

コミュニティーへの転職によってそれまでの医療のパラダイムを放棄しなければならないという事情が改革を阻んだ。古いパターナリズムに馴染んだ看護職員は新しいコミュニティー精神医療のやり方に馴染めず感情的に反発したのである。目に見える抵抗は論理に基づくが、目に見えない抵抗は感情に基づき、より解決が困難である。日本でも病院に勤務する職員の雇用の不安を取り除き、職員へのコミュニティー精神医療の再教育が「職員の脱施設化」を可能にする道を開くと思われる。

VI. 公営か民営か

公立であった CHNP は 1999 年に非営利民営化された。より自由な運営主体とすることにより改革のスピードを上げることが目的という 16)。ナースホームのコストは税金から医療保険による支払いに変更されたが、これも税金を利用するまでの煩雑な手続きと時間を省き開設・運営をスピードアップすることが一つの理由であるという 15)。

一方で営利団体の精神保健サービスへの参入は他の欧米諸国同様 17)、ルクセンブルクでも深刻な問題を生じている。公的給付を受けても住居を探すことができないレベルの人については究極的な受け皿として、ファミリーゲストハウス（ファミリーペンション）の制度にもとづく営利会社や営利目的の個人による障害者の収容がある 7)。北部の貧しい僻地にある倒産したホテル、個人の住宅などに元入院患者が多数収容されているが実数は分かってない 10)。環境は劣悪であり医療関係者、社会精神医学者からの強い批判を浴びている。居住者は年金の 3/4 を施設に搾取され月 200 ユーロ程度

で生活し、求めるものは何も手に入らず、手元には何も残らない悲惨な生活を続けている実態が明るみに出た 10)。レスラー教授は居住施設への営利企業の参入については「明らかな政治的誤り」18)と断言している。日本で脱施設化を進めるのであれば障害者の居住する施設が必要となるが、営利企業、営利を目的とする個人の参入は厳しく制限する必要がある。

VII. 税か医療保険か

精神医療改革を阻むものとして、財政の構造的な問題があることが知られている 8)。医療・福祉とも税を財源とするビーブリッジ（ベバレッジ・英国）型と比較し、福祉は税・医療は保険を財源とするビスマルク型は二つの財源の間での移行が困難で、入院医療からコミュニティーへの移行が遅れる傾向がある 18)。

最近ルクセンブルクでは制度が変わりナースホームは医療保険から支払いをうけることになった。これはビスマルク型での財源の一本化に道を開いた。「ホームは福祉の財源から」という先入観にとらわれない逆転の発想による注目すべき改革である。

VIII. 脱施設化とコストの上昇

急激な改革をサポートしたのは豊かな財政である。脱施設化後、ルクセンブルクの精神医療福祉の予算は増加している。以前より大変な額を精神医療福祉に投じたことで知られているが、現在も精神医療に医療費の内 13.4% 8)を投じ、精神医療・福祉の総コスト（対 GDP 比）は日本の 2.13 倍にもなる 8)。なお、ルクセンブルク、スイスの研究者に尋ねたところ、日本の現在のコストは低すぎるため、コミュニティーへの移行に伴って上昇することが必定との答えで

あった 16) 17)。

ルクセンブルクでは改革途上に病院とコミュニティの両方を賄うためのパラレルファンディングは観察されなかった。理由としては財源があまりに豊かだったために、病院医療の継続運営とコミュニティの整備を両立させることが容易であったのではないかと考えられる。

IX. 病棟別機能分化は改革を困難にする

ルクセンブルクでは精神医療改革前、55-60床時を病棟1単位としていた。現在の日本とほぼ同規模であった。老人病棟、急性期、慢性期と機能の分化を行っていたことも類似していた。しかし1993年の報告書ではこの病棟別機能分化の問題点が指摘された。

「55-60床ものスケールの精神科病棟で機能分化した専門的な医療は提供しようとするため、どんなに小さく見ても精神科病院は100-120床にもなってしまう。(略)

CHNP に対しては現在の病棟別機能分化を止め、現在の部門間でお互いに業務をシェアしあう方向で改革していくことを勧告する。」4)

60床もある病棟が多い日本で病棟別機能分化を進めれば、100のオーダーで病床数を増やす方向に作用し、病床削減に強力に拮抗する力として働くことは明らかである。ヨーロッパでもアメリカでも、80年代までに病棟別機能分化を進めていた国では、病床削減によって分化の揺り戻しが起こった(19)。日本で病床の削減を考えるのであれば、この勧告に示されたように、病棟別機能分化を廃止して次のステップを目指すことが当然必要となる。

X. 脱「ハードウェア」は脱施設化のファーストステップである

ルクセンブルクで非常に大きな額を精神医療に投入してきたが、全く質の向上につながらなかったことで知られる。ヨーロッパ随一の高額な精神医療費は一体どこへ消えたのか？それは巨大な病院建築群に消えていった(17)。CHNPの建物はどれもがこの町では飛びぬけて巨大な高層の建物ばかりである。皮肉なことに精神医療を少しでも良くしようという善意により資金をつぎ込んだ建物は、立派過ぎるがゆえに圧迫感と親しみにくさを感じさせ、地域の住民にとって強い差別と偏見の象徴にされてしまった(10) 17)。一方で病院関係者に対しては建物が立派であるがゆえに、それだけで良い医療を施しているかのような錯覚を与えてしまった。職員は病棟に誇りと愛着がある故に、90年代に目に見えない形での「脱施設化への抵抗」も生じた。ルクセンブルクを指導するレスラー教授が激しく批判しているにも関わらず、今もなおCHNPの管理棟 The Building は取り壊されず、リフォームのための多額の資金が投入され続けている。2006年にCHNPは年間収入の36%を土地建物の取得と維持に費やしている(12)。今回のCHNPの視察ではまだ使用可能な巨大で豪華な空き病棟がいくつも目についた。何らかの施設として転用できたものを除き脱施設化で病院の建築物はその価値を失い、精神医療費を源とする多額の資金はすべて無駄となる。

日本では劣悪な環境を改善するために、医療施設近代化施設整備事業などの施策により病院の建築が推進された。精神科療養病棟入院料取得のため多くの病院が新築し、最近で

は精神科救急入院料算定のため高い水準のハードの整備が急務となっている。しかしハードの整備により貴重な医療財源が医療サービス実質以外に費やされていくことは事実である。土地取得と建設に諸外国以上のコストを必要とする日本ではより一層深刻な問題である。「救急精神科治療の整備」の名の下に、今も未来への負債が積み上げられていく。

ルクセンブルクの大きな失敗からは、「日本で脱施設化を進めるのであれば、今後は医療の質の担保として病院建築の基準を絶対条件としない」という結論が自ずと見えてくる。

XI. 科学的な研究は大切だが、「精神医療改革は科学ではない。政治である」

今回の研究で入手したいわば「改革の処方箋」である Gemeindepshychiatrie Grundlagen und Leitlinien Planungsstudie Luxembourg 「コミュニティー精神医療—ルクセンブルクでの原則とガイドライン (1993)」と、「改革のアセスメント」である Psychiatrie Luxembourg Planungsstudie 2005「ルクセンブルク精神保健計画 2005」はルクセンブルク精神医療福祉のすべてについて網羅した詳細な研究である。精神医療改革のためには基礎となる科学的なデータ収集と解析が必要であることは言うまでも無い。

このように社会精神医学に基づく科学的な「社会実験」としての精神医療改革を行ったルクセンブルクであるが、現実には政治的な障害が改革に大きく影響を与えた。

① 公立(当時)の CHNP は労働組合が非常に強く、あらゆる変化に対して現場職員の有形・無形の強い抵抗があった。管理者には官僚主義が強いはびこり、やはり変化に対して強い抵抗を示した。これら

は民営化によって改善が見られた10)15)17)。

② 精神医療に関する各種団体の利益をめぐる争いは政治的介入を必要とした10)。立場の弱い患者のためには、精神科医が代わってロビー活動を行うことが必要であった17)

③ この改革はルクセンブルク政府の強い主導があり実現した。しかし精神医療に興味をあまり示さない前保健相が着任した2001年以降、精神医療改革のペースは明らかに遅くなった11)。現任の保健相には改革に積極的であり、改革のペースは再び加速したが遅れは取り戻せていない17)。

改革を指揮したレスラー教授は繰り返しこう述べている。

「精神医療改革は科学ではない。政治である。」

改革に本当に必要なのは正しい目標設定、意思決定、遂行能力である。

E. 結論

社会精神医学者主導による急速な精神医療改革は、詳細な科学的調査、研究を尊重した政府当局の意思決定、精神医療保健福祉への十分な財源の割り当てにより可能となったことが分かった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

1. Haug H.J., Rössler W. (1999). Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. *Journal European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 249:115-122.
2. OECD Health Data 2002 : OECD
3. Mental health atlas : 2005. World Health Organization. Geneva, Switzerland
4. Rössler, W., Salize, H., Häfner, H. (1993) Gemeindepshychiatrie Grundlagen und Leitlinien Plannungsstudie Luxembourg. Verlag Integrative Psychiatrie
5. 外務省 (日本) HP ルクセンブルク大公国 (Grand Duchy of Luxembourg)
<http://www.mofa.go.jp/MOFAJ/area/luxembourg/index.html>
6. Health Care Systems in Transition. (1999) The European Observatory on Health Care Systems is a partnership between the World Health Organization Regional Office for Europe.
7. OECD Health data 1998: OECD
8. MHEEN II Policy Briefing: Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities. (2007) Personal Social Services Research Unit London School of Economics and Political Science MHEEN
9. Rössler, W., Salize, H. J. (1995) Factors affecting public attitudes towards mental health care. *Journal European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*(245) 1.
10. W. Rössler. (2005) Psychiatrie Luxembourg Planungsstudie 2005 Bestandserhebung und Empfehlungen. Universität Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik.
11. Mental Health in Europe Country reports from the WHO European Network on Mental Health (2001) World Health Organization
12. RAPPORT ANNUEL 2007; CHNP(Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique) (2007)
- 13 Emile-Mayrisch 病院 HP
<http://www.chem.lu/>
14. The State of Mental Health in the European Union. European Commission (2004) European Communities
15. Dr. Gleis 総合病院 Emile-Mayrisch 病院 精神科部長インタビュー 1-28-2009
16. Dr. Joosten CHNP 院長インタビュー 1-27-2009
17. Prof. Rössler チューリッヒ大学精神科教授インタビュー 1-30-2009 メールによる情報交換 2-20-2009
18. 平成 19 年度厚生労働科学研究補助金 精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究・分担研究報告書精神医療の提供実態に関する国際比較研究 (2007)
19. 小規模精神科病院問題検討プロジェクトチーム報告書 (2004) 社団法人日本精神科病院協会
20. 内閣府統計
<http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/gaiyou.html#qe>

精神科長期入院経験者の
退院後を支える社会資源の調査

錦糸町クボタクリニック

窪田彰 (M.D.)

錦糸町クボタクリニック

鈴木順子 (CP)

千葉大学大学院 自然科学研究科

情報科学専攻博士後期課程

花井友美

1.<はじめに>

「精神医療の提供実態に関する国際比較研究」において、精神科診療所の国際比較についての研究テーマを与えられた。しかし、欧米の精神科外来医療においては、プライマリーケアはGP(家庭医)が担っており、日本と比較しうる精神科外来診療所は見いだすことができなかった。日本の精神科診療所の特徴は、第1にその多くは入院ベッドを持たないこと、第2に外来診療を医師・看護師・心理士・精神保健福祉士等のチームにおいて実践していること、第3に公的医療機関ではなく民間の経営に委ねられていること、第4に精神科デイケアや訪問看護等多機能的な実践が可能になっていること、等が挙げられる。このような特徴から、欧米におけるプライベートプラクティス(精神科医が一人で精神療法と処方をするスタイルの外来医療)と同列に論ずることはできない。日本の精神科診療所は国民健康保険のもと、自由開業制に支えられ独自の発展をしてきた。特に、その特徴で触れた多職種による多機能型の精神科診療所が精神科地域ケアを担いつつある。今後の精神科長期入院経験者の退院後のサポート体制を考えると、このような精神科診療所の機能を考察することに意味があると思われる、その実際について統計的方法を用い

て調査研究を行うこととした。

2.<目的>

精神科病院に長期入院をした患者への退院後のサポートは、外来診療、住居支援、通所サービスの利用、訪問看護の実施、福祉相談、等々の多面的な支援が、個々のニーズに対応して統合的に提供される必要がある。日本の精神科外来医療において、どのような支援が再発・再入院予防に効果的であるのか。今後どのようなサポートを発展させれば、長期入院してきた患者の退院後の地域定着に有効か等を検討するために、精神科診療所の外来通院患者の実態につき調査した。本研究では、精神科病院に3か月以上入院後に退院し、精神科診療所(当院)に通院した患者の1年後の予後と予後に関係している因子を検討した。

入院期間を3ヶ月間以上とした理由は、近年精神科病院への入院治療は、入院医療費の経済的理由等から3ヶ月間以内に退院しているものが圧倒的に多い。その為3ヶ月間を越えた入院は、何らかの早期退院を阻害する因子を持っているハイリスク患者と考え、これを長期入院の定義とし調査した。

3.<調査対象の精神科診療所(当院)>

について>

当院は、東京東部地域（下町）にある。この地域は、日本のなかでは極端に精神科病床の少ない地域であり、精神科入院を必要とする患者の多くは、東京西部地区・埼玉県・千葉県・神奈川県精神科病院に入院せざるをえない。このため、退院後は、自宅に近い当院のような地元の精神科診療所に通院場所を移さざるをえない。当院は約20年前の開設時より、統合失調症の地域ケアに積極的に取り組んできた。当院に通院していた患者が、そういった離れた地域の精神科病院にある期間入院し、退院後当院への通院を再開することもあるし、東京近郊の精神科病院に長期入院をしていた患者の社会復帰に際して自宅に近い当院を紹介される場合もある。いずれも、当院のチームがそのサポートを担うこととなる。

当院においては、外来の診療・コメディカルによる相談活動・デイケア・ナイトケア・訪問看護・及び、近隣にある地域生活支援センターや自立支援事業所等の活用によって、包括的な地域ケアを目指してきた。当院は診療所が2カ所あり、常勤換算4名の医師が外来診療を行っている。デイケアは約60名と約15名の2カ所、訪問看護は月に約120件である。

当院の外来患者の概略について述べる。当院の初診患者の診断名の比率、及び現在通院継続中の患者の比率は以下に示したとおりである。初診において、統合失調症の比率が約23.4%であり、精神科診療所の一般の比率と較べて高い。また、現在通院継続中の患者においては約42.3%と、一層統合失調症の比率が高くなっている。このような患者層のなかで、長期入院を経験した

患者の1年後の予後が、一体どのようになっているのかを調査することとした。

当院初診の患者の診断名の比率

S 圏(統合失調感情障害等も含む)	23.40%
D 圏	25.30%
MDI	1.80%
N 圏	38.90%
EPI	1.50%
その他	9.10%

当院外来通院中の患者の診断名の比率

S 圏(統合失調感情障害等も含む)	42.30%
D 圏	30.50%
MDI	3.50%
N 圏	23.50%
その他	1.20%

4.<調査について>

調査方法：適及的な方法による。調査対象時期における、調査対象者のカルテにある記載をもとに調査用紙への記入を行った。

調査用紙：精神科医師3名と心理士1名、統計を専門とする技術者1名の5名で作成した（本稿末尾の添付資料を参照）。

調査対象者：対象者の年齢は18歳～65歳（調査対象となる入院時において）である。対象者の精神疾患は、統合失調症、統合失調感情障害、感情障害（双極性・単極

性)、人格障害である。器質性精神病、認知症、てんかん、アルコール等の依存症、知的障害、発達障害、神経症圏は除く。ただし、統合失調症と知的障害・てんかんを併発している場合、統合失調症とアルコール依存症を併発している場合等、調査対象となる疾患とともにそれらの病名が認められる場合は、調査対象に含めた。

以上の条件の上で、3ヶ月以上の精神科入院歴を持ち、その退院後1年以内に当院に通院をした者が調査対象者となる。

調査対象となる精神科入院：退院が、この研究の調査時より1年以上前で、入院期間が3ヶ月以上、かつ最も近年のもの。更に、退院～1年の間に当院に通院をしていること。

調査対象となる時期：上記入院を経て、その退院～1年後の状態を調査する。1年後時点で入院している者、及び通院中断している者については、退院後～入院・中断の直前の状態を調査する。

調査対象者の抽出：作為的な抽出にならないように配慮した。当院の約20年間のカルテ約2万数千冊のなかから、6757名のカルテを対象とした。うち、3ヶ月以上の精神科入院歴のある者が189名であった。更に上記調査対象に該当する者が105名であった（精神科入院歴が三ヶ月以上ある者でも、例えばA病院に半年間入院し、退院後A病院に2年間通院、その後当院に通院を開始した場合は研究対象からはずれることになる。つまり、退院後1年以内に当院に通院のない者は除外した。189名が105名に絞られた多くはその理由による）。

調査時期：2008年8月～2009年1月。

調査用紙の記入について：当院に勤務す

る医師、看護師、精神保健福祉士、心理士、及び実習生（心理系大学院卒）によって行われた。

5.<結果>

本研究では、当初、3ヵ月以上の入院後に退院し、その1年後に外来で地域生活を維持している者と、1年を待たずして再入院してしまった者との差異を調べることで、

退院後1年時点:105名の転帰

	n	%
外来通院中	102	97.1
再入院	2	1.9
通院中断	1	1.0
合計	105	100.0

退院後1年後では、殆どの者が外来通院を維持できているという結果であった。以上の結果では2群間における比較は難しいと考えられた。

そこで後日、改めて「退院後1年を待たずして再入院してしまった者」について、先の105名のカルテとは別に、カルテの検索を行った。退院後1年を待たずして再入院している者が13名見つかった。この13名を先の2名に加え、退院後1年次点で「外

退院後の地域生活維持に関する因子を理解しようとしていた。調査対象者105名の1年後の転帰は以下の通りであった。

来通院中」の者（以下、「外来通院群」）102名と「再入院」の者（以下「再入院群」）15名とを分析対象として以下の統計処理を行った。

また、調査対象者の診断分類は以下の通りであった。約90%が統合失調症圏であった。

診断名:全体

	n	%	
S	90	76.92	S圏 89.74%
統合失調感情障害	8	6.83	
S+MR	6	5.12	
S+Epi	1	0.85	
MDI	6	5.12	
D	4	3.81	
BPD	2	3.41	
合計	117	100.00	

診断名：外来通院群

	n	%	
S	78	76.47	S 圏 89.21%
統合失調感情障害	7	6.86	
S+MR	5	4.90	
S+Epi	1	0.98	
MDI	5	4.90	
D	4	3.92	
BPD	2	1.96	
合計	102	100.00	

診断名：再入院群

	n	%	
S	12	80.00	S 圏 93.33%
統合失調感情障害	1	6.67	
S+MR	1	6.67	
MDI	1	6.67	
合計	15	100.00	

5-1. < χ^2 検定 >

*以下においては、有意差のみられた結果のみを表に示した。全体の基礎統計量等については、本稿末尾に資料として添付する。

・ 性別

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入

院）」と「性別（男性 / 女性）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性が認められた ($\chi^2(1) = 7.83, p < .01$)。「外来通院中」群では全体よりも「男性」の比率が高く、「再入院」群では全体よりも「女性」の比率が高かった (表1)。

表1 「退院1年時点の状態」と「性別」との関連性

		性別		合計
		男性	女性	
外来通院中	<i>n</i>	53	49	102
	%	52.0%	48.0%	100.0%
再入院	<i>n</i>	2	13	15
	%	13.3%	86.7%	100.0%
合計	<i>n</i>	55	62	117
	%	47.0%	53.0%	100.0%

・ 退院直後の症状1_寛解状態

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「退院直後の症状1_寛解状態（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 退院直後の症状2_幻覚や妄想

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「退院直後の症状2_幻覚や妄想（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 退院直後の症状3_陰性症状が主体

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「退院直後の症状3_陰性症状が主体（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 退院直後の症状4_抑うつ状態

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「退院直後の症状4_抑うつ状態（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

は認められなかった。

・ 退院直後の症状5_躁状態

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「退院直後の症状5_躁状態（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 退院直後の症状6_希死念慮や自傷行為等

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「退院直後の症状6_希死念慮や自傷行為等（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 退院直後の症状7_興奮や他害、近隣とのトラブル等

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「退院直後の症状7_興奮や他害、近隣とのトラブル等（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 退院直後の症状退院直後の症状 8_不安感や動悸, イライラ等

「退院1年時点の状態(外来通院中/再入院)」と「退院直後の症状退院直後の症状 8_不安感や動悸, イライラ等(なし/あり)」との関連性を検討するために, χ^2 検

定を行った。その結果, 有意傾向の関連性が認められた ($\chi^2(1) = 3.53, p < .10$)。「外来通院中」群では全体よりも「(不安感や動悸, イライラ等)なし」比率が高く, 「再入院」群では全体よりも「(不安感や動悸, イライラ等)あり」比率が高かった(表2)。

表2 「退院1年時点の状態」と「退院直後の症状退院直後の症状 8_不安感や動悸, イライラ等」との関連性

		退院直後の症状 8_不安感や動悸, イライラ等		合計
		なし	あり	
外来通院中	<i>n</i>	92	10	102
	%	90.2%	9.8%	100.0%
再入院	<i>n</i>	11	4	15
	%	73.3%	26.7%	100.0%
合計	<i>n</i>	103	14	117
	%	88.0%	12.0%	100.0%

・ 保険枠

「退院1年時点の状態(外来通院中/再入院)」と「保険枠(国保/社保/国保公/社保公/生活保護)」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 住まい

「退院1年時点の状態(外来通院中/再入院)」と「住まい(墨田区/江東区/江戸川区/葛飾区/足立・台東区/都内その他/千葉/その他の県)」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 入院回数

「退院1年時点の状態(外来通院中/再入院)」と「入院回数(0回/1回/2回/3回以上)」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 入院回数(グループングした場合)

「退院1年時点の状態(外来通院中/再

入院)」と「入院回数(1回以下/2回以上)」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 生活形態及び家族構成

「生活形態及び家族構成」に関しては、「同居家族あり」と「その他の同居者あり」を「同居者あり」とまとめた。「退院1年時点の状態(外来通院中/再入院)」と「生活形態及び家族構成(単身/同居者あり)」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 就労状況

「就労状況」に関しては、「退院後～この1年の間に働いたことがある」と「退院後1年時時点で就労している」を「就労あり」とまとめた。「退院1年時点の状態(外来通院中/再入院)」と「就労状況(就労していない/就労あり)」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意傾向の関連性が認められた($\chi^2_{(1)}=3.34$, $p<.10$)。「外来通院中」群では全体よりも「就

「就労あり」比率が高く、「再入院」群では全体よりも「就労していない」比率が高かった（表3）。

表3 「退院1年時点の状態」と「就労状況」との関連性

		就労状況		合計
		就労していない	就労あり	
外来通院中	n	83	19	102
	%	81.4%	18.6%	100.0%
再入院	n	15	0	15
	%	100.0%	0.0%	100.0%
合計	n	98	19	117
	%	83.8%	16.2%	100.0%

・ 病識

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「病識（病気への自覚が認められない / 病識には乏しいが、病感はある / ほぼ病識がある / 明確な病識がある）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 病識（グルーピングした場合）

「病識」に関しては、「病気への自覚が認められない」と「病識には乏しいが、病感はある」を「病気への自覚が認められない&乏しい」と、「ほぼ病識がある」と「明確な病識がある」を「ほぼ&明確な病識がある」とまとめた。「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「病識（病気への自覚が認められない&乏しい / ほぼ&明確な病識がある）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 遺伝負因

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「遺伝負因（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 身体的疾患「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「身体的疾患（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 知的発達障害の有無

「知的発達障害の有無」に関しては、「境界域」と「軽度」を「境界域&軽度」とまとめた。「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「知的発達障害の有無（なし / 境界域&軽度 / 中等度）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 依存の有無

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「依存の有無（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 主治医の固定

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入

院）」と「主治医の固定（固定されていない / 固定されている）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意傾向の関連性が認められた（ $\chi^2(1) = 3.45, p < .10$ ）。「外来通院中」群では全体よりも「固定されている」比率が高く、「再入院」群では全体よりも「固定されていない」比率が高かった（表4）。

表4 「退院1年時点の状態」と「主治医の固定」との関連性

		主治医の固定		合計
		固定されていない	固定されている	
外来通院中	n	3	99	102
	%	2.9%	97.1%	100.0%
再入院	n	2	13	15
	%	13.3%	86.7%	100.0%
合計	n	5	112	117
	%	4.3%	95.7%	100.0%

・ 担当コメディカルの有無

「担当コメディカルの有無」に関しては、「担当はいないが、たびたび会うコメディカルがいる」と「担当コメディカルがいる」を「(コメディカル)あり」とまとめた。「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「担当コメディカルの有無（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 通院状況

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「通院状況（中断している / 不定期通院である / 定期通院している / その他）」との関連性を検討するために、 χ^2 検

定を行った。その結果、有意な関連性が認められた（ $\chi^2(3) = 10.10, p < .05$ ）。残差分析を実施したところ、「外来通院中」群では全体よりも「定期通院している」比率が高く（ $p < .05$ ）、「不定期通院である」比率と「その他」比率が低かった（ $p < .10, p < .01$ ）。一方、「再入院」群では全体よりも「定期通院している」比率が低く（ $p < .05$ ）、「不定期通院である」比率と「その他」比率が高かった（ $p < .10, p < .01$; 表5）。

表5 「退院1年時点の状態」と「通院状況」との関連性

		通院状況				合計
		中断している	不定期通院である	定期通院している	その他	
外来通院中	n	1	7	94	0	102
	%	1.0%	6.9%	92.2%	0.0%	100.0%
再入院	n	0	3	11	1	15
	%	0.0%	20.0%	73.3%	6.7%	100.0%
合計	n	1	10	105	1	117
	%	0.9%	8.5%	89.7%	0.9%	100.0%

・ 通院間隔

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「通院間隔（4週 / 3週 / 2週 / 1週 / 1週未満）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 外来診察時の家族もしくは援助者の同伴の有無

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「外来診察時の家族もしくは援助者の同伴の有無（家族もしくは援助者が同伴しない / 家族もしくは援助者が時々来院する / 家族もしくは援助者がほぼ毎回同伴する / 家族のみが来院することが多い）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 主剤の種類

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「主剤の種類（非定型薬 / 定型薬）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められ

なかった。

・ 服薬状況

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「服薬状況（薬は殆ど飲めていない / 家族、関係者が隠れ飲みしをしている / 家族、関係者が服薬管理をして、飲ませている / 自己管理しているが、飲み忘れがある / 自己管理にて、おおよそ処方どおり服薬できている）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性が認められた ($\chi^2_{(4)} = 20.75, p < .001$)。残差分析を実施したところ、「外来通院中」群では全体よりも「自己管理にて、おおよそ処方どおり服薬できている」比率が高く ($p < .05$)、「薬は殆ど飲めていない」比率が低かった ($p < .01$)。一方、「再入院」群では全体よりも「自己管理にて、おおよそ処方どおり服薬できている」比率が低く ($p < .05$)、「薬は殆ど飲めていない」比率が高かった ($p < .01$; 表6)。

表6 「退院1年時点の状態」と「服薬状況」との関連性

		服薬状況					合計
		薬は殆ど飲めていない	家族、関係者が隠れ飲みをしている	家族、関係者が服薬管理をして、飲ませている	自己管理しているが、飲み忘れがある	自己管理にて、おおよそ処方どおり服薬できている	
外来通院中	n	2	1	14	36	47	100
	%	2.0%	1.0%	14.0%	36.0%	47.0%	100.0%
再入院	n	4	0	1	7	2	14
	%	28.6%	0.0%	7.1%	50.0%	14.3%	100.0%
合計	n	6	1	15	43	49	114
	%	5.3%	0.9%	13.2%	37.7%	43.0%	100.0%

・ 注射等の処置

「注射等の処置」に関しては、「臨時に注射を使用することがある」と「点滴を使用することがある」を「注射・点滴を使用することがある」とまとめた。「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「注射等の処置（なし / 定期デポ剤を使用している / 注射・点滴を使用することがある）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ ホームヘルプの利用

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「ホームヘルプの利用（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検

定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 訪問看護及び往診の利用

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「訪問看護及び往診の利用（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意傾向の関連性が認められた（ $\chi^2(1) = 2.89, p < .10$ ）。「外来通院中」群では全体よりも「（訪問看護及び往診の利用）なし」比率が高く、「再入院」群では全体よりも「（訪問看護及び往診の利用）あり」比率が高かった（表7）。

表7 「退院1年時点の状態」と「訪問看護及び往診の利用」との関連性

		訪問看護及び往診の利用		合計
		なし	あり	
外来通院中	<i>n</i>	95	7	102
	%	93.1%	6.9%	100.0%
再入院	<i>n</i>	12	3	15
	%	80.0%	20.0%	100.0%
合計	<i>n</i>	107	10	117
	%	91.5%	8.5%	100.0%

・ 訪問看護及び往診援助内容1_服薬管理
「退院1年時点の状態(外来通院中/再入院)」と「訪問看護及び往診援助内容1_服薬管理(なし/あり)」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、

有意な関連性が認められた($\chi^2(1) = 5.83, p < .05$)。「外来通院中」群では全体よりも「(服薬管理)あり」比率が高く、「再入院」群では全体よりも「(服薬管理)なし」比率が高かった(表8)。

表8 「退院1年時点の状態」と「訪問看護及び往診援助内容1_服薬管理」との関連性

		訪問看護及び往診援助内容1_服薬管理		合計
		なし	あり	
外来通院中	<i>n</i>	0	7	7
	%	0.0%	100.0%	100.0%
再入院	<i>n</i>	2	1	3
	%	66.7%	33.3%	100.0%
合計	<i>n</i>	2	8	10
	%	20.0%	80.0%	100.0%

・ 精神科デイケアの利用
「退院1年時点の状態(外来通院中/再入院)」と「精神科デイケアの利用(なし/あり)」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意傾向の関連性が認められた($\chi^2(1) = 2.88, p < .10$)。「外来通院中」群では全体よりも「(精神科デイケアの利用)あり」比率が高く、「再入院」群

では全体よりも「(精神科デイケアの利用)なし」比率が高かった(表9)。

表9 「退院1年時点の状態」と「精神科デイケアの利用」との関連性

		精神科デイケアの利用		合計
		なし	あり	
外来通院中	<i>n</i>	66	36	102
	%	64.7%	35.3%	100.0%
再入院	<i>n</i>	13	2	15
	%	86.7%	13.3%	100.0%
合計	<i>n</i>	79	38	117
	%	67.5%	32.5%	100.0%

・ 精神科デイケア利用頻度

「精神科デイケア利用頻度」に関しては、「二週に1回」と「不定期」を「二週に1回&不定期」とまとめた。「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「精神科デイケア利用頻度（週に5回以上 / 週に3, 4回 / 週に1, 2回 / 二週に1回&不定期）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 精神科ナイトケアの利用

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「精神科ナイトケアの利用（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 共同作業所もしくは自立支援事業所、地域生活支援センター等の利用

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「共同作業所もしくは自立支援事業所、地域生活支援センター等の利用（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 保健所・保健師との関わり

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「保健所・保健師との関わり（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 居住施設の利用

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「居住施設の利用（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 福祉担当者による金銭管理等のサポートの有無（生活保護受給者のみ）

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「福祉担当者による金銭管理等のサポートの有無（受けていない / 受けている / 不明）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ サービス資源とかかりつけ医療機関の連携のあり方

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入

院)」と「サービス資源とかかりつけ医療機関の連携のあり方（どの機関も利用していない / 利用している機関と連携を取っていない / まれに連携を取る / しばしば連携を取っている）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ キーパーソンの有無

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「キーパーソンの有無（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検

定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

・ 趣味

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「趣味（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意傾向の関連性が認められた（ $\chi^2_{(1)} = 3.59, p < .10$ ）。「外来通院中」群では全体よりも「（趣味）あり」比率が高く、「再入院」群では全体よりも「（趣味）なし」比率が高かった（表10）。

表10 「退院1年時点の状態」と「趣味」との関連性

		趣味		合計
		なし	あり	
外来通院中	n	48	33	81
	%	59.3%	40.7%	100.0%
再入院	n	9	1	10
	%	90.0%	10.0%	100.0%
合計	n	57	34	91
	%	62.6%	37.4%	100.0%

・ 趣味等で所属しているグループの存在

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「趣味等で所属しているグループの存在（なし / あり）」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性は認められなかった。

定を行った。その結果、有意な関連性が認められた（ $\chi^2_{(1)} = 9.95, p < .01$ ）。「外来通院中」群では全体よりも「（現状でOK）はい」比率が高く、「再入院」群では全体よりも「（現状でOK）いいえ」比率が高かった（表11）

・ 反省点1_現状でOK

「退院1年時点の状態（外来通院中 / 再入院）」と「反省点1_現状でOK（いいえ / はい）」との関連性を検討するために、 χ^2 検

表 11 「退院 1 年時点の状態」と「反省点 1_現状で OK」との関連性

		反省点 1_現状で OK		合計
		いいえ	はい	
外来通院中	<i>n</i>	51	51	102
	%	50.0%	50.0%	100.0%
再入院	<i>n</i>	14	1	15
	%	93.3%	6.7%	100.0%
合計	<i>n</i>	65	52	117
	%	55.6%	44.4%	100.0%

・ 反省点 8_服薬管理をもう少ししっかりすればよかった

「退院 1 年時点の状態 (外来通院中 / 再入院)」と「反省点 8_服薬管理をもう少ししっかりすればよかった (いいえ / はい)」との関連性を検討するために、 χ^2 検定を行った。その結果、有意な関連性が認められた ($\chi^2(1) = 8.60, p < .01$)。「外来通院中」群

では全体よりも「(服薬管理をもう少ししっかりすればよかった)いいえ」比率が高く、「再入院」群では全体よりも「(服薬管理をもう少ししっかりすればよかった)はい」比率が高かった (表 12)。

表 12 「退院 1 年時点の状態」と「反省点 8_服薬管理をもう少ししっかりすればよかった」との関連性

		反省点 8_服薬管理をもう少ししっかりすればよかった		合計
		いいえ	はい	
外来通院中	<i>n</i>	94	8	102
	%	92.2%	7.8%	100.0%
再入院	<i>n</i>	10	5	15
	%	66.7%	33.3%	100.0%
合計	<i>n</i>	104	13	117
	%	88.9%	11.1%	100.0%