

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
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）

**分担研究：精神障害者の地域移行に果たす精神科デイケアとアウトリーチケア
連携モデルの可能性**
～欧米の脱施設化の変遷とデイケアの役割に関する文献レビューからの考察～
(分担研究者：大島巖)

研究協力者：添田雅宏*，大山早紀子*

* 日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科

研究要旨

【背景と目的】精神障害者の地域移行支援が展開される中で精神科デイケアの強化・分化が検討されはじめ、精神科デイケアの新たな可能性が見えてきた。精神科デイケアからのアウトリーチ支援は重度精神障害者、ひきこもりがちな人に対する有用な支援方法になるであろうか。本論では、欧米の脱施設化の変遷とデイケアの役割に関する文献のレビューをおこなうことにより、現在のわが国における精神科デイケアの役割についての考察し、我が国における今後の地域精神保健の機能分化やシステム作り
に寄与する可能性を検討することを目的とする。

【方法】MEDLINE を用いて、‘Day Care’ ‘Outreach service’ ‘assertive community treatment’ などを用いて体系的な検索を行った。検索された文献のうち精神科デイケアの発展の変遷、コミュニティケア、アウトリーチ支援などが記述されている論文を検討の対象として選択した。

【結果および考察】欧米では 1990 年以降デイケアは、その役割を終えたかのように学術論文として取り上げられることが少なくなった。それは A C T のような包括的支援や、地域におけるクラブハウスからの訪問支援などに代表されるような支援体制に注目が集められ、その機能のあり方が今日的な支援のあり方として検討されているためと考えられる。ニーズが多様化する中で、個々のニーズに合わせて社会資源を選択、利用できる支援が発展した結果、日中の支援を包括的に専門職が提供する場としてのデイケアの意義が減少したものと考えられる。

社会資源の少ない我が国では、既存の社会資源である精神科デイケアの役割を見直し、マンパワーを投入することによって入院治療に代わる新たな支援モデルが確立できる可能性を検討した。そのモデルが精神科デイケアからのアウトリーチ支援であり、重度精神障害者やとじこもりがちな人の地域定着支援にも有効であることが示唆された。

今後、この支援システムのあり方を実証的にも検証していく必要があるだろう。

A. 研究の背景および目的

精神障害者の地域移行支援が展開される中で精神科デイケアの強化・分化が厚生労働省において検討されはじめ、精神科デイケアからのアウトリーチについて新たな可能性が考えられるようになった。医療機関において地域と密着し多職種で治療行為を行う精神科デイケアは重要な役割を担っている。プログラム内容や、援助技術方法などの検討もさることながら、その位置づけを重度の精神障害をもつ患者でも在宅で医療サービスを受けることのできる社会資源として活用できる可能性が診療報酬の改定などを通して見えてきた。わが国でもACTをはじめとする包括的な地域支援プログラムと共に、今後精神科デイケアからのアウトリーチが増えるであろうと報告されており今後精神科デイケアはその位置づけを見直すことにより病床削減や地域定着支援あるいはひきこもり支援の新たなサービスの拠点として重要な役割を果たすことが期待される。

2006年の厚生労働省の調査では疾患別では精神科デイケアのおよそ7割が統合失調症で占められている。利用の目的(担当者による評価)は回復期リハビリテーションや就労・復職支援などより、再発・再入院予防、慢性期患者の居場所としての役割が重視されている。

世界で初めての精神科デイケアは1946年にCanadaのドナルド・イーウエン・キャメロンがアラン記念病院で、Englandのビエラがマールボロ社会精神医学センターで行い、日本では1953年浅香山病院の長坂五郎らによって、退院及び外来患者から希望者を募って試み、その後1958年に国立精神神経センター(当時の名称は国立精神衛生研究所)で加藤正明らによって研究がなされ、その実績を下に1974年に診療報酬で、点数化された。

診療所によるデイケアは1962年、渋川診療所の桂アグリによる「あぐり病室」とされている。1988年に小規模デイケアとして診療報酬に点数化された²⁾。

1968年に出されたいわゆる「クラーク勧告」の中に以下のような文章が記述されてい

る。「日本における地域衛生WHOへの報告」に『地域精神衛生活動が日本で花を咲かせない理由の一つは、日本の精神科医の多くが社会精神医学を理解していないことにある。社会精神医学は、患者および病気を社会という文脈でみようとするものである。患者の内心におきている事だけをみるのではなく、全体の状況すなわち患者の周囲、家族、仕事、社会階層だけでなく、問題が起こっている医療状況や社会全体の枠組みの中でその位置づけを見つめるのである。』

伊勢田堯は「クラーク勧告の意味するもの—歴史的検証—」の中で次のように述べている。『クラーク氏は、その後何回か来日し、20年後(1988)には私的な報告書を出している。そこでは、「この20年間、…経済的には繁栄したが…、日本の精神保健サービス組織は、ほとんど変化しなかった」「精神病院の患者数は、その多さで世界でもやっかいな傑出ぶり」と厳しく断じている。

さて、32年を過ぎた現時点ではどうか。事態は改善されるどころか、先進諸国との格差は拡大している。「やっかいな傑出ぶり」から「世界の孤児」になった感がある』

この記述を受けさらに10年経った2010年現在を俯瞰してみた。国による地域移行支援事業が始まってはいるがその堵についたばかりであり、効果を検証するまでには至っていない。地域の社会資源は「自立支援法」によって再編されてはいるが、そのサービスの種類と量は当事者ニーズに見合っているとは言い難い。医療機関・地域福祉施設ともに圧倒的な効果を示す素材が見当たらず、現状は更に深化し、新たなモデルを見いださなければならない。

わが国における精神科デイケアは、限られた社会資源の中で多くの役割を求められ、その形態は様々である。現在、精神科病院からの訪問活動はPSWにも換算され、かつ複数名の診療報酬が手当てされている。厚生労働省「第18回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において、精神科デイケアについては、利用者の地域生活を支える適切な通院・在宅医療の提供を確保する観点から、患

者の症状やニーズに応じて精神科デイ・ケア等の機能の強化・分化を行うことが検討されており、その効果が期待される。

病床削減や地域定着のためには、入院病床に代わるものを用意しなければならない。それは単に入所施設を作ればよいという単純なものではない。地域生活を行いながら入院治療と同じような効果を上げるシステムを作ることにあると思える。またひきこもり支援においても先行研究はほとんどおこなわれておらず、今後の課題となっている。

そこで諸外国が取り組んできたデイホスピタル、部分的入院、デイトリートメントなど入院に代わるものとして考えられる日中支援のシステムやサービスをわが国の現状と照らし合わせて、もう一度見直すところから始める必要があるのではないかと考える。その上で精神科デイケアを拠点とした新たなサービスモデルを模索してみたい。

本論では、欧米の脱施設化の変遷とデイケアの役割に関する文献のレビューをおこなうことにより、現在のわが国における精神科デイケアの役割についての考察をおこなう。デイケアからの訪問支援が点数化されたことにより、従来型の精神科デイケアのあり方からアウトリーチ型のデイケアに移行する道筋が見えてきた。そこで精神科デイケアからの重度精神障害者への訪問活動や引きこもり支援における効果的な援助要素を明らかにすることを目的とし、わが国における新たなモデル構築を目途として、諸外国における精神科デイケアにおけるアウトリーチの実態の文献レビューを試みる。

B. 研究方法

文献検索データベース MEDLINE を用いて ‘Day Care’ ‘Outreach service’ ‘out reach’ ‘Community Mental health service’ ‘Assertive Community Treatment’ ‘club house’ ‘drop-in center’ ‘Homeless persons’ ‘Mental Disorders’ をメインのキーワードとして検索を行った。加えて ‘long term care’ × ‘Day care’, ‘Day Care×out reach’, ‘Day Care×outreach×Community Mental health

service’ ‘Day Care×Assertive Community Treatment’, ‘Community Mental health service×Club House’, Drop-in center × Homeless person×Mental Disorder’, ‘Mental Disorder×Day care×Homeless Person’ との語も組み合わせて用いた。

検索の結果 ‘Day Care’ は 4368 件, ‘Outreach service’ は 132 件, ‘outreach’ は 5338 件, ‘Community Mental health service’ は 15200 件, ‘Assertive Community Treatment’ は 368 件 ‘club house’ 55 件, ‘drop-in center’ は 58 件, ‘Homeless persons’ は 5144 件 ‘Mental Disorders’ は 779105 件であった。また ‘Day Care×out reach’ は 14 件, ‘Day Care×outreach×Community Mental health service’ は 8 件, ‘Day Care×Assertive Community Treatment’ は 5 件, ‘Community Mental health service×Club House’ は 15 件, ‘Drop-in center×Homeless person×Mental Disorder’ は 16 件, Mental Disorder×Day care×Homeless Person’ は 20 件であった。

これら検索の結果によって得られた文献のうち精神科デイケアの発展の変遷、コミュニティケア、アウトリーチ支援などが記述されている論文を対象として選択、選択した論文においてレビューされている文献も同様に検討し、最終的に Aart H. Schene (2001), Alan Rosen and Karen Barfoot (2001) Michael A. Hoge et al, (1992), Gary A. Morse et al (1992), Rosie JS, et al (1995) の文献を取り上げた。

C. 結果

1) 精神科デイトリートメント・デイケアの歴史

近年、北米ではデイケアプログラムの位置づけが低下しており、Rosie JS (1995) らの論文によると精神科デイケアプログラムは包括的地域生活支援に全面的に移行するべきという声が上がっている (Hoge, 1992)。ここでは精神障害者の地域生活支援に現在、どのようなあり方が求められているのか、John S. Rosie ら (1995) による Effective Psychiatric Day

Treatment: Historical Lessons Psychiatric Service および Alan Rosen(2001) らによる Day care and occupation:structured rehabilitation and recovery programs and work をもとに精神科デイケアの歴史的動向から、重度精神障害者の地域移行・定着支援の発展のレビューを行った。

精神科デイトリートメントは1946年、MontrealのAllan Memorial InstituteにてCameronが行ったデイホスピタルのプログラムが始まりという。この頃、部分入院の調査のほとんどは医療を中心としたデイホスピタルに焦点が当てられており、デイトリートメントの調査はほとんどなされていなかった。このような中でデイトリートメントはグループ重視の環境モデルを応用し、北米の最初のモデルとなった。一方で部分入院における集中的なケアやリハビリは入院患者よりも慢性的な精神疾患にある人や外来患者、長期にわたるケアやリハビリを受ける人に有用性があるとされていた。その後、様々な報告や文献の中でデイトリートメントと部分入院はデイホスピタルとして矛盾して使われるようになったためCameronは期間を設けデイトリートメントと部分入院の機能を統合してデイケアとした。Cameronのデイケアモデルは急性期の入院患者や外来へ移行した患者のほか夕方や夜、週末のプログラム、子どもや若者のグループにも明確にした。

その後1950年代から1960年代にかけて地域で治療が可能になりデイホスピタルが普及し、急性期の患者のためのケアや統合失調症の患者の長期ケアや感情障害や高齢者へのケアも対象とした。

一方でAnthony(1982)やBellack(1984)ら病院の中での繰り返されるリハビリテーションや新技術の獲得は住まいや活動の場所では一般的ではないとし施設内でのリハビリテーションは無駄であることを報告した。それまで地域の精神保健サービスの中で規則正しい生活のリハビリプログラムや就労の機会があったが、これらのプログラムは24時間の地域精神保健サービスへと発展しており地域最先端の精神科ケアに臨床的に統合されていると、

地域生活支援体制がACTなどアウトリーチ支援へ変わってきたことを挙げている。

またFallon, Talbottら(1982)はリハビリテーションの成功には精神障害者への共通の理解やアプローチが重要であるとして、家族や社会支援ネットワークの中で共に解決することがカギになることを明らかにしている。

このような流れを受けてHogeら(1992)は、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っていくべきであるとし、部分入院は患者が病院から地域へ移行する歴史的な段階としてトリートメントとリハビリテーションを混同させてはならないとしている。またJohn(1995)は病院中心のプログラムよりもコミュニティベースのサービスを展開するため部分入院のケアを発展させ活用する必要性を挙げているが、その過程にはデイホスピタルからデイトリートメントへの発展があり、デイトリートメントは人格障害のある人、陽性症状の顕著な人にも共通して効果的なケアがされる可能性がある。また包括的なコミュニティトリートメントの発展によってプログラムの機能は変わってくるようになり、これらの精神科の歴史の中での職権が起こる可能性を指摘している。

しかし初期のプログラムは、完全に必要がないと指摘されている訳ではなく明確な拡大政策の構想があり自己決定とニーズ充足のためにより広い自由を与え、Warner(1994)が示すように「精神障害のある人の職業選択、個々の能力の限界などの点から保護的就労の場所はまだ唯一の仕事場である場合がある」としつつコミュニティケアとコンシューマー主体のプログラムの発展によってデイケアや保護的就労の場所は減少してきておりエンパワメントの重要性が認識されてきた今日、職業的リハビリのフィールドも地域に移行する必要がある。

2) 地域における精神科リハビリテーションのあり方

WHO(1996)の見解によると精神科リハビリテーションは不利益や障害やハンディキャップのある人、一人ひとりが地域の中で自立できるより良い状態に到達するための機会を

促進させる過程とされている。さらに個々人の能力の改善と重度の精神障害のある人が質の高い生活を創造するための環境の変化の可能性を取り入れる必要があるとしている。対照的にリカバリーはその人の態度や価値や感情やゴールやスキルや役割などの変化の過程と定義されている。生活において希望や病気による制限も与えるが、それは人生の中で精神疾患による影響を超えて成長をもたらす新しい意味や目的を含んでいる。そしてリカバリーの考えは治療やリハビリの中でのエンパワメントや積極的な参加を促進するものであるとしている。

また Alan Rosen and Karen Barfoot (2001) によるとリハビリテーションとリカバリープログラムを地域の様々な資源の統合に際するリハビリテーションの発展につながるものであるとし、主な方法の発展についてエビデン

スとともに表1のように示している。1・2のデイホスピタルおよび部分的入院に関しては医療的アプローチの要素が強く、3・4のファウンテンハウス、リビングスキルセンターに関しては地域生活に基づいて実際の生活の場でケアを行うという側面が強い。

近年、地域ケアにおいても医療的アプローチから生活に着目したアプローチが広がっており、地域の中で生活者としての視点への医療をも含めたアプローチへと変化している。

しかし現在の地域ケアは初期の医療的アプローチから発展したものであり、この過程なくして語ることはできない。

以下では、このうち重篤な精神患者のための医療的アプローチである部分的入院に注目して、地域精神保健福祉に果たす役割の検討を整理する。

表1. デイケアとナイトケア：リハビリテーションとリカバリープログラムの分類

	方法	定義	モデル
1	デイホスピタル/ デイトリートメント Torrey et al(1998), Alvarez-Serrano et al (1999)	ベッドのない病院もしくは短期間の集中的な支援を必要としている人のための患者の入院の選択やフォローアップ、レクリエーション活動や職業的、社会や生活のスキルなど医療などを提供する	退院後間もない人や入院を必要としている人が対象
2	部分的入院 患者の医療ケアを含む (Hoge et al 1992 Faloon&Fadden 1993)	患者や重篤な精神患者のための広範囲の様々な訓練、サービスのこと。何週間もの間、症状軽減のための努力や改善がなされる。1・2の両モデルとも地域中心の支援よりもコストがかかる	短期・長期にわたる患者のケア。患者に必要なサービスに制限がなく先進的なケアの提供を行う。しかしモデル1と2の将来性が不透明な場合地域中心の心理社会的リハビリテーションや包括的で機動的なケアはこれらの機能を想定しており比較調査が必要とされている
3	ファウンテンハウス (Beard et al 1982 Crowther et al 1999 Warner et al 1999)	個々の状態を回復させる環境を作り出すための職務的利益や社会的満足感を得るために必要な信頼、技術の回復を創り出すコミュニティを設計する	所属するメンバーは期待され必要とされている。スタッフはメンバーとほとんど区別がない
4	リビングスキルセンター (Weir&Rosen 1989 Fallon&Fadden 1993)	地域の様々な社会資源の使用を推進したり機能アップを目的とした生活の活動スキルや集中的な個人のリハビリアプローチの提供	地域生活の指導や支援が提供されるリハビリセンターやインフォーマルなミーティングの場所

2) 部分的入院

精神障害者の治療方法として部分的入院 (partial hospital:以下PH) は50年以上前から進化している。治療的な効力に換算したPHを目的とした場合、入院中の患者 (fulltime hospital:以下FTH) と退院しコミュニティメンタルヘルスを受けている患者の間では大きな相違が見られた。

包括的な精神保健福祉サービスの一部としてPHは入院による不利益を被る事を防ぐと同時に少ない頻度で退院患者を専門家スタッフが訪問を提供する以上に可能性を秘めている。

しかしながらPHは数十年の間、現在の状態と未来の進歩に関して、いくつもの疑問を呈している。

Schene ら(1988)によると部分入院は以下のように要約できる。

- ①急性期病棟に代わるもの：高度な訓練を受けた医療指向のスタッフがいる：部分入院の需要がある患者か、あるいは他の入院患者とは別に治療されている急性期症状をもった総合病院のようなところに入院している患者
- ②急性期入院が続いている入院患者：一番目の機能に似ており外来診療に移行した者で入院治療のように組織化された治療をされる患者やスタッフ組織
- ③外来患者の拡張：専門化した手厚い治療やリハビリのどちらかを受ける患者であって、入院治療を受けないのだが、外来治療よりは手厚いケアを受ける見込みがある患者。
- ④デイケアもしくはリハビリテーション：回復の見込みがなく、長期間に渡り慢性的に治療やリハビリテーションをおこなっている精神障害者

Hoge ら (1992) は特に③の要因のPHはACTに移行してゆくべきものであり、またRosie ら (1995) は人格障害や重度の神経症には有効ではないが、この視点は精神障害者にとって正しいものであると述べられている。

ACTが出てきて以降、外来で重症な精神

障害を持つ患者を支えて行こうという動きに推移している。

PHによる入院群の割合は他の患者のネットワークやサポートや特徴のあるサービスに依拠している。患者が地域のサポートシステムで回復したとすれば、PHの利用の割合は上がる。もし精神科入院がしづらいということがあれば、それはその地域のベッド不足のためである。そして入院患者の状態がより重症であるならば、PHよりFTHに移るためその割合は低くなる。

急性期デイホスピタルはPHを支持する専門スタッフが熟練したスキルをあげるためのより良い機会になるようである。そのサービスは入院治療と密接な関係がなければならぬ。すなわち急性期の患者に必要なすべての診断および治療を利用できるようにすることである。

地域移行サービスや24時間対応または予備ベッドのような実際的な問題は、重要な必要条件でもある。Gudeman ら (1983) 例えば精神科看護師による24時間の居宅支援と危機状態の患者へのアウトリーチは、PHのより多くの患者グループを助けることができるとしている。

PHは外来の精神障害者と精神障害者でない患者の間で研究されてきた。Meltzhoff と Blumenthal(1966), Linn(1979), Weldon ら (1979) などである。PHは精神障害者の外来患者治療に勝る利点があるようだ。

特に長く重症な人格障害の外来患者の治療効果は上がらなかったが、PHは効果的な治療法だった。しかし現在まで費用対効果の研究はなされていない。

3) 部分入院の展望：再評価

50年間、部分入院は、治療法の見込みがあるともてはやされてきた。1940年代のロシアにおいて費用効率が高い入院治療に取って代わるものとして、この治療方法はより治療効果が上がり入院治療より少ないコストであると見られてきた GuilletteW, Crowley ら (1978)。

多くの部分入院の現場で働く専門家は入院

患者のサービスや治療において、より制限が少なく、より退行しないという非常に大きな需要を緩和すると信じていた Herz MI, ぐに飛躍的に増加しはじめると予測していた. Donnelly C(1985)

しかし部分入院の展望は支持者たちの予想する方法では姿を現さなかった。

20年に渡る調査の後、部分的な入院をおこなう病院の研究の公表は、ほとんどなくなった。

多くの州の精神保健省でもこの方式の施行も経済的援助も撤退してしまった。同様に心配することは、データ上では、既存の部分的入院の病院が驚くべき率で閉じていることを示していることだ Hoge ら (1992)

多くの入院治療を行っているデイホスピタルの研究が行われているが、将来デイホスピタルと症状が激しい外来患者への積極的な介入を比較するべきであるとする Krizay J (1989)

部分的な入院の将来は、入院患者よりはケアしなくてよいが、重度の精神障害者で、それより強いケアのレベルを必要とするかどうかについて assertive なアプローチを提供する外来患者にかかっている。

一般的に ACT チームを含む典型的な治療システムは、外来病院プログラムを持たない重症化した患者を抱え込んでいる病院のことを、十分な構造と社会的な支持を提供するチームの能力に対する懸念があるとしている Hoge ら (1992)。

しかしながら部分入院が医療的な効果をもたらしていることは事実である。調査をやり通した中で見えてきたこととして、多くのプログラムはもがき苦しみながらであるが継続されている。

4) 心病むホームレスのための3つの治療プログラム効果における試験的比較心病むホームレスのために用意された地域をベースとした3つの治療プログラムは長期にわたり試験的な技法としてよく用いられている。「ケースマネジメントを行う専門的なスタッフから急性期の割合が高い患者への assertive なアウ

Endicott J, Spitzer R ら (1971) Washburn S, Vannicelli M, Longbaugh R ら (1976). 長い間、評論家達はは多くの部分入院病院がすトリーチを含む精神科クリニック、「日中のドロップインセンター」、「連続的な治療チームプログラム」は従来から外来患者の需要がある。精神症状が憎悪した患者はすべて月ごとに12ヶ月の間3つの治療プログラムによってフォローアップされ、収入を増やし、人間関係調節をおこない、自尊心の回復を図る。これらの治療プログラムにおいて、よりコンタクトを取っている連続的な治療を必要とするクライアントは、症状が憎悪した日々を費やしているホームレスあるいはコミュニティーサービスや社会資源を使っている、ほかの2つのプログラムのクライアントよりそれらのサービスに満足している。

ホームレスの増加問題は最近の取り組みにより良くなっている。しかしながら無視できない事柄としてホームレス人口の一部分に深刻な心の病を持つ人がいるということがある。調査者はホームレス人口の25%から40%に深刻な精神的な問題を持つと推測している。3つのサービスを受けている心の病を持つホームレスの基準値とフォローアップについて行われた対策の有効性

方法

3×2 要因計画がデータ解析に用いられた。治療の状態はグループの要因と3つのレベルの間で持たれた。時間の長さは基準値と12ヵ月後の2つのレベルを表2のようにまとめた。治療状況は以下に述べる、継続的な治療チーム、ドロップインセンター、外来治療である。

結果

この研究はメンタルヘルスサービスの試験的リサーチをする事が出来るホームレスがいる地域で実施する事を示している。この種類のリサーチの方法上の問題と解答は他の地域でも議論されてきた。

より重要な事はこの研究は継続的な治療チームによるアプローチがホームレスの人々を救う事ができると文章化できたことである。この研究結果は、公には次第に沈静化してゆくホームレス問題の象徴として、すなわちホー

ムレスの個人的な救済が絶望的になることについて公的機関に報告された。

しかしながらホームレスの個人的な問題は、あるいは国家的なホームレス問題は終わりには出来ない。特に低所得世帯への公的扶助の割合もまた変わってきているにもかかわらず、有効な公的政策はなされなかった。こ

れで心病むホームレスを救うことができるのであろうか。この問題をもっと正確に言えば、国家的なメンタルヘルスシステムは援助を必要とする心病むホームレスを救うために、どのように機能させなくてはならないのであろうか。

表2. 治療状態と3つのレベル

比較尺度	継続的な治療チーム				ドロップインセンター				外来クリニック			
	基準値		12ヶ月		基準値		12ヶ月		基準値		12ヶ月	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
プログラムへの コンタクト(日/月)	-	-	6.44	7.1	-	-	3.96	1.09	-	-	0.5	1.09
*1 患者満足度	-	-	3.37	0.49	-	-	2.68	0.7	-	-	2.66	0.78
Days homeless	25.23	9.32	2.89	8.56	24.04	8.2	11	14.13	24.85	7.53	5.77	11
月収	\$180	\$188	\$498	\$897	\$208	\$240	\$377	\$400	\$217	\$304	\$430	\$938
*2 精神症状	1.59	0.84	0.95	0.76	1.5	0.66	0.92	0.84	1.67	0.9	0.89	0.65
*3 自尊心	1.68	0.42	1.88	0.49	1.81	0.42	1.92	0.44	1.78	0.52	2.05	0.43
*4 疎外感	0.77	0.28	0.74	0.29	0.78	0.19	0.78	0.26	0.76	0.28	0.71	0.33
*5 人間関係の調整	2.7	0.73	2.88	0.75	2.74	0.68	2.94	0.54	2.75	0.61	2.91	0.71
アルコール消費量 (オンス/週)	1.49	4.93	2.83	9.11	0.96	1.78	0.5	1.08	1.46	4.09	0.95	1.98

*1: 1から4までのスケール: 数値が高いほどより多くの満足感がある

*2: 0から4までのスケール: 数値が高いほどより症状が重い

*3: 0から3までのスケール: 数値が高いほどより自尊心が高い

*4: 1つの疎外感につき、項目は0か1で採点される

*5: 0から4までのスケール: 数値が高いほどよりよい関係性である。

D. 考察

1) 精神科デイケアが地域ケアにおける位置づけを後退させた要因と日本でのあり方

John S. Rosieら(1995)によると精神科デイケアは、精神障害者の地域生活移行が謳われ、推進されながらも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において大きな役割を果たしてきたとされている。現在、欧米ではその数が減少しACTやIPSなど新たな支援体制に置き換わってきた背景には次のものがあると考えられる。

まずは就労支援、アウトリーチ支援など収容ではない形の支援サービスのニーズが高まってきたことである。Becker(2004)は地域移

行が進むにつれ、住まいは移行したものの地域における隔離と保護的な環境の中で孤立しスティグマの対象となり結果的に初期の地域

移行支援は失敗であったとしている。しかし1980年代に入ると精神障害者自身のコンシューマー運動が活発になり、彼らはセルフヘルプ、エンパワメントやリカバリーを強調するようになり、地域への統合や就労に対するニーズが高まってきたことがデイトリートメント縮小の要因と考えられる。

2つ目としてBecker(2004)は自著の中でデイケア等の効果について、就労への希望が高まる中、ニューハンプシャー州では財政的その他の理由から重い精神障害を持つ人へのデイプログラムを閉鎖し、援助付き雇用プロ

グラムを開始した結果、これまで雇用に関心のなかったクライアントも含め最終的にはすべての人がデイプログラムよりも地域内でより積極的な活動の場を求めるようになったとしている。そしてIPSに参加して一般雇用され、デイプログラムから離脱したとしてもクライアントは臨床的に否定的な結果やその他の好ましくない結果を増大させることはないことを明らかにしている。

このような背景の中でデイケアの長期利用の意義や効果などが明確に見出せなくなり、デイトリートメントの意義が曖昧になってきたものと推察される。

さらに欧米では1950年代中期から1960年代初期に地域居住プログラムと言われる中間施設やグループホームの活動など非医学モデルが発展し、ファウンテンハウスやクラブハウスのように単に利用者としてではなく自発的に活動に参加し、また施設運営に携わるなど役割を持った居場所が設立されてきた。

また同時に医療もACTや訪問看護などのアウトリーチ支援体制が確立され地域で生活するために必要な要素は生活面、医療面ともに整備されてきた。このようにニーズが多様化する中で個々のニーズに合わせて社会資源を選択、利用できる収容ではない形での支援の発展の結果、日中の居場所としてのデイケアは減少していったものと考えられる。

一方、我が国においては1958年にデイケアという名称のもと国立精神衛生研究所(現:国立国際医療センター国府台病院)で実験的に始められたのが最初とされている。その後1974年に診療報酬化されたものの施設基準が厳しく一部の公立病院や精神科病院以外には広まらなかったが1988年に小規模デイケアの基準が設けられクリニックなどでも実施可能となり急速に広まった。現在では精神科病院やクリニックなどの医療機関のほか保健所や精神保健福祉センターなどにおいても実施されており、思春期や依存症など分野に特化した取り組みが展開され個々のニーズに応じた支援サービスが提供可能となっている。

しかしこれらの社会資源に通所が困難になった者に対するアウトリーチ支援体制は今後、

整備が必要であると思われる。アウトリーチによる支援は個々のニーズにあった支援展開が可能でありその有効性はACT、IPSなどで明らかとなっている。現在、わが国で行われているアウトリーチには医療機関や訪問看護ステーションによる医療的支援、ACTによる医療と生活支援を併せ持つ地域生活支援システムなどがある。精神科では対象者の病状の改善に伴い自宅だけでなく役所や買い物への同伴、対象者の支援を目的としたケア会議など自宅への訪問支援だけに留まらない。このような支援は精神障害者が地域で生活をしていくにあたって欠かせない要素と考えられるが、訪問看護ステーションにおける訪問支援のうち間接的または繋ぎの支援、精神保健福祉士による訪問は診療報酬に算定されない。また医療機関では往診回数の設定や職種によって単独訪問は診療報酬として算定されないなどアウトリーチ支援に対する医療システムは多くの課題を抱えていると考えられる。これらの現状に対して2004年、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として精神科デイケアを挙げ、患者の症状やニーズに応じて機能の強化・分化を図ることを重点施策としている。また2009年、厚生労働省は、増加傾向にある精神科デイケアは診療報酬に位置づけられ治療の一環とされているものの長期の利用が目立っているほか、終了理由として再入院が最も多いこと、集団ケアが中心で個々の目標にあった支援がなされにくいことを挙げており見直しが言われている。

またこれまで地域移行後の地域生活定着のためのリハビリとして位置づけられていたデイケアであるが、ニーズの多様化、ACTやデイケアからのアウトリーチ支援体制などの整備により、求められる役割も変化して、単に居場所としてだけでは機能が不十分となりつつあると考える。

そこで新たなモデルとしてアウトリーチ支援と同時に居場所の提供が可能な社会資源の一つとしてデイケアを活用したモデルの構築に可能性があるのではないかと考える。デイケアスタッフによるアウトリーチ支援は可能

であるもののマンパワーの不足や診療報酬のダブルカウントの課題などから認知度は低く、普及しているとは言い難い。しかしデイケアからのアウトリーチ支援はACTのような多職種チームの形成が困難な地域においても可能であると思われる。具体的にはデイケア担当の医師の訪問による医療提供、精神保健福祉士や作業療法士、看護師などのコメディカルスタッフによる地域生活支援などこれらアウトリーチによる支援によって展開しつつ、同時にひきこもりからの脱出を目的とした敷居が低くかつ活動性の高くない交流の場としてデイケアは活用するモデルである。このようにアウトリーチ支援と居場所の提供を組み合わせることで重度の精神障害者やひきこもりがちな人などにも有用な資源になると思われる。

欧米では地域ケアにおける位置づけを後退させつつあるデイケアであるが、アウトリーチ支援に課題を抱えている我が国においては発展の可能性があると考えられる。しかしこのような取り組みに対する研究はなされておらず今後さらに精神障害者の地域移行・定着が進む中で、これらの既存の資源を活用した取り組みに対して実証的な研究が必要であると考えられる。

2) 脱施設化と重い精神障害を持つ人に対するデイケアのあり方

アメリカを中心として「部分入院」がほとんどなくなってゆき、ACTをはじめとする外来治療で重度精神障害者を診てゆく体制に移行している。それでもデイホスピタルからのアウトリーチが必要であるが、まだ行われていないことが示唆されている。ちなみに日本においては部分入院の制度はないが急性期病棟、デイケア・デイナーケアがこのシステムに近い。また入院を要する患者のうち少なくとも20%強はデイケアでの治療が可能で、入院治療に比べ精神症状の回復が早い、コストがかからないといった利点がある。

現在、わが国の精神保健福祉分野においてもACTを推進していく事は大切なアプローチだが、居場所の提供は行っていない。重い

精神障害を持つ者に対する日中の居場所としてのデイケアの在り方は、今後新たなモデルとして十分に期待できる。諸外国のように多様な外来治療の形式を持たない日本においては、精神科デイケアの果たす役割は非常に大きな意味合いを持つ。

3) ひきこもる精神障害者に対する精神科デイケアのあり方

ホームレス問題は米国においては、1990年代には、一定の落ち着きを見せていた。しかしながら、精神疾患を持つホームレスはその支援が必要であるにも関わらず、国家的な問題として扱われなくなった。継続的な治療チーム、ドロップインセンター、外来治療の3つの治療システムは継続中であるが、継続的な関わりを持つACT型治療チームが満足度も高く効果が上がるものであることを証明している。しかしながらアウトリーチによる支援だけでは、ひきこもる精神障害者への対策は十分でなく、政策的にはドロップインセンターやクラブハウスに重点が置かれ、重い精神障害をもつ人達への支援は終焉を迎えようとしている。クラブハウスやドロップインセンターは症状の軽い精神障害者には効果のあるプログラムであるが、重い精神障害を持つ人達は利用に繋がらない。

医療機関内にある精神科デイケアの役割について、「通ってもらう」方式から「迎えに行く」方式へという視点でデイケアの在り方を検討するべきではないだろうか。デイケアからのアウトリーチにより、重い障害をもつ精神障害者を地域で支えてゆくことができるのではないかと考察される。

E. 結論

諸外国の病床削減はデイホスピタル、デイトリートメント、部分的入院など、入院を長期化させない取り組みの歴史の上に成立している。この文献レビューにおいて、アメリカやイギリスにおいては部分入院やデイトリートメントなど医療モデルを中心とした研究は、1990年代を最後にほとんどなされていない。またデイケア・デイサービスからのアウトリーチに関する研究は見られなかった。つまり

それはACTのような包括的な支援体制や、地域におけるクラブハウスからの訪問支援などに代表されるような多様な支援体制が作られ、有効に機能しているからだと考察される。またニーズが多様化する中で個々のニーズに合わせて社会資源を選択、利用できるように収容ではない形での支援の発展の結果、日中の居場所としてのデイケアは減少していったものと考えられる。

しかしながらアメリカにおいても、ひきこもる精神障害者や重い精神障害を持つ者にたいしての居場所の提供までには至っていない。部分入院やデイホスピタルからいきなりACTをはじめとする包括的なアウトリーチサービスに移行し、居場所からのアウトリーチの議論は充分になされないまま、現行のサービスシステムに移行している。それゆえ重い精神障害を持つ者やひきこもる精神障害者にとっては基盤となる居場所がなくなってしまった。

またこのレビューにより、欧米諸国が行ってきたような、部分的入院、デイホスピタル、デイトリートメントのように、医療機関に属しながら段階的に医療サービスを減らし、訪問看護や福祉サービスを組み合わせてゆくことにより、地域移行や地域定着支援は可能であることが示された。一方で、諸外国における前述の諸モデルは歴史的にはその役割を終えつつあるように見えることも事実である。ACTは重い精神障害者への最低限の生活は保障されるが、ACTには居場所としての機能がないため、人との出会いや、そこから生まれてくるあらゆる生活問題を相互交流の中で解決してゆく「場の豊かさ」を経験する事ができない。

そのため、わが国が作り上げてきた精神科デイケアプログラムはアウトリーチを加える事によって重い精神障害を持つ者やひきこもる精神障害者に対して、個別支援に留まらず集団への参加を促すことの出来る非常に魅力的なモデルになると言える。さらに言えばACTが対象にしている患者群より重い精神障害を持つ者にも対応でき対象者を孤立化させないという利点も併せ持つ。

現存する社会資源である精神科デイケアの

役割を見直し、ここにマンパワーを投入することで入院治療に代わる新たな役割をもたせることが効果的だと考える。

そこで現状に即した新たなモデルとして、精神科デイケアからのアウトリーチに焦点を当て、その活動について検証してゆく必要性があると考察される。重度精神障害者を地域で支えるため或いは引きこもり支援においても「居場所」からのアウトリーチ活動は有効な支援である。

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

引用・参考文献

Becker, Deborah R, Robert E Drake 著. 大島巖 松為信雄 伊藤順一郎監訳 (2004). 精神障害をもつ人たちのワーキングライフ, 金剛出版

Donnelly C(1985). The future partial hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization*3 (1)11

Clark, David H. 秋元波留夫・北垣出子訳 (1982). 精神医学と社会療法医学書院

Clark, David H(1998). Japanese Mental Health Services 1998-Report of Visit and Comments

Guillette W, Crowley B, Savitz SA, et al(1976). Day hospitalization as a cost-effective alternative to inpatient care: a pilot study. *Hospital and Community Psychiatry*29:525-527,

Hert MI, Endicott J, Spitzer RL, et al (1971): Day versus inpatient hospitalization: a controlled study. *American Journal of Psychiatry* (127):1371-1382

福智寿彦(2009). デイケア. *精神科治療学* 24 増刊号:172-173

Hoge MA, Davidson L, Hill WL, Turner VE, Ameli R. (1992) The promise of Partial Hospitalization :A Reassessment. *Hospital*

and Community Psychiatry :43(4)

金川英雄ら(2000). 精神分裂病の保健・リハビリテーション急性期のデイケアの試み

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

Morse GA, Calsyn RJ, Allen G, Tempethoff B, Smith R. (1992) Experimental Comparison of the Effects of Three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People. Hospital and Community Psychiatry:43(10)

日本デイケア学会(2005), 「精神科デイケア Q&A」

日本精神保健福祉士養成校協会(2009), 新・精神保健福祉士養成講座 精神科リハビリテーション学

Rosen A and Barfoot K (2001). Day care and occupation: Structured rehabilitation and recovery programs and work. Textbook of community psychiatry. OXFORD UNIVERSITY PRESS 26:295-308.

Schene AH. (2001). Partial hospitalization. Textbook of community psychiatry. OXFORD UNIVERSITY PRESS 25:283-293.

Thornicroft G and Michele T (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence: British Journal Psychiatry 185:283-290

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

社会保険研究所(2008). 医科診療報酬点数表 平成20年4月版. 社会保険研究所.

Washburn S, Vannicelli M, Longabaugh R, et al(1976): A controlled comparison of psychiatric day treatment and inpatient hospitalization. Journal of Consulting and Clinical Psychology(44):665-675,