

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）

課題番号 H29 - 精神 - 一般 - 008

**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**

平成 30 年度 総括研究・分担研究報告書

研究代表者 岩田 和彦

平成 31（2019）年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

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～ ----- 1

岩田 和彦

(資料) 第二次アンケート調査内容 ----- 17

II. 分担研究報告

1. 重度かつ慢性の精神障害者に対する心理社会治療・退院支援について
の訪問インタビュー調査 ----- 30

渡邊 治夫

2. 重度かつ慢性の精神障害者に対する退院支援についての文献研究
----- 42

池淵 恵美

(資料) 文献調査結果サマリー表 ----- 47

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 52

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

(A 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

「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」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。

(A 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。

(A 3) 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ナースのチームで発議する。	70.0%			
A3-④ 病棟単位の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 病院単位の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もある。	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	該当率(%)	0% 50% 100%		
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き、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に確認している。()
 - 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に確認している。()
 - 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 退院をしぶ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。

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

～ 心理社会的治療・方策研究 ～

分担研究報告書

重度かつ慢性の精神障害者に対する心理社会的治療・退院支援に関する
訪問インタビュー調査

分担研究者

渡邊 治夫（社会医療法人北斗会 さわ病院）

研究協力者（所属）

垣田 泰宏（医療法人成精会 刈谷病院）、須藤 康彦（医療法人須藤会 土佐病院）、
長楽 鉄乃祐（香川県立丸亀病院）、宮田 量治（地方独立行政法人 山梨県立北病
院）、杉本 聡（社会医療法人北斗会 さわ病院）、中島 憲行（社会医療法人北斗会
さわ病院、高 結花（社会医療法人北斗会 さわ病院）杉原 正美（社会医療法人北
斗会 さわ病院）

研究要旨

本研究の目的は、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
ローチの中に組込まれるべき心理社会的治療／方策を明らかにし指針として提示すること
である。

本分担研究は昨年度の総括研究を受けて行われた。

訪問対象病院は、平成 29 年度に統合・調整班以下 5 班共同で行われたアンケート調査
（第 1 次調査）で選定された好事例病院の中から、昨年度に訪問できなかった地域の 4 病
院を選んだ。調査項目は、前年度研究で取り出した「退院計画からはじまり退院後のフォ
ローまでの流れに沿った 13 の分析項目」から大部分を選択し、主に質問形式にて収集し
た。面接は構造化されたものではなく、テーマに沿って説明していただき適宜、質問をは
さんだり説明を受けたりという形式で行った。

主要な結果は以下の通りである。

1. 退院の発議は様々な段階でなされるが、退院可能な患者の見落としを防ぐために組
織的検討・多職種による検討が行われていた。
2. 発議後のプロセスでは計画→実行→評価→改善の PDCA サイクルが見られ、プログラ
ムの内容は随時変更され、病院レベルでの評価も含めて頻回に治療経過がチェック

されていた。

3. 治療に関わるスタッフでは看護師主体、看護師に加えて作業療法士あるいは精神保健福祉士など病院の状況で様々であったが、集団プログラムは多職種が専門性を越えて関わっていた。医師にはチーム医療の一員としての役割が求められていた。
4. 利用されるプログラムは作業療法などの常設のプログラムを主体とし、退院を目指した企画的なプログラムが施行されていた。後者では患者のモチベーション喚起を重視し実習的な内容を取り入れたりピアサポーターの応援を求めたりしているものが多かった。
5. ピアサポーターが参画するプログラムは患者のみならずスタッフの意識改革ももたらすようであった。
6. 家族へのアプローチではさまざまな工夫がなされており、家族との疎遠を回避する試みに力を入れていた。個別の病院の取り組み方についての情報の共有が重要と思われた。
7. 退院後の支援方法では、クライシスプランを作成する、支援するスタッフを決める、特別な支援チームで対応するなどの工夫が見られた。
8. 地域との連携では自前の施設をもたない連携型の病院は例外的であった。地域の機関との関係では、病院のプログラムに地域の機関が参加してくるという形が多かった。
9. 多飲水、嚥下困難、衝動性などの症状・問題行動に対して看護師を主体に作業療法士、栄養士らが協力して対応するケースがあった。
10. 長期入院患者の地域移行の際、入院中および退院後に多種多様な心理社会的療法が行われていた。その当該患者における病状悪化の兆候や対応方法、日常生活での援助の種類や必要性、地域での日々の病状経過や生活状況などについて医療福祉関係者が個別にその行動特性を理解および評価し相互の情報交換が行われている。その情報伝達のすべてを迅速かつ正確に共有するための共通フォーマットや効率的な情報伝達手段が必要であった。

以上の項目1から9については、平成29年度の本研究における結果と同じかほぼ同じであった。項目10は平成30年度研究で新たに見出したものであった。

本研究は好事例病院における治療過程を項目ごとに整理した。これら所見が一般的かどうかは、本研究グループが別に実施するアンケート調査で明らかにされるであろう。

A. 研究目的

本研究は昨年度の統括研究（課題番号H29 - 精神 - 一般 - 008）を受けて行われたものである。その目的は、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の中に組込まれるべき心理社会的治療／方策を明らかにし指針として提示することである。本年は、訪問調査病院を加え昨年と同様の方法で調査して新たな知見を得ようとした。

B. 研究方法

1. 好事例病院の選定

本年度は、平成 29 年度に統合・調整班以下 5 班共同で行われたアンケート調査（第 1 次調査）で選定された好事例病院の中から、昨年度に訪問できなかった、あるいは訪問が少なかった地域の 4 病院を対象とした（表 1）。

表 1 調査対象病院

平成 29、30 年度訪問調査（18 施設）の概略
<p>（平成 29 年度：14 施設）</p> <p>〔東北〕</p> <p>①福島県立矢吹病院、②竹田総合病院こころの医療センター</p> <p>〔中部〕</p> <p>③田宮病院、④南浜病院、⑤総合心療センターひなが</p> <p>⑥国立病院機構榊原病院</p> <p>〔関東〕</p> <p>⑦東京武蔵野病院、⑧大泉病院、⑨吉祥寺病院</p> <p>〔近畿〕</p> <p>⑩宇治おうばく病院</p> <p>〔中四国〕</p> <p>⑪岡山県立精神科医療センター</p> <p>〔九州〕</p> <p>⑫牧病院、⑬行橋記念病院、⑭油山病院</p> <p>（平成 30 年度：4 施設）</p> <p>〔関東〕</p> <p>①山梨県立北病院</p> <p>〔中部〕</p> <p>②刈谷病院</p> <p>〔中四国〕</p> <p>③土佐病院、④香川県立丸亀病院</p>

表2「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 平成29年度 総括研究・分担研究報告書」のより抽出された「退院計画からはじまり退院後のフォローまでの流れに沿った13の分析項目」

1) 退院促進に取り組んだきっかけ
2) 利用した事業
3) 退院の発議
4) 発議後のプロセス
5) 推進する主要なスタッフ
6) 医師の役割
7) 利用したプログラムと技法
8) ピアサポーターの参加
9) 家族へのアプローチ
10) 退院後支援
11) 地域連携
12) 退院先
13) 看護で困るケースへの対応

2. 調査項目

訪問時の調査内容は、昨年と同様に①在院期間が1年を超える患者の退院に向けた組織的取り組み、特に心理社会的治療について、②重度かつ慢性の患者で薬物療法や電気けいれん療法に一定の限界がある場合に有用な心理社会的治療、可能であれば症例提示、③重度かつ慢性の患者で退院に至らなくとも入院生活の質を高める取り組みとし、事前に伝え準備していただいた。

調査者は分担研究者とさわ病院所属の研究協力者4名で行い、職種は医師1名、精神保健福祉士2名、作業療法士1名、看護師1名であった。面談時間は2時間～2時間半であった。

調査項目は「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・心

理社会的治療／方策研究班 平成29年度 総括研究・分担研究報告書」より抽出された「退院計画からはじまり退院後のフォローまでの流れに沿った分析項目13項目」（表2）とし、適宜、質問をはさみながら説明を受けた。面談内容は、研究分担者、協力者の全員が記録し、主に研究分担者がまとめた。

（倫理面への配慮）

分担研究の研究計画はさわ病院臨床研究審査委員会の承認を受けた（分担研究の承認番号2018013）。

表3 平成29、30年度を併せた訪問調査対象病院の概略

地方	東北 (2)、関東 (4)、中部 (5) 近畿 (1)、中四国 (3)、九州 (3)
経営母体	国立病院機構 (1)、県立 (4)、財団法人 (2) 医療法人 (10)、社会医療法人 (1)
病床数	最小 144床 最大 570床 平均 301.5床 中央値 283床

C. 研究結果と考察

1. 訪問調査の結果

平成29年、30年を併せた訪問調査対象病院の概略を表3に示した。

1) 退院促進に取り組んだきっかけ

平成30年度訪問調査対象病院において具体的には以下のような長期入院患者の「退院促進に取り組んだきっかけ」が契機となった病院もあった。

- **精神科地域移行実施加算の算定基準を最低限の目標に設定**

精神科地域移行実施加算は、精神障害者の地域移行支援に係る取組を計画的に進めることにより、当該保険医療機関における入院期間5年を超える入院患者のうち、退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）の数が1年間で5%以上減少の実績がある場合に、1年間算定できる診療報酬規程である。これに関して主に当該病院所属の精神保健福祉士が対象患者のリストアップを行い、そのリスト中より病

棟看護師長と該当患者担当医が対象患者を選定し、その進捗状況について2か月一度のペースで確認する取り組みを実施している病院もあった。

- **病棟のダウンサイジング**

病棟の改修や削減や機能強化等をきっかけにダウンサイジングを実施することとなり、長期入院患者の退院に取り組んだケースである。退院可能な患者を順次退院させる取り組みの中で地域移行のためのノウハウを蓄積していった。

- **「精神保健医療福祉の改革ビジョン」**

平成16年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」により退院促進に取り組んだ病院もあった。

2) 利用した事業

平成30年度訪問調査対象病院において長期入院患者の地域移行に向けて具体的には以下のような「利用した事業」を実施して

いる病院もあった。

- **精神科地域移行実施加算**

入院病床のダウンサイジングの時期に同加算算定の利用を行った。

- **地域移行支援事業実施主体である事業所の利用**

地域移行支援事業実施主体である事業所の利用を行った病院もあった。尚、同事業を利用した病院の意見として、最寄りに利用可能な事業所が不足しており利用することができない場面が多いとの意見が聞かれた。

- **地方自治体独自の退院支援モデル事業の利用**

地方自治体独自の退院支援モデル事業により外出訓練、ATM 利用訓練、退院後居住探しを実施し退院を実現できた病院もあった。

3) 退院の発議

平成 30 年度訪問調査対象病院において具体的には以下のような長期入院患者の地域移行における「退院の発議」が実施している病院もあった。

- **医師から**

入院担当医はもちろん、病院管理者やカンファレンス参加の入院担当医以外の医師からも退院の発議があり得る病院もあった。

- **定期多職種によるカンファレンスや回診から**

救急病棟では、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、薬剤師の多職種により

週 1 回のペースで実施されるカンファレンスにより退院について検討がなされ、入院が 1 年を超える患者の場合は全員を対象に月に 1 から 2 回のペースで多職種により退院方針を検討するという病院もあった。会議時間は 3 ～ 4 時間ということであった。

- **病棟プライマリーナースから**

入院患者に対し、当該病棟全体で定期的に退院についての意思を確認し、その中より退院へのモチベーションが高い患者を主にプライマリーナースがピックアップして退院支援を実施している病院もあった。

なお退院支援対象患者の選出基準としては、「衝動行為・他害行為がない」「家族が協力的」の 2 点が最低条件で、他の患者への暴力、奇声を発するなど一時隔離するが、継続的に隔離するほどではない患者は退院困難と考えるという病院もあった。

4) 発議後のプロセス

平成 30 年度訪問調査対象病院において大まかな流れとして長期入院患者の地域移行における退院の「発議後のプロセス」は、退院候補患者の入院担当医と担当する看護師、作業療法士、精神保健福祉士などを中心にして、①退院支援のための計画を立てる、②退院支援のためのプログラム等を実行する、③退院先が検討され家族との調整を行う、④退院先の目途がついた段階で個別支援に移る、退院前カンファレンスなどを行う、⑤退院後の支え方を具体化するということである。

以上のプロセスをチェックする体制としては、①前項の長期入院患者全員の治療状況を検討する全体会議、②地域移行実施加

算の対象者を検討する月2回のミーティング、③毎日昼の30分間持たれる病棟ごとのカンファレンス、④医師全員が参加する合同回診(担当医以外の医師が面接)などが特徴的であった。

5) 推進する主要なスタッフ

主要なスタッフはケースにより異なるとする病院もあったが、おおむね医師、病棟看護師、精神保健福祉士、作業療法士などがカンファレンスを重ね、役割を分担して行う多職種チームが主体であった。その中で以下のような病院も見られた。

- 病棟看護師と精神保健福祉士が退院支援チームを構成し月1回のカンファレンスを実施している。精神保健福祉士は1~2週に1回は患者面接を行う。これ以外に全病棟に配置されている退院支援ナースとの話し合いが月1回もたれている。
- 病棟看護師主体に退院に向けて看護目標に沿った形で個別目標を設定する。退院前訪問などを利用する。看護師の力量差には師長・主任がサポートする。精神保健福祉士と作業療法士が週1回サポートする。精神保健福祉士は患者担当制で、外来患者を含めて30~40人に関わっている。

6) 医師の役割

平成30年度訪問調査対象病院において長期入院患者の地域移行については該当患者を担当する「医師の役割」は多様であったが、大まかな流れとして本来的な役割としては、以下の内容であった。

- 退院に関わる入院中および退院後治療

プランの承認(報告を受け了承)

- 入院中および退院に向けての多職種スタッフのコーディネート
- 家族への説明
- 持効性(持続性)注射剤などの剤型選択、クロザピン導入を含む向精神薬の選択などの薬物調整

7) 利用したプログラムと技法

作業療法、心理教育・疾患教育、社会生活技能訓練、トークン経済などの行動療法、看護スタッフによるストレングスに焦点を当てた取り組みなどの常設のプログラムに加えて、以外のような長期入院患者の退院促進のためのプログラムや技法を利用している病院があった。

● 退院準備プログラム

急性期に短時間高頻度(週3回)で施行するプログラムを退院の見通しが無い患者を対象に週1回施行している。集団と個別の両方があり、個別では棟内OTとして8セッションのみ実施している。振り返りながら般化させクライシスプランを作成している。

● 「生活セミナー」或いは「退院応援プログラム」

グループホーム退院に向けて疾患教育や社会資源の情報の講義とともに施設訪問、地域実践、デイケア体験参加などの体験的内容を組み合わせている。また全員同じプログラムではなく、その人に合ったものを取り入れている。多職種運営である。

● 「健康生活」など

日常の活動を上げていきたい患者を対象とし、患者と受け持ちナースが話し合っ

内容を決める。日中の過ごし方・金銭管理・自己洗濯・服薬自己管理の項目がある。この病院では、作業療法でのプログラムは自主選択性である。また「プレデイケア」と称して、退院前にデイケアを体験する。期間は長くて2、3か月程度で、この時期にクライシスプランを作成している。

その他特徴的なものとして若年者を対象に衝動発散を目的に体育館を利用したプログラムなども見られた。

8) ピアサポーターの参加

平成30年度訪問調査対象病院において長期入院患者の地域移行については、具体的には以下のような「ピアサポーターの参加」を実施している病院もあった。

- 県委嘱のピアサポーターが集団療法に参加し退院後の生活について話す。テーマは患者アンケートに基づく。
- 自治体による事業としてのピアサポーターによる職員向けの講演会実施
- プログラムの中で退院患者が話すことがあった（テーマ：看護師にどんな声をかけてもらったら退院したい気持ちになるかなど）。アンケートで「地域生活の理解が深まった」の声があった。
- 入院患者を対象としたデイケア患者による退院体験談話会の実施
- 保健所が養成しキャラバン隊を構成。希望する病院の訪問をしている（年3病院）。要望はしているが来てもらえないこともある。当事者の話を聞き施設に興味を持った患者もいた。

9) 家族へのアプローチ

家族教室などの組織的な取り組みが行わ

れているのは主に急性期の患者・家族が対象であり、慢性期では以下のような個別の家族支援が行われていた。

- 病院職員付き添いによる退院先施設の見学
- クライシスプランを作成し、家族へ説明
- 退院に対し消極的な家族宅への医師等による訪問
- 患者より家族へ宛てた退院内容に関する手紙作成に対する職員の援助
- 入院費支払等で来院した患者家族との患者退院に関する面談実施
- 患者家族の高齢化による退院に関するキーパーソンの変更（例：両親から同胞への変更）
- 入院病棟レクレーションへの患者家族参加の促し
- 手紙や電話などによるプライマリナーズからの患者家族への定期的な入院経過説明の実施。および担当者交代時の連絡
- 退院直後の洗濯代行

注意点としては、家族にはねぎらいの態度で接する、過度な期待はしない、接触するあらゆるタイミングを利用するといったことであった。

10) 退院後の支援

通常体制として以下のような支援をしている病院があった。

- クライシスプランの作成およびそれらに沿った支援
- 精神科デイケア、通院作業療法による病状観察および精神科リハビリテーション（職員による密接な関わりを要する患

者は通院作業療法を利用することが多い)

- 精神科訪問看護による病状および生活状況、服薬状況などの把握し、担当医との情報交換の実施
- ヘルパー利用

その他特別の体制として以下のようなものが見られた。

- 再入院防止を目標とした「重症通院患者支援促進会議」を組織している。メンバーは担当医、デイケア職員、訪問看護担当者、担当精神保健福祉士等で、対象は1年以上入院の退院患者、登録患者数は20人までである。クライシスプランは電子カルテで共有している。ケースの中には定期入院により病状悪化の予防を図っている者もあり、退院時に次回入院日を決める、入院期間を徐々に短くする、地域在住期間を徐々に長くするなど取り組んでいる。

1 1) 地域連携

平成30年度訪問調査対象病院において長期入院患者の地域移行については、以下のような地域連携を実施していた(病院別に記載)。

- 保健師との連携は保健所よりも市町村の方がきめ細かく動いてくれるのでとりやすい。障害福祉サービスは基幹相談支援センターにほぼつないでいる。市運営の地域生活支援センターのデイケアも利用している。
- 相談支援事業所や社会福祉協議会と退院後定期的にカンファレンスをするケースがある。元院長が開業したクリニッ

クと連携、定期往診してもらっている。入院前に問題行動があったケースでは後見人、保健所、訪問看護らとカンファレンスを持ったり、地域住民説明会を行ったりした。

- 長期入院者の自宅退院では保健所、市町村障害福祉に連絡することが多い。福祉サービスは地域活動支援センター(相談支援事業所併設が多い)を勧めることが多い。各部署が連携し、いずれかの機関が最低月1回、いずれかの事業者が週1回は訪問するようにしている。
- 保健所は職員が3人で頻回訪問は難しい。入院対応時に協力してもらえるように、不調時の兆候などの情報提供をしている。社会福祉連絡協議会に精神保健福祉士より依頼するケースもある。

1 2) 退院先

平成30年度訪問調査対象病院において長期入院患者の地域移行については、具体的には以下のような「退院先」を選択している病院もあった。

- 高齢者以外は、精神科グループホーム、高齢者は、比較的入居しやすい老人保健施設が多い。
- 以前は、自宅やアパートが多かったが、最近は宿泊型自立訓練施設への退院が多く処遇困難ケースの受け皿となっている。
- 病院所有のシェアハウスを利用している。
- その他、知的障害者施設、老人ホーム、社会復帰施設なども利用している。

1 3) 看護で困るケースへの対応

平成 30 年度訪問調査対象病院において長期入院患者の地域移行については、具体的には以下のような「看護で困るケース」への対応を挙げる病院があった。

- 病的多飲水ケースに対して、「多飲水教室」を実施。
- 統合失調症、認知症などの精神疾患により自身に関する意思決定ができないケースについては、臨床倫理委員会を活用。
- 入院病床が禁煙環境へ変更、または退院候補先が禁煙環境である場合の喫煙ケースへの対応として、禁煙により抗精神病薬効果が増すことを説明し禁煙に同意できたケースもあった。また、禁煙指導トレーナー資格を有する看護師の協力も得ている。
- 嚥下障害ケースに対して、看護師、作業療法士、栄養士による栄養サポートチーム（栄養支援委員会）で対応し、今後は他院より嚥下障害認定看護師の協力を予定。
- 不穏衝動行為に対して、病状悪化の兆候や対応方法などが記載された“行動制限最小化チェックリスト”を個別に作成し対応し、CVPPP（包括的暴力防止プログラム）、クロザピン、運動による衝動性軽減にて対応。
- 転倒リスクに対して、離床センサーにて可能な限り対応し身体拘束は最小限とするようにしているが車椅子使用時はキーパーを使用せざるをえない場合が多い。
- 収集癖ケースに対して、トークンエコーミー法にて対応し改善がみられた。

2. 訪問調査に対する考察

平成 29 年度の本研究における主要な結果項目であるが、平成 30 年度の本研究についても、調査対照病院の地域性や経営母体等によると思われる微細な差違は認められたが概ね同様であった。

平成 30 年度の本研究の結果において以下を附記する。

長期入院患者の地域移行の際、入院中および退院後に多種多様な心理社会的療法が行われていた。その当該患者における病状悪化の兆候や対応方法、日常生活での援助の種類や必要性、地域での日々の病状経過や生活状況などについて医療福祉関係者が個別にその行動特性を理解および評価し相互の情報交換が行われている。その情報伝達のすべてを迅速かつ正確に共有するための共通フォーマットや効率的な情報伝達手段が必要とされている印象をもった。

D. 結論

本年度（平成 30 年度）は、平成 29 年度に統合・調整班以下 5 班共同で行われたアンケート調査（第 1 次調査）で選定された好事例病院の中から、昨年度（平成 29 年度）に訪問できなかった地域の 4 病院を対象とした。本年度研究についても、調査対照病院の地域性や経営母体等によると思われる微細な差違は認められたが概ね以下のように同様であった。

退院の発議については当該患者の特性や治療環境等により、医師からであったり医師以外の看護師などの多職種からであったりと多様であり、当該患者の退院までのプロセスについても退院を想定した際の個別課題を多職種により一つずつ繰り返し解決し退院まで導くチーム医療が各医療機関

において実践されていた。

平成 29、30 年度と行われた本研究では、好事例病院を実際に訪問調査し、重度かつ慢性の精神障害者を地域移行へ導くそのプロセスについて現場の医療スタッフから直接に個々の治療や手法を含む病院の取り組みを調査した。

この実践的な調査により、重度かつ慢性の入院患者が地域移行、地域定着をするための包括的支援アプローチの中に組み込まれるべき心理社会的治療／方策に関する 11 項目の主要な結果が得られた。

今後、上記の主要な結果が一般化されるかどうかを本研究グループが行うアンケート調査で確認し、医療現場に対して指針として提示することが予定されている。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

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 outpatient 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、治療の遵守に良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たと考えられる。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	題名、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 experiencing multiple public crisis events: a qualitative description	Hansen ML, de Masi LD, Theunissen J, Dekker J, Willemssen M, Zieteman J, Peen J, de Wit MA.	BMC Psychiatry. 2016 Apr;16:184.	重症の精神疾患 (SMI) を経験している患者は、継続的な支援が必要であり、多くの領域で孤立したままである。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受けたプロセスを説明する。	質的ノンランダム分析	半構造的インタビューを基に、分析するために目的のコンテンツ分析が行われた。	3つのプロフィールが識別された。選別したMH中の存在するSMI患者、選別後のCIを有するSMI患者、および不安定なMH中のCIを有するSMI患者。各プロフィールについて、CIの前、中および後の事象を同定した。	PMHCおよびMHCI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患者のグループによって選別がなされたが、多量精神医学的ケアを必要とするわけではない。MHCIとPMHCは警察との協力は、SMI患者の間の健康状態に取組むために、迅速かつ効果的なリアクションにおいて、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) を有する養老ホーム (NH) の住居の精神保健ニーズがどのように対応されているかを検討した。	ナーシングホームに住むSMI 1人のメンタルヘルスのニーズに対してどのように対応されているかを調べる。	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、選別患者および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をもつ住居に仕事をすることに、安心しているようである。 4. SMITraining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活動である。	選別患者を有する患者のニーズに対応するためにトレーニングプログラムの開発が置かれる。
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.	重症の精神疾患 (SMI) の人々への強制的なコミュニティ治療 (CCT) が回復プロセスの改善に役立つこと、また強制的な治療が社会的機能を改善するかどうかという点に対しては議論の余地がある。	重症の精神疾患 (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。	レビュー論文	Cochrane統合失調症グループの研究を基にした書評(2003年、2008年、2012年、2015年)を基に、2016年8月1日)を編集した。関連した研究のすべてを参考文献を入手し、必要に応じて著者に連絡した。	米国の2件の試験 (n = 416) において、最終的に命令された「外出診療」(outpatient commitment-OPC) と完全な自発的治療の間で、主治医サービスまたは参加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が恩恵を受けること (victimization) へのリスクを下げるという点を明らかにしたトリアルがあった。	CCTは、自発的なケアまたは監視下での治療と比較して、サービスの利用、社会的機能または生活の質の面で明らかになる差を生じることがない。一方、CCTを受けた人は、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それと強制的な性質によるものか不明である。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、幅広いアウトカムが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.	Davidov DS, Ribe AR, Pedersen HS, Fejge-Gam M, Germlise JM, Vedsted P, Vestergaard M.	Med Care. 2016 Jun;54(1):90-7	外傷ケアに脆弱な状態 (ASCSC) に対する入院と早期再入院は、医療費を増加させる。	深刻な精神疾患 (SMI) (例えば、統合失調症または双極性障害) を有する個人が、ASCSCの再入院の危険性が高い。同一または別のASCSCを患った再入院が90日以内に起こるかどうかを判断する。	Population-based cohort study	デンマーク精神医学中央登録簿から、ASCSC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簿に関する情報の提供を受けた。	人口統計、社会経済的要因、保存疾患、およびゾリアマリアケア利用率を調整して解析した結果、SMIは、ASCSCに関連する入院リスクの増加と関連していた。ASCSCに関連する入院リスクは、SMIによってASCSCによる入院リスクの増加と関連していた。精神疾患、慢性疾患、慢性疾患/慢性疾患、うつ病、心不全、糖尿病、癌、腎臓病、肺炎、認知症、SMIは同じASCSCまたは別のASCSC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ASCSCの入院リスクが高く、選別後30日以内でのASCSCによる再入院リスクが高まる。
5	Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness.	Swanson JW, Swartz MS, Szym R, Hiday VA, Wagner HR, Bums BJ.	Br J Psychiatry. 2000 Apr;176:324-31.	重症の精神疾患 (SMI) を患っている人々の暴力行為は、社会の関心を引き起こす。暴力の再発、病院の再入院(hospital readmission)、地域社会をベースにした治療の成果と関連している。	非自発的な外傷患者(involuntary out-patient commitment(OPC))がSMI患者の暴力発生を減少させるかどうかを判断する。	RCT	OPCの効果は1年間ランダムに試験した。	6ヶ月OPCを受けた患者は暴力行為の発生率が有意に低かった。暴力の発生率も低く、安定的な外傷患者のサービス、医療遵守の高率、および薬物乱用を伴った長期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患者の暴力の危険性を著しく減少させる可能性がある。
6	Effects of involuntary outpatient commitments on subjective quality of life in persons with severe mental illness.	Ebogen EB, Swanson JW, Swartz MS.	Behav. Sci. Law 21: 473-481 (2003)	最近のエビデンスによれば、適切に適用された場合、非自発的な外傷治療 (OPC) は、精神医学的治療の遵守を改善し、病院での再入院と逮捕を減少させ、重症の精神疾患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) を向上させることにつながる可能性がある。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	RCT	強制入院を受け、退院を待っている非自発的な外傷(OPC)に同意している患者	長期間の外傷治療を受けた被験者は、1年の調査終了時に測定されたQOLにおいて、優位に高いレベルを有していた。多変量解析では、QOLに対するOPCの効果は、治療の遵守がよいこと、症状のスコアが低いことによって調整された。	短視した強制(perceived coercion)はQOLに対するOPCの効果と相殺した。非自発的な外傷治療は、時間の経過とともに間接的に、SMI患者の主体的な生活の質に影響を及ぼし、少なくとも一部は治療の遵守を改善し、回復を低下させる。
7	Effects of legal mechanisms on perceived coercion and treatment adherence among persons with severe mental illness.	Ebogen 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repの効果を検討する	比較臨床試験	同意されたインタビュー	OPCと担当者の両方を含む被験者は、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表受取人を含むことは、両方とも、1年間にわたって治療の遵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、法的介入の存在は、治療におけるperceived coercionに関連しなかった。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、両方とも、1年間にわたって治療の遵守の増加と有意に関連していた。治療に対する協力的な被験者の場合、法的介入の存在は、治療におけるperceived coercionに関連しなかった。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。
8	Can recovery-focused multimodal psychotherapy facilitate symptom and function improvement in people with treatment-resistant psychotic illness? A comparison study.	Randall P, Simason, A. I., & Ludlow, T. (2003).	Australian and New Zealand journal of psychiatry, 37(6), 720-727.	過去10年間に、変化的な信念や幻覚のような精神の中核症状のいくつかに対処するための具体的な身体基盤を用いた、支持的認知行動療法への関心が高まっている。	リハビリに焦点を当てたマルチモーダル心理療法が、治療抵抗性精神疾患患者の症状と機能の改善を促進するかどうかを評価する。	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症性感情障害を有する5人の患者が、最大2ヶ月間、個々のマルチモーダル心理療法にエンゲージした。マルチモーダル療法に加えて、彼らは標準的な入院治療を受けた。年齢、年齢、性別、および病気の慢性化のために適応的に選出された12人の患者が、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、全体の機能および慢性化状況 (PANSS) スコアにおいて臨床的に有意な改善を示したが、これは比較群で見られた変化よりも有意なものであった (p = 0.03)。	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的な精神疾患患者において症状を減少し、機能改善に効果を示した。

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
		特記すべきことなし					

○ 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
		特記すべきことなし			

平成31年3月26日

厚生労働大臣 殿

機関名 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
所属研究機関長 職名 院長
氏名 籠本 孝雄



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 研究課題名 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
- 研究者名 （所属部局・職名）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・副院長
（氏名・フリガナ）岩田 和彦・イワタ カズヒコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	大阪精神医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

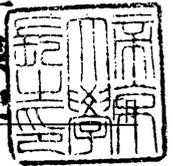
（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

2019年3月2日

機関名
所属研究機関長 職名
氏名

帝京大学
学 長
冲 永 佳 史



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 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）
- 2. 研究課題名 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
（分担研究課題:重度かつ慢性の精神障害者への退院支援についての文献研究）
- 3. 研究者名（所属部局・職名） 帝京大学医学部・主任教授
（氏名・フリガナ） 池淵恵美・イケブチエミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項） なし

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （無の場合はその理由：先行研究の文献検索とレビューを行う研究であるためCOIは該当しない)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019年2月20日

厚生労働大臣 殿

機関名 社会医療法人北斗会さわ病院

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 澤 温



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 2. 研究課題名 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
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 社会医療法人北斗会さわ病院 診療部 副院長
(氏名・フリガナ) 渡邊 治夫 ・ワタナベ ハルオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	社会医療法人北斗会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。