

多職種による重度精神疾患への治療介入と
生活支援に関する調査研究
—新たな地域精神保健システムの構築—
報告書

多職種による重度精神疾患への治療介入と生活支援に関する調査研究 新たな地域精神保健システムの構築—報告書

平成 22 年 3 月

特定非営利活動法人京都メンタルケアアクション

平成 22 年 3 月

特定非営利活動法人京都メンタルケア・アクション

はじめに

未治療・治療中断者への支援は、1965年の精神衛生法の一部改正により保健所が地域精神衛生活動の第一線機関として位置づけられてから、保健所の精神保健福祉相談員や保健師による相談訪問活動として取り組まれてきた。しかし、保健所の精神保健福祉業務の増大や保健所が精神科治療機能を備えていないという体制上の問題から、未治療・治療中断者への支援は十分に行えないまま今日に至っている。

2009年9月に厚生労働省から出された「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報告書）」には、地域生活支援体制の強化のなかで、「未受診や治療中断者等の在宅患者への訪問診療、家族への支援等を行う多職種チームによる危機介入等の支援体制強化」としてあげられている。

一方、在宅の重度精神障害のある人への支援は、世界的には包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment: ACT）が最も効果があるとされてきた。わが国におけるACTは、2002年度から厚生労働科学研究として始められ、臨床活動は2003年5月からACT-J（市川市）によって開始された。その後、2004年6月からACT-K（京都市）が往診専門の診療所、訪問看護ステーション、そしてNPOの3機関の統合型として、2007年7月からACT-おかやま（岡山県）が精神保健福祉センターとして臨床活動を開始した。2010年1月現在ではACTもしくはその類似した臨床活動を実施している機関は全国で10か所以上ある。

平成21年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）多職種による重度精神疾患への治療介入と生活支援に関する調査研究は、4つから成り立っている。すなわち、訪問型の多職種チーム（ACT-K、ACT-Z）によって行われた未治療・治療中断者への危機介入の効果の測定、危機介入における支援内容の分析、未治療・治療中断者への危機介入のプロセス、さらに保健所を核とした、訪問型の多職種チームにおける地域精神保健システムの構築方法のマニュアルから成り立っている。

「研究1：未治療者および治療中断者を対象とした支援導入時の危機介入調査」では、未治療・治療中断者への介入の効果を多面的に評価するとともに、支援体制および支援内容の特徴を明らかにした。「研究2：地域で生活する精神障害のある人への支援導入後の多職種による危機介入に関する実態調査」では、重度精神障害のある人が地域で生活することによって、どのような危機が起こりうるのか、また、その危機に対して多職種チームはどのような支援を提供しているのかを明らかにした。「研究3：生活の危機を脱し、本人と家族が安心できる生活に至るプロセス—利用者に害を与えないために、家族と共に支える—」では、多職種チームの支援者が、未治療・治療中断者への危機介入をどのようなプロセスで行い、回復を生み出していくかを明らかにした。「研究4：未治療・治療中断者への地域精神保健システム構築マニュアル」では、ACT-K、ACT-Z、保健所、精神保健福祉センター、精神科病院に勤務する職員からなるワーキンググループを設置して、研究1～3で明らかになったことと、それぞれの臨床活動を踏まえて、地域精神保健システムの構築のマニュアルを作成した。

これらの研究は、未治療・治療中断者に対してだけでなく、通院が途切れがちで自宅に閉じこもっ

ている人や、地域移行の対象となる患者の回復を促すのにも役立つ内容である。同時に、そのような状況にあるご本人を支えている家族をも支援する内容である。研究1～3を基礎にしてできた「研究4：未治療・治療中断者への地域精神保健システム構築マニュアル」に関しては、いくつかの地域や、未治療・治療中断者、あるいは重度精神障害のある人の地域精神保健に携わっている専門職にエキスパートレビューを依頼し、それぞれの立場からのご意見もいただき修正し、幅広く活用できる内容になるよう努めた。

この研究が、ACTの臨床活動を全国に普及させ、未治療・治療中断者とその家族、さらには重度精神障害のある人びとの地域生活に新たな希望をもたらすことを心から願っている。

平成22年3月

主任研究者 三品 桂子

目 次

要 旨	5
序 章	
Ⅰ 研究の背景.....	12
Ⅱ 先行研究調査.....	13
Ⅲ 本研究事業の意義.....	13
Ⅳ 研究上の問い.....	14
第1章 事業概要	
Ⅰ 事業概要.....	16
Ⅱ 事業実施体制.....	16
第2章 未治療者および治療中断者を対象とした支援導入時の危機介入調査	
Ⅰ 目的.....	20
Ⅱ 方法.....	20
Ⅲ 結果.....	21
Ⅳ 考察.....	32
Ⅴ 結論.....	34
第3章 地域で生活する精神障害のある人への支援導入後の多職種による 危機介入に関する実態調査	
Ⅰ 目的.....	38
Ⅱ 方法.....	38
Ⅲ 結果.....	39
Ⅳ 考察.....	44
Ⅴ 結論.....	45
第4章 生活の危機を脱し、本人と家族が安心できる生活に至るプロセス —利用者 に 害を 与えない ために、家族 と 共に 支える—	
Ⅰ はじめに.....	48
Ⅱ 研究方法.....	48
Ⅲ 結果.....	50
Ⅳ 考察.....	65
第5章 未治療・治療中断者の地域精神保健システムの構築マニュアル	
Ⅰ はじめに.....	68
Ⅱ 保健所における相談援助.....	70
Ⅲ 多職種チームによる支援.....	74
Ⅳ 重度精神障害のある人のための新たな地域精神保健システムの構築.....	111
Ⅴ おわりに.....	120

第6章 総合考察

I	はじめに	124
II	生活場面における未治療・治療中断者への介入の効果と方法	124
III	多職種チームによる重度精神疾患患者への生活支援と方法	125
IV	家族支援の重要性	126
V	新たなシステムの構築	126
VI	おわりに	126

第7章 提言

I	はじめに	128
II	提言	
III	おわりに	130

資料

資料1	リスクアセスメント票	132
資料2	初期計画票	133
資料3	ストレングスアセスメント	134
資料4	終了基準	135

要旨

I 目的

本研究事業では、未治療・治療中断者が地域でどのような危機に遭遇しているのかを明らかにするとともに、訪問専門の多職種チームが未治療・治療中断者への危機介入を含めた支援をどのように展開し、回復をもたらしているのかを明らかにした。その結果を踏まえ、未治療・治療中断者が治療を受け、地域で豊かに暮らすための地域精神保健システムの構築マニュアルを作成した。このため、1) 未治療者および治療中断者を対象とした支援導入時の危機介入調査、2) 地域で生活する精神障害のある人への支援導入後の多職種による危機介入に関する実態調査、3) 生活の危機を脱し、本人と家族が安心できる生活に至るプロセス—利用者に害を与えないために、家族と共に支える—(質的調査)、4) 未受診・治療中断者の地域生活支援システム構築マニュアルの作成を実施した。

II 各研究事業の概要

1 未治療者および治療中断者を対象とした支援導入時の危機介入調査

(1) 目的

未治療・治療中断者への介入の効果を多面的に評価すること、また、支援体制および援助内容の特徴を明らかにすることを目的とした。

(2) 方法

1) 調査対象者

ACT-K と ACT-Z を利用している未治療者および ACT チーム介入直前に6か月以上の治療中断があった者(35名)のうち同意の得られた25名を分析の対象とした(平均年齢45.6歳、SD=15.0、男性12名、女性13名)。また、未治療期間の平均は22.7年(SD=14.8)、治療中断期間の平均は8.0年(SD=7.6)であり、66%の者が6年以上治療を受けていなかった。診断名は統合失調症が88%、気分障害が8%であった。

2) 調査内容および調査手続き

患者の変化と支援体制および支援内容に関して、導入時、1か月目、3か月目、6か月目に入った1週間の状況を評価した。患者の変化と支援体制/援助内容の測定には以下のものを用いた。調査対象者の変化には「機能の全体的評定尺度(Global Assessment of Functioning: GAF)」、「簡易精神症状評価尺度慶応版(Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)」、「精神科リハビリテーション行動評価尺度(Rehabilitation Evaluation Hall And Baker: Rehab)」を用い、支援体制/支援内容には、介入スタッフ、社会資源の利用状況、訪問日数、訪問時間、援助内容などを調査した。

(3) 結果

1) 調査対象者の変化

①未治療・治療中断者の特徴

利用者の紹介経路は保健所が最も多く(64%)、次に、利用者家族(16%)からの依頼であった。また、紹介理由はひきこもり(41.4%)、地域・近隣への他害・迷惑行為(34.5%)などであった。

② GAF/BPRS

1 要因の分散分析を行った結果、GAF は介入時(M=26.00、SD=9.2)と6か月目(M=34.68、

SD=12.9)、1か月目 (M=28.68、SD=9.4) と6か月目 (M=34.68、SD=12.9) で有意差が認められた ($p < .01\%$)。また、BPRS においても1か月目と3か月目以外のすべての期間で有意な改善が認められた (介入時 M=68.0、SD=10.8;6か月目 M=54.5、SD=14.9)。

③ Rehab

全般的行動得点より、介入時は社会生活が著しく困難である者が19名であったが、6か月目には14名に減少した。特に、社会生活活動性、ことばのわかりやすさ、ことばの技能で変化が認められた。

2) 支援体制 / 支援内容

①介入スタッフ / 関連機関

1人の患者に関わる平均スタッフ数は2から3人で、精神科医や精神保健福祉士が中心となって関わっていた。また、介入時は医療機関や保健所が中心に関る傾向が認められた。訪問看護ステーションの関与は徐々に増加したが、常に関与しているわけではなかった。

②援助内容

1週間の平均訪問日数および訪問時間は1日50分程度で、期間によって大きな増減は認めなかった。支援内容は、「利用者スタッフとの関係性の構築」「利用者の精神症状・心理側面のアセスメント」「家族支援」が中心に行われていた。介入1週間以内に投薬されたのは5名 (20%) であったが、3から6か月目には17名 (68%) まで増加した。

(4) 考察

未治療および治療中断期間が長期にわたる者が多く、GAF、BPRS、Rehab から精神および心理社会的機能、日常生活行動など全般的に著しく障害されている状態であったことが明らかとなった。しかし、ACT チームの介入によって、特に、介入6か月目には改善が認められることが示唆された。支援の初期においては少人数のスタッフで1週間に1回程度の訪問に抑えられていた。また、援助内容も利用者や利用者家族との関係性を構築し、利用者の精神症状・心理側面のアセスメントなどが中心に行われていた。

2 地域で生活する精神障害のある人への支援導入後の多職種による危機介入に関する実態調査

(1) 目的

重度精神疾患のある人が地域生活において、どのような危機に遭遇し、またその危機に対してACT チームのスタッフがどのような支援を提供したかを明らかにすることを目的とした。

(2) 方法

1) 調査対象者

ACT-K と ACT-Z の利用者のうち、H21年4月～ H21年9月の6か月間に危機的状況となり多職種による介入が行われた者を対象とした。対象者の特定は訪問日数が週3日以上あり、通常の支援のみでは地域で生活することが困難となるような危機的状況にあったと考えられる利用者をスタッフに聞き取り選定した。その結果、27名に対し42件の介入が行われていたが、調査への同意の得られた21名31件の危機介入を分析の対象とした。対象者の平均年齢は51.0歳 (SD=14.0)、発病平均年齢は24.7歳 (SD=13.4) で、95%が統合失調症であった。

2) 測定内容および調査手続き

危機介入前1か月、介入中 (各週)、介入後1か月の状況について、危機的状況、危機介入の結果、GAF、危機介入時の支援体制 / 援助内容などを調査した。

(3) 結果

1) 危機的状況

①危機的状況の分析および介入の結果

危機的状況は、急性期症状の出現12件（38.7%）、利用者のストレスフルな出来事8件（25.8%）、身体疾患の合併4件（12.9%）の順に多かった。介入の結果は、74.2%の対象者の危機は回避され、12.9%がそれぞれ精神科または身体科へ入院となった。また、危機介入期間は4週目までで終了する件数が多かった（80.6%）。4件（12.9%）は7週目までで危機介入が終了したが、2件（6.5%）は12から14週と長期の介入であった。

②危機介入による変化

1要因分散分析（反復測定）を行った結果、介入中（ $M=31.81$ 、 $SD=10.09$ ）と介入後（ $M=36.77$ 、 $SD=9.80$ ）で有意差が認められた（ $p < .01\%$ ）。なお、投薬があったのは介入前が30件（96.7%）で、介入中に未告知投与が1件加わったため、以後は全員に投薬が行われていた。

2) 危機介入時の支援体制 / 援助内容

①介入スタッフ / 関連機関

関連機関は医療機関、訪問看護ステーションが中心であった。1人の利用者に関わる全スタッフ数の平均は、介入中は5名弱で、介入前後は4.2から4.4名であった。職種別にみると、介入前中後とも医師と精神保健福祉士は平均1名が関与していたが、看護師は介入前1.4名から介入中2.0名に増える傾向が認められた。

②援助内容

介入中の1週間の平均訪問日数は3.45日で、コ・メディカルスタッフの平均訪問時間は4.43時間、医師の平均訪問時間は0.31時間であった。援助内容は「利用者スタッフとの関係性の構築」「利用者の精神症状・心理的側面へのアセスメントおよび具体的援助」「家族支援」「利用者のストレスやニーズをアセスメントするための情報収集」が介入前中後とも多く行われる傾向が認められた。介入の結果、入院となった場合であっても、入院先への訪問や、試験外泊などの退院支援も行われていた。

(4) 考察

危機介入の多くは急性期症状の出現やストレスフルな出来事に対するもので、74%は回避することが可能であった。また、介入の結果、入院に至ったケースであっても、コ・メディカルスタッフによる訪問が行われ、関係性や支援の継続に勤めていた。多くの危機介入が4週までで終息していたが、長期にわたる介入となる場合も認められた。危機介入時の援助として、医療行為（注射など）よりも、精神症状や心理的側面へのアセスメントや具体的な援助、関係性を維持することが中心に行われていた。これは、適切な医療評価を行いながら、症状が悪化する前に早期に介入が行われることによって、危機の回避につながっていると考えられた。

3 生活の危機を脱し、本人と家族が安心できる生活に至るプロセス—利用者に害を与えないために、家族と共に支える—

(1) 目的

これまで未治療・治療中断者への危機介入は、保健所が中心に担ってきたが、ACT が誕生したことで多職種チームによって担われる地域が出て来た。本研究では、多職種チームのスタッフが、

未治療・治療中断者への危機介入アプローチの中で行っている関わりについて、「生活の危機を脱し、本人と家族が安心できる生活に至るプロセス」を明らかにすることとした。

(2) 方法

ACT-K5名、ACT-Z2名の未治療・治療中断者の支援に携わってきたスタッフ16名（延べ数）に半構造化面接を行った。ACTでは1人の利用者に2～4名程度の個別援助チーム（Individual Treatment Team: ITT）を形成し支援を展開するが、面接はITTの中心になっていたスタッフにグループ面接法を用いた。ただし、面接時間に緊急ケースが入り参加できないスタッフもあった。面接時間は約1時間～1時間30分である。ACT-Kに関しては坂下が、ACT-Zに関しては長崎が担当し、すべての面接結果を2名で共有し、分析を行った。分析方法は木下によるM-GTA（修正版グラウンデッドセオリーアプローチ）を用いた。

(3) 結果

M-GTAによる分析の結果、42の概念と9つのサブカテゴリー、2つのカテゴリーが生成された。これらの概念とカテゴリーを比較検討した結果、結果図とストーリーラインを作成した。ストーリーラインは、次の通りである。なお、結果図については、紙面の関係上、割愛する。

表記であるが、カテゴリーを〈 〉、サブカテゴリーを《 》で表し、強調文字とした。

未治療あるいは治療中断をしている精神障害のある当事者は、《生活の危機》が生じたときに、家族が【SOSを出す】ことによりACTとのかかわりが始まり、スタッフは家族と本人に【会いに行く】。そして、〈利用者に害を与えない関わり〉と同時に〈家族支援による負担の軽減〉が起こり、相互に影響しながら《当事者と家族を同時に支える》ようになる。このことにより、当事者との関係は《かみ合う関係》となり、《本人と家族が安心できる生活》が実現できるようになっていた。

1) カテゴリー1〈利用者に害を与えない関わり〉

当事者に関わる時には、《相手を知る》《相手に害を与えない》《共に仲間として関わる》ということが重要である。これらのサブカテゴリーは、三つ巴の関係であり、それぞれが機能することによって、〈利用者に害を与えない関わり〉が成立するという特徴がある。

2) カテゴリー2〈家族支援による負担の軽減〉

〈利用者に害を与えない関わり〉と共に、重要となるカテゴリーが、〈家族支援による負担の軽減〉である。〈利用者に害を与えない関わり〉を行うときに、家族の存在はとても大きい。当事者を支える役割を担っている家族であるが、家族もさまざまな生活上の問題を抱えているため、家族を視野に入れた支援が必要となる。

さまざまな生活の問題を抱えた家族を支えるために、《家族を理解しサポートする》ことはとても重要である。当事者を支えるためには、共に暮らす《家族を理解しサポートする》ことによって、家族が安定する。その上で、《家族と支援を協力する》ことが求められる。

(3) 考察

未治療あるいは治療中断をしている当事者が生活の危機を脱し、本人と家族が安心できる生活に至るプロセスで重要になることは、精神疾患の治療を前面に出して関わらないことである。そのため、〈利用者に害を与えない関わり〉が必要であり、〈家族支援による負担の軽減〉が求められている。今回の研究では、このような関わりのプロセスが明らかになったことにより、実際の関わりを行って行く際に活用できる可能性が示唆された。

4 未治療・治療中断者の地域精神保健システム構築マニュアルの作成

(1) 目的

未治療・治療中断者に対して、保健所を核とした多職種チームによる良質な支援サービスを早期に提供し、サービス利用者が可能な限り地域生活を継続しながら健康で文化的な生活を営める地域精神保健システムを全国各地で構築するためのマニュアルを作成する。

(2) 方法

ACT-K、ACT-Z スタッフ、保健所および精神保健福祉センター職員、精神科病院精神保健福祉士、NPO 法人京都メンタルケア・アクションの理事長からなるワーキンググループを立ち上げ、これまでの実践を基礎に未治療・治療中断者の治療促進並びに生活支援の方法を検討し、マニュアル化すると同時に、英国バーミンガムのシステムを参考にわが国における新たな地域精神保健システムの構築マニュアルを作成した。また、マニュアル作成後に、エキスパートレビューを行い、他の地域でも活用可能になるよう修正した。

(3) 結果

1) システムフロー図を作成し、保健所、精神保健福祉センター、多職種チーム、委託相談支援事業所の業務の手順とサービス内容を明らかにした。

- ①保健所は住民や関係機関からの相談を受理し、インテークの後情報収集、初期アセスメントを行い、多職種チームに依頼する事例か否かを判断する。
- ②保健所は、多職種チームに依頼することが決定したら、72時間以内にジョイントインテーク会議を開催し、関係機関を収集してどのチームが担当するかを検討する。
- ③保健所から依頼を受けた多職種チームは、早期に保健所への来談者と連絡をとり、機関としての受理面接を行い、サービスを開始する。
- ④未治療・治療中断者とその家族は、専門職に不信感を抱いている場合も少なくないので、多職種チームはまず生活支援や関係づくりを中心に行い、良好な関係を築いてから治療の導入を図る。
- ⑤ただし、初期アセスメントでは危機の程度を確実に把握する。
- ⑥チームリーダーは月1回モニタリングを行い、毎週1回のスーパービジョンで課題を取り扱う。
- ⑦保健所は6月に1回モニタリングを行い、次の支援サイクルに入るか、終了・移行するか、あるいは入院治療の適用かのエバリュエーション会議を開催し、決定する。
- ⑧委託相談支援事業所は、多職種チームや保健所から要請があった場合は、終了・移行予定がない利用者であってもチームに協力する。
- ⑨委託相談支援事業所は、終了・移行予定の利用者にはかならず出会い、多職種チームのケアを引き継ぐ。

2) 各関係機関の役割を明確にした。

- ①保健所はこのシステムの核になり、関係機関のコーディネーションを担う。
- ②多職種チームは援助を担いながら、関係機関との連携を図る。
- ③可能な限り在宅支援を行い、仮に入院したとしても早期退院を目指す。
- ④精神科病院は入院時から退院計画を作成する。
- ⑤委託相談支援事業所は、多職種チームと連携し、利用者の了解が得られた段階でチームに参加

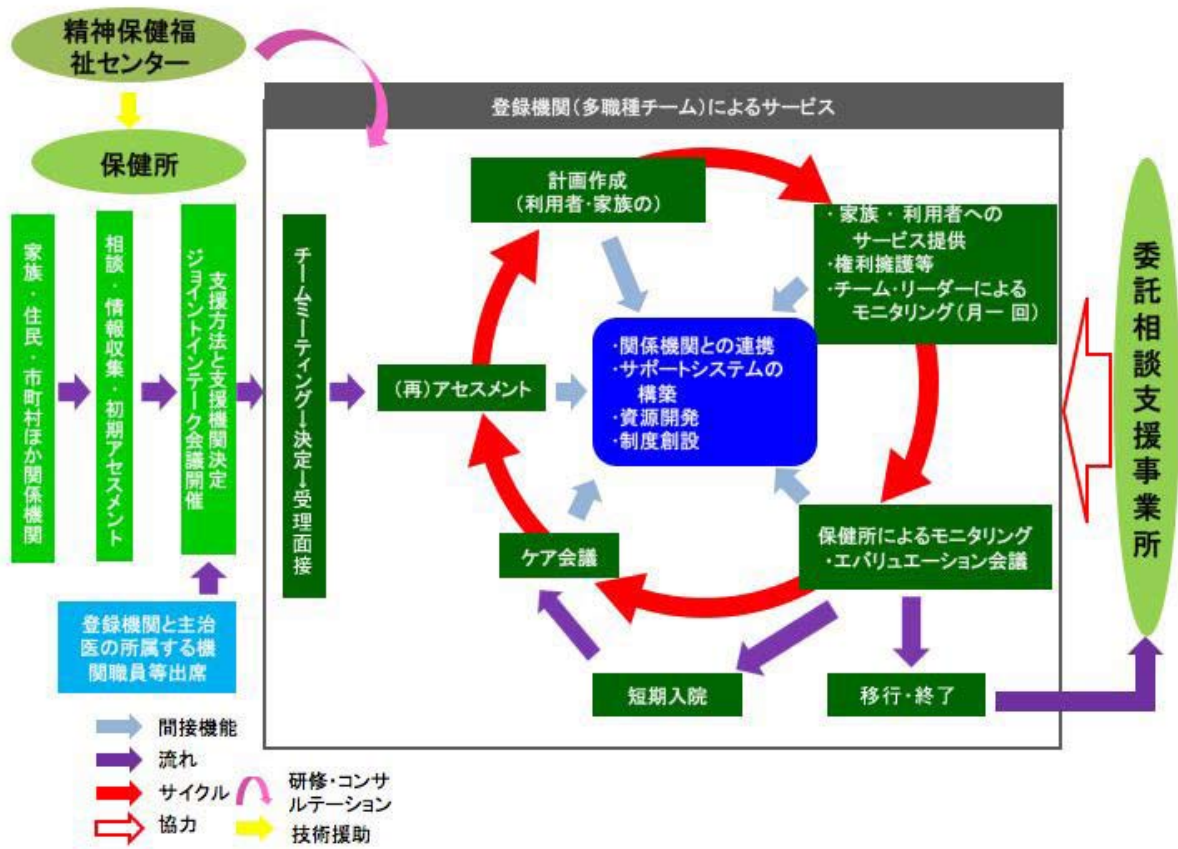
し支援をする。

- ⑥多職種チームからの終了基準を設け、終了・移行の促進を図り、委託相談事業所がケアマネジメントを行う。

(4) 考察

未治療・治療中断者への支援は、キャッチメントエリアを定め、24時間ケアを担える多職種チームが必要であり、また、危機ハウスなどの資源整備も重要である。このようなシステムを構築することで、未治療・治療中断者と家族のみならず、重度精神障害のある人の地域移行の促進、通院を怠りがちで引きこもっている人の回復を支援することが可能になる。

このシステムは、保健所や精神保健福祉センターが中心になることが重要であり、今後、全国保健所長会、全国精神保健福祉センター長会、全国精神保健福祉相談員会等の行政機関等が本研究結果を活用し、より具体的なガイドライン等を策定し、モデルとして実践していくことが課題である。



システムフロー図

序 章

序章

I 研究の背景

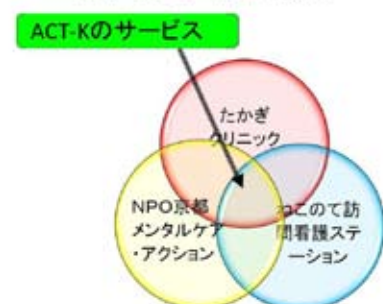
精神保健の訪問活動は、保健所の精神保健相談・訪問活動の一環として、精神保健福祉相談員や保健師によって取り組まれてきた。その対象者のなかには困難事例と称される一群の住民がおり、困難事例のなかには重度精神障害で、未治療・治療中断者が含まれている。未治療・治療中断者への研究は、主として事例報告が中心であり、公衆衛生や保健師雑誌等に数多く掲載されてきた。しかしながら、保健所が治療機能をもたないこと、保健所が広域化してきたこと、保健所の業務が増え頻回の訪問が行えないことなどから、未治療・治療中断者への十分な対応は行えていない状況があった。また、保健所における未治療・治療中断者への支援は受診勧奨が中心であり、生活支援という視点は乏しかった。「病院・施設から地域へ」という近年の潮流のなかで、精神科訪問看護ステーションが増加し、重度精神障害のある人への地域生活支援に必要な不可欠なサービスとなっているが、訪問看護ステーションは主治医からの紹介があり、利用者と契約を結んでからサービスを開始しなければならないため、未治療・治療中断者へのアプローチを訪問看護ステーションが担うには制度的に限界がある。

2003年5月から千葉県国府台地区において、日本で初めて ACT の臨床活動が開始された。この ACT-J の臨床活動は研究事業として取り組まれたため、国府台病院に入院している患者のなかで、研究に同意した者が対象で、未治療・治療中断者は対象とならなかった。その後、2004年6月から開始した ACT-K（京都市）は、往診専門の診療所、訪問看護ステーション、NPO 法人の連携による ACT チームとして、未治療・治療中断者へのアプローチを行ってきた（図1）。翌年の7月には、岡山県精神保健福祉センターによる ACT- おかやまが臨床活動を開始し、同チームは県の機関であったことから、保健所からの未治療・治療中断者への支援を要請される機会が多かった。2009年4月に岡山市が政令指定都市になったことにより、ACT- おかやまのサービス利用者は ACT-Z（岡山市）に引き継がれる形となり、ACT-Z は岡山市を中心とした未治療・治療中断者へのアプローチも臨床活動のなかで行っている。

ACT サービスの特徴は、重度精神障害のある人を対象とすること、24時間365日年中無休で、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、精神科医などの多職種でチームを編成しサービスを提供すること、事務所を地域に構えるなどである。未治療・治療中断者への ACT サービスは、入院を前提とせず、まず地域生活のなかで支援し、精神科病院への入院しか方法がない場合のみ入院を選択する。その場合であっても、ACT チームのスタッフの支援を受けたうえで、利用者が自ら入院を選択するという方法をとる。

本研究は、ACT-K の5年4か月と ACT- おかやま・ACT-Z の4年3月の臨床活動のなかから未治療・治療中断者への支援と、援助継続中に危機状況に陥った人への危機介入を対象とした。

図1 ACT-Kの構造



II 先行研究調査

本節では、これまでの精神保健福祉分野において「地域訪問活動」に関してどのような研究がなされてきたかを概観する。危機介入、早期介入、未治療・治療中断、地域精神保健システムをキーワードとして国内文献を CiNii および MAGAZINE PLUS, 医中誌で検索した。

その結果、統合失調症や気分障害等をもつ対象者にアプローチしている98の研究文献を用い、「地域訪問活動」が述べられているか否か、また述べられているならその内容はどうかを考察した。

98文献のうち、「地域訪問活動」が述べられている研究をしぼると30件になった。その内容を大きく分類すると、英国や米国等の海外におかる実践紹介や報告などといった(1)情報提供が18件、(2)包括型地域生活支援プログラム (ACT) の理念といった理論が2件、(3) 事例をもとにした援助内容を述べた実践報告が9件、(4) 訪問の際に必要なガイドラインについて1件であった。これらは、すべて量的調査や質的調査を実施したものではなく、記述のみの研究であった。

また、「地域訪問活動」について述べられている文献30件のなかで、未治療・治療中断者へアプローチに関する研究は7件であり、そのうち ACTに関連したものが4件であった。しかしながら、すべて記述によるものであって、実践を量的に調査したものや、具体的なシステムに言及するまでには至っていない。

このように地域精神保健の訪問活動の実践的な研究を理論的に統計で分析し、システム化を試みようとする研究は見あたらず、さらに「未治療・治療中断者」に焦点を当て多職種による訪問活動を実践化・具体化した研究はない。

以上から、本研究のように対象を未治療・治療中断者に焦点化し、地域における多職種による訪問活動を実践しながら、その効果や支援内容を分析し、かつシステム化を進めている研究は、残念ながらわが国では行われていないことがわかる。

III 本研究事業の意義

従来、未治療や治療中断者への対応は保健所の業務とされ、精神保健福祉相談員や保健師による訪問サービスが提供されてきた。しかし、保健所が治療行為を行えないことから受診勧奨という手段しか無く、それで功を奏さない場合は精神保健福祉法による入院措置が執られてきた(竹島・立森・三宅2004、立岡2004)。このような活動を行ってきたものの、保健所は引きこもり、うつ、自殺対策など精神保健福祉全般の相談に対応しなくてはならず、精神保健福祉相談員も十分配置されないなかで業務を進めざるを得ず、未治療・治療中断者への支援は十分に行えてこなかった。藤田(2009)は、「未治療であったり、医療機関への通院が長時間途絶えている患者に対しては訪問看護は行えない。このような場合は、保健所が『適切な医療につなげる』という役割を担い、その後に訪問看護を使うという流れになる。しかしながら、業務量や行政という縛りのなかでこの役割がうまく行えていないという現状がある」と述べている。

また、「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護のケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討報告書」(2008)によると、現在訪問していない理由として、「精神訪問看護の訪問依頼がないため」が77.8%に及んでいる。つまり、医療システムにのっていない未治療や治療中断者といった人びとは、その状況を把握されていないことが多いのである。よってどこからも精神科訪問看護ステーションへ依頼されることはないというのが実状である。

以上のように、現在、わが国において、未治療や治療中断者への介入は十分に行われていない。彼／彼女らは、社会支援システムから外れ、地域で主には自宅で閉じこもっているのが実態である。

また、藤田（2008）は、「地域において持続的に責任を持ち関わっているならば、日常生活上の危機の段階での超早期介入が可能」であり、「医療介入が必要となる前段階でのソフトな対応で回避可能」としている。

今日、精神障害のある人への地域訪問活動の必要性は、実践報告や海外紹介などの研究文献に多く明記させるようになってきた。しかし、上述したようにわが国では科学的根拠に基づき、支援システムを確立しようとする研究は未だないのが実態である。

松本（2008）は、「早期介入と初期治療を充実させるためには、病早期に合わせた個別的な支援を提供するためのサービスの組織化が必要」とし、このことは「精神病の早期段階への重点的な介入は患者の予後を改善し、治療への満足度を上げるだけではなく、医療経済的にも全体的なコスト削減に役立つと考えられている」と述べている。この点に関しても本研究は、過去にない実践的な、さらには将来の効果的なわが国の精神保健医療サービスの組織化、またコスト削減となる精神保健支援システムの構築に向けた第一歩であることは疑いない。

IV 研究上の問い

本研究上の問いは以下の4点である。

- 1 多職種チームによる未治療・治療中断者への介入の効果とはどのようなもので、支援体制および支援内容の特徴は何か。
- 2 地域生活ではどのような危機が起こりうるのか、また、その危機に対して多職種チームはどのような支援を提供しているのか。
- 3 多職種チームの未治療・治療中断者に対する支援はどのようなプロセスで提供されているのか。
- 4 未治療・治療中断者への地域生活支援のシステムはどのように構築されるべきか。

これらの研究上の問いを明らかにするため、量的調査法、質的調査法を用い、その調査結果と未治療・治療中断者の支援に携わっている専門職の議論によりシステム構築のマニュアルを作成した。

文献

藤田大輔：地域精神科救急を考えるー岡山県におけるACT実践より。PSYCHIATRY,51:872-878, 2008.

藤田茂治：精神科訪問看護とは。自殺予防と自殺危機介入, 29(1):18-22, 2009.

松本和紀：早期介入・初期治療のためのサービスの組織化。Schizophrenia Frontier, 9(1):7-10, 2009.

高岡道雄：地域における危機介入ー法34条移送制度の実態と課題一。精神医学, 46(6):579-584, 2004.

竹島 正・立森久照・三宅由子：地域における危機介入ー措置入院制度の事前調査を手がかりに一。精神医学, 46(6):571-577, 2004.

社団法人全国訪問看護事業協会：厚生労働省障害者保健福祉促進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護のケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討報告書。社団法人全国訪問看護事業協会, 2008.

第 1 章 事業概要

第1章 事業概要

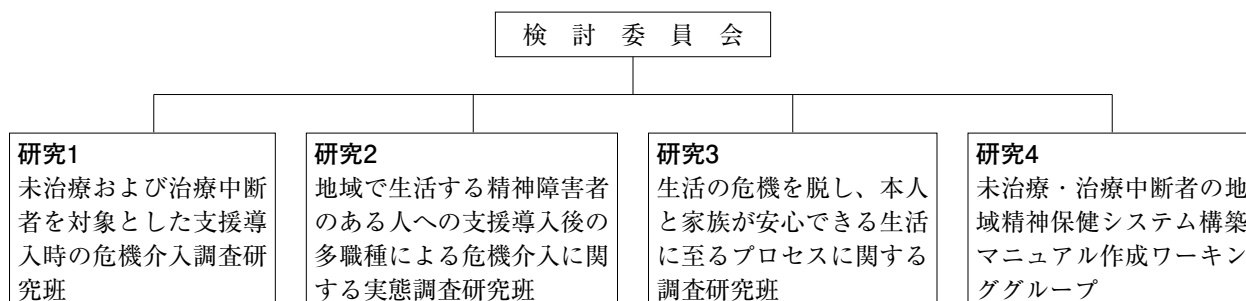
I 概要

本研究事業では、未治療・治療中断者が地域でどのような危機に遭遇しているのかを明らかにするとともに、訪問専門の多職種チームが未治療・治療中断者への危機介入を含めた支援をどのように展開し、回復をもたらしているのかを明らかにした。その結果を踏まえ、未治療・治療中断者が治療を受け、地域で豊かに暮らすための地域精神保健システム構築マニュアルを作成した。このため、1) 未治療者および治療中断者を対象とした支援導入時の危機介入調査、2) 地域で生活する精神障害のある人への支援導入後の多職種による危機介入に関する実態調査、3) 生活の危機を脱し、本人と家族が安心できる生活に至るプロセスに関する調査、4) 未治療・治療中断者の地域精神保健システム構築マニュアルの作成を実施した。

II 事業実施体制

本研究事業は、以下の体制で実施した。4つの研究事業を統括する検討委員会を設置し、その下に3つの研究班と1つのワーキンググループを設置した。

検討委員会は2回、「研究1 未治療者および治療中断者を対象とした支援導入時の危機介入調査」、及び「研究2 地域で生活する精神障害のある人への支援導入後の多職種による危機介入に関する実態調査」の研究班会議は各2回、「研究3 生活の危機を脱し、本人と家族が安心できる生活に至るプロセスに関する調査」の研究班会議は6回、「研究4 未治療・治療中断者の地域精神保健システムの構築マニュアルの作成」ワーキンググループは4回実施した。



■検討委員会

(五十音順 敬称略)

	氏名	所属	役職
○	板垣 泰子	京都市保健所長会 (中京保健所)	会長
○	上野 光歩	京都精神科診療所協会代表 (ウエノ診療所)	会長
○	木村 貞子	京都市精神障害者家族会代表	
○	白川 徹	京都精神訪問看護ステーション連絡会代表 (有限会社南風)	(施設長)
○	高木 俊介	たかぎクリニック (ACT-K)	院長
○	林 浩子	京都市保健衛生局保健福祉部障害保健福祉課精神保健福祉係	係長
○	福居 義久	京都精神病院協会 (第二北山病院長)	副会長
○	藤井 弘	京都精神保健福祉施設協議会 (社会福祉法人京都光彩の会 京都市中部精神障害者地域生活支援センターなごやかサロン)	(施設長)
○	藤田 大輔	大和診療所院長 (ACT-Z)	院長
○	三品 桂子	NPO 法人京都メンタルケア・アクション (ACT-K)	理事長
◎	山下 俊幸	京都市こころの健康増進センター	所長
*	吉川 隆博	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課	専門官

◎委員長 ○委員 *オブザーバー

■研究1 未治療者および治療中断者を対象とした支援導入時の危機介入調査研究班

(五十音順 敬称略)

	氏名	所属	役職
○	稲山 耕平	大和診療所 (ACT-Z)	職員
◎	田中 美幸	NPO 法人京都メンタルケア・アクション (ACT-K)	研究員
○	藤田 大輔	大和診療所 (ACT-Z)	院長
*	伊東貴代子	ねこのて訪問看護ステーション (ACT-K)	所長
*	高木 俊介	たかぎクリニック (ACT-K)	院長
*	西川 里美	訪問看護ステーション宙 (ACT-Z)	所長
*	久木美智子	たかぎクリニック (ACT-K)	職員

◎責任者 ○研究班員 *研究協力者

■研究2 地域で生活する精神障害のある人への支援導入後の多職種による危機介入に関する実態調査研究班

(五十音順 敬称略)

	氏名	所属	役職
○	稲山 耕平	大和診療所 (ACT-Z)	職員
◎	田中 美幸	NPO 法人京都メンタルケア・アクション (ACT-K)	研究員
○	藤田 大輔	大和診療所 (ACT-Z)	院長
*	伊東貴代子	ねこのて訪問看護ステーション (ACT-K)	所長
*	高木 俊介	たかぎクリニック (ACT-Z)	院長
*	西川 里美	株式会社みらい 訪問看護ステーション宙	所長
*	久木美智子	たかぎクリニック (ACT-K)	職員

◎責任者 ○研究班員 *研究協力者

■研究3 生活の危機を脱し、本人と家族が安心できる生活に至るプロセスに関する調査研究班

(五十音順 敬称略)

	氏名	所属	役職
○	坂下 晃祥	NPO 法人京都メンタルケア・アクション (ACT-K)	研究員
◎	長崎 和則	川崎医療福祉大学	教授
*	稲山 耕平	大和診療所 (ACT-Z)	職員

◎責任者 ○研究班員 *研究協力者

■研究4 未治療・治療中断者の地域精神保健システム構築マニュアルの作成ワーキンググループ

(五十音順 敬称略)

	氏名	所属	役職
○	東 美佐枝	京都市こころの健康増進センター	課長補佐(保健師)
○	粟津 佳子	京都市中京保健所	母子・精神保健係長(保健師)
○	金井 浩一	たかぎクリニック (ACT-K)	ケースマネジャー(精神保健福祉士)
○	西川 里美	株式会社みらい 訪問看護ステーション宙 (ACT-Z)	所長
○	福山 敦子	ねこのて訪問看護ステーション (ACT-K)	看護師
◎	三品 桂子	NPO 法人京都メンタルケア・アクション (ACT-K)	理事長
○	森田 倫子	三幸会悔第二北山病院相談室	主任(精神保健福祉士)
*	岩谷亜希子	NPO 法人京都メンタルケア・アクション (ACT-K)	職員

◎責任者 ○メンバー *研究協力者

第2章

未治療者および治療中断者を対象とした 支援導入時の危機介入調査

第2章 未治療者および治療中断者を対象とした支援導入時の危機介入調査

I 目的

未治療・治療中断者はこれまで保健所が中心に受診勧奨を行い、治療に結びつけてきた。しかし、保健所は治療機能を持たないことや、精神保健福祉相談員と保健師のみの援助であり、限界があった。多くの患者は安心して住み慣れた自宅で、治療を含むサービスを受けながら、回復していくことを希望している。また、医療経済的にも在宅での支援は入院よりも安価である。本研究では、多職種チームが、地域生活の継続を保証しながら、未治療・治療中断者に対して介入することでの効果を多面的に評価するとともに、支援体制および援助内容の特徴を明らかにすることを目的とした。

II 方法

1 調査対象者

調査対象者は、開設から2009年8月までに登録された、ACT-KとACT-Zを利用している未治療者（9名）およびACTチーム介入直前に6か月以上の治療中断があった者（26名）のうちから同意が得られた26名（74.3%）である。このうち、調査の対象期間中に入院となった1名は継続した変化が評価できないことから対象から除外し、25名のデータを分析の対象とした。また、ACTチームには加入基準が定められているが、今回の調査では加入基準に関わらず、未治療者・治療中断者であることを優先した。そのため、年齢や疾患などに制限は設けなかった。

2 調査内容および調査手続き

患者の変化と支援体制および支援内容に関し、導入時、1か月目、3か月目、6か月目に入った1週間の状況を評価した。患者の変化と支援体制/援助内容の測定には以下のものを用いた。調査対象者の基礎情報として、基本的属性、診断名、未治療・治療中断期間、紹介経路、紹介理由、未治療・治療中断の理由などをまとめた。

3 測定に用いた尺度

(1) 機能の全体的評定尺度（Global Assessment of Functioning: GAF）

患者の機能の全体的評定をするための尺度である。心理的、社会的および職業的機能のみについて点数がつけられ、身体的（または環境的）制約による機能の障害は含めない。評定は10点ずつ10段階に分かれており、1から100点で評定される。得点が高いほど機能が高いと評価される。

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

精神症状を評価するための尺度で、質問は18項目で構成される。評定は「1:症状なし」から「7:非常に重度」までの7件法である。

(3) 精神科リハビリテーション行動評価尺度（Rehabilitation Evaluation Hall And Baker: Rehab）

精神障害者の行動を評定するために標準化された尺度である。尺度は「逸脱行動（7項目）」、「全般的行動（16項目）」の2種類で構成されているが、「全般的行動」尺度を評価に用いた。評定は直線上の1か所に縦線のマークを入れ、スコアスケールによって「スコア0:普通」から「スコア9:最も障害が重い」までの10段階に点数化される。なお、尺度の質問項目に「病棟で～」という表現

が用いられているが、「家庭」に置き換えて評定した（全般的行動の項目8,9,22）。評定は「全般的行動全得点」と「全般的行動」の下位因子である「社会的活動性（6項目）」、「ことばの技能（2項目）」、「ことばのわかりやすさ（2項目）」、「セルフケア（5項目）」「社会生活の技能（2項目）」などの各因子得点によって行われる。そして、評価方法には個人の記録とグループの記録によるものがあるが、今回は、グループの記録によって分析した。グループの記録は得点分布ごとに患者の度数をまとめる方法で、地域社会において生活が可能かどうかの指標が設けられている。

4 支援体制 / 援助内容

(1) 介入スタッフ

ACT チームが介入しているスタッフの職種と、人数を算出した。

(2) 社会資源の利用状況

対象者が利用した社会資源を算出した。

(3) 訪問日数および訪問時間

医師および看護師、精神保健福祉士等のコ・メディカルの訪問日数と訪問時間を介入時から1週間ごとに算出した。なお、1日に複数回または複数人によって訪問された場合も1回としてカウントした。

(4) 支援内容

支援内容に関する調査用紙は ACT-J 援助サービスコード（園・大島・贅川 他 2008）を参考にして、危機介入時に必要となる援助項目についてスタッフ4名に聞き取りを行い、援助内容の精選が行われた。調査用紙は「ケア計画の作成・ケアマネジメント（6項目）」「対人関係の維持構築（3項目）」「精神症状改善への援助（10項目）」「身体症状の発症や進行を防ぐための援助（2項目）」「日常生活を維持するための援助（5項目）」「家族（キーパーソン）への援助（3項目）」「その他」で構成される。介入から1か月ごとに観察・アセスメントおよび具体的援助の回数を算出し記入した。

5 倫理的配慮

調査対象者に対して調査への協力は自由であり、途中で調査協力をやめることができること、調査への協力の有無によりサービス利用に関して不利益にならないこと、得られたデータは研究の目的以外に用いないことを説明した上で、同意を得た。

III 結果

GAF、BPRS、Rehab は、それぞれが介入によって期間ごとにどのように変化するかを評価することを目的に、各尺度の総合得点を従属変数として、4つの水準（介入時、1か月目、3か月目、6か月目）により1要因分散分析（反復測定）を行った。さらに、多重比較は Bonferroni の方法により行われた。

1 調査対象者の特徴

対象者の基礎情報を表 II -1 に示した。対象者の疾患は統合失調症（22名、88.0%）が多く、次に、気分障害（2名、8.0%）であった。発病時の平均年齢は27.3歳（SD=13.6、Range=19-69）、介入時の平均年齢は45.6歳（SD=15.0、Range=19-70）であった。また、平均未治療期間は22.7年（SD = 14.8、Range=7か月 - 41年）、平均治療中断期間は8.0年（SD=7.6、Range=6か月 - 25年）であった。調査対象者の紹介経路は保健所（64.0%）、利用者家族（16.0%）、診療所・病院（各8.0%）の順に多かつ

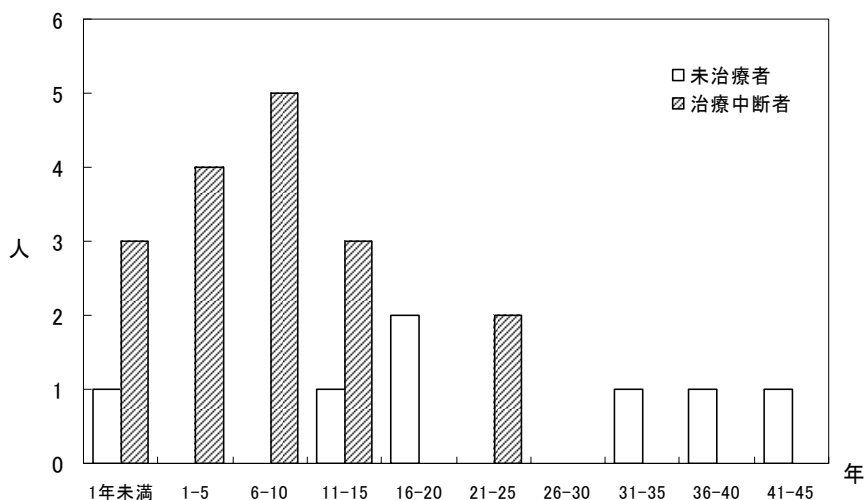
た。紹介理由は引きこもり（41.4%）や地域・近隣での他害・迷惑行為（35.4%）が中心であった。その他（20.7%）には、精神症状の悪化や急性期症状の出現により外来通院が困難になった場合や、うつ状態による寝たきりなどが含まれ、引きこもりの状況とは区別された。

表Ⅱ-1 基礎情報

		全体		未治療		治療中断	
		平均(歳)	SD	平均(歳/年)	SD	平均(歳/年)	SD
介入時年齢		45.6	15.0	44.9	18.2	46.0	13.8
発病年齢		27.3	13.6	22.6	11.3	29.4	14.3
中断・未治療期間				22.7	14.8	8.0	7.6
		N	%	N	%	N	%
性別	女性	13	52.0	3	12.0	10	40.0
	男性	12	48.0	5	20.0	7	28.0
入院歴	なし	14	56.0	0	0.0	14	56.0
	あり	11	44.0	0	0.0	11	44.0
生活形態	同居	20	80.0	5	20.0	15	60.0
	独居	5	20.0	3	12.0	2	8.0
診断名	統合失調症	22	88.0	8	32.0	14	56.0
	気分障害	2	8.0	0	0.0	2	8.0
	うつ病	1	4.0	0	0.0	1	4.0
紹介経路	保健所	16	64.0	6	24.0	10	40.0
	利用者家族	4	16.0	1	4.0	3	12.0
	診療所	2	8.0	0	0.0	2	8.0
	病院	2	8.0	0	0.0	2	8.0
	その他	1	4.0	1	4.0	0	0.0
紹介理由 (複数回答あり)	ひきこもり	12	41.4	5	20.0	7	28.0
	他害迷惑行為	10	34.5	2	8.0	5	20.0
	その他	6	20.7	1	4.0	5	20.0
	家庭内暴力	1	3.4	1	4.0	0	0.0

N=25

未治療および治療中断の期間の度数分布を図Ⅱ-1に示した（未治療者1名について発病時期が不明であったため、24名のデータである）。未治療および治療中断期間が1年未満の比較的短期間の者は4名で、16名（66.6%）が6年以上の長期間にわたって治療を受けていなかった（未治療25.0%、治療中断者41.7%）。



図Ⅱ-1 未治療および治療中断期間ごとの度数分布
N=24 (不明1名)

未治療・治療中断の理由として考えられることを担当スタッフに聞き取り調査を行った結果を表Ⅱ-2にまとめた。なお、2名については理由が不明であったため、23名のデータを分析した。最も多

かったのは「当事者宅に向いて医療評価・介入をする機関がない(52.2%)」という理由であり、次に、「病識の欠如(34.8%)」「病状の悪化(30.4%)」「医療不信(30.4%)」が多かった。また、これらの項目は独立しているのではなく、例えば、病状の悪化にともない医療機関に相談に行ったが、当事者宅に向いて医療評価や介入をする機関がなかったために未治療のままであったなど、複数の要素が関連していた。また、治療中断者に特徴的であったのは「医療不信」であった。この場合、抗精神病薬の副作用や診察時の対応によって治療内容や医療者に不信感を持つことにより治療中断となっていた。

表Ⅱ-2 未治療・治療中断の理由

	全体		未治療		治療中断	
	人	%	人	%	人	%
当事者宅に向いて医療評価・介入をする機関がない	12	52.2	3	8.1	9	24.3
病識の欠如	8	34.8	4	10.8	4	10.8
医療不信	7	30.4	0	0.0	7	18.9
病状の悪化	7	30.4	0	0.0	7	18.9
家族の病気に対する認識不足	3	13.0	2	5.4	1	2.7

*複数回答あり

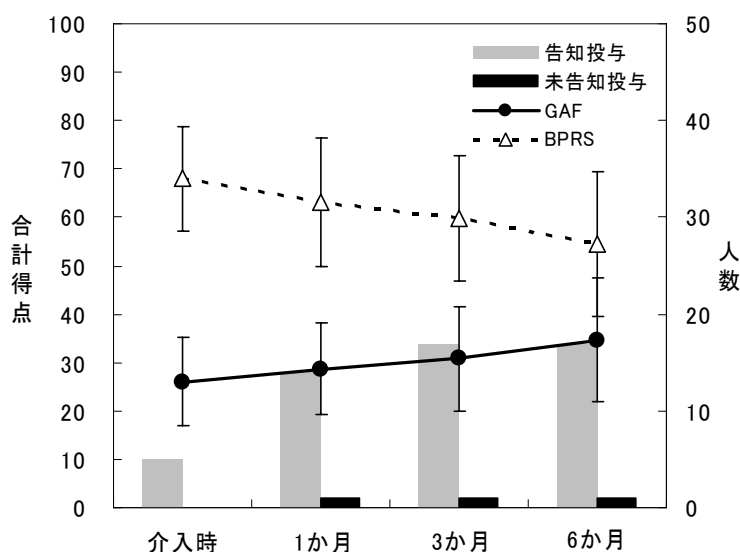
N=23 (不明2名)

2 調査対象者の変化

(1) 機能の全体的評定尺度 (Global Assessment of Functioning: GAF)

各期間のGAFの平均値および投薬状況を図Ⅱ-2に示した。まず、投薬状況は介入時1週間以内に投薬されたのは5名(20.0%)であったが、1か月目は14名(56.0%)、3、6か月目は17名(68.0%)に増えた。

GAFの平均値は介入時26.00 (SD=9.20)、1か月目28.68 (SD=9.38)、3か月目30.76 (SD=10.75)、6か月目34.68 (SD=12.90)であった。一要因分散分析の結果、期間の主効果は $F(3, 72) = 11.79$ で、1%水準で有意となった。多重比較の結果、介入時と6か月目、1か月目と6か月目に有意差が認められた($p < .01$)。



図Ⅱ-2 GAFとBPRSの平均値および投薬状況

N=25. エラーバーは標準偏差を示す。

*GAFは介入時と6ヶ月および1ヶ月と6ヶ月, BPRSは1ヶ月と3ヶ月以外のすべてのペアで5%水準で有意差が認められた。

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

BPRS の総合得点の平均値は介入時68.04 (SD=10.82)、1か月63.24 (SD=13.29)、3か月59.84 (SD=13.01)、6か月54.48 (SD=14.86) であった。一要因分散分析の結果、期間の主効果は $F(3, 72) = 20.90$ で、1%水準で有意となった (図Ⅱ-2)。また、多重比較の結果、1か月目と3か月目以外のすべての期間で有意差が認められた ($p < .05$)。

各期の項目ごとの平均値の変化を表Ⅱ-3に示し、介入時と6か月目で変化の大きかった項目をマーキングした。変化の認められた項目は「敵意 (-1.56)」「緊張 (-1.52)」「非協調性 (-1.48)」「不安 (-1.20)」であった。

表Ⅱ-3 BPRS項目ごとの平均値と標準偏差

	介入時		1か月		3か月		6か月	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1. 心氣的訴え	3.64	1.32	3.48	1.20	3.16	0.92	2.96	0.92
2. 不安	4.68	0.79	4.20	1.23	3.88	1.07	3.48	1.10
3. 情動的ひきこもり	5.20	1.17	4.88	1.34	4.56	1.44	4.36	1.38
4. 思考解体	4.32	1.57	4.16	1.51	3.96	1.54	3.72	1.61
5. 罪業感	1.28	0.96	1.20	0.80	1.16	0.61	1.16	0.46
6. 緊張	5.20	1.13	4.60	1.41	4.24	1.45	3.68	1.49
7. 街氣的	4.68	1.59	4.40	1.72	4.24	1.73	3.84	1.91
8. 誇大性	1.48	0.90	1.48	0.94	1.52	0.98	1.36	0.79
9. 抑うつ	2.44	1.60	2.12	1.27	2.16	1.22	2.16	1.08
10. 敵意	3.72	1.54	3.12	1.34	2.64	1.41	2.16	1.67
11. 疑惑	4.76	1.34	4.56	1.36	4.52	1.45	3.96	1.54
12. 幻覚	4.44	1.68	4.32	1.59	4.28	1.59	3.84	1.51
13. 運動減退	3.20	1.65	3.04	1.56	2.88	1.48	2.76	1.21
14. 非協調性	5.08	1.38	4.60	1.41	4.24	1.53	3.60	1.55
15. 思考内容	4.64	1.41	4.44	1.39	4.40	1.36	3.96	1.40
16. 感情鈍磨	4.28	1.28	4.04	1.31	3.80	1.30	3.76	1.18
17. 興奮	3.12	1.42	2.84	1.46	2.48	1.39	2.20	1.60
18. 失見当識	1.88	1.18	1.76	1.07	1.72	0.92	1.52	0.81
総合	3.78	0.60	3.51	0.74	3.32	0.72	3.03	0.83

N=25

(3) 精神科リハビリテーション行動評価尺度 (Rehabilitation Evaluation Hall And Baker: Rehab)

分析は欠損値の多かった1名を対象外とし、24名のデータで分析を行った。全般的行動全得点の患者数の分布を期間ごとに図Ⅱ-3-1から図Ⅱ-3-4に示した (図中のSRは得点範囲) を示す。全般的行動全得点は「0-40: 社会生活可能」「41-64: 中程度の困難」「65-144: 著しく困難」に分類される。介入時は「著しく困難」である者が19名であったが、1か月目および3か月目は16から17名、6か月目には14名に減少した。そして、6か月目には著しく困難の中でもより軽いほうへ分布の変化が認められた。

各期の全般的行動全得点の平均値は、介入時88.17 (SD=28.43)、1か月目75.93 (SD=27.83)、3か月目76.95 (SD=27.57)、6か月目70.81 (SD=26.86) であり、一要因分散分析の結果、期間の主効果は $F(2, 48.9) = 7.87$ で、1%水準で有意となった。また、多重比較の結果、介入時と1か月目、3か月目、6か月目のペアはそれぞれ1%水準で有意であった。

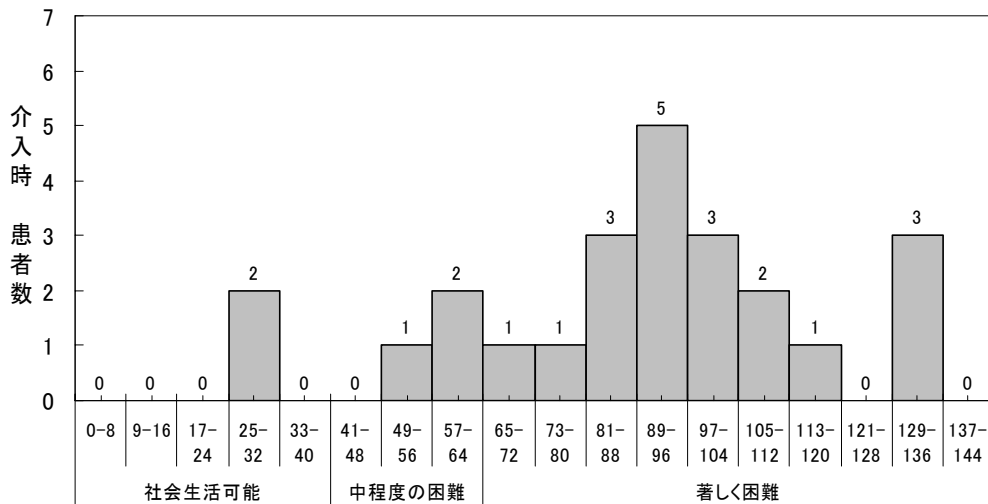


図 II -3-1 全般的行動全得点の分布
SR=0-144, M=88.17, SD=28.43

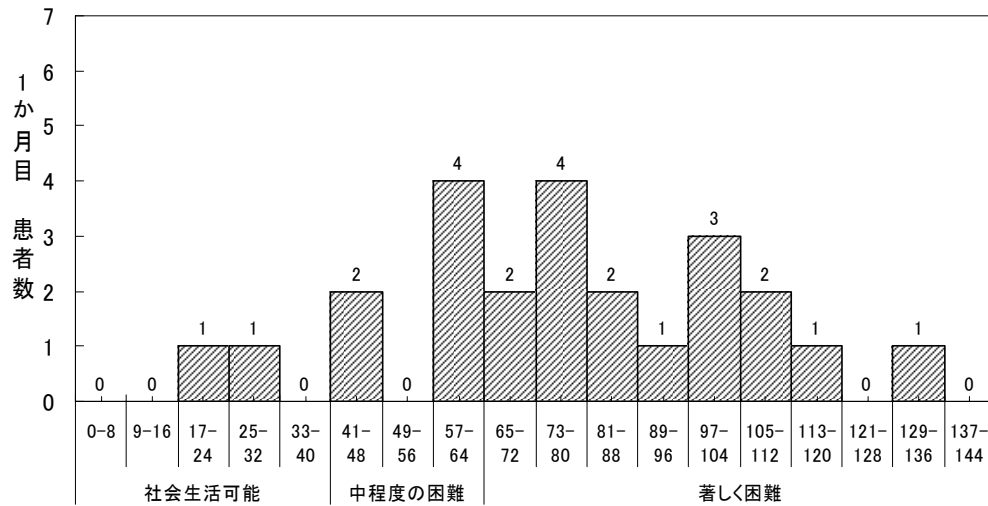


図 II -3-2 全般的行動全得点の分布
SR=0-144, M=75.93, SD=27.83

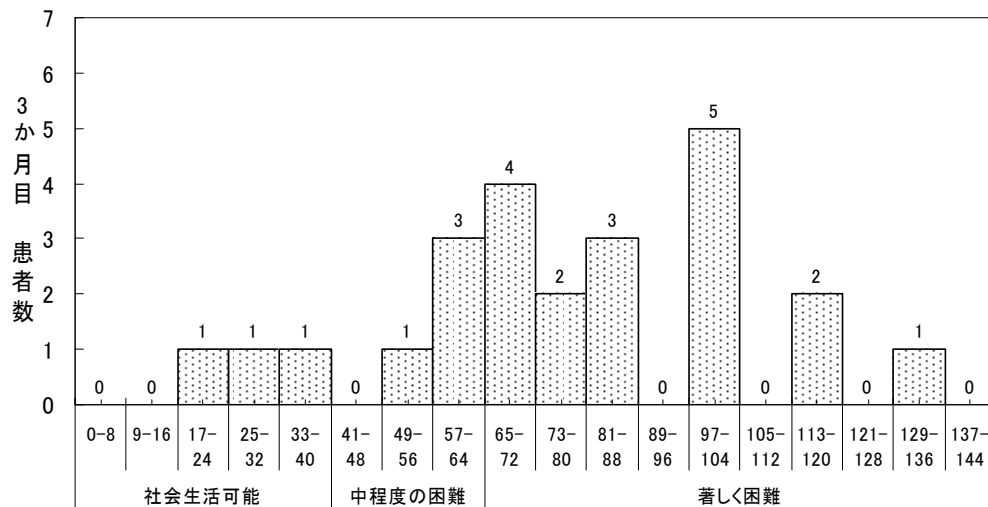


図 II -3-3 全般的行動全得点の分布
SR=0-144, M=76.95, SD=27.57

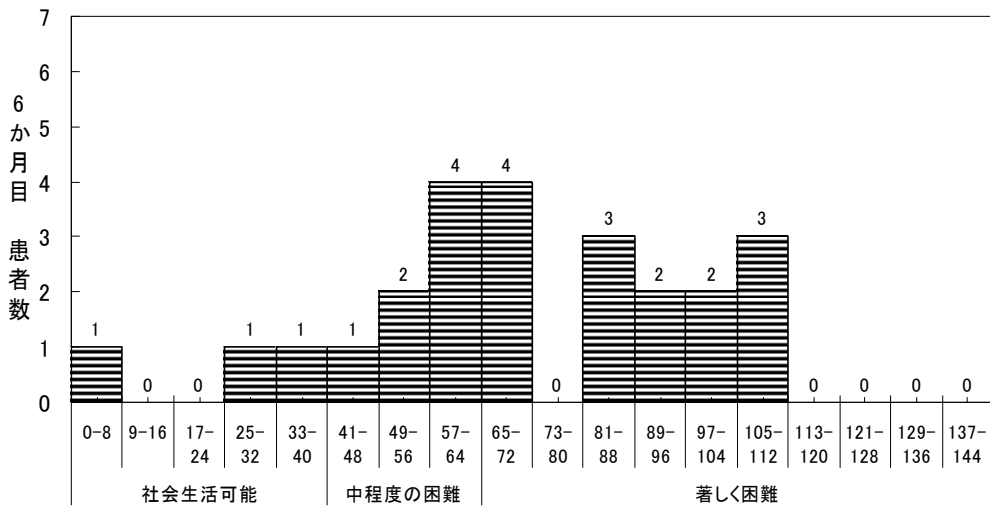


図 II-3-4 全般的行動全得点の分布
SR=0-144, M=70.81, SD=26.86

次に、因子ごとに度数の分布をまとめた（図 II -4-1から図 II -8-4）。各因子のスコアは得点が低いほど地域社会の基準にあり、得点が高いほど低い基準であることを示す。介入時と6か月目を比較した場合、「社会生活活動性」「ことばの技能」「ことばのわかりやすさ」において分布の変化が認められた。具体的には、「社会生活活動性」は、得点44-58が19名から3名に減少し、「ことばの技能」は得点0-6が3名から10名、「ことばのわかりやすさ」は得点0-6が4名から12名に増え、より地域社会の基準に近づくような分布の変化が認められた。

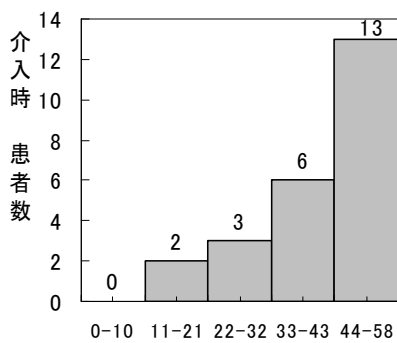


図 II-4-1 社会的活動性
SR=0-54, M=41.30, SD=11.61

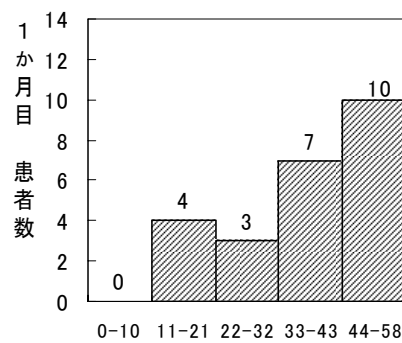


図 II-4-2 社会的活動性
SR=0-54, M=36.64, SD=12.97

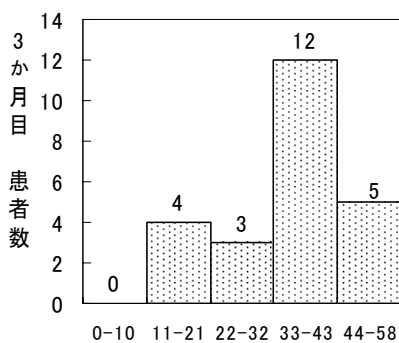


図 II-4-3 社会的活動性
SR=0-54, M=35.32, SD=11.67

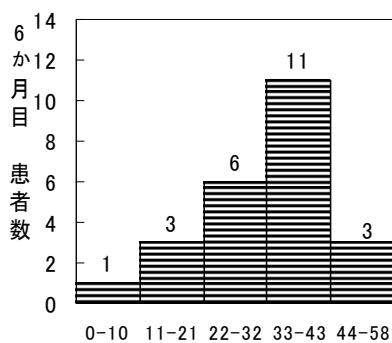


図 II-4-4 社会的活動性
SR=0-54, M=32.83, SD=11.96

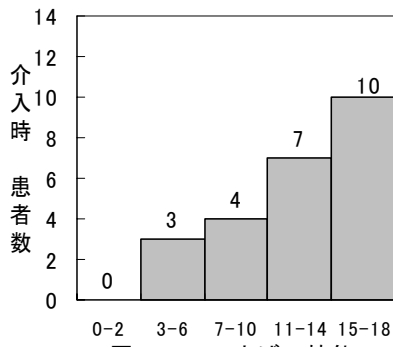


図 II-5-1 ことばの技能
SR=0-18, M=12.47, SD=4.59

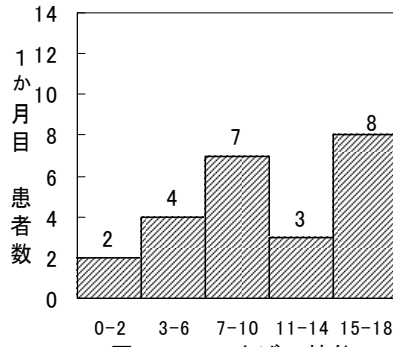


図 II-5-2 ことばの技能
SR=0-18, M=10.60, SD=5.44

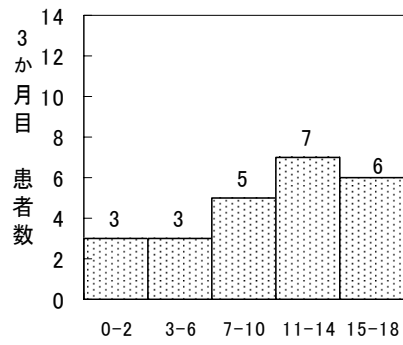


図 II-5-3 ことばの技能
SR=0-18, M=10.11, SD=5.25

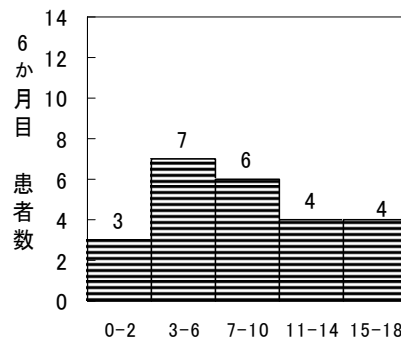


図 II-5-4 ことばの技能
SR=0-18, M=8.43, SD=5.06

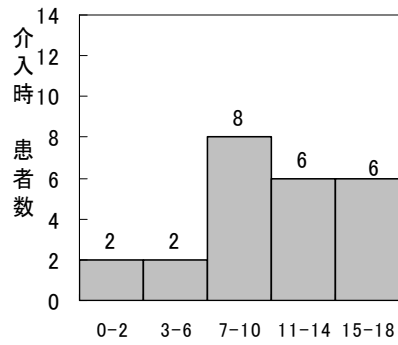


図 II-6-1 ことばのわかりやすさ
SR=0-18, M=10.68, SD=5.10

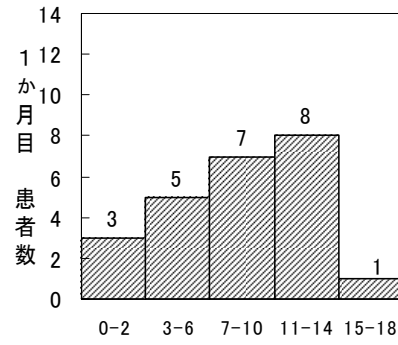


図 II-6-2 ことばのわかりやすさ
SR=0-18, M=8.73, SD=4.97

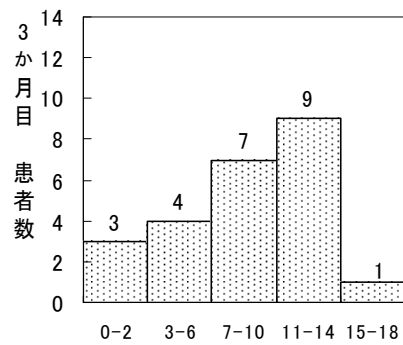


図 II-6-3 ことばのわかりやすさ
SR=0-18, M=8.69, SD=4.74

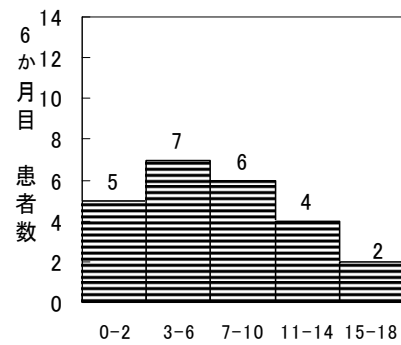


図 II-6-4 ことばのわかりやすさ
SR=0-18, M=7.11, SD=4.91

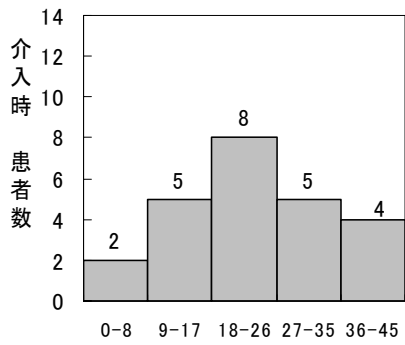


図 II-7-1 セルフケア
SR=0-45, M=23.53, SD=12.27

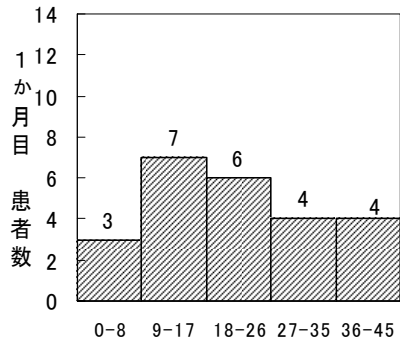


図 II-7-2 セルフケア
SR=0-45, M=21.83, SD=12.54

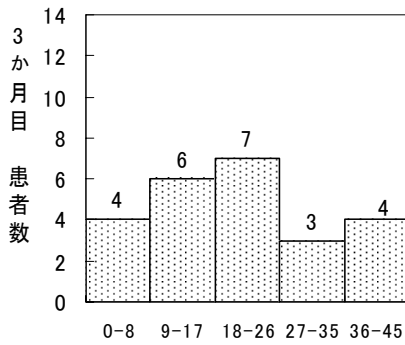


図 II-7-3 セルフケア
SR=0-45, M=20.85, SD=12.59

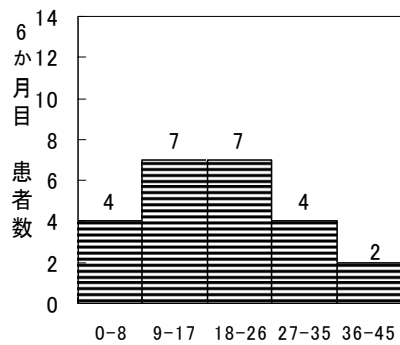


図 II-7-4 セルフケア
SR=0-45, M=19.55, SD=9.70

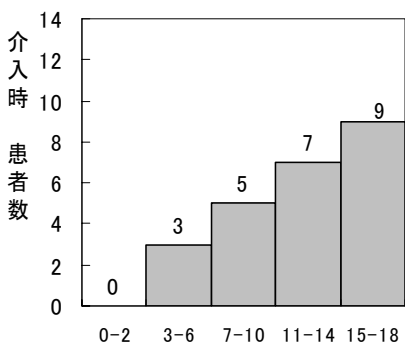


図 II-8-1 社会生活の技能
SR=0-18, M=12.67, SD=4.41

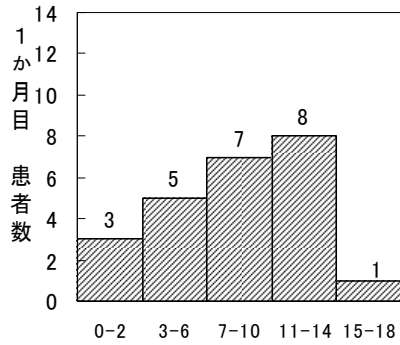


図 II-8-2 社会生活の技能
SR=0-18, M=8.73, SD=4.97

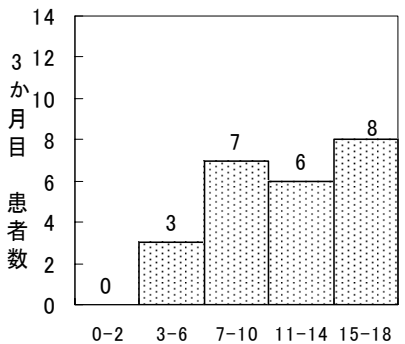


図 II-8-3 社会生活の技能
SR=0-18, M=12.08, SD=4.44

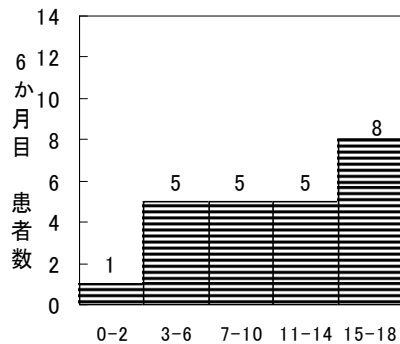
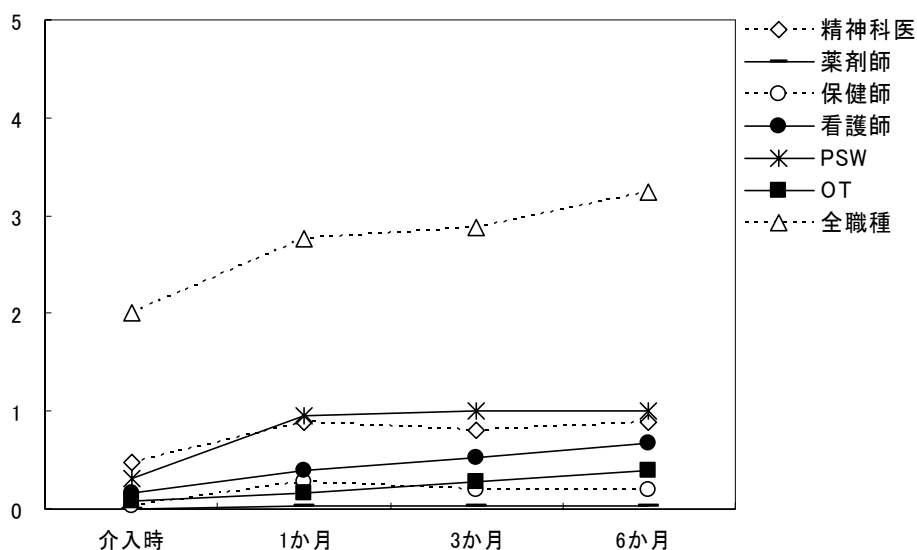


図 II-8-4 社会生活の技能
SR=0-18, M=11.33, SD=5.26

3 支援体制 / 支援内容

(1) 介入スタッフ

ACT チームが介入している職種ごとの平均スタッフ数を図Ⅱ-9に示した。1人の対象者に関わる全職種を含めたスタッフの平均人数は、介入時は2.00名 (SD=0.91) であったが、1か月目は2.76名 (SD=1.13)、3か月目は2.88名 (SD=1.36)、6か月目は3.24名 (SD=1.42) と徐々に増加した。職種別に見ると介入時は精神科医 (M=0.48, SD=0.51)、精神保健福祉士 (M=0.32, SD=0.56)、看護師 (M=0.16, SD=0.47) の順に関わりが多く認められた。6か月目は精神科医 (M=0.88, SD=0.4) および精神保健福祉士 (M= 1.00, SD=0.8) はほとんどの対象者にそれぞれ平均1名は関与していたが、看護師 (M=0.68, SD=0.8) は介入していない場合も認められた。



図Ⅱ-9 1人の利用者に関わっている職種ごとの平均スタッフ数

(2) 社会資源の利用状況

対象者が利用した関連機関を図Ⅱ-10に示した。介入時には医療機関 (M=0.64, SD=0.49) および保健所 (M=0.40, SD=0.50) の介入が中心であった。しかし、1か月日以降より保健所の介入は減少し (1か月目: M=0.28, SD=0.46; 3か月目と6か月目: M=0.20, SD=0.41)、医療機関が中心に介入していた (1か月目から6か月: M=1.00, SD=0.00)。また、徐々に訪問看護ステーションの介入の増加が認められた (介入時: M=0.08, SD=0.28; 1か月目: M=0.44, SD=0.51; 3か月目: M=0.52, SD=0.51; 6か月目: M=0.56, SD=0.51)。

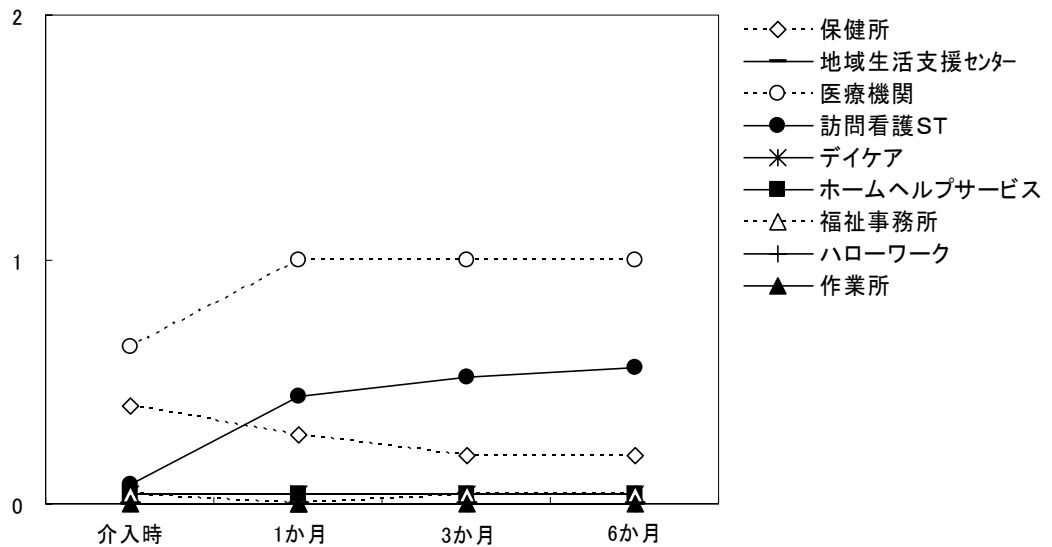


図 II-10 1人の利用者が利用している機関の平均値

(3) 訪問日数および訪問時間

1週間ごとの平均訪問日数を図 II-11に示した。医師とコ・メディカルスタッフの訪問日数をあわせた全期間を通した平均値は1.37日/週 (SD=0.15、Range=1.12-1.72) であった。そのうち、医師の1週間あたりの平均訪問日数は、1週間目は1.12日 (SD=0.60) であったが、それ以後は0.24から0.80日 (全平均0.46、SD=0.21、Range=0.24-1.12) の間で推移した。コ・メディカルスタッフの1週間あたりの平均訪問日数は1.12日 (SD=0.15、Range=0.84-1.52) であった。期間によって訪問日数の大きな増減は認められなかった。

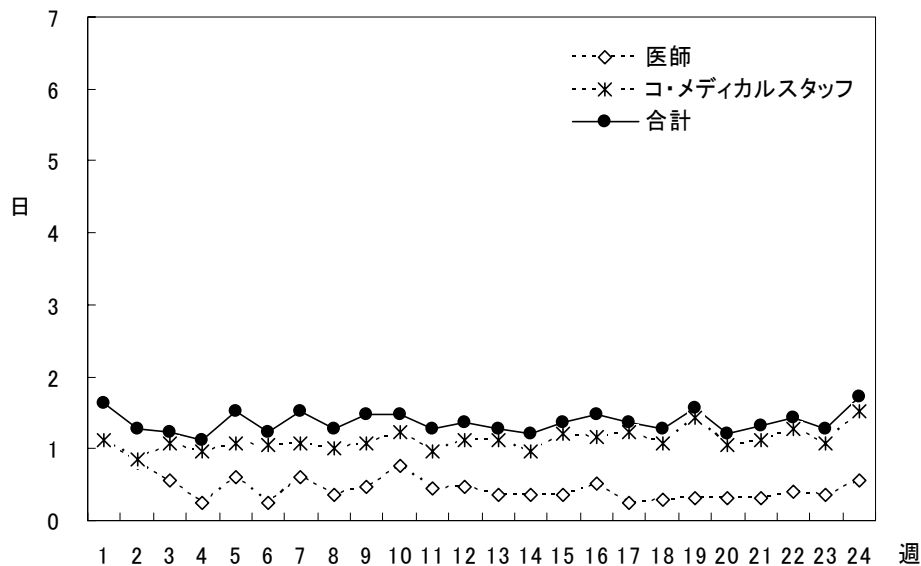


図 II-11 訪問日数の平均値の推移 (日/週)

医師およびコ・メディカルスタッフの1週間ごとの平均訪問時間を図 II-12に示した。全期間を通した平均訪問時間は、医師は13.05分 (SD=9.98、Range=5.40-46.60)、コ・メディカルスタッフは48.19分 (SD=9.03、Range=29.80-66.56) であった。

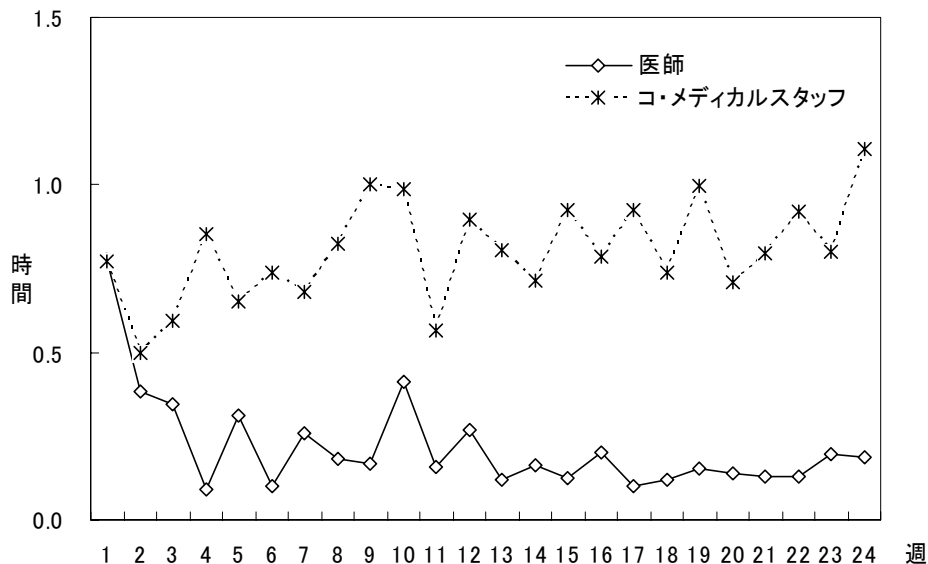


図 II - 12 訪問時間の平均値の推移 (時間/週)

(4) 支援内容

各期間の訪問1日あたりの平均援助回数を表 II -4に示した。訪問にともなってほぼ必ず行われた援助は、「利用者とスタッフとの関係に関するアセスメントおよび具体的援助 (0.83-0.99)」、「利用者の精神症状・心理的側面へのアセスメント (0.80-1.00)」、「ケースカンファレンス (0.85-0.96)」であった。

その次に、「家族 (キーパーソン) とスタッフとの関係に関するアセスメントおよび具体的援助 (0.46-0.68)」、「利用者とのつきあい方に対する家族への援助 (0.40-0.56)」、「利用者と家族関係のアセスメント (0.37-0.49)」、「利用者のストレングスやニーズをアセスメントするための情報収集 (0.44-0.74)」、「利用者の精神症状・心理的側面への具体的援助 (0.36-0.53)」、「身体的健康を維持するためのアセスメント (0.29-0.50)」、「食生活に関するアセスメントおよび具体的援助 (0.32-0.54)」などの援助が多く行われる傾向が認められた。

表Ⅱ-4 訪問1日あたり援助内容

	1か月		2か月		3か月		4か月		5か月		6か月	
	アセスメント	具体的援助	アセスメント	具体的援助	アセスメント	具体的援助	アセスメント	具体的援助	アセスメント	具体的援助	アセスメント	具体的援助
ケア計画の作成・ケアマネジメント												
利用者ニーズ		0.74		0.44		0.56		0.47		0.50		0.47
家族ニーズ		0.55		0.35		0.41		0.35		0.38		0.28
ケースカンファ		0.96		0.85		0.89		0.92		0.90		0.96
プランの立案		0.30		0.31		0.27		0.29		0.27		0.26
連携・調節		0.27		0.15		0.16		0.13		0.10		0.13
社会資源活		0.10		0.14		0.13		0.08		0.04		0.08
精神症状改善への援助												
自傷他害	0.19	0.08	0.12	0.18	0.16	0.11	0.16	0.13	0.10	0.05	0.12	0.07
精神/心理援助	1.00	0.53	0.80	0.36	1.00	0.52	0.98	0.40	0.95	0.47	1.00	0.40
医療行為	0.23	0.11	0.18	0.12	0.24	0.18	0.18	0.14	0.30	0.22	0.20	0.18
副作用	0.08	0.08	0.10	0.10	0.11	0.11	0.11	0.12	0.21	0.17	0.15	0.13
睡眠援助	0.44	0.37	0.32	0.24	0.35	0.29	0.37	0.31	0.36	0.35	0.43	0.38
服薬行動援助	0.34	0.30	0.38	0.35	0.36	0.32	0.30	0.23	0.31	0.25	0.35	0.28
入院/退院対応	0.09	0.01	0.09	0.03	0.10	0.01	0.11	0.02	0.06	0.01	0.08	0.01
緊急電話	0.05	0.05	0.03	0.05	0.03	0.04	0.02	0.02	0.01	0.02	0.02	0.03
その他緊急	0.02	0.02	0.01	0.00	0.01	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01
精神科通院行動	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
身体症状の発症や進行を防ぐための援助												
身体的健康援助	0.29	0.24	0.35	0.31	0.41	0.35	0.40	0.35	0.50	0.45	0.44	0.40
身体科通院行動	0.05	0.04	0.05	0.02	0.03	0.00	0.04	0.01	0.04	0.01	0.03	0.01
日常生活を維持するための援助												
食生活	0.38	0.32	0.49	0.44	0.44	0.41	0.46	0.43	0.54	0.50	0.52	0.49
生活環境	0.41	0.31	0.32	0.25	0.34	0.26	0.35	0.32	0.42	0.38	0.43	0.35
個人衛生	0.33	0.11	0.20	0.08	0.23	0.12	0.23	0.11	0.20	0.11	0.23	0.08
金銭管理	0.12	0.04	0.22	0.17	0.18	0.12	0.19	0.12	0.19	0.14	0.17	0.09
買い物	0.09	0.00	0.13	0.07	0.14	0.08	0.13	0.08	0.13	0.07	0.15	0.10
家族(キーパーソン)への援助												
家族/スタッフ関係	0.68	0.66	0.46	0.46	0.63	0.61	0.54	0.54	0.52	0.52	0.56	0.56
つきあい方援助	0.56	0.47	0.45	0.40	0.56	0.46	0.47	0.41	0.50	0.43	0.49	0.43
家族自身の援助	0.35	0.29	0.24	0.24	0.32	0.27	0.34	0.26	0.30	0.27	0.30	0.24
対人関係の維持・構築												
利用者/スタッフ関係	0.98	0.98	0.83	0.85	0.94	0.94	0.87	0.94	0.91	0.90	0.99	0.99
利用者/家族関係	0.45	0.33	0.41	0.28	0.49	0.38	0.37	0.26	0.42	0.27	0.42	0.28
利用者/他者との関係	0.21	0.05	0.11	0.05	0.14	0.05	0.13	0.05	0.16	0.06	0.17	0.10

Range 0-1.

■ ボールド体 0.70以上の支援
 ■ ボールド体 0.4から0.6の支援

IV 考察

1 調査対象者の特徴

未治療者および治療中断者の場合、「病院に行かない」または「病院に行きたくない」状況にあることが特徴としてあげられる。調査対象者の中には6年以上の長期にわたる未治療・治療中断期間であった者が半数以上認められたことから、利用者やその家族は、社会や医療から孤立した状況にあったと推測され、危機的状況にあったと考えられる。その結果、対象者の約8割が「ひきこもり」や「地域・近隣での他害・迷惑行為」によって、家族や地域・近隣住民が対応に困り、保健所や利用者家族から依頼を受けて ACT チームによる介入が始まっていた。さらに、このような未治療および治療中断の状況に至った理由として、「自宅に向いて医療評価・介入する機関がない」「病識がない」「病状の悪化」「医療不信」などの要因が複合的に関連していた。

治療継続が困難になる理由として、精神障害のある患者の場合、精神疾患の進行にともなって病識に乏しくなり治療機会を逃してしまうことがあること（水野 2008）、精神病院への入院体験が

トラウマ体験となり、以後の治療継続に支障が出ることも少なくないこと（西田・西村・梶木 他 2006）、過去に経験した副作用の影響により服薬中断となること（西尾 2007）などが指摘されている。今回の調査結果とも一致しており、医療機関への受診が困難になった場合の柔軟な対応、医療不信とならないような医療体制の充実に向かったシステム作りが期待される。

以上のような特徴を持つ調査対象者への、介入の効果、および、援助内容について以下にまとめる。

2 調査対象者の変化

心理社会的機能（GAF）、精神症状（BPRS）、日常生活行動（Rehab）のいずれも有意な改善が認められ、特に、6か月目に変化が認められる傾向があった。介入時のGAF（26.00）、BPRS（68.00）、Rehabの全般的行動全得点（88.17）の値から、心理社会的機能、精神症状、日常生活行動いずれも重度に障害されている状態であったと考えられる。

BPRSとRehabの変化を見ると、BPRSは「不安」「緊張」「非協調性」「敵意」、Rehabは「ことばの技能」「ことばのわかりやすさ」の改善が認められた。これらは、他者との関係性構築に関わる項目であり、対人関係における疎通性の改善が示唆された。また、「ことばの技能」「ことばのわかりやすさ」の改善からは、思考障害も減少していると考えられる（藤・田原・山下 他 1996）。一方、「セルフケア」や「社会生活の技能」には変化は認められなかった。「社会生活の技能」は統合失調症患者にとっては変化しにくい項目であることが指摘されている（藤・田原・山下 他 1996；杉尾・井上 2002）。「社会生活の技能」は金銭管理や自宅を離れて施設や機関を利用した状況を評価する項目であり、「ひきこもり」状態であった対象者が自宅の外に出ることが要求される。そのため、6か月までの時点では、社会に出て行動することはまだ困難な状況であることが考えられる。ただし、地域で日常生活を支援することは、実際の生活の場でリハビリテーションができるというメリットがある。経過にともなって利用者の状況を評価しながら社会生活の技能を高めるような支援が可能になると考えられる。

以上のような変化に対して、薬物投与の影響も考えられる。3か月目および6か月目の時点で68%の対象者に投薬が可能になった。しかし一方では、6か月经過しても32%の対象者が投薬を開始できない状況ともいえる。未治療期間の長期化や治療中断によって、重症化することが指摘されているが（西田・西村・梶木 他 2006）、調査対象者は6年以上の長期にわたって未治療や治療中断であった者が多いことから、その影響は大きいと考えられる。また、有意な改善は認められたものの、6か月目の評価ではBPRSは項目によって中程度の症状があったり、Rehabでは「社会生活可能」と「中程度の困難」よりも「著しく困難」に分類されたりする者の方が多かった。しかしながら、調査期間中に入院になった者は1名のみであったことや、支援が中止される者もなかったことから、投薬が難しい状況であり、精神症状や生活上の困難を持ちながらも、ACTチームの介入によって、地域での生活を維持し、継続した関わりを持つことが可能であることが示唆された。

3 支援体制 / 援助内容

まず、支援体制は介入時には医療機関や保健所が中心となって関わり、1か月日以降からは保健所の関与が減り、訪問看護ステーションの関わりが増えた。そして、ACTチームからは介入時は約2名のスタッフが訪問し、そのメンバー構成としては、精神科医および精神保健福祉士である場合が多かった。1か月日以降、スタッフは2人から3人に増えた。さらに、訪問日数および時間は、約1週間に1日、50分前後であった。

以上のことから支援体制を概観すると、少人数のスタッフで訪問日数・訪問時間も制限しながら

らの介入が行われていた。調査対象者は病状を含めた全般的な機能が重度であったことから、積極的な支援が必要な状況にあると推測されるが、これまで医療に結びつきにくかった経緯を考えると、ACT チームの介入に何らかの抵抗を持っていることが考えられる。そのため、「ケースカンファレンス」などによってチームで情報の共有はされるが、導入時から多職種による介入や、頻繁に訪問することは難しい状況にあるといえる。したがって、少人数のスタッフで支援を開始し、少しずつ信頼関係を築きながら、利用者のペースにあわせながら介入できるスタッフや機関を増やしていくという関わりが行われていることが結果から示唆された。

介入時のスタッフ構成で医師および精神保健福祉士による介入が多かった理由として、医師による医療評価によって、病状や自傷他害などのリスク評価を含め地域生活の継続が可能かどうかの判断や、精神保健福祉士によって生活状況などを全般的に評価しながら社会資源の利用も視野に入れたケースマネジメントが必要になることが考えられる。なお、看護師による介入が低く抑えられた理由として、訪問看護ステーションは訪問契約を結んでから支援を開始する必要があることから、制度上の制限により訪問者数がのびなかった可能性も一因として考えられる。

次に、援助内容は、「利用者スタッフとの関係づくり」「利用者家族とスタッフとの関係づくり」「精神症状・心理的側面への援助」「利用者のストレスやニーズをアセスメントするための情報収集」などが中心に行われ、「医療行為」に関する援助は比較的少なかった。また、「身体的健康への援助」や「食生活への援助」が多く行われる傾向が認められた。

地域での生活支援は利用者の生活の場での関わりが中心であるため、利用者やその家族との関係作りが重視される。そして、利用者のニーズ充足に焦点が当てられるため、介入により即医療（投薬）が導入されるわけではなく、精神症状・心理的側面への支持的な関り、日常生活での困りごとへの支援など、地域社会で生活する上での障害に対して支援が提供されていたと考えられる。結果的にこれらの支援が、関係性の構築につながり、治療や訪問への抵抗を少なくし、医療を含めた支援の継続につながるのではないだろうか。

家族支援の割合が多いことも特徴的であった。これは家族との同居率が高い（80%）ことが影響していると考えられる。家族自体も利用者の精神病に衝撃を受けており、家族にも手助けや支援が必要になる（松本 2007）。そして、専門家としてつい期待しがちな援助者としての家族機能が家族生活を考慮せずに向上させられた場合、再発を招く危険性があると指摘されている（伊藤、後藤、遊佐、1995）。そのため、家族支援を行うことは、利用者との治療関係の成立や回復のために重要な支援であるといえる。

V 結論

未治療・治療中断者への介入の効果および支援体制／支援内容の特徴を明らかにすることを目的に調査を行った。その結果、長期にわたる未治療・治療中断による重症化が示唆されたが、心理社会的機能、精神症状、日常生活行動のいずれも有意な改善が認められた。そして、支援体制／援助内容は、医療提供よりも利用者および家族との関係づくりや、精神症状・心理的側面への支持的な関り、日常生活支援、家族支援などを中心に提供されていた。

今後は、医療に結びつきにくいケースに対して、家族や地域が疲弊し危機的状況に陥る前に、医療評価を含めた包括的かつ継続した支援を提供できるような柔軟性のあるシステムづくりが必要であると考えられる。本研究はサンプル数が小さかったため一般化は困難である。そして、介入から6か月目までのデータであったが、長期的な変化をとらえていく必要があると考えられる。

文献

- 藤 信子, 田原明夫, 山下俊幸, 他: 縦断的な行動評価における病棟の特徴の把握—REHAB の継続評価における因子の変化から—. 病院, 地域精神医学, 38:221-225, 1996.
- 伊藤順一郎、後藤雅博、遊佐安一郎 (編): 精神科リハビリテーション (I) 援助技法の実際. 星和書店, 1995.
- 松本和紀: イギリスにおける早期介入—国の政策に採用され普及するサービス—. こころの科学, 5:33-39, 2007.
- 水野雅文: 精神疾患に対する早期介入. 精神医学, 50:217-225, 2008.
- 西田敦志, 西村幸香, 梶木直美, 他: 精神病早期介入サービス. 臨床精神医学 増刊号, 35:596-601, 2006.
- 園 環樹, 大島 巖, 贅川信幸, 他: ACT の利用者に提供されたサービスの量と内容: サービスコードデータを用いた分析. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 平成17年度 - 平成19年度総合研究報告書 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, :81-97, 2008.
- 杉尾 幸, 井上桂子: 慢性精神分裂病入院患者の社会生活障害—精神化リハビリテーション行動評価尺度 (Rehab) を用いた評価—. 川崎医療福祉学会誌, 12:125-132, 2002.

第3章

地域で生活する精神障害のある人への 支援導入後の多職種による 危機介入に関する実態調査

第3章 地域で生活する精神障害のある人への支援導入後の多職種による危機介入に関する実態調査

I 目的

重度精神疾患のある人は、頻回に入院を繰り返すか、あるいは長期入院になりがちである。そのような入院を回避するために、重度精神疾患のある人が地域生活において、どのような危機に遭遇し、また、専門職がその危機に対してどのような支援を提供することで入院を回避することが可能かを明らかにすることを調査の目的とした。

II 方法

1 調査対象者

ACT-K と ACT-Z の利用者全員で、年齢や疾患による制限は加えなかった。H21年4月～ H21年9月の6か月間に危機的状況となり多職種による介入が行われた者を対象とした。対象者の特定は訪問日数が週3日以上あり、通常の支援のみでは地域で生活することが困難となるような危機的状況にあったと考えられる利用者をスタッフに聞き取り選定した。その結果、27名に対し42件の介入が行われていたが、調査への同意の得られた21名31件の危機介入を分析の対象とした。

2 測定内容および調査手続き

危機介入前1か月、介入中（各週）、介入後1か月の状況について以下の項目を分析した。

3 危機的状況

(1) 調査対象者の特徴

対象者の基本的属性、診断名、紹介経路、紹介理由などをまとめた。

(2) 危機的状況の分析および介入の結果

桶田（2008）、坪倉・川井・角野 他（2007）を参考に、地域で生活する上で生じる危機的状況として考えられる選択肢を8項目用意して選択を依頼した。具体的には、1) 地域・近隣での他害・迷惑行為、2) 家庭内暴力、3) 自傷行為、4) ひきこもり、5) 急性期症状の出現、6) 薬物の副作用の出現、7) 対処困難な身体疾患の合併、8)、ストレスフルな出来事への遭遇、9) その他、であった。また介入の結果を1) 危機回避、2) 入院、3) その他から選択してもらった。

(3) 危機介入による変化の測定方法

機能の全体的評定尺度（Global Assessment of Functioning: GAF）を用いた。患者の機能の全体的評定をするための尺度である。心理的、社会的および職業的機能のみについて点数がつかられ、身体的（または環境的）制約による機能の障害は含めない。1から100点で評定し、尺度は10点ずつ10段階に分かれている。得点が高いほど機能が低いと評価される。介入前、介入中、介入後の各期における機能の最低レベルの評価を依頼した。

4 危機介入時の支援体制 / 援助内容

(1) 介入スタッフ

ACT チームが介入しているスタッフの職種と人数を算出した。

(2) 社会資源の利用状況

対象者が利用した社会資源を算出した。

(3) 訪問時間および訪問日数

医師および看護師、精神保健福祉士等のコ・メディカルの訪問日数と訪問時間を介入時より1週間ごとに算出した。なお、1日に複数回または複数人によって訪問された場合も1回としてカウントした。

(4) 支援内容

援助内容について研究1で用いた調査用紙を用いた。調査用紙は「ケア計画の作成・ケアマネジメント（6項目）」「対人関係の維持構築（3項目）」「精神症状改善への援助（10項目）」「身体症状の発症や進行を防ぐための援助（2項目）」「日常生活を維持するための援助（5項目）」「家族（キーパーソン）への援助（3項目）」「その他」で構成される。観察・アセスメントおよび具体的援助の回数を算出した。

5 倫理的配慮

調査対象者に対して調査への協力は自由であり、途中で調査協力をやめることができること、調査への協力の有無によりサービス利用に関して不利益にならないこと、得られたデータは研究の目的以外に用いないことを説明した上で、同意を得た。

III 結果

1 危機的状況

(1) 調査対象者の特徴

対象者の平均年齢は51.0歳（SD=14.0、Range= 24-76）、発病時の平均年齢は24.7歳（SD=13.4、Range=10-58）で、性別は女性12名（57.1%）、男性9名（42.9%）であった。紹介経路は病院（33.3%）、診療所（28.6%）、保健所と利用者家族（19.0%）の順に多かった。また、対象者の95.2%が統合失調症であった（表Ⅲ-1）。

表Ⅲ-1 基礎情報

		平均(歳)	SD
年齢		51.0	14.0
発病年齢		24.7	13.4
		N	%
性別	女性	12	57.1
	男性	9	42.9
入院歴	あり	15	71.4
	なし	5	23.8
	不明	1	4.8
生活形態	同居	14	66.7
	独居	7	33.3
紹介経路	病院	7	33.3
	保健所	4	19.0
	診療所	6	28.6
	利用者家族	4	19.0
診断名	統合失調症	20	95.2
	気分障害	1	4.8

N=21

(2) 危機的状況の分析および介入の結果

危機介入の内訳と介入結果を表Ⅲ-2に示した。危機状況は、急性期症状の出現12件（38.7%）、ストレスフルな出来事への遭遇8件（25.8%）、身体疾患の合併4件（12.9%）の順に多かった。また、その他には、水中毒による低ナトリウム血症による意識障害への対応、医療行為の導入（内服からデポ剤への切り替え、未告知投与）に伴う利用者への不安への対処や病状や副作用の確認などの介入が含まれていた。介入の結果は、74.2%が回避され、12.9%がそれぞれ精神科入院または身体科への入院という結果であった。また、精神科入院の形態は2件が医療保護入院と第24条通報による入院、残りの2件は任意入院であった。

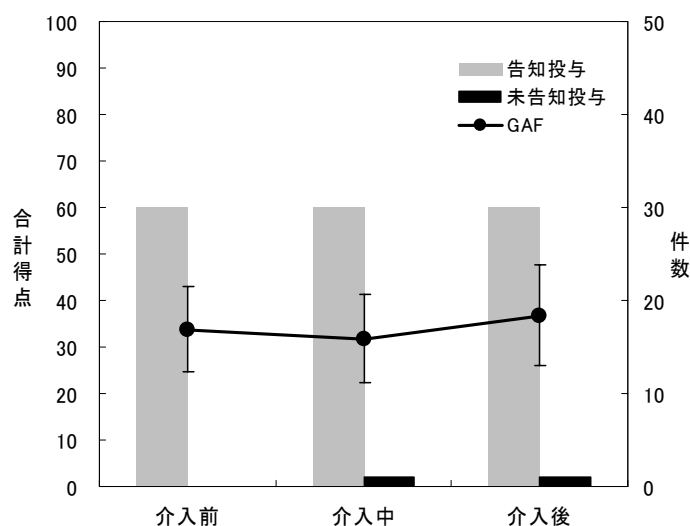
表Ⅲ-2 危機的状況の割合と介入結果

	全体		回避		精神科入院		身体科入院	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
急性期症状の出現	12	38.7	6	19.4	4	12.9	0	0.0
ストレスフルな出来事	8	25.8	7	22.6	0	0.0	1	3.2
身体疾患の合併	4	12.9	2	6.5	0	0.0	2	6.5
その他	5	16.1	6	19.4	0	0.0	1	3.2
家庭内暴力	1	3.2	1	3.2	0	0.0	0	0.0
薬の副作用	1	3.2	1	3.2	0	0.0	0	0.0
合計			23	74.2	4	12.9	4	12.9

N=31件

(3) 危機介入による変化

図Ⅲ-1に GAF の平均値と投薬状況を示した。危機介入前、中、後で GAF がどのように変化するか評価するために、GAF の値を従属変数として、3つの水準（介入前、介入中、介入後）により1要因分散分析（反復測定）を行った。その結果、期間の主効果は $F(1.3, 39.9) = 7.66$ で、1%水準で有意となった。また、多重比較により平均値間の差の検定（Bonferroni の方法）を行った結果、介入中（ $M=31.81, SD=10.09$ ）と介入後（ $M=36.77, SD=9.80$ ）で有意差が認められた（ $p < .01$ ）。なお、投薬があったのは介入前が30件（96.7%）で、介入中に未告知投与が1件加わったため、以後は全員に投薬が行われていた。



図Ⅲ-1 GAFの平均値および投薬状況

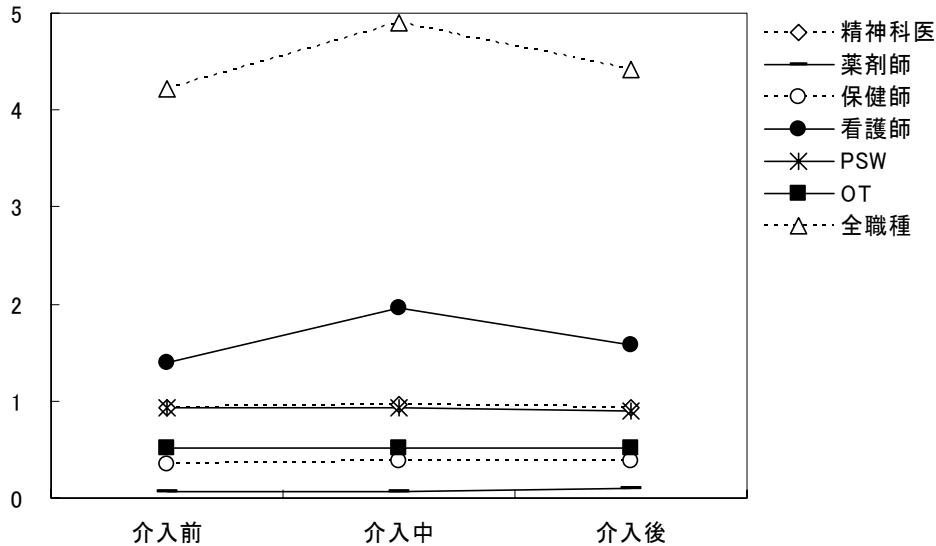
N=31. エラーバーは標準偏差を示す。

*GAF(全件数)は介入中と介入後のペアで5%水準で有意差が認められた。

2 危機介入時の支援体制 / 援助内容

(1) 介入スタッフ

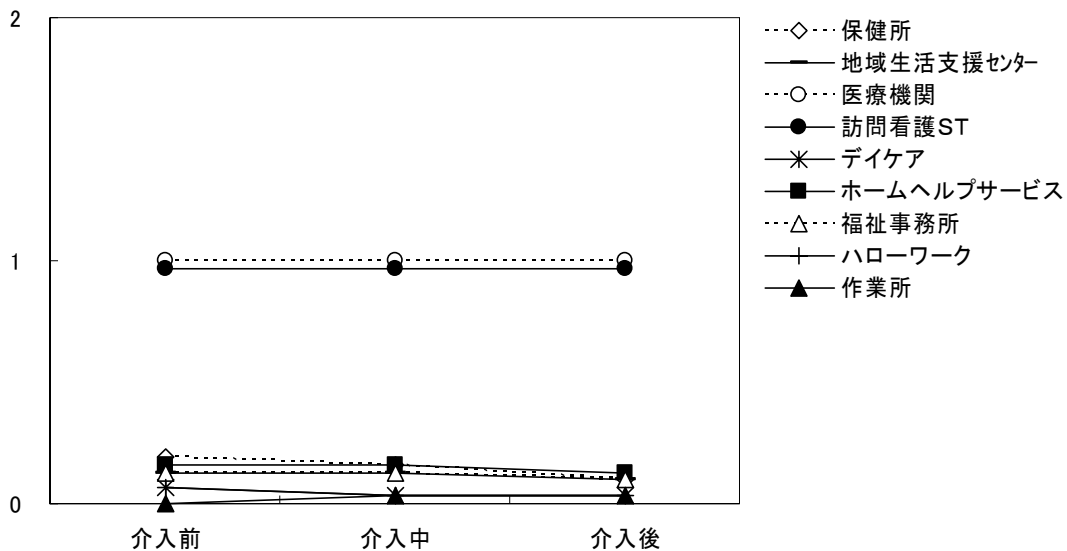
ACT チームが介入している職種ごとの平均スタッフ数を図Ⅲ-2に示した。まず、1人の利用者に関わる全スタッフ数の平均は、介入中にやや多く4.90名（SD=1.60）で、介入前後は4.23から4.42名（SD=1.09-1.34）であった。職種別にみると、介入前中後とも医師は0.94 から0.97 名（SD=0.18-0.25）、精神保健福祉士も0.90 から0.94名（SD= 0.63-0.73 ）と平均値の変化は認められなかったが、看護師は介入中に1.97名（SD =1.25）に増える傾向が認められた。介入前後は1.39から 1.58 名（SD=0.76-0.81）であった。



図Ⅲ-2 1人の利用者に関わっている職種ごとの平均スタッフ数

(2) 社会資源の利用状況

関連機関の利用状況を図Ⅲ-3に示した。社会資源の利用状況の平均値は医療機関（M=1.00、SD=0.0）、訪問看護ステーション（M=0.97、SD=1.08）が中心で、介入前中後で変化は認められなかった。

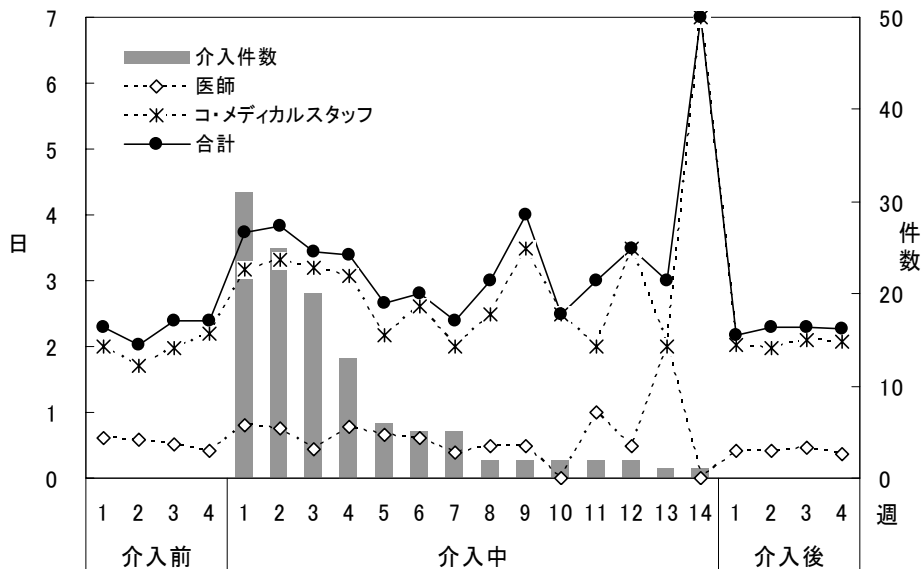


図Ⅲ-3 1人の利用者が利用している機関の平均値

(3) 訪問時間および訪問日数

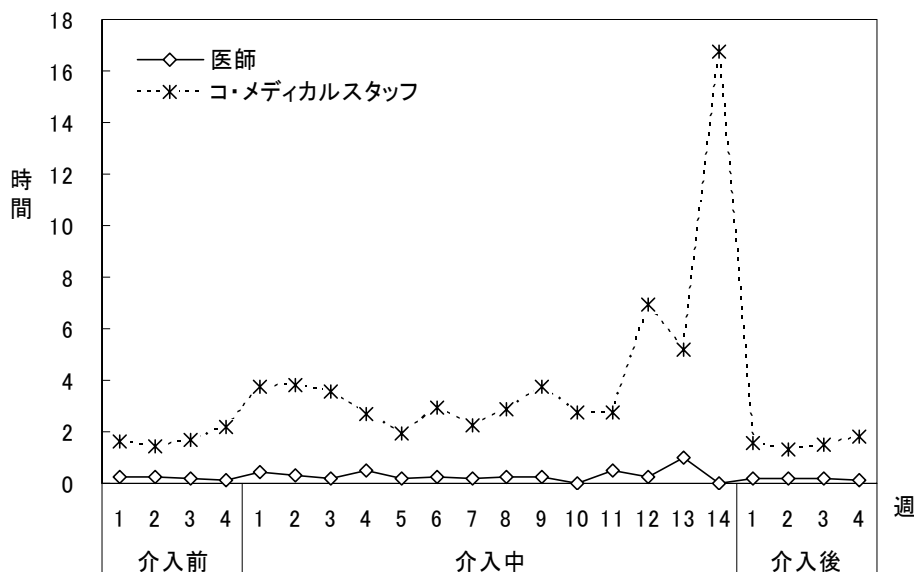
1週間ごとの訪問日数と介入件数を図Ⅲ-4に示した。まず、危機介入期間は4週目までで終了する件数が多く（25件、80.6%）、4件（12.9%）は7週目までで危機介入が終了したが、2件（6.5%）は

12から14週と長期の介入であった。長期介入のあった2件のうち1件は家庭内暴力があり家族関係の調整やクライシスルームの利用のための支援を行ったため介入が長期にわたり、14週目の訪問日数および訪問時間の増加が認められた。介入中の1週間の平均訪問日数は3.45日（SD=1.14、Range=2.4-7.0）であり、医師は0.64日（SD=0.48、Range=0-1.0）、コ・メディカルスタッフは3.04日（SD=1.27、Range=2.0-7.0）であった。



図Ⅲ-4 訪問日数の平均値の推移（日/週）

1週間ごとの平均訪問時間を図Ⅲ-5に示した。介入中のコ・メディカルスタッフの平均訪問時間は4.43時間（SD=3.77、Range=2.00-16.8）、医師の平均訪問時間は0.31時間（SD=0.25、Range=0-1.00）であった。なお、ストレスフルな出来事の中には病院に入院中で、退院後に初めて一人暮らしをする者が2名あった。その2名に対して、退院のための試験外泊などの支援がACTチームのスタッフにより行われた。その際の平均訪問日数は2.13日/週（SD=0.48）、平均訪問時間は5.10時間/週（SD=3.45）であった。また、危機介入の結果入院となった場合にも入院先の病院に訪問が行われ、平均訪問日数は1.04日/週、平均訪問時間は47.83分/週（SD=19.20）であった。



図Ⅲ-5 訪問時間の平均値の推移（時間/週）

(4) 援助内容

各期の訪問1日あたりの平均援助回数を表Ⅲ-3に示し、0.70以上のものをマーキングし、0.4から0.6はボールド体で強調した。「利用者スタッフとの関係に関するアセスメントおよび具体的援助 (0.89-0.97)」「利用者の精神症状・心理的側面へのアセスメントおよび具体的援助 (0.62-1.00)」「ケースカンファレンス (0.71-0.72)」「家族(キーパーソン)とスタッフとの関係に関するアセスメントおよび具体的援助 (0.41-0.50)」「利用者のストレングスやニーズをアセスメントするための情報収集 (0.54-0.63)」は介入前中後とも多く行われる傾向が認められた。

危機介入中に増えたのは「服薬行動に関するアセスメントと具体的援助 (0.49-0.53)」「身体的健康援助のアセスメント (0.42)」「食生活のアセスメント (0.46)」や「生活環境の整備に関するアセスメント (0.41)」「利用者とのつきあい方に対する家族への援助のアセスメント (0.41)」などであった。

表Ⅲ-3 訪問1日あたりの平均援助回数

	介入前		介入中		介入後	
	アセスメント	具体的援助	アセスメント	具体的援助	アセスメント	具体的援助
ケア計画の作成・ケアマネジメント						
利用者ニーズ		0.63		0.54		0.54
家族ニーズ		0.34		0.38		0.30
ケースカンファ		0.71		0.79		0.72
プランの立案		0.22		0.32		0.17
連携・調節		0.16		0.22		0.13
社会資源活		0.11		0.16		0.07
対人関係の維持・構築						
利用者/スタッフ関係	0.94	0.89	0.96	0.97	0.93	0.94
利用者/家族関係	0.37	0.30	0.43	0.34	0.41	0.35
利用者/他者との関係	0.17	0.14	0.27	0.18	0.21	0.15
精神症状改善への援助						
自傷他害	0.16	0.10	0.20	0.13	0.10	0.06
精神/心理援助	0.96	0.62	1.00	0.60	0.98	0.63
医療行為	0.22	0.17	0.28	0.22	0.19	0.18
副作用	0.24	0.18	0.26	0.16	0.23	0.19
睡眠援助	0.38	0.24	0.47	0.36	0.38	0.32
服薬行動援助	0.37	0.34	0.53	0.49	0.42	0.36
入院/退院対応	0.08	0.03	0.11	0.03	0.04	0.02
緊急電話	0.01	0.03	0.05	0.13	0.02	0.02
その他緊急	0.01	0.02	0.07	0.07	0.01	0.02
精神科通院行動	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00
身体症状の発症や進行を防ぐための援助						
身体的健康援助	0.27	0.21	0.42	0.33	0.29	0.22
身体科通院行動	0.05	0.02	0.11	0.03	0.04	0.01
日常生活を維持するための援助						
食生活	0.34	0.28	0.46	0.37	0.41	0.38
生活環境	0.32	0.26	0.41	0.35	0.31	0.28
個人衛生	0.29	0.16	0.30	0.24	0.22	0.17
金銭管理	0.12	0.09	0.19	0.10	0.19	0.15
買い物	0.20	0.13	0.26	0.16	0.18	0.12
家族(キーパーソン)への援助						
家族/スタッフ関係	0.50	0.49	0.50	0.48	0.41	0.41
つきあい方援助	0.33	0.29	0.41	0.36	0.28	0.26
家族自身の援助	0.24	0.17	0.29	0.22	0.17	0.16

N=31. Range 0-1.

ボールド体 0.70以上の支援
ボールド体 0.4から0.6の支援

IV 考察

1 危機的状況

危機的状況の内容は急性期症状への対処がやや多い傾向にあり、その次にストレスフルな出来事、身体疾患の合併の順に多かった。その他に分類された中には利用者への不安への対処や病状や副作用の確認という内容が含まれ、幅広い内容の危機が扱われていた。また、これらの危機に介入した結果、GAFは介入中と比べて介入後に有意な改善が認められ、7割強の危機が回避された。

ストレスフルな出来事や身体疾患の合併などは精神科疾患の有無に関係なく生じる危機であり、精神疾患によるものと、そうでないものは同程度の割合であった。地域生活を支援するために、精神症状だけでなく、身体疾患や日常生活上のトラブルなども含めた総合的な介入が行われていたことが明らかになった。羽藤（2004）は統合失調症、慢性の気分障害、人格障害などでは、本人に脆弱性があるために日常的に起きるごく軽微な負荷から重大な危機に至ることがある、と説明している。また、危機介入に関する研究の中には措置診察や措置入院との関係から危機を定義するものがある（例えば、吉住・瀬戸・藤林 2004；竹島・立森・三宅 2004）。このような強制力のある介入を危機介入ととらえるなら、本研究で扱った危機は「危機にならないようにするための介入」であり、精神症状も含め、地域で日常生活を送る上で生じる負担を緩和し、小さな揺れのうちに対処しようとする介入でもあると考えられる。

2 支援体制 / 援助内容

支援体制として社会資源の利用状況は介入前、介入中、介入後で変化は認めなかった。ACTチームのスタッフは、介入前は平均4人程度であったが介入中は5人程度に増え、特に看護師の介入が増える傾向が認められた。そして、訪問日数は約3から4日/週、訪問時間は約5時間/週程度であった。危機介入の体制として、社会的資源を新たに活用するよりも、人的資源が投入される傾向が認められた。研究1の「未治療・治療中断者への危機介入」と比較すると、多くのスタッフ数、訪問日数、訪問時間が費やされているのがわかる。看護師の介入が増えた理由を危機内容から推測すると、「身体疾患の合併」の場合、精神症状だけでなく身体症状のアセスメントや援助が必要になる。また、「急性期症状の出現」によっても身体的健康に影響を与えることがあり、総合的に評価したり、素早い対応が求められたりする場合がある。そのような理由から看護師の訪問が増えた可能性が考えられる。社会資源よりも人的資源の活用が多かった要因として、重度の精神障害を持ちながら危機的状況にある際に、新しい環境に馴染むことや、新たな対人関係を作ることが負担となることも影響しているのではないかと考えられる。

援助内容は、「利用者スタッフとの関係づくり」「精神症状・心理的側面への援助」「利用者家族とスタッフとの関係づくり」「利用者のストレングスやニーズをアセスメントするための情報収集」などが中心に行われていた。これらの援助内容は研究1と共通して多く行われる傾向があったことから、地域生活を支援するための基本となる援助であると考えられる。また、危機介入中に多く行われた「服薬行動の支援」や「身体的健康・食生活・生活環境のアセスメントや観察」などから、医療行為というよりも服薬の管理や身体的健康状況や生活状況を見守るという形の介入が行われていた。

3 特別な介入

ここでは通常の危機介入とは別に特別な介入として、「退院促進支援としての介入」と「介入の

長期化」について取り上げる。まず、「退院促進支援としての介入」は、病院に入院中の患者に対して退院前に行われる介入と地域での介入の結果入院になった場合の介入が挙げられる。前者の介入は、退院後に初めて一人暮らしをするような場合であり、退院のための準備や試験外泊/外出に多くの時間を使っていた。そして、入院となった場合にも継続した介入が行われ、関係性を継続する目的で訪問を行ったり、入院生活に必要な物を届けたり、買い物の代行をしたり、さらには、ACTスタッフが同行するという事で外出を許可されることもありそのような場合の外出支援が行われていた。

このような介入によって関係性を維持することは退院後の介入がスムーズになるだけでなく、外出支援などは社会生活を維持または向上させるためのリハビリテーションにもなり、早期退院や地域生活への適応をスムーズにすることにつながると考えられる。ただし、これらの援助は診療報酬外の支援であり、このような支援に関しても診療報酬が認められるべきではないだろうか。

次に、「介入の長期化」についてである。危機介入の8割が4週間以内に介入が終了したが、2件(6.5%)について介入が長期化した。そのうち1件は家族関係の調整のために、クライシスルームの利用(宿泊)が行われた。このクライシスルームにはスタッフがいないためACTチームのスタッフが頻繁かつ長時間訪問する必要がある。危機的状況の長期化は、利用者やその家族だけでなく、スタッフも疲弊してしまう可能性がある。このような場合に利用できる社会資源として、例えば、多くの国には危機ハウスがある。危機ハウスとは再燃状態、あるいは十分な休息を必要とする状態にある精神障害のある人が、従来の入院治療に替わるものとして利用できる施設であり、通常の家に近い環境でサービスが提供されることが特徴である(西尾 2000)。危機介入中に社会資源の利用状況に変化がないことを先述したが、精神疾患が重度であったり、危機的状況にあたりする場合に利用しやすい社会資源がないことに関連している可能性も考えられる。

V 結論

本研究は、重度精神疾患をもつ人が地域で生活することによって、どのような危機に遭遇し、また、その危機に対してどのような支援を提供しているのか、調査することを目的として行った。その結果、精神症状だけでなく身体疾患や日常生活上のトラブルも含めた幅広い危機に対して介入が行われていた。そして、7割以上が回避され、地域生活の継続が可能であった。さらに、支援体制/援助内容は人的資源、訪問日数、訪問時間とも濃厚な支援が提供されていた。

本研究では訪問日数の増加(週3日以上)やスタッフへの聞き取りから危機的状況を特定した。しかし、精神症状の悪化のために訪問日数が減ってしまった場合や、日常生活支援のために毎日訪問している場合は対象として除外した。このような場合であっても危機的状況であると判断される場合もあるかもしれない。今後はスタッフが支援の中でどのような状況を危機とみなし介入を行っているのか、また、どのような状況になれば危機が終息したとみなし援助を減らすのか、または、新たな援助を提供するのか、そのプロセスやアセスメントの基準などを明らかにする必要がある。

文献

羽藤邦利：精神科医療における危機介入と精神科診療所の役割。精神医学, 46:585-590, 2004.

西尾雅明：英国バーミンガムにおける地域精神保健システム。精神医学, 42:991-998, 2000.

桶田昌平：ACTにおける統合失調症のリハビリテーション, 危機対応。臨床精神医学, 37:1021-1027, 2008.

竹島 正, 立森久照, 三宅由子：地域における危機介入一措置入院制度の事前調査を手がかりに。精神医学, 46:571-577, 2004.

坪倉繁美, 川井八重, 角野文彦, 他: 障害者自立支援法と精神保健福祉活動への取り組み実態調査. 厚生労働科学研究補助金 障害保健福祉総合研究事業 障害者自立支援法を踏まえた精神保健福祉センター、保健所の役割と機能強化についての精神保健福祉施策研究, :10-17, 2007.

吉住 昭, 瀬戸秀文, 藤林武史: 危機介入と精神科医療—措置診療を中心に—. 精神医学, 46:591-598, 2004.

第4章

生活の危機を脱し，本人と家族が
安心出来る生活に至るプロセス
—利用者に害を与えないために、家族と共に支える—

第4章 生活の危機を脱し、本人と家族が安心出来る生活に至るプロセス—利用者に害を与えないために、家族と共に支える—

I はじめに

重度の精神障害のある当事者（以下、当事者）に対する支援において、未治療および治療中断者に対する支援アプローチは未だその対応が難しく、その方法について明らかにはなっていない。この背景には、長らく行われていた入院中心の医療対応が大きく影響している。しかしながら、精神障害のある人を対象とした保健福祉サービスは、ノーマライゼーションの思想を背景に具体化が図られてきており、1995年の精神保健福祉法制定、1999年の精神障害者居宅支援事業の創設を経て、2006年からは障害者自立支援法においては地域での生活を基盤にした支援の充実が求められている。

諸外国においては、重度の精神障害のある当事者を地域で支える取り組みが行われており、その方法としてACT（Assertive Community Treatment）がわが国でも2002年度より厚生科学研究費によって開始されている。臨床的な活動も国府台病院においてACT-J（千葉）として取り組みが開始されている。

ACTに関する研究については、その有効性に関する研究や費用効率に関する研究が行われており、その必要性については諸外国の例を含めてさまざまなことがわが国では語られている。しかし、これら先行研究では、ACTにおける全般的な取り組みの紹介が中心であり、ACT活動が効果的に行われるためにどのような具体的な関わりが必要なのかということについて明らかになっているわけではない。特に、未治療あるいは治療中断者に対して、危機的な状況に関わりが始まり、支援が継続的に行われるようになるためにどのような関わりが必要なのかということについては、未だ明らかになっていないと言える。また、未治療者および治療中断者に対する関わりにおいて、支援するスタッフがどのような関わりを行っているのかについては曖昧なままである。また、これらに関するM-GTAを用いた先行研究は見あたらず、未治療および治療中断者の危機的な状況における関わりに関して、危機的な状況から脱するための関わりに関して、どのようなプロセスがあるのかについて明らかにはなっていない。

このため、ACTにおいて、危機的な状況を脱し、関わりが継続出来るようになるためには、どのようなプロセスがあるのかについて明らかにすることは意義があり、その際の関わりについて、どのように行えばよいのかということに役立ち、精神障害のある当事者が地域で生活することを支援することになると考えた。

そこで、本研究では、未治療または治療中断者が継続的にACT支援を受かるようになるプロセスについて明らかにすることを目的とした。

II 研究方法

1 研究デザイン

本研究では、量的な研究では明らかにすることが困難なことを想定し、実際のACT活動の現状を探索的に研究する必要があると考えた。そして、実際にACT活動を行っているスタッフの語りに焦点をあてた質的研究法を採用する。さらに、木下が提唱する修正版グラウンデッドセオリーアプローチ（以下、M-GTA）を用いる。M-GTAを用いた理由は、未治療および治療中断者に対す

る関わりを行なう際に、どのようなことが重要であり、スタッフと当事者および家族の間にある相互作用のプロセスを明らかにすることが重要であり、M-GTA が研究方法としてふさわしいと判断したからである。M-GTA は、混沌とした現象を分析し、どのようなことが起こっているのかを探索するための方法として優れている。また、M-GTA は、ある限定的な状況の中で起こっている現象を分析する方法であり、分析焦点者に起こるプロセスに焦点をあてるといった特徴を持っている。さらに、分析を行うときに、コンテキストを重視し、調査対象者が何を語っているのかという意味性を重視する。

本研究は、未治療および治療中断者に対する関わりの中で、当事者やその家族と ACT スタッフの間に生まれる相互作用の結果、支援が継続するようになり危機的状況から脱することができるようになるプロセスに関する研究であり、M-GTA は本研究の方法として適切であると考ええる。

なお、リサーチクエスションとしては次のようなものとした。

- ①未治療・治療中断者が地域で生活していくために、どのような支援が必要か。
- ②利用者が地域で生活する上で、どのような危機を経験しているのか。
- ③危機に対してどのような支援を提供しているのか。

2 対象

調査対象者は、ACT-K（京都市）および ACT-Z（岡山市）で ACT 活動を2009年12月の時点でやっているスタッフとした。スタッフの職種の内訳は、ACT-K の場合は医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士であった。また、ACT-Z の場合は、保健師、看護師、作業療法士であった。また、調査方法は、グループインタビューとし、未治療および治療中断者に対する関わりについて、次のようなインタビューガイドを作成した。

3 データ収集

データは、2009年12月～2010年1月にかけて収集した。ACT では、ITT（Individual Team Treatment）という個別の対応チームを作り対応している。インタビューは、未治療または治療中断者に対する7つのITTをグループとして、その当事者への関わりについて半構成方法によるグループインタビューを行った（表1、表2）

表Ⅱ -1 ACT-K におけるインタビューでの事例の概要

対象者	年齢	性別	診断	初診日	紹介経路	スタッフ
A	48	女	統合失調症	2004. 9. 7 (6年中断)	保健所	S1
B	59	男	統合失調症	2005. 7. 5 (約6か月中断)	診療所	S2・S3・S4
C	34	女	統合失調症	2005. 10. 24 (約7年中断)	保健所	S4・S5・S6・S7
D	66	女	統合失調症	2006. 11. 1 (約7か月中断)	保健所	S3・S8
E	59	女	統合失調症	2007. 11. 7 (中断期間あり： 中断約14年⇒整形入院)	保健所	S2・S9

表Ⅱ-2 ACT-Zにおけるインタビューでの事例の概要

対象者	年齢	性別	診断	初診日	紹介経路	スタッフ
F	60	女	統合失調症	2009. 5. 8 (未治療)	市保健センター	S10、S11
G	70	女	統合失調症	2009. 4. 16 (未治療)	県精神保健福祉センター	S11、S12

1) 「リサーチクエスチョン1」に対する質問

- ①あなたが、〇〇さんに支援を始めたとき、どのようなことに気がつきましたか。
- ②初めての訪問以降、どんなことを考えましたか（行動：実際の支援も含めて）。
- ③支援が始まってから、どのような変化がありましたか。

2) 「リサーチクエスチョン2」に対する質問

- ①〇〇さんは、どんなことで困っていましたか。
- ②〇〇さんは、それを危機だと思っていましたか。
- ③〇〇さんは、その時に、何をしていましたか。

3) 「リサーチクエスチョン3」に対する質問

- ①その後、支援に結びついていったのはどうしてですか。
- ②どのような状態になって、危機を脱したと思いますか。
- ③その後の支援は。

インタビューでは、上記の内容を意識しつつ、調査協力者が自由に語れるようにした。インタビュー時間は、1回平均1時間であった。インタビュー内容は調査対象者の許可を得てすべて録音し、逐語録に文書化した。

4 倫理的配慮

聞き取り調査協力予定者に対して、研究目的、研究方法、調査対象、調査回数等について文書を用いた上で、口頭での説明を行った。また、プライバシー保護について説明を行ない、調査協力を承諾した方のみを対象とした。

録音した内容については研究終了後消去、逐語録についても研究終了後に破棄する。

5 分析方法

分析方法は、M-GTAの分析方法の手順に従った。その際、分析テーマ「未治療または治療中断者が危機から脱するようになる（継続してACTを利用する）プロセス」に焦点を当てた。

分析では、分析ワークシートを活用し、継続的比較検討分析を行ない、概念生成、カテゴリー生成を行った。さらに、カテゴリー間の関係を検討し、結果図を作成した。

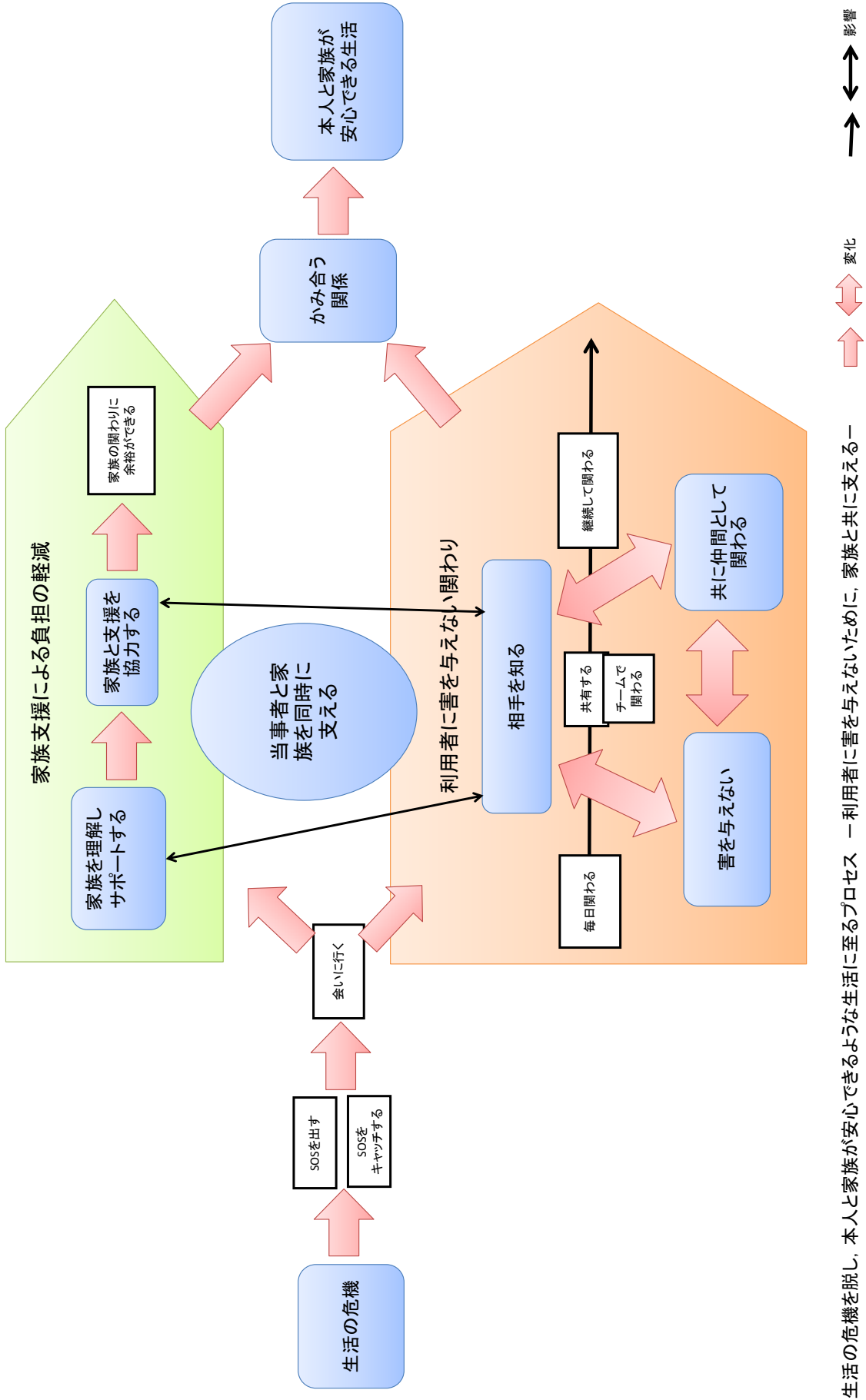
Ⅲ 結果

M-GTAによる分析の結果、42の概念と9つのサブカテゴリー、2つのカテゴリーが生成された（表3:概念一覧参照）。これらの概念とカテゴリーを比較検討した結果、結果図(図1および図2)とストーリーラインを作成した。

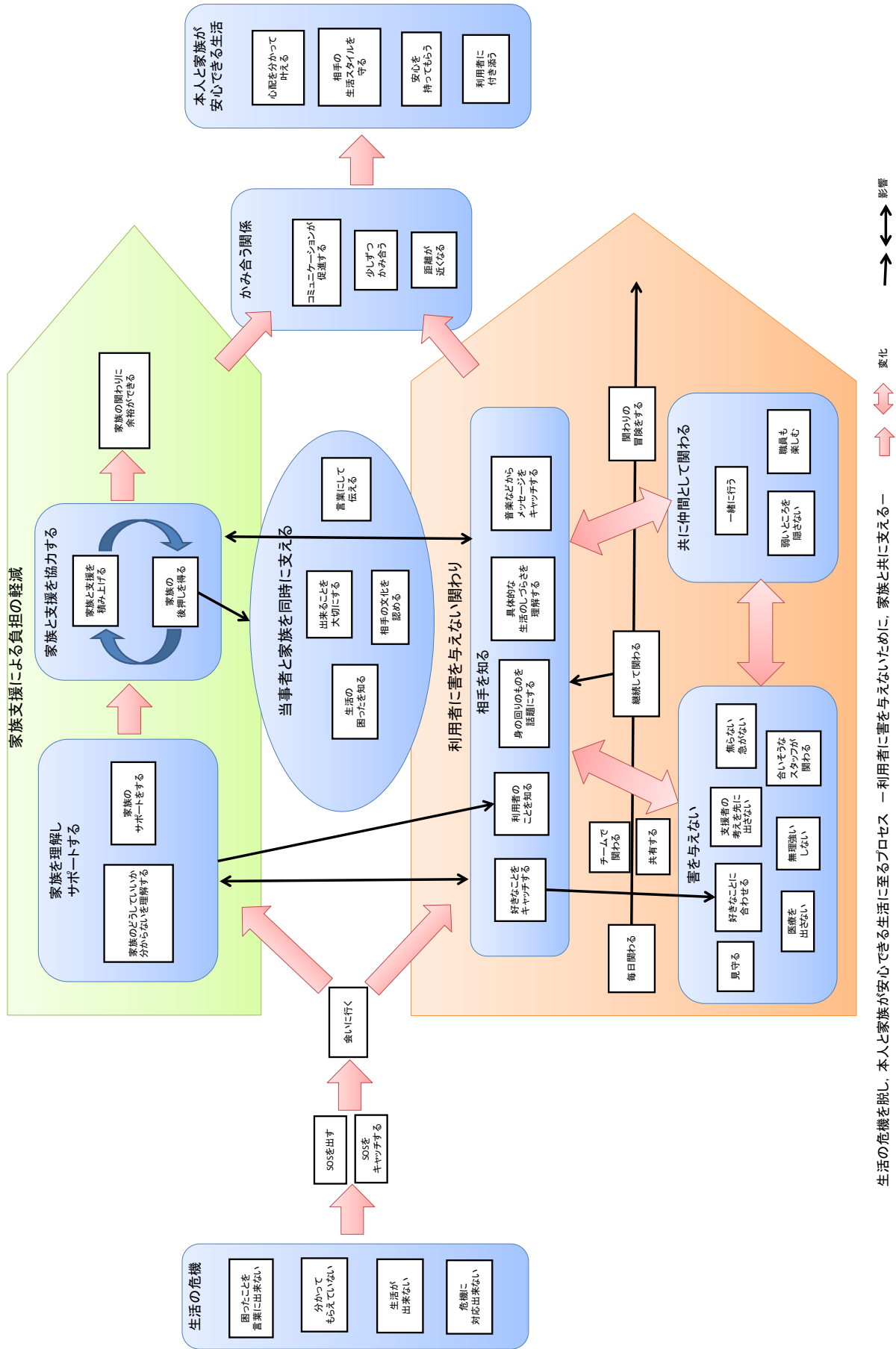
IV-1 概念一覧

概念番号	概念名	サブカテゴリー	カテゴリー
1	好きなことをキャッチする	1 相手を知る	1 利用者に害を与えない関わり
2	利用者のことを知る		
3	身の回りのものを話題にする		
4	具体的な生活のしづらさを理解する		
5	音楽などからメッセージをキャッチする		
6	見守る	2 相手に害を与えない	
7	好きなことに合わせる		
8	支援の考えを先に出さない		
9	焦らない・急がない		
10	医療を出さない		
11	無理強いしない		
12	合いそうなスタッフが関わる	3 共に仲間として関わる	
13	一緒に行く		
14	弱いところを隠さない		
15	職員も楽しむ	-	
16	毎日関わる		
17	チームで関わる		
18	共有する		
19	継続して関わる		
20	関わりの冒険をする		
21	家族のどうしていいかわからないを理解する	4 家族を理解しサポートする	2 家族支援による負担の軽減
22	家族のサポートをする	5 家族と支援を協力する	
23	家族と支援を積み上げる		
24	家族の後押しを得る		
25	家族の関わりに余裕ができる	-	
26	困ったことを言葉に出来ない	6 生活の危機	-
27	分かってもらえていない		
28	生活が出来ない		
29	危機に対応出来ない		
30	SOSを出す(キャッチする)	-	
31	会いに行く	7 当事者と家族を同時に支える	
32	生活の困ったを知る		
33	出来ることを大切に		
34	相手の文化を認める		
35	言葉にして伝える	8 かみ合う関係	
36	コミュニケーションが促進する		
37	少しずつかみ合う		
38	距離が近くなる	9 本人と家族が望む生活の実現	
39	心配を分かって叶える		
40	相手の生活スタイルを守る		
41	安心を持ってもらう		
42	利用者に付き添う		

図Ⅳ-1 結果図 (1)



図Ⅳ-2 結果図 (2) 詳細図



生活の危機を脱し、本人と家族が安心して暮らせる生活に至るプロセス - 利用者へ書かさないために、家族と共に支える - 変化 - 影響

以下、最初に全体のストーリーラインを示す。また、各カテゴリーについて、サブカテゴリーを使ったストーリーラインを示し、さらにデータの抜粋を提示しながら概念を説明する。なお、() は筆者による補足説明である。

表記であるが、概念を【 】、カテゴリーを〈 〉、サブカテゴリーを《 》で表し、全てゴシック体、強調文字とした。

1 ストーリーライン

生活の危機を脱し、本人と家族が安心出来るようになるプロセスは次の通りである。

未治療あるいは治療中断をしている精神障害のある当事者は、《生活の危機》が生じたときに、家族が【SOSを出す】ことによりACTとのかかわりが始まり、スタッフは家族と本人に【会いに行く】。そして、〈利用者に害を与えない関わり〉と同時に〈家族支援による負担の軽減〉が起こり、相互に影響しながら《当事者と家族を同時に支える》ようになる。このことにより、当事者との関係は《かみ合う関係》となり、《本人と家族が安心できる生活》が実現できるようになっていた。

このプロセスにおいてコアとなるカテゴリーは、〈利用者に害を与えない関わり〉と〈家族支援による負担の軽減〉である。特に、〈利用者に害を与えない関わり〉は重要であり、このことができていることによって危機から脱することができる。そして、〈利用者に害を与えない関わり〉が実現するために必要なことが、〈家族支援による負担の軽減〉である。この2つのカテゴリーは、互いに深く関わっており、それぞれのプロセスが起こり、相互に影響を与えつつ、関係が形成されていく。

2 各カテゴリーの説明

以下、それぞれのカテゴリーと概念について詳細に述べる。なお、カテゴリー〈 〉は、サブカテゴリー《 》を使って説明し、サブカテゴリー《 》は概念【 】を使って説明する。さらに、概念については、定義を示し、簡単な説明をする。

(1) カテゴリー1〈利用者に害を与えない関わり〉

当事者に関わる時には、《相手を知る》《相手に害を与えない》《共に仲間として関わる》ということが重要である。これらのサブカテゴリーは、三つ巴の関係であり、それぞれが機能することによって、〈利用者に害を与えない関わり〉が成立するという特徴がある。

まずは、《相手を知る》ことが重要である。このことによって、相手がどのような特徴を持っている人なのかということをしちんとキャッチでき、《相手に害を与えない》関わりができる。また、関わりを行う時には、病気には注目せず生活をする人として同じではないが個別の特徴や弱さをもっているという意味での共通したところがあるととらえ、《共に仲間として関わる》として関わるのが求められる。なお、これら3つは互いに影響しており、この関わりを行う際には、関わりの頻度に関しては、【毎日関わる】ことと【継続して関わる】ということが重要であり、特に関わりの初期段階では【毎日関わる】ことが重要である。さらに、【チームで関わる】ことや、【チームで関わる】ことが機能するためには、当事者に関する情報を【共有する】ことが求められる。

1) サブカテゴリー1《相手を知る》

当事者は精神疾患に罹患していても、これまでの生活の中でさまざまな経験を積んでいる。それ

は、プラスのことやマイナスのことが含まれるが、それらのことを全て含んだ相手のことを知ることが支援を行う時に重要となる。これが《相手を知る》である。

《相手を知る》ためには、利用者の【好きなことをキャッチする】ことや【利用者のことを知る】ことが重要となる。また、これらを行うためには、【身の回りのものを話題にする】ことや、【音楽などからメッセージをキャッチする】ことがポイントとなっており、そのような会話から当事者の【具体的な生活のしづらさを理解する】ことが求められる。

①概念1【好きなことをキャッチする】

定義は、「当事者は病気があっても、好きなことや得意なことがある。そのような当事者の好きなことや得意なことに関して、情報を集めてキャッチすること」である。

これは、当事者を認め、尊重するためのきっかけとなっている。精神疾患があるために、どうしても否定的な印象を受け易いため、当事者を認めたり尊重したりすることがしにくいことを考えると、関わりを持つために非常に重要となる。つまり、当事者と関わりを持ちたいと感じるきっかけとなるからである。

②概念2【利用者のことを知る】

定義は、「幅広く情報を集め、利用者の人となりを知ること」である。

当事者の、さまざまな言動について理解するためには、本人のことを幅広く知ることが求められる。単に【好きなことをキャッチする】だけでなく、その人を全体として理解することが求められる。対人援助で言われるアセスメントを行なうということでもある。

③概念3【身の回りのものを話題にする】

定義は、「【好きなことをキャッチする】ためや【利用者のことを知る】ために、当事者の生活環境の中で身の回りにあるものを話題にするということ」である。

当事者の周りには環境は、本人が居心地のよいものが多い。馴染みのものであったりして、そのことには重要なかつ語られていない意味が含まれていることが多い。このことを意識して、身の回りのものを話題にすることによって当事者のことが分かるようになる。

④概念4【具体的な生活のしづらさを理解する】

定義は、「生活を送る場面での具体的なことを話題にして、当事者の生活のしづらさを理解すること」である。

【利用者のことを知る】のであるが、その中でも、当事者が抱える生活のしづらさに焦点を当てることによって、どのようなことに困っているのかを理解する。ここで重要なことは、援助を行うスタッフと同じように生活する人としての感覚である。

⑤概念5【音楽などからメッセージをキャッチする】

定義は、「本人が示す何気ない行動から、本人の伝えたいメッセージをキャッチすること」である。

訪問をしたときには何気ないように思えるような日常なことであっても、そこには重要な意味が含まれていることがある。たとえば音楽であるが、歌詞やその曲が流行っていた時期等も大きな情報となる。【身の回りのものを話題にする】ことと似ているが、「もの」ではなく、それ以外の「こ

と」である。

2) サブカテゴリー2《相手に害を与えない》

当事者との関係を構築するためには、相手にとってその関係が安心、安全であることが求められる。そのために求められるのが、《相手に害を与えない》ということである。

《相手に害を与えない》ためには、相手の行動を【見守る】ことが重要であり、そのために、相手の【好きなことに合わせる】ことが求められる。また、関わりの中で、支援する立場で必要であると考えられても【支援の考えを先に出さない】ことであり、支援を行う時に【焦らない・急がない】ということでもある。

特に重要なことは、【医療を出さない】ということである。医療は相手に治療を強要する側面が強く、このことによって、当事者は関係そのものを拒否することが多い。そのため、関係を作るためには、医療に関わらないことであっても、【無理強いしない】という関わりのあり方が求められる。

この他、当事者と関わる際に、上記のことを踏まえた上で、本人に【合いそうなスタッフが関わる】ことも重要となる。本人の生活のしかたや関わりかたと似たようなことを認めてもらい、さらにそれを一緒に行うためには、合いそうな人が関わることは当事者への負担感を軽減することにもつながる。

①概念6【見守る】

定義は、「当事者の考えに基づく行動を尊重し、相手の行動を制限しないで見守ること」である。

相手の行動には、周囲の人から見て奇異に見えたり、納得出来なかつたりしても、その人なりの理由がある。しかし、周囲の人と異なる行動だと、いわゆる「おかしな」行動と判断されてしまい、当事者にとって必要だといえる行動が制限されたり、拒否されたりする。それを、一旦ストップして、【見守る】のである。

②概念7【好きなことに合わせる】

定義は、「相手が好きなことや得意なことを尊重し、それに合わせること」である。

関係を形成するためには、【好きなことをキャッチする】（概念1）を踏まえて、その【好きなことに合わせる】ことが重要である。このことにより、《相手に害を与えない》ことが伝わる。

③概念8【支援の考えを先に出さない】

定義は、「相手の状況から必要な支援を考えるが、その支援に関する考えを相手より先に出さないこと」である。

当事者は、絶妙のバランスで生活を送っている。生活を送る上で困ってはいるが、今の生活を変えることを基本的に望んでいないことが多い。そのことが《生活の危機》に繋がっているのであるが、当事者の主体性を尊重し、本人が考え（提案）を受け入れる状態ではないときに支援者が考える支援を出さないことが求められる。なお、この概念は、次の【焦らない・急がない】と非常に似ているが、支援に関する考えということによって独立させている。

④概念9【焦らない・急がない】

定義は、「当事者への関わりの中で、本人が拒否的だったり、消極的だったりするときに、相手のペースや考えを尊重して、支援者が焦って行動しないということ」である。

支援を行う者が、当事者にとって良いと考えて何かを提案したり行動を起こしたりすると、特に初期段階では本人から拒否をされることが多い。そのようなときには、その提案をすぐに引っ込めて、行動を焦らない・急がないことが重要である。

⑤概念10【医療を出さない】

定義は、「当事者と関わるときには、生活を支援することに徹する。決して医療を出さない。また、医療の専門職であるということも出さないということ」である。

本人の治療のために関わるのであるが、関係を取り結ぶためには、生活を支援する必要がある。このため、治療を出すと支援を行う基礎となる関係そのものを作ることができない。

⑥概念11【無理強いしない】

定義は、「関わりを行うときに、決して無理強いしないということ」である。

さまざまなことを当事者に支援として提供するが、大事なことは関係を作ることであり、そのためには相手が主体的に取り組む、やってみようと思うようになるということが重要となる。当事者が、躊躇したり拒否したり、戸惑ったりしたときには、提案等を一時棚上げして、無理強いしないことが重要となる。**【無理強いしない】** ことにより、相手は自分のことを尊重されている、認めてもらっていると感ずることが出来る。

⑦概念12【合いそうなスタッフに関わる】

定義は、「当事者との人間関係で、本人と趣味や波長などが合いそうなスタッフに関わるということ」である。

人間同士なので、好き嫌いや、合う、合わないということがどうしても生じる。そのため、相手と合うスタッフに関わるということが重要となる。

3) サブカテゴリー3《共に仲間として関わる》

関わりを持つときに、治療を行う、相手を変えるということがどうしても目標となりやすい。しかし、その関わりは生活支援であるため、当事者と共に生活を送る伴走者としての役割が求められる。そのため、当事者とさまざまな行動を**【一緒に行く】**ことが、非常に重要となる。同じことを**【一緒に行く】**ことにより、自分と同じような人であり、安心して関わるができる。また、**【一緒に行く】**際に、支援を行うスタッフが**【弱いところを隠さない】**ことや**【職員も楽しむ】**ことが求められる。治療者と患者という上下関係ではなく、共に生きる仲間として関わるが必要となる。

①概念13【一緒に行く】

定義は、「利用者に関わるときに、さまざまなことを一緒に、行なう」ということである。

【一緒に行く】内容は、《相手を知る》中で知った相手の**【好きなことに合わせる】**のである。その際には、《相手に害を与えない》で述べたさまざまな内容に留意することが肝要である。

②概念14【弱いところを隠さない】

定義は、「関わるときに、スタッフが自分の弱いところを隠さずに当事者に見せる」ということである。

相手より優れた人、強い人であると、そのことは本人には、大きな脅威となる可能性が高い。また、強くなければならない、変わらなければならぬという無言のメッセージを伝えることになる。**【弱いところを隠さない】** ことにより、相手を変える人という関係ではなく、弱いところもある同じようなところがある人間という関わりができやすくなり、弱いところがあってもよい、そのままでよいということ伝えることになる。また、**【安心を持ってもらう】** ことにつながりやすくなる。

③概念15【職員も楽しむ】

定義は、「利用者との関わりの中で、職員も同じようなところがある人間という関わりをするために、相手との関わりの中で**【一緒に行く】**ことを楽しむこと」である。治療者として関わるのではなく、共に生きる人として関わるためには、共に楽しいと感じることが重要となる。一緒にいて楽しいと感じることは、関係を継続する際に大きな意味を持つ。

4) その他

カテゴリー1〈利用者に害を与えない関わり〉の中には、上記のサブカテゴリーに属さない5つの概念がある。それらは、先に説明した《**相手を知る**》《**相手に害を与えない**》《**共に仲間として関わる**》という3つのサブカテゴリーが相互に影響しながら当事者との関わりが作られていく時に、重要となる基本的な関わりのポイントとなる。それらは、**【毎日関わる】**と**【継続して関わる】**という関わりの頻度に関する概念と、**【チームで関わる】**、**【共有する】**というチームアプローチに関する概念である。

利用者との関係を形成する際に重要となる3つのサブカテゴリーがうまく回っていくためには、利用者を大切な人としてとらえていことを示す重要なポイントとなる。それが、**【毎日関わる】**と**【継続して関わる】**という概念であり、短時間でも、相手との関わりを持ち続けることの重要性と言える。また、ACTの特徴であるチームで関わるということを効果的にするために必要なこととして、**【チームで関わる】**、**【共有する】**ということが概念として生成された。

また、関係がある程度できると、相手に対してこれまでは言えなかったことを提案したりする**【関わり方の冒険をする】**ことが出来るようになる。これは、関係が安定して来たことを示す概念であり、新しい関係の形成や、生活の拡大につながることである。

①概念16【毎日関わる】

定義は、「当事者との関係を作るために、短い時間でも、毎日関わるということ」である。

なお、関わるときには、**【会いに行く】**（概念31）ことがポイントとなる。このことにより、利用者を一人の大切な人として考えることが相手に伝わる。おそらく、コミュニケーションがとれず（苦手なこと関係している）、他者との関係がないために、孤立している期間が長い当事者にとって、家族以外の人が、毎日関わってくれることは大きな意味を持つことになる。

②概念17【チームで関わる】

定義は「当事者への関わりを複数の専門職がチームで行うということ」である。

ACTの特徴の1つである多職種がチームとして関わるということである。本人の生活を包括的に支援するために、複数の専門職が関わることは必要不可欠なことである。それに加えて、複数の人が関わる（専門職という役割を持っているが）ということは、当事者にとって非常に大きな意味を持つ。それは、自分のことを多くの人が大事だと思ってくれているというメッセージを受け取るとい

うことである。

また、人として合う、合わないというところがあるが、【チームで関わる】ことにより、《共に仲間として関わる》ことができる。そして、そこでも説明したが、「合わない」というような関係性のデメリットを補うことができるという意味もある。

③概念18【共有する】

定義は、「当事者の情報をチームで共有するということ」である。

【チームで関わる】ことは、さまざまなプラス面があるが、チームがうまく機能しないと、関わりに統一性がなくなり、当事者が混乱してしまい不安をひきおこすことにもなりかねない。これを予防するために必要なことが【共有する】ということである。

【共有する】ことにより、利用者との関係を多面的に捉える【チームで関わる】ことのメリットがさらに活かされることになる。あるスタッフが得た情報を【共有する】ことによって、《相手を知る》《相手に害を与えない》《共に仲間として関わる》という3つのカテゴリーのトライアングルが、より適切に機能することにつながる。

④概念19【継続して関わる】

定義は、「当事者との関係が形成された後も継続的に関わるということ」である。

関わりによって形成された関係は、当事者を支える大きな意味を持つ。人は、複数の関わりによって支えられているということであり、その支えを継続的に維持するということは、正にその人の生活を支援するということになる。

⑤概念20【関わりの冒険をする】

定義は、「関わりがある程度できた時点で、これまでには意識的に控えていた、提案やアドバイスなどに取り組んでみるということ」である。

《相手に害を与えない》関わりの中で形成された人との関係は、安心感につながり、地域で生活するときの基礎となっていく。しかし、地域で生活を送るということは、ACTスタッフとの限定的な関わりだけでなく、新たな人との関わりを作ったり、生活が広がったりしていくことが求められる。しかし、そのことを進めるときには、《相手に害を与えない》ことが必要不可欠であり、当事者の「安心感」を脅かしたり、破壊したりすることは厳に慎まなければならない。

支援者は、この時点で大きく揺れ動き悩むのであるが、その状態に変化を促す概念が【関わりの冒険をする】である。関わり始めには不安定で拒否的だったためにできなかったさまざまな提案やアドバイスであるが、【関わりの冒険をする】ことによって、これまでに形成された関係が基礎となり、新しい関係の形成に取り組んだり、新しく課題にチャレンジしたりすることを促すきっかけとなる。

(2) カテゴリー2〈家族支援による負担の軽減〉

〈利用者に害を与えない関わり〉と共に、重要となるカテゴリーが、〈家族支援による負担の軽減〉である。〈利用者に害を与えない関わり〉を行うときに、家族の存在はとても大きい。当事者を支える役割を担っている家族であるが、家族もさまざまな生活上の問題を抱えている。そのため、家族を視野に入れた支援が必要となる。

さまざまな生活の問題を抱えた家族を支えるために、《家族を理解しサポートする》ことはとても重要である。当事者を支えるためには、共に暮らす《家族を理解しサポートする》ことによって、

家族が安定する。その上で、《家族と支援を協力する》ことが求められる。

なお、サブカテゴリーには入らなかったが、家族を支えることができると、家族は大きく変化し、【家族の関わりに余裕ができる】ということも起こっていた。

1) サブカテゴリー4《家族を理解しサポートする》

当事者を支援する際に、家族を支援することは重要である。家族を支援する際には、【家族のどうしていいか分からないを理解する】ことが、まず重要なことであり、それをふまえて【家族のサポートをする】ことが必要である。この2つは、当事者の支援の際に行う、〈利用者に害を与えない関わり〉と同様のことが求められる。すなわち、《相手を知る》《相手に害を与えない》《共に仲間として関わる》ということである。

【家族のどうしていいか分からないを理解する】は、《相手を知る》という概念に対応している。また、【家族のサポートをする】際には、当事者に関わるときに求められる《相手に害を与えない》《共に仲間として関わる》が、同様に必要となってくる。今回のインタビューでは、当事者への支援をメインにしているため、当事者への支援と家族への支援に関しては語りの質の違いが出ていると考えられる。

①概念21【家族のどうしていいか分からないを理解する】

定義は、「家族が生活でどのような困難を抱えているのかということ、特にどのようにすればよいのかについて理解するということ」である。

家族は、当事者との関係の中で、どのように対応すれば良いのかということに悩んでいることが多い。そのため、その悩みを受け止め、理解することが求められる。

②概念22【家族のサポートをする】

定義は、「【家族のどうしていいか分からないを理解する】をふまえ、家族をサポートすること」である。

【家族のどうしていいか分からないを理解する】ことで、家族が抱える問題やニーズを明らかにして、それに対応したサポートをすることが求められる。

2) サブカテゴリー5《家族と支援を協力する》

当事者への支援を行う際に、家族を支援した上で、共に暮らす当事者への支援を協力して行う。その際に必要なことが、【家族と支援を積み上げる】ことである。これは、ACTスタッフだけでは当事者支援に限界があるため、どうしても家族の協力が必要となるからである。共に支援を共有し、さまざまな関わりを協力することによって、【家族の後押しを得る】ことができ、当事者への支援がうまくいくようになる。

①概念23【家族と支援を積み上げる】

定義は、「当事者を支援するときに、家族と協力して支援を重ねていくこと」である。

当事者のことについては家族がより多くのことを知っており、どのようなことを意味するのかというについては、家族との二人三脚的な支援協力が必要である。

②概念24【家族の後押しを得る】

定義は、「ACT スタッフが行おうとしていることを家族にも理解してもらうことで、行おうとしていることの後押しをしてもらうこと」である。

家族を支援することで、家族との関係が形成されると、家族は ACT スタッフと同様の機能を担ってもらえるようになる。それが、この【家族の後押しを得る】という概念である。

3) その他

《家族支援による負担の軽減》の中には、2つのサブカテゴリーに属さない【家族の関わりに余裕ができる】という概念がある。《家族を理解しサポートする》ことによって家族が安定し、その上で《家族と支援を協力する》ことが出来るようになると、【家族の関わりに余裕ができる】ということが起こっていた。このような変化が生じることで、当事者への支援はさらに良い方向に向かっていた。

①概念25【家族の関わりに余裕ができる】

定義は、「家族を支えることによって、家族の当事者への関わりに余裕ができるということ」である。

それまでにはうまくいっていなかった家族と当事者との関係であるが、ACT スタッフが家族を支えて、家族との関係が良くなると、家族に変化が生じる。そして、家族が当事者に関わる時に関わりを始める以前に比べて余裕ができる。それは、当事者に対する【家族の関わりに余裕ができる】ということである。つまり、家族を全体としてとらえ、家族が安定すると、家族の当事者への関わりが変わり、当事者が安定するという事になっている。

(3) サブカテゴリー6《生活の危機》

当事者は、その生活において【困ったことを言葉に出来ない】や、周囲の人に【分かってもらえていない】という特徴を持っている。また、精神疾患があることにより、【危機に対応できない】状態になっていた。そして、これらのことが影響し、当事者だけでなく家族も【生活が出来ない】状況に陥っていた。これが《生活の危機》状態である。

①概念26【困ったことを言葉に出来ない】

定義は、「生活を送る上で、困ったことがあっても、自分の中で抱えてしまい、言葉にすることが出来ないということ」である。

困ったことがあっても、これまでに受け入れてもらえなかったという経験との関係もあり、言葉にできないということが起こっている。関わりを行うことで、それらのことを受け止め、解決につながるということが起こる。

②概念27【分かってもらえていない】

定義は、「本人にはきちんとした理由があって行動をしているが、その理由を周囲の人に理解してもらうことが出来ず、分かってもらえていないという状態のこと」である。

本人なりに理由があり、その理由が了解可能、適切なものであっても、周囲の人にそのことを分かってもらえていないと、孤立が生じて、関係性がなくなっていく。

③概念28【生活が出来ない】

定義は、「さまざまなことが原因で、生活自体がたち行かなくなり、生活を送ることが困難になること」である。

精神疾患が大きく関わっているのであるが、現象としては、【生活が出来ない】ということとして表面化する。その背景に、精神疾患やその他の身体的疾患があったり、それに伴う経済的問題や、家族間の問題が生じていたりする。

④概念29【危機に対応できない】

定義は、「困った状態になって、生活に支障が出ているにも関わらず、自分で状態に対応することが出来ないということ」である。

本人だけではなく、家族も含めて対応出来ていないことが多い。

サブカテゴリー1《生活の危機》には含まれない概念として、【SOSを出す】と【会いに行く】がある。これらの概念は、危機的状况から脱するために必要は最初のきっかけであり、それまでの生活のありようが破綻する寸前にあるということを示している。

⑤概念30【SOSを出す】

定義は、「《生活の危機》が限界に来たときに、こらえきれずにSOSを出すということ」である。今回の語りの中では、保健所、精神保健福祉センター、精神科医療センターがSOSをキャッチする役割を担っていた。

⑥概念31【会いに行く】

定義は、「SOSをキャッチして、自宅に訪問をして本人または家族に会いに行くということ」である。

これはACTの特徴であり、当事者の生活空間に出向き、相手の生活文化の中で当事者を理解して、その上で関わりを持ち、支援をすることになる。さらに、【会いに行く】のであるが、【毎日関わる】ことと【継続して関わる】が重要となる。

(4) サブカテゴリー7《当事者と家族を同時に支える》

〈利用者に害を与えない関わり〉と〈家族支援による負担の軽減〉というプロセスがうまくいくには、これらのカテゴリーに共に関係しており、活性化させることが起こっている。それが《当事者と家族を同時に支える》である。

《当事者と家族を同時に支える》は、当事者に焦点を当てた関わりであるが、家族をも視野に入れることが重要であるということがその基礎にある。それは、当事者を含む家族としての【生活の困ったを知る】ことである。そして、関わりを行う際には、当事者と家族共に、それぞれが【出来ることを大切にする】ということが求められる。また、当事者と家族が生活の中で培ってきた【相手の文化を認める】ことも重要である。さらには、関わりを行うときの基本的なスタンスとして【言葉にして伝える】がある。

①概念32【生活の困ったを知る】

定義は、「当事者と家族が共にしている生活を考え、そこで何に困っているのかを知ること」である。

あくまでも生活を送る上で何に困っているのかという視点であり、医療を重視したものではない。**【医療を出さない】**ということと関係が深い概念である。

②概念33【出来ることを大切にする】

定義は、「病気があるとはいえ、当事者にもできることがある。また、家族に関してもできることを大切にすること」とである。

これは、これは、当事者と家族が持っている力を信じて行くことであり、ストレングスを活用するということでもある。

なお、関わりを持つのが家庭という場であることも重要であり、当事者なりの対処方法で活用出来ることは活かそうということである。

③概念34【相手の文化を認める】

定義は、「当事者と家族の生活におけるやり方（文化:Ways of life）を認め、尊重すること」とである。

先にあげた〈利用者^①に害を与えない関わり〉というカテゴリーを家族にも関係あるものとしてとらえている。

④概念35【言葉にして伝える】

定義は、「当事者と家族に共通する関わりの基本として、積極的に言葉にして伝えていくということ」とである。

コミュニケーションの特徴として、言葉にしていけないということがあるが、それを改善するために行う基本的な対応。言葉に出すことによって、それぞれが異なる考えをしても良いことや、相手に暗黙のコントロールを受けないようにするということにもなる。

(5) サブカテゴリー8《かみ合う関係》

〈利用者^①に害を与えない関わり〉と同時に〈家族支援による負担の軽減〉が進んでいくと、**【コミュニケーションが促進する】**ことが起こり、支援者と当事者・家族の関係が形成されていき、関わりが**【少しずつかみ合う】**ようになる。また、そのことによって相手との**【距離が近くなる】**ということが起こる。

このような状態になると、関わりはかなり良い状態になっており、当初の危機的な状況から脱しつつあるということである。

①概念36【コミュニケーションが促進する】

定義は、「当事者や家族との関係が形成され、コミュニケーションが成立するようになっていき、促進されるということ」とである。

それまでの、意思疎通ができずに生活に支障が起こっていた状況が改善し、コミュニケーションが促進されて来ている。この背景には、生活を送る上での困難や苦勞を理解していくということが良い影響を与えている。

②概念37【少しずつかみ合う】

定義は、「当初受け入れられなかった関わりが少しずつかみ合い、良い環境になるということ」

である。

関わりがうまく行きだすと、相手からの反応が好ましいものとなり、次第に良くなっていく。そのような状態のことである。

③概念38【距離が近くなる】

定義は、「関係が形成されていくと、相手との距離が近くなるということ」である。

拒否的な状況では、距離が遠く、関係も形成されていない。それが、《相手に害を与えない》関わりによって、友人のような感覚が生じていくと考えられる。

(6) サブカテゴリ－8《本人と家族が安心できる生活》

《かみ合う関係》がさらに進むと、生活を送る上での安定感が増してくる。そして、【心配を分かって叶える】ということにつながり、望むことが次第に叶うようになってくる。なお、その際に重要なことは、〈利用者に害を与えない関わり〉であり、それが発展する形として【相手の生活スタイルを守る】ことや、結果として【安心を持ってもらう】ことにつながっている。また、これらを通して、利用者が生活の主人公であると考えた【利用者につき添う】という支援が実現し、危機から脱するということになっていく。

①概念39【心配を分かって叶える】

定義は、「相手のことを理解し、相手の心配することを分かって、それを解決するようにして行くということ」である。

関わりが深まると、相手のことが以前よりよく分かるようになる。そして、相手がどのようなことを心配して行動しているのかが見えてくる。そのことによって、相手理解に合った、相手のニーズに合った対応ができることになる。

②概念40【相手の生活スタイルを守る】

定義は、「相手の生活を尊重し、生活スタイルを守るようになるということ」である。

これまで理解不能に近かったことが分かるようになり、その人のこだわりを持った生活のスタイルを尊重することができるようになる。

③概念41【安心を持ってもらう】

定義は、「関わりを通じて、安心して生活を送るようになるということ」である。

当事者や家族が、生活を送る上で、安心できるということはとても重要なことである。その上で、医療を利用するという行動が生じている。また、医療を利用することが生活の安心につながる。

④概念42【利用者につき添う】

定義は、「利用者を生活の主体者としてとらえ、生活を送る上での困難を解決しようとする当事者の生き方や対処方法を尊重し、その利用者につき添っていくような関わりをすること」である。

病気があるとかないとかに関わりなく、このような関わり方が、当事者を尊重した関わりということになるであろう。このあたりの状況になると、精神疾患は主たる課題ではなく、生活を送る上での困難の1つという位置づけになっている。

IV 考察

未治療あるいは治療中断をしている人が生活の危機を脱し、本人と家族が安心できる生活に至るプロセスについて、分析結果を説明してきた。そこで重要になることは、精神疾患があるために起きている生活の困難、危機的状況であるが、精神疾患の治療を前面に出して関わらないことが重要であるということである。**【医療を出さない】**という概念に象徴的に現れている。

多くの精神障害のある当事者は、自分の生活文化や生活スタイルを守る中で、生活困難に陥っている。しかし、困難に陥った生活文化や生活スタイルを理解してもらうことによって、生活困難に対処していく方法を見つけていくことが語りから見えてきた。

これまでの、否定されてきたその人の生活のありようを理解して行く中で、相手からも受け入れられることが、結果として精神障害を持つ当事者が地域で生活を送ることが出来るようになる支援ということになる。

そのためには、〈利用者には害を与えない関わり〉が必要であり、そのために〈家族支援による負担の軽減〉が求められており、これがうまくいくと、危機から脱することにつながっているということになる。

これらの関わりは、かねてから言われている「生活モデル」という関わりであり、それを具体的に実現していく活動がACTで行われているということになる。

このような関わりをACTでは多職種が共有して行うことが求められており、重度の精神障害があつたり、未治療あるいは治療中断であつたりしても有効であるといえよう。今回の研究では、このような関わりのプロセスが明らかになったことにより、実際の関わりを行って行く際に活用できる可能性が示唆された。

今後は、本研究で明らかになったグラウンデッドセオリーを元に、関わりを行なう際に意識的な実践を行なうことが求められる。そのことによって、どのような関わりの有効性があるのかについても、さらなる研究が出来ると考えられる。また、プロセスを意識した関わりを行うことによって、支援の期間が短縮可能になるかもしれない。継続的に関わることの重要性は変わらないと考えられるが、関係が出来るまでのプロセスが明確になったことにより、より効果的な支援が出来る可能性が出てきたのではないだろうか。

なお、本研究は、事例数が少なく、これをもって一般化できるわけではないという研究の限界があると考えられる。このため、生成されたグラウンデッドセオリーをもとに実践を行ない、継続的な研究を行う必要がある。また、ACT-K、ACT-Z以外の実践においても同様の質的研究を行い、比較研究を行う必要性もあると考える。

最後になったが、インタビューに協力していただいたACT-K、ACT-Zのスタッフに感謝を述べたい。本研究がACT実践に資することを願っている。

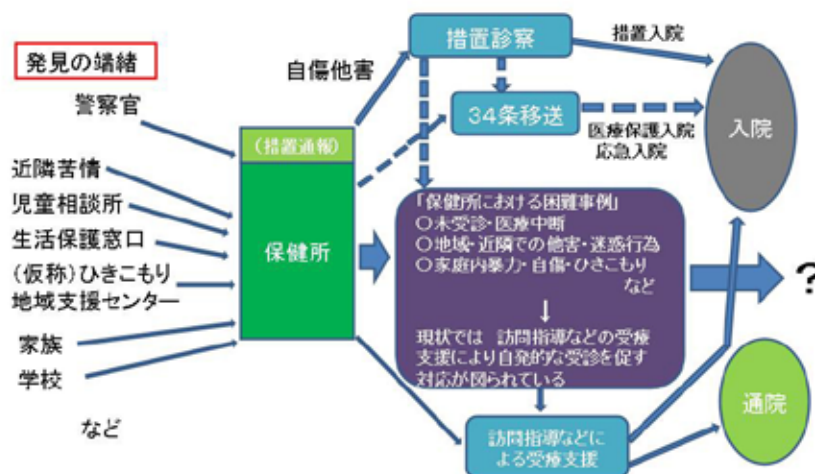
第5章

未治療・治療中断者への 地域精神保健システム構築マニュアル

第5章 未治療・治療中断者への地域精神保健システム構築マニュアル

I はじめに

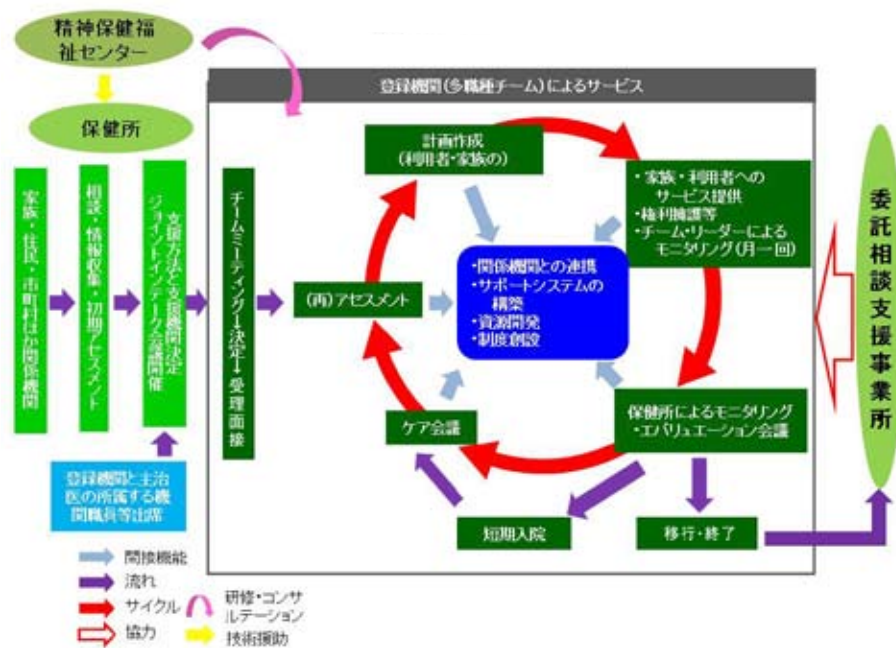
このマニュアルは、地域精神保健システムが十分に整備されてこなかった故に、未治療・治療中断者とその家族が十分な支援を受けられないまま長期にわたる苦難な生活を送っていることを憂慮し、全国津々浦々に至るまで新たな地域精神保健システムを構築することを目的に作成したものである。わが国においては、未治療・治療中断者に対しては1965年の精神衛生法の改正で保健所が地域精神衛生の第一線機関として位置づけられて以降、保健所が相談訪問活動で対応してきた（図V-1）。しかしながら、保健所は多職種チームを編成して対応する機能は備えておらず、未治療・治療中断者に対して十分に対応し切れずに現在に至っている。このような実態に鑑み、このマニュアルに沿うことによって、未治療・治療中断者とその家族に対して、保健所（もしくは精神保健福祉センター）を核とした多職種チームによる良質な支援サービスを早期に提供し、サービス利用者が可能な限り地域生活を継続しながら健康で文化的な生活を営める地域精神保健システムを構築することが可能になる。



出所:厚生労働省「第15回 今後の精神保健医療福祉の在り方に関する検討委員会(平成21年3月26日)資料4」

図V-1 地域精神保健における危機介入体制の現状

このマニュアルは、「図V-2 システムフロー図」に沿って作成している。すなわち、未治療・治療中断者への危機介入は、保健所における相談受理からジョイントインテーク会議によって支援方法と担当する登録機関（以下「多職種チーム」）が決定される。その後、多職種チームによる危機介入を含む支援が提供され、利用者が一定の回復に達した段階、すなわち利用者が通院可能になり、週1回程度の専門職の訪問で地域生活が可能になるようになった段階で多職種チームの支援は終了し、委託相談支援事業所の行うケアマネジメントに移行する。このフロー図では、保健所が中心となり、コーディネートをしていくことになっているが、地域によっては、その機能を精神保健福祉センターが代替してもよい。また、保健所が中心になる場合は、必ず精神保健福祉センターが保健所に対して強力な技術援助を行う。



図V-2 システムフロー図

なお、このマニュアルでは、未治療・治療中断者に関して、支援対象に決定するまでを「対象者」、支援サービスが開始された後からは「利用者」と記述し、あえて患者という用語は使用していない。何故ならば、地域で生活する人びとは、たとえ重い障害や疾患があったとしても生活者であり、疾患や障害はその人の1つの側面でしかないからである。また、治療中断者とは一般に6か月以上精神科医療にかかっていない者をいうが、ここでは早期の受診が大切なことから3か月としている。

さらに、多職種チームの職員を「支援者」と記述した。それは、ワーキンググループメンバーの協議の中で最重度の精神障害のある人であっても、その人のあり方を中心に据えた支援（Adams & Griender2005）が重要であることが重ねて語られたことによる。

研究のプロセスは、表V-1のとおりである。ワーキンググループを4回開催し、マニュアル（案）が完成した後、いくつかのACTチーム、精神保健福祉センター職員、全国精神保健福祉相談員会役員、学識経験者等にエキスパートレビューを依頼し、指摘された箇所を修正し、全国各地で使用可能なマニュアルになるよう努めた。

表V-1 研究のプロセス

開催（実施）日	内 容
2009年11月13日（金）	ブレインストーミング
12月9日（水）	マニュアルの枠組みの検討
2010年1月27日（水）	第1稿検討
2月17日（水）	第2稿検討
3月22日（月）～3月17日（水）	エキスパートレビュー
3月10日（水）	検討委員会で審議

II 保健所における相談援助

1 対象者と登録機関（多職種チーム）

(1) 対象者

対象者は重い精神障害があり、3か月以上自らが精神科医療機関を受診せず、日常生活上の危機が生じている事例とする。対象者は基本的には未治療・治療中断者であるが、本人が3か月以上受診せず、家族が代理受診をしている場合で、本人、家族、主治医との相談により多職種チームの支援が必要との結論が出た場合は、保健所を経由し、ジョイントインテーク会議で利用者に該当するか否かを判断する。

なお、重い精神障害とは、持続的に障害をもたらしている主診断名が、脳の損傷および機能不全ならびに身体疾患によるその他の精神障害（F06-07）、統合失調症・分裂型障害および妄想性障害（F2X）、気分障害（F3X）、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害（F4X）、生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群（F5X）などのものとし、認知症（F00-05）、精神作用物質使用による精神および行動の障害（F1x）、成人の人格および行動の障害（F6x）、精神遅滞（F7x）が主診断であるものは除外する。これはACTスタンダードズの基準に準じたものである（塚田2005）。

また、危機とは、精神症状が悪化したために精神科救急等の医療的な介入を必要とするような状態にある対象者であるが、社団法人日本精神保健福祉連盟の調査結果から明らかになっているように「救急対応が必要な『危機』だけでなく、日常生活のさまざまな場面で地域生活の維持に問題となるような状況」（社団法人日本精神保健福祉連盟2004）をも含むこととする。また、対象者が危機と捉えていなくとも、家族や近隣者が対象者の精神症状悪化によって生活上に困難を感じている状態をも含むこととする。

(2) 登録機関等

1) 登録機関

登録機関とは、未治療・治療中断者に対して危機介入や回復支援のための実質的なサービスを提供する多職種で構成される訪問専門のチームである。したがって、登録機関は保健所が定めた条件を満たす多職種チームであり、保健所が未治療・治療中断者の回復支援機関としての条件を審査し、十分に備えていることを認めた後保健所に登録する。

2) 登録機関の条件

登録機関は次のような条件を備えていることが望ましい。

- ①多職種として必要時には24時間訪問サービスが提供できること。
- ②精神科医以外の職員は、病棟、外来、デイケアなどとの兼務ではなく、訪問専門のチームの専任職員として勤務していること。
- ③訪問専門チームは、看護師、精神保健福祉士が少なくとも1名以上配置され、さらに作業療法士、臨床心理技術者などを配置し、ACTのハーフサイズの構造を備えていることが望ましいこと。
- ④精神科医は訪問チームの常勤医でなくとも可能であるが、24時間必要な状況が発生した場合にはチームと連絡がとれる体制が整っていること。
- ⑤訪問チームは専用の事務室を構え、毎日1回ミーティングを行い、情報交換をしていること。
- ⑥高度な臨床的スキルを備えたエコロジカルモデルのスーパービジョンができるチームリーダー

(精神科医以外の精神保健福祉士や看護師などが望ましい) が居ること。

⑦対象とするキャッチメントエリアを都市部では事務所から30分以内、人口の少ない地域では事務所から1時間以内と明確に定めていること。

3) 登録機関の開拓

保健所は上記の条件を備えた登録機関をいくつか管内に確保しておく。未治療・治療中断者への在宅支援は、非常に時間がかかり、訪問拒否をされるだけでなく、チームの職員は罵声を浴びせかけられたり、時には暴力行為の被害を受けたりすることもあり、ストレスフルな業務である。したがって、1チームが未治療・治療中断者で信頼関係構築に至るまでの利用者を数多く担当するには限界があり、管内にいくつかの機関を確保し、1機関に未治療・治療中断者への危機介入が集中しないようにする。

Ⅱ 相談機関（保健所、もしくは精神保健福祉センター）

1 インテーク

未治療、治療中断等に係る精神保健福祉の相談は、住民の身近な窓口として市町村や保健所で行われることが多い。相談に訪れる（以下「来談者」）は、問題解決のために話を聞いてもらいたい、心配や不安で困っているため相談したいという思いで来所する。周りに知られたくないため家族だけで抱え込んでいた人や、相談したが問題解決に至らずあきらめていた人、どこに相談していいかわからず困っていた人など来談者の背景はいろいろである。そのため来談者の緊張感が強かったり、不安や不満、戸惑いを持ったりしながらも勇気を奮い立たせて来所しており、その経過を十分に理解し相談に応じる必要がある。また、来談者は抱えている問題とともに、相談を受けてくれる人がどんな人なのか、自分の気持ちを受け止めてもらえるだろうか、どのように思われるだろうかなど二重の不安をもって市町村・保健所や精神保健福祉センターを訪れる。このような来談者の不安に十分配慮しつつ、来談者を受け止めることが重要である。

インテークは来談者の問題を把握し、解決の糸口を見つけていくスタートになるため、これからの解決につなげられるかどうかの重要な場面である。長期に問題解決できずにいた住民を再び埋もれさせないためにも、来談者との信頼関係を構築し訴えを十分に話してもらい、問題を正確に把握するよう情報を集め整理することが重要である。

来所相談の経路は、保健所ニュースや市民新聞等の広報、医療機関からの紹介、地域活動センターや福祉事務所からの紹介、友人等を通じて知ったなどさまざまな経路がある。このように相談に至るまでにいろいろな経路があるが、速やかに相談が出来るように窓口がどこにあるか、地域住民に広報が行き届いていることが大切である。

来談者は、本人が直接来所される場合や、家族・親戚等の場合、地域活動センターや施設、福祉事務所など普段から関わりのある機関の職員の場合、地域住民の場合がある。来談者が新規相談か継続相談なのかによっても異なるが、相談内容や問題の背景、来談理由などを傾聴的な態度でしっかりと受け止め相談に応じる必要がある。さらに、インテークでは相談を通して信頼関係を確立することも重要である。

(1) 手順

●来談者が本人の場合は、訴えを良く聞き、可能な限り状況を把握する。家族の場合は本人との関係を確認し、特に利害関係の有無に注意し必要な状況を把握する。近隣等の地域住民の場合は、

苦情の内容であっても訴えを十分に聞き、本人や家族から直接話しを聞く機会を設けるように努める。

- 次に情報把握を行う。誰が何に困っているのか、どうしたいのか、具体的に困っている状況を把握する。また、困っているのは今なのか、将来的な不安なのかを確認する。切迫感や緊急度はどうか、本人の対処能力や問題解決の能力、本人を取り巻く家族や地域との関係等について把握する。

具体的には、以下のような内容である。

- ・来談者氏名、本人との関係、住所、電話
 - ・本人氏名、生年月日、住所、電話
 - ・家族構成、氏名、本人との関係、住所、電話
 - ・来談者の主訴、要望
 - ・本人の生活歴、経済状況、健康保険、治療歴、入院歴、入院形態
 - ・衣・食・住、保清等の状況、一日の過ごし方や一週間の過ごし方等生活のアウトライン
 - ・精神症状の状態、経過、自傷他害のおそれの有無、身体合併症の有無
 - ・問題行動の有無、その状況と現在に至るまでの経過、本人や家族の問題の認識
 - ・関係機関、医療機関、主治医、ケースワーカー、福祉サービスの利用状況
 - ・地域住民の理解度等
- インテークの間にも信頼関係の構築を常に図っていく。本システムの適用がふさわしいと考えられる来談者には、多職種チームや主治医など関係機関とのジョイントインテーク会議を72時間以内に開催し、相談や訪問等の対応が早期になされることを伝える。さらに、それ以前に困った事態が発生した場合の連絡先と連絡方法を伝え、来談者が安心出来る状況を作り出す。
 - 来談者からは主治医や関係機関等から情報収集をする旨の了解を得、特に急を要する場合は、相談場面で主治医に電話連絡を行い、来談者と一緒にジョイントインテーク会議への出席依頼や情報提供を依頼する。

(2) 留意事項

- 来談者は、疲れ切っており、来所時に担当者が不在で対応してもらえなければ再び保健所へ来所しない場合が少なくない。したがって、保健所は精神保健福祉相談員が不在であっても、必ず面接を受理できるよう体制を整え、開所時間内は必ずインテークを受理できるようにする。
- 来談者は混乱していることが多いので、その混乱を受け止めながら主訴を明らかにし、次のアセスメントのための情報収集を進めやすくしておく。また、直ぐに解決しないことへの来談者のあせりを産まないよう、今後の支援の見通しを伝え、継続した相談につながるようにする。
- 緊急時の対応方法、例えば、保健所担当者、警察、福祉事務所との連絡方法を伝え、来談者がしっかりメモを取ることも確認する。他に応援してくれる近隣者や親戚なども確認し、その人びとに応援を求めることも大切であることを伝える。また、警察へは保健所から事前に連絡しておいて欲しいのか、連絡を望まないのかも確認しておく。

2 スクリーニングと初期アセスメント

スクリーニングと初期アセスメントとは、保健所に相談が持ち込まれた後、どのように支援していくかを検討する段階である。まず本システムの利用者となりうるか否かを所内で検討するスクリーニングを行う。利用者と想定される場合は以下の手順で進める。

(1) 手順

- 治療中断や未治療の相談は、個々の状況によって多様な展開を呈している。すなわち、複雑に問題が絡み合い、何が問題なのか、相談者が求めているものはななのか、解決方法が即座に見えないなど困難さを感じる対象者がほとんどである。丁寧に生じている問題を具体的な言葉で確認し、このシステムの利用者かどうかというスクリーニングを行う。
- 保健所に入る相談は精神障害かどうかわからないという相談も多く、トラブルになっている原因は決して精神疾患によるものばかりではなく、今までの家族関係の歪みや近隣とのトラブル、その他利害関係に基づくものがある。今までの生活歴や人間関係など注意して把握し精神疾患の有無を見極める必要があり、対象者を現認することは必ず実施すべきである。
- かつて受診歴のある対象者の場合は、主治医や関係者に連絡し、過去の状況や関係者が把握している現状を確認する。これはインテークの際に来談者から情報収集の了解を得た関係者のみに行う。
- 以上の情報を持って精神科医に精神疾患があるか否かの見極めと疾病圏域の予測を行ってもらい、認知症（F00-05）、精神作用物質使用による精神および行動の障害（F1x）、成人の人格および行動の障害（F6x）、精神発達遅滞（F7x）が主診断であれば、この支援の対象外とする。これらの対象外とする認知症や精神発達遅滞については、主となる支援機関として介護保険や知的障害のサービス担当者などが適切であること、精神作用物質使用による精神および行動の障害、成人の人格および行動の障害については支援の枠組みや一定のルールを要するなど今回検討している支援内容と異なるためである。
- また、現在生じている問題や状況が精神障害に起因し、明らかに自傷他害要件がある場合は、早急な強制入院等の検討が必要となるため、このシステムではなく精神保健福祉法第23条や第24条などを検討することが望ましい。
- 以上のことから、本システムの対象者であると想定される場合は、保健所がジョインインテーク会議の招集をする。

(2) 留意事項

- スクリーニングは、精神保健福祉センターの精神科医も含め、担当者、担当課長などを含めた小人数の合議制の会議を開き、専門的判断（支援の必要性）と行政的判断の両方を考慮しながら検討する。

3 ジョイントインテーク会議

ジョイントインテーク会議の出席者は、管内の多職種チーム、主治医がいる場合は主治医、もしくは対象者の担当者（精神保健福祉士や看護師等）、精神保健福祉センター及び保健所職員である。必要に応じて福祉事務所、委託相談支援事業所等の関係者、家族や親戚などにも出席してもらう。

この会議では、本システムの利用者であるか否かを最初に話し合う。その結果、利用者と判断された場合は、①支援の目標（目標を達成できる時期と内容）、②支援チームの決定、③支援の具体的方法、④支援の期間（支援計画の再検討の時期）等を検討する。

(1) 手順

- ジョイントインテーク会議では、保健所で支援の利用者と選定された者のアセスメントを再度行う。特にここでのアセスメントでは、リスクアセスメント（リスクアセスメント票；資料1）を行い、介入の開始時期と危機介入について検討する。その際、治療中断者に関しては、今までの医療機関が支援することは治療の継続性を考えるうえで重要であり、今までの医療機関で対応可能かどうか確認する。

- 次に支援目標を在宅支援か早期の入院支援かを決定していく。決定のための要素は、①相談者が何を求めているか（入院を求めているのかあるいは在宅で何とか危機を乗り越えられないかと考えているのか）、②利用者の病状、③利用者の生活状況、④利用者を取巻く環境（利用者を支える、あるいは許容する状況）などを総合的に判断する。
- その後、その目標の達成時期を設定し、その時期までに生活の安定や入院が達成できなければ目標の修正を行う。時期については利用者の状況、家族の状況、利用者の状況のよって個々異なるが、例えば達成機関を3週間と設定した場合、その間の細かい評価（支援時ごとや1週間ごと）を実施して大きな目標の評価に生かす。
- 利用者を支援するのに最も適切な多職種チームを選定する。契約行為になるため、複数の多職種チームから選定できることが望ましい。

(2) 留意事項

- ジョイントインテーク会議では、利用者を取り巻く家族、地域住民、その他の支援者と、多職種チーム、保健所、その他関係機関の役割分担を確認しておく。すなわち初期の支援計画の役割分担を行う。
- 家族は利用者にはいちばん近く、家族としての精神的な支えなどは家族でないとできない支援であり、また、利用者との距離の取り方も非常に大切なところである。保健所は利用者や家族の支援を実施しながら係わりうるすべての関係機関のコーディネートを実施し、支援計画の決定や評価の時には中心的な存在になる。

Ⅲ 多職種チームによる支援

1 ケースマネジメントの定義と機能

本システムの支援は、ケースマネジメントのプロセス、間接支援、そして直接支援でもって行う。ケースマネジメントは、1863年にマサチューセッツ州が「慈善委員会（Board of Charities）」の援助を受けてそのシステムを確立したのが始まりと言う。その後1950年代半ばから始まったアメリカの精神障害のある人の脱施設化によりケースマネジメントの概念がまとめられるようになった。そして、国立精神保健研究所が1974年以降、コミュニティ・サポート・システムを奨励し始めるようになり、その基本的機能にケースマネジメントがあげられた。

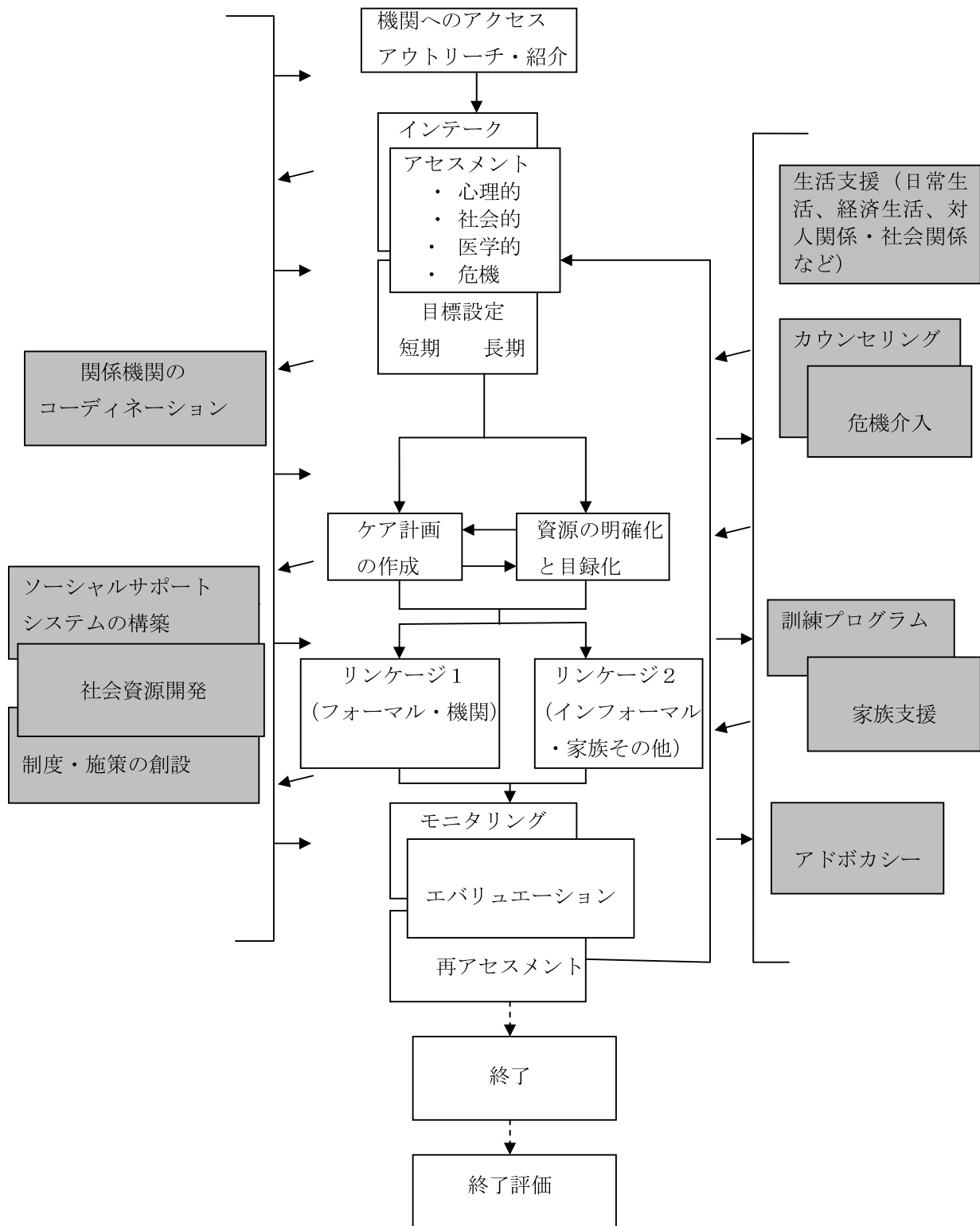
Moxley は、ケースマネジメントの定義を「多様なニーズを持つ人びとが、その機能を最大限に発揮し、健康に過ごすことを目的として、公的および個人的な支援と活動のネットワークを、組織し、調整し、維持することを意図する人やチームの活動である」としている（Moxley1989=1994:14）。日本では、障害者ケアガイドライン検討委員会などの定義もあるが、この Moxley の定義が最もわかりやすいであろう。ただし、未治療や治療中断者には24時間ケアの必要性もあり、このマニュアルで用いる定義は、ACT の要素も加味して、「精神科治療が必要でありながら未治療であったり、治療中断となったりした多様なニーズを持つ人びとがその機能を最大限に発揮し、リカバリーを目指し、健康に過ごすことを目的として、公的および個人的な支援と活動のネットワークを組織し、調整し、維持することを意図し、24時間途切れないサービスを提供するチームの活動である」と定義する。

日本において必要とされるケースマネジメントの機能は23ある（三品2003:46）（図V-3）。ここでは保健所から依頼があり、多職種チームが支援を提供し、利用者が多職種チームの支援を必要としなくなるまでの過程を述べていく。

間接支援

プロセス

直接支援



図V-3 ケースマネジメントの機能

出所：三品桂子（2003）『利用者主導を貫く精神障害者ケアマネジメントの実践技術』p.46を一部改変

2 ケースマネジメントのプロセスで行う支援

(1) 受理とアウトリーチ

保健所が主催するジョイントインテーク会議で決定した多職種チームが、利用者を受理するか否かの決定をする機能である。場合によっては、受理面接までに利用者の居住する地域に赴き、近隣の状況も含めて受理するか否かを決定する。また、アウトリーチとは、援助が必要であるにもかかわらず、自ら援助を求めようとしない利用者に対して、自宅やその利用者が生活している場所へ赴き、支援者が直接サービスを提供したり、活用可能なサービスの情報を届けたりする活動である。

1) 手順

①受理

- 保健所におけるジョイントインテーク会議で多職種チームが選定されると、ジョイントインテーク会議に参加したチームリーダーは、チームのミーティングで利用者の紹介をする。いわゆる受理会議の開催である。多職種チームは、ジョイントインテーク会議で得られたさまざまな情報をもとに支援が可能かどうかを検討する。その際、自分達のチームの状況を鑑み、支援が可能かどうかの判断を行うことが重要であり、判断を誤ると地域をさらに危機に陥らせるハイリスクチームになる危険性があることを自覚して判断する必要がある。そして、可能であると判断した場合は依頼を受諾し、支援を開始する。
- 受理が決定すると、直ぐに保健所に相談をもたらした来談者に連絡を取り、チームリーダー、もしくは受か入れ会議で決定した支援担当者が相談を受ける。チームリーダー、もしくは支援担当者は、ジョイントインテーク会議で得られたさまざまな情報を参考にしながらさらに必要な情報を把握し、危機状況やチーム状況についてアセスメントを行いながら、初回面接の準備をする。

②アウトリーチ

- アウトリーチとは、今日、日本では訪問活動すべてを指す用語として用いられるが、実際は次のように定義される。「アウトリーチとは、特に地域に密着している機関のソーシャルワーカーの活動であり、必要とする人びとの家庭や日常生活の場に出向き、サービスや活用可能なサービスの情報を届けることであり、ケースの発見と強く結びついている」(Barker2003:309)。
- ケースマネジメントではアウトリーチに関しては次のように定義されている。「アウトリーチをするケースマネジャーは、机上での仕事や、簡略化した電話による臨床は行わない。利用者が生活したり、働いたり、遊んだりしている場所で臨床を行うことで、ケースマネジャーは、利用者が学習したり、地域生活に成功するために必要とするスキルを磨いたりすることを支援する。また、ケースマネジャーは、利用者がシステムのなかで習得したスキルを、実際の日常生活に応用できる機会を増やすよう支援したりする」(NASW2008: 58)。
- アウトリーチという用語は、当初は狭義の意味で使われていたが、ケースマネジメントなど地域生活支援の発展とともに広義の意味で使われるように変化してきた。しかし、アウトリーチの本質は、非自発的な対象者にもたらされる援助であることを踏まえておくことは重要である。
- 未治療・治療中断者にはすべてアウトリーチでサービスを提供する。また、最初の相談者である家族が来談できないときも、アウトリーチを用いる。初回の訪問の前には、利用者に関するアセスメントだけでなく、地域特性をアセスメントしたうえで行う。特にその地域を詳しく把握していない支援者は、保健師や地域の事情に精通している人から情報を得ておく。また、初回訪問までに地域を1時間近くかけて歩き、自分の感覚で地域を理解しておく。
- 支援者は、足繁くアウトリーチを繰り返し、利用者との関係づくりを行う。利用者との関わりの

中で支援者が専門職である以前にどのような人間であるのかをある程度自己開示していきながら、安心感を持ってもらうよう努め、利用者が心地よく感じられる対人距離感を図っていく。時間をかけて利用者の話を聴き、興味ある話題を提供するなどしながら利用者にとって心地よいと思える空間・時間を形成するよう心がけ、共有する。そのためには利用者の生活空間や文化が病的な妄想世界に基づくものであっても、支援者はその文化を否定したり、自身の文化を押しついたりすることなく利用者の文化に合わせていくような姿勢も必要となる。生活上のささいなニーズであっても支援者が出来るだけそれに応えていく中で信頼関係を構築していく。その関係づくりの過程で、利用者のニーズやストレングスなどを包括的にアセスメントし、支援計画を協力して作成、実施していけるだけのパートナーシップが構築できるよう努める。

- 地域住民とは気軽に言葉を交わし、支援者自身が近隣の人びとと親しくなり、利用者以外の相談も受けられるような関係をつくり、暮らしやすい地域づくりに努める。
- 支援者は、利用者が閉居しているときだけでなく、外出できるようになっても、利用者が学習したり、地域でうまく生活していくために必要とするスキルを磨いたりすることをアウトリーチで支援する。さらに利用者が回復してくると、支援者は、利用者がシステムのなかで習得したスキルを、実際の日常生活に応用できる機会を増やすよう支援したりして、利用者のリカバリーを支援する。

2) 留意事項

①受理

- 保健所に相談が持ち込まれる時期は問題が生じてから時間がたち、二次的・三次的な問題を発生してしまっている場合もあり、早急入院を検討せざるを得ないこともある。家族などが医療機関や保健所に早期に治療に関する相談ができるよう、未治療・治療中断者への支援の周知や広報し、啓発活動を実施する。
- また、保健所は地域に密着した民生委員、社会福祉協議会、市町村保健センターなどと常に連携を図り、未治療・治療中断者の早期発見に努めるとともに、保健師や精神保健福祉相談員が地域住民の精神的健康保持と増進のための健康教育を行い、早期の相談に結びつくよう住民に働き掛かる。
- 多職種チームの受理会議は、ジョイントインテーク会議開催後24時間以内に行われなければならない。そして、受理が決定されれば、早急に保健所へ相談をもたらした来談者との初回面接の場面を設定する。
- 多職種チームからの保健所への来談者への連絡の方法には細心の注意を払う必要がある。利用者との関係が家族内でこじれている場合、多職種チームがうかつに電話したことで、家族が来談するための外出ができなくなったりすることもあり、ジョイントインテーク会議で連絡方法も確認しておき、来談者と確実に会えるようにする。

(2) 多職種チームにおける初回面接

利用者と多職種チームの初回面接のプロセスでは、利用者へ訪問した理由を説明し、支援者ができる手助けに関して利用者へ説明する。そして、利用者の主訴を把握し、契約をする。しかし、未治療者や治療中断者が初回訪問から支援者の訪問を受け入れてくれることは少なく、初回訪問では援助契約を結ばないことが多い。したがって、保健所から提供された情報を参考にしながら、キーパーソン（多くの場合、家族など親族）や利用者の身近にいる関係者に面接し、介入に必要な情報

を収集する。その際、利用者、家族、地域の各々の危機状況について整理していくと良い。

1) 手順

①保健所への来談者と多職種チームが初回面接を行う場合

- ジョイントインテーク会議やその後収集した情報を統合し、アセスメントシートに書き込んでおき、来談者が保健所職員に伝えたことを繰り返し話さなくても済むようにしておく。そして、来談者には多職種チームが得た情報を伝え、新たに来談者が多職種チームに伝えたいことや、来談者の気持ちを受け止める。
- 利用者に関しては、生育歴、生活史、職歴、病歴や現在の状況、家族構成や経済状況等について、保健所の面接より詳しく聴取する。病気や障害に関するだけでなく、趣味や学生時代のサークル活動、興味のある（あった）ことなどについてもできるだけ詳しく把握する。
- 危機の詳細な状況について聴取する。事実と予期不安によるものを区別して整理しながら、危機の状況と程度について把握する。また、利用者を取り巻く環境についても詳細を聞き取る。すなわち、利用者の生活上の困難は、利用者個人の要因によるだけでなく、利用者を取り巻く環境との相互作用の中から生じるという視点に基づき、環境の変化等について聴取する。
- 可能であれば来談者から利用者のニーズの把握をする。利用者の生活上の困難は何か、何を、どのようになることを望んでいるのかを可能な範囲で把握するように努める。さらに、家族のニーズの把握をする。具体的には、家族が困っていることは何か、家族の負担感ほどの程度か、家族の余力は残っているのかを把握する。また、何が、どのようになると家族の負担感が軽減されるのかを把握し、家族が出来ることは何かを一緒に考える。
- 当該機関の果たしうる機能、果たし得ない機能について、来談者の要求や問題にかかわらせて説明する。また援助を受けるための適格要件や手続き、料金が必要な場合は料金について説明する。

②利用者と多職種チームが初回面接を行う場合

- 利用者が訪問を拒否しているが、早期の危機介入を必要としない場合は、ゆっくり利用者と出会う機会を生み出す努力をする。初回の訪問に関しては、家族や相談者から支援者が訪れることを必ず伝えておいてもらう。
- 利用者からの激しい訪問拒否がある場合は、丁寧に非礼をわびながら、利用者の力になりたい旨を繰り返し伝え、無理をせず初回訪問はさらりと行う。訪問の曜日や時間を決めたり、利用者に会えなくとも、挨拶や声かけを利用者に向けて行ったり、次回の訪問日を伝えるメモを置くなどして、利用者に関わりたいという支援者の気持ちを伝えていく。
- 利用者の拒否がない場合は、まず、出会えたことの喜びを伝え、利用者に訪問目的を理解してもらう。また、訴えたいことを沢山もっている利用者にはひたすら傾聴することに徹し、反対に寡黙な利用者には沈黙を共有し、一緒に居ても苦痛でないこと、安心感をもてる関係の第一歩を築くようにする。たとえ、支援者と出会うことを拒否しない利用者であっても専門職に不信感を抱いている人は少なくないので、脅かさないことは重要で親しみを感じてもらえるよう努める。

2) 留意事項

- 家族など利用者の身近な人が来談者の場合は、二重の不安を抱えていたり、精神保健福祉機関へ不信感を抱いていたりすることが多いので、それらの解消にも配慮する。
- 家族の混乱が著しい場合は、利用者への家庭訪問を急がず、家族の混乱を沈めたり、家族間の意見の違いなど調整したりするための面接を何度か行ってから、利用者へのアプローチを始める。

- 初回訪問で文書による契約を結ぶことをためらう利用者は少なくないので、例え初回から利用者と会えたとしても、援助関係の契約は口頭で行い、信頼関係が確立し始めてから文書で取り交わすのが良い。未治療・治療中断者との関わりは、緊急な場合の除き、急がず、じっくりと進めていくことが肝心である。

(3) アセスメント

アセスメントとは、利用者と支援者の信頼関係を基盤に、利用者とともに利用者のニーズと利用者を取り巻く状況を理解するものであり、一般には心理・社会・医学的な側面から行うことが求められるが、未治療・治療中断者にはこの3つのアセスメントのほかに危機に関するアセスメントも欠かせない。

ジョイントインテーク会議や初回面接で得られた情報をもとにアセスメントを行い、利用者や家族のニーズに沿ったサービスを提供できるよう、支援開始から約1か月間の支援計画（初期計画；資料2）を受理後1～2日以内に作成する。アセスメントは、アセスメント票を用いて実施するが、利用者を行う場合は、アセスメント票を用いて行うのは信頼関係が構築されてからであり、初期の場合は訪問場面では利用者と話し合ったり、共に行動したりする中で観察しながら行う。家族など関係者とアセスメントを行う場合は、アセスメント票を用いて行うが、必ずアセスメントを行う理由を説明し、記録をとることの了解を得る。

1) 手順

- 相談者から寄せられる危機の状況は、混乱して話される場合が多いため、ジョイントインテーク会議や初回面接で得られた情報から、利用者、家族、地域など各々の危機状況について整理しアセスメントする必要がある。
- 誰の危機なのかをアセスメントする。利用者の状況や利用者を取り巻く環境等を総合的に判断しながら、利用者の危機なのか、家族の危機なのか、地域の危機なのかを客観的に評価する。
- 危機内容は、利用者の精神症状や身体症状の場合、利用者自身が日常生活に必要なことを処理できなくなっている場合、家族や地域が利用者の症状によって混乱に陥っている場合などがあり、危機内容をアセスメントする。
- 精神症状に関しては、幻覚妄想、焦燥感、易怒性、希死念慮、不眠などの程度を把握し、日常生活への影響及び家族や地域の負担感の程度を評価する。また、地域生活では身体疾患による危機も多く起こるので、身体疾患に関してもアセスメントする。
- 睡眠、食事摂取状況、掃除や洗濯などの日常生活について把握し、生活の破綻状況をアセスメントする。また、家族や近隣とのトラブルなど人間関係のストレスの有無についても把握する。原因と思われるエピソードは何か、利用者の生活上の困難や不安を感じていることは何かを把握しておくことは、具体的な支援を考えるうえで重要である。
- 危機の状況によって家族や地域にどのような問題が生じているのかを把握する。そして、家族や地域の負担感はどの程度かを判断する。
- 危機状況においては、家族など身近にいる者は混乱した危機の状況に意識が集中しやすく、精神症状や問題行動など切迫した状況にまつわる情報を中心に話をする場合が多い。しかし、支援において貴重な情報は、利用者が健康な時楽しんでいたサークル活動や趣味、生き生きと働いていた頃の仕事などの、病気や症状とは直接関係ないと思われるようなものだったりする。すなわち、これらの情報から利用者のストレングスを把握することができ、信頼関係を構築するヒントを得ることができるのである。

- 過去や現在のリスク状況について、リスクアセスメント票を活用して、利用者のリスクアセスメントを行っておくことも重要である。なお、このリスクアセスメントは、利用者のストレングスに着目した支援を提供するためのアセスメントであることは言うまでもない。
- 危機状況や利用者のアセスメントと同様に重要なのが、チーム状況のアセスメントである。チームの現在の状況を把握した上でチームの負担感を考慮し、利用者へのサービス提供が可能であるかどうかを判断することが重要である。利用者の状況によっては、現在のチーム力では支援が困難である場合もあり、その判断を誤って支援を行うことは利用者にとってもチームにとっても不幸なことである。それだけでなく、地域におけるハイリスクチームになる危険性がある。
- アセスメントの方法には、情報収集、情報分析と情報の統合がある。情報収集は、利用者、家族及び親戚、関係機関職員からの聴取や環境に関する調査などにより行う。利用者の生活上の困難は、利用者個人の要因によるだけでなく、利用者を取り巻く環境との相互作用の中から生じるという視点に基づき情報を収集することが重要である。
- 情報分析とは、情報収集で得られた情報を系統的に整理し、ニーズの背景になる情報の関連性を読みとる過程である。ジェノグラム、エコマップ、タイムラインなどを活用しながら分析する。
- アセスメント過程の最後の段階は情報の統合である。ここでは、利用者を取り巻く環境との相互作用を考慮しながら、何を中心に援助すると利用者の生活が改善し、利用者の希望に添った生活が可能になるかを示さねばならない。

2) 留意事項

- 初めの危機介入はまだ関係性も構築できておらず、病識の十分でない利用者がほとんどである。そのため、チームでの話し合いを密に行い、変化について確認し合う中で、危機的な状態であるのか、見守り、生活支援を行いながら関係性を構築していく状況であるのかを評価する。チームで危機的な状況であるとアセスメントした際には、危機計画を設定し、とにかく訪問・介入し、問題解決に努める。
- 対応が困難と判断した場合は、出来るだけ早く保健所に報告し、また、対応可能な他の機関を紹介することも重要である。
- 利用者の受け入れが良好な場合は、利用者と一緒にアセスメントを行う。利用者の現在の問題状況、主訴、要求、問題点等を正確に把握する。同時に一日の生活の流れや一週間の過ごし方など生活のアウトラインを確認することを忘れないようにする。さらに、利用者自身の問題の認識、問題発生時から現在に至るまでの経過について把握する。その後、利用料金などを説明し、そのうえで利用者が当該機関で援助を受ける意志があるか否かを確認し、契約を取り交わす。危機状況にあっても、自らがSOSを求めている利用者もあり、このような場合は、利用者との協働アセスメントを行い、自己開示を適度に用いながら、アセスメントのプロセスにおいて一緒に歩いていくことを伝えていく。

(4) 目標設定

目標設定とは、一般にはアセスメントの過程を通して導かれた利用者のニーズを満たすために目標を定めることである。目標設定の機能は、アセスメントと重なって実施される。

未治療者や治療中断者の場合は、支援者がアセスメントの結果、目標を設定し、多職種チームに提示する形になることが多い。したがって、この場合には利用者の目標ではなく、専門職が設定する支援目標となるが、支援目標であっても利用者の好みやニーズに十分配慮した目標設定が重要と

なる。

1) 手順

- 危機介入の目標は、危機を脱することとであり、心理的、身体的、社会的状況のどこが優先する課題であるかを見定めながらアセスメントを行うと目標は自ずと定まる。基本的には、危機介入の支援目標は、支援者によって定めるものの利用者や家族の意向も確認しつつ定める。
- 危機介入の目標の期限は3～4週間以内に危機状態から利用者が脱することであり、介入の度にアセスメントを繰り返し、次の支援目標を確認していく。そのためにチームは毎日詳細な情報交換を行いながら日々の支援目標を確認し合う。
- 目標には利用者の目標と支援者の支援目標がある。利用者が目標を語るだけの力がないときや、信頼関係が十分形成されていない段階ではチームで協議した支援目標が支援目標とならざるを得ない。しかし、利用者が自らの目標を語れるようになったときは、利用者の目標を達成するために支援者は支援する。
- 目標とは利用者が達成したいと望むことである。危機を脱し、利用者と話し合えるようになれば、専門職が定めた支援目標でなく利用者自身が定めた目標を共有する。それは、全ての利用者がいろいろなレベルの目標を持っており、利用者自身で定めた目標でないものは達成されにくく、達成されたとしても満足は得にくいからである。利用者自身の目標を定めるために、支援者はモチベーションインタビューの技法を使うと効果的である。
- 利用者が困っていることを聴取し、その課題を解決するためのサービスを提供するだけでは、利用者の生きがいは生まれにくい。利用者が夢や目標をもつことで初めて彼らは生きがいを感じ、その時人生の再構築が始まる。そして、利用者は病者として生きるのではなく、一人の個人として生き始める。したがって、利用者が目標をもてるような支援が生きがいをつくるためには必要となる。
- 目標には短期目標と長期目標がある。短期目標は早期に解決する必要がある、計画の見直し時期までに達成可能なものを定めると良い。また、その目標を達成することで、利用者の生活が著しく改善するようなインパクトゴールを設定すべきである。
- 長期目標は利用者が掲げる3～10年先の目標のことである。例えば「結婚する」「一般企業で働く」など夢や野心のようなものであっても良いであろう。それが現実とかけ離れていても否定せず、夢が達成できる可能性を一緒に検討することが重要である。
- 日々の生活の中で利用者がそのときそのときに困っていることがら、課題、問題を解決するための支援を提供するだけではなく、支援開始から出来るだけ早期に利用者の将来への思いを反映した長期目標の設定と共有が必要である。長期目標を設定、共有することによって利用者に希望が生まれ、支援や日常生活に意味が生まれる。支援者の論理的な思考から利用者に押しつけた目標ではない、利用者自らが立てた目標であるという感覚を利用者自身が持つことは、地域での生活や人生への動機づけの高まりを促す。「結婚したい」「小説家になりたい」といった夢でもよい。例え、誇大妄想的や、現実的ではないと支援者が思いがちな利用者の思いに対しても、支援者はそれを否定せず目標として設定、共有し支援することは重要である。目標達成への試行錯誤とフィードバックを重ねていく中で、次第に現実的な目標へと変化していく利用者が多い。
- 長期目標を達成するためにはどのような課題があるかを話し合う中で、達成可能な短期目標を設定していく。短期目標を達成するたびにその成功体験を共有することを積み重ね、利用者にフィードバックすることで利用者はエンパワメントし、長期目標達成を目指していく。

2) 留意事項

- 短期目標は、①前向きなことばで述べられていること、②成功する可能性が高いこと、③測定可能かつ目に見えること、④具体的で小さなステップであり、期間が明確であること、⑤利用者にとって分かりやすく、意味があるものであること、⑤ストレングスアセスメントからの情報を用いることが重要である（Rapp & Carlson2009）。

(5) 支援計画の作成

支援計画とは、目標に対応する公的サービス、民間サービス、インフォーマルサービスなどの資源を活用し、支援を展開する体系的な機能である。支援計画には、最初のアセスメントを行った直後1月以内の計画である「初期計画」と、危機に関する「危機計画」、そして1か月間支援を提供しながら行った包括的アセスメントを踏まえて策定する「ケア計画」の3つがある。

1) 手順

①初期計画

- 多面的にアセスメントしたのちに、知り得た範囲の情報から当面（支援開始から約1か月間）の支援計画（初期計画票；資料2）を作成する。この計画は、精神症状の改善のためにすぐに医療につなげようとするものではなく、また、家族・地域が困っている状況を合理的に解決するためのものでもない。未治療・治療中断者との支援関係においては、支援者との強い信頼関係を形成しつづけることが重要である。このことから、特に初期においては、あくまでも利用者主導に基づいて利用者のストレングスに着目し、利用者の‘困っている感’を軽減し、利用者に安心感を提供しながら信頼関係を構築していくことを目標とする。
- このような計画に基づく支援の結果として、家族や地域が徐々に安心感を得ていく可能性は大いにある。初期計画に基づいてサービスを提供する中で、利用者に出会っての感触や新たな情報が追加されていく。それらの情報を毎日のミーティングで共有しながら支援の目標を定め、利用者のハッピービジョンのイメージをチーム全体で共有し、計画の修正を行いながら支援を継続していく。
- ある程度関係性が構築され、情報も収集された後には、初期計画を漫然と継続するのではなく随時モニタリングを行い、計画の見直しを行っていくことが重要である。つまり、これら一連のプロセスは、ケースマネジメントの理念に基づいた手法そのものである。

②危機計画

- 危機計画は、予め利用者と一緒に作成するものである。利用者が自分の病状が悪くなる兆候を見極め、回避するために、利用者自身が自分自身で対処できるプランニングを一緒に考え、実行できる計画を考えていくことが理想である。しかし、危機介入の初期はまだ関係性も構築できておらず、病識が十分でない利用者がほとんどである。そのため、チームで話し合っって危機計画を作成する。
- 支援の基本姿勢としては、危機支援では、危機状況や利用者の状況を多面的にアセスメントし、支援開始から約1か月間の支援計画を作成し、その計画に基づいて利用者や家族のニーズに沿った必要なサービスを行っていく。その際、より人権に配慮した支援を行いながら利用者や家族との信頼関係を構築していくことが重要である。また、危機状況が複雑であればある程、刻々と変化する情報を共有しアセスメントしながらタイムリーに支援を行っていくことが必要となる。さらに、危機支援においても、利用者のストレングスに着目したかケースマネジメントによる危機

介入であることを常に忘れてはならない。

- 危機計画は具体的な評価日を設定し、利用者の状況を見ながら危機状況に流動的に介入することが望ましい。2か月も危機介入を行っても利用者の状況が変わらない場合は、支援チームの変更や入院など、他の対策を考えることが必要である。

③ケア計画

- ケア計画を作成するには次のようなことを行う必要がある。

ア 可能な限り利用者と共に作成する

ケースマネジメントの全プロセスに利用者が参加することが原則である。したがって、ケア計画は利用者と共に作成するか、仮のケア計画を支援者が作成した後、利用者に確認し選択してもらう。

イ 適切なニーズ領域を定める

たくさんのニーズや課題が出てきた場合は、優先順位を付け、利用者が望む領域から計画を作成する。ケースマネジメントは複数のニーズに対応することが目的であるが、一度に多くの領域を定めると利用者は疲れてしまう。

ウ 利用者の満足が得られるようなインパクトゴールの設定

最も利用者の生活が改善し、利用者の満足が得られるようなインパクトゴールを設定する。短期目標がインパクトゴールの場合もある。利用者の満足を得るためには、利用者のニーズに基づく計画であることが重要である。

エ インパクトゴールを達成するための小目標の設定

インパクトゴールを達成するための小目標を定め、小目標ごとに利用者が求めるサービスと支援の計画を立てる。

オ 期待される変化の記述

その小目標が達成されることで、結果として期待される変化や改善点を明確にし、利用者と話し合う。その支援を受けることで、どのような効果や肯定的な変化が生活にもたらされるかを具体的に記述し、利用者が変化や改善を意識できるようにする。

カ インフォーマルケアの活用

一般市民が活用する資源やインフォーマルなケアを上手に計画に取り入れることで、細々とした日々の営みを豊かにすることができ、利用者の満足度も高まる。

キ 利用者の役割の明確化

小目標ごとに利用者が果たす役割を明確にし、利用者の役割として記述する。これは、利用者が自ら問題解決に取りかかろうとする意欲を計画に反映させるためである。リカバリーを志向した支援を行うには、利用者は支援を受けるだけでなく、自らも問題解決に向けて取り組む姿勢が重要である。

ク 小目標を達成するための支援を行う責任者の決定

多職種チームで支援するので、小目標を達成するための支援の責任者を明確に定めておかないと混乱する。小目標毎に支援の責任者を決めておく。

ケ 小目標の完了する期限の設定

それぞれの小目標は完了する期限を設定する。例えば家主から立ち退きを要求されている利用者に対しては、家主から出されている期限に間に合うよう家探しを完了しなければならない。また、家族関係の調整などのように比較的時間をかけて実施しなければならない支援もある。利用者の状況に応じて小目標の期限を設定する。

2) 留意事項

- 計画全体の見直しの時期は利用者の短期目標に応じて定める。一般的には、初期計画は約1か月で見直し、次に3か月、もしくは6か月に設定する。1回目のアセスメントは、利用者のニーズ把握が適切でなかったり、セルフケア能力のアセスメントが甘かったりするため、早期に計画を見直す時期を設定しておくことで修正しやすい。
- 目標達成に向けた支援計画を立てていく際に支援者が留意しなければならないことは、利用者にとって大きな困難となることは他人が当たり前だと考える多くの日常の活動の中にあるということである。あまりにも包括的な目標を利用者と支援者で立て、それゆえに、多くのことがらを利用者が担わなければならないといった状況に陥らないようにする。例えば短期目標は、「バスに一人で乗れるようになる」ではなく、「バスの停留所まで行き、時刻表を調べる」といった綿密かつ具体的なものであるべきである。そのためには最初に協働作業を行う中で、綿密なアセスメントを行うことが支援者に求められる。

(6) 社会資源一覧の提示と資源の特定

社会資源一覧の提示と資源の特定とは、利用者が情報を得たり、各種のサービスを利用しやすいようにしたりする系統だった資料を提示し、利用者のニーズに応じた資源を特定する機能である。この機能は支援計画の作成、特にケア計画の作成と相互に関連している。

1) 手順

- ケア計画作成時には、利用者が必要とする情報を的確に示す。そのためには、わかりやすいパンフレットを準備するとよい。利用者にとっての社会資源とはさまざまものであり、利用者のニーズを満たし、利用者に役立つものはすべて資源となる。
- 社会資源を精神保健福祉に特化した施設やサービスに限定せず、広くとらえることが重要である。ケア計画では、インフォーマルケアや一般市民が利用する施設やサービスを盛り込むと豊かな計画を作成することができ、利用者の満足度も高まる。例えば、利用者がダイエットのために水泳に行くことを希望した場合、障害者専用のプールを紹介するより、近隣にあるプールのパンフレットをいくつか準備し、利用者が選べるようにする。そして、希望したプールをいくつか見て歩き、利用者に活用したいプールを決めてもらう。
- 危機計画であっても、時には誰でもが利用する市中にある資源を活用することを試みる。例えば、家族と仲違いをしたために、興奮状態に陥り、家族に対する暴力行為が激しい利用者に、精神科病院を勧めるのではなく、ホテルなどに支援者とともに宿泊し、家族と離れ、少し豊かな時間をもつことを試みる。
- 誰でもが利用する市中にある資源を用いることで、次のような効果がある (Rapp & Calson2009)。
 - ①利用者が自分の地域での生活に完全に参加する機会を増やす。
 - ②利用者に“合う”という感覚を与える極めて個別の支援をつくり出す。
 - ③人工的に隔離された環境ではなく、自然な環境における参加を促す。
 - ④しばしば生涯の支援者となる個人的な関係性をつくり出す。
 - ⑤維持することや“疾病管理”よりも、希望やリカバリーを促進する。
 - ⑤ケーススマネジメントの仕事をより楽しく、わくわくさせる。

2) 留意事項

- 資源を考えるとときは、最初に市中にある一般的な資源を考え、どうしても適切な資源がないときのみ精神保健や福祉に特化された資源を活用する。また、利用者が選択する前に、支援者が勝手に活用困難と判断してしまわず、利用者の希望に添うよう資源を探索する。そのためには支援者は、利用者の住んでいる地域をこまめに歩き、地域をよく知っておく。
- 利用者のニーズを満たすような資源が見いだせなかったり、利用者の利用を拒否された場合は、資源開発に努めたり、利用可能なように施設に掛け合ったり、調整したりして、利用者が使える資源を増やしていく。

(7) フォーマルサービス・機関へのリンケージ（連結）

リンケージとは、利用者とのニーズを満たす社会資源とをしっかりと結びつけることである。より効果的なリンケージは「旅の同行者」のような活動と手助けである。旅の同行者とは利用者のできることに手を出さず、できないことや不安なことに関して、情報を提供したり、相談ののったり、手を添えたり、同行し、社会資源と利用者が馴染みの関係になるまで寄り添う人である。

1) 手順

- 適切に紹介するためには、地域の情報や相手機関の実状に熟知している必要がある。わが国では、専門職同士のネットワーク、顔見知りの関係が、利用者を紹介する場合有効であることもあり、日頃のネットワーク、情報網が大切である。
- 危機介入でどうしても必要な際には精神科病院の活用をする。その場合も、利用者が納得できることが重要であるので、支援者は必ず同行し、入院先のスタッフと利用者が良い関係が築けるよう支援する。
- 危機を脱して、利用者が多職種チーム以外の資源を活用するときは、一般的に新しい機会、場面は苦手なことが多いという利用者の特徴を理解し、単なる情報提供や紹介だけのよう中途半端な結びつけ方ではなく、丁寧な支援が必要である。初回には支援機関に同行したり、その後も利用状況の確認をしたり、継続して利用できているかどうかを追跡したりすることが大切である。継続して利用できるかどうかは、最初の結びつけ方や出会いによるところが大きい。
- 適切に紹介するためには、地域の情報や相手機関の実状に熟知している必要がある。例えば、相手機関の比較的ゆとりのある時間がいつであるかなどを知っていると、初回は利用者とその時間に行くことを勧めることで、利用者はゆっくり相談に乗ってもらえる。また、同じ機関を利用する場合であっても、事柄によって担当者や責任者が異なる。ちょっとしたボタンの掛け違いで、利用者が損失をこうむってしまうこともあり、配慮が必要である。

2) 留意事項

- 機関へのリンケージは、初期には家族に対して行うことが多く、利用者が回復してくれば利用者に対して用いる機能である。初期には家族は疲れ切っており、また、利用者は新しい人や機関が苦手なことから、家族であっても利用者であってもリンケージは同行する形で始める。

(8) インフォーマルケア・家族その他へのリンケージ（連結）

インフォーマルケアとは、家族をはじめとする、親戚、近隣、友人、職場の仲間、地域の人びとなどからの対人的支援のことである。私たちの生活は、24時間、365日連続しており、フォーマルケアで支えられることは意外と少なく、インフォーマルケアによって支えられている。家族や近隣者

のように利用者の身近な人びとが提供するインフォーマルケアは、専門職の介入より効果があることが多い。利用者とは接触する機会が多く、その影響は大きいものであり、有効に活用する。他方、マイナスに働くこともあるのでその点にも十分配慮する。

1) 手順

- 最初に、サービスの提供者の力量の再確認をする。インフォーマルケアを担う支援者は、家族や近隣の人びとが大半であるから計画に入れるときには支援者の力量は既に検討されているはずである。しかしながら、支援者はリンケージの際に再度力量をアセスメントしておくことが求められる。
- チームでインフォーマルケアの担い手を決定したら、支援者はその人と早急に連絡を取り、挨拶に出向くことが必要になる。支援計画で意図したサービス内容、回数など提供してもらえるかどうかを確認し、同時に利用者との相性を判断することも重要である。そして、利用者に紹介する期日や場所を話し合う。
- インフォーマルケアの担い手に利用者のプライバシーをどこまで明らかにするかは非常に難しい問題である。それらの人の中には利用者の情報をより詳しく知りたがる人もいるが、どこまで知らせるかは利用者とは話し合い決定する。原則としては、支援者からの情報提供は最小限に止め、支援する中で理解し合ってもらいたいことが望ましい。

2) 留意事項

- 精神障害のある人と交流経験の乏しいインフォーマルケアの担い手は、熱心に取り組みすぎて疲れ果ててしまったり、逆に遠慮しすぎて戸惑ってしまったり、ほどよい関係を保てないことがある。困ったときには、利用者の担当者やチームリーダーが相談にのることをリンケージの段階できちり伝えておくことが大切である。また、インフォーマルケアの担い手には、法的な守秘義務は課せられていない。そのためモラルとしての守秘義務があることをリンケージの段階でしっかり伝えておく。

(9) モニタリング

モニタリングとは、支援計画がうまく遂行されているかどうかを、利用者と電話で確認したり、訪問したり、多職種チーム以外のサービス提供者との定期的な情報交換をし、必要な場合は計画の修正をし、支援ネットワークを維持することである。本システムのモニタリングは、多職種チームのチームリーダーが月1回行うものと、保健所が6月に1回行うものの2つがある。

モニタリングの機能は次の再アセスメントと時々重なる。また、モニタリングの目的は利用者やサービス提供者を審査することではなく、次のように行われる。

1) 手順

- チームリーダーは、支援計画で立てられたサービスが適切に提供されているか、利用者、社会的ネットワーク構成員、専門職がそれぞれの役割、活動、責任を果たしているかどうかをきめ細かく確認する。また、利用者と支援者の間で行き違いがあったり、利用者、支援者それぞれが不安や不満を抱えていることがあったりする。そのためチームリーダーは、それらの問題を聞き取り、解決するよう働きかける。多くの問題は話し合いによることで解決する。
- チームリーダーは、支援計画で立てた小目標が設定された期間内に達成されているかどうかを確認する。達成されていないのであれば、その目標を達成するために活動している人びとが達成できるように支援する。すなわち、チームリーダーは何が目標達成の支障になっているかを明らか

にし、その障壁を取り除き、期間内に小目標が達成されるよう責任をもつ必要がある。

- 計画どおりサービス提供し、支援を行っても必ず結果が良好であるとは限らない。利用者のニーズを的確に把握していなかったり、利用者自身がニーズを自覚しておらず、適切にニーズを表明していなかったりする場合は、計画を実施しても利用者は満足できない。そのため最初に意図した効果や結果が得られない。このような場合は、モニタリングの過程で利用者のニーズを再把握する必要がある。特に初回のアセスメントでは、ニーズを捉えそこなうこともあり、モニタリングの過程で的確なニーズ把握に努め、修正を図る。
- 保健所によるモニタリングは、6か月ごとに行われ、多職種チームの援助が効果を上げているか、利用者や家族は多職種チームの支援をどのように感じているかを確認する。そして、その結果を持ってエバリュエーション会議にかけ、新たなサイクルに入るか、多職種チームのサービスを終了するかの判断を行う。その時のモニタリング以降の半年以内に終了が考えられる利用者とは話し合いをもち、利用者に了解を得た後委託相談支援事業所など多職種チームのサービス終了後の支援機関の関係者に支援チームに参加してもらう。

2) 留意事項

- 利用者の生活、環境、状況が変化するとニーズも変化する。また、計画に基づき適切なサービスや支援が提供されると、新たなニーズが発生することもある。ニーズは常に変化するので、チームリーダーが月1回は必ず利用者と接触を持ち、新たなニーズが発生した場合は微調整をする。微調整で対応できない場合は、期間内であっても再アセスメントと行き、ケア計画を練り直すことが必要となる。
- チームリーダーは、モニタリング結果から必要と判断した場合は、毎週1回定期的に行うスーパービジョンにその課題を織り込み、利用者の担当者のスーパービジョンや同行訪問を行い、担当者の指導に当たる。

(10) エバリュエーション（実施評価）

モニタリングが計画の遂行程度を確認するのに対して、エバリュエーションは期間内で提供されたサービス結果を評価する。この機能は、モニタリングと再アセスメントと重なって行われる。この機能は、直接支援を行う多職種チームではなく、保健所が行うことが肝心である。

1) 手順

- 支援計画が妥当であったかどうかについて、多職種チームやその他サービス提供機関の意見を聞くため、聞き取り調査の実施や質問票を送付する。これは、支援者だけでなく、支援チームのメンバーすべての意見を聞くことにより、評価に総合性を持たすためである。また、これは再アセスメントを実施する際の情報としても活用できる。ホームヘルパーのように多職種チーム以外の機関に属するスタッフの意見を聞くことは重要である。
- 目標が達成できたかどうかを確認する。利用者のニーズもしくは、(支援)目標として掲げられたものが達成できたかどうかを確認する。これは日々のモニタリング結果から導き出すこともできる。
- 次に利用者の満足度を評価する。利用者の満足度評価とは、ニーズが充足されたか、サービス内容や支援者に満足できたかどうかを利用者や家族から聞くものである。利用者の意見は、サービスの質に向上をもたらすもので重要であり、保健所が聞き取る。
- 保健所はサービスの総括的效果の評価を行う。生活全般的に多職種チーム等のサービスの効果が

あったかどうかを評価する。上記3つの評価と多職種チームの判断を加えて総合的に評価を行う。

- 保健所はエバリュエーション（実施評価）会議を開催する。この会議は、本システムの評価を利用者と多職種チームの支援者、保健所職員と一緒に検討するための会議である。利用者が6か月を経過する頃には安定し、この会議に出席できることが望ましい。利用者が病状の関係で出席できない場合は家族には出席してもらう配慮が必要である。

2) 留意事項

- タイムラインやエコマップなど視覚的な用具を使用し、効果を確認する。支援が行われた期間内に可能になったことや、利用者の関係の広がりを確認する。これらのツールを用いることで、利用者の将来の生活に対する希望や新たに結びたい関係を明らかにすることができる。認知機能に障害のある利用者には、言葉だけでなく、視覚で確認できるツールを上手に活用して、利用者とチーム間の認識のずれをなくし、理解を深める。

(11) 再アセスメント

再アセスメントは、モニタリングやエバリュエーションの機能と重なり行われる機能である。前回実施したアセスメントと比較すると、改善したところがよく分かる。再アセスメントが必要になるのは次のような4つの場合である。一つ目は、危機介入の場合である。危機介入の場合は、毎日支援を提供しながらアセスメントを繰り返す。二つ目は、急に同居中の家族が入院したなど状況が変化した場合で、見直しの時期を待たずに再アセスメントが必要になる。三つ目は、ニーズに応じたサービスが提供され、先のニーズが満たされ新たなニーズが生じた場合である。このようにモニタリング過程で新たなニーズが明らかになり、微調整だけではニーズが満たされない場合も再アセスメントを行う。四つ目は、所定の期間が来て次のサイクルに入る場合である。これは次のサイクルに入る半月前に行う。一つ目の危機介入以外の再アセスメントは、利用者が安定していることが多いので、次のような手順で行う。

1) 手順

- 利用者ニーズをしっかりと聞く。利用者ニーズは、アセスメントで最も重要な部分である。利用者が困っていること、解決したいと望んでいること、希望していることを明らかにする。特に利用者の希望や目標、将来の夢については、じっくり話し合うことが大切である。未治療や治療中断者であっても、これらのことをテーマに繰り返し話し合い、そこでは利用者の表出する言葉をしっかりと聞き取ることが肝心である。
- 利用者の表出している言葉（デマンド）から、ニーズを読みとる技術も重要であるが、支援者は深読みをし過ぎて、専門職のニーズにすり替えないようにすることが大切である。また、利用者のストレスを把握することにも努める。
- 利用者の対処能力や問題解決への意欲を把握する。利用者の対処能力とは、利用者の問題や日常生活課題に対応する力（セルフケア能力）に関することである。具体的には、身体的・心理的・社会的な視点から総合的に把握する。ここでは、最初に利用者が持っている長所、力、健康的な側面、趣味などを見いだすことが重要である。対処能力の低い項目に関しては、アセスメント過程でどのような資源を活用できるか利用者に示しながらアセスメントを行うと、次のケア計画が作成しやすい。また、利用者の問題解決への意欲に関しても同時に確認していく。さらにリスクアセスメントは必ず行い、緊急を要する課題はないかどうか確認する。
- 環境とは、利用者を取り巻く家族関係、住環境、経済状態、地域の社会資源（フォーマル・インフォー

マル)、地域の理解度、そしてそれらと利用者の相互関係である。環境に関するアセスメントは、支援者が実際に利用者の自宅や地域を訪問してアセスメントすることが必要である。

- これらの情報源は、利用者自身、利用者に関わりのある身近な人、その他の社会福祉機関、施設、病院、学校等で利用者が援助を受けたことがある場合はこれらの機関である。

2) 留意事項

- 再アセスメントの段階では、利用者との信頼関係も強くなっており、ストレングスアセスメントを行う。ストレングスとは、利用者の①特性、人柄、個性、②才能、技能、能力、③家族、隣人、地域などの環境、④願望、希望、目標であり、7つの領域（①日常生活状況、②経済/保険、③職業/教育、④社会的支援、⑤健康、⑥レジャー/余暇、⑦スピリチュアリティ（精神性））にわたりアセスメントを行う、ストレングスモデルのアセスメントシート（資料3）を用いて行うとよい。

(12) 終了

未治療・治療中断者への援助は、利用者がセルフケア能力を高め、多職種チームの支援が必要でなくなることを目指している。

1) 手順

- 終了は、6月ごとの保健所のモニタリングや利用者の申し出があったときなどにエバリュエーション会議を開催して決定する。概ね、次のような場合を終了とする。

①利用者と多職種チームがお互いにサービスの終了に同意するときであり、利用者は以下の1つかそれ以上の基準をみたしたとき終了することとなる。

a 各利用者が本支援を終了するために設定した目標に達し、また利用者と多職種チームがお互いにサービス終了に同意し、エバリュエーション会議で「終了基準（資料4）」に照らし合わせ終了の判断をしたとき。

b 利用者が多職種チームに責任がある領域から出るとき。その場合、以下のことが行われる。

ア 多職種チームは利用者の所在が明らかに分かっている場合は、利用者がどこへ移動しようとも、このシステム、あるいは他のサービス提供者へ精神保健福祉サービスの移行の責任をもって調整する。

イ 多職種チームはサービスの移行がきちんとなされるまで利用者と連絡が取れる状態に保つ。

ウ 利用者は、サービスがなくとも目立った症状が再発することなく、少なくとも1年間、多職種チームからの持続的な支援を必要とすることなく、生活上における主な役割をこなすことができること。

エ 3年間利用者とともにを行う支援計画の作成といった利用者の関わりを試みるにもかかわらず、利用者からサービスの断念、あるいは拒否、また終了の要請があった場合。

②以上の利用者と多職種チームの相互による同意に基づく方針に加え、以下の場合が起きたとき多職種チームの支援は終了する。

ア 利用者が死亡した場合。

イ 長期にわたり利用者と連絡が取れない場合。

ウ 長期にわたり利用者が刑務所にはいる場合。

エ 長期にわたり退院が好ましくないという病院と多職種チームの相互の同意に基づく長期入院の場合。

- ③終了した利用者が多職種チームの支援を再開する場合、できるだけ敏速に対応し、彼/彼女らの受け入れ体制を優先的に行う。

2) 留意点

- 多職種チームのサービスより、より利用者の自立度の高いサービスに移行できる利用者が現れた場合は、早急に他機関を紹介する。移行に関しては委託相談支援事業所等と協力し、3月前に移行計画を作成し、受け入れ先の機関を調整する。特に最も適切な機関としては、委託相談支援事業所が考えられる。終了が予定されていて、ケアマネジメントを希望する利用者の支援には、委託相談支援事業所の職員に早期に多職種チームに参加してもらうよう、利用者に了解を得たうえで保健所が調整する。
- 6か月ごとの見直しの時期に、その時まで担当しているチームと利用者の関係が悪化したり、他のチームの方がより適切であると判断されたりする場合は、3年の期間が経過しなくとも利用者や家族の意向を確認し、他の適切なチームに交代する。
- 3年間の経過したにもかかわらず信頼関係が構築できなかつたり、回復しなかつたりした場合は、際限なく関わり続けるのではなく、エバリュエーション会議を開催し、短期入院を検討する。このような対応を考えるのは、関与している多職種チームの利用者への支援方法は柔軟性や積極性に欠けていることが考えられ、新たな対応を検討する必要があるとともに、未治療・治療中断者も早期治療が重要であるとの考えによる。
- 支援を終了し、移行する場合は、緩やかに行うことが望ましい。利用者との関係が緊密であればあるほど緩やかな移行が必要である。また、ピアカウンセラーや地域の友人、知人など利用者が相談できる環境が整っていることが望ましいといえる。

(13) 終了評価

終了評価とは、利用者やチームの判断のうえに、利用者が多職種チームのサービスから離れようとするときに行うものである。

1) 手順

- 多職種チームがサービスを提供した期間全てを通して振り返り、ニーズを的確に把握し、各時期の支援計画にそれが適切に反映できたか、支援計画は妥当であったかなどを評価する。
- 危機介入時の支援目標、利用者が安定してからの利用者自身の目標は、長期目標を含めて達成できたか、その目標を達成するための短期目標や小目標は適切であったかを評価する。
- 多職種チームのサービスが、利用者の生活全般に効果があり、利用者のQOL、自律性、エンパワメントを促進できたかどうかを評価する。
- 支援を行ったすべての支援者から判断して生活全般が改善していても、利用者は満足していない場合がある。利用者の満足度を確認し、支援者と利用者の満足度にズレがある場合は、その原因を考え、次の利用者との支援関係に活用する。
- 利用者の生活の改善と同様、支援者の技術が向上したかどうかは大切である。多職種チームのサービスを提供したことで、支援技術やチームアプローチの技術が向上したかどうかを確認する。また、支援者の満足度も検討する。
- 本サービス全体を行ったことで、地域のインフォーマルケアを開発したり、ソーシャルネットワークを構築したり、障害者計画の策定や施策形成が促進されたかを評価する。また、地域の独自性を尊重しながら、ノーマライゼーションがともに促進したかどうかを評価する。最後に、本サー

ビスを実施したことで、地域精神保健福祉システムの構築が促進したかを評価する。

3 間接支援

(1) 関係機関のコーディネーション

関係機関のコーディネーションは、利用者のサービスが調和した状態で一貫して提供できるように複数の関係機関に働きかけることである（Rothman1998:24-33）。この機能は、フォーマルな政策を通して、また、組織間のインフォーマルな協定によって、機関間の関係を確立しようとするものである。

1) 手順

- 関係機関のコーディネーションは保健所が中心になって担い、自立支援協議会との連携にも十分配慮する。関係機関のコーディネーションで行うことは、①管理職間の連携、実務者レベルでの連携、③ネットワーク会議などの開催がある。
- 一定の地域ごとに、多様な機関の管理職間の連携を図る。精神保健福祉に関係がある機関の管理職が年に2回程度顔を合わせ、地域精神保健福祉システムの進め方や懸案事項に関する話し合いを行う。
- 精神保健福祉の関連機関で働く第一線の職員の連携を図る。同じ行政区でサービスを提供していても、お互いの機関の機能や職員を知らない支援者は多い。実務者が一堂に会して交流すると共に、お互いが抱えている課題を出し合い、地域システムづくりを行う。
- 事例検討や研修会、本システムであればジョイントインテーク会議など日々の関係者会議をきめ細かく行い、連携する。第一線の職員の連携は、事例を通して行われることが多いが、これを円滑に進めていくためには、日頃の交流が欠かせない。多職種チームの職員は、訪問の合間に保健所や福祉事務所、ハローワークに立ち寄るなどして、言葉を交わし合う関係を築いて行く姿勢が必要である。また、このような事例検討会では、愚痴の言い合いで終わらせないために、ケースマネジメントの手法を用いて、必ず同じ目標と計画に基づき支援を展開するように方向付ける。
- 地域によっては「ネットワーク会議」と称されたり、名称はさまざまであろうが、精神保健福祉に関する機関の職員が一堂に会して、その地域に不足している資源や必要と思われる施策に関して積み上げ作業を行ったり、地域の広報活動の方法を話し合ったりする会議である。この会議は前二者の会議と異なるのは、ボランティアや住民が参加し、より地域に密着している。
- 精神保健福祉に関する機関の職員のネットワーク会議とともに、三障害の生活支援にかかる自立支援協議会との連携を図る。他障害との相互乗り入れや、他障害との合同の施策立案を提案することで地域のノーマライゼーションは促進する。

2) 留意事項

- 地域にはさまざまな機関があり、さまざまな職種が働いている。それぞれの機関には機関の役割と限界があり、また、依拠する学問によって専門職の価値は異なる。お互いの機関の長所を活用し、足りないことを補い合い、他職種の専門性を尊重し、地域全体の支援力を高めていくことでコーディネーションは整備されていく。

(2) ソーシャルサポートシステムの構築

ソーシャルサポートシステムの構築とは、支援担当者が利用者の周囲にいる家族、親戚、友人、隣人、地域の人などインフォーマルな人びとの支援を理解し、確認し、利用者の生活を支えるネッ

トを創出していく機能である。ソーシャルサポートには、家族親戚、友人、隣人などの「自然発生的な支持組織」とボランティア組織やセルフヘルプグループのような「より組織化された支持組織」がある。

1) 手順

- まず、利用者のソーシャルサポートネットワークを理解する。アセスメントの段階で、利用者のソーシャルサポートネットワークを把握する。そして、利用者がどのようなソーシャルサポートの中で生活しているかを理解し、その支援力を活用するためにアセスメントを行う。
- インフォーマルな資源を計画に採り入れ、利用者の支援にソーシャルサポートを活用する。利用者の周囲には、専門職が知らないネットワークが存在する 경우가少なくない。利用者と丁寧に話し合い、それをどのように計画に組み込み、発展させていくかが重要となる。ここでの工夫は、インフォーマルケアの担い手に負担感を与えない程度の支援内容にすることである。
- モニタリングの過程でインフォーマルケアの担い手を支え、ソーシャルサポートが強化されるよう支援する。支えている側もエンパワメントするような支援者からの働きかけがあると、強固なものへと発展する。そのためには多職種チームの支援者が利用者の家庭訪問時にそれらの人びとも出会い、言葉を交わしていくことが重要となる。
- ボランティアや回復者がインフォーマルケアの担い手となり、力を発揮する過程で機運が盛り上がれば組織化を図る。保健所や多職種チームの職員は、情報提供や助言を行い、徐々に組織が成長していくにつれ、後方支援に徹する。あくまでも組織員が主体となり、組織化がなされることが肝心である。
- 最後に、ソーシャルサポートネットワークを専門職の支援と統合し、システムとして機能させることが大切である。ソーシャルサポートと専門職の支援を統合することで地域の支援力は高まる。

2) 留意事項

- 利用者は支援者が知らないソーシャルサポートを持っていることがあり、それを利用者自身もソーシャルサポートであると理解していないこともあり、毎日の暮らしぶりを聞くことでこのようなソーシャルサポートは発見できる。支援する際には、利用者が以前からもっているソーシャルサポートを壊さないように配慮する。例えば夜間には友人からの相談電話で自らの寂しさを紛らわせているようなこともある。

(3) 社会資源開発

社会資源開発とは、利用者のニーズに応えるための資源がないときに行う活動である。わが国では、現存する資源が少ないゆえに開発しなければならないものは沢山ある。フォーマルなサービスがない場合は、その地域で政策主体に働きかけて作っていかねばならない。また、フォーマルなサービスが形成されるまでは、利用者のニーズを満たすために代用するインフォーマルサービスを探し出すことが必要になる。さらに、利用者は精神保健福祉サービスのみを期待しているのではなく、住民が活用する自然な資源を使うことを希望している。したがって、働く場、集う場、住居など一般の人びとが活用する資源を使えるよう社会に働きかける。

1) 手順

- 短期的・長期的な視野の両方をもって資源開発を行う。すなわち、利用者にとって、今すぐ必要なサービスが存在しないときの社会資源開発（短期）と、その地域全体を精神障害のある人が暮らしやすくするための資源開発（長期）の両方を視野に入れながら、資源開発を行う。

- 直ぐにサービス提供が必要であるが、多職種チームでサービスが提供できない場合は、利用者のニーズを満たすために代用するインフォーマルサービスを探し出すことが必要になる。しかしながら、多職種チームが本来提供すべきサービスを重度精神障害のある人に対してインフォーマルサービスで代用することは困難極める。例えば24時間の支援があれば入院しなくても乗り越えられる一人暮らしの人に対して、24時間の支援サービスを届けられないチームが昼間の一定の時間をホームヘルパーに依頼するというのは困難である。重度精神障害のある人でホームヘルパーが対応可能な利用者は少ない。したがって、このサービスを提供する多職種チームは24時間の支援体制やより幅広い職種を備えていることが求められる。
- 本サービスを提供していくプロセスで、長期的にその地域に必要であると考えられる資源は、障害者計画などに織り込んでいく。例えば、今後、地域生活支援がさかんになるにつれて、危機ハウスのような施設が必要な地域は増えて来るであろう。欧米の危機ハウスに該当する施設は、今の日本にはないが、その必要性を明確にして市町村単位でデータを積み上げていくことが重要となる。
- ネットワーク会議などでは、各機関が把握している利用者のニーズに対して、質的にも量的にも応えられているか、応えられていない場合必要なものは何かを明らかにする。そして、会議においてその結果をまとめ、長期的視野に立って行政が資源を整備していくよう働きかける。

2) 留意事項

- 精神保健福祉に特化した資源開発も重要であるが、利用者の満足感は市中にある誰でもが活用する一般的なサービスを利用することで高まる。したがって、地域に埋もれている自然なサービスを利用者が活用可能にしていくことが重要である。例えば、障害者自立支援法に基づく就労継続事業に毎日通うより、ファーストフード店で1日2時間週3日働く方が利用者には満足感が高い。支援者が資源として使えるように人びとに働き掛けていくことが求められている。

(4) 制度・施策の創設

この機能は、社会資源開発と重なって実施される機能である。利用者のニーズを満たし、地域全体の支援力を高めていくために、資源開発で明らかになったものを制度・政策として創設していく。そのためには、保健所が中心になって進めていくが、多職種チームも保健所に協力し、利用者や家族、専門職だけにとどまらず、広く住民の力を借りる。

1) 手順

- 制度・施策を作るには、地域をアセスメントすることから始める。本システムやケースマネジメント活動、ニーズ調査、ネットワーク会議などで明らかになった課題を分析し、集約し、実態を把握する。
- 実態把握を元に、当事者も住民も生活しやすい地域に変革するにはどのようにしたらよいか、理想とされる地域像を描き、デザインする。
- 次には地域や地域住民に働きかける活動を行う。実態やデザインを示し、地域や地域住民との合意形成を図り、協働関係を形成する。この形成の方法は、地域によって異なるので地域を分析し戦略を立てたうえで働きかける。
- 住民と一緒に行政や議会の各種委員会へ働きかける。いわゆるロビー活動である。わが国では、この活動に今後は最も力を入れる必要がある。議員は住民の代表者であるから、重度精神障害のある人や家族の要望をしっかりと伝える。

- 権利擁護機関を上手に活用し、利用者が豊かな生活を送ることができる地域づくりを目指して、必要な制度や施策が確立するよう協働する。
- 障害者計画や地域福祉計画の策定委員会には、当事者、本システムに関与するスタッフも委員として送り込み、現場で作成した資料を提示し、計画を策定するよう働きかける。また、策定された後は、必ずそれが実施されたかどうかを確認することを怠ってはならない。

2) 留意事項

- 障害者計画や地域福祉計画は策定されてからの評価が重要である。毎年1回は評価を行い、立案された計画が実行され、社会資源が創設されたかどうかを確認し、創設されていない場合はその障壁になっているものを取り除き、必ず実行されるようにする。

4 直接支援サービス

(1) 生活支援

生活支援は、未治療・治療中断者への支援において最も重要な支援である。従来、未治療・治療中断者への支援は医療に結びつかることが何よりも重要であると考えられてきたが、研究1、2の結果からも明らかなように「治療」「服薬」「入院」は支援者の3禁句とも言え、それよりも最初は少人数で生活支援を行い、信頼関係の構築を図っていくことが重要である。私たちは誰しも患者として生活をしているのではない。病院や診療所に受診しているときは確かに患者として私たちは医師の前に座るが、自宅で過ごすときには患者ではなく、「一人のひと」もしくは「一個人」である。そして、多様な役割をもちながら生きている。それは未治療・医療中断者であっても同様であり、薬、治療、入院よりも、今、直面していることへの支援を求める。それに応えることができるのが生活支援である。

生活支援には、日常生活支援、経済生活に関する支援、対人関係・社会関係に関する支援、精神症状・服薬管理の支援、身体管理の支援、社会生活に関する支援、雇用・就労に関する支援、教育支援、日中活動の場・余暇活動に関する支援、住居確保・居住環境に関する支援などがある。ここでは、まず基本的事項を述べ、次に各支援の留意事項のみを記述している。

1) 基本的事項

①手順

- 生活支援サービスは利用者の個別性を重視した生活援助として、頻回のアウトリーチによって提供される。単なる日常生活上の自立や医療につながることを目的とはせず、利用者一人ひとりが障害を抱えながらも自宅や地域で希望、自尊心を持って、可能な限り自立した生活を送れるよう援助することを目的とする。医療については、上記のような地域生活を送れるために必要なものであると利用者に理解してもらうよう努める。支援者は、地域生活において医療の力だけで問題が解決することは少なく、服薬は人との関わりがあるからこそ効果があるという視点を常に持っておく必要がある。
- 初回面接の段階から支援者が利用者の自宅に訪問する形で行う。訪問時に支援者は、面会できた場合であれば、訪問に応じてくれた利用者に感謝と敬意を示し、客人としてのあたりまえの礼節を尽くしながら、訪問の瞬間にアセスメントできる利用者の文化的背景・生活様式などに沿うよう心がかる。
- あくまで自宅では利用者が主人であることを尊重する姿勢を貫く。支援者は身分を明らかにし、

提供されるサービス内容、利用者の個別性に沿ったサービスを行うことに対しての決意を伝える。

- 訪問することで初めてアセスメントできうる利用者の趣味や生活上の強みは多く、それらを評価して利用者に戻していくことは、関係づくりのきっかにもなる。なお、初回の訪問では歓迎されない場合も多くあるため、サービス利用への明確な同意が得られない状態であっても今後も訪問をしていくことを口頭や手紙で伝え続け、粘り強く関わる姿勢が重要である。
- 生活上のささいなニーズであっても支援者が出来るだけそれに応えていく中で信頼関係を構築していく。その関係づくりの過程で、さらに新たな利用者のニーズやストレングスなどを包括的にアセスメントし、支援計画を協力して作成、実施していけるだけのパートナーシップが構築できるよう努める。

②留意事項

- 生活支援は、多職種チームの受理会議で受理が決定したときから始まる。すなわち、多職種チームに紹介されてきたときにすでに、大まかなアセスメントは行われているので、多職種チームは必要な生活支援を行いながら、さらに包括的なアセスメント行っていく。
- 生活支援は、利用者が困っていることや、一緒に支援者とやりたいと思えるようなことを少しずつ提供していく。ニーズを全く言語化できない利用者も少なくないので、利用者の好きそうなことを探索しながら進めていき、決して支援者側の押しつけにならないよう配慮する。

2) 日常生活支援

日常生活支援は多岐にわたる。食生活・栄養摂取、調理の支援・食事提供サービス、掃除や洗濯、服装や清潔の保持、火の始末、子育てなどの支援がある。これはホームヘルパーでも可能な支援であると考えられがちであるが、未治療・治療中断者への支援はホームヘルパーでは難しい。また、多職種チームの支援者は、これらの支援を手がかりにして信頼関係を築き、治療を導入していく。

①食生活・栄養摂取に関する支援

食生活や栄養管理に対しての支援は、利用者が自ら生活を健やかに営んでいくための基本的でかつ重要な支援といえる。精神症状や食事の手間が障害となっていたり、経済的理由や生活習慣が不規則であるなどの理由で食事は空腹を満たすだけのものとなっていたり、栄養バランスに欠かる食事を慢性的に繰り返している利用者は多い。それは生活へのモチベーションの低下、体力面での落ち込み、ひいては身体症状の要因となっている場合もある。そのような場合、定時に訪問しては一緒に食事をとったり、利用者の食べたいものを聞き、時には提案し、購入して訪問したり、食事提供サービスを紹介したり、一緒に調理するなどの関わりで、利用者の食事への満足感や安心感と、栄養摂取への意識を高めてもらうよう促していく。

何よりも強調したいことは、共に行動することである。食事を作るだけでなく、一緒に食卓に着くことは、一人暮らしの利用者には孤独を和らげるし、家族と同居している利用者には家族団らんの楽しみを与える。また、家族は、食事場面の利用者と支援者の交流を見て、利用者への対応方法を学び、家族自身も支援者が身内のような関わりをもつことにより、会食を楽しみリフレッシュする。

②調理の支援・食事提供サービス

調理の支援を行う際は、あくまで支援者が全て調理してしまうのではなく、出来ることは利用者にもやってもらい一緒に調理しながら、利用者自身が簡単な自炊が行えることを目指していく。そのような支援をしつつ、一人では早期に調理が難しい利用者には、多職種チーム以外のサービス導

入が可能になれば、支援者と利用者の関係性は保ちつつも徐々にホームヘルパー、宅配弁当サービスなどの社会資源利用を検討、導入、移行していくことも考慮する。

③ リラックスできる時間の共有、提供、提案

激しい妄想や幻覚の世界の中で無為自閉の在宅生活を送り、他者や社会とのコミュニケーションが困難な利用者は多い。そのような利用者は緊張状態が継続し、緊張が緩む時間を持ってないまま生活していることも多く、リラックスできる時間の共有やその方法の提供、提案を支援者が行うことは、利用者が生活を送るうえで重要な支援となる。例えばマッサージ、アロマセラピーや足浴施行、一緒に利用者の好きな音楽を鑑賞する、一緒に好きな歌を歌う、食事を共にすることなどが挙げられる。利用者がリラックスできる時間を共有し、共に味わうことはパートナーシップの構築を促す。また心地よいと思える身体感覚は、利用者の現実感覚を取り戻すきっかけとなる。穏やかな非言語的コミュニケーションを通じて、他者や社会とコミュニケーションすることの喜びを利用者が実感することにもつながると考えられる。このような関わりの中で利用者の新たなニーズが生まれることも多い。

④ 火の始末

まず、火災探知機の設置で防火を図る。

一人暮らしの利用者の火の始末は、地域で生活していくには重要な要素である。一般に案じられているほど、利用者は火の始末ができないことはない。特に問題になるのが煙草である。外では煙草の灰を落としていても、自宅では水の入った灰皿や空き缶を設置し、しっかり始末している利用者は多い。ただ、昼に焼か焦げた跡がたくさんあったり、灰皿の上に山のように吸い殻が盛り上がっていたりする場合は、適切な処理の仕方を確実に伝えておく必要がある。

家族と同居している利用者の場合、家族が心配のあまりガスの利用を禁じていたりする。家族は過去に一度でもストーブやコンロの火を消し忘れがあると、「危険なので使わせない」という態度で利用者に接しており、このような場合は、利用者の回復とともに家族への働きかけが必要となる。

⑤ 掃除や洗濯

洗濯や清掃の支援については、次の更衣や個人衛生に関する支援と同様、利用者からの希望が出たり、関係性が出来たりするまでは積極的に行うべきではない。洗濯や清掃などはその方法などについて、特に利用者それぞれのこだわりがある場合があるので十分留意し、一つひとつ利用者に確認しながら実施する。そして、関係性の中で徐々に支援者の考える方法などを提案していきながら、利用者自らが出来るようになるよう促していく。

一方、一人暮らしの利用者は、生活上の些細なアクシデントがストレスとなり、病状の揺れにつながることも多い。そのため、サービス開始時には特に些細なニーズへの迅速な対応を重視することも時には必要である。例えば電球交換、害虫駆除、家電・トイレ・水道などの修理業者の紹介など数限りない。このような支援を重ねていく中で利用者は支援者と信頼関係を結ぶとともに、地域生活への安心感を持つことが出来、病状を持ちながらも生活を継続していくことが可能となる。関係が出来てくれば、支援者が代行してきたことがらを徐々に協力して行えるように促していき、その達成感を共有し、積み重ね、本人自身の力で対処できるように関わっていく姿勢が必要である。

⑥ 服装や清潔の保持

利用者からの希望があったり、関係性が出来上がるまではむやみに利用者の生活文化に立ち入ったり、支援者のニーズを押しつけてはならない。それは利用者にとって侵襲的な行為にほかならず、利用者を傷つけ、信頼関係を損ないかねない。利用者の衛生状態は環境からの保護膜と捉えるべきである。更衣や保清に関する支援を行う際はその点に十分留意する必要がある。更衣の促しや清拭等の直接援助は、関係性がある程度構築されたと確信したのち、目標を達成するために必要な事項として利用者同意の元で徐々に行っていく。例えば公共交通機関を利用する、あるいは就労などの社会参加をする際などでは一般的な社会的マナーとして、保清の必要性を本人の良識を信じ、粘り強く伝えていく。実際、支援者との関係や社会参加をする中で、環境への安心感を得たことで、自発的に利用者の衛生状態が改善していく利用者は少なくない。

3) 経済生活に関する支援

目標達成や日常生活継続にあたって、生活費の使い方に課題があったり、貯金が必要であったりする場合、利用者とともに家計簿を作成していくなどして、明確な収支額を表示し、予算や週予算などを作成し、数値目標を立てながら生活費の使い方を協力して考えていく。あくまで利用者が責任を持って、生活費を運用していけるように促していくことが重要である。

生活費の使い方と同様に家賃、光熱費など生活費の支払いに関しても、利用者自身が責任を持って支払っていける体制を協力して整えていく。例えば口座引き落としにするか、毎月支払う方法にするかなど、本人が出来る限り抵抗なく行える支払い方法を一緒に考え、整備する。

また、必要な場合は、生活保護の申請、障害年金などの受給の申請を行う。書類作成などは支援者がある程度代行していきながらも、本人申し立ての書類や職歴などの欄については利用者や家族と共に記入したり、申請時には福祉事務所や社会保険事務所に利用者と同行したりするなどして、出来る限り利用者が主体性を持って動けるよう促していく。

4) 対人関係・社会関係に関する支援

① 家族・親戚関係に関する支援

家族や親戚は利用者にも最も物理的・心的距離の近い他者であり、その家族や親戚との関係は、利用者にとっては最も長時間接する「環境」である。それゆえ家族・親戚関係は時に利用者を容易に混乱させ、ストレス要因となりやすい。長年の自閉的な同居生活の中で、利用者や家族双方が過剰なストレスを避け、しかも双方の満足と安心を維持することを中心に生活した結果、家族と利用者の間にお互いの自立を阻むような、良質とは決して言えない共依存関係が存在していることが少なくない。そこで支援者には、家族も利用者であるとの視点を持つことが求められる。非常に密着した家族関係の中にいる利用者を支援するにあたり、利用者や家族それぞれを別の支援者で担当するなどの工夫も必要になる。利用者本人に対しては、家族から距離を保つために一時的なショートステイ利用やなんらかの社会参加を促していくなどして、利用者自身が一人暮らし等の自立を支援目標とするモチベーションを高める働きかけを行いながら支援していく。家族への支援と同時進行で本人への支援が行われることが望ましい。

② 近隣の人間関係に関する支援

利用者の地域生活の中心となるべき人間関係は、近隣や地域コミュニティにあると考える。利用者が主体的に地域コミュニティに参加できるよう、支援者が地域運動会などのイベント等の情報を積極的に提供し、参加を促していく。地域回覧板なども利用者自身で回していくことで近隣と

の人間関係を深めていくきっかけとなるだろう。それらの人間関係の中で利用者が持った喜びと一緒に共有し、次の目標を設定し、不安や怒りなどの悩みは支援者が受け止め、具体的に整理していくことでフォローする。

③ 友人・知人関係に関する支援

友人・知人関係に関する支援については、利用者本人自らの力で獲得してきた社会資源と捉え、本人のしんどさや悩みを受け止め、整理するなどのフォローをしていきながら、出来る限り利用者が主体的に問題解決していけるよう促していく。

④ 子育て

利用者本人に対しての子育てに関する支援は、利用者が安心感を持って、不安を共有しやすいなどの理由から可能ならば子育て経験のある支援者が行うことが望ましい。本人の相談に乗り、利用者の主体性を促しながら具体的アドバイスを行っていく。子供に対しての直接援助については、子育て支援センター、児童相談所、福祉事務所等につなげていくことを考慮しておく。

⑤ 職場の人間関係に関する支援

未治療・治療中断者であっても、介入が円滑に行え、症状は不安定ながらも早期に就労する利用者がある。このような利用者は、病気を伏せて就労することが多い。こういう場合は、就労を終えた場所に迎えに行き、夕食やコーヒーを共にしながら、職場での人間関係で困ったことの相談に乗り、対処方法を共に考える。特に就労開始直後は強力な支援を提供する。時には朝、送っていくなどの支援も提供する。働くことで服薬の重要性を理解したり、身だしなみに配慮できるようになったりする可能性はあり、就労の効果は大きい。

5) 精神症状・服薬管理の支援（詳しくは第4節3の「危機介入」P.104～参照）

① 治療の必要性への働き掛け

治療中断もしくは、未治療である利用者は、受診や往診はおろか、治療そのものの必要性を感じていないことが考えられる。また、過去において、専門職や治療に傷ついた体験をもつ利用者も少なくない。したがって、安易に服薬や病院への受診などという言葉や態度を示すと、関係構築の妨げとなり、以後の支援受け入れが困難になることもあることを十分知ったうえで支援を行わねばならない。治療を受け入れられない利用者へは、信頼関係構築とともに、利用者理解してもらいやすい言葉や態度を選びながら、「押し付け」ではなく、「治療が生活の助けになるもの」としての理解を根気よく促していく必要がある。

② 服薬初期

服薬を不安がる利用者には、最初の薬をその場で服用してもらい、チームの精神科医か支援者が、その後1時間程度見守り続けることで安定した服薬につながる場合もある。入院中と異なり、服薬後の状況が把握できにくいので、服薬開始初期は、1日3～4回の訪問を行うと良い。

③ 服薬自己管理

服薬が不規則な人や飲んだかどうかを自分で把握できず、結果的に服薬中断してしまう利用者へは、わかりやすい服薬の方法と一緒に考えていく。服薬カレンダーを使うべきなのか、利用者の生

活環境の中で飲みやすい方法がないのか、服薬回数を調整することで自己管理が可能にならないのか、などである。

治療の受け入れが良好な利用者であっても、実際に正確に服薬がされているのか、利用者の様子に変化がないか、また現在の服薬に対してどう感じているのかなどを観察し変化を見逃さないようにしななければならない。

④副作用への対応

最初の投薬時には、利用者と家族に副作用に関して具体的かつ丁寧に説明しておく。そして、副作用が出た場合は、すぐに電話で連絡してくるよう伝えておく。便秘や口渇、血圧など訪問時には看護師が中心になり必要に応じてチェックをする。

⑤疾病管理とリカバリー（Illness Management & Recovery: IMR）の導入

利用者が服薬可能になれば、支援者は訪問時に IMR のテキストに基づき、リカバリーと疾病管理の教育を訪問によって提供する。IMR は、慢性精神障害のある人についての心理教育、再発防止のための服薬の自己管理、精神症状に対処するための認知行動的な戦略を中心としたシステムである（United States Department of Health and Human Services - Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SMHSA' S National Mental Health Information Center: Center for Mental Health Services2006=2009）。IMR は、①リカバリー戦略、②統合失調症／双極性障害／うつ病に関する実践的事実、③ストレス—脆弱性モデルと支援方法、④ソーシャルサポートの形成、⑤薬物治療の効果的使用、⑥再発を減らすこと、⑦ストレスの対処、⑧問題や症状への対処、⑨精神保健システムにあなたのニーズを適合させる、の7つで構成されている。

⑥往診から通院への切り替え

多職種チームでは、当初は往診によって治療を導入していく。しかし、利用者が治療の重要性を認識できるようになれば、通院に切り替える必要がある。いつまでも往診を続けるのではなく、チームからの卒業を意識しながら、時期を見て通院に切り替える。通院先は利用者を選んでもらい、チームの精神科医は新しい主治医に紹介状を書き、しっかり引き継ぐ。不安が高い利用者が多いので、往診に固執することもあるが、支援者が通院に同行することを繰り返し、新しい主治医に慣れれば、利用者は意外と通院できるようになる。日本では、支援者の側が困難な時期を共有してきたがために利用者と離れがたい気持ちを強く抱いており、それが通院の妨げになっている。誰を新しい主治医として決定するかは、利用者の選択であるが、治療中断の利用者の場合は、選択肢のなかに元の主治医も加えておく。

6) 身体管理の支援

糖尿病、高血圧、心臓疾患、肝疾患、皮膚疾患、腰痛などさまざまな合併症をもつ利用者が多い。中には生命に関わる合併症もあり、未治療・治療中断でなすすべもなく疾患が進行している場合もある。早期に発見し、治療に結びつけることが何より大切であり、日頃から連携できる内科医や外科医、総合病院を確保しておく。

特に結核や癌などは健診を受けていないために見落とされやすい。未治療・治療中断者が検診を受けるようになるにはかなりの時間を要するが、常に身体疾患を早期に発見できるよう努める。

7) 社会生活に関する支援

行政手続き、交通手段の利用、銀行・郵便局 ATM の利用など金融機関の利用に関しての支援は、出来る限り利用者と同伴で行っていく。その中で利用者自身の生活を支える基本的かつ重要なことからであることを伝えるとともに、利用者に地域生活における責任を返していく姿勢が支援者には求められる。達成可能な短期目標を細かく設定し、達成していく中で社会生活の特定場面での利用者の自己対処能力を強化していき、最終的には利用者が自力で対処できるよう支援していく。

さらに、支援を行っていくにあたり、アセスメントの結果から成年後見制度や権利擁護事業の利用が検討される場合も、利用者本人の同意や信頼を得られ、速やかに移行していけるようなパートナーシップの構築を目指した支援を行っていく必要がある。

8) 雇用・就労に関する支援

どんなに重い障害を抱えていても、利用者は社会の一員としての責任と権利を持った、あたりまえの生活を送ることができる存在だという意識を常に持って、支援者は関わっていく。そのような意識を持ち続けることで、支援者は利用者の社会参加の最たるものである就労のモチベーションへの働きかけを継続することができる。そのような働きかけが利用者の就労への夢や希望につながっていく。

利用者から就労のニーズが出た場合は、迅速かつ丁寧な対応が必要である。あくまで利用者のニーズを尊重し、そのニーズに近い就労先を利用者と共にハローワーク、求人情報誌等で検索する一方で、利用者が求める職場に直接支援者が出向き、求人の開拓を行うなどの支援を実施する。並行して履歴書の書き方や面接の練習などの支援を重ね、利用者のストレングスを発揮できるようにする。職場の求人開拓の際には、雇用主と支援者との信頼関係構築も重要となり、支援者には採用に向けての一般企業との交渉技術が要求される。さらに雇用後には、支援者はジョブコーチとして利用者、企業双方へのフォローアップを職場定着まで行っていくことが望ましい。

就労支援を行う際に支援者は、利用者の病状と就労支援の可否には何の関係もないと捉える視点を持つことが重要である。どんなニーズに対しても支援者が枠組みを持った支援はせず、非現実的な利用者の就労ニーズや目標に対しても一旦は就労できるよう共に試行錯誤を重ねることが必要である。就労への努力を一緒に重ねる中で、利用者のニーズが現実化可能なものに変化していく場合は多い。

さらに支援者は、訪問の途上では、地域に就労先として開拓できる事業所や仕事がないかを探す。ハローワークや障害者職業センターは、就労支援の公的機関として有効であるが、支援者の知り合いやよく利用する喫茶店やガソリンスタンドなどが適切な事業主になったり、就労先の情報をもっていたりすることがあり、自然な人間関係を利用して職場開拓を図る。

9) 教育支援

教育に関するサービスは、日本ではまだ十分なされていないが、英国などでは早期介入（Early Intervention）の中で積極的に取り組まれている。また、米国では、援助付き教育がいくつかの州で取り組まれている（Unger2007）。

援助付き教育は、援助付き雇用と同じ手法で行われるが、利用者が大学で学ぶことや専門学校で資格をとるなど、学生という役割をもって、社会の中で活動することを目的とする。利用者の中には、高校時代に発病し大学や専門学校に進学できなかった人や、大学や専門学校の在学中に発病し卒業できなかった人、或いは新たに大学や専門学校に進学し資格取得を希望する人がいる。その人

たちが専門学校や大学で学ぶことを支援するのが援助付き教育であるが、援助付き教育は利用者から学生へと役割を変えることで、自己実現の可能性を拡大するという意義を有する（八重田2009）。さらに、人間にとって働くことと同様に学ぶことも重要な要素であり、働いたり大学に通ったりすることで生活が構造化され、回復を促進すると考えられる。

利用者が専門学校や大学進学を希望した場合、新たな希望をもったことを称賛し、支援者は利用者の希望する専門学校や大学に関する情報を提供する。そして、卒業した場合に得られる資格や、卒業するまでに必要な経費などを利用者と一緒に検討し、進学が可能かどうかを確認する。奨学金制度も念のために調査する。費用が捻出できそうにない場合であっても決して諦めず、何らかの方法で利用者の希望が実現するよう切りひらく。

利用者が選択したいいくつかの専門学校や大学のオープンキャンパスに共に出かけたり、さらに情報が必要なときは入試課などに問い合わせたり、直接入試課を訪ねたり、入試制度や単位の取得方法、学生生活に関する情報を入手したりする。その際には、各学校の障害のある学生への支援システムがどのようになっているかも忘れずに確認しておく必要がある。

利用者が目標とする学校を絞った段階で、入試対策を行う。偏差値、入試方法を綿密に調査し、利用者が合格しやすい入試方法を確定する。その後、過去の出題問題集などを取り寄せ、入試への学力向上のための支援をする。専門学校を卒業している場合は、大学の3年次への編入という方法もある。また、社会人入試の方法もうまく活用すれば、語学免除などの入試も可能である。面接や小論文などの訓練も行う。

合格後は、入学式までに入試課を通して学生課や障害者支援課に連絡し、受け入れ体制を整備してもらおう。必ず支援者が利用者と一緒に大学に出かけ、利用者のことを良く理解してもらい、円滑に学生生活のスタートが切れるよう調整をする。特に大学は入学直後に新入生のオリエンテーションや単位登録指導があり、利用者には負担が大きい。教務課職員から個別に指導を受けられるよう依頼することがコツである。

利用者にとって、授業が始まれば、毎日予定が決まるので安定する。この時期の課題は、各講義を担当する教員にどのように利用者のことを伝え、理解してもらうかである。利用者話し合い、授業中に必要な配慮を明確にし、教務課から依頼してもらおう。時には支援者が同行し、利用者と一緒に担当教員に会うことも必要となる。また、授業へのサポートが、どのような内容にどの程度必要かを、1か月間の講義内容から考え、大学と調整することも不可欠である。支援者が毎日講義に付き添えないので、該当の大学に社会福祉学科や臨床心理学科があれば支援を要請し、ボランティアサークルを活用する。

試験やレポート提出に関しては、支援者が直接サポートをする必要がある場合もあるが、日常的な相談にのってもらえる教員を大学側で指定してもらい、その教員に相談できる体制を創る。

10) 日中活動の場・余暇活動に関する支援

利用者が楽しい、心地よいと思えることを利用者と一緒に積み重ねる経験は、生きること、生活を続けていくことへのモチベーションにつながる。そのため、小旅行、スポーツ、レクリエーションやカラオケ大会などの余暇活動を積極的に支援に取り入れて実行する。その際に利用者のニーズを尊重し、実行していくことはもちろんのこと、支援者自身が楽しいと思えることを積極的に提案し、実行していくことも必要と思われる。余暇活動中は支援者自身も楽しみ、それを実行に移してくれた利用者に感謝を伝えていく。すなわち、このような支援者の態度が、利用者が自身の存在価値を再確認することにつながるのである。支援者との余暇活動を行ってきた実績は、徐々に地域に

おける社会資源を活用する余暇活動や社会参加へとつながっていく。

また、利用者が地域の自然な社会資源を利用し、社会参加できるよう支援する。地域において、支援者と利用者との関係ではなく、隣人や友人などとの人間関係を利用者自身の力で獲得し、地域活動に参加継続していくことを目的とし支援していく。支援者は利用者のストレングスに働きかけ、それを尊重し続けることで社会参加が可能であることを促していく。利用者からニーズが出れば、支援者は「地域は資源の宝庫」と捉え、精神保健関係の資源であるなしに関わらず、ニーズに合った資源を探して紹介し、つなげていく。

社会参加し、それを継続していこうとするとき、利用者は社会や地域のルールに対処せねばならなくなり、支援を要する。そのために例えばモーニングコールをする、1日の過ごし方の計画を立てるなど生活リズムを整える支援や、定着までのしばらくは送り迎えをするなどの支援が挙げられる。また利用者が感じる人間関係における困難や課題を具体的に整理し、フィードバックしていく支援や喜びを共有するなどの支援も必要となる。

11) 住居確保・居住環境に関する支援

①住居確保と転居

住居確保にあたって不動産屋まわり、住居見学、契約、大家や管理会社との挨拶など行うべき事項は多い。出来る限り利用者と協力して行い、利用者自身が生活への意欲が持て、生活しやすい住環境を模索していく。住居確保以前に住居予定地の近隣のスーパー、医療機関、銀行ATM、公共交通機関の駅・バス停などを利用者と一緒に確認しておくことが望ましい。なお、支援者自身が信頼関係にある不動産屋を普段から数軒持っておくことは、住居確保の支援がスムーズに行える条件となる。

転居については上記の住居確保に関する支援に加えて、荷造りや移送の手配といった支援が必要となる。

利用者自身が大家や管理会社などとの信頼関係を構築できるよう支援するのはもちろんのことであるが、支援者も利用者が居住する大家や管理会社との信頼関係を常に持っておくことは、利用者が安心できる住環境で地域生活を続けていくためにも望ましいことといえる。例えば更新手続きの際に金額や保証人の問題などで交渉が必要になった場合や、近隣からの苦情対応の際など利用者をフォローすることが可能となる。また、大家や管理会社は支援者が関わっていることを知ることで、安心して住居を提供し続けることができる。支援者が利用者の変化への期待や希望などを大家や管理会社に伝え続ける努力をすることは、地域が利用者の地域生活を見守る状況をつくっていく一助となるだろう。

②居住環境の整備

近隣住民との間に問題がある場合、支援者は、「苦情を聞き、解決する人間」ではなく、利用者と一緒に近隣住民の声を受け止め、利用者へフィードバックし、今後近隣住民と良好な関係を築いていくためにどうしたらよいか、対応方法について一緒に話し合い、実行していく。また、一方で支援者は近隣住民に対しても、上記の大家、管理会社に対するのと同様に、常に挨拶や気配りを欠かさず、話や不安を傾聴し、時には利用者自身の変化への希望を伝えて、利用者が安心して暮らせる住環境を整える努力をしていくことも重要である。

12) その他の直接援助

①緊急電話による支援

包括的な在宅生活支援を継続するうえで、24時間の緊急電話対応は欠かせない。日常の些細なストレスや心配、不安などについて、いつでも対応してもらえるホットラインがあるということは利用者が地域生活を継続していくうえで強い安心感につながる。電話相談内容については、服薬相談、生活上のストレスの相談、思考を整理してほしい希望、思いついたニーズ、対人関係の愚痴、寂しさを紛らわす雑談など多岐にわたり、対応には支援者の利用者との関係性、技術、経験が問われることが多い。

支援者は主に相談のほとんどを電話口で対応するが、緊急状態で、訪問による対応が必要であると判断した場合は緊急訪問支援を行うこともある。夜間の緊急電話での相談が増えた場合は、昼間のケアを見直すことで回数は減少する。

②利用者が入院中の支援

支援継続中の利用者が危機の時に入院した場合でも、週に数回、病棟まで面会に出向き、利用者のニーズを聞き、関係を継続するとともに、利用者の生活世界が継続するよう努める。入院時には、病棟スタッフに多職種チームと利用者が入院治療に期待していることを明確に伝える。また、入院後は病棟スタッフと利用者についてのカンファレンスを開催し、計画を共有し、短期入院を目指す。

(2) カウンセリング・心理療法

カウンセリングは、未治療・治療中断者の援助には欠かすことのできない機能であり、継続的なものである。地域で生活している利用者は、日常生活場面でさまざまな問題や悩み、不安などを抱えている。支援者は、利用者が日々直面する心理的な問題に対して、相談に応じ、助言をしたり、推奨したり、時には共に解決するために行動することが必要である。

1) 各プロセスでの実施

カウンセリングは、受理面接、アセスメントからモニタリング、再アセスメントに至るまでのケーススマネジメントの主たるプロセスで実施する機能である。したがって、支援者はカウンセリングの技術を備えていることが条件となる。

2) すべての職種が提供するサービス

利用者が認識し、言語化する事柄に対して、助言や励まし、賞賛などを通して利用者が主体的に生きていくことを支えるカウンセリングは、精神保健福祉士や看護師など地域精神保健福祉活動に従事するすべての専門職が提供するものである。

3) 限界

支援者が提供できるカウンセリングには限界がある。より深い精神療法や心理療法を継続して必要となる場合は、臨床心理技術者の業務となる。

4) スキルの向上

利用者に対して、質の高いカウンセリングを提供できることが大切である。すなわち、モチベーションインタビュー、弁証法的行動療法など、より専門的なカウンセリングのスキルが求められるので、支援者はワークショップなどでスキルを身につけることが重要となる。また、面接や訪問を行った後には必ず振り返りの時間を持ち、その内容を吟味したり、自己覚知を行ったりしていく。また、定期的にスーパービジョンを受けることも不可欠である。

(3) 危機介入

危機介入は、未治療や治療中断者を援助していくうえで重要な機能である。往々にして多職種チームの支援は危機介入から始まる。危機とは、避けられない重要な人生問題に直面したとき、いつものやり方で短期間に解決できないときに起こる。それは、非常に強い情緒的混乱・不安・抑鬱・怒り・通常の対人関係や社会的機能の障害等の心理的動揺であり、その間にさまざまな解決の試みがなされるがいずれも失敗することである（Caplan1961）。危機介入は短期精神療法から必然的に発展してきている。危機介入が最小限ねらっている治療目標は、個人の直面している危機を心理的に解消する、少なくとも個人が危機に陥る以前に保持していた機能遂行の水準まで回復させていくことにある。最大限ねらっている目標は、危機以前の水準を上回るよう機能遂行を改善していくことである（Aguilera1974=1997）。

本システムにおいては、「地域に暮らす精神障害者の経験する危機およびそれへの援助に関する研究」で規定されている「精神科救急等での対応が必要な場面に限定せず、地域生活の維持影響を与えるような出来事、心配なこと、ヒヤリハットを含むものと定義する」を慣用している。本システムでの危機介入の目的は、利用者が入院することなく、あるいは入院しても短期で退院でき、利用者の直面している危機を協働して乗り越え、地域生活を継続させ、利用者のリハビリを促進することである。利用者は本システムを実施する多職種チームの危機介入によって、自らの再発や症状の悪化を乗り越えることで、自らが疾患をコントロールできる体験をし、自己効力感を高めるという意義がある。

1) とにかく訪問を続けること

危機的な状態では、精神状態も悪化しており、訪問などの拒否もみられることもある。しかし、精神症状がさせていることでもあるため、根気強く、心配であるから来ていることを伝え、危機的な状態になった要因は何かを、生活の状況や周囲からの情報収集、利用者の言動などから察知し、問題解決に向けて訪問者や訪問回数を増やし、速やかに対応する。

また、自傷他害などが発生し、利用者や利用者家族などから連絡が入った際は、速やかに駆けつけられるよう、チーム内での動きや意識の統一を毎日確認し合う。危機的な状態の時は、利用者を待たせないようなチーム体制を作っておく必要がある。

2) 余計なことをしすぎない

最初の危機介入時は、関係性が作れていないことのほうが多いため、頻回に訪問はしても、相手を脅かさないように訪問する技術が必要である。情報から利用者像をイメージし、多職種チームで利用者像を統一していく。そして、利用者の嫌がることは控えながらも、訪問しては親身になって心配しているということを伝える技術が必要である。具体的には、支援者がいいと思っていることが必ずしも利用者がいいと思っていることとは限らないため、関係性ができるまでは、支援者が必要だと考えられる、食事の支度や保清、ゴミの片付け、害虫の駆除にしても一切触れてはならない。同様に、安易に「入院」「治療」「薬を飲もう」という言葉を使わないようにすることも重要である。

3) 関係性の構築、維持、強化

利用者は危機的な状態に陥り、幻覚妄想状態にあっても、危機介入の時のことはよく覚えているものである。それは、どれだけ自分のことを考えて関わってもらっているかを察知しているからだと思われる。そのため、危機介入の時の働きかけやサポートが、関係性の構築やさらなる関係性の強

化につながり、医療に不信感を感じている利用者に、もう一度人を信じてもいいのだというきっかけをつくるチャンスにもなり得る。精神保健福祉の世界では、関係性の構築が最重要課題であり、これを疎かにしては、支援は始まらないし、展開もできないばかりか、利用者や医療に対する不信感を強める結果にしかならない。危機的な状態であっても、支援者が動じずに対応することで、利用者やその家族も落ち着いてくるので、支援者は例え驚くような場面に遭遇しても、自己の動揺を利用者や家族に察知されないように振る舞えることが必要である。

① マイナスからのスタート

危機介入時は、病的体験のため、あらゆる刺激に対して攻撃や拒絶を示す。そのため、関係性を一から作るというよりもマイナスからの関係性の構築をイメージして取り組む必要がある。訪問スタッフの工夫や訪問時間の工夫などを駆使し、お願いしながらでも関わらせてもらえるようにねばり強く関わり、役に立つ人間であること、味方であること、手伝いたい気持ちを伝える。無茶苦茶な要求に関してでもできるだけ寄り添い、何とかやっつけよう、一緒にやっつけよう、という思いを伝える。

また、一旦、関係性を作った利用者に対しても、再度危機介入が必要になった際には、同様の取り組みが必要である。ただし、普段の関わりから関係性ができていれば、危機介入はスムーズにでき、危機状況における受け入れも回復も早まる可能性は高い。

② 家族の情緒的サポート

危機介入時の家族は不安や困惑が強く、精神疾患に対する知識もほとんど持っていない場合が多い。積極的に家族の話に傾聴し、家族がどのような体験をしてきたのかを語ってもらい、家族の回復過程を支援することも重要である。また、家族の受容のペースを考えながら、精神疾患に関する知識や、今後の関わり方、予測される状態などを丁寧に説明していき、不安の軽減に努めていく。そのような関わりを繰り返し、家族とも良好な関係を築き、ともに利用者を支えていける関係をつくっていく。家族が不安なく、落ち着いた生活を送ることができるようになると、利用者自身もおのずと安定してくることが多いことから、家族の情緒的サポートは重要な関わりである。

③ 近隣への配慮

危機的な状態では、病的体験のため、周囲に対して威嚇や大声、あるいは迷惑行為を繰り返されていることが多い。近隣はそのような利用者に対して排除しようという行動に出たり、消耗したりしていることが多い。近隣の住民に対しての心配りや挨拶も欠かさず、利用者にとっての謝罪や一時的なことであること、関わる人間ができたことでの変化への期待や希望を伝え、地域で見守り励ませるような体制を作っていくような働きかけや努力を行うことが必要である。

④ 役割分担

近隣への迷惑行為に対しては、近隣への対応と利用者や家族への支援を保健所と分担するのも1方法である。何もかも多職種チームで背負い込むと動きがとれなくなることもあり、常に保健所と相談しながら支援を展開していく。

4) セルフケアへの援助

症状の悪化により、一時的に、かつ急激にセルフケア能力が低下することがある。しかし、症状が安定すれば、危機介入前のセルフケアレベルまで改善することがほとんどである。不足するセルフケアの援助については、利用者の意思確認、セルフケア能力の低下は一時的であることの説明などを細やかに行い、利用者の自信喪失にならないような配慮を行う。具体的には、食事の確保、掃除や洗濯、買い物の代行、ゴミ出し、害虫駆除、電球の交換など多岐にわたる。症状が落ち着いて

くれば、徐々にセルフケアの援助を利用者に返していく。このときも余計なことをしすぎてしまうと、利用者の持つ力を奪ってしまうため、余計なことはしすぎないことを肝に銘じておく。

5) 薬物の管理

薬に関して、利用者はさまざまな気持ちを抱いている。危機介入時の多くは、内服を中断していることが多い。内服の中断を察した場合も、注意せず、責めず、利用者の飲みたくない気持ちはどこにあったのか、注意深く言動から察知する必要がある。「飲んでますか」とは問わず、服薬を勧めることは二の次にし、まずは関係性を構築することに焦点を置く。

①服薬自己管理の促進

関係性を構築する過程の中で、薬に関する思いを聴くことができるようになれば、利用者の思いを一旦受け止めた後、薬が助けになることがあることを伝えていき、あくまで利用者の意思で内服できるようになるまで見守っていく。関係性をしっかり構築することができれば、内服する薬の効果も期待できるものとなりうる。

①薬物の副作用の判断、薬効のモニタリング

服薬が開始になった際には、利用者の反応をしっかりと観察し、薬物の副作用の判断、薬効のモニタリングを行う。飲み心地や身体、精神の変化などはないか確かめながら、服薬中断や拒否を繰り返さないような内服の工夫や薬の調整を行う。一方、薬が効果的に反応していても、アカシジアなどの錐体外路障害などの副作用が出現することがある。一見、精神症状の悪化に見えることもあるため、副作用であるか、精神状態の悪化であるのかの注意深い観察や判断を行う能力が必要となる。また、重篤な副作用（悪性症候群、ジストニアなど）の出現なども考慮し、副作用の兆候が見られれば、速やかに別の薬物への変更や減薬などを考慮する。急性期状態になり、方針上、急激な鎮静をかけた場合（注射などでの沈静）には、しばらく離れずに付き添いながら、血圧低下や呼吸抑制、ふらつき、過鎮静による失禁などの症状に対応できるようにする。

6) 身体合併症の管理

身体合併症の発見の妨げになる要因として、向精神薬の影響、精神症状により身体症状が見えにくい、認知障害、意識障害、理解力の低下、コミュニケーション不良、予想しにくい症状出現の仕方などが考えられる。危機的な状態の場合は、精神症状の悪化に目が向きやすく、特に身体疾患を見落としやすくなる。また、出会いの頃は既往歴が不明であることも多く、身体合併症の存在に気がつかないこともあることや、急性期状態のため、フィジカルアセスメントが困難な場合がほとんどである。その中で、精神疾患と身体疾患とが、どのように影響しあっているかという視点からのアセスメントや見極めが必要となってくるため、非常に高度な技術や知識が必要となってくる。

強制的な関わりはなるべく控え、関係性を作りながら利用者が安心して身体に触れることを納得してくれるまで根気強く関わりを続ける必要がある反面、身体症状の悪化は生死に直結することも多く、触れることが難しい中で、ギリギリ耐えうるラインの見極めが必要である。入院や治療の必要性を判断した際には、責任を持って病院につなぐことを考える。

7) 緊急のニーズに対する財源や環境の確保

精神状態の悪化は環境要因がもたらすことも少なくない。利用者が何らかの理由で住居を失ったり、住居に居辛くなったりなどが起きた場合は速やかに住居の確保や一時的な避難場所などを確保し、環境を整えることも必要である。また、金銭面での不安や問題が要因となっていることも多く、

福祉の手続きなども速やかに行い、財源の確保に努めることも必要である。訪問者が生活に必要な福祉や、付添に関するヘルパーや家政婦、ボランティアなどの資源が必要だとアセスメントした際には、本人との交渉や、家族のいる人には家族に相談し、支援に関しての費用の相談を行う。何事にも利用者やその家族の意思決定を尊重することが必要である。

8) 入院

自殺のリスクを持った人、生命にかかわる身体の深刻な症状を持ち、危機介入で改善しないと判断した場合、利用者の安全確保、医学的治療環境が必要だと評価された場合などは入院を考慮する。ただし、本当に入院のほかに手段がないのかを常に問い直す必要がある。入院が必要だと判断した際には、利用者に対し、十分な説明や説得を行い、入院が本人のためになることを誠実に伝える。説得に応じてもらえず、権力の行使を行う場合は、入院に対して責任を持ち、利用者の怒りを受け止める覚悟をする。

入院後も、関係性を構築する作業は続いているため、定期的に面会に行き、利用者とは話をする時間を積極的に作る。また、病院と連携を取り、カンファレンスを行ったり、病院スタッフとコミュニケーションをとったりしながら入院中の関わりについても一緒に取り組めるような関係性を作っていく。病院サイドにも、利用者の治療後の地域生活のイメージを持ってもらえるように働きかけ、入院期間はなるべく短期間で済むように働きかける。入院させた後は病院に任せっきりにせず、責任を持って退院まで支援を続ける。

(4) 訓練プログラム

訓練プログラムとは、利用者が自らの目標を達成するために、支援者と共にアセスメントを行い、目標達成の障壁になっているものを確認し、障壁となっているものを克服、もしくは軽減するために知識や技術を身につけることで目標達成を可能ならしめることである。本システムでは、利用者との信頼関係が構築されて、受診ができるようになってから取り組まれていくものである。

主要な訓練プログラムとしては、社会生活技能訓練 (Social Skills Training: SST)、疾病管理とリカバリー (Illness management and Recovery: IMR)、怒りのコントロール (Anger Control)、自己主張トレーニング (Assertion Training)、認知機能障害矯正法 (Remediation of Cognitive Deficits in Psychiatric Patients) などがある。これらの訓練は、日本では集団で行われることが多いが、支援者が訪問時に活用することでも効果は得られ、また、利用者が外出して集団でのセッションに参加できるようになれば集団セッションへの参加を勧める。したがって多職種チームのスタッフは、これらを駆使することが必要となる。※特に認知行動療法はこれらの訓練プログラムの基本となっており、支援者が確実に実施できるようにしておく。近年は命令幻聴への認知行動療法は日本でも取り入れられるようになってきている。(Byrme, Birchwood, Trowen et al 2006=2010)。

外出して訓練プログラムに取り組めるようになった利用者は、ほとんどが本システムでは終了・移行の対象者となり、委託相談支援事業所等へ紹介することになる。これらの訓練も含めて、次のサービス提供機関に引き継ぐことが重要である。

(5) 家族支援

家族同居率が75%を占めるわが国では、家族支援は重要な機能であり、初回の来談者は家族であることが多い。そして、家族の大半はチームの窓口にとどり着いたとき疲労困憊している。ケアの最大の担い手でありながら支援の専門職ではない家族が、主にケアを担わなければならないという

大きな負担を抱え、家族間の健全なコミュニケーションが阻害され、家族機能が適切に作用しなくなることで再発のリスクが高くなるのである。逆に、利用者への支援に加え負担が大きくなりやすい家族に対して適切な家族支援が行われた場合、家族間の健全なコミュニケーションと機能が維持されることで、再発率が最も低くなることが明らかになっている（伊勢田堯2008）。したがって、家族支援は本システムの重要な課題である。

1) 家族支援の必要性

日本においては家族との同居率が高いことが指摘されてきたが、今回の研究でも同様の結果であり、相談の多くは家族から寄せられる。したがって、利用者の援助を始める前に家族支援は始まり、継続的に行われなければならない。

1995年の英国のケアラズ法では「家族は援助チームの一員であるとともに、援助を受ける権利のある人」と考えられ、要援護者をもつ家族は希望すればケアマネジメントを受けることが保証され、全国に家族支援専門ワーカーが配置されている（Appleby2004=2005: 4）。家族支援専門ワーカーの業務は、①实际的・情緒的支援、②地域の法定サービスに結びつける支援とその紹介、③精神疾患と治療についての情報提供、④24時間危機介入など精神保健サービスの情報提供、⑤家族会支援、⑥家族の休息支援、⑦精神保健策決定過程への積極的参加、⑧家族の適切な権利擁護である。また、家族支援の原則として①家族を尊重すること、②多様な機会を用意し、家族が選択できるようにすること、③パートナーシップを形成すること、④サービスを継続的に改善することの4つが掲げられている（伊勢田2008:29）。

日本ではこのような法律はないが、英国以上に多くの家族が利用者の世話をしており、特に未治療・治療中断者の家族への支援は不可欠なものである。ここでは家族支援の手順と内容の概略を述べる。

2) 家族支援の手順と内容

① インテーク

来談者として登場する家族は、本人の長年の世話、家族関係、親族関係、経済問題等一般の人より、3倍の精神保健上の困難を抱えているという（伊勢田堯2008: 24）。したがって、インテークでは、家族の苦労をねぎらい、受容するとともに、家族の苦労を多職種チームと一緒に担っていくことを伝える。また、利用者の状況の緊急性の程度を判断し、その結果によって対応を決定する。急を要する場合は、可能な限り在宅でのケアと治療の導入を試みつつ、保健所による精神保健福祉法の適用も考慮する。

多くの相談は、保健所がスクリーニングをしており、緊急性のある利用者は保健所が既に対応しており、多職種チームに紹介されてくる利用者には緊急性は少ない。ただし、家族にとっては緊急性がある場合もあり、情報収集とともにその判断は欠かせない。

受理面接では、家族のニーズを確認するとともに、家族との信頼関係を築くことを基本にし、家族の話に焦点を当てて聴いていくことが大切である。受理面接の最後には、面接内容を要約するとともに、家族の受理面接における感想を尋ね、今後の契約を取り交わす。可能であれば、家族に直近の1か月の支援計画を提示する。

② アセスメントと家族のための計画

アセスメントは家族メンバー全員と家族全体に対して行う。アセスメントの項目は、家族の健康状態、これまでの経過、本人および家族が困っていること、家族の負担度、家族が行ってきた対処、

家族それぞれの精神障害や治療、支援に関する知識や考え方、家族の関係性、家族が今後も引き続きできること、家族の余力、そして家族の希望や夢などである。家族全体と個々の家族メンバー用のアセスメント用紙を備え、家族のためのアセスメントを十分に行う。

家族のアセスメント実施時には、精神疾患のさまざまな側面（病因、症状、機能的課題、進行、治療など）について十分な知識と情報を伝え、心理教育も行う。家族一人ひとりのニーズを明らかにし、家族支援計画を作成する。

③家族カウンセリング

長期にわたる治療中断者や、家族が薬だけを医療機関に取りに行き、利用者の要求にすべて応える形で日々の生活が繰り返してきた家族は少なくない。家族が多職種チームを訪ねたときには、今にも倒れる寸前という場合もある。まさしく利用者より家族の危機である。このような場合は、まず家族に安心感と休息を与えることが必要になる。そして少し家族が落ち着いたときから家族カウンセリングを始める。

家族の中には、多職種チームの支援者に会おうなり、泣き出す人、怒りをぶつかる人、一言、一言を振り絞るように語る人など長年の苦勞が積もり積もっている。心の中に石のように固まった哀しみ、恨み、怒り、不信感が、吐き出される。その時期を通り越さないと、多職種チームの支援者が利用者と対面するのが難しい場合もあり、家族カウンセリングは重要である。

④専門職への不信感を取り除く

治療中断者の多くの家族は医療に不信感を抱いている。時間が短く説明するにも十分でない時間の中で、しかもその専門職の説明が難し過ぎたり、通り一遍だったりして、家族にとって理解できない説明であったため、誤解が生じているのである。専門職は丁寧に説明したはずでも、多くの家族は納得のいく説明を受けたとは感じていない。そして、具体的に利用者に対応すべき方法を専門職から示してもらえなかった故に、あるいは十分な治療方針の説明がなされなかった故に家族は専門職に不信感を抱いている。ここに専門職と家族の間の認識のズレが生じ、家族は専門職に対して不信感を抱いていることが少なくない。したがって、多職種チームと家族との出会いは、マイナスからの出発となる。マイナスを取り除き、新たな関係を構築していくのである。このような状況からの出発であっても、誠心誠意、利用者と家族に幸せになって欲しいという態度が伝われば、家族の不信感は次第に溶けてくるものである。

⑤生活支援

家族が利用者を介護し続けるためには、経済的な保証や働く場所などの確保は欠かせない。家族の中には、利用者の介護のために仕事を辞めて、貯蓄だけで生活している人も存在する。そこまで行かなくとも経済的に豊かな家は多くない。したがって家族の経済的な相談や、時には家屋補修の手当など生活全般に対する支援を行う。利用者の生活の質を高めるためには、家族全体をケアすることが求められるのである。親戚や近隣との付き合いに関する助言も時には必要である。これらの生活支援は、支援計画に基づき実施する。

時には利用者と家族の利益が相反する場合もあり、そのような時は利用者と家族を担当する職員を別にすることも必要である。

⑥家族関係の調整

家族は、利用者の疾患や障害に関する知識が十分でないため、利用者とはよい関係が保ていなかったり、家族同士の関係が悪化していたりする。このような場合には、家族調整が必要であるが、長年にわたり築かれた家族関係は、簡単には変化しない。そこで、必要となるのが家族調整であるが、未治療・治療中断者の家族が心理教育の会場に足を運ぼうという気持ちにはなりにくく、次の訪問家族療法が有効であると考えられる

⑦訪問家族療法の提供

訪問家族療法は、利用者を含めた家族の精神保健福祉サービス開発とそのサービス提供者への訓練を目的に1998年に開始された認知行動療法を基礎とした、訪問による単家族への心理教育的家族支援モデルである。未治療や医療中断の期間が長期化しているため、家族は利用者を家において外出しづらいことが多く、心理教育に至るまでの期間に用いるのに適している。

通常は10から14のセッションが提供され、①精神疾患や治療などの情報の提供、②再発の初期兆候の認識と再発予防計画、③家族同士のポジティブコミュニケーション技術の獲得をベースに介入が行われる。家族メンバー全員の参加が奨励され、その家族の個々のニーズや状況に応じて頻度や内容も組み合わせて提供される。家族間のコミュニケーション改善、家族の課題解決のスキル向上、再発予防計画の作成が必要な際の支援として提供する。

⑧心理教育

家族心理教育は、利用者を支援する家族、支援者、友人などと協働していくための技術である。家族、利用者、専門職の協力関係を基礎にして、精神障害についての明快で正確な情報を、問題解決技能やコミュニケーション・スキル、対処技能や社会的支援を増加させるためのトレーニングと共に提供する（United States Department of Health and Human Services - Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SMHSA' S National Mental Health Information Center: Center for Mental Health Services.2006 = 2009: 2）。

⑨家族一人ひとりがその人らしい生活を築く

利用者と同居していようが、別居していようが、家族がその人らしく、ゆとりをもって生活できるように支援する。家族自らの人生を大切にしつつ、利用者への支援をし続けられるよう多職種チームは支援する。

(6) アドボカシー

アドボカシーは利用者のニーズを満たし、自己実現を達成するために利用者の状況が向上するよう、利用者の権利を擁護したり、代弁したりすることであり、ケースマネジメントの継続的な機能の1つである。

1) 権利への啓発

本システムは重度精神障害のある人が対象となるが、アドボカシーは利用者を発見し、利用者が人間としての権利をもっていることを伝えることから始まる。アウトリーチを行い、利用者の生活の場に出会うことになるが、まず利用者への丁寧な説明を行う。これは利用者にはサービスを受ける権利や拒否する権利などがあることを伝えるためでもある。

2) 権利の擁護

利用者は今までの治療への不信感や疾患によって知らない人が訪れることに恐怖感を抱いていることは少なくない。したがって、訪問を拒否する場合はほとんどであるが、その気持ちを十分汲み取りつつ、信頼関係を形成する。そして、良質な保健医療福祉サービスを楽しむ権利があることを伝えていく。服薬後安定してきたら、利用者のニーズを尊重し、サービスが提供されない場合は各機関と交渉したり、苦情を申し立てたりする。特に社会資源の乏しいわが国では、利用者が希望するサービスが受けられるよう社会資源を獲得するよう努める。

3) 権利の代弁

権利の代弁とは、十分に権利を主張したり、苦情を自ら申し立てたりすることが難しい利用者が望む生活ができない場合、それを阻んでいる制度や組織を改善していくことである。例えば、関与した利用者が入院して退院可能な病状でありながら退院できない場合、退院できるように状況を整えたり、退院できない状況を生み出ししたりしている制度や組織を改善することである。

4) 権利主張への支援

利用者自身が、権利性に目覚め、コミュニケーション技術を高め、自らの権利を言語化したり、交渉したり、苦情を申し立てることができるように支援することである(セルフアドボカシー支援)。

以上がケースマネジメントに必要な23の機能であり、利用者が本サービスの終了に至るまで、ケースマネジメントのサイクルを繰り返しながらチームは支援をしていく。

IV 重度精神障害のある人のための新たな地域精神保健システムの構築

本章では、このシステムをより有効にするための地域保健システム構築の在り方に関して論述する。最初に英国バーミンガムのシステムの概観を説明し、次に ACT-K と ACT-Z の未治療・治療中断者の支援実践から保健所を中心とした新たな地域精神保健システムを提言する。

1 地域精神保健システムの主たる構成機関¹⁾

(1) バーミンガムの精神保健の概観

バーミンガムは、英国の中でも地域精神保健システムが整備されてきた地域である。バーミンガムの地域精神保健システムを担う機関には、国民保健サービス (National Health Service: NHS)、市の社会福祉局 (Social Service Department: SSD)、そして福祉サービスを提供するボランティアセクターがある。

NHS における精神保健サービスは、第一次ケアを地域の一般家庭医 (General Practitioner: GP) と地域精神科看護師 (Community Psychiatric Nurse: CPN)、ソーシャルワーカーらが担い、第二次ケアを精神保健センター、外来クリニック、地方自治体によるデイセンターが担ってきた。そして第三次ケアを地方保健当局の精神科病棟や精神科病院、デイホスピタルが担う形をとり、この一次ケアから三次ケアが協力しあいながら、また、地域によっては統合してサービスを提供してきた。近年増加している地域精神保健的チーム²⁾ は第二次ケアを担っており、バーミンガムの重い精神障害のある人への地域生活支援を行っている。

福祉サービスは、1968年の「シーボーム報告」により、社会福祉サービスを提供する部局を一括して SSD におくように地方自治体の機構改変が行われ、以来、福祉サービスはバーミンガム市

SSDによって運営されてきた。また、英国の地域精神保健活動の特徴は、NHSとSSDだけでなく、ボランティアセクターによる福祉サービスの提供にある。福祉市場の出現とともに、ボランティアセクターは、福祉多元主義者が意図しなかった以上に大きな役割を引き受けることを期待され、またその役割を果たしてきた。その組織は、彼ら自身と彼らの周りの人びとのために責任を負うことを期待される『活動的な市民』とともに、サービスの不足を補い、ボランティアを促進する役割を担ってきたのである（テイラー2005）。NHSの地域精神保健チームの活動は、SSDとの協力のみならず、ボランティアセクターが提供する危機ハウスなどの住居やデイセンターなどの相談・訓練サービスなしには成り立たないのが現状である。

(2) 重い精神障害のある人の生活支援

重い精神障害のある人の生活支援は、主としてNHSの二次的および三次的ケアが担ってきた。バーミンガム市は、人口は約120万人である。NHS精神保健トラストは、かつては北バーミンガムと南バーミンガムは異なる組織として活動していたが、2003年4月に南と北が統一された。バーミンガムでは、1993年から病院の閉鎖が始まり、1994年から在宅治療の取り組みが始まった。この在宅治療は英国で初めて取り組まれたことで有名である。2004年当時は保健地区を10地区（locality）に分け、地区ごとに精神保健システムを構築していた。すなわち病床を分散開設し、住民にとっては5～6マイル以内に病床があることになり、非常に利用しやすくなっている。

16歳から65歳未満の一般成年精神科部門において、地域ケアを行っている地域精神保健チームは、①プライマリケア精神保健チーム（Primary Care Mental Health Team: PCT）、②在宅治療チーム（Home Treatment Team: HTT）、③積極的訪問チーム（Assertive Outreach Team: AOT）、④リハビリテーションとリカバリーチーム（Rehabilitation & Recovery Team: RRT）の4つであり、他に措置入院病棟、デイユニット、またはデイトリートメント・センターの2つがあるが、地区によってはこれらを混合編成している所もある。さらに早期介入チーム（Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia: IRIS）やホームレスチーム、薬物乱用チームがバーミンガム市全体をカバーしている。そして、これらの機能的なチームは、二次的ケアを担当しており、統合、調整されて各地区でシステムとして機能している。バーミンガムのシステムが米国のACTと異なる点は、ACTを機能分化させ、急性期に対応するHTTと、急性の状態にはないが服薬管理やリハビリテーションを必要とする人に対応するAOTを置いていることである。

なお、65歳以上は老年精神科部門で、18歳未満の年齢層については後述のIRISシステムで対応している。

バーミンガム市SSDは、英国一の規模である。2002年度の総予算規模は2億4千万ポンドにものぼる。障害や病気を持つ児童や成人、高齢者の支援と家族サービスを行い、利用者の希望とニーズに基づいて可能な限り地域で暮せるようなサービス、例えばレスパイト、デイセンター、宅配サービス、居宅サービス、あるいは援助付き住居サービスやナーシングホームを提供している。バーミンガム市SSDでは政府がNHSとSSDの職員の統合方針を出す前から「効果的なケアの協働」に向かて、NHSの地域ケア部門のPCT、AOT、RRTに有資格ソーシャルワーカーを出向させ、機能的チームの一員として活動させていた。とりわけ、精神保健法第117条に基づく患者の退院時のアフターケア計画のミーティングの時には、地方自治体公務員という立場から市営住宅や住宅課との連携を図る役割を担っている。政府の方針を受けて2003年10月からはSSDのソーシャルワーカーがNHSに正式に出向し、HTTなどソーシャルワーカーがいなかったチームにも配属されるようになった。

ボランティアセクターとしては、MIND、全国統合失調者連盟、精神科リハビリテーション協会などがあり（Wing & Morris1981=1989）、ホステル、リハビリテーション施設、ナーシングホームなどの居住施設、デイセンター、ドロップ・イン・センターなどの職業訓練や活動の場の提供、情報提供、相談活動などを行っている。

(3) 地域精神保健チーム

地域精神保健チームは、学際的チームとも表現され、PCT、RRT、AOT、HTT の4つがある。PCT は、午前9時から午後5時までの受付窓口の役割をもち、全ての新規利用者のアセスメントを行い、どのチームが責任をもつかを決定する。まず利用者の住んでいる地域で対応することを考え、次に病院やデイホスピタルなどの資源を使うことを考えるのが原則である。強迫性障害や重篤な人格障害、摂食障害など心理的な障害をもった重い利用者に関しては、1年間このチームで対応する。PCT の事務所には、地域精神保健チームの職員以外に心理療法を主に行う臨床心理技術者が配置されており、これらの心理的問題をもった人を対象に丁寧な臨床活動を行っている。これは英国の臨床心理技術者は医師の次に高い専門性をもち、アセスメントや診断、心理療法を駆使することができるからである。そこで提供される心理療法は、認知療法、行動療法、弁証法的行動療法、怒りのコントロール、アサーション・トレーニング、リラクセーション、家族療法など多彩である。図 V-4は、スモールヒース地区の体制図である。

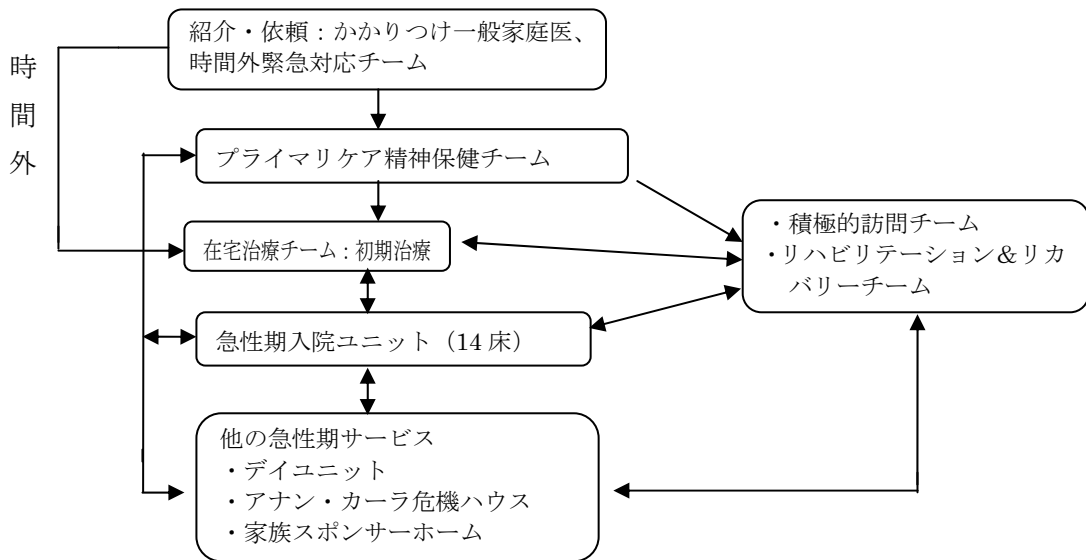


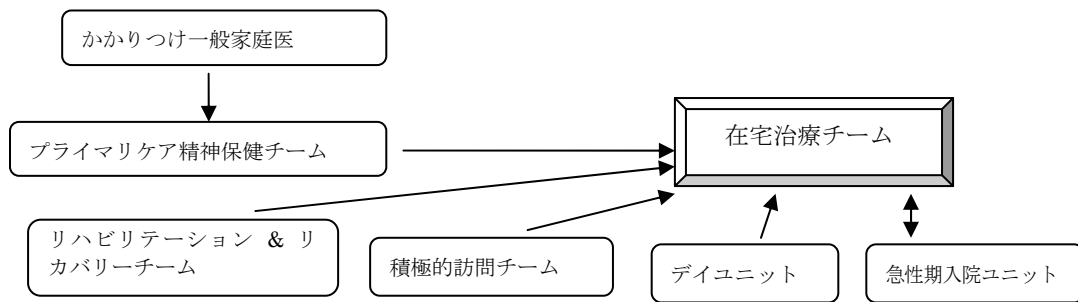
図 V-4 スモールヒース成人精神科サービス供給体制（人口11万8千人）

（出所）三品・藤原：英国における脱施設化とケースマネジメント

—北バーミンガムを中心に、病院地域精神医学. 43(4), 30, 2003.

HTT の対象者は日本で言えば、保護室や急性期病棟で対応している人であり、急性期の状態にある人で重篤な精神病やうつ状態の人である。原則としては、不安障害、認知症を含む器質性障害、知的障害、人格障害、DV、アルコール依存症などは対象とならない。サービスの目標は、精神科救急の解決、もしくは改善を速やかに促進することと、科学的根拠に基づいた入院治療に替わるサービスを提供することである。その目的は急性期状態の人に継続的なケアと管理を提供し、入院とデイホスピタル、そして在宅治療の境界をなくし、利用者の日々変化するニーズに直接対応することでサービス提供の継ぎ目をなくするように努めることである。チーム員の大半は、高度な教育

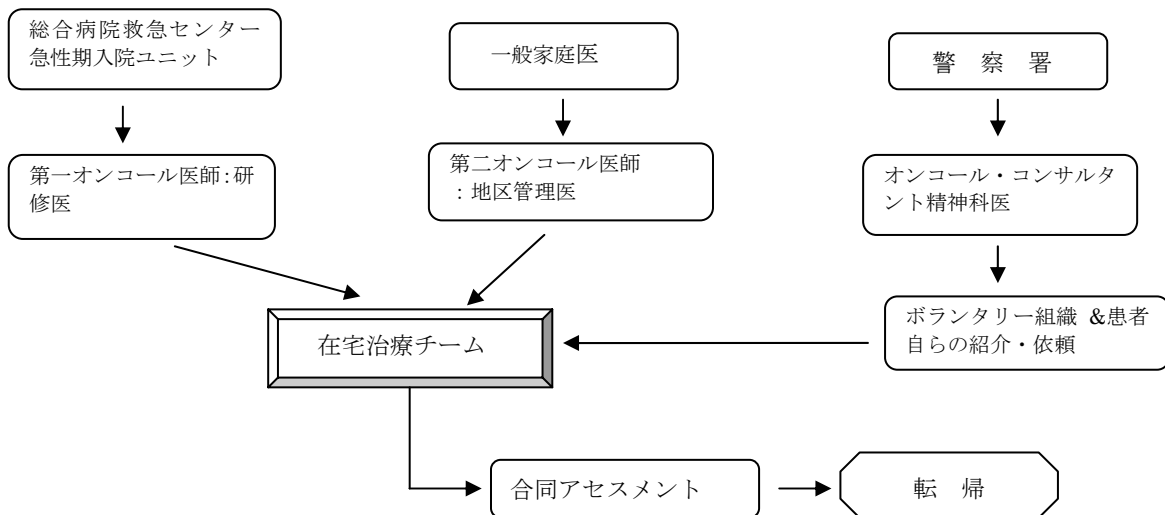
を受けたF、G、H級³⁾のCPNであり、24時間、年中無休でサービスは提供される。職員の勤務体制は2交代制になっており、早番が午前8時から午後4時まで、遅番が午後12時半から午後8時半までである。そして遅番の職員のうち2人が宅直職員となり、携帯電話を持って翌朝の8時まで勤務する。チームへの紹介は、平日の昼間は、他の地域ケアチームや急性期サービス部門から寄せられる（図V-5）。平日の午後5時以降と週末、祝祭日は、直接チームに寄せられ、当番精神科医の指示に従い対応する（図V-6）。チームの利用期限はないが、通常は3～5週間であり、長くとも6か月程度である。時には1日で他のチームへ紹介される利用者もいる。



図V-5 在宅治療チームへの昼間紹介体制・依頼体制

（出所）三品・藤原：英国における脱施設化とケースマネジメント

—北バーミンガムを中心に、病院地域精神医学. 43(4), 31, 2003.



図V-6 在宅治療チームへの夜間紹介・依頼体制

（出所）三品・藤原：英国における脱施設化とケースマネジメント

—北バーミンガムを中心に、病院地域精神医学. 43(4), 32, 2003.

AOTは地域の中で柔軟で集中的な治療と生活支援を行う。週7日間、午前9時から午後5時まで対応可能である。対象者はこの2年間に精神科病院に2回以上入院したか、もしくはこの2年間に在宅治療サービスを2回受けた者であり、以下のうち3つ以上の項目を満たす者である。すなわち、通常の治療にのらない者、服薬を確実にできない者、暴力歴がある者、持続した自傷行為の危険がある者、薬物治療に好反応を示さない者、薬物乱用と重篤な精神疾患を併せもつ者、以前に措置入院になった者など重い精神障害のある人である。AOTとHTTとの違いは、AOTではデポー剤の注

射などの治療に加え、住宅問題や経済的な問題、生活の質の向上を目指す生活支援を提供することである。また同時にケアラー⁴⁾への支援も行う。

RRTは継続ケアチームと呼ばれている保健地区もあるが、リハビリテーションとリカバリーを重点的に行うチームである。その対象者はPCTよりも重度の疾患、例えば統合失調症や重症の気分障害をもつ利用者である。住居の改善や生活の質の向上を目指し、レクリエーション訓練や活動、就労などの支援を行う。対象者の支援だけでなく、グループホームなどの長期居住施設で働く世話人のコンサルテーションもこのチームの職員が行っている。全体の約30%の人を対象とし、必要に応じてCPAを採用する。月～金までの午前9時～午後5まで稼働し、一人の職員が担当する利用者数は約25人である。

(4) NHSのその他のサービスと専門チーム

その他のサービスには、①急性期措置入院ユニット・精神科病棟、②デイユニット、③危機ハウス、④家族スポンサーホーム（里親）、⑤ケアラーへの支援、⑥利用者自身による代弁活動（Patients Advice & Liaison Service：PALS）などがある。また、前述の機能的チーム以外に①早期介入チーム（IRIS）、②認知症チーム、移民チーム、ホームレスチームなども配置されている。

ここではIRISに関して少し述べてみる。IRISは主には18歳までに初発した患者を対象とするチームである⁵⁾。統合失調症の発病のごく初期は、従来ならば様子を見ていたが、近年、この初期の5年間は実は予後を左右する大切な時期であり、薬物療法の治療の開始を遅らせた場合、投薬を遅らせた分だけ後の回復に2倍、3倍の期間を要してしまうという調査結果が報告されるようになった。そこで、今日では、まだ病気かどうか診断がつかない時期に念のために服薬を始めるようになってきている。早期介入で不可欠なのは、利用者自身の最大の関わりと利用者の周囲の人びとの関りを最大限にすることが重要になってくる。早期介入の原則は、以下の5点である⁶⁾。①利用者中心である。②外来に来なかったからといって、それで終結にはならない。従来では外来中断となってしまうが、今日では積極的訪問活動により治療の継続を図るチームでの取り組みを行っている。③社会的な役割を持つことを大切にする。④拘束や烙印を最小限に止め、選択肢の保障と低いレベルの服薬を心がかる。⑤診断を早期に決めつけることは避け、ゆるやかな診断に留意する。社会的な役割をもっているかどうか自殺防止と関係する（Rook & Birchwood1998）との認識のもとに、デイケアやシステムも思春期の年齢層に応じた魅力と関心を引き出すように留意されており、利用者の社会的な役割を見出す関わりを行い、就職や進学に向けて年齢に合った活動になるよう配慮されている。また、幻聴や妄想は認知療法を早期に的確に施行することで消失することが明らかになっており、臨床心理技術者がその任に当たっている（French & Morrison2004）。さらに家族に対して早期の病気への対応についての理解を深める活動や家族の治療パートナーとしての参加を促す活動も重視している。

2 新たな精神保健システムの構築

本節ではバーミンガムの精神保健システムを参考にしながら、保健所を中心とした新たな精神保健システムを描いていく。

(1) 保健所を中心とする理由

本システムの中心機関を保健所とする理由は以下の7点である。

1) 地域保健体制における危機介入は保健所業務

従来から未治療・治療中断者の相談窓口は、図V-1のとおり公的機関として保健所が担ってきた。「地域精神保健における危機介入体制の現状」に示されているうち、本システムでの利用者は、第I章第1節で示した「持続的に障害をもたらしている主診断名が、脳の損傷および機能不全ならびに身体疾患によるその他の精神障害（F06-07）、統合失調症・分裂型障害および妄想性障害（F2X）、気分障害（F3X）、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害（F4X）、生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群（F5X）などのもの」とする。

2) 未治療・治療中断者の多くは援助を拒否する非自発的な対象者が多い

未治療・治療中断者で問題となる事例は、自らの受診や援助を拒否する人が多く、家族や隣人、保健所が受診を勧めてもそれに応じようとしない。そして医療や援助の専門職から過去に受けた援助で傷ついた経験をもっている人も少なくない。このような人びとをRooneyは非自発的な対象者（Involuntary Client: IC）と呼んでいる（Rooney1992）。これまでは、ICへの対応は、措置入院か精神保健福祉法第34条の移送制度で対応されてきたが、これらの入院措置に至るまでに援助を開始し、ICに適切な医療を生活支援とともに届かることで、入院を減少させることが可能になる。

3) 多職種チームを選定する必要性

保健所でこのような援助を提供することが可能であれば保健所で対応することが望ましいが、保健所は多様な業務を担っており限界がある。そこで、保健所が、あらかじめ多職種チームで危機介入を行える条件整備がなされた機関をいくつか登録確保しておく（登録機関）、相談を受け付けた後十分な調査を行い、ジョイントインテーク会議を開催し、利用者に応じた多職種チームを選定することが望ましい。このような作業は公的機関が担うことで公平性や質の担保、人権擁護ができる。

4) モニタリング機関の必要性

また、援助の質を高めるためには直接援助機関のサービスの質、利用者の回復の度合い、利用者の満足度を確かめる機関が必要であり、それは公的機関が担うことでその役割を果たせる。したがって保健所は6か月ごとにモニタリングを行い、援助が効果的か、利用者が満足しているか、援助の継続の要否を判定する。

5) 援助の終結を審査する必要性

わが国では長期入院が著しいが、その要因の1つに社会資源の必要性や民間精神科病院への依存が挙げられてきた。本システムも依存を助長する可能性はあり、本システムを終了して、よりサービスの少ない委託相談支援事業所によるケアマネジメントに移行する時期を6か月ごとに第三者機関が判定する必要がある、その役割を保健所が担うことが望まれる。直接援助機関の支援者は、信頼関係の確立した利用者との離れがたい気持ちになりがちであるが、わが国の場合はそれが依存を助長することを十分意識し、本システムのような濃密なケアサービスが提供される場合は、終了を明確にする必要がある。

6) 本システム終了後のケアマネジメントの必要性

本システムを終了した後も援助が必要な利用者は少なくない。そして援助の手法にケアマネジメントを採り入れることが必要であり、ケアマネジメント機関への紹介は公的機関が担うことが期待される。

7) 援助の継続性確保

このように未治療や医療中断の利用者は本システムにおいて受診が可能になっても、引き続き精神疾患や障害は持続することが多いと予想され、援助の継続性を保証するためにも保健所が中心となることが望まれる。ただし、利用者が回復し、自らケアマネジメントの中止を申し出た際にはケアマネジメントサービスは中止する。

8) 必要なサービスの開発

本システムを実施していくプロセスで新たなサービスが必要となるであろう。その際、保健所が中心であれば必要なサービスを早期に把握でき、障害者福祉計画等に盛り込んでいくとともに、制度としてできるまでにインフォーマルサービスで担うことが可能になる。

9) 未治療・治療中断の発見機関

今回の研究1の対象者のうち、未治療・治療中断者の65%は保健所からの紹介であり、保健所が未治療・治療中断者を把握している場合が多いと考えられ、また、保健所は市民に保健医療の公的機関としてよく知られていることから中心機関となることが適切である。

(2) 支援期間

本システムの支援期間は概ね3か年とする。これは英国の積極的訪問チームの期間が2年間であるのに比較すると1年間長い。地域精神保健システムが十分に整備されていないわが国の特殊性を考慮した期間である。ただし、委託相談支援事業所に職員が増員され、ケアマネジメントが可能な地域では援助期間を2年間に短縮していくことが望ましい。本システムを3年間利用しても、引き続き利用者の疾患は重度であり地域の多職種チームで支援を必要とする場合は、他のチームに移行するか、入院措置を検討する。ただし、早期に改善が認められた利用者には委託相談支援事業所や保健所などへの移行を行い、可能な限り本システムからの早期の移行・終了を目指す。

(3) 各機関の役割

本システムは69頁の「図V-2 システムフロー図」のような流れで運営する。

1) 保健所

保健所は、次のような役割をもつ。①多職種チームの開拓、②多職種チームの選定、③相談受理、④対象者の調査、⑤ジョイントインテーク会議の開催、⑥モニタリング、⑦多職種チームの支援からの移行・終了の促進、⑧エバリュエーション会議の開催、⑨終了後の支援機関の調整・あっせん、⑩終了評価、⑪関係機関のコーディネーション、⑫ソーシャルサポートシステムの構築、⑬社会資源開発（特にフォーマルサービスの開発）、⑭制度・施策の創設、⑮広報活動の15の機能を果たす。

2) 精神保健福祉センター

精神保健福祉センターは、地域によっては上記の保健所の役割を代替する。保健所が上記の役割を担う場合、精神保健福祉センターは次のような役割を担う。①保健所への技術援助、②ジョイントインテーク会議への出席、③エバリュエーション会議への出席、④終了評価への協力、⑤多職種チームへの技術援助・技術指導、⑥多職種チームへの研修開催、⑦関係機関のコーディネーション、⑧ソーシャルサポートシステムの構築、⑨社会資源開発（特にフォーマルサービスの開発）、⑩制度・

施策の創設、⑪広報活動の11の機能を果たす。特に多職種チームに対しては、米国の ACT 技術支援センターの役割をもつ。

3) 精神科診療所

①多職種による訪問チームの設置

精神科診療所は精神科医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士等の多職種からなる訪問チームを設置し、未治療・治療中断者への支援に当たる。

②受理面接

保健所から依頼があった場合、利用者の了解が取れている場合は訪問するが、利用者の了解が取れていない場合は、家族等来談者と診療所や来談者の都合の良い場所で初回面接をする。この場合、場所はどこでも構わないが、来談者がくつろげ、安心でき、プライバシーの保護できる場所にする。

③アセスメント

診療所の職員がこのシステムを実施するにあたり、重要なことは利用者をアセスメントするだけでなく、利用者の住んでいる地域のアセスメントを行うことである。町内が変われば問題解決方法は異なり、地域は地域なりの問題解決方法をもっており、そのことを理解したうえで利用者に関わっていくことが重要である。また、早期受診は重要であるが、緊急性がなければ、まず生活支援から開始し、受診に結びつけることを考える。

④利用者及び家族の援助計画の作成

対象者に家族がいる場合、家族が希望すれば、必ず家族のための援助計画も作成する。利用者と家族の利害や思いは対立することがあり、できれば、利用者担当と家族担当を決めて、援助を行う。さらに必要な家族に対しては行動療法的訪問家族療法や家族心理教育を行う。

⑤利用者及び家族へのサービス提供

援助計画に基づいて利用者及び家族にサービスを提供する。利用者からは当初は罵詈雑言を浴びせかけられたり、まったく利用者と会うことができなかつたりするが、粘り強く関わる。

⑥権利擁護

生活の場に赴く援助は侵襲的であり、権利侵害をしないよう十分配慮する必要があり、当事者スタッフからの助言を有効に活用する。また、利用者が回復してきたら、ニーズを尊重し、利用者本位の援助に努める。

⑦チームリーダーによる月1回程度のモニタリング

チームリーダーは各スタッフに対して週1回30分程度の必ずスーパービジョンを行うとともに、最低月1回は利用者を訪れ、担当スタッフの支援内容の満足度を聞くとともに、利用者の回復度を確認する。

⑧関係機関との連携

診療所は、常に関係機関と連携を図り、1機関で抱え込まないようにするとともに、保健所との相談を緊密にする。また、利用者が回復したら安易に同じ機関のデイケアを勧めるのではなく、委託相談支援事業所の職員に支援チームの一員として参加してもらい、地域に活用できる資源がないかを確認し、他に適切な資源がないときのみデイケアを活用する。また、デイケアの活用は3か月程度とし、同年齢の人びとの生活と同等の生活を利用者ができるよう支援する。

⑨キャッチメントエリアのサポートシステムの構築

未治療・治療中断者の援助は地域に密着している機関が行うことが望ましい。したがって、診療所は概ね都会では30分以内、郡部でも1時間以内で訪問できる地域をキャッチメントエリアと定め、

その地域のサポートシステム構築に努力する。

⑩資源開発

利用者の生活上必要な資源に関しては、インフォーマルサービスを第一に活用することを考え、安易にフォーマルサービスは活用しない。また、活用する場合はメリットとデメリットを利用者と共に十分確認してから活用する。地域は資源の宝庫である（Rapp & Goscha2004:59-62）。何が活用可能なのかをスタッフが発見し、地域の資源を開発する。

4) 訪問看護ステーション

訪問看護ステーションでこのシステムを実施するうえではいくつかの困難がある。1つ目は、多職種チームでないための限界である。すなわち、訪問看護ステーションには精神科医や精神保健福祉士が配置されていないことである。精神科医は初回訪問や危機介入時に往診をする立場にあり、訪問看護ステーションがこのシステムを実施する場合は、24時間往診を依頼できる精神科医を確保しておく必要がある。また、訪問看護ステーションには精神保健福祉士は配置されていないため、エコロジカルモデルの支援が困難であり、精神保健福祉士を配置することが今後の課題である。

2つ目は制度上の問題である。訪問看護ステーションは利用者本人との契約が成立しなければ、サービス提供はできない。未治療・治療中断者に関しては、大半が支援の初期にはサービス提供を拒否しており、契約は成立しない。

これらのことから訪問看護ステーションは、利用者が多職種チームから移行した場合にケアを担う。

5) 精神科病院

①入院受け入れ

未治療・治療中断者が診療所や ACT などの多職種チームの支援を受け、入院治療に同意した利用者や、家族が入院に同意した利用者を受け入れる。

②早期退院システムの導入

未治療期間や治療中断の期間が長ければ長いほど、入院期間は長くなることが予想されるが、入院と同時に退院を視野に入れた早期退院の方策を地域の多職種チームとともに検討する。

③地域チームとの連携

病院における地域チームのスタッフと利用者の面会や外出援助を有効に活用し、早期の退院に結びつける。また、入院前に近隣とのトラブルのあった利用者に関しては、保健所と連携し、地域の受け入れ体制を整える。

6) 委託相談支援事業所

①状況に応じてチームに参加

利用者が治療を受けられるようになり、多職種チーム以外の人の訪問や利用者の外出が可能になると、多職種チームからの要請があればチームに参加し、利用者の家庭訪問や外出に同行する。

②移行を目指した支援

委託相談支援事業所の重要な役割は、未治療・治療中断者が受診に至り、生活のしづらさはあるものの週1回程度の家庭訪問で安定した生活が可能になり、多職種チームの支援から終了・移行することが予測される段階から関係づくりを開始する。すなわち、多職種チームが徐々に援助関係を解いていくのと並行して関係構築を行う。そのためには、終了の6か月前に開催されたケア会議で

「6月後に多職種チームの支援終了」の結果が出されたときから正式に支援を開始する。すなわち、保健所から6か月後の終了・移行予定の知らせと多職種チームからの情報提供を受け、多職種チームと共に同行し、支援を開始する。

③移行計画の作成

終了予定の3か月前には、多職種チームのサービスから完全に地域へ移行するためのケア計画を利用者とともに作成する。そのケア計画は利用者のその人らしさを尊重した計画とする。

④終了エバリュエーション会議への参加

最終のエバリュエーション会議には、利用者と一緒に参加し、地域生活のためのケア計画を提出し、多職種チームや保健所職員等と一緒に終了後の支援計画を作成する。この会議では利用者が主人公であることを十分配慮して行う。

⑤ケアマネジメントの導入

委託相談支援事業所は、利用者の了解を得て、援助のツールとしてケアマネジメントを用いる。したがって利用者の了解を得て、多職種チームからの情報も収集する。なお、アセスメントに関しては、利用者と喫茶店に出かけたり、利用者の趣味を共有したりするなかで親しくなってからアセスメントを利用者とともに行う。

⑥訪問援助サービス

委託相談支援事業所は事務所の中で仕事をせず、かならず利用者の活動や生活している場所に出かけて援助サービスを提供する。

⑦就労支援

回復期には就労支援サービスが重要であり、就労支援の機関との連携も図り、利用者ニーズに基づいた職場開拓を行う。その際には、利用者のストレングスアセスメントを行い、必要に応じて訓練システムも行う。活動意欲や就労意欲の低い利用者にはモチベーションインタビューの技法を用い、動機づけを高める。

⑧ソーシャルサポートシステムの構築

委託相談支援事業所は、地域に密着した活動を行うことが前提である。したがって、利用者のサポートシステムの構築に止まることなく、その地域全体が何を必要としているかを分析し、一人ひとりが暮らしやすい住民本位の地域づくりを行う。

V おわりに

本マニュアルは、ACT-KとACT-Zの未治療・治療中断者への危機介入のプロセスを基に、未治療・治療中断者が入院せずに、あるいは入院しても短期間で在宅生活に戻り、回復していくためのシステムを構築するものである。このシステムを完全に築くには整備が必要な点はいくつかあげられる。多職種チームの要件の明確化、多職種チームを全国に整備するための財政基盤の明確化、保健所におけるジョイントインテーク会議やエバリュエーション会議の開催、保健所の精神保健福祉相談員の複数配置、委託相談事業所の職員の増員などである。しかしながら、このシステムを構築することで、未治療・治療中断者とその家族だけでなく、通院も滞りがちで引きこもっている重度精神障害のある人びとやその家族にも支援が届けられ、回復をもたらすことが可能となるであろう。

(第Ⅲ章の第1節は、三品桂子・藤原正子(2003)「英国における脱施設化とケアマネジメント—北バーミンガムを中心に—」『病院・地域精神医学』43(4)、396-405を加筆修正したものであり、2004年当時のバーミンガムのシステ

ムである。)

註

- 1) バーミンガムの地域精神保健システムに関しては別稿 (三品桂子・藤原正子2003:396-405) に詳しい。
- 2) バーミンガムの機能的チームには、PCT、HTT、AOT、RRT の4つが整備されている。他の NHS では、この機能的チームを「地域精神保健チーム」「地域ケアチーム」の呼称で読んでいる保健地区もある。
- 3) 英国の看護師の資格は、A～H 級までの8階級がある。
- 4) ケアラー (career) とは、地域の自宅やグループホーム、危機ハウスなどで無報酬にて精神障害や自閉症、認知症などの人びとの介護をする人のことであり、家族も含まれる。
- 5) 2010年現在は25歳以下を対象としている (2010年3月バーミンガム大学 Birchwood 教授 (心理学) に確認)。
- 6) 2002年8月訪英時 Birchwood 教授より聴取。

文献

- Adams, N. & Girender, D.M.: Treatment Planning for Person-Centered Care: The Road to Mental Health and Addiction Recovery. Elsevier Academic Press, MA, 2005.
- Aguilera, D. C.: Support Systems and Community Mental Health. Behavioral Publication, 1974. (=小松源助・荒川義子: 危機介入の理論と実際—医療・看護・福祉のために。川島書店, 1997.)
- Appleby, L. The National Service Framework for Mental Health-Five Years On, Department of Health, London, 2004. (=日本精神障害者リハビリテーション学会監修: 英国保健省精神保健に関するサービス・フレームワーク - 5年の経過。日本精神障害者リハビリテーション学会, 43, 2005.)
- Barker, R.L.: The Social Work Dictionary, 5th.edition. NASW Press, Washington DC, 2003.
- Byrne, s., Birchwood, M., Trowen, P.E et al : A Casebook of Coynitive Behaviour Thera py for Command Hallucinations : A Social Pank Theory Approach. Rautledgi, London, 2006 (=菊池安希子監訳: 命令幻聴の認知行動療法、星和書店, 2010)
- Caplan, G.: Health An Approach to Community Mental Health. Grune & Stratton, New York, 1961.
- French, P. & Morrison, A.P.: Early Detection and Cognitive Therapy for People at High Risk of Developing Psychosis. John Wiley & Sons Ltd, 2004. (=松本和紀・宮腰哲生訳: 統合失調症の早期発見と認知療法—発症リスクの高い状態への治療的アプローチ—。星和書店, 2006.)
- 伊勢田堯: 自治体における精神保健活動の課題 - 今緊急に求められる家族支援・自殺対策・人格障害への対策。萌文社, 2008.
- 三品桂子: 利用者主導を貫く精神障害者ケアマネジメントの実践技術』へるす出版, 2003.
- 三品桂子・藤原正子: 英国における脱施設化とケースマネジメント—北バーミンガムを中心に。病院地域精神医学, 43(4), 396-405, 2003.
- Moxley, D.P.: The Practice of Case Management. Sage Publications, Inc, 1989. (=野中猛・加勢裕子監訳: ケースマネジメント入門。中央法規, 1994.)
- NASW. : Encyclopedia of Social Work ,20th edition, Vol.3. NASW Press, Washington, DC, 2008.
- Rapp, C.A., Carlson, L.: Strengths Case Management Training. School of Social Welfare. Office of Mental Health Research and Training, 2009. (= C. ラップ先生来日祈念学術フォーラム・研修会実行委員会主催: ストレngthsモデルのケースマネジメント資料.)
- Rapp, C.A. & Goscha, R.J.: The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities. (2nd Edition) . Oxford University Press, New York, 2006.
- Rooke, O. Birchwood, M.: Loss, humiliation and entrapment as appraisals of schizophrenic illness: a

- prospective study of depressed and non-depressed patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 259-268, 1999.
- Rooney, R.N.: *Strategies for Work with Involuntary Clients*. Columbia University Press, New York, 1992.
- Rothman, J. & Sager, J.S.: *Case Management: Integrating Individual and Community Practice*, 2nd edition. Allyn and Bacon, MA, 1998.
- 社団法人日本精神保健福祉連盟『精神保健福祉ならびに精神障害当事者・家族の視点による精神科救急システム充実のための支援等事業報告書』社団法人日本精神保健福祉連盟、2004。
- 塚田和美：厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 重症精神障害者に対する新たな訪問型の包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究 平成14年度—平成16年度 総合研究報告書。国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部，191-209、2005。
- テイラー M.: イギリス社会民主主義と第三セクター—第三の道か？ (山口二郎・宮本太郎・坪郷實編著：ポスト福祉国家とソーシャルガバナンス。ミネルヴァ書房，273-302，2005。
- Unger, K.V.: *Handbook on Supported Education: Providing Services for Students with Psychiatric Disabilities. Rehabilitation Through Education*, Portland, 2007..
- United States Department of Health and Human Services - Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SMHSA' S National Mental Health Information Center: Center for Mental Health Services.: *Evidenced-Based Practices : Implementation Resource Kit : Illness Management and Recovery*. United States Department of Health and Human Services, 2006. (日本精神障害者リハビリテーション学会監訳・日本心理教育・家族教室ネットワーク監訳：アメリカ連邦政府 EBP 実施・普及ツールキットシリーズ 5- I IMR・疾病管理とリハビリ I 本編。特定非営利活動法人地域精神保健機構 (コンボ)，2009。
- United States Department of Health and Human Services - Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SMHSA' S National Mental Health Information Center: Center for Mental Health Services.: *Evidenced-Based Practices : Implementation Resource Kit : Family Psychoeducation Toolkit*. United States Department of Health and Human Services, 2006. (日本精神障害者リハビリテーション学会監訳・日本心理教育・家族教室ネットワーク監訳：アメリカ連邦政府 EBP 実施・普及ツールキットシリーズ 3- II FPE・家族心理教育システム II ワークブック編。特定非営利活動法人地域精神保健機構 (コンボ)，2009。
- Wing, J.K. & Morris, B. (eds.) .: *Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice*, Oxford University Press, 1981. (高木隆郎監訳：精神科リハビリテーション—イギリスの経験。岩崎学術出版，1989.)
- 八重田淳：援助付き教育。精神科臨床サービス、9(2)、300-302，2009。

第6章 総合考察

第6章 総合考察

I はじめに

未治療・治療中断者へのアプローチは、これまで保健所によって行われてきたが、十分には対応し切れていなかったために、未治療期間や治療中断の期間が長期化し、そのため当事者の回復を遅らせ、家族は大きな負担を強いられてきた。保健所の精神保健福祉相談員や保健師にとっても、未治療・治療中断者へのアプローチは、体制が不十分なため自らの無力感と責任を強く感じざるを得ない大きな課題であった。

このような日本のシステムの中で、2003年に ACT 臨床活動が ACT-J によって開始されたが、ACT-J は研究事業であったために、国府台病院に入院した利用者のうち同意がとれた患者を対象にする活動であった。したがって未治療・治療中断者への支援が ACT によって開始されたのは、2004年の6月の ACT-K の臨床活動からである。また、2005年7月に開始された ACT-おかやまは、精神保健福祉センターという公的機関であったために保健所からの危機介入事例の依頼が多く、その中には未治療・治療中断者も含まれた。

本研究事業は、日本でも早期に ACT 活動を開始した ACT-K と ACT-おかやまから一部利用者を引き継いだ ACT-Z を調査対象機関とし、2つの機関のサービス利用者とサービス提供に携わった ACT チームのスタッフを調査対象とした。ここでは研究1から研究4を通した総合考察を行う。

II 生活場面における未治療・治療中断者への介入の効果と方法

1 効果

多くの未治療・治療中断者は、自宅に閉じこもり外出が困難であり、多職種チームが訪問をすることで人間への信頼関係を取り戻し、治療を必要なものとして受け入れるように変化する。BPRS と Rehab の変化を見ると、BPRS では「攻撃性」、Rehab では「ことばの技能」「ことばのわかりやすさ」の改善が認められた。一方、「セルフケア」や「社会生活の技能」には変化は認められなかった。これは、今回の調査対象者が6年以上の長期にわたって未治療や治療中断であった者が多いことから、「セルフケア」や「社会生活の技能」に関しては、長期の支援のなかで改善していくと考えられる。また、投薬が難しい状況であり、かつ、精神症状や生活上の困難を持っている利用者であっても、適切な支援が提供されることによって、地域での生活を維持できることも明らかになった。これは英国の積極的訪問チームが語る効果と同様の結果を示している（三品2009）。

2 方法

未治療・治療中断者へのアプローチの方法は、多職種チームであっても最初は少数のスタッフが関係づくりを行い、利用者の受け入れ状況とニーズに応じてスタッフを増やしていく。それは、未治療・治療中断者は他者や専門職への介入に何らかの抵抗を持っているからである。介入時は、医師によって医療的アセスメントを行い、病状や自傷他害などのリスクアセスメントを含めて地域生活の継続が可能かどうかの判断し、精神保健福祉士によって心理的・社会的アセスメントをしながら社会資源の利用も視野に入れたケースマネジメントを行っていく。その間、必要な医療は従来期待された投薬・処置等の狭義の医療ではなく、利用者の生活を重視し、タイムリーなアウトリーチ

によって行われる医療的アセスメント（広義の医療）である。調査対象とした2つのチームは、診療所に看護師を配置していなかったために看護師による介入は少なかったが、診療所に看護師を配置すればさらに効果的な介入が行えると考えられる。

支援のコツは、「利用者スタッフとの関係づくり」「利用者家族とスタッフとの関係づくり」「精神症状・心理的側面への援助」「利用者のストレスやニーズをアセスメントするための情報収集」などを中心に行い、介入時に投薬等の具体的医療行為である「狭義の医療行為（投薬・処置等）」は行わず、信頼関係が確立してから開始する。特筆すべきことは、導入時に医療としてかなり高頻度に症状等の観察・アセスメントがなされていたことである。このような症状に関するアセスメントも広義の医療に入ると考えられる。

特に治療中断者は過去に受けた医療等専門職からの支援に傷ついた体験があるため、「入院」「治療」「服薬」などの言葉は禁句とも言えるほど細心の注意を払ったうえで使用すべきであり、本研究結果では、利用者のニーズに沿った支援が功を奏している。この点は、保健所における未治療・治療者への支援が「受診勧奨」に焦点を当てて行われるのと大きな違いである。

保健所では、必要に応じた時間に利用者と呼称の合うスタッフが訪問する体制は無い。また、足繁く訪問し信頼関係が構築でき、治療の必要性を利用者が納得しても、何年も自宅に閉じこもっていた利用者が、外出するという行動そのものに恐れを抱き、外出して精神科医療機関に出向くことは難しい。したがって、治療の導入は往診という形で行い、徐々に通院へと切り替えることで未治療・治療中断者の回復を促すことが可能になるのである。

Ⅲ 多職種チームによる重度精神疾患のある人への生活支援の効果と方法

1 効果

重度精神疾患のある人の多くは精神科病院に入院しているが、そのような対象者であっても在宅で危機を乗り切ることができることが明らかになった。在宅で起こる危機状況は、急性期症状の出現、ストレスフルな出来事への遭遇、身体疾患の合併などであった。すなわち、多職種チームが支援を提供していても、危機状況が訪れる人びとがあり、多職種チームはそれが深刻な事態にならないために予防的に介入することで、4週間以内に7割以上の利用者が危機状況から脱することが可能であり、入院を回避できることが明らかになった。ただし、危機状況を回避するためには、自宅とは異なる安心出来る場所が必要な利用者もあり、わが国では危機ハウスがないことが課題であることもこの研究で明らかになった。そのために調査対象機関ではスタッフが泊まり込んで支援したり、ホテルに同伴で宿泊したりするという事例もあり、スタッフの負担を大きくしていた。危機ハウスが整備されると、さらに多職種チームの支援から恩恵を得る人が増えるであろう。

2 方法

危機介入時には、社会的資源を新たに活用するよりも、人的資源が投入される傾向があり、特に看護師の介入が増える傾向が認められた。そして、訪問日数は約3から4日/週、訪問時間は約5時間/週程度であった。この理由を危機内容から推測すると、「身体疾患の合併」の場合は、精神症状だけでなく身体症状のアセスメントや援助が必要になるためと考えられる。また、「急性期症状の出現」が身体的側面への影響を与えることもあり、総合的にアセスメントをし、生命の危険を回避することが求められるからであろう。

援助内容は、「利用者スタッフとの関係づくり」「精神症状・心理的側面への援助」「利用者家

族とスタッフとの関係づくり」「利用者のストレングスやニーズをアセスメントするための情報収集」などが中心に行われていた。これらの援助内容は研究1と共通して多く行われる傾向があったことから、地域生活を支援するための基本となる援助であると考えられる。また、危機介入中には、「服薬行動の支援」や「身体的健康・食生活・生活環境のアセスメントや観察」などが多く行われ、医療行為よりも服薬の管理や身体的健康状況や生活状況を見守るという形の介入が行われていた。

IV 家族支援の重要性

日本では、精神障害のある人は家族との同居率が高く、本調査の対象者も8割が家族と同居していた。したがって、初回相談は家族がもたらすことが多く、身近でケアを担っているのは家族であり、家族を支援することで利用者の回復は進んでいく。このような実態から、わが国では欧米諸国よりも家族支援がはるかに重要であり、しかも未治療・治療中断者や、重度精神疾患のある人の家族は、今までの家族支援に失望していること、利用者置いて家を空けられないことなどから、従来の医療機関や保健所へ出かけて心理教育を受けるという形の支援は馴染まないことが明らかになった。スタッフは、訪問のなかで家族と話し合い、時には利用者を含めた家族全員で話し合いを行っていた。これは、家族だけを切り離して教育するよりも、利用者を含めた家族全員がコミュニケーション技術を獲得し、各自のニーズをお互いに理解しあっていくことが重要であることを示唆しており、英国で広く活用されている行動療法的訪問家族療法の必要性がうかがわれる。

V 新たなシステムの構築

研究1～3の結果から重度精疾患のある人には、地域に拠点を置いた多職種チームの支援が有効であることが明らかになった。この多職種チームのアプローチをさらに有効に機能させるためには、現状のシステムの変革が必要である。したがって、どのようなシステムが必要かを保健所、精神保健福祉センター、ACT チームで働いているスタッフ等によるワーキンググループで討議し、保健所や精神保健福祉センターを核とした新たなシステムを明らかにした。

保健所や精神保健福祉センターを中心に据えたのは、利用者の基準や支援内容、多職種チームからの支援終了基準を一定にするためであり、公平性の確保や透明性を図るためでもある。また、新たなシステムを設けるには、必ずシステムが適切に運営され、良質のサービスの提供を保證するモニタリング機能が明確でなければならないことから、行政が中心になることが必須である。

VI おわりに

ACTの臨床活動は、わが国で開始されて7年間、未治療・治療中断者へのアプローチは6年弱であり、しかも本研究事業の対象機関は2つであり、対象者も少ない。したがって、今後さらに研究を継続していく必要があり、また、ACT臨床活動をどこでも展開しやすくするために制度化が必要である。制度が整わないなかでの研究結果であるが、本研究事業では未治療・治療中断者を含む重度精神疾患のある人に多職種チームが、その人の生活の場に赴き、医療を含む生活支援を届けることの効果を明らかにした。さらにこのような支援を系統的に構築するためのマニュアルを作成し、全国各地のシステムの整備のあり方を提示した。今後は、いくつかの地域で先駆的にこのシステムの構築がなされ、さらに精緻化されることを期待したい。

文献

三品桂子：重い精神障害のある人の地域生活支援における援助者の実践スキル：英国バーミンガムの質的調査結果と結果が示唆すること、精神保健福祉. 40(4), 341-351, 2009.

第7章 提 言

第7章 提言

1 はじめに

最後に本研究事業を行った結果、重度精神疾患のある人や未治療・治療中断者への支援を研究4で描いたマニュアルによって展開するためにいくつかの提言を行う。研究4においては、ワーキンググループで検討したうえで全国4か所でエキスパートレビューを行い、さらに学識経験者からもエキスパートレビューを受け、システムがどこの地域でも構築可能になるよう試みた。その過程で本システムを構築するための提言が得られたのでまとめた。

1 提言

(1) 体制整備

1) ヒューマンパワーの整備

①精神保健福祉センター

- ・このシステムを円滑に運営するために、精神保健福祉センターが各都道府県でモデル事業として重度精神疾患のある人の地域生活支援に取り組む。
- ・民間の多職種チームが重度精神疾患のある人の地域生活支援に取り組むために行う保健所のジョイントインテーク会議、モニタリング、エバリュエーション会議に必要な医療的アセスメントや保健所への技術支援・技術援助を行うための課を精神保健福祉センター内に設置し、精神科医や精神保健福祉士、保健師等を配置する。
- ・多職種チームや保健所職員の研修を行う職員を配置する。

②保健所

来談者への相談指導、情報収集、ジョイントインテーク会議、モニタリング、エバリュエーション会議、コーディネーション、サポートネットワークの構築にあたるため、精神保健福祉相談員を各保健所に最低2名配置する。

③多職種チーム

多職種チームは、ACTのハーフチームの基準を満たすよう職員を配置する。ハーフチームとは、6～7人程度で構成される。

④委託相談支援事業所

委託相談支援事業所は、利用者の家、または働く場所などに週1回は訪問を行い、ケアマネジメントが実施できる体制を整えるため、常勤職員を6人程度に増員する。そして、1人のケアマネジャーが20人程度を担当することとする。

2) 診療報酬への組み込み

①多職種チームによる重度精神疾患のある人への包括型生活支援料

未治療・治療中断者に対しては、現行の診療報酬制度では対象にならない支援内容がある。例えば、1日の頻回訪問、入院中の訪問や外泊の付き添いなどである。これらを含めた多職種チームによる重度精神疾患のある人への包括型生活支援料を新設する。なお、この中には、精神保健福祉士や看護師が行う家族療法や家族カウンセリング料も設定する。

②勤務機関による給与の差の導入

精神科病院や診療所デイケアなどで勤務するより、訪問専門の多職種チームで働く方が、職員の給与が高くなるような診療報酬の単価を設定する。地域移行は患者の移行だけでなく、職員の移行を促進する制度を導入しないと達成できないからである。また、訪問活動の方がより労働は厳しく、職員の高い資質が要求されることから、臨床能力の高い職員を訪問専門の多職種チームが確保しやすいように給与保証をする。

3) 精神保健福祉法制度の改正

①医療保護入院制度の廃止

未治療・治療中断者や頻回入院者を生み出している要因の1つに保護者制度と医療保護入院制度がある。これらを廃止し、措置入院と任意入院のみに入院制度を改める。

②措置入院の増加に歯止めをかけるための通院命令制度の設置

医療保護入院制度の廃止とともに措置入院者が増加することに歯止めをかけ、地域で治療を促進することを目的に通院命令制度を採り入れ、通院が自発的に行えない対象者には、多職種チームによる支援を受けることを条件とする。

(2) 対象者の範囲

新たに精神保健福祉法が改正されるまでは、このシステムの対象者は、利用者や家族の同意をとれている者のみとする。利用者や家族の同意がとれていない者については、従来どおり保健所が対応する。

(3) 地域で働く専門職のスキルアップと研修

1) 専門職の理念

このシステムをうまく運営するには、地域での支援を第一と考え、まず24時間の地域生活支援を行い、それで危機を回避できなかったり、回復が望めなかったりする場合にはのみ入院を考えるという視点をもつことが肝心である。そのためには専門職の理念の転換やリカバリー志向の支援を専門職が身につける必要がある。

2) スキルアップと研修

病院や施設での援助と異なり、利用者の自宅や地域での支援は、利用者側に選択権がある。そのため、専門職は利用者のニーズに応えられるだけの高い臨床能力を備えることが不可欠になる。したがって、米国のACTチームのスタッフが、修士レベルを期待されているように、わが国でも専門職のスキルアップが求められる。

3) 研修機関と研修制度の確立

臨床能力の高い専門職を養成するためには大学院教育が重要となるが、同時に現任者の教育が必要であり、訪問専門の多職種チームで働く前には初任者研修を、チーム配属後は継続研修を受けられるような体系的な研修制度を設ける。研修の実施機関は、精神保健福祉センターとし、精神保健福祉センターは研修の実施機関になるためにも、まずセンターで訪問専門の多職種チームの活動を展開することが求められる。

(4) 広報普及

未治療・治療中断者や頻回入院を繰り返す人などへの広報活動を政府公報として行い、早期の相談と受診に結び付ける努力をする。

(5) 地域で働く職員の健康管理

精神保健先進諸国では ACT、もしくは同様の臨床活動をするスタッフの燃え尽きが指摘されている (Boyer, & Bond, 1999; Carney, Donovan, Yurdin, et al. 1993; Kirk, Koeske, 1993; Salyers, & Bond, 2001; Schulz, Greenley, & Brown, 1995)。燃え尽き防止にはいくつかの方法があるが、定期的な長期休暇を与えることも重要であり、訪問専門の多職種チームにおいては、年に2回10日から2週間程度の休暇制度を設ける。

Ⅲ おわりに

今回の提言は直ぐに実現可能なこと、法制度の改正を要することなどさまざまであるが、優先順位をつけながら地道に改革していくことで達成可能なことである。わが国の精神保健施策を世界標準に近づけるために、本研究事業の結果と提言が活用され、1日でも早く地域に事務所を置く ACT が制度化されることを期待する。そして、未治療・治療中断者や、頻回に入退院を繰り返す人びと、家族が代理受診をしている人などのリカバリーを促進し、家族が利用者の介護から解放され、良好な家族関係が結べるよう、新たな精神保健システムが構築されることを願う。

そのためには、本研究事業を基に厚生労働省を中心に行政機関がガイドラインを提示し、各地でモデル事業が取組まれることを期待する。

最後に、ACT 事務所は病院内に置くものでなく、地域に開設されてこそ ACT であることを強調し、提言とする。

文献

- Boyer, S.L., & Bond, G.R.: Does assertive community treatment reduce burnout?: A comparison with traditional case management. *Mental Health Service Research*, 1: 31-45, 1999..
- Carney, J., Donovan, R., Yurdin, M. et al. : Incidence of burnout among New York City intensive case managers: Summary of findings. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4) : 25-38, 1993.
- Kirk, S.A. Koeske, R.D.: Changes in health and job attitudes of case managers providing intensive services. *Hospital and Community Psychiatry*, 44: 166-73, 1993.
- Salyers, M.P., & Bond, G.R.: An exploratory analysis of racial factors in staff burnout among assertive community treatment workers. *Community Mental Health Journal*, 37(5) : 393-404, 2001..
- Schulz, R., Greenley, J.R., & Brown, R.: Organization, management, and clients effect on staff burnout. *Journal of Health Social Behavior*, 36: 333-345, 1995.

資 料

資料1

リスクアセスメント票

利用者氏名 _____

住所 _____

生年月日 _____

日時： 年 月 日 記入者： _____

<p>1. リスクアセスメント (既往) 該当するものをVチェックして下さい</p> <p>①暴力の既往</p> <p>なし <input type="checkbox"/></p> <p>1回 <input type="checkbox"/></p> <p>2回 <input type="checkbox"/></p> <p>3回 <input type="checkbox"/></p> <p>3回以上 <input type="checkbox"/></p> <p>暴力の脅し <input type="checkbox"/></p> <p>②最も重大な自傷</p> <p>なし <input type="checkbox"/></p> <p>些細な傷害 <input type="checkbox"/></p> <p>重大な傷害 <input type="checkbox"/></p> <p>致死性 <input type="checkbox"/></p> <p>③自殺企図</p> <p>1回 <input type="checkbox"/></p> <p>2回 <input type="checkbox"/></p> <p>3回 <input type="checkbox"/></p> <p>3回以上 <input type="checkbox"/></p> <p>④その他の自傷 (拒食、拒薬 etc.)</p> <p>なし <input type="checkbox"/></p> <p>あった <input type="checkbox"/></p> <p>⑤放火の既往</p> <p>なし <input type="checkbox"/></p> <p>あった <input type="checkbox"/></p> <p>脅し <input type="checkbox"/></p> <p>⑥児童虐待の既往</p> <p>なし <input type="checkbox"/></p> <p>あった <input type="checkbox"/></p> <p>脅し <input type="checkbox"/></p> <p>⑦拘束の既往</p> <p>閉鎖病棟 <input type="checkbox"/></p> <p>触法関連病棟 <input type="checkbox"/></p> <p>拘置所 <input type="checkbox"/></p> <p>なし <input type="checkbox"/></p> <p>⑧精神保健サービスからの脱落</p> <p>あった <input type="checkbox"/></p>	<p>2. 行動面でのリスク (過去) 該当するものをVチェックして下さい</p> <p>・ 自宅、戸外での予期せぬ自傷 (飛降り etc.) <input type="checkbox"/></p> <p>・ アルコール乱用 <input type="checkbox"/></p> <p>・ 放火 (計画的) <input type="checkbox"/></p> <p>・ 薬物乱用 <input type="checkbox"/></p> <p>・ 拒薬 (断薬) <input type="checkbox"/></p> <p>・ 大量服薬 <input type="checkbox"/></p> <p>・ その他の乱用のリスク <input type="checkbox"/></p> <p>・ 児童虐待、虐待のリスク <input type="checkbox"/></p> <p>・ 身体的自傷 (リストカット) <input type="checkbox"/></p> <p>・ その他の自傷 <input type="checkbox"/></p> <p>・ 性的暴行 <input type="checkbox"/></p> <p>・ 家庭内暴力 <input type="checkbox"/></p> <p>・ スタッフへの暴力 <input type="checkbox"/></p> <p>・ 他の患者への暴力 <input type="checkbox"/></p> <p>・ 一般市民への暴力 <input type="checkbox"/></p> <p>・ 警察が関係した事件 <input type="checkbox"/></p>
---	--

現在の精神状態

自傷や他害のリスクを増強させる徴候と考えられる活発な症状がありますか？

ない ある

説明して下さい：

家族／ケアする人

家族やケアする人が心配することはありますか？ ない ある

説明して下さい：

出所：ACT-Zero 岡山

資料2

初期計画票

日時： 年 月 日

利用者：

担当者：

1. ○○さんの希望

3. 他機関・地域からの情報

4. ○○さんのストレンダス

5. アセスメント（総合的判断）

6. 当面の目標（4週間）

7. 目標達成するために

	目標達成のために	○○さんができること	友人・家族ができること	多職種チームができること	関係機関ができること	振り返る日付
1						
2						
3						

出所：ACT-Zero 岡山作成を一部改変

資料3

ストレングスアセスメント

利用者の名前

支援者の名前

現在のストレングス： 今の私のストレングスは何か？	個人の希望・願望： 何を希望するのか？	資源：個人的、社会的： 過去に私が利用した ストレングスは何か？
日常生活状況		
経済／保険		
職業／教育		
社会的支援		
健康		
レジャー／余暇		
スピリチュアリティ（精神性）／文化		
優先順位は何ですか？		
1		3.
2		4.
利用者のコメント		支援者のコメント
利用者のサイン	日付	支援者のサイン 日付

出所：Rapp & Goscha.(2006). The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities,2nd Edition. Pp.99-100. 一部改変

資料 4

終了基準（重要度順）

（過去 12 か月間）

	チェック項目	過去 12 か月	
		YES	NO
1	利用者は、多職種チームのスタッフとよい関係を保っている。 （スタッフと自主的に会うか、約束をきちんと守っているか、友好性に欠けたり、あるいは攻撃的であったりしないかを考慮に入れること）		
2	利用者は、本サービス、あるいは入院、あるいは本サービスと同等の綿密なサポートを必要としてない。		
3	利用者は、自傷、他人への危害といった行動はない。		
4	利用者は、身支度などの自己管理はできる。		
5	利用者の精神状態は比較的安定している。（例：常にある持続的な症状が、ストレスとなっていないか）		
6	利用者は、大体にして服薬を行っている。		
7	利用者は、生活していくうえで、深刻な症状発症や不安定な状態を起こすような薬物を使っていない。		
8	利用者は、自分の住まいに満足している。		
9	利用者は、家族、あるいは友人からサポートが得られる関係がある。 （例：何か問題が起こったとき、支援してくれる人はいるか）		
10	利用者は、必要なときに援助を求めることができる。		
11	利用者は、症状が悪くなる要因、あるいは症状の初期のサインに気づいている。また、初期症状の管理の仕方を知っている。		
12	利用者は、有意義な職能、就労、趣味の活動がある。		
13	利用者は、毎日の生活上の管理（金銭、調理、自己管理）ができる。		
14	利用者は、24 時間支援が受けられる環境にいる。		
15	支援担当者、あるいは他のチームメンバーから、このサービスから離れることによって、利用者の健康的で、幸福に生きていくための長期的な福祉に差し障りが生じるだろうという意見が、直近の 6 か月の間に出していない。		
16	本サービスから利用者を行き先へ移行させても介護者（家族）への好ましくない影響はない。		
17	利用者の主となっている支援者／介護者（家族）が、本サービスのもとでの継続した治療の必要性はないと考えている。		
18	利用者は、この 1 年間において、1 か月のうち平均的に 5 回以上の訪問を必要としていない。		

*はい… 1 点、いいえを 0 点として判定。

* 15 点以上ならば移行・終了とする。

平成 21 年度 厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）

多職種による重度精神疾患患者への治療介入と
生活支援に関する調査研究事業
—新たな地域精神保健システムの構築—
報 告 書

平成 22 年 3 月

発行・編集 特定非営利活動法人 京都メンタルケア・アクション
〒 604-0981 京都市中京区御幸町通竹屋街上る毘沙門町 557-2
ACT-K オフィス
TEL. 075-231-3610 FAX.075-254-3078
