

平成 20 年度障害者保健福祉推進事業
(障害者自立支援調査研究プロジェクト)

障害者自立支援法を踏まえた保健所、
精神保健福祉センターの役割と機能の検討及び連携システムの構築

平成 20 年度 研究報告書

責任者 畑下 博世

平成 21 (2009) 年 3 月

目 次

| | |
|---|-----|
| はじめに | 1 |
| 研究の概要 | 2 |
| 研究組織 | 3 |
| 分担研究報告書 | |
| I. デイケア等業務に関する実態調査 | |
| 1. 「全国保健所デイケア等業務に関する実態調査」 | 4 |
| 別紙 1 調査票 | |
| 別紙 2 先駆的取り組み事例報告 | |
| 別紙 3 旭川市保健所デイケア資料 | |
| 別紙 4 長野市保健所デイケア資料 | |
| 2. 「精神保健福祉センターにおけるデイケアの現状と意義」 | 50 |
| 別紙 1 調査票 | |
| 別紙 2 集計結果 | |
| II. 一般診療科・精神診療科医の連携システムの構築 | |
| 1. 「自殺予防対策としてのプライマリ・ケアにおけるうつ病治療の普及」 | 88 |
| 別紙 1 大津 G・P ネット 一般診療科医と精神科医の連携に関する手引き | |
| 別紙 2 第 2 回診療所におけるうつ治療の現状に関する調査 | |
| 2. 「一般診療科・精神診療科医の連携システムの構築について」 | 126 |
| 別紙 1 診療所におけるうつ治療の現状に関する調査 | |
| III. 自死遺族支援の連携システムモデルの開発研究 | |
| 1. 「精神保健福祉センターにおける自死遺族支援のとりくみ」 | 135 |
| 別紙 1 啓発資料「話してください あなたの悩み」 | |

研究の概要

1. 研究目的

保健所・精神保健福祉センターは精神保健の第一線機関として中核的役割を果たしてきた。しかし、障害者自立支援法施行により、市町村における精神保健の役割が強化され、精神保健活動における保健所・精神保健福祉センターの役割は大きな転換期を求められている。一方で、うつ・自殺などの「心の健康」への取り組みが求められ、今後の精神保健施策のあり方が模索されているのが実情である。

そこで、1970年代に保健所や精神保健福祉センターにおいて初めて開始された一つの精神保健施策である「デイケア」のあり方に着目し、実情や今後のあり方について調査を行い、精神保健福祉施策に反映させることを目的とした。同時に、新たな課題であるうつ・自殺に着目し、保健所や精神保健福祉センターがどのように地域サポート体制を構築していくのかについて模索することとした。

2. 研究期間

平成 20 年 4 月 1 日から平成 21 年 3 月 31 日まで (1年間)

3. 研究方法

下記のことを実施する。

1) デイケア等業務に関する実態調査

- (1) 保健所デイケア調査
- (2) 精神保健福祉センターデイケア調査

2) 一般診療科・精神診療科医の連携システムの構築

- (1) 診療所におけるうつ治療の現状に関する調査やその取り組みについて
- (2) 連携システムのさらなる定着の促進と連携について

3) 自死遺族支援の連携システムモデルの開発

死亡検案を行う医師と保健所、精神保健福祉センターの連携により、自死遺族支援の連携プロセスを展開し、それを検証する。

研究組織

| 研究者名 | 所属機関における 職名 | 所属機関 |
|--------|----------------|-------------------|
| 畑下 博世 | 教授 | 滋賀医科大学 |
| 辻 元宏 | 所長 | 滋賀県立精神保健福祉センター |
| 辻本 哲士 | 次長 | 滋賀県立精神保健福祉センター |
| 梶本 まどか | 主幹 | 滋賀県立精神保健福祉センター |
| 野津 眞 | 所長 | 東京都多摩総合精神保健福祉センター |
| 山下 俊幸 | 所長 | 京都市こころの健康増進センター |
| 角野 文彦 | 課長 | 滋賀県健康福祉部健康推進課 |
| 川井 八重 | 教授 | 福山平成大学 |
| 植村 直子 | 助教 | 滋賀医科大学 |
| 山田 全啓 | 所長 | 奈良県郡山保健所 |
| 有埜 みや子 | 主幹 | 奈良県郡山保健所 |
| 山下 典子 | 保健師 | 奈良県郡山保健所 |
| 前田 博明 | 所長 | 滋賀県東近江保健所 |
| 池田 正男 | 課長補佐 | 滋賀県東近江保健所 |
| 黒橋 真奈美 | 副主幹 | 滋賀県東近江保健所 |
| 清水 葉子 | 主任保健師 | 滋賀県東近江保健所 |
| 中村 恭子 | 副主幹 | 滋賀県東近江保健所 |
| 中村 愛子 | 主任保健師 | 滋賀県東近江保健所 |
| 勝山 和明 | 所長 | 滋賀県大津保健所 |
| 佐藤 美由紀 | 課長補佐 | 滋賀県大津保健所 |
| 佐谷 裕子 | 副主幹 | 滋賀県大津保健所 |
| 山口 亜紀子 | 主任保健師 | 滋賀県大津保健所 |
| 平田 浩二 | 主任保健師 | 滋賀県大津保健所 |
| 車谷 典男 | 教授 | 奈良県立医科大学 |
| 佐伯 圭吾 | 助教 | 奈良県立医科大学 |

I-1. 全国保健所デイケア等業務に関する実態調査

平成 20 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）
障害者自立支援法を踏まえた保健所の役割と機能の検討及び連携システムの構築
分担研究報告書 全国保健所デイケア等業務に関する実態調査

分担研究者 山田全啓（奈良県郡山保健所 所長）
植村直子（滋賀医科大学医学部看護学科 助教）
佐伯圭吾（奈良県立医科大学地域健康医学講座 助教）
有埜みや子（奈良県郡山保健所 主幹）
山下典子（奈良県郡山保健所 保健師）
角野文彦（滋賀県健康福祉部 健康推進課課長）
川井八重（福山平成大学看護学部 教授）
車谷典男（奈良県立医科大学地域健康医学講座 教授）
主任研究者 畑下博世（滋賀医科大学医学部看護学科 教授）

研究要旨

全国の保健所 517 施設における精神障害者対象のデイケア業務の実態を明らかにすることを目的に調査を実施した。さらに所管地域における社会資源の分布などとの関連について分析し、公的機関としての保健所が担うべき役割と方向性を考察した。

回答のあった保健所 411 カ所（79.5%）のうち、デイケアを実施しているのは 128 カ所（31.1%）、デイケアを実施していないのは 282 カ所（68.6%）であった。保健所区分別のデイケア実施率では、実施率の高い順に特別区型（81.3%）、中核市型（71.4%）、政令指定都市型（50.0%）、都道府県型（21.5%）であった。

現在デイケアを実施している保健所の回答では、平成 19 年度のデイケア利用者の実人数の平均値は 39.6 人であった。年齢では 30 代～40 代が 55.0%と多く、50 代以上も 28.1%みられ高齢化が伺えた。利用者のほとんどが慢性期（寛解期）の統合失調症であり、半数以上は 24 ヶ月以上の長期間利用していた。また利用者の 9.1%が病院、診療所、市町村のデイケアを併用しており、年間 9.2%が就労移行型、地域活動支援センター、病院・診療所デイケア等へ移行、もしくは病状悪化等の理由で保健所デイケアを終了していた。デイケア内容は、SST、共同作業所等社会復帰施設へのステップアップ、居場所の提供、再発再入院予防の支援を目的としたプログラムであった。デイケア利用者の評価をしている保健所は 62.5%であり、評価基準の作成は 16.3%にとどまった。新たなデイケアプログラムの必要性については、現在実施している特別区、中核市保健所で多く、都市部に多様な疾患に対するニーズが伺えた。

現在デイケアを実施していない保健所の回答では、デイケアを終了した時期が 2006 年前後に集中していた。またデイケアを終了した理由で「保健所デイケア以外の社会資源の充実」が 68.8%、「デイケアを市町村が実施するようになった」が 42.4%となっており、保健所以外の社会資源の充実に伴い、保健所デイケアを終了するに至ったと考えられた。しかし、現在デイケアを実施していない理由として「予算を確保できない」（42.8%）、「マンパワーの不足」（25.2%）と回答した保健所もあり、社会資源の充足状況に関わらずデイケアを終了した保健所も存在することが考えられ、障害者自立支援法施行に伴う制度改正の影響が伺えた。一方、特別区、政令指定都市、中核市の保健所でデイケア実施率が高いのは、これらの保健所は都道府県と市の両方の機能を併せ持つために、障害者自立支援法施行後も引きつづき保健所デイケアを実施しているためと考えられた。

これらの結果を踏まえ、今後の保健所デイケアの課題として、1) 地域特性を踏まえたデイケア内容の検討、2) 個別アセスメントの検討、3) 統合失調症以外の精神障害者へのデイケアの展開、4) 他機関との連携の強化・ネットワークづくりが考察された。

はじめに

1. 保健所デイケアの果たしてきた役割

2005年に障害者自立支援法が施行されて以来、精神障害者への支援として「入院医療中心から地域生活中心へ」と精神保健医療福祉の強化が求められている。

従来より保健所は精神障害者の地域生活基盤の構築において、様々な取り組みを実践してきた。そのうちのひとつが保健所デイケアである。保健所デイケアは1975年に「精神障害者社会復帰相談指導事業」として法的に事業化されたことにより、1980年代に全国的に取り組みられてきた。保健所デイケアの役割として鈴木ら¹⁾は、「①社会資源の一つとして開始し、共同作業所を始めとする多様な社会復帰施設の拡充の契機となり、地域の資源の充実や仕組みづくりに大きく影響を与えた。②グループワークという手法を用いて利用者の医療の継続支援や対人関係の改善、生活体験の拡大、仲間づくりへとつながるような活動を実施し、精神障害者の回復を促進した。またこのことは保健師による家族を含めた個別ケアとの連動によるものであった。③デイケア事業を通して保健所の精神保健業務を定着させ、保健師の相談援助技術を高めた。」と述べている。

保健所のデイケアが開始されてから30年経過した現在、精神障害者の生活基盤を支える社会資源は充実しつつあるが、その過程において保健所のデイケアは基盤としての役割を果たしてきたのである。

2. 現在の保健所デイケアの課題

近年、精神障害者を取り巻く法律の整備によって社会資源が充実するにつれ、保健所デイケアの役割が問われている。具体的には保健所デイケア以外に病院デイケアや精神保健福祉センターデイケアという選択肢が増えたことにより、保健所デイケア独自の目的が問われているのである。吉永²⁾は保健所デイケアと病院デイケアおよび精神保健福祉センターデイケアの違いについて、「病院でのデイケアは、退院患者の再発防止や精神状態の安定を目的とする精神医学的治療行為であり、精神保健福祉センターでのデイケアは、自立や就労を目的とする職業指導、訓練である。・・・保健所デイケアは両者の中間に位置している。」と述べている。また鈴木らは³⁾保健所デイケアの機能について、①個別のアセスメント、②利用者の生活スキルの向上、③医療中断しやすいケースのフォロー、④退院促進事業の受け皿としての役割、⑤時代の健康課題に即したグループワークの機能を挙げている。

このように現在の保健所デイケアでは、他の社会復帰施設へのステップとして利用するケースや、既存の社会復帰施設にはなじみにくいため利用するケースが混在していると考えられ、前者のケースでは個別アセ

スメントを丁寧に行い、個人のニーズに合った他の社会復帰施設へ移行を目指し、後者のケースでは、利用者への支援を通して関係者となつて新たな社会資源を構築していくことが課題であろう。

以上の背景を踏まえ、現在保健所で取り組まれているデイケアの実態を明らかにし、今後の保健所デイケアのあり方への示唆を得る目的で、本研究は取り組むものである。

A. 目的

全国保健所における精神障害者デイケア業務の実態を明らかにするとともに、所管地域における社会資源の分布などとの関連を調査することによって、公的機関としての保健所が担うべき役割と方向性を考察する。

B. 方法

1. 調査対象

全国のすべての保健所（517施設）を対象とした。保健所区分別内訳は都道府県型保健所389施設、政令指定都市型保健所66施設、中核市型保健所39施設、特別区保健所23施設である。

2. 調査期間

平成20年10月24日に自記式調査票を各保健所へ郵送し、11月25日までに返送を依頼した。さらに12月9日に未回答保健所に調査票を再送付して督促を行い、12月26日までに返送を依頼し、平成21年1月19日に回収を締め切った。

3. 調査票

1) 保健所基本属性（共通項目）、2) デイケアを実施している保健所用質問、3) デイケアを実施していない保健所用質問の3部からなる自記式質問票を作成し、精神保健福祉担当職種に回答を求めた（資料1）。

4. 倫理的配慮

調査依頼に際して、調査への回答は自由意志であること、回答しないことによる不利益は生じないこと、返送によって調査への同意を得たものとするを明記した。調査内容並びに調査方法等については、滋賀医科大学倫理委員会の審査・承認を得た。また、全国保健所長会会長に調査協力を依頼し、承認を得た。

C. 結果

1. 回収率

表1に、保健所区分別および全体の回収率を示す。調査票は411保健所から回収され、回収率は79.5%であった。中核都市型保健所が89.7%と最も高く、次いで都道府県型保健所が81.2%であった。政令指定都市型保健所および特別区保健所の回収率が全体に比べて低かった。

表1 保健所区分別回収率

| 保健所区分 | 対象保健所 | 回収数 | 回収率 |
|---------|-------|-----|-------|
| 都道府県型 | 389 | 316 | 81.2% |
| 政令指定都市型 | 66 | 44 | 66.7% |
| 中核市都市型 | 39 | 35 | 89.7% |
| 特別区 | 23 | 16 | 69.6% |
| 計 | 517 | 411 | 79.5% |

2. 共通質問結果

回答した保健所の区分では、都道府県型保健所が最も多く、76.9%(316/411)、次いで、政令指定都市型保健所の10.7%(44/411)、中核都市型8.5%(35/411)、特別区保健所3.9%(16/411)の順であった。

表2に、調査に回答した者の職種を示す。保健師が最も多く、67.9%で最も多く、次いで、精神保健福祉士の12.9%であった。

表2 回答者の職種

| 回答者職種 | 回答数 | 割合(%) |
|---------|-----|--------|
| 保健師 | 279 | 67.9% |
| 精神保健福祉士 | 53 | 12.9% |
| その他 | 64 | 15.6% |
| 無回答 | 15 | 3.6% |
| 計 | 411 | 100.0% |

表3に、回答施設の回答施設管内人口(平成19年10月1日現在)を示す。管内人口のばらつきは大きく、最少3100人から最大3,627,420人で、回答施設の平均は242812.0人であった。また保健所区分に違いがみられ、施設平均では、政令指定都市型>中核都市型>特別区>都道府県型の順であった。

表3 回答した保健所管内の人口

| | 全保健所 | 都道府県型 | 政令指定都市型 | 中核市都市型 | 特別区 |
|------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| 最小値 | 3,100 | 3,100 | 63,935 | 286,305 | 43,954 |
| 25%点 | 93,802 | 81,830 | 135,405 | 343,629 | 202,130 |
| 50%点 | 175,387 | 140,969 | 201,729 | 385,922 | 283,376 |
| 75%点 | 310,235 | 263,085 | 502,118 | 474,959 | 524,907 |
| 最大値 | 3,627,420 | 940,000 | 3,627,420 | 685,564 | 685,184 |
| 平均 | 242,812 | 188,464 | 458,909 | 419,646 | 349,470 |
| 計 | 98,581,689 | 58,989,148 | 19,733,069 | 14,267,950 | 5,591,522 |

平成19年10月1日現在の結果

精神保健福祉手帳発行数および自立支援医療費の受給者数について、平成20年6月30日現在の状況について回答を求めた結果を表4に示す。精神保健福祉手帳発行数は、最少20、最大15723件で平均900件であった。自立支援医療費受給者数は、最少4件、最大

35864件で、平均2098件であった。管内人口10万人あたりの自立支援医療費受給者数は最少94件、最大4748.1件で、平均911件であった。

表4 精神保健福祉手帳の発行と自立支援医療費受給者数

| | 精神保健福祉手帳発行数(件) | | 自立支援医療費受給者数(件) | |
|------|----------------|----------|----------------|----------|
| | 手帳発行数(件) | 管内人口10万対 | 受給者数(件) | 管内人口10万対 |
| 最小値 | 20 | 13 | 4 | 94 |
| 25%点 | 306 | 280 | 727 | 718 |
| 50%点 | 594 | 356 | 1,415 | 862 |
| 75%点 | 1,117 | 453 | 2,678 | 1054 |
| 最大値 | 15,723 | 16,176 | 35,864 | 4748 |
| 平均 | 900 | 429 | 2,098 | 911 |
| 計 | 348,140 | 165,322 | 803,558 | 347,862 |

平成20年6月30日現在の結果

表5に、管内にある精神障害者が利用している施設数およびデイケアを実施している施設数(平成20年4月1日現在)の結果を示す。また表6には管内人口10万人あたりの施設数を示す。精神科病院は平均3.4施設、精神科診療所は平均6.9施設、精神保健福祉センターは平均0.1施設であった。地域支援センターはI型1.1か所、II型0.5か所、III型1.7か所であった。訓練等の給付や介護給付を行う施設数としては、共同生活援助(グループホーム)は4.6か所、機能訓練は0.1か所、生活訓練0.6か所、就労移行支援1.0か所、就労継続支援A型が0.3か所、B型2.1か所、共同生活介護(ケアホーム)2.2か所であった。

デイケアを実施する精神科病院は平均2.1施設、精神科診療所は0.8施設、精神保健福祉センター0.1施設、デイケア実施市町村1.3施設であった。生活訓練施設(援護寮)は0.6か所、通所授産施設0.5か所、小規模通所授産施設0.5か所、精神障害者小規模作業所1.6か所、その他0.9か所であった。

表5 回答した保健所管内の社会資源

| | 最小値 | 25%点 | 50%点 | 75%点 | 最大値 | 平均 | 計 |
|-----------------|-----|------|------|------|-----|-----|------|
| 精神科病院 | 0 | 1 | 2 | 5 | 30 | 3.4 | 1376 |
| 精神科診療所 | 0 | 1 | 3 | 8 | 191 | 6.9 | 2758 |
| 精神保健福祉センター | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.1 | 49 |
| 地域活動支援センターI型 | 0 | 0 | 1 | 1 | 13 | 1.1 | 410 |
| 地域活動支援センターII型 | 0 | 0 | 0 | 1 | 19 | 0.5 | 182 |
| 地域活動支援センターIII型 | 0 | 0 | 1 | 2 | 21 | 1.7 | 620 |
| 共同生活援助(グループホーム) | 0 | 1 | 2 | 5 | 66 | 4.6 | 1775 |
| 自立・機能訓練給付施設 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0.1 | 18 |
| 自立・生活訓練給付施設 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 0.6 | 197 |
| 就労移行支援 | 0 | 0 | 1 | 1 | 13 | 1.0 | 350 |
| 就労継続-A型 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0.3 | 103 |
| 就労継続-B型 | 0 | 0 | 1 | 3 | 21 | 2.1 | 782 |
| 共同生活介護(ケアホーム) | 0 | 0 | 0 | 2 | 67 | 2.2 | 732 |
| 生活訓練(援護寮) | 0 | 0 | 0 | 1 | 7 | 0.6 | 218 |
| 通所授産施設 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 0.5 | 174 |
| 小規模通所授産施設 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 | 0.5 | 185 |
| 精神障害者小規模作業所 | 0 | 0 | 1 | 2 | 19 | 1.6 | 592 |
| その他施設 | 0 | 0 | 0 | 1 | 23 | 0.9 | 223 |
| デイケア実施病院 | 0 | 1 | 2 | 3 | 13 | 2.1 | 850 |
| デイケア実施診療所 | 0 | 0 | 0 | 1 | 13 | 0.8 | 294 |
| デイケア実施保健福祉センター | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.1 | 23 |
| デイケア実施市町村 | 0 | 0 | 0 | 2 | 18 | 1.3 | 416 |
| デイケア実施施設(その他) | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0.4 | 82 |

表6 回答した保健所管内の社会資源(管内人口10万人対)

| | 最小値 | 25%点 | 50%点 | 75%点 | 最大値 | 平均 | 計 |
|-----------------|-----|------|------|------|-------|-----|--------|
| 精神科病院 | 0 | 0.9 | 1.4 | 2.2 | 64.5 | 1.8 | 748.0 |
| 精神科診療所 | 0 | 0.8 | 1.7 | 2.9 | 166.1 | 2.7 | 1086.5 |
| 精神保健福祉センター | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1.0 | 0.0 | 13.5 |
| 地域活動支援センターⅠ型 | 0 | 0.0 | 0.4 | 0.8 | 32.3 | 0.6 | 252.6 |
| 地域活動支援センターⅡ型 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 7.1 | 0.2 | 98.7 |
| 地域活動支援センターⅢ型 | 0 | 0.0 | 0.1 | 1.2 | 9.2 | 0.9 | 347.1 |
| 共同生活支援(グループホーム) | 0 | 0.2 | 1.2 | 2.5 | 21.1 | 2.1 | 862.7 |
| 自立・機能訓練給付施設 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2.9 | 0.0 | 10.1 |
| 自立・生活訓練給付施設 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.2 | 3.7 | 0.3 | 104.3 |
| 就労移行支援 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.6 | 7.6 | 0.4 | 174.5 |
| 就労継続・A型 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2.4 | 0.1 | 47.7 |
| 就労継続・B型 | 0 | 0.0 | 0.6 | 1.4 | 12.5 | 1.1 | 445.1 |
| 共同生活介護(ケアホーム) | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.7 | 18.1 | 1.0 | 395.5 |
| 生活訓練(援護寮) | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.4 | 4.1 | 0.3 | 113.0 |
| 通所授産施設 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.3 | 32.3 | 0.3 | 134.3 |
| 小規模通所授産施設 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3.3 | 0.2 | 74.5 |
| 精神障害者小規模作業所 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.9 | 15.0 | 0.7 | 281.7 |
| その他施設 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.3 | 32.3 | 0.4 | 152.7 |
| デイケア実施病院 | 0 | 0.4 | 0.9 | 1.5 | 6.6 | 1.1 | 434.1 |
| デイケア実施診療所 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.4 | 3.5 | 0.3 | 111.6 |
| デイケア実施保健福祉センター | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1.0 | 0.0 | 7.2 |
| デイケア実施市町村 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.8 | 32.3 | 1.0 | 387.4 |
| デイケア実施施設(その他) | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3.7 | 0.1 | 45.6 |

表7に、保健所区別平均施設数を示す。精神科病院数および精神科診療所数はともに都道府県型保健所が最も少なく、デイケア実施病院、診療所でも同様の結果がみられた。

表7 保健所区別、平均施設数

| | 都道府県型 | 政令都市型 | 中核市型 | 特別区 |
|-----------------|-------|-------|------|------|
| 精神科病院 | 2.9 | 4.5 | 6.9 | 3.3 |
| 精神科診療所 | 3.6 | 17.1 | 14.0 | 28.3 |
| 精神保健福祉センター | 0.1 | 0.3 | 0.5 | 0.1 |
| 地域活動支援センターⅠ型 | 1.0 | 1.1 | 1.8 | 1.1 |
| 地域活動支援センターⅡ型 | 0.5 | 0.5 | 1.3 | 0.3 |
| 地域活動支援センターⅢ型 | 1.6 | 1.9 | 3.5 | 0.7 |
| 共同生活支援(グループホーム) | 3.7 | 4.3 | 12.9 | 3.7 |
| 自立・機能訓練給付施設 | 0.0 | 0.1 | 0.1 | 0.2 |
| 自立・生活訓練給付施設 | 0.5 | 0.7 | 0.8 | 0.5 |
| 就労移行支援 | 0.8 | 1.4 | 2.0 | 0.6 |
| 就労継続・A型 | 0.2 | 0.4 | 0.8 | 0.4 |
| 就労継続・B型 | 1.9 | 2.2 | 3.8 | 1.9 |
| 共同生活介護(ケアホーム) | 1.7 | 2.1 | 6.6 | 0.3 |
| 生活訓練(援護寮) | 0.5 | 0.6 | 1.2 | 0.1 |
| 通所授産施設 | 0.4 | 0.6 | 0.7 | 0.3 |
| 小規模通所授産施設 | 0.4 | 1.0 | 0.9 | 1.0 |
| 精神障害者小規模作業所 | 1.3 | 2.6 | 2.5 | 4.1 |
| その他施設 | 0.8 | 1.6 | 0.6 | 1.3 |
| デイケア実施病院 | 1.8 | 2.5 | 4.7 | 1.5 |
| デイケア実施診療所 | 0.5 | 1.5 | 1.7 | 2.1 |
| デイケア実施保健福祉センター | 0.0 | 0.1 | 0.2 | 0.1 |
| デイケア実施市町村 | 1.4 | 1.2 | 0.0 | 0.7 |
| デイケア実施施設(その他) | 0.3 | 0.6 | 0.1 | 2.1 |

表9に、「貴管内のデイケアを実施している施設は充足していますか」に対する回答を示す。全体では「充足」と考える回答が27.7%に対し、「不足」が36.5%と多かった。保健所区別には、中核市型でやや「充足」が多く、特別区では「不足」がやや多かった。

表9 管内デイケア実施施設は充足していますか？

| 回答数 | 充足 | 不足 | どちらとも いえない | 無回答 | 計 |
|-------|-----|-----|---------------|-----|-----|
| 都道府県型 | 87 | 128 | 87 | 14 | 316 |
| 政令都市型 | 12 | 6 | 22 | 4 | 44 |
| 中核市型 | 13 | 7 | 14 | 1 | 35 |
| 特別区 | 2 | 9 | 5 | | 16 |
| 全保健所 | 114 | 150 | 128 | 19 | 411 |

| 割合(%) | 充足 | 不足 | どちらとも いえない | 無回答 | 計 |
|-------|-------|-------|---------------|------|------|
| 都道府県型 | 27.5% | 40.5% | 27.5% | 4.4% | 100% |
| 政令都市型 | 27.3% | 13.6% | 50.0% | 9.1% | 100% |
| 中核市型 | 37.1% | 20.0% | 40.0% | 2.9% | 100% |
| 特別区 | 12.5% | 56.3% | 31.3% | 0.0% | 100% |
| 全保健所 | 27.7% | 36.5% | 31.1% | 4.6% | 100% |

表10に、デイケア実施割合を保健所区別に示す。デイケアを実施している施設の割合が最も高いのは特別区で、次いで中核市型、政令市型、都道府県型の順であった。

表10 精神科デイケア実施割合

| 回答数 | 実施 | 実施なし | 無回答 | 計 |
|-------|-----|------|-----|-----|
| 都道府県型 | 68 | 248 | | 316 |
| 政令都市型 | 22 | 21 | 1 | 44 |
| 中核市型 | 25 | 10 | | 35 |
| 特別区 | 13 | 3 | | 16 |
| 全保健所 | 128 | 282 | 1 | 411 |

| 割合(%) | 実施 | 実施なし | 無回答 | 計 |
|-------|-------|-------|------|------|
| 都道府県型 | 21.5% | 78.5% | 0.0% | 100% |
| 政令都市型 | 50.0% | 47.7% | 2.3% | 100% |
| 中核市型 | 71.4% | 28.6% | 0.0% | 100% |
| 特別区 | 81.3% | 18.8% | 0.0% | 100% |
| 全保健所 | 31.1% | 68.6% | 0.2% | 100% |

表11に、デイケア実施状況別の、デイケア実施施設の充足状況についての回答の関係を示す。デイケア施設数が「充足」とする施設では、デイケアを実施している施設の割合が28.9%であったのに対し、デイケア施設数が「不足」とする施設ではデイケアを実施している施設の割合が32.7%とやや高かった。

表11 管内デイケア実施施設充足感と実施割合

| 回答数 | 実施 | 実施なし | 無回答 | 計 |
|-----------|-----|------|-----|-----|
| 充足 | 33 | 81 | | 114 |
| 不足 | 49 | 101 | | 150 |
| どちらともいえない | 44 | 84 | | 128 |
| 無回答 | 2 | 16 | 1 | 19 |
| 計 | 128 | 282 | 1 | 411 |

| 割合(%) | 実施 | 実施なし | 無回答 | 計 |
|-----------|-------|-------|------|------|
| 充足 | 28.9% | 71.1% | | 100% |
| 不足 | 32.7% | 67.3% | | 100% |
| どちらともいえない | 34.4% | 65.6% | | 100% |
| 無回答 | 10.5% | 84.2% | 5.3% | 100% |
| 計 | 31.1% | 68.6% | 0.2% | 100% |

3. デイケアを実施している保健所用質問票の回答

共通質問において、現在デイケアを実施中と回答した128施設の結果について分析した。

表12に、デイケアを開始した時期についての結果を示す。1980年から1989年開始が46.9%と最も多く、次いで1970年から1979年であった。

表12 デイケア開始時期

| 開始年 | 回答数 | 割合(%) |
|-----------|-----|-------|
| 1970-1979 | 32 | 25.0% |
| 1980-1989 | 60 | 46.9% |
| 1990-1999 | 18 | 14.1% |
| 2000-2009 | 13 | 10.2% |
| 無回答 | 5 | 3.9% |
| 計 | 128 | 100% |

表13に、平成19年度のデイケアを実施のべ日数の結果を示す。平均67.1日であるが、保健所区分別に見ると、都道府県型で37.3日、政令都市型57.1日、中核都市型67.9日、特別区166.9日であった。支所を抱える大規模保健所の回答は、支所の実施日数の合計の回答になっているため、結果の解釈に注意を要する。

表13 平成19年度デイケア実施延べ日数

| 保健所区分 | 合計のべ日数 | 保健所あたり平均 |
|-------|--------|----------|
| 都道府県型 | 2534 | 37.3 |
| 政令都市型 | 914 | 57.1 |
| 中核都市型 | 1493 | 67.9 |
| 特別区 | 1836 | 166.9 |
| 全保健所 | 8392 | 67.1 |

表14に平成16年度から19年度のデイケア参加者数を、実人数とのべ人数で評価した結果を示す。実人数の平均値は、平成16年度の49.6人から平成19年度39.6人に減少し、平均のべ人数も、906.3人から596.5人へ減少する傾向がみられた。

表14 デイケア参加者数の推移

| | 実人数 | 施設平均実人数 | のべ人数 | 施設平均のべ人数 |
|-------|-------|---------|---------|----------|
| H16年度 | 5,602 | 49.6 | 106,948 | 906.3 |
| H17年度 | 5,676 | 48.9 | 94,143 | 784.5 |
| H18年度 | 5,456 | 44.7 | 86,204 | 700.8 |
| H19年度 | 4,909 | 39.6 | 73,962 | 596.5 |

表15に、保健所区分別のデイケア参加者数の推移を示す。参加者の減少は都道府県型保健所のみでなく、その他の区分の保健所でも減少傾向にあることが明らかになった。

表15 保健所区分デイケア参加者(実人数)の推移

| 合計 | H16年度 | H17年度 | H18年度 | H19年度 |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 都道府県型 | 1722 | 1725 | 1570 | 1479 |
| 政令都市型 | 2390 | 2351 | 2300 | 1998 |
| 中核市型 | 702 | 775 | 769 | 724 |
| 特別区 | 788 | 825 | 817 | 708 |
| 全保健所 | 5602 | 5676 | 5456 | 4909 |

| 施設平均 | H16年度 | H17年度 | H18年度 | H19年度 |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 都道府県型 | 28.2 | 27.8 | 23.8 | 21.8 |
| 政令都市型 | 125.8 | 117.6 | 109.5 | 95.1 |
| 中核市型 | 33.4 | 36.9 | 35.0 | 32.9 |
| 特別区 | 65.7 | 63.5 | 62.8 | 54.5 |
| 全保健所 | 49.6 | 48.9 | 44.7 | 39.6 |

表16に平成19年度1年間にデイケアに従事したスタッフののべ人数を職種別、常勤非常勤別を示す。実施のべ日数あたりの従事者で最も多かった常勤スタッフは保健師の1.2人で、次いで精神福祉相談員の0.3人であった。

表16 平成19年度デイケア従事者数

| 常勤職種 | 従事者のべ人数 | | 実施日数あたり従事者数 | |
|-----------|---------|------|-------------|-----|
| | 合計 | 施設平均 | 合計 | 平均 |
| 保健師 | 8847 | 73.7 | 154.2 | 1.2 |
| 精神保健福祉士 | 2289 | 27.9 | 17.6 | 0.1 |
| 精神保健福祉相談員 | 2457 | 28.2 | 36.2 | 0.3 |
| 看護師 | 260 | 3.6 | 1.7 | 0.0 |
| 医師 | 35 | 0.5 | 0.6 | 0.0 |
| 臨床心理士 | 177 | 2.5 | 1.2 | 0.0 |
| 作業療法士 | 105 | 1.5 | 3.1 | 0.0 |
| 理学療法士 | 2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| その他 | 697 | 7.7 | 19.2 | 0.2 |

| 非常勤職種 | 従事者のべ人数 | | 実施日数あたり従事者数 | |
|-----------|---------|------|-------------|-----|
| | 合計 | 施設平均 | 合計 | 平均 |
| 保健師 | 1160 | 15.7 | 11.0 | 0.1 |
| 精神保健福祉士 | 1846 | 24.6 | 15.7 | 0.1 |
| 精神保健福祉相談員 | 79 | 1.3 | 2.2 | 0.0 |
| 看護師 | 226 | 3.5 | 3.2 | 0.0 |
| 医師 | 279 | 4.0 | 3.2 | 0.0 |
| 臨床心理士 | 674 | 11.2 | 6.7 | 0.1 |
| 作業療法士 | 261 | 4.1 | 3.9 | 0.0 |
| 理学療法士 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| その他 | 2395 | 27.2 | 36.5 | 0.3 |

表17には、平成19年度のデイケア事業の年間経費(決算額)を示す。この結果は、128保健所のうち回答した117保健所の結果である。平均年間経費は1施設あたり794,229円で、合計92,924,824円であった。保健所区分別に見ると、都道府県型が最も少なく、政令都市、中核都市、特別区の順で増加した。

表17 平成19年度デイケア事業予算

| のべ日数 あたり予算 | 平成19年度 | | | | | |
|---------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|-------------|
| | 全保健所 | 都道府県型 | 政令都市型 | 中核市型 | 特別区 | |
| 回答施設数 | 117 | 65 | 20 | 21 | 11 | |
| 平均 | ¥8,583 | ¥794,229 | ¥143,014 | ¥348,677 | ¥81,131 | ¥5,419,806 |
| 最小値 | ¥0 | ¥0 | ¥0 | ¥20,000 | ¥9,000 | ¥214,000 |
| 25%点 | ¥1,431 | ¥49,970 | ¥20,000 | ¥163,070 | ¥195,842 | ¥2,471,813 |
| 50%点 | ¥4,537 | ¥159,120 | ¥65,610 | ¥280,750 | ¥503,713 | ¥3,880,987 |
| 50%点 | ¥10,104 | ¥443,000 | ¥159,120 | ¥406,604 | ¥779,415 | ¥6,520,190 |
| 最大値 | ¥72,188 | ¥16,000,000 | ¥1,400,000 | ¥1,780,680 | ¥5,900,000 | ¥16,000,000 |
| 合計 | ¥1,012,825 | ¥92,924,824 | ¥9,295,891 | ¥6,973,543 | ¥17,037,525 | ¥59,617,865 |

表18に、デイケア利用者の特性について示す。結果は平成20年7月から9月の利用者の実人数の結果

である。男性が 56.6%とやや多く、年齢階級では 30 歳から 40 歳代が最も多かった。都道府県型は 40 歳代に、市区型は 30 歳代にピークを認め、後者の方が比較的若年層を対象としていた。

表18 平成20年7-9月の利用者数

| 参加者特性 | 回答数 | 割合(%) |
|-------|------|-------|
| 男性 | 1425 | 56.6% |
| 女性 | 1092 | 43.4% |
| 計 | 2517 | 100% |
| 10代 | 11 | 0.4% |
| 20代 | 263 | 10.4% |
| 30代 | 690 | 27.4% |
| 40代 | 694 | 27.6% |
| 50代 | 488 | 19.4% |
| 60代 | 218 | 8.7% |
| 70歳以上 | 23 | 0.9% |
| 不明 | 130 | 5.2% |
| 計 | 2517 | 100% |

表 19 に、平成 20 年 7-9 月に保健所デイケアを利用した 2517 名の疾病を示す。1 人で複数の疾病を有する場合は重複回答となっているため、合計人数は 2517 人には一致しない。最も多かったのは統合失調症で 1917 人、次いでうつ病 124 人、発達障害 60 人、不安障害 52 人、双極性障害 46 人の順であった。「その他」で最も多かったのはてんかんの 30 人で、知的障害、高次脳機能障害、アスペルガー症候群、自閉症等も少数みられた。

表19 平成20年7-9月の利用者数

| 疾病(重複回答あり) | 参加者実人数 |
|------------|--------|
| 統合失調症 | 1917 |
| うつ病 | 124 |
| 発達障害 | 60 |
| 不安障害 | 52 |
| 双極性障害 | 48 |
| 非定型精神疾患 | 37 |
| 人格障害 | 27 |
| ひきこもり | 25 |
| 強迫性障害 | 22 |
| アルコール依存症 | 13 |
| 薬物依存 | 3 |
| 摂食障害 | 1 |
| PTSD | 0 |
| その他 | 144 |
| てんかん | 30 |
| 知的障害 | 7 |
| 高次機能障害 | 3 |
| アスペルガー症候群 | 2 |
| 計 | 2329 |

表 20 に、平成 20 年 7-9 月に保健所デイケアを利用した 2517 名の病期と利用期間を示す。病期は慢性

期(寛解期)の 86.7%が最も多く、利用期間では 2 年以上の長期利用者が 59.3%、1 年以内の短期利用者が 19.5%であった。

表20 デイケア利用者の病気と利用期間

| | 回答数 | 割合(%) |
|----------------|------|-------|
| 病期 | | |
| 急性期(退院直後) | 52 | 2.1% |
| 慢性期(寛解期) | 2182 | 86.7% |
| その他 | 83 | 3.3% |
| 不明 | 200 | 7.9% |
| 計 | 2517 | 100% |
| 利用期間 | | |
| 短期間(12か月未満) | 491 | 19.5% |
| 中期間(12-24か月未満) | 349 | 13.9% |
| 長期間(24か月以上) | 1493 | 59.3% |
| 不明 | 184 | 7.3% |
| 計 | 2517 | 100% |

表 21 に、128 施設のデイケアの支援内容を示す。実施割合が最も高かったのは「生活スキルの習得支援」の 85.0% で、次いで「共同作業所や他の社会復帰施設へのステップ」(81.4%)、「慢性期患者への居場所の提供(疲れた時の拠り所)」(78.6%)、「再発・再入院予防支援」(72.9%) の順であった。

表21 デイケアの支援内容

| 支援内容 | 実施施設数 | 実施割合 |
|----------------------|-------|-------|
| 生活スキルの習得支援 | 119 | 85.0% |
| 共同作業所や他の社会復帰施設へのステップ | 114 | 81.4% |
| 慢性期患者の居場所提供 | 110 | 78.6% |
| 再発・再入院予防支援 | 102 | 72.9% |
| 慢性期患者の居場所提供止まり木提供 | 88 | 62.9% |
| 回復期リハビリテーション | 77 | 55.0% |
| 就労支援 | 46 | 32.9% |
| 復職支援 | 20 | 14.3% |
| 在宅急性期医療の一環 | 18 | 12.9% |
| その他 | 4 | 2.9% |

表 22 に平成 20 年 7 月～9 月の 3 ヶ月間に実施したデイケアプログラムの目的及び具体的内容の記述について、目的別に分類した結果を示す。127 保健所から回答があり、延プログラム件数は 862 件であった。目的の具体性による分類では、具体的カテゴリーは「疾病理解」「生活技術の向上」「生活体験の拡大」「作業能力の向上」「職業回復」の 5 カテゴリー、やや具体的カテゴリーは「体力の向上」「対人スキルの練習」「チームワーク」「役割分担」「自己表現」「交流・仲間作り」「リラクゼーション」の 7 カテゴリー、抽象的カテゴリーは「自主性」「集中力・持久力」「思考の幅を広げる」「個別に対応する」の 4 カテゴリーで、計 16 カテゴリーに整理された。また、プログラム内容で最も多かったのは「料理」124 件で、次いで「レクリエーション」

ョン」61件、「行事打ち合わせ」46件、「施設見学・社会見学」40件であった。

表22 デイケアプログラム目的及び内容

| 目的の具体性 | NO. | 目的 | プログラム | 件数 | |
|----------|----------|----------------|-----------------|---------|----|
| 具体的 | 1 | 疾病理解 | 医師との懇談会・講義 | 11 | |
| | | | 学習会 | 17 | |
| | 2 | 生活技術の向上 | 健康チェック・測定 | 17 | |
| | | | 検診 | 2 | |
| | 3 | 生活体験の拡大 | SST | 1 | |
| | | | 生活体験 | 2 | |
| | | | 勉強会 | 7 | |
| | | | 生け花・フラワーアレンジメント | 2 | |
| | | | 映画・DVD | 2 | |
| | | | 園芸 | 2 | |
| | | | 絵画・作品づくり | 2 | |
| | | | 外出の練習 | 11 | |
| | | | 学習会 | 9 | |
| | | | 季節の行事 | 11 | |
| | | | 茶道 | 6 | |
| | | | 施設見学・社会見学 | 40 | |
| | | | 手工芸 | 10 | |
| | | | 書道 | 5 | |
| | 4 | 作業能力の向上 | 俳句 | 2 | |
| | | | ボランティア | 3 | |
| 料理 | | | 3 | | |
| レクリエーション | | | 3 | | |
| 音楽 | | | 1 | | |
| 喫茶運営 | | | 1 | | |
| 手工芸 | | | 31 | | |
| その他製作 | | | 5 | | |
| 陶芸 | | | 4 | | |
| ドリル | | | 2 | | |
| 5 | 職業回復 | パソコン | 3 | | |
| | | SST | 1 | | |
| | | 学習会(就労準備) | 11 | | |
| | | 作業所見学 | 3 | | |
| | | 実践(就労準備) | 6 | | |
| | | ゲートボール・グランドゴルフ | 3 | | |
| | | 講義 | 3 | | |
| | | ストレッチ・ヨガ | 22 | | |
| | | その他スポーツ | 12 | | |
| | | ソフトバレー・風船バレー | 8 | | |
| 6 | 体力の向上 | ダンス | 2 | | |
| | | 太極拳 | 2 | | |
| | | 体づくり | 9 | | |
| | | 卓球 | 21 | | |
| | | テニス | 2 | | |
| | | ハイキング・ウォーキング | 8 | | |
| | | バドミントン | 2 | | |
| | | ボウリング | 4 | | |
| | | SST | 17 | | |
| | | 学習会 | 2 | | |
| | | 座談会 | 5 | | |
| | | 対人関係訓練 | 6 | | |
| | | 7 | 対人スキルの練習 | 行事打ち合わせ | 46 |
| | | | | 行事準備 | 7 |
| 8 | チームワーク | 共同作業 | 4 | | |
| | | イベントでの役割 | 2 | | |
| 9 | 役割分担 | 係活動 | 1 | | |
| | | 音楽 | 2 | | |
| 10 | 自己表現 | 発表 | 3 | | |
| | | 絵画 | 28 | | |
| | | 再発防止 | 1 | | |
| | | 自己啓発 | 1 | | |
| | | 自己理解 | 4 | | |
| | | 手工芸・作品づくり | 14 | | |
| | | 書道 | 4 | | |
| | | 新聞づくり | 1 | | |
| | | その他創作 | 8 | | |
| | | イベント参加 | 21 | | |
| 11 | 交流・仲間作り | 外出 | 5 | | |
| | | 計画立案・話し合い | 4 | | |
| | | 座談会 | 11 | | |
| | | スポーツ | 25 | | |
| | | 創作 | 6 | | |
| | | レクリエーション | 61 | | |
| 12 | リラクゼーション | カラオケ | 17 | | |
| | | 音楽 | 22 | | |
| | | 映画 | 5 | | |
| | | DVD | 16 | | |
| 13 | 自主性 | ストレッチ・ヨガ | 11 | | |
| | | 自由活動 | 15 | | |
| | | 発表 | 1 | | |
| | | プログラム企画 | 2 | | |
| | | 創作 | 3 | | |
| | | DVD鑑賞 | 1 | | |
| | | 情報交換・学習会 | 13 | | |
| | | 反省・振り返り | 2 | | |
| 14 | 集中力・持久力 | 座談会 | 6 | | |
| | | プログラム件数 | 862 | | |
| 15 | 思考の幅を広げる | | | | |
| | | | | | |
| 16 | 個別に対応する | | | | |
| | | | | | |

表23に、他施設のデイケアを併用する者の人数と、利用者全体に占める割合を示す。病院デイケア併用者が最も多く133人(5.3%)で、次いで市町村デイケアの38人(1.5%)であった。他の機関のデイケア併用者の合計は228人で、利用者全体の9.1%であった。

表23 他施設デイケアの併用者

| 併用施設 | 併用者数 | 利用者全体(2512人)に占める割合 |
|--------|------|--------------------|
| 病院 | 133 | 5.3% |
| 診療所 | 29 | 1.2% |
| 福祉センター | 3 | 0.1% |
| 市町村 | 38 | 1.5% |
| その他 | 25 | 1.0% |
| 計 | 228 | 9.1% |

平成20年7-9月の利用者・併用者の結果

表24にデイケア利用者の評価についての結果を示す。80施設(62.5%)が評価を実施しているが、そのうち評価基準を作成しているのは13施設(16.3%)であった。

表24 デイケア利用者の評価の実施状況

| 評価の実施 | 回答数 | 割合(%) |
|---------|-----|-------|
| 評価している | 80 | 62.5% |
| 評価していない | 47 | 36.7% |
| 無回答 | 1 | 0.8% |
| 計 | 128 | 100% |

| 評価基準作成の有無 | 回答数 | 割合(%) |
|-----------|-----|-------|
| 作成している | 13 | 16.3% |
| 作成していない | 67 | 83.8% |
| 計 | 80 | 100% |

表25に、デイケア終了者についての結果を示す。平成19年度のデイケア終了者は合計454人で、デイケア参加者総数4909人の9.2%であった。保健所区分別には、都道府県型に比べて他の保健所区分では終了者の割合が高かった。

表25 デイケア終了者

| 保健所区分 | A:終了者 | B:参加者 | 割合(A/B) |
|-------|-------|-------|---------|
| 都道府県型 | 66 | 1479 | 4.5% |
| 政令都市型 | 119 | 598 | 19.9% |
| 中核市型 | 123 | 684 | 18.0% |
| 特別区 | 146 | 642 | 22.7% |
| 全保健所 | 454 | 4909 | 9.2% |

表26に、デイケア終了者の、終了後の状況について示す。終了後の状況は重複回答があるため、表25の合計終了者数454人には一致しない。

全参加者4909人のうち、病状の悪化が85人に見られ、これは都道府県型では少なかった。一方、他施設の移行者としては、就労移行型への移行109名、地域活動支援センターへの移行46人、病院・診療所デイケアへの移行34人の計189人である。その他施設の

205 人の内訳は、作業所等就労が最も多く、次いで転居、死亡、家事等であった。参加者に占める他施設への移行者の割合は、都道府県型保健所では、他の保健所比べて少なかった。

表26 デイケア終了者の終了後の状況

| 終了後の状況(重複回答あり) | 都道府県型 | 政令都市型 | 中核市型 | 特別区 | 全保健所 |
|----------------|-------|-------|------|-----|------|
| 就労移行型へ移行 | 18 | 23 | 17 | 51 | 109 |
| 地域活動支援センターへ移行 | 14 | 10 | 11 | 11 | 46 |
| 病院・診療所デイケアへ移行 | 8 | 12 | 11 | 3 | 34 |
| 病状が悪化 | 12 | 23 | 25 | 25 | 85 |
| その他 | 27 | 58 | 64 | 56 | 205 |
| 計 | 79 | 126 | 128 | 146 | 479 |
| 参加者数 | 1479 | 598 | 684 | 642 | 4909 |

| 参加者数に占める割合(%) | 都道府県型 | 政令都市型 | 中核市型 | 特別区 | 全保健所 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|------|
| 就労移行型へ移行 | 1.2% | 3.8% | 2.5% | 7.9% | 2.2% |
| 地域活動支援センターへ移行 | 0.9% | 1.7% | 1.6% | 1.7% | 0.9% |
| 病院・診療所デイケアへ移行 | 0.5% | 2.0% | 1.6% | 0.5% | 0.7% |
| 病状が悪化 | 0.8% | 3.8% | 3.7% | 3.9% | 1.7% |
| その他 | 1.8% | 9.7% | 9.4% | 8.7% | 4.2% |
| 計 | 5.3% | 21.1% | 18.7% | 22.7% | 9.8% |
| 参加者数 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

表 27 に、「今後、これまでとは違う新たなデイケアプログラムが必要ですか」に対する回答を示す。「必要である」は 26.6%(34/128)であった。必要とする回答の割合は、都道府県型保健所より、他の保健所で高い傾向がみられた。

表27 新規プログラムの必要性

| 回答数 | 必要 | 不要 | 無回答 | 計 |
|-------|----|----|-----|-----|
| 都道府県型 | 14 | 53 | 1 | 68 |
| 政令都市型 | 5 | 16 | 1 | 22 |
| 中核市型 | 8 | 17 | | 25 |
| 特別区 | 7 | 6 | | 13 |
| 全保健所 | 34 | 92 | 2 | 128 |

| 割合(%) | 必要 | 不要 | 無回答 | 計 |
|-------|-------|-------|------|------|
| 都道府県型 | 20.6% | 77.9% | 1.5% | 100% |
| 政令都市型 | 22.7% | 72.7% | 4.5% | 100% |
| 中核市型 | 32.0% | 68.0% | 0.0% | 100% |
| 特別区 | 53.8% | 46.2% | 0.0% | 100% |
| 全保健所 | 26.6% | 71.9% | 1.6% | 100% |

表 28 に、「新たなデイケアプログラムが必要である」と回答した 34 施設の、「どのような疾病を対象としたプログラムが必要ですか」に対する回答を示す。

対象疾患として最も多かったのはうつ病、統合失調症、発達障害、ひきこもりの順であった。「その他」では自閉症、高次脳機能障害、若年発症統合失調症があった。

表28 新規プログラムの内容(対象疾病)

| 対象疾病 | 必要 | 割合(%) |
|----------|----|-------|
| うつ病 | 19 | 55.9% |
| 統合失調症 | 18 | 52.9% |
| 発達障害 | 18 | 52.9% |
| ひきこもり | 17 | 50.0% |
| 双極性障害 | 9 | 26.5% |
| 不安障害 | 8 | 23.5% |
| 非定型精神疾患 | 8 | 23.5% |
| 強迫性障害 | 7 | 20.6% |
| 人格障害 | 6 | 17.6% |
| 摂食障害 | 3 | 8.8% |
| アルコール依存症 | 2 | 5.9% |
| 薬物依存 | 2 | 5.9% |
| PTSD | 2 | 5.9% |
| その他 | 6 | 17.6% |

「新規プログラム必要」と回答した34施設に占める割合

表 29 に、「新たなデイケアプログラムが必要である」と回答した 34 施設の、「どのような支援を目的としたデイケアプログラムが必要ですか」に対する回答を示す。「生活スキルの習得支援」が最も多く、次いで「再発・再入院予防支援」、「共同作業所や他の社会復帰施設へのステップ」、「回復期リハビリテーション」の順で多かった。「その他」では、長期入院患者の退院後の地域生活支援、自助グループ育成があった。

表29 新規プログラムの内容(支援内容)

| 支援内容 | 必要 | 割合(%) |
|----------------------|----|-------|
| 生活スキルの習得支援 | 27 | 79.4% |
| 再発・再入院予防支援 | 25 | 73.5% |
| 共同作業所や他の社会復帰施設へのステップ | 24 | 70.6% |
| 回復期リハビリテーション | 23 | 67.6% |
| 慢性期患者の居場所提供止まり木提供 | 18 | 52.9% |
| 就労支援 | 17 | 50.0% |
| 慢性期患者の居場所提供 | 15 | 44.1% |
| 在宅急性期医療の一環 | 12 | 35.3% |
| 復職支援 | 9 | 26.5% |
| その他 | 5 | 14.7% |

「新規プログラム必要」と回答した34施設に占める割合

表 30 に、現在デイケアを実施中と回答した 129 施設の、「管内デイケア実施機関へどのような支援(連携)をしていますか」に対する回答を示す。もっとも多かった支援内容は「ケース検討」の 38.3%で、次いでプログラム企画の相談(18.0%)、ボランティア養成相談(16.4%)の順で多かった。「その他」では、デイケア実施機関の連絡会や交流会の開催、事業の共同実施、SST 等講師派遣があった。

表30 管内デイケア施設への支援(連携)

| 支援内容 | 支援している | 割合(%) |
|--------------|--------|-------|
| ケース検討 | 49 | 38.3% |
| プログラム企画の相談 | 23 | 18.0% |
| ボランティア養成相談 | 21 | 16.4% |
| デイケアスタッフへの研修 | 11 | 8.6% |
| その他 | 17 | 13.3% |

デイケアを実施している128施設に占める割合

表 31 に、「今後、保健所デイケアを継続する必要があるか」の回答を示す。全体では「必要である」は 46.9%であったが、保健所区分別には都道府県型では 30.9%と全体より低く、政令都市型 50.0%、中核市型 72.0%、特別区 76.9%では高かった。

表31 保健所デイケアの継続必要性

| 回答数 | 継続必要 | 不要 | どちらとも いえない | 無回答 | 計 |
|-------|------|----|---------------|-----|-----|
| 都道府県型 | 21 | 15 | 30 | 2 | 68 |
| 政令都市型 | 11 | 2 | 8 | 1 | 22 |
| 中核市型 | 18 | 1 | 5 | 1 | 25 |
| 特別区 | 10 | | 3 | | 13 |
| 全保健所 | 60 | 18 | 46 | 4 | 128 |

| 割合(%) | 継続必要 | 不要 | どちらとも いえない | 無回答 | 計 |
|-------|-------|-------|---------------|------|------|
| 都道府県型 | 30.9% | 22.1% | 44.1% | 2.9% | 100% |
| 政令都市型 | 50.0% | 9.1% | 36.4% | 4.5% | 100% |
| 中核市型 | 72.0% | 4.0% | 20.0% | 4.0% | 100% |
| 特別区 | 76.9% | 0.0% | 23.1% | 0.0% | 100% |
| 全保健所 | 46.9% | 14.1% | 35.9% | 3.1% | 100% |

現在精神科デイケアを実施している128施設の回答

デイケアを実施している保健所で「継続は必要である」と回答した理由として、「管内にデイケア施設や社会復帰施設等が少ない」が最も多く、次いで「保健所のデイケアの有用性」であった。保健所のデイケアの有用性に関して、「小規模でありかつ回数が週 1 回程度と少ないことで、他の機関の大規模デイケアになじめない人や週 1 回程度の利用しかできない人も利用でき、大切な拠り所となっている。」「慢性期の閉じこもりがちになる精神障害者の最初の第一歩の受け皿として、また退院後の社会生活を送るための最初の足がかりとして、さらに次のステップアップへの通過点として保健所は大切な役割を担っている。」「保健所は訪問とデイケアをセットで提供できることで、家族も含めたよりきめ細かな対応が可能になる。このことは中断を防ぐために大きな利点である。」「地域のボランティア団体とも連携した支援を行っており、地域全体で障害者を支える仕組みづくりにつながっている。」等であった。さらに、民間が実施していないひきこもり、高次脳機能障害、広汎性発達障害、うつ病の復職支援、薬物等新たな役割も求められている。

デイケアを実施している保健所で「継続は必要ない」と回答した理由として、「医療機関や地域活動支援センター等地域の社会資源が整備されたため」が最も多く、次いで「精神障害者の相談窓口が身近な市町村に移行したため」であった。一方、統合失調症を中心としたデイケアの必要性は低いものの、前述したとおり、受け皿のないひきこもり、高次脳機能障害、広汎性発達障害に対する新たなデイケアプログラムの必要性について今後の課題としてあげていた。

デイケアを実施している保健所で「継続の必要性についてどちらとも言えない」と回答した理由として、「参加人数が減少し、必要性は低下しているものの、市町村の受け皿が十分とは言えず廃止するまでは至っていない」、「現在移行期であり、社会資源が充足するまでの間は実施予定である」、「居住地と社会資源に地域偏在があるため」、「様々な受け皿があり利用者が選択できることが大切であるため」、「保健所デイケア位置づけが不明確であり今後あり方を検討する必要があるため」等の意見があった。また、市町村は「居場所的なデイケア」を、保健所は「就労準備支援」と役割分担をしているところもあった。

4. 現在デイケアを実施していない保健所用質問の回答

共通質問において、現在デイケアを実施していないと回答した 282 施設の結果について分析した。

表 32 に、「過去に精神障害を対象としたデイケアを実施していましたか」に対する回答を示す。「実施していた」は 250 施設 (91.5%) であった。

表32 過去における精神科デイケア実施の有無

| 回答数 | 過去実施あり | なし | 無回答 | 計 |
|-------|--------|----|-----|-----|
| 都道府県型 | 227 | 19 | 2 | 248 |
| 政令都市型 | 13 | 8 | | 21 |
| 中核市型 | 7 | 3 | | 10 |
| 特別区 | 3 | | | 3 |
| 全保健所 | 250 | 30 | 2 | 282 |

| 割合(%) | 過去実施あり | なし | 無回答 | 計 |
|-------|--------|-------|------|------|
| 都道府県型 | 91.5% | 7.7% | 0.8% | 100% |
| 政令都市型 | 61.9% | 38.1% | 0.0% | 100% |
| 中核市型 | 70.0% | 30.0% | 0.0% | 100% |
| 特別区 | 100% | 0.0% | 0.0% | 100% |
| 全保健所 | 88.7% | 10.6% | 0.7% | 100% |

現在精神科デイケアを実施していない282施設の結果

表 33 にデイケアを開始した時期と終了した時期についての結果を示す。開始時期は、1970 年代が 90 施設、1980 年代が 93 施設で最も多かった。これはデイケア実施保健所より若干早期から開始していた。

表33 デイケア開始時期

| デイケア開始時期 | 回答数 | 割合(%) |
|------------|-----|-------|
| 1960-1969年 | 3 | 1.2% |
| 1970-1979年 | 90 | 36.0% |
| 1980-1989年 | 93 | 37.2% |
| 1990-1999年 | 18 | 7.2% |
| 2000-2009年 | 5 | 2.0% |
| 無回答 | 41 | 16.4% |
| 計 | 250 | 100% |

表 34 に、デイケアを終了した時期の結果を示す。2000 年以降徐々に終了した施設が増加し、2006 年が 61 施設で最も多く、その後減少傾向となっていた。終了した時期について回答した 247 施設のうち、2000 年以後にデイケアを終了した施設の割合は、96.8%であった。

表34 デイケア終了時期

| デイケア終了時期 | 回答数 | 割合(%) | 累積割合(%) |
|----------|-----|--------|---------|
| 2008年 | 7 | 2.8% | 2.8% |
| 2007年 | 36 | 14.4% | 17.2% |
| 2006年 | 61 | 24.4% | 41.6% |
| 2005年 | 44 | 17.6% | 59.2% |
| 2004年 | 32 | 12.8% | 72.0% |
| 2003年 | 25 | 10.0% | 82.0% |
| 2002年 | 20 | 8.0% | 90.0% |
| 2001年 | 10 | 4.0% | 94.0% |
| 2000年 | 7 | 2.8% | 96.8% |
| 1999年 | 2 | 0.8% | 97.6% |
| 1998年 | 3 | 1.2% | 98.8% |
| 1995年 | 1 | 0.4% | 99.2% |
| 無回答 | 2 | 0.8% | 100.0% |
| 計 | 250 | 100.0% | |

表 35 に、過去実施していたデイケアのサービス内容についての結果を示す。実施割合が最も高かったのは「慢性期患者の居場所提供」で、次いで「共同作業所や他の社会復帰施設へのステップ」、「生活スキルの習得支援」、「再発・再入院予防支援」の順で、これらはすべて 90%以上の実施割合であった。この結果は、現在デイケアを実施している施設の結果では「生活スキルの習得支援」、「共同作業所や他の社会復帰施設へのステップ」の順であった結果とやや異なる。

表35 過去に実施していたデイケアサービスの支援内容

| 支援内容 | 実施 | 割合(%) |
|----------------------|-----|-------|
| 慢性期患者の居場所提供 | 243 | 97.2% |
| 共同作業所や他の社会復帰施設へのステップ | 237 | 94.8% |
| 生活スキルの習得支援 | 237 | 94.8% |
| 再発・再入院予防支援 | 227 | 90.8% |
| 慢性期患者の居場所提供止まり木提供 | 188 | 75.2% |
| 回復期リハビリテーション | 181 | 72.4% |
| 就労支援 | 116 | 46.4% |
| 復職支援 | 69 | 27.6% |
| 在宅急性期医療の一環 | 39 | 15.6% |
| その他 | 20 | 8.0% |

過去にデイケア実施歴がある250施設に占める割合

表 36 に、保健所デイケアを終了した理由についての結果を示す。最も多かった理由は、「保健所デイケア以外の社会資源の充実」で、次いで「予算を確保できない」、「デイケアを市町村が実施するようになった」、「マンパワー不足」の順であった。「その他」では、「都道府県の方針」、「自立支援法施行による制度改正のため」、「自助グループへ移行」などがあつた。

表36 デイケアを終了した理由

| デイケア終了の理由 | 該当 | 割合(%) |
|---------------------|-----|-------|
| 保健所デイケア以外の社会資源の充実 | 172 | 68.8% |
| 予算確保ができない | 107 | 42.8% |
| デイケアを市町村が実施するようになった | 106 | 42.4% |
| マンパワーが足りない | 63 | 25.2% |
| 参加者がいなくなった | 24 | 9.6% |
| その他 | 59 | 23.6% |

過去にデイケア実施歴がある250施設に占める割合

表 37 に、「今後、貴保健所ではデイケア事業を実施する必要がありますか」の回答を示す。「必要である」は 5.7%で、現在実施している施設のうち「必要である」と回答した割合より少ない結果であつた。

表37 デイケア事業実施の必要性

| | 必要 | 不要 | どちらとも いえない | 無回答 | 計 |
|-------|----|-----|---------------|-----|-----|
| 都道府県型 | 14 | 171 | 61 | 2 | 248 |
| 政令都市型 | 1 | 13 | 7 | | 21 |
| 中核市型 | | 8 | 2 | | 10 |
| 特別区 | 1 | 2 | | | 3 |
| 全保健所 | 16 | 194 | 70 | 2 | 282 |

| | 必要 | 不要 | どちらとも いえない | 無回答 | 計 |
|-------|-------|-------|---------------|------|------|
| 都道府県型 | 5.6% | 69.0% | 24.6% | 0.8% | 100% |
| 政令都市型 | 4.8% | 61.9% | 33.3% | 0.0% | 100% |
| 中核市型 | 0.0% | 80.0% | 20.0% | 0.0% | 100% |
| 特別区 | 33.3% | 66.7% | 0.0% | 0.0% | 100% |
| 全保健所 | 5.7% | 68.8% | 24.8% | 0.7% | 100% |

現在デイケア実施していない282施設の結果

表 38 に、「今後、貴保健所ではデイケア事業を実施する必要がありますか」の問いに「必要である」と回答した 16 施設の、「今後、どのようなデイケアプログラム（疾病別）が必要ですか」の回答を示す。多かったのは、「ひきこもり」、「発達障害」であつた。「その他」では、高次脳機能障害、思春期のケースなどがあつた。

表38 必要なデイケアプログラム(対象疾患)

| 対象疾患 | 必要 | 割合(%) |
|----------|----|-------|
| ひきこもり | 13 | 81.3% |
| 発達障害 | 11 | 68.8% |
| 統合失調症 | 3 | 18.8% |
| うつ病 | 3 | 18.8% |
| 強迫性障害 | 2 | 12.5% |
| 人格障害 | 2 | 12.5% |
| 摂食障害 | 1 | 6.3% |
| 薬物依存 | 1 | 6.3% |
| 非定型精神疾患 | 1 | 6.3% |
| PTSD | 1 | 6.3% |
| 双極性障害 | 0 | 0.0% |
| 不安障害 | 0 | 0.0% |
| アルコール依存症 | 0 | 0.0% |
| その他 | 5 | 31.3% |

デイケア必要と回答した16施設に占める割合

表 39 に、「今後、貴保健所ではデイケア事業を実施する必要がありますか」の問いに「必要である」と回答した 15 施設の、「今後、どのようなデイケアプログラム（サービス内容別）が必要ですか」の回答を示す。

最も多かったのは「共同作業所や他の社会復帰施設へのステップ」で、次いで「慢性期患者への居場所の提供」、「生活スキルの習得支援」の順であった。

表39 必要なデイケアプログラム(支援内容)

| 支援内容 | 必要 | 割合(%) |
|----------------------|----|-------|
| 共同作業所や他の社会復帰施設へのステップ | 15 | 93.8% |
| 生活スキルの習得支援 | 13 | 81.3% |
| 慢性期患者の居場所提供 | 12 | 75.0% |
| 回復期リハビリテーション | 11 | 68.8% |
| 就労支援 | 10 | 62.5% |
| 慢性期患者の居場所提供止まり木提供 | 9 | 56.3% |
| 再発・再入院予防支援 | 9 | 56.3% |
| 復職支援 | 6 | 37.5% |
| 在宅急性期医療の一環 | 4 | 25.0% |
| その他 | 1 | 6.3% |

デイケア必要と回答した16施設に占める割合

表40に、デイケアを実施していない280施設の、「管内のデイケア実施機関へどのような支援(連携)を実施していますか」の回答を示す。最も多かったのは「ケース検討」で、次いで「デイケアスタッフへの研修」であった。すべての支援内容において、現在デイケアを実施している施設の実施割合より高かった。

表40 管内デイケア実施施設への支援(連携)

| 支援内容 | 実施 | 割合(%) |
|--------------|-----|-------|
| ケース検討会 | 135 | 47.9% |
| ボランティア育成相談 | 66 | 23.4% |
| プログラム期間の相談 | 53 | 18.8% |
| デイケアスタッフへの研修 | 49 | 17.4% |
| その他 | 45 | 16.0% |

現在デイケアを実施していない282施設に占める割合

5. デイケア実施施設の非実施施設の社会資源の比較

表41に、都道府県型保健所において、デイケア実施施設と実施していない施設の10万人あたり管内各種施設の平均施設数の比較を示す。施設数の比較では、共同生活介護(ケアホーム)および自立機能訓練給付施設を除くすべての施設数において、実施していない地域の平均施設数が、デイケアを実施していない施設の管内より高い結果であった。

表41 デイケア実施・実施なし施設の社会資源(人口10万対施設数)の比較(都道府県型保健所)

| 施設 | 都道府県型保健所平均 | 実施 | 実施なし |
|-----------------|------------|------|------|
| 精神科病院 | 2.0 | 1.55 | 2.08 |
| 精神科診療所 | 1.5 | 1.42 | 1.57 |
| 精神保健福祉センター | 0.0 | 0.01 | 0.02 |
| 地域活動支援センターⅠ型 | 0.7 | 0.50 | 0.74 |
| 地域活動支援センターⅡ型 | 0.3 | 0.18 | 0.28 |
| 地域活動支援センターⅢ型 | 1.0 | 0.78 | 1.01 |
| 共同生活介護(グループホーム) | 2.2 | 2.11 | 2.21 |
| 自立・機能訓練給付施設 | 0.0 | 0.02 | 0.02 |
| 自立・生活訓練給付施設 | 0.3 | 0.11 | 0.32 |
| 就労移行支援 | 0.4 | 0.29 | 0.48 |
| 就労継続・A型 | 0.1 | 0.05 | 0.11 |
| 就労継続・B型 | 1.2 | 0.74 | 1.33 |
| 共同生活介護(ケアホーム) | 1.0 | 1.21 | 0.94 |
| 生活訓練(援護寮) | 0.3 | 0.27 | 0.32 |
| 通所授産施設 | 0.4 | 0.15 | 0.44 |
| 小規模通所授産施設 | 0.2 | 0.17 | 0.19 |
| 精神障害者小規模作業所 | 0.7 | 0.46 | 0.77 |
| その他施設 | 0.4 | 0.33 | 0.46 |
| デイケア実施病院 | 1.2 | 1.05 | 1.18 |
| デイケア実施診療所 | 0.2 | 0.14 | 0.22 |
| デイケア実施保健福祉センター | 0.0 | 0.00 | 0.01 |
| デイケア実施市町村 | 1.2 | 0.84 | 1.34 |
| デイケア実施施設(その他) | 0.1 | 0.16 | 0.11 |

表42に、政令指定都市型保健所において、デイケア実施施設と実施していない施設の10万人あたり管内各種施設の平均施設数の比較を示す。精神科病院数および精神科診療所数、デイケア実施病院数、デイケア実施診療所数において、実施していない保健所の管内の方がやや多い結果がみられた。

表42 デイケア実施・実施なし施設の社会資源(人口10万対施設数)の比較(政令指定都市型保健所)

| 施設 | 政令市型保健所平均 | 実施 | 実施なし |
|-----------------|-----------|------|------|
| 精神科病院 | 1.0 | 1.01 | 1.09 |
| 精神科診療所 | 4.7 | 4.35 | 5.16 |
| 精神保健福祉センター | 0.1 | 0.11 | 0.08 |
| 地域活動支援センターⅠ型 | 0.4 | 0.46 | 0.39 |
| 地域活動支援センターⅡ型 | 0.2 | 0.34 | 0.04 |
| 地域活動支援センターⅢ型 | 0.5 | 0.62 | 0.31 |
| 共同生活介護(グループホーム) | 1.4 | 1.93 | 0.92 |
| 自立・機能訓練給付施設 | 0.1 | 0.07 | 0.05 |
| 自立・生活訓練給付施設 | 0.2 | 0.31 | 0.13 |
| 就労移行支援 | 0.4 | 0.39 | 0.46 |
| 就労継続・A型 | 0.1 | 0.09 | 0.20 |
| 就労継続・B型 | 0.7 | 0.89 | 0.46 |
| 共同生活介護(ケアホーム) | 0.8 | 1.09 | 0.45 |
| 生活訓練(援護寮) | 0.1 | 0.17 | 0.10 |
| 通所授産施設 | 0.2 | 0.26 | 0.15 |
| 小規模通所授産施設 | 0.2 | 0.16 | 0.19 |
| 精神障害者小規模作業所 | 0.6 | 0.38 | 0.91 |
| その他施設 | 0.2 | 0.31 | 0.16 |
| デイケア実施病院 | 0.7 | 0.58 | 0.76 |
| デイケア実施診療所 | 0.5 | 0.52 | 0.53 |
| デイケア実施保健福祉センター | 0.1 | 0.08 | 0.04 |
| デイケア実施市町村 | 0.0 | 0.07 | 0.00 |
| デイケア実施施設(その他) | 0.1 | 0.07 | 0.03 |

表43に、中核市型保健所34施設において、デイケア実施施設と実施していない施設の10万人あたり管内各種施設の平均施設数の比較を示す。実施なし施設の管内のほうが、精神科病院数とデイケアを実施する精神科病院数が多いが、精神科診療所数ではほとんど差を認めず、デイケア実施診療所数はデイケア実施保

健所の方がやや多かった。

表43 デイケア実施・実施なし施設の社会資源(人口10万対施設数)の比較
(中核都市型保健所)

| | 中核都市型保健所平均 | 実施 | 実施なし |
|-----------------|------------|------|------|
| 精神科病院 | 1.7 | 1.56 | 2.03 |
| 精神科診療所 | 3.0 | 3.05 | 2.97 |
| 精神保健福祉センター | 0.1 | 0.07 | 0.18 |
| 地域活動支援センターⅠ型 | 0.4 | 0.37 | 0.50 |
| 地域活動支援センターⅡ型 | 0.3 | 0.15 | 0.55 |
| 地域活動支援センターⅢ型 | 0.7 | 0.89 | 0.25 |
| 共同生活支援(グループホーム) | 3.0 | 3.13 | 2.54 |
| 自立・機能訓練給付施設 | 0.0 | 0.02 | 0.00 |
| 自立・生活訓練給付施設 | 0.2 | 0.14 | 0.26 |
| 就労移行支援 | 0.5 | 0.35 | 0.77 |
| 就労継続・A型 | 0.2 | 0.11 | 0.34 |
| 就労継続・B型 | 0.9 | 0.86 | 1.13 |
| 共同生活介護(ケアホーム) | 1.4 | 1.62 | 0.94 |
| 生活訓練(援護寮) | 0.3 | 0.22 | 0.41 |
| 通所授産施設 | 0.2 | 0.20 | 0.14 |
| 小規模通所授産施設 | 0.2 | 0.26 | 0.03 |
| 精神障害者小規模作業所 | 0.5 | 0.56 | 0.40 |
| その他施設 | 0.1 | 0.09 | 0.10 |
| デイケア実施病院 | 1.1 | 1.11 | 1.21 |
| デイケア実施診療所 | 0.4 | 0.43 | 0.35 |
| デイケア実施保健福祉センター | 0.0 | 0.04 | 0.07 |
| デイケア実施市町村 | 0.0 | 0.00 | 0.00 |
| デイケア実施施設(その他) | 0.0 | 0.02 | 0.00 |

表 44 に特別区保健所において、デイケア実施施設と実施していない施設の 10 万人あたり管内各種施設の平均施設数の比較を示す。精神科病院数、精神科診療所数、デイケア実施精神科病院数、デイケア実施診療所数は、デイケア実施保健所管内の方が、デイケアを実施していない保健所管内より多かった。この結果は、精神科デイケアの充足感において特別区が最も低かった結果と一致するものである。

表44 デイケア実施・実施なし施設の社会資源(人口10万対施設数)の比較
(特別区保健所)

| | 特別区保健所平均 | 実施 | 実施なし |
|-----------------|----------|-------|------|
| 精神科病院 | 1.9 | 2.03 | 1.25 |
| 精神科診療所 | 18.7 | 21.61 | 6.04 |
| 精神保健福祉センター | 0.0 | 0.03 | 0.00 |
| 地域活動支援センターⅠ型 | 0.3 | 0.27 | 0.39 |
| 地域活動支援センターⅡ型 | 0.1 | 0.08 | 0.00 |
| 地域活動支援センターⅢ型 | 0.2 | 0.23 | 0.00 |
| 共同生活支援(グループホーム) | 0.9 | 0.85 | 1.15 |
| 自立・機能訓練給付施設 | 0.0 | 0.05 | 0.00 |
| 自立・生活訓練給付施設 | 0.1 | 0.08 | 0.37 |
| 就労移行支援 | 0.2 | 0.23 | 0.00 |
| 就労継続・A型 | 0.2 | 0.27 | 0.10 |
| 就労継続・B型 | 0.5 | 0.45 | 0.57 |
| 共同生活介護(ケアホーム) | 0.0 | 0.03 | 0.10 |
| 生活訓練(援護寮) | 0.0 | 0.00 | 0.18 |
| 通所授産施設 | 0.1 | 0.05 | 0.11 |
| 小規模通所授産施設 | 0.2 | 0.22 | 0.10 |
| 精神障害者小規模作業所 | 1.1 | 0.99 | 1.47 |
| その他施設 | 0.2 | 0.29 | 0.00 |
| デイケア実施病院 | 0.3 | 0.35 | 0.15 |
| デイケア実施診療所 | 0.8 | 0.94 | 0.23 |
| デイケア実施保健福祉センター | 0.0 | 0.03 | 0.00 |
| デイケア実施市町村 | 0.0 | 0.02 | 0.00 |
| デイケア実施施設(その他) | 0.3 | 0.34 | 0.18 |

6. 自由記載

1) 保健所・精神保健福祉センター・病院(診療所)のデイケアの役割分担

ア. 保健所の役割

- ・病状が安定している慢性患者の居場所提供や他の機関へのステップとしての役割
- ・地域の集まる場の提供、日中活動の場、生活のリズムづくり、当事者同士の交流
- ・障害者のエンパワーメント、
- ・地域で生活していくための訓練や支援、地域へつないでいく通過点
- ・社会復帰の入り口、次のステップへのスキルアップの場
- ・今後の進路のアセスメント、社会復帰や就労等社会復帰へのきっかけづくり
- ・医療デイケアと福祉施策とをつなぐ機能
- ・医療や精神保健福祉センターのデイケアにつながらない人を対象
- ・生活全般の細かい支援や地域社会とのパイプ役
- ・小集団のグループワークの機能
- ・他のデイケアの補完的役割(最後のセーフティネットと考える。)
- ・自助グループの形成し共同作業所につなげる
- ・回復途上にある統合失調症を対象とするも、発達障害、不安障害、強迫性障害等対象者等の多様化

イ. 精神保健福祉センターの役割

- ・保健所デイケアの技術的支援(プログラム企画、スタッフ研修、ボランティア育成)
- ・専門的デイケア(思春期、青年期、発達障害、高次脳機能障害、アルコール、薬物、うつ病リターンワークコース、ひきこもり等)
- ・複雑困難事例(人格障害、摂食障害、薬物依存等)
- ・先駆的課題のモデル事業、期間限定
- ・医療と保健の中間的機能
- ・就労支援プログラム
- ・病気や障害、福祉制度、知識や技術の習得
- ・希少疾患障害への対応

ウ. 病院(診療所)の役割

- ・急性期極期を終え、寛解期前期の初期の方の医療的ケア及びリハビリを目的
- ・急性期の介入等治療効果の高い内容
- ・地域での受け入れが困難な方への対応
- ・病状が不安定な人の再発予防
- ・生活のスキルアップ(服薬管理、対人関係等)
- ・実施回数も多く継続的な受け入れが可能

2) デイケアを実施している保健所の意見

ア. 対象者

- ・ひきこもり、退院促進、高次機能障害、発達障害、自殺対策など様々な課題に十分取り組めていない
- ・広汎性発達障害のプログラムの開発や、ノウハウの蓄積を行うべき
- ・思春期の若い方は保健所のデイケアに参加し難い状況がある
- ・新規利用者の開拓
- ・新規利用者が定着しにくくケースが増えない、長期利用者のマンネリ化の解消が課題
- ・単身、高齢者が多く、自立や次のステップにつながらず長期化している
- ・30代、40代を就労支援につないでいきたい
- ・地域で潜在しているケースの発掘や対象者の把握、周知の方法を検討する。

イ. 体制

- ・自立支援法関連業務が膨大となりデイケアの実施体制やマンパワーの確保が困難
- ・退院促進事業との連携協働が求められる
- ・病院や他のデイケア施設との連携が必要
- ・定期的なケース検討会の開催

ウ. 方法

- ・利用者の一人一人の目標を設定して評価していく
- ・参加者の身体能力、言語表現、理解度に大きな差があり、集団としてのプログラムの企画が難しい
- ・障害者の特性にあわせたプログラムが必要である
- ・今後就労支援につないでいくことが課題
- ・保健所のデイケアは居場所的な役割からもっと積極的な回復支援に移行すべき
- ・自主グループとして独立した活動ができるように支援する
- ・費用対効果の問題で予算確保が困難であるが、生活リズムの立て直しや SST のためにはせめて週 2 回の開催が必要である。

エ. 地域の受け皿

- ・保健所デイケア終了後の次のステップアップとしての利用できる場がない

オ. その他

- ・保健所デイケアの今後のあり方について検討

3) デイケアを実施していない保健所の意見

ア. 対象者

- ・高次脳機能障害者など専門性の高いデイケアのニー

ズへの対応が必要

- ・利用者が固定し、新規の方が利用しづらい
- ・保健所のデイケアは、高齢者が多くなっており、若い年齢層が利用しづらい。
- ・社会資源につながらず、社会への第一歩の支援として保健所のデイケアは役だっていた。
- ・発達障害についてどのようなデイケアプログラムが良いのか迷っている。
- ・うつ病のリワーク支援として年 1 クール (8 回) 実施している。
- ・統合失調症の人を対象とした保健所のデイケアは市町村デイケア (患者会的)、病院デイケアとも違う良さがあつた。保健所は、他にサービスも資源もなかった頃から、患者や家族を孤立から救った。家を出る最初の一步にふさわしいハードルの低さ、単なる居場所でなく社会復帰への流れがあつたこと、継続されることによって疑似“実家”のような感じがあり戻りたい時に戻れる感じがあつた。等々保健所デイケアの良さがあつたが、保健所の数は減り人手も予算も減ったことから現状では実施することは難しい。
- ・アスペルガー等で青年期以降に不適応行動を起こし親が相談に来ることが多くなっている。早期の発見と療育が重要であり、早くから正確な診断を受けて、親子でハンディキャップに向かい合うことが、不適応の軽減に有効とされている。また、社会性を獲得するためには 1 対 1 の関係だけでは不足とも言われており、そうした意味においては「発達障害」のデイケアは必要と考えている。保健師自身が発達障害を理解しきれていないが目の前には次々と相談があるので早急に対応策を考えたい。

イ. 体制

- ・身近な市町村では、デイケアの専門職不足やマンパワー不足がある。
- ・医療機関を退院したらそのまま医療機関のデイケアにつながる事が多く、地域とのかかわりが少ない。
- ・通院とデイをうまく利用して支援できる方もいる一方、病院内でのサービスが完結されるため、地域への課題や情報が入りにくい面がある。
- ・医療機関と地域のデイケアの連携が必要
- ・中山間地域の町では、企画立案、当日の運営、送迎など限られたスタッフで実施しておりマンパワーが不足している。
- ・障害者福祉担当部署と保健師のいる保健所とで部署が違うため、どのように障害者計画に反映していくかが課題
- ・保健所のデイケア終了後は、自主活動グループや家

族会が運営している。

- ・支援機関による専門的デイケアのみでなく、地域生活の場における居場所の開発が望まれる。特殊な場所による特殊なケアではなく、生活の場所での安心できる場所の開発、コミュニティ・ワークの実践的展開が今後の課題と考える。
- ・保健所のデイケアの機能は、地域活動支援センターⅠ型へ移行したが、精神保健福祉士等の人材の確保が難しい。
- ・保健所でのデイケアの必要性を判断できるまでの現状把握や地区診断には至っていない。保健所でデイケアを実施するには、精神障害者施策のなかで行政が担う目的、目標を明確にする必要がある。また職員の増員も必要と思われる

ウ. 方法

- ・3年間の移行期間の技術的支援を経て、市町村に移譲された。今後は市町村のバラツキを平準化する必要がある。
- ・デイケアは実施していないが、社会復帰適応訓練学級事業に取り組んでおり、集団生活に慣れ友達づくりや生活圏の拡大を図り社会生活に適応していくことを目的に実施している。
- ・保健所としては、今後とも市町村のデイケアスタッフの研修をしていきたい。
- ・現在デイケアを利用している方は在宅療養者の一部にしかならない。ニーズがあっても埋もれているような人に対するデイケアをどのように実施するのか試行錯誤中である。
- ・当保健所では、デイケアの位置付けではなく、健康相談の一部として社会復帰教室を1回/週開催している。

エ. 地域の受け皿

- ・遠距離の通所は困難なため、身近な市町村での実施が求められる。三障害一体となった柔軟な施設活用が必要。
- ・地域のデイケアが少ないうえ、保健所の人、金が減少しジレンマを感じている。
- ・地域に医療機関がないため、退院直後の医療的ケアが必要な障害者のデイケアを地域活動支援センターで実施せざるを得ない現状があり、担当スタッフが困惑している。
- ・移動に時間がかかることから交通手段の検討が必要

オ. その他

- ・しっかりとしたプログラムがないと患者を抱え込むだけで、むしろ社会復帰のステップアップの障害に

なる。

- ・デイケアの手厚い送迎が逆に自立を阻害しているのではないかと。

D. 考察

1. 保健所デイケアの現状

1) デイケア実施状況

保健所デイケアは1970年代から1980年代にかけて全国的に始まり、2006年前後に都道府県型保健所を中心に事業を終了する動向がみられた。全国保健所の411カ所(79.5%)からの回答では、128カ所(31.1%)がデイケアを実施し、282(68.6%)が実施していなかった。保健所区分別でデイケア実施率の高い順は、特別区型(81.3%)、中核市型(71.4%)、政令指定都市型(50.0%)、都道府県型(21.5%)であった。

次にデイケアに従事するスタッフは、保健師・精神保健福祉士・精神保健相談員・臨床心理士等の職員となっており、年間平均67.1回実施していた。また1保健所あたりの利用者平均実人数は39.6人であった。主に慢性期の統合失調症を対象とし、SST、共同作業所等社会復帰施設へのステップアップ、居場所の提供、再発再入院予防の支援を目的としたデイケアを実施していることが明らかとなった。利用者の評価をしている保健所は、62.5%にとどまり、評価基準の作成は16.3%とさらに低下していたことは、プログラムの有効性の評価や支援のあり方の見直しに課題を残す。新たなプログラムの必要性については、現在実施している特別区、中核市保健所で多く、都市部に多様な疾患に対するニーズが伺える。一方、デイケアを実施していない保健所では一様に意識は低かった。

2) デイケア利用者状況

平成19年度の実人数で4,909人が、平均15.1回、保健所デイケアを利用していた。全国の利用者数を回収率で換算推計すると年間約6,200人が利用していることになる。ただ、政令市等で保健所支所の利用者をカウントしていない場合も考えられ、実際にはもう少し多いと思われる。年齢では30代と40代で55.0%と多くをしめるが50代以上も28.1%みられ高齢化が伺える。利用者のほとんどが慢性期(寛解期)(86.7%)の統合失調症(82.3%)であり、半数以上は24ヵ月以上の長期間(59.3%)利用していた。利用者の228人(9.1%)が病院、診療所、市町村のデイケアを併用しており、年間454人(9.2%)が就労移行型、地域活動支援センター、病院・診療所デイケア等へ移行、もしくは病状悪化等の理由で保健所デイケアを終了していた。保健所のデイケアをこの終了者の転帰だけで

評価することは適切でないと考え、仮に就労移行を改善とみると約 3%程度にとどまり、医療依存度が高く再発寛解を繰り返す精神障害者の支援の難しさが伺える。

2. 保健所デイケアと障害者自立支援法

都道府県型を中心としてデイケア事業を終了している保健所が多いことについて、障害者自立支援法の施行により、精神障害者への身近な支援は市町村に一元化されたことが背景として考えられる。現在、デイケアを実施していない保健所がデイケアを終了した時期が、2006 年前後に集中していることや、終了した理由で「保健所デイケアの社会資源の充実」(68.8%)、「デイケアを市町村が実施するようになった」(42.4%)等から制度改正の影響が伺える。また、地域の社会資源の状況でみると、人口 10 万人あたりの管内施設の平均数は、デイケアを実施していない保健所管内の方が、実施している保健所管内より有意ではないがやや多い傾向がみられた。これらの結果より障害者自立支援法施行以降、保健所以外の社会資源の充実に伴い、保健所デイケアを終了するに至ったと考える。しかし、現在デイケアを実施していない理由として「予算を確保できない」(42.8%)、「マンパワーの不足」(25.2%)と回答した保健所もあり、管内デイケア施設の充足感で「充足している」と回答した都道府県型保健所は 27.5%にとどまっていること踏まえると、社会資源の状況の有無に関わらず、終了した保健所も少なからず存在すると考える。一方、特別区、政令指定都市、中核市の保健所でデイケア実施率が高いのは、これらの保健所は都道府県と市の両方の機能を併せ持つために、障害者自立支援法施行後も引きつづき保健所デイケアを実施しているためと考える。

3. 保健所デイケアの今後の課題

1) 地域特性を踏まえたデイケア内容の検討

保健所デイケア参加者が、すべての保健所区分で年々減少傾向にあることは、地域の社会資源の充実により従来型のデイケアのニーズが減少したことによると思われる。しかし、地域の受け皿のないまま制度改正でデイケア事業が廃止された保健所も少なからず存在するため、今後地域の特性を踏まえたニーズやデイケアのあり方を検討する必要がある。

2) 個別アセスメントの検討

他施設のデイケアと保健所デイケアの役割分担の検討が求められている現状を踏まえ、保健所デイケアの利用者について個別アセスメントによる評価を行い、それぞれの利用者が保健所デイケアに参加する目的を明確化する必要がある。保健所デイケアには医療機関

や地域のデイケア施設につながりにくい状況にある方が利用している場合が多く、保健師の家庭訪問等による支援と合わせて、利用者個別の目標を設定しデイケアを実施していく必要がある。

3) 統合失調症以外の精神障害者へのデイケアの展開

特別区、中核市では新たなデイケアプログラムの必要性を感じており、とりわけ今後ニーズの増加が予想される「うつ病の復職支援」、「退院促進事業の受け皿としての機能」をはじめ、民間で実施していない「ひきこもり」、「高次脳機能障害」、「広汎性発達障害」等を対象としたデイケアについて必要性が提起されている。このことから、保健所の担うデイケアの新たな役割の明確化と体制整備が求められる。精神保健福祉センター等専門機関の協力連携を得て、スタッフの研修やプログラム作成等保健所の体制整備とともに予算的措置が求められる。

4) 他機関との連携の強化・ネットワークづくり

保健所の管内デイケア実施施設への支援状況をみると、デイケアを実施していない保健所の方が、実施している保健所より多く支援していたが、総じて低調でケース検討会でも半数に満たない状況である。今後保健所は、精神保健福祉センターをはじめ、管内の病院（診療所）や市町村のデイケア事業者、地域のボランティア団体等と連携を図り、連絡会議、研修会の開催、事業の共同実施などに取り組むことが必要である。事業の活性化と顔のみえるネットワークの構築が求められる。

E. 結語

今回、全国の保健所を対象として、精神障害者デイケア実態調査を行った。多くの保健所担当者から示唆に富むご意見をいただき、現状と課題を明らかにするとともに、今後の保健所デイケアのあり方について若干の考察を加えて提言した。

謝辞

最後に、本調査にご指導を賜りました厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害福祉課 障害保健専門官 吉川隆博様をはじめ、ご協力いただいた全国保健所長会会長 澁谷いづみ様ならびにご回答いただいた保健所の担当の皆様方に深謝申し上げます。

引用文献

- 1) ,3) 鈴木慶子, 小川一枝, 松島郁子他: 保健所デイケアの果たしてきた役割と今後の課題. 東京都保健医療学会誌, 107, 20-21, 2003.
- 2) 吉永陽子: 保健所におけるデイケアの新たなる可能性について. 病院・地域精神医学 39(1),55-57, 1996.

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

「精神障害者デイケア業務実態調査」のご協力のお願い

貴保健所精神保健担当の皆様方には、ご多忙のところ誠に恐縮ですが、下記要領をご参照いただき、アンケート調査にご協力賜りますようお願い申し上げます。

(ご記入にあたって)

- ◇ この調査票は、精神保健を担当されている専門職の方にご記入をお願いします。
- ◇ この調査票は、①共通調査項目、②デイケアを実施している保健所用、③デイケアを実施していない保健所用の3部で構成されています。
 - 現在デイケアを実施している保健所は、①共通調査項目 (P.1~P.3の白色質問紙)、②デイケアを実施している保健所用 (P.4~P.11の青色質問紙)にご回答下さい。
 - 現在デイケアを実施していない保健所は、①共通調査項目 (P.1~P.3の白色質問紙)、③デイケアを実施していない保健所用 (P.12~P.14の黄色質問紙)にご回答下さい。
- ◇ お答えいただいたデータは統計処理を行い、個人や施設が特定されない形で集計します。また、個人情報、本調査の終了後速やかに消去します。
- ◇ 調査用紙は、ご記入いただき 11月25日(火)までに、同封の返信用封筒で、滋賀医科大学 医学部看護学科地域生活看護学講座 畑下博世までご返送いただきますようお願いいたします。
- ◇ なお、本調査に関しご不明な点がございましたら、奈良県郡山保健所長 山田全啓 (tel:0743-53-2701/ fax:0743-52-6095/ e-mail: yamada-masahiro@office.pref.nara.lg.jp) までご連絡下さい。

【デイケアを実施している保健所用】

問1. 貴保健所でデイケアを開始した時期は何年ですか。

| | | |
|------|-------|---|
| 開始時期 | 昭和・平成 | 年 |
|------|-------|---|

問2. 貴保健所の平成19年度（昨年度）のデイケアの実施日数は延べ何日ですか。

| | | |
|--------|--|---|
| 実施延べ日数 | | 日 |
|--------|--|---|

問3. 平成16年度から平成19年度までの年間精神障害者デイケアの参加人数（実人数・延べ人数）をご記入下さい。

| | 16年度 | 17年度 | 18年度 | 19年度 |
|------|------|------|------|------|
| 実人数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 延べ人数 | 人 | 人 | 人 | 人 |

問4. 平成19年度（昨年度）の1年間に、貴保健所のデイケアに携わったスタッフの延人数についてご記入下さい（該当者がいない場合は「0」をご記入下さい）。

| 職 種 | 常 勤 | 非 常 勤 |
|------------------|-----|-------|
| 1) 保健師 | 人 | 人 |
| 2) 精神保健福祉士 | 人 | 人 |
| 3) 精神保健福祉相談員 | 人 | 人 |
| 4) 看護師 | 人 | 人 |
| 5) 医師 | 人 | 人 |
| 6) 臨床心理士 | 人 | 人 |
| 7) 作業療法士 | 人 | 人 |
| 8) 理学療法士 | 人 | 人 |
| 9) その他（プログラム講師等） | 人 | 人 |
| | | |

問5. 貴保健所の平成19年度（昨年度）デイケア事業の年間経費（決算額）についてご記入ください。

| | | |
|------|--|---|
| 年間経費 | | 円 |
|------|--|---|

問6. 貴保健所の直近（平成20年7月、8月、9月の3ヵ月間）のデイケア利用者について、以下の1)～5)の質問項目について該当する実人数をご記入下さい（該当者がいない場合は「0」をご記入下さい）。

1) 利用者の性別について該当する実人数をご記入下さい。

| | | |
|-------|--|---|
| 1. 男性 | | 人 |
| 2. 女性 | | 人 |

2) 利用者の年齢について該当する実人数をご記入下さい。

| | | |
|----------|--|---|
| a. 10代 | | 人 |
| b. 20代 | | 人 |
| c. 30代 | | 人 |
| d. 40代 | | 人 |
| e. 50代 | | 人 |
| f. 60代 | | 人 |
| g. 70歳以上 | | 人 |

3) 利用者の疾患別について該当する実人数をご記入下さい（重複回答可）。

| | | |
|-------------|--|---|
| 1. 統合失調症 | | 人 |
| 2. うつ病 | | 人 |
| 3. 双極性障害 | | 人 |
| 4. 不安障害 | | 人 |
| 5. 強迫性障害 | | 人 |
| 6. 摂食障害 | | 人 |
| 7. アルコール依存症 | | 人 |
| 8. 薬物依存 | | 人 |
| 9. 発達障害 | | 人 |
| 10. 非定型精神疾患 | | 人 |
| 11. 人格障害 | | 人 |
| 12. ひきこもり | | 人 |
| 13. PTSD | | 人 |
| 14. その他（ ） | | 人 |

4) 利用者の病期別について該当する実人数をご記入下さい。

| | |
|--------------------|---|
| 1. 急性期退院直後の利用者 | 人 |
| 2. 慢性期（寛解期） | 人 |
| 3. その他病期を区切ったもの（ ） | 人 |

5) 利用者の利用期間別について該当する実人数をご記入下さい（利用期間は、デイケア開始から終了までの期間で、継続者については平成 20 年（今年）9 月 30 日までの期間で計算下さい）。

| | |
|-----------------|---|
| 1. 短期間（12 カ月未満） | 人 |
| 2. 中期間（24 カ月未満） | 人 |
| 3. 長期間（24 カ月以上） | 人 |

問7. 貴保健所は、デイケア利用者にとどのような支援をしていますか（該当する番号に○印をつけて下さい）。

| | |
|-------------------------------|--------------|
| a. 慢性期患者の居場所の提供（他に出かける場所がない） | 1. はい 2. いいえ |
| b. 慢性期患者の止まり木の提供（疲れた時の拠り所） | 1. はい 2. いいえ |
| c. 共同作業所や他の社会復帰施設へのステップとしての支援 | 1. はい 2. いいえ |
| d. 生活スキルの習得支援 | 1. はい 2. いいえ |
| e. 就労支援 | 1. はい 2. いいえ |
| f. 復職支援 | 1. はい 2. いいえ |
| g. 再発・再入院予防支援 | 1. はい 2. いいえ |
| h. 回復期リハビリテーション | 1. はい 2. いいえ |
| i. 在宅急性期医療の一環（急性期入院の抑制） | 1. はい 2. いいえ |
| j. その他（ ） | 1. はい 2. いいえ |

問8. 貴保健所の直近（平成20年7月、8月、9月の3ヵ月間）のデイケア事業について、（ ）内にプログラム名または目的を、また空欄に具体的内容をご記入下さい。

| | (プログラム名または目的) 及び具体的内容 |
|----|--------------------------|
| 例 | (仲間との交流) 公園へハイキング |
| 例 | (料理の練習) メニュー作成、買い物、調理実習 |
| 1 | () |
| 2 | () |
| 3 | () |
| 4 | () |
| 5 | () |
| 6 | () |
| 7 | () |
| 8 | () |
| 9 | () |
| 10 | () |

※ 貴保健所の先駆的・特徴的なデイケアプログラムがあれば、コピー等の添付をお願いします。

問9. 貴保健所の直近（平成20年7月、8月、9月の3ヵ月間）のデイケア利用者について、他の施設のデイケアにも参加されている方の実人数をご記入下さい（利用者がいない場合は「0」をご記入下さい）。

| | |
|---------------------------|---|
| 1. 精神科病院デイケア | 人 |
| 2. 精神科診療所デイケア | 人 |
| 3. 精神保健福祉センターデイケア | 人 |
| 4. 市町村デイケア ※県型の場合にご記入下さい。 | 人 |
| 5. その他のデイケア（ ） | 人 |

問10. 貴保健所では、デイケア利用者の評価をしていますか（該当する番号に○印をつけて下さい）。

| | |
|------------|-------|
| 1. 評価している | →問11へ |
| 2. 評価していない | →問14へ |

問11. 問10で「1. 評価している」と答えた方にお尋ねします。貴保健所では、デイケア利用者の評価の時期はいつですか（該当する番号すべてに○印をつけて下さい。また、「2. 定期的」と答えた方は評価の間隔（月）をご記入下さい）。

| |
|--------------|
| 1. 導入時 |
| 2. 定期的（ ）ヵ月毎 |
| 3. 終了時 |

問12. 問10で「1. 評価している」と答えた方にお尋ねします。貴保健所では評価基準を作成していますか（該当する番号に○印をつけて下さい）。

| |
|------------|
| 1. 作成している |
| 2. 作成していない |

※ 評価基準を作成している場合は、コピー等の添付をお願いします。

問13. 平成19年度（昨年度）、貴保健所のデイケアを終了した方は何人ですか（終了者がいない場合は「0」をご記入下さい）。

| | | |
|----------|---|------------------|
| デイケア終了者数 | 人 | →回答が「0」の場合は、問15へ |
|----------|---|------------------|

問14. 問13で、「貴保健所のデイケアを終了した方がいる」場合は、その方の終了後の状況について、該当する実人数をご記入下さい。

| | |
|--------------------|---|
| 1. 就労移行型へ移行した | 人 |
| 2. 地域活動支援センターへ移行した | 人 |
| 3. 病院・診療所デイケアへ移行した | 人 |
| 4. 病状が悪化した | 人 |
| 5. その他（ ） | 人 |

問15. 今後、貴保健所では、これまでと違う新たなデイケアプログラムが必要ですか（該当する番号に○印をつけて下さい）。

| | |
|----------|-------|
| 1. 必要である | →問16へ |
| 2. 必要でない | →問17へ |

問16. 問15で「1. 必要である」と答えた方にお尋ねします。今後、貴保健所ではどのようなデイケアプログラムが必要ですか（該当する番号に○印をつけて下さい）。

1) どのような疾患を対象としたデイケアプログラムが必要ですか

| | | |
|-------------|----------|----------|
| a. 統合失調症 | 1. 必要である | 2. 必要でない |
| b. うつ病 | 1. 必要である | 2. 必要でない |
| c. 双極性障害 | 1. 必要である | 2. 必要でない |
| d. 不安障害 | 1. 必要である | 2. 必要でない |
| e. 強迫性障害 | 1. 必要である | 2. 必要でない |
| f. 摂食障害 | 1. 必要である | 2. 必要でない |
| g. アルコール依存症 | 1. 必要である | 2. 必要でない |
| h. 薬物依存 | 1. 必要である | 2. 必要でない |
| i. 発達障害 | 1. 必要である | 2. 必要でない |
| j. 非定型精神疾患 | 1. 必要である | 2. 必要でない |
| k. 人格障害 | 1. 必要である | 2. 必要でない |
| l. ひきこもり | 1. 必要である | 2. 必要でない |
| m. PTSD | 1. 必要である | 2. 必要でない |
| n. その他（ ） | 1. 必要である | 2. 必要でない |

2) どのような支援を目的としたデイケアプログラムが必要ですか

| | |
|-------------------------------|-------------------|
| a. 慢性期患者の居場所の提供（他に出かける場所がない） | 1. 必要である 2. 必要でない |
| b. 慢性期患者の止まり木の提供（疲れた時の拠り所） | 1. 必要である 2. 必要でない |
| c. 共同作業所や他の社会復帰施設へのステップとしての支援 | 1. 必要である 2. 必要でない |
| d. 生活スキルの習得支援 | 1. 必要である 2. 必要でない |
| e. 就労支援 | 1. 必要である 2. 必要でない |
| f. 復職支援 | 1. 必要である 2. 必要でない |
| g. 再発・再入院予防支援 | 1. 必要である 2. 必要でない |
| h. 回復期リハビリテーション | 1. 必要である 2. 必要でない |
| i. 在宅急性期医療の一環（急性期入院の抑制） | 1. 必要である 2. 必要でない |
| j. その他（ ） | 1. 必要である 2. 必要でない |

問17. 現在、貴保健所は、管内のデイケア実施機関へどのような支援（連携）をしていますか（該当する番号に○印をつけて下さい）。

| | |
|-----------------|----------------------|
| a. ケース検討 | 1. 支援している 2. 支援していない |
| b. デイケアスタッフへの研修 | 1. 支援している 2. 支援していない |
| c. プログラム企画の相談 | 1. 支援している 2. 支援していない |
| d. ボランティア育成相談 | 1. 支援している 2. 支援していない |
| e. その他（ ） | 1. 支援している 2. 支援していない |

問18. 今後、保健所デイケア事業を継続する必要があると考えますか（該当する番号に○印をつけて下さい）。また、その理由についてもご記入ください。

| |
|---------------|
| 1. 必要である |
| 2. 必要でない |
| 3. どちらともいえない。 |
| (理由) |

問19. 保健所・精神保健福祉センター・病院（診療所）のデイケアの役割分担についてご意見を下さい。
（自由記入）。



問20. 貴保健所管内のデイケアの課題について、お気づきの点がございましたらご記入ください（自由記入）。



ご協力ありがとうございました。

2) どのような支援を目的としたデイケアプログラムが必要ですか

| | |
|-------------------------------|-------------------|
| a. 慢性期患者の居場所の提供（他に出かける場所がない） | 1. 必要である 2. 必要でない |
| b. 慢性期患者の止まり木の提供（疲れた時の拠り所） | 1. 必要である 2. 必要でない |
| c. 共同作業所や他の社会復帰施設へのステップとしての支援 | 1. 必要である 2. 必要でない |
| d. 生活スキルの習得支援 | 1. 必要である 2. 必要でない |
| e. 就労支援 | 1. 必要である 2. 必要でない |
| f. 復職支援 | 1. 必要である 2. 必要でない |
| g. 再発・再入院予防支援 | 1. 必要である 2. 必要でない |
| h. 回復期リハビリテーション | 1. 必要である 2. 必要でない |
| i. 在宅急性期医療の一環（急性期入院の抑制） | 1. 必要である 2. 必要でない |
| j. その他（ ） | 1. 必要である 2. 必要でない |

問7. 現在、貴保健所は、管内のデイケア実施機関へどのような支援（連携）をしていますか（該当する番号に○印をつけて下さい）。

| | |
|-----------------|----------------------|
| a. ケース検討会 | 1. 支援している 2. 支援していない |
| b. デイケアスタッフへの研修 | 1. 支援している 2. 支援していない |
| c. プログラム企画の相談 | 1. 支援している 2. 支援していない |
| d. ボランティア育成相談 | 1. 支援している 2. 支援していない |
| e. その他（具体的に： ） | 1. 支援している 2. 支援していない |

問8. 貴保健所管内のデイケアの課題について、お気づきの点がありましたらご記入ください（自由記入）。

ご協力ありがとうございました。

別紙2 先駆的取り組み事例報告

デイケアを実施している保健所の回答の中から、先駆的取り組みを実践している保健所2カ所について視察を行った。選定は平成20年11月末時点で回答があり、従来の統合失調症以外の対象者に限定していること、またデイケア実施日程と視察日程が合う保健所とした。以下に視察報告を示す。

1) 事例1：社会的ひきこもりを対象としたデイケア

(1) デイケア概要

(a) 対象：社会的ひきこもり

(b) 場所：旭川市保健所

(c) 日程：毎月第2(水) 午前10:00～11:30
第4(火) 午前10:00～12:00

(d) 内容：第2(水) フリープログラム(交流会)
第4(火) プログラム(陶芸など)

(e) 経過：平成19年度まで統合失調症を対象とした従来のデイケアを実施していたが、平成19年11月末で利用者すべてが共同作業所に通うようになり、保健所デイケア参加者がいなくなった。(保健所デイケアは利用期間をおよそ2年間と設定していた。)以前より保健所デイケア継続の必要性の有無について話し合った結果、社会的ひきこもりの方を対象としたデイケアを企画することとなった。対象を社会的ひきこもりとしたのは、①以前より精神保健福祉相談日に相談にくる当事者がいたこと、②平成17年から開始した社会的ひきこもりの家族会からの要望、③保健師も個別訪問以外のサポートの必要性を感じていた、という理由である。平成20年5月より社会的ひきこもりを対象としたデイケアを開始した。開始当初はメンバー2名で、現在参加者は3名である。スタッフは保健師が2名、作業療法士1名の計3名で担当しており、各回に2名配置である。具体的視察内容は以下のとおりである。

(2) 視察報告

(a) 日時：平成21年1月13日～1月14日

(b) 場所：旭川市保健所

(c) 対象者の選定・評価

個別相談事例からグループ支援が適当であると認められたものを対象とする。定期的な評価やプログラムについては従来のデイケアの内容を参考に作成している。社会的ひきこもりを対象にしたデイケアは今年度より開始したので、評価方法については随時検討していく方針である。

(d) 内容

①デイケアオリエンテーション(1月13日)

旭川市精神保健福祉の概況及び精神保健福祉業務、

およびデイケアについての説明。

②デイケアおよびカンファレンス参加(1月14日)
当日のプログラム：茶話会(飲み物はセルフサービス)
10:00～11:30

視察当日のデイケアには20歳代の男性2名が参加していた。

年明け初回のデイケアということで、参加者・スタッフそれぞれがお正月をどのように過ごしたかを話した。筆者ら視察者がいたこともあり、参加者の表情は少し硬いように思われたが、保健師のファシリテートにより各自発言され、徐々に緊張が和らいでいる様子であった。参加者の1人が過去に京都に何度か来訪したことがあり、我々視察者に対し関西の様子について問いかけ、自己の京都での体験を話されていた。近況について話した後にセルフサービスでお茶を飲みながら休憩し、後半はトランプゲームを行った。参加者の提案により「7ならべ」と「ハバぬき」を行う。デイケアの最後に次回の内容の確認、持ち物の確認を行い終了した。

11:30～12:00

デイケア終了後に、スタッフと視察者で参加者の状況について振り返る。参加者は、降雪があれば出席出来ない状況の方であったが、当日好天であったため参加することが出来たケースである。2名の参加者のうちの1人は、自ら他者に話しかけ話題を円滑にするなどコミュニケーションスキルが高く、本人はいずれ就労したいという希望持っているとのことであった。他の1名は表情が緊張気味であったものの、デイケア参加当初より徐々に緊張感が和らぎ、本デイケアに安心して通えるようになってきたとのことである。

(3) 本事業の意義

現在社会的ひきこもりを対象とした社会資源は少ないため、デイケアでの居場所づくりや社会性・コミュニケーションスキルの習得をサポートするグループ支援は有効であると考えられる。参加者は20代の青年期であるため、就労等の社会参加に関心がある様子だが、実際の就労に向けては相当の準備期間が必要であろう。従って、デイケアに参加することにより社会が集団で構成されていることを意識していくことやその中で役割参加が果たせることが本人の自信に繋がっていくと思われる。社会的引きこもりでは、外見上は長期間大きな問題が見られない日常生活が繰り返されるために支援の対象となりにくいが、実際は本人・家族ともに焦りやプレッシャーを感じながら大きなストレスのもとに過ごしている。このような当事者に対して、近年保健福祉の分野において社会的ひきこもりを対象とした支援のあり方が模索されている。社会的ひきこも

りの当事者である本人や家族の個別支援に加え、デイケアでのグループ支援を始めた旭川市の取り組みは、先駆的な活動として意義のあるものである。そして他の機関と連携した民間事業所のグループ活動や職業訓練に移行するシステム作りは今後の課題である。

2) 事例 2: 青年期広汎性発達障害者を対象としたデイケア

(1) デイケア概要

(a) 対象: 在宅の 15 歳以上の青年期広汎性発達障害者

(b) 場所: 長野市保健所

(c) 日程: 毎月第 2 (月)・第 4 (月)

午後 13:30~15:30

(d) 内容: はじめの会→SST→休憩 (コーヒータイトム)→ストレッチ→運動ゲーム→机上ゲーム→終わりの会

(e) 経過: 平成 11 年に中核市となり、主に統合失調症の方を対象としたデイケアを実施していたが、平成 12 年度から県精神保健福祉センターと協力し、広汎性発達障害の方を対象としたデイケアを開始した。

現在登録者は 10 名で、毎回 6 人程度が参加している。スタッフは 5 名 (保健所保健師 1 名・作業療法士 1 名・発達相談員 1 名・精神保健福祉センター職員 2 名) である。本事業は県精神保健福祉センターと連携しているため、人的・技術的支援が得られている。

(2) 視察報告

(a) 日時: 平成 21 年 1 月 25 日~1 月 26 日

(b) 場所: 長野市保健所

(c) 対象者の選定・評価

精神保健福祉センターから紹介された者、もしくは保健所へ相談に訪れた家族の話よりデイケアへの参加が適当と認められた者で、就学終了後の者を対象とする。参加にあたっては、かかりつけの主治医の意見書と参加依頼書を本人・家族から提出してもらい、スタッフとの面接およびデイケアの見学を経て、実際に参加するかどうか検討する。評価は年に 1 回本人・家族にアンケートを渡し目標等記入してもらい、その内容が達成したかどうかを評価している。また本人の状況を確認するため主治医の意見書も年度ごとに提出を求めている。

(d) 内容

① デイケアオリエンテーション (1 月 26 日)

長野市精神保健福祉の概況および精神保健福祉業務、及びデイケアについての説明。

*長野市保健所は、平成 11 年度に長野市が中核市になったことに伴い設置された。

② デイケアおよびカンファレンス参加 (1 月 26 日)

1:30~2:30

参加者は、毎回同じ席に着席し開始を待つとのことである。予め決められた台本をもとに参加者のうちの 1 人が司会役を担い、近況と今日の体調について各自発表した。その後 SST を兼ね、2 グループに分かれて次回のデイケアについて意見交換を行った。司会はスタッフが担当し、次回のたこ焼き作りに備えて「たこ焼きの作り方」を確認した。レジメに従い参加者とスタッフが 1 項目ずつ読み合わせをし、作業手順を確認した。その後、スタッフより検討事項を提示した。検討事項は「たこが高価なため、たこに代わる具材を考える。」という内容であり、選択肢として「ウインナー・魚肉ソーセージ・ツナ・チーズ・その他」を提示し、好みの順位を用紙に記入して発表した。次に、各自疑問点を出し合い理解を深めた。筆者ら視察者が「たこ焼き」の本場である関西圏からの来訪であるということで、参加者が視察者に質問する場面もあった。その後セルフサービスでコーヒー・紅茶を飲みながら休憩した。

2:30~3:00

部屋を移動し作業療法士の声かけによりストレッチを実施し、全員が参加された。その後ソフトテニスと新聞紙を使用したゲームを行った。新聞紙を使用したゲームは二人一組になり、筒状に丸めた新聞紙を互いに左手で投げ右手で受けるという内容であった。皆慣れている様子で全員参加されたが、途中で廊下に出る参加者も見られ、個別にスタッフが対応していた。

3:00~3:30

ゲーム「ジェンガ・ウノ」を 2 グループに分かれて行った。参加者・スタッフ共に和やかな雰囲気の中実施した。参加者は視察者に対しゲームの流れを説明してくれるなど、積極的な参加状況であった。

(3) 本事業の意義

本事業の参加者は、言語的コミュニケーションがとりづらいなどの共通した生活のしづらさがある一方で、知的レベル、こだわりなど個別性が強い面があり、参加者個人に合わせた丁寧な対応が必要とされる。また社会的なハンディキャップ故の二次障害を受けている者も多いと予測される。このような参加者に対し、本デイケアでは個々の特性を踏まえたきめ細やかな対応を行っている。参加者同士の直接的な交流は少ない様子であるが、スタッフのサポートによりそれぞれが参加者の存在を認め、心配りが出来る機会となっている。このことは社会生活の第一歩であり、本デイケアは社会生活スキルの習得に向けたサポート機能を果している。また精神保健福祉センターと連携した支援はうまく機能しており、保健所職員 3 名、精神保健福祉セン

ター職員2名の計5名のスタッフの配置が可能である。また参加者の中には、精神保健福祉センターでカウンセリングを継続的に受けている者もいる。本デイケアは、平成12年度からプログラムを企画・修正してきた結果、現在の充実した内容に至っており、先駆的取り組みとして有意義な内容である。本事業の課題としては、参加者が少人数でも、ある程度のスタッフ数が必要となるため対応できる許容範囲に限られることから事業拡大が難しいことがあげられる。

(4) 広汎性発達障害の特性に合わせたデイケアの工夫点

広汎性発達障害を対象としたデイケアではきめ細やかな配慮を必要とするため、以下にその一例を述べる。

① 始めの会・SST・休憩（コーヒータイム）・ストレッチ・運動ゲーム・机上ゲーム・終わりの会というように、毎回同じような流れで構成されており、参加者が混乱しないようにする。

② タイムスケジュールをホワイトボードに記し、それを示しながらわかりやすい言葉で説明し、プログラムの進行に合わせ、終わったものを消し参加者が理解しやすいようにする。

* 始めの会・終わりの会では参加者が司会を行うが、あらかじめスタッフにより台本を準備し、司会をする参加者のサポートを行う。

③ SSTでは写真入りレジメなどを準備し、内容を理解しやすいようにする。また「どう思いますか？」という抽象的な質問ではなく、具体的な選択肢をいくつか設定し、参加者が自分の考えを伝えやすくする。

④ はじめの会で近況や体調の発表が長くなってしまう参加者には、用紙を用いて枠組を設定し、自分の言いたいことをスタッフとあらかじめ準備する。

⑤ 参加者の状態に応じて、デイケア休憩時または終了後に個別相談を実施する。

⑥ 年度ごとに本人の現在の生活の様子、3年後の活動の目標などのアンケートを本人・家族に提出してもらい、参加者個人の目標設定を行う。

⑦ 家族会で当事者家族間の交流が持てる場を設定する。家族会は年に1回開催され、保健師と県精神保健福祉センターの臨床心理士による病気への理解を深める講義やグループワーク等を実施している。

3. 考察

今回視察した旭川市保健所と長野市保健所は中核市保健所であり、市町村機能を包含している。そのため精神保健福祉に関する取り組みは、相談窓口から家族会支援まで幅広く取り込まれていた。精神障害者に対するデイケアについても、両保健所ともきめ細やかな

ニーズ把握を行い、地域の実態に応じた事業内容となっていた。

両保健所とも障害者自立支援法の施行に伴う地域社会資源の充実により、保健所デイケアの目的および対象者の見直しをおこない、その結果社会的引きこもり、広汎性発達障害に対象者を限定したデイケアを実施することとなった。

旭川市保健所のデイケアが対象としている社会的ひきこもりについての動向を見ると、2002年の全国の保健所・精神保健福祉センターにおける電話または来所相談は1万4069件であり、平均年齢は26.7歳、男性が76.9%、女性が23.1%となっている。¹⁾

このように多くの保健所が社会的ひきこもりの本人・家族の支援に取り組んでいるが、個別支援以外に保健所デイケアはグループ支援としてうまく機能するものと思われる。旭川市保健所の取り組みは、地域のニーズに沿った保健所デイケアの新たな展開の一例としてモデルになる実践である。

一方、長野市保健所のデイケアが対象としている広汎性発達障害については、2004年に発達障害者支援法が成立し公的支援が進みつつあるが、就学終了後の広汎性発達障害者が利用できる社会資源の充実は今後の課題である。このような現状を踏まえ長野市保健所は、就学終了後の広汎性発達障害者の社会資源として保健所デイケアに取り組んでおり、意義は大きいと思われる。また広汎性発達障害者を対象としたデイケアでは、常に参加者個人へのサポートが必要であるため、多数のスタッフの配置が必要となる。長野市保健所は精神保健福祉センターとの連携により、複数のスタッフの確保を可能にしており、他機関と連携した保健所デイケアの新たな展開の一例としてモデルになる実践である。

保健所の精神保健福祉の歴史を振り返れば、保健所デイケアは、統合失調症を中心とした精神障害者の出かける場所として、また生活スキルを習得する場所として開始され、他の社会資源の拡充にも貢献してきた。今後は各地域の社会資源状況や、多様なニーズを見極め、地域のニーズに合わせたデイケアを展開していくことが期待されるであろう。

謝辞

本研究における視察に快くご協力いただきました旭川市保健所並びに長野市保健所の皆様に感謝申し上げます。

引用文献

1) 日本看護協会監修：保健師業務要覧第2版，278，日本看護協会出版会，東京，2008。

別紙3 旭川市保健所デイケア資料

1 「社会復帰学級（スカイサークル）」平成12～19年度の概要

目的：回復途上にある精神障害者の社会生活適応を図るために必要な援助・支持を積極的に行い社会復帰の促進を図る。

対象者：主治医の了解を得た市内在住の精神障害者（20～30代の若い障害者で、統合失調症の方が中心）

実施内容：レクリエーション、創作活動、調理、茶話会、フリープログラム等

日程：週1回午前中2時間（年間45回程度）

参加状況：入級者数 32名

卒業者数 26名（作業所20名、デイケア2名、他4名） 中止 6名

| 年度 | 開催回数 | 参加者数（人） | | 備考 |
|----|------|---------|----|---------------------------|
| | | 実/延 | 平均 | |
| 12 | 35 | 8/177 | 5 | |
| 13 | 45 | 12/398 | 9 | |
| 14 | 46 | 18/551 | 12 | 利用期間（概ね2年）を定め、作業所等への参加を促す |
| 15 | 46 | 21/502 | 11 | |
| 16 | 45 | 13/398 | 9 | |
| 17 | 45 | 10/336 | 7 | |
| 18 | 45 | 8/200 | 4 | |
| 19 | 27 | 4/91 | 3 | 通所者全員が卒業したため、年度途中で休止 |

評価：社会復帰関連施設等が比較的充実するなか、社会復帰に向けての最初のステップとして一定の役割を果たした。

2 「新 社会復帰学級（保健所学級）」に至る経過について

(1) ひきこもり当事者数名に対し個別支援（月1回程度の面接等）を実施しているが、複数回継続するうちに発展性が乏しくなり、支援に限界を感じている。

(2) 平成17年度より開始したあさひかわ青年期親の会（ひきこもり）参加者より、当事者が集う場所が市内及び近郊にないことから設立への要望があった。個別支援を実施している当事者についても他の当事者との交流を望んでいた。

(3) 平成19年度に合同面接という形で、数回、試行的に当事者同士の交流を行った。当事者は互いに配慮しながらも、自身の現状や考えなどについて話し、共有していた。（参加者が増えるとよい、趣味の合う人同士でさらにサークルをつくりたいなどの意見があり、交流については前向きであった。）

(4) 従来の社会復帰学級（スカイサークル）については、市内の社会復帰関連施設の充実や新規参加者の減少に伴い、あり方について再度検討していたところであった。19年度開始時点で通所者は4名となり、いずれも年度途中で卒業した。そのため、従来の教室は休止していた。

平成20年度 旭川市保健所社会復帰学級実施要領

1 目的

ひきこもりがちで、社会参加をしていない青年期の方同士が交流を楽しみ、安心して話せる場を提供する。交流や活動を通して、外出の機会の確保、孤立感の軽減及び対人関係能力の向上につながるよう支援し、社会復帰への一助とする。

2 目標

- (1) ひきこもりがちな青年期の方が安心して参加できる場所として認識される。
- (2) 対人交流、対人関係の改善を図る場所として利用できる。
- (3) 生活体験の拡大ができる。

3 日時

平成20年5月～平成21年3月の第2週水曜日・第4週火曜日（全18回）
10時00分～12時00分

4 場所

保健所棟講座室 他（プログラムの内容による）

5 対象

- (1) 旭川市在住で、何らかの理由により、ひきこもりがちで、家族や特定の人、特定の場所としか接点をもたず、社会参加をしていない概ね20～30歳代の青年とする。
（精神障害者についてはデイケア、地域活動支援センター等への通所を優先し、すでに通所先がある場合は対象外とする。）
- (2) 入級希望者は事前に保健師と面談し、係会議により決定する。決定後入級申込書を提出する。
- (3) 精神障害者については、主治医の意見書を要する。

6 内容

- (1) 意見交換、スポーツ、レクリエーション等のプログラムをとおして交流を行う。
- (2) 学習会、社会資源等の情報提供を行う。
- (3) 参加者からの要望を随時取り入れる。

7 運営

- (1) 通所期間は原則1年（3月まで）とする。
- (2) 運営は保健師が行う。プログラムにより作業療法士、外部講師が担当する。
- (3) 精神科医療機関及び社会復帰に関する行政機関、社会復帰関連施設等と必要時連携を図る。

8 周知

- (1) 精神保健相談で対象者および家族へ周知する。
- (2) 青年期親の会参加者へ周知する。
- (3) 医療機関及び公共施設等へのポスター掲示及び市役所ホームページへ掲載する。

旭川市保健所社会復帰学級 仮称 {保健所学級}

メンバー募集中

旭川市保健所では、ひきこもりがちな青年の集う場を開設しています

「外に出ることが少ない」 「出かける場がほしい」
「仲間がほしい」 「人付き合いが苦手」
「今の状況を変えたい」

～ 悩んでいるのはあなたひとりではない ～

同じ悩みを抱える仲間が安心して集まれる場所です。

ひとりで悩まずあなたも参加してみませんか

〔日時〕 平成20年5月から平成21年3月の第2水曜日・第4火曜日（全18回）
10時～12時 （内容により開催日時が一部変更となります）

〔場所〕 旭川市保健所 保健所棟 講座室等
（プログラムにより活動場所が異なります）

〔内容〕 ミーティング、陶芸など作品づくり、スポーツ等

〔対象となる方〕

旭川市にお住まいのひきこもりがちで外出する機会が少ない概ね20～30歳代の方
* 精神科デイケアや地域活動支援センター等へ通所されている方は対象となりません。

〔申し込み〕

事前に旭川市保健所へご連絡をお願いいたします。
保健師が面接し、内容等詳しく説明させていただきます。

連絡先

旭川市保健所健康推進課精神保健係

住所 旭川市7条通10丁目 旭川市第二庁舎

電話 0166-25-6364

E-mail kenkousuisin@city.asahikawa.hokkaido.jp

平成20年度 社会復帰学級プログラム

全18回

| | 第2週 (水) | | 第4週 (火) | |
|-----|---------|-----|---------|---------------|
| 5月 | | | 27日 | 入級式・ミーティング |
| 6月 | 11日 | 茶話会 | 24日 | フリープログラム |
| 7月 | 9日 | 茶話会 | 22日 | 陶芸① |
| 8月 | | | 26日 | 陶芸② |
| 9月 | 10日 | 茶話会 | *30日 | フリープログラム |
| 10月 | 8日 | 茶話会 | *21日 | 体育祭 |
| 11月 | 12日 | 茶話会 | 25日 | ミーティング |
| 12月 | | | *16日 | クリスマス会 (調理実習) |
| 1月 | 14日 | 茶話会 | 27日 | 作品づくり |
| 2月 | | | 24日 | フリープログラム |
| 3月 | 11日 | 茶話会 | 24日 | 修了式 |

* 第4週以外の日程

内 容

1 フリープログラム 3回

メンバー同士が話し合い、行うことを決める。楽しみ・交流・仲間作り・主体性・協調性を養うことを目的とする。

2 スポーツ 1回

楽しみ、体力作り、協調性を養うことを目的とする。

3 作品づくり 3回 職員で対応1回、講師依頼分2回

自己表現の場としたり、作品を作り上げることで達成感を得られることを目的とする。また、外部講師 に来てもらうことで、スタッフ以外の人と交流する場面とする。

4 調理 1回

生活経験の拡大が目的である。

メニューの決定、調理手順の確認、買い物等メンバー同士で話し合っできるようなにする。

5 ミーティング 1回

日頃考えていることなどテーマを決めて話し合いを行う。自己表現や協調性を養う機会とする。

6 茶話会 7回

自由に話したり簡単なレクリエーションを行うなど、楽しんで行うことで精神的ゆとりをもつことを目的とし、交流・仲間作りができるようにする。

7 入級式・修了式 2回

別紙4 長野市保健所デイケア資料

長野市保健所広汎性発達障害者デイケア実施要領

1 目的

この事業は、在宅の青年期広汎性発達障害者の社会適応を図るため、作業活動、レクリエーション活動、生活指導を通して、社会参加の意欲を促し、自立生活を図ることを目的とする。

2 具体的な目標

(1) 対人関係の改善

話し合い、レクリエーション、スポーツ、作業・創作活動を通して自己表現とコミュニケーション方法を習得し、協調性を養う。

(2) 生活の自立

デイケア通所により、生活リズムを作り、家事動作の実習等により生活自立に向けて技術を身につける。

(3) 社会体験の獲得

作業・創作活動により持続力、正確さ、手順を身につけ、行事・野外活動により社会体験を増やす。

(4) 自己管理

障害（ハンディ）を認め、心配事や調子が悪くなった時に適切な対処ができる能力を養う。

3 実施主体

長野市保健所

4 対象者

長野市に住所を有する広汎性発達障害の診断を受けた者で以下の条件に該当する者

(1) 15歳以上の者で在宅で過している者

(2) 本人及び保護者がデイケアを希望し、集団参加が可能と思われる者

(3) 主治医又は精神保健福祉センター担当医が、デイケア参加を有効と認めた者

(4) (1)～(3)に基づき保健所長が必要と認めた者

5 会場及び日程

長野市保健所 デイケア室

毎月第2・4月曜日 13時30分から15時30分まで

6 内容

(1) 実施内容

- ・ S S T（生活技能訓練）、個別面接
- ・ 作業訓練（集団作業、個々の参加者に適した個別作業）
- ・ 集団活動（ゲーム等）

(2) 利用者の状況を考慮の上、デイケア担当者と外部関係機関（長野県精神保健福祉センター療育スタッフ等）との連携を基に個別指導を行う。

(3) 必要に応じて家族教室・家族面接を行う。

7 費用

デイケア参加費は無料。但し、利用者が使用する原材料費及び教材、交通費等個人にかかる費用については利用者の実費負担とする。

8 申込方法

(1) 主治医又は長野県精神保健福祉センター担当医と相談の上、健康課へ参加希望を連絡する。

(2) デイケア担当者が面接し、デイケア事業の趣旨等を別添「広汎性発達障害者デイケアの参加にあたって」により説明する。

(3) デイケアを見学する。

(4) 参加依頼書（様式1）、主治医意見書（様式2）を保健所長へ提出する。

9 関係機関との連携

必要に応じて関係機関との連携を図る。

10 記録

記録は、個人記録票（様式3）及びデイケア業務記録（様式4）とする。

広汎性発達障害者デイケアの参加にあたって（H20年度）

1 デイケアの目標

- ★ デイケアは様々な活動を通して社会体験を深め、集団への参加をしながら在宅での自立生活を目指す活動です。
- ★ 各自が目標をもち、デイケアに参加して達成できるようにしましょう。

2 日時・場所等

- ★ 日時：毎月第2・4月曜日 午後1時30分から3時30分まで
- ★ 場所：長野市保健所 デイケア室
- ★ 留意事項
 - ・欠席や遅刻する場合はデイケア担当スタッフに連絡してください。
⇒ 連絡先 長野市保健所健康課 ○○まで
電話 226-9960
 - ・早退する場合もデイケア担当者に断わってください。
 - ・デイケア室は禁煙になっています。指定場所で喫煙してください。

3 活動内容

- ★ レクリエーション、スポーツ、作業活動、行事等皆さんの希望に沿って決めていきます。
- ★ 必要なものがある場合は、連絡しますので各自用意してください。

4 費用

交通費、教材費等個人にかかるものは参加者の負担になります。

5 担当者

保健師、発達相談員、作業療法士 等

6 交通

デイケア室までは、本人自身で来所するか家族の送迎をお願いします。

7 参加手続き

- ・デイケア担当者に相談してください。
- ・デイケア参加にあたっては、毎年本人及び家族の参加依頼書と主治医の意見書が必要です。早めにお出してください。

保護者の皆様へ

若葉会アンケート(H20年度)

氏名 _____

このアンケートは、若葉会をさらにより良いものとするためのものです。ご協力をよろしくお願い致します。
現在のご本人の生活状況や今後の生活の希望をお聞きしたいので、ご記入いただくとありがたいです。
なお、アンケートは、若葉会家族会の出欠連絡表とあわせてご提出ください。

①生活地図

表 1

| 現在の生活 | 現在の課題 | 3年後の生活 |
|---|-------|---|
|  | |  |
| | 将来の希望 | |

②スケジュール

表 2

| 時間 | 現在活動 | 現在の課題 | 時間 | 3年後の活動 |
|-------|------|-------|-------|--------|
| 5:00 | | | 5:00 | |
| | | 将来の希望 | | |
| 24:00 | | | 24:00 | |

記入例

①生活地図

表 57

| 現 在 | 現在の課題 | 3 年 後 |
|--|---|--|
| <p>買い物（コンビニ、本屋） 1～2回/週 一人で</p> <p>作業所 毎日、一人で</p> <p>母の見舞い 父と2回/月</p> | <ul style="list-style-type: none"> 余暇が乏しい 交通機関を利用した経験が乏しい 生活に役立つような買い物ができない | <p>夕飯の買い物（近所のスーパー） ヘルパーと2回/週</p> <p>職場 毎日</p> <p>自分の買い物 一人 毎日</p> <p>母の見舞い 父と2回/月</p> <p>スポーツ 友人と2回/月</p> <p>コンサート 友人と4回/年</p> <p>カラオケ 友人と1回/月</p> |
| | <p>将来の希望</p> <ul style="list-style-type: none"> コンサートに行きたい カラオケに行きたい 運動をする必要がある CD屋や本屋にもっと行きたい 夕飯のおかず等の買い物をしたい | |

②スケジュール：平日

表 58

| 現在の生活 | 現在の課題 | 3 年後の生活 |
|--|---|---|
| <p>7:00 起床 父親と朝食</p> <p>8:00 作業所へ</p> <p>12:00 作業所の給食</p> | <ul style="list-style-type: none"> 夕食前の大量の間食 栄養のバランス 入浴の習慣の崩れ | <p>6:30 起床 父と朝食</p> <p>7:30 会社へ出勤</p> <p>12:00 会社で仕出し弁当</p> |
| <p>5:00 本屋、コンビニに寄る 作業所から帰宅 菓子をつまみながらゴロゴロしている</p> <p>9:00 父帰宅 父と一緒に夕食 テレビ</p> <p>12:00 就寝</p> | <p>将来の希望</p> <ul style="list-style-type: none"> 会社で働きたい 家事を分担して欲しい 間食の制限 | <p>4:00 (土曜日は4:00からヘルパーと買物、夕食作り)</p> <p>6:00 会社から帰宅、ヘルパーと買物夕食作り、夕食)</p> <p>9:00 父帰宅、父だけ夕食 テレビ</p> <p>12:00 就寝</p> |

2/23の調理実習について

以前の話し合いで、何を作りたいか話しあったところ、「たこ焼きを作りたい！」という意見が多く聞かれました。

たこ焼き器の用意もできそうなので、今回は「たこ焼き」を作りたいと思います。

今日やること

*グループに分かれて行います。

1. たこ焼きの具について、自分の希望や食べられないものを考えて発表します。
2. 「作り方」を読んでイメージ作りをします。

1. たこ焼きの材料について・・・

たこ焼きの材料

生地— たこ焼き粉、卵、水
 具— タコ、ネギ、天かす
 トッピング— おたふくソース、青のり、マヨネーズ

提 案

一人分は6個を考えていますが・・・

タコは高いので、費用をおさえるために

- ① タコを入れるもの ② タコではなく別の物を入れるもの
 の2種類を作りたいと思います。



■タコではないバージョンに何を入れますか？

入れたいものに順位(①～④の番号)をつけましょう。

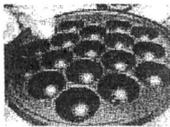
- () ウインナー
 () 魚肉ソーセージ
 () ツナ
 () チーズ
 () その他 _____

■材料の中で、「これは食べられない！」というものがあれば、×印をしましょう。

[タコ ネギ 天かす おたふくソース 青のり マヨネーズ]

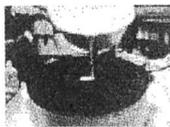
たこ焼きの作り方

1. 具材（タコ、ネギ）を細かく刻みます。
2. たこ焼き粉、卵、水をボールに入れて混ぜ合わせます。
3. たこ焼きプレートに火をかけて熱します。たこ焼きプレートが温まったら、プレートに油を引きます。



一つの丸の中に油大さじ1を入れて、それを丸めたティッシュに吸い込ませ、お箸で油を全部の丸の中に引いていきます。

4. たこ焼きの生地を入れます。



全部の丸の中に均一に入るようにしましょう。少しくらいはみ出ても後でキレイに丸くなるので大丈夫！

5. 1分後に、たこ焼きの具材（タコ、ネギ、天かす）を入れます。

6. 周りが硬くなってきたら竹ぐしで裏返しましょう。



そーっと裏を見て
固まっていたら

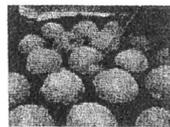


竹串を側面の固まっている所に
刺してクルッと裏返します。



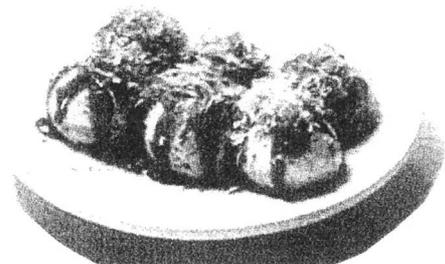
焼けてくるとまん丸に
なってくるので、ここで
丸く出来なくても大丈夫！

7. ひらすらクルクル裏返す。



全部裏返したら、ひたすらクルクルまわします。
こうすることで、まん丸の立派なたこ焼きが出来てきます。

8. おいしそうな焦げが出来たら、お皿に盛り、
味付けをしたら（ソース、青のり、マヨネーズをお好みで）・・・
出来上がり～～♪



*役割分担について・・

具材を切る、混ぜる、タコ焼きプレートの準備（熱して油を引く）は、
分担したいと思います。

“タコ焼きを焼く”のは、全員が体験できるようにしたいと思います。
「できるかなあ・・」と不安な人は、スタッフと一緒にやりましょう！
次回、役割分担を決めたり、材料費などの持ち物を伝えます。

I-2. 精神保健福祉センターにおけるデイケアの現状と意義

平成 20 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）
分担研究報告書 精神保健福祉センターにおけるデイケアの現状と意義
（デイケア等業務に関する実態調査）

分担研究員 野津 眞（東京都立多摩総合精神保健福祉センター所長）

山下 俊幸（京都市心の健康増進センター所長）

辻 元宏（滋賀県立精神保健福祉センター所長）

研究協力者 全国精神保健福祉センター長会

植村直子（滋賀医科大学 医学部 看護学科地域生活看護学講座）

研究要旨

全国の精神保健福祉センターにおけるデイケア事業の実際と当該事業に対する意識・認識等を調査した。

現在診療報酬型デイケア事業を実施しているのは 21 所であり、大規模デイケアで平均 24.5 人、小規模で平均 9.7 人の利用者に治療・訓練サービスを提供していた。デイケア内で対象や目的を絞ったプログラムを活用しているところが 17 所あり、疾患としてはうつ病圏や発達障害圏、目的としては就労・復職支援が目立った。デイケア以外にもグループ活動を実施しているところが 15 所あり、デイケア非実施センターでも、グループ活動は積極的に実施されていた。内容としては、いわゆる「引きこもり」グループが多かったが、多様な対象に応じた柔軟な運営をしていると思われた。

西暦 2000 年前後から、センター業務におけるデイケア事業の位置付けに大きな変化が生じていた。精神保健福祉法改正や行政改革、障害者自立支援法等のインパクトがもたらしたものと考えられ、「デイケア事業はセンターの役割でない」とするところが 20 所あった。一方、現状では地域社会資源整備状況の差が大きく、整備の進んだ地域ではどの資源も多く、不十分なところではどの資源も不足しがちである傾向が窺われた。

デイケア事業を実施しているセンターでは、専門的技術センターとして新たな対象に取り組み、先進的技術開発などに努めていた。また、デイケア非実施センターでも、診療報酬型デイケアの形態をとらないグループ活動を有意義に活用していた。

A. 研究目的

全国の精神保健福祉センター（以下センターと略）におけるデイケア等業務の実態とともに、所管地域における社会資源分布等との関連を調査することによって、公的機関が実施するデイケア等業務の意義を明らかにする。

B. 研究方法

別紙 1 に示した調査票を全国 66 の精神保健福祉センターに送付し、回答を集計し考察した。

倫理面への配慮

滋賀医科大学研究倫理委員会に審査を求め了承を得た。

C. 研究結果

集計結果を別紙 2 に示した。

1. センター開設時期、職員数、デイケア事業開始及び廃止時期について

表 1-1 に示すように、全 66 センター中、現在デイケア事業を実施しているものは 21 所、実施していないものは 45 所、そのうち過去に実施していたものは 20 所であった。センター開設年代別に見ると、2000 年以降に開設された 14 所におけるデイケア事業実施比率は 21.4% で、それ以前に開設されたものと比べて著明に低かった。

配置されている職員数の要約を見ると、技術系、事務系を合わせた合計職員数は、最小値 5、最大値 81、平均値 17.45、標準偏差 12.62（人口 10 万対合計職員数は、最小値 0.19、最大値 2.53、平均値 1.04、標準偏差 0.50）であったが、最大値は外れ値である(表 1-2)。

また、10 人単位の階級別分布を見ると、合計職

員数 10 人未満のセンターが 12 所、10 人から 19 人が 35 所、20 人以上が 19 所であった(表 1-3)。階級別合計職員数とデイケア実施の有無をクロス集計し、カイ二乗検定を行ったところ $\chi^2=9.60$ 、 $p=0.008$ であった。職員数の多いセンターにデイケア実施例が多いことを示すが、10 人未満の職員数でも実施しているところが 1 所あった(表 1-4)。

デイケア事業開始時期の分布を年代別に見ると、それぞれの年代において開始されたデイケア事業のうち、半数程度が 2008 年 10 月現在も実施されていた(表 1-5)。一方事業廃止数を年代別に見ると、1990 年代に 6 事業、2000 年以降 12 事業が廃止されていた(表 1-6)。

2. 地域状況とセンターデイケアについて

人口万対精神障害者保健福祉手帳所持者数は、最小値が 7.6、最大値が 71.9、平均値は 38.1、標準偏差 13.3 であった。人口万対自立支援医療(精神通院)受給者数は、最小値 48.7、最大値 186.4 であり、平均値は 94.2、標準偏差は 27.5 であった(表 2-1)。最小値はいずれも外れ値である。

人口 10 万対施設数で平均値が比較的大きいものを列挙すると、地域活動支援センターが 1.48、医療デイケア数が 1.32、就労継続支援 B が 1.12 であり、以下共同作業所、市町村デイケアなどが続いていた。いずれも標準偏差がかなり大きいのが特徴的であり、地域によるばらつきの大きさが窺われた。自立支援法新体系への移行の地域差も影響していた可能性もある(表 2-2)。

施設数等と障害者ニーズとの関連をより反映させるために、自立支援医療受給者数 1000 あたりの医療デイケア数、保健所・市町村デイケア数、日中活動施設数を計算した(表 2-3)。

次いで、それぞれ 3 つの階級に分け度数分布を調べた(表 2-4a, 2-4b, 2-4c, 図 2-1a, 2-1b, 2-1c)。医療デイケア数と日中活動施設数は概ね正規分布に近い分布をしており、保健所・市町村デイケア数は 0 から 1 未満に 70% 近くが分布していた。

また、センターデイケア実施の有無とクロス集計を行った(表 2-5a, 2-5b, 2-5c)。

医療機関デイケア数分布の最少ランクでは、センターデイケア実施：非実施が 5 : 10、最多ランクでは 7 : 7 であった。保健所・市町村デイケア数では、最少ランクで 11 ; 28、最多ランクでは 4 : 4 であった。日中活動施設数では、最少ランク 4 :

12、最多ランク 5 : 14 であった。

これら 3 変数の関連を見るために 2 変数ごとにピアソンの積率相関係数を計算した(表 2-6)。

これらの社会資源整備状況に対して、地域ニーズが満たされているかの評価判断を求めたところ、十分満たしているという評価は 1 (1.5%)、概ね満たしているとするものが 17(25.8%)である一方、やや不足しているが 26(42.4%)、大いに不足しているが 13(19.7%)であり、合計すると 60%以上が不足しているという認識であった(表 2-7, 図 2-2)。

3. デイケア事業実施センターについて

デイケア事業を行っているセンター数は 21 であり、そのうち大規模が 14 所、小規模が 7 所であった。ショートケアを併設しているところがそれぞれ 5 所あった(表 3-1)。

一日平均延利用者数は、大規模で最小値 11.3、最大値 58.0、平均値 24.5、標準偏差 11.4 であり、小規模では、最小値 5.7、最大値 20.0、平均値 9.7、標準偏差 5.3 であった。10 人単位の階級別分布における最多度数は、大規模では「20 人以上 30 人未満」が 7 所、小規模では「10 人未満」が 4 所であった(表 3-2, 3-3)。

デイケア事業を開始してから調査時点までの期間は、最短が 90 か月(7 年半)、最長は 40 年近い歴史を持つところもあり、平均で 20 年超であった。(表 3-4)。

デイケアスタッフ数(非常勤も合算)を表 3-5、表 3-6 に示した。医師以外のスタッフ数合計の平均値は、大規模で 11.6 (標準偏差 4.6) 人、小規模で 5.4(標準偏差 2.3)人と概ね診療報酬施設基準よりは手厚く配置されていた。

デイケアの利用期限は 21 センター中 17 所で設定しており、最短で 6 ヶ月、最長で 60 か月(5 年)であった(表 3-7, 表 3-8)。

対象や目的を絞ったコース/プログラムを実施しているところが 21 センター中 17 所(81.0%)であった(表 3-9)。

その内容は、疾患別では統合失調症が 17 センター中 8 所(47.1%)、うつ病および双極性障害が 7 所(41.2%)、発達障害が 4 所(23.5%)であった(表 3-10a)。対象者の年代別では、思春期・青年期が大勢を占めた(表 3-10b)。目的別では就労支援をあげるものが 12 所(70.6%)であった。(表 3-10c)。

今後実施したいと考えているコース/プログラ

ムに関しては8センターから回答があり、疾患別ではうつ病、発達障害、年代別では青年期と高齢者、目的別では復職支援等の回答があった(表3-11a, 3-11b, 3-11c)。

診療報酬型のデイケアを実施する傍ら、それ以外のグループ支援も実施しているところが、21センター中15所(71.4%)あった。その内容は、疾患別ではいわゆる「ひきこもり」が7所(46.7%)であることが注目された(表3-13a, 3-13b, 3-13c)。

センターが実施するデイケアの地域における役割を聞いたところ、「先進的・モデル的技法の開発」が21センター中15所(71.2%)で最も多く、次いで「就労・復職支援」14所(66.7%)、作業所等へのステップ11所(52.4%)、生活スキル習得支援10所(47.6%)となっていた(表3-14)。

また、センターがデイケア事業を実施する理由を尋ねたところ、「先進的・モデル的技法の開発」が16所(76.2%)と最多で、専門的技術センターとしての矜持を感じさせた。次いで「就労・復職支援機能を持つこと」が13所(61.9%)、「普及啓発や教育研修に役立つ」が10所(47.6%)であった。

調査開始直前1週間分の全プログラム名と目的、所要時間、参加者数、スタッフ数を一覧表として回答するよう求めた。それらの要約を規模別に計算したところ、大規模デイケアでは、一日あたり平均4.5コマのプログラムを実施し、1プログラムあたり平均所要時間は2時間13分、プログラムあたり平均利用者数は10.1人、スタッフ数は2.7人であった(表3-16)。小規模デイケアでは、1日あたり2.1コマ、平均所要時間は2時間31分、利用者数は6.5人、スタッフ数は2.9人であった(表3-17)。

プログラムの内容分析は今回行わなかったが、プログラムの目的別にKJ法を用いて小分類を行い、さらに目的の具体性に着目して、「目的の具体的なもの」、「やや具体的なもの」、「抽象的なもの」という3群に大分類を行った。こうして作成したプログラム分類一覧を表3-18a, 3-18b, 3-18cにあげた。総プログラム数は209であった。

4. デイケア非実施センターについて

過去にデイケアを実施していた20センターに、事業を廃止した理由を尋ねたところ、「医療デイケアが普及したから」が14所(70.0%)で最多であった。次いで「保健所・市町村デイケアの普及」が

11所(55%)、「他の事業へ転換した」が10所(50%)であった(表4-1)。

デイケア非実施45センターに、現在デイケアを実施しない理由を尋ねたところ、「センターの役割でないから」という回答が20所(44.4%)で最も多かった。以下、「マンパワーがない」9所(20.0%)、「予算がない」8所(17.8%)、「診療機能がない」7所(15.6%)、「地域にニーズがない」6所(13.3%)の順であった。

一方、全調査項目中この質問は最も「その他」回答が多く、19件(42.2%)あった。それらを列挙したが、それぞれに地域、自治体の事情が多様であることを窺わせるものであった(表4-2)。

今後デイケア事業を本庁に要望する予定の有無を尋ねたところ、あると回答したところは1所のみで、その他はなしあるいは未検討であった(表4-3)。

デイケア以外のグループ活動の有無については、33所(73.3%)が実施していると回答した(表4-4)。その内容は、疾患別ではいわゆる「ひきこもり」のグループが23所(69.7%)と突出して多かったが、その他として、「ギャンブル依存症」、「高次脳機能障害」、「自死遺族交流会」など多様なグループ活動が回答された(表4-5a, 4-5b, 4-5c)。

また、今後実施したいグループ活動の有無については、10センターがあると回答した。その内容は、疾患別では「うつ病」と「発達障害」、目的別では「復職支援」であった(表4-6, 4-7a, 4-7b, 4-7c)。

D. 考察

1. 全体状況について

センターの開設時期やデイケアの開始・廃止時期を年代別に見ると、以下の事実がわかる。

- ①西暦2000年頃以降に新設されたセンターはデイケアを実施する所が少ないこと。
- ②2000年頃以前にデイケアを実施していたセンターで、2000年以降に廃止したところが多いこと。

このことは、2000年前後を境に、センターの役割や機能についての考え方に大きな変化があったことを窺わせる。1996年の大都市特例、2002年のセンター必置化および精神医療審査会事務、精神障害者保健福祉手帳事務、通院医療費公費負担事務の移管等によって、センターの事業・組織を改正する必要が生じたものと思われる。

また、ここ数年、退院促進支援事業や自殺総合対策、発達障害や高次脳機能障害など新たな取り組みを求められる課題も多く、センター全体の業務量が增大していることもあるであろう。

一方、行政改革の流れも依然急であって、公民の役割分担などの観点から、デイケア事業の見直しを求められる場合も少なくないものと思われる。

2. 地域資源分布とセンターデイケアの関連

各地域の社会資源状況を見てみると、自立支援施設では地域活動支援センターと就労継続支援Bが比較的整備が進んでいるようであり、医療デイケア数も伸びてきているのが示された。しかし、これらは地域によってかなりばらつきの大きな分布をしている。

自立支援医療受給者 1000 人当たりの医療デイケア数、保健所・市町村デイケア数、日中活動施設数の階級別分布を見ると、医療デイケアと日中活動施設数は概ね正規分布に近い分布をしていたが、保健所・市町村デイケア数は「0 から 1 未満」ランクに 70%が含まれるような特異な分布をしていた。

上記 3 変数について、2 変数ごとの相関分析を行うと、非常に高くはないが有意の相関が見られた。このことと度数分布をあわせ考えると、多いところにはどの社会資源も多く、不十分なところではどの社会資源も不足がちであるという傾向があると思われる。

センターデイケア実施の有無とのクロス表では、格別な分布の特徴は見られないが、それぞれの最少ランクに該当するデイケア非実施センターには、不足を補う役割があり、最多ランクに該当するデイケア実施センターは、他の社会資源と競合することへの対応が必要であると言えるであろう。

3. デイケアにおける対象や目的を絞ったプログラムおよびデイケア以外のグループ活動について

デイケア実施 21 センター中、17 所で対象や目的を絞ったコース/プログラムを活用していたが、対象が多様になってきていることと、大きな集団で一律に行うプログラムより治療的に有効であるということを示すであろう。たとえば「うつ病休職者の復職支援」や「発達障害のコミュニケーションスキル改善」等の対象者や目的を明示したコースやプログラムを設けることがひとつのトレンドに

なっているように見える。

その一方で、永らくデイケアの主たる対象であった慢性期統合失調症患者に対して、「居場所や疲れたときの止まり木」を提供するという所もある。自立支援施設等が本来果たすべき役割と思われるが、社会資源の整備状況に依然地域差が存在する現状では、それなりに意義があると言えよう。

しかし、前述したように、今後地域資源整備が進めば、早晚センターデイケアの役割が他の資源と競合することが避けられないであろう。したがって、機能分化し先進的新技术の開発などにシフトしていくのは自然なことであると思われる。専門的技術センターとしての地域における役割である。

診療報酬型デイケアの利点の一つは、施設基準によって一定の治療水準が保たれることだが、たとえば就労支援のために外出することが制限されてしまうなどというジレンマもある。これは行政であれ民間病院・診療所であれ、同じように突き当たる壁のひとつである。また、いわゆる「ひきこもり」のような、必ずしも臨床診断が容易でない対象の場合は、むしろ診療報酬型デイケアでないグループのほうがより柔軟で効果的な援助ができることも考えられる。

センターの多様なサービスの一環として、これらのグループを積極的に実施する傾向も見られる。

4. 今後のセンターデイケアについて

前述したように、西暦 2000 年頃を境にセンターの役割・機能の考え方が大きく変化し、デイケア事業を行わない選択をしたところも少なくない。

「現在デイケアを実施していない理由」(問 24)の回答で最も多かったのは、「センターの役割でない」であったが、その回答をした 20 センターのうち、13 センターは過去にデイケアを実施していたところであった。恐らく、デイケアを廃止する段階でセンターの役割について綿密な検討が行われ、明確に方針転換をしたのでであろうと思われる。

同じ質問の「その他」回答の記載からは、医療デイケアや保健所・市町村デイケアが増え、また日中活動施設も充実してきているからというものが約 1/3 を占めている。しかし、先に述べたように、視野を全国に広げると、なお社会資源の不足が現実の課題になっているところも多い。

マンパワーや予算、診療機能の有無などによる

現実的な制約はあるにせよ、センターの役割の多くは地域状況との相対的關係から規定されるのだから、絶えず地域の動向を注意深く観察し、住民のニーズにこたえる努力が求められるであろう。

謝辞

本調査では全国精神保健福祉センター長会の全面的な協力によって、すべてのセンターから回答をいただいた。改めて御礼を申し上げる。

E. 結論

全国の精神保健福祉センターにおけるデイケア事業の実際と当該事業に対する意識・認識等を調査した。

精神保健福祉法改正や行政改革、障害者自立支援法等のインパクトが、センター業務におけるデイケア事業の位置付けに大きな変化をもたらしたが、なお地域による社会資源整備状況の差は小さくない。デイケア事業を実施しているセンターでは、専門的技術センターとして新たな対象に取り組み、先進的技術開発などに努めていた。また、デイケア非実施センターでも、診療報酬型デイケアの形態をとらないグループ活動を有意義に活用していた。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

〈貴センターが担当されている地域状況についてお尋ねします。〉

政令指定都市のある道府県では、政令指定都市分を除いてご記入ください。

4. 精神障害者保健福祉手帳所持者数（平成 19 年度末所持者数＝平成 18 年度発行数＋平成 19 年度発行数）をご記入ください。

_____ 件

5. 自立支援医療（精神通院）受給者数（H19 年度末数）をご記入ください。

_____ 件

6. 管内の診療報酬型精神科デイケア施設数（ナイトケア施設は除く）をご記入ください。

_____ か所

7. 管内の保健所デイケア、市町村デイケア数をご記入ください。

1) 保健所デイケア _____ か所 2) 市町村デイケア _____ か所

8. 管内の精神障害者日中活動施設数をご記入ください。

| 自立支援法施設 | か所数 |
|---------------|-----|
| 1) 地域活動支援センター | か所 |
| 2) 就労移行支援 | か所 |
| 3) 就労継続支援 A | か所 |
| 4) 就労継続支援 B | か所 |

| 自立支援法移行前施設 | か所数 |
|--------------|-----|
| 5) 通所授産施設 | か所 |
| 6) 小規模通所授産施設 | か所 |
| 7) 福祉工場 | か所 |
| 8) 共同作業所 | か所 |

9. 問 6 から問 8 までの諸施設数は、地域ニーズをどの程度満たしていますか。

- 1) 十分満たしている 2) 概ね満たしている
3) やや不足している 4) 大いに不足している

デイケア実施センターは次ページから 6 ページまで、
実施していないセンターは 7 ページにお進みください。

〈現在デイケアを実施しているセンターにお尋ねします〉
以下6ページまでご回答ください。

10. デイケアを開始した年月をご記入ください。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 開始

11. 該当する診療報酬の承認種別ごとに業務実績をご記入ください。
(平成20年10/20から10/26の実績についてお答えください。)

| 診療報酬 | 週当たり 実施日数 | 週当たり 実利用者数 | 週当たり 延べ利用者数 |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|
| 1) 精神科大規模 デイ・ケア | 2) _____ 日 | 3) _____ 人 | 4) _____ 人 |
| 5) 精神科小規模 デイ・ケア | 6) _____ 日 | 7) _____ 人 | 8) _____ 人 |
| 9) 精神科大規模 ショート・ケア | 10) _____ 日 | 11) _____ 人 | 12) _____ 人 |
| 13) 精神科小規模 ショート・ケア | 14) _____ 日 | 15) _____ 人 | 16) _____ 人 |

12. 平成20年度デイケアの担当スタッフの人数をご記入ください。
(非常勤は16日/月勤務を一人として換算してご記入ください：小数点以下一位まで。)

| | 医師 | 看護師 | 保健師 | 作業療法士 | 精神保健福祉士 | 臨床心理技術者 | その他専門職(プログラマ講師を含む) |
|-----|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|--------------------|
| 常勤 | 1) _____ 人 | 3) _____ 人 | 5) _____ 人 | 7) _____ 人 | 9) _____ 人 | 11) _____ 人 | 13) _____ 人 |
| 非常勤 | 2) _____ 人 | 4) _____ 人 | 6) _____ 人 | 8) _____ 人 | 10) _____ 人 | 12) _____ 人 | 14) _____ 人 |

13. 利用期限を定めていますか。

1) 定めている (最長 _____ か月) 2) 定めていない

14. 現在、デイケアの中で対象や目的を絞ったコース/プログラムを実施していますか。

1) 実施している

2) 実施していない

15. 実施している場合、そのコース/プログラムに該当するものすべての数字に○印をつけてください。

《疾患別コース/プログラム》

- 1) 統合失調症
- 2) うつ病
- 3) 双極性障害
- 4) 不安障害
- 5) 強迫性障害
- 6) 摂食障害
- 7) アルコール依存症
- 8) 薬物依存症
- 9) 発達障害
- 10) 人格障害
- 12) いわゆる「ひきこもり」
- 13) その他
(具体的に：)

《年代別コース/プログラム》

- 14) 児童期
- 15) 思春期
- 16) 青年期
- 17) 高齢者
- 18) その他対象年代を区切ったもの
(具体的に：)

《目的別コース/プログラム》

- 19) 疾病と治療についての理解
 - 20) 服薬アドヒアランスの向上
 - 21) 症状や再発サイン等対処スキルの獲得
 - 22) 家事等、日常生活技能の習得
 - 23) 就労支援
 - 24) 復職支援
 - 25) その他の特定の目的
(具体的に：)
-
-

16. 今後デイケアの中で実施したいとお考えのコース/プログラムはありますか。

1) ある

→ 上記から数字でお選びください ()

2) ない

17. 貴センターでは、精神障害者等本人を対象とした、デイケア以外のグループ活動(コース/プログラム)を実施していますか。

(本問では、集団規模や開催頻度を問わず、定期的に行われているものを想定しています。ただし、自助グループは除きます。)

1) 実施している

→ 上記から数字でお選びください ()

2) 実施していない

一週間のプログラム一覧表 (10/20 から 10/26 まで)

| | プログラム名 | 目的 | 曜日 | 実施時間 | 参加利用者数 | スタッフ数 |
|----|--------|--------------|----|-------------|--------|-------|
| 例 | カラオケ | 仲間との交流・外出の練習 | 月 | 13:30-15:30 | 8 | 3 |
| 例 | 料理 | 家事の練習・仲間との交流 | 火 | 11:00-14:00 | 12 | 4 |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |

* 欄が足りない場合は、お手数ですがコピーしてご記入ください。

(別紙)

27. 実施している場合、そのグループ活動(コース/プログラム)に該当するものすべての数字に○印をつけてください。

| | |
|--|--|
| <p>《疾患別コース/プログラム》</p> <ol style="list-style-type: none">1) 統合失調症2) うつ病3) 双極性障害4) 不安障害5) 強迫性障害6) 摂食障害7) アルコール依存症8) 薬物依存症9) 発達障害10) 人格障害12) いわゆる「ひきこもり」13) その他 (具体的に：) | <p>《年代別コース/プログラム》</p> <ol style="list-style-type: none">14) 児童期15) 思春期16) 青年期17) 高齢者18) その他対象年代を区切ったもの (具体的に：) <p>《目的別コース/プログラム》</p> <ol style="list-style-type: none">19) 疾病と治療についての理解20) 服薬アドヒアランスの向上21) 症状や再発サイン等対処スキルの獲得22) 家事等、日常生活技能の習得23) 就労支援24) 復職支援25) その他の特定の目的 (具体的に：) |
|--|--|

28. 今後貴センターで実施したいとお考えのグループ活動(コース/プログラム)はありますか。

- 1) ある
→上記から数字でお選びください ()
- 2) ない

自由記載欄(デイケア等に関連した事柄についてご自由にお書きください)

ご協力ありがとうございました。

別紙2 集計結果

1. センター開設時期、職員数とデイケア事業開始及び廃止時期

表 1-1 センター開設年代とデイケア事業

| | 度数 | 割合 (%) | 現在デイケア実施 | 過去にデイケア実施 | 実施合計 | 開設センター中の割合 (%) |
|---------------|----|--------|----------|-----------|------|----------------|
| 1959 年以前 | 7 | 10.6 | 3 | 3 | 6 | 85.7 |
| 1960 年～1969 年 | 12 | 18.2 | 3 | 7 | 10 | 83.3 |
| 1970 年～1979 年 | 16 | 24.2 | 4 | 5 | 9 | 56.3 |
| 1980 年～1989 年 | 7 | 10.6 | 3 | 3 | 6 | 85.7 |
| 1990 年～1999 年 | 10 | 15.2 | 6 | 1 | 7 | 70.0 |
| 2000 年以降 | 14 | 21.2 | 2 | 1 | 3 | 21.4 |
| 計 | 66 | 100.0 | 21 | 20 | 41 | |

表 1-2 職員数要約

(人)

| | 技術系 | 事務系 | 合計 | 人口 10 万対合計職員数 |
|------|-------|------|-------|---------------|
| 最小値 | 3 | 0 | 5 | 0.19 |
| 最大値 | 67 | 17 | 81 | 2.53 |
| 平均値 | 12.58 | 4.88 | 17.45 | 1.04 |
| 標準偏差 | 11.19 | 3.41 | 12.62 | 0.50 |

表 1-3 職員数階級別度数分布

| | 10 人未満 | | 10 人～19 人 | | 20 人以上 | |
|-------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
| | センター数 | 割合 (%) | センター数 | 割合 (%) | センター数 | 割合 (%) |
| 技術系 | 32 | 48.5 | 27 | 40.9 | 7 | 4.5 |
| 事務系 | 60 | 90.9 | 6 | 9.1 | 0 | 0.0 |
| 合計職員数 | 12 | 18.2 | 35 | 53.0 | 19 | 19.7 |

表 1-4 合計職員数と現在デイケア実施有無のクロス表

$$\chi^2 = 9.60 \quad p = 0.008$$

| デイケア | 職員数階級 | | | 合計 |
|------|--------|-----------|--------|----|
| | 10 人未満 | 10 人～19 人 | 20 人以上 | |
| 実施 | 1 | 9 | 11 | 21 |
| 非実施 | 11 | 26 | 8 | 45 |
| 合計 | 12 | 35 | 19 | 66 |

表 1-5 開始年代別ディケア事業の推移

| 開始年代 | 開始数 | 2008年10月現在実施数 |
|-------------|-----|---------------|
| 1960年～1969年 | 2 | 0 |
| 1970年～1979年 | 14 | 6 |
| 1980年～1989年 | 7 | 4 |
| 1990年～1999年 | 16 | 9 |
| 2000年以降 | 2 | 2 |
| 計 | 41 | 21 |

表 1-6 年代別ディケア事業廃止数

| 廃止年代 | 廃止数 | 2000年以降内訳 | |
|-------------|-----|-----------|-----|
| | | 2001年 | 廃止数 |
| 1960年～1969年 | 0 | 2001年 | 2 |
| 1970年～1979年 | 0 | 2002年 | 2 |
| 1980年～1989年 | 2 | 2003年 | 4 |
| 1990年～1999年 | 6 | 2006年 | 4 |
| 2000年以降 | 12 | 計 | 12 |
| 計 | 20 | | |

2. 地域状況

表 2-1 精神障害者保健福祉手帳所持者数と自立支援医療(精神通院)受給者数

| | 最小値 | 最大値 | 平均値 | 標準偏差 |
|----------------|-------|--------|----------|----------|
| 手帳所持者数 | 621 | 28,066 | 7,289.4 | 5,218.7 |
| 人口万対手帳所持者数 | 7.6 | 71.9 | 38.1 | 13.3 |
| 自立支援医療受給者数 | 6,062 | 68,358 | 18,422.4 | 13,858.1 |
| 人口万対自立支援医療受給者数 | 48.7 | 186.4 | 94.2 | 27.5 |

表 2-2 人口 10 万対施設数

| | 回答数 | 最小値 | 最大値 | 平均値 | 標準偏差 |
|---------------|-----|------|-------|------|------|
| 医療デイケア | 65 | 0.47 | 2.71 | 1.32 | 0.52 |
| 保健所デイケア | 64 | 0.00 | 0.95 | 0.15 | 0.26 |
| 市町村デイケア | 59 | 0.00 | 3.45 | 0.64 | 0.87 |
| 保健所・市町村デイケア合計 | 58 | 0.00 | 3.45 | 0.77 | 0.89 |
| 地域活動支援センター | 64 | 0.00 | 5.60 | 1.48 | 1.21 |
| 就労移行支援 | 63 | 0.00 | 2.05 | 0.51 | 0.46 |
| 就労継続支援 A | 63 | 0.00 | 0.77 | 0.14 | 0.17 |
| 就労継続支援 B | 64 | 0.07 | 4.65 | 1.12 | 1.06 |
| 通所授産施設 | 64 | 0.00 | 3.30 | 0.30 | 0.50 |
| 小規模通所授産施設 | 64 | 0.00 | 2.67 | 0.28 | 0.45 |
| 福祉工場 | 63 | 0.00 | 0.27 | 0.02 | 0.05 |
| 共同作業所 | 62 | 0.00 | 3.33 | 0.70 | 0.73 |
| 日中活動施設数合計 | 60 | 1.27 | 14.21 | 4.59 | 2.70 |

表 2-3 自立支援医療受給者数 1000 対社会資源数

| | 回答数 | 最小値 | 最大値 | 平均値 | 標準偏差 |
|--------------|-----|------|-------|------|------|
| 医療デイケア数 | 65 | 0.52 | 2.99 | 1.49 | 0.63 |
| 保健所・市町村デイケア数 | 58 | 0.00 | 3.48 | 0.81 | 0.92 |
| 日中活動施設数 | 60 | 1.43 | 13.27 | 4.99 | 2.59 |

表 2-4a 自立支援医療受給者数 1000 対医療デイケア数階級別度数分布

| | 0 から 1 未満 | 1 から 2 未満 | 2 以上 | 計 |
|-------|-----------|-----------|------|-------|
| 度数 | 15 | 36 | 14 | 65 |
| 割合(%) | 23.1 | 55.4 | 21.5 | 100.0 |

図 2-1a

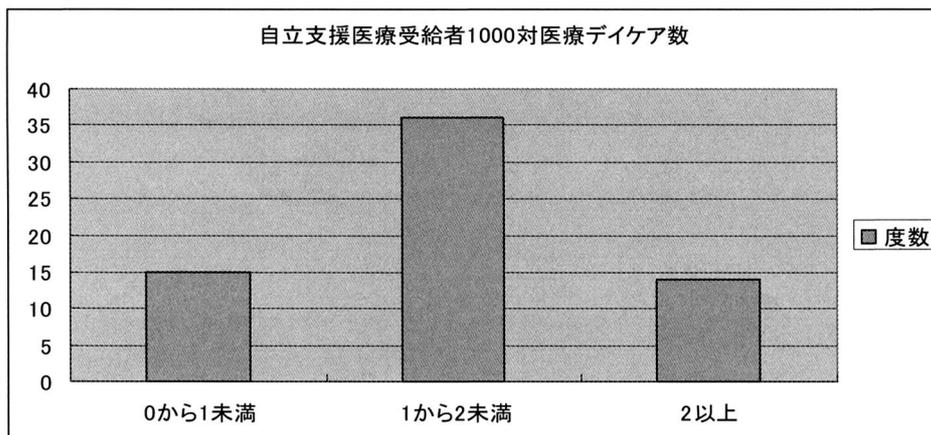


表 2-4b 自立支援医療受給者数 1000 対保健所・市町村デイケア数階級別度数分布

| | 0 から 1 未満 | 1 から 2 未満 | 2 以上 | 計 |
|-------|-----------|-----------|------|-------|
| 度数 | 39 | 11 | 8 | 58 |
| 割合(%) | 67.2 | 19.0 | 13.8 | 100.0 |

図 2-1b

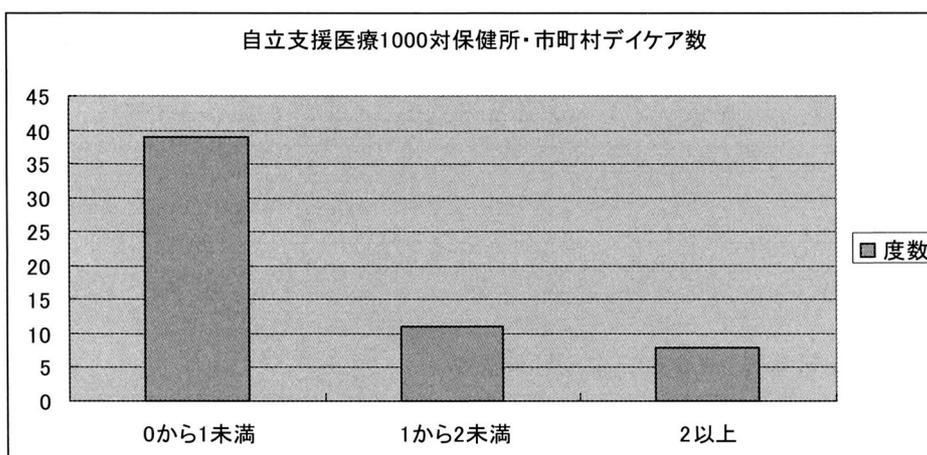


表 2-4c 自立支援医療受給者数 1000 対日中活動施設数階級別度数分布

| | 0 から 3 未満 | 3 から 6 未満 | 6 以上 | 計 |
|-------|-----------|-----------|------|-------|
| 度数 | 16 | 25 | 19 | 60 |
| 割合(%) | 26.7 | 41.7 | 31.7 | 100.0 |

図 2-1c

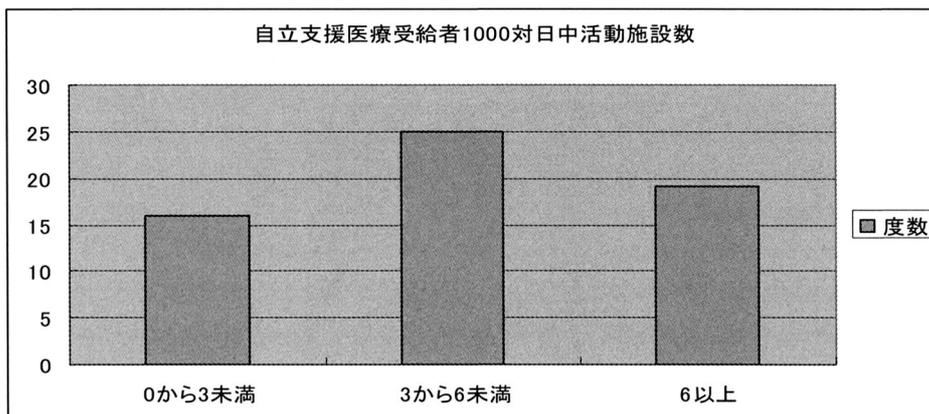


表 2-5a 自立支援医療受給者数 1000 対医療デイケア数と
センターデイケア実施の有無クロス表

| | 0 から 1 未満 | 1 から 2 未満 | 2 以上 | 計 |
|---------|-----------|-----------|------|----|
| 実施センター | 5 | 9 | 7 | 21 |
| 非実施センター | 10 | 27 | 7 | 44 |
| 計 | 15 | 36 | 14 | 65 |

表 2-5b 自立支援医療受給者数 1000 対保健所・市町村デイケア数と
センターデイケア実施の有無クロス表

| | 0 から 1 未満 | 1 から 2 未満 | 2 以上 | 計 |
|---------|-----------|-----------|------|----|
| 実施センター | 11 | 2 | 4 | 17 |
| 非実施センター | 28 | 9 | 4 | 41 |
| 計 | 39 | 11 | 8 | 58 |

表 2-5c 自立支援医療受給者数 1000 対日中活動施設数と
センターデイケア実施の有無クロス表

| | 0 から 3 未満 | 3 から 6 未満 | 6 以上 | 計 |
|---------|-----------|-----------|------|----|
| 実施センター | 4 | 9 | 5 | 18 |
| 非実施センター | 12 | 16 | 14 | 42 |
| 計 | 16 | 25 | 19 | 60 |

表 2-6 医療デイケア数、保健所・市町村デイケア数、日中活動施設数の相関
 (自立支援医療受給者数 1000 対)

ピアソンの積率相関係数

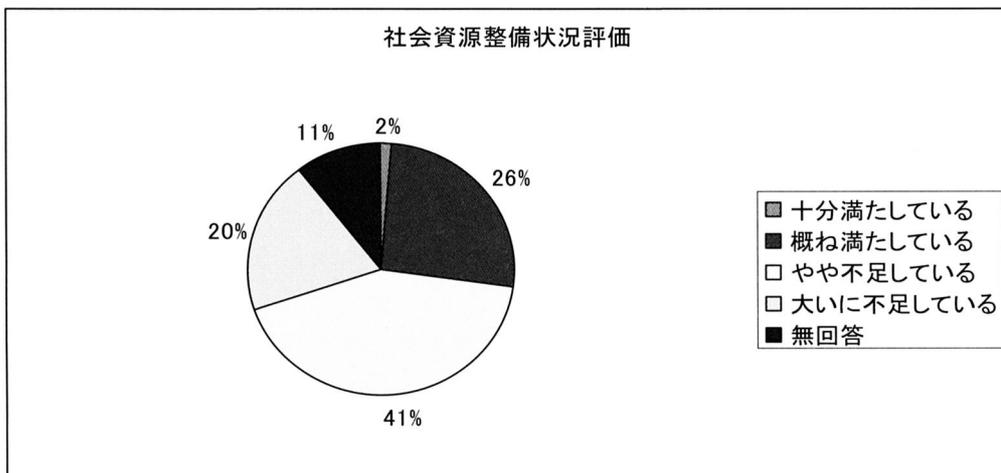
| | 保健所・市町村デイケア数 | 日中活動施設数 |
|--------------|--------------|---------|
| 医療デイケア数 | .283* | .405** |
| 保健所・市町村デイケア数 | | .351** |

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$

表 2-7 社会資源整備状況の評価

| 地域ニーズに対して | 度数 | 割合 (%) |
|-----------|----|--------|
| 十分満たしている | 1 | 1.5 |
| 概ね満たしている | 17 | 25.8 |
| やや不足している | 28 | 42.4 |
| 大いに不足している | 13 | 19.7 |
| 無回答 | 7 | 10.6 |
| 計 | 66 | 100.0 |

図 2-2



3. デイケア実施センター

表 3-1 デイケア種別と週当たり実施回数別分布

| | 大規模デイケア | 大規模ショートケ ア | 小規模デイケア* | 小規模ショートケ ア |
|-----|---------|---------------|----------|---------------|
| 1/週 | 1 | | | 1 |
| 2/週 | | | 1 | 1 |
| 3/週 | 1 | | 3 | 2 |
| 4/週 | 11 | 4 | 2 | 1 |
| 5/週 | 1 | 1 | | |
| 計 | 14 | 5 | 6 | 5 |

* 小規模7センターのうちひとつは、調査期間がインターバルであったため実績の記載なし。

表 3-2 1日平均延利用者数（ショートケアも合算）

(人)

| | センター数 | 最小値 | 最大値 | 平均値 | 標準偏差 |
|-----|-------|------|------|------|------|
| 大規模 | 14 | 11.3 | 58.0 | 24.5 | 11.4 |
| 小規模 | 6 | 5.7 | 20.0 | 9.7 | 5.3 |

表 3-3 1日平均延利用者数階級別分布

| | センター数 | 10人未満 | 10人以上20 人未満 | 20人以上30人 未満 | 30人以上 |
|-----|-------|-------|----------------|----------------|-------|
| 大規模 | 14 | 0 | 5 | 7 | 2 |
| 小規模 | 6 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| 計 | 10 | 4 | 6 | 8 | 2 |

表 3-4 デイケア事業開始から調査時までの総月数

(か月)

| | センター数 | 最小値 | 最大値 | 平均値 | 標準偏差 |
|-----|-------|-----|-----|-----|------|
| 大規模 | 14 | 90 | 441 | 260 | 113 |
| 小規模 | 6 | 90 | 459 | 249 | 161 |
| 計 | 21 | 90 | 459 | 256 | 127 |

表 3-5 大規模デイケアスタッフ数(非常勤も合算) (センター数 = 14)

(人)

| | 作業療 精神保健 | | | | | | | 医師以外 |
|------|----------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|
| | 医師 | 看護師 | 保健師 | 法士 | 福祉士 | 心理 | その他 | の合計 |
| 最小値 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 6.0 |
| 最大値 | 3.0 | 5.0 | 4.0 | 3.0 | 5.0 | 3.0 | 13.0 | 19.0 |
| 平均値 | 1.6 | 1.5 | 1.2 | 1.8 | 1.4 | 1.7 | 4.0 | 11.6 |
| 標準偏差 | 0.8 | 1.5 | 1.3 | 0.8 | 1.4 | 1.0 | 3.6 | 4.6 |

表 3-6 小規模スタッフ数(非常勤も合算) (センター数 = 7)

(人)

| | 作業療 精神保健 | | | | | | | 医師以外 |
|------|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| | 医師 | 看護師 | 保健師 | 法士 | 福祉士 | 心理 | その他 | の合計 |
| 最小値 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2.8 |
| 最大値 | 2.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 2.0 | 3.2 | 6.0 | 9.0 |
| 平均値 | 1.1 | 0.6 | 0.7 | 0.3 | 0.9 | 1.3 | 1.7 | 5.4 |
| 標準偏差 | 0.7 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.9 | 1.4 | 2.4 | 2.3 |

表 3-7 期限の有無

| | 期限あり | 期限なし | 計 |
|-----|------|------|----|
| 大規模 | 11 | 3 | 14 |
| 小規模 | 6 | 1 | 7 |
| 計 | 17 | 4 | 21 |

表 3-8 期限の要約(回答 15 センター)

(か月)

| | 回答数 | 最小値 | 最大値 | 平均値 | 標準偏差 |
|-----|-----|-----|-----|------|------|
| 大規模 | 10 | 12 | 60 | 34.5 | 15.8 |
| 小規模 | 5 | 6 | 36 | 19.2 | 11.5 |
| 全体 | 15 | 6 | 60 | 29.4 | 16.0 |

表 3-9 対象や目的を絞ったコース/プログラムの有無

| | 度数 | 割合 (%) |
|---------|----|--------|
| 実施している | 17 | 81.0 |
| 実施していない | 4 | 19.0 |
| 計 | 21 | 100.0 |

表 3-10a 実施している対象や目的を絞ったコース/プログラム (疾患別)

| 疾患別 | 度数 | 17 センター中の割合 (%) |
|-------------|----|-----------------|
| 統合失調症 | 8 | 47.1 |
| うつ病 | 6 | 35.3 |
| 双極性障害 | 1 | 5.9 |
| 不安障害 | 2 | 11.8 |
| 強迫性障害 | 1 | 5.9 |
| 摂食障害 | 1 | 5.9 |
| アルコール依存症 | 0 | 0.0 |
| 薬物依存症 | 0 | 0.0 |
| 発達障害 | 4 | 23.5 |
| 人格障害 | 1 | 5.9 |
| いわゆる「ひきこもり」 | 0 | 0.0 |
| その他 | 2 | 11.8 |

その他の内容

- 高次脳機能障害
- うつ病を中心に様々な疾患を持つ対象者

表 3-10b 実施している対象や目的を絞ったコース/プログラム (年代別)

| 年代別 | 度数 | 17 センター中の割合 (%) |
|--------------|----|-----------------|
| 児童期 | 0 | 0.0 |
| 思春期 | 6 | 35.3 |
| 青年期 | 7 | 41.2 |
| 高齢者 | 0 | 0.0 |
| その他年代を区切ったもの | 2 | 11.8 |

その他の内容

- 45才以上の方を対象とした家事等日常生活技能の習得を中心とした生活自立コース
- 40才未満

表 3-10c 実施している対象や目的を絞ったコース/プログラム（目的別）

| 目的別 | 度数 | 17 センター中の割合 (%) |
|-------------------|----|-----------------|
| 疾病と治療についての理解 | 7 | 41.2 |
| 服薬アドヒアランスの向上 | 7 | 41.2 |
| 症状や再発サイン等対処スキルの獲得 | 7 | 41.2 |
| 家事等、日常生活技能の習得 | 6 | 35.3 |
| 就労支援 | 12 | 70.6 |
| 復職支援 | 4 | 23.5 |
| その他特定の目的 | 4 | 23.5 |

その他の内容

- 家事等日常生活技能の習得を中心とした生活自立コース 就労支援、社会参加コース
- ソフトバレーボールチーム
- コミュニケーショントレーニング
- 自助グループに関心を持ってもらうためのコース
- 生活スキルの向上：防犯、ゴミ分別、栄養バランス等の学習（ひとり暮らしにも対応できるように）

表 3-11a 実施したいコース/プログラム（疾患別）（回答 8 センター）

| 疾患別 | 度数 | 8 センター中の割合 (%) |
|-------------|----|----------------|
| 統合失調症 | 0 | 0.0 |
| うつ病 | 2 | 25.0 |
| 双極性障害 | 0 | 0.0 |
| 不安障害 | 0 | 0.0 |
| 強迫性障害 | 0 | 0.0 |
| 摂食障害 | 0 | 0.0 |
| アルコール依存症 | 0 | 0.0 |
| 薬物依存症 | 0 | 0.0 |
| 発達障害 | 3 | 37.5 |
| 人格障害 | 0 | 0.0 |
| いわゆる「ひきこもり」 | 0 | 0.0 |
| その他 | 1 | 12.5 |

その他：記載なし

表 3-11b 実施したいコース／プログラム（年代別）（回答 8 センター）

| 年代別 | 度数 | 8 センター中の割合 (%) |
|--------------|----|----------------|
| 児童期 | 0 | 0.0 |
| 思春期 | 0 | 0.0 |
| 青年期 | 1 | 12.5 |
| 高齢者 | 2 | 25.0 |
| その他年代を区切ったもの | 0 | 0.0 |

表 3-11c 実施したいコース／プログラム（目的別）（回答 8 センター）

| 目的別 | 度数 | 8 センター中の割合 (%) |
|-------------------|----|----------------|
| 疾病と治療についての理解 | 0 | 0.0 |
| 服薬アドヒアランスの向上 | 0 | 0.0 |
| 症状や再発サイン等対処スキルの獲得 | 0 | 0.0 |
| 家事等、日常生活技能の習得 | 0 | 0.0 |
| 就労支援 | 1 | 12.5 |
| 復職支援 | 4 | 50.0 |
| その他特定の目的 | 0 | 0.0 |

表 3-12 デイケア以外のグループ実施の有無

| グループ | 度数 | 割合 (%) |
|---------|----|--------|
| 実施している | 15 | 71.4 |
| 実施していない | 6 | 28.6 |
| 計 | 21 | 100.0 |

表 3-13a デイケア以外のグループ（疾患別）（回答 15 センター）

| 疾患別 | 度数 | 15 センター中の割合 (%) |
|-------------|----|-----------------|
| 統合失調症 | 1 | 6.7 |
| うつ病 | 0 | 0.0 |
| 双極性障害 | 0 | 0.0 |
| 不安障害 | 0 | 0.0 |
| 強迫性障害 | 0 | 0.0 |
| 摂食障害 | 0 | 0.0 |
| アルコール依存症 | 2 | 13.3 |
| 薬物依存症 | 0 | 0.0 |
| 発達障害 | 1 | 6.7 |
| 人格障害 | 0 | 0.0 |
| いわゆる「ひきこもり」 | 7 | 46.7 |
| その他 | 1 | 6.7 |

その他：記載なし

表 3-13b デイケア以外のグループ（年代別）（回答 15 センター）

| 年代別 | 度数 | 15 センター中の割合 (%) |
|--------------|----|-----------------|
| 児童期 | 0 | 0.0 |
| 思春期 | 3 | 20.0 |
| 青年期 | 0 | 0.0 |
| 高齢者 | 0 | 0.0 |
| その他年代を区切ったもの | 0 | 0.0 |

表 3-13c デイケア以外のグループ（目的別）（回答 15 センター）

| 目的別 | 度数 | 15 センター中の割合 (%) |
|-------------------|----|-----------------|
| 疾病と治療についての理解 | 0 | 0.0 |
| 服薬アドヒアランスの向上 | 0 | 0.0 |
| 症状や再発サイン等対処スキルの獲得 | 0 | 0.0 |
| 家事等、日常生活技能の習得 | 0 | 0.0 |
| 就労支援 | 1 | 6.7 |
| 復職支援 | 1 | 6.7 |
| その他特定の目的 | 2 | 13.3 |

その他の内容

- OB 会

表 3-14 地域における役割（複数回答）

| 役割 | 度数 | 21 センター中の割合 (%) |
|----------------|----|-----------------|
| 慢性期患者の居場所や止まり木 | 2 | 9.5 |
| 作業所等へのステップ | 11 | 52.4 |
| 先進的・モデル的技法の開発 | 15 | 71.4 |
| 複雑困難事例対応 | 5 | 23.8 |
| 就労・復職支援 | 14 | 66.7 |
| 生活スキル習得支援 | 10 | 47.6 |
| 再発・再入院予防 | 3 | 14.3 |
| その他 | 2 | 9.5 |

その他の内容

- デイケアのない医療機関の対応
- 普及

表 3-15 デイケアを実施する理由（複数回答）

| 理由 | 度数 | 21 センター中の割合 (%) |
|---------------|----|-----------------|
| 先進的・モデル的技法の開発 | 16 | 76.2 |
| 医療デイケアが不足 | 4 | 19.0 |
| 日中活動施設が不足 | 0 | 0.0 |
| 就労・復職支援機能 | 13 | 61.9 |
| 複雑困難事例への対応 | 8 | 38.1 |
| 普及啓発 | 10 | 47.6 |
| 診療報酬を歳入計上 | 1 | 4.8 |
| その他 | 4 | 19.0 |

その他の内容

- 医療観察法に基づく利用者対応
- 地域のデイケアでは応じることのできないニーズに対応するため。
例) 30才代前後の利用者、連続通院が困難、休職中のうつ等
- 他の民間のデイケア機関従事者どうしの情報交換の場として提供できるから。
- 20代、30代の若い人が行けるデイケアがない。

表 3-16 プログラムの要約(大規模 10 センター)

| | 1日あたり平均プログラム数 | 1プログラムあたり平均所要時間 (時間) | 1プログラムあたり平均利用者数 (人) | 1プログラムあたり平均スタッフ数 (人) |
|------|---------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| 最大値 | 8.5 | 3:07 | 13.4 | 4.8 |
| 最小値 | 2.0 | 1:41 | 5.4 | 1.5 |
| 平均値 | 4.5 | 2:13 | 10.1 | 2.7 |
| 標準偏差 | 1.8 | 0:24 | 2.4 | 1.1 |

表 3-17 プログラムの要約(小規模 6 センター)

| | 1日あたり平均プログラム数 | 1プログラムあたり平均所要時間 (時間) | 1プログラムあたり平均利用者数 (人) | 1プログラムあたり平均スタッフ数 (人) |
|------|---------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| 最大値 | 3.0 | 3:00 | 9.0 | 4.8 |
| 最小値 | 1.7 | 1:38 | 4.0 | 1.4 |
| 平均値 | 2.1 | 2:31 | 6.5 | 2.9 |
| 標準偏差 | 0.5 | 0:34 | 1.9 | 1.1 |

表 3-18a プログラム一覧（具体的目的）プログラム数 81

| 目的 | プログラム名 | 度数 | 目的 | プログラム名 | 度数 |
|-----------------|-------------|---------------|-------------|--------|----|
| 生活リズムを整える | フリーレクリエーション | 1 | 作業能力の向上 | 陶芸 | 1 |
| | 工作 | 3 | | パン作り | 1 |
| 疾病理解 生活技能の向上 | 自主ゼミ | 1 | | 料理 | 1 |
| | 再発予防教室 | 1 | | 手工芸 | 3 |
| | 医師の講和 | 1 | | クラフト | 1 |
| | 学習会 | 2 | | ペン習字 | 1 |
| | 健康セミナー | 1 | | 美術 | 2 |
| | 疾病別セミナー | 1 | | 絵画 | 1 |
| | 診察 | 1 | | 園芸 | 2 |
| | 集いハウス | 1 | | 作業 | 1 |
| | ミーティング | 1 | | 音楽 | 1 |
| | SST | 1 | | 職業回復 | 書道 |
| 生活体験「包丁使い方」 | 1 | 喫茶運営 | | | 2 |
| 生活体験講座 | 1 | オフィスワーク | | | 4 |
| 料理 | 4 | アドバンストオフィスワーク | 2 | | |
| 生活体験の拡大 | クラブ | 1 | SST | | 1 |
| | 茶道 | 1 | パソコン | | 6 |
| | 陶芸 | 1 | 就労セミナー | | 2 |
| | 書道 | 1 | 自立支援セミナー | | 1 |
| | パソコン・文芸 | 1 | キャリアアップセミナー | | 1 |
| | 音楽 | 1 | 就労ゼミ | | 2 |
| | 絵画 | 1 | 職場実習 | 1 | |
| | ウッドクラフト | 1 | 学習 | 1 | |
| | 編み物 | 1 | 企業合同説明会 | 1 | |
| | 紙粘土 | 1 | | | |
| | 刺繍・パッチワーク | 1 | | | |
| | レザークラフト | 1 | | | |
| | 染物・ちぎり絵 | 1 | | | |
| | スポーツ | 1 | | | |
| | グループ別 SST | 1 | | | |
| | 外出(美術館) | 1 | | | |
| | 自立支援セミナー | 1 | | | |
| レクリエーション | 1 | | | | |

表 3-18b プログラム一覧（やや具体的目的）プログラム数 76

| 目的 | プログラム名 | 度数 | 目的 | プログラム名 | 度数 |
|----------------------|--------------|-----|-------------------|--------------------|--------|
| 体力の向上 | バレーボール | 3 | 自己表現 ができる | 音楽 | 6 |
| | スポーツ | 9 | | ものづくり(皮細工) | 1 |
| | バドミントン | 1 | | 美術 | 1 |
| | ウォーキング | 3 | | カードゲーム | 1 |
| | ヨガ | 2 | | アートクラブ | 1 |
| | ドルフィン | 1 | | 演劇 | 1 |
| | テーマ別活動 | 1 | | おすすめの CD/本 | 1 |
| | レクリエーション | 1 | | 自己理解 | 認知行動療法 |
| コミュニ ケーショ ンの促進 | 計画立て | 1 | 集団療法 | | 2 |
| | A プログラム | 1 | セルフコ ントロー ル | 認知行動療法 | 1 |
| | CODY1・2 | 1 | | 気功 | 1 |
| | DCS | 1 | | スポレクグループ | 1 |
| | 対人技能訓練 | 1 | 交流・仲 間作り | コミュニケーション会 | 1 |
| | ミーティング | 1 | | チャレンジクラブ(スポ ーツ) | 1 |
| | グループアクティビティー | 1 | | チャレンジクラブ(室 内) | 1 |
| | 対人スキ ルの練習 | SST | | 3 | 茶話会 |
| ASAP | | 1 | | 人生塾 | 1 |
| 手話 | | 1 | リラクゼ ーション | ヨガ | 4 |
| アート | | 1 | | ボディワーク | 1 |
| B プログラム | | 1 | | リラクゼーション | 1 |
| チームワ ーク | 行事打ち合わせ | 1 | 陶芸 | 1 | |
| | イベント準備 | 1 | | | |
| | 共同作業 | 1 | | | |
| | やきいも | 1 | | | |
| | ドリンク作り | 1 | | | |
| 役割分担 | 料理 | 1 | | | |
| | 料理打合せ | 1 | | | |
| | フェスティバル準備 | 1 | | | |
| | ボランティアクラブ | 1 | | | |
| | クラブ活動 | 1 | | | |

表 3-18c プログラム一覧(抽象的目的) プログラム数

| 目的 | プログラム名 | 度数 | 目的 | プログラム名 | 度数 | |
|----------|-------------|------|--------------|------------|----|--|
| 自主性 | 自遊空間 | 2 | 思考の幅 を広げる | ASAP+CSS | 1 | |
| | クラブハウス | 1 | | グループミーティング | 1 | |
| | 自主活動 | 1 | | フリートーク | 1 | |
| | 選択 | 2 | 創造性 | 華道 | 1 | |
| | 活動計画書(パン作り) | 1 | 個別に対 応する | スキルアップコース | 1 | |
| | レクリエーション | 2 | | クラフト(個人作業) | 3 | |
| | 外出(カフェ) | 1 | | 自主選択活動 | 2 | |
| | SST | 1 | | ABプログラム | 2 | |
| | バドミントン | 1 | | | | |
| | 音楽鑑賞 | 3 | | | | |
| | カードゲーム | 1 | | | | |
| | サークル活動 | 1 | | | | |
| | グループ活動 | 1 | | | | |
| | プログラム企画 | 1 | | | | |
| | ミーティング | 1 | | | | |
| | ミュージッククラブ | 1 | | | | |
| | 生活体験「予定決め」 | 1 | | | | |
| | 料理作り | 2 | | | | |
| | 集中力・ 持久力 | 創作活動 | 1 | | | |
| | | 陶芸 | 1 | | | |
| 書道 | | 1 | | | | |
| アートクラフト | | 2 | | | | |
| クリーニング | | 3 | | | | |
| フリープログラム | | 1 | | | | |
| タイルモザイク | | 1 | | | | |
| 軽作業 | | 1 | | | | |
| 製パン | | 2 | | | | |
| 集中力養成講座 | | 1 | | | | |
| DVD 鑑賞 | | 1 | | | | |
| 達成感 | 自分にチャレンジ | 1 | | | | |

4. デイケア非実施センター

表 4-1 過去に実施していたデイケアを廃止した理由

| 理由 | 度数 | 20 施設中の割合 (%) |
|---------------|----|---------------|
| 医療デイケア普及 | 14 | 70.0 |
| 保健所・市町村デイケア普及 | 11 | 55.0 |
| 日中活動施設 | 6 | 30.0 |
| 他の事業転換 | 10 | 50.0 |
| 公立病院移管 | 0 | 0.0 |
| マンパワー不足 | 3 | 15.0 |
| スペース不足 | 0 | 0.0 |
| その他 | 3 | 15.0 |

その他の内容

- 自助グループへの移行。
- 県の方針。
- モデルとしての役割を終えた。

表 4-2 現在デイケアを実施しない理由

| 理由 | 度数 | 45 センター中の割合 (%) |
|------------|----|-----------------|
| 地域にニーズなし | 6 | 13.3 |
| センターの役割でない | 20 | 44.4 |
| 診療機能がない | 7 | 15.6 |
| 予算がない | 8 | 17.8 |
| マンパワーがない | 9 | 20.0 |
| スペースがない | 5 | 11.1 |
| その他 | 19 | 42.2 |

その他の内容

- デイケア専用の第三セクター機関が近くにあるから
- 重点事業（自殺対策、精神科救急等）を優先している。
- 民間DC圧迫の回避
- 医療機関・市町村等のデイケアの拡大や地域活動センターが充実してきたため
- センターの目的を達成したため
- 平成17年度までは総合センターの一部門として同一施設内で診療報酬型デイケアを実施していたため、その必要がなかった。
- 保健所、市町村及び医療機関で実施しているから

- 従来のデイケアは他の医療機関で実施されているので、小グループ活動に移行させた
- 1981年から2003年までは、統合失調症患者を主体としたソーシャルクラブを実施していたが、今日では医療機関をはじめとするデイケアや、日中活動施設も充実してきており、センターとしてひきこもりを主体とするグループの実施等新たなニーズに応える必要があるため。
- 当センターは民間医療機関で対応困難なケースのアウトリーチ中心の支援を実施している。
- デイケアは実施していますが、診療報酬におけるデイケアは実施していない。
- 統合失調症のデイケアは、保健所で行われている。それ以外の疾病については、今後の検討課題である。
- 市の方針による。
- 地域に多数行く所があるから。
- 単科の精神科病院全てで実施しているため。
- センター設立時からなかった。

表 4-3 今後デイケア事業の実施を本庁に要望する予定の有無

| 要望予定 | 度数 | 45 センター中の割合 (%) |
|------|----|-----------------|
| ある | 1 | 2.2 |
| ない | 38 | 84.4 |
| 未検討 | 6 | 13.3 |
| 計 | 45 | 100.0 |

表 4-4 デイケア以外のグループの有無

| グループ | 度数 | 45 センター中の割合 (%) |
|---------|----|-----------------|
| 実施している | 33 | 73.3 |
| 実施していない | 12 | 26.7 |
| 計 | 45 | 100.0 |

表 4-5a グループ活動の内容（疾患別）

| 疾患別 | 度数 | 33 センター中の割合 (%) |
|-------------|----|-----------------|
| 統合失調症 | 3 | 9.1 |
| うつ病 | 4 | 12.1 |
| 双極性障害 | 0 | 0.0 |
| 不安障害 | 0 | 0.0 |
| 強迫性障害 | 0 | 0.0 |
| 摂食障害 | 1 | 3.0 |
| アルコール依存症 | 2 | 6.1 |
| 薬物依存症 | 1 | 3.0 |
| 発達障害 | 5 | 15.2 |
| 人格障害 | 0 | 0.0 |
| いわゆる「ひきこもり」 | 23 | 69.7 |
| その他 | 7 | 21.2 |

その他の内容

- ギャンブル依存症
- 人づきあいのできない人、思春・青年期
- 高次脳機能障害
- 自死遺族交流会
- ギャンブル依存症
- A C
- すべての精神疾患

表 4-5b グループ活動の内容（年代別）

| 年代別 | 度数 | 33 センター中の割合 (%) |
|--------------|----|-----------------|
| 児童期 | 0 | 0.0 |
| 思春期 | 12 | 36.4 |
| 青年期 | 12 | 36.4 |
| 高齢者 | 0 | 0.0 |
| その他年代を区切ったもの | 1 | 3.0 |

その他の内容

- アルコールは壮年期が主

表 4-5c グループ活動の内容（目的別）

| 目的別 | 度数 | 33 センター中の割合 (%) |
|-------------------|----|-----------------|
| 疾病と治療についての理解 | 7 | 21.2 |
| 服薬アドヒアランスの向上 | 7 | 21.2 |
| 症状や再発サイン等対処スキルの獲得 | 7 | 21.2 |
| 家事等、日常生活技能の習得 | 6 | 18.2 |
| 就労支援 | 12 | 36.4 |
| 復職支援 | 4 | 12.1 |
| その他特定の目的 | 4 | 12.1 |

その他の内容

- 居場所ミーティング
- 対人関係の改善、生活リズムの回復
- 自死遺族の会、回復を促す
- S S T、作業活動
- 社会参加への意欲回復
- 居場所及びコミュニケーション能力向上
- 障害者スポーツ振興・健康増進
- 他者との交流
- 自死遺族支援グループ
- 家族

表 4-6 今後実施したいグループの有無

| | 度数 | 割合 (%) |
|-----|----|--------|
| あり | 10 | 22.2 |
| なし | 32 | 71.1 |
| 無回答 | 3 | 6.7 |
| 計 | 45 | 100.0 |

表 4-7a 今後実施したいグループ（疾患別）（回答 10 センター）

| 疾患別 | 度数 | 10 センター中の割合 (%) |
|-------------|----|-----------------|
| 統合失調症 | 0 | 0.0 |
| うつ病 | 2 | 20.0 |
| 双極性障害 | 0 | 0.0 |
| 不安障害 | 0 | 0.0 |
| 強迫性障害 | 0 | 0.0 |
| 摂食障害 | 0 | 0.0 |
| アルコール依存症 | 0 | 0.0 |
| 薬物依存症 | 0 | 0.0 |
| 発達障害 | 3 | 30.0 |
| 人格障害 | 0 | 0.0 |
| いわゆる「ひきこもり」 | 0 | 0.0 |
| その他 | 1 | 10.0 |

その他の内容

- 自死遺族

表 4-7b 今後実施したいグループ（年代別）（回答 10 センター）

| 年代別 | 度数 | 10 センター中の割合 (%) |
|--------------|----|-----------------|
| 児童期 | 0 | 0.0 |
| 思春期 | 0 | 0.0 |
| 青年期 | 1 | 10.0 |
| 高齢者 | 2 | 20.0 |
| その他年代を区切ったもの | 0 | 0.0 |

表 4-7b 今後実施したいグループ（年代別）（回答 10 センター）

| 目的別 | 度数 | 10 センター中の割合 (%) |
|-------------------|----|-----------------|
| 疾病と治療についての理解 | 0 | 0.0 |
| 服薬アドヒアランスの向上 | 0 | 0.0 |
| 症状や再発サイン等対処スキルの獲得 | 0 | 0.0 |
| 家事等、日常生活技能の習得 | 0 | 0.0 |
| 就労支援 | 1 | 10.0 |
| 復職支援 | 4 | 40.0 |
| その他特定の目的 | 1 | 10.0 |

その他の内容

- 自死遺族の集い

5. 自由記載一覧

(1) デイケア実施センター

- 当センターのデイケア利用者は、主治医以外の相談先をもたない人が多いのが現状です。平成14年の精神保健福祉業務の一部市町村移譲以降、社会復帰等生活相談が拡散してしまった印象です。広域の生活圏における相談事情、社会資源事情の見直しが必要だと思えます。
- 地域で受け入れが少ない発達障害者のためのデイケアを開始。専門的技術センターとして先進的・モデル的技法を開発している。
- 人員配置について：社会参加をめざしているのにケースワーカーの配置が必置でないのはおかしいと思う。

診療報酬上デイケアの時間帯だけは認められており、他機関に移動する際の引率等に関しては評価されていない。

生活リズムが安定していない人も多くなか、単純にショートケアという型での対応はおかしいと思う。デイケアはもっと柔軟に運用できるように考えるべきである。

- 個別ケアと全体運営の両立を求められていると思うが、難しい時もある。正式参加をする時には、主治医の意見書を提出してもらっているが、その後も主治医をはじめ関係機関との十分な連絡、連携が必要だと痛感している。
- センターデイケアのあり方について、所内で協議しています。今後のデイケアとして、うつ病の人を対象にするのか、復職支援、就労支援に取り組むのか等現在の統合失調症の人に対するデイケアのあり方を含めて議論しなければなりません。
- 精神科デイケアも将来的に機能分化していく必要があるのではないかと感じる。治療的デイケアと居場所としての（再発防止含む）デイケアは、それぞれプログラムに基準を設け、職員定数や保険診療点数等に別の基準を設定してもよいのではないかと感じる。就労支援として、職場訪問やハローワークでの求職体験等、出張して個別支援を行った場合について、保険診療点数の加算は検討できないか。（加算が可能になれば、医療機関においても、きめ細かな就労支援が可能になると思われる。）
- <うつ病デイケアについて> ①目的 薬物療法と支持的精神療法だけでは良くならない慢性うつ病の回復を支援し社会復帰を図る。 ②対象 精神科医療機関で長期間治療している概ね30歳から55歳までの慢性うつ病の方 ③期間 週1回の3ヶ月を1クールとして、年3クール実施。なお、2年間（6クール）は参加を認めている ④内容 午前：作業療法（陶芸、手工芸、経スポーツ等） 午後：認知行動療法（CBT） ⑤所見 作業療法と認知行動療法を併用（平成17年8月開始）することにより、著しい治療効果の向上が見られることから、現在、他の医療機関においても同様の手法による「うつ病デイケア」が実施できるよう、研修等を行うなど普及活動に取り組んでいる。
- 課題として、公設の独立型デイケア機関としての存続の意義を問われている。その意

味で、ここでの取り組みや活動内容等をしないの他デイケアや社会復帰施設へどのように還元するか、検討が必要である。

- 当センターは、今年度より1クール6ヶ月のデイケアを実施しております。調査対象機関は1クール終了後の準備中の状態であったため、実績がありません。資料のみ同封します。
- 既存の資源では不十分な分野にとりくみ技術開発をするのが役割と考える。現在は一般就労への支援にとりくんでいる。

(2) デイケア非実施センター

- 当センターでは、デイ・ケアを各地域の保健所へ普及させることを目的に、保健所職員の研修の場としてデイ・ケアを開催しておりました。また、保健所で実際にデイ・ケアを開催するようになってからは、技術援助・指導に力を注いでおりました。今般、地域生活支援センターや病院等によるデイ・ケアをはじめとした日中活動施設やプログラムが充実してきており、当センター及び保健所がデイ・ケアに果たす役割は少なくなってきたらと思っております。
 - ○県精神科デイケア連絡会へは、オブザーバー参加している。
- 1990年12月～2001年3月：統合失調症デイケア
2001年6月～2006年3月：社会的ひきこもりデイケア
2005年4月～2006年10月：社会的ひきこもり集団精神療法
デイケア及びグループ活動を終了し
2007年4月～ 社会的ひきこもり対策の全県展開に向けて技術支援を充実。
○○市・△△市の精神保健福祉センターの設置に伴い、全県展開に向けての取り組みにシフトした。
- 現在、ひきこもりの当事者グループを開催しているが、参加者の中には確定診断は受けていないものの発達障害が疑われる方もある。参加人数が多くないためあえて別のグループとして立ち上げてはならないが「ひきこもり」としての対応のみならず「発達障害」の問題に応じられるようなプログラムの工夫が必要と感じている。
- 当精神保健福祉センターのデイケアは、デイケア開所当初に比べ、各医療機関や市町村等にデイケアやデイサービスが充実して来た事などに加え、自立支援法の施行に伴い、精神保健福祉センターの役割として技術支援・地域支援により重点を置くことが重要と考え中止となった。これに伴い、これまでの活動に加え、新たな事業を展開することとなった。主なグループ活動、あるいは他団体への技術支援・組織育成は下記の通りである。尚、この他にも、教育研修会の開催や、他機関主催の研修会への講師派遣などの技術支援も精神保健福祉センターの大きな役割となっている。
 - 精神保健福祉センターが実施している主なグループ活動
 - 統合失調症などの精神疾患を中心としたグループ ・くらしの講座：心理教育（疾

患や治療、生活等について学ぶ)・くらしの講座：障害者スポーツ(バレーボール)・くらしの講座：趣味の講座(手芸、クッキングなど)・イブニングサークル(就労している障害者との情報交換等)

○ギャンブル依存症当事者のグループ

○自死遺族のグループ

○家族を対象としたグループ ・ひきこもり者の家族・成人発達障害者の家族

●精神保健福祉センターが技術支援・組織育成を行っている主なグループ活動

○発達障害児の親の会

○犯罪被害者の家族の会

この他にも、研修会や技術支援を実施している。

- 初発の統合失調症を対象とするデイケアを週1回実施していたが、参加者がひきこもり中心となっていった。しかし、県内1ヶ所で行っていても発展性に乏しいことからH17年度に廃止し、職員を地域に派遣し、資源の育成に注力することとした。
- 予算面、マンパワーの充実があれば、うつ病の認知行動療法やひきこもりなど対象を絞ったデイケアの実施の必要性は感じている。
- ○○市では、リハビリテーション医療センター社会参加支援センターにて、昭和46年から開始している他、市内7区の保健医療センター(保健所)にて、週1回の「保健所デイケア」を昭和61年から開始して現在にいたっている。この間、市内医療機関8ヶ所によるデイケアが開始された他、自立支援法施行後、日中の居場所機能をもつ「地域活動支援センター」と「相談支援事業所」の両方の機能をもつ施設が7ヶ所新設されている。この経過から、現在7区で実施している「保健所デイケア」について、存続を含めそのあり方について、見直しを開始している。

Ⅱ-1. 自殺予防対策としてのプライマリ・ケアにおける
うつ病治療の普及

平成 20 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）
分担研究報告書 自殺予防対策としてのプライマリ・ケアにおけるうつ病治療の普及
うつ病治療の一般診療科・精神科医療連携体制（大津G-P ネット）の構築
分担研究員 勝山和明（滋賀県大津健康福祉センター 所長）、
佐藤美由紀（滋賀県大津健康福祉センター課長補佐）、
佐谷裕子（滋賀県大津健康福祉センター副主幹）、
山口亜紀子（滋賀県大津健康福祉センター主任保健師）、
平田浩二（滋賀県大津健康福祉センター主任保健師）

報告要旨

当研究は、自殺予防対策として実施している事業について、実証的研究としてまとめた。

大津健康福祉センター（大津保健所）において、平成18年度～平成20年度の3年計画で、うつ病の早期発見・早期適正対応を実現するため、一般診療科と精神科との医療連携体制の構築事業に取り組んできた。

この事業は、欧米における自殺の心理学的剖検研究において自殺既遂者の90%以上が自殺時に精神障害を有し¹⁾、特にうつ病性障害の有病率が高いことから、自殺予防対策としてうつ病の早期発見と早期適正対応およびその後の支援を含めた治療提供体制の確立、また一般診療科医に対する治療技術向上の提唱をしている²⁾。この報告を参考として、地域の実情を踏まえ大津地域のしくみ（大津G-P ネット）として定着させていくことを目指した取り組みである。

今回、本事業の定着促進を目的に活動を展開し、またうつ診療に関する再調査（初回調査は本事業開始年のH18年実施）により事業効果に考察を加えた。

一般診療科医師調査は、大津市医師会員211人を対象に実施し158人（74.9%）から回答を得た。うつ病の治療について、7割の医師が初期治療に取り組む必要があると考えており、その約半数の医師はうつ病を診断したことがあると回答した。また、うつ病を診断された患者の約8割はその診療科で投薬治療を受けていることがわかった。精神科への医療連携については、約半数の医師は相談できる精神科医師はいないと回答し、1割の医師がタイムリーな連携に困難を感じていた。

H18年の初回調査と比較するとかかりつけ医が治療に関与する割合が20ポイント増加し、経過観察をする割合が減少した。治療に関与した医師の増加に比例し、治療技術への不安や研修の要望、家族や職場調整の難しさを指摘する回答が増加した。本事業以降、一般診療科医師のうつ治療に関する意識や対応に変化がみられることがわかった。

また、大津G-P ネットの呼称に対する認知度は、約1割の現状であり地域に浸透させるための課題として示唆を得た。

キーワード：医療連携、共働関係、地域定着、自殺予防

1. はじめに

自殺死亡者の増加が平成10年から10年連続3万人を越え大きな社会問題となっており、自殺予防対策の充実が急務とされている。滋賀県では毎年300人前後、当センターが管轄する大津市では毎年60人前後の方が、自殺が原因で死亡されている。また、自殺死亡者の半数が40～60歳の働き盛り男性が占めている現状である。当センターでは、平成18年度～20年度の3年計画で、うつ病の早期発見・早期適正対応を実現するため、一般診療科と精神科の医療連携体制の構築事業に取り組んできた。

この取り組みは、欧米における自殺の研究において自殺既遂者の90%以上が自殺時に精神障害を有し、特

にうつ病性障害の有病率が高いことから自殺予防対策として、うつ病の早期発見と早期適正対応およびその後の支援を含めた治療連携体制の確立、また一般診療科医に対する治療技術向上により自殺率の改善につながったとする報告³⁾⁴⁾を参考として、大津地域のしくみとして定着させることをめざした取り組みである。

事業初年度の平成18年度は、うつ病の治療の現状と課題について管内医師会の協力を得て実態調査を実施し、地域の課題分析を行った。平成19年度は、抽出した課題分析を軸に医療連携体制の基盤整備⁵⁾を行った。この医療連携の呼称を「大津G-P ネット（General Physician-Psychiatrist net）」として普及に努めた。また、医療連携が具体的に実行できるように、医療連

携の指針「一般診療科医・精神科医 医療連携のために」を作成し、一般診療科医と精神科医の顔の見える関係づくりを目指した交流研修の実施、賢い受診行動がとれる住民育成を目指した研修を実施してきた。

最終年度である平成20年度は、「大津G-Pネット」を地域の資源として定着させるとともに機能させていくため、次の事業を実施した。1) 定着促進検討委員会を立ち上げ、大津G-Pネットを具体的に推進させるための方策を検討 2) 連携ツールの作成「大津G-Pネット 一般診療科医と精神科医の連携に関する手引き」 3) 一般診療科医精神科医相互交流研修会 4) 睡眠キャンペーン 5) 啓発研修を実施してきた。今回、本事業の効果を評価するため、うつ病治療の現状と課題に関する再調査を実施し考察を加えたので報告する。

2. うつ病治療が安心して受けられる地域をめざして

〔大津G-Pネットの概要〕

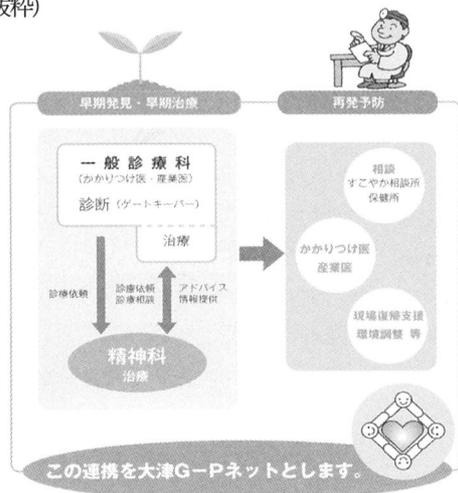
うつ病を早期発見・早期適正対応を実現し、うつ病治療が安心して受けられる大津地域のしくみとして、一般診療科医と精神科医の医療連携体制を構築し、その呼称を「大津G-Pネット (General Physician-Psychiatrist net)」とした。

うつ病の初期には身体の不調をかかりつけ医である一般診療科医に繰り返し訴える患者が多い。H18年度実施したうつ病治療の現状調査では、一般診療科医のメンタル面への関心の差や、診断や治療に関する知識の普及がうつ病の初期対応に大きく影響することがわかった。

このことを踏まえ、「大津G-Pネット」は、一般診療科医 (かかりつけ医・産業医) が、うつ病の早期サインに気付き、「ゲートキーパー」の役割を果たし

図1 大津G-Pネットイメージ図

(「一般診療科医・精神科医 医療連携のために」より抜粋)



適切な治療のために一般診療科医と精神科医が連携するシステムとした。

大津G-Pネットでは、次の3つの点を連携のポイントとしている。

- ①一般診療科医が自ら治療可能な精神疾患の見極めが出来るようになる
- ②治療困難症例対応として、いつでも紹介できる精神科医を見つけておき、困難を感じたらすぐに紹介する
- ③一般診療科医が、精神科医と日頃から顔のみえる関係性をつくっておくこと

【参考】 大津保健所管内医療機関数

| | 一般診療科 | (精神科) |
|-----|-------|--------|
| 病院 | 16 | (5) |
| 診療所 | 266 | (14) |

3. 「しくみ」を地域定着させるための取り組み

(1) G-Pネット定着促進検討委員会の設置

●設置目的

大津G-Pネットを定着促進するための方策を検討し、実践していくため、医師会の協力を得て定着促進検討委員会を設置した。構成員は、平成19年度の医療連携構築のための検討委員11名、新たに精神科医を2名加え13名の委員構成とした。本委員が、一般診療科医と精神科医の「連携の核」となることを意図した。

委員の診療経験や知見から実践可能な「大津G-Pネット」の定着戦略について本音で協議する場とした。

●検討委員の標榜科別人数

- 一般診療科医 6名
- 医師会副会長 1名
- 地域産業保健担当医 1名
- 一般診療科医 (内科、整形外科、泌尿器科) 4名
- 精神科医 6名
- 医科大学教授 1名
- 精神科病院 2名
- 診療所 2名
- 県立精神科病院 1名
- 保健所長 1名

●検討会開催回数

5回

●委員から具体的な意見を提案いただくために当セン

ターが工夫したポイントは以下3点である。

①会議前の情報提供

会議で実践的な検討ができるよう、会議前に、協議に必要な情報を提供し、説明しておく。

②会議時の板書

会議で出された意見が共有できるよう、会議時にその場で会場の黒板に板書する。

③会議内容を資料化し配布

会議で出た意見は資料化し、迅速に委員へ配布する。以下の事業内容は、本委員会での提案を受けて実施したものである。

(2) 連携のための手引き・ツールの作成

大津G-Pネットにおいて、より連携しやすくするために、連携手順・連携フロー・紹介状様式などを定めた連携ツールを作成した。

また、作成にあたっては、静岡県が富士市をモデル地区として実施した紹介システム[®]を参考に、大津地区に定着するツールの検討を行った。

・名称を「大津G-Pネット 一般診療科医と精神科医の連携に関する手引き」とした。

・手引きの内容は、

- ①うつ病のスクリーニング方法と判断基準
- ②一般診療科医と精神科医の役割分担
- ③精神科紹介時の患者への説明事項
- ④紹介方法（精神科医療機関一覧を含む）
- ⑤紹介状様式
- ⑥精神科への受診に抵抗がある場合の対応方法とした。

①スクリーニング方法と判断基準

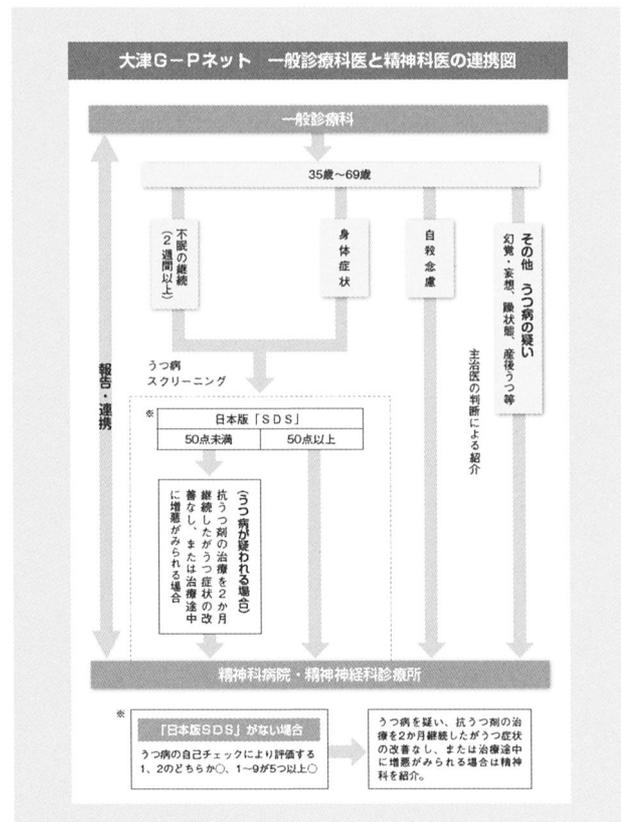
- ・大津G-Pネットでの対象年齢は、35歳から69歳とした。これは、従来型うつ病圏域⁷⁾の年齢層に絞った。
- ・うつ病スクリーニングの対象者は、不眠が2週間以上継続している患者、または倦怠感・頭痛・腰痛などの身体症状がある患者とした。
- ・うつ病スクリーニングは、日本版SDSを実施し、50点以上の場合には精神科医に紹介する。50点未満の場合でうつ病が疑われる場合には、抗うつ剤等の治療を2か月継続し、うつ症状の改善がみられない場合や治療途中で増悪がみられる場合には精神科医に紹介することとする。
- ・自殺念慮がある患者、幻覚・妄想・躁状態・産後うつなどその他うつ病が疑われる患者や、主治医がうつ病スクリーニングは不要と判断した患者に

ついては、うつ病スクリーニングは不要で、精神科医へ紹介することとした。

②一般診療科医と精神科医の役割分担

- ・一般診療科医は、うつ病スクリーニングを実施し、状況に応じてタイムリーに精神科を紹介する。なお、身体疾患の治療は継続するとともに、一般診療科で治療可能なうつ病であれば、精神科医のアドバイスをうけながら抗うつ剤等による治療を実施することとした。
- ・精神科医は、一般診療科医から紹介された患者を診断し、一般診療科で治療可能なうつ病であれば、一般診療科医に治療について適宜アドバイスする。一般診療科で治療が困難なうつ病であれば、精神科での治療を実施し、治療状況等を一般診療科へ適宜報告することとした。

図2 大津G-Pネット 一般診療科医と精神科医の連携図（「大津G-Pネット 一般診療科医と精神科医の連携に関する手引き」より抜粋）



③精神科紹介時の患者への説明事項

- ・精神科紹介時の患者への説明は、患者の気持ちを和らげるように努めることとした。

④紹介方法（精神科医療機関一覧を含む）

- ・紹介については、一般診療科医から精神科医療機関に電話で「大津G-Pネット」による連絡であることを伝え、予約をとる。
- ・精神科との連絡を円滑にするため、精神科の連携窓口を明確にして、一覧表にして掲載した。また、初回受診日がなるべく早くなるよう、協力をお願いした。

⑤紹介状様式

- ・一般診療科医から精神科医への紹介状については、様式があると連携しやすいということから、受診主訴・症状経過・検査結果・治療経過・症状・生活状況（ストレス状況）・その他（既往歴、家族歴等）を簡易に記載できる様式を定めた。また、紹介状様式は、活用しやすいよう、大津市医師会および当センターホームページに掲載し、ダウンロードできるようにした。

⑥精神科への受診に抵抗がある場合の対応方法

- ・患者が精神科への受診に抵抗がある場合は、本人の同意を得た上で、家族に受診の必要性を説明し協力を得ることとし、自殺企図など緊急対応を必要とすると主治医が判断される場合には、保健所に連絡し対応を相談することとした

(3) 医師相互交流研修会

「大津G-Pネット」では、医療連携に於いて最も重要なことは、医師相互の相談しあえる関係性にあると考えた。このため研修会は小規模で相互交流の図れる研修会にこだわった。

研修会の内容は、うつ病治療に関する講義と事例検討の2部構成とした。5～6人のグループに分け、各グループには精神科医1名が参加しファシリテーターの役割を担った。

グループ内では自由に意見交換できる「場づくり」を工夫し、名刺交換が自然発生的に行われた。

また、この研修会の場を利用し、「大津G-Pネット」の説明と啓発に努めた。

(4) 睡眠キャンペーン⁵⁾

住民啓発としてポスターによる睡眠キャンペーンを実施した。うつ病の初期症状であり自覚しやすい身体症状である「睡眠障害」を切り口とし、一般住民へうつ病の啓発およびうつ病を疑われる場合に受診への動機付けを啓発したポスターである。ポスターの作成にあたり、メンタル領域の疾患であるうつ病について、自覚症状としてわかりやすく抵抗感無く受診が進められること。「かかりつけ医が

相談に乗ってくれます」ということを伝えるものが作りたいと考えた。こうした中、先駆的に静岡県では、富士市をモデル地区として働き盛りをターゲットにした睡眠キャンペーンを展開されていることを知った。「お父さん」と呼びかける女子高生をイメージキャラクターに展開されていることに共感し、一連の取り組みについてご教示いただく中、関係者のご尽力により高校生キャラクターは、県域を越え大津地域にも登場しキャンペーンの運びとなった。

ポスター配布・掲示場所は、働き盛り世代に確実に目にとめてもらえる場所を考え、駅、医療機関、薬局、商店、企業、行政などに配布した。



(5) 適切な受診行動が起こせる研修

うつ病に対する正しい理解を深め、自分や周囲の人のうつ病を疑うサインに早く気づいて、必要な医療をうけたりすすめたりできる、すなわち適切な受診（「賢い受診」）行動がとれる促せる地域づくりをめざし、住民啓発を実施した。

地域の健康のリーダーである健康推進員や民生委員児童委員を対象に健康教育を実施するとともに、広く住民を対象とした健康に関するイベント「大津健康フェスティバル」において、うつ病の啓発を目的としてセルフチェックを実施した。

講義前と終了後に、うつ病の初期症状を自覚した場合の受診行動についてアンケート調査を実施した結果、講義終了後には早期に正しい診断を受けることの必要性の理解が深まっていた。

4. うつ病治療の現状と課題について再調査の実施

一般診療科医師対象とした調査「第2回一般診療所におけるうつ治療の現状に関する調査」と、精神科医を対象とした調査「うつ治療における一般診療科との連携に関する調査(精神科医対象)」を実施した。

(I) 調査目的

一般診療科医を対象とした調査は、一般診療科におけるうつ病の相談・治療の現状、専門医療機関等との連携の現状について、平成18年10月に実施した「診療所におけるうつ治療の現状に関する調査」(以下「初回調査」とする)から2年後の状況を把握し、「大津地域うつ予防対策(自殺予防)事業」の事業効果の評価、および「大津G-Pネット」の啓発を目的として、「第2回一般診療所におけるうつ治療の現状に関する調査」(以下「再調査」とする)を実施した。

精神科医を対象とした調査「うつ治療における一般診療科との連携に関する調査」(以下「精神科医調査」とする)は、精神科でのうつ治療において、一般診療科からの紹介の状況や、一般診療科医と精神科医の医療連携強化のための課題を明らかにすることを目的として実施した。

(2) 調査方法

1) 対象

再調査は、平成20年9月1日時点の大津市医師会会員のうち、主に精神科を標榜している医療機関を除く診療所開業の医師211人を対象とした。

精神科医調査は、平成20年9月1日時点で大津市内で開業または勤務されている常勤医33人を対象とした。

2) 方法

対象となった医師に対し、本調査主旨と協力依頼を記載した文書とともに、調査用紙を郵送し、返信用封筒による回答を依頼した。回答については、記入者が特定できないよう、無記名とした。回答基準日は10月1日とし、締め切りは10月21日とした。

(3) 調査項目の構成

調査用紙については、再調査・精神科医調査ともに、大津G-Pネット定着促進検討会において検討し、作成した。

調査内容について、再調査は、一般診療科医のうつ病に関する知識・意識・情報・行動を尋ねるものとし、うつ診療の実態については、初回調査との比較するため、同一の設問とした。精神科医調査は、うつ病・うつ状態患者の一般診療科医からの紹介の状況についてと、一般診療科医と精神科医との医療連携に関する課題とした。

◆再調査(一般診療科医師対象)の設問内容

1) 基本情報

回答医師の年齢と主な標榜科、産業医か否かを尋ねた。

2) うつに関する意識について

一般診療科医師のうつに関する意識を問うため、ここ2年以内のうつに関する研修会・講演会の有無、一般診療科でうつ病の初期診療に取り組む必要性の意識について尋ねた。

3) うつに関する情報について

一般診療科医師のうつに関する情報をもっておられるかを問うため、厚生労働省平成16年1月発行「うつ対応マニュアル 一保健医療従事者のために」、日本医師会平成16年3月発行「自殺予防マニュアル 一うつ状態・うつ病の早期発見とその対応」を読んだことがあるかについて尋ねた。

4) 地域の精神科医との連携について

地域の精神科医との連携等の実態を問うため、地域で連携できる精神科病院・診療所を持っているか、相談できる精神科医がいるかについて尋ねた。

5) 大津G-Pネットについて

平成18年度より実施している大津地域うつ予防(自殺予防)事業についての周知度を問うため、一般診療科・精神科連携指針検討委員会発行「大津地域うつ病の早期発見・治療体制 一般診療科医・精神科医医療連携のために」、「大津G-Pネット」等を知っているかについて尋ねた。

6) うつ患者数と治療の有無

診療所におけるうつ病患者の診療の実態、専門医との連携実態をつかむため、うつ病・うつ状態を疑った患者の人数と対処の内容および人数、患者がいない場合はその理由を尋ねた。また、同様に診断の実態をつかむため、うつ病・うつ状態を診断した患者数と対処方法および人数、患者がいない場合はその理由を答えてもらった。回答期間は実態が反映できるよう過去6ヶ月とした。

この設問は、初回調査と同一とした。

7) うつ病患者治療上の課題

一般診療所の医師が必要と考えるうつ病患者の治療上における課題と考えることを、選択肢から選んでもらった。複数回答とした。

8) その他意見

その他意見については、自由記載とした。

◆精神科医調査の設問内容

1) 一般診療科からのうつ病疑いの患者の紹介数および紹介診療所数

一般診療科診療所からうつ病疑い患者の紹介の実態をつかむため、一般診療科診療所からうつ病疑いで紹介状をもって受診された患者数、および何カ所の診療所から紹介があったかを尋ねた。

2) うつ病治療における一般診療科と精神科の医療連携の課題

うつ病治療における一般診療科と精神科の医療連携の課題と考えることを、選択肢から選んでもらった。複数回答とした。

3) その他意見

その他意見については、自由に記載してもらうこととした。

(4) 調査結果

◆再調査(一般診療科医師対象)

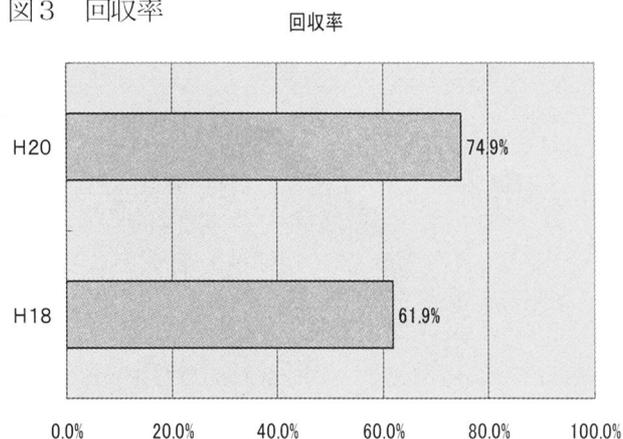
1) 回収率

回収率は、74.9%であった。初回調査は、61.9%であったので、回収率は上がっている。なお、初回調査については、一般診療科および精神科を対象に実施しており、回収率は一般診療科では61.9%、精神科も含めると63.1%であり、ここでは一般診療科の回収率を比較した。

表5 回収率

| | H20 | H18 | |
|-----|-------------------|-------------------|-------------------------|
| | 一般診療科 (精神科を除く) | 一般診療科 (精神科を除く) | 【参考】 一般診療科 および精神科 |
| 送付数 | 211 | 213 | 217 |
| 回収数 | 158 | 132 | 137 |
| 回収率 | 74.9% | 61.9% | 63.1% |

図3 回収率



2) 回答者の基本情報

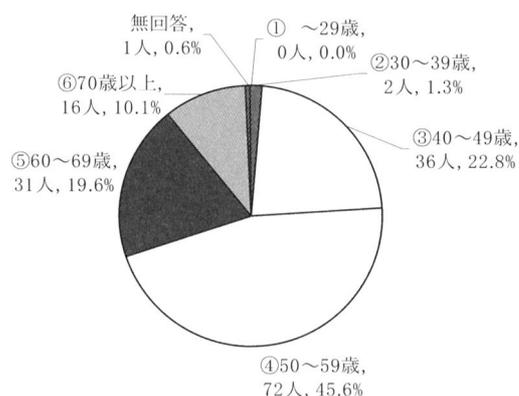
〔年 齢〕

回答者の年齢構成は表6、図4のとおりで、50歳代が45.6%と最も多く、次いで40歳代、60歳代であった。

表6 年齢構成

| | | |
|---------|------|--------|
| ① ~29歳 | 0人 | 0.0% |
| ②30~39歳 | 2人 | 1.3% |
| ③40~49歳 | 36人 | 22.8% |
| ④50~59歳 | 72人 | 45.6% |
| ⑤60~69歳 | 31人 | 19.6% |
| ⑥70歳以上 | 16人 | 10.1% |
| 無回答 | 1人 | 0.6% |
| | 158人 | 100.0% |

図4 年齢構成



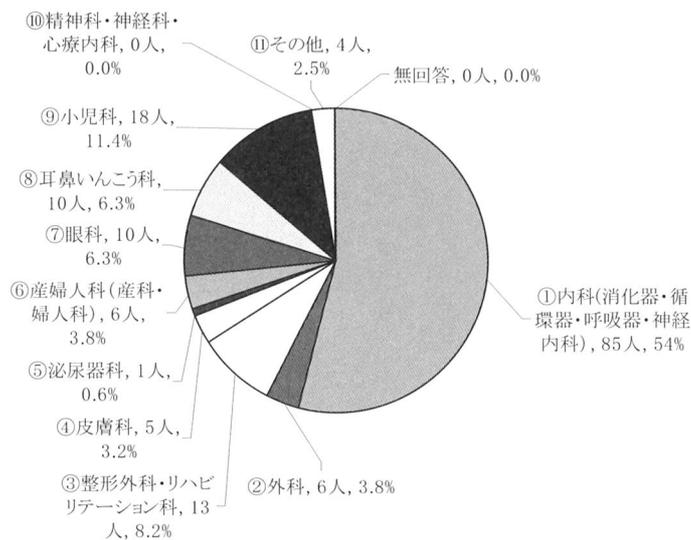
〔主な標榜科〕

主な標榜科は、表7、図5のとおりであり、内科が53.8%と最も多く、次いで小児科であった。

表7 主な標榜科

| | | |
|-----------------------|------|--------|
| ①内科(消化器・循環器・呼吸器・神経内科) | 85人 | 53.8% |
| ②外科 | 6人 | 3.8% |
| ③整形外科・リハビリテーション科 | 13人 | 8.2% |
| ④皮膚科 | 5人 | 3.2% |
| ⑤泌尿器科 | 1人 | 0.6% |
| ⑥産婦人科(産科・婦人科) | 6人 | 3.8% |
| ⑦眼科 | 10人 | 6.3% |
| ⑧耳鼻いんこう科 | 10人 | 6.3% |
| ⑨小児科 | 18人 | 11.4% |
| ⑩精神科・神経科・心療内科 | 0人 | 0.0% |
| ⑪その他 | 4人 | 2.5% |
| 無回答 | 0人 | 0.0% |
| | 158人 | 100.0% |

図5 主な標榜科



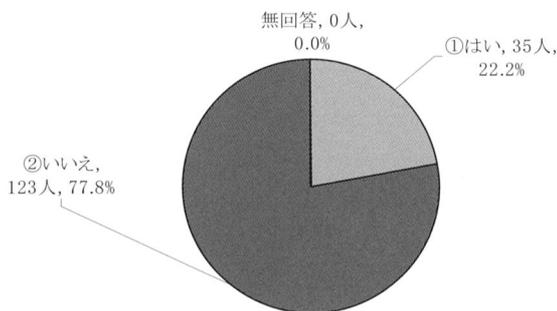
〔産業医の割合〕

産業医をしていると回答した医師は、表8・図6のとおり、35人、22.2%であった。

表8 産業医をしているか

| | | |
|------------|------|--------|
| ①産業医をしている | 35人 | 22.2% |
| ②産業医をしていない | 123人 | 77.8% |
| 無回答 | 0 | 0.0% |
| 158人 | | 100.0% |

図6 産業医をしているか



3) 一般診療科医のうつ病治療に関する意識

ここ2年以内にうつ病に関する研修会・講演会に参加された医師は、表9・図7のとおり、59人、37.3%である。

また、一般診療科でうつ病の初期治療に取り組む必要があると考えている医師は、表10・図8のとおり、112人、70.9%にもものぼる。

厚生労働省平成16年1月発行「うつ対応マニュアルー保健医療従事者のためにー」（以下「厚労省マニュアル」とする）を読まれた医師は、表11・図9のとおり、58人、36.7%で、

日本医師会発行平成16年3月発行「自殺予防マニュアルー一般診療科医におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応」（以下「日本医師会マニュアル」とする）を読まれた医師は、表12・図10のとおり、67人、42.4%であった。

診療所にうつに関するパンフレットを置いているのは、表13・図11のとおり、25人、15.8%であった。

表9 ここ2年以内のうつ病に関する研修会・講演会の参加の有無

| | | |
|------|-----|--------|
| ①はい | 59人 | 37.3% |
| ②いいえ | 97人 | 61.4% |
| 無回答 | 2人 | 1.3% |
| 158人 | | 100.0% |

図7 ここ2年以内のうつ病に関する研修会・講演会の参加の有無

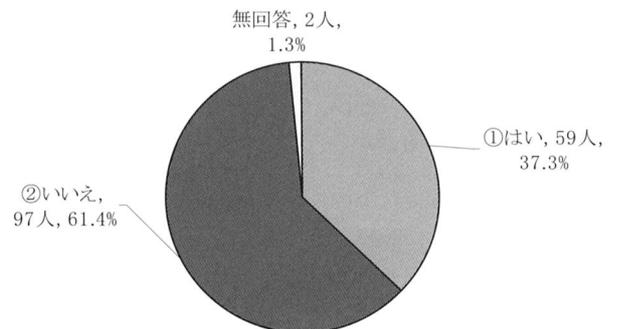


表10 一般診療科でうつ病の初期治療に取り組む必要があると考えるか

| | | |
|------|------|--------|
| ①はい | 112人 | 70.9% |
| ②いいえ | 44人 | 27.8% |
| 無回答 | 2人 | 1.3% |
| 158人 | | 100.0% |

図8 一般診療科でうつ病の初期治療に取り組む必要があると考えるか

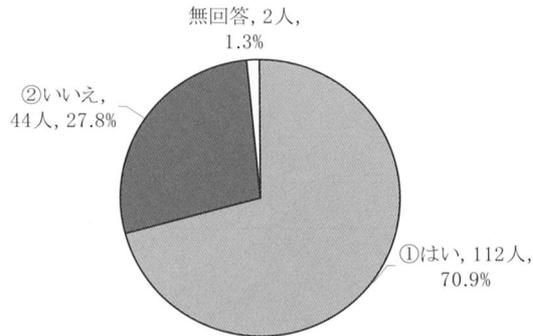


表12 日本医師会発行「自殺予防マニュアル」を読んだか

| | | |
|------|-----|--------|
| ①はい | 67人 | 42.4% |
| ②いいえ | 91人 | 57.6% |
| 無回答 | 0人 | 0.0% |
| 158人 | | 100.0% |

図10 日本医師会発行「自殺予防マニュアル」を読んだか

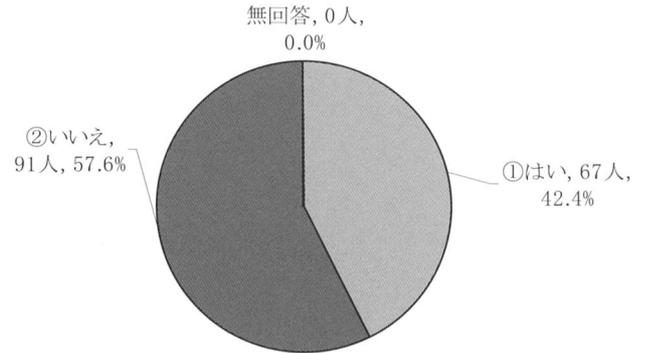


表11 厚生労働省発行「うつ対応マニュアル」を読んだか

| | | |
|------|------|--------|
| ①はい | 58人 | 36.7% |
| ②いいえ | 100人 | 63.3% |
| 無回答 | 0人 | 0.0% |
| 158人 | | 100.0% |

図9 厚生労働省発行「うつ対応マニュアル」を読んだか

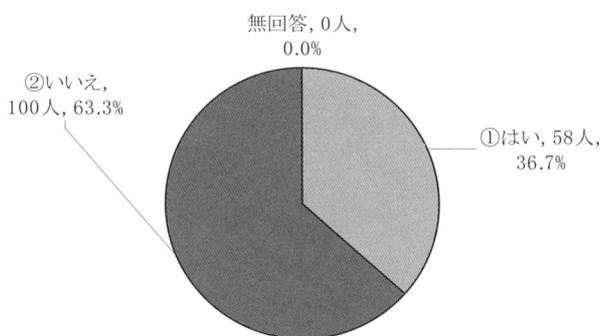
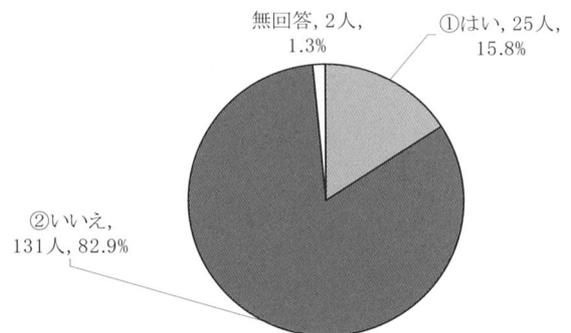


表13 診療所にうつに関するパンフレットを置いている

| | | |
|------|------|--------|
| ①はい | 25人 | 15.8% |
| ②いいえ | 131人 | 82.9% |
| 無回答 | 2人 | 1.3% |
| 158人 | | 100.0% |

図11 診療所にうつに関するパンフレットを置いている



4) 一般診療科医の精神科医の医療連携の現状

地域で連携できる精神科病院・診療所がない医師が、表14・図12のとおり、68人、43.0%である。

また、相談できる精神科医がいない医師は、表15・図13のとおり、71人、44.9%である。

表14 地域で連携できる精神科病院・診療所があるか

| | | |
|------|-----|--------|
| ①はい | 90人 | 57.0% |
| ②いいえ | 68人 | 43.0% |
| 無回答 | 0人 | 0.0% |
| 158人 | | 100.0% |

図12 地域で連携できる精神科病院・診療所があるか

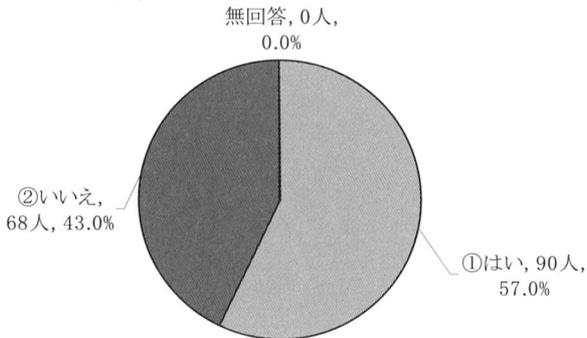
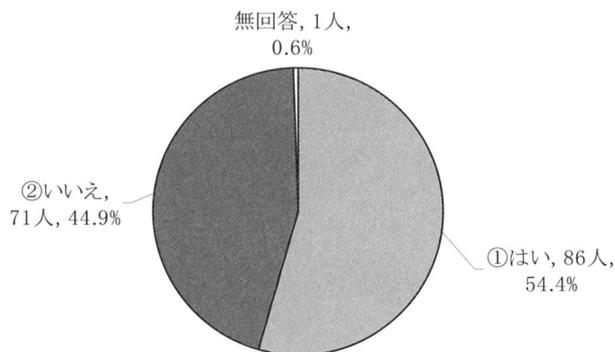


表15 相談できる精神科医がいるか

| | | |
|------|-----|--------|
| ①はい | 86人 | 54.4% |
| ②いいえ | 71人 | 44.9% |
| 無回答 | 1人 | 0.6% |
| 158人 | | 100.0% |

図13 相談できる精神科医がいるか



5) 大津G-Pネットなどの事業の周知度について

一般診療科・精神科連携指針検討委員会 2007年発行「大津地域うつ病の早期発見・治療体制 一般診療科医・精神科医 医療連携のために」(以下「医療連携のために」とする)は、表16・図14のとおり、31人、19.6%が読んだことがある。

「大津G-Pネット」については、表17・図15のとおり、17人、10.8%が知っている。

表16 「医療連携のために」を読んだことがあるか

| | | |
|------|------|--------|
| ①はい | 31人 | 19.6% |
| ②いいえ | 125人 | 79.1% |
| 無回答 | 2人 | 1.3% |
| 158人 | | 100.0% |

図14 「医療連携のために」を読んだことがあるか

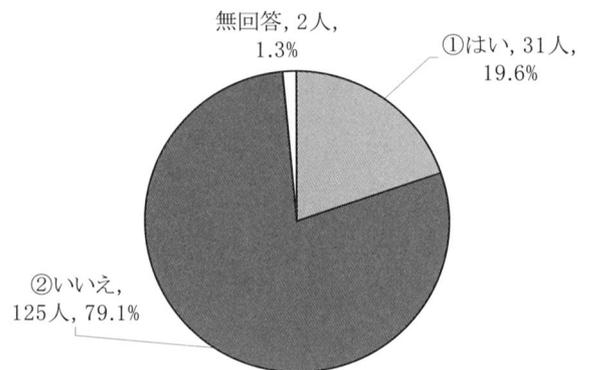
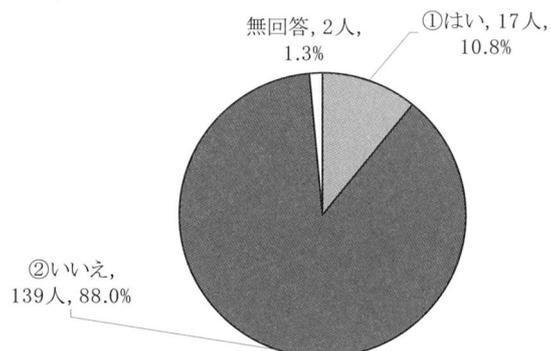


表17 「大津G-Pネット」を知っているか

| | | |
|------|------|--------|
| ①はい | 17人 | 10.8% |
| ②いいえ | 139人 | 88.0% |
| 無回答 | 2人 | 1.3% |
| 158人 | | 100.0% |

図15 「大津G-Pネット」を知っているか



6) 一般診療科医のうつ病治療の現状について
a) うつ病を疑った医師について

過去6か月にうつ病を疑った医師は、表18、図16のとおり、105人、66.5%である。

うつ病を疑った患者の対処については、表19、図17のとおり、自分で治療が332人、43.8%、経過観察が188人、24.8%、専門医を紹介が172人、22.7%である。

うつ病を疑ったことのある医師のうち、対処経験は、表20、図18のとおり、専門医を紹介が79人、75.2%、自分で治療が73人、69.5%、経過観察が55人、52.4%であった。

医師一人あたり患者数には、図19のとおりばらつきがあり、患者1人から50人以上までである。また、医師一人あたり患者数平均は、表21のとおり、7.2人である。

表19 うつ病を疑った患者の対処

| | H20 | | H18 | |
|---------|------|-------|------|-------|
| | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| ①専門医を紹介 | 172人 | 22.7% | 123人 | 17.7% |
| ②自分で治療 | 332人 | 43.8% | 234人 | 33.7% |
| ③経過観察 | 188人 | 24.8% | 216人 | 31.1% |
| ④その他 | 64人 | 8.4% | 22人 | 3.2% |
| 無回答 | 2人 | 0.3% | 99人 | 14.3% |

図17 うつ病を疑った患者の対処

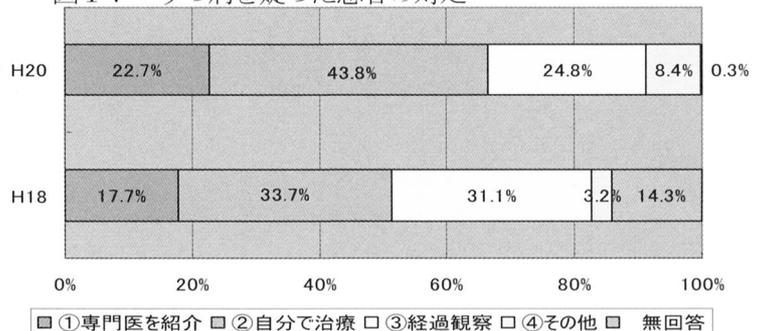


表18 過去6か月にうつ病・うつ状態を疑った患者がいたか

| | H20 | | H18 | |
|------|------|--------|------|--------|
| | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| ①はい | 105人 | 66.5% | 89人 | 67.4% |
| ②いいえ | 52人 | 32.9% | 40人 | 30.3% |
| 無回答 | 1人 | 0.6% | 3人 | 2.3% |
| | 158人 | 100.0% | 132人 | 100.0% |

図16 過去6か月にうつ病・うつ状態を疑った者がいたか

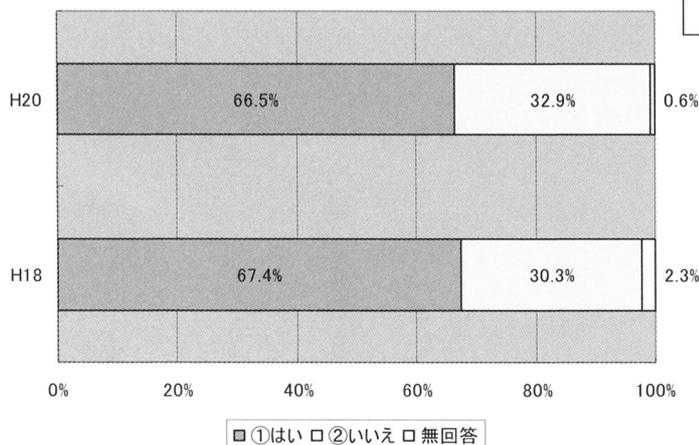


表20 うつ病を疑ったことのある医師のうち対処経験

| 回答医師数 | H20 105人 | | H18 89人 | |
|---------|-------------|-------|------------|-------|
| | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| ①専門医を紹介 | 79人 | 75.2% | 47人 | 52.8% |
| ②自分で治療 | 73人 | 69.5% | 55人 | 61.8% |
| ③経過観察 | 55人 | 52.4% | 34人 | 38.2% |
| ④その他 | 26人 | 24.8% | 7人 | 7.9% |
| 無回答 | 2人 | 1.9% | 4人 | 4.5% |

図18 うつ病を疑ったことのある医師の対処経験

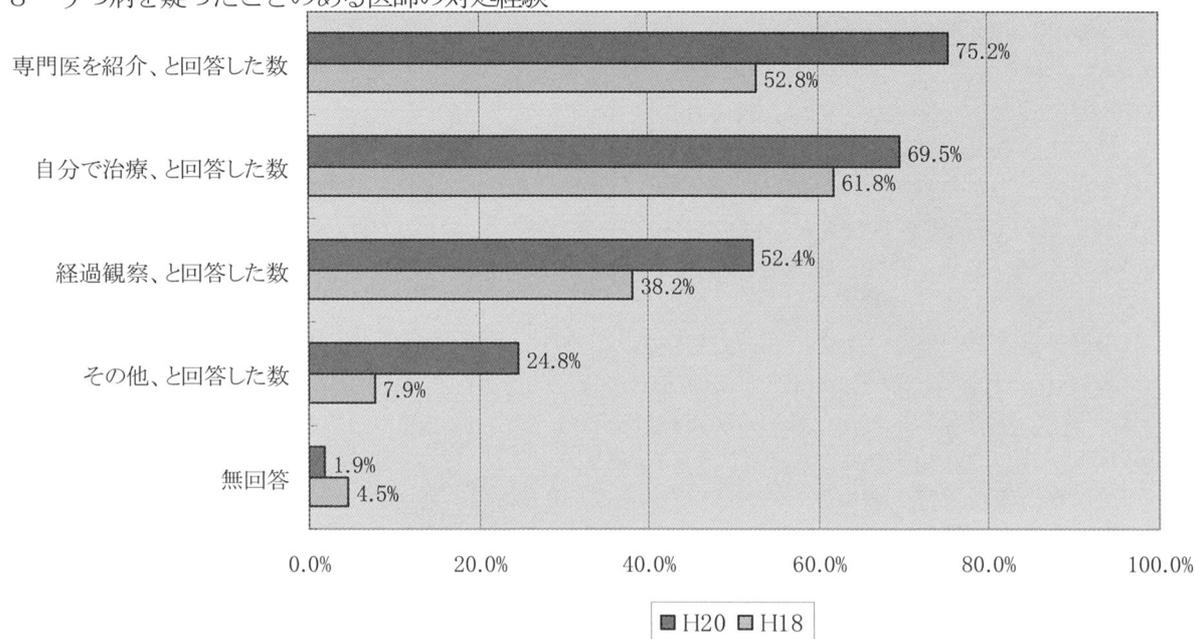
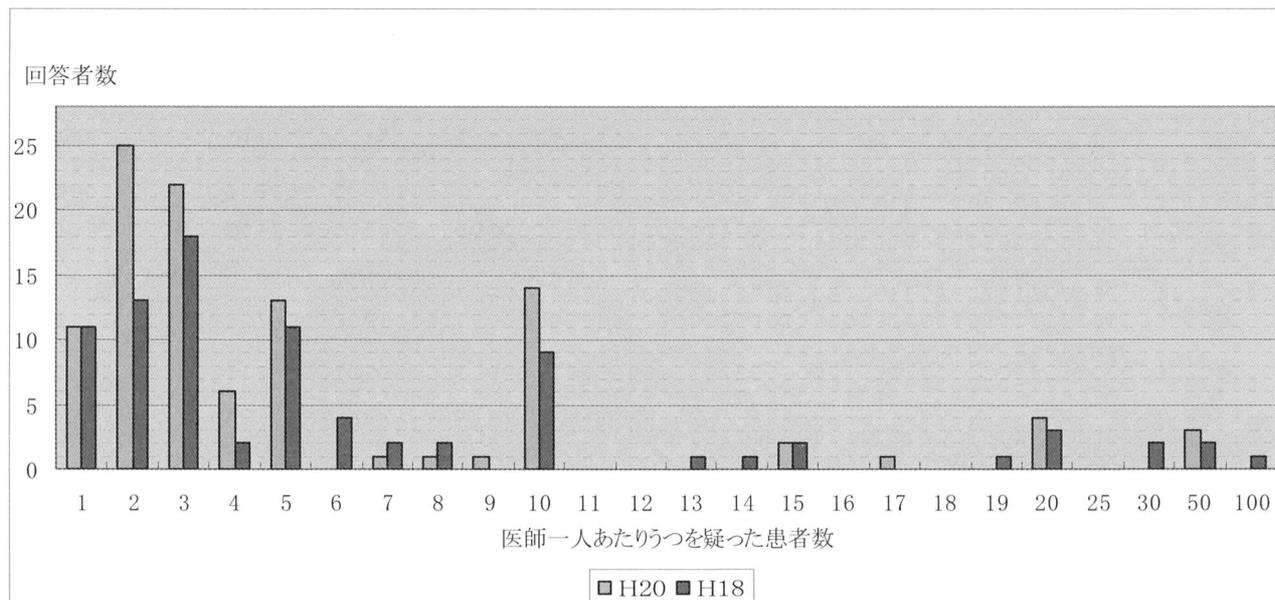


表21 うつ病を疑った患者総数、医師数、医師一人あたり患者数平均

| | うつ病・うつ状態を疑った | | |
|-----|-----------------|-----------------|--------------------|
| | 「うつ病を疑う患者」総数(人) | 「うつ病を疑った」医師数(人) | 医師一人あたり疑った患者数平均(人) |
| H20 | 758 | 105 | 7.2 |
| H18 | 694 | 89 | 7.8 |

図19 うつ病を疑ったことのある医師一人あたりうつ病を疑った患者数分布



b) うつ病・うつ状態を診断した医師について

過去6か月にうつ病を診断した医師は、表22、図20のとおり、75人、47.5%である。

うつ病を診断した患者の対処については、表22、図21のとおり、自分で治療が689人、79.0%、専門医を紹介が110人、12.6%、経過観察が47人、5.4%、である。

うつ病を診断した医師のうち、対処経験は、表24、図22のとおり、自分で治療が59人、78.7%、専門医を紹介が51人、68.0%、経過観察が21人、28.0%であった。

医師一人あたり患者数には、図23のとおりばらつきがあり、患者1人から100人以上までである。また、医師一人あたり患者数平均は、表25のとおり、11.6人である。

表22 過去6か月にうつ病・うつ状態を診断した患者がいたか

| | H20 | | H18 | |
|------|------|--------|------|--------|
| | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| ①はい | 75人 | 47.5% | 69人 | 52.3% |
| ②いいえ | 76人 | 48.1% | 59人 | 44.7% |
| 無回答 | 7人 | 4.4% | 4人 | 3.0% |
| | 158人 | 100.0% | 132人 | 100.0% |

図20 過去6か月にうつ病・うつ状態を診断した患者がいたか

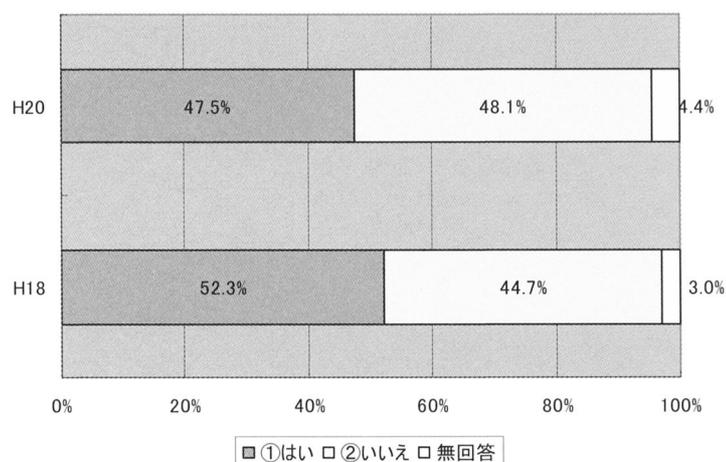


表 2 3 うつ病を診断した患者の対処

| | H20 | | H18 | |
|---------|------|-------|------|-------|
| | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| ①専門医を紹介 | 110人 | 12.6% | 72人 | 23.5% |
| ②自分で治療 | 689人 | 79.0% | 206人 | 67.3% |
| ③経過観察 | 47人 | 5.4% | 17人 | 5.6% |
| ④その他 | 8人 | 0.9% | 1人 | 0.3% |
| 無回答 | 18人 | 2.1% | 10人 | 3.3% |
| | 872人 | 100% | 306人 | 100% |

図 2 1 うつ病を診断した患者の対処

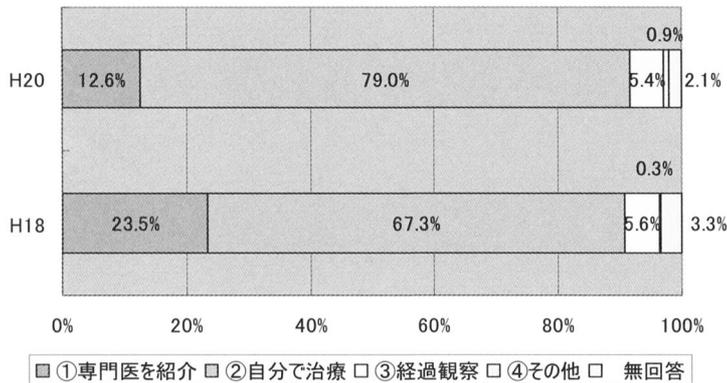


表 2 4 うつ病を診断したことのある医師のうち対処経験

| 回答医師数 | H20 75人 | | H18 69人 | |
|---------|------------|-------|------------|-------|
| | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| ①専門医を紹介 | 51人 | 68.0% | 35人 | 50.7% |
| ②自分で治療 | 59人 | 78.7% | 42人 | 60.9% |
| ③経過観察 | 21人 | 28.0% | 10人 | 14.5% |
| ④その他 | 11人 | 14.7% | 1人 | 1.4% |
| 無回答 | 2人 | 2.7% | 6人 | 8.7% |

表 2 5 うつ病を診断した患者総数、医師数、医師一人あたり患者数平均

| | うつ病・うつ状態を診断した | | |
|-----|-------------------|------------------|---------------------|
| | 「うつ病を診断した患者」総数(人) | 「うつ病を診断した」医師数(人) | 医師一人あたり診断した患者数平均(人) |
| H20 | 872 | 75 | 11.6 |
| H18 | 306 | 69 | 4.4 |

図 2 2 うつ病を診断したことのある医師のうち対処経験

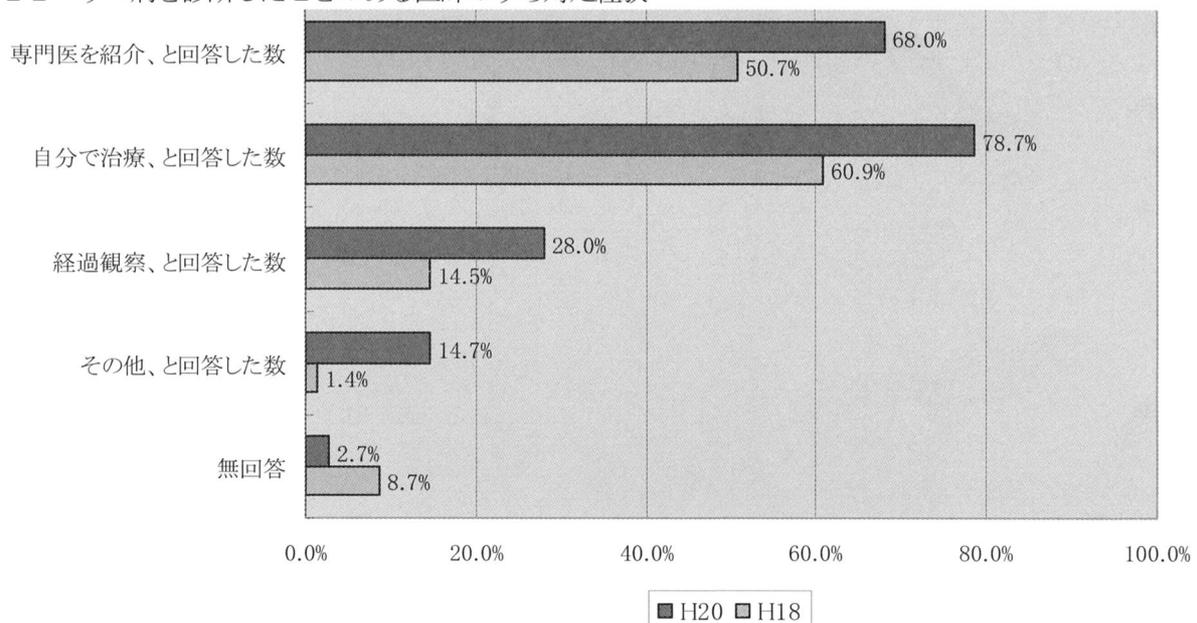
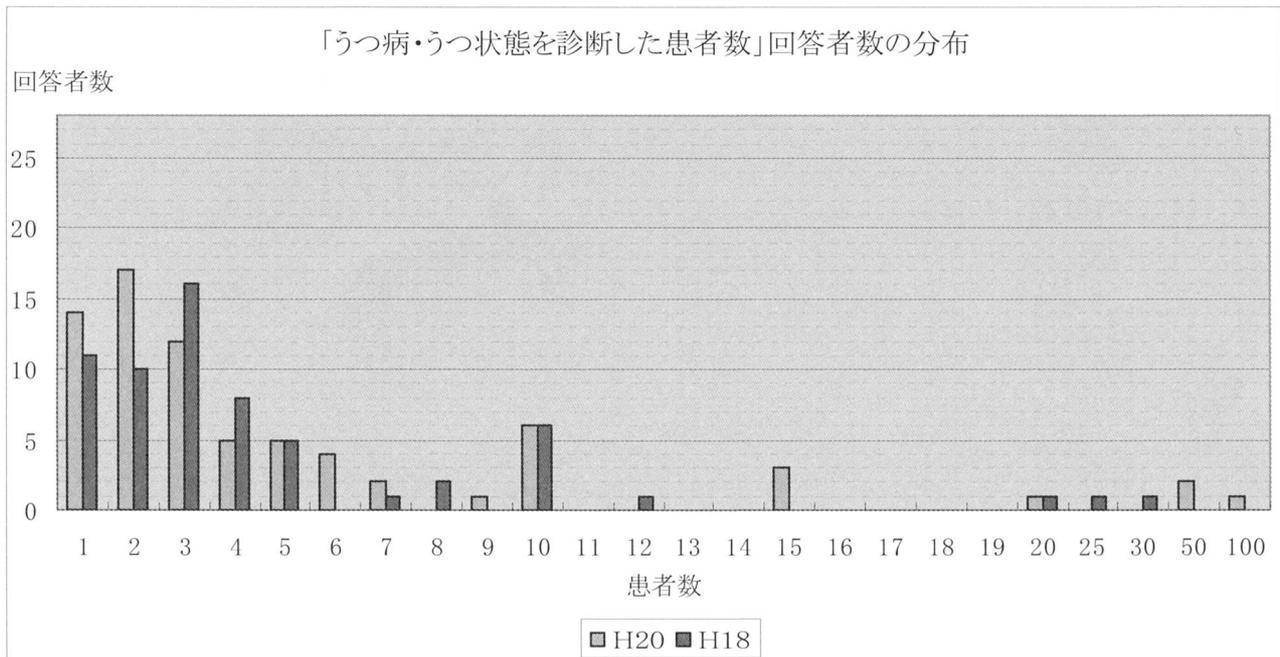


図2 3 うつ病を診断した医師一人あたりうつ病を診断した患者数分布



c) うつ病の疑い・診断をしなかった医師について

〔うつ病を疑わなかった医師について〕

うつ病を疑わなかった医師は、その理由について、表2 6、図2 4のとおり、うつ病を疑う患者がいなが29人、60.4%であり、うつ病の診療経験がないが16人、33.3%であった。

図2 4 うつ病を疑わなかった理由

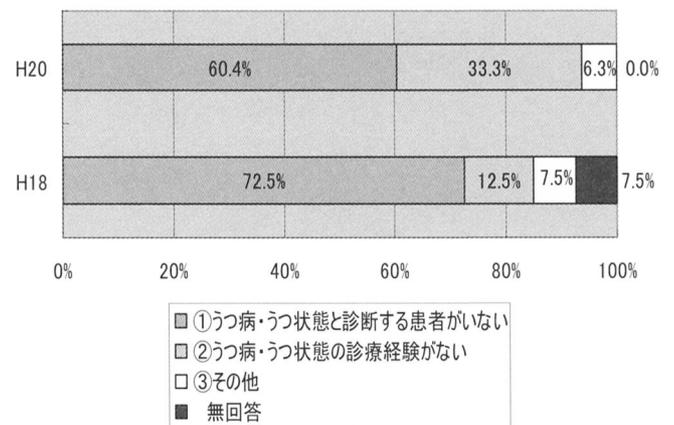


表2 6 うつ病を疑わなかった理由

| | H20 | | H18 | |
|---------------|-----|-------|-----|-------|
| | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| ①うつ病を疑う患者がいなが | 29人 | 60.4% | 29人 | 72.5% |
| ②うつ病の診療経験がない | 16人 | 33.3% | 5人 | 12.5% |
| ③その他 | 3人 | 6.3% | 3人 | 7.5% |
| 無回答 | 0人 | 0.0% | 3人 | 7.5% |
| | 48人 | 100% | 40人 | 100% |

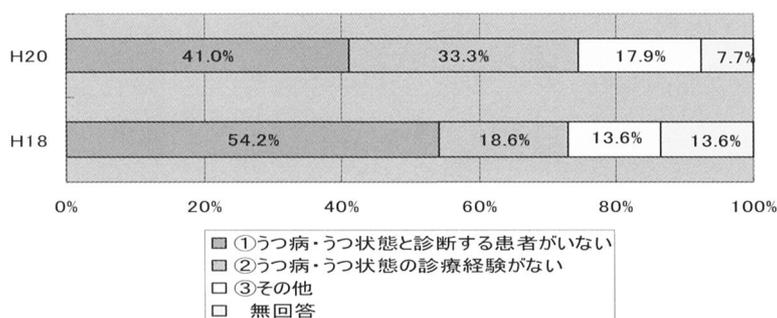
〔うつ病を診断しなかった医師について〕

うつ病を診断しなかった医師は、その理由について、表27、図25のとおり、うつ病を診断する患者がいらないが32人、41.0%であり、うつ病の診療経験がないが26人、33.3%であった。

表27 うつ病を診断しなかった理由

| | H20 | | H18 | |
|-----------------|----------|-------|----------|-------|
| ①うつと診断する患者がいらない | 32人 | 41.0% | 32人 | 54.2% |
| ②うつ病の診療経験がない | 26人 | 33.3% | 11人 | 18.6% |
| ③その他 | 14人 | 17.9% | 8人 | 13.6% |
| 無回答 | 6人 | 7.7% | 8人 | 13.6% |
| | 78人 100% | | 59人 100% | |

図25 うつ病を診断しなかった理由

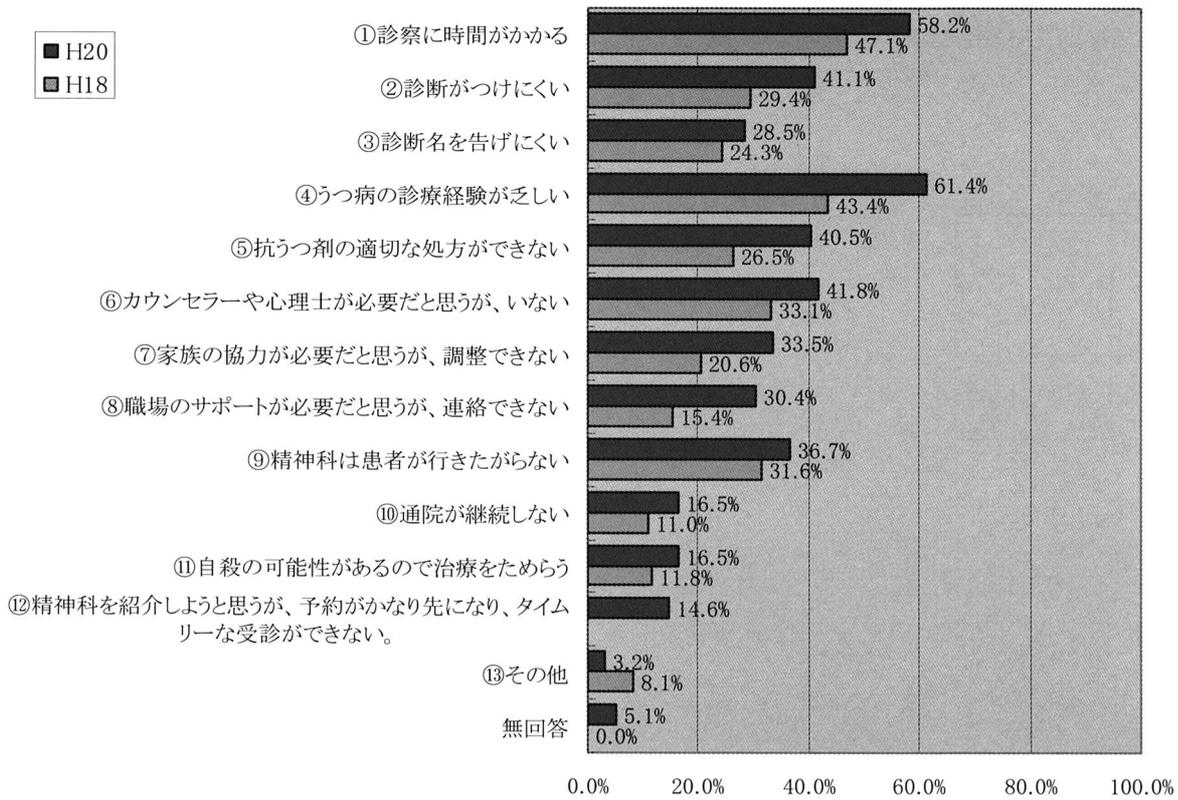


7) 治療上の課題について

選択肢から複数回答してもらった。再調査は、初回調査の選択肢に「⑫精神科を紹介しようと思うが予約がかなり先になりタイムリーな受診ができない」を加えた。項目別に、うつ患者の治療上の課題だと考えている一般診療科医の割合は図26のようになった。再調査において、割合の高かった順に5つあげると左記のとおりである。

- | 順位 | 項目 (再調査回答割合)
(前回調査順位、回答割合) |
|----|--|
| 1. | うつ病の診療経験が乏しい (61.4%) (2位、43.4%) |
| 2. | 診察に時間がかかる (58.2%) (1位、47.1%) |
| 3. | カウンセラーや心理士が必要だと思うがいらない (41.8%) (3位、33.1%) |
| 4. | 診断がつけにくい (41.1%) (5位、29.4%) |
| 5. | 抗うつ剤の適切な治療ができない (40.5%) (6位、26.5%) |

図26 治療上の課題



◆精神科医調査

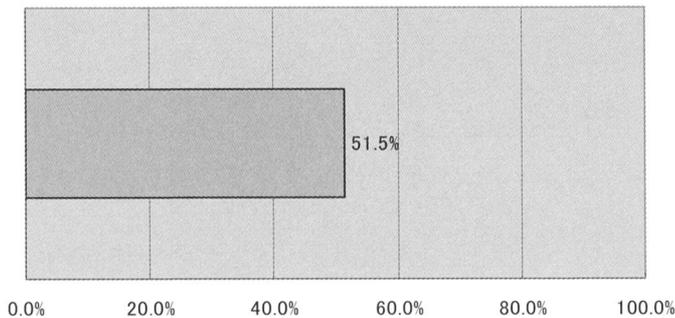
1) 回収率

送付は、精神科診療所医師7人、病院勤務医師26人、合計33人に送付し、回収率は、51.5%であった。

表28 回収率

| | |
|-----|-------|
| 送付数 | 33 |
| 回収数 | 17 |
| 回収率 | 51.5% |

図27 回収率



2) 一般診療科診療所からのうつ病疑い患者の紹介の現状について

一般診療科診療所からの「うつ病疑い」の患者の紹介があった医師は、表29・図28のとおり、12人、70.6%であった。

紹介のあった患者数については、図29のとおり1人から10人以上とばらつきがある。医師一人あたりの紹介をうけた患者数は、表30のとおり4.8人である。

紹介のあった診療所数については、表4・図3のとおり1か所から7か所とばらつきがある。

表29 一般診療科診療所から「うつ病疑い」の患者紹介があったか。

| | | |
|------|-----|--------|
| ①はい | 12人 | 70.6% |
| ②いいえ | 5人 | 29.4% |
| 無回答 | 0人 | 0.0% |
| | 17人 | 100.0% |

図28 診療科診療所から「うつ病疑い」の患者紹介があったか。

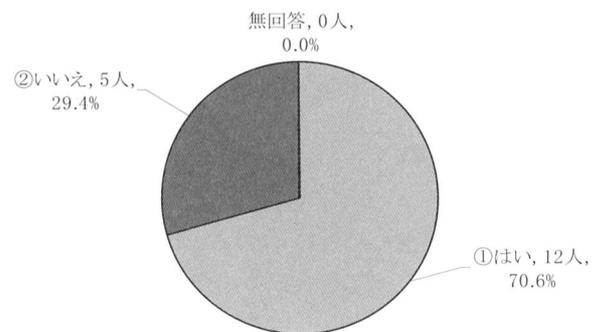


表30 紹介を受けた医師数および患者総数等

| | | |
|-----------|------|--------------------|
| 紹介を受けた医師数 | 患者総数 | 医師一人当たり紹介を受けた患者数平均 |
| 12人 | 58人 | 4.8人 |

3) うつ治療の一般診療科と精神科の医療連携の課題について

選択肢から複数回答してもらった。

図31のとおり「予約が混雑してタイムリーに受けることが難しい」と、「一般診療科医師へのうつ病に関する研修会の定着」がともに52.9%、「一般診療科医師との顔を知った関係が必要」は、41.2%であった。

図29 「『うつ病疑い』紹介のあった患者数」回答者数の分布

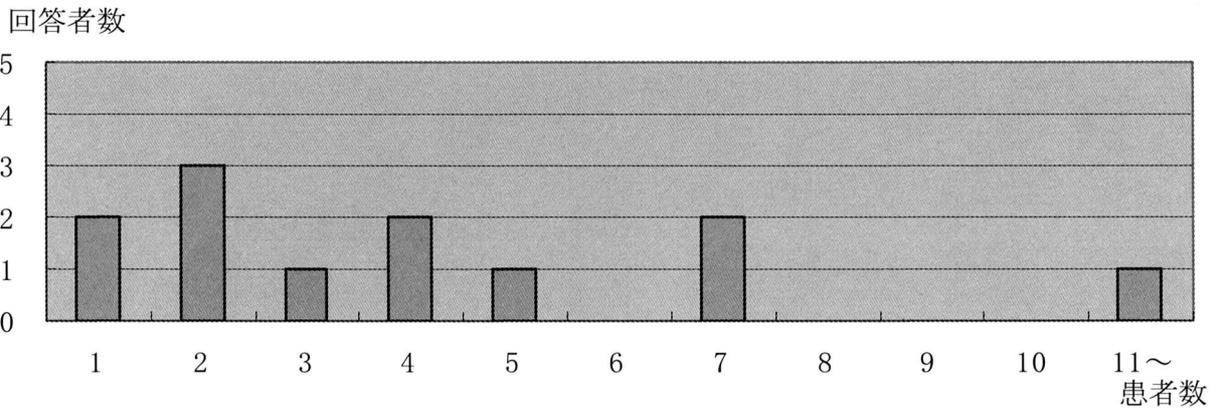


図30 「『うつ病疑い』紹介のあった診療所数」回答者数の分布

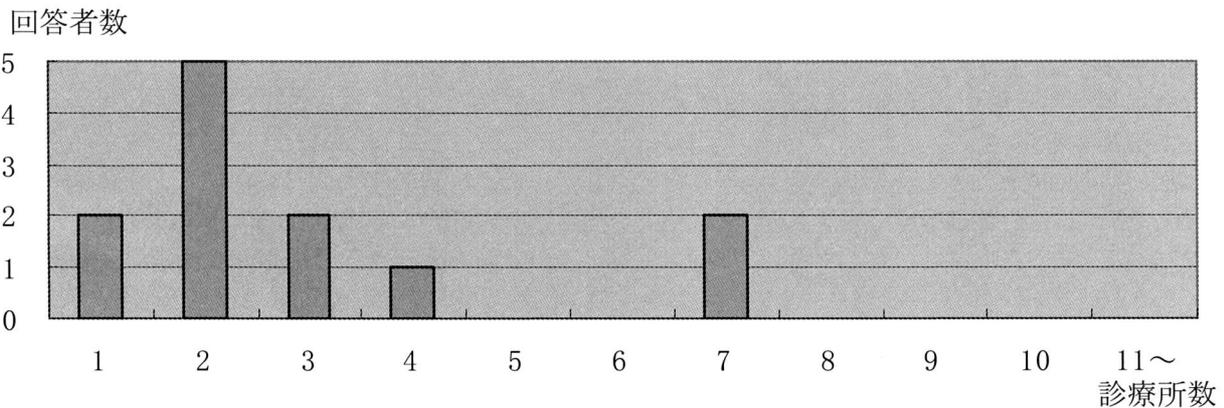
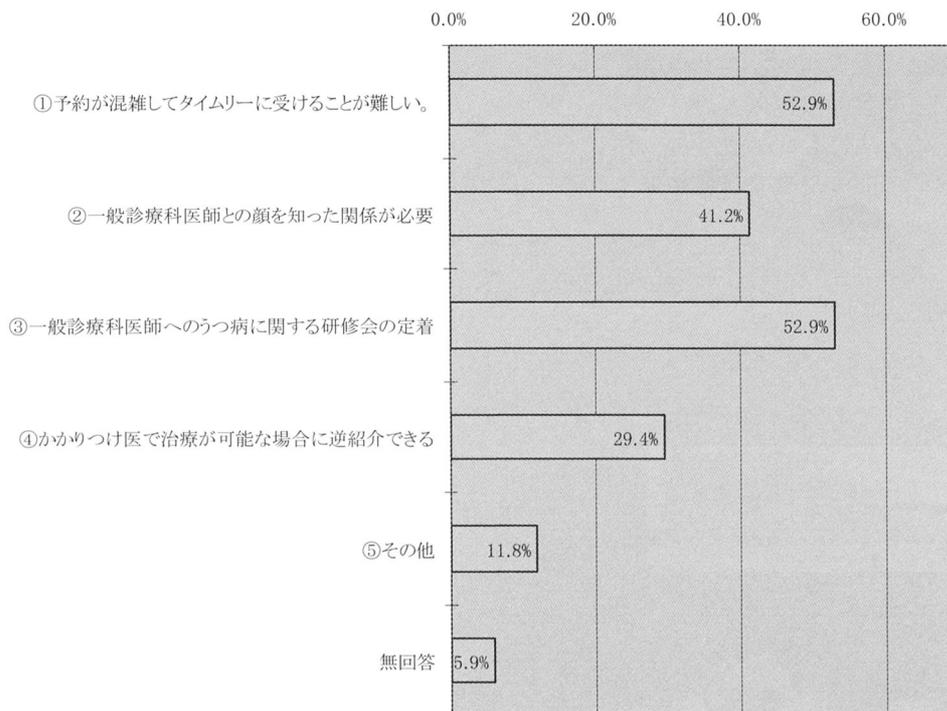


図3-1 一般診療科との連携の課題



(5) 調査結果まとめ

◆再調査（一般診療科医師調査）

1) 調査用紙回収率について

今回の調査において7割を超える回答を得た。初回調査において6割の回答があり、今回それを上回った。一般診療科医師にとってさらにうつ病に関する関心が高まっていると考えられる。

2) 一般診療科医のうつ病診療に関する意識

○約7割の医師がうつ病の初期治療に取り組む必要があると考えている

うつ病の初期治療において、その必要性を尋ねたところ約7割の医師は初期治療に関与することに積極的な回答であった。

○約4割の医師は、うつ病に関する研修会に参加し対応マニュアルを利用している

平成18年度からここ2年の間でうつ病に関する研修会に参加した者は37.3%、厚生労働省作成のうつ病対応マニュアルや日本医師会発行の自殺予防マニュアルを読んだことのある医師は、いずれも約4割であった。

○約半数の医師は、相談できる精神科医師を持っていない

うつ病患者について、医療連携できる地域の精神科病院・診療所の有無について尋ねたところ、43%の医師は医療連携できる精神科病院・診療所が無いと回答した。また治療について相談できる精神科医師の存在については、44.9%が無いと回答した。

3) 一般診療科のうつ病診療の現状とうつ対策事業開始年（平成18年）からの変化

○約7割の医師はうつ病やうつ状態を疑う患者を経験しており同様の傾向

調査日より過去6ヶ月の間で、うつ病を疑った経験を有している医師は約7割であった。うつ病を疑った患者数は758人で、医師一人あたり平均7.2人であるが、患者数にはかなりの差があり、ばらつきが大きかった。この傾向は事業開始年も同様であった。

これらの差は、診療科による特性が考えられる

が、加えてメンタル面への関心の差が関係しているのではないかと考えられる。

○うつ病と診断された患者の約8割は、その診療科で治療を受けており、事業開始年より20ポイントの増加

調査日より過去6か月の間で、うつ病を診断した医師は、75人で全体の約半数に当たる。うつ病と診断した患者数は872人で、そのうち治療を実施した患者数は689人で約8割であった。事業開始年と比較すると20ポイントの増加であった。

また、精神科を紹介する割合は、23.5%から12.6%で11ポイント減少している。

これらから、多くの患者が一般診療科で治療を受けており、その傾向は事業開始から2年間で増加してきていることがわかった。

○うつ病を疑った患者の経過観察の割合が7ポイント減少

初回調査では、一般診療科医師がうつ病を疑い経過観察とする場合は精神科医師の回答と比較し高い傾向を示した。一般診療科の場合当然のことながら、患者の主訴、身体症状に対する検査など身体疾患の除外診断のためにうつ病の治療開始までに経過観察対応により、うつ病を疑いつつも慎重に診断をすすめられている患者がいると推測できる。今回の調査では、うつ病を疑った患者への対処として経過観察と回答した割合が減少した。

一般診療科医師のうつ病に関する対応は、当事業やうつ治療に関する対応マニュアルの普及によって、変化が見られてきたと考える。

○うつ病を疑う患者がいないと回答した理由は、うつ病の診療経験が無いためと感じている医師割合が増加

うつ病を疑う患者を経験していない医師の6割、うつ病を診断したことのない医師の約4割が、調査日から過去6か月間に自分の診療の中でうつ病を疑う・うつ病患者はいないと回答している。この傾向は初回調査とほぼ同様の傾向である。診療科によっては、身体症状の陰に隠れて認識されていないことも考えられ、治療につながらずにいる可能性を課題ととらえてきた。

今回の調査では、うつ病を疑う・うつ病患者ないない理由として、診療経験の乏しさによると回答した医師数の割合が20ポイント増加している。このことは医師側の認識の注目すべき変化と考える。

4) 一般診療科でのうつ診療の課題

○うつ病の診断・診療技術に関する課題と、その他の支援も課題である

うつ病の診療経験が乏しいこと、診察に時間がかかることについて課題であると6割の医師が感じている。また医師による診療だけでなく、心理士などその他の支援の必要性をあげる割合が高い。これらの上位回答項目は初回調査と同様の傾向であった。

今回の調査では、「抗うつ剤の適切な治療ができない」「診断がつけにくい」といった診療の技術的なことに関する回答割合の増加が特徴である。

○家族調整・職場連絡は必要だが難しい

初回調査からの比較で、家族調整・職場連絡の難しさをあげる医師の割合の増加が目立った。現実には家族調整や職場調整を体験されていることからくる回答と推察され、治療の一環として環境調整にかかる対応について課題を感じていることがわかった。

○一割の医師は、精神科とタイムリーに連携できない

今回の調査で、精神科との連携が円滑にできているかについて新たに尋ねた結果、約1割の医師は、精神科に紹介しようと思うがタイムリーな受診ができないと感じていることがわかった。

本事業は、一般診療科と精神科の円滑な医療連携ができるしくみづくりを目指している。医療連携について、精神科病院・診療所数や医師配置数の不足、受診患者数の増加など多様な厳しい現実を踏まえつつ、しくみとしての工夫を今後も引き続き検討していくことが必要である。

○4割の医師は、精神科は患者が行きたがらないと感じている

初回調査では約3割、今回調査では約4割の医師が、精神科は患者が行きたがらないと感じていた。患者自身が精神科を受診しやすい環境づくりのためには、うつ病はだれでも罹患する可能性のある疾患であるということと適切な受診行動についての一般啓発は重要であると考えられる。

5) 大津地域うつ病対策事業の周知度

○大津G-Pネットの周知、医療連携啓発にはさらに工夫が必要

本事業では、一般診療科・精神科連携指針検討委員会を設置し平成19年度に医療連携のための冊子を作成した。同時にこの連携体制の呼称を「大津G-Pネット」と標記し、医師会員全員に配布した。今回この認知度を測ったところ、冊子については2割、名称については1割の認知であった。

今回の設問は、再度冊子と呼称について再認識を図ることも同時に意図したものであったが、結果として低い認知度であった。「しくみ」を地域定着させるためには今後もさらなる工夫が課題である。

◆精神科医師調査

(1) 調査用紙回収率について

精神科診療所および病院勤務医師からの回答は5割にあたる17人であった。

(2) 医療連携の現状について

回答した医師の7割は、一般診療科からうつ病患者の紹介を受けている。今後、一般診療科医へのうつ病に関する研修が定着することを5割の医師が課題と考えていることがわかった。また、精神科の予約が混雑してタイムリーに対応することができないことを5割の医師は課題と考えている。

5. 事業考察

(1) プライマリ・ケアの場で、うつ診療に関与する一般診療科医師が増加

うつ病の治療にかかる実態調査を平成18年と平成20年に実施した結果、うつ病の初期診療に関与する必要があると回答している一般診療科医師が増加していた。

本事業として、一般診療科医・精神科医医療連携体制として「大津G-Pネット」を立ち上げ、連携指針および手引き、連携ツールを作成してきた。

また、背景には、自殺が大きな社会問題と認識され、平成18年11月には「自殺対策基本法」、平成19年6月には「自殺対策大綱」が制定された。平成20年4月からは医療保険点数において、一般診療科はうつ病等の精神障害の疑いにより患者の同意を得て精神科に受診予約を行うと200点が加算される「精神科医連携加算」が創設される等国レベルの体制整備が図られてきた。

こうした相互効果により、一般診療科医師のうつ診療に関する意識が向上し、プライマリ・ケアの場で、うつ診療に関与する医師が増加したと考えられる。

(2) 家族・職場調整のための医師対応研修が必要

今回の調査では、「家族・職場調整の困難さ」について課題だと回答した医師数の増加が特徴的であった。

うつ病の治療のためには、疾患の特性から投薬だけでなく、本人の能力や家族関係、職場環境・人間関係など、幅広く本人を取り巻く環境について調整することが重要である。特に、「職場のサポートが必要だと思うが連絡できない」については、職場のメンタル不調者に対する許容度や会社の経済的な余裕があるのかなど、患者がおかれている背景を踏まえたうえで考えると一般診療科医師としては連絡しにくい現状があると思われる。

実際の体験談を踏まえ、患者支援のための調整にかかる研修や、関係機関とのチーム支援についての研修が必要である。

(3) 治療から社会復帰に至る包括的サポート体制の充実が必要

自殺予防の観点からは、治療から社会復帰に至る包括的なサポート体制の充実が必要である。管内では、精神科病院でうつ病患者専用病棟の試行が始められている。また、精神科診療所でのうつ病患者のリ・ワーク（職場復帰支援）プログラムが2カ所で

開始される予定である。

また、前述のレベルとは異なるが医師会主催で精神科病院への見学研修の企画が新たに実施された。精神科への誤った偏見を無くし効果的な連携ができることは何にもまして必要な社会資源である。

うつ病の治療過程に応じて、多様な地域サポートが充実していくよう働きかけていく必要がある。

(4) 住民啓発の継続

うつ病はだれでも罹患する可能性のある疾患であるということなど、うつ病に対する正しい知識の理解を深め、適切な受診行動について啓発していくことで、患者自身が精神科を受診しやすい環境づくりをすすめていく必要がある。

(5) 大津G-Pネットが大津地域であたりまえになることを目指す

大津地域では、大津市医師会が中心となり病-診連携、診-診連携システムが昭和58年度より実施されている。しかし、一般診療科医と精神科医の医療連携は、一般診療科医同士の医療連携ほど広まっていない現状であった。これは、一般診療科医と精神科医との普段の交流が非常に少ないことから、顔を知っている関係性にないことが原因の一つであると考えた。そこで、一般診療科医と精神科医が顔を知った関係となることを目標に置き、一般診療科医と精神科医の相互交流研修会などを実施してきた。

大津G-Pネットは、大津市医師会病-診連携システムを原則とし、特にうつ病診療について一般診療科医と精神科医が連携するシステムであるが、この大津G-Pネットが大津地域であたりまえに機能していくことを目指していきたい。

5. おわりに

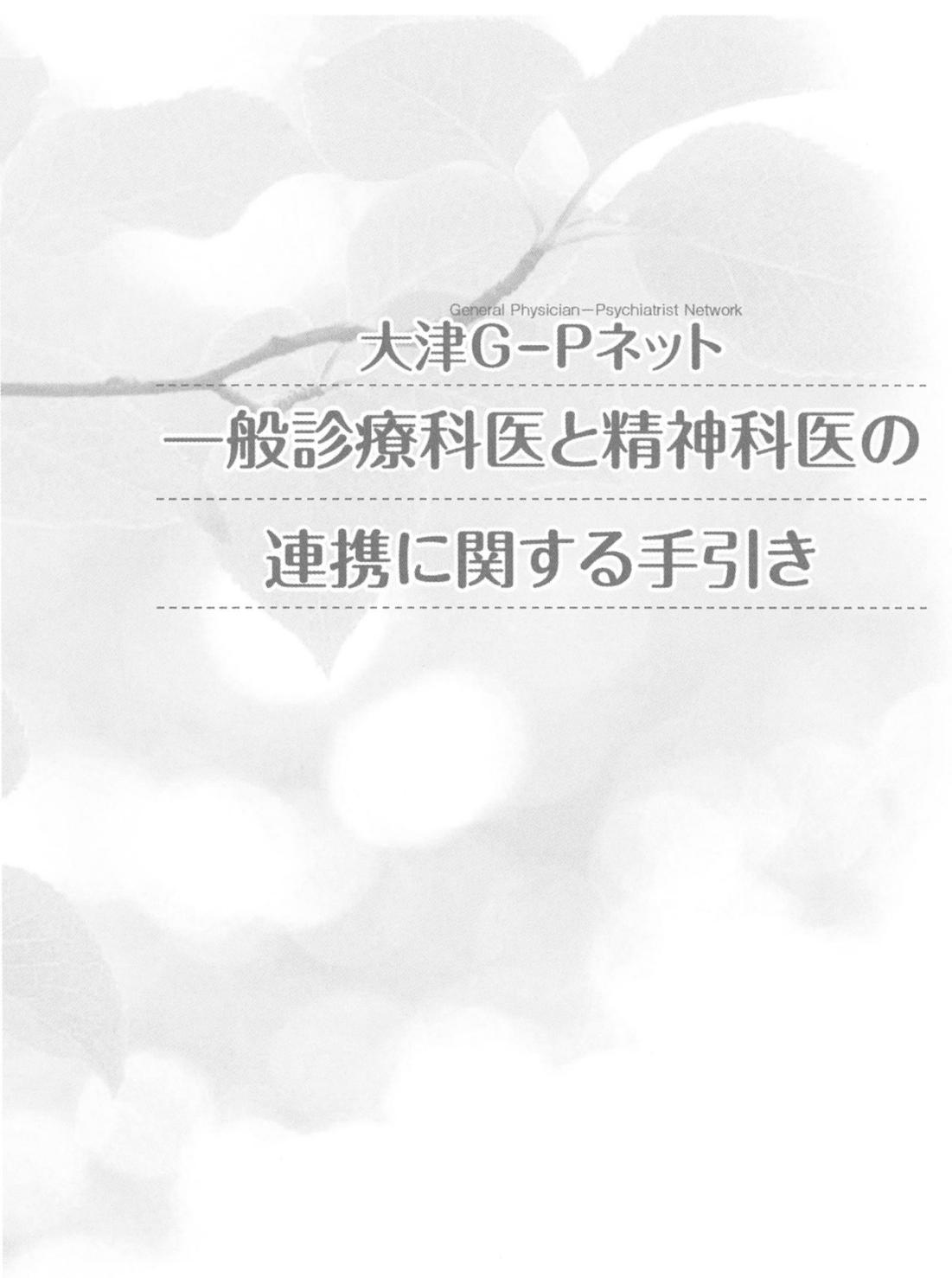
本事業「大津地域うつ予防対策（自殺予防）事業」は、平成18年度～平成20年度の3年事業で、地域医師会や地域産業保健センター、地域の精神科医師や一般診療科医師の委員と協働して展開し、大津G-Pネット構築事業を進めてきた。自殺率に影響するかについての評価は今後の経過を見て検討をしていきたいと考えている。

本事業が円滑に進めてこられたのは、それぞれの委員がうつ対策について既に問題意識を持っておられたこと、地域医師会でうつ病の取り組みが始められていたことが大きかったと感じている。

末筆ながら本事業にご協力いただいた先生方にお礼申し上げる。

【参考文献】

- 1)張賢徳：自殺研究における多数例研究の意義。精神医学 38(5)：477-484
- 2)高橋祥友：自殺予防に関する各国の取り組みについて：世界保健機関による自殺予防のためのガイドラインに焦点をあてて。堺宣道（主任研究者）：「平成13年度厚生労働科学研究 自殺防止対策の実態に関する研究」総括・分担研究報告書。国立精神・神経センター精神保健研究所，千葉，pp.82-92,2001
- 3)Rutz W,von Knorring L,Walinder J:Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. Acta Psychiatrica Scandinavica80(2):151-154, 1989
- 4) Rutz W, Walinder J,Eberhard G et al :An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. Acta Psychiatrica Scandinavica 79(1):19-26, 1989
- 5)滋賀県大津健康福祉センター：うつ病の重症化予防のための一般診療科・精神科医療連携体制の構築事業を通して保健所の役割に関する考察 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業 障害者自立支援法を踏まえた精神保健福祉センター、保健所の役割と機能強化についての保健福祉施策研究 平成19年度 総括・分担研究報告書
- 6)松本晃明：静岡県における自殺対策 富士モデル事業の実践。公衆衛生, 72,11,903-906 2008,11
- 7)松浪克文：現在のうつ病・旧来のうつ病 うつ病の今日的病型と病態解明の意義。Bulletin of D&A, Volume5,Number1,2007
- 8)平成20年度版 自殺対策白書：事例5「富士モデル事業」
一産業都市・富士市における働き盛り世代の自殺予防対策一
- 9)岸泰宏：身体疾患と自殺 一主に総合病院入院患者の自殺防止、地域のプライマリ・ケア医との連携による自殺防止活動一 Jpn J Gen Hosp Psychiatry Vol. 19 No. 1(2007) 15-22



General Physician—Psychiatrist Network

大津G-Pネット

一般診療科医と精神科医の

連携に関する手引き

大津G-Pネット定着促進検討委員会
大津市医師会・滋賀県大津健康福祉センター(大津保健所)

平成20年11月

はじめに

大津地域では、自殺対策の一環としてうつ病の重症化を防ぐことを目的として、うつ病の早期発見・早期適正治療を推進するため、一般診療科医と精神科医が連携するシステムを「大津G-Pネット (General Physician - Psychiatrist Network)」としました。

この「大津G-Pネット」を始めるに当たっては、大津市医師会の先生方にご協力をいただき日常の診療業務を踏まえ、一般診療科医と精神科医の医療連携が円滑に進められる工夫を検討してきました。

その中で、大津地域の自殺死亡者の約半数が40歳代～60歳代の男性であることから、まずこの世代を中心に対応を考えていくこととしました。また医療連携をする際のスクリーニングの基準、その紹介手順や窓口など具体的にお知らせしていくことが必要であるとのご意見をいただきました。

大津市医師会で作成されている病診連携・診診連携の手順を原則としつつ、この手引きでは精神科医療機関と連携しやすくなるよう、スクリーニング様式と基準、精神科への紹介手順、紹介様式、精神科医療機関一覧を掲載しております。

うつ病診療の一層の充実めざし、プライマリ・ケアを担当する一般診療科医と精神科医による円滑な連携の一助として、日々の診療の中でこの手引きをご活用いただければ幸いです。

大津G-Pネット定着促進検討委員会長

(大津市医師会副会長) 饗庭 昭彦

contents

| | |
|---------------------------------|---|
| ●大津G-Pネット 一般診療科医と精神科医の連携方法について | |
| 1. 目的 | 1 |
| 2. 対象 | |
| 3. 精神科医への紹介 | |
| 4. 一般診療科医、精神科医の役割分担 | 2 |
| 5. 精神科紹介時の患者への説明事項 | |
| 6. 紹介の方法 | |
| 7. 一般診療科医から精神科医への診療情報提供書 | 3 |
| 8. 患者が精神科への受診に抵抗がある場合 | |
| 9. 精神科医から一般診療科医への診療情報提供書 | |
| ●大津G-Pネット 一般診療科医と精神科医の連携図 | 4 |
| ●様式1 診療情報提供書 | 5 |
| 様式2 診療情報提供書・返信用 | 6 |
| ●精神科医療機関一覧 | 7 |

大津G-Pネット 一般診療科医と精神科医の

1 目的

このシステムは、一般診療科医と精神科医の連携方法を明確にし、うつ病患者の早期発見・早期治療につなげることを目的とする。

2 対象

この紹介システムは、働き盛りの年代をターゲットとしているため、原則 35 歳から 69 歳で、うつ病の疑いがある患者を対象とする。

3 精神科医への紹介

一般診療科医は、うつ病スクリーニングを可能な範囲で実施し、治療方針を判断する。

(1) うつ病スクリーニングの実施対象

- ① 不眠が2週間以上継続している患者
- ② 身体症状（倦怠感、頭痛、腰痛等）があり、かつ不眠が続いている患者

(2) うつ病スクリーニングの実施

うつ病スクリーニングとして「日本版SDS」(※1)を実施する。実施前には患者に「ストレスがたまっている可能性がありますので、その様子を確認してみましょう」など、スクリーニングの必要性を説明する。

A) 日本版SDS

- ① 50点以上の場合、精神科医に紹介する。また、診療情報提供書には、日本版SDSの点数を記載する。
- ② 50点未満の場合で、かつ、うつ病が疑われる場合には、抗うつ剤の治療を2か月継続し、うつ症状の改善がみられない場合や治療途中で増悪がみられる場合には精神科医に紹介する。

※1「日本版SDS」用紙（民間業者から購入可能）がない場合、保健所より配布した「うつ病自己チェック」（大津健康福祉センターホームページからダウンロード可）を利用する。「1、2のどちらかが○、1～9が5つ以上○」の場合は、うつ病を疑い、抗うつ剤の治療を2か月継続し、うつ症状の改善がみられない場合には精神科医に紹介する。

(3) うつ病スクリーニングが不要な場合

- ① 自殺念慮がある患者
- ② 幻覚・妄想、躁状態、産後うつなど、その他うつ病が疑われる患者。
- ③ その他、うつ病スクリーニングの実施の同意を得ることが困難な患者や、主治医がうつ病スクリーニングを不要または不可能と判断した患者。

連携方法について

4 一般診療科医、精神科医の役割分担

- (1) 一般診療科医は、うつ病の患者を早期発見・早期治療に結びつけるため、うつ病スクリーニングを実施し、状況に応じてタイムリーに精神科を紹介する。
なお、身体疾患の治療は継続するとともに、一般診療科で治療可能なうつ病であれば精神科医のアドバイスを受けながら抗うつ剤等による治療を実施する。
- (2) 精神科医は、一般診療科医から紹介された患者を診断し、一般診療科で治療可能なうつ病であれば、一般診療科医に治療について適宜アドバイス等をする。一般診療科で治療が困難なうつ病であれば、精神科での治療を実施し、治療状況等を一般診療科へ適宜報告することとする。

5 精神科紹介時の患者への説明事項

患者に精神科受診をすすめる時には、以下の事項を配慮することによって、患者の気持ちを和らげるように努める。

- (1) 「心の不調があるかもしれないので、専門家に診てもらいましょう」など、精神科を受診する必要があること。
- (2) 心の病気は誰もがかかる可能性があること。
- (3) うつ病であれば、薬での治療が有効であること。
- (4) 精神科を受診した後も身体疾患については引き続き一般診療科で治療可能であり、うつ病の治療についても安定したら一般診療科でも対応可能であること。

6 紹介の方法

一般診療科医が精神科医に患者を紹介する場合には、大津市医師会(病)(診)連携システムを原則とし、以下の点に留意する。

- (1) 一般診療科医は、紹介先の精神科医療機関に電話で大津G-Pネットによる連絡であることを伝え、患者の症状など様式1の内容について連絡する。
(精神科医療機関の連絡先は、P 7、8を参照)
- (2) 精神科医療機関は、電話で得た状況から受診の必要性や緊急度を判断し、受診予約を入れる(※2)。
- (3) 一般診療科医は、患者に精神科医療機関への受診日を伝える。

※2 精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、入院中の患者以外の患者について、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、患者の同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者を紹介した場合に算定できる精神科医連携加算(200点)は、1か月以内の受診日を予約することが条件となっている。

7 一般診療科医から精神科医への診療情報提供書 (別添様式1)

一般診療科医から精神科医への診療情報提供書には、以下の内容を可能な範囲で記載する。

- (1) 受診主訴・症状経過・検査結果・治療経過 (投薬内容等)
- (2) 症状
- (3) 生活状況 (ストレスの状況)
- (4) その他 (既往歴、家族歴等)

※大津市医師会ホームページ・大津健康福祉センターホームページからダウンロード可。

8 患者が精神科への受診に抵抗がある場合

患者が精神科への受診に抵抗がある場合には、本人の同意を得た上で、家族に受診の必要性について説明し協力を得る。自殺企図など緊急対応を必要とすると主治医が判断される場合 (※3) は、保健所に連絡し対応を相談する。

※3 精神保健および福祉に関する法律により、精神疾患による緊急対応の要件が定められている。主治医が診察の結果、精神障害により自身を傷つける又は他人に害を及ぼすおそれがあると判断される場合には、同法第23条申請の適応となる。

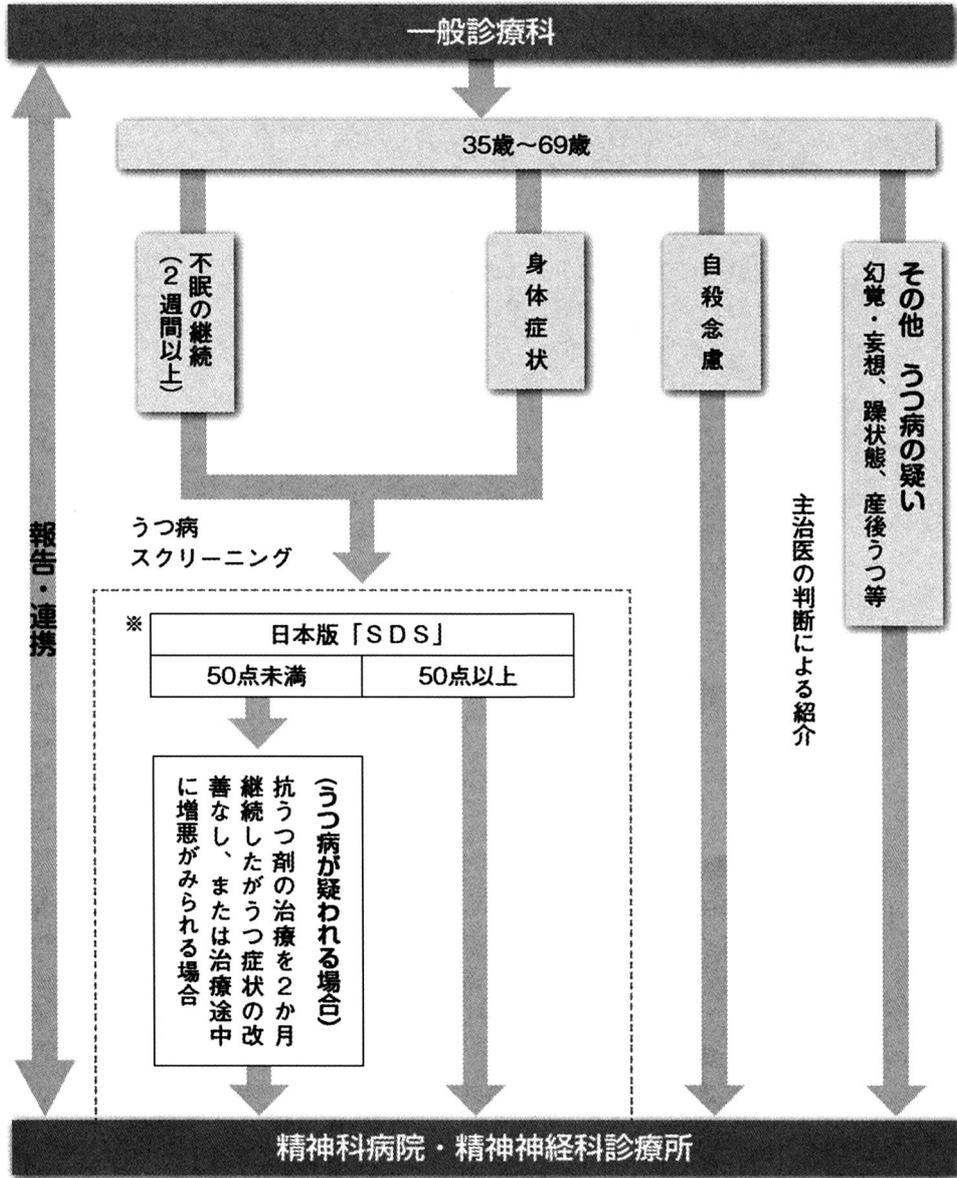
9 精神科医から一般診療科医への診療情報提供書 (別添様式2)

精神科医は、初回診察終了後、診察の状況を一般診療科医に返信する。返信内容は以下のような事項とする。

- (1) 診断名
- (2) 病状
- (3) 治療計画および処方内容
- (4) その他

※大津市医師会ホームページ・大津健康福祉センターホームページからダウンロード可。

大津G-Pネット 一般診療科医と精神科医の連携図



※ 「日本版SDS」がない場合
うつ病の自己チェックにより評価する
1、2のどちらか○、1~9が5つ以上○

うつ病を疑い、抗うつ剤の治療を2か月継続したがうつ症状の改善なし、または治療途中に増悪がみられる場合は精神科を紹介。



様式2

大津G-Pネット用連携様式

診療情報提供書・返信用

平成 年 月 日

病院(医院)

先生

医療機関名
所在地
医師氏名
電話番号

| | | | | | | |
|--|----|--|------|----------------------|----|-----|
| 患者 | 氏名 | | 生年月日 | T・S・H 年 月 日 (歳) | 性別 | 男・女 |
| | 住所 | | | 職業 | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">診断名</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">病 状</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">治療計画および処方内容</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">そ の 他</div> | | | | | | |

大津G-Pネット定着促進検討委員会 委員名簿

■検討委員

| 氏名 | 所属 |
|--------|------------------------------------|
| 山田 尚 登 | 滋賀医科大学精神医学講座 教授 |
| 木村 隆 | 大津市医師会 副会長 |
| 饗庭 昭彦 | 大津市医師会 副会長（饗庭医院院長） 大津地域産業保健センター |
| 楢林 理一郎 | 大津市医師会（湖南クリニック所長） |
| 本郷 吉洋 | 大津市医師会（本郷クリニック院長） |
| 麻生 伸一 | 大津市医師会（あそうクリニック院長） |
| 瀬古 修二 | 大津市医師会（瀬古内科クリニック院長） |
| 山中 俊彦 | 大津市医師会（山中医院院長） |
| 栗本 藤基 | 滋賀里病院 院長 |
| 石田 展弥 | 琵琶湖病院 院長 |
| 中島 聡 | 大津市医師会（なかじまクリニック院長） |
| 辻本 哲士 | 滋賀県立精神保健福祉センター 次長 |
| 勝山 和明 | 滋賀県大津健康福祉センター 所長 |

■事務局

| | | |
|--------|--------------------|-------|
| 鳥居 慎一 | 滋賀県大津健康福祉センター保健福祉課 | 課長 |
| 佐藤 美由紀 | 滋賀県大津健康福祉センター保健福祉課 | 課長補佐 |
| 佐谷 裕子 | 滋賀県大津健康福祉センター保健福祉課 | 副主幹 |
| 山口 亜紀子 | 滋賀県大津健康福祉センター保健福祉課 | 主任保健師 |
| 平田 浩二 | 滋賀県大津健康福祉センター保健福祉課 | 主任保健師 |
| 梶本 まどか | 滋賀県立精神保健福祉センター | 主幹 |
| 清水 京子 | 大津市健康推進課 | 参事 |
| 畑下 博世 | 滋賀医科大学医学部看護学科 | 教授 |

この冊子は、平成20年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）補助金をうけて作成しています。

発行 平成20年(2008年)11月
滋賀県大津健康福祉センター（大津保健所）
〒520-0801 大津市におの浜4丁目4-5
TEL 077(522)6755 FAX 077(525)6161

問 10 相談できる精神科医がいらっしゃいますか。

- ①はい ②いいえ

| | |
|------|--|
| 問 10 | |
|------|--|

問 11 一般診療科・精神科連携指針検討委員会発行の「大津地域うつ病の早期発見・治療体制 一般診療科医・精神科医 医療連携のために」(2007年発行 表紙別添【3】)を読まれたことがありますか。

- ①はい ②いいえ

| | |
|------|--|
| 問 11 | |
|------|--|

問 12 「大津G-Pネット」をご存じですか。

- ①はい ②いいえ

| | |
|------|--|
| 問 12 | |
|------|--|

問 13 診療所に大津市医師会・大津地域産業保健センター・大津健康福祉センター作成の「お父さん ころとからだ こんなことありませんか？」(表紙別添【4】)のリーフレットを置いておられますか。

- ①置いている ②置いていない ③知らない

| | |
|------|--|
| 問 13 | |
|------|--|

問 14 診療所に表紙別添【4】以外のうつに関するパンフレットを置いておられますか。

- ①はい ②いいえ

| | |
|------|--|
| 問 14 | |
|------|--|

問 15 過去6か月間(H20.4月~9月)でうつ病・うつ状態を疑った患者はおられましたか。

- ①あり ②なし

| | |
|------|--|
| 問 15 | |
|------|--|

(1)何人おられましたか?
()人

(2)どの様に対処されましたか。

①専門医(精神科・心療内科)を紹介した
()人

②自分で抗うつ剤等の投薬をした
()人

③経過を見た
()人

④その他
()人

| | |
|------|------|
| (1) | ()人 |
| (2)① | ()人 |
| ② | ()人 |
| ③ | ()人 |
| ④ | ()人 |

(1)その理由は何ですか

①うつ病・うつ状態を疑う患者がいない

②うつ病・うつ状態の診療経験がないのでわからない

③その他
()

| | |
|-----|--|
| (1) | |
|-----|--|

問 16 過去6か月間(H20.4月～9月)でうつ病・うつ状態の診断をされたことがありますか。

①あり

②なし

| | |
|------|--|
| 問 16 | |
|------|--|

(1)何人おられましたか？
() 人

(2)どの様に対処されましたか。
①専門医(精神科・心療内科)を紹介した
() 人
②自分で抗うつ剤等の投薬をした
() 人
③経過を見た
() 人
④その他
() 人

| | |
|------|-------|
| (1) | () 人 |
| (2)① | () 人 |
| ② | () 人 |
| ③ | () 人 |
| ④ | () 人 |

(1)その理由は何ですか
①うつ病・うつ状態と診断する患者がない
②うつ病・うつ状態の診療経験がないのでわからない
③その他
()

| | |
|-----|--|
| (1) | |
|-----|--|

問 17 一般診療科でのうつ病患者の治療にあたり、課題になることは何ですか。
あてはまると思われるものを選んでください。(いくつでも可)

- ① 診察に時間がかかる
- ② 診断がつけにくい
- ③ 診断名が告げにくい
- ④ うつ病の診療経験が乏しい
- ⑤ 抗うつ剤の適切な処方ができない
- ⑥ カウンセラーや心理士が必要だと思うが、いない
- ⑦ 家族の協力が必要だと思うが、調整できない
- ⑧ 職場のサポートが必要だと思うが、連絡できない
- ⑨ 精神科は患者が行きたがらない
- ⑩ 通院が継続しない
- ⑪ 精神科を紹介しようと思うが、予約がかなり先になり、タイムリーな受診ができない。
- ⑫ 自殺の可能性があるので治療をためらう
- ⑬ その他 ()

| | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|
| 問 17 | | | | | | |
| | | | | | | |

問 18 その他、ご意見がございましたらご自由にお書きください。

[]

うつ治療における一般診療科との連携に関する調査について

質問は、うつ病・うつ状態患者の一般診療科からの紹介や一般診療科医と精神科医の医療連携に関しておたずねするものです。

下記の質問について、お答えいただきますようよろしくお願いいたします。

問1 過去3か月間（H20.7月～9月）に、一般診療科診療所から「うつ病の疑い」で紹介状をもって受診された方は何人ですか？また、何か所の診療所から紹介がありましたか？（ ）にご記入ください。

（ ）人

（ ）か所

問2 うつ病の治療における一般診療科と精神科の医療連携にあたり、課題となることは何ですか？あてはまると思うものすべてに○をつけてください。

- ①一般診療科からうつ病の疑いの患者の紹介があっても、予約が混雑しており、患者をタイムリーに受けることが難しい。
- ②一般診療科医師との顔を知った関係が必要である。
- ③一般診療科医師へのうつ病に関する研修会の定着が必要である。
- ④一般診療科から精神科への紹介により受診された患者のうち、一般診療科で治療が可能と判断される場合はかかりつけ医への逆紹介ができるとよい。
- ⑤その他（ ）

問3 その他、ご意見がございましたらご自由にお書きください。

[]

ご協力ありがとうございました。

Ⅱ-2. 一般診療科・精神診療科医の連携システムの構築について

研究要旨

本研究では、G P(General-psychiatrist)ネットを東近江保健所管内で構築することをめざして、「一般診療科におけるうつ治療の現状に関する調査」を実施し、一般診療科医のうつ病の診療実態を把握と精神診療科医との連携について検討した。調査結果から、当管内においても、うつ病やうつ状態を疑う患者が一般診療科医を受診し治療を受けていること、一般診療科医が精神診療科医との連携を求めていることが明らかとなり、今後連携システム構築と管内のうつ病対策推進体制の確立が課題となった。

1 研究目的

うつ病患者と自殺者の増加は深刻な社会問題であり、その取り組みが急務とされている。自殺者の大多数がうつ病といわれているが、患者の多くが診断される以前に身体症状を訴えて一般診療科を受診しているという報告があることから、うつ状態・うつ病の早期発見・治療、ひいては自殺予防のためには、一般医療機関、専門医療機関、相談機関、職域等の連携強化が必要である。

そこで、一般診療科におけるうつ病相談・治療の現状や専門医療機関等との連携の現状を明らかにすることを目的に「一般診療科におけるうつ治療の現状に関する調査」を実施し今後の課題を検討した。

2 研究対象

平成20年10月1日現在に東近江管内で開設している診療所のうち128カ所を対象とした。

3 研究方法

(1) 方法

対象とした診療所に、調査目的、内容等の説明文書、調査協力依頼書とともに調査票を郵送により送付し、回答を依頼した。

調査票から回答記入者が特定できないように、無記名とした。

(2) 期間

調査票の回収期間は、平成20年10月20日から平成20年11月7日までとした。

(3) 内容

平成18年度に大津管内において大津健康福祉センターが行った調査をもとに、調査票を作成した。調査項目はつぎのとおりとした。

① 基本情報

- ・ 回答医の年齢
- ・ 標榜科（複数回答）
- ・ 産業医実施の有無

② 患者数

- ・ 調査前月（平成20年9月）1ヶ月間の外来受診者数

③ うつ患者数と治療の有無

- ・ 過去6ヶ月間のうつ病、うつ状態を疑った患者数とその対処方法
ない場合にその理由
- ・ 過去6ヶ月間のうつ病、うつ状態を診断した患者数とその対処方法。ない場合にその理由

④ 自殺者の有無

- ・ 過去6ヶ月間の自殺あるいは自殺未遂の患者の有無

⑤ 一般診療科でのうつ治療上の課題

- ・ 選択肢から複数回答

⑥ うつ病への必要な支援体制

- ・ 選択肢から複数回答

⑦ その他の意見

- ・ 自由記載

(4) 倫理的配慮

本研究は、滋賀医科大学倫理委員会の審査・承認を受けた。

4 研究結果

回答数は75、回収率は58.6%であった。

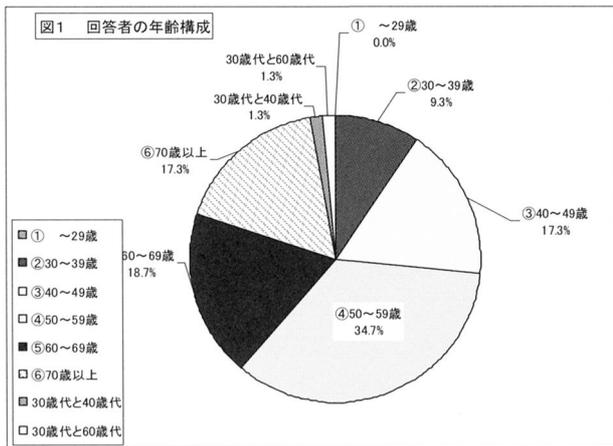
1) 基本情報

(1) 年齢

回答者の年齢構成は、表1および図1のとおりで、50歳代が34.7%と最も多く、次いで、60歳代、40歳代であった。

表1. 先生の年齢をお聞かせください

| | | |
|-----------|----|--------|
| ① ~29歳 | 0 | 0.0% |
| ②30~39歳 | 7 | 9.3% |
| ③40~49歳 | 13 | 17.3% |
| ④50~59歳 | 26 | 34.7% |
| ⑤60~69歳 | 14 | 18.7% |
| ⑥70歳以上 | 13 | 17.3% |
| 30歳代と40歳代 | 1 | 1.3% |
| 30歳代と60歳代 | 1 | 1.3% |
| 計 | 75 | 100.0% |

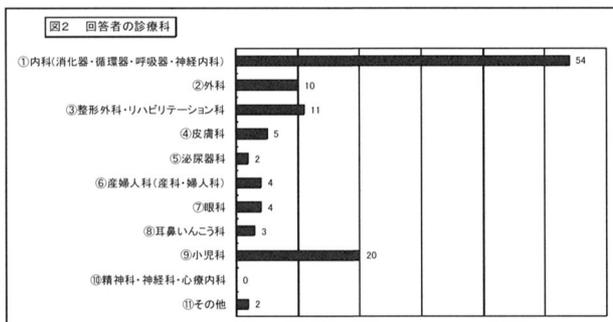


(2) 標榜科別人数

回答者の標榜科は、表2および図2のとおりであった。

表2. 先生の主な診療科をお聞かせください(複数回答可)

| | |
|-----------------------|-----|
| ①内科(消化器・循環器・呼吸器・神経内科) | 54 |
| ②外科 | 10 |
| ③整形外科・リハビリテーション科 | 11 |
| ④皮膚科 | 5 |
| ⑤泌尿器科 | 2 |
| ⑥産婦人科(産科・婦人科) | 4 |
| ⑦眼科 | 4 |
| ⑧耳鼻いんこう科 | 3 |
| ⑨小児科 | 20 |
| ⑩精神科・神経科・心療内科 | 0 |
| ⑪その他 | 2 |
| 計 | 115 |



(3) 産業医の割合

「産業医をしているか」の設問に「している」と回答した医師は41名、54.7%あった。

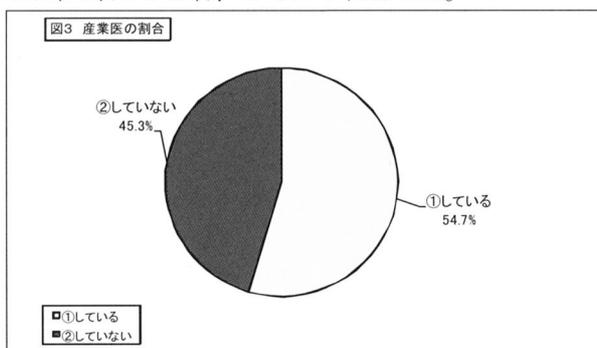


表3. 産業医をしていますか

| | | |
|--------|----|--------|
| ①している | 41 | 54.7% |
| ②していない | 34 | 45.3% |
| 計 | 75 | 100.0% |

2) 診療患者数およびうつ患者の診療状況

(1) 診療患者数

平成20年9月の診療所における患者数は、58,317人で、1診療所あたりの平均診療患者数は、833.1人だった

表4 (平均)

| | | |
|-------------------|--------|-------|
| 前月(9月)の受診患者は何人ですか | 58,317 | 833.1 |
|-------------------|--------|-------|

(2) うつ病・うつ状態を疑った患者の診療状況および対処方法

過去6ヶ月間に、「うつ病・うつ状態を疑った患者」が「あり」と答えた医師は、52人(69.3%)あった。

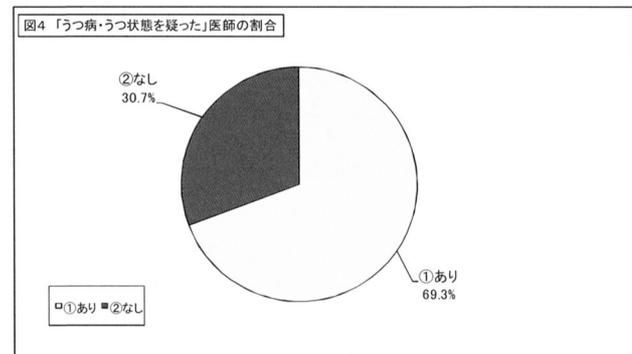
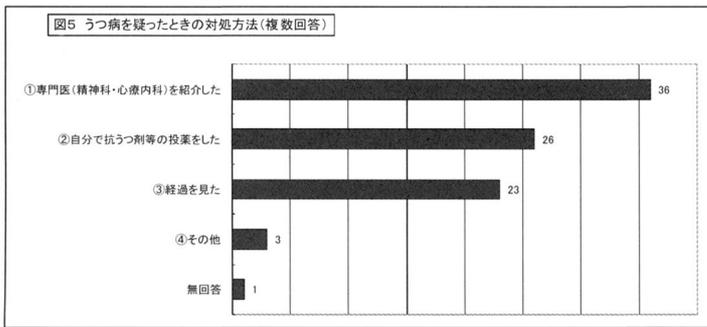


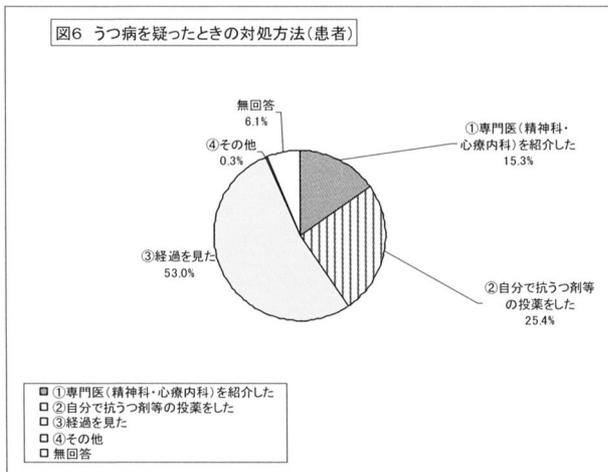
表5. 過去6ヶ月間にうつ病・うつ状態を疑った患者はいますか

| | | | |
|--------------------------|------|--------|--------------------|
| ①あり | 52人 | 69.3% | 52人の対処方法 (複数回答) |
| 患者数 | 694人 | | |
| 回答者1人あたりの患者数 | 9.3人 | | |
| どの様に対処しましたか | 694 | 100.0% | |
| ①専門医(精神科・心療内科)を紹介した | 106 | 15.3% | |
| ②自分で抗うつ剤等の投薬をした | 176 | 25.4% | |
| ③経過を見た | 368 | 53.0% | |
| ④その他 | 2 | 0.3% | |
| 無回答 | 42 | 6.1% | |
| ②なし | 23人 | 30.7% | |
| その理由は何ですか | 23 | 100.0% | |
| ①うつ病・うつ状態を疑う患者がない | 12 | 52.2% | |
| ②うつ病・うつ状態の診療経験がないのでわからない | 4 | 17.4% | |
| ③その他 | 1 | 4.3% | |
| 無回答 | 6 | 26.1% | |

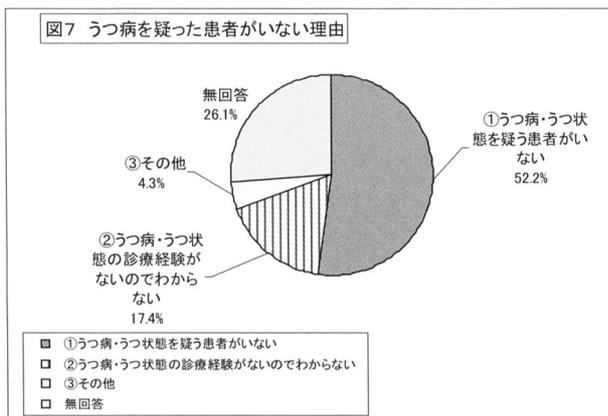
うつ・うつ状態を疑った患者への対処経験は、図5のとおりで、「専門医(精神科・心療内科)を紹介した」医師が36人、「自分で抗うつ剤等を投薬した」医師が26人、「経過を見た」医師が23人(複数回答)であった。



うつ病・うつ状態を疑った患者への対処方法は、図6のとおりで「専門医(精神科・心療内科)を紹介した」106人(15.3%)、「自分で抗うつ剤等を投薬した」176人(25.4%)、「経過を見た」が368人(53.0%)で、約半数の患者は経過観察となっていた。

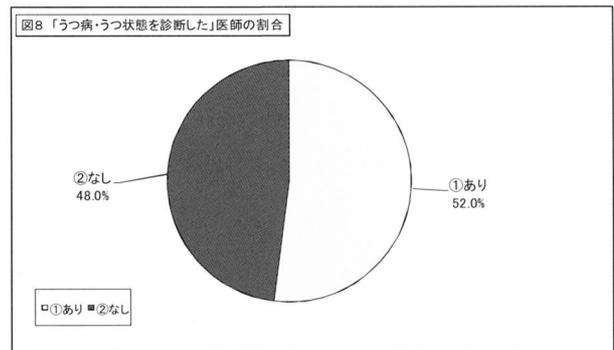


うつ病・うつ状態を疑った患者がいない理由として、「うつ病・うつ状態の診療経験がないのでわからない」と回答した医師は4人(17.4%)であった。



(3) うつ病・うつ状態を診断した患者の診療状況および対処方法

過去6ヶ月間に、「うつ病・うつ状態を診断した患者」が「あり」と答えた医師は、39人(52.0%)あった。



うつ病・うつ状態を診断した患者への対処経験は、図9のとおりで、「専門医(精神科・心療内科)を紹介した」医師が27人、「自分で抗うつ剤等を投薬した」医師が126人(54.3%)、「経過を見た」医師が19人(8.2%)であった。

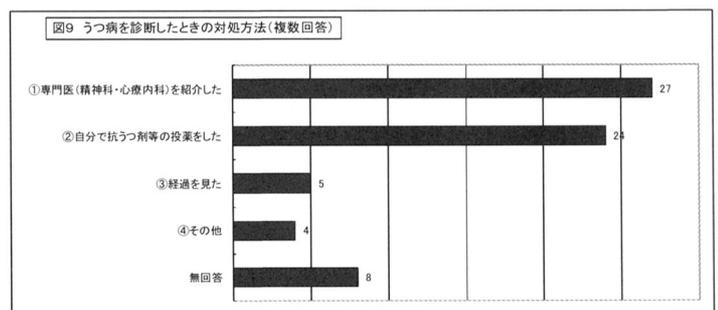
表6. 過去6ヶ月間にうつ病・うつ状態の診断をしたことがありますか

| 回答 | 人数 | 割合 |
|--------------|------|-------|
| ①あり | 39人 | 52.0% |
| 患者総数 | 232人 | 100% |
| 回答者1人あたりの患者数 | 3.1人 | |

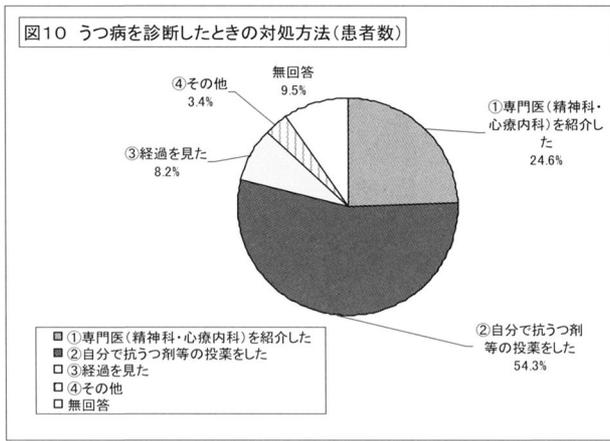
39人の対処方法(複数回答)

| | |
|---------------------|----|
| ①専門医(精神科・心療内科)を紹介した | 27 |
| ②自分で抗うつ剤等の投薬をした | 24 |
| ③経過を見た | 5 |
| ④その他 | 4 |
| 無回答 | 8 |

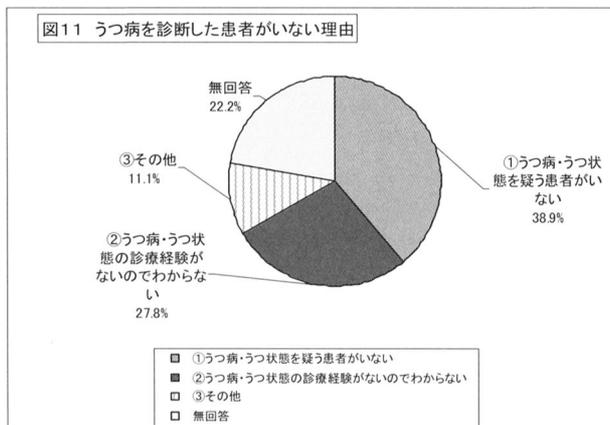
| 回答 | 人数 | 割合 |
|--------------------------|-----|--------|
| ②なし | 36人 | 48.0% |
| その理由は何ですか | 36 | 100.0% |
| ①うつ病・うつ状態を疑う患者がいない | 14 | 38.9% |
| ②うつ病・うつ状態の診療経験がないのでわからない | 10 | 27.8% |
| ③その他 | 4 | 11.1% |
| 無回答 | 8 | 22.2% |



うつ病・うつ状態と診断した患者への対処方法は、図10のとおりで「専門医(精神科・心療内科)を紹介した」57人(24.6%)、「自分で抗うつ剤等を投薬した」が126人(54.3%)、「経過を見た」が19人(8.2%)で、約半数の患者はその診療所で投薬治療を受けていた。



うつ病・うつ状態と診断した患者がいない理由として、「うつ病・うつ状態の診療経験がないのでわからない」と回答した医師は10人(27.8%)であった。



(4) 自殺者の経験

表7. 過去6ヶ月の間に自殺、あるいは自殺未遂の患者がいましたか

| | | |
|-----|----|-------|
| ①あり | 2 | 2.7% |
| 患者数 | 3 | |
| ②なし | 71 | 94.7% |
| 無回答 | 2 | 2.7% |

3) 治療上の課題

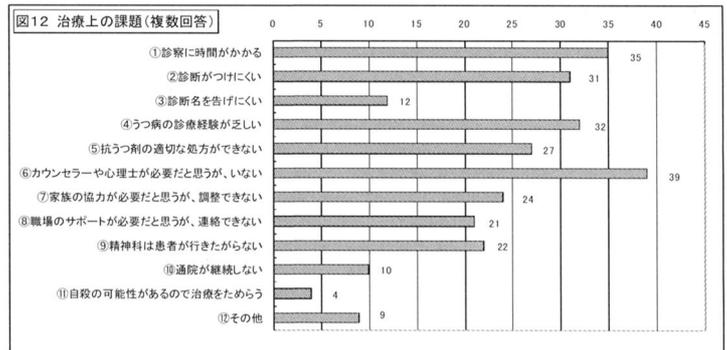
うつ病患者の治療上の課題について、選択肢から複数回答を得た。

結果は、表8および図12のとおりで、割合が高かったのは次の5点であった。

- (1) カウンセラーや心理士が必要だと思うが、いない
- (2) 診察に時間がかかる
- (3) 診断がつけにくい
- (4) 抗うつ剤の適切な処方ができない
- (5) 家族の協力が必要だと思うが、調整できない

表8. 一般診療科でのうつ病患者の治療にあたり、課題になることは何ですか(複数回答可)

| | | |
|-------------------------|----|-------|
| ①診察に時間がかかる | 35 | 46.7% |
| ②診断がつけにくい | 31 | 41.3% |
| ③診断名を告げにくい | 12 | 16.0% |
| ④うつ病の診療経験が乏しい | 32 | 42.7% |
| ⑤抗うつ剤の適切な処方ができない | 27 | 36.0% |
| ⑥カウンセラーや心理士が必要だと思うが、いない | 39 | 52.0% |
| ⑦家族の協力が必要だと思うが、調整できない | 24 | 32.0% |
| ⑧職場のサポートが必要だと思うが、連絡できない | 21 | 28.0% |
| ⑨精神科は患者が行きたがらない | 22 | 29.3% |
| ⑩通院が継続しない | 10 | 13.3% |
| ⑪自殺の可能性があるので治療をためらう | 4 | 5.3% |
| ⑫その他 | 9 | 12.0% |



4) 必要な支援体制

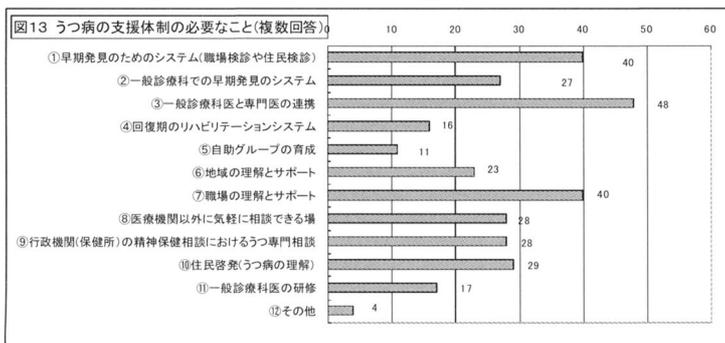
うつ病の支援体制として必要と考えている項目について、選択肢から複数回答を得た。

結果は、表9および図13のとおりで、割合が高かったのは次の5点であった。

- (1) 一般診療科医と専門医の連携
- (2) 職場の理解とサポート
- (3) 早期発見のためのシステム(職場検診や住民検診)
- (4) 住民啓発(うつ病の理解)
- (5) 医療機関以外に気軽に相談できる場
- (6) 行政機関(保健所)の精神保健相談におけるうつ専門相談

表9. うつ病の支援体制として必要なことは何ですか(複数回答可)

| | | |
|-----------------------------|----|-------|
| ①早期発見のためのシステム(職場検診や住民検診) | 40 | 53.3% |
| ②一般診療科での早期発見のシステム | 27 | 36.0% |
| ③一般診療科医と専門医の連携 | 48 | 64.0% |
| ④回復期のリハビリテーションシステム | 16 | 21.3% |
| ⑤自助グループの育成 | 11 | 14.7% |
| ⑥地域の理解とサポート | 23 | 30.7% |
| ⑦職場の理解とサポート | 40 | 53.3% |
| ⑧医療機関以外に気軽に相談できる場 | 28 | 37.3% |
| ⑨行政機関(保健所)の精神保健相談におけるうつ専門相談 | 28 | 37.3% |
| ⑩住民啓発(うつ病の理解) | 29 | 38.7% |
| ⑪一般診療科医の研修 | 17 | 22.7% |
| ⑫その他 | 4 | 5.3% |



5 考察

(1) うつ診療の現状について

- ① 回答者の7割(69.3%)が、過去6ヶ月間にうつ病やうつ状態を疑う患者を経験しており、5割(52.0%)に診断の経験があった。

過去6ヶ月間に約7割の医師がうつ病やうつ状態を疑う患者を経験しており、5割の医師が診断の経験があることがわかった。この結果は、大津保健所管内とはほぼ同じであった。うつ病やうつ状態を疑う患者数は、回答者1人あたり9.3人、診断した患者は、3.1人であったが、医師ごとのばらつきは大きかった。

このばらつきは、診療科、うつへの関心に加え、産業医をしている医師が約半数(41名、54.7%)あり、産業医としての診療や相談経験等も関連すると考えられる。

- ② うつ病やうつ状態を疑う患者の2割(25.4%)、診断された患者の5割(54.3%)は、一般診療科で投薬治療を受けていた。

過去6ヶ月間にうつ病やうつ状態を疑った患者の2割、診断した患者の5割は、その診療所において治療されており、専門医への紹介したのは診断患者の2割(24.6%)であった。

大津保健所管内では、うつ病やうつ状態を疑う患者へは3割(33.7%)、うつと診断した患者には7割(67.3%)に対して一般診療所で治療されており、当管内ではこれを下回るものの、多くの患者に治療を行っていることがわかった。

このことから、一般診療科での適切な治療、専門医との連携が重要であると考えられる。

- ③ うつ病やうつ状態を疑う患者の5割(53.0%)は経過観察となっている。

うつ病やうつ状態を疑った患者への対処方法は、経過観察が約5割をしめていた。これは、大津保健所管内の3割よりも高い状況であった。

患者が受診した主訴は概ね身体的症状で、まずその対応がされていることが予想されることから、経過観察が多くなっていることも考えられる。

しかし、経過観察後期間の長期化による悪化等も懸念されるため、今回は明確にできなかった経過観察理由やその後の対応等について、今後明らかにする必要

がある。

- ④ うつ病やうつ状態を疑う患者や診断した患者がない医師の多くは、患者はいないと回答している。

過去6ヶ月間に、うつ病やうつ状態を疑う患者の経験がなかった医師の5割(52.2%)、診断経験のなかった医師の4割(38.9%)が、患者はいないと回答している。また、「診療経験がない」を選択し、回答した医師もあった。

うつ病患者の主訴や症状には身体症状も含まれ、かつ多岐にわたることから、中には診断等に至っていない患者がある可能性も考えられ、診察場面であつを視野に入れた診断も必要と考えられた。

(2) 自殺の経験

- 過去6ヶ月間に自殺や自殺未遂を経験した医師は2人(2.7%)と少ない結果であった。

うつ病患者の診断や治療の経験はあるものの、自殺に関する経験は少ない状況であった。このことは、治療中の患者の自殺経験が少ないことに加え、現在の自殺による死亡者数から考えると、自殺に至る前に、診療所等に受診しているケースが極めて少ないことが考えられた。

(3) 治療上の課題

うつ治療上の課題として、カウンセラーや心理職がないこと(39人)、診察に時間がかかる(35人)をあげた医師は、いずれも約半数あった。

専門職の配置がないことや診察時間がとれない点は、現在の一般診療科医での診療形態上解決しにくい点ではあるが、一般診療所を受診するうつ病患者が多くある現状では、一般診療所と精神科、または他の相談機関等と連携しての対応が必要と考えられた。

また、診断がつけにくい(31人)、抗うつ剤の適切な処方できない(27人)と回答した医師も多く、精神科を専門としないために、うつ病患者への対応を困難に感じていることがわかった。

(4) 必要な支援体制

最も回答が多かったのは、一般診療科医と専門医の連携(48人)で、うつ患者が一般診療科を受診している現状や、治療上に課題を抱えている現状と合致した結果となった。

次に回答が多かったのは、職場の理解とサポート(40人)、早期発見のためのシステム(40人)であった。早く気づき治療に結びつけること、そして、治療開始後は、患者の生活環境を整えるために、職域において患者を理解し、支援することを必要としていることがわかった。

6 今後の課題

- (1) 東近江保健所管内における一般診療科医と精

神科医との連携システムの検討

一般診療科医と精神科医の連携は、既に大津保健所管内で「大津G P ネット」が構築され進められている。

当管内には、精神科病院は1か所あるものの精神科診療所はないため、大津保健所管内と同様なシステム構築をするには、広域的連携も視野に入れて検討する必要がある。

(2) 職域と地域医療保健との連携

職域におけるうつ対策の現状把握を行い、啓発や相談の充実、共同事業の実施等、連携協働を進める。

(3) 相談従事者の資質の向上

診療所や、訪問看護、介護従事者、行政機関担当者等が、対象者のこころの健康状態に留意し、早期に対応できるよう研修会等により質の向上を図る。

また、同時に相談者としての質の向上のため、傾聴スキルの向上を図る。

(4) うつ対策推進体制の強化

平成20年度に設置した「東近江地域うつ対策（自殺予防）推進会議」をにより、うつ予防、早期対応、自殺予防等に関する情報を共有し、共通認識のもとに各機関で対策に取り組みを進める。

7 結論

一般診療科におけるうつ治療の現状に関する調査から、東近江保健所管内においても一般診療科において、うつ病やうつ状態を疑う患者が診療されている実態が明らかとなった。

また、診療を行っている一般診療科医は、うつ病を治療する上で、専門職がないことや、診療に時間がかかる等の課題を抱えており、精神診療科医との連携を望んでいることがわかった。

そのため、今後、東近江管内で一般診療科医と精神診療科医との連携や管内のうつ対策推進体制の確立にむけて取り組むことが必要である。

診療所におけるうつ治療の現状に関する調査

質問は、うつ病・うつ状態患者の診断や治療に関してお尋ねするものです。

回答は該当する番号を○で囲み、〔 〕内には数値や内容をご記入ください。

問1．先生の年齢をお聞かせください。

- ① ～29歳
- ② 30～39歳
- ③ 40～49歳
- ④ 50～59歳
- ⑤ 60～69歳
- ⑥ 70歳以上

問2．先生の主な診療科をお聞かせください。（複数回答可）

- ① 内科（消化器・循環器・呼吸器・神経内科）
- ② 外科
- ③ 整形外科・リハビリテーション科
- ④ 皮膚科
- ⑤ 泌尿器科
- ⑥ 産婦人科（産科・婦人科）
- ⑦ 眼科
- ⑧ 耳鼻いんこう科
- ⑨ 小児科
- ⑩ 精神科・神経科・心療内科
- ⑪ その他〔 〕

問3．産業医をしていますか。

- ① している
- ② していない

問4．前月（9月）の受診患者は何人ですか。〔 〕人

問 5. 過去 6 ヶ月の間にうつ病・うつ状態を疑った患者はいますか。

① あり [] 人

② なし

↓
どの様に対処しましたか。

- ① 専門医（精神科・心療内科）を紹介した
[] 人
- ② 自分で抗うつ剤等の投薬をした
[] 人
- ③ 経過を見た
[] 人
- ④ その他
[]
[] 人

↓
その理由は何ですか。

- ① うつ病・うつ状態を疑う患者がない
- ② うつ病・うつ状態の診療経験がないのでわからない
- ③ その他
[]

問 6. 過去 6 ヶ月の間にうつ病・うつ状態の診断をしたことがありますか。

① あり [] 人

② なし

↓
どの様に対処しましたか。

- ① 専門医（精神科・心療内科）を紹介した
[] 人
- ② 自分で抗うつ剤等の投薬をした
[] 人
- ③ 経過を見た
[] 人
- ④ その他
[]
[] 人

↓
その理由は何ですか。

- ① うつ病・うつ状態と診断する患者がない
- ③ うつ病・うつ状態の診療経験がないのでわからない
- ④ その他
[]

問 7. 過去 6 ヶ月の間に自殺、あるいは自殺未遂の患者がいましたか。

① あり [] 人

② なし

問 8. 一般診療科でのうつ病患者の治療にあたり、課題になることは何ですか。

あてはまると思われるものをすべて選んでください。(いくつでも)

- ① 診察に時間がかかる
- ② 診断がつけにくい
- ③ 診断名を告げにくい
- ④ うつ病の診療経験が乏しい
- ⑤ 抗うつ剤の適切な処方できない
- ⑥ カウンセラーや心理士が必要だと思うが、いない
- ⑦ 家族の協力が必要だと思うが、調整できない
- ⑧ 職場のサポートが必要だと思うが、連絡できない
- ⑨ 精神科は患者が行きたがらない
- ⑩ 通院が継続しない
- ⑪ 自殺の可能性があるので治療をためらう
- ⑫ その他 []

問 9. うつ病の支援体制として必要なことは何ですか。

あてはまると思われるものをすべて選んでください。(いくつでも)

- ① 早期発見のためのシステム(職場検診や住民検診)
- ② 一般診療科での早期発見のシステム
- ③ 一般診療科医と専門医の連携
- ④ 回復期のリハビリテーションシステム
- ⑤ 自助グループの育成
- ⑥ 地域の理解とサポート
- ⑦ 職場の理解とサポート
- ⑧ 医療機関以外に気軽に相談できる場
- ⑨ 行政機関(保健所)の精神保健相談におけるうつ専門相談
- ⑩ 住民啓発(うつ病の理解)
- ⑪ 一般診療科医の研修
- ⑫ その他 []

問 10. その他、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

[]

ご協力ありがとうございました。

Ⅲ-1. 精神保健福祉センターにおける自死遺族支援のとりくみ

平成 20 年度障害者自立支援調査研究プロジェクト
分担研究報告書 精神保健福祉センターにおける自死遺族支援のとりくみ
～検案医師との連携を通して～

分担研究員 辻 元宏（滋賀県立精神保健福祉センター所長）
辻本 哲士（滋賀県立精神保健福祉センター次長）
梶本まどか（滋賀県立精神保健福祉センター主幹）

研究要旨：本県では、死亡検案に関わる医師との連携によって、遺族自身が早期に精神保健的支援（ポストベンション）を受けるように働きかけるとともに、当センターの遺族相談や「遺族の会」につながる機会を増やす目的で実施した。

2007 年 11 月以降に M 警察署管内で発生した自殺者の情報提供により、精神保健福祉センターの保健師が遺族に連絡をとり状況を把握してきた。遺族の心理的抵抗感は殆どなく、遺族ケア訪問や面接に応じた遺族に対して、標記調査の協力を求め一定の成果を得た。このことにより、自殺の実態把握に努め、継続した遺族への支援を行いながら、県内における自殺予防事業や啓発活動に活用できるようにする。

A. 研究目的

「自殺対策基本法」により、地方自治体の責務として自殺予防の取り組みが本格的に歩み出している。滋賀県では、県庁主管課（健康推進課）、各保健所、精神保健福祉センターが役割分担をしながら、うつ病（自殺予防）対策事業として取り組んでいる。

当センターでは、平成 18 年度より自死遺族への支援を中心に活動を展開している。同年に開催した住民や関係者向けの啓発活動を通して、官民協働による遺族の会が設立された。日常の地域活動から把握した遺族に対し、“故人の思い出話ができる場を提供する”ことを目標に掲げ取り組んでいた。

平成 19 年度より、国立精神・神経センター精神保健研究所による「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」は都道府県・政令都市の精神保健福祉センター（以下、センターと略す）を調査拠点として展開されている。しかし、調査に協力するにあたっては自殺者遺族とどのように接するかという問題がある。

同調査は自殺の実態を解明することを一義的な目的としつつも、調査の実施にあたっては継続的な遺族支援体制があることが前提となっている。

本県では死亡検案に関わる医師との連携によって、遺族が精神保健的支援を受ける機会を増やすとともに、自殺の実態調査をすすめる取り組みを実施しているので報告する。

B. 研究方法

本県の取り組みは一人の検案医師（K 医師）からの強い要請が出発点であった。それは、検死業務に携わっている中で、自殺の原因が特定できないこと、自殺対策としてうつ病予防を中心にやっていて良いのかという疑問を持ち、滋賀県法医学会や県警との連携がとれれば調査がしやすいのではないかと提案から始まった。

1. 調査の経緯

2007 年 9 月に国立精神・神経センター研究者の助言を得ながら、K 医師の所属する医師会管轄の保健所長、当センター次長（精神科医師）、保健師が「調査マニュアル」、「遺族あてのお願い文」、「インタビュー票」を作成し検討した。

また、K 医師の協力により、精神科や身体科の受療歴については詳しい情報がわかるように調査用の「検案書」を作成した。

遺族と最初に接触した検案医師からの情報をもとに、まず、遺族からセンター保健師に連絡をも

らうようにした。その後、連絡のあった遺族に対し、遺族を速やかに心理的ケアにつなぐとともに第一段階として、インテーク票による簡易的な聞き取りをおこなう。次に、そこから調査対象者をリクルートし「自殺予防と遺族支援の基礎調査」へと導入されるという二段階方式を考えた。

2. 調査の実施

以下に、調査の対象と手順を示す。

1) 対象

2007年11月以降の滋賀県M警察署管内においてK医師が検案された自殺者で検案医師から遺族支援を目的として、センター職員が電話連絡をすることに了解の得られた自死遺族。(2008年10月にH警察署管内の検案医O医師の協力も得られこの間、一症例情報提供があった。)

2) 調査実施の手順

ア、検案医師→遺族

遺族が検案書を取りに来られた際に、医師が、上記の「遺族あてお願い文」を手渡し、センター保健師が相談にのってくれることを伝える。

イ、検案医師→保健師

遺族の了解の基に、検案時の状況や遺族の状況について情報提供がされる。

ウ、保健師→遺族

遺族の状況を確認しながら「自死遺族の会」等、支援にかかる情報提供を行う。また、遺族へのケア訪問の了解が得られれば、面接または訪問により簡易的な聞き取りを実施する。

その際、継続的な相談関係の中で遺族の反応を確かめながら、心理学的剖検調査の説明を行い、協力を求める。

3. 論理的配慮

本研究は先駆けて実施している「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」の一部であり、国立・精神神経センターの武蔵地区倫理審査委員会の承認を得ている。

C. 実施後の結果

1. 事例の状況

調査開始当初は、センターでは遺族からの連絡を待つようにしていた。しかし、遺族自身からの発信は極めて困難であることがわかった。そのため、当センターからアクセスをするようになった。

この場合、検案した医師から事前に伝えられているため、遺族側の受け入れは極めてスムーズであった。なお、連絡する時期については概ね49日前後を目安としているが、遺族の悲嘆が強い場合や“遺された子どものことが心配である”と訴えられたケースの場合は、早期に対応した。

表1に、調査を開始した2007年11月～2008年12月までに二人の医師から連絡のあった事例のプロフィールを示す。事例の記述にあたっては、個人の特長が可能と思われる情報を削除、もしくは事例の本質に影響しない範囲で加工し最大限の匿名化に配慮した。

表1 [事例のまとめ]

| No | 年代・性 | 既往歴 | 婚姻歴 | 遺族支援の状況 |
|----|-------|------|-----|---------|
| 1 | 80代・女 | 精神疾患 | 有り | (連絡待ち) |
| 2 | 40代・男 | 精神疾患 | 有り | 支援継続 |
| 3 | 20代・男 | 精神疾患 | なし | 支援継続 |
| 4 | 50代・女 | 精神疾患 | 有り | 支援継続 |
| 5 | 60代・男 | 身体疾患 | 有り | 調査実施 |
| 6 | 70代・男 | なし | 有り | 調査実施 |
| 7 | 70代・男 | 身体疾患 | 有り | 支援継続 |
| 8 | 50代・男 | なし | 有り | ケア訪問実施 |
| 9 | 30代・男 | 精神疾患 | なし | 調査実施 |
| 10 | 60代・男 | 身体疾患 | 有り | 支援継続 |
| 11 | 30代・男 | 精神疾患 | なし | *家族は県外 |
| 12 | 40代・男 | なし | 有り | 支援継続 |
| 13 | 40代・男 | 精神疾患 | なし | *家族は県外 |
| 14 | 20代・男 | なし | なし | (連絡未) |
| 15 | 60代・女 | 精神疾患 | 有り | 支援継続 |

- ・性別：男性12人、女性3人
- ・年齢：平均54歳(25歳～83歳)
- ・婚姻歴：有り11人、なし4人
- ・既往歴の有無：精神疾患あり7人、身体疾患あり3人、なし5人
- ・手段：縊死13人、入水1人、中毒死1人

性別では、男性が80%を占めた。既往歴で精神科疾患の占める割合は、53%であった。内訳は、気分障害が5例、統合失調症、アルコール依存症、パニック障害が各一例であった。

2. 遺族の状況

遺族との接触が容易な検案医師からの情報により、かなり早い時期から遺族の状況を把握することができ、遺族への支援が可能となった。また、この時期は心理的抵抗感も少ないといえる。

以下に、遺族の生の声を記した。

親：「最近、仕事に復帰しました。仕事をすることで癒されています・・・。」

配偶者：「しばらくつらかったけれど、家族に支えられています。時が解決してくれると感じています。」

配偶者：「子どもは何とか学校に行っています。先生が気にかけてくれています。」

子：「何とかやっています。独りぼっちなので夜はこわい。思い出さないようにしています。」

配偶者：「子ども夫婦が気にかけて食事や旅行に誘ってくれます。睡眠や食事はとれています。でも思い出すと泣けてきます・・・。」

配偶者：「まだ、会社の整理で落ち着きません。怒りがわいています。」

親：「遺族のメッセージを読んでいます。このような経験をした方はどうしておられるのですか？」

配偶者：「そばにいる私が気づかなかったからです。一生、背負っていかねばなりません・・・。」

配偶者：「子どもや両親のためにも、私が早く立ち直らなければと思います。友人や職場の人からのメールや声かけで支えられています。」

今回、保健師の「遺族ケア訪問」に応じた遺族は故人に精神科既往歴がないか、身体疾患の場合が多かった。“なぜ、自殺に追い込まれたのか？”という問いかけが支援者と共有できた。

しかし、精神疾患のある場合は、病死であるにもかかわらず根強い偏見や苦悩を共にしてきた過程があり、保健師の面接には抵抗感が感じられた。この場合、精神障害者家族として、早い段階からの精神医療や精神保健からの対応が必要であるといえる。

D. 考察

“大切な人の自死”という思いがけない出来事に遭遇したとき、故人の生前の様子を丁寧に聴くことで遺族は癒される。遺族の悲嘆にくれた思いを十分に受け止め、サポートしてもらえたと思える人からのアプローチはありがたい。ここでの、検案医師の役割は故人にとっても遺族にとっても大きな影響をもっている。

この間、「遺族の会」でつながった2例の症例を含めて、心理学的剖検調査は5例実施することができた。

生活歴の詳細な情報を得る中で、個人要因、環境要因、疾病要因など諸因子が複雑に影響し合っていること、精神障害、喪失体験、性格等自殺のリスクの高い人たちが多いことを実感した。

亡くなられて日の浅い段階での「遺族の会」への関心やニーズは思ったよりも少なかった。自死があつてから一ヶ月も経たないうちに、遺族同士の分かち合いの情報を求める人もいれば、同じ境遇の遺族の集まりとはいえども、どのような会なのか、そこではどのような話がされるのか、イメージができないことから、即座に足がむかない人も多いことを実感した。人前で話せるかどうかや、自分の気持ちが保てるかどうか不安であるという遺族もいた。

このシステムを県下に広げるために、滋賀県法医学会や県警の協力を得ながら、協力医師を求めているところである。このことにより、遺族に対してタイムリーに支援ができ、地域で遺族ケアが継続していけるように保健所や市町に働きかけたい。

この事業を開始してから一年を経過した。つながりのできた遺族には、定期的に様子を伺うようにしているが、相手の様子がみえない中でのアク

セスは相当の気遣いとエネルギーを要する。

何度か話をしているうちに、声をつまらせて故人との思い出を語られる遺族も多い。遺族から時折、電話が入る事例もあり、つながりが保てている。

‘遺族支援はエンドレス’であり具体的な方法は手探りの状態である。センターだけの関わりには限界を感じている。今後は、‘継続した遺族ケアの地域支援の体制整備が望まれる。

E. 結論

本稿では、遺族への聴き取りにもとづく実態調査の実施にあたって、死亡検案を行う医師を介して遺族と接触し、自殺の実態調査を行う方法について検討し、その試行的成果を報告した。

この実態調査は一段階の面接による簡易調査を行い、その後、「自殺予防と遺族支援の基礎調査」へと導入されるという二段階方式を採用し、情報の量と質の異なる二つの実態調査を組み合わせたものである。

調査のための調査ではなく、早い段階から情報提供を始めとした介入が可能であり、遺族ケアと連動したものとしての意義もある。

F. 研究発表

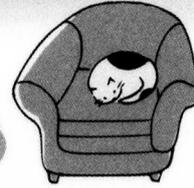
1. 論文発表（予定）

「現代のエスプリ」特集『封印された死と自死遺族の社会的支援』至文堂 2009年 501号

2. 学会発表

- ・「第44回全国精神保健福祉センター研究協議会」2008年11月（福岡）
- ・「第39回滋賀県公衆衛生学会」2009年2月（予定）

話してください あなたの悩み



一人で悩まないで、誰かに話してみましょ、解決するかもしれません

こころや からだの 不調の相談



- 滋賀県草津保健所 ☎077-562-3526
- 滋賀県甲賀保健所 ☎0748-63-6148
- 滋賀県東近江保健所 ☎0748-22-1300
- 滋賀県彦根保健所 ☎0749-21-0283
- 滋賀県長浜保健所 ☎0749-65-6610
- 滋賀県高島保健所 ☎0740-22-2419
- 滋賀県立精神保健福祉センター ☎077-567-5010
- 大津市保健所(2009年4月より) ☎077-522-6766
- 各市町の保健センター

こころの 悩みの相談



- 滋賀いのちの電話 ☎077-553-7387 ● 受付時間: 日曜正午12時～午後8時
- 京都いのちの電話 ☎075-864-4343 (24時間)

● 日本いのちの電話連盟(携帯サイト)

URL:<http://find-j.jp/i/index.html>

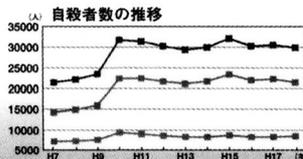


- こころの電話 ☎077-567-5560
- 受付時間: 月～金曜日(平日) / 午前10時～正午12時、午後1時～午後9時(土・日・祝日、年末年始を除く)

学校の悩み、 こどもの 悩みの相談 いじめなど

- 滋賀県子ども・子育て応援センター [こころんダイヤル]
- 受付時間: 午前9時～午後9時(土・日・祝日もつながります) ☎077-524-2030
- 子どもの人権問題-いじめに関する相談は
- 子どもの人権110番(大津法務局内) ☎0120-007-110

我が国の自殺の現状 厚生労働省資料(人口動態統計)

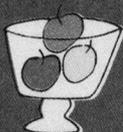


平成10年に年間の自殺者数が3万人を超え、その後も高い水準が続いています。



お金の トラブルの 相談

借金、
多重債務問題
などの悩み



● 日本司法支援センター滋賀地方事務所(法テラス) 予約制

☎050-3383-5454

民事法律扶助制度による無料法律相談

ただし収入や資産の基準があります

大津市浜大津1-2-22 大津商中日生ビル5F

●受付時間:平日/午前9時~午後4時

● 滋賀弁護士会法律相談センター 予約制

☎077-522-3238

多重債務(個人)

住所が大津地区の方

無料相談

滋賀弁護士会館

●相談時間:月曜日~金曜日(平日)

午後1時30分~午後4時

住所が彦根地区の方

無料相談

彦根地区の担当弁護士事務所

●相談時間:水曜日・金曜日(平日)

午後1時30分~午後3時

【大津地区:大津市、草津市、守山市、東郷市、甲賀市、湖南市、野洲市、高島市】

【彦根地区:彦根市、長浜市、近江八幡市、東近江市、蒲生郡、愛知郡、犬上郡、米原市、東浅井郡、伊香郡】

● 滋賀県司法書士会無料法律相談 予約制

(予約受付は相談日の3週間前より前日まで) ☎077-527-5545

大津会場

滋賀県司法書士会4階(大津駅前)

大津市末広町7番5号

●受付時間:毎月第2・第4土曜日/午前9時30分~午後12時30分
毎週水曜日/午後2時~午後5時

彦根会場

彦根勤労福祉会館2階(彦根駅前)

彦根市大東町4番28号

●受付時間:毎月第3土曜日/午前9時30分~午後12時30分

ひこね燦ばれす 彦根市小泉町648-3

●受付時間:毎週木曜日/午後5時30分~午後8時30分

仕事の 悩みの相談

労働条件の
トラブルなど

● 滋賀県労働相談所 [労働相談ダイヤル]

☎0120-967164

●受付時間:月~金曜日(平日)/午前10時~午後8時

月~金曜日(祝日)/午後5時~午後8時

土・日曜日/午前10時~午後4時

労働に関する疑問・トラブルについて専門の相談員が
相談に応じます。



生活保護に関する相談、
申請窓口

お住まいの市町役場にご相談下さい。

これは、平成20年度障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)補助金をうけて作成しています。

発行:滋賀県立精神保健福祉センター ☎077-567-5010

(2009年3月現在)

平成 20 年度障害者保健福祉推進事業
(障害者自立支援調査研究プロジェクト)

障害者自立支援法を踏まえた保健所、
精神保健福祉センターの役割と機能の検討及び連携システムの構築

発行日 平成 20 年度 3 月