

我が国の精神科医療におけるクリニカルパスの 利用・開発状況に関する調査

協力研究者 宇佐美しおり 熊本大学医学部保健学科

研究要旨：本研究では、従来精神科領域で行われてきたクリニカルパス開発研究に関する文献調査を行った。**研究方法**：医学中央雑誌 WEB 版を用い、1983 年～2008 年に刊行された論文を対象として文献の抽出を行った。検索語は「精神科」「クリニカルパス」の 2 語であり、症例報告および会議録を除いて検索を行った。**結果**：検索の結果、150 の文献が抽出された。このうちクリニカルパスの作成・使用等を主たる目的としていなかった文献やレビューなど特定の状態や疾患について言及を行っていない文献（63 文献）を除いた 87 の文献についてその対象や目的などによって分類したところ、統合失調症を対象としたものでは、退院支援、身体ケア、特定の処遇の終了、ECT の終了、服薬指導などを目的としたもののほか、統合失調症以外の疾患・障害・症状・状態を対象としたものでは、うつ病、依存症、絶食療法、アスペルガー障害、認知症、薬物急性中毒、摂食障害、思春期、などを対象としたクリニカルパスが開発されていた。これらのうち最も多く検討されていたのは、統合失調症患者の退院支援のためのクリニカルパスであった。

まとめ：急性期にある統合失調症患者を対象としたクリニカルパスのニーズが高まっているのは平成 18 年診療報酬改訂で精神科医療においても急性期治療に手厚い配分がなされていることからも自然の流れと考えられた。しかしクリニカルパスは治療の cost-effectiveness の追求ばかりに役立つのではなく、精神科患者の多くが必要としている「医療と地域の連携」を実現するためにも有用なツールであると考えられる。今後はクリニカルパスのもつ「医療と地域の連携」のための機能にも注目しつつ、さらに普及していくことが望まれる。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名
佐藤さやか 国立精神・神経センター 精神保健
研究所 社会精神保健部 流動研究員

い配分がなされるなど、我が国の精神科医療は「入院中心」から「地域中心」の流れが加速しつつある。

地域中心の精神科医療を実現するためにクリアすべき課題は多いが、その一助となると考えられるのがクリニカルパスである。

A. 研究目的

2006 年秋に障害者自立支援法が施行され、
2007 年 4 月の診療報酬改定では、急性期に手厚

伊藤(2005)によればクリニカルパスとは「医療の過程が類似する特定の疾患について医療内容と時間経過との2次元のクリニカルパスシートを用いて行う、医療施設の継続的な質改善活動の1つ」と定義されている。クリニカルパスは縦軸に面接や検査、診断手順、処置、投薬、栄養、看護アセスメントや介入、社会復帰支援活動、心理社会的ケア、精神的ケア、患者家族協議、退院計画などの内容を、横軸には時間を記述することを基本要素としており、退院、自立的生活、服薬自己管理、各種臨床評価指標などのアウトカムを到達点として用いることで、医療保健福祉サービスの質の向上やこれに伴う効率化による医療費の削減などの効果が期待できる。

クリニカルパスは1950年代に開発された米国の製造業の工程管理方法(潜水艦製造や向上の建築など)から派生した考え方であり、同国において1980年代以降マネジド・ケアや疾病管理(Disease Management)が医療への導入されたことにより発達・普及していった。今日、米国においてクリニカルパスは精神科領域でも積極的に活用されており、医療費削減、精神障害者の短期入院、地域生活の促進などの成果を挙げている。これらの成果は現在の日本の精神科医療においても達成すべき課題であり、日本の精神科医療の現状にあったクリニカルパスの作成は意義あることと考えられる。

そこで本研究では、筆者らが開発したものも含め、従来我が国の精神科領域におけるクリニカルパスの開発状況を概観し、今後精神科領域で活用されうるクリニカルパスのあり方について検討を行った。

B. 研究方法

医学中央雑誌WEB版を用い、1983年～2008年に刊行された論文を対象として文献の抽出を行った。検索語は「精神科」「クリニカルパス」の2語であり、症例報告および会議録を除いて検索を行った。

検索された論文を概観し、クリニカルパスの内容について詳細な記述のある代表的な論文についてさらに内容を精査した。

C. 研究結果(資料参照)

検索の結果、150の文献が抽出された。このうちクリニカルパスの作成・使用等を主たる目的としていなかった文献やレビューなど特定の状態や疾患について言及を行っていなかった文献(63文献)を除いた87の文献についてその対象や目的などによって分類したところ、主として統合失調症を対象としたケアごとの分類では、退院支援を目的としたものが35件、身体ケア(褥瘡・肺炎等)を目的としたものが8件、特定の処遇(身体高置・保護室等)の終了の目安を明らかにすることを目的としたものが5件、ECTの終了の目安を明らかにすることを目的としたものが1件、服薬指導を目的としたものが1件であった。また統合失調症以外の疾患・障害・症状・状態を対象としたものでは、うつ病が15件、依存症(アルコール・薬物)が12件、絶食療法が1件、アスペルガー障害が1件、認知症が2件、薬物急性中毒が1件、摂食障害が2件、思春期が1件、またクリニカルパスの形式を主たるテーマとしているものとして電子化クリニカルパスを扱ったものが2件であった。

これらのうちもっとも多かったものは統合失調症をもつ患者の退院支援のためのクリニカル

パスであり、これらはさらに救急病棟に入院している患者を対象としたものが4件、急性期患者を対象としたもの17（うち1つは急性期病棟の入院患者全員で統合失調症が64%、気分障害が22%）、長期入院患者と対象としたものが3件、慢性期患者を対象としたものが1件、対象患者を特定していないもの10に分類された。以上の検討から、現在もっとも多く検討されているのは統合失調症患者の退院支援のためのクリニカルパスであり、その中でも急性期患者を対象としたものが最も多いことが示された。

D. 考察

以上の検討の結果から、我が国の精神科領域では統合失調症のみならず、さまざまな疾患や障害、状態と対象としたクリニカルパスが開発されているが、現在のところもっとも多く検討されているのは急性期にある統合失調症患者の退院支援を目的としたクリニカルパスであることが示された。

鷺見（2006）は平成18年診療報酬改訂について精神保健福祉施策の観点からみた改定の大きな柱は1）急性期医療の評価、および2）退院促進の評価、の2つであると述べており、報酬の配分について急性期医療により手厚い配分が行われていることなどからも、急性期にある統合失調症患者を対象としたクリニカルパスのニーズが高まっているのではないかと推察される。

しかし、当然のことであるが、クリニカルパスは cost-effective な治療の追求だけに役立つ訳ではない。特に精神科領域においては、クリニカルパスは医療サービスの質の向上や効率化といった機能と同時に地域精神科医療を実現す

るために不可欠である「医療と地域の連携」にも寄与することが期待される。

伊藤（2005）は従来精神障害をもつ人の治療やケアがそれを提供する「場」において別々に計画され、実施されてきたことを指摘し、精神科医療側からではなく、患者・利用者のカンテ観点から入院～安定した地域生活を一連の流れととらえて支援するためのツールとして「地域連携パス」の有用性に言及している。

「医療と地域の連携」は精神科疾患のみならず、身体疾患や高齢者のケア等においても重要なテーマである。しかし精神科を受診する患者の約6割を占める統合失調症患者は、ライフイベントが病状の悪化や再発に直結することが知られている。このため、他疾患と比べても退院後の生活環境の調整や支援ネットワークの構築が退院時の良好な健康状態の維持にとって不可欠と言える。これらの調整や支援は入院中から退院後の生活やそのため支援を具体的に想定し準備しておくことが必要であり、なおかつ病院内で行われていた準備が地域においてスムーズに引きつがれることが非常に重要である。クリニカルパスはそのためのツールとして有用であると考えられる。

筆者らもこれらの点に注目し、退院支援クリニカルパスを作成している。これらのクリニカルパスにおいては入院3カ月未満の対象者であっても、地域生活支援体制の調整やチーム間カンファレンスの項目を設けている。また、入院3カ月以上になった場合には、患者の帰る場への家庭訪問を患者と実施し、患者の生活の場での患者の生活の仕方と家族との相互作用において何が支障になっているのか、家族の抵抗および負担感の軽減、退院後の生活に必要な患者自

身のセルフケアの再獲得、地域支援体制や患者同士のネットワークの強化を加えパスを展開するように想定している。数あるクリニカルパスの中でも「医療と地域の連携」機能に留意した構成となっていると言えよう。

E. 結論

我が国の精神科医療におけるクリニカルパスの利用・開発状況について概観し、最後に筆者らが作成した急性期治療病棟に入院した精神障害者への退院支援に関するクリニカルパスを紹介した。今後も我が国の精神科医療が地域中心になるあたり、病院で受けていた治療と地域におけるケアがとぎれることなく一連のサポートとして機能するためのツールとして、より一層クリニカルパスが活用されることが望まれる。

【引用文献】

- 伊藤弘人：クリニカル・パス. 精神科臨床サー
ビス, 5 : 246-250, 2005.
伊藤弘人：精神科におけるクリニカル・パスの
すすめ. 最新精神医学, 10

(6) : 563-569, 2005.

鷺見学：平成 18 年診療報酬改定後の精神科病院
のあり方. 日本精神科病院協会雑誌, 25 (9) :
900-905, 2006.

宇佐美しおり, パトリシア・アンダーウッド,
近澤範子ほか：精神障害者の地域生活促進
と再発防止に関連した急性期ケア・プロト
コールの開発および検証, 平成 12-14 年度
文部科学省研究費, 基盤研究◎(2)報告書,
平成 15 年 3 月

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)

なし

資料1：急性期治療病棟に入院した精神障害者への退院支援に関するクリニカル・パスの例
 (平成12-14年度文部科学省研究費，基盤研究◎(2)報告書，平成15年3月より抜粋)

氏名 () 年齢 () 病名 () 入院年月日 ()
 過去の入院期間：① ② ③ ④ ⑤ ほか
 家族構成
 地域で最もやれていた時期： 年 月 から 年 月

	急性期(2-3週間)	安定期(4-5週間)	回復期(6-8週間)	退院期
--	------------	------------	------------	-----

	点数	点数	点数	点数
1)GAF (現在)				
2)M.S.E (現在，入院前の安定していた時の病状)：1,2,3で評価*				
(1)外見				
(2)行動	(3,1)	(2,1)	(1,1)	(1,1)
(3)気分	(3,2)	(3,2)	(2,2)	(2,2)
(4)思考過程	(3,2)	(3,2)	(2,2)	(2,2)
(5)思考内容	(3,2)	(3,2)	(2,2)	(2,2)
(6)衝動性	(3,2)	(3,2)	(2,2)	(2,2)
(7)認識	(3,2)	(3,2)	(2,2)	(2,2)
(8)鬱の場合はSOS)	(3,1)	(3,1)	(2,1)	(1,1)
*3：日内変動，2:2-3日ごとの変動， 1:1週間安定 <病状の改善目標>				
3)Self Care (現在，入院前の安定したセルフケア) (1,2,3,4で評価**)				
1:全介助，2：部分介助，3：声かけ・教育・指導，4：問題なし				
(1)食事	(2,4)	(3,4)	(3,4)	(4,4)
(2)排泄	(2,4)	(3,4)	(4,4)	(4,4)
(3)個人衛生	(2,3)	(2,3)	(1,3)	(1,3)
(4)活動と休息	(1,3)	(1,3)	(1,3)	(1,3)
(5)孤独と人とのつきあいのバランス	(2,3)	(2,3)	(1,3)	(1,3)
(6)症状管理	(2,3)	(2,3)	(1,3)	(1,3)
4)家族の患者への病状への対処	入院前の状況について面接を行う	() 病状悪化時の対処の方法について確認する	() 外出・外泊時の困難さについて外出・外泊時に話しあう	() 家族の今後のサポートについて確認する
		() 患者との相互作用での困難さを確認する	() 家族が困難時にどこに相談するかを確認する	
治療目標およびセルフケア上の目標	気分の波、思考内容が改善し、服薬、活動と休息のバランス、症状管理ができるようになる。また家族が患者の病状悪化時に服薬をすすめ、睡眠、休息を促し、家族自身も医療者への相談ができる。さらに患者が訪問看護を受け入れ、病状の再燃を防ぐことができるようになる。			

治療					
1)	服薬量と服薬の有無	<input type="checkbox"/> 服薬量と症状の関連の確認と服薬調整への働きかけ <input type="checkbox"/> 副作用の確認と軽減 服薬量： <input type="checkbox"/> 服薬管理（1日管理から） <input type="checkbox"/> 服薬の有無 の確認 <input type="checkbox"/> 服薬拒否の場合、臨時の頓用をすすめる。 <input type="checkbox"/> 精神療法の受診の確認	<input type="checkbox"/> 服薬意思の確認 <input type="checkbox"/> 服薬拒否の理由の確認 <input type="checkbox"/> 服薬管理（1日管理から） <input type="checkbox"/> 服薬拒否が続く場合、別の方法を検討する	<input type="checkbox"/> 服薬自己管理（1週間管理）	<input type="checkbox"/> 与薬方法が注射の場合、自分で外来受診できるかを確認する
2)	精神療法	<input type="checkbox"/> 精神療法の受診の確認	<input type="checkbox"/> 精神療法で自分の気持ちの言語化ができているかの確認	<input type="checkbox"/> 精神療法前後の患者の状態の確認	<input type="checkbox"/> 精神療法前後の患者の安心感や自己洞察の程度を把握していく。
看護					
1)	生活時間・身体感覚の認識	<input type="checkbox"/> 1時間ごとに確認し、生活時間の流れ、身体感覚を強化する。 <input type="checkbox"/> 入院前の安定した生活のすごし方を家族に確認する。	<input type="checkbox"/> 午前、午後で生活のすごし方について確認、振り返りを行う。	<input type="checkbox"/> 1日、1週間の過ごし方を確認、振り返る。	<input type="checkbox"/> 退院後の生活時間の流れやすごし方を確認する。

<p>2) セルフケアの改善</p>	<p>()退院後に必要なセルフケアの確認を行う</p> <p>()何を改善する必要があるのかについて確認する。</p>	<p>()退院後および再燃予防に必要なセルフケア、服薬管理、症状管理の方法について話しあい、確認する</p> <p>()活動と休息のバランスについて確認し、練習する。</p> <p>()孤独と人とのつきあいのバランスの方法について確認、練習を行う。</p> <p>()自己主張訓練を実施する</p> <p>()心理教育を実施する</p>	<p>()退院後の生活を意識し、改善が必要となるに焦点をおいて、外出、外泊後に実施し、その成果を振り返り、確認し、必要に応じて練習する。</p>	<p>()退院後のセルフケアの維持を誰が確認するのかを患者と話しあう。</p>
<p>3) 家族へのケア</p>	<p>()家族の負担をねぎらう。</p> <p>()家族の自宅での患者との過ごし方について確認する。()家族の患者への期待、家族の希望を確認する。</p>	<p>()家族と定期的にあい、また家族一患者の面接に立会い、家族と患者の相互作用の方法について確認する。</p>	<p>()外出、外泊時の家族の対応について確認する。</p> <p>()負担感を軽減、大変さをねぎらう。</p>	<p>()退院時に、危機時の対処について確認する。</p>

<p>4) 地域生活支援体制の調整</p>	<p>()悪化の理由を確認する。</p> <p>()家族の希望もきき、退院後に活用できる資源について確認する。</p> <p>()障害年金、生活保護など必要に応じて調整をはじめめる。</p>	<p>()訪問看護、ヘルパーなど必要に応じて調整をはじめめる。</p> <p>()自立支援医療についての手続き等をはじめめる。</p>	<p>()外出、外泊後に患者と家族が直接、訪問看護、ヘルパーと実際あい、退院後の生活について確認する。</p>	<p>()退院後に訪問看護、ヘルパー、受診予定、病状悪化時に誰がいつ対応するかについて確認する。</p>
<p>チーム間カンファレンス</p>	<p>()入院後、すぐにカンファレンスを開催する。</p> <p>()入院前の状況についてチーム間で確認し、治療目標・セルフケア上の目標を設定する。</p> <p>()アクトの対象者なのかを確認。</p>	<p>()治療目標、セルフケア上の目標が妥当なのかを確認する。</p> <p>()チームメンバーの進行状況を確認する。</p>	<p>()チーム間で情報をもちより、目標が遂行されているかどうかを確認する。</p>	<p>()退院後の支援体制についてチーム間で確認</p> <p>()アクトの場合、アクトチームの確認を行う。</p>

資料 2 : 入院が 3 ヶ月以上になりはじめた患者・家族への退院支援クリニカル・パス
(平成 12-14 年度文部科学省研究費, 基盤研究◎(2)報告書, 平成 15 年 3 月より抜粋)

<p>1) 病状の再アセスメント (現在, 過去) (1) GAF (2) MSE (図 1 と同様)</p> <p>2) セルフケアの再アセスメント (現在, 過去) (図 1 と同様)</p> <p>3) 家族の期待レベルの確認と患者・家族間の目標の共有</p>	<p>入院 3 ヶ月以上</p> <p>() 症状がどの程度で安定するのか再度確認する。 () 病状の進行に伴い、機能が低下しているのかを確認 () これまでの服薬量、生活の仕方は同じなのに病状が安定しない場合、家族関係を再度査定し、必要に応じて家族関係の再構築を試みる。もしくは患者自身の新しい生活時間や場所を検討しはじめる。 () 転棟および別の治療施設の検討を行う。 () 患者のセルフケアが安定しない理由について再度査定する。 () 患者の機能が病状の進行に伴い、セルフケアが低下してきているのかを確認する。 () どここの場へ帰ることができるのかを確認し、必要なセルフケアについて確認する。 () 家族のサポートを行うため、訪問看護の回数、家族が患者と離れる時間、患者の日中の過ごし方を確認し、必要な資源を確認する。 () 家族の患者への期待レベルを確認し、高すぎる場合には、家族の希望、これまでの経過、現在の家族の状況を確認し、設定する目標について妥協できる可能性があるのかについて確認する。 () 家族の患者への期待レベルが修正できない場合には、患者がどうしたいかを確認し、それに応じながら家族との目標の話し合いを患者をいれて話しあう。 () またいつまでに目標を達成するのか、時間的見通しを患者、家族とともにたてる。</p>
<p>4) 患者のセルフケアの再獲得の確認と支援</p>	<p>() 退院後の生活に必要なセルフケアを患者と確認し、定期的に練習する。 () 患者の病状の進行に応じてセルフケアが低下している場合、患者の帰る場を再度患者とともに確認し、最低限必要なセルフケアを決め、一緒に練習する。 () 症状管理の方法、本人が気づかない場合には、誰に気づいてもらうのか、そのときの対処の方法について本人をいれて確認する。 () 入院中、積極的に症状管理の方法について練習する。 () 衝動性が高く、家族・近隣への迷惑行為がみられる場合には、危機介入にいくつかの選択肢があることについても伝え (往診、警察の活用など)、患者の衝動のコントロールを促進する。 () 退院後のストレスや刺激の調整の仕方について本人と話しあい、外泊中に練習する。 () 活動と休息のバランス、孤独と人とのつきあいのバランスの方法について確認し、入院・外泊を通して練習する。 () 患者が安心して活用できるサポート・ネットワークをさがす。 () 退院後の不安の軽減のため、治療者の入る集団精神療法を実施し、不安感を軽減し、サポート・ネットワークを強化する。</p>
<p>5) 家族への支援の強化</p>	<p>() 家族との面接の機会を増やし、家族の負担感をねぎらう () 患者の外泊時に訪問し、実際の自宅での生活のあり様を確認し、家族の負担感の軽減の方法を具体的に話しあい、活用できる社会資源を再度調整する。</p>
<p>6) 地域支援体制の強化</p>	<p>() 家族のサポートを行うため、訪問看護・ヘルパーの回数を増やし、同時に経済状況の確認、必要な年金などの申請を検討する。 () 家族が患者と離れる時間、患者の日中の過ごし方を確認し、患者自身、家族の支援がなくても過ごせる時間、場所をさがす。</p>
<p>7) チーム会議</p>	<p>治療目標、セルフケア上の目標を再度設定し、役割確認し、1 週間に 1 回、進行状況を確認する。</p>

「退院準備プログラム」を用いた精神科長期在院患者 に対する退院支援活動に必要な人的コストに関する検討

協力研究者 池淵 恵美 帝京大学医学部精神科学教室
協力研究者 安西 信雄 国立精神・神経センター武蔵病院

研究要旨：本研究では、「退院準備プログラム」に関連する活動の職種別コストを算出し、再入院にかかるコストと比較を行った。

研究方法：「退院準備プログラム」の準備、実施、宿題対応を行うにあたり必要と思われる作業を一覧にした表を作成し、3つの病院に対して作業ごとに必要だった時間（分数）と人数について、各職種ごとに記入を求めた。また得られた時間と各職種の自給を用いた「退院準備プログラム」に関連する活動の人的コストを算出した。

結果：「退院準備プログラム」準備にかかったコストは医師が 38,619 円、看護師が 86,571 円、精神保健福祉士が 10,843 円、作業療法士が 25,677 円であった。合計は 161,711 円であった。また退院準備プログラム実施と宿題対応にかかったコストは医師が 36,343 円、看護師が 70,201 円、精神保健福祉士が 8,005 円、作業療法士が 26,885 円であった。合計は 141,494 円であった。これらを合計した 303,204 円を再入院のコストを比較した場合、仮に患者が急性期治療病棟 1 に再入院したと想定すると、同病棟の入院 30 日以内の 1 日当たりの入院費は 19,000 円（1900 点）であるので、約 16 日分の入院費に相当することが示された。

まとめ：以上の検討から今日の我が国の精神科医療の現状に照らし「退院準備プログラム」の実施は医療経済的な観点からも意義あるものであることが示された。今後は調査対象となる病院を増やしさらに詳細な検討を行うことが望まれる。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
高田耕吉	国立病院機構鳥取医療センター 精神科医長
高見 浩	国立病院機構賀茂精神医療 センター 精神科医長

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
水野準也	国立病院機構病院東尾張病院 作業療法士
佐藤さやか	国立精神・神経センター精神保 健研究所 社会精神保健部 流動 研究員

A. 研究目的

障害者自立支援法の成立を期に我が国の精神科医療は入院中心から地域支援中心への転換がさらに加速しつつある。こうした中「受け入れ条件を整えば退院可能」といわれ、全国に72,000人いると推計されている「社会的入院」患者のための支援として精神科訪問看護、ACT、ケアマネジメントなどが実施、報告されている。これらの活動は主に退院を実現するための環境調整、退院や地域移行の際のサポートと退院後の地域生活を維持するためのサポートを目的としており、国や自治体のレベルで事業として行われるなど、普及にむけてさまざまな取り組みが行われている。また近年では診療報酬による支払いを念頭に置き、これらの活動にどのくらいの人的コストが投入されているのか、という医療経済的視点からの検討も行われるようになってきた。その一方で、医療機関が行う退院を実現するために行う活動、すなわち「地域に送り出す」サポートは、個々の病院や臨床家がそれぞれに工夫を行っているのが現状であり、標準的なプログラムや実施方法は見られない上、それらの活動にかかるコストも十分に検討されているとは言いがたい。

「地域から迎えにいく、地域で支える」サポートと「地域に送り出す」サポートは、国が目指す地域中心の精神科医療を実現するための車の両輪であり、多くの医療機関で実施可能な退院援助のための技術開発とその実施にかかるコスト等の資料提供が求められている。

そこで筆者らは、どの医療機関でも標準的に実施できる「地域に送り出す」サポートとしての心理社会的治療のあり方を明らかにするため、厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「退院促進研究班」(主任研究者 安西信雄)において複

数の分担研究者と共同で「退院準備プログラム」の作成を行った。また全国5つの国立病院機構病院と共同で同プログラムの効果検討を行っている。

本稿では「退院準備プログラム」の内容や実施方法を紹介した上で、共同研究を行った医療機関において同プログラムを実施する際にどのくらいの人的コストが必要であったかを算出し、報告する。

B. 研究方法

1) 退院準備プログラムについて

筆者らが作成した「退院準備プログラム」は、UCLAのLiebermanによって1995年に作成されたThe Community Re-Entry Programの日本語版である「地域生活への再参加プログラム」を我が国の精神科医療の現状に合わせ、さらに改訂したものである。

「退院準備プログラム」は「地域生活への再参加プログラム」と同様、ビデオ映像、リーダー用マニュアル、参加者用のワークブックという3つのツールを用いて行う病院内でのグループセッションが17回と、病院内外でのセッションでの学習についての実習である「退院準備プログラム実践編」(以下、実践編)が7回、合計24回で構成されている。セッションは1回60~90分、で一週間に1~2回の割合で実施することを想定している。

病院内で行われるセッションでは退院後に地域生活で利用できる施設や制度、自立した生活を営む上で必要な知識、疾病や服薬の自己管理に必要な知識やスキルについて、心理教育やSSTの手法を用いて身につけられるようになっている。また「実践編」は病院内のグループセッションで学んだ情報やスキルを実際の生活の

場で体験・実行するためにもうけられたもので、外出や調理、金銭管理の練習などが病院内のグループセッションと連動する形で組み込まれている。また、毎回のセッションの最後には「宿題」が提示され、参加者は自身が決めた援助者とともに次回セッションまでの間に「宿題」を行ってこることが求められる。これは参加者が主体的に当該セッションの振り返りを行い、参加の効果を高めることを目的に設定されている。

2) 調査内容

①「退院準備プログラム」の準備にかかった時間に関する調査

「退院準備プログラム」の準備を行うにあたり必要と思われる作業を一覧にした表を作成し、前述の「退院促進研究班」に参加した3病院に対して、作業ごとに必要だった時間（分数）と人数について、各職種ごとに記入を求めた。取り上げた職種は医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士であり、これらの職種以外のスタッフが関わった際にはその旨を別途記入するように求めた。

②「退院準備プログラム」の実施にかかった時間に関する調査

「退院準備プログラム」の各セッションを実施するにあたり必要と思われる作業を一覧にした表を作成し、①と同様に記入を求めた。またセッションごとの参加者数についても記入を求め、得られた延べ時間をセッションごとに参加者数で除し、参加者一人あたりにプログラム実施にかかった時間を算出した。参加者一人あたりのプログラム実施時間についてセッションごとに算出を行ったのは、欠席者などのためにセッションによって参加者数が異なったためである。

③「宿題」対応のためにかかった時間に関する

調査

退院準備プログラム参加者のうち、もっとも標準的なケース（家族関係や経済状況に特別な事情がない、身体合併症がない）を1名選び、このケースの宿題対応にかかった時間について記入を求めた。

3)調査内容の分析

調査によって得られた「退院準備プログラム」に関連する活動の職種別実施時間を元に、「退院準備プログラム」に関連する活動の人的コストを算出した。コストの算出には賃金構造基本統計調査（厚生労働省大臣官房統計情報部；

<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/data-rou4/data17/30401.xls>）にある「きまって支給する現金給与額、所定内給与額及び年間賞与其他特別給与額」を用いた。具体的には「きまって支給する現金給与額、所定内給与額及び年間賞与其他特別給与額」に記載されている数値を下記の計算式に当てはめ、職種ごとの時給を計算し、これを調査で得られた「退院準備プログラム」に関連する活動の職種別実施時間を乗じることで「退院準備プログラム」に関連する活動の職種別コストを求めた。なお、精神保健福祉士は上記表に記載がないため、介護支援専門員（ケアマネージャー）の数値を代用した。

【職種ごとの時給を求めるための式】

$(\text{所定内給与額} \div \text{所定内実労働時間数}) \times \text{「退院準備プログラム」に関連する活動の職種別実施時間}$

C. 研究結果（資料参照）

C-1. 「退院準備プログラム」に関連する活動の職種別実施時間

①「退院準備プログラム」準備にかかった時間

医師が 8.83 ± 8.31 時間、看護師が 49.61 ± 17.42 時間、精神保健福祉士が 7.00 ± 8.19 時間、作業療法士が 15.17 ± 5.48 時間であった。

②「退院準備プログラム」実施にかかった時間

医師が 7.28 ± 7.36 時間、看護師が 31.46 ± 1.67 時間、精神保健福祉士が 4.61 ± 1.94 時間、作業療法士が 15.88 ± 6.47 時間であった。

③「退院準備プログラム」宿題対応にかかった時間

医師が 1.03 ± 0.61 時間、看護師が 8.81 ± 5.28 時間、精神保健福祉士が 0.56 ± 0.10 時間であった。

④「退院準備プログラム」実施と宿題対応にかかった時間

医師が 8.31 ± 6.77 時間、看護師が 40.26 ± 3.84 時間、精神保健福祉士が 5.17 ± 1.86 時間、作業療法士が 15.88 ± 6.47 時間であった。
なお、算出の根拠となった 3 病院のローデータを資料に示す。

C-2. 「退院準備プログラム」に関連する活動の職種別コスト

上記に示した計算式で求めた職種別時給は医師が 4,372 円、看護師が 1,745 円、精神保健福祉士（介護支援専門員を代用）が 1,549 円、作業療法士が 1,693 円であった。これをもとに算出した「退院準備プログラム」に関連する活動の職種別コストは以下であった。

①「退院準備プログラム」準備にかかったコスト

医師が 38,619 円、看護師が 86,571 円、精神保健福祉士が 10,843 円、作業療法士が 25,677 円であった。合計は 161,711 円であった。

②「退院準備プログラム」実施と宿題対応にかか

ったコスト

医師が 36,343 円、看護師が 70,201 円、精神保健福祉士が 8,005 円、作業療法士が 26,885 円であった。合計は 141,494 円であった。

D. 考察

以上の検討から、「退院準備プログラム」に関連する活動の職種別コストは準備にかかるコストが 161,711 円、実施にかかるコストが 141,494 円であることが示された。これらを合計した 303,204 円を再入院のコストを比較した場合、仮に患者が急性期治療病棟 1 に再入院したと想定すると、同病棟の入院 30 日以内の 1 日当たりの入院費は 19,000 円（1900 点）であるので、約 16 日分の入院費に相当する。つまり、患者が再入院期間が 16 日を超えるのであれば、「退院準備プログラム」は医療経済の観点からも有意義なプログラムであると言える。また、今回の対象病院はすべて初めて「退院準備プログラム」を実施する病院であったため、準備にかかるコストが大きかったことが考えられる。このため、2 回目の実施ではより少ないコストで実施できることが予想される。

E. 結論

「退院準備プログラム」に関連する活動の職種別コストを算出し、再入院にかかるコストと比較を行った。この結果、「退院準備プログラム」に関連する活動のコストの合計は急性期治療病棟入院料 1 の 16 日分に相当することが判明し、2 回目以降の実施では、さらにコストを低減できる可能性が示唆された。以上の検討から今日の我が国の精神科医療の現状に照らし「退院準備プログラム」の実施は医療経済的な観点から

も意義あるものであることが示された。今後は調査対象となる病院を増やしさらに詳細な検討を行うことが望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

なし

☆退院準備プログラムの準備と実施にかかった時間(A病院)

注:CC=ケースカンファレンス、S=病院内セッション、J=実践編

セッション	セッションの内容	準備の内容と実施すべき病院内セッションおよび実践編	参加者数	医師		看護師		精神保健福祉士		作業療法士	
				時間(分)	スタッフ人数	時間(分)	スタッフ人数	時間(分)	スタッフ人数	時間(分)	スタッフ人数
開始前		準備の内容と実施すべき病院内セッションおよび実践編 ①プログラムで使用するポスターなどの作成 ②プログラム導入の可否を決めるCCやケア会議 ③対象者にプログラムについての説明 ④家族との調整 ⑤打ち合わせ(全12回) ⑥評価およびセッションの練習	/	30	1					60	1
				720	1	720	2	720	1	720	1
				240	1	240	2	240	1	240	1
				990		1920		960		1020	
				90	1	90	2			90	1
				30	1	30	2			30	1
S1	プログラムの導入	①S1の実施 ②プレミーティング ③ポストミーティング ④S2での社会資源・制度についてPSWへの資料作成等依頼 ⑤S2での資料作成 ⑥S3で用いる処方箋準備 ⑦S5への既退院患者に対する参加依頼 ⑧J1・J2の実施のための関係機関との連絡調整 ⑨J1の実施 ⑩J2の実施 ⑪その他(具体的に記入)	5	180	1	90	2			220	1
				36		74		28		44	
				90	1	90	3	90	1	90	1
				30	1	30	3	30	1	30	1
				60	1	60	3	60	1	60	1
						10	1				
S2	地域生活へのオリエンテーション(その1)	①S2の実施 ②プレミーティング ③ポストミーティング ④S3で使用する処方箋の準備 ⑤S5への既退院患者に対する参加依頼 ⑥J1・J2の実施のための関係機関との連絡調整 ⑦J1の実施 ⑧J2の実施 ⑨J1の実施要項作成 ⑩J1の実施時間(分) 参加者一人当たりにかかった時間	4	180	1	370	140			220	1
				36		74		28		44	
				90	1	90	3	90	1	90	1
				30	1	30	3	30	1	30	1
				60	1	60	3	60	1	60	1
						10	1				
S3	急性の精神障害の症状と薬の効果	①S3の実施 ②プレミーティング ③ポストミーティング ④S5への既退院患者に対する参加依頼 ⑤J1・J2の実施のための関係機関との連絡調整	5	180	1	550	180			290	1
				45		138		45		73	
				90	1	90	2			90	1
				30	1	30	2			30	1
				60	1	60	2			60	1

S4	退院準備	⑥J1の実施	200	1	200	1	200	1	200
		⑦J2の実施							
		⑧J1の記録・J2実施要項作成							120
		職種別合計時間(分)	380		560		200		500
		参加者一人当たりにかかった時間	76		112		40		100
		①S4の実施	90	1	90	2			90
		②プレミーティング	30	1	30	2			30
		③ポストミーティング	60	1	60	2			60
		④S5への既退院患者に対する参加依頼							60
		⑤S5で使用するポスターの作成(任意)							60
		⑥宿題の相手役との連絡調整			20	1			
		⑦J1・J2の実施のための関係機関との連絡調整							
		⑧J1の実施							
⑨J2の実施	200	1	200	1	200	1	200		
⑩J2の記録・J3実施要項作成							120		
職種別合計時間(分)	380		580		200		620		
参加者一人当たりにかかった時間	95		145		50		155		
S5	地域生活へのオリエンテーション(その2)	①S5の実施	90	1	90	1		90	
		②プレミーティング	30	1	30	1		30	
		③ポストミーティング	60	1	60	1		60	
		④宿題の相手役との連絡調整							
		⑤S7の準備として病院近くのスーパーや食堂の情報入手			30	1			
		⑥J1・J2の実施のための関係機関との連絡調整							
		⑦J1の実施							
		⑧J2の実施							
		⑨J3の実施のための関係機関との連絡調整							
		⑩J3の実施							
		⑪J4の次食伝票作成・連絡							20
		職種別合計時間(分)	180		210		0		200
		参加者一人当たりにかかった時間	36		42		0		40
S6	毎日のスケジュールの立て方	①S6の実施	90	1	90	3		90	
		②プレミーティング	30	1	30	3		30	
		③ポストミーティング	60	1	60	3		60	
		④宿題の相手役との連絡調整							
		⑤S7の準備として病院近くのスーパーや食堂の情報入手			20	1			
		⑥S7で使用するポスターや資料作成(任意)							60
		⑦J1・J2の実施のための関係機関との連絡調整							
		⑧J1の実施							
		⑨J2の実施							
		⑩J3の実施のための関係機関との連絡調整							
		⑪J3の実施	210	1	210	2	210	1	210
		⑫J4・J5の実施のための関係機関との連絡調整							30
		⑬J3の記録・J4実施要項作成							30
職種別合計時間(分)	390		980		260		510		
参加者一人当たりにかかった時間	98		245		65		128		

S7	食生活の管	5	①S7の実施	90	1	90	2		90	1			
			②プレミーティング	30	1	30	2		30	1			
			③ポストミーティング	60	1	60	2		60	1			
			④宿題の相手役との連絡調整			10	1						
			⑤S8の準備として各メンバーの演習管理方法や経費の問題の 確認			10	1						
			⑥J3の実施のための関係機関との連絡調整										
			⑦J3の実施										
			⑧J4、J5の実施のための関係機関との連絡調整					20					
			⑨J4の実施	150	1	150	1	150		150	1		
			⑩J4の記録、J5実施要項作成								150	1	
職種別合計時間(分)			330		530		170		480				
参加者一人当たりにかかった時間			66		106		34		96				
S8	金銭の管理	5	①S8の実施	90	1	90	2		90	1			
			②プレミーティング	30	1	30	2		30	1			
			③ポストミーティング	60	1	60	2		60	1			
			④宿題の相手役であるソーシャルワーカーとの連絡調整										
			⑤J3の実施のための関係機関との連絡調整										
			⑥J3の実施										
			⑦J5の実施のための関係機関との連絡調整					20					
			⑧J5の実施	150	1	120	2	120		120	1		
			⑨J5の記録								30	1	
			職種別合計時間(分)			330		600		140		330	
参加者一人当たりにかかった時間			66		120		28		66				
S9	薬は再発を 予防する	5	①S9の実施	90	1	90	2		90	1			
			②プレミーティング	30	1	30	2		30	1			
			③ポストミーティング	60	1	60	2		60	1			
			④宿題の相手役との連絡調整										
			⑤J3の実施のための関係機関との連絡調整										
			⑥J3の実施										
			⑦J6、J7の実施のための関係機関との連絡調整										
			⑧その他(具体的に記入)										
			職種別合計時間(分)			180		360		0		180	
			参加者一人当たりにかかった時間			36		72		0		36	
S10	薬の効果を 評価する	5	①S10の実施	90	1	90	2		90	1			
			②プレミーティング	30	1	30	2		30	1			
			③ポストミーティング	60	1	60	2		60	1			
			④宿題の相手となる主治医との連絡調整										
			⑤J3の実施のための関係機関との連絡調整										
			⑥J3の実施										
			⑦J6、J7の実施のための関係機関との連絡調整										
			⑧その他(具体的に記入)										
			職種別合計時間(分)			180		370		0		180	
			参加者一人当たりにかかった時間			36		74		0		36	

S11	地域生活でのストレス対処法	①S11の実施 ②プレミーティング ③ポストミーティング ④宿題の相手役との連絡調整 ⑤J6・J7の実施のための関係機関との連絡調整 ⑥J6の実施 ⑦J7の実施 ⑧その他(具体的に記入)	4	90	1	90	2	90	1	90	1	90		
				30	1	30	2	30	2	30	1	30		
				60	1	60	2	60	2	60	1	60		
						10	1			20				
				180		370		20		180				
				45		93		5		45				
				90		90	2			90				
S12	薬の問題点を解決する	①S12の実施 ②処方箋の準備(各メンバーのコピーなど) ③プレミーティング ④ポストミーティング ⑤J6・J7の実施のための関係機関との連絡調整 ⑥J6の実施 ⑦J7の実施 ⑧J6実施要項作成	5	90	1	90	2					90		
						10	1							
				30	1	30	2						30	
				60	1	60	2						60	
				180		370		0		180			240	
				36		74		0		36			48	
				90	1	90	2			90			90	
S13	薬の副作用を解決する	①S13の実施 ②プレミーティング ③ポストミーティング ④宿題の相手となる主治医との連絡調整 ⑤J6・J7の実施のための関係機関との連絡調整 ⑥J6の実施 ⑦J7の実施 ⑧J7実施要項作成	5	90	1	90	2					90		
				30	1	30	2						30	
				60	1	60	2						60	
						10	1							
				180		370		0		180			240	
				36		74		0		36			48	
				90	1	90	2			90			90	
S14	再発の注意サインを見きわめる	①S14の実施 ②プレミーティング ③ポストミーティング ④宿題の相手役との連絡調整 ⑤J6・J7の実施のための関係機関との連絡調整 ⑥J6の実施 ⑦J7の実施 ⑧J6の記録	4	90	1	90	2					90		
				30	1	30	2						30	
				60	1	60	2						60	
						10	1							
				90		90	1	90	1	90			90	
				270		460		90		270			300	
68		115		23		68			75					
90	1	90	2			90			90					
S15	注意サインを監視する	①S15の実施 ②プレミーティング ③ポストミーティング ④宿題の相手役との連絡調整	4	90	1	90	2					90		
				30	1	30	2						30	
				60	1	60	2						60	
						10	1							

準備プログラムの宿題対応にかかった時間(分:A病院)

宿題の内容	医師	看護師	PSW
「退院にむけて考えてみよう」ページの記入		10	
「退院計画用紙」の記入(イメージする退院先・退院時期・退院後の相談者や相談場所の検討)		10	
セッションの復習(処方箋とワークブックを用いて、自分の服用する薬剤の名前と効果を確認する)		30	
「退院準備用紙」の記入(退院までによくしたい症状や取り組みたい行動・退院までの目標などの検討)		20	
「今日の感想」ページの記入(「地域生活の先輩」の話を聞いた上で退院への自信度・不明点・心配点などの検討)		30	
セッション中に作成した退院後のスケジュールをスタッフにみせて感想をもらう		20	
退院後の1日の食事の献立を考えて、ワークブックに記入し、スタッフから感想をもらう		10	
退院後の収入についてソーシャルワーカーと相談してくる			30
「自己記入用紙」を毎日記録してくる		500	
主治医と面接して「自己記入用紙」を見せ、用紙の目的や記入方法などを主治医に説明する	10		
セッション中に考えた「ストレス対処法」を実際に試して、感想をワークブックに記入する		10	
そのとき服用している薬剤の処方箋をもらってくる		10	
「薬についての質問票」をつかって主治医に薬についての質問をする	10		
注意サインチェックリストについて相談役の人から意見をもらう		10	
注意サイン評価記録用紙を毎日記録してくる		140	
共通の宿題はなし、これまで上がってきた課題(よくしたい症状や取り組みたい行動、など)の振り返りを行う			