを特徴としているため、安定した利用者が多く、それがサービスの量に関する評価に反映していた。

DACTS 評価（過去7回）①の結果



DACTS 評価（過去7回）②の結果

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	7回の平均値
全体	3.6	3.9	3.8	4	4.4	3.9	4.3	3.9
人的資源	4	4.2	4	4.1	4.5	3.9	4.4	4.1
組織の枠組み	4.1	4.1	4.4	4.6	4.6	4	4.5	4.3
サービスの特徴	3	3.5	2.9	3.5	3.7	3.8	4.1	3.5

ACT チーム A は、障害福祉サービス事業が運営主体となり ACT チームを構成しているため、「人的資源」と「組織の枠組み」の点では、非常勤で専従のチーム精神科医師はいるが、常勤専従の精神科医師はいない。各利用者の医療に関しては各主治医が全面的に協力し、それを基盤にチームの活動は成り立っている。地域の医療と連携した活動が特徴であるが、残念ながら DACTS の評価方法では点数が低く出る。また、薬物依存と物質依存の専門家が ACT チーム A 内にはいない、これは ACT チーム A の課題である。

資料 9 簡易精神症状評価尺度(Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

簡易精神症状評価尺度(Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

BPRS は、24 の評価項目からなる精神症状を測定する尺度である。項目 1～10、19～22 は、面接者の質問に対するユーザーの回答に基づき、11～18、23、24 は、ユーザーの面接時の態度に基づいて評価する。精神症状の存在および重症度は、「存在しない」(1 点) ～ 「極めて重度」(7 点) で評価される。取りうるスコアは 24 点から 167 点までで、スコアが高いほど精神病理学的重症度が高いことを示す (宮田他, 1995)。

1. 身体的訴え (SOMATIC CONCERN)
2. 心配・不安 (ANXIETY)
3. うつ気分 (DEPRESSION)
4. 自殺企図 (SUICIDALITY)
5. 罪悪感 (GUILT)
6. 敵意 (HOSTILITY)
7. 高揚感 (ELEVATED MOOD)
8. 誇大性 (GRANDIOSITY)
9. 疑惑 (被害妄想) (SUSPICIOUSNESS)
10. 幻覚 (HALLUCINATIONS)
11. 思考内容の異常 (UNUSUAL THOUGHT CONTENT)
12. 非常識的な/奇異な行動 (BIZARRE BEHAVIOR)
13. 身の回りへの関心の低下 (SELF-NEGLECT)
14. 見当識障害 (DISORIENTATION)
15. 思考解体 (CONCEPTUAL DISORGANIZATION)
16. 感情鈍麻 (BLUNTED AFFECT)
17. ひきこもり (EMOTIONAL WITHDRAWAL)
18. 運動減退 (運動制止) (MOTOR RETARDATION)
19. 緊張 (TENSION)
20. 非協調性 (UNCOOPERATIVENESS)
21. 興奮 (EXCITEMENT)
22. 注意力散漫 (DISTRACTIBILITY)
23. 運動過多 (MOTOR HYPERACTIVITY)
24. わざとらしい (げん奇的) 行動と姿勢 (MANNERISMS AND POSTURING)

簡易精神症状評価尺度(BPRS)の妥当性と信頼性

1962年にJ. E. OverallとD. R. GorhamがBPRSを開発した当初の評価項目は18項目であったが、1972年に「興奮」と「見当識障害」の2項目が追加された。

このオリジナル版の改訂版に当たる評価が10種類ある。たとえば、Lukoff et al. (1986)によるUCLA版を始め、NIMH2版、Bech版、Tarell版は、医師以外の者も評価に加わることを考慮して改訂された。当チームは、研修先のマウントサイナイ病院ACTチームがUCLA版のスケールを使用していること、また、UCLA版は、特に地域社会で生活する外来患者である重篤な精神障害者をより包括的に評価することを目的として、オリジナルのBPRS(Overall & Gorham, 1962)に6つの新しい尺度を追加したもので、コ・メディカルも評価者の範疇としているからこの24項目のUCLA版を採用し、それに基づき次のような評価項目を設定した：1. 心気的な問題、2. 不安、3. うつ状態、4. 罪悪感、5. 敵意、6. 疑い、7. 異常な思考、8. 誇大性、9. 幻覚、10. 見当識、11. 思考概念の混乱、12. 興奮、13. 行動減退、14. 反応鈍化、15. 緊張、16. 動作・姿勢、17. 非協力的、18. 感情的な閉じこもり、19. 自殺願望、20. 自分を大切にしない行為、21. 奇妙な行動、22. 気持ちが高揚した状態、23. 過度に活動的になる、24. 集中力を欠く。

このBPRSの評価項目の妥当性と信頼性については、多くの先行研究で検討されている。その内容を下記に抜粋する。

1. BPRSの信頼性の確認

宮田他(1995)は「Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 日本語版の信頼性の検討」において、日本語版の信頼性を検討するために、統合失調症患者19名にBPRS日本語版を用いて面接を行った。そこで得られたデータについてANOVA ICC値で各項目の信頼関係を確認し、18項目中17項目において、0.531～0.965と良好な結果を得た。

2. BPRSの妥当性の確認

外的基準(他のテスト)とBPRSとの基準関連妥当性は、併存妥当性と予測的妥当性の観点から検討されている。

a) 併存妥当性

住山・北村(1995)は、「BPRS改訂版、下位尺度、信頼性と妥当性」において、BPRSの下位尺度と、HRSやTLC、SANS、SAPSなどの尺度との相関分析を行い、それぞれ高い正の相関を確認した。抑うつ尺度と、思考障害や陰性症状、陽性症状などの下位尺度に、高い併存妥当性があることが示された。

b) 予測的妥当性

治療反応性を外的基準としたBPRSの予測的妥当性を検討した研究は多数ある。たとえば、BPRSの下位尺度は、薬物投与やNSSの因子(運動協応、複雑な運動課題、空間定位、統合機能など)と関連があることが示されている(Lawson, 1989; Schroder, 1992; Csernansky,

1983)。また、Csernansky (1983) は TRS 尺度との関連を分析し、BPRS 得点は治療反応性についての臨床的印象に一致することを示した。

資料 10. 家族の負担に関する面接調査表-Family Burden Interview Schedule (FBIS) -

The burden on the family of a psychiatric patient
FBIS: Family Burden Interview Schedule
精神疾患患者家族の負担
家族の負担に関する面接調査票 (FBIS: Family Burden Interview Schedule)

実施日 :

氏名 :

この面接は、当事者のご家族様が感じている様々な困難を知るために、いくつか質問をさせていただきます。本音を遠慮なくお聞かせください。必要であれば、特定の項目を評価するためにさらに質問しても構いません。個々の項目ごとの評価を、以下の3段階で記入してください。

深刻な負担がある = 2 程度の負担がある = 1 まったく負担がない = 0

項 目

A. 経済的負担

1. 本人が収入を失っていますか？
2. 本人の疾患により、他の世帯構成員が収入を失っていますか？
3. 本人の疾患による支出が家計に影響を及ぼしましたか？
4. 本人の疾患により、他の世帯構成員の生活に影響がでたことによる支出が家計に影響を及ぼしましたか？
5. 家族に負債がありますか？
6. 本人の疾患による経済的な状況で、他の世帯構成員の予定が延期になるなど影響がありましたか？

A:合計点

B. 家庭の生活習慣への影響

1. 本人が仕事や修学できないことがありますか？
2. 本人が家事/家内作業を手伝えませんか？
3. 本人の病気と介護により、他の世帯構成員の活動が乱されることがありますか？
4. 本人の行為が原因で、他の世帯構成員の日常活動に影響を受けることがありましたか？
5. 本人の疾患により、他の世帯構成員が学校を休む、食事が取れないなど影響がありますか？

B:合計点

C. 家庭の余暇時間への影響

1. 通常の娯楽活動を取りやめることがありますか？
2. 他の世帯構成員の休暇と余暇時間が奪われていますか？
3. 本人の影響で他の世帯構成員が余暇活動に十分には参加できないことがありますか？
4. 本人の疾患や能力不足の影響で、家族が余暇活動を取りやめることがありますか？

C:合計点

D. 家庭内相互の意思疎通への影響

1. 家庭全体の雰囲気によく影響がでていませんか？
2. 他の世帯構成員の間で、本人をめぐる確執が起きていませんか？
3. 友だちや隣近所との行き来が減少したり、取りやめになったことがありますか？
4. 家庭全体が閉鎖的になったり、引きこもったりしていますか？
5. 家庭そのものや隣近所との関係に影響がでていませんか？

D:合計点

E. 他の世帯構成員の生理機能・健康面への影響

1. 本人の行動が原因で、他の世帯構成員が体調不良やケガなどしたことがありますか？
2. 他にも健康面で悪影響がでたことがありますか？

E:合計点

F. 他の世帯構成員の精神衛生(精神的健康)面への影響

1. 本人の行動の影響で、他の世帯構成員が、精神的な援助を必要としたことがありますか？
2. 他の世帯構成員が睡眠不足、気分が落ち込んだり、気持ちが落ち込み、涙もろくなったり、自殺企図があったり、イラついたりしたことがありますか？それはどのくらい深刻ですか？

F:合計点

全般的に患者の家庭に与える負担

あなたはご家族の病気のせいで、どのくらいつらい思いをしましたか？

(Pai, S. and Kapur, R. L. (1981). Burden on the family of a psychiatric patient: development of an interview schedule.

British Journal of Psychiatry, 138, 4, 332-334.より引用して、筆者が翻訳。)