

# あひる



フレンドシップインタビュー

## 外来治療の一環として、 地域医療を支える「ダイケア」

原 敬造

VOL. **40** 2015

# 外来治療の一環として、 地域医療を支える「デイケア」

原 敬造

## 日本デイケア学会の歴史

日本デイケア学会（以下当学会）は、デイケアの発展と向上、学術研究や会員の相互交流の促進を目的に、1996年に発足した日本デイケア研究会が前身です。初代の理事長には、1958年に千葉県市川市の国立精神衛生研究所で精神科デイケアをはじめられた加藤正明先生が就任され、1998年に日本デイケア学会と名称変更を行い現在に至っています。

現在、当学会では、精神疾患・高齢者を含む）に罹患している患者さんを対象に、デイケアの実践的な研究や効果についての調査研究を行うとともに、デイケアに携わる医療スタッフの相互学習を重ねています。会員数は約900名を超えています。

行政が「入院医療中心から地域生活中心へ」と精神科医療の方向性を示すなか、精神科デイケアを実施する医療機関は約1,500カ所と

広がり、地域医療でのデイケアの果たす役割はこれまで以上に大きくなってきていると感じています。

## 外来治療としての役割

デイケアは集団による外来治療であり、精神疾患の病状改善や病状の安定を図ることが重要な役割の1つです。

外来診察時に医師と患者さんが1対1で、疾患や治療、服薬についての理解を深めることとどまらず、デイケアでは同じ疾患をもつ仲間と出会い、その体験を話しあうことで、例えば「わたしの体験している『声』のことを診察時に医師に相談したとき、医師が『それが幻聴ですよ』といったけど信じられなかった。でも、デイケアで自分以外にも、同じような『声』が聞こえている方がいるとわかり、自分に聞こえている声も、医師がいう『幻聴』という症状だとわかった」などと、自分の病状や課題を体験者の仲間（メンバー）を通して実感でき、認知しやす

くなる効果がデイケアにはありません。自分が抱えている症状のつらさについて、こんなつらい思いをしているのは自分だけではないと、同じつらさを体験している仲間同士、お互いを支えあうことで、治療継続に結びついていきます。

また、医師による外来診察は、患者さんの状態によって受診日は1週間に1回、2週間に1回となり期間が崩れてしまいます。その間に調子を崩した場合でも、デイケアに通っていることで、病状の変化にデイケアの医療スタッフが早く気づき、タイムリーな支援や治療的介入につながるため再入院の防止に結びついています。

2013年に実施した「精神科診療所における地域生活支援の実態に関する全国調査について」をみてみると、精神科デイケア等のサービスを受けた後に精神科病院に入院（入院したことはないもの）にデイケアに通っている方の新規入院及び再入院した方の合計した方は15.3%と少なく、デイケアの利用によって、新規入院や再入院を抑制・予防していることがわかります。

## 社会参加をうながす

デイケアを利用している患者さん

は地域社会のなかで生活しているもの、他者とかかわることが少なく、社会参加が苦手な方が少なくありません。そこでデイケアでは、人間関係コミュニケーション能力の改善についてのプログラムを行い、患者さんの実生活に根ざした形で、できるだけ社会参加ができるように支援することも重要な役割です。

例えば、最も身近な問題でもある「家族とのコミュニケーションがうまくいかない」「近所の方との付き合いが苦手だ」など、現実の暮らしのなかでの課題や悩みについて、デイケアの仲間や医療スタッフとともに話しあい、これら生活上の課題や悩みについての解決方法を仲間や医療スタッフと一緒を考え、プログラムを通じて課題に対して繰り返し練習します。その上で「今夜、家に帰ったら、家族にデイケアで練習した話し方をしてみよう」「明日、近所の方にあつたら、デイケアで練習した挨拶を自分からしてみよう」などと、実生活での実践を行います。その結果についても「家族とうまく会話ができた」「挨拶を返してくれた」「失敗したけど、もう一度やってみよう」と振り返り、話しあうことで、家庭内での生活や対人関係をよくすることにつながり、社会参加への促進にもつながっています。

デイケアでは集団で活動を行っています。そのため一人ひとりの対人行動パターンが明確になります。医療スタッフや仲間との会話や話しあいから、自分の行動やものの考え方のパターンに気づき、自身の行動を客観的にみつめ見直すことができます。

## 今後の取り組み

今後はデイケアの有用性に関して、より実証的に示していくことが課題だと感じています。

昨年度は当学会で、精神科リハビリテーション評価表を作成しました。評価表を活用し、デイケアをはじめたときの状態から3カ月後、6カ月後、1年後にどう改善したかなどの比較研究や予後調査に取り組もうと委員会検討を重ねています。

通院している患者さんの中には、集団行動が苦手な方も多く、患者さん自身がデイケアの必要性を感じてはいるものの参加をためらわれている方も少なくありません。デイケアが効果的だとしても、患者さんが参加しなければ治療機会が失われてしまいます。デイケアの場に患者さんがスムーズに参加していただくための工夫や技術を研鑽することが必要だと感じています。

そのためには、多職種の医療スタッフがチームで取り組んでいるデイケアの特性を活かし、医師、看護師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士（PSW）などが粘り強く患者さんにアプローチする取り組みが大切ではないかと考えています。

### 原 敬造 (はら けいぞう)

1949年北海道生まれ。1978年東北大学医学部卒業、同大精神神経科勤務。1979年大原総合病院清水分院（現在は清水病院）、1980年東北大学医学部附属病院精神科、1982年育正会赤坂病院勤務を経て、1988年9月宮城県仙台市青葉区に原クリニックを開院。日本精神神経科診療所協会理事、宮城県精神保健福祉協会理事、一般社団法人震災こころのケア・ネットワークみやぎ「からこころステーション」代表理事。2014年9月日本デイケア学会理事長に就任。



# 『重度認知症患者デイケア』について

医療法人松和会 門司松ヶ江病院

門司松ヶ江病院の重度認知症患者デイケア（以下、デイケア）は、平成18年4月1日に開設し、9年が経過しました。デイケアでは認知症によるさまざまな症状の治療や心身機能の維持・回復を図るため、精神科医師の診断・治療計画に基づいたりハビリ・生活訓練を実施しています。

## 「医療保険制度」の デイケアサービス

当院は、北九州市が指定する「もの忘れ外来」の専門医療機関であり、デイケア利用中でも診察や治療、検査等を受けることができます。当院のデイケアは、介護保険のサービスではなく、「医療保険制度」でのデイケアサービスを行っています。介護保険を申請していない方でも利用できますが、ほとんどの方が要介護認定を受けています。そのため、医療保険でデイケアを利用し、介護保険

で訪問介護や短期入所等のサービスを利用することで幅広いサービスを利用することができるというメリットがあります。

デイケアでの日々の対応は、精神科医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、介護福祉士などの専門職が連携して個別のプログラムに沿った、治療・サービスを提供しています。

実際にデイケアを利用しながら在宅で生活を送っている利用者を紹介したいと思います。

### 少しでも長く 在宅生活を送るために

女性A様 78歳  
（アルツハイマー型認知症）

A様は夫と二人暮らしで、もともと膝が悪く、自宅では座って過ごすことが多かったうえに、ここ数年は外出する機会もほとんどなく活気のない生活を送っていました。ある日突然徘徊がはじまり帰

宅できなくなり、たまにたまりかかった方の警察通報によって無事に保護されました。

その後、地域包括支援センターが介入し当院の受診に繋がりました。受診時はもの盗られ妄想や興奮・昼夜逆転などの症状があり、認知症も進行していた

ため入院を勧められましたが、ご主人が強く在宅生活を希望されたこともあって翌日からデイケアの利用を開始することになりました。

当初は、ご主人から離れることへの不安が強く、両膝の痛みもあり、車の乗降の際に拒否することや、はじめて会う職員に対しても攻撃的で、他利用者とも馴染むことができず、昼食はほとんど手をつけない日がつづきました。

1カ月を経過した頃にはご主人の協力もあり、週6日休むことな



デイケアの送迎風景

く利用することができ、定期的に診察を受けることもできるようになりました。同時に少しずつ介助への抵抗も少なくなり、他利用者や職員と馴染みの関係を築くことができるようになりました。その結果、プログラムへの参加も増え、食事量も増加していきましました。いまではデイケアで活動的に過ごすことで夜間もよく眠り、生活リズムが整ってきています。1年以上経過した現在もデイケアを利用しながら在宅生活を継続しています。

地域の方に支えられた  
一人暮らし

女性B様 82歳  
(認知症・妄想性障害)

B様は当院の認知症治療病棟に入院し、主な症状の妄想は約半年



的当てゲーム

の入院生活で落ち着き、退院することになりました。  
B様は親族がいないこともあり、単身生活のなかデイケアを毎日利用することになりました。B様は食事の準備や掃除を一人で行うことができないこともあって、介護保険サービスを活用することになりました。朝と夕方にヘルパーの支援を受けながら順調に単身生活をはじめることができました。

退院から1週間が経過した頃、B様は薬の内服がまったくできていないことがわかりました。主治医の指示で、デイケアで服薬管理をすることで、服薬ができるようになりました。B様は地域の方との交流も多く、状態を気にしてくれる方が周囲



活動の様子(クラブ)



に多くいたこともあり、退院後半年が経過した頃、送迎に行くところの方から、「夜暗くなってスパーまで買い物に行っている」「訪問販売を受けているようだ」などの声が聞かれたことで、わたしたちはB様に対する見守りを強化すると同時に、民生委員や担当のケアマネジャーと連携し、町内会長や近隣の方などに病気の説明や対応方法などを少しずつ伝えていくことにしました。それをきっかけに以前にもまして地域での見



利用者の作品

守る環境が整っていきましたが、B様は、約1年間の在宅生活後、残念ながら状態が悪化し再入院することとなりました。

2人のご利用者の方を紹介しましたが、このほかにもデイケアを利用しながら在宅で生活をつづけている方はたくさんおられます。ご家族や、ご近所の方などで認知症の症状でお困りの方がいらっしゃいましたら、是非一度見学にお越しく下さい。

# 《近くの他人、遠くの身内》

## 「絆」

臨床心理

加瀬紀幸

よく顔をあわせていた看護師さんが故郷に帰るといふ。送別会をするから出席しないかというお誘いである。皆が持ち寄った手料理が会議室に持ち込まれ、会議室が会場となった。わたしは、彼女がずっとこちらにいるものとはかり思っていたので、ちよつと驚いたが、本当は定年と同時に帰るつもりだったという。いまは七十をとうに越えているはずだから、彼女が帰郷を考えてから十年以上も経っている。

当時友人からどうしても自分の病院にきてほしいと頼まれ、年金が出るまではこつちにしようかと考えを変えたのだという。こちらには看護師仲間だけでなく趣味の仲間も多かったので、戻りたくないという気持ちもあつたらしい。

「いまさら戻つてどうするの、ずっとこつちに居ればいいのに」

「退屈したら、また戻ってくるよ」  
会がはじまつても、送別会らしからぬ言葉が飛び交つていた。

彼女の出身は東北の太平洋側の小さな町で、看護学校卒業と同時に上京、以来ずっとこちらで暮らしている。生家には父親が亡くなった後、兄を中心に家族が元

気に暮らしており、いつでも戻つてこいといわれていた。母親が高齢になり、近くで看てあげなくてはという思いの強くなった時期もあり、絶えず気持ちは揺れ動いていたらしい。けれど、都会での気軽な一人暮らしを満喫してきた身には、なかなか踏ん切りがつかなかった。最終的には、母が病気にでもなつたら、それを潮時に戻ろうと決めていたが、母親はある日突然倒れ、看護をする間もなく亡くなつてしまった。

震災の後には、どうなっているか心配でしばらく戻つてはみたものの、変わり果てた故郷の風景やその後の混乱の状況を見聞きしているうちに、逃げ出したくなつたという。

そういえば、その頃彼女の話にのぼつたことを思い出した。年をとっているとはいえ、現役の看護師である。被災地でのまま残つて何か支援の仕事をはじめたのでは。そう思っていた人もいた。

「幸い家では誰も死ななかつたし、被害も少なかつたけど、とにかくメチャクチャなのよ。どこで何がどうなつてのかわからななし、聞きたくない話ばかり耳に入つてくるの」

彼女にとつて故郷は、いつの間にか、いつでも自分をゆつたりとだきしめてくれる安寧の場所になっており、過酷な現実とのギャップに耳をふさぎたくなつてしまったらしい。そのまま残る気持ちにはとてもなれなかつたようだ。

何度も戻る機会を逃してきた彼女がいよいよ戻るといふ。看護師さんたちは仲間意識が強く、気があう者同士の絆は固い。職場が変わつたとしても同じ地域に住んでいると、何かと集まつては楽しみ、必要があれば助けあつている。生まれ故郷とは全く関係ない場所を終の棲家とした人たちがわたしもずいぶんみてきた。彼女にもそんな仲間はいらうにみえていた。

「本当をいうと迷つていたのよ」

そういつて話してくれた理由は、二つあつた。一つは予想していたことで、健康上のことだつた。一年くらい前に腰を痛めてから、いままでのように動き回ることができなくなり、不自由さを感じはじめた。もう一つの理由というのは、いまの仲間の中心となつている人との関係がよくないのだといふ。

「彼女はわたしがそんな風に思っている

なんて知らないと思う。だけど私は嫌になつてゐるのね」

堰を切つたように、その人に対する非難の言葉があふれ出てきた。

「そうだったんですか」

わたしは、黙つて聞くしかなかった。固いと思われていた仲間同士の絆は、意外にも脆いものだった。

震災以来、「絆」が盛んにいわれていたが、いつの間にか耳にすることが少なくなつたように感じる。皆が絆の大切さを再確認したので、もうそんな言葉を使わなくてもよくなつたからなのだろうか。

最近、家族の大切さを口にする若者が増えていると聞くが、絆の基本が家族であるとするれば、そうなのかもしれない。しかし、一方では「絆、絆」というのは、現実には絆がないからでしょう」という人にも出会う。

彼女の場合、ぎりぎりのところで仲間の絆より家族の絆を信じた、ということなのだろうか。都会生活が長くなってから、故郷は、長くいると退屈な場所に変つてしまつていた。では、定期的に確認してきたとはいえ、日常を共にしてきてはいない兄弟や親族たちとの絆は、彼女が思い描いているものと同じなのだろうか。とはいつても、自由を束縛されない形で受け入れてもらうことができるというのは、いまの世の中ではめつたにない幸運であるには違いない。






## 平成25年度の精神科在院日数が 2.2%減少

このほど厚生労働省は平成25年度「病院機能別・制度別 医療費等の状況」を公表しました。それによると精神病床のみの病院における1日当たり医療費は、入院が1万4,662円（一般病床を有する病院は4万1,581円）、入院外が9,233円（一般病床を有する病院は1万3,476円）となっています。推計新規入院件数は25万件（前年度比1.6%増）で推計平均在院日数は341.8日（前年度比2.2%減）、推計1入院当たり医療費は501万円（前年度比1.4%減）となっています。

年度別の平均病床数の推移をみると、平成22年度では、精神病床のみが262,038床、療養病床のみが109,434の計371,472床、平成23度が精神病床のみ258,994床、療養病床のみが109,334床の計368,328床、平成24度が精神病床のみ257,969床、療養病床のみ111,473床で計369,442床、平成25度では精神病床のみが256,621床、療養病床のみ112,942床の計369,563床と、精神病床数は減少しているものの療養病床数が増加しています。

 医療法人 社団 松和会  
門司松ヶ江病院

〒800-0112 北九州市門司区大字畑355  
TEL (093) 481-1281 (代表) FAX (093) 481-7069  
URL <http://www.matsugae.or.jp/>  
発行者：山浦 敏宏

《診療科目》 精神科・心療内科・内科

《関連施設》 介護老人保健施設「フレンドリー松ヶ江」  
特別養護老人ホーム「松和園」  
精神障害者福祉ホーム「カーサ松ヶ江」  
精神障害者グループホーム「まつぼっくり」