

2010年12月2日
参B-103/13:00-14:00

民主党・第5回精神保健医療改革PT会議 次第

1. あいさつ

2. ヒアリング

「こころの健康政策構想実現会議」

「精神保健医療改革の『提言』」について

【ご説明者(敬称略)】

○精神保健医療改革とアウトリーチ

- ・岩成秀夫 (神奈川県立精神医療センター所長)
- ・小島卓也 (大宮厚生病院副院長、前日本精神神経学会理事長)
- ・福田正人 (群馬大学大学院医学系研究科准教授)
- ・堀江紀一 (世田谷さくら会理事)

○認知行動療法

- ・大野 裕
(慶応大学保健管理センター教授、日本認知療法学会理事長)

○OACT(包括的地域生活支援: Assertive Community Treatment)

ACT-Kプロジェクト(包括的地域生活支援一京都)

- ・高木俊介 (ACT-K たかぎ診療所院長)

3. 質疑応答

4. その他

以上

精神保健医療改革について

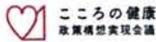
こころの健康政策構想実現会議

こころの健康政策構想会議

“こころの健康推進”を日本の基本政策に！

三大疾患にふさわしい
精神保健医療改革で
「こころの健康の危機」を克服できる
安心社会の実現を

こころの健康政策構想(実現)会議



“こころの健康推進”を日本の基本政策に！
三大疾患にふさわしい精神保健医療改革で
「こころの健康の危機」を克服できる安心社会の実現を

100万人を超える達成

政策提言書

WG報告書

2010.09.29 こころの健康政策構想(PT)をスタート(第1回)

2010.07.02 精神保健医療改革PTをスタート(第1回)を開催しました。

2010.05.20 第1回PT会合(第1回)を開催しました。

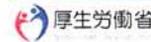
2010.05.21 第2回PT会合(第2回)を開催しました。

2010.05.21 第3回PT会合(第3回)を開催しました。

2010.05.14 第4回PT会合(第4回)を開催しました。

2010.04.21 第5回PT会合(第5回)を開催しました。

2010.04.03 第6回PT会合(第6回)を開催しました。



2010年4月3日



2010年4月3日

東京都立松沢病院体育館(東京都世田谷区)

こころの健康政策構想会議発足式において挨拶をする長厚厚生労働大臣

こころの健康政策構想会議

“こころの健康推進”を日本の基本政策に！

～ 三大疾患にふさわしい精神保健医療改革で
「こころの健康の危機」を克服できる安心社会の実現を～

おもな検討課題

精神医療改革

こころの健康

セーフティネットの構築

「地域メンタルヘルsteam」を創設し
自院に代表される往見のあらゆる
精神保健問題を早期に発見し予防

精神医療改革

チーム医療・アウトリーチ・

専門医療で30分医療を実現

多職種チーム医療による全人的医療
アウトリーチで当事者に届く医療
うつ病など疾患に応じた専門医療

家族・介護者支援

当事者を介する家族を

地域社会として支援

家族を軸とする介護者を対象に
「家族支援専門員制度」を創設し
地域社会で介護を支援

3つの 基本原則

- ・当事者・家族をはじめ国民のニーズを主軸に据えた改革
- ・高質と効率の双方を重視したサービスモデルへの転換
- ・数値目標およびその期限と達成戦略を明確にした手法



当事者や家族と専門家が
協力(90名が2か月間)

手弁当のボランティア
個人の資格で参加



【意義】

- ★ 30%が当事者と家族
- ★ 包括的な提案内容



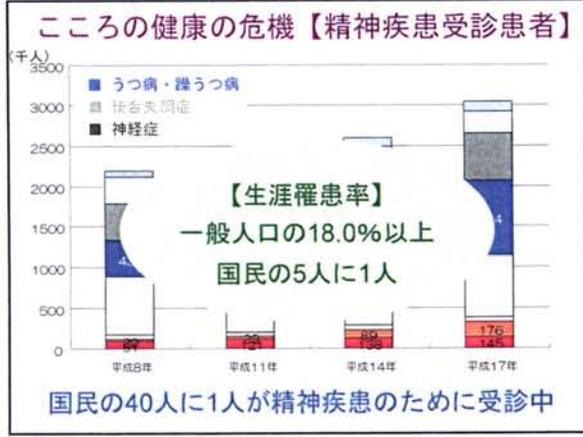
新たな地域保健医療体制の構築に向けた検討チーム

(厚生労働省・精神障害保健課)

第1R	地域精神保健医療体制	(5~7月)
第2R	認知症	(9~12月)
第3R	保護者制度・入院制度	(11月~)
第4R	精神科病床	(来年7月以降)

心身の健康は
国民の基本的な権利
社会の活力と発展の基盤

しかしいま
国民の「こころの健康の危機」

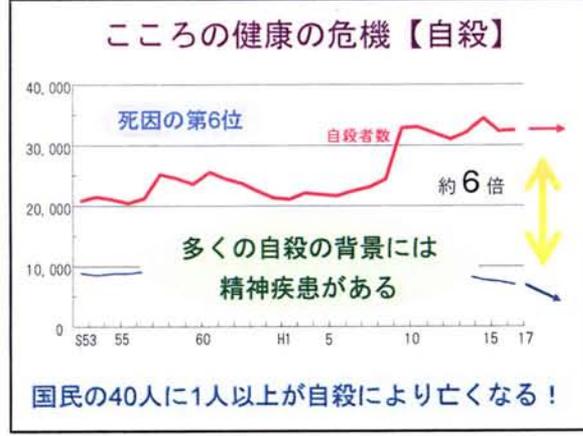


イギリス国会議員アンケート

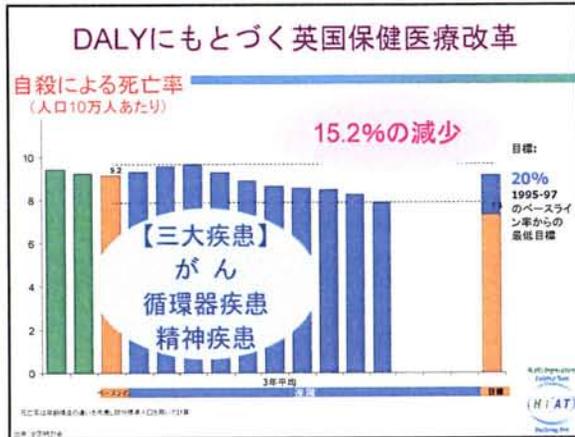
Mental health in Parliament

無記名アンケートへの回答
下院議員95名
上院議員100名

メンタルヘルスの問題
友人や家族に経験 94%
自分自身が経験 18%



**精神疾患は
すべての国民に関係し
しかも自殺の背景として重要**



**DALYにもとづく
精神疾患は三大疾患であり
こころの健康推進は
政策として最優先すべき課題**

**社会問題として表れるこころの健康の問題
—こころの健康についての総合的な政策が必要—**

患者と
向きあう
時間がない

みんなが
困って
います!

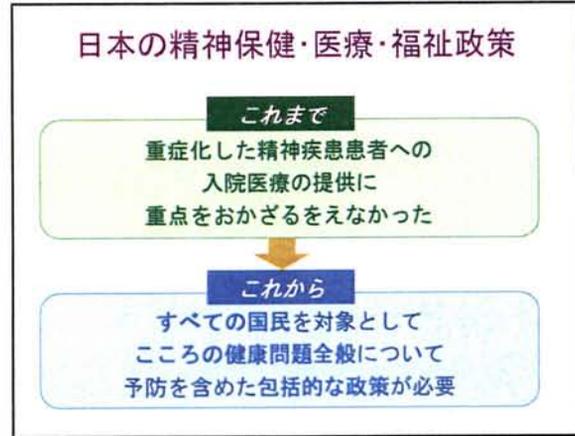
もっと早く
病気の症状が
気になり
もっと早く
治療を
受けたら
よかった
かもしれない

手紙が来た
あとから
連絡が来たら
遅いかもしれない

また、こころの
健康の問題は
精神疾患として
認められる
だけではなく

虐待
DV
自殺
死別

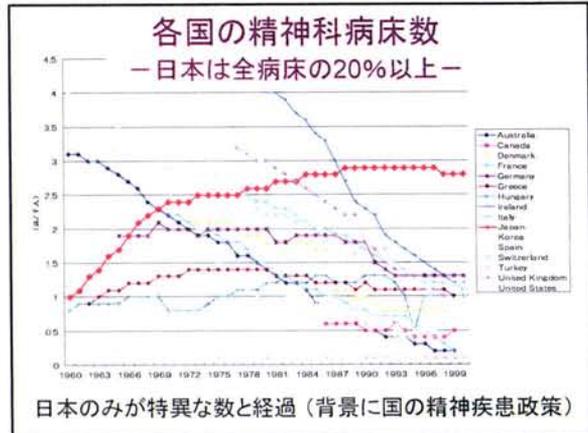
緊急の
社会問題と
いうかたちで
現れている
のです



こころの健康政策構想会議

“こころの健康推進”を日本の基本政策に！

三大疾患にふさわしい
精神保健医療改革で
「こころの健康の危機」を克服できる
安心社会の実現を



「いわゆる精神科特例」
精神科病床においては、
医師数は1/3で良いとする
などの医療法の規定
(それにもとづく医療費)

多い病床
少ない人手
少ない医療費

法律としての差別

こころの健康政策構想会議 提言概要（提長・岡崎祐士）

“こころの健康推進”を日本の基本政策に！
—三大疾患にふさわしい精神保健医療改革で「こころの健康の危機」を克服できる安心社会の実現を—

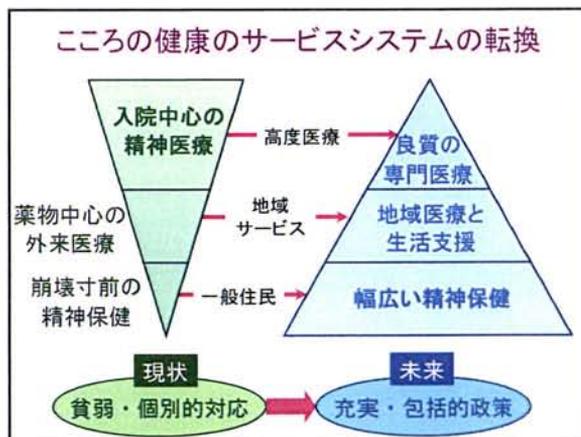
■法整備計画 (1)こころの健康推進基本法(仮称)の制定 (2)中長期精神健康基本計画の策定 (3)関連法の改正

こころの健康推進本部
こころの健康推進委員会
こころの健康推進推進チーム
こころの健康推進推進センター

診療報酬改革
精神医療改革
緊急改革の重点と自治体
アウトリーチ医療
一般医療化
病床削減

こころの健康推進ネットワーク
地域こころの健康推進チーム
学校精神保健の充実

こころの健康推進センター
こころの健康推進センター



アウトリーチによる届くサービス

多職種チームによる全人的サービス

精神保健としての啓発

家族相談支援員による家族支援

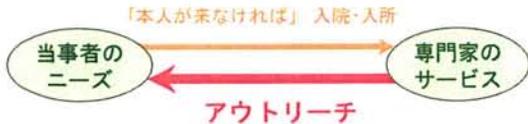
三大疾患にふさわしい
精神保健医療改革

医師における家族支援

生活の場にサービスを届けるアウトリーチ

サービスを必要とするほどサービスが届かない

- 【知識】知らない 気付かない 何が起きている？
- 【対処】どうすれば良い？ どこに相談？
- 【心理】認めたくない 出向きたい
- 【病状】病氣と認めない 治療を受けたくない



保健と医療のアウトリーチ

地域メンタルヘルス・チーム (保健)

- 【役割】サービスの入口(ワンストップ たいらい回しを防ぐ) どんな問題? どこでサービスが受けられる?
- 【対象】適切なサービスにまだたどりつけていない
- 【目標】予防に主眼 危機を招かない 保健行政が主体

アウトリーチ医療

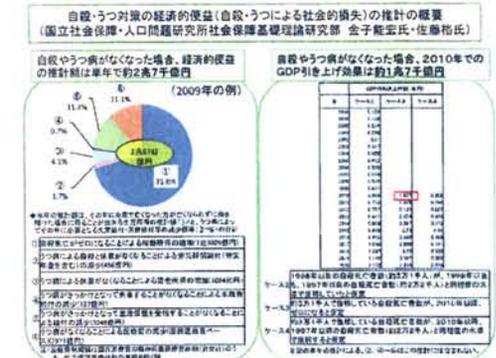
- 【役割】ニーズの高い当事者・家族を強力に支援
- 【対象】複数・複雑なニーズ、治療継続の困難、重症・不安定 環境の困難、ハイリスク、入院中 など
- 【目標】集中的で密度の濃いケア 医療機関から

Ⅲ. こころの健康の保持及び増進のための 精神疾患対策基本法案(仮称)制定に向けて

- 一 目的
- 二 目的
- 三 基本理念
- 四 国(府、県、市)の責務、役割分担、連携等、並びに 法務上の留意事項
- 五 精神保健対策推進計画
- 六 精神保健対策推進基本計画
- 七 精神保健対策推進計画の策定
- 八 精神保健対策推進計画の策定
- 九 精神保健対策推進計画の策定
- 十 精神保健対策推進計画の策定
- 十一 精神保健対策推進計画の策定
- 十二 精神保健対策推進計画の策定
- 十三 精神保健対策推進計画の策定
- 十四 精神保健対策推進計画の策定
- 十五 精神保健対策推進計画の策定
- 十六 精神保健対策推進計画の策定
- 十七 精神保健対策推進計画の策定
- 十八 精神保健対策推進計画の策定
- 十九 精神保健対策推進計画の策定
- 二十 精神保健対策推進計画の策定
- 二十一 精神保健対策推進計画の策定
- 二十二 精神保健対策推進計画の策定
- 二十三 精神保健対策推進計画の策定
- 二十四 精神保健対策推進計画の策定
- 二十五 精神保健対策推進計画の策定
- 二十六 精神保健対策推進計画の策定
- 二十七 精神保健対策推進計画の策定
- 二十八 精神保健対策推進計画の策定
- 二十九 精神保健対策推進計画の策定
- 三十 精神保健対策推進計画の策定
- 三十一 精神保健対策推進計画の策定
- 三十二 精神保健対策推進計画の策定
- 三十三 精神保健対策推進計画の策定
- 三十四 精神保健対策推進計画の策定
- 三十五 精神保健対策推進計画の策定
- 三十六 精神保健対策推進計画の策定
- 三十七 精神保健対策推進計画の策定
- 三十八 精神保健対策推進計画の策定
- 三十九 精神保健対策推進計画の策定
- 四十 精神保健対策推進計画の策定
- 四十一 精神保健対策推進計画の策定
- 四十二 精神保健対策推進計画の策定
- 四十三 精神保健対策推進計画の策定
- 四十四 精神保健対策推進計画の策定
- 四十五 精神保健対策推進計画の策定
- 四十六 精神保健対策推進計画の策定
- 四十七 精神保健対策推進計画の策定
- 四十八 精神保健対策推進計画の策定
- 四十九 精神保健対策推進計画の策定
- 五十 精神保健対策推進計画の策定

社会問題化した事態への 個別の対応の積み重ね → こころの健康についての 包括的な政策の必要性

自殺・うつによる社会的損失 (2兆7千億円)



精神疾患の“コスト” —イギリスの試算—

項目	2007年	2026年	2007年	2026年	2007年	2026年
うつ病	7.9	1.0	8.0	1.0	1.0	1.0
双極性障害	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
統合失調症	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
アルコール依存症	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
依存症	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
人格障害	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
精神障害	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
合計	14.2	14.2	14.2	14.2	14.2	14.2

年間の合計コスト (サービスコスト + 労働収益の損失)

2007年 7.8兆円

2026年 14.2兆円

(日本は約2倍)



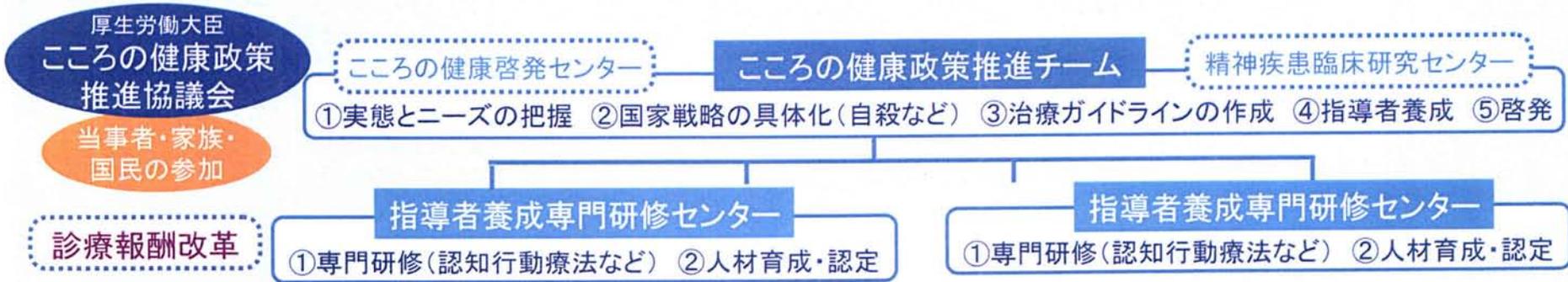
当事者・家族をはじめ
国民のニーズを
主軸に据えた改革

こころの健康政策構想会議 提言概要 (座長・岡崎祐士)

“こころの健康推進” を日本の基本政策に！

～ 三大疾患にふさわしい精神保健医療改革で「こころの健康の危機」を克服できる安心社会の実現を～

■法整備■ ①こころの健康推進基本法(仮称)の制定 ②中期戦略・推進基本計画の策定 ③関連法の改定



緊急改革の重点と自治体

精神医療改革

- アウトリーチ医療 (“届く”医療)
- 多職種チーム医療 (全人的医療)
- レスパイト
- 救急医療の整備 (エリアごと)
- 専門医療の充実 (うつ病・薬物依存など)
- 地域精神医療拠点病院
- 一般医療化 (特例廃止・診療報酬改訂)
- 病床削減 (計画的半減・高機能化)
- 住居確保

都道府県&市区町村

地域の実態とニーズの把握
都道府県&地域 こころの健康推進協議会
都道府県&地域 こころの健康推進計画
首長の推進宣言

地域こころの健康推進ネットワーク

精神保健改革

地域こころの健康推進チーム

市区町村が設置(人口10万のエリア責任制)
あらゆる精神保健問題に早期に対応
地域・職場・学校・行政機関にアウトリーチ
地域のニーズを把握しサービス整備を提言

学校精神保健の充実

こころの健康SOSダイヤル

こころの健康地域研修センター

当事者・家族・住民の参加

権利擁護組織

サービス評価監査組織

家族支援

家族や介護者を地域で支援

家族支援専門員制度の創設
家族の相談や家族への説明を保証
保護者制度の廃止

保健所

精神保健福祉センター

「こころの健康政策構想会議」による提言を実現する
精神保健医療改革の進め方

貧困な精神保健医療福祉の制度・政策の象徴としての
医療法における精神疾患への制度的差別【いわゆる「精神科特例」】
(医師数1/3, それに応じた診療報酬)

こころの健康についての基本法の制定

精神科医療の一般医療化
(いわゆる精神科特例の廃止)

診療報酬の適正化

基本法推進計画の策定

精神科病床削減
(現在の1/3~2/3に)

地域医療の充実【外来】
(アウトリーチ 多職種医療 など)

精神保健の充実

国家政策化
中期計画化

高質の医療の実現【入院】
(救急医療 専門医療 など)

社会的入院患者の地域移行

地域こころの健康推進チーム
学校精神保健

大臣直属組織

国民参加

指導者養成

臨床研究推進

財政的保障

家族支援充実の必要性

地域住居確保の必要性

地域精神医療行政の必要性(協議会・計画・住民参加)

権利擁護組織やサービス評価監査組織の必要性

自殺対策と精神療法をめぐって

大野裕
(慶應義塾大学)

これまでの自殺対策は・・・

- ◆うつ病が多いから
 - ◆うつ病対策が重要
 - ：入り口(啓発、発見)と出口(復職支援)
- ◆都市部の働き盛りの自殺が増えたから
 - ◆産業精神保健
 - ◆無職者対策
 - ハローワーク

たしかにこれは、
国民の心の健康のために大事です

平成20年の自殺者の実態 (警察庁発表)

- 総数 32,249人：平成19年比-844人(2.6%減)
 男性 22,831人(70.8%)
- 年齢別状況

70歳以上	6,058人(18.8%)
60歳代	5,735人(17.8%)
50歳代	6,363人(19.7%)
40歳代	4,850人(15.0%)
30歳代	4,767人(14.4%)
29歳以下	4,049人(12.6%)
- 職業別状況

無職者	18,279人(56.7%)
被雇用者	8,997人(27.9%)
自営業	3,206人(9.9%)
学生	972人(3.0%)
- 原因・動機別状況

健康問題	15,153人(うつ病 6,490人)
経済・生活問題	7,404人
勤務問題	2,412人

しかし ちょっと冷静に考えてみると

- ◆「うつ病」が多い→「うつ病で悩んでいる人」
 - ◆「うつ病」とすでに診断されている人たち
だとすると、啓発・発見よりも「治療と支援」
- ◆「都市部の働き盛り」
 - ◆働き盛りの「人」なのか、それとも
 - ◆働き盛りの「年代」なのか

効果的な自殺対策のためには
データを丁寧に見ていく必要があります

平成20年の自殺者の実態

- 総数 32,249人：平成19年比-844人(2.6%減)
 男性 22,831人(70.8%)
- 年齢別状況

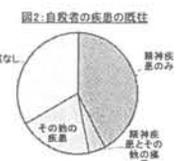
70歳以上	6,058人(18.8%)	主婦	2,349(7.28%)
60歳代	5,735人(17.8%)	失業者	1,890(5.86%)
50歳代	6,363人(19.7%)	利子・配当・家賃	66(0.21%)
40歳代	4,850人(15.0%)	年金・雇用保険等	5,249(16.3%)
30歳代	4,767人(14.4%)	浮浪者	79(0.24%)
29歳以下	4,049人(12.6%)	その他	8,644(26.8%)
- 職業別状況

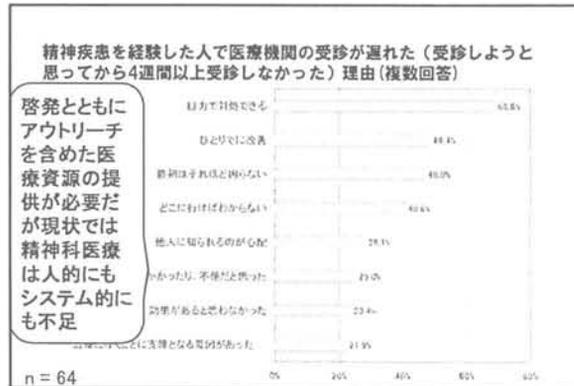
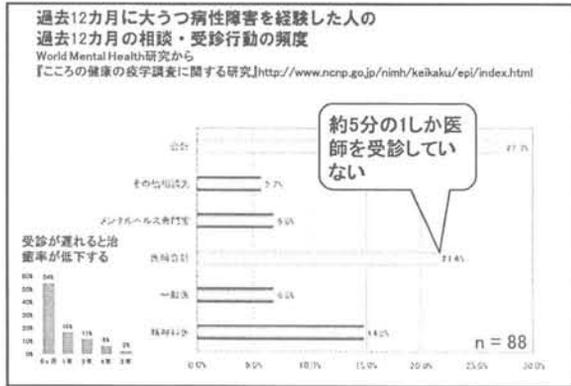
無職者	18,279人(56.7%)	身体の病気の悩み	5,128
被雇用者	8,997人(27.9%)	精神疾患の悩み	9,405
自営業	3,206人(9.9%)	うつ病	6,490
学生	972人(3.0%)	その他の精神疾患	2,915
- 原因・動機別状況

健康問題	15,153人
経済・生活問題	7,404人
勤務問題	2,412人

自殺と精神障害

- ◆ 東京都A地区(図1)
 - ◆ 自立支援医療受給者と精神保健相談事例だけで約25%
 - うつ病だけではありません
 - 統合失調症などの精神疾患がそれぞれ半分ずつを占めています
 - 中年、単身：働けない働き盛り
 - 自治体も及び腰
- ◆ 地方B地区
 - ◆ 精神自立支援医療受給者だけで約1割
 - 精神保健相談まで入れるとその2倍以上
- ◆ 大都市C地区(図2)
 - ◆ 精神疾患の既往：約半数
 - ◆ 他の疾患の既往まで含めると3分の2





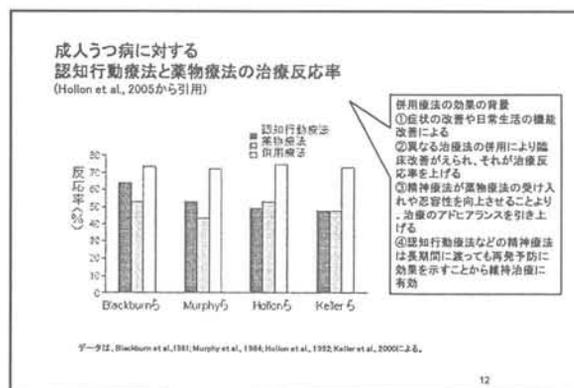
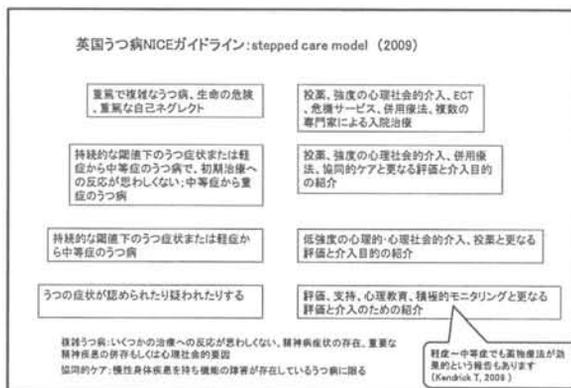
自殺対策では
精神障害者への
地域での手厚い支援が重要です

- ・地域の精神保健担当保健師の充実
数と質（現状は、絶対的不足）
- ・精神障害者の生活支援、就労支援

9

精神療法
研修の充実

10



STAR*Dの寛解率*

米国NIMHの助成を受けた
国家規模の臨床試験 (n=4041)

治療 選択 レベル	寛解率の範囲	平均寛解率	症状が残っている人の割合
1	28%	28%	72%
2	18-30%	25%	54%
3	12-25%	18%	44%
4	7-14%	11%	39%

* Remission: 各レベルの終了時にハミルトン17項目版で7点以下

Preskorn SH: Results of the Star*D study: implication for clinicians and drug developers. J Psychiatric Practice 15: 45-49, 2009

13

精神疾患患者のノンアドヒアランス率

きちんと薬を飲んでいない患者さんは多い
治療的にも医療経済的にも問題

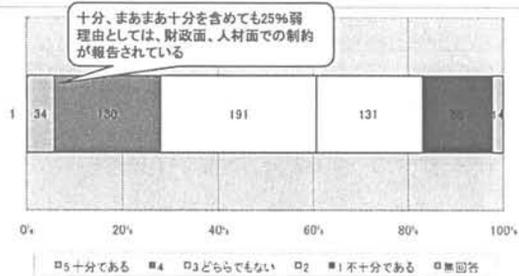
- ◆ 大うつ病性障害 28%-52%
- ◆ 双極性障害 20%-50%
- ◆ 統合失調症 20%-72%
- ◆ 不安障害 57% (ほとんど研究がない)

Julius RJ, Novitsky MA, Dubin WR: Medication adherence: a review of the literature and implications for clinical practice. Journal of Psychiatric Practice 15(1): 34-44, 2009.

14

わが国における精神療法の現状

「貴施設における精神療法の実施状況について、どのようにお考えでしょうか？」(586施設)



精神療法施策の日英の差

認知療法・認知行動療法が診療報酬の対象になったのは大きな第一歩ですが、質の担保が重要です。

- ◆ 英国
 - 3年間で合計363億円
 - エビデンスのある認知行動療法の治療者を7年で10,000人養成する計画
 - うつ病と不安障害で、毎年2兆5000億円の経済的な損失が見積もられている (GDPの1%)
- ◆ 日本
 - 人材不足
 - 日本認知療法学会会員は 1,500人だが...
 - Academy of Cognitive Therapy 会員は 3人!!
 - 研修事業費: 1年間で1千万円(心対策の貧困)

まとめにかえて

- ◆ 生活弱者(障害者、高齢者)を守る施策の充実
- ◆ 複合的自殺対策における(精神)疾患対策と精神療法の役割
 - ◆ ポピュレーションアプローチとしての地域作り
 - ◆ ハイリスクアプローチとしての精神疾患対策

脱施設化とはなにか

- 施設とは・・・「人目につかず隔離され、入居者も職員も機械的に集中管理され、当事者は保護されるばかりで意志は尊重されず、ひとりひとりの希望が叶えられないところ」(スウェーデン社会庁の見解)
- 脱施設化とは・・・物理的空間的拘束がないだけではなく、管理や一方的保護のもとに暮らすのではなく、生活者としての普通の希望が叶えられること。
- 「主体的ライフスタイルの確立」こそが重要。

アウトリーチ(訪問援助)の重要性

- 精神障害者の基本特性＝生活障害
障害をきたす現場での援助が有効
- 生活支援は福祉援助であり、かつ治療である
医療・医学モデルの限界
- 未治療・医療中断、重度精神障害者への援助
- 現場での精神保健スタッフの育成
- 精神障害者の尊厳の回復
- 地域全体の包摂力の回復

わが国の現状

- 病院収容中心・・・35万床、一兆4千億円
- 精神医療費:福祉財源 = 97:3
- 低成長による収容政策の終焉
にもかかわらず相変わらず入院優遇
- 精神保健医療従事者の入院依存
- 進まぬ退院促進、入院阻止事業の不在
- 未治療・医療中断、重度精神障害者への援助不在

脱施設化が進まないままだと アウトリーチは・・・

- 病院の思想＝保護という名目
による管理が地域に広がる
- 病院周辺がゲッター化する
病院敷地内地域精神医療
- 病院の財源としてのアウトリーチ
長良川名物鵜飼型アウトリーチ
- 重度精神障害者の脱施設化は進まない

ACTとは何か

<ACTの意味>

Assertive Community Treatmentの頭文を取って表現したもので、日本語では、「包括型地域生活支援プログラム」と呼ばれる。

<ACTの目的>

重い精神障害のある人が住みなれた場所で暮らせるように必要な支援を様々な職種による専門家チームによって提供する。

ACTの特徴②

4. チームが直接サービスを提供する責任をもつ
5. 生活の場(利用者が必要とする場所、必要とする状況)でサービスを提供する
6. 期限を設けないサービス
→基本的にサービス提供期間を前もって決定せず、サービスは必要とされる期間提供される。
7. 柔軟なサービス提供
8. 利用者の尊厳を守り、選択や決定の権利を尊重し、個人情報を保護しつつ、積極的に関わる
9. 24時間、週7日(365日)体制を保持する

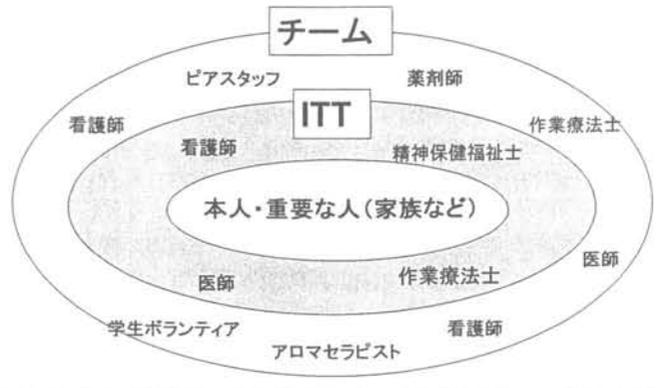
ACTの特徴①

1. 看護師、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師、精神科医、コンシューマー(当事者・家族)、臨床心理技術者、就労支援担当者といった多職種によるチームアプローチを行う
2. スタッフと利用者の比率を1:10に保つ
3. 担当ケースの共有
→一人の利用者に対し主担当が指定されるが、ケアはチーム全体で担当し、サービス提供や目標達成についての責任もチーム全体で共有する

ACTの特徴(まとめ)

- 多職種による多角的支援
- チームによる継続的支援
- アウトリーチによる現場支援
- 24時間365日の支援
- 訪問診療という特性から、下記2点が日本の保険診療制度の下でもはじめて可能となる
 - 1) 支援エリアの確定と制限
 - 2) 利用者人数の制限

ACTのサービス提供方法② ITTについて



ACTの効果について

- ・入院日数の減少
- ・生活の場の安定
- ・医療中断が少ない
- ・症状の改善
- ・QOLの向上
- ・利用者のサービス満足度が高い
- ・入院費用の減額

(Bond, Drake, Mueser, & Latimer, 2001)

ACTにおけるサービス内容

- | | |
|-------------------------|----------------|
| 1.服薬に関する支援 | 6.家族支援 |
| 2.心理社会的な支援 | 7.住居支援 |
| 3.入退院に関する支援 | 8.就労支援 |
| 4.日常生活支援
金銭管理・余暇活動など | 9.利用者の人権に関する支援 |
| 5.精神疾患以外の健康
に関連すること | 10.教育に関する支援 |
| | 11.症状管理 |

ACT-K(京都)とは

- ・ ACT-Kは、ACTプログラムを下記の三つの組織が連携して提供しようとする、日本で初めての民間での取り組み
 - たかぎクリニック(往診専門診療所)
 - 「ねこのて」訪問看護ステーション
 - 京都メンタルケア・アクション(NPO法人)
- ・ 平成18年現在の事務所に移転:中京区(御所真南)
 - 1階:多目的室(ピアサポートルーム(毎水曜日)・研修会会場など)
 - 2階:「ねこのて」訪問看護ステーション、NPO法人研究室
 - 3階:たかぎクリニック・NPO法人事務所

ACT-Kの対象者

居住地:事務所から車で30分以内の地域

【京都市人口:約147万人*】

→京都市内2区を除く8区内

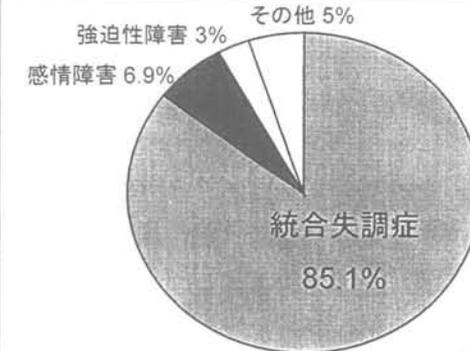
→移動手段は車(時々自転車に徒歩)

→車は一人一台ずつの社用車、電動自転車2台、駐車場完備



ACT-Kの現状①

利用者(101名)疾患名



2009年2月データより作成

ACT-Kのスタッフ

- たかぎクリニック:常勤(非常勤)
 医師1(3) 精神保健福祉士6
 薬剤師1 事務員(1)
 作業療法士(3)
- ねこのて訪問看護ステーション:常勤(非常勤)
 看護師7 作業療法士1 事務員1
- NPO法人
 研究員2 ピアスタッフ1 事務員1
 学生ボランティア

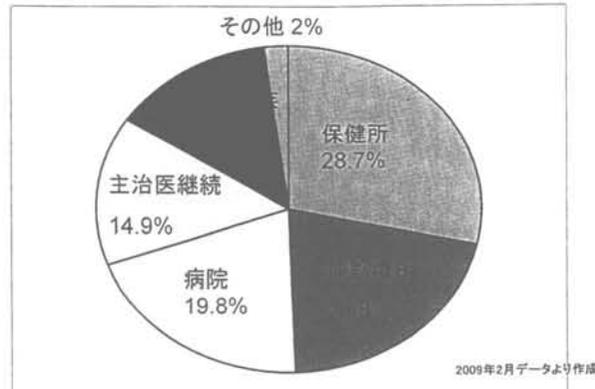
2010年6月現在

ACT-Kの現状②利用者の家族構成



2008年4月データより作成

ACT-Kの現状③ 紹介経路



ACTは経営的に成り立つか？ ACT-Kの収入

訪問診療・往診料 $8,300円 \times 145 = 120万円$
 在宅時総合医学管理料(50人)
 $45,000円 \times 50 = 225万円$
 PSW訪問 $5,750円 \times 371 = 213万円$
 Ns・OT訪問 $9,000円^* \times 462 = 416万円$
 薬剤師訪問 $5,500円 \times 41 = 23万円$

以上より、訪問収入は約1,000万円/月となる。

ACT-Kの現状⑦:

1ヶ月の平均訪問回数 (2008年4~6月平均)

	訪問数 (うち無償訪問)		訪問数 (うち無償訪問)
精神保健福祉士	458(87)	作業療法士	59(6)
看護師	426(17)	薬剤師	48(7)
精神科医	145	学生ボランティア	(7)

チーム総訪問数: 1143(124)回

※スタッフによる無償訪問のうち、23回が入院中の病院への訪問
 ※無償訪問内容: 病院への面会、拒否ケース、家族面談 など
 ※総訪問数のうち、休日夜間の緊急訪問が23回

ACTは経済的に成り立つか？ 地域精神医療(ACT)のコスト計算

人口40万人のA市を想定して、
 統合失調症の有病率 0.8%であり、入院者の割合は25%
 A市における入院統合失調症患者数は・・・
 $40万人 \times 0.008 \times 0.25 = 800人$

この800人が慢性病棟に長期入院していると仮定すると・・・
 $30万円/月 \times 800人 \times 12ヶ月 = 28億8000万円/年$

同じ800人をACTでケアする場合、最低8チーム必要。
 1チームの費用をACT-Kと同じとして・・・
 $1,000万円 \times 7チーム \times 12ヶ月 = 8億4,000万円$

→ACTによるケアは、年間20億円以上のコストダウン！