

第15回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

平成21年3月26日

資料3

ケアマネジメント・ACTについて

【これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)より】(抜粋)

(医療・福祉の総合的な提供)

緊急時の相談支援やケアマネジメント機能の充実、訪問看護等在宅医療の充実を踏まえて、精神症状が持続的に不安定な患者を含め地域生活を営む精神障害者に対する複合的なサービス提供のあり方について、これまでの研究成果にも留意しつつ検討すべきではないか。

ケアマネジメント

〈ケアマネジメントとは〉

福祉・医療・保健・就労・教育など、人々の生活ニーズと、地域にあるさまざまな社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて、調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法。

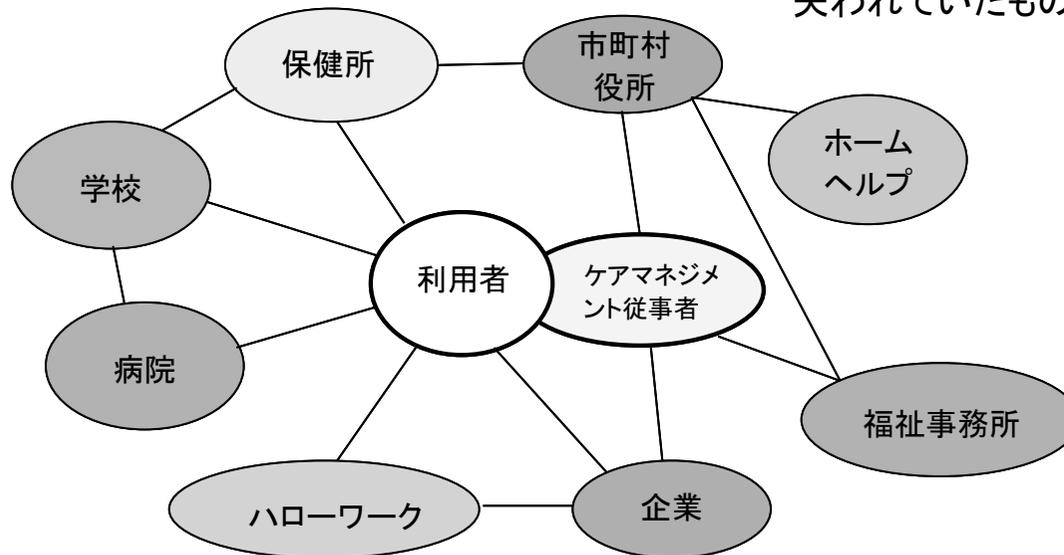
〈ケアマネジメントの目的〉

「ノーマライゼーションの実現」

○ 障害をもつ人を特別扱いするのではなく、全ての人間がともに地域社会の一員として、普通の生活を送るのが当たり前であるという考え方。

「リカバリー（回復）」

○ 希望、権利、役割、尊厳、などの、障害によって失われていたものを取り戻すこと。



利用者を中心としたケアマネジメント
(※参考資料を一部改変し学校、企業を追加)

参考資料：平成16年度厚生労働科学研究補助金、精神障害者に対する効果的福祉サービスのあり方に関する研究、「精神障害者ケアガイドライン」、主任研究者：高橋清久

精神障害者の現状

(総患者数 約303万人:平成17年患者調査)

精神科病院 約32万人

措置入院 2,276人	医療保護入院 118,069人	任意入院 202,231人	その他入院 1,759人
----------------	--------------------	------------------	-----------------

(H17. 6月末現在:精神・障害保健課調)

精神障害者
保健福祉
手帳所持者

404,883人
(平成18年度末
現在)

精神障害者社会復帰施設(入所)
生活訓練施設、入所授産施設入所者 : 5,085人
(平成18年 社会福祉施設等調査)

退院患者 30,498人/月
新規入院患者 31,501人/月
(H17. 6:精神・障害保健課調)

地域

住

自宅(持家・借家) 福祉ホーム: 2,964人 (H18 社会福祉施設等調査報告)
グループホーム: 7,955人 ケアホーム: 2,604人 (国保連データ速報(H19.12))

生活

訪問サービス

居宅介護 : 18,209人
重度訪問介護 : 5人
行動援護 : 7人
重度障害者等包括支援: 0人
(国保連データ速報(H19.12))

訪問看護

約11,000人
(精神通院医療関係
レセプト推計/月)

短期入所

489人
(国保連データ速報(H19.12))

精神通院医療

約117万人
平成18年度支給認定者数
(精神・障害保健課調)

活動

雇用 1.3万人

(H15 障害者雇用実態調査)

職業訓練 (平成18年度定例業務統計)

障害者職業能力開発校入校者数 57人
一般の職業能力開発校入校者数 83人
委託訓練受講者数 1258人

就労訓練・日中活動

(新体系サービス)

生活介護: 384人
自立訓練(機能訓練): 5人
自立訓練(生活訓練): 1,443人
就労移行支援: 2,152人
就労継続支援(A型): 562人
就労継続支援(B型): 8,796人
(国保連データ速報(H19.12.))

(旧体系サービス)

通所授産施設: 7,698人
福祉工場: 411人
小規模通所授産施設: 9,112人
(H18 社会福祉施設等調査報告)

デイ・ケア等

(H17. 6 精神・障害保健課調)

精神科デイ・ケア 62,461人/月 精神科デイ・ナイト・ケア 9,869人/月 精神科ナイト・ケア 2,367人/月

相談支援

全市町村で実施 (自立支援協議会設置市町村数:50%)

精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援の一層の推進に向けて 「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会(中間まとめ)」より抜粋

平成20年11月20日

(相談支援体制の充実強化)

- 精神障害者が病院等から地域生活に移行し、安心して地域生活を営んでいけるよう、総合的な相談を行う拠点的な機関の設置等、地域における総合的な相談支援体制を充実すべき。

(ケアマネジメント機能の拡充)

- 精神障害者に対する、医療サービスも含めた総合的なケアマネジメント機能を充実する観点から、サービス利用計画作成費について、病院等から地域生活への移行や地域での自立した生活を営むことを目指す者を含め、その対象者を拡大するなど、充実を図るべき。
- 精神障害者本人による自己選択、自己決定を尊重しつつ、個々の精神障害者の状況に応じたケアマネジメントが促進されるよう、サービス利用計画作成手続について、現在支給決定後に作成することとなっている取扱いを見直すとともに、作成後においても、継続的にモニタリングを実施する仕組みとすべき。

社会保障審議会障害者部会・報告の概要より抜粋

平成20年12月16日

1. 相談支援

- 地域の相談支援体制の強化や質の向上。相談支援の拠点的機関の設置。
- サービス利用計画作成の対象者をすべての障害者に拡大するとともに、ケアマネジメントに基づいて市町村が支給決定する仕組みを導入。

ACTの基本的構造

- 頻回の在宅訪問、生活の場での協働作業など、アウトリーチを主体とする
- 看護師・PSW・OT等の多職種がチームを形成する
- 関係作りから、心理教育、服薬自己管理の支援、危機介入、スキルトレーニング、日常生活自己管理の支援、社会資源の活用への支援、家族支援、就労支援など、多彩なサービスを提供する
- チーム精神科医がおり、利用者の処方、危機介入などを、チームと密なコミュニケーションをとりながら行う
- 24時間週7日対応を原則とし危機介入にも対応する
- ケアマネジメントの手法を用い、包括的なケアプランを作成し、利用者のニーズに合致したサービス提供を心がける。

ACTのサイズ、対象者

- ACTの標準のサイズは、7～10人のスタッフで、70～100人の利用者の支援
 - 夜間や休日のオンコール体制を組む必要
 - ケースロードは1:10程度を基本
- ACTの対象者は精神科医療のheavy userである
 - 18歳～65歳程度
 - 主診断:統合失調症、双極性障害、重症うつ病等「重度かつ継続する」障害をもつもの。
 - オフィスから車で30分以内ていどのキャッチメントエリア
 - 過去2年間の間に複数回の精神科入院歴(たとえば2回以上)、あるいは一定日数以上の入院日数(たとえば100日以上)
 - 生活機能のレベルが一定以下(過去1年間の最高GAFが50以下)、あるいはホームレス、医療中断、自傷他害の恐れなど、社会生活を維持する上での大きな困難をかかえていること

市川モデル(ACT-J)

- 《設立主体》 NPO法人立訪問看護ステーション
- 《チーム構成》ステーションに、看護師3、作業療法士3（1人は就労支援）、精神保健福祉士1
- 《チーム精神科医》国府台病院所属の精神科医1名・・・主治医担当,密接なコミュニケーション
- 《入り口》 国立国際医療センター-国府台病院精神科、市川保健所、松戸保健所
- 《出口》 地域のケアマネジメント・チーム、国府台病院訪問看護、
- 《財源》 訪問看護ステーション収益、県モデル事業(精神保健福祉士人件費)、寄付など

京都モデル(ACT-K)

- 《設立主体》訪問型診療所、訪問看護ステーション、NPO法人
- 《チーム構成》精神保健福祉士5、薬剤師1(以上、診療所)、看護師4、作業療法士1(以上、ステーション)
- 《チーム精神科医》診療所医師
- 《入り口》保健所、福祉事務所、地域の精神科診療所
- 《出口》 地域の精神科診療所？
- 《財源》訪問型診療所収益(医師訪問、精神科訪問看護、訪問薬剤管理指導)、訪問看護ステーション収益

岡山モデル(ACT-おかやま)

- 《設立主体》精神保健福祉センター
- 《チーム構成》常勤スタッフ1、非常勤スタッフ5(精神保健福祉士、作業療法士、看護師(保健師)、臨床心理士)
- 《チーム精神科医》精神保健福祉センター医師
- 《入り口》保健所、市町村、地域活動支援センター(危機介入)、精神科病院(退院促進)
- 《出口》 通院医療機関、地域資源(安定した医療供給、生活支援)
- 《財源》県費

ACTの効果についての研究成果の論文数

調査項目	良好	不変	悪化
入院期間の短縮	14	8	1
地域生活の安定	9	2	1
患者の満足度	6	1	0
症状の軽減	8	8	0
QOLの向上	7	6	0
家族の満足度	2	2	0
服薬管理の向上	2	2	0
社会適応(役割等)の向上	3	11	0
職業的機能の向上	3	5	0

効果
有り

出典: K.Muserらによるレビュー論文(コントロール群をおいたACT,ICMの効果判定)を一部改変。
(Mueser KT et. Models of Community care for severe mental illness : a review of research on
case management, Schizophr Bull, 1998; 21(4): 37-74)

現状及び課題

- 障害者自立支援法の見直しに併せ、サービス利用計画作成費の対象者の拡大等を行い、相談支援の拡充を図ることとしている。
- 精神障害者の利用するサービスは、障害福祉、保健医療、就労支援等の多岐にわたっている。利用者の状況によっては、障害福祉サービスを中心に利用する場合や、医療サービスを中心に利用する場合もある。
- 病状が特に不安定な精神障害者については、状態の変化を把握して、極めて迅速に医療サービス等の実施に反映することが求められる。
- 重症精神障害者の地域生活を支える仕組みとして、ACTが提唱されており、国内でもモデルとなる取り組みが行われている



- これらを踏まえ、精神障害者の様々な状況に応じて、適切にマネジメントを行うことができる体制の確立が求められる。その際、サービス提供事業者からの中立性にも配慮が必要である。

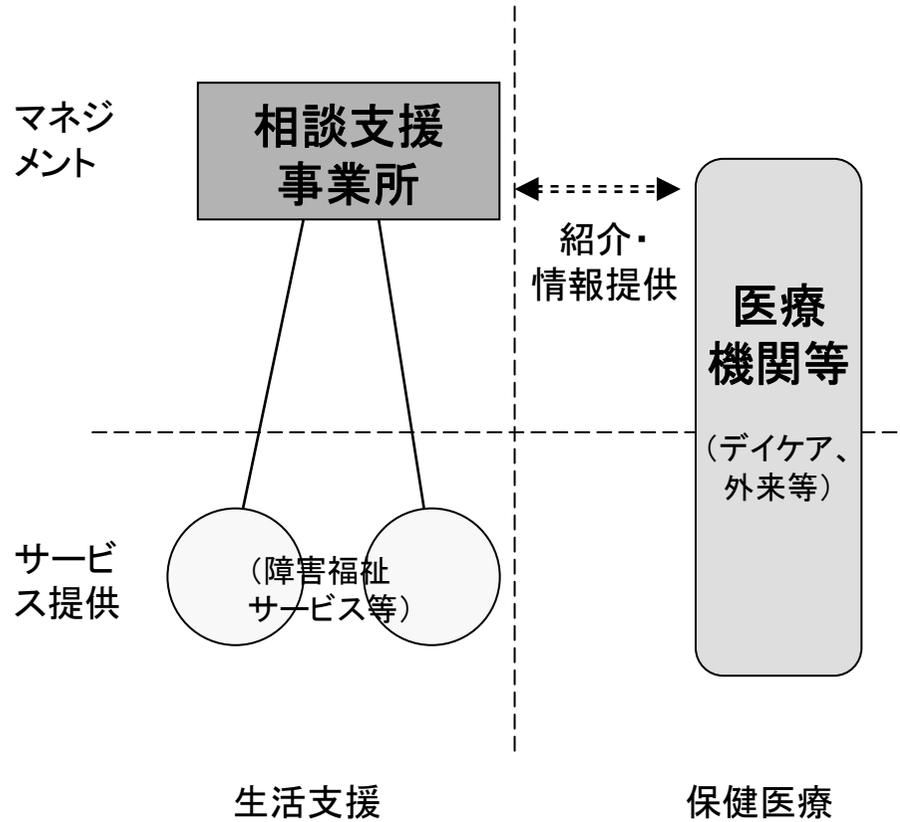
検討の方向

- 精神障害者の地域生活支援のための基本的な体制として、指定相談支援事業所が、医療機関と連携を図りつつ、マネジメントを実施する体制の確立が求められる。
- 入院を繰り返す者等、重症の精神障害者の地域生活支援に当たっては、訪問看護ステーション等がマネジメント又はその一部を担うとともに、多職種が連携することにより、精神障害者の状態の変化に応じて、迅速かつ適切に支援できる仕組みとするべきではないか。
- 中でも、極めて重症な者については、重点的かつ包括的に支援を行う仕組みの構築を図るべきではないか。このような支援の対象者は、受診中断者や未受診者など、危機介入を行うべき対象者とも重複することから、危機介入の体制と連続性のある、もしくは一体的な仕組みとするべきではないか。
- これらの仕組みの導入に当たっては、具体的な体制のあり方について検討するとともに、対象者の明確化を図るべきではないか。

マネジメント体制の例

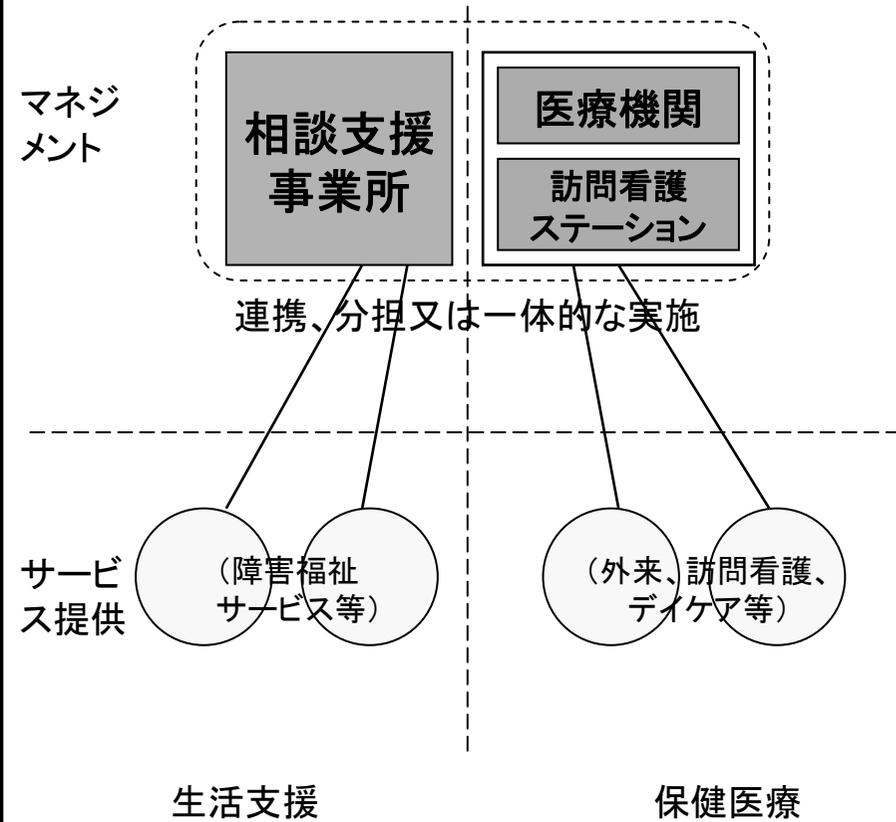
精神障害者の重症度、状態の安定性、利用するサービスの種類等により、適切なサービス提供及びマネジメントの体制を構築することが求められる。

(例1)



障害福祉サービス等の利用については、相談支援事業所によりマネジメントを行うと共に、定期的な通院等の医療サービスを行う医療機関等との間で、互いに情報提供を行う。

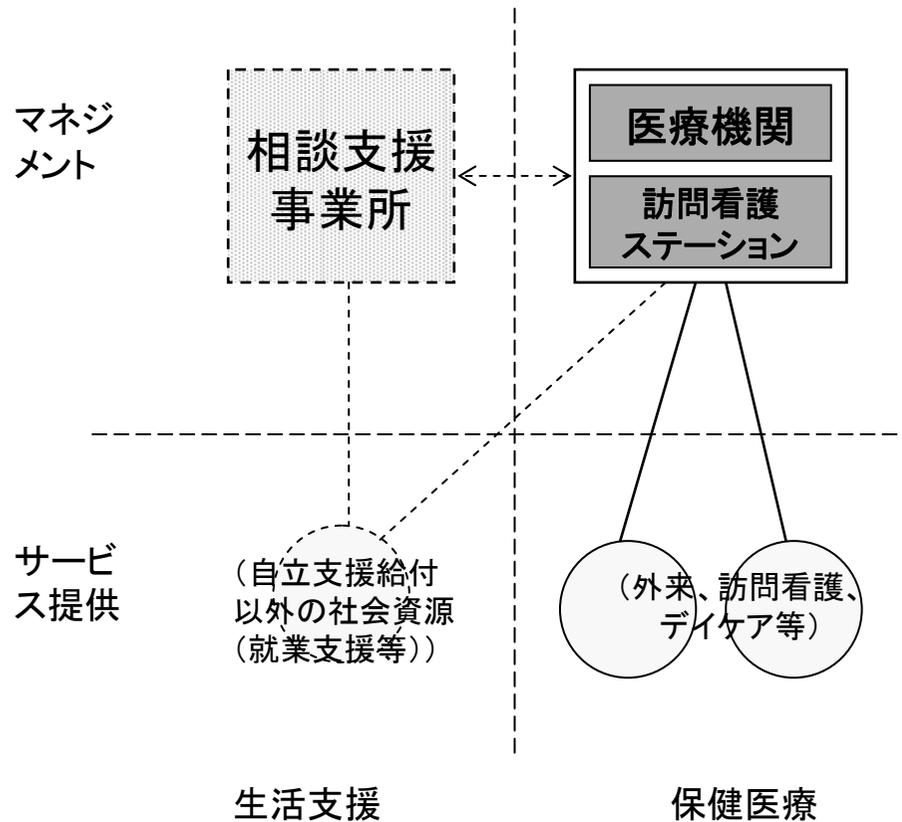
(例2)



相談支援事業所と、医療機関・訪問看護ステーションが連携し、生活支援・保健医療の各サービスのマネジメントを行う。連携の方法と密度には、様々な場合が考えられる(医療機関が相談支援事業所を兼ねる、医療機関がモニタリングを行い相談支援事業所が計画作成を行う等)。

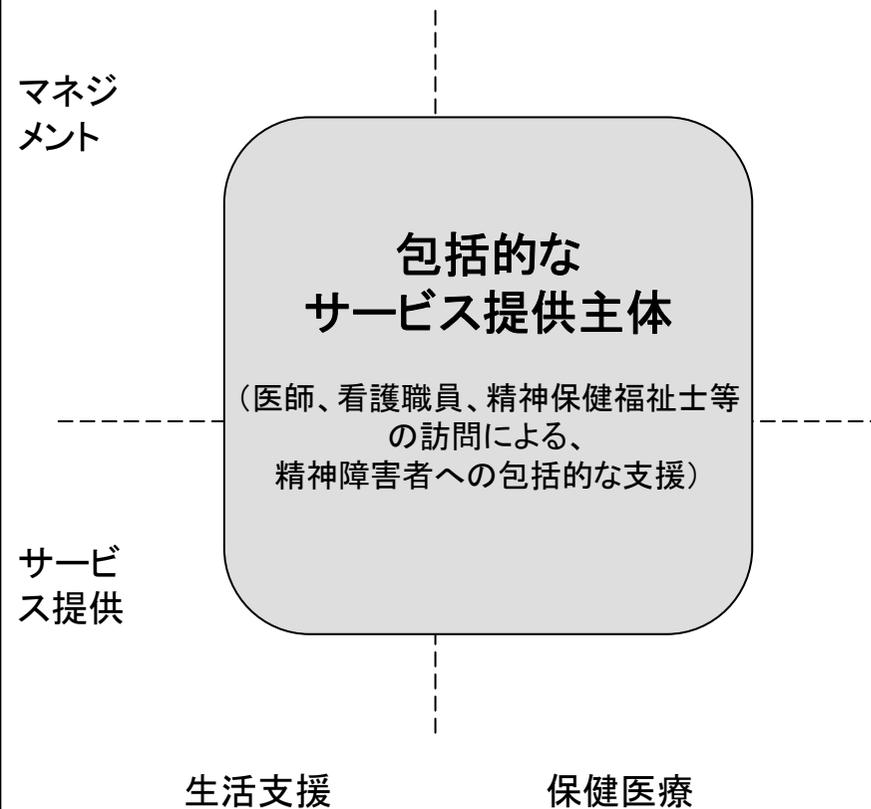
マネジメント体制の例

(例3)



主として訪問看護等の医療サービスについて、医療機関・訪問看護ステーションがマネジメントを行う。

(例4)



訪問サービスを包括的に行う事業所において、生活支援・保健医療にわたるマネジメント及びサービス提供を一体的に実施する。