

3ヶ月目の評価時点で当初のリハビリ計画が予想した結果をもたらさない場合には、再アセスメントを通じてリハビリ計画の立て直しを行い、新たなリハビリ計画を作成し、それを実行することとした。

6) 研究会

各病院内で作業グループを組織し、作業グループを含めた研究会を全体で行った。研究会は研究開始前及び研究開始後3、6ヶ月目に行った。

研究会会員名簿(五十音順)

会員氏名	病院名	連絡先住所	電話番号	FAX 番号
浅井邦彦 [◎]	浅井病院	〒283-0000 東江市家徳 38-1	0475-58-5000	0475-58-5549
五十嵐良雄	秩父中央病院	〒386-0056 秩父市寺尾 1404	0494-24-5551	0494-24-5552
植田清一郎	植田病院	〒833-0053 筑後市西牟田 6359-3	0942-53-5161	0942-52-0122
小渡敬	平和病院	〒904-2222 具志川市上江州 665	098-973-2000	098-974-5169
谷野亮爾	谷野呉山病院	〒930-0103 富山市北代 5200	076-436-5800	076-436-1041
中島良彦	山陽病院	〒702-8006 岡山市藤崎 465	086-276-1101	086-274-4123
長尾卓夫	高岡病院	〒670-0061 姫路市西今宿 5-3-8	0792-93-3315	0792-94-5311
野木渡	浜寺病院	〒592-0003 高石市東羽衣 7-10-39	0722-61-2664	0722-63-5530
花井忠雄	ときわ病院	〒005-0853 札幌市南区常盤3条 1-6-1	011-591-4711	011-591-0922
渕野勝広	緑ヶ丘保養園	〒870-0318 大分市大字丹生 1747-4	097-593-3366	097-593-4741
渡部康	桜ヶ丘病院	〒960-0111 福島市丸子字上河原 28-73	0245-53-1569	0245-53-3816

◎: 分担研究者

B. 研究結果

1) 退院への効果

マネジメント開始後6ヶ月間での転帰は表1に示すように、入院継続95人、退院10人、中断5人であった。また、研究期間終了後の平成12年2月末日(研究開始より約10ヶ月後)での転帰は入院継続90人、退院15人、中断5人であった。この退院した15人は自宅へ7名、生活訓練施設へ6名、グループホームへ2名であったが、そのうち自宅と生活訓練施設へ退院した各1名は再入院していた。すなわち、研究を開始して10ヶ月程度の間、13%が退院を果たし、そのうち13%が再入院となった。

2) 対象の基本的属性と転帰の関係

対象の基本的属性として、年齢、性、入院期間、入院回数、入院形態、保険種別、就労期間、経済状況、障害年金受給状況、

最終学歴、勤労状況、職種内訳、同居家族、障害者手帳の14項目に関して平成12年2月末日で入院継続群(90例)、退院群(15例)、中断例(5例)の3群についてカイ2乗検定を行ったが、いずれの背景因子と退院の転帰に有意な関連は認めず、退院を予測できる因子は特に見出せなかった。

3) 入院継続群と退院群の比較

図1にBPRS、LASMI、RIHABの合計点の推移と0、3、6ヶ月における入院継続群と退院群の差の検定(student t-test)の結果を示す。BPRSではいずれの時期でも両群の間に有意差はなかった。一方、LASMIでは0、6ヶ月で、また、RIHABでは0、3、6ヶ月で両群の間に有意な差を認め、退院群が良好な結果を示した。したがって、研究導入時の0ヶ月において既に退院群が入院継続群よりLASMI、RIHABにおいて有意に良好な結果を示していたこ

とから、退院できた症例はリハビリテーションの開始以前から LASMI や RIHAB で良い得点をあげていたことから、リハビリテーション開始 10 ヶ月以内の早期に退院に結びついたものと考えられた。

4) 入院継続群および退院群の群内比較

図 2, 3, 4 に BPRS, LASMI, REHAB の各項目について退院群と入院継続群の 3, 6 ヶ月におけるそれぞれの群内での 0 ヶ月との比較の検定 (対応のある 2 群の検定、student t-test) 結果を示す。BPRS (図 2) と REHAB (図 4) では退院群および入院継続群ともいずれの評価においても研究開始時と比較して開始 3, 6 ヶ月後に有意な差を認め、改善を示した。一方、図 3 に示す LASMI では両群ともリハビリテーション開始時と比較して 6 ヶ月目において有意な差を認めた。これらの結果より、入院継続群においても退院群と同様の改善はリハビリテーション開始時と比較して認められたものの、なお退院にまでは結びつかなかったものと考えられた。したがって、これらの群については、なお長期間の転帰を観察する必要があると考えられた。

5) ケースマネジメント会議実施状況

マネジメントの中心的な活動はケースマネジャーによるマネジメントと、その結果を多職種で討議するケースマネジメント会議である。マネジメント会議では必要に応じて対象患者が取り上げられることになり、したがって対象毎に会議の回数を集計すると図 5 に示すように非常に大きなばらつきが出る。すなわち、非常に大変な症例では 6 ヶ月間に 13 回も会議で取り上げられた症例もみられた。1 人あたりの平均では 6 ヶ月間の会議の実施回数は 7.39 回と算出され、最も頻度の多かった会議回

数は 7 回であった。この結果から概ね月 1 回のマネジメント会議が行われたことがわかる。

1 人あたりのマネジメント会議で討議された時間は 1 回の会議あたり 21~30 分の会議が最も頻度が高く (図 6)、その会議に参加した職員数は 11~15 人が最も頻度が高かった (図 7)。マネジメント会議に参加した職員の職種毎の人数は 11 病院が 6 ヶ月間に行なった全ての会議への参加職員数を調査しその数を職種毎にまとめると表 2 のようであった。最も多かったのは看護婦が 42.1%、次いで PSW (精神保健福祉士等) が 13.8%、医師が 12.3%、看護補助者が 9.4%、OTR (作業療法士) が 8.9%、CP (臨床心理技術者) が 5.6%、薬剤師が 3.9% となっていた。

6) マネジメント時間

マネジメントの段階はいくつかに別れるが、本人の情報を得るために調査や面接を行ない、また、プランを作るための時間、実際に地域の関連の施設や院内の職員との連絡調整、そして行なったことの評価などのために多くの時間を必要とする。ここではマネジメントの段階をアセスメント、プランニング、介入、モニタリングにわけ、それらに費やした時間を対象患者 1 人平均で示した (表 3)。病院毎に非常に大きなばらつきがあるが、6 ヶ月間に対象患者 1 人あたり 7.9 時間~53.8 時間の間に分布しており、平均としては 28.5 時間であった。

D. 考察

平成 9,10 年度の研究はコントロール群を用いた比較対照研究であったがコントロール群に関しては従来のリハビリテーションを継続して施行しており、対象群とコントロール群の差はマネジメントの有無のみという研究デザインとした。研究対象の患者とはマネジメントを行い積極的なリハビリテーションを行うことを記し

た書面での同意を得て研究が行われた。その結果、マネジメントの効果が精神症状ばかりでなく障害の克服に向けても有効な方法であることが示されたと考えられるが、その効果はマネジメントを行う側だけから生み出されたものではなく、患者やその家族への働きかけを通じて彼らの健康な部分や残存能力から導き出されたものも多いと推測する。ポジティブな契約の一環として、研究への参加同意はプラスの面に働いたと考えられる。この点は本年度の研究では対照群を作らなかったが、同様の結果を得たと考える。

本年度の研究においては退院群と入院継続群を6ヶ月間にわたって追跡し、マネージされたりリハビリテーションは退院した患者ばかりではなく入院継続している患者に対しても良好な結果をもたらしたことが観察され、ケースマネジメントを通じてのリハビリテーションの効果が確認された。しかし、退院の確認には6ヶ月間の観察は必ずしも十分な期間ではなく、事実リハビリテーション開始から10ヶ月経た時期には6ヶ月時の10例を5割上回る15例の退院例をみている。したがって、マネジメント開始からの観察時期は更に長期とする必要もあろう。

症状などの変化をBPRS、REHAB、LASMIで行ったがこれらのスケールのもつ問題点もいくつか指摘できる。まず、スケールいずれもが本研究に向いているものかどうかに関しては、一般的に多く使用されているものを選択したので必ずしもリハビリテーションの効果判定として適切であったとは言い切れない。平成9、10年度の研究でも本年度の研究でもLASMIよりREHABにおいて有意な改善がみられたが、入院症例のリハビリ効果の判定にあたってはREHABがLASMIより鋭敏であるといえよう。

次に挙げられる問題としては、スケールを判定する判定者の問題がある。なかなか病院のルチンワークの中でこのようなスケールを用いること自体が少なく、各施設で教育セッションはできるだけ行ったものの、

決して十分ではなかった。その点では十分な教育体制が必要である。同様にケースマネジメントに関しても、介護保険におけるケアマネジメントとはやや趣を殊にするマネジメントであり、教育は必須でありその中でケースマネージャーを育てていく必要がある。したがって、ケースマネジメントのためのマニュアルはぜひ必要である。

この3年間ケースマネジメント技法を用いてリハビリテーションを入院治療において提供する研究を行ってきた中で、数値化できる結果ではないが最も大きな効果としてあげられることは、医師も含めたさまざまな職種の研究スタッフの患者に対する新たな発見であったろう。ケースマネジメントを通じて1人1人の患者と向き合うことにより、これまで見られなかった患者のさまざまな面を発見し、また、積極的なリハビリテーションを通じて変化していく患者の姿を確認し職員相互のチームが有機的に作用することをみて、もっとも多くのものを得たのは実は病棟のスタッフであったろうと信じている。ケースマネジメントという耳慣れない方法に戸惑いながらもよく学び、真摯に患者と向き合って本研究を遂行した全国12病院の多数の職員の方々との3年間の努力に敬意を表するとともに、厚くお礼を申しあげたい。

E. 結論

3年間にわたる研究の結果から、長期入院する精神分裂病患者に対して、マネジメント技法を用いての精神科リハビリテーションの提供が精神症状ばかりでなく障害の克服に向けても有効な方法であることが示され、このようなリハビリテーションの提供が退院を促進するために有効な方法である可能性をもっていることが示された。

F. 研究発表

1) 論文発表

- ① 植田清一郎、五十嵐良雄：精神科病院の入

院機能—リハビリテーション機能について、
日本精神病院協会雑誌、16(2):120—1
24, 1997.

- ② 五十嵐良雄、植田清一郎:病院リハビリテ
ーションの展開、最新精神医学、3(5):433
—441、1998.
- ③ 浅井邦彦:長期入院患者の医療とリハビリ
テーション、日本精神病院協会雑誌、18
(4):298—305, 1999.
- ④ 五十嵐良雄:長期在院患者の精神科リハビ
リテーション病棟における治療効果、日本精
神病院協会雑誌、18(4):337—342, 19
99.
- ⑤ 小渡敬:長期在院患者の医療・福祉とリハビ
リテーション、日本精神病院協会雑誌、18
(4):343—348, 1999.
- ⑥ 厚生科学研究「精神科リハビリテーション病
棟に関する研究」研究班:精神科リハビリテ
ーション療法におけるケースマネジメント技
法の効果と医療経済的検討、日本精神病院
協会雑誌、18(8):737—741、1999.

日本精神病院協会精神医学会、2000、福
島.

2) 学会発表

- ① (社)日本精神病院協会 精神科施設検討
部会、五十嵐良雄・浅井邦彦・植田清一郎・
小渡敬・河崎建人・中島良彦・長尾卓夫・野
木渡・帆秋孝幸・渡部康:ケースマネジメント
技法を用いた精神科リハビリテーション病棟
の施行、第 95 回日本精神神経学会総会、
1999、東京.
- ② 五十嵐良雄、野木渡、小渡敬:シンポジウム
「精神科病院における医療と福祉」、第 27
回日本精神病院協会精神医学会、1999、
福岡.
- ③ 五十嵐良雄、植田清一郎、小渡敬:シンポ
ジウム「精神科リハビリテーション」:第 28 回

表1:症例の転帰

研究期間内				
入院継続	退院	(うち再入院)	中断	
95人	10人	(1)人	5人	
	自宅 5人 生活訓練施設 4人 グループホーム 1人	期間内退院より 自宅から再入院 (1)	病状悪化 4 離院 1	



研究期間終了～H12.2.29

入院継続→退院	退院→(再入院)	中断→(再入院)
期間内入院継続より 自宅 2人 生活訓練施設 2人 グループホーム 1人	期間内退院より 生活訓練施設 から再入院 (1)人	期間内中断より 中断→ 転院(身体状況悪化)→ 身体状況改善の為再入院 (1)人

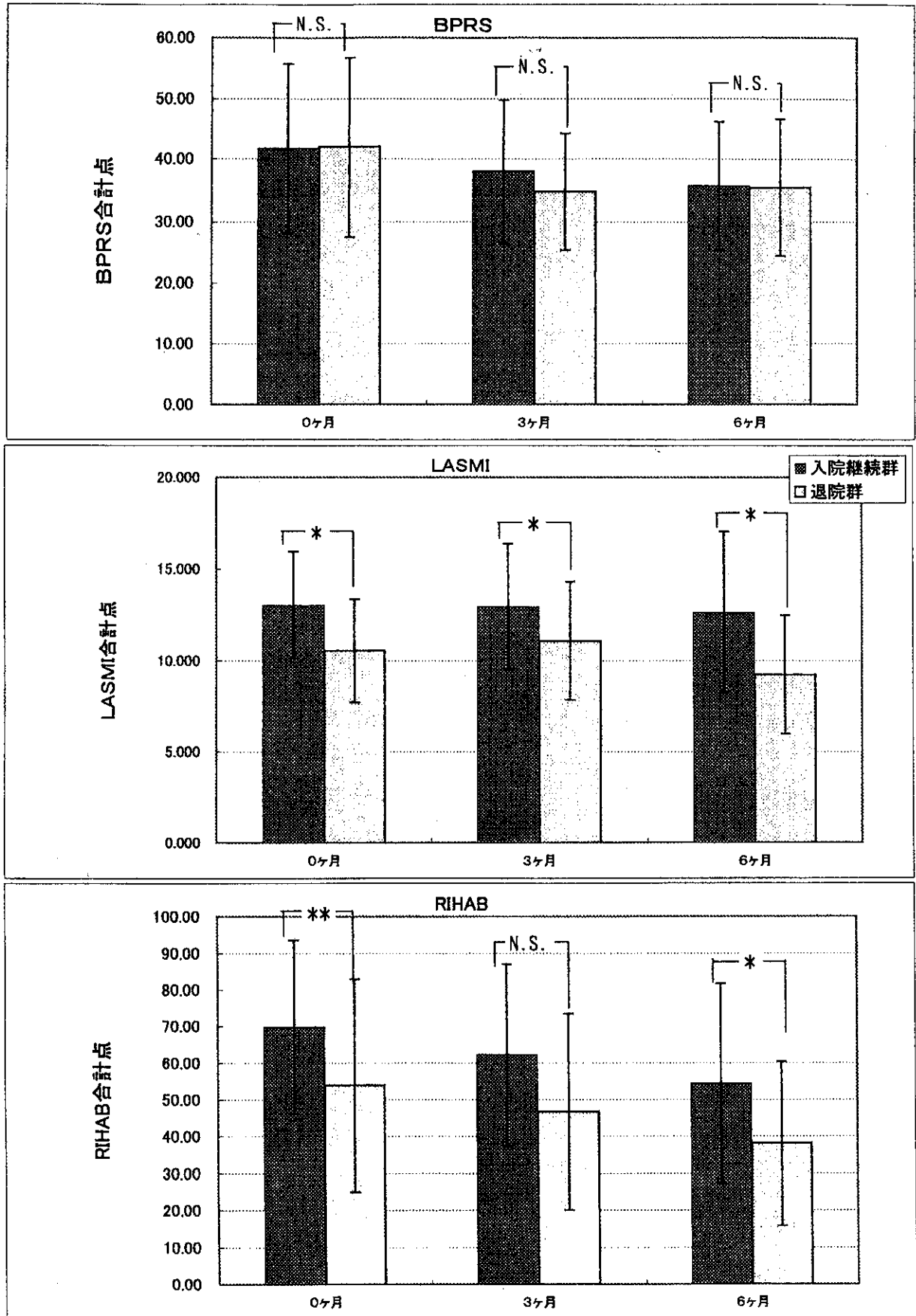


研究期間外含				
入院継続	退院	(うち再入院)	中断	(うち再入院)
	自宅 7人 生活訓練施設 6人 グループホーム 2人	←うち再入院 1人 ←うち再入院 1人	病状悪化 4人 離院 1人	←うち再入院 1人

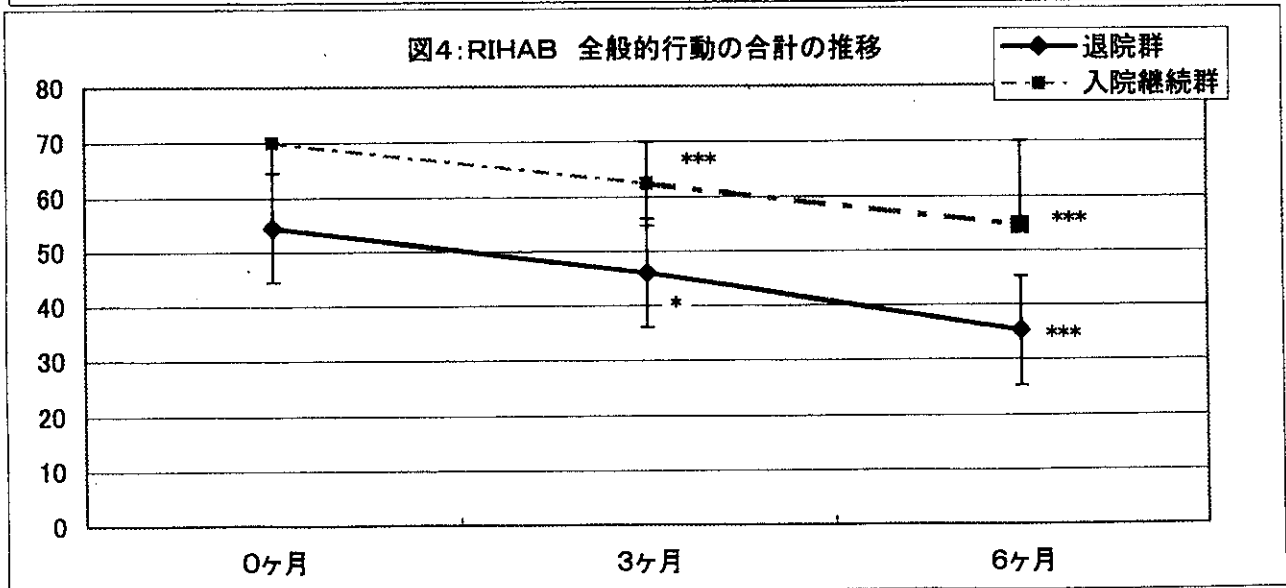
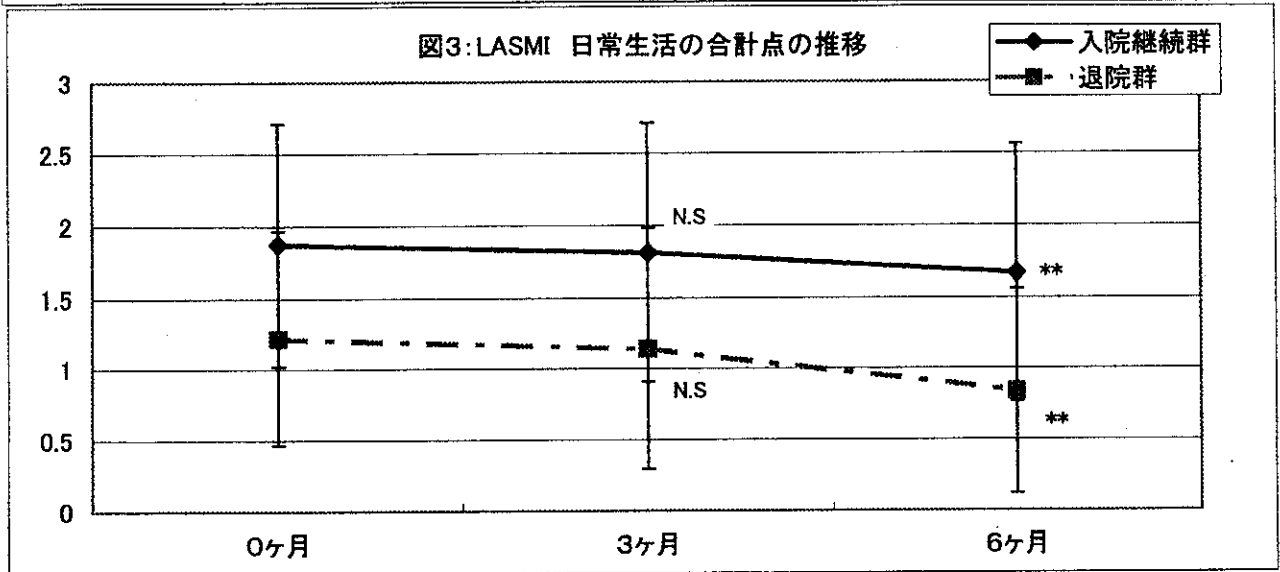
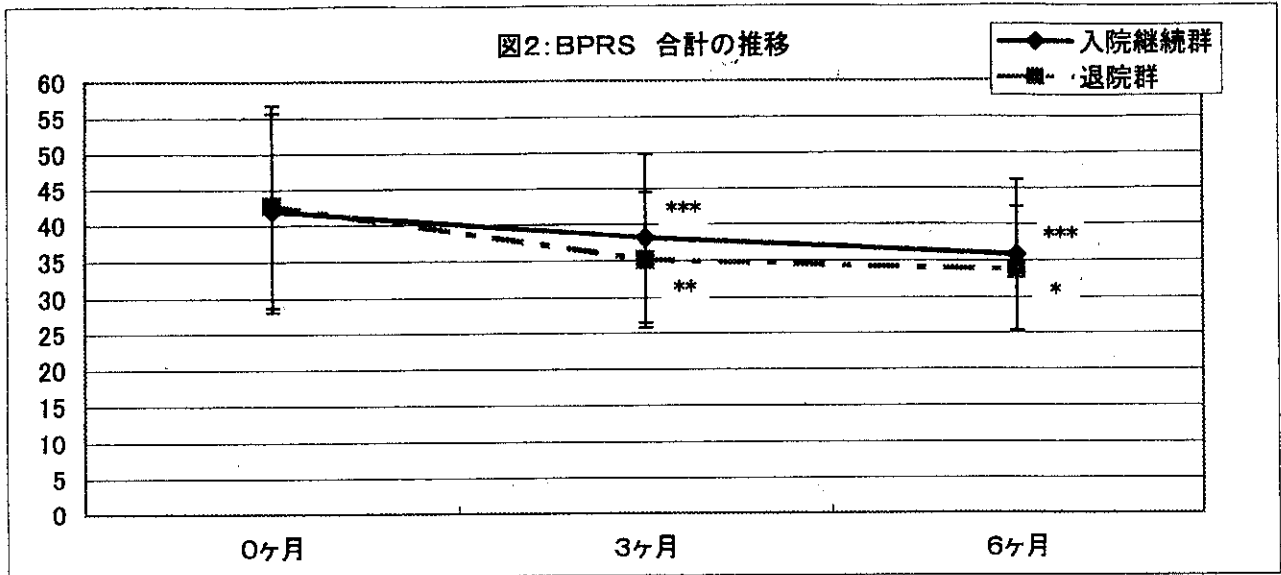


90人	15人	(2)人	5人	(1)人	合計
入院継続	退院	(うち再入院)	中断	(うち再入院)	110人

図 1 :



M ± S. D.
 N.S. : 有意差なし P < 0.05 : * P < 0.01 : **



M±S.D.
 N.S.:有意差なし P<0.05:* P<0.01:**

図5: ケースマネジメント会議実施分布回数

(患者数)

(患者1人あたりの平均会議回数: 7.39回)

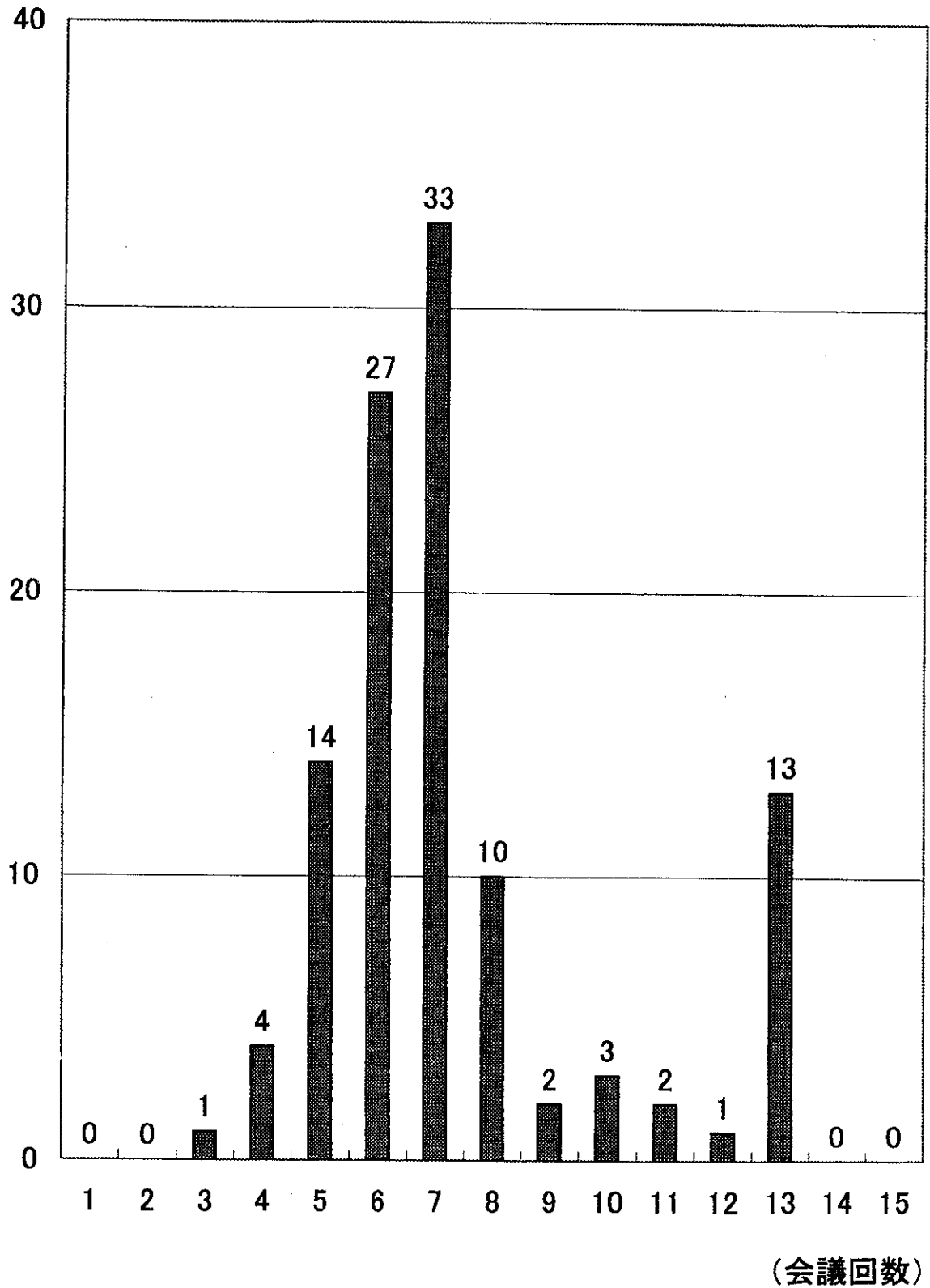


図6: マネジメント会議時間分布

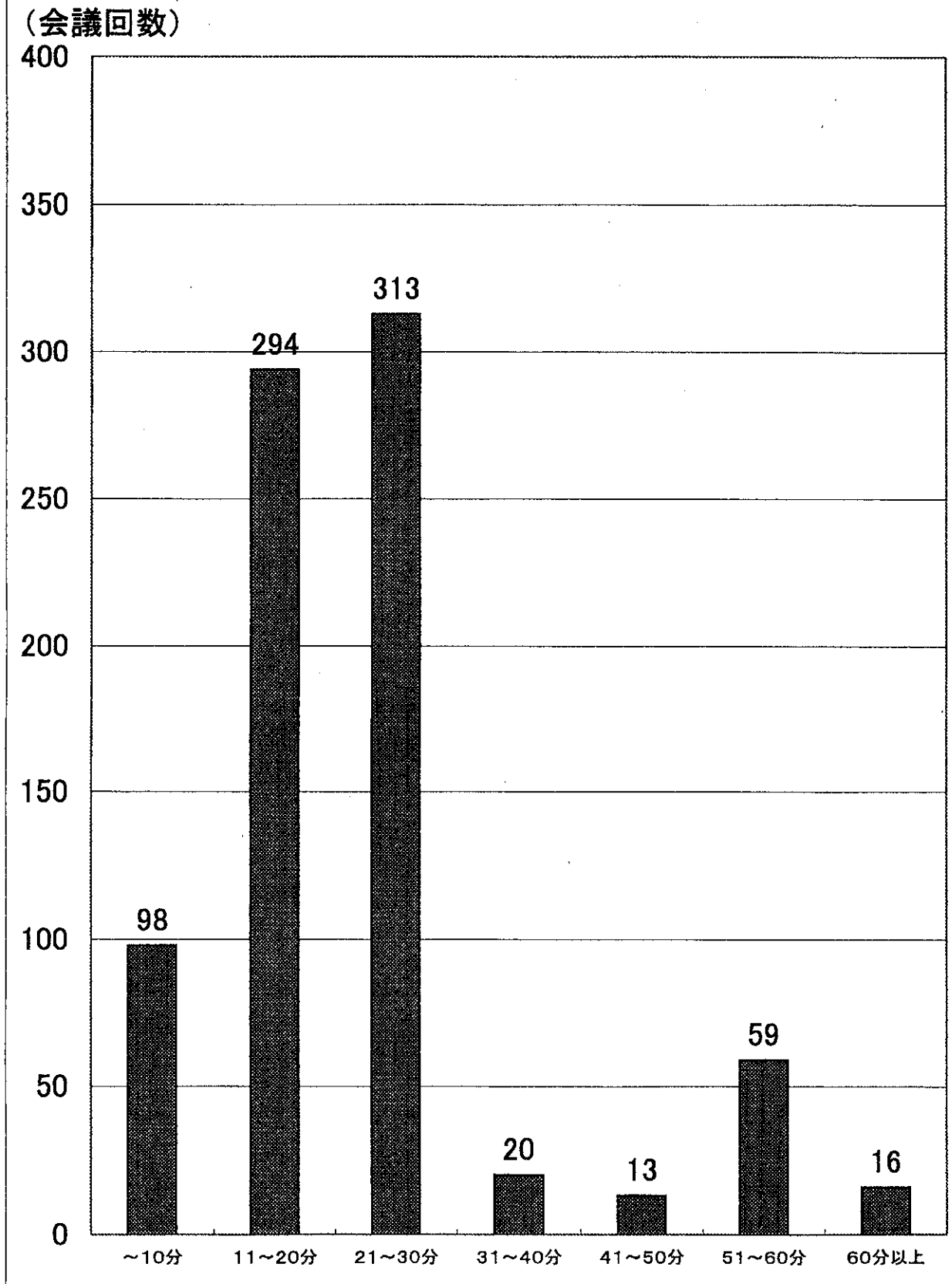


図7: マネジメント会議参加職員数分布

(会議回数)

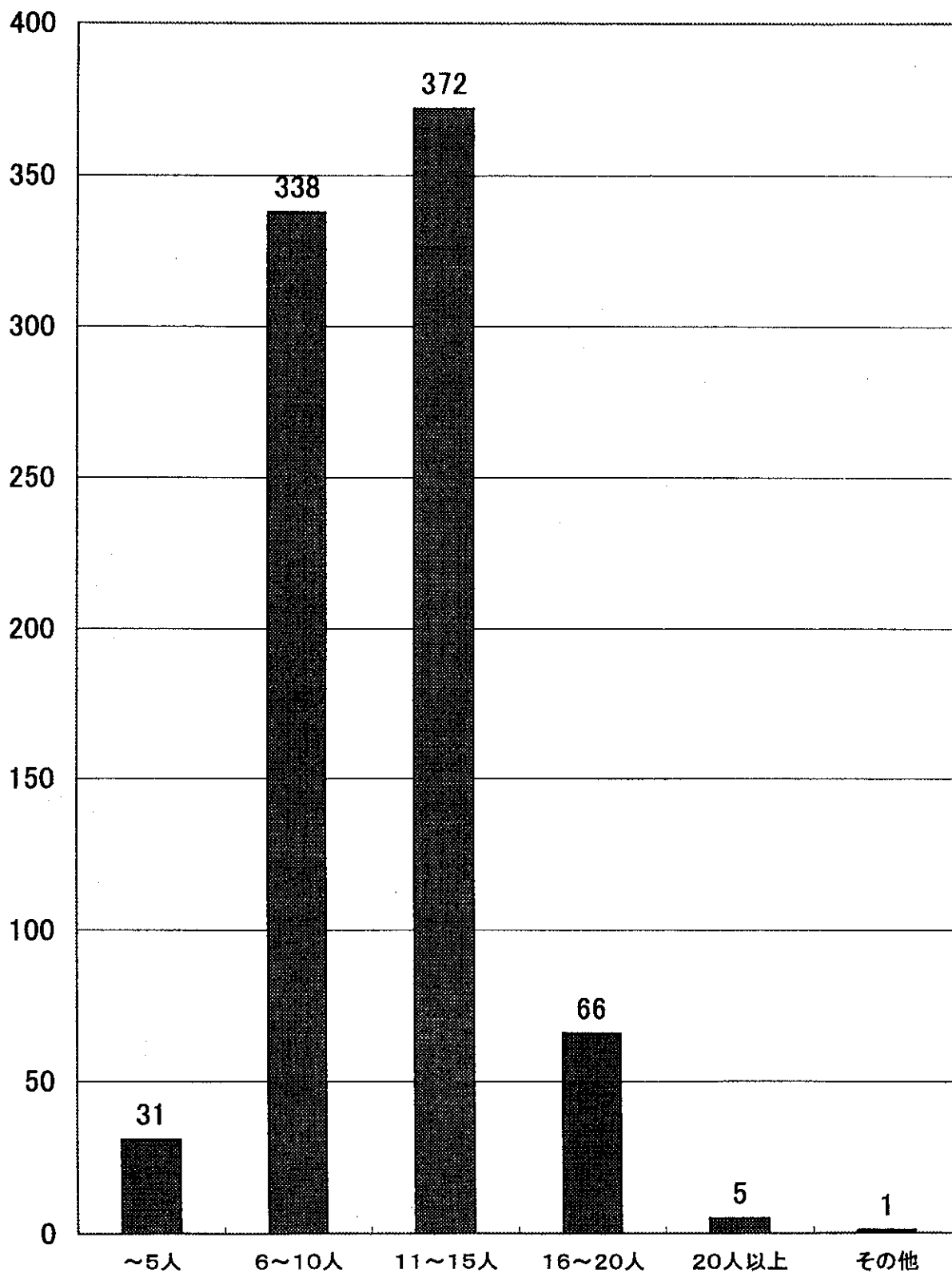


表2: ケースマネジメント会議参加述べ人数(病院毎・開始時から6ヶ月)

(人)

	Dr	Ns	看護補助	OTR	PSW	薬剤師	CP	OTA	PT	栄養士	その他	計
ときわ病院	100	406	344	81	59	15	0	0	0	3	11	1019
桜ヶ丘病院	81	452	4	106	111	6	34	0	0	0	12	806
秩父中央病院	342	639	1	72	323	66	119	0	0	0	46	1608
浅井病院	84	247	20	95	174	67	22	0	0	0	6	715
谷野呉山病院	53	197	14	44	101	27	63	0	0	0	0	499
浜寺病院	84	482	164	26	60	0	0	0	0	0	64	880
高岡病院	57	301	0	45	64	0	26	1	0	0	55	549
山陽病院	30	140	30	60	0	30	0	0	0	21	0	311
植田病院	103	261	0	74	137	73	109	0	0	0	4	761
緑ヶ丘病院	68	292	69	110	118	63	107	0	0	64	0	891
平和病院	95	332	191	81	81	0	22	0	0	0	65	867
10病院合計	1097	3749	837	794	1228	347	502	1	0	88	263	8906
比率	12.32%	42.10%	9.40%	8.92%	13.79%	3.90%	5.64%	0.01%	0.00%	0.99%	2.95%	100.00%

表3: 患者1人に対してマネジメントを行った実時間の平均

(時間)

病院名	期間	アセスメント	プランニング	介入	モニタリング	計
ときわ病院	開始時から3ヶ月目	4.3	0.8	9.7	6.8	21.5
	3ヶ月目から6ヶ月目	0.7	0.0	8.4	2.8	11.9
桜ヶ丘病院	開始時から3ヶ月目	8.5	1.3	6.1	3.9	19.8
	3ヶ月目から6ヶ月目	3.5	0.4	9.7	2.9	16.6
秩父中央病院	開始時から3ヶ月目	12.2	0.9	4.2	1.9	19.1
	3ヶ月目から6ヶ月目	6.8	0.2	2.9	2.1	12.1
浅井病院	開始時から3ヶ月目	9.8	0.9	2.4	7.6	20.7
	3ヶ月目から6ヶ月目	2.5	0.1	1.7	4.9	9.2
谷野呉山病院	開始時から3ヶ月目	4.2	0.6	1.5	2.8	9.0
	3ヶ月目から6ヶ月目	0.3	0.1	1.4	7.5	9.2
浜寺病院	開始時から3ヶ月目	6.2	1.2	5.3	7.6	20.3
	3ヶ月目から6ヶ月目	1.7	0.3	4.6	10.5	17.2
高岡病院	開始時から3ヶ月目	15.7	7.7	11.0	0.5	34.9
	3ヶ月目から6ヶ月目	9.8	1.3	7.7	0.1	18.9
山陽病院	開始時から3ヶ月目	2.0	0.4	2.8	0.3	5.4
	3ヶ月目から6ヶ月目	0.0	0.1	1.8	0.5	2.5
植田病院	開始時から3ヶ月目	5.7	1.3	3.5	7.4	17.8
	3ヶ月目から6ヶ月目	3.4	0.9	1.6	8.8	14.7
緑ヶ丘保養園	開始時から3ヶ月目	3.6	2.0	0.5	1.8	7.9
	3ヶ月目から6ヶ月目	2.1	0.1	0.3	0.9	3.3
平和病院	開始時から3ヶ月目	6.0	0.2	5.2	0.2	11.6
	3ヶ月目から6ヶ月目	1.7	0.1	6.5	1.2	9.5
11病院	開始時から3ヶ月目	7.1	1.6	4.7	3.7	17.1
	3ヶ月目から6ヶ月目	3.0	0.3	4.2	3.8	11.4
	開始時から6ヶ月目	10.1	1.9	9.0	7.5	28.5

長期慢性精神障害者に関する研究

分担研究者 小 島 卓 也

長期慢性精神障害者に関する研究

分担研究者 小島卓也 (日本大学医学部教授、精神神経科学教室)
研究協力者 高橋彰久 沖田肇 安部恒一 鈴木啓予 菊地美穂 松浦雅人
(日本大学医学部精神神経科学教室)
野崎貞彦 横山英世
(日本大学医学部公衆衛生学教室)

研究要旨：精神科病床長期在院患者の実態の解明と、入院を長期化させる患者側の因子を抽出する目的で、5年前の1年間に入院した精神分裂病(分裂病)症例の、5年後の転帰を調査した。対象は、1992年7月から93年6月までの1年間に、8つの病院に入院して来た、ICD-10の分裂病もしくは分裂感情障害の診断ガイドラインを満たしたものの229例である。これらの症例の、第1度親族内の精神障害の遺伝負因、出生時の産科的合併症の有無、初発年齢、病型、利き手、出生季節、結婚歴、小学校時代の学業成績、最終学歴などの背景因子はすでに5年前に調査してある。今回調査員が施設を再訪問し調査したところ、前回調査が終了してから5年間が経過した1998年6月30日の時点で、199例(86.9%)がすでに退院しており、入院継続中は25例(10.9%)であった。退院例を検討すると、入院後30日以内に退院者の1割を超える21例が退院しており、60~90日に退院はピークを迎え、ここまでで3分の1を超える75例(37.7%)が退院していた。その後退院者数は減少するが、半年以内に過半数を超える112例(56.3%)が退院し、1年以内に153例(76.9%)が、1年半以内に176例(88.4%)が退院していた。そこで、入院を長期化させる因子を抽出する目的で、この1年半以内に退院した者と、それ以外の者について、前述の背景因子についてロジスティックモデルによる多変量解析を用い比較検討を行った。その結果、年齢、罹病期間、小学校時代の学業成績の3因子で両群間に有意差($p < .05$)を認めた。遺伝負因、産科的合併症、初発年齢などは有意差を認めなかった。つまり、分裂病者の入院が長期化することを予測させる因子は、①年齢が高いこと、②罹病期間が長いこと、③小学校時代の学業成績が不良以下であること、であった。

A. 研究目的

精神科病床長期在院患者の実態の解明と、社会復帰の可能性の検討は、わが国の精神保健福祉医療にとって、きわめて重要な課題である。

長期在院患者の実態を示すものに、日本精神病院協会による244,228例の入院患者の調査がある。それによれば、5年以上の長期在院者が半数を占め、その大部分は精

神分裂病(分裂病)者であった(日精協誌; 12巻、10号)。従って、長期に入院する精神障害者について検討するには、分裂病者に焦点を当てねばならない。

ところで、分裂病の経過には、性や初発年齢、病型、遺伝負因が影響をおよぼすことが知られているが、われわれが平成5年度から8年度にかけて、厚生科学研究の一環として行なってきた研究^{1~5)}から、大多数例の分裂病者における、これらのデータ

が集積されている。われわれはこのサンプルを用い、5年前に少なくとも1年間入院していた大多数症例の経過に関する実態を追跡調査し、平成9年度⁶⁾、10年度⁷⁾と報告を行ってきた。9年度は、入院期間が5年以上の分裂病者は、5年未満の者と比較して、年齢が高く、罹病期間が長く、小学校時代の学業成績が不良以下の者が多いことを明らかにした⁶⁾。10年度は、5年後の転帰を調査し、5年後も継続して入院していた者は、この間にすでに退院していた者に比べ、女性が多く、年齢が高く、分娩時の産科的合併症（obstetric complications; OCs）の既往が少なく、小学校の成績が不良以下の者が多いことを明らかにした⁷⁾。

しかし、これらの知見は、大部分が長期入院患者であるサンプルから得られたものである。そこで、退院例を多く含むサンプルでもこれらの知見が再現されるかどうかを検討するため、本年度の研究を計画した。あわせて、多数の退院例の入院期間を解析することによって、長期継続入院に移行する危険の高い時期が存在するかどうかも検討する。

B. 研究方法

われわれが平成5年度から8年度にかけて行った調査^{1)~5)}は、全国18の都道府県の精神科関連40施設において、1992年7月から1993年6月までの間に1度でも受診歴のある精神疾患患者のうち、ICD-10の精神分裂病もしくは分裂感情障害の診断ガイドラインを満たしたものを対象としたものである。全施設共通の調査用紙を用

い、主として担当主治医が、可能な限り母親を中心とした家族から情報を求め、第1度親族内の精神障害の遺伝負因、OCsの有無と内容、初発年齢、病型、利き手、出生季節、結婚歴、小学校時代の学業成績、最終学歴、調査期間中の治療形態などを調査した。その際、評価方法の統一を計るため、研究協力者に対する説明会を開催するとともに、評価のマニュアルを作成し、参加施設の全研究協力者に配布した。結果的には全国18の都道府県の29施設から、7922例のデータが得られた。

そこで、本研究ではこの1年間、すなわち1992年7月から1993年6月までの間に入院して来た症例を対象とし、前回調査が終了してから5年間が経過した1998年6月30日の時点で、それらの症例がどのような転帰をたどっていたかについて調査した。

転帰に関しては、a. 退院した、b. その後も5年間継続して入院していた、c. 死亡した、d. 転院あるいは他の施設に転所した、かどうかに分け集計を行った。

調査は数名の調査員が各施設に出向いて行なった。診療録を基に調査し、不明な点は主治医や担当看護婦に確認する形式をとった。

統計学的方法は、ロジスティックモデルによる多変量解析を用いた。統計パッケージプログラムはSPSSを使用した。

C. 研究結果

本年度は8施設から229例のデータを得た。このうち男性は116例、女性は113例で、平均年齢はそれぞれ38.2歳、41.7歳

であった。初発年齢の平均は男性 25.7 歳、女性 25.8 歳とほぼ同等であったため、罹病期間は男性の 16.9 年に対して女性は 19.7 年とやや長かった。

1. 5 年後の転帰

229 例の、1998 年 6 月 30 日の時点での転帰を表 1 に示した。199 例 (86.9%) がすでに退院しており、入院継続中は 25 例 (10.9%) であった。

表 1 5 年後の転帰

転帰	症例数
退院	199 例
継続入院中	25
死亡	2
転院 (所)	3

2. 退院例の入院期間

退院例の入院期間、すなわち退院までに要した日数を、30 日区切りとし、その 30 日間の退院者数を棒グラフに示したものが図 1 である。

この図から分かるように、入院後 30 日以内に退院者の 1 割を超える 21 例が退院しており、60~90 日に退院はピークを迎え、ここまでの 3 分の 1 を超える 75 例 (37.7%) が退院していた。その後退院者数は減少するが、半年以内に過半数を超える 112 例 (56.3%) が退院していた。ふたつめのピークは 8~9 ヶ月目に訪れ、

1 年目に向けて減少するが、1 年以内に 153 例 (76.9%) が退院していた。1 年を経過した直後に 3 番目のピークが訪れ、510 日以降はしばらく退院が途絶え、後は大きなピークはみられない。この 510 日、すなわち 1 年半未満で退院したものは、176 例 (88.4%) であった。

3. 入院を長期化させる患者側の因子

図 1 から読みとれるように、退院の大部分は 1 年半未満に集中しており、以後は退院のピークはみられなかった。そこで、この 1 年半未満に退院した者と、それ以外の者について、前回調査^{1~5)} で判明している因子、すなわち性、年齢 (全体平均の 40 歳を cutoff point とし比較した)、第 1 度親族内の分裂病の遺伝負因、OCs の既往、初発年齢 (平均の 25.8 歳を cutoff point とし比較した)、病型、罹病期間 (平均の 18.3 年を cutoff point とし比較した)、利き手、結婚歴、小学校時代の学業成績などについて、いかなる差異が存在するか、ロジスティックモデルによる多変量解析を用い比較検討を行った。

その結果、年齢、罹病期間、小学校時代の学業成績の 3 因子で両群間に有意差 ($p < .05$) を認めた (表 2)。遺伝負因、OCs の既往、初発年齢などは有意差を認めなかった。

D. 考察

過去 2 年間のわれわれの研究は、対象を 5 年前の 1 年間に終始入院していた者としたため、5 年後の追跡調査の段階でも、9

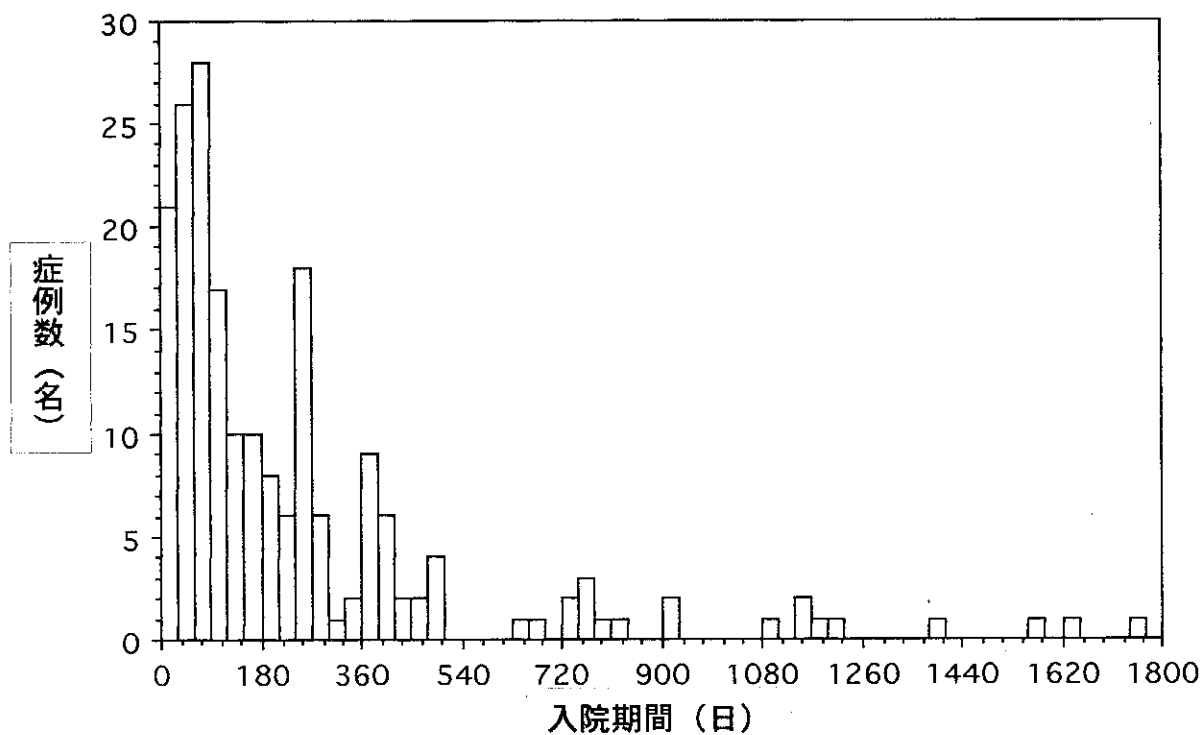


図1. 退院例の入院期間

表2.入院期間1年未満と以上の比較における各因子の関連

因子名	オッズ比	95%信頼区間 (下限, 上限)	p値
年齢 (平均以下/以上)	2.5287	(1.2142, 5.2662)	0.0132
罹病期間 (平均以下/以上)	2.5387	(1.2334, 5.2253)	0.0114
成績 (不良以下/以上)	0.3268	(0.1377, 0.7753)	0.0112

年度⁶⁾は8.5%、10年度⁷⁾も11.1%しか退院していなかった。研究目的の項で述べたように、今回われわれは退院症例が多数を占める対象を求め、5年前の1年間に入院して来た症例を追跡の対象とした。従って、5年前の調査の時点では、入院期間が1年未満の者ばかりである。その結果5年後の追跡調査の段階で、86.9%が退院していた。平成9年度の調査で、1年間終始入院していた症例の73.5%がすでに5年以上入院していたこと⁶⁾を考え合わせると、分裂病における入院は、短期のものと、長期のものに2分されることが示唆された。では、その分水嶺をどの時点に求めることが出来るか。われわれの研究結果では、1年半以内に大部分のものが退院しており、この時点を入院の長期化を予測するめやすと出来るのではないかと。

次に、今回の調査で明らかとなった、年齢、罹病期間、小学校時代の学業成績が、入院期間に及ぼす影響については、研究目的の項で述べたように、長期入院例が多いサンプルでも繰り返し認められている^{6,7)}。従って、①年齢が高いこと、②罹病期間が長いこと、③小学校時代の学業成績が不良以下であること、は入院の長期化を予測させる因子であると言えよう。

ところで、年齢が高いことと、罹病期間が長いことは表裏の関係にあるが、このことがなぜ入院を長期化させているのであろうか。病勢の進行を現しているのであろうか。すでに両親は亡く、帰るべき家をもたないということであらうか。この点に関し、われわれが昨年、長期在院者の退院を阻害している要因を、担当者にアンケート調査した結果⁷⁾が参考になる。これによれ

ば、退院できる病状ではないが69.6%、家族の保護下であれば退院可能だが、家族がいないが2.9%、家族の保護下であれば退院可能だが、家族が受け入れに消極的が11.3%、援護寮、グループ・ホームなどへは退院可能だが、適当な施設がないが5.4%であった。従って患者の病態の方が入院を長期化させる大きな要因であると考えられる。つまり、年齢が高いこと、罹病期間が長いこと、小学校時代の学業成績が不良以下であること、が患者の病状の悪化、ひいては長期在院に結びつくと考えられるが、本研究からそこまで言及するのは危険であらう。

E. 結語

- 1) 分裂病では1年半以上入院すると、それが長期入院に結びつく可能性がある。
- 2) 分裂病の入院の長期化を予測させる因子は、①年齢が高いこと、②罹病期間が長いこと、③小学校時代の学業成績が不良以下であること、であった。

F. 文献

- 1) 小島卓也：精神分裂病の疫学に関する研究。「精神保健・医療の学際的分析に関する研究」(主任研究者 野崎貞彦)平成5年度厚生科学研究総括研究報告書；220-223, 1994
- 2) 小島卓也，高橋彰久，菊地美穂ほか：精神分裂病の疫学に関する研究。「精神保健・医療の学際的分析に関する研究」(主任研究者 野崎貞彦)平成6年度厚生科学研究総括研究報告書；85-91, 1995

- 3) 小島卓也, 高橋彰久, 沖田肇ほか: 精神分裂病の疫学に関する研究. 「精神保健医療の学際的分析に関する研究」(主任研究者 野崎貞彦) 平成 7 年度厚生科学研究総括研究報告書; 49-59, 1996
- 4) 小島卓也, 高橋彰久, 沖田肇ほか: 精神医学(精神分裂病)の疫学に関する研究. 「精神保健医療の疫学と実態の把握に関する研究」(主任研究者 野崎貞彦) 平成 8 年度厚生科学研究総括研究報告書; 1-3, 1997
- 5) 高橋彰久, 小島卓也: 分裂病の疫学研究が示唆するもの. 精神科治療学 12 (5); 467-471, 1997
- 6) 小島卓也, 高橋彰久, 沖田肇ほか: 長期慢性精神障害者に関する研究. 「適正な医療の供給に関する研究」(主任研究者 野崎貞彦) 平成 9 年度厚生科学研究総括研究報告書; 1-4, 1998
- 7) 小島卓也, 高橋彰久, 沖田肇ほか: 長期慢性精神障害者に関する研究. 「適正な医療の供給に関する研究」(主任研究者 笠原嘉) 平成 10 年度厚生科学研究総括研究報告書; 67-74, 1999

精神保健福祉情報の整備に関する研究

分担研究者 竹 島 正