

【論文】

精神障害のある人が孤立することなく地域での生活を継続するための精神科デイケアと訪問支援を統合した地域ケアモデルの開発の可能性

大 山 早紀子¹⁾・大 島 巖²⁾

和文抄録

本研究は、精神障害のある人が地域で孤立することなく、生活を継続するために求められる精神科デイケア（以下、デイケア）と訪問支援を統合したサービスの提供に必要な要素（以下、効果的援助要素）を明らかにし、地域ケアモデルの開発の可能性を検討することを目的とする。

対象は、本研究の前調査で実施した全国実情把握調査において特徴的な取り組みをしている機関のうち同意を得られた17機関とした。方法は聞き取り調査とし、グラウンデッド・セオリーアプローチの手法を援用し分析した。

その結果、理念・目標の共有化、サービス提供体制の確立など6のカテゴリと27のサブカテゴリ、187の効果的要素が抽出された。

本モデルは、既存の社会資源の活用を提案するものであるため、従事者、対象者ともにイメージしやすいモデルになると考える。今後はこれらの要素の達成率とアウトカムを検証し、デイケアと訪問支援を統合した地域ケアモデルを構築することが課題である。

キーワード：精神科デイケア，訪問支援，長期入院者支援，ひきこもり者支援，モデル開発

I. 背景と目的

精神障害のある人の支援は「入院医療中心から地域生活中心へ」と、精神保健医療福祉サービスの転換という国の基本方針に基づいて、病院から地域へと移行しつつある。

これまで地域精神科医療は、デイケアがその中心的役割を担ってきた。近年、欧米ではデイケアに代わり、訪問支援が発展してきている（Hogeら1992）。日本においても、精神障害があるために地域移行と地域生活の維持・継続に大きな困難をもつ人への訪問支援等の提供方法に関心が集められるようになってきている（村田1993；窪田2006）。また厚生労働省は、精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向（精神保健福祉対策本部中間報告）（厚生労働省障害保健福祉部2003）の概要の中で初めて、包括的地域生活支援プログラム（以下、ACT）のモデル事業の実施を検討することを位置づけ、ACTは我が国においても取り組み始めら

2015年1月7日受付／2015年6月7日受理

1) OYAMA Sakiko

立教大学コミュニティ福祉学部福祉学科

2) OSHIMA Iwao

日本社会事業大学社会福祉学部福祉援助学科

E-mail : soyama@rikkyo.ac.jp

れた(西尾 2008)。さらに2011年にはアウトリーチ推進事業として、課題解決を入院に頼らず、地域で生活することを前提とした支援体系を目指す方向性を示した(厚生労働省社会・援護局 2011)。このように、地域生活を維持・継続するための支援が取り組まれるようになってきている。

またデイケアについては、今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会(厚生労働省 2009)はデイケアの機能分化の必要性を指摘しており、見直しを進めている。

こうした背景を踏まえ、大島らはデイケアがどの程度訪問支援と関連を持ちながら実施されているのか、全国のデイケアを対象にデイケアを基盤とした訪問支援の実情把握調査(以下、全国実情把握調査)を行った。その結果、有効回答機関1,038機関のうち、デイケアを基盤とした訪問支援は、経済的な裏づけがないにもかかわらず、半数以上の機関において実施されていることが明らかとなった¹⁾。しかし、デイケアを基盤とした訪問支援を実施するにあたって、この両サービスをどのように統合し、体制を整えることが重要なのか、体系化されたモデルは見当たらない。

近年、社会福祉など対人サービスの実践領域では、科学的根拠に基づく医療を含む効果的なプログラムモデル形成への関心が高まっている(大島 2010)。そして実践における効果的なプログラムモデルを開発し、現場での実践・普及を図っていくことが求められている(大島 2013)。

そこで本研究では、先の全国実情把握調査の中から特徴的・模範的な取り組みを実施している機関(good practice機関、以下GP機関)を選定し、事例調査に基づいてデイケアと訪問支援を効果的に提供するための支援体制、これらのケアを効果的に提供するために必要な配慮や工夫など体系的に実施するために必要な要素(以下、効果的援助要素)を抽出する。そして、効果的援助要素および先行事例の文献などに基づいて、精神障害のある人が地域生活を維持・継続していくためのプログラムモデル構築の可能性を検討することを目的とする。

II. 方 法

1. 用語の定義

本調査では、デイケア登録前に1年以上、精神科に入院をしていた人を「長期入院経験者」とした。また「ひきこもり者」は斉藤ら(2007)のひきこもりの評価・支援に関するガイドラインの定義を踏まえ、「様々な要因の結果として、医療につながっていたもののおおむね6ヵ月以上にわたって医療中断しており、就学や就労を含む社会参加、家庭外での交遊を回避し、コンビニなど他者と交わらない形での外出以外に、概ね家庭にとどまり続けている状態にある人」とした。そしてこれらを併せて、「精神障害のある人」とした。

2. 調査対象

対象は、全国実状把握調査において、デイケアと訪問支援の両機能を有し、これらを統合的に提供している医療機関を選定し、その中で同意を得られた17機関とした。調査対象者は、調査日時点で実際にデイケアもしくは訪問支援に従事されている方とした。なお、選定の基準とした「特徴的・模範的な取り組み」とは、デイケアと訪問支援部門の協働体制や共通のケアプラン作成状況、訪問支援の対象者数、精神障害のある人に対する訪問支援回数などから総合的に検討した。

3. 方法・調査期間

調査の依頼にあたっては、担当者に本調査の依頼文を郵送し、後日電話にて協力の可否を確認した。調査はガイドラインを作成し、それに沿って半構造化面接による聞き取り調査とした。また医療機関の概要を除いて面接内容は、同意を得てICレコーダーにて録音をした。調査時間は、調査の趣旨説明を含めて平均1時間44分であった。また調査はすべて対象医療機関で行われ、場所は相談室もしくは応接室などの個室であった。調査期間は、2011年10月から2012年3月であった。

なお本調査は、文部科学省・科学研究費補助金基盤研究(A)実践家参画型効果的プログラムモ

デル形成評価研究班（研究代表者・大島巖）の一部として実施した。

4. 調査内容

調査項目は、これまでの先行研究の文献調査および全国実情把握調査の結果から、効果的な実践につながる可能性のある要素を挙げ、5つの柱を設定した。この柱とは、①プログラム実施のゴール・ミッション、②対象者にサービスを提供するための課題や工夫点、対象者の選定方法、③デイケアと訪問支援部門が提供するケアの役割分担、情報共有のあり方、支援体制、④援助プロセスごとのゴールと、サービス提供上の工夫・配慮、⑤ステップアップに際してのデイケアと訪問支援部門の役割分担である。

5. 分析方法

分析は、グラウンデッド・セオリーアプローチを援用した。グラウンデッド・セオリーアプローチとは、ある現象に関して、データに根差して帰納的に引き出された理論を構築するための体系化した一連の手順を用いる方法論である。そして、研究の対象となる現場に対して正確にその現場を照らし出す理論の構築が可能となる（Glaser, B. G. 1999）。同手法は、判然としない状況を説明し、実践上のリアルな実態を明らかにすることが可能であり、本研究のような新しいモデル構築の可能性を検討していく際には、それに必要な要素、特性が見えてくる可能性が高いことから採用した。

分析手順として、まず逐語録を作成後、研究テーマに関連する発言をすべて抽出した。そして、データを意味のまとまりごとに切片化し、類似性と差異性に着目しながら概念化するオープンコーディングを行い、次いで抽出された概念間の関係を検討しカテゴリ化する軸足コーディングを行った。最後にデータを体系化するためのカテゴリを選定し、カテゴリ間の関係を整理するセレクトティブコーディングを行い、効果的援助要素を抽出した。そしてその効果的援助要素を基に、プログラムモデル構築の可能性を検討した。

一連の分析は、理論的サンプリングの手法に

沿ったデータ収集と同時進行で行った。また本研究では継続して質的研究の専門家によるスーパービジョンを受けた。

6. 倫理的配慮

調査は医療機関を対象とし、個人情報がない形での情報収集とした。そして訪問時に、本研究の趣旨を書面にて説明をし、書面をもって調査協力の同意を得た。その際に本調査への協力の有無によって、業務遂行上で不利益にならないこと、調査への協力撤回は随時可能である旨を伝え、撤回した場合においても不利益にはならないことを説明した。調査協力の撤回は、調査協力撤回書の提出をもって撤回の意思を確認することとした。

なお本調査は、日本社会事業大学の倫理審査を受け、承認を得た（承認番号：11-0405）。

Ⅲ. 結 果

1. 調査対象機関の基本属性

本調査において協力が得られた医療機関を表1に示す。

病院が9機関、クリニックが8機関で計17機関であった。所在地は東北地方、関東地方、東海地方、近畿地方であった。また調査回答者は、各機関1名から最大4名であり、職種は看護師8名、精神保健福祉士11名、作業療法士6名、医師1名、管理者1名の計27名であった。また、全機関においてデイケア従事者が訪問支援を行っていた。

2. 抽出された「効果的援助要素」のカテゴリ

得られたデータの分析の結果、デイケアと訪問支援を統合して提供するための必要な要素として、6のカテゴリ、および27のサブカテゴリと187の効果的援助要素が抽出された。カテゴリとサブカテゴリの一覧を表2に示す。機関としての理念、支援の方向性を示すカテゴリ（A. 理念・支援の方向性）と3のサブカテゴリ、サービスを提供する組織の重要要素を示すカテゴリ（B. サービス提供組織）と5のサブカテゴリ、支援の局面を示す3カテゴリ、各局面における具体的な支援技術

表 1 調査対象となった機関

	ID	デイケア以外の訪問部署	デイケアの機能	両サービス導入時期
病院	A	病院訪問看護		退院時
	B	病院訪問看護・ステーション		退院時
	C	病院訪問看護・ステーション	通過型	退院時
	D	病院訪問看護・OTセンター・ステーション	通過型	退院時
	E	病院訪問看護		退院時・医療中断時
	F	病院訪問看護		退院時・医療中断時
	G	病院訪問看護	通過型	退院時
	H	病院訪問看護・ステーション		退院時
	I	ステーション		退院時
クリニック	J	病院訪問看護	通過型	医療中断時
	K	ステーション		退院時
	L	病院訪問看護・ステーション	通過型	医療中断時
	M	病院訪問看護・ステーション	通過型	医療導入時・中断時
	N	ステーション	通過型	医療中断時
	O	病院訪問看護・ステーション	通過型	医療導入時・中断時
	P	病院訪問看護・ステーション	通過型	医療中断時
	Q	病院訪問看護・ステーション・往診	通過型	医療導入時・中断時

*ステーションとは訪問看護ステーションを示す

を示す15のサブカテゴリが抽出された。支援の局面を示す3カテゴリとは、〈C統合サービス導入のための工夫〉、〈D提供されるサービス内容〉、〈E対処空間の拡大に向けた支援〉であり、それぞれに具体的な支援技術のサブカテゴリが抽出された。さらに、間接的な支援に関する重要な要素を示すカテゴリ〈F家族支援・インフォーマル資源の役割の拡大と強化〉と4のサブカテゴリが抽出された。

これらの結果を踏まえ、デイケアと訪問支援を統合した支援を行うにあたって抽出された要素のカテゴリの関連を図1に示す。まず機関の中で、理念・目標が共有化されており、その上でサービス提供組織が確立されるという基盤がある。そしてこの基盤をもとに各サービスが提供されていく。この中で徐々に家族支援やインフォーマル資源の存在が大きくなっていくという形で、それぞれが相互に影響し合って成立することが明らかとなった。

また効果的援助要素のうち、モデル構築につながる主要なものを具体的説明と事例を挙げて下記に示す。なお文中では、〈〉でカテゴリ、《》でサブカテゴリ、下線で効果的援助要素を示す。この効果的援助要素は、チェックボックス形式でリスト化され、実践のチェックポイントを示すものである。なお本論で取り上げた主要な効果的援助要素のうち、長期入院経験者に特徴的な要素には【長】、ひきこもり者に特徴的な要素には【ひ】とし、共通の要素には【共】を文頭に示す。

〈A. 理念・支援の方向性〉

《A-1 医療機関として目指す方向性・指針の明確化》

精神障害があっても地域での生活を実現していくためには、医療機関全体で、支援の方向性・指針を明確に持ち、それをデイケアや訪問支援部門のみならず、医療機関全体で共有することが重要となる。

表 2 抽出された「効果的援助要素」

カテゴリ	サブカテゴリ		カテゴリ	サブカテゴリ	
A 向 理 念 ・ 支 援 の 方	A-1	医療機関として目指す方向性・指針の明確化	D 提 供 さ れ る サ ー ビ ス 内 容	D-1	統合サービス提供目的の明確化・アセスメント
	A-2	個別の支援の方向性		D-2	ソーシャル/リビングスキルの獲得を目的としたデイケアプログラムの設定
	A-3	自己選択・自己決定の機会の意識的な提供		D-3	自主性を高めるデイケアプログラムの設定
B サ ー ビ ス 提 供 組 織	B-1	両サービスを統合的に提供する調整部門または調整担当者の配置と機能		D-4	平常時に訪問支援で提供されるサービスの明確化
	B-2	両部門を統合するチーム会議		D-5	医療機関における家族支援としての家族教室等の開催
	B-3	院内他部署との協力体制		D-6	緊急時や不測の事態の際に必要な支援のタイムリーな提供
	B-4	院外協力機関の支援体制	E 大 対 外 空 間 の 支 援	E-1	ステップアップに向かう働きかけ
	B-5	インフォーマル資源の組織化・協働体制		E-2	ステップアップに際する院内他部署・院外協力機関やその他の機関との連携機能
C 統 合 サ ー ビ ス 導 入 の た め の 工 夫	C-1	デイケアと訪問支援の両サービスを統合的に利用できることの広報体制	E-3	デイケア卒業後の、必要に応じた継続的アフターフォロー	
	C-2	統合サービスの導入に際する様々な導入ルートの設定	F 割 の 拡 大 と 強 化	F-1	対象者同士の支援やピアサポーターの活動を徐々に促進できる支援
	C-3	統合サービス導入の際の丁寧な関係作り		F-2	家族自身が主体的な生活を大切にしながら、徐々に対象者の地域社会活動を受け入れられる支援
	C-4	対象者の希望に応じた、統合サービスの迅速な導入		F-3	状況に応じた、近隣住民や大家、派出所などのかかわり
	C-5	家族に対する個別支援		F-4	地域との関係づくり
	C-6	デイケアの新規登録者に対する取り組み			

【共】 医療機関として、精神障害のある人が孤立することなく主体的に生活していくことが目指されている

患者様が町で暮らす、再入院や長期入院を予防することが病院の理念 (G006)。(クリニックの方針として) 可能な限り入院を回避して地域での生活を継続することを目標として在宅生活支援を行っている (L001)。地域で生活を支えるというのが基本の理念で皆に浸透しています (P058)。

<B. サービス提供組織>

《B-1 両サービスを統合的に提供する調整部門または調整担当者の配置と機能》

デイケアと訪問支援の両サービスを統合的に提供する際に、中心となる調整部門または調整担当者の配置と機能を持つことで、責任の所在が明確になり、サービスの過不足の軽減につながり、効率的なサービス提供が可能となる。

【共】 (1) デイケアと訪問支援を統合的に提供するために調整する体制がある

全員が訪問とデイケアとをやっている感じですが

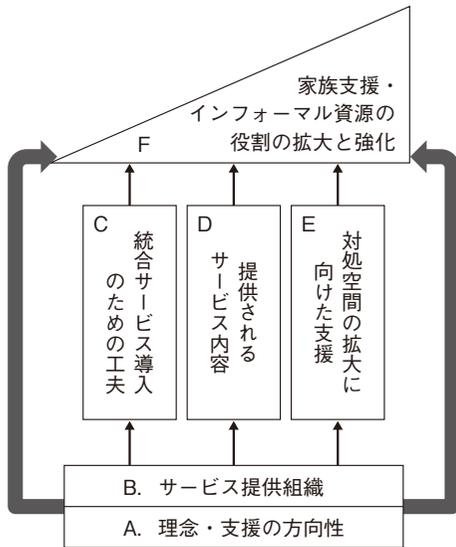


図1 抽出されたカテゴリーの関連図

(F367). 相談室会議にも訪問看護ステーションとの時間を作っています。後は随時やっています。廊下で立ち話とかで、(中略)役割分担をして行ってもらっています (P074)。

【共】(2) デイケアと訪問支援の両サービスを提供する際に中心となる担当者もしくは部門がある

どこかに集中して窓口があるというよりも入口がどこかにあって、一番主にどこが関わっているかですの方がマネジメントする形ですね (D044)。

《B-3 院内他部署との協力体制》

精神障害のある人の地域生活の維持・継続支援には、多部門による包括的なケアの提供が求められる。どの部門がどういう役割を果たす必要があるか明確にし、他部署からの協力を得ることが必要である。

【共】院内での支援の連携のための連絡会議等が定期的(週1回以上)に行われている

(外来部門の会議は) デイとステーション、外来看護師、医師、受付や薬局や検査とか病棟以外の全部の部署がやっている。患者さんのことだけでなく運営のことなども話し合っている (B102)。(毎朝)病棟の入退院、デイケアの新しい通所者など皆で出し合っている (中略) いる (K080)。先生がデイのメンバーに関しては外来での様子とか指示をくれてそれを (中略) 看護

師かその場にいるスタッフに伝えます (O161)。

＜C. 統合サービス導入のための工夫＞

《C-2 統合サービスの導入に際する様々な導入ルートの設定》

統合サービスの導入に際して、窓口を複数に設けることで、的確なサービスを届けることが可能となる。そのために院内・院外を問わず、サービス導入のための様々なルートを設定することが必要である。

【ひ】院外協力機関やその他の機関が統合サービスにつながるための窓口が、デイケアと訪問支援のそれぞれに設けられている

(社会参加がほとんどなかった人がデイケアにつながる経緯として) 中核支援センターからつながることもある。そこへの相談は家族が多い。外来だけで他に繋がっていないということを目撃も把握しきれていないと思う (D148)。他機関は色々なところから連絡や相談が入っています。(中略) 往診、アウトリーチを期待しての相談ですね (P052)。こちら (デイケア) が多くなってきたら、保健所や市の方も外来を通さずにここ (デイケア) に直に相談に来ることもあります (F096)。

《C-3 統合サービス導入の際の丁寧な関係作り》

統合サービスの導入に際して、体験利用の機会を設けたり、なじみの従事者を窓口を設定したりと丁寧な関係作りを行うことで、スムーズにデイケアの集団に入っていくことが可能になると考える。

【長】(1) デイケア利用前にデイケアへの体験の機会がある

退院したらすぐにデイケアに通うことを前提として病棟から来ていただいている人もいる (A256)。(入院中の人の見学は) いますね (K210)。

【ひ】(2) 統合サービスの導入にあたっては、なじみの従事者が窓口となり、対象者との関係作りを丁寧に行っている

デイ(ケア)スタッフしか関係が取れないという人もいる (E043)。本人からニーズは全くないんですけど (中略) 何とか共通の話題とか共通のものを見つけ

精神障害のある人が孤立することなく地域での生活を継続するための精神科デイケアと訪問支援を統合した地域ケアモデルの開発の可能性

て（中略）やっていました（J090）。デイケアのプログラムの中にひきこもっていた方を導入できるような、（中略）そこなら来れるという人が集まるような場所を設けている（Q010）。

<D. 提供されるサービス内容>

対象者がソーシャルスキルやリビングスキルを獲得していくためには、多様なプログラムを設定し、幅広くスキルを獲得できる体制を整えることが求められる。

《D-2 ソーシャル/リビングスキルの獲得を目的としたデイケアプログラムの設定》

【共】自己対処機能の改善のためのプログラム（SSTや認知行動療法、当事者研究など）が構造化されたプログラムとして、月1回以上行われている

デイケアではSSTや当事者研究などの心理社会的介入、リハビリテーション、薬物療法を中心とした独自の心理教育を取り入れている（L002）。デイには教育プログラムを設けて（中略）正しい情報提供を行っている（N103）。

《D-3 自主性を高めるデイケアプログラムの設定》

【共】対象者の希望やニーズをデイケアプログラムに反映させている

（デイケアは）色々な要素のあるプログラムを散りばめて、自分で選べるようにして（中略）います。割と自由度が高くて目的に応じて選びやすいのがデイケアかと思います（J114）。

<E. 対処空間の拡大に向けた支援>

《E-1 ステップアップに向かう働きかけ》

ステップアップを目指す時は対象者のペースに合わせ、ステップアップを具体的にイメージできるプログラムの設定や、デイケア内で対象者同士が高め合っているような場の提供や雰囲気作りをすることが望ましい。

【共】(1) ステップアップは、対象者のペースに合わせて行われている

（ステップアップの）声が上がったタイミングで利用される場所の援助はしますね（H222）。（ステップ

アップは）こっちの評価だけで進めるよりは、なるべく本人が自分で思うようにつなげて行くような形です（N104）。別グループの就労支援グループでやっているのでここ（デイで）でそういう人（ステップアップを希望する人）がいれば一緒にするようにしている（M176）。

《E-3 デイケア卒業後の必要に応じた継続的アフターフォロー》

【共】(1) デイケアもしくは訪問支援担当者や統合サービスの調整担当者（部門）は、デイケアの卒業後も継続してフォローすることが申し合わされている

作業所のようなところにメンバーさんを紹介して入れた後も（中略）作業所のスタッフとかはかなり頻りに連絡を取り合っています（A123）。（デイケアと作業所を）両方を使い分けている人が多い（E087）。ここに籍があるというだけでもずいぶん安心材料にはなるのかと思いますね（H190）。

<F. 家族支援・インフォーマル資源の役割の拡大と強化>

《F-1 対象者同士の支援やピアサポーターの活動を徐々に促進できる支援》

対象者が地域で孤立することなく主体的に生活を継続していくためのピアサポーターの支援は、大きな意義を持つ。そのためピア活動を支援し、徐々にピアサポーターが担う役割を拡大、強化していくことは、精神障害のある人にとって心強いものになる。

【共】ピアサポーターやピアとして支援している対象者の活動は多岐にわたっている 例）電話・手紙・送迎・訪問・引っ越しの手伝いなど

ピアサポーターは受診への同行支援や訪問看護の同行などの他、（中略）単身生活支援などを行っている（L052）。自分で来れない人の送迎だったり電話したり手紙書いたり、（中略）お互いにできることに限ってはサポートし合ったりしています（O115）。ピアサポーターっていう名前を付けていなくても、（中略）一緒に訪問に同行してもらおうというのは独自のやり方です（P175）。

IV. 考 察

考察では、まずデイケアと訪問支援を統合的に提供するために必要な効果的援助要素について考察する。そしてそれらを束ねて、精神障害のある人の地域生活支援のあり方を考察し、モデルの構築の可能性を検討する。

1. 抽出された効果的援助要素の特徴

1) サービス提供組織

近年、ニーズの複雑化、多様化に伴い、精神保健医療福祉の専門職は、日常的に多職種や専門職以外の人と連携することが求められてきている(上野 2007)。多職種がチームになり支援をすることは、チームの持つ幅広い機能が長所として注目される一方で、目標が拡散し不明確となる可能性も考えられる。このような中で、デイケアと訪問支援という異なる機能をもつ部署が協働で支援を展開する際に、どちらがイニシアティブを取り、マネジメントしていくのかを明確にしておくことが重要と考える。特にサービス導入の際や緊急時のかかわりは対象者の状況や関係性によって、かわる部署や役割を柔軟に交代させ、関係性の強い部署や従事者が担うことで、サービスの重複や不足を防ぐことが可能となり、よりの確なサービス提供につながると考えられる。

そのため、マネジメントの役割は、流動的でありながらも現在、支援の中心部となっている部署はどこなのかを、チーム全体で共通の認識として持つことが必要になると考える。このことで責任の所在や目標が明確になり、適切なサービス提供につながると推察される。

2) 対処空間の拡大に向けた支援

デイケアの位置づけが見直しされている背景には、地域の社会資源が整い始めてきたことのほか、漫然としたデイケアの利用といった社会的通所が要因として考えられる。デイケアの漫然とした利用は近年に始まったことではなく、デイケアが普及し始めた1980年代から課題として指摘されている(菅野 1981; 岩崎ら 2006)。これを抑止す

るためには、デイケアという集団内で発生する集団力動を活用し、その中でメンバー同士が志を高め合っている環境を形成していくことが重要である。またそれらを自然発生的に求めるのみならず、《D-3 自主性を高めるデイケアプログラムの設定》や《E-1 ステップアップに向かう働きかけ》に示すようにステップアップを目指していく働きかけやプログラムを組み、個々のタイミングを見逃さないことも重要であると考えられる。

ステップアップを目指していく際、特に統合失調症では変化に対する弱さが指摘されており(Green, M.F.ら 2000, 2004; Velliganら 2000; 野坂 2011)、シームレスにサービスをつなぐことが重要となる。そのため《E-3 デイケア卒業後の必要に応じた継続的アフターフォロー》に示すように、ステップアップの際は、対象者のペースに合わせ、緩やかにサービスをつなぐ工夫も重要な要素であろう。羽原ら(2007)は、デイケアは卒業後もベースステーションとしての機能が求められているとしており、他資源につながった段階で、サービスの提供を終了するのではなく、心の拠り所となる場所があることで、失敗してもそれを糧にしていけるものと考えられる。これは、集団における他者との交流の中で得られるものであり、個別支援のみでは得られない効果であると考えられる。特に、ピアとの交流やその中で獲得される対人スキルの獲得などは、集団支援の大きな目的であり、そこにデイケアの意義があると考えられる。

同時に現在の目標がデイケアの継続利用となっている対象者も、一住民として地域に参加するという「普通」の人生の選択肢を提供することが重要であり(福智 2011)、何らかの形で社会とつながりを維持していくことが重要であると考えられる。このことからステップアップに際しては、就労・就学、福祉的就労のほか、地域のサークルや講座などへの参加など多様な出口を設定することが、対象者の活動範囲を広げ、対処空間の拡大につながっていくものと推察される。

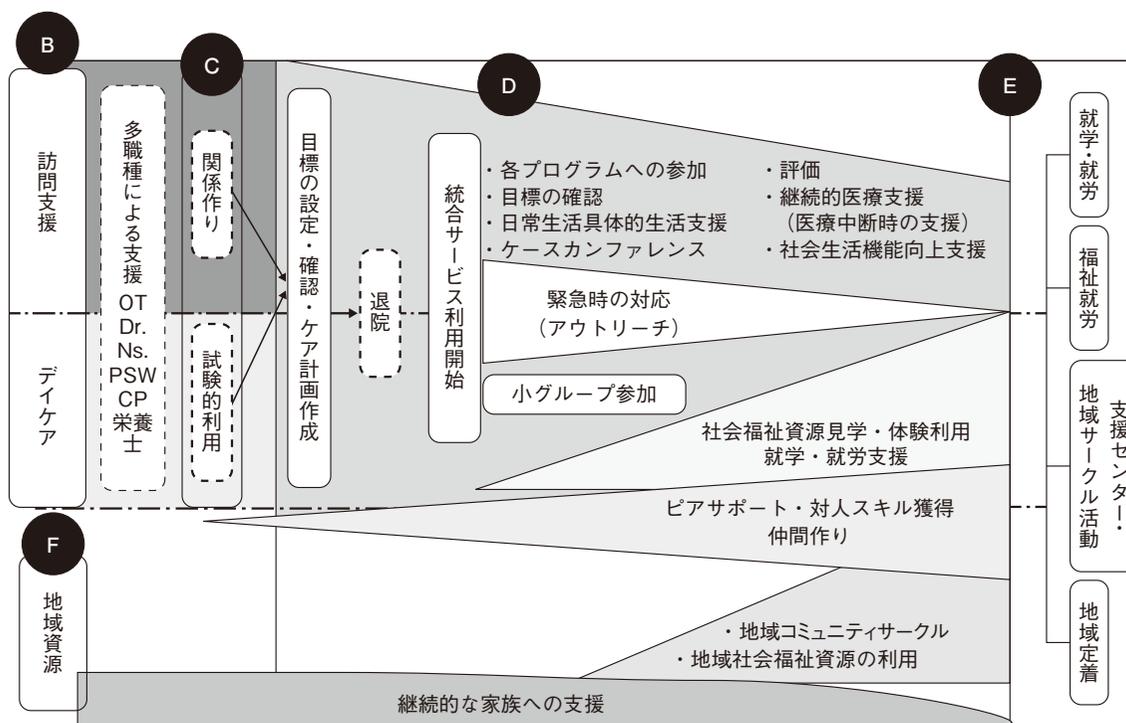


図 2 長期入院経験者へのサービス提供プロセスイメージ

2. デイケアと訪問支援を統合的に提供するための効果的地域ケアモデル構築への示唆

本調査によって、長期入院経験者とひきこもり者は共通の要素と、それぞれに特徴的な要素があることが明らかとなった。特にサービス導入の部分において、対象者によって中心になる部署が異なることが示唆された。ここでは、サービス導入の部分を中心に、対象者別にそのプロセスを考察する。その結果を図2から4に示す。なお、図内のアルファベットは本調査によって、抽出されたカテゴリを示す。また黒破線で示している部分は、各イメージ図における特徴的な部分として示す。

1) 長期入院経験者へのサービス提供プロセス (図2)

長期入院経験者に特徴的な点は、《C-3 統合サービス導入の際の丁寧な関係作り》に示すように、入院中から訪問支援部門による関係作り、デ

イケアの試験的利用という形で、退院後の地域での生活を見据えた支援が可能になる点であると考える。また入院中から訪問支援スタッフやデイケア従事者と関係を構築し、退院前にデイケアや訪問支援の利用頻度、利用目的や緊急時の対応方法などを明確にしておくことで、サービスの漫然とした利用の抑止につながると推察される。退院後の、サービス利用の過程の中では時に、緊急の対応が必要になることも考えられるが、次第にその回数も減少し、就学や就労、社会資源の見学などが増加するようになっていくものと考えている。そして卒業に向かっていくという、このプロセスを示したものが、図2の長期入院経験者へのサービス提供プロセスイメージである。

2) ひきこもり者へのサービス提供プロセス

ひきこもり者については、《C-3 統合サービス導入の際の丁寧な関係作り》に示すように、個別の関係を構築することから支援が始まる型と退院をきっかけにデイケアの利用を始めるなどきっか

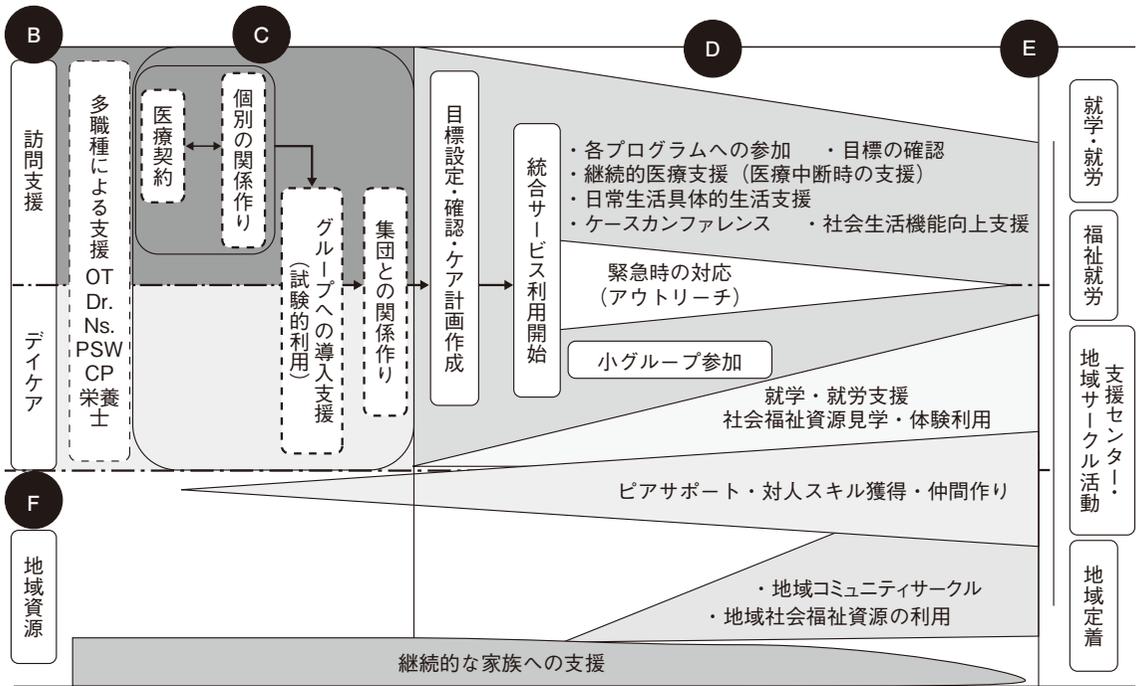


図3 ひきこもり者（個の関係構築目的型）へのサービス提供プロセスイメージ

けがあればサービスにつながる可能性のある型に分けられる可能性が示された。この両者は辿る経過ではなく、提供されるサービスの度合い、つまりどの支援に重点が置かれるかといった点が異なると考えられる。

(1) 個別の関係構築を目的とする型

ひきこもり者の中には、医療中断後、いずれのサービスにもつながっていない可能性が高く、まずは訪問支援部門が中心となり、デイケアや診療導入のための医療契約と並行し、対象者との関係作りを行うことが目標になると考える。そして訪問支援からデイケアにつながる際には、訪問支援従事者とともにデイケアのプログラムに参加し直接、顔つなぎをするなど、グループへの導入のための協働アプローチを行うことが重要であると考え。三田 (1998) や伊藤 (2007) は、サービス導入の際に、サービスにつながる入口を様々な部門に設け、その敷居を低くし、広く受け入れ体制を設けることの意義を明らかにしている。本調査においても《C-2 統合サービスの導入に際する

様々な導入ルートの設定》に示すように、同様の工夫を行っている機関があり、その意義が明らかとなった。またサービス導入の際には、《C-3 統合サービス導入の際の丁寧な関係作り》に示すように宮腰ら (2008) の指摘する、短時間の利用や負担にならないペースでのサービスの利用開始や、心理的バリアを低くする小グループを設け、緩やかに集団につながる取り組みも行われており、サービス導入のための工夫が明らかとなった。

また協働アプローチは、統合支援の終結を目指して、他のサービスにつなげる場合も有効と考える。このようになじみの関係を応用してサービスを導入する、他サービスにつなげていくことは、集団になじむことに時間を要する対象者の支援の特徴であると考え。このようなタイプは、個の関係構築を目的とする型と命名可能であり、図3のようなプロセスを辿ると推察される。

(2) きっかけがあればサービスにつながる型

三田 (1998) は、ひきこもり者の中には出られる時期、出たい時期を逸している可能性のある者

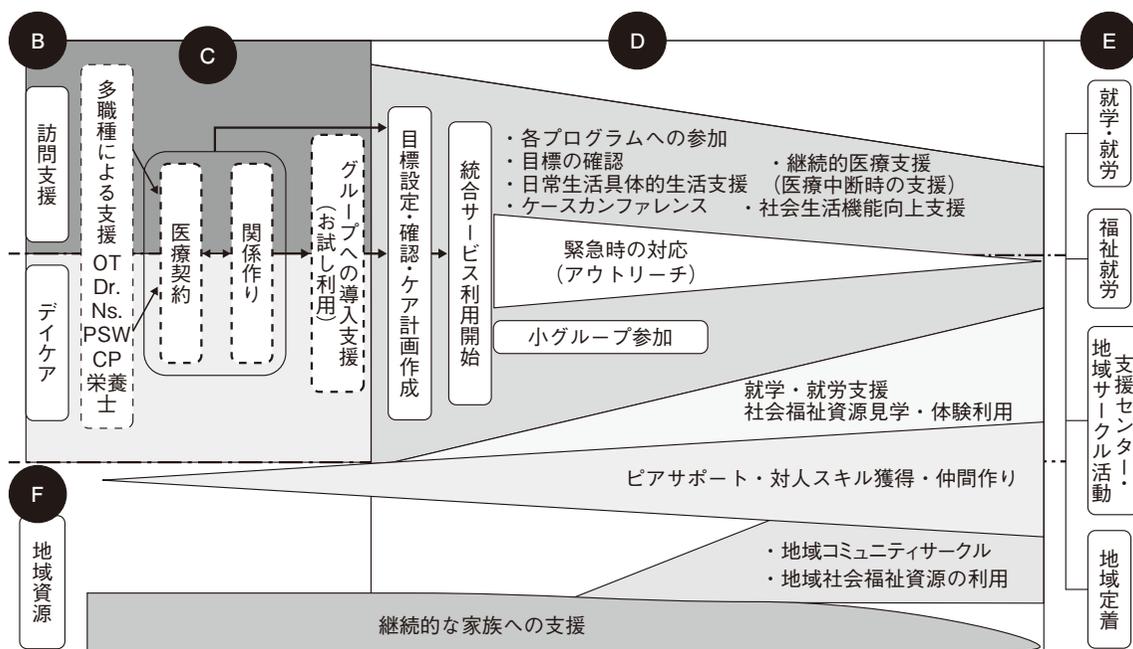


図 4 ひきこもり者（生活基盤建て直し型）へのサービス提供プロセスイメージ

が含まれていることを指摘している。このような対象者は《C-2 統合サービス導入に際する様々な導入ルートの設定》に示すように、様々な場所に相談窓口が設けられていることで、サービスにつながる可能性は高くなると考える。相談窓口を通してサービスにつながる対象者は、医療中断している者に比べ、訪問支援、デイケアいずれからでもサービスにつながる可能性が高く、状況によっては試験的利用もなく、集団に入ることが可能であると推察される。そのためデイケアもしくは訪問支援のいずれかのサービスの導入時に行われる関係を基に、早い段階で統合的支援の利用につながると考えられる。サービス導入後の利用については、個の関係構築目的型と大きな差異はないものとする。しかし、ニーズがあるにもかかわらず、これらのサービスを利用することが困難であった人が、継続的にサービスの利用が可能になるためには、デイケアと訪問支援が包括的にケアを提供していくことが重要である。この場合も漫然とした利用にならないよう、ステップアップを見据えておくことが重要になると考える。併せ

てサービスにつながる窓口を複数に設け、アクセスしやすい工夫をすること、対応方法や利用に至るまでのプロセスを統一しておくことが重要になる。このようなタイプは、きっかけがあればサービスにつながる型と命名可能であり、図4のようなプロセスを辿ると推察される。

3. デイケアと訪問支援を統合した支援モデル構築の可能性

精神障害のある人の地域生活の維持・継続支援として近年、科学的根拠をもつプログラムであるACTが、広まりつつある(西尾 2004)。梁田(2011)はACTとデイケアについて、「どちらが優れているというのではなく、1つの地域の中で、それぞれのプログラムが相補的に機能していけるシステムを構築していく必要がある」と述べている。デイケアと訪問支援は双方とも役割が異なる中で、今後はそれぞれの利点を活用しながら地域生活支援を行っていくことが重要である。特にデイケアは集団の「場」における対人スキルの獲得、集団の中におけるリハビリテーションという特徴があ

り、訪問支援では個別のニーズに応じた支援が可能である。先に述べたように、デイケアと訪問支援は既存の資源でありながら、両サービスを統合して提供する体制は、その多くが経済的な裏づけがなく、実施されていることが明らかとなっており、この双方を取り入れたプログラムモデルは新たな地域生活支援モデルになりうるのではないだろうか。さらに本モデルは、既存の社会資源の活用とその有機的な連携を提案するものであり、新たな社会資源開発を必要とするものではない。そのため新たな設備増設、人員確保といった負担がなく従事者、対象者ともにイメージを持ちやすいと推察される。そしてこれらの有機的な連携は両サービスの本来の役割の明確化につながると考える。

一方で本研究の限界として、次のことが挙げられる。本論で作成した効果的援助要素およびサービス利用におけるプロセスイメージ図は、専門職への聞き取り調査の中から明らかにされたものであり、従事者の声を形にしたものである。しかし、対象者の声を取り入れるまでに至らなかった。今後、デイケアと訪問支援を統合した効果的モデルを作成していくためには、対象者の意見および、より多くの実践家の見解を取り入れ、継続して実践家や対象者との検討を継続することが必要であると考える。同時にこれらの項目の達成率と、本サービス利用後の入院率や医療中断率などのアウトカムとの関連を検討していくことで、信頼性の高いモデルの構築が可能になると考える。

V. 結 論

本研究では、既存の資源であるデイケアと訪問支援を統合的にかつ効果的に提供するための配慮や工夫について、聞き取り調査を実施し明らかにした。そして、統合的に提供するための効果的援助要素を抽出し、これらの要素をどのタイミングで、どのように統合することで、精神障害のある人が孤立することなく主体的に地域での生活を継続していくことが可能になるのか、サービスの提供プロセスのイメージ図を作成し、これを基にし

たモデル構築の可能性を示した。

その結果、院内および多部署で目指す方向性、指針を明確にし、共有すること、またデイケアと訪問支援の統合的なサービス提供の際に中心となる部門、もしくは人員を配置すること、医療機関が継続的にサービスを提供するのではなく、他のサービスにつなぐ意識をもつことの重要性が明らかとなった。また本モデルは、既存の社会資源の活用を提案するものであり、新たな社会資源の開発を必要とするものではないため、従事者、対象者ともにイメージを持ちやすいものと推察される。今後は、これらの要素の達成率とアウトカムを検証しながら、精神障害のある人が孤立することなく、地域での生活を継続するためのデイケアと訪問支援を統合した地域ケアモデルの構築をしていくことが課題である。

注

- 1) 全国実情把握調査とは「平成22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（代表研究者：伊藤順一郎、分担研究者：大島巖）の「重度の精神障害をもつ人々を対象にした、精神科デイケアを基盤としたアウトリーチ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」の一部として実施したものである。

引用文献

- 1) 福智寿彦 (2011) 「デイケアの多様性と格差、そしてイノベーション」『デイケア実践研究』15, 1-5.
- 2) Glaser, B. G., Strauss, A. L. (1999) *The Discovery of Grounded Theory Strategies for Qualitative Research-*, Aldine Transaction.
- 3) Green M. F., Kern RS, Braff DL et al. (2000) Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the “right stuff”?. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136.
- 4) Green, M. F., Kern, R. S., Heaton, R. K. (2004) *Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia; Implications for MATRICS*, Schizophrenia Research 72, 41-51.
- 5) 羽原俊明, 武田俊彦 (2007) 「精神科病院付属のデイケアが担うべき機能について」『精神科臨床サービス』7, 330-333.
- 6) Hoge, M. A., Davidson, L., Hill, W. L. et al. (1992) The

- promise of Partial Hospitalization : A Reassessment. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 345-354.
- 7) 伊藤順一郎 (2007) 「『ひきこもり』に必要な支援は何か」『精神神経学雑誌』1109, 130-135.
 - 8) 岩崎香, 広沢正孝, 中村恭子 (2006) 「精神科デイケアにおけるプログラムの現状と課題」『順天堂大学スポーツ健康科学研究』10, 9-20.
 - 9) 厚生労働省社会・援護局 (2009) 『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 精神科デイ・ケア等について』厚生労働省.
 - 10) 厚生労働省社会・援護局 (2011) 『精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き』厚生労働省.
 - 11) 厚生労働省障害・保健福祉部 (2003) 『精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向 (精神保健福祉対策本部中間報告)』
 - 12) 窪田彰 (2006) 「精神科地域ケアにおけるデイケア活動—精神科診療所デイケアの立場から—」安西信雄編著『地域ケア時代の精神科デイケア実践ガイド, 159-180. 金剛出版, 東京.
 - 13) 三田優子 (1998) 「ひきこもっている人への関わり方～あやめ会『ひきこもり』プロジェクトの経験～」『REVIEW』22, 10-13.
 - 14) 宮腰哲生, 松本和紀 (2008) 「統合失調症・精神病への早期介入」『作業療法ジャーナル』42, 1108-1115.
 - 15) 村田信男 (1993) 『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.
 - 16) 西尾雅明 (2004) 『ACT 入門-精神障害者のための包括地域生活支援プログラム-』金剛出版, 東京.
 - 17) 西尾雅明 (2008) 「日本における ACT の実施状況」『精神医学』50, 1157-1164.
 - 18) 野坂達志 (2011) 「アウトリーチにおける危機介入」高木俊介・藤田大輔編『実践! アウトリーチ入門 高木俊介・藤田大輔編』こころの健康科学, 883-88. 日本評論社, 東京.
 - 19) 大島巖 (2010) 「精神保健福祉領域における科学的根拠にもとづく実践 (EBP) の発展からみたプログラム評価方法論への貢献」『日本評価研究』10, 31-41
 - 20) 大島巖 (2013) 「効果的プログラムモデル形成のための実践家参画型評価アプローチ法の開発; その方法と現状の到達点, 課題」『日本評価学会春季第10回全国大会発表要旨集録』143-150.
 - 21) 齊藤万比古 (2007) 『ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究』厚生労働省.
 - 22) 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.
 - 23) 上野容子 (2007) 「援助・支援の目標をどう共有するか?」『精神科臨床サービス』7, 487-490.
 - 24) Velligan, D. L., Bow-Thomas, C. C., Mahurin, R. K., et al (2000) Do specific neurocognitive deficits predict-specific domains of community function in schizophrenia? *The Journal of nervous and mental disease* 188, 518-524.
 - 25) 梁田英磨 (2011) その人らしく暮らすことを支える ACT とデイケア. デイケア実践研究 15, 48-53.

The possibility of developing a community-care model integrating psychiatric day-care and house-calls supporting people with mental illness that allows continued living in the community without isolation

Sakiko Oyama (Rikkyo University)
Iwao Oshima (Japan College of Social Work)

Keywords : Psychiatry day care, Home visit support, Prolonged hospitalization support, “Hikikomori” (Withdrawal from society) support, Model development

This study aims to develop a community-care model integrating psychiatric day-care (day-care) and house-call support for people with mental illness that allows continued living in the community without isolation, after identifying the elements required for such services that integrate house-call support (elements for effective support).

The study looked at 17 institutions, in a prior nationwide study, carrying out characteristic initiatives, and consent was obtained. In addition, interviews were performed and the analysis was using the method of Grounded Theory approach.

As a result of the analysis, 187 elements for effective support were discovered, across six

categories, including the establishment of an organizational system for services and the sharing of philosophies and goals, and 27 subcategories.

Moreover, the results suggested that when introducing an integrated service, the follow-up process is different for those who experienced long-term hospitalization than for those who have withdrawn from society. For persons with mental illness to continue living in the community, it appears important that day-care and house-call support services work together, going beyond their occupational fields, and providing services suited to individual needs.