

特集 日本の ACT: 各地で行われている ACT の成果の現状

ACT-J の介入による薬物療法と再入院に関する変化

佐竹 直子

日本の精神医療における多剤大量薬物療法は大きな問題であり、今後処方内容の改善のみでなく、心理教育、リハビリテーションや生活支援などの Psycho-Social なアプローチと薬物療法のコラボレーションが必要と思われる。Bio-Psycho-Social のバランスのとれた包括的な治療・支援として、Assertive Community treatment (包括型地域生活支援プログラム、以下 ACT) がある。2003 年に研究事業として日本に導入されたチームである ACT-J は、重症の精神障がい者の安定した地域生活の実現を実証しただけではなく、日本における ACT の普及と、ACT のサービスに含まれるケアマネジメントや多職種チーム、リカバリーモデルなどの普及啓発にも効果的であったと思われる。ACT における薬物療法の改善についての調査は、今後の日本における薬物療法の改善の可能性について重要な意味を持つと思われる。

元来薬物の減量が困難と考えられている重症患者でも、ACT-J における薬物療法の改善の結果、1 年間で平均 CP 換算で 1577 mg から 1014 mg への減量を可能にしている。ACT-J 利用後の再入院も減少しており、減量による症状増悪も見られていない。

また、地域医療への移行時に問題となる回転・頻回入院についても ACT の利用によりその減少がみられ、治療からのドロップアウトを減らすだけでなく、入院に対する依存を減らすことにより再入院が減ることがわかった。

〈索引用語: ACT, 薬物療法, 多剤投与, ケアマネジメント〉

はじめに

日本の精神医療において、抗精神病薬の多剤および大量投与は大きな問題である。単剤化の必要性は認識されているにもかかわらず、特に統合失調症の患者に対する多剤大量の薬物療法は依然として続いているのが実状である。この問題は処方内容の改善だけでは解決が困難で、心理教育、リハビリテーションや生活支援などの Psycho-Social なアプローチと薬物療法のコラボレーションが必要である。しかし、Psycho-Social なアプローチは注目されつつあるものの普及はまだ途中段階で、バランスの良い治療・支援による薬物療法の改善は今後の課題となっている。

また、今後日本の精神医療が病院中心から地域中心のシステムに移行するにあたり Bio-Psycho-

Social な治療・支援の構築は必須であるが、ケアマネジメントや地域生活に即したりリハビリテーションの導入は遅れている。現在日本において Bio-Psycho-Social な治療・支援を包括的に行うサービスの 1 つに、Assertive Community treatment (包括型地域生活支援プログラム、以下 ACT) がある。ACT は重症の精神障がい者の包括的な地域生活支援プログラムで、できる限り入院を減らし、その人らしい充実した地域生活を可能にする、すなわち「リカバリー」を目指すことを目的とし効果を上げている。今回 ACT-J における薬物療法の改善や再入院に関する変化を調査し、その効果について検討することにより、Bio-Psycho-Social なアプローチでの薬物療法改善の可能性についてのひとつの指標になると考

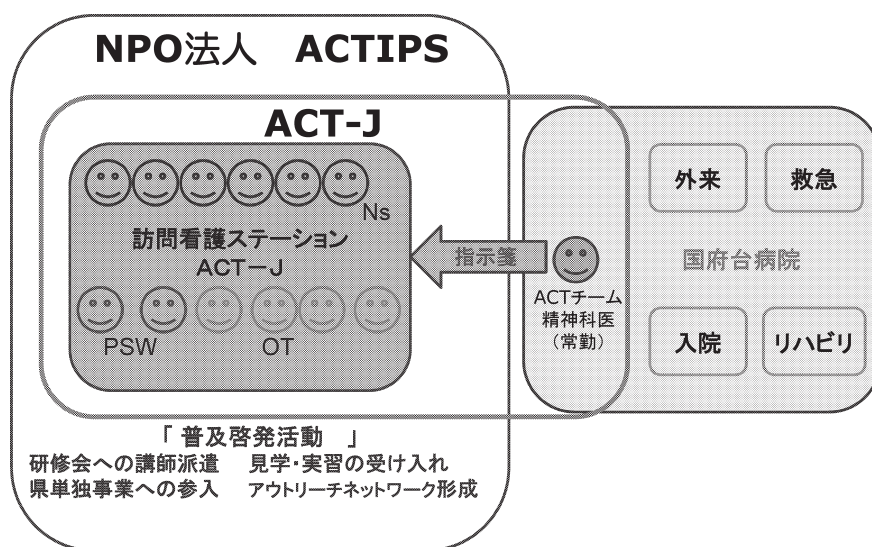


図1 ACT-Jの組織図（平成22年5月現在）

えられ、また、ケアマネジメントやリカバリーモデルの地域精神医療サービスへの導入など、今後の地域中心のサービス構造構築のヒントになり得ると思われる。

1. 日本へのACTの導入とその影響

ACTは、従来地域生活が困難で長期入院が必要と考えられてきた重症の精神障害者の地域生活を支えるための包括的なプログラムで、1970年代にアメリカで始まり現在は地域精神医療の先進地域のほとんどにACTが含まれている。ACTは地域精神医療の核となるケアマネジメントの1パターンであり、重症者に対して効果的かつ効率的に機能するようなシステムをとっている。特徴としては、リカバリーモデルを基本としアウトリーチを主体とした多職種チームアプローチが挙げられる。ACTが従来のサービスでは関係性が構築しづらくサービスに乗れない、またはサービスからこぼれ落ちやすい重症者地域支援でその効果を示すことができるのは、手厚いサービスであるからだけではなく、症状管理から地域生活の充実へ治療や支援の視点をシフトする「リカバリーモデル」の理念がより意味を持っているように思わ

れる。ACTの日本への導入が果たしたことは、すでに比較的認知度が高い「多職種チームアプローチ」の普及だけでなく、この「リカバリーモデル」の普及もある。リカバリーの実現には、認知機能や活動性をできるだけ保つことが求められ、多剤大量薬物療法の改善が重要となってくる。また、できる限り入院を避け、地域での安定した生活の獲得もリカバリー実現には不可欠である。この2つの課題に現在日本で活動をしているACTチームが効果を示すことが求められていると思われる。

2. ACT-Jの活動について

ACT-Jは、ACTの日本への導入とその効果の検証のために、平成14年度より計6年間、国立精神・神経センター精神保健研究所の研究事業として始まった。研究終了後NPO法人立の訪問看護ステーションACT-Jと国府台病院を連携で臨床活動を引き継ぎ、現在もサービス提供を継続している。研究時の利用継続も含め現在まで131名にサービスを提供してきた。

ACT-Jの現在の組織図を図1に示す。研究事業当時の臨床スタッフは訪問看護ステーション

表1 ACT-Jの利用者のクライテリア

■年齢	18歳から60歳まで
■疾患	統合失調症・双極性感情障害・重症うつ病 除外 発達障害・知的障害 (IQ 50 以下)
■居住	市川市および松戸市南部 半径8キロ、車で30分圏内
■日常生活機能	1人で日常生活や社会生活が営めない状態が6か月 以上続いている
■重症度	・1年に2回以上の入院または年100日以上入院 ・長期入院(1年以上)からの退院 ・通院中であるが長期のひきこもり ・未治療

ACT-Jにケースマネージャーとして配置され、チーム精神科医は国府台病院に所属しお互いに連携体制をとっている。ケースマネージャーは多職種で構成されており、平成22年5月現在看護師6名、作業療法士4名、精神保健福祉士2名が在籍する。

ACT-J利用者のクライテリアを表1に示した。ACTは明確なクライテリア(利用基準)を持つことが必要である。キャッチメントエリアと重症度の基準を持つことで、本来本当にACTのサービスが必要なケースにきめ細かく十分なサービス提供を可能にしている。

それまで主治医はチーム精神科医以外でも利用が可能であったのが、事業化に伴い全ケースチーム精神科医に統一をした。これによりそれまでACT-Jにおける課題であった医師の治療方針とACTの支援の方向性が一致しやすくなり、特に薬物療法や入院に対するスタンスにずれが生じることがなくなった。そのため多剤大量薬物療法の改善やできる限り入院を減らす取り組みが以前に増して進んだと思われる。このようなことから、今回ACT-J事業化後の薬物療法と再入院に関する調査を行った。

3. 薬物療法の改善

ACT-Jに依頼されるケースは、頻回入院や度重なる再燃のため長期入院を余儀なくされた、い

わゆる「重症精神病患者 (SMI: Severe Mental Ill)」で、その多くに多剤大量処方が見られる。多剤大量投与に至る原因としては次のようなことが考えられる。本来症状や生活状況の不安定さは、薬物療法と psycho-social なアプローチの両方で解決することが望ましいが、処方の増量に頼るため大量投与に至りやすく、状態の改善も不十分な場合が往々にして見受けられる。また大量投与により、過鎮静による注意、集中力の低下、認知機能の低下、また錐体外路症状などの副作用により、薬物療法から離れてしまう原因にもなっている。また、いらいらや不安、興奮などの症状の解消を抗精神病薬や抗不安薬の頓服使用で乗り切ろうとするため、頻回の使用と投与量の増大を招き、患者自身が薬に依存的になりやすい。

このような状況の利用者に対して、ACT-Jでは次のような薬物療法を目指すようにしている。まず、薬剤による生活上の負担を最小限にするため、できるだけ単剤かつ少量の処方にする 것을基本にしている。眠気や錐体外路症状などの副作用を減らし動きづらさを減らすほかに、抗精神病薬による認知機能の低下もできる限り減少させ、日常生活や社会生活の妨げにならないような本人の薬物療法に対するニーズに可能な限り沿うようにしている。薬剤の選択や投与量、服薬回数など本人のニーズを細かく確認し、そのうえで本人と主治医で決定をするようなスタンスをとっている。こうすることで本人が積極的に薬物療法について取り組むことができ、少量単剤化や治療中断の抑止が可能となる。

ACT-Jにおいて、平成20年4月1日のACT-Jの事業化以降から1年以上利用を継続しているケース52例の薬物療法についての調査を行った。ケースの概要は表2に示した。52例中男性が25名、女性が27名で平均年齢は44.7歳であった。診断名は統合失調症が39名(75%)、気分障害が8名(15.4%)、その他が5名であった。ACT導入前の入院回数は平均4.3回であった。

薬物量の変化を表3に示した。抗精神病薬投与量をクロロプロマジン換算値で比較したところ、

表2 症例の概要
平成20年4月以降ACT-Jを1年以上利用しているケース 52例

	ケース数	平均
性別 男性	25.0	48.1
女性	27.0	51.9
診断 統合失調症	39.0	75.0
気分障害	8.0	15.4
その他	5.0	
年齢	44.7	
ACT 導入前の入院回数	4.3	

表3 12か月間の処方量の変化

抗精神病薬量 (CP 換算値)	ベースライン		12か月後	
	平均値	SD	平均値	SD
定型抗精神病薬	1131.3	2558.2	731.3	1645.6
非定型抗精神病薬	444.5	775.1	283.6	419.8
抗精神病薬総量	1576.8	2490.6	1014.9	1582.4

ACT 導入前 1576.8 mg から導入後 1 年で 1014.9 mg と、562 mg (約 36 %) の減少が見られた。また、変化の推移をグラフに示してみた (図 2)。前半 4 か月で大幅な減量となっている。また、単剤、多剤使用の変化について表 4 に示した。単剤化については定型、非定型抗精神病薬いずれも大きな変化は見られていない。薬物量に関しては初期にある程度の変化が可能だが、単剤化については取り組み始めてはいるものの剤数の変化にはもう少し時間が必要であり、今後長期の調査による変化の確認が必要と思われた。

4. 再入院について

ACT の利用者は、過去に複数回の入院経験があるいわゆる「頻回入院」ケースが大半を占め、再入院を抑止し、地域生活の定着を改善する必要がある。

ACT 導入前の平均の入院回数は 4.3 回に対し、導入後は 0.9 回と減少、ACT 導入後チーム精神科医による入院では 0.38 回とさらに減少しており、頻回入院に関してある程度の効果があると考えられる。

頻回入院については、次の 2 つのタイプがあると思われる。頻回入院で多いのは、「治療継続困難タイプ」である。これは、治療の関係性の構築が難しく、服薬の中断や支援の介入の拒否により地域での治療が中断してしまい、症状が再燃、生活に破たんをきたし再入院となり、これを繰り返す頻回入院となってしまうものである。このタイプは頻回入院を繰り返すうちに、「地域での生活は無理」と判断され、長期入院に至ることが多い。地域で生活する本人の力を引き出せるような適切な地域サービスが介入できれば、再入院が阻止できる可能性は高い。

もう一つは「入院依存タイプ」である。このタイプは治療や支援の拒絶はないが、入院に対して依存のかつ地域生活における危機的な状況 (以下クライシス) への対応について消極的で、自ら入院を回避しないもしくは入院での解決を積極的に求めるタイプである。このタイプは、服薬や通院は定期的に行われており、普段の生活は比較的安定していることが多い。いずれ起こるかもしれないクライシスに対しての対策について、担当のケースマネージャーが話し合いを持ちかけるもあま

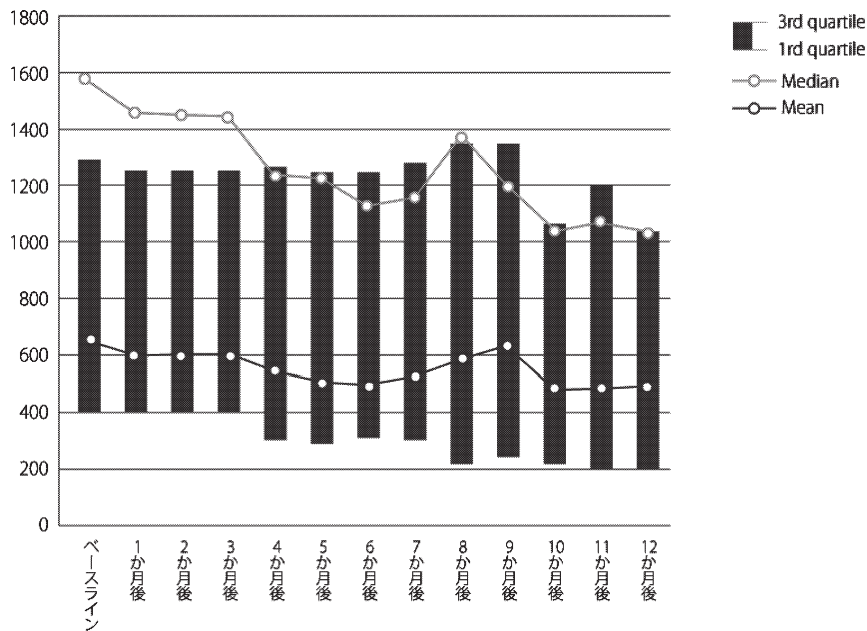


図2 抗精神病薬量の変化

表4 単剤・多剤使用の変化

利用開始時		12 か月後：単剤使用			12 か月後：多剤使用	
		定型 10	非定型 10	定型 2 種以上 13	定型＋非定型 13	非定型 2 種以上 10
単剤使用	23					
定型	13	9	1	2	1	0
非定型	10	0	8	1	1	0
多剤使用	27					
定型 2 種以上	12	1	0	8	3	0
定型＋非定型	13	0	1	2	8	2
非定型 2 種以上	2	0	0	0	0	2

表5 入院回数の変化

	入院回数 平均
ACT 導入前	4.3
ACT 導入後	0.9
ACT 導入後、チーム精神科医による入院	0.38

り応じず、好調時の生活支援のみを求める。しかし、一旦不調からクライシスに至ったときには、以前からの解決パターンである入院を、本人・家族から強く希望し、在宅での対応に乗らない。場

合によっては服薬量を減らしてさらに状態を悪くし入院を求めたり、ACT を経由せずに何とか夜間救急のシステムなどで入院を遂げる場合もある。このようなタイプは「治療継続困難タイプ」よりもむしろ介入が困難で、ACT-J 利用開始後にもなかなか頻回入院が抑制できないケースが数例見られた。さらに研究事業当時、主治医がチーム精神科医に統一されていないことにより、主治医と ACT との入院治療に関する見解の差異が生じ、入院依存に対する取り組みができない状況も見ら

れた。

事業化後に主治医が統一され、これらのケースに対してのアプローチが行われた。まず、利用者と家族に対し、休息のための入院を避ける必要性と次の不調時に入院以外の方法で解決していく方向性について説明し、入院以外での不調時の具体的な対応（クライシスプラン）をケースマネージャーと設定する。実際に不調に陥ったときに、訪問の回数や家族の不安軽減へのアプローチなど支援の量を増加させ、在宅で不調を乗り切る経験を共有する。そうすることによって、利用者も家族も不調に対する不安が軽減し、さらに症状コントロールができたことに対して自信を獲得し、さらに新しいことにチャレンジする姿勢が見られるようになる。一連の変化により治療に対しての積極性が増し、症状が安定化し、リカバリーの実現につながると考えられる。

5. ま と め

ACT-J の事業化後、チーム精神科医への主治医の一本化により、特にそれまで治療と支援の方向性の食い違いにより十分に効果が出しにくかった薬物療法の改善と再入院抑止について効果が見られた。薬物療法については、薬物量が ACT 利用後 1 年間で CP 換算値 562 mg（約 36 %）の減少が見られた。単剤化については、1 年の調査では大きな変化がみられていない。今後調査の継続による変化の確認が必要と思われた。入院については、主治医のチーム精神科医への統一後、再入院は減少しており、また治療と支援の方針の一本化が可能になり、特に入院依存の改善に効果があったものと考えられる。

これらは ACT の効果の実証だけでなく、医療モデルからリカバリーモデルへと変換することで、当事者本人が主体的に治療に関わるようになることによる「治療効果」が期待できることを表す結果と考えられた。

Antipsychotic Medication Change and Reduction of Rehospitalization in Clients of ACT-J

Naoko SATAKE

Kohnodai Hospital, National Center for Global Health

Polypharmacy and high-dose treatment of antipsychotics have been major problems in Japanese mental health. Although importance of simplifying prescription has been recognized, polypharmacy and high-dose medication especially for Schizophrenia remains prevalent. It's considered that psycho-social approach ; for example, improvement of coping skills and social support such as care management can make reform of treatment efficiently and also improve patient's QOL.

In ACT service, Medication, rehabilitation and social support work closely together and it could make prescription change even for SMI patients. Low-dose medication leads improvement of cognitive function and furthermore social activity. Considering the higher dose of antipsychotics prescribed concurrently in Japan, it's important to evaluate the change in medication for patients of ACT in Japan.

We did one year follow up study about prescription change for 52 patients who have used ACT program at ACT-J team for more than one year at the end of December 2009. It was found that the dosage antipsychotics significantly decreased from 1131.3mg converted to the relative potency equivalent of 100mg of Chlorpromazine (CPZ eq), to 731.3mg (CPZ eq) over the course of the 12 months. But there was no significant change about polypharmacy.

Also it could be possible to reduce rehospitalization under the ACT program. Because recovery model could make improve not only drop out from psychiatric service, but user's dependency for hospitalization.

<Author's abstract>

<**Key words** : ACT, medication, care management, polypharmacy, rehospitalization>
