

	ケアマネジ メントの有 無	● MHT や ACT、 Bridging が担っているといえる。
	カナダ全体でのサービスの提供体制（医療施設の病床数・人員配置、福祉サービスの人員）	<p>医師：人口千人あたり 2.1 (2002)</p> <p>精神科医：人口千人あたり 1.2 人(2005,WHO,Mental Health Atlas) ,総数で 4100 人 (2006,Canadian Psychiatric Association)</p> <p>看護師：人口千人あたり 8.1 (2002)</p> <p>精神科看護師：人口千人あたり 4.44 人 (2005,WHO,Mental Health Atlas)</p> <p>心理士：人口千あたり 35 人 (2005,WHO,Mental Health Atlas)</p> <p>ソーシャルワーカー総数：37,470 人 (1996,Canadian Census)</p> <p>精神科分野ソーシャルワーカー：不明</p>
4. 現状データ	平均在院日数	<p>カナダ国内の調査によれば、主診断が精神疾患の場合の平均在院日数（一般科）では 16.6 日である。なお、精神疾患以外の診断の平均在院日数は 7.2 日である。ただし精神科病院<sup>□</sup>での平均在院日数は 108.9 日である。なお、精神科病床への入院件数は全体の 13.4%を占めており、精神科病床・一般病床の区別をなくした場合、平均在院日数は 27.5 日となる。なお、統合失調症の平均在院日数は 50.5 日と精神疾患の中では長い、件数に占める割合では感情障害が 33.7%と最も大きい割合をしめる (Canadian Institute for Health Information, Hospital Mental Health Services in Canada 2004-2005.)。</p> <p>なお、OECD による疾患別平均在院日数のデータ上では、精神疾患患者の平均在院日数は 15.6 日 (2004 年) とされている。(OECD,2007)。</p> <p>□なお、カナダでは精神科病院の明確な定義が存在しないため、Canadian Institute for Health Information の調査では以下の定義を使用している。"psychiatric hospitals are medical hospitals that provide psychiatric services on an inpatient and/or outpatient basis, and that have been identified by the provinces as those that should participate in the CIHI Hospital Mental Health Survey".</p>
	1 日あたり入院費	<p>直接コストで約 400 カナダドル、間接コスト（光熱費等）で約 250 カナダドルである。その他医師に対しては出来高払いのドクターフィーだが極僅かにすぎない。入院費は合計 600-700 カナダドル/日である。なお、他科の費用との間に差はない。(Economic Burden of Illness in Canada, 1998, カナダ健康局)。</p>
	人口一万人あたり病床数（一般・精神）	<p>人口万病床数は全病床数で日本の 142 床 (2004) に対して、34 床 (2004)。精神科病床数では日本の 28 床 (2004) に対して、カナダは 3 床(2004)である (OECD,2007)。</p>
	退院した患者の再入院率の動向など（わかれば）	<p>精神疾患の主診断をもつ一般科病院を退院した患者のうち 37%が退院後 1 年以内に再入院している。なお、他の疾患の場合は 27%である。(Hospital Mental Health Services in Canada 2004-2005,Canadian Institute for Health Information,2007)。再入院のリスクを高めるものは年齢（高年齢であること）、診断（人格障害で 1 年後再入院率が 45%、統合失調症で 41%）、最初に入院した一般科での入院日数が長いこと、などである。</p>

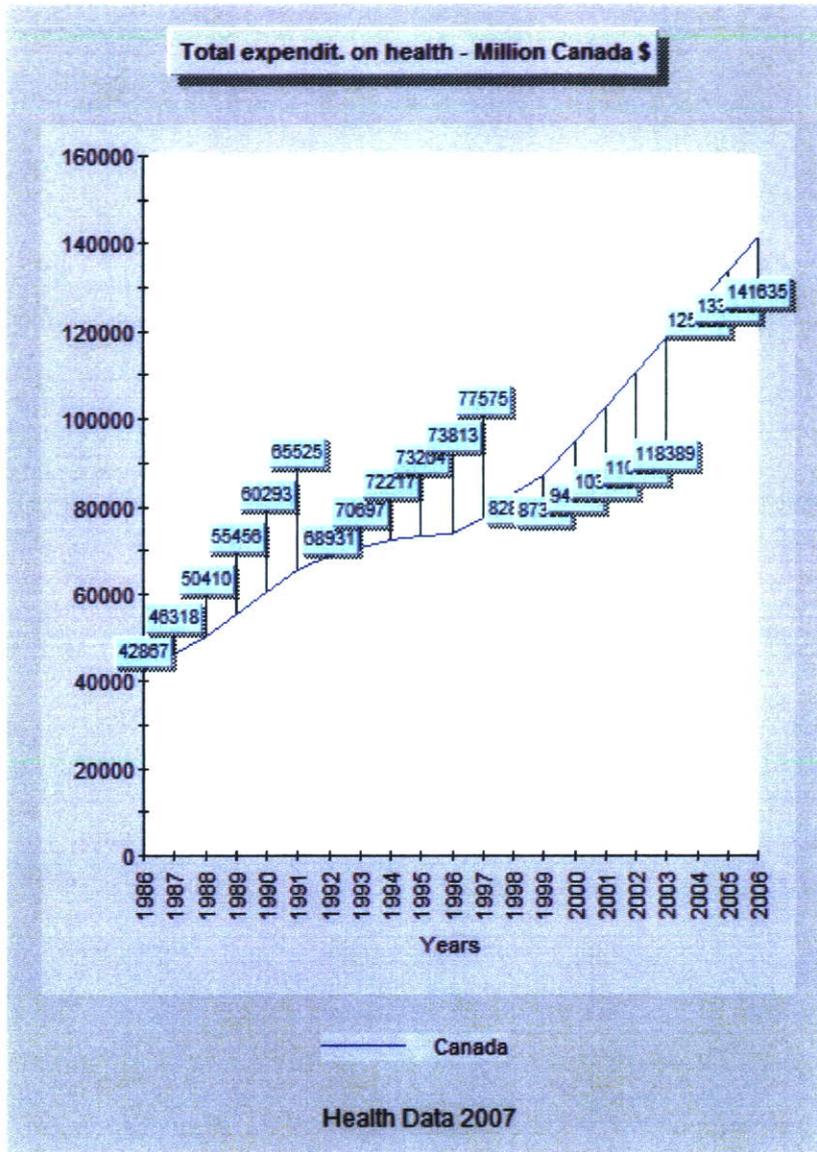
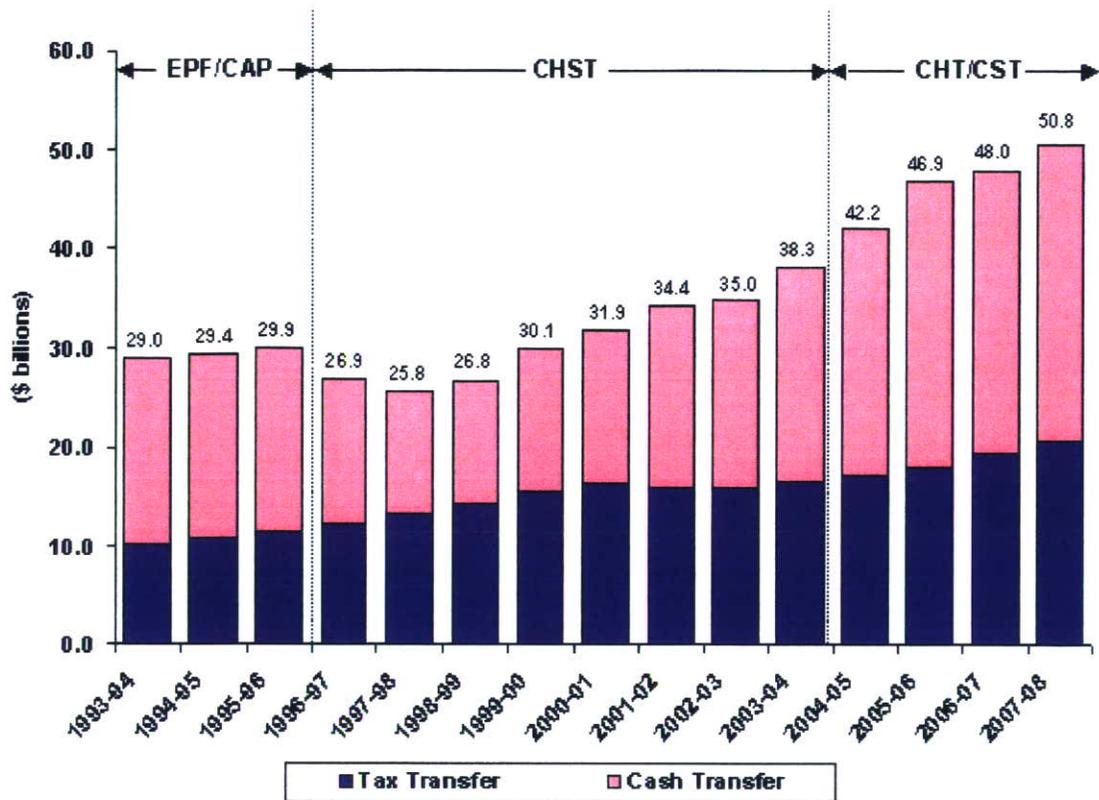


図 3-1 カナダにおける保健への支出の推移



( Total

Federal Support for Health, Post-Secondary Education, and Social Assistance and Social Services (2004-05),カナダ財務省,2004)より引用.なお、CHT/CSTの交付総額は事前に2007年度まで制定されている。

図 3-2 カナダ政府の補助金交付総額の推移

表5 オーストラリア

	<p>国</p>	<p>オーストラリア (Commonwealth of Australia) 連邦制、8つの州及び準州をもつ</p>
<p>1. 制度</p>	<p>制度の名称</p>	<p>Medicare 公的医療保険制度 Medicare が施行されており、公的医療の医療費および民間医療の医療費の一部はこの制度によりカバーしている。Medicare は税金を財源とするもので、公的医療は無料で提供されている。</p> <p>PBS (The Australian Pharmaceutical Benefits Scheme) 国民医薬品給付・償還システム。科学的エビデンスに基づき承認された薬物のみリストに含まれ、国民がアクセスできる。</p> <p>政策 “National Mental Health Strategy” 1992年に開始された国家規模の精神保健戦略である。当初の計画では5カ年計画であったが、その後も第二次(1998-2003年)、第三次(2003-2008年)と継続して実施されている。第一次から第二次の10年間で国家としての精神保健政策を明確にし、入院医療システムからよりバランスのとれたサービス分配システムへと移行が進められた。</p> <p>Council of Australian Governments (COAG)による National Action Plan on Mental Health 2006-2011 オーストラリア首相、各州・準州の首相、地方自治体協会長からなる Council of Australian Governments (COAG)において、精神保健についての話し合いが行われた。その結果、National Action Plan on Mental Health 2006-2011への合意が行われた。</p> <p>以下の4つのアウトカムを達成することが目的</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害の有病率と重症度を減少させること。</li> <li>・精神障害の発症と長期リカバリーを阻害するリスクファクターを減少させること。</li> <li>・精神障害を発症あるいはすでに持っている人が、適切な時に、適切なケアや地域のサービスを提供される割合を高めること。</li> <li>・精神障害を持つ人が地域生活、雇用、教育・トレーニングに参加する能力を高めること。</li> </ul> <p>これらの対策のために、オーストラリア政府および各州政府は、5年間で40億Aドル(約3800億円)の支出に合意している。</p>
	<p>根拠法</p>	<p>The National Health Act : Medicare や PBS について定める。 またそれぞれの州で Mental health act がある。</p>

	管轄省庁、制度の運営主体（国、県、市など）	Australian Government Department of Health and Ageing 公的精神医療福祉については州 実際の運用はキャッチメントエリア別におこなわれている。 プライマリケアはGPによって担われ、公定医療費の85%は国の負担
政 2. 財	財政規模の現状・推移、 保険制度ならば保険料の 現状・推移	1993年の約20億オーストラリアドル(A\$)から、2003年には69% 増加し約33億A\$
3. 精神保健サービスの量と内容	支援・給付対象	精神医療は主に公的医療によって担われており、それを利用するには基本的にGPの紹介によって行われる。 公的医療を利用する相田はケアマネジャーがサービスを調整する。
	認定主体	公的医療は州。民間病院も数は少ないがある。 プライマリケアはGPによって担われ、その費用の85%は国の負担
	認定基準	ケアマネジャーが必要サービスを判定する。
	サービス量（サービスメニューと内容、利用者負担額）	公的医療を利用する限り無料。GPにかかる場合は公定医療費の85%は国が負担するがそれ以外の部分はGPが自由に決めてよく、その部分は利用者負担。 民間医療を利用する場合は自己負担。民間の保険会社に入っている人の利用が多い。
	ケアマネジメントの有無	公的医療を利用する際は必ずケアマネジャーがつく（入院中も含む）。
	サービスの提供体制（医療施設の病床数・人員配置、福祉サービスの人員）	公的ベッドが6073床、民間ベッドが1727床(2003)。公的精神科病床のうち、成人（18-64歳）が70%、高齢者（65歳以上）が18%、児童思春期（18歳未満）が4%、司法病床が8% キャッチメントエリアによって医療が提供されており、キャッチメントエリアごとに、救急病床、重症病床、居住施設、ケアマネジメントチーム、Mobile Support and Treatment Service等がある。またNGOが主に福祉部分を提供しており、居住施設、デイプログラム、ピアサポートなどがある。
1 4. 現状デ	平均在院日数	州によって異なるがおおむね2週間から1カ月
	1日あたり入院費	州によって異なるが500A\$強。 しかし自己負担はない。

	人口あたり病床数（一般・精神）	精神病床人口1万人あたり3.1
5. その国の課題		<p>オーストラリアとしての課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・州によって特に地域ケアについて格差が生じていること</li> <li>・入院病床が削減されすぎたことで運営における退院への圧力が高く、必要な治療が十分には提供されないままに退院となるケースが存在すること</li> </ul> <p>など</p> <p>ビクトリア州政府による課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスの容量を高めること</li> <li>・新しいタイプのサービスを提供すること</li> <li>・予防と早期介入を促進すること</li> <li>・熟練したスタッフを養成すること</li> <li>・利用者・家族の参加を促進すること</li> </ul>

表 6 韓国

	国	韓国(South Korea)
1. 制度	制度の名称	精神保健制度
	根拠法	<p>○1995 年精神保健法の制定。80 年代に無認可施設を認可施設とし、精神病院を建てるなど、隔離と収容が中心となって精神保健政策が進められたが、1995 年の「精神保健法」の制定により、精神保健政策の方向が長期入院と収容から地域保健中心に転換した。</p> <p>○1999 年に障害者福祉法の全面改正。1981 年に心身障害者福祉法が制定され、1989 年に障害者福祉法に改正された。その後 1999 年の障害者福祉法の全面改正により、精神疾患による障害が法定障害のカテゴリーに含まれた。したがって、地域に居住する精神障害者と自閉症の子どもや青少年は、不十分ではあるが障害者福祉法に基づく基本的な福祉サービスが提供されるようになった。障害者登録、リハビリ及び自立支援サービス、生活水準に考慮した医療費支給、子どもの教育費支援、妊婦及び新生児のケア、障害手当、障害児童手当と保護手当などがある。</p> <p>○1963 年に国民健康保険法が制定され、1989 年に国民皆保険制度が実施された。保健福祉部、国民健康保険公団、健康保険審査評価院により管理・運営。</p> <p>○1961 年に制定された生活保護法が 2000 年に国民基礎生活保障法に全面改正された。医療保護 1 種、2 種があり、2004 年に医療保護によって支払われた入院費用全体の 1 兆ウソのうち、約 3,275 億(32.7%)が精神疾患による入院治療のために払われた。</p> <p>○国民年金法～加入期間中に発生した疾病又は負傷により障害等級(1～4 級)に基づいて支給される。</p>
	管轄省庁、制度の運営主体 (国、県、市など)	保健福祉部－保健医療政策本部－精神健康チーム 地方自治団体 図 6-1 参照

<p>2. 財政</p>	<p>財政規模の現状・推移、保険制度ならば保険料の現状・推移</p>	<p>○精神保健事業の財政支援は国家財政及び国民健康増進基金(たばこ健康負担金)によって構成される。</p> <p>・2006年の保健福祉部の財政規模～9,706,335百万ウォン。社会福祉分野は6,018,683百万ウォンで62.0%、保健分野は3,270,121百万ウォンで33.7%を占めている。2001年から2005年までに保健福祉部予算の中で保健医療予算が占める割合は、平均3.84%であり、さらに精神保健予算は保健医療予算の19.18%を占めていた。</p> <p>・国民健康増進基金はたばこ健康負担金を財源としており、国民の健康を増進するための様々な事業展開を目的とするものとして定められている。2001年から2005年までは平均年に30億ウォンが精神保健事業費として使われており、これは事業費全体の約2.2%を占めている。</p> <p>○国民健康保険は2003年職場・地域加入者財政統合運営により一元化された。</p> <p>・2006年現在職場勤労者の保険料—標準報酬月額の4.48%。平均保険料—57,097ウォン。国庫負担なし。</p> <p>農・漁民、都市自営業者の保険料—所得・財産に基づいて区分別一定額。平均保険料—49,688ウォン。国庫負担率35%。○障害年金(国民年金法) 2000年現在21,914人、70,098百万ウォンから、2006年現在61,762人、225,607百万ウォンである。</p> <p>○障害手当(障害者福祉法):2003年9月の障害者福祉法改正により、2005年から障害手当の給付対象が国民基礎生活保障法により生計保護を受けるすべての障害者に拡大され、軽度の障害者も対象になった。その結果、(2004年の126,061人から2005年の296,565に増加)。2006年には施設受給者にも拡大され、346,024人になる。</p>
------------------	------------------------------------	--

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">3. 精神保健サービスの量と内容</p>	<p>支援・給付対象</p>	<p>1. 障害者登録(障害者福祉法) 1998年から2006年の間に登録障害者は527千人から1,967千人に273%増加。そのうち、精神障害者は2000年に23,559人から2006年には75,058人に増加した。</p> <p>2. 障害手当</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">区分</th> <th style="text-align: center;">現行</th> <th style="text-align: center;">改善案(2007)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">基礎生活受給権者</td> <td>重度：月 70,000 ウォン</td> <td>重度：月 130,000 ウォン</td> </tr> <tr> <td>軽度：月 20,000 ウォン</td> <td>軽度：月 30,000 ウォン</td> </tr> <tr> <td>次上位階層</td> <td style="text-align: center;">—</td> <td>重度：月 120,000 ウォン 軽度：月 30,000 ウォン</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. 障害年金—国民年金公団 ⇒全体の登録障害者のうち、障害年金と障害手当を受給している比率は、2005年現在19.9%。</p> <p>4. 精神保健施設—精神病院・精神療養施設</p> <p>5. 地域社会精神保健事業</p> <p>1) 精神保健センター設置・運営～各市・郡・区別1カ所の設置を原則とする。 利用対象は地域内の精神疾患患者とその家族及び地域住民。</p> <p>2) 保健所—全国3,457カ所(保健枝所、保健診療所、分所含む) 地域社会精神保健機関(精神保健センター、社会復帰施設、アルコール相談センター、デイケア)登録者は56,839人。人口一万人当たり11.7人。</p> <p>6. 社会復帰施設—精神疾患者生活訓練施設、精神疾患者作業訓練施設</p> <p>7. 飲酒弊害予防及びアルコール中毒相談・リハビリ事業</p> <p>8. 療養・医療サービス</p>	区分	現行	改善案(2007)	基礎生活受給権者	重度：月 70,000 ウォン	重度：月 130,000 ウォン	軽度：月 20,000 ウォン	軽度：月 30,000 ウォン	次上位階層	—	重度：月 120,000 ウォン 軽度：月 30,000 ウォン
	区分	現行	改善案(2007)										
	基礎生活受給権者	重度：月 70,000 ウォン	重度：月 130,000 ウォン										
軽度：月 20,000 ウォン		軽度：月 30,000 ウォン											
次上位階層	—	重度：月 120,000 ウォン 軽度：月 30,000 ウォン											
<p>認定主体</p>	<p>・国民健康保険制度—保健福祉部、国民健康保険公団、健康保険審査評価院により管理・運営</p> <p>・障害年金(国民年金法)—国民年金公団</p>												
<p>認定基準</p>	<p>・障害年金(国民年金法)—加入期間中に発生した疾病又は負傷により障害等級(1～4級)に基づいて支給される。</p> <p>・障害手当—18歳以上の者で、障害者として登録しており「国民基礎生活保障法」による受給者または次上位階層の者で、障害による追加的費用の補填が必要な者である(障害福祉法大統領令第30条)。</p>												

	<p>サービス量 (サービスメニューと内容、利用者負担額)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神保健センター(精神保健法第13条):対象者発見や登録及び連携システムの構築、精神健康電話(1577-0199)運営。デイケアプログラム、自殺及び精神疾患予防、精神健康増進事業、精神疾患に対する認識改善事業、精神疾患者の家族の集いの支援など。</li> <li>・社会復帰施設の設置:生活訓練施設、職業訓練施設、総合訓練施設、住居施設などの種類があり、地域でのリハビリによって社会復帰の促進を図る。151か所設置されている。</li> <li>・児童青少年精神保健事業運営(国費支援31か所精神保健センター):2006年現在把握人数:7,456人。精神健康評価が25,049人、事例管理(家庭訪問、地域社会訪問、電話、来訪相談)8,430人。グループプログラム1,909回(16,939人)</li> <li>・アルコール相談センター:全国に26か所。地域社会調査事業、地域社会資源発掘及び関係機関との連携システム構築、アルコール依存の予防及び教育、アルコール濫用及び依存者発見・登録事業、アルコール依存者及び家庭の電話・来訪相談、リハビリプログラムを基本事業とする。2006年度管理患者数は2510人。事例管理39,359人。一般相談14,664人。移動相談6,119人。グループプログラム9,368回、63、331人。セルフグループ203回、1,296人。</li> <li>・精神健康相談電話:2005年1月より運営され始め、全国精神保健センター共通電話として1577-0199という番号を使い、国民の精神健康相談サービスを提供している。2006年現在48,659人に相談を提供し、人口1400人当たり1人が利用していることになる。相談類型は電話が22,860人、来訪21,275人、インターネット2,983人、ファックス2,323人である。</li> </ul>
	<p>ケアマネジメントの有無</p>	<p>ケアマネジメントが確立されているわけではないが、地域を中心とした精神保健事業を遂行するために、精神保健看護師、社会福祉士、臨床心理士で構成される精神保健専門要員の養成に力を入れている。彼らは精神保健センター、精神療養施設、社会復帰施設等に配置され、精神障害者の社会復帰やリハビリ、家族教育、相談などの業務を行っている。</p>
	<p>サービスの提供体制(医療施設の病床数・人員配置、福祉サービスの人員)</p>	<p>○2006年6月30日現在精神科専門医:2,089人。精神科専攻医:549人。精神保健専門要員(精神保健看護師:1,782人。社会福祉士:778人。臨床心理士:295人)。看護師:4,012人。社会福祉士:1,203人。臨床心理士:189人。看護補助士:3,190人。⇒人口10万人当たり29.0人。 ○精神の病床数は79,131床。</p>
<p>4. 現状データ</p>	<p>平均在院日数</p>	<p>2005年統計—257日(中央値)。施設別にみると、総合病院精神科と精神科医院が一番短く、6割が3か月未満入院している。最も在院日数が多いのは精神療養施設(2,630日)であり、その次が社会復帰施設(338日)、私立精神病院(271日)、公立精神病院(200日)の順になっている。</p>

	1日あたり入院費	2006年6月30日現在入院・入所患者総数は65,498名である。それを医療保障の種類別にみると、健康保険は16,980(25.9%)、医療保護1種は41,793(63.8%)、医療保護2種は4,685(7.2%)、保障その他は2,040(3.1%)である。医療保護1種と2種は国民基礎生活保障法に基づき、1種は本人負担はなく、2種は1日約5,000万円である。健康保険の場合は病院によって差が大きく、1日3万円から16万円くらいまで幅がある。
	人口あたり病床数(一般・精神)	2006年現在全体の病床数は314,082(公共-15.1%、民間-84.9%)。人口1千人あたりの病床数は6.5である。 そのうち精神の病床数は79,131床。人口1千人あたりの病床数は1.63である。 急性期の病床数 人口1千人あたり5.9床(2003年)
5. その国の課題		「予防中心の包括的国民健康管理システムの構築」 —地域社会の精神保健インフラ拡充、精神疾患の発見、登録及びケースに合った管理サービスを強化するなど、社会復帰を促進 —自殺予防 —ライフサイクル別に精神健康問題管理、早期発見、早期治療及び予防強化 —アルコール中毒等の飲酒問題
病院対地域の予算		2004年度精神科入院治療費は3,270億円であり、全療養施設の支援金は435億円で、合わせると約3,700億円が入院および収容に使われている。それに対し、地域社会サービスである精神保健センターと社会復帰施設に投入された公的資源はそれぞれ137億円と95億円で、合計約232億円である。したがって、入院・入所にかかる必要が地域社会サービスの16倍に達している状況である。

表 6-2 精神保健施設現状(2006年6月30日現在)

区分			機 関 数	病院(定員) 数	精神医療機関病床構 成比	全体病床構成 比
2006年合計			1,432	79,131	-	100.0
精神医療機 関	精 神 病 院	国立	6	3,648	5.7	5.6
		公立	12	4,185	6.6	5.3
		私立	68	23,856	37.4	30.1
		小計	86	31,689	49.7	41.0
	病・医院	総合病院精神 科	167	7,419	11.6	9.4
		病院精神科	104	19,354	30.4	24.5
		精神科医院	767	5,298	8.3	6.7
		小計	1,038	32,071	50.3	40.6
	小計	1,124	63,760	100.0	81.6	
精神療養施設			57	14,296	-	18.0
社会復帰施設			151	1,075	-	1.4
モデル型精神保健センター			73	-	-	-
アルコール相談センター			26	-	-	-

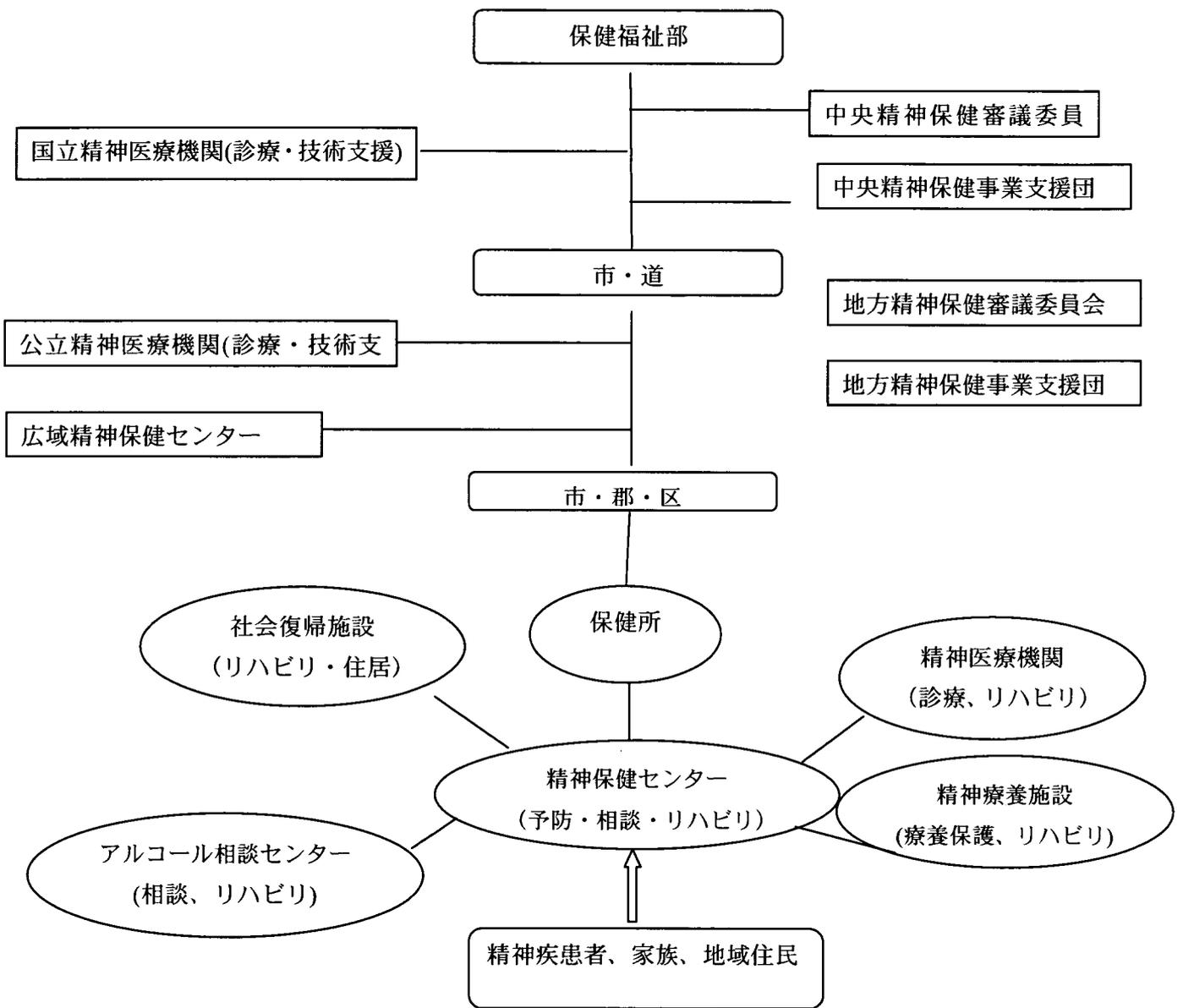


図 6-1 韓国における精神保健サービス供給システム

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
なし					

## 巻末資料

【研究1】インタビュー調査に用いた説明書・同意書

【研究1】インタビュー調査に用いた質問票

【研究1】記録調査に用いた情報整理票

## 病院サービスと地域生活に関する調査研究へのご協力のお願い

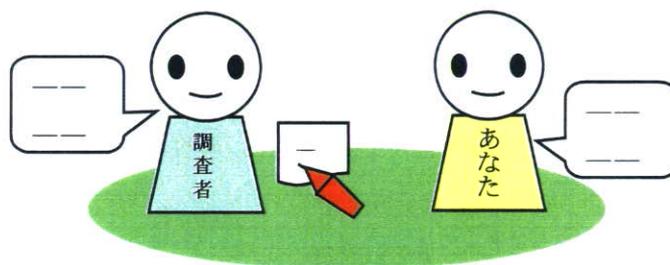
私たちは、障害のある人が普通に暮らせる地域づくりをめざして研究をしています。精神の障害のために入院した方が、病院で治療を受けて、退院後地域で生活される間にどのようなサービスがあるとよいのかを明らかにすることが、この研究の目的です。



お願いしたいことは次の2つです。

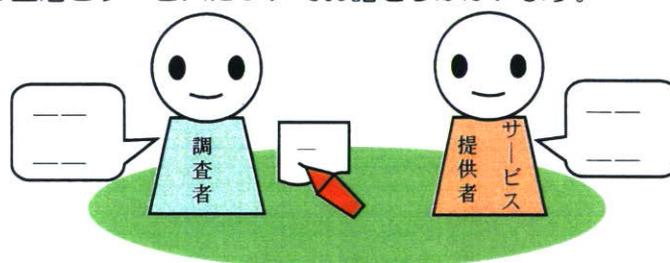
### ① あなたへのインタビュー

調査担当者があなたにいくつか質問をします。かかる時間は15分くらいです。おもな質問の内容は、あなたの病院での生活のと、退院後の生活についてです。お話をうかがう準備として、カルテなどを事前に見せていただくことがあります。



### ② 職員へのインタビューについてのご許可

あなたの許可をいただいてから、あなたが入院しているときに、サービスを提供していた職員の方（看護師さんやワーカーさん）にも、あなたの病院での生活とサービスについてお話をうかがいます。



- 疲れてしまった場合は休憩や中断をすることができます。
- いつでも参加をとりやめることができます。研究に参加しなくても、不利益を受けることはありません。
- あなたのプライバシーは守られます。
- その他、詳しいことについては別紙をご覧ください。気になることがありましたらお尋ねください。

厚生労働科学研究費補助金「精神科病棟における退院支援と地域生活支援のあり方に関する研究」研究班

医療経済研究機構 沢村香苗・中西三春

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11 第11 東洋海事ビル 2階（電話・03-3506-8529 FAX・03-3506-8528）

## 「精神科病棟における退院支援と地域生活支援に関する調査」に対する患者さまとご家族への説明書

### 1 実施目的について

本研究は、精神障害をお持ちの方が、適切な支援を得てより充実した生活を送っていただけるように、精神科病棟における退院および地域生活の継続を支援するための適切なサービスを明らかにすることを目的としています。

### 2 実施内容について

本研究では、病院に1年以上入院した後、地域に退院して3ヶ月以上経過した利用者さまおよびケア提供者を対象に、利用者さまが入院中に受けられた治療その他の関わりを把握するための面接調査を実施いたします。

### 3 実施方法について

研究への参加に同意が頂けた利用者さまには、ケアマネジャーや施設職員（嘱託医等を含む）による面接などの調査と、調査員によるケア提供者（医師・看護師・精神保健福祉士・臨床心理士など）への面接調査にご協力を頂きます。

### 4 実施に当たっての危険性、不利益について

本研究の面接調査は15分程度で実施できるものです。疲れてしまった場合は休憩や中断を取ることもできますし、2～3回にわたることもできます。またいつでも研究への参加を取りやめることができます。答えたくない質問に対しては、回答を拒否することもできます。本研究に参加することで危険にさらされることや、日頃受けている診療や介護に影響を受けることは全くありません。

### 5 実施費用について

研究に参加することでご本人やご家族に追加のご負担をお願いすることは一切ありません。

### 6 実施結果の使われ方について

研究の成果は、学会、報告会、論文等において公表されることがありますが、研究によって得られた情報はすべて個人を特定できない形で統計学的に処理されます。また、事例報告等を作成する場合も、必ず事前にご本人の了承を頂いた上で、個人が特定されない形をとらせて頂きます。いずれの場合においても、利用者さまの個人情報が外部に公表されることは一切ありません。

### 7 実施結果の報告について

ご本人およびご家族からご希望があった場合には、研究結果をご報告します。

### 8 プライバシーの保護について

研究上知り得た利用者さまの個人情報は、国立精神・神経センター武蔵病院内にて厳重に管理され、外部にもれることは一切ありません。

### 9 実施協力に同意しないことによる不利益について

本研究に一旦参加することに同意した場合でも、その同意はいつでも撤回することができます。研究に参加しなくても、また同意を撤回しても、いかなる不利益も受けることはありません。答えたくない質問に対しては、回答を拒否することもできます。

※ 問合せ先

〒187-8551

東京都小平市小川東町四丁目1番1号

国立精神・神経センター武蔵病院

安西 信雄

「精神科病棟における退院支援と地域生活支援に関する調査」の同意文書

国立精神・神経センター 総長 殿

わたし (氏名) \_\_\_\_\_ (生年月日) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生  
 (住所) \_\_\_\_\_ は、「精神科病棟における退院支援と地域生活支援に関する調査」  
 について、説明者 \_\_\_\_\_ から、説明文書にもとづき、  
 記

1 研究目的

精神科病棟における、退院および地域生活の継続を支援する適切なサービスの確立。

2 研究内容

利用者とケア提供者へのインタビューによる入院中に行われた治療及びその他の関わり の把握。

3 研究方法

利用者への面接調査。

調査員によるケア提供者への面接調査。

4 危険性ならびに副作用等

本研究に参加することによって、日頃受けている診療や介護には何も影響がないこと。

5 費用

本研究への参加にかかる費用について、追加の負担は一切ないこと。

6 研究結果の使われ方

研究結果の公表にあたり、研究によって得られた情報はすべて統計的に処理されること。また事例報告等を作成する場合は、事前に本人の了承を得た上で個人を特定されない形で発表すること。

7 研究結果の通知

本人および家族から希望があった場合には、研究結果を報告すること。

8 プライバシーの保護

研究上知り得た個人情報 は、国立精神・神経センター武蔵病院内にて厳重に管理されること。

9 研究に参加しないことによる不利益

本研究に参加することに同意しても、それはいつでも撤回できること。

研究に参加しなくても、また、同意を撤回しても、治療上いかなる不利益も受けないこと。

について説明を受け、理解しましたので、本研究に被験者として参加することに同意します。

同意年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

署名 (本人) \_\_\_\_\_ 印 (以下、自署であれば印は不要)

本人が未成年者の場合

(保護者氏名) \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_)

私は、上記 \_\_\_\_\_ 様に、本研究の説明文書にもとづき説明を行い、疑問に答えた上で被験者となることの同意を得ました。

説明年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(説明者氏名) \_\_\_\_\_ 印

## インタビューシート(患者用)

記入担当者		記入日		対象者ID	
-------	--	-----	--	-------	--

### 1. 入院中の関わり

●退院の話が出たのはいつ頃でしたか？

●退院の話が出た頃から、どのように1日を過ごされておりましたか？（典型的な1日の様子を聞く。起床時間・楽しみにしていたこと・お金の使いみち等）

●病院には医師・看護師・ワーカー・OTなどスタッフがいますが、どの人からの援助が役に立ちましたか？（役に立ったと思う順番で聞く）

●その人からのどんな援助が役に立ちましたか？

治療：（薬物治療・精神療法・SST・心理教育・服薬指導・作業療法・その他  
[ ]）

支援：（外泊・同行外出・料理・ケア会議・その他 [ ]）

### 2. 退院に向けての関わり

●退院の話が出る前は、退院についてどうお感じになっておりましたか？（医師の許可が出ないから難しいとか、親や家族が認めないから難しいとか、仕事ができないと難しいとかおっしゃる方がいますが）

●退院の話が出たとき、不安に感じることや自信がないことはありましたか？

生活面：食事・金銭管理・掃除洗濯・家族とのコミュニケーション・近所とのコミュニケーション・その他

環境面：住居・日中の活動場所・地域での援助者・地域での仲間・その他

- どのように対処しましたか？
- 退院するにあたって、何かご自分で準備することはありましたか？

### 3. 退院後の生活

- 退院して良かったと思うのはどんなことでしょうか？
- 退院してからの生活は主にどんな風に過ごされていますか？（典型的な1日の様子を聞く）  
※買い物や掃除洗濯、料理はどうしているか  
※楽しみにしている日はあるか
- 退院してから、何か困ったことはありましたか？どのように対処していますか？
- 退院してからの生活を振り返って、退院する前にもっと準備しておけばよかったと思うことは何かありますか？

### 4. 治療継続に関わる認識や行動

- 病院に来ることが、ご自分にとって役立っていますか？→どう役立っているか  
（※先生の顔を見て安心するとか、知り合いに会うとか）
- 薬を飲むことが役立っていますか？→どう役立っているか