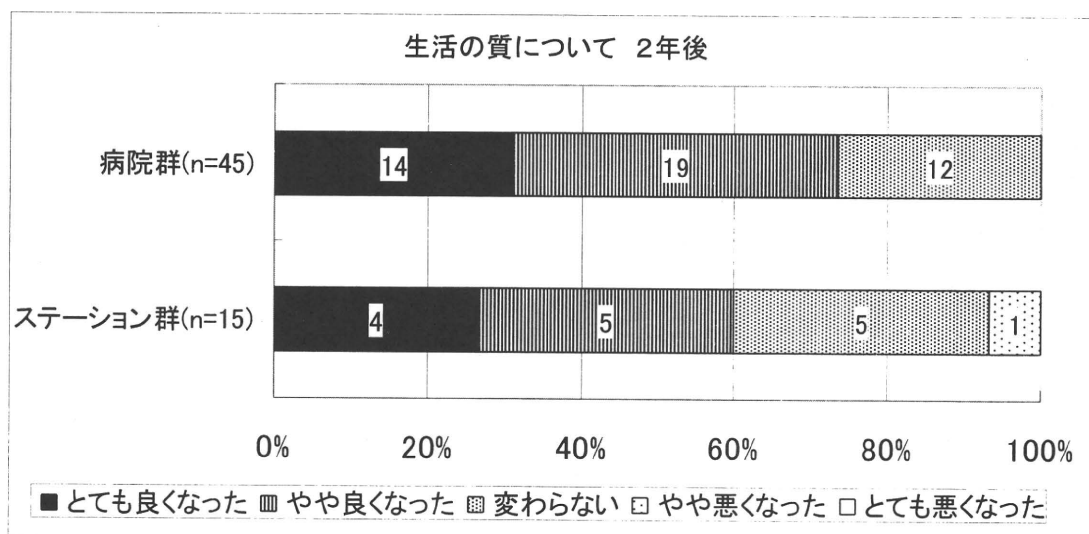
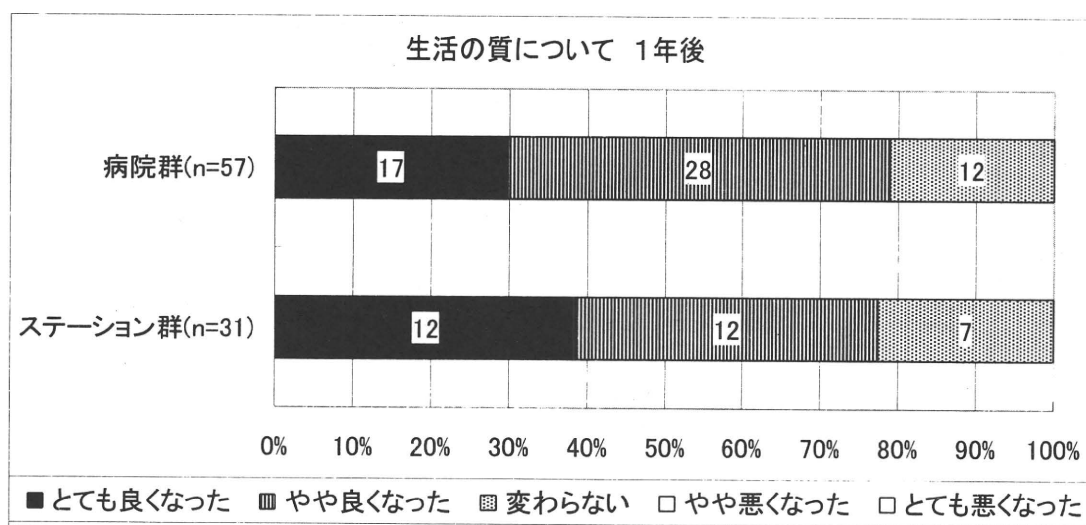


### (3) 生活の質

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、1年後調査では病院群・ステーション群共に8割程度の利用者が“とても良くなった”“やや良くなった”と評価した。病院利用者に比べステーション利用者の方が“とても良くなった”と評価する割合が高い傾向であった。“やや悪くなった”“とても悪くなった”と評価する利用者はいなかった。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が6割～7割で、“変わらない”と回答した人の割合が増えていた。

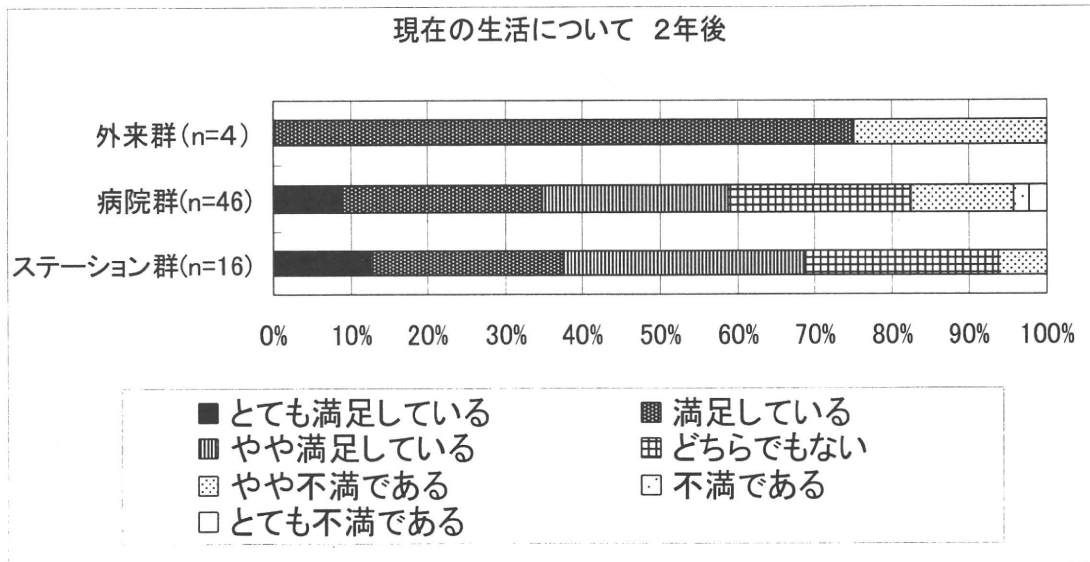
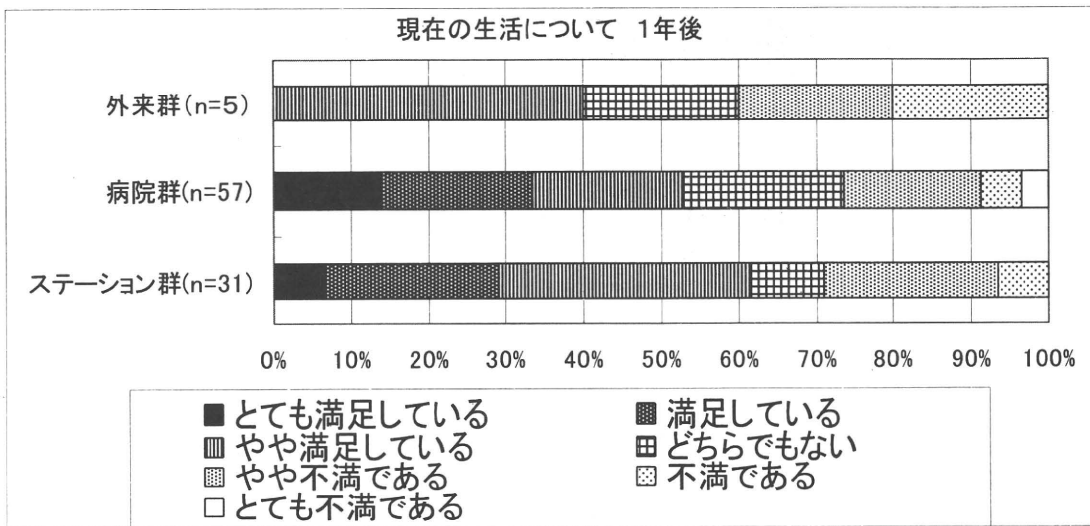


#### (4) 生活満足度

現在の生活に対する満足度は、1年後調査では、ステーション群の61.4%、病院群では52.6%、外来群の40.0%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29.0%、病院群では26.3%、外来群では40.0%であった。

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ており、どの群でも1年後に比べて高い割合であった。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%であり、1年後に比べてどの群も低い割合となっていた。

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、外来群よりも高くなっていた。



## 【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を起点としているのに対し、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。

#### 4. 精神科デイケアを中心とした研究

平成 20～22 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<sup>1)</sup>

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

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組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、精神科ダイナイトケア、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える。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、全国の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、デイナイトケア、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病院でデ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こなし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

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考えます。

## 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より、生活のリズムがつき、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(1993).地域精神保健・メンタルヘルスとりハビリテーション-.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	(%)
<b>【医療機関種別】</b>						
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)
<b>【開設者】</b>						
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	(%)
<b>【デイケア登録者】</b>						
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)
<b>【実施ケア】*</b>						
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	(%)
<b>【週1回以上の定期的訪問】</b>						
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	(%)
<b>【全訪問対象者数】</b>	2905		686		3591	
<b>【訪問形態】</b>						
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)
<b>【新規登録の訪問対象者数】</b>	725	(42.6)	117	(40.9)	842	(42.3)
<b>【訪問形態】</b>						
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	(%)
<b>【週1回以上の訪問支援提供の連携の体制】</b>						
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)
<b>【情報共有の方法】*</b>						
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



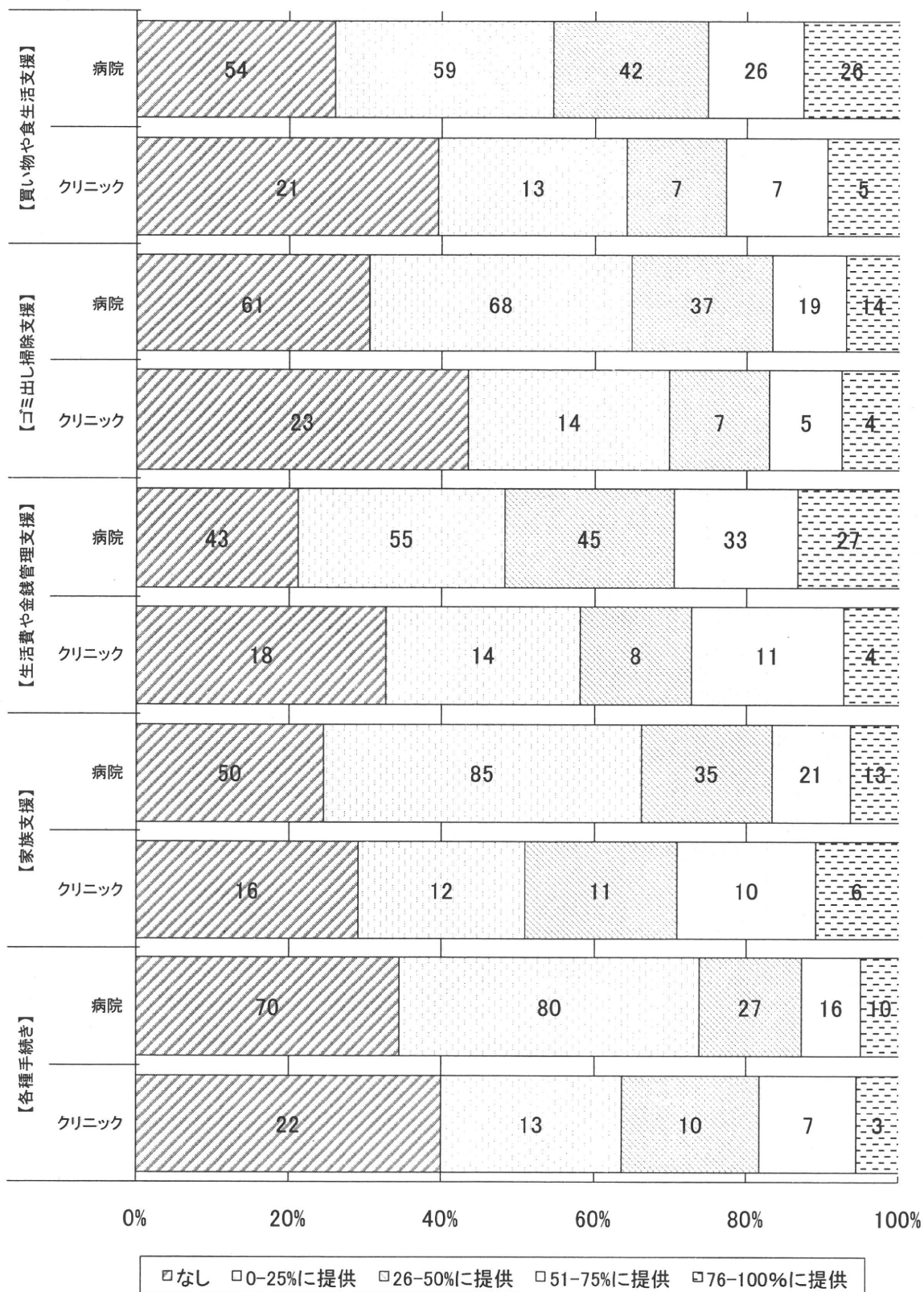


図1【病院・クリニックそれぞれにおける訪問支援において提供されるケア内容①】

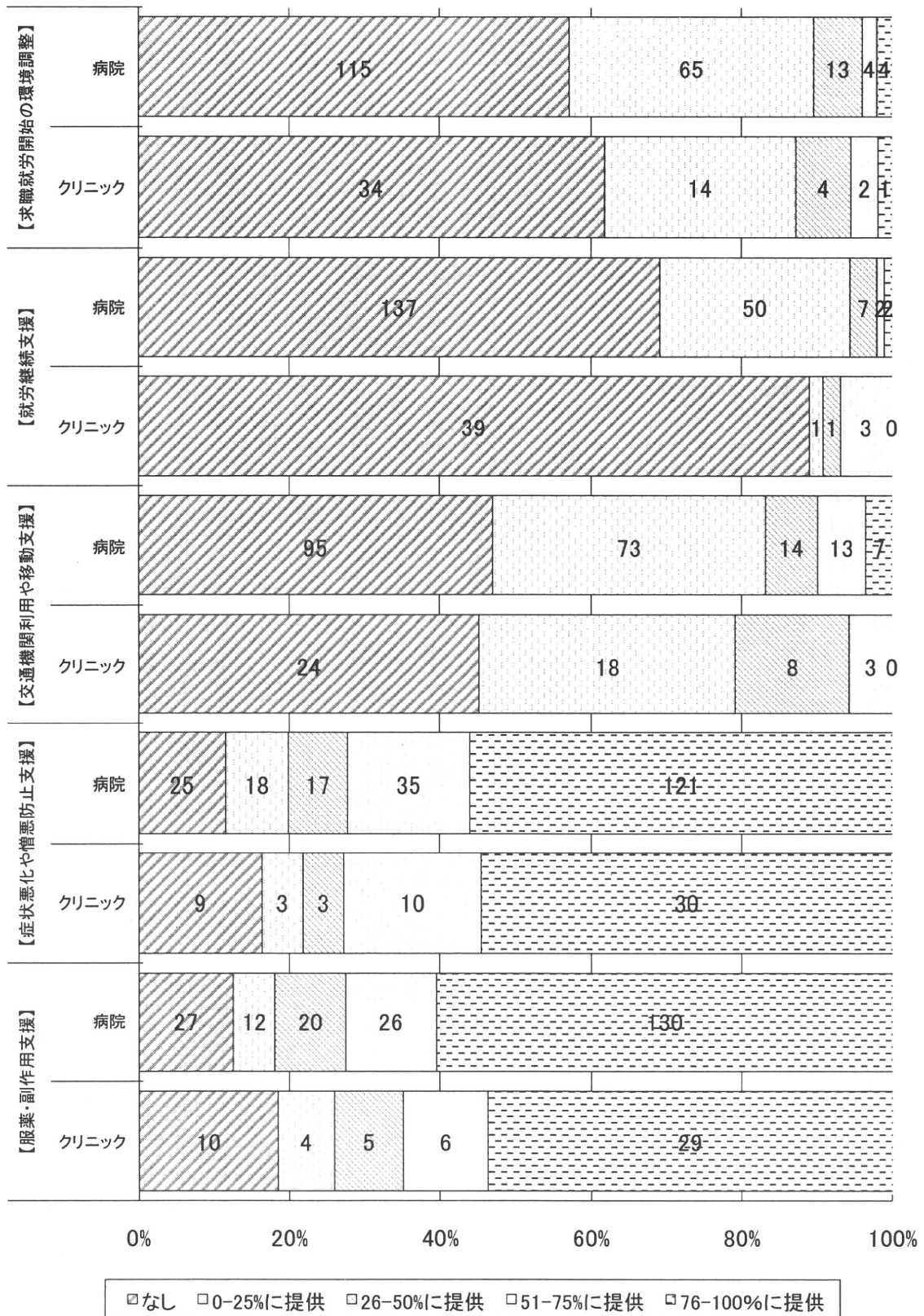


図1【病院・クリニックそれぞれにおける訪問支援において提供されるケア内容②】

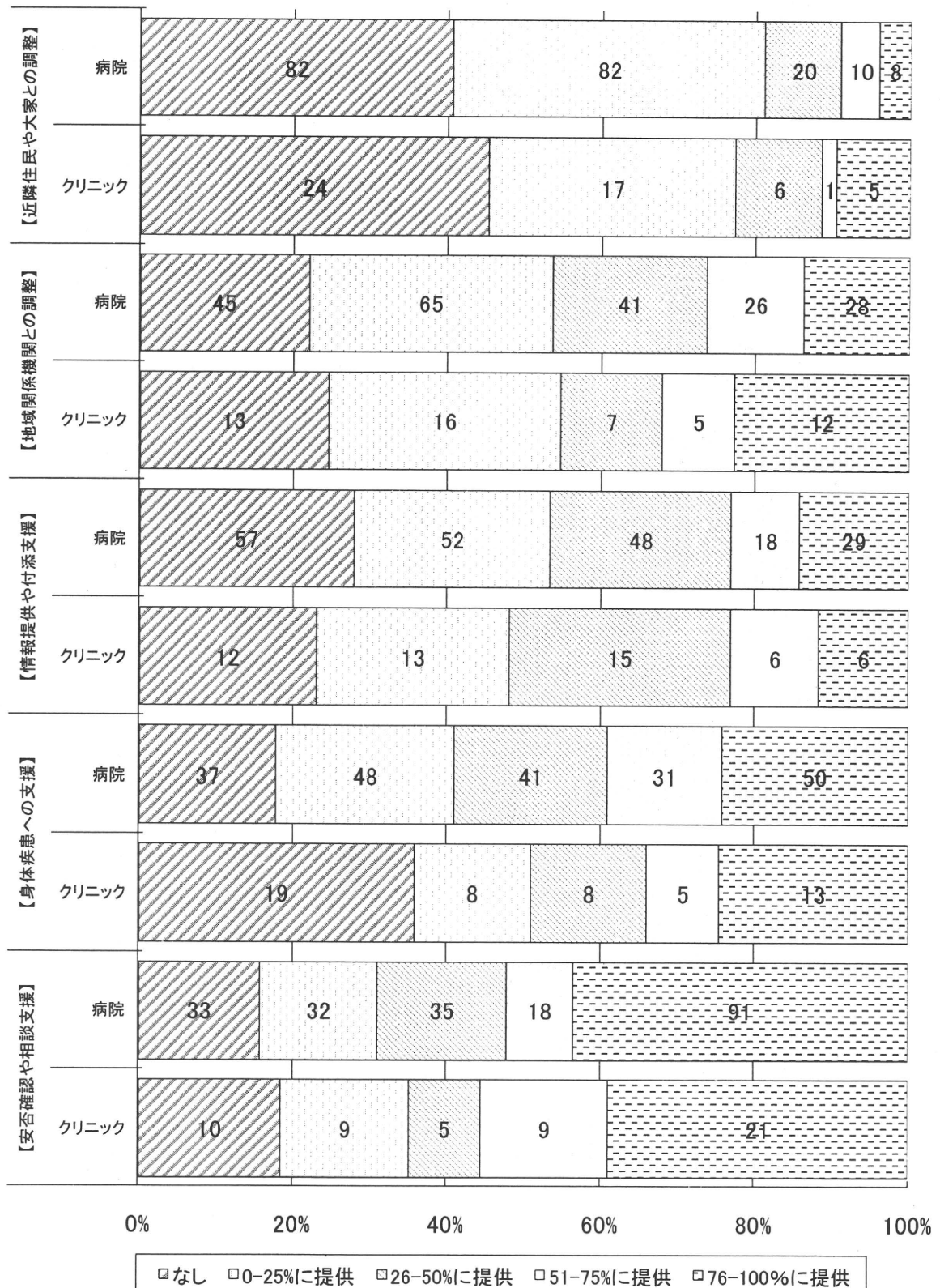


図1【病院・クリニックそれぞれにおける訪問支援において提供されるケア内容③】

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)
連絡があつて来所がない日	1	(0)	0	0	1	(0)
連絡の有無にかかわらず未記入	27	(11)	11	(18)	38	(12)
	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)
ショートのみのため両方で算定	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