

研究種目：基盤研究（B）
 研究期間：2007～2009
 課題番号：19330136
 研究課題名（和文） 包括型地域生活支援プログラムにおけるチームづくりと効果・評価に関する研究
 研究課題名（英文） Effectiveness and evaluation of Assertive Community Treatment

研究代表者
 三品 桂子（MISHINA KEIKO）
 花園大学・社会福祉学部・教授
 研究者番号：50340469

研究成果の概要（和文）：重度精神障害者の地域生活を可能にする包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment: ACT）を日本に定着するためのチームづくりの方法、スタッフ研修のあり方、精神保健福祉士やピアスペシャリストの人材育成の方法、フィデリティ尺度開発の課題を明らかにした。また、わが国で行われている ACT チームの活動から、家族支援の検討および利用者のQOL向上のための課題を明らかにした。さらにACT研修プログラム(案)の作成と英国で普及しているメリデン版訪問家族支援の研修用ビデオを翻訳作成した。

研究成果の概要（英文）： We explained methods for; team building, a staff training scheme and the development of human resources such as psychiatric social workers and peer specialists. Also we highlighted the issue of the fidelity scale of development to establish Assertive Community Treatment (ACT) programs that would enable community living for people with serious psychiatric disabilities in Japan. We also discussed family support and described the problems in improving QOL for consumers, based on the operations of the ACT teams in Japan. In addition we developed plans for an ACT training program and created a training video, translating (English to Japanese) the Meriden Family Intervention Program that is widely utilized in U.K.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2007年度	5,600,000	1,680,000	7,280,000
2008年度	4,900,000	1,470,000	6,370,000
2009年度	3,700,000	1,100,000	4,810,000
年度			
年度			
総計	14,200,000	4,260,000	18,460,000

研究分野：社会科学

科研費の分科・細目：社会学・社会福祉学

キーワード：包括型地域生活支援プログラム（ACT）、チーム形成、ACT 教育研修、重度精神障害者のQOL、家族支援、フィデリティ評価、人材育成、ピアスペシャリスト

1. 研究開始当初の背景

ACT は脱施設化の必要条件として世界的に

認識されているが、日本ではACTは制度として導入されておらず、研究も厚生労働科学研究

究費で運営された ACT-J に関するものが中心であり、日本の実情に即した研究は皆無であった。ACT を日本に定着させるためには、ACT 先進諸国の実態を調査しながら、日本で既に実践しているチームの現状と課題、効果などを明らかにすることが求められていた。

2. 研究の目的

(1) 日本における ACT チームの構成方法、チーム形成やスタッフ研修のあり方、チームの運営方法を明らかにする。

(2) 利用者の QOL に ACT はどのような影響を及ぼし、QOL 向上支援のために ACT では何が重要かを明らかにする。

(3) ACT における家族心理教育の実践方法と実践する専門職の研修のあり方をソーシャルワークの視点から明らかにする。

(4) 最も標準的なフィデリティ尺度である DACTS (Dartmouth Assertive Community Treatment Scale) と、DACTS を発展させた TMACT (Tools for Measurement of Assertive Community Treatment) をもとに、日本版 ACT フィデリティ尺度を開発するための検証を行う。

(5) ACT チームで働く精神保健福祉士の養成のあり方と精神障害当事者がピアスペシャリストとして精神保健福祉領域で働くための研修内容を明らかにする。

3. 研究の方法

(1) 教育研修とチーム形成のあり方に関する研究

主として米国インディアナ州の教育研修方法を調査し、日本の専門職に必要なプログラム(案)を開発した。さらに同州の ACT チームと日本のチームにおいて、半構造化面接、参与観察等を行い、データを収集し、チームづくりのあり方を M-GTA を用いて分析した。

(2) QOL の効果に関する研究

サービスの標準化のために、日本版 ACT プログラムのマニュアルを作成するとともに、QOL の向上支援に関する半構造化面接をスタッフ、利用者、家族に行い、その結果を分析した。

(3) 家族支援に関する研究

日本の ACT スタッフ、および利用者・家族に半構造化面接を行い、結果を KJ 法で分析した。また、英国のメリデン版訪問家族支援研修プログラムの初級プログラムを試行し、日本の ACT スタッフがメリデン版訪問家族支援を駆使するための課題を検討した。

(4) プロセス・フィデリティ評価に関する研究

2 チームで DACTS および TMACT を 6 月ごとに測定し、日本版 ACT フィデリティ尺度開発に必要な項目を明らかにした。

(5) 人材育成に関する研究

① 精神保健福祉士養成

学生研修を行い、作業指標評価表を用いて測定し、養成教育に必要な援助実習のあり方を検討した。

② ピアスペシャリストの養成

日本のピアスタッフ 5 人とピアスタッフとともに働いている専門職 2 人に半構造化面接を行い、ピアスタッフが精神保健福祉領域で働く意義を明らかにしたうえで、ピアスペシャリスト養成研修内容、およびピアスペシャリストを受け入れる組織の管理者等への研修内容を明らかにした。

4. 研究成果

(1) 教育研修とチーム形成のあり方に関する研究

① 教育研修プログラム(案)について

米国では ACT スタッフには修士レベルが推奨されている。例えばソーシャルワーク修士課程では学生は 1000 時間前後のインターン実習を課せられており、モチベーショナルインタビューや認知行動療法の基礎を習得する。しかも、教育はコミュニティに立脚した内容であり、実践的である。それに比較し、日本の ACT スタッフは学部卒、もしくは専門学校での教育課程しか経ておらず、しかも教育内容は、医療機関や施設実習で座学を多い。また、日本のスタッフは、英国や米国で盛んに用いられ、ACT のコアスキルとして位置づけられている、モチベーショナルインタビュー、認知行動療法などは全く使えない状況である。以上のことから、日本の ACT スタッフには、集中的な研修が必要であり、その研修内容(案)は、基礎研修、継続研修、課題別研修、チームリーダー研修、新たなチームを立ち上げるときの独自研修の 5 つである。

・基礎研修

ACT を始める専門職が必ず受講しなければならない研修であり、4 週間である。一週目が ACT の概略と基礎知識、2 週目が ACT でよく用いるスキル訓練、3 週目がアセスメントやケア計画に関する研修で、4 週目が ACT 臨床活動を 3 年間以上行っているチームにおける実習である。

・継続研修 I・II

継続研修 I は、ACT スタッフとして採用さ

れた後半以内に受講すべき研修であり、ステージ理論やモチベーションインタビュー技法の基礎やチームワーク、ストレス対処法を学ぶ。継続研修ⅡはACTスタッフとして採用された後1年前後に受講すべき研修で、日本で特に必要な家族支援の基礎を中心に学ぶ。

・課題別研修

課題別研修にはファミリーワーク（メリデン版訪問家族支援）、ストレングス視点研修、パーソンセンタード支援法、疾病管理とリハビリ、援助付き雇用、重複疾患診断治療技法、弁証法的行動療法などがあり、チームが必要とする研修を受講し、スタッフ全員がこれらの技法を習得できることが重要である。

・チームリーダー研修Ⅰ・Ⅱ

この研修は、チームリーダーがリーダーシップを発揮でき、スーパービジョンを行えるようになることを目的とする。研修Ⅰは、チームリーダーになってから3か月以内に受講し、スーパーバイザーとしての技法を取得する。研修Ⅱは、1年に2回開催され、チームリーダーとしてのスキルアップや新しい知識やスキルを取得する。

・新たなチームを立ち上げるときにチーム独自で行う研修

基礎研修を4週間受講した後、チームは活動を始めるが、チーム独自に行う研修は、臨床活動を開始した直後の1~2か月間に半日程度、毎日事例検討やミーティングが行い、コンサルタントの指導を受けながらミーティングスキルやチームづくりを行う。

②チーム形成のあり方について

・インディアナ州における調査結果

2007年~2008年度にかけて、DACTSの値が4.4点以上のチームのリーダー2人とコンサルタント1人への半構造化面接、同行訪問、ミーティング場面の参与観察等によってデータを収集し、収集したデータM-GTAで分析した。インディアナ州のACTチームづくりのストーリーラインは次のとおりである。

インディアナ州のACTチームづくりでは、【基礎づくりとしての準備期間】を3か月程度もうけ、その間に【周到に準備する】なかで、適切な【人材を確保する】ことを最初に行う。そして、【チームビルディングの要】である【民主的チームリーダーの運営】のもとで【したたかさを培うミーティング】を行い、スタッフも成長していく。それは‘理事会’や‘ACT技術センター’など【チームを支える体制】があり、スタッフは‘継続研修’や‘多彩なワークショップ’などで【スキルを磨く】ことが保障されているから可能になる。これらのこ

とが【チームの発展を促進する】ことになり、チームもスタッフも成長していく。

・日本における調査結果

2008年度に日本のなかで比較的長期にACT臨床活動を行っており、DACTSの値が3.5点以上の3チームにフォーカスグループを実施し、その結果をM-GTAで分析した。日本のACTチームづくりのストーリーラインは次のとおりである。

日本におけるACTチームづくりは【チーム形態の未整備】なままで、リハビリという概念をスタッフは語りながらも、その実践方法が身につけていないという‘理念の未消化’な【半身の始動】であった。そして、【機関や財源によって変化を強いられるチーム】でありながら、【チーム力】で【未整備な制度との戦い】をしつつ、【ACTチームの発芽】をさせた。そこではインディアナ州と同様の【したたかさを培うミーティング】や、【しなやかなチームづくり】がなされていた。

・日本におけるチーム管理者とチームリーダーに対するチームづくりに関する役割と意識調査結果

インディアナ州と日本のチーム形成の大きな違いは、インディアナ州のチームリーダーが強力なリーダーシップを発揮するのに比して、日本のチームリーダーの影が薄いことにある。このことから2009年度にチームづくりに関する配慮や、チーム運営の工夫、具体的な行動などを明らかにするために、日本のチーム管理者とチームリーダー6人に、半構造化面接を行った。結果のストーリーラインは次のようになる。

日本のACTチームは、【両親のような管理者】と【しっかり者のチームリーダー】が役割を一部重ねながら、【スタッフの育ちの保障】をしている。【両親のような管理者】は、【距離の近い人事管理】を行いながら、管理者の個性でもって【らしさがにじむチームづくり】に努めている。重度精神障害のある人を対象とするACTでは、スタッフの燃え尽きが起こりやすいことから【チームの安全走行】を心がけ、【労働に見合った報酬獲得】を探求していた。また、【しっかり者のチームリーダー】は、それぞれのチームの臨床責任をもって運営していた。すなわち、自らが【困難な利用者を沢山担当する】という課題と取り組みながら、多職種で個性豊かなスタッフからなる【チームをまとめる】作業と、スタッフ教育と支援の方針を決める【育ちの場ミーティング】作業を担っていた。この【両親のような管理者】と【しっかり者のチームリーダー】は、補いあいながら【スタッフの育ち保障】を行っていた。【スタッフの育ち保障】とは、具体的には【丁寧な最初の一步】を踏み

出せるようにスタッフを導き、[ACT スタッフへの脱皮支援]を行っていた。それらの行動は、常に【スタッフ自身の強み活用】というストレングス視点に依拠していた。

以上の調査から、日本のチーム形成のあり方には次のことが重要となる。

- ・ACT チームを支える運営委員会の設立。
- ・既存のチームを活用するのではなく新しいチームを活用すること。
- ・ACT チームを立ち上げる前に周到な準備を行い、臨床能力が高く、マネジメント力に秀でたチームリーダーを雇用し、そのチームリーダーを中心にスタッフを採用すること。
- ・リカバリー志向で士気が高く、高度なスキルを備えたスタッフを採用すること。
- ・チームの臨床活動を開始する前には、基礎研修を全員が受講するとともに、チーム独自でチームの親睦を深めたり、お互いのバックグラウンドの理解するためのワークショップを行ったりすること。
- ・ミーティングは、チーム運営やサービス内容の質の向上を図るものであり、ミーティングスキルの訓練を行うこと。
- ・臨床活動は緩やかに開始し、最初の1~2月間は半日程度ミーティングにあてること。
- ・個別援助ミーティング、毎朝のミーティング、定例ミーティングの3つのミーティングを循環させること。
- ・チームリーダーの担当事例数を減らし、チームリーダーがスタッフの業務に配慮し、一週間に一度は各スタッフに30分程度のスーパービジョンを行える体制を整備すること。
- ・チーム医は診断と治療、スタッフの医学的スーパービジョンを主たる業務とすること。
- ・チームリーダーとチーム医は必ず毎週1回1~2時間定期的な情報交換とチーム運営、利用者への支援方法に関して話し合うこと。
- ・良く訓練されたピアスペシャリストを採用し、その役割を明確に位置づけること。
- ・スタッフのスキルを高めるために継続研修や外部のワークショップを受講させること。
- ・外部からのコンサルタントを招聘すること。
- ・半年に1回1~2週間の長期休暇をスタッフに与え、燃え尽きを防止すること。

(2) QOL の効果に関する研究

① マニュアルの作成と研修

アセスメントや計画、記録が不十分であることが明らかになり、今後のスタッフの力量形成の方法を検討する必要があることが明らかになった。

② ACT サービス開始後の利用者の変化と、その変化を支えた ACT の関わり

次のようなことが利用者の QOL 向上支援の結果としてあげられる。

・入退院を繰り返していた利用者が、地域での生活を継続している。また、無為自閉、暴行、遁走などの行動障害が緩和あるいは消失し、穏やかな生活ができています。

- ・家族と同居あるいは入院していた利用者、ホームレスであった利用者が家で一人暮らしをしている。
- ・医療中断や未治療で他者との関わりがなかった利用者が、家族およびスタッフと関わるようになってきている。
- ・発病後、就労できていなかった利用者が働くようになってきている。
- ・病院スタッフや地域の人びとの対応に傷つき不安になっていた利用者が、安心できたり、楽しい、自由だと感じられるようになったりしている。
- ・利用者のケアに翻弄されていた家族が、自分の時間をもてるようになったり、安心できるようになったりしている。また、家族関係が改善されている。

③ ACT チームの支援において重要なこと

- ・安心できる関係づくり。
- ・利用者・家族が必要とする時に即応すること。
- ・多様な社会資源を活用してニーズを充足すること。

(3) 家族支援に関する研究

スタッフから見た家族支援では、支援関係を形成する基盤となる『支援関係づくり』、『家族自身のケア』と『家族間の関係調整』、『家族との共同作業』『パートナーとして』、『変化を促す』が行われていた。

一方、家族から見た ACT サービスの特徴は、ACT サービス枠組みである『いつでも対応してくれる』、『医療的サポート』、そして ACT サービスの質に関する『元気になるための働きかけ』であった。さらに家族への介入による効果としては、家族に『本人が生き生きと生活していく希望』が出現してくることと、『スタッフの訪問を家族自身が楽しみ』であるという結果が得られた。

メリデン版家族支援プログラムは、「訪問による」、「単家族」への心理教育的家族支援モデルであるが、そこで活用する技法は認知行動療法を中心とする。英国で用いられている教材を翻訳し、研修を行って見たところ、受講者の関心は高かったが、認知行動療法の基礎的知識や技術のない日本の専門職には、まず認知行動療法の基礎的トレーニングの必要性が示唆された。

(4) プロセス・フィデリティ評価に関する研究

日本で最も DACTS の評価点が高いチームをモデルにして検討を行った。DACTS は 6 回、TMACT は試行的な尺度が公表されてから半年

に1回、計3回測定した。

① DACTS を用いた評価結果

人的資源の各回の平均点は4.0～4.1点と概ね高い水準を保っている。組織の枠組みに関しては、1回目が4.4点であったが、それ以降の5回に関しては、4.7～4.9点と高得点である。サービスの特徴は、各回2.6～3.1回と低い水準に止まっている。

② TMACT を用いた評価結果

人的資源の平均点は回を追う毎に向上しているが、ピアスペシャリストが尺度で決められた役割を遂行していないために「ピア専門職の役割は」1点となっている。組織の枠組みに関しては、ACTが制度化されていないために、サービスの責任が果たせておらず3.3点前後に止まる。サービスの特徴の評価は、DACTSと同様サービス量や頻度が低くなっている。利用者中心・リカバリー志向アプローチの各回の評価得点は平均して2.0点である。これは「利用者中心のプランニング」や、「介入は幅広い生活・人生におけるゴールを標的とする」などの項目の記録が十分整備されていないことによる。

このように構造面を中心に評価する DACTS では得点は高いが、サービスの質も含めて評価する TMACT では評価点が低くなる。このことから、日本の ACT が制度化されていないなかで、構造を整えるのに精一杯でサービスの質までも高められていないことがうかがえる。

③ 日本にふさわしい ACT 評価尺度開発

ACT 評価尺度とは、最も効果的で質の良いサービスを提供するためにその標準モデルを提示するものでなければならない。したがって、日本の不十分な体制を肯定するのではなく、世界標準のサービスが提供でき、かつ日本の社会的・文化的背景をも考慮した尺度であらねばならない。3年間の測定、および記録分析、参与観察、スタッフへの評価結果のフィードバックのやりとりのなかで、DACTS と TMACT は日本の実情にそぐわない項目があったり、不足している項目があったりすることが判明した。不足している項目としては、家族支援、作業療法士の配置と役割、事務所の病院や施設からの独立性などを挙げることができる。

(5) 人材育成に関する研究

① 精神保健福祉士養成に関する研究

日本においても米国のように修士課程のカリキュラムを整備し、コミュニティを基盤として働くスタッフを養成する機関の整備が重要といえよう。しかしながら、現時点での人材育成は急務であり、4年制大学で精神

保健福祉士を目指す学生2回生、3回生を中心に毎年約10人の学生に、卒後ACTスタッフとして働けるだけのスキルを獲得させるための訓練を行った。具体的には、事前講義を実施し、さらに2008～2009年度には診療所デイケアや小規模通所授産施設等において一部の学生に一週間前後の現場実習を行った。事前研修や施設実習を経た学生には1年目の冬から、英国のサポートワーカーのように比較的安定した事例の余暇活動や生活の支援に携わらせた。

この間、学生には毎月自己評価票で評価させた。評価項目はACT実践に必要である対象者理解、アセスメントなど10の大項目と43の小項目からなる。多くの学生は事前学習が始まると、自己評価が下がり、学習を進め、体験するうちに評価が上がる傾向を示した。これは、最初の数か月は、学習することで知識がつくよりも、大学で学んでいたことが実に初歩的な内容であり、自己の有する知識の乏しさに気づき評価が下がるのである。特に施設や機関実習を行ったり、サポートワーカーとして着実に経験を積んだりした学生は、自己評価を高めて卒業していく。

このような結果から、4年間の養成課程で学んだ学生がACTで働けるようになるには、最低は現行制度の2倍の実習時間数が必要であることが分かった。しかしながら、これだけの時間数の実習を経ても、米国の学生が修士過程で取得するヘルピングスキルを取得することは困難である。したがって、日本のACTチームで働ける人材育成をするには、学部で400時間程度の実習、修士過程で米国に近い実習とともに、ヘルピングスキル演習を実施し、理論に基づいた高度なスキルを駆使できるような教育体系の整備が課題である。

② ピアスペシャリスト養成に関する研究

日本においてピアスペシャリストとして働いている当事者は少ない。日本では、ピアスペシャリストとしての資格は定められていないが、米国では多くの州が認定資格として定めつつある。例えば、ピカウンセラーとしての資質としては、次のような10項目が挙げられている。

- ・利用者に自分と同じような希望や価値観、信念を当てはめないこと。
- ・利用者の問題があまり難しく対応できない場合には、それを見極め、適切な専門家に紹介すること。
- ・ピアカウンセラーの役割は、相手の話を聞くことであることを十分理解していること。
- ・最低限のコミュニケーション能力を有し、人間関係をある程度上手にやっつけていけること。
- ・相手の希望や権利、価値観及び信念を尊重できること。

また、ピアスペシャリストに求められる資質としては、自分自身のことについて理解していること、リカバリーを理解していること、自分の経験やリカバリーについて伝えられることが必要である。

ニュージャージー州におけるピアスペシャリスト研修は、アセスメントやカウンセリングスキル、クライシス時の介入、ケースマネジメント、州のシステム、心理教育など 17 日間 102 時間にわたる。一方、日本の元気回復行動プラン (Wellness Recovery Action Plan: WRAP) ファシリテーター研修は 5 日間 35 時間、ピアスペシャリスト研修は 5 日間約 30 時間である。時間や日数だけが重要ではないが、日本の当事者がおかれている現状を考慮すると、米国よりも周到な研修が必要と考えられ、次のような内容がピアスペシャリスト研修には必要と考えられる。

ピアスペシャリストとは何か、リカバリーについて、ストレングス視点、自己覚知、精神保健と治療の歴史、スティグマ、コミュニケーションスキル、危機管理、自己開示、WRAP、問題解決の方法、パーソンセンタードプラン、利用者に応じた精神科治療の選択、自己決定、精神疾患の基礎知識、グループワーク、倫理とバウンダリー、セルフケア、教育や就労の機会保障等の挑戦への支援方法などである。さらに ACT のピアスペシャリストには、ACT の基礎研修、継続研修、課題別研修などを受講することが必要となる。

5. 主な発表論文等

[雑誌論文] (計 2 件)

- ①三品桂子、成功する ACT チームを創るための重要なステップとスキル、花園大学社会福祉学部研究紀要、査読有、18 号、2010、61-80
- ②栗山康弘、山根 寛、重度精神障害者の地域生活支援システムについて—ACT-J、ACT-K の試みから見る課題、作業療法、査読有、28(1)、2009、14-22

[学会発表] (計 7 件)

- ①三品桂子、日英米の ACT 実践から見るわが国の精神保健福祉士の役割と課題、第 46 回 社団法人日本精神保健福祉士協会全国大会・第 9 回日本精神保健福祉学会、2010 年 6 月 5 日、沖縄コンベンションセンター (宣野湾市)
- ②三品桂子、シンポジウム 30 日本の ACT : 各地で行われている ACT 成果の現状 ACT の支援スキル (技能) に関する研究の現在、第 106 回日本精神神経学会学術総会、2010 年 5 月 22 日、広島国際会議場 (広島市)
- ③三品桂子、米国における ACT スタッフ研修と ACT コアスキル—ACT チームスタッフに求められる理念と理念を实践するスキルの視

点から、第 17 回日本精神障害者リハビリテーション学会、2009 年 11 月 23 日、日本大学工学部 (郡山市)

④岡田 愛、佐藤 純、メリデン版訪問家族支援のわが国への導入の課題—ACT スタッフ研修プログラム作成のプロセスから見えてきたこと、第 17 回日本精神障害者リハビリテーション学会、2009 年 11 月 23 日、日本大学工学部 (郡山市)

⑤栗山康弘、山根 寛、DACTS 評価からみた ACT 普及の可能性と課題、第 43 回日本作業療法学会、2009 年 6 月 19 日、ビッグパレット福島 (郡山市)

⑥三品桂子、しなやかさとしたたかさを備えた ACT チームづくりの戦略、第 16 回日本精神障害者リハビリテーション学会、2008 年 11 月 23 日、一橋大学国立キャンパス (東京)

⑦佐藤 純、ACT-K サービスは利用者家族にどのように役に立っているのか—利用者家族からの聞き取りから、第 16 回日本精神障害者リハビリテーション学会、2008 年 11 月 22 日、一橋大学国立キャンパス (東京)

[図書] (計 1 件)

佐藤 純、三品桂子、久美出版、日本で始める ACT チームの立ち上げ方—重度精神障害者のある人への包括型地域生活支援 (仮題)、2010、150

6. 研究組織

(1) 研究代表者

三品 桂子 (MISHINA KEIKO)
花園大学・社会福祉学部・教授
研究者番号：50340469

(2) 研究分担者

岡田 まり (OKADA MARI)
立命館大学・産業社会学部・教授
研究者番号：40309076
佐藤 純 (SATO ATSUSHI)
京都ノートルダム女子大学・生活福祉文化学部・准教授
研究者番号：90445966
栄 セツコ (SAKAE SETSUKO)
桃山学院大学・社会福祉学部・准教授
研究者番号：40319596
山根 寛 (YAMANE HIROSHI)
京都大学大学院・医学研究科・教授
研究者番号：00230516
杉原 努 (SUGIHARA TSUTOMU)
佛教大学・佛教大学福祉教育開発センター・講師
研究者番号：10340473

(3) 連携研究者

該当なし