

## 特集 地域における統合失調症医療の新たな展開

## コミュニティ・ケアにおける ACT の位置づけと役割

高木 俊介

20 世紀後半の高度成長時代につくられた日本の入院医療中心の精神科医療は、障害者の地域包括ケアをめざす時代にそぐわないものになりつつあることを議論する。この状況を打破するには、ACT のような濃厚な支援を行う地域生活支援体制をつくりあげることが必要である。

<索引用語：地域精神医療、重度精神障害者、Assertive Community Treatment（包括型地域生活支援）>

## はじめに

## ——精神科病院は消滅する——

日本は精神科ベッド数 35 万床という精神科病院大国である。これらの病院のほとんどは、戦後の高度成長時代である 1950 年代後半から 1970 年代前半までにつくられている。これはどういうことかということ、労働人口を都市に集中させるため山間部や都市郊外へ障害者の隔離収容政策をとったからである。その後高度成長が達成されると、人件費の高騰などで施設は維持費のかかるものになる。高度成長、インフレ時代の終わりとともに、医療費の伸びが抑制されたにもかかわらず、施設の固定費が高止まりすることで資本の利潤率が低下し、精神科病院のような大規模施設の維持は困難になった。

このような変化に、さらに人口減少と疾病構造の変化が追い打ちをかける。現在、精神科病院内の人口は高齢化のために減少しつつあり、その後を埋めるはずの後続世代の人口も激減したために、入院を要する精神障害者は確実に減少していく。さらに、これらの後続世代は高度成長の恩恵である親世代のインフラの豊かさに支えられ、ひきこもることで社会的逸脱を回避し得るため、入

院の必要性がなくなる。また、疾病自体の軽症化と、その結果として障害の多様化が進み、画一的な管理を要する大施設は時代にあわないものになった。

以上のような、病院資本の利潤率低下と人口・疾病構造の変化によって、精神科病院の存在基盤は構造的な危うさに直面している。

このような動向は、精神科病院に限ったものではない。医療政策研究者の猪飼周平は『病院の世紀の理論』<sup>3)</sup>の中で、私たちの多くが長い間あたりまえのように享受してきた現行の医療システム、すなわち入院設備を持った病院が医療の中心となって専門性の高い医療を供給するというシステムは、21 世紀の包括ケアシステムにより終焉するという。

この大転換を促しているのは、まず第 1 に、疾病構造の生活習慣病中心化と人口の高齢化である。従来の治療医学がこれらに対して無力化しつつあり、治療医学の有効性に限界があることが社会的に認知されるようになったのである。第 2 は、障害者パラダイムの発展により、従来の「医学モデル」から「生活モデル」への転換が起こったことである。この 2 つが合流することで、予防・治

療・生活支援を統合的に行うことで新しい健康観の達成を目指す社会システム＝包括ケアシステムが形成され、近代的科学的治療観に根ざしていた20世紀という「病院の世紀」が終わる。

このような潮流は、現在精神科病院がおかれてある立場とまったく一致する。したがって精神科病院を含む「病院の世紀」の終焉は、意図するしなくにかかわらず、革命的な事態として顕現する。この革命は、残念ながらこれまで精神医療改革運動にたずさわってきた我々の努力とは無縁である。かつての改革者は、むしろ病院の管理者などの立場になることによって、この大転換に抵抗しようとしているようにすらみえる。

そして、精神科病院システムの終焉というこの大転換に対して、反革命として精神科病院の抵抗が起こる。精神科病院の反革命には、病院死守のための制度の改変や診療報酬の新設、病院固定費の削減、認知症の囲い込みがある。代表的なものに、救急をはじめとする病棟機能分化による入院基本料の増額と、社会復帰を理由にした作業療法などリハビリの点数化がある。しかし、これらは病院の二極化を生み、様々な社会復帰にかこつけた診療報酬の要求は実現しない社会復帰に対する労働を強いられるコメディカルスタッフの志気阻喪を招き、最終的に精神科病院の治療機能を著しく低下させることになる。新自由主義下の日本社会では人件費はすでに変動費化しているが、精神科病院でもコメディカルスタッフの賃金低下が顕著である。そのためにスタッフの流動化が激しくなり、それまでよくも悪くも精神科病院の牧歌性を支えてきたスタッフの経験の蓄積も安定した治療的人間関係も失われた。

今後爆発的に増えるといわれている認知症については、地域における支援体制の乏しさから、精神科病院への入院が現時点でも増えつつある。その多くは、精神科病院の長期入院患者の老齢化によるものと、認知症の精神症状に対応できない一般科病院からの転入院である。そのために、精神科病院への期待は再び高まることになる。しかし、もともとキュアの質もケアのそれも低い精神

表1 WPA (世界精神医学会) 2008 アナウンス

- 
- 1) 定型, 非定型抗精神病薬の間に効果の差はない
  - 2) 副作用についてはそれぞれのプロフィールがあり, EPS の出やすさと内分泌代謝系への副作用の間に優劣をつけるのは困難である
  - 3) どちらの抗精神病薬についても投与量への注意が必要である
- 

科病院は、高齢者の治療ケアに適さず、厳しい淘汰にあうことになるだろう。

このようにして、大転換に抗する反革命は自壊する運命にある。しかし、認知症が激増するこの数10年は、なお精神科病院の命脈は保たれよう。少しでも油断すれば、精神科医療の地域展開は遅々として進まない。

## I. 精神医学の陥穽

先に、治療医学に対する社会の信認が揺らいでいるということを述べたが、精神医学の世界でも学問的権威の動揺が明らかになっている。21世紀に入ったこの10年で次第にみえてきたことは、新規抗精神病薬や脳科学の結果が期待されたほどのものではないことである。

それを象徴しているのが DSM の隆盛と、現今ささやかれはじめたその衰退であろう。1980年代初頭に出版された DSM-III は、新自由主義の支援を受けた脳科学研究と製薬企業の台頭を背景とした米国精神医学界における心理主義から生物学的精神医学へのヘゲモニー転換として普及していった。それは軍需産業からバイオテクノロジーへの資本の移動と軌を一にしている<sup>10)</sup>。そのために、手段となる新たな研究機器の出現に規定されている脳科学は、軍用技術の民間への転移が終了するとともに新知見の収穫は減減する。

また、製薬企業が次々と市場に投入した向精神薬は、それまでの研究を莫大な資本の投入によって商品化したものにすぎず、巨大な宣伝力によって誇張された部分を除くと、さしたる治療成果の改善を示していない。例えば抗精神病薬については、これまで当然のようにいわれてきた非定型抗

表 2

Time Elapsed in months	Neuroleptic Withdrawal : Percent relapsed	Neuroleptic Maintenance : Percent relapsed
3	44%	6%
6	49%	11%
9	52%	14%
12	54%	17%
18	57%	22%
24	59%	27%

(文献 4 を改変)

表 3 抗精神病薬による再発予効効果①

再発	抗精神病薬	
	継続	中断
再発	a=27	c=59
再発せず	b=73	d=41

表 4 抗精神病薬による再発予防効果②

● 相対危険 (RR) :	$\frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}} = \frac{0.27}{0.59} = 0.46$
● 相対危険減少 :	$1 - RR = 0.54$
● 絶対危険減少 : ARR =	$\frac{c}{c+d} - \frac{a}{a+b} = 0.59 - 0.27 = 0.32$
● 治療必要数 :	$\frac{1}{ARR} = \frac{1}{0.32} = 3.1$

精神病薬の優位性がまったくの虚妄であったことが明らかになっている (表 1)<sup>8)</sup>。統合失調症の治療に必須であると考えられている薬物による維持療法についても、基礎になる経過研究を詳しく調べると、2年間という経過の中では薬物の有用性は顕著に希薄化する。それだけではなく、薬物中断による再発のほとんどが3ヵ月以内に起こっていることは、精神疾患の自然史と発症のあり方に照らして考えると極端すぎる数値であり、再発だけでなく抗精神病薬の退薬症候群も含まれている可能性がある (表 2)<sup>4,7)</sup> (表 3, 4; 表 2 より著者作成)<sup>7)</sup>。さらに、抗精神病薬治療が突然死をはじめとして、精神障害者の寿命を短縮している可能性が示唆されている<sup>9)</sup>。

## II. 100 年の空白

こうして、「病院の世紀」の終わりとともに必然的に生じる精神科病院の消滅と、治療医学への信

認の揺らぎの中で起こっている生物学的治療の行き詰まりによって、精神医療の大転換期が準備されることになった。現在様々な場所で起こっている、精神科病院と地域支援、医療と福祉、専門家と当事者、行政と民間などの攻防戦は、この大転換期という背景のもとに理解されねばならない。

この混沌とした過渡期にあつて、すでに 100 年前に、つまり現代精神医学が成立したその時に、あの Bleuler, E.<sup>1,2)</sup>が『統合失調症あるいは統合失調症群』と銘打たれた輝かしい著書とその周辺の業績の中で、すでに指針を出していたことを知ることができる。Bleuler, E. は、「正常な状況、慣れた環境で治療することは一般によいことである。患者は、統合失調症に「かかったから」施設へくるべきなのではなくて、特定の適応がある時くるべきなのである」「概していえば、早期退院がよい結果を得る」<sup>1,2)</sup>と述べている。さらに「病院治療の有害な点とは、患者の症状がまさに抑圧によっ

てかえって悪化することである。患者は自由を得ることができれば、いつそう健康な状態へと向かう<sup>1)2)</sup>と、早期退院の必要性を訴えた論文も残している。

Bleuler, E. の言明は、わが国の精神医学・精神医療では 100 年間無視されてきた。今こその 100 年前の教えを忠実に実行していかねばならない。そしてそのためにまず行うべきことは、精神科病院による入院中心の体制を改め、地域での生活を中心においた精神医療と福祉的支援へとわが国の精神保健体制を転換させることである。

### Ⅲ. ACT という挑戦

ACT (Assertive Community Treatment: 包括型地域生活支援プログラム: Program をつけて PACT と呼ぶ) とは、重度精神障害者に対して、多職種の専門家やピア・スタッフから構成されるチームが、24 時間体制で地域生活現場への訪問によって医療・福祉の包括的なサービスを提供する援助プログラムである。その特徴は、①多職種による多角的支援、②チームによる継続的支援、③アウトリーチによる現場支援、④24 時間 365 日の危機介入支援にある。

ACT は 1 つのチームがスタッフ数 10~15 人であり、1 人の常勤スタッフにつき、利用者数はおよそ 10 名という制限がある。これによって、支援の質を確保している。1 人のスタッフは、10 人までの利用者について自分が主担当者となってケースマネジメントの責任をもつ。主担当者は、他のスタッフ 2~3 人と組んでその利用者の日常支援を行う。この小さなチームを ITT (Individual Treatment Team: 個別担当チーム) といい、利用者に関する情報を管理し、支援計画を立てて実行する。このような構造によって、小さな ITT がいくつも重なりあって存在することになり、全体の情報共有が密になり、1 つのチームとして機能するのである。チームミーティングは、全体チームでも ITT でも頻繁に行われる。このような組織では、チームメンバー間の風通しのよさと、職種にかかわらず自由に意見をいえる雰囲気と平等性

が大切になる。医師を頂点とした堅固なヒエラルキーのある病院医療の雰囲気を持ち込まないことが大切である。

24 時間 365 日の支援という大変なことに感じられるかもしれないが、日中の支援がしっかりと行われていると、夜間休日の緊急事態はほとんどなくなる。現在の精神科救急体制は非常に負担が大きい分野であるが、救急圏域が広すぎることで、地域における日中の支援がほとんどないことから生じた弊害にすぎない。24 時間 365 日、いつでも相談できる窓口があることで、家族も含めて利用者は多大な安心感を得ることができ、それがあただけで安定した地域生活を送れるようになる。

重度精神障害者の社会生活を支援するためには、医学的治療と福祉的支援のどちらかが欠けても満足のいく結果は得られない。このため、ACT では 1 つのチームの中に様々な職種の専門職を配置しなければならない。これらの職種が日常のチームミーティングの中で、一体となって支援に取り組むことによって、様々な支援が必要に応じてすみやかに提供できるようになる。

しかし、上述してきたような入院が中心で地域の支援体制が不十分な現在の日本の精神医療状況のもとでは、ACT のような集中的・包括的なしくみを拙速に導入することが、安易な地域管理体制につながるという危惧もある<sup>6)</sup>。

### おわりに

最後に、ACT をはじめとする地域精神医療体制に移行することが、現在の病院への入院を中心とした精神医療体制よりもより経済的であることを示す。多くの人々が地域医療体制はコストがかかると思っているが、ACT を実践した経験はそれを覆す。ACT は全世界どこでも、約 1 億円の経費がかかることがわかっており、これは、制度としての ACT こそなく既存の組織と収入源を組み合わせで行っている我々の ACT の実践とも一致する<sup>5)</sup>。ACT の 1 チームが 100 人の重度精神障害者をケアするとして、1 人あたり年間 100 万円の費用となる。それに対して、現在 35 万人の精神科

病院入院患者の入院医療費は年間約 1 兆 4 千億円であり、1 人あたり年間約 400 万円となる。したがって、ACT のように濃厚な支援を行う地域医療と比べても、入院医療には 4 倍のコストがかかっていることになる。

我々が地域精神医療へと踏み出そうとしないこと、まさにそのことが、地域精神医療への転換を阻んでいる。20 世紀という病院の世紀は終わった。21 世紀、地域でのケアが中心となる世界へ踏み出すべき時である。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

## 文 献

- 1) Bleuler, E. : Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig, 1911 (飯田 真, 下坂幸三, 保崎秀夫ほか訳：早発性痴呆または精神分裂病群. 医学書院, 東京, 1974)
- 2) Bleuler, E. : Lehrbuch der Psychiatrie. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 1983 [切替辰哉訳：内因性精神障害と心因性精神障害(精神医学書Ⅲ). 中央洋書出版部, 東京, 1990]
- 3) 猪飼周平：病院の世紀の理論. 有斐閣, 東京, 2010
- 4) Jeste, D. V., Gilbert, P. L., McAdams, L. A., et al. : Considering neuroleptic maintenance and taper on a continuum-Need for individual rather than dogmatic approach-. Arch Gen Psychiatry, 52 ; 209-212, 1995
- 5) 高木俊介：ACT-K の挑戦—ACT がひらく精神医療・福祉の未来— (サイコクリティーク 5). 批評社, 東京, 2008
- 6) 高木俊介：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—。精神経誌, 113 ; 627-631, 2011
- 7) 高木俊介：抗精神病薬の神話：統合失調症に対する薬物治療への盲信から脱するために(後篇)。統合失調症のひろば, 2 ; 167-176, 2013
- 8) Tandon, R., Belmaker, R. H., Gattaz, W. F., et al. : World Psychiatric Association Pharmacopsychiatry Section statement on comparative effectiveness of antipsychotics in the treatment of schizophrenia. Schizophr Res, 100 ; 20-38, 2008
- 9) 特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構：統合失調症の人が知っておくべきこと—突然死から自分を守る— (NPO 法人コンボ編). 特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構, 市川, 2013
- 10) 米本昌平：バイオポリティクス—人体を管理するとはどういうことか。中央公論新社, 東京, 2006

Models of Community Care for People with Severe Mental Illness :  
An Evaluation of Assertive Community Treatment

Shunsuke TAKAGI

*Takagi Clinic*

Today's psychiatric treatment system in Japan is hospital-based. It is supported by mental hospitals established after 1960. However, the psychiatric treatment system has already changed to community-based treatment in other developed countries. So, we need to change to the community-based system for those who are suffering from severe mental illness such as schizophrenia to realize deinstitutionalization. Assertive Community Treatment (ACT) is one of the effective community support programs to improve this situation. It is important to develop a program like "ACT" for clinical and cost effectiveness.

< Author's abstract >

< **Keywords** : community care, people with severe mental illness, Assertive Community Treatment (ACT) >

---