

特集 日本のACT：各地で行われているACTの成果の現状

ACTの支援スキル（技能）に関する研究の現在

三品 桂子

ACTの支援スキル（技能）を英国バーミンガムの積極的訪問チーム（Assertive Outreach team：AOT）などの地域精神保健チームおよび米国インディアナ州とワシントン州のACT・PACTチーム、日本のACT-Kを中心とした3つのACTチームの活動から明らかにし、英米国と日本のスキルの差異を述べた。また日本のACTチームは、従来の精神科病院では禁忌とされていたスキルを用いて効果を上げており、そのスキルを例示した。最後にACTチームの精神科医が用いるスキルを質的に分析し説明した。

<索引用語：ACT，スキル，レジリアンス，日英米国際比較，精神科医の用いるスキル>

はじめに

ACTはDACTS（Dartmouth Assertive Community Treatment Scale）やTMACT（Tools for Measurement of Assertive Community Treatment）により、援助構造・援助機能評価を中心にフィデリティが評価されてきたが、より効果的なACT活動を行うには、利用者との関係性やレジリアンス⁴⁾を育み、リカバリーを促進する支援技能（skill）が重要であると考えられる。本稿では、スキルとは、重い精神障害のある人に対してスタッフの理念を基盤にして質のよいサービスを提供する際にスタッフが用いる知識、認知、行動（言動）と定義し、日本のACTチームで用いられているスキルと英米国と比較するとともに、日本で効果的なACTを定着するために精神科医が用いるスキルを提示する。

1. 目 的

ACTは医療と福祉を統合した地域生活支援サービスであり、生活の場で支援が提供される。ACTスタッフが用いるスキルは、それぞれの国の文化や社会的背景に影響を受けるとともに、精

神科病院やデイケア場面などの施設で用いるスキルと異なるものを用いたり、従来のスキルを発展・変化させたりする必要があると考えられる。なぜならば生活場面での主体は利用者であり、そこで暮らす利用者は患者ではなく1人の生活者であり、その結果、専門職との関係性が精神科病院などの場面とは変化するからである。そこで、本稿では日本におけるACTで用いるスキルに関してその一部を明らかにする。

2. 方 法

データの収集は、英国に関しては2001年～2004年にバーミンガム精神保健NHSトラストのAOTを中心とした地域精神保健チームのスタッフに対して、米国に関しては2007年～2008年にインディアナ州のACTチームのスタッフおよびコンサルタントと、ワシントン州の3つのPACTチームのスタッフに対して、インタビュー、フォーカスグループ、ミーティングおよび訪問場面の参与観察、トレーナー & コンサルタント会議の参与観察などにより収集した。さらに日本に関しては、3つのACTチームスタッフに対

して、2007年～2008年にインタビュー、フォーカスグループ、ミーティングおよび訪問場面の参与観察を行うとともに、10人の利用者のカルテを読みデータを収集した。以上のデータを分析協力者とともに質的に分析した。

なお、スタッフに関する調査とカルテ分析の対象者に関しては、文書に基づき口頭で説明し、文書で同意を得た。また、同行訪問の参与観察に関しては、チーム精神科医に許可を得た後、スタッフから利用者にあらかじめ同行訪問と研究に関する説明をしてもらい同意を得た。

3. 各国のスキルの特徴

スキルの特徴は以下のとおりであり、【 】内にカテゴリーを、〈 〉内にサブカテゴリーを、‘ ’内に概念を、「 」内に具体的スキルを示す。

(1) 英国

英国のスキルは、【認知行動療法を基礎にしたその人のあり方を中心にした支援】であり、サブカテゴリー〈ケアプログラムアプローチ〉、〈ミーティング〉、〈家族支援〉のスキルから成り立っている。

全国統一したフェイスシートにより〈ケアプログラムアプローチ〉のスキルを使いケースマネジメントを行い、〈ミーティング〉スキルでは対等な関係のもと‘激論を含む対話’を行っている。生活支援では服薬を少なくして‘代替治療’を採り入れ、時には服薬をしない利用者に‘選択的未治療支援’を行い回復させている。特に強調すべきことは、徹底した〈家族支援〉スキルを用い、スタッフ全員が‘行動療法的訪問家族療法’のスキルを駆使することである。また、‘怒りのコントロール’‘疾患管理とリカバリー’‘認知行動療法’を用いる。さらに、近年は‘ストレングス視点’のスキルも活用し、「ソリューションフォーカストアプローチ」や「積極的傾聴」も行っている。バーミンガムは移民の多い地域なので‘多文化共生’などのスキルを用いて、利用者が祖国の文化を育みながら英国に溶け込むことを促進して

いる。地域精神科看護師 (Community psychiatric nurse : CPN) が中心となり、ソーシャルモデルを強調し、疾患や服薬についてよりも生活に関する利用者のニーズに沿った支援を行っている。

バーミンガムのスキルの特徴は、スタッフが認知行動療法を基礎にしつつ、自らの専門職種のスキルを駆使すると同時に、‘怒りのコントロール’‘アサーショントレーニング’、‘絵画療法’など得意とするスキルを1つは必ず備えていることである。

(2) 米国

米国のスキルは、【成功とリカバリーを追求する支援】であり、包括的なアセスメントを基本にした計画を立案しサービスを提供する〈ケースマネジメント〉のスキルを使い、〈したたかさを培うミーティング〉や〈民主的チームリーダーによる運営〉スキルでもって、利用者の‘サクセスストーリーを生み出す’スキルで支援している。‘ストレングス視点’や‘パーソンセンタードケア’のスキルが近年は強調され、EBPである‘家族心理教育’‘援助付き雇用’‘疾患管理とリカバリー’‘統合重複疾患治療’がACTに導入されているほか、‘行動変容ステージ理論’‘モチベーションインタビュー’‘認知行動療法’‘弁証法的行動療法’も使われる。ワシントン州では‘安全確保と危機介入’のスキルも重視されていた。

米国のスキルの特徴は、チームリーダーが高度な臨床スキルとチームマネジメントのスキルを備えていることである。チームリーダーは、ソーシャルワーカー、心理職、リハビリテーションカウンセラーなどさまざまな職種が担い、強力なリーダーシップを発揮して、チーム精神科医と連携してチームを運営する。またストレングス視点のスキルがどこでも用いられており、ケースマネジャーは修士課程で認知行動療法の基礎、アセスメントや計画作成などのスキルを習得済みである。そしてACT臨床活動に従事した後に、さらに高度のスキルを研修によって獲得していく。また疾患管理とリカバリーは、ピアスペシャリストが中心に

なっている。ピアスペシャリストが重要な役割を果たしている⁵⁾。

(3)日本のACTチーム

1) スキルの概略

日本のACTチームで用いられているスキルとして、ACTとストレングス視点を統合し、超職種で支援を提供する【ACTチーム】のスキル、未治療、治療中断者など治療や援助を拒否している人びとに寄り添いながら信頼を深めていく【出会い】のスキル、利用者の病気の世界を訪れ生活世界の再構築を促していく【レジリアンスの開花促進】のスキル、ホスピタリティな関係づくりからアセスメントを経て、らせん型にリカバリーの過程を歩む【ケースマネジメント】のスキル、家族へのケースマネジメントを行いつつ、レジリアンスの環境づくりと家族のリカバリーを支援する【家族支援】のスキル、素の関係でもって1人のひととして向き合う【変化する境界】のスキルの6つカテゴリーの下に、16サブカテゴリー、45の概念、270の具体的スキルが抽出された²⁾。

2) 従来禁忌とされていたスキルとその効果

これらのスキルのなかには、精神科病院などで用いるスキルと同様なものも存在するが、スタッフがそれらを発展させたり、あるいは発想を転換することにより新たなスキルを開発したりしていることが明らかになった。それらは以下のように大きく3類型化できる。すなわち①新しいスキル、②従来のスキルを発展・改善したスキル、③従来は禁忌とされていたが活用することで効果があったスキルである。

従来は禁忌とされていたが活用することで効果があったスキルとして、【レジリアンスの開花促進】カテゴリーには、「病的体験を聴く」「身体を使ったコミュニケーション」「診断に左右されない」「選択的未治療支援」などがあり、【変化する境界】カテゴリーには、「積極的自己開示」がある。

例えば「身体を使ったコミュニケーション」スキルは、最初はただ利用者の傍らに居続け（臨在

する）、利用者の病状を確認しつつ身体接触が害を及ぼさないと判断した場合のみマッサージや足浴を行い、利用者に心地よい体験をしてもらう。そして身体のコわばりをほぐすことにより、こころのコわばりをもほぐしていく。ここでは利用者とスタッフの間で「同期する」という現象が起き、利用者はスタッフに対して安心感を抱き、親密感が高まり、言語的コミュニケーションが可能になる。その後スタッフは「積極的傾聴」をし、利用者を現実世界へ誘う。これは人間の本来持つ自然治癒力の存在を想定し、身体的治療もそれを援助するための精神的治療の一手段として位置づける治療観によるものである⁶⁾。また、「積極的自己開示」のスキルの例では、利用者は問われる対象ではなく、スタッフがいかなる人かを知りたがっていると考え、スタッフは積極的な自己開示をし、利用者とお互いの人生を物語る。利用者はスタッフを生活者、同じひととして認識し、スタッフへの親近感を抱きスタッフの生活から学ぶ。ここでは当然、スタッフが利用者からも学ぶという関係性が成り立つ。これらは、モッシャーのいう地域精神保健における支援関係の原則⁹⁾と通底しているスキルでもある。ところが、利用者は「積極的自己開示」をチーム精神科医に求めることはない。利用者にとって医師は診断と治療をするひとと認識されているのである。この医師と患者という関係性は、ACTが発展することによって、「同じ1人のひと」となりうるか否かは现阶段では定かではない。

4. 英米国と日本のスキルの比較

英米国と日本のスキルを比較してみると、①日本では理論に基づいたスキルが使われていない、②多様なスキルは開発途上である、③利用者と共に活動するより共に存在するというスキルが使われている、の3点を挙げるができる。

日本では、モチベーショナルインタビューや認知行動療法を駆使できるACTスタッフは現時点では皆無に近い。したがって、米国でACTのコアスキルと言われているスキルを日本のスタッフ

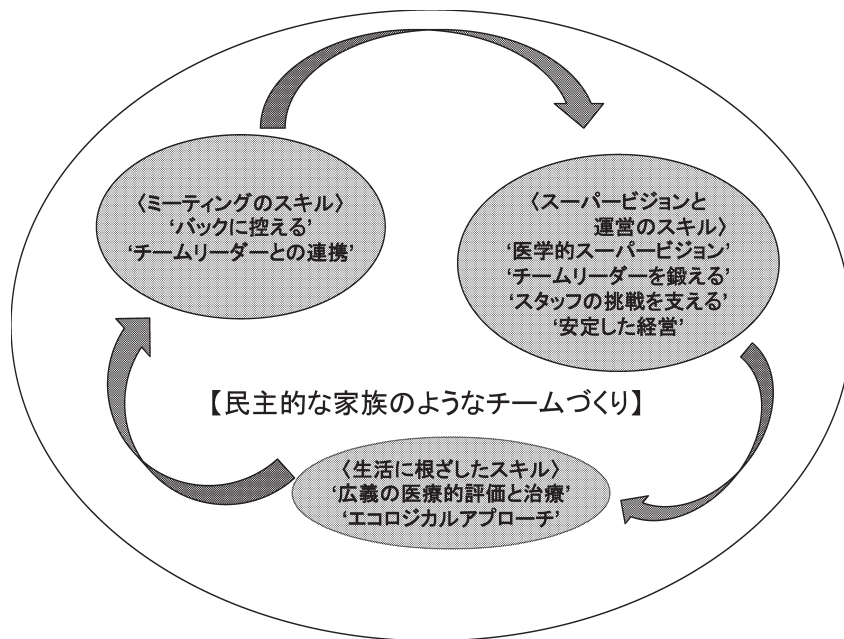


図1 現在の日本のチーム精神科医に必要なスキル

が取得することにより、さらに ACT の効果を高めるであろう。また、実践と改革の循環をさせるなかでスタッフは、生活の場で活用する多様なスキルを開発しており、これを理論化することにより、ACT のスキルは伝達可能なものになる。

特筆すべきことは、日本の ACT チームでは多職種が働いており、理論に基づいたスキルを各職種が獲得すれば、世界の中でも ACT が最も効果を出せるチームを形成できるということである。英国の AOT は CPN が中心であり、米国の ACT チームは州によって異なっているが、ソーシャルワーカーや心理職が中心である。それに比べて日本のチームには、精神保健福祉士、看護師、作業療法士が同数程度チームに存在する。ここに心理職が資格化されれば参入することができ、やがてピアスペシャリストの認定制度も創設されると考えられ、人材豊かなチームが成り立つ土壌がある。

5. ACT チームの精神科医の用いているスキル

本学会は精神科医が中心であり、ここでは ACT の精神科医が用いているスキルに関して触れておきたい。これは英米国や日本の ACT チームの参与観察から明らかになったものである (図 1)。

日本のチーム精神科医は、<生活に根ざしたスキル>、'バックに控える' に表されるような <ミーティングスキル>、<スーパービジョンと運営のスキル> の 3 つを使い、【民主的な家族のようなチームづくり】を行っている。

(1) <生活に根ざしたスキル> カテゴリー

<生活に根ざしたスキル> として '広義の医療的評価と治療' と 'エコロジカルアプローチ' のスキルを用いている。'広義の医療的評価と治療' とは、狭義の医療的評価ではなく生活場面で疾患を確実に診断し、治療を提供することであり、生活場面に頻回に訪れるスタッフのもたらす医療情報をも含めてなされていく。利用者は生活場面に

において医師とコメディカルスタッフに話す内容も態度も顕著に異なる。往診した医師に強い疲労感や意欲の減退を訴えていた利用者が、1時間後に訪問した精神保健福祉士には生き生きとした表情で夢を語り、一緒に仕事探しに出かけたり、図書館で本を借りたりすることは珍しくない。チーム精神科医は、医師の前では患者を演じる利用者があることを熟知し、利用者の健康な部分を認識したうえで診断し、治療をしていくことが求められる。また、多様なスタッフからの情報を的確に分析し、統合するスキルが重要となる。‘エコロジカルアプローチ’とは、生活問題は、利用者や家族と彼ら/彼女らを取り巻く環境間とそのインターフェイスにおける不適切な相互作用の結果として発生するとみなし、人間のストレングスに着目し適応（コーピング）能力を高めるとともに、環境の応答性（レスポンス）を増してストレスを軽減し、新しい適応のバランスを得ることを目指すスキルであり、これにより、利用者や家族のレジリエンスを促進する。このスキルは服薬量を減少させることも目指している。

(2)〈ミーティングスキル〉 カテゴリー

〈ミーティングスキル〉 カテゴリーは、‘バックに控える’と‘チームリーダーとの連携’からなる。

ACTでは、毎朝の申し送りミーティング、毎週1回2~4時間開催される定例ミーティング、そして個別支援ミーティング（Individual Treatment Team）の3つ主要なミーティングがある。ミーティングはACTの支援の要であり、ミーティングでACTの支援内容は決まっていく。ミーティングでは、医師は‘バックに控える’スキルを常時使用するよう努力している。このスキルは、日本の医師にはなかなか難しいスキルのようなのである。米国のいくつかのチームのミーティング場面で議論を重ねるときの状況を観察していると、医師はとことんスタッフの意見が出尽くすまで黙って聞いている。そして、全員のスタッフの意見が出尽くしたと思われる頃合いを見計らって、チ

ームリーダーが医師に発言を促し、やっと医師は意見を述べるのである。このような発言の仕方をする理由は、医師が早期に発言すると、医師の発言が結論になってしまい、スタッフは他の意見を持っていても発言せず、スタッフの中に不満だけが残るからであり、また、良いサービスや新しい発想を摘んでしまう危険性があるからとのことであった。医師は最前線に出ず、常にバックにいて、チームの議論の方向性を見極めながら最後に発言をするのである。

また‘チームリーダーとの連携’のスキルも重要である。チームリーダーが医師に何を期待しているかを押し量りながら、ミーティングが深まることをねらい、理論から実践へ、実践から新しい理論へと深化するようチームリーダーの進行を支える。さらにミーティングでスタッフの意見が対立した場合、チームの凝集性が高まるようバランスを維持する役割も果たしている。

(3)〈スーパービジョンと運営スキル〉 カテゴリー

〈スーパービジョンと運営スキル〉 カテゴリーは、‘医学的スーパービジョン’‘スタッフの挑戦を支える’‘チームリーダーを鍛える’‘安定した経営’の4つから成り立っている。

‘医学的スーパービジョン’は、文字通りのスキルであるが、スーパービジョンの場で観察していると、医師は職種やスタッフの経験に応じて、スーパービジョンの内容や方法を変えている。日本のACTチームにいる医師は、地域活動にも長けた医師が多く、エコロジカルな視点を備えてスーパービジョンを行っている。また、スタッフの持ち味を熟知しており、それを伸ばすようなスーパービジョンを行っているが、スタッフがACTで経験を積むとほとんどスーパービジョンの必要性はなくなるので、概ね3年未満のスタッフにスーパービジョンを行い、経験豊かなスタッフからは報告を受けるだけのことが多い。

‘医学的スーパービジョン’と並行して医師は‘スタッフの挑戦を支える’スキルを用いる。日本ではACTは今までにない支援方法であり、試行

錯誤の連続である。このような支援をすれば、このように回復するのではないかと仮説を立てながら、支援計画を実行に移していく。ACT チームが成長するにつれ、スタッフは次々と冒険をする。内心冷や冷やししながら医師はその冒険が成功するようサポートしている。「ほんまにようやるわ」とチーム医師が時には呟いている。しかし、見通しなしで医師はスタッフの挑戦を許可している訳ではない。医学的根拠とエコロジカルな視点、利用者のリカバリーを総合的に判断しながらスタッフのサポートをしているのである。日本ではクライシスハウスがないために利用者の家への泊まり込みや、重度の利用者のアパート暮らし、ホテルを活用した休息宿泊などを行うスタッフの果敢な挑戦に、医師はエールを送り続ける。それがスタッフの新たな挑戦をまた1つ増やし、挑戦の積み重ねにより新たな理論が生み出されていく。

米国や英国のチームリーダーは筋金入りの強者ばかりであり、チームリーダーから鍛えられている医師が少なからずいるが、日本のチームリーダーは未熟であり、現段階ではチーム精神科医が‘チームリーダーを鍛える’。これが英米国と日本の大きな違いである。チーム精神科医が管理者であるチームもあり、チームリーダーは医学的知識の乏しい精神保健福祉士であったり、地域精神保健活動に未熟な看護師であったりするため、また、多職種をまとめるリーダーシップ力が乏しかったりするため、それらの弱点を補えるようチームリーダーを指導する。医師は長年医療チームのリーダーとして生き抜いてきており、リーダーシップのコツを伝授できるのである。ただし、医師はヒエラルヒーのあるチームでリーダーを担ってきたのであるが、ACTのチームリーダーはスタッフの対等性を保障するリーダーであらねばならない点がこれまでの医師とは異なる。すなわちチームリーダーが、ACTチームのリーダーとしての役割を果たせるようになるためには、医師が鍛えるだけでは十分でないことをチーム精神科医は認識しておく必要がある。

英国のAOTはNHSの管轄であり、米国の

ACTは公的機関やNPOのような機関が運営している。しかし、日本のACTは民間経営が多く、医師はその経営者であるか、もしくは経営を度外視できない立場にいる。したがって、医師は‘安定した経営’のスキルも要求される。特にシステム化されていない現状では、現時点で使える制度を運用しながら、しかもサービスの質を担保することを考え経営しなければならない。チームによっては、医師が診療報酬の請求まで行う。また経営には当然、人事管理や人材育成も要求される。13人程度という小さなチームであるため、医師は事務長が担うべき業務をこなすスキルまで求められるのである。

おわりに

筆者の研究不足によることもあろうが、ACTのスキルを研究対象にした論文をいまだ読んだことがない。恐らくこのような広範囲なスキル研究は果てしなく終わりが無い研究であり、研究のテーマになりがたいのであろう。Drefus & Drefusは、ビギナー、中級者、上級者、プロ、エキスパートとスキル獲得の5段階を述べている¹⁾。日本のACTのスタッフは果たして今、どの段階なのであろうか。彼/彼女らがプロやエキスパートに達し、サービスを提供するとき、ACTは日本の精神保健システムを確実に変化させ、利用者のレジリエンスを増強するであろう。そのためには、①ACTの理念であるリカバリー志向やパーソンセンタードケアを実践するために、スタッフが支援方法の発想を転換して、新たなスキルを身につけること、②従来用いていたスキルを発展させ、新たなスキルを開発すること、③スタッフの研修体制を確立すること、④専門職養成教育のあり方をコミュニティに立脚した内容にするともに、ヘルピングスキル演習を養成教育の場で充実すること、⑤修士レベルのスタッフを雇用するための財源を確保すること、の5点は健全なACTを日本に定着するための課題である。

なお、チーム精神科医のスキルに関しては、筆者も分析協力者とともにコメディカルであり、あ

くまでもコメディカルから見た分析であって、本稿執筆時点では ACT チームで働く精神科医師のメンバーチェックは行っておらず限界があることを付記しておく。

本研究は、平成 19～21 年度科学研究費基盤研究 (B) 『包括型地域生活支援プログラムにおけるチームづくりと効果・評価に関する研究』主任研究者 三品桂子 課題番号 19330136 の助成を受けて行ったものである。

文 献

- 1) Drefus, H.L., Drefus, S.E.: *Mind Over Machine; The Power of Human Intuition and Computer*. The Free Press, New York, 1986 (棕田直子訳: 純粋人工知能批判—コンピューターは思考を獲得できるのか—. アスキー出版, 東京, 1987)
- 2) 三品桂子: ACT のスキル—日本の ACT チーム

の実践スキル分析. 花園大学社会福祉学部研究紀要, 19; 15-36, 2011

3) Mosher, L.R., Burti, L.: *Community Mental Health Principles and Practice*. Norton & Company, INC, New York, 1989 (公衆衛生精神保健研究会訳: コミュニティメンタルヘルス 新しい地域精神保健活動の理論と実際. 中央法規, 東京, 1992)

4) Norman, E.: *Resiliency Enhancement; Putting the Strengths Perspective into Social Work Practice*. Columbia University Press, New York, 2000

5) Salyers, M.P., McGuire, A.B., Rollins, A.I., et al.: Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 46 (4); 319-329, 2010

6) 八木耕平, 田辺 英: *精神病治療の開発思想史—ネオヒポクラティズムの系譜—*. 星和書店, 東京, 1999

The Current Research on Support Skills on ACT Team

Keiko MISHINA

Faculty Social Welfare, Hanazono University

The author describes the support skills of Assertive Community Treatment (ACT) based on the activities of community mental health teams such as the Assertive Outreach Team (AOT) from Birmingham, Britain; ACT/PACT teams from the states of Indiana and Washington in the U.S.; and three ACT (primarily ACT-K) teams from Japan. The author contrasts skills used in Britain and the United States with those used in Japan. Japanese ACT teams have demonstrated effectiveness using skills considered to be taboo in conventional psychiatric hospitals, and the author illustrates examples of such skills. Finally, the author qualitatively analyzes and explains the skills utilized by psychiatrists on ACT teams.

<Author's abstract>
