

精神障害者の個別的就労支援方式（IPS）の導入 をめぐる課題（一）

—高齢・障害者雇用支援機構のモデル事業を手がかりに—

宇野木 康子

要 旨

本論文では、アメリカにおける精神障害者の「包括型地域生活支援」(Assertive Community Treatment, ACT) と「個別的就労支援」(Individual Placement and Support, IPS) について紹介するとともに、高齢・障害者雇用支援機構のモデル事業を手がかりに、日本におけるIPS導入の試みの検証をしようとするものである。

目 次

はじめに

1 ACT (Assertive Community Treatment) とは

1) 脱施設化政策対応プログラム

- (1) 沿革
- (2) ACTの前身
- (3) ACT とNAMI組織の関係

2) ACTの特徴

- (1) 継続ケアを達成するための4つの機能と主担当者の責務
- (2) チームサイズとケースロードに関する重要な要因
- (3) サービス提供の体制
- (4) ACTの運営費

3) ACTの対象者と加入基準、ゲートキーピング機能

- (1) 対象者と加入基準
- (2) ゲートキーピング機能
- 4) 適合度評価尺度（フィデリティ尺度）を活用したACTの評価
- 5) ACTの中のIPSの役割
- 2 IPS (Individual Placement and Support) とは 以下は次号（第15号第1号）掲載
 - 1) 障害者就労支援政策としての援助付き雇用プログラム
 - (1) 援助付き雇用プログラムの中の個別的就労支援モデル
 - (2) 援助付き雇用プログラムの費用
 - 2) 精神保健機関でのIPSの実施方法
 - (1) 対象者の資格要件
 - (2) 契約と援助のための関係づくり
 - 3) IPSの「就労」と「就労支援」の考え方
 - (1) IPSの「就労」の考え方
 - (2) IPSの「就労支援」の考え方
 - 4) IPS ユニットと援助チームとの協働
 - (1) IPSユニットとスタッフ
 - (2) スタッフ育成のガイドライン
 - (3) 援助チームとの協働
 - 5) IPSにおける原則と雇用に良好な成果をもたらす援助手法
 - (1) IPSにおける原則
 - (2) 雇用に良好な成果をもたらす援助手法
 - (3) 職業サービスの効果的な原則と「援助付き雇用フィデリティ尺度」の関係
- 3 「訪問型個別就労支援」の事例研究に見る有目的効果と日本で実現するための課題への検討
 - 1) 事例からみる「訪問個別型就労支援」の有目的効果とは
 - 2) 日本で実現するための課題への検討

- (1) 「train then place」から「place then train」への体制変換および最低賃金の保証された労働契約と多様な就労形態の必要性の問題
- (2) 日本のジョブコーチ制度のもとでのIPSプログラムの特性を踏まえた援助付き雇用の展開と雇用支援専門家の育成・確保の問題
- (3) 現在の医療保健福祉体制での多職種チームによるIPSプログラムによる就労支援展開の課題

おわりに

はじめに

1980年代から1990年代における福祉への世界的な強い圧力による福祉制度の激しい変革期間を経て、1990年代頃から欧米などでは「第三の道」(The Third Way) として市民・政府・市場の協同という方針が打ち出された。この福祉の考え方は、「機会」(opportunity)、「責任」(responsibility)、「コミュニティ」(community) の三つの理念に基づいた政策¹⁾であり、ある意味ではACTとIPSを統合した取り組みもこの範疇に入るのではないかと考える。

福祉の分野においても“福祉から就労”へという動きが高まり、そこでは福祉改革が行われ、就労を基礎としたワークファーストモデルが強調されてきている。つまりは“福祉から就労へ”の政策移行である。大きい福祉から小さい福祉への転換であるが、この背景には経済的变化、人口の変化に伴う問題など複雑なものが絡んでいる。それらの福祉変革は、わが国においても同様な変革をもたらしており、精神障害者に関していえば障害者自立支援法からも窺えるように、障害者の就労に力を注ぎ、障害者の社会参加、自立を推進している。だが“施設（病院）から地域へ”そして“福祉から就労へ”とのスローガンが先に立ち、実際はそれに伴っていないのが実情である。就労に関しては、労働契約による就労ができない就労形態、一般就労を支える人材の不足、企業の受け入れ態勢が不十分など、労働環境や就労支援体制の不備が窺える。

しかし、そのような情勢の中において、わが国でもACTやIPSの試行的研究や研修が行われ始めている。その中で、訪問による相談・面接・実際の企業を活用した個別の就労準備、さらに就職へと移行させる「訪問型個別就労支援」に着目したACTによる試行的研究が行われた。その研究は、ACTの中の就労支援にスポットを当て、相談からフォローアップまでの訪問型個別就労支援方法の効果についての研究である。今後はACTとIPSを視野においた就労支援の普及が考えられるであろう。そこで、ここではACTとIPSを紹介し、高齢・障害者雇用支援機構のモデル事業を手がかりに、日本におけるIPS導入の試みの検証をする。

1 ACT (Assertive Community Treatment) とは

1) 脱施設化政策対応プログラム

(1) 沿革

アメリカでは、アメリカ精神医学会が用いている精神疾患診断と統計マニュアル (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) やWHOの疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) など信頼性の高い基準に基づいた研究から、重度精神障害者とされている統合失調症に罹患する人の割合は100人に1人という報告がなされており、非常に有病率が高い²⁾。

Cuttingらが行ったIQと性別をマッチさせた20名の統合失調症患者と、30名のうつ病や神経症の患者の「実社会に関する調査」を行った結果では、急性期の統合失調症患者で「思考過程の障害」が確認できたのは4分の1にすぎなかったが、「実社会に関する知識の著しい欠如」は4分の3で認められた。Cuttingらは、この結果が正しいとすれば「日常生活の知識・経験の習得が統合失調症の治療・リハビリテーションに重要」ということになると述べている³⁾。

現在、アメリカでは州レベルでの集中型・包括型精神障害者ケアマネジメ

ントのシステム化が行われており、その中の1つにACT⁴⁾がある。ACTの対象者は重い精神障害を長期間にわたって継続的にもつ人で、保健・医療・福祉などの多面的なニーズがあり適切な援助が提供されなければ、入院を繰り返す、ホームレスになる、社会的トラブルを起こす、などの危険性のある人々である⁵⁾。これらの取り組みは1960年代から始められた脱施設化に端を発しており、それは州立病院の閉鎖を契機に行われた。

アメリカでは1840年代から収容施設が建設され始め、20世紀には精神病院は巨大な収容所になっていた。1955年には全国の州立精神病院総床数は56万床に達したと言われている。だが、1963年のケネディ教書「精神病および精神薄弱者に関する教書」により、脱施設化や地域精神医療への展開が法定化された。このケネディ教書は国家的精神衛生対策で、多くの精神病（障害）者が在宅のままで有効な治療をうけ、有用な社会の一員として復帰できるように、国中のあらゆる層、地方、州、個人、すべての行政機関の段階において、力強い偉大な計画を実行に移さなければならないとしたものである。そして予防や総合的治療・看護を確立し、それらを地域中心の計画に切り替え、それを通して、彼らの生活に活気を与えると同時に、地域社会の能力を強化することが緊急に必要としたものである。だが、この政策は合同委員会が求めていたアフターケアの推進部分が起草の段階で落とされた。このアフターケアの無視は、アメリカにおける病院中心主義から地域中心主義への変更というパラダイムシフトの形骸化を、実質的な受け皿作りの不備として、その後も抱え込むことになった。

1964年には、精神病院から退院した人びとを援助するための連邦政府の資金によって、24時間オープンな精神保健センター（Community Mental Health Center）を国中に作る地域精神保健センター設置法が制定された。ここでは人口7.5～20万人に対して1ヶ所ずつの割合で全国に1500ヶ所設置する計画がなされた。

更に、1965年には公的医療制度であるメディケア（高齢者向けの公的医療保険制度）とメディケイド（貧困者向けの医療扶助制度）が策定され、福祉

施設の整備とともに脱施設化への加速は増した。そして1976年の州立精神病院の総病床数は22万床となった。だが、退院患者の50～60％は地域生活を2年間維持できずに、年間の再入院率が30％も増加するなどの「回転ドア現象」が著しくなり、地域のケアホームでの生活の質は貧しく、ホームレスの増加が問題となったのである⁶⁾。

これは前に述べたように、ケネディ教書は国家的精神衛生対策であったが、アフターケアの推進部分が起草の段階で落とされ、精神障害者を地域へ帰した後の対策まで講じられていなかった結果が招いたものと考えられる。なぜならば、アメリカの場合は重い精神障害者（統合失調症）も退院させ、地域での生活やケアホームでの生活に移行させていた為に、アフターケアは特に重要だったのである。しかし、長期の入院による社会性の欠如や病気からくる生活障害など、最も援助が重要とされる箇所への継続援助対策が欠如していたため、起こりうべくして起こったものと考えられる。

そのような状況の中、1960年代末から米国ウイスコンシン州マディソン市のメンドータ州立病院のアーノルド・マークス医学博士、レオナード・スタイン医学博士、マリー・アン・テスト臨床心理博士らは、クライアントが院内で身につけたことが往々にして地域で活かされないことから、「彼らの精神症状を軽減させる院内での24時間ケアが退院後にも同じように重要である」との仮説のもとに、入院患者の研究ユニットから発展したプログラム PACT (The Program of Assertive Community Treatment: 積極的コミュニティケアプログラム) モデルが1972年から地域密着型サービスモデルとして開始され、1985年以来マディソン市において実施されているのが、ACTの前身である。

(2) ACTの前身

PACTモデルは、開始以来四半世紀に渡りマディソン市や他の地域で事業実施の研究が続けられてきており、これが現在、欧米諸国や日本においても注目されているACTのモデルとなったのである。「回転ドア現象」が問題

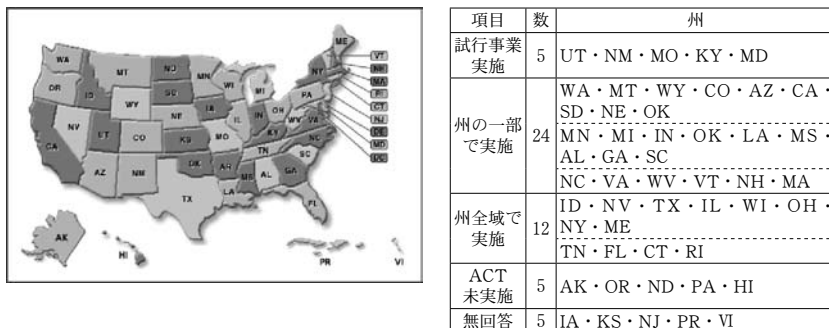
とされていた時期には、患者は「通院や服薬が不規則」「治療抵抗性がある」「治療の動機づけが不十分である」といったレッテルが貼られ、障害者自身のニーズに合ったサービス提供はなされていなかった。その様な状況においてアーノルド・マークス医学博士らがサービス提供側の問題として指摘したものが以下の項目である。

- 「①退院して病院の外側に出ってしまうと、患者を支援するサービスの多様性と集中性は劇的に減少する。
- ②外来診察での入院基準や診療継続に関するルールが一定していない。
- ③個人のニーズには無頓着で、多くのプログラムは限られた時間内だけしか利用できず、いったん退院するとほとんど何も援助がなされていない。
- ④回復過程における個人の相違に配慮したサービスがなされていない。
- ⑤1つのサービスが有効でない時に、個人が必要とする援助を保証するための責任を誰もとっていない。
- ⑥患者が地域で暮らすうえで必要な技術を教示するために、入院中かなりの時間を費やしても、こうした試みは地域生活にはつながらない。」⁷⁾

このような問題意識のもとに、地域生活においても入院中と同じように1日24時間、週7日、1年365日休みなくサービスの提供を行うことの必要性を考えて行われたのがPACTプログラムである。

コミュニティを主要な治療の場として考えているPACTの研究⁸⁾では、入院治療は重度で持続的な精神疾患をもつ人の院内適応は改善するが、彼らがコミュニティで生活したり働いたりすることには余り効果的でないことを示唆している。また、統合失調症性の障害をもつ若者のデータから、PACT介入グループは、①平均的な職業に、より長く就いている、②自立した生活における成功がより大きい、③生活における満足がより大きい、などが報告されており、生活の場での必要に応じた援助や指導が如何に重要であることを示唆している。さらに1996年秋にテキサス州フォートワースで開催された

「PACTと管理されたケア」の州援助全国会議（the State Helping States meeting）のために行われた調査では、およそ15の精神保健機関が全州でPACTもしくはACTを実施しているとの報告⁹⁾がなされており、2001年には図表1の州での取り組みが確認されている。



出典：http://www.nami.org/Template.cfm?section=your_local_NAMIと大島巖編著『ACTケアマネジメントホームヘルプサービス—精神障害者地域生活支援の新デザイン—』、精神看護出版、2004年、p115の図4－3をもとに筆者が作成したものである。

図表1：2001年のアメリカ州政府のACTへの取り組み状況

(3) ACTとNAMI組織の関係

このACTの活動に貢献してきた団体として米国精神障害者連盟（National Alliance for the Mentally Ill, NAMI）がある。これは米国の精神障害者の家族会連合会で通称NAMIと呼ばれ、1979年に組織されて以来30年の歴史と、全米で22万人以上の会員を持つ。NAMIの組織は、コロンビアを除き50州にあり、約1200の地域で図表2に示す州¹⁰⁾に分布し活動を行い、州や地方の支部に関して深刻な精神疾患をもつ子どもや成人たちの生活の改善に奉仕する、全米をリードする草の根組織である。本部にはACT技術支援センター（Technical Assistance Center）を置き、インターネットを通じて情報提供を行うとともに、専門家等による技術支援¹¹⁾¹²⁾や、ACTがすべての州に導入されるように全国規模で普及・啓発キャンペーンを行っている。更に、この連盟は権利擁護団体として強い影響力を持つとともに、

ACT援助プログラムの普及、スティグマ克服運動など多くの活動を行い、ACTの取り組み状況等もインターネットで情報公開している。アメリカではNAMI出版のACTマニュアルやフィデリティ尺度などの基準¹³⁾でACTを行っている州も多い。

No.	statae (州)	Local NAMIの数	No.	statae (州)	Local NAMIの数	No.	statae (州)	Local NAMIの数
1	Washington	28	19	Iowa	21	37	District of Columbia	0
2	Oregon	16	20	Minnesota	20	38	Maryland	15
3	Montana	11	21	Wisconsin	35	39	Delaware	0
4	Idaho	13	22	Illinois	40	40	New Jersey	24
5	California	74	23	Michigan	41	41	Connecticut	14
6	Nevada	5	24	Indiana	25	42	Rhode Island	6
7	Arizona	10	25	Ohio	56	43	Massachusetts	24
8	Wyoming	11	26	Kentucky	20	44	New Hampshire	12
9	Utah	10	27	Tennessee	43	45	Vermont	12
10	Colorado	11	28	Mississippi	14	46	Maine	11
11	New Mexico	14	29	Alabama	17	47	New York	44
12	Kansas	12	30	Florida	37	48	Pennsylvania	57
13	Oklahoma	9	31	Georgia	34	49	West Virginia	14
14	Texas	38	32	South carolina	18	50	Pueruto Rico	12
15	Louisiana	10	33	North Carolina	36	51	Alaska	11
16	Arkansas	13	34	Virginia	26	52	Hawaii	3
17	Missouri	28	35	West Virginia	14	53	Noyh Dakota	6
18	South Dakota	10	36	Nebraska	10		合計	1195

出典：http://www.nami.org/Template.cfm?section=your_local_NAMIにアクセスし、2007年9月のstate & local namisの情報を筆者が表にして示したものである。

図表 2：アメリカ各州におけるLocal NAMIの数

2) ACTの特徴

ACTの特徴には、多専門職種チームによるアプローチ、少ないケースロード、個別ケアへのチームでの対応、直接的サービスの提供、24時間・365日体制などがある。

(1) 継続ケアを達成するための4つの機能と主担当者の責務

ACTチームの患者が必要とするあらゆるサービスや実践的なニーズを提供する手段の概念は“継続的ケアチーム”である。そしてチームのサービスは、①治療、②リハビリテーション、③ケアマネジメントのカテゴリに分けられ、これらのサービス提供者は、サービスが患者の現在のニーズの状況に適切に対応し、コミュニティにおいて患者の全ての活動に関して安定的かつ適切な生活の質が得られるよう保障する。

また、ACTでは重症の精神障害を持つ対象者がコミュニティで安定した適切な生活を送るために、図表3に示すような、広範な部分へのアプローチおよび再発防止や早期発見につなげるモニタリングを行いながら、期限を設けないサービス提供を保障するという、4つの機能を通じて継続的ケアが行われている¹⁴⁾。

なお図表4はACTチームにおける主担当者の責務リストである。主担当者は管理とコーディネーティング機能への責務を持つが、内容を見てわかるように責務の内容は多岐に亘っている上に重要である。チームメンバーは、主担当者がこれら責務を遂行する事への責任を強調しすぎないように注意すべきである¹⁵⁾。

1. 広範なアプローチを活用する：金銭、住宅手配、日常活動、社会的付き合い、職務または非職務活動、危機解決サービス、メディカルサービス、メンタル・ヘルス・サービス、など影響を及ぼす要因に注目する。
2. コミュニティにおける患者の安定に影響する全ての生活側面に関する責任元としての役割を果たす：サービスがACTチーム以外の人からの提供でも、ACTチームはサービスが問題なく提供される事を保障する。
3. 慎重なモニタリング：モニタリングによる再発の早期発見につなげる。また、本人が自分で再発早期サインに気づき、チームに知らせることができるように学習させる。
4. チームには、どれ位患者をサポートし、特定サービスをどれ位提供するかという期限はない。

出典：Leonard I. Stein & Alberto B. Santos, *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*, 1998, pp.46-47の内容を筆者が要約したものである。

図表3：継続ケアを達成するための4つの機能

- ・自分が担当する患者の機能を主モニターとして果たし、他のスタッフに情報を伝達する。
- ・患者が適格なサービスを受けられる事を保障する。
- ・患者記録は最新な物であることを確認し、治療計画会議で患者の体験談を準備し、患者に関する治療計画や他の特別会議等のスケジュールを作る、そして患者に必要な書類等を期限までに準備できる事を確認する。
- ・初期治療計画、第1総合治療計画と6ヶ月更新計画を含む治療計画プロセスをリードおよび促進する。
- ・スタッフ会議において担当患者の様々なニーズについて議論し、議論をリードする。
- ・ACTチームは提供できないが、患者が必要とするすべてのメディカルサービス、社会的サービス、精神専門家のサービスを見つけてモニターする。
- ・患者が適切かつ正常な住宅環境があることを保障する。
- ・収入維持を確実にするためのプランの開発と実行を助ける。
- ・患者と適切な社会ネットワークが繋がる事を助ける。
- ・担当患者に直接的なコンタクトを提供する。例えば、彼らとアポイントメントに同行し、日常生活（アパート維持、買い物、洗濯等）を手伝う。コミュニティー生活環境における精神的安定性を保つために必要な活動を助ける。

出典：Leonard I. Stein & Alberto B. Santos, Assertive community treatment of persons with severe mental illness, 1998, p.50, 表 6-1

図表 4：ACTチームにおける主担当者の責務

(2) チームサイズとケースロードに関する重要な要因

ACTは、集中的なサービスが提供できるように、1人のスタッフが担当する利用者数の上限を設定している。具体的には、10人のスタッフがいる1つのチームの利用者は100人までとし、101人目からは2つ目のチームを立ち上げる。これは利用者により集中的かつ柔軟なサービスの提供を行うためである¹⁶⁾。職種は、職業リハビリ専門家、当事者スタッフ、精神ソーシャルワーカー、臨床心理士、看護師などであるが、できればスタッフの1人には患者を加えることが勧められている。但し、大都市と地方のACTでは地域のニーズによりチームの構成が変わるとされている。

例として、デーン州では、チームのサイズは最も小さく8人のメンバーと1人のパートタイムと精神科医である。スタッフ1人あたりの受け持ち患者は10人であるが、スタッフは州法で定められた教育条件を満たすことが要求される。そのため実質的にすべてのスタッフは、学士または修士を持ってい

る。また、ミシガン州ではアメリカで最も多いACTチームが存在している。ここでは最初はスタッフ1人当たり10人の受け持ちであったが、このサイズでは大きすぎると考えられ、その後8人のチームで60人のケースロードで構成された¹⁷⁾。

図表5はチームサイズとケースロードに関する重要な要因とされるものを提示しており、チームサイズ、チームの職種、スタッフの労働時間、給料、スタッフの人選、ケースロードなどがある。

1. チームサイズは、1週間7日、その中で夜の数時間は必要に応じて24時間待機できるスケジュールをカバーできるもの。チームのサイズは小さくてもプログラムアシスタントと精神科医を除いて8人は必要である。
2. チームは、親しみのあるチーム環境とよいコミュニケーションが図れるような、あまり大きくない事が必要である。チームは大きくてもプログラムアシスタントと精神科医を除いて12人で構成するのを勧める。
3. スタッフは仕事に必要な技術を教育された専門家を含むことが必要である。精神科医、看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、職業リハビリテーション専門家と薬物・アルコール依存専門家を勧める。チームリーダーは、これらの専門家の中から選ばれた人でもよいが、その中の専門家の一人を代用するのはよくない。それぞれの専門家の人数はチームサイズや地域的要因に応じて決めるとよい。
4. スタッフの大部分はフルタイムとする。パートタイムスタッフは20%未満にする。
5. ACTの仕事は難しく、責任の重い仕事であるため、スタッフに適切な賃金を支払う事と職業的便益を与える事が重要である。
6. スタッフの離職率は、できる限り少ないほうがよい。離職率を大きく下げる要因の2つは、よい機能的なチームと、採用プロセスにおける慎重な選択である。応募者を選考する時は、その人のリハビリテーション、コミュニティ・ホーム・ヘルスケア、実務のケースマ・ネジメントの経歴をみるべきである。チームの負担にはなるが、すぐにそこを補充するよりも適任者を待って採用するほうがよい。そして期待できる職員には仕事の内容をはっきりと伝えることが必要である。
7. スタッフ1人あたりの患者数は、少なくとも8人で、多くても10人にすること。

出典：Leonard I. Stein & Alberto B. Santos, Assertive community treatment of persons with severe mental illness, 1998, pp.64-65.

図表5：チームサイズとケースロードに関する重要な要因

（3）サービス提供の体制

① 24時間、365日体制

ACTは24時間、365日体制での対応が可能で、保健福祉領域だけでなく、医療も入って精神の障害をもつ利用者が必要としているあらゆる領域のサービスを提供する。また、夜間や休日、危機介入にも責任をもって対応する体制であり、入院サービスに代わる地域プログラムとして評価を得てきている。体制としては、通常、平日の月～金曜日は8時間程度の2交替制（例：8：00～16：30、13：00～22：00）、土・日・休日は8時間勤務である。それ以外は、多くの場合、夜間と休日は当番スタッフが携帯電話を持参して移動しており、連絡があれば自宅に直行するという対応を行っている。地域によって多少の違いはあるであろうが、ほとんどの業務は平日に行われ、その時間に多くのスタッフが勤務する形となっている。平日の午後から夜間にかけて、週末および休日の日中の勤務は危機的状況にある利用者と毎日の支援を必要とする利用者に対応するが、勤務するスタッフの数によって行動範囲や支援内容が異なる。夜間・週末・休日は独立した判断や臨床技術が要求されるため、経験豊富なスタッフを割り振るようになっている¹⁸⁾。

② 多職種チームによる活動とサービスの特徴

ACTのサービスはチームで提供しており、チームにはさまざまな領域のスタッフが存在している。これはチームにより個々の利用者に必要なサービスを包括的に提供するとともに、スタッフ全員で1人の利用者のケアを共有するためである。ただしケアの中心となる担当者は決めておき、利用者に対しては中心的な役割を果たす主担当者が指定される。主担当として受け持つ患者数は主担当者以外に持つ仕事内容により違ってくるが、主担当者とサービスを受ける個別患者との相性、性格、職業の違いを考慮して担当が決められるが、ケアマネジメント機能をチーム全体で担当する場合は主担当者を設けない。しかし主担当者を設けるか否かに関わらず、チームメンバーは定期的にすべての患者と関わる。そして患者の長期的な治療とりハビリテーションニーズに答えながら、患者と長期間有意義な関係を保てるようにし、生

活の場における直接のサービスやニーズに応じた柔軟なサービス等を提供する。

また、ACTは多専門職のチームメンバーにより行われる継続ケアで、患者のコミュニティにおける安定した生活を助けることを目標としており、そこには慎重なモニタリング、幅広いニーズへの対応、適切な介入などのサービスが必要な限り提供される。患者が危機に陥る際には最短の時間、最小の拘束環境で危機介入を行い、入院に際しても病院スタッフとともに患者サポートを行う¹⁹⁾。

これら専門家チームの中では、精神科医とプログラムアシスタントはケアマネジャーとして機能する職種からは除外されている。それ以外のスタッフは、「利用者との関係づくり」「アセスメント」「支援計画の作成」「モニタリング」「評価」などのケアマネジャーとしての一連のプロセスに関わり、日々の基本的な生活支援サービス（ジェネラリストとしての役割）を直接提供する。また、専門的活動を行うとともに、自宅に直行する時の電話対応や緊急時の予定外の訪問に備え、スタッフ全員がすべての利用者の基本的な状況を把握しておく必要があり、毎日のミーティングなどで情報把握を行っている²⁰⁾。

この多職種チームは、専門性を活かしながらもジェネラリスト（一般職）ケアマネジャーとして関わるのが期待されている。それは利用者へのケアをチーム全体で提供するという原則から、個々のケアマネジャーが利用者の生活全般を支援する多面的なサービスを提供する必要があるからである。ケアマネジャーの中心メンバーは精神科ソーシャルワーカーと看護師で、ジェネラリスト（一般職）ケアマネジャーとして共通の役割を果たしている。またACTでは、チーム全体で利用者に関わるのが原則だが、日常的に関わりをもつ「個別援助チーム」（サブチーム）を構成し、「主ケアマネジャー」と「副ケアマネジャー」が決められている。主ケアマネジャーは、ACTチームにおけるその利用者の担当者であり日常的に関わる。副ケアマネジャーは主ケアマネジャーとともに日常的に関わり、主ケアマネジャーが関われないと

きに日常的な援助を提供する。このような利用者のニーズに応じた「個別援助チーム」は3～5人で構成され、「個別援助チーム」だけに関わることもあれば、ACTチーム全体に関わることもあり、利用者の状態に応じて関わる職種や人数が変わってくる²¹⁾。

チームは利用者から提起される問題に対して、日々のチームミーティングの中で各職種がそれぞれの専門的知識と経験を活かしながらも、1つの職種を超えた立場でアイデアを出し合い、利用者にフィードバックされ、利用者自身が自己決定できるようなものとなっている。また、夜間・休日も含めて担当スタッフがいないときでも質の高いサービスを継続して提供できるようなチーム体制となっており、それぞれに役割を担っている²²⁾²³⁾。そして適切な継続的ケアおよびタイムリーで効果的なケアを保障するためには、図表6で示している患者評価、生活の質の向上のためのスキル・資源の発見、総合的治療計画、サービス提供への保障と責任、患者のモニタリング、危機介入などに関する1～5の業務を遂行し、24時間体制で専門的知識の下でのサポート、介入が必要である。

1. 患者を慎重に評価し、患者が安定かつ適切な生活の質を得るために必要なスキルや資源はいかなるものなのかを見つけ、そのスキルと資源の取得を助ける。患者のニーズを判定する対象例として、次のものがある：向精神剤の使用状況、日常生活スキルの状況、住宅ニーズの有無、経済ニーズの有無等である。
2. 患者評価により見つけたニーズを解決する総合的治療を計画する。
3. 必要サービスの全てが提供されるよう保障責任を担う。できるだけサービスを直接に提供し、直接に提供できないサービスに関して仲介する。最も大切なのは、仲介したサービスがきちんと提供されない時、責任を取る事である。
4. 患者を慎重にモニタリングし、必要に応じて治療計画を変更する。
5. 危機を解決する際、必要ならばいつでも直接に介入、又は協力できるようにする。

出典：Leonard I. Stein & Alberto B. Santos, Assertive community treatment of persons with severe mental illness, 1998, pp.70-71.

図表 6：ACTチームの望ましい業務

③ チームメンバーとその役割²⁴⁾

i チームリーダー

チームリーダーは、多職種チームの援助活動と運営管理の責任者であり、精神保健・医療・福祉・看護・リハビリテーションに十分な知識と経験をもつことが要求される。チームリーダーの役割は、①個人スタッフに何が起きているかを把握する、②スタッフにアドバイスをするスーパーバイザー機能、③勤務時間の50%以上を利用者への直接サービスに当てる、④患者がACTプログラムに適しているかの判断、⑤組織管理（データ収集、予算計画、スタッフの年間職務評価、苦情処理）などである。米国では看護、ソーシャルワーク、精神科リハビリテーション、心理学の内のいずれかに修士号を持っているべきであるとされている。

ii 精神科医

ACTでの精神科医はチームと一緒に働く時間が短い傾向にあるが、ACTの仕事の有効的にするためには、いつでも連絡の取れる状況を作っておくことが必要である。また、精神科医が医療関係者以外のチームメンバーにも薬についての知識を教えることで、精神科医が不在の場合にも患者への適切な援助につながる。

iii 看護師

看護師は、薬の管理において中心的役割を果たせる専門的知識を持つ必要があり、患者の健康管理、精神症状や処方薬の副作用の評価、診察介助、他のスタッフへの教育・指導などを行う。

iv 臨床心理士

臨床心理士は、メンタルヘルス専門家として幅広く教育されており、価値の高いチームメンバーの1人である。臨床心理士のスキルは、患者個人、グループ、家族ワーク、危機解決に活かされ、患者の特定問題に取り組むための行動セラピープログラムの作成に役に立つ。

v 職業リハビリテーション専門家

職業リハビリテーション専門家は、利用者の雇用に対する精神疾患の影響

を評価し、利用者が仕事に就いて継続できるような計画を立て、実際の就労支援も行う。職業リハビリテーションと支援について1年以上のトレーニング或は臨床経験を有するもので、常勤スタッフがプログラムに1人以上はいる。ボランティアや就労機会を探したり、雇用主との連絡や教育、利用者へのジョブコーチなどを行う。

vi 薬物・アルコール依存の専門家

薬とアルコール依存専門家は、患者達のストリートドラッグの利用にかかわる問題の治療における医療的技術を持つことが必要である。薬物・アルコール依存に関するトレーニングを一定期間受けた者で、その領域のアセスメントや支援計画の立案、サービス提供を行う。

vii 精神科ソーシャルワーカー

ソーシャルワーカーはジェネラリストとして教育され理想的なメンバーとなる。さまざまな機関の資源や知識を持ち、患者がその資源を得られるようにする。

viii プログラムアシスタント

電話、来客への応対、受け付け業務、カルテ管理、プログラムの会計・経理などを行う。

ix 他の精神保健機関スタッフと当事者スタッフ

専門家は修士号もしくは博士号を持つ者とされており、住宅問題、健康管理、薬物乱用の治療、ピアサポート、レクリエーションなどのスタッフや、実践家がチームの一員として加わることがある。尚、当事者や家族の立場からスタッフとしても関わる。

④ ACTの活動方法

ACTチームは、自宅や職場など実際に暮らしている場所に最初からスタッフが訪問し、相談や支援を行う。これは利用者が生活する場においてトレーニングを行うことにより実践的なリハビリテーションを行うものであり、普段利用するスーパーで買い物の練習を行ったり、自宅にある調理器具で料理の練習を行うといったものである。現在は、就労支援の領域でもこれ

と同じ発想による取り組みがなされており、“最初から一般の就労をする中で本当に必要なスキルを学びましょう”という考え方が重要視されるようになって²⁵⁾。

カナダのマウントサイナイ ACT の就労支援の例を見ると、就労支援に関しては仲介型ケアマネジメントモデルを用いた上で、ACT が利用者の状況を全体的に把握し、後ろから支える仕組みをとっている。周辺資源の中で活発な就労支援を行い、クラブハウスでジョブコーチ付きの過渡的雇用（グループ就労及びパート雇用）、一般就労の段階に分かれての援助が行われている。過渡的雇用に関してはクラブハウスが企業と委託契約を結んでおり、ジョブコーチが付いて支援を行う。企業との関係調整も職場で行っていると考えられ、利用者が職場に急に行きたくなかったり、体調が悪く職場で働けないときは、スタッフが自分の仕事を中断してでも利用者の代わりに働いてくるという支援が行われている。そして就労に結びつくまでに回復すれば別の機関が支援するという仕組みとなっており、ゲートキーピング機能が活かされたシステムとなっている²⁶⁾。

(4) ACTの運営費

西尾²⁷⁾によれば、アメリカは州単位で地域精神保健システムが異なり、各州の ACT の財源は多様ではあるが、一般的には州内各地に存在する民間 NPO が州の公的機関と委託契約しながら、一定圏内で ACT プログラムを実施している。基本的な収入は州の助成金と寄付により運営され、それに見合ったプログラムの充実が求められている。一般的な ACT の運営費は、利用者 1 人当たり年間 8,000 ドルから 15,000 ドルの間である。

さらに西尾²⁸⁾は、英国の ACT チームの費用の例（1997 年度）として北バーミンガムの保健区（ヤードレイ・ホッジ地区）を紹介しているが、24 時間対応で医療サービスがより求められる在宅治療チームの費用は年間 394,025 ポンド（その内の 8 割程度は人件費）であり、積極的訪問チームは 196,953 ポンド（その内の 9 割以上は人件費）である。これらの費用を現在の日本の金

額に換算（2009年3月現在：1ポンド約160円前後とした場合）すれば年間約1億円となる。

3）ACTの対象者と加入基準、ゲートキーピング機能

(1) 対象者と加入基準

ACTにはプログラムを受けることができる対象者と、その対象者がプログラムに加入して援助を受けるための加入基準が設けられている。ACTプログラムの対象者は、重い精神障害を長期間、継続的にもつ人（重い障害を持つ人に対象を限定している）である。通常、対象となるのは統合失調症や躁うつ病などで、治療によっても十分に改善されない重い症状や障害を持っていたり、既存の地域精神保健サービスから十分な恩恵を受けることが難しいといわれている人たち、頻回に入院を繰り返す患者、薬物乱用患者、ホームレス、刑事裁判に関連する者とされている。また、アメリカでは統合失調症と薬物依存の二重診断が多い国であり、これらの人も対象となる²⁹⁾³⁰⁾。これらの人々は、保健・福祉・医療などで多面的な援助ニーズがあり、適切な援助が提供されなければ入退院を繰り返したり、ホームレスになったり、社会的なトラブルを引き起こす危険性のある人々である。

また、ACTの地域ケアサービスはケアマネジャー1人当たり10人の利用というケアの密度・集中度の高いもので、医療経済の面からすれば経費が高い。その為に、対象者がACTプログラムに加入してサービスを受けるための加入基準が設けられており、加入基準に適合する事によりACTプログラムを利用することができる。この加入基準は、医療経済面からは障害が重く、援助ニーズが最も高い対象者を優先的に、ACTを提供する仕組みとなっている。いくつかの都市の基準には共通して①DSM-IVによる診断基準、②精神保健サービスの高度利用者、③社会的問題行動の発生を含む社会機能の障害が含まれている³¹⁾。図表7は、フィラデルフィア、ニューヨーク、サンフランシスコの加入基準であるが、加入基準の内容は都市により多少違いがある。図表8のデーン州の加入基準では、薬物乱用者、脳の器質が要因と

なっているもの、性格障害のみの者は対象外となっている。

フィラデルフィア市
<ul style="list-style-type: none"> ・ SMI (Server Mental Illness/重い精神障害をもつ人) 基準を満たす成人 (18歳以上) <p>SMIの基準 (3項目中2項目以上を満たすもの)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 診断名が統合失調症または慢性の気分障害 2. 精神科治療歴 (次のうち1つ以上を満たすもの) <ol style="list-style-type: none"> ①過去2年間に合計60日以上、州立精神病院に入院 ②過去2年間に2回以上20日以上、地域の精神科入院施設に入院 ③過去2年間に5回以上、精神科救急サービスで対面的な援助を受ける ④3年以上、継続して地域精神保健サービスに参加 ⑤治療の継続性が保てない問題をもつ 3. 機能レベルが次のいずれかであること <ol style="list-style-type: none"> ①GAF (Global Assessment of Functioning : 機能の全体的評価尺度) が40以下 (36歳以上の場合) ②GAFが60以下 (35歳以下の場合、または攻撃行動や暴力行為の経歴のあったもの)
ニューヨーク市
<ul style="list-style-type: none"> ・ 以下の基準の1つ以上を満たす精神障害者 (DSM-IV第1軸診断にもとづく) <ol style="list-style-type: none"> 1. 1回の長期入院 : 過去2年間に90日以上入院 2. 過去12ヶ月に2回以上または過去24ヶ月に3回以上の急性期入院医療を受ける 3. 過去12ヶ月に3回以上または過去24ヶ月に4回以上、精神科救急または訪問危機対応サービスを利用 4. ホームレス状態にある 5. AOT (Assisted Outpatient Treatment : 触法精神障害者等に対する通院治療) (Kendra's Law) の対象者
サンフランシスコ市
<ul style="list-style-type: none"> ・ 以下の1つ以上を満たす精神障害者 <ol style="list-style-type: none"> 1. 過去12ヶ月の精神保健サービスの利用費用が年間3万5千ドルを超える精神障害者 2. 複数機関の利用者 (過去少なくとも3回以上精神科救急機関を利用/過去12ヶ月に2回の入院歴/精神科施設から退院した者) 3. 強制治療の危険性がある人 (自傷他害の危険) や、地域定着のための重要な要素 (公的年金・住居・医療ニーズ) が欠けていたり不足している人、治療へのコンプライアンスがないか不足している人、重複障害の人、ケアにつながらない人

出展 : 大島巖編著『ACTケアマネジメントホームヘルプサービス—精神障害者地域生活支援の新デザイン』, 精神看護出版, 2004年, p.101. 表4-1

図表7 : 集中型・包括型ケアマネジメントの加入基準 (2000年現在)

1. 統合失調症、統合失調症性感情障害または深刻な情動障害者、かつ精神的症状の再発と精神科入院の経歴をもつ人を一番優先に許可する。
2. 重症の精神障害をもつ病歴や予後に急性間欠性の集中ケア又は長期的集中ケアを必要とする人、またACTサービスを提供されなければ深刻な機能不全の状態でも暮らしコミュニティ生活の主なエリアにおいて継続的・慢性的な障害を持つことになる人。
(職業的機能障害、教育的機能障害、家事機能における機能障害、社会的または人間関係の機能障害コミュニティ機能の機能障害、セルフケアまたは自立生活の機能障害)
3. 単独の薬物乱用、器質脳症候群、発達障害或いは性格的障害の人は不適格である。しかし、重症な精神病を一次的な病気として、二次的な病気が上記のいずれかを抱える人はACTサービスに適格である。

出典：Leonard I. Stein & Alberto B. Santos, *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*, 1998, pp.88-89の内容を筆者が要約したものである。

図表 8：デーン州のメンタルヘルスセンターのACTが採用している加入基準

(2) ゲートキーピング機能

ゲートキーピング機能とは、保健・医療・福祉・教育などの公的社会サービスを利用する場合に、対象者の利用の可否を決める機能のことであり、ACTの加入基準に則って加入に該当するか否かを決定するものである。特に予算額の大きなサービスを利用する場合は明確な加入基準が決められ、ACTではこのゲートキーピング機能が重視されている。これは州政府や郡・市政府が行政的に行うこともあれば、地域保健センターや民間非営利団体に委託して実施されるが、加入基準を満たす対象者には、適切なケアマネジメント実施機関の斡旋や紹介がなされる³²⁾。また、このような加入基準やゲートキーピングは新たなプログラムを立ち上げる際には、その地域の入院患者数、関連施設数、精神障害者の入居数などの情報をもとに、プログラムの加入基準やプログラムで受けられる利用者の人数の検討が必要といわれている。

4) 適合度評価尺度（フィデリティ尺度）を活用したACTの評価³³⁾³⁴⁾³⁵⁾

アメリカでは適合度評価尺度（フィデリティ尺度）が開発され、これによりACTが適切に運営されているかの評価がなされている。フィデリティとは、あるプログラムが効果的なプログラムモデルに準拠する程度を示す

もので、フィデリティ尺度はプログラムモデルに含まれる効果的あるいは重要と考えられる援助要素を明らかにし、その援助要素が対象プログラムにどの程度実施されているかを評価する援助プロセスの評価法の一つである。近年、「科学的根拠に基づく実践」(Evidence-Based Practices; EBP)への注目の中で、この評価法に関心が高まっている。代表的なものに DACTS (Dartmouth Assertive Community Treatment Scale) があり、アメリカの連邦厚生省の事業として ACT を普及するためのプロジェクトのサービス基準に用いられている。

ACT は適合度評価尺度の得点が高いほど、利用者の転帰などに関して優れた効果を生み出すといわれている。DACTS の項目は「人的資源：構造と構成」、「組織の枠組み」、「サービスの特徴」から構成されており、「人的資源」にはスタッフに関する 11 項目が、「組織の枠組み」には利用者の加入基準やサービス提供者の責任に関する 7 項目が、「サービスの特徴」では社会的サービスに関する 10 項目と、全部で 28 項目についての評価がなされ、最高得点の条件（図表 9 に示す最高得点の条件）により近いほど ACT プログラムが適切に運営されていると評価される。評価点は 1 ～ 5 点の間で評価がなされ、ふさわしいと評価されれば最高点の 5 点となる。ACT の特徴は適合度評価尺度の主要な援助要素となっており、それらの援助要素は適合度評価尺度の項目に関連している。

西尾³⁶⁾は、適合度評価尺度をうまく活用し定期的にモニターすることで、①現在の実践が意図されたとおりに行われているか、またその長所と短所は何か、②プログラムが開始されてからどのような発展段階を経てきたか、③他の ACT プログラムとの違いはどのような点か、などの項目について知ることができると述べている。

また、Leonard & Alberto³⁷⁾は ACT プログラムの有効性と適合度評価尺度との間には相関関係があるとし、DACTS は 50 人の患者当たり、1 人の精神科医、1 人の看護師、1 人の薬物依存の専門家、1 人職業リハビリテーションカウンセラーのスタッフ構成の時が一番有効であると述べている。

図表9は、DACTSの人的資源、組織の枠組み、サービスの特徴の3項目に、その最高得点条件の内容を紹介し、更に日本でこの項目を当てはめる場合に適応するかどうかを長³⁸⁾が検討したものを加えて示した（★の部分）ものである。アメリカと日本の場合には対象となる疾患や治療環境の違い等でDACTSをそのままに用いることはできない。また、長の打ち出している内容にもまだ抽象的な箇所があり、更に検討し具体的なスケールを考える必要がある。

▲人的資源:構造と構成	*アメリカでの最高得点の条件（5点）	★日本での検討の内容
1. 少人数担当制	1. 1:10以下。サービスの密度と個別性を保つ	1. 適応可
2. チームアプローチ	2. 90%以上の利用者が週に2名以上のスタッフと顔を合わせる	2. 適応可
3. プログラミングのミーティングの頻度	3. 週4回、毎回利用者の検討が行われている	3. 適応可
4. チームリーダーも実践を行う	4. チームリーダーが業務の半分以上の時間臨床を行っている	4. 適応可
5. スタッフの継続性	5. 退職率が2年間で20%以下	5. 適応可
6. スタッフの欠損がない	6. 過去1年間のスタッフの充足率が95%以上で運営されている	6. 適応可
7. 精神科医がスタッフにいる	7. 利用者100人で1人以上の常勤精神科医がいる	7. 適応可
8. 看護師がスタッフにいる	8. 利用者100人で2人以上の常勤看護師がいる	8. 適応可
9. 薬物・アルコール依存専門家がスタッフにいる	9. 利用者100人に薬物・アルコール依存のトレーニング或は臨床を最低1年間行った専門家が2人以上いる	9. 必ずしもチームに物質依存の専門家は必要ない
10. 職業専門スタッフがいる	10. 職業リハビリテーションと支援について1年以上のトレーニング或は臨床経験のある常勤スタッフが1人以上いる	10. 職業に関する何らかの援助を行うことのできるスタッフは必要
11. プログラムのサイズ	11. 精神科医を含めて全常勤スタッフの数が10人を越える	11. 10人確保はすぐには難しいが確保することが望ましい
▲組織の枠組み	*アメリカでの最高得点の条件（5点）	★日本での検討の内容
1. 明確な加入基準がある	1. 「プログラムは測定可能な操作的に定義された基準を用いて対象者を明確に定義し、紹介があっても基準外の患者は除外する」この原則が完全に採用されている場合	1. 適応可
2. 新規加入率が低く抑えられる	2. 過去半年間で最も多い月でも、新規加入者が6人以下の場合	2. 適応可
3. 治療サービスへの完全な責任	3. ACTプログラムでは「ケースマネジメントと精神科サービスに加え、①カウンセリング、②住居支援、③薬物・アルコール依存の治療、④就労、⑤リハビリテーションを直接提供する」のが原則である。	3. 物質依存治療以外は適応可
4. 救急サービスに対する責任	4. 利用者が危機に直面しているとき、まず連絡がACTに入り、単なる相談・助言にとどまらず、支援の方針を打ち出してチームが直接危機介入を行っている場合	4. 医療との連携について具体的な指針を示す必要あり。救急対応のできる体制づくりは必要

5. 入院に対する責任	5. 95%以上の入院にプログラムが関与している場合	5. 適応可
6. 退院計画に対する責任	6. 95%以上の退院計画プログラムが関与している場合	6. 適応可
7. 無期限のサービス提供（終了率）	7. プログラムが無期限のサービス提供を保証するポリシーをもって運営されており、年間の終了率が5%より少ないと予想される場合	7. 無期限のサービス提供は難しい。密度の低いサービスへの「卒業」を検討
▲サービスの特徴	*アメリカでの最高得点の条件（5点）	★日本での検討の内容
1. 地域ベースのサービス	1. 利用者との接触の80%以上が地域においてなされる場合	1. 適応可
2. ドロップアウトを出さないポリシー	2. 1年以上にわたって支援の提供を受けている利用者が、全利用者の95%以上である	2. 適応可
3. 積極的エンゲージメントの仕組み	3. 路上に出かけたり、拘置所にいる利用者とは会うために仮釈放の手続きをとるなどの積極的に関わるための工夫がなされている	3. 現時点では法的手段を用いる根拠がないが、今後の可能性はある
4. サービスの密度（週あたりの対面時間が長い）	4. 利用者本人と直接会った場合の接触時間が1人当たり週単位で2時間以上であった場合	4. 適応可
5. 関わりの頻度	5. 利用者本人と直接会った場合の接触時間が1人当たり週単位で4回以上であった場合	5. 適応可
6. 私的サポートと共に関わる	6. 定められた計算式により算定された利用者月当たりの接触回数が4回以上となる場合	6. 適応可
7. 個別の物質乱用治療	7. 薬物・アルコール乱用などの問題を持つ利用者に対して、構造化された専門治療が1人当たり週単位で24分以上提供されている	7. 物質依存に関する治療をチームで行う必要なし
8. 重複診断治療をグループで行う	8. 薬物・アルコール乱用などの問題を持つ利用者の50%以上が、月当たり少なくとも1回以上専門的な治療グループに参加している	8. 物質依存に関する治療をチームで行う必要なし
9. 重複診断治療モデルの使用	9. プログラムが二重診断治療モデルに基づいた治療を行っている	9. 二重診断ケースに関するモデルは当面必要なし
10. 治療チームにおけるコンシューマーの役割	10. 他のスタッフと同等の責任を与えられた当事者スタッフを常勤の臨床家として雇用しているプログラムである場合	10. 何らかの形で巻き込むことは必要だが、サービス提供側として積極的に活動する意識の高い当事者は日本には少ない。家族を提供者に配置することが実施可能と思われる

出典：大島巖編著『ACTケアマネジメントホームヘルプサービス—精神障害者地域生活支援の新デザイン』、2004年、精神看護出版、p.104の表4-2（▲部分）、西尾雅明『ACT入門』、2004年、pp.20-26とLeonard I. Stein & Alberto B. Santos, Assertive community treatment of persons with severe mental illness, 1998, pp.106-108.（*部分）、長直子『精神障害者の在宅医療および生活支援に関するニーズ調査～日本型ACTに何が求められているか～』、平成13年度在宅医療助成報告書で検討された結果（★部分）をもとに筆者が作成した表である。

図表9 :Dartmouth Assertive Community Treatment Fidelity Scale (DACTS)

5）ACTの中のIPSの役割³⁹⁾⁴⁰⁾

ACTは、雇用サービス提供のために全てのACT医療スタッフが職責を共有するトータルチームアプローチである。ACTにおける職業リハビリテーション専門家は、職業開発、職業配置、ジョブコーチ、職業支援など患者の働く職場における雇用者と被雇用者を含めた専門的知識を持っている。また、他のスタッフとともに患者の実際の職場での仕事技術を身につけることを支援し、出勤、仕事の出来具合、職場で必要とする社会技術など患者が仕事に慣れる度合いを観察する。その内容は、教える、指示する、取次ぎなどであり、患者が仕事を得る、仕事を続ける、または他の仕事に移動するのに必要なあらゆるサポートなどを行う。

サービスの様相	PACT-IVR	IPS
S.E.サービスに対する責任の所在	全てのACTのスタッフ（ACTの常勤チームメンバーである職業訓練専門家から助言を受ける）	職業訓練専門家（常勤のACTスタッフではない）は独立している
S.E.サービスに対する責任は職業訓練専門家とACTスタッフとの間で共有されているのか	共有されている。職業訓練専門家はACTのチームメンバーである	共有されていない。職業訓練専門家は全ての責任を持っている。
職業訓練専門家とACTスタッフ間の連絡の頻度	毎日	まちまち
ACTサービスを受けるのは誰か	全てのACT患者	選ばれたグループ
職業訓練専門家はACT患者に医療症例管理サービスを提供するのか	提供する	提供しない
医療ケースマネージャーはACT患者にS.E.サービスを提供するのか	提供する	提供しない
S.E.サービスの間隔	持続的	持続的
職業訓練サービスの場所	現地	現地

出典：Leonard I. Stein & Alberto B. Santos, Assertive community treatment of persons with severe mental illness, 1998, p.118 のtable 10-2

図表10：IPSモデルとPACT-IVR Supported Employment (S. E.)モデルの違い

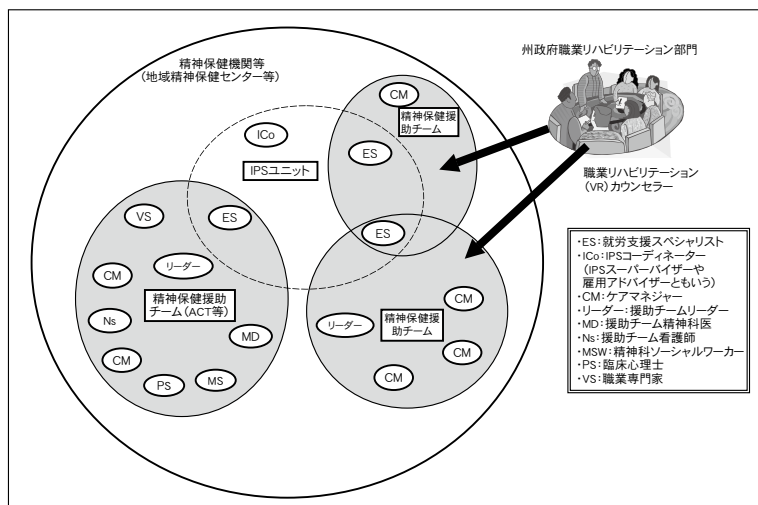
IPSは、具体的にはPACT-IVRアプローチ(The Program of Assertive Community (PACT) Integrated Vocational Rehabilitation Approach)を最も多いコミュニティ精神保健センターの環境に適合させるために開発されたもので、より大きなコミュニティ支援システムの中の特定プログラムとして設置され、ニューハンプシャーとワシントンDCにおける研究プロジェクトと関連して実行されてきた。

IPSの実践には多職種チームとの組織的構造を持たなければならず、もし、IPSをチームで取り組まず個々の実践家という構造で実施しようとすれば、①情報の共有ができないことにより援助サービスの調整・計画・統合ができなくなる、②個々の実践家は就労支援スペシャリストと費やした時間に対する支払いを受けられない、③IPSの実践家はケアマネジメントを行わないために、就労以外の問題が発生した場合の対応に支障がある、などの問題が生じる。このようにACTとIPSは別々の組織ではあるが、双方のサービスをより良く専門性のあるものとして提供するためのコラボレーションが図られている。

図表11は地域精神保健機関とACT・IPS・州政府職業リハビリテーション部門の関係構造を図示化したものである。前述したように、全米は州単位で地域精神保健システムが異なっており、集中型・包括型ケアマネジメントモデルもACTの他にICM（集中型ケアマネジメント—Intensive Case Management）やRC（資源コーディネーション—Resource Coordination）を用いている所もある。ニューヨークでは、触法精神障害者やHIV合併者へのケアシステムとしてICMやACTでの取り組みが行われており、実施主体は州立精神科医療センターやNPOである。

また、ロサンゼルスやサンフランシスコではICMでの取り組みが多い。それは医療費削減と効果的な方法を検討した結果に誕生したもので、実施主体はNPOである。アメリカの東海岸、西海岸の大都市では援助資源が整備されていることもあり、ICNでの取り組みがなされている。ACTはケースロードをケアマネジャー1人に対して利用者10～12人以内に制限し、利用期

間は永続的であるのに対し、ICNはさまざまな実施形態があり、地域によってはケアマネジャー1人に対して利用者20人程度のものも用意されている。個々の利用者に1人のケアマネジャーが対応し、週1回以上の訪問や月2～3回の訪問などケア密度を柔軟に調整できる。利用期間も短期利用から永続的利用までさまざまに設定できるシステムとなっている。一般的には州各地に存在する民間NPOが州の公的機関と委託契約を結び、一定の圏域内でACTが実施されている⁴¹⁾。なおICMは、担当マネジャーが一人で利用者の援助を行うシステムとなっており、付加的機能としてカウンセリング、心理教育、危機介入、服薬援助、日常生活援助などの医療的ケアを含むケアマネジャーによる直接的な援助サービスが行われる⁴²⁾。



*Deborah R. Becker and Robert E. Drake, A Working Life for People With Severe Mental Illness. OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2003, pp.53-54 および Leonard I. Stein & Alberto B.Santos., Assertive Community Treatment of persons with severe mental Illness, 1998, pp.55-63の記述をもとに、D・Rベッカー／R・Eドレイク（著）大島巖他（監訳）堀宏隆他（訳）「精神障害をもつ人たちのワーキングライフ」金剛出版 2004年、p.74の注記図に一部を加えて筆者が作成したものである。

図表11：地域精神保健機関とACT・IPS・州政府職業リハビリテーション部門の関係構造

（以下は次号に掲載）

注

- 1) Jane Lewis and Rebecca Surender ed., Welfare State Change; Towards a Third Way ? Oxford University. Press, 2004, pp. 3 -14.
- 2) デイヴィッド・G・キングドン、ダグラス・ターキングトン（著）原田誠一（訳）『統合失調症の認知行動療法』日本評論社，2004年，p. 2
- 3) 前掲注 2) p.82
- 4) 西尾雅明『ACT入門—精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム—』，金剛出版，2004年，p.159参照。ウインスコンシン州マディソンで実施されたオリジナルプログラムに準拠したものをPACTと呼ばれている。最近では米国でもPACT以外のACTモデルが提唱されるようになり、双方を総称してACTとして米国全土やヨーロッパ諸国に普及しており、一般的にはACTの名称が用いられる。両者はほぼ互換的に用いられる。
- 5) 大島巖編著『ACTケアマネジメントホームヘルプサービス—精神障害者地域生活支援の新デザイン』，精神看護出版，2004年，p.100
- 6) 久保紘章・長山恵一・岩崎晋也 編著『精神障害者地域リハビリテーション実践ガイド』，日本評論社，2002年，pp.10-11
- 7) 前掲注 4) p.28
- 8) デボラ J. オールネス，ウィリアム H. ケネードラー著、亀島信也／神澤創（監訳）『PACモデル～精神保健コミュニティケアプログラム～』，メディカ出版，2001年 7 月，p. 6 参照。これはPACTサービスを受けるように無造作に選ばれた65名に、集中的かつ包括的な「病院同様」のサービスを提供するために、病棟の治療スタッフをコミュニティに移したプロジェクトと、ウイスコンシン州デーデン郡の精神保健システムからサービスを受けるように無作為に割り当てられた65名のグループとの比較で、14ヶ月の追跡調査である。結果、①最初の1年間に、非PACT処遇グループの65名中58名が再入院したのに比して、PACTのクライエントは65名中12名が再入院したのみであった。②再入院したPACTクライ

エントの入院期間は、非PACTグループに比べて顕著に短い。③PACTクライアントは、独立した生活状況で明らかにより多くの時間を過ごす、非雇用期間が短い、より積極的な社会関係を示す、生活についてのより大きな満足を表明する、症状がすくない、などが見られた。④PACTクライアントは多くの時間をコミュニティの中で過ごすが、家族やコミュニティの人々に負担をかけることがより少ない。⑤PACTモデルは、施設でのケアに比べて経済的にいくぶん有利である。⑥PACTプログラムを離れたクライアントがプログラムで獲得したものを少なからず失ってしまうことが観察され、重度で持続的な精神疾患を持つクライアントにはそれ相応の長期的処遇が不可欠であることを示唆している。

9) 前掲注 8) p.10参照。コネチカット、デラウエア、コロンビア、アイダホ、イリノイ、メリーランド、ミシガン、ミズーリ、ノースカロライナ、ニュージャージー、ニューメキシコ、ロードアイランド、サウスダコタ、テキサス、ウイスコンシン、オンタリオ州、カナダでの実践を含む。

10) http://www.nami.org/Template.cfm?section=your_local_NAMI

11) 前掲注 8) p. 4

12) 前掲注 5) p.209

13) <http://www.actassociation.org/>より見ることができる。

14) Leonard I. Stein & Alberto B. Santos, *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*, 1998, pp.46-48

15) 前掲注 14) pp.49-50

16) 前掲注 4) p.17

17) 前掲注 14) pp.64-65

18) 前掲注 4) p.45

19) 前掲注 14) p.55

20) 前掲注 4) p.39

21) 前掲注 5) pp.104-105

- 22) 前掲注 4) pp.18-45
- 23) 前掲注 5) p.106
- 24) 前掲注 14) pp.56-69
- 25) 前掲注 4) pp.18-19
- 26) 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構『精神障害者の職業的自立に向けた訪問型個別就労支援の方法に関する研究調査Ⅱ』, 独立行政法人
高齢・障害者雇用支援機構, 平成17年度:調査研究報告書, 平成19年3月,
pp.6-7
- 27) 前掲注 4) pp.76-77
- 28) 前掲注 4) p.96
- 29) 前掲注 4) p.16
- 30) 前掲注 14) pp.88-89
- 31) 前掲注 5) pp.100-101
- 32) 前掲注 5) p.100
- 33) Deborah R. Becker and Robert E. Drake, A working life for
people with server mental illness. OXFORD UNIVERSITY PRESS,
2003, pp.78-79. (D・Rベッカー／R・Eドレイク(著) 大島巖他(監
訳) 堀 宏隆他(訳)『精神障害をもつ人たちのワーキングライフ』, 金
剛出版, 2004年, p.102)
- 34) 前掲注 4) pp.20-27
- 35) 前掲注 4) pp.102-104
- 36) 前掲注 4) p.26
- 37) 前掲注 14) p.64
- 38) 長直子『精神障害者の在宅医療および生活支援に関するニーズ調査～
日本型ACTに何が求められているか～』, 平成13年度在宅医療助成報告
書
- 39) 前掲注 14) pp.116-117
- 40) 前掲注 14) p.59

41) 前掲注 5) pp.116-122

42) 前掲注 5) p.183

参考文献

- 1) 河野正輝「諸外国における社会保険改革と基本理念」, 熊本学園大学社会関係学会『社会関係研究』, 第13巻 第2号, 2008年3月, pp. 1-35
- 2) C・ヒューム, I・プレン編著, 丸山晋・松永宏子・横田正雄・丹野きみ子訳『Rehabilitation for mental health problems 精神保健リハビリテーション』岩崎学術出版社 1997年
- 3) Jane Lewis and Rebecca Surender ed., Welfare State Change: Towards a Third Way ? Oxford University. Press, 2004.
- 4) デイヴィッド・G・キングドン／ダグラス・ターキングトン (著) 原田誠一 (訳)『統合失調症の認知行動療法』日本評論社, 2004年
- 5) 西尾雅明『ACT入門—精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム—』, 金剛出版, 2004年
- 6) 大島巖編著『ACTケアマネジメントホームヘルプサービス—精神障害者地域生活支援の新デザイン』, 精神看護出版, 2004年
- 7) 久保紘章・長山恵一・岩崎晋也編著『精神障害者地域リハビリテーション実践ガイド』, 日本評論社, 2002年
- 8) デボラJ. オールネス, ウイリアムH. ケネードラー著, 亀島信也／神澤創 (監訳)『PACモデル～精神保健コミュニティケアプログラム～』, メディカ出版, 2001年
- 9) Leonard I. Stein & Alberto B. Santos, Assertive community treatment of persons with severe mental illness, 1998.
- 10) 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構『精神障害者の職業的自立に向けた訪問型個別就労支援の方法に関する研究調査Ⅱ』, 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構, 平成17年度:調査研究報告書, 平成19年3月

- 11) Deborah R. Becker and Robert E. Drake, A working life for people with server mental illness. OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2003.
- 12) 長直子『精神障害者の在宅医療および生活支援に関するニーズ調査～日本型ACTに何が求められているか～』, 平成13年度在宅医療助成報告書
- 13) D・Rベッカー／R・Eドレイク(著) 大島巖他(監訳) 堀宏隆他(訳)『精神障害をもつ人たちのワーキングライフ』, 金剛出版, 2004年