

第2章 ACT-J におけるケースマネジメントとチームアプローチ

国立精神・神経センターACTプロジェクトで、ケースマネジャーとして勤務しております久永と申します。ACTというプログラムは、アメリカのウィスコンシン州デーデン郡のマディソン市で始まりました。私はリハビリテーションカウンセリングを学んでいた時期に、マディソンで勉強をしていました。その際に「精神障害がある方の社会生活の支援をしたい」と担当教官に相談したところ、このプログラムを紹介されて出会ったわけです。

今日は「ACT-Jにおけるケースマネジメントとチームアプローチ」ということでお話しさせていただきますが、最初にアメリカでのケースマネジメントについてお話しし、次に私がACT-Jで実際に行っているケースマネジメントの一例をご紹介します。

アメリカにはケースマネジメントの認定資格があり、認定ケースマネジャーという職種が存在します。精神障害の領域に限らず、ケースマネジメントはあらゆる人たちを対象とします。例えば高齢者や不妊の方を対象としたものや、アメリカでは退役軍人の方を対象にしたものもあります。対象者の年齢もさまざまで、思春期の方のケースマネジメントでは、学校とのやりとりの中にケースマネジャーが介入することもあります。また、長期・短期にわたるケースマネジメントもあるため、総合病院の救急部門にケースマネジャーがいることもあります。このような医療ケースでは、看護師がケースマネジャーを兼任することが多々あるようです。アメリカのケースマネジメント協会によると、ケースマネジメントは「質、費用対効果を促進するために、コミュニケーションおよび利用可能な資源を用いて、個人の健康的ニーズを満たすオプションやサービスをアセスメント、計画、実施、調整、モニター、評価する、協力的なプロセスである」と定義されます。

ケースマネジメントの定義

“ケースマネジメントは質、費用対効果を促進するために、コミュニケーションおよび利用可能な資源を用いて、個人の健康的ニーズを満たすオプションやサービスを評価、計画、実施、調整、モニター、評価する、協力的なプロセスである。”

アメリカケースマネジメント協会

SLIDE1

日本の定義では、ケースマネジメントは「地域社会のなかで、サービスを提供する際に、利用者の生活全般にわたるニーズと、公私にわたるさまざまな社会資源との間に立って、複数のサービスを適切に結び付け、調整を図りつつ、包括的かつ継続的にサービス供給を確保する機能」であり、原則として仲介型の定義になっています。アメリカの定義では地域社会という言葉は用いられていませんが、その理由としては、対象者が精神障害者だけではないということが挙げられると思います。

ケースマネジメントの定義(日本)

「ケアマネジメントは、地域社会のなかで、サービスを提供する際に、利用者の生活全般にわたるニーズと、公私にわたるさまざまな社会資源との間に立って、複数のサービスを適切に結び付け、調整を図りつつ、包括的かつ継続的にサービス供給を確保する機能」

1989年 旧厚生省 精神障害者ケアガイドライン

SLIDE2

ケースマネジメントの根本的な前提は、個人が健康および機能的な能力の最高レベルに達した場合に、ケースマネジメントを受けている本人だけではなく、その個人を取り巻くサポートシステムやヘルスケアシステムやその他のさまざまな償還システムが、皆利益を得るということです。ケースマネジメントのサービスは、ケースマネジャーが利用者の権利擁護をしたり、コミュニケーション、教育などのスキルを用いながら、さまざまなリソースを調整していくものとして位置付けられています。そのケースマネジャーと利用者になる方との直接対話が前提だということと、それを取り巻く支援の直接のコミュニケーションが必要である、それらが第一条件であるといわれています。

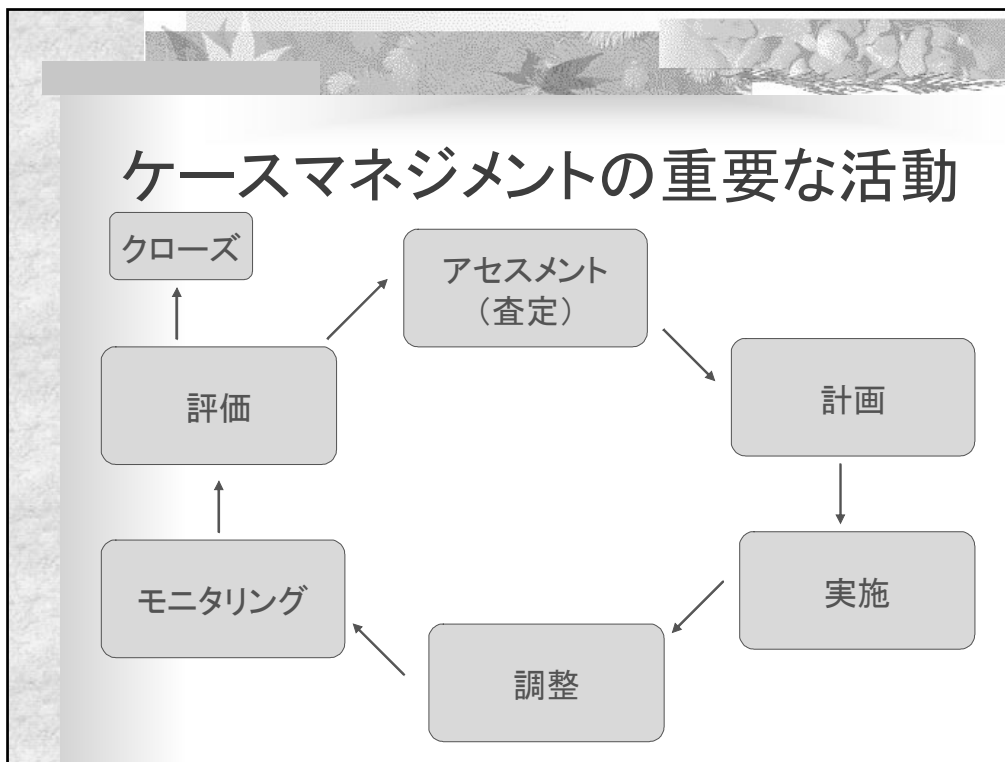
ケースマネジメントの哲学

ケースマネジメントの根本的な前提は、個人が健康および機能的な能力の最高レベルに達する場合、ケースマネジメントを受けている本人のみならず、その個人を取り巻くサポートシステム、ヘルスケアシステム、様々な償還システムなどが利益を得ること。

アメリカケースマネジメント協会

SLIDE3

簡単な図ですが、スライド4はケースマネジメントの重要な活動として、ケースマネジメント協会が定めたものです。これもまた精神障害に限定されないものです。対象者が決まったらまずアセスメントから始まりますが、このサイクルはずっと続く場合もあれば、短期のケースマネジメントのように一周してクローズという形にもなり、それは対象者のニーズやそのケースマネジメントを提供している機関によって変わってきます。計画を立てる際には、例えば一定の期間をおいて評価し再アセスメントを行うなど、実行する行動の段階を明記し、時間や期限をきちんと定めるよう注意しなければなりません。しかし状況に応じて柔軟に対応することも大切で、一定の期限を待たずに再アセスメントが行われることもあります。



SLIDE4

支援サービスを必要とする方が地域に出てきたときにどのような援助技法・調整があるか整理するため、ケースマネジメントが提唱された経過があると思います。日本ではケースマネジメントで

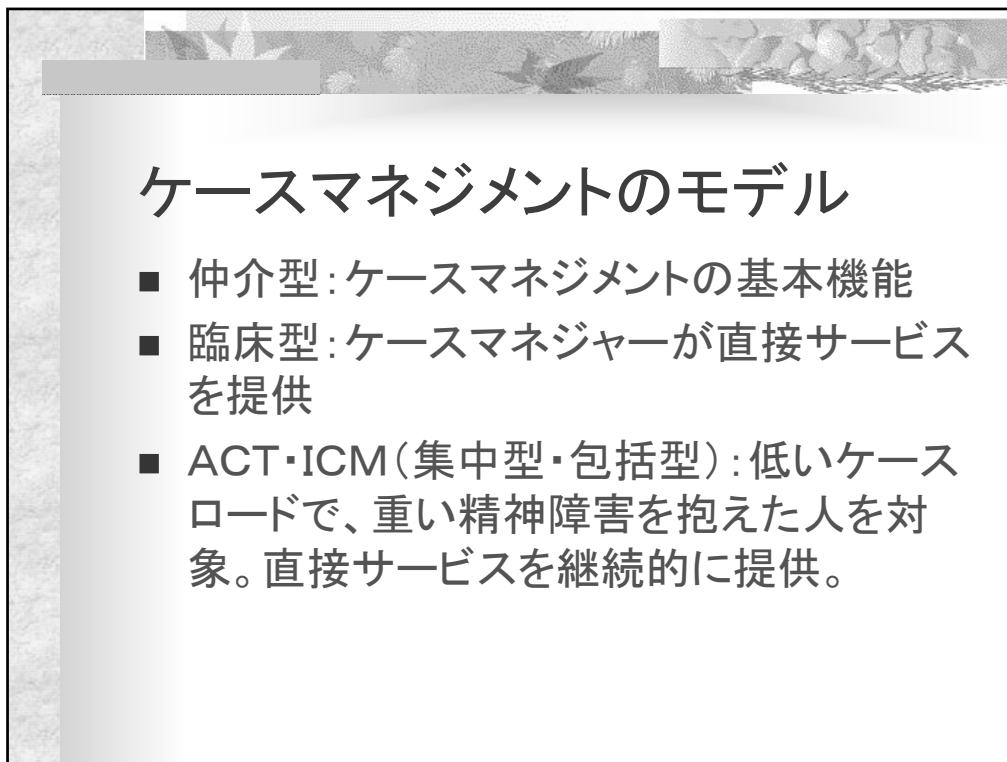
ケースマネジメント誕生の背景

- アメリカ 1960年代
脱施設化→精神障害を抱えた人たちの地域生活を支援する方法として出現
- イギリス
ホームケアサービスから発展→ケース(事例)と対象化するのではなく、ケアマネジメントに定着

SLIDE5

はなくケアマネジメントという言葉で定着しています。「ケース」という言葉は、専門用語として使われてはいますが、利用者の方の中には「自分はケースじゃない」と強く抵抗を示す方もいらっしゃいまして、自分を取り巻く資源をコーディネート、マネジメントしてもらっているということで、「資源マネジメント」という言葉を使っている方もいらっしゃいます。

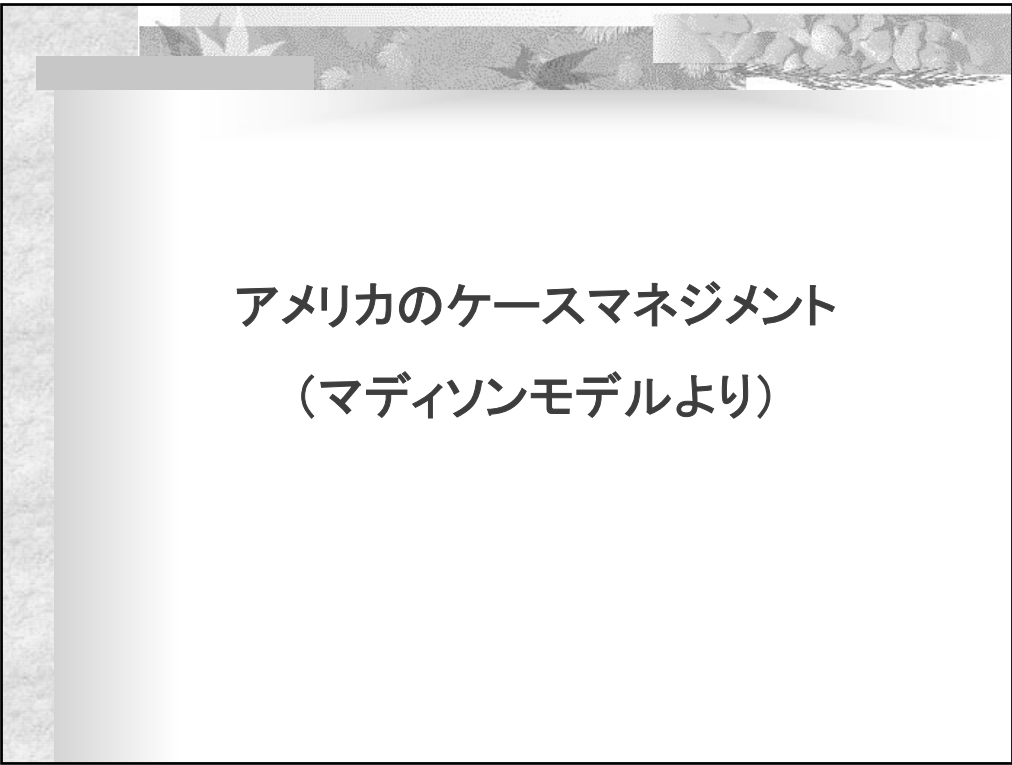
仲介型のケースマネジメントというのは、スライド3にあるようなケースマネジメントの基本的な機能のみを行います。臨床型というのは「ケースマネジャーが直接サービスを提供」と書いてありますが、これは医療職でないということなどもあって、心理教育やSSTなど、直接提供されるサービスは限定されてしまうところがあるのではないかと思います。ACTとICMを並列させていますが、これらは重い精神障害を抱えた方を対象にし、密度の濃い直接的なサービスを継続的に提供するという部分が共通しています。



ケースマネジメントのモデル

- 仲介型: ケースマネジメントの基本機能
- 臨床型: ケースマネジャーが直接サービスを提供
- ACT・ICM(集中型・包括型): 低いケースロードで、重い精神障害を抱えた人を対象。直接サービスを継続的に提供。

SLIDE6



アメリカのケースマネジメント (マディソンモデルより)

SLIDE7

マディソンで行われているケースマネジメントは重度の精神障害をお持ちの方を対象にしていますが、調査をしてみると、あまりきちんとした定義はなされていないのが実状で、「診断(Diagnosis)」、「障害(Disability)」、「罹病期間(Duration)」の3つのDとおおよそ定められています。診断としては統合失調症、感情障害などで、障害としては社会関係・日常生活における機能障害、罹病期間としては頻回の入院歴、数ヵ月にわたる入院ということです。

ケースマネジメントの対象者

- 重症の精神障害者 (person with severe and persistent mental illness)

定義: 3つのD

- 診断 Diagnosis
 - 統合失調症、感情障害など
- 障害 Disability
 - 社会関係、日常生活における機能障害
- 罹病期間 Duration
 - 頻回の入院歴、数ヶ月にわたる入院等

SLIDE8

ここでは、マディソンにおけるケースマネジメントシステムの成立要件をいくつか列挙します。まず目標は、そのケアシステムへのアクセスの保証をすることと、ケアの継続性を確保することです。

次にケースマネジメントの対象は、重症の精神障害者とお伝えしましたが、マディソンモデルでは対象者のケアのレベルを三段階に分けています。レベル1は、ACTのように包括的・集中的な支援を必要としている人たちを対象にしています。最も入院のリスクが高いと言われている人たちです。レベル2は、複数のサービスを利用している人たちを対象にしています。レベル3は、ホームレスなど実際にまだなんらかのケアに繋がっていない方々を対象としており、そのような方のところへアウトリーチの手法を用いてケアに繋がめます。

それから実施責任の明確化ということで、中核機関を適切に設定することが重要となっています。マディソンの精神保健システムには、18機関40のプログラムがありますが、1人の利用者さんに対して複数の機関が協働している場合には、支援プランを共有し、全体を見渡し調整する機能が必要となります。複数の機関が異なる目標をもっていたら、本人がもっている目標に到達することはできないので、全機関が同じ目標に向かってサービスを提供するように、関係機関の合意を形成する必要があります。

また機関の連携として、エリア設定で、キャッチメントエリアなどをきちんと設定するということがあります。更に、特に期限を設けずに、必要な限りサービスを提供するということがあります。

ここで気をつけなくてはならないのは、必要のないサービスまで提供してしまうことです。次のステップダウンのプログラムに移行できる方にまで、既存のサービスを提供するということは、新しく加入できる人たちのケアができなくなってしまうことに繋がります。最後に職種としては、多職種によるチームアプローチを原則としています。

ケースマネジメントシステムの 成立要件 (広沢、2003)

- 目標: ケアシステムへのアクセスの保証、
ケアの継続性の確保
- 対象: 重症の精神障害者
- 実施責任の明確化: 中核機関の設定
- 機関連携: エリア設定とサービス提供における関係機関の合意形成
- 期限: 必要な限りサービスを提供する
- 職種: 多職種によるチームアプローチ

SLIDE9

冒頭で述べた固いケースマネジメントの定義に対して、マディソンにおいてケースマネジメントは「地域で接着剤のような役割を果たし」、「個々のケースレベルと精神保健システム全体のシステムレベルのものがある」と捉えられています。特にシステムレベルのケースマネジメントということで、利用者の方を取り巻く支援のネットワークが適切に機能するようにということがあります。例えば5つの機関を利用している1人の利用者が、ある1つの機関のケースマネージャーと一番接触する時間が長いとしたら、その場合にはこのケースマネージャーがシステムにおける「システムワイドケースマネージャー」ということで、中核機関を担い責任をもつというように機能分化しています。システムワイドケースマネジメントというのは、これだけのプログラムや機関が連携しているため、そのような機能がない限り、ただの情報交換のみに終わってしまうということがあるというところから来ています。

マディソンにおけるケースマネジメントの捉え方

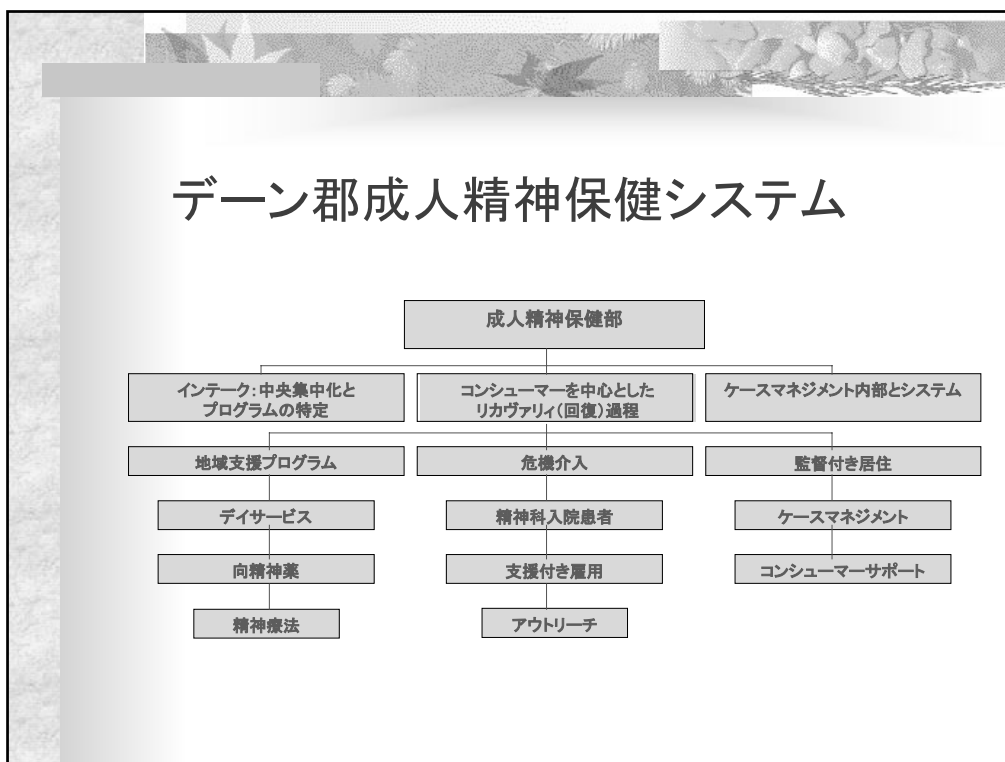
- ケースマネジメントは「地域で接着剤のような役割を果たしている」
- 「ケースレベルとシステムレベルのケースマネジメントがある」

SLIDE10

スライド 11 の図を少し見ていきたいと思ひます。例へば ACT でも危機介入のサービスなどを行ひますが、マディソンでは危機介入サービスの部門がさまざまな役割を担っています。例へば入院に關してはすべての病院のベッド数をカウントしており、入院に關するアセスメントはこの部門で行われることが多いです。さらに、サービスに繋がっていない方々の最初の窓口になることもあります。ACT だけでは対応できないケースについてはこの部門との連携を図ったりします。この部門は警察との連携が確立されていますので、場合によっては警察などの協力を得たりもします。ちなみにこの図の中で ACT は、左側にある地域支援プログラムというところに位置付けられています。

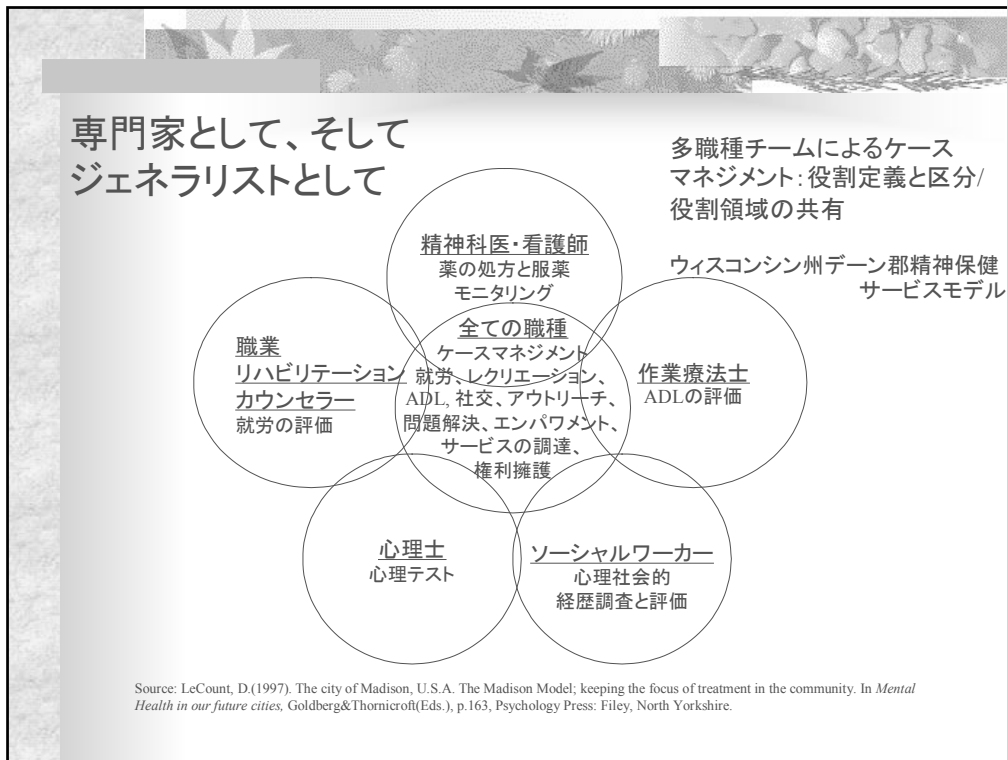
ウィスコンシン州において ACT は「コミュニティサポートプログラム」と呼ばれており、法定化されています。その基準に合っていれば州からそれだけの予算がありますが、それが守られていないと、翌年からの予算がカットされるというシステムになっています。

デーン郡成人精神保健システム



SLIDE11

マディソンのケースマネジャーに求められている理想像として、お互いの専門性を発揮しつつも、この図の中央のケースマネジメントであったり、就労支援でも、職場における就労支援は、職業支援のカウンセラーに限らず他の職種でもできると考えられ、共有しているスキルです。例えば新人のケースマネジャーとして、ソーシャルワーカーが新しく ACT プログラムに入ったとします。最初はソーシャルワークの専門性を発揮しますが、実際にケースマネジャーの実践を通してジョブコーチのスキルなど身につけていくといったことを行っています。すべての職種が提供できる支援のベースラインをチーム全体で確認しておくことも大切でしょう。



SLIDE12

先ほども述べましたが、マディソンのケースマネジメントの純粋なフォームとしては、やはり仲介型のものが前提になっています。

マディソンのケースマネジメント

ケースマネジメントの純粋なフォーム:

- アセスメント、症状のトリートメント、リハビリテーション計画、介入、継続的な評価、リンケージと照会のための調整とアドボカシーサービスを包含

SLIDE13

しかしそれだけではどうしても対応できないということで、やはりプライマリーのスタッフが、利用者の基本的なニーズを満たすようにアウトリーチサービスを積極的に提供しています。これはACTに限らず他のプログラム、例えば通所型のリハビリテーション施設などでも同様です。例えば1週間どうしても連絡が取れないなど、危機介入の必要性がある際には、柔軟かつ迅速にアウトリーチできるようにしています。

また、全てのサービスを直接提供するとは限りませんが、やはりそのプログラムや他の提携しているプログラム内で、きちんとトリートメント/リハビリテーションプログラムが実施されていることをモニターする必要があります。

マディソンのケースマネジメント

- プライマリーのスタッフが利用者の基本的ニーズを満たすよう、アウトリーチ・サービスを提供する
- 必ずしも全てのサービスを直接提供するとは限らないが、プログラムや他の提携しているプログラム内でトリートメント/リハビリテーションプログラムが実施されていることをモニターする

SLIDE14

システムワイドケースマネジャーの話に関連するところがあると思いますが、自分が関わっている部分だけに責任をもつのではなく、全体を見わたせる力が必要であるといわれています。

先ほどのマディソンの精神保健システムの中で、デイサービスという部分がありましたが、その位置づけとなるのは「ヤハラハウス」という通所型のリハビリテーション施設です。これはクラブハウスですが、ここのスタッフに求められている役割には次のようなものがあります。

まず、さまざまなスキルトレーニングができるということで、各活動部門のまとめ役となることです。

それから、一番大きな仕事はケースマネジメントです。包括的なケースマネジメントということで、1人のスタッフが受け持つようになるのですが、スタッフとメンバーの比率は1対10～15です。

ただ、ここで行われているのは集中的・包括的なケースマネジメントに近いものがありますが、ICMにはなりません。それは24時間体制ではないことと、オフィスアワーが終わってしまった後は、危機介入サービス部門に連携して対処するということが、それから1対10～15といえども、多職種チームアプローチも行っていて、クラブハウス内に医師や看護師がいたりすることが理由です。

また、就労支援が根底にあり、過渡的雇用や一般就労に対する援助に非常に力を入れていますので、就労支援のチームがあり、職業カウンセラーも他の職種と協働しています。

ヤハラハウスにおけるスタッフの役割

- クラブハウススペシャリスト
 - 各部門のまとめ役
 - ケースマネジメント
 - 過渡的雇用や一般就労に対する援助
 - 社交の機会を提供すること
 - 包括的ケースマネジメントにおけるスタッフとメンバーの比率 1:10～15

SLIDE15

ヤハラハウスの包括的ケースマネジメントの中で中心となるものに、「リカバリープラン」というものがあります。先ほどケースマネジメントのサイクルについてご紹介した時に、アセスメントと計画が出てきましたが、このリカバリープランの中ではアセスメントとプランの両方を記載します。これには年1回立てるもの、2ヵ月ごとに更新するもの、それから短期的な目標を立てる毎月のものの3種類があります。このプランについては、1人のケースマネジャーだけのアセスメントで適切であるかどうかを判断するのは危険であるため、時間はかかりますが次のようなプロセスをとっています。ご本人とケースマネジャーが協働し作成したプランを他のソーシャルワーカーや担当の精神科医、看護師などが目を通し、これで大丈夫というお墨付きが出たところで、またご本人に返し、ご本人がもう一度見直しをし、納得した上で署名します。

ヤハラハウスのサービス: 包括的ケース マネジメントサービス(資源マネジメント)

■ リカヴァリプラン

- メンタルヘルス
- 作業技術・就労・教育
- 社会性・対人関係
- 身体的健康・薬物問題
- 生活技術・住居問題
- 金銭・法的問題
- 文化的情報(宗教、文化的背景など)

SLIDE16

1つずつ項目を見ていくと、まずメンタルヘルスは、今現在の精神状態、精神疾患に伴う症状のアセスメント、また精神科に通院している場合にはその通院先でのやり取り、服薬しているお薬やその副作用について、更にどのように利用者さんが自分の精神疾患と向き合っているか、を主にみていきます。

次に作業技術・就労・教育とありますが、これは作業技術というものも全て就労につながるということで、クラブハウスでの活動の様子や、就労していない場合にはなぜ今仕事に就いていないのか、就労している場合には職場での様子であったり、どうしても職場で気になることがあればそれを記載したりしていました。それからボランティア活動のことや、専門学校に通っている方はその通学している状況についても記載していました。

その次の社会的・対人関係についてですが、ヤハラハウスでは家族との関わりは日本に比べれば少なく、家族と離れて単身生活をしている方が大多数です。私がいたところではむしろ友人とのやり取り、あるいはその地域でのやり取りなどが多く見られました。

それから身体的健康・薬物問題ですが、薬の副作用などで太ってしまったり、糖尿をお持ちの方も非常に多いので、そのあたりの課題については看護師や医師と連携して対応していました。物質依存の方も多いので、その分野の専門家とも連携していました。

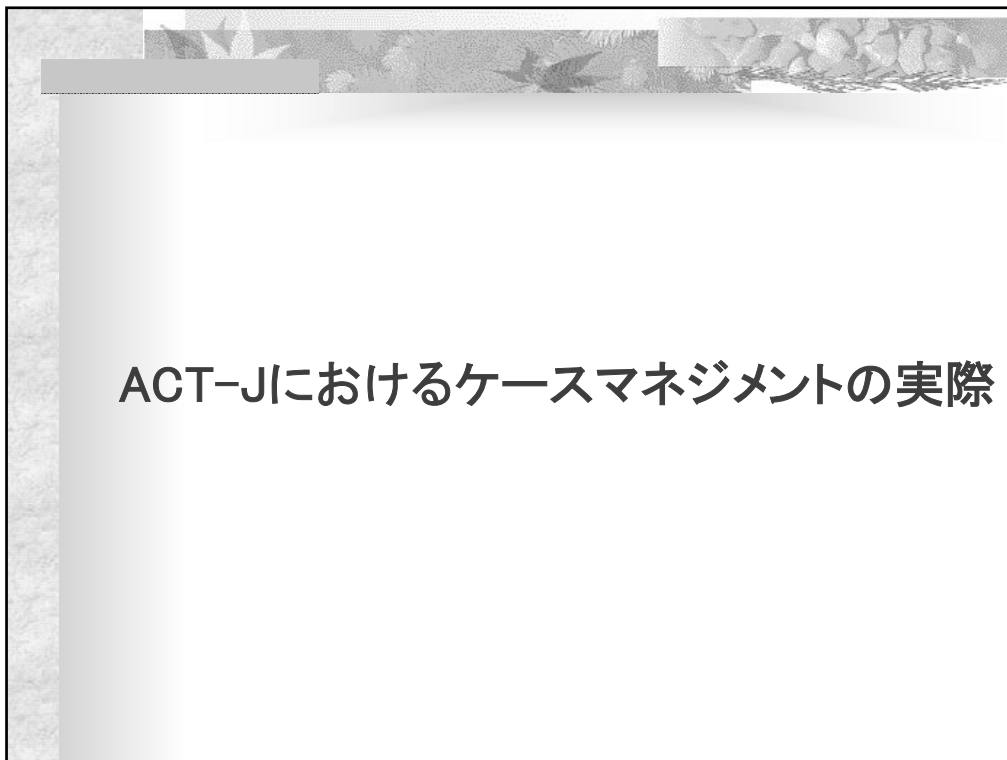
生活技術・住居問題については、住居確保というのは日本でも大変ですが、アメリカでも難しいところがありまして、一度確保しても今度それをどう維持するかが非常に難しく、そのあたりのア

セスメントがかなり細かく考えられていました。

更に金銭・法的問題ということで、経済的な問題であったり、触法のトリートメントとまではいかなくても、ちょっとした法的トラブルをお持ちの方が結構多かったため、このあたりのアセスメントも行われていました。

最後に文化的情報ということですが、ここはわかる範囲を聞いたことです。コミュニケーションのスタイル等でスタッフにとっては非常に参考になる部分なのですが、プライベートなことなので、強制的に聞き出すことはありません。

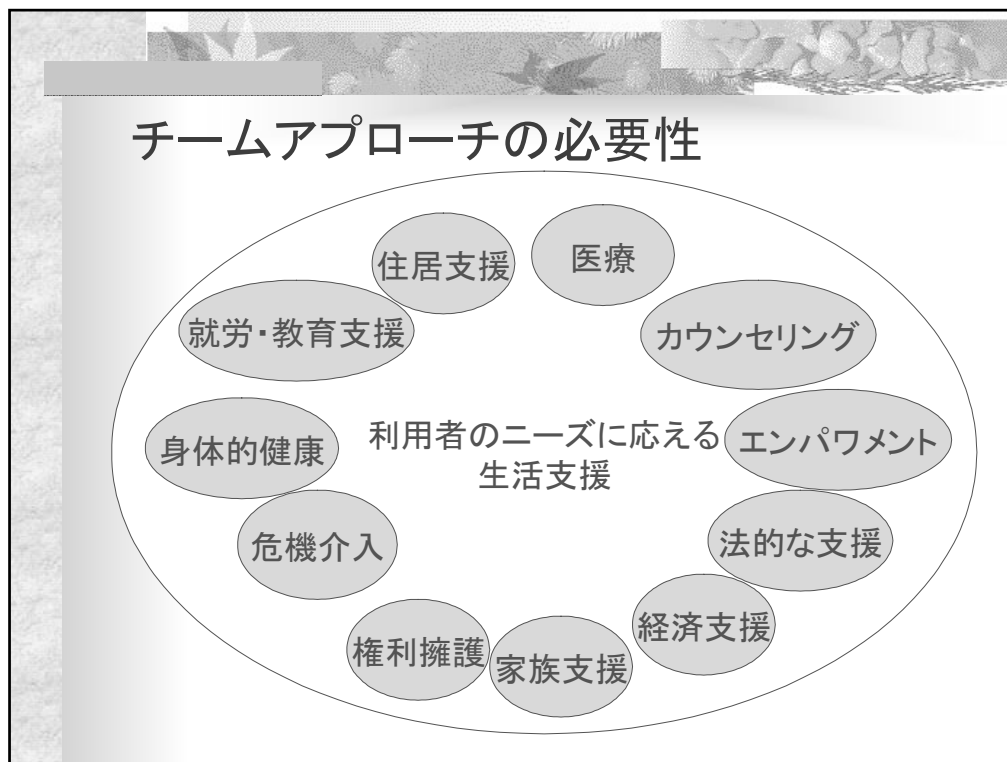
プランを立てる際に、目標を達成する期限を明確にしたり、数値で計れるような具体的なプラン、例えば作業技術なども、週何回就労現場に通うのかとか、次の振り返りをいつにするのかなど、非常に細かく行いました。そのゴールを立てた後に、行動段階で示そうということで、アクションステップを決めますが、本人がやるべき行動や、もし就労している場合には事業主の方にお問い合わせすることなどを明記しました。ゴールに関しては全体できちんと共有することになっています。1カ月後の見直しは本当に簡単なチェックぐらいですが、2ヵ月たったら書き直しを行っていました。以上がアメリカでのケースマネジメントに関するお話でした。



SLIDE17

次に、ACT-Jにおけるケースマネジメントについてお話します。

まずチームアプローチについて触れておきます。ACT-Jは重い精神障害を抱えた方を対象にしていますが、1人の臨床家によって提供できる資源には限界がありますし、利用者の方はいろいろな援助技術や社会資源を要しますので、多職種チームによるアプローチが必要となります。ここには必要と考えられる支援が挙げられています。



SLIDE18

チームアプローチの有効性としては、まずは情報量の多さ、1人のケースマネージャーでは収集しきれない情報を入手できるという点が挙げられます。例えばACT-Jでは13人ほどのチームで活動していますが、1人の情報量より13人で集められた情報量のほうが当然、はるかに豊富です。次に、包括的、多面的な理解、解釈ができるという点が非常に大きいと思います。それから燃え尽きの防止に有効です。1人でケースを抱え込むことなく、きちんと役割分担して支援を行うことができます。また、リカバリープランというものを作っているのですが、それを共有することで、1人のスタッフが提供するサービスを他のスタッフも同じように提供できるという利点があります。最後に、チームの中にいろいろな職種のスタッフがいることで、状況に応じて臨機応変に対応することができます。

チームアプローチの有効性

- 豊富な情報量
 - チームメンバーによって収集される情報量 > 1人のケースマネジャーによって収集される情報量
- 包括的アセスメントによる理解
 - 専門性や経験の違いによって、多面的な理解や解釈を得ることができる
- 燃え尽きの防止
 - 1人でケースを抱え込むことなく、チームと共有することで、バーンアウト(燃え尽き)防ぐことが可能になる
- トリートメントプラン(リカバリープラン)の共有
- 様々なニーズへの対応

SLIDE19

ACT-J チームの特徴としては、まずメンバー全員が全ての利用者の状況を把握しているということ、それからほとんどのサービスが直接提供されるということが挙げられます。また、1人のスタッフが責任をとるのではなく、チームが責任を共有するというのも特徴的です。さまざまな専門家がいて、それぞれがコンサルタントのような役割を担っているという点も重要です。最終的な目標として目指していかなくてはならないのは、お互いの専門性を活かしながら、全員が同じような支援をできるようになるということです。

チームができてまだ1年弱ですが、今後それぞれの役割や長所・短所が明確になっていく中で、どのようにお互いの専門性や技術を活用していけばよいかということも徐々に見えてくると思われます。

ACT-Jチームの特徴

- チームメンバー全員が全ての利用者の状況を把握している
- 複数のサービスはチームメンバーによって直接提供される
- チームメンバーがケア上の責任を共有

SLIDE20

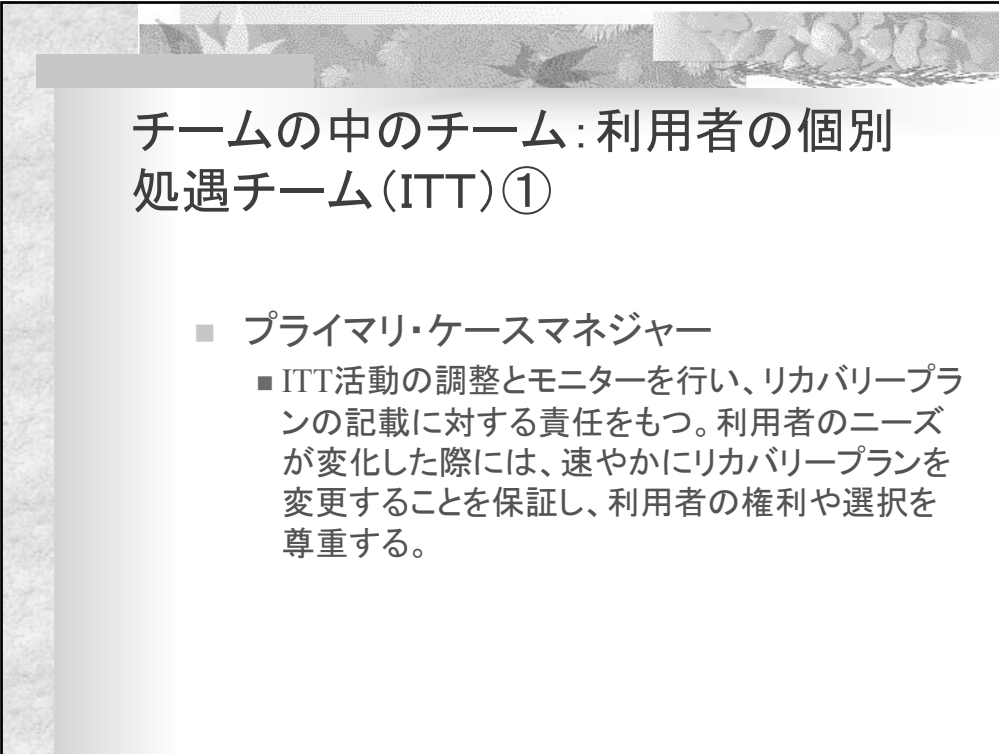
ACT-Jにおけるコミュニケーション構造 :ケアの共有

- 毎日のスタッフミーティング
 - 個々の利用者に関する報告:すべてのケースの概要をつかむ
 - チームの一日の計画:スケジュールを協同で作成する
- ケースカンファレンス

SLIDE21

ケアの共有は、毎朝のスタッフミーティングの中で進められます。このケースは危機的であるとか、頻回の訪問が必要ではないかといったことが、このスタッフミーティングできちんと確認されます。車や携帯電話の割り振りなどもこの場で行われます。

毎週金曜日にはケースカンファレンスを行っています。また、病院の当直ミーティングにも参加しています。情報の共有や連携ということもありますが、ACTの利用者が救急受診をする可能性があることと、利用者の中にはACTではなく病院の救急に電話をしてしまう方もいらっしゃるということがその理由です。



チームの中のチーム：利用者の個別処遇チーム (ITT) ①

- プライマリ・ケースマネジャー
 - ITT活動の調整とモニターを行い、リカバリープランの記載に対する責任をもつ。利用者のニーズが変化した際には、速やかにリカバリープランを変更することを保証し、利用者の権利や選択を尊重する。

SLIDE22

ITT (Individual Treatment Team ; 個別処遇チーム) の構成は、アメリカのマディソンの PACT では「ケースマネジャー2名と看護師と医師」という原則があるなど、その地区や利用者によって異なります。ITTの中で一番の責任をもつのがプライマリ・ケースマネジャーで、ITTの活動がきちんと行われているかといったことをモニタリングし、調整します。利用者のニーズが変化した際には、速やかにそのプランを変更することを保証し、利用者の権利や選択を尊重します。

チームの中のチーム：利用者の個別 処遇チーム (ITT) ②

- セカンダリ・ケースマネジャー
 - トリートメントやリハビリテーションの調整などの仕事をプライマリ・ケースマネジャーと共有し、プライマリ・ケースマネジャーが不在な時には、それらの実施に責任を持つ。
- 看護師
 - 主要な責任は精神科医療、健康面のアセスメント。他のスタッフに対するコンサルタントの役割。健康問題の予防。
- 就労・教育の専門家
 - 利用者のニーズに応じて、その領域の専門家を配置。

SLIDE23

ITT のメンバーには、プライマリ・ケースマネジャーが不在の場合にも、リハビリテーションやトリートメントの調整などが適切に行われるようにするため、プライマリ・ケースマネジャーと仕事を共有するセカンダリ・ケースマネジャーも存在します。更に、精神科医療や一般的な健康面のアセスメントや、各スタッフに対するコンサルタントの役割を担う看護師がいます。

ITT は 3 人～5 人ほどで動いていますが、このチームが核となって、他のチームメンバーも危機の介入などの際に利用者に関われるようにしています。

ITTの役割・責任

- 利用者の状態とニーズをアセスメントする
- 利用者や家族とリカバリープランをたてる
- トリートメント、支援、リハビリテーションサービスを提供する
- チーム全体でケアをコーディネートする

SLIDE24

ITTの役割と責任は、担当している利用者の状況とニーズのアセスメント、リカバリープランを立てること、トリートメントや支援やリハビリテーションサービスの提供、チーム全体でのケアのコーディネートなどです。

先ほどから述べているように、ITTによってほとんどのサービスが利用者に提供されますが、ACTチーム全体としても個々のニーズに応じてサービスの提供に関わります。

ここで、「チーム」と考えたときに、どうしてもACTの専門家だけのチームと考えがちですが、チームの主導権を握っているのは、実際は利用者の方ご本人なのではないでしょうか。これは個人の自己決定の能力をできるだけ伸ばすことや、自己責任という視点を考える際に非常に大切なことです。「ACTのスタッフチーム」に留まらず、家族や友人や地域の支援者の方などを含み、その輪はどんどん広がっていくのではないかと、そのようにあるべきなのではないかと思えます。

ACTチーム全体とITTの整合

- 各利用者に対する大部分のサービスはITTによって提供されているが、ACTチーム全体としても個々のニーズに応じて、サービスの提供にかかわっている。

SLIDE25

ここからは支援のプロセスについてお話しします。利用者の方の加入基準は個々のACTによって異なりますが、加入の際には、最初に主治医から「ACTの利用対象の方です」と紹介され、そこからエンゲージメントプロセス、すなわち関係作りのプロセスが始まります。利用者の中には話がしたくて仕方ないという方もいらっしゃるので、そのような方の場合には話に耳を傾けたりなど、良い働きかけを行っていきます。ここで、この時点でその方に対する支援は始まっているということ、肝に銘じておかななくてはなりません。

支援のプロセス

- 利用者の加入
 - 対象者の加入基準は個々のACTによって異なる
- エンゲージメントプロセス
 - ACT-Jに関する説明
 - 当面のニーズや目標を明らかにする
 - ACT-J参加への働きかけ
 - この時点で支援は始まっている

SLIDE26

次にインフォームド・コンセントを取ります。ここまでの働きかけをエンゲージメントプロセスと呼びますが、インフォームド・コンセントを取得した後は、イニシャルプランの「はじめの一步」の作成が始まります。

支援のプロセス

IC取得後

- イニシャルプラン「はじめの一步」の作成
 - 当面ACT-Jとどのようなかかわりを持つか、小さな目標設定
 - 振り返り日を設定
 - 週間予定をたてる
- かかわりの中でアセスメントを行う

SLIDE27

スライド28はイニシャルプランの用紙です。「最初の目標」と書いてありますが、「当面このチームとどのような関わりをもっていくか」について、小さな目標を立てます。その目標を達成するためのものとして、下に少しずつ細かい目標や、何をするか、もしできたら友人や家族は何をするかということを確認していきます。実現の期限はその目標によって異なり、1週間単位のこととあれば、2週間単位のこともあります。その目標をもとに下部の週間予定を立て、実際にACTが関わる時間などを記入します。またACTとの関わり以外に、入院中ということも多いですが、その人が1週間どのように過ごしているかということも記載してもらいます。この「はじめの一步」という目標を立てて関わりを始め、その中で実際のアセスメントを進めていきます。

イニシャルプラン

はじめの一步として

日付： 年 月 日 利用者名 ケースマネージャー：

最初の目標 <small>(ACTチームととりあえずしたいこと)</small>	
----------------------------------------------------	--

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

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ましょう

SLIDE28

包括的なアセスメントは、「私のしたいこと」ということで行っています。6項目に分かれており、まず、住まいや食事、掃除、買い物、洗濯など、日常生活についての項目があります。次に年金を受給しているかといった経済的なことについて、それから職業・教育に関することについてアセスメントします。その次に社会的支援ということで、交友関係や身近な相談者は誰かということヒアリングし、役所の手続きもしていきます。その次の健康に関することには、精神的健康・身体的健康両方が含まれます。最後はレジャー（余暇）・レクリエーションで、これはその人の趣味や趣向することです。

包括的アセスメント「私のしたいこと」

- 現在の状況→どんなふうになりたいか→そのために使えるものは
- アセスメントの項目
 - 日常生活について
 - 経済的なこと
 - 職業・教育に関すること
 - 社会的支援
 - 健康に関すること
 - レジャー(余暇)・レクリエーション

SLIDE29

始めに、「私の今の状況」がどのような状況なのかを記載していきます。そしてご本人と話をしていく上で、では今の状況に対してどのようなになっているのが良いのか、次はどのようなになりたいか、

包括的アセスメント

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 <small>私はいまどういう状態か？</small>	どんなふうになりたいか？ <small>何をしたいか？どうなっているとよいか？</small>	そのために使えるものは？ <small>私が利用できるもの、私自身がいがせるものは何か。</small>
日常生活について <small>住まい／食事／洗濯／買い物／掃除／整理整頓／入浴／日間の行動……</small>		
経済的なこと <small>金融管理／年金／主保／主な収入／経済的援助……</small>		
職業・教育に関すること <small>就労／教育……</small>		

SLIDE30

今実際に置かれている状況で意外に使えるものはないかといったことを一緒に考え、本人の能力、長所に着目していきます。これは加入後 30 日以内で完成できれば理想的とされています。

包括的アセスメントに基づき、「私のリカバリープラン」というものを作成します。ここで長期目標、短期目標が立てられます。長期目標はだいたい向こう 6 ヶ月、短期目標は 2、3 ヶ月を目安にし、短期目標は長期目標を達成するためのものということで立てています。目標を達成するため、具体的な行動を細かく記載しています。「はじめの一步」に繋がりますが、本人の役割、私たち ACT-J の役割、家族や友人の役割を明確にします。プランが完成し、利用者とチームが納得したところで、利用者、ケースマネジャー、チームリーダー、それから利用者が信頼している人ということで、家族や友人など、計 4 名の署名をいただきます。

「私のリカバリープラン」の作成

- 包括的アセスメントに基づいて
- 長期目標・短期目標
- 地域生活を始めて、30日以内に作成
- 目標を達成するための具体的な行動を記す
 - 本人の役割
 - ACT-Jの役割
 - 家族・友人の役割

SLIDE31

リカバリープラン

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 <small>(6ヶ月後の目標に近づけるために)</small>	私の役割 <small>(目標達成のために責任を持つてすること)</small>	ACT-J チームの役割 <small>(ACT-J チームが私にしてくれること)</small>	友人・家族の役割 <small>(ほかの人が私にしてくれること)</small>	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)

SLIDE32

利用者の週間予定ですが、これは「はじめの一步」よりもう少し長期的な、これから ACT と一緒に行っていく予定表として記載していきます。「はじめの一步」にもありましたが、これから6ヵ月後に達成したい目標に向けて今できることは何かということです。

利用者の週間予定

これからACTと一緒にしていく予定

年 月 日 利用者名 ケースマネージャー:

大きな目標	
6ヶ月後に達成したい目標	

週間予定 (ACTチームとの関わりなど)

	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ましょう

予定の変更などありましたら 047-878-4488(ACT-J オフィス)へご連絡ください。

SLIDE33

支援のプロセスの続きですが、リカバリープランに基づいて週間予定を作成し、それに基づいて支援を行っていきます。支援プランは少なくとも6ヵ月ごとに見直しを行いますが、ニーズや状況は本当にめまぐるしく変化しますので、それを待たずに見直しを行うこともあります。それから、状況に応じて柔軟に対応するというので、危機介入なども行います。家族支援もACT-Jの中では重要だということで、ACT独自の家族心理教室を行ったり、ITTの中で、本人担当のケースマネジャー、家族担当のケースマネジャーのように役割を分けた対応などもしています。24時間対応なので夜間も電話による対応が可能となっています。

支援のプロセス

- リカバリープランに基づいて、利用者の週間予定を作成。
- リカバリープランは、少なくとも6ヶ月ごとに見直し
- 状況に応じて、柔軟な対応
 - 例:危機介入
- 家族支援
 - 家族心理教室
- 夜間も電話による対応が可能

SLIDE34

今後の課題として

- ニーズとダイヤモンドの見極め
- 利用者の持っている力を最大限に伸ばすための支援
- ACT-Jのチームアプローチ
- システムレベルでのチームアプローチ
 - ネットワーク作りの重要性

SLIDE35

今後の課題ですが、まず利用者のニーズとダイヤモンドの見極めを適切に行うということがあります。その難しさは日々改めて感じているところで、この点が非常に重要なこれからの課題として残っています。

また、「利用者の方が持っている力を最大限に伸ばすための支援」を意識すべきです。本来であれば本人ができることでも、チームにたくさんのスタッフがいることで手を掛けすぎてしまうような状況も考えられるため、そのあたりをチームの中で見極めていく必要があります。

それから ACT-J のチームアプローチということで、信頼関係が前提ですが、仲良しグループのようになってしまうのは非常に危険です。例えば相手を傷つけないようにと考えるために、相手の力量などを適切に指摘できないような状況は、利用者の方に対して逆に失礼なのではないでしょうか。この点も重要な問題です。

最後にシステムレベルでのチームアプローチ、ネットワーク作りの重要性と書いてありますが、今の ACT-J は入院中の方に関わる人が多いのですが、やはり主治医や、入院中であれば病棟の看護師、病院のケースワーカーなどの連携が必要になります。また地域生活に戻ると、入院前に関わっていた地域の支援者の方も大勢いらっしゃいますから、その方たちとの連携も非常に大切になります。連携といっても、ただ情報交換のみにとどまり、情報がいつたりきたりしているだけでは、生産的とはいえないでしょう。この際、誰が中心になって利用者を取り巻く支援のネットワークを

コーディネートするかということを確認することが必要です。これは、そのネットワークが適切に機能しているかを確認し、調整しなければならないところは迅速に調整していく役割となると思われます。先に述べたマディソンの例の話をする、「資源がたくさんあるからいいではないか」と意見されることが多々ありますが、連携の仕方によっては資源が少なくてもカバーできるのではないかと感じています。地域で生活していくことを前提に、なんでもひとつのもので解決するのではなく、少ない資源でも協働する、すなわち地域の中でチームを構成して（それがひとつの組織内で作られる必要はないですから）利用者を支援していくことができるのではないのでしょうか。その点で、システムレベルでのチームアプローチは非常に有効な手段だと思います。ただその中で個々の役割を明確にしていくことが重要でしょう。それは ACT のチーム内で個々のスタッフの役割を明確にしていくことと同じことだと思うのです。