

特集 日本の ACT：各地で行われている ACT の成果の現状

日本の ACT の概観
——フィデリティ調査などから見えていること——

瀬戸屋 雄太郎

「病院から地域へ」の流れを受け、病床削減の受け皿となりうるさまざまな種類の地域資源が増えつつある。今後、地域資源の機能分化が必要となってくるが、ACT (Assertive Community Treatment) はその中でも特に重症な精神障害者を、多職種によるチームアプローチにより支えるサービスである。特徴としては、リカバリーを目指したサービス提供、生活の場へのアウトリーチ（訪問）、低いケースロード、24時間ケア、ニーズがある限り期間を限定しない、などがある。ACT は欧米のいくつかの国々ではさまざまな形態ですでにサービスシステムに組み込まれており、チームの規模にもよるがおおむね人口10～20万人あたり1チーム配置されている。

日本においては、ACT をサービスシステムに位置づける診療報酬やその他の予算はないが、さまざまな制度を活用して ACT を実践しているチームが10数カ所ある。設置主体別にタイプ分けをすると、訪問看護ステーション＋クリニック、訪問看護ステーション＋病院、病院の精神科訪問看護、福祉サービス単独、公的医療機関単独、などがある。

今後、何らかの予算措置がなされた場合、ACT が全国的に数多く立ち上がることが予想される。その際に問題となるのは質である。日本の診療報酬や補助金のシステムは、質をモニタリングする機能が脆弱であり、かつ利用者を抱え込めば抱え込むほど採算がとれるようになっている。これはリカバリーを目指す ACT の理念とは反する。

ACT の質をモニタリングする尺度として、DACTS と呼ばれるフィデリティ尺度がある。これは、ACT モデルへの忠実度をチーム単位で測定するものであり、人的資源、組織の枠組み、サービスの特徴の3つの評価領域を持つ。ACT 全国ネットワークでは、ACT の質を保つ手立ての1つとして、全国の ACT に対してフィデリティ調査を実施している。また日本の現状にあった形の日本版 ACT フィデリティ尺度の作成にも着手している。

2009年度に調査した12カ所の ACT のフィデリティ得点の結果から、それぞれのチームで前年度より ACT らしい活動をしていることが明らかとなった。しかし、いくつかの課題も示された。これらの課題には、よりいっそうのケアマネジメントの提供など、現状の努力やチームの成熟で解決可能なものと、就労支援専門家の配置、支援の密度の向上など、財源などのシステムを整えなくては実現が困難であるものがあつた。今後 ACT を全国に普及し、重症の精神障害者を精神科病床にかかわって地域で支援していくには、ACT を精神保健医療福祉システムに組み込むような制度および財源を整備するとともに、フィデリティ尺度などを用いて質をモニタリングしていくことが必要である。

1. はじめに

我が国の精神保健医療福祉は、「病院中心の入院医療から地域精神保健へ」の改革期にある。これは、2002年12月に、基本的な考え方として、「入院医療主体から、地域保健・医療・福祉を中

心としたあり方への転換」を掲げた社会保障審議会障害者部会精神障害者分会によって提出された「今後の精神保健医療福祉施策について」に端を発した。その後、2004年精神保健医療福祉の改革ビジョン、2005年障害者自立支援法など、矢

表1 ACT の特徴

-
- ・精神科医, 看護師, 精神保健福祉士, 作業療法士, 就労支援専門家, 心理士など, 様々な職種よりなる多職種チームによるサービス提供
 - ・チーム全体が, 1人1人の利用者のケアを共有し, 支援 (チームアプローチ)
 - ・必要な医療・保健・福祉サービスのほとんどを, チームが責任を持って直接提供
 - ・利用者の生活の場に, 積極的に訪問
 - ・24時間週7日のサービス提供体制
 - ・スタッフ: 利用者の比率が1:10以下
 - ・ニーズがなくなるまで, 継続的な関与
 - ・リカバリーをめざした支援の提供
-

継ぎ早に多くの政策や法律が提出されたのは周知の通りである。また, 診療報酬についても, 少しずつ地域精神医療や, 訪問診療に手厚いものとなってきた。

わが国の精神科病床数は世界的に見れば依然として多いが, この流れを受け, 地域精神保健福祉サービスは, 地域的な格差はあるものの総体としては増加している。精神科クリニックやデイケアは元より, 精神科訪問看護を実施する医療機関, 精神障害者への訪問を実施する訪問看護ステーション, 自立支援法下の相談支援事業, ホームヘルプ, グループホーム, ケアホーム, 地域活動支援センター, 就労移行支援事業など, 地域で生活を維持するためのサービスの選択肢が (まだまだ不十分ではあるものの) 増えてきているのが現状である。

地域サービスの増加に伴って必要となってくるのが, サービスの機能分化や役割分担である。それは重症度別に見てもそうであるし, 居住施設, 通所施設, 訪問支援などの形態別にもそうである。入院中は病棟1つで足りたものが, 地域生活では様々なサービスを組み合わせて利用することが必要となってくるのである。

Assertive Community Treatment (ACT) は, そのような中でも, 最も重症であり生活が困難である精神障害を持つ人を主として訪問により支援するサービスである。

本稿では ACT の概要について述べ, その質を測定するフィデリティ調査結果から見た, 全国の ACT の現状について概観する。

2. Assertive Community Treatment

(ACT) とは

ACT とは, 米国で開発された, 既存のサービスでは地域生活を続けることが困難な重い精神障害を抱えた人を対象とした, アウトリーチを主体としたサービスモデルである³⁾。主とした特徴を表1に示す。

世界的な脱施設化が進む中, カナダ, イギリス, オーストラリア, ニュージーランドなど, いくつかの国でさまざまな名称 (Assertive Outreach Team, Mobile Support and Treatment Service など) で地域精神保健システムに取り込まれている。国によって異なるが, おおむね人口10~20万人のキャッチメントエリアに1チーム (6~12名) 配置されている。また, シンガポール, マレーシア, 韓国などのアジア諸国でも, 臨床活動や研究が実施されている^{2,5~7)}。

日本においては, 市川市にある国府台病院にてモデルプロジェクトとして ACT-J を立ち上げ, RCT による研究にて, 入院日数の減少や, サービス満足度の高さなどの効果が実証された⁴⁾。その後, 全国各地にいくつかの ACT が立ち上がっているが, ACT 単体として診療報酬化されていないこともあり, まだその数は12カ所前後と少ない。あくまで単純計算であるが, 仮に人口10万人に1チーム, 各チーム利用者50~100人とすると, 日本全国で約1,200チーム必要であり, 6~12万人の重症な精神障害を持つ人を地域で支えることが可能となる。もちろん前提として, 精神科病床を減らすこと, 地域にその他のサービスが増えてくることは不可欠であり, 診療報酬など, 必要な財政を確保することも必要である。

日本において, ACT は診療報酬化していないために, 各地の ACT はさまざまな財源を利用しつつ事業を実施している。現状の ACT の財源のパターンとしては, 以下がある。

- ①訪問看護ステーション＋病院
- ②病院の精神科訪問看護
- ③訪問看護ステーション＋クリニック
- ④公的医療機関単独
- ⑤自立支援法財源（地域活動支援センター＋訪問型生活訓練＋ホームヘルプなど）

①では、訪問看護ステーションのスタッフが ACT チームとして機能し、病院に所属するチーム精神科医と連携して実施している。②では、病院の外来部門に設置された ACT チームが、精神科訪問看護の診療報酬を使いながら実施する。③では、訪問看護ステーション（看護師、作業療法士など）と在宅療養支援診療所として届け出たクリニック（医師、精神保健福祉士など）が連携して ACT チームとして機能。④は精神保健福祉センターや都道府県立病院が都道府県の事業として実施する ACT。⑤は自立支援法の福祉財源を組み合わせて実施している ACT である。

どのパターンにおいても、診療報酬外の訪問活動（入院中の病院への訪問、地域資源への訪問、ケア会議の開催など）が多い、週当たりの利用回数の上限がある、利用期間の期限がある（訪問型生活訓練）などの制限があり現状の診療報酬では ACT の活動は十分にカバーされていない状況である。

3. ACT 全国ネットワーク¹⁾

そのような中、ACT の普及や制度化をめざし、全国で ACT を実践する組織が中心となり ACT 全国ネットワークが 2009 年に設立された。

主な活動内容は以下である。

- ①研修事業の実施
- ②わが国にふさわしい ACT 標準版の提示、フィデリティ尺度の開発
- ③わが国における ACT チームの質の向上のためのモニタリングの実施
- ④ ACT および地域生活中心の精神保健医療福祉システムづくりに関する研究活動・情報交換
- ⑤その他、本ネットワークのミッションを達成

するために必要な広報などの事業

ACT 全国ネットワークでは、ACT の新規立ち上げ支援などの ACT の普及啓発活動、ACT 全国研修会などの研修活動とならんで、ACT の質の向上やモニタリングが 1 つの柱として掲げられている。今後 ACT が普及し増えた時に、その質を保ち、向上していくことは非常に重要であり、そのための手立てを考慮しておくことが必要である。その手法の 1 つとして、フィデリティ尺度による評価がある。

4. フィデリティ（忠実度）尺度とは

フィデリティ尺度とは、Evidence-Based-Practice (EBP) の実施度を測るもので、米国では EBP プロジェクトの各プログラム（ACT、家族心理教育、援助付き雇用など）についてフィデリティ尺度が作成されている。フィデリティを実地調査などにより測定することで、プログラムの重要な要素について、意図した通りに実施されているかを示す。立ち上がったばかりのチームについては、プログラムの発展過程をモニタリングすることが可能であり、成熟したチームについても、定期的に外部評価をうけることで質を保ち、さらにスキルを高めていくことにつながる。

日本版 ACT フィデリティ尺度は、米国で ACT プログラムの実施の適切さを評価するために開発され、国際的にもよく使用されている DACTS³⁾ の項目を元に日本版の項目を追加したものである。日本の状況についてそぐわない項目や足りない項目もあるので、DACTS の構造は残したまま、「専従の常勤職の割合」、「入院中に対する責任」、「ストレングスに基づいた包括アセスメントの実施」、「家族に関する支援」など、いくつかの項目を加えた。また、DACTS には精神障害と物質依存の併存障害（Dual Diagnosis）に関する項目が 4 項目あるが、日本版では他とのバランスを考慮して 1 項目に絞った。日本版については暫定版であり、今後改訂していく予定である。

構造としては、ACT の基本的な特徴を実施の有無で問う一般組織指標 GOI 12 項目と、フィデ

表2 フィデリティ項目例：評価領域 H 人的資源（構造と構成）少人数担当制

H1 少人数担当制				
臨床家 1 人当り 50 人以上の利用者	35～49	21～34	11～20	臨床家 1 人当り 10 人以下の利用者
定義	クライアント：臨床家（常勤換算）の割合は 10：1			
理念	サービスの密度，個性性を確保するため，コンシューマー：スタッフの比を低く保たなければならない（1：10）。			
情報源	a) チームリーダーへのインタビュー：チームリーダーにすべてのチームメンバー，その人たちの役割，常勤かどうかを同定してもらうことからインタビューを始める。このリストから，常勤換算スタッフ数を計算し，チームリーダーに確認する。質問例：「ACT チームには何人のスタッフが働いていますか」「チームがサービスを提供しているコンシューマーは何人いますか」ケース数は，すべての「アクティブ」なクライアントを含める。たとえ先週入ったケースでも，正式に入った人であれば，すべてのクライアントを入れるべきである。「アクティブ」の定義は各チームで決めるが，ここでのケース数は「訪問数」などの他の指標にも反映することに注意。 b) 機関の文書：機関が保管しているクライアントリストなどを活用する。 c) 事前情報チェックリスト			
評定方法	直接サービスを提供しているすべてのチームメンバーをカウントする。精神科医や運営サポートスタッフは含まない。所属しているスタッフでも，3 カ月以上チームを離れている場合はカウントしない。			

リティ項目 35 項目からなる。フィデリティの各項目は 1 点～5 点の 5 段階評価形式で，4 点以上の得点で ACT の基準を満たしているとされる。「人的資源：構造と構成」（多職種チームとなっているか，スタッフの継続性，ケースロードの低さ，など），「組織の枠組み」（入退院への責任，エントリー基準，など），「サービスの特徴」（サービスの頻度・量，地域ベースのサービス提供，など）の 3 つの評価領域がある。項目の例として「人的資源：構造と構成」少人数担当制の評価基準を表 2 に示す。

フィデリティ尺度の評価は，ACT 全国ネットワークとして実施しており，評価者研修を受けた 2 名以上の評価者がチームを訪問して実施する。評価のために，チームミーティングの観察，チームリーダーのインタビュー，スタッフのインタビュー，訪問同行，同行先での利用者・家族へのインタビュー，臨床活動の記録の確認など，通常丸 1 日かけて情報を収集し，各項目について評価する。当日はできる限り，フィデリティ得点の結果についてフィードバックしながら，チームの強みやよい点，できている点，そして今後の課題など

についてのコンサルテーションも同時に行う。また後日文書による結果のフィードバックも実施する。

5. フィデリティ尺度から見た 日本の ACT の現状

2009 年度は 12 カ所の ACT について調査を実施した。その結果より，全国の ACT の現状について述べる。

調査時点の平均常勤換算スタッフ数は 6.9 人，平均利用者数は 35.8 人であった。スタッフ数の平均はやや少なく，非常勤スタッフも多い状況であった。ケースロードはスタッフ 1 人あたり利用者 5.2 人であり，10 人を上限とする ACT の基準と比べてもかなり少人数担当制が徹底していた。

日本版 ACT フィデリティ尺度の平均得点は 3.9 であった。4 点以上で ACT の基準を満たしていることになるため，これはわずかに ACT の基準を満たしていないこととなる。4 点以上で ACT の基準を満たしている，判定とされたのは，12 チーム中 5 チームのみであった。これは，立ち上がったばかりのチームが多いことと，ACT

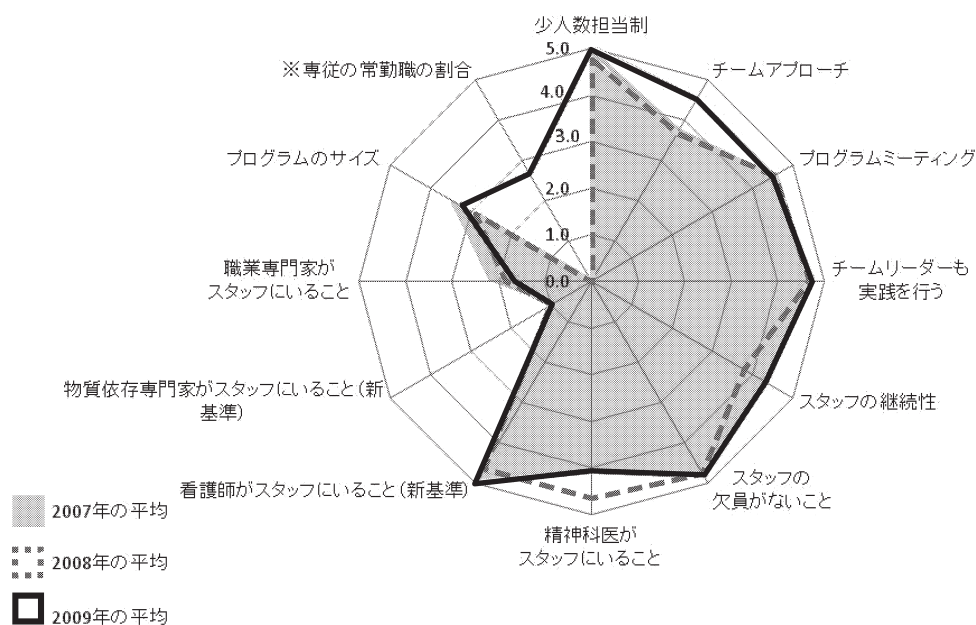


図1 人的資源：構造と構成

※ 日本版独自項目

注 「専従の常勤職の割合」については2009年度より調査

らしい活動をするための十分な財源がないこと、が関係していると考えられる。

各下位尺度別に、2009年度のACT全チーム平均の結果を図1～3に示す。また参照のため、2008年度および2007年度の結果を示す。ただし、年度により調査対象施設数が異なるので年度間比較については慎重にする必要がある。

「人的資源：構造と構成」(図1)についてはおおむね基準を満たしており、平均得点は4.0点であったが、就労支援、物質依存の専門家については各チームにほとんど配置されていない実態が明らかとなった。就労支援はACTのめざすリカバリーには欠かせない要素であるが、各チームではケースマネジャーが日常業務の中で実施しているものの、専任の就労支援専門家を置いているところは少なく、現状の診療報酬などの体系では就労支援専門家の配置は困難であることが示された。薬物支援の専門家については、日本の現状では幸いまだニーズ自体が低いため、専任のスタッフは

すべてのACTで配置していなかった。今後Dual Diagnosisの利用者が増加することがあれば検討が必要である。

「組織の枠組み」(図2)の平均得点は4.5点と高かった。入退院時、入院中についても責任を持って支援を提供しており、月あたりの新規エントリー（加入者）数も少なく押さえられ、エントリー基準に従って加入されていた。日本版独自項目である、チーム精神科医が主治医となる、についてはやや低く、利用者全員をチーム精神科医が診ていないところも少なくなかった。

「サービスの特徴」(図3)については平均得点が3.3点と低く、昨年度より改善はしたものの、ACTの基準を満たしていない状況であることが示唆された。DACTSでは、「サービスの量」、「関わりの頻度」の項目の4点の基準はそれぞれ平均週当たり85～119分、3～4回となっているが、現状ではそこまでの濃密な関わりができていなかった。また、日本版独自項目として加えたケ

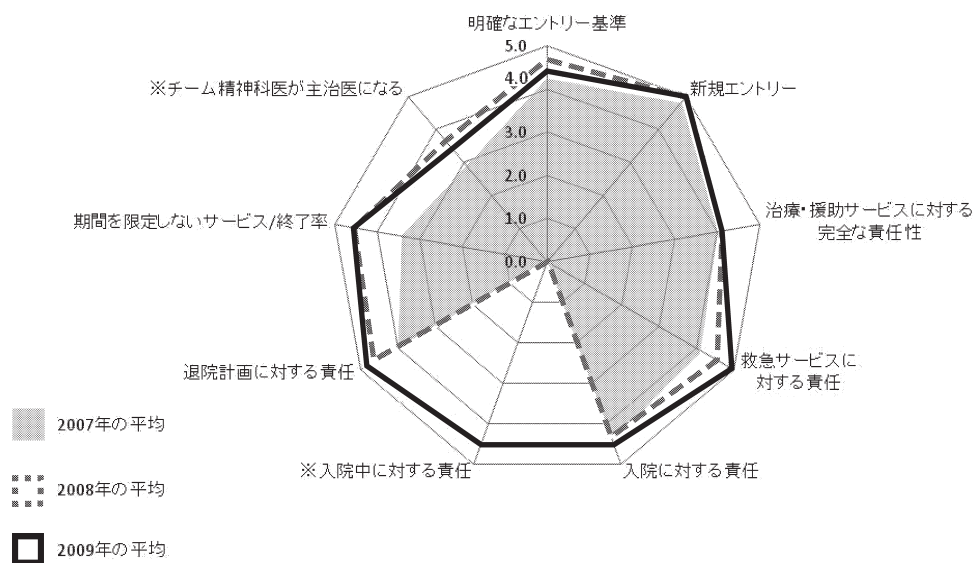


図2 組織の枠組み

※ 日本版独自項目

注 「入院中に対する責任」については2009年度より調査

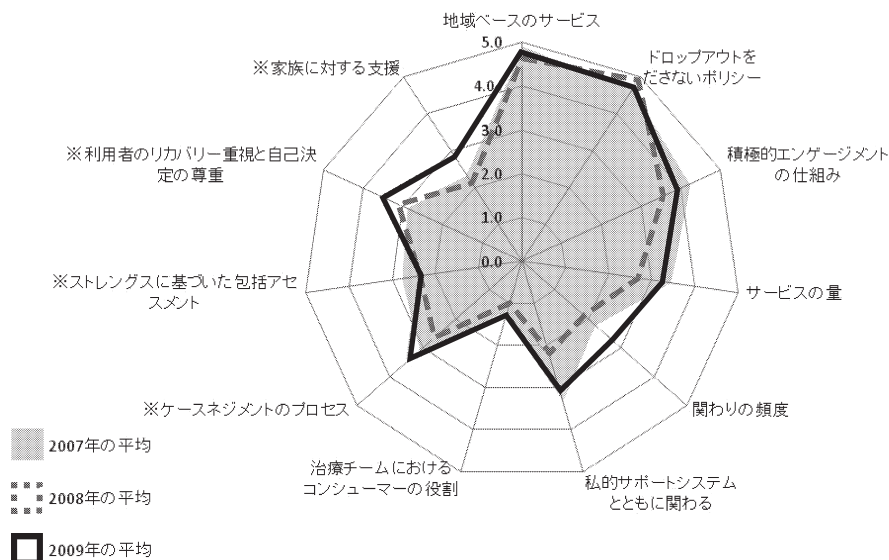


図3 サービスの特徴

※ 日本版独自項目

注 DACTSにある精神障害と物質依存の併存障害 (Dual Diagnosis) 関係の3項目については日本版では採用していない

ースマネジメントに関する項目である、「ケースマネジメントのプロセス」、「ストレングスに基づいた包括アセスメント」、「利用者のリカバリー重視と自己決定の尊重」についても得点は低かった。アセスメントシートやケアプランの作成および定期的な見直しなど、利用者のリカバリーを促進させる仕組みであるケースマネジメントをきちんと提供する必要が示唆された。また、ACT では、直接サービスを提供するチームのメンバーとしてコンシューマー（当事者）スタッフを雇用することが重要な構成要素の一つであるとされているが、現状の予算システムの中で、当事者スタッフを何らかの形で雇用している ACT は少なかった。

6. ま と め

ACT モデルへの忠実度を測定するフィデリティを通して全国の ACT について概要を示した。依然として ACT 単体としての直接的予算はない状況であるが、さまざまな財源を利用した ACT は全国各地で増加しつつある。2009 年度に調査した 12 カ所の ACT のフィデリティ得点の結果から、それぞれのチームで前年度よりフィデリティ得点が上がっていて、より ACT らしい活動をするようになっていくことが明らかとなった。しかし、スタッフ面では、チームのサイズが小さく、就労支援・薬物療法の専門家、当事者スタッフについて努力が必要であり、サービスについては、支援の密度およびケアマネジメントの提供に課題が残った。これらの課題には、ケアマネジメントの提供など、現状のチームの成熟で解決可能なものと、就労支援専門家の配置、支援の密度など、財源などのシステムを整えなくては実現が困難であるものがあつた。今後 ACT を全国に普及し、

重症の精神障害者を精神科病床にかわって地域で支援していくには、ACT を何らかの形で精神保健医療福祉システムに組み込むような制度および財源を整備するとともに、フィデリティ尺度などを用いて質をモニタリングしていくことが必要である。

文 献

- 1) ACT 全国ネットワーク：<http://assertivecommunitytreatment.jp/>
- 2) Fam, J., Lee, C., Lim, B., et al.: Assertive Community Treatment (ACT) in Singapore: a 1-year follow-up study. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 36, 409-12, 2007
- 3) 伊藤順一郎, 鈴木友理子, 瀬戸屋雄太郎: ACT・包括型地域生活支援プログラム I. 本編. 地域精神保健福祉機構, 千葉, 2009 (Evidence-Based Practices: Implementation Resource Kit: Assertive Community Treatment Toolkit. Substance Abuse and mental Health Services Administration, Maryland, 2005)
- 4) Ito, J., Oshima, I., Nishio, M., et al.: The effect of Assertive Community Treatment in Japan. *Acta Psychiatr Scand*, 123; 398-401, 2011
- 5) Ruzanna, Z., Marhani, M.: Assertive Community Treatment (ACT) for patients with severe mental illness: Experience in Malaysia. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 17 (1); 73-78, 2008
- 6) Yu, J., Kim, S., Ki, S., et al.: Program for Assertive Community Treatment (PACT) in Korea: preliminary 7 months follow-up study. 161st American Psychiatric Association Annual Meeting. Washington D.C., USA, May 3-8, 2008
- 7) Yu, J.: Cost effectiveness of modified ACT program in Korea. World Association of Psychosocial Rehabilitation 10th Congress. Bangalore, India, Nov. 12-15, 2009

Assertive Community Treatment in Japan : Results of Fidelity Measurements

Yutaro SETOYA

National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

Mental health system reform oriented toward realizing the transition from “institution-based medical treatment” to “community-based care” is now taking place in Japan. Although the number of psychiatric beds is slow to decrease, community resources are increasing, and differentiation of those services is the next challenge.

Assertive Community Treatment (ACT) is a service which provides 24/7 community outreach by a multidisciplinary team to persons with severe mental illness. Currently, some 10 to 15 ACT teams are providing services in Japan ; this number is far from adequate. This is due to the lack of direct funding for ACT in the current mental health system. However, ACT is increasing as a result of combining available funding sources, such as psychiatric home visit nursing and welfare funding. The ACT Network, a voluntary association, was established to disseminate ACT and ensure its quality. Fidelity scales measure faithfulness to the original model. DACTS, a fidelity scale developed in the U.S., is widely used to measure ACT fidelity.

In Japan, ACT Network implements a Japanese version of fidelity measurement for ACT around Japan. Results of fidelity measurements of 12 ACT teams in 2009 showed that the ACT teams were providing services which adhered more closely to the original model than in the previous year, but problems remained. Some issues, such as increasing care management in services, can be addressed through maturation of ACT teams, but other issues, such as relatively low service density and allocation of employment specialists, cannot be resolved without a funding mechanism. To disseminate ACT and support more people with severe mental illness in the community, it is necessary to build ACT into the community mental health system with sufficient funding, and to monitor its quality using measures such as fidelity scales.

<Author's abstract>

<**Key words** : Assertive Community Treatment, community mental health, fidelity, service quality>
