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）
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

分担研究報告書

重度かつ慢性の精神障害者への心理社会的治療・退院支援に関する文献研究

研究分担者　池淵恵美　帝京大学医学部精神神経科学講座

研究要旨

重く持続性の精神障害を持ち、地域への退院支援が必要な人について、国内外でどのような先行研究が行われているか、２０１８年 7 月に文献検索を行った。医学中央雑誌を利用し、2013 年～2018 年の間に発表され、「長期入院」「退院困難」「退院支援」などの検索用語を用いて検索を実施し、研究目的と合致すると思われる 11 論文を抽出した。また PubMed を使用し、”deinstitutionalization”を用いて検索し、本論文の目的に沿うと思われる 27 論文、および”severe (and persistent) mental illness ” or “treatment resistant psychosis”を検索用語として、退院支援に関連する 8 論文を抽出した。先進諸国において、実際された時代等は異なるものの脱施設化が行われ、おおくの重度かつ慢性の患者も地域生活が可能となっており、ACT や居住サポートシステム、地域での治療継続の仕組みなどが、その基盤として発展していた。その有用性や問題点について文献を検討することで知ることができた。わが国では家族の献身を期待しなくてもよい地域ケアシステムを開発していく必要があると思われる。

A. 研究目的

重度かつ慢性の精神障害者に対する退院支援に対して、どのような先行研究が行われているかを文献調査することが、本研究の目的である。

B. 研究方法

重度かつ慢性の概念は、我が国において近年形成されたものであるため、本研究では重く持続性の精神障害を持ち、地域への退院支援が必要な人について、国内外でどのような先行研究が行われているか、２０１８年 7 月に文献検索を行った。

日本語で発表された文献については、退院支援は医療施策や治療法の発展な

どに影響されるため、なるべく現在の状況に近い先行研究を検索することを目的として、2013 年～2018 年の間に発表されたものに絞って検索を行った。医学中央雑誌を利用し、「長期入院」「退院困難」「退院支援」などの検索用語を用いて検索を実施し、さらにその論文の内容について要旨を確認して、今回の研究目的と合致すると思われる 11 論文を選択し、検討を行った。

英文論文については、PubMed を使用した。各国により、地域ケアへの移行が行われた時期はさまざまであると考えられたため、論文発表時期についての制限は特に設けなかった。検索用語として”deinstitutionalization”を用いて検索し、さらに要旨を確認して、本論文の目的に沿うと思われる 27 論文を抽出した。また”severe (and persistent) mental illness” or “treatment resistant psychosis”を検索用語として同様の検索を行い、退院支援に関連する 8 論文を抽出した。

（倫理面への配慮）

本研究は文献検討であるために、考慮すべき倫理指針は特になく、倫理委員会への審査請求も行っていない。

C. 研究結果

（1） 和文論文についての検討

検討の対象となった 11 論文のうち、介入研究 2 本、調査研究 7 本、事例研究 2 本であった。いずれも地域移行が困難な原因について検討が行われており、評価手法としては「退院困難度尺度」が 4 研究で使用されていた。退院困難度尺度を用いた研究のいずれにおいても、また独自の評価手法を用いた研究でも、家族の協力が得られにくいことが退院困難の要因として挙げられており、地域への移行について家族との同居を希望する患者が多いことや、地域生活について家族の協力を重要視する支援者の意向がその背景にあると思われる。これは、重い精神障害を持つ人のかなりが家族と同居しているわが国の実態を反映していると考えられ、家族への負担を考えると、地域で独立して居住できる体制の確立や家族支援の重要性を示していると考えられる。家族への意識調査では、親よりも兄弟で、退院支援に消極的である現状が明らかとなり、長期入院で親が高齢化している場合の大きな課題と考えられた。

身体合併症の併存も退院困難要因として挙げている研究が複数見られた。総合病院との連携が課題となると思われる。文献 7（資料　和文論文検索結果シート１）では、地域生活の上で障壁となる問題行動を 7 つ上げ、そのケアに現状でどのようなコストがかかっているか計算しているが、排せつの問題ノ頻度が高く、結果的にコストがかかっており、その対応をどうするかが求められていると考えた。

業務改善によって、職員の意識がどう変化したか検討した論文（別添シート１、文献 2）があり、退院支援を工夫していくうえで参考になると思われる。

（2）”deinstitutionalization”をキーワー

ドとする 27 論文

英米と欧州各国における、脱施設化の経緯を振り返るレビュー論文が多くを占めた。各国の医療制度、脱施設化が進められた年代などを予備知識としてもちながら読むことによって、我が国においても参考になると思われる。資料　英文論文検索結果シート 2、論文番号 16 に見られるように、脱施設化によって、重い精神障害の人たちがサービスから切り離されて、貧しい地域生活を送っている人が多いという問題点を指摘する文献もある。文献 19 は米国、文献 20 は欧州の脱施設化のレビューとなっている。

地域ケアへの展開に当たり、包括的地域生活支援（assertive community treatment, ACT）が有用であるとする論文が複数みられた（文献 2 及び１５）。文献 15 では課題も指摘されている。

また精神科病院の長期入院病棟から退院した患者に宿泊、臨床ケア、リハビリを提供するために開発された Community Care Unit（CCU）についての研究が複数見られた（文献４，８）。CCU は宿泊設備を持つユニットで、多分野の臨床チームによって 24 時間ベースで運用されているものである。長期在院患者の地域への移行のための準備施設として有用と思われる。文献 4 においては、CCU に異動した患者のほとんどが１年後の調査でも CCU に居住しており、精神症状や生活能力は大きな変化がなく、支援者や家族の満足度は良好であったが、患者本人の満足度が低く、自宅や家族のもとへの異動を希望する者が多いなどの課題が指摘されていた。文献８では、再入院率の低下が報告されている。

文献９、２１では、入院治療と比較して、地域ケア移行後の方が低コストであることが、病院閉鎖後の退院患者の追跡調査で検証されている。

オランダの脱施設化政策の中で、地域移行できた患者とできなかった患者を比較した研究（文献１８）においては、地域移行できた患者の特徴は、女性患者、中～高レベルの機能(functioning)、問題行動の頻度が低い、興奮(agitation)や落ち着きのなさが少ないなどがあげられている。この傾向はわが国での退院支援とも共通性があると思われ、こうした条件を満たさない人への地域の受皿づくりが課題である。

文献 23 は特記すべき研究であり、福島県郡山市で精神科病院から居住施設への移行を試みたササガワプロジェクトの追跡調査である。このプロジェクトでは、統合失調症患者 78 人が精神科の病院が閉鎖された後、地域社会に移管された。これらの患者の多くは 5 年間追跡調査され、認知機能や精神症状の改善など、地域移行が良い影響を与えることが実証された。

文献 24 はカナダ最大の精神科病院において、1989 年に過去 10 年間に退院した長期入院患者の調査を行い、その転帰と課題について報告している。

（３）”severe（and persistent）mental illness （SMI）” or “treatment resistant psychosis”をキーワードとする、退院支援に関連する 8 論文

英文論文検索結果シート 3、文献１においては、アムステルダムの SMI 患者のデータ(n=323)で、2004 年 1 月から 2012 年 11 月の間に危機介入の状況を調査し、何らかの形での危機介入が必要とされていること

を示した。地域ケア移行後の危機介入サービスの在り方についての情報を提供する論文である。文献 2 は老人ホームに居住する SMI 患者の調査であり、精神症状などスタッフに不安を引き起こす問題に対応するために、スタッフの教育が必要であることを指摘している。

文献 3 は、コクランデータベースで行われた文献レビューであり、SMI 患者に対する強制的な地域治療と標準治療とを比較している。その結果、強制的な地域ケアでは、サービスの利用、社会的機能または生活の質の点で明らかな差異がみられなかったが、暴力的もしくは非暴力的な犯罪による被害者になる可能性は低くなることが示された。

文献 5 は精神病または大気分障害を有する 262 人の被験者および hospital recidivism の既往歴のある被験者に対して、非自発的な外来患者約束(involuntary out-patient commitment: OPC）が暴力の発生を減少させるのに役立つかどうかを検証している。その結果、OPC は薬物乱用を減らしつつ、薬物遵守を改善することによって、SMI 患者の暴力的危険性を軽減する可能性が示された。文献 7 では、非自発的入院や OPC を経験している SMI 患者へのインタビューによって、治療の遵守によい影響を及ぼすことが示された。

D. 考察

先進諸国において、実施された時代や背景は異なるものの脱施設化が行われて、おおくの長期入院の患者が地域で生活していること、そしてその中には本研究班で取り組んでいる重度かつ慢性の患者が多数含まれていることが文献を通覧することで確認できた。当初は比較的生活能力があったり、問題行動の少ない患者から退院支援がはじめられ、その後に地域でのケアシステムが整えられることによって、重度かつ慢性の患者の地域移行が可能となってきていると考えられる。その中では ACT などわが国ではまだ十分普及していない地域ケアシステムや、わが国では重度かつ慢性の患者へのサービスがまだ展開されていない居住サポートシステム、非自発的な地域での治療継続の仕組みなどが、どの程度地域生活の継続に有用であるか、問題点や課題としてどんなことがあるか、文献を検討することで知ることができた。わが国の今後の地域ケアを検討していくうえで、重要な視点である。

我が国においては、退院困難度尺度などを用いて退院困難要因を調査し、その対策を個別に工夫している精神科病院が多いと思われるが、そうした工夫を広報・普及することが本研究班の目的の一つであるとともに、先進諸国の脱施設化の歩みを参考に、地域ケアの制度設計を進めていくことが課題である。わが国では家族と同居を希望する文化があり、専門家も家族の協力を期待する傾向があるが、今後においては、そうした当事者の志向を尊重すると同時に、家族の献身を期待しなくてもよい地域ケアシステムを開発していく必要があると思われる。

E. 結論

先進諸国の脱施設化の経験に学び、重度かつ慢性の患者でも地域で満足のゆく生活ができるような地域ケアシステムの発展がわ

が国における課題である。

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

	タイトル	著者	雑誌名、年、巻、ページ	背景	目的	対象	研究デザイン	方法	結果	結論
1	長期入院患者の退院を考える退院困難度尺度を活用して学んだこと	古堅久美子 大庭秀樹	古堅久美子 大庭秀樹（2017）日本精神科看護学術集会誌 60（1）420-421	「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の下、様々な事業・施策が始まり精神科医療の流れは今まさに大きな転換期にある。	精神科病棟に長期入院している患者の退院を困難にしている要因を探る	沖縄県A病院H病棟に5年以上入院している患者10名	量的質的研究	『精神科退院支援ハンドブック』の「退院困難度尺度」（8因子29項目）を用いてスコア評価を行った。	「病識と治療コンプライアンス」「退院への不安」「ADL」「問題行動」「自閉行動」「身体合併症」「自殺企図の可能性」「家族からのサポート」8 因子29項目を各々について振り返り評価した結果、「退院への不安」「自閉行動」次いで「家族からのサポート」といった要因があり、長期になればさらに高い数値となることが確認できた。	患者は病院という刺激の少ない保護された環境に長く隔離されることで、退院への不安、自閉行動といった要因が高くなったことが考えられる。また、病状悪化時の印象が強く残った家族は問題の発生を恐れ、長期入院により家族環境も変化したことなどが、同居を拒否し、患者へのサポートが進めく要因になったと思われる。患者自身から退院の希望が出なければ、家族を説得することも退院への訓練を行っていくことも困難である。普段から患者の思考や価値を引き出し、意思を言語化できるように自己決定を支援すること。また、退院後の生活ガイダンスできるよう患者の意向を汲み取った退院支援を明確にする必要があると考える。
2	地域につなげる退院支援 地域の支援者と退院支援を経験しよう	榎田育恵 黒髪 恵 西原 玲 松尾真弥子	榎田育恵 黒髪 恵 西原 玲 松尾真弥子(2017)地域につなげる退院支援 地域の支援者と退院支援を経験しよう, 日本精神科看護学術集会誌 59（2）162-165	厚生労働省は入院期間の短縮化を提案し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方針に変わってきた。	業務改善を通して病棟看護師が退院支援の知識と経験を積むことで、退院支援に対する意識の向上につなげる。	福岡の大学病院の精神科病棟に勤務する看護師29名	前後比較試験	６ヶ月間、具体的に以下の業務改善を行い、アンケート調査にて自己評価の変化を測定した。①退院支援アセスメントの充実、②精神障がい者の地域移行支援の学習、③退院支援の進行状況の把握、④退院支援ファシレンスの充実を図る、⑤地域包括支援センターやケアマネジャーとの連絡調整、の①～⑤それぞれについて「誰が、いつ、どこで、どのように実施するか」の計画立案と実施	業務改善前は自己評価で「できる」「まあまあできる」と答えた割合が、①情報収集62%、②退院困難要因アセスメント72%、③他職種との調整は27%であった。業務改善開始から約６ヶ月後の調査では、看護師の退院支援に関する行動の変化は、①情報収集95%、②退院困難要因アセスメント87.5%、③他職種との調整は41%に改善した。（具体的な退院件数や介入件数の変化には言及されておらず）	改善の要因として、看護師の知識の習得を支援しただけでなく、退院支援グループが精神保健福祉士と行った情報交換の内容を集約して発信するなど、調整役として働きかけたことが、受け持ち看護師の退院支援の役割実施を意識づけ、退院支援実践力の向上につながったと考える。
3	精神科長期入院患者家族の退院支援に必要な要素: 意識調査を通して見えてきたもの	船本由美子	船本由美子. (2016). 精神科長期入院患者家族の退院支援に必要な要素: 意識調査を通して見えてきたもの. 日本看護学会論文集. 精神看護, 46, 213-215.	精神科長期入院患者の地域移行が進められている	意識調査を通して、精神科長期入院患者家族の退院支援に必要な要素を抽出する	A病院において現状が安定している入院期間1か5年の患者13名	意識調査	13名のうち、同意が得られた9名(母親4名、父親2名、兄弟3名)の家族に対して、アンケートによる意識調査を実施した。	患者が退院困難となっている理由として、症状の再燃・悪化に対する不安、服薬管理が不安、家族が高齢、他の家族の介護があるため、近隣への配慮、自分の体力・精神力が不安定との回答があげられた。家族が患者の病状を理解していない場合、退院に対して家族が消極的になる傾向があった。患者の病状を家族はどのように理解しているのかを把握し、病状理解に介入することで患者の退院支援となると考えられた。入院前に同居していた家族も、退院後の同居はしたくないと希望していた。また、親より兄弟が特に同居を拒否していることが明らかになった。
4	退院困難な精神科患者に対する社会生活技術向上の取り組み: 病院環境に即した SST プログラムの提案について	山北竜一	山北竜一. (2016). 退院困難な精神科患者に対する社会生活技術向上の取り組み: 病院環境に即した SST プログラムの提案について. 日本健康医学会雑誌, 24(4), 276-285.	いわゆる社会的入院と言われる退院困難者は全国に現在10万人いる。その背 景としては、精神障害者に対しての偏見により退院後の生活の場とした受け入れ困難を含たしているという現状がある。入院が長期化していることにより社会生活技能が低下し、また、社 会 との関がりが途絶え、自立した生活へ の自信が減少する悪循環が存在している 。	長崎県にある X 病院（山間部に位置し、交通機関は少なく、金銭は病院が管理している状況）において、どのような社会生活技術の不足とその不安が退院を困難としているのかを調査し退院に近づけることを目的とした	長崎県にある X 病院（山間部に位置し、交通機関は少なく、金銭は病院が管理している状況）において、どのような社会生活技術の不足とその不安が退院を困難としている患者を SST対象者として8名抽出した。男性6名と女性2名であり、平均年齢は52．8歳であった。	前後比較試験	（1）生活能力アンケートで抽出された不安項目を取り上げ、3ヶ月間、毎週1回約1時間、合計12回行った。リバーマンのSSTプログラムをベに、東大精神科グループが変更を加えた基本訓練モデルを取り入れ、実生活で自己スキルを活用できるよう徹底を図る病院環境に即したSSTを行った。 （2）対象者自身の評価として、開始時と約了2ヶ月後の生活能力アンケート調査を行った。生活能力アンケートの調査項目は主に、電話のしかた、交通機関の利用、金銭についてなど31項目であった。 （3）生活能力アンケートを実施した42名中、8名のSST対象者（SST群）と34名のSST 非対象者（統制群）の得点の変化を比較した。調査目別は、取り組み前（3 月）、終了2ヶ月後（8 月）の2回とした。 （4）他者評価として、社会適応機能尺度（Social Adaptive Functioning Evaluation：SAFE）を用いて、導入時に続き期間中毎月1回に加えて終了2ヶ月後にSAFEを測定した。評価項目は入浴と清潔、金銭管理、服薬管理、のコントロール、対人約交流への参加など多岐にわたる19の生活技術項目からなる。それぞれの0～4点の点に応じ明確度になる。合計最低点は0点であるを、SST群に対してSAFEを SST開始前、開始後、4月、5月、6月、と終了2ヶ月後の8月に5回調査し得点の推移を比較した。	（1）（2）SST対象者8名（男性6名、女性2名）の結果、2名が退院し、1名が医療保護入院から任意入院へ変更となった。 （3）「生活能力アンケート」は日常生活を送る自信の有無を段階評価で測定する16項目のみを分析対象とし SST参加群と統制群は「生活能力アンケート」質問紙にSST実施前と後の2回回答をした。参加の有無（対応のない。SST参加群 vs 統制群）× 時間経過（対応のある。SST群 vs 後）の分散分析をおこなった。SST実施効果は、参加 の有無 × 時間経過の有意な交互作用である。SSTの主効果は「趣味・楽しみ」「電話をかける」、「買い物」、「一人で調理」、「教えてくれる人と調理」「自室の掃除」の６項目で認められた（Ps＜.05）、すべての項目でSST群の方が統制群よりも得点が高くなった。時間経過の主効果が「調理器の対処方法」と「困った時の対処方法」で得られた。（Ps＜.05）。SST後のこれらの項目の得点は高くなった。SST実施効果を示す参加 の有無 × 時間経過の交互作用は、「健康管理」の1項目のみであった。F（1，38）=4.65，p＜．05。６項 目で得られたSST参加の有無の主効果は、SST参加群が最初から統制群と比較して日常生活を送る自信が高かったことを示している。（4）SAFE0の8名の得点経過の結果。SST群に対してSAFEをSST開始前、開始後4月、5月、6月 、と終了2ヶ月後の8月に5回調査した。各月の得点は時間の経過と共に下がっており、改善傾向となっていることが示唆されている。対応のある分散分析の結果は有意であった。F（4，24）=19.58，p＜0.01。 最初の２ヶ月間（4月と5月）の得点は開始前得点と変わらず、6月と8月の得点が開始前得点と有意に異なっており（p＜.05）、SSTの社会適応機能効果はSST実施3ヶ月後で得られたことを意味している。（5）生活技術障害が改善した領域とその得点変化。取り組み前と8月の値を比較し、対象者ごとに取り組み前に生活技術の障害が中等以上の項目で、8 月の時点で改善した領域は、対人約交流への参加、適切な社会性/礼節などであった。
5	精神科長期入院患者における看護の現点での退院困難要因の傾向 退院困難度尺度を使用して	村田和美 井上まゆら	村田和美 井上まゆら（2015）日本精神科看護学術集会誌 58（1）430-431	長期在院の精神障害をもつ患者は、入院生活が長期に及ぶことで社会性や生活能力などの低下が要因となり、退院困難となっている。	退院困難度尺度を使用し、A 病棟入院 5 年以上の統合失調症患者 10 名（男性6名、女性4名）を対象	A 病棟入院 5 年以上の統合失調症患者 10 名（男性6名、女性4名）を対象	調査研究	研究期間は約4か月間。退院困難度尺度を用いて評価。退院困難尺度の因子：病識、不安、ＡＤＬ、問題行動、自閉的行動、身体合併症、自殺企図、家族 退院困難尺度 http://mol.medicalonline.jp/library/journal/download?GoodsID=dv3nisye/2008/001603/001&name=0229-0240jkUserID=157.82.122.132&base=jamas_pdf	退院困難度尺度の因子について述べる。病識は63%と入院年数に関係なく高い。不安：8 名が0%。ADLは低値で40%。周囲では80%と平均64%となる。問題行動・自閉的行動は0～100%と問題行動が「ある」か「なし」の両極端である。身体合併症は 3 名が100%。自殺企図は0%。家族からのサポートは41%であった。	患者を取り巻く環境要因として、療養生活要因や保護者の家族要因など複雑化しているために退院を困難にさせている。今後も入院継続する中、患者のニーズに沿った社会性を養うための援助が必要である。
6	亜急性期女性閉鎖病棟における退院困難要因の分析: 効果的な退院促進プログラムを検討するために	板張雅	板張雅. (2014). 亜急性期女性閉鎖病棟における退院困難要因の分析: 効果的な退院促進プログラムを検討するために（第 21 回日本精神科看護学術集会専門 II 看護研究論文）. 日本精神科看護学術集会誌= The Japanese Psychiatric Nursing Society, 57(3), 12-16.	2013年度から、わが国における５大疾病に精神疾患が加わり、「精神科医療のニーズが高まっている。そのニーズに対応できるよう、今後の精神病床は精神疾患者の状態像や特性に応じた機能分化を進める」とされている。	退院困難度尺度（８因子版）を用いて、亜急性期女性閉鎖病棟における退院困難要因を明らかにする。	B 病棟の入院患者58名	調査研究	B 病棟に調査日時点で在院しており、研究参加に同意の得られた患者を対象とし、2013年１月15日～１月29日の任意の１日間、退院困難度尺度（８因子版）を用いた調査を実施した。	B 病棟の調査日時点での平均在院日数は303日。平均年齢は52.4歳であった。疾患では統合失調症が最も多く、84%を占めていた。退院困難要因について、興味と治療コンプライアンス、ADL、問題行動が上位３因子であった。最大法の結果、ADLと自閉的行動が主な退院困難因子であるグループと、問題行動や自殺企図の可能性が主な退院困難因子であるグループという特徴があった。	1．退院困難度尺度（８因子版）3）を用いた調査 によって、ADLと自閉的行動の因子が高い傾向 にあるグループが確認された 。 2．退院困難因子が評価されたことにより、ADL の向上、症状の自己対処スキルの獲得をプログラ ム内容とすれば効果的である 。 3．集団行動への参加が難しい患者には、プライ マリーナースのかかわりを中心とした作業療法へ の参加を勧め、意欲を高める必要がある。 4．グループとして確認されない退院困難因子に ついても、プログラムの目的に沿った患者選定の 根拠となり得る。 5．退院促進のために効果的なプログラムの実 施だけでなく、退院への意欲とつながる雰囲気の 治療環境作りも大切である。
7	山梨県立北病院における退院困難患者の問題行動調査	藤原友子	藤原友子、相川千寿子、伊藤克史、浅川厳美子、小林信二、望月雅子、三澤史寿、長井俱弘(2014)病院・地域精神医学 (0910-4798)56（2） 118-121,123-124	退院支援を実施している中、退院困難患者の問題行動を調査する必要が考えられた。	山梨県立北病院における退院困難患者の問題行動について「興味」を指標として系統的評価をすること。	2011年3月31日時点で5年以上入院継続していた患者30名のうち、優性期閉鎖病棟に入院していた26名を対象	調査研究	2011年3月の1カ月間において、対象患者の問題行動に対応した各職種の人数と時間と、カルテの記載から抽出し、費用を計算した。問題行動は、イギリスのTAPS project（Trieman, N. ら, 1996）で提示された13項目と言語的暴力、①身体的暴力、②非服薬違守、③性的逸脱行為、④未婚※火災危険性・放火、⑤自殺危険性、⑥薬物乱用、⑦窃盗※放尿・便ゆ等ないったから、⑧過食・多飲度、⑨失見当識・俳徊を、「他害」「自傷」「排泄」「その他」の4つのカテゴリーに分類して集計した。対象職種は、医師、看護師、看護助手、作業療法士、ソーシャルワーカーとした。職種ごとの平均給与を1分間の「分給」に換算し、対応にかかった費用を計算した。	対象患者の平均年齢は59.9歳で、男性患者18名、女性患者2名であった。対象患者の診断名は、統合失調症が17名（85%）で、精神発達遅滞、中毒性精神病、器質性精神病が各1名（5%）ずつで、医療保護入院18名（90%）、任意入院2名（10%）であった。対象患者全員に1～7ヶ月までの問題行動が認められ、最も多かったのは3つの8名であった。問題行動の項目ごとにかかった費用TAPS013項目について、項目ごとの費用をすべて計算したところ、2011年3月の1カ月間における問題行動にかかった費用の総額は497万3,959円であった。13項目それぞれについての費用の内訳は、①言語的暴力65,400円、②身体的暴力24,826円、③非服薬違守28,670円、④性的逸脱行為1,859円、⑤失禁226,993円、⑥火災危険性・放火0円、⑦自殺危険性12,765円、⑧薬物乱用0円、⑨窃盗7,685円、⑩放尿・便ゆ4,368円、⑪物乱・いったり25,189円、⑫過食・多飲度3,440円、⑬失見当識・俳徊42,764円と「失禁」の項目が最も多く、全体の費用の45.9%を占めていた。統合失調症患者17名のPANSS以平均129.4であったが、統合失調症患者ごとのPANSS総得点と、問題行動にかかった費用とは相関していなかった。	考察や結論と位置付けられる記載なし
8	山梨県立北病院における退院困難患者の家族への意識調査	相川千寿子	相川千寿子、藤原友子、伊藤克史、浅川厳美子、小林信二、望月雅子、三澤史寿、長井俱弘（2014）山梨県立北病院における退院困難患者の家族への意識調査 病院・地域精神医学, 56（2）115-118,122-123	退院支援を進める中でキーパーソンへの対応が重要であると考えられた	退院が困難であった患者の「キーパーソン」を対象に、アンケート調査を通して退院についての意識を把握することを、本研究において「キーパーソン」とは医療者が主として 連絡をとる家族と定義する。	2011年3月31日時点で当院に5年以上入院継続していた患者30名のうち、2012年月31日現在も入院を継続している長期入院患者16名中、キーパーソンが決まっている13名	独自のアンケートを用いた意識調査	対象患者のキーパーソンに対し、「退院」と「転院」についての意識調査（独自作成のアンケート）。転院については、転院の経験の有無と、専門的治療が必要となった場合の希望を尋ねた。転院を希望しない場合は、その理由を５項目挙げ、選択式で回答してもらった。中で along に因ると考え る項目を選択してもらった。退院については、初めて家族に対して「病院側から退院の説明を聞いたか」を確認し、医師や看護師などから退院説明 を聞いたと答えるとの説明を聞いていた場合には「退院を進めていくことへの同意」について質問した。また退院の説明を聞いていない場合は「退院に向けた話し合いへの参加の同意」を質問し、退院に同意しない場合は理由として掲げた11項目から選択式で回答してもらった。中でも特に因ると考える項目も選択してもらった。	患者の平均年齢は60.2歳、性別は男性が半数以上。診断は統合失調症、平均在院年数は22年。調査時点で医療保護入院と閉鎖処遇が約60%を占めていた。合併症の内訳は、糖尿病無糖、気管支ぜんそくである。また、麻痺性イレウス、大腿骨骨折、喘息症、腎悪性度、白内障など総合病院への転院を必要とした身体合併症を延べ5名が経験していた。キーパーソン13名の内訳は両親（3名）、子ども（1名）、実まうだい（7名）、義きょうだい（2名）であった。アンケート調査用紙は調査対象患者の回答率は62.9%。身体合併症での転院では、アンケートに回答した9名のキーパーソンのうち5名が過去に転院を経験していた。「患者が総合病院での治療を要する状態となったとき転院を希望する」の項目には「希望しない」とする キーパーソンは1名であった。「転院を希望しない」と回答したキーパーソン8名の全員が、理由として「金銭的負担が必要」「家族が患者の治療に対して意思決定する権利はない、難しい」「今まで十分協力してきたのでこれ以上の負担は厳しい」の3項目を選択していた。「特に因ること」として、半数以上の6名ではキーパーソンは「今まで十分協力してきたのでこれ以上の負担は厳しい」を選択していた。退院に関して、「退院に同意しない」と回答したキーパーソンは5名であった。退院に同意しない理由として「他の家族が反対しているので困る」「退院や手続きに時間を割かれるので困る」「看護師がいないと困る」「退院を考えたことがない、考えられない」の4項目としていた。中でも特に因ることとしては「退院を考えたことがない、または考えられない」の項目が選択されていた。「転院」とは身体的合併症により総合病院などの身体科に移り、治療・看護を受けること。「退院」は自宅・施設や他の精神科病院へ移り、治療や生活することと定義する。
9	長期入院患者と家族の退院に対する意識調査 退院困難の要因を探る 退院困難の要因を探る	渡久地政人	渡久地政人、請見崇友子、上門優介 長期入院患者と家族の退院に対する意識調査 退院困難の要因を探る（2013）日本精神科看護学術集会誌 56（3）175-177	長期入院患者の退院は思うように進まず、高齢化がますます進展している。また、精神障害による入院患者の約半数が５年以上の入院者であり、こうした長期入院の退院促進は、わが国の精神保健医療が解決すべき最重要課題として認識されている	長期入院患者の退院は困難の要因の一端をさぐり、退院支援の一助にする。	2012年8月～12月に入院期間５年以上の患者とその家族7組	半構成的インタビュー	「退院に関して」半構成的インタビューを実施した。 《インタビュー項目》 １）退院は可能だと思いますか ２）退院を希望しますか ３）退院に対する不安は何ですか 福祉的見地の研究法を用いた。直接または電話インタビューによって得られた内容を、同意を得てメモを取り、逐語録として作成。その逐語録から研究テーマに関する内容をコードとして抽出し、カテゴリー化した。	患者側からは、《①家族との関係に対する不安》《②退院後の生活に対する不安》《③自分の身体に関する不安》の３つが大カテゴリーとして明らかになった。一方、家族側からは、《①家族の生活が最優先》《②過去のトラウマと病気回復への諦め》《③キーパーソンの引き継ぎ困難》《④患者に対する理解不足》が明らかになった。	退院へ向けた基本的なケアプランと同時に、家族へのアプローチ、家族との関係構築の重要性があらためて浮き彫りとなった。これらのことを踏まえ、家族が退院に前向きになるためには、ひわれが医療従事者は、家族の苦労やつらさなど、気持ちに寄り添いながら家族を支える役割も必要であると考えられる。
10	長期在院患者への退院支援 家族と跳躍になっている患者に着目して	上振基子	上振基子、井上芳水、田中正孝 長期在院患者への退院支援 家族と跳躍になっている患者に着目して（2013）日本精神科看護学術集会誌 56（1）270-271	厚生労働省による「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、「入院中心から地域生活中心へ」の転換を進め「社会的入院」の解消を図ることを目標に掲げている。その後、2009年に、「新病の入院患者はより早期に退院するように心がけている」長期在院患者の退院は進まず。新たな長期在院患者が生まれ続けている」と報告されている	1．退院困難度尺度で長期在院患者の退院困難要因を評価し、患者側々の要因を把握する。 2．２事例に対し患者に合った退院支援を進める。	A病棟看護師14名の受け持ち患者４～５名ずつ	事例検討	研究期間は2011年10月～2012年４月。 1．A病棟看護師14名が受け持ち患者４～５名（計56名）に面接して退院困難度尺度の評価をする。 2．医師・OT・PSW・看護師でケア会議（以下、ケア会議）をして退院困難要因を基に支援をする。	入院期間が１年未満と10年未満を比べると１年未満では不安・身体合併が高く、20年未満ではADLの低下、自閉的行動が高くなっている。10年以上になると、ADLの低下、家族関係の問題が高くなっている。その中で、クラスター分析５群評価に照らし合わせ、クラスター３（困難要因相変群）系の２名に退院支援を行った。 事例１　70歳代後半・男性・統合失調症・入院期間7年　臨床像：入院歴は11回である。単身生活で金銭管理ができず、安想に左右され生活が乱れて入院となった。退院困難要因：ADLの低下・家族、外泊を繰り返しADLの低入を図り、共同生活へ慣れとなったが、金銭管理の自立までまだ十分ではなく、PSWの介入が今後も必要である。 事例２　50歳後半・男性・統合失調症・入院期間17年　臨床像：入院歴は２回である。退院後服薬中断し状態が悪化し入院となった。退院困難要因：自閉的行動・家族経過：作業療法のプログラムを体験し、少しずつ他患者とのコミュニケーションも取れるようになった。デイケアと共同住居を見学し、共同住宅の外泊を試み問題なく本人の希望もあり退院となる。	支援を行った結果最終体験入所後に、約2カ月で正式入所となった。	結論 1．長期入院の場合、家族と跳躍になりやすく、社会環境の変化も加わって退院が困難になる。 2．１人１人の退院困難理由は異なり、一番身近で理解できるのは看護師であり、看護者の観察による行動評価は重要である。 3．各職種間で退院を妨げる要因を共有し、専門性を活かしたチームアプローチが有効である。 4．患者ができている項目を評価して、患者の不安を取り除いて自信をたかめることが重要である。
11	地域移行に向けて	黒川滝子 & 新井信裕	黒川滝子 & 新井信裕. (2013). 地域移行に向けて. 病院・地域精神医学= The Japanese journal of hospital and community psychiatry, 55(4), 353-356.	精神科長期入院患者の地域移行が進められている	多職種チームを組んで退院支援を行い、その取り組みを通して、地域移行について改めて考察していくこと。	精神科療養病棟の入院患者41名を対象とし、このうち的1名を退院支援対象者とした。	事例検討	1）支援計画書の作成 多職種（医師、病棟看護師、訪問看護師、ケースワーカー、作業療法士、福祉ホームスタッフ、支援センタースタッフ、デイケアセンタースタッフ）を含めたケアのチームをつくり、支援計画書を作成してチーム内で情報共有した 2）体験入所に向けた支援 A氏の福祉ホーム体験入所に向けた課題対策、スタッフの検討事項などを整理し、チームによる支援を開始した。 3）不安への対処 誰でもよいから身近なスタッフにすぐ相談するよう提案した。 4）福祉ホームへの体験入所 ピアグループ活動の利用や活動への参加を重ね。ピアグループのメンバーでもよい関係が築けたことでさらに自信がついて一人でも積極的に出かけられるようになり、日には福祉ホームに体験入所することが可能となった。 5）正式入所に向けた多職種支援 支援計画の立案では、チームに加え整形外科医歯科医、作業療法士などにも評価と今後の方針を明確にしてもらい、あらゆる方向からA氏への支援を行った。	支援を行った結果最終体験入所後に、約2カ月で正式入所となった。	チームで支援にかかわることのメリットの一つには、それぞれの専門性の視点から患者の現状をアセスメントして、さまざまな方向からの支援を検討できるということがある。そのためにも、情報は出ない共有し、職種間の境界をなくして、包括的な支援が可能となるようにする必要がある。また、患者への支援としてへきたなり充実したものには、ピアメンバーとの交流のような患者同士の相互のかかわり合い、支え合いがあった。時として、医療者からの言葉よりも、地域での生活の困難さを抱えながらも、実際に生活を送ると暮らしている仲間の姿がいっそう説得力を持つことを知ることができた。

	タイトル	著者	雑誌名、年、巻、ページ	背景	ACT総介論文	
1	ACT and the trends of psychiatric community care.	Takagi, S	これからの地域精神科ケアとACT Takagi, S. (2013). ACT and the trends of psychiatric community care. Nihon rinsho. Japanese journal of clinical medicine, 71(4), 725-729.	ACT総介論文	1. 地域ケアへの転換 近年、身体障害者・知的障害者の脱施設化に取り残された精神障害者を収容する精神科病院の密度性と反治療性が問題となり、地域精神保健体制の構築が喫緊の課題となる理、その中で、assertive　communitytreatment（ACT：包括型地域生活支援プログラム）がにわかに注目を浴びた。 2. ACTとは何か ACTとは、重度精神障害者に対して、多職種の専門家やピア・スタッフから構成されるチームが、24時間体制で地域生活現場への訪問によって医療・福祉の包括的なサービスを提供する援助プログラムである。ACTは、1960年代後半に、米国ウィスコンシン州マディソン重配ンドーク州立病院における脱施設化の試みから発展してきた。以後30年以上に及ぶ調査研究から、入院期間の短縮や個性安定性の改善、サービスに対する満足度の向上などの効果が証明され、現在までにアメリカでは50州に何らかの形で導入されている。更に、カナダ、英国、スウェーデン、オーストラリア、ニュージーランドなど多くの先進諸国では、脱施設化を進めるための地域精神保健体制の重要な要素としてACTが導入されている。つまり、ACTとは（1）多職種による多角的支援　（2）チームによる継続的支援　（3）アウトリーチによる現場支援　（4）24時間365日の危機介入支援；という特性をもった重度精神障害者支援である。1つのACTチームはスタッフ数が10－15人で配り、これは上述タチーム化をと情報共有が出て来る理由の長が低下する。そして、1人の現場スタッフにつき、利用者数は約8人そ10人という制限がある。したがって、1つのACTチームで受け持つことができる利用者数は、100－150人である。1人のスタッフは、10人目での利用者について自分が主担当者となってケースマネージメントの責任を七の。主担当者は、他のスタッフ－3人と組んでその利用者の日常支援を行う。このかさなチームをindividillal　treatment　team（ITT：個別援：助チーム）といい、利用者に関する情報を管理し、支援計画を立てて実行する。利用者の精神症状が悪化してITTチームだけで支え切れないときには、他のACTチームのスタッフが臨時ITTに入り協力する。主担当以外のスタッフも、自分が主担当となる利用者を10人程度もっている。このような構造によって、小さなチームがいくつも重なりあって存在することになり、全体の情報共有が出にくる。24時間365日、いつでも相談できる窓口があれば、家族も含めて利用者は多大な安心感を得ることができ、それがあるだけで安定した地域生活を送れるようになる。重度精神障害者の社会生活を支援するためには、医学的治療と福祉的支援のどちらが欠けても満足のいく結果は得られない。	※論文の形式ではないので、分類できませんでした。
					3. 日本の地域精神保健体制におけるACTの位置づけ ACTは本来、精神障害者の脱施設化という社会政策のもとで行われるものであるべきではならない。ACT自体は危機介入も含めた個別的・集中的な援助を主眼としたものである。それゆえ、障害者住居の確保、就労のための受け皿社会参加のための場とのインクルージョンの仕組みなど、全体的な地域精神保健体制のビジョンがACTの背景になくてはならない。この点からみると、日本でACTを行う場合の問題点は、乏しい地域精神保健体制との整合性がないということにある。また、財政についても大きな障壁がある。ACTのように対象者数と施域がきちんと限定される援助は、包括的な福祉財源によって運用されることが望ましい。しかし、日本では精神医療費と精神障害者福祉費には97：3といわれる大きな格差がある。日本の医療体制では医師がリーダーシップを取らなければ事が進まないが地域医療に対してきちんとした理解をもっている精神科医は残念ながらごく少数である。また、地域精神医療・福祉に携わるスタッフには、Mosherらが強調するように能力・適性が要求される。日本には地域で主体的に働くことができるコメディカル・スタッフが育っているとは言い難い。 4.おわりに Bleulerは、統合失調症をもつ人たちの予後は多様で可塑性に富んでおり、それを生かすためには、その人の生活の現場でかかわることが大切だと主張した。しかし、日本では長らく入院中心の医療が変わらないままでいる。そのような状況の中でACTは、当事者・家族にとっても現場で苦悩する多くの精神科医療・福祉従事者にとっても、新たな希望として期待されている。ACTはそれだけで地域精神保健体制を支えるものではないが　そのことを理解しつつ実践するのであれば、これからの地域精神保健にとって多くの示唆を与えてくれるものとなるであろう。	※論文の形式ではないので、分類できませんでした。
6	The psychiatric hospital and therapeutic jurisprudence: Applying the law to promote mental health.	Eric B. Elbogen, AZanJ. Tomkins	Elbogen, E. B., & Tomkins, A. J. (1999). The psychiatric hospital and therapeutic jurisprudence: Applying the law to promote mental health. New directions for mental Health Services, 1999(84), 71-84.		アメリカにおける、脱施設化に伴う精神病院と治療法学：精神保健法の適用についての歴史背景。将来的に、治療法学Therapeutic Jurisprudenceと治療・リハビリテーションはコラボレーションし、臨床に良い結果をもたらす必要があると結論づけている。	※論文の形式ではないので、分類できませんでした。
22	Community mental health care in Trieste and beyond: An "Open Door–No Restraint" system of care for recovery and citizenship	Mezzina, R.	Mezzina, R. (2014). Community mental health care in Trieste and beyond: An "Open Door–No Restraint" system of care for recovery and citizenship. The Journal of nervous and mental disease, 202(6), 440-445.	1971年以降に始まったトリエステモデルについての説明論文。	トリエステのDMHの現在の組織は：全国第に約1200名の入院患者を抱えるサン・ジョバンニ・メンタル・ホスピタルの脱組織化に由来している。それを段階的に廃止する一方で、コミュニティサービスの完全な代替ネットワークが構築され、今日は以下のものから成っている： ・4つのCMHCs（Community Mental Health Centers active 24 hours a day, 7 days a week）は、それぞれ150,000人～65,000人の地域を管轄し、すべて24時間開いており、それぞれ4つ～5つのベッドを保有している（約3人の看護師からなるチームが連携しており、ソーシャルワーカー2名、心理学者2名、リハビリ専門家2名、4～5人の精神科医がいる） ・主に夜間の緊急事態に使用されるこの5ベッドを備えた1つのUgeneral hospital psychiatric unit（GHPU）（24時間未満の非常に短い滞在に使用）自宅訪問がメインのため、使用は稀である。 ・グループホーム（約45日のベッドを管理し、24時間までの異なる監督レベルで住宅施設をサポートするための非政府組織（NGO）との独自のスタッフと連絡窓口を持つHabilitation and Residential Service（HABilitation and Residential Service）ケアセンター DMHは15の社会協同組合と協力し、クラブスタイルのセンター、セルフヘルプセンター、文化的および教育的活動を提供する異種のあるフードショップなど、ユーザーと介護者の団体など、NGOによって提供される多くのプログラムを援護している。専門的な訓練、権利と市民権の問題に関する文化的な促進。 DMHの人的資源には約210人のスタッフが含まれており、住宅や地域生活のNGO支援サービスは含まれていません。 自殺率は20歳で10万人あたり25人から12人に半減した（2003）。 歴史的に、トリエステは、支配/制御に基づく関係から、人全体の再発見に基づいて相反すると見なされる治療関係への移行を先駆けた。この観点から、脱施設化は権力の関係の変化と見ることができる。質的質文化研究によって実証されたように、参加型市民権（「人生を持つ」）は、復興プロセスの中心に位置している。これは実際に、病気ではなく人をプロセスの中心に置くことを意味している。	※論文の形式ではないので、分類できませんでした。

	タイトル	著者	雑誌名、年、巻、ページ	背景	目的	対象	研究デザイン	方法	結果	結論
2	From hospital to the community: The influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients.	Kunitoh, N.	Kunitoh, N. (2013). From hospital to the community: The influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. Psychiatry and clinical neurosciences, 67(6), 384-396.	脱施設化は多くの国で実施されており、その結果、長期滞在の入院患者が地域社会に移行している。	文献レビューにより、選院した長期入院患者に対する 脱施設化の影響を明らかにすることである。	なし	Review	タイトルもしくはアブストラクトに以下の問題を含むものを対象とし検索した。 "long-stay" or "chronic mentally ill" and "deinstitutionalis(z)ation" or "community" or "discharged" データベースはPubMedおよびEmbaseを用い、言語は英語とした。 本研究ではもっ月以上の入院を長期滞在と定義し、全部で14論文がレビュー対象となった。	抱どの研究対象者が統合失調症であった。最も多く評価されたアウトカムは、社会的機能、精神医学的症状および生活の質（QOL）/環境に対する対象者の態度であった。社会的機能においては、大部分が有利な変化を示した。精神医学的症状に関しては、安定または少なくともいくつかの改善が検出された。環境に対するQOL /参加者の態度については、少なくとも各3時点では肯定的な変化が認められた。 3つの結果のすべてにおいて、着しい劣化は見てあった。	参加者の大部分は、機能障害が統合失調症患者の一般的な症状であるこもかがわらず、社会的機能の強化を示した。安定性の症状は、統合失調症の連続的な経過に起因するかもしれないが、地域社会への移動も改善につながる可能性がある。環境に対するQOL /参加者の態度の好ましい変化は、他の研究と一致する。
3	Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review	Winnie S Chow and Stefan Priebe	Chow, W. S., & Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. BMC psychiatry, 13(1), 169.	ゴフマンの精神医学的研究以来、脱施設化は精神医学的議論の主役となっている。	1960年代初頭から現在までの精神医学的施設化の意味を特定すること。「施設化」の問題が精神医学文献でどのように使われているかを分析すること。	なし	conceptual review	1961年にErving Goffmanが述べた施設化について概念的レビューを実施した。 データベースにはPubmed, Web of Science, PsychINFO, and Scopus を用いた。検索用語は "institution*" AND severe mentally ill*"で、期間は1961年 1 月 2012年2月とした。最終的に検索用語は（psychiatr* institutionalization AND mental illness)と(mental institution* AND psychiatr*)も追加した。包含基準はA）成人の精神科施設の特徴、経験、および/または機能に言及していること。B）施設化の効果を報告していること。ただし、20世紀後半の脱施設化を経験していない国の研究は除外した。 同定されたすべての論文から精神医学的施設の特徴および機能に関する情報を抽出し、時系列順に分析した。研究チームは、臨床精神科医（SD）、研究心理学者（RMcC）、臨床家および研究者（SP）の両方である精神科医、およびメンタルヘルス臨床家（WSC）としても訓練されている公衆衛生研究者であった。	2110本が検索され、最終的なレビュー対象は61本であった。 論文の概要 オーストラリア、カナダ、フランス、ドイツ、イタリア、アイルランド、オランダ、スウェーデン、スイス、イギリス、米国の11の西側先進工業国の61の論文からデータを抽出した。論文中、以下の 4つのおもなテーマが特定された。a）施設のレンガとモルタル（施設の建築的要素）、b）規制する政策と法的枠組み、c）臨床家と患者の関係における臨床責任とパターナリズム、d）施設化されたケアに対する患者の適応行動（論文中表1にまとめ）。 61論文中43論文は、過去20年に由来したものであった。初期の論文は、施設的ケアへの患者の反応としての制度化と患者の自己概念に関する制度的ケアの影響に焦点を当てているが、後期の論文では、医師－患者関係におけるパターナリズムに焦点が当てられていた。すなわち、医師－患者関係における臨床的責任とパターナリズムは最近の精神医学的討論においてのみ見えるようになり、一方、ケア施設の候民とモルタルのような建築的要素の概念は、初期から現在までの施設化の概念の一部であった。	現代精神医学における「施設化」という問題は、レンガやモルタル（建築的要素）に基づく定義を超えているのではなく、スタッフの責任、政策、法的枠組みに関する考えを含んでいることを強調している。
4	From long-stay psychiatric hospital to Community Care Unit: evaluation at 1 year.	T. Trauer et al.,	Trauer, T., Farhall, J., Newton, R., & Cheung, P. (2001). From long-stay psychiatric hospital to Community Care Unit: evaluation at 1 year. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36(8), 416-419.	精神科病院の長期滞在病棟から選院した患者に宿泊、臨床ケア、リハビリを提供するために開発されたCCUについての研究。CCUは郊外にある20ベッドのユニットで、多分野の臨床チームによって24時間ベースで運用されている。	精神医学サービスの脱施設化によって、精神科病院の長期滞在病棟から選院した患者に、臨床ケア、リハビリを提供するためのコミュニティケアユニット（CCU）が開発された。CCUにノミネートされた全ての患者について、1）移動前、2）移動1ヶ月後、3）移動1年後 のfollow up調査をすること。	精神科病院の長期滞在病棟から選院した患者125名	追跡研究	臨床状態、個人の機能、生活の質、住居選好、改擘的行動を含む範囲のR度で、移動前1ヶ月、移動後1ヶ月、および1年後に評価した。 スタッフの態度、親或やか施者の認識や満好、居住環境についても評価した。患者評価尺度にはPANSS、LSP、LQOLP、SOAS、PAQ、SNAを用いた。	移動した患者の大部分は、1年後もCCUにいた。最も明確な結果は、生活の質が改善されたことであった。 病院とCCUの環境を比較すると、CCUの方が制限が少なかった。 病院や介護者もCCUを好んだ。 平均して、症状および障害レベルは1年間でほとんど変化しなかった。 ■対象患者：開放病棟と閉鎖病棟に入院中の125人の患者が、CCU転医の対象となり、男性78名（62%）であった。年齢は24～67歳（平均43.7歳）であった。患者の98%（79%）は未婚、初発病の平均年齢は17.5歳、初回入院時は平均年齢は19.6歳であった。入院の平均歴は12.2回であり、現在の入院期間の平均は7.8年であった。移送前法的状態が記録された109人の患者のうち、94人（86%）が非自発的入院であった。ほとんど（97%）が統合失調症で、すべての患者は抗精神病薬を投与されていた。データが入手可能であった86人の患者のクロルプロマジン当量での中央値量は775mg /日であった。データのある89人の平均PANSSスコアは93.3であった。 99人の患者について、平均総LSPスコアは112.5であった。患者は生活環境に対する満足度が非常に低く、CCU（38%）、自宅（35%）、特定地区（14%）、家族や友人（13%）への選択を希望していた。 ■移動先 99件がCCUまたはpreCCUに移動された。CCUまたはpreCCUに移動した99人のうち9人が死亡し（自殺発生）、14人が病院に戻ったが、重篤施設に選院した。対照的に、私的宿泊施設または施設に選院した患者はCCUに移動した人の2倍であった。 LQOLPにおいては、7つの領域（レジャー、財政、生活状況、安全、家族、社会関係、健康）のうち、生活状況のみ有意な差を認め(t（42）= 3.43、P = 0.001)。この領域における主観的満足度の明らかな増加を示している。精緻的行動は、移動前および移動後1カ月およびSOASを使用して1年間にわたって評価した。 PAQの、「あなたの家を永久にここにしたいですか？」という質問に対して、病院の患者の12%、1年のCCUの34%が「はい」と答えた。 SNAに答えた44人の患者のうち、移動前41人と1年後37人は、友人がいないと答えた。患者と感情的関係を有する平均人数は1.11から1.92に（t（36）= 2.26 、P = 0.03）。共住民の満足度は増加した(t（42）= 2.34、P = 0.02)。 ■親族、スタッフ、マネージャの意見 ほとんどの親或やか護者は患者を病院ではなくCCUで看らすことを好んだ。CCUのマネージャーおよび上級管理職は、患者およびCCU自身の移行プロセスには一般的に満足していたが、希望するリハビリモデルに向けてスタッフのスキルと態度を形成することに困難があり、また、住民の地域社会への統合と受け入れの面でについても懸念が示された。	脱施設化を早期に実施した州（アルバータ州とブリティッシュ・コロンビア州）においては、2002/2003年に精神病棟における在院日数が増加した。 2002/2003年に一般病院の精神科でケアをした日数が大半の州の精神科病院でのケアの日数を超えたため、トランス脱変化のプロセスは明らかであった。一方で、精神保健サービスへの1998/1999からと2002/2003までのアクセスが全ての州で増加しており、精神科病床数削減による資源の再配分により、コミュニティベースの精神保健サービスが増加した可能性がある。
5	The impact of the process of deinstitutionalization of mental health services in Canada: An increase in accessing of health professionals for mental health concerns	Sealy, P. A. (2012). The impact of the process of deinstitutionalization of mental health services in Canada: An increase in accessing of health professionals for mental health concerns. Social work in public health, 27(3), 229-237.	カナダにおける精神保健サービスの脱施設化のプロセスに関連して、コミュニティベースのメンタルヘルスサービスへのアクセスを評価する。	（a）1998/1999と2002/2003の間のメンタルヘルスサービスの脱施設化政策の継続的な実施についての記述 （b）人口に基づくデータを用いて、カナダの州で重度精神障害の人々の精神保健サービスへのアクセスを評価する。		追跡調査	人口1,000人あたりの総合病院の精神科病棟における在院日数と、人口1,000人あたりの精神科病院における在院日数を、標準化することで脱施設化のプロセスを評価した。 2002/2003年のケア日数は、カナダ2002-2003年の病院精神保健サービス（Canadian Health Institute for Health Information、2005年）から得られ、2003年の人口推計はAnnual Demographic統計2003から得た。心理的苦痛は、CIDI ショートフォームを用いて測定した。用い精神的苦痛（9以上のCIDIスコア）を有する回答者の精神保健サービスのための医療従事者のアクセスは、NPHSの公衆アクセスファイル（1994/1995および1998/1999）のデータを用いて測定した。	精神科病院における平均在院日数は418日（1994年／1995年）、215日（1998/1999年）、99日（2002/2003年）に減少していた。総合病院の精神科病棟における平均在院日数は176日、122日、118日に減少した。しかし、2002/2003年のケベックでは総合病院の精神科病棟の平均在院日数は300日以上に増加していた。 コミュニティにおける心理的苦痛の人口レベル（1994/1995 N 16,989）（1998/1999 N 14,682）（2002/2003 N 24,996,593）回答者の約半数は女性で、年齢中央値は40～44歳、平均収入は37～49,999ドルであった。 回答者の大多数は既婚または事実婚（範囲59.5%から62.3%）であった。CIDIスコアが9以上の心理苦痛の高い者の精神保健サービスへのアクセスは、カナダ全土で平均1994/1995年の29.5%、1998/1999の38.7% 2002/2003年の76.2%であった。地域間でアクセスのばらつきがあった。	脱施設化を早期に実施した州（アルバータ州とブリティッシュ・コロンビア州）においては、2002/2003年に精神病棟における在院日数が増加した。 2002/2003年に一般病院の精神科でケアをした日数が大半の州の精神科病院でのケアの日数を超えたため、トランス脱変化のプロセスは明らかであった。一方で、精神保健サービスへの1998/1999からと2002/2003までのアクセスが全ての州で増加しており、精神科病床数削減による資源の再配分により、コミュニティベースの精神保健サービスが増加した可能性がある。
7	The cost effectiveness of community care for former long-stay psychiatric hospital residents	Knapp, Martin R J. and Beecham, Jennifer	Knapp, M. R. J., & Beecham, J. (1990). The cost effectiveness of community care for former long-stay psychiatric hospital residents.	※論文本入手。 連絡Univercity of Kent researchsupport@kent.ac.uk に問い合わせが必要。						
8	Is deinstitutionalization working in our community?.	Hamden, A	Hamden, A., Newton, R., McCauley-Elsom, K., & Cross, W. (2011). Is deinstitutionalization working in our community?. International Journal of Mental Health Nursing, 20(4), 274-283.	脱施設化に伴い作られたCCUの利用についての研究。	（i）community careunits CCUの過去および現在の住民の生活の質の変化、（ii）CCUに関する過去および現在の居住者の感情、（iii）CCUにおけるLOS（length of stay) の減少がある場合、（iv）病院への再入院の影響 を確認すること	対象サンプル：第1グループは、現在CCU（n = 16）に居住、第2グループは1996年から2007年にCCUに入居した住民（n = 15）。	量的アプローチを用いた記述的探索的デザイン	データ：入院のデータベース（CMI）を使用し、過去者と現居住者で比較した。 使用尺度：PatientAttitude Questionnaire（PAQ：病院やコミュニティケアサービスに対する消費者の見解を測定する）（Thomicroft et al.1993）と生活の質の満足度調査マンチェスター・ショート・アセスメント（MANSA）（Priebe et al.1999）；	男性81名。女性40名が対象。男性の方が高齢の割合が高かった。CCU入居後は友人との接触が挙げられていたが、CCU入居中のLOS、過去後のLOSは有意に減少した(P = 0.035)、（P = 0.011).	CCUの利用により、再入院率は低下し、雇用される機会もあった。男性は女性に比し、再入院率が高く、長期的ケアを有する。
9	Deinstitutionalisation for long-term mental illness: cost differences in hospital and community care.	Lapsley, H. M.	Lapsley, H. M., Tribe, K., Tennant, C., Rosen, A., Hobbs, C., & Newton, L. (2000). Deinstitutionalisation for long-term mental illness: cost differences in hospital and community care. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 34(3), 491-495.	精神科医療の脱施設にともに、ケアに置けるコストにも注目が集まっている。	シドニーの精神科病院閉鎖中に選院した慢性精神疾患長期滞在患者の医療費と地域費用の分析。	精神科長期入院患者で地域に選院した47名	前後比較試験	次の各3時点、それぞれ2年間のコスト変化を調査（1）病院のみ（1989-1990～1992-1993）（2）地域移行期（1993-1994から1995-1996）； （3）コミュニティ住宅移行後（1995-1996）；	地域移行後のコストは、入院中の3分の1～3分の2程度であった。	地域ケアの方が、施設ケアよりコストが低く、地域サービスの方が臨床サービスより効率が良い可能性がある。

10	The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: continuity of care related to characteristics of the psychiatric services and the patients.	Saarento, O.,	Saarento, O., Øiesvold, T., Sytema, S., Göstas, G., Kastrup, M., Lönnerberg, O., ... & Hansson, L. (1998). The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: continuity of care related to characteristics of the psychiatric services and the patients. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 33(11), 521-527.	ここ数十年で脱施設化が進み、精神科病床数が減少している。	北欧の研究（Hansson et al. 1995; Saarento et al. 1995;Saarento 1996）を比較すること。	精神科施設から退院し、初回サービスを受けた2834名の患者	追跡研究	1. ノルウェー、2.デンマーク、3. デンマーク、4.ウェーデン、5.フィンランド、6.スウェーデン北部、7.スウェーデンの精神医療において、1 年間治療を受けた患者についての追跡調査。退院後から連続再開までの時間を計測し、ケアの継続性を比較した。	catchment areas管轄地域？で、退院とケア再開に時間を要していた。病院へのアクセスの良さはケアの継続性に関わる。スタッフリソースとの関連はなかった。	地域により継続的ケアに差があり、管轄地域において、退院や退院後ケアに時間がかかっていた。
11	Residential care in hospital and in the community–quality of care and quality of life.	Shepherd, G., Muijen, M., Dean, R., & Cooney, M.	Shepherd, G., Muijen, M., Dean, R., & Cooney, M. (1996). Residential care in hospital and in the community–quality of care and quality of life. The British Journal of Psychiatry, 168(4), 448-456.	長期入院病床数の減少は、ケアの質に関する懸念がある。	この調査は、入院患者と地域移行患者のケアの質と生活の質（報告された満足度）を比較すること。	コミュニティ・ホーム20施設（５つのタイプの施設）	横断研究	ロンドンの郊外の地方自治体が提供するリストから無作為に抽出されたコミュニティ住宅と病院病棟を比較。サンプルはすべての主なプロバイダーのタイプ（地方自治体、住宅協会、私的および共同NHS /自主セクター）から抽出された。物理的環境の質、スタッフと居住者の特性、外部管理の取り決めと内部管理体制、居住者の満足とスタッフのストレスの相違が取られた。職員と相互作用の量と質についても直接観察した。	最も障害のある居住者は、依然として入院しており、最良のケアを受けていることが判明し、欠損があったものの入院患者の生活状況に最も不満があった。提供されたケアの質または報告された満足度のいずれかに関するコミュニティ・プロバイダー間の違いはほとんどなかった。コミュニティの家庭におけるケアの質は、プロジェクトリーダーの特徴と方向性によって決定されていた。	提供されるケアの質を向上させるためには、スタッフトレーニングと品質保証のケア実践を見直す必要がある。
12	Community alternatives to acute inpatient care for severe psychiatric patients.	Spain, S.	Spain, S. (2012). Community alternatives to acute inpatient care for severe psychiatric patients. Actas Esp Psiquiatr, 40(5), 323-32.	本文はスペイン語。	急性および重篤な患者のための地域医療および病院ケア提供のギャップを満たすために開発されたケアの新しいモデルの実施の有効性および実現可能性を実行する証拠を検討することである。精神保健システムにおける急性コミュニティと病院ケアの新しい選択肢の主要要素を統合するための「ケアバランスのとれたアプローチ」を提案する。		Review論文	文献レビュー、データベースはMedline (1966-2010), EMBASE (1980-2010), and PsycINFO (1985-2010) key terms：relating to assertive outreach, home treatment/crisis resolution, psychiatric acute day care, deinstitutionalization, Mental Health Service Models.	Acute Continuous Day Care (ACDC) –day hospitals-, Assertive Outreach Care (AOC) –Assertive Community and Assertive Outreach teams-, and Home Acute Care (HAC) –Crisis resolution, Home treatment teams-の3つの主なタイプの急性ケアチームが確認されている。これらの急性治療選択肢は補完的であり、患者の臨床的および社会的回復に大きなプラスの影響を与えるために組み合わせることができが、通常は独立して実施される。	バランスの取れたケアシステムでこれら5のタイプの戦略を組み合わせた統合型急性ケアサブシステムは、メンタルヘルスケアにおける先進的コミュニティモデルに正式に組み込まれるべきである。
	タイトル	**著者**	**雑誌名、年、巻、ページ**	**背景**	**目的**	**対象**	**研究デザイン**	**方法**	**結果**	**結論**
13	Mental health care and the politics of inclusion: A social systems account of psychiatric deinstitutionalization.	Novella, E. J. (2010).	Theoretical medicine and bioethics, 31(6), 411-427.	過去50年間の現代精神医学に課せられた当たらしい要求や精神障害に対する方法を紹介する。	Niklas Luhmannの社会システム理論に基づいた、精神保健医療の底護ベースのモデルからコミュニティ側面のサービスネットワークへの最近のパラダイムシフトの解釈		レビュー論文		観察された変化は、現代社会の機能システムとしての精神医学の発達であった。精神保健医療の活動目標は、より低い、疎外されたグループへの医学的および社会的管理から、全人口に対する特殊な医学的および心理的ケアに移った。	機能的に差別化されたシステムとしての現代社会秩序のより広い視野は、このプロセスにおける一貫した原動力であると考えられる。底護精神医学は、一般的な社会的疾患観（特に、社会の異なる機能分野にてその個人を含める規範的かつ時間的な説明と、現代の機能システムへの参加の共通のパターン）とは異立し得ず、増加し続ける人間の精神医学的ケアの利用を必要とした。この報告を受けて、サービスの過負荷や潜在的なユーザーの重要なグループの明確な除外など、メンタルヘルスケア提供の将来のいくつかの大きな課題が特定され、議論されることになるだろう。
14	The Social Integration of the Mentally Ill in Quebec Prior to the Bédard Report of 1962.	Thifault MC, Perreault L(2012)	Canadian Bulletin of Medical History, 29(1), 125-150.	サン・ジャン・デ・ディー病院の例を用いた精神疾患の社会統合の最初のイニシアチブに関するこの記事では、20世紀初期の脱施設化（病院と地域医療の間の移行）の実施について説明している。 当研究は、ケベックの静かな革命の直前の期間の再解釈を提供する最近の歴史的流れの一部である。20世紀初頭の脱施設化の流れの説明。Providence©Sisters とSaint-Jean-de-Dieuの精神科医の方針、戦略、実践が1960年代の脱制度化の最初の波がペダール報告書の外者によって編成される半世紀前の1960年代において、すでに、患者を家族に再統合する脱制度化システムを構成されていたことを示す。			レビュー論文			
15	The state hospital and the community: An essential continuum for persons with severe and persistent mental illness.	Monroe-DeVita, M. B., & Mohatt, D. E. (1999).	New directions for mental health services, 1999(84), 85-97.	米国の脱施設化におけるＡＣＴが果たしてきた役割についてのレビューである。時系列に基づく記述や、ポジティブな面だけでなくネガティブな面(例.ＡＣＴのoutcomeの研究の弱点は測定の手段や手法が統一されていない)についても言及されている。			レビュー論文			
16	Deinstitutionalization? Where have all the people gone?.	Davis, L., Fulginiti, A., Kriegel, L., & Brekke, J. S. (2012).	Current Psychiatry Reports, 14(3), 259-269.			州立の精神科病院患者	Review論文	州立の精神病院は、1950年頃から減少の方針となり、一般病院の精神科病床と外来・地域での治療で満たされるようになった。その結果、1980年代には health maintenance organizations (HMOs)と問題費利地域精神病院が増加し、1990年代には Managed Behavioral Health Organizations (MBHOs) ができ、現在では、重度精神病の治療へのアクセスやコストシフトパターンに影響を与えている。 続いて現在SMIを持つ人々がどこに住んでいて治療を受けているかを調べ、次に、この権回題の治療へのアクセスと地域統合のレベルを反映した最近の動向について検討する。	現在の分権型メンタルヘルスケアシステムでは、アクセスできる個人の福祉は全体的に改善し続けているが、メンタルヘルスサービスを利用しながら雇用、家族、その他の社会的資源を維持できる人は現行のメンタルヘルスファイナンスや治療オプションのシステムから利益を得る可能性が高いが、対照的に、より重度で慢性の精神疾患を有する者は、最も治療へのアクセスと治療の必要性が高いがアクセスできない現状にある。全体として、慢性および重度の精神疾患を有するほとんどの人の現在の生活は、機能障害、失業、貧困、および孤立の高い状態という特徴を持っていることが示唆されている。	脱施設化がどのように定義されるのか、そして地域統合の障壁がどのように対処されるのかなど、また、重度精神障害を持つ個人がどこでどのような治療を受けられているのか（システムから脱れ、受けられていない可能性がある）に注意を払う必要がある。
17	Community integration of elderly mentally ill persons in psychiatric hospitals and two types of residences.	Depla, M. F., de Graaf, R., van Busschbach, J. T., & Heeren, T. J. (2003).	Psychiatric Services, 54(5), 730-735.	オランダの脱施設化政策(deinstitutionalization)は、高齢で長期にわたる精神疾患の患者に対して2つの新たな生活の取り決めを生じさせた。	オランダの脱施設化政策(deinstitutionalization)は、高齢で長期にわたる精神疾患の患者に対して2つの新たな生活の取り決めを生じさせた。南方とも、高齢者のための主流住宅での宿泊施設に関係していて、専門のケアユニットに集中しているが、施設全体に散在している。著者らはこれらの住民のコミュニティ統合に対する2つの住宅モデルの有効性を、精神病院の宿泊施設と比較して研究した。	集中住宅の住民/分散住宅の住民/精神科病院の入院者	比較臨床試験	集中住宅(concentrated housing)&ユニット49人　分散住宅(dispersed housing)12ユニット47人　精神科病院24ユニット78人　合計174人が対象。 3つのサブサンプルが選択された。 集中住宅(concentrated housing)&ユニット49人　分散住宅(dispersed housing)12ユニット47人　精神科病院24ユニット78人　合計174人が参加した。 これらのサンプルは、事実験的、ポストテストのみのデザインで、コミュニティ統合の4つの尺度を使用して比較された。 1.日常生活に対する感覚的な影響の量(amount of perceived influence over one's daily life) 2.社会的活動への関与 3.ソーシャルネットワークの大きさ 4.ネットワークのメンバーから受け取った訪問の頻度。母集団の相違を調整するために、病院の患者は住宅の住民と一致させ、交絡要因を管理した。	居住用住宅(residential homes)は、より多くのプライバシーを提供し、公共サービスに近く、精神病院よりも多様な人口(population)を持っていた。分散住宅(dispersed housing)の参加者は、生活に対して病院の患者よりも個人的な影響を経験した。集中住宅非常(concentrated-housing)はあまり機能的ではなく、ソーシャルネットワークが小さかった。 3つのグループは、ネットワークメンバーからの訪問の頻度に差がなかった。	コミュニティ統合施設は、必ずしもコミュニティ統合住民を意味するものではない。 分散住宅のみが病院よりも改善がみられ、その後は住民の日常生活への影響という点でのみ改善された。分散住宅モデルの利点は、製薬的性質が構造と保護を提供する一方で、独立生活に似ていることであった。
18	Community integration of elderly mentally ill persons in psychiatric hospitals and two types of residences.	Depla, M. F., de Graaf, R., van Busschbach, J. T., & Heeren, T. J. (2003).	Psychiatric Services, 54(5), 730-735.	Weskoppies病院から地域社会への長期精神入院患者が退院するのに長い時間がかかっていることは、国内および国際的な脱施設化への障害ではあるにいるが、この記事では、コミュニティケア施設が揃えられている状況で、成功したコミュニティの配置に関連する患者およびsocial workの要因を調査している	オランダの脱施設化政策は、高齢の長期精神医学的患者に対して2つの新たな生活の取り決めを生じさせた。 Both involve accommodation in mainstream residential homes for elderly persons, either concentrated in a specialized care unit or dispersed throughout the facility. The authors studied the effectiveness of these two housing models for the community integration of such residents compared with accommodation in a psychiatric hospital.	７ヶ月の期間中に病院の外に再尾よく移動することができた36人の長期入院していた患者と、235人の移動できなかった患者が対象。 7ヶ月の期間中に病院の外に再尾よく移動することができた36人の長期入院していた患者と、235人の移動できなかった患者を人口統計学的および臨床的変数に関して比較した。 ソーシャルワークサービスは、どの患者が最も介入を受けたのかということと、最も一般的な介入の タイプという面で分析された。	成功した配置(placement)に関連した最も重要な患者の因子は以下のとおりである。 1.女性患者 2.中一流レベルの機能(functioning) 3.遠くに住む親戚を巻き込んだ 4.行動の問題の頻度が低い （特に大興乱用、口頭または身体攻撃、コントロールできない性行為） 5.興奮(agitation)や落ち着きのなさ これらの患者要因は、調査期間中の長期間の患者に与えられたソーシャルワークサービスにも反映されていた。受診者は主に女性であり、開放病棟（高機能）であった。利用された社会福祉サービスは、配置(placement)と患者支援の計画に主に関連していた。	プレトリア地区は長期的な精神病患者の治療ができるコミュニティケア施設が不足しているため、successful placementが制限され、病院に勤務するソーシャルワーカーの負担が増える。この問題は、病院レベルで解決することは出来ず、州および国の保健省のコンテクストで取り組む必要がある。
19	The last half-century of psychiatric services as reflected in Psychiatric Services.	Geller, J. L. (2000)	Psychiatric Services, 51(1), 41-67.	精神医学サービスの50年の出版物の中で顕著された発展と傾向によって、米国における精神医学サービスの過去半世紀が分析できる。当初はMental Hospitalsと名づけられ、その後Hospital and Community Psychiatryと名を変えたジャーナルは、1950年1月にアメリカ精神神学協会によって開始され、今年で50周年を迎える。著者は精神医学的サービスの根幹を主にケアと治療の場所の軌跡を中心に編成している。それは、治療の場所・施設と地域・ガケアのイデオロギーと政策と法律改革の結晶化の現場となったためである。彼は、病院外の患者の動きを記述するために「脱入院(dehospitalization)」という用語を使用し、広く使用されている用語「脱構造化(deinstitutionalization)」を不適切なものとして拒絶する。1つの理由は、この用語が、「患者が人生を終えた多くの施設が制度的ではなかった」ということを誤って暗に意味するからである。 ジャーナルに示されているように、コミュニティケアと治療、経済学、患者エンパワメント、総合病院のインターフェース問題、外来診療、心理社会的リハビリについても詳しく解説されている。著者は、外来診療約束(outpatient commitment)や患者エンパワメントなど、いくつかの概念は現在想定されていたよりも早期に出現し、心理社会的リハビリテーションのようないくつかの概念は時間の経過とともにわずかに異なる形で再発されたと述べている。彼は、患者を州の病院から移動させてどこか別の場所に移して50年経っても、メンタルヘルス政策立案者や実践者は、人間性、有効性、ケアの質の度ではなく、ケアや治療に焦点を絞ったままであると結論付けている。 ※アブストラクトの和訳		レビュー論文			
20	Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe.	Haug, H. J., & Rössler, W. (1999).	European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 249(3), 115-122.	中央ヨーロッパ諸国のドイツ、スイス、オーストリア、ルクセンブルグは、医療に関する個々のさまざまな問題に直面している。すべての国が共有する問題の分析の後、これらの個々の側面が分析される。 ドイツでは、過去30年間に精神科ケアの急速な構造変化が起こっている。 長期ケアを必要とする慢性精神障害の患者を脱施設化(deinstitutionalize)する広範な動きがあったが、大規模な精神科病院には依然として精神科ベッドが多く、一部の地域の総合病院では依然として精神科がない。 オーストリアでは脱施設化(deinstitutionalize)のプロセスが遅れていたが、政府のヘルスケアシステムの一般的な調査により、近年このプロセスは加速している。 歴史的な理由から、スイスの精神保健システムは他の2カ国のものと容易に比較できない。 Deinstitutionalizationは、主に一般病院の精神科への転換を伴う構造変化ではなく、既存の精神病院におけるベッドの減少を意味する。 ルクセンブルグは、経済的要因が精神医学的ケアの発達に影響を及ぼす唯一の例国ではないという事実の良い例である。 精神医学的ケアは、地域に根ざした、中央集権的ではなく、医療から分離されたものでもない。補完的外来患者の施設に関する補給制度は過小評価されている。 したがって、すべての国において、脱制度化のプロセスはまだ満足のいくレベルに達していない。これは、最近の経済的に困難な状況のためだけではない。 現代の精神医学の原則に関する意見が、一般社会および政治的代表者に大きな影響を与えた場合にのみ、変化が期待できる。 ※アブストラクトの和訳			レビュー論文			
21	Service utilization and cost of community care for discharged state hospital patients: a 3-year follow-up study.	Rothbard, A. B., Kuno, E., Schinair, A. P., Hadley, T. R., & Turk, R. (1999).	American journal of psychiatry, 156(6), 920-927.	The closing of Philadelphia State Hospital in 1990 provided the opportunity for a natural experiment to examine the patterns of care and expenditures associated with maintaining a population of seriously mentally ill people in the community.	この研究は、3年間のフォローアップ期間中に321人の退院した州立病院患者の精神保健サービス利用および費用を、患者が病院に残っていた場合のコストと比較した調査である。	フィラデルフィア州立病院から1988年4月の閉鎖時に退院したまたは残留する州立病院に移管された。その後1989年から1993年12月に退院した329人。	比較臨床試験	1988年以降フィラデルフィア州立病院から退院した長期滞在患者が対象。 観察者は、1988年以降フィラデルフィア州立病院から退院した長期滞在患者であった。メディケイドおよびメディケアなどなどに未あよび国の最低限保健サービスによって資源されたすべての精神保健および医療サービスに関する縦断的統合データベースはサービスの利用率と量値の尺度を作成するために使用された。	退院後の3年間で、患者の20%～30%は再入院を平均76～91日/年で行う必要があった。 再入院患者の割合は時間とともに減少したが、入院日数は増加した。退院した患者はすべて依例管理サービスを受け、フォローアップ期間を通じて過半数が外来精神医療（66%～70%）と居住サービス（75%）を受けた。1人当たりの総治療費は、インフレ調整後の年間約約7ドルで、3年間でわずかに上昇した。 1992年の推定額を用いた国家入院費用は、患者が施設に残っていれば年間130,000ドルになるだろう。	この分析によれば、元来の長期滞在者のほとんどは、コミュニティ外来治療および集中治療管理サービスを低コストで受けながら、居住環境に住むことができる。 精神科医からのスタッフ面門への費用シフトの兆候はない。 しかし、州精神保健機関からメディケイドプログラムにいくらかのコストシフトが生じた。これは現在、ほとんどの精神医学的病院ケアが地域の病院で行われているためである。

	タイトル		雑誌名、年、巻、ページ	背景	目的	対象	研究デザイン	方法	結果	結論
23	Long-term course of cognitive function in chronically hospitalized patients with schizophrenia transitioning to community-based living.	Nemoto, T.	Nemoto, T., Niimura, H., Ryu, Y., Sakuma, K., & Mizuno, M. (2014). Long-term course of cognitive function in chronically hospitalized patients with schizophrenia transitioning to community-based living. Schizophrenia research, 155(1-3), 90-95.	隠岐島根郡山市で精神科病院から居住施設への移行を可能にする初期の大規模プロジェクトである笹川プロジェクトが設立された（Mizuno et al. 、2005; Ryu et al. 、2006）。このプロジェクトでは、統合失調症患者78人が精神科の病院が閉鎖された後、地域社会に移籍された。これらの患者の多くは5年間追跡調査され、認知機能、精神医学的症状、および社会的機能の測定を含む年1回の検査を受けた。	（1）統合失調症精神科長期入院患者の退院後の認知機能と精神病理学および社会的機能を調べること （2）患者の機能的転帰の主要な認知症予測因子を調べること	笹川プロジェクトで、2001年に笹川病院から長期入院を経て退院した統合失調症患者78人（男性51人、女性27人）（OTP; Falloon et al. 2004）。	5年間の縦断研究	患者は2002年3月末に退院直後に笹川村と呼ばれる支援施設に移され、徐々に居住施設を離れ、現在は主にグループホームやアパートに居住している。デイケアやコミュニティケアセンターでは、スポーツ、料理、事務演奏、コンピュータースキルの習得など、豊富なプログラムに参加しており、定期的な訪問看護がある。また、職業訓練プログラムに参加し機会を得た。居住施設には近隣住民が集まるスペースがあり、近隣の人々と自然に触れ合うことができた。 以下の尺度を使用し、5年間のフォローアップ調査をおこなった。Letter Cancellation Test、WAIS-R のDigit Span（DS）、Ray-Osterrieth Complex Figure Test（ROCFT）、Word Fluency Test（WFT）Trail Making Test Part A（TMTA）、Mini-Mental State Examination（MMSE）、Positive and Negative Syndrome Scale（PANSS）、Social Functioning Scale（SFS）、Global Assessment of Functioning（GAF）。	結果は、56人（71.8%）の患者が対象となった。ベースライン時の基本属性は男性38人、女性18人、平均年齢54.6歳（SD = 7.3歳）、平均教育年数10.5年（SD = 2.0年）、発病からの平均年数31.5年（SD = 8.7年）、入院期間は25.5年（SD = 9.9歳）、薬剤投薬量はクロルプロマジン当量710.4mg /日（SD = 530.8）であった。 （1）認知機能：MMSE（F = 2.824, df = 5, 275, P = 0.032）, LCT (F = 6.775, df = 5, 275, P = 0.002), ROCFT immediate recall (F = 2.530, df = 5, 275, P = 0.040), ROCFT delayed recall（F= 16.728, df = 5, 275, P b 0.001), WFT letter fluency (F =7.138, df = 5, 275, P b 0.001), WFT category fluency (F = 2.560, df = 5, 275, P = 0.042), and TMTA (F = 3.109, df = 5, 275, P =0.020). LCTについて一貫した改善が示された。 社会機能：陽性症状（F = 8.134, df = 5,275. P = 0.001）、陰性症状（F = 34.169, df = 5,275. P = 0.001）および全般的な精神病理学的サブスケールについては、PANSS（F = 38.310, df = 5,275. P = 0.001）およびGAF (F = 17.841, df = 5,275. P = 0.001) （2）5年後の機能的転帰の予測因子 category fluency scoreが予測因子と見られたが、独立変数に精神病理学的変数を含めた場合は有意ではなかった。	ケアが認知機能の経過に影響を与えることを示唆しており、長期入院の慢性統合的統合失調症患者においても、これらの状態に対処することによってある程度の認知改善がもたらされる可能性がある。
24	Downsizing psychiatric hospitals: Needs for care and services of current and discharged long-stay inpatients	Reinharz, D., & Contandriopoulos, A. P.	Reinharz, D., & Contandriopoulos, A. P. (2000). 1. Downsizing psychiatric hospitals: Needs for care and services of current and discharged long-stay inpatients. The Canadian Journal of Psychiatry, 45(6), 526-532.	カナダケベック州にて行われた脱施設化における動き。	カナダ最大の精神科病院において、1989年に過去10年間に退院した長期滞在入院患者の臨床的、心理社会的特徴、介護とサービスのニーズが満たされたかどうか、入院中の患者のニーズが何であったかを調べること。	1989年4月1日時点で、長期入院中患者1048人から無作為に抽出した96組（退院群・入院群）の患者	後ろ向きコホート研究（インタビュー・尺度調査）	患者とスタッフは標準化されたアンケートを用いてインタビューを行い、症例ノートは症状、日常生活の技能、住居状態、住居の質、臨床的および社会的問題とニーズを評価するためにレビューされた。 測定尺度：独立生活技能スケジュールIndependent Living Skills Schedule（ILSS）、Hospitals and Hostels Practices Profile Schedule（HHPPS）、Needs for care were assessed through the Needs for Care Assessment Schedule（NFCAS）、Needs for Services schedule（NFS）。	患者のほとんど（60%以上）が統合失調症であり入院15年以上であった。患者の退院先は 8% psychiatric hospital (L-H Lafontaine)、 2% forensi c hospi tal 、23% nursi ng homes. 27% professionally supervised group homes. 10% hostels. 17% foster families 4% supervised apartments. 8% on their own or with relati ves. 2% no known address。 身体的理由により、約20%が老人ホームに行った。入院患者のうち、半分以上が施設に移されたが、退院時に1~2年の事備をした後、13%が養護施設に移された。また、集中的で個人的なリハビリテーション治療が25%以上必要であった。生活スキルに関しては、退院した患者の方が、より多くのスキルを発揮していた ILSS, using transportation, Wilcoxon paired test, 56 pairs, Z = -3.56; P = 0.0001; leisure activities, Wilcoxon paired test, 61 pairs, Z = -2.23, P = 0.03, HHPPS scale, Wilcoxon paired test, 72 pairs, Z = - 5.69, P = 0.001, quality of life scale, Wilcoxon paired test, 67 pairs, Z=-2.76, P= 0.006, social relationships subscale, Wilcoxon paired test, 61 pairs, Z = -2.19, P = 0.03.	脱施設化に関する議論は、居住環境のニーズに焦点を当て、臨床的問題や職業やレジャー活動などの他の本質なニーズを満少無にする傾向がある。研究の結果から、臨床上の問題やスキルの獲得に関する退院患者の未達成ニーズが、より充実した生活を送ったり、より自律的な居住環境に移行することを妨げたものであると思われるため、これらの他の側面に対処することの重要性が強調される。
25	Deinstitutionalization of American public hospitals for the mentally ill before and after the introduction of antipsychotic medications	Pow, J. L	Pow, J. L, Baumeister, A. A., Hawkins, M. F., Cohen, A. S., & Garand, J. C. (2015). Deinstitutionalization of American public hospitals for the mentally ill before and after the introduction of antipsychotic medications. Harvard review of psychiatry, 23(3), 176-187.	1954年に抗精神病薬を導入した後の脱施設化は、精神医学の主要な物語として注目されている。しかし、1954年以前の施設化にはほとんど注意が払われていない。	1935年から1964年までの米国精神病院の退院率と再入院率に関するデータを用いて、time-series model にて抗精神病薬の出現前後の脱施設化の傾向を分析した。退院率は、抗精神病薬投与前の期間で有意に増加した。これは、1954年以前に脱施設化が始まったことを示しているが、同じ期間の再入院は退院と同じ割合で増加した。合理的な推論としては、抗精神病薬出現以前に退院した患者は、病院の外で独立して生活できなかったということである。1954年以降、退院と再入院の両方が大幅に増加したが、入院の継続的な増加により、1954年以降の年間に精神病院病床数の大幅な減少は起こっていなかった。1961年に減少が始まり、連邦政策の変化と一致した。この期間の脱施設化期間中に病院から退院した精神病患者について調査した結果、（1）精神病院の人口の全体的な減少は、1954年の抗精神病薬の導入と一致しなかったこと、（2）抗精神病薬投入前後の脱施設化のコミュニティーケスのケアは不十分であったことがわかった。		
26	Deinstitutionalization in Europe: two recent examples from Germany and Hungary.	Stubnya, G.	Stubnya, G., Nagy, Z., Lammers, C. H., Rihmer, Z., & Bitter, I. (2010). Deinstitutionalization in Europe: two recent examples from Germany and Hungary. Psychiatria Danubina, 22(3), 406-412.	脱施設化を計ったハンガリーの事例紹介論文。	脱施設化は、近代的なコミュニティの精神医学的サービスの発展を可能にしたが、病院のベッド数の急激な減少は、精神医学的ケアの全体的基準およびサービス提供の中断をもたらす可能性がある。これは、精神医学の歴史およびヘルスケアの提供に重大な混難をもたらしたが、代替ソリューションの例としてのドイツのケースとは対照的である。 ヘルスケア指標は、精神科ケアのあらゆる分野で減少した。改革後の最初の11年間であった2008年、精神医学は、OPNはまだ機能していた2006年よりも全体的に悪い結果を示している。24年間のデータを比較すると、アクティブベッドの数が減少した一方で、入院治療を受けている患者の数が増加したこと、言い換えれば同じ数の患者が、より少ないベッドと少ないスタッフで賄われなければならないと述べている。また、医師の作業負担が大幅に増加した。2008年には患者1人当たりの平均滞在時間はわずか15.35日で、2006年に比べて大幅に減少した。 精神医学施設の再建には次の利点があります。 精神病患者のための最先端治療、特定の精神療法治療概念の強化、より魅力的な環境と患者による診療所の受け入れ、より魅力的な環境と住民や心理療法士が働く場としてのクリニックの受け入れ、これらの特殊な治療概念を外来診療所に拡張し、専門の精神科医および心理療法士と協力する。過去30年間、しばしば500以上のベッドを持つ古い大規模な精神医学施設での解体のプロセスがあった。しかし今日では、100-120床以上の大規模な精神科医療施設の必要性が高まっている。	※論文の形式ではないので、分類できませんでした。
27	Trends on schizophrenia admissions during the deinstitutionalisation process in Spain (1980-2004).	Saz-Parkinson, Z	Saz-Parkinson, Z., Medel, A., Cediel-García, P., Castellote, J., Bouza, C., & Amate, J. M. (2011). Trends on schizophrenia admissions during the deinstitutionalisation process in Spain (1980-2004). Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 46(11), 1095-1101.	スペインでの脱施設化の改革は、入院の必要性、滞在期間、精神病院の病床の数を減らすとともに、精神病患者の地域社会への関与を促進する目的で、1980年以降に始まった。	スペイン精神医療における脱施設化のプロセスが1980年から2004年までの統合失調症患者の管理にどのように影響したかを再検討すること。	1980～2004年のスペイン語を母国語とする人口	統合失調症患者の病院受診率に関連する変数を記述する縦断（1980-2004年）研究。	入院期間は、1ヶ月未満、1~3ヶ月間、3~12ヶ月間、および12ヶ月以上の4つの異なるカテゴリに分類され、25年間の調査期間中の変化を確認した。	一般の入院率は、1980年から2004年にかけて、10,000人あたり3.71人の入院から5.89人へと徐々に増加。 緊急または待機の入院タイプを考慮すると、後者は1980年の2.24から2004年の1.72にわずかに減少したが、緊急入院は1.47から4.17にほぼ3倍になった。 入院治療を受けている神経合失調症患者の有病率は毎年78%減少し、在院日数も1980年の148日間から2004年の35日間に短縮した。	スペインにおける精神保健医療改革の主な影響の1つは、有病率の大幅な低下に基づいて統合失調症患者に費やされる病院の総力の大幅な削減であった。 したがって、薬理学的治療や地域社会のサービスなど、他のケア分野へのリソースの再配分を定量化するための新しい研究を設計することが適切と思われる。

＜英文論文検索結果＿シート3＞

	タイトル	著者	雑誌名、年、巻、ページ	背景	目的	対象	研究デザイン	方法	結果	結論
1	Pathways through care of severely mentally ill individuals experiecving multiple public crisis events: a qualitative description	Hensen MJ1, de Mooij LD, Theunissen J, Dekker J, Willemsen M, Zoeteman J, Peen J, de Wit MA.	BMC Psychiatry. 2016 Apr 1;16:84.	重度の精神病（SMI）を経験している患者は、継続的な支援が必要であり、多くの領域で脆弱なままである。 危機的介入と強制入院は一般的であり、警察、医療従事者、地域社会、患者に大きな負担をかける。	複数の公的危機事象(multiple public crisis events)を経験している、SMI患者のプロフィールおよびケアを通したパスウェイを究明する	アムステルダムのSMI患者の大きな研究からのデータ(n=323)。 これらのデータは、2004年1月から2012年11月の間に危機介入（CI）を経験した人物を特定するために、公衆衛生医療（PMHC）のデータにリンクされていた。 PMHCおよびメンタルヘルスケア（MHC）データは、ケアのパターンにおけるプロファイルを識別するためにリンクされていた。	質的なコンテンツ分析	年代順のタイムラインを集め、分析するために質的なコンテンツ分析が行われた。	3つのプロファイルが識別された。 連続したMHCやのCIを有するSMI患者、退院後のCIを有するSMI患者、および不安定なMHC中のCIを有するSMI患者。 各プロファイルについて、CIの前、最中および後の事象を同定した。	PMHCおよびMHCは、CIのリスクが高い症例を同定し、この研究の結果に基づいてこれらの事象を予測する可能性がある。 CIは、ケア中のSMI患者のグループにとって避けがたいようだが、急性精神医学的ケアを必要とするだけではない。 MHCとPMHCと警察との協力は、SMI患者の問題の複雑さに取り組むために、迅速かつ効果的なトリアージにおいて、さらに発展させることができる
2	Serious mental illness in Florida nursing homes: need for training	Molinari VA1, Merritt SS, Mills WL, Chiriboga DA, Conboy A, Hyer K, Becker MA.	Gerontol Geriatr Educ. 2008;29(1):66-83.	本研究では、深刻な精神疾患（SMI）を有する養護老人ホーム（NH）の住民の精神保健ニーズがどのように対処されているかを検討した。	ナーシングホームに住むＳＭＩの人のメンタルヘルスのニーズに対してどのように対応がされているかを調べる。	データは3つの情報源から収集された：84人のSMI関係者へのインタビュー; 206名のNHスタッフの調査、そして、2つの精神科専門NHのフォーカスグループである。	比較臨床試験	インタビュー	4つの共通のテーマが浮上した： 1. SMIを有する高齢者の配置は、退院計画者およびNH入院コーディネーターにとって重大な問題であった。 2. NHの職員はSMI居住者と一緒にいることに不安を感じ、攻撃的な行動(aggressive behavior)を懸念していた。 3. 精神科の専門機関を持つNHのスタッフは(専門機関を持たないNHと比べて？)、SMIをもつ住民に仕事をする際に、安心しているようである。 4. SMIトレーニングは、すべてのSMIステークホルダーとNHスタッフに対して一貫した動告である。	看護師がSMIをを有する患者のニーズに対応することを助けるためのトレーニングプログラムの発展が望まれる。
3	Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders	Kisely SR1, Campbell LA, O'Reilly R.	Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar 17;3:CD004408.	重度の精神病（SMI）の人々のための強制的なコミュニティ治療（CCT）が医療サービスの使用を減らすかということ、または臨床結果および社会的機能を改善するかどうかということに対しては議論の余地がある。	重度の精神病患者（SMI）に対する強制的なコミュニティ治療（CCT）の有効性を検証すること。	**Cochrane統合失調症グループの研究を基にした登録簿(2003年、2008年、2012年、2013年11月8日、2016年6月3日）を検索した。同定された研究のすべての参考文献を入手し、必要に応じて著者に連絡した。**	**レビュー論文**	CCTに関連するランダム化比較臨床試験と、SMI（主に統合失調症および統合失調症様障害、双極性障害、または精神病性機能を有するうつ病）を有する人々に対する標準的治療とを比較した。	米国の2件の試験（n = 416）において、裁判所が命令した「外来診療」（outpatient commitment=OPC）と完全な自発的治療の間で、主な保健サービスまたは参加者レベルのアウトカム指標のいずれにおいても、有意差は認められなかった。一方、OPCが犯罪被害者になること(victimization)へのリスクを下げるということを明らかにしたトライアルがあった。	CCTは、自発的なケアまたは簡単な監督下の退院と比較して、サービスの利用、社会的機能または生活の質の点で明らかな差異を生じさせることはない。一方、CCTを受けた群は、暴力的もしくは非暴力的な犯罪による被害者になる可能性は低いということも示された。この利益が治療の強さかそれとも強制的な性質によるのかは不明である。短期間のconditional leaveは、コミュニティにおける強制的治療と同様に効果的(または非効果的である)可能性がある。この法律(legislation)が導入される際には、幅広いアウトカムの評価が考慮されるべきである。
4	Serious Mental Illness and Risk for Hospitalizations and Rehospitalizations for Ambulatory Care-sensitive Conditions in Denmark: A Nationwide Population-based Cohort Study.	Davydow DS, Ribe AR, Pedersen HS, Fenger-Gron M, Cerimele JM, Vedsted P, Vestergaard M.	Med Care. 2016 Jan;54(1):90-7	外来ケアに敏感な状態（ACSCs）に対する入院と早期再入院は、医療費を増加させる。	深刻な精神病（SMI）（例えば、統合失調症または双極性障害）を有する個人が、ACSCsのため入院の危険性が高まり、同一または別のACSCを原因とした再入院が30日以内に起こるかどうかを判断する。	1999年1月1日から2013年12月31日までの18歳以上のデンマーク人合計590万人	Population-based cohort study	デンマーク精神医学中央登録簿から、ACSCによる入院と30日間の再入院における入院時のSMI診断とデンマーク国立患者登録に関する情報の提供を受けた。	人口統計、社会経済的要因、併存疾患、およびプライマリケア利用率を調整して解析した結果、SMIは、ACSCに関連する入院リスクの増加と関連していた。 個々のACSCの中で、SMIは以下のようなACSC s による入院リスクの増加と関連していた。 狭心症、慢性閉塞性肺疾患/喘息憎悪、うっ血性心不全悪化、糖尿病、虫垂穿孔、 肺炎、尿路感染症 SMIは同じACSCまたは別のACSCでの再入院リスクの増加と関連していた。	SMIを有する人はACSCでの入院リスクが高く、退院後30日以内でのACSCによる再入院リスクが高まる。
5	Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness.	Swanson JW, Swartz MS, Borum R, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ.	Br J Psychiatry. 2000 Apr;176:324-31.	重度の精神病（SMI）を患っている人々の暴力行為は、社会の関心を引くものであり、病気の再発、病院の再犯(hospital recidivism)、地域社会をベースにした治療の成果の悪さと関連している。	非自発的な外来患者的来(involuntary out-patient commitment:OPC）がSMI患者の暴力の発生を減少させるのに役立つかどうかを検証する。	精神病または大気分障害を有する262人の被験者およびhospital recidivismの既往歴のある被験者	ＲＣＴ	OPCの効果を1年間ランダムに試験した。	6ｎ月OPCを受けた患者では暴力行為の発生率が有意に低かった。 暴力の最も低いリスクは、定期的な外来患者のサービス、服薬遵守の薬物療法、および薬物乱用を伴わない拡張OPCに関連していた。	OPCは、薬物乱用を減らしつつ、薬物遵守を改善することによって、SMI患者の暴力的危険性を主として軽減する可能性がある
6	Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness.	Elbogen EB, Swanson JW, Swartz MS.	Behav. Sci. Law 21: 473–491 (2003)	最近のエビデンスによれば、適切に適用された場合、非自発的な外来診療（OPC）は、精神医学的治療の順守を改善し、病院での再犯と連絡を減少させ、重度の精神病患者からの暴力行為のリスクを低下させる。これは、QOL（Quality Of Life）を向上することにつながる利点である。しかし、OPCが法的強制を必要とする限り、OPCの望ましくない側面は、生活の質に悪影響を及ぼし、臨床上の利益を相殺する可能性がある。	ＯＰＣとＱＯＬの関係を検討する	強制入院を受け、退院を待っている非自発的外来(OPC)に同意している患者	ＲＣＴ	強制入院を受け、退院を待っている非自発的外来(OPC)に同意している患者を、病院退院後に地域社会で外来診療を受けさせるか、そのまま解放するかをランダムに割り振り、1年間追跡した。生活の質は、ベースラインおよび12カ月間のフォローアップで測定された。 治療特性および臨床アウトカムもまた測定した。	長期間の外来診察を受けた被験者は、1年の調査終了時に測定されたQOLにおいて、優位に高い値を有していた。多変量解析では、QOLに対するOPCの効果は、治療の順守がよいこと、症状のスコアが低いことによって調整された。	知覚された強制(perceived coercion)はQOLに対するOPCの効果を緩和した。 非自発的な外来診療は、時間の経過とともに関係的に、SMI患者の主観的な生活の質に影響を及ぼし、少なくとも一部は治療の順守を改善し、症状を低下させる。
7	Effects of legal mechanisms on perceived coercion and treatment adherence among persons with severe mental illness.	Elbogen EB, Swanson JW, Swartz MS.	J Nerv Ment Dis. 2003 Oct;191(10):629-37.	This study takes preliminary steps to examine the effects of 2 legal mechanisms— outpatient commitment (OPC) and representative payeeship (rep payee)—on perceived coercion and treatment adherence in persons with severe mental illness (SMI).	ＯＰＣとｒｐの効果を検討する	退院後1年間追跡されたSMIが原因で非自発的に入院した入院患者258。および、被験者の臨床家および家族。	比較臨床試験	構造化されたインタビュー	OPCと担当者の両方を控える被験者は、これらの法的介入を受けていない被験者よりも精神衛生上の治療がかなり強制的であると認識していた。OPCの期間および新規に指定された代理受取人を有することは、両方とも、1年間にわたって処置の順守の増加と有意に関連していた。治療に対して協力的な被験者の場合、法的メカニズムの形式は、治療におけるperceived coercionに関連していなかった。一方、治療に対して非協力的であった被験者は、法的メカニズムを強制的なものとして強く認識した	これらの法的ツールが両方とも治療への遵守に影響を及ぼすことを示唆している。しかしながら、一緒に使用すると、治療に対するperceived coercivenessが大幅に向上する。 これらの影響の根底にあるメカニズムについての疑問が残っている。
8	Can recovery-focused multimodal psychotherapy facilitate symptom and function improvement in people with treatment-resistant psychotic illness? A comparison study.	Randal, P., Simpson, A. I., & Laidlaw, T. (2003).	Australian and New Zealand journal of psychiatry, 37(6), 720-727.	過去10年間に、妄想的な信念や幻覚のような精神病の中核症状のいくつかに対処するための具体的な発話技術を用いた、支持的認知行動療法への関心が高まってきている。	リカバリーに焦点を当てたマルチモーダル心理療法が、治療抵抗性精神病患者の症状と機能の改善を促進できるかどうかを評価する。	ケース群:入院治療を必要とする症状および機能レベルを有する治療抵抗性統合失調症または統合失調性感情障害を有する9人の患者。 対照群:診断、年齢、性別、および病気の慢性化のために適及的に適合した12人の患者。彼らは、標準的な入院治療を受けた。 実験群と対照群への標準的な入院治療は、保護療法、主に非定型抗精神病薬療法、および、key workerからの継続的ケアであった。	比較臨床試験	入院治療を必要とする症状および機能レベルを有する治療抵抗性統合失調症または統合失調性感情障害を有する9人の患者が、最大21ｎ月間、個々のマルチモーダル心理療法にエンゲージした。マルチモーダル治療に加えて、彼らは標準的な入院治療を受けた。 診断、年齢、性別、および病気の慢性化のために適及的に適合した12人の人々が、比較群を形成した。彼らは、標準的な入院治療を受けた。	治療群は、全体的な陽性および陰性症状尺度（PANSS）スコアにおいて臨床的に有意な改善を示したが、これは比較群で見出された変化よりも有意に良好であった（p = 0.037）。 陽性症状が43%減少し、陰性症状が30%減少し、一般的な精神病理学的症状が27.5%減少し、PANSS全体のスコアが30%減少した。	回復に焦点を当てたマルチモーダル心理療法は治療に抵抗性の精神病患者において症状を促進し、機能改善に効果を示した。