

第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

ACT のわが国での可能性：ACT-J の実践報告から

伊藤 順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）

【はじめに】

ここで述べることは、我々が平成 14 年以降、厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）による研究事業として実施してきた Assertive Community Treatment（ACT：包括型地域生活支援プログラム）に関する研究成果の概要と、そこから得られた、日本における ACT の普及可能性についての見解である。

なお、研究成果の詳細は各年度末の報告書の他に、平成 17 年と本年度に総合研究報告書として上梓した。ダウンロードも可能であるので、関心のある諸氏は、それらも参考にされたい^{1,4)}。

【ACT とは】

ACT は Assertive Community Treatment の略称である。Assertive には「積極的に、粘り強く」というニュアンスが含まれ、また Treatment には薬物治療から生活支援、就労支援といった包括的な支援の意が含まれる。日本では「包括型地域生活支援プログラム」という意識を用いている。

ACT に備えられた特徴は諸外国を通じて一定であり、おおむね以下のようにまとめられる。

- ①単に症状の安定にとどまらず、利用者の希望を尊重して、質の高い安定した地域生活の実現をめざす。
- ②生活維持のための支援ばかりでなく、症状コントロールの支援や服薬自己管理、対人スキルの練習、カウンセリング的関与等の医療サービス、あるいは住居確保や就労支援も含む。

③看護師・PSW・OT 等の多職種がチームを形成してサービスを提供する。就労支援の専門家、物質依存の専門家、当事者スタッフなどもチームスタッフとなり、多面的に利用者に関わりを持つことが推奨される。利用者は複数のスタッフの関わりを受け、個人ではなくチームから支援を受ける。

④頻回の在宅訪問、生活の場への訪問などアウトリーチによる支援を主体とする。

⑤チーム精神科医がおり、処方や危機介入などでチームと濃密な連携をとりながら医療的支援の責任をもつ。

⑥ 24 時間週 7 日対応を原則とし、オンコール体制などで常に連絡がとれる。危機介入にも対応する。

⑦ケアマネジメントの手法を用い、包括的なケアプランを作成し、利用者のニーズに合致したサービス提供を心がける。

【ACT-J 研究の概要】

我々が本研究で立ち上げた ACT チームのことを ACT-J と称する。我々が行なった研究の目的は、①日本初の ACT チームを国立精神・神経センター国府台病院に構築し、②その臨床の実践を通じて、ACT の有効性について臨床および医療経済の視点から実証し、③日本の地域精神保健施策の充実に寄与できる新たなシステムのあり方を提言しようということであった。

ACT-J チームは 1 年間の準備期間を経て、平成 15 年 5 月から臨床活動を開始した。最初の 1

表1 対象者

国立精神神経センター国府台病院精神科に平成16年5月～平成18年10月に入院したもの 1) 市川, 松戸, 船橋の3市に在住 2) 診断 A: 統合失調症, 双極性障害 B: A以外の精神疾患, ただし, 主診断が認知症, 物質による精神障害, 人格障害, 精神発達遅滞の者は除く 3) 精神科医療利用基準: 過去2年にi)～iii)のいずれかあり 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 4) 生活機能基準: 過去一年間の最高GAF得点 \leq 50 A 診断では3) or 4) が満たされるものが対象 B 診断では3) and 4) が満たされるものが対象

年間には試行期間とみなし, 平成16年5月より無作為割付方式による比較対照試験を行なった。

《対象者》

対象者基準は, 居住地, 診断, 精神医療利用状況, および生活機能の4つを掛け合わせて, 頻回入院者を中心に統合失調症や双極性障害などの重症精神障害の者を優先するものを作成した(表1)。平成16年5月1日から平成18年10月31日までに国府台病院精神科に入院した実数1938名(地域, 年齢で除外されたものを含む)のうち, 202人がこの方法で基準に適合した。

《ACT-Jによる関与の概要》

介入開始当初は常勤ケアマネジャーがチームリーダーを含め10名(Ns:2, OT:1, PSW:2, その他4), 非常勤就労支援担当スタッフが1名, チーム精神科医1名がチームを構成していた。

ACTのチームは対象者との関係作りのプロセスのうちに, その支援ニーズを明らかにして, ケアプラン(リカバリープラン)を作成し, それにしたがってサービスを提供する。そのサービス提供のために利用者に会うことを「コンタクト」と

称するが, コンタクトが継続されていたケースの月間平均コンタクト回数を算出したところ, 支援を開始して退院後最初の1ヶ月間が平均8.96回, その後徐々に減少し, 12ヶ月目は5.20回であった(電話によるコンタクトを除く)。

コンタクト場所は本人宅ばかりでなく, 地域の飲食店, 社会復帰施設, 精神科医療機関, ACT-Jオフィスなど多彩であったが, コンタクトの費やされた時間は, 本人宅が最も多く, 次いで飲食店や娯楽施設などの地域であった。コンタクト1回当たり援助時間数は, 全期間平均で, 電話コンタクトを除くと50.7分であった。

コンタクトの内容をみると, 医療面の援助である「精神症状・服薬管理」と, 生活面の援助である「日常生活・経済生活・社会生活の支援」が同程度の割合を占めて, 最も多かった。このほかに, ACTの支援の枠組み作りに関わる「ジョイニング・関係作りに関する援助」および「ケアマネジメントに関する援助」は, 常に一定の割合を占めていた。ACT-Jで重視している家族支援, 就労支援については, 「家族に対する支援」は継続して一定の割合を占めていたが, その構成割合は経時的には徐々に減少していた。これに対して, 「雇用・就労に関する支援」は徐々に増加していた。

職種別のサービス内容では, ケアマネジャーとして機能している看護師, 作業療法士, 精神保健福祉士の3職種に大きな違いは認められなかったものの, 就労支援職は就労支援に特化した支援を(全入力コードのうち42.1%が「就労支援」), チーム精神科医は医療的支援に特化した支援(全入力コードのうち62.9%が「精神症状・服薬管理」)を実施していた。

《アウトカム研究の結果の概要》

対象者202名のうち, 118人からインフォームドコンセントが得られ, ランダム化の結果59人が介入群, 59人が非介入群となった。非介入群に対しては, 対象病院のソーシャルワーカーを介した社会資源の紹介などを含む通常の治療が行な

われた。研究同意者は拒否者より男性が多く(50.9%：38.2%)、統合失調症または双極性障害である率が低く(88.1%：93.4%)、任意入院である率が高く(44.1%：27.6%)、過去2年の医療中断が少なかった(月数； $1.7 \pm 5.1 : 3.4 \pm 7.8$)。介入群と非介入群では、介入群の方が入院前1年前の入院日数が多かった($44.7 \pm 66.0 : 19.4 \pm 40.2$)。追跡期間中に死亡した人は介入群、対照群ともに1名ずつで、研究同意から1年間未退院のため再入院の評価から除外された人が介入群1名、対照群3名であった。

入院前過去1年間の入院日数に差が大きかったため、(基点後1年間の入院日数－入院前1年間の入院日数)の差の変数を用いて分析をしたところ、介入群の方が対照群よりも、入院日数の減少が大きい、という結果が得られた(Wilcoxonの順位和検定－ $17.5 \pm 65.1 : 14.5 \pm 84.8$ ； $Z = -1.98$, $p = .048$)。また、介入群について、入院前1年間と退院後1年間を比較すると、退院後1年間の方が有意に入院日数が少なかった($44.7 \pm 66.0 : 27.2 \pm 57.6$ ； $Z = -1.99$, $p = .047$)。入院回数、救急回数については明確な差はみられなかった。

就労については、基点日からの期間に基づく累積一般就労率の変化を検討した。ここでは週5時間以上、一般企業での就労経験を持つことを「就労」と定義した。介入群は基点日から1ヶ月後にはまったく就労していなかったが、ACTの介入と共に累積就労者数が徐々に増え、2年間の追跡ができたものでは累積就労率が45%近くにまでなった。それにたいし対照群では基点日1ヶ月後ですでに5名の自発的な就労者がいたが、5ヶ月以降就労者数は増えずに、1年1ヶ月の時点で累積就労者数が介入群と同数になり、その後も就労者数の伸びは穏やかで、2年後における累積就労率は介入群よりも10%以上下回った。

《コスト計算結果の概要》

医療費、入院日数、外来日数、については、レセプトから得られたデータを利用した。退院から

1年間の社会保障関連費(生活保護費、障害年金受給も含む)については対象者本人、カルテ、および(ACT群の場合は)ACTスタッフからの聞き取りにより情報を得た。また、そこで得られた情報をもとに、本人から同意を得て該当する地域サービス提供者(作業所職員等)に対して聞き取りを実施し、利用施設において1人当たり1日にかかっているコストを算定した。ACTサービスの費用については、ACTの臨床チームが入力しているデータベースをもとに、サービス内容とコンタクト回数を把握し、診療報酬の枠組み(チーム医師の診察：通院精神療法あるいは訪問往診料、ケアマネジャーのコンタクト：精神科訪問看護・指導料)で換算した。

このような計算をしたところ、ACTの活動で発生した費用は利用者一人当たり年間平均約43万円であった。介入群の医療費を平均値で表すと入院医療費が一人当たり約45万円、外来医療費(デイケアを含む)は約29万円であった。対照群の入院医療費は一人当たり約74万円、外来医療費は約27万円であった。すなわちACTの費用も含めた医療費の総計は介入群約117万円、対照群約101万円で有意差はなかった。一方、医療費以外の社会保障費(年金、生活保護費も含む)については介入群は一人当たり約66万円、対照群は約77万円であり、これも有意差はなかった。したがって年間医療費総額と社会保障関連費を合計した金額を社会的コストとして、2群で比較したところ、有意な差は見られなかった。

《研究の成果の小括》

本研究の最大の収穫はわが国初のACTの臨床モデルとして、比較的質の高いプログラムを実施できたということが挙げられるであろう。そして、研究の設計の限界から、追跡が1年間であった、対象者が精神科のheavy userといっても頻回入院者に絞られていた、インフォームドコンセントの段階で研究参加を拒否した人々が一定数いたなどの制約があるものの、入院日数の低減への一定以上の貢献が明らかになった。就労支援としても、

モチベーションのつきにくい退院後1年間では効果は見られないものの、長期経過を見るとACTは確実に就労率を向上させる傾向が見て取れた。医療経済学的にも医療を含んだプログラムとしては総コストとして従来のサービスと同程度に収まるものであり、安定した地域生活を実現するための実施可能なプログラムということができよう。

【ACTのわが国への適用可能性】

従来の精神保健医療福祉に従事してきたスタッフよりなるACTの臨床チームが実際に活動を5年間継続してきたのであるから、臨床技術として「やればできる」という域にわが国の精神保健医療福祉のレベルは熟しているといえる。しかしながら同時に、研究モデルであるがゆえに先鋭化して行なえた臨床であったという側面もなしとしない。研究で行なわれた実験的なACTは一定の成果を明らかにできたが、このプログラムが一般の臨床に定着するまでには、粘り強い普及啓発活動が必要である。解決すべきものとして、大きく区分けて、①治療文化上の課題、②財源確保も含め精神保健医療福祉システム上の課題、③援助技術としての課題、など、領域ごとの課題が考えられる。以下に考えられる課題とそれに対する対策をまとめてみる。

《治療文化上の課題》

- 利用者のリカバリー (Recovery) に焦点を当てた支援の実現

慢性疾患でもあり、障害ともなる、「精神障害」を抱えた者の支援にあっては、「治癒」を目標とするのではなく、「障害を抱えながらも、地域で質の高い生活を続ける」ことを目標とすることが現実的である。そこでは、障害者本人の希望やエンパワメント、自己責任をもった行動、社会貢献などの実現が尊重される必要がある。これらを指し示す概念としてリカバリー (Recovery)³⁾があり、支援はリカバリーを志向する利用者寄り添うようにあるものである必要がある。

しかしながら、リカバリーを志向するには、支

援者にはパターンリズムからの脱却が必要であり、また、利用者自身も医療依存、福祉依存といったあり方から自由である必要がある。また、家族同居の多いわが国にあっては家族も含めたりカバリーという視点も重要であり、今後さらに検討を要する。

疾病の治療が、本人の長所や能力 (strength) を伸ばす関わり、エンパワメントを目的とした関係性づくりなどと共存するような、治療文化が熟成されていく必要がある。

《精神保健医療福祉システム上の課題》

- 多職種チームが臨床の責任を一点集中的に担うこと (one point fixed responsibility)

統合失調症や双極性障害などの診断を受け、重度で継続的な障害を持つ人々を対象とする場合は、医療から生活支援、就労支援にいたるサービスを実施する際に、サービスを効率的に行い、断片化を予防する上でも、利用者に関わっている多職種チームが臨床の責任を一点集中的に担う姿勢が必要である。これは、たとえば入院や退院に当たってACTのチームが積極的に入院機関と連絡調整したり、住居サービスやインフォーマルサービスなどを利用する場合の調整役をかってでる、などの形で実現される。この責任の一点集中のあり方を実現するためには、ACTチームが地域精神保健システムの中に位置づけられ、ACTのとるべき役割が地域社会に周知されていること、チーム精神科医が主治医として医療的なサービスのリーダーシップをとることができることなどが必要である。

- ケアマネジメントが、地域生活支援のシステムとして定着すること

日本ではこれから「地域中心」の精神保健福祉のシステム作りが進行しようとしている。そこで必要なのは、いままでは入院で支えていた人々を地域のなかで支えるために役に立つ技術やシステムを確立することである。住居サービスが多様にあることの重要性は当然であるが、それ以上に欧米諸国の経験が示していることは、ケアマネジメ

ントの制度が地域社会に定着していることの重要性である。

さらに研究の示していることは、仲介型のケアマネジメントモデルでは精神障害をもった人のサポートに十分ではなく、ケアマネジャー自身も必要に応じて家事支援や生活支援に関与する、直接サービスも伴ったケアマネジメントが必要だということである²⁾。ACT 以外にも Intensive Case Management, や臨床型のケアマネジメントなどが地域に定着していることが望まれる。

むろん後述するように、ケアマネジャーの役割をとることのできるスタッフの育成も現在の重要な課題であろう。

- 医療と生活支援が協働するチームに財源を確保すること

従来、医療と福祉、あるいは就労支援は分野が異なるという考え方から、それぞれ別の財源から経費が拠出されてきた。そのため制度上の制約もあり、これらの支援は一カ所で集中して行うことが困難であった。

しかし、ACT の対象者はその障害のもたらす不安定性、活動の制限などから、これらのサービスを統合して提供することが必要な人々である。したがって、包括的な支援が円滑にできるような財源の設定が望まれる。

財源の統合が難しい場合は、現行の制度の中で包括的な支援ができる財源を確保しなくてはならない。伊藤¹⁾は訪問看護ステーションに精神保健福祉士を参入可能にし、看護師、保健師、作業療法士と共に多職種チームを形成することを平成18年度の報告書で提案しているが、これはひとつの選択肢である。

ただし、訪問看護ステーションを精神障害を持つ人々への包括的な地域支援の拠点とするには現行制度では限界も多い。前述の報告書でも(i)精神保健福祉士をステーションに参入できるようにする、(ii)訪問先を「患家」のみならず、「患者の生活圏」も認める、(iii)異業種による複数人訪問を加算対象とする、などの改訂が訪問看護ステーションにおける ACT の事業化のためには必要

であるとの指針を示している。

なお、このような機能を充実させるための財源は慢性病床の病床削減によってもたらされると考えられる。医療財源を福祉財源に転用していくことが困難な日本においては、訪問看護ステーションのような医療財源で運用できる装置に「入院中心」の医療財源を移動していくことが、もっとも実践的であろう。

《援助技術上の課題》

- ケアマネジメントの習熟：ケアプランの作成とそれに基づく支援

前述のように ACT の臨床の基本にある考えは、利用者のニーズに応じて多彩なサービスを展開していくところにあり、そのサービスを展開する際に必要な技術はケアマネジメントである。そのなかでも利用者のニーズを把握してのケア・プラン作成はケアマネジメントを実現する具体的な行為であり、ケア・プランを作るなかで、どのようなアクションをチーム全体でおこなうのが良いのかなどが決められてくる。とくに福祉的サービスの利用ということばかりでなく、ともに旅行を楽しむ、一緒に銭湯に行くなど、インフォーマルな資源を活用した、柔軟なケア・プランは利用者の能力の発見にもつながる。

しかしながら、ケア・プランは一種の契約でもあり、利用者によっては「進歩を強要される」「書類に書くのは抵抗がある」などの反応もある。

良好な関係性のなかで、利用者の希望に即したケア・プランの作成には、まだ習熟が必要である。

- 家族支援を重点的に位置づけること

ACT-J の対象者の家族同居率は高く 80% を越える。定期的に自宅に訪問するサービスである ACT は、いわば家族の文化に交わるサービスであり、家族との関わりは利用者本人への関わり同様に重要である。家族に受け入れられて、家族の苦労や困難を理解して、はじめて ACT の支援は利用者本人にとっても有意義なものになる。家族はしばしば本人とのかかわりに多大な労量を割いている。支援するものの姿勢如何では家族は自ら

の無力感を感じるようになるかもしれない。ACTの支援が、今までの家族の関与を否定することなく、また本人の成長を家族とチームがともに喜べるものになるためには、家族支援についての技術の深化が必要である。

【おわりに：今後に向けた処方箋】

研究成果を特殊なものとしせず、施策の中に反映させるに当たっては、今後、ACTの普及啓発活動は重要課題である。本研究の活動の中で、われわれは民間や自治体でACTに取り組もうとしている事業体とネットワークを組み、年に1回、セミクロストな研修会を企画した。このようなスタッフの技術向上やエンパワメントのための研修にくわえて、今後はACTとは何か、その背景にある考え方、必要な技術などについての、普及啓発活動がさらに重要になろう。ACTがまだ診療報酬、あるいは自立支援法に位置付いていないために、科学的根拠のある実践であるにもかかわらず、情報がいきわたっていないからである。研修・出版・学会発表などあらゆる機会を捉え、情報発信をすることはACTにとりくむものの責務といえよう。

ACTの制度化にあたり、財源をどのように確保するのが良いのかについては、これからもさまざまな議論が必要であろう。これについて現時点では正解となる指針は一つではなく、その地域の状況に合わせて、訪問型の多職種チームをつくるためのさまざまな努力がこれからも必要であろう。重要なのはこれらの努力のプロセスや結果についての情報を集約し、他の人々の役に立つようにまとめ伝えていくことである。そのようなモデルケースの蓄積のなかでわが国にふさわしい、ACT

のあり方が明確になってこよう。

ACT-Jは平成19年度末をもって研究としての役割をおえた。しかし、今まで5年にわたり継続してきた臨床業務は利用者に対する責任があり、また国際水準の質を維持するモデルチームであり続けることが、ACTの普及のためのACT-Jの責務であると考えた。

そこで、ACT-Jは特定非営利活動法人立の訪問看護ステーションとして姿を変え、事業体としてACTの活動を行なうこととした。すでに、平成20年1月に特定非営利活動法人としての認証がされ、4月からは活動を開始した。さまざまな困難はあるものの、徐々に運営は軌道に乗り始めている。ここでの活動も今後の普及、制度化のための貴重な情報となるはずである。

それについては、また別に報告の機会を持ちたい。

文 献

- 1) 伊藤順一郎：「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」総合研究報告書（主任研究者：伊藤順一郎）。2008 <http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/publication/index.html>
- 2) 大島 巖編著：ACT・ケアマネジメント・ホームヘルプサービス 精神障害者地域生活支援の新デザイン。精神看護出版、東京、2004
- 3) Ragins, M. 著、前田ケイ訳：ビレッジから学ぶリカバリーへの道——精神の病から立ち直ることを支援する。金剛出版、東京、2005
- 4) 塚田和美：「重症精神障害者に対する、新たな訪問型の包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究」総合研究報告書（主任研究者：塚田和美）。2005