

# デイケアのあり方について

医療社団法人 至空会 大嶋 正浩

## 医療法人社団 至空会 概要

- メンタルクリニック・ダダ(平成5年5月)
- 援護寮だんだん(平成10年4月)
- 地域生活支援センターだんだん(平成10年4月)
- ダダ・第2クリニック(平成13年4月)
- 就業・生活支援センターだんだん(平成16年4月)
- 就労生活支援センター《市単》ふらっと(平成17年4月)
- グループホーム4ヶ所
  - 《ぐるぐる・ぷりんはうす・ぶれす・あくあ》
- メンキャップクラブ(経済活動体験グループ)
- おらん家(当事者運営喫茶店)

## 診療所施設概要

背景：メンタルクリニック・ダダ

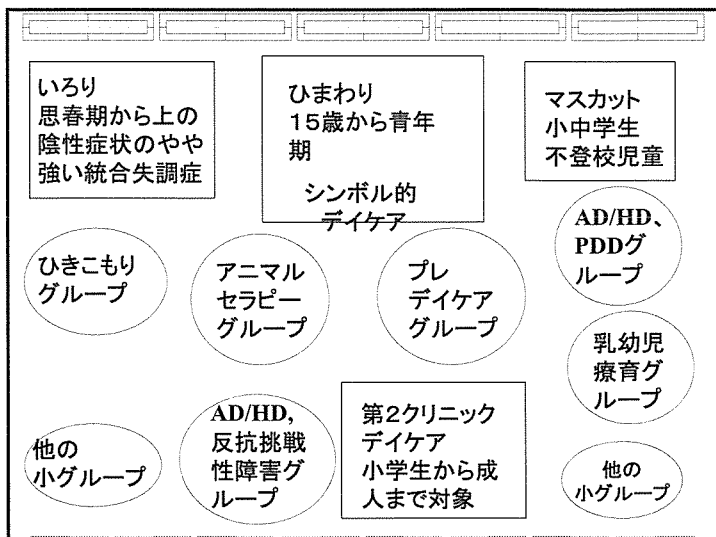
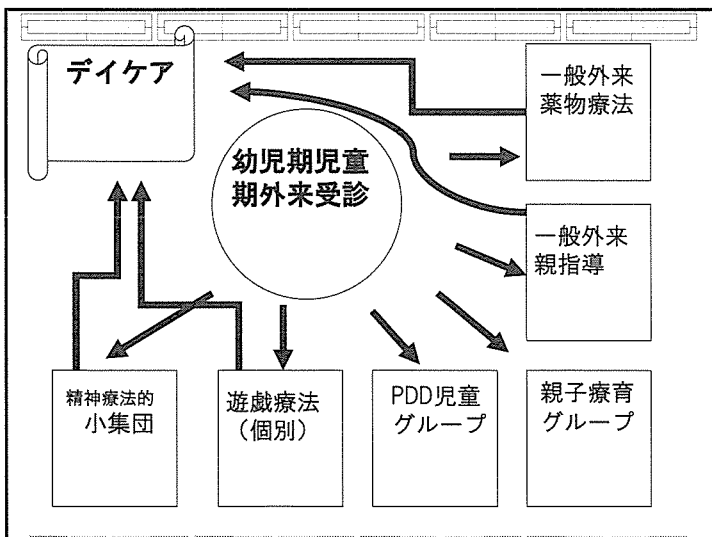
- 診察室及び待合室 7室 医師と臨床心理士の診察
- 遊戯療法室 3室 主に児童の遊戯療法 大・中・小3種類
- 和室 2室 (一室は調理可) 集団療法セラピー・デイケアの休養室
- 多目的ホール バンド練習・卓球・リトミック・ストレッチ
- 幼児療育グループ・雨天運動場として使用
- デイケア棟 ひまわり・いろり・マスカットの3ヶ所 合計100坪
- ミニサッカー場 サッカー以外にもバスケ、ドッジボール、三台ベース



## デイケア・ナイトケア

- ひまわり: 活発な思春期患者を対象とするグループ(25人前後) 統合失調症を中心とするが、境界例、強迫神経症等の方が含まれる
- いろり: 慢性あるいは精神症状が続いているメンバー中心の ゆったりしたグループ(20人前後)で始まったが 現在ではひまわりと競うほど活発
- 思春期から後期青年期の統合失調症中心

- マスカット: 不登校の小中学生を対象とした活発なグループ 病的には統合失調症レベル、軽度発達障害やADHDの2次障害、摂食障害、強迫性障害など中心であったが、最近さまざまなタイプの混在のグループが成立しにくくなったため ショートケアを利用しながら小さなグループを数多く作っている
- ナイトケア: どのグループからも参加していい夜の時間帯のフォロー、アルバイト帰りの人も参加



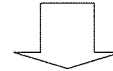
## 至空会の考えている流れ

— 対一から集団へ

- 母子関係、基本的安心感等を重視した、受容的な精神療法
- 単なる受容ではなく、相互作用、愛着の形成のために必要な程よい厳しさとそこからの救いを意識して治療の流れを作る。
- 家族以外、小集団での感情表現、折れ合い方、自分を抑えての適応、自分を出して体験の共有、等次第に社会化していく流れづくり。そのためのグループ参加やデイケア参加。
- デイケアやグループから学校や就労等社会参加。

## なぜ乳幼児から社会復帰までか

- 将来の対人関係のパターンや生き方の基本は、人生の早期（乳幼児期）に出来上がる。
- 社会復帰も治療的かかわりも、育ちなおしである。
- 子どもが幼稚園や学校という集団に入っていくことやそこから社会に入っていく事と、デイケアを経験して地域への社会復帰することには共通点が多い。



赤ちゃんからおとなまでの、人の成長やら営みについて精通している事が、精神保健福祉を支えるスタッフの基本的教養であり専門性であると考えます。

## 医療におけるデイケアの意義

- 社会適応の向上を図る
- 対人関係の向上を図る
- 入院を防ぐセーフティネットの一部として働く
- チーム医療の実践の場であり教育の場になりうる（医師、看護師、精神保健福祉士、心理士等）
- 地域医療の窓口であり、地域で患者さんを見ていくための欠かせない構造

## デイケアスタッフについて

- デイケアスタッフ⇒ ⇒
  - 3デイケアあわせて参加メンバー平均52人程度

看護師	3人
精神保健福祉士	3人
心理士	4人
指導員	2人

- 治療（情緒発達を意識し、対象関係の成長を目指して）を目標としたグループを作るには専門のスタッフチームが必要。
- 患者さんの家族背景、生育歴まで含めたケース検討を頻回に行って、スタッフで共通理解したうえで患者さんに関わる。
- じっくり患者さんの成長に付き合う専門スタッフを訓練する場所は、短期間の入院治療の場よりデイケアが適している。
- 現在のデイケアのスタッフ構成基準どおりでは十分なケアはできない。治療を意識したデイケアでは、特に数と質が必要である。

## デイケアひまわり週間メニュー

	午前	午後
火	作業、茶話会	グループ活動：ギター、マーじゃん、家庭科、絵画、スポーツ
水	作業、園芸、勉強G	やってみよう《レク》、華道病気懇談会
木	作業、リトミック	エアロビ、茶道、スポーツ
金	作業、カラオケ	映画G、同人誌G、虹G、作業
土	作業、勉強G	作業、サッカー教室、漫画同好会

- メニュー以外の雑談や、個別の相談も重視
- 介入する場面と、様子を見る場面を見極めていく
- そのメンバーの発達レベルを把握して関わる

## デイケアの対象となる児童思春期の人たち

診断名は統合失調症が多いがさまざまな特徴がある

- わずかなことで、被害的になり泣き出したり飛び出したりする
- 相手を独占していないと安心できず、独占できないと被害的になったり、怒ったり、ひきこもったりする
- 激しい怒りや衝動をもっており、それが周囲に投影され被害的となっているため人と一緒に居てもいつもいらいらしている
- 自分が集団に入れないと、あるいは周囲の関わりを被害的にとらえ、混乱し意識消失を繰り返す
- 妄想を持ちつつ、周囲との関わりがわからず怒ったり混乱したりする
- 気を遣いニコニコしているが、不安となりわずかなことで家に引きこもる
- 人との会話はかみ合わず、マイペースで協調できない

● 陽性症状は治まっても

- 容易に被害的になる
- 人と安心してられない 人を信用できない
- 自己中心的な部分が目立ち人と協調できない
- べったり甘えているとき以外安心できない
- 人が近づくことを怖がり避けてしまう



● デイケア、ナイトケアでの方向性(治療)

- 人に頼ったり、人と一緒に楽しむことを経験してもらう
- 失敗しても、やり直せるという経験してもらう
- 所属している、仲間がいる、見捨てられないという経験をもらう
- 人との信頼感、安心感を育てる
- 一対一の対象関係から複数との対象関係の段階への成長を図る

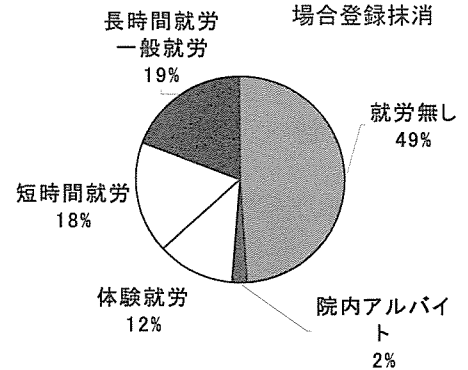
● デイケア(ひまわり、いろり)・ナイトケアの特徴・様子

- 統合失調症であったり多量の服薬をしているにも関わらず和気あいあいとして、そここで活発に会話が盛り上がっている
- 人と関わることがまだうまく行かないメンバー達は、スタッフのそばにいていろいろ喋ったり手伝いをして過ごしている
- 当たり前のこと(人を傷つけたり、人にひどいことを言ったり、人が嫌がることをしつこくやったり、常識に外れることをすること)以外は、まったく規制は無く自由に暮らしている
- 常識的な付き合いであれば恋愛等つきあいは自由であり、困ったときのみスタッフが介入する
- デイケア以外でも、自由に付き合い、メンバー同士のネットワークがあり、デイケア後の夜や休日にも良く会っているらしい
- ある程度、安定してきたメンバーが、他の不安定なメンバーを自然にフォローしてくれる 困ったときにはスタッフにSOSができる

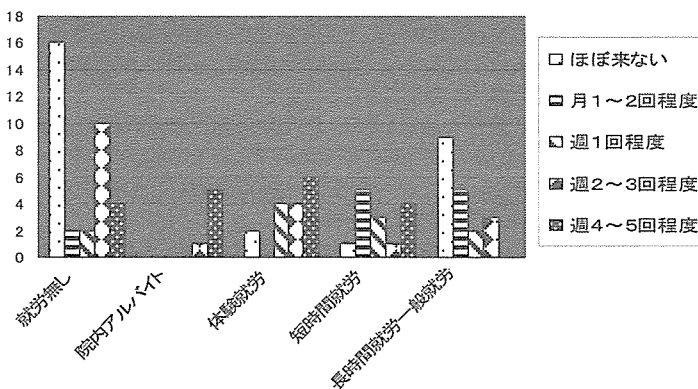
17年度から小グループ化したマスカット

- 青空グループ……不登校中高生男子。少人数の関わりの中で工作、料理、実験、スポーツを通し仲間作り
- ドラえもんグループ……小学生男子。学校で暴力的となり他児と関われない。活動的なメニュー中心。
- カラフルグループ……のんびりした小中学校男女。のんびりレク
- ちびっこグループ……不登校気味だが学校には通学できている。小学生男女。追いかけてこいたりごころごとしたり楽しく過ごす仲間作り。
- キテレッツグループ……アスペルガー症候群など人との関わりが下手な子達が、ものづくり中心メニューで仲間作りをする
- もじゃもじゃグループ……言葉でのコミュニケーションに問題がある子。わかり易い単純な遊び中心
- スマイリーグループ……引き籠り気味、遠慮深い中高生の女の子。おしゃべりや菓子作り手芸などで。

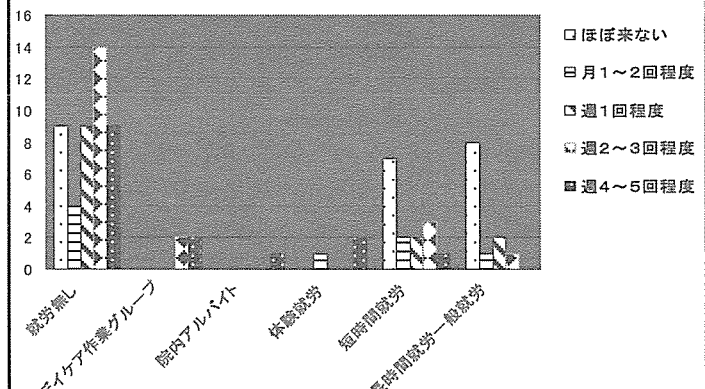
デイケア登録者就労状況162名《ひまわり・いろり》  
半年通所が無い場合登録抹消



ひまわり(活動的思春期患者対象デイケア)における就労状況



いろり(後期青年期中心の動きの少なかったデイケア)における就労状況



## デイケアメンバーの就労の特徴

- 長時間就労している人の専用のナイトケアを開いて入るが、そこで仲間同士で話が盛り上がり、仲間のつながりを維持できる場所となっている。
- 体験就労と、短時間就労の人はデイケアを利用して生活のリズムを作ることで、仕事を続けていける印象がある。
- 長時間就労の人は、たまにデイケアを訪れることだけでも、仕事の愚痴や相談をたくさんして精神の安定を図っている。

### 就労先

短時間就労：清掃・大規模農家・小規模工場・小さな店

長時間就労：ファミリーレストラン・工場・福祉現場・園芸農家

## ● 治療的デイケアの効果

- 陽性症状の軽減、消失のみでなく社会性の獲得が可能である
- デイケアを利用して、情緒発達に模して人との関わりの成長をたどることにより、社会性が向上し就労にもつながる
- 傷ついた自分を安心して受け止めてもらえ、仲間集団ができる場所まで成長すると、就労への意欲や、就労してからのさまざまなストレスに耐える力が向上する



児童青年期対象《児童～20台後半》の社会性の積極的な向上を目指したデイケアという概念を新たに考えることで精神保健福祉の長期展望が開ける

## 医師の役割

- 医師が、チームのリーダーやまとめ役として機能したいとすれば精神保健福祉士より精神保健福祉士らしく、心理士より心理士らしく、ということが望ましい。
- ケースワーク的事例検討、心理的症例検討に精通しており、見立て、問題点の整理、方針を出すコンダクターとしての役割をになうことが望ましい。
- デイケアメンバーへの危機介入、デイケア集団への危機介入、スタッフの混乱の支え等が役割と考えられる。

## 精神科医療と精神保健福祉

- 医師が、一般外来診療や短期日の入院治療に終始することが増え、患者さんの地域での生活がイメージできなくなっている。そのため、精神保健福祉に携わる人と話がかみ合わない、家族や患者さんがわかってもらったと感じられない、医師以外とチームで治療することが不得手となっているということが起こっている。そのため、地域で、さまざまな分野（保健、福祉、民生、労働）のチームを組んでの精神保健が進みにくくなっている。
- 上記の理由から精神保健福祉士を教育できる医師や協同して仕事ができる医師が減っており、精神保健福祉士の質の向上も難しくなっている。
- デイケアは、チームによる地域医療の経験の場所、医療における地域とのインターフェースとしてなどの機能を持ちうる

## 精神科DC検討会 2007年1月13日

アルコールDCの立場から  
ひがし布施クリニック  
辻本土郎

## 今回の内容

- 人格障害への対応としてのアルコール医療
- アルコール関連問題の規模 遅れている予防 保安処分？
- アルコール依存症治療の歴史 収容→入院→外来→？
- アルコール専門外来の実践から 拡大・沈殿への対応
- アルコールDCの当初の目的、そこから見えてきたこと 仲間づくり 生活の視点
- DCの課題 就労支援 限界 医療と福祉 訪問看護と連携
- 現代の課題にアルコール医療が寄与できること 人格障害 覚醒剤依存症など 人格障害に必要なことは自助グループと成長を待つ視点・DC・地域の中の施設

## 人格障害への対応

- アル中は以前は性格異常と思われていた
- 性格異常者と思われていた人が回復するモデルをアルコール医療は作った
- しかし今、医療でなく司法的対応が重視されている 覚醒剤取締法 性的犯罪者など
- アメリカではドラッグコートなど選択肢あり
- 保安処分 OR 医療的処遇

## アルコール関連問題の規模

- アルコールは60以上の病気の原因
- 病気の社会的損失の4%、3位はアルコールが原因（高血圧4.4% タバコ4.1%）
- アルコールは家庭内暴力の最大の原因
- 健康寿命を短縮する要因の9.2%はアルコールが原因 ETC

WHO: EB115/37 2004

Public health problems caused by alcohol, reported by the secretariat

## アルコール関連問題の規模 飲酒問題を持った人の推計値

- 日本成人人口での推計

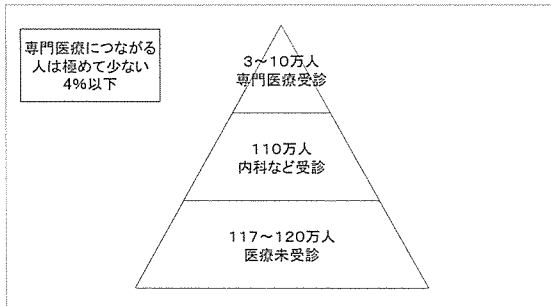
	合計	男性	女性
KAST	447万	367万	80万
	4.3%	7.4%	1.5%
AUDIT	313万	276万	37万
	3.0%	5.6%	0.7%
ICD-10	80万		
	0.9%		

(樋口、尾崎ほか、厚生労働研究、2005)

## アルコール医療の役割 古くて新しいアルコール関連問題

- 飲酒運転 犯罪
- 自殺 孤独死
- 虐待 家庭内暴力 子供への世代間連鎖
- 職場でのアルコール関連問題 3A
- 合併臓器疾患、他の並存精神疾患、アディクション問題 医療費の損失
- 認知症 高齢者の飲酒
- 若年女性アルコール依存症者のマルチ依存やBPD(AL+摂食障害+リストカット+α)

## 2次予防 アルコール依存症者240万とすると アルコール依存症者の受診状況



## アルコール医療の抱える問題点 アルコールクリニックでのしんどさ

- **回復率の低さ** 25~30%
  - 受診率の低さ 2~4%
  - 専門医療の少なさ やめていくアルコール医療
  - 飲酒再発率の高さ
  - **死亡者の多さ** 5~10年で3分の1が死亡
  - なかなか理解していただけないアルコール医療
  - **カミングアウトできない社会 誤解と偏見**
- #生物(身体)・精神・心理・社会+Spiritualアプローチ

## WHO依存性薬物分類

	種類	精神依存	身体依存	耐性
モルヒネ	抑制	+++	+++	+++
バルビツール& アルコール	抑制	++	+++	++
コカイン	興奮	++	-	-
アンフェタミン	興奮	++	-	++
大麻	興奮・抑制	+	(-)	+
幻覚剤	興奮	+	-	++
有機溶剤	抑制	+	(+)	(+)

## アルコール依存症治療の歴史 1973年当時 (1976年入局)

- アルコール中毒への偏見 隔離収容・社会的入院  
あたりまえの医療がなされていない 病院不祥事件  
精神科でも異端視していた アウトサイダー的
  - 自助グループの魅力 体験談や当事者のひきつける魅力 人間臭さ スキッドローの人たち  
性格異常と思われていた人たちの変化
- アルコール医療は宝の山 医療の概念を打ち破る  
先駆者の努力 学閥・職種を越えた結びつき  
カリスマにならない 普遍的治療法 自分の健康・家庭を犠牲にしない

## アルコール専門外来誕生 1981年 小杉クリニック

- アルコール外来という大きな選択肢ができた  
患者さん自身が歓迎した 敷居が低くなった
- それが経済的に成立することがわかった
- **外来ができることで入院の意味も変わった**  
メニューが増えただけでなく治療体系が変化
- 本人の自己決定と生活の視点からの長期にわたる  
継続した援助が可能となった  
外来から当事者の生活福祉援助モデルがみえてきた
- 家族援助やネットワークセラピーがやりやすい 初期  
介入入がやりやすい

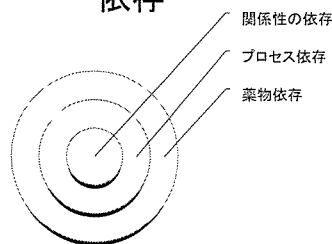
## ひがし布施クリニックのコンセプト 1993年10月開院 小規模では出来ない

- 居心地のいいクリニック(患者さんにも職員にも)
- 熱きヒューマンな出会い(仲間と出会える空間)
- 気軽に来院できる地域に開かれたクリニック
- ネットワークのなかでフットワークのいい活動
- 食にこだわる 職にこだわる 本当の援助とは
- 自分が診療を受けたいクリニック 自分色を出す  
を目標に開設 大阪で5番目のアルコール専門外来
- 近鉄布施駅徒歩3分のビル診 交通の便が大切
- **クリニックはマンパワーと地域の成熟度に依存**

## アルコール外来のあるべき姿 1、飲むための援助はしない

- アルコールをとりあえずやめるために  
クリニックがイネイブラーにならない  
他の依存を作らない 飲んでいる人の援助はしない
- 断酒継続のために  
自助グループにつなぐ工夫、地域ネットワーク
- 様々な回復への援助  
アディクションモデル、12ステップだけでいいのか？  
飲酒と関係する依存の本質的な問題への援助ができるのか？ 死なせないためにだけでいいのか？

## 依存の構造 薬物依存→プロセス依存→関係性の 依存



## 依存の構造

- 薬物の中枢神経への効果 ぼろ酔いの快楽 薬物への依存
- 飲酒行動過程での報酬効果 万能感や全能感 プロセス依存  
飲んで大人・仲間として受け入れられた  
飲むことですべてが解決する 楽観的  
プロセス依存→価値観の変化や認知のゆがみ→飲酒行動の継続  
「こんなうまくない酒をなぜ飲むのか」 プロセスに意味
- 人間関係の中の依存での快感 自己陶醉感 関係性の依存  
飲むことで皆が心配・注目してくれる  
共依存など関係性の依存→間違った自己存在感→飲酒  
「飲まない人と関われない、しゃべれない」  
飲酒がつづく→薬物の問題だけでなく、人とのかかわりや認知のゆがみも生じてくる

## アディクションアプローチ 仲間の中での回復

- 薬物依存にもプロセス依存、関係性の依存が内在している それに関わらないと断酒継続は不可能
- プロセス依存の回復は、ギャンブル依存、買い物依存、借金依存など社会問題を引き起こしている人に関われる
- 関係性の依存の回復は、トラウマ治療、一部の人格障害、PTSDに利用できる

## アルコール外来のあるべき姿 2 治療プログラムの必要

- 専門外来ならARP(アルコール治療プログラム)が必要 ARPは自分色で  
疾病教育 集団精神療法 自助グループ導入  
SGM中心 入院90日 外来45日 毎日診察
- 家族へのプログラム 家族へのかかわりが大切  
初期介入 家族システムへの理解
- 自助グループの補完と疾病教育  
自助グループへつなぐARP 自助グループ参加が前提 SWなどが一緒に自助グループへ
- 専門だから、大規模だから多職種でARP  
ARPだけでなくクリニック自体が断酒ミーティングの場

## アルコール外来のあるべき姿 3 個別面接の重要性

- アルコール患者は一様でない 担当SW面接  
アルコール問題の裏に多くの問題が隠されている  
第2の否認 原家族 関係性の障害など
- 回復も様々 マスで捕らえられない部分  
今の回復率でいいのか？なぜ断酒出来ないのか？難治とは？処遇困難とは？
- 自助グループを補完するものとして個別面接
- アルコール以外の障害 重複障害 重複診断  
大量飲酒は2次性うつ病をひきおこす
- 自助グループ参加を早い時期に強く勧める  
医者もスタッフも当事者も毎日が戦い

## 2次性うつ病 飲酒問題→飲酒問題＋うつ病

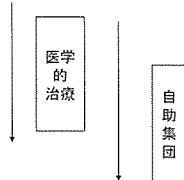
- アルコール依存症の2次性うつ病合併率  
13.4% 樋口、大坪などの報告 2000
- アメリカでは、アルコール依存症の50%近くにうつ病が合併するという報告もある  
Goodwin&Jamison 1990
- アルコール依存症には自殺死が多い
- 臨床でも、アルコール依存症＋うつ病は多くみられる 罪業感、自責感をとる 仲間の中での癒し
- 個別面接・診察が必要

## アルコール外来のあるべき姿 4 ネットワークのなかでのクリニック

- 出来ないことを知る  
自己完結型になることの弊害 ネットワークを利用
- どの時期にどの部分をクリニックが担うか  
内科入院も精神科入院も精神科クリニックも利用  
社会資源の利用 専門家として任せすぎない
- 回復は長期に渡る一貫した援助が必要
- ネットワークを作る その中で生かされる、生きれる
- 患者さんのニーズ、地域のニーズに添えているか？
- アルコール依存症への誤解と偏見の是正

## アルコール依存症の回復

- 導入期
- 解毒期
- 静穏期 1～6ヶ月
- 再飲酒危機 6～18月
- 安定初期 ～2年
- 安定期 2年以上



今道弘之 アルコール依存症 創造出版改変

## 専門病院入院治療 専門外来治療

- |             |              |
|-------------|--------------|
| ゆっくり自己洞察    | 毎日が飲酒渴望      |
| 仲間づくり 同じ釜の飯 | 入院ほど親密な関係は困難 |
| 集中的な全身管理    | 重度身体合併や自殺は入院 |
| 問題の棚上げ      | 自分で後始末をする    |
| 家族緊張から開放    | 生活の場での治療継続   |
| 緊急時・救急時に対応  | 本人の自己決定を優先   |
| 管理が必要       | より多様な対応      |
| 入院への抵抗      | 気軽に受診しやすい    |
- \* 入院の必要なケースは必ずある

## ひがし布施クリニックの拡大 14年目をむかえて

- 規模

	スタッフ	面積	平均患者数
開院時	8名	70坪	20～30名
昨年6月	35名	150坪	約180名
現在	38名	230坪	約160名
- 拡大化した要因
  - 需要、底上げ、気軽、女性、認知症など
  - 出口がない、沈殿化、コルサコフなど増加
- DCに参加する人は30人以下 しかし長時間クリニックに滞在するため混雑

## アルコールデイケアの目的ニーズは？

1996年開始 1999年より大規模へ 週5日

- 仲間づくり 自助グループへの導入 エンパワメント
- 生活の構造化 規則正しい生活リズム  
「食」生活の見直し 食事を1日1度は食べること
- 再発予防  
断酒継続困難な人へのかかわり
- リハビリテーション  
体力づくり 自分の体力の低下を知る  
脳機能障害の回復 PAW症状 (post acute withdrawal syndrome) 栄養不足による中枢神経障害が主  
「世間のお役に立ちたい」希望への援助 「職」



## デイケアプログラム

	月	火	水	木	金	土
10:00-11:30	デイケア 初心者 教室	デイケア	ヤング G・小G	デイケア	デイケア 小G	デイケア
12:30-14:00	アルコー ル講座	合同ミー ティング	家族ミー ティング・ 女性ミー ティング	アルコー ル講座	ソフト ボール	合同ミー ティング
14:00-16:00	デイケア	デイケア		デイケア	ソフト ボール	デイケア

## アルコールデイケアの問題 平成18年度統計

- 平均登録人数 46.3人 男43.7人 女2.7人
- 平均参加者人数 27.8人 男25.8人 女1.9人
- 専属スタッフ 5.1人 (+α)
- クリニックスタッフ 38名 外部講師除く  
医師2(+1) SW8(+1) 看護師6(+3)  
医療事務4(+2) 管理栄養士3人 その他8人
- 経済性の問題 DCなければスタッフ、スペースは半分ですむ 就労支援するためにはさらにマンパワーが必要 今年2月から3グループ化を予定
- ナイトケアは自助グループ参加のためしない

## デイケアにおける「職」のプログラム 2年前 希(のぞみ)グループの誕生

- メンバーの就職や社会参加までの準備をする
- 就労・社会参加に必要な対人関係の持ち方・ストレス対処の方法を、人とのつながりの中で見直す。
- 自分の新しい可能性を見つける。
- 稼働能力が期待でき、仕事や社会参加に意欲のある人のグループ 治療訓練型

#光(ひかり)グループ; 光り輝く自分を見つける  
後遺障害などが重度で稼働能力が期待できない  
人が対象 生活維持型

## グループの特徴

平成18年9月末

	希	光	金曜のみ
	治療訓練型	生活維持型	運動
登録人数	10名	30名	4名
内女性	3名	1名	0
平均年齢	43.7歳	56.0歳	56.2歳
生活保護 受給者	5名	19名	2名

## ひがし布施クリニックのデイケア

- **光グループ**  
目的：断酒生活の安定  
主なプログラム：ゲートボール、ゲーム大会、ボランティア、お菓子作り
- **希グループ**  
目的：断酒の継続と社会参加  
主なプログラム：創作、講座、土曜ランチ
- **金曜日グループ**  
目的：スポーツを通しての体力作り、仲間作り  
主なプログラム：ソフトボール、プール、卓球、ソフトバレー

## アルコールの脳障害に対して 生活維持型での医療的かわりの必要性

- アルコール脳機能の回復  
#断酒3~4週間で認知機能や運動機能の一部は改善する  
#この間に脳の一部の萎縮も改善する  
#前頭葉の血流量はその後約4年間の断酒でほぼ正常レベルに回復する
- 脳機能の悪化 再飲酒により障害

NIAAA. ALCOHOL. ALERT. 2000

## アルコール認知機能障害へのDC 症例から

- 50歳代前半 コルサコフ症候群
- アルコール専門病院退院後受診
- 在宅が困難かと思われるほど、記名力障害、見当識障害あり、受診時ガイドヘルパー
- DCで将棋などで頭角、断酒継続する
- 断酒16ヶ月後、認知機能改善しWAIS90台に、仕事への意欲出てくる
- 職業適性検査も受け、求職中

## 就労支援の必要性

- ほとんどの人は働きたい希望を持っている
- 働ける能力のある人が多い
- 働いていた経験がある
- 働くことで役割をもち断酒継続が安定する
- しかしアルコール依存症者への就労支援や実態調査はほとんどなされていない
- 佐古氏、大阪精神科診療所協会の調査から

## 現在の生活で困っていること

「後治療期におけるアルコール依存者の生活実態調査」1999年日本アルコール薬物医学会雑誌 佐古恵理子

- 十分な睡眠が取れない(31%)
- 早く仕事がしたいがなかなか見つからない(27.1%)
- 趣味や生きがいが見つからない(25.1%)
- 世間の目を気にしてしまう(24.3%)
- 引け目を感じて暮らしている(23.9%)
- 酒をやめても社会復帰のイメージが見えてこない(21.1%)
- 調理が上手くできず食事が偏ってしまう(19.0%)
- 掃除や洗濯などの家事が上手くできない(17.8%)
- 家族のこと(17.1%)
- 昼間の時間をどう過ごしたらいいかわからない(13.6%)
- 特になし(15.9%) 無回答(4.3%)

## 大精診調査から〈方法〉

- (社)大阪精神科診療所協会 地域精神福祉委員会 (委員長加護野洋二)の「就労調査アンケート」のデータを利用し分析を行った。

### 【対象】

大阪診療所協会に属する20の精神科を標榜する診療所に通院していたもの

【調査方法】 自記式調査票：診療所内で配布し、その場で回収したもの

【期間】 平成16年1月25日～31日

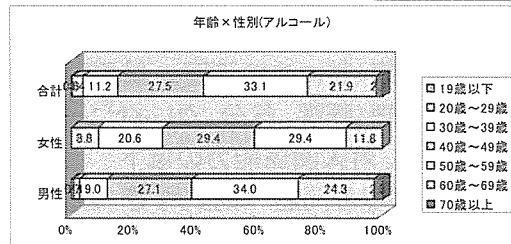
#アルコール依存症の発病時期は受診時とした

## アルコール依存症対象者基礎概要 1 対象者数 N=190名

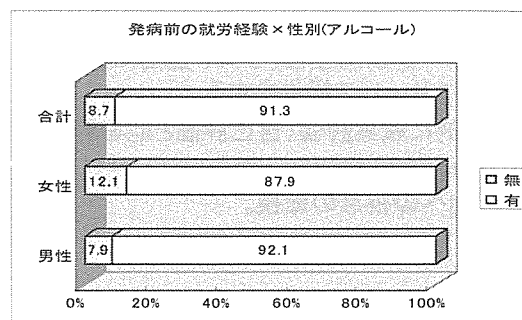
【平均年齢】 50.7歳 (SD=11.4)

【男女比】 男性 80.9% 女性 19.1%

女性の方が若い

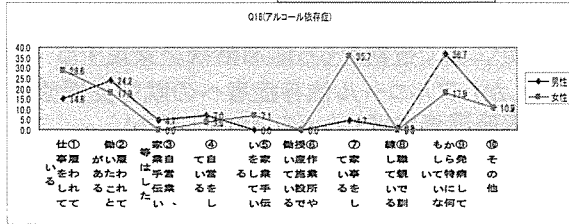


## 雇用状況 1 受診前の就労の有無

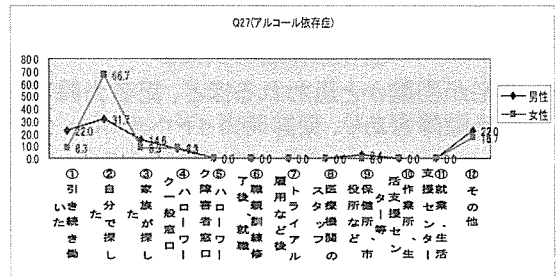


**雇用状況2 現在の就労状況**  
 今も雇われて仕事している 27名17%  
 今は働いていないが、受診後雇われて働いたことがある 36名23%

女性の方が就労している人が多い



**雇用状況6 就労先の見つけ方**



**就労支援デイケアプログラム例**

- ジョブガイダンス的プログラム
- エンパワメント的プログラム
- アルコール依存症者の特性に応じたプログラム
- 実習的プログラム

**ジョブガイダンス的プログラム**

- 職業準備ピラミッド(準備性評価)
- 就労支援の制度や資源説明
- ハローワーク職員の話
- 面接の仕方
- PCを使った仕事や賃金などの求人情報調べ
- ハローワーク・中高年就職支援センター見学
- 職業適性検査(障害者職業センター)
- 敬語トレーニング

**実習的プログラム**

- 「健康レストラン味菜」を使った飲食店体験
- メンバーが厨房担当、フロア担当に分かれて実際にサービス提供をする。
- 定期的に職業評価(自己評価と他者評価)
- 「自分がお客様」から「お客様にサービスする自分」への視点の転換。

**アルコール依存症者の就労にまつわる課題(本人)**

- 自助グループと通院時間の確保の難しさ
- 飲酒社会に入ることへの不安
- アルコール依存症であることのうしろめたさ
- 脳機能障害(特に注意障害) 臓器障害
- 症状の管理(睡眠、気分、クレイビング等)
- 生活技能、対人関係能力の低下
- ストレス処理の問題 頑張りすぎ 2極化

## アルコール依存症者の就労にまつわる課題 (環境)

- 中間施設、社会復帰施設の少なさ
- 就労支援体制の少なさ 受け入れ先の事業所がみつからない
- 専門職によるアルコール依存症者への誤解  
クレイピングや重複障害への理解不足
- アルコール依存症に対する社会の偏見 欠格条項 病名開示できない アルコールは別と見られる
- 飲酒社会 過重労働の社会
- 失業率の高さ、求人とのミスマッチ
- 生活保護受給者の就労支援 受給しているほうが安心

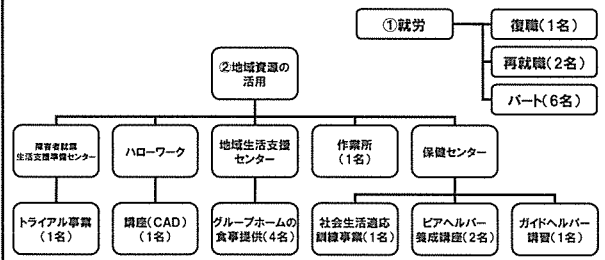
## アルコール依存症者の就労支援

- 障害者雇用率に精神障害者が参入
- 依存症者は稼働能力が高い、また多い
- 今後、断酒だけの援助だけでなく、その人に合った就労支援を行うことで、多くのアルコール依存症者が就労の機会を持てる可能性あり そのための社会システムづくり
- リワークは比較的容易

## 希からのステップアップ

現在の在籍者10名  
43名登録(H16.4月～H18.9月)  
これまで、11名がデイケアよりステップアップ(在籍者含む)

### <ステップアップの形態(重複あり)>



## 医療の関わり

### なぜアルコール医療なのか

- 身体的管理 身体・精神・離脱など救急処置
- 診断・評価 重複障害の診断 2次性うつ病 クレイピング 日々症状は揺れる 離脱後隠れていた病気(統合失調症など)が出現
- 心理療法 SST 認知行動療法 ナラティブセラピー 動機付け面接 内観療法 自己洞察療法 ログセラピー(フランク)
- 否認、巻き込み、テストング、行動化などへの対応 緻密な医療が要求される

## アルコール・デイケアの課題 なぜ医療デイケアなのか？

- 孤独から仲間づくりができないと断酒できない  
外来は仲間づくりでは入院に負ける DCならできる
- アルコール依存症は症状が揺れる それを知る  
再飲酒危機期から安定まで2～4年 再発予防
- アルコール依存症者は就労の可能性が高い  
しかし重複障害、クレイピング、対人関係障害などタイプにあわせた集団、個別対応が必要
- \*他の障害と同じでいいのか？その人を含む環境・人間関係、生活状況を知るために訪問の必要性は？

## 今後の方向性

- 閉鎖収容入院
- アルコール専門病棟
- アルコール専門外来+DC
- 在宅支援
- 専門家に特化しないコミュニティケア
- ？？
- \*しかし現在は回復率・死亡率などから考えてもより高い専門性の医療が求められている。

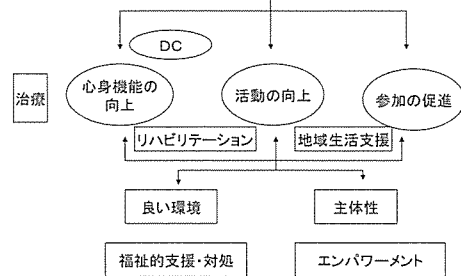
## リハビリテーションの段階

- 医療的DCと介護的DC 医療は就労支援を視野にいれて しかし使える資源が少ない
- アルコールDCは疾病回復に役立つ、原則は生活地域のなかで長期に渡り一貫した援助
- 生活維持機能だけでなく社会参加にも医療が多重的に関わる必要がある
- リハビリテーションとは社会的復権、飲酒し生命を落とすかもしれない人へのセイフティネットがあれば就労支援もさらにすすむ

## ICF: 国際生活機能分類の活用

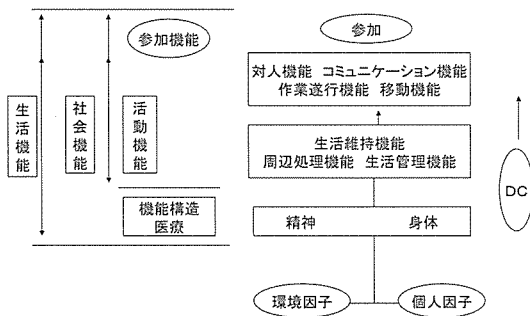
山根寛氏講演原稿一部改変

活動的で生きがいのある生活



## 生活機能

山根寛氏講演原稿一部改変



## 現代の課題

### アルコール医療からみえること

- アルコール医療から覚醒剤を含めた薬物依存症治療へ
- アディクションへの取り組み ギャンブル依存は経済的に成り立たない プロセス依存は？
- 人間関係への依存・障害への関わりはアルコール医療や自助グループモデルが使える
- 人格障害と呼ばれる人への関わり
- 処遇困難例には薬物の重複障害が多い
- ACTには薬物・アルコール専門家が入るべき

## アルコール医療の現状

### つぶれていくアルコール医療

- やめたくない患者、やめたい医療関係者
- 大阪でこの間、3病院が病棟閉鎖、数病院が病棟縮小 経済的理由のため 診療だけが楽だがそれではアルコール医療は不成立
- 自助グループの衰退
- アルコール依存症者が身体的に急変しても救急病院でも入院できない まして精神科病院はアルコールときくと専門外だからと拒否
- 専門性の是非 BPD専門外来ができるか？

## アルコール医療の現状

### 時代に逆行する医療

- 閉鎖収容型の病院の再登場 回転ドア現象 薬物依存に大量の薬物
- 閉鎖孤立型のクリニックの可能性 ネットワークをつくることは経済効率悪い
- SW面接、家族相談、ミーティングなど依存症治療の本質はほとんど「金」にならない
- 自助グループの衰退と一部のDC批判
- アルコール依存症者は人格障害説の再燃
- 根強い「誤解・差別・偏見」

平成 18 年度「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」

研 究 班 名 簿

主任研究者	竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所
分担研究者	浅野 弘毅	東北福祉大学／認知症介護研究・研修仙台センター
	白石 弘巳	東洋大学
	立森 久照	国立精神・神経センター精神保健研究所
	中澤 誠	財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院 小児・生涯心臓疾患研究所
	野中 猛	日本福祉大学
	山下 俊幸	京都市こころの健康増進センター
研究協力者	栗田 圭一	仙台市立病院
	池淵 恵美*	帝京大学医学部精神科学教室
	伊勢田 堯*	東京都立多摩総合精神保健福祉センター
	伊藤 弘人*	国立精神・神経センター精神保健研究所
	宇田 英典*	鹿児島県川薩保健所
	萱間 真美*	聖路加看護大学精神看護学研究室
	小山明日香	国立精神・神経センター精神保健研究所
	小山 智典	国立精神・神経センター精神保健研究所
	斎藤 治*	国立精神・神経センター武蔵病院
	佐々川洋子*	神奈川県保健福祉部障害福祉課
	中島 豊爾*	岡山県立岡山病院
	長沼 洋一	国立精神・神経センター精神保健研究所
	野田 哲朗*	大阪府健康福祉部地域保健福祉室
	羽藤 邦利*	代々木の森診療所
	松原 三郎*	松原病院

(\*：フォローアップ委員会委員)

(50 音順)

---

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」  
平成 18 年度総括・分担研究報告書

発行日 平成 19（2007）年 3 月

発行者 「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」  
主任研究者 竹島 正

発行所 国立精神・神経センター精神保健研究所

〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

TEL : 042-341-2712(6209) FAX : 042-346-1950

---