

る。

#### <住居サービス>

住居サービスは、大きく2つの形がある。

#### ①Protect living

従来の精神病院の敷地内や敷地に隣接して建てられたグループホームで、アパート形式のものや病棟を利用しているものがある。スタッフが配置され、服薬やケータリングなどのサービスを受けることが出来る。

#### ②Sheltered living accommodation

住居型リハビリ施設で、労働しながら共同生活を送るタイプである。住むところがないなど在宅生活の基盤が脆弱だったり、日常生活に多くの支援を必要な場合に利用することが多い。また施設毎に「若年層」「2重診断」など、対象者の条件を持つところもある。施設のスタッフがケアマネジャーとして本人とともに支援計画を作成し、就労によるリハビリテーションをおこなっている。全国で40カ所あり、5556人にサービスを提供している。また同施設は自宅があってもサービスが受けられ、2500人にサービス提供をおこなっている。(1998年)

視察した De Pandelaar は、ヘルモンド郊外のヘーメルトにあり、12人の利用者を2人のスタッフ(OTとSW)でケアしている。仕事は農業と酪農、ゴミのリサイクルと「おもちゃ博物館」の管理運営の手伝いである。

Clara Klooster(クララ修道院)には、デイ

ケアセンターの他に若年層対象の Sheltered living がある。ここは24時間体制でケアにあたり、6ヶ月の利用で地域生活へ戻る。

#### ③老人施設

高齢者ナーシングホームは1980年にオランダ全体で8680床だったのが、1996年には26338床と3倍に増加している。

#### <参考文献>

オランダ医療関連データ集 2004年度版  
オランダ医療保障制度に関する研究会編  
財団法人 医療経済研究・社会保健福祉協会 医療経済研究機構

オランダ精神保健福祉事情視察報告  
辻本直子 植田俊幸  
精リハ誌 Vol 12 No.2 2177-182 008年  
11月

オランダ保健医療制度資料  
2007年11月18日  
社団法人 日本精神科看護技術協会講演会  
資料

Mental health care reform in the Netherlands

A. H. Schene, A.M.E.Faber  
Department of psychiatry, University of Amsterdam, the Netherlands

Acta Psychiatry Scand 2001: 104(Suppl 410): 74-81

## 平成 21 年度 分担研究報告書

精神医療の最適化による入院日数短縮化に関する研究

分担研究者 三邊 義雄

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
分担研究報告

特定機能病院における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因  
—退院準備度評価尺度（DRI）を用いた評価—

分担研究者 三邊 義雄 金沢大学医薬保健研究域医学系教授  
研究協力者 畠 稔 金沢大学附属病院看護部

<研究要旨>

入院長期化の要因を分析することを目的として、統合失調症患者 27 名を対象に入院から退院までの治療過程と退院準備度評価尺度（DRI）の得点との関連性を調査した。

その結果、行動制限あり群は治療期の期間が行動制限なし群の 2 倍の期間を要しているのに対して回復期では行動制限なし群の方が行動制限あり群の 1.4 倍の期間を要していた。

長期群の行動制限なし群の長期化の要因は潜在的地域適応性、心理社会的適合性の項目内容から陰性症状が関与していると考えられた。

長期群の行動制限なし群は、入院時から潜在的地域適応性、心理社会的適合性が逸脱しており、初回外泊時、及び退院時においても逸脱していることから退院後の支援が必要であると考えられた。

<背景>

2008 年度、退院準備度評価尺度（DRI）を用いて特定機能病院における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因を分析した結果、入院時の好戦性が強いこと、また、潜在的地域適応性の得点が低い状態で外泊に至っていること、各評価時期に潜在的地域適応性や心理社会的適合性の項目が低い点が長期化の要因としてあげられた。このような長期入院患者に対して、入院時からの好戦性を改善させることや、自己決定能力ならびにセルフケア能力を整える医療体制の必要性が明らかになった。今回、昨年度の結果を踏まえ、統合失調症入院患者において、入院から退院までの治療過程と DRI の得点との関連性を更に詳細に調査し、治療過程からみた長期化の要因を分析することで統合失調症患者の早期退院を促進し、長期入院を防ぐ取り組みができるのではないかと考えた。

A.研究目的

本研究の目的は、特定機能病院における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因を退院準備度評価尺度（以下 DRI : Discharge Readiness Inventory)を用いて分析し明らかにすることである。

【用語の定義】

長期群：入院期間が 91 日を超えて退院した患者

短期群：入院期間が 91 日未満で退院した患者

治療期：入院後から初回外泊が決まるまでの期間

回復期：初回外泊から主治医が退院を許可する

までの期間

行動制限：身体拘束、または、隔離による行動の制限

B.研究方法

1. 研究期間：2007 年 9 月から 2009 年 8 月

2. 対象：研究期間中に閉鎖病棟に入院し統合失調症の治療を主に実施した患者のうち主治医の了解が得られ、患者と保護者の同意が得られた患者を対象とする。

3. データの収集方法：

1) 退院準備度の評価は DRI を用いて共同研

究者 2 名による直接的行動観察、患者本人と面接、および病棟内外で患者を観察する機会のある保護者からの情報聴取などを総合的に行う。評価時期は、入院後 1～2 週間目、初回外後 1～2 週間目、主治医が退院を許可した時点とする。

#### 4. 分析方法：

- 1) 長期群と短期群を行動制限の有無によりカテゴリー分類する。
- 2) 各群の背景を t 検定と  $\chi^2$  検定にて比較する。
- 3) 各評価時期の DRI4 因子と 4 因子中の 41 項目について Wilcoxon の順位と検定にて分析する。
- 4) 1) 2) 3) の結果を踏まえて統合失調症患者の長期入院に関わる要因を共同研究者で分析する。

#### 5. 倫理的配慮：

研究開始前に患者・保護者に説明文書を用いて研究の目的・内容・研究結果の公表、研究参加は自由意志であり断っても不利益は生じないこと、個人や施設名が特定されないこと、本研究以外にはデータを使用しないことを説明し書面で同意を得た。DRI の使用に関しては評価尺度作成者より許可を得た。

### C. 結果及び D. 考察

#### 1. 長期群と短期群のカテゴリー分類

研究期間（2007 年 9 月～2009 年 8 月現在）に入院した統合失調症患者で同意が得られたのは 27 名であり、そのうち短期群は 12 名、長期群は 15 名であった。長期群は行動制限あり群（6 名）と行動制限なし群（9 名）に分けられ、短期群（12 名）は行動制限を行っていなかった。なお、今回の報告では、外泊ができなかった症例、及び、転院した症例は除外した。

#### 2. 対象者の背景

対象者の背景を表 1 に示す。各群において対象者の背景に有意差は認めなかった。長期群において、行動制限あり群は入院期間が短期群と

比較して 3.6 倍と長く、回復期よりも治療期が長期化していた。一方、長期群の行動制限なし群では、短期群と比較して入院期間が 2.8 倍で治療期よりも回復期が長期化していた。

#### 3. DRI4 因子と 4 因子中の 41 項目の比較

DRI4 因子の比較の結果を表 2 に示す。長期の行動制限なし群は、短期群と比較して初回外泊時においてのみ、潜在的地域適応性（CAP）と心理社会的適合性（ADE）の得点が有意に低く評価が良くない結果であった。好戦性（BEL）と顕在的精神病理（MAN）において有意差は見られなかった。

DRI4 因子中の 41 項目の比較では CAP と ADE の項目においてのみ有意差が見られた。表 3 は CAP16 項目の比較の結果である。長期の行動制限なし群は短期群と比較して入院時の「話の明確さ」、「良好な適応状態の維持」、初回外泊時の「簡単な会話」、「状況にあった判断」、「話の明確さ」、「適切な感情反応」、「労働に関する認識」、退院時の「話の明確さ」、「良好な適応状態の維持」、の項目で有意に得点が低い結果であった。これらの項目は地域社会における他者との関わりを評価しており、地域で家族を含めた周囲との適切な関係を持つことができないために外泊を繰り返しており、回復期が延長して長期化の要因となっていると考えられる。

表 4 は ADE16 項目の比較の結果である。長期の行動制限あり群は短期群と比較して入院時と退院時の「金銭管理」の項目で有意に得点が低い結果であった。長期の行動制限なし群は短期群と比較して入院時の「判断の自己決定」、「応答」、「金銭管理」、初回外泊時の「応答」、「指示・指導に関する理解力」、退院時の「応答」、「金銭管理」の項目で有意に得点が低い結果であった。これらの項目はセルフケアに関する項目であり、陰性症状によるセルフケア不足が関与していると考えられる。

### E. まとめ

1. 行動制限あり群は治療期の期間が行動制

限なし群の2倍の期間を要しているのに対して回復期では行動制限なし群の方が行動制限あり群の1.4倍の期間を要していた。

2. 長期群の行動制限なし群の長期化の要因は潜在的地域適応性、心理社会的適合性の項目内容から陰性症状が関与していると考えられた。

3. 長期群の行動制限なし群は、入院時から潜在的地域適応性、心理社会的適合性が逸脱しており、初回外泊時、及び退院時においても逸脱していることから退院後の支援が必要であると考えられる。

表 1. 対象者の背景

カテゴリー		性別 (男:女)	平均年齢 (歳)	平均在院 日数 (日)	治療期の 日数 (日)	回復期の 日数 (日)	平均入院 回数 (回)
長期群 (n=15)	行動制限 あり (n=6)	2 : 4	29.83 ±7.83	175.50 ± 69.21	118.67 ± 52.54	56.83 ± 36.68	3.50 ± 2.07
	行動制限 なし (n=9)	6 : 3	30.89 ±10.60	136.33 ± 50.28	59.56 ± 24.38	76.78 ± 62.67	2.00 ± 1.32
短期群 (n=12)		8 : 4	32.92 ±10.71	48.25 ± 14.75	23.92 ± 9.31	24.50 ± 18.42	1.92 ± 1.00

表 2. DRI4 因子の比較

		入院時	初回外泊時	退院時
潜在的地域適応性 (CAP)	短期群	45.67 ± 11.63	58.25 ± 10.65	65.83 ± 9.06
	長期行動制限あり群	29.33 ± 9.79	55.17 ± 11.09	*63.00 ± 9.38
	長期行動制限なし群	37.11 ± 9.27	41.11 ± 11.25	53.78 ± 12.18
心理社会的適合性 (ADE)	短期群	64.08 ± 13.88	72.00 ± 6.95	74.92 ± 4.76
	長期行動制限あり群	41.67 ± 15.54	67.67 ± 8.26	*70.67 ± 7.53
	長期行動制限なし群	56.78 ± 13.19	57.22 ± 13.30	64.44 ± 11.99
好戦性 (BEL)	短期群	8.33 ± 1.78	8.33 ± 2.87	7.75 ± 2.38
	長期行動制限あり群	18.17 ± 6.85	10.33 ± 4.27	8.50 ± 2.35
	長期行動制限なし群	12.56 ± 6.25	10.67 ± 5.20	9.78 ± 4.24
顕在的精神病理 (MAN)	短期群	8.42 ± 1.73	6.08 ± 2.87	5.33 ± 2.06
	長期行動制限あり群	12.00 ± 2.19	7.33 ± 2.66	5.83 ± 1.60
	長期行動制限なし群	9.00 ± 2.78	7.67 ± 3.97	6.67 ± 3.71

\*P 値<0.01

表 3. CAP の項目間の比較

		入院時	初回 外泊時	退院時
17.簡単な会話	短期群	4.00 ± 0.85	4.42 ± 0.67	4.75 ± 0.45
	長期行動制 限あり	2.50 ± 0.84	4.33 ± 0.82	* 3.3 ± 0.82
	長期行動制 限なし	3.00 ± 1.00	3.22 ± 0.83	3.78 ± 1.09
30.状況にあった 判断	短期群	3.17 ± 1.27	3.58 ± 0.79	4.08 ± 0.90
	長期行動制 限あり	1.67 ± 0.52	3.50 ± 0.84	*4.00 ± 0.89
	長期行動制 限なし	2.00 ± 0.50	2.22 ± 0.83	3.00 ± 1.00
36.話の明確さ	短期群	3.67 ± 1.30	4.33 ± 0.78	4.75 ± 0.45
	長期行動制 限あり	2.00 ± 0.89	*3.67 ± 1.03	*4.17 ± 0.75
	長期行動制 限なし	2.33 ± 1.00	2.89 ± 1.05	3.11 ± 1.17
44.適切な感情反 応	短期群	3.00 ± 1.13	3.92 ± 0.90	4.25 ± 0.62
	長期行動制 限あり	2.00 ± 0.63	3.17 ± 1.33	*4.00 ± 0.63
	長期行動制 限なし	2.11 ± 0.93	2.22 ± 0.97	3.22 ± 1.09
48.労働に関する 認識	短期群	2.92 ± 1.38	3.58 ± 1.00	2.83 ± 0.94
	長期行動制 限あり	1.50 ± 0.84	2.67 ± 0.52	*3.67 ± 0.82
	長期行動制 限なし	2.11 ± 0.60	1.89 ± 0.93	2.78 ± 1.20
55.良好な適応状 態の維持	短期群	2.00 ± 0.83	3.33 ± 0.89	4.00 ± 0.89
	長期行動制 限あり	1.50 ± 0.55	*3.33 ± 0.82	4.00 ± 0.89
	長期行動制 限なし	1.89 ± 0.60	2.33 ± 0.87	3.11 ± 0.93

表 4. ADE の項目間の比較

		入院時	初回 外泊時	退院時
13.判断の自己決 定	短期群	3.33 ± 1.44	4.00 ± 0.85	4.42 ± 0.67
	長期行動制 限あり	1.83 ± 1.17	*3.50 ± 1.05	3.83 ± 1.17
	長期行動制 限なし	2.89 ± 1.17	2.78 ± 1.09	3.33 ± 0.71
15.応答	短期群	3.83 ± 1.03	4.42 ± 0.79	4.83 ± 0.39
	長期行動制 限あり	2.33 ± 1.03	*3.83 ± 1.17	*4.00 ± 1.10
	長期行動制 限なし	3.22 ± 0.97	2.89 ± 1.05	3.56 ± 0.88
31.指示・指導に関 する理解力	短期群	4.08 ± 1.00	4.42 ± 0.79	4.58 ± 0.67
	長期行動制 限あり	2.33 ± 1.51	4.17 ± 0.75	*4.50 ± 0.84
	長期行動制 限なし	3.00 ± 1.12	2.27 ± 1.30	3.67 ± 1.22
35.金銭管理・金銭 感覚	短期群	4.33 ± 0.89	4.67 ± 0.49	5.00 ± 0.00
	長期行動制 限あり	2.33 ± 1.51	3.33 ± 1.51	4.00 ± 1.10
	長期行動制 限なし	3.89 ± 1.05	4.00 ± 1.00	4.11 ± 0.78

\*P 値<0.01

# 急性期統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因

## —退院準備度評価尺度 (DRI) を用いた評価—

キーワード：退院準備度評価尺度、統合失調症、精神科長期入院、急性期

○ 畠 稔・西谷 恭子・長山 豊・中谷 友梨子・中村 悠里子・大江 真吾・川尻 征子

国立大学法人 金沢大学附属病院

### I. 目的

本研究の目的は、急性期統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因を西田らの退院準備度評価尺度<sup>1)</sup>(以下 DRI: Discharge Readiness Inventory)を用いて分析し明らかにすることである。

### II. 研究方法

1. 研究期間：2007年9月から2008年9月
2. 対象：研究期間中に閉鎖病棟に入院し統合失調症の治療を主に行った患者のうち、主治医の了解が得られ本人と保護者の同意が得られた者を対象とする。
3. データの収集方法：入院時（入院後1～2週間目）、初回外泊後（初回外泊後1～2週間目）、退院時（主治医が退院を許可した時点）にDRIを用いて評価を行う。
4. 分析方法：
  - 1) 在院日数91日以上で退院した患者（以下長期群）と在院日数91日未満で退院した患者（以下短期群）の背景（性別、年齢、入院歴、職業、結婚、同居家族、転帰）をt検定とX<sup>2</sup>検定にて比較する。P<0.01を有意水準とした。
  - 2) 各評価時期において、長期群と短期群のDRI 4因子（潜在的地域適合性：CAP、心理社会的適合性：ADE、好戦性：BEL、顕在的精神病理：MAN）と4因子の41項目についてWilcoxonの順位和検定を用いて分析する。P<0.01を有意水準とした。
  - 3) 各評価時期における長期群と短期群のCAPの得点をカットオフポイントで比較し人数の分布を分析する。
  - 4) 1) 2) 3) の結果を踏まえて統合失調症患者の長期入院に関わる要因を共同研究者で分析する。
  5. 倫理的配慮：研究開始前に患者および保護者に説明文書を用いて研究の目的・内容・研究結果の公表、研究参加は自由意志であり断っても不利益は生じないことを説明し書面で同意を得た。DRIの使用に関しては評価尺度作成者より許可を得た。なお、本研究は金沢大学医学倫理委員会の承認を受けて実施した。

### III. 結果および考察

研究期間に入院した統合失調症患者29名中、同意が得られたのは27名であり、短期群は12名、長期群は15名であった。両群の背景に有意差は見られなかった。

各評価時期におけるDRI 4因子の比較では、長期群は入院時のBELのみ有意に得点が高かった。また、長期群のBELの6項目では、入院時に「攻撃性」「悪態をつく・罵る」「すぐに怒る」「怒りを表す」、退院時に「悪態をつく、罵る」の項目で有意に得点が高かった。この結果、長期群は短期群と比較し、入院時より好戦性が強く、急性期における長期入院の要因となっている可能性が示唆された。

各評価時期におけるCAPの得点について、短期群は入院時67%、初回外泊後30%、退院時25%がカットオフポイント未満であったのに対して、長期群では入院時100%、初回外泊後64%、退院時53%でカットオフポイント未満であった。また、CAPの16項目では長期群は短期群と比較すると、入院時に「状況にあった判断」、初回外泊後に「労働に関する認識」、退院時に「話の明瞭さ」の項目で有意差が認められた。この結果、長期群は短期群と比較し、地域で生活することが困難であり、退院後の環境条件が整っていないことが入院の長期化に影響していると考えられた。

### IV. 結論

1. 短期群と長期群の背景に有意差は見られなかった。
2. 各評価時期における両群のDRI 4因子の比較では、入院時のBELにおいて有意差が認められた。
3. CAP、ADE、BELの項目に関して両群において各時期で有意差が認められた。
4. 長期群は各時期ともCAPの得点が過半数以上でカットオフポイントを下回っていた。

### 引用文献

- 1) 西田淳史他：退院準備度評価尺度[DRI]，臨床精神医学，増刊号，637-647，2004。



## 急性期病棟における統合失調症退院支援パスを導入して

石川県立高松病院 福島秀行

統合失調症の回復期を回復前期、回復後期、退院準備期に分類し、退院支援パスを導入。

パスを使用して退院した患者群 39 名のデータより、各期における平均期間は、回復前期 3.8 日、回復後期 17.6 日、退院準備期 20.2 日。パス日数は平均 41.6 日。平均在院日数は 72.1 日。再入院率は 22.5%。パスを使用せず退院した患者群 28 名の平均在院日数は 125.1 日。再入院率は 25%。パスの使用有無での平均在院日数、再入院率について統計学的有意差はなかった。

入院のそれぞれの段階でどのくらいの在院期間を設定する事が望ましいのかを考えると、回復前期はパス開始時点で目標が達成したと判断したら必要なく、回復後期は 14~21 日間、退院準備期は 14~21 日間と回復後期、退院準備期に家族との関係調整、退院に向けた患者・家族への教育などに十分な時間をかけ、退院支援を行う事が必要と考える。

厚生労働省科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
分担研究報告書

急性期病棟における統合失調症退院支援パスを導入して

分担研究者 三邊 義雄 金沢大学医薬保健研究域医学系教授  
研究協力者 福島 秀行 石川県立高松病院看護部

研究要旨

石川県立高松病院は2003年8月より、病床数44床の精神科救急入院料施設基準の病棟を運営している。できるだけ多くの入院患者に対応をするという救急・急性期病棟の役割を果たすには、急性症状の改善だけでは限界があり、むしろ回復期にこそ地域生活を見据えた社会機能の回復や対処方法の獲得等が必要であると考え、2003年度より回復期において退院支援の取り組みが開始された。しかし、救急・急性期病棟では月平均27名の入院患者を受け入れなければならない為、退院支援活動の途中で後方支援病棟である慢性期閉鎖病棟や慢性期開放病棟への病棟移動するケースが少なくなかった。病棟移動の問題点としては、各病棟の機能やケア方針の違いからケアが中断され、入院期間の延長が認められた。そこで、2005年度に急性期病棟、後方支援病棟、外来、デイケアが共同し、回復期における効果的な退院支援として統合失調症退院支援パスを作成し、2006年度より導入となった。

統合失調症退院支援パスを使用して退院した患者群41名のデータより、各期における平均期間は急性期・臨界期28.9日、回復前期3.6日、回復後期17.4日、退院準備期19.8日。パス日数は平均40.8日。平均在院日数は70.9日。再入院率は19.5%であった。パスの有効性について、パスの対象ではあるが、パスを使用せず退院した患者群28名と比較分析した結果、在院日数においてt検定では、両側検定でp値は0.008という強い有意差をもってパス使用群の方が在院日数は短いという結果になった。ただし、各群の正規性を事前に検討すると、パス使用群の在院日数が正規分布を示すのに対してパス不使用群は正規分布ではなかった。そこでMann-Whitney検定（ノンパラメトリック法）で比較すると、両側検定でp値は0.070で有意差はないが、パス使用群で在院日数は短い傾向にあると言えると思われた。

パスの各期においてどのくらいの在院期間を設定する事が望ましいのかを検討した結果、回復前期はパス開始時点で目標が達成したと判断したら必要なく、回復後期は14～21日間、退院準備期は14～21日間と設定し、回復後期、退院準備期に家族との関係調整、退院に向けた患者・家族への教育等に十分な時間をかけ、退院支援を行う事が必要と考えられた。

A. 研究目的

入院日数の短縮と再入院率の減少を目的に患者・家族が治療に参画できる統合失調症退院支援パスを導入し、その有効性についての分析とパスの各期においてどのくらいの在院期間を設定する事が望ましいかを検討する。

B. 研究方法

1. 対象者

2006年4月1日～2009年12月31日までに入院した統合失調症の患者。ただし、①任意入院で休息目的の患者、②措置・鑑定入院の患者、③急性期症状が改善され早期に家族の受け入れ

あり退院が決まった患者、④急性期症状が改善され早期に家族の希望で他病院への転院が決まった患者、⑤知的障害などの合併症患者、⑥家族との関係が非常に悪く、退院先の目処が立たない患者はパス適応を除外する。

2. パス導入の手順

統合失調症の回復過程を計見らに基づいて、①急性期（7～10日間）、②臨界期（7～10日間）③回復期（20日間前後）の3期に分類。急性期・臨界期を終え、隔離を要しないと判断された時点で多職種が参加するスタッフミーティングにてパスの適応を検討する。パスの適応と判断された場合は、患者及び家族と面談して

目標とその期間について話し合い、同意を得て統合失調症退院支援パスの使用を決定する。

### 3. パスの概要

パスは回復期を①Ⅰ期－回復前期(7～14日間)、②Ⅱ期－回復後期(7～14日間)、③Ⅲ期－退院準備期(7～14日間)の3期に分類し達成目標、援助項目を設定し退院支援する。ただし、Ⅰ期～Ⅲ期まで、全ての達成目標、援助項目が必要ではなく、患者・家族のニーズに応じて必要な達成目標、援助項目を選択する。(表1～表3)

表1 Ⅰ期 ( 回復前期 )

達成目標
<input type="checkbox"/> 休息をとれる <input type="checkbox"/> 確実に服薬できる <input type="checkbox"/> 家族も休息できる
主な援助項目
<input type="checkbox"/> セルフケア不足への援助 <input type="checkbox"/> 休息がとれるよう環境調整 <input type="checkbox"/> 家族への精神的サポート <input type="checkbox"/> 福祉情報の提供および相談

表2 Ⅱ期 ( 回復後期 )

達成目標
<input type="checkbox"/> 生活リズムが回復できる <input type="checkbox"/> 本人と家族が今後の方向性や課題を明確にできる <input type="checkbox"/> 病気の知識を持つ事ができる <input type="checkbox"/> 再発予防の知識を持つ事ができる
主な援助項目
<input type="checkbox"/> 患者と家族の思いを調整 (面談シート聴取) <input type="checkbox"/> 患者心理教育 <input type="checkbox"/> 家族の精神的ケアと心理教育 <input type="checkbox"/> 退院マネジメント (方向性を明確にする)

表3 Ⅲ期 ( 退院準備期 )

達成目標
<input type="checkbox"/> 退院後の生活を考え、社会資源などを活用できる <input type="checkbox"/> 治療・服薬継続の意思が持てる <input type="checkbox"/> 再発予防、症状軽減の行動ができる <input type="checkbox"/> 家族の退院に対する不安を軽減できる <input type="checkbox"/> 退院を阻害する要因がなくなる
主な援助項目

<input type="checkbox"/> 再発予防シートや症状コントロールシートの説明と活用 <input type="checkbox"/> 薬剤指導および服薬自己管理の検討・実施 <input type="checkbox"/> 外来看護師との面接・問題共有 <input type="checkbox"/> 家族へ対処方法や服薬確認について指導 <input type="checkbox"/> 退院前訪問
--

### 4. 調査方法

2006年4月1日～2009年12月31日に入院した統合失調症患者の内、パスを使用して退院した患者のデータを入退院簿とカルテより情報収集する。

### 5. 調査内容

パス使用者数、急性期・臨界期日数、回復前期日数、回復後期日数、退院準備期日数、パス使用日数、在院日数、再入院歴。

### 6. 倫理的配慮

研究にあたり得た情報は、患者個人が特定できないよう配慮した。

### C. 研究結果

1. 2006年度のパス使用者は11名。2007年度は2名。2008年度は29名、2009年度は15名で大幅にパス使用率が増加した。パスの進行が困難(退院が4ヵ月以内では無理)と判断しパスを中止した患者は13名である。

表4 パス使用状況

年度	パス使用者	統合失調症患者数
2006年度	11名	114名
2007年度	2名	83名
2008年度	29名	77名
2009年度	15名	65名(12月末)
合計	57名	339名

2. パスの各期における平均期間は、急性期・臨界期28.9日、回復前期3.6日、回復後期17.4日、退院準備期19.8日、パス日数の平均期間は40.8日、パス使用者の平均在院日数は70.9日であった(パスを中止した13名と現在パス進行中3名はデータの集計から省く)。

表5 パスを使用して退院した患者41名のデータ

急性期・臨界期	28.9日 (SD14.5)
Ⅰ期 ( 回復前期 )	3.6日 (SD6.1)
Ⅱ期 ( 回復後期 )	17.4日 (SD7.9)

Ⅲ期（退院準備期）	19.8日 (SD17.3)
パス日数	40.8日 (SD23.4)
平均在院日数	70.9日 (SD26.9)

3. パスを使用して退院した患者群 41 名とパスの対象ではあるが、パスを使用せず退院した患者群 28 名と比較分析した結果、在院日数において t 検定では、両側検定で p 値は 0.008 という強い有意差をもってパス使用群の方が在院日数は短いという結果になった。ただし、各群の正規性を事前に検討すると、パス使用群の在院日数が正規分布を示すのに対してパス不使用群は正規分布ではなかった。そこで Mann-Whitney 検定（ノンパラメトリック法）で比較すると、両側検定で p 値は 0.070 で有意差はなかった。

表 6 t 検定 在院日数

パス使用	n	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差
不使用群	28	125.1	98.843	18.680
使用群	41	70.9	26.837	4.191

	2つの母平均の差の検定			
	t 値	自由度	有意確率 (両側)	平均値の差
等分散を仮定する	3.338	67	0.001	54.08
等分散を仮定しない	2.825	29.736	0.008	54.08

表 7 Mann-Whitney 検定 在院日数

パス使用	n	中央値	平均ランク	順位和
不使用群	28	71.50	40.30	1128.50
使用群	41	67.00	31.38	1286.59
合計	69			

	在院日数
Mann-Whitney の U	425.500
Wilcoxon の W	1286.500
Z	-1.815
漸近有意確率 (両側)	0.070

4. パスが予定通り進行できた患者は 28 名、2 週間以内の超過をした患者は 4 名、2 週間以上の大幅に超過した患者は 9 名であった。

5. パスの進行が困難（退院が 4 ヶ月以内では無理）と判断し、パスを中止した患者は 13 名。内訳は、服薬の必要性を理解できず、心理教育の効果

もないが 2 名、グループホーム入所支援パスに変更が 2 名、家族の不安により退院の見通しが立たないが 6 名、退院先の調整が 2 名、他の疾患が疑われ、総合病院に転院となるが 1 名であった。

6. パスを使用して退院した患者 41 名中 8 名が再入院。再入院率は 19.5% であった。内訳は、3 ヶ月未満が 3 名、3 ヶ月以上 6 ヶ月未満が 2 名、6 ヶ月以上 1 年未満が 2 名、2 年以上 3 年未満が 1 名であった。

表 8 再入院患者の入院時期

3 ヶ月未満	3 名 (7.3%)
3 ヶ月以上 6 ヶ月未満	2 名 (4.9%)
6 ヶ月以上 1 年未満	2 名 (4.9%)
2 年以上 3 年未満	1 名 (2.4%)

#### D. 考察

##### 1. パスの有効性について

パス使用群 41 名とパス不使用群 28 名を比較分析した結果、在院日数において t 検定では、両側検定で p 値は 0.008 という強い有意差がパス使用群にあった。しかし、Mann-Whitney 検定（ノンパラメトリック法）で比較すると、両側検定で p 値は 0.070 で有意差はなかったが、パス使用群で在院日数は短い傾向にあると言えると思われる。ただし、パス不使用群においても全症例ではないが、今後の方向性や課題の明確化、再発兆候や症状コントロール教育を行ったのでそれがデータに影響しているとも考えられる。

2. 2006 年度～2007 年度は、医師・看護師間でパスに対する認識や理解度の違いから、パスを拡充していく為の体制作りが十分でなかった為、パスの使用率が少なかった。2008 年度からは、主治医と看護師間でのパスの適応検討から、多職種が参加するスタッフミーティングでの検討に変更する事やパスの学習会を開催する等、パスを拡充していく為の体制作りができた事で大幅にパス使用率が上がったと考えられる。

3. 回復前期が規定日数（7～14 日間）より大幅（平均 3.6 日）に短縮された要因としては、急性期・臨界期からパス開始までの期間（平均 28.9 日）において、休息がとれるという回復前期の目標がすでに達成されたと判断し、回復後期よりパスを開始した患者が 28 名いたからである。

4. 回復後期、退院準備期においてパスが予定通り進行できず、大幅に超過した要因としては、①達成目標は各期において、他科の疾患パスとは違い、患者・家族側と2つの視点から目標を設定している為、双方の目標が達成しなければ目標達成に至らず、時間のずれが生じる。②病状の不安定さがある、病識・治療の必要性の自覚が乏しい、入院前の精神症状が激しい等の患者群は、家族関係の修復や家族の退院に対する不安の軽減に時間を要し、退院先が入院前とは異なる患者群は、退院先の調整に時間を要する。

5. 入院の長期化や再発予防には、患者への心理教育と共に家族への心理教育が重要であると言われている。当院のデータ結果からも入院が長期化した要因として、家族の退院への不安が挙げられており、家族への心理教育が必要とされている。しかしながら、当院においての家族への心理教育は、家族の都合や治療者側の多忙もあって十分に行えていない状況であった。そこで2008年度より、家族の退院後の不安内容をアンケート調査より明らかにした上で冊子を作成。

冊子により、家族に統合失調症の疾病理解を深めてもらい、患者への対応について役立てられるように情報提供している。

#### E. 結論

1. 患者・家族が治療に参画できる統合失調症退院援パスを導入し、患者・家族のニーズに応じた退院支援を行う事が入院日数の短縮と再入院率の減少に繋がるものと考えられる。
2. パスの各期においてどのくらいの在院期間を設定する事が望ましいのかを検討した結果、回復前期はパス開始時点で目標が達成したと判断したら必要なく、回復後期は14～21日間、退院準備期は14～21日間と設定し、回復後期、退院準備期に家族との関係調整、退院に向けた患者・家族への教育等に十分な時間をかけ、退院支援を行う事が必要である。

#### [研究協力]

石川県立高松病院看護部 東川貞男、斉藤康宏、長岡香代子、桶谷玲子、西田千恵子

平成 21 年度 分担研究報告書

地域精神保健福祉サービスの拡充に関する研究

分担研究者 羽間 京子

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
分担研究報告書

地域精神保健福祉サービスの拡充に関する研究

分担研究者 羽間京子 千葉大学社会精神保健教育研究センター教授

研究協力者 佐竹直子 国立国際医療センター国府台病院精神科

森ますみ 千葉大学医学部附属病院精神神経科技術職員

**研究要旨** 精神科入院患者の円滑な退院や地域生活のために必要な精神保健福祉サービスの質を明らかにすることを目的として、(1)現在、地域社会が提供している社会資源の量的把握と分析、(2)精神科入院患者の円滑な退院や地域生活に必要な精神保健福祉サービスの質的把握のための調査を実施した。

(1)現在、地域社会が提供している社会資源の量的把握については、障害者福祉施設の一部が自立支援法における移行期にあって全国レベルでのデータ比較が困難であるため、千葉県内精神保健福祉関連の社会資源（居住支援・日中活動別）の施設数及び定員等の増減（平成18年と平成21年）等を調査・分析した。その結果、社会資源の新設または新体制への移行等は徐々に進んでいるものの、特に居住支援については、長期入院解消のために必要とされる自宅以外の入居必要定員の推定値（平成18年6月30日現在）には達していないことが明らかとなった。加えて、人口万対精神病床数が千葉県と近似している長野県の社会資源（居住支援）の施設数及び定員等の増減を調査した結果、長野県でも平成18年に比べ、施設数及び定員が増加していることが確認された。ただし、長野県が平成23年度までに退院促進を図ると計画している患者のうち、自宅以外の入居必要数は不明であり、同県における社会資源（居住支援）の整備状況の進捗程度は分析できなかった。精神科入院患者の退院促進を図る上で、特に社会資源（居住支援）の整備が求められるが、この整備のための支援策を具体的に検討していくためには、自宅以外の居住施設を必要とする患者数の把握が不可欠である。

(2)精神科入院患者の退院支援及び地域生活支援の必要度と満足度を明らかにするために、平成20年度に、重症精神障害者に対する地域生活支援プログラムである千葉縣市川市所在のACT-J利用者20名を対象とした聞き取り調査を行った。その結果を踏まえ、質問項目に若干の修正を加えて、本年度は、ACT-Jとは地域性などが異なる長野県飯田市所在の飯田病院アウトリーチサービス利用者20名を対象とした聞き取り調査を行った。主な分析結果は以下の通りである。

①入院時に、退院後の地域生活で家族以外の他者の支援が必要だと特に考えられていることは、地域特性にかかわらず、特に「病状が悪化したときの対処」と「就労のこ

と」であり、加えて、「家族との関係」が比較的多く家族以外の他者の支援が求められていることだと考えられた。また、単身で家族の支援がなく生活している人が多い飯田病院アウトリーチサービス利用者群では、ACT-J 利用者群に比べ、「住居のこと」や「身の回りのこと」など生活レベルでの支援が必要とされていた。

②入院中には、両群ともに50%以上の人々が、「服薬についての助言」、「院内リハビリ」、「福祉手続きについての助言」、「家族への説明や家族関係の調整」を病院スタッフから受けていた。なかでも、「福祉手続きについての助言」は、「退院後の地域生活において必要だった」と評価されていた。

③退院後に ACT-J または飯田病院アウトリーチサービス以外で利用している地域精神保健福祉サービスとしては、両群ともに、「自立支援医療（精神）」、「精神保健福祉手帳」、「障害年金」が多く利用されていた。地域の違いでは、飯田病院アウトリーチサービス利用者群で「デイケア」の利用者が多かった。

④入院時の生活と退院後の地域での生活の比較では、85%以上の人々が「退院後の地域での生活」の方に満足していた。

⑤ACT-J または飯田病院アウトリーチサービスのうち、必要なものとして、特に「様々な職種のチームによる支援」、「(本人の) ニーズを踏まえた支援」が挙げられた。一方、「必要である」の回答比率が50%に満たない質問項目は両群で「金銭管理についてのアドバイス」のみで、ACT-J ならびに飯田病院アウトリーチサービス支援は、利用者にとってニーズの高いものから構成されていると指摘された。

⑥属性の違いによる比較検討の結果、年齢の低群は高群に比べ、就労に関する支援を必要としており、実際にも利用している比率が多いことが明らかとなったが、就労している人の数は少なく、特に年齢の低い患者への就労支援の拡大が求められると考えられた。また、直近の入院期間の低群は高群に比べ、薬の説明や服薬についてのアドバイスを必要としている比率が高いことが明らかとなった。

⑦ACT-J または飯田病院アウトリーチサービスの満足度の回答比率において、「居宅に訪問しての支援」、「住居探しなどの手伝い」、「24 時間、土日を含めて電話で相談できること」の3つの項目で差が見られたが、これはまさに地域特性による差であると考えられた。

⑧CSQ-8J の合計得点は、ACT-J 利用者群・飯田病院 OS 利用者群ともに、「満足している」以上の得点であり、両群ともに、サービスへの満足度はおおむね高い結果が得られた。

昨年度まで実施した、精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における複数の先駆的な取り組みの分析から、多くの事例で、①患者の地域生活支援についての共通認識を有する多職種チームによる包括的支援、②病院と精神福祉施設・団体などの間の有機的ネットワークの存在が認められ、また、全ての事例で共通する目標は、一人ひとりの患



者にとってよりよい支援の提供であったことが明らかとなっている。これらの先駆的取り組みにおける共通項や目標は、ACT-J利用者群及び飯田病院OS利用者群を対象とした聞き取り調査の結果からも、患者が必要としているものであることが明らかとなったと言える。

## A. 研究目的

精神科に入院している患者の退院支援や地域生活のために必要な精神保健福祉的支援の質を明らかにするには、現在、地域社会が提供している社会資源を量的に把握・分析するとともに、当事者のニーズ、現に展開されている支援の具体を把握・分析することが必要である。

本年度は、引き続き、(1)現在、地域社会が提供している社会資源の量的な把握と分析を行うとともに、(2)地域生活支援プログラム利用者を対象に、退院及び地域生活において必要なサービスと提供されているサービスへの満足度の調査を実施した。

## B. 研究方法

### 1. 現在、地域社会が提供している社会資源の量的な把握と分析

障害者福祉施設の一部が自立支援法における移行期にあって全国レベルでの量的データ把握・比較が困難であるため、引き続き、本年度も、千葉県内精神保健福祉関連社会資源の施設数及び定員等のデータを収集し、分析を加えた。加えて、人口万対精神病床数が千葉県と近似している長野県の精神保健福祉関連社会資源の状況を調査した。

### 2. 必要な退院支援及び地域生活支援、ならびに提供されているサービスに対する満足度の調査

平成20年度は、重症精神障害者に対す

る地域生活支援プログラムである千葉県市川市所在のACT-J利用者20名を対象として、対面法による聞き取り調査を行った。その結果を踏まえ、質問項目に若干の修正を加えて、今年度は、精神科退院患者に対する地域生活プログラムで、ACT-Jとは地域特性の異なる長野県飯田市所在の飯田病院アウトリーチサービス利用者20名を対象として、同じく対面法による聞き取り調査を行った。

調査の説明書には、調査結果は統計的に処理され個人が特定されることはないこと、調査結果を目的外に使用しないこと、調査に協力しなくても不利になることがないこと、調査に同意してもいつでも同意を撤回できることなどを明記し、これらを遵守した。なお、本調査の実施に当たっては、千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認を受けた。加えて、飯田病院調査の実施に当たっては、飯田病院倫理審査委員会の承認を受けた。

## C. 研究結果

### 1. 現在、地域社会が提供している社会資源の量的な把握と分析

(1) まず、千葉県内精神保健福祉関連社会資源の施設数及び定員等について、千葉県障害福祉課の資料に基づき基礎的データを収集した。必要に応じて、施設等に直接電話照会をして現状を確認した。その上で、社会資源（居住支援、日中活動等別）の施設数等の増減を平成18年7月1日現在と、居住支援は平成21年6月1

日現在、日中活動は平成 21 年 4 月 1 日現在で比較した。特に、居住支援については、自立支援法施行により三障害対象となった障害者福祉施設のうち、実際に精神障害者を受け入れ対象としている施設を抽出し、その施設数と定員の増減を比較・分析した。日中活動等については、新設と新体系移行の状況を含めて施設数等の現状を調査した。

a) Table 1 は、千葉県第三次障害者計画に関連した「長期入院解消に向けた研究会」(平成 17 年 11 月 9 日設置) 報告書の退院可能者を、飯田病院で報告されている退院先の比率で振り分けた入居必要定員の推定値(平成 18 年 6 月 30 日現在)である。Table 1 で示されているように、自宅以外入居必要定員は、763 人であり、そのうち、636 人がグループホーム等または精神障害者生活訓練施設への入居を必要とすると推定されている。

Table 2 は、社会資源(居住支援)の状況を示したものである。

まず、平成 21 年 6 月 1 日現在において、精神障害者を受け入れ対象とする施設の数は 102 施設であり、定員は 610 人である。これを平成 18 年 7 月 1 日現在と比較すると、施設数は 38 施設、定員は 120 人増加している。このうち、精神障害者を主たる対象としているグループホーム・ケアホームは、施設数が 88 施設、定員数が 390 人であり、施設は 48 施設の増加、定員は 164 人の増加となっている。ちなみに、平成 19 年 6 月 30 日現在の精神障害者を主たる対象としているグループホーム・ケアホームの定員数は 257 人であり、平成 19 年 6 月 30 日現在と比較すると、133 人の定員増となる。なお、Table 3 で、千葉県の社会資源(居住支援)のうち、精神障害者を対象とするグループホーム・ケ

アホームの平成 19 年度以降新規指定状況を示した。

在所人員数について入手可能な最新データは、厚生労働省の平成 19 年社会福祉施設等調査である。それによると、平成 19 年 10 月 1 日現在における千葉県及び千葉市の共同生活援助・共同生活介護事業所(グループホーム・ケアホーム)の精神障害者在所人員は 257 人である。平成 19 年 6 月 30 日現在の定員 257 人に基づく新規受入れ可能人員は計算上 0 となるが、平成 21 年 6 月 1 日現在の定員 390 人に基づきデータの時期の差を無視して単純計算すると、新規受入れ可能人員は 133 人増加したことになる。ただし、これは、前述のように、千葉県の入居必要定員の推定値(平成 18 年 6 月 30 日現在)でグループホーム等または精神障害者生活訓練施設への入居を必要とすると推定されている 636 人には達していない。

以上から、長期入院解消のためには、社会資源(居住支援)の増設をさらに強力に図る必要がある。

b)社会資源(日中活動等)の状況を Table 4 にて示した。新設施設としては、就労継続支援 B 型と地域活動支援センターⅢ型が多い。また、作業所から地域活動支援センターⅢ型や就労継続支援 B 型への移行が多く認められるが、これは、自立支援法下では作業所の経営が難しくなっているためと考えられる。

(2)厚生労働省の平成 20 年医療施設(動態・静態)調査・病院報告によると平成 20 年 10 月 1 日現在の人口万対精神病床数は、千葉県が 213.7 で全国第 10 番目に少なく、長野県が 241.5 で全国第 13 番目と近似している。そこで、他県の精神保健福祉関連社会資源(居住支援)の量的把握のために、長野県の状況を調査した。

Table 1: 千葉県第三次障害者計画に関連した「長期入院解消に向けた研究会」(平成17年11月9日設置)からの推定値

区分	退院に伴う推定必要数	
	自立+ほぼ自立	左記+要見守り
自宅	152	290
アパート	67	<u>127</u>
グループホーム等	203	<u>387</u>
精神障害者生活訓練施設	131	<u>249</u>
高齢者用施設等その他施設	52	103
回答なし	23	44
合計	628	1200



自宅以外入居必要定員  
: 763

Table 2: 千葉県の社会資源(居住支援)の状況 (注1)

(平成21年6月1日現在, 対平成18年7月1日)

	自立支援法			精神保健福祉法等		千葉県独自の事業	千葉市独自の事業
	指定障害者支援施設(注2)	地域移行型ホーム(注3)	グループホーム, ケアホーム<精神障害者を対象とするもの>(注4)	生活訓練施設	福祉ホーム(B型含む)	ふれあいホーム	生活ホーム
施設数	1	1	88	6	3	2	1
(対平成18年7月1日増減数)	(△1)	(△1)	(△48)	(▼1)	(▼3)	(▼6)	(▼2)
定員	30	10	390	120	50	6	4
(対平成18年7月1日増減数)	(△30)	(△10)	(△164)	(▼20)	(▼40)	(▼19)	(▼5)

(注1) 平成18年7月1日のデータは千葉県精神保健福祉センター資料, 平成21年6月1日のデータは千葉県障害福祉課資料による。△は増, ▼は減を表す。

(注2) 生活訓練施設から移行。

(注3) 福祉ホームAから移行。

(注4) グループホーム, ケアホームの施設数増減数には, 純増・純減の他に, たとえば, 建物は1つで変わらないが, 1階と2階を区分けして2施設に変更した例が増加1と計上されている。また, 「精神障害者を対象とするもの」とは, 対象を「精神障害者の方」と明示している施設と, 電話による調査で「精神障害者を受け入れる」と回答した施設を計上した。

入居定員: 610  
(120人増加)

Table 3: 千葉県の社会資源(居住支援のうち, グループホーム, ケアホーム, 一体型)(精神障害者を対象とする)  
・平成19年度以降新規指定状況

(平成21年3月31日現在)

	施設数	定員
平成19年度	5	13
平成20年度	9	47
計	14	60

(注) 千葉県障害福祉課資料による。

Table 4: 千葉県の社会資源(日中活動等, 主たるもの)の状況

(平成21年4月1日現在, 対平成18年7月1日)

	自立支援法									精神保健福祉法			千葉県 内独自 事業	
	就労 移行 支援	就労 継続 支援 (A型)	就労 継続 支援 (B型)	多機能 型(就労 移行支援 と就労継 続支援(B 型)を含 む)	地域活動支援センター					通所 授産 施設	小規 模通 所授 産施 設	精神 障害 者共 同作 業所		中核 地域 支援 セン ター
					I型	II型	III型	基礎 のみ	その 他					
施設数	5	3	34	14	17	10	58	1	2	2	2	14	14	
(うち, 新規)	(5)	(3)	(25)	(10)	(5)	(7)	(27)	(1)	(1)			(3)		
(うち, 地域生活支援 センターからの移行)					(12)									
(うち, 通所授産施設 (含・小規模)からの 移行)			(3)	(4)		(1)								
(うち, 作業所からの 移行)			(6)			(2)	(31)		(1)					
(うち, 移行なし)										(2)	(2)	(11)		
対平成18年7月1日 増減数	△5	△3	△34	△14	△17	△10	△58	△1	△2	▼4	▼6	▼37	0	

(注1) 平成18年7月1日のデータは千葉県精神保健福祉センター資料, 平成21年4月1日のデータは千葉県障害福祉課資料による。△は増, ▼は減を表す。

(注2) 知的障害者, 身体障害者を主たる対象としている事業所は除いた。