

厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業

重度精神障害者に対する  
包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究

平成 19 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 伊藤順一郎  
国立精神・神経センター精神保健研究所  
平成 20 (2008) 年 3 月

## 目次

I. 総括研究報告	1
1 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究	3
II. 分担研究報告	21
1 ACT-Jにおける再入院抑制効果に関する研究: ランダム化対照試験退院後1年間の分析	23
2 ACT-Jにおける就労支援	37
3 医療経済学的研究 包括型地域生活支援プログラム(ACT-J)の費用対効果分析	45
4 ACT-Jのプロセス・フィデリティ評価に関する研究: DACTS(Dartmouth Assertive Community Treatment Scale)および電子カルテ様データベース・サービスコードによる時系列評価	55

# I . 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究  
総括研究報告書

重度精神障害者に対する  
包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究

主任研究者 伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
分担研究者 塚田 和美（国立精神・神経センター国府台病院）  
分担研究者 大島 巖（日本社会事業大学）  
分担研究者 西尾 雅明（東北福祉大学）  
分担研究者 鈴木友理子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨

《目的》

日本初の重症精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラム(ACT)について、(1)臨床および医療経済学効果について実証的研究を行い、(2)地域精神保健施策の充実に寄与できる新たなシステムのあり方を提言することを目標に、研究を実施した。

《方法》

先行する「塚田班」において平成14年に研究プロジェクトを立ち上げ、平成15年4月にACT臨床チーム(ACT-J)を国立精神・神経センター国府台病院に組織し、臨床を開始した。平成16年5月より無作為割付方式による(RCT)エントリーを開始した。平成17年度より、本研究班が継承した。

RCTでは、対象者をACT-Jを利用する介入群と、通常の治療・リハビリテーションを受ける対照群に分け比較検討した。対象者は国府台病院精神科に入院した者から、年齢、診断、居住地、精神科サービス利用状況、社会適応状況などにより選定し、研究参加への同意が得られた時点で、無作為に2群に割り付けた。

臨床状況の把握は両群の対象者の診療録、ACT-Jの臨床記録、診療報酬レセプトなどより行なった。また、エントリー時(退院1ヵ月後)、6ヵ月後、1年後には研究参加者やその家族の面接および自記式調査票による調査を実施した。

アウトカム指標としては、地域滞在日数、精神症状、社会適応度、QOL、就労支援状況、家族支援状況などをとりあげた。利用者らが認知しているサービス状況の評価(サービス満足度)も指標とした。

また、研究チームが臨床チームのスタッフに定期的3ヶ月に1回、面接を行い、システムレベルのフィデリティ尺度(DACT)の評価、個別利用者フィデリティ尺度の評価を行った。臨床チームの日常実践の評価は、ケースマネジャーが入力するサービスコードのデータベースを資料として活用した。

## 《結果》

2004年5月1日から2007年10月31日までに国府台病院精神科に入院した実数1,938名（地域・年齢で除外された者を含む）のうち、202人が精神科診断・過去の入院歴・GAF得点などから基準に適合し、そのうち118人からインフォームドコンセントを得た。ランダム化の結果59人が介入群、59人が対照群となり、介入群にはACT-Jのスタッフが訪問中心の医療福祉支援を行った。

まず、研究同意者は拒否者より、男性が多く、統合失調症または双極性障害である率が低く、任意入院である率が高く、過去2年の医療中断が少なかった。介入群と対照群では、介入群の方が入院前1年間の入院日数が多かった。

退院後の再入院日数の比較では、入院前の入院日数を調整すると、介入群の方が入院抑制効果が高かった。GAF得点については介入群では前後で有意な改善がみられたが、対照群ではみられなかった。精神症状には領域によって介入群が良好であった。薬剤のCP換算値は両群とも1年間で低下していたが有意差は得られなかった。QOLに関しても両群に明確な有意差は認められなかったが、サービス満足度は利用者本人・家族とも介入群において高かった。両群の医療費及び社会保障関連費の比較において、年間医療費総額について有意差はみられなかった。ACT-Jによる活動は、ケースマネジャーによる対面単独コンタクトが年間平均53回、複数コンタクトが平均13回であった。ACT-Jによる活動を「精神科訪問看護」の費目を用いて医療費換算した結果、総額の平均が約43万円/人であり、55名合計で約2,400万円であった。ACT群の年間医療費合計を「ACTによる医療費＋医療機関による医療費」とした場合、約117万円/人であり、対照群(52名)の年間医療費(約100万円/人)との間に有意差はみられなかった。社会保障関連費総額では2群間に差は無かった。年間医療費総額とACT医療費と社会保障関連費を合計した金額を社会的コストとして、2群で比較したところ、有意差は見られなかった。

ACTチームの機能を評価するフィデリティ尺度であるDACTSの値は、ACTチーム立ち上がりの当初より一定レベルの値が確保され、研究期間を通じて維持されていた。日本のACT対象者にニーズが少ない物質乱用プログラム関連項目を除いて修正した得点では、サービスの特徴下位尺度に改善の余地があるものの、総合得点で全期間を通じてほぼ満足できる値が確保された。サービスコードの指標を用いた分析もほぼ同様の結果が得られた。

## 《考察と結論》

本研究班では、平成15年5月のACT臨床チーム(ACT-J)の結成以来、5年間にわたって、重い精神障害を持った利用者に対して、多職種チームによるアウトリーチによって、医療・生活支援・就労支援をふくんだ包括的な地域生活支援を展開してきた。このチームのサービス内容はデータベース上に集積されたサービスコードによって明らかにされ、国際水準のプログラム忠実度尺度であるDACTSによる評価によって、高い評価のサービスを実施していることが明らかになった。

このチームを対象にしたRCT研究では入院日数の低減に一定の成果を挙げ、総コストは

対照群とほぼ同等ながら入院日数を抑制することで対照群に比して良い費用対効果を示すことが示唆された。即ち ACT はわが国においても、入院治療に代わる、重い精神障害をもつ者の地域生活の維持に役立つサービスプログラムであることが実証されたといつてよいであろう。

しかしながら、わが国への ACT の定着に当たっては、まだ普及啓発のための息の長い努力が必要であり、また制度化のためにはいくつかの事業モデルを蓄積させる必要がある。そのため、今後も ACT の活動は維持していくことが必要であり、事業化しての運営の実際を示す事が今求められている事である。

今後とも、臨床、サービス評価とモニタリング、研修・情報発信活動などを通じて、研究で得られた成果を制度設計に反映できるよう努力することが、われわれの責務である。

## A. はじめに

本研究は、重症精神障害者に対する、新たな地域中心のサービスとして包括型地域生活支援プログラム（ACT）をとりあげた。

ACT は、①服薬管理等の医療サービスも含む ②頻回の在宅訪問などアウトリーチを主体とする ③精神科医・看護師・PSW・OT等の多職種がチームを形成し多彩なサービスを提供する ④24時間週7日対応を原則とし危機介入にも対応できる 等の特徴をもつ医療・保健・福祉の包括的な支援プログラムである。

本研究の目的は、日本初の ACT の実践（ACT-J）について、（1）臨床および医療経済学効果について実証的研究を展開し、

（2）日本の地域精神保健施策の充実に寄与できる新たなシステムのあり方を提言しようということである。これは、平成14年～16年度の「重症精神障害者に対する、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」（班長塚田和美）を継承している。

平成17年～19年度の研究課題の要約は、

以下のものである。

1) RCT 研究エントリー後1年間のアウトカム評価の完了。効果指標として入院回数、入院期間、安定した地域生活期間、症状・QOL、就労率、サービスに対する満足度、家族の満足度などをあげる。

2) ACT-J および通常医療・福祉等にかかる費用を算出し、ACT の費用対効果を明らかにする。さらに現行制度内での ACT の運営可能性について調査検討を行う。特に訪問看護ステーションの活用に焦点を当てた研究会を継続し、年度内に方針をまとめる。

3) ACT-J のプロセス評価。チームの活動を fidelity（プログラム忠実度）尺度を用い、臨床記録やスタッフとの面接から経時的に把握する。さらにデータベースを基に活動内容をサービス内容や時間等で集計し、ACT の活動実態を調査記述する。また各地で始まった ACT 的活動の試行機関と連携、委員会を形成し、プログラム評価のシステム作り、用具の作成、研修の整備等を行う。

4) 地域精神保健医療福祉システムの中に効果的に ACT が位置づくための、地域連携

のあり方・システム作りについて検討しモデルを提示する。資料作成には ACT-J の活動拠点である C 県 I 市でのネットワークを活用する。

5) わが国における ACT の支援技法の特徴を纏め上げ、研修テキスト等に活用する。特に利用者のリカバリーの支援、家族支援、就労支援、多職種チーム運営の方法論、リスクマネジメントについては詳細な記述を行なう。

以下、本「研究報告書」では、特に(1)から(3)の項目に焦点を絞って報告を行なう。

## B. 研究の方法

### 《ACT-J 臨床チームの実践》

本研究は、千葉県市川市にある国立精神・神経センター国府台病院を臨床の拠点にして開始された。開始当初は常勤ケースマネジャーはチームリーダーを含め 11 名、非常勤就労支援担当スタッフが 2 名、チーム精神科医 1 名、コンシューマースタッフも含めた非常勤スタッフが 2 名、プログラムアシスタントがフルタイム換算で 1 名勤務していた。スタッフは 24 時間 365 日 on call 体制で、休日の日中は 2 名のスタッフが勤務し、うち 1 名が夜間の宅直をした。平日は毎朝 9 時頃からの朝のミーティングを行い、ミーティング終了後にスタッフは利用者宅にアウトリーチに出て行く。17 時までにはスタッフはオフィスに戻り、一日のまとめと記録を行う。アウトリーチのほかに、チーム全体では週に 1 回のケースカンファレンスと、チーム会議が行われた。

ACT-J により提供されるサービス内容は多岐にわたった。診察・薬の配達・外来受

診同行、訪問時における疾病や治療薬に関する情報提供、カウンセリング、クライシス時の訪問、入院決定のプロセスへの介入と入院した利用者の権利擁護、退院計画への参与、住居確保のための不動産会社との連絡調整や引っ越しの手伝い、弁当の配達・スーパーへの買い物同行、身体的健康管理のためのアドバイス、年金・手帳申請や金銭自己管理の支援、ハローワークへの同行・就労先の斡旋・ジョブコーチなどの就労支援、家族に対する支援計画作成や家族教室開催、関係作りや余暇活動のスキル向上を目的とした映画やカラオケへの同行や一緒にスポーツを行うことなどなどである。

これらの実践を行なうにあたっての ACT-J の臨床上的特徴は、(1) 利用者の strength に注目し、利用者の Recovery を支援できるよう、個別の支援計画を立てる、(2) ITT (individual treatment team) という小チームを構成し、一人ひとりの利用者に複数のスタッフが関わることによって包括的な支援をおこなう、(3) 医療から、生活支援、就労支援まで、幅広いサポートを行なう、などをあげることが出来る。

### 《ACT-J 研究チームの組織》

臨床チームとは別に研究チームを組織し、RCT 研究、プロセス研究、医療経済学的研究、就労に関する追跡調査などの研究活動を遂行した。研究チームは 2 週間に 1 回程度分担研究者・研究協力者のミーティングをもち、研究活動の進捗状況を確認し、また生じてくる課題に対処しながら研究活動を続けた。

日常的な研究チームの役割にはたとえば

以下のようなものがあげられる。

- ・研究にエントリーした患者の情報収集についてマネジメントを行うこと
- ・臨床チームが入力する日々の記録からサービスに関するデータベースを作成すること
- ・利用者のレセプトや診療録から得られる医療・福祉的サービス利用についての情報をまとめて、データベースを作成すること
- ・精神症状や QOL など対面法による情報収集を行うこと
- ・家族の調査や自記式による調査のマネジメントを行うこと
- ・スタッフと面接を定期的に行い、フィデリティについて調査を行なうこと

#### 《研究の対象》

これらの研究は、対象者を、無作為割付の方法により、介入群＝訪問型の包括的地域生活支援サービス (ACT-J) 群と、対照群＝通常の治療・リハビリテーション群に分け、比較研究のかたちをとった。

対象者は、国府台病院精神科に平成 16 年 5 月 1 日から平成 18 年 10 月 31 日の間に入院した者のうち、①18 歳以上 60 歳未満、②主診断が統合失調症、感情障害、等の精神疾患(痴呆性疾患 (F00-05)、人格障害 (F6x)、精神遅滞 (F7x) は除外)③居住地：市川市、船橋市、松戸市、④過去 2 年間の精神医療の利用：(いずれか 1 つ) 入院回数 2 回以上か入院日数 100 日以上、⑤入院前 2 年間の精神医療サービス利用状況と社会適応、入院前 1 年間の日常生活状況に関して独自に作成した基準により重症の精神障害を抱えていると判断される、⑥研究趣旨について十分な説明を受け参加について自

発的な同意が得られる者とした。これは、頻回の入院患者を中心に統合失調症や双極性障害などの重い精神障害を持つ者をやや優先的にエントリーする方法となっている。

(表 1)

#### 《RCT 研究》

エントリーは研究チームが担当し、研究参加への同意が得られた時点で乱数表を用いて、ACT 介入群と、対照群に分けた。調査研究については研究チームが担当し、退院 2 週間後、6 ヶ月後、1 年後とコンタクトを取り、面接と自記式の調査用紙を用いて情報の収集を行った。カルテなどから社会人口学的属性や入院日数を得、研究参加拒否者と同意者の比較、介入群と対照群の属性を比較した。

主たるアウトカムとして、記録から得られる情報として、地域滞在日数、再入院の日数、就労率、服薬量 (CP 換算値) を採用した。本人との面接調査により得られる情報として、精神症状 (BPRS)、社会機能 (GAF)、生活の質 (QOLI)、自記式評価尺度より得られる情報として、サービス満足度、自己効力感、服薬治療態度、参加準備性などを用いた。分析に当たっては SPSS for Windows 12.0 (SPSS Inc.) および R (オープンソース) を使用して統計解析を行い、適宜 t 検定、カイ二乗検定、Mann-Whitney 検定、樹木モデル等を用いた。

#### 《プロセス研究》

研究チームが臨床チームのスタッフに定期的 3 ヶ月に 1 回、インタビューを行う形でシステムレベルのフィデリティ尺度の評価、個別利用者フィデリティ尺度の評価を



行った。また研究参加者に面接をすることで利用者が認知しているサービス状況の評価をおこなった。用いた尺度は ACT プログラムの質を評価する最も標準的なフィディティ尺度である DACTS (Dartmouth Assertive Community Treatment Scale) の日本語版および、我々が個別に開発した利用者認知個別フィディティ尺度である。

また、臨床チームのケースマネジャーの実践の評価については、日々、ケースマネジャーが入力するサービスコードのデータベースを資料として活用した。これは、精神障害者の地域生活支援を記述するサービスコードの体系を、既存尺度やガイドライン、資料、これまでの経験を参考に作成したもので、サービスを 23 分類 (9 カテゴリー) し、コード化し、これらのコードとともに、サービスの提供者、利用者、場所、日時などを電子的に記録・蓄積するシステムである。

#### 《医療経済学的研究》

医療費、入院日数、外来日数については、レセプトから得られたデータを利用した。なお、外来費については院外処方から院内処方に換算し直している。退院から 1 年間の社会資源の利用状況については対象者本人および (ACT 群の場合は) ACT スタッフからの聞き取りにより情報を得た。また、そこで得られた情報をもとに、本人から同意を得て該当する地域サービス提供者 (作業所職員等) に対して聞き取りを実施し、利用施設において 1 人当たり 1 日にかかっているコストを算定した。ACT サービスの費用については、ACT の臨床チームが入力しているデータベースをもとに、サービス内

容とコンタクト回数を把握し、診療報酬の枠組みで換算した。費用に関する ACT 介入群、対照群の比較には t-検定を用い、統計処理には SPSS 12.0J for Windows を用いた。

#### C. 研究の結果

以下に、主たる研究成果について記す。  
《RCT 研究》

平成 16 年 5 月 1 日から平成 18 年 10 月 31 日までに国府台病院精神科に入院した実数 1,938 名のうち、202 人が精神科診断・過去の入院歴・GAF 得点などから基準に適合し、そのうち 118 人からインフォームドコンセントを得た。ランダム化の結果 59 人が介入群、59 人が対照群となり、介入群には ACT-J チームのスタッフが訪問中心の医療福祉支援を行った。基準となる入院の退院後 6 ヶ月および 1 年の再入院日数を追跡し二群間で比較分析した。

(対象者の妥当性) 研究拒否者 (84 人) と同意者 (118 人) の間では、同意者は拒否者より男性が多く、統合失調症または双極性障害である率が低く、任意入院である率が高く、過去 2 年の医療中断が少なかった。介入群と対照群では、介入群と対照群では、介入群の方が入院前 1 年前の入院日数が多かった ( $38.0 \pm 10.2 : 42.3 \pm 11.2$ )。追跡期間中に死亡した人は介入群、対照群ともに 1 名ずつで、研究同意から 1 年間未退院のため再入院の評価から除外された人が介入群 1 名、対照群 3 名であった。

(研究結果) 退院か IC のどちらか遅い日を基点とし、その後 1 年の入院日数を 2 群で比較すると、有意差はみられなかった。入院前過去 1 年間の入院日数に差が大きかったため、(基点後 1 年間の入院日数 - 入院前

1年間の入院日数)の差の変数を用い、Wilcoxonの順位和検定を行うと、介入群の方が対照群よりも、入院日数の減少が大きい、という結果が得られた(-17.5±65.1:14.5±84.8; Z=-1.98, p=.048) (表2)。また、介入群について、入院前1年間と退院後1年間を比較すると、退院後1年間の方が有意に入院日数が少なかった(44.7±66.0 : 27.2±57.6; Z=-1.99, p=.047)。入院回数、救急回数については明確な差はみられなかった。

精神症状では、介入群の方が、退院6ヶ月後での抑うつ症状と退院1年後の躁病性症状が良好であった。GAF得点については、両群とも前後では改善しており、各時点の群間差はなかった。ただし、介入群では前後で有意な改善がみられ(47.8±10.9:51.9±11.3; p=.027)、対照群ではみられなかった。薬剤のCP換算値は両群とも1年間で低下していたが有意差は得られなかった。

#### 《プロセス研究》

図1には、DACTSの3つの下位尺度と総合尺度による、ACT-Jのプログラム・フィデリティの評価結果を時系列変化を示した。

総合尺度は、項目平均4点をやや下回る得点で評価期間推移している。項目平均4点は、中程度のモデル適合度を示すと考えられており、総合尺度から見ると、ACT-Jの取り組みは初期の時期からある程度適切なプログラムを実施しているが、時間が経過してもなかなかそれ以上に良い適合度に改善することができてない。

一方、「人的資源下位尺度」と「組織の枠組み下位尺度」は期間中、4点を維持している。「組織の枠組み下位尺度」は平成

18年まで4.5点を超える点数を維持して来たが、平成19年に入って減少傾向にあった。これは、「無期限のサービス/終了」が研究終了に向けて4点に減少したこと、「入院に対する責任」「退院計画に対する責任」が4点に減少したことによる。これら2尺度は、医療機関との関係性において臨床チームが努力を払わないとその責任を果たすことが難しい項目であり、移行期にあたり課題が出てきていると考えられた。「サービスの特徴下位尺度」は、項目平均が2.6~3.0の間で変動していた。これはわが国においていまだ頻度の少ない薬物乱用と精神障害の合併に関するサービスが実施されていない事を反映していた。

サービスコードからは、ACT-Jのサービス提供の概況を、サービスの提供場所、コンタクト形態、とサービス提供時間数から明らかにした。

電話コンタクトを含むサービス提供場所を見ると、電話コンタクトが漸増しており、平成17年以降は60%を超えた。しかし、その後この件への対応方針が定まり、平成18年7-12月以降、5%程度減少した。精神科医療機関でのコンタクトは、ACT開始当初は、利用者の加入が入院時からはじまるために30%近くを占めていた。しかし、その後その構成割合は減少し、平成17年7-12月以降10%を下回っている。

電話コンタクトを除くコンタクトでは、「本人宅」が平成15年5-12月の26.0%から漸増を続け、平成19年7-12月には42.2%に増加する。これに対して、「精神科医療機関」は当初30.9%だったが、平成19年7-12月には19.3%になった。ACTオフィスでのコンタクトは、あまり推奨されていないが

2割程度を占めていた。

次に、サービス援助コンタクト数、援助時間数を整理した。

まず月当たり平均の総コンタクト数を見ると、電話コンタクトを含めて当初平成15年には232件であったのが、2004年1-6月には598件、2004年7-12月に1,011件、2006年7-12月には最大の1,642件に達し、以後は2007年7-12月には1,374件に減少した。電話コンタクトを除く月当たり平均コンタクト数もこれに比例していた。

月平均総コンタクト時間数は、電話コンタクトを含めて全期間平均で453時間、電話コンタクトを除いて385時間であった。これらもコンタクト数と同様に、平成18年7-12月にピークがあり、電話コンタクトを含めて618時間、電話コンタクトを除いて528時間であった。

コンタクト1回当たり援助時間数は、全期間平均で、電話コンタクトを含めて24.1分、電話コンタクトを除くと50.7分であった。電話コンタクトを含めた時間数は、全期間を通じて漸減傾向にあった。

電話コンタクトを除くコンタクトのサービスコード大分類の分布を見ると、医療面の援助を合わせた「精神症状・服薬管理」と、生活面の援助を合わせた「日常生活・経済生活・社会生活の支援」が同程度の割合を占めて、最も多かった。これは、医療面と生活面の援助の両側面に関わるACTの性格を反映した結果である。このほかに、ACTの枠組み作りに関わる「ジョイニング・関係作りに関する援助」および「ケアマネジメントに関する援助」は、開設当初には当然のことながら全体に占める割合も高く、その後も一定の割合を占めていた。ACT-J

で重視している家族支援、就労支援については、「家族に対する支援」は継続して一定の割合を占めていたが、その構成割合は徐々に減少していた。ケースロードの増加に伴って体系的に家族支援を行える、スタッフの配置の強化などの体制作りが必要になっているかもしれない。これに対して、「雇用・就労に関する支援」は増加していた。

#### 《医療経済学的研究》

RCT研究の介入群（ACT群）と比較群（対照群）の2群間の年間コスト（医療費および社会資源利用費）について比較検討を試みた。具体的には、年間医療サービス利用状況と医療費、社会資源の利用状況とコスト、ACT活動を医療費に換算した場合の社会的コスト等について試算した。

分析対象は平成19年12月末時点で、エントリー開始から1年間が経過した110名（ACT群56名、対照群55名）である。外来日数、デイケア回数については2群間で有意差があった。入院日数、入院費、薬剤費、年間医療費総額について有意差はみられなかったが、入院前過去1年の入院日数を共変量とした分散分析では、年間医療費総額について有意傾向が見られた。ACT-Jによる活動は、ケースマネジャーによる対面単独コンタクトが年間平均53回、複数コンタクトが13回であった。ACT-Jによる活動を医療費換算した結果、総額の平均が約43万円/人であり、55名合計で約2,400万円であった。ACT群の年間医療費合計を「ACTによる医療費+医療機関による医療費」とした場合、約117万円/人であり、対照群（52名）の年間医療費（約100万円/人）と

の間に有意傾向はみられない。社会保障関連費総額では2群間に差は無かった。年間医療費総額とACT医療費と社会保障関連費を合計した金額を社会的コストとして、2群で比較したところ、有意な差は見られなかった。このように、介入開始1年間について調べた本研究では医療費を含む社会的コストについて2群の間に大きな差は見出されなかった。

#### D. 考察

##### 《研究の総括》

まず、塚田班の時点からの6年間の最大の収穫はわが国初のACTの臨床モデルとして、比較的質の高いプログラムを実施できたという事が挙げられるであろう。入院日数の低減への一定以上の貢献、DACTによるモデル忠実度評価で4点以上を維持したことは、そのことのエビデンスとも言えるものであろう。また、上述した「結果」には記載していないが、分担研究報告の中に見られるように、自記式調査からは利用者本人、および家族のサービス満足度が高いことが明らかになっており、また就労支援としても、モチベーションのつきにくい退院後1年間では効果は見られないものの、長期経過を見るとACTは確実に就労率を向上させる傾向が見て取れる。医療経済学的にも医療を含んだプログラムとしては総コストとして従来のサービスと同程度に収まるものであり、安定した地域生活を実現するための実施可能なプログラムということがいえよう。

それにしてもACTの定着には、さまざまな課題がある。たとえば、ACTによる支援は、住居プログラムや日中の居場所のプロ

グラムなどともつながる中で「包括的」に実現されるわけで、ACTが成功するためには、このプログラムが地域社会に認知されている必要がある。また、サービスのほとんどが「訪問」という形式で行われるわけであるから、スタッフの技術に加え、チームワーキングが円滑でないと、多職種の良さを生かした支援が成立しない。

以下にあげるのは、大変大雑把ではあるが、今われわれの臨床チームの成功要因の分析の一部である。

##### 1) スタッフのモチベーションの高さ

わが国初めてのACTの試みであるということで、モチベーションの高いスタッフを集めることができたことは成功要因の一つといえよう。ACT-Jには、いままで病院で働いていたスタッフと地域の精神保健福祉の事業体で働いていたスタッフの両方が集まったが、ACTの臨床を行いながら、Recoveryの概念をめぐるや、individual treatment team(ITT)のありかた、クライシス対応について、スタッフのリスクマネジメントなど、議論を常に行いつつチーム作りをしてきた。このような高いモチベーションの維持のための努力、スタッフそれぞれが積極的に課題に取り組む姿勢の維持が、良い結果につながった一因となっているであろう。また、その中でチーム精神科医とも対等にコミュニケーションが出来る関係を作り上げ、ケースマネジャーの独自性を打ち出すことが出来たことも、チームの凝集性を高めるのに役に立った。

##### 2) Fidelity supervision を受けるなど、海外の研究者らのサポートも受けたこと

ACT-J プロジェクトは臨床チームと研究チームの二つのチームの協働で運営をして

きた。上述したように、研究チームは臨床チームと独立して、研究的な活動に従事してきたわけであるが、このことが臨床チームにとってのモニタリング機能となり、良い刺激になったという側面もある。

特に Fidelity については国際水準である Dartmouth Assertive Community Treatment Fidelity Scale (DACT) を用い 3 ヶ月に一度の評価をしてきた。また、Gary Bond 博士と Michelle Salyers 博士を平成 17 年 1 月に、Gary Bond 博士と Kim Mueser 博士を平成 18 年 8 月に招聘し ACT-J チームのスーパービジョンをお願いした。Gary Bond 博士と Michelle Salyers 博士にはフィディティ評価も受けている。

これらの評価により、チームスタッフが ACT に必要な組織構造やサービス機能を理解し、チームの質の向上に自覚的になっていたということはいえるかもしれない。実際、評価結果として、ニーズがないために整備されていない重複診断関連の項目を除外すれば、ACT-J は総合評価では 5 点満点の 4 点以上を維持してきたのである。

### 3) 周囲からのサポートが得られてきたこと

日本で初めての研究プロジェクトとしての ACT-J は、今後の新しい精神科医療サービスのあり方として注目され、多くのポジティブなサポートがあった。第一にわれわれの所属する国立精神・神経センターでは ACT-J は重要な研究であると位置づけられ、その成果について発表する多くの機会を与えられた。また、患者のエントリーに際してはそれまで患者の治療に当たってきた国府台病院と緊密な協力関係を保つことができた。

また、千葉県は ACT-J の研究に注目して、マディソンモデル活用事業を地域の精神保健福祉の発展のために始めた。この事業によって、当事者が運営にかかわるドロップインセンター（クラブハウス）ができたことや、クライシスハウスができたことが、利用者が地域で生活を維持するために利用できる資源を増やした。また、ケースマネジメントコーディネーターや就労支援コーディネーターが地域に定着することで、ケースマネジメントや supported employment の普及啓発が進んだといえる。

これらは直接的・間接的に ACT-J の運営のサポートになった。

## 《ACT のわが国への適用可能性》

### 1) 援助技術上の課題

今まで普通の精神保健医療福祉に従事してきたスタッフよりなる ACT-J の臨床チームが実際に活動を 5 年間継続してきたのであるから、「やれば出来る」という域にわが国の精神保健医療福祉のレベルは熟しているといえる。しかしながら同時に、研究モデルであるがゆえに先鋭化して行なえた臨床であったという側面もなしとしない。

以下は今後事業化を推進するにあたり押さえておくべき重要な臨床技術である。

#### ・利用者のリカバリー (Recovery) に焦点を当てた支援を行うこと

慢性疾患でもあり、障害ともなる、「精神障害」を抱えた者の支援にあつては、「治癒」を目標とするのではなく、「障害を抱えながらも、地域で質の高い生活を続ける」ことを目標とすることが現実的である。そこでは、障害者本人の希望やエンパワメント、自己責任をもった行動、社会貢献などの実

現が尊重される必要がある。これらを指し示す概念としてリカバリー (Recovery) があり、支援はリカバリーを志向する利用者に寄り添うようにあるものである必要がある。しかしながら、リカバリーを志向するには、支援者にはパターンリズムからの脱却が必要であり、また、利用者自身が医療依存、福祉依存といったあり方から自由である必要がある。また、家族も含めたリカバリーという視点も重要であり、今後さらに検討を要する。

#### ・臨床の責任を一点集中的に担うこと (one point fixed responsibility)

継続的に医療から生活支援、就労支援にいたるサービスを実施するに当たっては、サービスを効率的に行い、断片化を予防する上でも、利用者に関わっている間の臨床の責任を一点集中的に担う姿勢が必要である。これは、特に入院や退院に当たって ACT のチームが計画などの責任を持つことや、住居サービスやインフォーマルサービスなど ACT 外のサービスを利用する場合のコーディネーター役になることなどの形で現れる。この責任の一点集中のあり方を実現するためには、ACT チームが地域精神保健システムの中に位置づけられ、ACT のとるべき役割が周知されていること、チーム精神科医が主治医として医療的なサービスのリーダーシップをとることができることなどが要素として必要であり、ACT を含む精神保健医療福祉の文化の成熟がまたれる。

#### ・ケア・プランを作成し、インフォーマル・リソースも活用した支援を行うこと

ACT の臨床の基本にある考えは、利用者のニーズに応じて多彩なサービスを展開していくところにあるが、多職種チームによ

る臨床であるので、多くの必要なリソースはチーム内に存在していたり、チームが開拓することが出来るという性格を持つ。一方でリカバリーを重視する支援をおこなう立場からは、どのようなサービスを展開していくかを利用者ととも考え、作り上げていくというスタンスが必要になる。ケア・プラン作成はこのプロセスを実現する具体的な行為であり、ケア・プランを作る中で、チームスタッフの誰それに関わってもらうのがよいか、どのようなアクションをチーム全体でおこなうのが良いのかなどが決められてくる。特に福祉的サービスの利用という事ばかりでなく、ともに旅行を楽しむ、一緒に銭湯に行くなど、インフォーマルな資源を活用した、柔軟なケア・プランは利用者の能力の発見にもつながる。しかしながら、ケア・プランは一種の契約でもあり、利用者によっては「進歩を強要される」「書類に書くのは抵抗がある」などの反応もある。

良好な関係性の中で、利用者の希望に即したケア・プランの作成には、まだ習熟が必要である。

#### ・家族支援を重点的に位置づけること

ACT-J の対象者の家族同居率は高く 80% を越える。定期的に自宅に訪問するサービスである ACT は、いわば家族の文化に交わるサービスであり、家族との関わりは利用者本人への関わり同様に重要である。家族に受け入れられて、家族の苦労や困難を理解して、はじめて ACT の支援は利用者本人にとっても有意義なものになる。しかしながら、リカバリーを志向する支援は時としてそれまでの家族と医療者が作り上げてきた文化への対抗の要素も含む。また、支援

するものの姿勢如何では家族は自らの無力感を感じるようになるかもしれない。ACTの支援が、今までの家族の関与を否定することなく、また本人の成長を家族とチームがともに喜べるものになるためには、家族支援についての技術の深化が必要である。

## 2) 医療保健福祉システム上の課題

リサーチベースではあるものの ACT-J は日本でも ACT が重い精神障害をもった人々が地域で生活をしていくことを支援するのに役に立つことを強く示唆している。しかしながら、精神保健医療福祉は、なにも ACT のみで成り立つのではない。日本各地において「地域中心の精神保健医療福祉」をめざし、事業ベースで ACT が定着するためには、今後何年かのうちに克服すべきいくつかの課題がある。以下にそのなかでも重要と思われる3点を挙げる。

### ・ケースマネジメントが、地域生活支援のシステムとして定着すること

より障害が重い人々の地域生活を支えるためには、医療と生活支援が今以上に密接に結合した形で行なわれることが不可欠である。特に日本ではこれから精神病床の削減が始まろうとしている。そこで必要なのは、今までは入院で支えていた人々を地域のなかで支えるために役に立つ技術やシステムを地域につくることである。住居サービスが多様にあることの重要性は当然であるが、それ以上に“アメリカの失敗”が示していることは、ケースマネジメントの制度が地域社会に定着していることの重要性である。なぜなら、複数のニーズがあるような精神障害をもつ人々は、断片化したサービス、通所を中心としたサービスを利用

することが難しく、そのために彼らが生活の混乱を抱え、入退院の回転ドア現象を起こしてしまうからである。

ケースマネジメントはニーズに応じてサービスを結びつけ、利用者が確実にサービスを利用するのを助ける。さらに研究の示していることは、仲介型のケースマネジメントモデルでは精神障害をもった人のサポートに十分ではなく、直接サービスも伴ったケースマネジメントが必要であるということである。ACT 以外にも Intensive Case Management, や臨床型のケースマネジメントなどが地域に定着していることが望まれる。そして、ケースマネージャーの役割をとることのできる、ソーシャルワーカーの育成が現在の重要な課題である。

### ・専門家や利用者の態度の変化

ACT にみられる良質な包括的支援の鍵は、多職種チーム内の円滑なコミュニケーションである。特に地域における支援は illness-centered ではなく、person-centered で進めていく必要がある。従来の日本の精神科医療体制は医師を頂点とした階層構造を基本としていた。ACT が求めるのは、医師の役割も本人の生活支援の一部であるという、利用者のリカバリー (Recovery) の実現に向けた、利用者—精神科医—コメディカルスタッフが対等に議論ができる関係性の確立であろう。さらに、これは精神科医療と、生活支援、就労支援などが、一体となったシステムが地域社会の中に存在することを必要とする。疾病の治療と同時に、本人の strength を伸ばすかわかり、エンパワメントを目的とした関係性の存在が必要になるからである。

このような多彩な支援ができる多職種の

連携の実現には、今後も ACT の普及啓発活動に加えて、多大なトレーニングやスーパービジョンの機会が必要である。また、当事者や家族も支援者の一部として積極的に貢献するようなあり方が実現するためには、専門家ばかりでなく当事者や家族の態度の変化も必要になることであろう。

#### ・医療と生活支援が協働するチームに財源を確保すること

従来、医療と福祉、あるいは就労支援は分野が異なるという考え方から、それぞれ別の財源から経費が拠出されてきた。日本では医療は健康保険が資金を拠出し、福祉は障害者自立支援法以来、知的障害、身体障害、精神障害が同じ福祉サービスに関する財源から資金が出、また就労支援には障害者就労に関する財源が充てられている。しかし、ACT の対象者はその障害のもたらず不安定性、活動の制限などから、これらのサービスを統合して提供することが必要な人々である。したがって、包括的な支援が円滑にできるような財源の設定が望まれる。伊藤 は訪問看護ステーションに精神保健福祉士を参入可能にし、看護師、保健師、作業療法士と共に多職種チームを形成することを平成 18 年度の報告書で提案しているが、それはひとつの有力な選択肢であろう。なぜなら、訪問看護ステーションは医療の財源を中心の財源として運営されるが、病院とは独立した運営が可能なこと、多職種のアウトリーチチームを形成する可能性があること、NPO で訪問看護ステーションを運営した場合に、ホームヘルプサービスなどの福祉的サービスをチームに加えることが可能なこと、NPO の運用しだいで、医療と、福祉、就労支援の 3 つの財源を活用

することが可能なこと、などの有利な点が存在するからである。

ただし、訪問看護ステーションを精神障害を持つ人々への包括的な地域支援の拠点とするには現行制度では限界も多く、平成 18 年度に本研究の一部として行なった「訪問看護研究会」では、(i) 精神保健福祉士をステーションに参入できるようにする、(ii) 訪問先を「患者」のみならず、「患者の生活圏」も認める、(iii) 異業種による複数人訪問を加算対象とする、などの改訂が訪問看護ステーションにおける ACT の事業化のためには必要であるとの指針を打ち出した。

なお、このような機能を充実させるための財源は慢性病床のダウンサイズによってもたらされると考えられる。医療財源を福祉財源に転用していくことが困難な日本においては、訪問看護ステーションのような医療財源で運用できる装置に「入院中心」の医療財源を移動していくことが、もっとも実践的であろう。

#### 《ACT の事業化へむけて》

本研究の終了とともに、今後の展開についていくつかの指針を述べる。

#### 1) ACT の普及啓発活動の必要性

研究成果を特殊なものにせず、施策の中に反映させるに当たっては、今後、ACT の普及啓発活動は重要課題である。本研究の活動の中で、民間や自治体で ACT に取り組もうとしている事業者とネットワークを組み、年に 1 回、セミクロストな研修会を企画した。このようなスタッフの技術向上やエンパワメントのための研修は今後とも必要であるが、加えて、ACT とは何か、そ



の背景にある考え方、必要な技術などについての、普及啓発活動はさらに重要である。これは、ACT がいまだ診療報酬、あるいは自立支援法に位置付いていないために、科学的根拠のある実践であるにも関わらず、情報がいきわたっていないからである。研修・出版・学会発表などあらゆる機会を捉え、情報発信をすることはわれわれの責務といえよう。

## 2) ACT の事業化のモデルケースの蓄積

ACT は、そのサービスの中に医療、生活支援、就労支援などを含んでいる。したがって、制度化するにあたっては、財源をどのように確保するのが良いのかについては、いままでもさまざまな議論があった。これについてはしかし正解は一つではなく、その地域の状況に合わせて、訪問型の多職種チームをつくるためのさまざまな努力がこれからも必要であろう。重要なのはこれらの努力のプロセスや結果についての情報を集約し、他の人々の役に立つようにまとめ伝えていくことである。そのようなモデルケースの蓄積の中でわが国にふさわしい、ACT のあり方が明確になってこよう。

## 3) ACT-J の継承…モデル事業体としての整備

最後に ACT-J の今後についてのべる。ACT-J は平成 19 年度末の本研究の終了によって研究としての役割をおえる。しかし、今まで 5 年にわたり継続してきた臨床業務は利用者に対する責任があり、またわが国における国際水準のフィデリティを確保している ACT として、ACT-J には今後もその質を維持する責務があると考えた。

そこで、ACT-J は特定非営利活動法人立の訪問看護ステーションとして姿を変え、

事業体として ACT の活動を行うこととした。すでに、平成 20 年 1 月に特定非営利活動法人リカバリーサポートセンター ACTIPS が認証され、20 年度以降はその法人化に活動を移す準備が行われているところである。

しかしながら上述のように現行の訪問看護ステーションには限界がある。そこで、以下のような連携体制をとり、ACT の活動を可能にするような体制を準備中である。

(図 1 参照)

①国立精神・神経センター国府台病院の精神科医局と強い連携をとり、国府台病院に入院・通院している患者のうち、ACT のニーズのあるものを ACT-J にリファーできるようなシステム作りをとる。また、その場合利用者の主治医は可能な限り一精神科医に集約し、ACT-J とのコミュニケーションを密なものにする。

②キャッチメントエリアは、円滑なアウトリーチ活動が可能のように市川市、松戸市南部に限局するが、管轄の保健所や市障害者支援課とも連携し、ニーズのある事例を ACT-J が受理できるようにする。

③精神保健福祉士が訪問看護ステーションで業務に従事できないこと、毎日の訪問や複数スタッフによる訪問、あるいは就労支援の職場訪問などが診療報酬では評価されないことを鑑み、千葉県と新たな訪問型サービス支援のモデル形成について協議に入る。

④本研究の主任研究者らが所属する国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部と連携をとり、今後もチームのモニタリング、事例の長期フォローアップなどの研究への協力を通じて、質の高い ACT のサービス提供を維持する。

## E. 結論

本研究班では、平成 15 年 5 月の ACT 臨床チーム(ACT-J)の結成依頼、5 年間にわたって、重い精神障害を持った利用者に対して、多職種チームによるアウトリーチによって、医療・生活支援・就労支援をふくんだ包括的な地域生活支援を展開してきた。このチームのサービス内容はデータベース上に集積されたサービスコードによって明らかにされ、国際水準のプログラム忠実度尺度である DACT による評価によって、高い評価のサービスを実施していることが明らかになった。

このチームを対象にした RCT 研究では入院日数の低減に一定の成果を挙げ、総コストは対照群とほぼ同等ながら入院日数を抑制することで対照群に比して良い費用対効果を示すことが示唆された。一般就労を目指す試みは、1 年間の追跡では有意差は見られなかったものの、長期追跡では次第に就職率がたかまるという成果を挙げていた。

また、利用者の QOL は明らかな変化は見られなかったものの、サービス満足度は利用者本人・家族とも高かった。即ち ACT はわが国においても、入院治療に代わる、重い精神障害をもつ者の地域生活の維持に役立つサービスプログラムであることが実証されたといつてよいであろう。

しかしながら、わが国への ACT の定着に当たっては、まだ普及啓発のための息の長い努力が必要であり、また制度化のためにはいくつかの事業モデルを蓄積させる必要がある。そのため、今後も ACT の活動は維持していくことが必要であり、ACT-J は特定非営利活動法人下で、訪問看護ステーションを強化し、福祉的資源を活用する地域

密着型の医療的資源とすることで、事業化への道を歩み始めた。

今後とも、臨床、サービス評価とモニタリング、研修・情報発信活動などを通じて、研究で得られた成果を制度設計に反映できるように努力することが、われわれの責務であると考えます。

## F. 健康危険情報 なし

## G. 研究発表

・ Ito J., Oshima I., Nishio M., et al: Initiative to build a community-based mental health system including Assertive Community Treatment for people with severe mental illness in Japan. American J of Psychiatric Rehabilitation (accepted)

## H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表1: 研究加入基準と概要

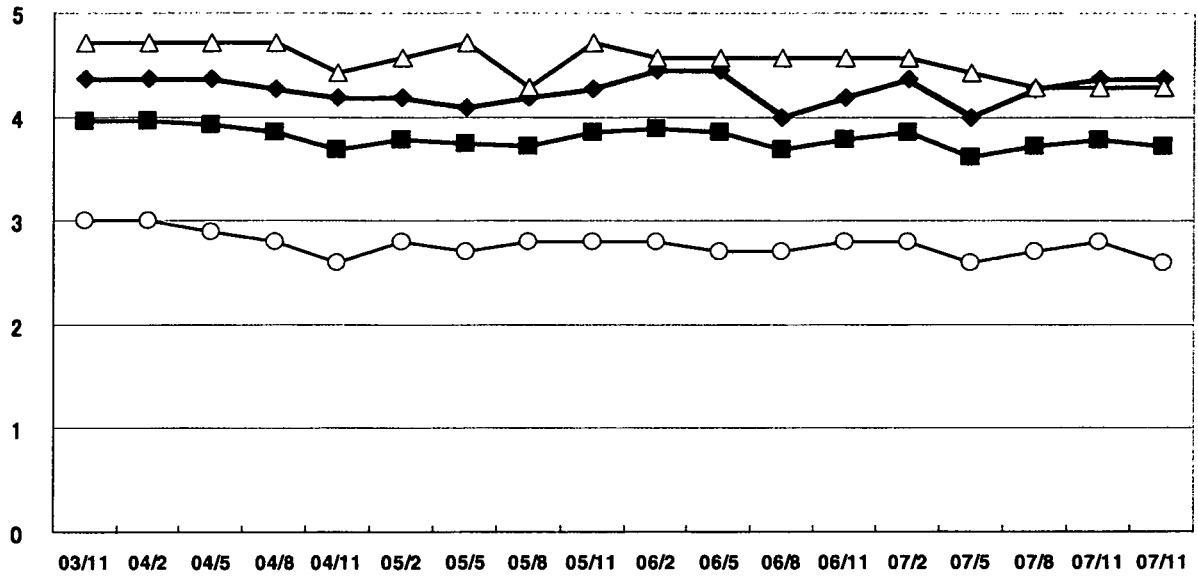
対象者	国立精神・神経センター国府台病院精神科(2004年5月-2006年10月に入院した者 市川・松戸・船橋3市に在住 A診断: 統合失調症、双極性障害など (CD-10: F20,21,22,25,F30,31,33) B診断: 認知症、物質による精神障害、人格障害、精神発達遅滞 (CD-10: F00-05,F1x,F6x,F7x) 以外の精神疾患
	I. 精神医療利用基準: 過去2年に、i)-iii)のいずれかあり i) 2回以上または100日以上入院 ii) 3回以上の深刻な救急受診 iii) 3ヶ月以上の医療中断
	II. 生活機能基準: 過去1年の最高GAF得点 ≤ 50
無作為化	A診断では or II、B診断では and IIを満たすものを対象とする。 国府台病院の倫理審査を受けた説明書・同意書にて同意後、介入群・非介入群へランダム化 介入群に対し、ACT-Jのサービスを提供した
状況	118名の同意が得られ、介入群59名、非介入群59名が研究参加

表2: 入院日数の前後比較

入院日数前後差の比較	介入群 (N=55)	対照群 (N=52)	
入院前1年間(日)	44.7±66.0	19.4±40.2	*
退院後1年間(日)	27.2±57.6	33.9±69.7	
前後差(日)	-17.5±65.1	14.5±84.8	*
P<.05			

図1 DACTS下位尺度、総合尺度の時系列変化

各尺度の  
項目平均



DACTS総合尺度
  人的資源尺度
  組織の枠組み尺度
  サービスの特徴尺度