

# 論 文 題 目

アルコール依存症患者の地域定着に向けた退院支援方法の検討  
—精神科看護師の地域連携活動に焦点を当てて—

名古屋大学大学院医学系研究科

看護学専攻

足 立 円 香

# 令和4年度学位申請論文

## 論文題目

アルコール依存症患者の地域定着に向けた退院支援方法の検討

—精神科看護師の地域連携活動に焦点を当てて—

名古屋大学大学院医学系研究科

看護学専攻

(指導：玉腰 浩司教授)

足立 円 香

## 目次

要旨	p.1
Abstract	p.6
I. 序論	p.13
II. 研究目的	p.17
III. 研究の構成	p.18
IV. 用語の定義	p.18
V. 第1研究	
1. 目的	p.19
2. 方法	p.19
3. 結果	p.21
4. 考察	p.33
VI. 第2研究	
1. 目的	p.43
2. 方法	p.43
3. 結果	p.47
4. 考察	p.50
VII. 結論	p.57
謝辞	p.59
文献	p.60
図表	p.71
調査資料	
1. 第1研究関連書類	p.88
2. 第2研究関連書類	p.107

## 要旨

### 1. 序論

アルコールの過剰摂取は、暴力、虐待、交通事故、自殺などの健康問題や社会問題を引き起こし、飲酒者の家族や周囲の人間関係にも悪影響を与える。アルコール依存症は患者自身が病識を持ちにくいことから“否認の病”と言われ、治療への動機付けが難しい疾患である。そのため、退院と同時に治療が途切れ再飲酒・再入院に至るケースが多く、入院治療後の患者の断酒率は20～30%程度と低い。断酒継続中の強い“飲酒渴望”や“生きづらさ”など、依存症特有の状況を踏まえて、退院に伴い支援が途切れないよう病院と地域が連携して継続的に支援する仕組みを確立することが喫緊の課題である。アルコール依存症治療において看護師は、専門家チームの一員として、身体的評価だけでなく、アルコール使用の影響、治療意欲、社会的支援の有無などの心理的評価を含めた患者の総合的な評価を行う。また、退院後のケアの準備を整えるための地域連携も必要であり、看護師は患者の退院支援に大きく関わり重要な役割を担うと考えられる。しかしながら、病院の看護師によるアルコール依存症患者に対する退院支援および地域連携の具体的な活動は不明である。

本研究の目的は、精神科看護師によるアルコール依存症患者に対する退院支援と地域連携の実態を明らかにし、アルコール依存症患者の入院治療後の地域定着に向けた退院支援における看護師の役割を検討することである。研究は2段階で構成し、第1研究としてアルコール依存症患者の退院支援における地域連携を積極的に行う精神科病院看護師等を対

象としたインタビュー調査を実施し、看護師による退院支援と地域連携の具体的な活動の要素を抽出した。次に、第 2 研究として国内の精神科病棟を有する病院におけるアルコール依存症患者に対する退院支援活動の実態調査を行い、看護師による積極的な退院支援および地域連携活動に関連する要因を探索した。最終的に 2 つの研究の知見を統合し、アルコール依存症患者の入院治療後の地域定着を促すための退院支援方法および看護師の役割について検討した。

## 2. 第 1 研究

### [方法]

看護師を対象に「ARP 受講中から実施する退院に向けた多職種での取り組み」、「退院支援において連携する職種・機関・連携方法」、「地域連携体制構築のための具体的な活動内容」についてインタビュー調査を行った。調査は名古屋大学医学部生命倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：17-131）。

### [結果]

7 病院 8 名の看護師にインタビューを実施した。分析の結果、抽出された看護師の活動は患者の退院に向けた院内の多職種連携と、地域移行のための地域の機関・職種との連携の大きく 2 つの内容に大別された。院内多職種連携に関しては 68 コードが抽出され、34 のサブカテゴリ、15 のカテゴリが生成された。分析の過程で類型化された各病院の治療体制パターンごとに、多職種連携の体制や方法に特徴がみられた。地域連携に関してはその活動内

容を示す 148 コードが抽出され、45 サブカテゴリ、19 カテゴリ、8 のコアカテゴリに集約された。それらは「患者を地域へつなぐために実施する地域連携の活動」と「患者の地域移行に向けて看護師自身が地域とつながる活動」の 2 つの要素を持っていた。

#### 〔考察〕

看護師は、アルコール依存症患者に対する退院支援において病院内の多職種連携の充実に向けて取り組んでおり、そのうえで地域との連携活動を実施していた。看護師は、患者に対する直接的なケアの提供者であると同時に、継続ケアに向けて必要な院内外の多職種連携を円滑にするためのコーディネーターの役割を担い、さらに積極的に院外に出向き地域とつながる活動を通して連携体制を構築する役割を担っていることが分かった。

### 3. 第 2 研究

#### 〔方法〕

国内の精神科病棟を有する 1606 病院の看護師を対象にアンケート調査を実施した。看護師によるアルコール依存症患者に対する積極的な退院支援の実施状況を検討するために、下位尺度Ⅰ「患者・家族からの情報収集」、下位尺度Ⅱ「患者・家族への意思決定支援」、下位尺度Ⅲ「社会資源の活用」、下位尺度Ⅳ「院内外の多職種連携による療養指導」を含む全 24 項目で構成される「病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度」(Discharge Planning scale for Ward Nurses : 以下 DPWN) を使用した。さらに、第 1 研究の結果を参考に、Q1.「病院の経営者・管理者は我々の退院支援活動について理解している」、Q2.「退院支援のための

活動は、病院内外に広く知られ認知されている」、Q3.「退院支援には多職種が参加・協力している」、Q4.「多職種が連携する際にリーダーシップをとる人物がいる」、Q5.「退院支援の目標や意義を関係者間で統一している」、Q6.「退院支援において退院準備プログラムなどエビデンスの確立した方策を導入している」、Q7.「退院支援や地域連携に関して、院内多職種を対象とした研修が定期的に行われている」、Q8.「クリニカルパスを用いるなど、退院までのスケジュールは計画されている」の退院支援に関する 8 項目の質問を行った。調査は名古屋大学医学部生命倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した（承認番号：19-114）。

#### 〔結果〕

180 病院から回答が得られ（回答率 11.2%）、項目への回答漏れがない 116 件を分析対象とした。DPWN 総合計得点の平均は  $102.9 \pm 18.3$ 、1 項目あたり  $4.3 \pm 0.8$  であった。下位尺度ごとの平均値として、下位尺度 I 「患者・家族からの情報収集」が最も高く（ $4.6 \pm 0.8$ ）、下位尺度 IV 「院内外での多職種連携による療養指導」が最も低かった（ $3.9 \pm 1.0$ ）。また、院内の組織体制について、多職種が関わる院内の退院支援チームを設けている（ $p=0.04$ ）、リエン・コンサルテーション部門や担当者を設置している（ $p=0.003$ ）病院の DPWN の総合計得点が有意に高かった。さらに、重回帰分析の結果、DPWN 総合計得点および各下位尺度得点と正の独立した関連を示した病院の組織構造は、Q1「病院の経営者・管理者は、我々の退院支援活動について理解している（DPWN 総合計得点： $p<0.001$ 、下位尺度 I： $p<0.001$ 、下位尺度 II： $p=0.003$ 、下位尺度 III： $p=0.001$ 、下位尺度 IV： $p<0.001$ ）」、Q8「クリニカル

パスを用いるなど、退院までのスケジュールは計画されている（DPWN 総合計得点： $p < 0.001$ ，下位尺度Ⅰ： $p = 0.006$ ，下位尺度Ⅱ： $p < 0.001$ ，下位尺度Ⅲ： $p = 0.035$ ，下位尺度Ⅳ： $p = < 0.007$ ）であった。また、Q3「退院支援には多職種が参加・協力している」は、下位尺度Ⅱと有意に正の関連を示した（ $p = 0.042$ ）。

#### 〔考察〕

調査の結果、看護師の退院支援実践を促進しうる関連要因が明らかになった。病院の設置主体や規模に関わらず、病院の経営者や管理者が看護師の退院支援活動に対して理解を深めれば深めるほど、アルコール依存症患者に対する看護師の退院支援活動が組織的に行われるようになることがわかった。また、クリニカルパスを活用するなど退院までのスケジュールが計画されていることも看護師の退院支援実践を促進する要素であることがわかった。

#### 4. 結論

本研究により、精神科看護師によるアルコール依存症患者に対する退院支援と地域連携の活動実態が明らかになった。アルコール依存症患者の入院治療を行う病院では、患者の退院に向けた退院計画を立てること、またその計画を多職種が連携して実施できるような仕組み作りが必要である。これら一連の組織体制がうまく機能していれば、看護師は有益な退院支援活動を実践することができると考えられる。アルコール依存症患者の退院支援実践を促進しうる要素が抽出されたが、同時に退院支援において「院内外が多職種連携による療養指導」の実践が課題であることも明らかになった。

## **Abstract**

### Title

Investigation of Discharge Support Methods for Community Settlement of Alcoholic Patients. -Focusing on Community Collaboration Activities of Psychiatric Nurses-

### 1. INTRODUCTION

Excessive alcohol consumption causes health and social problems such as violence, abuse, traffic accidents, and suicide, and negatively affects the drinker's family and relationships with those around them. Alcoholism is often referred to as a "disease of denial" because it is difficult for patients to recognize their own illness, making it difficult to motivate them to seek treatment. Therefore, treatment is often discontinued upon discharge, leading to re-drinking and re-admission, and the sobriety rate of patients after inpatient treatment is as low as 20-30%. It is an urgent issue to establish a system for continuous support in cooperation between hospitals and the community so that support is not interrupted when the patient is discharged from the hospital, taking into account the unique circumstances of addiction, such as the strong "craving" to drink and the "difficulty in living" while remaining sober. This is an urgent issue. In the treatment of alcoholism, nurses, as part of a team of professionals, are responsible for conducting a comprehensive assessment of the patient, including physical

assessment as well as psychological assessment (e.g., impact of alcohol use, motivation for treatment, and availability of social support). Community collaboration is necessary to connect patients to the use of social systems and resources, and nurses are greatly involved in supporting patients' discharge from the hospital and are considered to play an important role in community collaboration. However, the specific activities of hospital nurses in discharge support and community collaboration for alcoholics are unknown.

The purpose of this study was to clarify the actual status of discharge support and community collaboration by psychiatric nurses for alcohol-dependent patients, and to examine the role of nurses in discharge support for alcohol-dependent patients to settle in the community after inpatient treatment. The study consisted of two stages. In the first study, we conducted an interview survey of psychiatric hospital nurses and others who actively engage in community collaboration in supporting discharge of alcoholics, and extracted specific elements of discharge support and community collaboration activities by nurses. Next, as the second study, we conducted a survey of discharge support activities for alcoholics in hospitals with psychiatric wards in Japan, and explored factors related to active discharge support and community collaboration activities by nurses. Finally, the findings of the two studies were integrated to examine

discharge support methods and the role of nurses in facilitating the settlement of alcoholics in the community after inpatient treatment.

## 2. Study 1

### [METHODS]

We interviewed nurses working in psychiatry regarding "multidisciplinary efforts toward discharge including Alcohol Rehabilitation Program (ARP)," "specific activities to establish a community collaboration system." The study protocol was approved by the ethics committee of the Nagoya University Graduate School of Medicine (Approval Number: 17–131).

### [RESULTS]

Eight nurses from seven hospitals were interviewed. The extracted activities of the nurses were broadly classified into two main categories: intra-hospital multidisciplinary collaboration for patient discharge and collaboration with community agencies and professions to facilitate the transition to the community. Typing the treatment system patterns in the process of analysis revealed that each hospital had its own unique system and methods of multidisciplinary collaboration. Regarding community collaboration, 148 codes were extracted to indicate its activities, which were grouped into 45 subcategories, 19 categories, and 8 core categories. They had two

components: "activities of community collaboration conducted to connect patients to the community" and "activities in which nurses themselves connect with the community to help patients transition to the community."

#### [DISCUSSION]

Nurses were working to enhance multidisciplinary collaboration within the hospital in providing discharge support to patients with alcohol dependence, and in addition, they were conducting collaborative activities with the community. The nurses not only provided direct care to the patients, but also played the role of coordinators to facilitate the multidisciplinary collaboration within and outside the hospital that was necessary for continued care. In addition, they actively worked outside the hospital and played a role in building a system of collaboration through activities that connected them to the community.

### 3. Study 2

#### [METHODS]

A cross-sectional survey using a self-administered questionnaire was conducted among nurses at 1606 hospitals with psychiatric wards in Japan. The Discharge Planning scale for Ward Nurses (DPWN) was used to examine the implementation of active discharge support for alcohol-dependent patients by nurses. This scale consists

of a total of 24 items: Subscale I, "Gathering information from patients and families", Subscale II, "Decision-making support for patients and families", Subscale III, "Utilization of social resources", and Subscale IV, "Medical care guidance through multidisciplinary cooperation inside and outside the hospital". Furthermore, referring to the results of the first study, we asked the following eight questions: Q1, "Hospital management/administrators understand the discharge support activities of nurses and others"; Q2, "Our discharge support activities are widely known and recognized inside and outside the hospital"; Q3, "Multidisciplinary participation and collaboration in discharge support"; Q4, "There is someone in the hospital who takes a leadership role in the multidisciplinary collaboration"; Q5, "The goals and significance of discharge support are standardized among related parties"; Q6, "Evidence-based measures, such as discharge preparation programs are introduced in discharge support"; Q7, "Training sessions for professions in the hospital are regularly held regarding discharge support and community collaboration"; Q8, "The schedule for discharge is planned, such as the use of clinical pathways." The study protocol was approved by the ethics committee of the Nagoya University Graduate School of Medicine (Approval Number: 19-114).

[RESULTS]

Responses were received from 180 hospitals (response rate of 11.2%), and 116 cases with no missing responses to items were included in the analysis. The mean total DPWN score was  $102.9 \pm 18.3$ , or  $4.3 \pm 0.8$  per item. Subscale I, "Collect information from the patients and their families," had the highest mean score ( $4.6 \pm 0.8$ ), and subscale IV, "Discharge guidance by cooperating with community support teams and multidisciplinary teams," had the lowest mean score ( $3.9 \pm 1.0$ ). Regarding the organizational structure within the hospital, the overall total score of DPWN was significantly higher in hospitals that had multidisciplinary discharge support team in the hospital ( $p=0.04$ ) and departments/personnel with consultation liaison function ( $p=0.003$ ). Furthermore, the results of multiple regression analysis showed that the organizational structure of the hospitals that showed a positive independent association with the DPWN total score and each subscale score were as follows: Q1 "Hospital management/administrators understand the discharge support activities of nurses and others (DPWN total score:  $p<0.001$ , Subscale I:  $p<0.001$ , Subscale II:  $p=0.003$ , Subscale III:  $p=0.001$ , Subscale IV:  $p<0.001$ )" and Q8: "The schedule for discharge is planned, such as the use of clinical pathways (DPWN total score:  $p<0.001$ , Subscale I:  $p=0.006$ , Subscale II:  $p<0.001$ , Subscale III:  $p=0.035$ , Subscale IV:  $p<0.007$ )". In addition, Q3 "Multidisciplinary participation and collaboration in

discharge support" was significantly positively related to Subscale II ( $p=0.042$ ).

#### [DISCUSSION]

The results of the study identified relevant factors that could facilitate nurses' discharge support activities. Regardless of the type or size of hospital, it was found that the more the hospital management and administrators understood the nurses' discharge support activities, the more the discharge support activities for alcoholics would be organized. In addition, it was found that a planned schedule for discharge, such as the use of a clinical path, is also a factor that promotes the practice of discharge support.

#### 4. CONCLUSIONS

This study revealed the actual status of discharge support and community collaboration activities by psychiatric nurses for alcoholics. This study identified factors that could promote the practice of discharge support for alcoholics, but at the same time, it became clear that the practice of "Discharge guidance by cooperating with community support teams and multidisciplinary teams" is an issue in discharge support.

## 序論

### 1. アルコール問題をめぐる国内外の現状

アルコールの過剰摂取は、暴力、虐待、交通事故、自殺などの健康問題や社会問題を引き起こし、飲酒者の家族や周囲の人間関係にも悪影響を与える。WHO 総会は、2010 年 5 月 21 日に「アルコールの有害な使用を減らすための世界戦略」に関する決議を行い、有害なアルコール摂取は世界的な健康問題であり、この問題を解決するためには包括的な取り組みが必要であると宣言している (World Health Organization, 2018)。

我が国では、ICD-10 によるアルコール依存症の診断基準を満たした者は 58 万人、生涯でアルコール症候群を経験する者は 107 万人と推定されている (Osaki et al., 2016)。しかし、2014 年の調査によると、日本人の 10%がアルコール依存症と診断された経験がある一方、専門的な治療を受けたことがある者はわずか 3%に過ぎなかった (Taguchi et al., 2014)。アルコール依存症は患者自身が病識を持ちにくいことから“否認の病”と言われ、治療への動機付けが難しい疾患である。そのため、入院治療に繋がっても、退院と同時に治療が途切れ、再飲酒・再入院に至るケースが多い。入院治療後の患者の断酒率は 20~30%程度と低く (松下, 2012)、欧米諸国の治療後断酒率とほぼ同程度である (Miller et al., 2001)。患者本人は、自己の飲酒問題とその改善の必要性を認識している面もあると言われているが (大脇ら, 2013 ; 大脇ら, 2016)、飲酒しない生活を自力で継続することは難しい。依存症者はストレス対処が不得手であり、家族や職場・友人関係でトラブルが起きる度に、その“生きづらさ”を飲酒で埋め合わせるといった悪循環に陥っていることが多い (松下, 2015)。

断酒継続中の強い飲酒“渴望”や“生きづらさ”など、依存症特有の状況を踏まえて、退院に伴い支援が途切れないよう病院と地域が連携して継続的に支援する仕組みを確立することが喫緊の課題である (Madras et al, 2009)。日本でも、アルコール摂取に伴う健康問題への対策強化に向けて 2014 年 6 月に「アルコール健康障害対策基本法」が施行され、各自治体が「アルコール健康障害対策推進基本計画」の策定と実施に取り組んでいる (猪野, 2016)。基本計画の重点課題として、アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療・回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備が掲げられている (内閣府, 2018)。つまり、アルコール摂取をめぐる国内外共通の課題として、治療が必要な依存状態にあっても治療に繋がりにくいこと、治療に繋がっても継続することが難しいことの 2 点があげられる。本研究では、2 つ目の課題である治療継続のための支援方法に焦点を当てる。

## 2. 日本におけるアルコール依存症の専門治療

一般的なアルコール依存症の専門治療は、精神科病院へ入院し解毒治療を行った後、認知行動療法等を含むアルコールリハビリテーションプログラム (Alcohol Rehabilitation Program : ARP) を実施することである (Osaki et al., 2005)。日本では、ARP の実施や依存症に関する専門的な研修を受けた医師の配置など、厚生労働省が定めた一定の基準を満たした病院が、アルコール治療専門病院として認定されている (独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター, 2017)。また、アルコール依存症患者の早期発見から専門治療へつなぐ一連のプロセスとして、国内外で SBIRT (Screening : スクリーニング, Brief

Intervention : 簡易介入, Referral to Treatment : 専門治療への紹介) が定着している。さらに我が国では、SBIRT に S (Self-help group : 自助グループへの紹介) を加えた SBIRTS が提唱され (猪野ら, 2018)、専門治療後の自助グループへの繋ぎを支援することで継続ケアを実施する方法が推奨されている。

### 3. アルコール依存症患者に対する継続ケアに向けた地域連携支援

統合失調症やうつ病などの精神疾患と同様に、再飲酒を繰り返し慢性的な経過を辿るアルコール依存症は、長期的・継続的に支援する必要がある慢性疾患である (Wagner, 1998)。

Wagner の慢性疾患ケアモデル (Wagner, 1998 ; Bodenheimer et al., 2002) を発展させた統合ケアプログラム (integrated care program: ICP) では、患者中心主義、多職種連携、ケアの継続、エビデンスに基づいた実践、継続的な質改善の 5 つの主要原則が様々な慢性疾患ケアに共通すると報告されている (Ouwens et al, 2005) 。Lenaerts ら (2014) はアルコール依存症患者の退院後の継続ケアの効果に関するシステマティックレビューを行い、この 5 つの原則のうち、患者中心主義、多職種連携、ケアの継続の 3 つが効果的であると提言している。

アルコール依存症患者に対する地域連携支援に関する国内の知見は、沖縄県のアルコール専門病院が総合病院と連携し専門治療へ繋げるための早期介入の取り組み (福田, 2017) や、三重県の専門病院、総合病院、クリニック、保健所、医師会、消防署、介護機関等が連携するための「四日市アルコールと健康を考えるネットワーク」の活動報告などがある (高

瀬, 2017)。それらは地域の未治療者を専門治療につなげるための地域連携・多職種連携に関する内容であり、専門治療後の退院支援に焦点を当てた知見は見当たらない。また、海外では精神科病院からの脱施設化の流れに伴い入院治療を主としない医療背景の違いから、治療方法に焦点を当てた研究が散見された (Mathias et al, 2018 ; Wei et al, 2015 ; Geertruida et al, 2016)。

前述の通り、その治療は入院治療で完結するものではなく、退院後も継続的に再飲酒の予防、生活の立て直し、対人関係の回復に取り組む必要がある。退院後の患者の地域定着に向けて、治療の場である病院と関係機関・職種が連携し再飲酒・再入院を予防する継続的な支援の仕組みを確立することが重要な課題である。そのために、病院と地域とが連携するための具体的な方法を検討していく必要があると考えられる。

#### 4. アルコール依存症患者の退院支援における看護師の役割

アルコール依存症治療において看護師は、他の疾患の治療のために入院した患者の中からアルコール依存症患者を特定する重要な役割を担っている (Keys, 2011)。また、看護師は専門家チームの一員として、身体的評価だけでなく、心理的評価 (アルコール使用の影響、治療意欲、社会的支援の有無など) を含めた患者の総合的な評価を行う責任がある (Maree, 2014)。日本では、治療の主軸である ARP の実施にも看護師が関わっている。さらに、アルコール依存症の入院治療の過程に関わる看護師は、入院中の患者の心の変化を共有し、依存に至った経緯や家族関係などの全体像を把握しやすい存在であるといえる (杉原ら,

2010)。

一般的に、退院に必要な看護支援は、患者やその家族から必要な情報を収集し、安心して退院できるように退院後のケアの準備を整えることである。また、看護師はこれらの情報をもとに、退院後に必要な生活習慣の変化や病状などを説明し、患者の意思決定をサポートする。加えて、社会制度や資源の利用へ繋ぐための地域連携も必要であり (Maree, 2014)、看護師は患者の退院支援に大きく関わり、地域連携において重要な役割を担うと考えられる。しかしながら、病院の看護師によるアルコール依存症患者に対する退院支援および地域連携の具体的な活動は不明である。看護師の具体的な活動内容が明らかになれば、現在アルコール依存症患者の退院支援に苦慮したり、今後地域連携の強化を志す病院において看護師の支援力を高めるための研修や教育に重要な資料になりうると考える。

そこで、入院治療後のアルコール依存症患者に対し退院後も継続した支援を行うために、看護師はどのような退院支援および地域連携支援を行うのがよいかを検討することにした。

## I. 研究目的

本研究の目的は、精神科看護師によるアルコール依存症患者に対する退院支援と地域連携の実態を明らかにし、アルコール依存症患者の入院治療後の地域定着に向けた退院支援における看護師の役割を検討することである。

## II. 研究の構成

研究は 2 段階で構成し、研究デザインは mix method を用いる。本研究テーマに関する先行知見は乏しく、看護師がアルコール依存症患者に対する退院支援において、具体的にどのような地域連携活動を行っているかは明らかになっていない。そこで、第 1 研究としてアルコール依存症患者の退院支援における地域連携を積極的に行う精神科病院看護師等を対象としたインタビュー調査を実施し、看護師による退院支援と地域連携の具体的な活動の要素を抽出する。次に、第 2 研究としてそれらの活動が全国的にどの程度実施されているかを調べる目的でアルコール依存症患者の入院受け入れを行っている国内の精神科病院を対象とした退院支援活動の実態調査を実施し、看護師による積極的な退院支援および地域連携活動に関連する要因を探索する。最終的に第 1 研究と第 2 研究の知見を統合し、アルコール依存症患者の入院治療後の地域定着を促すための退院支援方法および看護師の役割について検討する。

## III. 用語の定義

本研究では、成瀬ら（2014；2015）の解釈を参考に「地域連携」を“複数の専門職および非専門職が患者の退院に向けて行う共同の行為もしくは過程”と定義する。また、「スタッフ」とは“それぞれの部署を受け持ち業務の遂行を託された職員”を指す。

## IV. 第1研究

### 1. 目的

第1研究では、アルコール依存症患者の退院支援において連携ネットワークを持つなどの先駆的な地域連携活動を実施している専門病院の看護師を対象とした調査を行い、これまで明らかにされていない看護師が行う地域連携の具体的な活動内容を明らかにすることを目的とした。

### 2. 方法

#### 1) 研究デザイン

半構造化面接を用いた質的記述的デザイン。

#### 2) 調査期間

2017年11月～2018年2月。

#### 3) 調査対象

##### i. 研究対象病院

先駆的な地域連携を実施している病院として、(1) 厚生労働省・久里浜医療センターのホームページの「アルコール専門医療施設リスト」(2017)に掲載され、Alcohol Rehabilitation Program (以下 ARP) を実施している有床の依存症治療専門病院、かつ (2) 医学中央雑誌・CiNii を用いた文献検索で、過去5年以内にアルコール依存症患者の退院支援および地域連携支援に関する活動報告がある、を満たす病院を選択した。

## ii. インタビュー対象者

(1)(2)の条件を満たす 10 病院の院長または看護部長に対し、電話と書面にて研究協力を依頼した。研究協力が得られた病院の看護部長より、アルコール依存症患者の退院支援を含む 5 年以上の勤務歴を持つ常勤看護師の紹介を受けた。また、院内に地域連携の全体像を把握し実践している精神保健福祉士等が存在する場合は、看護師が行う地域連携支援の活動内容の語りを補足する目的で、インタビュー対象看護師を通じてインタビューへの同席を依頼した。

### 4) データ収集方法と調査内容

インタビューガイドに基づいた半構造化面接を行い、協力者の承諾を得て IC レコーダーに録音した。インタビュー内容は、「ARP 受講中から実施する退院に向けた多職種での取り組み」、「退院支援において連携する職種・機関・連携方法」、「地域連携体制構築のための具体的な活動内容」とした。また、研究対象病院とインタビュー対象者の属性に関する調査票を事前に送付し、インタビュー当日に回収した。

### 5) 分析方法

Mayring の質的内容分析の手法を参考に、帰納的カテゴリ形成の手法を用いて質的記述的に分析した(Mayring, 2014)。また、インタビューに同席した他職種の語りについては、看護師が関わる活動に関する部分のみを分析対象とした。

録音データより逐語録を作成し、精読して“患者の退院に向けて看護師が行う地域連携の

実践内容”に関する記述を抽出した。次に、一文一意味で成り立つよう要約しコードを作成した。内容が類似するコードを帰納的にまとめて抽象度を上げ、サブカテゴリ・カテゴリ・コアカテゴリを生成した。分析はアルコール依存症看護の経験者、質的研究の経験者の2名で意見が一致するまで繰り返し行った。さらに、分析結果を全てのインタビュー対象看護師宛に郵送し、メンバーチェックングを行った。研究者らの分析結果についてアルコール依存症治療・看護の内容として妥当であるかを確認してもらい、結果の妥当性確保に努めた。

#### **6) 倫理的配慮**

インタビューは対象者の希望日に院内の個室にて実施した。実施にあたり、対象病院の管理者およびインタビュー対象者に対し、研究内容、協力における自由意思の尊重、匿名性と個人情報の保護について文書と口頭で説明し、書面にて同意を得た。プライバシーの保護には十分注意し、データは匿名化し機関名や個人が特定されないよう配慮した。また、本研究は名古屋大学医学部生命倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号：17-131)。

### **3. 結果**

#### **1) 研究対象病院およびインタビュー対象者の概要 (表 1)**

研究協力を依頼した10病院のうち7病院から協力が得られ、8名の看護師、6名の同席者(精神保健福祉士5名、臨床心理士1名)の計14名にインタビューを実施した。協力が

得られた 7 病院は全て精神科単科病院で、設置母体は、医療法人が 5 病院、都道府県が 2 病院であった。

また、分析の過程で研究対象病院のアルコール依存症治療の体制は、アルコール専門病棟の有無と専門チームの有無によって次の 4 つのパターンに類型化された。治療と連携機能が専門病棟内で完結する「アルコール専門病棟型」、専門病棟と専門部門の両方を組み合わせている「アルコール専門病棟・専門チーム重層型」、専門病棟を持たず多職種で構成されるチームが院内連携を主導する「アルコール専門多職種チーム型」、専任のスタッフを配置する専門部門が院内外の連携をリードする「アルコール治療リエゾン・コンサルテーション部門型」である（図 1）。先の 2 パターンは専門病棟を有し、残りの 2 パターンは専門病棟を持たなかった。

## 2) 退院支援における地域連携の活動

分析の結果、抽出された看護師の活動は患者の退院に向けた院内の多職種連携と、地域移行のための地域の機関・職種との連携の大きく 2 つの内容に大別された。2 つの内容別に結果を示す。

### i. 退院支援における院内多職種連携の活動（表 2-1～2-4）

分析の結果、院内多職種連携に関する 68 コードが抽出され、34 のサブカテゴリ、15 のカテゴリが生成された。以下、4 つのパターン別に結果を述べる。【 】はカテゴリ、《 》はサブカテゴリ、また斜体文字で一部実際の語りの内容を示す。語りの末尾のアルファベッ

トは対象者の ID である。( ) は文脈を損なわないように著者が補足した内容である。

① アルコール専門病棟型 (表 2-1)

23 コード、8 サブカテゴリ、4 カテゴリで構成された。

このパターンでは、【アルコール病棟を中心の場として日常的に多職種が集まる】。具体的には、《患者を支援するために、日常的に多職種間で連絡を取り合い病棟に集まる》ことが行われ、《定期的に多職種が集まる機会を設け、支援の現状と方向性について情報共有する》のように、アルコール病棟が連携の場となっていた。更に《アルコール病棟看護師は、看護カンファレンスや振り返りを毎日行い、看護師間で情報共有する》というように、病棟看護師間での情報共有も緊密であった。

「常に連携しているような気はしますけどね。うちの病棟で割と朝、依存症病棟として入れる医者が入ってくるし、ケースワーカーさんも必ず来るんですよ。その中で問題が起きた所もすぐ共有が始まっちゃうので。(g)」

また、【アルコール病棟看護師が中心となり、多職種による患者支援をコーディネートする】特徴があった。《アルコール病棟看護師が主導で多職種を集め、問題が起きたら即座にカンファレンスを開く》《アルコール病棟看護師は、患者の特性に合った支援を提供しうる他職種を選定し協力を依頼する》のように、アルコール病棟看護師が連携の中心的役割を果たしていた。

「その時々<sup>1</sup>の困り事で、例えばちょっと発達の問題があるようであれば心理に入っても

らって、医師と心理テストをオーダーしたりですとかね。…中略…彼らにない技術は看護が手伝おう。我々が持っていない技術は心理が手伝ってくれる。そうやって力を借りながら、みんなフラットなんですよ。(e)」

退院に向けて、【アルコール病棟師長は病棟看護師に対して、患者中心に連携を進めるよう教育する】役割を果たしていた。《アルコール病棟看護師長は看護師に対して、退院に向けた患者との協働作業から患者を正しく理解し、丁寧に繋ぐことを教育する》ことで、患者理解と連携のノウハウを伝えていた。

さらに【アルコール専門医師は、多職種による連携支援体制を整えるために院内多職種への教育を行う】役割を担っていた。《アルコール専門医師からの助言を受け、病棟看護師全員が ARP を担当する》《多職種で患者に関わる必要性について、アルコール専門医師が院内多職種への教育を行う》のように、医師がスタッフを教育し、院内の多職種連携を促進していた。

## ② アルコール専門病棟・専門チーム重層支援型（表 2-2）

18 コード、9 サブカテゴリ、4 カテゴリで構成された。

このパターンでは、専門病棟を持ちながら、更に【多職種で構成される専門チーム・専門委員が、院内連携体制を作る】形式をとっていた。例えば《アルコール病棟外に、看護師と PSW を中心に多職種で構成されるアルコール問題に特化した専門チーム・専門委員を置く》《定期的に専門チーム・専門委員が集まり、病院として支援のあり方や統一目標を検討す

る》《困難ケースやスリップへの対応は、病棟看護師のみでなく必ず専門チーム・専門委員である PSW や医師と協力して行う》であった。

また【アルコール病棟看護師は、患者の退院に向けた的確な患者理解と多職種間の情報共有を支える】特徴があった。例えば《アルコール病棟看護師は、入院中の関わりから把握した患者の変化や思いを、退院調整に向けて多職種へ伝える》《退院に向けた多職種による情報共有やケース検討の機会を、アルコール病棟看護師が調整する》である。

「看護師は長い時間患者さんと顔を合わせているので、本人のニード、方向性、不安、日々の変化を把握しやすいメリットがありますので、そういうところを含めて看護師が率先して（多職種へ）提案していく、退院調整に向けて。（b）」

さらに【アルコール専門医師は、多職種による連携支援体制を整えるために院内多職種への教育を行う】役割を担っていた。《患者支援に多職種が関わる体制作りを目指し、アルコール専門医師が院内多職種に繰り返し講義を行う》《アルコール専門医師は、患者に関わる全ての多職種を集めて治療の方向性を伝える》など多職種連携の中核となっていた。

「先生（アルコール専門医師）を中心にして治療の方向性を変えていこうという形で、拡大的に多職種も呼んで方向性を先生から直接伝えてもらったり、病棟でも講義を積み重ねて今の色々な職種が（アルコール患者支援に）入る形になっていますね。（a）」

一方で【専門チーム・専門委員は、スタッフに対してアルコール依存症への理解と支援スキルアップのための教育を行う】もあった。《専門チーム看護師は、病棟看護師に対してア

アルコール依存症の理解を促すための助言をする》《アルコール専門医師が、院内多職種に動機づけ面接法をレクチャーする》というように、具体的なスキルアップを図っていた。

「知識もないし経験もないし、その中で依存症者と色々な話をしていかなければならないというのは本当に恐怖と苦痛と不安でしたね。けれども、色々な依存症の方と関わっていつ、自助グループの研修等に繰り返し出ていくうちに、知らない間に自分でも興味が持てるようになってきて。これは他のスタッフにも当てはまると思っているんですよ。(b)」

### ③ アルコール専門多職種チーム型 (表 2-3)

12 コード、9 サブカテゴリ、4 カテゴリで構成された。このパターンでは、アルコール専門病棟を持たず患者は各病棟に散らばる形で入院していた。

退院支援において、【多職種で構成される専門チームは、各職種の強みを活かしながら協働する】形式をとっていた。《各病棟から 1 名以上の看護師・PSW・臨床心理士等を集め、病棟業務と兼務する形のアルコール専門チームを置く》というパターンで、《専門チームスタッフが、職種ごとに役割分担して ARP を担当する》《専門チームの PSW は、福祉の視点から患者をアセスメントし、必要な社会資源とサービスの利用を提案する》《専門チームのリーダーを看護師が担い、各職種の強みを活かして多職種連携をコーディネートする》等、それぞれの専門性を活かした分担がされていた。

「昔はアルコールの病棟があったんですけども、それが解散して専門病床ユニットという考えで、(患者が) 色々な病棟にいても一箇所に集めて (プログラムを) やればいいの

ではないかと。その時に多職種で組もうということで、看護師が各病棟に1人ずつは専門チームスタッフ、プラス心理とケースワーカーと薬剤師と作業療法士の全職種が入って。(c)

また各病棟の【受け持ち看護師は、アセスメントした患者支援のポイントを多職種へ伝える】役割を果たしていた。具体的には、《受け持ち看護師は、患者の思いやクライシスサインの情報を看護の視点で多職種へ伝える》《受け持ち看護師が必要であると考えた場合、主治医と患者に退院後の訪問看護導入を提案する》取り組みを行っていた。

「例えば頓服の使い方や、受診を促すタイミング、異変に気付くサインというのは、多分看護師が一番分かっていると思うんですよね。なので、クライシスプランを作成した方がいいんじゃないかという提案は意識して(多職種に対して)言った気がしますね。(d)」

さらに【専門チームスタッフは、病棟スタッフの困りごとを支援する】役割を担っており、各病棟に所属する《専門チームスタッフは、院内スタッフの困りごとを吸い上げ、チーム内で検討する》ことで、病棟スタッフを支えていた。

病棟スタッフをフォローするだけでなく、【専門チームスタッフは、院内スタッフの教育を行う】役割も果たしていた。《専門チームスタッフは、自身の支援経験を伝えることで後輩スタッフを育成する》《専門チームリーダーの看護師が、院内の訪問看護師に対して支援スキルアップのための研修を行う》のように、個々のスキルアップと病院全体の連携支援を底上げしていた。

#### ④ アルコール治療リエゾン・コンサルテーション部門型 (表 2-4)

15 コード、8 サブカテゴリ、4 カテゴリで構成された。

このパターンでは、【部門スタッフは、院内のアルコール依存症支援全体を把握し、病棟スタッフと協力しながら患者を支援する】形式をとっていた。《部門専任の多職種で構成されるリエゾン・コンサルテーション部門を設けている》のように、スタッフは病棟に属さず部門の業務に専念している点が他のパターンと大きく異なる。《部門スタッフは院内のアルコール依存症患者全体を把握し、病棟看護師が患者支援の中心を担うことで、役割分担をしている》ことで互いの業務に専念している。一方で《部門スタッフも患者と直接関わり、情報をアセスメントして課題を整理する》役割も果たし、病棟スタッフと協働しながら退院支援を行っていた。

「色んな病棟に（患者が）散らばっているので、こちらから出向いて面接していく。色んな病棟でアルコール（患者）を受けられることができるという体制がすごく画期的というか。

(h)」

また【部門スタッフが主導して、多職種が情報共有する機会を設ける】特徴も見られた。具体的には、《部門スタッフが患者と多職種を集め、退院に向けてのケースカンファレンスを開く》役割を果たしていた。さらに、患者支援のタイミングを逃さぬよう《部門スタッフは、自身の不在時にも患者をフォローできるよう多職種と情報共有している》配慮を行っていた。

加えて【部門スタッフは、病棟スタッフを支えるリエゾン役割を果たす】特徴も見られた。

《部門スタッフが各病棟へ出向き、患者・病棟看護師と面接する》《部門スタッフは、病棟看護師とコミュニケーションをとることで困りごとを共有しフォローする》活動を行っていた。

「陰性感情を感じやすいのは、病棟の看護師さんなのかなという気がして、患者さんの心の揺れとか嫌な部分が出てくるのを一番キャッチしているのが病棟看護師さんなので。

(h)」

「患者さんの中で起こっていることを一緒に考えるということを、私は一生懸命（病棟の）看護師さんとしていて。...中略...本当にコミュニケーションを大事にしています。困りごとを一緒に困るといふか。本当に同じ立場で考えることをしている。(h)」

また、【部門スタッフは、病棟看護師の教育を行う】役割も担っていた。《部門スタッフは、病棟看護師に自助グループや ARP を体験するよう勧め、アルコール依存症に対する理解を促す》のように、依存症理解と患者理解の方法を提示していた。

## ii. 退院支援における病院と地域との連携活動

分析の結果、地域連携の活動内容を示す 148 コードが抽出され、45 サブカテゴリ、19 カテゴリ、8 のコアカテゴリに集約された。以下、2 つに大別された活動内容ごとに結果を述べる。コアカテゴリを【 】、カテゴリを< >、サブカテゴリを《 》、語りの内容を斜体文字で表す。語りの末尾のアルファベットは対象者の ID である。

### ① 患者の退院に向けて看護師自身が地域とつながる活動（表 3）

この活動は、17 サブカテゴリ、7 カテゴリ、3 コアカテゴリで構成された。

#### 【地域との連携体制を作る】

看護師は、＜地域の事業に参加協力し、地域連携ネットワークを作る＞活動を行っていた。

また、＜支援拠点である専門病院のスタッフとして、地域の多機関・多職種との協力関係を築く＞よう努め、頻回に顔を合わせる機会を持っていた。

「保健所が酒害相談とか酒害ミーティングをやり始めたときに、病院が空っぽになってもいいから、地域に出ろということで、看護を始めケースワーカーや心理、全員があらゆる保健所に行ったんです(e)。」

さらに、看護師は、入院患者が自助グループ等の行事を見学する際に同行し＜看護師と回復者が顔が見える関係を築く＞活動を行っていた。

「連携をしていく上で顔が見える関係性作りは大事にしています。断酒会の送迎や、断酒会が主催する研修会に顔を出したりとかね。(b)。」

#### 【他機関から患者情報の提供と相談依頼を受ける】

看護師は、退院後の＜患者の動向について、退院後の支援者から情報提供を受ける＞ことや、未治療者や入院受け入れについて＜他の病院、地域、職域から相談依頼を受ける＞等、困難事例への対応の相談役となっていた。

#### 【地域支援者の対応力を強化する】

看護師は、看護師養成機関からの依頼で、アルコール依存症看護に関する講義を担当する

など、＜専門職や看護学生に対する知識の普及と啓発に取り組む＞とともに、＜地域住民に対する知識の普及と啓発に取り組む＞ことで、専門職以外の人の依存症に対する理解を高め、地域の支援者を増やす活動をしていた。

「どう受診につなげるかとか、生活をどう支援していけばいいか。(病院の)大事な機能なので、地域の人アルコールの知識を底上げしたい(h)。」

## ② 退院に向けて患者を地域へつなぐために実施する活動 (表 4)

この活動は、28 サブカテゴリ、12 カテゴリ、5 コアカテゴリで構成された。

### 【家族単位で回復を支援する】

看護師はアルコール依存症患者の家族に対し、家族会や Community Reinforcement and Family Training(以下 CRAFT)を紹介するといった＜家族が回復の手段へつながるようサポートする＞活動をしていた。

「ご家族の不安がないか、外泊が始まる前に(担当看護師が)必ず家族と面談を行っていますね。その中で不安があるようなら CRAFT 法のご案内をしたり(a)。」

また、看護師は＜患者・家族・支援者が共通の目標を持てるよう支える＞ための機会をコーディネートして、＜家族関係の修復を支える＞仲介役を担っていた。

「本人は退院したいけど家族は帰ってきてもらっちゃ困る。そういう時に担当看護師が入って、一生懸命やっているのを見てあげてもらえませんか？と(h)。」

### 【患者の自己決定を支える】

看護師は、退院後の患者が酒のない生活を送れるよう＜生活維持・断酒継続能力をアセスメント＞し、＜本人のニーズに沿って就労支援施設や日中の居場所へつなぐ＞支援をしていた。また、＜利用を検討している施設への見学に受け持ち看護師が同行し、退院に向けて患者と一緒に動く＞など、地域の＜社会資源を患者自身が選択できるよう協働する＞スタンスで関わっていた。

「選択肢の中で、ご本人さん達に決めてもらうのが一番つながりやすいと思っているので。こちらは情報を提供に努めていますね(a)。」

#### 【断酒継続を支える】

看護師は、患者を＜自助グループや回復者をつなぐ＞支援を行っていた。

「自助グループにはまず電話で連絡ですね。行く予定なのでよろしくお伝えと伝えて、(本人へ電話を)かけてもらうとか(c)。」

また、入院中に患者個人との信頼関係を築き、患者が退院後も＜病院とのつながりを継続できる信頼関係と受け入れ環境を作る＞活動を重視していた。

「やっぱり信頼関係を一番大事に取っていかなくちゃいけないので。今思っていることをまず受け止めることから始まる。(中略) 何回飲んできても受け入れてくれる。本来の自分を分かってくれる。病棟はそのスタンスです(g)。」

#### 【生活基盤を整える】

看護師は、高齢患者に対してケアマネージャー、金銭管理が難しい患者に対しては社会福

祉協議会など、入院中から退院後の<生活を維持するための社会資源の利用へつなぐ>支援をしていた。さらに関係機関と電話連絡をとり<退院後の支援体制を整えるために調整を行う>ことで生活維持できるよう支援していた。

#### 【退院後の支援予定者へつなぐ】

看護師は、地域の支援予定者に<入院中の治療や看護のポイントを引き継ぐ>ことで、必要なケアが退院後も継続されるよう工夫していた。

「(他の支援者に)クライシスサインを意識してもらいたい。病棟での生活の癖とか、退院後何をしたいというのを伝えます(d)。」

また看護師は、アルコール依存症患者への看護を理解しているステーションへ依頼するなど、退院後の<訪問看護の利用に向けて調整・依頼>を行っていた。

## 4. 考察

### 1) 退院支援における院内多職種連携

本研究では、アルコール依存症患者の退院支援を先駆的に実施している病院へのインタビュー調査により、院内多職種連携パターンとその内容を明らかにした。アルコール依存症患者の継続ケアを明らかにした Lenaerts ら (2014) のシステマティックレビューによれば、統合ケアモデルの原則のうち、退院後の“継続的ケア”“多職種連携”“患者個人主義”がアルコール依存症のモデルに合致するとしている。また継続ケアは個々の患者のニーズや性格に合わせて柔軟にケアの内容や方法を修正することが有効であり、院内で受けたア

アルコール教育プログラムの内容や強度がその後の継続的ケアにおける患者のニーズに影響していることも指摘している (Lenaerts et al, 2014)。これらをふまえ、本研究で明らかになった4つの院内多職種連携パターンの特徴について考察する。

#### i. アルコール病棟を有する場合の多職種連携

アルコール病棟を有するパターンとして「アルコール専門病棟型」と「アルコール専門病棟・専門チーム重層型」があった。「アルコール専門病棟型」は、アルコール依存症患者を専門病棟内に入院させ、解毒治療等の医学的治療から退院後の断酒や節酒を目的としたARPを実施していた。専門病棟を拠点として、アルコール専門医、看護師、PSW、OT、臨床心理士等の多職種が日常的に集まるスタイルが定着していた。このパターンでは多職種が苦勞せずに、他の職種と顔を合わせる機会を持ちやすく信頼関係が醸成されやすいと考える。Jesusらは、過去に依存症患者を支援した経験を持つ専門家は、患者に対する恐怖や不安が減少することを報告している (Jesus et al, 2018)。この病棟に配置された看護師は日常業務の中でアルコール依存症患者に対する知識や接し方を学ぶことができていた。合わせてアルコール依存症患者への抵抗感も軽減され、退院支援にも前向きに取り組めるようになっていきやすい環境と思われる。また職種全てが患者の入院生活の場である病棟に集まるこのパターンは、患者の経過を把握しやすい。アルコール専門病棟は病棟、患者、家族がチーム一体となって関わるチームの連携を容易にできるとされており (松井, 2017)、本研究の結果もこの知見を支持するものであった。

一方で「アルコール専門病棟・専門チーム重層型」は、アルコール病棟に加え、多職種で構成される専門チームも保有していた。このパターンでは ARP の内容や退院後への継続ケアを検討する役割は専門チームが担い、アルコール病棟に勤務する看護師等は入院中のケアに専念していた。それにより看護師は、患者の不安や悩みを丁寧に聞き取り、本人の性格や入院に至った経緯をより深く理解する余裕を持つことが出来ていた。また専門チームは、勤務時間内に院外施設との連携強化のための活動ができるという利点があった。

2つのパターンに共通して、アルコール専門医が院内多職種への教育を実施していた。その結果、アルコール専門医からの助言を受けて病棟看護師全体が ARP を担当するようになるなど看護師のスキルアップへの効果が見られた。院内の治療方針を決定する立場である医師が、アルコール病棟を拠点として多職種連携の基盤づくりや地域移行支援への体制づくりに主導的な役割を担っていると考えられる。

## ii. アルコール病棟を持たない場合の多職種連携

アルコール病棟を持たないパターンとして「アルコール専門多職種チーム型」と「アルコール治療リエゾン・コンサルテーション部門型」があった。「アルコール専門多職種チーム型」では、アルコール依存症患者は複数の病棟に入院し、各病棟から選出された看護師、PSW、臨床心理士等が病棟業務と兼務する形でアルコール専門チームを形成し、多職種で治療に関わっていた。専門チームスタッフが複数の病棟から選出されることで個々の患者の状況を共有でき、院内における各職種のエキスパートを一病棟に集約せず分散配置する

ことが可能なパターンである。

「アルコール治療リエゾン・コンサルテーション部門型」では、専門部門スタッフが院内のアルコール依存症支援全般を担当し、病棟スタッフの依頼や協力要請を受けて患者を支援する形をとっていた。専門部門スタッフは病棟業務を持たないため、患者の直接的ケアは病棟スタッフが担当していた。専門部門スタッフは、アルコール依存症の知識や対処方法について病棟スタッフにコンサルテーションを行い、地域連携については主導的な役割を果たしていた。また、アルコール依存症患者に対して疲弊感を持つ病棟スタッフへのリエゾン機能も担っていた。これは精神科専門看護師が持つリエゾンの役割と似通っている（岩本，2017）。多職種間の連携・調整役に加え、スタッフが抱える苦悩に寄り添い支える役割を担っている点で、アルコール医療の現場では先駆的なパターンと考えられる。前述したLenaertsらは、退院したアルコール依存症患者への効果的な継続的ケアとして、退院時に日々の取り組みの日記をつけるよう指示し、看護師が定期的に電話で内容を確認することを提案している（Lenaerts et al, 2014）。このような継続的ケアを病棟看護師に求めるのは難しく、実践する場合は専門部門型のパターンが最適と考える。

この2つのパターンではアルコール病棟ありのパターンと異なり、医師に限定されない多職種の専門チームまたは専門部門スタッフが院内スタッフへの教育や支援を実施していた。院内連携の実現には多職種間の理解と尊重が必要であるが、多職種連携のスキルは自然と身につくものではなく実践知の蓄に基づく特別な学習が求められる（松岡，2013）。本研

究の協力機関における専門チームや専門部門では、まさに各専門職種の実践知が院内全体におけるアルコール依存症患者のケアや地域連携への具体的な助言として活かされていた。

### iii. アルコール依存症患者への退院支援

慢性疾患に対する退院支援では、退院支援室等の地域移行の専門部門を設置して病棟スタッフと地域を繋ぐ役割を持たせて多職種が連携するパターンが主流である。一方で本調査が対象としたアルコール依存症患者の退院支援では、アルコール依存症の治療方針（アルコール病棟の有無）、専門知識を持つ人材をどのように配置するか（専門病棟、分散配置、専門部部門）によって、4つのパターンが存在することを明らかにしたのが新知見である。

アルコール依存症患者の再飲酒を予防するには、解毒治療やARPなどの入院治療だけでなく、対人関係や仕事上の悩み、孤独、経済的不安など再飲酒を惹起する個別の社会生活上の問題に寄り添うことが必須である（岩本，2011）。支援者は、患者の地域移行後の生活を見据え、否認の程度や治療への動機付けのレベルを把握し、患者のリカバリー能力を評価することが大切である。本調査に協力した看護師はどのパターンにおいても、病棟の受け持ち看護師のアセスメント情報を多職種と共有することから多職種の連携を構築していた。患者の日常生活や心情の変化の多面的な理解に基づいた看護介入は効果的であり、飲酒行動の変化や退院後の地域生活を安定させると言われている。「アルコール専門病棟型」では、アルコール病棟師長が退院支援に向けて患者を正しく理解し丁寧に多職種に繋ぐよう病棟看護師に教育していた。このように看護師は、Lenaertsらがアルコール依存症患者の継続

ケアで重要な要素として指摘する“患者中心主義”を実践する重要な役割を担っていると考  
えられる。

## 2) 退院支援における病院と地域との連携

### i. 看護師自身が地域とつながる活動

本調査では、看護師自身が地域とつながろうとする3つの活動が明らかになった(表3)。

稗田(2017)は、ソーシャルワークの視点で「四日市アルコール連携ネットワーク」を分析し、ネットワーク構築には、準備期、第1期(院内のチーム作りと専門機関との協働期)、第2期(複数の医療機関とのネットワーク実現期)、第3期(地域ネットワーク実現期)の4ステップがあると報告している。

本調査の【地域との連携体制を作る】活動は、関係者らがアルコール問題の現状や課題を共有する「連携の準備期」に相当すると考える。【他機関から患者情報の提供と相談依頼を受ける】活動は、「第2期」に相当する。また、「第1期」に相当するカテゴリは抽出しなかったが、実際のインタビューでは院内の体制作りに関する語りもあった。【地域支援者の対応力を強化する】活動は、地域の関係機関とのネットワークを展開する「第3期」に相当する。このように、本研究で抽出された3つの活動は、稗田によるネットワーク構築のプロセスとほぼ合致したことから、四日市の実践に限らず、このプロセスはアルコール依存症患者の退院に向けた地域連携支援が活発な病院の活動に共通する手法と考えられる。

特に、看護師が地域の支援機関に向いて【地域との連携体制を作る】ことや、患者や家族

だけでなく、地域住民や学生を対象として啓発活動を実施するなど【地域支援者の対応力を強化する】支援を行っていたことに注目したい。依存症からの回復支援は、援助職者だけではなく一般の人も一緒になって横断的・縦断的に統合された支援を提供するのがよい（松下，2015）とされる。対象看護師は、院外へ出向く活動も日常の看護の一部として実施しており、啓発活動を通じて、地域の多職種や住民と一緒に患者の回復を支援する体制を築いていたと考えられる。

## ii. 患者を地域へつなぐ活動

松本らは、薬物依存症治療プログラムのマトリックスモデル（Jeanne et al, 2000）を基に、依存症の回復は、ステージ 1（緊張期）、ステージ 2（ハネムーン期）、ステージ 3（「壁」期）、ステージ 4（適応期）、ステージ 5（解決期）の 5 段階で進むと位置づけている（松本ら，2011）。わが国のアルコール依存症治療では、この回復モデルを用いて ARP を実施していることが多い。本研究で明らかになった患者を地域へつなぐ活動（表 4）について、回復ステージに沿って考察する。

わが国では、アルコール依存症患者の早期発見から早期治療のコンセプトとして国内外に定着している SBIRT（Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment）に Self-help group を加えた SBIRTS の実施が推奨されている（猪野ら，2018）。本研究で明らかになった＜自助グループメンバーや回復者と患者をつなぐ＞看護活動は、SBIRTS の最後の S にあたる。依存症は、近しい他者とのサポータティブな関係が得られれば回復に向かう

とされている (Steve, 2019)。対象看護師は、自らがそのサポーター的な関係性を構築しつつ病院とのつながりを継続できるよう信頼関係と受け入れ環境を作ることで SBIRTS の最後の S を実践し、【断酒継続を支える】関わりを実施していた。これは依存症回復ステージ 3 の「壁」を乗り越え、ステージ 4 への移行を支援する看護と考えられる。

また、対象看護師は【患者の自己決定を支える】ことを重要視していた。アルコール依存症患者の回復には、自己決定と自己責任の意識を持つことが大切である (松下, 2015)。看護師は患者に助言するだけでなく、患者と共に自宅への退院前訪問を実施したり、利用を検討している施設や自助グループへの見学に同行するなど、自らが伴走者となって患者に寄り添うことで利用可能な支援資源の理解を促し、患者が自己責任のもとで退院後の生活を自己決定できるよう支援していた。これは、今後の生活を具体的にイメージし、その生活に適応しようとするステージ 4 に適した看護と考える。

次に、患者の【生活基盤を整える】は、今後の生活を現実的に意識するステージ 4 から酒のない生活を維持するステージ 5 への移行支援と解釈できる。田村ら (2016) が、在宅で生活するアルコール依存症患者に対する生活上の困難やストレス軽減の必要性を提言しているように、対象看護師も、患者の退院後の在宅生活に備えて再飲酒の引き金になりうる生活上の課題を予測し、予防的に生活維持や金銭管理のための手筈を整えることを重要と考えていたのであろう。

このように、先駆的に地域連携を行う病院では、依存症の回復段階に沿って患者を地域へつ

なく活動を行っていた。依存症患者の回復支援は、患者の回復ステージに沿って支援することが重要である（松下，2015）。本研究の対象看護師が実践していたように、患者の退院に向けた地域連携支援もこのステージを意識して進める必要があると示唆された。今後、アルコール依存症患者に対する地域連携支援の強化を目指す病院において、これらの知見を活用することが期待される。

### iii. アルコール依存症患者の地域移行支援における地域連携の活動内容（図2）

本調査で抽出されたコアカテゴリとカテゴリが示す内容から、看護師が行う活動の関連について考えられる結果を図2に示す。【他機関から患者情報の提供と相談依頼を受ける】【地域との連携体制を作る】【地域支援者の対応力を強化する】は「患者の地域移行に向けて看護師自身が地域とつながる活動」であり、個々の看護支援をするための土台になるものと考えた。

また、「患者を地域へつなぐために実施する地域連携の活動」のうち、看護師は患者のみならず【家族単位で回復を支援する】ことを意識し、【患者の自己決定を支える】スタンスで関わっていた。そのスタンスを維持しながら、患者・家族に対し【断酒継続を支える】【生活基盤を整える】【地域移行後の支援予定者へつなぐ】という具体的な支援を行っている。

「患者を地域へつなぐために実施する地域連携の活動」は、前述の「患者の地域移行に向けて看護師自身が地域とつながる活動」の土台の上に成立すると考えた。ただし、患者の事例ごとの支援活動から新たな地域資源を見出したりネットワークが広がったりすることか

ら、この 2 つの活動は双方向の関係性も持つとした。

### 3) 研究の限界

本知見は、研究協力が得られた精神科 7 病院の実践内容に限定されている。今後は全国の精神科病院におけるアルコール依存症患者に対する退院支援および地域連携の実態について量的に検討することが必要である。また、本調査は看護の視点を中心に解析したが、実際の退院支援には医師、PSW、OT、臨床心理士といった多職種が関わっている。今後は各職種の視点からの検討も必要と考える。

## V. 第2研究

### 1. 目的

本研究は、国内の精神科病棟を有する病院において、看護師によるアルコール依存症患者に対する退院支援の実態を明らかにすること、アルコール依存症患者に対する積極的な退院支援活動の実施に関連する要素を探ることを目的とした。

### 2. 方法

#### 1) 研究デザインと調査対象

本研究では、国内の精神科病棟を有する 1606 病院を対象に 2019 年 7 月～9 月にかけて郵送による自記式質問紙を用いた横断調査を実施した。調査対象病院の選定は、全国 8 つの各地方厚生局ホームページで閲覧可能な「保険医療機関・保険薬局の施設基準の届出受理状況及び保険外併用療養費医療機関一覧」に掲載されている“精神一般病棟”を有する病院とした。

アンケートに回答する対象者の選定は、各病院の看護部長または看護師長に書面で依頼した。対象者の選定基準は、アルコール依存症患者の入院看護や退院支援の経験があること、看護師経験年数 5 年以上、常勤勤務者で各病院 1 名とした。これらの基準は、各病院の退院支援実践の実際を把握するのに十分な経験を持つ、中堅・トップレベルの看護師を選ぶことを目的に設定した。

#### 2) アンケート調査項目

### **i. 看護師および病院の特徴**

回答看護師の属性に関して、年齢、性別、取得資格、学歴、精神科経験年数、アルコール依存症看護経験年数、所属部署、職位を調査した。また、病院の特徴に関して、所在地域、設置主体、病床数、看護師数、アルコール専門病棟の有無を尋ねた。さらに、アンケートには訪問看護部門の有無、デイケア部門の有無、院内で自助グループを開催しているか、アウトリーチ活動を実施しているか、ACT (Assertive Community Treatment) を実施しているか、患者との関わりに動機付け面接の方法を導入しているか、といった院内の社会資源やサービスに関する質問、多職種による退院支援チームの有無、リエゾン・コンサルテーション機能を持つ部門や担当者の有無など、院内の多職種連携体制に関する内容を含めた。加えて、退院後1年間のアルコール依存症患者の再入院率（退院後3ヶ月時点、6ヶ月時点、1年時点）についても回答を求めた。

### **ii. 看護師によるアルコール依存症患者への退院支援の実態**

本研究では、アルコール依存症者に対する積極的な退院支援の実施状況を検討するために、継続ケアの視点と多職種と連携した退院支援活動の内容を網羅した国際的な尺度である「病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度」(Discharge Planning scale for Ward Nurses: 以下 DPWN) (Sakai et al, 2015) を使用した。この尺度は、下位尺度Ⅰ「患者・家族からの情報収集」5項目、下位尺度Ⅱ「患者・家族への意思決定支援」7項目、下位尺度Ⅲ「社会資源の活用」4項目、下位尺度Ⅳ「院内外の多職種連携による療養指導」8項目の全24項

目で構成されている。各項目に対して6段階で回答を求め、「まったくできていない」、「できていない」、「あまりできていない」、「少しできている」、「できている」、「十分できている」の順に1～6点を付けた。回答者の評価は、合計得点で行った。したがって、得点範囲は下位尺度Ⅰが5～30点、下位尺度Ⅱ7～42点、下位尺度Ⅲが4～24点、下位尺度Ⅳが8～48となり、総合計得点は24～144であった。総合計得点、下位尺度Ⅰ得点、下位尺度Ⅱ得点、下位尺度Ⅲ得点、下位尺度Ⅳ得点のクロンバック $\alpha$ 係数は、それぞれ0.97、0.93、0.95、0.92、0.95であった。また、回答看護師に対し、調査項目への回答は看護師には個人としてではなく、病院内の看護師チームとして実践できているかどうかを回答するようアンケート内で説明し回答を得た。

### iii. 退院支援に関わる院内の組織構造

アルコール依存症治療の先駆的な専門病院で実施した退院支援に関する第1研究の結果(足立ら, 2019) および精神科退院支援ガイドライン(安西, 2011)を参考に、以下の8つの質問を行った。Q1.「病院の経営者・管理者は我々の退院支援活動について理解している」、Q2.「退院支援のための活動は、病院内外に広く知られ認知されている」、Q3.「退院支援には多職種が参加・協力している」、Q4.「多職種が連携する際にリーダーシップをとる人物がいる」、Q5.「退院支援の目標や意義を関係者間で統一している」、Q6.「退院支援において退院準備プログラムなどエビデンスの確立した方策を導入している」、Q7.「退院支援や地域連携に関して、院内多職種を対象とした研修が定期的に行われている」、Q8.「クリニカルパ

スを用いるなど、退院までのスケジュールは計画されている」の8項目で構成され、各項目に対して「まったくできない」「できていない」「あまりできていない」「少しできている」「できている」「十分にできている」の6段階で回答を求めた。組織構造に関する8項目の質問項目におけるクロンバック  $\alpha$  係数は0.89であった。分析では、8項目の各項目に対する6段階の回答を、「よくできている」「できている」を「はい」、「少しできている」「あまりできていない」「できていない」「全くできていない」を「いいえ」の2つに分類し直しモデルに入力した。「はい」と「いいえ」の2グループに分けた場合、8つの質問内のクロンバック  $\alpha$  係数は0.84であった。

### 3) 分析方法

データの解析には統計ソフト SPSS Ver.26 を使用し、両側有意水準を5%とした。

#### ① 看護師が行うアルコール依存症患者に対する退院支援の実態について

病院の特徴と社会的資源を記述統計学的に示した。看護師によるアルコール依存症患者に対する退院支援実践の程度は、DPWN 得点の平均値で推定した。各調査対象病院の下位尺度の合計得点を項目数で割り、下位尺度間の実践度を比較した。算出した値の平均点を一元配置分散分析により比較した。事後検定には Bonferroni 法を用いた。また、病院の特性と DPWN 得点との関係を調べるために t 検定を行った。

#### ② 積極的な退院支援に関連する要因について（院内の組織構造）

各病院の退院支援構造の有効性を判断するために、退院支援に関わる院内の組織構造に

関する 8 つの質問に対する「はい」群と「いいえ」群の DPWN 得点の平均値を算出し、t 検定を用いて比較した。次に、DPWN の総合計得点を従属変数とし、組織構造の 8 項目（はい、いいえ）に加え、設立主体（公立、私立）と病院規模（総病床数）を加えた 10 項目を独立変数として重回帰分析を行った。設立主体と病院規模は、独立変数として強制入力法を用いた。退院支援構造に関する 8 項目は、ステップワイズ法を用いてモデルに入力した。さらに、4 つの下位尺度得点を従属変数とし、同様の分析を繰り返した。

#### 4) 倫理的配慮

調査票に同封した研究説明書に、研究目的と概要、倫理的配慮について明記した。研究協力を同意する場合は質問紙の所定欄にチェックした上で回答し返送するよう依頼した。また、本研究は名古屋大学医学部生命倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した（承認番号：19-114）。

### 3. 結果

180 病院から回答が得られ、回答率は 11.2%であった。返送されたアンケートのうち、項目への回答漏れがない 116 件を分析対象とした。

#### 1) 調査対象病院の特徴

調査対象病院の特徴を表 5 に示す。アンケートに回答した看護師のうち、精神科での経験年数が 10 年以上の者は 83 名（71.6%）、アルコール依存症看護の経験年数が 5 年以上の者は 81 名（70.0%）でした。病院規模について、病床数 300 床以上の病院は 51 病院（44.0%）、

看護師数 100 人以上の病院は 54 病院 (46.6%) であった。設置主体は、公立 26 病院 (22.9%)、私立 90 病院 (77.1%) であり、63 病院 (54.3%) が ARP など教育プログラムを使用した依存症の専門治療を行っており、13 病院 (11.2%) がアルコール専門病棟を有していた。社会資源やサービスを提供している病院の数 (率) は以下の通りであった。訪問看護部門を有するのは 90 病院 (77.6%)、デイケア部門を有するのは 97 病院 (83.6%)、院内で自助グループを開催しているのは 38 病院 (32.8%)、アウトリーチ活動を実施しているのは 43 病院 (37.1%)、ACT を実施しているのは 22 病院 (19.0%)、患者との関わりに動機付け面接を導入しているのは 47 病院 (40.5%)、多職種が関わる退院支援チームを持っているのは 98 病院 (84.5%)、リエゾン・コンサルテーション機能を持つ部門・担当者を設けているのは 32 病院 (27.6%) であった。

## 2) DPWN 得点

DPWN 得点結果の分布を表 6 に、DPWN の各項目および下位尺度ごとの平均得点を表 7 に示す。DPWN 総合計得点の平均は  $102.9 \pm 18.3$ 、1 項目あたり  $4.3 \pm 0.8$  であった。下位尺度ごとの平均値として、下位尺度 I 「患者・家族からの情報収集」が最も高く ( $4.6 \pm 0.8$ )、下位尺度 IV 「院内外の多職種連携による療養指導」が最も低かった ( $3.9 \pm 1.0$ )。

また、下位尺度の項目ごとの平均得点は、4 つの下位尺度間で有意なばらつきを示した ( $p < 0.001$ )。多重比較の結果、下位尺度 IV の得点は、尺度 I、II、III の得点よりも有意に低かった (いずれも  $p < 0.001$ )。さらに、下位尺度 II と III の得点は、下位尺度 I の得点よりも有

意に低かった (いずれも  $p < 0.001$ )。

### 3) 病院の属性と DPWN 得点との関連性

病院の属性と DPWN 得点との関連を表 8 に示す。アルコール依存症患者の入院を受け入れている病院のうち、総病床数 300 床以上 ( $p=0.052$ )、看護師総数 100 名以上 ( $p=0.027$ )、認知行動療法等の教育プログラムを実施している ( $p=0.027$ )、患者との関わりに動機付け面接を導入している ( $p=0.054$ ) 病院では DPWN 総合計得点が高かった。また、院内の組織体制について、多職種が関わる院内の退院支援チームを設けている ( $p=0.04$ )、リエゾン・コンサルテーション部門や担当者を設置している ( $p=0.003$ ) 病院の DPWN の総合計得点が有意に高かった。また、これらの要因と下位尺度との正の相関は、下位尺度 II、IV で強く認められた。

### 4) アルコール依存症患者の再入院率と DPWN 得点との関連

30 病院と限られていたが、アルコール依存症患者の退院 1 年後の再入院率の回答を得た (表 9)。再入院率の平均±標準偏差は  $9.4\% \pm 16.2\%$  (0~50%) であった。再入院率と DPWN の総合計得点および下位尺度 I、II、III、IV との関連性を示す Spearman の相関係数は、それぞれ -0.239, -0.322, -0.112, -0.215, -0.212 であった。

### 5) アルコール依存症患者の退院支援に関わる病院の組織構造と DPWN 得点の関係

表 10 は、組織構造と DPWN の関係を示したものである。8 つの項目のうち、「はい」と回答した割合が最も高かった項目は、Q1「病院の経営者・管理者は、我々の退院支援活動

について理解している (60.3%)」であった。一方、Q6「退院支援に退院準備プログラムなどエビデンスの確立した方策を導入している (24.1%)」、Q7「退院支援や地域連携に関して、院内多職種を対象とした研修が定期的に行われている (22.4%)」、Q8「クリニカルパスを用いるなど、退院までのスケジュールは計画されている (25.0%)」の「はい」の割合はいずれも 30%以下であった。8つの質問全てにおいて、「はい」群の DPWN 総合計得点および下位尺度ごと合計得点が「いいえ」群の得点よりも有意に高かった。

#### 6) 重回帰分析による DPWN 得点に関連する病院の組織構造

表 11 は、病院の組織構造と DPWN 得点との関連について重回帰分析を行った結果を示したものである。分析の結果 DPWN 総合計得点および各下位尺度得点と正の独立した関連を示したのは、Q1「病院の経営者・管理者は、我々の退院支援活動について理解している (DPWN 総合計得点 :  $p < 0.001$ , 下位尺度 I :  $p < 0.001$ , 下位尺度 II :  $p = 0.003$ , 下位尺度 III :  $p = 0.001$ , 下位尺度 IV :  $p < 0.001$ )」、Q8「クリニカルパスを用いるなど、退院までのスケジュールは計画されている (DPWN 総合計得点 :  $p < 0.001$ , 下位尺度 I :  $p = 0.006$ , 下位尺度 II :  $p < 0.001$ , 下位尺度 III :  $p = 0.035$ , 下位尺度 IV :  $p < 0.007$ )」であった。また、Q3「退院支援には多職種が参加・協力している」は、下位尺度 II と有意に正の関連を示した ( $p = 0.042$ )。

#### 4. 考察

本調査では、アルコール依存症患者に対する看護師の退院支援活動の実態を調査し、それ

に関連する病院の組織形態について検討した。データはわずか 30 例であったが、看護師による退院支援の実践と再入院率との間に負の相関関係が認められ、入院治療後のアルコール依存症患者の地域定着に向けた退院支援における看護師の役割の重要性が示唆された。退院支援における課題としては、病院と地域の多職種連携による療養指導が不十分であることが明らかになった。また、看護師の退院支援実践は、病院の設置主体や規模にかかわらず「病院経営者・管理者が我々の退院支援活動について理解している」「退院支援には多職種が参加・協力している」「クリニカルパスを用いるなど、退院までのスケジュールは計画されている」といった病院の組織構造と関連していた。

アルコール依存症患者は、身体的、社会的、経済的、法的、健康的な多岐にわたる問題を抱えていることが多いため、看護師はこれらの複数の問題に対処し、様々な患者のニーズに応えていく必要がある (Donnelly et al., 2012)。また、アルコール依存症から回復し続けるためには、病院以外の関係機関、治療プログラム、自助グループ、カウンセラーなどへの紹介やフォローアップが必要である。そのため、看護師が病院や地域のさまざまな分野の専門家とどのように連携していくかは、日本や欧米諸国で共通の重要な課題となっている (Keys, 2011; Saitz, 2005)。看護師は、退院支援における多職種連携の必要性を感じているものの、十分な連携を実現できていないのが現状である (Sayah et al., 2014 ; Miller et al., 2008)。連携がうまくいかない理由の一つに、病院の看護師は病院の外に出る機会が少なく、患者が地域でどのように生活しているかを理解することが難しいことがあげられる。

興味深いことに、本研究では管理者が看護師の活動をよく理解しているほど看護師は院内外の多職種連携による治療指導などの退院計画活動を頻繁に実践していた。多職種連携に関する先行研究では、管理者は、多職種教育連携の4つのコアコンピテンシーである「価値／倫理」「役割／責任」「コミュニケーション」「チーム／チームワーク」に基づいて、医療従事者が質の高い統合的な患者ケアを提供できる環境を構築・維持する必要があると報告されている（Ansa et al., 2020 ; Alcusky et al., 2015）。本研究では、結果には示していないが、管理者が看護師の退院支援活動を理解していると回答した70病院のうち66病院（94.3%）で多職種が参加する委員会が設置されていたのに対し、管理者が看護師の退院支援活動を十分に理解していないと回答した46病院のうち32病院（69.6%）で多職種異職種が参加する委員会が設置されており、統計的に有意な差が見られた。また、理解度の高い病院ではリエゾン・コンサルテーション機能を持つ部門や担当者が設置されたり、認知行動療法を含む教育プログラムを行っていたりと、看護師が多職種や患者と交流したり連携する機会を多く持っていることがわかった。

永田らは、日本における退院支援の現状と、一般病院における退院支援の実践に関連する要因を調査している（Nagata et al., 2004）。その結果、90%以上の病院が退院支援に関連する何らかの活動を実施していることがわかった。しかし、院内に退院支援部門があると回答した病院は29.4%に留まっており、退院後も患者に質の高いケアを提供し続けるためには退院支援部門を設置することが推奨され。一方、今回の調査対象病院のうち、98病院

(84.5%)で多職種による退院支援チームが設置されていた。永田ら(2004)によると、退院支援部門を設置している病院は、設置していない病院よりも退院支援活動の実施が充実すると示されている。この結果と同様に、本研究でも退院支援チームがある病院の方がDPWN得点は高く、退院支援部門の設置が退院支援活動の推進に有効であることが示唆された。また、退院支援に多職種が参加・協力できる体制がある病院(68病院中64病院:94.1%)は、その体制がない病院(48病院中34病院:70.8%)に比べて退院支援チームの設置率が有意に高かった。退院支援への多職種の参加・協力を可能にする体制を持つ病院ほど、下位尺度Ⅱの看護師が患者・家族への意思決定支援を行うことができていた。

本研究では、クリニカルパスの計画など院内での退院支援活動の計画性が高いほど、看護師の退院支援活動の実践度が高いことが示された。先行研究から、退院支援の介入は精神障害患者の再入院を効果的に減らし、継続ケアのコンプライアンスを向上させることが示されている(Reynolds et al., 2004)。O'Reillyらは、多職種連携において役割と分担に対する明確さ、そして各職種が互いの役割を尊重することがチームワークを促進すると報告している(O'Reilly et al., 2017)。メンタルヘルスや物質使用障害の患者に関わる看護師を対象とした研究では、多職種連携が良好であればあるほど、看護師が患者のさまざまなニーズに対応し、適切なサービスを提供する機会が増えると報告されている(Nordfjærn et al., 2021)。日本では、医師や看護師以外にも、臨床心理士、作業療法士、精神科ソーシャルワーカー、医療ソーシャルワーカーなど、さまざまな専門家がそれぞれの専門性を活かしてアルコー

ル依存症患者のケアに関わっている（朝比奈，2012；片山ら，2015）。個々の専門職のコンピテンシーは重なり合っており、連携がうまくいっている施設では、看護師を含めた各専門職の役割や責任が議論されている。また、クリニカルパスを事前に作成し、提供する支援のバランスを多職種チームで取り、資源を効率的に活用している。

本調査において多変量解析では有意な関連は見られなかったが、単変量解析では退院支援の目標を関係者間で統一することや、院内の専門職を対象とした退院支援や地域連携に関する研修を定期的で開催することが、看護師の退院支援実践を高めることが示された。プライマリーケアにおける多職種連携に関するいくつかの研究では、チームワークを維持するためには定期的なミーティングを行い、チーム全体で共通の目標やビジョンを持つことが必要であることが示されている。また、チームメンバーは互いの役割を理解し、意思決定のための情報を共有し、多職種連携に関する研修を受ける必要がある（Geoffrey et al., 2008；Sayah et al., 2014）。本研究では、結果には示されていないが、定期的な研修を開催している病院の看護師は、研修を開催していない病院に比べて退院後の患者の特性や希望に応じて自助グループや回復施設などの地域の資源を提案する傾向が強かった。複数の課題を抱えるアルコール依存症患者が、退院後も断酒を継続し地域で安定した生活を維持するためには、専門的かつ継続的なサポートが必要となる。患者中心のケアを提供するために、看護師は定期的な研修やセミナーを通じて院内外の専門家と連絡を取り合い、互いの役割を理解し、統一した目標に向かって努力する必要がある。

本研究の強みは以下の通りである。第一に、本研究は看護師が個人としてではなく、チームとして実践している退院支援活動の状況を評価したものであり、病院の組織構造との関係を評価するのに適していると考えられる。また、重回帰分析の結果は、病院の設置主体（公立／私立）や規模（病床数）に応じて調整されているため、設置主体や規模に関わらず幅広い病院に適用できる可能性がある。しかしながら、本研究にはいくつかの限界がある。一つ目は、アンケートへの回答率が低かったため、結果を一般化することが困難な点である。積極的な退院支援を行っている病院の方がそうでない病院よりも熱心に調査に協力するという選択バイアスがかかっている可能性がある。回答率が低かった原因の一つとしては、調査票が国内の精神科病棟を持つ全ての病院に配布されたことに起因すると考えられ、アルコール依存症患者の入院を受け入れていない、あるいは依存症治療を専門としない病院の興味を引くことが困難であった可能性が考えられる。ただし、国内の精神科病院を対象とした同様の全国調査における回答率は約 10%であり、本研究と変わらなかった。二つ目は、アンケートに回答した看護師の特徴として、比較的経験豊富な看護師が多かった点である。アンケートの回答は、回答看護師個人の実践についてではなく、病院の看護チーム全体の実践に基づいて尋ねられたが、回答者の個人的な実践が結果に影響を与えた可能性がある。したがって、新人看護師やアルコール依存症患者のケアの経験が少ない看護師が同様の退院支援を実践できるかどうかは不明である。飲酒に対する看護師の認識と態度を調べた先行研究では、多くの看護師がアルコール依存症患者に対して“治療を必要とする患者”と捉えて

いる一方で、アルコール依存症患者に対して否定的な感情を持つ看護師もいることが明らかになっており (Molina-Mula et al., 2018)、依存症者と関わる機会が乏しいことが否定的な捉え方へと繋がる。アルコールに対するスティグマは、多くの国で共通の課題でもある (World Health Organization, 2000)。本調査の対象として見逃された経験年数の少ない看護師は、依存症に対する実践、理解、態度にばらつきがある可能性が考えられるため、今後の研究では、個々の看護師の実践に焦点を当て、その実践に関連する要因を明らかにすることも必要である。三つ目に、病院の組織構造に関する質問は、筆者らが実施したインタビュー調査 (第 1 研究) の結果に基づいて作成されたものであり、数値化できる有効な尺度ではなかった (足立ら, 2019)。そのため、本研究で特定した組織構造要因以外にも、看護師の退院計画活動に影響を与える要因が存在する可能性がある。四つ目に、本研究は日本国内の病院を対象としており、法律や制度が異なる欧米諸国の病院では研究結果が適用できない可能性がある。しかし、どの国においても看護師はアルコール依存症患者の治療やサポートに関わる最大の専門家集団であり、非常に身近な存在である。また、看護師は通常アルコール依存症患者のケアに必要とされ、多職種連携の重要なコーディネーターでもあることから、本研究の結果は他国における看護師の活動レベルの向上にも貢献するものと考えられる。

## VI. 結論

第 1 研究の結果、地域連携を先駆的に行う精神科病院の看護師は、アルコール依存症患者に対する退院支援において病院内の多職種連携の充実に向けて取り組んでおり、そのうえで地域との連携活動を実施していることが分かった。調査対象病院におけるアルコール依存症の治療体制は、アルコール病棟の有無とアルコール依存症の専門知識を持つ多職種の配置方法によって 4 つのパターンに類型化され、それぞれのパターンごとに看護師は多職種と連携した活動を行っていた。いずれのパターンでも継続ケア、多職種連携、患者中心主義という 3 要素のあることが確認された。また、アルコール依存症患者の退院に向けた看護師の地域連携支援には、看護師自身が地域とつながるための 3 つの活動、患者を地域へつなぐための 5 つの活動があり、病院と地域との連携ネットワークを構築するためには共通した過程があること、またその看護は依存症の回復段階に沿っていることが明らかになった。アルコール依存症患者の入院治療後の地域定着に向けた退院支援において先駆的な病院の看護師は、患者に対する直接的なケアの提供者であると同時に、継続ケアに向けて必要な院内外の多職種連携を円滑にするためのコーディネーターの役割を担い、さらに積極的に院外に出向き地域とつながる活動を通して連携体制を構築する役割を担っていることが分かった。

第 2 研究の結果、看護師の退院支援実践を促進しうる関連要因が明らかになった。病院の経営者や管理者が看護師の退院支援活動に対して理解を深めれば深めるほど、アルコー

ル依存症患者に対する退院支援活動が組織的に行われるようになることがわかった。その結果は病院の設置主体や規模に関わらず、アルコール依存症の入院治療を行っている病院では、患者やその家族にとって有益な退院支援活動を実施できる看護師が増える。経営者や管理者による退院支援活動の理解は、専門職向けの地域連携セミナーの開催や、専門職種での退院支援の目標や意義の統一など、多職種連携の基盤づくりにつながるといえる。また、クリニカルパスを活用するなど退院までのスケジュールが計画されていることも退院支援実践を促進する要素であることがわかった。アルコール依存症患者の入院治療を行う病院では、患者の退院に向けた退院計画を立てること、またその計画を多職種が連携して実施できるような仕組み作りが必要である。これら一連の組織体制がうまく機能していれば、看護師は有益な退院支援活動を実践することができるのではないだろうか。

本研究において実施した 2 つの調査より、精神科看護師によるアルコール依存症患者に対する退院支援と地域連携の活動実態が明らかになった。国内の現状を調査した第 2 研究からは、アルコール依存症患者の退院支援実践を促進しうる要素が抽出されたが、同時に退院支援において「院内外の多職種連携による療養指導」の実践が課題であることも明らかになった。第 1 研究の結果からは、院内多職種の連携や地域との連携を強化するための看護師による具体的な活動方法が提示されている。今後は、病院規模や治療体制、地域特性などの様々な背景を持つそれぞれの病院におけるこれらの方法の活用可能性を検討するための介入研究が必要と考える。

## 謝辞

本論文は筆者が名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻博士後期課程に在籍中の研究成果をまとめたものである。本研究にご協力いただいた医療機関スタッフの皆様、関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

本研究をまとめるにあたり、調査の実施、分析、考察に至るまで終始あたたかく丁寧なご指導を賜りました名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 玉腰浩司教授、研究の着想から調査の実施についてご指導頂きました浜松医科大学看護学部 渡井いずみ教授に深く感謝致します。また、研究計画や分析方法、論文のまとめ方について様々なご助言をくださいました先生方に深く感謝申し上げます。

なお、本研究の第1研究は平成29年度日本精神保健看護学会による助成を受けて実施し、第2研究は公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の研究助成を受けて実施した。第1研究の一部は、テーマ「アルコール依存症患者の退院支援における先駆的な院内多職種連携の活動ー看護師等へのインタビュー調査よりー」として日本アルコール・薬物医学会雑誌（第54巻第5号，222-235，2019）に、テーマ「先駆的な依存症治療専門病院において看護師が行うアルコール依存症患者の退院に向けた地域連携支援」として日本精神保健看護学会誌（第29号2巻，77-83，2020）に掲載されている。さらに、第2研究の一部は、テーマ「Hospital organizational structure factors related to discharge planning activities for alcoholics by nurses in Japan」として「Japan Journal of

Nursing Science」に掲載済みである。

This is an electronic version of an article published in Japan Journal of Nursing Science, [Volume No., Issue No., Article No., year of publication], copyright Japan Academy of Nursing Science (JANS). This article is available online at:  
[https://onlinelibrary.wiley.com/journal/17427924/Article DOI; 10.1111/jjns.12473](https://onlinelibrary.wiley.com/journal/17427924/Article%20DOI%2010.1111/jjns.12473)

#### 利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

#### 文献

足立円香・渡井いずみ (2019). アルコール依存症患者の退院支援における先駆的な院内多職種連携の活動—看護師等へのインタビュー調査より—. 日本アルコール・薬物医学学会雑誌, 54, 5, 222-235.

Alcusky, M., Ferrari, L., Rossi, G., Liu, M., Hojat, M., & Maio, V. (2016). Attitudes toward collaboration among practitioners in newly established medical homes: a survey of nurses, general practitioners, and specialists. *American Journal of Medical Quality*, 31, 526–535. doi: 10.1177/1062860615597744.

Ansa, B. E., Zechariah, S., Gates, A. M., Johnson, S. W., Heboyan, V., & De Leo, G.

(2020). Attitudes and behavior towards interprofessional collaboration among healthcare professionals in a large academic medical center.

*Healthcare*, 8, 323. doi: 10.3390/healthcare8030323.

安西信雄 (2011). 退院支援ガイドライン活用の目的、精神科退院支援ハンドブックーガイド

ラインと実践的アプローチ. 井上新平・安西信雄・池淵恵美 (編), 医学書院,

東京, 10-55.

朝比奈寛正 (2012). 再飲酒後のアルコール依存症者に対する精神保健福祉士の支援

内容. 高知県立大学紀要社会福祉学部編, 62, 71-85.

Bodenheimer, T., Wagner, E.H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for

patients with chronic illness: the chronic care model Part 2. *Journal of the*

*American Medical Association*. 288, 15, 1909-1914.

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター (2017). アルコール専門医療施設リ

スト (2021年11月2日アクセス)

[https://kurihama.hosp.go.jp/hospital/pdf/al\\_list\\_01.pdf](https://kurihama.hosp.go.jp/hospital/pdf/al_list_01.pdf)

Donnelly, G., Wilkinson, A. K., & Rush, A. (2012). The alcohol-dependent patient

in hospital: Challenges for nursing. *Medsurg Nursing*, 21, 9-36.

福田貴博 (2017) 【地域の医療連携に関する取り組みと課題】沖縄県における医療連携の取

り組みと課題. *Frontiers in Alcoholism*, 5, 33-37.

Geertruida E et al (2016). Development and Validation of Quality Indicators on Continuing Care for Patients With AUD: A Delphi Study. *Alcohol and Alcoholism*, 51, 5, 555-561.

Geoffrey, K. M., Jennifer, J. T., & Tania, M. S. (2008). Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care. *The Medical Journal of Australia*, 188(8), 61-64. doi: 10.5694/j.1326-5377.2008.tb01747.x.

稗田里香 (2017). アルコール依存症者のリカバリーを支援するソーシャルワーク理論生成研究 一般医療機関での実践を目指して. *みらい*, 岐阜, 87-94.

猪野亜郎 (2016). アルコール健康障害対策基本法早わかり. 竹井謙之 (編) 別冊・医学のあゆみ アルコール医学・医療の最前線 UPDATE. 医歯薬出版株式会社, 東京, 27-31.

猪野亜郎・吉本尚・村上優 (2018). アルコール依存症者を専門外来から断酒会へ繋げる試みと効果検証—SBIRTS (エスバーツ) と呼称して取り組む—. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 53, 1, 11-24.

岩本亜希子 (2011) アルコール依存症者への訪問看護—生活に焦点を当てた支援とは?—. *日本アルコール関連問題学会雑誌*, 13, 118-120.

岩本祐一 (2017). 長期入院患者の退院支援における精神科看護師の支援—精神科専門看護

師の立場から－. 日本精神保健看護学会, 26, 2), 21-30.

Jeanne, L., Obert, Michael. J., McCann, Patricia., et al (2000). The Matrix Model of Outpatient Stimulant Abuse Treatment: History and Description. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 157-164.

Jesus, M., Antinio, G., & Margarita, S. (2018). Emergency and Mental Health Nurse's Perceptions and Attitude towards Alcoholics. *Environmental Research and Public Health*, 15, 1733.

Katayama, T., Maki, K., Yamashita, A., & Watanabe, K. (2015). The Process of Medical and Welfare Staff Who Handle Alcohol Dependency Treatment Acquiring a Sense that Their Job is Worth by Coping with Negative Emotions. *The Japan Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(1), 59-67. (in Japanese)※日本語に直す

Keys, V. A. (2011). Emergency: Alcohol withdrawal during hospitalization. *American Journal of Nursing*, 111, 40-44. doi: 10.1097/01.NAJ.0000393058.86439.9e.

Lenaerts, E., Matheï, C., Matthys, F., Zeeuws, D., Pas, L., Anderson, P., & Aertgeerts, B. (2014). Continuing care for patients with alcohol use disorders: a systematic review. *Drug Alcohol Depend*, 135, 1, 9-21.

Madras, B. K., Compton, W. M., Avula, D., Stegbauer, T., Stein, J. B. & Clark, H.

W. (2009). Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. *Drug and Alcohol Dependence*, 99, 280–295.  
doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.08.003.

Maree, E. G. (2014). Hospital-based psychiatric nursing care. In: Gail W. S.(Eds),  
*Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th ed., pp.639–650).  
Mosby.

Mathias O. et al (2018). Integrated Treatment at the First Stage - Increasing Motivation for Alcohol Patients with Comorbid Disorders during Inpatient Detoxification-.  
*Alcohol and Alcoholism*, 53, 6, 719–727.

松井達也 (2017). アルコール依存症の看護における、チームアプローチの実際. 日本アルコール関連問題学会雑誌, 19, 2, 111-116.

松下年子 (2015). アディクションと依存症. 松下年子・日下修一 (編). アディクション看護学, メヂカルフレンド社, 東京, 2-24.

松下幸生 (2012). アルコール依存症の治療総論. 日本アルコール関連問題学会雑誌, 14, 1, 62-67.

松岡千代 (2013). 多職種連携の新時代に向けて 実践・研究・教育の課題と展望. リハビリ

リテーション連携科学, 14, 2), 181-194.

松本俊彦・小林桜児・今村扶美 (2011). 薬物・アルコール依存症からの回復支援ワークブック. 東京, 金剛出版, 23-25.

Mayring, P. (2014). Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution. *Social Science Open Access Repository*, 63-106.

Wei J. et al (2015). An inpatient treatment and discharge planning protocol for alcohol dependence: efficacy in reducing 30-day readmissions and emergency department visits. *Journal of General Internal Medicine*, 30, 3, 365-70.

Miller, K. L. Reeves, S. Zwarenstein, M. Beales, J. D. Kenaszchuk, C. & Conn, L. G. (2008). Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 332-343. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04768.x.

Miller, W., Walter, S., & Bennett, M. (2001). How effective is alcoholism? Treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 62, 211-220. doi: 10.15288/jsa.2001.62.211.

Ministry of Health, Labour, and Welfare (2012). Basic plan for the promotion of measures against alcohol-related harms. [Cited 2 April 2021] Available

from <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000->

[Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/keikaku\\_2.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/keikaku_2.pdf).

Ministry of Health, Labour, and Welfare (2017). -Izonshou 「Soudankyoten」 oyobi

「Senmoniryokikan」 nikakarukankeitsuuchi-. (in Japanese) [Cited 2

November 2021] Available from

<https://www.mhlw.go.jp/content/12205250/000504367.pdf>

Molina-Mula, J. González-Trujillo, A. & Simonet-Bennassar, M. (2018). Emergency

and mental health nurses' perceptions and attitudes towards alcoholics.

*International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15,

1733. doi: 10.3390/ijerph15081733.

内閣府 (2018). アルコール健康障害対策推進ガイドブック. 2-40. (2020年3月13日ア

クセス)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000->

[Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/guidebook1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/guidebook1.pdf)

Nagata, S., Tabata, M., Ooshima, H., Murashima, S., Sumi, N., & Haruna, M.

(2004). Current status of discharge planning activities and systems:

National survey of discharge planning in Japan. *Japan Journal of*

*Nursing Science*, 1, 87–97. <https://doi.org/10.1111/j.1742->

7924.2004.00015.x

Nordfjærn, T., Melby, L., Kaasbø, J., & Ådnanes, M. (2021). The importance of interdisciplinarity in accommodating patient needs among Norwegian nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1–11. doi: 10.1111/jpm.12731.

成瀬昂・阪井万裕・永田智子 (2014). Relational coordination 尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. *日本公衆衛生雑誌*, 61, 9), 563-573.

成瀬昂 (2015). 連携. *日本地域看護学会誌*, 18, 87-90.

大脇由紀子・森田展彰・大谷保和・梁京賢・松山紀子・藤田敦子・川島弘子 (2013). 消化器内科入院患者におけるアルコール依存症と有害使用の実態および支援に関する研究. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 48, 2), 126-144.

大脇由紀子・吉本尚 (2016). 「アルコール健康障害対策基本法」の施行と看護師に必要な専門知識—アルコールに関連する身体疾患を中心に—. *日本看護医療学会雑誌*, 18, 2, 22 - 30.

O'Reilly, P., Lee, S. H., O'Sullivan, M., Cullen, W., Kennedy, C., & MacFarlane, A. (2017). Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLOS ONE*, 12, e0177026. doi:

10.1371/journal.pone.0177026.

Osaki, Y., Matsushita, S., Shirasaka, T., Hiro, H., & Higuchi, S. (2005).

Nationwide survey of alcohol drinking and alcoholism among Japanese adults. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*, 40, 455–470.

Osaki, Y., Kinjo, A., Higuchi, S., Matsumoto, H., Yuzuriha, T., Horie, Y., Kimura,

M., Kanda, H., & Yoshimoto, H. (2016). Prevalence and trends in alcohol dependence and alcohol use disorders in Japanese adults; results from periodical nationwide surveys. *Alcohol and Alcoholism*, 51, 465–473. doi: 10.1093/alcalc/agw002.

Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews.

*International Journal for Quality in Health Care*, 17, 2, 141-6.

Reynolds, W., Lauder, W., Sharkey, S., Maciver, S., Veitch, T., & Cameron, D.

(2004). The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 82–88. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00692.x.

Saitz, R. (2005). Unhealthy alcohol use. *The New England Journal of Medicine*, 352, 596–607. doi: 10.1056/NEJMcp042262.

- Sakai, S., Mitani, N. Y., Takai, Y., Fukahori, H., & Ogata, Y. (2015). Developing and instrument to self-evaluate the discharge planning of ward nurses. *Nursing Open*, *3*, 30–40. doi: 10.1002/nop2.31.
- Sayah, F. A., Szafran, O., Robertson, S., Bell, N. R., & Williams, B. (2014) Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *Journal of Clinical Nursing*, *23*, 2968–2979. doi: 10.1111/jocn.12547.
- Steve, M. (2019). Self-Stigma and Addiction. In D. A. Jonathan., J. A. Joseph., (Eds.), *The Stigma of Addiction: An Essential Guide*, 5-32, Springer International Publishing, Switzerland.
- 杉原巨樹・宮本早由利・松崎進也・高橋清美 (2017). 地域連携に対する看護師の意識調査における結果の 1 考察. *日本精神科看護学会誌*, *53*, 3), 149-153.
- Taguchi, Y., Takei, Y., Sasa, R., & Murteira, S. (2014). Awareness and treatment of alcohol dependence in Japan: results from internet-based surveys in persons, family, physicians and society. *Alcohol and Alcoholism*, *49*, 439–446. doi: 10.1093/alcalc/agu025.
- 高瀬幸次郎 (2017). 【地域の医療連携に関する取り組みと課題】三重県における医療連携の取り組みと課題. *Frontiers in Alcoholism*, *5*, 27-32.

田村陽子, 森本玲子 (2016). 【地域包括ケアを進める看護チーム 固定チームナーシング鳥  
取地方会での取り組み】 精神科訪問看護と多職種が連携し対象者を地域で支える  
家族支援体制がない3事例を通して. 看護実践の科学, 41, 33-38.

Wagner EH. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for  
chronic illness?. *Effective Clinical Practice*, 1, 2-4.

World Health Organization. (2000). International guide for monitoring alcohol  
consumption and related harm. [Cited 2 April 2021] Available from  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66529/WHO\\_MSD\\_MSB  
\\_00.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66529/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and  
health\_2018 For Web. [Cited 10 April 2021] Available from  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

アルコール依存症治療  
 専門病棟

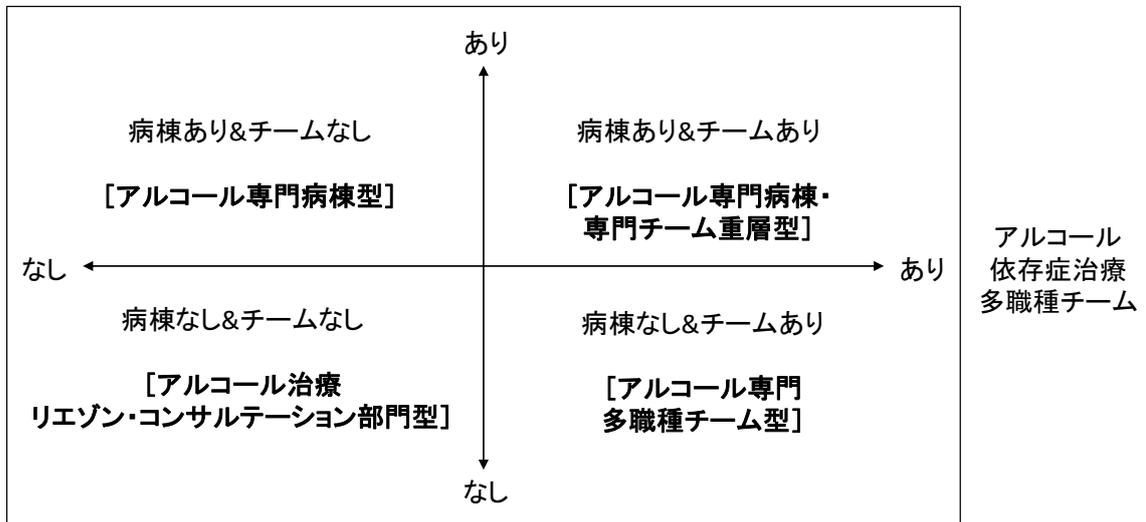


図1 専門医療機関におけるアルコール依存症治療の体制パターン

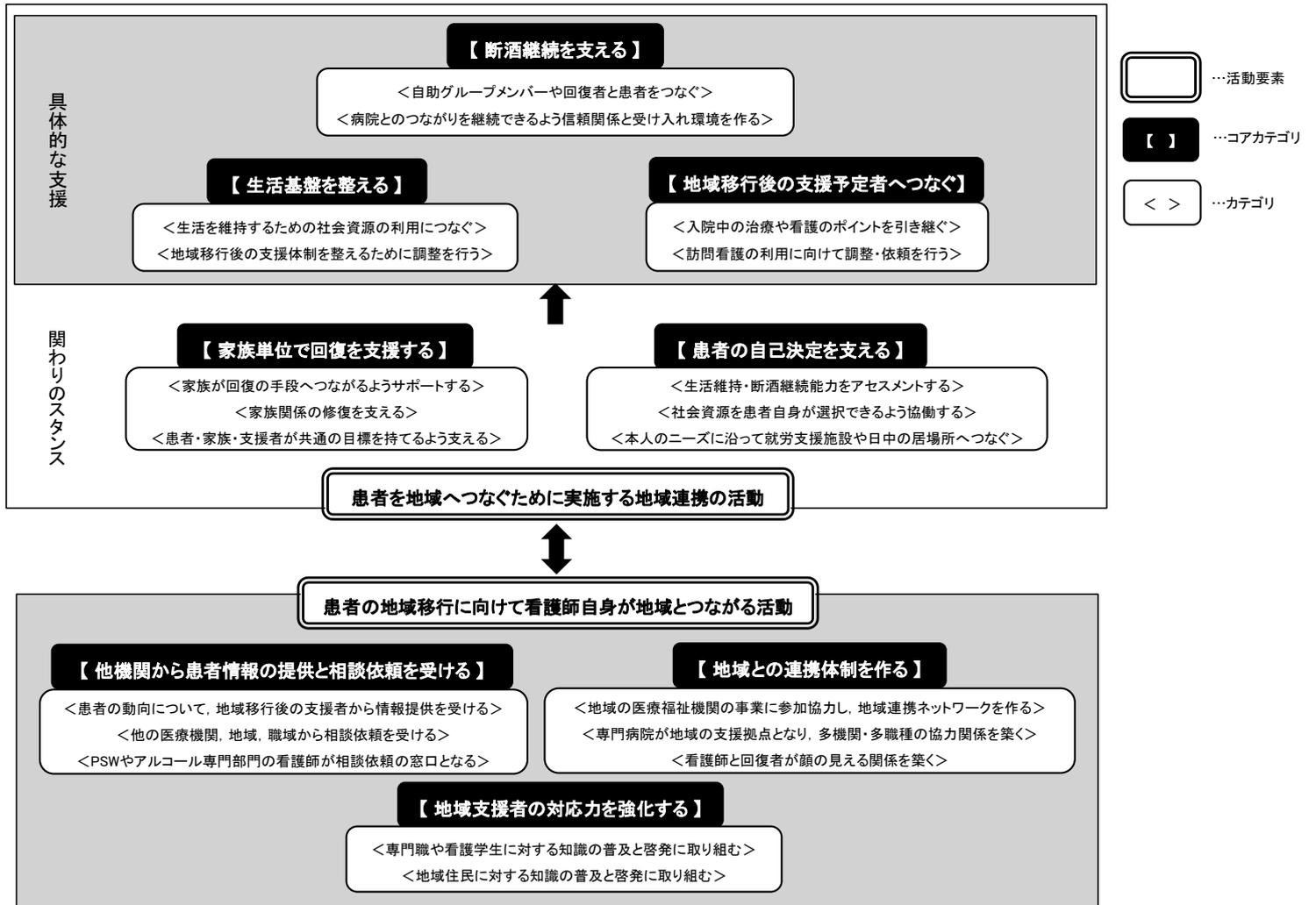


表1. 研究対象病院およびインタビュー対象者の概要

対象病院	設置主体	病床数	インタビュー対象看護師					同席者
			ID	所属部署	職位	看護師 経験年数	依存症支援 経験年数	職種
A	医療法人	200～399床	(a)	アルコール 病棟	師長	22年	7年	PSW 1)
B	医療法人	200～399床	(b)	外来	一般	7年	7年	-
C	医療法人	200～399床	(c)	精神一般 病棟	係長	14年	12年	PSW, CP 2)
			(d)	精神一般 病棟	一般	10年	8年	-
D	医療法人	400床以上	(e)	アルコール 病棟	師長	30年	28年	-
E	都道府県	100～199床	(f)	外来	主任	25年	13年	PSW
F	都道府県	200～399床	(g)	アルコール 病棟	主任	23年	7年	PSW
G	医療法人	400以上床	(h)	アルコール 専門部門 3)	師長	14年	9年	PSW

1)…PSW(精神保健福祉士):Psychiatric Social Worker

2)…CP(臨床心理士):Clinical Psychologist

3)…アルコール専門部門:病棟とは独立して院内に設けられた専属のスタッフで構成されるアルコール依存症治療専門の部門

表2-1. 「アルコール専門病棟型」における多職種が連携するための活動

カテゴリ	サブカテゴリ
アルコール病棟を中心の場として日常的に多職種が集まる	患者を支援するために、日常的に多職種間で連絡を取り合い病棟に集まる 定期的な多職種が集まる機会を設け、支援の現状と方向性について情報共有する アルコール病棟看護師は、看護カンファレンスや振り返りを毎日行い、看護師間で情報共有する
アルコール病棟看護師が中心となり、多職種による患者支援をコーディネートする	アルコール病棟看護師が主導で多職種を集め、問題が起きたら即座にカンファレンスを開く アルコール病棟看護師は、患者の特性に合った支援を提供しうる他職種を選定し協力を依頼する
アルコール病棟看護師長は病棟看護師に対して、患者中心に連携を進めるよう教育する	アルコール病棟看護師長は看護師に対して、退院に向けた患者との協働作業から患者を正しく理解し、丁寧に繋ぐことを教育する
アルコール専門医師は、多職種による連携支援体制を整えるために院内多職種への教育を行う	アルコール専門医師からの助言を受け、病棟看護師全員がARPを担当する 多職種で患者に関わる必要性について、アルコール専門医師が院内多職種への教育を行う

表2-2. 「アルコール専門病棟・専門チーム重層型」における多職種が連携するための活動

カテゴリ	サブカテゴリ
多職種で構成される専門チーム・専門委員が、院内連携体制を作る	アルコール病棟外に、看護師とPSWを中心に多職種で構成されるアルコール問題に特化した専門チーム・専門委員を置いている 定期的に専門チーム・専門委員が集まり、病院として支援のあり方や統一目標を検討する 困難ケースやスリップへの対応は、病棟看護師のみでなく必ず専門チーム・専門委員であるPSWや医師と協力して行う
アルコール病棟看護師は、患者の退院に向けた確かな患者理解と多職種間の情報共有を支える	アルコール病棟看護師は、入院中の関わりから把握した患者の変化や思いを、退院調整に向けて多職種へ伝える 退院に向けた多職種による情報共有やケース検討の機会を、アルコール病棟看護師が調整する
アルコール専門医師は、多職種による連携支援体制を整えるために院内多職種への教育を行う	患者支援に多職種が関わる体制作りを目指し、アルコール専門医師が院内多職種に繰り返し講義を行う アルコール専門医師は、患者に関わる全ての多職種を集めて治療の方向性を伝える
専門チーム・専門委員は、院内多職種に対してアルコール依存症への理解と支援スキルアップのための教育を行う	専門チーム看護師は、病棟看護師に対してアルコール依存症の理解を促すための助言をする アルコール専門医師が、院内多職種に動機づけ面接法をレクチャーする

表2-3. 「アルコール専門多職種チーム型」における多職種が連携するための活動

カテゴリ	サブカテゴリ
多職種で構成される専門チームは、各職種の強みを活かしながら協働する	各病棟から1名以上の看護師・PSW・臨床心理士等を集め、病棟業務と兼務する形のアルコール専門チームを置いている 専門チームスタッフが、職種ごとに役割分担してARPを担当する 専門チームのPSWは、福祉の視点から患者をアセスメントし、必要な社会資源とサービスの利用を提案する 専門チームのリーダーを看護師が担い、各職種の強みを活かして多職種連携をコーディネートする
受け持ち看護師は、アセスメントした患者支援のポイントを多職種へ伝える	受け持ち看護師は、患者の思いやクライシスサインの情報を看護の視点で多職種へ伝える 受け持ち看護師が必要であると考えた場合、主治医と患者に退院後の訪問看護導入を提案する
専門チームスタッフは、病棟スタッフの困りごとを支援する	専門チームスタッフは、院内スタッフの困りごとを吸い上げ、チーム内で検討する
専門チームスタッフは、院内スタッフの教育を行う	専門チームスタッフは、自身の支援経験を伝えることで後輩スタッフを育成する 専門チームリーダーの看護師が、院内の訪問看護師に対して支援スキルアップのための研修を行う

表2-4. 「アルコール治療リエゾン・コンサルテーション部門型」における多職種が連携するための活動

カテゴリ	サブカテゴリ
部門スタッフは、院内のアルコール依存症支援全体を把握し、病棟スタッフと協力しながら患者を支援する	部門専任の多職種で構成されるリエゾン・コンサルテーション部門を設けている 部門スタッフは院内のアルコール依存症患者全体を把握し、病棟看護師が患者支援の中心を担うことで、役割分担をしている 部門のスタッフも患者と直接関わり、情報をアセスメントして課題を整理する
部門スタッフが主導して、多職種が情報共有する機会を設ける	部門スタッフが患者と多職種を集め、退院に向けてのケースカンファレンスを開く 部門スタッフは、自身の不在時にも患者をフォローできるよう多職種と情報共有している
部門スタッフは、病棟スタッフを支えるリエゾン役割を果たす	部門スタッフが各病棟へ出向き、患者・病棟看護師と面接する 部門スタッフは、病棟看護師とコミュニケーションをとることで困りごとを共有しフォローする
部門スタッフは、病棟看護師の教育を行う	部門スタッフは、病棟看護師に自助グループやARPを体験するよう勧め、アルコール依存症に対する理解を促す

表3. 患者の地域移行に向けて看護師自身が地域とつながる活動

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
他機関から患者情報の提供と相談依頼を受ける	患者の動向について地域移行後の支援者から情報提供を受ける	訪問看護師から訪問の状況について報告を受ける
		中間施設のスタッフやヘルパーから断酒継続の状況について情報提供を受ける
	他の病院、地域、職域から相談依頼を受ける	各地域や職域における未治療者を紹介してもらい、専門治療へ繋ぐ 総合病院の内科SWからアルコール専門病院PSWへ入院受け入れ依頼がある 他のアルコール専門病院から困難事例の受け入れ依頼がある
地域との連携体制を作る	PSWやアルコール専門部門の看護師が相談依頼の窓口となる	PSWが院外からの相談窓口を担う アルコール専門部門を設けている病院では、専門部門の看護師・PSWへ直接相談依頼がくる
		保健所から地域連携会議運営への協力依頼を受け、病院看護師・PSWと保健所が協力し、地域連携ネットワークを作る 保健所や精神保健福祉センターから依頼を受け、専門相談や家族教室を担う
	専門病院が地域の支援拠点となり、多機関・多職種の協力関係を築く	多機関が集まる連絡会議や事例検討会に参加し、顔が見える関係を作る アルコール専門病院が地域の支援拠点となり、多職種会議を開催し、情報共有と事例検討を行う
地域支援者の対応力を強化する	看護師と回復者が顔の見える関係を築く	看護師は自助グループの行事に参加し、自助グループメンバーと顔の見える関係を作る 受け持ち患者の見学同行を通して、看護師と回復施設スタッフが顔見知りの関係になる 病院の治療体制について、看護師と自助グループメンバーが意見交換する機会を設ける
		地域住民に対する知識の普及と啓発に取り組む

表4. 患者を地域へつなぐために実施する地域連携の活動

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
家族単位で回復を支援する	家族が回復の手段へつながるようサポートする	<p>家族に対し家族会やCRAFT2)の情報を提供し、家族が回復するためのサポート体制を示す</p> <p>ネグレクト等、患者の子供への養育に問題がある場合、児童家庭支援センター・児童相談所と連携し支援する</p> <p>保健所や精神保健福祉センターで、家族が治療につながるための情報提供をする</p>
	家族関係の修復を支える	<p>患者と家族の間に入り3者面談の機会を持ち、家族内の認識のズレを埋められるよう、各々の思いを引き出す</p> <p>家族に対して疾患の説明をしたり、入院中の患者の頑張りを評価し家族へ伝える</p>
	患者・家族・支援者が共通の目標を持てるよう支える	<p>患者・家族・主治医・多職種の間で地域移行に向けた目標を話し合う機会をコーディネートする</p> <p>患者・家族・主治医・多職種との面談の場で、地域移行に向けた患者自身の具体的な思いを引き出す</p>
患者の自己決定を支える	生活維持・断酒継続能力をアセスメントする	<p>退院後に患者が1人で自助グループや施設に通所する能力があるかを入院中からアセスメントする</p> <p>PSWと共に患者自宅への退院前訪問を実施し、退院後の生活が成り立つか、断酒が継続できる環境かを査定する</p>
	本人のニーズに沿って就労支援施設や日中の居場所へつなぐ	<p>本人のニーズに合わせ、日中の居場所として図書館やジムなど自助グループや回復施設以外の選択肢も提案する</p> <p>就労を希望する患者には、役所の生活保護課や就労支援事業所と連携し、就労支援へつなぐ</p>
	社会資源を患者自身が選択できるよう協働する	<p>利用を検討している施設への見学に受け持ち看護師が同行し、地域移行に向けて患者と一緒に動く</p> <p>看護師は本人の意思を尊重し、利用する社会資源を患者自身が選択できるよう情報提供に努める</p>
断酒継続を支える	自助グループメンバーや回復者と患者をつなぐ	<p>病院が場を提供する自助グループやOB会の機会に、入院患者と回復者の顔つなぎをする</p> <p>SBIRTS1)の方法で、自助グループメンバーから入院患者へ直接、自助グループ参加への働きかけをしてもらう</p> <p>OB患者や回復中のメンバーを集めたOB会を開催し、回復の報告や断酒を表彰する機会を設け、断酒継続を支援する</p>
	病院とのつながりを継続できるよう信頼関係と受け入れ環境を作る	<p>地域移行後に患者が孤立することなく相談できるよう入院中から信頼関係を築く</p> <p>病棟看護師から外来看護師へ継続看護を依頼するシステムがあり、退院後も外来で入院中の支援を引き継いでいる</p> <p>入院中の治療が継続できるよう、外来患者・デイケアメンバー・OB患者を対象とした外来ARPを実施する</p>

生活基盤を整える	生活を維持するための社会資源の利用につなぐ	生活スキルが低下した65歳以上の患者について、ケアマネージャーを通して配食サービスやヘルパー利用を依頼する 金銭管理能力が低く、酒の購入・飲酒のリスクが高い患者について、社会福祉協議会へ金銭管理サービスの利用を依頼する
	地域移行後の支援体制を整えるために調整を行う	患者の地域移行に伴い、関係する回復施設・役所・保健センター・児童相談所・訪問看護ステーションと電話で連絡を取り合う
地域移行後の支援予定者へつなぐ	入院中の治療や看護のポイントを引き継ぐ	入院中の治療や看護のポイントと患者の経過について、地域移行後の支援予定者に伝達する 入院中の看護のポイントが継続されるよう、訪問看護師と支援内容について情報共有する 院内の多職種は、退院後の支援予定者とともに地域移行に向けた支援の方向性を検討し合う
	訪問看護の利用に向けて調整・依頼を行う	病院の元職員が立ち上げたステーションなど、アルコール依存症支援を得意とする訪問看護ステーションを探す 困難事例への訪問は、院内の訪問看護へ依頼する 患者理解と顔つなぎの目的で、入院中に病棟へ出向いてもらうよう訪問看護師に依頼する

1) SBIRTS(エスパーツ) : Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment and Self-help groups(猪野ら, 2018).

2) GRAFT(クラフト) : Community Reinforcement and Family Training(吉田, 2015).

表5. 調査対象病院の特徴 (N=116)

	N	%
<b>設置主体</b>		
公立	26	22.9
私立	90	77.1
<b>総病床数</b>		
<300	65	56
≥300	51	44
<b>精神科病床数</b>		
<300	89	76.7
≥300	27	23.3
<b>看護師数</b>		
<100	62	53.4
≥100	54	46.6
<b>アルコール専門病棟</b>		
あり	13	11.2
なし	103	88.8
<b>精神科デイケア</b>		
あり	97	83.6
なし	19	16.4
<b>院内で開催する自助グループ</b>		
あり	38	32.8
なし	78	67.2
<b>アウトリーチ活動の実施</b>		
あり	43	37.1
なし	73	62.9
<b>アルコールリハビリテーションプログラム(ARP)の実施</b>		
あり	63	54.3
なし	53	45.7
<b>動機付け面接の導入</b>		
あり	47	40.5
なし	69	59.5
<b>多職種が関わる退院支援チーム</b>		
あり	98	84.5
なし	18	15.5
<b>リエゾン・コンサルテーション機能を持つ部門/担当者</b>		
あり	32	27.6
なし	84	72.4

表6. DPWN得点の分布表 (N=116)

項目	「十分 できている」		「できている」		「少し できている」		「あまり できていない」		「できていない」		「まったく できていない」	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	<b>I. 患者・家族からの情報収集</b>											
1) 患者の入院前の生活状況(ADL, 認知レベル, 住環境など)について情報収集する	13	11.2	68	58.6	27	23.3	6	5.2	2	1.7	0	0
2) 患者の疾患, 進行度, 予後について情報収集する	9	7.8	56	48.3	37	31.9	11	9.5	3	2.6	0	0
3) 患者の ADL 状況, 認知・理解能力について情報収集する	13	11.2	60	51.7	35	30.2	6	5.2	2	1.7	0	0
4) 患者の社会背景(生活史, 職業, 信条, 趣味など)について情報収集する	10	8.6	58	50.0	34	29.3	10	8.6	4	3.4	0	0
5) 家族構成と関係性, キーパーソン(インフォーマルも含む)について情報収集する	17	14.7	63	54.3	28	24.1	5	4.3	3	2.6	0	0
<b>II. 患者・家族への意思決定支援</b>												
6) 患者・家族が退院に向けてどのような思いを抱き, 今後どのように過ごしたいのか意向を把握する	11	9.5	53	45.7	40	34.5	10	8.6	2	1.7	0	0
7) 患者・家族の理解度に合わせて医師からの病状説明の場を設定する	14	12.1	52	44.8	39	33.6	8	6.9	3	2.6	0	0
8) 患者の ADL より, 今後の生活で起こり得る課題について検討する	8	6.9	49	42.2	43	37.1	13	11.2	3	2.6	0	0
9) 患者・家族の思いを医師と共有して, 今後の方向性を話し合う	8	6.9	58	50.0	36	31.0	11	9.5	3	2.6	0	0
10) 病状に伴い, 今後起こり得る生活上の変化について患者・家族へ説明する	8	6.9	52	44.8	37	31.9	17	14.7	2	1.7	0	0
11) 現在の病院機能と役割について患者・家族へ説明する	7	6.0	46	39.7	44	37.9	16	13.8	3	2.6	0	0
12) 患者・家族・医療者間で今後の方向性の意思・意向にずれが生じていないか確認する	9	7.8	46	39.7	42	36.2	16	13.8	3	2.6	0	0
<b>III. 社会資源の活用</b>												
13) 患者の在住する地方自治体には在宅療養を支えるためにどのようなサービスがあるのか把握する	6	5.2	45	38.8	39	33.6	21	18.1	5	4.3	0	0
14) 介護保険の対象者, 申請方法, サービス内容について患者・家族へ説明する	7	6.0	53	45.7	36	31.0	14	12.1	6	5.2	0	0
15) 往診や訪問看護の対象者と利用方法について必要時に患者・家族へ説明する	8	6.9	52	44.8	35	30.2	15	12.9	5	4.3	1	0.9
16) 生活保護制度による医療費の負担割合について, 必要時に患者・家族へ説明する	11	9.5	59	50.9	28	24.1	12	10.3	5	4.3	1	0.9
<b>IV. 院内外の多職種連携による療養指導</b>												
17) 点滴の管理や内服管理方法について, 医師や薬剤師と連携して患者・家族が対応可能となるよう簡素化	5	4.3	35	30.2	46	39.7	25	21.6	3	2.6	2	1.7

する													
18) 退院後の環境を想定した ADL 動作についてリハビリスタッフと連携し患者・家族に指導する	6	5.2	26	22.4	43	37.1	29	25.0	7	6.0	5	4.3	
19) 栄養士や NST に在宅での食事方法や栄養について相談する	6	5.2	28	24.1	41	35.3	23	19.8	14	12.1	4	3.4	
20) 退院調整部門と協働して、患者の生活に合わせた医療処置の方法をアレンジする	2	1.7	28	24.1	38	32.8	32	27.6	8	6.9	8	6.9	
21) 患者・家族へ病棟スタッフが統一した内容で医療処置を指導する	5	4.3	34	29.3	54	46.6	19	16.4	1	0.9	3	2.6	
22) 在宅生活で起こりうる異常や緊急時の対応を患者・家族が理解できているか確認する	6	5.2	30	25.9	41	35.3	25	21.6	9	7.8	5	4.3	
23) 退院前カンファレンスで在宅生活の課題についてケアマネージャーや往診医、訪問看護師、ヘルパー、保健師へ申し送る	5	4.3	40	34.5	41	35.3	18	15.5	7	6.0	5	4.3	
24) 在宅療養の準備をする(医療材料購入について情報提供、関係医療機関との調整)	7	6.0	33	28.4	41	35.3	22	19.0	8	6.9	5	4.3	

DPWN: The Discharge Planning of Ward Nurses scale (病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度)

表7. DPWNの各項目および下位尺度ごとの平均得点 (N=116)

項目	平均得点			
	項目ごと		下位尺度ごと (1項目当たり)	
	mean	SD	mean	SD
<b>I. 患者・家族からの情報収集</b>			23.1 ± 3.7 (4.6±0.8)	
1) 患者の入院前の生活状況(ADL, 認知レベル, 住環境など)について情報収集する	4.7 ± 0.8			
2) 患者の疾患, 進行度, 予後について情報収集する	4.5 ± 0.9			
3) 患者の ADL 状況, 認知・理解能力について情報収集する	4.7 ± 0.8			
4) 患者の社会背景(生活史, 職業, 信条, 趣味など)について情報収集する	4.5 ± 0.9			
5) 家族構成と関係性, キーパーソン(インフォーマルも含む)について情報収集する	4.7 ± 0.9			
<b>II. 患者・家族への意思決定支援</b>			31.1 ± 5.4 (4.4±0.8)	
6) 患者・家族が退院に向けてどのような思いを抱き, 今後どのように過ごしたいのか意向を把握する	4.5 ± 0.9			
7) 患者・家族の理解度に合わせて医師からの病状説明の場を設定する	4.6 ± 0.9			
8) 患者の ADL より, 今後の生活で起こり得る課題について検討する	4.4 ± 0.9			
9) 患者・家族の思いを医師と共有して, 今後の方向性を話し合う	4.5 ± 0.9			
10) 病状に伴い, 今後起こり得る生活上の変化について患者・家族へ説明する	4.4 ± 0.9			
11) 現在の病院機能と役割について患者・家族へ説明する	4.3 ± 0.9			
12) 患者・家族・医療者間で今後の方向性の意思・意向にずれが生じていないか確認する	4.4 ± 0.9			
<b>III. 社会資源の活用</b>			17.4 ± 3.5 (4.4±0.9)	
13) 患者の在住する地方自治体には在宅療養を支えるためにどのようなサービスがあるのか把握する	4.2 ± 1.0			
14) 介護保険の対象者, 申請方法, サービス内容について患者・家族へ説明する	4.4 ± 1.0			
15) 往診や訪問看護の対象者と利用方法について必要時に患者・家族へ説明する	4.3 ± 1.0			
16) 生活保護制度による医療費の負担割合について, 必要時に患者・家族へ説明する	4.5 ± 1.0			
<b>IV. 院内外の多職種連携による療養指導</b>			31.3 ± 7.6 (3.9±1.0)	
17) 点滴の管理や内服管理方法について, 医師や薬剤師と連携して患者・家族が対応可能となるよう簡素化する	4.1 ± 1.0			
18) 退院後の環境を想定した ADL 動作についてリハビリスタッフと連携し患者・家族に指導する	3.8 ± 1.1			
19) 栄養士や NST に在宅での食事方法や栄養について相談する	3.8 ± 1.2			
20) 退院調整部門と協働して, 患者の生活に合わせた医療処置の方法をアレンジする	3.7 ± 1.2			
21) 患者・家族へ病棟スタッフが統一した内容で医療処置を指導する	4.1 ± 0.9			
22) 在宅生活で起こりうる異常や緊急時の対応を患者・家族が理解できているか確認する	3.9 ± 1.2			
23) 退院前カンファレンスで在宅生活の課題についてケアマネージャーや往診医, 訪問看護師, ヘルパー, 保健師へ申し送る	4.0 ± 1.2			
24) 在宅療養の準備をする(医療材料購入について情報提供, 関係医療機関との調整)	4.0 ± 1.2			
<b>DPWN総合得点</b>			102.9 ± 18.3 (4.3 ± 0.8)	

DPWN: The Discharge Planning of Ward Nurses scale (病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度)

表8. 調査対象病院の属性とDPWN総合計得点・下位尺度得点との関連 (N=116)

	病院の属性		DPWN得点														
			総合計			下位尺度 I			下位尺度 II			下位尺度 III			下位尺度 IV		
	N	%	mean	SD	p値	mean	SD	p値	mean	SD	p値	mean	SD	p値	mean	SD	p値
<b>設置主体</b>																	
公立	26	22.9	107.0 ± 14.9	0.199	23.4 ± 3.5	0.651	32.4 ± 4.6	0.176	17.4 ± 2.5	0.923	33.9 ± 5.9	0.050					
私立	90	77.1	101.7 ± 19.1		23.0 ± 3.8		30.7 ± 5.6		17.4 ± 3.8		30.6 ± 7.9						
<b>総病床数</b>																	
300床未満	65	56	100.0 ± 19.2	0.052	22.9 ± 3.9	0.537	30.0 ± 5.7	0.011	17.3 ± 3.6	0.622	29.9 ± 7.9	0.019					
300床以上	51	44	106.7 ± 16.6		23.4 ± 3.6		32.5 ± 4.7		17.6 ± 3.5		33.2 ± 6.9						
<b>精神科病床数</b>																	
300床未満	89	76.7	102.1 ± 19.1	0.390	23.0 ± 3.9	0.619	30.7 ± 5.7	0.124	17.2 ± 3.7	0.236	31.2 ± 7.8	0.850					
300床以上	27	23.3	105.6 ± 15.6		23.4 ± 3.1		32.5 ± 4.4		18.1 ± 2.9		31.6 ± 7.3						
<b>看護師数</b>																	
100名未満	62	53.4	97.9 ± 17.1	0.001	22.6 ± 3.5	0.100	29.5 ± 5.2	0.001	16.8 ± 3.7	0.033*	29.0 ± 7.2	<0.001					
100名以上	54	46.6	108.7 ± 18.2		23.7 ± 3.9		32.9 ± 5.1		18.2 ± 3.2		33.9 ± 7.3						
<b>アルコール依存症治療専門病棟</b>																	
あり	13	11.2	103.7 ± 11.2	0.873	23.9 ± 2.3	0.418	31.9 ± 3.9	0.589	17.7 ± 2.4	0.757	30.2 ± 6.2	0.59					
なし	103	88.8	102.8 ± 19.1		23.0 ± 3.9		31.0 ± 5.6		17.4 ± 3.7		31.5 ± 7.8						
<b>訪問看護部門</b>																	
あり	90	77.6	101.5 ± 17.8	0.130	22.9 ± 3.6	0.142	30.7 ± 5.3	0.140	17.3 ± 3.3	0.471	30.7 ± 7.6	0.122					
なし	26	22.4	107.7 ± 19.9		24.1 ± 4.2		32.5 ± 5.7		17.9 ± 4.2		33.4 ± 7.6						
<b>精神科デイケア部門</b>																	
あり	97	83.6	103.4 ± 16.5	0.666	23.2 ± 3.6	0.817	31.1 ± 5.0	0.907	17.7 ± 3.1	0.152	31.5 ± 6.8	0.724					
なし	19	16.4	100.6 ± 26.3		23.0 ± 4.6		31.2 ± 7.4		16.0 ± 4.9		30.5 ± 11.0						
<b>院内で自助グループを開催</b>																	
あり	38	32.8	105.4 ± 17.0	0.313	23.1 ± 3.8	0.878	31.6 ± 5.1	0.466	18.0 ± 3.1	0.226	32.8 ± 6.9	0.153					

なし	78	67.2	101.7	± 19.0		23.2 ± 3.7		30.8 ± 5.6		17.1 ± 3.7		30.6 ± 7.9	
<b>アウトリーチ活動の実施</b>													
あり	43	37.1	103.0	± 19.5	0.972	22.8 ± 4.3	0.487	31.0 ± 5.9	0.934	17.6 ± 3.6	0.642	31.6 ± 7.7	0.789
なし	73	62.9	102.9	± 17.7		23.3 ± 3.4		31.1 ± 5.2		17.3 ± 3.5		31.2 ± 7.6	
<b>認知行動療法等の教育プログラム</b>													
あり	63	54.3	106.4	± 15.9	0.027	23.8 ± 3.2	0.052	32.5 ± 4.5	0.002	18.0 ± 2.9	0.048	32.1 ± 7.1	0.228
なし	53	45.7	98.8	± 20.3		22.4 ± 4.2		29.4 ± 5.9		16.7 ± 4.1		30.4 ± 8.2	
<b>ACTの実施</b>													
あり	22	19.0	104.8	± 19.5	0.592	23.2 ± 4.6	0.942	31.7 ± 5.8	0.534	18.1 ± 3.3	0.346	31.9 ± 7.2	0.707
なし	94	81.0	102.5	± 18.1		23.1 ± 3.5		30.9 ± 5.3		17.3 ± 3.6		31.2 ± 7.7	
<b>動機付け面接の導入</b>													
あり	47	40.5	106.9	± 17.2	0.054	23.6 ± 3.8	0.227	32.5 ± 5.2	0.018	18.0 ± 3.0	0.164	32.8 ± 6.9	0.085
なし	69	59.5	100.2	± 18.7		22.8 ± 3.7		30.1 ± 5.4		17.0 ± 3.8		30.3 ± 8.0	
<b>多職種が関わる院内の退院支援チーム</b>													
あり	98	84.5	104.4	± 17.7	0.040	23.1 ± 3.7	0.928	31.6 ± 5.1	0.011	17.6 ± 3.5	0.105	32.0 ± 7.3	0.019
なし	18	15.5	94.8	± 20.0		23.1 ± 3.8		28.1 ± 6.1		16.2 ± 3.7		27.4 ± 8.4	
<b>リエゾン・コンサルテーション機能を持つ部門/担当者</b>													
あり	32	27.6	110.9	± 15.5	0.003	24.0 ± 3.6	0.122	33.4 ± 4.5	0.004	18.2 ± 3.0	0.140	35.3 ± 6.1	<0.001
なし	84	72.4	99.9	± 18.5		22.8 ± 3.7		30.2 ± 5.5		17.1 ± 3.7		29.8 ± 7.6	

DPWN: The Discharge Planning of Ward Nurses scale (病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度)

mean: 平均値

SD: 標準偏差

差

表9. 対象病院におけるアルコール依存症患者の再入院率とDPWN得点との関連

	再入院率(%)					総合計得点	下位尺度 I	下位尺度II	下位尺度III	下位尺度IV
	N	mean	SD	最小	最大					
退院後3か月時点の再入院率	30	5.1 ± 8.8		0.0	28.4	-0.006	-0.081	0.101	0.028	-0.014
退院後6か月時点の再入院率	30	7.8 ± 13.7		0.0	50.0	-0.193	-0.251	-0.113	-0.186	-0.144
退院後1年後時点の再入院率	30	9.4 ± 16.2		0.0	50.0	-0.239	-0.322	-0.112	-0.215	-0.212

Spearmanの順位相関係数

DPWN: The Discharge Planning of Ward Nurses scale (病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度)

表10. 調査対象病院の退院支援体制とDPWN得点との相関 (N=116)

		N (%)	総合計得点	下位尺度 I	下位尺度 II	下位尺度 III	下位尺度 IV
1. 病院の経営者・管理者は我々の退院支援活動について理解している	はい	70 (60.3)	110.2±14.2***	24.6±2.8***	33.1±4.4***	18.4±2.9***	34.1±6.2***
	いいえ	46 (39.7)	91.8±18.5	20.9±3.9	28.0±5.5	15.9±3.8	27.0±7.7
2. 退院支援のための活動は、病院内外に広く知られ認知されている	はい	35 (30.2)	112.5±15.2***	25.0±2.5***	33.7±4.2***	18.9±2.9**	34.9±7.1***
	いいえ	81 (69.8)	98.8±18.1	22.3±3.9	29.9±5.5	16.8±3.6	29.8±7.3
3. 退院支援には多職種が参加・協力している	はい	68 (58.6)	109.7±14.7***	24.3±3.1***	33.2±4.2***	18.4±2.9***	33.9±6.4***
	いいえ	48 (41.4)	93.3±18.7	21.5±4.0	28.1±5.5	16.1±3.9	27.7±7.8
4. 多職種が連携する際にリーダーシップをとる人物がいる	はい	63 (54.3)	109.0±14.8***	24.0±3.2**	32.9±4.1***	18.3±2.8**	33.8±6.6***
	いいえ	53 (45.7)	95.7±19.6	22.1±4.1	28.9±6.0	16.4±4.0	28.3±7.7
5. 退院支援の目標や意義を関係者間で統一している	はい	50 (43.1)	111.8±15.0***	24.8±3.0***	33.6±4.4***	18.7±3.0***	34.7±6.5***
	いいえ	66 (56.9)	96.2±17.8	21.8±3.7	29.2±5.4	16.4±3.6	28.8±7.4
6. 退院支援において退院準備プログラムなどエビデンスの確立した方策を導入している	はい	28 (24.1)	112.8±13.4***	24.8±2.8**	30.3±5.7***	18.9±2.7**	35.5±5.9***
	いいえ	88 (75.9)	99.8±18.6	22.6±3.8	30.3±5.7	16.9±3.6	30.0±7.6
7. 退院支援や地域連携に関して、院内多職種を対象とした研修が定期的開催されている	はい	26 (22.4)	114.6±13.9***	25.0±2.8**	34.1±3.9***	19.0±2.9**	36.5±5.7***
	いいえ	90 (77.6)	99.5±18.1	22.6±3.8	30.2±5.5	16.9±3.6	29.8±7.5
8. クリニカルパスを用いるなど、退院までのスケジュールは計画されている	はい	29 (25.0)	116.5±12.5***	25.5±2.6***	35.5±2.9***	19.1±3.0**	36.4±5.9***
	いいえ	87 (75.0)	98.4±17.8	22.3±3.7	29.6±5.3	16.8±3.5	29.6±7.4

※ 8項目の各項目に対する6段階の回答を、「よくできている」「できている」「はい」、「少しできている」「あまりできていない」「できていない」「全くできていない」を「いいえ」に再分類した。DPWN得点は平均±標準偏差で示した。はい群といいえ群の平均値の差のp値が「<0.01」および「<0.001」の場合は、それぞれ「\*\*」および「\*\*\*」と表記した。

DPWN: The Discharge Planning of Ward Nurses (病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度)

表 11. 重回帰分析による DPWN 得点に関連する病院の組織構造 (N=116)

因子	総合計得点			下位尺度 I			下位尺度 II			下位尺度 III			下位尺度 IV							
	B <sup>a</sup>	95% 信頼区間		p値	B <sup>a</sup>	95% 信頼区間		p値	B <sup>a</sup>	95% 信頼区間		p値	B <sup>a</sup>	95% 信頼区間		p値				
		下限	上限			下限	上限			下限	上限			下限	上限					
1. 病院の経営者・管理者は我々の退院支援活動について理解している	15.35	9.40	21.29	<0.001	3.14	1.87	4.41	<0.001	3.04	1.09	5.00	0.003	2.18	0.90	3.48	0.001	5.99	3.45	8.52	<0.001
2. 退院支援のための活動は、病院内外に広く知られ認知されている																				
3. 退院支援には多職種が参加・協力している									2.06	0.07	4.06	0.042								
4. 多職種が連携する際にリーダーシップをとる人物がいる																				
5. 退院支援の目標や意義を関係者間で統一している																				
6. 退院支援において退院準備プログラムなどエビデンスの確立した方策を導入している																				
7. 退院支援や地域連携に関して、院内多職種を対象とした研修が定期的に行われている																				
8. クリニカルパスを用いるなど、退院までのスケジュールは計画されている	11.80	4.97	18.64	<0.001	2.05	0.59	3.51	0.006	3.68	1.68	5.69	<0.001	1.60	0.87	3.09	0.035	4.02	1.11	6.93	0.007

※ 8項目の各項目に対する6段階の回答を、「よくできている」「できている」を「はい」、「少しかつていない」「あまりできていない」「できていない」「全くできていない」を「いいえ」に分類し直した。独立変数として、設置主体と総病床数には強制投入法、退院支援体制の8項目にはステップワイズ法を用いた。

DPWN: The Discharge Planning of Ward Nurses scale (病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度)

B: 非標準化係数

平成29年〇月〇日

病院（クリニック）

病院長 様  
看護部長 様

## 研究へのご協力をお願い

拝啓

〇〇の候、貴院におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻大学院研究生の足立円香と申します。さて、現在私は「アルコール依存症者の在宅移行を支える看護職の連携と役割」に関する研究に取り組んでおります。

近年、飲酒に関連する問題への意識が高まり、「アルコール健康障害対策基本法」の施行に伴い、国や各自治体、医療機関における対策の強化が求められています。

アルコール依存症は「否認の病」と言われ、治療や断酒への動機付けが難しく、入院治療をしても退院後に再飲酒する確率が高い疾患であり、実際の断酒率は2~3割程度であると言われています。回復過程の中では、それまで飲酒行動で紛らわしていたストレス要因としらふで向き合う恐怖に直面し、精神的な不安定さを抱えながら回復へのステップを歩んでいくことになるため、病院における離脱時の治療だけでなく、退院後に断酒会などの自助グループ、訪問看護や福祉との連携など、断酒の継続と生活基盤を支える地域支援体制の整備が必要不可欠です。しかしながら現状では、アルコール依存症者の在宅移行における連携・支援のあり方について、医療機関および受け入れ自治体も模索段階にあります。

従って、本研究は全国のアアルコール依存症治療を行う医療機関のうち、先進的に地域連携を実施しているモデル施設を対象に、アルコール依存症患者の在宅移行支援に伴う多職種連携の取り組みと看護師の役割、連携に対する意識について調査し類型化することで、地域連携の実態と支援体制の課題を明らかにすることを目的としています。

つきましては、下記の内容について、研究計画をご覧のうえ研究協力についてご検討頂きたくご依頼申し上げます。

本研究の目的と下記の調査内容についてご賛同いただけるようでしたら、貴施設にはインタビュー対象者の選定と、インタビュー用に貴施設内の個室のご準備についてもご協力お願い申し上げます。インタビュー者の選定は、下記研究計画内に示しました、選定基準を満たした方を看護部長様もしくはアルコール病棟師長様にお願いさせていただきたく存じます。さらに、自治体やAAなど院外施設との多職種連携の窓口を担当する方が他にいらっしゃる場合は、先に選定された看護師様より研究者へご紹介いただく形でインタビューに同席・ご協力いただけると幸いです。研究協力の諾否につきましては、「研究承諾書」にご記入の上、同封させていただきました返信用封筒にてご返送ください。さらに、インタビュー対象者として選定した看護師様に、同封した「アルコール依存症者の在宅移行を支える看

「看護職の連携と役割」に関する研究実施に伴うアンケート”をお渡し下さるようお願いいたします。アンケート用紙はインタビューにお伺いする際に回収させていただきます。

研究結果につきましては、論文作成後に冊子としてお送りする形でご報告予定です。

また、研究に関するご質問やご意見、ご要望等がございましたら下記連絡先までご連絡下さい。お忙しいところ大変恐縮ではございますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

【研究計画】

研究題目	在宅移行後のアルコール依存症者を支える看護職の連携と役割
研究目的	全国のアルコール依存症治療を行う医療機関のうち、先進的に地域連携を実施しているモデル施設を対象に、アルコール依存症患者の在宅移行支援に伴う多職種連携の取り組みと看護師の役割、連携に対する意識について調査し、地域連携の実態と支援体制の課題を明らかにする。
研究対象者	① 対象施設 アルコールリハビリテーションプログラムを持ち、医師と看護師が常駐している精神科医療施設（有床無床に関わらず）のうち、地域における多職種連携の活動報告がある施設 ② インタビュー対象者 ● アルコール依存症の治療、在宅移行に伴う多職種連携に携わる看護師 ● 連携窓口の役割を担う人物（精神保健福祉士や保健師等）
選定基準	【インタビュー対象者選定基準】 ① 看護師の資格を有する者 ② 常勤勤務者 ③ 当該施設のアルコール専門病床にて患者の在宅移行支援に携わった経験を含む看護師経験年数5年以上であること（対象施設がクリニックの場合は、在宅生活維持のための多職種連携の経験を有する者） ①～③の全ての基準を満たし、研究協力への同意が得られた者を各施設1名、当該施設の看護部長あるいは看護師長に選定していただく。 さらに、連携窓口の役割を担う人物が存在する場合は、インタビュー対象看護師より紹介してもらい、研究協力への同意が得られた場合インタビューに同席していただく。

<p>研究方法と調査項目</p>	<p>【事前アンケート】（アンケート用紙参照）</p> <p>① 医療機関の属性                  地域、病床数、診療科目、精神科病床数、医師数、看護師数、その他の職種、アルコールプログラムの特徴等</p> <p>② 回答者の属性                  経験年数、精神科経験年数、アルコール依存症支援経験年数、有資格、学歴、職位等</p> <p>※インタビューに先立ち、研究協力依頼の際に属性に関する質問調査票を同封して対象者に郵送する。調査票はインタビュー実施時に同意書とともに回収する。</p> <p>【インタビュー】（インタビューガイド参照）</p> <p>① 在宅移行の個別支援について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 治療中からの支援について</li> <li>● 院内連携について</li> <li>● 院外連携について</li> <li>● 連携支援の経験内容について</li> </ul> <p>② 個別支援を支える体制について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 連携体制について</li> <li>● 連携する上で感じること</li> </ul> <p>（ただし、生命倫理審査委員会の許可を得て、調査資料項目が追加される可能性があります。）</p>
<p>研究期間</p>	<p>実施承認日から 2018 年 3 月 31 日</p>
<p>謝礼</p>	<p>インタビュー協力者には、1 人 1 回 2000 円相当の QUO カードを進呈いたします。</p>

【インタビュー対象者様への倫理的配慮について】

1. 協力施設様への配慮

① 研究参加の自由

本研究への協力は自由意思に基づくものです。研究の概要を理解していただき、調査にご協力頂ける場合は承諾書へのサインをお願いいたします。また、研究の途中で同意を撤回することも可能です。その場合には研究承諾書を破棄させていただきます。研究にご協力いただけない場合や同意後に撤回した場合、いずれもなんら不利益を受けることはありません。

② 個人情報の取り扱いについて

データは施設が特定されないよう匿名化して管理します。データは全て研究者が管理し、電子データにはパスワードをかけて保存し、紙媒体のデータは施錠できる資料棚で保管いたします。承諾書は、研究室内の施錠できる資料棚に厳重に保管し、平成

30年3月の研究終了時にシュレッダーにかけて破棄いたします。

また、学会や論文等で研究成果を発表させていただく際は、施設が特定されないようプライバシー保護について十分配慮いたします。

## 2. インタビュー対象者様への配慮

### ① 研究参加の自由

本研究への協力は対象者様の自由意思に基づくものであり、研究の概要を理解していただき、調査にご協力頂ける場合は同意書へのサインをいただきます。また、研究の途中で同意を撤回することも可能です。その場合には同意書やインタビューデータを破棄させていただきます。研究にご協力いただけない場合や同意後に撤回した場合、いずれもなんら不利益を受けることはございません。

### ② 個人情報の取り扱いについて

データは個人が特定されないよう匿名化し、氏名や職員番号IDとは全く関連のないコード番号をつけて管理します。データは全て研究者が管理し、電子データにはパスワードをかけて保存し、紙媒体のデータは施錠できる資料棚で保管いたします。同意書と紙媒体のインタビューデータは、本研究の研究者以外の目にふれないように、研究室内の施錠できる資料棚に厳重に保管し、必要時以外は施錠します。同意書と紙媒体のインタビューデータは平成30年3月の研究終了時にシュレッダーにかけて破棄いたします。

ただし、電子化したインタビューデータにつきましては、インタビュー対象者様の同意が得られた場合に限り10年間保存させていただき、新たな研究を行う際の貴重な試料として使用させていただきたいと思っております。本研究にて多職種連携のモデル施設での取り組みを明らかにした後、抽出された概念を元に、次年度以降、国内の地域連携の現状を明らかにする全国調査を実施する計画です。本研究で得られるデータを踏まえながら地域連携システムの在り方を提案することを目指しております。

また、学会や論文等で研究成果を発表させていただく際は、個人が特定されないようプライバシー保護について十分配慮いたします。

## 3. 倫理審査

本研究は名古屋大学医学部の生命倫理審査委員会の承認を得て実施しております。  
(承認番号： 17-131 )

### 【施設長様および看護部長様へお願いしたい事項】

1. 研究承諾書への回答と返送
2. インタビュー対象者の選定
3. インタビュー対象者がアンケートへ回答するための施設情報の提供
4. 施設内でインタビューを実施するための個室の確保

【同封させていただいた書類】

1. 研究へのご協力のお願い（施設様用）
  2. 研究承諾書（施設様用）
  3. 研究承諾書返信用封筒（施設様用）
- 参考資料1. 研究説明書（インタビュー対象者（看護師・窓口担当者）様用）
- 参考資料2. 研究同意書（インタビュー対象者（看護師・窓口担当者）様用）
- 参考資料3. 「アルコール依存症者の在宅移行を支える看護職の連携と役割」に関する研究実施に伴うアンケート（インタビュー対象者（看護師・窓口担当者）様用）
- 参考資料4. インタビューガイド（インタビュー対象者（看護師・窓口担当者）様用）

※参考資料1～4は、インタビュー対象者様にお送りする予定の内容です。参考資料ですので、参考資料3についても、回答をご記入いただく必要はございません。

本研究への問い合わせ先

研究責任者 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 健康発達看護学講座  
准教授 渡井 いずみ  
〒461-8673 名古屋市東区大幸南 1-1-20  
TEL/FAX 052-719-3151  
メールアドレス izumiw@met.nagoya-u.ac.jp  
研究担当者 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 健康発達看護学講座  
大学院研究生 足立 円香

【ご意見の受付先】 名古屋大学大学院医学系研究科 庶務係 TEL:052-719-1504

名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻  
殿

## 研究承諾書

下記の研究テーマの趣旨に賛同し、申請者が研究計画書に明記されている計画・方法等を厳守し、研究が実施されることを条件に当施設が協力することを承諾します。

### 記

研究テーマ	在宅移行後のアルコール依存症者を支える看護職の連携と役割
研究申請者所属名	名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻健康発達看護講座
研究責任者（指導教員） 職名 氏名	准教授 渡井いずみ
研究責任者（指導教員） TEL/FAX	052-719-3151
研究責任者（指導教員） E-mail	<a href="mailto:izumiw@met.nagoya-u.ac.jp">izumiw@met.nagoya-u.ac.jp</a>
共同研究者 職名 氏名	大学院研究生 足立円香

平成 29 年 月 日

住所

\_\_\_\_\_  
機関名（病院・クリニック名）

\_\_\_\_\_  
機関長（病院長等）

⑩

※印は機関の公印をお願い致します

今後インタビューの日程調整等でインタビュー対象者として選定された方に直接ご連絡させていただいた方がよい場合は、下記にインタビュー対象者様のお名前、ご所属部署と職種名、連絡先（電話番号またはメールアドレス等）をお知らせください。

お名前	
所属部署	
職種名	
連絡先 TEL	
連絡先 E-mail	

平成29年〇月〇日

インタビューにご協力いただける皆様へ

## 研究説明書

### 1. 研究の趣旨

#### (1) 研究目的、意義と研究参加へのお願い

近年、飲酒に関連する問題への対策がわが国の課題となっています。「アルコール健康障害対策基本法」が2014年6月に施行され、国や各自治体における対策の強化が必要とされ活発に議論されています。

アルコール依存症は「否認の病」と言われ、治療や断酒への動機付けが難しく、入院治療をしても退院後に再飲酒する確率が高い疾患であり、実際の断酒率は2～3割程度であると言われています。回復過程の中では、それまで飲酒行動で紛らわしていたストレス要因としらふで向き合う恐怖に直面し、精神的な不安定さを抱えながら回復へのステップを歩いていくことになるため、病院における離脱時の治療だけでなく、退院後に断酒会などの自助グループ、訪問看護や福祉との連携など、断酒の継続と生活基盤を支える地域支援体制の整備が必要不可欠です。しかしながら現状では、アルコール依存症者の在宅移行における連携・支援体制は十分に整備されていません。

従って、本研究は全国のアアルコール依存症治療を行う医療機関のうち、先進的に地域連携を実施しているモデル施設を対象に、アルコール依存症患者の在宅移行支援に伴う多職種連携の取り組みと看護師の役割、連携に対する意識について調査し、地域連携の実態と支援体制の課題を明らかにすることを目的としています。

アルコール依存症者の退院・在宅移行における看護支援と連携の実態やモデル的な取り組みを明らかにすることが、効果的な連携の確立に有益な情報をもたらすと考えられます。ご協力いただけますよう、よろしく願いいたします。

なお、本研究は名古屋大学医学部の生命倫理審査委員会の承認を得て実施しております。  
(承認番号： 17 - 131 )

#### (2) 研究参加の同意表明の任意性と、表明後の同意撤回の自由について

本研究への協力は自由意思に基づくものです。研究の概要を理解していただき、調査にご協力頂ける場合は同意書へのサインをお願いいたします。また、研究の途中で同意を撤回することも可能です。その場合には同意書やインタビューデータを破棄させていただきます。研究にご協力いただけない場合や同意後に撤回した場合、いずれもなんら不利益を受けることはございません。

第1研究 研究説明書（インタビュー対象者宛）

2. 研究計画の説明

研究題目	在宅移行後のアルコール依存症者を支える看護職の連携と役割
研究機関名	名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻健康発達看護学講座
研究責任者の職名・氏名	准教授 渡井いずみ
研究分担者の職名・氏名	名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 大学院研究生 足立円香
研究目的	全国のアルコール依存症治療を行う医療機関のうち、先進的に地域連携を実施しているモデル施設を対象に、アルコール依存症患者の在宅移行支援に伴う多職種連携の取り組みと看護師の役割、連携に対する意識について調査し、地域連携の実態と支援体制の課題を明らかにする。
研究対象者	③ 対象施設 アルコールリハビリテーションプログラムを持ち、医師と看護師が常駐している精神科医療施設（有床無床に関わらず）のうち、多職種連携の活動報告がある施設 10 施設以上 ④ インタビュー対象者 ● アルコール依存症の治療、在宅移行に伴う多職種連携に携わる看護師 ● 連携窓口の役割を担う人物（精神保健福祉士や保健師等）
選定基準	<b>【インタビュー対象者選定基準】</b> 看護師資格を有し、常勤勤務者、当該施設のアルコール専門病床にて患者の在宅移行支援に携わった経験を含む看護師経験年数5年以上であること（対象施設がクリニックの場合は、在宅生活維持のための多職種連携の経験を有する者）の全ての基準を満たし、研究協力への同意が得られた者を、各施設1名、当該施設の看護部長あるいは看護師長に選定していただく。 さらに、連携窓口の役割を担う人物が存在する場合は、インタビュー対象看護師より紹介してもらい、研究協力への同意が得られた場合インタビューに同席していただく。
研究方法と調査項目	<b>【事前アンケート】</b> （アンケート用紙参照） ③ 医療機関の属性 地域、病床数、診療科目、精神科病床数、医師数、看護師数、その他の職種、アルコールプログラムの特徴等 ④ 回答者の属性 経験年数、精神科経験年数、アルコール依存症支援経験年数、有資格、学歴、職位等

第1研究 研究説明書（インタビュー対象者宛）

	<p>※インタビューに先立ち、研究協力依頼の際に属性に関する質問調査票を同封して対象者に郵送する。調査票はインタビュー実施時に同意書とともに回収する。</p> <p>【インタビュー】（インタビューガイド参照）</p> <p>③ 在宅移行の個別支援について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 治療中からの支援について</li> <li>● 院内連携について</li> <li>● 院外連携について</li> <li>● 連携支援の経験内容について</li> </ul> <p>④ 個別支援を支える体制について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 連携体制について</li> <li>● 連携する上で感じること</li> </ul> <p>（ただし、生命倫理審査委員会の許可を得て、調査資料項目が追加される可能性があります。）</p>
研究期間	実施承認日から2018年3月31日

（1） 研究目的・予測される結果

本研究は、アルコール依存症患者の在宅移行支援に伴う多職種連携の取り組みと看護師の役割、連携に対する意識について調査することによって、地域連携の実態と支援体制の課題を明らかにすることを目的としています。アルコール依存症者の在宅移行に伴う多職種連携に関する過去の知見は乏しく、アルコール対策基本法や各都道府県の推進計画で示される各機関・職種の役割は抽象的な表現に留まっています。本研究により個別の事業を調査し整理することで、具体的な行動レベルでの役割を示すことが可能となり、研究結果から得られる他施設での取り組みに関する情報は、国内の多職種連携システムのあり方と支援の質を向上させる材料となると期待されます。

（2） 研究への参加をお願いする理由

アルコールリハビリテーションプログラムを持ち、医師と看護師が常駐している精神科医療施設のうち、多職種連携の活動報告がある施設を選定させていただきました。インタビューの対象は、アルコール依存症の治療と在宅移行に伴う多職種連携に携わる看護師と、連携窓口の役割を担う方としております。研究の趣旨にご賛同いただける場合はぜひ、ご協力いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

また、看護師以外に精神保健福祉士等、院外機関との連携窓口の役割を担う方がいらっしゃる場合、ご本人の承諾が得られるようでしたら、インタビューにご同席いただきたく存じます。多機関・多職種連携のプロセスの流れと各職種の役割が分かるよう、インタビュー対象看護師の回答内容を補足説明する立場として同席し、インタビューに回答していただく

ものと位置付けております。ご紹介いただける方がいらっしゃいましたら、あなたが本研究への協力依頼を受けた看護部長様もしくは看護師長様等にお知らせいただき、ぜひご紹介いたします。

（3） 研究方法

① アンケート調査票

インタビューに先立ち、下記の属性に関する質問についてのアンケート調査票を同封させていただきました（添付資料）。インタビュー対象者となられた方には、“「アルコール依存症者の在宅移行を支える看護職の連携と役割」に関する研究実施に伴うアンケート”にご回答をお願いいたします。アンケート用紙はインタビューにお伺いする際に回収させていただきます。

② インタビュー調査

インタビューは、対象者様のご希望に合わせた日程で、対象者様の所属機関へ研究者が伺います。インタビューはインタビューガイド（添付資料）に基づいた半構造化面接の形で行います。1回につき60分程度とし、プライバシーが確保できるよう、各施設に個室をご用意いただきます。インタビュー内容は対象者様の承諾を得てICレコーダーに録音させていただきます。録音することに同意されない場合は、研究者が書き取りにて記録させていただきます。

録音したデータを基に、逐語録を作成し質的分析を行います。研究結果の妥当性を確保するため、インタビューでお話された内容について、もう一度確認させていただく場合がございます。

（4）研究終了後における研究対象者への対応

研究結果につきましては、論文作成後に冊子としてお送りする形でご報告予定です。

（5）実施計画などをさらに知りたいとき

ご希望があれば、他施設や対象者に関わる情報を除いた差し支えない範囲で、研究計画の内容をご覧いただくことは可能です。

3. 研究対象者にもたらされる利益及び不利益（起こり得る危険・不快な状態）

本研究において、健康被害が生じる可能性はございません。対象者様へのご負担として、研究の概要・目的についての説明とインタビューを合わせて1時間～1時間半程度の時間的拘束が発生いたします。インタビュー実施の際の配慮として、対象者様のご希望された日時業務に支障がない時間帯に合わせ、対象者様の勤務施設内で実施することとします。

4. 個人情報の保護

## 第1研究 研究説明書（インタビュー対象者宛）

データは施設・個人が特定されないよう匿名化し、氏名や職員番号IDとは全く関連のないコード番号をつけて管理します。また、学会や論文等で研究成果を発表させていただく際は、個人や施設が特定されないようプライバシー保護について十分配慮します。

### 5. 研究情報の開示

研究途中での研究情報開示予定はございません。

### 6. 研究情報の公開方法、また研究結果の公表

研究の成果は、研究対象者や所属機関等が明らかにならないよう配慮したうえで、学会や学術雑誌及びデータベース上で公に発表させていただく予定です。

### 7. 研究に利用した試料、情報の保管・廃棄方法について

データは全て研究者が管理し、電子データにはパスワードをかけて保存し、紙媒体のデータは施錠できる資料棚で保管いたします。同意書と紙媒体のインタビューデータは、本研究の研究者以外の目にふれないように、研究室内の施錠できる資料棚に厳重に保管し、必要時以外は施錠します。同意書と紙媒体のインタビューデータは平成30年3月の研究終了時にシュレッダーにかけて破棄いたします。

ただし、電子化したインタビューデータにつきましては、インタビュー対象者様の同意が得られた場合に限り10年間保存させていただき、新たな研究を行う際の貴重な試料として使用させていただきたいと思っております（10.の項目をご参照ください）。

### 8. 研究用の費用について

研究にかかる費用はすべて研究者が負担し、研究協力施設と研究対象者様の費用負担はございません。インタビューにご協力頂いた方には、1人1回2000円相当のQUOカードを進呈いたします。

### 9. 研究資金・利益相反

本研究は、日本精神保健看護学会の平成29年度研究助成金を受けて実施しております。

### 10. 同意取得時には特定できない研究

電子化したインタビューデータについて、同意がいただける場合に限り10年間保存させていただき、新たな研究を行う際の貴重な試料として使用させていただきたいと思っております。本研究にて多職種連携のモデル施設での取り組みを明らかにした後、抽出された概念を元に、次年度以降、国内の地域連携の現状を明らかにする全国調査を実施する計画です。本研究で得られるデータを踏まえながら地域連携システムの在り方を提案することを目指しております。

## 第1研究 研究説明書（インタビュー対象者宛）

### 1 1. 研究結果を他の機関へ提供する可能性について

本研究の結果を個別の機関へ提供する可能性はございません。

### 1 2. 問い合わせ・苦情の受付先

#### ○問い合わせ先

名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 准教授 渡井いずみ

愛知県名古屋市東区大幸南 1-1-20 （電話/FAX：052-719-3151）

E-mail：izumiw@met.nagoya-u.ac.jp

#### ○苦情の受付先

名古屋大学大学院医学系研究科庶務係 （TEL;052-719-1504）

平成 29 年 月 日

説明者署名

---

## 同意書

研究責任者：名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻・准教授 渡井 いずみ 殿

私は、研究課題「在宅移行後のアルコール依存症者を支える看護職の連携と役割」について、研究分担者：足立 円香より説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解しました。（以下の文章のうち、説明を受け、理解した項目について、□にチェックをして下さい。）

- この研究の目的、意義、実施方法、予測される危険
- この研究に参加しなくても、今後不利益を被ることがないこと
- 一度、同意しても、いつでも同意を取り消すことができること
- 個人情報の保護には、十分な配慮がされること
- 分析結果のお知らせ方法

については、次の条件で研究参加に同意します。

1. 本研究が終了した時、提供した情報について（どちらかを選択してください。）

- 保存期間終了時に情報を廃棄してください。
- 提供する情報が、将来、新たに計画・実施される臨床研究に使用される場合は、新たな倫理審査を経て実施機関の長が承認したことを条件に、再度使用されることに同意します。

2. 面接によるインタビューを受ける方へ

インタビュー内容をICレコーダーへ録音することを

- 了承します
- 了承しません

平成 年 月 日

氏名（本人） \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

インタビューにご協力いただける皆様へ

「アルコール依存症者の在宅移行を支える看護職の連携と役割」  
に関する研究実施に伴うアンケート

このアンケートは、研究に関する説明書をお読みいただき、研究の目的と概要を理解し、インタビューへの協力同意をいただいた方を対象としております。

この度はお忙しい中、研究参加にご理解とご協力いただき感謝申し上げます。ご協力いただくインタビューに先立ちまして、ご協力いただくご施設の概要とご協力者様に関する下記の質問項目にご回答いただきたく、お願い申し上げます。アンケートの回答部分は2ページございます。ご回答いただいたアンケート用紙は、後日インタビューにお伺いした際に同意書と共に回収させていただきます。

なお、ご回答いただく内容は個人的な情報が含まれます。説明書に記載してありますように、個人データの取り扱い・保管には十分注意し、研究成果を学会等で発表する際には個人が特定されることの無いよう配慮致します。

お忙しいところ大変恐縮ですが、何卒よろしく願いいたします。

本研究への問い合わせ先

研究責任者 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 健康発達看護学講座  
准教授 渡井 いずみ

〒461-8673 名古屋市東区大幸南 1-1-20

TEL/FAX 052-719-3151

メールアドレス izumiw@met.nagoya-u.ac.jp

研究担当者 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 健康発達看護学講座  
大学院研究生 足立 円香

【ご意見の受付先】 名古屋大学大学院医学系研究科 庶務係 TEL:052-719-1504

「アルコール依存症者の在宅移行を支える看護職の連携と役割」  
に関する研究実施に伴うアンケート

■ 現在所属されている施設の概要についてお伺いします

1. 診療科目（例：精神科、内科）

2. 病床数

全体の病床数（精神科以外の病床もお持ちの場合）……  床

精神科全体の病床数……  床

アルコール専門病床数……  床

3. 医師数

全体数……  名

精神科医師……  名

アルコール治療担当医師……  名

4. 看護師数

全体数……  名

精神科看護師……  名

アルコール病棟（担当）看護師……  名

5. その他の職種（職種、人数）

6. アルコールプログラムの特徴

① プログラムはいつ頃から導入されていますか（例：平成〇年より）

② プログラムは施設独自のものです。参考にした施設があれば教えてください。

③ プログラムはどこで実施されていますか（あてはまるものに○をつけて下さい）  
病棟 ・ 外来 ・ 病棟外来どちらも ・ その他（ ）

④ プログラムは、どの部分を誰が担当し実施していますか

■ あなたの経験についてお伺いします

1. あなたがお持ちの医療・福祉系の資格を教えてください。複数お持ちの場合、所属先に雇用されている職種に○をつけて下さい（例：看護師・保健師・助産師）。

2. 1. で回答された職種での経験年数

 年

3. 精神科での経験年数

 年

4. アルコール依存症支援経験年数

 年

5. 最終学歴について当てはまるものに○を付けてください

（※大学・大学院の場合は学位名称も記載）

専門学校 ・ 短期大学 ・ 大学 ・ 大学院（修士） ・ 大学院（博士） ・ その他  
（ ）

取得学位（ ）

6. 所属先での職位

看護部長 ・ 病棟（部門）師長 ・ 病棟（部門）主任 ・ 役職なし ・ その他

所属施設名： \_\_\_\_\_

**【インタビューガイド】**

**在宅移行後のアルコール依存症者の地域移行を支える看護職の連携と役割】**

1. 在宅移行の個別支援について(個別の事例を通じた回答)

① 治療中からの支援について

②

- アルコールプログラム受講中(回復治療中)の段階から、在宅移行に向けて取り組んでいることはありますか
- その際、何を意識して関わっていますか

③ 院内連携について

- 在宅移行に伴い、院内で連携している職種・部門はありますか
- 何のためにその職種・部門と連携していますか
- 具体的な連携方法・内容を教えてください(連絡手段、相談内容、共有する情報等)
- 連携の場としてどのような機会を設けていますか
- その中で看護師の役割は何だと考えますか

④ 院外連携について

- 在宅移行に伴い、院外で連携している職種・機関はありますか
- 連携窓口の役割を担っているのは誰ですか
- 何のためにその職種・機関と連携していますか
- 具体的な連携方法・内容を教えてください(連絡手段、相談内容、共有する情報等)
- 連携の場としてどのような機会を設けていますか
- その中で看護師の役割は何だと考えますか

⑤ 連携支援の経験内容について

- これまでに在宅移行がうまくいったと感じた事例はありましたか
- それはどのような事例でしたか(支援内容をふまえて)
- うまくいった要因は何だったと思いますか
- 逆に、在宅移行がうまくいかなかったと感じた事例はありましたか
- それはどのような事例でしたか(支援内容をふまえて)
- うまくいかなかった要因は何だったと思いますか

その要因を解決する方法は見つかりましたか

2. 個別支援を支える体制について

① 連携体制について

現在、在宅移行支援を行うにあたって、院内外の部門・機関・職種と連携する支援体制は整っていると感じますか

どのような部分が整っている(いない)と感じますか

連携体制の中で具体的にどのような活動をしていますか

現在の連携の仕組みは、どのように出来上がっていききましたか  
(立ち上げ、発起人、協力施設、協力者、きっかけ)

② 連携する上で感じることについて

他機関・職種との間で互いの遂行できる役割に限界を感じることはありますか

それはどんなときですか

貴施設内スタッフの、在宅移行支援や多職種連携に対する意識をどう感じますか

連携体制を円滑化するための取り組みや心がけていることはありますか

在宅移行に伴う多職種連携において、看護師が担う役割は何だと考えますか

令和元年7月29日

施設長・病院長殿

## 研究へのご協力をお願い

拝啓

小暑の候、貴院におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻博士後期課程の足立円香と申します。さて、現在私は「看護師によるアルコール依存症患者の退院支援と地域連携」に関する研究に取り組んでおります。

精神疾患の中でもアルコール依存症は患者の心理特性である“否認”により治療継続が難しく、退院後の地域定着が困難な傾向にあります。近年、我が国の精神医療は入院医療から地域生活への移行を目指し、ACTやアウトリーチなど様々な地域支援の方法が広がっています。しかしながら、これらの実践に関する知見は統合失調症患者や認知症患者を対象としたものが多く、精神科病院で実施されているこれらの取り組みがアルコール依存症患者に対して同様に適用できるかは明らかになっていません。アルコール依存症患者の多くは、専門病院以外の精神科病院で治療を受けていると推測されるため、専門病院に限定せず、精神科全体で支援する方策を考える必要があります。

本研究は、①国内の精神科病院で看護師が行う退院支援と地域連携の実践において、精神科患者に対する支援とアルコール依存症患者への支援を比較検討すること、さらに②アルコール依存症患者に対する積極的な退院支援と関連する要因を探索することを目的としています。

つきましては、研究計画をご覧のうえ研究協力についてご検討頂きたくご依頼申し上げます。

本研究の目的と調査内容についてご賛同頂けるようでしたら、貴施設にはアンケート回答者の選定についてご協力お願い申し上げます。アンケート回答者の選定は、下記研究計画内に示しました選定基準を満たした方を看護部長様にお問い合わせ頂きたく存じます。

本調査は無記名調査のため、研究協力の諾否につきましてはアンケート用紙のご返送をもって承諾いただいたものとさせていただきます。ご回答いただいたアンケート用紙は、同封した返送用封筒（アンケート調査用：青色）をご使用の上、**8月27日（火）**までにご返送ください。

さらに、同封いたしました「次のインタビュー調査への研究協力について」の書類もご覧いただき、協力をご検討頂けると幸いです。

研究に関するご質問やご意見、ご要望等がございましたら下記問い合わせ先までご連絡下さい。お忙しいところ大変恐縮ではございますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

## 記

## 【研究計画】

研究題目	看護師によるアルコール依存症患者の退院支援と地域連携 ー精神科病院における現状調査からの検討ー
研究機関名	名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻健康発達看護学講座
研究責任者	名古屋大学大学院医学系研究科 教授 玉腰浩司
共同研究者	浜松医科大学医学部看護学科 教授 渡井いずみ
研究分担者	名古屋大学大学院医学系研究科 博士後期課程 足立円香
対象者と選択基準	<p><b>【施設選定基準】</b> 下記のいずれかの基準を満たす病院を調査対象とする。 1. 公益財団法人日本精神科病院協会に登録され、精神一般病棟を有する医療機関 2. 厚生労働省が示す「依存症専門医療機関の選定基準」を満たす医療機関のうち、アルコールリハビリテーションプログラム（ARP）を有する有床の医療機関</p> <p><b>【回答者選定基準】</b> アルコール依存症入院患者の看護や退院支援の経験を含む看護師経験年数 5 年以上の常勤看護師とする。 選定基準に該当する医療機関に勤務し、回答者の選定基準を満たす者のうち、研究協力への同意が得られた者を、各施設 1 名、当該施設の看護部長あるいは看護師長に選定して頂く。</p>
研究方法と調査項目	<p>&lt;研究方法&gt; 1. 質問紙を用いた郵送法による実態調査研究 2. 調査項目 ①回答看護師の属性 ②病院の属性 ③院内多職種連携の体制 ④院内の退院支援体制 ⑤再入院率 退院後 3 か月、6 か月、1 年後時点の再入院率 (精神科患者・アルコール依存症患者について) ⑥患者に対する退院支援の実践の程度 (精神科患者・アルコール依存症患者に対して) 「病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度」を用いる ⑦看護師が行う地域連携活動</p>
研究期間	実施承認日から 2021 年 3 月 31 日

## 1. 予測される結果

アルコール依存症患者の継続ケアに向けた看護師による退院支援および地域連携に関する国内の知見は乏しいのが現状です。本研究結果より、アルコール依存症患者の退院支援の在り方について、国内の精神科病院で既に取り組みされている退院支援方法を充実させていくのがよいか、あるいはアルコール依存症患者ならではの新たな支援方法を確立する必要があるのかが明確になり、我が国の精神科医療において今後取り組むべき方針を示すことができると考えられます。さらに、各病院の治療方針を決定する際のエビデンスとして役立つことが期待されます。

## 2. 研究への参加をお願いする理由

本研究では、調査対象施設の選定にあたって、「公益財団法人日本精神科病院協会」のホームページと、厚生労働省が示す「依存症専門医療機関の選定基準」を満たす医療機関のリストを参照致しました。

### 3. 研究の継続について

今回ご協力をお願いした質問紙調査の結果を元に、次の段階の研究として、アルコール依存症患者の継続ケアに向けた退院支援における病院看護師と訪問看護師との連携に必要な要素と役割を整理するためのインタビュー調査を計画しております。

調査の対象は、現在、アルコール依存症入院患者の退院支援において訪問看護との連携を実施している、もしくは連携を強化していきたいと考えていらっしゃる医療機関に所属する看護師です。同封いたしました「次のインタビュー調査への研究協力について」の書類もご覧いただき、協力をご検討頂ける場合は医療機関名と連絡先を記載した上で調査票とは別に、同封した返信用封筒（インタビュー調査用：黄色）にてご返送ください。

今回お送りいただくインタビュー調査への参加協力意思に関する書類は、全て研究者が管理し、施錠できる資料棚で厳重に保管し、2021年3月の研究終了時にシュレッダーにかけて破棄いたします。インタビュー調査への研究協力についての書類は、アンケート調査票と別にご返送頂くため、2つの書類の対応は研究者自身も分かりません。この書類への記入により、調査票の回答施設・回答者が特定されることはございません。

また、インタビュー調査へのご協力を正式に依頼させて頂く場合、質問紙調査の結果を整理した後、所属機関の倫理審査委員会で新たに承認を受けた上で依頼致します。

### 4. 情報の開示

本研究の結果は、精神看護関連の学会発表と論文投稿にて公表する予定です。個々の問い合わせに応じて情報の開示を行う予定はございません。

### 5. 倫理的配慮

#### (1) 研究協力の自由意思

本研究への協力は自由意思に基づくものです。研究の概要を理解していただき、調査にご協力頂ける場合のみ調査票をご返送ください。研究にご協力いただけない場合でも、なんら不利益を受けることはございません。

#### (2) 個人情報の取り扱いについて

質問紙は無記名ですので、施設が特定されることはございません。データは全て研究者が管理し、電子データにはパスワードをかけて保存し、紙媒体のデータは施錠できる資料棚で厳重に保管いたします。調査票は電子データ化した後、シュレッダーにかけて破棄いたします。ただし、電子化したデータにつきましては10年間保存させて頂き、新たな研究を行う際の貴重な試料として使用させて頂きたいと思っております。

また、学会や論文等で研究成果を発表させて頂く際にも、プライバシー保護について十分配慮いたします。

#### (3) 倫理審査

本研究は名古屋大学医学部の生命倫理審査委員会の承認を得て実施しております。

（承認番号：19-114）

6. 有害事象・健康被害発生時の対応等

本研究の調査方法は侵襲のない調査票への回答であり、健康被害が生じる可能性は低いと考えられます。しかし、回答して頂く方には、調査票を記入するために20～30分程度の拘束時間が生じます。配慮として、本研究への協力は任意としております。

7. 研究資金・利益相反

本研究の実施にあたり、いかなる利益相反もありません。

本調査の費用は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成金から支払われます。

8. 施設長様および看護部長様へお願いしたい事項

(1) アンケート回答者の選定

(2) 回答者に対し、以下の書類をお渡し頂く

- ① 研究説明書
- ② アルコール依存症患者の退院支援と地域連携に関するアンケート
- ③ 返信用封筒（アンケート調査用：青色）

(3) 回答者がアンケートへ回答するための施設概要・患者の再入院率等の情報提供

(4) 「次のインタビュー調査への研究協力について」をお読み頂き、ご協力頂ける場合は施設名と連絡先を記載し、アンケート用紙とは別に返送用封筒（インタビュー調査用：黄色）をご使用の上、ご返送頂く

【同封させて頂いた書類】

(1) 施設様用

- ① 研究へのご協力のお願い×2部（施設長様宛、看護部長様宛）
- ② 次のインタビュー調査への研究協力について×1部
- ③ 返送用封筒（インタビュー調査用：黄色）×1枚

(2) 回答者様用

- ④ 研究説明書×1部
- ⑤ アルコール依存症患者の退院支援と地域連携に関するアンケート×1部
- ⑥ 返送用封筒（アンケート調査用：青色）×1枚

【研究責任者】 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻健康発達看護学講座  
教授 玉腰 浩司  
〒461-8673 名古屋市東区大幸南 1-1-20  
TEL/FAX 052-719-1564  
E-mail : [tamako@met.nagoya-u.ac.jp](mailto:tamako@met.nagoya-u.ac.jp)

【研究担当者】 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 博士後期課程  
岐阜県立看護大学地域基礎看護学領域 助教  
足立 円香

【ご意見の受付先】 名古屋大学大学院医学系研究科 庶務係 TEL:052-719-1504

令和元年7月29日

看護部長殿

## 研究へのご協力をお願い

拝啓

小暑の候、貴院におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻博士後期課程の足立円香と申します。さて、現在私は「看護師によるアルコール依存症患者の退院支援と地域連携」に関する研究に取り組んでおります。

精神疾患の中でもアルコール依存症は患者の心理特性である“否認”により治療継続が難しく、退院後の地域定着が困難な傾向にあります。近年、我が国の精神医療は入院医療から地域生活への移行を目指し、ACTやアウトリーチなど様々な地域支援の方法が広がっています。しかしながら、これらの実践に関する知見は統合失調症患者や認知症患者を対象としたものが多く、精神科病院で実施されているこれらの取り組みがアルコール依存症患者に対して同様に適用できるかは明らかになっていません。アルコール依存症患者の多くは、専門病院以外の精神科病院で治療を受けていると推測されるため、専門病院に限定せず、精神科全体で支援する方策を考える必要があります。

本研究は、①国内の精神科病院で看護師が行う退院支援と地域連携の実践において、精神科患者に対する支援とアルコール依存症患者への支援を比較検討すること、さらに②アルコール依存症患者に対する積極的な退院支援と関連する要因を探索することを目的としています。

つきましては、研究計画をご覧のうえ研究協力についてご検討頂きたくご依頼申し上げます。

本研究の目的と調査内容についてご賛同頂けるようでしたら、貴施設にはアンケート回答者の選定についてご協力お願い申し上げます。アンケート回答者の選定は、下記研究計画内に示しました選定基準を満たした方を看護部長様にお問い合わせ頂きたく存じます。

本調査は無記名調査のため、研究協力の諾否につきましてはアンケート用紙のご返送をもって承諾いただいたものとさせていただきます。ご回答いただいたアンケート用紙は、同封した返送用封筒（アンケート調査用：青色）をご使用の上、**8月27日（火）**までにご返送ください。

さらに、同封いたしました「次のインタビュー調査への研究協力について」の書類もご覧いただき、協力をご検討頂けると幸いです。

研究に関するご質問やご意見、ご要望等がございましたら下記問い合わせ先までご連絡下さい。お忙しいところ大変恐縮ではございますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

## 記

## 【研究計画】

研究題目	看護師によるアルコール依存症患者の退院支援と地域連携 ー精神科病院における現状調査からの検討ー
研究機関名	名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻健康発達看護学講座
研究責任者	名古屋大学大学院医学系研究科 教授 玉腰浩司
共同研究者	浜松医科大学医学部看護学科 教授 渡井いずみ
研究分担者	名古屋大学大学院医学系研究科 博士後期課程 足立円香
対象者と選択基準	<p><b>【施設選定基準】</b> 下記のいずれかの基準を満たす病院を調査対象とする。 1. 公益財団法人日本精神科病院協会に登録され、精神一般病棟を有する医療機関 2. 厚生労働省が示す「依存症専門医療機関の選定基準」を満たす医療機関のうち、アルコールリハビリテーションプログラム（ARP）を有する有床の医療機関</p> <p><b>【回答者選定基準】</b> アルコール依存症入院患者の看護や退院支援の経験を含む看護師経験年数 5 年以上の常勤看護師とする。 選定基準に該当する医療機関に勤務し、回答者の選定基準を満たす者のうち、研究協力への同意が得られた者を、各施設 1 名、当該施設の看護部長あるいは看護師長に選定して頂く。</p>
研究方法と調査項目	<p>&lt;研究方法&gt; 1. 質問紙を用いた郵送法による実態調査研究 2. 調査項目 ①回答看護師の属性 ②病院の属性 ③院内多職種連携の体制 ④院内の退院支援体制 ⑤再入院率 退院後 3 か月、6 か月、1 年後時点の再入院率 (精神科患者・アルコール依存症患者について) ⑥患者に対する退院支援の実践の程度 (精神科患者・アルコール依存症患者に対して) 「病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度」を用いる ⑦看護師が行う地域連携活動</p>
研究期間	実施承認日から 2021 年 3 月 31 日

## 1. 予測される結果

アルコール依存症患者の継続ケアに向けた看護師による退院支援および地域連携に関する国内の知見は乏しいのが現状です。本研究結果より、アルコール依存症患者の退院支援の在り方について、国内の精神科病院で既に取り組まれている退院支援方法を充実させていくのがよいか、あるいはアルコール依存症患者ならではの新たな支援方法を確立する必要があるのかが明確になり、我が国の精神科医療において今後取り組むべき方針を示すことができると考えられます。さらに、各病院の治療方針を決定する際のエビデンスとして役立つことが期待されます。

## 2. 研究への参加をお願いする理由

本研究では、調査対象施設の選定にあたって、「公益財団法人日本精神科病院協会」のホームページと、厚生労働省が示す「依存症専門医療機関の選定基準」を満たす医療機関のリストを参照致しました。

### 3. 研究の継続について

今回ご協力をお願いした質問紙調査の結果を元に、次の段階の研究として、アルコール依存症患者の継続ケアに向けた退院支援における病院看護師と訪問看護師との連携に必要な要素と役割を整理するためのインタビュー調査を計画しております。

調査の対象は、現在、アルコール依存症入院患者の退院支援において訪問看護との連携を実施している、もしくは連携を強化していきたいと考えていらっしゃる医療機関に所属する看護師です。同封いたしました「次のインタビュー調査への研究協力について」の書類もご覧いただき、協力をご検討頂ける場合は医療機関名と連絡先を記載した上で調査票とは別に、同封した返信用封筒（インタビュー調査用：黄色）にてご返送ください。

今回お送りいただくインタビュー調査への参加協力意思に関する書類は、全て研究者が管理し、施錠できる資料棚で厳重に保管し、2021年3月の研究終了時にシュレッダーにかけて破棄いたします。インタビュー調査への研究協力についての書類は、アンケート調査票と別にご返送頂くため、2つの書類の対応は研究者自身も分かりません。この書類への記入により、調査票の回答施設・回答者が特定されることはございません。

また、インタビュー調査へのご協力を正式に依頼させて頂く場合、質問紙調査の結果を整理した後、所属機関の倫理審査委員会で新たに承認を受けた上で依頼致します。

### 4. 情報の開示

本研究の結果は、精神看護関連の学会発表と論文投稿にて公表する予定です。個々の問い合わせに応じて情報の開示を行う予定はございません。

### 5. 倫理的配慮

#### (1) 研究協力の自由意思

本研究への協力は自由意思に基づくものです。研究の概要を理解していただき、調査にご協力頂ける場合のみ調査票をご返送ください。研究にご協力いただけない場合でも、なんら不利益を受けることはございません。

#### (2) 個人情報の取り扱いについて

質問紙は無記名ですので、施設が特定されることはございません。データは全て研究者が管理し、電子データにはパスワードをかけて保存し、紙媒体のデータは施錠できる資料棚で厳重に保管いたします。調査票は電子データ化した後、シュレッダーにかけて破棄いたします。ただし、電子化したデータにつきましては10年間保存させて頂き、新たな研究を行う際の貴重な試料として使用させて頂きたいと思っております。

また、学会や論文等で研究成果を発表させて頂く際にも、プライバシー保護について十分配慮いたします。

#### (3) 倫理審査

本研究は名古屋大学医学部の生命倫理審査委員会の承認を得て実施しております。

（承認番号：19-114）

6. 有害事象・健康被害発生時の対応等

本研究の調査方法は侵襲のない調査票への回答であり、健康被害が生じる可能性は低いと考えられます。しかし、回答して頂く方には、調査票を記入するために20～30分程度の拘束時間が生じます。配慮として、本研究への協力は任意としております。

7. 研究資金・利益相反

本研究の実施にあたり、いかなる利益相反もありません。

本調査の費用は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成金から支払われます。

8. 施設長様および看護部長様へお願いしたい事項

(1) アンケート回答者の選定

(2) 回答者に対し、以下の書類をお渡し頂く

- ④ 研究説明書
- ⑤ アルコール依存症患者の退院支援と地域連携に関するアンケート
- ⑥ 返信用封筒（アンケート調査用：青色）

(3) 回答者がアンケートへ回答するための施設概要・患者の再入院率等の情報提供

(4) 「次のインタビュー調査への研究協力について」をお読み頂き、ご協力頂ける場合は施設名と連絡先を記載し、アンケート用紙とは別に返送用封筒（インタビュー調査用：黄色）をご使用の上、ご返送頂く

【同封させて頂いた書類】

(2) 施設様用

- ⑦ 研究へのご協力のお願い×2部（施設長様宛、看護部長様宛）
- ⑧ 次のインタビュー調査への研究協力について×1部
- ⑨ 返送用封筒（インタビュー調査用：黄色）×1枚

(2) 回答者様用

- ⑩ 研究説明書×1部
- ⑪ アルコール依存症患者の退院支援と地域連携に関するアンケート×1部
- ⑫ 返送用封筒（アンケート調査用：青色）×1枚

【研究責任者】 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻健康発達看護学講座  
教授 玉腰 浩司  
〒461-8673 名古屋市東区大幸南 1-1-20  
TEL/FAX 052-719-1564  
E-mail: [tamako@met.nagoya-u.ac.jp](mailto:tamako@met.nagoya-u.ac.jp)

【研究担当者】 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 博士後期課程  
岐阜県立看護大学地域基礎看護学領域 助教  
足立 円香

【ご意見の受付先】 名古屋大学大学院医学系研究科 庶務係 TEL:052-719-1504

令和元年7月29日

アンケートにご協力いただく皆様へ

## 研究説明書

拝啓

小暑の候、皆さまにおかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻博士後期課程の足立円香と申します。さて、現在私は「看護師によるアルコール依存症患者の退院支援と地域連携」に関する研究に取り組んでおります。

精神疾患の中でもアルコール依存症は患者の心理特性である“否認”により治療継続が難しく、退院後の地域定着が困難な傾向にあります。近年、我が国の精神医療は入院医療から地域生活への移行を目指し、ACTやアウトリーチなど様々な地域支援の方法が広がっています。しかしながら、これらの実践に関する知見は統合失調症患者や認知症患者を対象としたものが多く、精神科病院で実施されているこれらの取り組みがアルコール依存症患者に対して同様に適用できるかは明らかになっていません。アルコール依存症患者の多くは、専門病院以外の精神科病院で治療を受けていると推測されるため、専門病院に限定せず、精神科全体で支援する方策を考える必要があります。

本研究は、①国内の精神科病院で看護師が行う退院支援と地域連携の実践において、精神科患者に対する支援とアルコール依存症患者への支援を比較検討すること、さらに②アルコール依存症患者に対する積極的な退院支援と関連する要因を探索することを目的としています。

つきましては、研究計画をご覧のうえ研究協力についてご検討頂きたくご依頼申し上げます。

本研究の目的と調査内容についてご賛同頂けるようでしたら、同封させて頂きましたアンケート調査へのご協力お願い申し上げます。アンケート回答者の選定は、下記研究計画内に示しました選定基準を満たした方を看護部長様をお願い致しました。本調査は無記名調査のため、研究協力につきましてはアンケート用紙のご返送をもって同意頂いたものとさせていただきます。

ご回答頂いたアンケート用紙は、同封した返送用封筒（アンケート調査用：青色）をご使用の上、ご返送ください。

お忙しいところ大変恐縮ではございますが、何卒ご協力の程よろしくお願い申し上げます。研究に関するご質問やご意見、ご要望等がございましたら下記問い合わせ先までご連絡下さい。

敬具

## 記

## 【研究計画】

研究題目	看護師によるアルコール依存症患者の退院支援と地域連携 ー精神科病院における現状調査からの検討ー
研究機関名	名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻健康発達看護学講座
研究責任者	名古屋大学大学院医学系研究科 教授 玉腰浩司
共同研究者	浜松医科大学医学部看護学科 教授 渡井いずみ
研究分担者	名古屋大学大学院医学系研究科 博士後期課程 足立円香
対象者と選択基準	<p><b>【施設選定基準】</b> 下記のいずれかの基準を満たす病院を調査対象とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>「公益財団法人日本精神科病院協会」に登録され、精神一般病棟を有する医療機関</li> <li>厚生労働省が示す「依存症専門医療機関の選定基準」を満たす医療機関のうち、アルコールリハビリテーションプログラム（ARP）を有する有床の医療機関</li> </ol> <p><b>【回答者選定基準】</b> アルコール依存症入院患者の看護や退院支援の経験を含む看護師経験年数5年以上の常勤看護師とする。</p> <p>選定基準に該当する医療機関に勤務し、回答者の選定基準を満たす者のうち、研究協力への同意が得られた者を、各施設1名、当該施設の看護部長あるいは看護師長に選定して頂く。</p>
研究方法と調査項目	<p>&lt;研究方法&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>質問紙を用いた郵送法による実態調査研究</li> <li>調査項目 <ol style="list-style-type: none"> <li>①回答看護師の属性</li> <li>②病院の属性</li> <li>③院内多職種連携の体制</li> <li>④院内の退院支援体制</li> <li>⑤再入院率 退院後3か月、6か月、1年後時点の再入院率 (精神科患者・アルコール依存症患者について)</li> <li>⑥患者に対する退院支援の実践の程度 (精神科患者・アルコール依存症患者に対して) 「病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度」を用いる</li> <li>⑦看護師が行う地域連携活動</li> </ol> </li> </ol>
研究期間	実施承認日から 2021年3月31日

### 1. 予測される結果

アルコール依存症患者の継続ケアに向けた看護師による退院支援および地域連携に関する国内の知見は乏しいのが現状です。本研究結果より、アルコール依存症患者の退院支援の在り方について、国内の精神科病院で既に取り組みされている退院支援方法を充実させていくのがよいか、あるいはその方法では十分な支援ができずアルコール依存症患者ならではの新たな支援方法を確立する必要があるのかが明確になり、我が国の精神科医療において今後取り組むべき方針を示すことができると考えられます。さらに、各病院の治療方針を決定する際のエビデンスとして役立つことが期待されます。

### 2. 研究への参加をお願いする理由

本研究では、調査対象施設の選定にあたって、「公益財団法人日本精神科病院協会」のホームページと、厚生労働省が示す「依存症専門医療機関の選定基準」を満たす医療機関のリストを参照致しました。

### 3. 研究の継続について

今回ご協力をお願いした質問紙調査の結果を元に、次の段階の研究として、アルコール依存症患者の継続ケアに向けた退院支援における病院看護師と訪問看護師との連携に必要な要素と役割を整理するためのインタビュー調査を計画しております。

施設長様には、「次のインタビュー調査への研究協力について」の書類をお渡ししております。協力をご検討頂ける場合は、医療機関名と連絡先を記載した用紙を施設長様または看護部長様よりご返送頂くことになっております。

今回お送り頂くインタビュー調査への研究協力についての書類は、全て研究者が管理し、施錠できる資料棚で厳重に保管し、2021年3月の研究終了時にシュレッダーにかけて破棄いたします。インタビュー調査への研究協力についての書類は、アンケート調査票と別にご返送頂くため、2つの書類の対応は研究者自身も分かりません。この書類への記入により、調査票の回答施設・回答者が特定されることはございません。

### 4. 情報の開示

本研究の結果は、精神看護関連の学会発表と論文投稿にて公表する予定です。個々の問い合わせに応じて情報の開示を行う予定はございません。

### 5. 倫理的配慮

#### (1) 研究協力の自由意思

本研究への協力は自由意思に基づくものです。研究の概要を理解して頂き、調査にご協力頂ける場合のみ調査票をご返送ください。研究にご協力頂けない場合でも、なんら不利益を受けることはございません。

#### (2) 個人情報の取り扱いについて

質問紙は無記名ですので、施設や個人が特定されることはございません。データは全て研究者が管理し、電子データにはパスワードをかけて保存し、紙媒体のデータは施錠できる資料棚で厳重に保管いたします。調査票は電子データ化した後、シュレッダーにかけて破棄いたします。ただし、電子化したデータにつきましては10年間保存させて頂き、新たな研究を行う際の貴重な試料として使用させて頂きたいと思っております。

また、学会や論文等で研究成果を発表させて頂く際にも、プライバシー保護について十分配慮いたします。

(3) 倫理審査

本研究は名古屋大学医学部の生命倫理審査委員会の承認を得て実施しております。(承認番号：19-114)

6. 有害事象・健康被害発生時の対応等

本研究の調査方法は侵襲のない調査票への回答であり、健康被害が生じる可能性は低いと考えられます。しかし、回答して頂く方には、調査票を記入するために20～30分程度の拘束時間が生じます。配慮として、本研究への協力は任意としております。

7. 研究資金・利益相反

本研究の実施にあたり、いかなる利益相反もありません。

本調査の費用は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成金から支払われます。

8. 回答者様へお願いしたい事項

(1) アンケート用紙への回答

**※施設の概要・再入院率に関する項目は、看護部長様等にご助言頂いても結構です**

(2) 返送用封筒（アンケート調査用：青色）にてアンケート用紙をご返送頂く

**【研究責任者】** 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 健康発達看護学講座  
教授 玉腰 浩司  
〒461-8673 名古屋市東区大幸南 1-1-20  
TEL/FAX 052-719-1564  
E-mail : [tamako@met.nagoya-u.ac.jp](mailto:tamako@met.nagoya-u.ac.jp)

**【研究担当者】** 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 博士後期課程  
岐阜県立看護大学地域基礎看護学領域 助教  
足立 円香

**【問い合わせ先】** TEL : 058-397-2320 (岐阜県立看護大学 足立研究室直通)  
E-mail : [adachi.madoka@e.mbox.nagoya-u.ac.jp](mailto:adachi.madoka@e.mbox.nagoya-u.ac.jp)

**【ご意見の受付先】** 名古屋大学大学院医学系研究科 庶務係 TEL:052-719-1504

## アルコール依存症患者の退院支援と地域連携に関するアンケート

- ◆ 本調査へのご協力は調査票の返送を持って同意頂けたものいたします。つきましては、ご協力いただける場合は、下記の当てはまる方を○で囲んでください。

本調査への協力は      同意する・同意しない

### ご記入に関するお願い

- ◆ 調査票はこの表紙を含めて全部で 8 ページあります。できるだけすべての質問にお答え頂きたいのですが、答えたくない質問や回答が分からない項目については無回答でも差支えありません。
- ◆ 6 ページ目の Q29 までは、アンケートを配布させて頂いた全ての方にご回答頂きたい項目です。7 ページ目以降の Q30 および Q31 は、アルコール依存症患者に特化した質問ですので、アルコール依存症患者の入院を受け入れていない施設にご所属の場合は無回答で結構です。
- ◆ お答えは、あてはまる番号を○で囲むか、記入欄に回答をご記入ください。
- ◆ この調査へのご協力は皆様の自由意思によります。回答なさらない場合にも何ら不利益は生じません。回答を途中で辞めることもできます。
- ◆ この調査票は無記名のため個人を特定することができず、ご返送後の参加協力撤回はできません。
- ◆ この調査票は無記名ですので、個人が特定されることは決してありません。
- ◆ 調査の結果は、ご協力いただいた方の全てのデータを集計し、統計的に処理いたします。個人の調査票の結果がそのまま開示されることはありません。
- ◆ 最終的な統計結果は、精神看護学関連の学術会議での発表や学術論文という形で公表されます。
- ◆ 回答済みの調査票は、同封の返信用封筒にて令和元年 8 月 27 日までに、ご返送くださいますようお願いいたします（切手不要）。

【研究責任者】 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 健康発達看護学講座  
教授 玉腰 浩司  
〒461-8673 名古屋市東区大幸南 1-1-20  
TEL/FAX 052-719-1564  
E-mail : [tamako@met.nagoya-u.ac.jp](mailto:tamako@met.nagoya-u.ac.jp)

【研究担当者】 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 博士後期課程  
岐阜県立看護大学地域基礎看護学領域 助教  
足立 円香

【問い合わせ先】 TEL : 058-397-2320 (岐阜県立看護大学 足立研究室直通)  
E-mail : [adachi.madoka@e.mbox.nagoya-u.ac.jp](mailto:adachi.madoka@e.mbox.nagoya-u.ac.jp)

- ◆ 最初に、この調査票に回答される方と所属機関についてお伺いします  
● あなたご自身についてお伺いします

Q1. あなたの年齢

1. 30歳以下 2. 31～40歳 3. 41～50歳 4. 51～60歳 5. 61歳以上

Q2. 性別

1. 男性 2. 女性

Q3. 取得資格

1. 看護師	1. あり	2. なし
2. 保健師	1. あり	2. なし
3. 助産師	1. あり	2. なし

Q4. 精神科分野の認定・専門看護師資格の有無

1. 認定看護師資格あり 2. 専門看護師資格あり 3. なし

Q5. 看護学に関する最終学歴

1. 5年間一貫教育校 2. 短期大学/専門学校 3. 大学 4. 大学院（修士課程/博士課程）

Q6-1. 看護師としての精神科勤務年数

※パートや非常勤勤務の場合、その期間のおおよその勤務時間数を合計し、週40時間×1年間を  
常勤換算1年とカウントしてください。 例) 週20時間×4年間勤務=常勤換算2年

常勤換算 1. 10年未満 2. 20年未満 3. 30年未満 4. 40年未満 5. 40年以上

Q6-2. アルコール依存症患者の看護に携わった期間

常勤換算 1. 5年未満 2. 10年未満 3. 20年未満 4. 30年未満 5. 40年未満 6. 40年以上

Q7. 現在勤務している病院での所属部署

1. 精神科病棟	2. 精神科以外の病棟	3. アルコール専門病棟	4. 外来
5. 退院支援部門	6. 訪問看護部門	7. デイケア部門	8. 看護部
9. その他			

Q8. 現在所属している部署での職位

1. 一般 2. 主任 3. 所属長 4. その他

## ● 現在お勤めの病院の概要についてお伺いします

Q9. 現在勤務している病院の所在地域

1. 北海道・東北 2. 関東 3. 中部 4. 近畿 5. 中国・四国 6. 九州・沖縄

Q10. 病院の設置主体

1. 国 2. 都道府県 3. 市町村 4. その他公的 5. 医療法人 6. その他私的

Q11. 病床総数 - - - - -

1. 100 床未満 2. 300 床未満 3. 500 床未満 4. 500 床以上

Q12. 精神科病床数 - - - - -

1. 100 床未満 2. 300 床未満 3. 500 床未満 4. 500 床以上

Q13. 勤務する看護師の数（常勤換算）

1. 50 名未満 2. 100 名未満 3. 200 名未満 4. 300 名未満 5. 400 名未満 6. 400 名以上

## ● 院内の社会資源やサービスについてお伺いします

Q14-1. 院内に訪問看護部門はありますか - - - - -

1. あり 2. なし

Q14-2. Q14-1.で「1. あり」と回答した場合のみお答えください

訪問看護の対象にアルコール依存症患者は含まれますか - - - - -

1. はい 2. いいえ

Q15-1. 院内にデイケア部門はありますか - - - - -

1. あり 2. なし

Q15-2. Q15-1.で「1. あり」と回答した場合のみお答えください

デイケアの利用者にアルコール依存症患者は含まれますか - - - - -

1. はい 2. いいえ

Q16-1. 院内に患者対象の自助グループはありますか - - - - -

1. あり 2. なし

Q16-2. Q16-1.で「1. あり」と回答した場合のみお答えください

アルコール依存症患者対象の院内自助グループはありますか - - - - -

1. あり 2. なし

Q17-1. 外来患者へのアウトリーチ活動を実施していますか - - - - -

1. はい 2. いいえ

Q17-2. Q17-1.で「1. はい」と回答した場合のみお答えください

アウトリーチ活動の対象にアルコール依存症患者は含まれますか

1. はい 2. いいえ

Q18-1. ACT を実施していますか - - - - - 1. はい 2. いいえ

Q18-2. Q18-1.で「1. はい」と回答した場合のみお答えください  
ACT のサポート対象にアルコール依存症患者は含まれますか - - - 1. はい 2. いいえ

Q19-1. 患者との関わりに、動機づけ面接 (MI: motivational interviewing)  
を取り入れていますか - - - - - 1. はい 2. いいえ

Q19-2. Q19-1.で「1. はい」と回答した場合のみお答えください  
動機づけ面接を用いる対象にアルコール依存症患者は含まれますか 1. はい 2. いいえ

● **アルコール依存症患者への治療についてお伺いします**

Q20. アルコール依存症患者の入院を受け入れていますか - - - - - 1. はい 2. いいえ

Q21. アルコール依存症患者に対する認知行動療法等の  
教育プログラムを実施していますか - - - - - 1. はい 2. いいえ

Q22. アルコール依存症患者数が半数以上を占めるアルコール専門病棟は  
ありますか - - - - - 1. あり 2. なし

● **院内の多職種連携体制についてお伺いします**

Q23-1. 院内に多職種が関わる退院支援チームや委員会等がありますか - - - 1. あり 2. なし

Q23-2. Q23-1.で「1. あり」と回答した場合のみお答えください  
アルコールに特化した退院支援チームや委員会等がありますか - - - - 1. あり 2. なし

Q24-1. 院内に、病棟看護師を始めとする院内スタッフに対する  
コンサルテーションやリエゾン機能を持つ部門や担当者がありますか 1. あり 2. なし

Q24-2. Q24-1.で「1. あり」と回答した場合のみお答えください  
その部門に所属するスタッフは、病棟業務等を兼務しない部門専属のスタッフですか 1. 専属 2. 兼務

Q24-3. Q24-1.で「1. あり」と回答した場合のみお答えください  
アルコールに特化した専門部門や担当者がありますか - - - - - 1. あり 2. なし

## ● 精神科入院患者の退院支援に伴う病院と地域との連携についてお伺いします

Q25. 地域の多機関・多職種と連携する際に、窓口の役割を担っている院内の職種は誰ですか

1. 医師 2. 看護師 3. PSW 4. 臨床心理士 5. OT 6. その他

## ● 院内の退院支援体制についてお伺いします

Q26. 勤務先病院の退院支援体制について、当てはまると思う番号に○を付けてください。

ご自身の主観に基づいてお答えいただいで結構です。

	1	2	3	4	5	6
	「まったくできない」	「できていない」	「あまりできていない」	「少しできている」	「できている」	「十分にできている」
1. 病院の経営者・管理者は我々の退院支援活動について理解している	1	2	3	4	5	6
2. 退院支援のための活動は、病院内外に広く知られ認知されている	1	2	3	4	5	6
3. 退院支援には多職種が参加・協力している	1	2	3	4	5	6
4. 多職種が連携する際にリーダーシップをとる人物がいる	1	2	3	4	5	6
5. 退院支援の目標や意義を関係者間で統一している	1	2	3	4	5	6
6. 退院支援において退院準備プログラムなどエビデンスの確立した方策を導入している	1	2	3	4	5	6
7. 退院支援や地域連携に関して、院内多職種を対象とした研修が定期的開催されている	1	2	3	4	5	6
8. 退院支援を計画、実行、評価まで実施する体制がある	1	2	3	4	5	6
9. クリニカルパスを用いるなど、退院までのスケジュールは計画されている	1	2	3	4	5	6

## ● 退院した精神科患者の再入院に関してお伺いします

※平成28～30年度のうち最新の数値をお答えください。不明な場合は無回答でも結構です。

Q27-1. 精神科病床における退院後3か月時点の再入院率を

お答えください.....

%

Q27-2. 精神科病床における退院後6か月時点の再入院率を

お答えください.....

%

Q27-3. 精神科病床における退院後1年時点の再入院率を

お答えください.....

%

Q28-1. アルコール依存症患者の退院後3か月時点の再入院率を

お答えください.....

%

Q28-2. アルコール依存症患者の退院後6か月時点の再入院率を

お答えください.....

%

Q28-3. アルコール依存症患者の退院後1年時点の再入院率を

お答えください.....

%

Q29. 以下の質問項目は、精神科入院患者に対する退院支援に関するものです。

ご自身が行う退院支援に関する患者・家族ケアの各項目について、一般的に実施している程度をお答えください。（それぞれ該当すると思う番号1つに○を付けてください）

**あなた個人の取り組みではなく、院内のチーム・組織として実践しているかをお答えください**

	1	2	3	4	5	6
	「まったくできない」	「できていない」	「あまりできていない」	「少しできている」	「できている」	「十分にできている」
<b>I. 患者・家族からの情報収集</b>						
1. 患者の入院前の生活状況（ADL, 認知レベル, 住環境など）について情報収集する	1	2	3	4	5	6
2. 患者の疾患, 進行度, 予後について情報収集する	1	2	3	4	5	6
3. 患者の ADL 状況, 認知・理解能力について情報収集する	1	2	3	4	5	6
4. 家族構成と関係性, キーパーソン（インフォーマルも含む）について情報収集する	1	2	3	4	5	6
5. 患者の社会背景（生活史, 職業, 信条, 趣味など）について情報収集する	1	2	3	4	5	6
<b>II. 患者・家族への意思決定支援</b>						
6. 患者・家族が退院に向けてどのような思いを抱き, 今後どのように過ごしたいのか意向を把握する	1	2	3	4	5	6
7. 患者・家族の理解度に合わせて医師からの病状説明の場を設定する	1	2	3	4	5	6
8. 患者の ADL より, 今後の生活で起こり得る課題について検討する	1	2	3	4	5	6
9. 患者・家族の思いを医師と共有して, 今後の方向性を話し合う	1	2	3	4	5	6
10. 病状に伴い, 今後起こり得る生活上の変化について患者・家族へ説明する	1	2	3	4	5	6
11. 現在の病院機能と役割について患者・家族へ説明する	1	2	3	4	5	6
12. 患者・家族・医療者間で今後の方向性の意思・意向にずれが生じていないか確認する	1	2	3	4	5	6
<b>III. 社会資源の活用</b>						
13. 患者の在住する地方自治体には在宅療養を支えるためにどのようなサービスがあるのか把握する	1	2	3	4	5	6
14. 介護保険の対象者, 申請方法, サービス内容について患者・家族へ説明する	1	2	3	4	5	6
15. 往診や訪問看護の対象者と利用方法について必要時に患者・家族へ説明する	1	2	3	4	5	6
16. 生活保護制度による医療費の負担割合について, 必要時に患者・家族へ説明する	1	2	3	4	5	6
<b>IV. 院内外の多職種連携による療養指導</b>						
17. 患者・家族へ病棟スタッフが統一した内容で医療処置を指導する	1	2	3	4	5	6
18. 点滴の管理や内服管理方法について, 医師や薬剤師と連携して患者・家族が対応可能となるよう簡素化する	1	2	3	4	5	6
19. 退院後の環境を想定した ADL 動作についてリハビリスタッフと連携し患者・家族に指導する	1	2	3	4	5	6
20. 栄養士や NST に在宅での食事方法や栄養について相談する	1	2	3	4	5	6
21. 退院調整部門と協働して, 患者の生活に合わせた医療処置の方法をアレンジする	1	2	3	4	5	6
22. 在宅生活で起こりうる異常や緊急時の対応を患者・家族が理解できているか確認する	1	2	3	4	5	6
23. 退院前カンファレンスで在宅生活の課題についてケアマネージャーや往診医, 訪問看護師, ヘルパー, 保健師へ申し送る	1	2	3	4	5	6
24. 在宅療養の準備をする（医療材料購入について情報提供, 関係医療機関との調整）	1	2	3	4	5	6

Q30. 以下の質問項目は、アルコール依存症患者に対する退院支援に関するものです。

ご自身が行う退院支援に関する患者・家族ケアの各項目について、一般的に実施している程度をお答えください。(それぞれ該当すると思う番号1つに○を付けてください)

あなた個人の取り組みではなく、院内のチーム・組織として実践しているかをお答えください

	1	2	3	4	5	6
	「まったくできない」	「できていない」	「あまりできていない」	「少しできている」	「できている」	「十分にできている」
<b>I. 患者・家族からの情報収集</b>						
1. 患者の入院前の生活状況（ADL，認知レベル，住環境など）について情報収集する	1	2	3	4	5	6
2. 患者の疾患，進行度，予後について情報収集する	1	2	3	4	5	6
3. 患者の ADL 状況，認知・理解能力について情報収集する	1	2	3	4	5	6
4. 家族構成と関係性，キーパーソン（インフォーマルも含む）について情報収集する	1	2	3	4	5	6
5. 患者の社会背景（生活史，職業，信条，趣味など）について情報収集する	1	2	3	4	5	6
<b>II. 患者・家族への意思決定支援</b>						
6. 患者・家族が退院に向けてどのような思いを抱き，今後どのように過ごしたいのか意向を把握する	1	2	3	4	5	6
7. 患者・家族の理解度に合わせて医師からの病状説明の場を設定する	1	2	3	4	5	6
8. 患者の ADL より，今後の生活で起こり得る課題について検討する	1	2	3	4	5	6
9. 患者・家族の思いを医師と共有して，今後の方向性を話し合う	1	2	3	4	5	6
10. 病状に伴い，今後起こり得る生活上の変化について患者・家族へ説明する	1	2	3	4	5	6
11. 現在の病院機能と役割について患者・家族へ説明する	1	2	3	4	5	6
12. 患者・家族・医療者間で今後の方向性の意思・意向にずれが生じていないか確認する	1	2	3	4	5	6
<b>III. 社会資源の活用</b>						
13. 患者の在住する地方自治体には在宅療養を支えるためにどのようなサービスがあるのか把握する	1	2	3	4	5	6
14. 介護保険の対象者，申請方法，サービス内容について患者・家族へ説明する	1	2	3	4	5	6
15. 往診や訪問看護の対象者と利用方法について必要時に患者・家族へ説明する	1	2	3	4	5	6
16. 生活保護制度による医療費の負担割合について，必要時に患者・家族へ説明する	1	2	3	4	5	6
<b>IV. 院内外の多職種連携による療養指導</b>						
17. 患者・家族へ病棟スタッフが統一した内容で医療処置を指導する	1	2	3	4	5	6
18. 点滴の管理や内服管理方法について，医師や薬剤師と連携して患者・家族が対応可能となるよう簡素化する	1	2	3	4	5	6
19. 退院後の環境を想定した ADL 動作についてリハビリスタッフと連携し患者・家族に指導する	1	2	3	4	5	6
20. 栄養士や NST に在宅での食事方法や栄養について相談する	1	2	3	4	5	6
21. 退院調整部門と協働して，患者の生活に合わせた医療処置の方法をアレンジする	1	2	3	4	5	6
22. 在宅生活で起こりうる異常や緊急時の対応を患者・家族が理解できているか確認する	1	2	3	4	5	6
23. 退院前カンファレンスで在宅生活の課題についてケアマネージャーや往診医，訪問看護師，ヘルパー，保健師へ申し送る	1	2	3	4	5	6
24. 在宅療養の準備をする（医療材料購入について情報提供，関係医療機関との調整）	1	2	3	4	5	6

Q31. 以下の質問項目は、アルコール依存症患者に特化した支援に関するものです。

ご自身が行う退院支援における地域連携活動について、実施している程度をお答えください。

(それぞれ該当すると思う番号1つに○を付けてください)

**この設問には、組織としてではなくあなた個人の取り組みについてお答えください**

※アルコール依存症患者への支援を行っていない場合は無回答で結構です

	1	2	3	4	5	6			
	「まったくできない」	「できていない」	「あまりできていない」	「少しできている」	「できている」	「十分にできている」			
1	自助グループや回復施設見学の付き添い等を行い、地域移行後の方向性を患者自身が自己決定できるよう支えている			1	2	3	4	5	6
2	退院後、自助グループや回復施設を利用しやすいよう、入院患者と地域で暮らす回復者を繋いでいる			1	2	3	4	5	6
3	自助グループや回復施設に限定せず、患者の特徴や希望に合わせた地域での居場所を提案している			1	2	3	4	5	6
4	役所や就労支援事業所等と連携し、患者を就労へ繋ぐ支援をしている			1	2	3	4	5	6
5	アルコール依存症支援を得意とするステーションを選定し、入院中に患者と訪問看護師の顔つなぎをしている			1	2	3	4	5	6
6	配食サービスやヘルパーの利用など、生活を維持するために必要な社会資源を患者へ紹介しコーディネートしている			1	2	3	4	5	6
7	地域移行後の支援予定者へ入院中の治療や看護のポイントを引き継いでいる			1	2	3	4	5	6
8	保健所や精神保健福祉センターと協力し、地域連携のネットワーク作りに取り組んでいる			1	2	3	4	5	6
9	地域の多機関・多職種が集まるアルコール依存症患者支援の連携会議等に参加し、顔の見える関係を作っている			1	2	3	4	5	6
10	看護師が地域の多機関、学校へ出向き、アルコール依存症やその治療に関する知識の普及や啓発活動を行う			1	2	3	4	5	6
11	患者の地域移行支援を通じて、病院看護師と依存症回復者が繋がり協力関係を築いている			1	2	3	4	5	6

Q32. 質問項目に関するご質問、調査に関するご意見ご感想などがありましたら、ご自由にお書きください。

以上で質問は終わりです。ご協力いただき誠にありがとうございました。