

伊藤参考人提出資料

ACT (包括型地域生活支援プログラム) のわが国における有用性について

[key words]

医療ケアマネジメント、ケアマネジメントチーム、ACT

国立精神・神経センター 精神保健研究所

伊藤 順一郎

1. 「地域中心の精神保健医療福祉」
を構築していくに当たっての
基本的認識について

「精神疾患・障害複合体」という考え方

- 精神障害では、「疾患が治癒(固定)してから障害がのこる」という考え方は、不適切。
- 統合失調症や双極性障害などの「重度かつ継続的な」精神疾患は、疾病的側面と障害的側面を同時に持っている、「疾患・障害複合体」
- 急性期・慢性期を問わず、常に医療的関与は必要であり、また生活支援すなわち治療的関与でもある。
- 福祉的サービスは、医療的支援と結合している必要がある

「地域中心」の具体的なすがた

—国府台病院における病床削減(350⇒150)を経験して—

- 「今まで慢性病棟で診ていた状態」は地域で診る！
- 「今まで、休息入院や家族の負担を軽減するために行っていたような入院」も極力地域で診る！

■ これをかなえるために不可欠なものは、

- 適切な住居プログラム
- 地域で支えるための「生活の場に出向く医療的関与」

■ 『地域の受け皿』には「(生活の場での)医療的支援」が含まれなくてはならない。

「地域中心」のリスク： 家族の負担を増やしてはならない

- 家族との同居：24時間365日のケアを家族に強いる。
- ひきこもり傾向があり、積極的に「日中の居場所」を利用したがらず、日中不活発な患者を抱えてしまった場合。
 - 家族の過重負担
 - 家族・患者のコミュニケーションのゆがみ（批判・過干渉など）
 - ストレス要因として、患者の再発のリスク
- 「日中自宅を中心にひきこもり状態で過ごし、不活発ないし、家族間の関係が混乱している患者」を支えるために、自宅や患者の生活圏に訪問（アウトリーチ）するサービスが必要。

「地域中心」のリスク:2

孤立した人々を増やしてはならない。

- 地域の様々なサービスを、患者や家族が自分たちだけで活用することは困難。
- 「重症で継続的な」精神障害を抱えている人々は、安定したサービス利用までの時間がかかる。
 - 「希薄な安全保障感」「対人関係の困難」
 - 「疲れやすさ、集中力の困難」「一度に複数のことを同時にすることの困難」
- 行政や医療機関などの相談窓口「相談にのりつつ、必要なサービスにつなぐサービス」すなわち、ケアマネジメントが不可欠である。

「地域中心」＝

多様なニーズに応える仕組みが地域に必要

- 支援・治療のゴールは「症状の安定」を超え、「何らかの社会貢献・社会的役割を果たすこと」
- 多様なニーズに応える多職種チーム
 - 医療
 - 生活支援
 - 就労支援
 - ピアサポートなど
- Place then train を実現する力量

【小括】

「地域中心の精神保健医療福祉」を展開する際には、通所型のサービスに通えないような、精神障害があり「ひきこもり状態」の人々への支援が不可欠

- 利用者の生活圏へのアウトリーチ（訪問）
- ケアマネジメント
- 多職種チームないし強い連携関係

《外来・在宅医療》としての
**ACT: Assertive Community
Treatment**

(包括型地域生活支援プログラム)

ACTの基本的構造

- 頻回の在宅訪問、生活の場での協働作業など、アウトリーチを主体とする
- 看護師・PSW・OT等の多職種がチームを形成する
- 関係作りから、心理教育、服薬自己管理の支援、危機介入、スキルトレーニング、日常生活自己管理の支援、社会資源の活用への支援、家族支援、就労支援など、多彩なサービスを提供する
- チーム精神科医がおり、利用者の処方、危機介入などを、チームと密なコミュニケーションをとりながら行う
- 24時間週7日対応を原則とし危機介入にも対応する
- ケアマネジメントの手法を用い、包括的なケアプランを作成し、利用者のニーズに合致したサービス提供を心がける。

ACTのサイズ、対象者

- ACTの標準のサイズは、7～10人のスタッフで、70～100人の利用者の支援
 - 夜間や休日のオンコール体制を組む必要
 - ケースロードは1:10程度を基本
- ACTの対象者は精神科医療のheavy userである
 - 18歳～65歳程度
 - 主診断:統合失調症、双極性障害、重症うつ病等「重度かつ継続する」障害をもつもの。
 - オフィスから車で30分以内ていどのキャッチメントエリア
 - 過去2年間の間に複数回の精神科入院歴(たとえば2回以上)、あるいは一定日数以上の入院日数(たとえば100日以上)
 - 生活機能のレベルが一定以下(過去1年間の最高GAFが50以下)、あるいはホームレス、医療申断、自傷他害の恐れなど、社会生活を維持する上での大きな困難をかかえていること

ACTは医療ニーズの高い人々へのアウトリーチサービス

高

医療ニーズ

低

- ・頻回入院
- ・受療動機低
- ・服薬動機低
- ・満足度低
- ・症状不安定

- ・入院回数少
- ・定期的通院
- ・服薬動機中以上
- ・満足度中以上
- ・症状比較的安定

ACT

精神科訪問看護

ケアマネジメントチーム(相談支援事業)

訪問型生活訓練

ホームヘルプサービス

居宅生活支援事業

生活支援には状況に
応じた様々な
オプションが可能

ACT-J 臨床チーム (平成20年4月現在)

一つのオフィスを共有することで常に情報共有が出来る

ケースマネジャー

看護師 × 3

OT × 3

PSW × 1

(チームリーダー、
就労支援担当をふくむ)

チーム精神科医

秘書

スタッフルーム

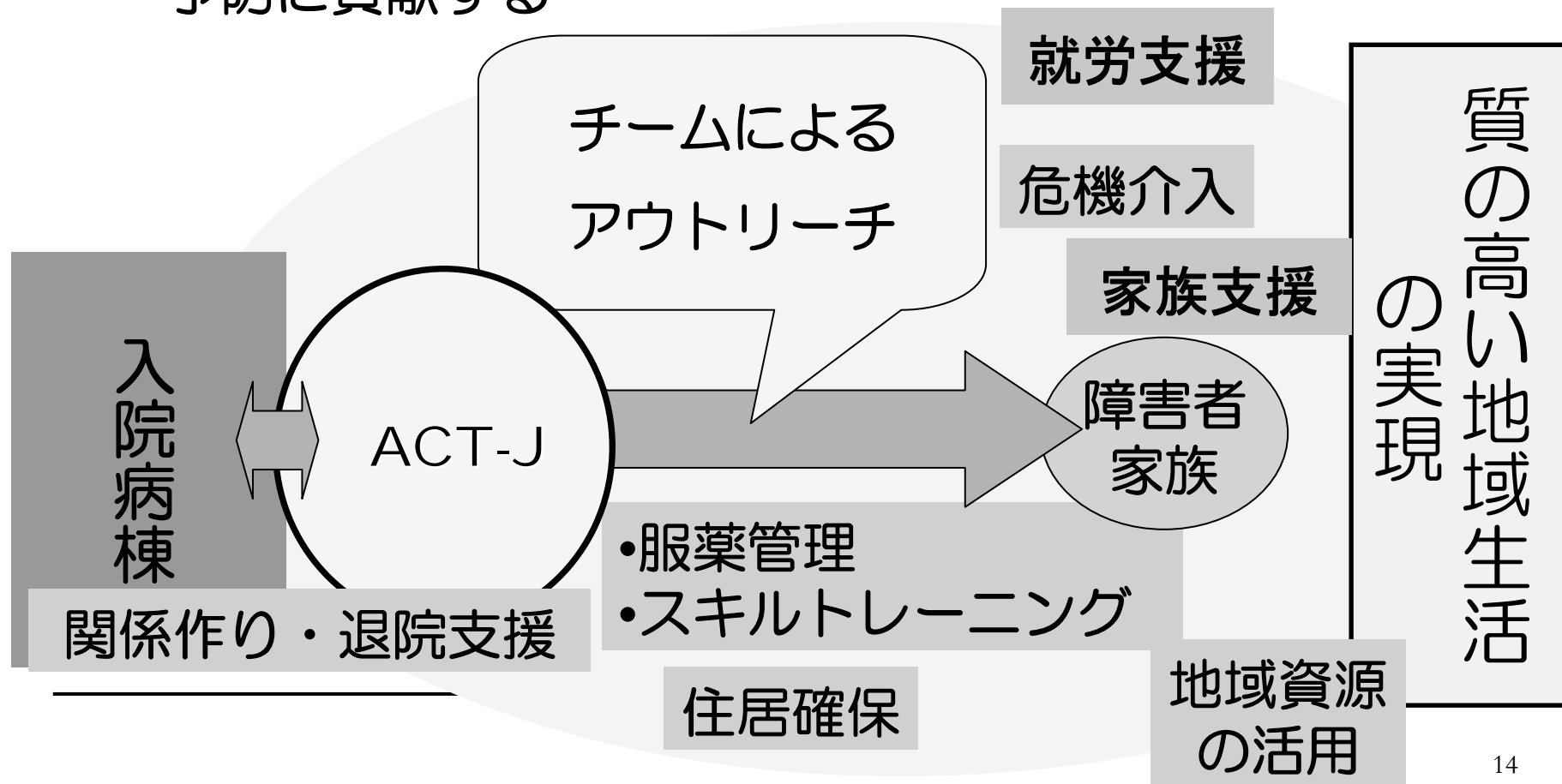
自動車等
(要 駐車場)

電話・携帯電話

簡単な医療器具

ACT-Jの概念図

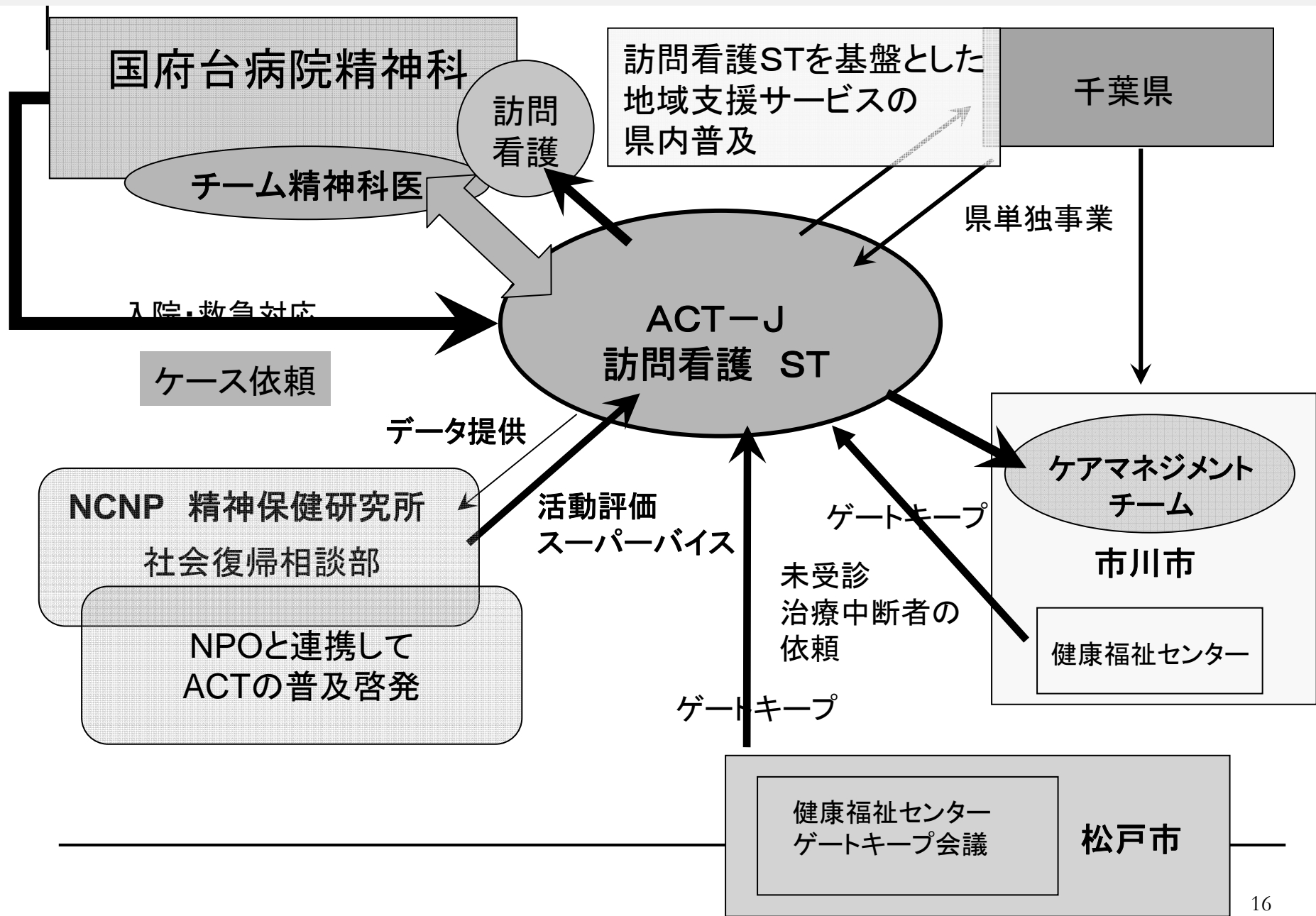
入院医療・地域資源と強力な連携をとり、重い精神障害をもつ人の退院促進・質の高い地域生活維持・再発予防に貢献する



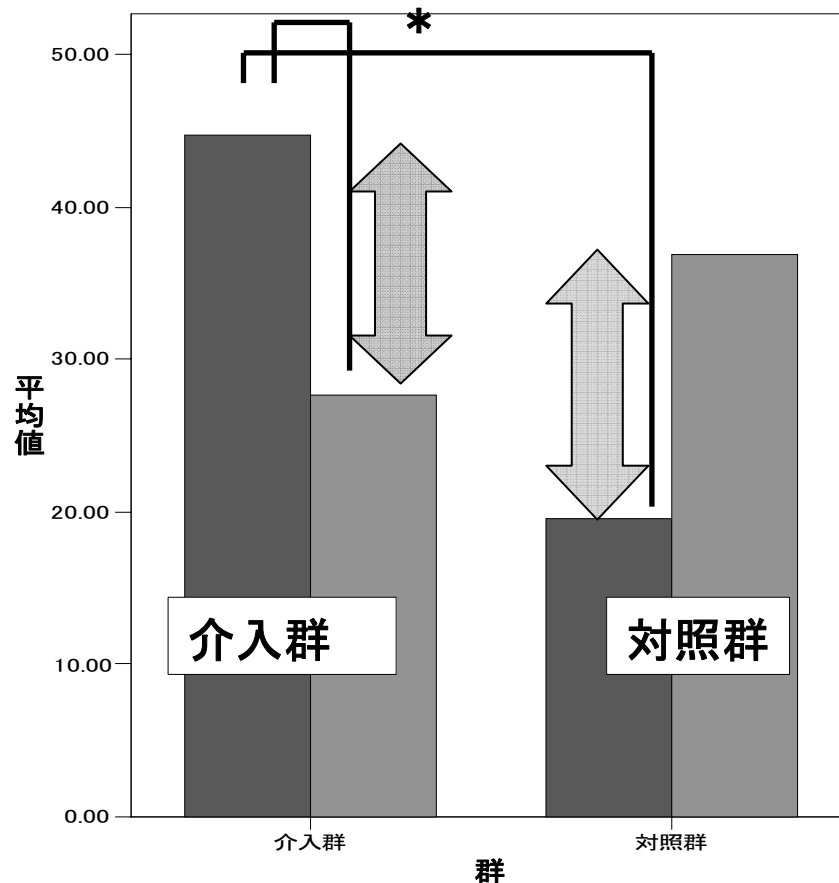
ACTは卒業することを前提としてよい

- 特に都市部では新たな対象者をACTチームは次々と支援する必要性が生じる。
- ACTを開かれたシステムにするためには、ACTの入り口と、出口が他のサービスに開かれている必要がある。
 - 入り口：医療ケアマネジメント（病棟から押し出す力）
 - 出口：ケアマネジメント・チーム（地域の支える力）

ACT-J :システムの中の位置づけ



研究の結果：入院日数

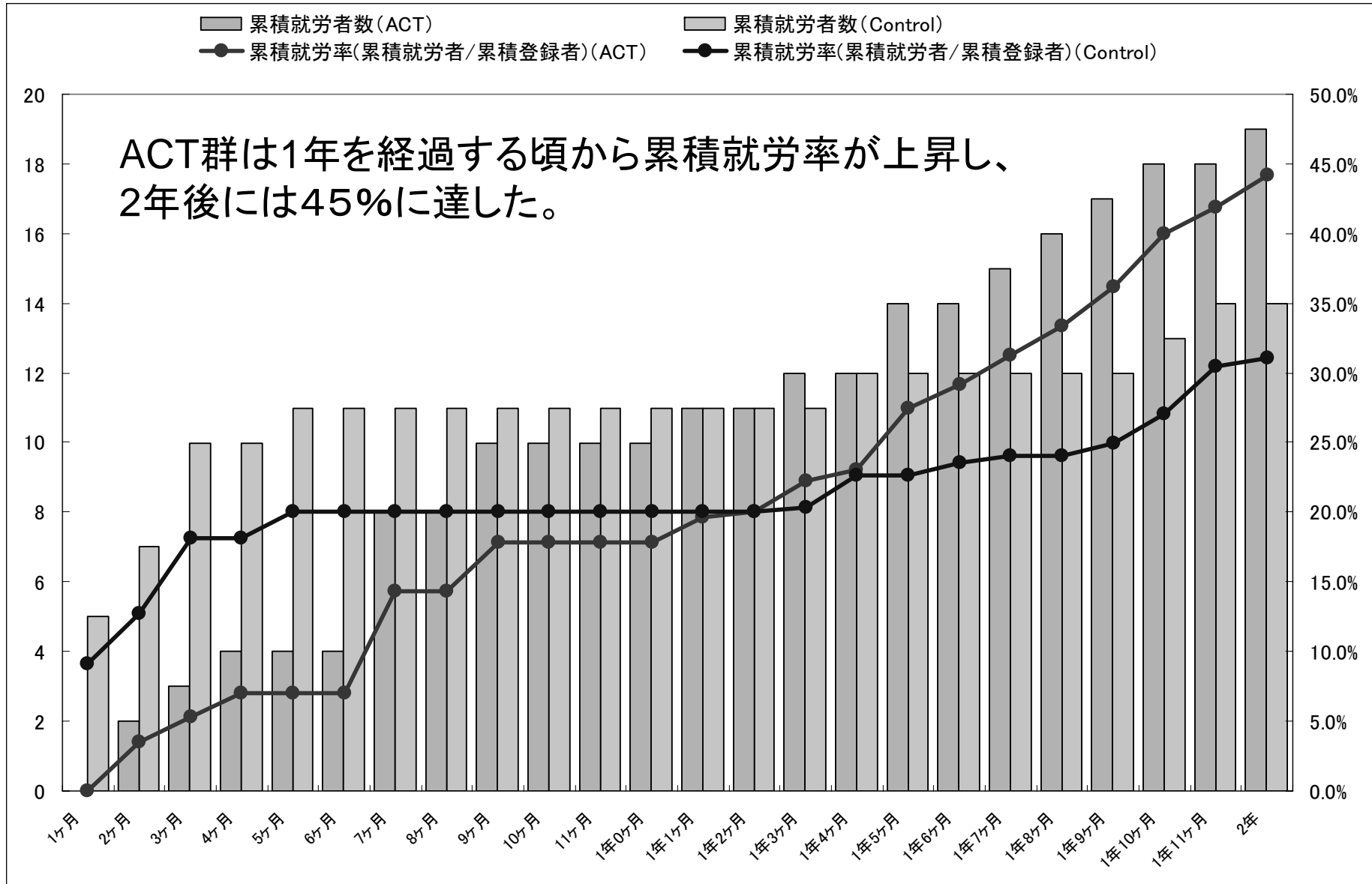


入院前過去1年の入院日数を調整して分析すると、ACT介入群は通常治療群よりも、入院日数の減少が大きかった。

(wilcoxonの順位和検定：
-17.5±65.1:14.5±84.8, p=.048)

介入前後では、ACT介入群において、入院日数が介入後に有意に減少したが(p=.047)、通常治療群ではそのような差はみられなかった

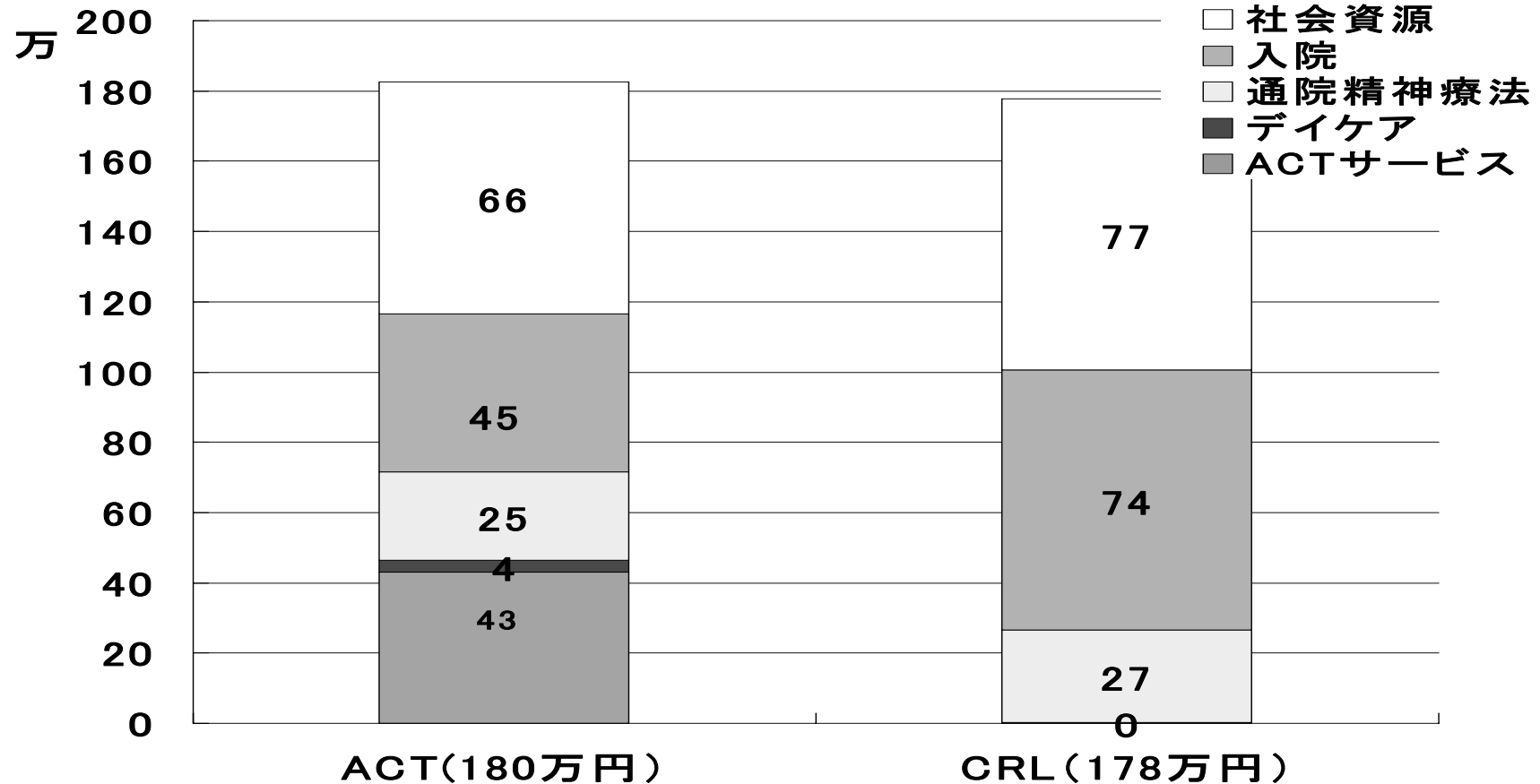
結果：就労率：：基点日からの期間に基づく変化



研究結果：年間コストの比較

(N:ACT56, CRL49)

ACT群は入院費用を抑制するが、
総コストの1年間の比較では大きな差がなかった



※通院精神療法及び入院費には薬剤費
174,000円が含まれる

※通院精神療法及び入院費には薬剤費
230,000円が含まれる

ACT: 日本でのいくつかのモデル

ACTの運用可能性

- ACTは訪問看護ステーションを活用することで運用可能
- 但し、以下の条件が付加されることが必要
 - 対象者が明確
 - チーム精神科医をもつ
 - チームの中に精神保健福祉士ももつ
 - 重症者、合併症を持つものへの複数名訪問が行える
 - 危機介入体制をくめる(バックベットの確保)
 - ケアマネジメントが行われる
 - 治療のゴールとして就労など社会生活の向上を掲げられる

市川モデル(ACT-J)

- 《設立主体》 NPO法人立訪問看護ステーション
- 《チーム構成》ステーションに、看護師3、作業療法士3（1人は就労支援）、精神保健福祉士1
- 《チーム精神科医》国府台病院所属の精神科医1名・・・主治医担当,密接なコミュニケーション
- 《入り口》 国立国際医療センター-国府台病院精神科、市川保健所、松戸保健所
- 《出口》 地域のケアマネジメント・チーム、国府台病院訪問看護、
- 《財源》 訪問看護ステーション収益、県モデル事業(精神保健福祉士人件費)、寄付など

京都モデル(ACT-K)

- 《設立主体》訪問型診療所、訪問看護ステーション、NPO法人
- 《チーム構成》精神保健福祉士5、薬剤師1(以上、診療所)、看護師4、作業療法士1(以上、ステーション)
- 《チーム精神科医》診療所医師
- 《入り口》保健所、福祉事務所、地域の精神科診療所
- 《出口》 地域の精神科診療所？
- 《財源》訪問型診療所収益(医師訪問、精神科訪問看護、訪問薬剤管理指導)、訪問看護ステーション収益

岡山モデル(ACT-おかやま)

- 《設立主体》精神保健福祉センター
- 《チーム構成》常勤スタッフ1、非常勤スタッフ5(精神保健福祉士、作業療法士、看護師(保健師)、臨床心理士)
- 《チーム精神科医》精神保健福祉センター医師
- 《入り口》保健所、市町村、地域活動支援センター(危機介入)、精神科病院(退院促進)
- 《出口》通院医療機関、地域資源(安定した医療供給、生活支援)
- 《財源》県費

今後重要な3つのケアマネジメント

【外来・在宅医療】ACT(包括型地域生活支援プログラム)

【入院・デイケア機関】医療ケアマネジメント

【地域福祉】ケアマネジメント・チーム

医療ケアマネジメント

(1) 急性期病棟ケアマネジメント

- 急性期病棟に精神保健福祉士を配置。
- 退院後の心理社会的困難が予想される患者に、入院直後から関わり、退院までに、退院後のケアプランを作成。
- 退院前に地域のケアマネジメント・チームやACTとケア会議を行い、退院準備を協働で進める。
- 退院後1ヶ月以内に、ケアマネジメントは地域のケアマネジメント・チームかACTなどに引き継ぐ。

病棟ケアマネジメントの流れ

入院

トライアージ

PNsが入院後2日以内にアセスメント

トライアージ会議

病棟で週1回程度開催。PNsのアセスメントに基づきケアマネジメントの必要性やケアマネージャーの選択を行う

ケアマネ必要なし

アセスメント

1ヶ月後も退院後の方針が未決定

調整会議

月1回程度開催。各病棟、リハ、相談室等各部門が出席。入院後1ヶ月以上たっても退院後の目処や退院後のケアプランの方針が立っていないケースについて検討

ケアマネジメントあり

ケアマネージャー
PNs

PSW

ケアプラン

地域のケアマネージャー・チーム、ACTとのケア会議で、修正・ひきつぎ

退院

医療ケアマネジメント

(2) デイケア・ケアマネジメント

- デイケアはデイホスピタルである
- 長期にわたる支援は自立支援法下の地域活動支援センター、就労継続、就労移行支援事業、生活訓練事業などで行われるようにすることを原則とし、デイケア卒業後の地域ケアマネジメント機能への移行が円滑に行なわれるようにすべき
- デイケア利用中から、地域の社会資源の利用を促進できるように、スタッフがケアマネジメントを行う。
 - デイケアプログラム以外の地域資源も視野に
 - ケア計画を定期的(6ヵ月ごと)に見直し
 - 早期退所、社会資源の活用に努力
- ケアマネジメントは医療と地域生活支援の共通ツール

《地域福祉》ケアマネジメント・チーム

- 市町村の総合相談窓口などを訪れた利用者で、複数のニーズがあると判断されたものに対して、ケアマネジメントを行うためのチーム。
- 相談支援員等により構成されるが、原則このチームのスタッフは他のサービス事業から独立し、ケアマネジメントに専従する必要がある。
 - サービス利用計画作成につながらなくても「相談にのる」ことがケアマネジメントの基本

《地域福祉》ケアマネジメント・チーム(2)

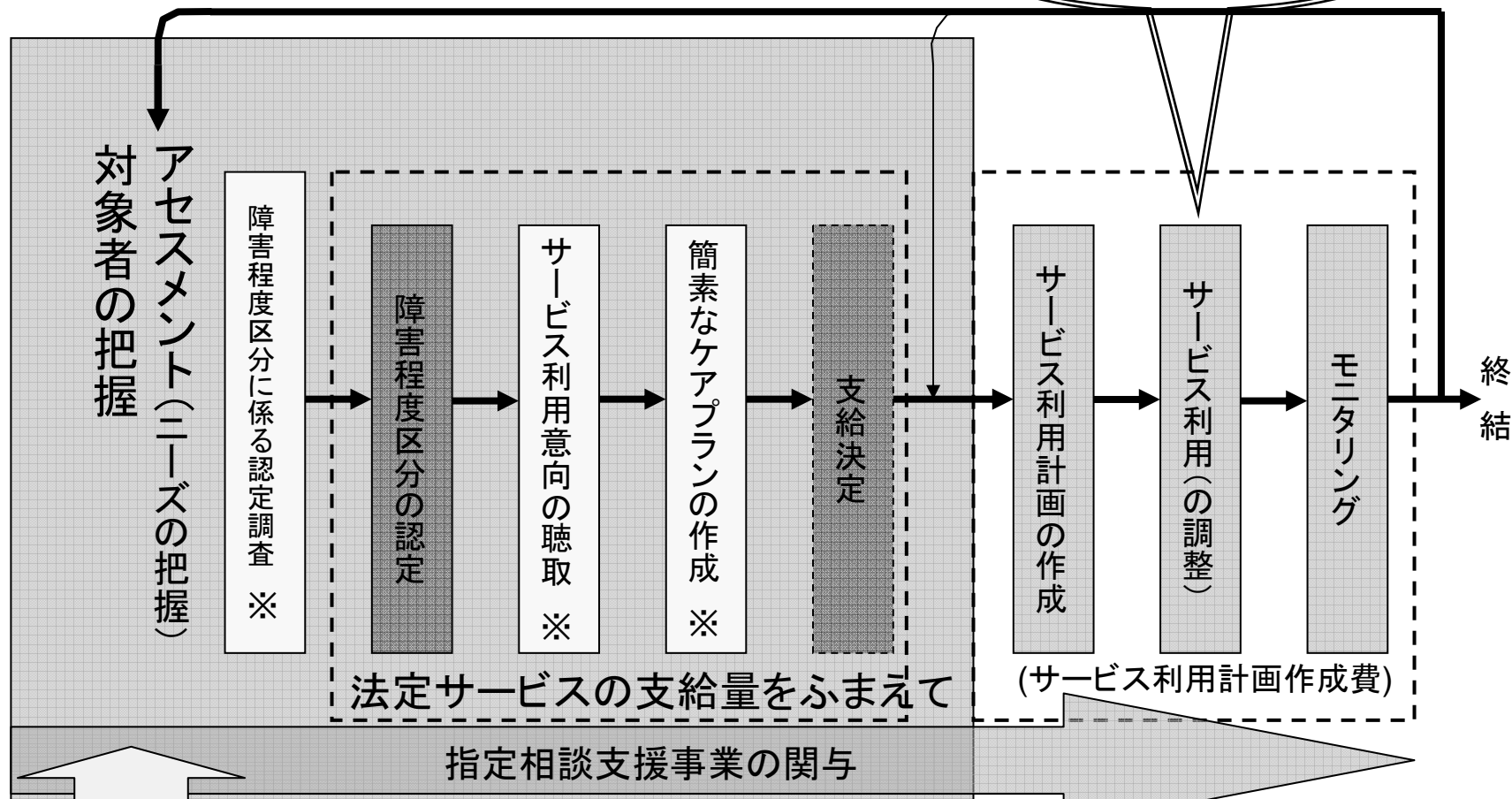
- 「相談」の契約が出来た時点からケアマネジメントは始まる。
 - 関係作り、対面コンタクト、原則生活の場へのアウトリーチ。
 - 利用者のニーズの包括的アセスメント
 - サービス提供する事業者の見学など
 - ケア会議の開催
 - サービス利用計画(案)の作成
- 障害程度区分決定、サービス利用計画作成後も継続支援
 - 利用者のアドボケイト(権利擁護)支援
 - 最低月1回以上の利用者、サービス提供事業者との対面コンタクトによるモニタリング
 - 6ヶ月ごとのサービス利用計画の見直し
- 1年以上安定し、(再入院、再入所などが無い)ニーズが消失したと判断された場合は、ケアマネジメントは終了する。

障害者自立支援法でのケアマネジメント制度化と相談支援事業

* 厚労省資料を改編

指定相談支援事業の業務

法定サービスだけでなく、幅広く自立を支援



指定相談支援事業者でも
ここが重要！

ニーズを充足する方法の検討・社会資源の検討

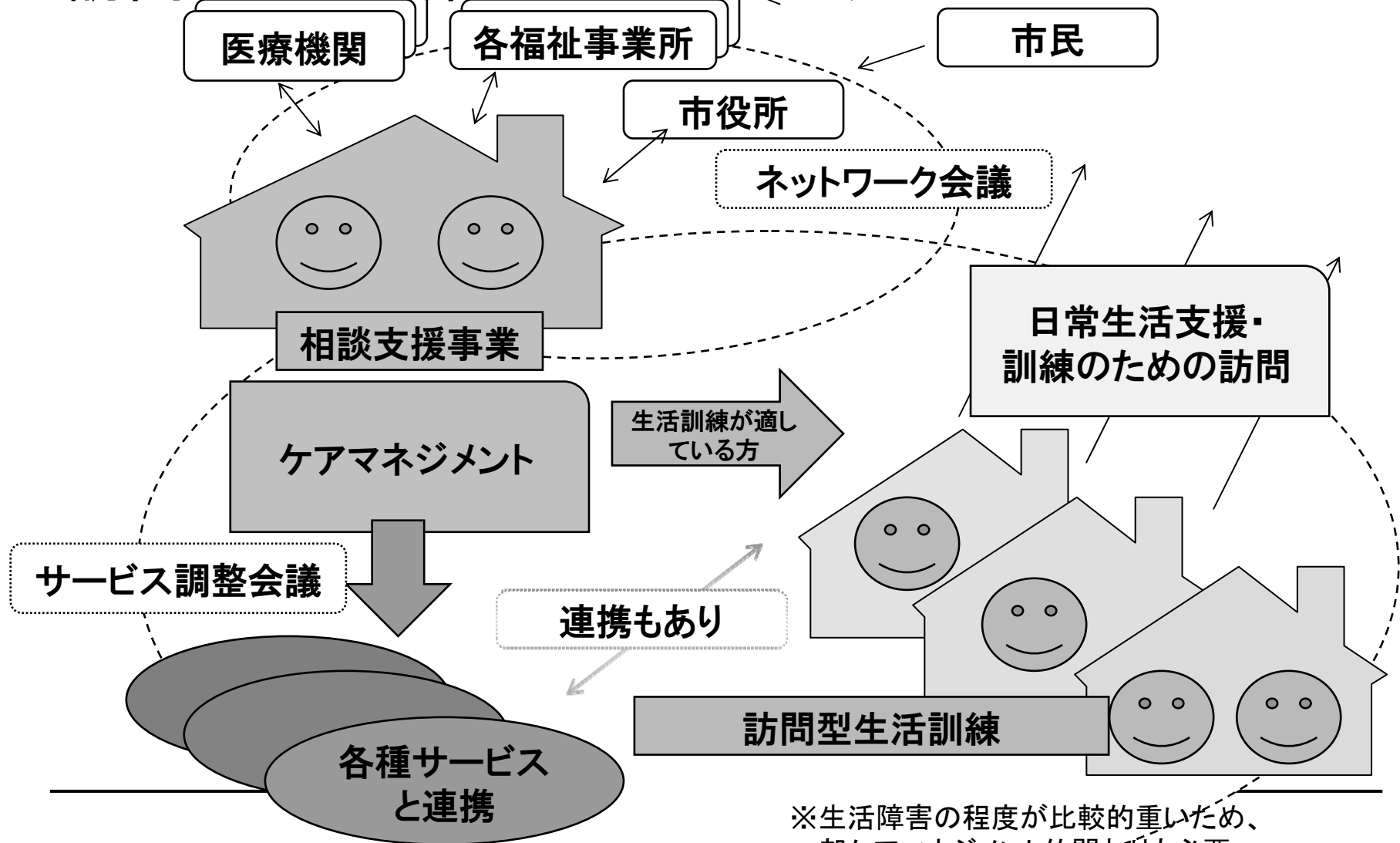
ケアマネジメントの質の向上（地域自立支援協議会の機能）

《地域福祉》ケアマネジメント・チーム(3)

- 「ひきこもり」傾向が強く、通所型のサービスを活用できない利用者に対しては、訪問型の生活訓練を適用。
 - ホームヘルプサービス(家事支援)との併用などをおこなないながら、日常生活の向上にむけた支援を実施。
- 医療ニーズが大きくなった場合
 - ACTに移動
 - 通院先の医療機関の精神科訪問看護チームと連携
- 以上の実現のためには、自立支援法の相談支援事業、生活訓練事業の大幅見直しが必要

市川のケアマネジメント・チーム、 訪問型生活訓練のモデルづくり

アウトリーチもできる
専従スタッフの確保
がポイント



※生活障害の程度が比較的重いため、
一部ケアマネジメント的関わりも必要

まとめ：医療と生活支援をつなぐKEYとしてのケアマネジメント

高

医療ニーズ

低

- ・頻回入院
- ・受療動機低
- ・服薬動機低
- ・満足度低
- ・症状不安定

通所できない、
ニーズの高い人々のための
訪問型ケアマネジメントによる
サービスを！

- ・入院回数少
- ・定期的通院
- ・服薬動機中以上
- ・満足度中以上
- ・症状比較的安定

ACT

精神科訪問看護

ケアマネジメントチーム(相談支援事業)

生活支援には状況に
応じた様々な
オプションが可能

訪問型生活訓練
ホームヘルプサービス
居宅生活支援事業