

- ・厚生労働省として取り組むべき重点施策を、普及啓発、精神医療改革、地域生活の支援「受け入れ条件が整えば退院可能」な7万2000人の対策として、普及啓発、精神病床等、地域ケア等の三つの検討会開催を決める
- ← 2003（平成15）年7月 心神喪失者等医療観察法の制定
 - ・心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進する（法第1条第1項）
- ← 2004（平成16）年9月 精神保健福祉対策本部「精神保健医療福祉の改革ビジョン」
 - ・「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の变革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進めるとして達成目標を示した。「受け入れ条件が整えば退院可能な者（約7万人）」についても併せて10年後の解消を図ることとした。
- ← 2004（平成16）年10月 厚生労働省障害保健福祉部「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」
 - ・障害保健福祉施策の総合化（市町村を中心に、年齢、障害種別、疾病を超えた一元的な体制を整備し、地域福祉を実現する）
 - ・自立支援型システムへの転換（障害者のニーズと適性に応じた自立支援を通じて地域での生活を促進する仕組みへと転換し、障害者による「自己実現・社会参加」を図る）
 - ・制度の持続可能性の確保（制度を維持管理する仕組みが極めて脆弱であり、給付の重点化・公平化や制度の効率化・透明化等を図る抜本的な見直しが必要）
- ← 2005（平成17）年7月 障害者雇用促進法改正
 - ・精神障害者に対する雇用対策の強化（障害者雇用率制度の適用、障害者雇用納付金制度の適用）
 - ・在宅就業障害者に対する支援
 - ・障害者福祉施策との有機的連携等
- ← 2005（平成17）年11月 障害者自立支援法の制定
- 2005（平成17）年 平成17年改正
- ← 2008（平成20）年4月 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会
 - ・「精神保健医療福祉の改革ビジョン」前半5年間における改革の成果を評価する
 - ・「精神保健医療福祉の改革ビジョン」後半5年間における施策群を定める

Column

障害者自立支援法

障害者に関する施策は、これまで身体、知的、精神障害ごとに縦割りで整備が進められてきたため格差が生じていた。また2003（平

成15）年には身体、知的障害児・者に対する支援費制度が導入されたが、国と地方の費用だけでは財源確保が困難になった。こうした障害者福祉サービス提供上の問題を解決するために2005（平成17）年に成立した。

(改革のグランドデザイン案)」を公表した。これは、地域での生活を支える拠点としての市町村を中心に、年齢や身体・知的・精神等の障害種別、疾病等を超えた一限的な体制を整備し、地域福祉を自立支援型システムへと転換して、障害者による自己実現と社会参加を図る、という方向性を示したものである。ここでは、制度の持続可能性の確保が重要な論点にあげられ、障害保健福祉制度では、他の制度と比べて維持管理するための仕組みが脆弱であるとされ、国民の信頼が得られるような給付の重点化・公平化や制度の効率化・透明化等を図る見直しが必要であると指摘している。

これらの動きを踏まえて、2005（平成17）年には障害者自立支援法が成立した。この法律は、①障害者の福祉サービスの「一元化」としてサービス提供主体を市町村に一元化し、3障害の福祉サービスを共通の制度で一元化して提供することとしたこと、②障害者がもっと「働ける社会」になるよう、就労支援策を強化したこと、③地域の限られた社会資源を活用できるよう「規制緩和」したこと、④サービス利用における「手続きや基準の透明化、明確化」のために、障害程度区分による支給決定プロセスを導入したこと、⑤増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し支え合う仕組みの強化として、利用したサービスの量や所得に応じた負担をサービス利用者求めたことと、国による財政責任を明確化したことが特色である。本法により、精神障害であっても他の障害と同様の枠組みで地域でのさまざまなサービスを受けられるという制度的枠組みは整えられた。精神保健福祉法にあった「精神障害者通院医療費公費負担制度」は、「更生医療」「育成医療」とともに「自立支援医療」として、障害者自立支援法のなかに規定された。精神障害者社会復帰施設に関する事項、精神障害者居宅生活支援事業に関する事項も、障害者自立支援法に規定されることとなった。精神保健福祉法において、これらの事項を規定していた条文は削除され、これまで精神障害者に関連した保健・医療・福祉すべてにまたがる法制度として発展してきた精神保健福祉法は、保健医療を中心とした法律として方向転換することとなった。

また、障害者自立支援法においては、利用者の障害の程度に応じてサービス支給決定がなされる仕組みが導入された。この手続きにおいて、利用者の希望や障害特性を考慮し、必要なサービスが受けられるようにするために相談支援事業を位置づけ、さらに一定の条件にかなう場合にはサービス利用計画作成費が支給され、担当者会議の開催やモニタリングが行われるように整備されている。ケアマネジメントの導入を意図した制度ではあるが、精神障害固有の特徴から、実際に使いやすい制度にしていくには課題が多い。また、旧制度下の社会復帰施設が、障害者自立支援法における事業体系へ移行するなかで生じた問題も多く、地域生活支援サービスの供給が停滞しないためにも課題を整

理し、制度の見直しを進めていく必要がある。地域のネットワークづくりの拠点となる、自立支援協議会の設置や、精神障害者に関する「市町村障害福祉計画」の策定については、市町村において、精神障害者のニーズの把握と、他の障害と同様のサービス提供体制をつくっていくことが課題となっている。

現在は、精神保健福祉法に位置づけられていた社会復帰施設が、障害者自立支援法における障害者福祉サービスの事業体系に変革し、展開している時期である。障害者自立支援法が掲げた改革の理念が本当に実現していくのか、今後注意深く見定めていき、析出された課題については利用者本位の改革案を提示していくことが重要であろう。

◎参考文献

精神保健福祉研究会監『我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成19年度版』太陽美術、2007。

社団法人日本精神保健福祉士協会ホームページ <http://www.japsw.or.jp/index.htm>

精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html>

第9回大会特集 精神科シンポジウム

「変革の時代における精神科デイケア～退院促進にむけて～」

数値から見た精神科デイケア

国立精神・神経センター精神保健研究所
精神保健計画部 竹島 正、長沼洋一

日本デイケア学会誌「デイケア実践研究」

The Journal of the Japanese Society for Day Care Treatment

Vol.9 No.1, 81～87, 2005

第9回大会特集 精神科シンポジウム

「変革の時代における精神科デイケア～退院促進にむけて～」

数値から見た精神科デイケア

国立精神・神経センター精神保健研究所

精神保健計画部 竹島 正、長沼洋一

A. はじめに

国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部では、モニタリング研究（精神保健福祉の現況および施策効果をモニタリングするための技術開発および実施）、臨床疫学研究（精神科臨床に関する現場との共同実証研究や研究方法論の提供）、政策情報研究（精神保健福祉施策の重要課題の解決策を得るための聞き取り調査等による情報収集）を研究の三本柱としている。このうちモニタリング研究として得た情報等をもとに、精神科デイケアの経緯、精神科医療等の変化、精神科デイケアの普及と関連指標の動きについてまとめ、精神科デイケアのこれからについて考察する。

B. 精神科デイケアの経緯

「我が国の精神保健福祉」には、精神科デイケアとは、「通院医療の一形態であること」、「通常の外来診療に併用して計画的かつ定期的に行うものであること」、「入院治療ほどではないが通院医療よりも積極的に濃厚な治療を行うことができること」等が記載されている¹⁾。ただし精神科デイケアとはそもそも何であるか、という記述はないように思われる。そこで精神科デイケアの経緯について調べた²⁻⁴⁾。これらによると「地域社会における治療 Community Care」は欧米において取り組まれ、昼間施設治療 Day Care として急速に普及していた。このため日本における昼間施設治療 Day Care のあり方を明らかにするため、1958年に国立精神衛生研究所（現在の国立精神・神経センター精神保健研究所）にて週1回の研究が開始された。しかしながら、人的、経済的理由から一時中断となり、1963年に再開している。その後、

1965年には精神衛生法改正による精神障害者通院医療費公費負担制度が創設されたが、医療保険で診療報酬として認められなかったために普及は進まなかった。1974年によく社会保険診療報酬で点数化されたものの、絶対数が不足している作業療法士を「精神科デイケアに必要な治療のメンバーとする」ことが条件であったためにやはり普及が進まなかった。この条件を緩和する目的で、看護師を対象にした精神科デイケアの認定講習会を国立精神衛生研究所に設け、この受講者を精神科デイケアに限り作業療法士の代わりとして認めることになり、この時期から精神科デイケアが普及していった。その後、1986年に精神科ナイトケア、1994年に精神科デイナイトケアが社会保険診療報酬で点数化されている。

C. 精神科医療等の変化

精神科デイケアを含め、精神科医療等のマクロ状況の変化についてまとめる。

1. 精神科病院

精神科病院数は昭和30年代から40年代にかけて急増し、その後微増、最近はやや減少傾向にある。医療施設調査によると、平均在院日数は、昭和60年頃まで増加していたが、その後減少傾向にあり、2002年は363.7日である。平均在院日数は、年間在院患者延数を、年間新入院患者数と年間退院患者数の相加平均で割ることで算出されるが、その減少は、計算式の分母にあたる入院患者数の増加と、新たに入院した患者の入院日数の減少等によるものと思われる。在院患者では、65歳以上の割合が増加し、2002年には37.3%となっている。これは国民全体にしめる65歳以上

の割合の約2倍であって、2～3年のうちに40%を超えると思われる。在院期間別では、1年未満の患者数が99,249人(30.1%)であって、1年以上の在院は230,811人(69.8%)をしめる。ここで注目したいのは「1年以上5年未満」の在院患者数である。「1年以上5年未満」の在院患者数は、1998年に88,315人で在院患者総数の26.3%であったが、2002年には90,621人で在院患者総数の27.5%に増加している。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」には、「新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL(生活の質)の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促す」と記載されている⁶⁾。「1年以上5年未満」の在院患者数や在院患者に占める割合を観察することで、精神保健福祉改革の進捗状況を、マクロに把握できる可能性がある。1998年から2001年の4年間、毎年6月1ヶ月間に入院した患者の退院状況を表1にまとめた。1ヶ月間の入院患者数は約2万7千人、1年以内社会復帰率(前年6月1ヶ月間に入院した患者が5月末までの約1年間に家庭復帰または社会復帰施設等に退院する割合)は約73%、1年後残留率(前年6月1ヶ月間に入院した患者が5月末までの約1年間に入院が継続している割合)は14%程度であって、50%退院日数(50%の患者が退院する日数の推計値)は約65日である。

2. 精神科診療所

精神科診療所は急増期を迎えている。1975年には「精神科を標榜している診療所数」は779施設、「精神科を主たる診療科目としている診療所数」は194施設であったが、2002年にはそれぞれ

4,352施設、1,695施設に増加している。精神科診療所は、今後の精神保健福祉の改革において重要な医療資源となっていくため、その実態把握が望まれる。

3. 精神障害者通院医療費公費患者数

精神障害者通院医療費公費負担患者数は大きく増加しており、1995年に約42.5万人であった患者数が2002年には約85.6万人となっている⁸⁾。精神科通院医療は、通院を促進する制度に伴い増加し、それに呼応して通院医療公費負担制度の利用者数も増加している⁹⁾。そして、平成11年の精神保健福祉法改正により市町村に在宅福祉サービスが位置づけられたことや、医療給付内容の改訂も影響して、通院医療公費負担制度利用者数の増加が著しくなっている。

4. 精神科デイケア

精神科デイケア施設基準承認件数を図1にまとめた。1994年頃から施設基準承認件数が大きく増加している。「平成14年度精神保健福祉資料」によると、精神科デイケア等の設置者は、単科精神病院600施設、一般病院精神科215施設、精神科診療所等289施設、精神保健福祉センター19施設、その他24施設であった¹⁰⁾。全国の都道府県別の精神科の病院数に対する、デイケアの施設承認を受けている病院の割合について1996年と2002年を比較したものが図2であり、精神科デイケアの普及が大きく進んでいるのがわかる。平成12年度から14年度の精神保健福祉資料^{8)・10)}をもとに精神科デイケアの実施状況を表2にまとめた。施設基準承認施設数、1ヶ月間の実利用者数と延べ利用者数、1年間の新規利用とも増加している。

表1. 入院患者残留率をもとにした指標

	入院患者数	1年以内 社会復帰率	1年後残留率	50%退院日数
11年度	26,155	72.1%	16.3%	70.3
12年度	26,889	73.2%	14.5%	66.2
13年度	27,311	73.5%	14.0%	64.6
14年度	27,959	72.7%	14.4%	64.9

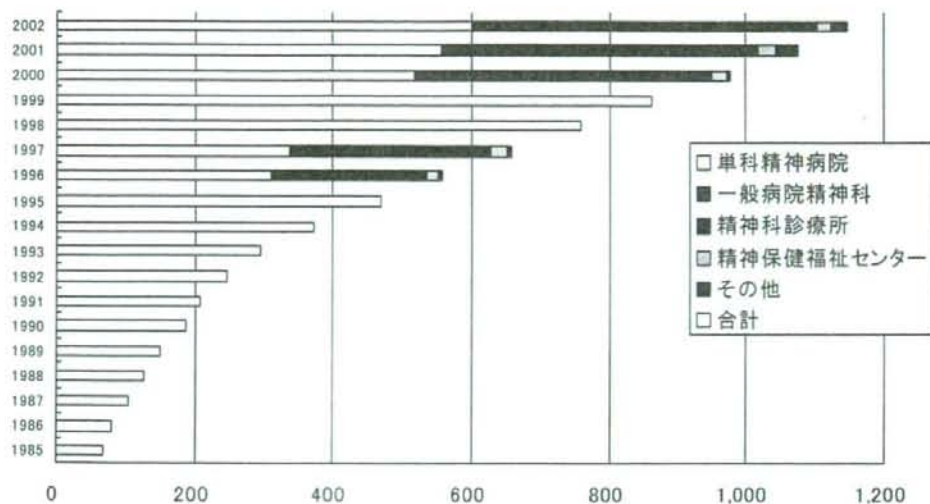


図1. 精神科デイケア承認件数

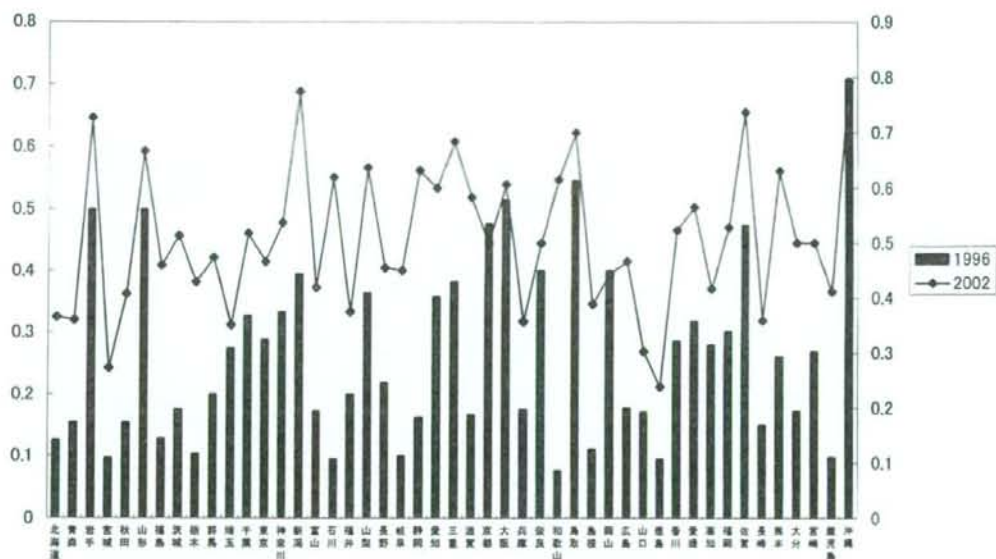


図2. 施設承認基準のある病院の割合

表2. 精神科デイケアの実施状況

	承認施設数	1ヶ月の実利用者数	1ヶ月の延べ利用者数	1年間の新規利用	1人あたり利用回数
12年度	978	44,883	435,583	21,020	9.7
13年度	1,077	49,642	466,684	23,614	9.4
14年度	1,147	52,534	490,431	27,265	9.3

表3. 社会復帰施設等の利用状況

	施設数	利用者数/ 定員 (%)	利用者の65歳 以上の割合 (%)	11年度から3年間の 精神科病院退院に よる新規利用者数	精神科病院 退院者の 割合 (%)	退所時の精神 科入院の割合 (%)
生活訓練施設	248	74.9	6.9	5,116	73.4	27.9
福祉ホーム	126	79.6	8.4	766	58.2	37.6
福祉ホームB型	48	72.8	20.6	362	77.2	61.5
入所授産施設	26	79.1	7.1	430	67.7	34.3
グループホーム	987	89.4	9.6	1,535	40.4	29.7
通所授産施設	278	103.1	2.0	651	13.1	11.7
福祉工場	15	73.9	0.6	8	5.2	18.6
地域生活支援センター	325	—	—	971	7.1	12.7

5. 社会復帰施設等

社会復帰施設等の施設数、利用者数ともに増加している。平成12年度から14年度の精神保健福祉資料をもとに、2002年の施設数、利用者数/定員等を表3にまとめた。3年間の精神科病院退院による入所施設の新規利用延べ数は8,209人である。また退所時の精神科入院の割合は、福祉ホームB型を除いて3割程度である。

このように、精神科病院のマクロ状況は精神科病床急増期から大きく変化し、精神科診療所、社会復帰施設等の活動も顕在化しつつあるが、これらの変化の中で精神科デイケアがどのように関わってきたのか、数字で示すデータを得ることはできなかった。

D. 精神科デイケア等の普及と関連指標の動き

精神科デイケアは「地域社会における治療Community Care」を推進していく中核的な施設として機能することが期待され、普及が図られてきた。そうであるならば、都道府県別にみた場合に、精神科病床数、在院患者数、外来患者数の動きと精神科デイケアの普及には一定の関連が生じる可能性がある。また1年以内社会復帰率、1年後残留率、50%退院日数と、精神科デイケアの普及状況にも関連が見られる可能性がある。このため、既存のデータを用いて可能な範囲で分析を試みた。人口万対病床数と人口万対精神科デイケア利用実人数では、人口万対病床数が大きい都道府県では、

人口万対精神科デイケア利用実人数も大きい傾向があった。人口万対在院患者数と人口万対精神科デイケア利用実人数においても、人口万対在院患者数が大きい都道府県では、人口万対精神科デイケア利用実人数も大きい傾向があった。人口万対新規入院患者数と人口万対精神科デイケア利用実人数についても、人口万対新規入院患者数が大きい都道府県では、人口万対精神科デイケア利用実人数も大きい傾向があった。このように精神科医療の量的供給や利用と精神科デイケアの利用状況には一定の関連がみられた。しかしながら、都道府県別の1年後残留率と人口万対精神科デイケア利用実人数、1年以内社会復帰率と人口万対精神科デイケアの利用実人数、50%退院日数と人口万対精神科デイケアの利用実人数ではばらつきが大きく、一定の傾向を観察することはできなかった。もちろん、都道府県の精神科医療における精神科デイケアの普及の影響は、同一の都道府県内の時間軸でとらえた経過で評価することが必要である。また、入院患者のうち精神科デイケアの適応になる患者は一部であって、一定の期間の新たな入院患者全体の動態と精神科デイケアの利用状況から、精神科デイケアの退院促進効果を評価することは困難であることは理解している。しかしながら、精神科デイケアの普及が退院促進または入院の予防にどのように関わっているのか、臨床現場の努力を反映する数字を、マクロデータとして提示できるようにしていかなければ、今後の精神科デイケアの発展はないと考えられる。

E. 精神科デイケアのこれから

社会保険研究所の発行する平成16年診療報酬点数表(全)によると、精神科デイケアの診療報酬は小規模なものの550点、大規模なものの660点である。診療報酬上の評価が高くなり、また精神障害者通院医療費公費負担制度の利用等によって、精神科デイケア利用者の自己負担が抑制されるならば、精神科デイケアの実施施設の増加につながっていくことは当然である。それだからこそ、精神科デイケアがどのような対象に利用されてい

るか、その実態を明らかにしつつ、臨床研究として、精神科デイケアの効果を示していくことは重要である。このような観点から、我々の行なった研究等を参考にしながら、精神科デイケアの今後のあり方について考察する。

1. 精神科急性期治療病棟を有する病院の機能

平成15年度に行った研究に「精神科急性期治療病棟を有する病院の機能に関する研究」がある¹⁾。この研究の概要を表4、図3に示す。法人病院と個人病院のうち、急性期治療病棟を有する

表4. 精神科急性期治療病棟を有する病院の機能に関する研究(要旨)

- 平成14年度630調査結果をもとに、精神科病院のうち、個人病院と法人病院について、精神科急性期治療病棟を有する病院(急性期ありと称す)と、有しない病院(急性期なしと称す)について、業務体制、通院および入院医療、都道府県別の分布状況等について比較した。
- 急性期ありでは、1病院あたりの平均病床数は急性期なしに比べて大規模であった。また指定病院、応急入院指定病院の割合が高かった。職員の配置状況では医師、看護師以外の、法で定めのない職種についても配置が多かった。
- 通院医療では、急性期ありは、その規模から想定される以上に外来、訪問看護、デイケアなど外来患者の維持にかかわるサービスやいわゆるアウトリーチ的な活動をよく行っているといえた。平成13年6月中に新規に入院した患者の平成14年5月31日までの1年間の月末毎の残留率(在院率)では、「7月末日」から「急性期あり」では「急性期なし」に比べ、残留率が低くなり、特に「8月末日」から「9月末日」までの残留率の減少が目立ち、約1年後の「5月末日」では、「急性期あり」では9.5%、「急性期なし」では19.1%の残留率となっていた。
- 急性期治療病棟を有する病院は、各地域の精神科医療において中核的な役割を果たしている可能性がある。現在の急性期治療病棟を有する病院の業務体制や機能を分析し、その結果をもとに精神科急性期治療病棟を有する病院の一定の普及を図ることは、現実的かつ具体的な精神医療改革の方策であると考えられた。

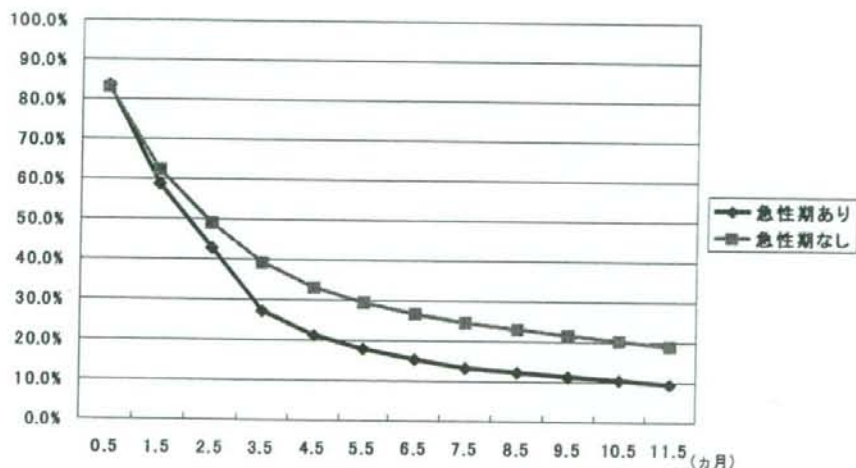


図3. 急性期治療病棟の有無と残留率

病院では、一病院あたりの平均病床数は、有しない病院に比べて大規模であった。また、指定病院、応急入院指定病院の割合が高かった。職員の配置状況では、医師、看護師以外の法で定めのない職種（精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等）についても配置が多かった。通院医療では、急性期治療病棟を有する病院は、その規模から想定される以上に、外来訪問看護、デイケアなど、外来患者の維持に関わるサービスやいわゆるアウトリーチ的な活動をよく行なっているとされた。急性期治療病棟を有する病院においては、入院患者の残留率の低下度が、有しない病院に比べて大きいという結果が得られた。急性期治療病棟を有する病院が、精神科デイケア、訪問看護等のアウトリーチ的医療も含めて、危機介入的な医療を行う中に精神科デイケアが位置づけられた場合に、「地域社会における治療 Community Care」の核となる施設として機能することが期待される。

2. 複合的なサービスを実施している精神科医療機関の機能

平成14年度精神保健福祉資料¹⁰⁾をもとに作成した人口万対訪問看護件数と人口万対デイケア延べ人員の相関を図4に示した。この図は、精神科医療の現場において、訪問看護や精神科デイケアを必要に応じて組み合わせて効果的に提供することの必要性を示唆しているように思われる。つま

り精神科デイケアの効果を評価する場合に、精神科デイケアに併せて、訪問看護を一定数実施している施設の業務体制と業務実績を分析することが重要と考えられる。

3. 退院・社会復帰の促進と精神科デイケア

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」には、「受入条件を整えば退院可能な者（約7万人）」については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち遅れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、10年後の解消を図る基本方針が示された。また精神保健医療福祉の再編の達成目標として、各都道府県の平均残存率（1年未満群）を24%以下とすること、各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上とすることが示された。これらの達成目標に精神科デイケアが医療施設内のサービスである訪問看護等と連携し、また地域の資源と連携してどのように実績を示していくか、精神科デイケアの実績を示すデータづくりが必要とされている。

4. 社会システムの中の精神科デイケア

精神保健の役割は、法律の名称に示されるように、精神衛生、精神保健、精神保健福祉と発展してきた。また提供されるサービスからとらえるならば、これまでは精神医学の施設内における展開と精神医学へのフィードバック（施設の中の精神科医療）から、地域に生活する精神障害者への精

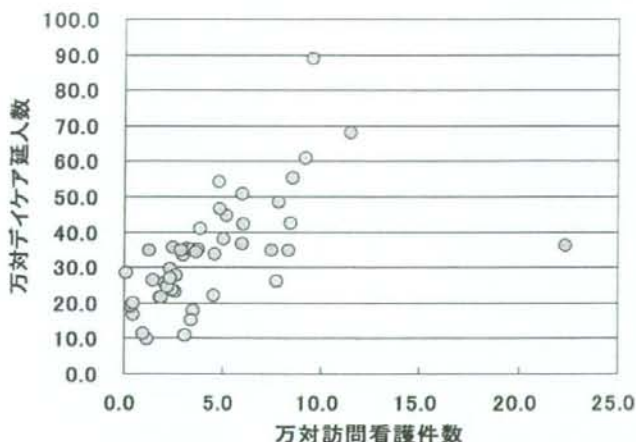


図4. 人口万対訪問看護件数と人口万対デイケア延人数（2002年）

精神科医療の提供(施設における精神保健サービス)への発展という経過であったと理解できる。筆者は、今後の精神保健の役割について「精神障害者のためのサービスを地域で提供する段階から、さらに「社会をよくするシステムの一部としての精神保健サービス」に発展していくと考えている(図5)。ここで提供される精神科医療は、精神障害者がよりよく地域の中で生きていくためのサービスであるのはもちろんのこと、社会全体に目を向けたものになる。精神科デイケアについて述べるならば、精神障害者のプレホスピタルケアやポストホスピタルケアに積極的に関与することによって、精神障害者が社会の中でより個性的な、その人らしい人生を示し、精神科デイケアというサービスそのものも、社会に対して創造性に貢献するという役割を与えられることになる。

精神科デイケアの普及に精神保健研究所の果たしてきた役割は大きかった。また精神科デイケアが「地域社会における治療 Community Care」の普及に果たしてきた役割も大きかった。しかし、時代の要請するところから従って、精神科デイケアの役割が変化すべき時代を迎えているように思われる。そのためにも「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の持つ意味をはっきりととらえ、精神科デイケアの果たしている役割を鋭敏に示すことのできる数値資料を充実させるとともに、その分析をもとに、精神科デイケアの実態を通じた地域精神保健サービスのマクロ状況を示す指標を開発

する必要がある。

参考文献・資料

- 1) 精神保健福祉研究会：我が国の精神保健福祉(精神保健福祉ハンドブック)平成15年度版, 2003
- 2) 加藤正明, 高臣武史, 鈴木浩二：昼間通所治療 Day Care に関する研究, 病院精神医学, 12, 1-14, 1965
- 3) 加藤正明, 高臣武史, 目黒克己：デイ・ケア・センターに関する研究, 病院精神医学, 14, 1-8, 1966
- 4) 目黒克己：「我が国の精神科デイケアの創設」と「国立国府台病院との関係一戦争神経症一」, 創立50周年記念誌(国立精神・神経センター精神保健研究所), 89-91, 2002
- 5) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン(概要), 2004
- 6) 厚生統計協会：国民衛生の動向, 2004
- 7) 伊藤弘人：通院医療費公費負担制度に関連する要因の動向に関する分析, 精神保健福祉法第32条による通院医療費公費負担の増加要因に関する研究 研究報告書, 27-29, 2001
- 8) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課, 国立精神・神経センター精神保健研究所：精神保健福祉資料 平成12年度6月30日調査の概要, 2000
- 9) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課, 国立精神・神経センター精神保健研究所：精神保健福祉資料 平成13年度6月30日調査の概要, 2001
- 10) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課, 国立精神・神経センター精神保健研究所：精神保健福祉資料 平成14年度6月30日調査の概要, 2002
- 11) 竹島 正, 立森久照, 長沼洋一 他：精神科急性期治療病棟を有する病院の機能に関する研究, 精神病院・社会復帰施設等の実態把握及び情報提供に関する研究平成15年度 総括・分担研究報告書, 27-33, 2004



図5. 精神保健医療福祉の改革と精神科医療の役割

精神科デイケア——今日的課題と将来像——

竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

1. 精神保健医療福祉のマクロ状況

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下、改革ビジョンという)に精神医療の改革が示された。今日、「改革」や「ビジョン」という言葉は、精神保健福祉に限らず、行政のさまざまな分野で使われていると推測されるが、「改革ビジョン」によって、精神保健医療福祉の今後の方向が示されたことは間違いない。

「改革ビジョン」には、10年間で、各都道府県の平均残存率を24%以下にする、各都道府県の退院率を29%以上にする、という達成目標が示されている。平均残存率を下げることは新たに入

院した患者の早期退院を、退院率を上げることは1年以上の長期在院患者の退院促進を意味する。各都道府県の平均残存率と退院率を散布図に示したが、両者とも目標に達している都道府県はひとつもない(図1)。このため、「改革ビジョン」に示された目標の実現には政策誘導は不可欠と考えられるが、そのような目標を掲げたことは、精神医療改革を進める強い意志が存在することを示すものと考えられる。

さて、精神病床35.5万床の約7割は、1年以上の長期在院患者で占められており、1年未満の在院患者は約3割である。つまり、地域医療に実

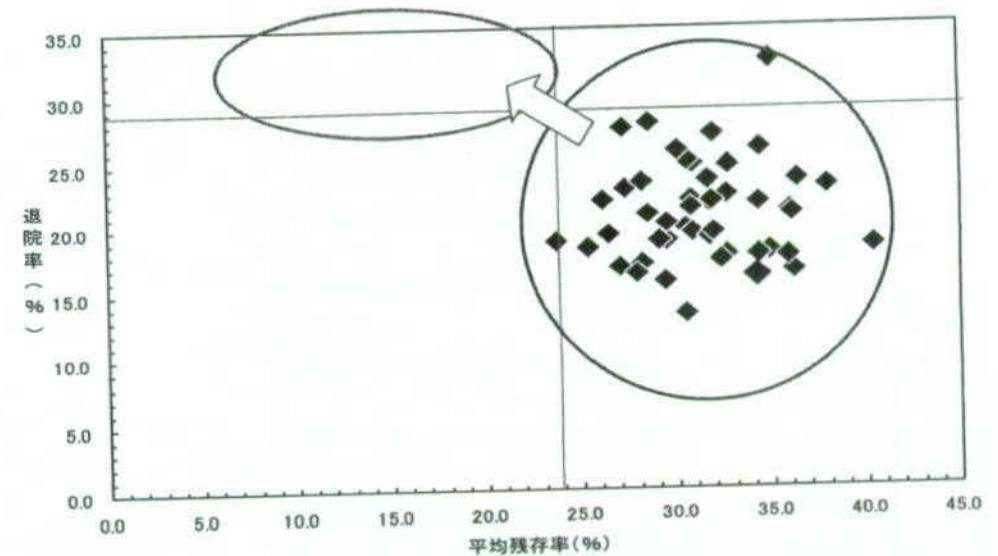


図1 平均残存率と退院率の散布図

平成12~14年合計値から求めた平均残存率(1年未満群)と退院率(1年以上群)の、都道府県ごとの関係を散布図に表した。

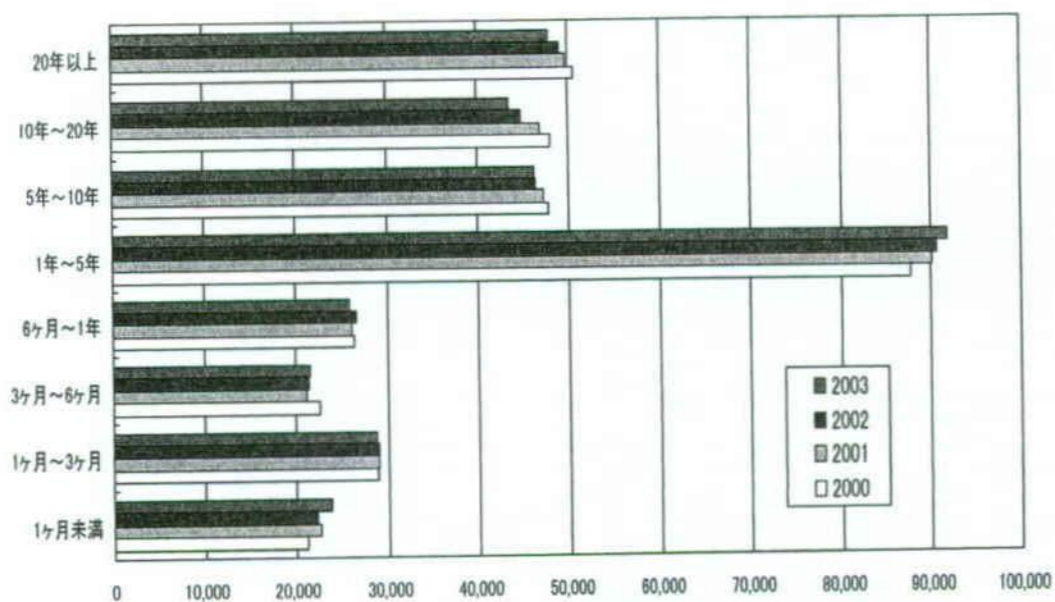


図2 在院期間別の在院患者数

際に稼働している精神病床は35.5万床の約3分の1にすぎず、12万床程度と考えられる。わが国の精神病床数は諸外国に比べて多いと言われていたが、地域医療の実態から見ると、「病床があるのに足りない」地域もあるのではないかと推測される。在院期間別の患者数では、「5年以上」の長期在院は減少傾向にあるものの、「1年以上5年未満」の在院患者数は、入退院の増加の影響もあって微増が続いており New Long Stay の問題が懸念される。精神医療改革の進む中で、「1年以上5年未満」の在院患者数が減少していくことが望ましい (図2)。

2. 精神科デイケアのマクロ状況

全国の精神科病院で、精神科デイケアを実施しているのは52.3%であって、指定病院、都道府県立病院の実施率が高い (図3)。都道府県別に見ると、東日本の方で実施率が低く、西日本が高いという傾向はあるが、精神科デイケアの普及を図る時代はおおむね過ぎたと言ってよい。単科病院、単科病院以外、精神科診療所という区分で見ると、「単科病院」は58.9%、単科病院以外は40.2%、精神科診療所は14.4%で精神科デイ

ケアを実施している。ただし、精神科診療所の数値については、全国の精神科診療所を網羅的に調査した結果ではないので注意を要する。1ヶ月間の「延べ外来患者に占めるデイケア等利用者数の割合」をみると、精神科デイケア等の利用者数の割合は延べ外来患者数の21.5%である。利用の実態から見ても、精神科デイケアが普及したことを示す数値ではないかと考えられる。「精神科デイケアの利用回数」については1人当たり1ヶ月に10.1回である。「精神科デイケア利用者の住居」は、ほとんどが自宅居住であるが、精神科病院のデイケア利用者では社会復帰施設利用者の割合が高い。つまり、社会復帰施設に入所し、昼間は精神科デイケアを利用している人たちがいる (図4)。それから「精神科デイケア等の利用者の性別」であるが、男性が64.0%となっており、精神障害者地域生活支援センター等の利用者の男女比に近い。年齢で見ると、精神科病院は精神科診療所に比べて年齢の高い患者の割合が高い。もちろん病院の中でも大学病院では若年層の割合が高いと考えられる。精神科デイケア利用の診断分類では、精神科診療所の場合、気分障害 (F3)、神経症性障害 (F4) の割合が高くなる。これに対

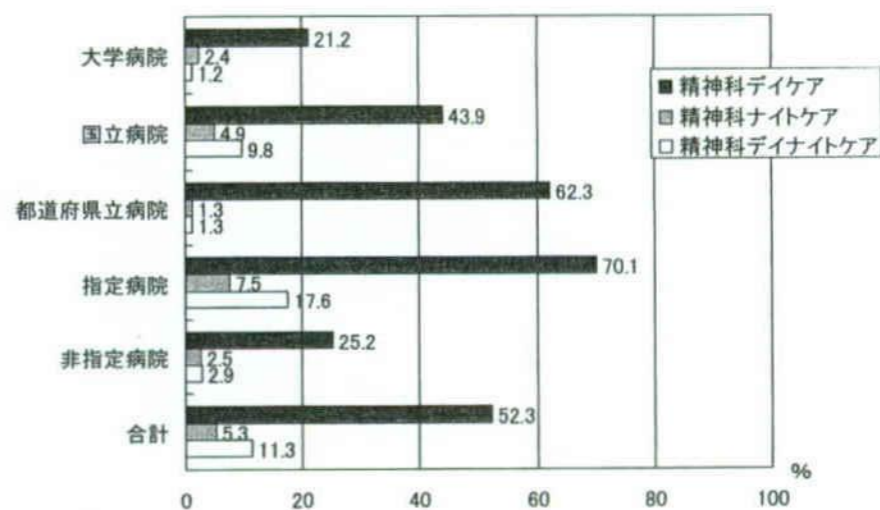


図3 精神科デイケア等の実施状況

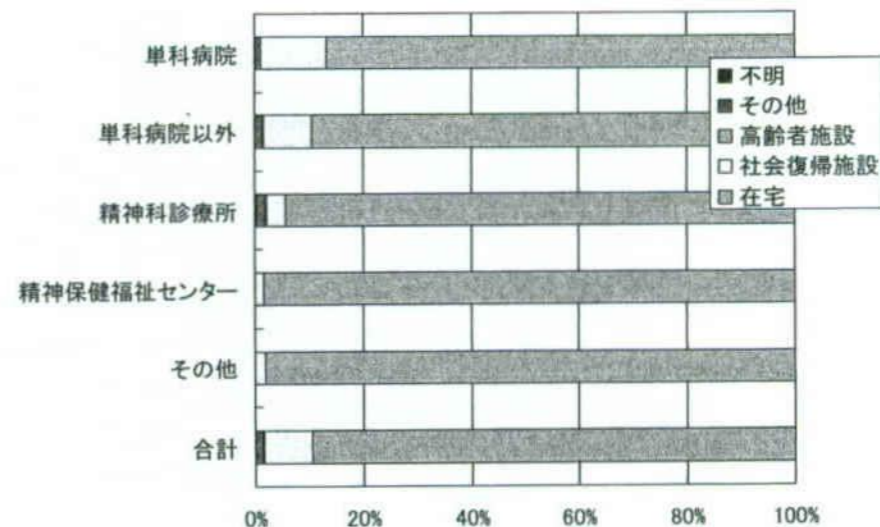


図4 精神科デイケア利用者の住居

して精神科病院の場合、統合失調症圏 (F2) の割合が高く、それぞれの果たしている役割に違いがみられる。

3. 精神科デイケアの果たしている役割

地域医療の場で精神科デイケアがどのように機能しているかを理解するための参考として、精神障害者退院促進支援事業の15年度と16年度の実績報告 (16都道府県, 247人分) を分析した結果

を紹介する。「事業対象者の年齢」は50代が最も多く36.4%であり、40代21.9%、60代21.1%と続く。「事業対象者の入院期間」は、「5年以上」で過半数を占めるが、「1~4年」も37%を占める。対象者の中核は、89.9%が統合失調症圏 (F2) であって、中高年の長期入院患者が主であるが、比較的若年で入院回数の少ない若年事業の対象となっている。「退院訓練の協力施設」は社会復帰施設等が最も多く65.1%であり、精

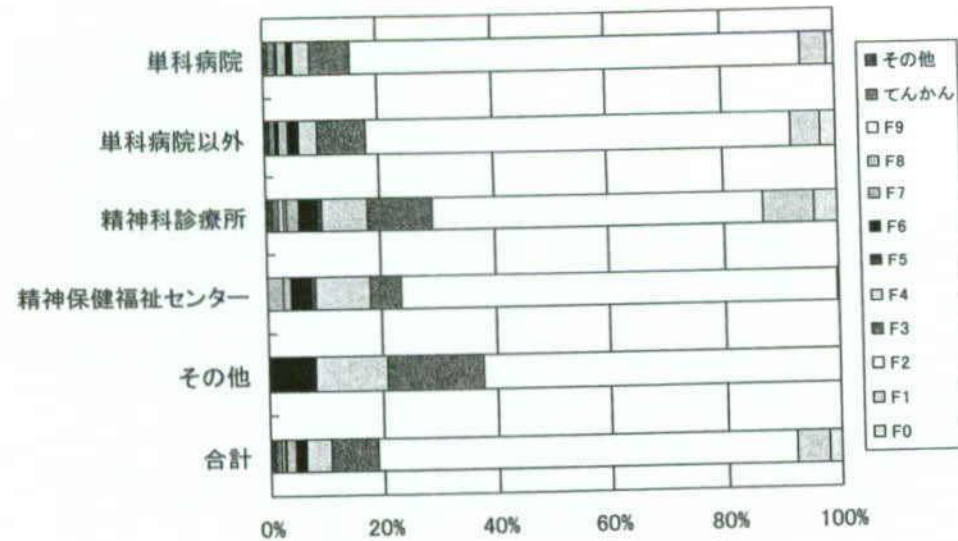


図5 精神科デイケア等の利用者の疾患状況

精神科医療機関は8.5%と少ない。ただし、実績報告の様式はテキスト記述の形式となっており、本当に少ないのかどうかは判断が困難である。「退院訓練の内容」については、見学や生活訓練等に、当事者間の交流という要素を加えることによって退院への意欲を引き出すことが行われている。退院後の住まいは、自宅(家族同居)が9人(10.1%)、自宅(独居)が27人(30.3%)、入所系精神障害者社会復帰施設が30人(33.7%)、グループホームが14人(15.7%)、その他の社会復帰施設が1人(1.1%)、その他が8人(9.0%)であった。「退院後の通院・通所」であるが、精神科デイケア等が34人(38.2%)で最も高く、「往診・訪問看護の利用」16人(18.0%)と続いている。「退院後の関係機関との連携状況」では医療機関が社会復帰施設等と並んで大きな役割を担っている。これらの結果は、今後の精神科デイケアの退院促進に果たす役割への期待を示すものである。

次に、医療機関や社会福祉法人等における精神障害者の住居確保の取り組みの実態を把握するために行った調査の結果を紹介する。日本精神科病院協会と全国精神障害者社会復帰施設協会に依頼し、グループホームや共同住居を運営している組

織・法人を抽出してもらい、そこに質問紙調査を実施した。協力の得られた210組織・法人(有効回収率48.6%)のうち、187(89.0%)がグループホームを、69(32.9%)が共同住居を運営していた。この調査の中で「一戸建て住宅またはアパート一棟を確保し、当該地域の生活保護の住宅扶助相当の賃料で住居を提供する」ことの実現可能性を聞いているが、「すでに実行している」という回答が3分の1程度あり、「実現可能」・「援助があれば可能」と考えているところも多かった。住居確保の取り組みには、入居する精神障害者への支援として、訪問看護や精神科デイケアの利用等の地域医療サービスが実施されているところが多いと考えられるが、そこから精神科デイケアの役割を読み取ることができる。上記の住居確保策の実施にあたり、どのような支援が必要とされるかについては、「入居者の確保」・「医療的支援」は「現状のままで可能」という回答が多く、「住居管理」・「賃貸契約」は「制度面の保障があれば可能」という回答が多かった。このような回答に注目する理由は、精神科デイケアの果たしている役割を評価する場合、精神科デイケア単体の機能を評価することはきわめて困難と考えるからである。精神科デイケアのみを行っている、

表1 精神科デイケアの将来像

精神保健医療福祉体系の再編に対応した役割
訪問型支援との複合
新たなニーズへの対応
↓
・新たな時代に相応しいデイケア研修
・医療機関の機能と併せて精神科デイケアの役割を示すことが必要

つまり自分から通所してくる人だけを対象とし、来なければ放置する、というのでは「精神科デイケア」とは言えないのではないかと、訪問看護等のアウトリーチ・サービスも含め、地域医療として対象者を支援していく仕組みがあり、その中に精神科デイケアも存在するというのが本来の姿ではないかと思われる。共同住居、グループホーム、地域生活者(単身アパート生活等)に提供している支援としては、地域生活者に関しては「日中・部分的な支援」「緊急時のみの支援」が多く、共同住居、グループホームでは「夜間出勤を含めた24時間対応」を行っているところが、地域生活者(単身アパート生活等)への支援に比べて多くなる。1年間で地域生活を始めた人は、回答のあった91組織・法人で525人あり、このうち215人(41.0%)は住居についての情報を提供し、部屋の契約においても関わりがあったと回答している。これらの中には、精神科デイケアにおいて支援を行っている人たちが少なからず含まれていると思われる。

4. 精神科デイケアの将来像

精神科デイケアの将来像を考えた場合、「改革ビジョン」に示された精神保健医療福祉の体系の再編にどのように貢献できるかが重要な論点になる。精神科デイケアは、実際に行われているサービスとしては訪問看護等のアウトリーチ・サービスとの複合で行われていると思われる。地域医療サービスの有機的一環として捉える必要がある。ここまで述べることはできなかったことに、新たなニーズへの対応がある。精神通院公費から自立

支援医療への移行における問題について聞き取り調査を行った。その中で、引きこもりや児童思春期の問題については、精神科デイケア等を利用することにより、より深い介入と自立支援を行うことができるとの意見があった。引きこもりや児童思春期の問題を持つ事例の中で、今後、精神科デイケアの対象となる患者はどのくらいの数が見込まれるのか、どのくらいの期間が必要となるのかの見通しが必要であるが、よく考えておくべき課題と考えられた。以上、精神科デイケアの将来像としては、「改革ビジョン」に示された精神保健医療福祉の体系の再編に対応した役割として訪問型支援との複合サービスの提供、引きこもりや児童思春期の問題を持つ事例等、新たなニーズへの対応がある。精神科デイケアの普及を図る時代はおおむね過ぎた。今後は、精神科デイケア研修のあり方についても見直しを行い、退院促進等の社会的ニーズの中に精神科デイケアの再位置付けを図る必要がある。さらに、デイケアが果たしている役割を実施機関の機能と合わせて示すことも必要である。精神科医療は、それぞれの医療機関の特徴を背景に行われている。精神科デイケアも、個々の医療機関の特徴を示す中で、その役割を具体的に示し、かつ果たしている役割をマクロ実態として示すことが必要と思われる(表1)。

文 献

- 1) 竹島 正, 立森久照, 辻井誠人: 精神障害者のライフステージの正しい理解と、社会復帰を支援できる地域の育成に関する研究—精神障害者退院促進支援事業の実績分析—。平成17年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神障害者の正しい理解に基づく、ライフステージに応じた生活支援と退院促進に関する研究(主任研究者:北井暁子)」総括・分担研究報告書, p.111-135, 2006
- 2) 長沼洋一, 浅野弘毅, 竹島 正: 精神科デイケア等の実態に関する研究。平成17年度厚生労働科学研究費補助金(障害保険福祉総合研究事業)「精神科病院・社会復帰施設等の実態把握及び情報提供に関する研究(主任研究者:竹島正)」総括・分担研究報告書, p.35-44, 2006
- 3) 竹島 正, 宮田裕章, 立森久照ほか: 社会復帰編

設機能の測定に関する研究—精神障害者の退院・社会復帰
における住居確保についての調査—, 平成 16 年度厚生労
働科学研究費補助金 (障害保健福祉総合研究事業)「精神
障害者の社会復帰に向けた地域体制整備に関する研究 (主

任研究者: 北川定謙)」分担研究報告書, 2005

4) 精神保健福祉資料 平成 15 年度 6 月 30 日調査の
概要, 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計
画部, 東京, 2004

自立支援と居住施設

竹島 正

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

Key Words 改革ビジョン、退院率、退院促進、
住居確保

はじめに

厚生労働省においては、平成16年9月に厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、改革ビジョンという）を公表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進め、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進め、10年間で7万床の病床の減少をうながすこととした。さらに、平成17年10月には、障害者自立支援法を成立させ、精神保健福祉法、障害者雇用促進法を改正するなど、障害者が地域で普通に暮らすための持続可能な制度の整備を進めた。これらの制度改革がどのような成果を挙げていくかは、制度の運用実態をモニタリングすることによって明らかにしていく必要がある。

本稿においては、精神科医療の現状と、改革ビジョンに示された精神保健医療福祉体系の再編に示された達成目標をもとに、精神障害者の退院促進において、精神科医療に求められている役割について述べる。次に、精神障害者の退院促進に欠くことのできない住居確保について、筆者らの研究成果を紹介する。

精神科医療の現状

「精神保健福祉資料—平成16年6月30日調査の概要—」（以下、16年度630調査という）¹⁾によると、平成16年6月30日現在の在院患者総数は326,125 (329,096) 人（カッコ内は15年度630調査結果。以下同様）であった。年齢別では、65歳以上の在院患者数は132,687 (128,364) 人と全

体の40.7 (39.0) %を占めていた。在院期間別で見ると、全在院患者の30.7 (30.3) %が1年未満の在院である一方、41.5 (43.8) %は5年以上の在院であった。在院患者数は徐々に減少し、高齢化が進んでいる。

平成15年6月1カ月間に新たに入院した患者は29,644 (27,692) 人であった。年齢別では、65歳以上は8,935 (8,245) 人と全体の30.1 (29.8) %を占めていた。図1に平成10～15年の6年間の6月1カ月間に新たに入院した患者の1年間の退院動態を示した。入院後約1年後（平成16年5月末）の状況は、25,587 (23,694) 人 (86.3 (85.6) %) がすでに退院し、4,057 (3,998) 人 (13.7 (14.4) %) が約1年後も入院したままであった。本調査から算出された改革ビジョンの指標である平均残存率の16年度全国値は30.1%であった。平均残存率の全国値は、平成12～15年度の各年度において、31.6%、30.9%、31.2%、31.1%であって、16年度はやや低下傾向にある。

平成16年6月1カ月間の退院患者数は29,972 (28,780) 人であった。年齢別では、65歳以上は9,280 (8,897) 人と全体の31.0 (30.9) %を占めていた。在院期間別では、在院期間が1年未満は86.9 (85.6) %、1年以上5年未満は8.7 (9.4) %、5年以上10年未満は2.0 (2.1) %、10年以上20年未満は1.3 (1.4) %、20年以上は1.1 (1.4) %であった。本調査から算出された改革ビジョンの指標である退院率の平成16年度全国値は20.9%であった。退院率の全国値は、平成12～15年度の各年度において、22.3%、21.0%、20.6%、21.6%であって、とくに増加傾向は見られない。

平均残存率 / 退院率

改革ビジョンに示された達成目標の1つである平均残存率は、630調査データでは、その年の6

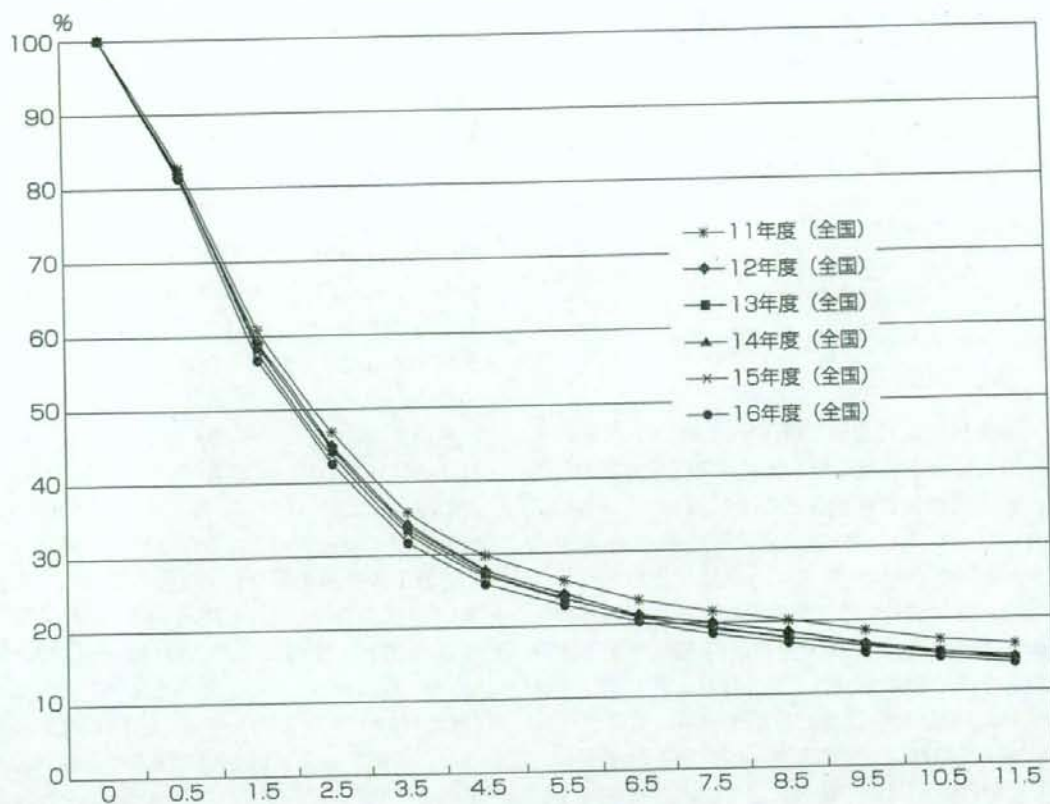


図1 新規入院患者の残存率

月末から翌年5月末までの、各月末の残存患者の割合の相加重平均として算出される。平均残存率は、診療報酬の改定等の影響を直接受けやすい。また、精神科病院等の退院促進の努力も反映されやすい。このため、10年後の各都道府県の平均残存率を24%以下にすることは実現可能性が高いと考えられる。

ところで、もうひとつの達成目標である退院率は、1年以上の在院患者の退院促進を図るものであり、10年後の各都道府県の退院率を29%以上にするためには、地域サポート体制の充実が前提となる。しかしながら、1年以上の在院患者の流動性を高めることによって、退院率は高くなる点に留意する必要がある。住居と一定のフォローアップ体制があれば、まずは退院させて、必要があれば再入院させるという方法を積極的に選択す

るならば退院率は高くなる。

改革ビジョンの達成目標は、新たな入院患者の短期入院化と、1年以上の在院患者の流動性を高めることに大きな意味がある。長期在院の退院患者は、おそらく精神科デイケアや訪問看護等によるフォローアップの必要な者の割合が高く、必要に応じて再入院も必要とする。精神科病院は、これら長期在院患者を地域の顧客層に加え、地域医療の対象としてケアマネジメントを進めることになる(図2)。

退院促進と住居確保

長期在院患者の退院促進は、地域生活の経験を繰り返す中から適切な居住の場を見出していく作業であり、仮に再入院が必要となるにしても、地域における住居確保は必須である。筆者らは、平

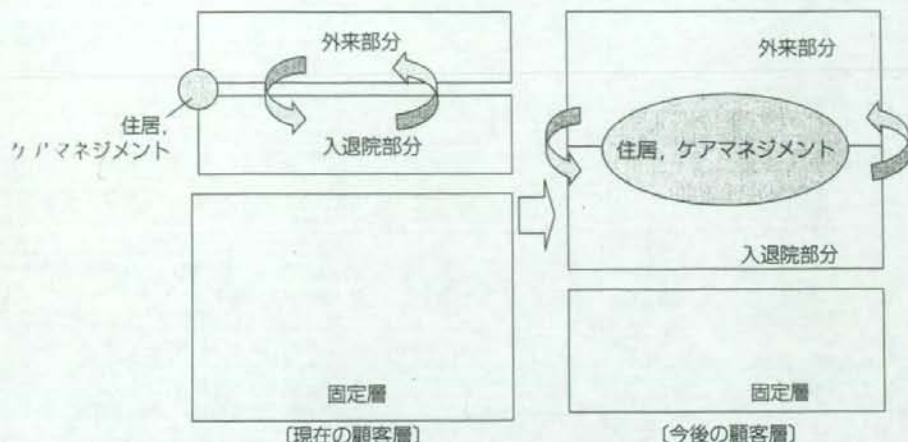


図2 精神科病院の顧客層の変化

成15年度に、一般賃貸住居の確保や、居住生活における生活の安定・安心に必要な環境基盤の整備等について、精神科病院、社会復帰施設、住宅会社、不動産業、行政機関等に聞き取り調査を行った^{2,3)}。住居確保対策として実施されていたことは、精神科病院と不動産会社等の賃貸契約のもとに精神障害者が入居する方法（グループホーム、共同住居）、病床を転換して住居として活用すること、病院敷地内外の職員寮を住居として活用すること、住居確保のための有限会社の設立などであった。住居管理、居住者の健康管理等については、精神科病院の精神科ソーシャルワーカー等が蓄積してきたノウハウが随所に見られ、それを手引きとしてまとめることで、不動産会社の賃貸に向けての動きを加速できる可能性があると考えられた。また、日常生活の質の確保のために、精神科デイケア、訪問看護などが利用されており、多くの訪問先で、週2回、本人の状況を確認することができると支援しやすいとの声が聞かれた。精神障害者が一般賃貸住宅を利用する場合、家賃の支払い能力、問題が発生した場合の対応、賃貸物件の確保、地域住民の理解等、さまざまな課題があった。しかし、賃貸物件の空室数は増加傾向にあると思われ、家賃がきちんと支払われ、問題が発生したときに誰かが駆けつける体制を整えることができれば、市場の原理に従って、一般賃貸住

居の確保は十分可能と考えられた。

15年度の聞き取り調査をふまえ、16年度は精神障害者の住居確保の現場での取り組みから有効な支援策を明らかにすることを目的に質問紙調査を行った⁴⁾。調査は日本精神科病院協会に加盟する病院、全国精神障害者社会復帰施設協会に加盟する法人等のうち、グループホーム・共同住居を運営する組織・法人等の協力を得て実施した。各調査票の回収数は組織・法人アンケートが210（有効回収率48.6%）、グループホームアンケートが329（有効回収率51.2%）、共同住居アンケートが128（有効回収率57.9%）であった。組織・法人アンケートの結果、グループホームを運営している組織・法人は89.0%、共同住居を運営している組織・法人は32.9%であった。15年度の聞き取り調査の結果、有効かつ重要な住居確保の方法であると考えて例示した「一戸建て住宅（あるいはアパート一棟）を確保し、当該地域の生活保護の住宅扶助相当の賃料で各部屋を精神障害者に提供する」または「当該法人の周辺地域に、4～6部屋程度を有する一戸建て住宅（あるいはアパート一棟）を不動産業者から一括して借り上げ、当該地域の生活保護の住宅扶助相当の賃料で各部屋を精神障害者に提供する」については、それぞれ32.4%、18.1%の組織・法人からすでに実施しているとの報告があり、また4割以上の組織・法

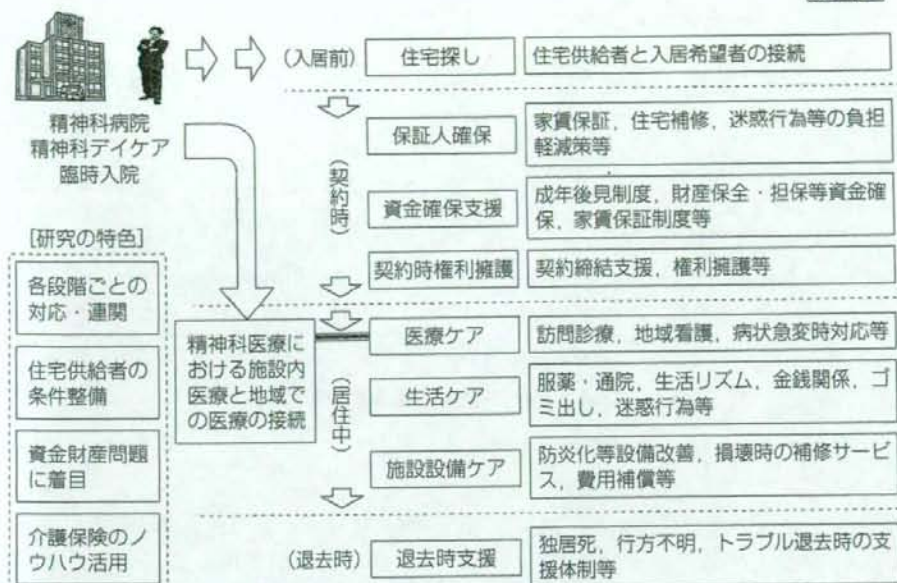


図3 精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究イメージ図

人から「なんらかの援助が得られれば実行できる」という回答があった。グループホームアンケートの結果、その多くは入居期限がない長期的な住居で、入居期限付きのグループホームは15.5%であった。共同住居アンケートの結果、128施設に916人が入居していることがわかった。また、「この1年間に賃貸物件などを新たに借りて地域生活を始めた」との報告のあった組織・法人は91で、計540人について報告があり、そのうち215人(39.9%)については「住居についての情報を提供し、部屋の契約においても関わりがあった」との報告があった。

以上の結果から、精神科病院の1/3以上は、すでに精神障害者の退院・社会復帰における住居確保の取り組みについて相当の経験があり、それらの経験をふまえた退院促進と住居確保対策の実施は、現実に長期在院患者が在院しているという事実も含め、きわめて実践的な方策と考えられる。また、共同住居は、賃貸契約の締結や解消で伸縮自在という特徴があり、これをうまく活用することで住居確保対策の大きな柱となる可能性があ

る⁵⁾。一方、精神障害者社会復帰ニーズ等調査の分析結果から、患者の年齢が上がるにつれて、日常生活能力等が低い患者の割合が増大する傾向が認められている。

以上から、住居確保対策は、その住居を利用する精神障害者のライフステージ、居住者の生活能力、介護保険制度の動向などを背景に、戦略的に組み立てていく必要があり、そのためには病院敷地内、精神科病院や社会復帰施設の近傍、さらには広く地域社会の全体を視野に、多様・多彩な住居群を確保していく考え方が必要である。障害者自立支援法には、居住支援サービスの再編として、ケアホーム(共同生活介護)、グループホーム(共同生活援助)、福祉ホーム(住居提供)、居住サポート事業(障害保健福祉圏域ごとに体制確保)が示されているが、すでに組織・法人が取り組んでいる取り組みの自立性を尊重しながらも、それを支援し、積極的に活用する視点が必要と考えられる。

自立支援と居住施設について、筆者の考えをまとめておく。

- (1)各都道府県の退院率を引き上げ、結果として退院促進を実現するには、長期入院患者の流動性を高めることが必要になる。
- (2)長期在院患者の流動性を高めるには、週2回程度の本人の状況を把握できるような仕組み(ケアマネジメント)と、住居確保は必須である。
- (3)住居確保においては、グループホーム、共同住居、個別の居室確保を含め、一般の賃貸住宅の利用が基本になる。
- (4)住居確保には、精神科病院等の培ってきた地域に対する信頼を役立てることが有意義である。
- (5)一般住宅の賃貸利用は、賃貸料が確実に支払われること、必要などの援助が即座に行われる・行う体制が確保できれば、かなりの現実味を持つ。
- (6)既存の賃貸市場にも利用できる賃貸物件は相当数存在すると思われ、賃貸市場の活用は、精神障害者の理解促進にもつながる。

さて、厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究」(主任研究者竹島正)においては、平成15～16年度の研究成果をふまえ、精神障害者の住居確保に関して、住宅の紹介システム、契約関係、損害賠償等の保険活用、生活の支援と住宅の管理、退去時の管理、当事者の財産の保全・活用など、一般住宅を活用するために必要な取り組みの全体像を明らかにして、精神障害者の住居確保のソフト面の全体像を明らかにして「住居確保の実践的引き・事例集」にまと

めるとともに、住居確保のための提言を行うべく研究を開始している(図3)。「住居確保の実践的引き・事例集」は、精神科病院等が実際に取り組んでいる住居確保やケアマネジメントの事例から生きた情報を得たいと考えている。日本精神科病院協会会員の皆様の協力をお願いしたい。

文 献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、国立精神・神経センター精神保健研究所：精神保健福祉資料-平成16年6月30日調査の概要-
- 2) 竹島 正、養輪裕子、橋本康男、他：社会復帰施設機能の測定に関する研究-精神障害者の退院・社会復帰における住居確保のあり方について-。平成15年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神障害者の社会復帰に向けた地域体制整備に関する研究」分担研究報告書、2004。
- 3) 竹島 正、橋本康男：退院・社会復帰に向けて多様な住居群の確保を。公衆衛生情報 34(9)：30-33、2004。
- 4) 竹島 正、宮田裕章、立森久照、他：社会復帰施設機能の測定に関する研究-精神障害者の退院・社会復帰における住居確保についての調査-。平成16年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神障害者の社会復帰に向けた地域体制整備に関する研究」分担研究報告書、2005。
- 5) 田中稜一：共同住居の存続の必要性を検討する。平成13年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神科病院・社会復帰施設等の評価及び情報提供に関する研究」報告書、2002。

訃 報

(社)日本精神科病院協会

鹿児島・(特定)医療法人敬和会隼人病院理事長 淵脇 工先生(84歳)におかれましては、平成19年2月21日(水)、逝去されました。謹んでご冥福をお祈り申し上げます。

なお、通夜、告別式は下記により行われました。

記

通 夜 平成19年2月22日(木) 18時より
場 所 JAやすらぎ隼人斎場
霧島市隼人町見次596

告別式 平成19年2月23日(金) 11時30分より
場 所 通夜に同じ
喪 主 淵脇弘子(ご令室)