

2015年4月の家族教室

講師 岡崎 公彦(岡崎クリニック院長 / ACT=ONE チームドクター)
日時 2015年4月24日(土) 午後1時30分～
場所 区立総合福祉センター(さくらぼと)



わが街にもほしいな！ACT

～ 地域で安心して生活するための訪問支援 ～



■ はじめに

私は、ACT (Assertive Community Treatment. アクト。包括型地域生活支援) という、多職種チームで利用者さんを支えていく型の支援を、ACT=ONE (アクト・ワン) という名前のチームで行っています。医者になって20年くらいになります。

私のクリニックは、墨田区の向島にあります。私は外来診療はやらず、訪問診療だけを行っています。私のほかに、看護師2名、精神保健福祉士2名、作業療法士1名のスタッフがおり、これらのスタッフで訪問看護を行っているわけです。

■ 精神病床が減らない日本の中で

世界の先進国の精神病床数の推移を見ますと、日本だけが、病床数が増えたままで、減少していないことがわかります。世界各国の人口10万人当たりの精神病床数を、2014年のOECD (経済協力開発機構。世界の先進国団体) 統計で、比べてみましょう。日本269、イギリス54、フランス89、イタリア10、スウェーデン47、アメリカ25、カナダ35、韓国88です。日本の269は、OECD平均の68の4倍となります。

実際に精神病床はいくらあるかと言いますと、日本では35万床で、世界全体の精神病床(185万床)の18%を占めています。ちなみに、ロシアで17万床、中国で13万床とされています。

こうした状態に対して、10年ほど前に、厚労省は精神病床を減らそうと言い出しましたが、現実にはほとんど減っていません。日本は精神科病院大国でありつづけ、地域医療への転換がほとんど進んでいないのが現状です。欧米では、1960年代以

降に、精神障害者を精神病院へ長期にわたって「収容」することは精神疾患からの回復を妨げ、精神障害者の市民としての権利を侵害することになるという反省から、精神病院を縮小あるいは廃止し、地域の中での医療やリハビリテーションを重視する施策がとられてきました。そうした動きの中で、ACTの活動が始まりました。

一方、わが国では、精神疾患を持つ人には病院に入っただいて、ずっとそこで生活していただくという政策がとられたために、重度の方は地域にはいられなくて、ずっと病院に入院したままになりがちでした。

さらに、地域でも、精神障害者がいない状態が続いていますと、いざ退院してもらおうとなっても、退院後の生活を支える「資源」が地域からなくなっています。こうして、医療的必要はなくなっているのに、家族などの希望などもあって入院を続けるという、いわゆる「社会的入院」が増えています。こうした状態をいかに改善するか、つまり、いかに負の遺産を清算し、精神障害者の復権を実現するかが、精神医療と精神障害者福祉の中心課題となってきているのです。

■ 私はなぜ ACT を選んだのか

私の場合、多くの精神科医師と同じように、医師になると医局に入って病院で研修しました。クリニックで外来診療を担当することはあっても、実際に地域で、今の私のような活動現場で研修するようなことはまずありません。

病院にずっといますと、医療従事者たちは病院ですべて事足りると考えがちです。病院外の地域と積極的につながっていこうということにはなかなかありません。地域の福祉関係者も、病院の医師たちと直接に話し合いをすることはなかなかしづらいつ感じがちです。こうして、医療と福祉の間に溝ができてというのが現状ではないかと私は思っていました。これを何とかしたいという思いが、クリニック開業の理由の一つでした。

病院では、急性期化が進んだために、入院期間自体は短縮傾向にあります。しかし、ずっと入院されている方がたくさんおられて、慢性の長期入院者は減っていません。さらに、地域と病院の間には大きな溝があり、意志疎通、情報共有ができていない状態です。

重度の精神障害を持つ方の中には病院に行きたくても行けない状態にある人も結構いますが、外来に行けば、とにかく連れてきてくださいという対応になります。連れてこられないから相談に行っているのに、きちんと対応していないという思いが、急性期病棟で対症療法に追われ続ける日々を送っていた私には募りました。

病院自らの改革の先に何かあるのか、もしかすると、病院にできることには限界が

あつて、むしろすべてを病院が担おうとするべきではないのではないかと私は考えるようになりました。

こうして、入院を前提にしないで、地域でサポートしていく方法はないかと考えるうちに、リカバリーという概念やACT（アクト）と出会ったのです。

■ 必要な人に届かない支援

未治療、治療中の、いわゆる重度の方の対応について、「地域生活支援を要する精神障害者の多様な状態像」について、厚労省の「新たな地域精神医療体制の構築に向けた検討チーム資料」をもとに考えてみましょう。重症度と、支援が届いているかどうかという2つの面で考えますと、重症なのに支援が届いていないグループに属する人たちは、支援を受けたがらないで拒否してしまうタイプです。地域の人たちと関係を持つとうとしないわけで、急激に調子が上下することがあります。

重症だが、何らかの医療・支援を受けているグループの人たちがいます。何とか外来診療を受けたり、あるいは、本人は家にこもっていても、ご家族が薬だけは取りにきているという状態です。医療や福祉に何とか細くつながってはいるが、それ以外のサポートは受けていない人たちです。この方たちも、何らかの理由で薬を飲まなくなったり、急激な変化があつたりすると急激に重症化する可能性が十分にあります。

重症の人の中には、さらにもう一つのグループがあります。すでに入院していて、支援は届いており、退院へ向けて準備中の状態にある人たちです。社会的入院の人たちも含まれます。退院しようとしても、ご本人も周りの人たちにも、この人が地域で暮らしていることがなかなかイメージできない状態です。そのままだと、ずっと退院できないままの生活が続いてしまう可能性があります。

■ 重度の障害があつても地域で希望を持って暮らすための ACT

支援がなかなか届かない重症の人たちは、これまで、外来で相談しても、とにかく連れてきてくださらないと何ともできません、という対応を受けることになります。そうなると、保健所などに頼るわけですが、行政統合などのために、保健所もマンパワーの面で手厚いとは言えません。粘り強い支援ができにくくなっているのが現状です。結局は、外来診察を受けるのが無理なら入院してもらうしかありませんというふうになります。しかし、入院に対するご本人の同意は得られませんから、強制的な入院の道が選ばれることになってしまいます。

さらに、ご本人にうまく病院に行ってもらえるような移送方法や在宅での支援制度がきちんと確立していませんから、結局はご本人やご家族が孤立しがちになります。

一方で、意識の問題があります。重症で調子の悪い人は、まず入院してもらわなければならないかという先入観が支援者、本人、家族の間に強いのは、地域に下支えするような能力自体がないので病院に頼らざるをえなかったという事情もあります。

また、地域においても、精神状態が悪いかどうかという医学的判断に重きが置かれているという実情があったわけです。これは、後でくわしくお話しします「リカバリー志向」になっていないということと、サービスの必要性が高ければ高い人にほど、じつはサービスが届きにくい状態になっていたということを示しています。

私たち、地域に出てきている医師だけでなく、今病院にいる医療者もそうだと思いますが、どういう方向を目指すべきかと言いますと、「重度の障害があっても地域で希望を持って暮らせる」ということであり、それは、「リカバリー志向」ということであって、ACTがその重要なピースになるということになります。

■ ACT（アクト）とは何か

ACT（アクト）とは何かと言いますと、アサーティブ・コミュニティ・トリートメント（Assertive Community Treatment）の頭文字を取った略称で、日本語に訳せば、「包括型の地域生活支援」となります。具体的には、「長期入院やひんぱんに入退院を繰り返す重度の精神障害者が、住み慣れた地域で暮らし続けていけるように支援するための集中型・包括型ケアマネジメントプログラム」となります。

このACTは、1970年代初めにアメリカで、脱施設化によって病床数が大きく減った時に、混乱した状況の中で生まれ育ってきたものです。つまり、病床削減（脱施設化）とセットになったプログラムと言えます。今では、アメリカだけでなく、カナダ、イギリス、スウェーデン、オーストラリアなどでACTは実施されてきています。

日本では、平成14年度から厚生労働科学研究として始められ、実践活動は、平成15年5月から千葉県市川市で、ACT-J（アクト・ジェイ）によってスタートしました。現在では、全国で20チーム（全国ネットワーク団体会員）が活動しています。ACTは、海外のデータによれば、精神症状や社会機能の面で明らかな改善をもたらすわけではありません。しかし、急性期の入院数や在院期間を減少させる、居住や就労状況を改善する、サービス利用者の満足度を向上させるなどの効果があるとされています。

■ ACTの活動

ACTの特徴をあげれば、重度の精神障害者を対象とする、多職種の専門家でチームを作る、スタッフ1人に対して利用者10人以下とする（「少ないケースロード」）、1

人の利用者のケアをスタッフ全員で共有する、サービスを仲介するのではなく保健・医療・福祉・就労・家族支援サービスのほとんどをチームが直接提供する、サービスは24時間365日提供する、自宅や職場など利用者が実際に暮らしている環境の中で効果的な相談や支援を行う、となります。

このうち、スタッフ1人あたりの利用者数については、10人でもけっこうきついで、7～8人かなと思います。また、ケアをスタッフ全員で共有するというのは、全員でケアするというのではなくて、その人の状態を、スタッフ全員が知っているということです。24時間365日のサービス提供は、誰かがオンコール（待機状態）の携帯電話を持っていて、いつでもつながるようになっていくということです。そして、利用者が実際に暮らしている環境へ訪問をするということは、私たちがお宅まで伺って支援している、つまりいわゆる「アウトリーチ」（サービス提供側が現場へ出向く）ということですね。

多職種の内容は、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、当事者、臨床心理士、医師のほか、職業についての専門家、アルコールや薬物の専門家などが加わっているところもあります。こうしたたくさんの職種の人たちが輪を作ってご本人を取り囲んでいるという形になります。この中で数人が一つの小さなチーム（ITT）を作って、その人たちがいろいろな意思決定をしていくことになります。

■ ACTが提供するサービス

提供されるサービスも多岐にわたっています。まず薬の処方と提供、つまり薬の処方だけでなく、それをきちんと飲めるように支援します、さらに、病気と服薬を利用者が自己管理するための支援、個別支持的療法、危機介入などのほか、入院された時も継続して、病院との関係をうまくつないでなるべく短い期間で退院して地域で生活できるようにします。住宅や就労に関する支援もありますし、日常生活については、身体的な面や経済的な面でも支援します。

日本では、ご家族と同居している方が多いので、ご家族への支援は非常に大切です。私のチームの場合は、ご本人の担当とは別に、ご家族の担当者もいて、ご家族とも話をしながら方針を決めていくようにしています。

さらに、社会的ネットワークの回復と維持のための支援について。ACTに対する批判として、抱え込みになるのではないかとというものがあります。私たちが行くことで、利用者さんたちを家に閉じこもったままにしてしまうのではないかとというわけです。そうならないようにする努力は重要で、社会とのつながりを持ってもらい、社会に出ていってもらえるようにすることは常に考えています。

■ 精神障害と「生活のしづらさ」

医療的な面だけでなく、生活支援がなぜ必要なのでしょう。これについては、精神障害とは何だろうかということから考えていきましょう。それは、いわゆる「生活のしづらさ」と言えると思います。精神疾患が起きると、症状から、いろいろな「生活のしづらさ」が生まれてきます。こういう困難は、病気だけが原因ではなく、社会環境や個人の状態などがかかわり合って引き起こされるものであって、こうした「生活のしづらさ」が起りやすい状態こそが、精神障害であると考えられます。

「生活のしづらさ」の中には、次のようなものがあります。

人づきあいの困難（社会生活機能）、人づきあいが苦手だったり、社会常識が不十分であったり、他人への気配りを欠きやすい、他人との協力が困難、自分の判断や評価が的外れだったりといったことです。

つづいて、作業する際の困難という点では、作業能率の低下、集中力・持続力の低下、融通性の低下、疲れやすい、習得が遅い、手順が悪いなどのことがあります。

さらに、日常生活上の困難という点では、食事の仕方、金銭の扱い、身だしなみ、服薬の管理、社会資源の利用の仕方などがうまくできないというようなことです。

■ 日常の生活支援をしっかりと行う意義

重度精神障害を持つ方は、こういう「生活のしづらさ」が非常に強いということになります。そのために薬が飲めなくなったり、生活ができなくなって不安感が強まると、症状もどんどん悪くなってしまいます。生活の質が下がれば症状が悪くなり、そうなるさらさらに生活の質が下がっていくという悪循環のパターンに入ってしまいます。ですから、医療的な治療とあわせて、日常生活支援をしっかりと行うことは、対象者が重度であればあるほど、治療の継続に対してもいい効果があると考えられるわけです。サポートによって生活の質が上がれば、症状もよくなっていくという、いい循環のパターンに変えていかなければならないのです。

■ ACTの3つのモデル

ACTにおける重要な概念や視点としては、ストレス脆弱性モデル、リカバリー志向、ストレングスモデル（長所モデル）の3つがあげられます。

ストレス脆弱性モデルは、病気の説明の際にお聞きになった方も多いのではないかと思います。生物学的な脆弱性、病気になりやすさとも言えるもので、個人個人で程度が違ってきます。これに、心理社会的ストレスがかぶさってきますと、精神疾患

を発症したり再発するということになります。

本来個人が持っている、病気やストレスをはねかえしたり持ち直したりするための能力とでもいうべき防衛機構（レジリエンス）や、服薬、対処技能、支援体制などによって、発症や再発を回避することもできるというのが、このモデルです。

平成16年度の厚生労働白書での図示によれば、たとえ強いストレスがかかっても、脆弱性（素質、後天的能力・対応力など）が小さければ、病気になりにくいということで、治療の方向性としては、不健康（発症・再発）な状態を健康な状態へ持つていくための支援やリハビリを行っていくということになります。

■ リカバリー志向

2つめの「リカバリー」（recovery）という言葉は、いろいろなところで使われるようになってきています。これには3つの意味があります。

まず、病気が治ることであり、元に戻るということで、いわゆる伝統的リカバリーとでも言うべきものです。しかし、私が今、お話ししたいのは、次の2つの意味です。「病や障害に挑戦して、自分の人生を取り戻そうとする過程」という意味と、専門家や専門職など社会環境による見方という意味の2つです。

病気になられた方、とくに重度の方は、それまでの経過の中で、いろいろな挫折や偏見、いやな思いをたくさん経験されてきています。そのために、何かを始めようとする気持ちや希望などを持ちづらくなっているのです。

わかりやすい例では、長期入院されている方の場合、時間の使い方などさまざまなことを管理されており、それが当たり前になっています。家に帰りたいと言っても、看護師さんに「できるわけじゃないじゃない」と言われてしまうような状態です。そうすると、自分がどうしたいのかもよくわからなくなってしまいます。

■ 支援者ができると信じること

しかし、どんな障害を持つ人であっても、当事者として希望、動機づけ、自信、人生の意義、自立を取り戻すことが重要であり、また周りの専門家としては、当事者が良くなって、良くあり続けること、目標に向かって努力し、達成することや幸せで生産的な生活を送ることが「できると信じること」、それがリカバリーです。

「できるわけじゃないじゃない」と思いこまずに、もしかしたら、この人にはできるのではないかと、周囲の支援者が思うことが、リカバリーなのです。

リカバリーについては、いろいろな説明がされています。たとえば、パトリシア・ディーガンという有名な人は「病からの回復というよりも、人生の回復であること」

と説明しています。

■ 自分の力に気づき、主体的に行動できるようになるための、ストレングスの視点

3つめのストレングスの視点 (Strengths perspective) について説明します。これは、疾患や障害、問題点に焦点を当てるのではなく、利用者が本来持っている能力や環境の側の潜在能力にも着目し、それを引き出そうとする見方です。それによって、いろいろな能力を高めていこうとする考え方なのです。ここで言う能力には、その人の長所、強み、持ち味、経験、夢、希望などが含まれます。能力は、利用者ご本人のものだけに限りません。環境の側の潜在能力とは、利用者を取り巻く人々の支援力や地域が持つ資源や問題解決能力のことになります。

利用者ご本人には、健全・健康に働いている部分と、問題や障害の部分とがあります。医療の立場からは、問題の部分をなんとか治そう・なくそうと考えて、いろいろなことをやりますが、重度の人の場合それはそれが難しい場合が多いのが実情です。

そこで発想の転換をして、その人の健全・健康な部分、これがさきほどの「ストレングス」の部分ですが、それに着目して、ストレングスの部分を上げていくように支援していきます。すると、利用者ご本人に、自分を認めるような力、つまり自己肯定感が芽生えてきて、さらに、自分で何かできるかもしれないという自己効力感が生まれ、自分で自分について決められるようになる自己決定感までが芽生えていきます。こうして、自分の力に気づき、主体的に行動できるようになることを目指しているのです。まとめますと、ストレングスに着目して、それを増していく(「エンパワメント」)ことがリカバリーにつながるというのが、ACTの基本的な考え方なのです。

■ ストレングスの評価と目標の具体化

ACTのどのチームでも、ストレングスについて細かくアセスメント(評価)して、評価シートを作っています。

このシートには、住まい/日常生活、お金のこと、職業/教育、助けになる人・もの、健康、レジャー/余暇、大切にしていること(文化的・宗教的なこと)などの項目ごとに、現在のストレングス、個人の希望・願い・期待、過去の資源活用・ストレングスの3つに分類して記入していきます。ご本人と相談しながら、なるべくご本人の言葉でシートを埋めるようにします。

さらに、自分がどうしていきたいかということについて決めて、それに対して署名してもらうことにしています。こうしたアセスメントにもとづいて、目標に対して具体的にどのようにしていくかを箇条書きにしていき、さらにそれぞれに対して、責任

者、達成予定日、達成日、コメントなどを書いていくのが、パーソナルリカバリープランというシートです。

■ ACT と訪問看護の違い

ACT と、いわゆる訪問看護との違いはどんなところにあるのでしょうか。大ざっぱには、まず目的が違っています。訪問看護は、医療のモデルにしたがっていますから、病気や症状の安定が主目的になり、主体は支援者となります。「こうした方がいいんじゃないの？ 薬を飲まなければいけませんね、これはダメですよ」といった具合です。

ACT は、ご本人のリカバリー、その人らしい生活の実現が主な目的となり、あくまでもご本人さんと相談しながらですので、主体はご本人さんです。決定権を持つのも、訪問看護の場合は、医師です。医師の指示が主体ですから、何をしても医者にお伺いをたてて指示を受けなければ対応できません。その場での臨機応変な対応はそもそも難しいのです。

ACT の場合は、ご本人を中心とする数人のチーム（ITT）が、その場でいろいろなことを決めていきますので、現場で臨機応変な対応ができるようになっています。

訪問看護の場合も、看護師さんは、ご本人の希望や生活を応援したいと思っているわけですが、実際に行っていることは、先ほどの例でいけば、ご本人の「問題や障害の部分」に対する対応となり、症状のチェックや服薬確認を行い、できないことをやっけてあげようとするばかりに、生活を管理しようとしてしまいがちです。

■ ACT-ONE の支援の実際

私の ACT-ONE での支援の実際について、細かくお話ししましょう。訪問エリアは、墨田区全域を中心として、足立区南部、台東区全域、荒川区東部に及んでいます。いわゆる下町です。

対象としているのは、統合失調症と、双極性感情障害（躁鬱病）の方です。1年に2回以上入院したり、1年に100日以上入院している方、長期入院の後に退院し、病状が不安定な方、通院を中断している方、通院中であるが、長期の引きこもり状態にある方、未治療の方などです。これらは、医療的側面からのとらえ方ですが、別な視点から見れば、社会や地域から孤立している方々ということになります。

依頼のルートとしては、8割が保健センター経由です。また、未受診・治療中断者も、8割になります。どこにも相談できなくて、お宅で、ご家族が抱えてじっとして目立たない人がけっこういます。保健センターも家族会も把握できていない、そういう人たちの場合、たとえば親ごさんが高齢になられて訪問介護の人が入っても実

情はよくわからないというようなことがよくあります。

■ 地域の現状と ACT の役割

現実には、病院や医療への依存意識は根強く、ACT への理解者はまだまだ多くないのが実感です。理解していただく方を増やしていく必要があります。世田谷さくら会などのケースとは違って、私の訪問対象エリアでは、家族会の活動があまり活発とは言えません。世代間のギャップもあり、活動があまり活発ではないのです。さきほどお話ししたような、隠れて目立たないニーズがたくさんあるように感じます。

ACT の役割として、医療の面では、とくに未治療の人の場合、これからどのような形で対応していくのか、このまま継続して支援していく方がいいのか、あるいはどこか別な施設で、ということ、保健師さんや地域の人といっしょに考えていくという、トリアージ的な機能があります。

さらに、地域におけるリカバリー志向の実践としては、重度の精神障害を持たれる方の「受け皿」として、地域で下支えするという ACT ならではの機能があります。私の ACT-ONE は、多職種を抱えての包括的な活動をしてはいますが、実践に当たっては他のサービスとの高度な連携を行っています。保健師さんとは密接に連絡を取り合っていますし、また、私たちの活動に対する周囲の理解も重要な要素です。

■ 実際のケースから—— 40 歳代の男性の場合

実際の例をあげてみます。統合失調症の 40 歳代の男性の場合、19 歳で発症されて通院を始めましたが、すぐに中断して、お母さんだけが相談に見えていました。ほとんど、家にこもったままずっと経過されている方です。

すごくイライラして、テレビや電話などを壊しては、お母さんが根気負けするまで、買い直してくれるようにずっと言い続けるというような状態でした。

主治医に、本人が来ないと、もうこれ以上薬を処方できませんと言われて困り果てたお母さんが、精神保健センターに相談に行き、私のところを紹介されたわけです。

紹介を受けた私が訪問すると、ご本人は会ってはくれたのですが、ほとんどしゃべらず、すぐに自分の部屋に戻ってしまうという感じでしたが、月に一度会ってくれるということは了承してもらえました。しかし、私のスタッフが訪問できるような状態ではありませんでした。

ある夕方に、興奮したお母さんから、今すぐきてほしいという連絡がきました。本人がテレビを壊したから新しいのを買ってくれと騒ぎ始めたので、怒ったお母さんが本人の首を絞めたというのです。そこで、いったん、ご本人さんとお母さんに離れて

もらったうえで、私のスタッフが入ってお話することから介入が始まりました。このお宅はかなり裕福で、お小遣いというような考えがなくて、ご本人さんにも金銭感覚が乏しい様子でした。何か欲しければ、お母さんが買ってきてくれるという状態をちょっと考えてみませんかということを、ご本人さんにも親ごさんにも話して、自分で買い物に行ってみなさいということになりました。そのかわりに、お風呂の掃除とお母さんの車を洗うことをやってもらうことにしました。そうするうちに、何でもお母さんに頼っていたのが、私たちの方に連絡してくるようになってきました。たとえば、時計がほんのわずか遅れただけでもイライラして大声を出していたのが、私たちの方に電話してくるようになりました。

そして、携帯電話が壊れたとき、私たちのスタッフといっしょに自転車に乗って外出したのです。何十年ぶりかの外出でした。

そうこうするうちに、大声を出すことはなくなり、ものを壊すこともほとんどありません。調子に上下があり、今もほとんど外出はしていませんが、自転車で15分ほどのスカイツリーまで、私たちのスタッフといっしょに行ったこともありました。ご両親さんにも少し変化が見られてきました。80歳近いお父さんは引退されて家にいらっしゃるようになったので、今までは口をきくことがまったくなかったご本人に話しかけるようになりました。また、ご本人のために弁当を買ってきたりといった、これまでお母さんがやってきたことをやったりもするようになりました。

これまでのように頭ごなしに「なんでお前はこんなふうになったんだ」などと怒鳴ったりすることをなるべく止めて、ご本人さんに手紙を書いてもらうようにしました。そうすると、ご本人も約束を守るようになってきています。

ご両親はもともと心配症で、この家をどうしようかとか、「親なき後」に、ご本人がちゃんとやっていけるだろうかということを心配していたのですが、私たちとお話しているうちに、最近では、「ボチボチでもいいですよ」というようなこととお話になるようになりました。

こんな感じで支援が続いてきていて、この間は、ご本人は「合コン」に行きたいと言いつけたりもしています。

■ 実際のケースから——60歳代の男性の場合

つづいては、60歳代の男性の場合です。妄想性障害でした。元々は銀座の一流店でコックさんをされていたり、靴屋さんでずっとまじめに働いていたというような方ですが、5年ほど前から、周りから嫌がらせをされているというようなことを言われるようになりました。その後、被害関係妄想が活発になって、ひんぱんに110番通

報をするようになり、近所に迷惑をかけるようになっていました。

お姉さんに勧められて外来診察を受けるのですが、1回きりで中断されて、薬もまったく飲まない状態が続いており、保健所には近所からクレームがきているということで、私たちのところに相談がきたという経緯でした。

この方の家は、行くとすぐに分かりました。というのは、嫌がらせを受けていると思っているので、壁一面、窓一面に、「ガスをやめろ」などという外に向けてのメッセージを書いた貼り紙があったからです。認知症のお母さんと二人暮らしをしているわけですが、お姉さん夫婦は、あまりかかわりたくないというスタンスでした。

ですから、警察や民生委員さん、町会、お母さんのケアマネジャー、包括支援センター、保健師たちと何回か話し合いをしました。ご本人さんが信頼している、警察署の幹部さんの紹介で、お宅に入れるようになりましたが、ご本人は病気ではないと思っていますから、治療のための介入ではないとみなしていて、妄想に対する薬などはいっさい拒否です。

しかし、ご本人は、誰か人がくると、自宅へのガス攻撃が止むというのです。ガス攻撃をかけられているので、お母さんを1人にして外出することができないというので、買い物や家の修理、お母さんの入浴介助などの生活支援を行いました。

ですから、私が訪問しても医療的なことは何もできず、近所のスーパーに買い物に行ったりしていましたから、そのスーパーの商品配置にくわしくなりました。警察としても、そのお宅を巡回ルートに入れていました。スタッフが警察と綿密に相談するようになりました。近所からはクレームが続きましたから、地域としてこの方への対応をどうするのかという話し合いの中では、やはり、入院ということが出てきます。しかし、ご本人が入院した時、認知症のお母さんをどうするのかということになります。お母さんは、施設に入らずに家で暮らしたいという希望をお持ちですし、ごきょうだいも、強制入院させてくださいという状況ではありませんでした。さらに、ご本人には、自分にかかわることについての希望の表出はなく、「オレのことはいいから、おふくろが元気でいてくれればいい」と言うばかりなのです。

では、どのような支援をすればいいのかと、スタッフで考えていくわけです。お母さんへの支援については、ご本人さんもお母さん自身も、支援を断りがちで、ヘルパーさんの介入やデイサービスの利用もうまく行きません。そこで、ご本人といっしょにお食事づくりをしましょうということで、ヘルパーさんを受け入れてもらうことができました。こちらのスタッフが買い物に行き、つづいてヘルパーさんに見てもらいながら、ご本人が料理するという形になりました。誰かがいればガス攻撃はやむので、料理もできるというわけです。

こうして、ご本人さんが作った料理を、スタッフとヘルパーさんも含めて、みんなで食べるということになりました。ふだんは冷たくなっているお弁当などを食べていたので、お母さんもひじょうにこやかな感じになって、その場はたいそう和やかな感じになったそうです。

そして最近では、警察の人に、110番通報の数が減ったと言われるようになりました。

この方の場合、調子が良くなってきているということではありませんが、このような形で支援しているという例です。

■ リカバリーに向けて大切にしていること

リカバリーに向けて大切にしていることは、まず、関係づくりです。ご本人、家族との関係です。つづけては、先ほどご紹介したストレングス・アセスメントです。さらに、コミュニティづくりです。地域とどのように関わっていくかということになります。このような関わりからリカバリーを目指していくということでしょう。

関係づくりでは、まず、ご本人と関係が築かれなければ、何も始まりません。対象者の8割を占める、未治療や、治療を中断している方々は、医療に対する不信感や拒絶意識が強い人たちです。そういう人たちとどういうふうに関係をつくっていくかを考える場合には、こちらが正しいと思っていることを言えばいいというわけにはいきません。

医療的なアプローチでは、「これが必要だから飲みなさい」とか「やはり、まず入院しましょう」というようなことになるのですが、こうしたことをストレートに言えば、「じゃあ、もう来なくていいです」と言われておしまいです。ですから、従来行われてきたような、管理的・強制的な薬物療法は行いませんし、服薬や入院を強く促す言葉は禁句と考えています。

■ 自分の生活について判断し、決定する権利と能力

どんなに重い精神障害を抱えた方でも、うまく引き出していけば、自分の生活について考え、判断し、決定を行う権利と能力を持っていると考えることが大切です。そして、ご本人のニード（欲求）に耳を傾けるため、その人が持っている長所・健康的な部分に注目していけば、関係性が増していくのではないかと思います。病気を治してほしいというニードではなくて、困っているので生活をどうにかしたいというニードの方です。ですから、生活支援をとっかかりにしていくということも有効だったりします。

■ リカバリーを信じて、ご本人のリカバリーに寄り添う ACT

コミュニティ、つまり地域での支援をうまく進めていくためには、理解者・支援者・仲間を増やすことが大切です。地域で小さく孤立して生活しておられる人たちの声なきニーズを掘り起こしていくことも大事です。つまり、ACT を考えるということは、精神科の医療福祉の立場から地域づくりを考えていくことになるのかと考えます。

重い精神障害を抱えている人が、これまでの経過から、挫折や辛い経験をしている方が多いので、希望を失うのは簡単なことです。また、精神疾患の症状を抱えながら生活していくには、非常な困難が伴います。しかし、リカバリーを信じて、ご本人のリカバリーに寄り添うことによって、いろいろな可能性が広がってくると考えて、やっていきたいと思っています。

■ 最後に

治療はもちろん必要です。しかし、それとともに、障害を持った生活者に対する支援の充実が必要だと強く思います。病院の機能を最小限にして、地域主体の精神医療福祉システムを考えていくことが大事なのです。

重度の精神障害を持たれている方でも、可能なかぎり、地域で豊かに生活できるように支援するにあたって、ACT は重要なピースになるのではないかと思います。しかし、私にできることは限られています。地域に出てきている医師の数は圧倒的に少ないので、医師の間での理解を拡げることが大切だと思います。誤解とまでは言いませんが、ACT が「特別な存在」と見られがちな状態から脱却する必要があります。

さらに、専門職の流動性を高めることが必要だと思います。たとえば看護などの分野でも、病院にいる人が圧倒的に多いです。給与などの待遇面でも、病院にいる方がいいという状態です。そうしたインセンティブ（報酬・待遇）の面などについても考える必要があります。