

ACT

Assertive Community Treatment

包括型地域生活支援プログラム

1. ACTとは何か?/2. ACTの特徴

3. ACTの重要な概念/4. ACTで提供されるサービス

5. ACTの必要性・「ケアマネジメント」との関係・位置付け/6. 支援のプロセス

7. なぜACTが始まったか?その効果・各国への普及/8. 日本での実践に向けて

9. ACTに関するQ&A/参考文献

1. ACTとは何か？

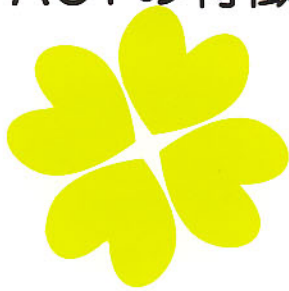
Assertive Community Treatment (ACT)は、重い精神障害を抱えた人が住みなれた場所で安心して暮らしていけるように、様々な職種の専門家から構成されるチームが支援を提供するプログラムです。英語の‘Assertive Community Treatment’という言葉の略してACT(アクト)と呼ばれることが多いのですが、私たちは日本語で「包括型地域生活支援プログラム」とも呼んでいます。

ACTによって提供されるサービスの内容は、どのような利用者を対象とするかによって若干異なってきます。しかし、通常対象となるのは、統合失調症や躁うつ病などの精神障害を抱えた人たちで、治療によっても十分に改善されない重い症状や障害を持っていたり、そうした障害に関連した理由のために、既存の地域精神保健サービスから十分な恩恵を被ることが難しいといわれている人たちです。彼らは、精神科救急サービスの頻回利用者であったり、頻回入院者であったりします。また、長期にわたる入院を余儀なくされている人かもしれません。

ACTのAssertiveという言葉には、もともと支援者が利用者に積極的にかかわるという意味が込められていたようです。一方最近では、利用者の主体性を大切にするという考えから、利用者が積極的に自己主張をするという解釈もあるようです。実際にACTでは、利用者の主張に基づいた支援計画が作成され、サービスが提供されます。



2. ACTの特徴



① 多職種によるチームアプローチ

看護師、ソーシャルワーカー、リハビリテーションの専門家、作業療法士、精神科医などの多職種の専門家によってチームを構成します。

② スタッフ:利用者の比率

10名程度のチームスタッフに対して、100人程度の利用者を上限とします。すなわちスタッフ1人に対して10から12人の利用者の比率を保ちます。

③ ケアの共有

特定の利用者に対して中心的な役割を果たすケアマネジャーが指定されますが、チームの全員が全ての利用者について十分な知識をもち、ケアを分担して支援します。

④ 「生活の場」での支援

利用者が生活している場面での相談・支援が原則で、積極的に訪問が行われます。

⑤ 直接サービスを提供

必要な保健・医療・福祉のサービスの大部分を、チームが責任をもって直接提供することで、サービスの統合性を図ります。

⑥ 1日24時間/週7日体制

1日24時間・週7日対応で、危機介入にも対応します。

⑦ 無期限のサービス

原則的にサービスの提供に期限はありませんが、利用者が回復しニーズがなくなった場合などには、他のサービスに引き継ぐこともあります。

⑧ 柔軟なサービス

必要なときに、必要な場所で、必要なサービスを提供します。

1. ACTとは何か?/2. ACTの特徴

3. ACTの重要な概念/4. ACTで提供されるサービス

5. ACTの必要性・「ケアマネジメント」との関係・位置付け/6. 支援のプロセス

7. なぜACTが始まったか?その効果・各国への普及/8. 日本での実践に向けて

9. ACTに関するQ&A/参考文献

3. ACTの重要な概念

ACTの目的を理解するうえで以下の概念が重要であると考えられています。

-Recovery(リカバリー)

Recoveryとは、たんに治癒や回復を意味するものではありません。ある人が二度と精神医学的な障害を経験しなくなるということよりはむしろ、障害を抱えながらも希望や自尊心を持ち、可能な限り自立し意味のある生活を送ること、そして社会に貢献することを学ぶ過程を意味しています。そしてACTのサービスの根本的な目標は、利用者のRecoveryの過程を支援することだと言われています。そのため、ACTチームのスタッフには、重い精神障害を抱えている人々の可能性を信じ、そうした希望を伝達しうる能力が期待されます。

-ストレス脆弱性モデルによる理解と地域生活支援

ストレス脆弱性モデルは、生物学的に規定される個人の脆弱性(弱さ)にストレスが何らかのインパクトを与えることで、精神医学的症状の再発危険性が高まるとする仮説です。ACTによって提供されるサービスは、医療・保健・福祉まで幅広い分野に及びますが、脆弱性をカバーするための薬物療法と服薬管理、ストレスを減らすための環境調整、ストレスに上手く対処するための支援など、この仮説に基づいての介入が行われます。

-利用者のStrength(強さ・長所)に注目すること

精神障害を抱えた人が、自分の生活について判断し決定を行う権利と能力を有していることを、すべての人々の共通理解にすることが大切です。なぜなら、精神障害といえども人の意思能力・行為能力をすべて奪ってしまう状態は例外的な状態であり、精神疾患を持つものにも能力とセンスがあるからです。

-地域を中心とすること

精神障害を抱えた人たちが地域で生活することはあたりまえのことであり、入院とは例外的(急性期の治療のため)な状況であることを、すべての人々の共通理解にすることが求められます。医療・保健・福祉等のサービスは、地域に主力があるのであり、入院治療機関の役割は限定されるべきです。すなわち、入院は「緊急避難」であり、ケアの責任は地域でより強くもたれる必要があるでしょう。

4. ACTで提供されるサービス

- ① 精神科治療を継続するため、診察や処方、自宅への薬の持参などの支援
- ② 病気に関すること、服薬に関することなど、病気を自己管理するための支援
- ③ 危機状況時の介入や一時的な入院の間の支援
- ④ カウンセリング
- ⑤ 身体的健康に関する支援
- ⑥ 住居を探したり、家主との調整を図るなどの住居に関する支援
- ⑦ 買い物、料理、交通機関の利用、近隣関係など日常生活に関する支援
- ⑧ 就労について、利用者の希望を実現するための支援
- ⑨ 年金や生活保護の利用や金銭管理のアドバイスなどの経済的サービスに関する支援
- ⑩ 公共施設などの社会資源の利用やグループ活動への参加など、利用者を取り巻く周囲の社会ネットワークとのかかわりの回復と維持のための支援
- ⑪ 利用者の家族のための支援

☆実際に提供されるサービスの内容は、個別の支援計画に基づいて決定されることとなります。

3. ACTの重要な概念/4. ACTで提供されるサービス

5. ACTの必要性・「ケアマネジメント」との関係・位置付け/6. 支援のプロセス

7. なぜACTが始まったか?その効果・各国への普及/8. 日本での実践に向けて

9. ACTに関するQ&A/参考文献

5. ACTの必要性・「ケアマネジメント」との関係・位置付け

-ACTの必要性

精神障害を抱えた人たちに提供されるケアマネジメントには、様々なモデルがあります。ACTはその中でも集中的・包括的なケアマネジメントのモデルであり、重い精神障害を抱えた人たちを対象にしています。

平成15年度より本施行となった「ケアマネジメント」でもっとも対応が困難であるのは、症状が不安定であったり強く持続したりするために、日常生活の維持が困難であるような重い精神障害を抱えた人たちの場合です。しばしば、彼らは、症状や障害のために、買い物などの外出や交通手段を使っでの移動、日常必要な会話などに困難を感じる場合もあります。このような傾向が顕著になると、いわゆる「ひきこもり」の状態を呈する可能性があるため、こちらから訪問していねいに関係作りを行い、サービスにつなげる必要があります。また、再発の危機の時なども、サインに気づいて自らが早めに対応する事が難しく、救急医療システムを利用することも多くなってしまいます。

これらの問題に対応するためには、①安定した関係を築けるだけの十分なコンタクトが利用者とケアマネジャーとの間にあり、②家庭訪問などケアマネジャーが生活の場に出て行く方法論をもち、③直接医療的介入も行なえる要素をもったケアマネジメントのシステム、すなわちACTのようなプログラムを準備しておくことが必要です。

-「ケアマネジメント」との関係・位置付け

「ケアマネジメント」は、利用者のニーズに対して提供される様々なサービスの調整を中心としたモデルであり、1人のケアマネジャーに対する利用者の比率が高くなっています。一方で、ACTはすでにふれたように、福祉・保健・医療を包含した包括的なサービスを、多職種チームが提供しており、1人のケアマネジャーに対する利用者の比率も10人程度に設定されています。どちらのモデルも地域精神保健システムの中に共に位置づけられるべきで、各モデルに応じて重症・軽症など対象者層が異なることとなります。このような異なるケアマネジメントのモデルをもとに、就労支援、住居支援のような機能分化された複数のプログラムが、地域精神保健システムの中で統合された形で存在することが望ましいでしょう。

6. 支援のプロセス

- ① **利用者のエントリー**
個々のACTプログラムで定められた加入基準を満たす利用者がチームに紹介されます。
- ② **関係作り(エンゲージメント)・契約**
スタッフが利用者にプログラムを説明し、プログラム利用の同意を得ます。
- ③ **初期アセスメント・初期支援計画**
当面の利用者の最初のニーズと目標を明確にします。
- ④ **包括的アセスメント**
ITT(個別処遇チーム)が中心となり、ACT導入後30日以内に行います。
- ⑤ **支援計画の作成**
包括的アセスメントに基づき作成。短期(2~3ヶ月後)・長期(6ヶ月後)目標を設定します。
- ⑥ **サービスの実施・モニタリング**
支援計画に基づくサービスを提供し、それらが適切に実施されているかをモニタリングします。
- ⑦ **支援計画の見直し・既存のサービスへの移行**
支援計画は少なくとも半年ごとに見直されます。利用者のニーズに応じて無期限のサービスを受けることもできます。利用者の状態や生活状況が安定しており、本人がサービスの終了を望んでいる場合には、移行期間をおき、ACT以外の既存のサービスに引き継ぐことになります。

☆ 個別処遇チーム/Individual Treatment Team(ITT)

ACTではすべてのチームスタッフが利用者に関わりますが、個々の利用者には個別処遇チーム(ITT)という通常3~5人のスタッフで構成される担当のサブチームがつきます。ITTの構成は、基本的に主ケアマネジャー(Primary case manager)、副ケアマネジャー(Back up case manager)、利用者のニーズに応じて看護師、職業の専門家などが加わる場合があります。中心的に利用者に関わるのは、主ケアマネジャーです。副ケアマネジャーは、支援活動の調整などを主ケアマネジャーと共有し、主ケアマネジャーが不在の場合には、それらの実施に責任を持ちます。

5. ACTの必要性・「ケアマネジメント」との関係・位置付け/6. 支援のプロセス

7. なぜACTが始まったか?その効果・各国への普及/8. 日本での実践に向けて

9. ACTに関するQ&A/参考文献

7. なぜACTが始まったか?その効果・各国への普及

ACT開発の背景:

ACTは、1960年代後半にアーノルド・マークス博士、レオナード・スタイン医学博士、マリー・アン・テスト臨床心理学博士により、米国ウィスコンシン州マディソン市メンドータ州立病院の研究ユニットから発展しました。彼らは重い精神障害を抱えた入院患者が院内で身につけたことが地域でいかされず、頻回入院すなわち回転ドア現象を防ぐことができないことを実感していました。そのため障害を抱えた人たちの精神症状を軽減させる院内での24時間のケアが退院後にも同様に重要であるとの仮説を立てました。そして1972年にACTの原型であるTraining in Community Living(TCL)が開始されました。新たなモデルでは、再教育を受けた多職種病棟スタッフを地域に移行し、家庭や職場に代表される社会的場面において、集中的なトリートメント、リハビリテーション、サポートサービスを提供しました。その後、TCLからACTに名称が変更となり、全米各地に広がっていったのです。

効果:

これまでに欧米を中心に行われてきた数々のACTの効果に関する研究結果を振り返ると、ACTが標準的なケアマネジメントよりも、精神病院への入院期間を減らし、地域生活を安定させる効果が高いことが明らかとなっています。また、生活の質、精神症状、職業機能、利用者とその家族の満足度などに関しても一定の効果が上がることで、さらに従来のサービスに比べて医療経済的にも好ましい結果が得られることが示されています。

各国への普及:

ACTのオリジナル・プログラムが約30年前にマディソンで始まって以来、米国の41州で、また、カナダ、イギリス、スウェーデン、オーストラリア、フィンランドなどでプログラムが遂行されてきました。こうした動きは1990年代以降、特にそれまでのサービス斡旋・仲介を主とする標準的なケアマネジメントの限界が実証される中で加速されていきます。多くの国では、実証的研究により有効性が確認されているACTを、それぞれの国情に応じて精神保健福祉施策に反映させていったのです。



8. 日本での実践に向けて

ACTを日本へ導入する意義については、ACTが頻回に入院するなど地域での生活が安定しない人たちの地域生活支援を目指していることから、重い精神障害を抱えた人たちの再発防止と生活の質の向上、治療サービスに対する満足度の向上だけでなく、平均在院日数の短期化、精神科病床の減少など様々な点で有意義な結果をもたらすであろうと考えられます。しかし日本の精神保健福祉と欧米のそのあいだにはいくつかの差異があり、ACTを日本に導入する際には、これらの差異を考慮する必要があります。

①家族との同居者が多い

日本では欧米に比べて地域で家族と同居している精神障害を抱えた人が多いため、退院後の生活支援において家族が積極的に介護者として機能しうることを示しています。同時に、家族が直接の介護のために多大な負担を背負う場合があることも意味しています。したがって、ACTの実施にあたっては、家族の負担の少ないグループホームの増設や、障害を抱えた人たちが独立して住むことを援助する住居支援サービスの徹底が必要でしょう。そして障害を抱えた人たちと家族が同居する場合には、家族に対する心理教育などの様々な支援が十分に行われることが必須となるでしょう。

②主治医・患者関係が医療の軸として存在する

ACTはチーム内に精神科医をおくので、チームが順調に動き出すと、利用者がチームの精神科医を主治医として選択し、処方などもチームの精神科医がおこなう可能性はあります。しかし、チームの外に利用者のかかりつけの主治医がいる場合が多いでしょう。主治医側もACTチームを信頼できなければ、主治医権を保つことが患者や家族のためになると考えるでしょうし、患者の側もいままでの治療関係に満足している場合は、主治医までも変えてACTのサービスを受けようとは思わないでしょう。したがって、チームと主治医との連携は活動の重要な部分になります。ACTがいかなるもので、どのように利用者のためになるか、ていねいに主治医と協議する必要があります。

③日本と諸外国の異なる入院治療の実態

医療保険のシステムの異なる日本では、欧米並みに急性期の不安定な患者が1週間で退院することは、まだ考えにくいことです。十分なスタッフをそろえ、積極的に急性期医療を展開した場合でも30日-50日程度の急性期入院は、妥当な治療的入院期間として考えられるでしょう。したがって、ACTを導入するにあたって、チームは、退院直後のケアを、欧米に比して割合余裕を持って対処できる可能性があります。

QOLをあげることができた人は、生活の安定も望めるので、いつまでも高密度のサービスを必要としなくなるかもしれません。ACTは元来、必要があれば一生でも続けるサービスですが、以上のような理由から欧米での基準にくらべて、終生ACTチームのケアを受ける必要があるものの割合をより低く設定できる可能性もあります。

④費用・財政の確保

精神科医療費が低いために、日本のACTには入院費の高い欧米に比べて、入院費と同等の費用が必要とされる可能性が高いと考えられます。

7. なぜACTが始まったか?その効果・各国への普及/8. 日本での実践に向けて

9. ACTに関するQ&A/参考文献

9. ACTに関するQ&A

Q.「これまでの訪問支援とどこが違うのでしょうか？」

A. 「あのスタッフがいるときは良かった」などと言われることなく、システム化されたチーム体制により一定レベルのサービスを継続して供給することが可能となります。また、チームで動くため、スタッフの燃え尽き現象を防ぎやすいのです。多職種チームによる支援であるため、多面的な支援が提供できるのも大きな特徴です。

Q.「地域の中で医療色の強いサービスが行われるのが心配です」

A. ACTの対象は、原則として頻回に入院したり、救急を利用したりと、地域で生活することが困難な人たちです。当然のことながら障害の重い人たちも、地域の一員として暮らす権利があり、ACTはそれを可能にするものです。医療はACTのサービスの一部であり、利用者の地域生活を維持するために住居支援、就労支援など、様々なサービスを提供します。

Q.「サービスに強制的な部分があるのではないのでしょうか？」

A. 支援計画やその更新は、利用者と共に協力的に行われ、それらは利用者の目標に基づくものです。スタッフと利用者は、お互いを良く理解し、強い協力関係を築いていきます。そのような関係性の中で利用者は、新たな試みにチャレンジし、経験から学習するよう奨励されます。一方で、当事者団体などで運営される第三者機関による監査も重要になるでしょう。

Q.「利用者の依存を助長するのではないのでしょうか？」

A. ACTの目標は利用者の自立を援助することであって、そのことをスタッフが肝に銘じていることが重要です。ACTは、利用者のニーズを満たし、彼らが成長することが出来るよう支援を提供します。大事なのは、利用者が出来ることを彼らのために代行しないということです。利用者の障害に焦点を当てるのではなく、彼らの持っているスキルを伸ばすことに着目します。ACTは、利用者が彼ら自身の生活を管理し、Recovery(リカバリー)を促進するために継続的なサービスを提供することが出来ます。

Q.「今後、日本でどのような主体がACTに取り組んでいくのでしょうか？」

A. 今後、病院モデル、診療所モデル、地域生活支援センターモデルなどさまざまなモデルの検討が必要です。診療報酬制度や介護保険などの枠組みの変更も必要かもしれません。そのためにはまずプログラムそのものの有効性を明らかにする必要があります。

Q.「ACTは地域の全ての問題を解決するのですか？」

A. ACTの対象者は、重症の精神障害を抱えた人たちです。中程度の障害をもつ人へのサービスなどは別に作り上げる必要があります。ACTには独自の加入基準があることから、対象者の振り分け機関としてのゲートキーパーの役割が重要となるでしょう。

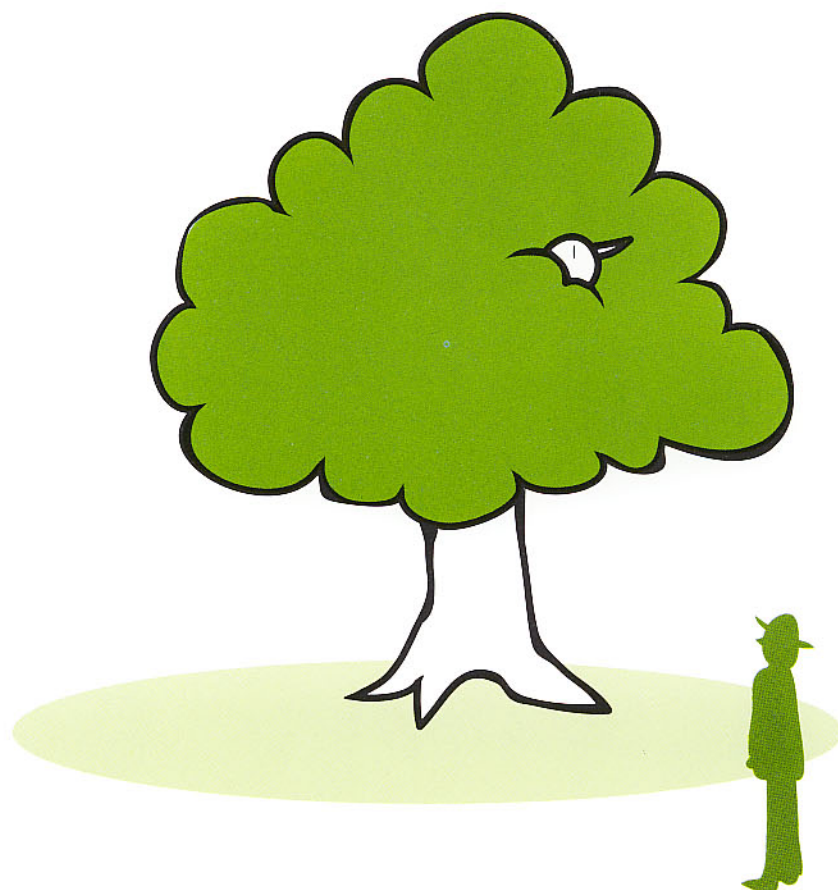
さらに、住居プログラムや就労支援のプログラムなど、ACTを取り巻くさまざまなサービスを充実させていく必要もあります。

参考文献



- ・デボラJ.オールネス&ウィリアムH.ケネードラー（亀島信也、神澤創監訳）：PACTモデル～精神保健コミュニティケアプログラム～。メディカ出版、2001（原著：Allness D J, Knoedler W H: The PACT Model of Community-based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness; A Manual for PACT Start-Up, NAMI, 1998）。
- ・Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Mental Health Services: Assertive Community Treatment; Implementation Resource Kit, 2002.
- ・〈特集〉脱施設化の実現と包括的地域精神保健システムー集中型・包括型ケースマネジメントの導入を中心に。病院・地域精神医学、45（4）、2003.
- ・伊藤順一郎、中村由嘉子、久野恵理、大島巖：アメリカにおけるACT（Assertive Community Treatment）の実際。Review、42：56-59, 2002.
- ・木村真理子：重症の精神病を持つ人々を支える地域を拠点とした包括的な治療モデルーマディソンモデル：ウィスコンシン州デーモン郡の「PACT」と「デーモン郡精神保健センター」のサービスシステム。響き合う街で、51：64-78, 2000.
- ・西尾雅明：ACT入門～地域で当たり前の暮らしを実現するためのプログラム～。金剛出版、2004.
- ・西尾雅明：日本で始まるACTパイロット事業（ACT-J）。Review、45：30-33, 2003.
- ・西尾雅明,伊藤順一郎：ACTが我が国で必要とされているのはなぜか？～欧米諸国で行われた効果研究をもとに～。精神障害とリハビリテーション7(2):105-110,2003.
- ・大島巖編著：ACT・ケアマネジメント・ホームヘルプサービス～精神障害者地域生活支援の新デザイン～.精神看護出版, 2004
- ・Stein L I, Santos A B: Assertive Community Treatment of Person with Severe Mental Illness. Norton & Company, 1998.
- ・Stein, L.I., Test, M.A. (Eds.). Alternatives to Mental Hospital Treatment, New York: Plenum Press, 1978.
- ・Stein, L.I., Test, M.A. Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Archives of General Psychiatry, 1980, 37, 392-397.
- ・Test, M.A, Stein, L.I. Alternative to mental hospital treatment: III. Social cost. Archives of General Psychiatry, 1980, 37, 409-412.
- ・Weisbrod, B.A., Test, M.A., Stein, L.I. Alternative to mental hospital treatment: II. Economic benefit-cost analysis. Archives of General Psychiatry, 1980, 37, 400-405





ACTパンフレット

発行日 平成16年3月

編集・作成 ACT-Jパンフレット作成委員会

委員長 伊藤順一郎(国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部)

委員 西尾雅明・久永文恵(国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部)

発行 厚生労働科学研究

重症精神障害者にたいする新たな訪問型の包括的地域生活支援サービス・システムの
開発に関する研究班

(主任研究者:塚田和美 国立精神・神経センター国府台病院)