

精神障害者の理想的な地域生活はどうあるべきか、ということ念頭に置きながら詳細な検討を行う必要があるが、退院促進政策を立てていく上で非常に有用な方法であると思われる。

例えば、

- ①一般の精神科入院病棟と急性期治療病棟という機能分化ではなく、ベルギーのように、各病床の機能分化、すなわち、急性期治療病床（A）と一般精神科治療病床（T）とに分け、AとTの比率は病院が申請し、それに伴う人員配置と基本管理料を算定する。
- ②精神科療養病棟は機能的に療養病棟とナーシングホームの中間的な新しいタイプのナーシングホーム（中間型ナーシングホーム）に移行し、病床はその患者一代限りとする。すなわち、長期入院患者の退院（死亡退院も含む）や転院とともにその患者分の病床を削減していく。
- ③精神科病院のスタッフのナーシングホームへの勤務や、グループホーム、自宅等への訪問看護、訪問作業療法などといった精神科病院スタッフのアウトリーチ活動を認め、精神科病院勤務のスタッフも継続して雇用ができるようにする。

2) 病院機能について

病院が積極的に退院促進に取り組めるように、退院促進を支える下記の支援について診療報酬を考える必要がある。

- ・ 定期的な退院準備度評価尺度（DRI）、退院準備状況アセスメント表等による退院阻害因子の検索
- ・ 多職種チームによる支援を合理的に推進するための退院促進パスや地域移行促進プログラムの使用
- ・ 新規入院患者への入院12ヶ月まで、急性期病棟並みの看護師数や精神保健福祉士及び作業療法士の配置を可能とする財政支援
- ・ 退院コーディネーター/入院ケースマネージャー（精神保健福祉士）の設置
- ・ 退院促進に関与する病棟看護師、作業療法士等の配置
- ・ 患者の社会資源体験への病棟スタッフの同伴
- ・ 地域ケースマネージャーや家族等を交えた退院ケア会議の主催
- ・ 退院促進に必要な技能を有した看護師の育成

3. 地域ケアシステム

1) 住居の確保

①必要な福祉的住居定員数

「精神病床の利用状況調査」（精神科病床を有する病院すべてに10分の1調査を依頼し、64%に当たる96病院から回答があり、対象患者数は17,819人であった）によると、住居先・支援を要する者は入院患者の54%であった。

退院できると仮定した場合の適切と考えられる「居住の場」に関する調査では、有効回答のみから算出すると、自宅が5067人（29.7%）、自宅外で福祉的住居が6919（40.6%）、将来の退院を想定できないとする者が5066（29.7%）であった。この調査結果から、平成20年2月時点での必要な福祉関連住居定員数は、回答した病院のみで6万9千人強、回答率を考慮して全入院者数から推定すると10万8千人強となる。将来の退院を想定できない者は、回答した病院のみで5万人強、全入院者数から推定すると7万9千人強である。

F2に限定して有効回答のみから算出すると、自宅が2793人（28.4%）、自宅外で福祉的住居が

3740 (38.0%)、将来の退院を想定できないとする者が3,300 (33.6%)であった。上記と同様に必要な福祉関連住居定員数は、回答した病院のみで3万7千人強、全入院者数から推定すると5万8千人強となる。将来の退院を想定できない人は回答した病院のみで3万3千人、全入院者数で約5万2千人であった。

平成19年度厚生労働省発表（ホームページ）の精神障害者社会復帰施設定員数は2万人弱であり、定員数の大幅な増員が必要である。

②ナーシングホーム

①における「将来の退院が想定できない人」は介護等のみでなく、ほぼ常時医療を要する者であると考えられる。さらに、その中には常時看護を要するが医師の診療行為は病院ほど高い頻度を必要としない場合が想定される。その場合には精神障害者のためのナーシングホームも考慮すべきであろう。ここで提供される看護の一部については本研究で提示された退院促進で看護師の行う支援内容と必要な看護技術が参考になる。さらにこのナーシングホームには「2. 病院の環境整備1) 病床削減」で述べた中間型ナーシングホームも考慮する必要がある。ただし、先進国の一部では劣悪な医療・居住環境のナーシングホームもあり、質の担保は必須である。

③福祉的住居環境

患者の支払能力の問題や新たな住居の確保が困難な状況を考えると、再発・再燃等による緊急入院時には家賃補助などにより一定期間は住居を継続できるようにしておくことが重要と思われる。また、退院時の評価に基づき、必要に応じて退院1-2週間には12時間から24時間体制での看護及び生活支援といった退院後短期集中的自立支援に対する財政的当てが必要である。

2) 地域支援体制

特に長期入院患者の地域生活では医療、福祉等、多方面からの支援が必要となる。そのためには適切なケアマネジメントのもとで、通院支援や訪問看護、訪問作業療法などの医療及びリハビリテーションに関する支援、障害者年金や精神障害者保健福祉手帳、自立支援、生活保護等の福祉等手続きに関する支援、住居先の確保の支援、就労支援、精神科的及び身体的緊急時への対処に関わる支援などを行っていく必要がある。また諸外国では精神障害者の地域移行に伴って司法精神保健ニーズが高まったと報告されている。そのため、精神障害者が犯罪に巻き込まれないための早期発見・再発予防や措置入院医療の高度化が必要である。これらを実行していくには現行の支援体制を以下のように、さらに充実させていく必要がある。

- ・ 診療報酬で算定できる地域ケースマネージャーの設置
- ・ 総合的ケア概要作成と評価に関する加算
- ・ 地域ケースマネージャーの病院での退院ケア会議への参加に関する加算
- ・ 包括的地域生活支援(ACT)の診療報酬
- ・ 訪問看護ステーションへの精神保健福祉士加算
- ・ 身体疾患入院治療に関する身体科への精神疾患管理加算
- ・ 他病院への精神科主治医の往診加算や担当訪問看護師へのリエゾンコンサルテーション加算
- ・ 自立支援としての訪問作業療法士への診療報酬
- ・ 訪問看護ステーションの精神疾患への理解の促進
- ・ 精神科病院スタッフのナーシングホームへの常駐や、居住場所への訪問看護・訪問作業療法な

どのアウトリーチの認可と診療報酬

- ・ IT等を用いた再発予防に向けたセルフマネジメントシステムの導入
- ・ ピアグループによる支援活動の促進
- ・ 就労支援システムの強化
- ・ 福祉施設への支援増額
- ・ 精神科救急医療の充実
- ・ 司法精神医療の充実（措置入院医療の高度化や医療観察法指定通院医療の充実）

3. 今後望まれる精神医療

- ・ 長期入院患者では日常生活機能の著しい低下が指摘されており、生活支援を行うとともに、日常生活機能の向上に向けた、認知機能回復のための新たな薬剤開発やリハビリテーション方法等の開発が必要と思われる。
- ・ 入院長期化の要因の一つとして難治性精神病が上げられる。研究報告によれば統合失調症の12%から40%程度は治療抵抗性である。平成21年に難治性統合失調症の治療薬であるクロザピンがわが国でも上市された。しかし、無顆粒球症などの重篤な副作用が見られるため、各地域でクロザピン治療のためのネットワークを作る必要がある。また、クロザピンは治療抵抗性統合失調症患者の40%程度にしか効果を期待できないため、新たな薬剤開発や物理療法、精神療法を開発する必要がある。
- ・ 精神障害の重症化及び難治化の予防や、精神障害者が犯罪等に巻き込まれないようにするために、精神障害者の早期発見・再発予防に関する研究開発が必要である。

平成 19－21 年度 総合研究報告
分担研究報告書

精神科病院における医療実態の把握に関する研究

分担研究者 松原 三郎

精神科病院における医療実態の把握に関する研究

分担研究者 松原三郎 松原病院

研究要旨

1) 平成 19 年度

- ・精神科回復期における医療実態に関する調査：入院 3 ヶ月以内で退院できなかった患者が、その後の回復期（4～12 ヶ月間）において、どのような治療を受け、退院に結びついているのかについて、その実態を調査・検討を行なった。
- ・長期入院患者の退院促進に関する指標の研究：安西信雄氏による「退院困難度の測定とその効果」、花井忠雄氏による「日精協二軸評価の意義」について講演が行なわれた。
- ・長期入院者の病態に関する予備調査：松原病院内の 2 つ長期入院者病棟（「精神症状重症者病棟」と「高齢・生活障害・合併症病棟」）について、その病態を比較した。
- ・精神病床の利用状況に関する調査：全国の精神科病院（996 病院が回答）に入院中の精神障害者の実態調査を実施した。

2) 平成 20 年度

- ・精神病床の利用状況に関する調査結果を詳細に分析した。

3) 平成 21 年度

- ・地域移行促進プログラム：多職種による退院促進プログラムを作成し、症例検討を行なった。
- ・ACT 研究会：地域における医療と生活支援を行なうための方法について精神科病院を中心として検討を加えた。

A. 研究目的

わが国における精神科医療では、精神科病院の果たす役割は大きいが、諸外国に比較して、多数の長期入院患者が存在することから、適切な精神医療のあり方、ならびに、長期入院患者の退院促進と適切な処遇のあり方について検討を加える。

B. 研究方法

(1) 精神科回復期における医療実態に関する調査を平成 19 年 8 月に実施。精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟を有する施設 208 ヶ所にアンケート（施設・病棟機能調査用紙、個人調査用紙）を送付した。

(2) 長期入院患者の退院促進に関する指標の

研究。長期入院患者を中心として、その退院促進に寄与するような指標について研究会を開催して検討を行なった。国立神経精神センターの安西信雄氏からは、「退院困難度の測定とその効果」、日本精神科病院協会の花井忠雄氏からは「日精協二軸評価の意義」と題して講演が行なわれた。

(3) 長期入院者の病態に関する予備調査（松原病院内の 2 病棟について平成 19 年 12 月実施）。松原病院の精神療養病棟に 1 年以上入院中の閉鎖処遇の患者、とびうめ 3 病棟の 53 名（高齢、ADL 低下、合併症群）、本館 5 病棟の 22 名（男子、精神症状重症者群）を対象に調査を実施した。基本調査、精神症状および能力障害の二軸評価、ADL 評価、メニンガー患者分

類、看護必要度、GAF (Global Assessment of Functioning)、SBS (Social Behaviour Schedule) を実施した。

(4) 精神病床の利用状況に関する調査

平成 20 年 2 月に実施。対象は全国の精神科病床を保有する病院(1,542 病院)とし、対象患者は調査対象期間の全入院患者から無作為に抽出(10%抽出)した患者を調査対象とした。996 病院から回答があり、回答率は 64.6%であった。また、1 ヶ月後の患者状況についても調査し、退院患者を含む患者動態調査も合わせて実施した。

(5) 地域移行促進プログラム

松原病院において、入院後 3 ヶ月の急性期治療を経ても退院に至らなかった患者を対象として、回復期における医療をシステム化して行う「地域移行促進プログラム」を実施した。本プログラムの狙いは、急性期・回復期における治療を再度見直し、ケアマネジメントの手法を用いて地域のスタッフも加えて多職種チームで再アセスメント・再プランニングを行い、地域移行を促進させることである。

(6) ACT 研究会

平成 21 年 4 月、6 月、9 月に ACT を実践している医療機関、有識者をメンバーとして、ACT 研究会を開催し、各々の実践や地域医療、ACT について検討し、地域における支援体制の整備を実現するために具体策を検討した。

(倫理面への配慮)

いずれの研究会においても、個人の情報に関する資料については、会において検討が終わった後には、その資料を回収し破棄した。

C. 研究結果

(1) 精神科回復期における医療実態に関する調査

対象病院 208 病院のうち、74 病院(回答率 35.6%)から回答が得られた。1,423 人の経過が報告されたが、このうち、3 ヶ月を経ても退院

できなかったのは 300 名で、3 ヶ月後の残留率は 21.4%であった。さらに、12 ヶ月後には、35 名が退院ができなかった。1 年後残留率は 2.5%で、4~12 ヶ月の間には 88%が退院に成功している。3 ヶ月後において退院ができなかった 131 人について個別調査を実施したところ、退院ができなかった理由で最も多かったのは「精神症状の残存(74.1%)」であった。さらに、1 年後にも残留した理由では、精神症状の残存が 85.2%と最も多かった。他方、4~12 ヶ月の間に退院に至った理由については、59.9%が「薬物療法の効果」と答え、34.0%が作業療法などの「薬物療法以外の効果」、17.7%が「PSW の介入」と答えている。後二者を加えれば 51.7%となり、回復期中で退院に至る効果としては、「薬物療法の効果」と「病院内の回復訓練+PSW 等の介入効果」が相並んでいることがわかる。すなわち、「薬物療法の改善効果」と「多職種が加わった退院促進活動の効果」の二つが回復期における退院促進につながっていると言える。

(2) 長期入院患者の退院促進に関する指標の研究

長期入院患者の退院を促進するために、どのような指標が必要なのか。さらには、長期入院患者の症状評価を実施するうえで影響を与える要素を明確にしたいと考えて有識者を招いて研究会を開催した。安藤信雄氏は、退院が困難となる要因の分析結果を報告した。また、花井忠雄氏は、6 段階精神症状と 5 段階能力障害の 2 軸から、現在入院中の精神障害者の状態を報告し、さらに、これらの人達が、退院後についてどのような環境で生活することが適切であるかについて提言を行なった。

(3) 長期入院者の病態に関する予備調査(資料 1~4)

研究分担者が運営する松原病院の中で、長期入院にもかかわらず退院が困難とされている 2 種類の患者群について調査検討を行なった。大規模な調査を実施する前に、調査に必要な要

素を検討する目的でもある。2つの病棟のうち一つは「T3病棟」で、65歳以上の高齢者を中心とした患者群で、ADLならびに生活障害（IADL）があり、または、慢性身体合併症が存在する高齢者群である。他方は「本館5階病棟」で、慢性男子閉鎖病棟である。精神症状や問題行動のために、退院が困難な群である。男女数ではT3が女性48%であるが、本5では全員が男性(22名)である。年齢はT3では、50歳代が9%にすぎない。幻覚妄想の残遺は、T3が53.7%であるが、本5は90.9%にも及んでいる。身体合併症ではT3では50%に存在した。また、その程度は、本5では、81.8%が精神科医による治療が可能であるが、T3では、72.9%が内科医による治療が必要であった。その他の指標としては、日精協2軸評価（6段階精神症状・5段階能力障害）、GAF、SBS、メニンガー尺度、看護必要度の6要素について検討を行なった。結果は、6段階精神症状評価においては、GAFやSBSと高い相関をもっていることがわかるが、能力障害との相関を示す指標は認められなかった。

4) 精神病床の利用状況に関する調査

1,542病院のうち、996病院から回答が得られ、10%抽出によって、17,819人から個別データが得られた。これらの結果については、既に、報告書として提出されている(資料5参照)。

平成20年度においては、これらの分析をさらに詳細に行った。図4において示すように、条件が整えば近い将来退院可能な群は44.4%で、近い将来退院の可能性がないと主治医が判定したのは、39.7%にのぼる。先の「受け入れ条件が整えば退院可能群との2軸で評価すると、図5に示すように、受け入れ条件が整えば退院可能群33.7%のうち、現状のまま、および、現状のまま将来改善が見込まれるので、移住先等の準備をしなくても退院可能は7.2%に過ぎない。受け入れ条件が整えば退院可能と判定された群の73%は、将来の改善とともに居住先等の受け入れを整えることが条件となっており、

現実にはこの人達の大半は退院できないままに残留する結果となっている。厚労省がこれまで指標としてきた7万2千人にも及ぶ退院可能とされた群は、実際には、「退院ができそうに見えても、地域内での受け入れを十分に整えなければ退院が困難な群である」とみなされる。

さらに図11で示されるように、IADLの低下（特に、食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理）が長期入院になるに従って困難度が増している。退院を促進するためには、これらの生活支援を十分に行うことが重要である。

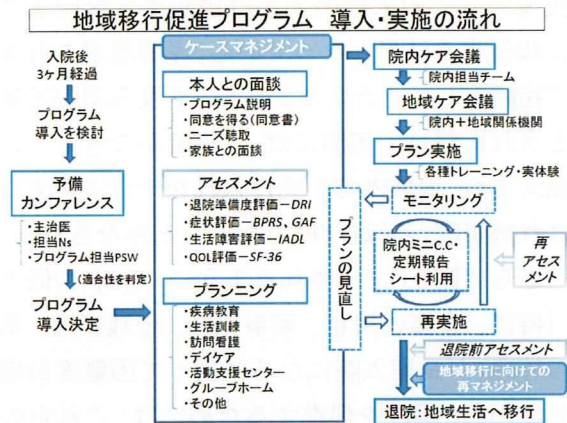
図15には、退院が困難と判定された群を示しているが10年以上入院群については、55%にも及んでいる。図16に示すように、これらの群は、セルフケアに著しい問題がある群と、精神症状(幻覚妄想など)が重度な群とに大別される。さらにこの群で、ADLに問題を持っている群は15%程度ある(図17)。IADLについては、極めて重症である(図18)。

6ヶ月後の退院の状況をみると、6ヶ月後に退院できた人達のうち、受け入れ条件が整えば退院可能と判定されていた人達は、41%に過ぎなかった(図33)。退院の決定的な要素ではないことが分かる。

認知症患者(F0群)についてみると、2軸評価で精神症状・能力障害ともに重度な第6群が71%にものぼる(図42)。

(5) 地域移行促進プログラム

退院の促進を、医師、看護師、PSW、作業療法士、心理士、訪問看護師、デイケア職員、グループホーム職員(世話人)、就労支援センター職員(生活支援員)などが一体となって行うことができるように、プログラムを開発した。



対象となる患者は、3 か月以内の急性期と、4～12 ヶ月の回復期に相当する患者である。当初は医師、看護師、作業療法士、さらに、PSW がかわるが、退院直前から退院後においては、病院外のスタッフが主体となるケアマネジメントが重要となる。

(6) ACT 研究会

ACT 研究会では、地域生活支援の方法を「ケアマネジメント型支援」「包括型地域生活支援 (ACT)」「訪問看護ステーションを利用した生活支援」の3種類に分けることができた。しかし、実際に地域生活支援を包括的に行うには、現在、高齢者医療で行われているように、在宅療養支援診療所となるか、それとも、200床以下の病院であることが求められる。そして、その中で、在宅療養の患者のみを「訪問診療、訪問看護など」アウトリーチを主体とする医療・生活支援を行うことが必要になる。この結果、在宅医学総合管理料の算定が可能になる。

D. 考察

(1) 精神科回復期における医療実態に関する調査

①多職種が、(5) に示した「地域移行促進プログラム」を利用しながら、4～12 ヶ月間の退院促進を行えば、1年後の残留率を5%程度まで、減少させることができる。このプログラムでは、「薬物療法の見直し」と「集中的なケアマネジメント」が重要な要素である。

②上記のプログラムを実現するためには、看護

基準が15対1以上であること、専従のPSW2名が配置されていること、多職種による計画的な退院促進が行われていること(促進プログラムの利用)、病院内に地域移行支援室があること、そして、作業療法士による作業療法が行われていることなどである。

③最終的なアウトカムは、1年後の残留率6%以下を目指すべきであるが、3ヶ月間を過ぎても退院ができなかった患者のうち、66%以上が1年以内に退院することが必要であろう。

また、これに該当する診療報酬は、ケースごとに算定されるべきである。

(2) 退院促進に関する指標の研究

退院促進のためには、退院困難度の解析が重要であるが、現在、松原病院で利用している指標は、「GAF」と「DRI」である。特に、DRI(退院準備度評価尺度: Discharge Readness Inventory) は退院促進の指標を、多職種で討議しあえる点は、極めて有用である。

(3) 長期入院者の病態に関する予備調査

松原病院で実施された2群の患者状態分析では、「65歳以上で、セルフコントロールやADLの低下した精神障害者」については、将来的に介護保険の利用を目標とした「精神保健施設」が必要であろう。他方、65歳未満で、比較的精神症状、生活障害が軽度な入院患者のためには、比較的大型の(20床以上)「精神障害者支援施設」が必要となろう。また、第2の群で示された「精神症状が重症な群」については、診療報酬上では、重症加算が必要である。

(4) 精神病床の利用状況に関する調査

この調査によって入院患者に関する多くの知見が得られた。退院を促進するためには、「地域における医療と生活支援」を確実にやる必要がある。このためには、医療保険による生活支援の充実を早急に図る必要がある。

(5) 地域移行促進プログラム

回復期の退院を促進するためには、「薬物療法の改善」と「ケアマネジメントに基づく生活支援の強化」が必要である。集中的ケアマネジ

メントとは、本人を地域生活にまで送ることができる強力なツールである。

(6) ACT研究会 (資料6)

精神障害者の地域生活支援を強化するためには、自立支援法の改善だけでなく、医療保険による医療と生活支援が重要である。これを実現するためには、「病院訪問看護の診療報酬を訪問看護ステーションなみに引き上げること」、「精神科病院が、地域のための専従の医師」を配置した場合には、在宅療養支援診療所と同様な診療報酬を認めること、すなわち、在宅総合支援管理料の算定を可能とすること。さらに、在宅でアウトリーチによる支援が行われる場合には、利用者は、同時に日中の障害者自立支援サービスの利用が許されること。これらの医療保険報酬上の改善が必須のものとする。

E. 結論

(1) 回復期 (4~12ヶ月間) の入院医療を改善することで、1年後の残留率を現在の2分の1にすることができ、精神医療の大きな改革につながるであろう。

(2) 退院促進のためには、急性期・回復期への人員の再配置などを行って、入院医療の質の向上を図る必要がある。

(3) さらに、退院を促進するためには、「受け入れ条件を整えば退院可能」な人達のために、地域生活支援を充実する必要がある。このためには、在宅医療の充実、すなわち、「医療保険サービス」の充実が必要である。具体的には、病院訪問看護料の引き上げ、専従医師のある場合には「在宅総合支援管理料」の算定を認めるべきである。

(4) 民間精神科病院も含めて、各精神科病院が地域精神科医療の拠点となれるような施策が望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 障害程度区分の問題点と今後のあり方. 日精協誌 26(4)339-345, 2007
- 2) 今後の慢性期精神科医療のあり方について—精神科病院の立場から—. 精神保健政策研究 16. 64-71, 2007
- 3) 病棟機能分化からみた精神科救急のあり方. 日精協誌, 27(5):390-395, 2008
- 4) 医療観察法の地域サポートと ACT. 臨床精神医学, 37(8), 1029-1036, 2008
- 5) わが国の精神科医療とその課題. (編) 松原三郎 専門医のための精神科臨床レビュー 4 精神障害者のリハビリテーションと社会復帰, 2-17, 中山書店, 東京, 2008
- 6) 精神病床利用状況調査からみたわが国の精神科医療の課題. 日精協誌, 27(11), 967-979, 2008
- 7) 中期的な見地からみた精神科医療と診療報酬のあり方. 日精協誌 28(4):253-254, 2009
- 8) 精神保健福祉法一法に基づいた入院手続きと処遇. 精神科専門医のためのプラクティカル精神医学:622-633, 中山書店, 2009
- 9) 精神科救急病棟が持つべき機能について. 医療福祉建築 165:6-7, 2009
- 10) 精神科医療と国民経済. 精神保健福祉白書:134, 中央法規, 2009

2. 学会発表

- 1) 地域生活支援室を再考する. 第35回日精協精神医学会シンポジウム, 長崎, 2007
- 2) 精神障害者にとっての障害程度区分の問題点. 日本知的障害者福祉協会 シンポジウム, 東京, 2008
- 3) Treatment and Rehabilitation of Dementia in Psychiatric Hospitals in Japan .13th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, 東京, 2008
- 4) 急性期・回復期リハ病床のあり方. 第37回日精協精神医学会シンポジウム, 香川, 2009

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

精神症状・能力障害二軸評価用紙

予備調査の概要

【調査期間】

◇平成 19 年 12 月 10 日～平成 19 年 12 月 26 日

【調査対象】

◇松原病院：T 3 病棟および H 5 病棟（共に精神療養病棟）

◇調査日において認知症患者を除く閉鎖処遇中の患者 計 75 名

【調査内容】

- (1) 基本調査用紙
- (2) 各種専門評価
 - 精神症状・能力障害二軸評価
 - 病態評価 (GAF)
 - 社会行動評価尺度 (SBS 評価)
 - 精神科看護必要度 (メニンガー患者分類)
 - 看護必要度 (看護必要度研究会 25 項目版)
 - ADL 評価 (介護保険意見書抜粋)

精神症状評価 (1～6 で判定)

- 1 症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが日常の生活の中ではほとんど目立たない程度である。
- 2 精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。
- 3 精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない、または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。
- 4 精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達が判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが、逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状 (欠陥状態、無関心、無為、自閉など)、慢性的幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、そう状態を含む。
- 5 精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達に粗大な欠陥 (ひどい減衰や無言症) がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、そう状態を含む。
- 6 活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の痴呆などにより著しい逸脱行動 (自殺企図、暴力行為など) が認められ、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時嚴重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、嚴重かつ持続的な注意を要する。しほしは隔離なども必要となる。

能力障害評価 (1～5 で判定)

- 1 精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
- 2 精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。
- 3 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
- 4 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する。
- 5 精神症状を認め、身の回りのことは殆ど出来ない。

メニソングー患者分類表

入院	日付	日付	月	日
患者ID:				
患者氏名:				

ADL判定尺度

(1) 日常生活の自立程度について
 ・日常生活の自立程度(自立度) I II III IV V VI VII VIII IX X
 ・介護・加齢・障害の程度による自立度 I II III IV V VI VII VIII IX X

資料 1-1

障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) 判定基準

ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たきり程度の生活をしている
ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄、散歩、洗濯はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
ランク C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着脱において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りも出来ない

資料 1-2

痴呆性老人の日常生活自立度判定基準

ランク I	何らかの病巣を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
ランク II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られ、でも、誰かが注意していれば自立できる。
ランク III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
ランク IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが顕著に見られ、常に介護を必要とする。
ランク V	苦しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

一般ケア
 ここ1週間の状態について、各カテゴリーの中で1つだけ当てはまる番号を選んで○をつけて下さい。

I. 管理	1. 1対1で付き添う (刺激回避のため) 2. 個室に保護する 3. 注意深く監視する 4. 常に気にしている 5. 頻回に確認する 6. 通常の確認
II. 食事	1. 介助または経管栄養 2. 部屋に配膳する 3. 食堂で食べる (監視必要) 4. 食堂で食べる (監視不要)
III. 個人衛生	1. 直接介助 2. 声をかけて行動を促したり、できているかどうか確認する 3. 自分でできる
IV. 活動	1. 病室のみ 2. 病棟のみ 3. スケジュール通りの活動、病棟外に出る時は看護者同伴 4. 病棟内外で規則的な活動や余暇活動ができる。
V. 責任のレベル	1. 看護者と1対1で行動する 2. 集団で行動する 3. 一人で行動できる
VI. 指導	1. 1対1で毎日指導する 2. 1対1で週に3回程度指導する 3. 必要時またはグループ指導 4. 指導は特に行っていない
VII. 危険性	1. 離院自傷他害の危険性が高い 2. 離院自傷他害の危険性は中程度 3. 離院自傷他害の危険性は少ない 4. 明らかに危険はない
VIII. 与薬	1. 拒薬 2. 1日に4回以上の与薬 3. 1日に4回未満の与薬 4. 自己管理または頓服薬のみ与薬
IX. 身体的問題	1. ベッド上のケア、身体症状による隔離 2. 身体障害 3. 特別ケアが必要な身体合併症 4. 通常のケアで足りる身体合併症 5. 身体的問題はなし

特別ケア

ここ1週間の状態について、当てはまる番号すべてに○をつけて下さい。

治療	1. 隔離または抑制 (身体拘束) 2. 電気ショック療法 3. 特別な検査
その他	1. 看護者との時間を頻回に要求する 2. 暴力的行為 3. 破壊的行為 4. グループへの参加 5. 65歳以上または8歳以下 6. 看護者同伴で病棟以外での場所での会合や面接に出かける 7. 看護者同伴で病院内 (病棟以外) での会合や面接に出かける 8. 新入院 9. 退院 10. カンファレンス

記録者氏名: _____

社会行動評価尺度 (Social Behaviour Schedule : SBS)

看護必要度チェック票

病棟番号	患者名	調査者名	調査日時	月	日	時	分
------	-----	------	------	---	---	---	---

1. 調査日の0時から24時までを見て、チェックして下さい。

手術
 1. なし
 2. 手術前日
 3. 手術当日
 主な術式名 () 手術時間 () 分

退院予定
 1. なし
 2. あり (退院まで) 日

床上安静の指示
 1. なし
 2. あり

2. 前日調査から本日の調査まで24時間の記録を見て、チェックして下さい。

調査日の主な診断名 (最大3種類)
 (1)
 (2)
 (3)

創傷処置
 1. なし
 2. あり

計画に基づいた10分以上の指導
 1. なし
 2. あり

薬生術の施行
 1. なし
 2. あり

血圧測定
 1. 0回
 2. 1~5回
 3. 6~10回
 4. 11~20回
 5. 21回以上

時間尿測定
 1. なし
 2. あり

呼吸ケア
 1. なし
 2. あり

点滴ライン同時3本以上
 1. なし
 2. あり

(看護計画に基づいた)10分以上の意思決定支援
 1. なし
 2. あり

身体的な症状の訴え
 1. なし
 2. あり

3. 調査日の8時30分から14時までを見て、チェックして下さい。

どちらかの手を胸元まで持ち上げられる
 1. できる
 2. できない

寝返り
 1. できる
 2. 何かにつかまればできる
 3. できない

起き上がり
 1. できる
 2. できない

座位保持
 1. できる
 2. 支えがあればできる
 3. できない

移乗
 1. できる
 2. 見守り・一部介助が必要
 3. できない

移動方法 (主要なもの1つ)
 1. 自立歩行
 2. 杖歩行
 3. つたい歩き
 4. 歩行器
 5. 車いすによる自力歩行
 6. 車いすによる介助歩行
 7. その他 (搬送車等)
 8. 移動なし

口腔清潔
 1. できる
 2. できない

食事摂取
 1. 介助なし
 2. 一部介助
 3. 全介助

ズボン・パンツの着脱
 1. 介助なし
 2. 一部介助
 3. 全介助

他者への意思の伝達
 1. できる
 2. できる時とできない時がある
 3. できない

診療・療養上の指示が通じる
 1. はい
 2. いいえ

4. 調査日の過去1カ月から現在までを見て、チェックして下さい。
 *ただし、入院が1カ月に満たない患者の場合は、入院してからの状況を見てチェックして下さい。

危険行動への対応
 1. なし
 2. あり

©2001 看護必要度研究会

- 対象ケースの、過去一ヶ月間の典型的な行動について評価してください。
- 評価に際しては、行動の程度(重症度)と、観察者を含むに入りますが、疑わしい場合は、程度より頻りに書きおいて評価し、1から21のそれぞれの項目について、最もあてはまる数字を一つずつ○をつけてください。

	0	1	2	3	4
1. コミュニケーション スタッフと専断して会話をし、	自立的に話すがよく出来ない	ほとんど話さないが時に他人に話すが	ほとんど話さないが時に他人に話すが	拒否的	成しない
2. 会話内容の一貫性 話の内容のつじつまが合うか、精神疾患のために一貫性を失っていないか。	一貫性あり (月1~2回)	時々つじつまが合わない (月1~2回)	しばしばつじつまが合わない (月1~2回)	頻りにつじつまが合わない (月1回以上)	常に一貫性がなく頻りに話さない
3. 会話を奇妙さ 一般の多くの人が奇妙と思う内容であるか。	奇妙さはない	時々奇妙 (月1~2回)	しばしば奇妙 (月1回)	とても頻りに奇妙な話 (毎日)	常に奇妙な話
4. 社会との適切な距離 バスなどで、次のバスはいつ来るか、わかられたら、適切に答えられるか。	適切に距離可能	時々適切な方法で距離 (月1~2回)	不適切な方法で距離をとることが多い (月1回)	ほとんどどの方法でも不適切な方法で距離をとる (月1回以上)	適切な方法で他人と距離をとれない
5. 日常生活に消えた交流 身体的・身体的反応があるか。	ほとんどなし	たまに消えた交流がある (月1~2回)	しばしば消えた交流がある (月1回)	ほとんどの消えた交流がある (月1回以上)	常に消えた交流がある (毎日)
6. 関心をひく振るまい 人の関心を独占しようとするか。他人の関心を向けると、怒りっぽくなるか。	なし	時に関心をひこうとするが、周囲が他人の関心を向けても気にしない	時に関心をひくが、周囲が他人の関心を向けると怒る	常に他人の関心をひくが、周囲が他人の関心を向けると怒る	常に他人の関心をひくが、周囲が他人の関心を向けると怒る
7. 自認・自らの状態と行動 3以上は明らかに自認を目的としていたと見られるとき。	0	1	2	3	4
8. パニック、恐怖症 ある特定の状況下における不安や一般的な不安にどの程度悩まされているか。	0	1	2	3	4
9. 活動性 目的もなく歩き回る、部屋間を歩き回る、不必要な動きが多い、落ちつきがない (1つ以上あれば立派な活動と判断)	なし	時々活動性 (月1~2回)	しばしば活動性 (月1回)	常に活動性がある (毎日、頻りに)	常に活動性がある (毎日)
10. 独語、空想 決して社交上のものではないことが明らかで場合によっては周囲に迷惑する。	0	1	2	3	4
11. 妄想の行動化 妄想に基づいて行動を起こそうと決意するかどうか。(例：数回中閉まっていると誤解し込む)	なし	時々 (月1~2回)	しばしば (月3回)	しょっちゅう (月1回以上)	しょっちゅう (毎日)
12. 奇妙な姿勢、動き 奇妙な形にはまった動き、不快で不適切な姿勢があるかどうか。	なし	時々 (月1~2回)	しばしば (月1回)	しょっちゅう (月1回以上)	しょっちゅう (毎日)

機能の全体的評価尺度
(Global Assessment of Functioning: GAF)

- ・ 症状の重症度と機能レベルの二つの側面から、対象ケースの状態を評価します。
- ・ 下記の採点基準を91~100点から順に読み進めていき、過去一か月間で一番状態が悪いときの、症状の重症度または機能レベルのどちらか悪いほうを当てる得点範囲(例: 31~40点)を決めてください。
- ・ 次に、その10点の得点範囲内の点数を決めてください。たとえば、45、68、72のように、得点範囲内で適当と思う点数をひとつ決め、一番下の回答欄に記入してください。

GAFの採点基準

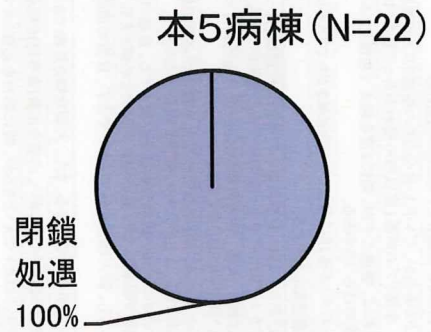
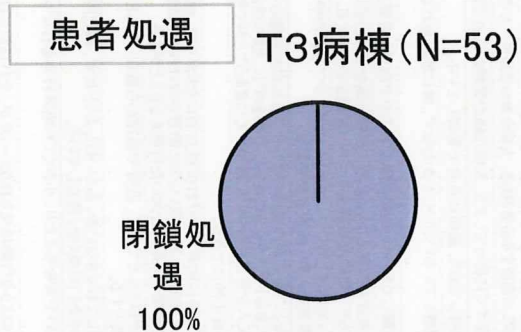
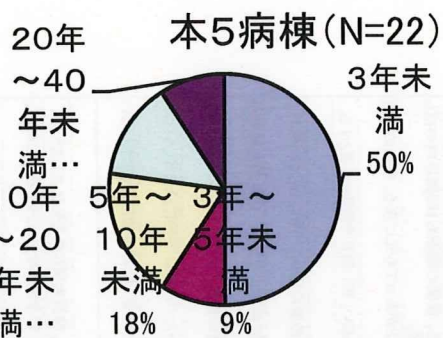
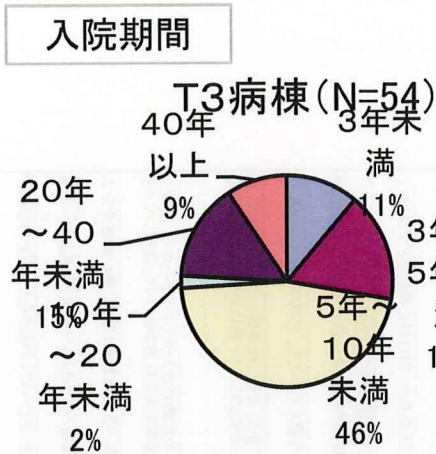
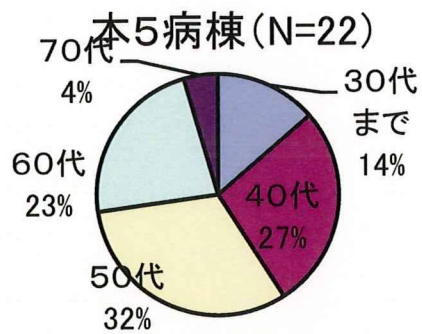
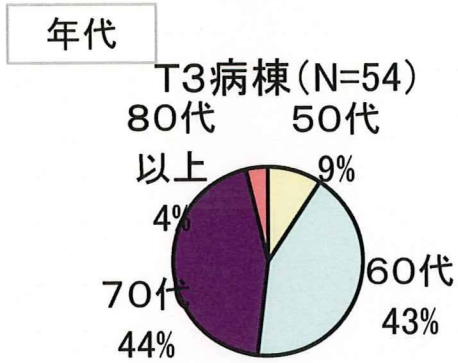
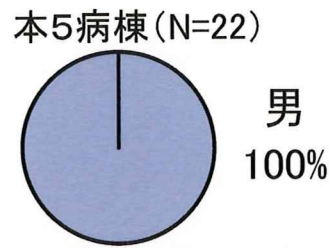
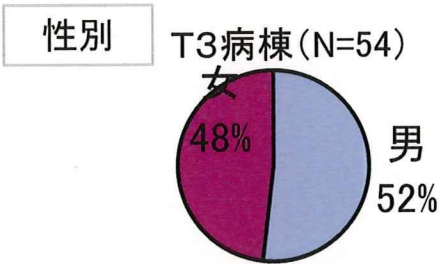
91~100点	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
81~90点	症状が全くないか、ほんの少しだけ(例: 試験前の寝い不安)ある。すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味を持ち参加し、社交的にはそつがなく、生活に大抵満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例: たまに、寝癖と口論する)。
71~80点	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対す一適性で予期される反応である(例: 家族と口論した後の集中困難)。社会的、職業的、または学校の機能にこくわずかな障害以上のものはない(例: 学校で一時的遅れをとる)。
61~70点	いくつかの軽い症状がある(例: 抑うつ気分と軽い不眠)。または、社会的、職業的、または学校の機能に、いくらかの困難がある(例: 時にする休みをたりたり、雪の金を盗んだりする)が、全体的には機能がかかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
51~60点	中等度の症状(例: 感情が平板で、会話がまわりくどい、時にパニック発作がある)、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例: 友達が少ししかいない、仲間や仕事の同僚との連絡がある)。
41~50点	重大な症状(例: 自殺念慮、強迫的儀式がひどい、しよつちゆう万引きする)、または、社会的、職業的、または学校の機能における何らかの深刻な障害(友達がいらない、仕事がない)がある。
31~40点	現実検討がコミュニケーションにいくらかの欠陥(例: 会話は時々非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面での重大な欠陥(例: 抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない、子供がしばしば年下の子供をなぐり、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない)がある。
21~30点	行動は妄想や幻覚に相当影響されている、または意図運や判断に重大な欠陥がある(例: 時々、複製、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、または、ほとんどすべての面で機能することができない(例: 一日中、床についている、仕事も家庭も友達もいない)。
11~20点	自己または他者を傷つける危険がかなりある(例: 死をほつきり予期することなどに自殺企図、しばしば暴力的になる、躁病性興奮)、または、時には最低限の身辺の清潔維持ができない(例: 大便を塗りにく)、またはコミュニケーションに重大な欠陥(例: 大部分減数か無音症)がある。
1~10点	自己または他者をひどく傷つける危険が疑っている(例: 暴力の繰り返し)、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能、または、死をほつきり予期した重大な自殺行為がある。
0点	情報不十分

GAF 得点	点
--------	---

13. ひんしゆく・マナー 世間でひんしゆくをかろうような振や言 ではないか(例: 声、顔を赤く、大きな振を平気 ですなど)	0 礼、正しい	1 振ねられ、正しい	2 時々ひんしゆくをか う行為	3 しばしばひんしゆく をか(週1回)	4 ほとんどひんしゆく をか(毎日)
14. 適切な行動 財産、所持物などのみを維持するにまつ た行動について評価	0 思慮を働かずに、 振る用も適切 でない	1 時々物を盗むと いって言すが、 振る行動はない	2 たびに物を盗むと いって、す う行為	3 一月以内に盗りに あせて物を盗した ことがある	4 頻りに盗りにあ せて物を盗した ことがある
15. 抑うつ 「生まれてこなかったほうがよかった」 とか、「人生なんて意味がない」とつぶや いていたなど。自殺企図は評価しない。	0 なし	1 時々そのような 振る言がある (月1、2回程度)	2 しよつちゆう、もし くは週一回程度で 長期間抑うつ	3 抑うつにある(毎日)	4 頻りに、度々こした 振る言も時々、 生活や社会生活に支 障がある
16. 性的逸脱行動 公然ではなく、特定の他人に向けられる 性的行動について評価する(公衆の目が合 は13を参照する)	0 なし	1 いくらか性的なこと に心をなわけている (月1回程度)	2 しばしば性的な性 的振る言がある (月1回程度以上)	3 頻りに、明らかに 性的な振る言 がある	4 頻りに、度々こした 振る言も時々、 生活や社会生活に支 障がある
17. 身だしなみ・衣類 清潔、身の手入れ、更衣、失礼、奇妙な 振る言	0 適切に身につける ことができる	1 時々身だしなみ、 更衣、失礼、奇妙な 振る言がある	2 不適切な身だしな み、身の手入れ、 更衣、失礼、奇妙な 振る言がある	3 かなり身だしな み、身の手入れ、 更衣、失礼、奇妙な 振る言がある	4 身だしなみ、身 の手入れ、更衣、 失礼、奇妙な振る 言がある
18. 刺激の鈍さ 感るのが異常にゆつくり、多くの人が常 に感じること、年位、日常の状況(歩、走、 する)。	0 正常な刺激の 感さはない	1 時々中程度の刺激が 鈍くなるが、日常は 鈍くない	2 しよつちゆう、刺激 を感えられても中 等に鈍さがある	3 頻りに中程度の刺激が 鈍く、時には極めて 鈍くなる	4 頻りに、度々こした 振る言も時々、 生活や社会生活に支 障がある
19. 異常な活動の性質の低さ 刺激を加えなければ起ったまま何ももしな いのは中程度の活動性が、または状態。動 きの低さと活動性の低さは別に評価す る。	0 正常な活動の 性質はない	1 時々、中程度の活動 性が鈍くなるが、日常 は正常	2 しよつちゆう、中 等に鈍さがある	3 頻りに中程度の活動 性が鈍く、時には 極めて鈍くなる	4 頻りに、度々こした 振る言も時々、 生活や社会生活に支 障がある
20. 集中力 自分で引中しよつちゆうとしてもすることが理 しいか、テレビ、読書など。	0 問題なし	1 時々、中程度の活動 性が鈍くなるが、日常 は正常	2 しよつちゆう、中 等に鈍さがある	3 頻りに中程度の活動 性が鈍く、時には 極めて鈍くなる	4 頻りに、度々こした 振る言も時々、 生活や社会生活に支 障がある
21. 社会的適応を妨げる行動 上記以外の行動で、社会的適応を妨げる 行動があるか(例: 攻撃、過激・拒否、 盗犯、強迫行為、睡眠不足、飲酒)	0 そのような 行動はない	1 時々、中程度の活動 性が鈍くなるが、日常 は正常	2 しよつちゆう、中 等に鈍さがある	3 頻りに中程度の活動 性が鈍く、時には 極めて鈍くなる	4 頻りに、度々こした 振る言も時々、 生活や社会生活に支 障がある

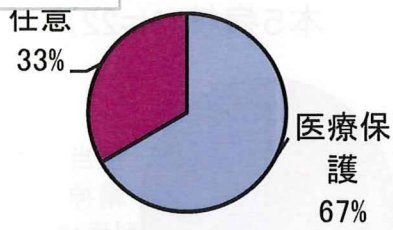
別紙② 生活障害評価 (日精協版)

項目	評価	内容
1. 食事	1	適量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族、施設からの提供を問わない)
	2	時に施設からの提供を必要とする場合があるが、「1」がたいがい自主的にできる。
	3	時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。
	4	いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に狭かったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言や援助を必要とする。
	5	常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。
2. 生活リズム	1	一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 ※一般的には午前9時には起きていなければならない
	2	時に寝過ぎることがあるが、たいがい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のほらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。
	3	時に助言がなければ、寝過ぎすが、週に1度を超えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1〜2時間の範囲のほらつきがある。
	4	起床が遅く、生活リズムが週1回を超えて不規則に寝きがちで週には5日に戻らない。強い助言や援助を必要とする。
	5	臥床がちで、昼夜逆転したりする。
3. 保清	1	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて(週に1回くらいは)、自主的に掃除やかたづけができる。TPOに合った服を着ることができる。
	2	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等がある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをたいがい自主的にこなせる。
	3	個人衛生を保つために、週1回程度の助言や援助が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度の助言がなければ、こみがたまり、部屋が乱雑になる。
	4	個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にしせず、いつもこみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。
	5	助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけを、助言や援助をしてもしない、できない。
4. 金銭管理	1	1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物の管理できる。
	2	月に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。
	3	週間程度のやりくりはたいいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為の時として助言が必要になる。
	4	3〜4日に一度手廻して相談する必要がある。大切な物の管理が一人で難しく、強い助言や援助を必要とする。
	5	持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。
5. 服薬管理	1	薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。
	2	薬の必要性は理解しているが、時にかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)
	3	薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上)
	4	飲み忘れや、飲み方を間違えたり、拒薬、大量服薬をすることがしばしばある。強い助言や援助(結合によりアボリ使用)と共に、薬物血中濃度モニター管理を必要とする。
	5	助言や援助をしても服薬しないが、できないため、ケア團隊の中で与薬を行ったり、アボリが中心となる。さらに、薬物血中濃度モニターは不可欠である。
6. 対人関係	1	あいさつや当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病院等で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることが出来る。必要に応じて、誰に対して自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。
	2	「1」が、たいがい自主的にできる。
	3	たいいできるが、時に助言がなければ孤立になりがちで、他人の行動に含められなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができません。周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。
	4	「1」で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。「3」がたびたびあり、強い助言や介入などの援助を必要とする。
	5	助言、介入、誘導してもできないが、あるいはしようとして、隣近所・集団とのつきあいや、他者との協働性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。
7. 社会的適応を扬げる行動	1	周囲に恐怖や強い不安を与えず、小さくても犯罪行為を行なったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。
	2	この1ヵ月に、「1」のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。
	3	この1ヵ月に、そのような行動が何回もあった。
	4	この1週間に、そのような行動が数回あった。
	5	そのような行動が毎日のように頻回にある。

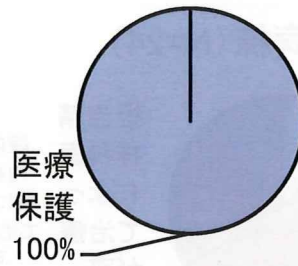


T3病棟 (N=54)

入院形態

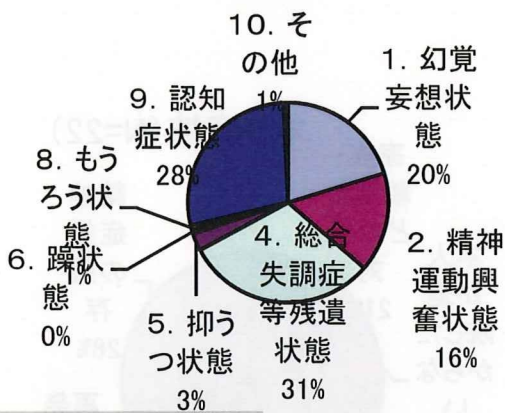


本5病棟 (N=22)

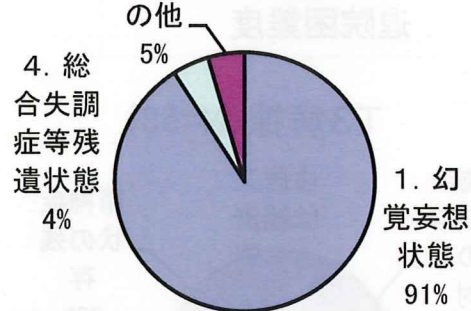


病態

T3病棟 (N=54)

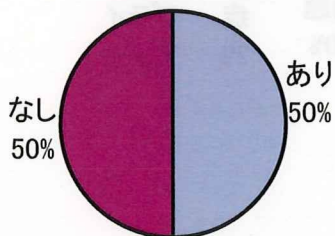


本5病棟 (N=22)

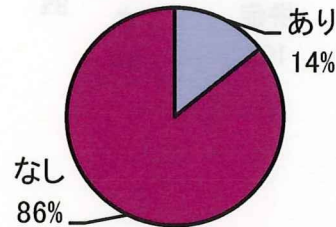


身体合併症

T3病棟 (N=48)

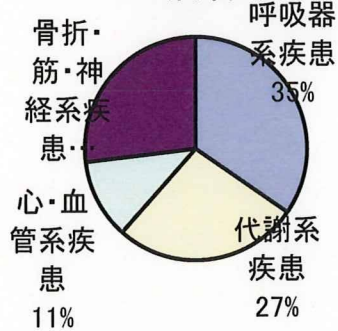


本5病棟 (N=21)

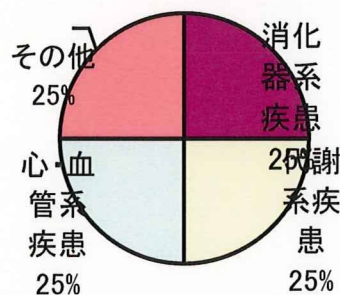


治療中の身体合併症

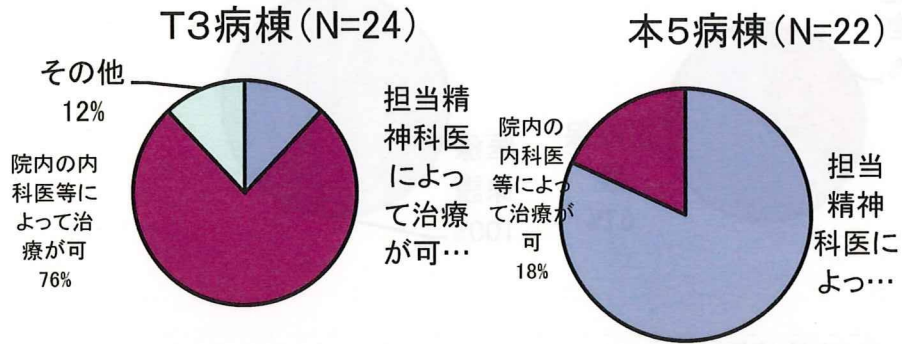
T3病棟 (N=24)



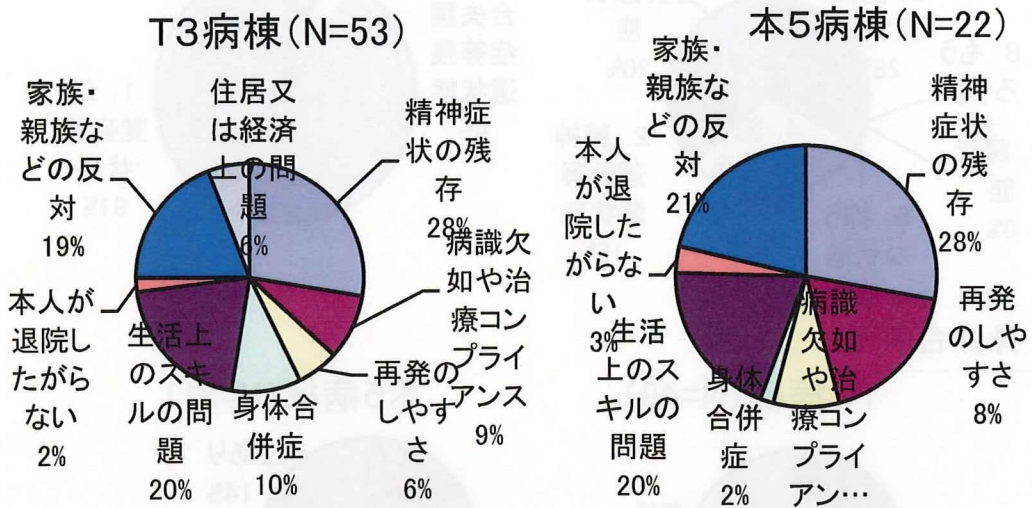
本5病棟 (N=4)



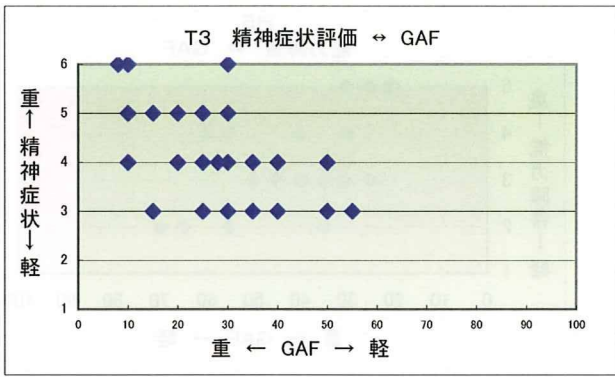
身体合併症の程度



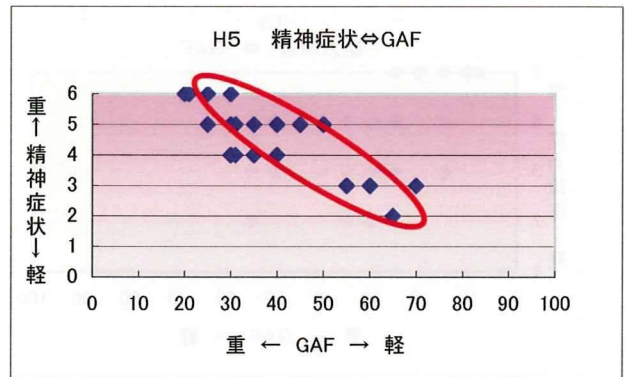
退院困難度



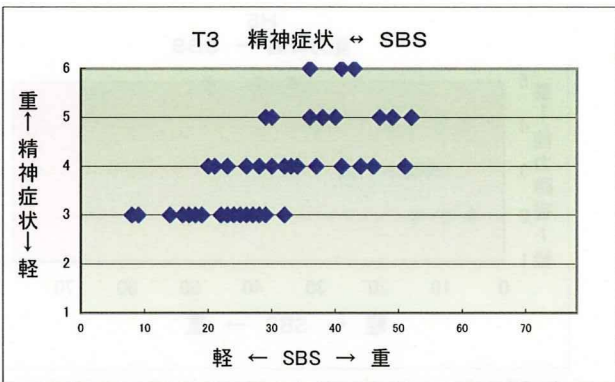
精神症状（2軸評価）⇔ 各評価（病棟比較）



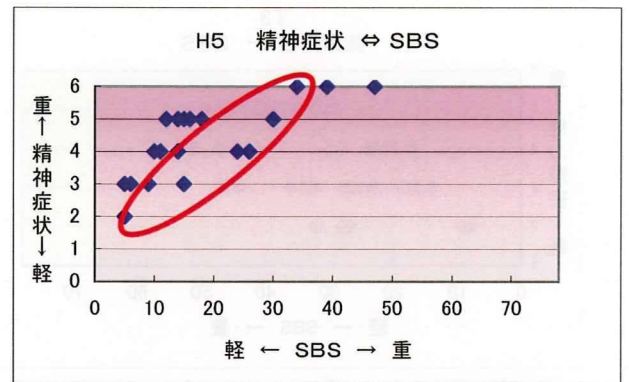
相関係数 = -0.6494



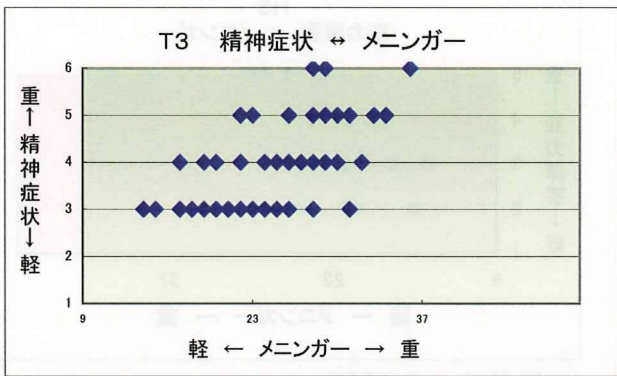
相関係数 = -0.8185



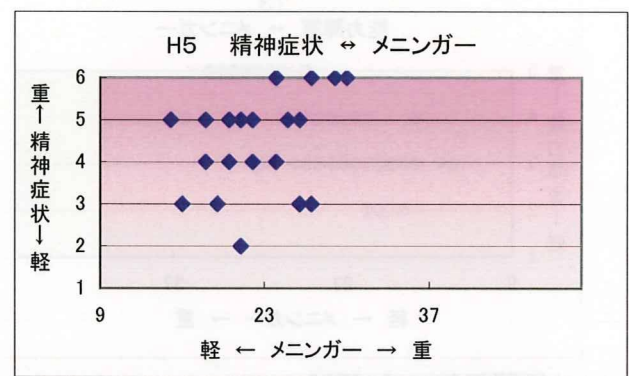
相関係数 = 0.6938



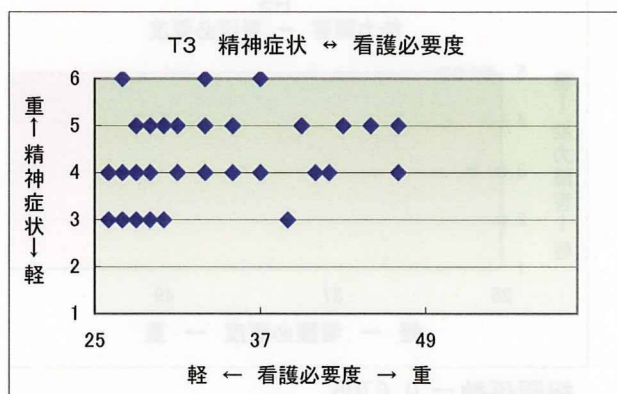
相関係数 = 0.8025



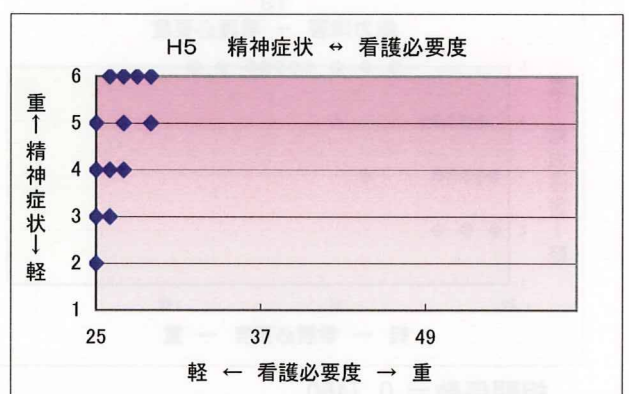
相関係数 = 0.6418



相関係数 = 0.4249

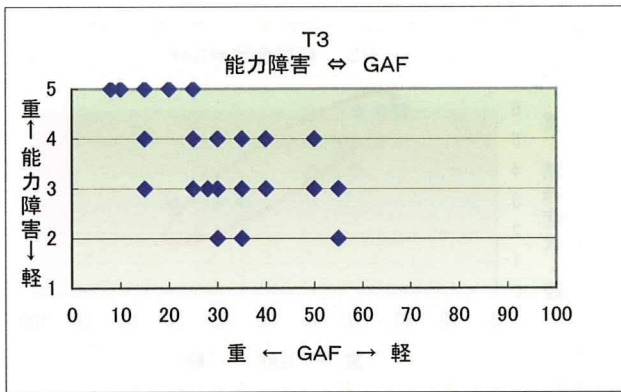


相関係数 = 0.4744

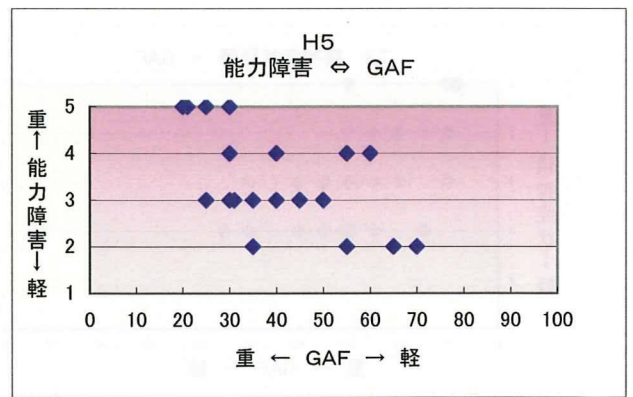


相関係数 = 0.5712

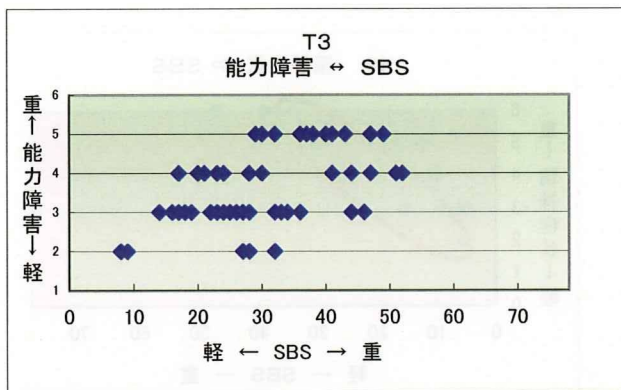
能力障害（2軸評価） ⇔ 各評価（病棟比較）



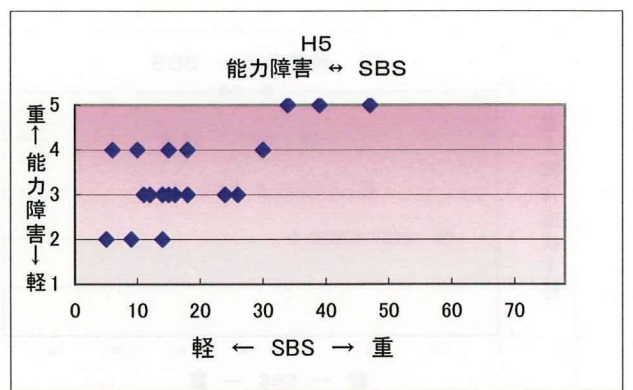
相関係数 = -0.6708



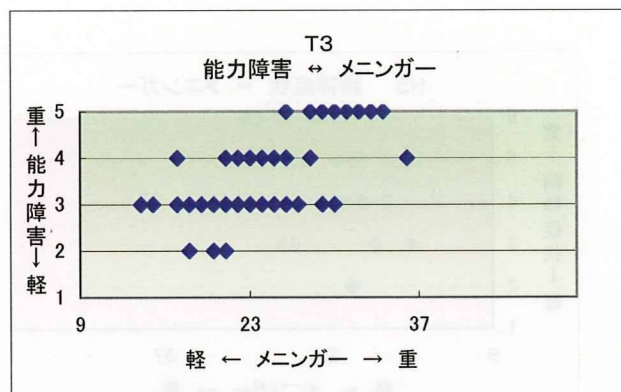
相関係数 = -0.6028



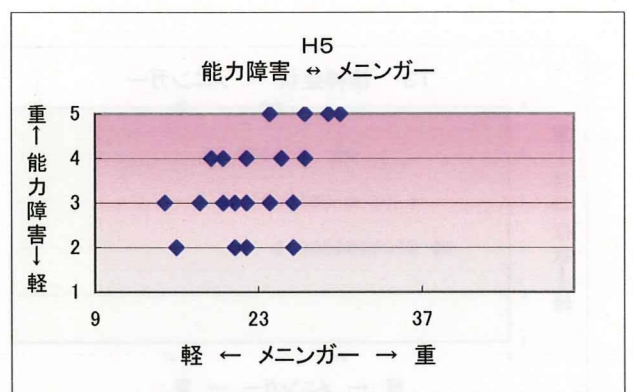
相関係数 = 0.5304



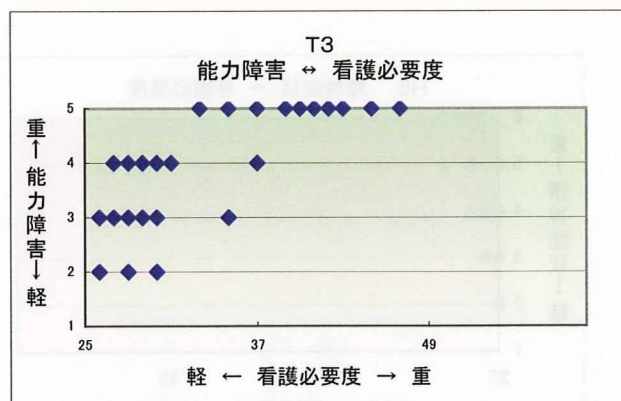
相関係数 = 0.7845



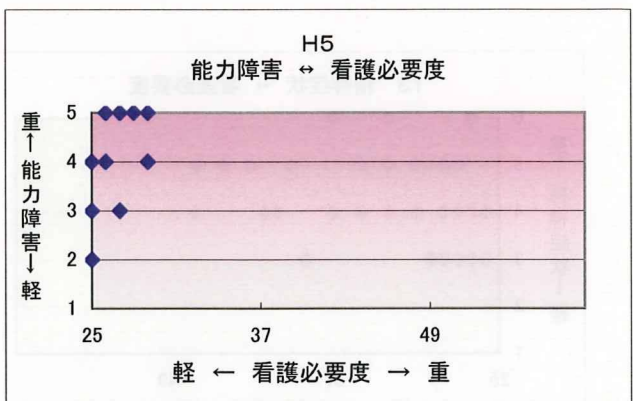
相関係数 = 0.6786



相関係数 = 0.5899



相関係数 = 0.7460



相関係数 = 0.6705