

⑤任意入院とする基準

「自書できるだけでなく、入院するという状況が正しく理解されている」と答えた施設が39.1%と最も多いが、「積極的な拒否がなく、入院同意書に自書できる」が37.4%とこれに近い割合(39.1%)を示している。

⑥長谷川式簡易認知症スケール(HDS-R)による判定の目安

HDS-Rだけで判定することには疑問があるとの意見が相次いだ。しかし、あえて結果を示すと、11~15点が30.0%、16~20が30.5%とほぼ同数であった。また、逆に、0~10点、と21~25点が10.5%とほぼ同数であった。大きなばらつきが認められる。

⑦「倫理委員会など」の設置状況

63.8%と、予想以上に高い設置率であるが、実際にどの程度に稼働しているかは不明である。

⑧寝たきり状態の認知症高齢者への対応

全体の75.7%が、「できるだけ退院をうながす」とし、11.1%が「できるだけ長く入院を引き受ける」としている。また、前者の184医療機関のうち72.3%において「移動は難しい」と答えている。

(2) 認知症高齢者の入院形態の判断と権利の擁護に関するアンケート調査、精神医療審査会の審査上で問題となった事例の調査

①委員の種類

673人の回答のうち、医師390人(57.9%)、法律家130人(19.3%)、有識者89人(13.2%)、精神保健福祉士40人(5.9%)、その他20人(3%)、無回答4人(0.6%)であった。

②任意入院の判定基準

これらの判定基準の考え方には職種によ

って大きなばらつきが認められる。「積極的な拒否がなく、自書のみ」では、有識者29.2%、精神保健福祉士25.5%、医師24.4%、法律家11.5%であった。「自書だけでなく、入院を正しく理解」では、法律家59.2%、医師50.3%、有識者44.9%、精神保健福祉士40.0%、前記の施設調査では37.4%であった。また、審査員となっている医師の回答の内容は、施設調査の回答内容とは大きな差異が認められている。

③長谷川式簡易認知症スケールによる目安HDS-Rだけで判定はできないとの意見が多く寄せられた。医師では16~20点が33.6%と最も多く、これに11~15点が20.5%と続いた。これは、施設調査の30.5%と30.0%に比較すると11~15点が9.5%低くなっている。その他法律家・有識者などでは「分からない、無回答」が圧倒的に多かった。

④認知症高齢者に対する内科的・外科的治療医師では、「保護者の同意が原則」としたものが79.2%と圧倒的に多かったのに比して、法律家ではそれは37.7%にとどまり、「倫理委員会・成年後見制度の利用」が合わせて50.8%と高率にのぼった。有識者では「倫理委員会」とした回答が34.8%と最も高率であった。

⑤認知症高齢者の権利擁護の方法

医師では「本人・家族の意見を取り入れた透明性の高い運営」としたものが62.3%と最も多いのに比して、「病院外の有識者も含めた委員会」とした職種は、法律家58.5%、有識者53.9%、精神保健福祉士47.5%と高率であった。医師との意識の差異が顕著である。

⑥寝たきり状態の認知症高齢者の処遇

「認知症だけでも入院の継続を認める」と

したのは、医師では21%であるのに比して、法律家10%、有識者4.5%、精神保健福祉士2.5%と極めて少数派である。他方、「精神症状や問題行動の記載が必要」と「受け入れ施設が見つかるまで」の2者は、「認めるべきではない」との基本的な考えに基づいているものと理解される。いずれも高率であり、特に、有識者委員では「精神症状・問題行動の記載がなければ認めない」が61.8%にもものぼっている。

(3) 平成19年10月27日(金沢)に開催された全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムでは、特別講演1「認知症高齢者の医療行為に関する同意能力について」筑波大学 上山泰助教授、特別講演2「精神障害者における成年後見制度の現状と問題点」東洋大学 白石弘巳教授が行われた。シンポジウム「認知症高齢者の精神保健福祉法による入院の問題点について」では、認知症高齢者の入院治療におけるアンケート調査報告(松原三郎)、認知症疾患合併に対する対応について(中本理和)、各都道府県の精神医療審査会からの認知症患者の現状報告(宮城県、岡山県)、認知症高齢者の権利擁護活動について(井上英夫)の発表の後、会場を交えてのディスカッションが活発に行われた。

(4) 平成20年2月22日(東京)に開催された全国精神医療審査会連絡協議会では、特別講演1「今後の精神保健福祉の方向性について」(厚生労働省精神障害保健課長 福島靖正)、「認知症に関する厚生労働科学研究報告」(松原三郎)、特別講演2「知的障害者の権利擁護について」(熊本県知的障害者施設協会会長 栗崎英雄)が行われた(別紙プログラム参照)。

D. 考察

(1) 認知症高齢者の入院形態に関するアンケート調査(老人性認知症治療病棟への施設調査)、認知症高齢者の入院形態の判断と権利の擁護に関するアンケート調査、精神医療審査会の審査上で問題となった事例の調査

①任意入院か医療保護入院か

統合失調症を中心とする「任意入院」における「同意」の解釈については、これまで「精神病院の管理者との入院契約のような民法上の法律行為としての同意と一致するものではなく、患者が自らの入院について拒むことができるにもかかわらず、積極的に拒んでいない状態を含む」とされている(精神保健福祉法詳解)。このことが認知症高齢者の場合にも拡大適用され、大きな影響を与えてきた。実際の診療場面では、周囲の状況を正確に把握できていない認知症高齢者の多くは、医師や家族から自書を勧められると、拒否することは少ない。また、入院について説明を受け、自書したことについては記憶していない場合が少なくない。さらに、入院後、認知症が進行してもそのまま任意入院のままで放置されている場合も少なくない。

今回の調査結果では予想以上に「任意/医療保護」の比率にばらつきが大きいことが明らかとなった。また、HDS-Rでも15点以下でも良いとした施設・医師が多かったことも注意すべき点である。このような混乱は、認知症や知的障害の人達の場合には、「同意」できる状態をどのような基準で行うかが不明確であったことによる。少なくとも、「積極的な拒否なしに自書する」ことを基準とすることには問題があり、「入院するという状況を正し

く理解している」ことまで引き上げることが必要になる。

他方、この基準を「入院をするという状況を正しく理解している」とまで引き上げるとすれば、「入院の状況理解」とは、一体どのようなものなのかと言う新たな問題が浮かび上がることになる。HDS-Rを判定の基準とすることには批判が多いが、精神医療審査会委員医師の中では、HDS-Rが16点以上とした割合が多かったことは注目すべきである。

②認知症高齢者の権利擁護の方法

このシンポジウム開催のために、認知症高齢者からの退院請求や処遇改善請求があったかについて、各審査会に問い合わせたが、「保護者以外の別の兄弟が認知症でないことを理由に退院を請求した事案」があったのみで、権利擁護が必要な事例はなかった。このように、認知症高齢者は「声なき患者群」と言えるほどに、処遇・退院請求をすることはない、あるいは、できない状態にあると言える。これ等の人達の権利擁護を如何に進めるかは精神医療審査会委員にとっては重要な課題である。この問題は患者家族にとっても重要な問題であるが、家族や家族会だけに任せることはできない。第3者委員も含めた「倫理委員会」が日常的に機能を発揮することが必要である。また、これだけでなく、病院内の患者処遇を定期的にチェックする新たなアドボカシーの組織が必要になるかもしれない。

③認知症高齢者への内科外科的治療のあり方

認知症高齢者が重篤な内科外科疾患に罹患し治療が必要な場合に、その治療の同意を如何なる方法で得るのか？あるいは、どの程度までの治療を行うかについては、明確な規定はない。少なくとも、

保護者（家族）の同意を得ながら進めるのが原則とされてきた。しかしながら、その内容には家族の意見・主治医の意見のいずれにおいても、本人の権利が十分に保障されている状況となっていない場合も見受けられる。このために、院内に「倫理委員会」が必要であり、当然のことながら院外の有識者委員もこの中に加えられるべきである。家族（後見人）と主治医との間で綿密に話し合いが行われることを前提としながら、「倫理委員会」が基本的な提言や審査を行っておくことがこれからは絶対に必要となるものと思われる。厚生労働省の「終末期医療に関するガイドライン（たたき台案）」も参考にすることが必要である。

④寝たきり認知症高齢者への対応

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の精神障害者の定義（法第5条）では精神障害者は「精神疾患を有する者」とされ、その中には、「知的障害」が記載されている。また、「精神疾患を有する者」については、認知症高齢者も「症状性または器質性精神障害（ICD-10ではF0）」に該当することになる。法的な面からだけ解釈すれば、認知症を持つだけで「精神障害者」として精神科治療の対象とすることができる。しかしながら、医療保護入院という強制的入院の対象とする場合には、「幻覚妄想・行動障害・せん妄」といった随伴症状の存在が必要となるのかもしれない。さらに、随伴症状は殆んどなくとも認知症の中核症状が悪化すれば、それとともに日常生活能力の低下が進行する。このために、認知症の悪化にもなって介護等を行わなければ生命の危険さえ生ずることになる。

問題をさらに複雑にしている要因とし

て、「老人性認知症治療病棟」に入院の適応となる認知症高齢者は「幻覚妄想などの精神症状や問題行動のために、介護が困難となった患者」と定義されており、このことから、寝たきり状態で精神・行動障害がない場合には保険診療上では、「老人性認知症治療病棟」の対象患者ではなくなることになる。

寝たきり患者の精神科病床への入院そのものは、認知症があれば精神保健福祉法上では違法とは言えず認めざるを得ない。他方、精神・行動障害がないことを理由に精神科病床への入院を認めないとすれば、その多くが行き場を失い混乱を招くことになる。

結局、精神医療審査会のレベルでは、何等かの精神症状や行動障害を記載することで、これを認めるという妥協案が大勢を占める結果となっているのではないか。

(2) 認知症高齢者に関するまとめ

- 1) 認知症高齢者の入院形態では、任意入院の割合が20%以下の病棟は46%に過ぎず、病棟による差異が著しい。このために、「積極的に拒否なく自書できる」という基準から、「入院するという状況を正しく理解している」という新たな基準に変更する必要がある。
- 2) 入院中の権利擁護については、「院外の有識者も含めた「権利擁護委員会」を設置する必要とする意見が法律家・有識者・精神保健福祉士の中では最も多かった。
- 3) 入院中の認知症高齢者に対する内科的・外科的治療の判断についても、「院外有識者も参加した倫理委員会」の設置が必要である。
- 4) 寝たきり状態にある認知症高齢者については、適切な施設への移動が必要であるが、実際には受け入れ施設を求めることが困難

な現状があり、施策を含めた検討が必要。

(3) 平成20年2月22日(東京)に開催された全国精神医療審査会連絡協議会では、厚生労働省精神障害保健課長 福島靖正によって、診療報酬の改定からみた今後の精神保健福祉の方向性について講演されたが、退院と地域移行を目標として、施策が進められつつあることが示された。さらに、栗崎英雄による「知的障害者の権利擁護」と題した講演が行われたが、この問題については、引き続き、来年度における調査研究に向けて検討する必要がある。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 松原三郎：「医療観察法」における通院医療と高齢者. 老年精神医学雑誌, 18(5):509-518(2007)
- 2) 松原三郎：認知症専門病棟における精神科救急医療と身体合併症医療, 老年精神医学会雑誌, 18(11):1176-1183 (2007)

2. 学会発表

- 1) 認知症高齢者の入院治療におけるアンケート調査報告, 全国精神医療審査会連絡協議会, 2007. 10. 27, 金沢

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

平成 19 年度全国精神医療審査会連絡協議会

金沢シンポジウム

日 時 平成 19 年 10 月 27 日 (土) 13:00~17:00
会 場 石川県女性センター
(〒920-0861 石川県金沢市三社 1-44 TEL 076-263-0115)

プログラム

13:00 開会

13:20~14:00

特別講演 1 【座長 八尋 光秀】

「認知症高齢者の医療行為に関する同意能力について」

上山 泰 (筑波大学法科大学院助教授)

14:10~14:50

特別講演 2 【座長 平田 豊明】

「精神障害者における成年後見制度の現状と問題点」

白石弘巳 (東洋大学教授)

14:50 休憩

15:00~17:00 シンポジウム

「認知症高齢者の精神保健福祉法による入院の問題点について」

司会 清田 吉和 (石川県こころの健康センター)

山下 俊幸 (京都市こころの健康増進センター)

- (1) 認知症高齢者の入院治療におけるアンケート調査報告
松原 三郎 (松原病院)
- (2) 認知症疾患合併に対する対応について 中本 理和 (松原病院)
- (3) 各都道府県の精神医療審査会からの認知症患者の現状報告
宮城県 岡山県
- (4) 認知症高齢者の権利擁護活動について
井上英夫 (金沢大学法学部)

17:00 閉会

平成19年度 全国精神医療審査会連絡協議会 総会シンポジウム

日 時 平成20年2月22日（金）13:00～16:20

会 場 星陵会館
〒100-0014 千代田区永田町 2-16-2
電話 03-3581-5650 fax 03-3581-1960

参加費 連絡協議会会員 無料 / 会員外 1,000円

プログラム

- 13:00 開会
会長挨拶 樹神 學（全国精神医療審査会連絡協議会会長）
- 13:10 特別講演1
～14:00 福島 靖正
（厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課長）
「今後の精神保健福祉の方向性について」
- 14:10 総会議事
～14:30 平成18年度会計報告
平成19年度事業報告・決算見込（案）報告
平成20年度事業計画・予算（案）
役員改選について
- 14:30
～15:10 「認知症高齢者の入院治療に関するアンケート調査から」
松原 三郎（松原病院 理事長）
- 15:20 特別講演2
～16:10 栗崎 英雄（熊本県知的障害者施設協会 会長）
「知的障害者の権利擁護について」
- 16:10 閉会の辞 松原 三郎（松原病院）

認知症高齢者の入院治療に関する
アンケート調査から

松原三郎(松原病院)
全国精神医療審査会連絡協議会報告

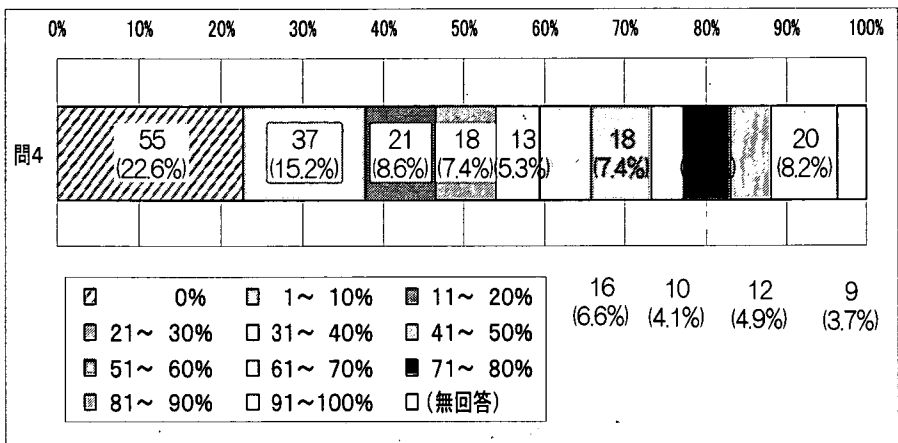
認知症高齢者の入院形態に関する
アンケート調査(施設に対する調査)

対象:認知症の専門病棟をもつ医療機関 402ヶ所
(老人性認知症疾患治療病棟Ⅰ:72.4%、同Ⅱ:13.2%、
同療養病棟:2.1%)

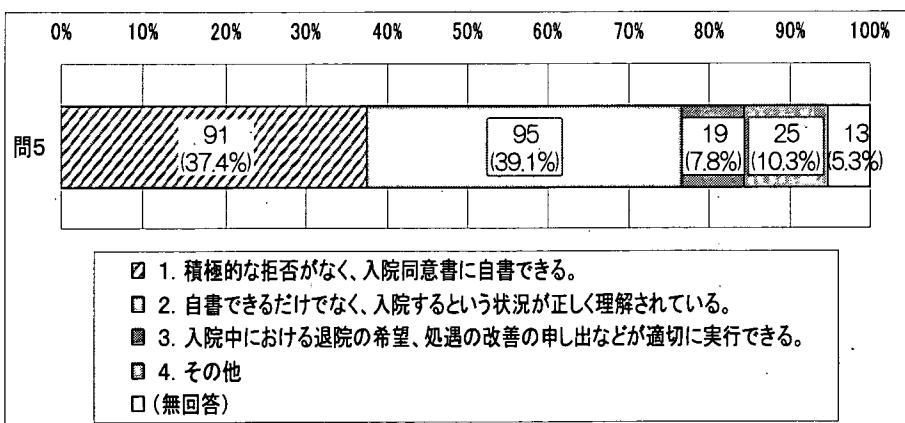
方法:平成19年7月に医療機関に郵送

回答件数:243件(回収率60.4%)

問4. 貴病棟に現在入院中の患者のうち、任意入院の方は何%でしょうか？

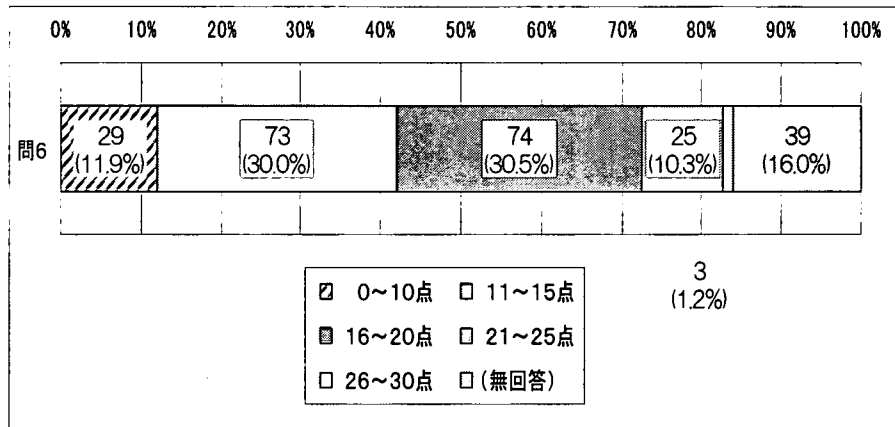


問5. 認知症高齢者を精神病床へ入院させる場合、任意入院とする時には、どのような基準で行われていますか？

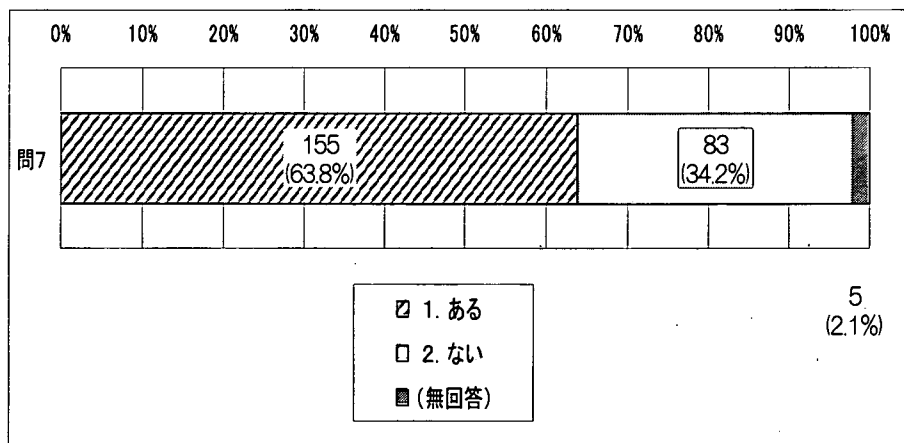


- 1. 積極的な拒否がなく、入院同意書に自書できる。
- 2. 自書できるだけでなく、入院するという状況が正しく理解されている。
- 3. 入院中における退院の希望、処遇の改善の申し出などが適切に実行できる。
- 4. その他
- (無回答)

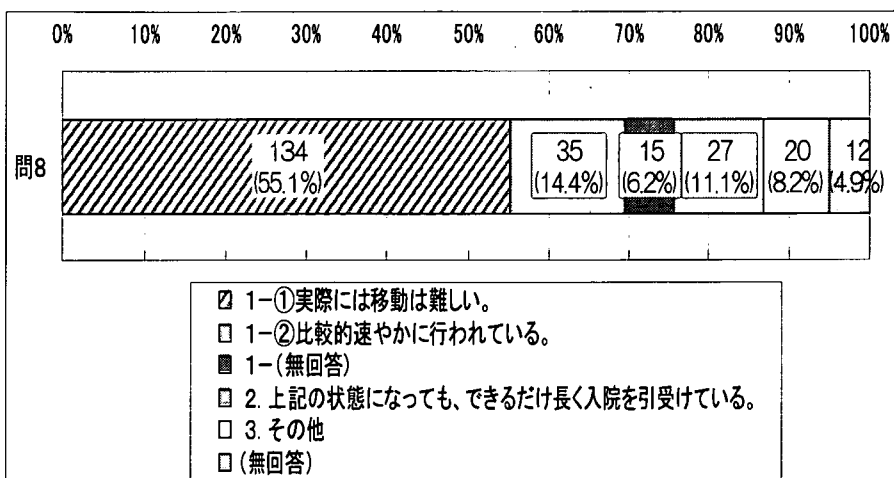
問6. 上記の場合、長谷川式簡易認知症スケールでは大体何点以上とお考えでしょうか？



問7. 貴院には入院中の認知症高齢者の権利を守ったり、あるいは、延命治療の方針を決めたりするために、病院内に「倫理委員会」「権利擁護委員会」などが設置されていますか？



問8. 認知症はありながら、寝たきり状態で、精神症状や問題行動がない場合にはどのように対処されていますか？



認知症高齢者の入院形態の判断と
権利の擁護に関するアンケート調査
(精神医療審査会委員に対する調査)

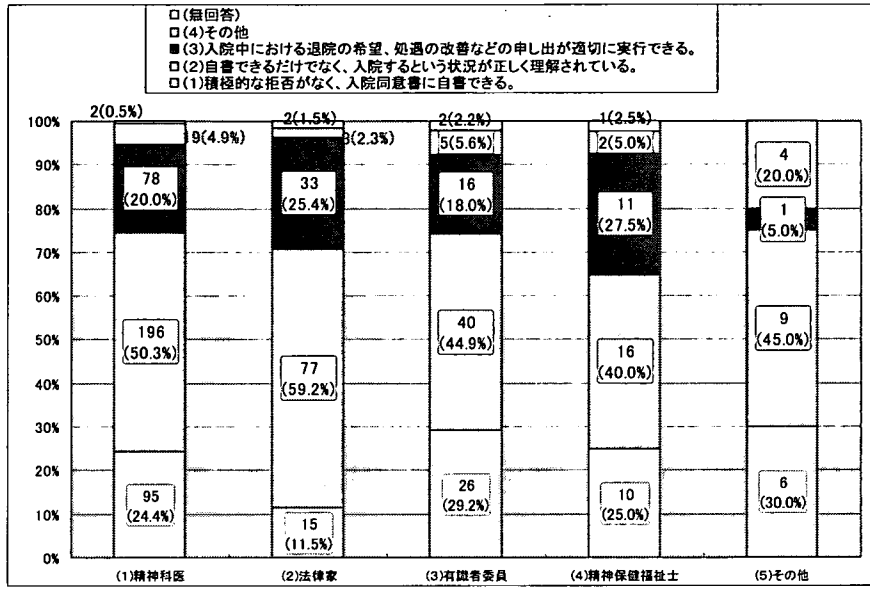
対象:精神医療審査会委員全員

方法:平成19年7月に全国の精神医療審査会に郵送し、
各委員への配布・回収を依頼した。

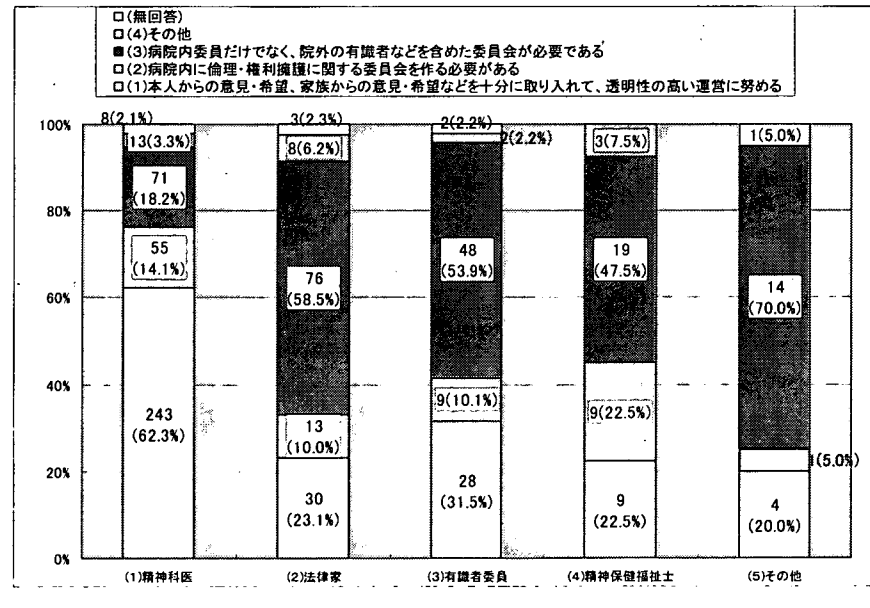
回答件数:649件

(精神科医:57.9%、法律家19.3%、有識者:13.2%、
PSW:5.9%)

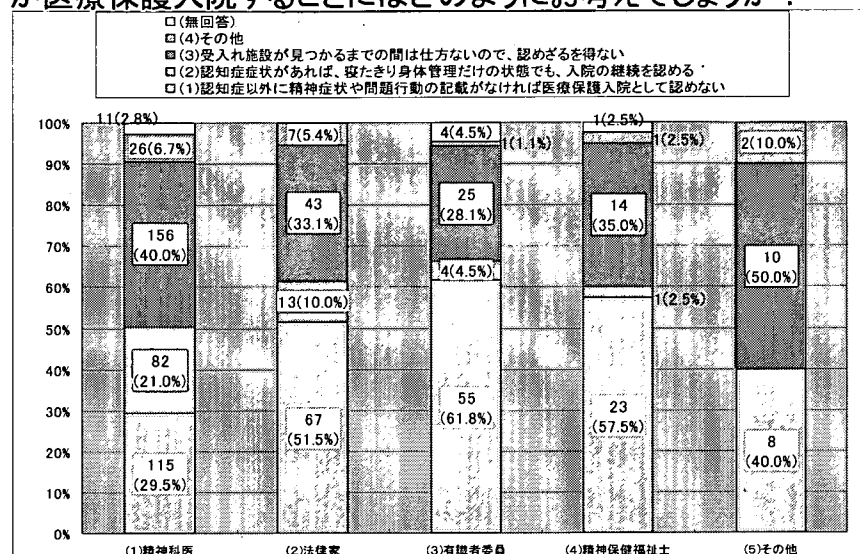
問2. 認知症高齢者を精神病床へ入院させる場合、任意入院とする時には、どのような基準が適切とお考えですか？



問5. 入院中の認知症高齢者の人権擁護など、様々な権利を保障するにはどのような方法が必要でしょうか？



問6. 認知症はありながら、精神症状・問題行動などがなく、殆んど身体管理が中心と思われる事例がありますが、このような事例が医療保護入院することにはどのようにお考えでしょうか？



考 察 (1)

1. 入院形態について

- (1) 任意入院の割合が20%以下は46%に過ぎず、病棟によるばらつきが大きい。
- (2) このために、「積極的な拒否なく自書できる(37%)」ではなく、「自書だけでなく、入院するという状況が正しく理解されている(39.1%)」に変更するなど、新たな基準作りが必要である。

考 察 (2)

2. 入院中の権利擁護では、法律家・有識者・精神保健福祉士では、「院外の有識者も含めた権利擁護委員会が必要」が最も多く、今後の検討課題である。
3. 入院中の認知症高齢者に対する内科・外科的治療の判断においても、同様な「倫理委員会など」が必要である。
4. 寝たきり状態に関する施設調査では、70%が退院させたいと回答しているが、このうち79%は「実際には移動は難しい」と回答しており、施策を含めた検討が必要である。

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」

分担研究報告書

精神科デイ・ケア等の医療機能に関する研究

分担研究者 須藤浩一郎（医療法人須藤会 土佐病院）

研究協力者 長沼 洋一（国立精神・神経センター精神保健研究所）

竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：本研究では、精神科デイ・ケア等（精神科デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアおよびショート・ケア；以下精神科デイ・ケア等とする）の実施状況およびその内容、利用者の状況について検討することを目的とした。精神科デイ・ケア等を実施している精神科病院 953 カ所および精神科診療所 254 カ所を対象とした。調査は質問紙による郵送回収法で実施され、それぞれの実施施設の属性や、精神科デイ・ケア等の実施状況、スタッフおよびプログラム等および精神科デイ・ケア等の利用者の属性や機能状態、利用目的、その利用者に対する精神科医師の役割等をたずねた。本調査は、現在実施中であり、現段階で分析可能なデータが得られていない。本調査のデータが得られ次第、全国の精神科病院および精神科診療所における精神科デイ・ケア等の実施状況およびその内容の状況、また、利用者の状況について分析、検討し報告する。

A. 研究目的

平成 16 年 9 月に厚生労働省精神保健福祉対策本部より提示された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、精神医療施策の基本的な方向として、精神病床に係る基準病床数の算定式の見直しと、精神病床の機能分化と地域医療体制の整備などが挙げられた。地域医療体制の整備の中では、「医療デイ（ナイト）ケアや訪問看護について、通所型社会復帰施設やホームヘルパー等の利用者との病状や必要な支援の違いの有無について分析を行いつつ、医療の必要性の高い重度者等に段階的に重点化を図る」とされた。

医療デイ（ナイト）ケアや訪問看護は、長期在院患者が地域復帰するにあたり、中間的な支援を提供するサービスと位置づけ

られてきた。精神保健医療福祉の地域化を進めつつある現在、精神科デイ・ケア等（精神科デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアおよびショート・ケア；以下精神科デイ・ケア等とする）の実施施設数は着実に増加を続けている。一方、その利用者の 7 割以上が統合失調症近縁の障害であるが、精神科診療所や精神保健福祉センターでは多彩な疾患の患者が利用しており、設置主体や利用者に合わせて精神科デイ・ケア等の多様な展開も始まっている¹⁾。精神科デイ・ケアの効果に関しては、欧米を中心に RCT デザインでの研究がなされているほか、日本でも前後デザインの研究や対照群との比較研究が報告されている。それらの結果、陰性症状や社会機能の改善において精神科デイ・ケアが通常の外来治療

よりも高い効果を示すことや、精神科デイ・ケア利用者では短期的に再入院率の低下を示すことが、総説^{2,3,4)}されている。また厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課（旧精神保健福祉課）では、毎年6月30日付で、精神・障害保健課長から都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に「精神保健福祉関係資料の作成について」という文章依頼を行い、全国の精神科病院および精神科診療所の精神科デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアの状況について調査している。この調査データに基づいて、精神科デイ・ケア等の実施と退院に関連する関連する変数との関連について分析した報告では、ある一定の基準を満たす精神科病院の中では、精神科デイ・ケアまたは訪問看護を実施している精神科病院では、両者とも実施していない精神科病院よりも、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で示された平均残存率（1年未満）が低かったとしている⁵⁾。また精神科デイ・ケアの実績が病院規模に比して多い精神科病院では、少ない精神科病院よりも平均残存率（1年未満）が低く、退院率（1年以上）が高いという報告⁶⁾もある。

これらの先行研究があるものの、多様化しつつある精神科デイ・ケア等の内容についてはほとんど報告されていない。そこで本研究では、精神科デイ・ケア等の実施状況およびその内容、利用者の状況について検討することを目的とした。

B. 研究方法

1) 対象

精神科病院については、平成19年11月時点で、社団法人日本精神科病院協会のホームページより精神科デイ・ケア等を実施

しているとされていた病院、社団法人全国自治体病院協議会のホームページより精神科病床を有し、各病院のホームページにて精神科デイ・ケア等を実施していると確認できた病院および大学付属病院で各ホームページより精神科病床を有し、精神科デイ・ケア等を実施していると確認できた病院計953カ所を対象とした。また精神科診療所については、社団法人日本精神神経科診療所協会に調査への協力を要請し、日本精神神経科診療所協会より、協会所属の精神科デイ・ケア等を実施している診療所の名簿（平成20年2月8日時点）を入手した。この名簿より精神科デイ・ケア等を実施している診療所254カ所を対象とした。

2) 調査票

調査は質問紙による郵送回収法で実施され、各施設の精神科デイ・ケア等の担当者に回答を依頼した。

調査票は大きく2パートに分けられる。すなわち、それぞれの実施施設の属性や、精神科デイ・ケア等の実施状況、スタッフおよびプログラム等について尋ねる施設票および、1週間の精神科デイ・ケア等の利用者のうち初めの10名について、その属性や機能状態、利用目的、その利用者に対する精神科医師の役割等をたずねる利用者票から構成される。

（倫理面への配慮）

本調査で得られる回答は、連結可能な個人情報に含まれていない。また国立精神・神経センターにて、倫理審査を受け承認された。

C. 研究結果

本調査は、現在実施中であり、現段階で分析可能なデータが得られていない。本調査のデータが得られ次第、全国の精神科病

院および精神科診療所における精神科デイ・ケア等の実施状況およびその内容の状況、また、利用者の状況について分析、検討し報告する。

D. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

E. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

F. 引用文献

- 1) 竹島正, 長沼洋一: わが国における精神科デイケア等の利用者の現状. 精神科臨床サービス 7(3): 302-309, 2007.
- 2) 池淵恵美, 安西信雄: 精神科デイケア治療論の今日的課題. 精神医学 37(9): 908-918, 1995.
- 3) 吉益光一, 清原千香子: 精神科デイケアの有効性に関する日本と欧米の比較. 日本公衛誌 50(6): 485-493, 2003.
- 4) 安西信雄: 精神科デイケアの役割と効果. 精リハ誌 7(2): 139-144, 2003.
- 5) 長沼洋一, 竹島正, 立森久照: デイケア・訪問看護を実施している精神科病院の特徴. 日本精神科病院協会雑誌 26(4): 70-76, 2007.
- 6) 長沼洋一, 立森久照, 小山明日香, 竹島正: 精神科病院における精神科デイケア等の実施状況と退院状況の関連. (投稿中)

平成 20 年 3 月 1 日

精神科病院・診療所
院長 様

精神科病院および診療所で実施されている精神科デイ・ケア等に
関する調査につきまして
(ご協力依頼)

拝啓 春寒の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。日頃は大変お世話になっております。平成 16 年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が公表され、精神科デイ・ケア等の役割についてもその内容について、「多様な利用形態にある精神科デイケアの機能を、患者の症状やニーズに応じて機能の強化・分化を図る」とされています。そこで、厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」研究班では、「精神科デイ・ケアの医療機能に関する研究」を実施することとなりました。

本調査は、現在、各精神科病院・診療所で実施されている精神科デイ・ケア等（精神科ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、ショート・ケアを含みます）につきまして、実施状況をお尋ねするものです。本調査より、今後の精神科デイ・ケア等実施の充実を図るとともにその実施に各病院等で抱えている障害となることも明らかにしたいと考えております。

調査票は、精神科デイ・ケア等を実施する貴施設に関する項目および精神科デイ・ケア等の実施状況をお尋ねする施設票およびデイ・ケア等の利用者（10 人分）についてお尋ねする利用者票から構成されています。得られたデータは、統計的に処理され、個人や個々の施設が特定される形での公表は致しません。

上記の本調査の趣旨にご理解いただき、ご協力いただけますようお願い申し上げます。調査票は、平成 20 年 3 月 20 日までに同封の返信用封筒にてご返送いただきますよう、お願いいたします。 Microsoft Word 形式の調査票ファイルをご希望の方は、ホームページからダウンロードできます（<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html>）。なお、本調査に関するお問い合わせは、下記の調査に関するお問い合わせ先まで電子メールにてお願いいたします。

敬具

調査責任者

国立精神・神経センター 精神保健研究所
精神保健計画部長 竹島 正
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

医療法人須藤会 土佐病院
理事長 須藤 浩一郎
〒780-0062 高知県高知市新本町 2-10-24

調査に関するお問い合わせ先
国立精神・神経センター 精神保健研究所
精神保健計画部 長沼 洋一
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
TEL 042-341-2712 (内線 6212) FAX 042-346-1950
E-MAIL vision@ncnp.go.jp

施設票

貴施設および精神科デイ・ケア等についての概要（本紙：施設票）、および精神科デイ・ケア等の利用者（別紙：利用者票）につきまして、質問にお答え下さい。別紙の「利用者票」につきましては、H20年2/25～3/2の利用者について、初めの10人についてご記入下さい（10枚）。精神科デイ・ケア等とは、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、精神科ショート・ケアを含みます。

【1】 この調査票の記入日をご記入下さい

記入日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【2】 医療機関名および回答者様の御所属をご記入下さい（ご回答に関するお問い合わせをさせていただきます場合がございます。その他の目的には用いず、調査終了後には情報を削除いたします）

医療機関名 _____

ご所属・職名		
ご連絡先	TEL _____ FAX _____	
	E-mail : _____	
ご氏名		

【3】 医療機関区分 1 [いずれか1つに○印をつけて下さい]

1. 大学附属病院 2. 左記以外の病院 3. 診療所

【4】 医療機関区分 2 [いずれか1つに○印をつけて下さい]

1. 国立 2. 独立行政 3. 都道府県立 4. その他の 5. 法人 6. 個人 7. 非該当
 病院 法人 病院 公立病院 病院 病院 ・診療所

【5】 医療機関区分 3 [いずれか1つに○印をつけて下さい]

1. 単科精神科病院 2. 単科以外の病院 3. 非該当（診療所）

【次ページに続きます】

【6】病床および患者数 [各項目いずれか1つに○をつけ、()内に数を記入下さい]

1. 精神科病床数	1. あり () 床 2. なし
2. 記入日における精神科病床の在院患者数	1. あり () 人 2. なし
3. 2006年度の延べ精神科入院患者数	1. あり () 人 2. なし
4. 2006年度の延べ精神科退院患者数	1. あり () 人 2. なし
5. 2006年度の延べ精神科外来患者数 (精神科デイ・ケア等も含む)	1. あり () 人 2. なし
6. 2006年度の延べ精神科デイ・ケア等利用者数	1. あり () 人 2. なし

【7】現在の実施(承認)デイ・ケア等種別 [2/25~3/2の実績についてお答え下さい]

※実施していない場合には該当する欄に○印をつけて下さい。

※実施している場合には、それぞれについて当てはまる数字をご記入下さい。

	実施して いない	実施している場合			
		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	実施規模 当てはまるものに○
1. 精神科ショート・ケア		() 日	() 人	() 人	大規模/小規模
2. 精神科デイ・ケア		() 日	() 人	() 人	大規模/小規模
3. 精神科ナイト・ケア		() 日	() 人	() 人	
4. 精神科デイ・ナイト・ケア		() 日	() 人	() 人	

【8】現在の精神科デイ・ケア等担当スタッフ [それぞれ人数を記入下さい]

	医師	うち 精神保健 指定医	看護師	准看護師	(OT) 作業療法士	精神科 ソーシャル ワーカー	うち 精神保健 福祉士	技術者 臨床心理	専門職 その他の
常勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人
非常勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※「常勤」とは精神科の業務に日8時間程度、週4日以上勤務しているものを目安とする。

「非常勤」とは「常勤」以外で精神科の業務に週1回程度以上勤務している者とする。

【次ページに続きます】

【9】現在、以下のような主な対象を絞ったデイ・ケア等のコース/プログラムを実施していますか。実施しているコース/プログラムに該当するもの全ての数字に○印をつけて下さい。

＜疾患別＞

1. 統合失調症患者を対象とする
2. うつ病患者を対象とする
3. 双極性障害の患者を対象とする
4. 不安障害の患者を対象とする
5. 強迫性障害の患者を対象とする
6. 摂食障害の患者を対象とする
7. アルコール依存の患者を対象とする
8. 薬物依存の患者を対象とする
9. 発達障害の患者を対象とする
10. その他特定の疾患を対象とする
(具体的に：)

＜年代別＞

11. 児童期の患者を対象とする
12. 思春期の患者を対象とする
13. 青年前期の患者を対象とする
14. 高齢者を対象とする
15. その他対象とする年代を区切ったもの
(具体的に：)

＜病期別＞

16. 急性期退院直後の患者を対象とする
17. 慢性期（残遺状態）の患者を対象とする
18. その他病期を区切ったもの
(具体的に：)

＜目的別＞

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. 症状や再発サインへの対処スキルの獲得
22. 家事等、日常生活技能の習得
23. 復職支援
24. その他の特定の目的
(具体的に：)

＜利用期間別＞

25. 短期間（1年未満）
26. 中期間（1年～2年）
27. その他期間限定のもの
(具体的に：)

【10】貴院にあったほうがよいと考えている、または実施を計画しているコースはありますか。
1) ない 2) ある→具体的に上記の数字でお選び下さい ()

【11】上記の質問で「2) ある」とお答えになった方にお尋ねします。現在実施されていない理由は何ですか。当てはまるものすべてに○印をつけて下さい。

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. マンパワーが足りないから | 4. その他（具体的に：) |
| 2. 実施する場所が無いから | |
| 3. 財源が確保されないから | |

【次ページに続きます】