精神科デイケア

伊藤寿彦

IRYO Vol. 73 No. 2（105－109）2019

【キーワード】デイケア，統合失調症，うつ病，自閉症スペクトラム障害

はじめに

精神科デイケアは，主には統合失調症などの慢性の精神疾患を対象に発展してきた．社会生活の実践の中で，疾患に対する心理教育，服薬アドヒアランス向上，再発防止，ストレス対処技能などのプログラムを包括的に実施する外来医療の一つのツールである．各個人の治療プログラムの策定が必須とされている．その効果も実証されており，世界の多数の国で，治療プログラムとして洗練されてきた．

さらに，近年では，精神科医療に対する社会のニーズも多様化しており，思春期の精神病予防プログラム，うつ病の復職プログラム，自閉症スペクトラムのプログラムなど，デイケアの機能も多様化してきた．

統合失調症の疾患管理とリカバリー

統合失調症は，遺伝子，神経発達の異常から，神経生理学的特性やドーパミン系など神経伝達の異常をきたし，心理社会的なストレスの影響を受けて，20歳頃には，幻覚や妄想，感情鈍麻，認知機能の異常が発現する．再発と寛解を繰り返し機能低下は進行する[1)-4)]．治療では，新規の抗精神病薬が開発されてきたように，心理社会的な治療も発展してきた．早期の包括的な心理社会的な介入がドーパミン系の変調を改善させることが報告されている（図１）．

実際に海外で検証され運用されてきたプログラムでは，アメリカ連邦政府保健省が推進した，疾患管理とリカバリー（Illness management and Recovery for the Implementing Evidence-Based Practices project : IMR）などがある[5)-7)]（表１）．

日本では，旧国立国府台病院，現在の国立国際医療研究センター国府台病院（当院）に隣設された国立精神衛生研究所の加藤正明が検証を重ねて，精神科臨床の現場に進展してきた経緯がある[8)9)]．現在の当院の精神科デイケアでは，IMR に準拠して，２年期限を設定して，プログラムを運用している（表２）．

利用者一人一人が望む地域生活実現のため，担当制による個別支援と再発予防やストレス管理に重点を置いた心理教育プログラムに重点を置いている．ケアアセスメントに基づいたリハビリプログラムの提供を行っている．さらに，現在では，地域プログラムに移行が困難な患者群に対する支援を検討している．

「心理教育」週１回１クール計９回．「リカバリーを楽しもう」週１回１クール計16回．「認知行動

国立国際医療研究センター国府台病院　精神科　†医師
著者連絡先：伊藤寿彦　国立国際医療研究センター国府台病院　精神科　〒272-8516　千葉県市川市国府台１－７－１
e-mail：dtito@hospk.ncgm.go.jp
（2018年11月５日受付，2019年１月18日受理）
Day Care Treatment for Psychiatric Disorders
Toshihiko Ito, National Center for Global Health and Medicine, Kohnodai Hospital, Department of Psychiatry
（Received Nov. 5, 2018, Accepted Jan. 18, 2019）
Key Words: day care, schizophrenia, depression, autism spectrum disorders

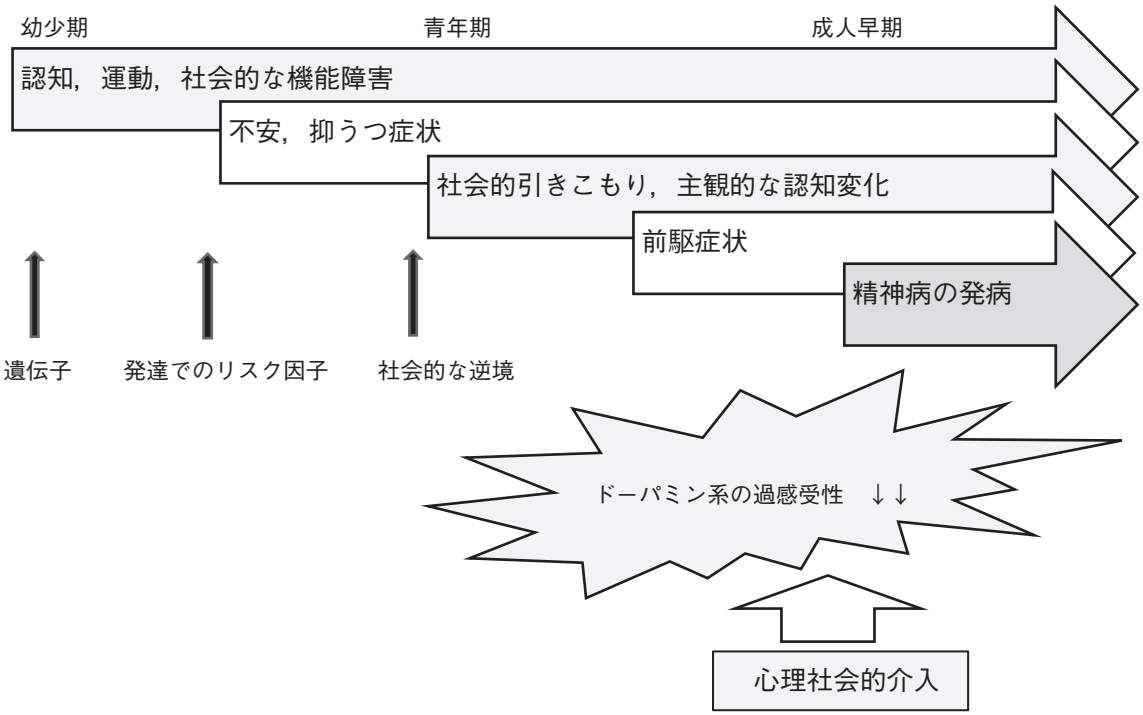


図１　統合失調症の発現に至る過程，心理社会的介入の効果
（文献４）から改変

表１　症状管理における科学的根拠の構成

・精神疾患と治療について学ぶこと　Psychoeducation
・服薬行動調整　Medication Adherence
・再発防止訓練 Relapse Prevention
・対処技能訓練　Coping Skill
・社会生活技能訓練　Social Skill Training

IMR・疾患管理とリカバリー　一部改変

療法入門」週１回１クール計９回などである．

院内の連携強化の取り組みとしては，精神科救急病棟内で開催されている病棟心理教育へ参加し，デイケア・心理教育ショートケアの情報提供を行っている．また，病棟スタッフの勉強会にてデイケアについての勉強会を実施し，定期的に病棟会議に参加して病棟スタッフと入院患者の情報交換を行っている．入院中の患者に対しても，退院後のリハビリテーションの意識付けとなるように，「退院前デイケア体験」としての受け入れを行っている．

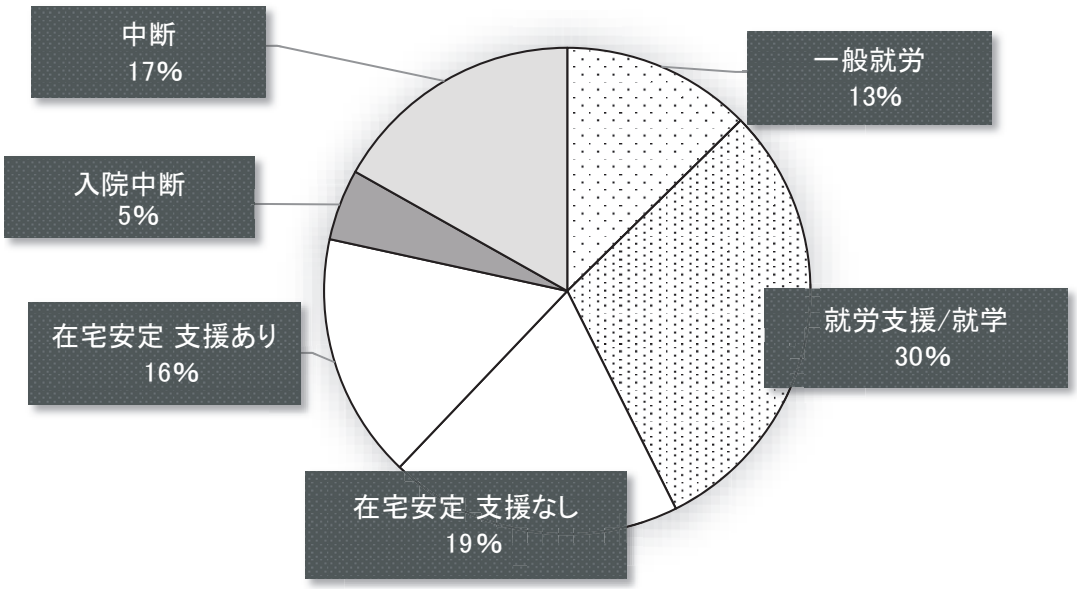
グループの中で，自分の疾患の理解を深めて，対処スキルを高めて，就学あるいは地域の就労支援事業所などに移行している．プログラム運用は看護師，心理士，作業療法士，また薬剤師，栄養士が参加している．地域の就労支援者のレクチャーあるいは，地域の就労支援施設の見学も行う．その間には，スタッフによる個別の面談支援が不可欠である．その結果は以下である．一般就労，就労支援，就学を合わせると43%．支援なしで在宅安定は19%，地域活動支援施設等の環境を整え在宅安定したものが16%．つまり，全体の78%に対してリハビリの効果がみられた．この数字は，入院中断と中断を合わせた22%を大きく上回るものであった（図２）．

うつ病のリワークプログラム

うつ病は，セロトニン系，ノルアドレナリン系などの脆弱性，視床下部 −下垂体− 副腎皮質系の機能障害，神経栄養因子の機能低下，神経細胞の変化が報告されている．また，心理社会的なストレスが負荷されて，抑うつ気分，興味と喜びの喪失，易疲労感や活動性低下に悩まされる．中等度以上では社会生活は困難となる．発症は20歳代，50歳代が多く各年代で発症するが平均発症年齢は40歳代である．各エピソードは，３カ月から６カ月持続する．結婚して家庭を持ちながら休職，失職に至ることも多くある．また，再発の問題，薬物依存や不安障害などの合併の問題もきたすことも多いとされる．また，糖尿病や心臓血管系疾患の罹患のリスクが大きいこと

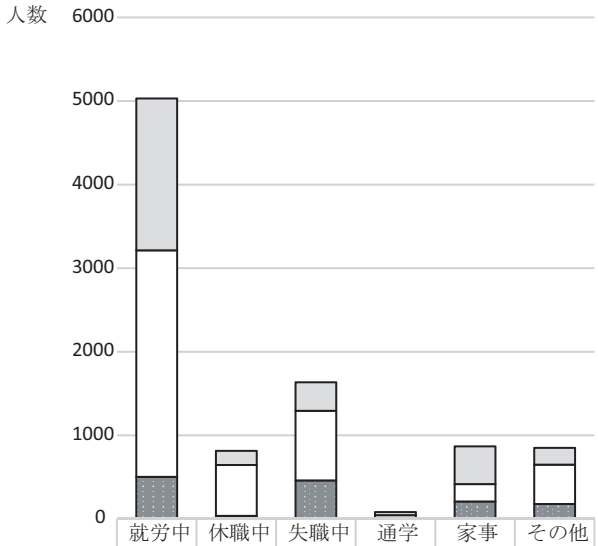
表２　国府台病院のプログラム概要

		1年目			2年目	
リハビリの段階		導入	生活維持	治療・訓練	次のステップの検討	移行
期間の目安		2カ月	4カ月	6カ月	4カ月	8カ月
参加の目標	通所の側面	・デイケアに慣れる ・利用の定着	・生活リズムの安定 ・体力の向上	・生活リズムの維持	・目標に向けて，次のステップを検討	・次のステップの準備と併用
	対人関係技能の側面	・担当スタッフとのコミュニケーション	・メンバーとの交流	・コミュニケーション能力の改善・向上	・役割遂行能力の獲得	・新しい環境での人間関係作り
	知識の側面	・デイケアの目的を理解する	・病気の知識を得る	・自身の病気に対する理解・対処法の獲得	・社会資源の知識を得る	・相談機関の確保
必須・推奨プログラム		なごみグループ 興味のあるグループ	心理教育	リカバリーを楽しもう SST	ステップアップグループ	
		課題にあったグループ				
参加日数の目安		週1～2日	週2～3日	週4日		週4→1日



	一般就労	就労支援/就学	在宅安定		入院中断	中断	合計
			支援なし	支援あり			
人数（名）	24	57	37	31	9	32	190

図２　国府台病院デイケア利用者の転帰



	就労中	休職中	失職中	通学	家事	その他
不安障害	1816	169	342	37	452	201
気分障害	2711	609	833	33	208	471
統合失調症	503	36	460	12	208	178

図３　疾患別の就労状況
（文献10）一部改変）

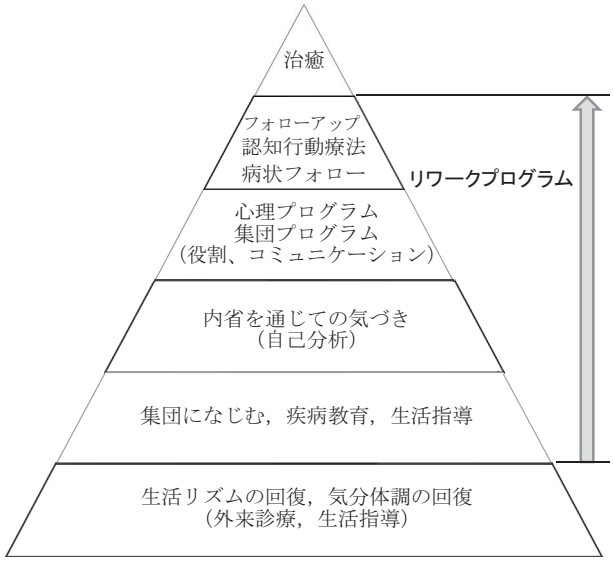


図４　リワークプログラムの治療構造
（文献10）一部改変）

が明らかとなっている[1)2)].

日本精神科診療所協会で実施された外来患者，12,881人の調査結果を示す．就労経験のある割合は，統合失調症では71.6%（1,402／1,958），気分障害では90.2%（5,338／5,921），不安障害では84.9%（3,035／3,573）であった．また就労経験のある患者の調査時点の就労状況は，失職者は統合失調症では460人，気分障害では833人，不安障害では342人であった．休職中であるものは，統合失調症では36人，気分障害では609人，不安障害では169人であった．つまり，復職支援は，気分障害での必要性が大きいといえる（図３）．

リワークプログラムは，生活リズムの回復から開始される．認知行動療法では，現実の生活ストレス状況をもとに，気分と認知（自動思考），身体反応，行動の関連を学習する．自分の生活状況にあった自分なりのストレス対処を学習していく．実際のデスクワーク，集団での役割の学習など，各人に合わせた段階的なプログラムが用意される．治療構造を示した（図４）．

気分障害を対象にしたリワークプログラムの多施設前向きコホート研究では，１年後の就労継続率は，86.0%，２年後は，71.5%であった．就労継続日数中央値は，1,561日であった．また，うつ病を対象に，就労継続日数中央値を比較すると，通常外来治療群では122日だが，デイケア・プログラム群では686日と有意差が示された[10)]．

自閉症スペクトラム（autism spectrum disorders : ASD）のコミュニケーション改善プログラム

臨床症状は，①社会的コミュニケーションや対人的相互反応における欠陥，②限定された反復的な行動，興味，活動の様式に特徴づけられる．有病率は約１%である．特徴的な過敏性，こだわりから学童期から不適応状態に陥る．成人期に至るまで，継続的な心理社会的な支援を受けなければ心理的な発達が非常に困難なケースも多い．また全体的な知能は正常であっても他者の心が全く認知できない，アスペルガー症候群のケースも，当事者の開示などもあり，ようやく社会が認知し始めてはいるが，支援は整備されていない．

病態生理では，以下の報告がされている．①セロトニン系の異常が脳内神経細胞の遊走（neuronal migration）と成長に関与している可能性．②５−15歳では扁桃体の容積が数年は増大しその後に縮小する．線条体が増大している．③社会性の課題で扁桃体の過活動．④「心の理論」つまり他人や自分の感情の状態を理解する課題で，コントロールと異なる脳賦活がおきる[1)2)]．

治療では，当事者，親あるいは学校教員への心理社会的な支援が必要であるが，支援者は児童思春期精神医療の専門的なトレーニングが必要であり，日

本では支援体制は，不十分である．平成26年に加藤進昌らによる「成人期発達障害者のためのデイケア・プログラム」パッケージが作成された．コミュニケーションの基礎編，応用編に，心理教育を含めた20回の複合的パッケージである．国内の多施設共同で効果と効率が検証された[11]．

当院でも，児童精神科デイケアは，児童精神科外来作業療法を前身に，児童精神科ショートケアを経て平成25年１月から週１日のデイケアとして運営している．対象を中学３年生から20歳とし，同年代の仲間と共に成長発達できる機会を提供することを目的に実施している．生活リズムの獲得や同年代との交流を通して，復学や進学，アルバイト等の社会参加につながるケースが多くみられている．「ASD トレーニンググループ」を立ち上げ，ショートケアとして開始し，１クール13回で実施している．

おわりに

精神科の代表的な疾患ごとに精神科デイケアでの心理社会的なプログラムについて概説した．各疾患の病態の理解とともに個人の心理社会的な特性を的確に評価して，現実の社会生活の中でのリカバリーを目的に，個別指導を継続してプログラムを進めていく．脳の正常機能でも未解明の点は多く，精神疾患の解明は今後，さらに進むことが期待される．心理社会的な支援プログラムも検証されながら進化していく．

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし．

［引用文献］

1）ベンジャミン J. サドック，バージニア A. サドック，ペドロルイース編著．井上礼一　監修．カプラン臨床精神医学テキスト　DSM−５診断基準の臨床への展開．日本語版第３版．東京：メデイカル・サイエンス・インターナショナル；2016.［原著：Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's. Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/Clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia, Wolters Kluwer, 2015］.

2）World Health Organization［編］；融道男，中根充文，小見山実ほか監訳．ICD−10 精神および行動の障害．臨床記述と診断ガイドライン．新訂版．東京：医学書店：2005.［原著：World health organization. The ICD−10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, 1992］

3）Lieberman JA, Dixon LB, Goldman HH. Early detection and intervention in schizophrenia. JAMA 2013；310：689−90.

4）Howers OD, Murray RM. Schizophrenia : an integrated sociodevelopmental-cognitive model. Lancet 2014；383：1677−87.

5）アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部（SAMHSA）編．（日本精神障害者リハビリテーション学会監修）．EBP 実施・普及ツールキットシリーズ第５巻．IMR・疾患管理とリカバリー．千葉：地域精神保健福祉機構（コンボ）2009.

6）Herz MI, Lamberti JS, Mintz J et al. A program for relapse prevention in schizophrenia : A control study. Arch Gen Psychiatry 2000；57：277−83.

7）Lecomte T, Cyr M, Lesage AD et al. Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. J Nerv Ment 1999；187：406−13.

8）吉益光一，清原千賀子．精神科デイケアの有効性に関する日本と欧米の比較．日公衛誌 2003；50：485−94.

9）Yoshimasu K, Kiyohara C, Ohkuma K. Efficacy of day care treatment against readmission in patients with schizophrenia : A comparison between out patients with and without day care treatment. Psychiatry Clin Neurosci 2002；56：397−401.

10）五十嵐良雄．リワークプログラムのエビデンスと再就労支援への取り組み．デイケア実践研究 2016；20：34−40.

11）「成人期発達障害者のためのデイケア・プログラム」に関する調査について．平成26年厚生労働省障害者総合福祉推進事業報告書．2015.