

## 特集 日本の ACT：各地で行われている ACT の成果の現状

## 入院治療の短縮化に S-ACT が果たす役割

梁田 英麿

## 1. はじめに

精神保健医療福祉施策が地域生活中心の方向性のもとで推し進められているとはいえ、わが国の精神障害者を取り巻く現状は、多くの長期入院、あるいは頻回入院を余儀なくされている実態がある。そのため、重症精神障害者であっても精神保健福祉サービスにつなげ、地域での生活を支援する ACT (Assertive Community Treatment：包括型地域生活支援プログラム) が、わが国でも最近注目を浴びはじめています。

本稿では、東北福祉大学せんだんホスピタルで実践されている S-ACT (サクト) について紹介し、独自のデータベースの集計を参考にしながら、入院治療の短縮化に関する考察を進めたい。

## 2. S-ACT について

S-ACT は、東北で初めての ACT チームであり、これは全国の教育機関附属病院としても初めての試みとなる。

その母体となっている東北福祉大学せんだんホスピタルは、急性期病棟・静養病棟・児童思春期病棟を有する 2008 年 6 月に開院したばかりの精神科病院 (計 144 床) で、外来では精神科・児童精神科の他に内科の診療を行っている。その特色としては、専門職養成のための実習の場として機能していることや最新の知見を地域住民へ還元するために研修会などを開催していること、他、複雑化・多様化する現代社会に対応する医療として児童思春期の方への対応 (外来・病棟・院内学級) を充実させていることが挙げられる。

もう 1 つの特色である S-ACT には、医師 1 名 (急性期病棟兼務)、精神保健福祉士 3 名、看護師 1 名が専属のスタッフとして配置されていて、一般的な ACT と比較すると小規模なチームとなるが、コンパクトでも機動力の高いチームを目指している。

S-ACT では、独自の加入基準 (対象年齢、対象地域、対象診断、日常生活機能状態、精神科医療サービス利用状況) に従って対象者を選定しているが、その枠組みに必ずしも当てはまらない方への対応も行ってきた。2008 年 6 月の開院から 2010 年 7 月末までに S-ACT を利用した方は 68 名で、それから終了者を除き現在も継続的に関わっている方は 35 名となっている。その年齢層は 10 代後半から 80 代後半までと幅が広い。

こうした多様な利用層に対して S-ACT では、東北を走る特急列車に喩えて、新幹線のなかでも目的地 (目標) へ早く到達する「はやて・こまち」コース、同じ新幹線でも丁寧に各駅に停まりながら進んでいく「やまびこ」コース、目的地までの時間はかかってもあらゆるサービスが整っている寝台特急「カシオペア」コースを設けて対応してきた。

これは、狭義の精神病圏の患者以外に、若年者の解離性障害や老年期妄想状態の診断をもつ方が地域で様々なトラブルを起こし、濃密な支援が求められることが多かったことに起因している。こうしたことが少なからずあり、主診断が除外診断に該当しない限り、本人の受診勧奨から早期退院に向けての支援、日常生活支援、就労支援や援助

付き教育といった包括的な領域のサービスを提供してきたというのが実情だ。

S-ACT 本来の対象者は長く濃く関わる「カシオペア」コースとなるが、利用者や地域のニーズに合わせて、生活の場でのアセスメントが主目的で短く浅く関わる「はやて・こまち」コースや退院支援と一定期間をかけて既存の社会資源に繋げていくことを主目的とする「やまびこ」コースも設け、漸次主たる対象者を「カシオペア」コースの者としていく戦略をとってきた。

ちなみに「カシオペア」コースへの加入は、入院患者に対して主治医が記入するチェックシートの記載に基づき、年齢が20～65歳で、病院を起点として移動片道時間が30分以内の地域に住み、主診断が知的障害・認知症・パーソナリティ障害・物質乱用による精神障害のいずれにも該当しない者で、日常生活機能（過去1年間に精神障害を認め、日常に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする期間が6ヶ月以上続いている）と精神科医療サービスの利用状況（過去1年間の精神科医療サービスの利用状況が、①入院日数90日以上、②医療保護入院ないし措置入院回数2回以上、③医療中断6ヶ月以上、のいずれか）の2つの重症度基準をいずれも満たす者に限定している。

2010年7月末時点で関わっている35名のうち、「カシオペア」コース該当者は17名、「やまびこ」コースは11名、「はやて・こまち」コースは7名であった。全体の内訳としては、男性が13名、単身者6名、平均年齢39.8歳（1名年齢不詳者を含むため34名の平均値）となっている。

2010年7月の1ヶ月間の集計では、処方薬を配達するような短い時間の訪問から映画と一緒に付き合うなどの長い時間を要する訪問に至るまで、1件平均の訪問時間は41.7分であった。この1ヶ月間の診療報酬で算定できた訪問件数は169件（精神科訪問看護指導料、退院前訪問指導料、往診）であったが、診療報酬で算定できない活動が167件と多岐にわたっていたことは特筆すべきことかもしれない。

しかし、現状の診療報酬制度では、状態像に合わせて必要となる訪問を1日に2回以上行っても算定できる件数は1件のみで、入院患者との関係作りや退院計画を立てるための病棟訪問や利用者の生活を支える上で必要な関係者への訪問も算定できず、3ヶ月以内の入院で4回目以降の退院前訪問指導料は算定できないことになっている。

余談かもしれないが、2004年9月の「精神保健医療福祉の改革のビジョン」以降、国は「入院治療中心から地域生活中心へ」との基本理念を謳っているが、こうした理念に見合った財源は見当たらず、「退院のため」「地域生活のため」に必要な精神科業務に関する診療報酬の枠組みが用意されていないのが実情である。

### 3. 事例紹介

S-ACTの実践のなかから、入院治療の短縮化に関連する事例を紹介する。最初に紹介するAさんは、双極性感情障害で過去にうつ病相での長期入院をしたことがあり、躁病相で長期の措置入院をしたこともある方だ。S-ACTの利用開始とほぼ同時に躁転したことをきっかけに、躁転の加速度と本人の短期入院の希望に合わせて、一旦はS-ACTが積極的に入院のマネジメントを行った。これまでであれば長期入院するしか方策が見当たらなかったAさんにとっては、入院以外の対応で急性期を乗り切ることには初めは不安もあったらしい。

S-ACTでは、外来対応が可能な状況になった段階（入院から9日後）で速やかに退院とし、その後は本人のニーズとその時々病状に合わせた訪問活動で対応することにした。

例えば、躁転時には服薬することを忘れがちなAさんに対して、服薬時間に合わせて1日に複数回の訪問を連日行ったり、本人の状態を心配する周辺のサポーター（家族やヘルパー、近隣住民など）へも見通しを共有するための訪問を行ったりもした。S-ACTでは、このように本人のニーズや病状の悪化によっては関わりの頻度を高めるが、ニーズが満たされ病状が落ち着いた状況に合わせて

て関わりの頻度を適宜下げていく。

今日に至るまで、その後も4回ほど加速度と重症度の高い躁病相を繰り返しているが、その都度訪問や電話対応の頻度を高めて支えてきた。1回だけ5日間の入院はしたものの、これまでの経験の積み重ねからか、最近のAさんは急性期を迎えても外来とS-ACTの訪問で乗り切ることを希望するようになっていく。

入院治療の短縮化という観点でこの事例を振り返ると、支援のバランスを重視して、入院回数を減らすというよりも、入院期間を減らす形で対応したと考察できる。

続くBさんは、初発の統合失調症の精神運動興奮状態で入院治療が継続されていた方である。薬物療法が功を奏して解体した言動はまとまりを取り戻しつつあるものの、隔離室から一時的に開放されても、離院行為など病棟内での逸脱行為が治まらずに病棟スタッフも疲弊している状態にあった。

入院から11日目、私はBさんにお会いすることになった。Bさんが言うには、持病のために幼い頃から受けてきた医療への度重なる不信感から、「治療の必要性はわかっているが、病院では治療に集中できない」「住み慣れた家に戻りたい」というのが逸脱行為の理由だった。急性期状態の入院治療はスタッフにとっても楽ではないのかもしれないが、患者にとってはいっそう苦痛で身の置き場のない状態なのかもしれない<sup>1)</sup>。

S-ACTでは、退院までの計画と見通しを立て、その計画と見通しをBさんと家族、病棟スタッフらと共有し、その後の家族との面会や外出などが計画通りに実施できたことを確認した上で、Bさんにお会いしてから5日後に退院とした。その後は、Aさんと同様に、本人のニーズとその時々症状に合わせた訪問活動で対応している。

逸脱行為があったとしても、本人にとっていつ退院できるのかわからない状況なのでは、Bさんでなくとも不安や焦燥感が高じてしまう可能性があるだろう。こうした2次的症状によって入院が長期化してしまう事例は少なくない。入院治療の

短縮化という観点でこの事例を振り返ると、特に入院という処遇への反応が行動化に繋がってしまっている状況に対し、退院へ向けた今後の見通しを本人や家族らと一緒に共有することに努め、それに一緒に取り組むことを重視しながら対応したと考察できる。また、これまでの医療に対する負の信頼関係からのスタートだったため、より丁寧な関わりを心がけたことはいまでもない。

いずれの事例でも、病棟内で急性期の状態にあったとしても、外出や外泊時の同行支援をするなかで関係作りをし、病状が残っていても本人の健康な面を引き出すことで、入院期間の短縮化を図った。Aさんの場合は短期入院中でも歯科受診のための外出同行をし、Bさんの場合でも病棟の外での精神症状のアセスメントを兼ねて積極的に外出同行を行った。最近のAさんは当事者活動に精を出し、Bさんは仕事に勤しんでいる。

#### 4. データベースからの考察

##### 1. 健康面への働きかけ～自己実現の尊重～について

S-ACTが作成したデータベースにサービス・コードを入力する形で集計した支援内容をみると、開院から2010年7月末までのサービス・コード内容別の件数では、全体として「その他（主に周辺の人たちとの連携・調整）」21.9%、「家族支援」21.2%、「精神症状・服薬管理」16.8%、「社会生活（就労、就学、一人暮らしなど）に関する支援」15.2%、「日常生活の支援」10.4%、「日中の過ごし方・社会参加に関する支援」5.9%、「対人関係に関する支援」4.6%、「身体症状に関する支援」3.9%、「危機介入」0.1%の順にコード数が多かった。

このようにS-ACTでは、薬を届けて精神症状のアセスメントを行ったり症状管理のために看護師が注射をもって自宅へ訪問したりすることもあるが、精神科病院という一医療機関からの訪問支援とはいえ、医療的な関わりと同時に就労や就学、一人暮らしといった自己実現に関する支援を同等程度行っていること、またそうした希望を実現す

るためにも環境(家族、企業、学校、近隣住民など)へ積極的に働きかけていることがわかる。

入院治療を短縮化し、可能な限り在宅で支援する援助理念に基づけば、いかに精神を病んでいようとも、精神の健康な部分は必ずあることを忘れてはいけなだろう。実際の臨床場面では、「この仕事を手放したくないから調子を崩したくない」「フットサルの試合に出たいから入院している場合ではない」と口にする利用者たちが快復の途上にあるところをよく目にする。

吉松が強調するように、私たちが働きかける対象は、精神症状でもなければ、精神症状に翻弄され一時的に乱れた利用者の姿ではなく、「○○さん」というその人自身である。目の前の利用者がいかに乱れていようとも、また混乱して自分を失いそうになっていたとしても、私たちは本来あるはずの「○○さん」に働きかける努力を続けなければならないのだ<sup>5)</sup>。

## 2. 家族や周辺の人たちへの支援について

入院治療の短縮化という観点からデータベースを振り返るときには、「家族支援」や「その他」(主に周辺の人たちとの連携・調整)の割合が多いことにも着目したい。

本人の頻回入院や家庭でのトラブルが繰り返されてきたことで同居生活に困難を感じている家族は非常に多く、なかでも本人の病状が悪化していた入院直前のエピソードによっては、退院を受け入れ難いように考えてしまう家族がいるのも実情だ。そのため必要に応じて、本人との関係が円滑になるように、あるいは家族自身が充実した生活をおくれるようになるための関わりが必要となってくる。

具体的には、退院となり家族や周辺者らが慌てるような状況になってから対応するのではなく、これから「慌てなくて良いため」の方策を事前に一緒に考えたり、「何か起きた場合でも」その見通しを共有したりすることで、環境が大きく揺れすぎない(安心していられる)ための働きかけを行ってきた。こうして培われた環境要因がまた、

本人のやすらぎにも大きく作用した印象がある。

とにかく先手を打って家族や周辺の人たちと(できれば対面で)接触することを心がけ、家族らが話しやすい場所へ出向いたり、家族らの都合に合わせて夕方以降ないし休日などに面談の場を設けたりしてきた。そこでは、家族らの労をねぎらい、適宜状況に合わせた家族心理教育を行っている。家族や周辺の人たちへの働きかけとしては、ゆとりある時間を設け、本人への働きかけに劣らぬ丁寧な対応ができるよう心がけてきた。家族との同居率が高いわが国では、入院治療の短縮化を促進する上で家族支援は特に重要と思われる。

## 3. 電話相談の構造化や24時間体制について

また、電話相談の構造化や24時間体制についても言及してみたい。S-ACTではACTチームとしての特徴を最大限に活かし、電話での24時間対応を毎日行っている。電話相談を構造化することで、退院直後にありがちな不安を抱え不安定になりやすい利用者や家族への対応を容易にできた。また、退院後にはこうした電話相談が利用できるという安心感があるだけで、本人や家族にとっては早期退院を受け入れやすくなるようである。これは、弁証法的認知行動療法(Dialectical Behavior Therapy: DBT)の24時間積極的に対応する電話相談の構造化に近いのかもしれない。

具体的には、①退院後の電話相談の枠組みや意義を利用者に明瞭に説明しておく。②事前にクライシスプランを共有しておくが、それを実行してみても解決になかなか至らなかった場合には、新たな解決策を一緒に考えるための電話相談を積極的に受ける。③問題行動の代わりに上手にSOSを出せるようになったことを評価する。④家族や周辺者に対しても事前の電話相談の門戸を積極的に開放する。⑤ただし、問題行動を伴った後での電話相談に対しては淡々と必要最小限の回答に終始し、翌日クライシスプランの修正・再検討と一緒にを行うようにする、などである。

それでもデータベースの集計をみると、2010年7月の1ヶ月間にはS-ACTの全利用者への電



話以外の業務は月 336 件に増えている一方で、電話業務は月 102 件にすぎず、1 日当たりの平均電話件数は 5 件程度に留まっていた。ちなみに、電話時間の 1 件平均は 4 分間弱で、電話相談件数や時間については開設以降からこうした状況が維持されている。

1 日 24 時間・365 日体制の負担に関する懸念を耳にすることがあるが、S-ACT の臨床現場では、普段のケアをしっかりと行えていれば夜間・休日に緊急事態が生じるようなことはほとんどない。

精神科臨床では突然に事態が急変するようなことはめったになく、具合が悪くなる前の予兆というものが必ずある。徐々に現れてくる表情のちょっとした変化や「最近眠れなくなってきた」「音が気になるようになってきた」など、人によって予兆は異なるものの、その予兆から危機的状況になる可能性を事前に察知し、いざというときに備えていつでも出動できる体制を整えておくことはあるが、実際には電話による対応だけで急をしのげることの方が多い。「何かあったら S-ACT が出動する」のではなく、夜間・休日でも何かあることは想定範囲内として、そのような時にでも利用者自身の力で対処できることを整えておくために、S-ACT は平日の日中の時間帯に積極的に訪問するのだ。

##### 5. おわりに～S-ACT の理念～

S-ACT としては、早期退院など入院治療の短縮化のための支援もさることながら、在宅支援を中心に支援を組み立て、「不必要と思われる入院をいかに回避するか」ということの方に重きを置いてきた。言い換えれば、重い精神障害をもつ人でも、まずはどうしたら在宅で支えられるのかということを考えている。実際に、開院から 2010 年 7 月末までの間、S-ACT の「カシオペア」コースの利用者で、再入院を余儀なくされたのは、事例紹介した A さんも含め 3 名でしかない。

西尾が言うように、陽性症状に左右されるような状態であったとしても、家族や近所の住民たちと連携を図りながら、ACT が「壁のない病院」

として機能することができれば、わが国でも入院に頼らずに地域で生活することを維持できるのかもしれないのだ。例えば、日本では了解可能な家族とのトラブルであっても、統合失調症の残遺症状があると、家族や専門家の方が勝手に慌ててしまったり、入院処遇になってしまうことが少くない。このように家族関係が病状に影響を与えている場合には、ウィークリーマンションや駅前の安いホテルなど、街中にある社会資源を活用する方策を優先するのが ACT の考え方である<sup>4)</sup>。

また、急性期を迎えたときの対応もさることながら、「入院しなければならぬ状態にならないように日ごろから丁寧にかかわる」ことの方が大切なだろう。

私たちは、病気や障害を知ることも重要だが、その人が何ゆえに生活しづらくなっているのかに焦点をあて、それを解決するための支援に尽力すべき必要がある。「生活」のしづらさとは、その人の日常生活の場で生じるものであって、病院の施設のなかでのことではない。ACT は、日本語で「包括型地域生活支援プログラム」と訳されているように、その人が望む地域で「生活支援」を行うものである。地域では、「病気を治さなければ生活できない」のではなく、病気や障害を抱えていようともその人が望む生活を上手く続けていくための生活支援が必要なのだろう。

入院治療を短縮化していくためには、機織職人が素材や色、太さなどの違う糸を上手に織って一枚の綺麗な布を作り上げるように、利用者を中心として、私たちもまたいろいろな価値観や考えをもつ人々を織り上げるかのように地域社会を構造化していく必要がある。「壁で囲まれた」病院という固定化された構造のなかでケアを行うのとは違い、「壁のない」社会のなかでその人が溺れてしまわないように、ACT のチームスタッフが皆で知恵を出し合い利用者のケアに合わせた丈夫で柔軟な構造を作っていくのだ。

入院治療の短縮化は、長期入院患者の早期退院支援もさることながら、病状が快復するまでの間、地域で支えられる構造を皆で協力し合いながら構

築できるかどうかにかかわってくるように思われる。

#### 文 献

- 1) 中井久夫：からだの科学選書 精神科治療の覚書。日本評論社，東京，1982
  - 2) 西尾雅明：ACT 入門。金剛出版，東京，2004
  - 3) 西尾雅明，梁田英磨：地域における精神障害者への包括的支援事例に学ぶ。公衆衛生，73 (6)；409-412, 2009
  - 4) 西尾雅明：地域ケアの現場で。精神科臨床サービス，10；11-15, 2010
  - 5) 吉松和哉：精神分裂病者の入院治療—すべての治療スタッフのために (第2版)。医学書院，東京，1993
-