

第 103 回日本精神神経学会総会

教育講演

わが国における ACT の課題と展望 ——臨床実践の振り返りをもとに——

西尾 雅明 (東北福祉大学総合福祉学部)

1 ACT の概要

ACT は、「積極的に地域で支援する」ことを意味する Assertive Community Treatment の各語の頭文字をとった略語であり、邦語では包括型地域生活支援プログラム、或いは包括的地域生活支援などと訳されている。精神障害の中でも重い障害をもつ人たちに対象を絞り、様々な職種のスタッフが、利用者が実際に生活している場に訪問する形で保健・医療や福祉、就労支援など包括的なサービスを提供するプログラムであり、利用者が他の機関でサービスを受けられるように仲介するのではなく、チーム自体が直接、包括的な支援を提供するのが特徴である。24 時間 365 日体制で行う濃密なサービスであるため、利用者数をスタッフ 1 人あたり 10 名まで、10 名のスタッフがいるチームであれば 100 名くらいに制限して支援を行って行く。いわゆる心理社会療法の中でもその援助効果が実証されている科学的根拠に基づくプログラムであり、世界各国で普及している。

2 これまでの訪問サービスとの違い

わが国でも伝統的には、保健師の訪問や 24 時間体制の訪問看護など、危機介入とケアの継続を目的とするサービスが行われてきたが、それらのプログラムと ACT の相違点は、① ACT は対象者を重い障害をもつ人たちに絞っていること、②

ACT は医師、看護師、作業療法士、ワーカー、心理士、時には当事者スタッフも含めた様々な職種でチームが構成されており、就労支援も含めた包括的なサービスが提供できること、③多様なサービスを一つのチームの中で組み立てていけるので方針やかかわりの一貫性が保て、病状が急変しても、チームの中で早急に意思決定をして現場に駆けつけられる機動力によって効果的な対応が可能であること、などが挙げられる。後で触れるような援助理念の違いも重要であろう。今後、精神障害をもつ人たちを地域で支えていく際に、特定のスタッフがいるから支えられるということではなく、システムによって支えていく面も大事になると思われるが、どの地域でも一定レベルのサービスが継続的に提供できるような地域生活支援体制の一部を担うものとして、ACT の役割が想定される。

3 試行事業での臨床活動

(1) 臨床の構造

ACT が諸外国で援助効果が高いと評価されており、今後脱施設化を行っていきべき日本においても試行的な取り組みが求められている状況の中で、平成 15 年 5 月から、国立精神・神経センター国府台地区で試行的な臨床活動が開始された (ACT-J)。対象者は、長期在院患者ではなく、

表1 対象者の加入基準

<ul style="list-style-type: none"> ・国府台病院に '04 年 5 月～'06 年 10 月の期間に入院 ・市川・松戸・船橋 3 市に在住 ・主診断 <ul style="list-style-type: none"> A：統合失調症，双極性障害など B：認知症，物質による精神障害，人格障害，精神発達遅滞以外の精神疾患 ・重症度基準 I（精神医療利用）：過去 2 年間で i）～ iii）のいずれかがある <ul style="list-style-type: none"> i）2 回以上または 100 日以上入院 ii）3 回以上の深刻な救急受診 iii）3 ヶ月以上の医療中断 ・重症度基準 II（生活機能）：過去 1 年の最高 GAF\leq50 A 診断は I or II，B 診断は I and II を満たすものが対象

精神医療の頻回利用者であり，ケースマネジャーに加えて，就労支援担当スタッフ，チームリーダー，チーム精神科医，プログラムアシスタントと呼ばれるチームの秘書がスタッフとして揃ったうえで，オフィスや自動車，携帯電話などといったハードが整えられて開始された。

(2) 対象者の加入

平成 16 年 5 月に開始された無作為比較化研究 (RCT) での ACT-J の加入基準を表 1 に示す。平成 15 年 5 月から 16 年 4 月までのパイロット・スタディでは，主診断が統合失調症でも重症度基準の I と II の両軸を満たすのと同等の，より重い基準が採用されている。

このような基準を満たして加入した利用者への支援は，ケースマネジャーが病棟に訪問して関係作りを行い，退院支援を行う。そして，退院後は様々な領域の支援を危機介入も含めて提供し，可能な限り地域のインフォーマルな資源にも結びつけていく形で実施された。

(3) 提供されるサービス

ACT で提供されるサービスについて以下に触れる。

保健医療サービスとしては，診察や処方，薬を

2～3 日ごとに届けること，内科受診などへの同行，自宅で実際に薬を見ながらの処方の説明，電話や車中など様々な場での精神療法的対応，合併症などに対する身体健康の支援，が挙げられる。警察署から電話があれば出向いて利用者の擁護をしたり，入院中も主治医や病棟スタッフと連携をとって退院に向けた準備を行う。福祉サービスでは，食事・買出し・掃除など日常生活の支援だけでなく，コンサートや映画鑑賞など余暇活動の支援，引越しなどの住居サービス，金銭管理の支援なども行う。他に重要なものとして，家族支援，就労支援があるが，ここでは ACT-J において就労支援のモデルとして採用されている IPS (Individual Placement and Support) と呼ばれる援助付き雇用について説明を加える。

IPS は，現在国際的にも多くの研究で一般就労率の増加が実証されている科学的根拠に基づくプログラムで，特に米国では精神に障害をもつ人たちの就労支援に関するアプローチとして代表的なものになっている。その原則は，どんなに重い障害があっても就労の対象から排除せず，しかも保護的・福祉的な雇用でなく一般雇用を目指すというものである。そして，利用者の興味・関心や長所に注目してその人にあった職場を開拓していき，必要があれば職場に同行して継続的なフォローアップを行う。また，「訓練してから職につく」のではなく，「職についてから訓練する」ことを重要な理念としている。実際，利用者がつきたい仕事と関係のない一般的なスキルを長々と訓練してもモチベーションは下がるばかりであり，利用者がやりたい仕事・得意な仕事を見つけて，そこで本当に必要な訓練を行うわけである。

ACT-J では多職種チームに就労支援の専門家が加わり，保健医療福祉と就労支援が一体となっている。千葉県市川市内に IPS チームがあり，これはコーディネーターと呼ばれるスーパーヴァイザーと数名の就労支援担当者から構成されているが，この就労支援担当者が ACT-J や他のクラブハウス，地域活動支援センターに 1～2 名ずつ派遣される形となっている。ACT チームに派遣

された2名は、ACTの利用者に対して週4日就労支援活動を行い、ACTのミーティングやカンファレンスにも参加する。一方でIPSチームでも週1回ミーティングが開催され、そこで職場開拓の情報を共有したり、グループスーパーヴィジョンを行っている。

(4) スタッフが共有すべき理念

ACTが地域での障害者管理に陥らないためにも、どのような援助理念で臨床を行っていくかをスタッフが共有することが大切である。ACT-Jでは、ミーティングなどを繰り返すことによって、以下のような理念が共有されている。

まず、「利用者の抱える病気や障害を超えて、その人の意向をしっかりと汲み取ること」が大切である。精神障害には病気と障害が共存していると言われるが、病気を管理することよりも、その人の望む生活を実現することが本来の支援の目的である。利用者は医療を活用して生活の質を上げるのであって、医療を受けることを目的として生活をしているのではない。多様な定義がなされるリカバリー概念も踏まえると、再発や入院を防ぐこと以上に、「自分なりに充実した人生だった」と利用者が思えるような支援をすることが重要とされる。支援の過程においては、できないところの援助から入るのではなく、できるところを伸ばしていくストレングス・モデルの視点が大切になる。できるところを伸ばしていくと、「できない」と思われていたことも含めて全体が底上げされる効果が期待できる。また、本人の強みだけでなく地域の強みも見つけていく視点も重要で、利用者の日常の対人関係や街の中にある普通の資源を活用するよう心がける。

(5) チーム・ケアマネジメント

ACTは、ケアマネジメントの一つのモデルでもある。利用者の個別ニーズをアセスメントし、それに基づく計画を立てて実践を行う。サービスが適切に提供されているかどうかモニタリングしながら、その後の評価を踏まえて終了となる可

能性もあるが、必要があれば同じプロセスを繰り返していく。標準的なケアマネジメントと異なるのは、チームのスタッフ全員で1人の利用者のケアを共有することにある。そのため、作成されたケアプランはチームの中で共有され、夜間緊急時に担当外のスタッフでも方針の概略がわかるように工夫されている。ACTでは、服薬や通院を中断するなど、既存の医療になじめなかった利用者も少なくないので、いかに関係作りを行うかが臨床重要になる。

夜間や休日の担当者は、全ての利用者のクライシスに対応する可能性があるわけで、その意味でも基本的にチームのスタッフ全員で全ての利用者にかかわっていく。そうは言っても個別担当の責任者がいなければ雑駁な支援になってしまうので、利用者1人につき3名から5名ぐらいの小さなチームが構成されている。仕事のニーズがある利用者には就労担当者が、糖尿病をもつ人には看護師がかかわるといった形で、個々の利用者ごとに構成される小さなチームの中で支援の方向性が共有されている。通常は週3回の訪問を行っている利用者であれば、日常の支援はこの小さいチームの中で切り盛りされるが、クライシス時には1日2回訪問しなければならないこともあり、そのような時には他のスタッフも訪問のローテーションに加わる体制をとる。

チームのスケジュールとしては、朝のミーティング、夕方の申し送りミーティングが毎日あり、週1回はケースカンファレンスやチームの運営ミーティングが開かれる。基本的に訪問型チームであるため、平日の日中はスタッフはオフィスにいない。夜の7時以降は、電話当番のスタッフが自宅待機する体制となる。

4 施事業における援助効果

ACT-J臨床開始後の1年間に加入したパイロット・スタディ対象者は43名である。対照群を設ける研究デザインではないので結論に一定の限界は伴うが、ACT加入前1年間と加入後1年間の比較、並びに退院後からの前向き調査の結果を

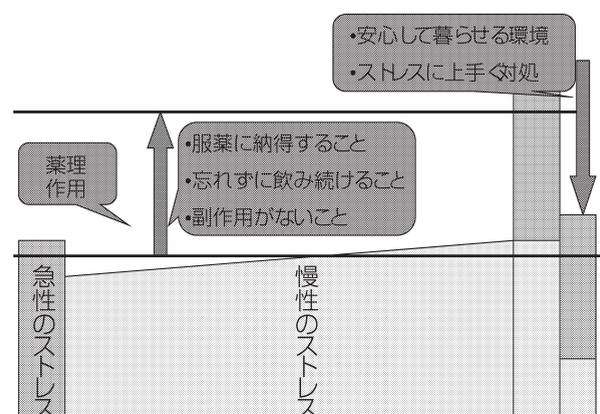


図1

総括すると、精神科入院日数・回数の減少、GAF スコアの改善、投与薬剤のクロルプロマジン換算値の減少、服薬態度の改善などが明らかになっている。また、利用者が ACT を利用していることに対するサービス満足度の高さ、家族の将来に対する不安の減少、といった結果も得られている。

一方、無作為比較化研究 (RCT) は、国立精神・神経センターの倫理審査を受けた説明書・同意書を用いて同意が得られた対象者を乱数表にて介入群と非介入群とに振り分け、介入群は ACT-J に導入し、非介入群は既存の標準的な医療・福祉サービスを受ける形で展開されている。平成 18 年 10 月までに 115 名の研究参加が得られており、そのうちの 59 名が介入群として、56 名が非介入群としてアウトカムが集積されているところであり、中間報告の域を出ないが、介入群における入院利用の減少やサービス満足度の高さなどが指摘されている。

5 臨床支援のポイント

統合失調症のストレス脆弱性モデルで言うと、急性のストレスや慢性のストレスが閾値を超えると再発につながると考えられている。服薬によってその閾値を上げることは可能であるが、急性の

ストレスと慢性のストレスが重なると服薬していても再発に至ることが少なくない (図 1)。そのような時に、通常の外来診療では投薬の種類や量を増やす対応になりがちであり、薬物療法が奏功しなければ入院治療や ECT の適応となる現実がある。急性期治療や再発防止の観点から服薬の重要性については論を待たないが、ACT の利用者の場合、薬物療法を工夫しても現状に変化が現れない場合に、安心して暮らせるように環境因子を調整したり、環境の中でストレスにうまく対処する力を伸ばしていけるよう援助することが臨床上のポイントになることが殊更多いという印象をもっている。

ACT の実践とは、決して特別な援助技術を使うわけではなく、利用者自身の掲げる希望や目標・個性を大事にして、それらに沿う形で、少しでも心地よく服薬ができるよう援助するとともに、環境調整を図り、それでも生じるストレスに対処できる力を自ら身につけられるよう援助することに尽きるのではないかと考えられる。支え手を助け、比較的十分な時間をかけてこれらのことに丁寧に対応しようとする理念や構造が ACT の援助効果につながっていると思われる。環境調整の中でも、住まいの場を整えること、家族支援、就労支援、ピアサポートに関する領域が特に重要であり、その充実

が、重い精神障害をもつ人たちのQOLの向上につながるものと考えられる。

6 課題と展望

ACT-Jの試行結果として、パイロット研究でも無作為比較化研究の中間報告でも、入院利用の減少や高いサービス満足度などのポジティブな科学的根拠が蓄積されつつある。特に、対象を重い障害をもつ人に絞った方が効果が得られやすいことも指摘されており、対象と加入基準の明確化が重要視されなければならない。しかしACT臨床のゴールは、そうした成果よりもむしろ、個々の利用者の生活の質の向上やキャリアアップの促進を図ることであって、プログラムの構造に魂を入れる理念についても焦点が当てられるべきであろう。そうした理念に基づいた実践を可能にするためのスタッフの研修体制の確立や、訪問主体のアプローチを可能にするための財源の整備、ACTを補完するケアマネジメントや居住資源、就労支援との連携などは欠かせないものである。ACTは決してそれ自体では万能なものではなく、圏域の地域精神保健福祉システムの構成要素の一つであり、統合されたシステムの中でその真価を発揮する。今後は英国のように、障害福祉計画など公的なプランの中で整備目標値が設けられ、普及に拍車がかかることを期待したい。

7 普及に向けて

全国的にみると、組織運営のための経済的保証が少ない中で、ACTを志向するプログラムが徐々に立ち上げられている。前述のACT-J以外にも、北海道、宮城県、茨城県、東京都、静岡県、京都府、岡山県、島根県、愛媛県、熊本県などで実践、或いは実践に向けての準備が行われている。運営の方略としては、研究費を主たる財源とするもの、精神科病院の訪問看護を基軸としているもの、自立支援法下の事業所を組み合わせる外来診療は他のクリニックと連携する形をとっているもの、訪問専門の診療所に訪問看護ステーションやNPO法人による事業所を組み合わせるものなど多様であり、様々な模索が続けられている。2005年からは、ACTを志向する全国の実践者同士の交流会も開催されるようになり、研修や情報交換の場が整えられつつある。

文 献

- 1) 西尾雅明: ACT入門。金剛出版、東京、2004
- 2) 厚生労働科学研究補助金『重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究(主任研究者:伊藤順一郎)』平成17年度総括・分担研究報告書、2006
- 3) 厚生労働科学研究補助金『重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究(主任研究者:伊藤順一郎)』平成18年度総括・分担研究報告書、2007