

# 第1章 新たな地域精神保健福祉 ACT-J

国立精神・神経センター精神保健研究所に勤務しております西尾と申します。本日、私の方からは、ACTの全体像をご説明し、具体的な就労支援については野口、ケースマネジメントに関しては久永からそれぞれご報告いたします。

自己紹介になりますが、私は以前は仙台の大学病院で臨床に従事しておりました。イギリスに留学した際に急性期精神科患者のクライシスを24時間訪問対応で支えるACTを見学し、興味を持ち、それを日本でも行いたいと思うようになりました。そのような折、国立精神・神経センターでACTに関するプロジェクトを行うと聞き、転勤して現在チーム内の精神科医としてそのプロジェクトに関わっております。

今日の話では、まず最初に、海外でACTが発展してきた経過をご説明します。次に、「日本でなぜACTを取り入れる必要があるのか」に触れ、3番目には、現在、国立精神・神経センター国府台地区で研究プロジェクトとして実施している「ACT-Jの目的、実際の臨床プログラムの概要」についてご説明し、最後に時間があれば、ACT-Jで半年以上サービスを提供し見えてきた課題についてお話しできればと考えています。

## 新たな地域精神保健福祉 ACT-J

- ACTとは何か？
- 日本でのACT
  - 必要性、既存のサービスとの違い
- 国府台でのACT-Jの紹介
  - 研究の目的、臨床プログラム
- 今後の課題と展望

SLIDE1

最初に「ACTとは？」ということですが、大きく分けると3つ重要なポイントがあります。1つ目は、ACTが重い精神の障害をもつ方たちのプログラムだということです。精神の障害をもって

いる方全てにこのプログラムが必要だということではなく、重い障害をもつ人に対象を限定しております。この ACT が非常に良いプログラムだといっても、地域で暮らしている精神障害をもつ全ての方を対象にするわけではないことを最初にお話ししておきます。

2つ目のポイントとしては、「最も集中的・包括的なケアマネジメント（ケースマネジメント）のモデルである」という特徴があります。ケアマネジメントというと、高齢者領域介護保険制度の中でケアマネジャーが、アセスメントをしてサービスを調整する仲介型モデルを頭に浮かべる方が多いと思いますが、実はケアマネジメントといってもいろいろな種類のケアマネジメントがございます。例えば入院治療といっても精神科の場合、閉鎖病棟への入院、開放病棟への入院、急性期或いはリハビリに特化した病棟など様々な形態が見受けられるように、このケアマネジメントというのも実は様々なモデルがあるのです。日本の介護保険でのケアマネジメントはそういったモデルのうちの1つなのです。ACT は、24 時間対応が可能で、保健福祉領域だけではなく、そこに医療も入って、精神の障害をもつ利用者が必要としているあらゆる領域のサービスを提供できる、ケアマネジメントの中でも最も集中的・包括的なモデルの1つであるということが強調すべきポイントとなります。

ACT の特徴の3つ目のポイントとは、効果が科学的に検証されている「根拠に基づいたプログラム」であることです。精神科領域の医療も含めて、日本の対人サービスでは「提供しているプログラムが何かしら効果があるのでは」との実践家の思いで提供されている場面が多々あります。しかし、最近では、対人プログラムやサービスを実施する際には、サービス効果に係るデータがなければいけ

## ACTとは？

**ACTは、重い精神の障害を持った方たちが地域で生活できるように支援するための、最も集中的・包括的なケアマネジメントのモデルの一つであり、その有効性から、現在世界各国で実践されている。**

SLIDE2

ないという認識が深まってきております。このような「根拠に基づいたサービス」を展開するという意味でこの ACT は、精神科領域の中でも、最も実証的な根拠があるサービスの 1 つだと認識され、各国で広まっている背景があります。

ACT とは Assertive Community Treatment の略であり、最初の頭文字を取って「アクト」とか「エーシーティー」と呼んでいます。日本語では、直訳すると「積極的な地域における治療、支援」ということとなりますが、私たちは「包括型地域生活支援プログラム」と意識しています。

## Assertive Community Treatment

### 「包括型地域生活支援プログラム」

SLIDE3

ACT プログラムの 1 つの大きな特徴は、プログラムの構造上の決まり事がいろいろあるということです。どんな領域でも、オーダーメイドのサービス、すなわち利用者の方が必要としているサービスを手作りで提供することが重要であるといわれています。同様に ACT でも、プログラムが提供できるサービスに利用者を当てはめるのではなく、個々の利用者に柔軟なサービスを提供することを重視して、利用者のニーズに合わせてサービスの形が決められます。

しかしそれを具体化するためには、プログラム自体には一定の約束事が必要になります。ホテルの例で例えてみましょう。良いホテルというのは、宿泊客の体調が悪いときにすぐにドクターを呼べるとか、お腹の調子が悪いときにルームサービスになくてもお粥を、喉が痛いときには加湿器を提供するというように、その時々々の宿泊客のニーズに対応して柔軟なサービスを提供できます。しかしそれを実現するためには、医療機関との連携体制がある、柔軟な対応ができるスタッフとスーパーヴァイズする上司がいる、加湿器が常備されているといった構造が必要です。そのような構造があるからこそ、個々の利用者に柔軟なサービスが提供できるのです。

## ACTプログラム ～構造上の特徴～

- 「個々の利用者に柔軟なサービスを提供する」
- プログラムが提供できるサービスに利用者をあてはめるのではない
- 利用者のニーズにあわせてサービスの形を決める
- プログラムの構造自体には一定の約束事がある

SLIDE4

ACTにはオーダーメイドのサービスの提供を実現させるための、8つの重要な構造上の特徴があります。

まず、対象者を重い精神の障害をもつ方に限定しています。1つのプログラムに多様な対象者がいれば、サービスの内容が拡散してしまうからです。

次に、ACTのサービスはチームで提供しているわけですが、チームには医師、看護師、心理士、就労支援専門家等さまざまな領域のスタッフがいます。それによって個々の利用者に必要なサービスが包括的に提供できるわけです。チームの職種が1つに限られていれば、当然その領域のサービスしか提供することはできません。

3番目に、利用者数の上限を設定します。例えば日本の病院では、1人の医師が午前中に100人の患者さんの診察を担当することさえありますが、それではきめ細かいサービスの提供は困難です。ACTでは1人のスタッフが担当する利用者数の上限を設定し、それによって手厚いサービスを保証します。具体的には、10人のスタッフがいる1つのチームの利用者数は100人までとし、101人目の利用者の方が来たらあらたに2つ目のチームを立ち上げて対応するのが基本的な考え方になります。

4番目に、スタッフ全員で1人の利用者のケアを共有します。これまで日本では、担当者と利用者の1対1の関係の中で基本的なサービスが行われてきましたが、それでは担当者が病気で長期休暇をとったり、転勤になってしまった場合、利用者は途方にくれたり、その不安が強くなったりすることが起こり得ます。精神障害のある方はストレスに弱いいため、それが再発に結びついてしまうこ

とが危惧されます。そこで ACT では、ケアの中心となる担当者は決めています、訪問の際に担当者以外のスタッフも同行するなどして、複数のスタッフがその利用者の方を知っていて、担当者がいなくても日常的な相談事にはきちんと対応できるようにし、ケアの継続性を保証します。

5 番目に、ほとんどのサービスをチームが責任をもって直接提供します。日本では医療は医療、福祉は福祉、就労は就労という形で、縦割りでその領域ごとにサービスが提供されているため、関連機関の調整が必要になりますが、なかなか困難な面も多いものです。それに対して ACT では、チームの中に必要なほとんど全ての領域の専門家がいるので、利用者の方に必要なサービスを、いろいろな関連機関に紹介するというのではなく直接に提供することができます。その分、サービスは柔軟で迅速なものとなります。

6 番目に、積極的に訪問が行われます。実際に利用者の方の家に行って初めて家族関係の実態や暮らしがわかることもあるため、積極的な訪問は、より詳細な情報に基づいたアセスメントを可能にします。また就労支援の領域では、最近、Train and Place ではなく Place and Train、すなわち訓練してから一般の就労をするのではなく、最初から一般の就労をする中で本当に必要なスキルを学びましょうという考え方が重視されるようになりました。これと同じ考えをデイケアや精神病院で行われる料理教室にあてはめてみましょう。料理教室にはミキサーがあっても家にはなかったとしたら、ミキサーを用いて覚えたスキルは実際の生活ではあまり役に立ちません。買い出しの練習をする際にも、デイケアの近くのスーパーのどこに何があるかを覚えても、実際に自分の家で料理するときには家の近くのスーパーに行くわけですから、障害の軽い方の場合には応用が利いて対応できても、認知障害が強い方の場合には、家の近くのスーパーのどこに何があるかということを変更して練習しなければなりません。ですから最初からスタッフが訪問をし、家の近くのスーパーに同行して練習するほうがより効果的、実践的なのです。

7 番目に、期限を定めず継続的に関わります。これは、ACT の利用者は重い障害をもった方なので、ACT を利用しているときは症状が落ち着いていても、プログラムを止めるとまた再発する可能性が高いといわれているからです。ですから「2 年経ったら次のサービスに移らなければならない」といったことではなく、利用者の方が必要とする限りサービスを続ける体制を保証しています。

最後に、24 時間 365 日体制であるということです。利用者の方の不安が強いときや再発の危険が高まっているときに、夜中の電話に対応したり、必要に応じて自宅に訪問できるように、システムが整っていなければなりません。

以上述べてきたように、オーダーメイドのサービスを提供するためには、逆に構造としてはしっかりとした特徴がプログラムに保証されている必要があります。

## ACTプログラムの特徴

1. 重い精神障害を抱えた人を対象
2. 様々な職種 of 専門家から構成されるチーム
3. 利用者数の上限を設定
4. スタッフ全員で一人の利用者のケアを共有
5. ほとんどのサービスを責任をもって直接提供
6. 積極的に訪問が行われる
7. 期限を定めず継続的に関わる
8. 1日24時間・365日体制

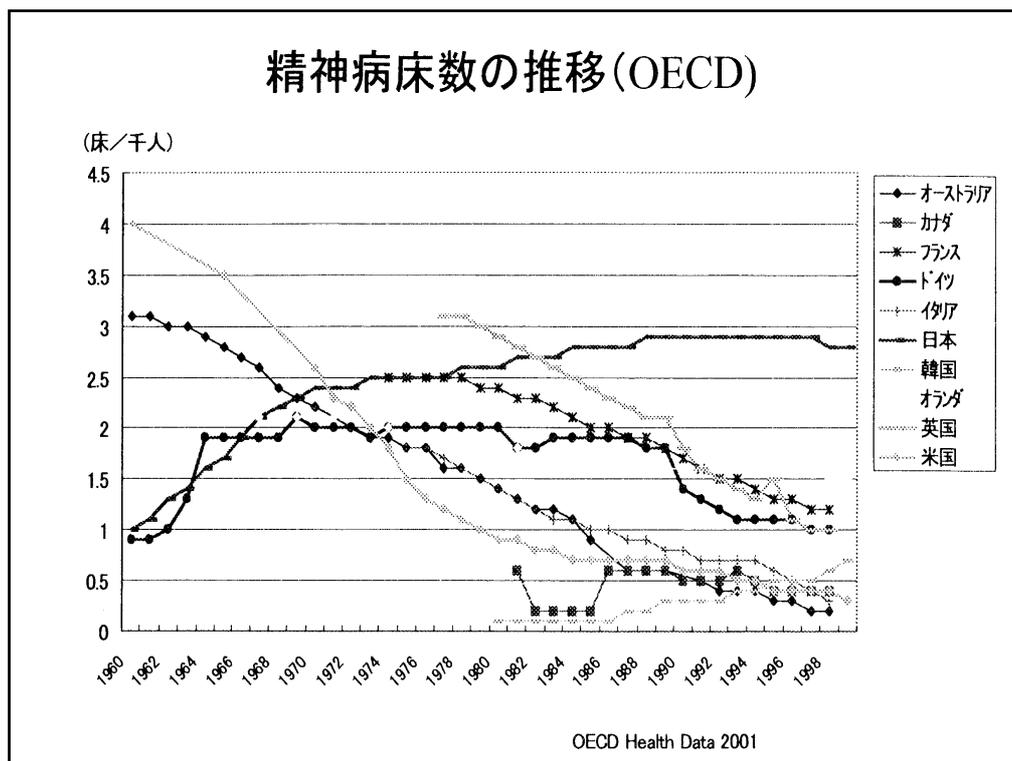
SLIDE5

1950年代以降、諸外国における精神科の病床数は減少してきています。患者さんが地域に出た結果、地域で患者さんを支えるシステムが発達してきました。そのような方向性は脱施設化と呼ばれ、ACTはその流れの中で生まれてきたものです。精神科の病床が多いほうが医療的には手厚いイメージがあるかもしれませんが。しかし実態としては多くの国で、病床数が多い時代に、例えば10畳の部屋に12人の患者さんが収容されるような過密収容がなされていて、居住空間として倫理的に非常に問題があったわけです。そこで倫理的な配慮から病床数を減らしていこうということになったわけです。しかし経済的先進国の中では日本だけが、依然として人口当たりの精神科病床数が極端に多いという現実があります。

過密収容だけではなく、精神科の病院に長期間入院すること自体が、心の健康に悪い影響を与えるという問題があります。そういった現象は「施設神経症」と呼ばれていますが、人間は規律の強い閉鎖的な環境に長くいると、本来持っていた意欲や関心が低下するといわれています。したがって入院の長期化により、その患者さんがもともとできていたことができなくなってしまう。もちろん、急性期で医療的な対応が求められる際に一時的な入院が必要となることはありますが、家族が高齢化して患者さんを家に引き取る力がなかったり、世代交代して兄弟が拒否するために帰る場所がないといった状況は、入院以外の方法で解決されることが望ましいのです。

他には、ノーマライゼーション理念の浸透も脱施設化に大きな影響を与えました。また、ほとんどの国では概ね精神病院が公的に運営されていることから生じる経済的な問題もあり、患者さんが

同じような状態ならば入院しているよりは地域で暮らしたほうが良いという流れがあったわけです。



SLIDE6

入院しているほうが良いのか、退院して地域に帰るほうが良いのかは、患者さん自身が選択することです。イギリスのある研究では、入院している方に今後どうしたいか尋ねたところ、入院したいという方、退院したいという方、わからないという方が3分の1ずついました。しかし、退院してから1年後には、ほとんどの方が地域で生活を続けられていたのですが、同じ質問に対して8割の方がこのまま地域で暮らしたいと答えたのです。ですから、入院しているときは情報が限られていて、退院したら良いのか、入院を続けたほうが良いのかわからなくても、実際に地域で暮らしてみると、やはり自由度の高い地域での生活が好まれるということがいえます。このことが、脱施設化を推進する一番大きな根拠になると考えられます。

## TAPS Project

「地域ケアへの移行に伴い、患者は自由な生活を経験し、楽しんだ。そのことが、8割以上の患者が地域にとどまりたいと望んだことの一因となったに違いない」

(Leff, 1996)

SLIDE7

脱施設化によって精神科病床数が減った際には、退院した患者さんの具合が悪い時に、入院以外の方法できちんと対応できなければなりません。ACTはそのような「入院に替わって対応するプログラム」の代表的なものとして位置付けられ、発展してきた経緯があります。

## 脱施設化 (Deinstitutionalisation)

1. 在院患者を、病院に替わる地域の資源に解放すること
2. 従来なら入院となっていた状況に、地域に基盤を置いたプログラムが対応すること

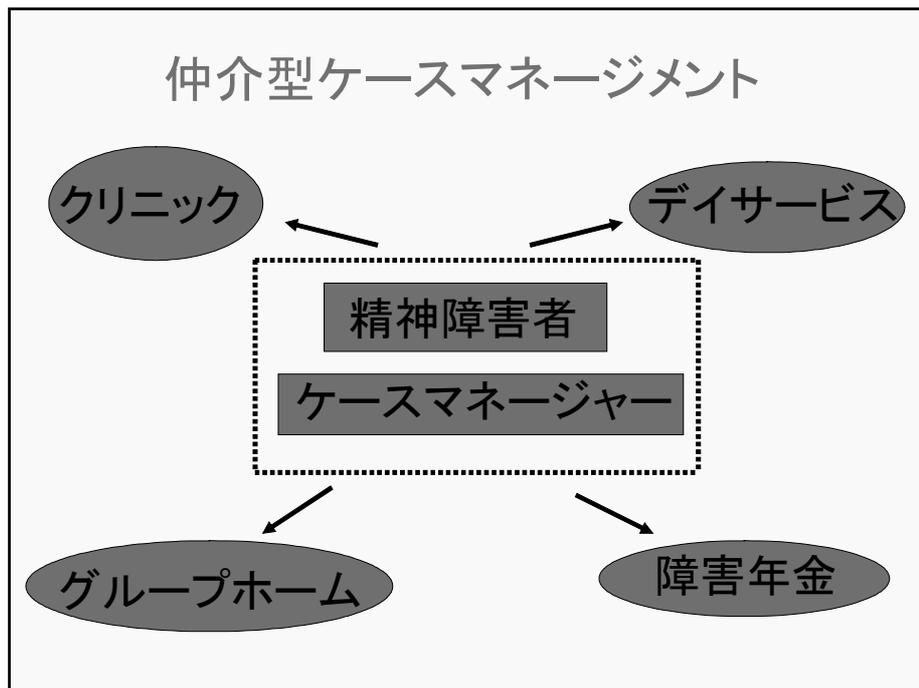
(Bachrach, 1996)

SLIDE8

これは最初にお話ししたケースマネジメント、ケアマネジメントのイメージです（国によって言葉の違いはありますが、「ケースマネジメント」と「ケアマネジメント」というのは基本的には同じものであり、日本では「ケアマネジメント」という呼び方をされています）。ケアマネジメントは日本では高齢者領域で最初に導入されました。

1960年代から70年代にかけてアメリカでは、退院した患者さんのケアの責任を誰が持つかということについて十分な議論がなされないままに、精神病院のベッド数が一挙に減らされました。その結果、同じようなサービスを複数の機関から受けていたり、逆に「きっとこのサービスはどこかがやっているだろう」、野球で例えればショートとレフトの間にフライが飛んでどちらかが取るだろうと見送って結局は取れないというようなことが起き、退院した患者さんは困惑していました。そこでケアマネジメントというものが開発されたわけです。具体的には、利用者の方にケアマネジャーが付き、その利用者の方にはどのようなサービスが必要なのかをアセスメントして、支援計画を作成します。その支援計画に沿って、クリニックや日中の活動の場、グループホームなど、連携が必要とされる関連機関の調整が行われます。

これが現在日本の障害者領域で取り入れられているケアマネジメントの原型になるわけですが、脱施設化の先進国の経験では、こういった形のケアマネジメントは、重い精神の障害をもった方にはあまり有効ではないことがわかっています。その理由の1つは、関連機関が集まって方針を統一するといっても、その方針に微妙な違いが生じ、利用者が混乱する可能性があったということです。また、関係機関のスタッフらが集まるケア会議を実施する際に、実施することを決めてから日程を調整し、実際に会議を施行するまで3週間かかるなどといったこともよくあることです。会議には主治医やデイケアのスタッフ、保健所のスタッフ、ケアマネジャー、就労支援センターの職員、地域生活支援センターの職員等、1人の利用者の方を取り巻く関連機関の職員が10名近く集まることもあり、日程を調整するだけで時間がかかるのです。それに対してACTでは、1つのチームにさまざまな専門家がいて、しかもそのチームの中で1日1~2回会議があります。したがって、利用者の病状が悪い時にも、各職種の専門家が密接な連携をとりながら迅速に対応することができるなど、機動性が高いのです。ある程度病状が落ち着いている方に対しては、標準的なケアマネジメントで対応できますが、即時対応しなければならない重症の方を支える際には、ACTのような集中的・包括的なケアマネジメントのプログラムが必要であり、またその効果も実証されていて、それゆえに諸外国で普及しているのです。



SLIDE9

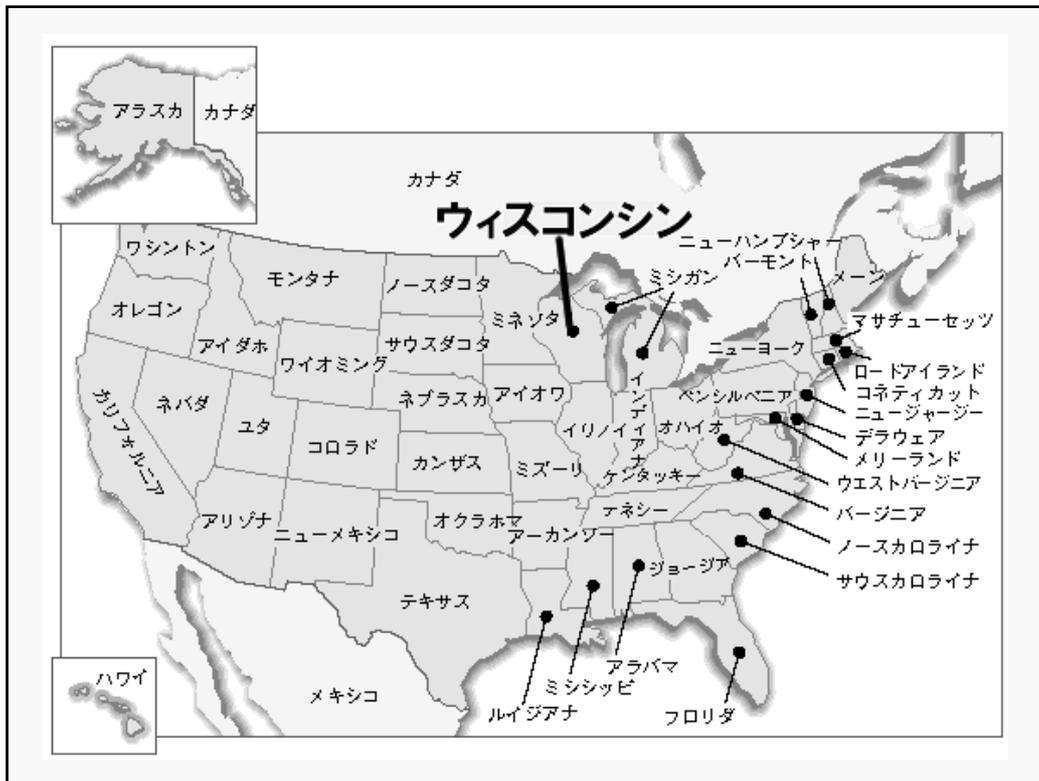
これまで述べてきたように、一口にケアマネジメントといっても様々なモデルがあり、ACTはそういったモデルのうちの一つです。日本の既存のケアマネジメントが拡張された仲介型であるとすれば、仲介型とACTとは、1人のスタッフが担当する患者数、直接サービス提供の有無、サービスを実施する主な場所、対象者の設定、などといった点についての違いがあります。

### ケースマネジメントモデルの特徴

	仲介型	ICM	ACT
スタッフ:患者 担当	1:50 個人	1:10中心 個人	1:10 主担当、副担当等の 役割分担、チーム
直接サービス	低	高	高
患者との接触頻度	低	高	高
アウトリーチ機能	低	高	高
スキルトレーニング	無し	中	中
接触場所	診療所	地域	地域
対象		重症精神障害者	重症精神障害者
目指すもの の結びつけ	ニーズとニーズ	症状の軽減、日常生活スキルの 向上、入院の防止	

SLIDE10

ACT は 1960 年代の後半に、このようなものが需要であるという議論が専門家の間でなされ、1972 年にウィスコンシン州デイン群のマディソンでオリジナル・プログラムが開始されました。



SLIDE11

1970 年前後のアメリカは、かなりの数の精神科病床が減った時期です。具体的には 1960 年から 75 年までの 15 年間で、アメリカの精神科病床数は 3 分の 1 にまで減っています。入院していた方たちはどんどん退院し、しかし再発してまた病院に戻ってくる「回転ドア」現象が起きていました。その際、どのような方が再入院してくるかという、規則的な服薬ができない患者さん、それから通院を中断してしまう患者さんが多かったのです。それまでは、薬を飲まないのは飲まない患者さんが悪い、病院に来ないのは来ない患者さんが悪いと考えられてきました。しかし、精神科の患者さんは調子が良くてもそれを維持するために定期的に服薬を続ける必要がありますが、眠気やだるさが出る薬ですので、それをずっと続けていくのはかなり大変なことで、例えば薬のために朦朧として次の薬を忘れてしまうということもあるわけです。そこで、もし患者さんがきちんと薬を飲まなければならないと思っても忘れてしまうのであれば、服用する時間帯に電話を入れたり、訪問時に服薬の確認をするようなサービスを提供することが患者さんのニーズに応えることになる、というのが ACT の発想です。

次に通院中断に関してですが、患者さんの病状の 1 つに被害関係妄想と呼ばれるものがあります。近所の人や自分のことを噂しているとか、外出すると誰かに見られているような感じがするという

ことで、再発の初期にそういったことがあると、患者さんは外出自体ができなくなってしまいます。そうになると、薬が必要で病院に行きたいと思っけていても行くことができず、症状はどんどん悪化してしまいます。したがって、通院できないのであれば逆にスタッフが訪問して薬を届けるといった発想が、病状の重い方には必要です。このようなコンセプトで ACT のオリジナル・プログラムは始まったのです。

## ACTを実践する論理的根拠

- 脱施設化
- 重症精神障害者の高い再入院率
- 服薬コンプライアンスの悪さ
- 外来受診の中断

SLIDE12

従来のサービスでは、入院中に退院に向けて暮らしの練習をするという流れがありましたが、退院後に ACT チームが積極的に訪問をすることで、それまで退院できなかった患者さんが退院し、実際に生活する場でリハビリをして生活を維持する。そういったやり方が、重い障害を抱える人の依存性を減らし、対処技能を改善させるうえで重要なのです。地域生活の「準備をする」よりも、地域生活を「維持する」視点で支援を行うほうが、リハビリテーションの観点からも非常に効果的であるというのが ACT の信念です。

**慢性精神病の予防と治癒が可能となる迄は、地域生活の準備から、地域生活の維持へと治療方針を変えるべきである、と我々は信じている。**

**(Stein&Test, 1980)**

SLIDE13

ACT において重要な概念の 1 つに、「ストレス脆弱性モデル」があります。これは、統合失調症のような病気の場合に、もともとそのような病気や症状が出現しやすい脆さをもった方の場合はちょっとしたストレスで再発する。一方で、それほど脆さがなくとも強いストレスが加わると再発するというように、病気の再発が個人の脆弱性とストレスとの兼ね合いで決まるとするものです。それを補うために、環境をストレスの少ないものに調整したり、定期的に服薬したりするわけです。ACT ではこのストレス脆弱性モデルを基本的に重要視しているため、その意味では医学モデルでもあるわけです。

もう 1 つの重要な概念に関連する言葉として、「Assertive」という言葉が挙げられます。積極的に訪問して様々なニーズに応えようとする流れから、当初はスタッフ自身が Assertive になる、病院で待っていないで積極的に訪問するという意味で Assertive Community Treatment の Assertive という言葉は使われていました。しかし最近、リハビリテーションの分野で、リカバリー (Recovery)

の概念が注目を集めています。これは、医学的に治癒したり二度と再発しないという意味での回復ではなく、ご本人が病気や障害を抱えていても、その障害を受け入れながら希望や尊厳を失わずに前向きに生きていけるような境地に達するという意味での回復を意味する概念です。このように、当事者がどう思うかという視点が昨今は非常に重要になってきています。その意味で Assertive という言葉は、スタッフよりむしろ当事者が積極的になれるようにという意味で使用されており、ACT はそれを支援するためのプログラムだと主張する立場もあります。

## ACTにおいて重要な概念

- **ストレス・脆弱性モデル**
- **Assertiveの意味するもの**
- **Assertive outreachの意義**
- **Recovery概念の浸透とAssertiveが意味するものの変化**

SLIDE14

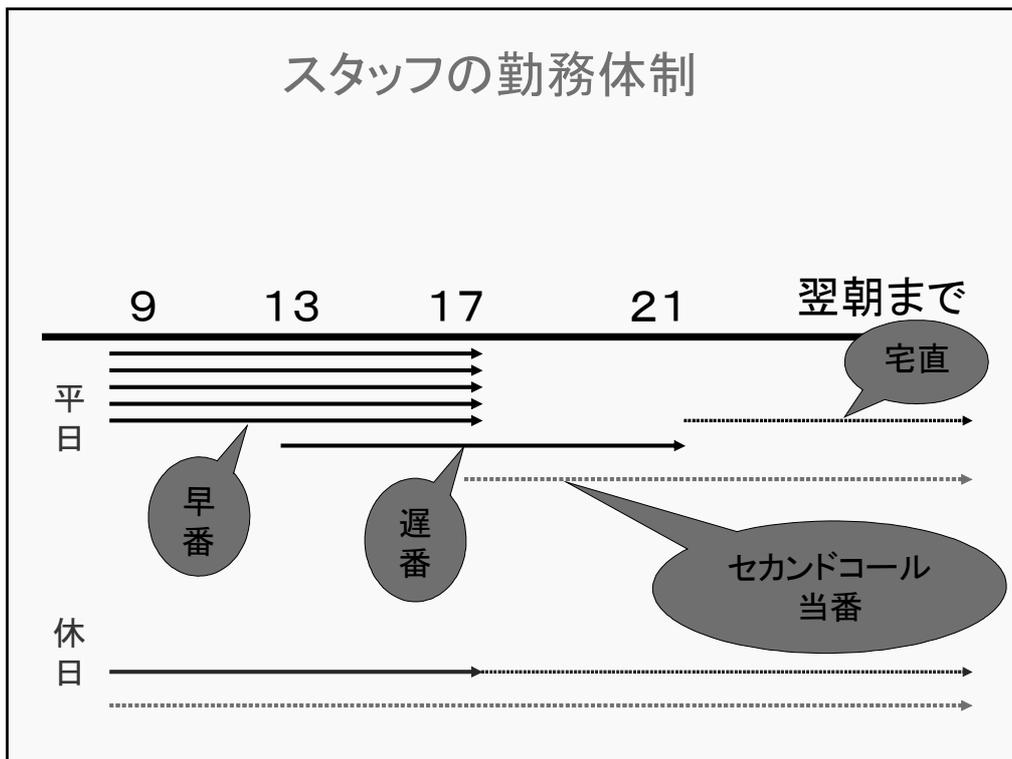
ACTプログラムでは、1つのチームに平均10人ほどのスタッフがいて、そのチームが100人ほどの利用者に支援を提供する形で運営がなされます。様々な職種の専門家がいますが、ほとんどの職種のスタッフはケースマネジャーとして働いており、「アセスメント」、「支援計画の作成」、「モニタリング」、「評価」などといった、ケースマネジメントの基本的な流れに沿う形で臨床を行っています。もちろん、職種が看護師、作業療法士、医師といったように異なるので、カンファレンスやミーティングの際のディスカッション、さらに個々の訪問の場面で、それぞれの専門性が活かされることとなります。基本的にはチーム全体でケアの責任を共有しますが、やはりある程度は中心となって関わるスタッフを決めておく必要があります。そのため、利用者毎にプライマリ・ケースマネジャーと呼ばれる、日常的なケアの提供と支援計画作成に責任を持つ担当者が決められています。更に、利用者毎に定められた個別援助チーム(Individual Treatment Team)と呼ばれる小さなチームを、ACTという大きなチームの中に構成し、多職種の利点を活かしながら、プライマリ・ケースマネジャーの仕事を補佐していきます。

## チームの構成と各職種の役割

- 多職種チームの機能
- プライマリ・ケースマネジャー
- 個別援助チーム (ITT)
- 各職種の役割

SLIDE15

チームによってスタッフの勤務体制は異なりますが、一般的には、平日日中、平日夜間、休日日中の3シフトのそれぞれを、スタッフ全員が交代で担当します。24時間体制といっても、午後9時～10時以降はオフィスを離れ、宅直スタッフがポケットベルや携帯電話をもって自宅で待機し、利用者からの電話などに対応します。また、平日夜間や休日の時間帯でなければ会えない家族も多いので、アポイントメントを取り接触することも重要とされています。実際に国府台のACTでは、スライド16に示したような勤務体制をとっています。福祉領域が専門のスタッフが宅直をしている場合に利用者から、「今、薬を1週間分飲んでしまった」といった電話がかかってきた際に、その量ですぐに病院に行かなければならないかどうかの判断が難しいため、チームリーダーや医師がバックアップとして対応する（セカンドコール当番）体制を取っています。

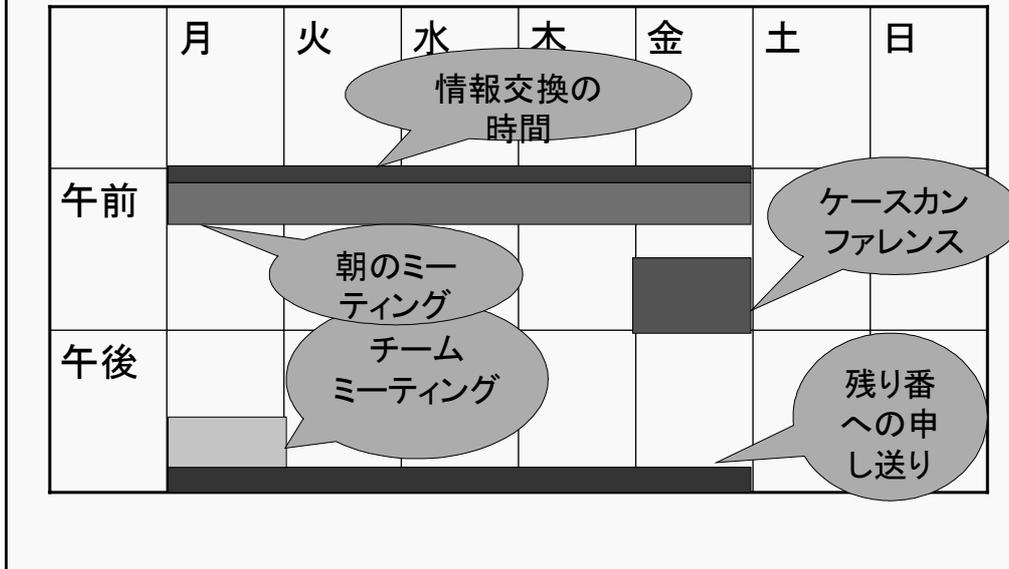


SLIDE16

スライド 17 は ACT チームの週間スケジュールの例です。もちろん、プログラムによって違いはあります。最も重要なのは、毎日、平日の朝に行われるミーティングです。これには、その日勤務しているスタッフが全員参加します。登録している利用者の方が 100 名いるとすると、1 時間くらいの時間をかけて行われます。会議室の机の上に、登録している利用者全ての基本情報と最近の行動についての簡単な記録を備えたカードックスがおかれており、シフトマネジャーと呼ばれるその日の当番スタッフが、カードックスを順次めぐりながら、「〇〇さん」と名前を読み上げます。すると、その利用者に 24 時間以内に関わったスタッフが、「〇〇さんは昨日訪問したが、ちょっと独り言が以前より多くなっている。薬の袋を見たけれど厚みが減っていないので、最近薬を飲んでいないかもしれないので、働きかけていく必要がある」とか、「△△さんは昨日就労の面接にスタッフと一緒に行ってうまくいった」などと、利用者の最新の状況とスタッフがとった行動を手短かに報告します。その時に解決できることは、ディスカッションをして解決します。朝だけではなく、夕方にも、午後 9 時或いは 10 時まで勤務する遅番スタッフや宅直スタッフに日中の情報を伝えるためのミーティングを行うこともあります。ACT では、このような形でチーム間の情報交換、情報の共有を図っています。

さらに、チームの週間スケジュールとしては、ケースカンファレンスやチームの運営に関するミーティングがあります。それ以外の時間は、オフィスで記録を残す時間を除き、基本的にスタッフはオフィスの外、つまり利用者の暮らす地域で仕事をしていることとなります。

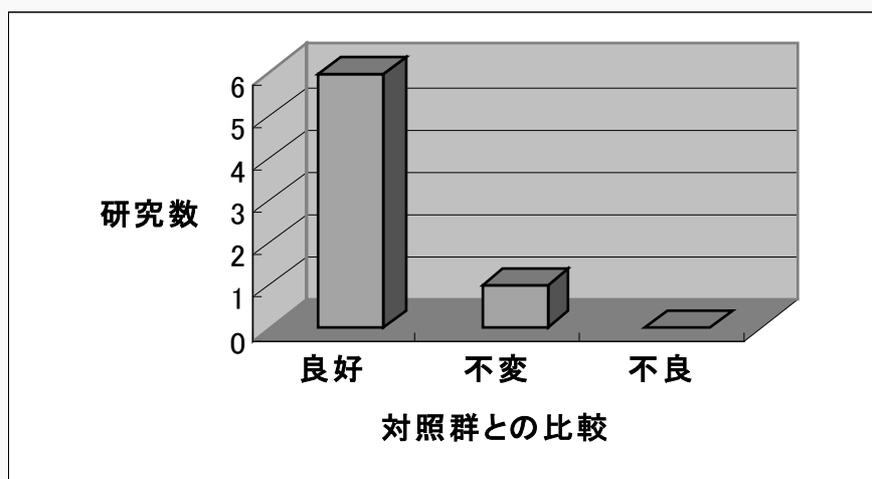
## チームの週間スケジュール



SLIDE17

実際に ACT プログラムがどのような効果を有しているかを調査・検討するために、アメリカを中心に数多くのコントロールスタディが行われてきました。ACT を利用した方と他の一般的な地域ケア

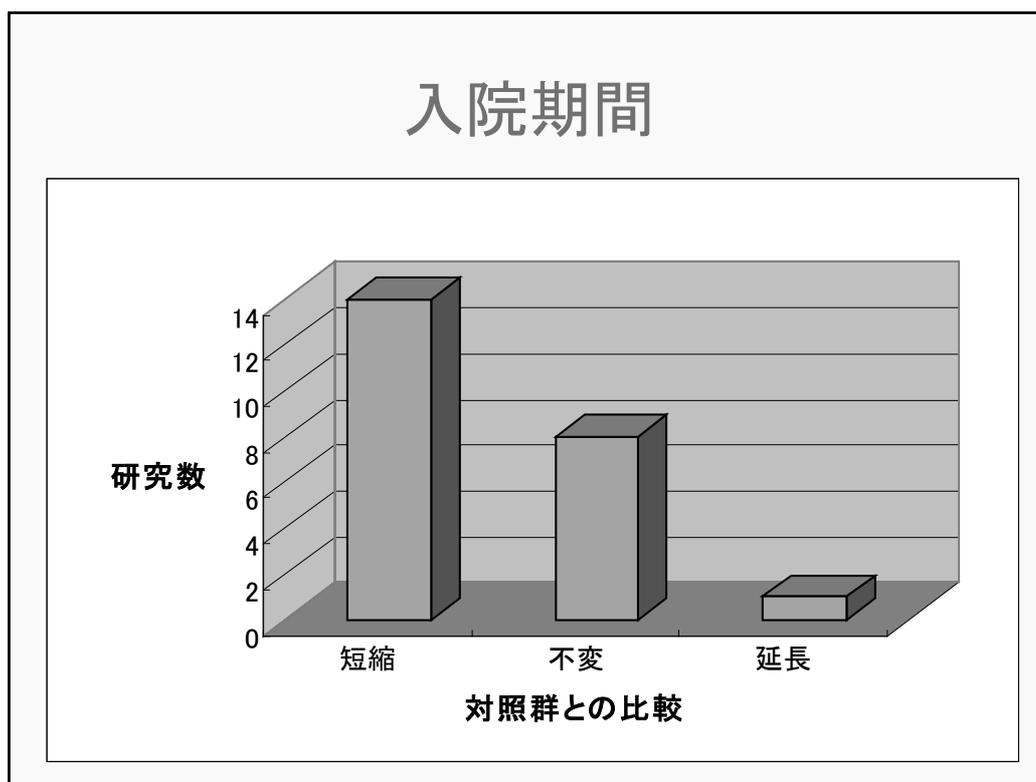
## 患者の満足度



SLIDE18

を受けた方との差を調べるわけです。スライド 18 のグラフの左側の棒が示しているのは、ACT 利用者の方が利用しなかった方よりも満足度が高かったと結論づけた研究の数です。真ん中の棒は、ACT と通常のケアとで差がなかったと結論づけた研究の数です。右側の棒は、ACT のほうが満足度が低かったとする研究の数です。したがって患者さんの満足度に関しては、ACT では非常に良好な結果を示している、といえます。

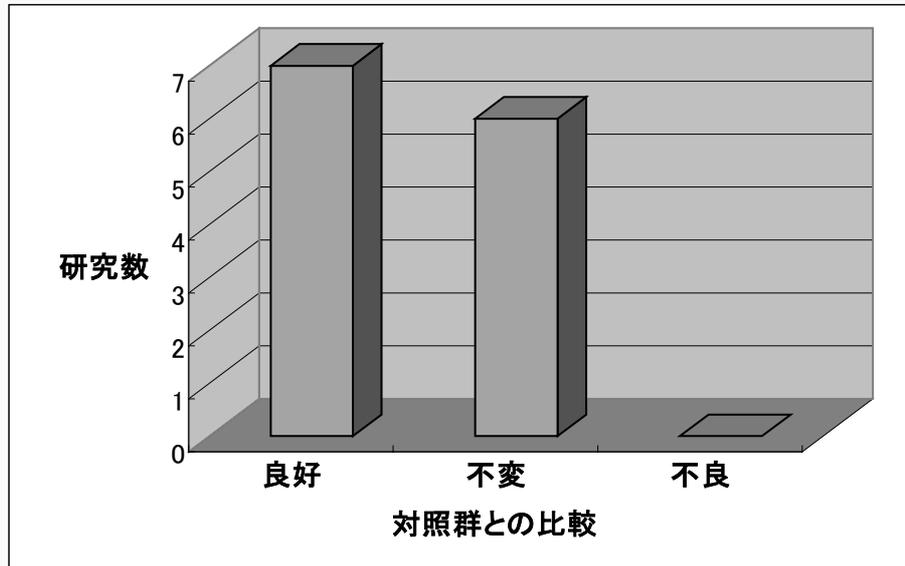
入院期間に関しても、ACT 利用者のほうが短かくてすむという結果が示されています。また、アメリカではホームレスの問題がありますが、ACT 利用者の方が居住環境が安定しやすいといわれています。



SLIDE19

QOL に関しても、半数以上の研究が ACT 利用者の方が結果が良好であったことを示しています。就労についても、半数ほどの研究が就労面での効果を示しています。今後は ACT のプログラムと、その外側にある就労支援のプログラムとをどのように結びつけるか、あるいは ACT に就労支援の専門家を入れて就労支援機能を充実させていくなどの工夫を重ねることで、もっと良い結果が出てくるのではないかと期待されています。

## QOL



SLIDE20

ACT のオリジナルプログラムは、アメリカで 1970 年代に行われたものですが、以上述べてきたように実証的な成果が示されているため、近年その普及が始まって、現在では多くの州で ACT プログ

## 各国のACT

- アメリカ(1970年代～、Steinら)
- オーストラリア(1980年代前半～、Houltら)
- イギリス(1980年代後半～、Marksら、Deanら)
- フィンランド(1990年代～)

SLIDE21

ラムが実践されています。1980年代にはオーストラリアで広まり、その後ニュージーランドにも波及していきました。イギリスでは1980年代の後半に取り入れられ、最近では日本でいう障害者プランのような国のプランの中で、ACT チームを何年後にいくつ作るといった数値目標が打ち出されるようになってきました。それ以外にも、フィンランド、デンマーク、スウェーデン、オランダなど様々な国々で取り組みがなされるようになってきています。

これまで ACT の概要を述べてきましたが、「なぜ日本で ACT を行う必要があるのか。日本ではいけないのではないか」とする見解があるかもしれません。そこで、これまで日本の精神医療保健福祉の現場で問題となっていたことを整理したいと思います。

まず、多くの病院や診療所では、採算さえ取ればよいので、なるべく手のかからない患者さんを診る傾向にあります。ACT のようなプログラムがあれば、ある圏域で暮らしている重い精神の障害をもつ人たちを、その地域で責任をもって支えるということにつながり、そこに大きな意味があります。

次に、日本では、医療は医療、福祉は福祉、就労は就労という縦割りでの関わりが根強くあり、職種間の連携が不十分であるという問題があります。地域のチームに様々な職種の専門家がいて、その中でコミュニケーションを図りながら協働する ACT の方法論は、今後非常に重要になると考えられます。

それから、1人の医者が外来で午前中に数十人以上の患者を診なければならない現実がありますが、ACT では1人のスタッフ或いは1つのチームが関わる利用者数の上限を設定して、その中で質の高い実践を維持します。このようにケースロードを念頭においた臨床活動の仕組みは、今後日本でも議論されなければならないと思われます。

また、日本でも訪問看護など病院から地域に出向く実践がなされてはきましたが、どうしても個別担当制で抱え込んでしまったり、スタッフが燃え尽きたりということが出てきます。そこで、チームで、しかも多職種の視点で支えていく体制というのも、今後重要視されるようになるでしょう。

更にこれまで、多くの病院は、外来に来ている間は診るけれども、通院中断したら往診まではしていませんでしたし、保健所も「この人は医療が必要だから最終的には病院に入ってもらおう」など、結局その地域でその患者さんのケアを最終的に誰が責任をもって行うかが不明確でした。しかし ACT では、登録された方にはそのチームが責任をもって対応するのが原則ですので、そういった点も日本の現状に大きなインパクトを与える可能性があります。

そして、急性期もリハビリテーションも、入院治療の形で施設の中で行うのではなく、その人が生活している場で実践的にやっというとする理念が従来とは異なりますし、病院でない地域の機関が24時間体制でケアを提供するなど、日本の現場でこれまで問題になっていた多くのことが、実はACTプログラムの特徴によって、解決できる可能性があるのです。

## 日本の現場で問題となっていたこと

- 採算さえとれば手のかからない患者を診る傾向
- 職種間の連携が不十分
  - 医師を頂点にしたヒエラルキー
- ケースロードに無頓着な臨床体制
- 個別担当制によるスタッフの抱え込み
- 誰が最終的な責任を持つか不明確な体制
- 生活の場に基づかない急性期医療とリハビリテーション
- 期間限定のサービス
- 地域における24時間体制の不備

SLIDE22

前述したように日本でも、特に精神病院が少ない地域ほど、保健師さんが積極的に訪問活動を行い、急性期の方の場合には1日2回訪問したり、退院後の生活支援では訪問時に一緒に掃除をするなどして、患者さんを支えてきたという歴史があります。病院によっては、積極的に医師が往診したり、24時間体制の訪問看護も行ってきました。このような例とACTとの違いを述べることにします。こういった従来の訪問サービスは、担当する保健師さんや病院の院長の熱意や善意に支えられてきたものでした。ですから保健師さんが転勤になったり、病院の院長が代わったりすると、そのサービスの質が低下してしまうということも稀なことではありませんでした。また、個々の専門家が責任を担うやり方ですと、問題を抱え込んでしまったり、そのため燃え尽きてしまったりして、個人的な負担が大きくなり、それが利用者の側の不利益にもつながります。それに対してACTプログラムでは、構造上の特徴が明確なので、個人の職人芸に頼らない一定レベルのサービスを継続して供給することができます。

さらに、訪問看護というのは基本的に医療のサービスで、医師と看護の方が連携をとってやっていくのが基本ですから、そこに就労支援などの視点はあまり入ってきません。ACT の多職種チームの中には就労支援の専門家が含まれているので、急性期のうちから就労支援を行うことも可能です。例えば、「薬は飲みたくない、医療の人はあまり来てほしくない、でも仕事はしたい」と考えている患者さんでも、ACT が就労支援も提供できるとなると、ACT のプログラムを受けるモチベーションが高まるのです。病状が回復して一般就労をした後も、再発防止のための継続的な医療ケアを提供するなど、1つのチームで包括的なサービスを提供することが可能です。更に1日1~2回、チームのスタッフでディスカッションをする機会があるので、機動力があり、迅速なサービスを提供することができます。以上のようなことが、従来の訪問サービスとの違いであるといえます。

## これまでの訪問サービスとの違い

### 「訪問による危機対応とケアの継続」

- 過疎地における保健師の訪問サービス
- 医師の往診＋訪問看護(24時間体制)



### ACT

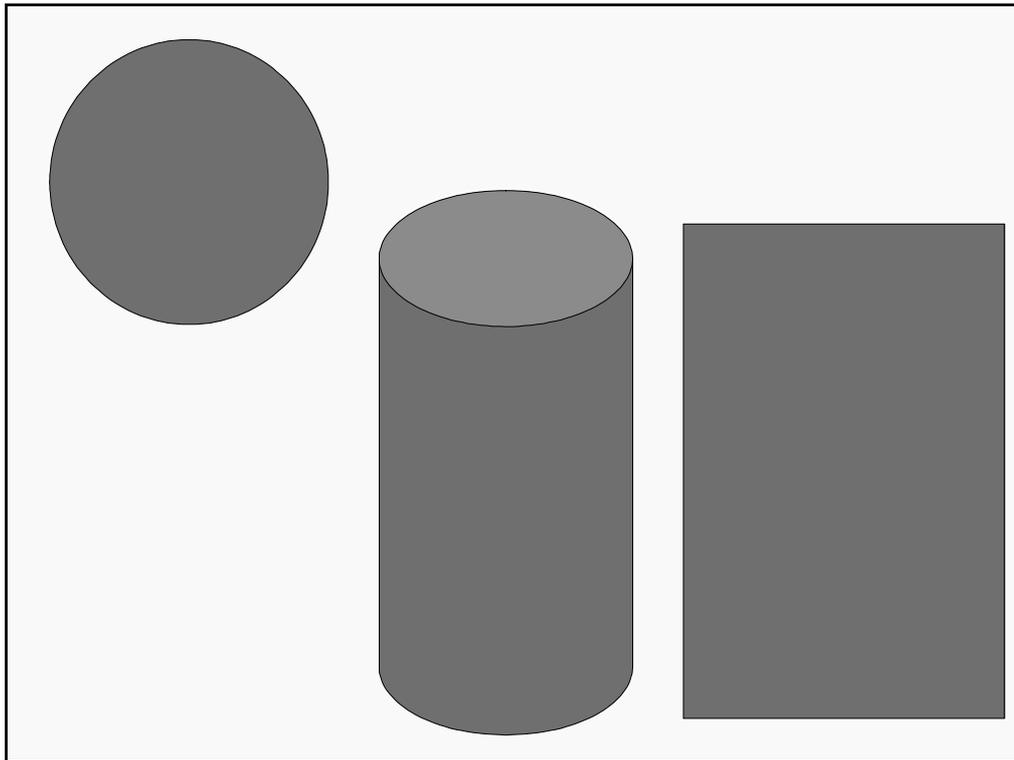
☆地域システムに組み込まれた、職人芸に頼らない一定レベルのサービスの供給

☆燃え尽き現象の防止

☆多職種チームによる包括性、機動性

SLIDE23

円柱は真上から見たときには円に見え、真横から見たら長方形に見えます。でも実体は円柱であるように、ACT も見方によってずいぶん違った表情をもち、それぞれの領域でいろいろな使われ方をされています。24時間体制で訪問するために精神科救急領域で取り上げられることもあれば、実際に暮らしている場所で様々な支援や就労支援を行う特徴から、精神科リハビリテーションの領域で取り上げられることもあります。医療を中断しやすい人を地域で見っていくということで、司法精神医学の領域でも取り上げられます。いわゆる触法精神障害者のための地域システムという側面で捉えられる方もいるようですが、それはACTの一面しか捉えていないことからくる誤解なのです。



SLIDE24

共通項としては、ACT とは、「施設や病院ではなく地域で暮らしていく、しかもそれを継続していくことを可能ならしめるための強力な手段」ということです。しかし、ただ ACT を行えばいいというわけではなく、日本ではどのような目的で利用されるのかということが重要です。日本では精神科病床と長期在院患者が多いという実態がありますが、単に社会的入院という以上に病状が重い方であっても退院して地域で暮らす権利があるわけで、それを可能にすることが ACT 導入の1つの大きな目的だと考えられます。

## ACTの様々な局面

- 包括的な在宅中心のリハビリテーション
- 急性期在宅ケア、機動救急チーム、ホームトリートメント
- 触法精神障害者のアフターケア
- 共通項として、「地域生活の維持を可能ならしめる強力な手段」である
- 我が国で、真の脱施設化を実現させるために、最も有力な手段の一つと考えられる

SLIDE25

上で述べた「社会的入院」とは、例えば家族が反対して自宅に引き取らないとか、その地域にグループホームがないために、本来であれば病院にいる必要はないにもかかわらず入院を余儀なくされているという状態です。社会的入院をしている方の数は、厚労省調査では7万2千人、実際には10万人ともいわれています。ACTはそのような方々の一部や、それ以上に病状が重くて長期入院をされている方の退院やその後の生活を支援するために、今後使われていく可能性があります。一方で、地域にいても頻回に入退院を繰り返す方の中には、入院時に親が亡くなって世代交代した兄弟やその配偶者の拒否によって、長期入院化するケースもあります。ですから、頻回に入退院を繰り返す人も可能な限りその急性期を地域でケアすることが大切です。

これまで述べてきたように ACT のサービスは、病状のために長期入院を余儀なくされていたり、頻回に入院を繰り返すような、重い精神障害をもった方たちに提供されることが、基本的な流れになっていくと考えられます。それはまだまだ先のこともかもしれません。アメリカではベッドが減ってしまって困った後で ACT が生まれたわけですが、そうではなく、例えばホームレスの問題が生じないように今から計画的に準備を行っていくことが、私たちの国では必要です。

## 我が国におけるACTの位置づけ

- **重症精神障害によって**
  - 長期入院を余儀なくされている人々の退院支援とその後の地域生活支援
  - 地域にいながらも頻回に入退院を繰り返す人々の地域生活支援
    - 再発防止、在院日数の短期化
    - QOL向上、満足度の向上
- **社会的入院者も、退院後の状況によってはサービスを利用する可能性がある？**
- **精神科病床が減じた状況に対応するために必要なプログラムの一つとして今から整備が必要なもの**

SLIDE26

ただ、外国と比べて日本で配慮しなければならないことがいくつかあります。

まずこのプログラムは、アメリカのように脱施設化によって退院した人たちが途方にくれてから行われるのではなくて、むしろ障害の重い方たちの退院が実現可能となるように活用されなくてはならないということです。当然、退院支援に関わるので、他の国の ACT にはないノウハウが必要とされます。

次に、日本では1人あたりの入院費は月額で1万円くらいですが、イギリスではグループホームやホステルの入居費がそれとほぼ同額になります。日本は非常に入院費が安く、逆にアメリカやイギリスなどの外国では非常に高いということが知られています。したがって ACT が導入されると外国では入院費が削減され、そのことが政府が ACT を導入する1つの根拠になっていますが、日本では ACT がインテンシブなサービスを提供することにより、かえって医療費がかかるということも考えられます。しかし、たとえコストが同程度にかかるとしても、医療経済的な視点を超えて、利用者の QOL やサービス満足度の改善を図る視点から、ACT の導入を検討しなければならないと思っています。

また、外国、特にアメリカでは急性期でも1週間ほどで退院を余儀なくされるので、薬でかなり鎮静されている状態を地域でみることになります。当然のことながら、ACT チームは急性期対応のスキルや経験がかなり要求されるわけです。しかし日本の場合には2~3週間、状態が悪ければ1ヶ月くらいは病院で診ることが可能なので、日本の ACT は急性期の対応よりもリハビリテーションの対

応に重点が置かれることが考えられます。

それから日本では、主治医がホームヘルプサービス利用の意見書を書いたりするなど、ある意味でケースマネジャーとしての役割をとってきたようなところがあります。そこに ACT チームが介入するわけですから、ACT チームの方針と主治医の方針が食い違った時、どのように調整と連携を図るかが重要になってきます。

さらに、西欧の文化では、成人したら 1 人で暮らすのが当たり前ですが、日本で精神障害をもつ方たちの場合、都会では 75% くらい、地方では 90% くらいが家族と同居していることが、調査などから示されています。家族も生活困難感が強くなると、いらいらしてきて本人に対して批判を向けたり、不安になって一緒に巻き込まれたりすることがあり、そのようなことは患者さんの再発率を高めるといわれています。ですから利用者本人の再発を減らすためにも、家族支援の取り組みが外国に比べていっそう必要になるわけです。

## 日本のACTで配慮すること

- 脱施設化を可能にするために利用される
- 退院支援に関わる比重が大きい
- 費用対効果以上に利用者のQOL、満足度の改善に焦点が当てられる
- 精神科救急機能よりもリハビリテーション機能が求められる
- 伝統的な主治医システムとACTチームの連携
- 家族支援の重要性

SLIDE27

平成 15 年 4 月から国立精神・神経センター国府台地区において、日本では初めての本格的な ACT の取り組みが始まりました。前述のとおり ACT の対象者には大きく分けて長期在院者と頻回利用者の 2 群がありますが、国府台では頻回利用者に対象を絞ってプログラムが進められています。

## ACT-Jの目標

- 重症精神障害を持つ精神医療の頻回利用者が、可能な限り地域で質の高い生活を続けられるように支援すること

SLIDE28

現在は厚生労働科学研究費の助成を受けており、パイロット研究の段階ですが、成果があれば施策として活用していくという流れの中で行われています。実際にプログラムを受けた方の入院日数が減少したか、QOLが向上したかなどの効果を評価する研究に加えて、日本で制度化するにあたって必要な条件整備のあり方、それから医療経済的な評価はどうかといったところを中心に研究が進められています。

## ACT-J 研究面での目的 (パイロット段階)

- プログラムの効果評価
  - 入院日数・回数
  - 症状、社会適応、QOL、サービス満足度
  - 薬剤投与量
- 制度化にあたって必要な条件整備のあり方
  - 多職種チームのあり方
  - 当事者への効果的な援助プロセスのあり方
  - プログラムの運用評価に関する基準のあり方
- 医療経済的評価
  - 費用効果分析の基礎資料

SLIDE29

対象者についてですが、重い精神障害をもつ人といっても定義によってかなり異なります。国府台では、主な診断が知的障害、痴呆、依存系の疾患、人格障害である方は除外し、他の全ての精神疾患としています。また、年齢が18～60歳で、訪問をするために市川、船橋、松戸の3市（いずれも片道約1時間で移動できる範囲）に住んでいる方に限定しています。

## ACT-Jの対象者 I（パイロット段階）

- **診断：統合失調症、感情障害、心因反応等の精神疾患であるもの**
  - 除外：主診断が知的障害、痴呆、薬物依存、アルコール依存、人格障害であるもの
- **年齢：18歳以上60歳未満**
- **居住地：千葉県内の市川・船橋・松戸の3市**
- **入院目的：急性薬物中毒による短期入院や合併症治療のための入院を除く**

SLIDE30

更に、過去1～2年間どのくらい頻回に入院しているか、家族とのトラブルや自傷行為など社会適応を妨げる行動があったか、日々の日常生活がどのくらいできているかといったあたりで総合的に重症度を判断し、対象者を決めています。

## ACT-Jの対象者Ⅱ（パイロット段階）

- 入院前2年間の精神医療サービスの利用状況
- 入院前2年間の社会適応
- 入院前1年間の日常生活の状況

以上の3領域に関して、独自に作成した基準により重症度を判断

SLIDE31

昨年度1年間かけて、国府台病院内のオフィスに、ミーティング室やスタッフ室、さらに電話やFAXなどの備品が整えられ、また訪問時に必要な自動車や携帯電話なども用意されました。

## オフィスの整備

- ミーティング室
- スタッフ室（臨床、研究）
- 面接室
- 外線3（電話、FAX）
- 軽自動車4台
- 携帯電話4台
- パソコン（データベース）
- 地図
- ホワイトボード3  
（日、週、カンファレンス用）



SLIDE32

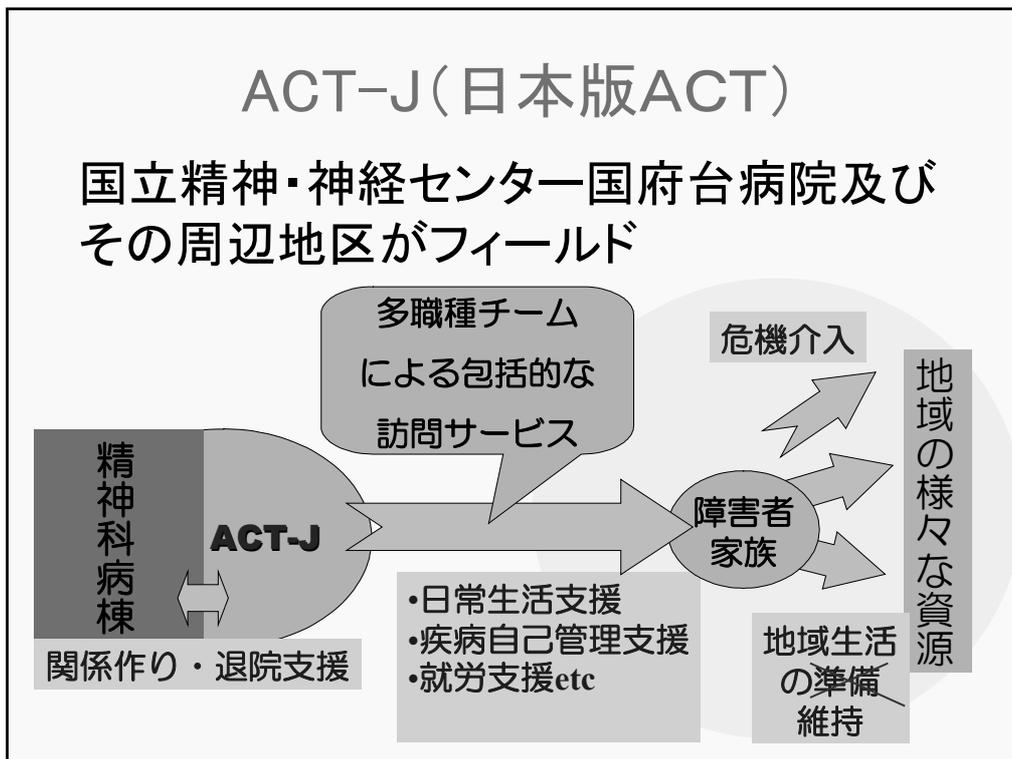
臨床サービスは5月から開始されました。7月以降から現時点までのスタッフは、チームリーダー、臨床以外の事務的な仕事の取りまとめ役であるプログラムマネジャー、精神科医の他に、10名がケースマネジャーとして勤務し、その専門は看護師や作業療法士、心理士などさまざまな職種に及んでいます。

## チームのスタッフ構成(15年7月～)

- チームリーダー(精神保健福祉士) 1名
- ケースマネジャー
  - 看護師 2名
  - 作業療法士 2名
  - リハビリテーションカウンセラー 1名
  - 心理士 1名
  - ケースワーカー 2名
  - 職業リハビリテーションの専門家 1名
  - 医師(レジデント) 1名
- プログラムマネジャー(精神保健福祉士) 1名
- チーム精神科医 1名
- 当事者&援助経験のある家族(検討中)

SLIDE33

国府台病院の精神科に入院すると、主治医がその方の診断や生活のレベルなどを、さきほどの基準を一覧表にしたチェックリストに記入します。その結果ACTの加入基準を満たす方がいたら、ACTチームが主治医に連絡を取ります。ACTを利用してよいという主治医の了解が得られれば、今度は主治医のほうからご本人に「ACTというサービスがあるが、受ける受けないは別にせず1回スタッフに会って見ないか」と声かけをします。そこでご本人が会ってもいいということであれば、スタッフが病棟に訪問し、関係作りを始めていきます。関係作りをしながらACTを利用するという同意が得られたら、入院中に、「退院した後引っ越しをするのでその手伝いをしてほしい」など、その時点で本人が一番して欲しいことに焦点を絞った関わりを行います。退院したら基本的には1ヶ月以内に包括的なアセスメントを実施し、どの曜日にもどのようなことをするという週間計画を立て、それを基に訪問中心のサービスを提供していきます。



SLIDE34

提供されるサービスは様々ですが、本人が通院を固く拒否している場合にはスタッフが薬を届けに行くこともありますし、訪問先で本人に薬の必要性をお話することもあります。カウンセリングも行います。24時間の電話サービスに加えて、具合が悪いときには訪問して注射の説得をすることもあります。基本的には地域で関わるのですが、不幸にして入院してしまってもサービスを中断することはないという点が特徴です。入院中でも病棟に行き、利用者が四肢を抑制されている場合には、本人が抑制を取ってほしいというとその気持ちを代弁して主治医とかけあったり、退院計画を作るといった関わりもします。また、先に述べたように引っ越しのお手伝いもします。看護師がいるので身体の健康もサポートしますし、生活保護や年金の申請なども必要な場合は同行してお手伝いします。就労支援や、家族教室の開催を含めた家族支援に特に力を注いでいます。また、働き続けていくためには余暇の過ごし方も重要になりますが、利用者が社会で生活していくうえで必要なことをサポートするという観点から、映画やコンサートに同行することもあります。

## ACT-Jで提供されるサービス

- **薬の処方と提供**
- **病気と服薬を利用者が自己管理するための支援**
- **個別の支持的療法**
- **危機介入**
- **入院期間中の継続支援**
- **住居サービスに関する支援**
- **日常生活の支援**
- **身体的健康に関する支援**
- **経済的サービスに関する支援**
- **就労支援**
- **家族支援**
- **社会的ネットワークの回復と維持のための支援**

SLIDE35

サービスの進め方は、ケアマネジメントの流れに沿っていますが、国府台 ACT ではストレングスモデル（長所モデル）を重視しています。すなわち、できない部分をアセスメントするのではなく、転職を5回してきた方が一般就労したいという場合に、「5回も転職した」ではなく、「5回は就労できた」ことに注目します。それはつまり、精神障害があっても身づくりはきちんとできているとか、面接のときにてきぱきと対応できるといった、ご本人ができていることに着目してプランを立てていくということです。

## どのようにサービスが進められるか

- 加入基準にあった精神障害者の紹介
- ICと最初のニーズのアセスメント
- 包括的なアセスメント
- リカバリープランの立案と本人の同意
  - 「長所モデル」に基づく
- 週間計画の作成
- 毎朝のミーティング
- 日々のサービス提供
- リカバリープランの見直し

SLIDE36

現時点（平成16年2月）での臨床活動の概要ですが、IC（インフォームド・コンセント）を取れた方は現在25名で、30～40代の方、診断的には統合失調症の方が多くを占めます。ACTという外

## 臨床の概要

- ICをとれた利用者は25名
- 30～40代が多い
- 診断は概ねSz（統合失調症）
- 入院を続けている利用者が2割
- 在宅利用者の平均訪問回数は週1～2回
- 平均訪問時間は1時間程度
- 訪問場所は自宅に限らない
- 入院中は関係作り、退院後は日常生活の支援、社会参加の支援が多い
- 主治医との連絡に要する時間も多い

SLIDE37

国では地域生活支援がメインですが、入院中に IC を取るため、ご本人の状態によっては入院を継続されている方がいて、このあたりが日本ならではの問題ということになります。平均の訪問回数は週に 1~2 回、訪問した際は 1 時間ほど滞在し、訪問場所は、家にきてほしくないという方であれば近くのファミリーレストランや喫茶店などを利用します。主治医と足並みを揃えていくために、主治医との連絡に要する時間も重要となります。

今後のスケジュールですが、今年度はパイロットスタディの段階です。外国の ACT に比べたら、現在の私たちの取り組みはまだまだ駆け出しの域を出ないので、私たち臨床スタッフもスキルを身につける必要があります。そのうえで来年度から、コントロール群をおいて ACT を利用した方としていない方とでどのくらい効果が違うのかを検討する本調査が実施され、それを政策に提言させていきたいと考えています。

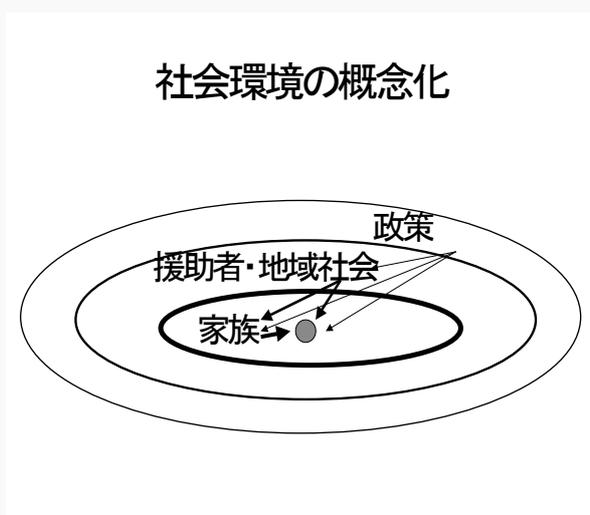
## 今後のスケジュール

- 2003年度～パイロットスタディ
- 2004年度～ACT-Jサービス群と対照群との比較
- 「ガイドライン」や研修のあり方などについても検討

SLIDE38

## 今後の課題と展望

- 利用者レベル
- 家族レベル
- 援助者レベル
  - ACTチーム
  - 主治医
  - 地域関連機関
- 地域社会レベル
- 政策レベル



SLIDE39

## 今後の課題と展望

### (利用者レベル)

- 退院後の「禁断症状」
- 「入院したい」
- 調子悪い時に入院以外の選択肢がなかった

### (家族レベル)

- 利用者の退院拒否≒PTSD
- これまでの退院後の負担が頭から離れない

SLIDE40

## 今後の課題と展望(チームレベル)

- スタッフの技術とチームワークの向上
  - 関係作りをしながらどうアセスメントをするか
- 利用者増加に伴うプログラム構造の修正
  - 夜間・休日の対応
  - 再発への対応
- コンシューマー・スタッフをチームに迎えること
- 地元の第三者機関による監査など
- 一定の限界の認識
  - 研究費による活動であること
  - 医療機関モデルであること

SLIDE41

## 今後の課題と展望

### (主治医レベル)

- 服薬管理・金銭管理ができてからの退院？
- 在院日数が長くなったら転院？

### (地域関連機関レベル)

- 地域資源の開発
  - 居住施設などの確保
- 既存の関連機関との連携

### (地域社会レベル)

- スティグマの軽減

SLIDE42

実際に臨床活動を開始してから見えてきた今後の課題と展望を述べると、私たちは「入院しないでいいですよ」というスタンスで関わるわけですが、逆に利用者の方が入院したいとおっしゃることがあります。それはこれまでの日本では、患者さんの具合が悪いときに、入院という選択肢しかなかったからではないかと推察されます。ですから、具合が悪くても 24 時間体制で相談に応じる、訪問して支援するという形でサービスを 1 年、2 年提供していく中で、今まで不安な時には入院していた方が、「ACT があるなら、入院しないで家にいたほうがいい」と思えるようになる実践を続けていくことが重要と考えています。

ご家族についても同様です。ACT の対象となる方は家庭でのトラブルが少なくはないので、ご家族は「入院前のことがあるからもう退院してほしくない」と退院を拒否されることがあります。しかし、それは今までご家族の方がケアの負担を全て背負い込んできたためであって、「今までは退院後は本人の世話で手一杯で大変だったけれど、ACT があるから肩の荷がおろせる」とご家族自身が思えるような関わりが、我々に求められているのだと思います。

日本の地域精神保健システムの歴史を考えると、ACT プログラムが立ち上げられても、それがシステムの中に本当の意味で浸透するまでにかかり時間がかかることでしょう。スライドに挙げたように、導入にあたって様々な課題はありますが、一つ一つ克服することを意図しつつ、まずはプログラムの効果を検証することから着手していきたいと考えています。