

特集 日本の ACT：各地で行われている ACT の成果の現状

ACT は脱施設化を促進できるのか？
——理念なき ACT 導入を危惧する——

高木 俊介

はじめに

2009年9月、厚生労働省は「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」と題して、今後5年間の精神保健医療福祉の改革の具体的な取り組みの根幹とされるべき文書を公にした。この文書では、これまでの「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念に加えて、「地域を拠点とする共生社会の実現」を謳い、「精神保健医療体系の再構築」「精神医療の質の向上」「地域生活支援体制の強化」「普及啓発の重点の実施」の4項目を改革の柱としている。そして、当事者の地域生活を支えるための制度として、医療と福祉の双方にわたる在宅支援の必要性が主張されている。「脱施設化」という先進国の近代市民社会にとって当然の流れとなってきたことが、わが国の精神保健医療福祉の世界で、はじめて具体的な姿をとることができたのだ。

このような流れの中で、ACT（包括型地域生活支援プログラム）が大きな注目を浴びている。ACTとは、精神障害者の地域生活を支援するケースマネージメントの中でも、もっとも集中的・包括的なモデルの1つで、長年にわたる調査研究によって有効性が証明されているプログラムである⁷⁾。ACTは現在、行き詰まっているわが国の精神保健医療福祉体制（以下「精神保健システム」と呼ぶ）の改革、ことに地域精神保健システムの改革がめざす理想型として各方面の期待を受けている。筆者もまた、ACT-Kと称してACT

の実践を行い、現在全国で10以上あるとされるACTを実践する組織のひとつとして、ACT全国ネットワークの立ち上げに加わり活動している^{8,10)}。

しかし、現在わが国において展開されているACT普及の動きと、その基礎となるACTへの理解、そして実際に運営されているACTと称する組織の実践には、看過することのできない問題が横たわっている。それは、ひとこと言えば、施設収容を実質的に温存したままで、新しい改革と称する制度を接ぎ木していつているにすぎないのではないかという問題である。それでは結局、施設中心に構築されているわが国の精神保健システムのあり方を何ら変えることなく終わってしまうであろう。たとえば、作業療法の導入も精神保健福祉士という資格の創設も、そうであった。それらは、脱施設化の促進に何らの役割も果たさなかった。同じ事がACTの導入についても生じるであろうということを、筆者は強く危惧している。

今回、ACTへの理解を深め普及させることを目的とした本シンポジウムが開催されるにあたり、その危惧を明らかにしておきたい。さしあたり、本指定討論で扱う問題点は以下の4点である。

- ①治療・支援構造としてのACTの問題
- ②日本の精神保健医療福祉の歴史におけるACTの位置づけの問題
- ③日本の精神保健医療福祉の現状においてACT導入から生じる問題

④医療観察法と ACT

この4点について議論を行う。

1. 治療・支援構造としての ACT の問題

ACT というアプローチの要点は、「重症精神障害者に対して多職種チームがアウトリーチを主体としたかわりによって24時間365日の援助を行う」ことである。このような援助を行うためのしっかりとした構造が必要とされる。逆に適切な構造のないところでは、表面的に ACT と同様の支援を行っても、その効果がないことが証明されている⁵⁾。そのために ACT を称する組織が ACT を行うのに適切な構造を持っているかどうかを計る尺度が開発された。その代表的なものが DACTS である⁹⁾。

しかし、DACTS が普及している米国においてすら、このような尺度の適用によって構造面での基準が達成されたからといって、援助の内容について保証することは困難ではないかという批判がある³⁾。このような批判は、脱施設化がまったく進んでいないわが国で ACT を評価する際に特にあてはまる。つまり、いくら構造化をしっかりと保証しても、実際に活動するスタッフが病院中心の旧来の精神障害者観を持ったままでは、ACT の濃密な構造はかえって精神障害者の地域生活を管理することにつながる。

さらに、それ以前の問題として、わが国のような病院中心に精神保健システムができあがっている社会において、DACTS を用いることが適切なかどうかという問題がある。

第一に、ACT はケアマネージメントから発展してきたプログラムなので、その中心となるスタッフは地域のケアマネージャー、つまりソーシャルワーカーであり福祉関係者である。一方、わが国では、ソーシャルワーカーの地位は低く、社会的な行動が起こせる立場にあり資金を持っているのは医療関係者であり、現在 ACT を名乗っている組織のほとんどは医療関係機関である。DACTS は評価の1項目として精神科医と看護師の雇用の有無を挙げているが、これは米国の

ACT では医師や看護師を雇用することが困難であるという事情を反映している。ところが、わが国の ACT は訪問看護ステーションに代表されるように看護師の雇用が中心となっており、診療報酬に反映することの少ないソーシャルワーカーの雇用は困難である。このことは、DACTS の評価点数で、わが国の医療関係者中心の ACT のほうが、ソーシャルワーカー中心の本来の姿の ACT よりも高い点数を得ることができるという結果を生んでいる。

第二に、米国の各州ではまずチームが形成されてから、その運営資金を公的機関から獲得するための基準として DACTS が使われていることが多い。したがって、スタッフのほとんどがすでに常勤雇用されていることが前提となっており、評価においてスタッフの常勤・非常勤の区別は問われない。ところが、わが国の ACT の多くは病院に付属しており、スタッフは病院勤務と兼務であることが多い。このような現状は、DACTS 評価に反映されていない。そのために、スタッフ数の充足度と援助内容の充実度は相関しないという事態が生じる。

第三に、ストレングスモデルに基づいたアセスメントを行っているか否かという項目においては、その計画が文書化されているかどうかに重点が置かれており、内容に対する評価は行われない。このことから、精神障害者の地域生活を支えるという理念が確立しておらず、地域においても疾病管理が優先されるわが国の精神保健システムにおいては、ACT もまた地域管理のシステムとなることが危惧される。

さらに最後に、対象者選択の問題がある。ACT は本来、充実した地域精神保健システムのもとであっても支援が困難な重症者に対するアプローチである。そのような対象者の多くはわが国ではすでに長期の入院となっている可能性が高い。したがって、ともすると従来のシステムを充実させることで支援できるはずの利用者を、コストの高い ACT で支援し、本来 ACT による支援が必要な層に届かないことになるかもしれない。

以上の点から、現在の ACT に対する評価を継続したとしても、ACT の導入が地域精神保健システムの改革につながらず、病院中心の理念をそのままにした形式だけが広がっていくことになるであろう。

2. 日本の精神保健医療福祉の歴史における ACT の位置づけの問題

世界中どこの国においても、経済が大量生産型の工業化へと離陸するときに精神障害者に対する施設化を進めてきたという歴史がある（おそらく新興国でも将来同じ事が起こるのであろう）。しかし、日本が特殊であるのは、疲弊した敗戦直後の国家に公衆衛生や社会福祉を担う力がなく、すべてが私的経営のもとにまかされてきたということである。

しかし、奇跡に近かった高度成長を成し遂げた時代が終わり、それにともなって施設化のメリットもなくなってきた。かつて安上がりな普請と労働力に支えられて、安上がりに精神障害者を収容することができた精神病院は、高度成長の結果である設備投資と人件費の高騰で経営者にとっては割の合わないものになりつつある²⁾。このことは、社会にとっても同じであり、かつては障害者は家族の中の非生産者として施設に預けられ、それによって自分たちの労働が保証され、その労働の対価は優に施設収容にかかる費用を上回っていた。しかし、障害者の家族を含めた全人口の労働生産性が低下すると、収容による社会の負担が増加し、施設化のメリットは消滅する。

そのような経済・社会的理由のため、高度成長による近代化のプロセスを終えて成熟期・停滞期に入った先進国にとって、脱施設化は経済的必然である。精神病院に代表される障害者収容施設は、維持コストの高騰によって、やがては自然消滅するであろう。そのかわりに、障害者・老人・社会的弱者に対する施策は、生活者の身近にあって経済効率も良く、かつ地域に雇用を創出できる地域内小規模施設と分散した居住の場、そしてそれをつなぐ訪問サービスへと移行していくことになる

だろう。

ACT がわが国で注目を浴びているのも、まさにこのような歴史的背景のうちにある。ただし、もっとも注意が必要なことは、このような歴史的背景の中で公的機関がリーダーシップをとって脱施設化を成し遂げた先進諸国とは違い、わが国では私的機関が主となって施設を温存する力が強く働いているということである。

そのために、地域生活中心という理念のみが先行し、施設の発想をそのままにした社会復帰や障害支援が行われるようになる。長期入院者の退院という成果を一向に生まない社会復帰のための種々の施策、たとえば SST の診療報酬点数化や院内作業療法の普及がその典型であり、障害の支援についても医療モデルが中心となった疾病管理に留まっている。

このような状況に対して、断固として脱施設化を進めるという意思表示は、現在のところ行政にも、精神保健システムにかかわるどの団体にもみられない。このような現状に対する透徹した歴史的批判を抜きにして安易に ACT を広めることは、病院・施設内で行われるのと同様な精神障害者に対する管理的かわりを地域に広げていくという錯誤を犯すことになろう。

3. 日本の精神保健医療福祉の現状において ACT 導入から生じる問題

障害者の生活支援を考えるにあたって重要なことは、医療と福祉支援のバランスである。しかし、予算の面だけからみてもわが国の医療と福祉の格差は歴然としている²⁾。

こうした状況であるから、現在のところ精神障害者支援はほぼ医療中心であるといってよい。その中心となっている医療の問題点をみておかなければ、ACT に限らずあらゆる精神保健システムに対して医療のもつ歪みが影響することになる。なかでも ACT プログラムに大きく影響すると考えられるのは、医療一般がもっている職種間のピラミッド構造と、精神科医療が担っている管理・治安的責任である。

地域における支援、とりわけ訪問サービスによる在宅生活支援において重要なことは、あらゆる問題に対して現場で責任をもって対処するということである。現行の医療制度のもとでは、医師の指示と責任によってすべてが行われている。チーム医療ということがさかんに言われているが、多くの場合、実際にはいかに医師の指示が通りやすいか、あるいは医療的関与が貫徹されるかということに重点が置かれている。ACTのような地域生活支援では、医療と生活支援はしばしば対立する（例えば入院させるべきかどうか）。この場合、医師とコメディカル・スタッフ、あるいは医療関係者と福祉関係者がきちんと対立して議論することが大切であるが、わが国の医療、特に病院医療の中にそのような土壤はない。

また、収容機能を長く担ってきた精神病院は、精神障害者に対する保護という名目で、社会の管理・治安保持機能を果たしてきた。地域住民の反対によって退院が不可能となるなどの例は、その端的な表れである。そのような機能を自明のこととして担ってきた精神病院がACTを行えば、ACTも強力な地域管理の道具となることは明らかである。

4. 医療観察法とACT

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、「医療観察法」と呼ぶ）」の施行以来、指摘されてきた問題点のひとつに、指定通院医療制度の問題、つまりそれを担う医療機関の機能が乏しいことが指摘されてきた。指定通院医療は一種の強制通院制度であり、それは医療中断を許さないこと、通院医療に病院医療と同等の管理機能をもたせるということである。ここから、指定通院制度にACTを利用するという期待が生まれる。

もちろんこの期待は完全に誤解に基づいている。なぜなら医療観察法は、どのように言いごまかしても保安処分的一种であり、司法による治安管理の代替物である⁶⁾。それに対して、ACTはあくまでも地域生活支援のためのツールであり、その

理念はストレングストリカバリーである^{7,8,10)}。ところが、現実には司法精神医学関係者やその周辺にはACTを医療観察法に適した制度とする論調がみられる、それは一般精神医療の関係者にも広がっている⁴⁾。実際、本シンポジウムの質疑応答においても、最初に出された質問は医療観察法との関連についてのものであった。

国の精神保健予算が一向に増える様子のないこと、その中で医療観察法に関連した予算のみ毎年200億円にのぼることを考えれば、現実にも医療観察法のもとでまず最初にACTが制度化されるという可能性は十分にあるのである。

そのようになった場合、わが国のACTは地域管理の道具として出発し、かつ発展することになるだろう。

結 論

以上の4点に関する議論から、ACTをわが国に導入するにあたっては相当の慎重さを要すること、すくなくとも精神病院の削減を進めるという脱施設化を促す施策を前提としなければならないと結論できる。

ただし、現在精神病院に流れている医療費は、少なく見積もっても1兆円/年にのぼる（35万ベッド×30万円/ベッド・月×12）。健康保険制度の複雑な金の流れを無視して、この1割をACTに近い組織をつくることに費やしたとしても、1000チームの多職種訪問サービス組織をつくることできる（ACTに要するコストは1チーム1億円/年ということがわかっている^{7,8)}）。

そして、精神病床を半減させてその費用をまかなったとして、ACTに用いた費用の残りの4000億円を地域精神保健システムを構築すれば、理想に近づいた精神保健システムを構築することができるはずである。

文 献

- 1) 医療経営白書編集委員会（編集委員代表 西村周三）：医療経営白書 2005年版。日本医療企画，東京，2005
- 2) 伊藤順一郎：ACT は病床削減に貢献できるのか？ 精神医学，50；1177-1185，2008
- 3) 久野恵理：米国における ACT の歴史：実践普及における障壁と解決策。精神障害者リハビリテーション，9；126-133，2005
- 4) 松原三郎：医療観察法対象者の地域サポートの将来像。臨床精神医学，38；641-645，2009
- 5) McGrew, J.H., Bond, G.R., Dietzen, L., et al.: Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62；670-678，1994
- 6) 中島 直：医療と保安の観点から見た医療観察法。臨床精神医学，38（5）；715-720，2009
- 7) 西尾雅明：ACT 入門—精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム。金剛出版，東京，2004
- 8) 高木俊介：ACT-K の挑戦—ACT がひらく精神医療・福祉の未来。批評社，東京，2008
- 9) Teague, G.B., Bond, G.R., Drake, R.E.: Program fidelity in assertive community treatment—Development and use of a measure. American Journal of Orthopsychiatry, 68；216-232，1998
- 10) 特定非営利活動法人 地域精神保健福祉機構・COMHBO：厚生労働省平成 21 年度障害者保健福祉推進事業「全国 ACT（包括型地域生活支援プログラム）の質の向上の為の実態調査と新規事業者のデータベース整備・コンサルティング・研修事業」事業報告書 簡易版「ACT ガイド」，2010

Consideration to Implementation of ACT in Japan

Shunsuke TAKAGI

Takagi Clinic

Recently in Japan, to build a new community mental health support system, Assertive Community Treatment (ACT) has been trying to implement. In this paper, four problems were discussed. 1) Problems of applying DACTS to Japan. 2) The historical problems of mental health and welfare of Japan. 3) Problems of modern mental health care and welfare systems in Japan. 4) How does the forensic psychiatry in Japan influences the philosophy of ACT.

As a result, considerable contemplation and preparation is needed to implement the ACT. Following point was proposed to achieve ideal mental health system. We must carry out deinstitutionalization policy (ex. reduction of mental hospital beds, review the budget allocations for mental health system, etc.) before ACT would be implemented.

<Author's abstract>
