

それを年齢別に展開したのが図 3 です。うつ病・躁うつ病は高い年齢層で多かったのですが、若い年齢層では不安障害を並存している割合が多いのがお分かりと思います。その人たちがデイケアを利用していった期間を示したのが図 4 です。平均で 3 ヶ月くらい通っており、実日数では 50 日くらいです。このようにどんどんメンバーは替わるので、職員はかなりストレスを受けることになります。

デイケア終了後、どのくらい就労できたかをみたものが表 2 です。平成 18 年 4 月 15 日現在です。元の職場に復職した人が 100 名中 80 人、転職した人が 8 人、再休職が 8 人、失職状態が 4 人です。この数字はリアルタイムで動いていますが、どのくらい就労が継続できているのかを追ってみました。復職した 80 名で最短が 1 日、これは 4 月 15 日に復職したということです。最長が 514 日です。サバイバル曲線みたいなもので、印象としては 1 年くらい安定して復職していれば再休職の可能性はかなり減ると思います。今後、これらのデータを蓄積していかなければならないと考えております。当院のデイケアはマスコミにも紹介され、最近では首都圏一円から問い合わせがあり、こういうデイケアがいろいろなところに行けばいいと思っています。

< 質疑 >

浅野：企業側から見ると、リハビリテーションに踏み込めないところがある。労災や賃金の問題があります。デイケアの入口で 3 ヶ月くらいの休職を宣告して始めるのですか。

五十嵐：そうではなく、それは結果的にそうなっているだけで、デイケア最長の方は 1 年です。

デイケアに通っている病状が不安定の際は苦労しますが、上手く職場に戻れると沈静しますね。

浅野：こういう人たちを集団として扱える地域は限られますね。

五十嵐：例えば札幌のある先生は曜日で切っています。他の疾患と一緒にというのは難しいですね。

羽藤：職場復帰プログラムとして、デイケアが必要なものと、そうでないケースがあると思います。振り分けはどうされているのですか。

五十嵐：少なくとも休職歴が 3 回以上はかなり慎重にやっている。本人も慎重になっています。なにより、これ以上休むと首になるということがあるから、そこはしっかりトレーニングします。

浅野：企業側でデイケアに通っていることについてはどうですか。

五十嵐：企業が患者さんに紹介する場合がありますし、リハビリ出勤を免除する企業もあります。

池淵：デイケアに通う人は単なるうつではなく、未熟なパーソナリティーもあるでしょう。行動療法が必須のような気がします。そこをしっかりとしないと戻れないと思います。

五十嵐：本当はデイケアの中でできればいいが、昨日デイケアを始めた人もいれば明日復職する人もいるので、どこに標準を合わせればいいのか分からない。

池淵：病棟はうつ病の方がとても多く、うつ病教室をやっています。集団だと相互学習ができる。

五十嵐：その集団は薬物治療が終わっても仲間飲み会などをやって、集団として続いていくようです。

(7) 総括・質疑等

竹島: 報告書の中にそれぞれの方の報告をまとめた方が良いと思います。まとめの中で誤解のある表現などを直していただきたいと思います。

確認したいと思います。「これはデイケアでやる必要ではない。デイケアの対象にしなくてもいい。」というのは今日の報告の中ではありませんでした。次に「デイケアと一括りと言っているが、発達や状態の多様さから、それぞれのデイケアが必要になってきている。」という理解でいいですか。それに伴って診療報酬も、それぞれの必要に応じた形態に応じた多様化が図られざるをえない。ただし、デイケアの形態によっては、ある程度の人口規模を背景にしないと成り立たないので、一定の混合性がないと、専門分化という形が望ましいと言うだけでは実際の地域のニーズと見合わないのではないかと。同時に専門文化がそれに対し、どれくらい差別を行っているかどうか、どういう形でそれを担保するのか。それは社会に対して説明責任があると思う。

羽藤: 今の日本のデイケアをデイケアと言っているのかどうか。寧ろ、クリニックの補完機能、補強機能なのではないか。デイケアを持つことで、スタッフを確保出来て、クリニックが、より生きてくるということがあるのではないのか。

竹島: クリニックとは外来ですね。

羽藤: そうです。

大嶋: 今と同じ意味で言うと日の当たらない部分、児童・思春期はとれる点数はないが、やらなくてはいけないことがたくさんある。デイケアがあることにより、そこで機能できていることがある。アルコールもそうですが、点数としてできなかった部分にその補完としてデイケアがある。デイケアにも対象によりいろいろな特

徴があり、3ヶ月、6ヶ月だったり、2年だったり4、5年だったりします。参加期間で差別化するのではなく別々の部分にしっかりと枠を付けるか、あるいはインテンスィブにちゃんとやっているか、人員をちゃんと配置しているところで差別化していくか、どちらかでやってもらわないと不安です。我々の児童・思春期の方はデイケアが厳しくなると機能しなくなっていくかもしれない。そこら辺を考えていただけると助かるなと思います。

辻本: 病院なら看護師に対してどう、ということがありますが、診療所ではないですね。医者1人受付1人でやるほうが効率的にはすごい。多職種で、ある程度の規模を持ってやっていると、ドクターフィー以外のフィーが全くないというのはいちばんしんどいことです。

羽藤: インテンスィブ・ケアマネジメントのようなことをクリニックがそれをやろうと思ったら、デイケアを持つ選択肢しかないですね。

浅野: 今の議論はデイケアがどうかという議論とは少し違いますね。診療所に対する経済的な地域基盤が十分でないため補完として利用している。デイケアがどうか分からなくなっているという問題ですね。

辻本: 大阪の診療所協会で入院を阻止する要因として何があるか調査したら、ソーシャルワーカーがいるクリニックといないクリニックで差がありますね。ソーシャルワーカーがいるクリニックはある程度デイケアをやっている形になっています。だから、入院を予防するためにはドクターだけでなく、ソーシャルワーカーなどいろいろな人がいなければいけない。しかし、精神科の診療所はソーシャルワーカーがいないクリニックが結構あります。

羽藤: 診療所の9割は、常勤医1名、非常勤約2名、

それに受け付けの事務職員、看護師、PSW、心理士などが合計で2名強です。診療所がデイケアを持てば、PSWなどの専門職のスタッフを複数確保出来ます。

竹島: スタッフの状況とか資料として加えさせていただきます。また、デイケアがどれくらい設置されているかも資料としてあげたいと思います。

野中: 枠組みとして「デイケアをどうするのか」という話しに入ると、全体の中でのデイケアの位置づけをどうするのかとか、他の問題を考えざるをえなくなる。今の日本が行き詰まっているのは、1つ1つのプログラムをどうこうするかではなく、「出来上がっているホテルをどう使っていくのか」ではなく、「ホテル全体をもう一度作り直さなければいけない」というのを前提にしないと、デイケアだけを切り刻んでいくと、どこかが切り捨てられる結果に終わってしまう可能性が高い。

池淵: 私も野中先生と同じことを今の議論を聞いて思っていました。地域ケアの時代となったときに、医療がどういうことをやっていくのか、その中でデイケアはどういう役割を担っていくのか、全体として考えないといけない。地域ケアを福祉とセットで考える視点を持たないと、まとまらないと思います。

大嶋: うちが福祉と両方やっていますが、医療のデイケアはインテシブケアをやって福祉に繋げていく。福祉もインテシブケアの状況も分かりながら、その後を担っていく。そこで棲み分けができてくる。インテシブでないものは切り離しインテシブケアを医療に残していかないと、精神保健福祉そのものが崩壊していく気がします。

池淵: 医療が受け持つ部分、ケアマネジメントサービスやアウトリーチサービスにきちんとお金が付くようにした上で、昼間、集団でやる活動が必要な人たちがいるので、そこがデイケアだと思うんです。デイケア

が多義的に使われて、ケースマネージャーを置くためにデイケアをおくことも起こるのではないかと思うのですが。

竹島: では、インテシブケアをする方向として何かあるのかということだと、デイケアのことは議論しなくて良いですか。そういう装置があれば？

大嶋: 極論を言えば、インテシブケアについて細かい基準が日本にあれば、それはそれで良いと思います。それが無い状況で、それを作っていくのか、インテシブケアとして基準を作っていくのか。そこで話していても、児童でもいろいろな考え方があるし、アルコールにもいろいろな考え方の人がいるので、一律に枠をはめると難しくなってくる。どこまでインテシブにやっているかとか。

竹島: 例えば大嶋先生のところでは児童の発達機会に応じて人と場所が必要である、それを置き換えると辻本先生のところではアルコールで似たようなものになっていくのか、それとも大きく違いがあるのか、印象としてどう思いますか。

大嶋: かなり違いますが、最初の成田病院のお話でも患者14、15人に対して3人は辛い、20人で4人とか15人で3人とかのスタッフをイメージすると、うちも少ないほうが良いとは思いますがこの人数になってしまったのは、患者さん4、5人に1人の割合でインテシブにやるとすると必要になってくる。15人20人で3人4人はごく自然ですが、50人で3人4人でやっているとどこかがあるとデイケアの質として誤解を受ける気がします。そこら辺をすっきりしたり、うちで言えばケースカンファレンスをやってから外との打ち合わせをしているとか、何らかの、周りと一緒に結果を出しているところも含めてインテシブと認定してもらえば助かると思います。

野中: インテシブケアだけの問題だけではないです

ね。例えばバンクーバーの町では1ブロック歩くとアルコールドロッピングセンターがある。福祉も、ノーマルな人たちが運営しているドロッピングセンターまで、層が厚くあるのでインテンシブは少しで済むわけです。公民館もとれないしセルフヘルプグループもないようなところで、実質的に集まるのは病院しかないような今の日本で考えると、病院のデイケアももっと多くないと困ります。NPOがたくさん出来ていれば、病院のインテンシブケアは非常に少なくて済む。その兼ね合いの話なのです。私の町だったらどうするかというと、その地域の医療福祉予算の全部を町(地域)でもらって配分していくというほうがいいし、世界の先進諸国はその方向でやっているわけです。医療と福祉と、という厚労省の縦割り行政のまま受け取っているわけで、どっちが変わらないあっちが変わらないという話ではなく、地域全体の予算をもらって、地域なりに予算を分配している。NPOにもきちんとお金を払わないといけない。医療だけがお金をもらって頑張っても無理です。デイケアだけ改善されても最終的な改善にはならない。インテンシブも必要だが、基礎的なドロッピングセンターなど福祉の基礎構造、NPOに対する配分とかも考えなくてはいけないと思います。デイケアは、インテンシブな機能から維持的なドロッピングセンターの機能まで、広まりがあるから使いやすいわけです。だから多義的になる。そこを現在の日本ではデイケアという形で一本化しているので、いろいろな意味合いが含まれてしまうという点から解き始めれば、少し全体が見えてくるのではないのでしょうか。

浅野:竹島先生が冒頭でまとめられたところで、「こういうデイケアは必要ない、という議論はなかった」と言いましたが、それはたぶん対象者のことですね。「こういうデイケアはない方がいい」という規定はできるんです。「アウトリーチ?サービスをしない、ケアマネジメントをしない、スタッフミーティングが定例的になり」こういうデイケアはデイケアと呼ばないようにするという定義の仕方もあります。そういうのをどう評価するのか。ただ待っていて、自己完結的なデイケア、本来

の何分の一しか機能していないと私は思うから、

竹島:野中先生の議論はよく分かりますが、危険であるし心配もします。総合的な構造があればいい、それなら総合的な構造でやるので一旦閉める、という話になれば大変です。せっかくデイケアということで一定の財源があり動かしているもの、それを基盤として有効活用する論理で行ったほうが安全ではないでしょうか。

竹島:実態を知ってもらった上で一番有効な解決策は何かということです。ベーシックな共通の機能はこの辺りにある、それにオンされる機能には当然人もお金も場所も必要だ。オンするものにはちゃんと支払いがあつて、というふうにも整理できるのではないかと思います。

野中:妥協するとしたら、医療でやれる通所的なプログラムはどうあるべきか、医療だけでは足りないから福祉およびNPOを含めた通所に対してどう援助するか。両方をワンセットで考えていくという話だと思えます。

池淵:デイケアの話に戻すと、一定程度インテンシブな地域でやれる援助、例えばACTみたいな訪問系とデイケアのような集団でとあると思いますが、一定のマンパワーが必要です。スタッフ比率で考えるのか、付加的なサービスをすると収入が増える、何らかの機能を強化する方向で考えるのか。その辺を考えないと今の多義的デイケアというのは改まらないと思えます。

辻本:手厚くやって、就労支援をしてどんどん働いていく、それは有り難いことですが、デイケアがぐくくと減ってしまう。逆に抱え込みの所はどんどん入ってくるという矛盾があります。その辺をきちんと見てほしいと思いますね。

浅野:退院促進の発想と同じですね。

野中:成果主義で、出口で良くするとお金を出すというやり方があります。でも、それをやると良い患者だけ入れて悪い患者は入れないとなる。悪い患者にちゃんとお金を出すという、総合的に評価する機関がないといけない。県立病院でデイケアをやりましたが、良くしないと文句言われる、良くしても文句言われる。それで赤字になる。良いのをやると良いのだけと文句を言われるので、やりにくいことは分かります。正当な評価がない。デイケアだけではないのですが、そうするとずる賢くやっていかないと生き延びられない。それでは長続きする援助にはならない。同時に基本的な評価構造を作ることだと思います。

須藤:皆さんのインテンシブな話の中で一番インテンシブでない報告をしましたが、これでいいとは思っていません。しかしあまり細かく基準をもうけ枠をはめると変なことになると思います。患者のさまざまな条件の中で、どうすればいいかを考えてやればいい。スタッフをやたら投入して手厚い対応をすればいいというものでもないし、逆に自分勝手に手を抜いていいというものでもありません。そこで基準となるある線を引いている。その中で自分はどういう部分を受け持つのか、どう効率的にやるのかを考えることが各人の仕事です。内容・方法に関しても何らかの条件はいるでしょう。アウトリーチをすることや定期的な検討会をすること、それは必要だと思います。一方、医療だ福祉だといつまでも議論するより、入院の急性期に対する報酬のように、期間を設けて報酬に差をつける、例えば3ヶ月まではいくらだが1年なら安くなるとか、何段階か大雑把に分けておけばいいでしょう。病状は期間と関連しないので何らかの矛盾は起きるだろうが、細かなことを言っていたら前に進みません。細かく分けすぎると創意工夫の部分がなくなるので、よくないと思います。

竹島:須藤先生の資料 3Pと7Pにあります。診療報

酬の考え方の中には全体のシステムの維持管理、必然的に発生する会議や連絡調整といったものが、精神医の場合には他科より多いと仮定して、次に現在の診療報酬の中にそういった要素が組み込まれて成り立っているのか。須藤先生の外来診療とデイケアとの比較で、デイケアを除いた一般診療では経営的に成り立つのが厳しい状態である。その辺の要素が加味されたり、濃厚なケースマネジメントは別にしても一般的に必要なケースワークが加味された上での動きがあり、それに対応するためのソーシャルワーカーなどの配置があり、さらに需要の高い人たちに対する診療所の仕組みがあり、実際にそれをきちんとやっている証左として一定のプログラムをこなしている、こなしていることに対する支払いがある。そう理解しているのかどうかを、お話してみました。7Pはそれを発展させた図にすることによって、デイケアのイメージが整理できないかと。時代的社会的要因によって上がっている部分に関して、説明する図の描き方によってデイケアのあり方を表現できないかと思っています。

野中:ISO9000に原則で則っているような大まかな質の管理ができていいのか。細かい部分は民間では到底無理ですから、基準としてISO9000レベルの質の管理が必要です。もう1つのアイデアは、医療の受理においてアロケーションミーティングとあって、最初にいろいろな人を振り分ける機能があります。いわばアロケーションデイケアがあっても良いと思います。どんな人でも急性期が終わったら1回デイケアに来て、これは継続的にデイケアに来るほうが良い、これは終了したほうが良い、これは復職だなど、一定期間通わせて次のステップに入る、多職種で判断できるようなものがあると、比較的多くの人が助けられる。そこには十分にお金をつけたほうが良い。急性期病棟システムに近い考え方ですね。

竹島:退院促進とセットで考えると、フローを作る、人の流れを作っていくこととつながっていくのかなと思います。

羽藤:話は飛びますが、今、日本の精神科診療所に通院している患者さんの中には、診療所に通っているだけであとは何もないままに時間が経過している人がいます。診療所滞留群とも呼んだら良いのか。家族会で長く問題にされてきていることです。社会的入院が7万2千床と並ぶような重大な課題です。そうした群に対する取り組みを考えると、診療所がもっと機能的にならなければいけない。そのために診療報酬での手当も必要です。PSWの業務に点数付けするとかです。

矛盾することを言いますが、精神科診療所の9割が1人精神科医の診療所です。多くの精神科医は、PSWをもちたくない、自分でコツコツやりたいと思っている。それはそれとして認めなくてはならないでしょう。選択の余地を残す必要はあります。しかし、診療所は、全体としては、PSWなどの人員を配置して、今よりも、もっと機能を高めなくてはならない。

野中:PSWは医者に支配されたくないんですね。PSWがドロッピングセンターを運営できるような制度を作してほしい。そうすると、診療所もあって、PSWが運営するドロッピングセンターも並存する。いまはこちらにお金がないんですね。「ヤドカリの里」が世の中にいっぱいあれば、病院にわざわざデイケアを作らなくても隣のヤドカリに行けば良い。しかし今はそういう福祉的なものが、自立支援法でますます出来にくくなっていて、人の流れはデイケアに戻ろうとしている。そういう状況ではますますソーシャルワーカーは雇われません。

竹島:来年調査をすることにしていますが、目的は冒頭¹に書いてあるもので、どういう調査をしたらいいのか、ご意見をいただきたい。お話をうかがっていると、どういうコンセプトで、どういうデイケアがあるのか、その中で重要視したいことや、どういう活動をしているのか、数字的にとらえるものと、運営、考え方が聞ける調査が必要だという気がします。何かご意見はありますか。

か。

大嶋:医者とPSWが離れていることを固定化して、患者さんにとって良いことは何もないです。どうして一緒にやれないのかという問題や、一緒にやるためにはどういう考え方が必要なのか、一緒にやる場面を、例えばデイケア、あるいは1人でやっている診療所の医者が、社会的福祉施設としっかりと関わることによって、一緒に協力してやるということがないと、どちらも不幸になっていくような気がします。その仕組みをどう作っていくか、どう考えていくかも質問に入れて、考えていった方が良いと思います。

羽藤:一緒に協力してやってゆくには、まずは、1人1人の患者さんについて、協力して、ケアプランを作ることじゃないでしょうか。調査では、ケアプランをどうしているか聞いてみたいですね。

浅野:数字では見えないものが、実はデイケアの雰囲気²を支配しています。それはミーティングやプログラムを支える構造にどういうものがあるかを加味しないと、機能がわからないかもしれない。

池淵:何をするかについて私は長年の希望をもっているのですが、いろいろなデイケアがあることはぼんやりとは分かっているのではないかと思います。デイケアのためのガイドライン、運用の大枠は出せないのかと思っているんです。それで何か縛られるということではなく、支援ということの合意作りができていかないと、アメリカのように、今のところデイケアが流行っているが成果も出てこないし、何をやっているのかははっきりしない。そうこうするうちに新しい入れ物を作ろうと福祉ベースのケアにお金がついて、だんだんデイケアの存在がはっきりしなくなっていく危機感があります。「デイケアはこういう役割を持っている」と指し示すようなガイドラインが作れないかと思います。

竹島:素材になるもの、たたき台になるものは？

池淵:私たちの経験ということですね。実態もかなりわかかってきていますし。

大嶋:いま、福祉、福祉という話があるような気がします。私は共同授産施設や作業所に顧問医で行き、ケース検討をやることあるんですね。やってみると、「病名は問わない」と、病院側の情報は一切なしでされています。それで何が把握されているかという、皆さん金太郎飴のように同じようなケアプランなんです。これでは動くはずはない。その人その人の障害について、見立てを医療の側がきちんとやらないと福祉がうまく動くはずがない。現状でドロッピングステーションが出来ても、何も良いことがないんじゃないかという感じがあって、医者を変えたケースマネジメントをやって、それで良いものが出るという世論を形成しないといけない。

野中:福祉だけやると病名や薬は全く関係なくなってしまう。看護師さんとケースマネジメントやるとデイケアが全然入っていなかったりする。医者やると生活はどうでもよくなる。本当にどうしようもない。それらの職種が全部集まらない限り利用者は助からない。デイケアなら出来る可能性がある。しかしそれをやらないところが多いんです。医者が付いているはずなのに医者は形だけなんですね。

大嶋:その通りで、デイケアと地域の授産所、作業所がネットワークを組む。医者がダメでも、福祉が孤立していたとしても、ネットワークをつくって若いスタッフが患者さんについて話すとレベルアップします。我々の地域はデイケアのスタッフと作業所のスタッフがネットワーク組んで入るようにしていたりとか、福祉の上の人は頭が固いし医者もあれなので、若いスタッフたちが研究会を作るかたちで、新鮮な目でケア会議のようなものをちゃんとやる。これから自立支援協議会ができると、部会として福祉と医療と一緒に集まって話をする。そういうところを、これから医療でやるときも福祉

とのネットワークを取り入れることが必須という枠をはめてもらえると精神保健福祉のためにもなると思います。

野中:そのときに、今の取り決めだとパートの医者が入っていることになっているが、形式上そうであれば通過してしまう。入った医者も何をしていいのかわからないまま足が遠のいてしまう。それを解決するためにはガイドラインというやり方が必要だと思う。

この日本に千何名の精神科医がデイケアに関わっているはずだが、実際は関わっていないですね。それは形だけ置かれていて実質上何もやっていないこととなります。

羽藤:「先生、居ていただくだけでよいですから」という条件でデイケア付きの診療所に勧誘されたという話を聞きます。デイケアの精神科医が、新聞を読んでいるだけ、ということもあると思います。

竹島:中島先生、残すところわずかなのですが。

中島:そうやって新聞を読んでもいられるというのは、そうしていただけるからだと思うんですね。うちの病院のデイケアを抜本的に作り直そうと考えているところなので、今日は勉強させてもらいに来ました。(資料を)読むと非常におもしろい試みがあるので、全部やってみようかと思っています。

竹島:100人来て100人とも忙しさを要求されるのも、何か不健全な気がします。ある程度忙しい人と落ち着いている人を混在させることによって、成り立っているはずだと思うのですが。お店屋さんでもランチタイムは忙しいけれど3時4時は暇だから成り立っているということがあるんじゃないかと思います。

辻本:医療か福祉かというテーマですが、私はいまだにわからないんです。何ですかね。

竹島:私は本当は3つだと思っています。医療が中心となってやる部分、医療からのアクセスがいい福祉、福祉中心でいいという3つではないかと。須藤先生の図でも、福祉だが医療からアクセスがいい緊切性の早い福祉でない間に合わない部分がどこかにあると。3つに書いたほうが分かりやすいし、機能的ではないかと思っているのですが。

須藤:医療のデイケアというのは、医師が関与するという意味ですかねえ。医師はどんな場面でどの程度関わるのがいいのでしょうか。いわゆる福祉のデイケアといっても、看護師もOTもCPも関係しないで全くの素人がやっているわけではないでしょう？福祉のデイケアといわれても、イメージがわいてきません。

渡:医療の範囲が何かということですが、分かりやすく言うと、診療報酬で賄うものが何かということ。それをきちっと明示していかないと。病床の部分で急性期はお金がつくけれど、それ以外が下げられていくように、デイケアも同じではないかと、先生のお話を聞いて。

須藤:私は医師の関わりは非常に大事だと思います。医師がどの程度関与するかが分かれ道だと。しかし先ほどのお話によると、今の医師はデイケアに来ても新聞読んでるだけになっています。デイケアの意味を理解できないし、分かっているけどやる気がない。始めにお話したように、「医師が来れば何かいいことがあるか」とスタッフに聞くと「さあ？」と答える。医師は邪魔じゃないかと僻んでしまいます。医療のデイケアを主張するのなら、医師の仕事の現状を分析し、今後どう関わっていくかを考えないと始まらないと思います。

浅野:おっしゃるとおりですが、その議論を進めると今度は医師が研修を受けるとか、医師が主宰するデイケアだけを認めるという話になってしまうのでは。

須藤:それはいいじゃないですか。

浅野:そういう医師をどうやって担保するかですね。

中嶋:若い医者がデイケアに興味を示さない傾向がある。医療へという方向性があるから、福祉的な面の強い所へ、若い医者が興味を持って突っ込んでいかないといけない。そこを何とかしなければいけないと思っています。一定の、これだけやればこれだけの成果が上がるというものを出していく必要があると思う。また、あまり成果を言うとデイケアでなくなってしまうので難しいが。

池淵:規定するのはなかなか難しいので、診療報酬で賄うものと、そうではない財源と考えて、診療報酬で賄う中身は何が妥当性をもつのか、ということですね。ここをしっかりと詰めていくとおのずと医師の役割はあると思います。精神症状をモニターして、再発防止のために一定の情報を提供するかスキルを提供するか、そういうことをデイケアは考えていく必要があると思います。

野中:福祉との総合的な対策は近い将来必要なんだけど、その前に医療的なデイケアは何かという明確化は必要だと思います。

中嶋:そのためには医療的なデイケアと呼べるようなものを次々に立ち上げて、見せることが必要です。実験的に限られた形ではやられています、まだ日本全体であちこちで出てきているというところまでは行っていない。

大嶋:私のところも、大規模で7人スタッフを入れて、ようやく成果が見えた。7人入れると赤字です。公的機関でないといけない。公的機関では結局つぶされました。モデルを見せられないというきつい状態です。厚労省の基準人員の下でやると、役に立たないデイケアになって、医者は「あそこに行っても俺の役にはたたない」と見てしまう。行くと何とかなるという夢を医者に与えてくれる構造を、どこかに作っていく。ある意

味でモデル作りですね。全国一律にいくらではなく、ここには金を出すと、いいものを作れというのでなければ、いいものはできないでしょう。予算がこれしかないからこれだけにしろ、では結局良いものはできない。

渡: 今日、先生方のお話を伺って、児童のデイケア、アルコールのデイケア、うつのデイケアそれぞれ違うと思いますが、共通する部分は見えてきたような気がします。グループでやることの重要性とか、人を手厚く付けてしっかりと見ていく重要性とか、そのモデルになるものを提案していただくことが、この研究の一番重要なところかなと思います。それがイコールで診療報酬に結びつくかどうかはわかりませんが、そういうものを提案していくことが非常に重要かと。

竹島: 方法が見えるようなものを実例として提示することも重要なのでしょうか。

渡: 最低限このくらいのマンパワーが必要であるとか、期間はどうか、疾患別にはどうか、そういうものを提示していただけることが重要だと思います。

中嶋: どれも、一定のベクトルを持って動いているデイケアです。医療的ではないデイケアは生活の一部になっているからベクトルがないんです。このベクトルのあるなしが結するんじゃないかなと私は思います。

竹島: 池淵先生、先ほどガイドラインのことをおっしゃってましたが、書いていただければ。

池淵: それこそプログラムということもありますし、浅野先生が言われたスタッフミーティング、運用の仕方もありますし、マンパワーもありますし。

竹島: 先ほどのベクトルですが、ベクトルで、かつ医者役割が発揮されるようなベクトルですね。

羽藤: 児童やアルコールでは疾患ごとのデイケアモデルはわかりやすいですが、統合失調症のデイケアについては、ボヤーっとしています。ガイドラインがほしいですね。

中嶋: ボヤーとしたところはボヤーっとさせとかないたしようがないけど。

羽藤: ボヤーっとした基準ですか？

中嶋: がんじがらめにされたら嫌になりますね。こういうことをするためのロボットみたいになったら嫌ですからね。創意工夫の余地がないのでは困ります。

須藤: 細かな話ですが、いま、同じスタッフでデイケアとデイナイトケアと一緒にやってもよいとか、より時間の長いデイナイトケアの場合は看護師が准看護師でもいいとか、変ですね。誰があんな変なことを決めたんでしょうか。

竹島: 整合性はないんです。

渡: 点数はそれぞれ出しておかないといけないんだけど。

須藤: 普通はデイケアとデイナイトケアを、別々に2つやるなんてことはないでしょ？ デイナイト 10 時間に対してデイケアは 6 時間で短いのに、スタッフ数は同じでいいというのはおかしいですよ。

竹島: この辺でテープは止めて、あとは適宜解散とします。

総合病院精神科における 期間設定型デイケア実施の意義について

成田赤十字病院デイケアセンター

佐藤茂樹(Dr)、滝口和子(Ns)
荒井紀久子(OT)、星野幸賢(PSW)
奥山宏一(PSW)

成田赤十字病院の現況

総病床数 719床(実働708床)
医師数 134 看護師数 616
救命救急センター 透析センター 一類感染症病床 研修指定病院

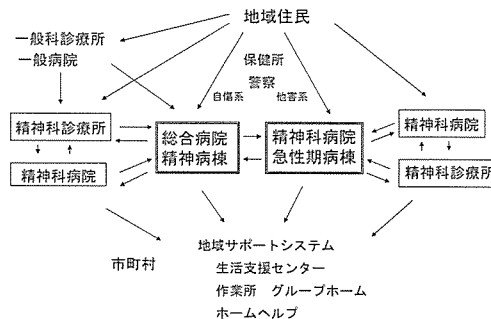
精神科 (精神病床数 50)
医師数 5 (内、指定医4)、看護師数 25
臨床心理士1、精神保健福祉士1
年間入院数 413 平均在院日数 43.2
1日平均外来数 145.0人

精神科デイケア (定員24名、期間設定: 最長2年)
作業療法士1、精神保健福祉士1、看護師1
1日平均14人、平均登録数 42人

総合病院精神科の主たる診療領域

1. 初期診療機能
他科医療と連携した初期診断、初期治療、身体疾患との鑑別
2. 精神科救急・急性期治療
総合病院の救急医療機能と連動、急性期の短期入院も
総合病院の短期入院傾向と合致
3. 身体合併症診療
一般病棟で管理困難な身体合併症(急性期)に対応
他医療機関との連携
4. うつ病、摂食障害等の治療

二次医療圏における精神医療の機能分担



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

- ・ 小規模病床、短期入院 → 院内リハビリテーションは困難
- ・ 外来患者は多いが診療時間は短い
→ 外来診療に関して、医師・患者ともに満足度は少ない
- ・ 在宅レベルだが、社会に適応していない患者が多い

∴ 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ふさわしい

但し、精神科を含め病院全体が急性期医療に特化しているなかで
デイケアのみが endless というわけにはいかない

総合病院精神科におけるデイケアは期間限定型がふさわしい

当デイケアセンターの特色

定期的評価 メンバーと一緒にこなう、肯定的評価中心、motivationの維持

中間評価(6ヶ月後) : 出席率、作業能力、対人関係
通所期限見直し(12ヶ月後) : 短期目標の達成度、通所期限再設定
中間評価(18ヶ月後) : 出席率、作業能力、対人関係
終了前評価(24ヶ月) : 短期・長期目標の達成度、今後について検討

プログラム・ヴァリエーション

単独作業 : 手芸、プラモデル、パソコン
共同作業 : 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 : 表現(台本読み)、英会話、SST
遊び(コントロールされない交流) : スポーツ、ゲーム、散歩

登録者及び退所者状況 (H13. 2~H18. 12)

延べ登録者数・・・ 179名 退所者・・・ 144名

満期終了・・・ 57名(40%)

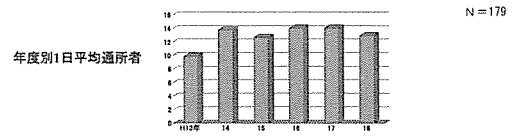
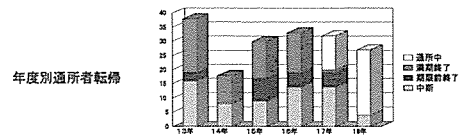
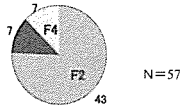
※ 2年：54, 1.5年(再DC)：3

満期終了者の疾患分布

期限前終了・・・ 21名(15%)

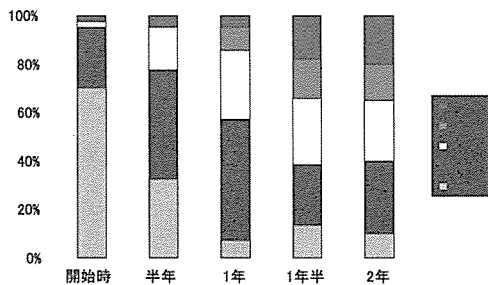
中断・・・ 66名(46%)

通所中・・・ 35名



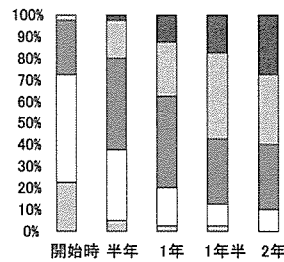
満期終了者 参加日数推移

対象：H13~H18.1 満期終了者40名



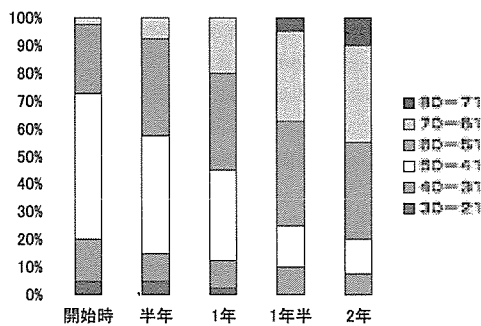
満期終了者 デイケア内適応度の推移

デイケア内適応度 評価尺度



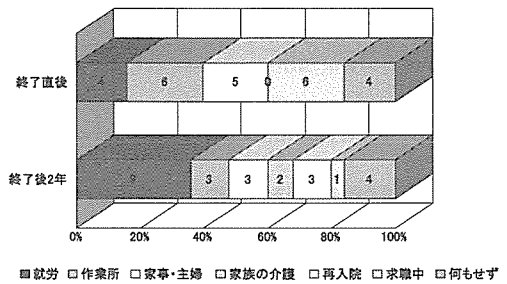
満期終了者 GAF尺度の推移

対象：H13~H18.1 満期終了者40名



終了直後および終了2年後の社会生活状態

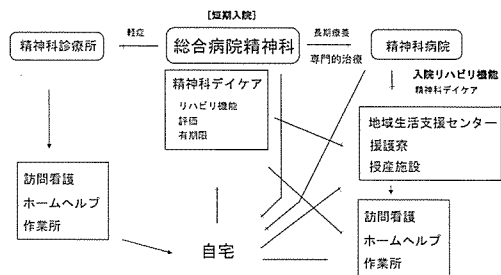
対象：H18.8迄に満期終了後2年を経過したもの 25名



通所期限設定のメリット

- ・メンバー・スタッフのモチベーションが維持される
- ・常時新規メンバーの受け入れが可能
- ・メンバーの固定化が避けられる
- ・中途脱落者が減少する
- ・デイケア内の抱え込みが避けられる
- ・他の地域支援施設との連携が得られ、その需要を喚起しうる

精神科リハビリテーション・ 地域生活支援における総合病院精神科の役割



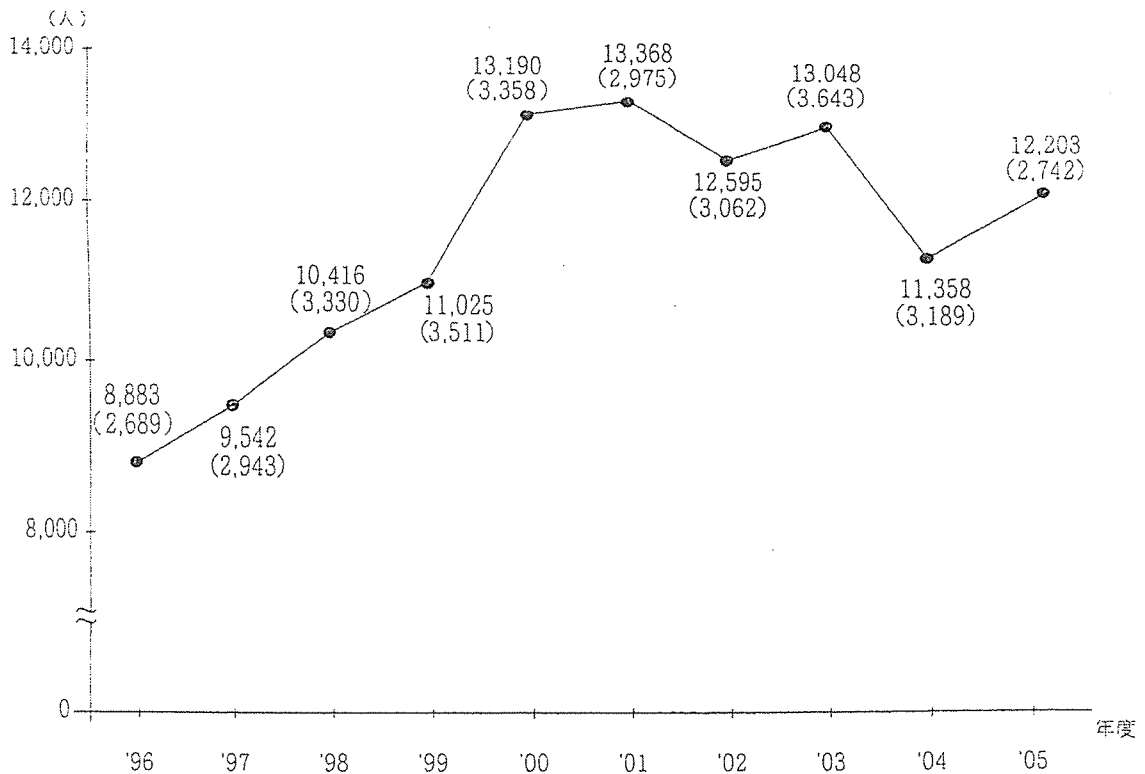
まとめ

1. これからの総合病院精神科は小規模病床、短期入院が標準となると思われることから、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精神科デイケアが有用であり、かつ母病院や総合病院精神科の機能との関係で期間限定型デイケアがふさわしいものと考えた。
2. 期間限定型デイケアでは、メンバーの固定化が避けられ、常時新規メンバーの受け入れが可能であった。
3. 満期終了者は、参加期間を経るごとに参加日数が増え、デイケア内適応度、GAF尺度共に上昇していた。また、終了時に43%が何らかの役割につき、18%が作業所に通うなど社会的QOLの上昇が見られた。
4. 以上より、総合病院精神科における期限設定型のデイケアは、精神科リハビリテーションとしての機能を発揮することができ、地域における精神保健・医療・福祉システムの円滑化に貢献しうるものと考えられる。

DC 人数 (2005 年度)

DC,DNC	外来診療
DC 9459 人/297 日=31.9 人/日	全外来 33335 - DC・DNC12200=211355
DNC 2741 人/229 日=11.3 人/日	
計 12200 人/297 日=41.1 人/日	÷300 日=70.5 人/日
登録人数 2005 年度末 120 人	
各月出席実人数 年間平均 109 人	
年間新登録者 79 人	
内本院新規登録 30 人	
2006 年 10 月現在	
継続中 16、中断・終了 14	
年間中断・終了者 75 人	

デイケア・デイナイトケア



一日平均	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05
	30.0	32.3	35.2	37.3	44.7	45.5	42.7	44.1	38.2	41.1

() はデイナイトケアで再掲。2000年 5 月より 50 人規模を 70 人規模に。また 2004 年 10 月より 50 人規模に戻す。

年齢別登録者数

年齢	男	女	計
20～	6	2	8
30～	12	8	20
40～	17	11	28
50～	26	15	41
60～	9	5	14
70～	5	2	7
80～	0	2	2
計	75	45	120

病名別登録者数

病名	人数
F1	3
F2	113
F3	2
F6	1
F8	1
計	120

在籍期間別登録者数

退院後	人数
～3月	10
3月～6月	7
6月～1年	18
1～2年	24
2～3年	8
3～5年	14
5～7年	12
7～10年	12
10～15年	4
15～19年	4
本院入院なし	4
入院経験なし	3
計	120

居住状況別登録者数

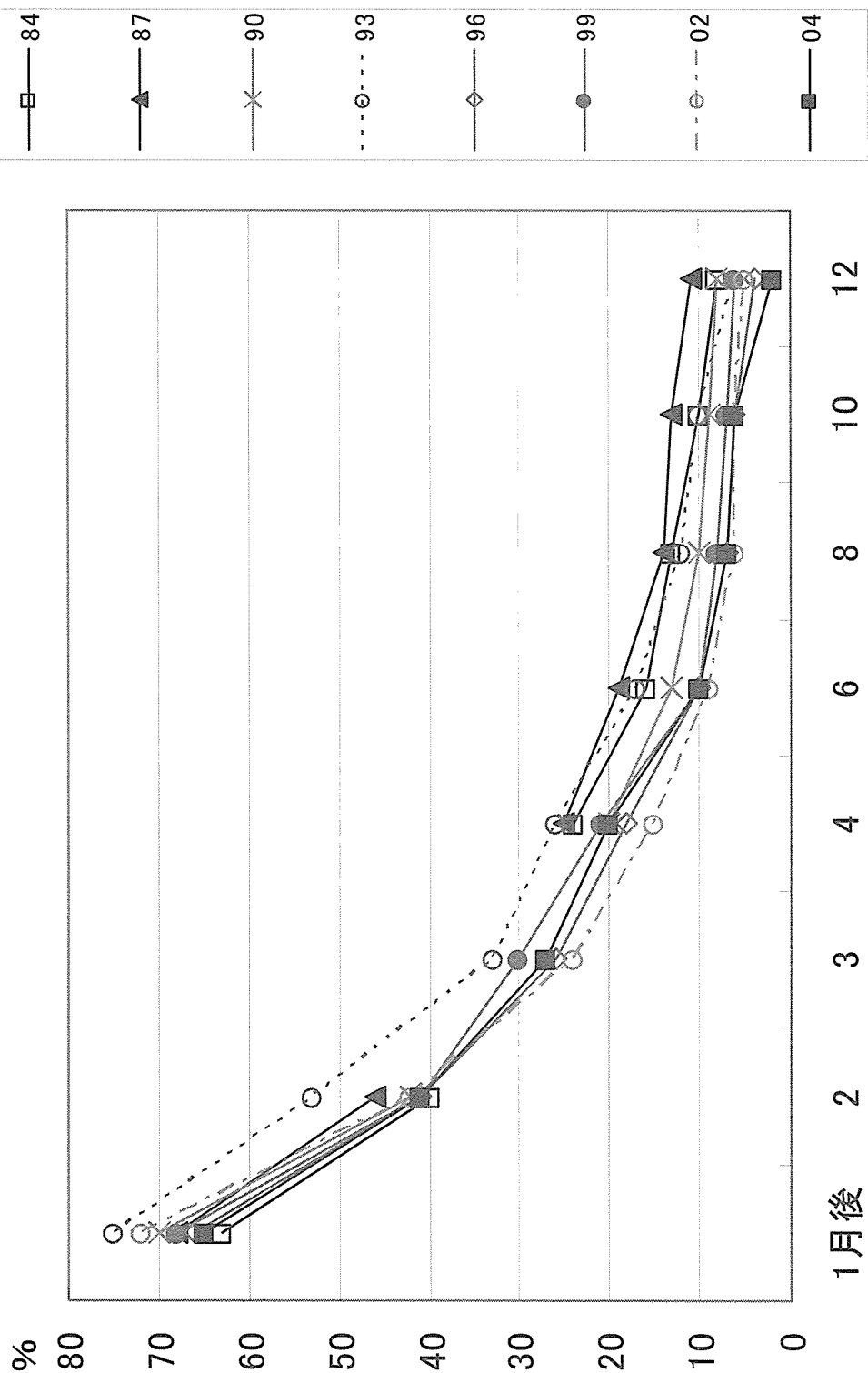
状況	人数
同居	56
施設	33
単身	31
計	120

外来収支比較 2005 年度

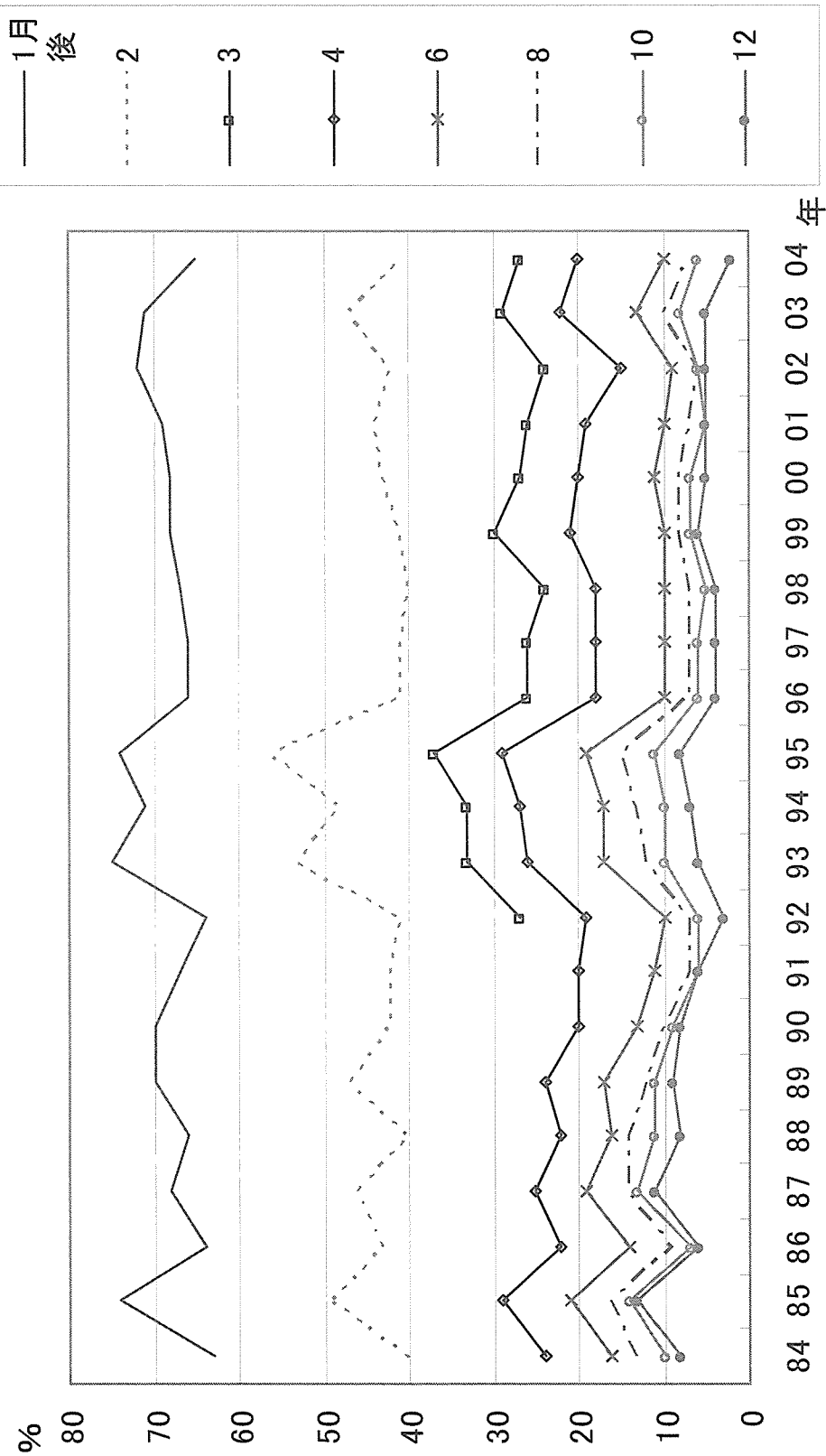
DC,DNC	外来診療(訪問看護含む)
<p>収入</p> <p>DC (6600+570) ×9459=6782 万 DNC(10000+570) ×2741=2897 万 小計 9680 万 食費 660 万 DC, DNC 収入計※ (A) <u>10340 万円</u></p> <p>支出</p> <p>医師 ? 看 1 500 万 OT 1 500 CP 1 400 助手 1 300 非常勤講師、事務等 500 小計 2200 万 ×1,1 (福利厚生) =2420 万 食費 660 万 合計 (B) <u>3080 万円</u></p> <p>収支</p> <p>(A) - (B) = (C) 7300 万円 (C) / (A) = 70 %</p>	<p>収入</p> <p>(外来総収入-DC, DNC 収入計※) =27170 万-10340 万</p> <p>合計 (A) <u>16830 万円</u></p> <p>支出</p> <p>医師 2 (←3) 2000 万 看護師 3 (←4) 1500 薬剤師 1 助手 0,5 700 PSW 2 800 事務員 2 700 訪問 2 1000 検査 0,6 300 小計 7000 万 ×1,1 (福利厚生) =7700 万 薬品 9000 万 合計 (B) <u>16700 万円</u></p> <p>収支</p> <p>(A) - (B) 100 万円</p>

医療と福祉を分けるもの：医師の役割

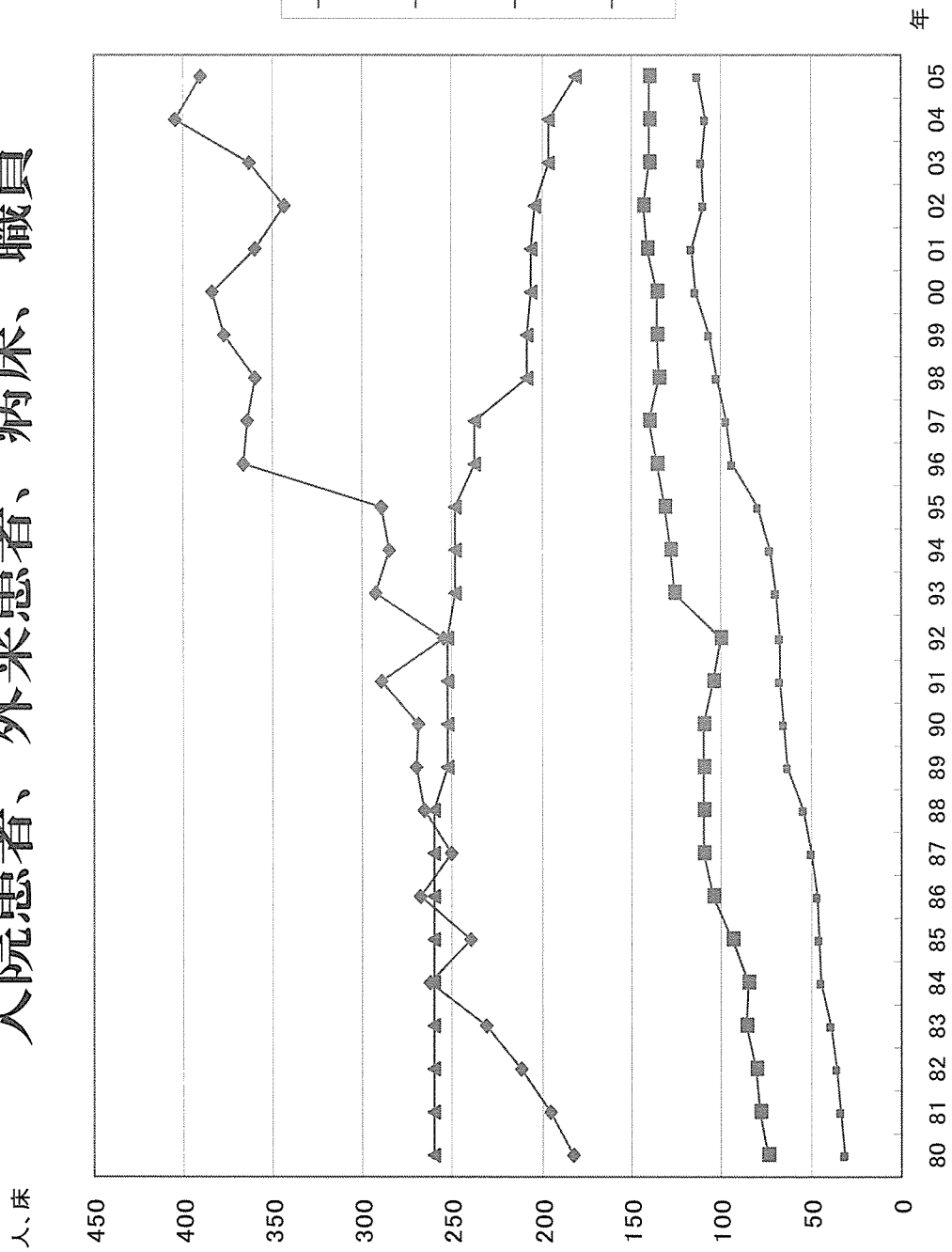
年度別残留曲線(1984~2004)



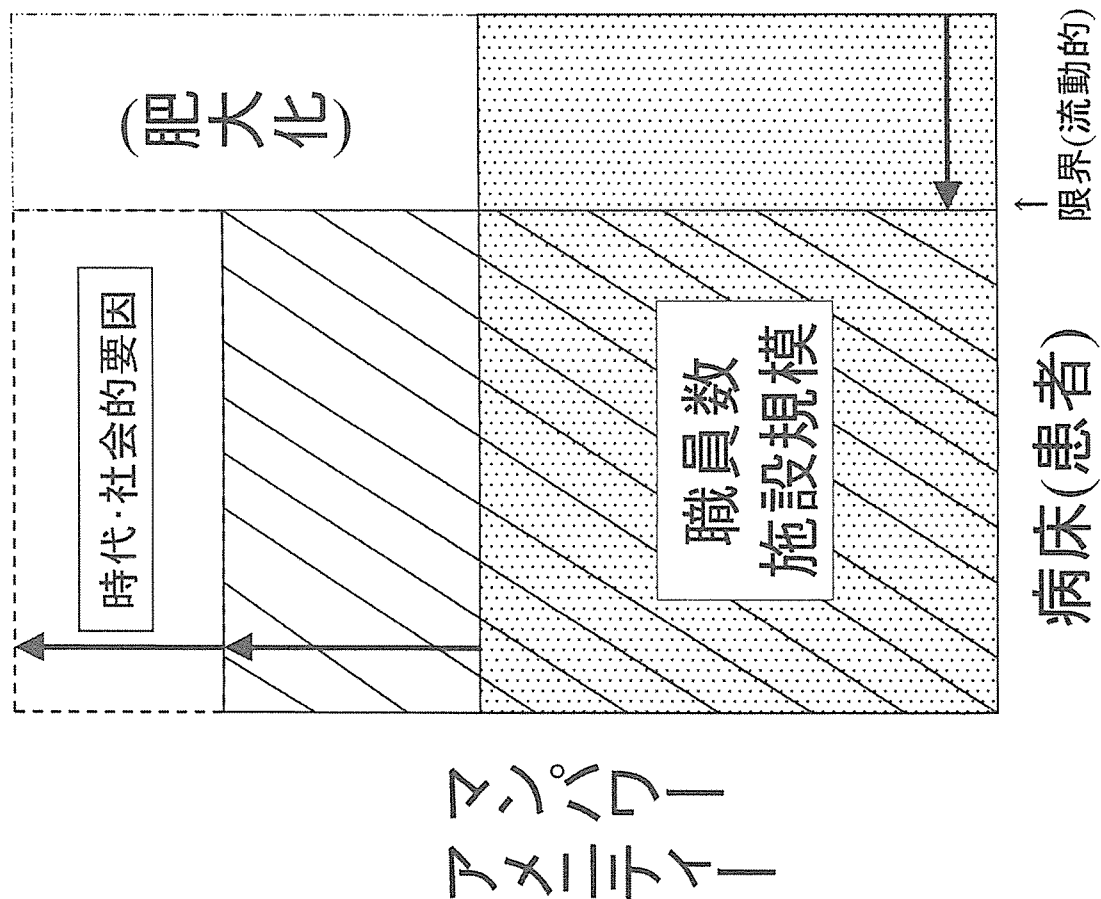
残留曲線各経過月別%の経年変化



入院患者、外来患者、病床、職員



病床変化への対応



DC の役割

社会参加、集団活動、仲間作り

居場所・生活リズム獲得、家族間緊張緩和

病状安定維持、再発防止、入院回避

退院後援助、退院促進、入院期間短縮

就労支援、自立、ノーマライゼーション

医療の質の証明が求められるが証明は不可能

医療の範囲を超えた雑多なものの集合



病棟の機能分化⇔デイケアの機能分化

病棟（土佐病院）		デイケア
救急＝治療	医療	→ 医療
リハビリ＝回復	医療	→ 医療
慢性＝生活	福祉	→ 福祉
介護＝支援	福祉	→ 福祉