

〈原 著〉

精神科デイケアにおけるプログラムの現状と課題

岩崎 香*・広沢 正孝**・中村 恭子***

A Re-examination of Day Care Programs for People with Mental Disorders

Kaori IWASAKI*, Masataka HIROSAWA** and Kyoko NAKAMURA***

Abstract

This thesis is a study to investigate day care programs. Over the past few decades, a considerable number of studies have been conducted on day care. However, the therapeutic structure of such programs have not yet been established. Therefore, I want to consider the present conditions of programs and want to clarify the therapeutic structure of day care.

We carried out a questionnaire for day care in the Kanto Koshinetsu district from February to March 2005. From the results, a characteristic of day care became clear. Seventy percent of members had integration dysfunction syndrome, but in later years, other diseases increased, too. In addition, at the day care which there is from old days, prolongation of the use of members was seen. The current situation is that social participation is insufficient. The staff feel that the work force is insufficient.

We will describe the programs next. The contents of programs are decided by various factors. The demands of members, sex, age, and hobbies affected became clear. As a result, programs became various. On the other hand, there is the problem of insufficient staff. Also, there is the current situation evaluations of programs are not carried out enough.

Programs are a key to clarifying the therapeutic structure of day care. A further direction of this study will be to provide more evidence for this result.

Key words: デイケア day care, プログラム program, リハビリテーション rehabilitation

1. 初めに

精神科リハビリテーションの内容は多岐にわたっており、目的や方法も各施設や専門家によって様々である。それは、利用者個々人の回復過程における個別性の高さと相まって、デイケアの治療構造の標準化が困難であることを示している。精神科デイケアの本格的な実施は1940年代に始ま

った、モントリオールでの Cameron, ロンドンでの Bierer の実践が先駆であると言われている。以後、変遷を経て各国に広がっていくわけであるが、欧米では入院中心主義から地域ケアへという流れの中で位置付けられてきた。日本では1953年に浅香山病院で患者社交クラブ的な集団をつくり、生活療法・レク療法を始めたことが発祥だといわれており、精神科デイケアは地域精神科医療、リハビリテーション推進の拠点として、年々その数は増加している。

デイケアの効果は、再発・再入院率の低下、社会的機能の改善、陰性症状の改善と多くの臨床家が指摘している⁵⁾¹²⁾。再発、再入院の防止につい

* 精神保健福祉学研究室
Seminar of Psychiatric Social Work

** 精神保健学研究室
Seminar of Mental Health

*** ダンス運動学研究室
Seminar of Dance Movement

ては、1960年代以降、Linnら¹⁰⁾を初めとして、統合失調症の患者群に対する実証的な研究が行われ、日本でも武田ら¹⁸⁾による再入院防止効果に関する研究等がある。症状評価や社会的機能の改善については、評価スケールによる実証的な研究も一定の成果をあげている²⁾⁶⁾¹⁵⁾⁸⁾。しかし、その対象、実施体制、治療環境、治療目標、内容・方法、利用期間などが機関によって様々で、治療として未確立な部分を多く残している。デイケアは、地域で生活している患者への包括的な治療や支援を行うが、固有の治療技術は存在しないといわれてきたのは、その治療構造の多様さ、不明確さ⁵⁾に拠るものでもある。精度の高い実証的研究が求められている反面、マンパワーや社会資源の不足など様々な限界の中で、マンネリズムやデイホスピタリズムといった問題も指摘されているのである⁹⁾。個人の多様なニーズを包括する実践であるがゆえに、利用者の変化についての評価は行えるが、変化をもたらしたデイケア自体の効果測定が困難であることは吉本ら²⁰⁾や野中¹²⁾が指摘するところでもある。デイケアが、増大する医療費に見合う効果があげられているのかという懐疑的な声もあがっており、今改めてその治療的意義が問われているのである。

本稿では精神科デイケアを対象としたアンケート調査をもとに、治療構造の一角をなすプログラムの現状を報告する。これまで、利用者をターゲットとした調査は数多く行われているが、プログラムに焦点化した先行調査は行われていない。本研究はデイケアの治療構造を明確化していくためのひとつの布石であるといえる。

2. 研究方法

日本のデイケア数は2000年6月末時点で978ヶ所¹⁸⁾という統計が出ているが、現在では1,000ヶ所を超えている。調査はそのうちの関東甲信越地域に限定し、そこで精神科デイケアを実施している精神科病院、総合病院の精神科、精神科クリニック、精神保健福祉センターなど、診療点数化されているデイケアを対象とした。

調査は2004年の2月から3月にかけて関東甲信

越の精神科デイケア379ヶ所を対象に郵送で実施し、145ヶ所から有効回答を得た(回収率38.3%)。内容としては、デイケアの規模、登録者数、年代、疾患、職員数、職種、機関が保有している設備、実施しているプログラム内容、プログラム評価の方法、評価するにあたっての重要点、プログラムの意義の共有、プログラムでの利用者の変化に対する評価、利用者本人への評価のフィードバックなど、デイケアの現状に焦点化した。

プログラムを分析するにあたっては、デイケアの年齢層、規模、機関の保有している設備が個々のプログラムの実施にいかなる影響を与えているかを検討するためにカイ2乗検定を実施した。

3. 結果

3.1 デイケアの概要

デイケアを運営している機関の内訳は、精神科病院95ヶ所(65.5%)、総合病院15ヶ所(10.3%)、精神科クリニック27ヶ所(17.9%)、精神保健福祉センター2ヶ所(1.4%)、その他の機関6ヶ所(4.1%)であった(表1)。1999年6月30日時点での全国の精神科デイケア承認施設数の内訳は、精神科病院478ヶ所(55.3%)、総合病院163ヶ所(18.9%)、クリニック199ヶ所(23.0%)、精神保健福祉センター22ヶ所(2.5%)、その他2ヶ所(0.2%)となっており¹⁷⁾、本調査結果は、機関の種別という意味においてはある程度の代表性があると考えられる。

デイケアの規模としては、30人、50人、70人という制度上の枠があり、30人以下は小規模デイケア、それ以上の規模のデイケアは大規模デイケア

表1 機関の内訳

機 関	機関数	%
精神科病院	95	65.3
総合病院	15	10.4
クリニック	27	18.8
精神保健福祉センター	2	1.4
その他	6	4.2
合 計	145	100

と呼称されている。調査結果で、最も多かったのが50人規模のところを全体の約3割を占め、定員の全体平均は45.9人であった(図1)。精神科病院95機関のうち、約50%が31人以上50人未満の規模であり、クリニック27機関では約6割が30人以下の小規模施設であった(表2)。開設からの年月は、5年未満が26ヶ所(17.9%)、5年以上10年未満が49ヶ所(33.1%)、平均10年8ヶ月という結果で、近年のデイケア創設が著しいことがわかる(図2)。開設から長年経過しているところは定員が増加しており、開設からの月数と定員数に

は正の相関($r=0.353$ $p<0.01$)が見られた。(図3)。

登録メンバーの特徴として、男女比については男性が約64.9%、女性が35.1%であり、年齢層は、30歳代が約3割、20歳代と40歳代が同率で約2割を占めていた(図4)。各機関と年齢層を見ると、総合病院、精神保健福祉センターでは20歳代、精神科病院、クリニックでは30歳代が最も多かった。疾患としては利用者の約8割が統合失調症であるが、その他の疾患として、人格障害、広汎性発達障害、不安障害、強迫性障害、解離性障害な

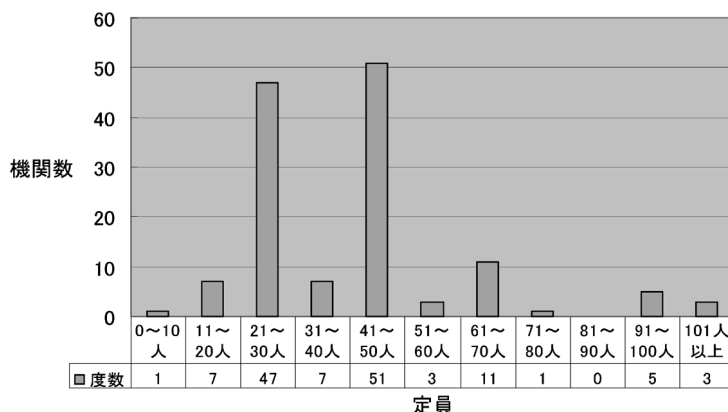


図1 デイケアの定員

表2 機関種別とデイケアの定員

機関/定員区分		30人以下	31人以上 50人以下	51人以上 70人以下	71人以上	無回答	合計
精神科病院	機関数	29	45	9	7	5	95
	(%)	30.5	47.4	9.5	7.4	5.3	100
総合病院	機関数	6	7	1	0	1	15
	(%)	40.0	46.7	6.7	0.0	6.7	100
クリニック	機関数	16	5	2	1	3	27
	(%)	59.3	18.5	7.4	3.7	11.1	100
精神保健センター	機関数	1	1	0	0	0	2
	(%)	50	50	0	0	0	100
その他	機関数	3	0	2	0	1	6
	(%)	50.0	0.0	33.3	0.0	16.7	100
合計	機関数	55	58	14	8	10	145
	(%)	37.9	40.0	9.7	5.5	6.9	100

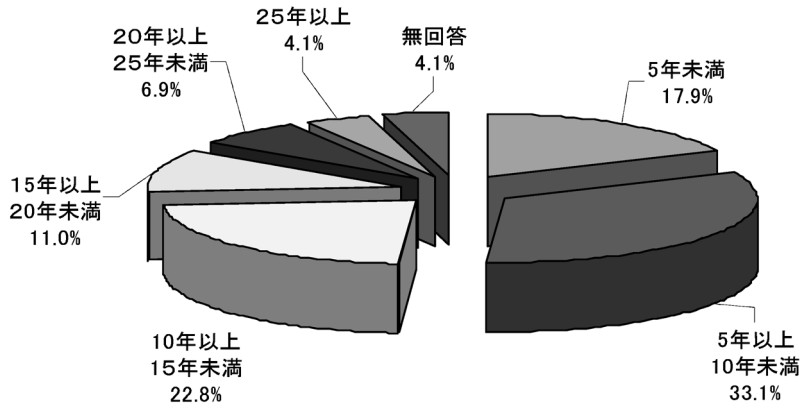


図2 デイケア開設からの年月

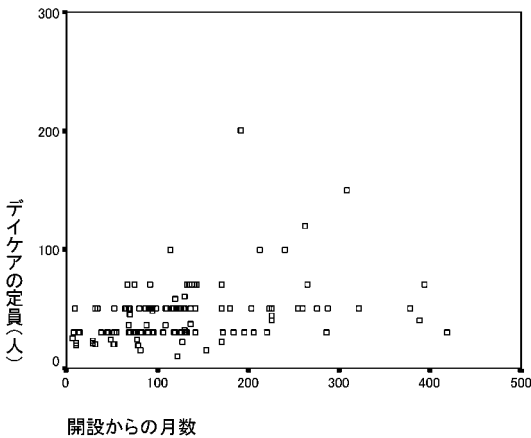


図3 デイケアの開設からの月数と定員の分散

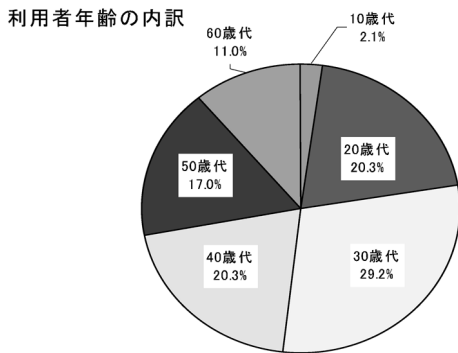


図4 利用者の年齢層

どがあげられており、多様化しているのが現状である(図5)。また、内因性疾患、精神発達遅滞、依存症以外の疾患比率が、精神科病院、総合病院では5%前後であるのに比較して、精神保健福祉センターでは、約4分の1、クリニックでも約1割を占めていた。

職員数では、常勤職員(医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士・臨床心理技術員・事務職員・その他)の1ヶ所平均が5.0人、非常勤職員が1.8人という結果であり、規模別に見てみると、当然のことではあるが、常勤職員数は規模が大きくなるに従って人数が増加している(表3)。医師の比率の伸びが最も少なく、逆に、71人を超える大規模デイケアでは精神保健福祉士が多く配属されている。専門職種の比率では看護師が最も多く、約3割を占めていることがわかる(図6)。プログラム運営にかかわる非常勤講師については、音楽が最も多く全体の31.9%のデイケアで配置しており、以下、美術(25.2%)、手工芸(15.6%)、スポーツ(13.3%)、パソコン(8.9%)、ダンス(5.2%)、園芸(4.4%)といった種目で講師が雇用されている。機関の保有している設備としては、グラウンドが最も比率が高く全機関145ヶ所のうち41ヶ所(28.3%)、体育館が37ヶ所(25.5%)であった。体育館は精神科病院と総合病院がそれぞれ30%前後の所有率となっており、グラウンドは精神科病院だけが所有している。総合

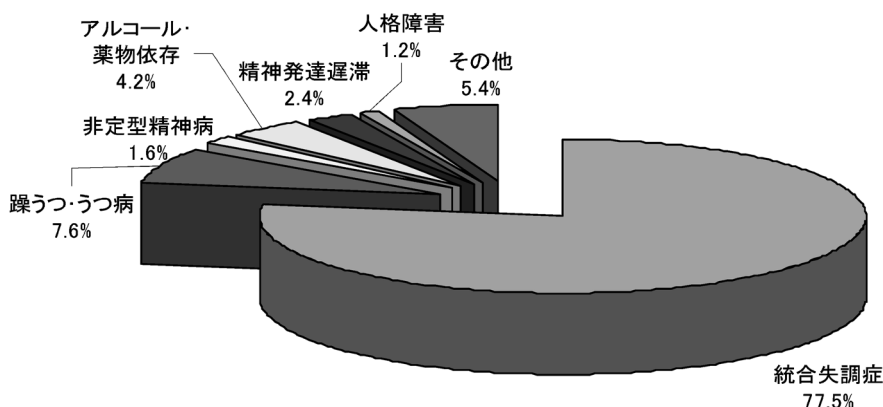


図5 利用者の疾患の内訳

表3 規模別1ヶ所平均の専門職数

職種/定員	30人以下		31~50人以下		51人以上70人以下		71人以上	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
医師	0.87	0.36	1.05	0.43	1.27	1.64	1.29	0
看護師	1.05	0.51	1.98	0.34	1.81	1.09	2.43	0.57
精神保健福祉士	0.24	0.13	0.75	0.16	0.73	0	2.14	0
作業療法士	0.9	0.31	1.18	0.45	2.55	0.36	2.71	0.14
心理技術員	0.27	0.45	0.43	0.39	1.09	0.55	0.43	0
事務	0.22	0.2	0.15	0.03	0.45	0	0.14	0.14
その他	0.15	0.15	0.24	0.09	0.36	0	0.43	0.29
合計	3.7	2.11	5.78	1.89	8.26	3.64	9.57	1.14

単位 (人)

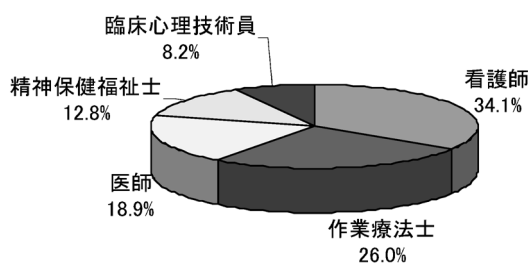


図6 常勤専門職の職種割合

病院では講堂、テニスコートの所有が多いことがわかるが、クリニックはほとんど保有していないのが現状である(図7)。そのため、クリニック27ヶ所のうち、体育館を借りていると回答したと

ころが15ヶ所(55.6%)、グラウンド、公園を借りているという回答が各4ヶ所(14.8%)あった。保有率の高かった精神科病院、総合病院でも、それぞれ約3割が体育館を借りており、その他、グラウンド、公園、プールなど、機関以外に活動場所を確保している。

3.2 プログラムの現状

プログラムについては、スポーツをはじめ、料理、手工芸、華道、茶道、書道、絵画、園芸、英会話、ワープロ・パソコン、卓上ゲーム、外出プログラム、健康への意識、服薬のコンプライアンス、日常生活のスキルなどを高める教育的プログラム、就労支援プログラムなど幅広く実施されている現状が明らかとなった。設問としてとりあげ

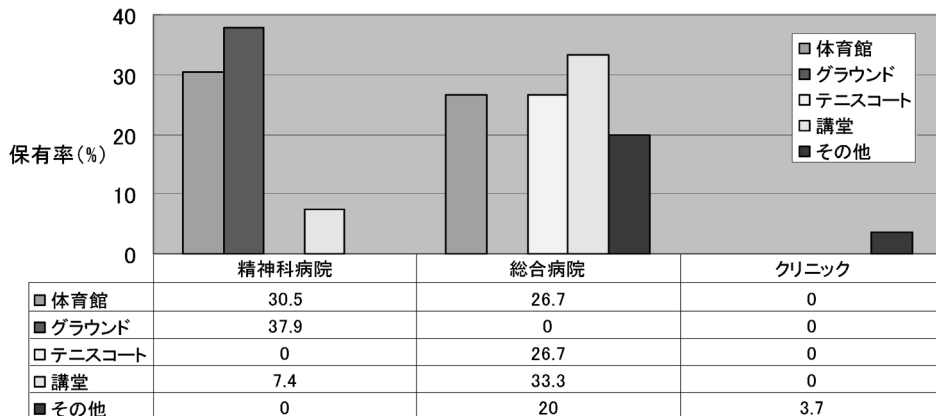


図7 機関における設備の保有率

表4 上位10%のプログラムの実施数と実施率

プログラム名	実施	実施率 [%]
ミーティング	140	97.2
お料理	135	93.8
卓球	130	90.3
カラオケ	127	88.2
手芸	110	76.4
トランプ・ウノ	109	75.7
バレー	108	75.0
バドミントン	108	75.0

N = 144

た66種類の他に自由回答や寄せられたパンフレットの記載内容をあわせると176ものプログラムが実施されていた。その中で、実施上位10%の種目は、ミーティング、料理、卓球、カラオケ、ビデオ鑑賞、手芸、トランプ・ウノ、バレーボール、バドミントンであった(表4)。

今回調査したデイケアを年齢比率の記載があった98ヶ所について、40歳未満の利用者が半数を超える「若年グループ」と、40歳以上の利用者が半数を超える「中高年グループ」という2グループに分け、実施しているプログラムの実施率との比較を行った。個々のプログラムについて、カイ2乗検定を実施した結果、若年デイケアでは、お菓子作り、陶芸、バスケットボールの実施率が有意

表5 中高年デイケアと若年デイケアにおけるプログラム実施率

プログラム\年齢層	若年	中高年	有意差
	デイケア 実施施設度数 (%)		
お菓子づくり	35 (77.8)	30 (56.6)	*
手芸	30 (66.7)	46 (86.8)	*
習字	26 (57.8)	41 (77.4)	*
陶芸	25 (55.6)	15 (28.5)	**
園芸	25 (55.6)	41 (77.4)	*
バスケットボール	21 (46.7)	9 (17.0)	**
輪投げ	4 (8.9)	19 (35.8)	*
盆踊り	4 (8.9)	14 (26.4)	*

N = 98 ** P < 0.01 * P < 0.05

に高く、中高年デイケアでは、手芸、習字、園芸、輪投げ、盆踊りの実施率が高かった(表5)。

また、デイケア定員数と実施しているプログラム数の間には正の相関 ($r = 0.396$ $p < 0.01$) がみられた。プログラムの実施状況をさらに詳しく見るために、規模についても30人以下の小規模デイケア、31人以上の大規模デイケアの2グループに分けて比較を行った。結果としてマージャン、皮工芸、絵画茶道、手芸について、1%水準で有意な結果を得た(表6)。

設備とプログラムの関係については、当然のことながら、体育館を保有している機関と保有して

表6 デイケアの規模とプログラムの実施率

プログラム\規模	小規模 実施施設数 (%)	大規模 実施施設数 (%)	有意差
マージャン	22(40.0)	52(65.0)	**
茶道	8(14.5)	28(35.0)	**
習字	29(52.7)	62(77.5)	*
皮工芸	16(29.1)	43(53.8)	**
園芸	28(50.9)	57(71.3)	*
手芸	23(41.8)	66(82.5)	**
絵画	30(54.5)	61(76.3)	**
合唱・器楽演奏	26(47.3)	55(68.8)	*
外出(映画・演劇)	13(23.6)	35(43.8)	*
外出(ボウリング)	27(49.1)	53(66.3)	*
野球・ソフトボール	23(41.8)	53(66.3)	**
サッカー	10(18.2)	29(36.3)	*
社会生活技能訓練	17(30.9)	39(48.8)	*

N=135 ** P<0.01 * P<0.05

いない機関での比較では、実施率に違いが見られた。体育館を保有している機関で実施率が高かったのは、バドミントン、バスケットボール、ドッジボールで、バドミントンは、体育館を保有している37ヶ所のうち33ヶ所(89.2%・p<0.01)で実施されており、バスケットボールは、19ヶ所(51.4%・p<0.01)、ドッジボールは12ヶ所(32.4%・p<0.01)であった。グラウンドを保有している機関、41ヶ所で、実施率が高かったのは、野球・ソフトボール、バスケットボール、ドッジボール、散歩・ウォーキングであった。保有機関の中で野球・ソフトボールを実施しているのは31ヶ所(75.6%・p<0.01)で、同様にバスケットボール18ヶ所(43.9%・p<0.01)、ドッジボール13ヶ所(31.7%・p<0.01)、散歩・ウォーキング32ヶ所(78.0%・p<0.05)という結果であった。テニスコートを保有しているのは24ヶ所で、そのうち19ヶ所(79.2%・p<0.01)がテニスを実施していた。

人気のプログラムについての設問では、スポーツが最も多く30.9%を占め、カラオケ、お料理・お菓子作り、音楽と続いていた(図8)。スポーツの内訳をみると、23.1%が卓球と回答してお

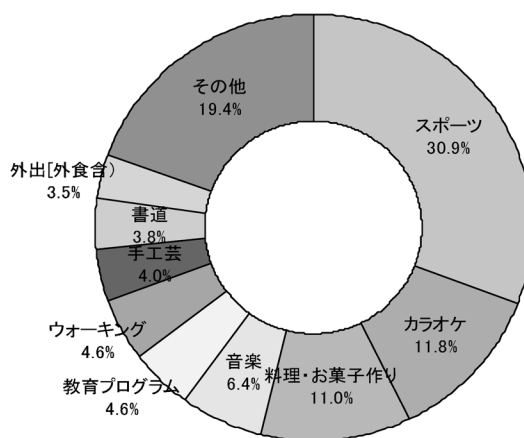


図8 人気のあるプログラム

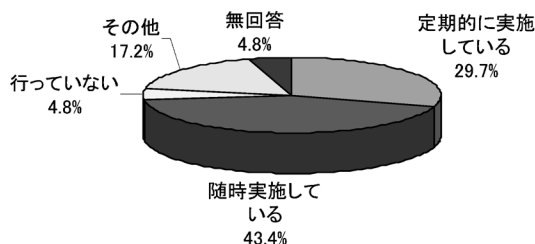


図9 プログラムの見直しに関する回答

り、料理、カラオケ同様、実施率の高さを裏付ける結果となった。

3.3 プログラムに関する取り組みと個人への評価

デイケアで実施しているプログラムの見直しについては、「定期的に行っている」が43ヶ所(29.7%)で、「随時行っている」63ヶ所(43.4%)、「行っていない」7ヶ所(4.8%)その他25ヶ所(17.2%)という結果であった(図9)。その見直しの際に、どういうことを重要視して見直しているかということについては、圧倒的に「利用者ニーズ」(95.8%)をあげたところが多かった。以下、「職員の数」(55.2%)、「治療上の有効性」(53.1%)、「利用者の年齢層」(47.6%)、「施設の広さ・場所」(44.8%)と続いている(図10)。

職員間でのプログラムの意義については、「明

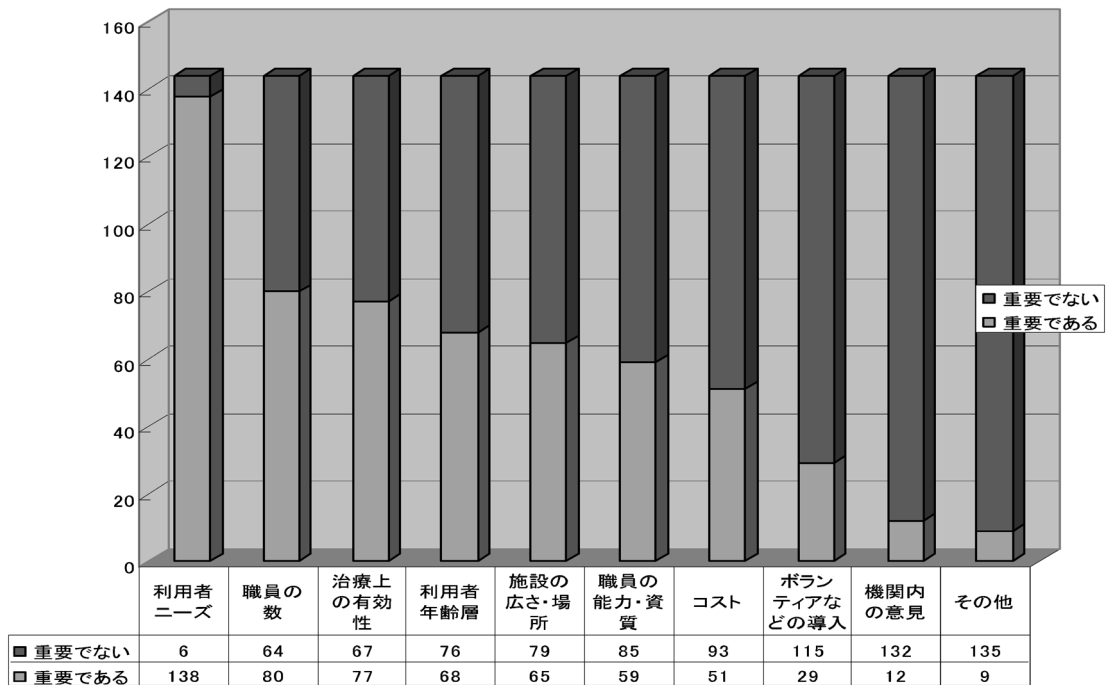


図10 プログラムの見直しに関する重要点

文化されている」のは20ヶ所 (13.8%) で、「明文化していないが共有している」のが65ヶ所 (44.8%) と最も多く、「経験的にわかっている」20ヶ所 (13.5%)、「共有されていない」は4ヶ所 (2.8%) であった。プログラムの評価については、「定期的に評価している」が29ヶ所 (20.0%)、「利用者の意見を参考にしている」101ヶ所 (69.6%)、「随時検討している」77ヶ所 (53.1%) という結果で、特に実施していないという回答も13ヶ所 (9.0%) にのぼった。

プログラムの中での個人の評価をどう行っているかについては、「面接を実施している」が84ヶ所 (60.0%)、「プログラム前後のミーティング」が77ヶ所 (53.1%) で、何らかのスケールを活用した評価を実施しているところも30ヶ所 (20.7%) だった。47.6%のデイケアが個別担当性をとっており、45.5%が全職員でみるという体制をとっている。利用者への評価のフィードバックについては、45ヶ所 (31.9%) が定期的に面接を実施して

おり、不定期に面接しているところが30ヶ所 (21.3%)、随時面接が47ヶ所 (33.3%)、特に行っていないところが15ヶ所 (10.6%) であった。

デイケアを運営していく上での困難についても設問を設けたが、「利用の長期化」、「マンパワー不足」と回答したデイケアがともに51.7%、「卒業先の確保」(45.5%)、「場所が狭い」(42.1%)、「疾患の多様化」(33.1%) といった回答も多く、現実が垣間見えた。

4. 考 察

今回の実態調査の結果、デイケアを運営している機関として、精神科病院の比率が高く、規模も50人、70人といった大規模デイケアが多かった。対照的にクリニックでは30人以下の小規模なところが約6割を占めていた。また、ここ10年の間に開設されたデイケアが半数近くあり、倍増してきていることがわかる。開設からの年数が長いほど定員数も多く、年齢層も高い傾向が明らかになっ

た。外来医療の診療報酬の上昇はデイケアの拡大、増加に拍車をかけたが、本調査により、歴史をもつデイケアほど長期在籍者が増加し、定員の拡大、年齢層の上昇がみられることが明らかとなった。就労が困難な状況下で、社会資源が依然として不足している状況も背景にあると考えられる。

疾患については従前どおり統合失調症を中心としているが、人格障害、その他の疾患の比率は、精神保健福祉センター、クリニックにおいて、病院よりも高い傾向にある。疾患が多様化しており、今以上に個別ケア、集団療法の導入にも職員のエネルギーが必要とされるような状況が予測される。また、疾患に対応したプログラム構成なども課題となってくると考えられる。

職員の配置については、30人以下の小規模デイケアで3名（医師、看護師、作業療法士・精神保健福祉士・臨床心理技術員のうち1名）、50人以下で4名（医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士・臨床心理技術員のうち1名）、70名以下で6名（50人定員の基準に医師1名と職種を問わず1名を配置）という基準が定められているが、本調査の結果では、それぞれの規模で、常勤職員だけでも配置基準を上回っていた（定員71人以上の場合は、30人、50人、70人の規模のデイケアを複数運営している）。非常勤職員を含めるとさらに数字上は大きくなるが、医師は外来、病棟などの業務に追われている現実があり、非常勤もさまざまな雇用形態がとられていることから、実態は基準からさほど上回った配置という評価はできない。運営上の困難を問う項目で、「マンパワー不足」という回答が51.7%、また、プログラムの見直しをする際の重要点でも、「職員の数」をあげた機関が55.2%あり、スタッフの人数が実践に与える影響は大きいと考えられる。職種で見ると30人以下の規模では看護職が最も人数が多く、全体での比率も高いが、これは、どの規模のデイケアでも看護師が必置であることが影響していると考えられる。また、71人以上のデイケアでの精神保健福祉士の増加に関してであるが、臨床心理技術員と精神保健福祉士については、どちらかを選択して雇用するシステムになっていることか

ら、臨床心理技術員の割合が低ければ精神保健福祉士の割合が高いという関係になる。その他の職員として、デイケアではプログラム担当講師を依頼している場合があり、本調査の結果、常勤職員だけでは充分に実施できない芸術や手工芸、競技スポーツなど、専門的な知識や技術を要するプログラム運営の一端を非常勤講師が担っていることが明らかとなった。

機関が保有している設備とプログラムの実施率との関係のみてみると、施設を保有している機関でのスポーツ実施率が有意に高い種目があり、外部施設の利用など、工夫はなされているものの、設備もプログラムに影響を与える要因のひとつであることが示唆された。

実施されているプログラムは多種多様であるが、利用者ニーズを優先するというプログラム見直しの観点からすると、人気のプログラムであるスポーツ、特に卓球、カラオケ、料理が実施率も高いという点では一致をみた。また、年齢層とプログラムの実施率については、若年デイケアではお菓子作りの実施率が高く、中年デイケアでは、手芸、習字、園芸、盆踊りなどそれぞれの年代層の嗜好が現れた結果となった。他方、若年デイケアではバスケットボールの実施率が高く、中年デイケアでは輪投げというように、体力や運動量の影響を示唆した結果もでていいる。また、デイケアの規模が大きいほど実施率が高いプログラムとしては、マージャンや習字、茶道、皮工芸、絵画等があげられた。これらのプログラムは、他の活動から距離を置ける空間、道具、教えられる人材等が必要なプログラムであり、場所、備品、マンパワーがより充実している大規模デイケアでの実施率が高いと考えられる。外出プログラムについても、職員の同行を要するため、実施時にマンパワーが問題となる。また、集団スポーツでは、メンバーが多く参加しないとゲームが成立しないこともあって、利用者の多いデイケアでの実施率が高いと推測される。逆に、特別な場を必要とせず、複雑な技術や材料・設備、マンパワーを要さないラジオ体操、散歩、風船バレーなどのレクリエーション・スポーツは、規模に左右され

ず、幅広く実施されているといえる。

評価に関しても、それぞれのデイケアでどういう目的で実施し、そのことがどう共有されているかどうか、また、プログラム自体を評価しているか否か、プログラム場面での個々の利用者への評価、そのフィードバックの方法などについても設問を設けたが、結果がひとつの方向性を示しているわけではなく、そこにも多様なデイケアの現状が現れた結果となった。プログラムの見直しを定期的に行っているところは29.7%、目的を明文化しているのが13.8%、定期的に評価しているところも20.0%に留まっていた。それに比較して利用者個人の評価に関するフィードバックについては60.0%が面接を実施しており、何らかのスケールを使用しているという回答が21.3%もあった。全体として、個別の評価に比重があり、プログラムの治療効果について日常的に検証しているデイケアはまだまだ少ない現状にあるといえる。プログラムの見直しの際に「治療上の有効性」が重要点の3番目にあがっているにもかかわらず、「利用者ニーズ」と機関の特性が勝り、疾患や障害に対する有効性の評価はまだまだ進んでいない。雑多な業務を抱えた慌しさの中で、個々のプログラムの有効性を意識しながらも、現状では経験的な把握が優先しているといわざるを得ないのである。利用者のニーズはもちろん重要であるが、デイケアが単なる場の提供ではなく、治療の場として機能するためには、職員がデイケアの機能を意図し、日常的に意識化することが必要である。その場で起こっていることや個々人の背景や生活全てを考慮に入れることにはもちろん限界もある。しかし、自らの実践の評価が充分になされていない中で、利用者の個別評価だけを正確に行うことが果たしてできるのだろうか。評価が行われにくい原因や現場にみあった評価のあり方、活用の仕方さらには検討すべき課題であるといえる。そうした積み上げの中で、「デイケア」の積極的な機能や効果が導かれるのであろう。

デイケア・プログラムの目標は、生活リズムの立て直し、対人関係の改善、再発防止、家族指導、意欲のひきだし、規則的な通所、将来目標の

見極め、日常生活の自立、社会性を身につける、体力づくり、就労援助、就学援助など多岐にわたっている¹⁾。プログラムの位置付けに関する議論として、「デイケアは包括的な実践であり、プログラムはそのひとつの媒介である」¹⁴⁾「プログラムは集団を形成する手段、道具にすぎず、極言すればなんでもよいといえる」¹⁾という意見に代表されるように、目に見えやすいプログラム活動だけに力を注ぐプログラム至上主義やプログラム依存への批判がなされてきた経緯もある。それは、スタッフ・ミーティングや個別支援、他職種や地域との連携、家族へのサポートなどデイケアには幅広い業務があり、それらを包括してデイケア実践として位置付けられてきたからである。確かにデイケア全般やプログラム活動の効果よりも利用者の回復が優先されるべきであるが、Evidenceを追求する昨今の流れは、デイケアの治療構造の不明確さが、「包括的な実践」という言葉の曖昧さの中で許容されてきた時代とは異なるのである。「包括的な実践」であろうとも、その全体を構成しているのはひとつひとつの「部分」であり、プログラム活動がデイケアの中で最も大きな比重を占めているのは確かである。山下¹⁹⁾や池田ら⁴⁾の治療メカニズムの解明に向けた試みや、Wilder²¹⁾Herz³⁾岩崎⁷⁾らのプログラムの工夫による社会的機能の改善という報告、皿田¹⁶⁾、西山¹¹⁾野中¹³⁾らによる認知行動療法、SST(社会生活技能訓練)の活用などの報告もなされてきており、プログラムの有効性を明らかにしていくことがデイケアの治療構造を明らかにしていく手がかかりになるとも考えられるのである。また、精神障害者の雇用率算定や、医療制度改革、障害者自立支援法がデイケアの実践にどのような影響を与えるのかということも今後、視野に入れておく必要がある。その取り組みはまだ始まったばかりであるともいえる。

5. 結 論

本研究では、デイケアの規模、登録者数、年代、疾患、職員数、職種、機関が保有している設備、実施しているプログラム内容、プログラム評

価に関して、以下のことが明らかとなった。

- 1) 精神科デイケアはここ10年間に倍増しており、開設からの年限が長いほど、定員数が多く、利用の長期化による肥大化傾向が見られる。
- 2) プログラムの選択にあたって、最も重視されているのは利用者のニーズであり、利用者には人気があるプログラムの実施率も高かった。
- 3) 年齢層とプログラムの関係性については、お菓子作り、手芸、習字、園芸、盆踊り、バスケットボール、輪投げといったプログラムにおいて年齢層の違いによる嗜好や体力が影響を与えていることが明らかとなった。
- 4) デイケアの規模とプログラムの関係性においては、マージャンや習字、茶道、皮工芸、絵画等のプログラムが大規模デイケアで多く実施されていることが明らかとなった。これらは独立した空間、道具、教えられる人材などが必要なプログラムであり、広さ、マンパワーにおいて有利な環境がプログラムに影響を与えていることが示唆された。
- 5) 機関が所有している設備とプログラムの関係性については、体育館、グラウンド、テニスコートなどの所有の有無が実施率に影響していることが実証された。設備を所有する機関のほとんどが病院であった。
- 6) プログラムの見直しや評価に関しては、定期的実施している機関が3割前後にとどまり、プログラムの意義の明文化も1割強と、経験則による実践が優先されている現状が明らかになった。

上記の結果から、デイケアの現状として、プログラムを中心とする治療構造よりも利用者ニーズや利用者個人の評価に重点が置かれており、プログラム構造は、機関の種別、設備、規模、マンパワーといった外的要因に多く影響を受けていると考えられる。本調査では、デイケアの現状と治療構造を担うプログラムの実施状況が明らかとなったが、疾患による差異やデイケア利用期間などとプログラムの関連性については実証できなかった。今後、利用者に対するインタビューといった

質的研究法による検証、デイケアへの具体的なプログラム提供による効果測定などにより、プログラム効果の実証、デイケアの治療構造の明確化に向けた試みを継続していきたいと考えている。

〈引用文献〉

- 1) 浅野弘毅 (1996) 精神科デイケアの実践的研究。岩崎学術出版 P. 27-45
- 2) Bellack, A. S., Morrin, R. C., Wixted, J. T., Mueser, K. T. (1990) An Analysis of social competence in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 156 809-818
- 3) Herz, M. I., Endicott, J., Spitzer, R. L. (1975) Brief Hospitalization of Parents with Families: Initial Result. *Am J Psychiatry* 132 413-419
- 4) 池田 望, 板垣 徹 (1996) 精神科病院におけるデイケアの援助構造—ときわ病院の実践から—。OTジャーナル 30 805-810
- 5) 池淵恵美, 安西信雄 (1995) 精神科デイケア治療論の今日的課題。精神医学 37(9) 908-919
- 6) 池内慶公 (1991) 慢性分裂病患者の臨床症状に対するデイケアの効果。精神神経学雑誌 第93巻第7号 515-526
- 7) 岩崎 香, 笠松 薫, 小田川雅一他 (2002) 主体的な参加を促すグループづくりの試み—デイケアひだまりの実践から—。精神医学研究所業績集 第38輯 187-193
- 8) 岩崎晋也, 宮内 勝, 大島 巖, 他 (1994), 精神障害者社会生活評価尺度の開発：信頼性の検討 (第一報)。精神医学 36 1139-1151
- 9) 菅野 到 (1981) リハビリテーションセンターの経験から—デイホスピタリズムの問題点など福祉に関連して。臨床精神医学 10 303-308
- 10) Linn, M. W., Caffey, E. M., Klett, C. J. (1979) Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiat* 36 1055-1066
- 11) 西山靖子, 山根 寛 (1993) デイケアにおけるプログラムの治療構造についての考察—並行して行われるプログラム—。京都大学医療技術短期大学部紀要 第13号, 59-63
- 12) 野中 猛 (1996) 精神科デイケアにおける効果の

検討 *OTジャーナル* 30 799-804

- 13) 野中 猛 (1998) 精神分裂病における認知障害論の意義. *OTジャーナル* 32 993-995
- 14) 越智浩二郎 (1983) デイケアホスピタリズムへの働きかけ. *臨床心理学研究* 20(4) 30-39
- 15) 角谷慶子 (1995) 精神障害者における QOL 測定の試み—生活満足度スケールの開発—. *京都府立医科大学雑誌* 第104巻第12号 1413-1424
- 16) 皿田洋子 (1992) 精神分裂病を対象とした生活技能訓練とその効果. *精神神経学雑誌* 第94巻第2号 171-188
- 17) 精神保健福祉研究会編 (2005) 平成16年度版我が国の精神保健福祉. 太陽美術
- 18) 武田俊彦, 大森文太郎 (1992) 慢性分裂病患者に対するデイケアの再入院防止効果. *精神神経学雑誌* 第94巻第4号 350-362
- 19) 山下俊幸 (1993) デイケアの治療的枠組みとスタッフの柔軟性—プログラムの変遷とかわり方を通して—. *精神科治療学* 8(5) 556-563
- 20) 吉本静志, 仲間一郎, 三橋和則他 (1982) デイケアの現況と問題点—長崎県デイケア研究協議会発足にあたっての全国アンケート調査より—. *臨床精神医学* 11 899-905
- 21) Wilder, J., Levin, G., Zwerling, I. (1966) A two years follow-up evaluation of acute patients treated in a day hospital. *Am J Psychiatry* 12, 1095-1101

(平成17年10月6日 受付)
(平成17年12月21日 受理)