

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金  
障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究  
～心理社会的治療／方策研究班～

総括研究報告書

研究代表者

岩田 和彦（地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪精神医療センター）

**【研究要旨】**

第二次アンケート調査を通じて、重度かつ慢性患者の退院支援、地域移行に有用な心理社会的治療について調査した。

第二次アンケートは、「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究」を構成する 5 つの研究班が合同で実施した第一次アンケート調査の内容を元に作成されたもので、新たな好事例病院の基準に合致した 20 病院を対象に回答を求めた。

その結果、多くの好事例病院では、重度かつ慢性患者の地域移行を実現するために、担当スタッフのみならず、多職種で取り組む病院全体の体制による支援が基本になっていた。また医師により精神療法や作業療法などの基本となる心理社会的治療に加え、退院後の対人関係を維持するためのスキルの改善の重要性が示唆された。さらに、退院後の家族支援（クライシスプランを含む）、関係機関との双方向の関係づくり、緊急時の診療の受け入れ体制の整備、ピアサポーターの一層の活用などが重要であることが明らかとなった。

**A. 研究目的**

平成 25 年～27 年に行われた「精神障害者の重度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究（障害者対策総合研究事業、主任研究者：安西信雄）」により、「重度かつ慢性」の基準が明らかにされたが、重度かつ慢性の基準に合致する患者に対する有効な治療・支援の取り組みを明らかにすることは課題として残った。

本研究班は、その課題の中で特に重度かつ慢性の患者の地域移行、地域定着のための包括的支援アプローチに組込まれるべき心理社会的治療／方策を明らかにするべく、平成 30 年度には、全国の好事例病院（その定義や詳細は後述）を対象にさらなる詳細なアンケート調査を実施した。

このアンケート調査は平成 29 年度に本研究班が実施した訪問インタビュー調査の

内容をもとに作成したが、単に心理社会的治療の技法に焦点を当てるだけでなく、重度かつ慢性患者に対する病院の取り組みも含めて調査することを通じて、包括的支援アプローチの中に組込まれるべき心理社会的治療／方策を明らかにすることを目指す。

## B. 研究方法

### 1) 第二次アンケート調査実施の経緯と対象医療機関の選定

本研究班は、「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究」を構成する5つの研究班（1. 関連研究班の統括・調整研究班、研究代表者：安西信雄／2. 薬物療法研究班、研究代表者：宮田量治／3. クロザピン使用指針研究、研究代表者：木田直也／4. 心理社会的治療／方策研究班、研究代表者：岩田和彦／5. チームによる地域ケア体制研究、研究代表者：吉川隆博）のひとつであり、平成30年度に実施した第二次アンケート調査も他班と合同で実施した。

第二次アンケートは、前述の5つの研究班の共同で平成30年2～4月に実施した第一次アンケート調査をベースに作成された。なお第一次アンケートは、平成26～27年度厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」による調査にご協力くださった219病院と、厚生労働省ナショナルデータベース(NDB)から好事例二次医療圏として選択された38の二次医療圏に属する精神病床を有する108病院で合計327病院に実施された。

さらにここでいう「好事例二次医療圏」とは、平成29年度厚労科研「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究班」(研究代表者：山之内芳雄)が算出した、「精神

科病床長期在院患者退院率(OLS 退院率)」、「精神科新規入院患者が1年以上在院となる率(NLS 発生率)」の全国集計値から、①新規の1年以上在院患者(NLS)の発生が全国集計値の中央値以下、②既に1年以上になっている患者(OLS)の退院率が全国集計値の中央値以上、の両方の条件を満たした地域である。

最終的に第一次アンケート調査では52病院(回答率16.5%)から回答が得られた。第二次アンケート調査は、第一次アンケート調査に回答した52病院のうち、さらに下記の基準を定め、その条件に合致した20病院に対して回答を依頼した。

#### 【 好事例病院の基準 】

- A：新規入院患者の1年後までの退院率が高い(全国中央値89.3%以上)
- B：在院患者中の1年を超える患者の占める率が低い(全国中央値61.4%以下)
- C：すでに1年を超えて在院している患者の1年後までの居宅系退院率が高い(参考値8.4%以上)(注：居宅系退院には自宅、アパート、グループホーム、福祉系施設、介護系施設への退院を含める)

#### A～Cの基準のうち、Aを満たし、かつB・Cのいずれか、又は両方を満たす医療機関

### 2) 第二次アンケート調査内容

第二次アンケート調査の質問項目は、A：病院の運営体制、B：心理社会的治療・方策の状況、C：地域ケア体制、D：長期在院の高齢患者への取り組み、の大きく4領域から構成されている。

これらの質問項目は、本研究班が平成29

年度に実施した訪問インタビュー調査から得られた情報をもとに、比較的多くの医療機関での取り組みの共通点として考えられた事項をもとに作成された。

第二次アンケート調査の全質問項目は、本報告書の末尾に資料として掲載した。

### (倫理的配慮)

本研究は地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪精神医療センター臨床研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

## C. 研究結果

### 1) 回答医療機関

第二次アンケート調査を依頼した好事例病院 20 病院のうち 20 病院 (100%) から回答が得られた。20 病院の設置主体別分類は、民間 11 病院 (55.0%)、自治体立 7 病院 (35.0%)、国立 2 病院(10.0%)であった。

### 2) 回答集計結果

前述のとおり、アンケート項目のうち、B領域の質問が心理社会的治療・方略に関連する部分であるが、心理社会的な介入を行う上ではそれぞれの病院の医療体制も大きく影響する。そこで、本報告書ではA領域・B領域の2領域に関する結果を示す。

## A領域：退院促進に関連する病院運営体制等について

### (A1) 病院として重度かつ慢性の患者の退院促進に取り組んだきっかけ

「重度かつ慢性」患者の退院促進に取り組んだきっかけについて、80%の好事例病院では「今後の方向性として退院促進がより重要になると考えた」と「医療の高度化(ク

ロザピンや mECT 導入など)」が該当した。両方を選択したのは 12 病院で全体の 60%であった。その他に、「地域生活支援中心にという国の方針に協力」「急性期治療を進めるため後方病棟の治療の治療にも取り組んだ」「病棟のダウンサイジング」などは 50%以上で該当した。

### (A2) 重度かつ慢性の患者の退院に向けての本人の意向確認や意欲喚起の取り組み

重度かつ慢性患者本人への退院への意向喚起として、①社会資源(グループホーム等)の利用体験や地域活動への参加、②退院準備を目的とした心理教育や SST 等のプログラムを実施する、③入院中からデイケアや通院作業療法への参加を促す、等は殆どの病院で実施されていた。

また、退院に向けての意欲喚起は主治医のみならず、PSW が高い割合で関わっており、看護師や OT も関わっている医療機関が多かった。

### (A3) 重度かつ慢性の患者の退院の発議について

退院の「発議」、すなわち本人や家族の気持ちを汲み不安に対処しつつ、退院後の地域生活の可能性を示し、退院に向けて一緒に取り組んでいくことをスタッフが提案していくきっかけについて、調査した。

その結果、「担当医師とプライマリナーズのチームで発議する」がもっとも多く、ついで「病棟単位の多職種が参加する会議が発議する」が多かった。一方「担当医師以外が発議する仕組みはない」、つまりチームでなく担当医師だけが発議することは少なかった。

#### (A4) 発議後のプロセスについて

##### 4-1. 退院支援計画

「重度かつ慢性」に該当する重度の患者に対して立案する退院支援計画は、原則対象患者全員について計画を立てられており、一部の特に困難な患者を除いて、出来るだけ全ての患者について計画を立てるという傾向がみられた。

##### 4-2. 入院時における長期入院リスクのアセスメント

概ね半数の好事例病院でチェックリストを用いて長期入院のリスクのアセスメント

が実施されていた。また入院後も定期的なアセスメントを継続することが望ましいと回答した病院も多く認められた。

##### 4-3. 治療の進行のチェック体制

退院発議後に、治療・支援の進捗をチェックする体制については、病棟レベルのカンファレンスでチェックしている病院が80%と最も多かった。また主治医と看護師等によるチェック体制も同様に高率であった。病院レベルの会議でチェックしているところも30%認められた。

#### <結果A1>

A1. 病院として重度かつ慢性の患者の退院促進に取り組んだきっかけ	該当率(%)	0%	50%	100%
A1-① 当院の今後の方向性として退院促進がより重要になると考えた。	80.0%			
A1-⑥ クロザピンやmECTの導入など医療の高度化に取り組んでいる。	80.0%			
A1-② 長期在院を減らし地域生活支援中心にという国の方針に協力したいと考えた。	65.0%			
A1-⑨ 急性期治療を円滑に進めるために後方病棟の治療にも取り組んだ	65.0%			
A1-⑦ 病棟のダウンサイジングを契機に退院促進に取り組んだ。	55.0%			
A1-④ 地方自治体単独による退院促進支援事業を利用した。	40.0%			
A1-③ 国事業による退院促進支援事業を利用した。	35.0%			
A1-⑧ 急性期治療を先行させ、そこで得たノウハウを長期入院患者の治療に適応した。	40.0%			
A1-⑤ その他の事業を使用した。具体的に記載して下さい。	10.0%			
A1-⑩ 管理職クラスの就任がきっかけで退院促進に取り組んだ。	10.0%			

#### <結果A2-1>

A2-1. 重度かつ慢性の患者の退院に向けての本人の意向確認や意欲喚起の取り組み	該当率(%)	0%	50%	100%
A2-⑤ 社会資源（グループホーム等）の利用体験や地域活動への参加を支援している。	85.0%			
A2-⑧ 入院中からデイケアや通院作業療法への参加を促している。	85.0%			
A2-⑦ 退院準備を目的とした心理教育やSST等のプログラムを実施している。	80.0%			
A2-④ 担当医師や他のスタッフが患者を励まし退院に向けての動機付けをしている。	70.0%			
A2-⑥ ピアサポーターを含む外部支援者との面談や交流の機会を設けている。	45.0%			
A2-⑨ 病院スタッフがピアサポーターと交流する勉強会等の機会を設けている。	25.0%			
A2-③その他 が本人の意向を定期的に確認している。	10.0%			

<結果A2-2>

A2-2. 本人の意向確認や意欲喚起の取り組み－職種別の実施率	該当率(%)	0%	50%	100%
A2-③PSW が本人の意向を定期的に確認している。	80.0%			
A2-① 担当医師が面接で退院に向けての本人の意向を定期的に確認している。	75.0%			
A2-② 担当看護師(プライマリーナース)が本人の意向を定期的に確認している。	70.0%			
A2-③OT が本人の意向を定期的に確認している。	45.0%			
A2-③心理士 が本人の意向を定期的に確認している。	20.0%			
A2-③保健師 が本人の意向を定期的に確認している。	0.0%			

<結果A3>

A3. 重度かつ慢性の患者の退院の発議	該当率(%)	0%	50%	100%
A3-② 担当医師とプライマリーナースのチームで発議する。	70.0%			
A3-④ 病棟単位が多職種が参加する会議が発議する。	65.0%			
A3-⑥ 該当する病棟の全員が退院の対象と見なしている。	35.0%			
A3-③ 看護師、あるいは看護師チーム会議が発議する。	30.0%			
A3-⑤ 病院単位が多職種が参加する会議が発議する。	30.0%			
A3-① 担当医師の発議による(担当医師以外が発議する仕組みはない)。	20.0%			

<結果A4-1>

A4-1. 退院発議後のプロセス－退院支援計画を立てている	該当率(%)	0%	50%	100%
A4-1-① 対象患者全員について支援計画を立てる。	50.0%			
A4-1-② 対象患者の一部について支援計画を立てる。	25.0%			
A4-1-③ 支援計画は策定しない。	15.0%			

<結果A4-2>

A4-2. 退院発議後のプロセス－チェックリストで長期化リスクのアセスメントをしている	該当率(%)	0%	50%	100%
A4-2-① 入院時に長期化リスクをアセスメントしている。	40.0%			
A4-2-② 入院後も時期を決めて長期化リスクのアセスメントをしている。	35.0%			
A4-2-③ 長期化リスクのアセスメント結果を病棟にフィードバックしている。	30.0%			

<結果A4-3>

A4-3. 退院発議後のプロセス－治療の進行のチェック体制	該当率(%)	0%	50%	100%
A4-3-② 病棟レベルのカンファレンスでチェックする。	80.0%			
A4-3-① 主治医、看護師等がチェックする。	55.0%			
A4-3-③ 病院レベルの会議でチェックする。	30.0%			
A4-3-④ 病院外の組織も入った委員会などでチェックする。	20.0%			
A4-3-⑥ その他のチェック体制がありましたらお書きください。	15.0%			
A4-3-⑤ 進行状況を院内ニュースなどで広報する。	10.0%			
A4-3-⑦ 問題があるとき治療の進展を支援する仕組みがある。	10.0%			

## **B領域：重度かつ慢性患者に対する心理社会的治療・支援について**

### **(B5)「重度かつ慢性」患者等に対して実施している治療・支援（プログラム等）**

心理社会的治療や支援の取り組みについて、「重度かつ慢性」に該当する患者に対する実施状況を、「ほぼ全例に実施している」、「比較的良好に実施している」、「あまり実施していない」、「全く実施していない」の4択で回答を求めた。その結果から「ほぼ全例に実施している」「比較的良好に実施している」を合計して該当率を求めた。

結果は、医師による定期的な精神療法が85%で最も高い該当率で、次いで多いのはOTセンターで行われる作業療法(55.0%)であった。一方個別作業療法、社会生活技能訓練(SST)、心理教育／疾患教育、生活習慣の改善を目指したグループ療法などは、40%程度の該当率であった。

「重度かつ慢性」に該当する患者の退院計画を進める上での取り組みについては、もっとも多かったのは「退院前訪問」(該当率85.0%)、次いで「ケアマネジメント」(該当率:60.0%)で、これらは過半数で実施されていた。それに対し「地域生活準備プログラム(退院に向けた心理教育やSST)」は40.0%、「ピアサポーター(元入院患者等)との交流や支援」は25.0%であった。「地域移行パス」は15.0%の該当率に留まった。

次に「重度かつ慢性」の患者に対する取り組み(プログラムなど)で重視すべきことについて回答を求めたところ、「非常に重要」

と回答された項目は「対人技能の向上、服薬自己管理などのスキルの獲得」が65.0%で最も高かった。また「精神疾患についての知識」や「社会資源についての知識」なども40%程度選択されていた。

### **(B6)「重度かつ慢性」患者の退院支援における各職種の役割**

好事例病院において「重度かつ慢性」の患者の退院支援を推進する主要なスタッフはどの職種と回答されたのは、「医師」・「精神保健福祉士」が100%、「看護師」95.0%、「作業療法士」85.0%であった。

### **(B7)「重度かつ慢性」患者の診療を行う医師の活動**

「重度かつ慢性」患者の診療を行う医師の活動は、「主として薬物療法に携わっている」は100%で、「退院先、退院時期について決断を下している」が90.0%であった。また「チームを先導している」との回答も75.0%と高率であった。

### **(B8)「重度かつ慢性」患者の入院病棟の看護体制**

「重度かつ慢性」の患者が入院する病棟の看護体制については、「プライマリーナース制」が65.0%を占め、「機能別看護方式」が35.0%で、「モジュール型ナーシング制」が30%であった。

### **(B9)「重度かつ慢性」患者の家族への支援**

退院すると家族の負担を軽減するための取り組みは重要であるが、好事例病院では家族教室など、患者家族への介入が 55.0%で開催されていた。

#### **(B 1 0)「重度かつ慢性」患者の退院時のクライシスプラン**

好事例病院の多くで退院に際してクライシスプランが作成されていた。その種類は「患者用クライシスプラン」が 75.0%、「家族用」も 45.0%作成されていた。

次にクライシスプランに記載する内容は、「緊急時の連絡方法」と「不調時のサインと解決策(本人用)」が 75.0%と高率であった。その他には「悪化時の症状と対応方法(家族用、施設用、地域支援者用)」も 60.%で、「処方内容」は 30.0%であった。

#### **(B 1 1)「重度かつ慢性」患者の退院後の支援体制・支援活動**

「重度かつ慢性」の患者の退院後の支援体制について回答を求めた。その結果、「自院または地域の精神科救急医療システムにより、時間外でも必要な場合には適時に診療を提供できる」と答えた病院は 90.0%と高く、大部分の病院で救急時の診療体制が整っていた。また「カルテや諸記録などスタッフが共有する情報源に刻々と記録」と「緊急時に対応するスタッフへの連絡方法が統一されている」なども 70.0%と高率であった。

#### **(B 1 2)「重度かつ慢性」患者の退院支援における地域連携**

「重度かつ慢性」患者の退院・地域移行を考える際の地域連携について回答を求めた。その結果「病院で開くケア会議に地域機関のスタッフにも参加してもらっている」が 90.0%と最も高い該当率であった。次いで「地域機関との連携による地域移行・定着」は 65.0%、「保健師と連携」は 60.0%、さらに「地域で開くケア会議に病院スタッフも参加」することも 55.0%で実施されていた。

#### **(B 1 3)「重度かつ慢性」患者の地域移行に向けたピアサポーターの役割**

長期在院患者の退院にピアサポーターの有効であることも指摘されているが、好事例病院におけるピアサポーターの雇用については「病院部門や保有施設等の職員として雇用している」という病院が 10.0%であった。

また、病院の取り組み(プログラムなど)へのピアサポーターの参画については、「正式に参画してもらっている」は 25.0%で、「正式ではないが時に参画してもらうことがある」は 20.0%であった。高率ではないものの、病院の取り組みにピアサポーターに参加してもらう試みが開始されていることが明らかになった。

<結果B5-1>

5-1. 日常的に行われている以下の取り組み(プログラムなど)を、重度かつ慢性に該当する患者のどの程度の割合の人に対して実施していますか？	該当率(%)	0%	50%	100%
B5-1-① 医師による定期的な精神療法	85.0%			
B5-1-② OTセンターで行われる作業療法	55.0%			
B5-1-③ 病棟等で行われる個別作業療法	40.0%			
B5-1-⑤ 社会生活技能訓練(SST)	40.0%			
B5-1-④ 心理教育/疾患教育	40.0%			
B5-1-⑧ 生活習慣の改善をめざしたグループ療法	35.0%			
B5-1-⑨ その他、具体的にお書きください。	30.0%			
B5-1-⑦ 小集団で思いを語るグループ療法	15.0%			
B5-1-⑥ 精神病症状をターゲットとした認知行動療法	10.0%			

<結果B5-2>

5-2. 長期入院患者を対象とした退院支援の計画を進める以下のような取り組み(プログラムなど)を、重度かつ慢性に該当する患者のどの程度の割合の人に対して適用していますか？	該当率(%)	0%	50%	100%
B5-2-⑤ 退院前訪問	85.0%			
B5-2-① ケアマネジメント	60.0%			
B5-2-② 地域生活準備プログラム(退院に向けた心理教育やSST)	40.0%			
B5-2-⑥ その他、具体的にお書きください。	30.0%			
B5-2-④ ピアサポーター(元入院患者等)との交流や支援	25.0%			
B5-2-③ 地域移行用バス	15.0%			

<結果B5-3>

5-3. 重度かつ慢性の患者に対する取り組み(プログラムなど)で「非常に重要」なこと	該当率(%)	0%	50%	100%
③ 対人技能の向上、服薬自己管理などのスキルの獲得	65.0%			
① 精神疾患についての知識獲得	40.0%			
② 社会資源についての知識獲得	35.0%			
④ スタッフとのコミュニケーションが高まる。	35.0%			
⑤ 患者さん同士のコミュニケーションが高まる。	30.0%			

<結果B6>

6. 重度かつ慢性の患者の退院支援を推進する主要なスタッフ	該当率(%)	該当率(%)
B6-① 医師	100.0%	
B6-⑤ 精神保健福祉士	100.0%	
B6-② 看護師	95.0%	
B6-③ 作業療法士	85.0%	
B6-④ 臨床心理士	40.0%	
B6-⑦ その他の職種	30.0%	
B6-⑥ 介護福祉士	15.0%	

<結果B7>

7. 貴院で重度かつ慢性の患者の診療を行う医師の活動について該当するもの	該当率(%)	0%	50%	100%
B7-② 主として薬物療法に携わっている。	100.0%			
B7-③ 退院先、退院時期について決断を下している。	90.0%			
B7-① チームを先導している。	75.0%			
B7-④ 院内チーム会議で進行役である。	35.0%			
B7-⑤ 院外を含めた会議で進行役である。	20.0%			
B7-⑥ 他のスタッフに任せきりである。	10.0%			
B7-⑦ チーム医療の遂行の妨げになっているという意見が出ることがある。	10.0%			

<結果B8>

8. 重度かつ慢性の患者が入院する病棟の看護体制について該当するもの	該当率(%)	0%	50%	100%
B8-① プライマリーナース制	65.0%			
B8-⑥ 機能別看護方式	35.0%			
B8-④ モジュール型ナースング制	30.0%			
B8-③ 固定チームナースング制	20.0%			
B8-② チームナース制	15.0%			
B8-⑦ その他	10.0%			
B8-⑤ パートナーシップ・ナースングシステム制	5.0%			

<結果B9-1>

B9-1 家族教室などの取り組み(プログラムなど)を開催していますか？	該当率(%)	0%	50%	100%
はい	55.0%			

<結果B10-1>

10-1. 退院に際し作成するクライシスプランで、該当するもの	該当率(%)	0%	50%	100%
B10-1-① 患者用クライシスプラン	75.0%			
B10-1-② 家族用クライシスプラン	45.0%			
B10-1-③ 施設用クライシスプラン	35.0%			
B10-1-④ 地域支援者用クライシスプラン	35.0%			
B10-1-⑤ その他のクライシスプラン 具体的にお書きください。	10.0%			

<結果B10-2>

10-2. クライシスプランに記載している内容で、該当するもの	該当率(%)	0%	50%	100%
B10-2-① 緊急時の連絡方法	75.0%			
B10-2-② 不調時のサインと解決策(本人用)	75.0%			
B10-2-③ 悪化時の症状と対応方法(家族用、施設用、地域支援者用)	60.0%			
B10-2-⑤ 処方内容	30.0%			
B10-2-⑥ その他 具体的にお書きください。	20.0%			

<結果B11>

11. 重度かつ慢性の患者の退院後の支援体制・支援活動について、どの程度の人に該当するかお答えください。	該当率(%)	0% 50% 100%		
B11-③ 自院または地域の精神科救急医療システムにより、時間外でも必要な場合には適時に診療を提供できる。	90.0%			
B11-② カルテや諸記録などスタッフが共有する情報源に患者の状態と対応を刻々と記録している。	70.0%			
B11-④ 緊急時に対応するスタッフへの連絡方法が統一されている。	70.0%			
B11-① カルテや諸記録などスタッフが共有する情報源に緊急時の対応方法を明示している。	65.0%			
B11-⑦ 休日や夜間も含め多職種編成チームが対象患者に対して危機対応をしている。	55.0%			
B11-⑥ 定期的にカンファレンスやレビューを開いて患者の状況を把握している。	50.0%			
B11-⑤ 受診時に通常の診療を越えたサービスを提供している。	35.0%			

<結果B12>

12. 重度かつ慢性の患者さんに対する地域連携について、どの程度の人に該当するかお答えください。	該当率(%)	0% 50% 100%		
B12-⑤ 病院で開くケア会議に、地域機関のスタッフにも参加してもらっている。	90.0%			
B12-① 病院保有の地域関連施設を持たず、或いはほとんど持たず地域の諸機関との連携により地域移行・地域定着を図っている。	65.0%			
B12-⑦ 地域の保健師と連携している(退院後の相談窓口、退院前カンファレンス・外泊時訪問・退院後の定期訪問など)。	60.0%			
B12-② 主として病院保有の地域関連施設を利用することで地域移行・地域定着を図っている。	55.0%			
B12-⑥ 地域で開くケア会議に、病院スタッフにも参加してもらっている。	55.0%			
B12-③ 病院保有の地域関連施設と地域の諸機関の両方を利用することで地域移行・地域定着を図っている。	50.0%			
B12-④ 病院の取り組み(プログラムなど)に地域の機関のスタッフに参加してもらっている	25.0%			

<結果B13-1>

B13-1雇用有無 貴院ではピアサポーターを病院部門や保有施設等の職員として雇用しておられますか。	該当率(%)	0% 50% 100%		
①雇用している	10.0%			

<結果B13-2>

B13-2ピアサ参画 病院の取り組み(プログラムなど)へのピアサポーターの参画			
①正式に参画してもらっている	25.0%		
②正式ではないが時に参画してもらうことがある	20.0%		

## D. 考 察

重度かつ慢性患者の退院とスムーズな地域移行を達成することは、単に一人の医師や担当スタッフの努力で可能になるものではないことは言うまでもない。病院が一丸となり、さらに家族や地域の関係機関との協働によって実現するものである。

今回の 20 の好事例病院を対象とした第二次アンケート調査でも、そのことが明らかになったと言える。

まず、「A領域：病院の体制」の質問項目を見てみると、医師に限らず、精神保健福祉士や看護師、作業療法士など、多職種が本人の退院に際しての意向確認や意欲喚起に関わっており、退院に向けたスタートを切る時点からチームで行うことが重要と言える。

また、そもそも入院が長期化しないように、ケースカンファレンス時などに、長期化リスクをチェックリストなどでアセスメントしている病院もあり、参考になる取り組みと思われる。

さらに退院に向けた治療・支援は一筋縄では進まないことも多い、そのため病院レベルの会議で治療の進捗をチェックする仕組みを持っているところもあった。こうした退院準備に向けての進捗のチェックを、主治医や担当看護師に任せるのではなく、好事例病院では病棟レベルや病院レベルで実施される仕組みになっている実態も明らかになった。

また退院に向けて病状安定だけでなく、地域での療養や生活を安定して営めるように、さまざまな問題を乗り越えていくこと

が必要であるが、その為にも多職種チームで支援する体制が病院内で整っていることが必要と言えるだろう。

次に「B領域：心理社会的治療など」の回答内容を振り返ってみる。

まず、好事例病院で実施されている心理社会的治療は、医師による定期的な精神療法が 85%と最も高く、その他には OT センターで行われる作業療法も 50%を超えていた。これらは重度かつ慢性患者の心理社会的治療の基本となるプログラムと言える。一方個別作業療法、社会生活技能訓練(SST)、心理教育／疾患教育、生活習慣の改善を目指したグループ療法などは、個々のケースの状態に応じて、必要と考えられる患者に個別に適用される治療・取り組みに位置づけられると考えられる。

退院計画を進める際には退院前訪問やケアマネジメントは多くの病院で実施されていたが、地域生活準備プログラム(退院に向けた心理教育や SST) やピアサポーターとの交流、地域移行パスの利用などは低率であり、これらの普及は今後の課題と考えられた。実際重度かつ慢性の患者に対する取り組み(プログラムなど)で重視すべきこととしては「対人技能の向上、服薬自己管理などのスキルの獲得」は「非常に重要」と 65.0%で回答されていることから考えると、退院後のアドヒアランス向上や支援者との良好な関係を構築するための心理社会的治療の一層の導入が望まれる。

好事例病院において「重度かつ慢性」の患者の退院支援を推進する主要なスタッフと

しては、医師・精神保健福祉士・看護師・作業療法士などが 80%以上で回答されており、これらの多職種が退院支援の推進において重要な役割を果たしていることが明らかになった。その中で、医師は薬物療法に携わるのはもちろんであるが、退院先や時期について決断を下したり、チーム医療を先導する役割を期待されており、今回のアンケートからも実際医師がそのような役割を果たしている様子が確認された。また看護体制についても、プライマリーナース制が 65%と高率であり、プライマリーナース制によって担当看護師(受け持ち看護師)を明確にすることは、重度かつ慢性患者の支援に有効である可能性が示唆された。

退院後は家族の負担が大きくなることや、家族心理教育の実施により疾病の再発率を低下させるエビデンスがあることから、家族支援は重要と考えられる。好事例病院では家族教室などが半数以上で開催されており、またクライシスプランの作成においても、患者本人用のプランのみならず、家族用のプランも概ね半数で作成されており、これらの取り組みは家族への負担を減らすものと考えられる。

さらに重度かつ慢性の患者の退院後の支援体制については、大部分の病院が休日夜間でも救急時の診療が可能であると回答し、さらに緊急時に対応するスタッフへの連絡方法の統一も図られていた。地域の関係機関との連携については、「病院で開くケア会議に地域機関のスタッフにも参加」「地域で開くケア会議に病院スタッフも参加」など、双方向の支援スタッフの行き来が柔軟に行われており、顔の見える関係づくりが重度

かつ慢性患者の退院可能性をさらに高めていると考えられた。

最後に長期入院患者に対するピアサポーターの有効性について、今回のアンケート調査ではピアサポーターを雇用している病院は 10%に留まり、また治療・支援プログラムなどにピアサポーターを正式に参画してもらっているところも 25%程度であった。

しかし、正式ではないが時に参画してもらうことがある病院も合わせると半数近くの病院でピアサポーターを導入している実態が明らかになった。ピアサポーターの活用方法が今後標準化され、普及していくことが今後期待される。

## E. 結 論

第二次アンケート調査を通じて、重度かつ慢性患者の退院支援、地域移行に有用な心理社会的治療について調査した。

その結果、多くの好事例病院では、重度かつ慢性患者の退院および地域移行を実現するために、担当医・担当スタッフのみならず病院を挙げて多職種で取り組む体制が基本にあることが確認された。また医師により精神療法や作業療法などの基本となる心理社会的治療に加え、退院後の対人関係を維持するためのコミュニケーションスキルの改善の重要性が示唆された。さらに、退院後の家族支援(クライシスプランを含む)、関係機関との双方向の関係づくり、緊急時の診療の受入れ体制の整備、ピアサポーターの一層の活用などが重要であることが明らかとなった。

F. 健康危険情報

特になし

G. 論文発表

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

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

## <<資料>>

### 「重度かつ慢性」の精神障害者に対する包括的支援二次アンケート調査票

「重度かつ慢性」の精神障害者とは、精神病棟に入院後、適切な入院治療を継続して受けたにもかかわらず1年を超えて引き続き在院した患者のうち、精神症状が重症度の基準を満たし、それに加えて、①行動障害、②生活障害のいずれか（または両方）が基準以上である患者を該当例と規定しております。身体合併症については、精神症状に伴って入院治療が必要な程度に重い水中毒、腸閉塞、反復性肺炎やその他の身体合併症がある場合に評価します。それぞれの重症度の基準は別紙の「重度かつ慢性」基準案をご覧ください。

今回のアンケートでは、上記のような重症または病状が不安定なため1年を超えて在院せざるを得ないような入院患者への対応を想定してご記入をお願いします。なお、「重度かつ慢性」基準に該当する患者を、以下「重度かつ慢性」患者と表記します。

#### 質問項目

以下の質問では特に断りがない限り複数回答可です。自由記載の項目もあり、その都度記載をお願いします。

#### <お願い>

二次アンケートは本調査用の研究班ホームページから、調査票ファイルをダウンロードしていただいて、エクセルファイルにご記入いただき、記入後のファイルをメール添付でご返送いただくようお願いします。

別紙の「第二次アンケート調査に関する回答」にご記入いただき、調査協力可とご回答いただいた場合は、連絡担当者様のメールアドレスに調査票のダウンロード方法をお知らせします。

紙ベースでのご記入の方が好都合とお考えの場合はFAXまたは郵送にて下記にお送りくださるようお願いします。

本調査に関する疑問につきましては、近日、研究班ホームページを開き、Q&Aコーナーを設ける予定です。

ご協力をよろしくお願いします。

## 【A】「重度かつ慢性」患者の退院促進に関連する病院運営体制等について

1. 病院として重度かつ慢性の患者の退院促進に取り組んだきっかけで該当するものすべてに○印をつけてください。
  - ① 当院の今後の方向性として退院促進がより重要になると考えた。( )
  - ② 長期在院を減らし地域生活支援中心にという国の方針に協力したいと考えた。( )
  - ③ 国事業による退院促進支援事業を利用した。( )
  - ④ 地方自治体単独による退院促進支援事業を利用した。( )
  - ⑤ その他の事業を使用した。具体的に記載して下さい。( )
  - ⑥ クロザピンや mECT の導入など医療の高度化に取り組んでいる ( )
  - ⑦ 病棟のダウンサイジングを契機に退院促進に取り組んだ。( )
  - ⑧ 急性期治療を先行させ、そこで得たノウハウを長期入院患者の治療に適応した。( )
  - ⑨ 急性期治療を円滑に進めるために後方病棟の治療にも取り組んだ。( )
  - ⑩ 管理職クラスの就任がきっかけで退院促進に取り組んだ。( )
  
2. 重度かつ慢性の患者の退院に向けての本人の意向確認や意欲喚起の取組みについて該当するものに○印をつけてください。
  - ① 担当医師が面接で退院に向けての本人の意向を定期的を確認している。( )
  - ② 担当看護師(プライマリーナース)が本人の意向を定期的を確認している。( )
  - ③ 担当医師・看護師以外のスタッフが本人の意向を確認している。(該当するものに○: 医師、看護師、PSW、OT、心理士、保健師、その他 ( ) )
  - ④ 担当医師や他のスタッフが患者を励まし退院に向けての動機付けをしている ( )
  - ⑤ 社会資源(グループホーム等)の利用体験や地域活動への参加を支援している。( )
  - ⑥ ピアサポーターを含む外部支援者との面談や交流の機会を設けている。( )
  - ⑦ 退院準備を目的とした心理教育や SST 等のプログラムを実施している。( )
  - ⑧ 入院中からデイケアや通院作業療法への参加を促している。( )
  - ⑨ 病院スタッフがピアサポーターと交流する勉強会等の機会を設けている。( )
  
3. 重度かつ慢性の患者の退院の発議について該当するものに○印をつけてください。
  - ① 担当医師の発議による(担当医師以外が発議する仕組みはない)。( )
  - ② 担当医師とプライマリーナースのチームで発議する。( )
  - ③ 看護師、あるいは看護師チーム会議が発議する。( )
  - ④ 病棟単位の多職種が参加する会議が発議する。( )

- ⑤ 病院単位の多職種が参加する会議が発議する。( )
- ⑥ 該当する病棟の全員が退院の対象と見なしている。( )

**4. 発議後のプロセスについてお聞きします。**

4-1 退院支援計画について該当するものに○印をつけてください。

- ① 対象患者全員について支援計画を立てる。( )
- ② 対象患者の一部について支援計画を立てる。( )
- ③ 支援計画は策定しない。( )

4-2 入院時などにチェックリストを用いて在院長期化リスクのアセスメントをしている

- ① 入院時に長期化リスクをアセスメントしている。( )
- ② 入院後も時期を決めて長期化リスクのアセスメントをしている。( )
- ③ 長期化リスクのアセスメント結果を病棟にフィードバックしている。( )

4-3 治療の進行のチェック体制について該当するものに○印をつけてください。該当する場合は頻度もご記入ください。(例：毎週、月1回・・・)

- ① 主治医、看護師等がチェックする。( ) ( )
- ② 病棟レベルのカンファレンスでチェックする。( ) ( )
- ③ 病院レベルの会議でチェックする。( ) ( )
- ④ 病院外の組織も入った委員会などでチェックする。( ) ( )
- ⑤ 進行状況を院内ニュースなどで広報する。( ) ( )
- ⑥ その他のチェック体制がありましたらお書きください。( )
- ⑦ 問題があるとき治療の進展を支援する仕組みがある。( )

**【B】「重度かつ慢性」患者等に対して実施している取り組み（プログラムなど）について**

5. 「重度かつ慢性」患者に対して利用する取り組み(プログラムなど)についてお聞きします。

5-1 日常的に行われている以下の取り組み(プログラムなど)を、重度かつ慢性に該当する患者のどの程度の割合の人に対して実施していますか？

1:全く実施していない 2:あまり実施していない 3:比較的良好に実施している 4:ほぼ全例に実施している

- ① 医師による定期的な精神療法（週1回以上、1回30分以上）（1・2・3・4）
- ② OTセンターで行われる作業療法（1・2・3・4）
- ③ 病棟等で行われる個別作業療法（1・2・3・4）
- ④ 心理教育／疾患教育（1・2・3・4）
- ⑤ 社会生活技能訓練(SST)（1・2・3・4）
- ⑥ 精神病症状をターゲットとした認知行動療法（1・2・3・4）
- ⑦ 小集団で思いを語るグループ療法（1・2・3・4）
- ⑧ 生活習慣の改善をめざしたグループ療法（1・2・3・4）
- ⑨ その他（内容： ）（1・2・3・4）

5-2 長期入院患者を対象とした退院支援の計画を進める以下のような取り組み(プログラムなど)を、重度かつ慢性に該当する患者のどの程度の割合の人に対して適用していますか？

1:全く実施していない 2:あまり実施していない 3:比較的良好に実施している 4:ほぼ全例に実施している

- ① ケアマネジメント（1・2・3・4）
- ② 地域生活準備プログラム（退院に向けた心理教育やSST）（1・2・3・4）
- ③ 地域移行用パス（1・2・3・4）
- ④ ピアサポーター（元入院患者等）との交流や支援（1・2・3・4）
- ⑤ 退院前訪問（1・2・3・4）
- ⑥ その他（内容： ）（1・2・3・4）

5-3 重度かつ慢性の患者に対する取り組み（プログラムなど）で、重視すべきことについて非常に重要な場合は◎、重要な場合は○でご回答ください。

- ① 精神疾患についての知識獲得（ ）
- ② 社会資源についての知識獲得（ ）

- ③ 対人技能の向上、服薬自己管理などのスキルの獲得 ( )
- ④ スタッフとのコミュニケーションが高まる。( )
- ⑤ 患者さん同士のコミュニケーションが高まる。( )
- ⑥ その他 ( )

6. 重度かつ慢性の患者の退院支援を推進する主要なスタッフについて、該当する全ての職種に○印をつけてください。

- ① 医師 ( )
- ② 看護師 ( )
- ③ 作業療法士 ( )
- ④ 臨床心理士 ( )
- ⑤ 精神保健福祉士 ( )
- ⑥ 介護福祉士 ( )
- ⑦ その他の職種 ( )

7. 貴院で重度かつ慢性の患者の診療を行う医師の活動について該当するもの全てに○印をつけてください。

1:ほとんどの例に該当しない 2:あまり該当しない 3:比較的多くの例に該当する 4:ほぼ全例に該当する

- ① チームを先導している。(1・2・3・4)
- ② 主として薬物療法に携わっている。(1・2・3・4)
- ③ 退院先、退院時期について決断を下している。(1・2・3・4)
- ④ 院内チーム会議で進行役である。(1・2・3・4)
- ⑤ 院外を含めた会議で進行役である。(1・2・3・4)
- ⑥ 他のスタッフに任せきりである。(1・2・3・4)
- ⑦ チーム医療の遂行の妨げになっているという意見が出ることもある。(1・2・3・4)

8. 重度かつ慢性の患者が入院する病棟の看護体制について該当するものに○印をつけてください。

- ① プライマリーナース制 ( )

- ② チームナース制 ( )
- ③ 固定チームナーシング制 ( )
- ④ モジュール型ナーシング制 ( )
- ⑤ パートナーシップ・ナーシングシステム制 ( )
- ⑥ 機能別看護方式 ( )
- ⑦ その他 ( )

**9. 重度かつ慢性の患者さんのご家族へのアプローチについてお聞きします。**

9-1 家族教室などの取り組み（プログラムなど）を開催していますか？

- ① はい ( ) → 9-2 にお進みください
- ② いいえ ( ) → 9-4 にお進みください

9-2 セッションの回数、頻度、関わる職種、内容をお書きください。

- ① 回数 ( )
- ② 間隔 ( )
- ③ 年間の開催数 ( )
- ④ 関わる職種 ( )
- ⑤ 内容 ( )

9-3 セッション終了後に継続する取り組み（プログラムなど）があればお書きください。

9-4 家族と疎遠になることを回避するために工夫されていることがあればお書き下さい。

9-5 退院をしるる家族に対して効果的な取り組みがありましたらお書きください。

**10. 重度かつ慢性の患者のクライシスプランについてお聞きします。（ここで言うクライシスプランは、退院に際して患者や家族などに伝える計画を指しています）**

10-1 退院に際し作成するクライシスプランで該当するもの全てに○印をつけてください。

- ① 患者用クライシスプラン ( )
- ② 家族用クライシスプラン ( )

- ③ 施設用クライシスプラン ( )
- ④ 地域支援者用クライシスプラン ( )
- ⑤ その他のクライシスプラン(具体的に: )

10-2 クライシスプランに記載している内容で該当するものに全て○印をつけてください。

- ① 緊急時の連絡方法 ( )
- ② 不調時のサインと解決策(本人用) ( )
- ③ 悪化時の症状と対応方法(家族用、施設用、地域支援者用) ( )
- ④ 日常活動についての項目 ( )
- ⑤ 処方内容 ( )
- ⑥ その他(具体的に: )

11. 重度かつ慢性の患者の退院後の支援体制・支援活動について、どの程度の人に該当するかお答えください。

**1:ほとんどの例に該当しない 2:あまり該当しない 3:比較的多くの例に該当する 4:ほぼ全例に該当する**

- ① カルテや諸記録などスタッフが共有する情報源に、緊急時の対応方法を明示している。(1・2・3・4)
- ② カルテや諸記録などスタッフが共有する情報源に患者の状態と対応を刻々と記録している。(1・2・3・4)
- ③ 自院または地域の精神科救急医療システムにより、時間外でも必要な場合には適時に診療を提供できる (1・2・3・4)
- ④ 緊急時に対応するスタッフへの連絡方法が統一されている。(1・2・3・4)
- ⑤ 受診時に通常の診療を越えたサービスを提供している(1・2・3・4)  
(具体的に:「例～外来の看護師が面接や訪問をする等」)
- ⑥ 定期的にカンファレンスやレビューを開いて患者の状況を把握している。  
(1・2・3・4)
- ⑦ 休日や夜間も含め多職種編成チームが対象患者に対して危機対応をしている  
(1・2・3・4)
- ⑧ その他(具体的に: )

12. 重度かつ慢性の患者さんに対する地域連携について、どの程度の人に該当するかお答えください。

1:ほとんどの例に該当しない 2:あまり該当しない 3:比較的多くの例に該当する 4:ほぼ全例に該当する

- ① 病院保有の地域関連施設を持たず、或いはほとんど持たず地域の諸機関との連携により地域移行・地域定着を図っている。(1・2・3・4)
- ② 主として病院保有の地域関連施設を利用することで地域移行・地域定着を図っている。(1・2・3・4)
- ③ 病院保有の地域関連施設と地域の諸機関の両方を利用することで地域移行・地域定着を図っている。(1・2・3・4)
- ④ 病院の取り組み(プログラムなど)に地域の機関のスタッフに参加してもらっている。(1・2・3・4)
- ⑤ 病院で開くケア会議に、地域機関のスタッフにも参加してもらっている。  
(1・2・3・4)
- ⑥ 地域で開くケア会議に病院スタッフにも参加してもらっている。(1・2・3・4)
- ⑦ 地域の保健師と連携している(退院後の相談窓口、退院前カンファレンス・外泊時訪問・退院後の定期訪問など)。(1・2・3・4)

### 13. ピアサポーターについてお聞きします。

13-1 貴院ではピアサポーターを病院部門や保有施設等の職員として雇用していますか。

- ① 雇用している。( )  
(雇用している部署・事業所： )
- ② 雇用していない。( )

13-2 病院の取り組み(プログラムなど)へのピアサポーターの参画について、該当するものに○印をつけてください。

- ① 正式に参画してもらっている。( ) → 13-3 へ進んでください。
- ② 正式ではないが時に参画してもらうことがある。( ) → 13-3 へ進んでください。
- ③ 参画してもらっていない。( ) → 14 へ進んでください。

13-3 ピアサポーターが参画している貴院の取り組み(プログラムなど)で、特に重度かつ慢性の患者さんの地域移行に役立っているものがあればご記入ください。

(具体的に： )

**【C】「重度かつ慢性」患者に対する地域生活支援・地域連携について**

「重度かつ慢性」患者の地域ケアに関するアンケートにご協力をお願いします。

回答者：貴院において退院支援もしくは地域ケアに従事する職員の方にご回答をお願いします。（\*職種は問いません）

回答方法：貴院から最近1年間に退院した、「重度かつ慢性」患者を対象とした地域ケア・支援の実施/利用状況について、該当するものに○印をお願いします。

14. 「重度かつ慢性」患者を対象とした地域連携体制についてうかがいます	1. まったく実施/利用していない	2. あまり実施/利用していない	3. 比較的よく実施/利用している	4. ほぼ全例に実施/利用している
① 医療機関職員と地域支援者の担当者間で連絡・相談ができる、顔の見える関係の構築				
② 地域支援者が医療機関の医師、看護師等に、気軽に相談できる関係の構築				
③ 対象者との馴染みの関係性を重視した地域支援者との連携体制の構築				
④ 対象者の状況変化に応じて、随時関係者とのケア会議が開催できる体制の構築				
⑤ 対象者の病態特性や対応面に関する情報共有ができる体制の構築				
⑥ 地域においてキーパーソンとなる支援者の設定				
⑦ 地域の自立支援協議会や部会などを活用したネットワークの構築				
⑧ 行政機関（保健所等）が主体となった地域支援者ネットワークの構築				
⑨ その他、地域連携体制の特徴や工夫をされている点があればご記入ください。				

15-1. 「重度かつ慢性」患者に利用された地域生活支援の内容についてうかがいます	1. まったく利用していない	2. あまり利用していない	3. 比較的よく利用している	4. ほぼ全例に利用している
① 居住の場における、日中の日常生活支援				

② 居住の場における、24時間を通した日常生活支援				
③ 居住の場における、病状面の観察や必要に応じた対応				
④ 当事者の不安や困りごとなどへの、窓口（担当者）を設けた相談対応				
⑤ 福祉サービスの報酬や規定の範囲（頻度、内容等）を超えた支援				
⑥ 医療サービスの報酬や規定の範囲（頻度、内容等）を超えた支援				
⑦ 服薬や通院など医療継続に向けた支援				
⑧ 精神疾患の病状面への、通常ケースよりも手厚い医療・看護サービス				
⑨ 生活習慣病の悪化防止や身体合併症などに対する身体管理・ケア				
⑩ 内科等のかかりつけ医との連携や情報共有				
⑪ インフォーマル資源を含めた支援者ネットワークによる、地域生活の見守り・声かけ				
⑫ 近隣住民や関係者（非専門職）に対する、対象者の理解を得るための支援				
⑬ 保健所等の行政機関・職員と協働した支援				
⑭ ピアサポーターによる対象者の支援				
⑮ 対象者の家族の相談やサポート				
⑯ 地域生活安定後の、就労に向けた支援				
⑰ その他に、利用されている支援内容があればご記入ください。				

15-2. 「重度かつ慢性」患者に利用された、 <u>地域生活支援の制度、手法等</u> についてうかがいます。	1. まったく利用していない	2. あまり利用していない	3. 比較的よく利用している	4. ほぼ全例に利用している
① 居宅介護（ホームヘルプ）の支援を通じた、病状悪化等の兆候把握				
② 障害者総合支援法による「地域定着支援」の利用				

③ 障害者総合支援法による「自立生活援助」の利用				
④ 地域支援者ネットワークによる、見守り・声かけと病状悪化等の兆候把握				
⑤ 精神科訪問看護による病状等の観察と訪問頻度の調整				
⑥ 精神科デイ・ケアによる治療プログラムの活用				
⑦ 居住施設の職員等による服薬の声かけや確認				
⑧ 精神科訪問看護等による服薬管理・指導				
⑨ 通院等介助等（ヘルパー）による通院支援				
⑩ クライシスプランによる病状の自己管理				
⑪ クライシスプランに基づく支援者の早期対応				
⑫ 24時間・夜間休日の精神科訪問看護提供体制				
⑬ 精神科医師（主治医等）による往診体制				
⑭ 精神科病院における電話相談体制				
⑮ 障害者総合支援法の「短期入所施設」の活用				
⑯ 精神科病院における短期入院の利用（必要時に判断）				
⑰ 精神科病院における短期入院の利用（計画的な入院）				
⑱ 保健所等の行政機関職員による訪問指導				
⑲ 家族関係の調整や家族サポート				
⑳ その他に、利用されている制度、手法等があればご記入ください。				

16. 「重度かつ慢性」患者に利用された、 <u>病状悪化時の支援</u> についてうかがいます	1. まったく利用していない	2. あまり利用していない	3. 比較的よく利用している	4. ほぼ全例に利用している
① 24時間・夜間休日の精神科訪問看護				
② 特別訪問看護指示書による手厚い精神科訪問看護				
③ 精神科医師（主治医等）による往診				
④ 精神科病院における、当事者・家族等からの電話による相談対応				

⑤ 保健所等の職員による危機介入支援				
⑥ クライシスプランに基づく支援者の対応				
⑦ 精神科病院への早期入院による治療				
⑧ 再入院時における地域支援者の継続的な関り・支援				
⑨ その他、利用されている支援があればご記入ください。				

**【D】「重度かつ慢性」患者で特に長期の在院患者や高齢患者への治療／支援について**

17. 「重度かつ慢性」に該当する在院患者のうち、在院期間が5年以上の長期在院の患者に対する治療や支援として、特に重視して取り組んでおられることがありましたらお書きください。

18. 「重度かつ慢性」に該当する在院患者のうち、年齢が65歳以上の高齢の患者に対する治療や支援として、特に重視して取り組んでおられることがありましたらお書きください。

19. その他のご意見やご要望がございましたらお書きください。