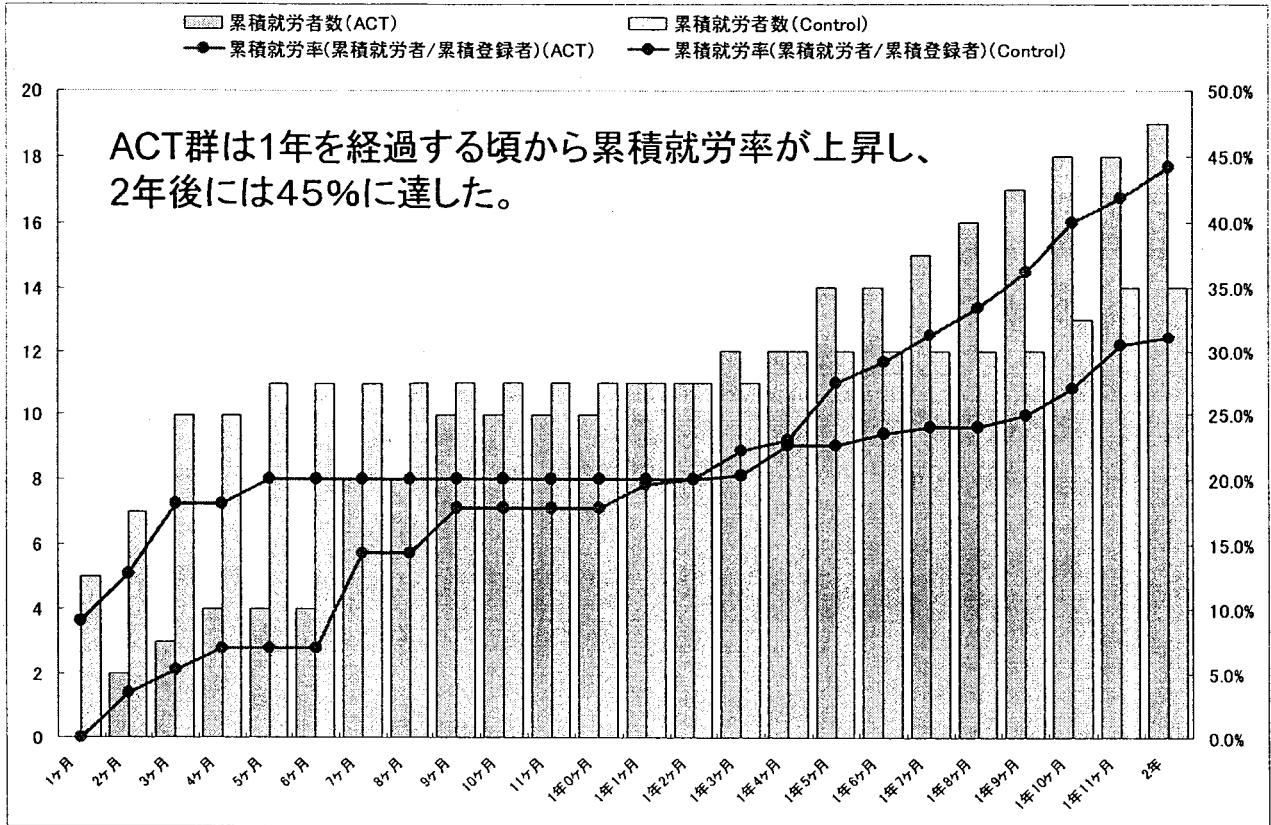


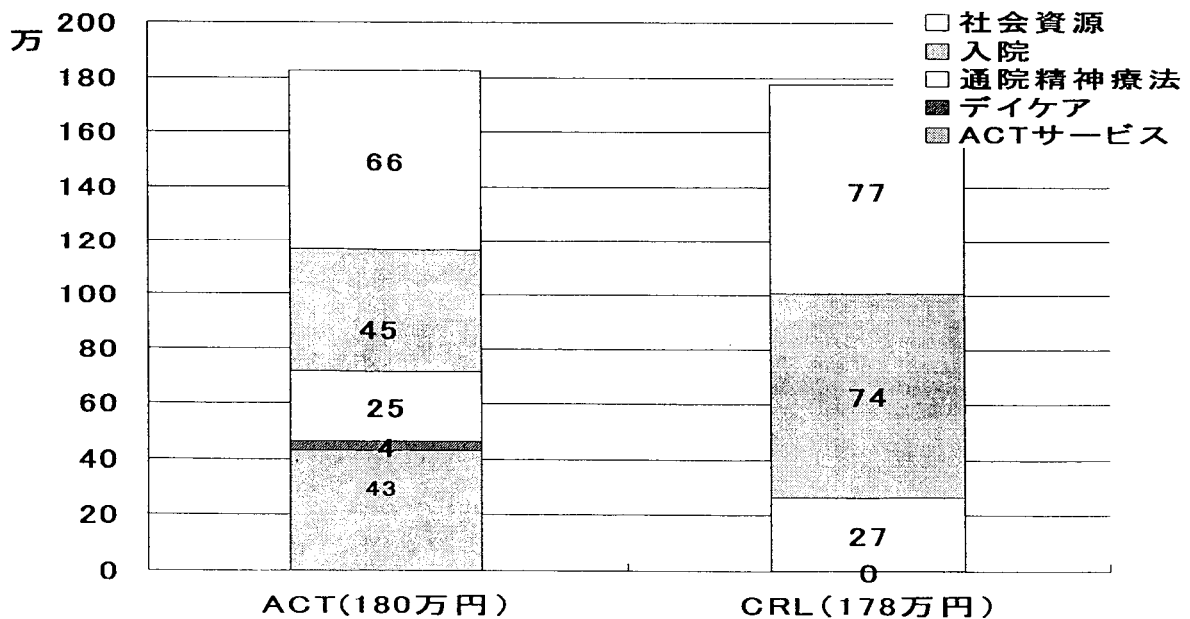
結果：就労率：：基点日からの期間に基づく変化



研究結果：年間コストの比較

(N:ACT56, CRL49)

ACT群は入院費用を抑制するが、総コストの1年間の比較では大きな差がなかった



※通院精神療法及び入院費には薬剤費174,000円が含まれる

※通院精神療法及び入院費には薬剤費230,000円が含まれる

ACT: 日本でのいくつかのモデル

20

ACTの運用可能性

- ACTは訪問看護ステーションを活用することで運用可能
 - 但し、以下の条件が付加されることが必要
 - 対象者が明確
 - チーム精神科医をもつ
 - チームの中に精神保健福祉士ももつ
 - 重症者、合併症を持つものへの複数名訪問が行える
 - 危機介入体制をくめる(バックベツも確保)
 - ケアマネジメントが行われる
 - 治療のゴールとして就労など社会生活の向上を掲げられる
-

21

市川モデル(ACT-J)

- 《設立主体》 NPO法人立訪問看護ステーション
- 《チーム構成》ステーションに、看護師3、作業療法士3（1人は就労支援）、精神保健福祉士1
- 《チーム精神科医》国府台病院所属の精神科医1名・・・主治医担当,密接なコミュニケーション
- 《入り口》 国立国際医療センター国府台病院精神科、市川保健所、松戸保健所
- 《出口》 地域のケアマネジメント・チーム、国府台病院訪問看護、
- 《財源》 訪問看護ステーション収益、県モデル事業(精神保健福祉士人件費)、寄付など

22

京都モデル(ACT-K)

- 《設立主体》訪問型診療所、訪問看護ステーション、NPO法人
- 《チーム構成》精神保健福祉士5、薬剤師1(以上、診療所)、看護師4、作業療法士1(以上、ステーション)
- 《チーム精神科医》診療所医師
- 《入り口》保健所、福祉事務所、地域の精神科診療所
- 《出口》 地域の精神科診療所？
- 《財源》訪問型診療所収益(医師訪問、精神科訪問看護、訪問薬剤管理指導)、訪問看護ステーション収益

23

岡山モデル(ACT-おかやま)

- 《設立主体》精神保健福祉センター
- 《チーム構成》常勤スタッフ1、非常勤スタッフ5(精神保健福祉士、作業療法士、看護師(保健師)、臨床心理士)
- 《チーム精神科医》精神保健福祉センター医師
- 《入り口》保健所、市町村、地域活動支援センター(危機介入)、精神科病院(退院促進)
- 《出口》通院医療機関、地域資源(安定した医療供給、生活支援)
- 《財源》県費

24

今後重要な3つのケアマネジメント

【外来・在宅医療】ACT(包括型地域生活支援プログラム)

【入院・デイケア機関】医療ケアマネジメント

【地域福祉】ケアマネジメント・チーム

25

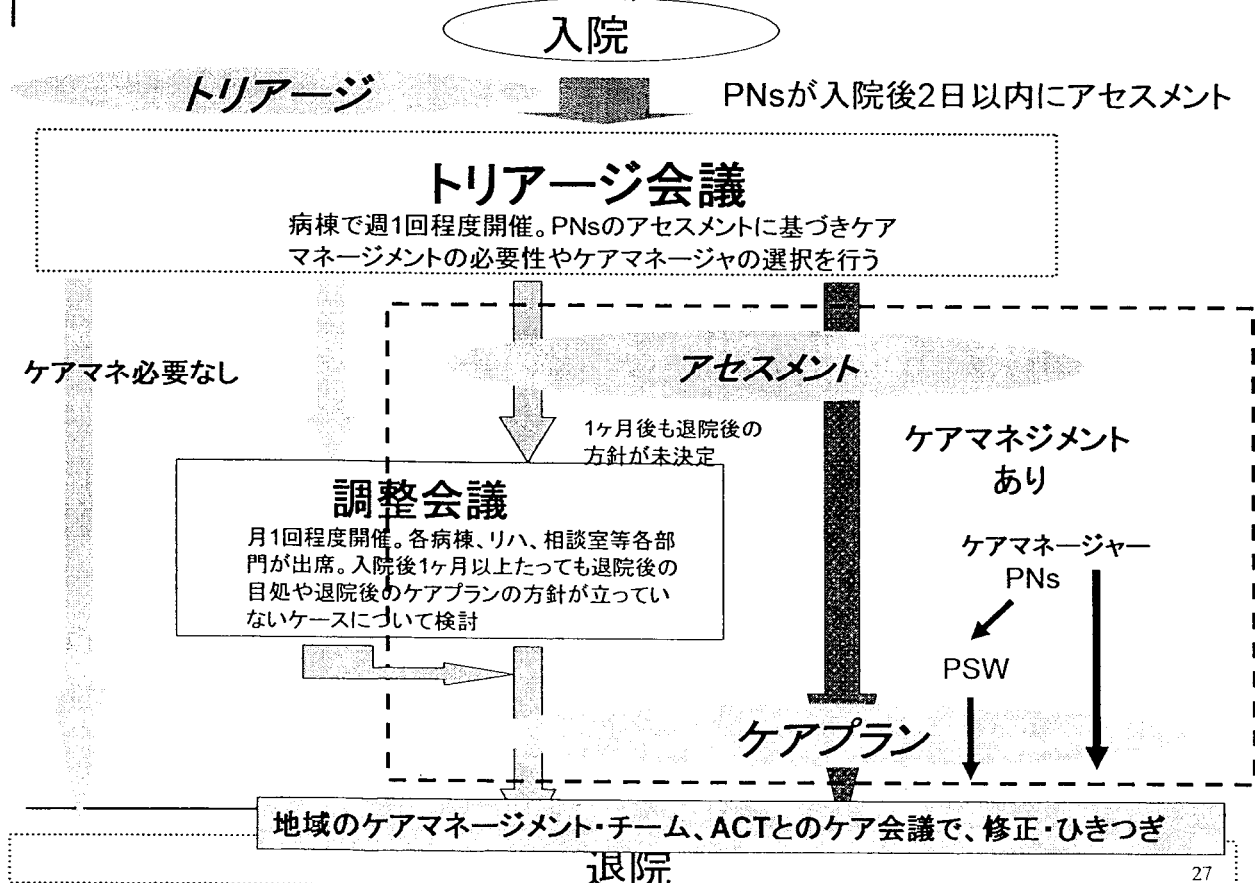
医療ケアマネジメント

(1) 急性期病棟ケアマネジメント

- 急性期病棟に精神保健福祉士を配置。
- 退院後の心理社会的困難が予想される患者に、入院直後から関わり、退院までに、退院後のケアプランを作成。
- 退院前に地域のケアマネジメント・チームやACTとケア会議を行い、退院準備を協働で進める。
- 退院後1ヶ月以内に、ケアマネジメントは地域のケアマネジメント・チームかACTなどに引き継ぐ。

26

病棟ケアマネジメントの流れ



27

医療ケアマネジメント

(2) デイケア・ケアマネジメント

- デイケアはデイホスピタルである
- 長期にわたる支援は自立支援法下の地域活動支援センター、就労継続、就労移行支援事業、生活訓練事業などで行われるようにすることを原則とし、デイケア卒業後の地域ケアマネジメント機能への移行が円滑に行なわれるようにすべき
- デイケア利用中から、地域の社会資源の利用を促進できるように、スタッフがケアマネジメントを行う。
 - デイケアプログラム以外の地域資源も視野に
 - ケア計画を定期的(6ヵ月ごと)に見直し
 - 早期退所、社会資源の活用に努力
- ケアマネジメントは医療と地域生活支援の共通ツール

28

《地域福祉》ケアマネジメント・チーム

- 市町村の総合相談窓口などを訪れた利用者で、複数のニーズがあると判断されたものに対して、ケアマネジメントを行うためのチーム。
- 相談支援員等により構成されるが、原則このチームのスタッフは他のサービス事業から独立し、ケアマネジメントに専従する必要がある。
 - サービス利用計画作成につながらなくても「相談にのる」ことがケアマネジメントの基本

29

《地域福祉》ケアマネジメント・チーム(2)

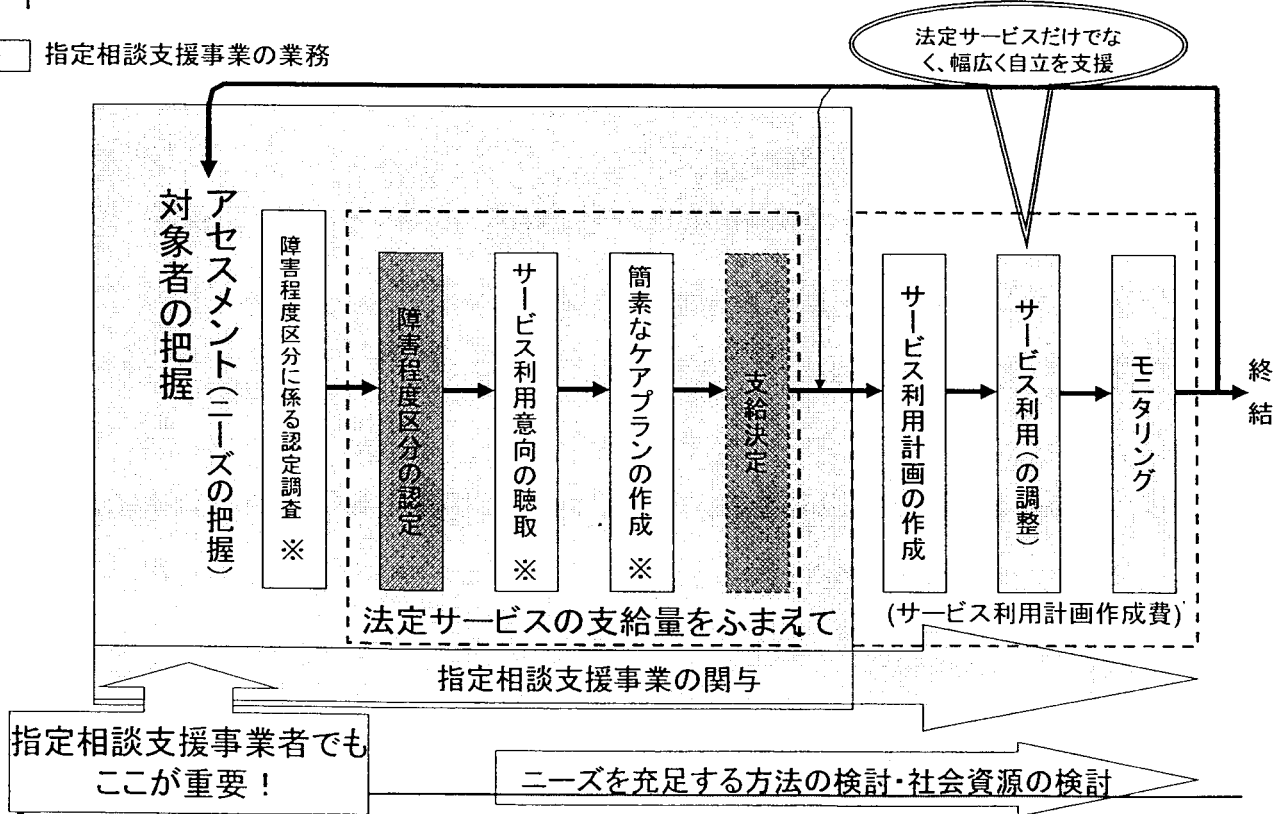
- 「相談」の契約が出来た時点からケアマネジメントは始まる。
 - 関係作り、対面コンタクト、原則生活の場へのアウトリーチ。
 - 利用者のニーズの包括的アセスメント
 - サービス提供する事業者の見学など
 - ケア会議の開催
 - サービス利用計画(案)の作成
- 障害程度区分決定、サービス利用計画作成後も継続支援
 - 利用者のアドボケイト(権利擁護)支援
 - 最低月1回以上の利用者、サービス提供事業者との対面コンタクトによるモニタリング
 - 6ヶ月ごとのサービス利用計画の見直し
- 1年以上安定し、(再入院、再入所などが無い)ニーズが消失したと判断された場合は、ケアマネジメントは終了する。

30

障害者自立支援法でのケアマネジメント制度化と相談支援事業

* 厚労省資料を改編

指定相談支援事業の業務



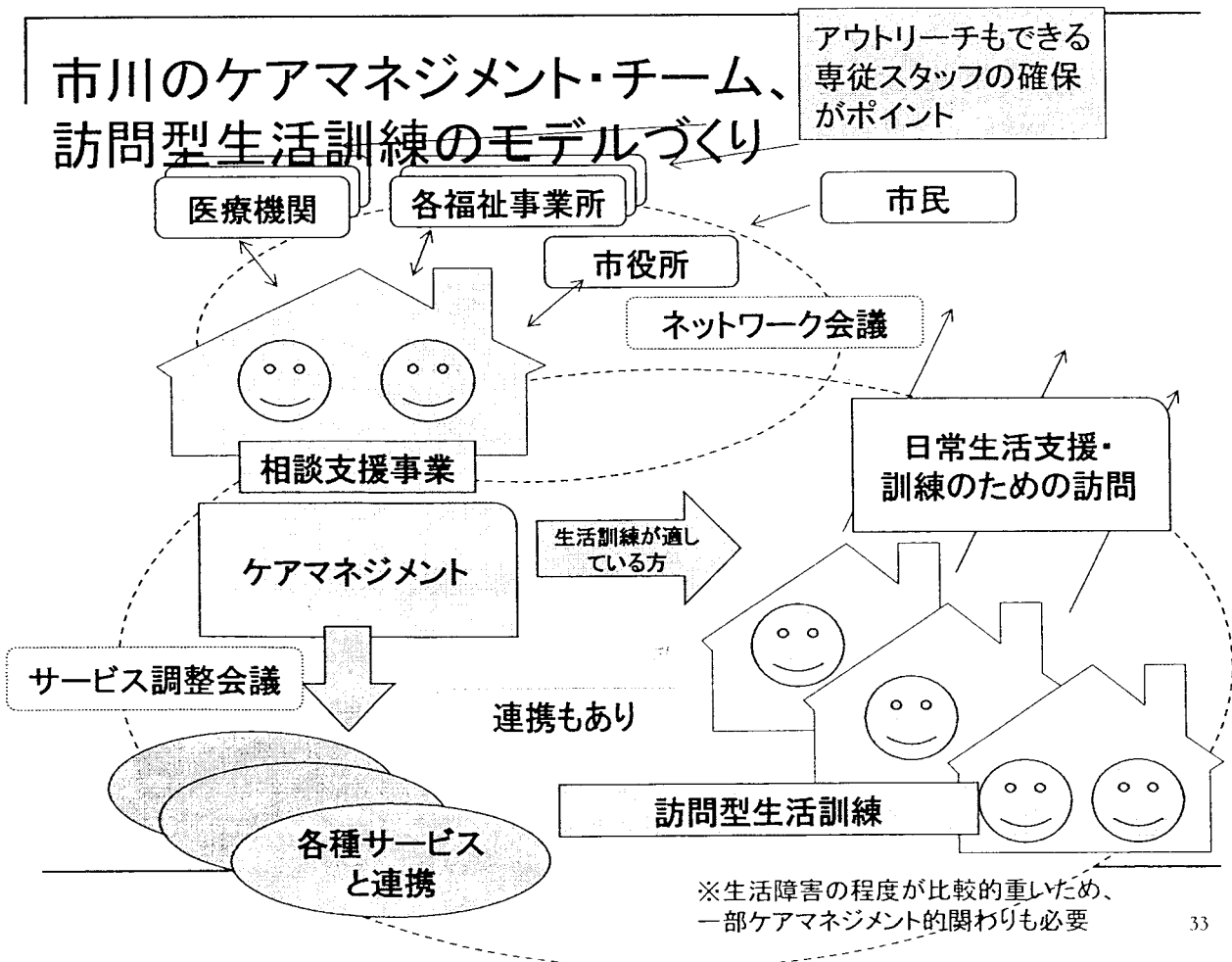
ケアマネジメントの質の向上(地域自立支援協議会の機能)

31

《地域福祉》ケアマネジメント・チーム(3)

- 「ひきこもり」傾向が強く、通所型のサービスを活用できない利用者に対しては、訪問型の生活訓練を適用。
 - ホームヘルプサービス(家事支援)との併用などをおこなないながら、日常生活の向上にむけた支援を実施。
- 医療ニーズが大きくなった場合
 - ACTに移動
 - 通院先の医療機関の精神科訪問看護チームと連携
- 以上の実現のためには、自立支援法の相談支援事業、生活訓練事業の大幅見直しが必要

32



33

まとめ：医療と生活支援をつなぐKEYとしてのケアマネジメント

