

資料 変数名一覧(2/3)

変数名	詳細	算出方法など
65歳以上割合	入院患者に占める 65歳以上である者の割合	$\frac{\text{そのうち65歳以上である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$
措置入院割合	入院患者に占める 措置入院である者の割合	$\frac{\text{そのうち措置入院である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$
医療保護入院割合	入院患者に占める 医療保護入院である者の割合	$\frac{\text{そのうち医療保護入院である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$
任意入院割合	入院患者に占める 任意入院である者の割合	$\frac{\text{そのうち任意入院である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$
F0割合	入院患者に占める 器質性精神障害である者の割合	$\frac{\text{そのうち器質性精神障害である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$
F1割合	入院患者に占める 物質関連障害である者の割合	$\frac{\text{そのうち物質関連障害である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$
F2割合	入院患者に占める 統合失調症圏である者の割合	$\frac{\text{そのうち統合失調症圏である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$
F3割合	入院患者に占める 気分・感情障害である者の割合	$\frac{\text{そのうち気分・感情障害である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$
十万対診療所数	人口10万人あたりの 精神科診療所数	$\frac{\text{精神科診療所数}}{\text{推計人口(10万人)}}$
診療所への通院割合	通院患者のうち 診療所へ通う者の割合	$\frac{\text{外来患者数(診療所)}}{\text{外来患者数(病院) + 外来患者数(診療所)}} \times 100$
十万対デイケア等実施設数	人口10万人あたりの 精神科デイケア等の実施設数	$\frac{\text{精神科デイケア等実施設数}}{\text{推計人口(10万人)}}$
デイケア等普及率	通院患者数に比した 精神科デイケア等の利用者数の割合	$\frac{\text{精神科デイケア利用者数 + 同ナイトケア利用者数 + 同デイナイトケア利用者数}}{\text{外来患者数(病院) + 外来患者数(診療所)}} \times 100$

資料 変数名一覧(3/3)

変数名	詳細	算出方法など
往診普及率	通院患者数に比した 往診件数の割合	$\frac{\text{往診件数(病院)} + \text{往診件数(診療所)}}{\text{外来患者数(病院)} + \text{外来患者数(診療所)}} \times 100$
訪問看護普及率	通院患者数に比した 訪問看護実施件数の割合	$\frac{\text{訪問看護実施件数(病院)} + \text{訪問看護実施件数(診療所)}}{\text{外来患者数(病院)} + \text{外来患者数(診療所)}} \times 100$
十万対入所施設数	人口10万人あたりの 入所型精神障害者社会復帰施設数	$\frac{\text{生活訓練施設数} + \text{福祉ホーム数} + \text{入所授産施設数} + \text{グループホーム数} + \text{福祉ホームB型数}}{\text{推計人口(10万人)}}$
十万対通所施設数	人口10万人あたりの 通所型精神障害者社会復帰施設数	$\frac{\text{通所授産施設数} + \text{小規模通所授産施設数} + \text{福祉工場数}}{\text{推計人口(10万人)}}$
十万対地域生活支援センター数	人口10万人あたりの 地域生活支援センター数	$\frac{\text{地域生活支援センター数}}{\text{推計人口(10万人)}}$
万対手帳交付数	人口1万人あたりの 精神障害者保健福祉手帳交付者数	$\frac{\text{精神障害者保健福祉手帳交付者数(1~3級の合計)}}{\text{推計人口(万人)}}$
十万対協力事業所数	人口10万人あたりの 社会適応訓練協力事業所数	$\frac{\text{社会適応訓練協力事業所数}}{\text{推計人口(10万人)}}$

### Ⅲ. 資 料

平成18年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)

精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究

## 精神科デイ・ケア検討会 会議録

1. 日時 平成19年1月13日(土)午後1時～6時半
2. 場所 八重洲倶楽部 第11会議室
3. 目的 精神科病院、精神科診療所にて実際に行われている精神科デイケアの現状を伺い、精神科デイケアにおける医師の役割や医療の中で対応すべきこと、様々な症例に対する有効なデイケア活動とは何か、等について意見交換を行う。今回の結果は19年度の調査研究に役立てる。

### 4. 参加者

報告者	佐藤 茂樹(成田赤十字病院) 須藤浩一郎(土佐病院) 長沼 洋一(国立精神・神経センター精神保健研究所) 大嶋 正浩(メンタルクリニックダダ) 辻本 士郎(東布施辻本クリニック) 五十嵐良雄(メディカルケア虎ノ門)
出席者	竹島 正(国立精神・神経センター精神保健研究所) 浅野 弘毅(認知症介護研究・研修仙台センター) 野中 猛(日本福祉大学 社会福祉学部 保健福祉学科) 池淵 恵美(帝京大学医学部精神科学教室) 小山明日香(国立精神・神経センター精神保健研究所) 中島 豊爾(岡山県立岡山病院) 羽藤 邦利(代々木の森診療所) 星野 宰賢(成田赤十字病院) 渡 路子(厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課)

竹島:精神科デイケア施設の開設数、開設回数ともに普及をしてきて、それに伴って質が求められるようになったところであると思います。医療である以上、精神科デイケアにおいて医師がどういう役割をしているのか、医療の中で検討すべきことは何なのか、有効なデイケア活動とは何かなど意見交換をして、精神科デイケアの量的な調査もしていき、その結果を今後活用していく機会にしたいと考えております。

今日の会議は、精神科デイケアといっても多様な取り組みがありますので、それぞれ特徴のある部分を中心に、5つの実践報告をお願いしています。25分程度の報告ののち質疑という形で進めさせていただきます。そのあとで総括的な討論をしていただきます。池淵先生と羽藤先生には視点整理の役割をお願いしております。渡先生にもご質問等をお願いしております。

スケジュールにある順番で進めて参りますが、佐藤先生が同じ会場で会合があるということで一番に成田赤十字病院を、須藤先生は土佐病院のデイケア、長沼からデイケアの文献レビューについて、その

後大嶋先生からメンタルクリニックダダの児童・青年期のデイケア、辻本先生からはアルコール専門外来のデイケア、五十嵐先生からはうつ病の方たちのデイケア、復職デイケアなど、いろいろなデイケアの問題点を多角的に捉えられたらと思っておりますので、よろしくお願い致します。

## (1) 総合病院における精神科デイケア

成田赤十字病院 佐藤茂樹先生

私どもは総合病院の精神科で主に救急・合併症治療をやっています。リハビリテーション的なことは病棟の中ではほとんどできないので、その部門をデイケアでやろうということです。病棟自体は平成4年にオープンして14年経ち、デイケアは平成13年からやっております。総病床数は719床、精神病床は50床、医師は5名、指定医4名で、年間入院者数は昨年度413名、平均在院日数は43.2日、1日平均外来患者は145人という状況です。デイケアは一応大規模となっていて、スタッフに作業療法士、精神保健福祉士、看護師1名と医師という陣容です。定員24名で最長2年としています。1日平均15名くらいで、登録者は40名前後です。

総合病院精神科の診療領域はまず初期診断、身体疾患の1つの症状として精神症状が発現されることから、他科医療と連携した初期診断、初期治療が行なわれています。それと、精神科救急・急性期治療です。総合病院全体の救急医療機能、救命救急医療センターをもっているところが多いので、そこと連動して治療が可能だということです。私どものところは地域の基幹病院で、救命救急センターをやっています。医師5名ですから当直は困難ですが、地方の小都市なので、オンコール体制で24時間365日やっています。精神科疾患だけのこともあれば、一般救急で来られて精神科に受け渡されることもあります。

総合病院精神科の主たる診療領域として、初期診療、精神科の急性期治療、身体合併症診療、一般病棟で管理困難な身体合併症の急性期に対応しています。単科精神病院や内科等一般の病院で精神症状を発現し、対応困難になっているのが一番多い例です。それから、うつ病や摂食障害なども当科の領域です。

二次医療圏における精神医療の機能分担ということになると、精神科病院の急性期病棟、あるいは救急病棟がかなり普及してきていますが、総合病院精神科は自傷系、これは身体合併症を伴うことが多いわけですが、を中心に精神科病院の救急病棟とタイアップしながら精神科救急を分担できるだろうと思います。

われわれの保健所管内で精神科病院の急性期病棟はないので、そういうのがあればもっと精神科救急に的確に対応できると思います。

次に総合病院精神科における精神科リハビリテーションのあり方を考えてみますと、入院機能に関しては総合病院らしい精神科を考えると、小規模で短期入院ということになると思います。総合病院はどこでも外来患者が多いので結果として医師にも患者にも不満足感が残ります。医師も十分に話を聞いてあげられない、患者も満足感が少ない。在宅レベルですが社会に適応していない患者さん、引きこもり、または引きこもりと統合失調症の中間、そのようなレベルの患者さんが多い。このような患者を対象として精神科デイケアが総合病院精神科における精神科リハビリテーションとして役立つのではないかと思います。ただし、精神科を含め病院全体が急性期医療に特化しているところが多いので、精神科デイケアのみを期間設定せずに半永久的にやるというのはできないと思います。ある程度期間を限定してやっていくのがいいだろうということになりました。

当デイケアセンターの特徴は、期間設定2年ですが定期的に評価をやります。あとで実際の評価表をお見せしますが、これはメンバーと一緒に行ないません。肯定的な評価が中心で、患者にあわせた肯定的な評価をおこなうことによって、デイケアのモチベーションを維持できると考えています。まず1年の期間で、最初に治療計画書をお渡しして、6ヵ月後に中間評価、これは出席率、作業能力、対人関係等を評価します。

最初に短期目標、長期目標を設定するのですが、12ヵ月後に通所期限見直しで、短期目標が達成されているかどうか、通所期限を再検討して、また6ヵ月後に中間評価をやります。さらに24ヵ月後、終了間際に全評価をして、短期目標長期目標の達成度、今後について検討します。

スタッフは3人ですのでそれほどたくさんのプログラムはできないので、手芸やプラモデルなど単独作業から導入していくことが多いです。人数の少ない頃は男女共に手芸をやっていたのですが、男性はあまり興味を示さないのでプラモデルを始めました。2000円くらいのプラモデルを各自が買ってきて、4~5回で完成させるというものです。これはかなり好評です。あとはパソコンです。

共同作業では、木工、音楽、ウォーキング、料理、お菓子作り。コミュニケーショントレーニングとして表現、演劇まではいかないのですが台本を読むことや英会話など、次に遊びまたはコントロールされない自由な交流をと進んでいきます。最初は単独作業で、徐々にコミュニケーションを必要とする共同作業に入っていきます。

登録者は平成13年2月から18年12月まで6年弱で、延べ179名で退所者は144名です。2年の満期終了後、さらにもう少しやりたいという人が出た場合、自動的に更新すると一般のデイケアと変わりなくなってしまうから、半年間置いてやっぱり必要だとすれば再度1年半を期限にやっています。2年を終わった人は54名、1年半の再登録は3名、合わせて57名、4割が満期終了です。2年に満たないけれど本人の目標をクリアして就労した、あるいは学校に戻った方が21名15%。また中断した方、それも1年でやめた方で目標を達成していない場合は中断に入っていますが、34名です。全体の疾病分類はしなかったのですが満期終了者は75%、統合失調症中心の診断です。資料で年度別通所者をみると、青が満期終了、黄色が通所中でオレンジが中断、黒が期限前終了です。満期終了と期限前終了を合わせると55%、半数強は満期、あるいは何らかの目的を達成して終了しています。

こうしてみると、1日平均の利用者が伸びない、2年

経つと強制終了してしまうので、自動的に増えていくという事は無い。月平均16~17名までいきましたが、それ以上にはなりません。20人になるともう1人スタッフが増やせるのですが、病院のほうでシビアに計算されてしまいます。

平成13年から18年10月までの満期終了者は40名です。最初の頃は週4日とか5日にしたのですが、そうすると行かなくなって中断というケースが多かったので、週1日くらいから始め、だんだん延ばすようにしています。半年で2~3日という人が増え、1年経つと1日という人はほとんどいなくなり、1年半過ぎると4日とか5日来る人が多くなります。

また、デイケアの中でどのような対人行動がされているのか、われわれのところの独自尺度ですが、1は他メンバーとほとんど交流がない、2は特定の人とのみ交流がある、3は自発的に何らかの交流が取れている、4は比較的誰とも交流ができるが失礼なことを言ってしまうたり配慮性が不十分、5は円滑な交流ができて他の人への配慮もできる、こう分けますと、来所時は1、2がほとんどです。自閉的で、ずっと家に閉じこもってほとんど交流しない。それが最初の半年でかなり改善し、1年半後くらいには3以上になります。2以下に留まっている人は1割程度です。

GAFは、開始時は50以下、徐々に改善して1年、1年半で60以上の人が7割以上です。

終了時の社会生活状態は、デイケアを終了して2年後どうかを比較したものです。対象者が25と少ないのですが、就労したものは4名、作業所に行った人は6名、家事あるいは主婦は5名、求職中が6名、何もしていない人が4名です。2年経つと、作業所の人はかなり多く就労できるようになります。就労した人が9名、作業所は3名、家事や主婦は3名、家族の介護は2名、再入院が3名、依然として求職中が1名です。デイケア終了直後でなく、2年経って就労している点はかなり興味深い。

次に期限設定のメリットですが、メンバー、スタッフのモチベーションの維持があります。以前期限設定をしていないところで働いていたときは、何のために通所をしているかわからなくなったという声がありました。現在は、常時新規メンバーを受け入れているの

で、メンバーが固定して「あの人がいるから嫌だ」というようなことが避けられます。エンドレスでやるより、中途脱落者が減少し、就労までいかななくても2年間通えたという達成感は味わえる。また、他の地域支援施設との連携が得られ、需要を喚起できるというメリットがあると思います。

我々の地域は作業所のようなものがあまりなく、市で作業所を作っているのですが他の市町村の人を受け入れていない。将来、我々自身でNPO法人を作り施設を作り出していくことも考えています。

続いて担当者から評価の実態を紹介します。

星野 (PSW) : (資料配布)こちらがやっているプログラムです。導入プログラムとしてプラモデルなどを取り入れています。初めは異性がいると状態が乱れてしまう方もいるので、プラモデルは男性、手芸は女性と同性で作業しています。以降は評価ですが、治療開始期、本人の希望を聞いて長期目標などを設定します。中間評価では、1年プログラムなら6ヵ月、2年目だと1年半の時点で行なっているものです。評価という上からものを言っているようですし、患者さんも嫌がるので、モチベーションを上げたり維持したりするためのフィードバックとして行なっています。その後、通所期限を迎えるとき、2年直前に行なう最後の評価です。

参考までに事例をご紹介します。この方は2年満期で終了された方で、終了後市内の作業所に行き、現在はヘルパーの仕事をしています。幼い頃に両親が離婚され生活歴はグチャグチャで、今は1人で生活されています。高校卒業後ずっと引きこもっていて、アルバイトをする自身がないということで、就業の自信をつけるという目標設定としました。短期目標は定期的な通所と生活力の調整、集団の場に慣れることとしました。初めはプラモデルとパソコンというマイペースで出来るものに参加し、徐々にスポーツなどメンバーと一緒にやることに参加しています。通所中に糖尿病で入院したり、祖母が亡くなったりということがありましたが、作業所に通いながらヘルパーの学校に行きたいという希望でデイケアを終了されました。ヘルパーの仕事の始めはクローズにしていたのですが、精神疾

患について理解のある上司だったようで、現在はオープンにして働いています。

<質疑>

竹島:ここで渡先生にご挨拶をいただきます。

渡:この研究会をお願いしている趣旨は平成16年の改革ビジョンの中でも精神科デイケアについて医療と福祉の間に位置づけられています。その中で医療の果たすべき役割は何なのか、きちっと評価すべきという記載が有ります。障害者自立支援法がスタートし福祉サービスが充実していきますが、その中で精神科デイケアに医療が果たす役割を明記しておく必要があるということで、竹島先生に相談しスタートさせたという経緯があります。もう一点、先日患者調査が発表になりました。このところ精神科医療の中で目立ってきているのが気分障害や認知症などで、これまで統合失調症中心の医療であったところが、疾患の構造が変わってきています。そうした新たな疾患に対して対応できるデイケアのあり方について、ご教授いただければたいへん参考になると思っています。

質問のほうに移らせていただきたいのですが、総合病院でのデイケアということですが、疾患は統合失調症中心でしょうか。単科の精神科と違う特徴はありますか。

佐藤:詳しい分類はしていませんが、統合失調症でも入院を経験していない人や、うつ病の人の復職に利用しているケース、思春期障害でも利用が有ります。

浅野:病棟の平均在院日数が比較的短期間になっていますよね。総合病院のデイケアによって在院を短縮し繋いでいく働きをしているのですか。

佐藤:そういう場合と入院を経ないで来る場合と、半分くらいですね。ここでは薬物治療とデイケアを一貫してやっています。他の病院から紹介された方も、治療とデイケア両方を引き受けています。

浅野:デイケアの場合、2年くらいが効果のピークだと

言われていますが、先生のデータで、デイケア終了後の2年後のデータが良いですね。退所後の2年間のフォローアップ体制をとっていますか。

佐藤:フォローアップミーティングは月1回土曜日を利用して行っています。保険点数的には集団精神療法です。

浅野:外来通院は継続してやっているのですか。

佐藤:はい。

浅野:いま総合病院全体で入院期間短縮の圧力が強いと思うのですが、その中でデイケアをやっていくことに対する病院全体の受け止めはどうですか。

佐藤:たまたま感染症病棟が離れてあり、ここが一般病棟内に移ったためになったためちょうど良いと改装していただきできたんです。精神科は単価は低いのですが、院長が新聞記事などから「これからは外来中心になるからデイケアも頑張ってくれ」といってくれています。院長は緩和ケアに関心があるのですが、音楽室や食堂があることも緩和ケアに応用できるのではないかといたく感心していたので、評価されているのではないかと思います。

池淵:私たちのところも大規模な総合病院の中に精神科があり、デイケアの規模はもう少し大きいのですが、似たような状況が有ります。私たちのところでも医療ベースのデイケアは何をしたらいいのかという問題意識を持っています。私たちは板橋区ですが、授産施設や他のデイケアもたくさんあり、どう住み分けていくか真剣に考えています。入院期間が不十分なためにリハビリを補完する患者さんが半数くらいで、あと半分は今の外来にマンパワーが足りず、外来だけで機能回復ができない方たちを受け入れています。先生のところはどのようにしておられますか。

佐藤:うちでは発病から比較的期間が短い方が多いと思います。主治医の要請で私とスタッフが検討会議

をひらき選別をきっちりやっています。受け入れ面接を担当者がやり、どういうプログラミングがいか受け入れ会議をやっています。2週間に1度の運営会議で上手くいかない患者について話し合っています。また、入院しても中断せず、最大3カ月の休所期間を設けています。

池淵:デイケアが適切かどうかの基準は？

佐藤:基準として設けてはいませんが、アルコール依存症や人格障害など行動化が激しい人はお断りしています。年齢は制限していません。

羽藤:診療所では、ケースワークが必要であっても、診察室の中では十分なことは出来ません。しかし、診療所がデイケアを持っているとケースワークが行いやすくなります。就労支援も可能で、効果が上がっています。先生のところもそうなのかなと思いました。ケースワークについてはどうですか。また、うつ病に関しては統合失調症の方とデイケアのプログラムも違うと思うのですが、うつ病特有の脆さに対して、何かを工夫しておられるのですか。

佐藤:スタッフがもう少しいるとプログラムにバリエーションができるのですが、これ以上増やせないのが問題です。うつ病の人がたくさんいれば専用のプログラムが作れるのですが。

星野:人数がそれほどいないのでプログラムが組めるほどにはなっていません。

佐藤:ダラダラやるのではなく、パソコンでもステップアップメニューを作ってやっています。また毎日来る、4日とか5日来ることによって出勤に近い状態を作り出しています。ケースワークについては、最初は2年間終わらせることに必死で、2年終わってから仕事を探させたのですが、1人になってしまうと仕事を探せないで終了の3カ月前から就労支援をはじめます。



野中: ケースワークというよりケースマネジメントが行なわれているのですね。担当者が決まっているのか、担当者がプランニングを出して、ミーティングの中で話され、本人に伝えられているのか、それがしっかりしていると、たとえデイケアがなくても相当の効果があるのではないか。ケースマネジメントの効果と、デイケアの効果、集団のプログラムの効果を分けてみると、ケースマネジメントの効果はかなり大きいと思います。

佐藤: 担当もしっかり決めています。

池淵: ケースマネジメントをするのに、デイケアをやらないと付かない、切り分けられないのが本当に困ったことです。

竹島: 医師の役割についてももう少しお話しをお願いします。

佐藤: 医師の役割は、幻聴をきたしたり、気分が悪くなったり、症状が悪くなる人がいるので、症状をよく診るということです。デイケア担当医は評価に必ず立ち会う。症状を把握して、症例検討に臨むということをやっています。

## (2) 単科精神科病院におけるデイケア

土佐病院 須藤浩一郎先生

私はデイケアに関して何も特別なことはしていませんが、救急をやってきたことや病床を減らしてきた方面から話しては、とのことですので、アバウトな話をさせていただきます。

私のところは単科の精神科病院で、たいした特徴もない平均的な病院です。デイケアが1日 31 人、デイナイトケアが 11 人、合計で 42 人、登録者は 120 人、毎月平均して 109 人が出席しています。年間新規登録者は 79 人で、3分の2が入れ替わっていることになります。私のところの通所期間はエンドレス、病状についても来たいものは来い、です。迷惑さえかけなければどうぞ、ということです。右側、全外来患者数からデイケアとデイナイトケアを引いた数が外来診療の数で、1日 70 人くらいです。下の図で、2000 年に急に数字が上がっているのは、自然増を契機に 70 人規模にしたためです。04 年に下がったのは、診療報酬の基準が週 5 日制限になったし、私たちの態勢では以前の方がよかったと思って 50 人規模に戻したからです。基準人数は周囲の状況によって柔軟に変えているわけです。

次の資料ですが、統合失調症が 90%以上です。他の病気は入れ替わりが多く、年間を通してみるとさまざまな患者が入り出しています。平均年齢は 50 才余り、若い人はほとんどいません。在籍期間はずいぶん長い人もたくさんいます。入院経験のない人は 3 人しかいません。居住状態は、施設にいる人が 33 人もいますが、福祉ホームやグループホームから週 3 日ほど来ています。

次は、外来の収支を出したものです。デイケア収入は 9600 万円、食事代を含めると 1 億円余り。スタッフは、看護師、OT、CP、それに助手が 1 名ずつです。医師はほとんど関わっていないのが実情です。ルールからすると、医師は非常勤でいいとなっているからこうなります。デイケアを熱心にやっているところから

みると貧弱なものですが、助手を加えている分まだましかと自分で慰めています。支出合計はほとんど人件費だけで 2400 万円くらい、その他も差し引き 7000 万円の利益が出ます。一方、外来診療だけでは右欄のように約 1 億 7 千万円の収入です。本当は医師 3 名ですが、デイケア以外実際に診療している患者は 70 人程度ですので、2 名でやっています。看護師も 30 人に 1 名ですので 4 名要りますが、3 名に切り詰めています。薬剤師、PSW、事務員、訪問看護師なども合わせて 7700 万円、薬品が 9000 万円で、他の支出を考えると完全に赤字です。現在私のところで外来診療が成り立っているのは、デイケアでカバーしているからです。左側(デイケア)の報酬が良すぎる、手抜きをしているといわれるかもしれませんが、やれといっていることはやっています。もつとちゃんとやりなさいというなら、そういうルールを作ればいいでしょう。それにしても、右側(外来診療)がひど過ぎます。

次は話が変わりますが、21 年前から記録してきた残留曲線を重ね合わせたものです。年とともにあまり差がない。ということは時代と共にあまり退院促進がされなかったように見えます。そこで経過月ごとの残留値を、1984 年から 21 年間別々にプロットして並べてみると、1 ヶ月後、2 ヶ月後の値は 21 年間ほとんど変化がない。1 ヶ月で入院者の 30% くらいが、2 ヶ月足らずで 50% くらいが退院するという傾向が続いています。かなり前から日本の精神医療では、「入院 3 ヶ月」という数字があちこちで目だっていることに影響されたのかもしれませんが。前から早く帰れるものは帰っていたというのか、こんなところでいいだろうとこれ以上の退院促進に努めなかったかです。しかし 10 ヶ月、12 ヶ月になると幾分右下がりになっているので、21 年間、比較的長期の患者の退院には努力してきたということでしょうか。デイケアが早期退院の受け皿になっているのではなく、より長期入院者の居場所になっていたことを示唆しているのかもしれませんが。

次の図は、病床を減らして職員数と施設規模が元と同じなら、マンパワーとアメニティが向上する、矢印

が上に向く、ということです。時代とともに社会的要因もあって、この比例関係以上にマンパワーとアメニティが要求されるので、矢印はさらに上を向きます。もし減床せずに同じ規模を維持していくなら、さらに職員と施設を拡張しなければならない、そうしないと肥大化して内容が薄まっていく。特に上質な人的資源の充実は簡単にできるものではないので、質の高い医療の確保は容易なことではない。デイケアについても似たようなことがいえるわけで、それぞれに応じた規模を検討して内容をよくする方向性が必要です。

最後は、言い尽くされたことの繰り返しになります。私のところは病棟を、救急、リハビリ、慢性居住、老人介護の4つに、比較的はっきり分けています。救急は32床に減らし保護室が4つ、リハビリは当然必要になる病棟です。現状では慢性や介護も併設せざるをえません。以前から、あちこちで慢性・介護は病院から切り離して福祉への考えがあって、互いに綱引きをしています。デイケアについても同じことを言うて久しくなります。精神医療に関しては医療と福祉を切り離せる場合はごくわずかです。それでも綱引きをして福祉に区分したいならするがいいでしょうが、実り少なく害の方が大きいので要注意です。「入院」のほうが長い経験からこの綱引き問題に先鞭をつけるか、「デイケア」の方が後からお先へといくのか、互いに参考にしながら解決を図る機会かと思えます。

#### <質疑>

竹島:6ページの表を簡単に説明してください。

須藤:これは年間の入院患者数と外来患者数、赤い線は職員数、茶色は病床数です。医師は管理と医療の双方を受け持つ宿命にあるので、病床数・職員数など病院規模が肥大化すると診療の質を維持向上しにくいと私自身考えています。入院と外来の患者増は止むを得ません。職員数をできるだけ増やさないためには、病床を減らし回転をよくして効率的にするしかないことを示したものです。私のところは、病床はどんどん減ったがいつも空床がある、いやむしろ逆で

す、空床が多くなるので病床を減らしました。今も平均90%くらいの入院です。無理して早く返すようにしているわけではないが、自然とこうなっています。また患者数は減っても入院患者が「新しく」なるので1人当たり単価が上がって収入は増えています。

浅野:収支一覧と7ページの図を見て考えさせられました。病床を減らしているのに入院患者が増えているのは相当回転数が上がっているのですか。また、通所者にF0が入っていますが、認知症のデイケアもやっておられるのですか。福祉ホームからの通所というのは関連の福祉ホームですか。この近辺に作業所はありますか。

須藤:歯車が回りだすと職員も患者も自然に回転するようです。早く退院した方がいいようだ。そしてやってみると悪いことは何もないことが分かる。いま程度の入退院ですと、忙しいことは逆に職員のやりがいになっている。私が内心、もっと入院してほしいと思っても、もうだめです。認知症のデイケアはやっていません。福祉ホームは病院関連のところ、入所者の生活維持に大いに役立っています。ちょっと離れたところに作業所はありますが、それぞれ病院単位の作業所です。

浅野:では、退院してもう少しというときには、ほとんど先生の病院のデイケアに通う?

須藤:そういうことです。

浅野:これはオフレコがいいのか、土佐のあたりでは人件費はどれくらい?

須藤:人件費は配置される職員によって変わりますから、正確には出しにくい。ここでは人件費を少なく見積もっていますので、安いと思われるでしょう。これほど抑えて計算しても外来というのはずいぶん金にならないですよ、ということです。

池淵:先生のところは外来にきちっと人をつけておられますものね。PSWとかをつけておられるのは立派です。

須藤:張り付いているわけではなく、実質で2名分くらいが担当しているということです。

池淵:率直な数字を出して下さって、これは単科の病院のデイケアを代表してますよね。診療報酬の規定である程度数を大きくすると、ケアマネジメントや個別のかかわりが難しくなるということです。先生は自然体でやっておられるということでしたが、この先、デイケアがどのように変わって行ってほしいと思われていますか。

須藤:私のところで4つの多様な病棟が団子になって、それぞれの機能で助け合っているのと同じように、デイケアもいろいろなものを含みながらやっていかないとしょうがないかなと、思っています。デイケアは実にさまざまなものがあるし、なければならぬ。これを機能別に分けることは難しい。例えば就労支援では、高知県は全国一就労の難しい県で東京などはずいぶん違うし、精神科病院デイケアの利用者の能力実態から考えても、こういう目標は重要項目にはならない。それでも細々とやってはいますが、またデイケアが医療であれば医師の役割はどうなるのか。担当職員に、医師が来てメリットがあるかと聞くと、余り多くを期待していない、ただ来て集団療法や病状の診察をしてくれるならいいが、と。しかしそれは外来診療でやっているの、無理にデイケアでやる必要がない。そうするとデイケアでの医師の役割というのはわかりません。

羽藤:外来診療の中に訪問看護も加えてありますが、どのくらい訪問看護をやっておられるのですか。最近の訪問看護の調査によると、訪問看護をきちんとやるとデイケアの出席率が高くなるというデータがあります。

先生のところでは、訪問看護とデイケアの関係はどのようでしょうか。

須藤:年間 1000 件くらいです。訪問看護と出席率との相関関係は大いにある。デイケアと訪問看護はワンセットです。

渡:私たちの職場で一番の関心ごとは、いかに患者さんを退院させるかで、頭を抱えているのですが、先生が先ほど病床を減らすと自然に出て行くと言われたところをもう少し。

須藤:病床が減ると、いるところがないから誰かが出てゆくわけ。院長はじめ職員全体、さらに患者家族も全体が、退院の方がいいことを理解し体験する雰囲気といいますかコンセンサスといいますか、それができれば自然に流れていくようです。後は簡単なことだと思っています。居座る、抱え込むことに得ることがあると誰かが感じたら、患者は出て行かないでしょう。

渡:病床を減らし診療を手厚くすると経営的に成り立たないという先生もいますが。

須藤:最後の表のように、そして先ほどご説明しましたように、かえってそのほうが成り立つんです。経営が成り立たないのは、一人当たり単価の低い人も抱え込んで一緒におくから収入が下がる。患者を退院させることについては、例えば100人の患者がいれば、状態の最もいい人から最も悪い人までいますから、いい人から10人に出て行ってもらって90人にできる。その10人がいないというのはおかしい。10人を見分けるのが医師の力量でしょう。この10人は退院しても十分やれますよ。私は救急をやりながら保護室は4床ですが、たったこれだけで大丈夫かと心配してくれる人がいる。最も悪い人から順番に4人入れればいいから、4床で足りる、この4人よりもっと悪い人が来たら4人のうち最も良くなっている人を出せばいい、決し

て難しい、と言っています。

池淵:病床数が減ったのに残留曲線が変わらないというのは不思議ですね。

須藤:残留曲線というのは1年以内についての話です。私のところでは、1年以上、少なくとも6ヶ月以上の入院期間は短くなっています。病床数の減少はこういった「長期患者」の退院で解決されているので、いわゆる残留曲線の「短期間部分」にはまだ影響してないのでしょうか。私のところは2~3ヶ月の患者までもっと早く退院させるべきだと意識はしていませんでした。長期入院の退院促進という社会的な声で、こうなっているんです。長期入院の問題がある程度解決されれば、1年間の残留曲線にも影響してくると考えています。

羽藤:先生のところは、外来診療に訪問看護とデイケアを組み合わせて、医療で地域に生活する患者さんを支えるモデルができておられるようにみえます。さきほど、あとは福祉で、とおっしゃっていましたが、先生の地域で福祉で支えている部分についてどう見られていますか。福祉施設にはどのような期待を持っておられるのですか？

須藤:医療と福祉の両方なくてはいけないということは言うまでもないですが、全部が医療だとか全部が福祉だとかいえるのはごくわずかでしょう。今の私は両方が必要だろうと、ずるずるやっています。しかしどこかで線を引くのがいいでしょう。医療がゼロというのはありえませんが、医療が少なくてもいい福祉の分野を

切り離す方向で整理することを期待する気持ちはありません。

羽藤:先生のところでは福祉に任せるのは、例えば100人のうち何人くらいと予測しておられますか？

須藤:任せる相手しだいでしょう。そういう施設がなければゼロですし、どんどんやってくれるなら半分でも3分の1でも可能かもしれません。どんどん福祉へ出して、悪くなったらどんどん帰って来てください、とすればいい。

池淵:デイケアのほうで福祉というのは、どういうサービスを想定しているのですか？

須藤:月並みな考えしかありません。病院や診療所ではない、医師が関与しない、医療側の人間を必要としない場所でしょうから、居場所の提供や、社会生活・就労の支援をするところでしょうか。私のところは居場所が主になっているという点では、福祉みたいな場所かもしれませんね。

五十嵐:年齢別の登録者数で、最近の傾向として若い方が増えている印象はありますか？

須藤:あまり変わらないですね。私の地方は高齢化が特に進んでいますし、精神科病院という背景もありますし。

### (3) 精神科デイケア文献紹介等

国立精神・神経センター精神保健研究所 長沼洋一

「精神科デイケアにおける医師の役割」「精神科デイケアの医療的役割」「精神科デイケアにおける様々な症例にたいする有効な活動」の3 つについて文献検索いたしました。

まず「精神科デイケアにおける医師の役割」で文献を探しましたが、具体的に明記された文献は見つかりませんでした。いくつかの実践報告や本などで、グループのチームリーダーの役割や薬物療法に関連した医療的アプローチメント、バックアップの役割になっているという記述がありました。

アメリカの調査で、地域ケアを言っていた時代に精神科医の役割があいまいになってきた状況はあったようで、調査が行なわれています。精神科デイケアというよりメディカルディレクターとしての精神科の役割についての調査で、役割としてスーパービジョンを行なうこと、薬物療法の提供や精神療法の提供、医学的ケアの監督、スタッフの調整、臨床的共同作業としてスタッフへのスーパービジョン、情報的コンサルテーションの提供、チームミーティングへの参加、公式な検証の実施、管理的なものとして更新の策定、ルーチンの管理、品質保証、契約交渉、外部機関との連携など3つの役割があげられていました。

次に「精神科デイケアの医療的役割」についてはいくつか文献がありました。まず西園先生が「デイケアのレビュー」(1995年)の中でデイケアの機能について3分類していて、入院治療に替わるもの、入院治療に引き続いて積極的治療を行なうものとして大学病院・精神科病院などで実施するもの、特徴としては集団場面の適応の向上や症状の再現・再発防止などを含み、としてあります。こちらのサービスはほとんど毎日、一日中のサービス適用と分類されています。

2番目が退院から社会への移行期ケアと就労訓練を行なうものとして、精神科病院や公的精神科デイケア、デイケア専門施設で社会化を促進するとされて

います。生活機能障害の改善、社会適応度の改善、向上、維持で、最終的には就労が目標です。

3番目に長期・慢性患者の憩いの場としての機能を提供するとして、長期的な支援体制の構築、保健所デイケア、地域生活支援センターなどの場で行なうとされています。

こちらではどれが医療的であるかは書かれていませんが、おおよそ1が医療的かと思います。

次に池淵先生のレビューからですが、回復期デイケア、病状が不安定でたびたび具合が悪くなる人への支援、訪問看護やケアマネジメントなどを行ない、機能障害からの回復、外来への円滑な移行を目標としています。プログラム例としてストレスへの抗対症機能、服薬、症状自己管理、家族療法、心理教育などをあげています。

次にリハビリテーションとしてのデイケアとして、集中的なリハビリを行い、就労就学へのステップアップ、自立支援を行なうとされ、生活障害の改善、治療継続と再発防止を目標としています。プログラム例としてSST、基本セッション、職業リハビリテーション、自己管理などがあげられています。

3つ目が維持療法としてのデイケアで、授産施設や地域生活支援センターが役割をするのではないかと、目標としては帰属集団の提供、生活の質の向上があげられていて、プログラム例としては作業療法、リクレーション、セルフヘルプとなっています。

最後は辻先生のレビューでの分類で、1番目が急性期型、救急体制などプレホスピタル機能を持ち短期入院が可能なもの、かなり入院に近い体制を考えられていますが、通いなのが特徴だと思います。

次に部分入院で、病状が不安定で重症で慢性化・先鋭化している患者に対して、ある程度長期的に薬物療法との連携を重視したデイケア、とされています。入院機能に替わって積極的な治療を行う機能をもっているとされ、1番と2番はわりと近い体制なのかなと思います。

3番目に社会復帰型で、積極的な社会復帰プログ

ラムや就労準備的な支援を主目的とし、3年から1年を目途とした通過型デイケアと記述してあります。

4番目に生活支援型で、日々の生活の比較的長時間を支持する医療ケアを背景に持つ病院で行なわれるケアとされています。こちらはどこまでが医療的な介入を適応する範囲か、はっきりとは書かれていませんでした。

5番目がクラブ型として、地域での生活中心にちよつとした支えや拠り所を気軽に利用するもので、医療や専門家からの自立が高いとされています。これは福祉的なサービスと考えられるのではないかと思います。

どの文献でも、ガイドラインを作成し、それにのっとって行なうべきであると書かれていました。

「精神科デイケアがどういった人に有効か」では、おおまかに3つに分けて説明します。

最初に「急性期医療における部分入院と24時間入院の比較」として、デイホスピタル治療は入院患者の23%に適用可能、ただし治療期間については入院とホスピタルの間で差がなかった、予後の再入院率も変わらなかったとされています。デイホスピタルのほうが入院より、精神症状の改善がより早かった、また医療費が安かったということです。

「地域のデイケアセンターの治療効果の検討」ではいくつか研究報告はありますが、レビューの基準を満たすものではなく、十分な結果が示されていません。

「精神障害デイホスピタルと外来診療」では、デイホスピタルの定義として「通院治療プログラムの一種で、主要な診断的、医療的、精神科的、心理社会的、前就労的な治療様式を外来の診療場面では提供できないようなコーディネートされたインテンシブで統括的で多職種専門チームによる治療を必要とする重度精神障害をもつ患者のためのもの」とされています。外来診療の代わりとしてデイケアが提供されるのは3つのグループであるとされていて、1つは外来治療で精神症状の改善がみられなかった、うつや不安、人格障害の治療反応性がよくなかったグループ。次に長期慢性型、多くは統合失調症に対しての長期的な

維持的ケアをするもの。3つ目に入院治療から退院したばかりの患者に対するケア、として、多くは統合失調症、感情障害などで、入院治療と外来診療の間に橋渡しをする役割としての期間限定のケア、となっています。

まずのデイトリートメントと外来診療の比較、治療抵抗群については、デイケアより外来の治療拒否が高いと報告されています。理由は不明となっていて、研究自体が4つしかありません。再入院率については2つの研究で異なる結果が出ています。精神症状は改善、または改善傾向で、社会機能は、有意差はないが改善傾向であるとされていました。

次にデイケアセンターと外来診療の比較ですが、長期慢性の重症患者が対象で、平均入院期間はデイケアセンターのほうが短いという報告がありますが、研究が少なく詳細は不明です。ただし精神症状については24ヵ月後の改善が認められたという報告があります。社会機能については差がないという報告と差があるという報告があります。

最後に後期のデイホスピタルケア、退院した直後の患者に対するケアでは、脱落率では外来診療よりとくに感情障害圏で低い、再入院率には差がないとしています。1つしか研究がありません。全体的にまだ研究がありません。

デイケアに取り入れられている個別のプログラムと効果では、デイケアでやっているという評価よりも個別のプログラムの評価で検索しています。たくさんあるのでレビューとしてまとめられたものをあげます。

まずソーシャルスキルトレーニング(SST)は重症精神障害者の社会機能改善に寄与するという報告がされていました。SSTのモジュールとして地域生活の再参加プログラムは、再発再入院を防ぐ効果があります。

統合失調症に対する認知行動療法の効果について、入院期間のリスクを減少させるという報告がありますが、十分な研究の蓄積がないとされています。再入院率の減少に対する効果は定かではない。

家族療法と家族を含めた心理教育では、統合失

調症に対する心理教育の効果について、18ヵ月後の再発率・再入院は通常治療群より有意に減少していたと報告されています。知識増加、精神症状全般の機能改善、家族のEEの改善など二次的効果について解釈は困難だが、心理教育は当事者のウェルビーイングに良い影響を与えると考えられるとレビューされていました。

作業療法は場面や時期によって目的や位置づけがだいぶ異なるので、単一のプログラム評価はできず比較が難しいと、総説はあまりありませんでした。ただ統合失調症に対する芸術療法の効果研究として、通常治療に芸術療法を加えたものが、通常治療のものより陰性症状の改善が高い結果が出ていると報告されています。

職業リハビリテーションですが、就労準備支援、病院での作業訓練から徐々にステップアップして、保護的就労に結びつけるという内容ですが、就労準備支援、クラブハウス運動、支持的雇用など幅広く行なわれていて、競争的雇用の継続という点で効果が高いのは援助付き雇用であるとされていて、1年半後の被雇用率は支持的雇用で34%、就労準備支援では12%という報告がされています。

最後に統合失調症以外の疾患のデイケア適用例として、コクランレビューとAPAガイドラインを参考にしました。境界性人格障害の治療への効果で、弁証法的行動療法と並んで精神分析的なデイケアの治療効果が解説されています。再入院や18ヵ月後のサービス利用ニーズが低く、2年半から3年後の追跡調査時に薬物治療を受けている割合が減っており、不安やうつ症状の評価得点が低く、社会適応度も非常に高いとされています。

次に摂食障害の治療戦略としてデイケアがあげられていました。患者の状態に合わせて5段階の治療場を提案していて、体重減少が著しかったり自殺のリスクが高い場合にはレベル5とされています。本人の動機付けや家族環境が厳しくてサポートがえられない場合などはレベル4や5が選択される。本人に一定程度の動機付けがあり、体重増加への行動化

ケアが必要で、衝動統制スキルなどを獲得する必要がある場合には、ある程度インテンシブなケアを提供できるデイケアが望ましいとされていました。ここでは週5日、1日8時間以上のほうが効果が出ているとありました。

物質関連障害の治療戦略として、APAのガイドラインに載っているものです。週20時間以上の部分入院や週9時間以上のインテンシブな外来診療が提示されていて、通常の外来診療だけではサポートしきれない患者が対象となっています。比較的治療の早期に使い、地域から直接サービスをするものもあれば、入院から地域へのステップダウンの期間として利用するものもいとあげられています。部分入院のプログラムの構成要素としては個人療法、集団療法、職業的または教育的カウンセリング、家族会、医療的なスーパーバイズの下での服薬に関する話し合い、薬物乱用に関する無作為尿検査や並存する他の精神科的問題の治療などです。

浅野:最近のをレビューしていただいてあまり研究がないということなんですけど、過去にたくさんあるんです。もう1つは、医師の役割を議論するときに精神科デイケアは確かに外来医療の延長という定義の仕方もあるんですが、集団精神療法の1つだという考え方もあります。そう考えたときに、医師の役割を単独で論じること自体が無意味だと、僕は思うんですね。処方するとか、診断するとかいうことはどの場面でももちろんありますけど、それ以外、集団精神療法で医師でなければいけないことがあるのかという議論を、今しているわけだから、そういう議論はそもそもおかしい。別に医師である必要は何も無いんですよ。

池淵:先生が言われた通りで、最近、英語圏では統合失調症のデイケアを扱った研究は本当に少ないんですよ。近年の関心は、摂食障害とか人格障害とか、外来だけではうまく扱えないような人たちをどんなサービスを提供するかということでやるのが多くとすごく思います。



私はアメリカに何回も行って見ていて、医療ベースのデイホスピタルとか、医療ベースのデイケアが減ってきているのは確かで、どうなっているのかなと思っています。率直にコメントをもらえるキム・ミューザーさんというダートマスのメディカルセンターの有名な心理社会的治療の研究者と、UCLAのリバーマンさんにどう思うかとメールで問い合わせをしました。

先生が言われたように英米では2、30年くらい前に何を入院の代替として使ったらいいのかということで、デイケアが着目されて、たくさん研究が出たんです。当時の研究基準が不明確なことがあったりして、長沼さんが引用してくれたコクランデータベースは厳しい基準の研究しか採用してくれないので、かつてのデイケアについての研究はほとんど採用されていません。最新のデータベースだとデイケアについての効果研究は余り引っかけかかってこないのです。

私や浅野先生といった昔からデイケアをやっている人はそうではないのですが、新しい研究者の人たちはデイケアは本当に効果があるんだろうかと言っている人もいます。コクランは厳しい基準のレビューで、そこに採用される研究が少ないので、デイケアが例えば統合失調症のガイドラインにあまり取り上げられなくなっています。

もう一つの理由はお金の問題と私は思っています。地域でクラブハウスとかがたくさん出てきて、そちらでケアできるようになって、統合失調症の人を何も医療ベースで抱えなくてもいいではないかということで、かなりを地域ケアで抱えるようにアメリカでは実際なっています。その方が人手もお金も掛からないということです。地域ケアのサービスと医療ベースのデイケアとを比較して効果を調べる研究は今のところ無いと思います。無いのなら、お金の掛からない地域ケアの方がいいのではないかという論理がおそらくあると思います。

ミューザーさんはどちらかというところエビデンスを重視される研究者なので、十分な効果についてのデータがないということうえおいておられます。リバーマンさんは精神科医なのでデイケアサービスの意義とい

いますか、どういう人はデイケアサービスがよく、どういう人は福祉ケアがいいかということをよく考えて、デイケアも本当に必要なサービスなのだからしっかり残さないとだめだとしています。私たちもしっかり考えないと、だんだん地域ケアということに流されてゆく。地域ケアはいいことですが、どういうふうにデイケアが位置づけられていくのかと私は危機意識を持っています。

竹島:ありがとうございました。今日は議論の火付けということで、お話いただいたわけですが。

実際に検証されていた姿と、実際に日本で増えてきたケアと今は必ずしも一緒ではない可能性がある。須藤先生のデータにもありましたが、ある意味、増えると言う要因が働きつつ増えていったということであるとしたら、今増えてきているものについて、どんなものがどんなふうに増えていて、その中に池淵先生がおっしゃったように地域ケアではないものでカバーすべきもの、少なくともこれだけは全体にある、その中身はこんなことということができれば、厚労省の趣旨の研究成果になることになろうかと思えます。

そういう意味で、過去に文献的に整理されてきたものに関して、それをレビューしたものを今回の調査等の質問に活かしていくことはうまくいくでしょうか。それとも、難しい面がありますか。

野中:あくまでもひとつの地域のシステムの中でどう考えるかということを考えないと、データも取れないと思います。ものすごくいい社会復帰施設が他にあればデイケアがひきたちますが、何も無いとデイケアだけ。今の状態の中で他に何も無いとデイケアに集中するという事態になるというのが事実だと思いますね。

アメリカやイギリスのデータを見ると地域ケアのサービスがいっぱいあります。今イギリスは8週間のデイケアを6週間に減らそうとしている。精神保健のあらゆる部分で予算が上がっているのですが、デイケアだけは下げているんです。イギリスの現在の状態におい

ては、デイケアの効果よりもやはり地域ケアの方が高いという結果になるんです。

日本にそのまま当てはめたら、結局何も無くなってしまう。そういうことは非常に危険だと思うので、注意をして進めていかなければならない。外国のデータだけでデイケアの有効性はそんなに高くないという話でデイケアをつぶすと他に何も無くなっちゃうということが起こるし、それから、地域によって非常にデイケアが有効に働いている地域と、デイケアが乱立し無駄なデイケアが展開しているという地域もある。地域ごとのシステムで考えていくということがリソースですね。社会資源を地域の中でどう組み合わせるかという考え方でいかないと、全国一律の基準は難しいと思う。

池淵:どこか先生の理想というか、モデルとなるような地域はありますか。

野中:日本で?それはいくつか、ベストプラクティスをやっているこういう地域があった、といくつかのモデルはできると思いますね。

池淵:効果的ケアの問題ということで言われましたけど、どういうものをやるのか骨格が明確なものは効果研究がやりやすい。地域の生活を支えるサービスの効果を検証するというのは簡単ではないです。デイケアの幅が広すぎて、効果研究がなかなか成り立たないということがあります。それこそ、コクランなどでは採用されないということになってくるんでしょう。デイケアの役割は広くてあいまいだという実態は反映しているかと思うんですけど。

浅野:この春に池淵先生とか、竹島先生に参加していただいて、精神神経学会でデイケアのシンポジウムをやりました。その時に議論になったのは、地域ネットワークの中でデイケアがどういう役割をしているかということで非常に違ってくるという点。だから、精神科のデイケアを単体でその効果研究というのは、そもそも成り立たないのではないかという結論、意見で一

致したんですが。

そういうことをトータルでどうやって評価するか。

竹島:私もその方向で話をしたんですが、片方でデイケアのあり方を考えるとき、実態というものをいっぱい話して、逆に実態の中で改善すべき点があるということで、結果的にきちっとやっているところが浮かんでくると、そういうふうにしなないといけない。実態というものについての把握の仕方を検討しないといけないかなと思います。

羽藤:精神科の診療所は、今全国で5000いくつありますけれど、その約1割がデイケアを持っています。そこでフォローしている患者数は、授産施設でフォローしている患者数をはるかに凌駕しています。デイケアがあることで多くの患者さんが支えられています。

その実態をきちんと明らかにすることが必要です。今、私たちが論じなければいけないのは、デイケア一般じゃなく、病院や診療所にあるデイケアです。多くは、小規模で、1人あるいはごく少数の医者がいて、少数のスタッフがいるところで、ケースワークやいろいろなことをやっている、そういうところの機能を再評価して見る必要があります。

竹島:少し追加しますと。長沼さんはデイケアとか訪問看護に実績のある病院について、その医療機能とか、果たしている役割について、それが無い病院、ある病院を分析してもらっているのだから、そのことを全体像から浮かび上がらせてやってもらいます。

野中:もうひとつ追加したいのは、例えば知的障害ですと医療や診療所におんぶに抱っこしなくても福祉に金が流れているんです。だからそこに人がいっぱいいますし施設があるから、別に診療所が手を出さなくてもいい。

精神は何も無い。そうすると、病院と医療でやるしかないんですよ。本当に医療が必要かどうかは別にして、医療が手を出さないと何も無い。その条件を考

えと、医療だけではなく福祉と一緒に整備しないと、やっぱり医療型になってしまい、医療が抱え込んでいるという批判につながってしまうんですね。同時にそっちのほうも整備をして、せめて3障害内で統一されたくらいのお金が福祉のほうに出ていないと医療が抱えることになる。そんなところも注意して。

竹島:総括的な話はここで終わりにして、どうもありがとうございました。

どちらにしても、文献のところが分かることと、今回の中で明らかにしていかなければいけないことには一定の限界性があることを踏まえて、この研究を進めていく必要があるということです。

#### (4) 精神科クリニックにおける思春期デイケア

メンタルクリニックダダ 大嶋正浩先生

我々は児童思春期の方をクリニックでやったらどうなるかと、かなり実験的に始めたグループです。今、浜松と豊橋にうちのようにデイケアと外来診療で児童思春期を対象としたところが引き続き4ヶ所出来ております。全国とは別の動きでオリジナルでやっているんですけど。そのような流れの中でお話します。

その中でどうしても社会復帰とか、定着せずに引きこもったりうまく流れが出来ないということがあったり、地域に全く福祉が無かったりということもあって、福祉もやろうということになりました。その時に、書いてあるように援護寮だんだん、生活支援センターだんだんとか、就業生活支援センターとか、順次ニーズに合わせて始まったんです。

実はクリニックと「だんだん(福祉施設)」は約6~7 km離れ、「ふらっと(福祉施設)」は18~19 km離れたところで運営しています。福祉と医療の場所は完全に分けてやっています。あと、「メンキャップクラブ」という経済活動体験グループ。これはボランティアさんなどいろいろな人が支えてくれて、市が施設を貸してくれている当事者の運営する喫茶店。そんなふうにならに広がっていったんです。

うちの場合、開院後5年くらいして社会復帰施設を始めたときに、デイケアではなく福祉の方でやったほうがいい人はそっちに移しました。今の時点ではだいたい8割9割は他の病院、クリニックから来ている人たちが福祉施設の方に行っています。

基本的に福祉施設は「問わない」ということを合言葉にしています。その人が何者であるか、どういう病気なのかは問わない。もちろん、問題を起こしたりとか、周りに迷惑をかけたなら停止とか、地域と連携を取るとかはやりますけどそれ以外は問わないで、そこでいろいろな付き合いが起きればいいのかというような感じで福祉の方は規定しました。

実は児童思春期がわれわれの専門ですので、発

達的なものをモデルにして、情緒的な発達の問題をクリアすると社会に出やすくなるということを臨床の核にして始めました。

写真のように施設にはいろいろあります。和室があったり、多目的ホールでバンドをやったり、卓球やリミック、ストレッチをやったり、幼児の療育グループをやったりもあります。それ以外にデイケア棟も3ヶ所合わせて100坪くらいの床面積でやっています。運動場はミニサッカーが出来るテニスコートくらいの広さです。そういうような感じで児童、思春期の子を何とかしようと思えました。

デイケア、ナイトケアについてです。「ひまわり」、「いろり」というのが主なデイケアです。ひまわりは活発な思春期患者を対象とするグループで、現在25人前後が来ています。統合失調症を中心としますが、境界例、強迫神経症などの方もかなり含まれています。年齢がいていませんで統合失調症も薬物治療とか、入院2、3ヵ月で陽性症状は治まって、その後いろいろな問題行動や、対人関係が不得意だったりの問題山積という方々のグループになっています。

「いろり」は慢性、あるいは精神症状が続いている、それもかなり重い陽性症状や陰性症状が続いている人たちで思春期から23、4歳くらいまでの人を初めは入れてやっていたんですけど。後で話しますが、実はこのグループもとても活発になって、ひまわりというグループを凌駕するほどになってきています。

「マスカット」は不登校の小中学生を対象にした活発なグループで、病的には統合失調症レベルの不安や混乱。軽い人は地域のチャレンジ教室やいろいろなところに行く場所があるのでそっちにお願いして、うちは重いタイプの人を取るということで軽度の発達障害やADHDの二次障害、摂食障害、強迫性障害中心です。そうしたさまざまな、不登校といってもいろいろな人の混在したグループをずっとやっていたんですが、最近の子たちはどんどん悪化してきて、そういう混在したグループが成立しにくくなっています。