

(6) 訪問看護の実施状況（訪問看護利用者のみ）

各調査時点における、1回の訪問の滞在時間、1ヶ月あたりの訪問回数、および複数名による訪問実施の有無を以下に示す。訪問滞在時間の平均値は、ステーション群の方が病院群よりも長かったが、経時的には大きな変化は見られなかった。病院群では、滞在時間が減少する傾向が見られた。

月あたりの平均訪問回数も、ステーション群で病院群より頻度が多かった。2年後には、ベースライン時に比べて訪問の頻度は減少する傾向が見られた。

複数名訪問の実施については、制度上の違いを反映して病院群で実施割合が高かったが、2年後調査では複数名訪問の割合は減少傾向が見られた。ステーション群では、実施割合が低かったが、2年後調査では4名の方が複数名による訪問看護を受けていた。1年後調査と1年半後調査の間の期間に診療報酬の改定があり、ステーションからの訪問看護においても、状態によって複数名職員による訪問の加算も算定されるようになった。

	訪問看護ステーション群 (n=42)	訪問看護病院群 (n=76)
平均滞在時間 (分)	平均 (SD)	平均 (SD)
ベースライン	51.9 (13.4)	41.1 (14.2)
1年半後	52.9 (14.4)	36.3 (13.1)
2年後	51.5 (17.0)	35.9 (11.0)
平均訪問回数 (回/月)	平均 (SD)	平均 (SD)
ベースライン	4.7 (2.7)	3.2 (2.0)
1年半後	4.2 (2.1)	3.1 (2.3)
2年後	4.0 (2.5)	3.0 (1.9)
複数訪問あり	平均 (SD)	平均 (SD)
ベースライン	1/41 (2.4%)	46/76 (60.5%)
1年半後	0 (0.0%)	31 (40.8%)
2年後	4/23 (17.4%)	25/56 (44.6%)

3) 訪問看護ケアの実態

1ヶ月間の訪問すべてについて、訪問者数、滞在時間、実施したケアの内容について調査した結果を示す。調査は、ベースライン、1年後、2年後の三時点で行った。

訪問看護ステーション群では、平均訪問スタッフ数が病院群よりも少なく、看護職の割合が高かったが、2年後調査ではOTによる訪問の割合が増えていた。

(1) 訪問看護の提供状況

訪問看護ステーション群

	ベースライン	2年後
	N=205	n=113
平均訪問スタッフ数(人)	1.0 (0.1)	
看護師	196 (95.6%)	98 (86.7%)
PSW	1 (0.5%)	0 (0.0%)
OT	6 (2.9%)	12 (10.6%)
平均滞在時間(分)	49.1 (20.1%)	49.7 (15.8%)
訪問場所		
自宅	188 (91.7%)	110 (97.3%)
入院先	4 (2.0%)	0
地域	8 (3.9%)	8 (7.1%)
コンタクトした人		
本人	203 (99.0%)	109 (96.5%)
家族	26 (12.7%)	17 (15.0%)
外部スタッフ	1 (0.5%)	1 (0.9%)
当日のキャンセル	0	1 (0.9%)
訪問したが不在	1 (0.5%)	2 (1.8%)

病院群

	ベースライン	2年後
	n=236	n=160
平均訪問スタッフ数(人)	1.5 (0.5)	
看護師	196 (83.1%)	131 (81.9%)
PSW	60 (25.4%)	48 (30.0%)
OT	12 (5.1%)	4 (2.5%)
平均滞在時間(分)	39.5 (15.8%)	36.6 (13.0%)
訪問場所		
自宅	205 (86.9%)	150 (93.8%)
入院先	1 (0.4%)	2 (1.3%)
地域	2 (0.8%)	2 (1.3%)
コンタクトした人		
本人	234 (99.2%)	158 (98.8%)
家族	43 (18.2%)	11 (6.9%)
外部スタッフ	1 (0.4%)	0
当日のキャンセル	2 (0.8%)	3 (1.9%)
訪問したが不在	2 (0.8%)	0

(2) 訪問看護ケア内容

訪問看護利用者の1ヶ月間の訪問看護において、提供されたケア内容を以下に示す。ベースライン、2年後の調査結果を、提供主体別（訪問看護ステーション、病院）に示す。

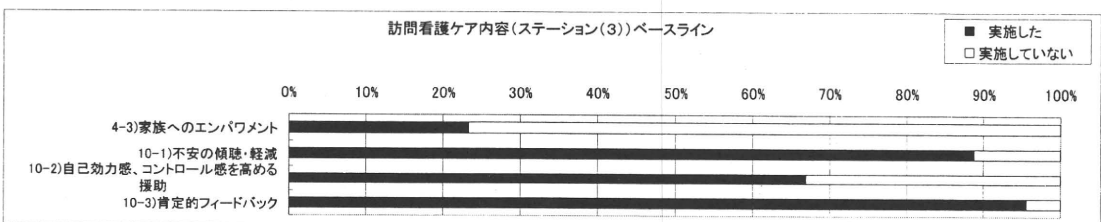
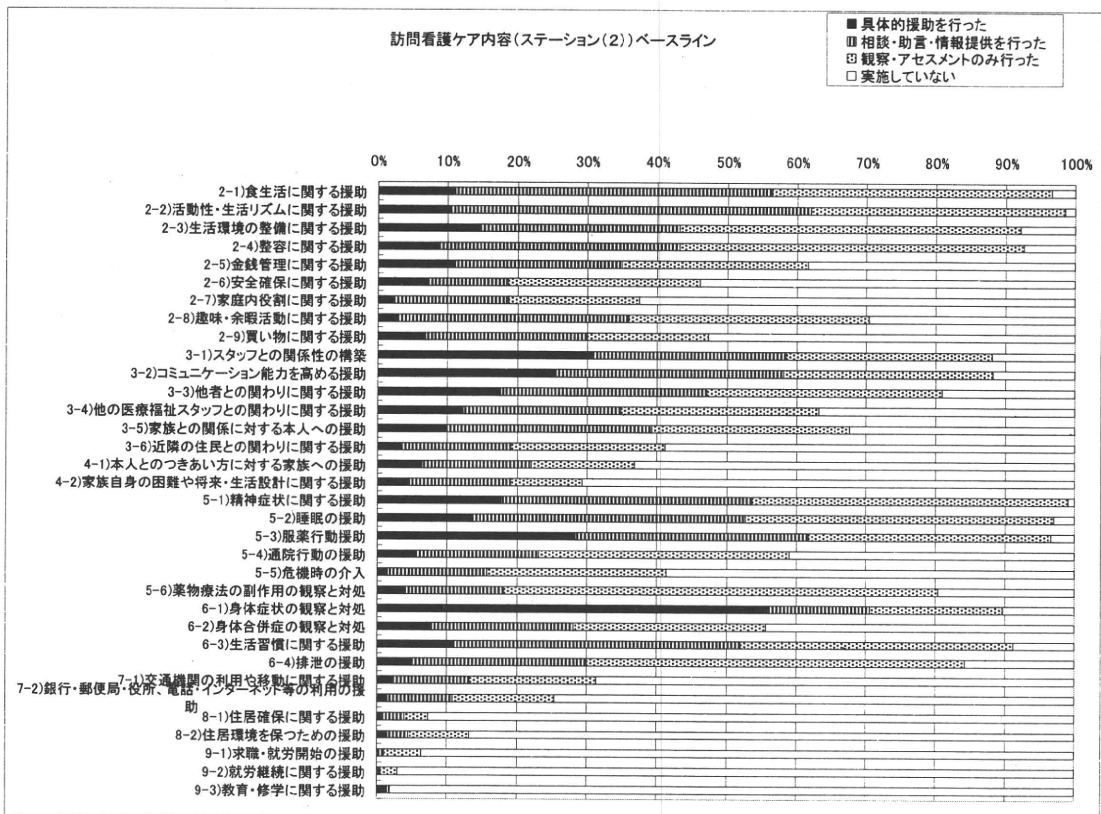
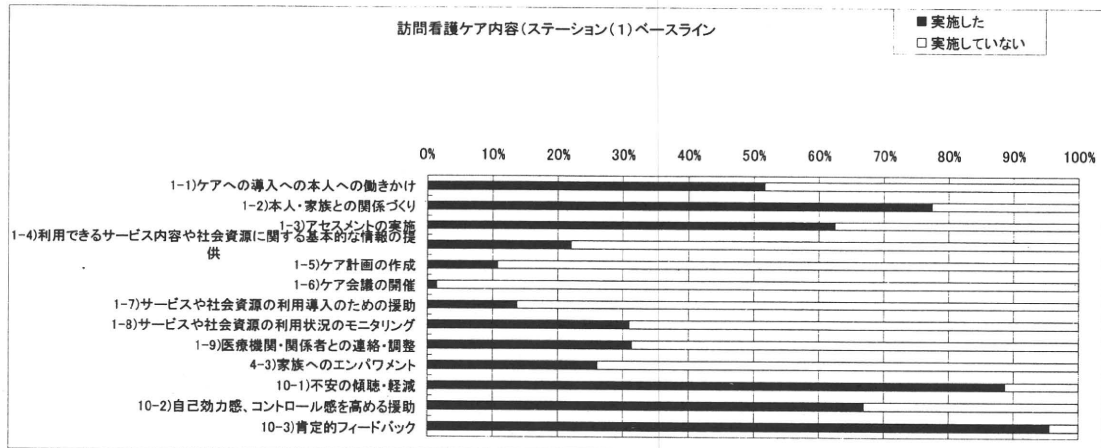
(2) - 1 訪問看護ステーションにおける訪問看護ケア内容

ベースライン時において、具体的援助の実施率が高かった項目は、ケアの導入への働きかけ、本人・家族との関係作り、アセスメントの実施、不安の傾聴、肯定的フィードバック、身体症状の観察と対処、スタッフとの関係性の構築、服薬行動援助、コミュニケーションを高める援助などであった。その他の項目においても、相談・助言や観察・アセスメントが幅広く行われていた。住居や就労に関する援助の実施率は低かった。

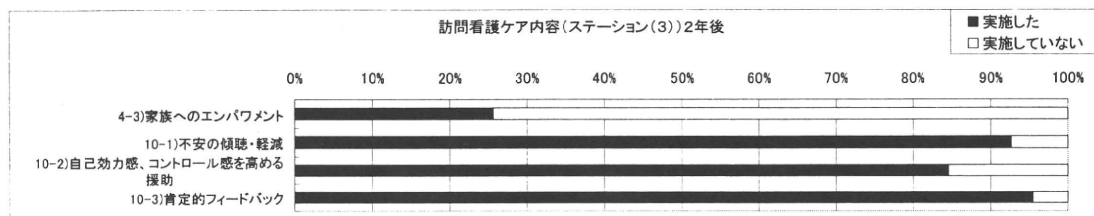
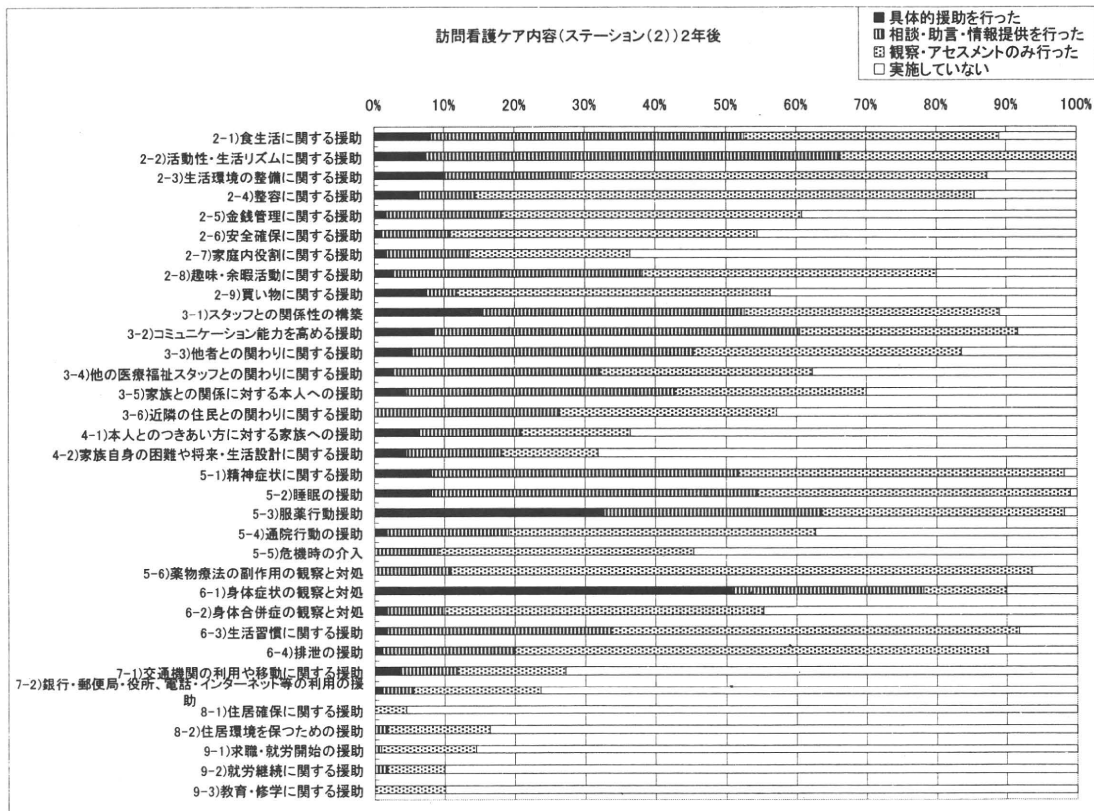
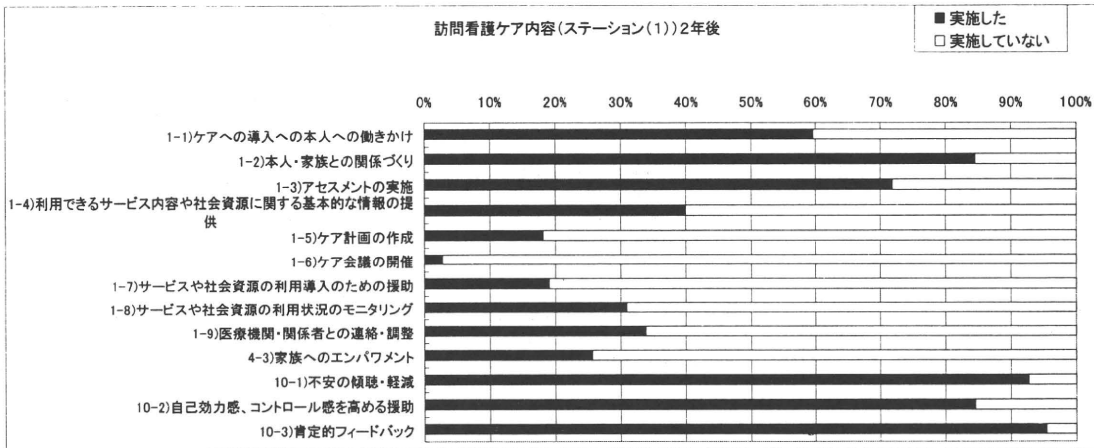
2年後の調査においても、ケア内容は大きくは変化が見られなかったが、ケアの導入への働きかけ、本人・家族との関係作り、アセスメントの実施、ケア計画の作成などは1年後時点での実施割合が高くなっていた。また、2年後ではベースライン時点に比較すると、直接援助の割合が減少し、相談・助言や観察・アセスメントの割合が高まっている項目が多く見られた。

訪問看護開始当初は、具体的な援助を通してケアの導入と関係作り・アセスメントに重点が置かれていたと考えられる。2年後には、直接的な援助だけでなく、本人への相談・助言や、コントロール感を高める援助などを通じて、利用者本人のセルフケアを高められるような関わりに変化していることが伺えた。

ベースライン時におけるケア内容（訪問看護ステーション群）



2年後調査時におけるケア内容（訪問看護ステーション群）



(2) - 2 医療機関における訪問看護ケア内容

医療機関からの訪問看護利用者の1ヶ月間の訪問看護において、提供されたケア内容を以下に示す。

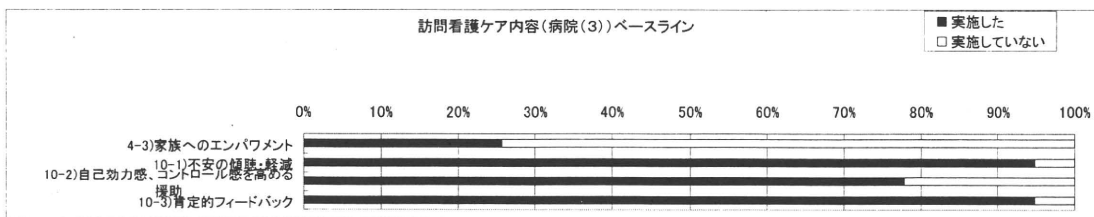
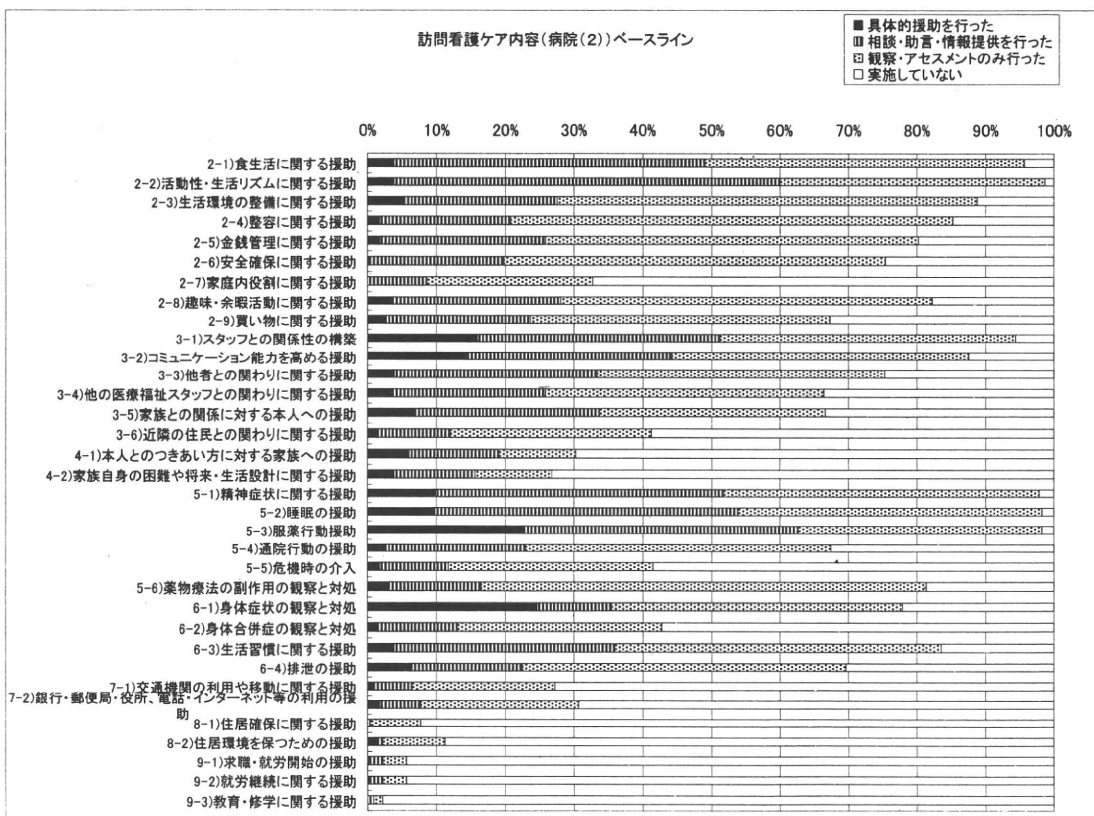
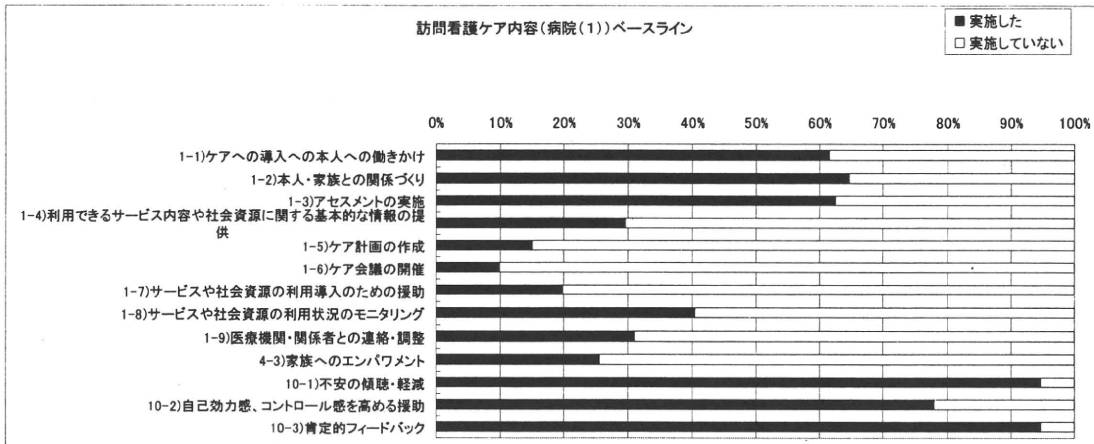
ベースライン時には、本人・家族との関係づくり、アセスメントの実施、ケア導入への本人への働きかけ、等の実施率が高く、また不安の傾聴、自己効力感、コントロール感を高める援助、肯定的フィードバック等の対象者のエンパワメントに関するケアは、高い実施率であった。

直接援助の実施率が高かったのは、身体症状の観察と対処、スタッフとの関係性の構築。服薬行動援助などであった。相談・助言・情報提供の実施率が高かったのは、食生活や生活リズムに関する援助、食生活に関する援助、家族への援助、精神症状に関する援助であり、住居の確保や就労・教育に関する援助内容は実施率が低かった。

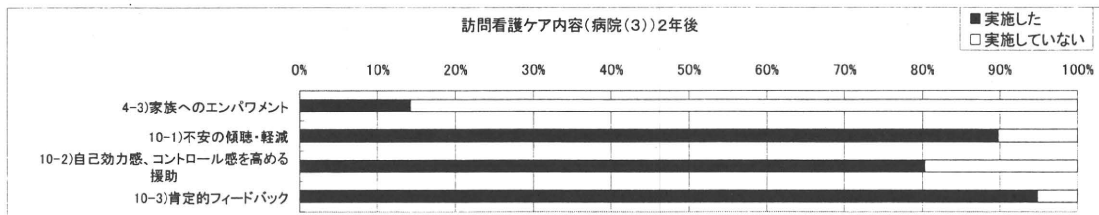
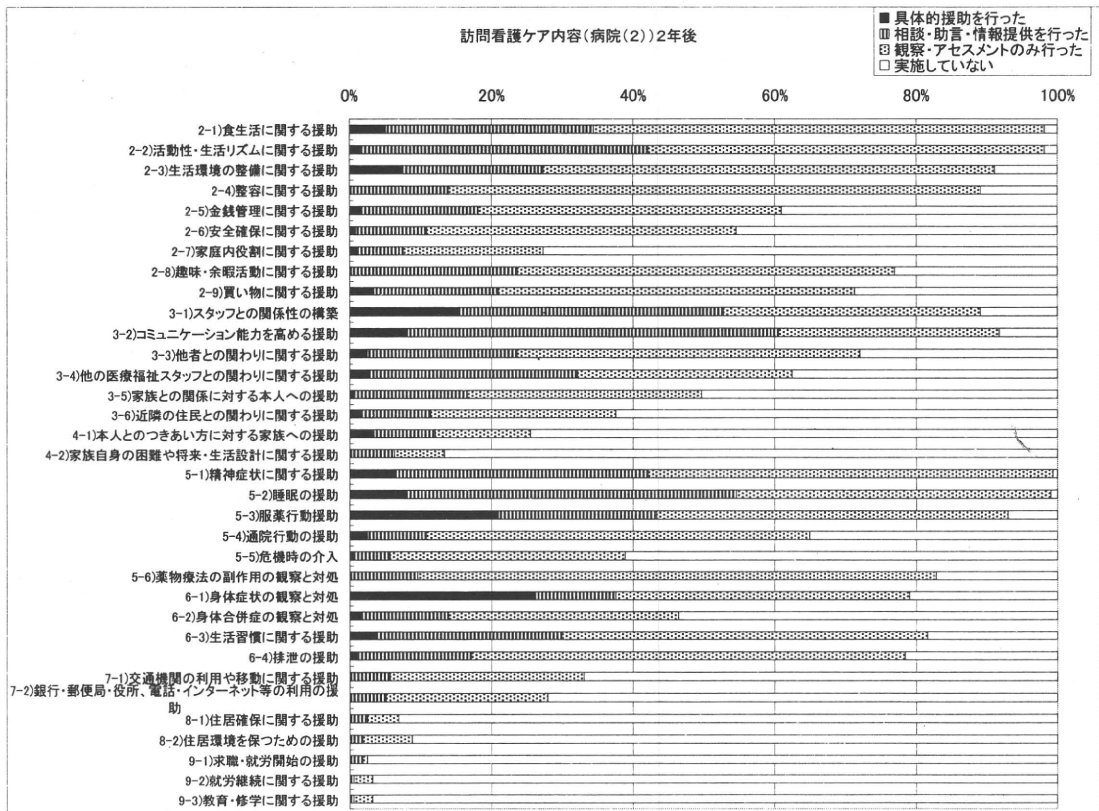
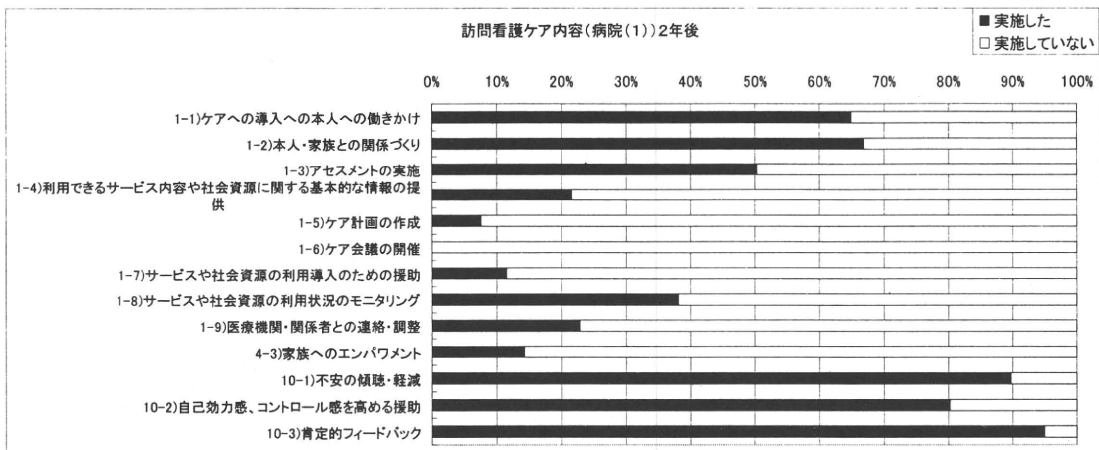
2年後調査でも、ケアの実施率に大きな変化は見られなかったが、ケア内容は大きくは変化が見られなかったが、アセスメントの実施などは実施割合が減少していた。また、2年後ではベースライン時点に比較すると、直接援助の割合が減少し、相談・助言や観察・アセスメントの割合が高まっている項目が多く見られた。

訪問看護ステーション利用者と同様に、2年後には直接的な援助だけでなく、本人への相談・助言や、コントロール感を高める援助などを通じて、利用者本人のセルフケアを高められるような関わりに変化していることが伺えた。

ベースライン時におけるケア内容（訪問看護病院群）



2年後調査時におけるケア内容（訪問看護病院群）



4) 精神科訪問看護利用者の評価

精神科訪問看護利用者のサービス満足度、訪問ケア内容、生活の質、生活満足度を調査した結果を示す。1年後調査は、ステーション群31名、病院群57名、外来群5名より回答を得た。2年後調査では、ステーション群16名、病院群46名、外来群4名より回答を得た。

サービスへの満足度は1年後、2年後ともに高く、サービスへ全体の満足度は9割の人が「ほぼ満足」と回答していた。訪問看護群では、「とても満足」を回答した人の割合が高かった。

(1) サービスへの満足度

サービス満足度

項目		ステーション群				病院群				外来群			
		1年後(n=31)		2年後(n=16)		1年後(n=57)		2年後(n=46)		1年後(n=5)		2年後(n=4)	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
サービスの質	とても良い	11	35.5%	8	50.0%	21	36.8%	18	39.1%	0	0.0%	0	0.0%
	良い	16	51.6%	6	37.5%	22	38.6%	16	34.8%	5	100.0%	4	100.0%
	まあまあ	4	12.9%	2	12.5%	14	24.6%	11	23.9%	0	0.0%	0	0.0%
	良くない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%
望んでいたサービス	かなり受けた	10	32.3%	3	18.8%	17	29.8%	13	28.3%	0	0.0%	1	25.0%
	だいたい受けた	16	51.6%	12	75.0%	35	61.4%	27	58.7%	4	80.0%	3	75.0%
	あまり受けていない	5	16.1%	0	0.0%	5	8.8%	3	6.5%	1	20.0%	0	0.0%
	まったく受けていない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	6.5%	0	0.0%	0	0.0%
求めていたものを満たす程度	ほぼすべて満たす	8	25.8%	6	37.5%	13	22.8%	15	32.6%	0	0.0%	0	0.0%
	おおかた満たす	18	58.1%	9	56.3%	39	68.4%	23	50.0%	4	80.0%	4	100.0%
	あまり満たさない	5	16.1%	1	6.3%	5	8.8%	8	17.4%	1	20.0%	0	0.0%
	まったく満たさない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
同様の援助が必要な友人への勧め	絶対に勧める	7	22.6%	2	12.5%	13	22.8%	12	26.1%	1	20.0%	0	0.0%
	たぶん勧める	20	64.5%	12	75.0%	31	54.4%	23	50.0%	4	80.0%	4	100.0%
	たぶん勧めない	4	12.9%	2	12.5%	13	22.8%	9	19.6%	0	0.0%	0	0.0%
	絶対に勧めない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%
援助の量への満足	とても満足	8	25.8%	4	25.0%	13	22.8%	12	26.1%	0	0.0%	0	0.0%
	ほぼ満足	19	61.3%	10	62.5%	36	63.2%	23	50.0%	4	80.0%	4	100.0%
	やや不満	4	12.9%	2	12.5%	7	12.3%	11	23.9%	1	20.0%	0	0.0%
	まったく不満	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
問題に取り組む上での効果	たいへん役立つ	11	35.5%	7	43.8%	20	35.1%	21	45.7%	0	0.0%	1	25.0%
	いくぶん役立つ	19	61.3%	9	56.3%	34	59.6%	22	47.8%	5	100.0%	3	75.0%
	ぜんぜん役立たない	0	0.0%	0	0.0%	3	5.3%	3	6.5%	0	0.0%	0	0.0%
	逆効果だと思う	1	3.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
全体の満足度	とても満足	10	32.3%	3	18.8%	14	24.6%	14	30.4%	0	0.0%	0	0.0%
	ほぼ満足	17	54.8%	12	75.0%	39	68.4%	25	54.3%	3	60.0%	4	100.0%
	やや不満	4	12.9%	0	0.0%	4	7.0%	7	15.2%	2	40.0%	0	0.0%
	まったく不満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
再利用の意向	絶対に利用する	9	29.0%	5	31.3%	18	31.6%	18	39.1%	0	0.0%	0	0.0%
	たぶん利用する	20	64.5%	9	56.3%	31	54.4%	20	43.5%	5	100.0%	4	100.0%
	たぶん利用しない	2	6.5%	2	12.5%	7	12.3%	5	10.9%	0	0.0%	0	0.0%
	絶対に利用しない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%

(2) 訪問看護ケア内容

訪問看護から受けているケア内容について、利用者に尋ねた結果を示す。

ステーション利用者では半数以上の利用者が『自身の家族に対する支援』『こころのケア』『からだのケア』『力づけるケア』を受けていると回答していた。『電車やバス、銀行、役所などの使い方に関する手伝い』『住まいに関する手伝い』『仕事や学校に関する手伝い』を受けていると回答した人は少数であった。

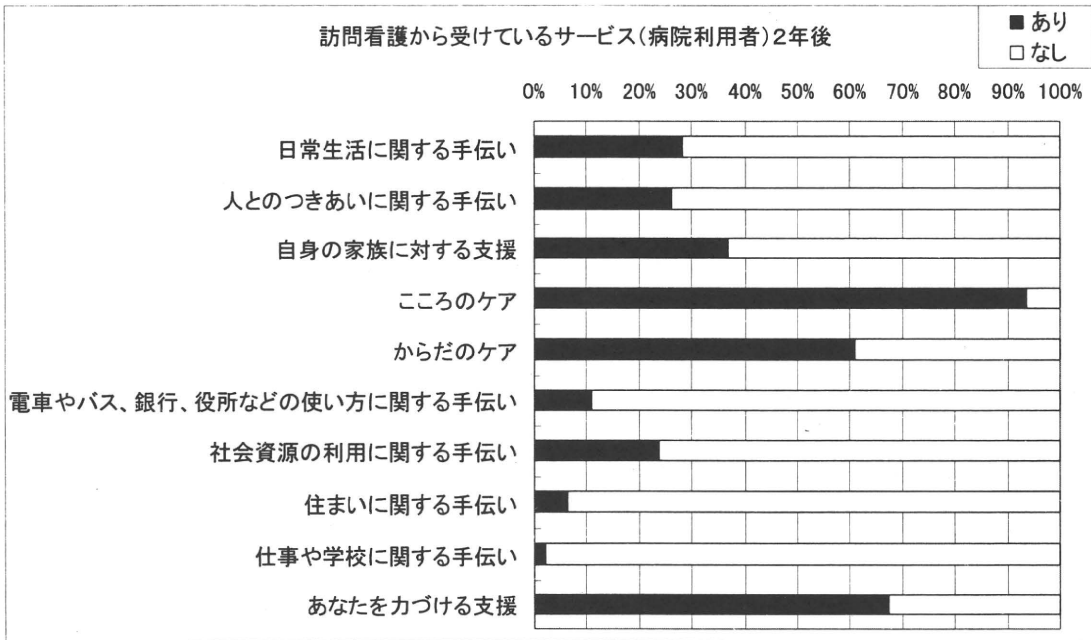
病院利用者でもステーションと同様に多数の利用者が『こころのケア』『からだのケア』『力づけるケア』を受けていると回答しており、『住まいに関する手伝い』『仕事や学校に関する手伝い』を回答した人は少数であった。

病院利用者に比べて訪問看護ステーションでは、より多くの利用者が『自身の家族に対する支援』『こころのケア』を受けていると認識しているという特徴があった。

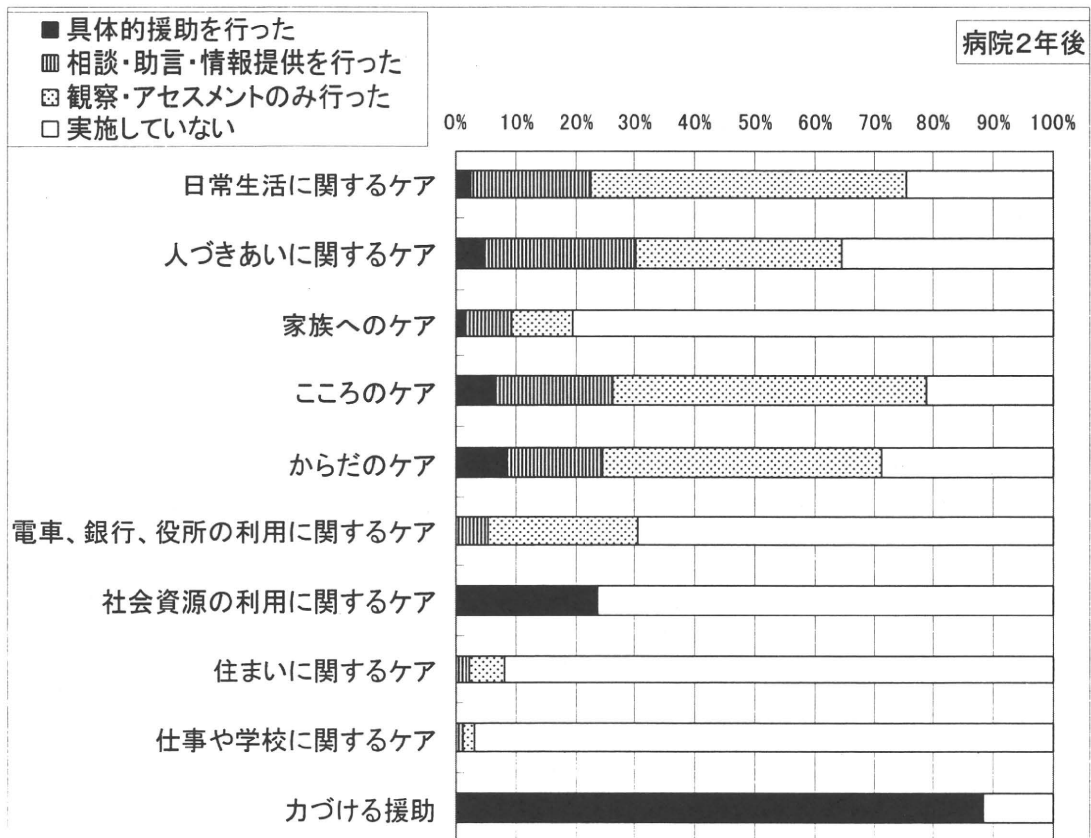
訪問看護師が回答したケア内容の内訳と比較してみると、両者の回答は同じような傾向を示しており、訪問看護師が提供しているケア内容が、利用者にも認識されていることが伺えた。日常生活に関するケア、人つきあいに関するケアは、利用者の回答割合よりも、訪問看護師が実施したと回答している割合の方が高かった。一方、家族へのケア、こころのケアは利用者の回答割合の方が、看護師の割合よりも高かった。

看護師評価では、毎回の訪問での実施割合を評価するのに対し、利用者評価では受けている訪問看護ケアの総体として評価がされるため、評価方法の違いによって両者の違いが生じる可能性が考えられる。また、「こころのケア」を双方がどのように捉えているか、という認識の違いも両者の回答率の差に影響していることが考えられる。

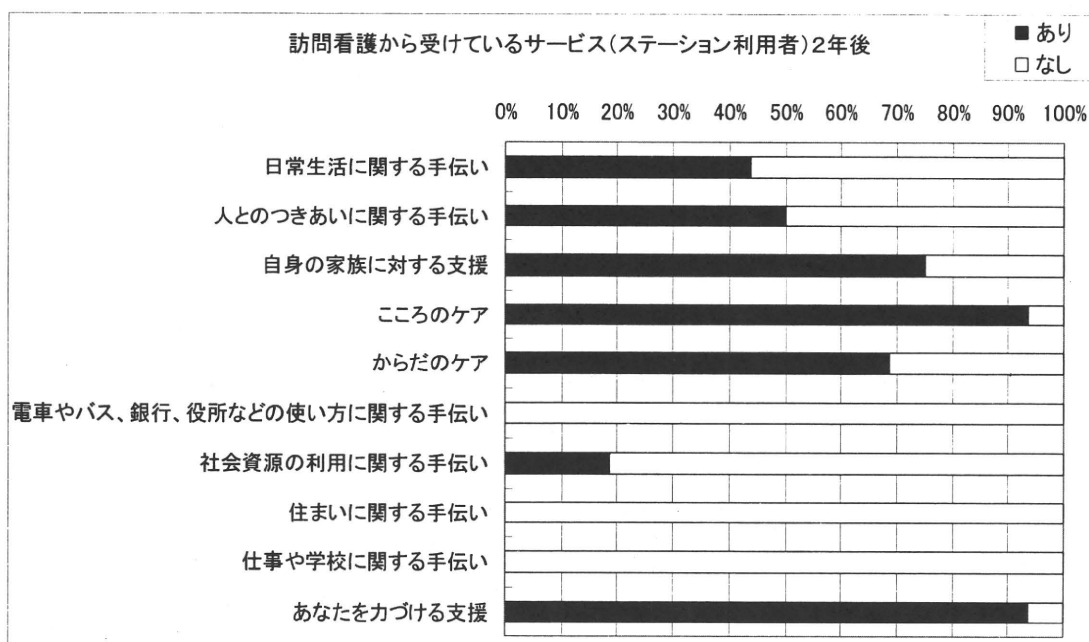
利用者の評価による訪問看護から受けているサービス（病院利用者）



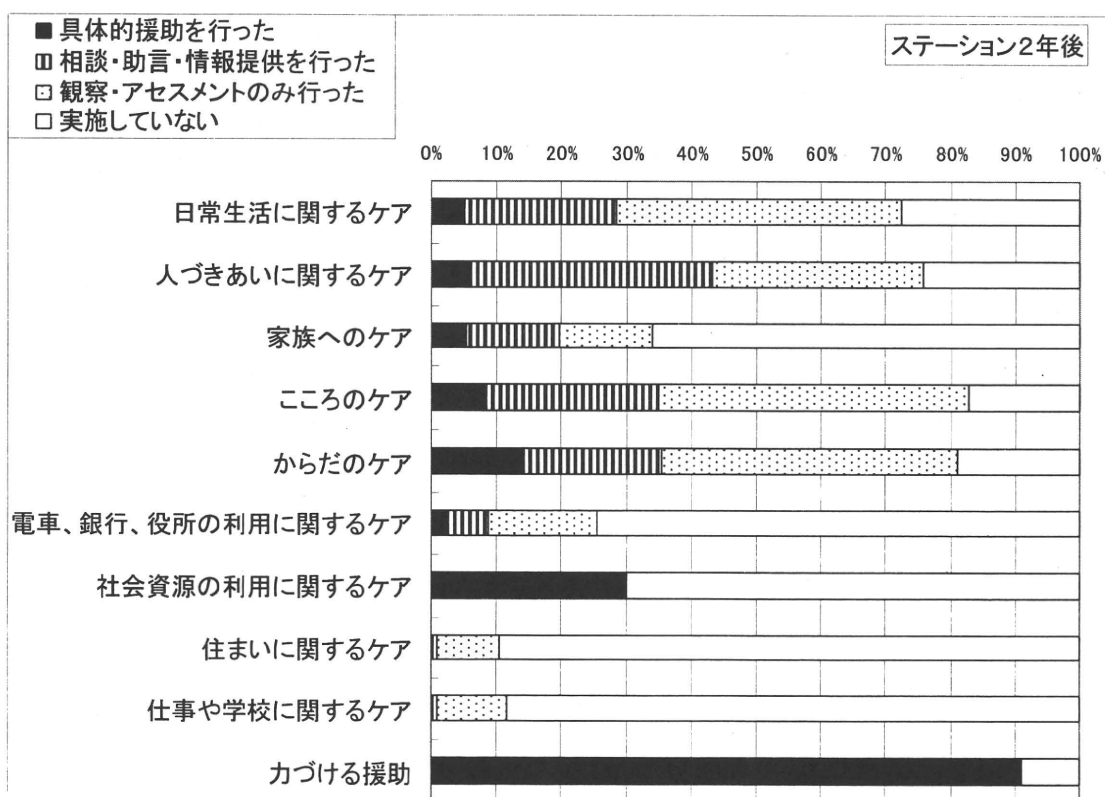
訪問看護師の評価による実施したケア内容（病院利用者）



利用者の評価による訪問看護から受けているサービス（ステーション利用者）



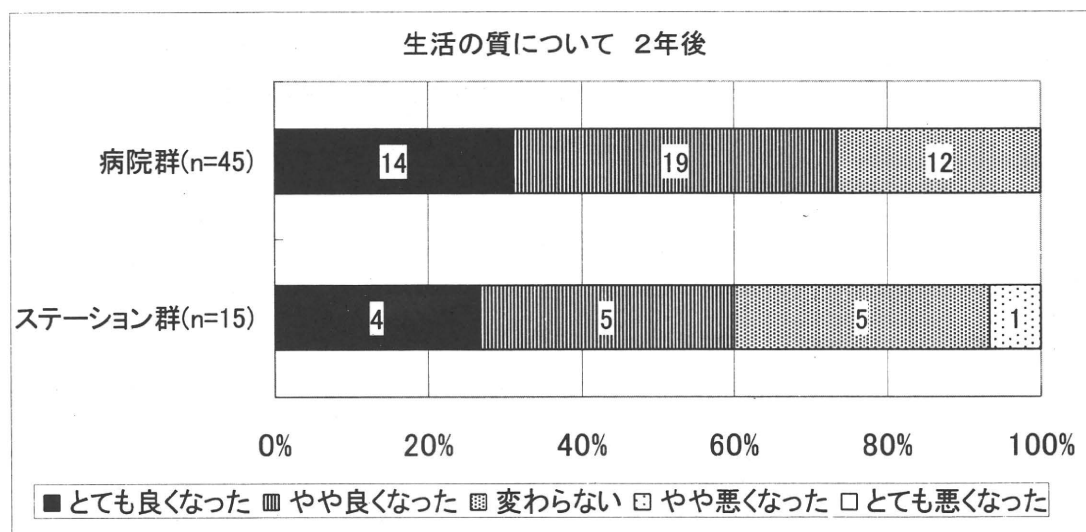
訪問看護師の評価による実施したケア内容（ステーション利用者）



(3) 生活の質

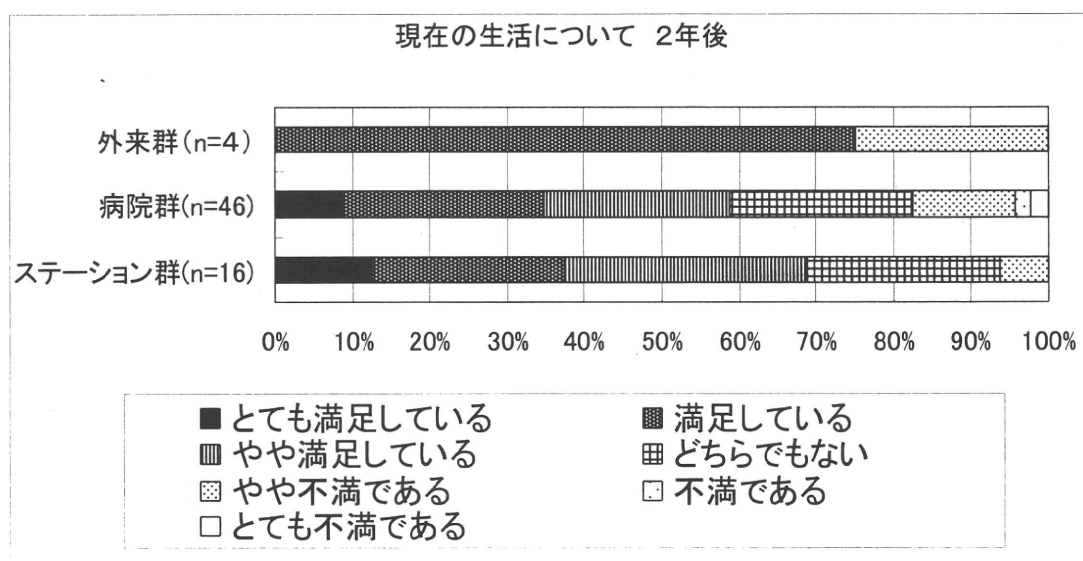
訪問看護の利用により生活の質がどのように変化したかを尋ねたところ、2年後調査では、“とても良くなった” “やや良くなった” と評価した人の割合は6割～7割であった。“変わらない” を含めると、90%以上の人が高くなったまたは良くなったとの回答であった。

“やや悪くなった” と回答した人はステーション群の1名であった。



(4) 生活満足度

現在の生活に対する満足度は、2年後調査では、ステーション群の68.8%、病院群の58.7%、外来群の75.0%が現在の生活に満足していると回答した。一方で、不満と回答した利用者はステーション群では6.3%、病院群では17.4%、外来群では25.0%であった。訪問看護群では、「とても満足している」と回答した人の割合が、外来群よりも高かった。



【考察】

1. 2年間の追跡調査について

訪問看護・外来通院を開始・再開後2年間の状況を追跡した結果、ステーション群では59.5%、病院群では73.7%の利用者が訪問看護を継続していた。入院による一時中断者を含めると、それぞれ75.7%、82.9%の利用者がサービスを継続しており、訪問看護が継続的に利用者をサポートしている実態が伺えた。

一方、訪問看護利用者の約2割は転居や死亡、症状の安定によりサービスを中断または終了していた。外来群では通院継続または入院による一時中断のみであり、中断者・終了者はいなかった。訪問看護は本人の意向と主治医の指示書のもとに本人と契約した上で提供されるサービスであり、本人の症状や環境の変化により中断・終了となる人が一定割合いることが示された。

訪問看護群における2年間の平均入院回数は1.6-1.7回と外来群の1.4回と比べると若干多かったが、平均入院日数は訪問看護群の143.9-222.3日と比べて外来群は282.4日と長かった。また地域滞在日数は訪問看護群の618.3-678.6日の方が、外来群の585.4日より若干長かった。訪問看護では、平均週1回の頻度で訪問することにより、利用者の様子をモニタリングして利用者の症状変化により早く気づき、早期に入院に繋げることで入院日数が短縮している可能性が考えられた。

また、訪問看護群では、同居者の変更や生活上の変化・利用しているサービスの変更など生活上の変化が多く報告されていた。訪問看護利用者は、生活上の変化や利用資源の変更により環境が変わり、症状が不安定になる方がいる一方、訪問看護やその他の社会資源をうまく活用することで安定した生活を送る方がおり、比較的生活状況の変動が大きい時期にある方が対象となっていることが伺えた。外来群では、家族状況

などの情報が把握しにくい状況にあることも予測されるが、生活状況の大きな変化が少ないという特徴があると考えられる。

2年間のうちに入院があった者の割合は、ステーション群で46.3%、病院群で44.7%、外来群で55.6%であった。先行研究における訪問看護開始後の入院率は1年後31.3%：2年後48.5%（萱間ら、2005）、1年後21.6%（渡辺ら、2000）、1年後10.0%：2年後30.0%（緒方ら、1997）であり、これらと比べると再入院者の割合が高い結果であった。先行研究では退院時および訪問看護開始時点の時点として起しているのに対し、本調査ではベースライン調査時（訪問看護開始時点から4-10ヵ月後）を起点としたことも関連していると考えられる。また、先行研究からは10年が経過し、この間に精神科訪問看護をめぐる制度は大きく変化してきた。そのため、利用者の状態像や提供体制が変化していることも、要因の1つと考えられる。

2. 訪問看護におけるケア内容

訪問看護師が提供したケア内容の調査では、身体症状の観察と対処、関係性の構築、生活リズムに関する援助、エンパワメントに関するケアなどの実施割合が高く、利用者からのアンケート結果でも、「こころのケア」「からだのケア」「力づける支援」などのサービスを受けていると回答した人の割合が高かった。訪問看護師が提供しているケア内容と利用者がケアを受けていると回答した内容は概ね一致しており、提供したケアが利用者にも同様に認識されている実態が伺えた。訪問看護では、利用開始時に訪問看護の目的を共有する過程が重要であり、このような関わりも双方が同じ認識を持つことに繋がったと考えられる。

一方、日常生活に関する援助は、訪問看護師は実施したと回答した人の割合が高かったのに比べて、利用者がサービスを受け

ていると回答した人の割合は低く、日常生活に関する支援についての認識は利用者とケア提供者では若干異なることが伺えた。

両者の認識の相違には、調査方法の違いも関連していることが考えられるが、日常生活や対人関係のアセスメント・援助を通じて精神症状に働きかけ、一方で精神症状に働きかけながら日常生活の継続を支えるという訪問看護ケアの特徴が、この結果に反映されていると考えられる。

ケアのレベルは、具体的な援助から相談・助言、観察・アセスメントへと移行す

る項目が見られ、訪問当初は具体的なケアを通じて関係作りやアセスメントを行っていたが、訪問看護の継続と共に、利用者自身のセルフケアを高めるための働きかけに変化していることが伺えた。

利用者調査において、「こころのケア」「ちからづける支援」を受けているという回答が非常に高かったことから、訪問看護が継続的な関わりを通じて、利用者の安心感を支えており、それらが生活の質の向上やサービスの満足度にも繋がっていると考えられた。

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
精神障害者の退院促進と地域生活のための多職種によるサービス提供のあり方と
その効果に関する研究（H20-障害-一般-004）研究報告書

重度の精神障害をもつ人たちを対象にした、精神科デイケアを基盤とした
訪問支援の現状と今後の支援体制構築のあり方に関する研究

分担研究者：大島 巖¹⁾

研究協力者：大山早紀子¹⁾、添田 雅宏¹⁾、瀬戸屋雄太郎²⁾、伊藤順一郎²⁾

1) 日本社会事業大学大学院 2) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

研究要旨

【背景と目的】「入院中心の治療から地域でのケア体制へ」という精神保健医療福祉施策のもと精神障害のある人の支援は病院から地域へと移行しつつある。この流れの中で精神障害のある人が利用できるサービスが整い始めている。しかしその一方で、従来型のサービスでは支援の網の目から抜け落ちてしまう人たちがいる。これまで対応されていなかったこれらの人たちのニーズに対して、アウトリーチを用いた支援がさまざまな形で取り込まれるようになってきた。そこで本研究ではその課題の1つとして、全国の精神科デイケアが現在、どの程度訪問支援などアウトリーチサービスと関連を持ちながら活動を進めているのか、病院のデイケア等、クリニックのデイケア等での比較を行い、その実情を明らかにすることを目的とする。併せて、地域型医療サービス供給のためにデイケアを基盤とした支援体制の構築のあり方について、今後の課題と展望を明らかにする。

【方法】2010年11月末現在、地方厚生局に届け出のあった全国医療機関のうち精神科デイケア、精神科ショートケア、精神科ナイトケア、精神科デナイトケア、精神科ナイトケアのいずれかを実施している機関1654機関に郵送調査を実施した。2011年2月15日までに回答のあった575機関(病院403件、クリニック172件、回収率37.4%)を分析対象とした。併せてデイケアに特徴的な実践を行っている機関の事例を挙げ本研究班の全国調査との比較および関係スタッフからの聞き取り調査を実施した。

【結果】デイケアの利用者に対する訪問支援は55.1%と半数以上の機関でなされていた。またそのうち、59.6%が院内訪問看護と連携、34.1%の医療機関において精神科デイケアのスタッフが週1回以上の訪問支援を提供していた。特にひきこもり状態にある人への訪問支援はデイケアスタッフの訪問の割合が多かった。訪問支援の対象者は症状が悪化傾向にある人、服薬管理が十分でない人の割合が高くなっており、医療の必要性の高い人の割合が高く、また提供されるケアにおいても症状の悪化・憎悪防止や服薬管理支援といった医療ニーズが高いことが明らかとなった。また事例の分析からは「居場所+アウトリーチ」の具体的援助内容の実施割合が全国調査と比べていずれの項目においても高い数値を示しており、質的事例分析では、重度の精神障害のある人の地域生活を支える実態が明らかになった。

【考察】現在、そのあり方が見直されている精神科デイケアであるが、地域移行が推進され、個々のニーズが多様化する中で現状の精神科デイケアのみのケアでは限界がある。既存のサービスに医療、居場所、訪問活動、多職種でのアプローチを加える、新しい効果モデルが形成される可能性が示唆された。特に重度の精神障害のある人にとって地域ケアの中で医療ケアも提供可能である精神科デイケアは今後も重要な役割を担っており、今後、精神科デイケアに求められる役割として集団での治療に加えて、個々のニーズに応じた個別のケアの双方を包括したケアの提供の可能性を模索する必要があると考える。またそれらのケアは実際の生活の場で提供されることが重要であり、それらを一体的に提供できる支援体制の構築が求められている。

A. 研究の背景および目的

「入院中心の治療から地域でのケア体制へ」という精神保健医療福祉施策のもと精神障害のある人の支援は病院から地域へと移行しつつある。我が国の精神保健福祉サービスは、近年ある程度のサービスメニューが整い、精神障害のある人が利用できるサービスは増加している。しかしその一方で、従来型のサービスでは支援の網の目から抜け落ちてしまう人たちがいる。日常的なケアサービスがなければ地域で暮らすことが困難な人、長期間家庭でひきこもり状態の精神障害のある人、発病間もなく適切な支援を受けられないまま病気と向き合っている障害のある本人や家族、職場や学校での継続支援が必要にもかかわらず、適切に受けられないために就労・就学が困難になった人などである。

このような従来型のサービスでは対応できなかった大きなニーズを持つ、支援に欠ける要援護者への対応を、具体的かつ現実的に検討する段階に差し掛かった。その中心が新しい形のアウトリーチ支援である。これには①より頻繁で高密度で日常的で身近に関わること②福祉的ケア(含介護サービス)をも含む生活援助が求められる。しかも重い精神障害のある人たちが対象であるため精神症状への対処も不可欠であり、保健・医療的ケアを同時に提供することが求められる(大島, 2011)。

一方で現在も精神障害のある人の重要な社会資源である精神科デイケア(以下、デイケア)は長い間、地域社会資源の乏しかった時代に再入院の防止、地域定着などを目的とし地域精神医療の中心的プログラムの役割を担ってきた。しかし現在その役割の見直しが行われている。厚生労働省は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、社会生活機能の回復を目的とした施設の1つとして社会復帰施設の他にデイケアを挙げ見直しの必要を指摘している。そして見直しの視点としてデイケアの利用が長期化していること、終了の理由として再入院の割合がもっとも多いことなどを挙げ、2010年度の診療報酬改訂ではデイケア等について、当該療法の診療報酬を改訂し食事加算を廃止、精神障害のある人の地域移行を推進するために、早期の地域移行についての評価を行うことを目的に当該療法の算定を開始してから1年以内の者には診療報酬の加算をするといった改訂を実施している。

このようにデイケアを取り巻く環境が変化中、今後、地域医療の中でより有効に機能するためには、上記のようなこれまで適切な支

援を受けることが困難であった人たちに対する支援がデイケアに求められているものと考えられる。デイケアとして、プログラムに従ってグループごとに治療するだけでなく、これらのグループに参加できるよう日常生活支援を含め、個々のニーズに合わせた支援が求められていると考える。

現在、デイケアにおける集団支援と医療を含めた日常生活の個別支援を一体化した支援としてデイケアを基盤とした訪問支援が注目を浴びている。しかし具体的な手立ては確立されておらず、各機関がデイケア単体での訪問支援、他部門や他機関と連携しながら支援を展開するなど独自に取り組んでいるのが現状である。

そこで本研究ではその課題の1つとして、全国精神科デイケアが重度の精神障害のある人たちに対して、どの程度訪問支援などアウトリーチサービスと関連を持ちながら活動を進めているのか、病院デイケア、クリニックのデイケアでの比較やその他の実施体制ごとの比較検討を行い、その実情を明らかにすることを目的とする。併せて、地域型医療サービス供給のためにデイケアを基盤とした支援体制の構築のあり方について、今後の課題と展望を明らかにする。同時にデイケアにおいて特徴的な訪問支援を行っている機関の事例を挙げその特徴を明らかにする。

なおここでいう重度の精神障害のある人とはデイケア等に登録前に1年以上の入院があった者および登録前にひきこもり状態にあったものとする。ひきこもり状態とは本人や家族のみの精神科の受診歴の有無にかかわらず、様々な要因の結果として就学や就労を含む社会的参加、家庭外での交遊を回避し、原則的には6カ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態(コンビニなど他者と交わらない形での外出は除く)ものとする。

B. 研究方法

1) 調査対象

2010年11月末現在、地方厚生局に届け出のあった全国医療機関のうちデイケア、ショートケア、ナイトケア、デйнаイトケア、ナイトケア(以下、デイケア等)のいずれかを実施している機関1654機関とした。

また事例ではデイケアを基盤に訪問活動を展開し重度の精神障害のある人たちの地域定着支援を行っているA病院でイケアのうち重度の精神障害のある登録者28名の支援スタッフとした。

なお事例として用いたA病院のデイケアは以下のとおりである。定型的なデイケアと異なり、積極的な地域への訪問支援を展開している。この訪問支援はGAFの平均値が30前後の入院に値する人たちを対象とし、重度の精神障害のある人の地域生活定着のためのケアを行っている。

< A病院の概要 >

- ・ 登録人数 250 名
- ・ 常時来院者は 70 名程度
- ・ スタッフ数 13 名。医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士の多職種による支援
- ・ 毎日訪問している人は 3 名
- ・ DCのスタッフで毎日 2、3 名の人に対して訪問している
- ・ 多くのスタッフは訪問回数を増やしたいと思っているがスタッフ数の不足により訪問できていない。

2) 調査方法

デイケア等を実施している医療機関の実施部署の長に対して郵送による自記式アンケート調査を実施した。調査実施機関は 2011 年 1 月 18 日から 2 月 10 日とした。

また事例においては、本研究班の全国調査（以下、全国DC）との比較を行うと同時に関係スタッフからの対象となる 28 名のケア内容について聞き取り調査を実施した。

3) 調査内容

調査項目は全 14 項目とした。内容はデイケア実施機関の基礎情報、現在のデイケア等の現状および課題について聞いた後、デイケア等からのアウトリーチ支援について問いを設定した。具体的にはデイケア等からのアウトリーチ支援がどのような対象者に対してどの程度行われているか、具体的にどのような支援が展開されているか、デイケア等からのアウトリーチ支援の今後の可能性についてなどの質問を設定した。

また事例においては全国DCの調査票をもとに、どのような対象者にどのようなケアがなされているか、重度の精神障害のある人の地域定着支援にどのような要素が必要かA病院のスタッフに支援内容について聞き取り、効果的援助と考えられる要素を検討した。

4) 倫理的配慮

調査の依頼に際して、研究班において合意を得たのち対象機関となる医療機関のうち協力を得られた医療機関において事前に本研究の

趣旨と調査の内容を説明し妥当性の検討を行った。対象となる全医療機関には調査票に同封した書面にて本研究の趣旨を説明し、公表に関しては報告書にまとめて行政施策に反映するよう働き掛けるとともに、学会報告や学術誌などで調査結果を使用する場合、個々の施設名が特定されない形で行う旨を説明した。そして調査票の返信をもって本研究および調査に対する同意が得られたとした。

また事例調査においては、対象となる機関の長およびスタッフの所属長に対して本研究の趣旨を説明した。協力を依頼したスタッフには本調査によってスタッフ自身の不利益になることは一切ないこと、得られた情報は個々が特定される形での公表はしないことを伝え、得られたデータは調査実施者が責任をもって管理することを伝えた。

C. 結果

1. 病院とクリニックの比較

1) 調査対象機関の概要

本報告では 2011 年 2 月 15 日までに返信のあった 575 件(病院 373 件、クリニック 172 件)を分析対象とした(後日到着分を加えた分析は、別途報告する予定である)。なお本報告の対象機関を表 1 に示す。開設者では病院、クリニックともに医療法人がもっとも多かった。

2) デイケア等の概要デイケア等の実施形態

デイケア等の登録者および実施ケア内容を表 2 に示す。このうち 2010 年 1 月から 12 月までに新たに登録のあった者は病院で 27%、クリニックでは 36.6%であった。また実施ケアないように関しては病院、クリニックともにデイケアの実施割合が多く次いでショートケアの割合が多かった。

3) デイケア等における訪問支援の有無とその実施体制

デイケア等利用者に対する訪問支援実施の有無を表 3 に示す。また全訪問支援提供者の訪問の支援形態および 2010 年 1 月から 12 月までのデイケア等登録者のうち訪問支援を受けている者を表 4 に示す。訪問支援を展開している機関は 317 件(病院 253 件、クリニック 64 件)であり、55.1%の医療機関で週 1 回以上の訪問支援を実施していた。また支援形態としてもっとも多かったものは院内の訪問看護と連携している形態であったが、デイケアのスタッフが訪問している機関が 34.1%あり、全体としてはクリニックの方がその割合は高かった。

4) デイケア等の登録者の内訳

①登録前に1年以上の入院があった者

デイケア等に登録している者のうち登録前に1年以上の入院があった者の割合を表6に示す。現在何らかの形で訪問支援を受けている者は病院で31.3%、クリニックで27.3%であった。併せてそれらの者の、現在の状況について同じく表6に示す。現在もデイケア等を利用している者は病院で81.3%、クリニックで81.8%であった。また訪問支援の提供頻度として、病院、クリニックともに院内訪問看護部門の週1回程度が多く、ついで病院では訪問看護部門による週2-3回の訪問、クリニックではデイケアスタッフの訪問の割合が多かった。

②デイケア等に登録前にひきこもり状態にあった者

デイケア等に登録している者のうち登録前にひきこもり状態にあった者の割合を表7に示す。現在何らかの形で訪問支援を受けている者は病院で12.8%、クリニックで6.9%であった。併せてそれらの者の、現在の状況について同じく表7に示す。現在もデイケア等を利用している者は病院で70.0%、クリニックで77.3%であった。また訪問支援の提供頻度として、病院、クリニックともに院内訪問看護部門の週1回程度が多く、ついで病院では週に2から3回の病院訪問看護の支援、クリニックではデイケアスタッフの訪問の割合が多かった。

5) 訪問の有無と現在の状況

登録前に1年以上入院のあった者および登録前にひきこもり状態にあった者の現状についての訪問支援の有無によって比較したものを表6に示す。病院、クリニックともに訪問を受けている者の方がデイケア利用継続率、デイケア等利用後の入院なしの割合は高かった。一方で訪問支援を受けている者の方が受けていない者に比べデイケア等中断率も高かった。

6) 訪問支援において提供される具体的ケア内容

訪問支援で提供される具体的ケア内容について図1に示す。提供している割合が高かったのは、症状悪化や憎悪防止に関する支援、および服薬・副作用に関する支援であり病院、クリニックとも75%以上提供している機関が半数以上であった。提供の割合が低かったのは、求職・就労開始のための環境調整、就労継続支援は病院、クリニックともに半数以上がまったく提供がなかった。

7) 訪問支援の対象者の選定および訪問日の設定など

デイケア等の利用者に対する訪問支援の対象者の選定基準および訪問日の設定のあり方、診療報酬の算定方法について表8に示す。訪問支援の対象者選定の基準としては精神症状が悪化傾向にある人、服薬管理が十分でない人の割合が多く、医療的支援の必要性の割合の高い人が多かった。また訪問日は来所予定のない日に設定する割合が多く、ついで連絡の有無に関わらず訪問支援を提供している割合が高かった。また診療報酬の算定方法としてクリニックにおいて原則としてデイケア等で算定している割合がもっとも多く、ついでデイケアや訪問以外の方法で算定している割合とデイケアで算定できる時はデイケアで算定する割合が高かった。一方、病院ではデイケアや訪問以外の方法で算定している割合がもっとも多く、ついで原則として訪問支援で算定している割合が高かった。

2. デイケア等を基盤とした地域定着支援の現状

1) デイケア等および院内訪問看護や他部門で提供されるケア内容の比較

デイケア等および院内訪問看護や他部門で提供されるケア内容の比較を図2に示す。提供されるケアの内容として症状悪化や憎悪防止の支援、服薬・副作用に関する支援など医療ケアの割合が高かった。一方で求職・就労開始の環境調整や就労継続支援など社会参加費関するものは低かった。

2) デイケア等および院内訪問看護における訪問頻度と提供されるケアの比較

図3にデイケア等および訪問看護における訪問頻度と提供されるケアについての比較を示す。いずれにおいても症状悪化や憎悪防止の支援、服薬・副作用に関する支援など医療ケアの割合が高く頻度も高かった。一方で求職・就労開始の環境調整や就労継続支援など社会参加に関するものは低かった。

3) デイケア等を基盤とした訪問支援を行う際の情報共有のあり方

訪問支援を展開する際にどのように情報を共有しチームアプローチを展開しているかケア内容ごとの比較を図4に示す。共有の方法として共通のケア計画を作成し共有している割合は総じて低いものの、症状悪化や憎悪防止の支援、服薬・副作用に関する支援など医療ケア

においてはその割合が高かった。またクリニックではいずれかの形で情報共有のために連携していた。

3. 事例検討～デイケアと訪問支援を併せ持つケアで提供されるケアの内容

事例調査において明らかとなったA病院のデイケアと訪問支援を併せた支援体制でのケア提供内容について全国DCとの比較を表10に示す。またA病院と全国DCのコンタクト頻度とコンタクト時間の比較を表11に示す。

A病院デイケアはGAFの平均値が31-40と低く本来ならば入院に値する人達が通所している。それを可能にしているのは、積極的なアウトリーチである。週に1回以上はアウトリーチをおこない在宅生活を維持している。

具体的援助内容に示された数値はいずれも全国DC群より高い割合を示しており、医療的な支援から生活環境の整備に至るまで幅広い支援を行っている。病院という場所での支援のため服薬行動や精神症状に関する援助は行いやすい。金銭管理についても高い割合を示しており医事課との協働により、金銭面での破綻からくる病状の悪化を防いでいる。また生活環境の整備に関する援助も他の2群に比べ高い割合を示しており、積極的に訪問し、生活場面での援助を行っている。他者との関わりに関する援助についても全国DC群より高く、居場所での人間関係づくりを積極的におこなっていることが見て取れる。

スタッフからの聞き取りによる調査では、以下のような回答がなされた。

1) 支援のゴール

今回調査した28名のうち、そのほとんどの支援のゴールは「在宅(単身)生活の維持」であった。特徴的な表現として「生活のリズムづくり」「現状維持」「自立した生活ができること」「生活していくこと」「病状がありながら、食べる、寝る、休むができ、DCや作業所など外に出て妄想の世界だけにならず過ごすこと。」等がある。通常ならば入院してもおかしくない人を支えてゆく支援のゴールを、「在宅生活の維持」に置く事の意義は大きいと言える。病状悪化に伴う休息入院を極力さける努力がなされている。

2) 支援を継続するために必要なこと

代表的な回答については以下のようなものがある。

「サービスを使う時には本人に使い方を話す」
「最低限のラインを決めるくらいで、あまりかっちりとした計画を組まない」

「DC不参加時は脱水・亜昏迷等の理由により自宅で倒れていることがあるため、日々の安否確認は必須」

「強迫行為があり自宅アパートに他人が入ること嫌うので、DC以外の生活状況を家族に聞いて状況把握。DCの様子を家族にTELすることがある」

「生活支援、安否確認が中心で関わっているが、その他に本人が好きな電車や音楽について話したり、聴いたりする時間を大切にしている。」

「DC利用時以外も不安でTELが多い。TELでのフォローも必須」

「不安を感じた時に話を聞くこと、必要に応じて時間を置かず対応する」

「デイケアスタッフだけでなく医局や事務職、薬剤師など病院全体で支えていく体制ができています」

3) デイケアからアウトリーチすることの意義

「デイケアに来なくなった人でもアウトリーチすることで安心して支援ができる。」

「常に生活者であるということを感じながら支援ができる」

「入院ではない形態での支援を行うことによって、地域で生活する人という認識がスタッフ間で共有されている。」

4) アウトリーチする際に気をつけていること

「メンバーのスタッフへの依存心と常に葛藤している」

「重度の人への対応は一緒に話を聞くことから始まる」

5) デイケア(居場所)支援で心がけていること

「メンバー同士で支えあうグループ運営」

「常にステップアップを心がけ、居場所だけ利用するメンバーにも刺激があるような工夫をしている」

「居場所はメンバーをエンパワーメントする場」

D. 考察

1. デイケア等の現状と求められている役割

1990年以降、欧米先進国においてはデイケア等への学問的関心や医療の中での必要性も薄れ、その位置づけは低下してきている(Rosie JS, 1995)。しかしわが国ではデイケア等の必要性、重要性は指摘されており(村田, 1993・池淵, 2006・2009, 木下, 2010・西園, 2003)、本調査においても、表2にあるようにデイケア等の登録者数は増加していることから、わが国においてデイケア等は精神障害のある人の地域生