

第 20 回年次大会 ■ シンポジウム V 『デイケアの未来を語る』

精神科病院のデイケアの未来
～過去に囲い込みすぎと言われたデイケアからの展開～

澤 温

日本デイケア学会誌「デイケア実践研究」
The Journal of the Japanese Society for Day Care Treatment
Vol.20 No.1, 88－93, 2016

精神科病院のデイケアの未来 ～過去に囲い込みすぎと言われたデイケアからの展開～

澤 温

はじめに

精神科病院からのデイケアの未来を語る時、歴史に基づかないと未来は語れないのでまず歴史的なことを述べ、その後にこの歴史に基づいて未来のデイケアについての考えを述べる。

精神医療の歴史とデイケアの歴史

「世界の歴史に見る、精神障害者への対応」について見てみると、蚊でも蠅でもトカゲでも、人間は自分に対して邪魔するもの、気持ち悪かったら、まず殺してきた。しかし「殺す」ことを否定すると、「閉じ込め」で自分からは切り離れた。アメリカでも 1950 年ころ、患者さんは体育館や避難所のような大広間にベッドがある中に収容されて、治療というケアをされていた。1950 年はクロルプロマジンもできる前なので、半分はやむをえないと考えられる。アメリカの大統領教書、いわゆるケネディ教書で「精神障害者や知的障害者も含めて、障害者をいつまでも施設内に置いておかず、地域へ出せ」と言われた 1963 年でも、まだあまり変わっておらず数千人を入院収容する施設があった。建前はノーマライゼーションや人権、本音は医療費削減で、どんどんどんどん地域へ出ていって、それをどうするかということがアメリカの課題であった。日本では 1968 年にクラーク博士が来

て、もっと地域の方に目を向けろよと言われたけれども、日本はなかなかそれに向かなかった。

閉じ込めるのをやめて退院させ、一種放置し出した時に、また事件が起きる。だから事件が起きないためにどうするかというと、地域で共生しつつ見守るということをし続けていかなければならない。

従って、この見守っていく時にデイケアがどういう機能を持つかということだと考える。共生しつつ見守るツールは、治療的でない部分もあるし、周りの人と共生できるような状態に保つためのその他のサービスもあり、両方とも非常に重要である。

日本では精神保健法の 1988 年の施行により初めて「社会復帰」が法に明記され、1993 年に「精神科病院から社会復帰施設へ」そして「社会復帰施設からその次の段階として地域社会へ」と公衆衛生審議会精神保健部会で提唱され、2003 年に社会保障審議会障害者部会が「入院医療中心から地域生活中心へ」と提唱した。2004 年には精神保健医療福祉の改革ビジョンで、さらに 2009 年の「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」において、「入院医療中心から地域生活中心へをさらに加速」という文言が出てきた。だから日本におけるこのような歴史の中で、デイケアがどのような位置になるのか再度考えなければならない。

地域で共生して見守るスタンス

地域で共生して見守るスタンスは、当たり前で

あるが「精神障害者も地域の生活者である」ことが基本であること、そしてすべての生活者は人として Bio-、Psycho-、Social-な存在であるから、治療も同じ3側面ですするという点である。そして地域の生活者なのだから、治療の場として考えると今後は地域化、外来化が中心となる。サポートが必要という時に、Bio-、Psycho-、Social-の側面にチームとしてアプローチする必要があるので、Bio-、Psycho-、Social-の専門家が必要となる。さらに地域化のためには、後に述べる4つの必須要素と、一人一人の人に対しては「しやかいふつき」の7つの点でサポートする必要がある。この「しやかいふつき」は、障害者総合支援法において障害支援区分を決める時に必要な医師の意見書の中の生活障害評価のことである。それともう一つ重要なのは、生活者は24時間の生活者だから、救急医療が充実していることが大切である。

地域精神医療とデイケア

地域精神医療においては、生活者が本人の素因やストレスによって、発病して入院し、良くなって退院し、また地域の生活者に戻ったが、今度は怠業して再発するといったことが多い。繰り返し入院すれば、脳は入院を繰り返すごとに傷んでくると言われているので、何とかそのような進行を阻止するという大きな目標がある。

この時に必要なのは先に触れた4つの要素と7つのサポートで、4つの要素は、「住む場」と「活動する場とプログラム」「サポートする人々とその連携」「地域の人々の理解と受容」であり、これについては、筆者らは1991年にグループホームを作ったときから提唱し、1995年に発表した(表1)¹⁾。活動する場とプログラムの中の一つ大きなものがこのデイケアとなる。この4つ要素については、2004年の精神保健医療福祉の改革ビジョンでも言っている。

この4つの要素は、1つだけとか2つだけなどでは地域化は無理で、すべてが必要である。

「住む場」はデイケアとは関係ないものの、住

表 1. 精神障害者が地域生活を送るための4つの要素

- ・住まう場
 - ・社会復帰施設、グループホーム、アパートなど
- ・活動する場とプログラム
 - ・デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、就労移行・継続支援、一般就労
- ・サポートする人々とその連携
 - ・スタッフ: 専門家、ボランティア
 - ・システム: 救急医療と事例化予防、アウトリーチ
- ・地域の人々の理解と受容
 - ・自然なふれ合いの中でできる
 - ・小さなトラブルは役立つが、大きなトラブルは後退させる
 - ・トラブル予防のために上記のサポートは重要

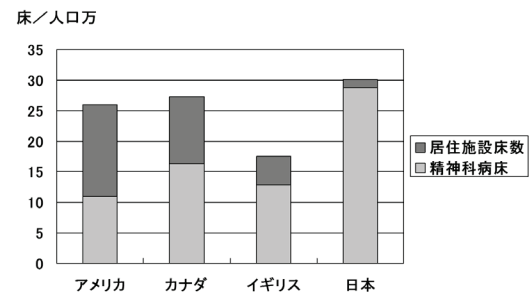


図 1. 外国における精神科病床と居住施設入居者数 —浅井の法則—

む場の確保が最も難しい。アメリカ、カナダ、イギリスと日本について、入院施設と居住施設のベッド数を見てみると、入院施設と居住施設のベッド数を合わせた数は4つの国で大きくは変わらない。しかし日本では他の国の居住施設の部分が入院施設となっている(図1)。つまり日本は居住施設が得にくいから、精神科病床が使われてしまっており、いわゆる社会的入院が多くなっている。これに対してはこれまでさまざまな提言がされてきた。2006年に「退院支援施設」「地域移行型ホーム」の案が出されたが、反対意見が多く広がらなかった。筆者は2007年1月31日に開かれた退院支援施設問題シンポジウムに招かれたが、ある時期にはこのような施設も戦後処理としてやむを得ないと述べると「医療内福祉」と批判されたことがある。結局反対意見が多く、全国で2ヶ所くらいしか広がらず、反対者はその後運動もしなくなった。ところが、2014年2月7日「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針案」において病床転換型居住系施設が浮上し、再び反対意見があちこちから出た。そのため2014年10月から、現在は病院敷地内グループ

ホームという名称で形を変えている。筆者は、医療と福祉が連携するのは絶対必要だろうと置いて、国はこれまでの歴史で述べたように、地域社会へと言いながらすでに20年以上何もしてこなかったし、ましてや選べるほどのメニューを用意するなどの考えは全くなかった。ハンセンと同じように今までの“戦後処理”としては必要と考えている。敷地外施設がもちろん望ましいが、敷地内でやるというのいろいろな意味があり、障害が重い人でもすぐにサポートできるという点がある。また敷地外ではいわゆるコンフリクトが強くて進まないと考える。まず敷地内で開始して、患者さんが力を得てきたら外に出ていこうと考えている。

「活動する場とプログラム」には医療系と福祉系がある。医療系の代表がデイケアで、デイナーケアやナイトケアやショートケアもある。福祉系では就労移行あるいは継続支援と、一般就労などがある。

デイケアは、デイホスピタルとほぼ同じで部分入院という側面もある。つまり入院のメリットと外来のメリットのハイブリッドだといえる。デイケアは地域の中で社会的治療を行う大きなツールで、①スタッフや患者同士の交流、②身体的な活動、③知的活動を通じて自信や自尊心の回復、④生活リズムの維持、⑤疾患への構え方の獲得、⑥就労の準備などに大きく役立っている。疾患や障害を持ちながらもできるだけ満足度の高い地域生活を長く続けることに大きな効果を発揮しており、生活リズムの維持を中心として、服薬遵守につながり再発を予防することは非常に重要である。また症状が揺れていても早期退院ができ、症状が揺れていても入院防止にもつながる。そういう点で、地域移行が叫ばれる中、デイケアは極めて重要な役割を持っているのである。

さわ病院のデイケアでは、登録者数は350人くらいで毎日大体180人くらいが通所している。これは4グループに分かれている。診療報酬の単位としては3単位である。退院直後の人やあるいは入院しそうな人を何とか防止するためのAグループ

では急性期的な治療が行われている。6ヶ月で評価して、Aだけでは足りない時に、もう少しステップアップが必要な人を対象としたのがBグループである。Cグループはより一層自立した生活を目指し、再発を防止し入院にならないようにすること、また楽しむ体験や生きがい作りでQOLの向上を図ることと、最後は看取りまでを目的にしている。A、B、Cグループで地域生活を送る時の日中活動の全てをカバーしている。覚えやすくするために、AはAFTER CAREのA、BはBETTER LIFEのB、CはCOMMUNITY LIFEのCとしている(表2)。

デイケアと他のサービスや仕事との併用状況を調べた。AとBグループの中では他のサービスを一緒に利用する人が多く、一方Cやデイナーケアでは少なくなっている。すなわち年齢的にも能力的にもAやBと、Cやデイナーケアとは違っていてそれぞれ意味があるといえる(図2)。

4つの要素の3番目の「サポートする人々とその連携」には、スタッフの側面とシステムの側面がある。スタッフの側面では、国家資格をもった

表2. さわ病院デイケアの各グループの特徴

Aグループ (AFTER CARE)	Bグループ (BETTER LIFE)	Cグループ (COMMUNITY LIFE)
◆ 導入のグループ ◆ 主にはじめてデイケアを利用される方が対象 ◆ 治療の継続や疾患の理解を深め、次のステップへの土台作りから就労支援までを目的にしている。	◆ 次の目的のためにステップアップを図る ◆ Aグループにて6ヶ月以上経過した利用者や再入所の方が対象 ◆ 役割や働く体験、仲間作りなどから生活目標がもてることが目的	◆ より一層の自立した生活を目指す ◆ 主に60歳以上の方が対象 ◆ 病状の細やかなチェックで再発の防止や楽しむ体験・生きがい作りでQOLの向上を図ることから看取りまでが目的

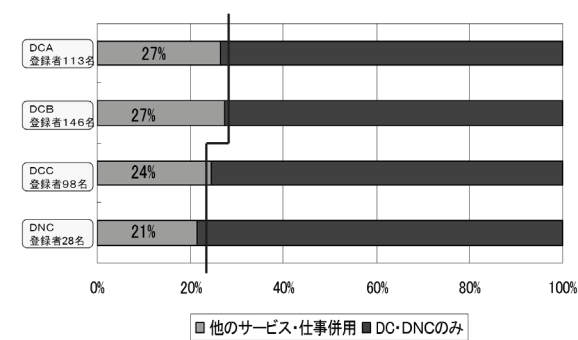


図2. 他のサービス・仕事併用者

専門家とボランティア、システムの側面では救急医療と事例化防止、アウトリーチが重要である。スタッフでは特にデイケアと訪問看護が重要で、これらは治療効果、つまり「プラスを増やす」というより「マイナスを減らす」という意味で大事である。

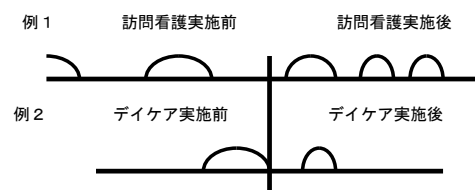
訪問看護とデイケアの入院回数と入院日数に及ぼす効果をミラーイメージ法で計算し 91 年に精神神経誌に出したが、デイケアを利用すると入院日数と入院回数、1 回ごとの入院日数ではいずれも大体半分くらいに減少する。訪問看護はもっと効果が大きく、入院日数は 1/6 か 1/7 ぐらい、入院回数も 1/3 に減少する。つまりデイケアは日中の活動の場のみでなく、再入院を阻止するサポートの要素も持っていると言える（図 3）²⁾。

もう一つ、少々重くても入院しないで頑張ろう、あるいはまだ症状が残っていても退院しようとして 24 時間の生活者を地域で支える時、何か起きるかもしれないと思うと救急サービスは絶対必要である。救急医療は特別なものではなく、地域医療の一環に位置付けられる。救急医療はそれだけでは機能せず、社会復帰と両輪の関係にあり、救急のない社会復帰は特に精神障害には言語道断と言えるだろう。

デイケアなどで行われる重要なプログラムとして、服薬遵守のための心理教育などがあげられる。

4 つ目の「地域の人々の理解と受容」は非常に重要だが、状況を読み取って対応する必要があり、教科書にもなく、こうすれば大丈夫とは言えない。その場の許容度を読んで対処しなければならないものであり、自然のふれ合いの中で育つ。小さなトラブルは接触を増やして役立つが、大きなトラブルは後退させる。ちょっとした万引き程度であればよいが、殺人や傷害事件が起こると大変である。

個々の人のサポートに関しては、先に触れた生活障害評価に従って行う。この生活障害評価の原型は、筆者の病院で 91 年よりグループホームを作った時から、6 つの要素－栄養管理、経済管理、生活リズム管理、保清、治療管理、対人関係について、2 週に 1 回、新たに入居する人・現在入居している人に対して評価し、足りなければ補うという姿勢で行ってきた（表 3）³⁾。自立支援法が始まる前、日精協で簡単なツールを作れと言われ筆者がそのリーダーになって、いくつかの病院の先生たちと共同で、この 6 つの要素の「付き合い」を「社会的行動」と狭い意味での「対人関係」との 2 つに分け、「しやかいふつき」を作った。これが生活障害評価であり、詳細は引用文献を参照されたい^{4, 5)}。「か」に当たる「かつどう」は生活リズム管理に重要で、この中にデイケアが入ってくる（表 4）。



調査 2 の調査方法

デイケアか訪問看護を実施する前に入院のあった患者について、退院後デイケアか訪問看護を実施した期間（2 ヶ月以内の空白は連続と見なし）と同じ期間を実施前に遡って、実施前後の入院期間合計、入院回数、1 回当たりの入院期間を数え、各人の入院期間合計、入院回数あるいは 1 回当たりの入院期間について実施前の値に対する実施後の値を比で出し平均値と標準誤差を求めた（但し実施後入院の無かった患者については 1 回当たりの入院期間を 0 日とした）。

調査 2 結果

	件数	入院日数計	入院回数	入院日数/回
デイケア	128	0.67 ± 0.19*	0.55 ± 0.08**	0.48 ± 0.13**
訪問看護	113	0.17 ± 0.06**	0.32 ± 0.06**	0.14 ± 0.04**

*p < 0.05 **p < 0.01 Mean ± SEM

図 3. 訪問看護とデイケアの社会復帰への効果

表 3. 障害ある人が地域で生活するための 6 要素

今後地域で障害ある人が生活するには:

- ①栄養管理(食事)
- ②経済管理(金銭の管理)
- ③生活リズム管理(睡眠と日中の過ごし方—もともとテレビを見たりごろごろしている人はそれもよしとして)
- ④保清(掃除、洗濯、入浴)
- ⑤治療管理(服薬)
- ⑥対人関係(自閉なら自閉なりにその人なりの対人距離を認めたとして)

の6項目を考える。

表 4. “しやかいふつき” の構成

- ・し : しやかい的行動(強い不安や恐怖を与える非社会的行動と反社会的行動が無いこと、どこへ行ってしまかわからないことはないことでスクリーニング)
- ・や : やりくりを意味する経済管理
- ・か : かつどうを意味する生活リズム管理
- ・い : いんしよくを意味する栄養管理
- ・ふ : ふくやくを意味する治療管理
- ・つ : つきあいを意味する対人関係
- ・き : きれいさを意味する保清(掃除、洗濯、入浴)

筆者は、2003 年に日本外来精神医療学会の会長講演で「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」と提唱した⁶⁾。これは、病院の中で看護師さんのところに患者さんが行く、あるいは看護師さんが患者さんのところに行くのは当たり前だが、地域全体が病院機能を持っているという時には、患者さんの家が病室だとみることができ、そこに看護師さんが行く、あるいはソーシャルワーカーが行く、あるいは本人たちがそこから病院に来るということで、「地域」という病院に入院しているのと同じとなる。ACT は患者さんの満足度は高いというが、患者さんの満足度だけ見るのではなく、地域でも病院内と同等のサポートを用意しないなら、私は地域化はしない方がよいと考える。これは厳しい言い方だが、特に災害時には病室訪問のごとくすぐにアウトリーチできることが極めて重要である。阪神淡路大震災の時には、筆者の病院の訪問看護は朝からすぐ出ていき、飲み水があるか、薬はあるか、家は大丈夫か、通信はできるか、不安はどの程度か、翌朝は眠れたかを抑えた上で、地域での生活が続けられるかを判断するようにした。「震災だからしょうがない」は絶対させないとして、デイケアのスタッフもその時は非

常時だからと走ってくれた。

地域精神医療と多機能垂直統合型サービス

最近、多機能垂直統合型サービスという用語がよく使われる。これは水平分業に対する用語で、企業（あるいは企業グループ）が、自社の製品やサービスを市場に供給するためのサプライチェーンに沿って、付加価値の源泉となる工程を企業グループ内で連携して、時には M&A などを通じて経営資源を補いながら特定事業ドメインの上流から下流までを統合して競争力を強めるビジネスモデルを言うが、精神科医療の領域では日本精神科診療所協会が 2013 年の報告書にこれを用い、福田祐典氏が「精神医学」の巻頭言に述べている⁷⁾。

これを見てよく考えると、「待てよ、これは、私たちが昔から 4 つの要素を育て増やしてきたことそのものではないのか」と考えさせられた。つまりこれまで述べてきた 4 つの要素をばらばらの組織で行い、「連携」の名のもとにつなぐのも良いが、一つの組織で 4 つのものを揃え、内部で情報の共有を常にリアルタイムで行ってきたことを改めて良いものと評価されたのではないかと考えた。連携、パスなどもよいが、カンファレンスの海でおぼれるほどで、実際は障害者と接する時間を奪うくらいになっていることから考えると、一つの組織が多くサービスを提供の方がより効率的である。

最後に

これまで、一つの組織が地域精神医療に必要なサービスをいろいろ用意すると「囲い込み」「医療内福祉」と非難もされたが、当事者が選べるほどの居住・活動サービスの中から、当事者が自身で選ぶ限り、非難される理由は何もないと自信を持って言えるのである。これまでは選べるほどの生活の場所がなかったから、社会的入院になったと言える。こう考えると活動の場も、デイケアしか

ないといった形で「社会的デイケア」にさせないように、さらに活動の場もサポートも用意しなければならないと言える。そして対象者は24時間の生活者なのだから、医療も福祉も24時間サービスでしかも多機能垂直型あるいはワンストップが利用者には便利だろうと考えられる。従って24時間サービスを提供する機関が4つの要素を準備していくのは当然といえるだろう。

参考文献

- 1) 澤 温：社会復帰施設と福祉. 日精協誌, 14 (10) : 1086-1092, 1995.
- 2) 澤 温：社会復帰メニューの利用が在院期間におよぼす効果についての統計学的検討. 精神経誌, 93 (11) : 1042-1052, 1991.
- 3) 澤 温, 井上英治, 藤本圭子, 他：精神障害者のサバイバル的社会復帰のための簡便スケール“しゃかいふっき”について. 病院・地域精神医学, 42 (3) : 255-258, 1999.
- 4) 澤 温：相談支援事業について. 日精協誌, 25 (3) : 269-278, 2006.
- 5) 澤 温, 木下秀夫, 黒田健治, 長尾喜一郎：1年以上地域生活を送る精神障害者と1年以上入院を続ける精神障害者についての「生活障害評価」の有用性. 日精協誌, 32 (2) : 183-189, 2013.
- 6) 澤 温：大会長講演「外来精神医療の拡大で入院医療はどう変わるか」. 外来精神医療, 3 (1) : 7-16, 2003.
- 7) 福田祐典：精神疾患と心理学. 精神医学, 56 (7) : 564-565, 2014.