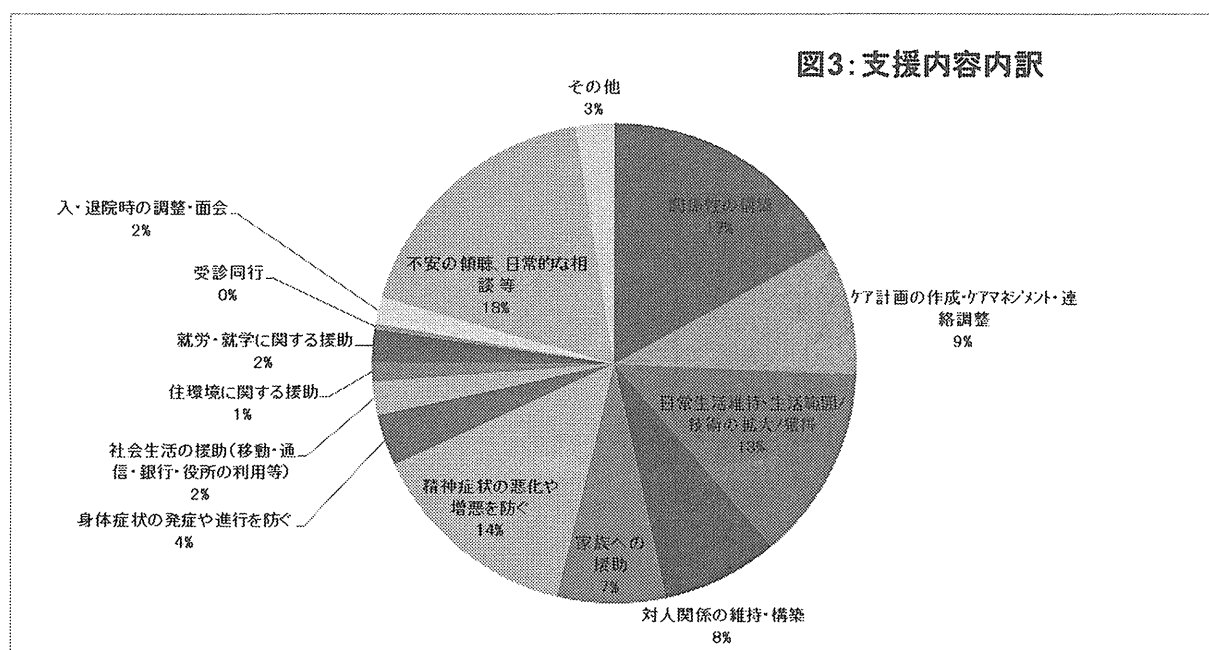
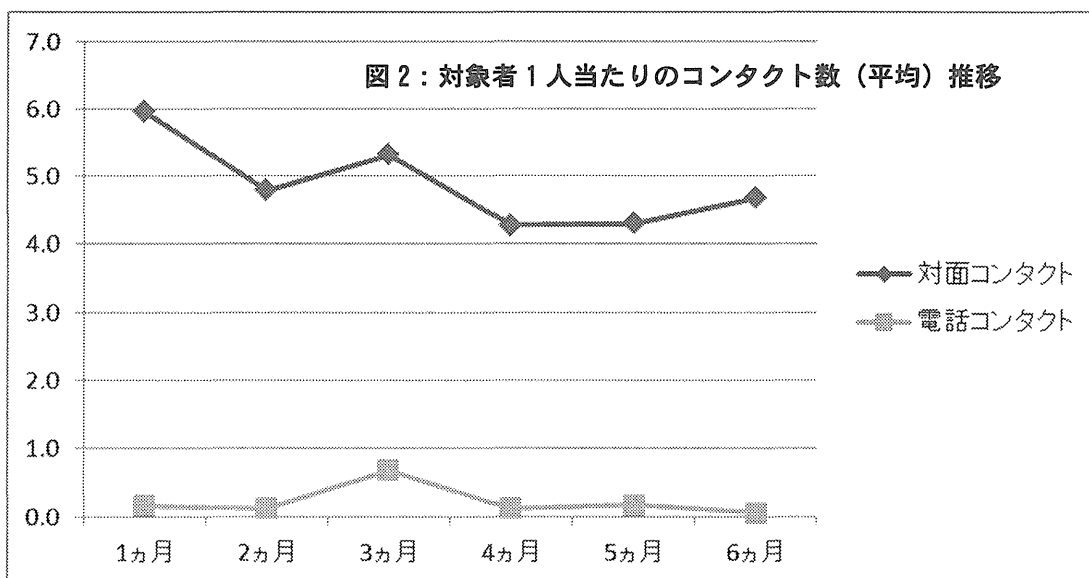




湖南病院・湖南圏域における重症精神障害者への 多職種アウトリーチチーム支援に関する研究

研究分担者：吉田光爾¹⁾

研究協力者：○檜林理一郎²⁾

1) 独) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部

2) 医) 周行会 湖南病院

要旨

医療法人周行会の運営する湖南病院および地域生活支援センター、訪問看護ステーションにおいて行われた多職種アウトリーチチームによる重症の入院患者に対する退院後の生活支援の実践について報告した。

アウトリーチ支援によって、地域や家庭内できめ細かな支援を行うことにより、より豊かで質の高い地域生活を可能にし、利用者のリカバリーに寄与することおよび頻回入院者の再入院予防に寄与することが可能となった。また、多職種チームで関わることによって、専門職チームスタッフ間の連携、信頼が増し、より一貫した支援が可能となった。さらに、医師中心でなく、スタッフ間の対等で協働的な連携活動が可能となった。

多職種アウトリーチチーム活動を可能にするためには、診療報酬体制や障害者総合支援法体制の枠組みを超えた報酬体系の構築が考えられるべきであること、また、支援量の増大に応じた支援スタッフの活動が可能となるような支援の提供システムに階層性を持たせることが有効である可能性が指摘され、支援の「二階建てモデル（檜林，2013）」の可能性について述べた。

A. 研究地区の背景

1. 湖南圏域における精神科医療サービスについて

医療法人周行会湖南病院および関連施設が立地する滋賀県湖南保健医療福祉圏域（以下、湖南圏域）は、琵琶湖の南東部に位置し、草津市、守山市、栗東市、野洲市の4市を含む人口約33万人（H25年9月）の圏域である。滋賀県草津保健所の管内であり、保健所は4市のまとめ役の役割を担う。この他、滋賀県内には、大津、湖西、湖北、湖東、東近江、甲賀の各圏域がある。

湖南圏域内の精神科入院医療機関は、滋賀県立精神医療センター（100床）と湖南病院

（116床）、また、精神科診療所が8カ所ある。

ちなみに、滋賀県の万対精神科病床数は17.1（平成21年地域保健医療基礎統計）と全国の都道府県の中では最も低い。また、精神科救急体制としては、県下の各圏域を3ブロックに分け、Aブロック（湖北、湖東）、Bブロック（湖南、東近江、甲賀）、Cブロック（大津、湖西）とし、各ブロック内の精神科病院が輪番制で主に措置入院を要する事例の対応に当たっている。湖南病院は、Bブロック内の3病院のひとつとして輪番制に参加している。

2. 医療法人周行会の活動について

1980年に湖南病院（100床）を開設、1989年

に法人化し医療法人周行会（以下、周行会）を設立した。

周行会は、現在、精神科診療部門、地域支援部門、高齢者部門（介護老人保健施設等）の3部門から成り立っている。

1) 精神科診療部門

湖南病院（現在 116 床）が急性期治療病棟（56 床）と精神療養病棟（60 床）で運営されている。診療圏は、湖南圏域を中心に、東近江圏域および大津圏域からの入院者が多い。

外来部門には地域ケア室があり、PSW と保健師が 3 名おり、主に入院患者を対象にした地域ケアに当たっているが、下記の地域支援部門と常に密接な連携を取って活動している。

また、生活療法課では精神科デイケア（小規模）を実施しており、看護師、PSW、臨床心理士、OT が担当している。

2) 地域支援部門

2001 年に湖南病院が新築移転した跡地を利用して下記の社会復帰施設の新設と共に地域支援部門が立ち上げられた。2001 年に①地域生活支援センター「風」、②生活訓練施設「樹」、③ショートステイ「歩人」、2002 年に④居宅介護支援事業所「風」、2010 年に⑤精神科訪問看護ステーション「なかさと Wing」をそれぞれ開設し、その他 1994 年に開設され、2003 年から増設を始めた⑥グループホーム（現在 6 事業所、入所定員計 30 名）から成り立っている。

地域生活支援センターと生活訓練施設は、かつての精神保健福祉法体系下の社会復帰施設の名称を引き継いでいるが、内容は障害者総合支援法体系下の障害福祉サービス事業所へ移行しており、その事業内容は以下の通りである。

①地域生活支援センター「風」

- a) 相談支援事業
- b) 地域活動支援センター機能強化事業

（地域活動支援センター I 型）

- c) 計画相談
- d) 滋賀県精神障害者支援体制整備事業
- e) 地域移行・地域定着事業
- f) 野洲市生活支援戦略モデル事業

（平成 24 年度まで）

②生活訓練施設「樹」

- a) 自立訓練（生活訓練）事業
- b) 宿泊型自立訓練事業（22 床）

③短期入所施設「歩人」

- a) 短期入所事業（併設事業所型）

以上の各事業所等は、設立時からの理念として、地域に開かれた社会資源となることを目指しており、現在でも、周行会の利用者のみならず、湖南圏域を始め滋賀県下全域の利用者を対象としている。そのため、たとえば「樹」や「歩人」の利用者は、半数以上が県下の他の精神科病院退院者である。

また、「風」は湖南圏域における精神障害福祉サービスの実務的な中心を担い、圏域内の保健所、4 市との連携を始め、その他さまざまな圏域内の委員会活動等の運営、参加に携わっており、日頃から圏域内のネットワークを形成している。たとえば、自立支援協議会関係では、圏域、4 市それぞれをあわせて 13 の委員会、その他圏域の中で開催される各種委員会、協議会、審査会等が 12 委員会あり、圏域のさまざまな精神保健福祉活動に関与している。

④居宅介護支援事業所「風」

精神障害者専門にホームヘルパーを派遣している。主に、調理、買い物、掃除等の家事援助、身体介護を行うが、診察の同行援助を行う場合もある。

⑤精神科訪問看護ステーション「なかさと Wing」

精神科訪問看護は、従来湖南病院の地域ケア部門の保健師により行われていたが、ニーズの高まりと共に、2010 年に、従来の高齢者を対象とした訪問看護ステーション「なかさと

と」の中に支所として精神科訪問看護部門を「風」と同じ建物の中に設け活動を開始、現在では 140 名ほどの訪問ケースを担当している。

⑥グループホーム

1994年に8名のグループホームを開設していたが、生活訓練施設の運営を開始し、退所者が始まった 2003 年頃より増設を始め、現在に至っている。現在は、「風」の中の一部門に位置づけられ、専任の担当 PSW を置いている。

なお、就労支援に特化した事業所はないが、「風」の相談支援活動の一環として就労支援も行っている。

上記の地域支援部門は、旧湖南病院の跡地に新築された建物に事務所を置き、「風」、「風」、「なかさと Wing」が同じ 1F フロアにて、「樹」（「歩人」を兼務）が 2F フロアに事務所を置いている。そのため、ケースの情報共有など相互の連携を緊密に行うことが出来、機能的な地域支援を可能にしている。

以上の地域支援部門の各事業のうち、事業の性質上 24 時間対応を取っているものが、「風」の地域定着事業、「なかさと Wing」の訪問看護事業、「樹」の宿泊型自律訓練事業、グループホーム事業、および後述のアウトリーチ推進事業（H26 年 3 月終了）の 5 事業である。いずれも担当者が携帯電話を持ち歩いている形を取っている。

3) 精神障害者アウトリーチ推進事業

2011 年から厚労省が実施していた「精神障害者アウトリーチ推進事業」を周行会が受託し、H26 年 3 月まで活動を行っていた。事業は「風」と「なかさと Wing」のスタッフがチームリーダー、副チームリーダーおよびチームメンバーを兼務で勤め、医師を研究協力者が勤め、他に病院の地域ケア部門のスタッフ（保健師、PSW）も参加、湖南病院の病棟看護師も加わり退院者のケースのスタッフとして関

わるという体制で、チームメンバーは総勢 9 名（いずれも兼務）で構成されていた。各ケースにつき、スタッフ 2～4 名で担当し、合計 13 ケースがエントリーし、内 7 ケースが支援終了に至った。

なお、毎週のチームミーティングには、必要に応じて草津保健所の保健師、県精神保健福祉センターの PSW など行政側の担当者も随時参加した。

対象地域は、湖南圏域に居住し、かつ「風」から車で 30 分以内の地域、主な対象者は、「統合失調症圏の治療中断者や未治療者、入退院を繰り返す者やひきこもり状態の者」であった。

「風」や「なかさと Wing」が日常的な支援、訪問活動を行う中で、上記のエントリー基準に合致するより頻回の手厚い支援が必要となった利用者を対象に、日常の支援活動に付加する形でアウトリーチ活動を実施した。

以上のような構成で、周行会の地域生活支援が行われていた。

B. 構築された臨床体制

周行会が本研究班による研究事業を開始したのは、平成 24 年 11 月 1 日であった。

すなわち 11 月以降に湖南病院に入院した全患者に対して、本研究班作成のスクリーニング票を用いてスクリーニングを行い、病棟担当スタッフおよび地域ケア室スタッフ、医師（研究協力者）により構成された「対象患者選定会議」でエントリー候補者を選び、その後上記の厚労省アウトリーチ推進事業のミーティングの場でもケースとして挙げ、アウトリーチ推進事業にもエントリーできるかどうかの検討を行い、支援体制を決定した。この対象患者選定会議は、翌年 4 月 15 日までほぼ毎月開催された。

研究班の実施する多職種チームは、上述の理由により厚労省アウトリーチ推進事業のチームがほぼそのまま兼務する形を取ったが、

一部ケースでは、病院の地域ケア室のスタッフも参加した。すなわち、医師（研究協力者）1名、「風」のPSW4名（内1名がチームリーダー、1名は臨床心理士兼務）、「なかさとWing」保健師2名（内1名が副チームリーダー）、看護師3名、病院地域ケア室PSW1名の計8名である。

1ケース当たり2～3名が担当チームを形成し、週1～2回訪問から毎日訪問の必要なケースまで、ケースマネジメントにより個々に必要な支援量を決定して支援を実施した。

また、対象となったケースについては、毎週月曜日に開かれていた厚労省アウトリーチ推進事業における定例会議の場で、全ケースについての報告を行い、全体で情報共有を図っていた。

本研究班のチーム活動の目標も、アウトリーチ推進事業と同様、入院に頼らずに問題を解決しようとするところにあった。

C. 対象者が受けた支援内容

前述のような臨床体制の下で6名の支援が行われた。その内から2名の個別支援の事例を例として挙げる。

1) 40代女性 統合失調症

若い頃の自殺企図の結果、両下肢と右上肢に欠損がみられ、自力歩行は不可能であった。夫と息子の3人でアパートの3Fに暮らしていた。過去には夫の介助で受診をしていたが、通院や服薬が容易に中断し、訪問支援も拒否されて症状悪化し入院となるパターンを繰り返していた。

本研究班の支援対象となってからは、ケアマネジメントのプランに基づき、訪問看護とヘルパー訪問を組み合わせ、日曜日以外ほぼ毎日の訪問体制を組み、病状の悪化の際には訪問看護が緊急訪問も行った。生活支援センターのPSWは、受診場面に立会い、待合場所で夫の相談にのったり日頃の労をねぎらうなど、夫の支援も行った。

受診日以外に外出する機会がほとんどないことから、市の補助金を申請して大人用の「おんぶラック」を購入し、支援センターから男性スタッフ2名体制で本人をおんぶして3Fから1Fへ降ろし、車椅子でスーパーや「風」のサロン、美容院などへの同伴支援を定期的に実施した。それまでの経験から、退院後3ヶ月を1つのヤマと位置づけたが、小さな病状悪化は何度かあったものの、今回は退院からは概ね安定して14ヶ月が経過することができた。上記の外出支援も本人のニーズに応じて回数を増やし、毎回本人の楽しみとなっている。

2) 50代女性 統合失調症

20数年の通院歴があるが通院・服薬は不規則で途切れがちで、幻覚妄想状態が続き、家事等日常生活も十分にはできていなかった。夫は仕事が多忙で本人への関心は薄く、本人の症状が悪化したままでも問題と感ずることもなく、その結果、本人への周囲からのサポートもなく孤立していた。

エントリー3ヵ月前、家族内のもめ事で子供に強い叱責を受けたことを契機に、不眠、自責的となり、幻覚妄想状態が悪化、言動のまとまりがなくセルフケアも困難となり入院となった。

入院中に本人、夫とも心理教育も受けたことにより、疾病への理解が生まれ、本人の症状も改善し、「退院後は社会とのつながりを持ちたい」「料理を習いたい」との希望が出るまでになった。そのため3ヵ月の入院後、ケアプランを立て、「樹」で実施されていた生活訓練プログラムの料理教室や地域生活支援センター「風」の利用を調整し、退院後しばらくは、集団活動が定着するまで風のスタッフが樹へ同行支援をしたり、細かい調整などを行った。

また、退院後、なかさとWingの訪問看護、風のPSWによる訪問に加え、入院していた湖南病院病棟看護師も家庭訪問に参加し、週

2回の訪問支援体制を整えた。

さらに、これまで関わりの少なかった夫が、入院や心理教育受けたことをきっかけに変化が見られ、仕事を早期退職し、家事を担い、支援者とも連携を取りながら本人のサポートに取り組むようになった。

このように地域での支援ネットワークが安定し、生活の中にこれまでにない楽しみや意欲が見られるようになり、「社会と接点を持ちながら夫婦で仲良く過ごしたい」という目標が達成されつつある。

D. 結果

1) 対象者の概要

本研究班事業にエントリーした事例は6名であり、内男性1名、女性5名、年齢は、20代1名、40代2名、50代2名、60代1名であった。

診断名別では、統合失調症圏が5名、双極性障害が1名であった。

過去1年間の入院歴について、ある者は4名、ない者は2名であった。

同居家族の有無については、ある者が5名（内配偶者のある者は4名）、ない者が1名であった。

また、厚労省のアウトリーチ推進事業にも重ねてエントリーしていたのは2名であった。

2) 支援結果について

本研究事業期間中に再入院した事例および支援終了に至った事例はなく、いずれも支援継続の状態のまま研究事業を終了している。

チームスタッフのコンタクト回数をサービスコードに基づいてみると、合計で、医師47件、医療機関コメディカル378件、福祉サービス事業所94件、訪問看護ステーション173件であり、周行会アウトリーチチームが地域の地域生活支援センター及び訪問看護ステーションを拠点にして活動していた特徴が現れているといえよう。

また、退院前3ヵ月から退院後6ヵ月までの経過中の合計コンタクト回数は、対面247回、電話16回の計263回であった。

これを一人当たり平均で見ると、退院1ヵ月後が7.5回と最も高く、退院3ヵ月後7.3回、退院1ヵ月前6.4回と退院前後にピークが見られた。（図1）

また、チームスタッフの活動状況を見ると、24時間体制を取っていたものの、休日や夜間に出動が必要となったケースは見られなかった。

その理由としては、いずれも退院して日が浅く、症状的にも安定を保っていたことが考えられた。

また、訪問は全て保健師、看護師、PSWによって行われ、チーム医の訪問が必要であったケースは無かった。チーム医の役割は、主に毎週のチームミーティングでケース検討に参加し、スーパーバイズを行うことであった。

3) 支援スタッフに見られた変化について

本研究に参加することを通して、病棟内で関与したスタッフやアウトリーチ・チームスタッフはさまざまな影響や変化を経験していた。その内容について、各スタッフの意見や感想などをまとめたものを以下に記す。

まず、本研究では、入院時に全患者を対象にスクリーニングを行うことが必要であったため、湖南病院では病棟看護師を中心にスクリーニングを担うことになった。そのため従来病棟内の患者に関わるのが中心であった病棟看護師にとって、入院前の地域や家庭内での様子をより詳しく尋ねることになり、その結果、病棟看護師にとって患者の病状のみならず、地域や家庭内での生活の様子、地域での行政機関や援助機関等の関与など、地域での生活者としての理解を深める良い機会となった。

また、地域のチームスタッフが利用者と接するために病棟に入ってくる機会が増えたこ

とにより、病棟スタッフと地域のチームスタッフとの連携が生まれ、スムーズな引き継ぎが可能となり、退院後の支援への切れ目のない流れが生まれることに繋がった。

一方、地域のチームスタッフも、入院中から利用者と接する機会が持てたことから、退院後の生活や支援のイメージが持ちやすくなったことも挙げられる。

そのことは、対象となった利用者にとっても、退院後の生活のイメージがしやすくなり、退院後への安心感に繋がっていたと言えることができる。

一方、病棟の医師にとっても、地域への訪問を求められる機会が増え、特に若い医師にとって入院治療のみならず、地域での支援サービスの利用にも目が向くようになり、地域や家庭における利用者の生活にも視野を広げることにつながったと言えることができる。

さらに、チームで支援することが明確となることにより、各スタッフとも、緊急時対応も含めていざとなればチームが後ろにいるという安心感が持てたことも重要な点であった。

また、本研究事業が、利用者のストレングスに注目することを強調していたため、関係するスタッフの間にも、ストレングスの視点が改めて意識されることになったことも、変化のひとつであったと考えられる。

E. 考察

本研究事業の特徴的な側面および今後の可能性について、以下それぞれについて考察を加える。

1. アウトリーチ支援について

上述の事例に見るように、地域、家庭内できめ細かな支援を行うことにより、より豊かな地域生活を可能にし、生活の質を高め、利用者のリカバリーに寄与することが可能となる。そのことによって、たとえば上述のケース1)のように、頻回に入退院を繰り返していた利用者の再入院を防ぐことにも繋がって

いる。

2. 多職種チームで関わることについて

さまざまな専門的な立場を持つ多職種のスタッフがそれぞれの専門性を活かしながら、密接な連携を図り、ケアマネジメントを行い、チームを組んで支援活動を行うことにより、相互の信頼関係やスムーズな連携を可能にし、そのことが利用者にとっても一貫したサービスを提供することに繋がっている。

本事業に参加したスタッフにとっても、通常とは異なる利用者への理解や支援の視点の広がりを経験し、スタッフはそれぞれに従来の自己の専門性を超えたさまざまな体験をすることに繋がったといえる。

さらに、多職種チームの中では、医師の役割は限定的であり、従来の医療モデルにおける医師の指導的、中心的な役割とは異なり、医師はむしろ控えに周り、チームをサポートする役割に回ることが多くなる。多職種チームは、従来の医師中心の構造ではなく、相互に対等な協働的な関係性を築くことにより、その機能を発揮しているといえよう。

3. 多職種アウトリーチチームを可能にする経済構造的基盤について

前回の筆者らの報告¹⁾でも述べたように、重症の精神障害者に対する24時間対応の支援体制を多職種アウトリーチチームで支えようとする場合、なによりもまずそのチームの活動を支える経済的な基盤の整備が不可欠である。しかも、多職種なスタッフは医療機関内のみならず、地域において活動する福祉スタッフも含むものでなければ、地域における生活支援も含む支援活動は困難である。なぜなら、地域における濃厚な生活支援こそが、利用者の再入院を防ぐことに繋がるからである。

その意味で、本来の地域に根ざした多職種アウトリーチチーム活動を可能にするためには、診療報酬体制と障害者総合支援法体制の両者を統合するような報酬体制の構造整備を

図る必要があるといえよう。

かつ、その報酬体制は、安定した多職種チームスタッフが確保できるように、個別サービスの出来高払い制ではなく、体制確保のための定額の報酬体系を含むものである必要がある。

4. サービス提供システムの階層性について：

「二階建てモデル」の提案

現在、地域における退院促進、生活支援のさまざまな活動は、障害者総合支援法体制の下に主に地域の福祉スタッフによって多くを担われている。特にいわゆる地域生活支援センターを中心に行われている相談支援事業や計画相談によって、通常の一般相談支援活動が行われているが、その活動のみでは頻回訪問などの手厚い支援サービスを実践するには限界がある。

多職種アウトリーチチームによる支援活動は、そのような重症で濃厚な支援サービスが必要とする利用者に対する支援活動を受け持つことが想定されている。すなわち、状態の悪化や生活支援の必要度の増した時に重点的に関わる場合に、多職種アウトリーチチームが出動し、状態が安定し、通常の一般相談支援活動で支援可能となれば、従来の生活支援センターや通常の訪問看護活動にて支援を行うというような、支援の提供システムに階層性を持たせることが、人的な資源の有効活用にも繋がるといえよう。

筆者らはその様な構造を、以前「二階建てモデル」¹⁾として提唱したが、そのように必要となるサービスの支援量に応じたサービス提供体制の構築が、人的、経済的にも有効なモデルとなり得るのではないかと考えられる(図2)。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 1)吉田光爾，檜林理一郎：滋賀県湖南圏域における重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援のモデル体制の整備に関する報告；伊藤順一郎：「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究，厚生労働科学研究費補助金 難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業，2013.

図 1：一人当たり平均コンタクト回数

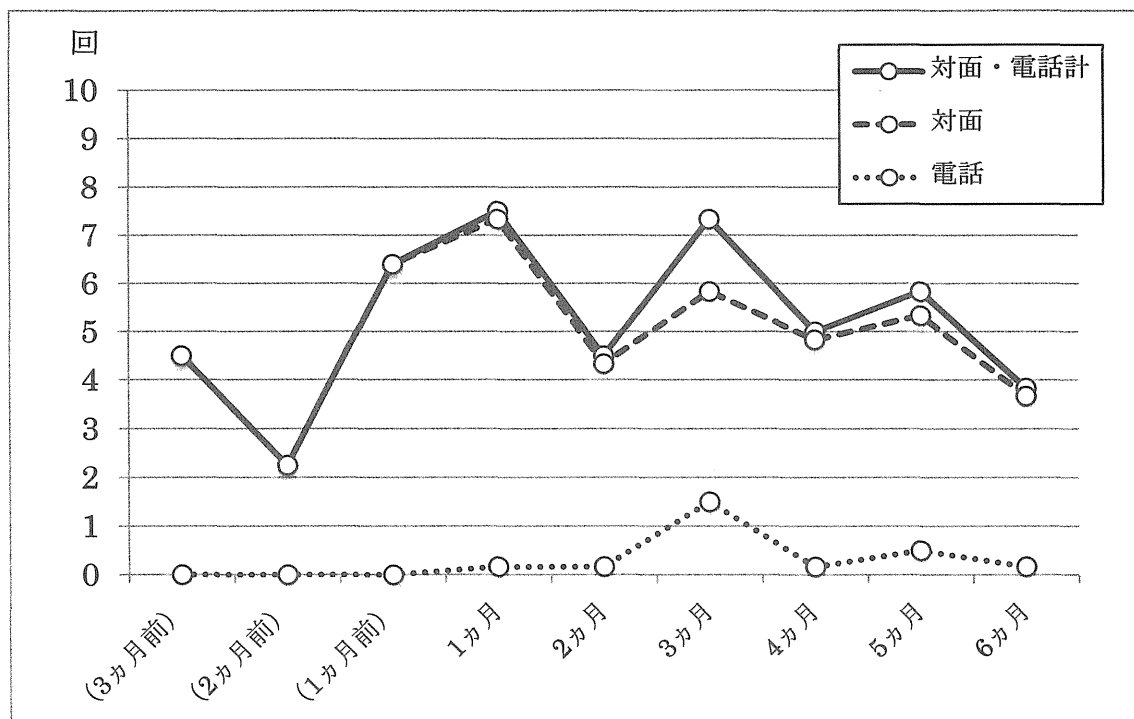
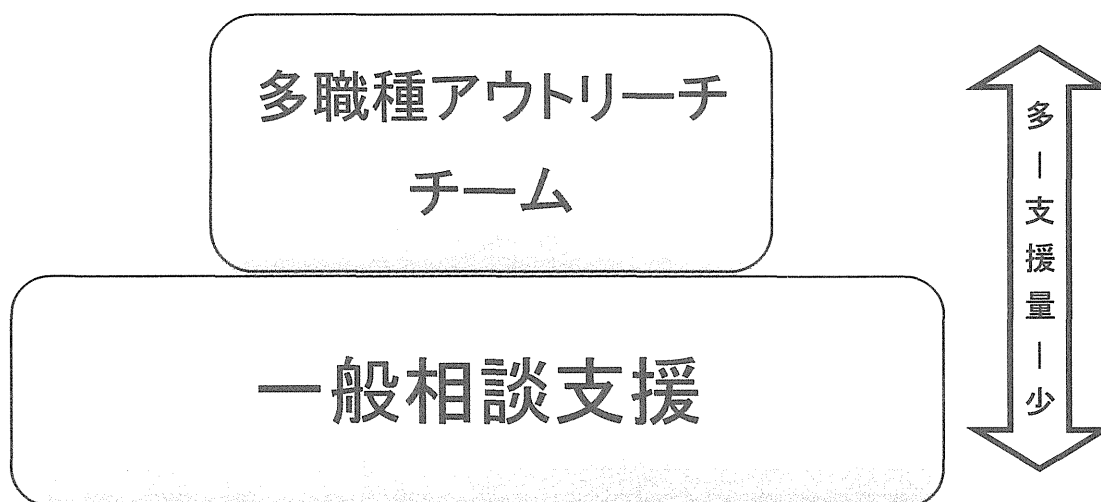


図 2：「二階建てモデル」



肥前精神医療センター・神埼市郡周辺地区における 重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援に関する研究

研究分担者：吉田光爾¹⁾

研究協力者：杠岳文²⁾、岩永英之²⁾、山崎京子²⁾、○岩崎優子²⁾、重常一代²⁾、倉田有紀²⁾、
益田陽子²⁾、北島政臣²⁾、濱恵²⁾、宮田鈴子²⁾、高尾八重子²⁾、川原佐栄子²⁾、
宮地暁美²⁾

1) 独) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部

2) 独) 国立病院機構 肥前精神医療センター

要旨

佐賀県は人口 84 万で、高齢化率 25.3%である。この中で、当院は佐賀県の 5 つの二次医療圏のうち東部医療圏（人口 12 万）と中部医療圏（人口 36 万）の境界に位置し、双方の二次医療圏を主な診療圏としている。平成 15 年から県内唯一の精神科救急病棟（60 床）を運営しており、救急病棟では年間 450 名程度の精神科救急患者を佐賀県、福岡県から比較的広域に受け入れている。また、平成 18 年に地域医療連携室が開設され、在宅支援室として本格的に看護師を中心に訪問活動が始まった。本研究では平成 24 年 11 月から救急病棟全入院患者に対しスクリーニングを行い、10 名の患者をエントリーし、在宅支援室からの訪問を行った。同意の得られた 10 名のうち、9 名が統合失調症で、1 名は気分障害の診断である。患者の年代は、20 歳代が 5 名と多く、40 歳代が 3 名、60 歳代が 2 名である。調査期間中 10 名中 4 名で計 6 回の再入院がみられたが、早期介入できたこともあり入院日数が平均 25 日と比較的短期間で済んでいる。

A. 研究地区の背景

研究協力者が担当している佐賀県は人口 83.8 万人（2014 年 3 月時点）の比較的小さな自治体で、高齢化率は 25.3%と全国平均よりやや高い。佐賀県は北部（14 万人）、西部（8 万人）、南部（17 万人）、中部（36 万人）、東部（12 万人）の 5 つの二次医療圏に分けられており、県内には 18 の精神科病院と 1 つの大学病院精神科が存在し、精神科の病床数は、合計 4,273 床である。その中で、肥前精神医療センターは、中部医療圏と東部医療圏の境界に位置しており、年間の新来患者数は約 1,200 名で、県内新来患者の 82%は中部および東部二次医療圏の患者である。また福岡県

にも近く、新来患者の 72%が佐賀県、22%が福岡県からの受診である。当院は、10 病棟、503 床数からなり、精神科救急のほか、アルコール薬物依存、児童思春期、認知症、強度行動障害を伴う重症心身障害者医療、医療観察法などの数多くの精神科専門医療を担っている。佐賀県には県立精神科病院がないこともあり、佐賀県内唯一の公的精神科病院として精神科スーパー救急病棟（60 床）では、県内から広域に救急患者や専門治療を要する精神科患者の治療を行うほか、アルコール薬物依存、児童思春期、重症心身障害、医療観察法などの専門領域では、より広域に北部九州から患者の受け入れを行っている。当院では、

平成 10 年に急性期病棟を開設、平成 15 年に精神科救急病棟（50 床）の施設基準を取得した。現在、精神科救急病棟を 60 床で運営し、佐賀県内から広域に様々な疾患の精神科救急入院治療を行っている。また、平成 18 年に地域医療連携室が開設され、在宅支援室から看護師を中心として、時にソーシャルワーカーや作業療法士が加わる形での訪問が本格的に始まった。

平成 23 年度の平均在院日数は 163 日であるが、平成 26 年 3 月末時点で、精神科病床での 10 年以上入院患者が 11.7%、1 年以上 10 年未満の入院患者が 39.8%と合計で 50%を超え、治療抵抗性で入院が長期化している患者も抱えている。こうした患者に対して、クロザリルの投与ができる体制も整え、この数年積極的に地域移行促進を行ってきたこともあって、1 年以上の長期精神科入院患者数は平成 23 年度末の 204 人から平成 25 年度末には 176 人に 14%減少した。

B. 構築された臨床体制

精神科スーパー救急病棟は 60 床で運営されており、佐賀県内から広域に様々な患者の入院患者を受け入れている。平成 25 年度 1 年間のスーパー救急病棟への入院患者数は 418 名で、男性 203 名（49%）、女性 215 名（51%）である。患者の年齢構成は、10 歳代 12 名（6%）、20 歳代 74 名（18%）、30 歳代 90 名（22%）、40 歳代 73 名（17%）、50 歳代 46 名（11%）、60 歳代 48 名（12%）、70 歳代 55 名（13%）、80 歳以上 5 名（1%）で、60 歳以上の者が 26%を占めており、近年高齢患者の増加が目立つ。418 名のうち平日診療時間内の入院が、348 名（83%）であり、夜間休日の入院が 70 名（17%）となっている。入院形態は、任意入院が 146 名（23%）、医療保護入院が 240 名（68%）で、ほかに措置入院、鑑定入院、応急入院などとなっている。医療保護入院患者の居住地を佐賀県の二次医

療圏でみると、佐賀中部が 177 名（57%）、東部が 68 名（16%）で、福岡県からの患者も 67 名（16%）と多い。平均在院日数は 50.0 日である。入院患者の疾病構成（ICD10 コード別）は、多い疾患順に F2 が 177 名（44%）、F3 が 125 名（31%）、F0 は 14 名（4%）となっており、統合失調症と気分障害圏の患者で全体の約 3/4 を占める。

在宅支援室からの患者自宅への訪問は、平成 18 年から本格的に行っているが、現在専従の看護師は 3 名で、病棟や外来からの看護師の応援と、時にソーシャルワーカーや作業療法士の同伴を得ながら月 200 件程度の訪問を行っている。訪問を行う患者宅は自動車で 40 分程度の距離までにあることを一応の目安としており、訪問の範囲としては当院から半径約 20 キロの地域をカバーすることになる。

C. 対象者が受けた支援内容

平成 24 年 11 月 1 日から全入院患者を対象にケアマネジメント入院時スクリーニングを実施し、スクリーニングテストが 5 点以上で訪問チームがカバーする地域に住む患者で、医師が可能と最終的に評価した患者のサービスコード記入を開始し、研究参加の同意が得られた後に病棟の担当看護師が在宅支援室に連絡した。研究の同意が得られた後は、在宅支援室から担当の看護師が救急病棟に出向き、患者の情報収集と関係の構築に努めた。

研究参加同意の得られた患者は 10 名で、全員が退院し、訪問看護の中での相談・支援のほか、作業所通所のための調整、生活支援のヘルパーや受診の支援や調整などが行なわれた。

D. 結果

同意の得られた 10 名のうち 9 名が統合失調症で、1 名は気分障害のである。患者の年代は、20 歳代が 5 名と多く、40 歳代が 3 名、60 歳代が 2 名であった。報告書作成時点で、

一般就労した 2 名に加え、患者本人と家族が当初の目標を達成できたとして終了を希望された 1 名の計 3 名が訪問看護を終了した。残りの 7 名に対しては現在も継続して訪問看護を行っている。

調査観察期間中 10 名中 4 名で計 6 回の再入院がみられたが、入院日数は平均 25 日と短期間になっている。

E. 考察

当院の精神科スーパー救急病棟の平均在院日数は、既に 50.0 日となっており、病院全体で見ても、平均在院日数は平成 15 年度に 220 日であったが、平成 25 年度には 145.1 日まで短縮されている。救急病棟の入院期間の短縮の一方で、精神科医療の質を維持していくには、患者の精神医学的評価のみならず患者が抱える生活上の問題やストレスの丁寧な評価とそれを基にした支援が必要で、精神科救急病棟と在宅支援室との密接な連携、情報の共有が欠かせない。今回の研究参加によって、精神科救急病棟と在宅支援室との相互理解、連携強化がさらに進んだことは病院にとっても有意義であったと感じている。

再入院となった 4 症例の要因を振り返ると、4 例のうち 1 例は、家族と患者本人の強い退院希望によって早期に退院となったが、家族関係の評価と家族教育が不十分で再入院となったケースであり、2 例目は退院後に好調なために過剰適応的に頑張りすぎ、休養目的で入院となったケースであり、3 例目は、頑張

っていると感じた娘が褒美として買ってきた酒から多量飲酒が始まり、生活のリズムが壊れて再入院となっている。もう 1 例は治療抵抗性統合失調症の患者であるが、患者・家族の希望で地域での生活を行っている事例でもある。以前は自傷や他害行為が認められての入院で、軽快するまでに長期間要していたが、訪問看護の導入により早期に症状の悪化を予測し入院につなげることで、入院期間が短期化できている。再入院期間が平均 25 日と短期間になっているのは、いずれの症例においても適切な評価と支援の上で早期介入ができたことと関係していると考えられる。

当院の入院患者には、治療抵抗性の、いわゆる「重度かつ慢性」の患者も多く抱えている。こうした重症の患者には今後クロザリルの投与を積極的に試みるとともに、安全性を確認しながら一層手厚い在宅支援を行い、治療抵抗性の患者についても地域生活への移行を今後も積極的に推進したいと考えている。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

琉球病院・国頭郡周辺地区における重症精神障害者への 多職種アウトリーチチーム支援に関する研究

研究分担者：吉田光爾¹⁾

研究協力者：○森根薫²⁾、新垣一美²⁾、大城由香²⁾、穂田祥子²⁾、諸麦由香里²⁾、
山田豊²⁾、照屋初枝²⁾、吉田和史²⁾、村上優²⁾

1) 独) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部

2) 独) 国立病院機構 琉球病院

要旨

本研究の地方モデルの初年度にあたる平成24年度は、当院の既存の訪問看護チームを補強し、多職種アウトリーチチーム Ryukyu-ACT (R-ACT) を結成した。既存の訪問看護利用者の中から、長期入院から退院をした生活支援が必要な利用者や精神症状が重症な利用者へ、多職種チームが地域へ出向き支援を開始した。平成24年9月からは地方モデルの検証を行うため、入院患者へスクリーニングを実施し、その中で同意を得られた10名の利用者に対して入院中から多職種チームが関わり、退院後の支援に必要なサービスを提供した。支援中に1名が転院、1名が辞退し、8名が6ヶ月の検証期間を終えた。当院のアウトリーチ支援においては、多職種チーム以外の地域のコミュニティーを積極的に活用し、医療と地域の支援者との連携を図り、ローカル型のアウトリーチモデルの構築に向けて取り組んだ。

A. 研究地区の背景

当院は病床数406床を有する単科の精神科病院である。沖縄県北部地区に位置し、診療圏は主に北部・中部の一部地区であるが、人口は北部地区の約10万人であることから、人口動態からすると過疎地区に当院が存在する。当院のアウトリーチ（訪問）の区域は広域に渡り、北部・中部地区に留まらず、南部地区まで訪問を実施している。（図1）

従来、訪問看護は外来看護師が外来業務と訪問を兼務していたが、平成21年4月には地域医療連携室に看護師長が配置された。また相談室の精神保健福祉士（PSW）や訪問看護専従の看護師（Ns）も配置となり、訪問支援体制の強化が行われた。訪問専従のスタッフが徐々に増え、病棟のケース会議へ参加する

機会も多くなり、退院前訪問に訪問スタッフが同伴できる勤務調整が可能になった。入院中から病棟チームと合同のケース会議への参加が行えることで、患者・家族との顔なじみの関係ができ、退院後の訪問看護が円滑に行えるようになった。

平成23年5月からは、治療抵抗性統合失調症に対する治療薬であるクロザピンを使用した患者の退院が始まった。クロザピンの使用にあたっては正確な内服管理や身体管理を要するが、県内では当時クロザピン内服患者の通院医療機関が当院のみであったため、地域を限定せず訪問看護を行うことになった。

平成24年4月には地域医療連携室所属のNs、PSW 以外に医師（Dr）、心理士（CP）、作業療法士（OT）も加わった多職種アウトリ

ーチチーム Ryukyu-ACT (R-ACT) が発足し、平成 24 年 9 月からは 10 事例に対してローカル型のアウトリーチモデルの検証を開始した。キャッチメントエリアは限定しなかったため、当院から片道 30 分以上の遠方の患者も対象となった。

B. 構築された臨床体制

R-ACT の構成は、Dr 1 名、Ns 3 名、CP 1 名、OT 1 名、PSW 2 名で、所属は表 1 の通りである。全員他の業務と兼任で活動した。

平成 24 年 11 月から 3 ヶ所の急性期病棟で一斉スクリーニングを実施した。それ以降に入院した患者についてはその都度、病棟プライマリーNsによるスクリーニングを実施した。ケアネージメントスクリーニング票 5 点以上に該当する患者及び家族へ説明を行い、本研究への同意を得た。

入院中から R-ACT 所属の Ns が病棟に出向いて面接を行い、関係性作りに努めた。病棟でのケース会議には R-ACT メンバーも積極的に参加した。地域を交えてのケア会議では、R-ACT 所属の PSW が参加できるよう調整した。退院前調整会議では、R-ACT メンバー全員が参加できるよう心がけた。

退院後の定期訪問日としては、水・木・金の週 3 回を確保し、この中で調整し対応した。訪問時間は定期訪問で 30 分～1 時間程度とし、対象者の要望に沿いながら柔軟に対応した。買い物や作業所体験、行楽地への外出等の要望があり、支援にまとまった時間を要する場合は別に支援日を調整した。また必要に応じ、可能な範囲で臨時訪問を行った。

R-ACT 利用者のケースカンファレンスとして、当初週 1 回 60 分間を設定したが、徐々に対象者が増えたため、平成 25 年 9 月からはケースカンファレンスを週 2 回とした。対象者の主治医が R-ACT 所属の Dr 以外であるケースもあったため、適宜ケースカンファレンスへの参加をお願いした。

C. 対象者が受けた支援内容

退院当初の支援計画としては、定期訪問を週 1 回、デイケア利用を週 1 回～4 回とし、対象者の要望や信頼関係作り等の必要に応じて、生活支援、作業所の見学や体験同伴、行楽地への外出などにチームで取り組んだ。また最低でも 3 か月に 1 回を目安に地域の関係機関も含めたケース会議を開催し、本人の希望や支援の内容について、情報を共有した。支援の内容は表 2 の通りである。

A 氏 (50 代) は、片道 10 分の距離で、訪問、デイケア共に週 2 回利用した。デイケアを休んだ場合は臨時で訪問を行った。

B 氏 (40 代) は、片道 15 分の距離で、退院後の初回訪問では訪問拒否があり訪問頻度は 2 週間毎としたが、1 ヶ月後からは訪問回数を週 1 回へ増やした。

C 氏 (30 代) は、片道 45 分の距離で、当初は訪問を週 1 回、デイケアを週 4 回利用した。3 ヶ月後からは、近くの生活訓練施設へ通所を開始し、訪問を週 2 回、デイケアを 2 週間毎にとした。6 ヶ月後には、就労移行支援事業を利用することになり、訪問週 1 回、デイケア 2 週間毎となった。

D 氏 (40 代) は、片道 10 分の距離で、訪問を週 1 回、デイケアを週 3 回利用した。デイケアを休んだ際には臨時で訪問を行った。

E 氏 (30 代) は、片道 90 分の距離で、訪問を週 1 回、デイケアを週 2 回利用した。

F 氏 (50 代) は、片道 60 分の距離で、訪問を週 1 回利用した。

G 氏 (20 代) は、片道 45 分の距離で、訪問を週 1 回、デイケアを週 4 回利用した。デイケアを休んだ際には臨時で訪問を行った。

H 氏 (50 代) は、片道 40 分の距離で、訪問を週 1 回、デイケアを週 1 回利用した。

I 氏 (20 代) は、退院後 2 ヶ月で復学を希望し、県外に転院となった。

J 氏 (30 代) は、退院後 1 ヶ月以内に支援を辞退した。

D. 結果

6ヶ月間の検証期間中に1名が転院、1名が辞退し8名を検証した。8名の診断は、F氏のみ双極性感情障害であり、その他は統合失調症であった。訪問支援件数は、全対象者で計317件であった（表3）。

A氏は、20代で発症しこれまで入退院を繰り返していた。クロザピンを内服していたが、内服自己管理や身体管理が十分に行えなかったため、訪問とデイケアで内服確認を行なった。自閉的な生活であったため、外出を目標に保清を保つために足浴から始め、デイケアを利用して入浴援助を実施した。A氏の要望で、図書館や行楽地、プロ野球見学、温泉等へ同伴した。「楽しかった」「次は海中公園へ行きたい」等と笑顔で話すようになった。作業所の見学を行った際に所長から声をかけられ、「3年後に働きたい」と返答した。好きな音楽について話すようになり、意欲が向上し行動拡大に繋げることができた。

B氏は、16年間引きこもりの状態で、自閉的な生活を送っていたが、妄想や興奮が増悪し入院となった。約3ヶ月間の入院を経て退院したが、初回訪問は拒否した。訪問頻度を2週間毎に減らすことで同意を得て訪問を続けていくことになったが、この頃喘鳴を認めるようになった。本人は向精神薬の副作用と解釈し、内服拒否したため不眠が出現した。訪問時に本人や家族に根気強く内科受診を勧めることで内科治療につながり喘鳴が改善したため、向精神薬の内服拒否がなくなり内服自己管理まで可能になった。デイケア利用には消極的であったが訪問には応じ、R-ACTメンバーとの散歩等の関わりを通じて信頼関係の構築を図った。週1回の訪問を受け入れることができた段階で気分転換等の活動を提案したが、「何もしたくない」との発言が目立っていた。しかし支援開始3ヶ月後には「家族へ金銭面で負担をかけたくない」「お金を稼ぎたい」との発言が聞かれるようになり、作業

所見学及び体験につながり、現在はB型の作業所へ週3回通所継続することができている。

C氏は、クロザピンを内服中であり、単身生活のため内服自己管理の見守りを行った。早期から就労意欲もあり、当初はデイケアへ週4回通所することで生活リズムを整え、支援開始3ヶ月後からは近くの生活訓練施設への通所に移行できた。訪問による内服の見守りを週2回に増やし、生活訓練施設にも内服の見守りを依頼することで、デイケアから生活訓練施設への移行が円滑に行えた。生活訓練では「パソコンを習いたい」「資格を取りたい」「東京で働きたい」との発言が多く聞かれた。支援開始3ヶ月後には、C氏から就労移行へ移りたいと希望があり、事業所、家族、C氏を交えてのケア会議を開催し、真面目に通所を継続できたことや、仕事を見つけて独立した生活をしたいと意欲的であることを評価し、就労移行へステップアップすることができた。それに伴い、訪問は週1回、デイケアは2週間毎の支援となった。

D氏は、薬物治療を継続していても幻覚妄想症状が活発であり、これまで頻回に入退院を繰り返していた。また1年前に離婚が成立したため、独居となり家族による支援体制も乏しい状況であった。居住地が当院から近いこともあり、デイケアに来られない時には不定期に訪問を行った。結果的に週3～4回の訪問を実施したが、病識は乏しく怠薬傾向もあり、検証期間中にも2回の入退院があった。金銭管理ができず、兄による管理を要していたが、「将来は別居している子供と一緒に生活をしたい」「子供へプレゼントしたい」と話し、本人の気持ちに寄り添いながら生活リズムが崩れないようにデイケアへの通所を促し、また金銭感覚を養うために適宜作業所への通所を提案した。入院は病状の安定と生活リズムの立て直しのためとし、長期化しないように心がけた。

E氏は、これまで幻聴に左右されての自傷

行為を繰り返しており、クロザピンを内服中である。居住地が当院から片道 90 分と遠方であり、週 1 回の定期訪問で支援をしていたが、家族間のストレス、育児への不安等があり、病状が悪化すると自傷行為のリスクが高くなるため、その際には早期の入院で対処せざるを得なかった。検証期間中にも 2 回の入退院があったが、幻聴レベルを設定して悪化する前に不穏時薬を内服する、不穏時薬とペットボトルを携帯しデイケア送迎バスの移動中に幻聴が出現したら頓服を内服する、家ではまず家族に相談する等、病状悪化時の対処が徐々に出来るようになった。入院することで子供の世話ができないことを心配し、「子供の世話をしたい」「作業所へ行ってみたい」と話し、子供と共に過ごせる時間が増えて笑顔が多くなった。

F 氏は、当院での検証事例の中で唯一気分障害圏の事例であった。これまで著しい興奮を伴う躁状態と長期に渡る抑うつ状態を数年のサイクルで繰り返していたが未治療であり、今回躁状態で初回入院となった。退院後は抑うつ状態に転じ、対人緊張が強く自宅から出られない状況が続いていた。気分転換目的で外出を提案すると、「外へ出るのは怖い。人に会うのが怖い」との発言が聞かれていたが、支援開始後徐々に R-ACT メンバーに慣れ、自宅内での SST やストレッチ等を行う中で、表情の硬さが和らいできた。検証期間中には病状の著名な改善には至らなかったが、抑うつ症状の悪化や躁転は認めず、比較的安定した病状を保つことができた。また家族の病気に対する理解が不十分であり、無理な活動や外出を勧める傾向があったため、定期的に家族に対する疾病教育を行った。

G 氏は、大学在学中に病気を発症し、引きこもりの状態であった。病状が悪化し 3 ヶ月間の入院を経て退院したが、内服自己管理が出来ず、訪問による見守りを要した。また生活リズムが不規則であり、デイケアの利用が

できなかった。将来は県外のコンビニで働きたいという就労意欲があったが、具体的な計画を立てることはできなかったため、社会人としてのマナーを身につけることを目標にして、入浴、髭剃り、爪切り、挨拶をする等の訓練を訪問にて行った。

H 氏は、これまで怠薬による病状悪化を繰り返し、家族への迷惑行為で入退院を繰り返していた。入院中に疾病教育を受け、地域の関係機関との連携を退院後も継続することで支援体制を整えた。借金もあることから就労を希望し、退院後から B 型の作業所への通所を開始した。訪問は週 1 回とし、作業所と自宅を交互に訪問した。また検証期間中、入院中に知り合った他患者との交際を開始した。月 1 回のケース会議を地域で開催し、本人や家族を交えながら内服確認、生活状況、作業状況等の情報共有を行った。またその都度次のステップを確認し、目標設定を行った。医療全般については R-ACT チームで、生活全般は地域や作業所で、金銭管理は家族へ依頼し見守りを行なった。支援開始 6 ヶ月後には作業所に週 5 回通所し、工賃の高い作業内容にステップアップできた。訪問は週 1 回、デイケアは外来受診に合わせて 2 週間毎とした。

E. 考察

今回、キャットメントエリアを限定しなかった結果、近辺では片道 10 分から遠方では 90 分までの対象者を支援することになった。近辺の対象者は頻回の訪問が可能であったが、遠方では訪問頻度を増やすことができず、ローカルモデルならではの工夫が必要であった。今回の対象者の中では D 氏と E 氏がそれぞれ 2 回の入院を要したが、D 氏は近辺、E 氏は遠方と、当院から居住地までの距離が大きく異なるため、これらを比較し考察する。

E 氏は、居住地が当院から片道 90 分と遠く、また病状悪化時には眼鏡のフレームを飲むなど自傷のリスクが高くなるため、身体保護の

ため入院による対応を選択せざるを得なかった。ただし入院は自傷リスクの改善を目的とし、入院が長期化しないよう心がけた。その後の経過を追っていくと、検証期間終了後は再入院もなく、現在は定期訪問を継続することで病状の安定が保てている。

一方 D 氏は、居住地が当院から片道 10 分と近辺であり、適宜臨時訪問での対応も行っていたが、病状悪化により 2 回の入院を要した。その理由として、離婚によって従来の家族支援が受けられなくなったことに加え、幻覚や妄想等の症状に対して通常の薬物治療が奏功せず、治療を継続していても症状が軽快しないことや、病感の乏しさから怠業傾向となることが考えられた。治療抵抗性統合失調症であり、以前からクロザピンの内服を勧められていたが、幻聴によって思考が障害されこれまで決断には至らなかった。しかし検証期間終了後も頻回の訪問で本人の気持ちに寄り添うことで徐々に信頼関係が構築され、本人が困っている症状である幻聴や不眠の改善を期待して、現在はクロザピンの内服治療を受け入れ使用を開始している。また検証期間終了後に本人自らが希望し、作業所への通所も開始している。

R-ACT メンバーは全員院内の他の業務と兼任であり、クライシス状況下での臨時対応には限界があった。しかしながら、従来の訪問とは異なり、ストレングスモデルに基づいて定期訪問で十分な関わりを行ない、定期的なケース会議の中で関係機関と情報共有を行なうことで、対象者の要望に添いながら濃厚な支援を行うことが出来た。

検証期間を終えた対象者は全て、現在も治療を継続することができている。また検証期間終了後に就労やデイケアにつながったり、保清面や礼節面での社会性が養われた利用者も複数名おり、当院でできる範囲の関わりでも、根気強く継続することで少なからず効果があったと実感している。今後も長期的に支

援を継続し、ローカル型ならではのアウトリーチモデルを構築していきたい。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 1)ACT-K 監修「日本で始める ACT チームの立ち上げ～アウトリーチによる包括的地域生活支援のコツ～」2010.
- 2)日本精神障害者リハビリテーション学会「ACT・包括型地域生活支援プログラム：本編」
- 3)日本精神障害者リハビリテーション学会「ACT・包括型地域生活支援プログラムツールキット：ワークブック編」

図1 当院と対象者居住地

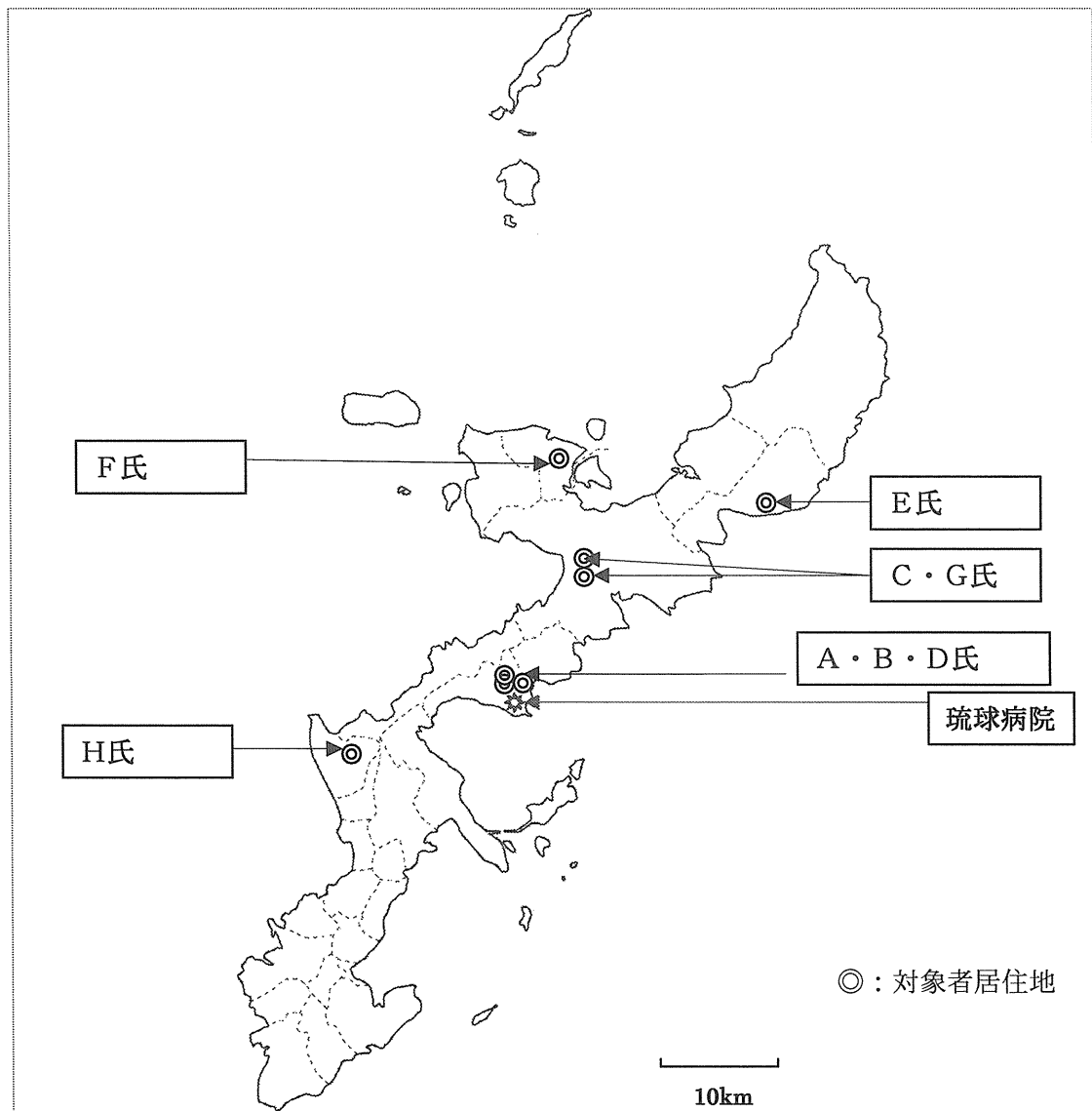


表 1 アウトリーチチームスタッフ

	職種	人数	所属先
1	医師	1名	外来・病棟
2	看護師	3名	地域医療連携室
3	作業療法士	1名	デイケア配置
4	精神保健福祉士	2名	地域医療連携室
5	心理士	1名	病棟

表 2 支援状況

No	対象者	性別	年齢	診断名	退院日	居住地	片道 (分)	訪問 看護	DC	その他	入院
1	A	男	50代	F20	H24.11	中部	10	2/w	2/w	作業 所	0
2	B	男	40代	F20	H25.01	中部	15	1/w	なし	作業 所	0
3	C	男	30代	F20	H25.02	北部	45	1/w	4/w	作業 所	0
4	D	女	40代	F20	H25.02	中部	10	1/w	3/w	なし	3
5	E	女	30代	F20	H25.02	北部	90	1/w	2/w	なし	3
6	F	男	50代	F31	H25.05	北部	60	1/w	なし	なし	0
7	G	男	20代	F20	H25.05	北部	45	1/w	4/w	地活	0
8	H	男	50代	F20	H25.06	中部	40	1/w	1/w	作業 所	0

表3 コンタクト回数

経過月	対象者数	【合計】コンタクト回数			【1人当たり平均】コンタクト回数		
		対面・電話計	対面	電話	対面・電話計	対面	電話
(4カ月前)	1名	2回	2回	0回	2.0回	2.0回	0.0回
(3カ月前)	1名	3回	3回	0回	3.0回	3.0回	0.0回
(2カ月前)	6名	7回	7回	0回	1.2回	1.2回	0.0回
(1カ月前)	9名	19回	19回	0回	2.1回	2.1回	0.0回
1ヵ月	9名	48回	47回	1回	5.3回	5.2回	0.1回
2ヵ月	9名	50回	50回	0回	5.6回	5.6回	0.0回
3ヵ月	9名	49回	48回	1回	5.4回	5.3回	0.1回
4ヵ月	8名	44回	44回	0回	5.5回	5.5回	0.0回
5ヵ月	7名	36回	36回	0回	5.1回	5.1回	0.0回
6ヵ月	8名	59回	59回	0回	7.4回	7.4回	0.0回
計		317回	315回	2回			

表4 症状等評価表

NO	対象者	性別	年齢	診断名	スクリーニング票	PANSS						SBS		GAF	
						退院時			6ヶ月後			退院時	6ヶ月後	退院時	6ヶ月後
						P	N	G	P	N	G				
1	A	男	50代	F20	8	94			100			24	22	31	33
						P: 22	N: 24	G: 48	P: 23	N: 30	G: 47				
2	B	男	40代	F20	8	64			85			8	3	35	54
						P: 10	N: 25	G: 29	P: 10	N: 23	G: 32				
3	C	男	30代	F20	5	57			68			8	8	40	49
						P: 13	N: 20	G: 24	P: 13	N: 20	G: 35				
4	D	女	40代	F20	6	113			82			37	20	35	48
						P: 33	N: 29	G: 53	P: 22	N: 23	G: 37				
5	E	女	30代	F20	8	78			78			16	18	45	45
						P: 22	N: 18	G: 40	P: 22	N: 18	G: 40				
6	F	男	50代	F31	8	47			61			2	2	42	42
						P: 9	N: 8	G: 30	P: 7	N: 16	G: 38				
7	G	男	20代	F20	12	107			85			31	17	31	45
						P: 18	N: 35	G: 54	P: 15	N: 28	G: 42				
8	H	男	50代	F20	10	75			62			8	5	70	65
						P: 15	N: 22	G: 38	P: 14	N: 16	G: 32				

PANSS P→陽性尺度 N→陰性尺度 G→総合精神病理