

A. 研究目的

本研究は、入院患者の通算入院期間及び入院回数といった病歴と入院日数等との関連や、入院中に実施された心理社会的ケアと入院経過及び再入院との関連を明らかにすることを目的とした。入院後早期から適切な心理社会的ケアを実施することの効果を明らかにすることは、入院が長期化する患者を減らし、今後の入院治療における指針作成に資すると考えられる。

B. 研究方法

1. 調査の概要

1) 調査対象・方法

(1) 対象者

2011年4月1日～2013年3月（2年間）にA病院精神科救急病棟に入院した者

(2) 調査様式

本調査は、A病院で運用している行動制限最適化データベースソフト「eCODO (Coercive measures Database Optimizing)」(野田ら, 2009; 杉山ら, 2010)によって入力されたデータから抽出されたデータを使用した。

2) 調査項目

(1) 対象者の特性

対象者の属性として、年齢、性別、入院時の居住形態、精神科診断名 (ICD-10)、他院を含む通算精神科入院回数、他院を含む通算精神科入院期間、を抽出した。

入院時の居住形態は「独居」と「それ以外」の2カテゴリーに、通算精神科入院回数は「1回」「2回」「3回」「4回」「5回以上」の5カテゴリーに、通算精神科入院期間は「1年未満」「1年から10年未満」「10年以上」「その他」の4カテゴリーに分けて分析に使用した。

(2) 入棟時及び退棟時の状態

当該病棟入棟時及び退棟時の状態として BPRS スコア (合計点)、GAF スコアを抽出し、分析に使用した。

(3) 入院経過及び退院3ヶ月後の再入院

入院経過及び退院3ヶ月後の再入院について、入院日数、隔離日数、身体拘束日数、入院後3ヶ月時点での転帰、退院3ヶ月後の再入院、について抽出した。

退院3ヶ月後の再入院は、調査期間内におけるA病院への再入院のみを対象とし、他院への再入院は含んでいない。

(4) 入院中に実施した心理社会的ケアの内容

入院中に実施した、心理社会的ケアの内容は、退院前訪問看護、作業療法、服薬指導、サービス調整会議、ケア会議、心理社会的支援（住居確保・金銭管理・就労支援、等）、を抽出した。また、退院後に利用する予定の社会資源についても、分析に使用した。

3) 分析方法

(1) 精神科の病歴と、入院時の状況および治療の転帰との関連

今回の入院時点における通算入院回数及び通算入院期間を独立変数、入院時の状態および入院経過を従属変数として、一元配置分散分析を行った。

(2) 入院中に実施した心理社会的ケアの内容と、退院後の経過との関連

入院後3ヶ月の在宅移行、及び退院後3ヶ月以内の再入院に関する関連要因について、入院中に実施した心理社会的ケアの内容を独立変数とし、年齢・性別・精神科診断名・入院時BPRSスコア、入院時GAFスコアを調整変数に投入し、ロジスティック回帰分析にて検討した。統計学的有意水準については $p < 0.05$ を有意とした。

(3) 解析手段

全ての解析はSTATA ver. 12.1 (STATA Corp, 1999)を使用した。

C. 研究結果

1) 対象者の特徴

2011年4月1日から2013年3月31日までの2年間に、A病院精神科救急病棟に入院し、データに欠損値のない者（n=658）について分析を行った。

(1) 性別・年齢（入院時）

本研究の対象者は、男性282人（43.9%）、女性376人（56.1%）であり、入院時の年齢は10代24人（3.7%）、20代52人（7.9%）、30代162人（24.6%）、40代129名（19.6%）、50代109人（16.6%）、60代98人（14.9%）、70代62人（9.4%）、80代以上22人（3.3%）であった。

図表 1-1 対象者の性別

性別	n	%
男性	282	43.9
女性	376	56.1

図表 1-2 対象者の年齢（入院時）

入院時年齢	n	%
10-19	24	3.7
20-29	52	7.9
30-39	162	24.6
40-49	129	19.6
50-59	109	16.6
60-69	98	14.9
70-79	62	9.4
80-	22	3.3

(2) 居住形態

本研究の対象者における入院前の居住形態は、独居113人（17.2%）、それ以外545人（82.8%）であった。

図表 1-3 対象者の居住先（入院時）

居住形態	n	%
独居	113	17.2
その他	545	82.8

(3) 精神科診断名

本研究の対象者における精神科診断名は、F0（症状性を含む器質性精神障害）48人（7.3%）、F1（精神作用物質使用による精神及び行動の障害）19人（2.9%）、F2（統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害）366人（55.6%）、F3（気分障害）141人（21.4%）、F4（神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害）57人（8.7%）、F5（生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群）3人（0.5%）、F6（成人の人格及び行動の障害）7人（1.1%）、F7（知的障害〈精神遅滞〉）6人（0.9%）、F8（心理的発達の障害）10人、その他/不明1人（0.2%）であった。

図表 1-4 精神科診断名

診断名	n	%
F0	48	7.3
F1	19	2.9
F2	366	55.6
F3	141	21.4
F4	57	8.7
F5	3	0.5
F6	7	1.1
F7	6	0.9
F8	10	1.5
F9	0	0.0
その他/不明	1	0.2

(4) 入院期間・隔離期間・身体拘束期間

本研究の対象者における、平均入院期間は76.2日（標準偏差119.1）、平均隔離期間は18.4日（標準偏差23.0）、平均身体拘束期間は4.8日（標準偏差9.8）であった。

図表 1-5 入院期間・隔離期間・身体拘束期間

入院期間(日)		隔離期間(日)		身体拘束期間(日)	
平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
76.2	119.1	18.4	23.0	4.8	9.8

(5) 精神科救急病棟入棟時および退棟時の BPRS・GAF

本研究の対象者における、精神科救急病棟入棟時の平均 BPRS 得点は 49.7 点（標準偏差 14.7）、平均 GAF 得点は 22.2（標準偏差 10.6）であった。また退棟時の平均 BPRS 得点は 30.4（標準偏差 10.3）、平均 GAF 得点は 49.2（標準偏差 17.2）であった。

図表 1-6 入院時および退院時の BPRS・GAF

BPRS(入棟時)		BPRS(退棟時)		GAF(入棟時)		GAF(退棟時)	
平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
49.7	14.7	30.4	10.3	22.2	10.6	49.2	17.2

2) 病歴と入院経過との関係

(1) 精神科通算入院回数と入院期間・隔離期間・身体拘束期間との関係

通算精神科入院回数が多くなるにつれて、入院期間(日)の平均は長くなっており、一元配置分散分析で統計学的に有意な差が認められた。

図表 2-1 精神科通算入院回数と入院期間・隔離期間・身体拘束期間との関係

	N	%	入院期間(日)		隔離期間(日)		身体拘束期間(日)	
			平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
通算精神科入院回数								
1回	240	36.5	56.9	61.0	18.2	17.2	5.6	10.9
2回	128	19.5	70.3	71.9	17.4	18.1	4.3	8.4
3回	96	14.6	80.6	95.2	19.3	23.5	3.7	7.0
4回	46	7.0	88.9	112.5	17.9	25.6	5.2	10.1
5回以上	148	22.5	105.8	203.9	19.4	32.2	4.5	10.3
			F=4.18, p<0.01**		F=0.19, p=0.95		F=0.85, p=0.49	

(2) 通算精神科入院期間と入院期間・隔離期間・身体拘束期間との関係

通算精神科入院回数が1年未満の者に比べて、1年以上の者の入院期間(日)の平均は長くなっており、一元配置分散分析で統計学的に有意な差が認められた。

図表 2-2 通算精神科入院期間と入院期間・隔離期間・身体拘束期間との関係

	N	%	入院期間(日)		隔離期間(日)		身体拘束期間(日)	
			平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
通算精神科入院期間								
1年未満	459	69.8	63.7	68.8	18.9	22.1	5.0	10.0
1年から10年未満	151	23.0	101.4	191.3	17.5	25.7	3.7	7.9
10年以上	44	6.7	101.8	140.4	17.9	23.2	6.4	12.6
不明	4	0.6	273.0	392.1	12.0	6.5	1.0	2.0
			F=8.55, p<0.01**		F=0.24, p=0.87		F=1.24, p=0.30	

3) 入院中に受けた心理社会的ケアと、入院後及び退院後の転帰との関係

看護師、精神保健福祉士、薬剤師等による、入院中の様々な心理社会的ケア提供の有無と、入院3ヶ月後の在宅への退院及び退院後3ヶ月以内の再入院の関係性についてクロス표를作成し、 χ^2 乗検定を実施した。また、それぞれのケア提供が年齢・性別・精神科診断名・入棟時 BPRS・入棟時 GAF の影響を調整してもなお、転帰を予測しうるかについて、ロジスティック回帰分析を実施した。

退院後3ヶ月以内の対象者を分析から除外するため、分析対象は2011年4月1日から2012年12月31日までに入院した者 (n=532) に限定した。

(1) 退院前訪問指導と、入院後及び退院後の転帰との関係

退院前訪問指導とは、入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する診療報酬制度（平成25年現在）である。

退院前訪問指導を実施した入院患者は29人(5.5%)であり、そのうち24人(82.8%)が3か月以内に在宅へ退院し、3か月以内に再入院した者はいなかった。

図表 3-1-1 退院前訪問指導と、入院後及び退院後の転帰

	入院3ヶ月後の在宅移行者		退院後3か月以内の再入院	
	n	%	n	%
退院前訪問指導				
なし	503	94.6	351	69.9
あり	29	5.5	24	82.8
			$\chi^2=2.22, p=0.14$	
			$\chi^2=2.9, p=0.09$	

図表 3-1-2 退院前訪問指導と、入院後及び退院後の転帰に関する、オッズ比推定結果

	入院3ヶ月後の在宅移行			退院後3か月以内の再入院		
	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
退院前訪問指導						
なし	1.00					
あり	2.04	0.75-5.55	0.17			
	$df=1, \chi^2=1.93, p=0.16$			(not testable)		

(2) 服薬指導と、入院後及び退院後の転帰との関係

服薬指導は、病院の薬剤師が直接服薬指導（服薬に関する注意及び効果、副作用等に関する状況把握を含む）を行った場合に算定することができ、入院患者1人につき週1回、月に4回まで算定できる（同一月内に複数回算定する場合は算定日の間隔が6日以上必要）診療報酬制度（平成25年現在）である。

服薬指導を実施した入院患者は430人（80.8%）であり、そのうち366人（85.1%）が3か月以内に在宅へ退院、31人（7.2%）が3か月以内に再入院していた。ロジスティック回帰分析では、入院3ヶ月後の在宅移行に統計的に有意に貢献しており（オッズ比79.83）、退院後3ヶ月以内の再入院を統計的に有意に防止していた（オッズ比0.42）。

図表 3-2-1 服薬指導と、入院後及び退院後の転帰

	入院3ヶ月後の在宅移行者		退院後3か月以内の再入院	
	n	%	n	%
服薬指導				
なし	102	19.2	9	8.8
あり	430	80.8	366	85.1
			$\chi^2=230.68, p<0.01^{**}$	
			$\chi^2=5.87, p=0.02^*$	

図表 3-2-2 服薬指導と、入院後及び退院後の転帰に関する、オッズ比推定結果

	入院3ヶ月後の在宅移行			退院後3か月以内の再入院		
	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
服薬指導						
なし	1.00			1.00		
あり	79.83	34.73-183.46	<0.01**	0.42	0.21-0.83	0.01*
	$df=1, \chi^2=106.42, p<0.01^{**}$			$df=1, \chi^2=6.15, p=0.01^*$		

(3) 作業療法と、入院後及び退院後の転帰との関係

精神科作業療法は、精神疾患を有するものの社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類にかかわらずその実施時間は患者1人当たり1日につき2時間を標準とし、作業療法士が当該療法を実施した場合に算定する診療報酬制度（平成25年現在）である。

作業療法を実施した入院患者は130人（24.4%）であり、そのうち102人（78.5%）が3か月以内に在宅へ移行、5人（3.9%）が3か月以内に再入院していた。ロジスティック回帰分析では、退院後3ヶ月以内の再入院を統計的に有意に防止していた（オッズ比0.35）。

図表 3-3-1 作業療法と、入院後及び退院後の転帰

	入院3ヶ月後の在宅移行者		退院後3か月以内の再入院	
	n	%	n	%
作業療法				
なし	402	75.6	273	67.9
あり	130	24.4	102	78.5
			$\chi^2=5.26, p=0.02^*$	
			$\chi^2=5.02, p=0.03^*$	

図表 3-3-2 作業療法と、入院後及び退院後の転帰に関する、オッズ比推定結果

	入院3ヶ月後の在宅移行			退院後3か月以内の再入院		
	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
作業療法						
なし	1.00			1.00		
あり	1.52	0.94-2.47	0.09	0.35	0.13-0.92	0.03*
	$df=1, \chi^2=2.92, p=0.09$			$df=1, \chi^2=4.53, p=0.03^*$		

(4) 入院中の心理社会的支援と、入院後及び退院後の転帰との関係

入院中に提供される心理社会的支援は、住居確保、日中の居場所確保、家族支援および調整、就労支援、制度利用、金銭管理、生活全般の改善をめざす相談、の7項目に分類し集計を行った。

上記7項目のうち1つでも実施した入院患者は518人(97.4%)であり、そのうち370人(71.4%)が3か月以内に在宅移行、43人(8.3%)が3か月以内に再入院していた。調整後は、上記7項目のうち1つでも実施した者は、しなかった者に比べ、入院3ヶ月後に在宅移行する可能性が5.34倍であり、統計学的に有意であった。

さらに、7項目それぞれに分析を行うと、日中の居場所確保(250人, 47.0%)、就労支援(64人, 12.0%)、制度利用支援(340人, 63.9%)の3項目を実施した入院患者のうち、それぞれ191人(76.4%)、54人(84.4%)、270人(79.4%)、が3ヶ月以内に退院、制度利用支援を実施した者のうち、23人(6.8%)が退院3ヶ月以内に再入院していた。

ロジスティック回帰分析では、日中の居場所の確保(オッズ比1.77)、就労支援(オッズ比2.37)、制度利用支援(オッズ比3.60)は、入院3ヶ月後の在宅移行と有意に正の相関を認め、制度利用支援は退院後3ヶ月以内の再入院を統計的に有意に防止していた(オッズ比0.53)。

図表 3-4-1 入院中の心理社会的支援と、入院後及び退院後の転帰

			入院3ヶ月後の在宅移行者		退院後3か月以内の再入院	
	n	%	n	%	n	%
入院中の心理社会的支援						
なし	14	2.6	5	35.7	3	21.4
あり	518	97.4	370	71.4	43	8.3
			$\chi^2=8.36, p<0.01^{**}$		$\chi^2=2.97, p=0.09$	
日中の居場所の確保						
なし	282	53.0	184	65.3	22	7.8
あり	250	47.0	191	76.4	24	9.6
			$\chi^2=7.92, p<0.01^{**}$		$\chi^2=0.54, p=0.46$	
就労支援						
なし	468	88.0	321	68.6	40	8.6
あり	64	12.0	54	84.4	6	9.4
			$\chi^2=6.74, p<0.01^{**}$		$\chi^2=0.05, p=0.83$	
制度利用支援						
なし	192	36.1	105	54.7	23	12.0
あり	340	63.9	270	79.4	23	6.8
			$\chi^2=36.06, p<0.01^{**}$		$\chi^2=4.22, p=0.04^*$	

図表 3-4-2 入院中の心理社会的支援と、入院後及び退院後の転帰に関する、オッズ比推定結果

	入院3ヶ月後の在宅移行			退院後3か月以内の再入院		
	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
入院中の心理社会的支援						
なし	1.00			1.00		
あり	5.34	1.65-17.23	<0.01**	0.35	0.09-1.35	0.13
	df=1, $\chi^2=7.85$, p<0.01**			df=1, $\chi^2=2.32$, p=0.13		
日中の居場所の確保						
なし	1.00			1.00		
あり	1.77	1.19-2.65	0.01**	1.31	0.71-2.42	0.39
	df=1, $\chi^2=7.84$, p<0.01**			df=1, $\chi^2=0.74$, p=0.39		
就労支援						
なし	1.00			1.00		
あり	2.37	1.14-4.94	0.02*	1.28	0.51-3.22	0.60
	df=1, $\chi^2=5.35$, p=0.02*			df=1, $\chi^2=0.28$, p=0.60		
制度利用支援						
なし	1.00			1.00		
あり	3.60	2.38-5.47	<0.01**	0.53	0.29-0.99	0.05*
	df=1, $\chi^2=36.32$, p<0.01**			df=1, $\chi^2=4.02$, p=0.05*		

(5) サービス調整会議の実施と、入院後及び退院後の転帰との関係

サービス調整会議は、退院・地域移行に向けた支援体制の確立を目的に、院内外の関係者が集まって行う調整で、本人や家族が参加しないものである。

サービス調整会議を実施した入院患者は 116 人 (21.8%) であり、そのうち 82 人 (70.7%) が 3 か月以内に在宅へ移行、4 人 (3.5%) が 3 か月以内に再入院していた。ロジスティック回帰分析では、退院後 3 ヶ月以内の再入院を統計的に有意に防止していた (オッズ比 0.33)。

図表 3-5-1 サービス調整会議の実施と、入院後及び退院後の転帰

	入院 3 ヶ月後の在宅移行者		退院後 3 か月以内の再入院	
	n	%	n	%
サービス調整会議の実施				
なし	416	78.2	293	70.4
あり	116	21.8	82	70.7
			$\chi^2=0.00, p=0.96$	
			$\chi^2=5.08, p=0.02^*$	

図表 3-5-2 サービス調整会議の実施と、入院後及び退院後の転帰に関する、オッズ比推定結果

	入院 3 ヶ月後の在宅移行			退院後 3 か月以内の再入院		
	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
サービス調整会議の実施						
なし	1.00			1.00		
あり	1.10	0.68-1.78	0.69	0.33	0.12-0.96	0.04*
	$df=1, \chi^2=0.16, p=0.69$			$df=1, \chi^2=4.15, p=0.04^*$		

(6) ケア会議の実施と、入院後及び退院後の転帰との関係

ケア会議は、退院・地域移行に向けた支援体制の確立を目的に院内外の関係者が集まって行う調整で、本人や家族が参加するものである。

ケア会議を実施した入院患者は 138 人 (25.9%) であり、そのうち 106 人 (76.8%) が 3 か月以内に在宅へ移行し、10 人 (7.3%) が 3 か月以内に再入院していた。ロジスティック回帰分析では、入院 3 ヶ月後の在宅移行に統計的に有意に貢献していた (オッズ比 1.77)。

図表 3-6-1 ケア会議の実施と、入院後及び退院後の転帰

	入院 3 ヶ月後の在宅移行者		退院後 3 か月以内の再入院	
	n	%	n	%
ケア会議の実施				
なし	394	74.1	269	68.3
あり	138	25.9	106	76.8
			$\chi^2=3.58, p=0.06$	$\chi^2=0.46, p=0.50$

図表 3-6-2 ケア会議の実施と、入院後及び退院後の転帰に関する、オッズ比推定結果

	入院 3 ヶ月後の在宅移行			退院後 3 か月以内の再入院		
	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
ケア会議の実施						
なし	1.00			1.00		
あり	1.77	1.11-2.85	0.02*	0.77	0.36-1.61	0.49
	$df=1, \chi^2=5.64, p=0.02^*$			$df=1, \chi^2=0.48, p=0.49$		

(7) 退院後に利用する在宅支援サービスと、入院後及び退院後の転帰との関係

入院中に提供された支援によって、退院後に利用することになった在宅支援サービスは、訪問看護、ホームヘルプ、就労継続・移行支援、地域活動支援センター、相談支援、ピアサポート、自助グループ、介護保険、の8項目に分類し、そのうち1つでも利用することになった入院患者は220人(41.4%)であり、そのうち191人(86.8%)が3か月以内に在宅移行、19人(8.6%)が3か月以内に再入院していた。ロジスティック回帰分析では、入院3ヶ月後の在宅移行に統計的に有意に貢献していた(オッズ比5.47)。

図表 3-7-1 退院後に利用する在宅支援サービスと、入院後及び退院後の転帰

	入院3ヶ月後の在宅移行者		退院後3か月以内の再入院	
	n	%	n	%
退院後に利用する在宅支援サービス				
なし	312	58.7	184	59.0
あり	220	41.4	191	86.8
			$\chi^2=48.09, p<0.01^{**}$	
			$\chi^2=0.00, p=0.99$	

図表 3-7-2

退院後に利用する在宅支援サービスと、入院後及び退院後の転帰に関する、オッズ比推定結果

	入院3ヶ月後の在宅移行			退院後3か月以内の再入院		
	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
退院後に利用する在宅支援サービス						
なし	1.00			1.00		
あり	5.47	3.36-8.90	<0.01**	0.91	0.49-1.70	0.77
	$df=1, \chi^2=46.86, p<0.01^{**}$			$df=1, \chi^2=0.08, p=0.77$		

D. 考察

通算精神科入院回数が多くなるほど平均入院期間は長くなり、また、通算精神科入院期間が1年未満の者に比べて1年以上の者の平均入院期間は長くなっていた。入院による社会からの隔絶や保護的環境の延長は、社会的活動性・社会生活技能・対人関係能力の低下（岡本&井上, 2007）や、家族・友人・職場・近隣等との関係性の希薄化や関与の低下等により、入院によって精神症状は改善するものの、退院後の社会生活の環境は厳しくなり、調整やリハビリテーションにより多くの時間を要していると考えられる。

「服薬指導」「日中の居場所の確保」「就労支援」「制度利用支援」「ケア会議」「退院後の在宅支援サービス利用」は、入院3ヶ月後の在宅移行と有意に正の相関があった。入院環境から在宅環境へ無理なく移行するには、そのギャップを埋めるために入院中からの準備や調整が重要であるが、「服薬指導」は精神症状の安定に、「日中の居場所確保」は活動と休息のバランス維持に、「制度利用支援」と「退院後の在宅支援サービス利用」は生活の安定に、「就労支援」は経済的安定にそれぞれ寄与したものと考えられる。そして「ケア会議」は退院後の方向性や地域サービスとの連携に関して、本人・家族・地域それぞれの意向や役割を調整する「ケアマネジメント」として機能し、これはケアマネジメントの入院日数短縮効果を明らかにしたメタ分析（Ziguras & Stuart, 2000）を支持する結果であると考えられる。

また、服薬指導、作業療法、制度利用支援、サービス調整会議は、退院後3か月以内の再入院を統計的に有意に防止していた。これは前述した入院3ヶ月後の在宅移行よりも、長期的な在宅生活に安定に寄与するものと考えられ、「服薬指導」は精神症状の安定に、「作業療法」は対人関係の維持や活動と休息のバランス維持に、「制度利用支援」と「サービス調整会議」は生活の安定に、それぞれ寄与したものと考えられる。

本研究は1病院の限定された病棟におけるもので、調査対象となった病院のサービスのレベルを反映した結果であり、結果の一般化には限界がある。また、3か月以内の再入院は、自院への再入院のみを追跡しており他院への入院は把握できていない。

E. 結論

A 病院精神科救急病棟において、通算精神科入院回数が多く、通算精神科入院期間が長い入院患者ほど、調整やリハビリテーションに時間を要し、入院期間が長くなることが示唆された。また、3か月以内の退院を促進し、退院後3ヶ月以内の再入院を防ぐために、いくつかの心理社会的ケアが有効であることが明らかになった。入院期間の長期化、早期の再入院を防ぐために、心理社会的ケアをより積極的に行う必要がある。

F. 引用・参考文献

- 1) 杉山直也, 野田寿恵, 川畑俊貴, 平田豊明, 伊藤弘人: 精神科救急病棟における行動制限一覧性台帳の臨床活用. 精神医学, 52(7) : 661-669, 2010.
- 2) 野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴, 平田豊明, 伊藤弘人: 行動制限に関する一覧性台帳を用いた隔離・身体拘束施行量を示す質指標の開発. 精神医学, 51(10) : 989-997, 2009.
- 3) 岡本幸, 井上 桂子: 長期入院の統合失調症患者における知的機能と社会生活障害の関連 WAIS-R と Rehab を用いた検討. 川崎医療福祉学会誌, 16(2) : 305-313, 2007.
- 4) Ziguras, Stephen J., and Geoffrey W. Stuart. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric services* 51.11 (2000): 1410-1421.

研究分担報告

研究分担者：井上新平

福島県立医科大学
会津医療センター

平成 25 年度厚生労働科学研究
精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究
分担研究報告書
重症入院患者の心理社会的治療の治療指針に関する研究
分担研究者 井上新平 福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座

研究要旨

目的：重症入院患者の心理社会的治療の治療指針を策定するために、本年度は、昨年
の全国調査と、精神科長期入院患者に心理社会的治療を試みた研究報告を分析し、指針の枠組みを検討することを目的とした。

方法：1) 24 年度研究の追加報告書で報告されているなかで、心理社会的治療に関連し
そうな項目——入院理由、取り組まれた治療内容、退院後に必要な地域医療／サービス、1 年以内
に退院できなかった理由、退院可能性、改善阻害要因など——に注目し分析した。2) 長期
入院患者の治療の研究報告を調査するために、医中誌 WEB を用い「精神科」「長期入院」
のキーワードで検索した。

結果：1) 追加報告からは、①入院時点ですでに心理社会的治療を主とすべき患者が 1 割程
度存在、②取り組まれている心理社会的治療は精神療法・作業療法などの伝統的な手法を
除くときわめて少ない、③9 割の患者は家庭への復帰が難しいと見なされているとの所見を得た。
2) 医中誌 WEB から 344 の文献が抽出された。関わったスタッフの専門性、アセスメントツ
ール、注目点、用いられた手法、家族との関わり、退院先・地域連携・スタッフの意識の項目で
特徴を拾い出したところ、①数多くの治療的試みがなされているが、多くは個別
的な働きかけで組織的取り組みが乏しい、②患者を対象とした取り組みは多いが家族
への接近はかなり少ない、③看護スタッフからの報告が非常に多い、④患者の動機づけに
注目し、持てる力を引きだしたり元気づけたりといった手法が目立つ、⑤地域と連携した
活動の報告は少ないという所見を得た。

結論：長期入院患者に対する退院促進のための組織的活動は乏しく、家族への関わりも少
ない。その中で患者の意欲・動機づけに注目し個別的に働きかけた成功事例が数多く報告
されている。これらを詳細に分析していけば、わが国の長期入院患者に特化した心理社会的
治療の指針作りに資するかもしれない。

A. 研究目的

平成 24 年 6 月の精神科医療の機能分化
と質の向上に関する検討会で、精神科の
入院患者で「重度かつ慢性」は 1 年で退院
させ、「重度かつ慢性」は質の高い医療・
適切な処遇を目指すとされた。これを受け

本研究班は、1) 平成 24 年度に行われた
「新しい精神科地域医療体制とその評価
の在り方に関する研究(以下 24 年度研究)」
の調査結果の分析、2) 「重度かつ慢性」
患者の多様性と特性の検討、3) 「重度か
つ慢性」患者を弁別する指標の検討、4)

「重度かつ慢性」暫定基準案の作成、5) 新規入院患者を対象とした前向き研究を実施するとした。その中で本分担研究では「重度かつ慢性」患者の心理社会的治療の指針を出すことを目的とした。

そこで今年度の分担研究では、1) 24 年度研究の中から心理社会的治療指針検討のための資料を精査し、2) 長期入院患者を対象とした文献検索を行うことから、指針のためのヒントを探ることを目的とした。

B. 研究方法

1. 24 年度研究の追加報告書を分析した。
この研究は「重度かつ慢性」の基準を検討するために 1 年以上入院している患者を対象とし、諸属性、治療内容、退院可能性、退院できない理由等を調べたものである。この研究は横断調査であり、また比較群をもうけていないので長期入院を生み出す要因については明らかにできない。また心理社会的治療は独立的には調査されていない。したがって萌芽的なことしか考察できないが、長期入院と心理社会的治療との関連を考察できそうな項目がいくつか見られた。入院理由、取り組まれた治療内容、退院後に必要な地域医療／サービス、1 年以内に退院できなかった理由、退院可能性、改善阻害要因などである。ここではこれらの項目に注目し分析した。
2. 長期入院患者の治療の研究報告を調査した。研究は国内の報告に限った。欧米諸国はすでに脱施設化をはたしており、文化風土や精神医療体制が異なるのでここでは取り上げなかった。

医中誌 WEB を利用し「精神科」「長期入院」のキーワードで検索すると、1480 の文献が得られた。このうち最近 5 年以内では 560 文献、抄録ありは 344 文献であった。今回はこの研究を分析し、長期入院患者に効果的な治療法を探索した。

C. 研究結果

1. 24 年度研究追加報告書の分析

「入院日における主たる入院理由」の項目の中で「日常生活機能障害のため（陰性症状、意欲低下）」が全体 8.3%、23 年 1 月以降 13.5%であり、入院当初から心理社会的治療を主体とすべき患者が多かった。

「1 年以上前の治療」「調査日から過去 1 年間で取り組まれた治療」では、それぞれ精神療法 92.1%・88.0%、作業療法 79.3%・76.4%、生活技能訓練 26.8%・24.2%、環境調整 24.5%・25.6%、職員同伴による外出訓練 15.5%・16.0%、退院支援プログラム 3.0%・3.2%、疾病教育プログラム 2.8%・3.0%であった。入院が長期化しても取り組まれる割合は変わらなかった。

「家族環境問題」では家族の対応能力が乏しい 47.0%、日常生活を支える家族がいない 42.5%、家族が患者を拒否 26.5%など、「家族環境問題への対応」では積極的な働きかけは行っていない 36.4%、同居していない家族・親族に働きかけを行った 26.0%、同居家族に行った 25.7%などであった。

「退院後の受け入れ先」では入院前にいた場所に退院できるが 11.1%、できない

が 88.3%であった。できない理由としては家庭内調整がうまくいかないが 57.6%で最も多く、治療上以前の場所に帰ることは不適が 43.5%等であった。

「1年以内に退院できなかった理由」では精神症状 62.5%、家庭内調整がうまくいかない 51.2%、問題行動 34.3%、受け入れ先の確保困難 29.7%等であった。

「精神症状の改善阻害要因」では治療抵抗性が最も多く 63.4%、次いで治療に反応するが環境により容易に悪化してしまうが 27.7%であった。

2. 文献のレビュー

文献の中で、心理社会的な取り組みが行われている研究報告を抽出し、治療内容を分析した。分析には、どのようなスタッフ（あるいはピアグループなど）が関わったか、患者のどのようなところに注目したか、どのようなアセスメントツールを使用したか、用いた手法はなんであったか、家族への接近はどのようにしたか、スタッフはどのような意識をもったか、といった視点を採用した。結果を表 1 と表 2 に示す。

スタッフの専門性では看護師が多く、ついで精神保健福祉士からの報告が目立った。また多職種チームやピアサポーターの活動もよく見られた。

アセスメントツールでは退院困難尺度、退院準備評価尺度などの包括的な尺度とともに生活技能など個別の評価もよく使われていた。

退院に向けて特に注目されているのは患者の意欲、考え、自己評価などであった。

手法はさまざまで、クリニカルパスや包括的な支援プログラムなどをベースにし

ているもの、心理教育や SST など個別の手法を用いたもの、地域におけるプログラムなど病院外で取り組まれるものなど多彩であった。エビデンスが確立している心理社会的治療の中では難治性の精神病症状に対する認知行動療法の報告は見られなかった。

報告数としては患者を対象とした取り組みが圧倒的に多く、家族との関わりはかなり少なかった。

D. 考察

24 年度研究の中で心理社会的治療関連の所見を要約する。1) 入院時点ですでに心理社会的治療を主とすべき患者が 1 割程度存在する。2) 心理社会的治療の中で多く取り組まれているのは精神療法・作業療法の伝統的な手法で、その他は少なく、特に退院促進に特化した治療はほとんど行われていない。3) 約半数の患者では家族が退院に支援的ではなく、家族への働きかけが行われていない患者は 3 分の 1 に達する。4) 長期入院化すると家庭への復帰が非常に難しくなり 9 割はもとに戻れないと見なされている。5) 精神症状が改善してもその後の環境で悪化する例が 4 分の 1 程度存在する。

また長期入院患者に対する心理社会的治療の研究のレビューからの所見を要約すると、1) 数多くの治療的試みがなされているが、多くは個別的な働きかけであり組織的な取り組みに乏しい、2) 患者を対象とした取り組みが多いが、家族への接近は患者へのそれに比べるとかなり少ない、3) 看護スタッフからの報告が非常に多い、4) 患者の動機づけに注目し持てる力を引