

活のための重要な社会資源であると考えられる。

本来、デイケア等は精神障害のある人の社会生活機能の回復を目的として、集団で治療を行う場であり拠点を設けてその場でケアを提供するものである。しかし表3にあるようにデイケア等利用者の55.1%がデイケア等と同時に訪問支援を受けていることから、デイケア等における集団の中で提供されるケアのみでは十分な対応が困難になってきていると考える。精神障害のある人の地域移行が進み、個々のニーズが多様化していく中で、集団の中でのケアと同時に自宅への訪問支援や社会参加のための同行支援などアウトリーチによるケアが求められていることが本調査においても裏付けられたと言えよう。

2. デイケア等が訪問支援を行う意義

デイケア等は、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た精神科リハビリテーション領域において大きな役割を果たしてきた(John S.Rosieら, 1995)。表6および表7から重度の精神障害のある人に対してデイケアを基盤として訪問支援を提供することによって地域生活が維持・継続できたり利用後に入院数が減少したりしていることはデイケアを基盤とした訪問支援が一定の効果をもたらしているものと推察される。なおデイケア等の中断率も高いが、これはデイケア等の利用ではなく訪問によるケアの提供により来所が減少しているものと思われる。

また特にひきこもり状態にある精神障害のある人に対してデイケア等のスタッフが直接、訪問支援を提供している機関が28.3%あることから、対人関係に困難を抱える人、既存の社会資源とのつながりのつながりを作りづらい人にとっては、なじみの関係の構築を通して、社会参加を目指しているものと考えられる。このことから個の関係から集団へと社会参加の第一歩として集団につながることを目的としてデイケアが活用されているものと推察される。このような既存の社会資源とつながることが困難な精神障害のある人に対して、訪問支援により個の関係を構築し、なじみの関係を発展させ、そこから徐々に対処空間を拡大していくといった社会参加を考えるとデイケア等を基盤とした訪問支援、中でもデイケア等のスタッフが訪問してケアを提供する体制は有用であると考えられる。

3. 訪問支援において提供されるケア内容

本調査では訪問支援において提供されるケアで高いのは症状悪化や憎悪防止のための支援および服薬・副作用に関する支援であることが明らかとなった。一方で求職や就労継続支援に対するケア提供割合が低いことから、訪問支援の対象となる人は地域生活の維持・継続が当面の目標となっていることが推察される。特に表7にあるように訪問支援対象者の選定基準として退院後間もない状況にある人、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が訪問支援の対象者の選定基準になりやすいことが考えられる。しかし言い換えればこれまで医療の提供は入院治療を中心になされてきたが訪問によるケアを受けることによって医療の必要性の高い状態であっても地域での生活は継続できると言えるのではなかろうか。一方、訪問支援の対象者は日常生活支援が必要な人、退院後間もない人も訪問支援の対象としての割合が高いことから医療ケアのみの提供ではなく生活支援をも含めた包括的な支援が必要であると考えられる。

欧米先進国では(Hogeら, 1992)によって、デイトリートメントプログラムは包括型の地域リハビリに変わる必要があるという声もあるが、これらは別々に提供されるものではなく、一体的に提供される必要があると考える。

4. デイケア等を基盤とした地域定着支援体制の構築のあり方について

精神障害とは病気と障害を並存(木下, 2010)していることから、先に述べたとおり病気の治療としての医療と生活に対するケアとして生活支援の双方が必要であると考えられる。しかし生活は対象者と支援者の間で完結するものではなく社会参加を考えた時、これらを医療の提供と生活支援の提供、集団とつながる支援の提供のそれぞれを一体的に提供する必要があると考える。そのためにはデイケアだけでなく他部門、他機関との連携はますます重要になってくるであろう。しかしわが国の現行の診療報酬制度ではデイケア等のような事業所でのケアと訪問で提供される個々のケアの双方は算定できない。一人の生活者として地域社会で暮らすことを支援していくためには、表9に示すとおり、これらを一体化した支援体制を構築することが求められていると考える。

一方で、デイケア利用者に対して医療を含めた訪問による個別ケアは、医療機関の抱え込みになる危険性もはらんでいる。デイケアを基盤

とした訪問支援を展開するためには今後、目的や役割、対象者などを明確にする必要があり、今後の課題であるとする。

5. 事例の分析・重度の精神障害を持つ人に対するアウトリーチサービスを併せ持つデイケアの効果的援助要素の検討

1) A病院デイケア（デイケア+訪問）

A病院の訪問支援とデイケアでのケアを一体化した取り組みを通して訪問支援において個々のニーズに応じて細やかな地域生活支援を行うと同時にデイケアに来ることで生活のリズムが保たれ、金銭管理、服薬管理、食事の提供を併せておこなうことで、重度の精神障害を持つ人でも、在宅生活を送ることが可能になっているものと思われる。

このことから「居場所+アウトリーチ」モデルの効果的援助要素を次の6つの項目とした。

①多職種によるチームアプローチ

医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、によるチームアプローチが行われている。このチームアプローチにより多様な視点から支援が行われ、重度の精神障害を持つ人や多問題を抱える人にとっては包括的にサービスが提供されることが必要である。また在宅生活の維持が支援の中心におかれ、入院をしないための危機回避、危機介入についての意識が高く、それが仕事をおこなう上でのモチベーションにつながっている。医療と福祉のより良い連携が自然体で行われていることも重要な要素になっている。

②重度の障害があっても地域で支える姿勢

リカバリーやストレングスモデルの原則にも関わってくるが、重度の精神障害を持っていても学習し成長し変化し続けることができることを実践によって示している。「支援のゴールが在宅生活の維持」とされており、それは個別支援においても居場所でのグループワークにしても一貫して変わらない支援姿勢である。また地域の関係機関が連携して支えていることも重要な要素である。

③基本的な生活リズムの形成

A病院は生活のリズムをつけることに支援の力点を置いている。デイケアへ通うことに通うことにより、生活のリズムが付き、また他者と関わる事によって社会での生活を維持している。また定期的な訪問も生活のリズムづくりに役立っている。デイケアに来所できない時には迎えに行ったり、送迎をおこなうことも共通している。

④メンバーシップ

人は社会的な生き物である以上、他者との関わりの中で生きている。社会的な役割や、自分を必要としてくれる人の存在、許しあえる環境など重度の精神障害があってもメンバーシップを構成することで成長してゆく。

問題解決のプロセスにおいては、パートナーシップ（協力関係、共同）に基づいた話し合いを行うことが重要であり、日々そのような実践が行われている。

⑤医・食・住・友の提供

重度の精神障害を持つ人にとっては服薬の継続、食事を摂ること、住環境の維持、仲間作りは欠かせない。アウトリーチ支援と居場所の支援により、医・食・住の適切な維持・支援をおこなうことができる。また社会的な孤立を防ぐためにも仲間づくりの支援は欠かせない。

⑥医療行為ができる環境にあること

精神的にも身体的にも医療行為が行える環境にあることは、大きな強みである。医師との強い連携が図られることから、重度の精神障害を持つ人にとっては安心材料になり、またバイタルチェックなどから身体的疾患への気づきも早くなる。重複障害を持つ人にとっても効果的な援助要素となる。

6. 「居場所+アウトリーチ」の効果的モデル
重度の精神障害を持つ人の地域生活支援を行うにあたり、A病院の事例により以下の実践的示唆を得た。

- ・医療行為ができる環境にあること、
- ・居場所を持っていること、
- ・積極的な訪問活動をおこなっていること
- ・多職種でのチームアプローチであることに共通点を持っている。

社会資源の少ないわが国では既存のサービスにこれらの要素を加えることにより、効果的な支援が行えると思われる。

例えば単独型の訪問看護ステーションが地域活動センターを併設することで、看護師だけの職種から精神保健福祉士とも協働できるようになり、居場所も設けられる。

またアウトリーチ型の地域活動支援センターでは、医療機関と強い連携をおこなうことで多職種による包括的な支援が行える。

精神科デイケアにおいては、A病院のように居場所から積極的に訪問に行き、重度の精神障害を持つ人の支援をおこなうことが望ましいが、マンパワーが足りない現状もあり、訪問活動に対してさらに医療点数を増やしていくことが解決策になろう。訪問看護ステーションとの強

い連携も一つの方法である。

精神科クリニックにおいてはデイケアを併設しアウトリーチを行うことによって効果を上げるものと思われる。

いずれにしてもどの職種が訪問をしても医療点数化され、また補助金への加算がなされることが、このモデルを定着させるための必須条件である。

E. 結論

本調査では、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、その実情を明らかにし、今後のデイケア等の課題を明らかにした。

欧米先進国ではデイケアがその役割を終えたとの見解もあるが、わが国においては特に重度の精神障害のある人の地域生活継続のために現在もなお重要な社会資源であることが明らかとなった。また地域移行が進む中でデイケア利用者に対する訪問支援は、診療報酬の裏付けが少ないながらも、その必要性から積極的に取り組まれている。これは従来の支援にアウトリーチによる個々のニーズに即した支援が求められているものと思われる。しかし、現行の診療報酬や人員配置では個々のニーズに沿った細やかなケアを提供することは困難であり、各機関が人員や支援体制を駆使しケア提供を行っているのが実情である。これらを一体化した支援体制が構築され診療報酬による裏付けがなされれば、よりいっそうの地域移行の推進が期待できるものと考えられる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

文献

Hoge.Michael A, Davidson. Larry, Hill W.Leonard, E.Turner Vicki, Ameli Rezvan. (1992). The promise of PartialHospitalization:A Reassessment. Hospital and Community Psychiatry :43(4)

池淵恵美(2009).統合失調症デイケアの今後の発展方向.デイケア実践研究 13:42-47.

池淵恵美(2006).新たなデイケアモデルの提案-地域ケア時代のデイケア-.精神神経学雑誌 108 ; 1317-1322.

木下清美(2010).精神科デイケアにおけるデイケアのこれまでとこれから.日本精神科病院協会雑誌 29 : 53-58.

厚生労働省(2009).精神科デイケアについて第18回今後の精神保健福祉のあり方等に関する検討会資料1.厚生労働省,東京.

村田信男(1933).地域精神保健-メンタルヘルスとリハビリテーション-.医学書院,東京

西園昌久(2003).精神医学の現在.中山書店,東京

大島巖(2011).いま、なぜアウトリーチか.精神科臨床サービス 11 : 6-10.

Rosie JS, et al (1995). Effective Psychiatric Day Treatment: Historical Lessons. Psychiatric Service 46(10): 1019-1026.

表1 【調査対象機関の概要】

	病院		クリニック		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
【医療機関種別】						
単科精神科	288	(71.3)	0	0	288	(50.1)
総合病院	45	(11.1)	0	0	45	(7.8)
一般科併設	56	(13.9)	0	0	56	(9.7)
その他	8	(2.0)	0	0	8	(1.4)
クリニック	0	0.0	171	(100.0)	171	(29.7)
未記入	7	(1.7)	0	0	7	(1.2)
【開設者】						
国	7	(1.7)	0	0.0	7	(1.2)
都道府県	23	(5.7)	0	0.0	23	(4.0)
市町村	15	(3.7)	0	0.0	15	(2.6)
公設開設者	9	(2.2)	0	0.0	9	(1.6)
医療法人	292	(72.3)	112	(65.5)	404	(70.3)
個人	16	(4.0)	35	(20.5)	51	(8.9)
その他	31	(7.7)	21	(12.3)	52	(9.0)
未記入	11	(2.7)	3	(1.8)	14	(2.4)
全体	404	(100.0)	171	(100.0)	575	(100.0)

表2 【病院・クリニックそれぞれにおけるデイケア等登録者および実施ケア】

	病院		クリニック		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
【デイケア登録者】						
12月末の登録者	31914		10845		42759	
1-12月の新規登録	8630	(27.0)	3966	(36.6)	12596	(29.5)
【実施ケア】*						
大規模デイケア	247	(61.1)	81	(47.4)	328	(57.0)
小規模デイケア	143	(35.4)	68	(39.8)	211	(36.7)
大規模ショートケア	142	(35.1)	38	(22.2)	180	(31.3)
小規模ショートケア	99	(24.5)	61	(35.7)	160	(27.8)
デイナイトケア	101	(25.0)	31	(18.1)	132	(23.0)
ナイトケア	38	(9.4)	19	(11.1)	57	(9.9)
未記入	0	0.0	4	(2.3)	4	(0.7)
全体	404	(100.0)	171	(100.0)	575	(100.0)

表3 【病院・クリニックそれぞれにおける訪問支援の有無】

	病院		クリニック		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
【週1回以上の定期的訪問】						
している	253	(62.6)	64	(37.4)	317	(55.1)
していない	141	(34.9)	106	(62.0)	247	(43.0)
無回答	10	(2.5)	1	(0.6)	11	(1.9)
全体	404	(100.0)	171	(100.0)	575	(100.0)

表4【病院・クリニックそれぞれにおける訪問支援の実施体制】

	病院		クリニック		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
【全訪問対象者数】	2905		686		3591	
【訪問形態】						
デイケアスタッフが訪問	337	(11.6)	204	(29.7)	541	(15.1)
院内の訪問看護部門が訪問	2150	(74.0)	302	(44.0)	2452	(68.3)
院内の他部門訪問	872	(30.0)	248	(36.2)	1120	(31.2)
医師の往診	61	(2.1)	62	(9.0)	123	(3.4)
その他の形で訪問	139	(4.8)	61	(8.9)	200	(5.6)
全体	2905	(100.0)	686	(100.0)	3591	(100.0)
【新規登録の訪問対象者数】	725	(42.6)	117	(40.9)	842	(42.3)
【訪問形態】						
デイケアスタッフが訪問	105	(14.5)	31	(26.5)	136	(16.2)
院内の訪問看護部門が訪問	588	(81.1)	51	(43.6)	639	(75.9)
院内の他部門訪問	170	(23.4)	70	(59.8)	240	(28.5)
医師の往診	80	(11.0)	12	(10.3)	92	(10.9)
その他の形で訪問	35	(4.8)	5	(4.3)	40	(4.8)
全体	725	(100.0)	117	(100.0)	842	(100.0)

表5【病院・クリニックそれぞれにおける週に1回以上の訪問支援の実施体制】

	病院		クリニック		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
【週1回以上の訪問支援提供の連携の体制】						
デイケアのスタッフが訪問	72	(28.5)	36	(56.3)	108	(34.1)
院内訪問看護部門が訪問	163	(64.4)	26	(40.6)	189	(59.6)
院内の他部門が訪問	99	(39.1)	30	(46.9)	129	(40.7)
医師の往診と連携	6	(2.4)	12	(18.8)	18	(5.7)
その他	16	(6.3)	8	(12.5)	24	(7.6)
【情報共有の方法】*						
共通の計画を作成	21	(8.3)	8	(12.5)	29	(9.1)
月に1,2度のカンファレンスを開催	74	(29.2)	14	(21.9)	88	(27.8)
週1以上の情報共有	72	(28.5)	19	(29.7)	91	(28.7)
カルテ共有	90	(35.6)	29	(45.3)	119	(37.5)
カルテ以外で情報共有	50	(19.8)	19	(29.7)	69	(21.8)
電子カルテで共有	28	(11.1)	8	(12.5)	36	(11.4)
口頭や電話で共有	150	(59.3)	33	(51.6)	183	(57.7)
その他	16	(6.3)	1	(1.6)	17	(5.4)
特に連携なし	3	(1.2)	0	0.0	3	(0.9)
全体	253	(100.0)	64	(100.0)	317	(100.0)

*複数回答あり

表6【病院・クリニックそれぞれにおけるデイケア等利用前の1年以上の入院者の現状および訪問支援提供方法】

	病院		クリニック		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
登録前に1年以上の入院者全数	1555		88		1643	
訪問提供	486	(31.3)	24	(27.3)	510	(31.0)
デイケア等利用継続	1264	(81.3)	72	(81.8)	1336	(81.3)
デイケア等利用後入院なし	876	(56.3)	56	(63.6)	932	(56.7)
現在3か月以上入院	143	(9.2)	4	(4.5)	147	(8.9)
デイケア等中断	141	(9.1)	9	(10.2)	150	(9.1)
全体	1555	(100.0)	88	(100.0)	1643	(100.0)
デイケア等スタッフ週1以上訪問	48	(9.9)	14	(58.3)	62	(12.2)
週2-3回以上訪問	9	(1.9)	1	(4.2)	10	(2.0)
週3-4回以上訪問	4	(0.8)	3	(12.5)	7	(1.4)
病院訪問看護週1回以上訪問	239	(49.2)	11	(45.8)	320	(62.7)
週2-3回以上訪問	131	(27.0)	7	(29.2)	138	(27.1)
週3-4回以上訪問	0	0.0	0	0.0	0	0.0
全体	486	(100.0)	24	(100.0)	510	(100.0)

表7【デイケア等利用前にひきこもり状態にあった者の現在の状況および訪問支援提供方法】

	病院		クリニック		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
登録前のひきこもり全数	1425		771		2196	
訪問提供	182	(12.8)	53	(6.9)	235	(10.7)
【登録前にひきこもりだった人の現状】*						
デイケア等利用継続	997	(70.0)	596	(77.3)	1593	(72.5)
デイケア等利用後入院なし	577	(40.5)	510	(66.1)	1087	(49.5)
現在3か月以上入院	84	(5.9)	13	(1.7)	97	(4.4)
デイケア等中断	239	(16.8)	172	(22.3)	411	(18.7)
全体	1425	(100.0)	771	(100.0)	2196	(100.0)
【登録前にひきこもりだった人の訪問の現状】*						
デイケア等スタッフ週1以上訪問	20	(11.0)	15	(28.3)	35	(14.9)
週2-3回以上訪問	6	(3.3)	0	0.0	6	(2.6)
週3-4回以上訪問	6	(3.3)	2	(3.8)	8	(3.4)
病院訪問看護が週1回以上訪問	83	(45.6)	33	(62.3)	121	(51.5)
週2-3回以上訪問	66	(36.3)	1	(1.9)	67	(28.5)
週3-4回以上訪問	0	0.0	1	(1.9)	1	(0.4)
全体	182	(100.0)	53	(100.0)	235	(100.0)

*複数回答あり

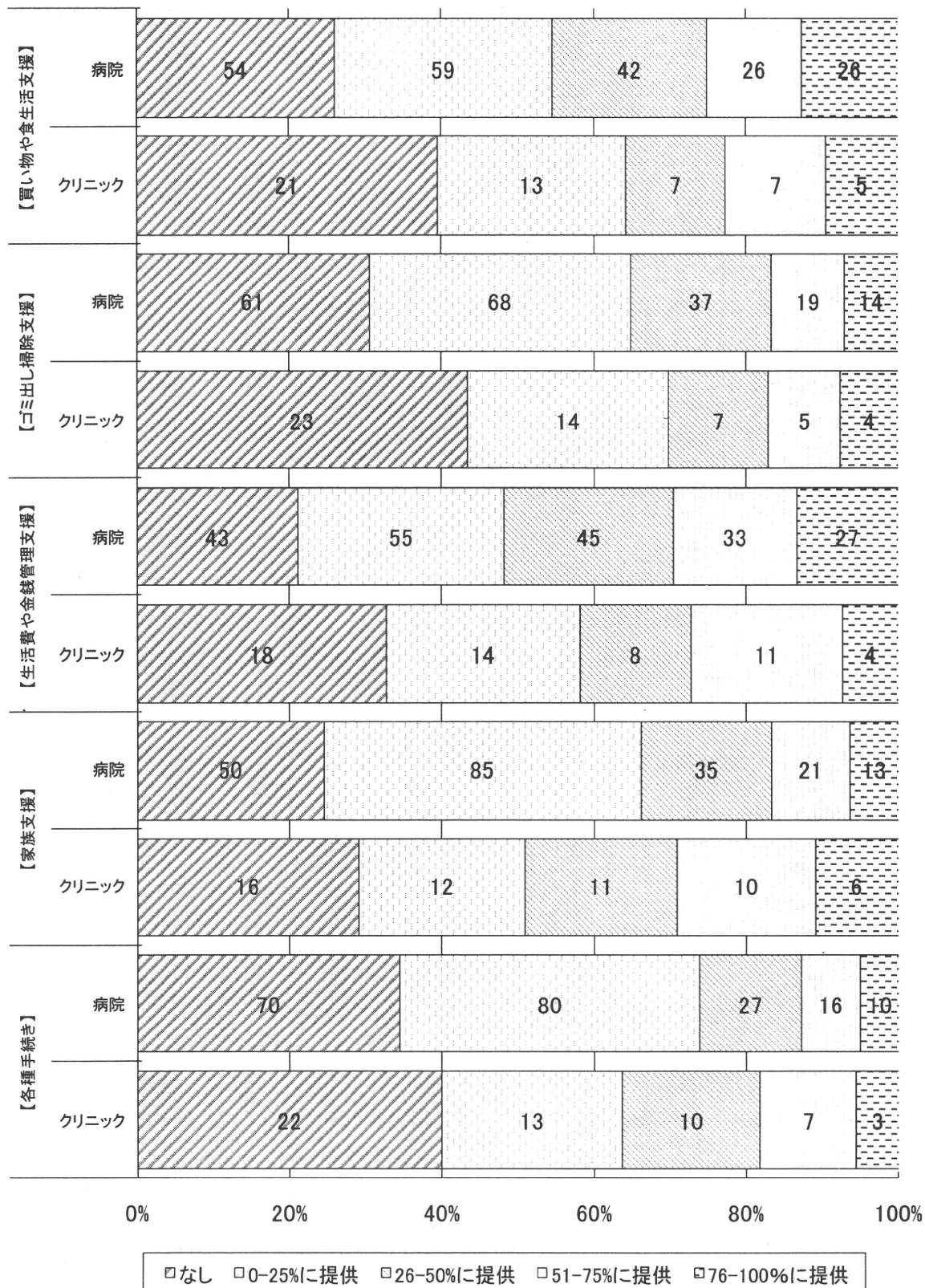


図1【病院・クリニックそれぞれにおける訪問支援において提供されるケア内容①】

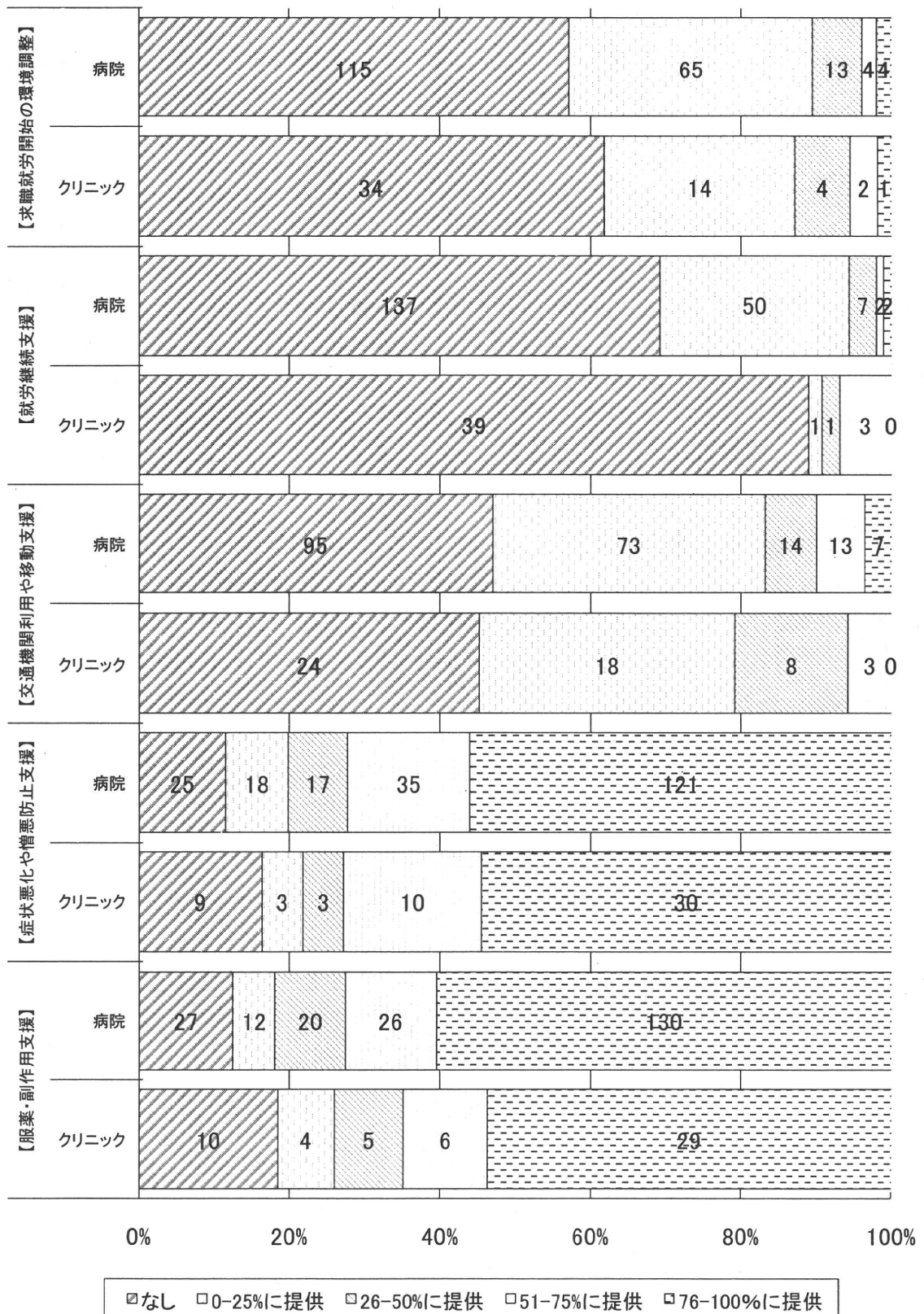


図1【病院・クリニックそれぞれにおける訪問支援において提供されるケア内容②】

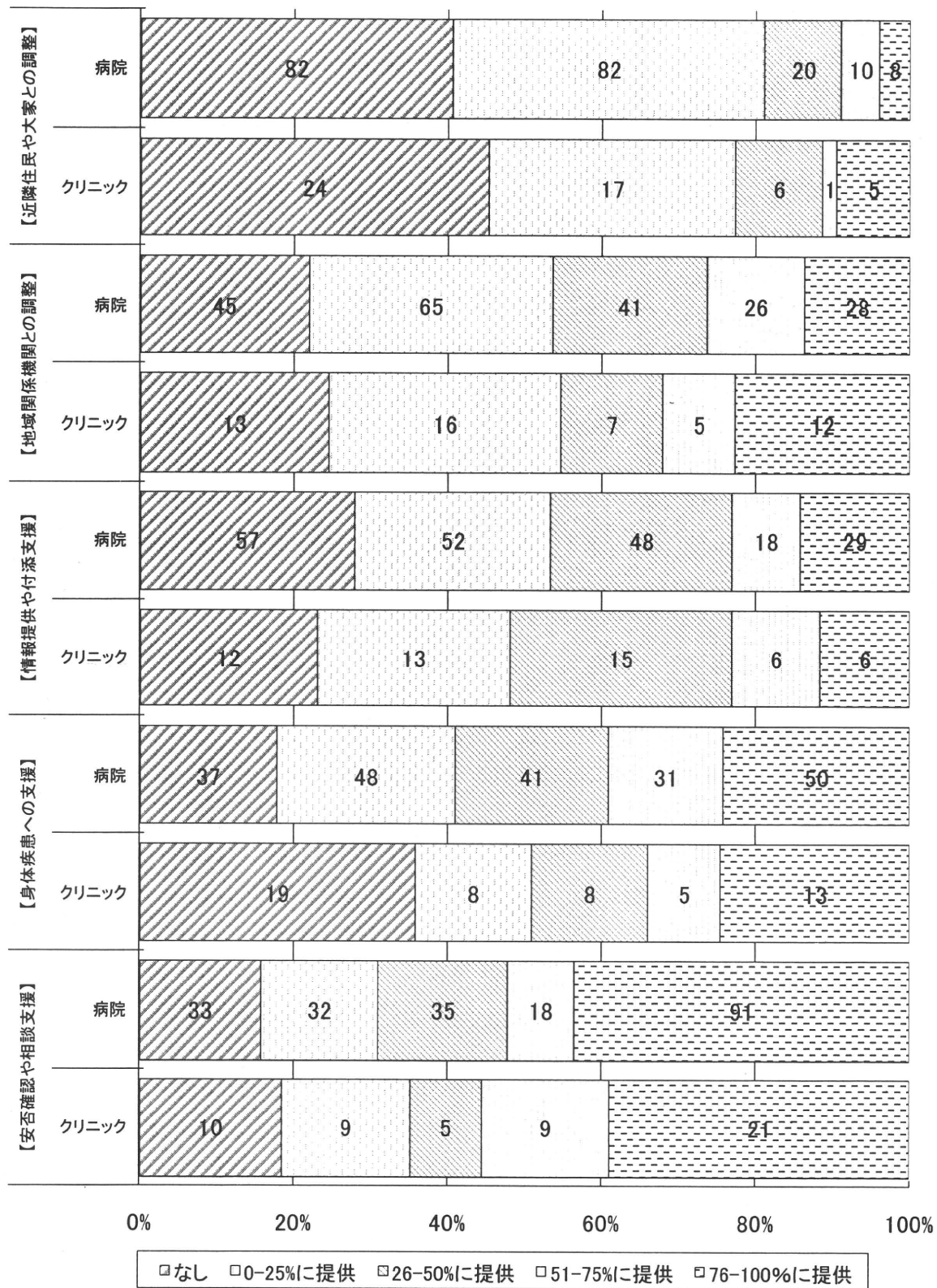


図1【病院・クリニックそれぞれにおける訪問支援において提供されるケア内容③】

表8【病院・クリニックそれぞれにおける訪問支援利用者の選定と訪問日の設定状況および診療報酬の算定状況】

	病院		クリニック		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
【訪問支援の対象者選定】*						
退院後間もない	72	(28.5)	13	(20.3)	85	(26.8)
症状が悪化傾向にある人	72	(28.5)	27	(42.2)	99	(31.2)
服薬管理が十分でない人	104	(41.1)	24	(37.5)	128	(40.4)
デイケアを中断しがちな人	31	(12.3)	14	(21.9)	45	(14.2)
受診が中断しがちな人	42	(16.6)	12	(18.8)	54	(17.0)
日常生活支援が必要な人	70	(27.7)	16	(25.0)	86	(27.1)
他のサービスの導入が困難な人	10	(4.0)	5	(7.8)	15	(4.7)
近隣や家族の依頼	17	(6.7)	1	(1.6)	18	(5.7)
本人の希望	52	(20.6)	13	(20.3)	65	(20.5)
明確な基準はない	26	(10.3)	5	(7.8)	31	(9.8)
【訪問日設定】						
原則デイ来所のない日	202	(80)	44	(69)	246	(78)
電話も来所もない日	10	(4)	5	(8)	15	(5)
連絡があって来所がない日	1	(0)	0	0	1	(0)
連絡の有無にかかわらず	27	(11)	11	(18)	38	(12)
未記入	13	(5)	4	(2)	16	(5)
【診療報酬の算定方法】						
原則デイで算定	42	(16.6)	14	(21.9)	56	(17.7)
デイで算定出来るときはデイケア	27	(10.7)	9	(14.1)	36	(11.4)
原則訪問で算定	44	(17.4)	6	(9.4)	50	(15.8)
ショートのためのため両方で算定	10	(4.0)	5	(7.8)	15	(4.7)
その他の方法で算定	5	(2.0)	5	(7.8)	10	(3.2)
上記以外の方法で算定	63	(24.9)	9	(14.1)	72	(22.7)
未記入	62	(24.5)	16	(25.0)	78	(24.6)
全体	253	(100.0)	64	(100.0)	317	(100.0)

表9【病院・クリニックそれぞれにおけるデイケアを基盤とした訪問支援の拡大に必要なこと】

	病院		クリニック		全体	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
訪問回数の制限の緩和	108	(26.7)	27	(15.8)	135	(23.5)
人員や資格要件の緩和	162	(40.1)	64	(37.4)	226	(39.3)
重度の障害のある者への診療報酬加算	159	(39.4)	38	(22.2)	197	(34.3)
業務範囲の拡大	115	(28.5)	49	(28.7)	164	(28.5)
包括診療報酬の算定	193	(47.8)	61	(35.7)	254	(44.2)
以上に該当するものはない	7	(1.7)	7	(4.1)	14	(2.4)
未記入	104	(25.7)	69	(40.4)	173	(30.1)
全体	404	(100.0)	171	(100.0)	575	(100.0)

複数回答あり

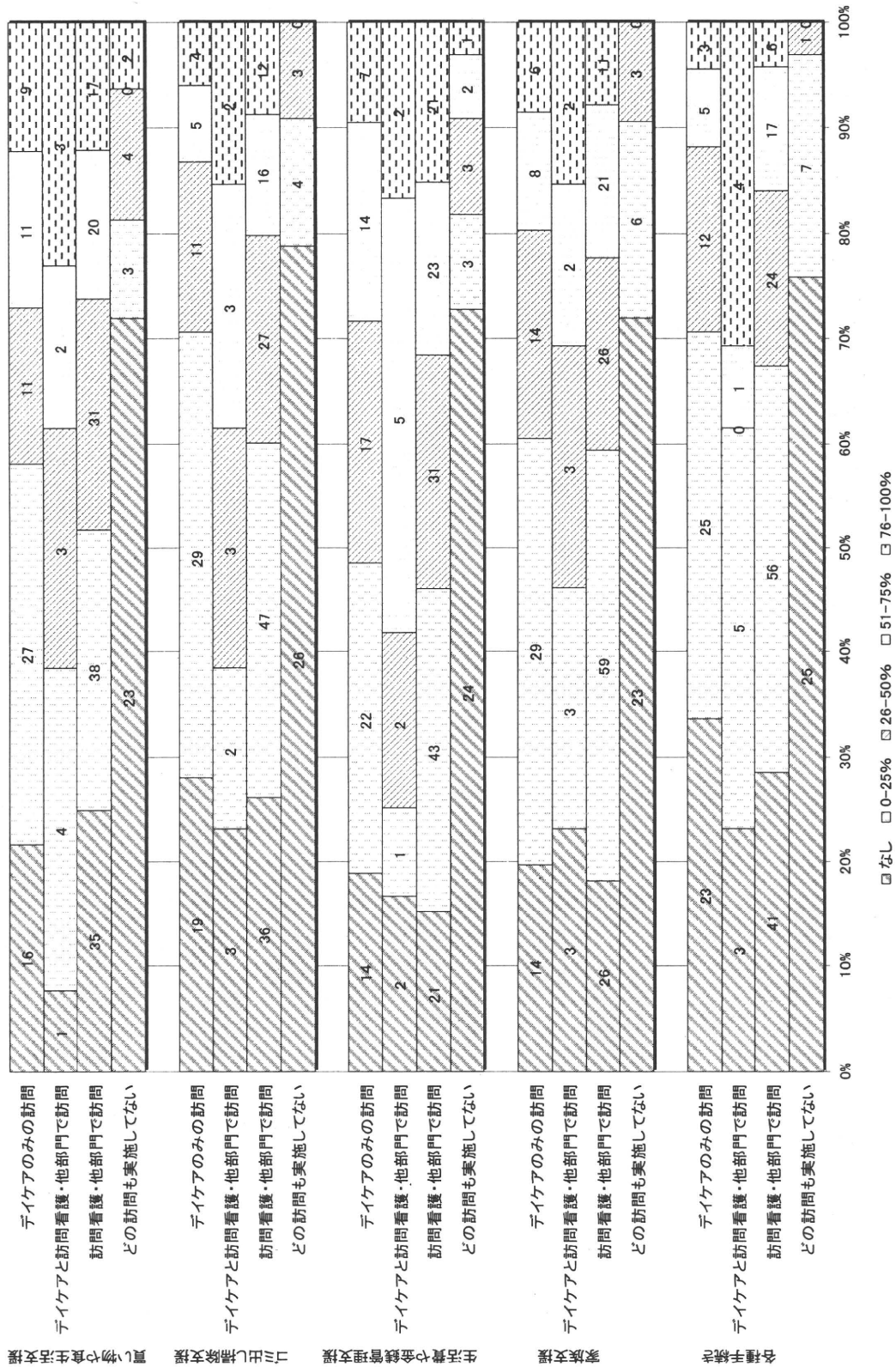


図2【デイケア等スタッフおよびその他の部門・機関における訪問支援ケア内容①】

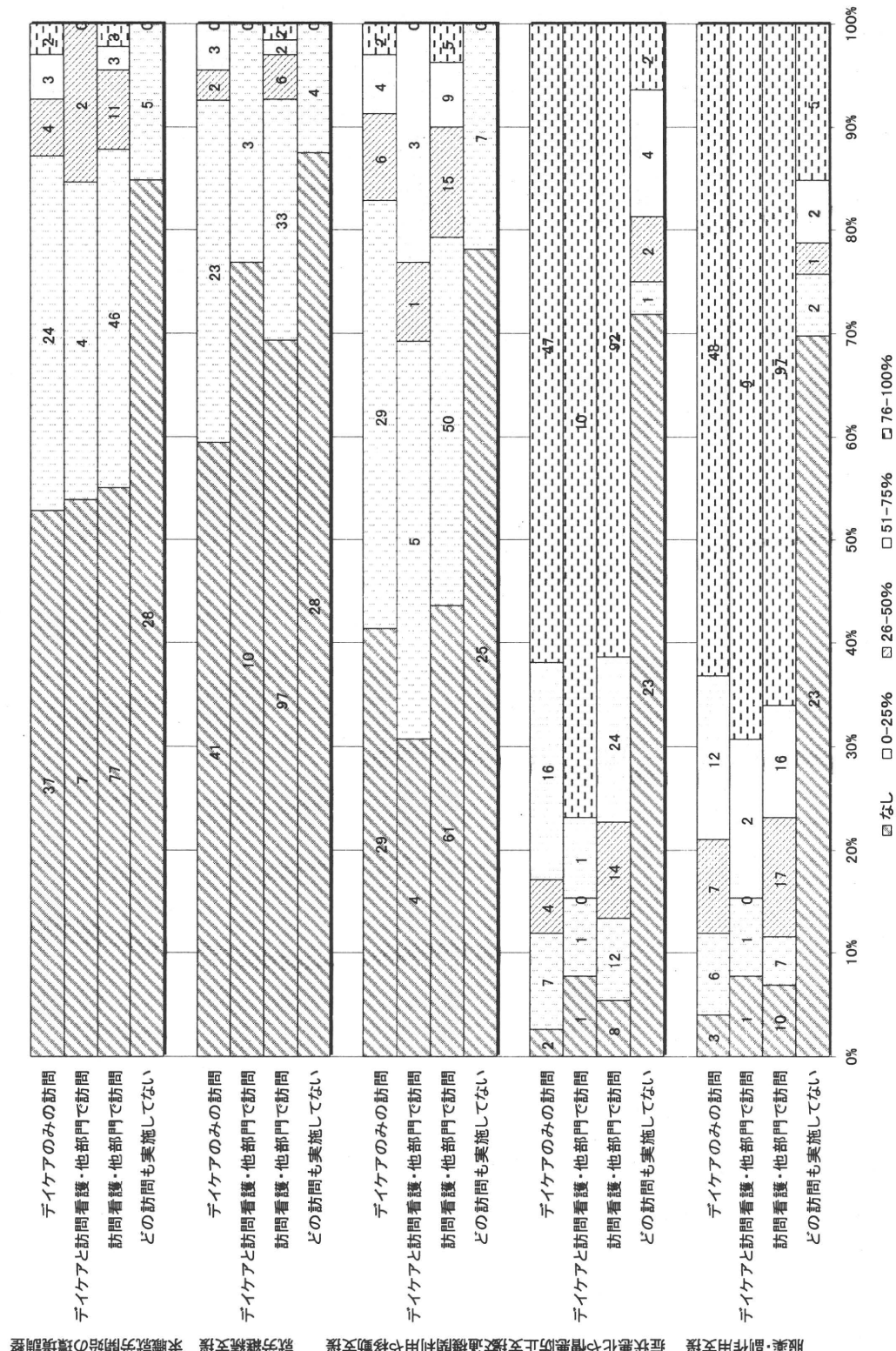


図2【デイケア等スタッフおよびその他の部門・機関における訪問支援ケア内容②】

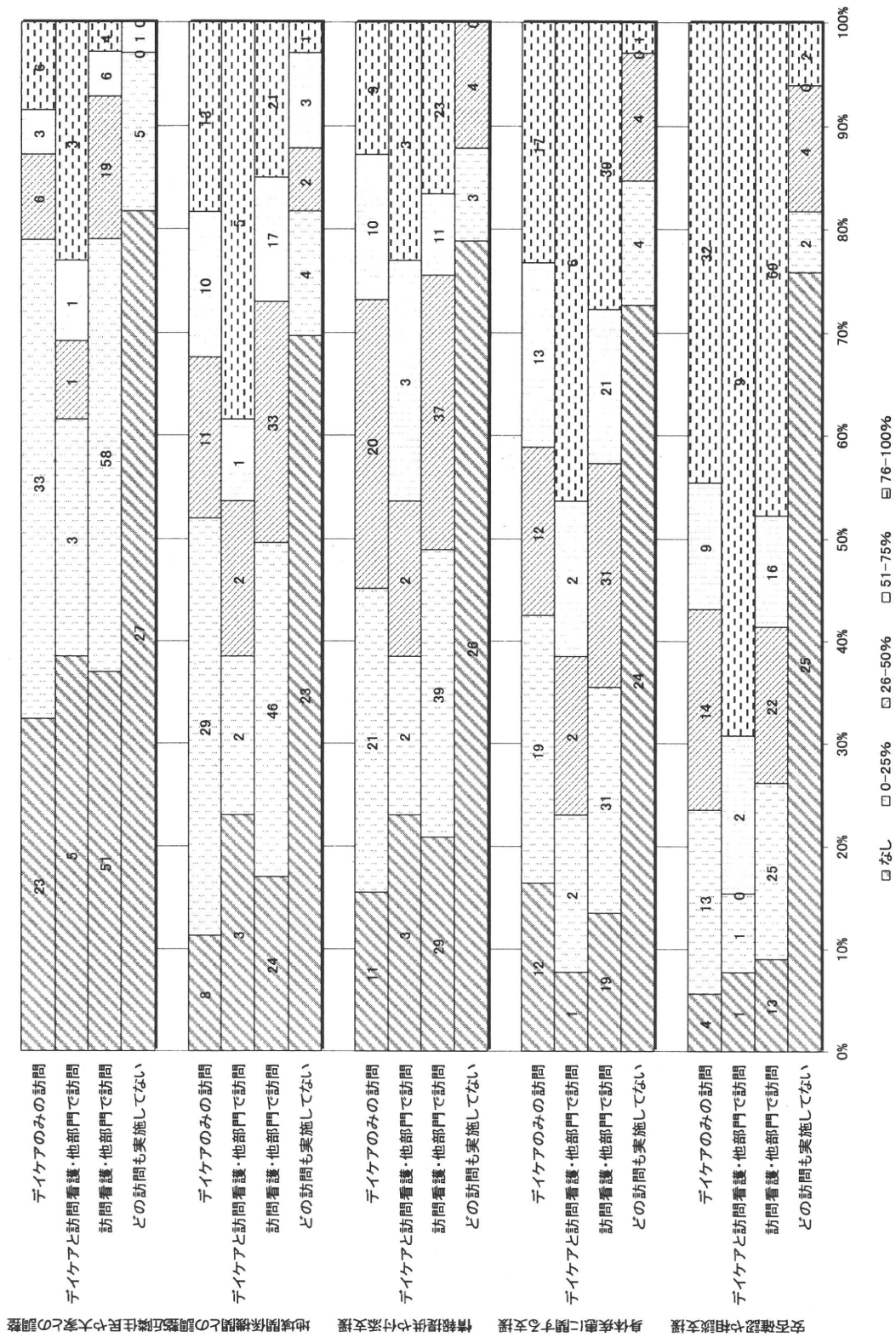


図2【デイクエ等スタッフおよびその他の部門・機関における訪問支援ケア内容③】

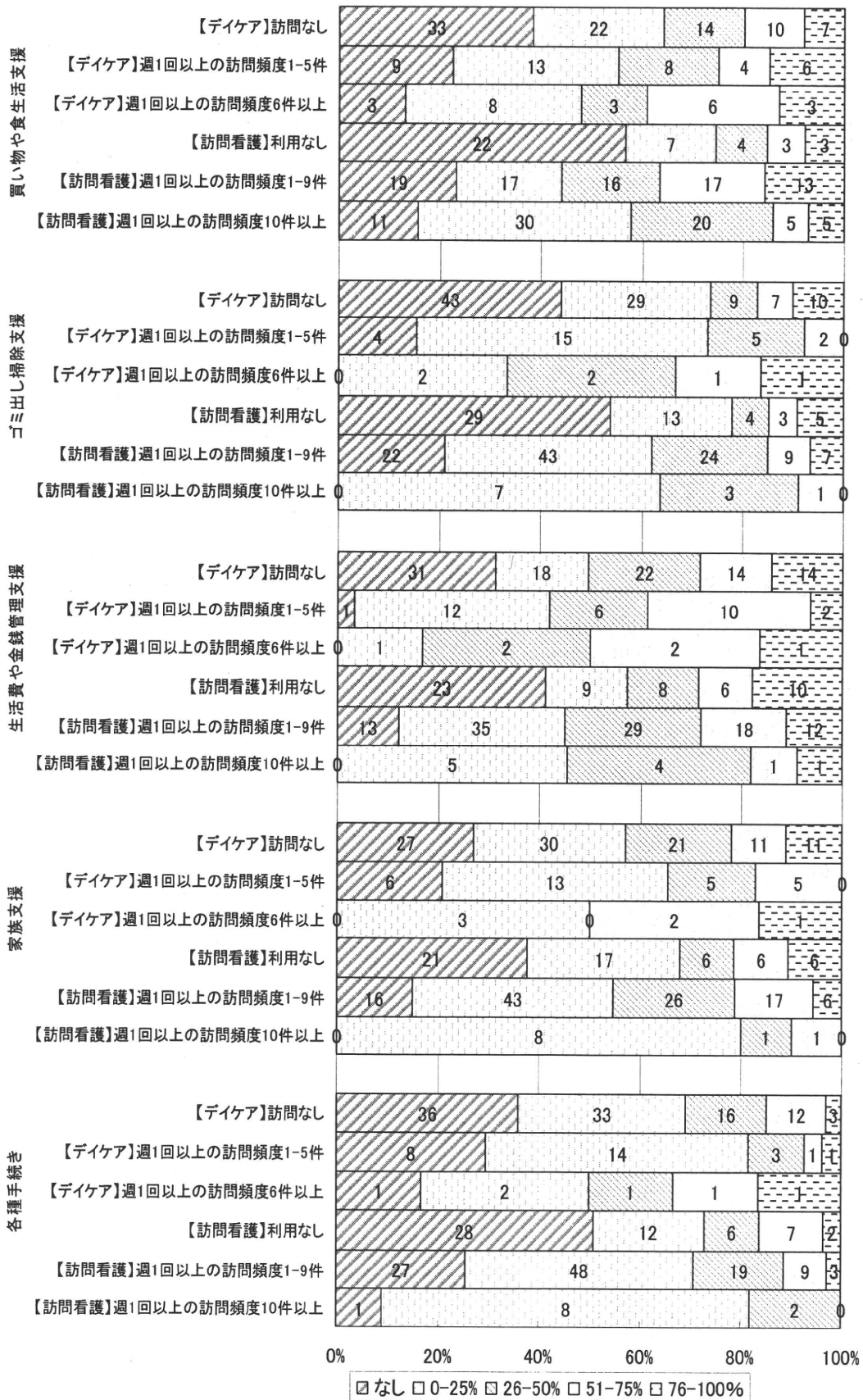


図3【デイケア等および訪問看護による訪問支援において提供されるケア内容とその頻度①】

求職就労開始の環境調整

就労継続支援

交通機関利用支援や移動支援

症状悪化や憎悪防止支援

服薬・副作用支援

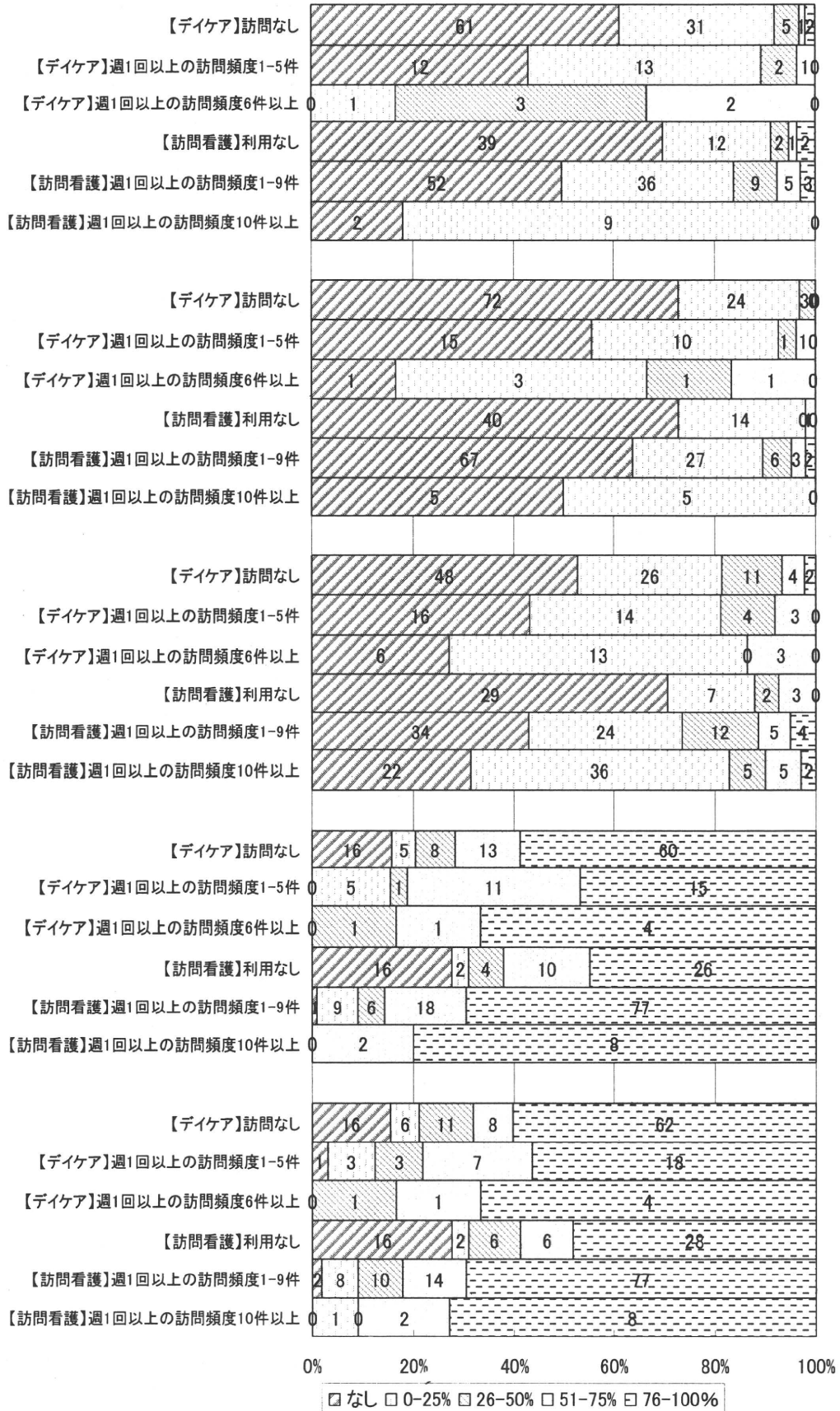


図3【デイケア等および訪問看護による訪問支援において提供されるケア内容とその頻度②】

近隣住民や大家との調整

地域関係機関との調整

情報提供や付添支援

身体疾患に関する支援

安否確認や相談支援

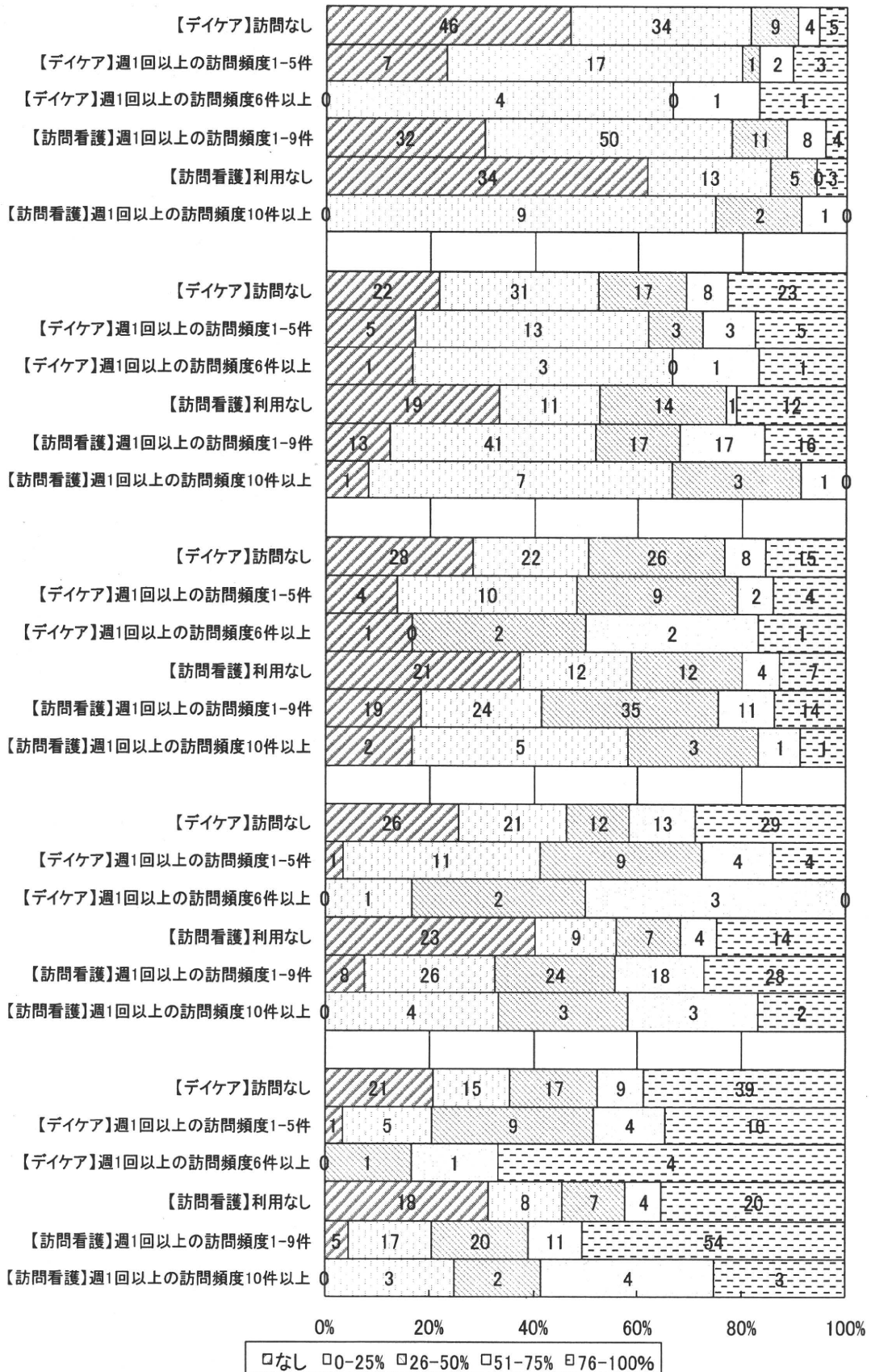


図3【デイケア等および訪問看護による訪問支援において提供されるケア内容とその頻度③】

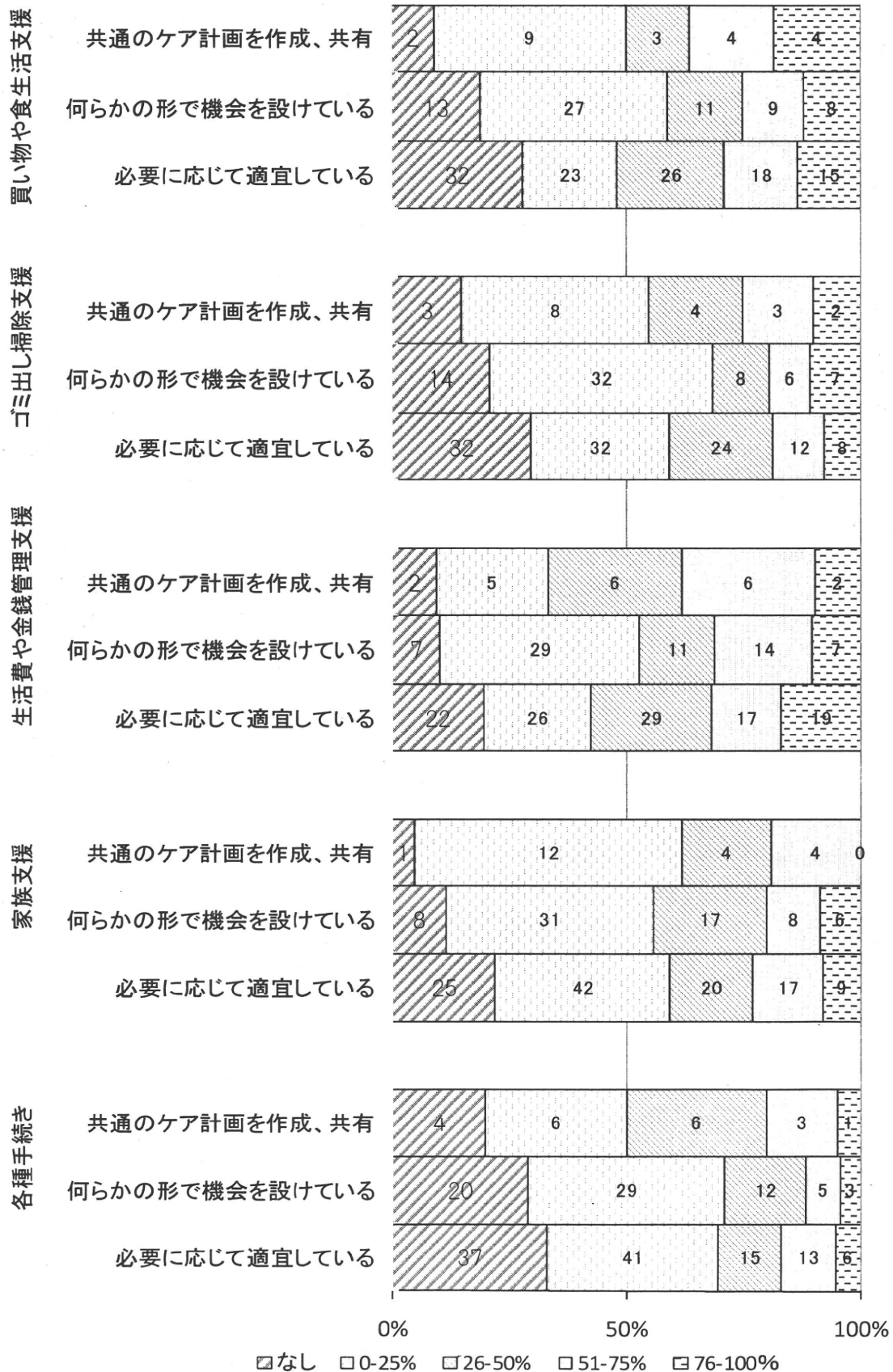
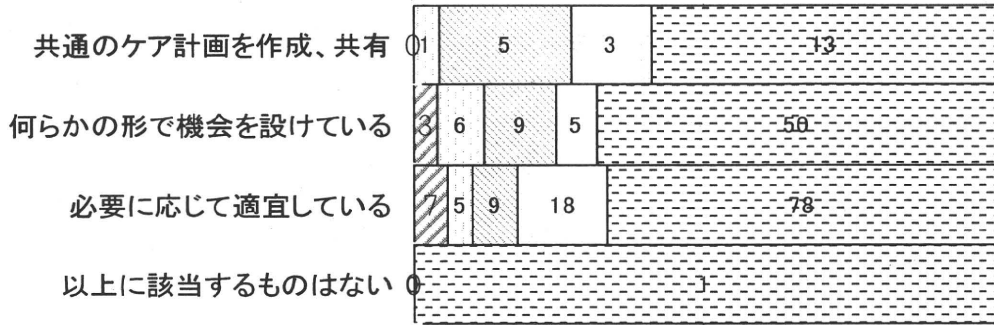
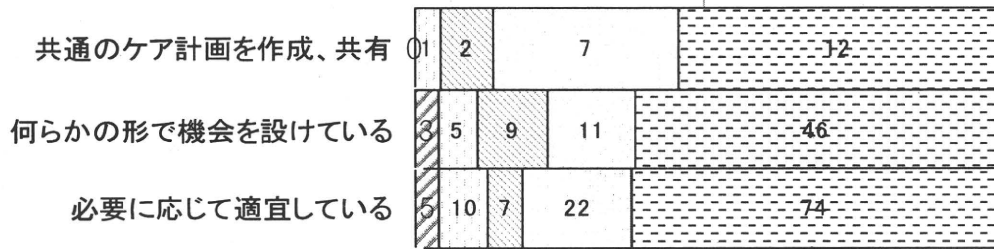


図4【訪問支援におけるチームアプローチのあり方とケア内容の比較①】

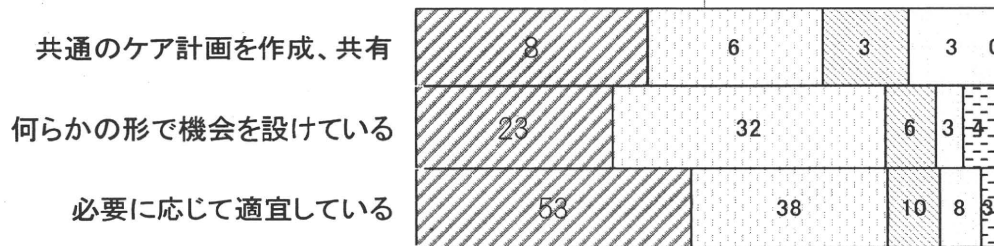
服薬・副作用支援



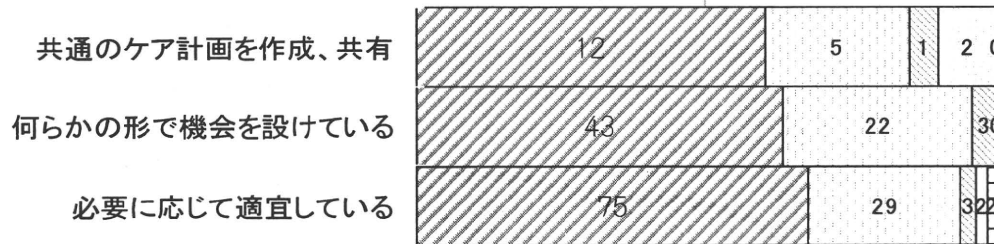
症状悪化や憎悪防止支援



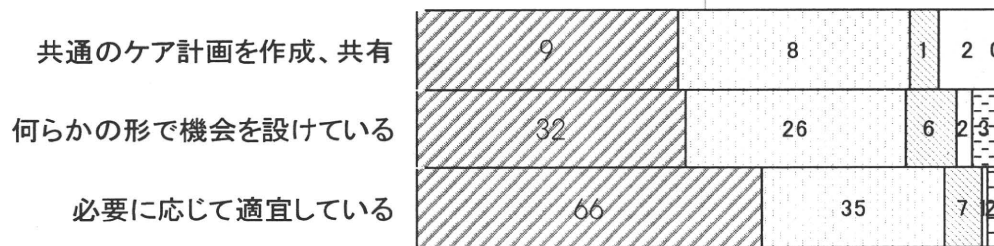
交通機関利用や移動支援



就労継続支援



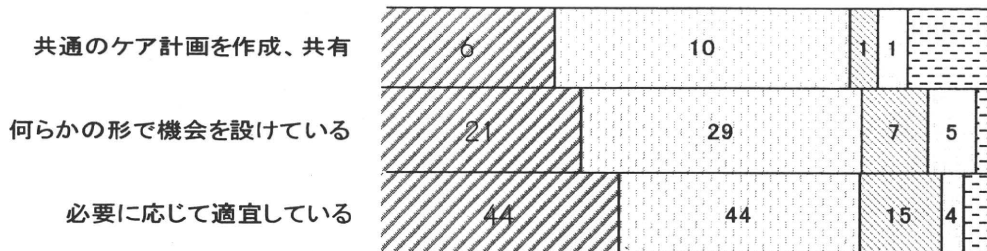
求職就労開始の環境調整



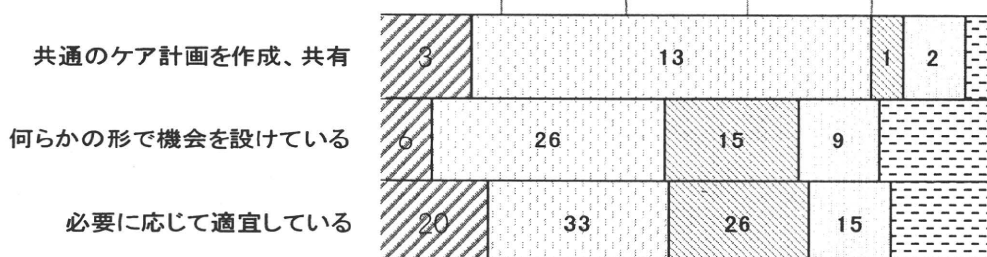
0% 50% 100%
 □なし □0-25% □26-50% □51-75% □76-100%

図4【訪問支援におけるチームアプローチのあり方とケア内容の比較②】

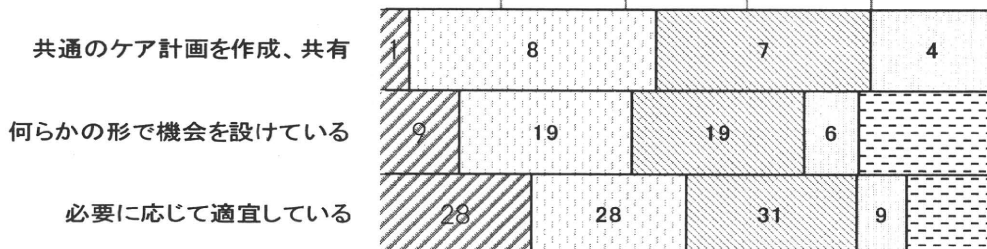
近隣住民や大家との調整



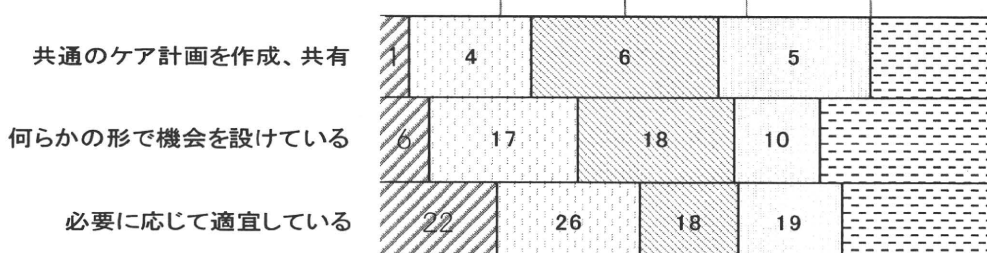
地域関係機関との調整



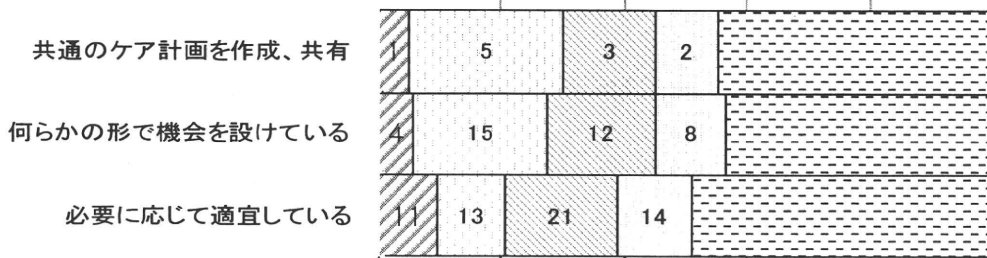
情報提供や付添支援



身体疾患に関する支援



安否確認や相談支援



0% 20% 40% 60% 80% 100%

□ なし □ 0-25% □ 26-50% □ 51-75% □ 76-100%

図4【訪問支援におけるチームアプローチのあり方とケア内容の比較③】

表 10【デイケアと訪問支援を併せ持つ支援体制と全国DCでのケア内容の比較】

援助内容	DC+訪問	全国DC
	n=28	n=42
生活環境の整備に関する援助	33.3	13.3
金銭管理に関する援助	48.1	8.9
買い物に関する援助	29.6	11.1
他者との関わりに関する援助	25.9	13.3
家族との関係に対する本人への援助	18.4	11.1
家族へのエンパワメント	18.5	4.4
精神症状に関する援助	25.9	4.4
睡眠の援助	14.8	4.4
服薬行動の援助	37.0	11.1
通院行動の援助	25.9	20.0
危機時の介入	18.5	6.7
銀行・郵便局・役所、電話・インターネット等の利用の援助	25.9	13.3
住居環境を保つための援助	18.5	8.9

表 11【A 病院 DC(DC+訪問)と全国DCでのコンタクト時間・コンタクト頻度の比較】

	コンタクト時間 分/月		コンタクト頻度 回/月	
	DC+訪問	全国DC	DC+訪問	全国DC
アウトリーチ	814.1	166.7	5.7	1.3
居場所	8037.8	5809.1	19.4	17.0
Total	8851.9	5945.8	25.1	18.3