

相談対応における精神保健福祉センターの役割と連携にかかる調査

研究協力者 黒田安計  
さいたま市こころの健康センター  
研究分担者 山下俊幸  
京都府立洛南病院

調査目的

本調査は、今後の「相談対応における精神保健福祉センターの役割と連携」のあり方について、本研究班として提案を行うために、全国精神保健福祉センター長会の協力の下、精神保健福祉センターを対象に実施するものです。データは統計的に処理し、精神保健福祉センターの個別の回答を明らかにするものではありません。なお、自由記載欄につきましては、回答センターが特定されない形で報告する場合があります。結果につきましては、後日、研究報告書をお送りするとともに、学会、学術誌等で報告する場合があります。何卒、ご理解ご協力のほど宜しくお願いいたします。

回答方法

- 1) 各設問について、該当する記号・文章を別紙の回答用ファイルにご記入下さい。
- 2) 複数回答可とあるもの以外は、回答を一つ選択してください。
- 3) 特に期日や期間を指定していない設問については、平成 23 年 10 月 1 日現在の状況としてご回答ください。

都道府県、指定都市名	
担当者氏名（連絡先としてご記入をお願いします。）	

- 1 診療機能について
- 2 医師確保について

精神保健福祉センター運営要領においては、「診療機能をもつことがのぞましい」とされていますが、本研究班の調査では、診療機能ありは 41/67 センターでした。そこで、精神保健福祉センターの診療機能についてうかがいます。また、精神保健福祉センター所長を含めて、精神保健福祉センター医師の確保に苦慮しているとの意見が多くあります。診療機能は医師確保とも強く関連していると言えます。併

せて、医師確保の現状についてうかがいます。

1-1 診療実施の有無

- A. 診療を実施している
- B. 診療を実施していない

（その理由

- C. その他（具体的に

1-2 今後のあり方

- A. 現状でよい
- B. 診療機能（一般診療）を充実させるべきである
- C. 診療機能（相談機能の一環として）を充実させるべきである
- D. 診療機能は必要ではない
- E. その他（具体的に

2-1 常勤精神科医師の定員・欠員について

- A. 定員 名
- B. 欠員 名
- C. その他（具体的に

2-2 欠員がある場合

- A. 23 年度内に充足の見込みがある
- B. 23 年度内に充足の見込みはない
- C. その他（具体的に

2-3 非常勤精神科医師の定員・欠員について

- A. 定員 名
- B. 欠員 名
- C. その他（具体的に

2-4 欠員がある場合

- A. 23 年度内に充足の見込みがある
- B. 23 年度内に充足の見込みはない
- C. その他（具体的に

2-5 医師確保についてご意見がありましたらお願いします。

( )

### 3 アウトリーチ機能について

本研究班の調査では、精神保健福祉センターのアウトリーチ機能については補完的役割との回答が多くなりました(56/67)。一方で、アウトリーチに積極的に取り組んでいるところや「ひきこもり」支援の一環として訪問に取り組んでいるところもあります。また、運営要領には訪問が記載されていないため、取り組もうとしても根拠が不明確であるとの意見もあります。研究班ではアウトリーチ機能を複雑困難事例への相談支援の一環として「もつことが望ましい」機能としてはどうかと考えています。そこで、アウトリーチ機能についてうかがいます。

#### 3-1 訪問を行っているかどうか

- A. 行っている(平成22年度実績 実件数 延件数 )
- B. 行っていない
- C. その他(具体的に )

#### 3-2 行っている場合の対象者(複数回答可)

- A. ひきこもり
- B. 未治療・治療中断
- C. 認知症
- D. その他(具体的に )

#### 3-3 今後のあり方

- A. センターが、体制や機能をさらに充実させて実施する必要がある
- B. センターが、現状の体制や機能で継続して実施する必要がある
- C. 実施主体は他の機関として、センターは補完的(支援)に関わる必要がある
- D. その他(具体的に )

### 4 医療観察法とのかかわりについて

医療観察法における精神保健福祉センターの役割は、ガイドラインには ○都道府県・市町村が行う精神保健福祉サービス等の援助を始め、本制度において行われる地域精神保健福祉活動に関する業務の支援(技術援助、教育研修等)を行う。○精神保健福祉相談、デイケア等のリハビリテーション機能をいかし、対象者及びその家族の支援を行う。○本制度による処遇終了後の一般の精神医療、精神保健福祉サービスの継続への円滑な橋渡しを行う。とありますが、実際のかかわり方は様々と考えます。そこで、医療観察法とのかかわりについてうかがいます。

#### 4-1 会議への参加(複数回答可)

- A. 都道府県レベルの会議
- B. 圏域レベルの会議(保健所単位など)
- C. ケア会議
- D. その他(具体的に )

#### 4-2 支援内容(複数回答可)

- A. 相談支援
- B. 訪問支援
- C. 事例検討
- D. 精神保健福祉センターデイ・ケア等の利用
- E. その他(具体的に )

#### 4-3 判定医等のかかわり(複数回答可)

- A. 審判員としてのかかわり
- B. 参与員としてのかかわり
- C. 鑑定入院の鑑定医としてのかかわり
- D. 指定通院医療機関としてのかかわり
- E. その他(具体的に )
- F. 判定医等のかかわりはない

#### 4-4 今後の方向性

- A. センターが、体制や機能をさらに充実させて実施する必要がある
- B. センターが、現状の体制や機能で継続して実施する必要がある
- C. 実施主体は他の機関として、センターは補完的(支援)に関わる必要がある

### 5 調査研究

精神保健福祉センターでは、各センターのニーズに応じて様々な調査研究がおこなわれています。また、運営要領には、「必要な統計及び資料を収集整備し、都道府県、保健所、市町村等が行う精神保健福祉活動が効果的に展開できるよう資料を提供する。」とありますが、630調査や実地指導などの統計や資料が必ずしも精神保健福祉センターにあるわけではありません。仮にあったとしても、現状では十分な分析ができる体制ではないとの意見もあります。そこで、調査研究の現状と今後についてうかがいます。

#### 5-1 把握している情報について

- (1) 自立支援医療
- a. 把握していない b. 一部把握 c. 全部把握
- (2) 自立支援医療実施業務内容(複数回答可)

- a. 判定業務 b. 受給者証発行業務 c. 実施せず
- (3) 障害者手帳
  - a. 把握していない b. 一部把握 c. 全部把握
- (4) 障害者手帳実施業務内容（複数回答可）
  - a. 判定業務 b. 手帳発行業務 c. 実施せず
- (5) 障害程度区分
  - a. 把握していない b. 一部把握 c. 全部把握
- (6) 障害程度区分認定審査会
  - a. 関与している b. 関与していない
- (7) 関与している場合（複数回答可）
  - a. 委員 b. 事務局 c. その他（ ）
- (8) 障害福祉サービス利用状況
  - a. 把握していない b. 一部把握 c. 全部把握
- (9) 精神科病院実地指導事前資料
  - a. 把握していない b. 一部把握 c. 全部把握
- (10) 精神科病院実地指導結果
  - a. 把握していない b. 一部把握 c. 全部把握
- (11) 医療監視結果
  - a. 把握していない b. 一部把握 c. 全部把握
- (12) 630 調査（個別病院の情報）
  - a. 把握していない b. 一部把握 c. 全部把握
- (13) その他の情報（具体的に ）

5-2 計画策定等の基礎資料となるニーズ調査について

- (1) H20-22 年度に貴県、市で実施したか
  - a. 実施した b. 実施していない c. その他（具体的に ）
- (2) 実施した場合の主管部門
  - a. 本庁 b. 精神保健福祉センター c. 保健所 d. その他（具体的に ）

5-3 様々な情報や調査結果等の解析機能について

- A. 現状で可能である
- B. 一部可能である
- C. 困難である
- D. その他（具体的に ）

5-4 今後の方向性

- A. センターが、体制や機能をさらに充実させて実施する必要がある
- B. センターが、現状の体制や機能で継続して実施する必要がある

C. 実施主体は他の機関として、センターは補完的（支援）に関わる必要がある

6 人材育成について

人材育成は精神保健福祉センターの重要な業務の一つですが、貴自治体職員を対象とした研修を実施する場合、精神保健福祉業務関係職員以外への研修は実施しにくいとの意見があります。自殺対策等を考えるときメンタルヘルスは全職員が研修対象になりうると考えます。そこで、職員研修の現状についてうかがいます。

6-1 研修対象の職員（複数回答可）

下記の職員を対象とした研修を実施している場合はチェックしてください（講師派遣ではなく、センターが主催のものに限定します）。

- A. 全職員
- B. 一般窓口職員
- C. 相談機関職員（精神保健福祉業務以外）
- D. 精神保健福祉業務関係職員
- E. 教職員
- F. 養護教諭
- G. その他（具体的に ）

6-2 今後の方向性

- A. センターが、体制や機能をさらに充実させて実施する必要がある
- B. センターが、現状の体制や機能で継続して実施する必要がある
- C. 実施主体は他の機関として、センターは補完的（支援）に関わる必要がある

7 精神保健福祉相談について

精神保健福祉相談は、精神保健福祉センター、保健所、市町村（指定都市では区役所）で行われていますが、今なおどこに相談したらよいかわからないという意見があります。そこで、身近な窓口である市町村に精神保健福祉に関する総合的な相談窓口を設置するとともに、保健所、精神保健福祉センターと連携して相談対応していくことが求められているのではないかと考えます。

7-1 市町村における精神保健福祉相談について

- A. 体制や機能をさらに充実させて実施する必要がある
- B. 現状の体制や機能で継続して実施する必要がある
- C. 実施主体は他の機関として、市町村は補完的（支援）に関わる必要がある

7-2 保健所における精神保健福祉相談について

- A. 体制や機能をさらに充実させて実施する必要がある
- B. 現状の体制や機能で継続して実施する必要がある
- C. 実施主体は他の機関として、保健所は補完的（支援）に関わる必要がある

7-3 精神保健福祉センターにおける精神保健福祉相談について

- A. 体制や機能をさらに充実させて実施する必要がある
- B. 現状の体制や機能で継続して実施する必要がある
- C. 実施主体は他の機関として、センターは補完的（支援）に関わる必要がある

7-4 市町村において総合的な精神保健福祉相談窓口を設置することについて

- A. 必要である
- B. 必要ではない
- C. どちらとも言えない
- D. その他（具体的に )

7-5 市町村に総合的な精神保健福祉相談窓口を設置する場合の課題（複数回答可）

- A. 法整備
- B. 財政支援
- C. 人材育成
- D. 特にない
- E. その他（具体的に )

8 精神保健福祉相談員について

精神保健福祉相談員は置くことができるとされていますが、精神保健福祉士による配置、保健師による配置、事務職員による配置、特に配置されていないなど、その実情は自治体によりさまざまであることが明らかとなっています。精神保健福祉相談の重要性を考えると、一定の資格のある相談員を配置することが求められていると考えます。これは、保健所、市町村（指定都市では区役所）においても同様と考えます。

8-1 精神保健福祉相談員として配置されているかどうか

(1) 精神保健福祉センター

- A. 配置されている
- B. 配置されていないが専門職として配置されている
- C. その場合の専門職（a. 精神保健福祉士 b. 保健師、 c. 社会福祉士、 d. 臨床心理士、 e. その他）（複数回答可）

D. 配置されていない

E. その他

(2) 保健所

- A. 配置されている
- B. 配置されていないが専門職として配置されている  
その場合の専門職（a. 精神保健福祉士 b. 保健師 c. 臨床心理士 d. その他）（複数回答可）
- C. 配置されていない
- D. その他

(3) 市町村（指定都市では区役所）に精神保健福祉相談員が配置されているかどうか

- A. 管内に配置されている市町村がある
- B. 管内に配置されている市町村はない
- C. その他
- D. 把握していない

8-2 配置されている場合の職種

(1) 精神保健福祉センター（複数回答可）

- A. 精神保健福祉士
- B. 保健師
- C. 社会福祉士
- D. 臨床心理士
- E. 看護師
- F. 作業療法士
- G. 事務職
- H. その他（具体的に )

(2) 保健所（複数回答可）

- A. 精神保健福祉士
- B. 保健師
- C. 社会福祉士
- D. 臨床心理士
- E. 看護師
- F. 作業療法士
- G. 事務職
- H. その他（具体的に )

(3) 市町村（指定都市では区役所、複数回答可）

- A. 精神保健福祉士
- B. 保健師
- C. 社会福祉士
- D. 臨床心理士
- E. 看護師
- F. 作業療法士
- G. 事務職
- H. その他（具体的に )
- I. 把握していない

8-3 精神保健福祉相談員資格取得講習会（H20-23年度）実施について

- A. 実施した（H23年度実施予定を含む）
- B. 実施していない

その理由

8-4 精神保健福祉相談員資格取得講習会（H20-23年度）派遣について

- A. 他府県等に派遣している（H23年度派遣予定を含む）
- B. 派遣していない

8-5 精神保健福祉相談員を必置とすべきかどうか

(1) 精神保健福祉センター

- A. 必置とすべきである
- B. 必置とする必要はない
- C. その他（具体的に )

(2) 保健所

- A. 必置とすべきである
- B. 必置とする必要はない
- C. その他（具体的に )

(3) 市町村（指定都市では区役所）

- A. 必置とすべきである
- B. 必置とする必要はない
- C. その他（具体的に )

9 地域精神保健福祉連絡協議会（部長通知:保健所及び市町村における精神保健福祉業務について）について

行政機関における相談対応を円滑に進めるためには、関係機関のネットワークや連携が必要と考えますが、地域精神保健福祉に関する都道府県（指定都市）レベルの連絡協議会はなく、必ずしも十分な情報共有ができていないと言えないと思われます。また、保健所レベルの地域精神保健福祉連絡協議会の現状は様々であると推測されます。そこで、保健所レベルと都道府県（指定都市）レベルの地域精神保健福祉連絡協議会を活用することで、相談対応の連携を図ることが求められているのではないかと考えます。

9-1 設置状況

- A. 管内すべての保健所に設置されている
- B. 一部の保健所に設置されている
- C. 設置されている保健所はない
- D. 把握していない

9-2 都道府県（指定都市）レベルの地域精神保健福祉連絡協議会の必要性について

- A. すでに設置している
- B. 新たに設置が必要である
- C. 必要であるが、既存の協議会等を活用する
- D. 必要ではない
- E. どちらともいえない
- F. その他（具体的に )

10 地域精神保健福祉推進計画（仮称）について

地域精神保健福祉に関連するものとして、障害者計画、障害保健福祉計画、健康づくり計画、自殺対策推進計画等の計画が策定されていますが、地域精神保健福祉を中心に据えた計画はなく、精神保健福祉法にも規定がありません。一方、精神保健福祉センターをはじめとして、地域精神保健福祉に関する予算や人員体制の充実を求める意見を多く聞きますが、なかなか進まないのが現状です。そこで、法的根拠（この場合は法改正が必要です）のある地域精神保健福祉推進計画（仮称）を策定することで、予算や人員体制の充実を含めた地域精神保健福祉の充実を図るべきではないかと考えています。

10-1 地域精神保健福祉推進計画の策定について

- A. 計画は必要である
- B. 計画は必要ではない

C. どちらともいえない

D. その他（具体的に \_\_\_\_\_ )

10-2 精神保健福祉センターの人員体制や予算の充実に向けた取り組みがあればご回答ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

(参考設問) 本研究班では「精神保健福祉相談情報ページ」<http://www.acplan.jp/soudan/index.html> を開設しています。掲載すべき報告書・マニュアル等がありましたらリンク先等をご教示ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

たいへんお忙しい中ご協力いただき、本当にありがとうございました。

なお、各自自治体名がわかるようにファイル名を適宜変更していただき、回答用ファイルのみを下記のブロック担当常任理事（担当者様）へ、11月4日（金）までにご返送いただきますようお願いいたします。

ブロック担当常任理事

北海道・東北ブロック 有海所長（山形県） アドレス (kokoro-y@fancy.ocn.ne.jp)

関東・甲信越ブロック 福島所長（新潟市） アドレス (n01.fukushima@city.niigata.lg.jp)

中部・近畿ブロック 松浦所長（大阪府） アドレス (MatsuuraR@mbox.pref.osaka.lg.jp)

中国・四国ブロック 太田所長（岡山市）アドレス (junichirou\_oota@city.okayama.jp)

九州ブロック 仲本所長（沖縄県）担当 長嶺 様 アドレス (ngmineyk@pref.okinawa.lg.jp)

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」

分担研究報告書

精神科デイ・ケアの有効活用に関する研究

研究分担者 安西 信雄 ((独)国立精神・神経医療研究センター病院)  
研究協力者 長沼 洋一 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)  
長沼 葉月 (首都大学東京)  
平林 直次 ((独)国立精神・神経医療研究センター病院)  
坂田 増弘 ((独)国立精神・神経医療研究センター病院)  
池淵 恵美 (帝京大学)

研究要旨：

【目的】平成21年9月に出された「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」では、精神科デイ・ケア等の機能強化・分化を掲げ、「対象・利用期間・実施内容を明確にして医療としての機能を強化したデイ・ケア等の整備を図る」必要性を挙げている。そこで本研究では、現在我が国の精神科デイ・ケアにおいてどのような実践が展開されているのかについて、研究動向を明らかにすることを目的とした。その上で、「医療としての機能を強化した精神科デイ・ケア」についてグッドプラクティスモデルを取り上げて、それらに共通する要件は何かを明らかにすることを目的とした。

【方法】精神科デイ・ケアに関する近年の研究動向をレビューした。その上で、対象となる精神科デイ・ケアを選定し、支援の実態を詳細に把握する面接調査項目を策定した。グッドプラクティスといえるデイ・ケアに対してインタビュー調査を実施し、得られた質的データを事例分析法を用いて分析し、特徴の異なるデイ・ケア等に共通する要因を抽出した。

【結果】研究初年度は、研究動向のレビューから近年の精神科デイ・ケアに関する報告の概要を確認した。その結果、精神科デイ・ケアの活動の多様化が見られた。特にうつのリワークや援助付き雇用などの就労支援に関連する取り組み、心理教育や認知行動療法を取り入れた活動などの報告があった。一方でこれらの研究で用いられているアウトカム指標はバラバラであり、デイ・ケア全体に統一的に用いることのできるアウトカム指標の設定の困難さが示唆された。そこで2年目と3年目にかけて、これらの先駆的な取り組みのうち医療機能を強化した実践を行っているデイ・ケアに対してヒアリング調査を行い以下の共通要件を抽出した結果、(1)個人受け持ち制の充実、(2)支援プロセスの進捗管理を意識したケースマネジメントの実施、(3)利用者の年代・診断・性別・その他の特徴に合わせたプログラムの運営と活用、(4)疾病理解の促進と症状の自己管理・再発予防につながるプログラムの実施、(5)内部の他部門・外部機関との連携、(6)アウトリーチ体制の整備、(7)個人単位のアウトカム評価の実施、(8)社会参加への具体的な支援の提供、があげられた。

【考察】調査対象となったのは、対象者や立地条件が異なり機能分化の方向性も異なる精神科デイ・ケア等ではあるが、多くが共通の要件を満たしていたことから、効果的な実践を展開する上では共通する構成要件があることが明らかになった。デイ・ケアという集団の場を個人への支援として活用する意識があり、また症状の悪化や卒業を見据えた多角的なアウトリーチを意識しており、それを具体的な方法を通じて実践していることが、共通要件に関連していると考えられた。

【結論】医療機能を強化した精神科デイ・ケア等では個別受け持ち制の充実、的確なケースマネジメント、ニーズに即した支援、疾病理解、多部門・機関連携、アウトリーチ、社会参加支援に

力を入れてサービスを展開しており、これらの複合的な実施が優れたデイ・ケア活動につながることを示された。

#### A. 研究目的

近年、地域精神保健福祉の進展に従って精神科デイ・ケアのより有効な活用が求められるようになってきた。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」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を挙げた。そして地域医療体制の整備の中で、「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」とした。また平成21年9月には「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」と題する報告書を提出した。そこでは、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、デイ・ケア等とする）の現状について、「実施目的は、再入院・再発予防、慢性期患者の居場所、生活リズムの維持等があり、退院後の生活支援を含め、地域移行における受け皿の役割を果たしている」と一定の評価を得たものの、改革の方向性として以下の3点を挙げた。すなわち、「急性期や回復期に、適切なアセスメントに基づき、認知行動療法、心理教育等を一定期間重点的に行うなど、対象・利用期間・実施内容を明確にして医療としての機能を強化したデイ・ケア等の整備を図る」こと、「医療資源をより重症な患者に重点的に活用する観点や、利用者のニーズ・目標に応じた多様なサービスを提供する観点からは、対象者・利用目的・実施内容が福祉サービスと重複しているデイ・ケア等については、その利用者の選択の下で障害福祉サービスの利用を促していけるよう、障害福祉サービスの充実等を図ってい

く」こと、「利用者の地域生活における自立をより促す観点から、デイ・ケア等の長期にわたる頻回な利用や長時間の利用については、それが漫然としたものとならないように促す方策を検討すべき」であることの3点である。

デイ・ケア等は、入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、デイ・ケア等の実施施設数は着実に増加している。また、デイ・ケア等全体ではその利用者の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におけるデイ・ケア等では、気分障害圏や神経症圏など多彩な疾患の患者も比較的利用割合が高く、設置主体や利用者に合わせてデイ・ケア等の多様な展開も始まっている。このように近年は精神科デイ・ケアの機能を専門分化させた取り組みが広がっているが、その一方で長期にわたる漫然とした利用があること、それを防ぐ方策を検討すべきことが指摘されている。特に、医療資源をより重症な患者に重点的に提供する視点からの検討は乏しい。特に近年では精神保健医療福祉の進展においてアウトリーチの重要性が指摘されており、訪問看護やACTのような訪問型の支援の有効性が指摘されている。そのような中で通所型の支援になる精神科デイ・ケアは医療としての機能を適切に果たす上でどのような機能を求められているのであろうか。

そこで本研究では、「医療としての機能を強化したデイ・ケア」（以下、本論では医療機能強化型デイ・ケアとする）として実践されているデイ・ケアを抽出して整理し、ヒアリング調査によりその実施に必要な要件を抽出することを目的とした。

#### B. 研究方法

まず、精神科デイ・ケアに関する近年の研



究を収集し、近年の精神科デイ・ケアの動向を把握した。

ついで医療機能に力を注いでいる精神科デイ・ケアへのヒアリング調査を実施した。精神科デイ・ケアの運営実態とアウトカム評価を明確にするために、包括的な質問項目を選定し、一病院でのパイロットスタディを経て、調査方法を決定した。

調査に際しては、精神科デイ・ケアの多様化を意識し、運営主体や地域に偏りを持ち過ぎないように意識して調査先を選定し、調査の趣旨にご理解いただき同意を得られた9か所のデイ・ケアに調査を行った。

調査内容は以下のとおりである：

1. デイ・ケアの特徴
2. デイ・ケアの運営体制
3. プログラムの内容
4. デイ・ケアとしてのアウトカム評価実施状況
5. ケースマネジメント実施の状況
6. 院内他部門との連携および地域資源との連携
7. アウトリーチの活用
8. そのほか

調査を実施したデイ・ケアは、大学病院のデイ・ケア2か所、公立病院のデイ・ケア1か所、診療所デイ・ケアが6か所であり、診療所のデイ・ケアは、総合的なデイ・ケアが2か所、うつのリワークに特化したデイ・ケアが1か所、早期介入コースのデイ・ケア1か所、児童思春期に力を入れたデイ・ケア1か所である。

調査は研究協力者2名で行い、面接時にはノート記録を作成し、また音声データを録音した。各記録および音声データに基づき、調査結果のまとめを作成し、調査対象者に内容の承認を得て事例分析に活用した。

事例分析に際しては、各施設の共通項目をKJ法で整理した。なお、9か所うち、複合的なデイ・ケア施設であり個別のコース運営の実態に関する詳細な把握が困難であったデイ・ケアに関しては事例分析の対象から除外

した。以上の手続きにより、精神科デイ・ケアのグッドプラクティスモデルに共有する特徴を明らかにした。

（倫理面への配慮）

調査内容は精神科デイ・ケアの運営や実施内容に関して総合的に探索するものであり、患者個人を同定する内容は含まない。また調査結果については、個別の施設での実践を取り上げず全体的な形で共通する特徴を提示しており、各施設の利用者の個人情報や調査協力者に対して適正な倫理的な配慮を払っている。

## C. 研究結果

### 1) 精神科デイ・ケアをめぐる研究動向

精神科デイ・ケアの効果に関する近年の研究動向を概観した。その結果、欧米を中心にRCT デザインでの研究がなされてきた。Cochrane ライブラリに掲載されたデイ・ケア関連の研究レビューでは、医療系のデイ・ケアである Day Hospital care と非医療系の長期的支援を前提とした Day Centre care が取り上げられている。Day Hospital を入院治療と比較した結果<sup>1)</sup>、入院期間は入院治療と比べて day hospital の方が長いものの日中の治療のみの期間も Day Hospital がわずかに長く、再入院率もごくわずかながら Day Hospital が低いこと、失業率や QOL や治療満足度に差がないことを指摘し、Day Hospital は通常の入院治療と同程度の機能を持つと報告している。Day Hospital と通常の外来診療との比較では<sup>2)</sup>、入院日数が Day Hospital の方がやや少ないようであったがデータの質に課題があること、一年後の追跡率や社会機能では外来診療と Day Hospital に有意差がないものの、Day hospital の方がわずかに失業率が低いことを指摘し、QOL や満足度や健康日数、コストについての検討が足りないが、Day Hospital は入院治療を抑制し、通常外来診療では不足しているケアを補う中間的な機能として重要な役割があると論じている。また Day Centre care に関しては、無作為化された研究がほとんどなく Day Hospital と比較した効果に関し

ても相反する結果が報告されていることを指摘している。個々人の支援においては医療的ニーズと社会的ニーズのバランスを考えつつ、ソーシャルサービスの一つとしてその利用が個々人に役立つかどうかを見極めながら活用すべきであることを示唆している。また Day Centre で提供されているサービスの多様化が地域や設置母体、利用者特性など複合的な背景から合理的に導き出されたものであり、それゆえに無作為化試験が難しいのも当然であることを指摘している。

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きた。それらの結果、統合失調症患者等を対象に精神科デイ・ケア利用者では短期的に再入院率の低下を示した研究報告もあり<sup>3,4,5)</sup>、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が総説されている<sup>6,7,8,9)</sup>。また精神科デイ・ケア等の実施と退院に関連する変数との関連について分析した報告では、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<sup>10)</sup>。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）が高いという報告もある<sup>11)</sup>。しかし精神科デイ・ケアの再入院予防効果やその他の効果評価研究は、近年はあまり報告されていない。

近年の精神科デイ・ケアに関する研究では、複数の施設を対象とする研究ではプログラムやスタッフ構成<sup>12)</sup>、初期適応に関する評価尺度の開発研究<sup>13)</sup>などがみられたが、複数のデイ・ケアにまたがって効果評価を行った研究はみられなかった。また、一施設における効果評価の研究では、復職や就学援助の視点から検討した量的・質的研究<sup>14,15)</sup>がみられた。個別のプログラムの開発・評価研究もみられ

たが、疾患による差異やデイ・ケア利用期間などとプログラムとの関連性は示されなかった報告もあった<sup>16)</sup>。また個別あるいは複数のデイ・ケアを対象に利用者のニーズ調査を行った結果を報告するものもみられた<sup>17,18,19)</sup>。

総じて、現在の我が国のデイ・ケアをめぐる研究は、多様化する利用者のニーズに合わせて様々な展開方法を模索している時期であるように考えられ、画一的な効果評価が難しくなりつつあるのが現状であろう。

## 2) グッドプラクティスの事例に共通する特徴

医療としての機能を意識することはすなわち治療上の位置づけを明確に意識していることであった。調査対象のデイ・ケアは通常治療におけるデイ・ケアの役割機能を明確に意識化しており、ほとんどのデイ・ケア施設が「終了」を意識した関与を行っており、それらでは大半が平均の卒業までの年数は2年程度であった。しかし利用年限を限定しているデイ・ケアはなかった。また比較的長期的な視野を持って関与しているのは対象者が文字通り児童・思春期であったり、アディクション等の継続的な関与を必要とする場合であった。そして終了後の転帰についても丁寧なフォローアップを行い、把握していた。

デイ・ケアとしての治療上の位置づけを明確に意識しているがために、集合的な効果評価に困難を抱えていることも多かった。個別的な視点での関与を丁寧に行っているため、個別化された評価が行われているが、全メンバーに適用可能な数量化指標に基づく一律の評価はあまり実施されておらず、用いても役立たない、または数量化困難であるとの意見が多く得られた。

従って医療機能を強化したデイ・ケアでは、個別化された支援にデイ・ケアの「場」「機能（集団）」を活用していることが多かった。

これらのデイ・ケアの運営、活動等の特徴をカードにまとめ、KJ法によって構造的な類似性を意識しつつ概念整理を行った。その結果を表1に提示する。以下、得られた概念の

カテゴリについて、個別化された支援にデイ・ケアを活用する上で、鍵となると考えられた共通の構成要件を列挙する。

#### (1) ケースマネジメントの適正な実施

支援プロセスの進捗管理を意識した適正なケースマネジメントが実施されている点も多くで共通していた。デイ・ケア等のアウトカム指標を一律に数値化することが困難であることも多かったが、定期的なモニタリング・目標設定・プランニングのプロセスを含むケースマネジメントを適正に実施している施設では、比較短期間で利用者が目標を達成しデイ・ケアを終了していた。多くは利用者の変化に合わせて比較的頻繁にモニタリングを実施していたが、それ以外にも「少なくとも半年に1回以上」等と目安を決めてモニタリングを行うこともあった。

#### (2) 個別の質的な変化を把握できるアウトカム指標の開発

デイ・ケアの立地条件や対象者等にあわせた決め細かなアウトカム評価を用いているデイ・ケア等実施施設は多かった。対象者を限定しているデイ・ケアでは、施設単位で就労継続日数等の指標を算出することも可能であったが、多くのデイ・ケアでは個別化原則を重視することでより効果を高めており、施設単位ではなく個人単位でのアウトカム評価の重要性が示唆された。

#### (3) ケースロードを抑えた個人受け持ち制

定期的な個人面接を行ったり、ケースマネジメントを担当するなど、何らかの形で個人受け持ち制を充実させていることが多い。その場合のケースロードは、1:15程度に抑えられている個所ではより充実した支援が展開されている。

#### (4) 利用者のニーズに柔軟に応じるプログラム構成

利用者の年代・診断・性別・その他の特徴に合わせて生活課題の達成に役立つプログラムを取り入れていた。利用者との個別の話し合いやプログラム作りのアンケート等を通じて利用者のニーズを丁寧に拾い出している施

設が多かった。さらにデイ・ケア実施施設の立地条件等も踏まえつつ、コースを特化したり、プログラムを特化したりする等、デイ・ケアの運営に工夫が加えられていた。都市の場合には対象者を区切った運営がなされていたが、地方の場合には様々な対象者を受け入れつつプログラム内でメリハリをつけることで利用者に合わせた支援を提供していた。さらに各プログラムについて複数担当制をとることでチームアプローチの効果を挙げているデイ・ケア施設も多かった。

#### (5) 疾病理解と症状自己管理のための教育的支援

疾病理解の促進と症状の自己管理・再発予防につながるような、心理教育、SST、認知行動療法等の目的が意識化されたプログラムの実施がみられた。利用者の特性に合わせた支援の一環ではあるが、医療としての機能を明確化していく中で疾病理解や再発予防は重要な構成要素である。デイ・ケアにおいて作業や身体活動等の諸活動場面を通じて生活場面や対人的交流様式を包括的に把握することが可能になり、一定期間の濃い支援を提供できることから、個別化した形で疾病理解や再発予防のための対処スキルの獲得をはたかせることが可能になっていた。

#### (6) 実際の就労・就学支援

デイ・ケアを通じて成長・発展の場としていくためにそれぞれの人生行路の中での社会参加の次の目標を丁寧に話し合っていくが、就学年齢であれば就学が、青年期以降であれば就労が、社会参加のためのあるいは夢を実現するための一つの手段として浮かびあがってくることが多い。

そのため就学・就労支援を提供していることが多い。就学支援に際しては、集団への馴れや学校教職員へのコンサルテーションを行うことが多いようであった。就労支援に注力しているデイ・ケアは多かった。

就労支援の形態としてリワークデイ・ケアは、ホワイトカラーのオフィスワークを模したプログラムを中心に復職支援を提供してい

ることが多い。一方、リワーク以外のデイ・ケアでは、就労準備性チェックリスト等を活用したり、ハローワークや障害者職業センター等の雇用促進機関と連携し、履歴書の書き方や面接練習を行ったりする等、就労に向けてのスマールステップの積み重ねによる具体的なスキルの獲得と不安の軽減を勧めていた。また後者のタイプでは個別化原則と重ねて、就労が目的ではなく本人の自己実現、目標の達成のために就労という手段を経ることが多いため、その支援を提供していると語ることが多かった。

#### (7)欠席時の連絡などアウトリーチの充実

デイ・ケア等への出欠状況はデイ・ケア等の効果を把握したり、病状の変化を速やかに把握し適切な早期介入を行う上で重要な指標となる。デイ・ケア等への不可解な欠席がある場合には、まず外来主治医と連携し、必要に応じてアウトリーチ体制をとっているデイ・ケア実施施設は多かった。アウトリーチに際してはデイ・ケアの担当者が直接電話や訪問を行う場合もあれば、訪問看護部門と連携する場合もあった。

#### (8)多様な家族支援の提供

個別受け持ち担当が、家族からの個別の相談を受け付けている施設は多かった。また設置施設全体で家族会・家族教室等を実施していることもあった。加えて、デイ・ケアのプログラムに家族を対象とするプログラムを組み込んだり、デイ・ケアメンバーの家族のみを対象とするプログラムを提供する等の工夫を実施している施設もあった。総じて家族支援については十分に実施できていないという発言が多かったが、最低でもデイ・ケア利用時には家族とも面接を行う等、本人と家族を意識した支援を提供していることが多かった。

#### (9)デイ・ケア内での多職種チームアプローチ・組織内連携

デイ・ケアの卒業後を意識したチーム支援体制や連携体制が組まれていた。すなわち何らかの形でデイ・ケア後につながっていくことを意識して、チームでの見たての違いや専

門的知識の違いを役立てていることが多かった。欠席時のアウトリーチでは訪問看護と連携して支援を提供することもあった。多職種の違いを役立てるため、デイ・ケア内で定期的に会議を行ったり、医療機関内の他部署と合同の定例会議を行っている施設は多かった。また適正に管理された記録や会議による情報共有を通じてデイ・ケア等の役割や他機関の役割、連携が促進されていた。このようなデイ・ケア内や院内の他部門との連携は、一人の患者に対して複数で協働して支援を提供することにつながり、多角的で包括的な見立てによる充実した支援につながっていた。

#### (10)卒業後につながるデイ・ケア外とのネットワーク

卒業後を見据えて利用者の特徴に合わせた関係機関との連携を行っていた。就労して次のステップを目指す場合には就労支援機関、復職を目指す場合には（主治医を通じて）企業の産業保健担当や上司との連携がみられた。こうした他機関との連携においては、対人関係に困難を覚えやすい患者が「見捨てられ不安」等を抱かずに済むように役割分担をしながら共時的に支援を提供し続け、本人が安心して次のステップに移行できるまでは卒業を強制しない形で行われていた。

## D. 考察

### 1) 医療機能を強化したデイ・ケアとは

精神科デイ・ケアにおいて医療機能を強化した実践を行うということはどのようなことを含むのであろうか。以下共通特徴からさらに示唆される点を提示する。

#### (1) 個別化した治療プログラムの明示

精神科デイ・ケアにおいて医療機能を果たす上で最も重要なのは個人に対する治療上の位置づけを明確にし、それを利用者スタッフで共有しながら支援を進めることであろう。そこで多くのデイ・ケアではケースマネジメント<sup>1</sup>を充実させていた。ケースマネジメントのプロセスにおいては、インテーク、プランニング、介入、モニタリング、再プランニ

ング、という循環的なプロセスを経て個人の目標達成を支援して行くことが重要である。本調査の対象となった多くのデイ・ケアでは、スタッフがケースマネジメントを適正に行い、個別化された支援計画を文書化して適切に管理していた（リワークではケースマネジメントは外来診療部門が担当していた）。ケースマネジメントにおいては、単に医学的治療だけではなく社会参加までを視野に入れたトータルリハビリテーション的な視点での評価を行っている機関が多かった。

また外来診療とデイ・ケアとの連携を密にとっていることが多く、主治医診察時に同席をしたり、主治医と週に1回以上は面談をしたり、メール・カルテ・電話・外来診察室の訪問等多様な方法で必要な連携を取っていた。デイ・ケアの欠席時等、外来診療の継続状況を確認しながら対応を判断することも多かった。精神科デイ・ケアは、多職種スタッフを配置できる密度の濃い治療形態であり、通常の外来診療のみでは再発リスクが高かったり病状不安定になりやすかったりする人々へ専門的なサービスを提供するのに適している。主治医による外来診療、多職種スタッフとメンバー集団によるデイ・ケアでの複合的な支援を経て、治療上の次のステップへと移行して行くことが可能になるであろう。

これらの個別化した治療プログラムの策定、及び継続的な支援、モニタリングを提供して行く上で、ケースロードは1人当たり15人未満に押さえられていることが望ましかった。

<sup>1</sup> 本稿では「ケアマネジメント」ではなく「ケースマネジメント」という用語を用いているのも、『ケアサービスを調整管理する』のではなく、個別化された支援をより重視し『ケースに寄り添った総合的な支援のマネジメント』を主張したいためである。

## （2）セルフケア能力の支援に向けて

医療機能を強化したデイ・ケアにあっては疾病理解、症状の自己観察、自己の生活課題の気付き、栄養や運動スキル等、いわゆるセルフケア能力の実践的スキルの獲得を目指す

支援が提供されていることが重要であろう。

これらについては外来診療でも一定の介入は可能であるだろう。しかし通常診療において生活場面を適切に言語化しづらい患者や精神疾患に起因する様々な生活障害に対して否認意識の強い患者においては、通常の外来診療だけでは十分な教育的介入が行き届かないかもしれない。こうした支援困難な利用者への支援において、デイ・ケアにおける集団場面で課題が顕在化したり、あるいは就学・就労に向けて具体的なチャレンジを積み重ねてステップアップしていくプロセスを通じてより個別化した課題が明確化していく。本人だけではなく周囲の支援者にとって把握可能な状況の中で、個別的課題が明確化されることで、教育的介入の内容にもより個人の体験に寄り添った疾病理解の働きかけが可能になり、理解の深化が生じる。また学んだ知識を実生活で応用し、その振り返りを他のメンバーやスタッフと共有し合いながら確認して行くことができるため、その定着効果も高いと考えられる。

Cochrane レビューでは生活スキルプログラムの効果についてはまだ RCT では明らかになっておらず<sup>20)</sup>、SST 等の心理社会的介入についても、介入方法の多様化を背景にその効果が明らかになっていないが<sup>21)</sup>、一定の有用性は示唆されている。こうしたプログラムの実施が利用期間の短期化を意味するわけではないだろうが<sup>16)</sup>、医療機能を強化したデイ・ケアにおいてはよりインテンシブな支援を要する人々に対して濃密なプログラムを通じて適切なセルフケア能力を高める介入が可能になるであろう。

## （3）予防的介入への意識の高さ

通常の外来診療よりも、デイ・ケアにおいて有利なのは、予防的介入のしやすさではないだろうか。医療機能を強化したデイ・ケアの多くはこの点に非常に力を入れていた。

予防的介入への意識の高さは、一つは（2）で述べたようにセルフケア能力の成長のための疾病理解と関連しており、例えば症状の変

化がみられた時にそれに合わせた治療方針の修正を主治医にはたらきかけ、教育的介入もそれに合わせて柔軟に修正して行く、といった要素がふくまれる。しかしより大きなものは、病状の変化、不安定さがみられた時の対応だろう。

病状の変化が生じるのは必ずしもデイ・ケアの中だけではない。日常生活の中で、家庭生活の中でも様々な変化が生じうる。こうした日々の変化を早期に把握できるように、欠席時の様子を早期に発見するアプローチ体制が整っているかどうかがかぎとなる。欠席が続いた時に、自宅に電話したり訪問したり外来診療時の様子を主治医に聴いたりして日常の様子を把握するなど、援助職側からのアウトリーチの姿勢を示すことで、利用者側からも状態が悪化した時に早期に相談しやすくなり、早期の介入につながることで本格的な症状の悪化、再燃を予防することが可能になるであろう。

同様の観点から家族からの情報を拾い上げるチャンネルを持っているかどうかも重要な要素である。医療機関全体として家族会活動を行っている機関は多かったが、デイ・ケアのメンバーのニーズに特化したよりインテンシブな家族会や、家族を対象とするプログラム等を充実させることで家族と連携してより予防的な介入を行うことが可能になるであろう。同時にそれは家族の過剰な負担を軽減し、家族の二次的なメンタルヘルス問題を予防する効果も期待できるであろう。外来診療において、電話や手紙で次回の受診予定日への促しを行うことには一定の効果があることが報告されており<sup>22)</sup>、多職種によるチームアプローチによる支援を提供し、外来診療や訪問看護等のいくつかの部門と連携した形で包括的な支援を提供することが可能なデイ・ケアは、こうした予防的介入を行うに優れた可能性を持っていると言えるだろう。

#### (4) 医療から福祉への橋渡しを意図した支援

医療的な機能を強化することは、同時にデイ・ケアで提供できない支援についての意識

がより明確になることでもある。そのため、医療機能を強化したデイ・ケアにあっては医療以外の部分との連携が不可欠となる。

具体的には卒業を見据えた支援とも関連するが、生活場面での様々な生活課題に対して持続的な支援を提供するための、就労支援事業所や相談支援事業所との連携が鍵になるであろう。多くのデイ・ケアにおいては、就労関係の相談は就労支援事業所等のコーディネーターが担当し、それ以外の相談についてはデイ・ケアの個人受け持ち担当が応じるような形で徐々に役割分担を始め、徐々にデイ・ケアの受け持ちスタッフの関与を減少して行くような形で、卒業に向けて支援を続けていた。

対人関係を継続することに困難を生じる方もいるため、卒業については特に「就労したから」とか「復学したから」と区切りを援助職側から強制することはほとんど行われていなかった。目標を達成し、デイ・ケア通所の時間がほとんど無くなっても「何かあったときにいつでも相談できる」という安心感があることが、次の場所への定着に重要な機能を果たしていると考えられた。

こうした外部機関との連携に関しては、個別の利用者への支援に際して個人受け持ち担当か主治医が担っていることが多かったが、機関同士の連携（例：地域連絡協議会等）においては、デイ・ケアの代表が参加することもあったが、PSW 部門等の他の部門のスタッフが出席して連携し、デイ・ケアはその情報を共有していることも多かった。複数の機関がある場合にはこのような連携を通じて、疎漏のない支援を提供して行くことが重要であろう。

#### 2) 今後の研究的課題について

個別の利用者の効果評価に関しては、各デイ・ケアで知恵を絞りながら個々の進捗や変化を適正に把握する仕組みを設けていた。また卒業者数や卒業者の就労状況の把握等、多くのデイ・ケアで転帰に関するデータを収集していたが、単純にデイ・ケア利用の目標が

「就労」ではないことから効果評価の難しさを訴える意見は多かった。

医療機能を強化したデイ・ケアは、今後、「どのような患者に対してデイ・ケアのインテンシブな支援が有効なのか」という問いへの答えを提示して行くことが課題となるのではないだろうか。どのような人がより医療機能を強化したデイ・ケアの支援を必要としているのだろうか。今回のヒアリングではデイ・ケア施設において「うつで休職中の方」「早期精神病状態でストレスマネジメントスキルが必要な方」「社会不安が強く援助要請スキルに乏しい方」「認知機能障害の影響で日常生活の様々な場面で支援が必要な方」等、比較的对象者を明確に意識して設定していた。こうした対象者の方々にデイ・ケアを提供することで望ましい効果が得られることを示していくことは今後の課題の一つであろう。またデイ・ケア利用者の方の満足度や生活の質の評価を行っていくことも求められるであろう。

医療機能を強化したデイ・ケアの今後の役割として、入院を減少させつつ治療の質を高める効果が期待される。入院治療では患者の自由の制限を伴いがちであるのに対して、デイ・ケアでは制約を最小限にしつつ治療の密度を入院と同等に高めることができることから、早期介入や思春期・青年期の症例の治療の場に適しているほか、社会参加を目指す治療活動も展開しやすい。さらに現在では病識が乏しかったり症状が不安定なために入院が長期化している例について、入院中からデイ・ケアに導入することにより退院を早めるなどの効果が期待できる。特に後者の方法は、医療観察法症例等のハイリスク症例について今後重点的に開拓すべき課題と思われる。

#### E. 結論

精神科デイ・ケアがより有効に活用されるためには、医療としての機能を強化して行くことが望ましいと考えられた。医療としての機能を強化するためには、対象者を明確にするなどして、通常の外来診療では十分適切な

支援を提供しきれない患者に対してきめ細やかな支援を提供することが重要であると考えられた。

医療としての機能を強化したデイ・ケアの多くにみられる特徴は、個別化された治療プログラムが設けられていることであり、その最大の特徴は多職種チームを生かしたケースマネジメントがしっかり行われていることであった。また機械的に卒業までの年限を区切るのではないが、定期的なモニタリング面接を行うことで目標の達成に向けた支援へ積み重ねていた。

プログラムでは疾病理解と再発予防に力を入れた教育的介入を工夫しながら取り入れており、状態の悪化に早期に介入できるような予防的な意識からアウトリーチや家族支援にも意識が向けられていた。そしてデイ・ケアへ入ってきてから卒業に至るまでを意識して、多職種チームによる個別支援、また利用者支援を通じた多機関連携が実施されていた。

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

#### I. 引用文献

- 1) Marshall M, Crowther R, Sledge WH, Rathbone J, Soares-Weiser K. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD004026. DOI: 10.1002/14651858.CD004026.pub2.
- 2) Shek E, Stein AT, Shansis FM, Marshall M, Crowther R, Tyrer P. Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia.

- Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. No.: CD003240. DOI: 10.1002/14651858.CD003240.pub2.
- 3) 浅野弘毅: 分裂病者のリハビリテーションの現状と課題 デイケアの効果と評価 再入院抑止効果を中心に. 臨床精神医学 22 : 61-67, 1993
  - 4) 武田俊彦, 大森文太郎: 慢性精神分裂病患者に対するデイケアの再入院防止効果. 精神神経学雑誌 94 : 350-362, 1992
  - 5) 塚原敏正, 加藤元一郎, 笠原友幸: デイケアの有効性に関する検討 再入院率を指標として. 精神科治療学 9 : 1371-1377, 1994
  - 6) 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.
  - 7) 西園昌久: 分裂病者の社会復帰 新しい展開 デイケア活動の評価 予後調査より. 精神医学 37 : 37-43, 1995
  - 8) 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.
  - 9) 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.
  - 10) 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.
  - 11) 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. 日社精医誌 17 : 3-10, 2008.
  - 12) 高田絵理子, 大竹まり子, 赤間明子, 小林淳子, 細谷たき子, 叶谷由佳: 精神科病院付設デイケアの職員構成と提供されているプログラムの現状. 北日本看護学会誌 12(2):93-100,2010.
  - 13) 上原栄一郎, 山田孝: 精神科デイケア初期適応質問紙とスタッフチェックリストの作成に関する研究. 作業療法 30(5): 552-562, 2011.
  - 14) 武田隆綱: 青年期発病統合失調症患者の高等教育支援. 精神療法 36(1): 93-104, 2010.
  - 15) 菅原誠: 職場のメンタルヘルスをめぐる関連機関の現状(第 44 回) 精神保健福祉センターにおけるうつ病復職支援の現状と問題点. 産業精神保健 19(2): 118-125,2011.
  - 16) 岩崎香, 広沢正孝, 中村恭子: 精神科デイケアにおけるプログラムの現状と課題. 順天堂大学スポーツ健康科学研究 10: 9-20, 2006.
  - 17) 藤田さより, 小川恵子, 新宮尚人: 精神障害者の就労支援に関する予備的研究 当事者に対するニーズ調査の結果から. リハビリテーション科学ジャーナル 6 : 11-20,2011.
  - 18) 村上妙子, 寺岡江梨子, 後藤満津子: 精神科デイケア通所者の地域生活を支える取り組み 目的アンケート調査を分析して. 日本精神科看護学会誌 52(1): 136-137, 2009.
  - 19) 榎本奈生, 関戸好子, 菅原京子: 精神科デイケアの通所者が語る社会生活に必要な支援ニーズ. 山形保健医療研究 12: 33-46, 2009.
  - 20) Tungpunkom P, Maayan N, Soares-Weiser K. Life skills programmes for chronic mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 1. Art. No.: CD000381. DOI: 10.1002/14651858.CD000381.pub3.
  - 21) Cleary M, Hunt GE, Matheson SL, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD001088. DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub2.
  - 22) Reda S, Rowett M, Makhoul S. Prompts to encourage appointment attendance for people with serious mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD002085. DOI: 10.1002/14651858.CD002085.



表1 医療機能を強化したデイ・ケアにみられた特徴的な要件

立地条件	23区内 大学病院	23区内 大学病院	地方 公立病院	都市 診療所	都市 診療所	地方 診療所	地方 診療所	23区内 診療所
主たる特徴	2-30代中心に実行委員会方式	20代中心、実行委員会方式	思春期/成人期、成人は集中コース有	往診・訪問看護・PSWと一体型の支援	思春期から青年期中心	統合失調症・精神症状早期介入コース	児童～思春期の情緒と社会的成長	うつのリワーク
対象者の主診断(多い順に二つ)	F2(36/41)、F8(3/41)	F2(41/48)、F8(3/48)	F2(120/180)、F3(25/180)	F2(107/193)、F8(33/193)		F2(60/80)、F4(11/80)		F3(147/184)、F4(33/184)
一日の人数	—	—	計 100	35	30	20	30	40
ケースマネジメントの適正な実施	5	5	4	5	4.5	5	3	2.5
症状・生活・対人面等包括的なアセスメント	○	○	○	○	計画中	○	○	○
短期目標と長期目標の設定	○	○	○	○	○	○	○	△
デイケアの利用目的の明確化	○	○	○	○	○	○	○	○
柔軟な随時対応・方針変更	○	○	○	○	○	○	○	○
定期的なモニタリング(振り返り)	○	○	○	○	○	○	○	○
個別の質的な変化を把握できるアウトカム指標の開発	3	2		3	3	2.5	2	3
年間卒業生数の算出	○	○		○	○	○	○	○
卒業生における就労者の算出	○	○		○	○	△	○	○
アウトカム自己評価用紙の導入	○			○	○	○		○
ケースロードをおさえたデイケアスタッフの個人受け持ち制	3	3	2	3	3	3	3	1
定期的な個人面談	○	○	○	○	○	○	○	○
他機関との連絡調整	○	○		○	○	○	○	○
記録の作成・管理	○	○	○	○	○	○	○	○
利用者のニーズに柔軟に応じるプログラム構成	3	2	1	2	3	2	2	
利用者が希望する活動の実施	○	○			○	○	○	
性・年代・疾患ごと的小グループ活動の実施	○		○	○	○		○	
個別の課題を吸い上げる仕組み	○	○		○	○	○		
疾病理解と症状自己管理のための教育的支援	5	4	4	5	5	4	2	2
心理教育プログラムの実施	○	○	○	○	○	○	○	○
SSTの実施	○	○	○	○	○	○		
ストレスマネジメント教育	○		○	○	○	○		○
認知リハビリテーション	○	○						
健康管理プログラム		○	○	○	○	○		
社会資源の情報提供	○			○	○		○	
実際の就学・就労支援	2	3	2	6	4	4	5	
就労準備性チェックリストの活用				○	○	○		
実践的な就労スキルトレーニング		○		○	○	○	○	
職場開拓の実施				○			○	
職場訓練の実施				○			○	
ハローワーク、地域障害者職業センター、等との連携	○	○	○	○	○	○	○	
就労移行支援、就労継続支援事業所との連携	○	○	○	○	○	○	○	

立地条件	23区内 大学病院	23区内 大学病院	地方 公立病院	都市 診療所	都市 診療所	地方 診療所	地方 診療所	23区内 診療所
欠席時の連絡などアウトリーチの充実	1.5	1	1	3	2	2	2	
欠席時の電話連絡	○	○	○	○	○	○	○	
DC スタッフによる家庭訪問	△			○	○	○	○	
訪問看護部門の活用				○				
多様な家族支援の提供	3	2	2	3	2	3	2	1
家族会の開催	○	○	○	○	○	○	○	○
インテンシブな家族教室の実施	○			○		○		
家族からの相談対応	○	○	○	○	○	○	○	
多職種チームアプローチ・組織内連携	5	5	7	6	6	7	6	3
プログラムの複数担当制	○	○	○	○	○	○	○	
日常的申し送り・ミーティング	○	○	○	○	○	○	○	○
全ケースレビューの定期実施	○	○	○		○			
ケース検討会の開催と包括的アセスメント	○	○		○	○	○	○	○
外来主治医との連携	○	○	○	○	○	○	○	○
訪問看護部門との連携			○	○		○	○	
PSW 部門との連携			○	○	○	○	○	
(入院部門との連携)			○			○		
卒業後につながるデイ・ケア外とのネットワーク	2	1	1	2	2	1	2	
個別ケースをめぐる連携	○	○	○	○	○	○	○	
地域ネットワーク活動	○			○	○		○	

注 ヒアリング調査において情報が得られなかった部分は空欄となっているが、未確認であるためであり、必ずしも空欄が未実施とは限らない。またヒアリング調査対象のうち構造的な部分についての調査が実施できなかった1か所は分析対象から除外した。

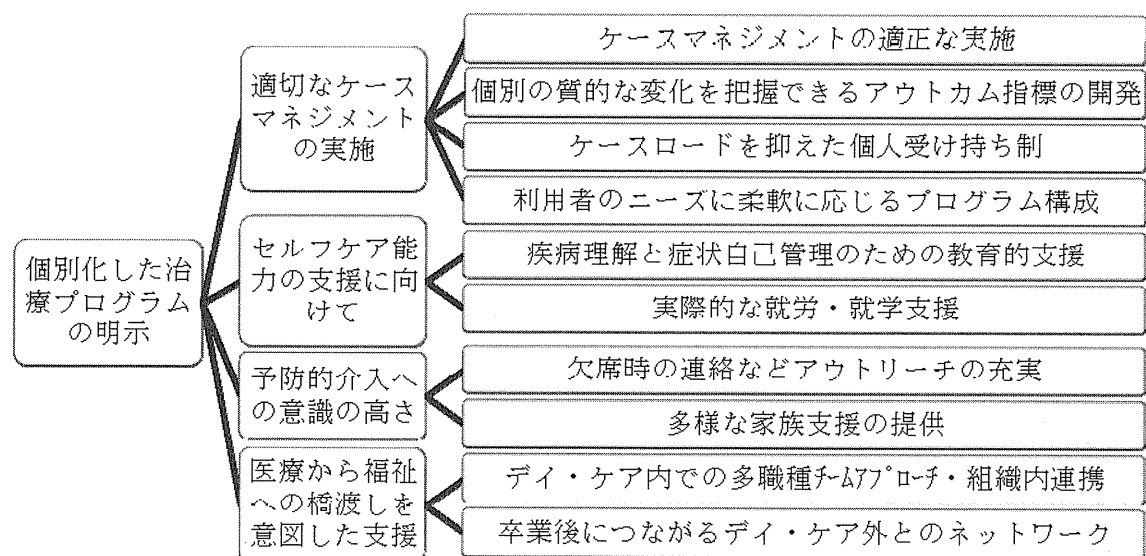


図1. 医療機能を強化したデイ・ケアにみられる特徴的な構造的な支援体制

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」

分担研究報告書

精神科訪問看護の有効活用に関する研究

研究分担者 萱間 真美（聖路加看護大学）  
研究協力者 角田 秋（聖路加看護大学）  
大熊 恵子（聖路加看護大学大学院博士課程）  
廣川 聖子（聖路加看護大学大学院博士課程）  
／(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）  
林 亜希子（覚王山メンタルクリニック）  
瀬戸屋 希（前聖路加看護大学）（21-22 年度）  
大橋 明子（聖路加看護大学）（23 年度）  
黒川 正興（虎の門病院看護部）（21 年度）

研究要旨：

【目的】精神科訪問看護のケア内容の標準化（地域連携クリニカルパスの作成）とその普及・有効活用を目指し、精神科訪問看護クリニカルパスを作成・評価することを目的とした。

【方法】平成 21 年度に、パスのコンテンツ抽出のための文献検討およびインタビュー調査、平成 22 年度に、基盤パスの開発および状態変化に応じたコ・パスの検討、平成 23 年度は、精神科訪問看護クリニカルパス冊子体を作成し、11 施設で使用を試み、アンケートおよびヒアリングによってフィードバックを得て、改良点および使用可能性を検討した。

【結果および考察】作成にあたり行った文献検討および訪問看護師への聞き取り調査から、利用者の視点でのアウトカムを明示すること、訪問看護師・関連職種が実施する項目（タスク項目）と、アセスメントの項目がわかるように示すこと、他職種・他部門・他機関での連携の動きが分かりやすく、かつその中での訪問看護師の役割が明確に示されるような工夫が必要であると考えられた。これらを反映させたクリニカルパス冊子体を作成し、11 施設（精神科病院、訪問看護ステーション）での試用の後、アンケートとヒアリングにより使用感や使用による効果、改善が必要な点などについてフィードバックを得た。病院スタッフからは、退院後までの視野を持てるのがよい、多職種の動きがわかるのが良いとの評価の一方で、多職種連携のためにはそれまでの職場での協力関係によるところが大きいとの声が聞かれた。また、パスのコンテンツの細かさについては施設によりニーズが二分した。訪問看護師からは、新規だけでなく入院を繰り返す利用者のためのパスの必要性、地域から入院に向けたパスの必要性についても言及された。

【結論】「入院中に訪問看護の導入が決まった統合失調症患者」を対象とした、病院から訪問看護へのケアの継続を目指したクリニカルパスを作成し、複数の病院・訪問看護ステーションでの試用を行った。援助の全体を俯瞰できる「基盤パス」は、入院中から地域での支援を見据え、多職種の連携を意識づけるために一定の評価が得られ、「ワークシート」「緊急時コ・パス」は、援助者のツールとして利用できる可能性が示された。

A. 研究目的

本研究は、精神保健医療福祉体系の再編に係る課題を明らかにすることから、「精神保

健医療福祉の改革ビジョン」第 2 期における施策にフィードバックし、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策の実

現に寄与することを目指し開始された。

加えて、平成 23 年に厚生労働省は、都道府県が医療計画に記載すべき疾患に精神疾患を追加する方針を示し、心疾患・脳血管疾患・糖尿病・がんに精神疾患が加わり、5 大疾病となることに社会保障審議会医療部会が了承した。これにより、精神疾患も他疾患同様に、医療計画を策定し、医療・地域連携を強化し、在宅診療や訪問看護などを含めた連携体制を作っていくことが求められる。この連携を促進するためのツールとして、病院での医療と訪問看護をつなぐ精神科訪問看護クリニカルパス（地域連携パス）が有用となると考えられる。

精神科訪問看護は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の精神科地域医療を担う一つの柱として制度の充実が進み、精神科疾患に対する治療として効果が明らかにされているアウトリーチ活動であり、また精神疾患を有する人の地域生活を支援するための効果的な方法として機能している。

先行研究では、精神科訪問看護の利用実態とアウトカム、精神科医療機関、訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施状況および他職種との役割分担についての調査が行われ、診療報酬上の課題や多職種が連携していく際の問題点などが明らかになっている。こうした流れの中で、精神科訪問看護の普及のみならず、そのサービス内容や費用対効果に関する注目も高まっているといえる。

そこで本研究は、ケアマネジメントの要素を含むケアの目的および内容について分析し、精神科訪問看護のケア内容の標準化（地域連携クリニカルパスの作成）とその普及・有効活用を目指すこととした。地域連携パスの導入により、利用者へのインフォームドコンセントおよび地域生活支援における多職種・施設の協働が可能となり、また良質なケアを効率的かつ適正に提供することが期待される。

平成 21 年度から 23 年度の 3 年度にわたり、

クリニカルパス作成のための文献検討とヒアリングによる情報収集、クリニカルパスおよび付随するケアマップ、コ・パス、ワークシートの作成、作成した精神科訪問看護クリニカルパス冊子体の臨床での試用と評価を行うこととした。

## B. 研究方法

### 1) 文献検討・ヒアリング

平成 21 年度は、精神科医療機関からの訪問看護に焦点を絞り、文献検討と、モデル施設を対象としたインタビュー調査を行い、クリニカルパスの土台となるケアのコンテンツを把握した。

### 2) 基盤クリニカルパスの作成

平成 22 年度には、「基盤クリニカルパス」を作成し、医師の指示項目に対応して、関連機関のタスクやケア・アセスメント項目を整理した。加えて、状態像に応じた「コ・パス」の作成に向けたインタビュー調査を行った。

### 3) クリニカルパスの使用と評価

平成 23 年度には、これまでの過程で作成した構成要素を整理し、精神科訪問看護クリニカルパス冊子体を作成した。3 都府県 11 施設の病院と訪問看護ステーションでの試用を依頼し、使用後にアンケートまたはヒアリングにおいてフィードバックを受け、改良点を検討した。

（倫理面への配慮）

クリニカルパス作成のための看護師等へのヒアリングの実施にあたっては、聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認（09-044）を得て実施した。調査データは、聖路加看護大学精神看護学研究室の、研究協力者のみがアクセスできる施錠された場所に保管すること、調査データは ID で管理すること、インタビューで話される固有名詞はすべて匿名化し、データから対象者および訪問看護利用者が特定できないよう留意した。

## C. 研究結果および考察

文献検討では、精神科におけるクリニカル