

ACT のスキル

—日本の ACT のスキル分析—

三 品 桂 子

本稿の目的は、日本の包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment: ACT) チームのスタッフが用いるスキルを明らかにすることである。調査対象機関は DACTS の値が比較的高い日本の3つの ACT チームである。調査期間は2007年8月～2008年12月であり、記録、スタッフへの半構造化面接、フォーカスグループ、ミーティングや訪問場面の参与観察、出版物などをデータとした。分析協力者とともにこれらのデータを M-GTA で分析し、カテゴリー6、サブカテゴリー16、概念45、具体的スキル268を生成した。

日本の ACT チームにおいては、英国や米国と比較すると心理療法やリハビリテーションに関するスキルを用いることが少なく、チームリーダーのリーダーシップのスキルが見えにくいという特徴が認められた。また、未治療・治療中断者の割合が高いために、利用者との関係づくりのスキルや、家族が利用者の介護を担わされてきたという日本の状況から家族支援のスキルが多く認められた。さらに、環境を整え、薬物を可能な限り少なくして、人間のもつレジリアンスの増強に努めるスキルを駆使している点は、英国のスキルと似通っていることが明らかになった。

キーワード：ACT、スキル、レジリアンス、M-GTA

The purpose of this manuscript is to describe the skills that are used by the staff of ACT teams in Japan. Three Japanese ACT teams that had achieved relatively high scores on the DACTS were studied. The study was conducted from August 2007 to December 2008 using data collected from records, semi-structured interviews with staff, focus groups, participant observations of meetings and visit settings, and publications. The data were analyzed using M-GTA with analysis collaborators, generating 268 specific skills, 45 concepts, 16 subcategories, and 6 categories.

The ACT teams in Japan, when compared to their counterparts in Britain and the US, were characterized by the less use of skills related to psychotherapy and rehabilitation and less evident team leader leadership skills. Instead, many skills in relationship building with consumers and in family support were noted because the proportion of consumers who had never been in treatment or had dropped out of previous treatment was high and because families had been viewed as caregivers of consumers, respectively. Additionally, the study revealed that the skills to adjust the environment, to minimize the use of medications as much as possible, and to enhance human resilience, similar to skills used in Britain, were well utilized.

Key words : ACT, skills, resilience, M-GTA

はじめに

包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment: ACT) の制度が導入され

ていない日本でも、ACTの重要性を認識する支援者によってACT活動が開始されてから7年が経過した。世界的にはACTは精神障害のある人の脱施設化の必要条件として認識され、アメリカ、カナダ、イギリス、オランダ、スウェーデン、フィンラ

ンド、オーストラリア、ニュージーランドなど多くの先進諸国で展開され、効果・評価研究もさかに行われている (Drake, McHugo, Clark, et al.1998, Ziguras & Stuart2000, Bond, Drake, Mueser et al.2001, Harvey, Burns, Fiander et al.2002, Rapp & Goscha2004, Kenny, Calsyn, Morse2004)。

実践のプログラムがプログラムのモデル基準に適合している程度をフィデリティと言うが、DACTS (Dartmouth Assertive Community Treatment Scale) は、米国の科学的根拠に基づいた実践 (Evidence-Based Practices: EBP) プロジェクト¹⁾の研究によって、ACTのフィデリティのアセスメントとモニタリングを行う用具として最も体系的な方法とされており (Salyers, Bond, Teague, et al: 2003)、米国やカナダでは広く用いられている。DACTSは、ACTプログラムの支援構造・支援機能をプログラム単位で評価するものであり、ACTプログラムの介入効果評価研究 (Stein & Test1980)、ACTプログラムにおける効果的な支援要素に関する研究 (McGrew, Bond, Dietzen, et al. 1994) をもとに、Teagueらによって開発された最も標準的なフィデリティ尺度である (Teague, Bond, Drake 1998)。DACTSは、「人的資源領域: プログラムの構造と構成 (11項目)」「組織の枠組み (7項目)」「サービスの特徴 (10項目)」という3領域から構成されており、28の下位項目により測定される。筆者は、このDACTSやDACTSを発展させた包括型地域生活支援プログラムの測定のためのツール (Tool for Measurement of Assertive Community Treatment: TMACT) (Monroe-DeVita 2008) を使用して幾つかのチームを測定してみたが、効果的なACTを実践するためには、支援構造や支援機能を測定すると同時に、スタッフのもつ理念と、その理念を実践するためにスタッフが用いるスキルや利用者・家族とスタッフの関係性が重要であると認識するに至った。それはスタッフが日本の精神保健福祉システムの中で長く培われてきた社会防衛的色彩に染められおり、リカバリー志向の支援を実践するのに困難をもっており、ACTチームで働くスタッフは発想を展開し、柔軟な支援を行い、地域生活支援の高度な実践スキルを備えることが求められるからである。した

がって、本稿では、日本のACTチームで用いられているスキルを明らかにし、米国や英国と日本のスキルとの差異について簡潔に述べる。

スキルとは、重い精神障害のある人に対してスタッフの理念を基盤にして質のよいサービスを提供する際にスタッフが用いる知識、認知、行動 (言動) と本稿では定義し、論を進める。調査対象機関は、2007年～2008年に日本でACTを実践しているチームの中でDACTSの値が3.5以上あった3つのチームである。本調査ではこのDACTSの値が日本で最も高いチームを主たる調査対象機関とし、次いで値が高い2チームを補足的な調査対象機関とすることで結果の厳密性を高めた。

なお、本稿ではACTの利用者とその家族を対象とするミクロレベルのスキルを中心に明らかにした。ACTでは、メゾレベルやマクロレベルのスキルも用いられるが、日本ではACTが開始されて間もないこと、グループワークやネットワークづくり、地域づくりは十分に実践されていないことから調査対象から外した。

第1節では、生み出された結果がどのような枠組みや手順を用いて浮かび上がってきたかを明らかにし、第2節でデータから創り上げた概念とカテゴリーを用いて結果を説明する。本研究は広範囲に及ぶスキルを探索しており、結果の全体像をわかりやすくするために領域ごとにカテゴリーを中心としたストーリーラインを提示した。その後、各カテゴリーの特徴についてサブカテゴリーや概念を用いて明示していく。各カテゴリーの詳しい説明に関しては別稿で述べるので、本稿ではACTのスキルの全体及びカテゴリーのストーリーラインを中心に述べていく。一般に質的研究法では、結果は解釈や考察を含んだ内容が提示され「結果と考察」として提示されるが、本稿の第2節にはそれらを含んだものを「結果」として述べている。そして第3節では、特に結果から明らかになった英国や米国のスキルとの差異について述べる。

第1節 研究の方法

本稿の目的は日本のACTチームのスタッフが利用者やその家族に対して用いるスキルに焦点を当

て、支援関係やチームづくりのスキルも含めて明らかにすることである。

1 データの収集方法

本調査のデータは、事例検討、半構造化面接、フォーカスグループ、参与観察、出版物などである。事例検討に関しては、研究の趣旨を説明して了解の得られた事例の中から、全般的社会機能評価(Global Assessment of Function: GAF) 尺度²⁾の値が著しく改善した事例4例、GAFの値が改善しにくかった事例2例、精神保健福祉士が中心に支援した事例2例、看護師が中心に支援した事例2例を対象とした。調査対象期間は2004年6月～2007年12月までであり、調査対象にした期間は平均2年5か月である。

面接調査は、Aチームのスタッフを対象に2回、Bチームのスタッフを対象に1回行った。なお、Aチームの2回目の「家族支援」に関する面接調査は、修士論文を作成するためにH大学の学生がデータとして収集したものをインフォーマントと学生の両方に了解を得て、筆者がデータを分析し直して用いた。理由は、事例検討では利用者に焦点が当たり、家族への支援が明確になりにくいため家族支援のデータ収集の必要性があったが、同じインフォーマントを対象に同様の内容のデータを再度収集することは、インフォーマントへの負担が大きいことによる。

フォーカスグループは、ABCの3つのチームにおいて行った。それぞれの実施時間はAチーム1時間30分、Bチーム1時間55分、Cチーム2時間である。記録はテープレコーダーによる録音とオブザーバーとして参加した大学院生2～3名の観察メモと記述による記録である。終了後テープレコーダーを聞き、記録の不鮮明な部分や発言内容で理解できない部分は確認した。調査の時期は2008年7月である。フォーカスグループのトピックは、ACTの理念、実践スキル、チームづくりである。

参与観察は、ミーティングと訪問場面において行い、フィールドノートを活用した。主としてAチームが中心であるが、Cチームでも行った。出版物に関しては、各チームが出している研究報告

書や書籍、学会発表の抄録や発表論文である。

2 インフォーマントと調査対象チーム

(1) インフォーマント

インフォーマントは、3つのチームで働くスタッフとその利用者であり、事例研究10人、面接調査14人、フォーカスグループ27人、定例ミーティング参与観察26人、訪問場面参与観察9人である。詳細に関しては現在ACTを実施している機関が少ないことから、インフォーマントが特定されることを避けるため論文には掲載しない。

(2) 調査対象チームの特徴

1) Aチーム

Aチームは、F市で2004年6月に往診専門の診療所としてACTを始めた。その前年の12月にACTの研究部門や福祉サービス部門を備えた特定非営利活動法人(Non-Profit Organization: NPO)を立ち上げ、NPOはACTの運営を側面的に支える組織として機能している。NPOは精神保健福祉士や作業療法士を養成している大学の教員、精神科診療所医師、公認会計士、弁護士らが中心になって運営している。2004年11月には訪問看護ステーションを立ち上げ、以降は往診専門のクリニックと訪問看護ステーションを中心にACTを実践し、NPOが側面的に支援する形態をとっている。Aチームは利用者からSOSが発信された場合、30分以内に駆けつけることが重要であるという考えに基づき、キャッチメントエリアを事務所から車で30分以内と定めている。

2) Bチーム

Bチームは、2002年4月から6年間を限度とする厚生労働科学研究費で立ち上げられたチームであり、G市の独立行政法人T病院の1病棟を閉鎖して、そこを事務所とし開設された。このチームの活動は約1年余の準備期間を経て、2003年5月から開始された。特徴は研究事業であることから、研究に関して同意可能で、かつ既にT病院に入院をしている患者のみを利用対象者としていることである。そのため利用者のGAF値は他の2チームより高い。すなわちGAF値がACTの参加基準である50以下ではあるが、比較的機能水準が高い人を対象としている。2008年3月には研究期間が終

了したため、事務所も T 病院から独立し、G 市内で訪問看護ステーションを中心としたチームとして再出発をしている。

3) C チーム

C チームは、2005 年 7 月に H 市で県の精神保健福祉センター内に立ち上げられ、県の機関であることから保健所や関係機関との連携がよくとれていることを特徴とする。したがって、C チームの支援によってある程度安定した利用者は元の主治医に戻し、保健所や地域活動支援センターなどの支援を受けながら地域生活を送るシステムを取っており、英国のシステムにやや近い形態で運営されている。ただし、ACT チームの職員の 8 割は非常勤職員という身分の不安定さがあり、また、チー

ムで使用できる公用車が少ないため軌道力に欠けるとい課題をもつ。

3 調査内容

各調査のトピックは表 1 のとおりであり、支援内容とスキルが中心である。

事例検討による研究は、A チームの利用者 10 人の電子カルテをデータとした。調査対象期間のスタッフの退職は初期に 3 人あったのみであり、記録で不明な点は現スタッフに口頭で確認した。10 人の記録を丹念に読み返し、支援内容と実践スキルの把握を行った。フェイスシートで不十分な項目に関しては担当スタッフから利用者を確認してもらった。また、生活歴や病歴で利用者から正確な情

表 1 各調査のトピック

方 策	ト ピ ッ ク	実施時期：対象チーム
事例検討	①支援関係のプロセスとスキル ②スタッフの依拠する理念とスキル ③利用者の置かれている状況をスタッフはどのように意味づけ、それを支援にどのように反映しているか ④利用者との循環的關係が利用者スタッフの間でどのように発展しているか	2007 年 9 月～ 2008 年 11 月 ：A チーム
面接調査 1	①成功事例について ②どのような支援をしてきたか ③どのようなスキルを用いて支援を行ってきたか	2006 年 3 月 ：A チーム
面接調査 2	①家族支援でどのようなことを行ったか ②支援の結果起こった家族の対応や行動の変化 ③家族支援で困ったこと	2008 年 11 月 ：A チーム
面接調査 3	①対象者親・援助親 ②どのようなスキルを使っているか ③ ACT におけるソーシャルワークの独自性	2007 年 3 月～ 2007 年 5 月 ：B チーム
フォーカスグループ	① ACT の理念 ②どのようなスキルを使っているか ③チームづくり	2008 年 7 月 ：A、B、C チーム
ミーティング参与観察	①対象者親・援助親（職種による相違） ②ミーティングではどのような点に焦点化されるか ③電子カルテに記述されない支援内容とスキル ④病棟のミーティングや事例検討会のミーティングとどのように異なるのか ⑤チームの中で何をどのように学び・伝え合い・お互いを成長させているか（職種間協力） ⑥自由に発言できる雰囲気とは、どのような配慮で可能になるのか ⑦ミーティングの運営方法（チームリーダー・精神科医・組織の管理者はどのような態度をとっているか） ⑧スタッフ間のコミュニケーションの流れはどうか	2007 年 1 月～ 2008 年 3 月 ：A チーム 2007 年 12 月 ：C チーム
訪問場面参与観察	①電子カルテに記述されないスキルの探索 ②スタッフと家族との関係 ③スピリチュアリティを理解し、スタッフはそれをスキルにどのように反映させているか	2007 年 11 月～12 月 ：A チーム 2007 年 12 月 ：C チーム
出版物	①理念 ②スキル ③日本の精神保健の歴史と ACT 実践 ④ピアスペシャリストの位置づけ ⑤利用者スタッフの関係性	

報が得られなかった利用者に関しては、利用者の了解を得て過去の主治医や担当精神保健福祉士に確認した。このようにして利用者の環境や特性を踏まえたうえで、表1のトピックに焦点を当てて記録を読み込んだ。特にスタッフが利用者の状況を日本の歴史的背景を踏まえ、どのようにとらえて支援を行っているかを考えながら読み込んだ。Aチームには、ストレングスモデルの提唱者 Rapp から「ストレングスモデルと ACT のブレンド」の指導を受けた職員が2人おり、チームを支える NPO の大学教員は全員がストレングスモデルに依拠している。したがって、チーム全体がストレングスモデルを基盤にした ACT を目指しており、その理念がスキルにどのように反映し、利用者に影響を与えているかに着目した。

面接調査の調査方法は1時間から1時間半の半構造化面接である。面接調査1は「成功事例」と「実践スキル」をテーマに、面接調査2は「家族支援」をテーマに、両者ともAチームのスタッフを対象に行った。面接調査3についてはBチームの精神保健福祉士を対象に、「ACTにおけるソーシャルワークの独自性」をテーマに調査を行った。Bチームは当初からACTの重要な考え方として、米国のACTツール集(Substance Abuse and Mental Health Services Administration's: 2002)に書かれている「リカバリー³⁾志向」と「ストレス脆弱性モデル⁴⁾」を重視しており、Aチームとは依拠する理論が若干異なっている。そのようなチームのなかで精神保健福祉士がソーシャルワークの独自性をどのようにとらえ、どのような理論に依拠し、スキルを用いているかを明らかにすることをこの面談調査の目的にした。

フォーカスグループはリカバリー志向を基盤に持ちながらも、並行して掲げる理念が少しずつ異なる3つのチームに、①ACTの理念、②どのようなスキルを使っているか、③チームづくりの3点について話し合ってもらった。日頃のミーティングを反映した内容を得たいと考え、全員の出席を依頼したが、Cチームは全員の出席が得られなかった。ミーティング参与観察は、調査者が一人で観察することは偏りが生じる危険性があるので、途中から大学院生3人にも参与観察に参加してもら

い、分析に参加してもらった。さらにNPOで働く職員に分析結果を確認してもらい、厳密性の確保を図った。

訪問場面参与観察は、特に電子カルテに記述されないスキルの探索に焦点化した。さらに移動の車中にて、スタッフが事例のスピリチュアリティをどのように理解しているかを聞き取り、それをスキルにどのように反映させているかを観察した。

出版物に関しては、スキルの内容に触れているものはほとんどなかったが、理念と支援内容や、理念と支援関係の乖離のデータとして有効であった。

4 分析方法

分析のプロセスは図1のとおりであり、木下のM-GTAを用いて分析した(木下1999, 2003, 2005, 2007)。

まず事例を丹念に読み込んだ。同時にこの時期に事例と関連させて、訪問場面やミーティングの参与観察を集中的に行い、疑問が生じたらその都度Aチームのスタッフに確認した。次に明らかにしたいスキルのデータを最も豊かに含んでいる事例を選び具体的なスキルと考えられるものに着目した、そして、各スキルはどのような対象に、どのようなプロセスや場面で使われているかを確認しながら、まずスキルを定義づけてみた。次に、ACTの理念であるリカバリー志向を実践するために、スタッフがどのような意味づけをもって、そのスキルを使っているのかを考え、概念を生成した。概念は支援内容とプロセスに分けて生成した。そして、同じ事例や他の事例のなかから類似の概念を探し、さらに面接調査や参与観察、出版物という順番で内容を見ていった。その際、英国バーミンガムNHSや米国インディアナ州のチームとの相違にも着目し、わが国独自のスキルは何かを考えながら分析を進めた。なお、このプロセスの途中2008年4月から一年間筆者は米国インディアナ大学の客員研究員となった。

このようなプロセスを経て、「レジリアンス⁵⁾の開花促進」というACTにおける支援プロセスのカテゴリーを生成した。概念間の関係を検討していると、利用者との支援関係ではあるが、ケースマ

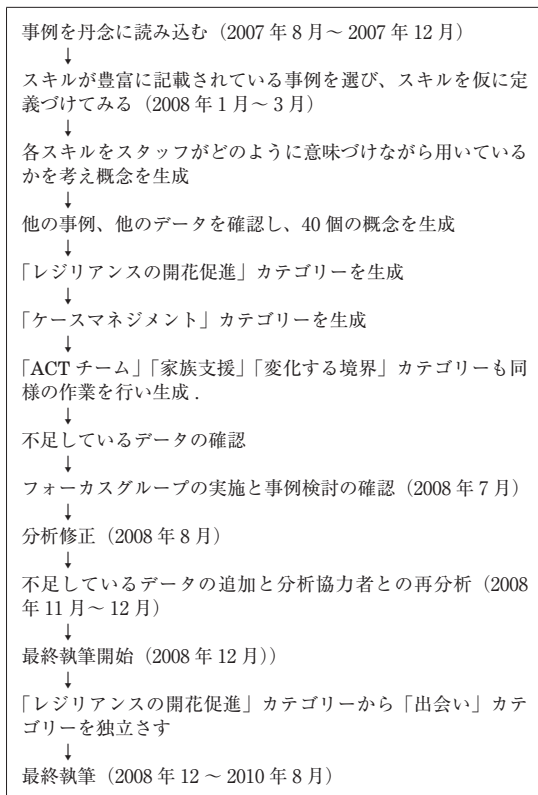


図1 分析のプロセス

ネジメントとして概念を整理した方が理解しやすい概念がいくつか浮かび上がってきたので、次に「ケースマネジメント」のカテゴリーを生成した。3番目に「ACTチーム」を、4番目に「家族支援」を、5番目に「変化する境界」の概念生成と分析を繰り返していった。「ACTチーム」と「家族支援」については、データが十分ではなかったため、「ACTチーム」に関しては2008年7月の帰国時に3つのグループを対象にフォーカスグループを行い、新たなデータを収集するとともに、Aチームのミーティングの参与観察を「ACTチーム」に焦点化して行った。「家族支援」については、7月に面接調査をすることは可能であったが、スタッフの負担を考慮し、修士論文作成のために学生が2007年度に実施したデータを使用することにし、補足として家族支援を中心に担っている精神保健福祉士と看護師各1人に話を聞いた。同時にこの帰国時に電子カルテで事例をもう一度確認する作業も行った。

2008年8月より新たなデータを追加して分析を修正した。また、フォーカスグループの分析では、3チームの異同にも着目した。そのプロセスで厳密性を担保するため、データを分析協力者に渡し、分析を行ってもらい、その結果と照らし合わせながらワークシートを作成していった、

11月から12月にかけて一時帰国し、分析協力者から指摘された内容をAチームとCチームのスタッフに確認し、また、ACT全国研修会⁶⁾の内容を資料として一部追加した。その後分析の再修正を行い、2008年12月中旬より最終執筆を開始した。結果を執筆するプロセスで日本の利用者は治療中断者や未治療者が多いことから、最初の支援関係が成立するまでのプロセスが重要であることが明らかになったので、「レジリアンスの開花促進」から「出会い」のスキルを独立させた。

なお、すべての調査に関して事前にインフォーマントに文書と口頭で説明をし、文書で同意を得ている。

第2節 結果

表2のとおり最終的に採用したコアカテゴリーは6、カテゴリーは16、サブカテゴリーが45、概念は268である。カテゴリー等の定義は資料として添付した。本研究の結果の全体図は図2のとおりである。

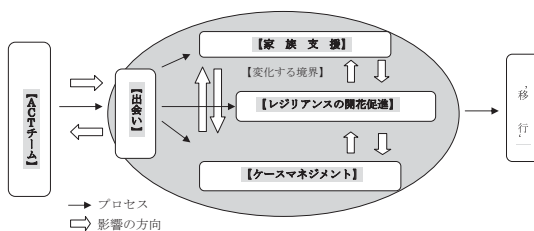


図2 ACTチームの支援プロセスとスタッフが用いるスキル全体図

結果は、【 】内にコアカテゴリーを、[]内にカテゴリーを、' '内にサブカテゴリー、「 」内に概念を示す。なお、事例の引用に関しては、事例が特定されることを避けるため趣旨を変えない範囲で筆者が変更して記述している。

表2 カテゴリー、サブカテゴリー等の数

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	概念
ACT チーム	4	10	58
出会い	3	6	21
レジリアンスの開花促進	4	12	94
ケースマネジメント	3	7	52
家族支援	2	8	37
変化する境界	0	2	6
合計	16	45	268

1 全体のストーリーライン

日本のACTチームのスタッフは、ACTが制度化されていないなかで、先進諸国の実態から日本におけるACT実践の必要性を認識し、【ACTチーム】のスキルを用いてチームを立ち上げ、重い精神障害のある人の地域生活支援に有効な新しいスキルを模索しながら支援を展開している。【出会い】のスキルを活用し、「拒否」する人やためらいながら支援者と出会うことに「応諾」する重い精神障害のある人に、【レジリアンスの開花促進】スキルを用いつつ、【ケースマネジメント】スキルと【家族支援】スキルを駆使し、利用者と家族のリカバリー志向に挑戦している。このような生活の場への訪問活動では、【変化する境界】のスキルが認められた。

以下カテゴリーごとにみていく。

2 コアカテゴリー【ACTチーム】(図3)

(1) 【ACTチーム】のストーリーライン

ACTではスタッフは、地域生活を送っている利用者に年中無休で包括的なサービスを届ける【ACTチーム】のスキルを用いている。重い精神障害のある人と家族にとっては、地域生活は予期せぬ変化が到来することも多く、24時間サービスは安心な生活を保障する。さまざまな日常生活上の困難を抱える利用者の所へスタッフは「即応性に富んだ超職種チーム」のスキルでサービスを届け、利用者が地域生活を継続させられるよう支援する。そのためには、「実践と改革の循環ミーティング」スキルを活用し新しい理論を生み出し、スタッフは【ACTとストレングスマodelのブレンド】スキルを試みることで、利用者のレジリアンスの開花とリカバリーを目指している。そして組織は

スタッフが新しい重度精神障害のある人との地域生活支援という課題に取り組めるよう「挑戦への環境づくり」のスキルで働きやすい職場づくりに取り組んでいる。

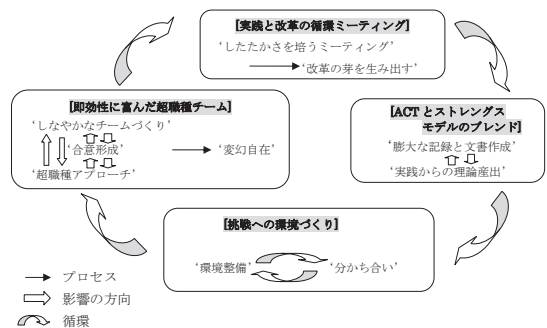


図3 コアカテゴリー【ACTチーム】のスキル図

(2) 「即応性に富んだ超職種チーム」

従来、精神科病院の閉鎖病棟や保護室でケアを受けていた人びとや、未治療、もしくは治療中断のまま問題を起こすまで放置されて来た人びとに、在宅で治療も含めた生活支援サービスを提供し、その人びとのリカバリーを促進するACTは、どのような外的要因が作用しようとも対応できる「しなやかなチームづくり」のスキルを備え、難局を乗り越えていく。チームは、当初にスタッフ間でチームの「目標」や「理念」の「合意形成」を行い、精神保健福祉士、看護師、精神科医、作業療法士、ピアスペシャリストなどの多職種が、利用者と協働で作成した「パーソンドセンタードプラン」を実施するに当たり、あらゆる局面で職域を超えて働き、すべての支援プロセスを通して責任をもつ「超職種アプローチ」のスキルで活動を行う。このチームは、年中無休で利用者の状況に応じた対応をす

る。すなわち、急性症状やさまざまな領域に課題をもっている利用者で、一週間に14回以上のサービス提供が必要な場合は、最大12人のスタッフが利用者との出会い、サービスを提供する(Allness & Knoedler 1998, 1999 = 2001: 50)。その場合、病状が重ければ看護師が主ケースマネジャーになる。そして、同じ利用者が次第に回復し、症状もわずかになり一週間に3回程度のサービス提供で在宅生活が可能になると、個別援助チーム(Individual Treatment Team: ITT⁷⁾)のスタッフで対応する。さらにこの利用者が働くことを希望するようになれば、就労担当スタッフがほぼ毎日利用者との出会い、仕事を探し、利用者が職場に定着するまで支援し続ける。このように多職種で状況に応じて利用者サービス提供を行う[即応性に富んだ超職種チーム]のスキルは、【ACTチーム】の基本であり、‘しなやかなチームづくり“合意形成”超職種アプローチ“変幻自在’の4つのサブカテゴリーからなる。

(3) [実践と改革の循環ミーティング]

[即応性に富んだ超職種チーム]は、しなやかで‘変幻自在’のスキルを用いて‘超職種アプローチ’のスキルで活動を展開するが、そのアプローチの機動力になっているのが‘実践と改革の循環ミーティング’のスキルである。それは、ミーティングで議論し、新しい支援方法を探索し、それを実践し、再びミーティングで検証し、新しいスキルを開発していくことを絶え間なく繰り返すスキルであり、ACTチームの運営の基本はミーティングにある。[実践と改革の循環ミーティング]スキルには、‘したたかさを培うミーティング’と‘改革の芽を生み出す’の2つのサブカテゴリーがある。

(4) [ACTとストレングスモデルのブレンド]

日本の3つのチームは、ストレングスモデルの影響を少なからず受けている。だが、その程度には大きな差がある。主たる調査対象機関であるAチームは、カンザス大学との交流があり、[ACTとストレングスモデルのブレンド]のスキルで支援することを目指している。すなわち、ACTの理念をリカバリーとストレングスに置き、利用者のレジリ

アンスを开花させることを支援の中心に据えて、アセスメントや計画もストレングスモデルの方式で行うのである。これはストレングスモデルのケースマネジメントの推進者であるRappの提起による実践であるが、理論どおり遂行できない困難を抱えている。[ACTとストレングスモデルのブレンド]スキルには、‘膨大な記録と文書作成’と‘実践からの理論産出’のサブカテゴリーがある。

(5) [挑戦への環境づくり]

ACTのスタッフは、勤務時間の75%以上を訪問活動に充てる。そのようなスタッフが、伝統技法から脱却して、新しい支援方法を確立するために、管理者は働く環境整備を行い、スタッフ自身も自らの健康管理に配慮している。働く環境を整え、スタッフの燃え尽きを防止し、士気の高いスタッフがさらなる挑戦をしようと思える環境整備を行うことを[挑戦への環境づくり]スキルという。このスキルは、スタッフに必要なものではなく、管理者に必要なものである。【挑戦への環境づくり】には、‘環境整備’と‘分かち合い’の2つのサブカテゴリーが見いだされた。

3 コアカテゴリー【出会い】(図4)

(1) 【出会い】のストーリーライン

ACTチームのスタッフは、利用者、家族、家と出会う。スタッフは、初めは利用者とは直接会うよりも家族と出会うことが多い。そこでは現状を把握し、「今までの家族の苦勞を受け止める」スキルを用いながら、家族と支援の契約を取り交わす。[家と出会う]スキルとは、‘家の文化を理解する’スキルを使いつつ、スタッフは自分を無にして、その家が守り育ててきた‘家風に溶け込む’スキルを用いて、その家に馴染む。そして[利用者とは出会う]スキルでは、‘遠慮しながらの訪問’スキルをもって利用者の信頼を得るように努める。この場合、利用者がスタッフとの出会いを拒否している場合には[拒否を解く]スキルを使って支援関係を確立し、支援を受け入れている利用者とはさらに[応諾を固める]スキルで絆を強くしていく。ACTの利用者がスタッフとの出会いを歓迎することは少ない。したがって、この【出会い】のスキルを

用いるプロセスを入念に進めることによって、【レジリアンスの開花促進】へと支援関係は発展していくのである。

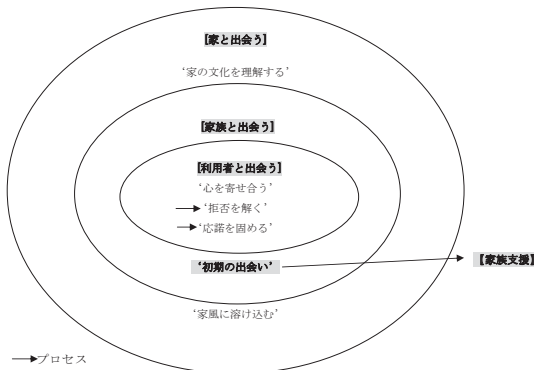


図4 コアカテゴリー【出会い】のスキル図

(2) [家族と出会う]

「家族と出会う」スキルは、「初期の出会い」のスキルと表現ができる。このスキルを用いることによって、SOSが家族から発信されてから、ACTチームのスタッフと家族が面接を繰り返すなかで落ち着きを取り戻し、課題を見つめて、ACTチームと契約を結ぶことができるようになる。

(3) [家と出会う]

日本の訪問活動で重要なことは、家族と利用者に出会うとき、スタッフがその「家の文化を理解する」「家風に溶け込む」スキルを使えるかどうかであり、関係づくりに大きく影響を与える。これはスピリチュアリティを理解し、その家風にスタッフが溶け込み、自分をその家に馴染ませるスキルであり、このスキルをスタッフが使えることで利用者も家族もスタッフを安心して受け入れられるようになる。

(4) [利用者に出会う]

ACTが対象とする多くの利用者はスタッフと出会うことを拒否する。例えば拒否しなくとも、スタッフが訪れることに大きな不安を抱えていることが多い。したがって、スタッフは「遠慮しながらの訪問」スキルを用いて、利用者寄り添っていく。そして、「拒否を解く」スキルで利用者のところをな

ごませ、「応諾を固める」スキルでもって支援契約を結ぶ。

4 コアカテゴリー【レジリアンスの開花促進】(図5)

(1)【レジリアンスの開花促進】のストーリーライン

【レジリアンスの開花促進】のプロセスは、「利用者の世界を訪れる」スキルから始まる。そこでは、まずスタッフは「利用者の世界と出会う」スキルを用いる。そして、利用者の世界を知るプロセスで利用者とスタッフの「こことここが出会う」スキルを用いる。利用者の病的体験は、病院では妄想や幻覚、異常体験と判断されてきた事柄であるが、ACTのスタッフは、利用者の語りのなかから利用者の世界に何が起きているかを理解するのである。それは、専門家から見れば病的体験であっても、利用者にとっては実際に起きている現実である。聴くことによって利用者の真の理解者になり得たスタッフは、利用者語り合うこの体験を経て、「生活世界の再構築支援」スキルを用いるプロセスに進むことが可能になる。すなわち利用者の「自然治癒力を育む」スキルを使い、「緩やかな健康世界への移行」を促す。その時点で「生活の基盤固め」を行い、利用者が「一步を踏み出すための後押し」スキルで背中をそっと押す。レジリアンスが強化された利用者は、このプロセスまで進むと自発性が高まり、スタッフは「ハッピービジョンの実現」スキルが求められるようになる。この段階でスタッフは、「生活世界の再構築支援」のスキルを用いると同時に「アウトリーチ活用支援」スキルを使う。「アウトリーチ活用支援」スキルとは、「在宅治療」「訪問心理療法」「自己管理スキルの獲得」「代替治療」のスキルから構成され、これらのスキルは、利用者が安定した地域生活を継続して送ることを保証する。

なお、このプロセスでは、私たちが何気なくやり過ごすことが出来るような些細な出来事が、利用者にとっては時として危機となって出現し、症状の再燃を起こさせる。そんな時、「急性期を乗り越える」スキルを用いてスタッフは利用者を支え、「危機をチャンスに切り替える」スキルでもって、レジリアンスの増強を図っている。

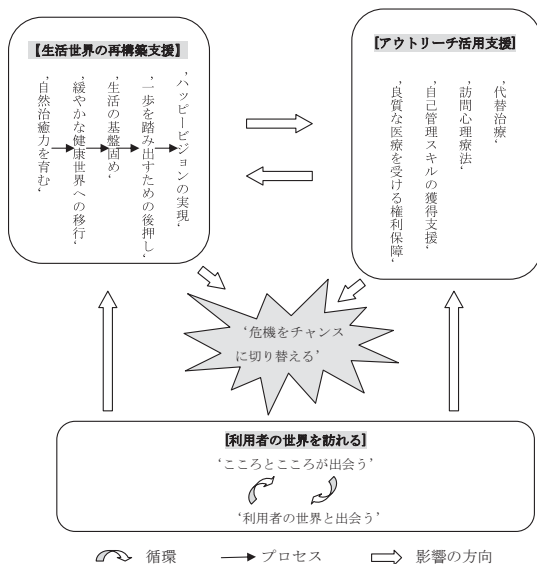


図5 コアカテゴリー【レジリアンスの開花促進】のスキル図

(2) 【利用者の世界を訪れる】

【出会い】のプロセスで、スタッフを受け入れてくれた利用者、ACTのスタッフが最初に用いるのが【利用者の世界を訪れる】スキルである。支援の「合意形成」が成り立った人には、精神科医が往診して治療を行うが、医師以外の職種である精神保健福祉士や看護師が利用者を訪れる目的は、利用者のリカバリーである。リカバリーの道を歩むためにまず利用者の世界を訪れ、彼らの精神世界と現実世界を知ると共に、訪問の意図も含めてスタッフやACTチームをよく知ってもらうことにこころを砕く。利用者の家庭を繰り返し訪れ、利用者の傍らに静かに寄り添いながら、利用者の言葉に耳を傾け、「全身で感じ取る」スキルで交流する。利用者が病的体験を語るような時期が来れば、時には共に病的世界を訪れ、そのなかから折り合えるものを探しだし、利用者の求めに応じ、また時間を合わせ、利用者の生活の場で現実世界を共に体験できるようにかかわるのである。【利用者の世界を訪れる】スキルには、「利用者の世界と出会う」と「ここるところが出会う」の2つがある。

(3) 【生活世界の再構築支援】

利用者の世界を訪れ、コミュニケーションを交わせるようになったスタッフは、利用者の病気の

世界と健康な世界の両方を理解することができるようになり、次の段階では【生活世界の再構築支援】スキルと【アウトリーチ活用支援】スキルを展開していくことになる。この2つの支援スキルは同時並行で行われていく。ここでは先に【生活世界の再構築支援】スキルについて述べていく。

【生活世界の再構築支援】スキルでは、スタッフは利用者と深くかかわるプロセスで利用者の自尊心や自己効力感を高め、利用者が自然治癒力を活性化させ、健康な世界を拡大していくのに寄り添う。その上で利用者が日常生活を構造化し生活基盤を固めることによって、自らの夢を実現することを考え、行動することを促進し、ふつうの生活を再構築できるよう支援する。このプロセスでは、「自然治癒力を育む」「緩やかな健康世界への移行」「生活の基盤固め」「一步を踏み出すための後押し」「ハッピービジョンの実現」の5つのスキルを重ねながらもほぼこの順番で用いていく。

(4) 【アウトリーチ活用支援】

【レジリアンスの開花促進】のスキルには、【生活世界の再構築支援】スキルのほかに【アウトリーチ活用支援】スキルがある。これは、受診の意志のない利用者や自ら受診のできない重い精神障害の人に、アウトリーチによって精神科薬物療法や心理療法を届け、地域での継続した生活を保証し、並びに薬物療法の変わりになるような施療も行う。このサブカテゴリーは、自分の意思で服薬拒否をする人にはスタッフが訪問し、生活を支援するなかでより豊かな生活が出来るよう支えることも含めて行う。具体的には「在宅治療」「自己管理スキルの獲得」「訪問心理療法」「代替治療」の4つのスキルがあり、この4つは利用者の必要性に応じて用いられる。

このカテゴリーの特徴は、すべて訪問でサービスが届けられることは当然であるほか、薬物を少しでも減量することと、自己管理スキルを利用者が取得して疾患管理は自分で行えるようになることを重視していることである。また、薬物療法が効を奏しない利用者や薬物療法を望まない利用者には、スタッフの訪問や薬物に代わる代替療法や、時には薬物投与なしの「選択的未治療支援」のス

キルを用いて、利用者が地域生活を継続できるように試みていることに特徴がある。

(5) ‘危機をチャンスに切り替える’

レジリアンスを育む環境を整え、利用者が自己管理スキルを確実に取得し、自分の健康を維持し、危機をコントロールできるようになるには時間を要する。したがって、ACT チームが支援していても危機が訪れる利用者がいる。

‘危機をチャンスに切り替える’スキルとは、危機を早期に察知したり、危機管理や「危機への早期介入」を行い、利用者が入院することなく急性期を乗り越えることで、スタッフと利用者の絆をさらに強めてリカバリーの道を前進することである。

スタッフは頻回に訪問をしているので、危機は比較的察知しやすい。また、家族からの電話で連絡があることも多く、利用者自身が訴えることもある。さらに暴力や自殺の恐れのある利用者にはリスクアセスメントを初期の段階で行い、訪問時の情報をスタッフ間で共有するようにしている。

例えば、次のような例がある。「家族から SOS の電話がオフィスにかかり、看護師と精神保健福祉士が他の利用者の家から急遽訪問すると、ガラスを割り、2階の自室で大声を挙げていた。兄の話ではここ数日服薬が途切れていたとのことであった。この利用者は服薬が途切れるとすぐに症状が再燃することを繰り返してきていた。スタッフ2人が訪問すると切羽詰まった表情で、椅子に座り、息苦しさを訴える。スタッフは楽になるまで傍にいと伝え、傍らに座り、そっと手を重ねていると落ち着いてきた。ところが母親が利用者に声をかけた途端に、突如立ち上がり殴りかかろうとした。スタッフが制止し、利用者の名前を呼ぶとおさまる。落ち着いてからもスタッフ1人が2時間ばかり利用者の傍にいと利用者は自ら服薬をする。翌日からは安定した」。このように「危機への早期介入」スキルによって、利用者の地域生活を継続させることができる。このような場合は、緊急であっても、また利用者信頼関係が確立していても、複数で訪問することが原則である。利用者の傍にいて利用者の興奮を静める役割をするスタッ

フと、家族から事情を聴いたり、チーム精神科医に連絡したりする役割をするスタッフが必要だからである。病状悪化には、大概心理社会的な状況が背景にある。スタッフはそれを見極め、早期に介入することで入院を回避できる。

最後に「プレクアウェイ」のスキルに触れておきたい。幸いなことに日本の ACT チームでは、訪問中にスタッフが事故に遭遇したことは今までのところない。特に単身者である重い精神障害のある人の自宅に初回に訪問する際には、身の安全に関して十分に注意を払う必要がある。「万一、訪問時にナイフやピストルを利用者がスタッフに向けたときにはどのようにして身の安全を守るか」という研修が米国では行われており、日本でも「包括的暴力防止プログラム」(包括的暴力防止プログラム編集委員会編 2005)の研修が行われている。しかし、完全な対策はないというのが実情であり、ACT を実践するスタッフは、安全に撤退するスキルと共に、利用者の激しい攻撃性を吸収できるだけのスキルをいかに身につけるかが課題である。

次には、【レジリアンスの開花促進】スキルを使いながら、利用者の目標を達成していく【ケースマネジメント】のスキルを見ていく。

4 コアカテゴリー【ケースマネジメント】(図6)

(1)【ケースマネジメント】のストーリーライン

ケースマネジメントは、出会いのプロセスの「初期相互理解」の後、ミーティングの「事例検討」において、ACT の利用者か否かが協議され、利用者として判定された時点で開始される。その席上で仮の担当のスタッフ⁸⁾が決められ、そのスタッフは「ホスピタリティの関係づくり」のスキルを用いて利用者との親密性を深める。その後お互いがよく知り合ったうえで協働で現状を確認し合う[アセスメント]スキルを活用し、アセスメント結果から明らかになった目標を達成するために、[らせん型上昇]スキルでもって支援を展開する。[アセスメント]スキルと[らせん型上昇]スキルは繰り返され、スタッフは利用者をより自立度の高いプログラムに‘移行’のスキルを用いて卒業させるまで支援を継続する。この【ケースマネジメント】のスキルは、利用者だけでなく、家族にも用いられ

るのが日本のACTのスキルの特徴である。

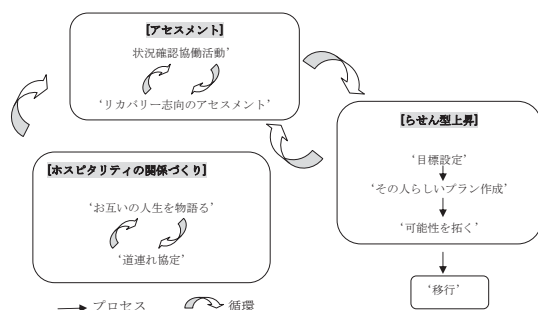


図6 コアカテゴリー【ケースマネジメント】のスキル図

(2) [ホスピタリティの関係づくり]

ホスピタリティとは、サービスの享受者と提供者が価値をめぐって感動を分かち合う相互的な人間関係によって初めて生まれるものであり、享受者である顧客も感動し、提供者も顧客が感動したことで感動する状態を創り出す（佐藤 2000:175）。【ケースマネジメント】スキルにおける援助関係のホスピタリティとは、お互いが経験したことを分かち合い、目標として掲げたことを達成した場合、お互いの成功を祝福し合い、もてなしあえることであり、利用者もスタッフも感動する状態を創り出せる関係のことである。

一般のACTでは、ケースマネジメントは出会いと同時に始まる。しかし、この方法で進めると専門家主導のケースマネジメントに陥ってしまうので、まず「お互いを物語る」スキルを使って、お互いがよく知り合うことから始める。すなわち【レジリアンスの開花促進】スキルで用いる「身体を使ったコミュニケーション」スキルや「道具を介在したコミュニケーション」スキルを用いながら、お互いのことを語り合う。そして言語的コミュニケーションがいくらか成り立つようになってからケースマネジメントについて十分な説明をして、利用者の目標に向かってお互いが力を合わせる「約束」をする。

(3) [アセスメント]

【ホスピタリティの関係づくり】のスキルを用いて、利用者とスタッフがお互いをもてなし合える関係になって初めて、スタッフは事前評価である

【アセスメント】スキルを活用する。【アセスメント】スキルは、「状況確認協働活動」と「リカバリー志向アセスメント」のサブカテゴリーで説明ができる。

(4) [らせん型上昇]

「リカバリー志向のアセスメント」を終える頃には、目標が何であるかがほぼ明確になってくる。そこで、スタッフは、アセスメントの後ストレングスを活用した「目標設定」スキルを用いながら、「パーソンセンタードプラン」のスキルで計画を作成する。そして、計画に基づき「可能性の追求」スキルで利用者の可能性が引き出せる状況を作りながら、「らせん型上昇」スキルを用いて、利用者が描いていた幸せな未来像へと歩いていく。

【らせん型上昇】スキルは、「目標設定」「パーソンセンタードプラン」「可能性の追求」の3つの概念から成り立っている。そして、【らせん型上昇】スキルの提供で著しく回復した利用者は、身近な診療所に主治医を変更し、セルフヘルプグループや地域のネットワークに支えられ、スタッフの「移行」のスキルによってチームを卒業していく。

5 コアカテゴリー【家族支援】(図7)

(1) 【家族支援】のストーリーライン

ACTチームは、利用者支援だけでなく、家族支援も行う。スタッフは、家族の苦労を共に担い、【レジリアンスを育む環境づくり】のスキルでもって家族に安心を届け、利用者の自然治癒力を涵養できるような環境をつくる。同時に家族自身が個人としての人生を歩めるように【家族のリカバリー支援】スキルを用いて、利用者や家族が精神的な絆を大切にしつつも、お互いが自立した生活を楽しめるよう支援する。【家族支援】スキルにおいては、利用者と同様に「家族へのケースマネジメント」スキルを用いて家族への生活支援を提供するところにACTのスキルの特徴がある。

(2) 【レジリアンスを育む環境づくり】

【レジリアンスを育む環境づくり】のスキルとは、家族に安心を届け、生活を安定させつつ、家族が適度な距離を保ちながら、利用者との精神的

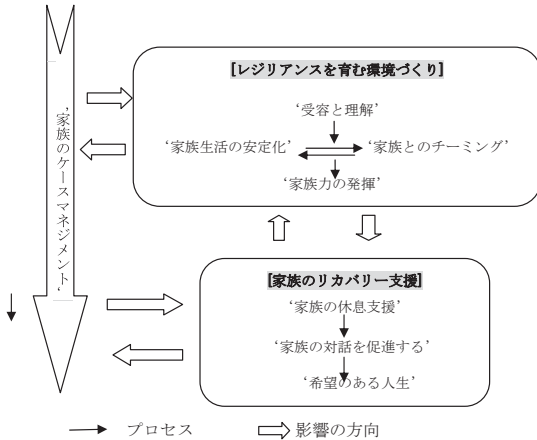


図7 コアカテゴリー【家族支援】のスキル図

な絆を大切に、利用者のレジリアンスの芽を育てることができるような家庭環境をつくるスキルのことである。

現在の日本では、ACT チームへ最初に相談に訪れるのはほとんど家族である。家族は、保健所、福祉事務所、精神科病院、精神科診療所などから紹介されてやってくる。家族は、どの機関に行っても自分たちに希望はもたらされず、精も根も尽き果てて ACT チームの事務所にやってくる。子どもが発病してから今までの状況を何冊もの大学ノートに克明に記録して持参する両親もいる。初回面接を担当したスタッフは、そのノートを預かり何日間もかけて読む。また、精神保健福祉士を前にして、涙しか出てこず言葉にならない母親もいる。そうかと思えば、今までの機関への不信感が一気にあふれて出て、「どうせお宅だって何も出来ないのでしょう」と、怒りを露わにする家族もいる。逆に淡々と今までの経過を語る父親もいる。しかし、その淡々とした中にも苦労がにじみ出ている。どの家族も長い間、病んだ家人を回復させようと一生懸命努力をしてきたけれども、苦労は減ることなく、「絶望」の状態にある。利用者の母親である A さんは、NHK の取材のなかで「私たちは希望が、希望が欲しかったのです」と語っている⁹⁾。「希望」がなかった生活に「希望」をもたらすもの、それが ACT チームの行う【家族支援】スキルである。

スタッフは、時間をかけて家族との信頼関係を築き、家族の気持ちを安定させ、家族が支援チーム

の一員として参加できるよう働きかける。家族は利用者の最も身近にいて、たくさんの情報や経験をもった強力な支援者である。スタッフは、家族のもつストレングスをうまく発揮できるように状況を整えていく。それは、絶望の中にある家族の気持ちを受け止め、今までの苦労に耳を傾けると同時に、「家族生活の安定化」を図ることもである。[レジリアンスを育む環境づくり] スキルは、「受容と理解」「家族生活の安定化」「家族とのチームング」「家族力の発揮」の4つの概念で説明できる。

(3) [家族のリカバリー支援]

【家族のリカバリー支援】スキルとは、スタッフに相談をすることによって、家族がゆとりをもって過ごせるようになり、利用者にとらわれることなく、同年齢の人びとと同様の生活を楽しみ、生活の中に喜びを見いだし、希望をもって生きることを実現する。

家族面接の目的は2つある。1つは利用者の状況や環境に関する情報を収集しつつ、利用者のレジリアンスを育める環境をつくることであり、もう1つは家族自身が利用者と適度な距離を保ち、家族自身の人生を豊かに暮らせるようになることであるが、[家族のリカバリー支援] スキルとは、後者を目的にしてスタッフが家族を支援することである。[家族のリカバリー支援] スキルには、「家族の休息支援」「家族の対話促進」「希望のある人生」の3つのサブカテゴリーからなる。

(4) [家族へのケースマネジメント]

以上のような家族支援は、「家族へのケースマネジメント」をベースのスキルとして行われている。家族は重要な支援チームの一員であると共に、長年の介護生活で疲弊しておりケアを必要とする人びとである。したがって、希望する家族に対してはケースマネジメントサービスを提供するのである。

家族へのケースマネジメントは、利用者の【ケースマネジメント】と同様のスキルで行われる。[家族へのケースマネジメント] スキルを用いる時にスタッフが配慮していることは、利用者の回復に関するニーズだけでなく、介護のために犠牲にし

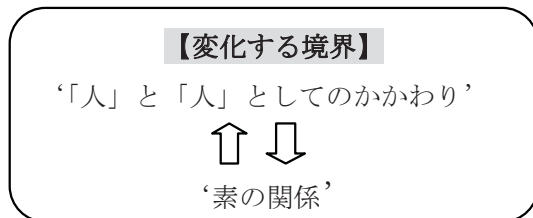
てきた家族自らの願いややりたいことを聞き出すことである。利用者の回復が親にとっては第一のニーズであるが、スタッフが訪問し、家族はゆとりを持てるようになるにつれ、自分自身の願いを語るようになる。その願いの実現が家族のリカバリーへとつながる。また、家族の願いを実現するためにスタッフがレスパイトサービスを提供したり、余暇活動に同行したりするが、家族のなかには、利用者がまだ回復してもいないのに自らが楽しむことに罪の意識を感じる人もいる。そのような一連の人びとには、家族が一時的にでも利用者から離れることが、利用者の自立にも有効であることを説明し、余暇を楽しむことを強力に勧めることも時には行っている。

「家族へのケースマネジメント」の「移行」のスキルは、家族がチームへの単発的な相談やセルフヘルプグループへの相談、あるいは自らのネットワークによって問題解決が可能になった場合に実施する。

6 コアカテゴリー【変化する境界】(図8)

(1)【変化する境界】カテゴリーのストーリーライン
病院や施設での援助関係は、専門職と利用者、援助する人と援助される人という関係である。しかし、[ACTとストレングスモデルのブレンド]スキルで支援を行うACTチームでは、スタッフと利用者という境界は消失することはないが、その境界は低く薄くなり、スタッフは、「ひと」と「ひと」としてのかかわり'スキルを大切にし、「素の関係」のスキルで利用者と人生を歩んでいく。

「ひと」と「ひと」としてのかかわり'スキルとは、専門職と利用者という境界ではなく、お互い



⇒ 影響の方向

図8 コアカテゴリー【変化する境界】のスキル図

が「一人のひと」としての関係でかかわっていくことである。また、「専門家としての鎧を脱ぐ」とは、専門家である前に利用者「一人のひと」として向き合い、専門家と利用者としての境界を低くすることである。「他者本位に思考と感受性を紡ぐ」ということ。そのためには、専門家ですらじぶんの専門的知識や技能をもいったん棚上げにできるということ。それが、知が、ふるまいが、臨床的であるということの意味ではないだろうか」と鷺田(2001: 194)は述べているが、パーソンセンタードケアの理念で支援を実施していくなら、スタッフは「一人のひと」として向き合うことになるのである。また、「素の関係」のスキルとは、馴染みの関係になった利用者との間では、スタッフは取り繕うことをせず、自然でありのままの自己を出して、生身の人間同士として交流することである。

第3節 日本のACTのスキルの特徴

日本のACT実践のプロセスで用いられるスキルの特徴は以下の4点である。

第1点目はACTチームの立ち上げと運営方法である。ACTは、精神保健福祉士、看護師、精神科医、作業療法士、ピアスペシャリストなど多職種が職域を超えてサービスを提供する「超職種アプローチ」のスキルを用い、職種、年齢、性格など利用者合わせた「スタッフ構成」を必要とし、24時間365日サービスを提供する[即応性に富んだ超職種チーム]のスキルで活動している。ACTという日本では誰もが経験をしたことのない実践活動は、毎朝行う「したたかさを培うミーティング」スキルと「改革の芽を生み出す」スキルを使って定例ミーティングで議論を重ねる。そして、議論の結果を実践し、再度実践を評価することで発展していく。議論を深めるためには、医師をトップとするヒエラルヒーで成り立ってきた日本のシステムを、対等な関係のチームとして運営する民主的リーダーシップのスキルをリーダーが備えていることが条件となる。しかし、3つのチームとも英米国のようにチームリーダーの役割が明確でなく、「見え隠れするチームリーダー」という存在が特徴的である。

また、スタッフは責任を持ってミーティングに参加し、スタッフや利用者を尊重しつつ簡潔で鋭い発言のできるコミュニケーションスキルを備えていることが求められるが、「深いミーティング」はなされているものの、英国や米国のような効率性や探求性には到達していないことが明確になった。

第2点目は【レジリアンスの開花促進】スキルである。ACTチームに寄せられる相談は、保健所を経由して寄せられるものが約25%を占める（厚生労働省2009）。その特徴は未治療者、治療中断者、多問題を抱えた家族が多いことであり、これは精神医療を民間病院や診療所が担い、保健所や精神保健福祉センターが十分機能せず、公的責任を果たしてこなかった日本の精神保健施策を如実に反映している。そのためスタッフと利用者との出会いは、訪問拒否から始まるが多々ある。また、長期に適切な支援がなされてこなかったために会話を失ってしまった利用者もあり、スタッフはコミュニケーションを成り立たせ、信頼関係を築いていくプロセスに多大なエネルギーとスキルを投入している。そして、関係を築くには各家庭のスピリチュアリティが深く関与しており、一人ひとりの利用者に合わせてスキルでもってスタッフが自身の持ち味を活用しながら関係構築をしている。

また、ACTは職域を超えて業務を行うため、精神保健福祉士であっても従来他の職種が提供していたサービスも提供する。例えば宅直と言い、スタッフは夜間一人で携帯電話を所持して自宅にて利用者からの電話を受ける業務がある。この電話には、服薬内容、身体疾患、精神症状、対人関係、日常生活課題などさまざまな内容の相談がかかってくる。したがって、精神保健福祉士は、すべての利用者のことを知っており、利用者からの相談内容を把握し、判断し、緊急を要する場合は対応するだけのスキルが求められる。さらに利用者が回復プロセスに至れば、多彩な心理療法を駆使して利用者の目標を達成するための訓練を提供していくが、日本のスタッフは英米国と異なり、心理療法に熟知していないところに限界がある。

ACTでは、職域を越えてスタッフが利用者の回復プロセスに応じたスキルをうまく組み合わせな

がら用いることで、利用者のリカバリーを促進する。これらの各プロセスでは、従来は禁忌とされていたスキルが有効であったり、新しいスキルが開発されたりしていることが明らかになった。

しかしながら、リカバリー概念の台頭とともに、世界的にはACTにはストレングス視点やパーソンセンタードケアの考え方が有効であると考えられるようになり、日本のチームでも最重度の人に対しては疾患・障害モデルではなく、レジリアンスの視点での支援スキルを用いるよう試みられてはいるものの英国や米国ほど徹底してはいない。これは今後の課題である

第3点目は【家族支援】スキルである。日本では、家族が精神障害のある人のケアを担わされてきたという歴史的な背景から、家族からの相談が多く寄せられ、家族への支援に時間が沢山使われていることである。家族への心理教育¹⁰⁾が日本では強調されているが、ACTのような重い精神障害のある人を抱えた家族は、心理教育の会場まで足を運ぶゆとりさえ無く、また今までの医療保健福祉等への不信感も強く、心理教育に参加する意思をもっている人は少ない。したがって、心理教育以前に「家族の気持ちを受け止める」「医療不信を取り除く」「24時間家族に安心を届ける」や、訪問による家族療法である「ファミリーワーク」などのスキルが必要となる。家族のなかには、利用者を抱えることで社会からも孤立している人も多く、ACTのスタッフが「身内のような支援者」になることによって、家族が利用者をACTスタッフに託し、旅行に出かけたり、小中学校のクラス会に参加したり、友人と食事に外出したり、自分の余暇を楽しむようになり、利用者とも健康な距離を保てるように変化する。制度上家族が利用者を抱え込まずを得ない日本の現状の中にありながら、家族支援は十分には行われてこなかった。ACTチームの【家族支援】のスキルは、ACTのみならず日本の高齢者、障害者、児童など支援を必要とする家族に必要なスキルであり、ACTの実践から多くの領域に広がっていくことが期待される。

第4点目は、米国や英国はホームレスの中に多くの精神障害のある人が含まれ、重複診断疾患¹¹⁾の人が6割を越えるという実態があるが、日本は

未治療・治療中断者¹²⁾がACTの対象者としてあがってくるという特徴がある(特定非営利活動法人京都メンタルケア・アクション2010:12)。特に治療中断者は過去に専門職の言動に傷ついた経験をもつ人が多く、専門職への不信任は強い。そのため利用者との関係はゼロからの出発と言うよりも「マイナスからの出発」であり、【出会い】のスキルは重要である。

おわりに

ACTは1970年代前半に、「持続する重度精神疾患のある人が精神科病棟で身につけたことは、退院した後の地域生活では往々にして役に立たないのではないか。それならば病院の中で行われている24時間ケアを地域でやってみたら効果的なのではないか」との仮説から出発し、当初は「壁のない病院」と呼ばれた。しかし、リカバリー概念の登場やピアスペシャリストの参画、パーソンセンタードケアの考え方により、ACTはその理念と支援方法を40年経過するなかで、確実に変化させ発展させてきている。このような流れの中で、ACTのフィデリティ尺度であるDACTSも改訂される動きが見られる。

重い精神障害の約30%の人びとは薬物治療に効果を示さない(八木2010:225)。また、米国連邦政府が推奨するEBPでは、2004年には、ACT、疾病管理とリカバリー、援助付き雇用、家族心理教育、統合重複疾患治療、薬物療法の6つが挙げられていたが、2010年8月現在、薬物療法は消え、永続的な住居支援が掲げられている(United States Department of Health and Human Services Administration2010)。すなわち薬物療法の科学的根拠を示すことができないのである。薬物療法の効果を筆者は否定しようとは思わない。しかし、日本の精神障害のある人への支援はあまりにも薬物に依存しすぎてきた。ACTの活動を観察していると、服薬をしなくとも環境を整え、信頼できる人と暮らしている人は回復していく。また、統合失調症の中核症状と言われる敵意や攻撃性は、孤立の結果生じた孤独から生まれており、ACTチームが深く関わることで消失していく。さらに英国で多く

行われている認知行動療法は、幻聴や妄想に悩まされてきた利用者がそれらから距離をとれるようになり、日常生活を回復させていくことも分かってきた(Byrne, Birchwood, Trower, et al.2006)。単純骨折は添え木とその人の持つ快復力で治癒する。また、火傷も一定の範囲であれば人間の回復力にゆだねられる。日本の精神科治療は向精神薬の発見以来薬物に依存し、人間の持つ自然治癒力を軽視してきた。重要なことは薬物の限界を認識し、人間がもつレジリエンスが増強されるような環境を専門職が提供することなのではなからうか。

ACTは地域生活支援の基本であり、そのうえに他の科学的根拠に基づく実践がなされることが重要であるとの考えが米国では有力になりつつある。科学的根拠を明確に示すことができない日本の入院治療を早期に中止し、ACTを精神保健システムとして導入し、どのような支援をすべきか、さらにACTのスタッフはどのようなスキルを備えればよいかを明らかにすることが必要であろう。

本稿では、ACTの実践スキルの概略を示したに過ぎない。別項にてACTのスキルの詳細を提示し、ACTの理念を実践し、利用者のレジリエンスを増強し、リカバリーを支援する日本におけるACTのスキルを明らかにしたい。

(本研究は、平成19～20年度科学研究費萌芽研究「ソーシャルワーク視点に基づく重度精神障害者の地域生活支援のスキルに関する研究」主任研究者 三品桂子 課題番号19653054の助成を受けて行ったものである。)

資料 カテゴリー等の定義一覧

1 【ACT チーム】

カテゴリー等	定 義
【ACT チーム】	ACT の理念を実践するためにストレンクス視点を採り入れ、多職種が対等な立場で職域を越え、医療を含む日常生活に必要なすべてのサービスを訪問で届けるチームづくりのスキル。
[即応性に富んだ超職種チーム]	職域を越えてサービスを提供する多職種チームが、利用者の状況に応じた柔軟性のあるサービスを速やかに提供するチームづくりを行うスキル。
‘しなやかなチームづくり’	民主的なリーダーの元に、地域特性やチームの利用者に合わせた多職種の適切な人材をバランスよく確保し、どのような外部的な要因が作用しようとも崩れることなく柳のようなしなやかなチームを立ち上げ、維持するスキル。
‘合意形成’	専門職としての倫理規範の遵守とともに、チームの理念、目標、行動規範、スタッフとしての責任性などの合意を全員が形成するスキル。
‘超職種アプローチ’	精神保健福祉士、看護師、精神科医、作業療法士、ピアスペシャリストなどの多職種が、利用者との協働で作成したパーソンドセンタードプランを実施するに当たり、あらゆる局面で職域を超えて働き、すべての支援過程を通して責任をもつスキル
‘変幻自在’	これまでの既成概念にこだわらず、組織の枠を超えるようなサービスであってもチームで話し合って全員が納得すれば提供したり、利用者の状況やニーズに応じてチームを編成したりして、柔軟性をもってチームを運営するスキル。
[実践と改革の循環ミーティング]	ミーティングで議論し、新しい支援方法を探索し、それを実践し、再びミーティングで検証し、新しいスキルを開発していくことを絶え間なく繰り返すスキル。
‘したたかさを培うミーティング’	ミーティングには、毎朝行うミーティングと週1回の定例ミーティング、個別援助チームで行うミーティング、事例検討、支援計画作成ミーティングなどがあり、これらのミーティングの結果を循環させながら、スタッフはそこでの検討からしたたかさを培っていくスキル。
‘改革の芽を生み出す’	チームのなかでは発言しやすい雰囲気や醸成し、深いミーティングでは時には激論が飛び交ったり、ブレインストーミングを取り入れたりしながら支援方法の探索を行い、その結果を実践し、実践結果をミーティングで確認し、改革を促進するスキル。
[ACT とストレンクスモデルのブレンド]	ACT の理念をリカバリーとストレンクスに置き、利用者のレジリアンスを増強させることを支援の中心に据えて、アセスメントや計画に関してはストレンクスモデルの様式を用いて行うスキル。
‘膨大な記録と文書作成’	膨大な ACT マニュアルによる記録用紙とストレンクスモデルのアセスメント票や個別計画用紙を適宜使用しながら、ストレンクス視点に基づく記録を行うスキル。
‘実践からの理論産出’	スタッフ自身が研究者と協力しながら、調査や研究を行い、自らの実践から理論を生み出すスキル。
[挑戦への環境づくり]	働く環境を整えることで、スタッフの燃え尽きを防止し、士気の高いスタッフがさらなる挑戦をしようと思える環境整備を行うスキル。
‘環境整備’	給与や休日、スタッフのスキルアップを保証し、人間関係を豊かにするとともに、スーパービジョンを導入し、スタッフ自身が健康を管理できるよう環境を整備するスキル。
‘分かち合い’	スタッフ同士の公私にわたる SOS をお互いに発信・受信し助け合いつつ、職場内での親睦を温め、時には旅行をするなど時間外にも親睦を深めるスキル。

2 【出合い】

カテゴリー等	定 義
【出合い】	家族と出合い、家と出合い、利用者が出会うときに用いるスキルであって、利用者の生活の場へ赴き、スタッフを拒否している人、もしくは不安を抱きつつ受け入れることに納得している人に対して、安心・安全のメッセージを送りながら拒否から応諾のアプローチを行い、相互に理解しあえる関係へと発展させていくスキル。
[家族と出会う]	家族と出合い、家族の思いを受け止めながら、契約を取り交わし、利用者の支援を開始するとともに家族へのケースマネジメントを始めるスキルのこと。
‘初期の出合い’	SOS を発信する家族と出合い、面談をするなかで家族に落ち着きを取り戻させ、課題を共有して、家族と契約を結ぶスキル。
[家と出会う]	利用者の家の文化や伝統、風習を敏感に受け止め、それに溶け込むスキル。
‘家の文化を理解する’	訪問に行くまでに既に情報収集した内容を総合化し、地域全体をアセスメントしたうえで、その家独自の文化を把握し、理解するスキル。
‘家風に溶け込む’	利用者のみならず家族のスピリチュアリティを理解し、利用者と同じ屋根の下で過ごす時間を増やすなかで、家風に溶けこみ、利用者と同期するスキル。

ACTのスキル

[利用者との出会い]	スタッフとの面談を拒否する人、あるいはしぶしぶ会ってくれる人など多様な思いの利用者との出会い、支援契約を結ぶスキル。
‘遠慮しながらの訪問’	遠慮しながら利用者を訪れ、利用者の傍らに居続けながら、利用者を理解し、また、利用者にはスタッフを理解してもらいつつ、お互いのことを通い合わせられるようにするスキル。
‘拒否を解く’	利用者が家族や知人からACTチームの支援について説明を受け、チームの支援を拒否するか、もしくは家族がチームの支援に関してさえ利用者には説明できない状況にあっても、利用者のところをなごませ、利用者の拒否を解くスキル。
‘応諾を固める’	ACTチームの支援を拒否したり、チームの支援に不安感を抱いていたりしていた利用者を受け入れてもらえるように働きかけて、良好な支援関係を結ぶスキル。

3 【レジリアンスの開花促進】

カテゴリー等	定 義
【レジリアンスの開花促進】	人が誰しも潜在的に有しているレジリアンスの増強を促進し、重い精神障害がある人がリカバリーの道を歩めるよう支援するスキル。
[利用者の世界を訪れる]	利用者の家庭を繰り返し訪れ、利用者の傍らに静かに寄り添いながら、利用者の語る言葉に耳を傾け、共感し、利用者が病的体験を語るような時期が来れば、時には共に病的世界を訪れ、そのなかから折り合えるものを探しだし、利用者の求めに応じ、時間を合わせ、利用者の生活の場で現実世界を共に体験できるようにかかわるスキル。
‘利用者の世界と出会う’	利用者の家庭を訪れ、利用者や育んだスピリチュアリティに触れ、利用者の傍らに静かに身を置きながら、わかりやすいコミュニケーションを用いて、利用者や物語り合いながら利用者の病的体験に耳を傾け、利用者に合わせて、時には病的世界に入りながら、利用者のスタッフや周囲とのかわりへの関心を引き出すスキル。
‘ころところが出会う’	重い精神障害のある人には、言語的コミュニケーションが取り辛いことが多く、身体を使ったり、道具を介在させたりしてコミュニケーションをはかり、言語的コミュニケーションがとれるようになれば積極的傾聴をしながら共感し、ころところを合わせ、そのコミュニケーションのなかからストレングスを探し出し、利用者の求めに応じたり、時間を合わせ、少しずつ現実世界へと誘うスキル。
[生活世界の再構築支援]	利用者や深くかかわる過程で、利用者の自尊観や自己効力感を高め、利用者が内なるパワーを開花させ、健康な世界を拡大していくのに寄り添いながら、利用者が日常生活を構造化し、生活基盤を固めることによって、自らの夢を実現することを考え、行動することを促進し、ふつうの生活を再構築できるよう支援するスキル。
‘自然治癒力を育む’	利用者が潜在的に秘めている自然治癒力を高めるために、環境を整え、趣味を共有したり、ほめたり、励ましたり、笑い合い、ストレングスの会話を使って未来を指向し、利用者自身が主体的に決定・行動できるように支援するスキル。
‘緩やかな健康世界への移行’	回復に応じた現実認識を促進し、現実と直面し、たじろぎ、ともすれば自身を失いそうになる利用者に寄り添い、利用者の存在を肯定し、パートナーシップでもって、利用者が健康な世界へゆっくり移行し、同時に家族から精神的自立ができるよう支援するスキル。
‘生活の基盤固め’	健康な世界を拡大するために、昼夜逆転の生活を改め日中活動を提供し、生活の構造化を図り、家事や金銭管理などの身辺自立を手伝うだけでなく、利用者自身が細々とした日常生活の課題を解決していくスキルを身につけられるよう支援し、社会資源や制度活用をしながら、利用者が自分なりの役割をもち遂行しつつ基本的な生活基盤づくりが可能になるよう支援するスキル。
‘一歩を踏み出すための後押し’	ソリューショントークや挑戦へのシーディングを対話のなかで使いながら、危険なことに利用者が挑戦しようとしても、それをやめさせるのではなく成功するよう応援し、利用者が自分の人生の方向を定め、進んでいこうとする「最初の一步」を支援するスキル。
‘ハッピービジョンの実現’	利用者が自分なりに描いていた自己の未来像を実現できるよう支援するスキル。利用者の希望に添いつつ、可能な限り精神保健や福祉関係の資源を使わず、一般の人々が使う資源を活用し、就労や教育、社会的活動に携われるよう支援するスキル。
[アウトリーチ活用支援]	自ら受診のできない重い精神障害のある人に、訪問活動によって精神科薬物療法や心理療法を届け、地域での安定した生活を保証し、並びに薬物療法の変りになるような治療も行い、さらに自分の意思で服薬拒否をする人にはスタッフが訪問をし、生活を支援するなかでより豊かな生活ができるよう支援するスキル。
‘良質な医療を受ける権利保障’	生命の維持を第一に、ケアとコントロールのバランスを常に考えながら、在宅でふつうの生活を維持しながら極力入院を回避し、仮に入院した場合は頻りに訪問に行き、退院に責任をもち、診断名に左右されず、利用者とのかわりの中で判断をし、心身一元論の考え方に基づき身体のケアも同時に行い、地域で良質な医療を受ける権利を保障するスキル。
‘自己管理スキルの獲得支援’	当初は服薬や治療を拒否する利用者であっても精神疾患や身体疾患などの疾患自己管理や健康を保持するためのスキルを獲得できるよう支援するスキル。

‘訪問心理療法’	利用者が自らの希望や目標を達成するために必要となるスキルを獲得したり、自分の課題を解決するために心理的な援助を求めたりした際に、スタッフが心理療法を提供して、利用者の課題とすることを達成するよう支援するスキル。
‘代替治療’	精神障害のある人の約30%は薬では疾患をコントロールすることは難しく、また、服薬量は可能な限り少ない方が好ましことから、訪問をして環境を整え、アロマテラピーやマッサージなどの代替治療を行ったり、利用者が自分の意思で服薬を拒否する人には生活支援を届けるだけでも効果があるので、利用者の意思を尊重しながら支援を続けるスキル。
‘危機をチャンスに切り替える’	危機を早期に察知したり、危機管理や危機への早期介入を行ったりして、急性期の利用者を入院させることなく危機を乗り越えさせ、その結果利用者の自信を高め、スタッフと利用者の絆をさらに強めることでリカバリーの道を前進させるスキル。

4 【ケースマネジメント】

カテゴリー等	定 義
【ケースマネジメント】	利用者が自分の力を最大限に発揮しながら、その人らしい（Person-Centered）人生が歩めることを目指して、可能性を拓くふつうの資源を活用しながら、利用者とスタッフが協働で立てた目標を達成しつつ、利用者がリカバリーの道を歩めるよう支援するスキル。
[ホスピタリティの関係づくり]	お互いが経験したことを分かち合い、成功を祝福し合い、もてなしあえる関係であり、利用者もスタッフも感動する状態を創り出す関係づくりのスキル。
‘お互いを物語る’	利用者とうつうのひとつとして出合い、人間の持つ可能性を信じつつ、お互いのことを語り合いながら、利用者がふつうの生活ができるようケースマネジメントの最初の計画である‘はじめの一步’を作成し、最初の1か月に利用者がACT チームとすることを決めるスキル。
‘道連れ協定’	お互いのことを語り合いながら、信頼関係を深めていき、人生の道連れとなり、利用者の目標を協働して達成することを文書で取り交わすスキル。
[アセスメント]	利用者や利用者の環境に関してストレngthsを活用して把握し、過去・現在・未来の時間軸に添いつつ、利用者が自由にアセスメント用紙を活用しながらスタッフと状況確認ができるよう支援するスキル。
‘状況確認協働作業’	趣味や利用者の関心があることを利用者と一緒にいき、お互いがよく知り合ってから利用者のペースに合わせてストレngthsの会話を使いながら、利用者や利用者を取り巻く状況に関して情報収集をしながらアセスメントを行うスキル。
‘リカバリー志向のアセスメント’	利用者と一緒に過去・現在・未来の時間軸に合わせて、利用者の状況、環境、文化、社会的支援などに関する全体的なことをアセスメントし、特に利用者の関心のある領域と利用者の幸せな未来像を確認するスキル。
[らせん型上昇]	アセスメントの後ストレngthsを活用した[目標設定]を行い、[パーソンセンタードプラン]に基づき、らせん状に「可能性の追求」をして利用者やスタッフが上昇していけるよう支援するスキル。
‘目標設定’	アセスメントの結果明らかになった利用者の関心やハッピービジョンのなかから長期目標と短期目標に区分し、段階的に目標を設定しながら、目標を明確化し、具体的に行動しやすく、達成が評価可能なものを設定するスキル。
‘その人らしいプラン作成’	ストレngthsを活用し、豊かな情報を提供するとともに課題を実行しやすくし、また課題達成のための役割分担を行い、「その人らしい計画」が作成できるよう利用者や協働して計画を作成するスキル
‘可能性を拓く’	24時間すべてのサービスを提供し、連続したモニタリングを行うなかで、利用者の体験による可能性の探究を保証したり、利用者が経験から学んだことを活用し、目標を達成したり、新たな目標に挑戦することを奨励し、必要な場合は他のサービスに連結し、定期的に振り返りとフィードバックを利用者にしながら、利用者のレジリアンスを促進するスキル。
‘移行’	ACTのサービスが必要なくなり、よりサービスの少ないケアマネジメントなどに利用者を緩やかに移行させるスキル。

5 【家族支援】

カテゴリー等	定 義
【家族支援】	重い精神障害のある人を家族にもつ親、きょうだい、子どもなどの相談にのり、利用者の回復のために協働できるような家族を安定させ、利用者が安心して家族とともに暮らし、あるいは自立して暮らせるように支援するとともに、家族全員がそのひとらしく生活できるよう支援するスキル。
[レジリアンスを育む環境づくり]	家族に安心を届け、生活を安定させつつ、家族が利用者との適度な距離を保ちながら、精神的な絆を大切に、利用者のレジリアンスの芽を育てることができるといえるような家庭環境をつくるスキル。
‘受容と理解’	長期の介護生活で疲れ切った家族の気持ちを受け止め、努力をたたえつつ、疾患や障害に対する知識や対処方法を伝え、家族が利用者や適度な距離を保てるよう支援し、家族の長年の苦勞、悲しみ、悔しさ、怒り、自責感、孤立感など、心の奥に石のように固まったさまざまな気持ちが溶け出し始めるのをじっくりと受け止めるスキル。

ACT のスキル

‘家族生活の安定化’	家族に安心を届け、利用者のことだけでなく、家族が抱える多様な課題の相談に応じて解決を図り、家族の生活を整えるスキル。
‘家族とのチームング’	家族のもっている医療や保健福祉などの強い不信感を取り除き、家族と信頼関係を築き、家族をチームの一員として迎え入れ、家族と支援チームを形成するスキル。
‘家族力の発揮’	家族のストレングスを引き出し、家族の視点を損壊モデルからストレングス視点に移行させ、家族自身がストレングス視点を用いて、家族の希望を家族の力で実現できるよう支援するスキル。
[家族のリハビリ支援]	家族がゆとりをもって過ごせるようになり、利用者の状況に一喜一憂することなく、家族一人ひとりが同年齢の人びとと同様の生活を楽しみ、生活の中に喜びを見いだし、希望をもって生きることができるよう支援するスキル。
‘家族の休息支援’	社会から孤立していた家庭にチームが入り、時には家族がしていた介護を引き受けながら、家族が休息をとれるよう支援するスキル。
‘家族の対話促進’	スタッフが一緒になって家族団欒の場をつくり、家族のコミュニケーションを促進し、家族がそれぞれを個人として尊重し合い、対話が促進するような家族関係をつくるスキル。
‘希望のある人生’	家族が希望をもって、その人らしい人生を過ごせるよう支援するスキル。
‘家族のケースマネジメント’	利用者の回復を願う気持ちとともに、家族自身のニーズを把握し、家族が利用者との精神的な絆を継続しつつ、家族のニーズが実現し、個人として豊かな生活ができるような計画を家族と一緒に作成し、その計画に沿ったサービスを提供し、家族の豊かな生活が実現するよう支援するスキル。

6 【変化する境界】

カテゴリー等	定 義
【変化する境界】	専門職と利用者という境界が変化し、境界が薄く低くなり、「一人のひと」と「一人のひと」という関係に限りなく近づいていくスキル。
‘「ひと」と「ひと」としてのかかわり’	専門職と利用者という境界ではなく、お互いが「一人のひと」としての関係で関与していくスキル。
‘素の関係’	馴染みの関係になった利用者との間では取り繕うことをせず、自然でありのままの自己を出して、生身の人間同士として交流する関係を維持するスキル。

註

- 1) 米国の EBP プロジェクトとは、統合失調症やその他の重い精神障害のある人に対して、有効性が確認されている支援の普及が不十分であるという反省から開始されたプロジェクトで、当初は Robert Wood Johnson の助成を受けて始められ、その後連邦政府の助成を受け、現在も行われている。
- 2) 全般的社会機能評価 (Global Assessment of Function: GAF) 尺度は、単一の測定値を用いてその人の臨床的改善を全般的意味で追跡するのに特に役立つ尺度で、心理的、社会的、および職業的機能のみについて点数がつけられる。身体的 (環境的) 制約による機能の障害は含まない。最高に機能している場合を 100 とし、ACT では 50 以下の人を対象とする。
- 3) リハビリとは、いわゆる疾患や障害の医学的な「回復」にとどまらず、ある人が疾病や障害で「失ったもの」を回復するとともに、「疾病や障害を抱えながらも」希望や自尊心を持ち、可能な限り自立した生活を送ることを意味する。その人の経験や主観を重視しているところに特徴がある。また、人は回復が可能であるという信念に基づき、さらにリハビリは達成するものではなく過程であり、その過程は 1 人ひとり異なっており、その過程は線ではなく階段状に進んでいくものである。そしてリカ

バリーとは、地域の中で人びとと共に時間を過ごし、働き、喜びや悲しみなどの当たり前の気持ちを体験しながら意味のある生活をするということでもある。

4) ストレス脆弱性モデル

ストレス脆弱性モデルとは、人間関係や家族や職場での緊張やストレス過剰な事態が起こったとき、心理生物学的な面で脆弱性があると、精神症状やさまざまな障害が引き起こされやすいという仮説である。それに対する防御因子があったり、対処技能や力量があったりするとその程度によって、ストレス因子や脆弱性が機能障害、生活障害、社会的不利に及ぼす影響が弱まる。

- 5) レジリエンスとは、回復する力、弾力性、心の発達を守るしなやかさなどと表現され、「悪い状態に対してうまく適応する能力のことであり、不幸な出来事やストレス、喪失などのさまざまな人生の苦難を切り抜けて生き続け、跳ね返し、乗り切る能力やしなやかさである」と定義することができる。このレジリエンス概念は、当初苦難を乗り越えてきた子どもから導き出され、多くは逆境を生き抜いてきた子どもに関して言及されてきたが、今日では、子どもだけでなく青年や成人であっても不幸な出来事やリスクを乗り越え、時には以前よりも増して実質的な能力の発達が認められることが明らかにされている。そして、レジリエンスは人びとのもつ回復力に

焦点を当てた概念として発展している。

- 6) ACT 全国研修会とは、ACT もしくは ACT 的活動を日本で行っている機関が1年に1回集まって2日間の日程で行う研修会である。2008年度は11機関からの参加があり、2009年度にはACT全国ネットワークが設立され、この団体が主催で研修会が行われるようになった。
- 7) 個別援助チーム (Individual Treatment Team: ITT) とは、一人の利用者に3~4人が中心になってサービスを提供していくチームのことである。すべての利用者に ITT が作られる。例えば、看護師 A、精神保健福祉士 B、作業療法士 C が支援をしていたが、利用者が回復してきて就労支援が中心になってくると、新たに就労担当の D が加わりチームを形成する。担当のケースマネジャーは、ITT のチーム編成時に決められ、そのケースマネジャーが主担当スタッフとなる。
- 8) 仮の担当者としているが、ほとんどの場合は、このスタッフが担当のケースマネジャーとなることが多い。ただ1か月かけて行う包括的なアセスメントの結果、他のスタッフがケースマネジャーになった方が適切であると判断された場合のみ変更する。
- 9) 2006年11月10日NHK関西「クローズアップ関西」にて放映。
- 10) 心理教育とは、精神保健の領域では、統合失調症や感情障害などの疾患をもった患者や家族を対象に、疾患や制度活用などに関する情報提供と、心理社会的サポートを組み合わせて行われるアプローチのことであり。形態は単家族、複合家族、家族教室、患者グループに分かれて行われるが、いずれもグループワークの技法が適用される。
- 11) 重複診断疾患とは統合失調症や感情障害と同時に薬物依存やアルコール依存など2つの診断名のある疾患のことであり。これらの二重の疾患をもつ人は日本では少ないと言われているが、福祉事務所の対象者には少なくなく、実際の数は不明である。日本ではこのような人は一部の医療機関しか対応しないために長く放置されてきた人びとである。
- 12) 未治療・治療中断者の数は正確に把握されていないが、ACTへの相談は多い。(特定非営利活動法人京都メンタルケア・アクション2010)。

文献

Allness, D.J., & Knedler, W.H. (1998,1999). *The Pact Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness: A manual for PACT start-up*. The National Alliance for the Mentally Ill (NAMI). (= 2001 亀島信也・神澤創監訳『PACT モデル—精神保健コミュニティケアプログラム』メディアカ出版。)

- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T. et al. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcome*, 9, 141-159.
- Byrne, S., Birchwood, M., Trower, P.E., et al. (2006). *A Case Book of Cognitive Behavior Therapy for Command Hallucination: A Social Rank Theory Approach*. Psychology Press. (= 2010 菊池安希子監訳『命令幻聴の認知行動療法』星和書店。)
- Drake, R.E., McHugo, G.J., Clark, R.E., et al. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder. A clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 201-215.
- Harvey, K., Burns, T., Fiander, M., et al. (2002). The effective of intensive case management on the relative of patients with severe mental illness. *Psychiatric Service*, 53(12), 1580-1585.
- 包括的暴力防止プログラム認定委員会編 (2005)『医療職のための包括的暴力防止プログラム』医学書院、東京。
- Kenny, D., Calsyn, R., Morse, G. (2004). Evaluation of treatment programs for persons with severe mental illness: Moderate and mediator effects. *EVALUATION REVIEW*, 28(4), 294-324.
- 木下康仁 (1999)『グラウンデッド・セオリー・アプローチ—質的研究の再生』弘文堂。
- 木下康仁 (2003)『グラウンデッド・セオリー・アプローチの基礎—質的研究への誘い』弘文堂。
- 木下康仁 (2005)『分野別実践編 グラウンデッド・セオリー・アプローチ』弘文堂。
- 木下康仁 (2007)『ライブ講義 M-GTA—実践的質的研究法：修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて』弘文堂。
- 厚生労働省 (2009)「第15回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 危機介入について」厚生労働省資料4。
- McGrew, J.H., Bond, G.R., Dietzen, L., et al. (1994). Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 62, 670-678.
- Monroe-DeVita, M. (2008) Tools for measurement of Assertive Community Treatment (TMACT) PROTOCOL. Washington State Pilot Version Rough-Edited. 10/29/08. Washington State.
- Rapp, C.A., & Goscha, A.R. (2004). The principle of effective case management of mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 319-333.

- Salyers, M.P., Bond, G.R., Teague, G.R., et al. (2003). Is it ACT yet? Real-world examples of evaluating the degree of implementation for Assertive Community Treatment. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(3), 304-320.
- 佐藤知恭 (2000) 『あなたが創る顧客満足』 日経ビジネス人文庫、東京。
- Stein, L.L., & Test, M.A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*, 37, 392-412.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration's (SAMHA) : Center for Mental Health Services (CMHS) : The Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) (2002). *Assertive Community Treatment Implementation Resource Kit Draft Version 2002*.
- Teague, G.B. Bond G.R., Drake, R.E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *Am J Orthopsychiatry*, 68(2), 216-23.
- 特定非営利活動法人京都メンタルケア・アクション (2010) 『多職種による重度精神疾患患者への治療介入と生活支援に関する調査研究—新たな地域精神保健システムの構築—報告書』 特定非営利活動法人京都メンタルケア・アクション。
- United States Department of Health and Human Services Administration : SAMHSA'S National Mental Health Information Center: Center for Mental Health Services. (2010). *About Evidenced-Based Practices KITS: Shaping Mental Health Services Toward Recovery*. <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/CommunitySupport/toolkits/about.asp> (2008/08/31).
- 八木剛平 (2010) 『改訂四版 統合失調症の薬がわかる本』 地域精神保健福祉機構・コンボ。
- 鷺田清一 (2001) 『<弱さ>のちから ホスピタブルな光景』 講談社、東京。
- Washington State. (2007). Washington State Program of Assertive Community Treatment (PACT) Program Standards (Final) 4-16-07. The Washington Institute for Mental Illness Research & Training.
- Ziguras, S.J. & Stuart, G.W. (2000). A Meta-analysis of the effective of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Service*, 51(11), 1410-1421.