

第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

ACT をキーワードに Community Care System の構築を目指す
——公的機関の臨床実践から施策化への取り組み——

藤田 大輔（岡山県精神保健福祉センター）

岡山県精神保健福祉センターで実施している Assertive Community Treatment (ACT) おかやま事業について説明した。行財政改革に端を発し、精神保健福祉に関する県立 3 施設の見直しが実施され、地域におけるリハビリテーション機能を有した県立内尾センターの廃止と同時に、ACT おかやま事業が開始された。その実践経験をもとに地域支援において公的機関で担うべき役割について言及し、具体的な県レベルでの包括的地域支援構想を示した。

【はじめに】

国が示す「病院から地域へ」という方向性のもと、徐々にではあるが病院・地域においてもその変化が認められてきている。しかし、病院から地域への流れに比し受け止める側の地域資源の充実が追い付いていないのが現実である。

【Assertive Community Treatment ; ACT】

ACT とは、1960 年代後半アメリカのウィスコンシン州マディソン市メンドータ州立病院研究病棟の閉鎖と同時に、再教育を受けた病棟スタッフが地域において重度精神障害者への地域支援を実施することにより始まった。このシステムの特徴としては、多職種スタッフによるチームアプローチ、スタッフ一人が受け持つケース数が 10 人を超えない、生活の場で直接サービスを提供する、1 日 24 時間・週 7 日体制、ケースマネジメントの手法を活用する等が挙げられる。

【岡山県精神保健福祉センターについて】

現在私が所属しているのは、岡山県精神保健福祉センターといういわゆる行政機関である。一般的に説明するならば、精神保健福祉センターは各

都道府県及び政令市等において精神保健福祉に関する中枢機関として、設置されている。しかし、当センターはかなり特徴的である。それは、開設当初よりアウトリーチ（以下訪問中心）での支援を実践してきたことである。今現在も徐々に形を変えながら、しかし根底に流れるアウトリーチの文化は継承されている。私が知る範囲において、県の行政機関でもある精神保健福祉センターでこのような形態の臨床の現場を持ち合わせているところは数少ないのではないかと思う。当センターでは、今年度よりセンター内での組織を図 1 のように再編した。支援事務科とは、自立支援医療、退院請求等の法施行事務関連を担当する科である。地域支援相談科とは、精神保健福祉センターとし

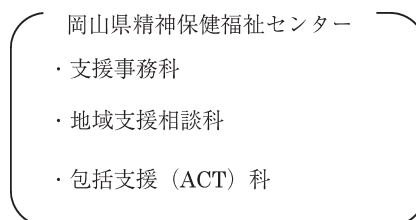


図 1 岡山県精神保健福祉センター組織図

ての一般的相談業務及び、当センターとして持っている予算化されている事業を担当している。また、ACTのように濃厚な関わりが必要ではないが、訪問中心の支援を提供している。そして、地域で社会・医療から孤立している重度精神障害者へ、ケアマネジメントの手法を活用し濃厚な支援を提供している包括支援 (ACT) 科がある。このように、行政機関でもある精神保健福祉センター内に臨床最前線の包括支援 (ACT) 科が存在するのは当センターだけではなかろうか。

【地域精神保健福祉の現状と課題】

精神保健福祉センターという立場で、精神障害者の地域支援体制における現状・課題を列挙してみる。

- ①市町村、保健所保健師等の地域支援体制の弱体化：これについては、自立支援法の施行に伴い、県から市町村へと様々な業務が移行した結果、従来できていた見守り訪問等（最近ほとんど不可能な状況であろう）がより困難な状況になってきている。また、県の保健所保健師は市町村との役割分担を意識し、継続的地域支援から緊急対応の役割をより明確にしてきているように思われる。
- ②生活者に対するニーズを最大限尊重したケアマネジメントの普及及び実践の不十分。
- ③生活の場に出向きかつ良心的（本人のニーズを尊重する）な精神医療の明らかな不足（精神科病院、診療所等）。
- ④医療以外の地域資源（地域活動支援センター等）からの訪問体制の不足。
- ⑤行政側の地域支援の必要性に対する認識不足及び、地域支援に対する具体的予算措置の不足。

主に上記内容が複雑に絡み合い地域支援体制の弱体化が生じた結果、地域における入院への関心を下げていると推測される。

【岡山での新たな地域支援の取り組み】

県では行財政改革の一環として、精神科関連県

立3施設（県立病院、県立内尾センター、当センター）の見直しがなされ、長年にわたり地域精神医療・地域生活支援を行ってきた県立内尾センターの廃止が検討され始めた。それと時期を同じくして精神保健福祉審議会（以下審議会）の場で検討されたのが、現在岡山県で実施しているACT事業である。

ACTについては、上記審議会より意見具申され、事業化について検討の結果、平成16年度より試行事業として開始され、翌17年度より県単独事業として開始された。この審議会が岡山県においては機能しているものと思われる。平成18年度からは、我が国の精神医療は民間主体であることより、事業の一部を県北の民間精神科病院へ委託し圏域を拡大した。ACTおかやま事業としては平成19年度で終了したが、その実績をもとに、ACTおかやま事業から包括的地域支援システム整備事業へと事業の名称を変え、平成20年度より県内3障害保健福祉圏域に県直営チーム及び民間委託チームを配置した。その対象者は従来の重度精神障害者に限られていたものをより一般化した。もちろん、財政難の当県であるから人員配置も充分でないとは言うまでもない。

【ACTおかやま事業】

このACTおかやま事業を簡単に説明すると、「医療・社会から孤立する重度精神障害者も地域で安心して生活できるよう支援する。また、人・精神医療との緩やかな出会いを大切にする。」ことを基本理念としている。また、ACTおかやまの主要機能は、以下の3要素に集約される。

- ①地域における危機介入機能（地域精神科救急）
- ②地域移行（退院促進）支援機能
- ③アウトリーチ型包括的地域支援機能

上記3要素を生活者である精神障害者に対し、多職種専門職チームが本人のニーズを最大限に尊重したケアマネジメントの手法を用いて、主に生活の場での支援（生活支援、医療的支援）をタイムリーに行うものである。以下に上記各要素につ

いての説明を簡単に記す。

- ①地域で生活者である対象者に受け入れられる地域での危機介入は、ニーズに沿った危機介入である。これは、従来行われてきた危機介入つまり、入院に向けての体制整備ではなく、危機状態を地域が責任を持ち支援する体制整備である。
- ② ACT で関わっている対象者も入院の必要性を判断することはあるため、入院となれば ACT の関わりの目的は退院に向けての関わりになる。また、精神科病院からの長期入院者及び複雑困難なニーズを抱えた入院患者の退院に向けての関わりの依頼を受けることもある。つまりこれらの関わりは、国が実施してきた事業名で説明するなら退院促進（本年度より地域移行）支援事業ということになるであろう。もちろん、ACT の地域移行（退院促進）支援対象者は国の事業（地域移行支援・退院促進）でいう社会的入院者というより、より重度の精神障害者になる。
- ③地域での危機介入後ある程度精神症状、生活面で落ち着いたが自ら医療機関を受診しようとしなないまたは、社会的にも孤立する対象者には、その後も継続的な地域でのアウトリー

チ型の医療提供及び生活支援が必要である。それと同様に、精神科病院退院後徐々に落ち着いてきたが、自ら医療機関を受診しようとしなないまたは、社会的にも孤立する対象者にも、継続的な地域でのアウトリーチ型の医療提供及び生活支援が必要である。

岡山県では県単独事業として予算化し、精神保健福祉士、作業療法士、看護師、精神科医等の多職種チームを構成し、可能な限り本人のニーズに沿いそして、タイムリーに生活支援及び医療提供を実施している。

【年次別実施状況】

表2は、県北民間精神科病院へ委託した実績も含まれているが、ACT おかやま事業が開始された平成17年度からの受理件数及び受理時の介入目的別件数（地域における危機介入、退院促進）を表にしたものである。ここで、一つの特徴として毎年終結件数があることが挙げられる。公的機関が実施していることもあり、抱え込みにならないよう意識的に可能な状況になると、地域の社会資源につなげるようにしている。

【実践により見えてくる ACT の可能性】

ここでは、以下の4項目に焦点を絞り論じることとする。

1. 精神保健福祉センターにて ACT を実践することで目指すこと
2. 対象者の重症度に応じた機能分化したチームの必要性
3. 公的機関（特に精神保健福祉センター）が ACT を実践する意義
4. 岡山県における包括的地域支援システムに

表1 平成20年度スタッフ構成

常勤：	
精神保健福祉士	1
精神科医	2
非常勤：	
精神保健福祉士	3
作業療法士	3
看護師	1
精神科医	1

表2 ACT おかやま年次別実施状況

	新規受理数	危機介入	退院促進	継続	終結	累計
平成17年度	16	10	6	13	3	16
平成18年度	17	7	10	23	7	33
平成19年度	22	14	8	40	5	55

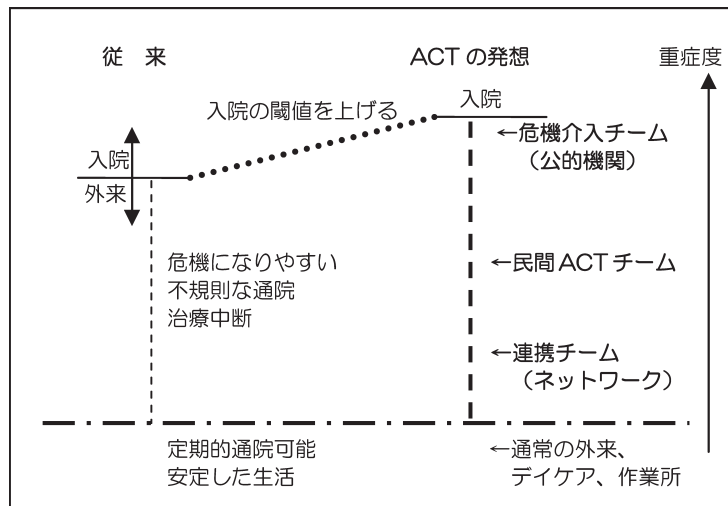


図2 対象者の重症度に応じた機能分化したチーム

ついて

1. 精神保健福祉センターでの ACT 実践で目指すもの

精神保健福祉センターは単なる県立の精神保健福祉に関する1社会資源ではなく、技術的指導・支援、県としての精神保健福祉に関する施策に関わる中枢機関でもある。

上述した精神保健福祉に関する現状と課題の解決策の一つとして、岡山県では地域における精神保健福祉システムの構築を目的として以下の項目を重要視している。

①ケアマネジメントの普及

課題解決型ではなく本人のニーズを最大限尊重したケアマネジメントを ACT の実践を通して普及を目指す。

②地域においてニーズより出発する危機介入

入院へ向けてのシステム整備ではなく、危機時においてもニーズを尊重した介入を実践し、またその普及・啓発を目指す。

③地域移行（退院促進）支援の充実

岡山県としては、国が対象とする社会的入院者だけでなく、精神科病院のみでは退院が困難であ

る複雑困難な入院患者に向けての退院促進支援を目指す。

④病院-地域相互乗り入れシステム

ACT チームの機動力を最大限に発揮し、地域の社会資源と精神科病院との橋渡しをケースへの実践を通して実施しその普及を目指す。

2. 対象者の重症度に応じた機能分化したチーム (図2)

従来入院か外来加療のみであった体制に ACT の発想が加わると、ACT の対象者は従来入院を選択していたような重症者の一部及び、外来患者の中でも生活面・症状面において危機に陥りやすい者、そして社会・医療から孤立しやすい者である。つまり、従来から外来にも定期的に通院でき、デイケアその他社会との交流ももてる者は基本的に対象者とはなり得ないのである。そして、ACT の存在により入院への閾値が上昇するのも事実である。

また、それら ACT の対象者の重症度に応じて以下の機能分化した体制（チーム）が必要である。

①公的機関危機介入チーム

②民間 ACT チーム

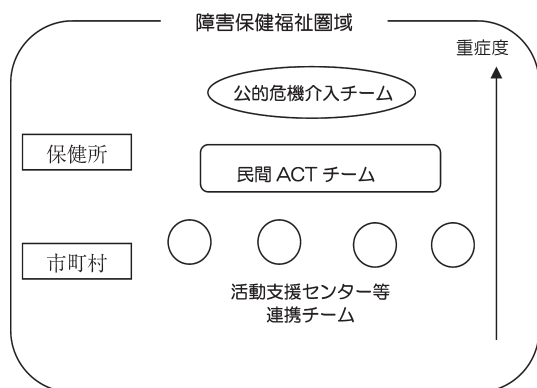


図3 圏域内における機能分化した ATC モデル

③市町村・保健所，地域活動支援センター，訪問看護ステーション，ヘルパーステーション，診療所等の連携チーム

3. 公的機関（特に精神保健福祉センター）が ACT を実践する意義

まず第一に、公的機関とは純粹にオープンシステムを実践できる。つまり、どの機関・個人からの紹介かまたは、どの機関へ紹介するか公平に行うことができる。また、基本的には県内いずれの機関へも自由に入出りが可能である。

第二に、行政機関でもあるため、ケースに関連する各々の行政機関（保健所，市町村，警察，児童相談所，福祉事務所等）との連携をスムーズに行うことが可能である。

第三に、必要であれば採算度外視の関わり（介入）も可能である。地域における危機介入及び精神科病院に向けての退院促進においては、診療報酬上請求できない状況をしばしば経験するのも事実である。

第四に、臨床最前線の実践をもとに県レベルでの精神保健福祉施策に具体的に組み込むことが可能である。また、その内容を県レベル及び市町村向けの担当者会議等を活用し周知することも可能である。

4. 岡山県における包括的地域支援システムについて

以上のように、ACT という地域における臨床最前線を実践することにより、早急に県レベルでの地域支援システムを構築する必要がある。これは、民間・行政も含めて、孤立する重度精神障害者に向けての地域で責任をもち支援する包括的地域支援システムである。具体的には、例えば岡山県の場合、県内に障害福祉圏域が3圏域存在する。各々の圏域に図3に示したように、最も重度な対象者を支援する公的機関が運営する危機介入チームを設置する。次に、対象者の重症度は上記危機介入チーム程ではないが、それに準ずる対象者への支援を行う民間で運営するACTチーム。そして、地域特性及び様々な事情によりチーム自体を設置することはできないが、可能な限りACTを意識し既存の社会資源（保健所，市町村，地域活動支援センター，訪問看護ステーション，ヘルパーステーション，診療所等）を活用し連携でチームを構成する連携チームが必要である。それが、圏域内の保健所・市町村と連携をとりながら支援を提供するシステムである。

上記障害保健福祉圏域内の包括的地域支援システムを県内の3圏域に拡大することによって、県全体としての包括的地域支援システムの構築につながるのである。

【ま と め】

岡山県におけるACT事業開始の経緯及びその実践結果について報告した。また、その実践より、必要な地域精神保健福祉システムについて具体的に言及した。

最後に、精神科病院に勤務していた精神科医が地域を活動の場に、利用者の生活の場に出向き、ACTを実践してCommunity Careにおける精神医療のあり方について感じることを記す。まずは、従来の医療のあり方自体が、利用者（精神障害者）にとって、あまりにも急激に出会いすぎたのではなかろうか。大切なことは、いかに緩やかに人と医療とに出会えるかである。そして、

ACTのように24時間、365日の医療提供が可能であるからこそ、前面に出ない医療、つまり、スタンバイしている医療が必要である。また、生活の場での関わりが日常であるならば、医療的介入が必要となる以前の日常生活上の危機時での介入が可能となる。その時の介入は、緩やかなソフト救急的介入でありコメディカルスタッフで十分で

ある。そして、当事者にとって精神障害は一部分であり、残りの大部分は健康なのである。つまり、地域で生活している生活者にとってのケアマネジメントでは、その一部分の障害に対する医療である。医療は、ケアマネジメントの中のごく一部で活用されるものなのである。
