

平成19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

地方の単科精神科病院が行う退院促進、地域定着のための、ACT及びACTに類似した手法を用いた、利用者の主体性を尊重した支援プログラムの開発についての研究

平成19年度 研究報告書

(財)正光会 訪問看護ステーション ACT-U
平成20(2008)年4月

研究者

池田	耕治	財団法人正光会	訪問看護ステーション・ACT-U	看護師
内山	和志	財団法人正光会	訪問看護ステーション・ACT-U	看護師
大山	哲	財団法人正光会	宇和島病院 副院長	・ACT-Uチームドクター
岡村	順一	財団法人正光会	事務局	
梶山	朋恵	財団法人正光会	訪問看護ステーション・ACT-U	精神保健福祉士
三曳	正志	財団法人正光会	訪問看護ステーション・ACT-U	看護師
山口	香	財団法人正光会	訪問看護ステーション・ACT-U	看護師

(五十音順)

研究協力者

植田	佳美	財団法人正光会	宇和島病院	作業療法士
大島	巖	日本社会事業大学	社会福祉学部教授	保健学博士
倉知	延章	九州産業大学	国際文化学部教授	
善家	誠	財団法人正光会	事務局	心理士
出口	萬	財団法人正光会	御荘病院	看護師
長野	敏宏	財団法人正光会	御荘病院	院長
西本	力	財団法人正光会	御荘病院	外来主任
宮本	貴裕	財団法人正光会	御荘病院	病棟看護長
毛利	一生	財団法人正光会	宇和島病院	医事係長
山内	洋子	財団法人正光会	御荘病院	保健師
和田	望	財団法人正光会	宇和島病院	臨床心理士

(五十音順)

目 次

1 研究の目的	
(1)ACTの概要	4
(2)訪問看護の概要	5
(3)研究目的	5
2 研究調査の方法	
(1)手続き	6
(2)実践の内容	6
イ. 愛南町地域の特徴	6
ロ. 御荘病院訪問看護の特徴	8
ハ. 宇和島地域の特徴	8
ニ. ACT-Uの特徴	8
ホ. 支援内容	9
ヘ. スタッフのスケジュール	9
ト. 使用用紙	11
3 結果	
(1)事例	35
事例Ⅰ	35
事例Ⅱ	38
事例Ⅲ	41
事例Ⅳ	44
事例Ⅴ	47
事例Ⅵ	50
事例Ⅶ	53
事例Ⅷ	56
事例Ⅸ	59
事例Ⅹ	62
事例Ⅺ	65
事例Ⅻ	68
事例Ⅼ	71

(2) 御荘病院訪問看護とACT-Uの比較	74
イ. 利用者の属性	74
ロ. 御荘訪問看護とACT-Uサービス内容の比較	74
ハ. ACT-U利用者のサービス利用料と入院費の比較	80
ニ. 御荘病院訪問看護とACT-U利用者への平均サービス時間について	80
ホ. 御荘病院訪問看護と宇和島ACT-Uのデータ比較	81
(3) 専門性	83
(4) 結果	86
4 考察	87
5 結論	89

1 研究の目的

(1) ACT(Assertive Community Treatment)の概要

ACTは、重い精神障害を抱えたために頻回入院や長期入院を余儀なくされた人たちが、入院せずに、地域の中でより良い生活を送るために、さまざまな職種の専門家から構成されるチームが援助するプログラムである。

ACTの特徴は、1. 重い精神障害を抱えた人を対象、2. さまざまな職種の専門家から構成されるチーム(多職種チーム)、3. 利用者数の上限を設定している、4. チームのスタッフ全員で1人の利用者のケアを共有、5. サービスのほとんどを、チームが責任をもって直接提供、6. 積極的に訪問が行われる、7. サービスの提供に期限を定めず継続的な関わり、8. 1日24時間・365日体制である。

ACTで提供される具体的なサービス内容は、1. 薬の処方と提供、2. 病気と服薬を利用者が自己管理するための支援、3. 個別の支持的療法、4. 危機介入、5. 入院期間中の継続支援、6. 住居サービスに関する支援、7. 日常生活の支援、8. 身体的健康に関する支援、9. 経済的サービスに関する支援、10. 就労支援、11. 家族支援、12. 社会的ネットワークの回復と維持のための支援があげられる。

1	
2	
3	
・	・
・	・
4	
・	・
・	・
5	
6	
・	・
・	・

ACTは、1970年頃、アメリカのウィスコンシン州マディソン市から発展した。当時アメリカでは、政策により、精神病院入院者の退院を強力に推し進めたが、放り出された形になった人達が大量にホームレスになるなど、深刻な問題を抱えていた。その原因は、精神障害の重さにあると考えられていたが、よく分析してみると、重い精神障害を抱えた人には不適切な支援を行ってきており、欠陥は支援方法にあったということが判明した。それをふまえ、更に模索して作られた支援方法がACTである。ACTを利用した人達と利用しない人達について、大々的に調査をしてみたところ、ACTは再入院の減少や利用者満足度の向上など、いくつもの優れた点があることが科学的に証明された。

日本では、2002(平成14)年度から千葉県市川市の国立精神・神経センター国府台地区において、我が国では初めての本格的なACTプログラム実施に向けての準備が、厚生労働科学研究費の助成を受け

て進められ、2003(平成15)年度から実際に、ACTプログラムとそれに伴う研究活動が実施されている。ACT-Jの活動により現在では、日本全国にACTプログラムが波及している。

(2) 訪問看護の概要

訪問看護とは、病気や傷害を持った人が住み慣れた地域やご家庭で、その人らしく療養生活を送れるように、看護師等が生活の場へ訪問し、看護ケアを提供し、自立への援助を促し、療養生活を支援するサービスです。

訪問看護の特徴は、1. 対象者は診断名や年齢、重症度で制限しない、2. 個別で二者間の支援を行う、3. 利用者数の制限を設けていないことがあげられる。

訪問看護で提供される具体的なサービス内容は、1. 療養上の介護・指導、2. 医師の指示による医療処置、病状観察、医療機器の管理、ターミナルケア、在宅でのリハビリテーション、認知症ケア、家族への介護支援・相談、介護予防がある。

(3) 研究目的

地方の単科精神科病院に併設された訪問看護ステーション、および正光会御荘病院を中心に、中等度～重度精神障害者の退院促進、地域定着を支援する手法を創出する。当法人で既にH18年8月から行い実績を得ているACT(包括型地域生活支援)を活用するが、ACTの問題点を解消し、地方都市の実情、本邦の医療福祉事情を考慮した新たなプログラムを開発し、その効果を検証する。

医療管理的ではなく、福祉的支援とするために、看護師の再教育、精神保健福祉士の役割を明確化し、医療と福祉が統合したシステムを目指す。

2 研究調査の方法

(1) 手続き

前述したACTについて、地方の単科精神科病院で行う効果について、以下の手続きで検討した。

イ. 対象

（財）正光会訪問看護ステーションが行うACTは、国立精神・神経センター国府台地区で臨床活動を行っているACT-Jをモデルとしている。ACT-Jのフィデリティをもとにし、宇和島地域の特性に合わせ改良し、ACT-Uのフィデリティを作成した。そのフィデリティに即して、ゲートキーピングを行い、ACT-Uプログラムを6ヶ月以上利用している者13名を対象としている。及び、（財）正光会御荘病院の訪問看護利用者124名から、ACT-Uフィデリティの主診断名、ACT-U登録者の男女比をもとに対象者13名を抽出した。

ロ. 方法

（財）正光会訪問看護ステーションにおいてACTの実践を行い、個別の実践を通して事例をまとめることにした。また、ACT-Uと御荘病院訪問看護をGAF、BPRS、CP換算値、地域定着率の項目、導入時から6ヵ月後を比較検討行った。

同チームは、下記(2)のように編成され、実際の支援は下記(2)ホのようになっている。

ハ. 結果の整理

個別の実践を通して、支援内容を事例にまとめる。各事例における支援のポイントを個別に載せている。また、ACT-Uと御荘病院訪問看護をGAF、BPRS、CP換算値、地域定着率の項目、導入時から6ヵ月後を比較検討行い、その結果をグラフにまとめた。

(2) 実践の内容

イ. 愛南町地域の特徴

愛媛県の南端に位置し、南は黒潮踊る太平洋を望み、西は豊後水道に面している自然環境に恵まれた地域である。南宇和郡の北部には、四国山脈から分岐した一本松地域の篠山支脈があり、ここから発する僧都川の流域に平野部が開け、この平野部に御荘地域、城辺地域の市街地が形成されている。

また、内海地域、御荘地域、城辺地域及び西海地域の海岸部は「足摺宇和海国立公園」に面し、自然豊かな恵みを受け水産業や観光事業に恩恵を受けている。気候は、四季を通じて温暖で、梅雨期には雨が多く南海型気候の特色を持っている。

平成16年に南宇和郡の旧5町村が合併し人口が約2万7千人となり、65歳以上の人口割合は29.4%で全国平均の20%、県平均の24%に比べて高い。

（財）正光会が設置運営している愛南町圏域の精神障害者の医療・福祉は、精神科病院（デイケアあり）1、地域活動支援センターI型1、福祉ホームB型1、グループホーム1、デイサービスセンター1、小規模多機能型居宅介護事業所1がある。また、インフォーマルなサービスとして、多くのボランティア団体、NPO法人、ライオンズクラブなどがある。以下の表1「～なんぐんの心の健康資源～」に愛南地域のネットワークが表わされている。

ロ. 御荘病院訪問看護の特徴

御荘病院の訪問看護は『退院後の受診中断を未然に防ぐこと』を主目的に、平成8年から開始され、約10年間に渡って実践されてきた。平成17年度3月で、124名の同意が得られた利用者に対して、月間約220件の訪問看護が行われている。

利用者の内訳は、統合失調症87名、依存症4名、気分・感情障害7名、神経症2名、精神遅滞3名、てんかん2名である。

訪問看護のスタッフは、外来から看護師2名、保健師1名、地域ケアセンターから看護師1名(専従)、精神保健福祉士1名、デイケアから看護師2名、精神保健福祉士1名、作業療法から作業療法士1名と病棟スタッフが訪問看護に関わっている。部署別による訪問看護の割合として、訪問看護専従が46%、外来が23%、病棟が15%、地域ケアセンター(訪問看護専従を除く)が13%、リハビリ(デイケア・作業療法スタッフ)が3%と多部署・多職種のスタッフが訪問看護に関わっている。

ハ. 宇和島地域の特徴

愛媛県宇和島市は、愛媛県西南部に位置しており、北は西予市に、東は鬼北町・松野町、南は愛南町・高知県宿毛市・四万十市に接している。西は宇和海に面し、入り江と半島が複雑に交錯した典型的なリアス式海岸が続き、5つの有人島と多くの無人島がある。東側の鬼ヶ城連峰は、海まで迫る急峻さを備え、起伏の多い複雑な地形をしている。有人島を含めた東西が38.15km、南北が34.94kmあり、面積は469.47平方キロメートルで、森林が70%、田畑が12.4%、宅地が2.9%を占めている。気候は、瀬戸内地区と太平洋沿岸地区の中間に位置して、年平均気温は16℃～17℃で四季を通じて温暖であり、降水量は夏期に多い。また、西側が豊後水道に面し、東側に1,000メートル級の高峰が連なることから、冬期は北西の季節風が吹き、海岸部と山間部では気温や降水量の差がみられ、山間部では積雪や結氷も見られるさまざまな気候をあわせ持っている。

産業は、みかん農業、真珠養殖、漁業、観光業である。

2005(平成17)年に1市3町が合併し、人口は9万人となったが、県下20の行政区の中で広さは4番目でサービスが行きわたるまでに時間もかかるようになった。65歳以上の割合は28.6%で全国平均の20%、県平均の24%に比べて高く、少子高齢化の問題も抱えている。

宇和島圏域の精神障害者の医療・福祉は、精神科病院(デイケアあり)1、精神科診療所1、地域活動支援センターI型1、生活訓練施設1、グループホーム2、訪問看護ステーション1を同じ法人が設置運営している。

二. ACT-Uチームの特徴

2006(平成18)年、(財)正光会訪問看護ステーションにACT-Uが設立した。チーム構成は、医師1名、看護師3名、精神保健福祉士1名で、翌年1月よりACT-Jにて研修を受けた看護師1名が加わり現在のチームとなった。しかし、組織の都合上全てのスタッフがACTの業務を兼務している。また、準構成員として同法人内の宇和島病院より、臨床心理士、作業療法士、薬剤師などの協力を受けている。

ACT-Uでは、理念(表2)と実施原則(表3)を定めて支援を行っている。

初年度、ACT-Uの活動を通して見えてきた課題は、ACTの加入基準を満たさないが、従来の支援では不十分な方々への支援方法である。チーム内で検討した結果、ACT-Uチームは、品質基準を満たしたACT、ACTの理念や手法を取り入れた独自のプログラムであるACTY、訪問看護の3つのサービスを提供することになった。

ACT-Uの登録者は、2007(平成19)年12月現在で6ヵ月以上サービスを継続している13名のうち、9名に対してACTプログラムを導入し、4名に対してACTYプログラムを適用している。内訳として、男女比は男性5名、女性8名、平均年齢は44歳である。主診断は統合失調症11名、気分障害2名である。

ホ. 支援内容

ACT-Uへの加入者は、現在は医師からの依頼が主である。

ACT-Uでは、ACT-Jが作成したエントリークライテリアを宇和島地域に即したものに變更し、基準を設けている(表4、表5)。このエントリークライテリアを元に、ゲートキーパー(Dr1名、Ns1名)がゲートキーピングを行う。ゲートキーピングを行う際、ACT-Uインタークー一覧(表6)、ACTフィデリティチェック(表7)、ACTアセスメント表(表8)、退院援助技術向上委員会(表9)、BPRSを使用する。その後、ACT-Uでのケア会議により、ACT、ACTY、訪問看護のいずれかを決め、担当者も決定する。

以後、担当者が中心となり、訪問看護ステーション、ACT-Uとの利用契約を結び、ACT-Jが利用しているアセスメントツールをACT-U用に変更したクライシスプラン(表10)、はじめの一步として(表11)、リカバリープラン(表12、表13)を利用し、本人の希望に沿った支援が行えるようにマネジメントを行う。

また、支援側の姿勢として医療や福祉に偏ることなく、地域の中でチームアプローチが実施出来ているかどうか、支援者が支援の振り返りを行う客観的指標として、ケア必要度(表14)を利用し、導入時から3ヵ月毎に本人のニーズ、状況に適した支援が行えているかを評価する。

ACT-UがEBP(Evidence-Based-Practice)が実施されているかを、毎年1回DACTS(The Dartmouth Assertive Community Treatment Scale)によって評価を受け、客観的・構造的フィードバックを受けている。

ヘ. スタッフのスケジュール

月曜日～金曜日は、8:15～9:00朝ミーティングを行い、昨日動いたケース、緊急性のあるケースを中心に情報交換を行う。16:40～17:00に夕ミーティングを行う。朝ミーティングから夕ミーティングの間は各自訪問、記録、各種業務にあたる。

毎週水曜日12:30～13:30にチームミーティング、毎週金曜日9:00～10:00にケースカンファレンス、勉強会を行う。

夜間、土曜日、日曜日、祝日については、終日シフトが電話で待機する。訪問必要時はシフトが訪問を行う。

<input type="text"/>	()
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

ト. 使用用紙

表2

ACT-U	
±	
±	
±	
±	
±	
±	

表3

ACT-U	
Ø 365 24	
Ø 1 5	1 <u>8</u> ()
Ø	
Ø	
Ø	
Ø	
Ø	
Ø	
Ø	
Ø	
Ø	
Ø	()

表4

ACT-U 対象者加入基準

※以下、1～5の基準すべてを満たす場合 ACT-U 対象者とする

1. 年齢:16 歳以上 65 歳未満
2. 居住地:ACT 事務所から 1 時間以内
3. 主診断:統合失調症、気分障害、心因反応などであること(認知症、依存症、人格障害、知的障害が主診断の場合は除外されるが、知的障害は副診断なら可)
4. 過去 2 年間の精神医療の利用として、いずれか 1 つを満たすもの
 - ① 入院回数 2 回以上
 - ② 入院日数 100 日以上
 - ③ 6 ヶ月以上、通院を拒否(通院の中断)
 - ④ 病院へ相談開始後 3 ヶ月以上、本人が受診を拒否
 - ⑤ 3 カ月の ACTY 利用で ACT-U スケールの改善がない
5. 日常生活機能:過去 1 年間で最高の全般的な生活機能(GAF)が 50 点以下であること

表5

ACTY 対象者加入基準

※以下、1～3の基準すべてを満たす場合 ACTY 対象者とする

1. 居住地:ACT 事務所から 1 時間以内
2. 主診断:統合失調症、気分障害、心因反応などであること
認知症、依存症、人格障害、知的障害が主診断の場合は除外されるが、知的障害は副診断なら可
3. 過去 2 年間の精神医療の利用として、いずれか 1 つを満たすもの
 - (ア) 入院回数 2 回以上
 - (イ) 入院日数 100 日以上
 - (ウ) 6 ヶ月以上、通院を拒否(通院の中断)
 - (エ) 病院へ相談開始後 3 ヶ月以上、本人が受診を拒否
 - (オ) 日常生活機能:過去 1 年間で最高の全般的な生活機能(GAF)が 50 点以下であること

表6

ACT-U インテーク一覧

【本人】

氏名	生年月日 M・T・S 年 月 日()歳
住所 〒	
電話番号	

【キーパーソン】

氏名	生年月日 M・T・S 年 月 日()歳
住所 〒	本人との関係
電話番号	

【ACT-U への紹介者】

- ()病棟・PNS()
- 主治医()
- 関連施設()・担当()
- 行政機関()・担当()
- その他()

【ACT-U 加入時書類一覧表】

- ACT フィデリティチェック
- ACT アセスメント表
- WHO QOL26
- BPRS
- 退院援助技術向上委員会用フェースシート

【導入会議結果】

表7

ACT 加入基準チェック(ゲートキーピング用)

	内容	チェック
A C T	1.年齢:16歳以上65歳未満	
	2.居住地:ACT事務所から1時間以内	
	3.主診断:統合失調症、気分障害、心因反応 (認知症、依存症、人格障害、知的障害が主診断の場合は除外されるが、知的障害は副診断なら可)	
	4.過去2年間の精神医療の利用として、いずれか1つを満たすもの	
	①入院回数2回以上	
	②入院日数100日以上	
	③6ヶ月以上、通院を拒否(通院の中断)	
	④病院へ相談開始後3ヶ月以上、本人が受診を拒否	
	⑤3ヶ月のACTY利用でACT-Uスケールの改善がない	
	5.日常生活機能:過去1年間で最高の全般的な生活機能(GAF)が50点以下	
A C T Y	1.居住地:ACT事務所から1時間以内	
	2.主診断はACTに準ずる	
	3.過去2年間の精神医療の利用として、いずれか1つを満たすもの	
	①入院回数2回以上	
	②入院日数100日以上	
	③6ヶ月以上、通院を拒否(通院の中断)	
④病院へ相談開始後3ヶ月以上、本人が受診を拒否		
⑤日常生活機能:過去1年間で最高の全般的な生活機能(GAF)が50点以下		

★ GAF..... 点

★アセスメント・データ / 氏名 疾患

月/日	備考

★以上の点を考慮した結果、このケースのACT導入は...

該当なし、訪問看護へ
 判断しがたく、導入会議に持ち込みます
 ACTエントリー、導入会議に移行します 記: H . . . ()

<p>***入院中情報*** <入院形態> <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 入院経路 <入院経路> <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 単独 <入院状況> <input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 有() <他科受診> <input type="checkbox"/> 有() <入院処方> Rp</p>	<p> <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 <医療機関> <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 <現在の処方> Rp</p>	<p> <input type="checkbox"/> 費用 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 手帳制度 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 利用サービス <制度関連> 国保・健康保険・船員・共済・老人・重身・母子・退職・その他 精神・療育・身体 基礎・厚生 基礎・厚生 有・無 有・無 認定有効期間 担当ケアマネージャー 訪問看護 生活訓練施設 地域活動支援センター デイケア・デイケア ヘルパー グループホーム 作業所 その他 </p>
<p> <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 不明 区死七 </p>	<p> <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> </p>	<p> <嗜好> <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 酒量 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 本数 <input type="checkbox"/> その他 <趣味・活動> <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 特技 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> その他 </p>
<p>PT</p>		
<p> <1日のスケジュール> 起床 時 就寝 時 現在、そして今後... </p>		

表9

退院援助技術向上委員会 (退院プロモーション委員会) 用フェイスシート					
氏名	生年月日	M・T・S	女	病棟	現在のGAF
	年 月 日()才		男		
住所		入院形態	保険区分		
		任意・医保	国本・国家・生保・他()		
保護者	続柄	入院保証人	続柄	普段連絡する人	続柄
	()		()		()
退院の際協力してくれそうな身内・続柄(複数可)					
退院先目標 自宅・同胞宅・親戚宅・中間施設・その他()・未定					
生活歴 (①学歴、②職歴、③結婚歴、④家庭での活動性、⑤家族構成など)					
病歴 (①発病年齢、②入院の契機、③在宅時の残存精神症状、④増悪時の症状など)					
本人の退院希望・・・とても強い・強い・できれば・どちらでも・消極的・入院継続希望					
選んだ理由 or 本人の長所			本人の将来の希望(退院に限らず何でも)		
退院できていない理由 (退院のための課題) -できるだけ、主治医の退院指示がないから、という理由以外のもの-					
今回入院日()回目		年 月 日	初回入院日		年 月 日
直近3回の入院()		~	、	~	、
主診断					
身体疾患					
糖尿病 無・有(最新のHbA1c: %) 直近3回の血糖値(年月 , 年月 , 年月)					
最新の処方(メジャーの1日量の列挙のみで可)			精神科以外(他院含む)の薬		
特徴があれば(その人の24時間を見られるという、病棟の利点により得られる情報)					

クライシスプラン

名前： _____ 日付： _____

1. 私の早期の警告サイン（症状）／状況は：

2. 上記のサインのどれかに気づいたら、私は

3. 私が上記のサインを示すときに、支援者（家族・ACT-J スタッフなど）にしてもらいたいこと

4. 私が上記のサインを示すときに、支援者にしてもらいたくないこと

ACT-U の担当： _____ 電話番号： _____

主治医： _____ 電話番号： _____

家族： _____ 電話番号： _____

その他： _____ 電話番号： _____

はじめの一歩として

ケースマネージャー：

利用者名

日付： 年 月 日

最初の目標
(ACT チームととりあえずしたいこと)

目標を達成するために	私がすること	ACT-U チームがすること	友人・家族のすること	振り返る日付

週間予定 (普段の一週間の生活)

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

※ACTとの関わりだけでなく、普段していることも記入してみよう

表12

私のしたいこと			
利用者名：	ケースマネージャー：	日付： 年 月 日	(見直し予定日： 年 月 日)
私の今の状況	どんなふうになりたいか？	そのために使えるものは？	
<p>私はいまどのような状態か？</p> <p>日常生活について 住まい／食事／洗濯／買い物／掃除／整理整頓／入浴／日常の行動………</p>		<p>私が利用できるもの、私自身がいかせられるものは何か。</p>	
<p>経済的なこと 金銭管理／年金／生保／主な収入／経済的援助………</p>			
<p>職業・教育に関すること 就労／教育………</p>			

表13

<p>社会的支援 交友関係／身近な相談者／家族／宗教／役所の手続き／公共機関・交通／法律上の問題……</p>		
<p>健康に関すること 身体的・精神的健康／通院／薬物治療／薬物／アルコール……</p>		
<p>レジャー（余暇）・レクリエーション 趣味／楽しみ／スポーツ……</p>		
<p>利用者署名</p>	<p>（ 年 月 日）</p>	<p>チームリーダー署名 （ 年 月 日）</p>
<p>ケースマネージャー署名</p>	<p>（ 年 月 日）</p>	<p>利用者が信頼している人の署名 （ 年 月 日）</p>
<p>注）どの部分から記入してもよい。キーワードについて全て聞くという意味ではない。順番に質問しないこと。枠にこだわらずに記入してよい。</p>		

私のリカバリープラン

利用者名: ケースマネージャー: 日付: 年 月 日

大きな目標	
6ヶ月後に達成したい目標	
目標達成のための私の長所	

小さな目標 (6ヶ月後の目標に近づけるために)	私の役割 (目標達成のために責任を持ってすること)	ACT-U チームの役割 (ACT-U チームが私にしてくれること)	友人・家族の役割 (ほかの人が私にしてくれること)	振り返る日付

利用者署名	(年 月 日)	チームリーダーの署名	(年 月 日)
ケースマネージャー署名	(年 月 日)	利用者が信頼している人の署名	(年 月 日)

3 各項目の個別評価基準

1 自立生活能力

a. 身のまわりのこと（パーソナルケア）

	自立	ほぼ自立	★要援助			不明・不詳
			や援助 時に助言	や援助 強い助言	働きかけ 強力な	
a-1) 必要な食事をとること（偏りすぎない充分な量の食事をとる）	1	2	3	4	5	0
a-2) 生活リズム（起床時間などの生活リズムが確立している）	1	2	3	4	5	0
a-3) 個人衛生・みだしなみ（洗面、整髪、入浴などを自主的におこなう）	1	2	3	4	5	0
a-4) 清掃やかたづけ、洗濯（必要に応じて掃除やかたづけができる）	1	2	3	4	5	0
a-5) 金銭管理（1ヶ月程度のやりくりが自分でできる）	1	2	3	4	5	0

a-1 必要な食事をとること

- 1) 偏り過ぎない充分な量の食事をしている。
- 2) 1) をだいたい自主的にしている。
- 3) 時に助言や促しがなければ、食事をとることにに関して下記の行動により問題が生じる。
- 4) 強い助言や援助がなければ、食事をとることにに関して下記の行動により問題が生じる。
- 5) 助言や援助をしても上記の行動による問題を改めようとしないうち、できない。入院治療や食事の介助など強力な働きかけを必要とする。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 食事を調達する（外食、購入、自炊など。調達の方法は問わない）
- 充分な量の食事をとる
- バランスのよい食事をとる。食事の内容に気を配る
- 無茶食いや拒食、それに関連した嘔吐などの行為の有無*
- 食生活上の問題による身体疾患がある場合の、食生活改善の必要性（例：糖尿病など）*

α-2 生活リズム

- 1) 必要な時間に自分で起きることができ、朝起きて夜寝る生活リズムが確立している。
- 2) 時に生活のリズムを乱すことがあるが、だいたいのリズムは確立している。
- 3) 時に助言や促しがなければ、上記の行動により生活のリズムを乱すことがある。
- 4) 強い助言や援助がなければ、上記の行動により生活のリズムが不規則に傾きがちである。
- 5) 生活が不規則で、助言や援助をしても改まらない。強力な働きかけを必要とする。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 就寝や起床の時間がだいたい決まっている。起床・就寝などの生活のリズムがある
- 食事の時間が一定している
- 外来や約束などの予定に合わせて起きる
- 日中は着替えをする。布団から出る
- 適度な睡眠をとる（安静にしていることが必要な場合は、睡眠時間が長くても医療上の必要性を考慮して判断する。）
- ほとんど一睡もできない日が続く*
- 昼夜逆転の生活*

α-3 個人衛生・みだしなみ

- 1) 洗面、整髪、髭剃り、入浴等を自主的に問題なく行なっている。
- 2) 洗面、整髪、髭剃り、入浴等のある程度自主的に行なっている。
- 3) 時に助言がなければ、個人衛生を保てないことがある。
- 4) 強い援助や助言がなければ、個人衛生を保つことが難しい。
- 5) 助言や援助をしても、個人衛生を保つことができない。強力な働きかけを必要とする。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 洗面や手洗いや歯磨きなどを行う
- 毎日風呂に入る。もしくは、定期的に風呂に入る
- 整髪・ひげそりをする
- 毎日着替えをする。もしくは、定期的に着替えをする
- 季節や場所柄に適切な服装、身なり、化粧をする
- 悪臭がする*
- 不衛生にしていることが原因で、皮膚や口腔等に疾患がある*

α-4 清掃やかたづけ、洗濯

- 1) 必要に応じて、自主的に掃除や片づけをしている。
- 2) 回数は少ないがだいたい自主的に行なっている。
- 3) 時に、助言がなければごみが溜まり部屋が乱雑になる。
- 4) 自主的にはせず、いつもごみが溜まり、部屋が乱雑になる。強い助言や援助を必要とする。
- 5) 助言や援助をしてもしないか、できない。強力な働きかけを必要とする。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 自室は自分で掃除や片づけをする
- ゴミを定期的に捨てる
- 洗濯（洗う、干す、たたんでしまう）をする
- 布団の上げ下ろしを行う
- 不衛生のため、本人の部屋が悪臭やゴキブリ、ネズミ等の発生の原因となる*
- 外からゴミを持ち込む*

α-5 金銭管理

- 1) 金銭の計算と計画的な使用（1ヶ月程度のやりくり）が自分でできる。
- 2) 1) をだいたい自分でできる。
- 3) 一週間程度のやりくりがだいたいできるが、時に助言や促しがないと、上記の行動により金銭管理に問題が起きる。
- 4) 強い助言や援助がなければ、上記の行動により金銭の管理で問題が起きる。
- 5) 助言や援助をしても改めようとしなないか、できない。強力な働きかけを必要とする。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 計画的な金銭管理を行う。一ヶ月のやりくりができる
- 一週間のやりくりができる
- 収入に見合った買い物をする。または、家族の収入に見合った額を小遣いとして要求する
- お金の計算ができる
- 金銭の貸借や支払いでトラブルを起こす*
- 必要な経費を払うことができない（例：家賃や水道光熱費など）*
- 持っているお金を見さかいなしに使ってしまう（例：通信販売で物を買すぎる、など）*

b. 安全の管理

	自立	ほぼ自立	★要援助			不明・不詳
			や援助 時に助言	や援助 強い助言	働きかけ 強力な	
b-1) 火の始末 (タバコ、こたつ、ストーブなどの火の始末ができる)	1	2	3	4	5	0
b-2) 大切な物の管理 (めったに大切な物をなくしたり、忘れてたりしない)	1	2	3	4	5	0

b-1 火の始末

- 1) タバコやストーブ、こたつ、ガス等の火の始末を、自分で問題なく行なっている。
- 2) 1) がだいたいできる。
- 3) 助言や促しがなければ、消し忘れていたりすることがある。
- 4) タバコで焦がしたり、コタツやストーブを消し忘れることが多い。強い助言や援助を必要とする。
- 5) 4) のようなことがよく見られ危険である。助言や援助をしてもしない、あるいはできない。強力な働きかけを必要とする。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- タバコやストーブ、こたつ、ガス等の火の始末が適切にできる
- ものを焦がしたり燃やしたりしないように、火気には常に気をくばっている
- 灰皿を適切に管理している
- 放火癖が現在ある。または放火の経歴がある*
- 不注意で頻繁に火傷をする*

b-2 大切な物 (財布・印鑑・鍵・重要な書類・自分の大切にしているもの) の管理

- 1) めったに大切な物をなくしたり、忘れてたりしない。
- 2) 時折、大切な物をなくしたり忘れることがあるが、生活する上で問題となる程ではない。
- 3) 大切な物の置き場所を忘れてたりカン違いすることがあり、時に助言や促しが必要である。
- 4) しばしば大切な物を置き忘れてたり、なくすことが多い。強い助言や援助を必要とする。
- 5) 助言や援助をしても、気を付けようとしなないか、できない。誰かがかわりに大切な物を管理する必要がある。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 大切な物の置き場所を決めている。所定の場所に保管するように習慣づけている
- 大切な物を適切に管理している。なくす、忘れる、放置するということは、めったにない
- 大切な物の価値を認めず、捨てたり、壊したり、人に簡単にあげてしまったりする*

c. 健康の管理

	自立	ほぼ自立	★要援助			不明・不詳
			や援助 時に助言	や援助 強い助言	働きかけ 強力な	
c-1) 服薬管理 (適切に自分で管理している)	1	2	3	4	5	0
c-2) 身体健康の管理 (必要な療養行動をとれる)	1	2	3	4	5	0

c-1 服薬管理

- 1) 適切に自分で管理している。
- 2) 時に飲み忘れることもあるが、おおむね自分で管理している
- 3) 時に助言や促しが無ければ、飲み忘れや飲みまちがい、拒薬のために、薬の自己管理に問題が起きることがある。
- 4) 強い助言や援助がなければ、飲み忘れや飲みまちがい、拒薬することがしばしばある。
- 5) 援助や助言をしても服薬しないか、できない。強力な働きかけを必要とする。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 薬の残量に気を配っている。なくなったら主治医に相談するなど、適切に対応する
- 薬は自分で適切に管理する。薬を所定の場所に保管している
- 定期的に病院へ薬を取りに行く
- 副作用がひどく苦痛であった場合、医師や家族などに相談する等の何らかの対処をしている
- 拒薬をしている (例：飲まない方が調子がいいと思っている、自分の体の害になると思っている、など)†
- 医師に制限されていても、アルコール類と薬を一緒にとる†
- 薬を大量に飲んだり誤飲したりする†
- 飲み忘れが多く調子を崩すことがある。自分の考えで薬の量や種類を調整し調子を崩す†

c-2 身体健康の管理

- 1) 必要な療養行動や必要時の安静を、自分で適切にとっている。
- 2) 1) をだいたい自分でしている。
- 3) 療養行動や、必要時の安静がとれず、時に助言や援助を必要とする。
- 4) 療養行動や、必要時の安静がとれず、強い助言や援助を必要とする。
- 5) 助言や援助をしても療養行動や必要時の安静がとれないか、しない。強力な働きかけを必要とする。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 風邪や腹痛など、医療上安静が必要な時は安静にしている
- 具合が悪いときには医者に行く、家族に相談するなどの療養行動をとる
- 生活習慣病などの慢性疾患がある場合、食事療法や薬物療法などを適切な治療行動を行っている
- 着衣や空調などによる適度な温度管理をしている
- 品質保持期限を無視して食品を食べる。腐った物や異物を食べる†
- 健康を害するような行動を頻繁にとる†
- 上記の問題により、実際に健康を害している†

d. 社会資源の利用

	自立	ほぼ自立	★要援助			不明・不詳
			や援助 時に助言	や援助 強い助言	働かけ 強力な	
d-1) 交通機関の利用 (バス・電車等の未知の路線を利用できる)	1	2	3	4	5	0
d-2) 公共機関・金融機関の利用 (役所、郵便局、銀行などを利用できる)	1	2	3	4	5	0
d-3) 電話の利用 (必要に応じて電話を使用できる)	1	2	3	4	5	0

d-1 交通機関の利用

- 1) 未知の路線であっても、バス・電車等の交通機関を、自分でもしくは他人に聞いて問題なく利用している。
- 2) 1) がだいたい自分で利用している。
- 3) 既知の路線なら自分で利用できるが、未知の路線は助言や促しを必要とする。
- 4) ほとんど一人では交通機関を利用できない。強い助言や、時に誰かが同行する必要がある。
- 5) 助言や援助をしても、交通機関を利用しないか、できない。常時誰かが同行する必要がある。

※ここでいう交通機関の利用は、バス・電車等の公共の交通機関を指します。自転車や家族が運転する車に関しては、ここでは「交通機関を利用」とは判断しません。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 知らない場所でも、交通機関を利用して一人で出かける
- 自動券売機が使える
- 利用できる交通機関の種類が限定されている。行ける場所が限定されている*

d-2 公共機関・金融機関の利用

- 1) 必要に応じて、役所や郵便局や銀行などを自分で問題なく利用できる。
- 2) 1) がだいたい自分でできる。
- 3) 未知の機能を利用する場合は難しいなど、助言や促しを必要とする。
- 4) ほとんど一人では公共機関・金融機関を利用することができず、強い助言や時に誰かが同行する必要がある。
- 5) 援助や助言をしても、公共機関・金融機関を利用しないか、できない。常時誰かが同行する必要がある。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 証明書の発行や各種手続きができる
- 知らない手続きでも、人に聞いたり調べたりして自分で行う
- 金融機関からお金を下ろす
- 金融機関にお金を預けたり、公共料金を振り込んだりする
- 公共機関や金融機関の窓口で、一般的な事務上の説明を理解できる
- 各種機関からの連絡や通知に対処できる

d-3 電話の利用

- 1) 必要に応じて、自分で適切に（番号を調べ、応答、用件伝達など）電話を利用することができる。
- 2) 1) がしたい自分でできる。
- 3) 電話を適切に利用するのに、助言や促しを必要とする。
- 4) 電話をほとんど適切に利用できず、時に代行したり、具体的な指示をするなどの必要がある。
- 5) 助言や援助をしても電話を利用できないか、しない。電話連絡を常時代行したり、直接対面して対応する必要がある。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 自分から電話をかけることができる。必要な番号を調べる
- かかってきた電話に出る、その対応をする
- 事務的なことであれば、適切に用件を伝える
- 不適切な相手・時間帯に電話をかける*
- 電話のベルを怖がり、自分からは電話にでない*

e. 対人関係

	自立	ほぼ自立	★要援助			不明・不詳
			や援助 時に助言	や援助 強い助言	働きかけ 強力な	
e-1) 協調性 (近所・仕事場・施設等で他者と大きなトラブルを起こさない)	1	2	3	4	5	0
e-2) 自発性 (必要に応じて誰に対しても自分から話せる)	1	2	3	4	5	0
e-3) となり近所との付き合い (あいさつなど最低限の近所付き合い)	1	2	3	4	5	0
e-4) 友人等との付き合い (自分から友人をつくり継続してつきあう)	1	2	3	4	5	0

e-1 協調性 (主に、家族以外との関係について評価)

- 1) 親戚、近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で、他者との大きなトラブルをおこさず行動することができる。
- 2) 1) がだいたいできる。
- 3) 時に助言や促しがないと、時に他者との大きなトラブルを起こす。
- 4) 強い助言や援助をしないと、他者との大きなトラブルを起こす。
- 5) 助言や援助をしても改めようとしないうか、できない。強力な働きかけが必要である。

※ただし、人に過度に合わせすぎて調子を崩すことがある場合も、それが生活を障害している度合いや援助の必要性を考慮して評価にいきます。

※家族への暴力などは、h-4 (その他の社会行動を妨げる行動) で評価します。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 喧嘩や口論などの対人関係のトラブルを避ける
- 対人関係上のトラブルが起きた場合、それを自分で解決できる
- 自分本位の行動をすることがある。人とどう付き合ったらよいか分からない
- 人を拒否したり、不快にさせるような言動をする*

e-2 自発性

- 1) 必要なことが生じたら、自分から話せる。
- 2) 1) がだいたい自主的にできる。人にものを尋ねたり、話しかけたり、挨拶をすることができる。
- 3) 時に助言や促しがなければ、あいさつや事務的なことでも自分から話せないことがある。
- 4) 強い助言や促しがなければ、事務的なことでも、自分からは話せない。時に誰かが代行する必要がある。
- 5) 親しい人に対しても自分から話しかけることはない。促されても挨拶もできない。強い働きかけが必要である。常時代行が必要である。

※長期入院の場合には、病棟生活で何か困ったことがおきた時に、他患や看護婦に話しかけることができるかどうかを評価します。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 道をきいたり、分からないことを尋ねるなど、必要時に人に話しかける
- 初対面の人に自分から挨拶をする
- 友人と約束をして出かける
- 人と話すことを拒む*

e-3 となり近所との付き合い

- 1) あいさつや当番などの最低限の近所づきあいを自主的に問題なくしている。
- 2) 1) をだいたい自主的にしている。
- 3) 時に助言や促しがないと、時に孤立的になりがちである。
- 4) 強い助言や援助をしないと、近所から孤立したり、トラブルを起こす。近所づきあいのために時に誰かが代行する必要がある。
- 5) 助言や援助をしてもできないか、あるいはそもそも、隣近所とのつきあいは全くない。近所づきあいのために誰かが常時代行する必要がある。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 近所の人に挨拶をする
- 町内会で期待される役割・当番（回覧版をまわす、地区の清掃をする等）を担当する
- ゴミの分別回収に協力する
- 近所の人に無闇に苦情を言う、あるいは苦情を言われるなどのトラブルを起こす*
- 近所の人に、物品や金銭など何らかの援助を頼りすぎる*
- 近所づきあいに無関心である*

e-4 友人等との付き合い

- 1) 同世代の友人を自分からつくり、継続して付き合いすることができる。
- 2) 1) がだいたい自分でできる。
- 3) 時に助言や促しがなければがなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続して付き合いことが難しい。
- 4) 強い助言や援助がなければ友人を自分からつくり、継続して付き合いことができない。
- 5) 助言や援助をしても改めようとならないか、できない。強い働きかけが必要である。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 他人といると不安になる。人見知りをする
- 友人とのつきあいで喧嘩や口論などのトラブルを起こすことがある。継続的なつきあいができない*
- 友人を作ったり継続してつきあうことに興味が無い。友人が出来そうな場所から遠ざかっている*
- 友人を作ることを拒否している*

f. 社会的役割・時間の活用

	自立	ほぼ自立	★要援助			不明・不詳
			や援助 時に助言	や援助 強い助言	働きかけ 強力な	
f-1) 自分なりの社会的役割をもつ (就労、作業所への通所などができる)	1	2	3	4	5	0
f-2) 趣味・空いた時間の過ごし方 (趣味をもち、自主的に行っている)	1	2	3	4	5	0

f-1 自分なりの社会的役割を持つ

- 1) 就労、授産施設、作業所、デイケアへの通所、家事・家業、患者クラブの世話役、ボランティア活動への参加など、自分なりの社会的役割を持っている。
- 2) 1) をだいたい自分でしている。
- 3) 時に助言や促しがなければ、1) を継続して行うことが難しい
- 4) 強い助言や援助がなければ、1) を継続して行うことが難しい。
- 5) 助言や援助があっても社会的な役割をもつことができない。強い働きかけを必要とする。

※社会的役割における「家事」の基準

主婦のように家庭を切り盛りしている場合は1) とします。「食事の片付け」「買い物」「風呂を沸かす」、など役割が限られている場合は、それが本人の状態を考えて最大限の役割であっても2) あるいは3) とします。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 社会的な役割を継続的に持つ
- 社会的な役割は持っているが、極めて限定されている*
- 社会的な役割を継続的に持つことに意味を見いださない。拒否する*

f-2 趣味・空いた時間の過ごし方

- 1) 空いた時間を楽しむ趣味をひとつ以上持っており、他人に勧められなくてもそれを行なっている。
- 2) 何かに積極的に楽しむ趣味もあるが、関心の持ち方には波がある。あるいは、趣味が普通ではない。
- 3) 空いた時間の過ごし方は受身的である (TVを見る・ラジオを聴くなど)。限定されている。
- 4) 勧められればその時は勧めに応じるが、自分の意志で興味を持ちつづけることはない。
- 5) 興味をもつものが何もない。空いた時間を楽しめるように何かを勧めてもそれを拒否する。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 自分の意志で積極的に楽しむ趣味をもつ
- 継続して楽しむ趣味をもっている
- 一人でも、趣味を楽しむ (人から勧められなくても、自分なりに楽しむ時間をもっている)
- 楽しみがテレビなどの受け身的なものに限定される
- 人を不快にさせるような趣味 (盗撮や盗聴など) を持っている*
- 過度に趣味に没頭し生活のバランスを欠く*

2 緊急時の対応

g. 緊急時の対応

	自立	ほぼ自立	★要援助			不明・不詳
			や援助 時に助言	や援助 強い助言	働きかけ 強力な	
g-1) 心配ごと(ストレスを受けた場合)の相談 (自分で援助を求める)	1	2	3	4	5	0
g-2) 悪化時の対処 (誰かに相談したり医療機関を訪れる)	1	2	3	4	5	0

g-1 心配ごと(ストレスを受けた場合)の相談

- 1) 心配ごとが出来た時は、適当な人に必要な範囲で援助を求めることができる。
- 2) 1) がだいたい自分でできる。
- 3) 時に助言や促しがなければ、自分から適切な範囲で援助を求めることができない。
- 4) 強い助言や援助がなければ、自分から適切な範囲で援助を求めることができない。
- 5) 援助を求めることができず、いつも様子を観察したり表情を観察するなどの強い働きかけを必要とする。

※悩みを相談できる人が周囲にいない場合は4) または5) に該当する。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 随時周囲の人に悩みを相談する
- 心配ごとを抱え込まない。悩みが深刻になる前に、相談もしくは自分で解決している
- 心配ごとをうまく言葉で伝えられない*
- 悩みごとを話す人がいない*
- 相談をする際に過度に援助者に依存的になる*

g-2 悪化時の対処

- 1) 病状等具合が悪くなりかけたら、誰かに相談したり医療機関を訪れるなどの適切に処置することができる。
- 2) 1) がだいたい自分でできるが、時に対処が遅くなる時がある。
- 3) 時に状態の確認や助言がなければ、病状を悪化させてしまうことがある。
- 4) 定期的な状態確認や強い助言がなければ、病状を悪化させてしまうことがある。
- 5) 定期的な状態確認や強い助言があっても、病状を悪化させてしまうことがある。常に観察を行うなどの強い働きかけが必要である。

<この領域で評価のめやすとなる社会行動>

- 具合が悪くなった場合、そのことに自分で気づく
- 悪化時に周囲に助けを求めたり医療機関を訪れる
- 状態の悪化による再入院を繰り返している*
- 周囲から指摘されてはじめて、具合が悪くなったことに気づく*

3 配慮が必要な社会行動

h. 配慮が必要な社会行動

	ない	み ら れ た	以 前 は	あ る	最 近 た ま に	あ る	最 近 頻 繁 に	常 時 配 慮 が 必 要 な 社 会 行 動	不 明 ・ 不 詳
h-1) 会話の不適切さ	1	2	3	4	5	0			
h-2) マナー（食堂や交通機関など公共の場所でマナーを配慮する） ^甲	1	2	3	4	5	0			
h-2) 自殺ないし自傷の念慮や行為（自殺を口にしたことがない）	1	2	3	4	5	0			
h-2) その他の社会的適応を妨げる行動（そのような行動が見られない）	1	2	3	4	5	0			

注) おおむね上記の基準に沿って評価するが、「h-2) マナー」については、「1.自立生活能力」の基準に従う。

h-1 会話の不適切さ

- 1) そのようなことはない。
- 2) 時に、状況にふさわしくない内容の話題がでる（月に1～2回程度）。
- 3) 状況にふさわしくない会話が時々出る（週に1回程度）が、通常の会話には問題がない。
- 4) しばしば、状況にふさわしくない内容の話題が出る（毎日）。
- 5) 会話の内容にまとまりがなく、常に普通でない一風かわった話題で占められている。

※会話の不適切さは、内容だけでなく、喋り方や、話のまとまりなども含めて総合的に評価します。

h-2 マナー

- 1) 食堂や交通機関など公共の場所で、常識的なマナーを配慮する。
- 2) 1) がある程度自主的にできる。
- 3) 時にひとりでは常識的なマナーを配慮することができない
- 4) 強い助言や援助がなければ、常識的なマナーを配慮できない。
- 5) 助言や援助をしても、常識的なマナーを配慮できない。

h-3 自殺ないし自傷の念慮や行為

- 1) 今までに自殺を口にしたことがなく、自殺企図もない。
- 2) 過去3ヶ月間に、そのような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。
- 3) 過去3ヶ月間に、間接的に自殺をほのめかしたり、直接自殺について語ったことがある。
- 4) 過去3ヶ月間に、何らかの自殺をほのめかす行動をした（手首を傷つける）、あるいは過去3ヶ月間に何回も自殺を口にする。
- 5) 過去3ヶ月間に、重大な自殺企図あるいは自傷行為をおこなった。

h-4 その他の社会的適応を妨げる行動

- 1) そのような社会行動は見られない。
- 2) この1ヶ月間に、そのような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。
- 3) この1ヶ月間に、そのような行動が何回かあった。
- 4) この1週間に、そのような行動が数回あった。
- 5) そのような行動が毎日のように頻回にある。

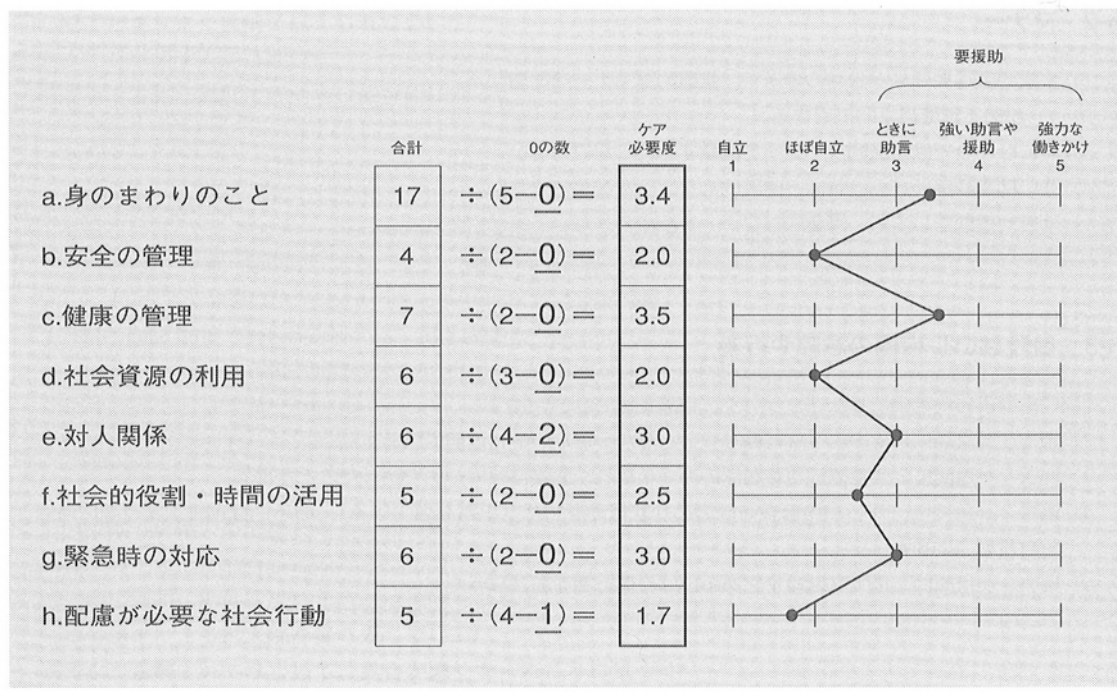
※地域生活の維持を困難にする可能性がある、その他の社会行動（人や物に対する暴力、敵意的な社会的交流、妄想に基づくと思われる奇妙な行動、状況にふさわしくない大声を出す、放浪癖、過度な潔癖症、強いこだわり、電話の乱用、性的逸脱行動、世間でひんしゅくをかうような行動、等）について評価します。

<ケア必要度得点の算出>

アセスメントした結果からケア領域ごとの合計を算出し、項目数から不明（「0」）項目数を引いた数で割って求めます。

ケア必要度のレベルと領域を目で見えて分かりやすいように、グラフに表します。ケア必要度に関するアセスメント項目は、1点から5点までの5段階で評価していますが、3点以上が援助の必要な状態（2点は若干の援助）と考えられます。したがって、いくつかの項目の平均点で示される領域別ケア必要度得点は2.5点以上であれば、その領域の援助の必要性があると判断できます。

図4 プロフィールの記入例



(1) 事例

<事例 I>

- ・年齢 24歳
- ・性別 女
- ・診断 統合失調症(Schizophrenia)、精神遅滞
- ・特徴 他家侵入や窃盗を繰り返した触法患者。養育者は祖父母という環境の中、母は嗜癖行動が激しく、部屋を同じくする母とは常に口論や暴力行為が絶えない。

<支援経過>

ACT導入の方向で、濃厚な訪問看護を開始、その2ヶ月後にはACT-U利用に際しての説明を行い、同意のもと支援開始となる。同時期に母の内職（栗の皮剥ぎ）を期に睡眠時間が乱れ、昼夜逆転傾向となる。作業所へも農作業を嫌がり通所が遠のき、同時に生活リズムも乱れ始める。そこでスタッフ2人で訪問し、本人と家族を分けた個別支援を開始する。本人には生活リズムを整えるように働きかけ、家族には症状コントロールとコンサルテーションを行う。また、昼夜逆転や幻視を訴え、同じ部屋で過ごす母から夜間にクライシスの電話が入り、その都度訪問し状態を把握、必要時には医療行為を施し、様子を観察する。祖父母とは入浴・食事以外は別棟で、母とは寝室を共にしており口論も絶えず、時に暴力行為へと発展するため、家族は不眠傾向を再三訴える。その度に祖父は暴力で制し、自分の言う事を聞かせるために頓用の精神薬も使用していた。そこで、訪問の度に家族に対しては、精神症状と服薬管理の説明を重ねる。次第に祖父母は、ACT-Uの支援や本人への理解を示し始める。一方、母の理解はなかなか難しく、祖父が身体疾患で検査入院のため不在の中、本人への対応が困難となり入院となる。入院後は落ち着き、8日後に退院。退院後も家族へのコンサルテーションを継続し、本人に対しては「はじめの一步」「クライシスプラン」を共に作成する。CDに関しての興味関心や執着は激しく、生活環境も左右している。室内にはCDが散らばり、雑誌やゴミなども散乱し、足の踏み場もない状態だが、その中で昼夜問わずCDを聞き続けている。時にはイヤホンから音漏れするほど大音量で聞いている。CDに関連付けながら室内掃除や片付け、生活リズムの調整や買い物計画などを提案する。作業所での給料の範囲で買い物を計画・実施しながら、作業所やデイケアの通所も継続支援する。幻視や被害妄想の発言もあるが、日常生活に支障はない程度、窃盗や他家侵入はない。年初めには兄夫婦が子供を連れて帰省（兄とは不仲、嫁には存在すら伝えていない）家族の希望で援護寮に1泊入寮。退寮後は「リカバリープラン」を作成し、現在も希望に添った支援を継続している。

<支援のポイント・考察>

危機介入と家族協力

・行動化してしまう本人とその家族間の力動をアセスメントし、家族に対して危機介入の方法を提案しながら本人と家族への平行した支援体制を組み、訪問を重ねながら早期に対応出来たことで状況悪化を防ぐことが可能になったと考える。

家族支援

・家族へも個別にコンサルテーションを行う。アセスメントのなかで浮上してきたのが母には親役割が欠如していること、また、逸脱した金銭感覚や交友関係も存在していた。その影響は多大で、ミーティングやカンファレンスを行いながら、その環境は安全、安楽をも左右すると判断し、母や祖父の希望も考慮して法的な手続きに入る。現在は破産宣告を受け、成年後見制度を申告中である。母の背景には祖母の養育環境も関与しており、当時の母や祖父母の気持ちを労い続けながら過去を振り返る作業を続けていく。結果、祖父母は内省力を高め、本人に対してもACT-Uの支援にも理解を得るが、母は未だ捉え方の歪みが修復できず、関わり方を検討中である。

ケースカンファレンス

・エピソードごとにカンファレンスを行うことで、その時々でスタッフ内での状況認知が可能となり、専門性を活かしながら各々の役割を分担し多角的に関わることが出来ている。また、日々のミーティングでも時間があればカンファレンスへと移行し、タイムリーな情報共有と統一したサービスの展開が可能となっている。

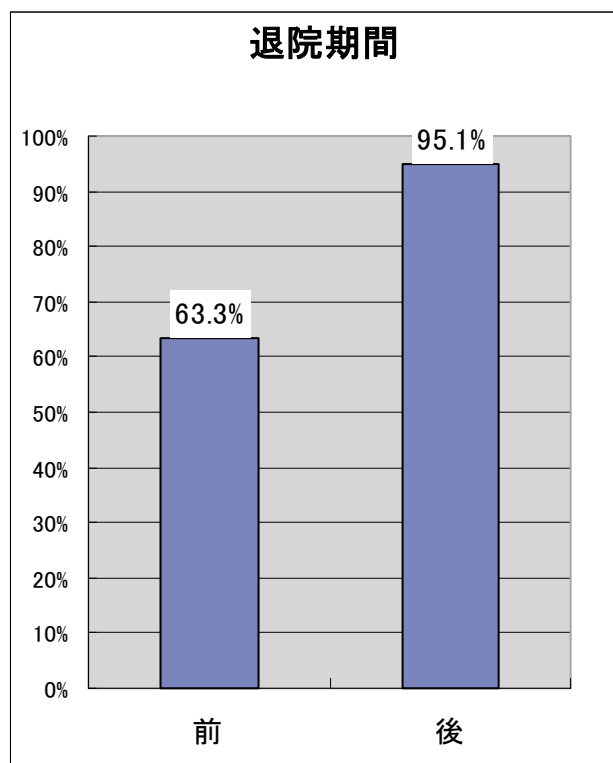
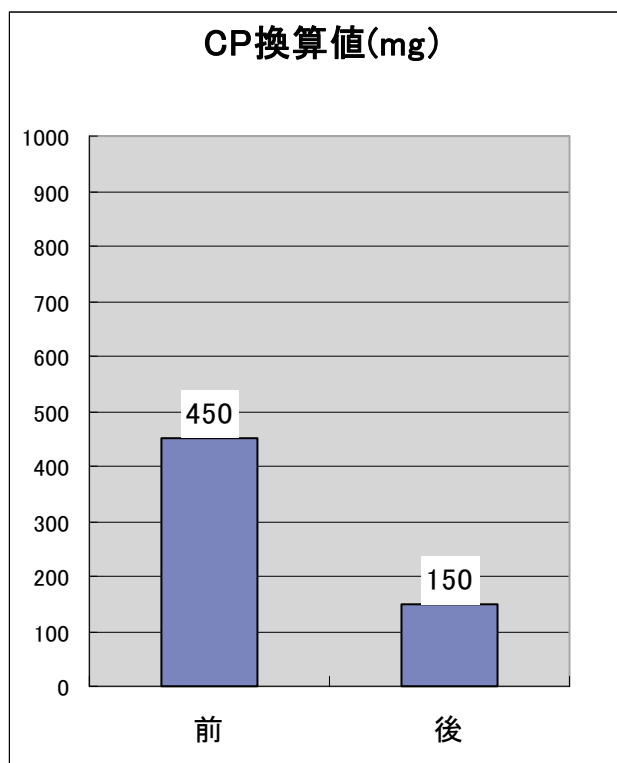
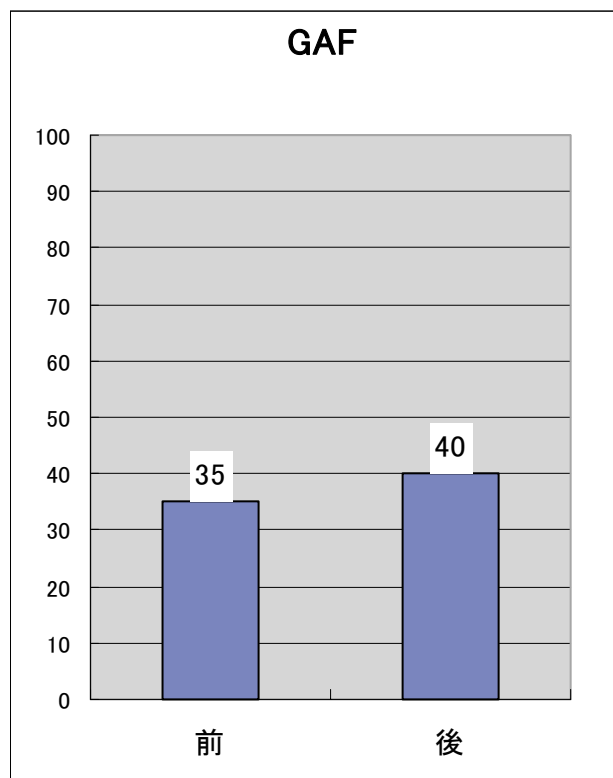
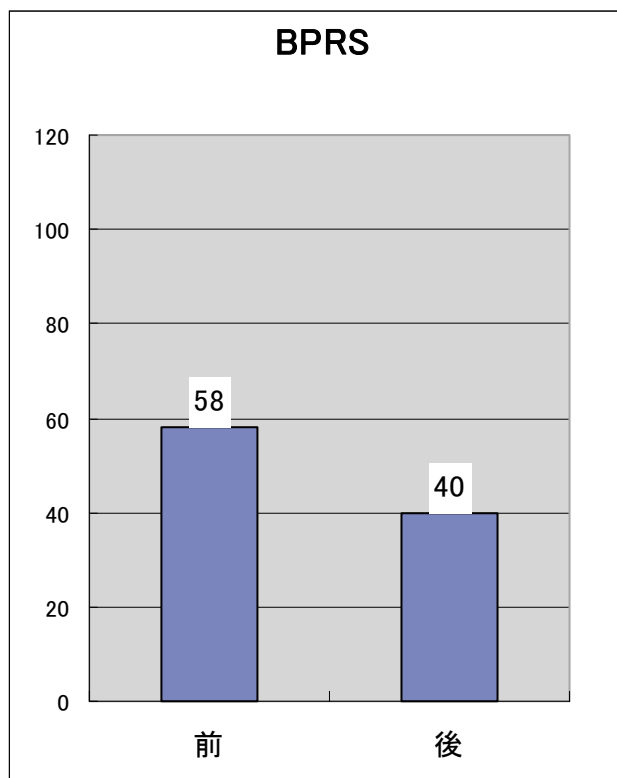
<支援結果>

・ACT導入前から、関係作りを頻回に行っていたのもあり導入後もスムーズに対応が出来ている。機能の全体的評定尺度（以下、GAF）も35から40に上昇、抗精神病薬の力価（以下、CP換算値）は450から150に減量、同時に簡易精神症状評価尺度（以下、BPRS）も58から40に改善し、全体的にバランス良く改善傾向を示している。また、一番大きな変化としてACT-U導入後、反社会性行動や逸脱行為は全く見ない。

次項に図1でBPRS、GAF、CP換算値、退院期間を示す。

事例 I

図1



<事例Ⅱ>

- ・年齢 46歳
- ・性別 女
- ・診断 統合失調症(Schizophrenia)
- ・特徴 再燃時の自傷・他害行為が激しく、同居している高齢の母にも暴力を振るう。悪性症候群の既往あり。普段は穏やかで優しさあふれる人。手先の器用さを活かし手芸と料理が得意だが、過剰摂取に陥りやすく、糖尿病を患っている。

<支援経過>

精神症状の安定により退院後、デイケアを月1回利用していたが、退院から3ヶ月後に自宅にてハサミで自分の喉を突こうとするなど自企行為があり、月1回のデイケアでは対応が難しいと判断し、ACT-Uの導入となる。

ACT-Uが関わり始めた当初は、妊娠妄想や幻聴がみられたが生活に支障はなかった。週2回の訪問で「はじめの一步」「クライシスプラン」「リカバリープラン」を一緒に作成し、本人が目標としていた「楽しく健康で暮らす」ために日中活動や服薬の継続、食生活などに焦点を当て支援を行っていく。また、母の不安や負担の軽減も視野に入れながら支援を行った。

支援開始3ヵ月後から不眠を訴え、血糖値や肝機能の数値の上昇もあり服薬を調整する。ミーティング内で今後の対応を検討した結果、デイケアの回数を増やし、身体管理に重きを置いた支援を一時的に行う方向となる。支援開始4ヵ月後より精神的に不安定となり、幻聴に関連した感情の起伏と言動がみられ、チームドクターが往診し注射処置を施す。

支援開始5ヵ月後には自宅に引きこもり、精神症状も活発になる。母によれば、水分の多量摂取や3日間も不眠が続いたという。本人は入院治療を拒否し、今後の対応についてミーティング内で検討した結果、6時間毎の注射処置と経過観察を行うことになった。翌日には、状態が急変し悪性症候群の前兆があり、自宅での生活は限界であるとミーティング内で合致、夕方の訪問時に入院の方向となる。自宅訪問すると、他者への器物投函や奇異行動、攻撃的な激しい独語も著明だった。スタッフ2人では対応が困難と判断し、救急車を依頼、消防署に協力を仰ぐ。母は混乱しているため、スタッフと一緒に後から病院へ向かう。

入院後は、症状の改善と再燃を繰り返していた。糖尿病、過飲水、悪性症候群の既往があるため、薬の調整も困難を極め、ケースカンファレンスの結果、ECTを試みる方向で合致した。ECT施行後は精神状態も安定し、治療効果があった。今後は継続的にECTを行うことで、早期退院が望めると期待した矢先に、ECTの不具合が発生し、当院でのECT治療が不可能となった。ECT治療ができる近隣の病院を探し、現在その病院へ転院しECT治療中である。

本人が入院したのを機に母は不眠傾向に陥る。過去の体験から現実見当が不明瞭になり、近所のホームドクターを受診し、精神安定剤を服用していた。継続的に母と関わりを持ち、不安を傾聴しながら生活上の問題点を整理、行政手続きの代行、段階的に娘の状態の報告を行っていく。また、経済的な不安や身体的な負担も大きく、正確な情報提供と選択肢を提案するなど、母の不安に対しても丁寧な支援を行った。

<支援のポイント・考察>

危機介入

・毎日のミーティングの中でタイムリーな情報交換を行うことにより、柔軟な支援体制で取り組むことができた。その中でも特に悪化時や夜間の対応について検討を重ね、支援体制の確認を行うことで、本人の状況の変化をチームで統一することが可能となった。それにより、スムーズな医療行為の施行と、早期クライシス対応や入院対応が可能になったと考えられる。

ケースカンファレンス

・エピソードごとのカンファレンスやミーティング内では、精神症状や身体疾患などの医療的な側面から、料理を一緒に作り、散歩も同行するなど生活に密着した側面、同居する母の心理的な側面まで多角的な側面からの支援を検討した。回数を重ねる度にアセスメントの重要性を感じ、必要なサービスへと転換していったのである。

家族支援

・同居する母は、本人の入院時に味わった恐怖や不安感に支配され、心身ともに落ち込む姿を隠せなかった。そこで、母に対しても継続的に関わりながら、独居生活の寂しさを受け止め、恐怖や不安から生じる二次的な症状の把握と軽減を目的として、定期的に訪問を重ねていった。また、多種多様な行政手続きや金銭的な不安に対しては、手続きを丁寧に説明しながら一緒に行い、生活資金に対して提案するなどの支援も行った。その姿勢は、多くの不安を抱え、恐怖に支配されていた母にとってはかけがえのない存在へと転換し、ゆえに日常生活や本人に対する感情に捉われることなく、母は健康の回復とそれを維持出来る方向に繋がったのではないだろうか。

<支援結果>

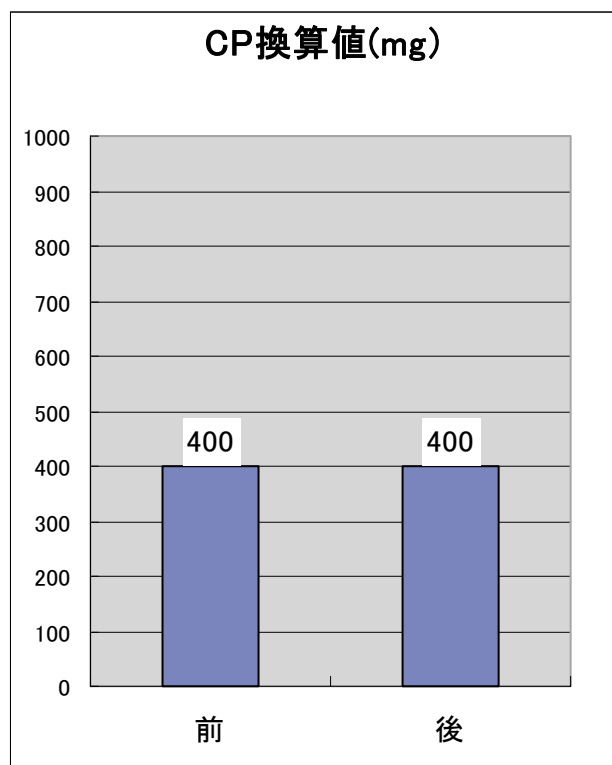
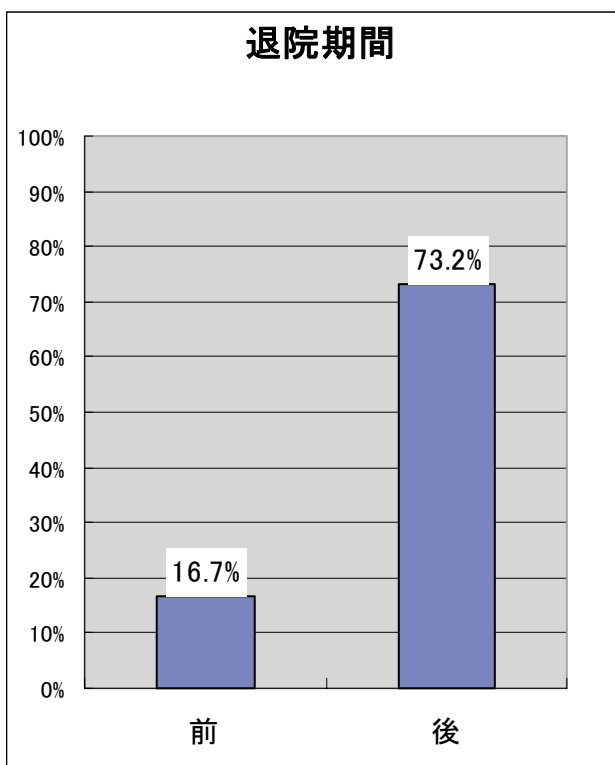
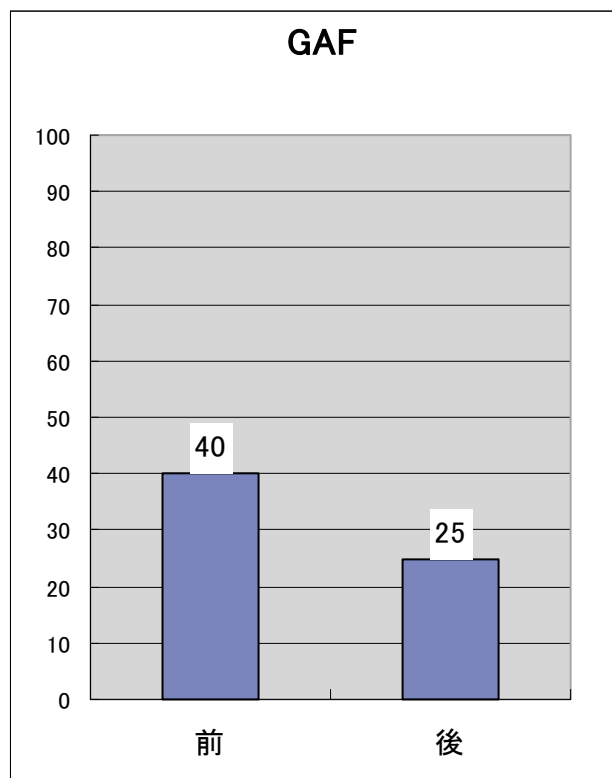
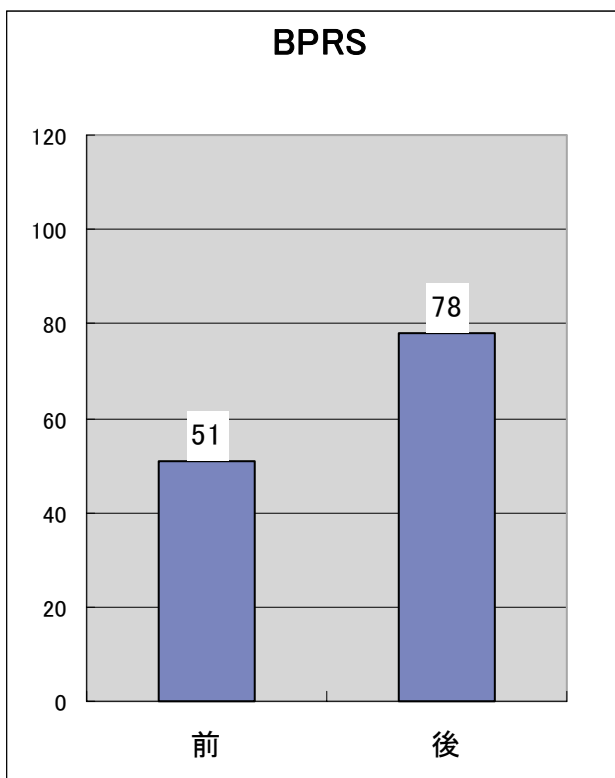
ACT-U導入時から6ヵ月後を比較すると、GAFが40から25に低下、BPRSが51から78に悪化、CP換算値は400を維持している。

自傷・他害行為が激しく再燃のスピードも速いため、ACT-Uが関わり始めてからも状態が悪化を追跡するのがやっとなりで、再燃してからは治療方針も定まらずに、現在も入院中である。しかし、入院中との関係を維持しながら、本人が退院後も生活できるような環境へと整えることが可能になっている。

次項に図2でBPRS、GAF、CP換算値、退院期間を示す。

事例Ⅱ

図2



<事例Ⅲ>

- ・年齢 36歳
- ・性別 男
- ・診断 統合失調症(Schizophrenia)
- ・特徴 独自の拘りが強く、強迫的。自宅に引きこもり家族以外との対人交流が殆どなく日中は雑誌やテレビを見て過ごす。テレビを中心とした生活リズム。頻度は少ないが爆発的に暴れ、器物破損もある。

<支援経過>

過去に訪問看護を利用していたが、定期的診察時に服薬調整が必要と説明を受け入院となる。しかし、本人は「入院をさせられた」と思い込み医療従事者に陰性感情を抱く。退院後は、医療を完全に拒否し、自宅に引きこもることで現実世界との接触を遮断していた。家族以外との対人交流は殆どないが訪問看護は継続しており、当時の訪問看護担当者からACTの説明を受け、ACT-U導入となっている。

初回のコンタクトでは、先ず本人の希望を聞き、「最初の目標」として、自己の役割、ACTの協力が必要な部分、家族に協力して欲しいことを明確にし「はじめの一步」として「最初の目標」を達成するためのプランを作成した。プランニングには細かなアセスメントも必要であり、日々の生活スタイルを聞きながら、将来的には単独外出ができ、テレビや雑誌の世界に限らず現実世界を楽しみ、生活の幅を広げ自立するための支援を行った。

医療中断に対して「最初の目標」の中には往診が含まれ、チームドクターが往診し薬を処方した。処方内容については、過去の服薬を中断した理由についてチームでカンファレンスを行い、薬剤師の協力のもとに投薬量を検討した。

コンタクトの頻度が多くなると、買い物に行く途中の車内で知人を罵倒する替え歌を作り放歌した。自宅へ引きこもる生活環境では自尊心が低下し、自己主張が上手くできない為にストレスの発散場所もなく、自宅で放歌すると両親に厳しく注意を受けている。衝動行為や器物破損にはストレスが原因ではないかと推測し、ストレスの発散場所として移動中の車内を使用するなどの対応を試みている。

<支援のポイント・考察>

プランニング

・従来の訪問看護は継続していたが引きこもりは改善されず、薬も中断し社会の現実に目を向けることがなく、テレビ、雑誌の世界をそのまま信じていた。しかし、訪問看護を継続するには本人なりの理由があり、どこかで対人接触を求めていると考えられる。コンタクトでは指示的、命令的とならず、まず本人の希望を聞きながら、共に考え、自立し自己実現するためのプランである「はじめの一步」を作成した。テーマに沿ってプランニングすることにより自己主張が出来るようになり、自主的に買い物に必要な物を用意し、計算しており自立度は向上している。

・従来の訪問看護に多く見られる症状や服薬の管理、問題解決の支援では現状を維持することがテーマになり易く、自立をテーマとするならば本人の希望、自己実現していけるためのプランニングが必要ではないかと考えている。

ストレス発散が可能な環境設定

・自宅に引きこもり、毎日、日中は雑誌を読み、他の時間はテレビ番組を見ており、現実とマスコミによって作られた世界との狭間で揺れ悩むと大きくストレスとなっていたことが予測される。また、引きこもりであるため相談できる相手もなく、家では本人なりのストレス発散である歌を歌うことが出来ずにいた。このような背景もあり、ストレスへの対処が出来ずに、突然暴れ、物を壊す行為に至ったのではないかと考えられる。ストレス脆弱性からの発症を考えると、ストレスへの対処は必須である。そこで、ストレス発散が可能な環境を移動中の車内に設定したことにより社会常識的には許されないであろう歌を安心して歌えることが出来た結果、ストレスの発散となり、物を壊す行為がなくなったのではないかと考えている。

アセスメント

・生育歴、コンタクトからの反応など他職種チームのメリットを生かし細かく多角的にアセスメントし、チームでカンファレンスを行った。薬を調整するためにチームドクターが往診し大幅に減薬したが、減薬にも関わらず精神症状は改善されており、不必要な薬は除かれたのではないかと考えられる。

・他職種チームならではの、各々の専門性を活かしたアセスメントが減薬を可能にしたのではないだろうか。

<支援結果>

コンタクトの頻度が増すと少しずつ、自己主張ができるようになった。

ACT導入から6ヶ月を経過すると、自宅で過ごす時間も減り、訪問日には本日購入したい物の金額を計算し、メモに書き留めて必要な金額を準備できるようになった。また、衝動的な行動はなくなり、家族（父母）も安心できている。

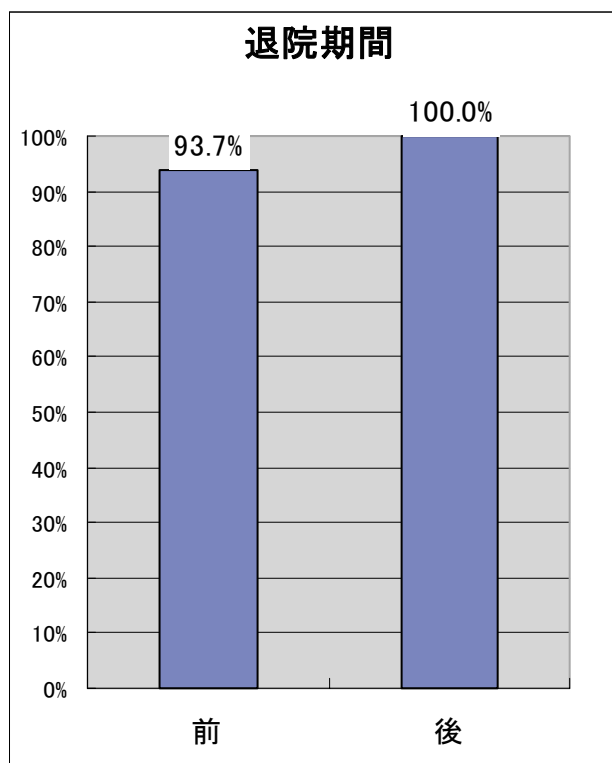
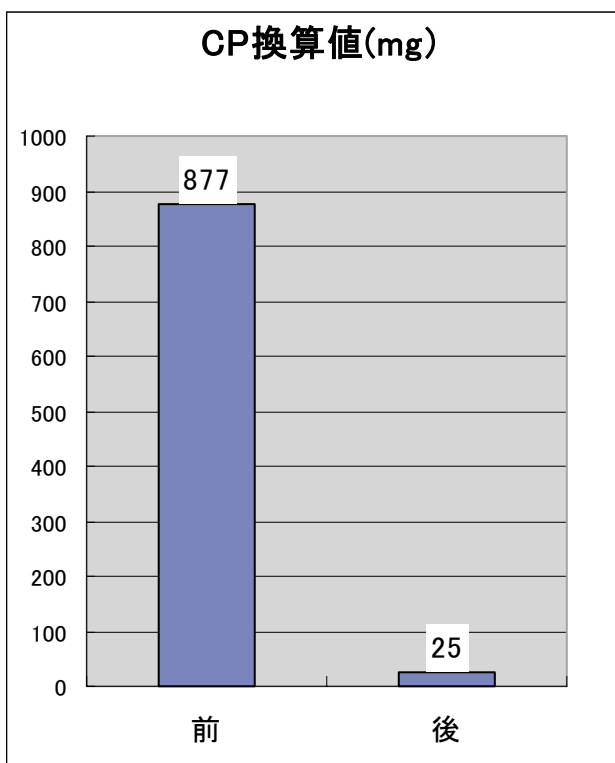
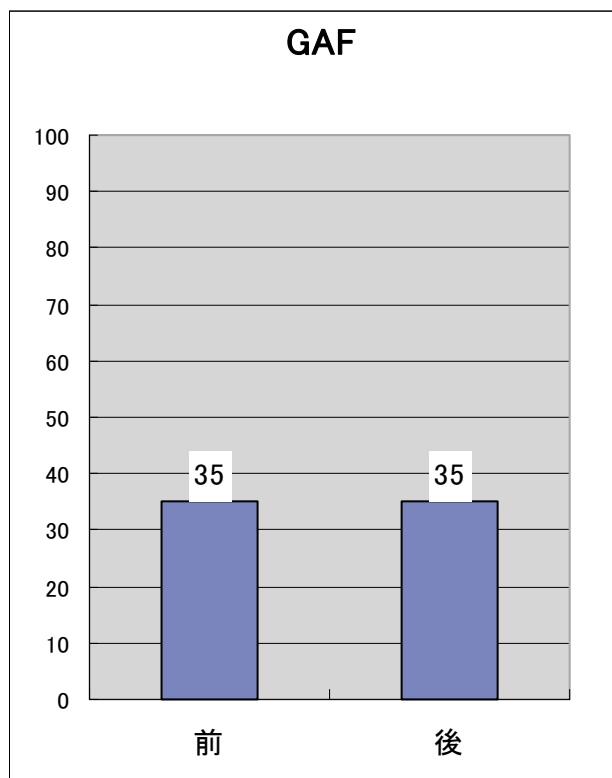
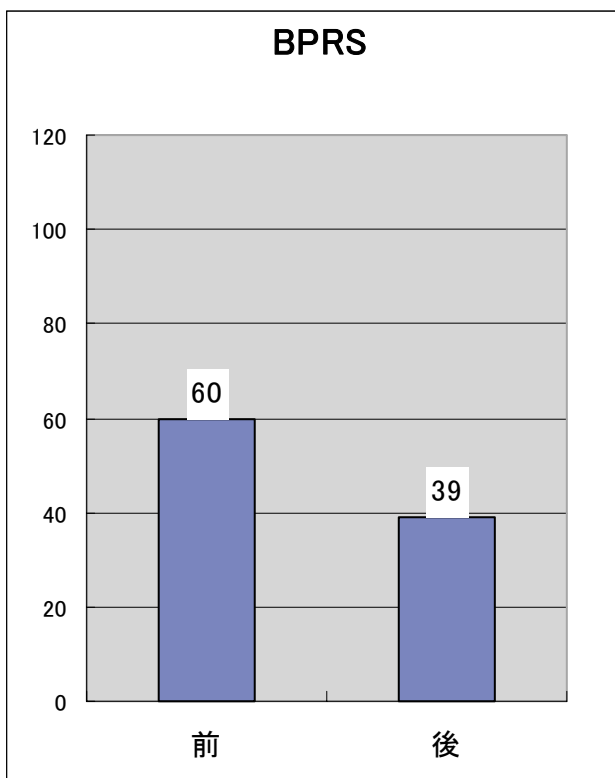
GAFは35と変化はないが、CP換算値は877から25と大幅に減量しているにも関わらずBPRSは60から39に大きく改善している。

現在も再入院することなく、自立するための支援を受けながら、地域で生活を送っている。

次項に図3でBPRS、GAF、CP換算値、退院期間を示す。

事例Ⅲ

図3



<事例Ⅳ>

- ・年齢 59歳
- ・性別 女
- ・診断 統合失調症(Schizophrenia)
- ・特徴 宗教に熱心でその教えが総てである。過去「生霊」の話を打ち明け、入院させられた体験から精神科医と精神薬に恐怖を抱いている。父が絶対的存在の家庭環境化で固定した皇室妄想を持つ。糖尿病の既往あり。

<支援経過>

入院中にスタッフ紹介とACT導入に向けてサービスの説明を行い、同意のもと退院を機にACT導入となる。ジョイニングで、先ず本人は「病気ではないから必要ない」とクライシスを完全に否定し、同居している両親の意向もあり、訪問時間は1時間で月に2回の訪問という約束から始まる。「はじめの一步」や「リカバリープラン」は順調に作成、手に職をつけたいなど就労意欲も見せる。先ずは、趣味であり特技の編み物から始め、毛糸や洋裁物品などの買い物も同行し、時に一緒に編むなど、作品を通して関わっていく。一つの作品が完成すると、次回はもっと上手に編めるかもしれないと、手作りの作品を展示・販売している店への出展も視野に入れて制作するようになる。

また、本を見ながら料理を作ることも多く、食事量や間食量が増し、家族が食べきれない量を作っては自ら平らげるなどの行動が続く。血糖値も上昇し始め、リカバリープランで目標に定めた趣味や調理の時間も祈りの時間に変わり、その宗教の教え「精神科医は毒薬をもって殺す」という言葉を度々口に出すようになる。精神状態には波があると家族からの訴えもあり、訪問時にも妄想著明、易攻撃性が認められ、その都度服薬量も調整していたが、特に精神薬に関してはコンプライアンスも低迷、デリバリーしながらその都度丁寧に説明を試み、父の管理のもとに服用していた。しかし、口渇が増したことで怠薬し始め、父の促しにも薬包を手にしたまま服用しない時が増える。服薬が不定期になり始めるとそれとは反対に、祈りの力で精神病名を消すという行いに没頭される。また、母に対して言葉や態度での攻撃性は強く「あんたは母親ではない」と存在を否定し、夜間も主CMに減薬を希望する電話が入る。糖尿病の薬は服用しても精神薬は飲みたくないと懇願し、気持を受け止めながらも、後日訪問して直接の話し合いを申し出る。訪問時に服薬指導を行うとその場では納得するが、訪問の度に同じ内容を繰り返し訴え、その都度説明を行い続ける。訪問回数やサービスを変えることなく経過し、精神状態も服薬に関する事以外は落ち着いている。また、過去に意識障害を呈して入院になった時、大阪で看護師をしている妹が簡易血糖測定器を購入している。退院後はそれを定期的に測定していたが現在は不定期となっている。

<支援のポイント>

家族間アセスメント・考察

- ・宗教に熱心な理由は家族皆の健康と安全を願うものだと分かり、入院したくないという理由の背景には、家族と一緒に暮らしていきたいという強い願いが存在しているのではないかと推測、そのため

に何が出来るだろうかという視点に立った支援体制を検討し、特技などの抽出を図りながら自宅での生活を焦点化する。また、家族の力動は父親中心のヒエラルキーが存在し、スタッフの介入も限られた時間内での支援となったが、訪問するたびに家族の話も伺う姿勢で柔軟に対応する。その姿勢は頑なに閉ざされた家族の思いも柔軟にしたのか、母親からは、責められて辛いという気持ちが聞かれ、父親からもクライシスの相談を主治医ではなく、主CMが受けるようになったという、家族のACT-Uに対する家族の変化に見受けられる。同居率が高く、地域特性としてのACT支援サービスは、家族の協力が必須ではないかと考える。

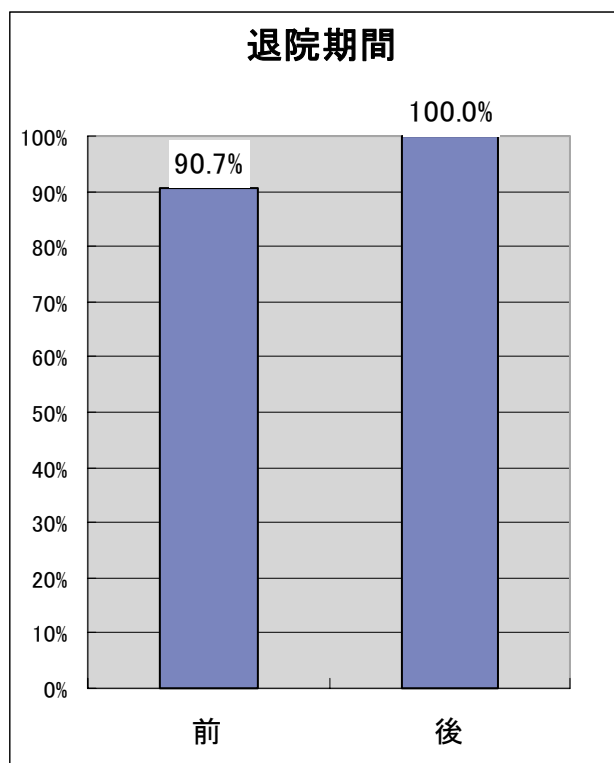
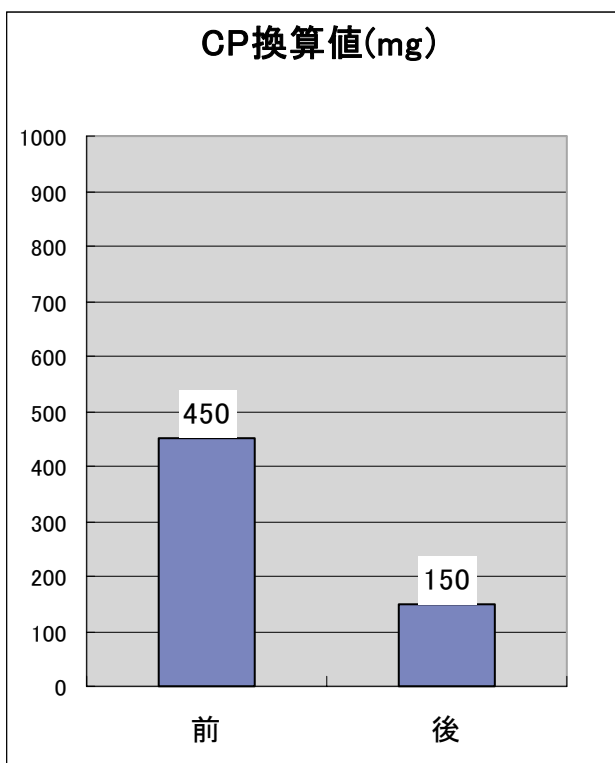
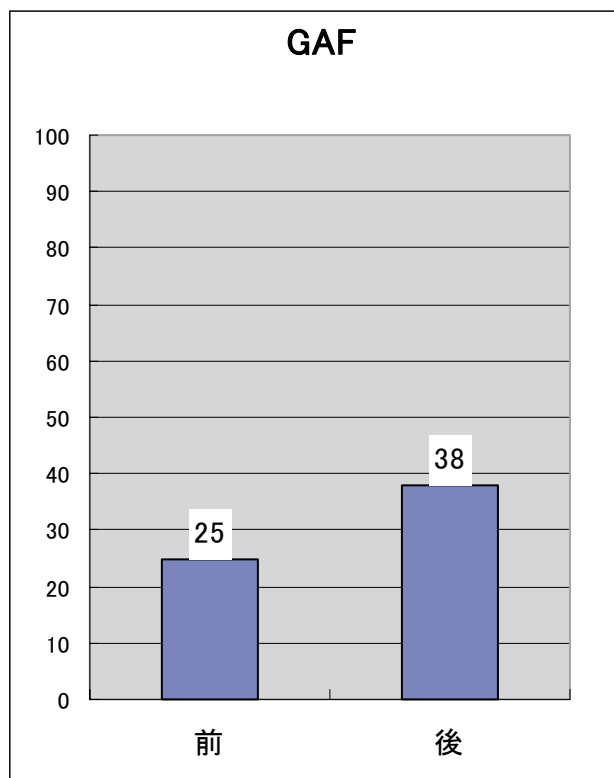
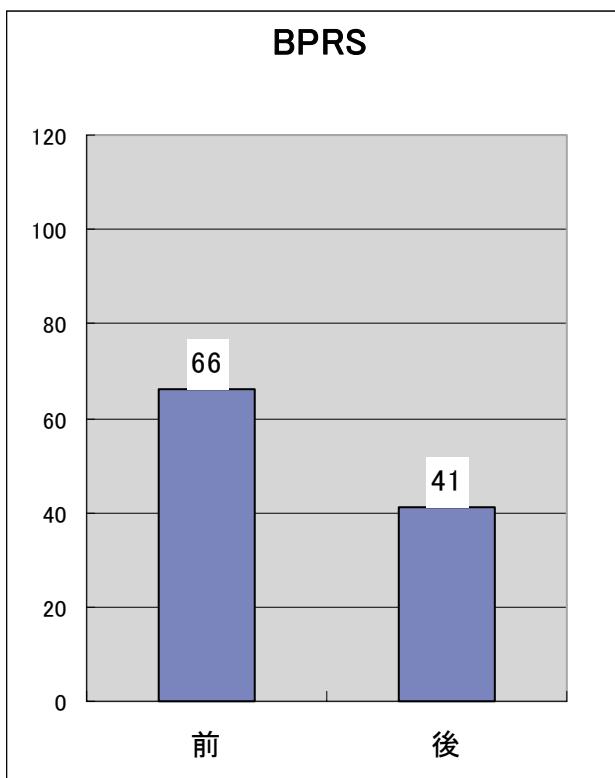
〈支援結果〉

ACT導入後のGAFは25から38に向上、BPRSも66から41に改善している。この改善域には幅があり、服薬に関しての執着により精神的に不安定になるが導入時の精神状態までには至らず訪問回数も定着しているため、今後はステップダウンしてはどうかと検討している。また、食事や間食量、血糖値の上昇など糖尿病も少なからず関与しているのではないかと推測し、現在も経過を観察中である。また、CP換算値も450から150に減量しているが時に怠薬もあり、換算数域にも幅が生じている。コンプライアンスが低迷し今後も難航色が強いいため、現在では服薬からデポ剤投与の方向で検討中である。

次項に図4でBPRS、GAF、CP換算値、退院期間を示す。

事例IV

図4



<事例V>

- ・年齢 37歳
- ・性別 男
- ・診断 統合失調症(Schizophrenia)
- ・特徴 幻聴が激しく陽性症状が随所にあり、医療に繋がらず引きこもりの生活。
病識なく拒薬が強い為、母が食事に薬を混入し未告知投与を続け、薬効はある状態。

<支援経過>

対応に困った両親が来院し主治医に相談、ACTプログラムの紹介を受ける。理由は定かではないが、精神科医療従事者に対する拒否が激しく来院は難しいと判断し、まずは訪問し両親と本人を交えACTプログラムの説明を行う。

「ACTは医療を行うのではなく、希望を実現していくためのものである」「支援者ではあるが同じ地域で生活する者であり、同じ目線で接していく」とACT-Uの理念を具体的に説明し、医療を全く拒否していた本人からも同意を得られ、ACT導入となる。

在宅での生活は殆ど対人交流がなく、一人で自室に閉じこもり幻聴に左右された独語や怒声など精神運動興奮が活発であった。そのために近隣の住民へ迷惑をかけてしまうことが家族のストレスとなっていた。両親は薬に対する知識が不足しており、薬物療法による精神症状の改善は困難を極めていた。また、本人の今までの生活から、無為・自閉的で、活動意欲も生まれず必然的にQOLは低下していた。

訪問支援を毎週1回とし、信頼を得る為にまずは関係作りを丁寧に行っていた。その姿勢に本人の反応も良く、コンタクト中の会話は現実的であり、自然な表情を見る機会が増え、また、現在出来ていることに対しては、ポジティブフィードバックを行った。薬については母が食事の中に混入しているため、その食事量により正確な服薬量の判断は困難であった。そこで訪問時には会話を交えながらも、精神症状の程度や副作用の有無を継続的にモニタリングしていく。訪問後は毎日のミーティング内で対処を検討し、チームドクターによる定期的な往診で服薬の微調整を図る。そして訪問の度に必ず両親の話を傾聴し、労い、薬や症状に関する正確な情報提供と、必要時には対処法を提案し、適宜フィードバックを行っている。

<支援のポイント・考察>

関係作り

・精神科医療従事者に不信感を持ち、医療を拒む理由に着目「なぜ」拒むのか？それは本人にしか分からず、「理由を話したくない訳」も必ず存在する。無理に聞き出そうとするならば返って心を閉ざし精神科医療従事者に対する不信感は固定してしまうであろう。大切なのは信頼関係であり、信頼を得るには丁寧な関係作りが必要である。話さない選択を尊重し、それらを踏まえたコンタクトを徹底した事で、定期的な訪問が可能となった。訪問時には家族に対しても丁寧に関わる姿勢を崩さず、その結果、あらゆる方向から情報収集することでその時の精神症状が把握でき、症状に見合う薬物調整が出来ている。

・更にポジティブフィードバックにより自信は回復し、出来ていることは更に強化され活動範囲は広がり社会適応力は向上したと考えられる。

ケースカンファレンス

・丁寧な関係作りにより訪問が可能となると、精神症状の程度や副作用の有無をその都度モニタリングし、ケースカンファレンスでそれぞれの専門性から支援を考え、必要時にはチームドクターが往診し薬を処方するなど、他職種ならではのメリットを活かすことが出来ている。

家族支援

・本人のみでなく家族の心理的負担を軽減するために心理教育やカウンセリング、対処法を共に考え、適宜フィードバックを行うことで家族が自信を回復している。対処法が明確になることで有益なコミュニケーションが可能となり、本人が日常生活上の役割を果たす動機付けになったと考えられる。

<支援結果>

ACT導入から6ヶ月を経過すると自ら外出する頻度が増し、家業（寺の住職）の手伝いも出来るようになった。GAFは導入時25であったが30に向上。

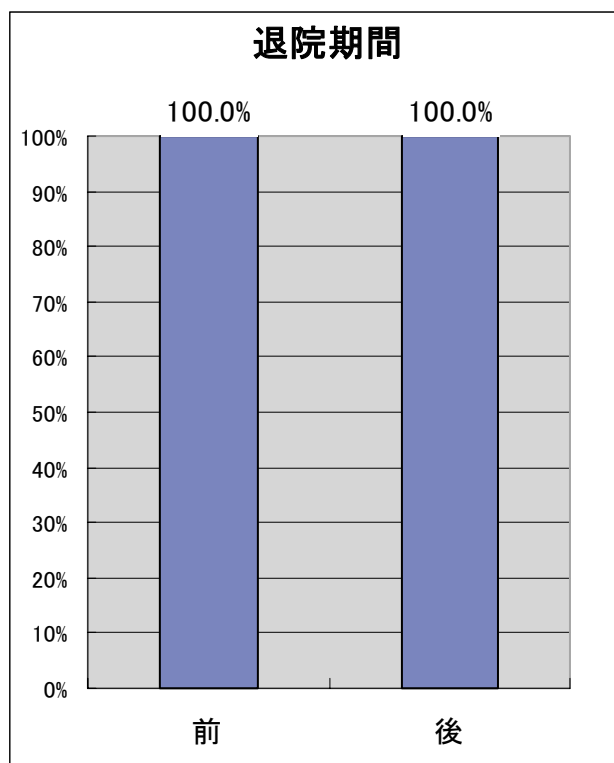
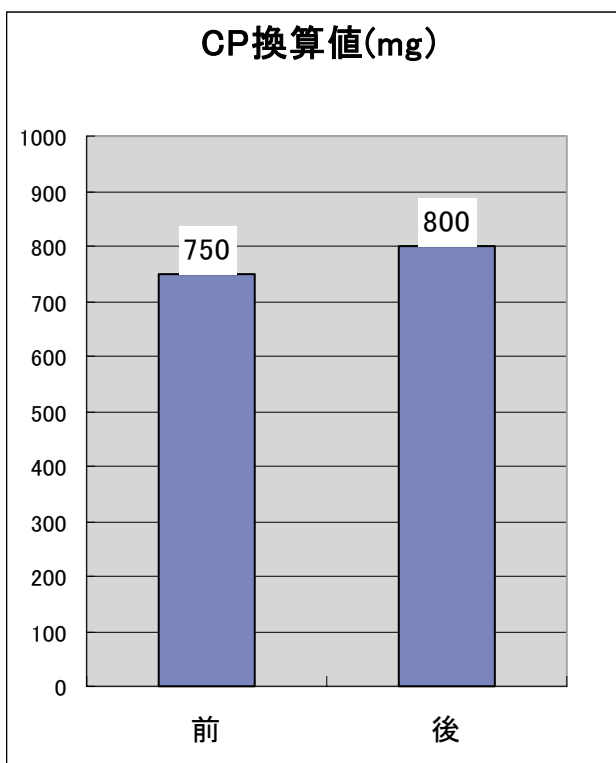
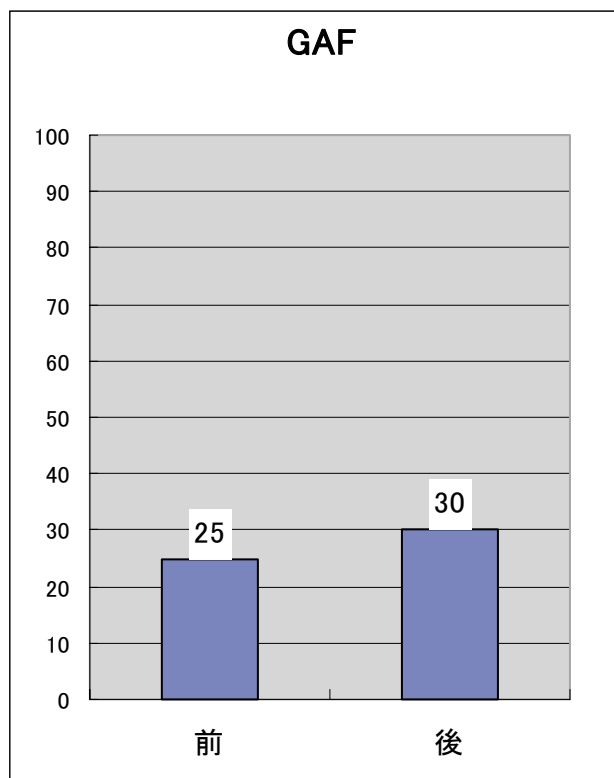
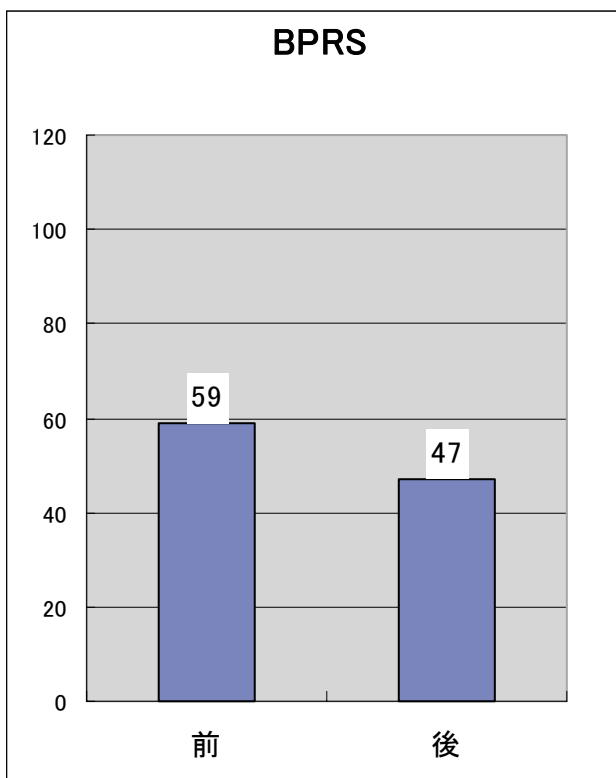
CP換算値は750から800となり投薬量は増えたが、BPRSは59から47に改善、副作用は予防でき、薬物治療の効果が認められる。

両親からは、訪問の度に「本当に助かります」「少し安心しました」と言われ、心理的な負担が軽減していくのがタイムリーに伺える。本人は現在も精神症状に左右されながらも、家族の協力とACT-Uの支援を受けながら地域生活を送っている。

次項に図5でBPRS、GAF、CP換算値、退院期間を示す。

事例V

図5



<事例VI>

- ・年齢 39歳
- ・性別 男
- ・診断 統合失調症(Schizophrenia)
- ・特徴 Social Skills（社会生活技能）は高く表面上は安定。特定の条件を満たすと幻聴が出現、同居する母にも危害が及ぶと思ひ込み、行動を制限するため母のストレスとなっている。

<支援経過>

概ね精神状態は安定しているが、通院日が近づくと幻聴の頻度が増し、その内容が、ヤクザの声で「絶対殺す」と脅迫的な内容であるため、身を守るために通院や外出が困難となっていく。二人暮らしで同居している母にも危害が及ぶという理由で母の行動を制限するため、母は余暇を楽しむことが出来ず、ストレス状態による高い感情表出（Expressed emotion、以下、高EE）状態であった。訪問看護で対応していたが単独での対応には限界があり、他職種での関わりを検討した結果、ACT導入となる。

まずは、本人から通院の危険な時間や道路、駐車場などを聞き、訪問に使用する専属の自動車に通院支援を行っていく。車内では、本人が安全と感じる道路を選択してもらい、駐車場に怪しいと感じる自動車が駐車していれば確認し、診察前後は付き添いを行った。不安がピークに達すると自ら警察の担当者に相談していたが、警察の担当者にはその都度事情を説明することで協力を得られている。

母のストレスに対しては、本人への対応を共に考えて対処し、訪問の度に母を交えながらポジティブな話題でコミュニケーションを図った。母への行動制限には安心と思える材料を提示し、場合によっては母の担当を作り、本人と母を分けた支援を同時に展開していく。本人から「身体が大きく体力があればヤクザも怖くないのに」との発言を機に、体力を付けることを提案し、「はじめの一步」としてウォーキングを計画し定期的に行っている。最近、就労への意欲が見られ始めている。

<支援のポイント・考察>

地域のリソースの活用と協力

・切迫した幻聴に左右されて不安が増すと、警察の担当者まで相談することがあり、担当者の親切な対応から安心感を獲得している。また、本人の了承を得て、警察の担当者に事情を説明することで本人が理解され、変わらない対応が可能となった。

高EEに対する介入

・幻聴が原因で母の安全を守るための行動抑制に対して、母は自由を束縛されストレス環境化にあったが、安心材料を提示しながら話を傾聴するなど、場合によってはACT-Uスタッフが本人と母に別れて同時に支援を行った。また、二人暮らしの生活環境で顔を合わせる時間が長くなると、相手の長所を見出すことに困難で、高EEの一因となり症状悪化を招くなど、お互いにとって悪影響があると考え、訪問時は母を交えポジティブな話題でコミュニケーションを図った。

体力作りによる自己効力感、自己肯定感の向上

・幻聴により単独での外出は困難であったが、「もっと身体ががっちりして体力があれば、やくざなんか怖くないのに」との発言を機に、今までの防衛的対処ではなく、逆に恐怖に打ち勝つ対処が有効ではないかと考え、体力作りのためのメニューを作成し実施した。体力が身に着くと自己効力感や自己肯定感が向上し、自信が回復すると不安は緩和され、結果、6ヶ月後には就労の意欲が出てきたのではないかと考える。

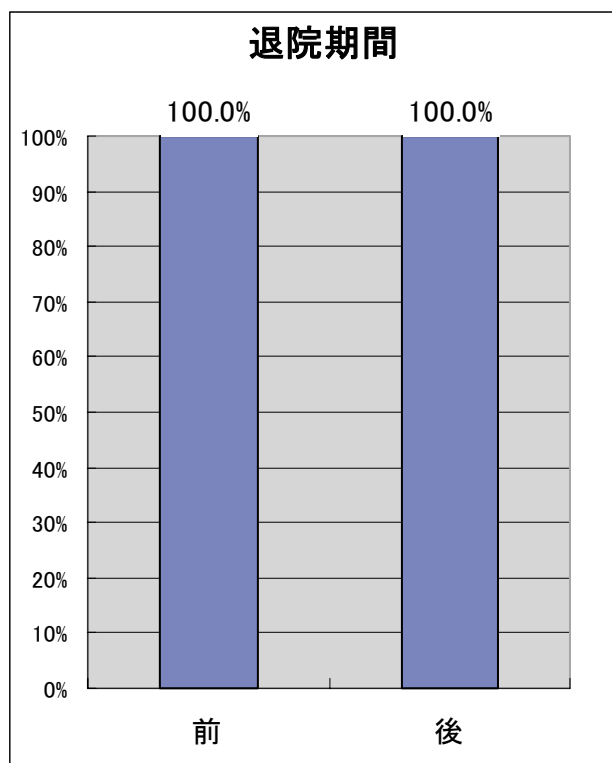
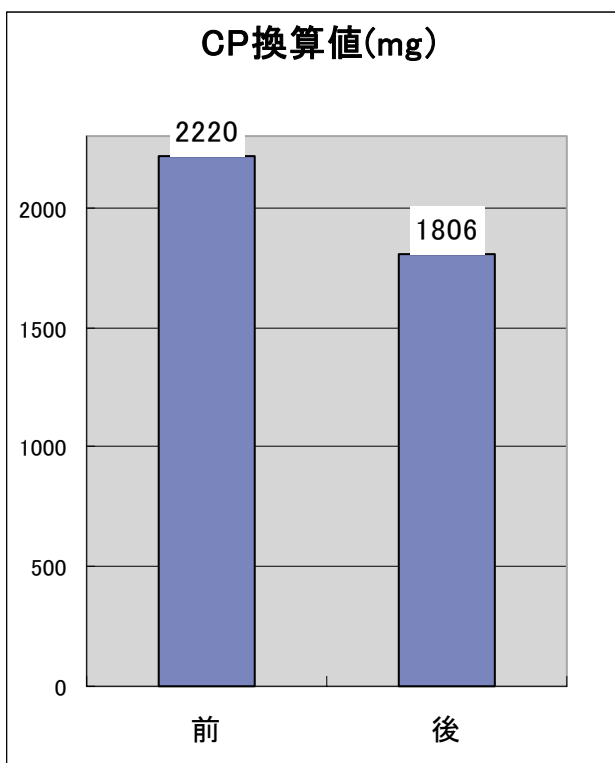
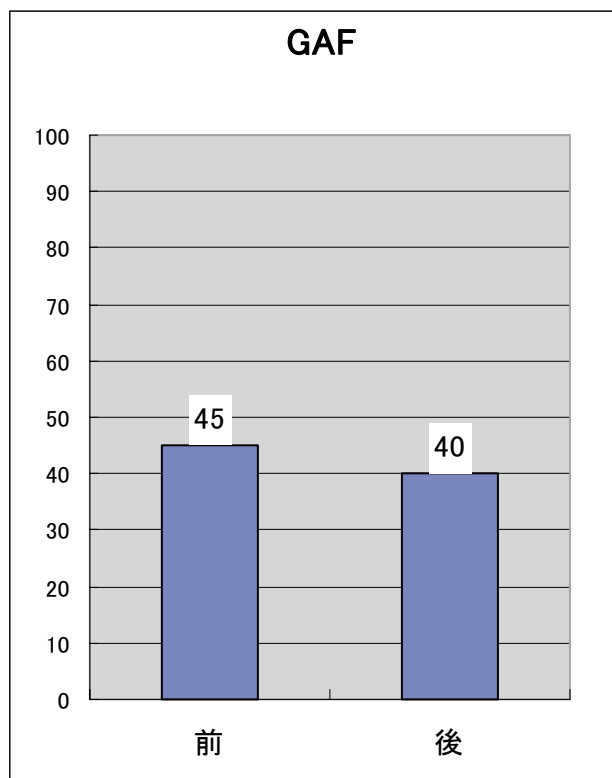
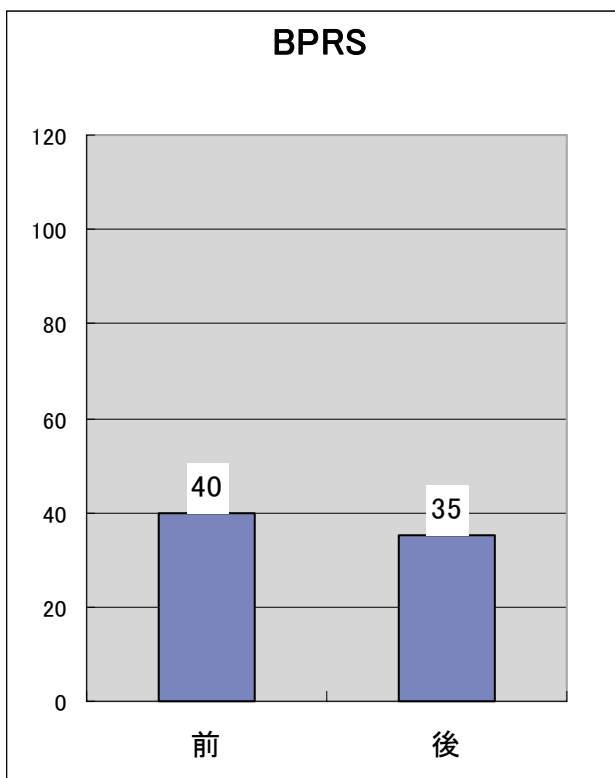
<支援結果>

切迫した幻聴により不安となり、単独での外出が困難となるので、本人の安心材料を提示して解決しながら、通院に付き添う事で不安を解消していった。6ヶ月後ではBPRSは40から35に改善し、CP換算値は2,220から1,805と減量になっている。GAFは40から35に低下し改善がみられなかったが、活動意欲は向上し就労を考えるようになり職業センターで職業評価を受けることができた。家族（母）に対して支援することにより、自由に余暇が過ごせるようになった。訪問時には笑顔が多く見えるようになり、また、息子を誉める場面も多々あり、高EEは抑制できた。

次項に図6でBPRS、GAF、CP換算値、退院期間を示す。

事例VI

図6



<事例Ⅶ>

- ・年齢 41歳
- ・性別 女
- ・診断 統合失調症(Schizophrenia)
- ・特徴 12歳の息子を育てるシングルマザー。現在は生活保護を受給し、生計を立てている。対人関係のもつれから症状再燃に陥る傾向にあり、亡き母への妄想も残存している。過去、悪性症候群の既往あり。

<支援経過>

訪問看護を利用し、ほぼ寛解状態で地域生活を送っていたが、作業所の通所を始めたのを機に再燃し、入院に至る。その再燃のスピードや対人スキルの未熟さなどの経過を踏まえて、ACTへの導入を検討し、本人同意のもと退院を目処にACT導入となる。

退院後には住居を病院の近くに移し、新居での生活が始まる。本人は今後の希望や将来像を見出せず、家でも外出してもソワソワと落ち着かない状態であった。服薬調整を何度か試み、間でケースカンファレンスやSVを受け、まずは「家で落ち着いて暮らしたい」のではないかと方向性にたどり着く。服薬をデリバリーしながら瞬時に副作用の確認を行い服薬調整していく。また、スタッフ全員とのジョイニングを得て「はじめの一步」「クライシスプラン」を作成、本人の希望をもとに「リカバリープラン」も少しずつ作成していく。「リカバリープラン」ではACT-Uスタッフとのドライブの希望があり、その都度同行する。次第に、不安を感じた時にはスタッフに連絡が入るようになり、息子の中学校入学式にも同席する。その後は、親としての姿勢や家計を支えるうえでの悩みなど、様々な相談を受ける。その中で叔母達との確執も発覚し、叔父とはうまく付き合えるが叔母達とはうまくいかないという。そこには幼少時代の根深い想いが存在しているため掘下げることなく、うまく付き合っている叔父との仲を今後も大事にするよう促していく。服薬は昔から「目が見えなくなる」という理由で拒薬していたが、デリバリーする薬に関しては、服用後も身体的に安全だと分かり「自分に合っている」と自覚、服薬の継続が可能となる。また、自己調整しやすく自己判断で断薬し、落ち着かなくなるとは外出頻度が増し、精神状態が不安定になるという事を繰り返すが、生活に支障をきたすほどではない。本人も調子が悪くなるとすぐに叔父を呼び付け行動を共にし、叔父が本人を連れて病院に通院、その時には本人も薬を希望する。叔父の見極めもあるが、クライシス時には医療機関を受診し、それと並行してACTチームでの訪問を重ね、行動を共にしたり相談にのることで、次第に自宅での生活も落ち着いて出来るようになっていく。また、調子が悪くなる前に「不眠症」になるとの自覚もあり、眠剤の希望は継続している。また、気分が高揚的になると、デイケア通所や作業所への通所希望もあり、曜日や時間などの日程や目標を決めるよう提案し、まずはデイケア通所だけを希望する。その後は曜日を決めてデイケアを利用する姿が見られ始め、他のデイケア利用者とも交流が出来る始めている。

<支援のポイント・考察>

必要時の医療介入

・精神的な辛さがある時には先ず身内を頼りたいという本人の意思を尊重し、叔父協力のもと必要時の医療介入が出来ている。ACT導入前にはみられなかった服薬のコンプライアンスも徐々に向上、クライシスには服薬を自主的に希望するなど、服薬のデリバリー効果が見られ、早期からの副作用の発見と対処、服薬の調整が可能になっている。

対人スキルへの支援

・必要な医療介入やACT支援がピンポイントで可能になると同時に、新居生活が満喫出来るようになり、対人交流面の広がりが見られた。対人関係ではその都度、過去の経験をフィードバックし、今後活かせる提案や選択肢を提供していく。長女はすでに社会人で県外に就職し、現在は同居している息子の将来を心配し、親役割についても悩んでいることから、子育てに関する支援や行政を含めた支援体制作りを検討中である。

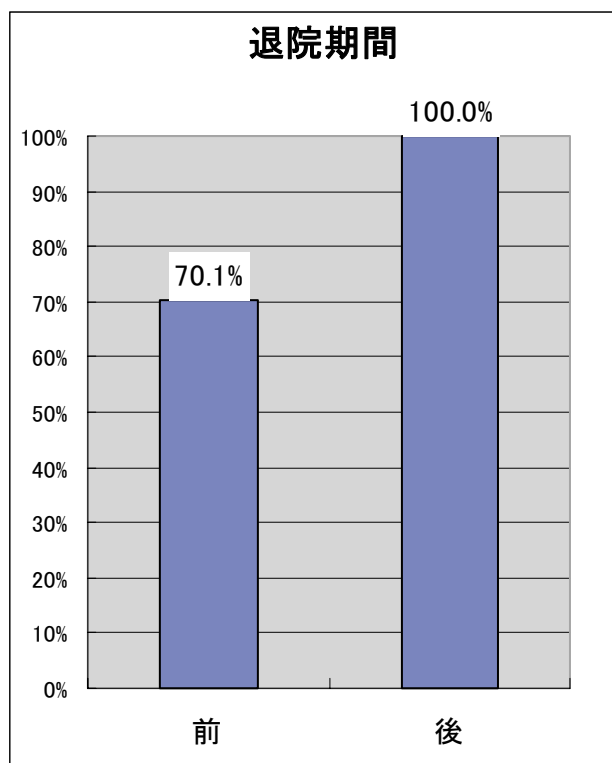
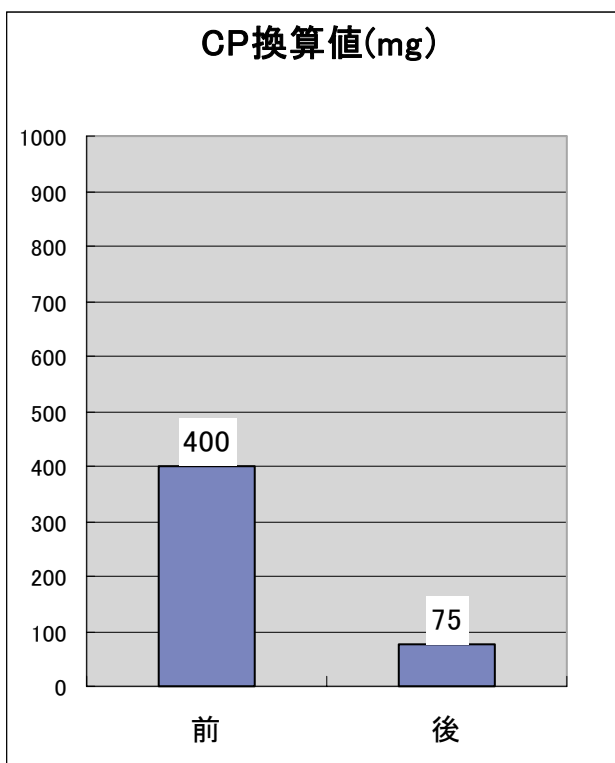
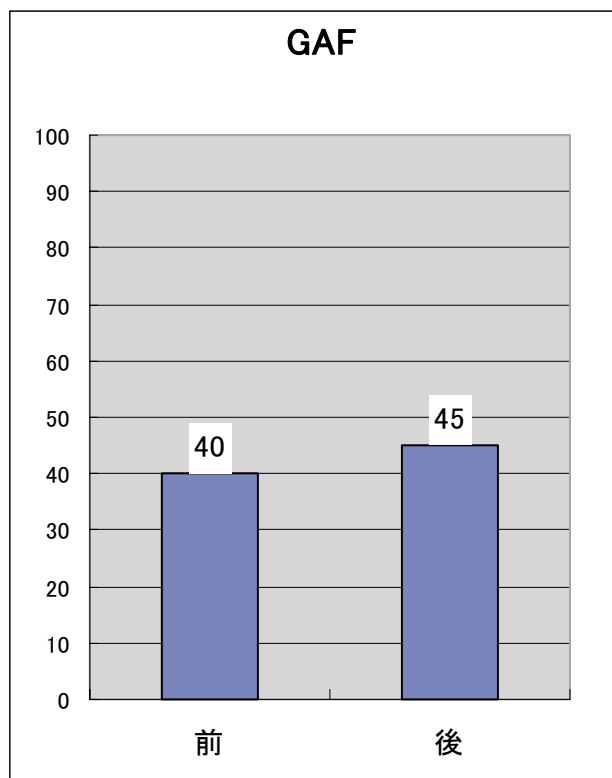
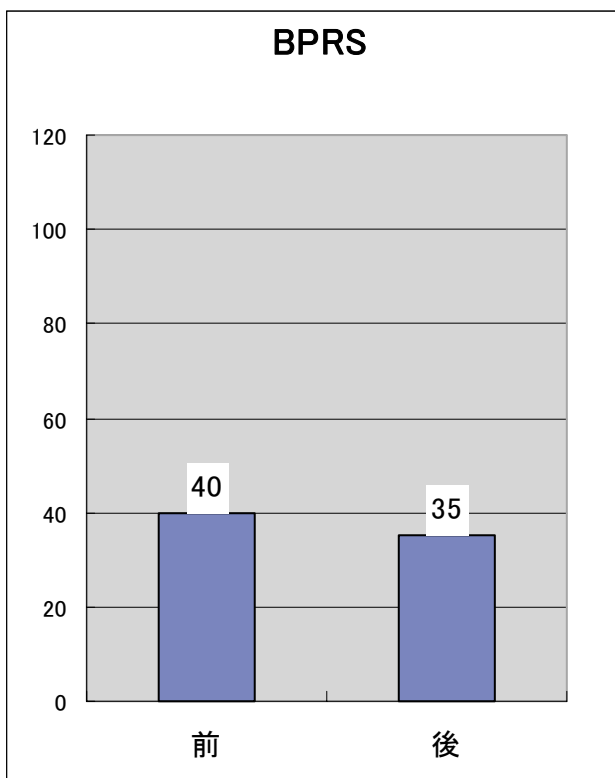
<支援結果>

ACT導入後にはGAFが40から45に向上し、CP換算値では400から75と大幅に減量出来ているのは、服薬のデリバリーにより適宜がモニタリングが可能であったことや、薬剤感受性に対して早期に対処できた結果であると考ええる。BPRSも65から59に改善し、現在は、少ない服薬量でも地域生活を送りながら精神状態も安定している。

次項に図7でBPRS、GAF、CP換算値、退院期間を示す。

事例Ⅶ

図7



<事例Ⅷ>

- ・年齢 43歳
- ・性別 女
- ・診断 統合失調症(Schizophrenia)
- ・特徴 就労経験があり。8年前から自殺企図で入退院を繰り返し、退院後は自宅へ引きこもる。認知症の父、高齢の母、双子の妹という家庭環境。摂食障害の診断あり。

<支援経過>

通院のみで安定していたが、定期診察時に「話し相手がほしい」と希望があり、チームドクターよりACTプログラムの説明を受ける。加入基準によりACTに類似した支援が行える独自のプログラムACTYへの導入となる。ACTY導入当初、本人の希望は、「ハイハイの司令から抜け出す」「広い場所に行く。人のいない場所」「からだに肉をつける。体重を増やす」であり、自分の言葉に感極まって泣きながら会話をする状態であった。また、1日のスケジュールをノートに記載し、予定が崩れると不機嫌になり会話も訪問も出来ない状態だった。家族へも「リカバリープラン」を作成してもらおうと、家族の希望は「本人には自分の人生を考えて、生きていけるようになって欲しい」という。本人がACT-Uスタッフと一緒に行いたいことは、ドライブや外出だった。そこで、一緒に外出しながら関係を深めていくが、訪問開始22日後の夜、自殺企図にてACT-Uスタッフが訪問する。注射処置を施してから経過を観察し、その場は落ち着いたが、翌朝には再び不安定となり、同一法人内の宇和島病院を受診し、本人は入院を拒否したが家族の同意で入院の運びとなる。

入院後は、病院食などの飲食を拒否して退院を訴えていたが、売店への買い物や外出など都合の良い要求も訴える。また、自己の感情のコントロールができず、終日自室で泣いたり、幻聴に対して訴える状態が続く。

ACTY導入後から入院中の経過、家族から生活歴の情報などを得た上で、ACT内でのケースカンファレンスを行うと、実際はパーソナリティ障害の症状が色濃く、診断通りの統合失調症への対応ではなく、パーソナリティ障害への対応に切り替えた支援を行う方向になり、病棟のプライマリナーズとも連携し、支援の統一化を図った。具体的には、ACT-Uスタッフ各々の役割を決め、関わり方の制限を設けたり、感情障害圏・パーソナリティー障害圏のメンバーによる小グループを立ち上げ、週1回グループを活用しながら、集団精神療法的に本人の感情のコントロールや考え方の改善などを行っていった。

また、家族とのコンタクトも定期的に行い、家族の状況把握や不安の軽減、家族の関係調整などを行った。入院中には、本人と家族、病棟、ACT-Uスタッフとのケア会議を数回行いながら共通の方向性を定めていった。

5ヵ月間の入院を経て、退院後はACT-Uスタッフの訪問と、グループ活動への参加を継続しながら、同時に家族への支援も行っている。

退院後4ヶ月経った頃、本人より「ハイハイの声は心からくるかもしれない」と言われカウンセリングの希望があった。そこで、同一法人内の宇和島病院所属の臨床心理士へ依頼し、1クール8回の

カウンセリングを定期的に行うことになった。カウンセリングを受け始めると、ACT-Uスタッフへの要求が減り、夜間の電話もなくなっている。

<支援のポイント>

・グループに参加することで、当初は自発性も見られずただ参加するだけであったが、徐々に自分の意見を発表し、他者の意見にも耳を傾けるようになった。ACT-Uスタッフの訪問支援だけではなく、自助グループを活用することによって、支援の幅が広がり自発性へと繋がったのではないだろうか。

アセスメント

・ACTY導入時には加入基準を満たしていたが、経過を丁寧に追跡しながらACT内カンファレンスで細かくアセスメントを行うと、パーソナリティ障害ではないだろうかという結論に達した。このケースをもとに、ゲートキーピング時や導入後のアセスメント期間の重要性が浮き彫りになり、逆にいうと、アセスメント期間を設けその中でより確実なアセスメントを行うことができれば、早期の段階から統一した見解のもとに、本人に適したサービスを提供できるのではないだろうか。

ケースカンファレンス

・入院中から主治医、病棟スタッフ、ACT-Uスタッフでケースカンファレンスを行い、支援体制を統一した。また、支援者や家族を含めてケア会議を行うことにより、退院に向けて地域の生活を視野に入れた方向性を定めることができています。入院中でも退院後を見据えた上で、本人を中心に関わっている人々との協働は、退院後の地域生活においても本人にとっても支援役割の明確化に繋がっていると考える。

家族支援

・家族は要介護者を抱え、本人への対応や家族同士の葛藤などにより疲弊していた。そこで、スタッフが話を傾聴したり、コンサルテーションを行うことで、家族の心身的な負担や不安の軽減に繋がったのではないだろうか。

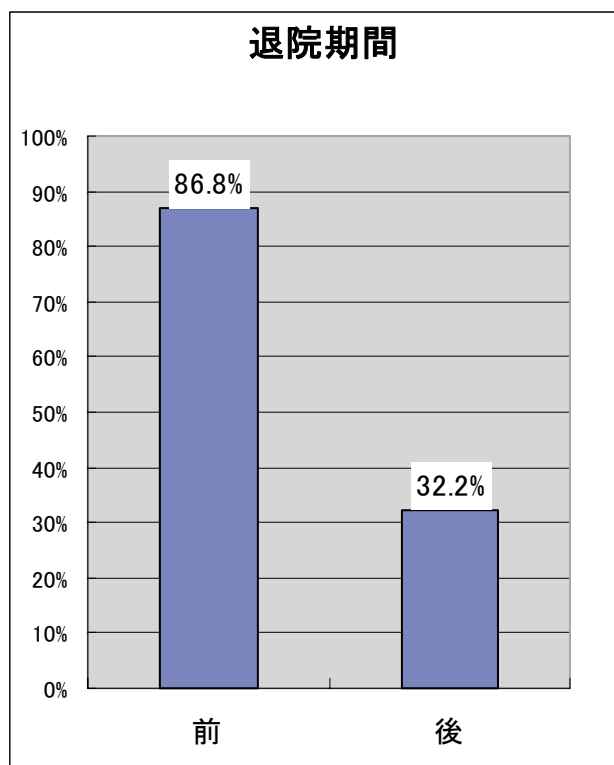
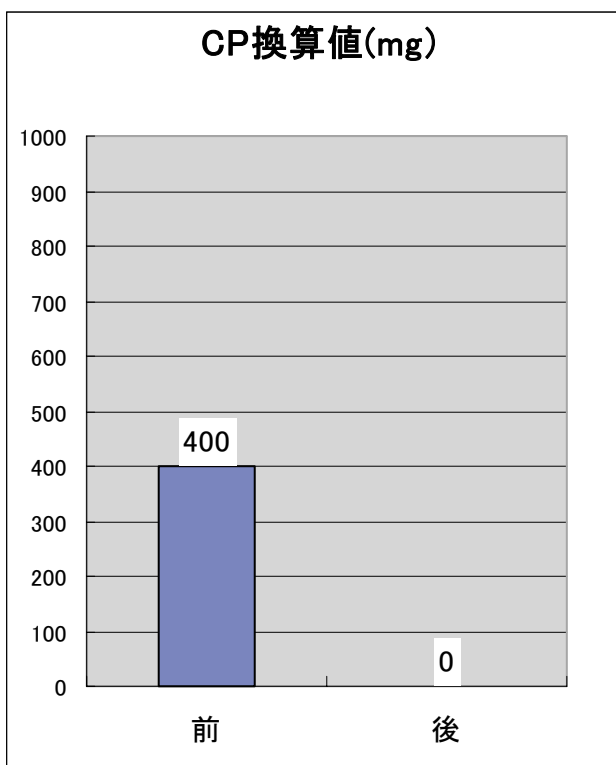
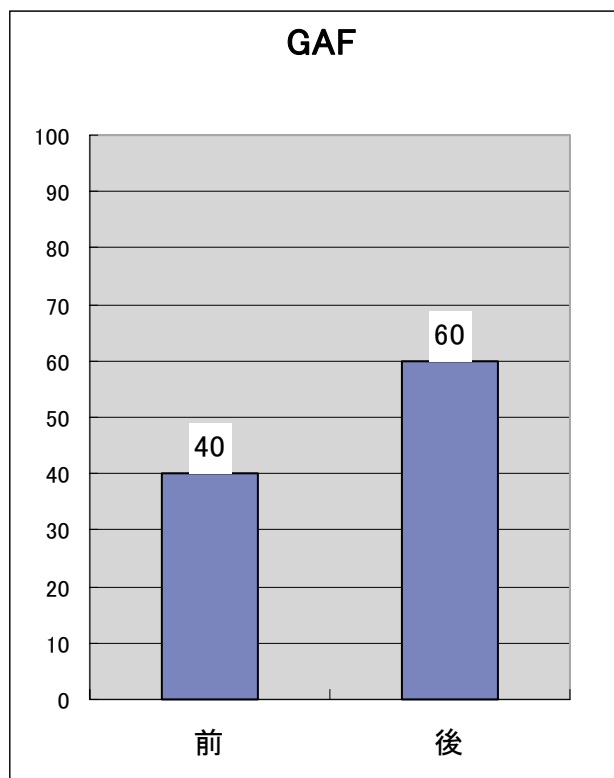
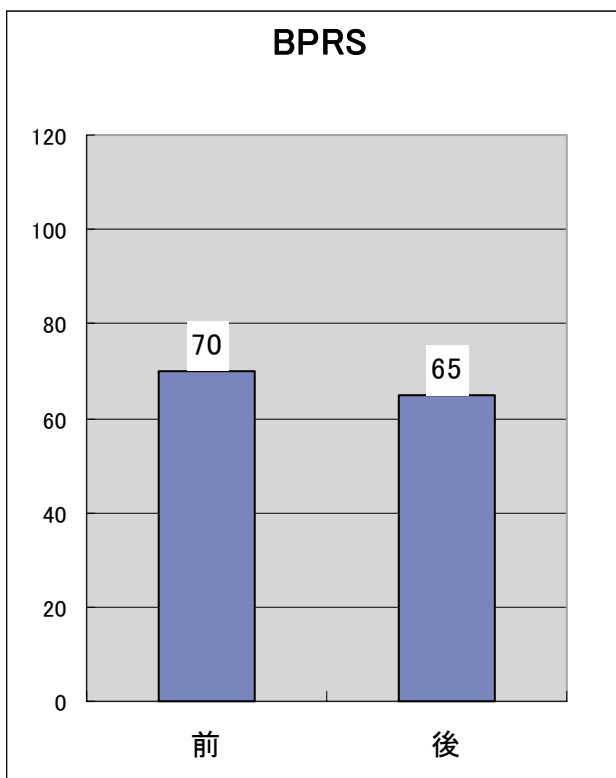
<支援結果>

ACTY導入時から比較すると、GAFは40から60へ上昇し、BPRSは70から65に改善、CP換算値は400から0となっている。また、ACT対象外の事例ではないかとACTY導入後のアセスメントで発覚したが、ケースに合った支援方法を検討し、ACT-Uがマネジメントすることによって、本人や家族のニーズに合ったサービスを提供することができている。今後は、アセスメントの重要性から、ある一定期間を確実なアセスメント段階として設けるようなプログラムの開発を検討中である。

次項に図8でBPRS、GAF、CP換算値、退院期間を示す。

事例Ⅷ

図8



＜事例Ⅹ＞

- ・年齢 55歳
- ・性別 女性
- ・診断 統合失調症(Schizophrenia)
- ・特性 身体疾患との合併症を持ち、脳の委縮も顕著である。一過性の健忘や感情表出なども衝動的で、一見、近寄りがたい雰囲気演じるが随所に優しさや寂しさを訴えている女性。閉塞性動脈硬化症に伴う右足皮膚潰瘍への処置が継続中。

＜支援経過＞

訪問看護と並行しながら町のヘルパーが関わり地域生活を送っていたが、ヘルパーとの関係が悪化するのと同時に精神状態も悪化し入院となる。随伴していた皮膚の状態も軽快し、退院を機にACT-U導入となる。定期的に週3回の訪問と足浴の実施、症状自己管理に向けての働きかけ、日中活動の支援、家族支援などを行っていく。次第に症状の経過として、幻聴や独語が顕著な時、無意な状態が継続する時、意識鮮明な時の3つの時期が数か月サイクルで出現することが判明する。はじめは、ACTスタッフを拒み易怒的であったが、関わるうちに減少し始める。特に、本人の意識が鮮明な時は、電話やタクシーの使用、自主的な入浴、買い物の計算なども可能だが、状態悪化に伴い保清が乱れ、緘黙による疎通困難と尿失禁、怠薬が始まる。

初秋の頃、訪問するとベッド上に緑色吐物を嘔吐をしたまま臥床、意識はあり呼びかけに反応するが自力での体動は困難と判断、脳梗塞を視野に入れ総合病院へ救急搬送となる。脳外科、内科の精査を受けたが、原因となる器質的異常はないという診断結果、現状での家族の受け入れ困難により経過観察の目的で当院への入院となった。特に異常が見られなかったため1週間での早期退院となる。

退院後、すぐに訪問を再開する。次第に服薬も不規則になり、不機嫌で攻撃性も出現し始めるが、衛生環境は良く、足浴も定期的に実施出来ていた。しかし1日3箱の喫煙が影響し、右足が壊死様状態となり、近所の診療所を通じ総合病院へ入院となる。総合病院入院中は精神症状は安定し、疎通も良好だった。右足の循環改善により退院、しかし、家族の都合で当院へ5日間の短期入院となる。入院中も含め退院後もACT-Uの支援は継続するが、今後はヘルパーとの関係調整を行い、ACTサービスのステップダウンを図る方向で検討中である。

＜支援のポイント・考察＞

家族支援

・ACT-Uが関わる前は、家族とのコンタクトが殆ど取れなかった。そこで、キーパーソンとなる妹が在宅している土曜日に訪問を調整し、家族と頻回な接触を試みる。次第に本人の在宅での様子や家族の現状や想いを把握でき、確実な情報収集のもとに家族への具体的な提案やアドバイスを行うことで、家族へ安心感をも提供することができた。ゆえに、現在はコンタクトを取り合いながら早期対応や対処が可能となっているのではないだろうか。

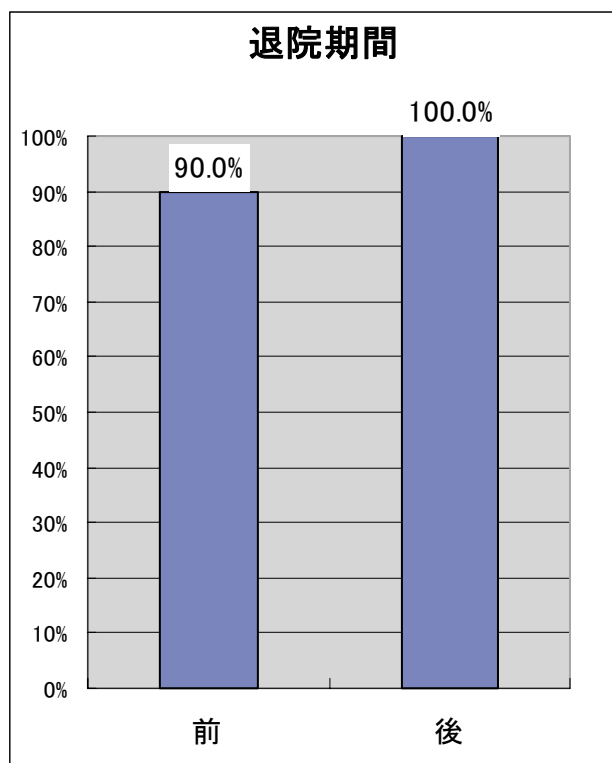
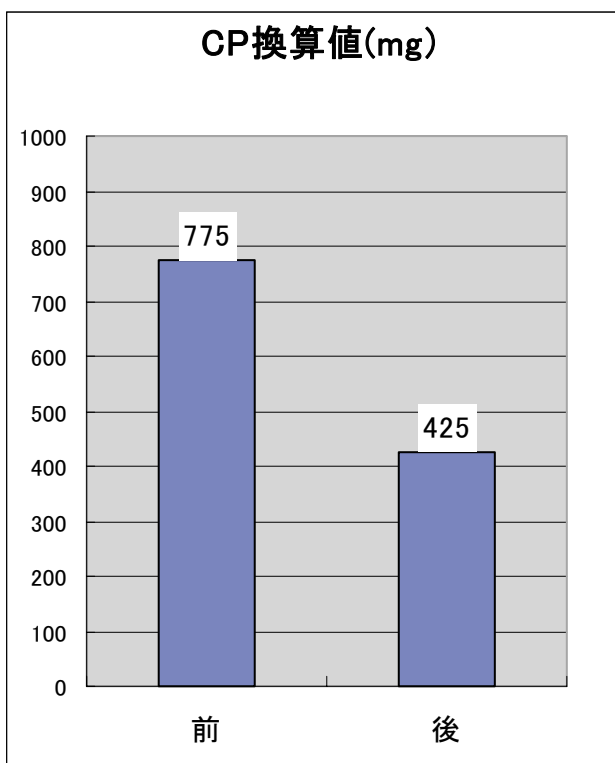
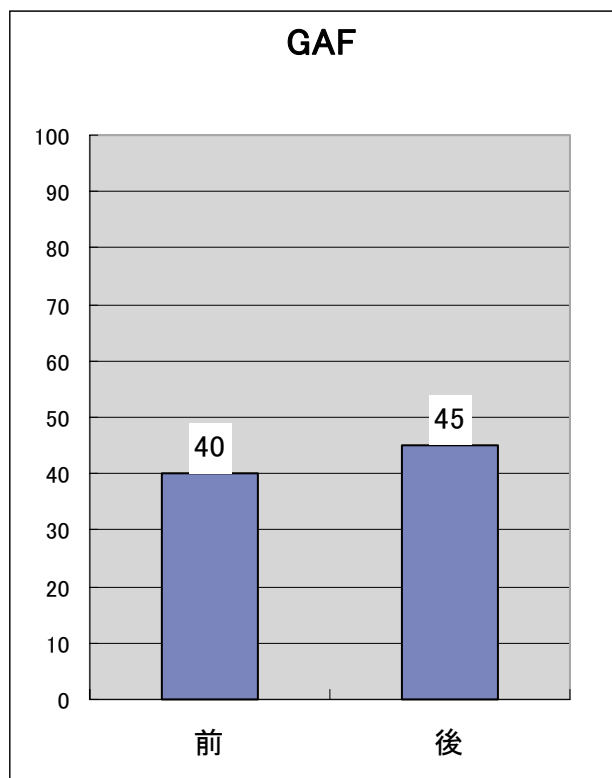
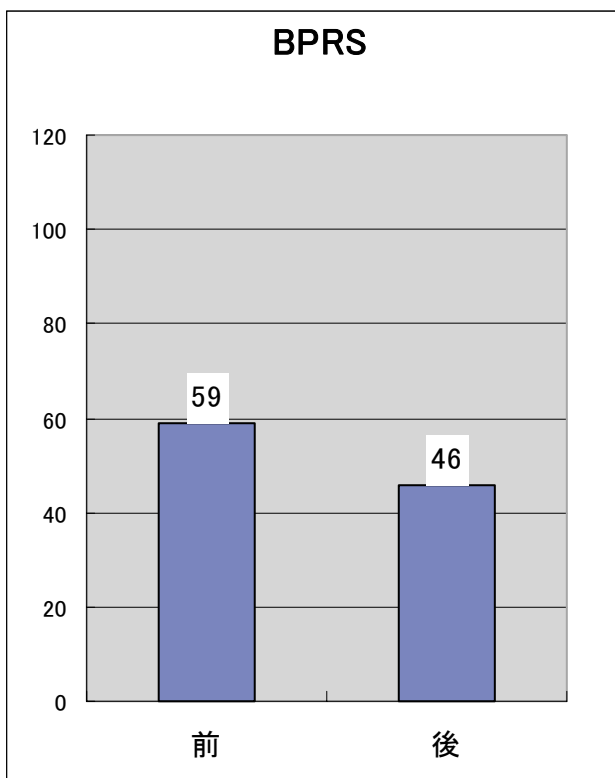
〈支援結果〉

ACT-U導入後は、GAFが40から45に向上、途中で身体の変調により入退院を繰り返しながらもBPRSは59から46に改善されている。症状のモニタリングに応じた服薬調整を行い、CP換算値も775から425と減量出来ているが、症状悪化とともに怠薬と精神症状の再燃、身体保清も乱れるため、症状のサイクルに応じた身体・精神状態のスクリーニングが必要である。また、意識鮮明の時には生活意欲を高められるような働きかけを今後も提供していく。

次項に図9でBPRS、GAF、CP換算値、退院期間を示す。

事例IX

図9



<事例X>

- ・年齢 46歳
- ・性別 女
- ・診断 気分障害 (Manic Depressive illness)
- ・特徴 現在までに17回の頻回入院者。夫、長男 (中学1年生) の3人暮らしで、育児に関する悩みが多い。地域は精神障がい者に対して偏見が根強く、地域では孤立している存在。地元の新聞社には創作した俳句がいくつも掲載、芸術的才能あり。

<支援経過>

入院治療中にACT導入となる。症状 (躁状態) が治まり、退院を強く希望していたが、地域の反対や支援体制が不十分であるため、入院中に地域で支援可能な方々や夫を含めてケア会議を行った。また、支援者の役割が曖昧で、地域で支援可能な関係者の役割分担やマネージメントが可能であるというACTプログラムの説明を行い、支援の方向性を提示した。また、関係性を重んじ入院中から関わることで、支援に必要な情報収集に努めた。ケア会議で各関係者に役割の明確化と、ACTが24時間体制で支援可能なことも地域の安心材料となり退院となる。

退院後は育児の悩みが多く、24時間オンコール体制で相談に応じていた。ACT-Uに育児相談が集中する要因として、地域の偏見が存在し、本来なら同じ年頃を持つ母親同士で解決できる部分が困難で、相談相手が殆どいない環境の中で苦悩していた。育児やその他の悩みにも、その都度傾聴し、必要であればアドバイスやカウンセリングをして心理的負担の軽減に努めながら問題を解決していった。「リカバリープラン」で「野菜を作る」ことを目標に、畑作業を行いACT-Uスタッフにも摂れたての野菜を頂くこともあった。

入院前の症状悪化時 (躁状態) には近隣に迷惑行為が及び、その住民に嫌煙されていたため、症状も治まり健康的な状態に戻ったとしても、挨拶もなく常識的な近隣住民との付き合いは到底、本人や家族だけでは対処困難な状況化にあった。そこで、偏見が和らぐようにアドボカシーに努め、社会的反応による症状悪化を防ぐための支援を行っていった。

再入院の原因の一つには症状や服薬など自己管理能力の未熟さがあるため、症状悪化の前駆症状が自己モニタリングできるように認知行動療法 (Cognitive behavior therapy:以下CBT) の手法を用いて症状自己管理が出来るよう支援した。

再入院という選択肢に対しては強く拒むため、本人と話し合いながら症状悪化時の「クライシスプラン」を作成し、在宅での処置を契約した。

<支援のポイント・考察>

支援システム (24時間オンコール体制)

・彼女の相談の多くは、育児や夫との夫婦間の、云わば健常者なら誰もが悩む問題への相談が占めていた。育児経験の未熟さに加え、地域で容易に相談できる存在がない状況で、一人で悩み大きなストレスを抱えていた。24時間オンコール体制で支援することにより、悩みの多くが解決でき、心理的負担は軽減したと考えている。

アセスメントによる地域のスティグマへの介入

・症状悪化の原因を追及すると、症状や服薬自己管理の未熟さだけではなく、健康な状態で地域に帰ったとしても、近隣の住民と常識的な付き合いを望もうと努力しても、根強い偏見のために、地域から冷たい反応を受けていた。こういった社会連鎖的反応は耐え難く、大きなストレスとなり症状悪化を招き、入院を余儀なくされ、再び精神病患者として地域の偏見が強化するといった、環境の悪循環も症状悪化する要因の一つではないかと考えられる。まずは、地域の偏見を取り払いながら本人への理解を求めることから始めていった。そうすることで少しでも偏見が和らぐのであれば代弁し続け、今後とも陰性的な社会的反応が少なくなるように支援していこうと考えている。

症状、服薬自己管理

・再入院の原因の多くは症状や服薬自己管理の未熟さであり、予防するには自己モニタリングが必要である。症状悪化の前駆サインに気付ければ、服薬や何らかの処置が早期に行え、再入院はある程度予防可能であろう。そこで、自己モニタリングのトレーニングとしてCBTの手法を用いて支援したところ、症状自己管理への動機付けとなっている。

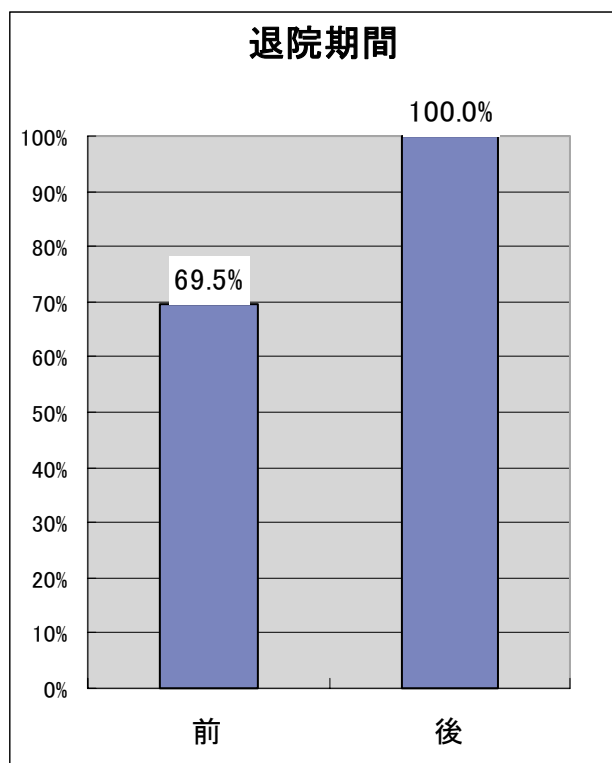
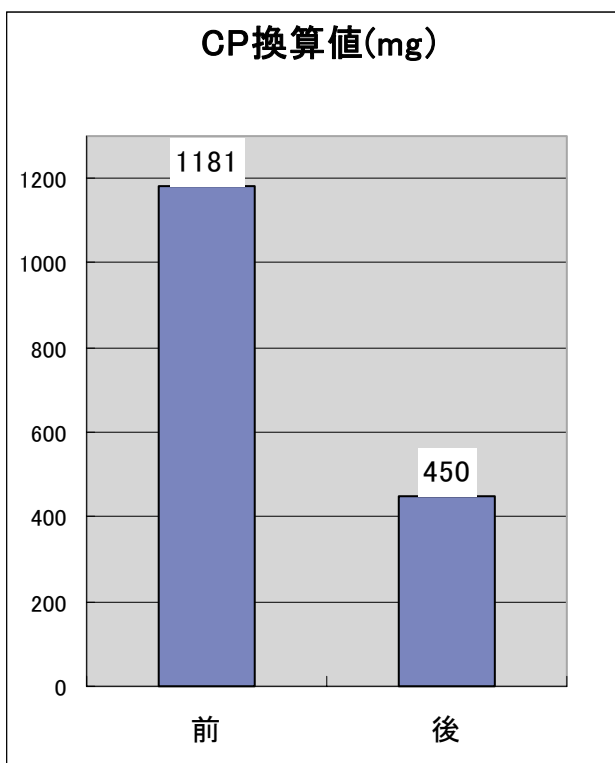
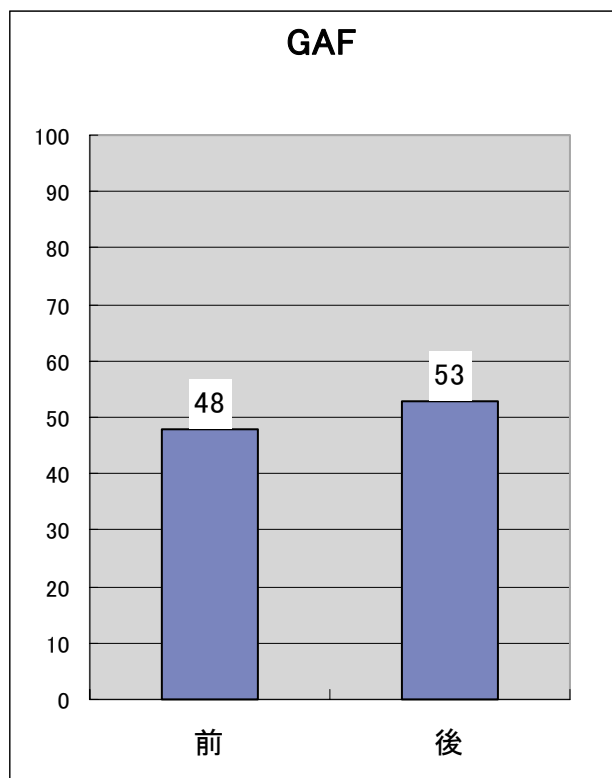
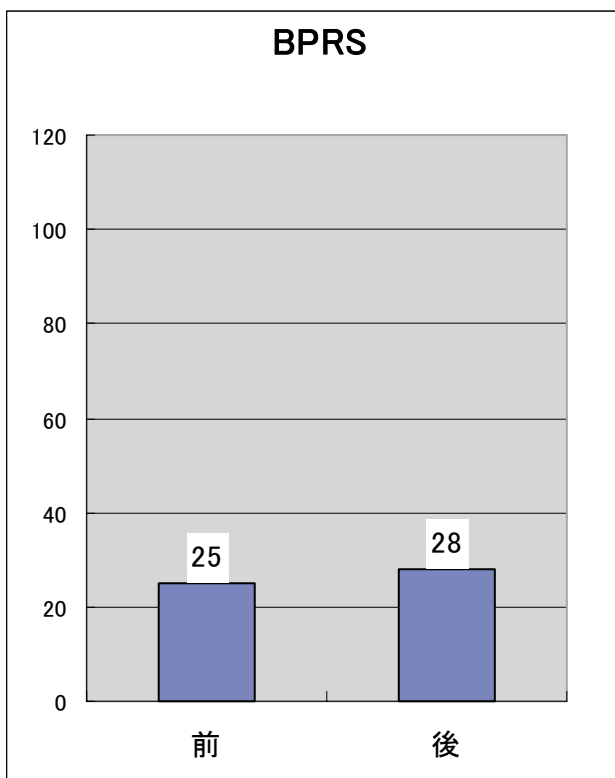
<支援結果>

6ヶ月後のBPRSは25から28と僅かに悪化しているが、CP換算値は1,181から450と大幅に減量しているにも関わらず、GAFは48から53に向上した。現在もCBTの手法を用いて、症状や服薬自己管理するためのトレーニングを中心に支援し、前駆症状に対して気付く事ができるようになっている。

次項に図10でBPRS、GAF、CP換算値、退院期間を示す。

事例X

図10



<事例XI>

- ・年齢 67歳
- ・性別 男
- ・診断 気分障害 (Manic Depressive illness)
- ・特徴 過去42回の入院歴。落ち着いて地域で生活出来る期間は短く、症状悪化（躁状態）のスピードが早く、行動化して家族や近隣の住民に迷惑をかけることも多く、周囲は疲弊。躁状態がピーク時に達すると、在宅での処置は効果がない。

<支援経過>

過去42回と頻回入院者であり、従来の訪問看護では再入院を予防できず、ACT導入の相談を受ける。精神症状悪化時（躁状態）には入院を拒否することも多く、本人も家族も疲弊している状態であった。しかし、ACTのエントリークライテリアの基準である年齢の幅を65歳未満と設定しているためにエントリーは不可能である。このように重度の精神障がい者でありながらACTのような濃厚なサービスを受けることが出来ずにいる不利益なケースを解消するために、チームで検討し、エントリークライテリアの幅を広げ、ACTに準じたサービスを提供することができるようACTYを設置した。

ACTYとしての導入となり、本人と今後の目標を設定した。目標は再入院の予防であり、チームでカンファレンスを行い過去の再入院の原因を模索した。

再入院の原因としては、1. 症状自己管理が困難 2. 薬の飲み忘れと服薬を自己調整する 3. 症状悪化時に早急な対応ができない 等が主な原因であった。これらの問題をどうすれば解決できるのか、本人とよく話し合い、1. 症状悪化の前駆サインを自分で知り、訪問時には精神症状をモニタリングしながら、前駆サインがあれば頓服薬を服用。2. 定期的に服薬を確認し、飲み忘れがあれば忘れることがないように薬箱にセッティング。3. 24時間オンコール体制で夜間でも対応、処置が可能なシステム体制のもとに支援していた。

また、過去に心筋梗塞の既往があり、精神症状悪化時（躁状態）には自己判断で薬を多量に服用するなど体循環にも悪影響を及ぼす可能性もあり、身体症状のモニタリングも必要だと考え、訪問時にはフィジカルアセスメントも同時に行った。

<支援のポイント・考察>

支援システム

・ACTの特徴である24時間オンコール体制は早期に危機介入できる。このケースのように精神症状悪化（躁状態）スピードが早く、行動化を伴い、更には身体的に重篤となりうる疾患がある場合は、24時間体制で早期に危機介入できるシステムが必須である。従来の訪問看護では対応困難だが、前述したACTYの支援システムでは対応可能であり、早期に危機介入をしたことで、精神症状による行動化は最小限に抑えられ、身体の安全を保つことができた。また社会的反応として、退院に対する家族や地域からの反対がみられないのはACTYの支援システムにより、安心感が得られた結果ではないかと考える。

症状自己管理

・症状悪化のスピードの早さに対して、前駆症状を自ら理解できるように行動面、気分の変動の具合をモニターし、症状が自己管理できるようトレーニングを行っていった。結果、前駆症状が出た場合はACT-Uに連絡することができ、症状自己管理に対するトレーニング効果がみられている。トレーニングとともに主CMやACT-Uスタッフとの信頼関係が順調に築けている成果ではないだろうか。

治療共同体

・今後の支援の説明を丁寧に行い、症状悪化時には積極的な治療を受けることができるように治療共同体の構築に努めた。症状悪化（躁状態）となれば通院支援により診察に応じ、入院の必要性が自己判断できるようになっている。

・服薬に関しては、服薬している本人が最も薬効を理解している。チームドクターが丁寧に診察することで本人とのアドヒアランスは向上し、投薬量は大きく減少している。

困難事例への今後の支援について

・精神症状悪化のピーク時（躁状態）に達するまでのスピードが早く、在宅治療は効果を見出せなかった。また、このケースは重篤な身体疾患の既往があるため、生命の危機が予測できる。在宅治療はリスクが高く、安全の確保のためには積極的に治療が行える環境調整が必要である。今後の安全や安寧の確保のためにも、症状悪化時には早期に危機介入を試み、病院と連携しながらコンタクトを継続し、急性期を脱すれば早期退院の方向に、引き続き在宅支援を考えている。また、他に有効な支援はないか模索している段階である。

<支援結果>

ACTY導入してから6ヶ月間に計3回の入院があった。GAFは40から35に下降、BPRSは34から35となりGAF、BPRS共に悪化していた。しかし、CP換算値は1,204から909と減量しているがBPRSでは大きな変化はない。これは、躁転する症状と服薬量は在宅治療上あまり相関していないことを意味しているのではないだろうか。

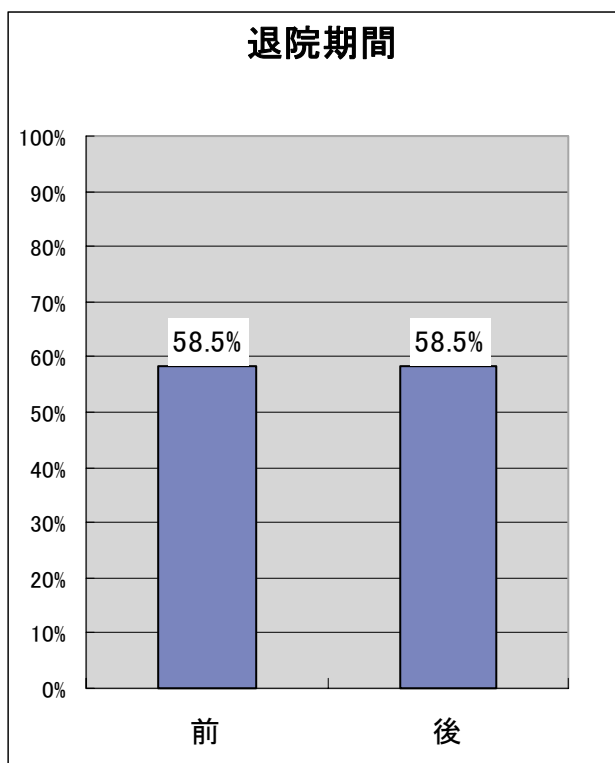
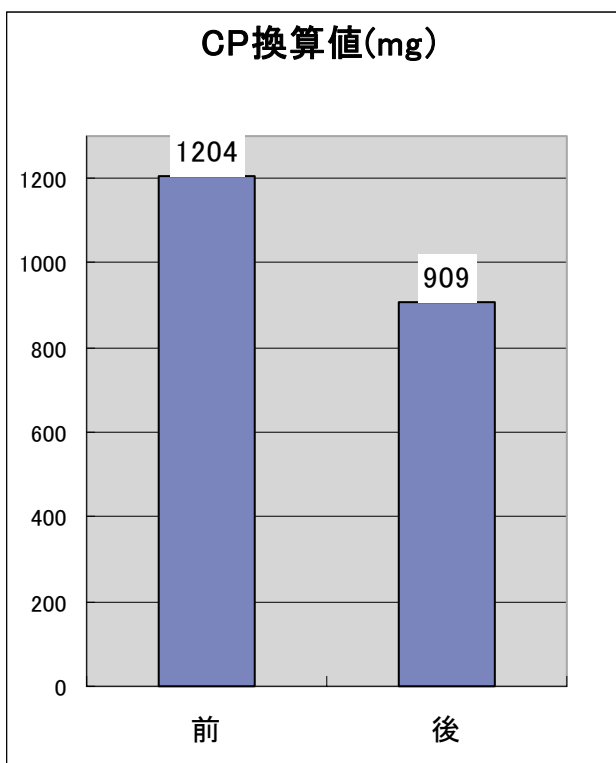
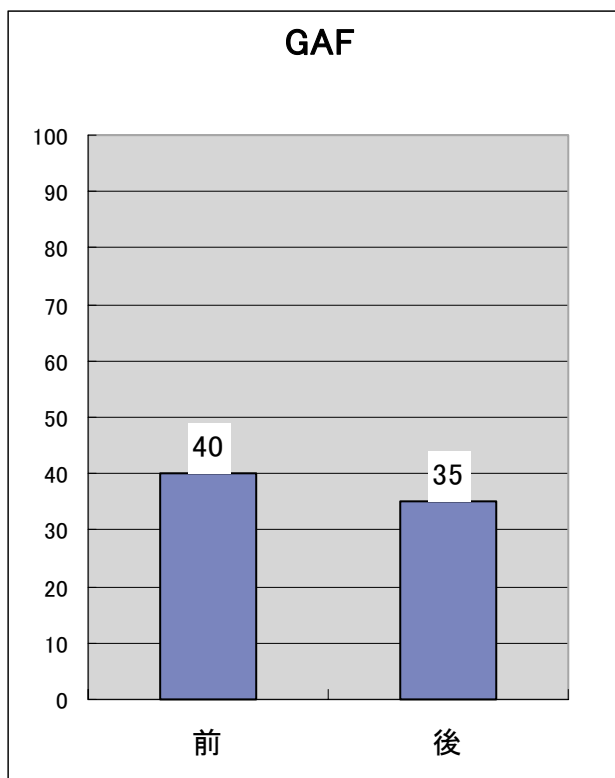
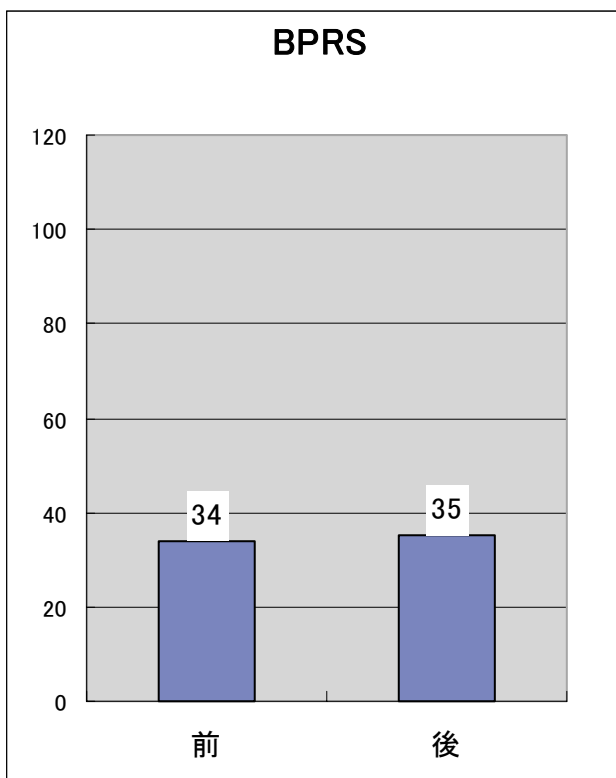
24時間オンコール体制で早急に対応可能な支援は、症状による本人の疲弊や大量服薬に伴って起こる生命の危機的状況は回避できているが、症状悪化時のスピードが想像以上に早く、ピーク時には在宅での医療処置も虚しく、そのまま入院に至っている。

しかし、24時間体制により早急な危機介入が可能であるため家族（妻、長男、次男）や周囲の人々の疲弊は減少し、地域でも退院を反対する声は未だ聞かれない。

次項に図11でBPRS、GAF、CP換算値、退院期間を示す。

事例XI

図11



<事例Ⅱ>

- ・年齢 50歳
- ・性別 男
- ・診断 統合失調症(Schizophrenia)
- ・特徴 症状は落ち着いているが独自の拘りが強く、強迫的であり融通が効かないため要領が悪い。対人関係が苦手、良心的ゆえに社会的な不文律が分からず一人で悩み混乱する。生活技能も乏しく、生活障害をきたしている。

<支援経過>

宇和島市より自動車での移動時間が約1時間の場所に同法人で福祉ホームB型（平山寮）がある。そこへ入所していたが対人関係がストレスとなり退寮を希望し、保護者である実姉が反対していたが、生活スキルが乏しい状態で家人不在の実家に帰り、単身で一週間生活していた。平山寮の責任者は寮に帰るよう説得したが頑なに拒否、ACT-Uに相談があった。平山寮の責任者と同伴でコンタクトを試み、ACTのエントリークライテリアは満たさないがACTに類似した支援が行える独自のプログラムACTYの説明を行い、導入となる。

当初、実家のある場所は宇和島市から船で約30分の距離にある離島で、危機介入は困難であることが予測できたが、実姉に協力を仰ぎながら近隣の住民にも説明し、何かあればACT-Uに連絡が入るというシステムを設けた。一人暮らしになると、生活障害による金銭管理能力の低さ、公共料金の支払いや調理の不得手などが発覚、自ら行えるようにトレーニング的な支援を行った。

独自の社会性について焦点化しアセスメントを行うと、本人の価値観の源は「民主主義」「自由思想」「平和主義」が原則であり、日本国憲法を元に行動している。確かに日本国民としての理想の姿なのかもしれないが、社会的な枠組みの中には善悪では判断が難しい「曖昧な部分」が存在し「曖昧な部分」である社会的な不文律が判り辛いゆえに、生活障害に陥っていたことが判明する。

しかし、周囲に対しては良心的に接しているため人々から支持され、困った時には差し伸べる手も多かった。また、独自の価値観や拘りからUFO、哲学などに興味があり知識は深く、生命維持に欠かせない基本的行動である「食事」よりも専門書に価値観を置き生活しているため周囲を心配させていた。ACT-U理念の一つにストレングスモデルがあり、このように善と判断できれば確実に遵守し、しっかりと守ることができ、興味・関心があれば熱心に取り組める「ストレングスを拠り所にした支援」を行い自立度は優位に向上した。

<支援のポイント・考察>

ストレングス

・日本国憲法を純粹に守り、損得勘定なく生活する善良な人間であり、ボランティアには必ず参加するため、困っている時には周囲からの支援がある。また、独自の価値観から専門分野に精通し、興味・関心のある分野には熱心に取り組むなど学習能力は高く、多くのストレングスを持っている。このストレングスを活かし、ボランティアに参加するメリットや参加した後にはポジティブフィードバック

を行い、周囲の人々から更に支持されるように支援を行った。社会的不文律で戸惑う時もあるが、善悪で区別すると判断が可能であり学習能力は高いというストレングスを糧に、本人の希望を尊重しながら大きな制限を加えないよう配慮した。生活に困った時は、フィードバックを行いながら体験を通して学習できるように、社会的枠組みの中でトレーニング的な要素を含む支援を行った。

- ・障害の部分を焦点化し、問題解決思考で捉えるのではなく、ストレングスによって障害の部分を補えるように「ストレングスを抛り所にした支援」を展開したことで自立度は高まったと考える。

個別性の尊重

- ・病棟勤務の経験もある主CMは、医療スタッフの多くは全体を統制し均一化を計ろうとする傾向にあると感じていた。社会的不文律が判り辛く、それが原因で生活障害となっているケースに遭遇しても、自立を促すのは困難だと最初から諦めている姿勢がみられる。誰しも個性があり、物の見方や捉え方は違って当然であり、均一化を計る姿勢は目の前の存在を否定しているのと同格ではないだろうか。まずは、本人としっかり向き合って話し合い、個別性を理解した上で、その人の希望に基づく、その人に合った個別性を尊重した支援が必要であると考え。

目標設定

- ・誰しも人生においては夢や希望があり、自己実現という目的が平等に存在している。障がいを持ちながらも自己実現できるように生活しているが、方法が分からずに選択肢のない状態で障がいに逃げたしまい、自己を防衛している人も少なくない。私達も人生においての希望や夢があり自己実現しようと努力し、それを目標に生きているのではないかと感じる。自己実現において必要なのは、人生においての目標ではないかと考える。そこで、本人と自己実現を達成するために個別性を尊重した目標設定を行い、それに基づく支援を行った。本人の努力も相乗して自立度は向上し、自己実現に少しでも近づいたのではないかと考える。

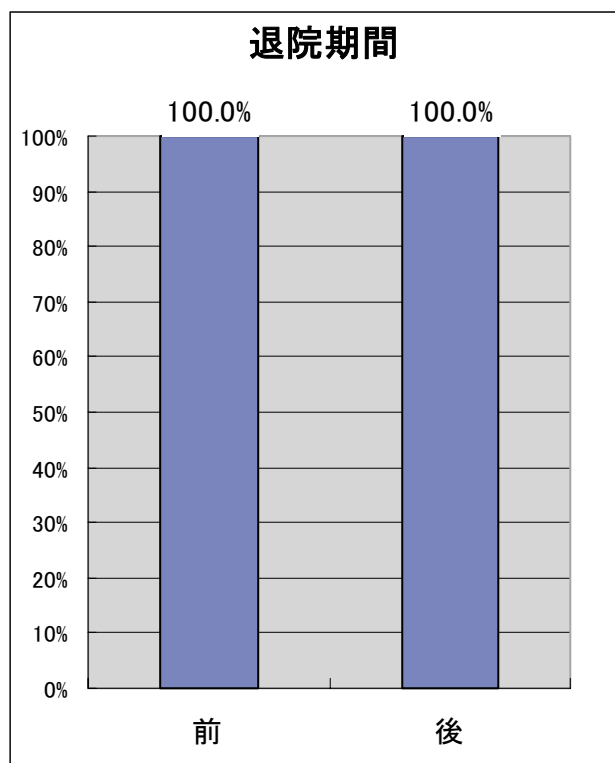
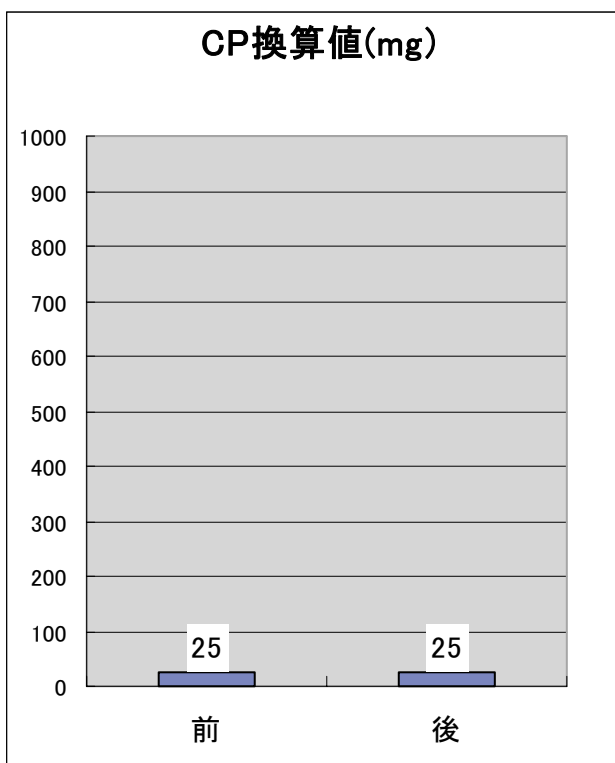
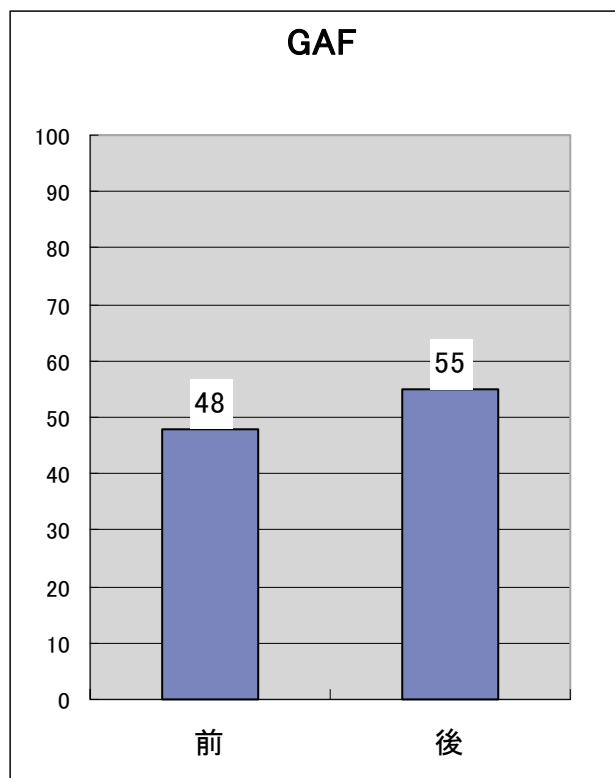
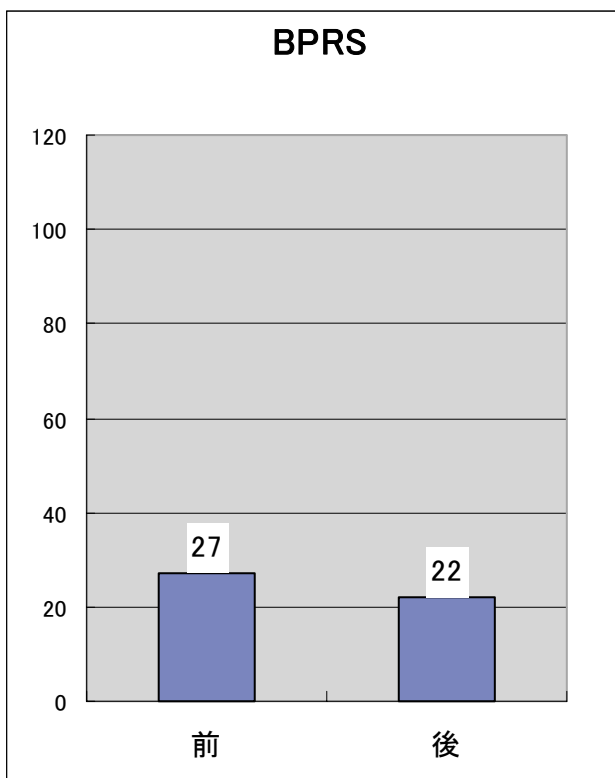
<支援結果>

生活費が少なくなると、少ない金額で購入できる安価な食料を購入し、調理することが出来るようになった。また、大きな制限をすることなく支援を行ったので、生活に困る時もあつたが体験を通して学べるように、フィードバックを行いながら困った時の対処をトレーニングしていくと生活技能は向上していった。6ヶ月後のGAFも48から55に向上し、自立度も優位に向上した。CP換算値は、25で変化はなかったが、BPRSは27から22に改善した。

次項に図11でBPRS、GAF、CP換算値、退院期間を示す。

事例Ⅻ

図12



<事例 XIII>

- ・年齢 29歳
- ・性別 女
- ・診断 統合失調症(Schizophrenia)、精神遅滞
- ・特徴 盗癖でのトラブルが頻繁で対人交流がうまく回れない。幻覚、妄想状態になると多弁多動が目立ち、薬での沈静は不可能。同居の母に対して衝動行為に至る。

<支援経過>

盗癖や不穏状態の持続、幻覚妄想状態に陥り、同法人内の宇和島病院に入院となる。過去3回の入院も同様の経過を繰り返している。状態も安定したので退院の目途を立て、デイケア通所と、ACTプログラムの利用を検討し、ACT導入となる。退院後、しばらくは家の手伝いを行うが、徐々に途絶える。デイケアでは利用当初から落ち着きがなく、盗癖も発覚する。対人緊張もあり、しんどくてもデイケア通所は定期的に続けた。夜間は不眠傾向で落ち着かず、不穏行動の前処置として夕方訪問し、注射処置を施す。しかし、不眠も不穏状態も改善できず、その翌日は外来にてデポ剤の投与を施す。支援の方向性をミーティングで話し合い、デイケア通所後には、本人の希望「水族館へ行く」を叶えることで、不穏の軽減を図る方向で合致、ACT-Uスタッフが自宅へ送る際に水族館へ立ち寄る。穏やかな表情も束の間で、自宅へ帰宅後も不穏状態は持続し、幻覚妄想も著明でダンスに上り母に物を投げつける。その対応に母も限界を感じ、同一法人内の宇和島病院に入院となる。

入院後、隔離室を利用し状態が落ち着いても、広間では盗癖が原因で他者とのトラブルが頻発し、苦情が絶えないため、隔離室の利用を繰り返す。物を盗る行為の反省もなく、他者には自分の持ち物を触っただけでも攻撃的に制している。

ACT内でケースカンファレンスを行い、生育歴や環境のアセスメントを丁寧に行っていくと、幼少より母と2人の生活で、母は生活のために働き、基本的な信頼関係が育たないまま、母へ向けるその満たされない心の部分を物欲で満たすことを学習し、窃盗を繰り返すのではないかと推測できた。また、注意を受けても理解力や認識の程度から、知的障がいに関連した認知のズレも考え、認知の修正を図る目的で、同一法人内の宇和島病院所属の臨床心理士に検査を依頼する。面談に来た臨床心理士やACT-Uスタッフ（女性）の身に付けている物を触わる行為が目立つ。同時にACT内ミーティングでの報告後には、達成可能な目標を設定することで物欲に対する意識も変わってくるのではないかと検討し、同一法人内の宇和島病院所属の作業療法士にも協力を仰ぐ。作業療法士の実習生が主担当になり、アソシエイトとして経験豊富な作業療法士の指導のもと、本人と相談しながら興味のある手芸で作品作りを毎日行う事になる。本人との面談を同時に継続しながら、病棟スタッフとも連携を図り、情報の共有化を図る。また、状態に応じて処方内容のACT内で検討し、必要時にはチームドクターへ処方変更を相談していった。認知の修正についてはACT-Uスタッフが、一つ一つ注意焦点付けでの行動強化を行い、成功体験を積み重ねることにより、正の報酬としてトークン（代替紙幣）を活用した。このように多職種で随時ケースカンファレンスを行い、情報を共有しながらそれぞれの役割を明確化していく。そして、母にも定期的にコンタクトを取りながら、今後の希望の抽出や現在抱えている不

安を傾聴し、本人の状態やスタッフの関わり方などを報告した。また、継続的に地域の関係機関とも情報を共有し、支援の強化を図っている。

<支援のポイント・考察>

危機介入

・今までの危機的な状況を母1人で対応しており、ACT導入後に支援スタッフが多くなったことは母の安心材料となり、対応に困った時のSOSや本人の状態をタイムリーに把握できている。その結果、迅速に対応することができ、早期介入が可能となっている。

ケースカンファレンス

・多職種での関わりを展開しながらカンファレンスを行うことで、医療的な側面だけでなく、それぞれの専門性を活かした視点でのアセスメントや、対応の仕方を情報共有しながら本人へのコンタクトへと結びつけることができた。また、多職種が関わることで、専門性の壁や各々のモチベーションによりコンセンサスが得られない場面も多々ある。そのような時にでも諦めずに、支援の原点に立ち戻りながらよりよい支援の模索を続けることに意味を見出し、異見をも受け入れられる環境の演出も必要なのではないだろうか。

家族支援

・これまでの入院に対する母の恐怖感や不安に対し、今までは積極的に行われなかった母に対して自宅訪問を行ったり、母との面談の中で、ストレスや不安の緩和を図っていった。その中で感じたのは、母には専門的な相談窓口が必要であり、母のリカバリーとは何かという視点で今後も支援を継続していく。

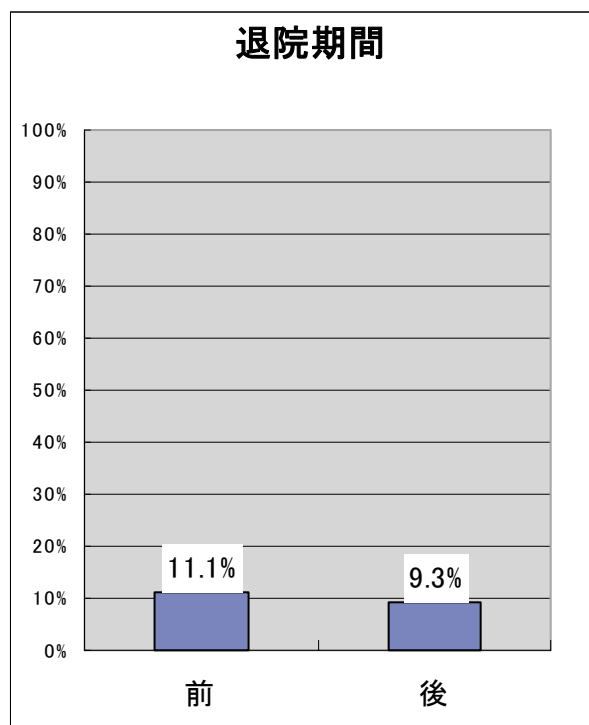
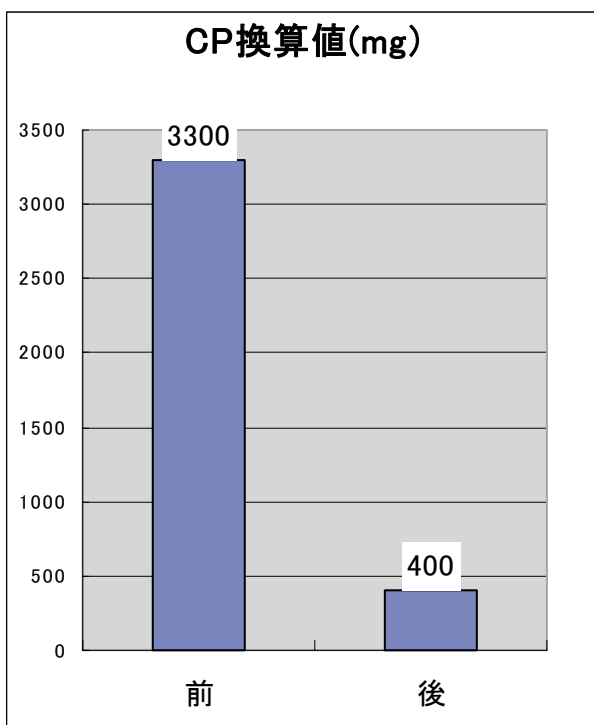
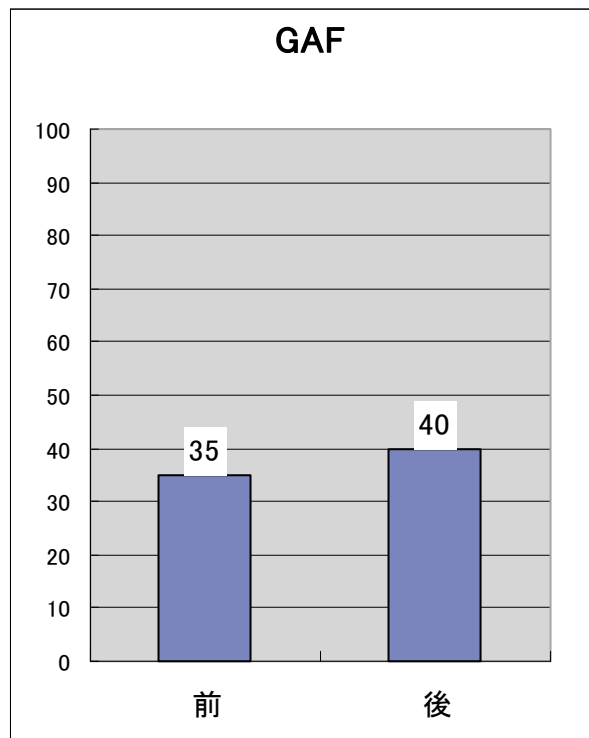
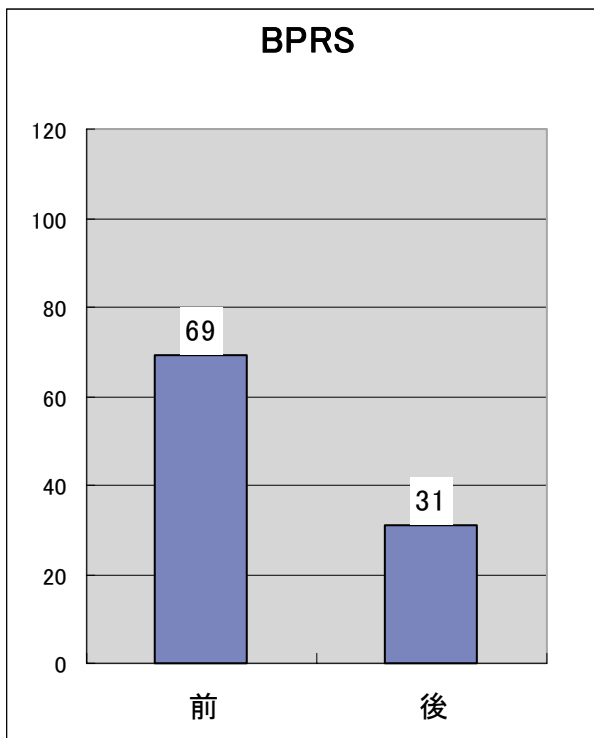
<支援結果>

今回、多職種で関わりを持つことによって、本人がきちんと情報を受信し行動しているのを裏付けるように、コミュニケーション能力も徐々に向上している。心理療法士からの働きかけから、相手の立場を考えることができるようになり、盗癖への意識が和らいだことや、作業療法士と二人三脚で関わってきた結果、作品作りや読書などを集中して取り組むことが出来ている。また、母からも連絡や相談は定期的に受けながら必要時に訪問支援を行っている。GAFも35から40に上昇し、BPRSは69から31と大幅に改善している。特に、CP換算値では3300から400へと減量に成功し、数値的にも改善の大きさを物語っている。

次項に図13でBPRS、GAF、CP換算値、退院期間を示す。

事例Ⅲ

図13



(2) 御荘病院訪問看護とACT-Uの比較

イ. 利用者の属性

平成18年8月から平成19年6月末日まで(財)正光会訪問看護ステーションが行うACTとACTに類似した支援を行う独自のプログラムであるACTYへの登録者は計13名であり、その平均年齢は44歳、入院診断別では、統合失調症圏11名、感情障害圏2名、家族同居率は92%であった。

対して(財)御荘病院訪問看護利用者の平均年齢は54歳、入院診断別では、統合失調症圏13名、感情障害圏0名、家族同居率は77%であった。

過去2年間の退院（在宅）期間の割合はACT、ACTY利用者で73.1%、御荘病院訪問看護利用者で81.9%であった。

御荘病院訪問看護とACT-Uの利用者13名の属性は以下の表15で示す。

表 15

	46GZH
(-+)	+ (
(,)
S&	SS
#	%
S*!,)!#
**	, %
%	%
S&S!'	,)!&
% &#	(!#

ロ. 御荘訪問看護とACT-Uサービス内容の比較

サービス内容の比較において、「ACT-J援助サービスコード(表17)」を参考に調査を行った。

御荘訪問看護、ACT-U共に利用者に行ったサービスとして精神症状、服薬管理に関連する項目が多く、精神症状の把握と症状悪化を予防するための服薬について支援が集中していた。

それぞれのサービス内容の特徴であるが、御荘病院訪問看護では殆ど家族に対するサービスがなく、訪問して本人へ直接サービスを提供していた。また、日常生活支援に対するサービスよりも危機介入による注射などの処置が多くあり、医療的側面が強いことが分かる。

ACT-Uでは、糖尿病や心疾患など内科疾患の既往がある利用者が多く、必然的に身体健康の管理に関するサービスが多くなっていた。また、相談や助言に関するサービスが比較的多かったが、これは24時間オンコール体制であり、夜間でも対応できた事によるものである。更に、相談や助言を必要とする心理的側面の強いケースには準ACTスタッフの心理士によって介入できたことが大きく影響している。

以下の表16は、御荘病院訪問看護とACT-Uが提供したサービス内容の分布を、それぞれ多い順に1から5まで羅列したものである。

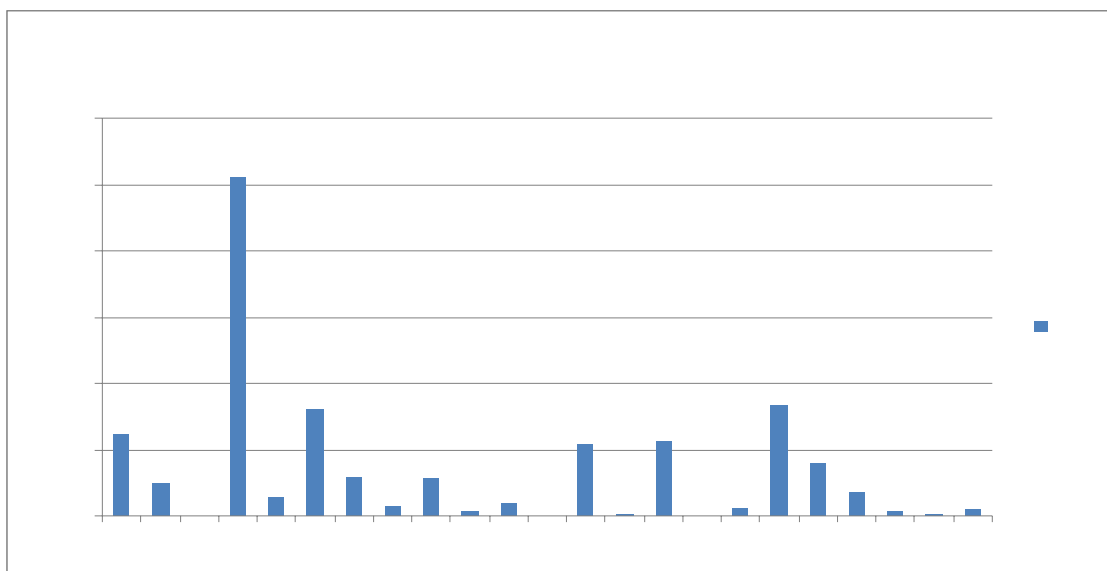
表16 サービス内容の分布（多いサービスを1～5まで順に列記）

	46GZH
!	1.
%	2.
&	3.
'!	4.
(!	5.

次項の図14 で6ヶ月間のACT-Uサービスの内容と量を示した。（御荘病院訪問看護が使用する援助サービスコードはACT-Uとは異なるためACT-Uのみ示す）

単純にサービス内容のみ比較すると、ACT-Uが提供したサービスは御荘訪問看護よりも、サービスの内容が豊富であることが分かる。

図14 ACT-Uのサービス内容と量（6ヶ月間）



グラフの横軸（大分類）は、ACT-J援助サービスコードの分類となっており、縦軸はコード（小分類）の数をあらわしている。次頁は（76～79頁）サービスコードである。横軸の英字（A～W）が大分類であり、縦軸の数字が各項目毎の小分類である。

表17 ACT-J援助サービスコード

ACT-J 援助サービスコード(1)		(Ver.4.5版、2004.6.8分担研究者会議承認)
サービスコード大分類・小分類	援助の形態分類	備考
<p>I</p> <p>A</p> <p>C</p> <p>T</p> <p>の</p> <p>核</p> <p>組</p> <p>み・</p> <p>全</p> <p>体</p> <p>状</p> <p>況</p> <p>に</p> <p>関</p> <p>する</p> <p>支</p> <p>援</p>	<p style="text-align: center;">サービスクラス</p> <p>A. ジョイニング、関係づくりに関する支援【開始初期、開始後全期間】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ACT参加についての説明と同意の働きかけ 2) 本人との関係づくり、エンゲージメント(含、援助関係の再構築) 3) 家族との関係づくり、エンゲージメント(含、援助関係の再構築) 4) その他 <p>B. ケアマネジメントに関わる援助【他ユニット専任者、この項目専任】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) イニシャルアセスメントの実施、(ミニマルプラン)の作成 2) イニシャルプランについての説明と同意、実施についての相談 3) 包括的アセスメントの実施(再実施も含む) 4) 包括的プラン(リハビリ)プランについての説明と同意、実施についての相談 5) 包括的プラン(リハビリ)プランの作成(再作成も含む) 6) 月間プランの作成(入院中・退院時のプラン作成も含む) 7) 週間プランの作成(入院中・退院時のプラン作成も含む) 8) 病棟・地域の実態者・関係機関とのケア会議の開催 9) 包括プラン、イニシャルプランが実施されているかの確認、モニタリング 10) クラスタプランの作成(再作成も含む) 11) 早期退院に向けての働きかけ 12) 入院中の権利擁護のための働きかけ 13) 入院中の権利擁護のための働きかけ 14) その他 <p>C. ステップダウンプログラムの実施【他コードと重複(第8分類)、この項目専任】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ステップダウンのためのアセスメント 2) ステップダウン計画の作成(利用者への説明、調整も含む) 3) ステップダウン計画について利用者への説明と同意、実施方法の相談 4) ステップダウン計画について家族への説明、実施方法の相談 5) その他 	<p>本施行では再度の説明と同意の働きかけが必要な時。</p> <p>加入後1週間以内に実施。包括的アセスメントの実施まで。</p> <p>※外部サービスの対象、仲介は6分類(S.T.U.)、援助形態分類を「①資源開発、②運営調整」でサポートする。</p>
<p>II</p> <p>直</p> <p>接</p> <p>援</p> <p>助</p> <p>サ</p> <p>ー</p> <p>ビ</p> <p>ス</p>	<p>D. 精神症状・服薬管理【通常時・急変時とも含む】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 精神症状についてのアセスメント(診察・問診) 2) 処方・処方変更・注射などの医療行為 3) 薬のトリハバ)ーサービス 4) 服薬確認・服薬の支援 5) 通院の支援 6) 副作用のアセスメントと対応【血圧・体温・その他】 7) その他の服薬支援・管理 8) 症状自己管理のための働きかけ(含、診察、再サインの説明、休息の促しなど) 9) その他、精神症状の管理のための支援・相談 <p>E. 危機介入</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 注釈・処方などの医療行為 2) 自傷他害行為に対する介入 3) 症状悪化・心理的混乱に対する介入 4) 副作用悪化に対する介入 5) 入院関連の対応 6) 家族など支援組織への働きかけ 7) その他 	<p>入所について病院と連絡調整、入院に際してなど。</p>

ACT-J 援助サービスコード(2)

サービスコード大分類・小分類	援助の形態分類	備考
<p>F. 身体健康の管理</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 身体的健康状態の診察・問診によるスクリーニング/アセスメント 2) 医療行為/精神科療養以外の業務処方、注射など 3) 医科・歯科への受診援助 4) 身体合併症管理/糖尿病、高血圧、肝臓病、皮膚病、癌 5) 予防的健康行動実施の支援、健康増進への支援 6) その他 <p>G. 日常生活の支援</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 食生活・栄養摂取に関する支援 2) 調理の支援・食事の提供サービス 3) 更衣・個人衛生に関する支援 4) 食料品や日用品の購入・配達に関する支援 5) 洗濯・清掃の支援 6) 火の管理に関する支援 7) その他 <p>H. 経済生活に関する支援</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 生活費の支払いに関する支援(月予算、週予算の作成など) 2) 生活費の支払いに関する支援 3) 生活保護や障害年金の受給に関する支援(書類作成も含む) 4) その他 <p>I. 直接援助サービス</p> <p>1. 対人関係・社会関係に対する支援</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 近隣の人間関係に関する支援 2) 男女交際に関する支援 3) その他の友人・知人関係に関する支援 4) 職場、日中の活動の場における人間関係に関する支援 5) 家族関係・親戚関係などに関する支援(主に本人への援助) 6) 子育てに関する支援(主に本人への援助) 7) 主治医や隣近所スタッフとの人間関係に関する支援 8) その他の人間関係に関する支援 <p>J. 社会生活に関する支援</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 居住地域での役割(回覧板・町内の掃除などの)支援 2) 交通機関・公共交通機関における移動手段も、利用手段の支援(書類作成を含む) 3) 交通機関・移動手段の利用に関する支援 4) 電話・郵便・インターネットなど通信の利用に関する支援 5) 訪問看護・通院後援に関する支援(書類作成も含む) 6) 法律・裁判制度に関する支援(書類作成も含む) 7) 銀行・郵便局など金融機関の利用に関する支援 8) その他公共サービス・社会サービスの利用の支援 <p>K. 雇用・就労に関する支援</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 就労開始にあたってのアセスメント・援助計画の作成 2) 雇用の確保への求職活動支援(ハローワーク、求人代行等) 3) 雇用の確保(小規模作業所への求職活動支援(本人代行等)) 4) 職業安定局などの職場との調整(本人代行等) 5) 職業補償でのジョブコーチ 6) 職業補償での花ばり人 7) その他労務継続に関する支援 8) 通勤の援助 9) その他雇用・就労に関する支援 	<p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 専門的援助 2) 専門的援助 3) 専門的援助 4) 専門的援助 5) 専門的援助 6) 専門的援助 7) 専門的援助 8) 専門的援助 9) 専門的援助 10) 専門的援助 11) 専門的援助 12) 専門的援助 13) 専門的援助 14) 専門的援助 15) 専門的援助 16) 専門的援助 17) 専門的援助 18) 専門的援助 19) 専門的援助 20) 専門的援助 21) 専門的援助 22) 専門的援助 23) 専門的援助 24) 専門的援助 25) 専門的援助 26) 専門的援助 27) 専門的援助 28) 専門的援助 29) 専門的援助 30) 専門的援助 31) 専門的援助 32) 専門的援助 33) 専門的援助 34) 専門的援助 35) 専門的援助 36) 専門的援助 37) 専門的援助 38) 専門的援助 39) 専門的援助 40) 専門的援助 41) 専門的援助 42) 専門的援助 43) 専門的援助 44) 専門的援助 45) 専門的援助 46) 専門的援助 47) 専門的援助 48) 専門的援助 49) 専門的援助 50) 専門的援助 51) 専門的援助 52) 専門的援助 53) 専門的援助 54) 専門的援助 55) 専門的援助 56) 専門的援助 57) 専門的援助 58) 専門的援助 59) 専門的援助 60) 専門的援助 61) 専門的援助 62) 専門的援助 63) 専門的援助 64) 専門的援助 65) 専門的援助 66) 専門的援助 67) 専門的援助 68) 専門的援助 69) 専門的援助 70) 専門的援助 71) 専門的援助 72) 専門的援助 73) 専門的援助 74) 専門的援助 75) 専門的援助 76) 専門的援助 77) 専門的援助 78) 専門的援助 79) 専門的援助 80) 専門的援助 81) 専門的援助 82) 専門的援助 83) 専門的援助 84) 専門的援助 85) 専門的援助 86) 専門的援助 87) 専門的援助 88) 専門的援助 89) 専門的援助 90) 専門的援助 91) 専門的援助 92) 専門的援助 93) 専門的援助 94) 専門的援助 95) 専門的援助 96) 専門的援助 97) 専門的援助 98) 専門的援助 99) 専門的援助 100) 専門的援助 </p>	<p> 月予算の作成、週予算の作成、定期的に生活費を渡すなど ※経済的支援分類に関する事項は以下のとおり 1) 月予算の作成、週予算の作成、定期的に生活費を渡すなど 2) 代行サービスが本人に代わって当該者と話し合う、調整を行う。 3) 一客一室への働きかけは、0分償、特に0-6に分類。 4) 育児代行など子育てへの直接的援助は、0-6に分類。 </p>

八. ACT-U利用者のサービス利用料と入院費の比較

サンプル数は少ないが（n=13）御荘訪問看護利用者13名とACT-U利用者13名を比較すると、僅かではあるがACT-Uサービス利用者は地域定着期間が向上しており、再入院が予防できていた。（地域定着期間の比：御荘病院訪問看護利用者1.1に対してACT-U利用者は1.3）

ここで平成18年8月から平成20年6月末日までにエントリーされACT-Uサービスを6ヶ月間継続した対象者13名に対して平均サービス利用料金と（財）正光会 宇和島病院の入院費を平成20年度診療報酬改定に合わせて1ヶ月の平均で試算し比較した。

ACT-U利用者13名の1ヶ月の平均サービス利用料は1人あたり約¥32,560であり、利用者の病院診療費の平均は1ヶ月あたり約¥21,600であった。これに1ヶ月の1人あたりの平均サービス利用料である約¥32,560を加算すると約¥54,160となった。

入院医療費を試算すると、現在の（財）正光会 宇和島病院への1ヶ月間の一般的な入院医療費（3割負担）は初回入院で約¥130,000であり、頻回利用者が入院した場合だと約¥100,000である。

これは、ACT-Uの利用により再入院が予防できるため地域定着期間が長くなり、更に現在入院治療中の患者を地域で支援していれば、ある程度の医療費は削減できることを示唆している。

表18 ACT-U利用者のサービス利用料と入院費

46GZH	\$"	\$" &
46GZH	〇%Ž() #	〇&#Ž###
	〇%Ž) ##	〇###Ž###
	Q' ŽS) #	

二. 御荘病院訪問看護とACT-U利用者への平均サービス時間について

御荘病院訪問看護の利用者13名とACT-U利用者13名の6ヶ月間の平均サービス時間を累積し比較した。御荘訪問看護利用者の1回あたりの平均サービス時間は35分、頻度は1ヶ月の平均で1.9回であり、対してACT-U利用者の1回あたりの平均サービス時間は間接サービスを含めると84分、頻度は1ヶ月の平均で3.1回であった。

サービス時間の内訳ではACT-U利用者13名の1回あたりの平均直接サービス時間は68分であり、平均間接サービス時間は16分であった。御荘病院訪問看護では殆どが直接サービスであった。

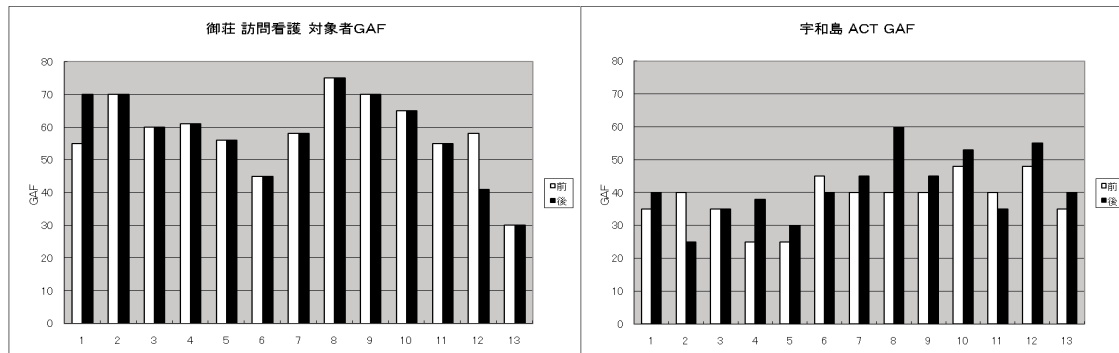
ACT-Uの間接サービスには24時間オンコール体制であることから、夜間の電話相談や危機介入があり、また、ACT-Uが地域のマネジメント機能の一部分であることから利用者や地域のリソースを繋ぐ必要なサービスとなっている。したがって、殆どが直接サービスではあるが、前途した必要なサービスであることから間接サービスも平均サービス時間に加えACT-U平均サービス時間として累積し、以下の表19に示す。

表19 御荘病院訪問看護とACT-U利用者への平均サービス時間

	46GHz
S	S
S''	S'')+
S''	S'' \$)
	S'' +'
	S''
S!,	& S

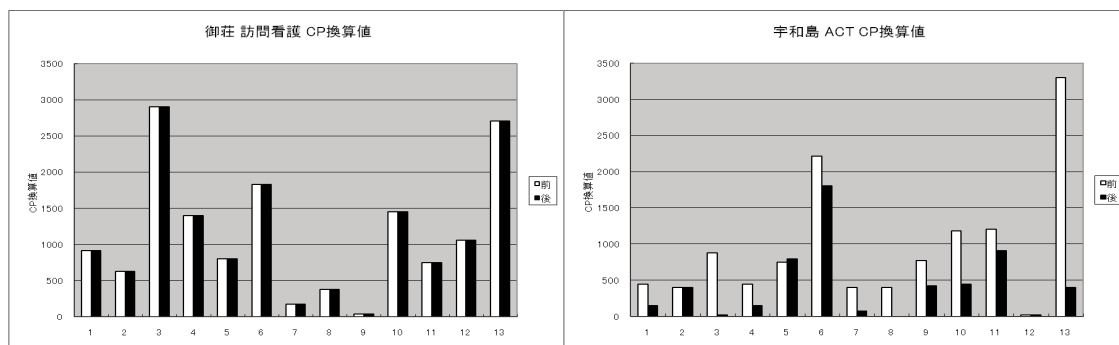
ホ. 御荘病院訪問看護と宇和島ACT-Uのデータ比較

図15 御荘病院訪問看護と宇和島ACT-UのGAF比較



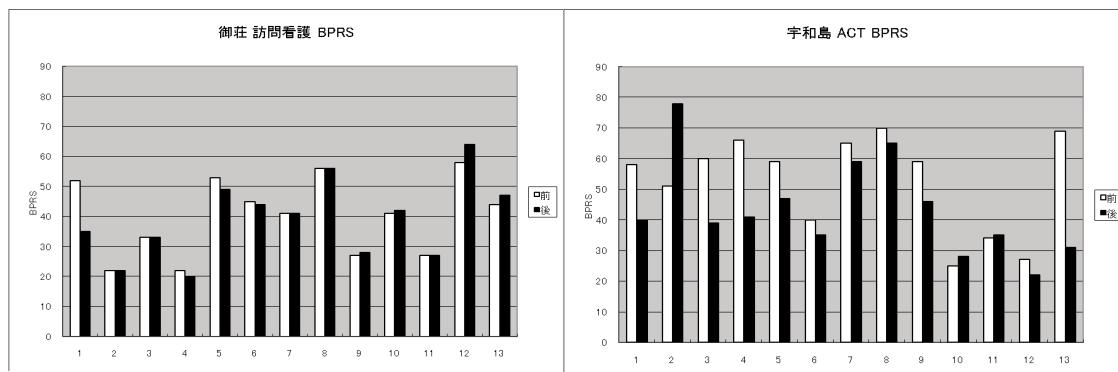
縦軸がGAFの数値で横軸が利用者の番号となっている。白い棒グラフが導入時、黒い棒グラフが導入から6ヵ月後の数値を示している

図16 御荘病院訪問看護と宇和島ACT-UのCP換算値比較



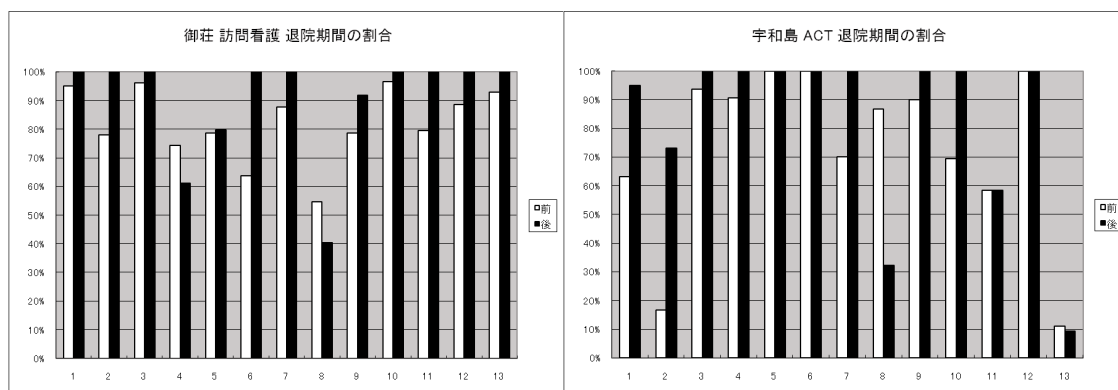
縦軸がCP換算値で横軸が利用者の番号となっている。白い棒グラフが導入時、黒い棒グラフが導入から6ヵ月後の数値を示している。

図17 御荘病院訪問看護と宇和島ACT-UのBPRS比較



縦軸がBPRSの数値で横軸が利用者の番号となっている。白い棒グラフが導入時、黒い棒グラフが導入から6ヵ月後の数値を示している。

図18 御荘病院訪問看護と宇和島ACT-Uの退院期間の割合



縦軸が退院期間の割合で横軸が利用者の番号となっている。白い棒グラフが導入前2年間、黒い棒グラフが導入から6ヵ月間の数値を示している。

(3) 専門性

専門職として「人が人を観る」ということを捉えた時、相手にその人らしさを探求し、引き出す能力を開発すると同時に、支援する側にも自分らしさが演出されケアに反映されるのは自然なことである。時に気持と気持ちがぶつかり合い、現場の最前線で感情労働を強いられるからこそ相手の中に自分自身を観て、日々、学びながら経験を積み重ねていくのではないだろうか。専門職である以上に個別的な専門性について、それぞれのケースを通して垣間見ることが出来る。

<事例Ⅰ>のケースでは、あたかも精神症状が優り行動化したかのように思われていたが、訪問を重ねていくうちに、家族内力動の影響が大きいのではないかと主CMは疑問を抱く。家族の中で力のある者が常に高EE状態であること、氏の症状に周期性があることからフィジカルアセスメントを行い、女性生殖器のホルモンバランスにも左右されているのではないかと推測する。主CMは月単位で月経周期を測りながら、月経前に精神症状が不安定になる傾向にあることを突き止め、訪問時には家族に対しても周期性に応じた症状管理や服薬管理指導、栄養指導なども行っていく。次第に家族の高EE状態が治まり始めるのと同時に氏の行動化が減少していく。訪問のバランス的には家族へのコンサルテーションが7～8割を占めているが、時間の経過とともに訪問頻度も減少し、家族支援しながら氏へのリカバリーも可能になっていく。

<事例Ⅱ>のケースでは、既往疾患を抱え、再燃の進行が早く、早期介入段階で救急搬送入院となり、現在も退院の見通しが薄いケースである。病棟との連携もさることながら、単身生活を余儀なくされた母に対して心のケアを重点に主CMは支援を展開していく。高齢であっても畑仕事をこなし親戚や近所付き合いを続けていた母も、氏の入院期間の延長とともに心身的な老いが現れ始める。氏に対しては医療的介入が中心となり、母に対しては適宜ニーズに応じた支援を展開する。PSWの特性を活かし、役所への手続きを行う前にその制度の説明を丁寧に行い、経済面の厳しさも考慮しながらあらゆる角度から選択肢を抽出し、段階別に母へ提示していく。母から相談の連絡が途絶えないのは、心理的なアセスメントを行いながら、ニーズとサービスを繋げるコーディネーターとしての役割を確実に展開することで信頼を獲得しているからではないだろうか。表面的なサービス枠ではなくタイムリーで実質を兼ね揃えた母への支援は現在も継続している。

また、<事例Ⅲ>の、感情の起伏が激しく周囲に迷惑行為を繰り返しているケースの主CMは、危機介入方法と動機付けに着目する。自分が騒ぐことで再入院させられるのではないかと防衛線を張る氏に対し、具体的にどのような時が調子が悪い時で、そうなった時に自分はどうするのかを紙面に表し視覚的に訴える。すると、徐々に相談する内容によって人や場所を選出し、情緒面の安定も見られ始める。その経過の中で、今までの自分の行動を振り返り、同じ行動を繰り返すのではなく、新しい行動を開始するには、個人は変容するよう動機付けられねばならないことや、行動を修正出来るのは自分自身であることを明確にしていく。困難な行動をモニタリング出来るのも自分だけであることを前提に、訪問時にセルフモニタリングや自己評価を行い、自己強化するプロセスを展開していく。自己評価の段階での感情的・認知的な反応に対しては、冷静な分析力とマネジメント能力が試される。そこで主CMはCBTをベースに自己効力感を得られるようなサポートを展開し、結果、氏は服薬の知識も得られ、自己の対処能力も獲得するに至っている。

総合的な実践活動を展開していくと、全体像を意識しながらも支援する側の個人差は時間の経過とともに表れる。多職種間で1つの事例を検討していくとなおさらである。職種の垣根、得手不得手、技能の習得など、自己の知識や技能レベルを超えた部分での話し合いは、自己像を見つめ直す絶好の機会でもある。他者の見識を受容し、役割分担を明確に追及することなく、重なり合い繋がっているサービスを大切にすることでチームアプローチが進展し、より具体的で行き届いた気配りと、明確なサポート体制が浮き彫りになるだろう。それは、職種や各々の専門性（持ち味）が複雑に絡み合ったチームのコラボレーションといえる。

なかでも事例XIのように、ケースを通して見事に事情通（Goffman1963）へのプロセスを展開していったCMは、まずは相手を病気や障害がある人としてではなく、人として観ることに重きを置き、趣味を通して関係性を深め、自分自身を捧げ、氏へ受け入れられるのをひたすら待ち続けた。また、そのCMのひた向きの姿勢は、スティグマ化され家族への希望も持てなかった氏にとって、自分をかけがえのない人間として対応されていると感じ、自分は価値がある存在なのだと改めて感じていたのではないだろうか。そのCMの対応は、氏の自己認識に着実に影響を与え始めている。人は何らかの条件を満たせば価値があるというのではなく、自分にはもともと備わった価値があると、自然にそう感じられるような働きかけが必要なのではないだろうか。かつて事業家として生きてきた氏にとって、そのCMの成長を喜ぶかのような発言は、現在もお入退院を繰り返す状況でありながらも繋がりはしっかりと保たれている証ではないだろうか。

障害を抱えスティグマを付与されている人たちにとって、考えることさえも失われつつある「希望」といった意欲や行動の原動力となる思いは、同時に儂さを秘めている。そこで各々の専門性を活かしながら自己実現に向かうためのステップを、どのようにすれば共に歩むことが出来るかが大きな鍵となる。チームの共通課題として欠かせないのは、様々な情報を共有する場のセッティングとアドボカシーの視点、ヒエラルキーのない意見交流を尊重する姿勢を崩さないミーティングの存在である。先ず、チームドクターがそこにヒエラルキーを持ち込まないという信念を持って関わっている。輪を重んじ、そこから派生する「何か」に期待しているのだろうか、その姿勢がいつその物議を生み、チームドクターからも積極的な知識を直接得られる場と化している。そこでは、交渉技術は磨かれるが、スタッフのその時のモチベーションや内容の深刻さにより刺々しい雰囲気醸し出す場合もある。そのような時や行き詰った場合など特に、ムードメーカーが率先して場の雰囲気を和らげる役目を担う。自然でかつ大胆な遂行は、腹の底から笑いを誘う。そして次のステップへ気持ち新たにに取り組むことが可能となり、先ほどまで滞っていた内容が、笑いを取り込むことで柔軟な解決思考へと転換していくのである。

各々の専門性も探求し、難題や困難な状況をもポジティブに捉え、互いを信頼し尊重することこそ、道なき環境から手探りでチームを築きあげてきたこのチームの持ち味であり、ストレングスであると言える。

地域特性として、同居率と経済問題については深刻な悩みが存在する。問題を内在化するあまり、他者を受け入れられない環境が構成され、問題を抱え込み発覚した時にはすでに経済状態が破綻寸前という家族も少なくない。その閉ざされた生活環境化では情報が偏り、流通も滞っている状態である。

利用者主体に考えながら一方ではその世帯の頑なに守ろうとしているものを瞬時に捉え、的確に分析していくノウハウが要求される。また、情報不十分な状態での表面上の調整や関わりでは、思い込みや行き違いなどの些細な変動から、修復不可能な失敗まで多々経験するだろう。許されない失敗も次に繋げる成功の糧として捉えるように、経験豊富なCMが常に冷静な判断でフォローアップし、成長モデルとしての役割を担う。そうして経験を積むことにより明確になってきたのが、チームでアセスメント能力の向上を目指すという方向性である。

<事例XIII>のケースでは、チーム内に作業療法士と臨床心理士も参画し、より多職種でのアプローチを試みる。作業療法士は身体機能面や作業能力の観点から、一作業を媒体としてストレスケアや受容体験、成功体験などを積み重ね、それを継続し取り組むことにより作品化するプロセスを共に体験していく。次第に氏は、その作業療法の時間の中で自らの感情を問題行動として発散するのではなく、「泣く」「理由を言う」などの感情の表出と言語化が出来るようになっていく。作業療法と同時期に臨床心理士も関わり心理的側面を深く追求する。氏は欲求不満を持つ時に社会的なルールに反する行動(窃盗)で表し、防衛機制はスプリットであることから、自己や他者に対する基本的信頼感の形成が問題であると分析、母の代理を立てる必要があるとした。作業療法を通しての、快・不快の感情の言語化と、その発生期序とを結びつける作業を自ずと繰り返す工程は、基本的信頼感の形成を産生し、それによって感情表出や言語化が可能になったと行動分析することが出来ている。これらの結果をもとにして主CMはマネージメントを展開している。

このように事例を通しながら多職種が丁寧にアセスメントを行うことで、より深い部分で利用者とその背景に在るものを理解することが可能になっている。一事例ごとにアセスメントの幅も広がりを見せ、チームとして動くことの意識も確固としたものへと成長し、チーム力の真価が今まさに問われようとしているのである。

(4) 結果

支援内容の充実のためには、アセスメントが最も必要だということが事例を通して明らかになった。また、既存のACTサービス枠に付随する新たなACTYというサービス内容の定着と、そのための判定期間プログラムの開発が早急に求められている。また、退院促進に向けての取り組みが地域移行支援システムへと構築していく中で、このACT-Uの取り組みから見えてきたのがPSWの役割である。ケースを通しながら成長する、医療の視点を踏まえたPSWの関わりは、生活支援の枠組みを超えたトータルコーディネートが可能になり、これは各専門性を活かした多職種チームと関わる環境化における結果ではないだろうか。また、3事例<事例Ⅱ、Ⅺ、ⅩⅢ>においては、ACT-Uで関わりながらも再燃のスピードが早く入院抑制などの効果が見られなかった。それらの事例に対しては、個々に症状コントロールを目指しながら再燃に至るまでの早期介入と、安心して選択できる早期入退院を図るためのシステム作りを検討している段階である。

4 考察

障がい者のノーマライゼーションの推進により、我が国の地域精神保健福祉施策が入院中心から地域中心へと移行し、全国で積極的な退院促進が求められている。

一般に入院患者は、病気から回復するに従って入院治療の必要性は減少し、精神科の臨床でも、患者が健康回復へ順調な経過をたどる場合には、医療的支援を中心にケアを行い退院を迎えることが可能なはずである。しかし、多くの臨床においては、病状が回復しても医療的支援だけでは退院に結びつかない患者が存在する。俗に社会的入院と呼ばれている軽度精神障がい者である。また、軽度精神障がい者のみならず、中等度～重度精神障がい者の入院抑制は課題である。近年では、入院期間を短縮して、出来る限り患者のQOLを低下させないこと、医療費の抑制をはかるという観点から、早期退院に向けた退院調整が求められている。これらを含めた総合的な対策として、地域支援システムの構築であり、支援スタッフの専門性の向上、意識の改革、多職種による包括的なチームアプローチが必要である。

ACT-Uを開始してから、半年後に活動の振り返りを行った。その中で、ACTの基準を満たさないが、訪問看護や既存のサービスでは改善が見られず、ACT的な支援が必要なケースがあることに気づいた。具体的には、GAFが50以上であるが1年間の殆どが入院となっているケース、65歳以上だが明らかな精神症状による頻回入院のケースがあげられる。

御荘病院の訪問看護とACT-Uの比較を見ると、訪問看護ではGAFとCP換算値は開始時から6ヵ月後は殆ど変わらず、ACT-UではGAFの向上、CP換算値の減少が見られたことから、訪問看護の支援ではいい状態を維持していくことが目的であり、ACTはリカバリーを目的としていることによる違いが見えた。そのため、訪問看護だけでは改善が見られないケースに対し、多職種でのアセスメント、チームアプローチ、24時間365日の濃厚な支援を行う方が効果的なのではないだろうか。

愛南地域では、地域のインフォーマルケアの充実、地域づくりが成されてきており、精神障がい者を支えるネットワークができています。そのため、ACTの様な包括的支援ではなく、最低限の症状管理、服薬指導などのサービス提供が訪問看護の役割となっている。

先ほどあげたケースへの対応策を検討した結果、ACTの手法を取り入れ、ACTの基準を緩めた、訪問看護とACTの間に、ACTYという新たな基準を設けることに繋がっている。

今回、新たに地域支援システム作りに着手し、支援を行った結果、重度精神障がいをもつ13名のACT-U利用者は「出来る限り安定した、地域生活が維持できる」事に着実に近付き始めている。今まで、入院という選択肢しか考えられなかった中等度～重度精神障がい者に対しても、地域生活が可能なサービスがあれば、退院促進や人生の選択肢の幅も広がる可能性を秘めている。また、精神科病院へ求められるのは、入院患者の回復過程の視点だけではなく、患者が退院可能なのかという視点ではないだろうか。退院可能という視点には病気自体よりも、家族関係、住居、地域生活能力、経済的な課題など、患者が地域生活を営む上で課題となる部分が該当する。そこには、医療・看護の視点だけではなく、障がい福祉や経済支援などの幅広い視点が求められているのである。

「視点の転換」及び「意識の転換」作業が現在の精神科臨床の各分野でも平等に求められているのではないだろうか。では、その「意識の転換」作業はどのような方法で得られるのか、そこには患者

個人と真剣に向き合えることができ、その患者の背後にあるものを汲み取れるかどうかにある。不自然な事を不自然だと思い、なぜ入院しているのだろうか？と疑問に感じる「気付き」の作業が必要である。精神症状に翻弄しているのは、もしかしたら支援側なのかもしれない。患者の捉え方を、病状や障がいなどの特異性に焦点化する医学モデルから日常生活でのつまづきやしづらさに焦点化した生活モデルへのパラダイムが求められている。

ACT-Uは、訪問看護ステーションで行っているため、看護スタッフが多く配属されている。しかし、専門性であげたように、職種に関わらず各々の専門性、個性を持って支援が展開されているため、医療的な視点に偏ることがない。この中でのPSWの役割とは、情報提供と連携だと考える。ケースのアクセスメントで見てきたアドボカシーの視点で、ニーズに合わせて必要な社会資源・制度、医療・福祉サービスの情報提供や、多職種・他機関との連携、マネジメントがPSWの役割である。このような役割を行うには、PSW自身が社会資源・制度、医療・福祉サービスの情報、多職種の役割やストレスを常に把握しておくことに努めなければならない。

また、PSWの役割はACTを行う上で必要であるが、訪問看護ステーションで支援を行う場合、現在の診療報酬ではPSWの支援に医療費がつかない。そのため、現在PSWを訪問看護ステーションに配属するためには、当法人の給料規定に準じて計算すると、月20件以上追加の訪問が必要となる。現在、ACT-Uが取り組んでいることは、訪問件数の増加である。それは、同一法人内での積極的な退院促進事業と並行して行わなければならない。地域支援システムの構築にあたり、多職種が地域での支援を行うことが可能となる環境が求められているのである。

ACTプログラムを始動し「気付いた」意識改革の必要性を同一法人内で波及させるためには、先ず自身の意識の改革が必要であった。退院援助技術向上委員会の設立や、各病棟に退院可能なモデルケースを選抜し、個々にACT的なサービスをACT-Uスタッフが展開し、どのように支援しているのかを臨床現場スタッフに開示する。その中でケースを通してプライマリナースからリーダーナース、その患者の主治医やコメディカルスタッフへと関係性が広がり、社会復帰部門へと繋がり地域の施設や居住見学など、自己実現に向かった支援が展開できている。今後も患者の自己実現や支援側の意識改革に向けて、連動したサービスの統一化を図るシステム作りが「気付き」によって繋がっていくことが望まれる。

5 結論

多職種チームが取り組むことで生まれる、専門性と多角的視点と偏りのなさ、意識改革によって、個々のケースを通して家族と繋がり、地域や人々の意識の中へと介入していく。この丁寧な関わりのプロセスが大事であり、この作業を多職種で取り組むことでスタッフ間の労力の分散や、役割の配分が明確となり、タイムリーで幅のある支援が展開できるのではないだろうか。これはBPRSでも改善が見られ、CP換算値では御荘が1156.1で変化なく、宇和島では956.3から431.9と、半分以下の量になっている。サービス開始前後のGAFの変化で、宇和島では38.2から41.6へ、御荘では58.3から58.2であり、宇和島において改善傾向が認められるなど、それぞれの結果から裏付けされるのではないだろうか。

しかしまだ、この地域でのリソースとしての認識は低く、現在はごく限られた人達への支援となっているが、希望がないわけではない。手本となる連携システムはごく身近に存在し、この御荘地区は早くから地域づくりに着手している。その中の一つとして訪問看護が位置し、一定の効果がみられるなどシームレスな連携の先駆けとなっているのである。可能性としては、このACT-Uのサービスを存続していくことによって、アクセスの不便さ（交通だけでなく、情報も）へも柔軟に対応できるよう、御荘地区に見習いながら地域や同一法人内への普及・啓発活動へと発展させていく。そして個々のケースを通して、行政機関や地域へと支援が繋がっていくことで地域にとって必要なリソースと成り得ないだろうか。偏見をなくしていく作業は個々にあり、選択肢の幅や情報力を滞らせることないように、たとえ時間がかかろうともACTのフィデリティを維持しつつ、ACT-Uのサービスを継続するためのシステム作りが求められる。

サービスの維持・存続にあたり質を保証するためには、各々の専門性に驕ることなく常に向学心を忘れない姿勢と、教育を継続することである。教育の観念は幅広く、奥深い。専門性を引き延ばし、サイコ・エデュケーションとして忠実に他者へ伝えることも可能となる。医療と教育は反映するものであり、また教育は医療に限らず福祉・保健にも精通する永遠の課題なのではないだろうか。

参考文献

- ・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』、株式会社金剛出版、2004年
- ・デボラ・R・ベッカー、ロバート・E・ドレイク、大島巖、松為信雄、伊藤順一郎、堀宏隆『精神障害をもつ人たちのワーキングライフ IPS:チームアプローチに基づく援助付き雇用ガイド』株式会社金剛出版、2004年
- ・ACT-Jプロジェクトチーム『ACT-Jツール集』厚生労働省科学研究「重症精神障害者にたい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班」、文部科学研究「科学的証拠にもとづく心理社会的介入の統合プログラムに対するプロセス評価法の開発とアウトカム評価から見た効果的な援助要素の分析に関する研究班」、2005年、P208～P211
- ・「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」主任研究者 塚田和美『厚生労働科学研究事業 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、2005年、P358～P361、P366
- ・野中猛『【図説】ケアチーム』中央法規出版株式会社、2007年
- ・ベンクト・G・エリクソン、二文字理明、石橋正浩『ソーシャル・インクルージョンへの挑戦—排斥のない社会を目指して』株式会社明石書店、2007年
- ・坂田三允『精神看護エキスパート 5 精神科リハビリテーション看護』株式会社中山書店、2004年
- ・藤丸成『実践 精神科看護テキスト 第9巻 ディスチャージマネジメント』株式会社精神看護出版、2007年
- ・アイリーン・モロフ・ラブキン、パラマD. ラーセン、黒江ゆり子『クロニックイルネス人と病の新たなかかわり』株式会社医学書院、2007年
- ・監修：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課、編集：高橋清久、大島巖『改訂新版 ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方—ケアマネジメント従事者養成テキスト—』、精神障害者社会復帰促進センター、(財)全国精神障害者家族会連合会、2001年
- ・宮本貴裕「入院医療中心から地域医療中心に向けて～訪問看護のデータを分析してみえたこと～」、財団法人正光会 精神衛生研究所、『正光会医療研究会誌』第4巻第1号、2007年
- ・愛媛県愛南町公式ホームページ <http://www.town.ainan.ehime.jp/>
- ・宇和島市役所ホームページ <http://www.city.uwajima.ehime.jp/>