

特集 日本の ACT：各地で行われている ACT の成果の現状

ACT における危機介入——緩やかな介入の意義——

藤田 大輔

1. はじめに

従来、地域精神保健・医療・福祉において入院への体制整備がなされてきた。しかしながら、いまだ ACT チームのような多職種アウトリーチチームも含め地域資源は満足いく数ではない。今後は、地域において責任を持って支援していく体制整備が必要と思われる。

岡山県精神保健福祉センターでの ACT の実践から得られた危機介入についてのアウトカムをもとに平成 21 年度厚生労働省より、障害者保健福祉推進事業の「多職種による重度精神疾患患者への治療介入と生活支援に関する調査研究」を受託したので、その結果も含め地域における危機介入について若干の考察を加え報告する。

2. 岡山県での ACT について

岡山県では平成 15 年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、岡山県精神保健福祉センター）の見直しが行われ、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（社会復帰施設）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、岡山県精神保健福祉センターという行政機関内に臨床最前線多職種チームを配置した。その後、民間精神科病院へ事業の一部委託等も加わり対象圏域は県内に拡大した。

平成 21 年 3 月で筆者が精神保健福祉センターを退職し、在宅療養支援診療所を開設した。そこで筆者が開設した診療所と、Community Care

としての ACT の大切な理念（リカバリー志向、ストレングス理論など）を共有可能な訪問看護ステーションとの緊密な連携にて‘ACT 事業体’としての活動を開始した。よって、現在岡山県においては、岡山県が実施主体の岡山県精神保健福祉センターに設置されている公的機関 ACT チーム（以下 ACT おかやま）と、民間事業体としての ACT チーム（ACT-Zero 岡山；以下 ACT-Z）の 2 チームが存在することになる。

3. ACT-Zero 岡山について

筆者は岡山県精神保健福祉センターを退職し、平成 21 年 4 月 1 日より岡山市内において往診・訪問中心の在宅療養支援診療所を開設した。また、それと同時に ACT という理念を共有した訪問看護ステーションと ACT-Zero 岡山事業体を形成した。これら 2 機関は別組織ではあるが、ACT 事業に関しては緊密な連携をとれる体制を組んでいる。ACT-Z スタッフ構成については表 1 に示す。

4. 多職種による重度精神疾患患者への治療介入と生活支援に関する調査研究について

(1) 研究に至る経緯

冒頭でも述べたように、国が進める‘病院から地域へ’という大きな流れの中で、現在精神科病院に長期間入院を余儀なくされている、特に社会的入院者に向けての地域移行支援事業がある。この事業のもと、各都道府県においてもある一定数の長期入院者の退院が促進されている。しかし、

表1 ACT-Zero 岡山スタッフ構成 (人)

	大和診療所		訪問看護ステーション宙
作業療法士	1	保健師	1
精神保健福祉士	2	看護師	3
臨床心理士	1	作業療法士	1
精神科医	1		

表2 岡山県精神保健福祉センター ACT-おかやまにおける危機介入調査

	入院回避	入院判断	計 (%)
診療報酬請求可能	34	11	45 (67)
診療報酬請求不可能	19	3	22
計 (%)	53 (79)	14	67

退院が最終目的ではなく、退院後の地域生活の中で様々な危機に遭遇するのである。そのような状況においては、生活の場での危機介入が重要になってくるのである。

(2) 先行研究

筆者が県の精神保健福祉センター在職中に ACT おかやま利用者を対象とした、地域における危機介入に関する調査を実施した結果を表2に示す。この調査では、まず地域生活における危機を日常生活上の危機と、精神症状など医療上の危機とし、訪問によるアセスメントにおいて週3日以上訪問した状況を危機と定義した。その定義に基づき全利用者の訪問記録を調査し、上記危機の定義に合致しない状況は除外した。また、上記危機時の GAF (機能の全体的評定尺度) の平均値は 40 であり、機能面でも重度な状況であったと判断されるため、週3日以上訪問が必要な状況を危機状況と定義したことも妥当であったと思われる。平成 19 年 4 月から 12 月までの 8 ヶ月間における、ACT おかやま利用者 30 名ののべ危機件数は 67 件であった。特筆すべきは、67 件のうち 53 件 (79%) において入院回避できており、地域における多職種チームのアウトリーチによる支援 (ACT による危機介入) は、地域生活維

持・継続には効果的であった。

(3) 本調査・研究概要

上記先行調査・研究を受けて、厚生労働省より「平成 21 年度障害者保健福祉推進事業 (障害者自立支援調査研究プロジェクト)」における「多職種による重度精神障害者への治療介入と生活支援に関する調査研究」を受託し、ACT 京都 (以下 ACT-K)、ACT-Zero 岡山 (以下 ACT-Z) 利用者に対し実施した。なお、本研究は以下の研究 1 から 4 より構成される。

研究 1: 未治療者および治療中断者を対象とした支援導入時の危機介入調査

研究 2: 多職種による危機介入に関する調査

研究 3: 未治療・治療中断者へのアプローチ

研究 4: 未治療・治療中断者への地域生活支援システム構築マニュアル

今回は主に研究 1 の結果について報告する。

(4) 対象・方法

ACT-K、ACT-Z チームにおいて、支援を提供している対象者の中で ACT 介入時に未治療・治療中断であった者 35 人を選出し、同意のとれた 26 人に対し基本情報および経済状況、日常生活能力、社会的孤立度 (ひきこもりの有無)、介入前 1 年間の未治療期間、簡易精神症状評価尺度 (BPRS) の変化、機能の全体的評定尺度 (GAF)、介入後未投薬期間、提供した支援内容などの調査を倫理的配慮のもと実施した。

(5) 結果

調査対象者の特徴として、介入時平均年齢

45.6歳，家族と同居 80.0%，診断名 統合失調症 88.0%，気分障害 8.0%，平均未治療期間 22.7年，平均治療中断期間 8.0年であった。紹介経路としては，保健所（64.0%）が最も多く，紹介理由としてはひきこもり（41.4%）が最も多く，次に他害・迷惑行為（34.5%）であった。また，未治療・治療中断理由として最も多かったのは，「当事者宅に向いて医療評価・介入をする機関がない（52.2%）」であり，治療中断理由として多かったのは「医療不信（30.4%）」であった。

以下に具体的評価の結果を記す。

①機能の全体的評定尺度（GAF）

介入時，介入後1ヶ月，3ヶ月，6ヶ月で評価し，各期間の平均値で比較した。介入時（26.00）と介入後6ヶ月（34.68）において有意に改善していた。

②簡易精神症状評価尺度（BPRS）

介入時と介入後6ヶ月における変化で有意に大きかった項目は，敵意，緊張，非協調性，不安であった。

③精神科リハビリテーション行動評価尺度（Rehab）

各期間の全般的行動全得点平均値で比較した。介入時と各調査期間とのペアにおいて有意に改善していた。

5. ACT の実践および未治療者・治療中断者への介入調査・研究を通しての考察

まず，地域で生活する精神障害者の孤立には，基本的に社会的孤立（ひきこもりなど）と医療からの孤立（必要な治療中断）が存在する。そのような精神障害者の中には，単身生活で社会から孤立している状況はしばしば臨床実践でも経験される。しかし，本調査から家族と同居していても地域社会からは孤立を余儀なくされている，または同居している家族からも孤立している状況もあることがわかる。そのような孤立から，必要な治療が受けられず本人家族共不安な生活を送っているのである。

未治療者，治療中断者の孤立に対しては，基本姿勢として訪問は必要不可欠である。しかし，ここで忘れてはならないのが，支援側がどのような理念を持って訪問するかである。本報告では詳細は報告していないが，同調査における支援内容の結果からも，危機時の介入において，本人のニーズに沿った介入が訪問というスタイルで提供される必要があることがわかる。

「生活の場での必要な（精神科）医療」は，「従来認識されてきた（精神科）医療」とは異なるものと思われる。ここで言う，「従来認識されてきた（精神科）医療」とは，一般的に精神科病院の病棟および外来の場など，患者と治療者としての関係性の中で提供されてきた医療である。今回の調査から，未治療・治療中断の理由として「当事者宅に向いて医療評価・介入をする機関がない（52.2%）」という結果が出ており，まずは生活の場に向き（アウトリーチ）評価をすることが必要である。この時点においては精神科的投薬・処置等の狭義の精神科医療が必要となる以前の支援が，危機介入プランに組み込まれるべきであろう。また，本調査より未治療者への危機介入では，医療機関が介入しているにもかかわらず，その後も未投薬期間が数ヶ月の単位で継続されているのは特筆すべき点である。その間提供されていたサービスは，本人との良好な関係性構築のため，コメディカルスタッフが主になり本人のニーズに沿った支援を自由な発想のもとに提供していた。未治療・治療中断者の生活の場に向き，環境調整等本人のニーズに沿った支援が提供されることにより，敵意，緊張，非協調性，不安などの精神症状においても効果を認めている。その間精神科医，コメディカルスタッフによる生活の場での，症状・生活能力などの客観的評価を実施しており，このような支援内容が，本来生活の場で必要とされる精神科医療であると思われる。

危機時においても，人（例えば専門職）と医療との緩やかな出会いがあれば，精神科専門職および，精神科医療に対する不信感の軽減にもつながり，結果として精神科医療からの孤立（治療中

表3 支援提供の場の違いによる意識・支援の違い

	対象者	支援内容	支援提供の場	地域生活維持に必要な要素
病院での視点	入院・外来患者	治療+(生活支援)	主に病院+(生活の場)	病状の安定
地域での視点	生活者	生活支援+(治療)	主に生活の場	生活能力

断など)の予防にも効果があるものと思われる。

しかし、その実現のためには、支援者側の視点、意識、発想の変換が必要である。精神科病院から地域医療に活動の場を変えた筆者の視点の変化を表3にまとめてみた。

このように、対象者が患者から生活者になり、支援内容も治療中心から生活支援中心に変わった。もちろん、支援提供の場は、外来も含めた病院内から、利用者の生活の場になった。それらの結果、地域生活維持に必要な要素として意識と支援を向けていたものが、病状の安定から利用者の生活能力に変わった。つまり、地域支援においては、従来の精神科医療(投薬、処置など)は可能な限り前面に出ずに後方にスタンバイしており、医療評価の部分をアウトリーチにて生活の場で実施し、生活能力向上を目的としたリハビリテーション(生活リハビリ)を実施することが必要なのであ

る。

6. まとめおよび ACT の可能性について

今回、ACTにおける危機介入の意義を主に臨床実践の経験および厚生労働省より受託した「多職種による重度精神疾患患者への治療介入と生活支援に関する調査研究」の結果より若干の考察を加え報告した。生活の場での精神科医療のあり方について、従来の精神科病院(病棟、外来)や診療所(外来)における精神科医療とは異なるものとして認識する必要がある。その場合、特に精神科医の視点、意識、発想の変換が必要であると思われる。ACTだけでcommunity careの抱える課題の解決にはならないが、地域生活の維持・継続には必要な地域資源の1つではある。今後、対象疾患の拡大も含めて、実践および客観的評価が必要と思われる。