

資料 1 :

DACTS 調査関連資料

1-A : 日本語版 ACT 評価尺度 《暫定版》

1-B : 日本語版 ACT フィデリティ評価マニュアル

日本版 ACT フィデリティ評価マニュアル

- 1 フィデリティについて
 - 1.1 フィデリティとは
 - 1.2 なぜフィデリティをはかるのか
 - 1.3 フィデリティ尺度の使い方
- 2 DACTS とは
- 3 日本版 ACT フィデリティ評価者のためのチェックリスト
 - 3.1 サイト訪問の前に
 - 3.2 訪問中
 - 3.3 訪問後
- 4 調査に必要なもの、評価の流れ、心得、スケジュール例
 - 4.1 もって行くもの
 - 4.2 フィデリティ評価の流れ
 - 4.3 訪問調査に当たっての心得
 - 4.4 フィデリティ評価訪問時のモデル的なスケジュール例
- 5 日本版 ACT フィデリティ暫定版各項目の定義、理念、スコアリング
 - 5.1 評価領域 H 人的資源（構造と構成）
 - 5.2 評価領域 O 組織の枠組み
 - 5.3 評価領域 S サービスの特徴

1 フィデリティについて

1.1 フィデリティとは

- ・ Evidence-Based-Practice (EBP) の実施度を測るもので、EBP プロジェクトの各 6 プログラムについてフィデリティ尺度が作成されている。
- ・ EBP の原則や方法論に基づいて、重要な EBP の要素 15～30 について実施度を評価し、実践が意図した通りに実施されているかを具体的に示す。

1.2 なぜフィデリティをはかるのか

- ・ フィデリティ尺度に求められる前提
 - EBP の重要要素を適切に抽出し、実施しているプログラムとそうでないプログラムを区別できること。
 - プログラムの立ち上げ期から成熟した発展期に至るまで、プログラムの進歩をとらえられるよう、十分に鋭敏であること。
 - フィデリティの高いプログラムは低いプログラムよりも効果的であり、コンシューマーのアウトカムが優れていること。
- ・ フィデリティ尺度の活用法
 - プログラムの発展過程をモニタリングすること(これはプログラムが十分に確立した後でも実施することができる)。フィデリティ尺度を日常的に使うことで、プログラムの発展に関する客観的・構造的フィードバックが得られる。

- プログラムの弱点を診断し、長所を明らかにすること。
- プログラム同士を比較すること(個別のプログラムレベルや州レベルで)。

1.3 フィデリティ尺度の使い方

- ・ 我々は、EBP プロジェクトの中で、理解しやすいシンプルなフィデリティ尺度を開発した。5 段階評価形式で、アンカーポイントは行動レベルで設定されており、実践における測定可能な要素が同定されている。
- ・ 独立の複数の評価者が複数の情報源から情報を収集する場合、最も妥当な評価ができる。情報源としては、スタッフへのインタビュー、チームミーティングの観察、記録のレビュー、介入の観察などがある。これらの情報を得るには、サイトを1日かけて訪問することが最適な方法である。評価者は、評価しようとする EBP に精通していなければならない。
- ・ フィデリティ評価は外部の評価者が行うことが望ましいが、プログラム運営者が自己評定として実施することも可能である。自己評定がどの程度妥当であるかは、評定を行う人の評価に関する知識、評価のための正確な情報をどの程度入手できるか、そして評価がどの程度客観的に行われるかによって異なる(もっとも、この点は自己評定以外のいかなる評定においても該当するが)。潜在的なバイアスに適切な注意を払った上で自己評定を行うことが勧められる。このようなバイアスは、評価者がプログラムを良くとらえようとする場合や、評価者が EBP の原則を十分には理解していない場合に生じるものである。
- ・ いくつかの EBP プログラムでは、独立した評価者とプログラム運営者のための尺度の他、コンシューマーや家族を対象としたフィデリティ尺度も開発されつつある。
- ・ EBP を実践しているプログラムの場合、フィデリティ合計得点を用いてフィデリティ評定を経時的にグラフ化することを勧める。それにより、プログラムの経時変化を知ることができる。もしプログラムのフィデリティ得点が上昇していれば、プログラムへの努力が強化されることになる。また、グラフ化することにより、「十分な実施」のカットオフ値に達しているかどうか調べることができる。

2 日本版 ACT フィデリティ尺度とは

2.1 ACT とは

重篤な精神疾患(SMI)を持つコンシューマーにサービスを提供する包括的アプローチ。

- ・ スタッフ一人あたりのクライアント数が少ない。
- ・ オフィス内よりも地域でサービスを提供する。
- ・ ケースをチーム全体で共有する。
- ・ スタッフに 24 時間つながる。
- ・ 全サービスをチームが直接提供する(他機関にリファーするよりも)。
- ・ 無期限のサービス

2.2 日本版 ACT フィデリティの概要

全項目。ACT プログラムの実施の適切さを評価するために開発された。各項目は 5 段階尺度で評定される。アンカーポイントは、様々な実証研究や専門的情報から決定されたものである。

2.3 何が評定されるか

計画や実施予定の行動ではなく、現在の行動と活動に基づいて評価する。

2.4 分析単位

本尺度は、SMI を持つクライアントにサービスを提供している組織が EBP に従っているかどうかを評価するのに適している。特に ACT チームが評価対象となる。ACT チームを有していない機関でこの尺度を用いる時は、それに匹敵するサービスユニットが評価対象となる必要がある(たとえば地域サポートプログラム内の intensive case manager のチームなど)。日本版フィデリティは個人レベルや機関レベルというよりも、チームレベルでフィデリティを評価する。

2.5 どのように評価が行われるか

- ・ 妥当性のある評価を行うには、サイトを直接訪問して、フィデリティ評価を行うべきである。フィデリティ評価には最低 6 時間はかかるが、長ければそれだけ情報を集める機会が増え、したがって評価の妥当性が高まる。データ収集手続きとしては下記のものがある。
 - 記録のレビュー
 - チームミーティングの観察
 - 家庭訪問
 - チームリーダーへの半構造化インタビュー
 - ACT チームの臨床家もデータの重要な情報源。彼らに同行してもらって家庭訪問をすれば、最も情報を得ることができる。
 - スーパーバイザーやコンシューマー
- ・ いくつかの項目では、サービスデータの平均値や中央値を計算することが必要である。
- ・ いくつかの項目では、記録のレビューを行うことが必要だが、その際は記録をランダムに抽出する。(その方法については、後にまとめて記載する)

2.6 新しく設立したチームの評価をどのように行うか

- ・ 立ち上げ期のチームの場合、評価に必要な期間を満たさない場合がある。立ち上げてからの期間に応じて time frame を割り付ける。

2.7 ACT 以外のモデルを用いたプログラムを評価する場合

- ・ 日本版 ACT フィデリティ尺度は ACT モデルに従っているプログラムのためにデザインされている。もしケースマネジメントやその他のプログラムが日本版 ACT フィデリティ尺度を行う場合、該当しない項目もある。評定できない項目がある場合は「1」と評定するのが一般的である。

2.8 誰が評価するか

- ・ 機関やプログラムの内部、または外部のレビューグループ。どちらでも可。
- ・ 内部評価の場合、印象ではなく、確かな証拠に基づいて客観的な評価を行うことが大切。客観性を高めるよう、レビュープロセスを選択する方がよい(サービス提供に中心的には関わっていないスタッフに関与してもらうなど)。
- ・ 外部評価の場合、プログラムをよく知っていて、かつ独立である評価者が望ましい。客観的で能力のある評価者を選択する必要がある。

2.9 欠損値

- ・ この尺度は完全に、どの項目も欠損せずに実施するようデザインされている。評価者は、すべての項目について必要な情報を得なければならない。インタビューへの回答を詳細にメモしておくことも重要である。もしサイト訪問の際に得られなかった情報があったら、後日それを集めることが重要である。

3 日本版 ACT フィデリティ評価者のためのチェックリスト

3.1 サイト訪問の前に

マニュアルの確認

必要があればこのシートを改訂してもよい。

フィデリティ評価の時間割を作成する

サイトを訪問する前から訪問する時までのすべての必要な作業をピックアップし、フィデリティ評価の時間割を作成する。たとえば、インタビューの日時をサイト側に確認するための電話も、時間割に含まれる。

キーパーソンとの調整

プログラムの窓口担当者となってくれる人を設定する。その人がキーパーソンとなって、評価者の訪問をアレンジ

し、評価の目的と範囲をプログラムスタッフに伝える。これは多くの場合、ACT team leader である。臨床家の忙しさに配慮して、あらかじめ十分にスケジュールを組んでおく方が丁寧である。

評価についての共通理解を site 側と確認する。

フィデリティ評価チームはそれぞれのプログラムサイトに、フィデリティ評価の目標を伝えなければならない。また、評価報告書を誰が見るか、プログラムサイトがその情報を受け取ることができるかどうか、どのような情報が提供されるのかについても、プログラムサイトに伝えなければならない。フィデリティ評価が最も成功するのは、評価者とプログラムサイト側が、評価の目標を「プログラムが EBP に従ってどのように進歩しているかを理解する」ことだと共通に認識している場合である。もし管理者や実務スタッフが、よい評点を得られないために助成金を失ったり悪く見られたりすることを恐れているなら、データの正確さは低下してしまう。すべての立場の人々が、本当のを知ることに関心を持つことが、最も望ましい。

事前に必要な情報を提示しておく

フィデリティ訪問のときに何が必要かを示す。評価の目的の他、どんな情報が必要か、誰と話す必要があるか、インタビューや訪問するにはどれくらいの時間が必要か、を簡単に伝えておくことが必要だろう。チームリーダーに以下の情報をあらかじめ可能な限り集めておいてもらえれば、フィデリティ訪問を非常に効率よく行うことができるだろう。

- ・ACT スタッフのリスト(役割、常勤換算スタッフ数)
 - ・過去 12 ヶ月における各月のスタッフ欠員状況(プログラムが 1 年たっていないければ、現在までの間)
 - ・過去 2 年間にチームをやめたスタッフの数(プログラムが 2 年たっていないければ、現在までの間)
 - ・チームのエントリー基準が記述されたもの
 - ・ACT クライエントのリスト
 - ・重複診断を持つクライアントのリスト
 - ・過去 6 ヶ月間における、ACT プログラムの各月の新ケース数
 - ・過去 1 年間にプログラムを終了したクライアントの数。以下のカテゴリーに分類。
卒業(有意に改善したために終了) / 転居 / クライエントがサービスを拒否したか、チームがその人を見つけられない / 死亡 / その他(具体的に)
 - ・精神科病院に入院したクライアントを新しい順に 10 人リストアップ
 - ・精神科病院を退院したクライアントを新しい順に 10 人リストアップ
 - ・ケアつきのグループホームに住んでいるクライアントの数
 - ・ACT チームが私的サポートネットワーク(家族、大家さんなど)に少なくとも 1 回以上コンタクトをとったクライアントの数(インタビューの際、名前のリストがあるとチームリーダーにとって便利)
- これらの全ての情報がそろわなくてもフィデリティ評価はできることをチームリーダーに伝えること。どの情報がより重要かも示しておく方がよい。

訪問中、チームミーティングを 1 回は見学する必要があることを担当者に伝える。

いつ訪問するかをスケジュールする時に重要。

20 ケースの記録が必要であることを伝える。

時間的効率を上げるためには、ランダム手続きを用いて前もってケースを選んでおいてもらうとよい。意図的に選んだり記録を追加したりする可能性もあるが、「プログラムがサービスをどのように実施しているかをより良く理解すること」という評価目的が共有されていれば、そういったことが生じることは少ないであろう。

3.2 訪問中

訪問先の人が使っている用語を評価者も使う。

たとえばコンシューマーのことをメンバーと呼んでいたら、評価者もそう呼ぶ。臨床家のことを実践家と呼んでいたら、評価者もそう呼ぶ。そうすることでコミュニケーションがスムーズになる。

すべての関連プログラム名、総コンシューマー数、総臨床家数を記録する。

記録のランダムサンプルを入手する。10 ケースをランダムに選ぶ。

記録レビューを行うケースをランダムに選択する方法

チームリーダーにケースをあらかじめランダムに 20 ケース選んでおいてもらい、そこから評価者が更に 10 ケースをランダムに選ぶ。

ID リストを作成しておいてもらい、そこから評価者が 10 ケースを選ぶ。

例(推奨) : 総ケース数を約 10 で割る(65 ケースなら「6」)

リストの始めから 6 番目毎にケースをピックアップし、10 人選ぶ。

サンプリングでは、最も代表的なサンプルを選ぶことが重要である。例えば、その施設がサービスの密度に応じてクライアントを割り当てている場合、クライアント数の比率に応じたサンプリングを階層的に行う。

例(推奨) : 全クライアント数が第一段階 50 人、第二段階 30 人、第三段階 20 人である場合

第一段階から 5 人、第二段階から 3 人、第三段階から 2 人を選ぶ。

情報の不一致についての確認

情報源によって得られた情報が異なる場合、その領域についての実施状況をより良く知るために、チームリーダーに質問をする。できるだけ解決しておくこと。最もよくみられる乖離としては、チームリーダーへのインタビューの際、記録や観察データが示しているよりも、チームの機能について理想的な答えをしてしまうということがある。このような乖離を理解し、解決するためには次のような質問をするとよい。「私たちが記録をレビューしたところでは、オフィスでの接触が % となっています。しかしあなたの見積もりではそれは % でした。この違いをどのように解釈されますか？」

欠損値の確認。

帰る前に欠損値を確認する。訪問終了時に、できればプログラムリーダーと一緒に乖離を確認し、解決できるとよい。

3.3 訪問後

追加の情報収集

欠損値があったら、後日、追加で情報を集める。電話やメールなど。また、訪問が終了してから気付いた情報源間の乖離について、チームリーダーと議論することも含まれる。

評価の比較

複数の評価者が評価する場合、両者が独立に評価を行う。そして得点を比較し、合議によって評定を決める。

得点を記録

得点を記録し、実施レベルを評定(スコアシート)

フォローアップレターを送る

フォローアップレターを送る。多くの場合、フィデリティ得点、評価の解釈、プログラムの長所、短所を説明したフィデリティレポートが送付される。報告書は、有益な情報が記載されており、事実に基づいていて、建設的である必要がある。送り先は目的によって異なるが、典型的には評価に関わった主な管理者が含まれる。

グラフ化する

フィデリティを繰り返し評価する場合、グラフ化すると役立つことが多い。これをフィードバックレポートに含める。

4 調査に必要なもの、評価の流れ、心得、スケジュール例

4.1 もって行くもの

- 調査依頼状
- 日本版 ACT フィデリティ事前情報収集リスト（事前にメールで記入依頼をするが念のため）
- 日本版 ACT フィデリティマニュアル
- 日本版 ACT フィデリティ評価情報収集票

4.2 日本版 ACT フィデリティ評価の流れ

下記の情報収集を可能なだけ行い、「事前情報収集リスト」と「情報収集票」に記入する。

- チームミーティングの観察
- チームリーダーからのオーバービュー説明
- 訪問同行、同行先での利用者・家族へのインタビュー
- 【必須】臨床活動の記録の確認（情報収集票の p7 を使用します）
- スタッフのインタビュー
- 【必須】チームリーダーのインタビュー（情報収集票の p2～p6 を使用します）
- フィードバック

その上で、「尺度本体」に記入する。

4.3 訪問調査に当たっての心得

- 関係作り・関係性を大切に！
- 臨床業務の忙しい中、時間を割いてくれていることに、感謝の意を表現する。通常業務の妨げにならないよう、注意を払う。
- フィデリティをしっかりと測ろう！と、意気込みすぎると、先方も評価されていることを必要以上に感じて負担を感じやすくなる。厳密に調査することにエネルギーを費やし過ぎないようにする。後で電話やメールで調査して補足することもできる。
- 調査項目を埋めることよりも、チームのストレングスを見つけることにエネルギーをかける。
- フィードバックの際にまで褒めることをとっておくのではなく、随時良いと思ったことは表現する。
- 「取調べ」調にならないように、相互のコミュニケーションを大切にする。
- 先方のニーズに応じて、コンサルテーションを行う。（わからないことは、後日フィードバックすることを伝える）先方チームの連絡窓口（担当者）を明確に。
- 「できていること」「今後の課題」を明確にして、伝える。
- 「課題」に関しての解決法をこちらからのみ伝えるのではなく、一緒に考えるスタンスで。

4.4 日本版 ACT フィデリティ評価訪問時のモデル的なスケジュール例

1) 午前中

- プログラムミーティングの 30 分以上前に到着
- 「事前に必要な情報リスト」の資料を一覧する
 - 利用者数の把握、 スタッフ数の把握、 リーダーの把握、 職種構成の把握
 - 面接すべきスタッフ候補を検討
- ケース記録の状況・様式などを把握、10 ケースの記録の準備状況を確認

- ・ プログラムミーティングに参加し、観察する
- ・ 1日のスケジュールの相談、訪問先・面接するスタッフの相談
- ・ 訪問に同行する（1～2件）
- ・ 訪問中に利用者、家族から話を聞く（主に訪問終了時）
- 2) 昼食時
 - ・ スタッフとの雑談の中から、必要な情報を把握する
 - ・ ケース記録などに目を通す。必要な情報がどこに記録されているかを把握する。
- 3) 午後
 - ・ 訪問に同行する（1～2件）
 - ・ 記録のレビュー
- * 10 ケースの記録を無作為に選択
 - H2) チームアプローチ、O4) 救急の責任性、S1) 地域ベースのサービス、S4) サービスの量、S5) 関わりの頻度、S6) インフォーマルケアへの関わりについて情報収集
- * 最近 10 例の入院、退院事例の記録について確認
- * H4) リーダーの関わりに関する記録の確認
 - ・ チームリーダーとの面接（30分～1時間）
 - ・ チームスタッフとの面接（各30分以内）
 - 看護師、職業専門家、当事者スタッフがいれば、それぞれに話を聞く
 - スタッフの都合により、昼食前、昼食時間帯などに短時間の面接を行っても良い
 - ・ 記録の整理
- 4) 夕方
 - ・ 評価結果のフィードバックとコンサルテーション

5 日本版 ACT フィデリティ評価各項目の定義、理念、スコアリング

評価領域 H 人的資源（構造と構成）

H1 少人数担当制				
臨床家 1 人当り 50 人以上の利用者	35-49	21-34	11-20	臨床家 1 人当り 10 人以下の利用者
定義	クライアント：提供者の割合は 10:1			
理念	サービスの密度、個別性を確保するため、コンシューマー：スタッフの比を低く保たなければならない（1：10）			
情報源	<p>a) チームリーダーへのインタビュー：チームリーダーにすべてのチームメンバー、その人たちの役割、常勤かどうかを同定してもらうことからインタビューを始める。このリストから、常勤換算スタッフ数を計算し、チームリーダーに確認する。質問例：「ACT チームには何人のスタッフが働いていますか」「チームがサービスを提供しているコンシューマーは何人いますか」ケース数は、すべての“active”なクライアントを含める。たとえ先週入ったケースでも、正式に入った人であれば、すべてのクライアントを入れるべきである。“active”の定義は各チームで決めるが、ここでのケース数は「訪問数」などの他の指標にも反映することに注意。</p> <p>b) 機関の文書：機関が保管しているクライアントリストなどを活用する。</p>			
評定方法	評定方法：直接サービスを提供しているすべてのチームメンバーをカウントする。精神科医や運営サポートスタッフは含まない。所属しているスタッフでも、3ヶ月以上チームを離れている場合はカウントしない。			

H2 チームアプローチ				
1週間で複数のスタッフと対面コンタクトのあった利用者は10%未満	10-36%	37-63%	64-89%	1週間の間に2人以上のスタッフと対面コンタクトのあった利用者が90%以上
定義	提供者グループは個人の実践家としてよりもチームとして機能する。臨床家(チーム精神科医も含む)はすべてのクライアントを知って関わる。			
理念	チームは各クライアントへの責任を共有しなければならない。各臨床家はそれぞれの専門性を適切に役立てる。チームアプローチはクライアントへのケアの継続性を保証し、実践家にとっては支持的な組織環境を創り出す。			
情報源	<p>a) 記録レビュー(優先): 10 ケースをランダムに選択。最近 2 週間に各クライアントと対面コンタクトのあったスタッフ数をカウント。この期間内に 2 人以上のスタッフと対面コンタクトのあったケースの割合を算出。</p> <p>b) チームリーダーインタビュー: 「典型的な 2 週間を思い浮かべてください。チームメンバーの 2 人以上が会ったクライアントは全体の何パーセントだと思いますか」</p> <p>c) 臨床家インタビュー: 家庭訪問の時、ケースマネジャーに、ACT チームメンバーがこのクライアントに今週会ったかどうか、先週はどうか、このパターンは他のクライアントでも同様かを尋ねる。</p> <p>d) クライアントインタビュー: 「今週あなたは、ACT チームの中の誰と会いましたか」「先週はどうですか」「あなたは ACT チームの同じ人に繰り返し会っていますか、それとも他の人たちにも会っていますか」</p> <p>e) その他</p>			
評定方法	記録のレビューを第一の情報源とすること。もし情報源によって情報が異なる場合は、チームリーダーにその乖離について尋ねること。なお、チーム精神科医もスタッフ数に含む(チーム精神科医の外来も含む)。			

H3 プログラムミーティング				
各利用者に対するプログラムサービスの計画立案は月1回以下	月2回以上週1回未満	週1回以上2回未満	週2回以上4回未満	週4日以上ミーティングを行い、毎回、簡単にでも各利用者について振り返りをしている
定義	各クライアントのサービスを計画したり振り返ったりするためのミーティングを頻回に行う			
理念	毎日のチームミーティングにより、クライアントについて議論でき、問題を解決し、援助計画を立て、リハビリテーション努力を行い、全てのクライアントが最適なサービスを受けているかを確認できる。			
情報源	a) チームリーダーインタビュー：「各クライアントへのサービスを振り返るための ACT グループ全体のミーティングはどのくらいの頻度で開かれていますか」「1回のミーティングで何人のクライアントの振り返りを行いますか」 b) 内部記録			
評定方法	臨床的振り返りミーティングのみをカウントし、運営会議や援助計画会議は含まない。参加頻度の基準は、常勤=全ミーティング、精神科医=最低週1回、非常勤=最低週2日 ミーティングへの参加状況がよくなっても得点には響かないが、記録には記載される。			
H4 チームリーダーも実践を行う				
チームリーダーはサービスを提供していない	チームリーダーはバックアップとしてたまにサービスを提供することもある	チームリーダーはバックアップとしては日常的にサービスを提供している、または25%未満の時間でサービスを提供している	チームリーダーは通常25-50%の時間でサービスを提供している	チームリーダーは50%以上の時間でサービスを提供している
定義	第一線の臨床家のチームリーダーも直接サービスを提供する			
理念	クライアントのアウトカムに最も強く影響する5要因のうちの一つ。チームリーダーも直接臨床的な接触を行うことで、臨床的介入をより適切にでき、チームがサービスを提供しているクライアントに関与し続けることができる。			
情報源	a) チームリーダーインタビュー：「あなたはクライアントに直接サービスを提供していますか」「あなたの勤務時間の何パーセントくらいを、直接サービスに向けていますか」 b) 内部記録：機関で保管している書類があれば、前の月の記録を見せてもらう。			
評定方法	口頭報告よりも記録を重視すること。もし乖離があれば、チームリーダーに尋ねる。なお、訪問時の移動時間も直接サービスの時間に含める。			

H5 スタッフの継続性				
2年間で80%以上の離職	2年間で60-80%の離職	2年間で40-59%の離職	2年間で20-39%の離職	2年間で20%未満の離職
定義	プログラムは同じスタッフを維持する			
理念	同じスタッフを維持することはチームの凝集性を高める。また、クライアントとサービス提供者との治療関係を増す。			
情報源	a) チームリーダーインタビュー：前もって、過去2年間のスタッフリストを用意してもらう。「ACTチームのスタッフのポストは全部でいくつありますか(常勤・非常勤についても詳しく)」「過去2年間に辞めたスタッフの名前を挙げてください」(プログラムができてから2年経っていない場合には、以下の式で調整する)			
評価方法	<p>通常の評価方法</p> $\frac{\text{辞めたスタッフ数}}{\text{ポスト数}} \times 100$ <p>プログラムができてから2年経過していない場合</p> $\frac{\text{辞めたスタッフ数}}{\text{ポスト数}} \times \frac{24}{\text{プログラムができてから経過した月数}} \times 100$ <p>プログラムのポスト数自体に変化があった場合</p> $\frac{\text{辞めたスタッフ数}}{\text{各月のポスト数の平均}} \times 100$ <p>所属していても3ヶ月以上チームを離れている場合は「辞めたスタッフ数」にカウント。</p>			
H6 スタッフの欠員がないこと				
プログラムは過去12ヶ月間において50%未満のスタッフで運営していた	50-64%	65-79%	80-94%	プログラムは過去12ヶ月間において定員の95%以上のスタッフで運営していた
定義	プログラムはスタッフの欠員なしで運営されている			
理念	継続的に多職種協働サービスを維持するには、欠員は最小限でなければならない。			
情報源	a) チームリーダーインタビュー 過去1年間における各月の欠員ポストのリストをあらかじめチームリーダーに用意してもらおう。(あるいはプログラムを立ち上げてから現在までの間) 「1月には、スタッフの欠員はありましたか」「それは何人ですか」順に聞いていく。 「過去1年間に1ヶ月以上職場にいなかった人はいますか(病欠や産休もカウントする)」			
評価方法	$\{ (\text{毎月の欠員の合計}) \div (\text{ポスト数} \times 12) \} \times 100$ <p>精神科医は含むが、運営サポートスタッフは含まない。</p>			

H7 精神科医がスタッフにいること				
100人の利用者対象のプログラムに、精神科医が常勤換算で0.10人未満	利用者100人につき0.10-0.39人	利用者100人につき0.40-0.69人	利用者100人につき0.70-0.99人	利用者100人につき、1人以上の常勤精神科医が直接割り当てられている
定義	クライアント100人につき1人以上の常勤精神科医が割り当てられている。 <u>週16時間勤務</u> を精神科医の常勤とする。			
理念	精神科医=医学的ディレクター。医学的モニタリングに加えて、完全なチームメンバーとして治療計画に参加し、リハビリテーション努力を行う。			
情報源	a) チームリーダーインタビュー b) 臨床家インタビュー：「チーム内での精神科医の役割は何ですか」「精神科医はミーティングに来ますか」「精神科医は容易に連絡を取ることができますか」「精神科医はACTチームにいない患者も診察していますか。その患者数はおよそ何人ですか。」 c) クライアントインタビュー：「あなたはチーム精神科医にどのくらいの頻度で会いますか」「あなたはACTチーム精神科医を服薬のために活用しますか」			
評定方法	$(\text{常勤換算精神科医数} / \text{援助しているクライアント数}) \times 100$ 基準を満たしていても、クライアントや臨床家が一貫して、コンサルテーションが受けられないと報告する場合は、より低い評定が適切である。			
以下のH8～H11では、所属していても3ヶ月以上チームを離れている場合は、その人は専門スタッフとしてカウントしない。				
H8 看護師がスタッフにいること				
100人の利用者対象のプログラムに、看護師が常勤換算で0.2人未満	利用者100人に対して常勤換算で0.20-0.79人	利用者100人に対して常勤換算で0.80-1.39人	利用者100人に対して常勤換算で1.40-1.99人	100人の利用者対象のプログラムに常勤看護師が2人以上いる
看護師がいない	利用者100人に対して常勤換算で0.1-0.9人	利用者100人に対して常勤換算で1.0-1.9人	利用者100人に対して常勤換算で2.0-2.9人	100人の利用者対象のプログラムに常勤看護師が3人以上いる
定義	100人のクライアント対象のプログラムに3人以上の常勤看護師がいる			
理念	ACTプログラムの成功のためには、常勤の看護師がいることが重要な要素である。看護師は完全なチームメンバーとして機能し、家庭訪問、援助計画、毎日のチームミーティングに参加する。服薬援助をすると共に、大切な服薬問題についてチームを教育することができる。			
情報源	a) チームリーダーインタビュー b) 臨床家インタビュー：「チーム内での看護師の役割は何ですか」「その人はミーティングに来ますか」「その人は連絡を受ける準備ができていますか」「看護師がACTチーム以外に責任を負っていたり、ACTチーム以外のクライアントを担当していたことはありますか」 c) クライアントインタビュー：「チームの看護師にどのくらいの頻度で会いますか」			
評定方法	$(\text{常勤換算看護師数} / \text{援助しているクライアント数}) \times 100$			

H9 物質依存専門家がスタッフにいること				
100人の利用者対象のプログラムにつき、物質乱用専門家が常勤換算で0.2人未満	利用者100人に対して常勤換算で0.20-0.79人	利用者100人に対して常勤換算で0.80-1.39人	利用者100人に対して常勤換算で1.40-1.99人	物質乱用治療のトレーニングもしくはスーパーバイズを受けた物質乱用治療の経験が1年ある常勤職員が2人以上
100人の利用者対象のプログラムにつき、物質乱用専門家が常勤換算で0.2人未満	利用者100人に対して常勤換算で0.25人以下	利用者100人に対して常勤換算で0.5-0.74人	利用者100人に対して常勤換算で0.75-0.99人	物質乱用治療のトレーニングもしくはスーパーバイズを受けた物質乱用治療の経験が1年ある常勤職員が1人以上
定義	100人のクライアント対象のプログラムにつき、物質乱用治療について1年間訓練を受けたか臨床経験のあるスタッフが1人以上いる			
理念	SMIを持つ人が物質依存を合併することは多く、適切なアセスメントと介入戦略が重要。			
情報源	a) チームリーダーインタビュー 「物質乱用専門家が何人いますか。そのスタッフは、物質乱用治療のトレーニングもしくはスーパーバイズを受けた経験が1年以上ありますか。」			
評定方法	(常勤換算物質依存専門家数 / 援助しているクライアント数) × 100			
H10 職業専門家がスタッフにいること				
100人の利用者対象のプログラムにつき、職業専門の常勤職員が0.2人未満	利用者100人に対して常勤換算で0.20-0.79人	利用者100人に対して常勤換算で0.80-1.39人	利用者100人に対して常勤換算で1.40-1.99人	職業リハビリテーションのトレーニングもしくはスーパーバイズを受けた職リハの経験が1年ある常勤職員が2人以上
定義	職業リハビリテーションとサポートについて1年以上の訓練を受けたか臨床経験があり、かつ、勤務時間の過半数を就労支援に費やすスタッフが、プログラムに2人以上いる			
理念	ACTチームは普通の状況における技能獲得や支援を重要視する。完全なACTチームは職業サービスを行い、クライアントが普通の働く場で仕事を見つけ、維持できるよう援助する。			
情報源	a) チームリーダーインタビュー 「職業専門家(ES)が何人いますか。そのスタッフは、職業リハビリテーションのトレーニングもしくはスーパーバイズを受けた経験が1年以上ありますか。」			
評定方法	(常勤換算職業専門家数 / 援助しているクライアント数) × 100			

H11 プログラムのサイズ				
プログラムの常勤換算 スタッフは 2.5人未満である	2.5-4.9人	5.0-7.4人	7.5-9.9人	プログラムに常勤換算 職員が10人以上いる
定義	プログラムが十分なサイズであり、多様で包括的なスタッフ配置を一貫して提供できること。			
理念	包括的で個別的なサービスをそれぞれのクライアントに提供するためには、適切なスタッフ数と専門性を維持することが重要である。			
情報源	a) チームリーダーインタビュー ここでは、チーム精神科医をスタッフ数に含む。			
H12 専従の常勤職の割合				
30%未満のスタッフが 常勤かつプログラム専 従である	30%-49%	50%-69%	70%-89%	90%以上のスタッフが 常勤かつプログラム専 従である
定義	プログラムのスタッフがプログラムに専従で勤務しており、その他の業務について責任がないこと。			
理念				
情報源	a) チームリーダーインタビュー ここでは、チーム精神科医はスタッフ数に含めない。			
評価方法	$(\text{臨床スタッフ数} \div \text{常勤かつ専従スタッフ数}) \times 100$			

評価領域 ○ 組織の枠組み

○1 明確なエントリー基準

<p>プログラムには基準がなく、プログラムの外部で決定されたどんなタイプのケースも受け入れている</p>	<p>プログラムには一般的に定められた使命はあるが、エントリープロセスは組織の都合によって左右される</p>	<p>プログラムは対象に定められた利用者を探し選択する努力はしているが、リファアーの多くを受け入れる</p>	<p>プログラムは概して積極的にリファアーを求めスクリーニングするが、組織の圧力に従うこともある</p>	<p>プログラムは定められた対象者を積極的にリクルートし、全てのケースは明確なエントリー基準に従っている</p>
<p>定義</p>	<p>プログラムには特定の人たちを対象とするために明確に定義された使命があり、測定可能かつ操作的に定義された基準を用いて適切でないリファアーを除外する。</p>			
<p>理念</p>	<p>基準の例・・・頻回入院のパターン / 救急サービスの頻繁な利用 / 長期入院から退院した人 / 物質使用障害との合併 / ホームレス / 犯罪裁判制度に関わった人 / 処方に対して服薬を遵守しない人 / 通常精神保健サービス（デイケアなど）では効果がない人</p>			
<p>情報源</p>	<p>ACT が最も適しているクライアントとは、より密度の少ない精神保健サービスでは有効ではない人である。</p>			
<p>情報源</p>	<p>a) チームリーダーインタビュー：「あなたの ACT チームでは、ターゲット人口が明確に定義されていますか」「クライアントをスクリーニングするために、どのような正式なエントリー基準を用いていますか」「これらの基準をどのように適用していますか」「誰が ACT チームにリファアーしますか」「ある人を ACT チームのサービスに受け入れるかどうかを最終的に決めるのは誰ですか」「ACT チームに導入するクライアントを見つけるためにどのような募集手続きを行いますか」「ACT サービスのような密度の高いサービスは本当は必要ないとあなたが思う ACT クライアントはいますか」</p> <p>b) 臨床家インタビュー：「どのようにして ACT チームのクライアントを受け入れますか」</p> <p>c) 内部記録</p>			

○2 新規エントリー数

最近 6 ヶ月で最もエントリーが高かった月は 15 人より多い	13-15	10-12	7-9	最近 6 ヶ月間で最もエントリー数が高かった月は 6 人以下		
定義	安定したサービス環境を維持するために、プログラムはクライアントの新規エントリーを低率に抑える。					
理念	一貫して個別的な包括的なサービスを提供するには、クライアントの増加率を低くすることが必要である。					
情報源	a) チームリーダーインタビュー：「過去 6 ヶ月間に、1 ヶ月当たり何人のクライアントを新規に受け入れましたか」					
評定方法	1 ヶ月前	2 ヶ月前	3 ヶ月前	4 ヶ月前	5 ヶ月前	6 ヶ月前
	人	人	人	人	人	人
立ち上げたばかりのチームではこの項目のスコアは低いかもしれないが、時間の経過につれて改善するだろう。						

○3 治療サービスに対する完全な責任

プログラムはケースマネジメントと精神科サービス以外提供していない	プログラムは5つの付加的サービスのうち1つ提供し、ほかは外部に委託している	プログラムは5つの付加的サービスのうち2つ提供し、ほかは外部に委託している	プログラムは5つの付加的サービスのうち3つまたは4つ提供し、ほかは外部に委託している	プログラムはこれら5つの付加的サービスを全て提供している
定義	プログラムではケースマネジメントと精神科サービスに加え、カウンセリング・心理療法、住居支援、物質乱用治療、就労、リハビリテーションサービスを直接提供する。			
理念	サービスが一つのチームに統合されている場合、クライアントが受ける利益は大きい。また、アプローチを統合することにより、サービスをそれぞれのクライアントに合わせた形で提供することができる。			
情報源	<p>a) チームリーダーインタビュー：「クライアントはACTチーム以外の精神科医に診てもらっていますか」「ケアつきグループホームに住んでいる人はいますか。いる場合は、何人ですか。」「ケースマネジメントサービスやリハビリテーションサービスはどんな性質のものですか。」「ACTでないケースマネジメントサービスを別個に受けている人は何パーセントいますか」「これから読み上げるサービスのうち、クライアントが他の機関や部署からサービスを受けているものを教えてください。また、あなたのチームで直接提供しているサービスを教えてください。」(チェックする)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本サービス <ul style="list-style-type: none"> ケースマネジメント(アセスメント、マネジメント、モニタリング、記録) 精神科サービス(個人精神療法、薬の処方、管理) ・DACTS 評価用5項目 <ul style="list-style-type: none"> カウンセリング・心理療法 住居支援・コーディネート 物質乱用治療 就労支援 リハビリテーションサービス(ADL、社会的、対人的関係、余暇等に関する技能訓練) ・その他の項目 <ul style="list-style-type: none"> 心理教育 家族支援 当事者グループ WRAP等のウェルネスマネジメントプログラム <p>b) 臨床家インタビュー：チームリーダーへの質問と同様の質問を行う。</p> <p>c) クライアントインタビュー：「あなたの住居に関するサービスについて誰が援助してくれますか。雇用についてはどうですか」「ACTチームの他に、誰があなたを援助してくれますか」</p>			

○4 救急サービスに対する責任

プログラムは時間外の救急対応に責任をもっていない	救急サービスには、プログラムの利用者について作成したプロトコルがある	プログラムは電話による対応が可能で、主にコンサルティングの役割を担っている	プログラムは救急サービスを委託している。例えばプログラムは連絡を受け、プログラムが直接関わる必要性について決定している	プログラムは24時間対応している
定義	プログラムは精神科的な危機をカバーするために24時間責任をもつ			
理念	SMIを持つ人が危機に直面した場合に迅速に対応することはストレスを最小限にとどめる。			
情報源	a) チームリーダーインタビュー：「ACTクライアントはどのような24時間の救急サービスを利用できますか」「24時間の救急サービスを提供する上で、ACTチームの役割は何ですか」 チームが危機介入の第一線でない場合には、より低い得点が適切である。			

○5 入院に対する責任

入院の決定にプログラムが関わっているのは5%未満	入院の5-34%はプログラムを通じて行っている	入院の35-64%はプログラムを通じて行っている	入院の65-94%はプログラムを通じて行っている	入院の95%以上はプログラムを通じて行っている
定義	プログラムは病院への入院に関わる			
理念	ACTチームが精神科への入院に関わることで、精神科入院をより適切に利用できるようになり、ケアの継続性が維持される。			
情報源	a) 事前情報チェックリスト b) チームリーダーインタビュー：あらかじめ最近の入院ケースを10例挙げてもらい、ACTチームが入院に関与したケースの割合を算出。「この入院の時はどんなことが起こりましたか（ACTチームがかかわりをもったプロセスを記述してもらう）」「チームは入院について前もって知っていましたか」「ACTクライアントの入院を決めるにあたり、一般的にACTチームはどのような役割を果たしますか」「病院と定期的にコンタクトをとっているACTチームの臨床家はいますか」「ACTチームの入院に関する方針は、機関内の他の人たちと異なっていますか」 c) 臨床家インタビュー：「クライアントが精神科病院に入院する際、どのくらいの頻度でチームは関与しますか」「クライアントが入院する必要がある時、チームが動くプロセスを教えてください」			

O5.5 入院中に対する責任				
入院中の利用者に継続してプログラムが関わっているのは5%未満	入院中の5-34%の利用者に継続してプログラムが関わっている	入院中の35-64%の利用者に継続してプログラムが関わっている	入院中の65-94%の利用者に継続してプログラムが関わっている	入院中の95%以上の利用者に継続してプログラムが関わっている
定義	プログラムは病院へ入院中の患者にも継続して関わる			
理念	ACT チームが精神科へ入院中の患者に関わることで、精神科入院をより適切に利用できるようになり、ケアの継続性が維持される。			
情報源	a) 事前情報チェックリスト b) チームリーダーインタビュー：あらかじめ最近の入院ケース・退院ケースを10例ずつ挙げてもらい、ACT チームが入院中にも関与したケースの割合を算出。 c) 臨床家インタビュー：「クライアントが精神科病院に入院中、どのくらいの頻度でチームは関与しますか」			
O6 退院計画に対する責任				
プログラムが退院に関わりをもつのは5%未満	プログラムの利用者の退院の5-34%はプログラムと共同で行われている	プログラムの利用者の退院の35-64%はプログラムと共同で行われている	プログラムの利用者の退院の65-94%はプログラムと共同で行われている	退院の95%以上はプログラムが共同で計画している
定義	プログラムは病院からの退院計画に関わる			
理念	クライアントの入院中から ACT チームが継続して参加し、退院計画にも参加することで、地域サポート（住居など）を継続することができ、サービスの継続性も維持することができる。			
情報源	a) 事前情報チェックリスト b) チームリーダーインタビュー：あらかじめ最近の退院ケースを10例挙げてもらい、ACT チームが退院に関与したケースの割合を算出。「この退院について、どのようなことが起こりましたか」「チームはこの退院を前もって知っていましたか」「去年入院したクライアントについて、ACT チームが退院の決定・計画に関わったクライアントは何パーセントいますか」「精神科および物質乱用施設からの退院について、ACT チームはどのような役割を果たしますか」「ACT チームの退院に果たす役割は、この機関の一般的な方針と異なっていますか」 c) 臨床家インタビュー：「クライアントが精神的または物質乱用に関する理由で入院している時、退院計画にチームはどのくらいの頻度に関わりますか」			

○7 期間を限定しないサービス/終了率

1年間で90%以上の利用者が終了	1年間で38-90%の利用者が終了	1年間で18-37%の利用者が終了	1年間で5-17%の利用者が終了	全ての利用者が無期限のサービスを受けるのが基本で、終了は毎年5%未満
定義	プログラムはケースを終了せず、すべてのクライアントに対し必要に応じて関わりを続ける			
理念	クライアントは、短期間のプログラムを終了しても、後戻りすることがしばしばある。期間を限定しないサービスを行うことで、安定した継続的な治療関係を築くことができる。			
情報源	a) チームリーダーインタビュー：最近1年間にプログラムを終了したケースをリストアップし、割合を算出。「サービスを必要としなくなったために終了した人は何人いますか」「あなたのチームは集中的なサービスが必要ではなくなった人のために、レベルまたはステップダウンシステムを用いていますか。もしそうであれば、どんな基準が用いられているか、どのようにコンタクトが継続されているかを教えてください。」			
評価方法	「終了」ケースのみをカウント。転居やドロップアウトは含まない(S2でカウントする)			

○8 チーム精神科医が主治医になる

利用者の5%未満がチーム精神科医を主治医とする	利用者の5-34%がチーム精神科医を主治医とする	利用者の35-64%がチーム精神科医を主治医とする	利用者の65-94%がチーム精神科医を主治医とする	利用者の95%以上がチーム精神科医を主治医とする
定義	利用者の多くに対して、チーム精神科医が主治医としての責任を持つ			
理念	チーム精神科医が主治医となることにより、ケアマネジャーとの情報交換が日常的に可能になり、チームとして、より緊密なりカバーに資するケアを提供することができる。			
情報源	a) 記録のレビュー(優先)：事前情報チェックリストの現在のケースの一覧のうち主治医がチーム精神科医であるケースの割合を算出 b) チームリーダーインタビュー：「現在サービスを提供しているケースのうち、主治医がチーム精神科医である割合は何割ぐらいですか？」			
評価方法	主治医がチーム精神科医であるクライアントの数 ÷ 現在のクライアント数			

評価領域 S サービスの特徴

これらの項目については、チームリーダーやケアマネジャーの報告では十分でない場合があるので、記録された文書を第一の情報源とすること。

S1 地域ベースのサービス				
対面コンタクトが地域で行われる割合は20%未満	20-39%	40-59%	60-79%	対面コンタクトの80%が地域で行われる
定義	プログラムは状態をモニターし、地域生活技能をオフィス内よりも地域の中で高める			
理念	クライアントが生活し、働き、他の人々と交流する普通の中でクライアントに接触することは、病院やオフィスで接触するよりも効果的であると考えられている。技能は普通の状況には十分に汎化しない場合もあるからである。また、地域場面の方が普通の状況を直接観察することができるので、本人の報告だけから判断するよりも正確なアセスメントを行うことができる。薬の配達、危機介入、ネットワーク作りは、家庭訪問によってよりスムーズに行うことができる。			
情報源	<ul style="list-style-type: none"> a) 記録のレビュー（優先）：ランダムに選択した 10 ケースについて、地域で実施した対面コンタクト数の割合を算出。 値を順に並べ、5 番目と 6 番目の人の値の平均値を出す。 b) 内部報告・文書のレビュー（もしあれば） c) 臨床家インタビュー：「あなたはクライアントとコンタクトを取るとき、何パーセントくらい地域で行い、何パーセントくらいオフィスで行っていますか」 d) クライアントインタビュー：「ACT チームの人とあなたは主にどこで会いますか」「どのくらいの頻度で ACT のオフィスに行きますか」 			
評定方法	対面コンタクトのみカウントし、電話や家族のみとの接触は含まない。退院促進のための病院でのコンタクトは地域でのコンタクトとする。精神科医とのコンタクトはカウントしない。			

S2 ドロップアウトをださないポリシー				
12ヶ月間以上継続しているケースは50%未満	50-64%	65-79%	80-94%	12ヶ月間以上継続しているケースは95%以上
定義	プログラムはクライアントを高い割合で継続する			
理念	アウトリーチの努力をサービス開始時も開始後も行うことにより、信頼関係の構築を促進し、クライアントが確実にサービスを受け続けるようにすることができる。			
情報源	<p>a) チームリーダーインタビュー：過去12ヶ月間にドロップアウトしたケース（=拒否、所在不明、サービスを提供できないというチームの判断で援助を打ち切ったケース）をカウント。また、クライアントが転居したケースで、ACT チームが転居先のプログラムへのリファアを行わなかった場合もカウントする。終了（卒業）したケースは含まない（O7でカウント）。死亡したケースも含まない</p> <p>「過去1年間に何人のクライアントがドロップアウトしましたか」「転居したクライアントが新しい土地でもサービスにつながるよう、ACT チームはどのような努力をしましたか」</p> <p>拒否 人 所在不明 人 チームの援助打ち切り判断 人 相談なしの転居 人</p> <p>b) 臨床家インタビュー：「クライアントが治療を拒否したりあなたが追跡しそこなったためにケースを閉じることはどのくらいありますか」</p> <p>「ケースを閉じるとき、チームはどのような要因を考慮しますか」</p>			
評定方法	$\frac{\text{（援助打ち切り、ドロップアウト、リファアなしの転居の数）}}{\text{現在のクライアント数}}$			

S3 積極的エンゲージメントの仕組み

<p>プログラムはリクルートと再エンゲージメントについて消極的である。ストリートアウトリーチや法的手段を使うことはほとんどない</p>	<p>プログラムはエンゲージメントのための最初の試みは行うが、概して動機のある利用者に焦点をあてることが多い</p>	<p>プログラムは都合がつけばアウトリーチを試み、法的手段を用いる</p>	<p>プログラムには通常のエンゲージメントのための計画があり、用いることのできる手段は<u>ほぼ</u>用いている</p>	<p>プログラムはよく考え抜かれた方法を一貫して示し、適切な場合には常にストリートアウトリーチや法的手段を用いる</p>
<p>定義</p>	<p>プログラムでは確実にエンゲージメントするための方法として、必要であればストリートアウトリーチ《地域や路上に出かける》、法的手段（例：代理（金銭）受取人、執行猶予・仮釈放、通院措置）を用いる。</p>			
<p>理念</p>	<p>クライアントが予約を守れなくても、すぐにプログラムから脱落することはない。ケースを保持することは ACT チームにとって優先度が高い。クライアントが援助を受け続けるよう継続的なケアの努力をすることは、ACT チームとクライアントの間の信頼関係を促進する。</p>			
<p>情報源</p>	<p>a) チームリーダーインタビュー：エンゲージが難しかったり、サービスを拒否したりしたケースを2~3ケース思い浮かべてもらい、チームリーダーとレビューする。「これらのクライアントをつなぐためにチームはどんなことをしましたか」「この人たちがサービスにとどまるよう、あなたにできたことは他にありますか」「クライアントがACTに関わり続けるために、チームはどのような方法を用いていますか」「以下に示す方法をチームは使っていますか。代理受取人サービス、外来措置、執行猶予・仮釈放官との接触、クライアントがACTに導入された後の路上や避難所へのアウトリーチ、その他の方法(具体的に)」「代理受取人サービス 外来措置 執行猶予・仮釈放官との接触 利用者がACTに導入された後の路上や避難所へのアウトリーチ その他()」「それらのサービスを受けているクライアントは何人いますか」</p> <p>b) 臨床家インタビュー：「クライアントがサービスを受けたくないと言ったら、どうなりますか」</p> <p>c) クライアントインタビュー：「ACTサービスをもう受けたくないと言ったら、どうなりますか」</p>			

S4 サービスの量				
利用者 1 人当り 平均 15 分/週未満	15-49 分/週	50-84 分/週	85-119 分/週	利用者 1 人当り 平均 2 時間/週以上
定義	サービスの総時間は必要に応じて長い			
理念	重篤で持続的な症状をもつクライアントが地域における機能を維持し、伸ばしていくためには、高密度のサービスが必要であることが少なくない。			
情報源	a) 記録のレビュー（優先）：ランダムに選択した 10 ケースそれぞれについて、過去 1 ヶ月間に一週間につき何時間援助したかをカウント。10 ケースそれぞれにつき、4 週間分の援助時間を平均して、平均援助時間/週を算出。値を順に並べ、5 番目と 6 番目のケースの平均値を算出。 b) 管理情報レポートのレビュー（もしあれば）			
評定方法	対面コンタクトのみをカウントし、電話や家族のみへの接触は含まない。			
S5 関わりの頻度				
利用者 1 人当り平均 1 回/週未満の関わり	1-2 回 /週	2-3 回/週	3-4 回/週	利用者 1 人当り平均 4 回/週以上の関わり
定義	サービスで関わる回数は必要に応じて多い			
理念	接触頻度の多さはクライアントのアウトカムの上に関連している。			
情報源	a) 記録のレビュー（優先）：ランダムに選択した 10 ケースそれぞれについて、過去 1 ヶ月間に一週間につき何回援助したかをカウント。10 ケースそれぞれにつき、4 週間分の援助回数を平均して、平均援助回数/週を算出。値を順に並べ、5 番目と 6 番目のケースの平均値を算出。 b) 管理情報レポートのレビュー（もしあれば） c) クライアントインタビュー：「先週、あなたは ACT スタッフと何回会いましたか」			
評定方法	対面コンタクトのみをカウントし、電話や家族への接触は含まない。			

S6 私的サポートシステムとともに関わる				
地域のサポートシステムとの関わりが利用者1人当たり平均0.5回/月未満	0.5-1回/月	1-2回/月	2-3回/月	地域のサポートシステムとの関わりが利用者1人当たり4回/月以上
定義	クライアントがいてもいなくても、プログラムはクライアントのサポートネットワーク（家族、家主、雇用者）に対して支援や技能を提供する			
理念	地域におけるサポートを維持し発展させることは、クライアントの統合と機能を更に強める。			
情報源	<ul style="list-style-type: none"> a) チームリーダーインタビュー：ACT チームが1回以上私的サポートネットワークに接触したケース数をカウント。「先月少なくとも1回以上、私的サポートネットワークに接触したクライアントの中で、そのネットワークと共同で動いたことはどのくらいの頻度でありますか」 b) 内部報告・文書のレビュー（もしあれば） c) 臨床家インタビュー：「あなたは、それぞれのクライアントを平均した場合、家族、大家さん、雇用主、その他の私的サポートネットワークメンバーとどの程度の頻度で、共同で動いていますか」 d) クライアントインタビュー：「ACT チームがあなたの家族や大家さんや雇用主とコンタクトを取ることはどのくらいありますか」 			
評定方法	$\text{平均コンタクト数} \times (\text{私的サポートネットワークへの接触があったクライアント数} \div \text{全クライアント数})$ <p>収入を得てクライアントに援助している人への接触は含めない。例えば生活保護局の職員など。</p>			

S7 物質乱用個人治療

直接的で個別的な物質乱用治療をプログラムは提供していない	物質乱用問題について不定期に利用者と話しはするが、正式の個別的な物質乱用治療は提供していない。	利用者とのコンタクトにおいて、何らかの物質乱用治療を定期的に組み込んでいるが、正式の個別的な物質乱用治療は行っていない。	何らかの正式で個別的な物質乱用治療を提供している。物質使用障害をもつ利用者がそのサービスを受ける時間は平均 24 分/週未満。	正式な物質乱用治療を提供しており、物質使用障害の利用者がそのサービスを受ける時間は平均 24 分/週以上。
定義	物質使用障害のクライアントに対して、プログラムの 1 人以上のメンバーが直接的な治療や物質乱用治療を提供する			
理念	SMI を持つ人は、物質使用障害を併発することが少なくない。これらの重複障害を直接扱う援助が必要である。			
情報源	a) チームリーダーおよび物質乱用専門家（優先）へのインタビュー			
評定方法	$\{ (\text{物質乱用援助を受けた人数} \times 1 \text{ヶ月あたりの援助時間(分)}) \div \text{物質依存を合併している全クライアント数} \} \div 4(\text{週}) = \text{物質依存を合併しているクライアント一人当たりの平均援助時間(分)}/\text{週}$ 車中などでのインフォーマルな援助であっても、時間数がおおよそその基準を満たせば「3」と評定できる。「4」「5」と評定されるには、より公式の構造的な援助が行われていなければならない。			

S8 重複診断ケース治療グループ

物質乱用治療グループミーティングに月 1 回以上参加している物質使用障害の利用者の割合は 5% 未満。	5-19%	20-34%	35-49%	物質使用障害の利用者の 50% 以上が物質乱用治療グループミーティングに月 1 回以上参加している
定義	プログラムは物質使用障害の人々に対する治療法としてグループの様式を用いる			
理念	重複診断を持つ人の回復にはグループ治療が有効。			
情報源	a) チームリーダーインタビュー：「重複診断を持つクライアントの中で、先月少なくとも 1 回以上治療グループに出席した人は何人いますか」「グループはいくつ提供されていますか」「誰がこれらのグループを提供していますか」 ACT チームとつながりのない組織のグループは含まない。ACT スタッフおよび ACT チームに関わっているスタッフ（ACT チームと定期的に接触がある人）が行っているグループのみ、カウントする。「これらのグループに何人くらい参加していますか」 b) 物質乱用カウンセラーインタビュー（優先）：上記の質問を繰り返す。			

S9 重複診断ケース（DD）モデル				
<p>プログラムは完全に伝統的なモデルに基づいている：直面化、断薬の命令、higher power など</p>	<p>プログラムは主に伝統的なモデルを用いている：例えばAAへのリファアー、解毒とリハビリのために入院を利用、拒否的あるいはAAにあわない利用者に対する説得の必要性を理解している</p>	<p>プログラムは混合モデルを用いている：例えば、治療計画にDD理論が用いられ、利用者を説得グループにリファアーし、リハビリのために病院を利用、AAやNAにリファアー、など。</p>	<p>プログラムは主にDDモデルを用いている：例えば、治療計画にDD理論が用いられている、説得と行動治療グループ、医学的必要性がある場合を除きリハビリや解毒のために入院させない、外部の物質乱用治療にリファアー、など</p>	<p>プログラムは完全にDD治療理論に基づいており、プログラムスタッフが治療を提供している</p>
<p>定義</p>	<p>プログラムは段階的な治療モデルを用いる。直面化させず、行動理論に従い、精神疾患と物質乱用の相互作用を考慮し、断薬の見通しを徐々に持つようにする。</p>			
<p>理念</p>	<p>DDモデルは、SMIと物質乱用の両方に関心を向けたものであり、回復と症状マネジメントの機会を最大限にする。</p>			
<p>情報源</p>	<p>a) チームリーダーインタビュー（優先）：「物質乱用問題を持つクライアントを援助するのにどのような援助モデルを用いていますか」（直面化が用いられているかどうか確かめよ） 「クライアントをAAにリファアーしますか。解毒プログラムはhowですか」「目標は断薬だと思いませんか」「断薬か、もしくは使用の減量か、ということについて、チームはどのような見解を持っていますか」「チームではHarm reduction戦略を採用していますか。している場合はたとえばどのようなことですか」「あなたは物質使用治療に関する段階的アプローチをよく知っていますか。あなたのプログラムがこのアプローチをどのように用いているか、例を教えてください」</p> <p>b) 臨床家（物質依存カウンセラー）インタビュー：上記と同じ質問を繰り返す。</p>			
<p>評定方法</p>	<p>AAなどの自助グループへのリファアーを付加的なサポートとして含んでいれば（チームベースの援助の代わりとしてではなく）、満点の評定を受けることができる。</p>			

S10 治療チームにおける消費者の役割

消費者はプログラムに関連したサービス提供に全く関わっていない	消費者はプログラムについて、消費者特有のサービス役割（例：セルフヘルプ）を果たしている	消費者は非常勤で働き、ケースマネジメント役割を果たしているが、責任は軽減されている	消費者は常勤で働き、ケースマネジメント役割を果たしているが、責任は軽減されている	消費者を完全に専門家の待遇で臨床家（例：ケースマネジャー）として雇っている
<p>定義</p> <p>理念</p> <p>情報源</p> <p>評定方法</p>	<p>直接サービスを提供するチームのメンバーとして消費者が関与する</p> <p>先行研究によると、ケースマネジメントチームに消費者を含めることで、実践の文化が向上し、消費者の視点により合わせることができる。</p> <p>a) チームリーダーインタビュー：「あなたのチームメンバーとして、消費者はどのように関わっていますか（雇用されている、ボランティア、全くいない、など）」「もし雇用されている場合、その人たちは常勤ですか」「その人たちは一人前の臨床家としてみなされていますか（もしくは助手的）」</p> <p>b) 臨床家インタビュー：上記と同じ質問をする。</p> <p>c) クライアントインタビュー：「あなたのチームメンバーとして、消費者はどのように関わっていますか（雇用されている、ボランティア、全くいない、など）」</p> <p>この場合の消費者とは、精神科医から治療を受けていることを開示している精神保健消費者のことを指す。</p>			

S11 ケースマネジメントのプロセス

ケースマネジメントプロセスを実施することがチーム内で共有されていない	ケースマネジメントプロセス項目の1～2項目が行われる	ケースマネジメントプロセス項目の3～4項目が行われる	ケースマネジメントプロセス項目の5項目が行われる	ケースマネジメントプロセス項目の全6項目が行われる
------------------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------

定義 ケースマネジメントの各プロセスの実施についてチーム内で合意されている。文書化されていることが望ましい。

理念

情報源

ケースマネジメントに関わる以下の援助プロセスを行うことが文書化されて、チーム内で合意されている。

- ケア計画をできるだけ早い時期に作成する
- 援助開始後、あるいは退院後2ヶ月以内に包括アセスメントを実施する
- ケア計画に従って週間援助計画を作成する
- 週間援助計画に従って日々の援助を行う
- クライシスプランを作成する
- 定期的にケア計画やクライシスプランを見直す

S12 ストレngthsに基づいた包括アセスメント

包括アセスメントを実施していない	包括アセスメント項目の1～2項目が行われる	包括アセスメント項目の3～4項目が行われる	包括アセスメント項目の5項目が行われる	包括アセスメント項目の全6項目が行われる
------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------	----------------------

定義 ストレngthsに基づいた包括アセスメントを実施している

理念

情報源

- アセスメントシートが記入されている(80%以上)
- アセスメントシートに利用者の希望や興味を記述する欄がある
- その欄が記入されており、利用者自身の言葉が使用されている。(80%以上)
- 利用者の資格や技能、強みが記述されている(80%以上)
- 環境のストレngthsについて記述されている(80%以上)
- アセスメントは定期的(1年に1回以上)に改訂されている(80%以上)

S13 利用者のリカバリー重視と自己決定の尊重

利用者のリカバリーと自己決定の尊重に関するチーム内の合意が形成されていない(該当する項目なし)	利用者のリカバリーと自己決定の尊重に関する1項目が行われている	利用者のリカバリーと自己決定の尊重に関する2~3項目が行われている	利用者のリカバリーと自己決定の尊重に関する4~5項目が行われている	利用者のリカバリーと自己決定の尊重に関する6項目が行われている
---	---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

定義 ケア計画作成などの援助プロセスに利用者が参加し、本人のリカバリーと自己決定を尊重する

理念

情報源 ケア計画作成などの援助プロセスに利用者が参加し、本人のリカバリーと自己決定を尊重する
 ケア計画作成と見直しに利用者の意向を重視することが文書化されチーム内で合意されている
 チームのミッションに、利用者のリカバリー重視と自己決定の尊重が記されている
 ケア計画の様式には、利用者の希望や目標を本人の言葉で記録する欄がある
 クライシスプランの様式には、利用者の希望や目標を本人の言葉で記録する欄がある
 利用者のチャレンジを前向きに受け入れる文書化された申し合わせがある
 利用者が設定した目標が失敗した時、次のステップへの1ステップであるとする文書化された申し合わせがある

S14 家族に関する支援

家族に対する支援は行われていない	家族に対する支援に関する項目の1項目が行われている	家族に対する支援に関する項目の2~3項目が行われている	家族に対する支援に関する項目の4~5項目が行われている	家族に対する支援に関する項目の6~7項目が行われている
------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

定義 身近な援助者としての家族がいる利用者には、家族と直接コンタクトを取り、家族支援を提供する

理念

情報源 身近な援助者としての家族がいる利用者には、家族と直接コンタクトを取り、家族支援を提供する
 身近な援助者として家族がいる利用者は、月に1回以上、家族と直接コンタクトを取り、支援している(80%以上)
 家族支援へのニーズがある家族には、利用者とは別に家族担当ケースマネジャーを置いている
 家族支援のニーズを把握するアセスメント票がある
 家族支援計画を記録する共通の計画票がある
 ケア計画には、日常的な援助者家族が了解してサインする欄が用意されている
 援助が必要な家族には、プログラム化された家族支援(心理教育等)に参加を働きかけることが文書化されてチーム内で合意されている
 チーム内でプログラム化された家族支援(心理教育等)が行われている