

早稲田大学審査学位論文

博士（人間科学）

統合失調症をもつ長期入院患者の退院に関連する要因と
退院準備のための心理社会的プログラムの効果検討

A Study of the factor affecting the discharge from hospital of
the long-term inpatients with schizophrenia
and the efficacy of the psychosocial program
for discharge preparation

2009年7月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

佐藤 さやか

Sayaka, Sato

研究指導教員： 野村 忍 教授

目 次

第一章 我が国の精神保健医療福祉システムに関する課題とその対応	1
第一節 我が国の精神保健医療福祉の現状と退院をめぐる患者および家族の思い	1
第二節 我が国の行政における精神保健医療福祉システムに関する施策の変遷	7
第三節 統合失調症をもつ長期入院患者の退院促進にむけて	9
第四節 第一章のまとめ	12
第二章 我が国における統合失調症をもつ長期入院患者の退院促進に関する先行研究 ..	13
第一節 統合失調症とはどのような疾患か	13
第二節 統合失調症患者の退院に関連する先行研究	18
第三節 統合失調症をはじめとする精神障害をもつ患者の退院促進に関連する 臨床活動	20
第四節 第二章のまとめ	23
第三章 海外における統合失調症をはじめとする精神障害者の脱施設化に関する 先行研究	25
第一節 海外における精神科病院の脱施設化	25
第二節 統合失調症をはじめとする精神障害者の退院に関連する要因	26
第三節 地域ケアを実践するために行われている臨床活動の概要とその効果	30
第四節 第三章のまとめ	37
第四章 本研究の目的と意義	39
第一節 本研究の目的	39
第二節 本研究の意義	43
第三節 本論の構成	43
第五章 統合失調症をもつ精神科長期入院患者の退院困難要因を明らかにするために 我が国で使用可能な尺度についての検討および開発	45
第一節 問題と目的	45
第二節 方法	47

第三節	結果	52
第四節	考察	53
第六章	退院困難度尺度の予測妥当性の検討	60
第一節	問題と目的	60
第二節	方法	62
第三節	結果	64
第四節	考察	72
第七章	統合失調症をもつ長期入院患者の退院準備のための心理社会的 リハビリテーションプログラムの作成と効果検討	82
第一節	問題と目的	82
第二節	方法	83
第三節	結果	86
第四節	考察	97
第八章	総合考察	100
第一節	本研究のまとめ	100
第二節	本研究の限界と今後の課題	102
謝辞		104
引用文献		105
資料		

第一章 我が国の精神保健医療福祉システムに関する課題とその対応

第一節 我が国の精神保健医療福祉の現状と退院をめぐる患者および家族の思い

1. はじめに

世界保健機関（World Health Organization；以下、WHO）が発行した「Mental Health Atlas 2005」（WHO, 2005）によれば、調査対象となっている192の国と地域のうち、データが欠損していた7ヶ国を除いた185の国と地域で、人口1万人あたりの精神科病床数がもっとも多かったのは28.4床を有する日本であった。また、我が国では、1960年から2000年までの間に精神科病床数が一貫して増加傾向にあり、近年先進国の中で同様の傾向をもつのは、韓国のみである（経済協力開発機構；以下 OECD, 2007, Fig.1-1）。

多数の病棟を抱え入院中心の精神科医療を長年つづけた結果、精神科における入院患者の入院期間も非常に長くなっている。平成17年患者調査（厚生労働省, 2006）によれば精神科疾患に該当する「精神および行動の障害」の退院患者の平均在院日数は298.4日であり、調査で取り上げられていた疾患・障害のうちもっとも長かった。

我が国の精神科における病床数の多さやこれにともなう入院中心の精神科医療、入院の長期化に対しては海外の専門家からも改善の勧告が行われている。古くはWHO顧問として日本に派遣された医師 Clark が「日本における地域精神衛生－WHO への報告」(Clark, 1968) と題した報告書を作成している。「クラーク勧告」と呼ばれるこの報告書は「日本では非常に多数の精神分裂病患者が精神病院に入院患者としてたまっており、患者は長期収容による無欲状態におちいり、国家の経済的負担を増大させている」と指摘し、政府、精神病院、医療関係者が協力して地域における精神科医療の発展に尽力すべきであるとの考えを示している。また近年でも、メルボルン大学精神医学部門臨床学准教授であり、WHOの協力機関である精神保健調査・訓練センターのセンター長でもある Ng が日本について調査を実施している (Ng, 2008)。調査の結果、Ng は「費用対効果が高く、文化的に適切と考えられる地域サービスのモデルが広く普及しているとは言えない」と指摘している。これらの指摘を踏まえ、世界の多くの国と同様の精神保健医療福祉の提供をめざし、厚生労働省は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」と題した文書を発表した（厚生労働省精神保健福祉対策本部, 2004）。そこでは、基本方針として『「入院医療中心から地域生活中心へ』という精神保健医療福祉施策の基本的な方策を推し進めていくため、当事者・当事者家族も含めた国民各層が精神疾患や精神障害者について正しい理解を深めるよう意識の变革に取り組むとともに、地域間格差の解消を図りつつ、立ち遅れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進める。』との方針を示している（厚生労働省精神保健福祉対策本部, 2004）。また同文書では「受け入れ条件が整えば退院可能」と判断され、全国に72,000人いると推計される長期入院患者について触れ、このような状態を今後10年間で解消すると述べている。

2. 退院をめぐる長期入院患者と家族の思い

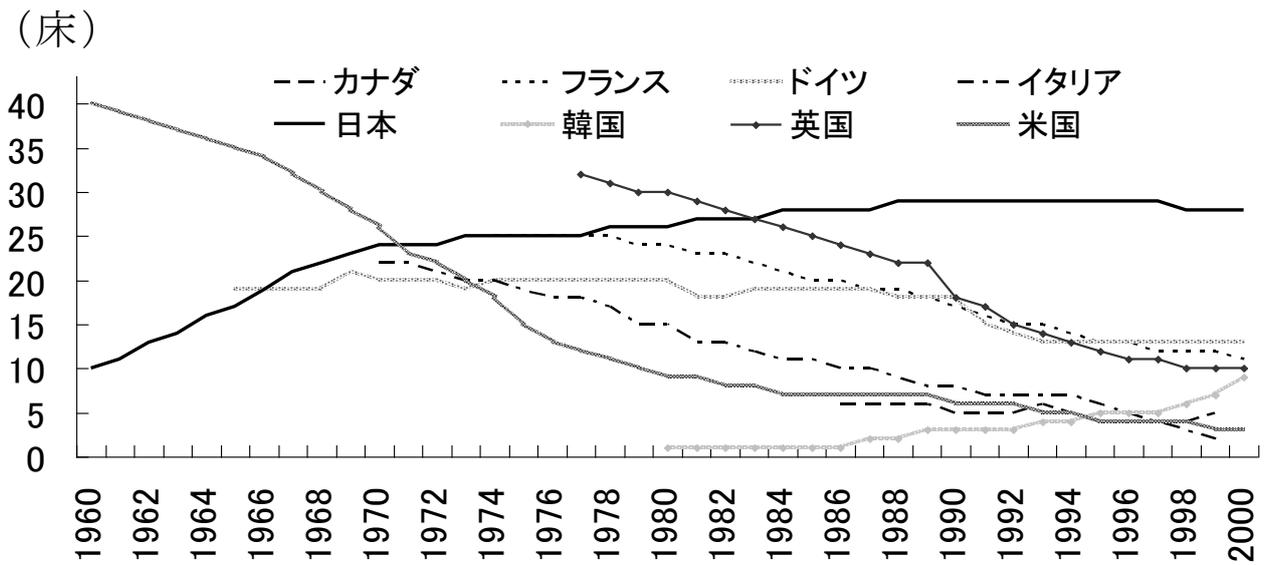


Figure 1-1 G7 各国と韓国の人口 1 万人あたりの精神科病床数
(OECD Health Data 2007 を改変)

今後、我が国において「入院医療中心から地域生活中心」の精神保健医療福祉システムの実現を進めていく過程でもっとも重要なのは、当事者でありユーザーでもある患者の声に耳を傾け、その希望やニーズに沿った形でシステムを構築していくことである。それでは入院患者は退院に対してどのような思いを抱いているのだろうか。

この点を検討するためには、まず「精神科における長期入院患者」とはどのような人々かを確認する必要がある。

1) 「精神科における長期入院患者」とは

上述のクラーク勧告の冒頭において「日本では非常に多数の精神分裂病患者が精神病院に入院患者としてたまっており・・・」と述べられているように、Clark が日本を訪問した際に入院病床の多数を占めていたのは統合失調症をもつ患者であった。この傾向は現在も変わらないのであろうか。

現行の精神保健福祉法において精神障害とは「統合失調症、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患」と定められており、精神障害者とはこれらの精神障害を有するものを指す。このように精神保健福祉法が定義する精神障害とは、複数の傷病を包含した広義の概念であるため、傷病ごとの患者数などをより詳細に知る必要がある。

この精神障害に含まれる傷病の詳細を知るために有用と思われるのが、厚生労働省大臣官房統計情報部が3年に一度（昭和59年までは毎年）実施する患者調査である。平成17年患者調査では「精神および行動の障害」全体では326,200人であったが、この内訳は、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が198,900人、「気分[感情]障害（躁うつ病を含む）」が27,800人、「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」が5,400人であり、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の割合は約61%におよんでいる。この割合は昭和54年度以降の年次推移をみてもあまり変わっておらず、精神障害の中でもっとも多数を占める傷病は統合失調症とその関連疾患であり続けてきたと言える（Fig. 1-2）。さらに、患者調査で取り上げられている数多くの傷病分類の中で、退院患者の平均在院日数をもっとも長かったのも「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」であり、その平均在院日数は609.4日であった。患者調査で取り上げられている身体関連の傷病分類でもっとも退院患者の平均在院日数が多かった脳血管疾患ですら101.7日にとどまっていることを考えると、統合失調症とその関連疾患の平均在院日数が非常に長く、一旦入院すると退院しづらいことが示されている。

以上のことからクラーク勧告の時代より今日まで、我が国の「精神科における長期入院患者」とは主として統合失調症をもつ人々であり、これらの人々は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が想定する退院促進支援の対象者であると考えられる。

そこで、本論では精神障害者の中でも特に統合失調症について取り上げ、検討を行っていくこととする。なお「統合失調症」という病名は2002年8月の日本精神神経学会総会を経て「精神分裂病」から呼称変更された病名である（日本精神神経学会、2007）。本論では歴史的経緯から必要と判断した場合のみ「精神分裂病」という病名を用い、基本的には「統合失調症」という病名に統一して記述する。また診断基準が時代とともに変遷しているため、引用する文献が発刊した時代によって「精神分裂病」「統合失調症」と表現さ

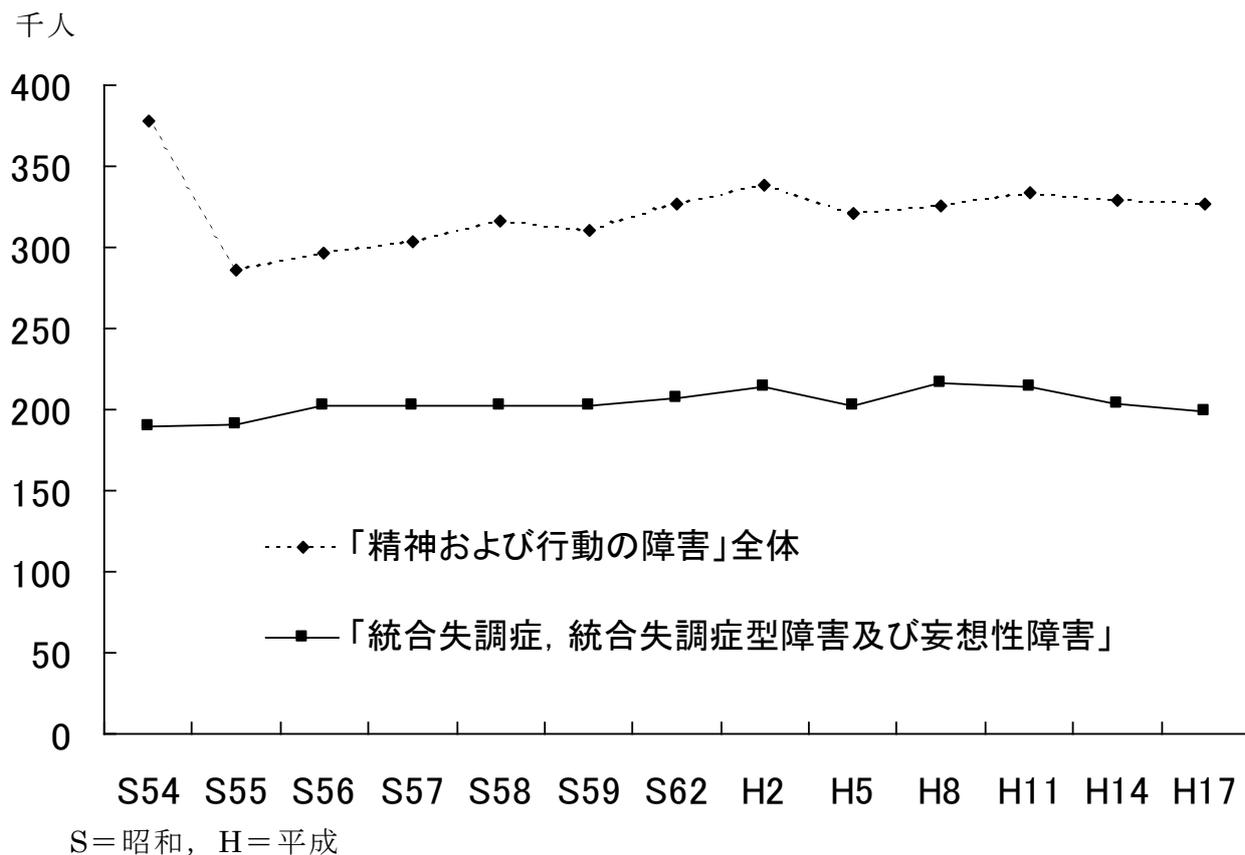


Figure 1-2 「精神および行動の障害」全体と「統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害」の推計患者数の年次推移
(平成17年患者調査, 厚生労働省を改変)

れる状態や障害の内容が若干異なっている可能性があるが、今後「精神分裂病」「統合失調症」と表現される疾患はほぼ同一の疾患と考えて論を進める。

2) 退院をめぐる患者の思い

稲井・中村・宮下・不破野・武内・大森・林・渋谷（1984）は5年以上入院している統合失調症患者 88 人に対して、退院に対する考え方についての調査を行っている。この結果「ぜひ退院したい」と回答したものは 29%であり、「退院したいができない」「退院したくない」と回答したものは 47%であった。「退院したいができない」あるいは「退院したくない」と回答したもののうち、その理由について家族がいないもしくは拒否している、といった家族に関連する回答をしたのは 31%でもっとも多く、ついで病院が一番いい、家に帰りたくない、といった家より病院のほうが快適だからと回答したものが 23%となっていた。「病院のほうが快適だ」といった回答の背景には家族からの拒否があり、家族との衝突を避けるために退院したくてもできない、もしくはあきらめているといった状況があるのではないかと想像された。当時は家族以外の社会復帰支援の選択肢が非常に限られていたために、患者の退院に対する考え方も「病院以外には居場所がない」といった悲観的なものになっていたことが推察される。

大島・猪俣・樋田・吉住・稲地・丸山（1991）は2年以上入院している統合失調症患者 8,233 人に調査を行っている。この結果、退院に前向きな回答したものは 56.7%であった。またこれらの回答を行ったものが希望する退院先としてもっとも多かったのは「家族のもとに退院したい」で 33.0%であった。

大島・吉住・稲沢・猪俣・岡上（1996a）は、1年以上入院している統合失調症患者 6,417 人に退院意向と退院後に希望する生活様式について調査を行っている。この結果「退院後の社会生活について考えることはあるか」との問いに「考える」と回答したものは 70.3%であり、社会復帰に関連する施設やサービスを提示した上で「条件がそろえば退院したいか」との問いに前向きな回答したものは 54.8%であった。さらに「家族にしてほしいことはなにか」との問いには「退院させ、面倒みてほしい」と回答したものが 28.8%であった。この調査では全国の社会復帰施設 42 施設に入所中の 376 人からも回答を得ている。施設入所者の「家族にしてほしいことはなにか」との問いに対する回答を見ると「退所させ面倒みてほしい」と回答したものは全体の 17.0%に過ぎない。この回答を先述の入院患者のものと比較すると、入院患者のほうが家族に対する依存傾向が高いことが推察された。

長期入院の統合失調症患者の家族に対する期待については、菊池・新開・小口・佐藤・山内（1998）でも検討されている。この調査では、10年以上入院している統合失調症患者 97 人に対して、退院の意向、退院できない理由、退院後の生活の場、社会活動の場、生活費の出所、困った折の援助者の有無、退院できるための条件についてアンケートを実施している。この結果、退院の意向について有りと回答したのは 48 人であった。このうち 36 人は退院の意向は有るが実際には不可能と回答しており、その理由として「家族が引き取らないから」と回答したものは 16 人でもっとも多かった。また退院の意向がないと回答したもの 49 人のうち、その理由として「自活していく自信がない」と回答したものは 13 人で「その他」を選択した 16 人を除けばもっとも多かった。さらに、「どうすれ

ば退院できると思うか」という問いに対して、退院の意向があるが実際には不可能と考えるもの、および退院の意向が無いものの合わせて 85 人について見てみると「わからない」と回答したものが 41 人と圧倒的に多く、次いで「引き取り先ができる」と回答したものが 24 人となっていた。

奥村（2002）は、10 年以上入院している 2 人の統合失調症患者へのインタビュー調査から、患者はできれば家族と共に暮らしたいと思いつつも家族に受け入れを拒否されたり、親や家族の高齢化や世代交代により家族と疎遠になっている現実があり「戻る場所がない」という孤独感を抱えている、その一方で長い入院生活による高齢化や体力の衰え、退院後の経済的不安、公共交通機関や町並みの変化といった社会の変化に対して対応できない、といった自身の置かれている状況に対する現実的かつ冷静な検討の結果、退院できないと考えていることを指摘している。

以上の検討からどの調査においても、入院中の統合失調症患者のうち約 50%の患者は退院したいと考えていることが示された。また、退院したいと考えている患者のうち、退院先として家族のもとを挙げるものは 30%前後いるが、それがかなわない場合には入院と家族に次ぐ第三の選択肢が思い浮かばない姿が明らかとなった。この結果、孤立感を抱え、退院は無理と考えるのではないかと推察された。

3) 退院をめぐる家族の思い

上述のように長期入院している統合失調症患者が退院を考える場合、希望する退院先としては家族の元が圧倒的に多かった。それでは家族は患者の退院についてどのように考えているのだろうか。

稲井他（1984）では 5 年以上入院している統合失調症患者の家族 56 組に対しても調査を行っている。この結果、「症状が改善した場合に外泊と退院は可能かどうか」という問いに対して「外泊も退院も可能」と回答した家族は 7 組に過ぎず、「外泊は可能だが、退院は不可」と「外泊も退院も不可」を合わせると「退院不可」と回答した家族は 40 組に及んだ。外泊や退院を受け入れられない理由を複数回答可で聞いた結果、「再発が心配」がもっとも多く「一日中ゴロゴロされては困る」「患者の働ける場がない」といった回答が多かった。

大島・岡上（1992）は、全国にある 875 の家族会に所属している精神障害者の家族 17,732 人から無作為に抽出した、精神障害をもつ入院患者 5,944 人の家族を対象に調査を行っている。この調査では患者の診断について全数調査は行っていないが、部分サンプルとして抽出した 174 人の患者の診断別の内訳は統合失調症が 92.0%、神経症が 3.4%、躁うつ病が 2.9%、てんかんが 1.1%などとなっており、対象者全体に占める統合失調症の割合も高率であることが予想された。分析では、入院している患者を 5 年以上の継続入院をしている長期入院群（4,165 人）、最近 1 年間に入院した短期入院群（802 人）、中間群（977 人）に分類し、長期入院群と短期入院群の間で家族の受け入れ意識や資源的条件がどのように違うのかを検討している。この結果、長期入院群と短期入院群では家族の受け入れ意識に有意な差がみられ、また家族の受け入れ意識には、家族自身の年齢や家族の世帯年収、回答者が兄弟かどうか、回答者である家族が親世代と同居しているか、などの資源的条件が

関連していることが示唆された。これらの結果を踏まえて大島他（1992）は、統合失調症をはじめとする精神科患者の退院について、家族の消極的態度が阻害要因になっていると繰り返し指摘されてきたが、これは他の慢性疾患や高齢者のケアでも生じうる問題であり、精神障害者の家族に固有の問題と考えるべきではないと述べている。また、それにも関わらず精神科医療においては家族に過大な期待が寄せられ、なおかつ家族のもつ資源的条件への配慮が欠けていることが多いと指摘している。さらに、劣悪な資源状況にある家族に対して観念的に患者の扶養能力を期待し、入院か家族かという二者択一を迫るとすれば、長期入院者の退院は決して促進されないと述べている。

大島（1987）は、操作的定義にもとづく「困難度」「協力度」「共感度」の観点から統合失調症を中心とする精神障害をもつ患者の家族支援のあり方について検討を行っている。この結果、患者との関わりの中で家族が困難と感じる事柄の頻度を聞く「困難度」尺度の回答でもっとも感じる頻度が多い（「おおいにある」「多少ある」と回答されたもの）項目は「世話で心身が疲れる」「将来設計が立てられない不安」であった。また、相関分析から「協力度」と「困難度」には有意な正の相関があり、患者のためを思って協力的な行動をとる家族ほど困難を感じている実態が明らかとなった。

第二節 我が国の行政における精神保健医療福祉システムに関する施策の変遷

これまでの検討から、患者はほとんどの調査において全体の半数強のものが退院したいと考え、退院先としては家族をほぼ唯一の選択肢と考えている一方、家族は様々な理由で受け入れを拒否しているか、もしくは受け入れたいと考えていても資源的条件から受け入れる余裕がない、という実態が明らかとなった。こうした状況を打破し、患者のもつ「退院したい」という希望を叶えていくには、家族にできるだけ負担のかからない形での退院を模索する必要がある。そのためには、国や自治体といった行政からのサポートが欠かせない。それでは我が国の行政は統合失調症をはじめとする精神障害をもつ人に対してどのような施策を講じてきたのだろうか。

本章の冒頭でも述べたように、我が国の精神科医療においては長く入院中心の医療が展開されてきた。これは終戦後に増加した覚醒剤中毒者の治療のために精神科病院の整備が急がれ、この過程で国策として私立の精神科病院が増やされたこと、1964年に起こったライシャワー事件（1964年3月にライシャワー駐日アメリカ大使が統合失調症の19歳の少年に刺されて負傷した事件）をきっかけに治安維持・社会防衛の視点から当時の精神衛生法が改正され、1987年まで改正されずにいたことなどが影響している（浅井，1998）。このため1980年代初頭までは精神科病院の患者はその疾患や障害の特性から、一般社会と隔絶した環境で長く保護・治療を行うこともやむを得ない、との考え方があった。しかし1984年に起こった宇都宮事件（栃木県の宇都宮市の精神病院「宇都宮病院」の看護職員等による患者への傷害致死事件や無資格者の医療行為などが発覚し、院長ほか職員が逮捕された事件）を発端として、精神障害者の人権擁護と適正な医療の確保という観点から精神保健医療福祉システムの抜本的な見直しを求める機運が高まり、精神障害者の社会復帰の促進や福祉の増進をめざした動きが行政においてもみられるようになった（猪俣，2005）。1987年から1995年の間には、生活訓練施設と授産施設の設置や精神医療審議制度の新設

(精神保健法, 1987), 精神障害者社会復帰促進センターの「全国精神障害者家族連合会」としての事業者指定(改正精神保健福祉法 1993), 福祉ホームおよび福祉工場の社会復帰施設としての認定, 精神障害者社会適応訓練事業(通院患者リハビリテーション事業)の法制化(精神保健福祉法, 1995)など具体的な施策が実施されている。しかし実施された施策は理念先行の部分もあり, また「地域の居場所づくり」を増やすことは意識されていたが「地域の住まい」や「地域生活の支援者」を増やすことには焦点が当たっていなかった。このため実際の退院者数がなかなか増加しなかった。

このような状況をうけ, 1995年12月に「精神保健対策に関する総務省勧告」が発表される(総務省行政監察局, 1995)。同勧告では我が国において精神障害者の精神保健対策へのニーズが明らかになっていないこと, 精神病院入院者の人権に配慮した措置が十分に徹底されていないこと, ノーマライゼーションの理念の下に地域における精神障害者の自立への支援を図ること, などの点についてなお課題が残っていると社会復帰対策について言及している。具体的には①社会的入院の解消, ②社会復帰施設等の充実, ③社会復帰訓練の効果的な実施, ④社会復帰相談指導の充実, が挙げられており精神科領域における「社会的入院」とその解消, すなわち長期入院患者を対象とした退院促進の方針が法令上初めて明記された。また同時期には精神障害者の社会復帰に関する諸施策において数値目標や達成期間を明示した「障害者プラン・ノーマライゼーション7ヵ年戦略」(障害者対策推進本部, 1995)も発表されている。精神保健医療福祉分野における障害者プランとしては「グループホーム, 福祉ホーム, 授産施設及び福祉工場に加え, 精神障害者生活訓練施設(援護寮)については約6,000人分を目標として, 精神障害者社会適応訓練事業については約5,000人分を目標として, 計画期間内に整備する」, 「地域で生活する精神障害者の日常生活の支援や日常的な相談への対応, 地域住民との交流を支援する事業を, 社会復帰施設に付置する形で, 概ね人口30万人当たり概ね2ヶ所ずつを目標として実施する」等の数値目標が掲げられた。このように, 精神障害者の社会復帰が単なるスローガンではなく, 政府によって数値目標が定められた具体的施策となるにつれて, その実現のためのマンパワーの確保が課題となり1997年には精神保健福祉士法が成立する。また1999年には, 精神保健福祉法の改正があり地域生活支援センターやホームヘルプサービス(居宅介護等事業), ショートステイサービス(短期入所事業)が法定化され, 2002年4月に完全施行となった。このように1995年の精神保健福祉法成立以降, 精神障害者の社会復帰のための法令による環境づくりや社会的リソースの整備が次々に行われていった。しかし, その効果が端的に現れることはなく, ここでも退院者数の増加には結びつかなかった。

2002年12月に社会保障審議会障害者部会精神障害分会はそれまでの精神保健医療福祉の施策を調査し「今後の精神保健医療福祉施策について」と題する報告書をまとめている。同報告書では当時の状況とその課題を①人口あたりの精神病床数が諸外国に比べて多いこと, ②社会的入院者が減らないこと, ③精神病床の機能分化が未成熟で, 効率的で質の高い医療の実施が困難であること, ④社会復帰や地域生活を支援する施設やサービス等の整備が十分進んでいないこと, ⑤精神疾患や精神障害者に対する国民の正しい理解が十分とはいえないこと, と分析している。またこの分析をうけて同報告書では, 以降の国の基本的な考え方として「入院医療主体から地域保健・医療・福祉を中心としたあり方への転換」

を明示し、今後 10 年で「受け入れ条件が整えば退院可能」なものの約 72,000 人の退院・社会復帰を目指すとする数値目標を示した（社会保障審議会障害者部会精神障害分会，2002）。

「精神保健対策に関する総務省勧告」以降に実施された施策に目に見える効果が伴わなかったことを踏まえ、それまで具体的な数値目標のなかった退院者数についても数値目標と実行期間をはっきり示したことは、施策の実効性を高めようとする国の決意が伺われる。

その後、「新障害者プラン」（障害者施策推進本部，2002）、「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」（精神保健福祉対策本部，2003）、「『精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会』最終まとめ」（厚生労働省障害保健福祉部，2004）などの中でも「入院中心から地域中心への転換」と「10 年間に 72,000 人の退院促進」の実現のための方策について検討が行われ、その検討の結果とアクション・プランが本章の冒頭でも示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」としてまとめられた。精神保健福祉法成立以降から今日までの約 10 年間は精神障害者に対する支援の在り方について、入院医療中心から地域中心へ転換するという政策上の大転換がそれまでも増してはっきりと示されるようになり、その政策を実現していくための方策が具体化されてきた過程と言える。関連する法律・文書・他重要事案の年表を Table1-1 に示す。

第三節 統合失調症をもつ長期入院患者の退院促進にむけて

以上のように、家族の負担を軽減し、患者の退院したいという希望をかなえるため、行政において精神科長期入院患者の退院促進のための施策が次々と実施されてきた。しかし 2002 年の「今後の精神保健医療福祉施策について」発表以降も精神科長記入患者の退院促進が実現に向けて順調に進んでいるとは言い難い。門屋（2005）は「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」（2003）が発表された際に、それまでと同様に「入院医療中心から地域生活へ」との基本的方向が打ち出されていることに対し「この方向は過去にも示されたことが何度かある。いずれの提案も見事に失敗し、（中略）今度は本当なのか、と疑いつつも施策の基本に据えたということに強い期待を感じる」と述べ、施策への期待とともにそれが本当に実現するのか、という不安も表している。

このような状況下でさらに精神科長期入院患者の退院を推し進めることが本当に患者や家族のためになるのか、との議論もあろう。この点についてはすでに精神科医療が地域で展開しているアメリカやイギリス等の先行研究が参考になると思われる。たとえば、Johnstone, Owens, Gold, Crow, & MacMillan（1984）はロンドンの 120 人の慢性期患者を対象として 5 年から 9 年の追跡調査を行っている。この研究では、66 人の社会的な情報が得られ、35%が配偶者と暮らし、39%がその他の家族、通常は両親と暮らし、11%が単身生活で、15%が居住施設に暮らしていた。対象者には感情的、社会的、財政的な問題が認められたものの、再入院したものは 1 人もおらず家族もそれを望んではいなかった。Lehman, Possidente, & Hawker（1986）は 99 人の少なくとも 2 年以上入院している患者と 92 人の地域に居住する患者との間で QOL に違いがあるかどうか検討を行っている。この結果、入院期間に関わらず、入院中の患者より地域居住者のほうが、現在の自分たちの生活条件について好ましく思っており、より経済的な資源を持っており、より前年の暴力的な攻撃が少なかった。Donnelly, McGiloway, Mays, Perry & Lavery（1997）はかつ

て北アイルランドの6つの主要な精神科病院に入院しており1987年から1990年に退院した321人の長期入院患者（そのうち約3分の2は統合失調症の診断を受けていた）の追跡調査を行っている。この研究では対象者は人間関係や就労期間の少なさなどいくつかの問題を抱えていたものの、90%は退院後の自分たちの環境のほとんどの側面について満足しており、77%が入院中の生活と比べてより幸福であると感じ、63%がより健康であると感じ、78%がより自立していると回答していた。

これらの研究は、取り上げられている変数は統一されていないものの、精神科病院から退院した患者やその家族の多くは入院生活よりも地域における援助を伴った暮らしをより好意的にとらえていることを示している。我が国においてすべての患者とその家族にとって退院することが望ましいかどうか、という点については慎重な議論が必要である。しかし上述の海外での知見を踏まえると、退院が患者の生活や人生に好ましい変化を与える可能性は十分考えられる。退院を促進し入院生活以外の支援を提供できるようにすることは、本章の冒頭で述べたような海外からの勧告に応えるだけではなく、我が国の精神保健医療福祉サービスのユーザーである患者の生活の質の向上に寄与するという臨床的な観点からも意義あることと考えられる。

それでは今後、地域中心の精神保健医療福祉システム作りをさらに推進するために必要なことは何だろうか。

まず考えられることは、地域の受け皿となる住まいの確保をより一層進めることである。大島他（1991）は、精神科長期入院患者のうち社会的入院と考えられるものが退院後に必要な生活の場（住まい）についても明らかにし、これらの場の全国推計必要数を算出している。この推計によれば、グループホームが19,000人分、小規模ホステルが14,000人分必要とされている。しかし「精神保健福祉資料－平成16年度6月30日調査の概要」（厚生労働省社会・援護局・国立精神・神経センター精神保健研究所、2006）によれば、すでに整備されているグループホームの定員は6,404人であり、大島他（1991）の調査で小規模ホステルに該当すると考えられる生活訓練施設の定員が5,684人、福祉ホームの定員が1,385人、入所授産施設の定員が806人、福祉ホームBの定員が1,780人で合計しても9,655人に過ぎない。行政が旗振り役となって度重なる社会復帰施設やグループホームの整備が方針として示されているにも関わらず、上記の数字となっていることを鑑みると、今後これらの整備が急速に進むことを期待するのは困難と言わざるを得ない。

このように環境整備に一定の限界がある中で退院促進を進めようとするとき、同時に必要なのは、退院を希望する患者自身の知識や地域生活に必要なスキルを高めるためのアプローチであると考えられる。例えば、地域生活を送る上で利用できる社会復帰施設や制度に関する情報提供を行うことも効果的な支援の一つであろう。大島他（1996）において退院したいと考えている入院患者のうち、退院後の生活の場としてグループホームやホステルを挙げたものは1割にも満たなかった。これは入院患者が利用できる社会復帰資源についての知識を十分に持っていないことが原因の1つと考えられる。長期入院患者に対して地域生活に必要な情報を根気強く丁寧に伝えていくことで、患者のもつ地域生活のイメージが広がり、退院後の選択肢が増えることも考えられる。

さらに、退院を希望する長期入院患者の病状や状態をより詳しくアセスメントし、適切な

Table1-1 統合失調症患者の退院促進に関連する法律・文書・その他重要事項

年月	法律・文書名・その他重要事項	精神保健医療福祉施策への影響
1950	精神衛生法公布	精神障害者の私宅監置からの解放
1965	精神衛生法一部改正	ライシャワー事件を受け、治安的性格の強化
1984	宇都宮病院事件	精神科病院における長期入院と患者の人権保護に対する関心の高まり
1987	9 精神衛生法一部改正による精神保健法の成立	法の目的に「精神障害者の社会復帰の促進・福祉の推進」が盛り込まれる
1993	3 公衆衛生審議会意見書「今後における精神保健対策について」 障害者対策推進本部策定・障害者対策に関する新長期計画 6 精神保健法一部改正	グループホームの法定化、社会復帰のための調査研究の推進、全国精神障害者家族連合会の事業者指定
1994	8 公衆衛生審議会意見書「当面の精神保健対策について」	
1995	5 精神保健福祉法の成立 12 総務省「精神保健対策に関する調査結果報告書」に基づく勧告 障害者施策推進本部による「障害者ノーマライゼーション7か年戦略」の決定	法の目的に「精神障害者の自立と社会経済活動への参加を促進すること」が追加、福祉ホームと福祉工場が社会復帰施設として認可、精神障害者社会適応訓練事業（通院患者リハビリテーション事業）が法制化 「社会的入院」とその解消が法令上初めて明記 精神障害者生活訓練施設（援護寮）の設置数、精神障害者社会適応訓練事業の利用者数、地域で生活する精神障害者の日常生活の支援や日常適な相談への対応、地域住民との交流を支援する事業の設置数について数値目標と達成期間を具体的に設定
1997	4 精神保健福祉士法の成立	
1998	7 長期入院患者のあり方に関する検討会（中間とりまとめ骨子） 9 公衆衛生審議会精神保健福祉部会精神保健福祉法に関する専門委員会（報告書）	
1999	5 精神保健福祉法一部改正	地域生活支援センターやホームヘルプサービス（居宅介護等事業）、ショートステイサービス（短期入所事業）が法定化
2002	4 1999年改正精神保健福祉法の完全施行 12 社会保障審議会障害者部会精神障害者分会「今後の精神保健医療福祉施策について（報告書）」 障害者施策推進本部による「重点施策実施5か年計画（新障害者プラン）」の決定	基本的な考え方として「入院医療主体から地域保健・医療・福祉を中心としたあり方への転換」を明示、今後10年で「受け入れ条件が整えば退院可能」な約72,000人の社会的入院状態にある患者の退院・社会復帰を目指すとする数値目標をはじめて設定 「10年間に72,000人の退院促進」を目標として掲げる、以下どの文書にも必ず記載されるように
2003	5 精神保健福祉対策本部「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向（中間報告）」	
2004	8 社会保障審議会障害者部会「今後の障害保健福祉施策について（中間的な取りまとめ）」 9 精神保健福祉対策本部「精神保健福祉の改革ビジョン」	
	10 社会保障審議会障害者部会事務局提示資料「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」	
2005	障害者自立支援法の成立（精神保健福祉法一部改正を含む）	

リハビリテーション等を行って病状や状態をよりよい方向に変化させることも必要と考えられる。

これまで実施されてきた行政による施策をみると、その対象は「精神科長期入院患者」「受け入れ条件が整えば退院可能なもの」とされている。しかし、全国で 72,000 人いると推計されているこうした患者が「退院できない理由」はさまざまであると考えられる。こうした「退院できない理由」に関する国内の先行研究は限られており、現状ではそこから得られた結果が、退院促進を行おうとしている多くの病院で日常的に利用されているとは言い難い。同様に患者のもつ「退院できない理由」を踏まえたリハビリテーションが全国の病院で当たり前に行われているとは言えない状況がある。こうしたアセスメントやリハビリテーションによって患者の病状や症状に変化を促すことで、例えばアパートでの単身生活など社会復帰施設以外の退院先の選択肢が増える可能性がある。

また、患者自身に変化を促すアプローチは家族支援の側面からも有用である。第二節で述べたように家族は退院を受け入れがたい理由として「再発が心配だ」「家でゴロゴロされると困る」と述べている。再発予防や活動性の向上に役立つリハビリテーションが提供され患者の服薬に対する考え方や疾病自己管理能力、活動性の状態に変化を促すことができれば、退院に関する家族のかたくな態度を和らげる効果も期待できる。この結果「退院したい」と願う患者の希望をかなえることにもつながると思われる。

第四節 第一章のまとめ

第一章では、我が国の精神保健医療福祉システムについて入院中心から地域生活中心への転換を図ることが国の内外から求められており、この方針を実現するために精神科長期入院患者の退院促進が課題となっていることを述べた。また、こうした退院促進支援の対象者としては主として統合失調症をもつ人々が想定されていることを述べた。さらに、統合失調症をもつ長期入院患者の少なくとも半数は退院を望み、家族の元に帰りたいと考えているが家族の多くはこれを受け入れがたいと考えていることを明らかにした。加えて精神科長期入院患者の退院促進にむけて 1980 年代中盤以降、さまざまな施策が実行されてきたが現在も十分な結果が得られていないことを示した。最後に今後さらに退院促進を進めていくためには、施策による環境整備と同時に患者本人の知識やスキルを高めるアプローチが必要と考えられることを述べた。

第二章 我が国における統合失調症をもつ長期入院患者の退院促進に関する先行研究

第一節 統合失調症とはどのような疾患か

第一章において精神科における長期入院患者とは主として統合失調症をもつ人々であることを述べた。では統合失調症とはどのような疾患なのであろうか。

1. 統合失調症の概念と診断

武正(1999)は現在の統合失調症と呼ばれる病態を規定したものとして Kreapelin(1913 西丸他訳 1986)の「早発性痴呆」の定義と、Bleuler(1911 飯田他訳 1974)の「精神分裂病」概念の提唱を挙げている。

佐藤(2004)によれば、Kraepelinの「早発性痴呆」はそれまでの破瓜型、緊張病、妄想性痴呆を下位分類とする1つの疾患単位とすることを旨として提唱されたものであり、若年発症、慢性進行性の経過、“痴呆”に至る不良な転帰を特徴とする疾患と規定された。しかし、若年発症や慢性進行性の“痴呆”が必ずしもみられないことが次第に明らかになり、やがてBleulerの「精神分裂病」に置き換えられていった。Bleulerは本疾患を精神病理学的に検討し、連合障害(Störung der assoziation)、感情鈍麻(affektive Verstorung)、両価性(Ambivalenz)、自閉(Autismus)を4つの基本症状(4A症状)とし、連合障害が統合失調症の基礎障害であると考えた。しかし、4A症状で統合失調症を横断的にとらえることが診断概念の拡散を招き、やがて精神科医間の診断一致率の低さや診断に対する信頼性の低下が指摘されるようになった。その後Schneiderは診断に大切な8つの症状を一級症状(first rank symptoms; FRS)、それほどでない症状を二級症状と定義し(1936 西丸訳 1977)、身体的な基礎疾患がないことを前提に、FRSが紛れもない形で明瞭に認められたときには統合失調症と診断できると考察した。Bleulerの4A症状を用いることによって診断概念が拡散し、診断の信頼性が揺らいでいた中で、FRSの有無で操作的に診断するSchneiderの方法は診断一致率を高めるものとして注目された。このSchneiderの考え方は今日の世界保健機関(以下、WHO)の国際疾病分類(ICD)の研究用診断基準や米国精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM)における統合失調症の診断基準でも重視されている。現在使用されているICD-10(WHO, 1993 融他訳 2005)およびDSM-IV-TR(APA, 2002 高橋他訳 2003)における統合失調症の診断基準をTable 2-1とTable 2-2に示す。

また、岡崎(2004)は統合失調症の診断基準についてICD-10とDSM-IVを比較し、その異同について検討している。共通点としては、ICD-10において診断上重要であるとして挙げられている症状とDSM-IVの基準AについてはそれぞれSchneiderの一級症状から選択されている点、診断基準のうち2つ以上の症状がなければ統合失調症と診断しない点が挙げられている。また相違点として、DSM-IVでは6ヶ月以上臨床症状が持続することや、著しい社会的な機能の低下を診断の要件としている点がある。これらのことから岡崎(2004)はICD-10と比べてDSM-IVのほうが幾分狭い範囲の統合失調症を扱っていると述べている。

2. 統合失調症の経過

DSM-IV-TR (APA, 2002 高橋他訳 2003) は、ほとんどの研究で経過はさまざまであることが示されており、長期予後の正確な予測は不可能であるとしながら、先行研究の報告からいくつかの知見を紹介している。すなわち①完全寛解（完全に病前の機能状態に戻る）はあまり多くない、②病的状態を続ける者の中でも、ある者は比較的安定した経過をたどり、一方、他の者は次第に悪化しながら重症の能力低下を伴う、③病気の早期に前駆症状として陰性症状が顕著になることがあり、続いて陽性症状が現れる、④陽性症状はよく治療に反応するので消失するのが普通であるが、多くのもので陽性症状のエピソード間に陰性症状が持続する、⑤人によっては、病気の経過中に陰性症状がだんだんとより顕著になってくることもある、などである。伊藤（2002）はこのようないくつかの経過を総合し、1人の統合失調症患者の辿る経過を大まかに急性期、消耗期、回復期、の3期にわけて説明している。そして急性期は神経活動が過活動になる陽性症状が優勢となる時期、消耗期は病気の峠をすぎて激しい症状は影を潜めたものの、失われてしまった体力や神経のエネルギーを蓄えようとして陰性症状が優勢となる「病み上がり」の時期、回復期は病気の症状が一通り過ぎて元来の健康な部分が徐々にあらわれ、できることが少しずつ増えてくる雪解けの時期、と説明し、それぞれの時期にあった治療やサポートが重要であることを指摘している。

3. 統合失調症の疫学

DSM-IV-TR (APA, 2002 高橋他訳, 2003)によれば、統合失調症は世界中で観察され、成人の有病率は0.5～1.5%と報告されている。年間発生率のほとんどが10,000人あたり0.5～5.0人の範囲にあるが、この範囲を超える発生率がいくつかの人口グループで報告されており、例えば、英国に住むアフリカ系カリブ人の二世ではこれよりはるかに高い発生率が報告されている。また地方生まれの者に比べ都会生まれの者のほうが発症の危険率が高いことも指摘されている。

統合失調症の有病率や年間発生率に関する国内外の疫学研究は中根・道辻（1999）にまとめられているが、比較的近年で日本も参加した大規模疫学研究としては、WHOが1978～1979年にかけて行った「重度精神障害の転帰決定因に関する共同研究（WHO Collaborative Study of the Determinant of Outcome of Severe Mental Disorder;以下DOSMeD）」が挙げられる。この研究によれば、参加した10カ国12地域（デンマーク、インド2都市、コロンビア、ナイジェリア、チェコスロバキア、アイルランド、アメリカ2都市、ロシア、イギリス、日本、日本での代表都市は長崎）における年間発生率はほぼ一致して10,000人に対して2.0人であった（Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, G., Anker, M., Cooper, J.E. & Day, R., 1986）。性差については中根他（1999）が、発病のピークである好発年齢において男性は15～24歳、女性では25～34歳と差異があることを指摘している一方で、Hambrecht, Riecher-Rössler, Fätkenheuer, Louzã & Häfner（1994）は発症率について両性間に差はないと報告している。

また転帰について、中根（2004）は前述のDOSMeDに参加した際に長崎センターで得られた転帰調査の結果を報告している。この調査は、1979年1月1日から1980年12

Table 2-1 DSM-IV-TR による統合失調症の診断基準

-
- A. 特徴的症状: 以下のうち2つ(またはそれ以上), おおのほは, 1ヶ月の期間(治療が成功した場合はより短い)ほとんどいつも存在:
- (1) 妄想
 - (2) 幻覚
 - (3) まとまりのない会話(例: 頻繁な脱線または滅裂)
 - (4) ひどくまとまりのないまたは緊張病性の行動
 - (5) 陰性症状, すなわち感情の平板化, 思考の貧困, または意欲の欠如
- 注: 妄想が奇異なものであったり, 幻聴がその者の行動や思考を逐一説明するか, または2つ以上の声がお互いに会話しているものであるときには, 基準Aの症状を1つ満たすだけでよい。
- B. 社会的または職業的機能の低下: 障害の始まり以降の期間の大部分で, 仕事, 対人関係, 自己管理などの面で1つ以上の機能が病前に獲得していた水準より著しく低下している(または, 小児期や青年期の発症の場合, 期待される対人的, 学業的, 職業的水準まで達しない)。
- C. 期間: 障害の持続的な徴候が少なくとも6ヶ月間存在する。この6ヶ月の期間には, 基準Aを満たす各症状(すなわち活動期の症状)は少なくとも1ヶ月(または, 治療が成功した場合はより短い)存在しなければならないが, 前駆期または残遺期の症状の存在する期間を含んでもよい。これらの前駆期または残遺期の期間では, 障害の徴候は陰性症状のみか, もしくは基準Aにあげられた症状の2つまたはそれ以上が弱められた形(例: 風変わりな信念, 異常な知覚体験)で表されることがある。
- D. 失調感情障害と気分障害の除外: 失調感情障害と「気分障害, 精神病性の特徴を伴うもの」が以下の理由で除外されていること
- (1) 活動期の症状と同時に, 大うつ病, 躁病, または混合性のエピソードが発症していない。
 - (2) 活動期の症状中に気分のエピソードが発症していた場合, その持続期間の合計は, 活動期お残遺期の持続期間の合計に比べて短い。
- E. 物質や一般身体疾患の除外: 障害は, 物質(例: 乱用薬物, 投薬)または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではない。
- F. 広汎性発達障害との関係: 自閉性障害や他の広汎性発達障害の既往歴があれば, 統合失調症の追加診断は, 顕著な幻覚や妄想が少なくとも1ヶ月(または, 治療が成功した場合は, より短い)存在する場合にのみ与えられる。
-

Table 2-3 DOSMeD¹⁾ 長崎センターの転帰調査結果
(中根, 2004 を一部改変)

追跡経過年数	2年後	5年後	10年後	15年後
追跡調査年	1981-1982	1984-1985	1989-1990	1994-1995
追跡例数(% , 除; 死亡例)	n=64 (59.8)	n=65 (60.7)	n=61 (57.0)	n=58 (54.2)
追跡脱落	n=42	n=41	n=41	n=42
死亡累計(%)	n=1 (0.9)	n=1 (0.9)	n=5 (4.7)	n=7 (6.5)
完全寛解・非再発型	8%	7%	4%	7%
不全寛解・非再発型	21%	21%	4%	0%
完全寛解・再発型	20%	23%	25%	21%
不全寛解・再発型	18%	34%	45%	48%
精神病性症状持続型	33%	15%	20%	21%
その他の型			2%	3%

1) Collaborative Study of the Determinant of Outcome of Severe Mental Disorder

月 31 日の 2 年間に調査期間とし、調査開始までの 6 ヶ月間長崎市に居住し、研究協力施設に受診した初発の統合失調症患者の追跡調査である。初回評価時と初回評価時から 1 年後、2 年後、5 年後、10 年後、15 年後、さらにそれぞれの対象者の再発時にデータ収集が行われている。初回評価時の対象者は男性 61 名、女性 46 名、合計 107 名であった。調査結果を Table2- 3 に示す。これを見ると、完全寛解の割合はいずれの調査時においてもほぼ一定して 28~30% であり精神病性症状が持続したケースは 2 年後調査時には 33% であったものが、調査期間が長くなるにつれて漸減し、15 年調査時には 21% となっていた。他にもいくつかのパターンがあり、それぞれに臨床的な対応は異なるであろうと思われる。特に 15 年調査時において再発の経験があるものは 69% に上っていることは注目に値する。

統合失調症の再発については、Weiden & Olfson (1995) が退院後 1 年の間に、50% 近くの患者が服薬を中断することを報告しており、Kissling (1991) は服薬を中止した統合失調症患者の 1 年以内の再発率は 74% に及ぶと述べている。これらのことから、統合失調症の治療やリハビリテーションにおいては再発防止のための支援が重要である。

4. 統合失調症の治療

前述の DSM-IV-TR や中根 (2004) にあるように統合失調症の経過と予後は必ずしも良いものとは言えない、というのがこれまでの専門家の間の認識であった。しかし近年の薬物療法や精神科リハビリテーション技法は著しい発展を遂げており、こうした発展が統合失調症の予後の改善に寄与するのではないかという期待が持たれている。

例えば薬物療法においては 1950 年以降用いられてきた定型抗精神病薬 (chlorpromazine や haloperidol など) に代わり、非定型抗精神病薬 (risperidone, 1996 年発売; perospirone, olanzapine, quetiapine, 以上 2001 年発売; aripiprazole, 2006 年発売; blonanserin, 2008 年発売) と呼ばれる薬物が用いられるようになってきている。宮田 (2006) は人生の大半を抗精神病薬の維持療法とともに過ごさなければならない統合失調症においては、確実に効果があり継続への負担の少ない薬剤を選択し治療経過をサポートしていくことが大切であると指摘し、経口薬による維持療法では、再発予防効果が高く、治療反応性が高く、錐体外路症状の発現頻度が低い非定型抗精神病薬を従来薬に優先して用いるべきである、と述べている。非定型抗精神病薬は、欧米では日本発売前に用いられ、安西・佐藤・灘谷・加藤 (2001) によれば従来の定型抗精神病薬では閉鎖病棟から出られなかった多くの患者の地域生活を可能にしたとされる。また安西他 (2001) は、非定型抗精神病薬は従来の定型抗精神病薬と比べて、これまで改善が困難な例も多かった陰性症状や認知機能障害の改善が期待されることを述べている。

また、統合失調症においては心理社会的介入も重要な治療技法のひとつである。佐藤 (2001) は、精神科治療と身体科治療の違いは治療における薬物療法の位置づけにあると指摘し、他の内科系診療科では「治療 (treatment)」は「薬物療法 (medication)」を意味するが、精神科治療の場合には薬物療法のほかに心理社会的な介入が必要であると述べている。池淵 (1998) は、McGlashan (1984) が行った統合失調症や大うつ病、双極性障害の患者の前向き転帰調査の結果を踏まえ、統合失調症患者は他の精神疾患と比べて社会的予後が不良であり、精神症状と同時に日常生活上の障害が時として深刻な影響をもた

らすと述べている。また、これらの日常生活上の障害を抱えながらも、障害を持つ人が生活の質や人生の質を上げていくための援助が必要であることを指摘し、そのために行動療法や認知行動療法を用いた心理社会的介入が有効であることを述べている。さらに安西他（2001）は、非定型抗精神病薬の活用と認知行動療法をはじめとした心理社会的介入が有機的に連携することによって、患者の退院促進や社会復帰、進学や就労といった社会参加をゴールとする精神科リハビリテーションがより発展していくことへの期待を述べている。

以上のことから、統合失調症とは「幻覚や妄想などの陽性症状、情動の平板化や意欲の欠如などの陰性症状、さらにまとまりのない会話や行動などの解体症状のうち、通常はすくなくとも2つ以上が同時に表れることで診断され、しばしば病前からの社会的機能の低下を伴う疾患であり、おおまかにわけて陽性症状が優勢な急性期、陰性症状や優勢な消耗期、すこしずつ社会復帰に向かう回復期、という3期の経過を辿る疾患であると言える。これらの3期にはそれぞれふさわしい治療やサポートが考えられ、急性期には薬物療法と休養が中心であり、消耗期、回復期には薬物療法を継続した上で活動性を上げ社会復帰につなげていくようなリハビリテーションを開始していくことが望ましいと考えられる。また予後において再発を繰り返すものが多いことから、いったん回復期に至った後も息の長い治療やリハビリテーションが必要であり、近年、薬物療法においては非定型抗精神病薬の、また心理社会的介入においては認知行動療法を理論的背景とした技法の有用性が示され、これらの治療技法の発展が統合失調症の予後に改善に寄与することが期待されている、とまとめることができる。

第二節 統合失調症の診断をもつ長期入院患者の退院に関連する先行研究

黒田・稲福・辻・丸山・多田羅・朝倉（1984）は大阪府の1つの市に居住し、調査期間に精神科病院に任意入院をした精神科患者286人を対象に調査を行っている。この結果、1年未満で退院したもののほうが6カ月未満で退院したものより、男性、保護義務者が配偶者以外のもの、医療費支払区分が生活保護のもの割合が高かった。

稲井他（1984）では、1つの国立病院に5年以上入院している統合失調症患者88人の退院阻害要因について主治医・患者・家族に自由記述によるアンケートを行っている。このうち、主治医が判断する退院阻害要因では、「症状の改善が見られないから」、「幻覚妄想状態だから」、「欠陥状態だから」、「働く意欲が乏しいから」など患者の精神的な現在症に関するものが59%を占めていた。

また、浮田・熊倉・熊谷・古屋（1987）では1つの私立病院に入院中の473人を対象に生活能力と逸脱行動の2分野10項目があてはまるか否かに関する回答と調査対象者の患者が退院したらどうなると思うか、について自由記述による回答を看護師に求めている。この結果、生活能力の分野において在院期間が長くなるごとに看護師が介護や援助が必要と判断する患者の割合が高くなる傾向が見られた。また、調査対象者が退院したらどうなると思うか、という問いについては「外来が続けられなくなる」「家族となんらかのトラブルになる」といった回答が見られた。この調査では、入院期間が長くなるほどADLに類する生活のための基本的な能力が低下していき、これが退院を阻害する要因に1つになっていることが示唆されている。従来の調査では医師が回答することが多いのに対し、この

調査では回答者が看護師であるため、より調査対象者の生活面での障害に焦点のあたる調査結果になったと考えられる。

橋詰・井上・岡野・須藤・須藤（1991）は1つの私立病院の2年間に入院にした統合失調症患者のうち入院後1年間の転帰が調査可能だった205人を対象に、入院期間に影響しそうな因子と思われた項目についてレトロスペクティブに調査を行った。この結果、長期入院の危険因子として考えられるのは、高年齢、長い経過、相対的な低学歴、無職、入院直前の悪い社会適応、配偶者や近親者がいないか、いても患者の治療・療養に協力的でないこと、陽性症状を中心とした精神症状の改善がないこと、本人に退院の意思がないこと、就労の可能性が少ないこと、などであった。この調査は今日、医療・行政等の関係者において長期在院の定義となりつつある「1年以上の入院」を基準として、退院するものではないものの間にどのような違いがあるのか広汎な項目について詳細に検討している点で意義深い。しかし、レトロスペクティブ調査であることや、調査項目の判定基準が示されていないこと、調査項目のなかで治療による可塑性があると考えられる項目が比較的少なかったこと、などが課題と言える。

崎畑・絹川・玉井・織田・甲斐・野瀬（1994）は、2つの私立病院の閉鎖病棟に入院中の統合失調症患者で1年以上入院しているもの（ただし初発患者のみ2年以上入院しているもの）のうち、無作為に選択した88人を対象としてプロスペクティブに調査を行っている。この結果、性別、初発年齢、入院中の精神症状、抗精神病薬の維持量、家族の受け入れ態勢、入院期間の6項目が退院に関連していると考えられた。結果について崎畑他（1994）は治療的観点から見た場合、抗精神病薬の維持量、家族の受け入れ態勢、入院期間は特に重要であること、1年以上入院しているものの退院を検討する場合、特に家族の受け入れ態勢の確立は不可欠であり、医療従事者が患者と家族の媒介的な役割を果たすことが重要であると述べている。この調査はプロスペクティブ調査である点で評価されるが、追跡期間や調査手続きに不明瞭な点があることや家族の受け入れの重要性を再確認した以外に新たな示唆は得られなかったことなど、なお検討の余地があると考えられる。

下野・藤川・吉益・小原・浜田・加藤・平城・清原・末次（2004）は、1つの公立病院に5年以上継続して入院していた266人を対象として、既存の評価尺度を複数用いた上で退院に関連する要因の検討を行っている。診断が統合失調症の対象者を2年9ヶ月の間に退院したものとそれ以外のものに群分けし分析を行った結果、有意なオッズ比が得られたのは社会的行動評価である Social Behavior Schedule (Wykes & Sturt, 1986 以下, SBS) の「会話：支離滅裂」項目（オッズ比：0.1, 95%信頼区間 0.0-0.7）と「活動性の低下」項目（オッズ比：12.3, 95%信頼区間 2.8-54.2）の2項目であった。この結果は「会話：支離滅裂」項目が1単位あがることに退院する割合が0.1倍になる（退院しづらくなる）、また「活動性の低下」項目が1単位あがることに退院する割合が12.3倍になる（退院しやすくなる）ことを示しており、特に後者については従来の見解と異なる結果であった。この点について下野他（2004）は、この研究が行われていたのは、病院が新体制に移行するにあたり退院促進活動を活発に行っていた時期で、活動性の低い、すなわちおとなしい患者が老人ホームなど医療機関以外の社会施設に受け入れられやすかったのではないかと考察している。この研究は、プロスペクティブ調査である点や評価にあたって海外の先行

研究ですでに信頼性や妥当性が確認され、広く普及している評価尺度を用いている点でそれまでの研究よりも患者について詳細な検討を行っている点で意義深い。しかし、パラメトリック検定に耐えうる数量データを収集しているにも関わらず、研究者の定義によるカットオフポイントを用い、これらのデータをカテゴリデータに落とした上でノンパラメトリック検定を行っていることなどにおいて、さらに検討の余地があると考えられる。

第三節 統合失調症をはじめとする精神障害をもつ患者の退院促進に関連する臨床活動

1. 医療機関独自の取り組み

富山県にある私立の精神科病院である谷野呉山病院は病院独自の臨床活動として、長期入院の統合失調症患者に対する社会復帰活動を行ってきた、我が国の精神科リハビリテーションや地域精神医療における先駆的存在といえる病院である。岡田・門田・谷野（1989）によれば、同院では外来診療所を軸として、本格的な地域移行の準備段階としての住居であるハーフウェイハウス、デイケア、作業所などを配置し、患者はそれぞれのニーズにあったサービスを選択して地域生活が送れるようなシステムが作られている。このような住居確保と複数の支援サービスをネットワーク化するシステムの利用が進む過程で、谷野呉山病院では病院独自の社会復帰プログラムも実践している。このプログラムは 1993 年に実施された「あすなる会」と名づけられたプログラムである。岡田他（1989）によれば、「あすなる会」は、①調理や買い物の指導、②金銭感覚の養成、③社会生活に関する経験、④退院後の生活に関するミーティング、の 4 点を主なテーマとして設定し、週 1 回、全 12 回で行うプログラムとなっている。岡田他（1989）は、これら住居確保・地域での支援システム・院内の社会復帰プログラムなどの活動を総括し、その意義として、退院できる患者の層が広がったことと入院患者の退院への意欲を向上させ、疾病そのものの治療効果が向上したことの 2 点を挙げている。

大阪府にある私立の精神科病院であるさわ病院は、1986 年より社会復帰活動に取り組んでいる（澤，1992b）。さわ病院における活動も家族や地域の受け入れの悪さから、病院が独自に住居確保→退院した人の地域生活を支えるための訪問看護など支援システムの構築、という流れになっており、これは谷野呉山病院のケースとほぼ同様である。ただ、さわ病院において特徴的なのは、患者の地域生活の受け皿として開拓していった住居種別の多彩さである。澤（1992a）は、こうした患者一人一人のニーズに合わせて、大阪府豊中市という大都市の中で機能の違う複数の住居を開拓していった過程を紹介し、これらの過程を「ゲリラ的共同住宅の展開」と呼んでいる。またこれらの社会復帰活動の効果として澤（1991）は平均在院日数の減少や 10 年以上入院していた患者の退院数の増加を報告している。

2. 海外の臨床活動や先行研究を参考とした取り組み

野田・蜂矢（1991）は東京都にある東京武蔵野病院で 1989 年から実施された「東京武蔵野病院精神科リハビリテーションサービス」（Musashino Hospital Psychiatric Rehabilitation Service：以下 MPRS）について紹介している。MPRS はイギリスのケン

ブリッジ市やカナダのバンクーバー市の精神保健サービスからアイデアを得て始まったものであり、①短期入院，早期退院，②再発・再入院の予防，③地域生活での安定，の3つを目標として設定している。具体的には，①多職種によるカンファレンスでの治療方針の決定，②地域精神科看護師の設置，③病棟看護師と地域保健師の共同訪問看護，④東京都障害者職業センターとの協力体制の確立，⑤患者が医師面接を自由に要求できる制度の立ち上げ，⑥定時処方箋のコピーを患者全員に持たせ，薬物治療に関してあらゆる質問に応じられる制度の立ち上げ，⑦生活に関する決定は出来る限り患者本人が行い，スタッフはアドバイザーに徹する関わり，に取り組んだ。またこうした治療の枠組み・システムのあり方に関する取り組みのほかにも，患者への直接の関わりとして服薬に関する心理教育や **Social Skills Training**（以下 **SST**），住居の確保なども行った。野田他（1991）では，これらの取り組みのうち，①～④によってそれまで退院困難と思われていた患者の退院可能性を掘り起こすことができ，⑤～⑦によって患者自身に主体的に治療に参加するという機運が生まれ，患者の無気力や受動性が日々変化していったと述べている。また，林・前田・寺田・佐藤・西村・浅井・串上・加藤・岡田・谷口・萬谷・谷中・伊藤・Clark・野田（2005）は **MPRS** の活動の成果として入院期間の短縮を報告している。

水野・村上・三浦・渡邊・田辺・ファルーン（1999）は **Optimal Treatment Project**（以下 **OTP**）を用いた統合失調症を持つ人の地域生活支援のあり方を紹介している。水野他（1999）によれば，**OTP** とは「精神分裂病の治療における効果的で効率の良い臨床プログラムを発展させ，精神分裂病に対する早期介入と，分裂病の諸症状の解消あるいは生活障害やハンディキャップの解消に至るまでの，各時点各状況において最も適切な治療を提供することをめざすリハビリテーション・プログラム」である。具体的には①患者・介護者双方についての生物医学的・心理社会的両面からの持続的・包括的なアセスメント，②服薬管理や早期警告サインについての教育や訓練を伴った理想的容量の抗精神病薬の処方，③患者や援助者に対しての，精神障害の病態・生理や治療についての心理教育，④地域社会で生活する際のストレスへの対処の助けとなるような問題解決能力の強化，⑤生活技能訓練（**SST**）の実施，⑥解決されていない個別の問題，たとえば陽性・陰性症状，不安，抑うつ気分，怒りの管理，睡眠障害などに対する，特異的な生物医学的・心理社会的治療戦略，⑦多職種からなるチームに全家族員を統合し，各ケースに至適なプログラムを展開する，といった視点や方法を用いた支援を行う。三浦・根本・大久保・川原・吉村・田辺・武地・水野・渡邊・山下・鹿島・浅井・村上・ファルーン（1999）や高橋・稲井・村上・山下・松本・松本・前田・茅野・三浦・水野（2004）は **OTP** を用いることによって，患者自身のコミュニケーション能力や問題解決能力の向上が期待できるだけでなく，家族に「積極的傾聴（**Active Listening**）」という技法を教示することによって，地域生活において患者と家族との間に起こりがちな葛藤を回避できることを報告している。

熊谷・安西・池淵（2003）は **Randomized Controlled Trial**（以下 **RCT**）による地域生活への再参加プログラムの効果検討を行っている。地域生活への再参加プログラムとは，統合失調症等の慢性精神障害を持つ人の退院促進を目的に開発された認知行動療法プログラムである **the Community Re-entry program**（**Liberman, 1995**）の日本語版である。対象者は1つの公立病院の社会復帰病棟の入院中の患者31人（統合失調症30人，統合失

調型障害 1 人) であり, 参加群 16 人と対照群 15 人に無作為に割付けられた。この効果検討の結果, 参加群と対照群と比べて, 知識度テスト (Lieberman, 1995 井上訳 1998) の合計得点および精神科リハビリテーション評価尺度 (Baker & Hall, 1983 田原・藤・山下訳 1995 ; 以下 REHAB) の下位因子である社会的活動性, ことばのわかりやすさ, 社会生活の技能, ことばの技能, 全般的評価の各因子別合計得点に有意な改善が見られた。これらの結果から, 熊谷他 (2003) はこのプログラムが疾病に関する知識の向上や患者の社会的活動性, 言語に関する要因の向上に効果があることを示唆している。

3. 行政を中心としたよる取り組み

1) 精神障害者を対象としたケアマネジメント

黒田 (2002) によれば, ケアマネジメントとは, 地域で生活する障害者や高齢者を支援する方法として 1970 年代以降, 世界的に発展しているものであり, 利用者のニーズに沿って, そのニーズを充足あるいは解決するために, 必要な社会資源の活用を援助に組み込みながら, 継続的に支援する一連の過程および機能を意味している。1998 年には厚生労働省研究班の活動を元に精神障害者を対象としたケアガイドライン (厚生労働省, 1999) が策定されている。本ガイドラインでは, ケアマネジメントを①ケアマネジメントの導入, ②アセスメント, ③ケア計画の作成, ④ケア計画の実施, ⑤実施効果の評価, ⑥終了と事後評価, の 6 つの段階の過程として示している。さらに, 黒田 (2002) はこれらの過程を経てケアマネジメントを実施する際に含まれるべき機能として, ①相談と助言 (counseling), ②援助を利用者の生活の場に出かけて行うこと (out-reach), ③利用者の代弁と権利擁護 (advocacy), ④エンパワーメント (empowerment), ⑤必要な社会資源の動員, 開発や制度化への働きかけ (social action) を挙げている。

これらのケアマネジメントは上述の精神障害者ケアガイドラインに基づいて同年より国による試行事業が開始された。しかし今日までに, 高齢者を対象としたケアマネジメントのように全国のすべての地域で実施できる体制とはなっておらず, 今後も普及のための努力が必要な状況にある。

2) 包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment)

Assertive Community Treatment (以下, ACT) は, 我が国では包括型地域生活支援プログラムなどと呼ばれるケアマネジメントの発展的な一形態である。坂下 (2005) によれば ACT では①多職種によるチームアプローチ, ②スタッフ 1 名に対して利用者は 10~12 人ととどめる, ③チーム全体がすべての利用者の情報について共有したうえで, ケアを分担して担当する, ④利用者が生活している場面での相談・支援を原則とする, ⑤必要な保健・医療・福祉サービスの大部分を, チームが責任を持って直接提供することで, サービスの統合性をはかる, ⑥ 1 日 24 時間, 365 日対応で危機介入にも応じる, ⑦サービスの期限を原則として設けない, ⑧必要な時に, 必要な場所で, 必要なサービスを提供する, という柔軟な対応を行う, といった包括的なサービスが実施される。このような豊富なマンパワーによる濃厚な直接サービスが規定されているのは, ACT がかなり重症なケースを対象として想定しているためであり, 実施にあたっては従来の訪問看護等よりも高いコス

トが必要である。今後 ACT がどの程度普及するのかは、我が国におけるエビデンスとコストを踏まえた上での議論にかかってくると考えられる。なお、ACT は 2002 年より厚生労働省の研究事業として実施されたのを皮切りに京都、仙台、岡山などいくつかの地域で実施されており成果の発表が待たれる。

3) 大阪府における社会的入院解消研究事業

大阪府の社会的入院解消研究事業は、1999 年に行われた大阪府精神保健福祉審議会の答申を受けて事業化された取り組みである。この取り組みで特徴的な点は「退院促進事業」において専従の「支援職員」が、マンツーマンで入院中の対象者が作業所等へ外出する際に同伴し、病院と地域社会資源とのつなぎ役をとるといった支援を行ったことである。大島（2005）によれば「支援職員」は地域生活支援センターに配置された職員が担当し、退院から地域定着まで 6 カ月にわたって支援することになっている。具体的な支援としては①事前面接、②外出支援、③情報提供、④退院後のフォロー、⑤関係機関調整などを行うが、これらの支援はいずれも「病院から地域に出す」支援ではなく「地域から病院に向かえに行く」支援であった。米田（2003）は、入院患者と地域の機関に相談できる関係作りができたこと、長期入院患者の退院に対する不安が軽減された、退院への意欲が促進された、といった効果があったと述べている。また 2000～2001 年の 2 年間に 66 人に対して支援を行った結果、35 人（53.0%）が退院したことを報告している。大島（2005）によれば、この大阪府の事業は全国に拡大しており、今後地域で地域生活支援センターを基盤に、医療と連携して行うケアマネジメントのモデルになりうる取り組みと考えられる。

第四節 第二章のまとめ

第二章では、統合失調症がどのような疾患であるかについて概観し、統合失調症とは陽性症状、陰性症状、解体症状のうち通常はすくなくとも 2 つ以上が同時に表れることで診断され、しばしば病前からの社会的機能低下を伴う疾患であり、その経過はおおまかに急性期、消耗期、回復期の 3 期に大別され、それぞれの時期に応じた治療やサポートが必要であること、予後においては再発を繰り返すものが多いことから息の長い治療やリハビリテーションが必要であり、薬物療法と心理社会的介入を組み合わせた治療やリハビリテーションを行うことが重要であることを示した。

次に統合失調症の診断をもつ長期在院患者の退院に関連する要因に関する先行研究を概観した。この結果、先行研究では①高年齢、長い経過、相対的な低学歴、男性である、無職である、医療費支払区分が生活保護である、配偶者や近親者がいないか、いても患者の治療・療養に協力的でない、といった患者の属性に関連する要因、②抗精神病薬の維持量が相対的に高い、症状の改善が見られない、幻覚妄想状態である、会話が支離滅裂である、欠陥状態である、など精神症状に関連する要因、③入院直前の悪い社会適応、ADL や活動性の低下がある、就労の意欲や可能性に乏しいこと、本人に退院の意思がないこと、など社会機能に関連する要因、④「外来が続けられなくなる」と看護師が予想することなど、将来の通院継続に関連する要因などさまざまな要因が退院阻害要因として指摘されていた。しかし、その結果は必ずしも一致したものではなく、より一般化可能な知見を見出すため

には、患者の属性や妥当性および信頼性の確認された臨床評価尺度を用いて、できるだけ多数の病院で入院期間や追跡期間に基準を設けた大規模調査を行うことが必要と考えられた。

さらに国内の既存の退院促進活動を概観した。初期の民間病院独自の取り組みや海外の先行研究を参考に行われた病院単位の取り組みはいずれも、住居確保などの居住サービス、患者に直接働きかけて状態の変化を促す直接サービス、この両者の間を取り持つ連携サービスが医療機関独自のネットワーク下で実施されていた。我が国の退院促進活動の萌芽として位置づけられるこれらの民間病院独自の取り組みは、精神科長期入院患者が退院後に地域生活を送る上で必要なニーズを網羅しており、望ましい退院支援のあり方と言える。しかし、こうした活動は医療関係者の情熱によって行われてきた側面があり、その過程では、周辺住民への配慮や交渉（谷野・谷野・門田・岡田，1990）や、診療報酬上の裏づけの無い中でいかに医療経済的に成立させるかといった経営上の工夫（澤，1992b）など医療関係者として行うべき活動の範疇をはるかに超えた負担を乗り越える必要があった。こうした状況を澤（1992a）は「本来このような運動は医療機関がすべきことではなく（中略）医療は医療に徹し、福祉は福祉部門に任せるべきであると考えているが、日本の現状を見るとき行政が行うのを待っているのは地域で生活できる人々がその生きがいある生活を送ることなく死を迎えさせるということに荷担することになってしまうため、やむをえずすることになるのである。」と述べている。病院単位の取り組みについても東京武蔵野病院による MPRS のように中心となる職員が欠けることによって中断してしまった例がある。このように民間病院独自の退院促進活動は全国の病院で標準的に実施するには負担が大きく、普及という観点から困難を抱えていると言える。一方で、民間病院による取り組みの後に取り組みの始まった国や自治体による活動は ACT を除くと住居確保などの居住サービスとケアマネジメントなどの環境調整を目的とした連携サービスが主となっている。これらの活動は行政のバックアップによって全国のどの地域でもサービスが提供されるような普及が図られつつあるが、退院促進活動の重要な要素と考えられる直接サービスが欠けている。

以上のことから、患者や家族のニーズふまえ、今後我が国で家族に負担をかけない形で精神科長期入院患者に対する退院促進活動を展開するにあたっては、行政レベルですでに取り組みや普及が始まっている居住サービスと連携サービスによる環境調整を主とした活動に加え、患者に直接働きかけて状態の変化を促す直接サービスについても検討する必要があると考えられる。直接サービスのあり方については先述の民間病院における臨床活動が参考になるが、これらの活動は標準的に実施するには負担が大きいため、これらの活動について中核的な要素についておさえた上で、全国のどの病院でも標準的に実施できるような技法の開発を検討する必要があると言えよう。

第三章 海外における統合失調症をはじめとする精神障害者の脱施設化に関する先行研究

欧米では既に精神科医療が入院中心から地域中心の医療に移行している。第一章第一節でも示したように、日本と韓国以外のほとんどの先進国では、1960年代から1970年代にかけて精神科病床の急速な減少がおきている（新福，2003）。

海外においては、入院していた精神障害者の退院や地域生活への移行に関する過程およびそのための活動は「脱施設化」という用語で語られることが多い。「脱施設化」とは、Bachrach（1976）によれば「地域ケアサービスの拡大を同時に伴う伝統的な施設による治療やケアの縮小」、また Brown（1975）によれば「不適切な精神科病院への入院の予防」と定義されている。

第一節 海外における精神科病院の脱施設化

1. イギリスとアメリカにおける脱施設化後に生じた問題点

イギリス・アメリカではいずれも1950年代～1960年代にかけて精神障害を持つ人を入院治療によってケアすることへの問題意識が高まり、精神科病院の病床削減と予算およびマンパワーの地域移行、という形で脱施設化が始まった。しかし、脱施設化が始まった当初に予定されていた政府からの予算が徐々に削減されるようになり、地域精神保健センター（Community Mental Health Center；以下、CMHC）など地域の社会資源の建設と病床削減のペースにアンバランスな状態が生じるようになった。この結果、退院した患者へのケアが行き届かなくなり、地域におけるケアに関する問題点が指摘されるようになった。この問題点とは①脱施設化によって地域に退院した患者のホームレス化、反社会的行動による受刑、物質依存といった問題、②脱施設化によって一旦退院した患者や脱施設化後に発病もしくは治療が必要となった新たな患者への精神科医療の不足や地域における十分な精神保健福祉サービスの不足の問題、の2点に大別される。

1) 患者のホームレス化、反社会的行動による受刑、物質依存

アメリカの研究者たちの報告によれば、同国におけるホームレスのための全国連合の推計では、1983年に250万人のホームレスがいたとされ（Bassuk, 1984）、少なくともその30%は精神障害を持っていると指摘されている（Morrisey & Levine, 1987）。NIMHが1983年から1986年にかけて行った調査では、精神障害をもつホームレスは多様なニーズを持ち、施設に長くとどまる傾向にあり、警察との頻回な接触が見られた（Lamb & Grant, 1982）。このようなそれまで入院していた精神科病院を脱施設化の流れの中で退院したものの、その後地域社会で安定した生活を営むことができなかった「New Rootless」と形容される精神障害者の多くは、定期的に救急の夜間シェルターを利用している。全米のシェルターの横断的な調査では、精神障害者の比率は41-93%にのぼっており、これらのグループにおいて、アルコール依存は60%以上、慢性的な医学的もしくは歯科の問題を抱える人は40%を超えていた（Bassuk, Rubin, & Lauriat, 1984；Fischer & Breakey, 1986；Kroll, Care, Hagedorn, Dog & Benavides, 1986）。これらの人々は社会的なサポートのネットワークが非常に制限されており、精神科サービスへの接触がほとんどなく、

再入院率が低く、ロングタームケアへの紹介がほとんどなかった (Appleby & Desai, 1985)。また、地域の精神科施設はこれらのホームレスに対して適切なサービスを提供していないことは明らかだった (Lamb, 1984)。

イギリスではシェルター使用者に対する一連の研究から、全体の 36% が精神障害者であり、これは精神障害者が退院後に地域における適切なサービスをうけていなかったことが反映しているのではないかと示唆されている (Weller, Weller, & Cotter, 1986)。

2) 精神科医療の不足と地域における十分な精神保健福祉サービスの不足

脱施設化による精神科病床の大幅削減後、精神科病床では急性期対応の入院治療しか受けられなくなった。この結果、地域で物質依存となって再入院しても、リハビリテーションの機会がないために退院できず、結果的に再び長期入院になる患者群が見出されるようになった (Thornicroft & Bebbington, 1989)。彼らは、アルコールや薬物に手を出し症状を悪化させるため、従来提供されている地域ケアでは支えるのが大変困難な患者たちで、脱施設化の初期の段階ではまったく見落とされてきた患者たちであった。加えて、精神科病床が削減されたあとに発症した新たな世代の患者が十分な精神科医療を受けることのないまま、ホームレスとなってしまうという問題も指摘されるようになった (Lamb & Bachrach, 2001)。

こうした脱施設化の初期に退院した後に地域でケアすることが困難な問題を抱えてしまった患者や若い世代の患者は、脱施設化が起こる以前に長期入院しており主として活動性の低下を問題視されていた患者群が「Old Long Stay」と呼ばれるのと対比して「New Long Stay」と呼ばれ、精神科医療は新たな対応を迫られている (Lelliott & Wing, 1994)。

Bachrach (1976) は脱施設化とは、単に精神科病院の全数を減らすことではないと述べ、脱施設化には必要な 3 つの要素について言及している。すなわち①精神障害を持つ人々の病院から地域施設への移行、②新たな入院の可能性がある人の病院以外の居住サービス等への移転、③精神障害を持つ人のための地域における代替サービスの開発、である。また Lamb & Bachrach (2001) は、精神科に長期入院していた患者が退院する場合、地域生活を始めることによって新たなニーズが生じるため、特に③のプロセスが非常に重要だと述べている。

これらの提言は、アメリカやイギリスの脱施設化が精神科病院から居住サービスへの「住み替え」に終始し、それまで精神科病院で提供されてきたケアを地域において提供する代替サービス、つまり Bachrach (1976) が言うところの③について開発が遅れていたことを指摘し、これらの整備が急務であることを示唆していると言える。

第二節 統合失調症とはじめとする精神障害者の退院に関連する要因

1. 統合失調症とはじめとする精神障害者の退院に関連する要因

脱施設化が始まり先述したような問題が地域で起きるようになると、退院に向けたリハビリテーションのための患者選択がしばしば非標準的でその場しのぎに行われているという指摘や (Bachrach, 1976 ; Watts & Lavender, 1987 ; Fallon & Marshall, 1983), リハビリテーション後の退院計画の立て方が精神科病棟によって非常にばらついているとい

う指摘がなされるようになった (Caton, Goldstein & Serrano, 1984)。こうした問題意識は脱施設化の当初から医療従事者・研究者たちに共有されていたと推察され、脱施設化後のかなり早い段階に退院するために必要な情報を整理し、適切な支援につなげることを目的とした尺度が作成されている。

Hogarty & Ulrich (1972) はアメリカでの脱施設化の展開にあたり、入院患者の退院準備性について測定する尺度である **The Discharge Readiness Inventory (DRI)** を開発している。DRI は入院中の患者の退院計画を立案するためにソーシャルワーカーが評価することを前提に作成されており、「潜在的地域適応性 (Community Adjustment Potential : CAP)」「心理社会的適合度 (Psychological Adequacy : ADE)」「好戦性 (Belligerence : BEL)」「顕在的精神病理 (Manifest Psychopathology : MAN)」（因子の日本語訳は井上, 西田, 西村, 梶木, 岡崎 (2006) による) の 4 つの下位因子の因子が設定されている。これらの因子のうち CAP について、スタッフ評価による退院準備性が備わっていると考える患者 1000 人とそうでない患者 1000 人の得点を比較したところ、CAP 得点 53.3 点で両群をカットオフできることから、少なくとも CAP 得点が退院の予測に有用であると結論付けている。

また、Baker & Hall (1983 田原他訳 1994) は精神科リハビリテーション行動評価尺度 (**Rehabilitation Evaluation Hall and Baker** : 以下、REHAB) を開発している。REHAB は病棟における患者の行動を主として看護師が評価することで慢性患者の治療やリハビリテーションの効果を検討することや患者の退院可能性を評価することを目的に作成された。内容は失禁や暴力、自傷行為などの 7 項目の問題行動を評価する「逸脱行動」と病棟内の交流やことばのわかりやすさ、食事の仕方などの一般的な行動を評価する「全般的行動」の 2 つの領域に分かれ、さらに「全般的行動」は 6 つの因子に分かれている。Baker & Hall (1983 田原他訳 1994) によれば、患者の退院可能性評価に使用可能かどうかを判断するため、入院患者と地域で生活する患者合計 393 人を対象に検討を行った結果、「全般的行動」得点 40 点で両群をカットオフできることが示唆された。この結果から「全般的行動」得点は退院可能性の評価に有用であると結論づけている。

上記のような退院に関連する要因を測定するための尺度開発研究のほかに、患者の属性や複数の臨床評価尺度から退院に関連する要因を明らかにしようとする研究も見られる。

Fottrell, Peermohamed, & Kothari (1975) は 1 つの公立病院に 1 年以上入院する患者 1042 人を対象に在院期間を調べ、在院期間が 8 年から 23 年の患者群を“**problem group**”と定義し、422 人の患者の特徴について調べている。この結果、“**problem group**”の患者の多くは①過去 1 年間に親族の訪問がない、②1 日を通して作業のために病棟から出ることがなかった、③単身者である、④診断が統合失調症か器質性精神病である、といった特徴があった。

Bigelow, Cutler, Moore, McComb, & Leung (1988) は 1 つの州立病院の入院患者を対象に退院させにくい患者の特徴を報告している。この研究では、病棟看護師とソーシャルワーカーの評価によって抽出された 146 人の“**hard-to-place**” (地域移行しづらい) 患者についてカルテや看護師のインタビューを用いた検討を行った。この結果、“**hard-to-place**”な患者には①診断が統合失調症である、②男性である、③比較的若い世代 (30 代) である、

④薬物濫用の問題がある，⑤社会的スキルとセルフケアスキルが欠如している，⑥大声で騒ぐ，⑦受け入れ難い行動がある，⑧治療に協力的でない，といった特徴があることを指摘している。

2. The Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS study)

これまで述べてきた研究以外にも精神障害者の退院や再入院に関連する要因を明らかにしようとする研究はいくつか見られたものの，その多くは対象者が少数である，研究者の設定した基準によって対象者を選択しており，この基準が研究によって違う，手続きに不備がある，などの限界がありエビデンスを確立するまでには至らなかった。このような先行研究の不備を補おうと計画されたのが The Team for the Assessment of Psychiatric Services (以下，TAPS study) と呼ばれるプロジェクトである。TAPS study は 1983 年にロンドンの大規模な公立精神科病院である Friern と Claybury の閉鎖が決定したことをきっかけに開始された。

1) TAPS study の対象者

O'driscoll, Wills, Leff, & Margolius(1993)によると，対象者は Friern と Claybury の①両病院に 1 年以上入院しているもの，②65 歳以上の場合は診断が老年性認知症以外のもの，であった。研究開始時に基準を満たした対象者は 1009 人おり，アセスメントを行うまでに死亡したものや退院したものなどを除き，最終的には 770 人がベースライン時調査の対象者となった。770 人の内訳は男性が 432 人，女性が 338 人であった。平均年齢は Friern が 60.8 歳，Claybury が 61.4 歳，平均在院期間は Friern が 21 年，Claybury が 28 年であり，診断は両病院とも 81% が統合失調症で，そのほかには感情障害，神経症もしくは人格障害，脳疾患などが含まれていた。

2) TAPS study の研究手続き

上記の対象者に対して，属性，病歴，複数の臨床評価尺度を用いた評価，によるベースライン調査が行われ，退院後 1 年と 5 年の時点でベースライン時と同様の調査および地域での住居移動，再入院，生命予後，受刑の有無，ホームレス化の有無などについて追跡調査が行われた。研究デザインは RCT ではなく，準実験計画法が採用された。これは退院する患者をそれまで入院していた病院がある地区から引き離してはならないという，という保健当局の制約から退院の可否がその地域にある居住施設の入居可能数に依存せざるを得ず，研究チームがコントロールすることが困難であったためである (O'driscoll & Leff, 1993)。

3) TAPS study における退院に関連する要因の検討

TAPS study では研究が進行する過程で，複数の評価時点におけるデータを様々な角度から分析し，長期入院患者の退院に関連する要因について検討を行っている。このため，目的は同じであるが対象者数や研究方法の異なる複数の論文がみられる。

Jones(1993)は，研究開始から最初の 3 年間 (1985-1988) に退院したもの (退院群 ; 286

人)と入院を継続したもの(入院継続群; 630人)の属性や一部の臨床評価尺度について比較を行っている(なお、この研究における対象者数が先に述べた O'driscoll et al. (1993)らの最終的な対象者数と一致しないのは、①欠損値処理による違い、②対象者の転院・死亡というイベントと並行して本研究が行われていたこと、の2点の理由によるものと推察される)。この結果、退院群は入院継続群を比較して、①年齢が若い、②在院期間が短い、③退院することにポジティブである、④統合失調症の割合が低い、⑤単身者の割合が低い、⑥精神症状を有しているものの割合が高い、⑦幻聴や妄想を有しているものの割合が高い、などの特徴がみられた。

Anderson, Dayson, Wills, Gooch, Margolius, O'driscoll, & Leff (1993)では、対象者を研究開始から1年毎に3つのコホートに分け(1年目:1985-1986, 2年目:1986-1987, 3年目:1987-1988),それぞれのコホート内に退院した患者と、属性(年齢, 性別, 病院, 診断)や社会的問題行動の状態を可能な範囲でマッチさせた入院患者を研究に直接関わりのない臨床家が選定する方法で、退院群(260人)と入院継続群(220人)を設定している。このようにして群分けされた2つの群に対して、退院群に退院後1年の時点でインタビューを行い、属性や先述した6つの臨床評価尺度得点の比較を行った。この結果、退院群は入院群と比べて①医療関係者や支援者以外の友人や家族などの広いソーシャルネットワークを持つ、②制約が少なく自律性の程度が高い、という点で臨床的な環境の質が高い、③現在の居場所(地域における生活)を好んでおり、そこにとどまりたいと考えている、④薬物療法が役に立つと感じている、などの特徴があった。その一方、精神症状や問題行動、身体的健康度については両群の間に統計的な有意差はなかった。

Trieman & Leff (1996)は、Friern Hospitalが閉鎖する直前まで病院に残っており、それまで病院や研究チームが退院促進活動を行ってきたにも関わらず、スタッフから「地域生活を送ることは困難で転院が相当」と判断された“Difficult to Place (DTP)”とよばれる72人の患者と同じく病院に残ってはいたが、DTPとは判断されなかった患者、また同時期に退院した患者との比較を行っている。この結果、DTPはそれ以外の患者と比べて①年齢が若い、②在院期間が短い、③やや精神状態が悪く、特に不安が強い、という特徴があり、病棟看護師が指摘するもっとも退院を阻害している要因として①攻撃的である、②治療コンプライアンスが不良である、③不適切な性的行動がある、ことが挙げられていた。

4) TAPS study まとめ

以上のように、TAPS studyは2つの公立病院の閉鎖に伴い、大規模な対象者数や厳密な研究計画から精神科入院患者の退院や再入院に関して世界のスタンダードとなっている研究であると言えよう。

一連のTAPS studyに含まれる研究を詳細に見ていくと、いくつかの研究ではお互いの結論に矛盾があるように見える。たとえば研究開始から3年間の患者の退院に関連する要因を検討しているJones(1993)と、病院閉鎖直前に病院に残っていたDTPと呼ばれる患者の退院に関連する要因を検討しているTrieman & Leff (1996)の結果は一見矛盾しているように感じられる。一例を挙げると「年齢の若さ」という変数がJones(1993)では退院

の促進要因として挙げられる一方で、Trieman & Leff (1996) では退院の阻害要因あるいは再入院の促進要因として挙げられている。これは対象者のもつ背景の違いによると考えられる。英米の脱施設化の進行とともにそれまでの長期入院患者 (Old Long Stay) とは背景の異なる New Long Stay と呼ばれる患者群が現れたことはすでに述べた。TAPS study が開始された 1985 年当時、イギリスではまさに New Long Stay の患者群が問題となっており、研究の対象者としてこれらの患者も導入されていた。つまり、Friern と Claybury が閉鎖されることが決まった研究開始当時は、これらの病院に長く入院していた Old Long Stay の患者群が研究の主たる対象者であった。Jones(1993)では研究が開始されてから最初の 3 年間の退院患者を対象としていることから、主に Old Long Stay の患者の退院に関連する要因の検討が行われたと推察される。その後、研究が進むにつれて Old Long Stay の患者が退院していき、退院した患者と入れ替わりに入院してきた患者が入院時点から 1 年経過後に「1 年以上入院している」という導入基準を満たすことから研究に導入された。Trieman & Leff (1996) では病院の閉鎖直前という研究期間の後期に病院に残っていた患者を対象としており、主に New Long Stay の患者の退院に関連する要因を検討していると推察される。

第三節 地域ケアを実践するために行われている臨床活動の概要とその効果

脱施設化の過程やその後の患者の転帰から、英米においては、適切な地域精神保健サービスの必要性が繰り返し指摘されてきた。そしてこの課題に対応するためにさまざまな地域ケアの手法が発展してきた。これらの地域ケアの手法は①ケースマネージャが行う環境調整を主とする方法と②患者に対する直接サービスを主とする方法の 2 つの大別することができる。実際にはこれら 2 つを厳密に区別することは難しいが、議論を整理するため便宜的に上記の 2 つを分けて地域ケアの発展について述べる。

1. ケースマネージャが行う環境調整を主とする方法

Mueser, Bond, Drake, & Resnick (1998) はこれまでに開発されてきた主として環境調整を用いた地域ケアの手法について年代を追って概観している。この総説によれば、1970 年代から 1990 年代にかけて開発された重い精神障害をもつ人 (Severe Mental Illness : SMI) に対する地域ケアモデルは①ブローカー型サービスモデル、②臨床的ケースマネジメント、③包括型地域生活支援プログラム(the assertive community treatment model:ACT), ④集中的ケースマネジメント(the intensive case management model:ICM), ⑤ストレングスモデル、⑥リハビリテーションモデルに大別される。これらのサービスはケースマネージャと呼ばれるサービス提供者の役割や提供されるサービス内容が異なっている。

1) ブローカー型サービスモデル

ブローカー型サービスモデルでケースマネージャ求められている役割は患者とサービスを繋ぐこと、および異なるサービス提供者の間の調整を行うことであった。Intagliata (1982) はケースマネージャの役割を詳述し、①アセスメント、②(地域生活を安定させ

るための) 計画づくり, ③サービスの連結, ④地域生活支援のモニター, ⑤患者の権利擁護, 5点を挙げている。

このようにブローカー型サービスモデルは, 脱施設化が始まった当初, 複雑で混乱していた地域精神保健システムの中で生じる患者の地域生活上の問題を, 主として患者のアセスメントと既存のサービスの連携・調整を行うことによって解決することを目的としていた。しかし, このようなサービスの提供はケースマネージャに臨床的なスキルがないことで生じる問題から行きづまることになる。この問題を解決するために現れたのが臨床的ケースマネジメントである。

2) 臨床的ケースマネジメント

臨床的ケースマネジメントとはケースマネージャはしばしば患者に直接サービスを提供するという臨床家としての活動を求められるという事実に対する認識から開発されたサービスモデルである (Deitchman, 1980; Lamb, 1980; Harris & Bergman, 1987)。Kanter (1989) は臨床的ケースマネージャがサービスを提供する 4つの領域として①初期段階の(支援のための) 契約, アセスメント, 計画づくり, ②地域の社会資源の連携, 家族の相談支援, ソーシャルネットワークの維持と拡大, 医療との連携, 権利擁護を含む環境調整, ③断続的な個別の心理療法, 自立した生活のためのトレーニング, 心理教育を含む患者への介入, ④危機介入や地域生活のモニタリングを含む患者と環境への介入, を挙げている。このモデルはケースマネージャが行える支援が幅広い点, 患者のもつニーズを直接カバーできる点において有用と思われた。しかしケースマネージャが1人で行うべき支援の範囲が広すぎ, またケースマネージャ自身が心理教育や心理療法のスキルをもつ臨床家であることがあまりにも厳格に求められたため, 現実的な支援方法とはならなかった。

3) 包括型地域生活支援プログラム(the assertive community treatment model : ACT)

ケースマネージャが直接サービスを行うことは重要だが, 患者のもつ幅広い直接サービスのニーズをカバーするためには1人のケースマネージャでは対応しづらい, というそれまでのサービスが陥ったジレンマに呼応するように, 1970年代に入ると ACT と呼ばれる多職種チームによるケースマネジメントが開発されるようになる (Mueser et al., 1998)。

ACTの原型である the Program for Assertive Community Treatment(PACT)は重度で慢性の精神障害と診断されている, もしくは精神保健サービスを頻回に利用しているような患者への特別なケアパッケージとして Stein & Test (1980) によって開発された。その後 PACTの活動を通じ, ブローカー型サービスモデルや臨床的ケアマネジメントの限界を超える包括的な治療アプローチとして ACTが形成されていった。

ACTは通常精神科医, 看護師と最低でも2名のケアマネージャで構成される多職種チームによって提供される。具体的には, ①患者(利用者): スタッフの比が 10:1 (通常サービスでは 30:1 かそれ以上), ②ほとんどのサービスは地域で提供される, ③ケースの情報や問題は1人ではなく複数の臨床家によって共有される, ④24時間対応, ⑤ほとんどのサービスは ACT チームによって直接行われる, ⑥無期限のサービスである, といった特徴がある。これらの特徴は ACT モデルがもっとも重視している日常生活における実際

的な支援，という考え方を反映したものである（Mueser et al.,1998）。ACTに関する最初の RCT である Stein & Test（1980）と Test & Stein（1980）において，ACT サービスの提供を受けたものは通常の治療（短期間の入院とその後の外来治療）を受けたものと比べて，精神症状が良好である，保護的雇用の期間が長い，社会的行動の評価が良好である，といった特徴がみられたこと，ACT サービスの提供終了後にはそれまで ACT サービスを受けていた人たちの精神症状の悪化がみられ再入院が劇的に増加したこと，通常の治療と比べて ACT に関するコストが多くはなかったこと，などの結果が示されたことから，しだいに ACT は広がりを見せるようになる。しかし，その対象の多くは常習的な触法患者のように特定の（そして従来地域ケアでは対応不可能な）特徴をもつ人々であった。また，ACT が普及していくにつれて，上記にあげた ACT の特徴を備えないもの（たとえば 24 時間対応ではない，など）が ACT として実施されるようになったことなどから，ACT が ACT 本来の効果を発揮できず，後に行われた研究では Stein & Test（1980）と同様の成功をおさめることが難しくなっていた（Mueser et al.,1998）。この「ACT の中核的概念の拡散」とも呼べる現象は現在も続いており，後述する ICM と ACT との境目をあいまいにする一因となっている。

4) 集中的ケースマネジメント(the intensive case management model : ICM)

ICM も ACT と同様に頻回な精神保健サービスユーザーのニーズを満たすために開発されたサービスモデルである（Surles & McGurrin, 1987）。ICM は多くの重症患者が救急救命室のようなもつともコストのかさむ精神保健サービスを頻回に利用する事態をうけて，従来のブローカー型サービスモデルではこうした事態を回避できない，という認識から発展していった（Surles & McGurrin, 1987）。この問題を解決するために ICM では患者（利用者）：スタッフの比率を引き上げ（つまり 1 人のスタッフが受け持つ患者（利用者）数を少なく抑え），患者（利用者）が身を置く自然な環境の元でより包括的なサービスを提供することを標榜している。

こうした ICM のサービスモデルは従来のブローカー型サービスモデルに基づくケアマネジメントの不足点を補うようにして発展してきたものであり，ACT の項で挙げたような「ICM のルール」といったものが具体的に示されているわけではない。しかし ICM の詳細の一例を Hobbs, Tennant, Rosen, Newton, Lapsley, Tribe, & Brown（2000）に見ることができる。この研究では 1 つの病院が閉鎖されるに伴い退院した 40 人の患者の退院後 2 年間の転帰を調査し，ICM を用いた地域ケアの効果について検討を行っている。この研究では，退院患者は定員が 10 名の 4 つの 24 時間援助が受けられる居住施設に入居し，ICM に導入されていた。すなわち，ケアマネージャが居住者のニーズを掘り起こし，それぞれのニーズを満たすために必要なサービスやプログラムに紹介していた。この際利用されていたプログラムは，整容や食事の用意，買い物などの基本的な日常生活スキルのみならず金銭管理，服薬の自己管理，保護的・援助付き雇用を得るための就職活動などより高度の日常生活スキルを扱っており，プロンプトやモデリング，課題分析，臨床的援助や教育などの技法を用いて運営されていた。同時にケアマネージャは居住者に対して，ソーシャルサービスや教育機関，地域で行われているサービス，非政府組織などへのアクセスを保障

していた。さらに利用者は日中には作業プログラムや就労プログラムに参加することがケアマネージャによって奨励されていた。

こうして見てみると、ブローカー型サービスモデルが発展し最終的に行き着いた ICM の具体的なサービス内容は ACT のそれに酷似している。この点について Mueser et al.

(1998) は ACT と ICM は患者（利用者）：スタッフ比率，アウトリーチサービス（医療機関の外側におけるサービス）の有無，24 時間対応の有無，患者との接触頻度などを比べた場合，2 つを区別するのはスタッフ間のケース共有の有無のみであり，そのほかのサービス内容はほぼ変わらないと指摘している。

5) ストレングスモデル(the strength model) とリハビリテーションモデル(the rehabilitation model)

ブローカー型サービスモデルから ICM への流れとは別に発展したもう一つのケアマネジメントとして挙げられるのがストレングスモデルである。このモデルは通常のケアマネジメントや治療は重度の精神障害をもつ人々の限界や障害を過度に強調しすぎており，これらの人々が地域へなじんでいくことを促進する力がある，医療や福祉の専門的援助以外の地域に自然に存在している支援についての視点を欠いている，という認識の元で発展した (Mueser et al.,1998)。こうした考え方の元，ストレングスモデルは①患者（利用者）のもつ強み (strength) に注目する，②ケースマネージャ-患者（利用者）関係は主要で本質的なものである，③支援は患者の自己決定に基づいて行われる，④地域は「障害」ではなく，資源の「オアシス」とみなす，⑤患者（利用者）への支援は（専門家の）オフィスではなく地域で行われる，⑥重度の精神障害を持つ人は継続的に学び，成長し，変わることができるという原則をもって運営される (Rapp, 1993)。

また，ストレングスモデルと類似した考え方をもつのが，リハビリテーションモデルである。リハビリテーションモデルでは，患者の希望やゴールに基づいてケアマネジメントを行うことの重要性が強調される (Anthony, Cohen, Farkas, Cohen, 1988)。このモデルに特徴的なのは，地域における就労や個人のゴールを獲得することを促進するような親和的なスキルをアセスメントし，修正していくことを強調している点である (Mueser et al., 1998)。

ストレングスモデルとリハビリテーションモデルが ACT や ICM ともつとも大きく違う点は対象者の重症度である。Mueser et al. (1998) によれば，ACT や ICM の対象者が「SMI high service users」とされているのに対し，ストレングスモデルとリハビリテーションモデルの対象者は単に「SMI」とされている。このことからストレングスモデルとリハビリテーションモデルは ACT や ICM よりは重症度の軽い対象者への提供が想定されていると思われる。また，ストレングスモデルやリハビリテーションモデルが ACT や ICM より少し後に提案されるようになったことを考えると，これらのサービスモデルは最重症の患者に対する ACT や ICM の成功を受けて，これらのモデルの理念や考え方はそのままに，より軽症な患者用に枠組みを改変して提供することを基本とし，より軽症な患者のもつニーズを実現するための支援を付加したものと考えられることでもできよう。

6) ACT と ICM の効果検討

Mueser et al. (1998) はまた、これらの地域ケアの中でもより多くの知見が集積されている ACT と ICM の効果について独自の基準をクリアした 75 編の論文を元にレビューを行っている。この結果、ACT と ICM はそのほかの地域ケア（多くの場合“standard care management”と呼ばれる集中度の低いケアマネジメント）と比べて、入院期間が短く、住居安定の度合が高く、患者や親族の満足度が高かった。また精神症状と生活の質の改善に中程度の効果が認められた。その一方で、患者の社会的な適応度の一つである社会的機能や逮捕の有無、受刑期間にはほとんど効果がなかった。また治療コンプライアンスや物質依存については、これらの変数を取り上げていた研究が限られていたことから、効果については不明確であるとした。Mueser et al. (1998) は、ACT と ICM は重度の精神症状をもつ人々を支えるために概ね有効な地域ケアモデルであるが、地域で安定して生活するために不可欠である社会的機能の向上については弱い部分があると指摘している。さらに、これらの人々の社会的機能の向上については、Social Skills Training が有効であることがメタ分析でも示されており (Dilk & Bond, 1996)、Social Skills Training と ACT もしくは ICM を組み合わせて行うことがこれらの人々の社会的機能の改善のために理想的な組み合わせであると述べている。

2. 患者に対する直接サービスを主とする方法

Mueser et al. (1998) が ACT や ICM を補完するために有効であると指摘している Social Skills Training は、今日もっとも支持され、有効とされている精神障害を持つ人を対象とした心理社会的リハビリテーション技術の一つである (Bellack, 2004)。

Social Skills Training (以下 SST) は認知行動療法の 1 技法であり (佐藤・小山・坂野, 2007)、個人に欠けていると思われる社会的スキルを何らかのかたちで積極的に学習させたり、既に行動レパートリーとして備わっている社会的スキルの表出を効果的に学習する、あるいは、不適切な対人的、社会的行動を変容するためのさまざまなプログラムの総称であると定義されている (坂野, 1995)。Bellack (2004) によれば精神障害者に対する SST でもっとも世界に普及しているのは UCLA 方式の SST であり、その中心人物である R.P.Lieberman のグループは 1970 年代から精神障害をもつ人の地域生活を支援することを目的とした行動療法プログラムを CMHC で展開している。

1) Oxnard Mental Health Center における行動療法プログラム

Lieberman & Bryan (1977) は、カリフォルニア州の Oxnard Mental Health Center における行動療法プログラムについて紹介している。このプログラムはデイケアの出席率向上を目的としたトークンエコノミー、患者本人と家族、関係者が具体的な目標を共有するための行動的ゴール設定、夫婦間の衝突に起因する問題を解決するための行動療法的夫婦カウンセリング、不安やうつへのマネジメントプログラム、両親や学校、そのほかの地域関係者へのコンサルティング、といったプログラムとともに、教育的ワークショップと呼ばれる心理教育プログラムや、「対人効果訓練 (Training in personal effectiveness)」と呼ばれるプログラムが提供されていた。このうち教育的ワークショップでは、金銭管理や人付き合い、公共機関の使い方、余暇の過ごし方、交通機関の使い方、就労準備、といった

幅広いテーマについて構造的な心理教育が提供され、参加者にはテーマに沿った宿題の遂行が求められた。さらにプログラムは一定期間ごとに客観的な評価基準を用いてその効果を測定されていた。また、対人効果訓練は、対人関係に関する具体的な目標設定のもとで、リハーサル、ロールプレイ、モデリング、より適切な表現方法の検討、ポジティブフィードバック、コーチングと現実場面での「宿題」の遂行、によってその人が対人的なスキルを学習できるようなプログラムとなっている。プログラムの効果は RCT によって検討されており、プログラム参加者には対照群と比べて、社会参加の頻度、スタッフとのやりとりの頻度、プログラムで学んだスキルを地域生活で実施し成功する確率、ビデオ評定による非言語的コミュニケーション、といった変数において望ましい結果が見られた。このことから、上記のプログラムは社会的機能や社会への適応度の向上に効果があると述べられている。

対人効果訓練は、今日我が国で行われている精神障害をもつ人に対する SST の原型と考えられ、米国においてはこうした活動が 1970 年代には精神障害も持つ人の地域生活支援のために行われていたという点からも注目に値する。

2) 基本訓練モデルによる SST

Wallace & Liberman (1985) は、過去 5 年間の間に累積で 1 年以上入院していたことのある若い男性の統合失調症患者を対象に SST を実施し、社会的機能や社会への適応度のほかに再発や再入院への影響を検討している。この研究で行われた SST は Liberman & Bryan (1977) で実施されていた「対人効果訓練」の内容にさらに工夫が加えられていた。この研究における SST ではそのトレーニング対象であるソーシャルスキルを課題となる問題や手がかりに注意を向け、正確に知覚する「受信技能」、対人的な手がかりを読み取り、複数の選択肢とそれぞれの選択肢に伴う結果を考慮し、理にかなった反応を選択するという「処理技能」、言語的・非言語的行動を用いて社会的な反応を効果的に相手に届ける「送信技能」の 3 つに分け、3 つの技能について段階的なトレーニングが行えるようになっていた。また対象者の効果的な学習を促進するため、ビデオフィードバックが用いられていた。こうした SST に参加した参加群と、ヨガやジョギング、瞑想などの健康増進を目的としたグループに参加した対照群を比べた結果、参加群では獲得したソーシャルスキルが長く続き、地域における社会適応度が高いだけでなく、再発や再入院の頻度が低かった。本研究は SST の効果として再発や再入院の減少に関するエビデンスを提供した点で意義深い。

3) UCLA Social and Independent Living Skills Program による SST

1980 年～1990 年にかけて、R.P.Liberman らのグループはそれまで実施していた行動療法プログラムをより構造化しパッケージ化したプログラムの開発を行う。その成果が UCLA Social and Independent Living Skills Program (Liberman, Wallace, Blackwell, Eckman, Vaccaro & Knebnel, 1993 : 以下, SILS プログラム) と呼ばれるプログラム群である。この SILS プログラムは服薬自己管理 (Medication Management)・症状自己管理 (Symptom Management)・余暇の過ごし方 (Recreation for Leisure)・基本会話スキル

(Basic Conversation Skills)・物質乱用管理 (Substance Abuse Management)・職場における基本事項 (Workplace Fundamentals) と地域生活への再参加 (Community Re-entry) の 7つの領域をカバーした「モジュール」と呼ばれるプログラムで構成されている。「モジュール」とは心理教育と SST を組み合わせたプログラムであり (池淵・納戸・吉田・中澤・高橋・森, 1998), Liberman & Bryan (1977) で行われていた心理教育プログラムと対人効果訓練を構造化したものと考えられる。モジュールは 1986 年から順次出版されており, その初期に出版された Medication Management Module (Liberman, 1986) の効果について Eckman, Liberman, Phipps, & Blair (1990) が検討を行っている。この結果, Medication Management Module の参加群は対照群と比べて, 薬物療法に関するシナリオを用いたロールプレイテストによる評価において薬物療法に関する知識や対処行動の評価得点が有意に高く, 研究とは関連のない評価者が評価した服薬コンプライアンスも有意に向上していた。また Kopelowicz, Wallace, & Zarate (1998) は上記の SILS プログラムのうち, Medication Management Module, Symptom Management Module, Recreation for Leisure Module の各モジュールのエッセンスを再構成して作成された Community Re-entry プログラムの効果検討を行っている。この中で Kopelowicz et al. (1998) は精神障害を持つ人の治療やケアは本来入院中に医療機関で受ける治療と退院後に地域で受ける支援とがシームレスに連携することが理想的であるが, 実際には医療と地域は異なる構造で運営されていること, 過去 25 年間の研究において退院後の患者の大半がその後の地域ケアにつながらないことを述べている。また, その一例として退院後の初回診察に予約通りに来院できないものの割合は 70% に及ぶことなどを指摘し, Community Re-entry プログラムの参加者は対照群と比べて, プログラムに関連する知識やスキルが有意に改善したこととともに, 退院後の初回診察に予約通りに来る割合が有意に高かったことを報告している。

4) In Vivo Amplified Skills Training (IVAST)

こうした Liberman らの精神障害を持つ人の地域生活支援としての SST 研究の発展と言えるのが In Vivo Amplified Skills Training (以下, IVAST) と名付けられたプログラムである (Glynn, Marder, Liberman, Blair, Wirshing, Wirshing, Ross, & Mintz, 2002 ; Liberman, Glynn, Blair, Ross, & Marder, 2002)。Liberman et al. (2002) によれば IVAST とは ACT のようなチームで行われるインテンシブなケアマネジメントと並行して行われる SST である。医療機関において SILS プログラムに基づいた SST を実施し, 患者の退院後は ACT チームと並行して IVAST のトレーナーが SILS プログラムに基づいた SST を用いて地域支援を実施する。IVAST のトレーナーには ACT に所属するケースマネージャとは別のケースマネージャが当てられ, 医療機関で行われた SILS プログラムのブースターセッションを行う, SILS プログラムで学んだスキルを実際に使うことができる機会を提供する, 地域で行われた適切なスキルの表出に即時にポジティブフィードバックを行う, これらの活動について ACT チームに所属する他の臨床家に情報を提供し ACT チームの活動をサポートする, などの活動を行う。Glynn et al. (2002) では IVAST を参加した参加群と, 医療機関内でのみ SILS プログラムに参加し退院後は通常のケアマ

ネジメントのみを受けた対照群を比較している。この結果、どちらのグループも医療機関で SILS プログラムを受ける前と比べて社会的機能が有意に改善していたが、IVAST の参加群は対照群と比べて有意に改善の度合が高く、また改善の速度が速かった。さらに参加群は対照群に比べて地域における QOL が有意に改善しており、なおかつ退院から QOL が改善し始めるまでの期間が短かった。Glynn et al. (2002) では 60 か月の追跡調査が行われており、この間に再発につながるような症状悪化が起こった割合について統計的な差がなかったことから、再発や再入院についての IVAST の効果は明確ではない。この点についてはさらなる知見の集積が待たれる。しかし患者の社会的機能の向上について有効性の乏しかった ICM や ACT を補う形で、Lieberman らの一連の研究が展開されてきたという点で、IVAST は Mueser et al. (1998) の述べる「理想的な組み合わせ」であり、今後我が国の地域精神保健システムを構築するにあたり、参考とすべき活動であると思われる。

第四節 第三章のまとめ

第三章では主としてイギリス・アメリカにおける脱施設化の経緯、これらの国における退院に関連する要因、脱施設化と並行して行われてきた地域ケアのための臨床活動の概要とその効果について述べた。

イギリス・アメリカでは「精神科病院の解体」と「地域における居住施設の整備」によって入院患者が大量に地域移行することで脱施設化が進行していった。しかし、この過程で患者のホームレス化、反社会的行動による受刑、物質依存や精神科医療の不足と地域における十分な精神保健福祉サービスの不足という問題が生じ、脱施設化前には想定されていなかった「New Long Stay」と呼ばれる新たな患者群を生み出すことになった。

この結果、退院後に安定した地域生活を送ることができる患者の特性を明らかにしようとする機運が生じ、退院に関連する要因の検討が行われるようになる。中でもイギリスで行われた TAPS study は対象者数が多く、用いられた研究デザインが厳密であったことから、他の研究と比べて突出した成果を挙げており、その後の研究に大きな示唆を与えた。TAPS をはじめとする先行研究から、性別、年齢、診断名、入院期間、社会的活動性の程度、社会的スキルやセルフケアスキルの有無や程度、周囲とのつながりの有無、地域生活に対する嗜好、薬物濫用や迷惑行為、性的逸脱行動のような受け入れ難い行動の有無、治療コンプライアンスなどが退院に関連する要因と考えられた。

また脱施設化とともに発展してきた地域ケアについてであるが、脱施設化当初に想定されていた地域ケアはブローカー型サービスモデルのような既存の医療と地域資源を結びつけるようなサービスであった。このため、そこでケアマネージャに求められた役割は単純な連携サービスであった。その後、こうしたモデルでは除々に不都合が生じるようになり、ICM や ACT のようなケアマネージャが直接サービスを提供するモデルへのシフトしていった。しかし ICM や ACT は患者の社会的機能の向上という点では必ずしも有効ではない、という指摘がなされるようになった。こうした ICM や ACT の弱い部分を補うため、主に Lieberman らの研究グループによる SST を用いた地域生活支援が発展していった。Lieberman らの研究グループは当初は対人スキルの向上を目的とした SST を行っていたが、その後心理教育と SST を組み合わせた SILS プログラムを開発し、SST による地域での適

応的行動の獲得と心理教育による服薬や症状の自己管理の両面によって患者の再発や再入院を減じることができる、というエビデンスを提供した。そして、「再入院の防止と地域における適応的な生活の支援」という同じ目的を有する ACT と SST とを統合した IVAST が試行されるようになった、とまとめるができる。これらの経緯は環境調整型の地域ケアモデルに直接サービスを付加した ACT や ICM のようなサービスだけでは患者の地域における社会機能の向上や社会的適応の促進は困難であり、SST などを用いた患者自身のもつ力を高めるような関わりが必要であることを示唆していると言える。

こうして概観してみると日本が脱施設化＝退院促進の先進国として追いつこうとしてきたイギリス・アメリカは Bachrach (1976) の定義する脱施設化（①精神障害を持つ人々の病院から地域施設への移行，②新たな入院の可能性のある人の病院以外の居住サービス等への移転，③精神障害を持つ人のための地域における代替サービス）に決して成功したわけではなく、現在も脱施設化から生じた課題を克服するための努力が続いているということがわかる。

しかし、だからこそ我が国がこれらの国に学ぶことは多いと言える。今後我が国の脱施設化＝退院促進を進めるにあたっては、単に精神科病院の病床削減を進めるだけではなく、英米の精神障害者を地域で支えるための努力から学び、医療にも福祉にも行き場のない患者が出ないような新たな日本型の脱施設化＝退院促進の実現を目指すべきであろう。

第四章 本研究の目的と意義

第一節 本研究の目的

ここまで、我が国における精神保健医療福祉の現状および患者や家族の退院に対する思いをふまえて考えられる課題、また統合失調症をもつ長期入院患者の退院に関連する要因や退院と地域生活を実現するための臨床活動に関する国内外の研究を検討してきた。

第一章では、我が国の精神保健医療福祉が入院中心から地域中心のシステムに転換を図ろうとしており、その一環として精神科長期入院患者の退院促進が課題となっていること、精神科長期入院患者とは主として統合失調症をもつ人々であること、さまざまな施策の実施にもかかわらず効果があがっているとは言い難い状況が続いていること、今後は従来行われてきた環境調整型の支援に加えて患者本人の力を高めるようなアプローチも必要と考えられること、などを述べた。

第二章では、統合失調症の概要、精神科長期入院患者の特性や退院に関連する要因、退院促進のために行われてきた臨床活動などについて国内の研究を概観した。また、国内における退院促進活動について、民間病院独自の取り組みは精神科長期入院患者の退院促進に必要と考えられる直接サービス、居住サービス、連携サービスが包含されていたが実施にあたっては医療機関独自のネットワーク下で行われることが前提となっているうえに、医療機関にとっては負担が大きい側面があることから普及が困難であること、全国レベルでの普及が期待できる行政による取り組みでは、先述の3つのサービスのうち環境調整を目的としている居住サービスと連携サービスは展開されているが、直接サービスについては手薄な状態であり、全国で標準的に実施可能な直接サービスに関する技法の開発について検討の余地があることを述べた。

第三章では、主として英米の脱施設化の過程を概観し、これらの国ではすでに入院中心から地域中心の精神科医療への移行が完了していること、地域における援助が行き渡らず、患者のホームレス化、反社会行動による受刑、物質依存、「New Long Stay」と呼ばれる新たな患者群の出現などが問題となったこと、これらの課題を克服するためにICMやACTによような主として環境調整を目的としたサービスが発展したこと、さらにはこうした環境調整を目的としたサービスでは対応が難しいとされた患者の地域における社会機能の改善を目的として直接サービスであるSSTを中心とする心理社会的なプログラムが発展していったこと、などについて概観した。

それでは、今後我が国の脱施設化すなわち、統合失調症をもつ長期入院患者の退院促進を進展させていくにあたっては、どのようなことが必要なのだろうか。

1. 本研究で用いる用語の操作的定義

1) 「長期入院」の操作的定義

本論でこれまでに取り上げた我が国の精神科の長期入院患者の実態調査やその特性の検討はそれぞれに示唆に富むものである。しかし、これらの研究では「長期入院」の定義が統一されていない(黒田他(1984)では6カ月以上1年未満、稲井他(1984)、大島他(1991)では2年以上、橋詰他(1991)、崎畑他(1994)、下野他(2004)では2年9か月)。このためこれらの研究から得られた知見にはばらつきがあった。このように支援の対象者の範

囲が明確でないと、退院のための有効な支援について考えづらい。

通常「長期入院」という言葉は「入院加療が必要な状態を脱しているにもかかわらず入院している状態」という意味あいでも用いられている。このことから、その定義を厳密に行おうとすると精神科において「入院加療が必要な状態」とはどのような状態かを考える必要がある。

第二章での述べたように統合失調症の症状の経過はおおまかに分けて陽性症状が優勢となる急性期、陰性症状が優勢となる消耗期、これらの症状が和らぎ社会復帰にむけて準備を始め出す回復期、の3つの時期を辿ると考えられている。これを踏まえると消耗期が終わり回復期が始まる時期に退院することが好ましく、臨床的に考えると回復期に入ってもなお入院を継続している状態を「長期入院」と考えることもできる。しかしこうした臨床像の変化は個人内の相対的な変化をとらえているものであり、特に消耗期と回復期をはっきり区別することは難しい。何を以て回復期と考えるか、という客観的な指標については専門家の間でもコンセンサスは得られていないのが現状である。上記の経過の中で比較的区別が容易な急性期は、その治療を行うことを主たる目的としている精神科救急病棟および精神科急性期病棟でいずれも3か月以内の退院を推奨するような診療報酬体系になっている（精神科救急病棟では入院患者の6割、精神科急性期治療病棟では4割が3か月後に自宅もしくは地域の居住サービスによって提供される住まいに退院することによって、それぞれの病棟に該当する特定入院料を算定することができる）ことから最大で3ヶ月間が入院加療に必要な時期と考えられる。これらをふまえると精神科において「入院加療が必要な状態」を臨床的に定義しようとする「最大で3ヶ月間の急性期治療を終えたのち、消耗期に必要な休息を十分にとり終わった状態」と考えられる。しかし、先述のとおり消耗期と回復期の区別は難しく「消耗期に必要な休息を十分にとり終わった状態」に4ヶ月目になる人もいれば、10ヶ月目になる人もいる、というのが実情である。

そこで本論では、先行研究のうち国が目標としている「72,000人の退院促進」の根拠となった黒田・樋田・川室・安西・小原・中谷・浅野（1999）や精神科入院患者の退院や再入院に関して世界のスタンダードとなっているTAPS studyの一連の研究を参考に「最大で3ヶ月間の急性期治療を終えたのち、消耗期に必要な休息を十分にとり終わった状態」に至る時期を1年と考え、「長期入院」＝「1年以上の入院」と操作的に定義し以降の検討を行っていくこととする。入院期間が1年以上の患者の中にも精神医学的な理由から入院継続が必要で退院支援の対象となりえないものがない、とは言えないが上記のように消耗期と回復期を臨床評価尺度等ではっきりと区別することが困難である現状をふまえると、先行研究でも採用されているような時間軸を用いた操作的定義を行うことは次善の策と考えられ、妥当な方法であると考えられる。

2) 「退院」の操作的定義

一般に「退院」といった場合、現在入院している病院から離れることすべてを指す場合や自宅への退院のみを指す場合、など研究によって定義がまちまちである。本研究では精神科長期入院患者が入院している病院から離れたあと、家族以外の行政や福祉のサポートを受けながら地域で生活することを想定している。そこで本研究における「退院」を「入

院していた医療機関から自宅や福祉施設など地域における居住の場に移行した状態」と定義し、以降の検討を行う。

2. 「長期入院」患者の退院を困難にする要因の検討と評価法の開発

精神科長期入院患者のもつ困難について第二章では黒田他（1984）、稲井他（1984）、浮田他（1987）、橋詰他（1991）、崎畑他（1994）、下野他（2004）など国内の先行研究を、また第三章では Fottrell et al.（1975）、Bigelow et al.（1988）、Jones（1993）、Anderson et al.（1993）Trieman & Leff（1996）など海外の先行研究をレビューした。この結果、精神科長期入院患者は本人の属性や精神症状、心理・行動的要因、環境要因などに幅広い困難を抱えていることが示唆された。

患者のもつ退院困難要因を評価するために海外では DRI（Hogarty & Ulrich, 1972）や REHAB（Hall & Baker, 1986）などの尺度が開発されている。これらの尺度は日本語版が作成されているが、我が国独自のデータにもとづいた信頼性と妥当性の検討は行われていない。また現状ではこうした尺度を用いて患者のもつ退院困難要因を明らかにし、この評価に基づいて退院計画を検討することが広く行われているとは言い難い。

このような状況ではイギリス・アメリカの脱施設化と同じように退院につながらない、もしくは退院しても地域で安定した生活ができず再入院となるなど、非効率的な援助が展開される恐れがある。こうした状況を回避するためにも、現在の我が国の精神科医療の現状を踏まえた上で、精神科長期患者自身がどのような特性をもっているのか妥当性および信頼性の確認された臨床評価尺度を用いて、できるだけ多数の病院で大規模調査を行うことが必要である。またこれらの検討を行うにあたっては、我が国独自のデータにもとづいて、個々の患者がもつ退院の難しさを測定可能な尺度が存在するかどうかを検討し、新たに開発する必要がある。

3. 長期入院患者の退院にあたって提供される援助サービスに関する検討

1) 援助サービスの内容について

先述しているように退院促進活動を概観すると、その活動で提供される援助サービスには直接サービス、居住サービス、連携サービスの3つのサービスが挙げられる。

このうち、居住サービスについては大島他（1991）で推計されている必要数と整備されている数に乖離があり、今後も急速に整備が進むとは考えづらいことを第一章で述べた。また、精神障害者ケアガイドライン（厚生省, 1998）では「仲介型」のケアマネジメントが想定されている。つまり我が国は英米におけるブローカー型サービスモデルに基づくケアマネジメントで退院後の患者の地域生活を支えることを想定している。しかし、英米の脱施設化の経緯からこの方法は十分ではなく、その後直接サービスを付加した ICM および ACT やこれらを補完するための SST など心理社会的リハビリテーションなどにつながっていった経緯は、第三章で述べた。

不十分な居住サービスと「仲介型」のケアマネジメントのみに頼る支援体制の下では、多くの患者がグループホームや小規模ホステルに入居できず、なおかつ直接サービスが不足した状態で退院する事態になることが予想される。その結果、英米の脱施設化が始まっ

た後に問題となった現象が起りかねない。

住宅の不足については、居住サービスのなお一層の整備で対応するのとともに、患者の地域生活のための能力を高める直接サービスを提供することは、住居や地域で受けられるサービスの濃淡といった環境面の条件に縛られずに退院を実現する可能性を広げることにつながる。またこうした直接サービスによる支援をうけて変わっていく患者の姿に触れることは、退院に強い不安を示す家族の態度を和らげることにつながる。これらの観点からニーズのある患者すべてに提供できる標準化された直接サービスの内容とその提供の仕方について検討する必要がある。

英米の歴史に習えば、今後我が国で検討されるべき直接サービスとしてはブローカー型サービスモデル以外の ICM, ACT と SST や心理教育を用いた心理社会的リハビリテーションなどが考えられる。このうち、ICM と ACT は国に試行事業等ですでに実施可能性やその効果について検討が行われていることは第二章で述べた。一方 Liberman らのグループが行った精神障害者の地域支援のための SST や心理教育を用いた心理社会的リハビリテーションに関する検討は池淵他（1998）や熊谷他（2003）などごく少数であり、これらのプログラムについてさらに検討を行うことは一定の意義があると思われる。

2) 援助サービスの提供の場について

社会的機能や社会的適応度の向上を目的とするスキルトレーニングを行う場合、おそらくもっとも適している提供の場は退院後に患者が身を置く環境、すなわち地域であると思われる。しかし Liberman らのグループが行ってきた一連の研究は基本的に医療機関をベースに行われてきている。これは Liberman らのグループの活動が基本的には研究ベースで行なわれていたため、厳密なケースコントロールが必要であったことなどが理由と考えられる。このように考えると、研究体制に工夫をして Liberman らのグループが行った活動を地域で展開することも研究計画の一案と考えられる。

しかしその後の普及を考えると、我が国の精神科医療に振り向けられているマンパワーや財源で直接サービスを地域で提供することはかなり困難と言わざるを得ない。仮に Liberman らが行ったような直接サービスを我が国で実施しようと考えた場合、実際に地域で活動する医療従事者としては看護師、作業療法士、精神保健福祉士が想定される。このうち作業療法士と精神保健福祉士について、平成 17 年医療施設調査病院報告（厚生労働省、2006）をみると全国の精神科病院における病床 100 床当たりの精神保健福祉士の数は 1.5 人、同床当たりの作業療法士の数は 1.3 人に過ぎない。また、現行の我が国の診療報酬体系では医療機関に所属する医療従事者が地域で行う退院支援活動はほとんど支払いの対象にならない。

こうした現状をふまえると、日常的に医療従事者が直接サービスを地域で提供することを考えるのは、現状ではあまり現実的ではないと考えられる。次善の策として考えられるのは、病院が院内で入院中の患者に退院促進のために必要な直接サービスを提供することである。同様の発想から、植田・五十嵐（1997）および浅井（2001）は「精神科リハビリテーション病棟」の提案をしている。浅井（2001）によれば「精神科リハビリテーション病棟」とは医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士・心理技術者等がチームを組んだ

「リハビリテーションチーム」がリハビリテーションに必要な独自の診断，計画，介入，評価を行う病棟である。また植田他（1997）は医学的リハビリテーションとは社会適応の改善のプロセスであり，地域で住居と職業を得るための支援である社会復帰活動とは区別して考えるべきであるとし，社会復帰活動でいくら住居（と可能なものには職業）を用意しても，リハビリテーションを怠ると十分な準備をしないままに退院を迎えることになり，後に再発や再入院をもたらすと述べ，入院加療中に医学的リハビリテーションを行うことの重要性を指摘している。これらの指摘からも，多くの精神科病院が現状で有しているマンパワーや財源の範囲内でなおかつ病院内で実施可能な退院支援のための直接サービスのための技術開発は意義あることと考えられる。

以上の検討から本研究では，下記の2点を目的とする。

目的 1：精神科長期入院患者のもつ退院を困難に要因を明らかにするため国内で使用できる評価尺度を尺度を作成し，その信頼性，妥当性を検討すること。

目的 2：目的 1 で作成した尺度による検討で明らかとなった精神科長期入院患者の退院を困難にする要因をふまえ，我が国の医療機関で日常的な臨床活動として実施可能な直接サービスを中心とした標準的リハビリテーションプログラムを開発し，その効果を検討すること。

第二節 本研究の意義

本研究を実施することによって，これまで知見が一致しなかった統合失調症をもつ長期入院患者の退院を困難にする要因を評価し，明らかにすることができる。この結果，精神保健医療福祉関係者が退院支援活動を始めるにあたって，どの患者にどのような援助を行うべきであるかという問題に対して知見を提供することができる。また，病院内で日常の臨床活動として実施可能な直接サービスを中心とした標準的リハビリテーションプログラムを開発し，その効果を検討することによって，現在の国や自治体の取り組みでは不十分と考えられる直接サービスの内容やそのあり方を提案することができる。同時に精神科病院で行われる退院支援活動をより実施しやすくすることができ，同活動に科学的なエビデンスを提供することができる。これらの結果，我が国の精神保健医療福祉にとって喫緊の課題となっている精神科長期入院患者の退院促進に寄与することができる。また何よりも，多くの調査で明らかとなった精神科長期入院患者の「退院したい」という希望をかなえることに貢献することができる。

第三節 本論の構成

本章まで，第一章では我が国における精神保健医療福祉の現状と課題について，第二章では我が国における統合失調症をもつ長期入院患者の退院促進に関する先行研究について，第三章では海外における統合失調症をはじめとする精神障害者の脱施設化に関する先行研究について述べた。

本章以降では，第五章にて精神科長期入院患者の退院を困難にしている要因を明らかに

するために我が国で使用可能な尺度について検討，開発を行う（目的 1）。

次に第六章にて国内外の先行研究で指摘される精神科長期入院患者の退院を困難にする要因も考慮しても第五章で開発を行った尺度が精神科長期入院患者の退院を予測することが可能かどうか，予測的妥当性の検討を行う（目的 1）。

第七章では，精神科長期入院患者に対して病院内で日常の臨床活動として実施可能なリハビリテーションプログラムを開発し，第五章で作成した新たな尺度を用いてその効果を検討する（目的 2）。

最後に第八章において総合考察として，本研究の結果のまとめおよび本研究の限界と今後の課題について述べる。

第五章 統合失調症をもつ精神科長期入院患者の退院困難要因を明らかにするために我が国で使用可能な尺度についての検討および開発

第一節 問題と目的

1. 既存の評価尺度に関する検討

英米で脱施設化の過程で統合失調症をはじめとする精神障害者が退院するために必要な情報を整理し、適切な支援につなげることを目的とした尺度が作成されていることはすでに述べた。第三章で挙げた DRI (Hogarty & Ulrich, 1972) は退院準備性尺度 (井上他, 2006) として論文化されており, REHAB (Baker & Hall 1983 田原他訳 1994) も日本語版として出版されている。また我が国で同様の目的のために開発された尺度としては, 入院患者評価スケール (西浦, 三浦, 2003) が挙げられる。

1) 退院準備性尺度 (DRI)

退院準備性尺度 (DRI ; 井上他, 2006) は我が国の患者を対象とした検討によってカットオフポイントの設定がされている点などにおいて意義深い。しかし, 対象者が 31 名と少数であることや, 井上他 (2006) における退院の指標が実際の退院者数ではないこと, 原版が作成された 1960 年代後半の米国の精神科医療を反映しているため, 「服薬のために並ぶ」「作業ノルマ」といった項目が含まれており, 我が国の精神科医療の実情に合わないこと, 68~72 項目と評価すべき項目数が多く, 初めて評価する対象者の場合には 45 分から 1 時間, 2 回目以降でも 30 分の評価時間を要する点で簡便に実施できるとは言いがたいことなど, さらに検討の余地があると考えられる。

2) REHAB 日本語版

REHAB 日本語版は行動観察にもとづく他者評価によって退院の可能性, 困難さを評価し, さらにその後のリハビリテーションの指針を得るための評価法としてわが国においてもっとも広く普及していると考えられる。海外のデータでは信頼性・妥当性が確認されており, 全般的行動合計得点 40 点をカットオフポイントとして地域に暮らす患者と入院患者を識別可能とされている (Baker & Hall 1983 田原他訳 1994)。土川 (2000) は日本の精神科在院患者 185 名を対象に REHAB 日本語版を実施し, 急性期や, 住居・家族問題を除いた純粋な退院可能者について日本の対象者についても全般的行動合計得点 40 点以下で抽出可能との報告を行っている。

3) 入院患者評価スケール

我が国において開発された入院患者評価スケールは入院患者の退院促進のために患者の状態を包括的に評価する多軸的評価尺度であり, 国内のデータ (男性 113 名, 女性 113 名, 合計 226 名) について前向き調査を行った上で信頼性・妥当性が確認され, カットオフポイントも設定されている (西浦, 三浦, 2003)。評価項目も精神症状の重症度 1 項目 6 件法, 生活自立度を 1 項目 4 件法, 社会資源の評価を 1 項目 4 件法, 退院に対する「レディネス」を 5 項目 (①社会復帰について関心があるか, ②社会復帰について不安がある

か、③社会復帰施設などに関する知識や情報を正しく理解しているか、④自立していくための自分の技能・能力についてどの程度自信をもっているか、⑤家族は社会復帰について理解・協力を示しているか) 4 件法で評価するのみとなり実施が非常に簡便である。この形式は多数の対象者の大まかな傾向を知るためには大変有用である。しかし、評価項目選択の妥当性の裏付けが乏しいこと、また評価項目が簡便すぎるために、個々の患者に対する支援の手がかりが得られづらいという点が課題と言えよう。

2. 評価者について

上記に挙げた尺度の作成にあたって想定された主たる評価者は **DRI** がソーシャルワーカー (Hogarty & Ulrich, 1972), **REHAB** 日本語版が病棟看護師 (Baker & Hall 1983 田原他訳 1994), 入院患者評価スケールは医師と心理士 (西浦, 三浦, 2003), というように一貫していない。こうした評価者のばらつきは、**DRI** が退院後の環境調整を主とした退院支援を前提にしていたことや入院患者評価スケールが 1 つの病院の大部分の入院患者の評価を目的として研究ベースで作成されたことなどが原因と考えられる。

本論では、病院内で日常の臨床活動として実施可能な退院支援のための直接サービスの検討を行うことが目的の一つになっている。したがって直接サービスに先駆けて行う評価も日常の臨床活動として行なえることが必要と考えられる。日常的な入院患者の評価においては病棟看護師の役割が重要である。Honigfeld & Klett (1965) は精神科における治療の効果検討を行うことを目的に開発された看護師用の病棟行動評価尺度である **NOSIE-30** (Honigfeld, Gillis RD, & Klett, 1966) の元となった 80 項目版の **NOSIE** を作成するにあたって、慢性期の患者は症状が落ち着いており、無気力、無関心であることから、看護師による病棟での患者の観察が治療による変化を測定するために有用であると述べている。また Blunden, Hodgkiss, Klemperer, McCarthy, & Watson (1994) は、優れた臨床的判断は病歴と患者の行動から得られるもので医師が患者の行動を把握するために看護師の報告は有用であると述べている。さらに納谷, 横山, 岡田, 浅尾 (1982) はレジャー, 仕事, 食事, 身辺処理といった日常生活を介して治療的働きかけが行われるため、長期入院者の社会復帰活動を進めるうえで、看護者の観察による患者の行動評価は重要な資料の一つである、と述べている。加えて、Jensen & Morris (1960) は看護師が行う評価の信頼性について検討を行っており、7 人の看護師が行った評価は精神科医と心理士が 2 人で行った評価と同等の信頼性があったと述べている。

以上の検討から、退院支援を前提に長期入院患者の退院可能性を看護師が病棟で知りうる範囲の病歴や行動評定を元にして評価することは一定の意義があると考えられる。

3. 本章の目的

以上を踏まえると、精神科長期入院患者の退院を困難にしている要因を明らかにすることを目的として、看護師が評価できる評価尺度としては **REHAB** 日本語版が有用であるように思われる。しかし **REHAB** 日本語版は、脱施設化が進んでいた 1970 年代の米国の精神保健医療福祉システムを前提として作成された原版の項目や因子をそのまま使用している。このため、現在の我が国の精神科長期入院患者を評価する際には評価すべき項目や

領域に不足が考えられる。具体的には、当時の米国では十分とは言えないまでも地域における居住サービスの整備が進み、退院準備の過程や退院後の地域生活支援に対して家族からのサポートが少なくても退院が可能であったため、REHABには家族に関する項目が含まれていない。また脱施設化に伴い入院期間の大幅な短縮が起こっていたため、退院後の生活に患者が強い不安を感じることも少なく、こうした退院後の不安についても評価すべき領域となっていない。しかし現在の我が国の精神科長期入院患者に対する退院支援を考えたとき、これらの項目は不可欠であると考えられる。またREHAB日本語版は、項目の大部分の評価にVisual Analog Scale(VAS)を利用していることから、評価者は一定の習熟度を要求され、専用のマニュアルやスケールを有料で入手しなければ採点ができないなど簡便性に欠ける部分がある。加えて土川(2000)の報告は、実際に患者が退院したかどうかという事象とREHAB日本語版の関連については検討を行っていないため、退院を予測するかどうかについては課題がある。

これらのことから①病棟での患者の状態や行動を元に看護師が評価することができ、②評価した結果、退院支援やリハビリテーションに対する具体的な指針が得ることができる、というREHABのもつ特徴や利点を備えた上で③我が国の精神科長期入院患者が抱える独自の退院を困難にする要因を評価でき、④入手や実施が簡便で、⑤国内データを用いた統計的検討によって信頼性および妥当性を備えた新たな評価法を開発することは意義あることと考えられる。

そこで本研究では、これら5点を満たした尺度を新たに開発し、その信頼性と妥当性を検討することを目的とする。

第二節 方法

1. 対象者と調査時期

調査は1都6県にある9つの国立病院および公立病院合計18病棟で実施された。これらの調査対象病棟はいずれも環境調整を主とした退院促進活動をすでに行っており、通常行われる環境調整によって退院できる患者はすでに退院している状態であった。しかし、こうした支援を行った後も退院者数が十分ではなく、さらに退院促進を進めるべく新たな退院支援方法を必要としている、という事情から本研究に参加していた。このことから、本研究の研究の対象者は「精神状態が安定し環境調整を行ってもなお、退院できない患者」であったと言える。本研究の最終的な目的が「我が国の医療機関で日常的な臨床活動として実施可能な直接サービスを中心とした標準的リハビリテーションプログラムを開発」であることをふまえると、妥当な対象であったと考えられる。

各病院における調査実施病棟の病棟機能、病棟数の内訳、看護師数および病床数はA病院がうつ・ストレス関連病棟1病棟、急性期病棟2病棟、慢性期病棟1病棟、社会復帰病棟1病棟(看護師数17~22名、病床数いずれも48~50床)、B病院が社会復帰病棟2病棟(いずれも看護師数17名、病床数50床)、C病院は慢性期病棟1病棟(看護師数22名、病床数55床)、D病院が慢性期病棟1病棟(看護師数19名、病床数50床)、E病院が社会復帰病棟1病棟(看護師数17名、病床数50床)、F病院が慢性期病棟2病棟(いずれも看護師数18名、病床数50床)、G病院が慢性期病棟2病棟(看護師数17および19名、

Table5-1 病院別の対象者数，対象者の平均年齢および平均在院月数

	N	年齢		在院月数	
A病院	(n=78)	51.17	(13.55)	94.75	(153.74)
B病院	(n=60)	51.13	(13.39)	78.72	(97.66)
C病院	(n=26)	53.46	(11.79)	189.68	(112.21)
D病院	(n=19)	50.53	(13.27)	146.81	(124.74)
E病院	(n=6)	37.83	(9.64)	34.08	(26.61)
F病院	(n=20)	50.05	(11.72)	145.63	(129.61)
G病院	(n=18)	57.22	(10.71)	170.52	(184.65)
H病院	(n=29)	57.52	(13.52)	148.05	(128.16)
I病院	(n=13)	52.00	(10.54)	178.66	(102.87)

Table5-2 調査スケジュール

調査実施病棟			調査実施時期								
			2004年			2005年			2006年		2007年
			6月	11月	2月	6月	11月	2月	6月	11月	6月
第一回調査 (n=94)	A病院 B病院 ³⁾	社会復帰病棟 他4病棟 ¹⁾²⁾	ベース ライン 調査				転帰 調査				
第二回調査 (n=15)	B病院			ベース ライン 調査			転帰 調査				
第三回調査 (n=7)	A病院:	社会復帰 病棟のみ			ベース ライン 調査			転帰 調査			
第四回調査 (n=131)	C病院 D病院 E病院 F病院 G病院 H病院 I病院								ベース ライン 調査		転帰 調査
第五回調査 (n=22)	A病院	社会復帰 病棟のみ								ベース ライン 調査 および 再テスト法 ⁴⁾ 調査	

1) 社会復帰病棟以外の4病棟は急性期病棟2つ、慢性期病棟1、うつ・ストレス関連病棟1病棟

2) A病院では社会復帰病棟以外の4病棟ではREHAB調査を実施していない

3) A病院、B病院以外の病院はすべての病棟の対象者に同時期に同内容の調査を実施した

4) 第二回調査ではB病院社会復帰病棟のうち1病棟ではREHAB調査を実施していない

5) 再テスト法は、ベースライン調査時と再テスト調査時の両方にA病院a病棟に在棟していた17人を対象とした

病床数いずれも 50 床), H 病院が社会復帰病棟 2 病棟 (いずれも看護師数 16 名, 病床数 54 床), I 病院が慢性期病棟 1 病棟, 社会復帰病棟 1 病棟 (いずれも看護師数 17 名, 病床数 50 床) であった。病棟名は各病院の使用する名称であり診療報酬に基づいたものではないが, A 病院を除くすべての病院は慢性期もしくは社会復帰病棟が対象となっており, 入院患者の臨床像も類似していることが予想された。なお, A 病院でうつ・ストレス関連病棟および急性期病棟も調査対象となっているのは A 病院のみ病院全体での調査実施が可能であったためである。

調査対象となったのは, 上記の病棟に任意入院もしくは医療保護入院による入院中で, 文書によって研究参加の同意が得られた統合失調症のもの男性 173 名, 女性 117 名, 合計 290 名 (平均年齢 52.16 ± 13.25 歳, 平均在院月数 121.68 ± 136.08 か月) であった。医療保護入院の対象者については対象者本人からだけでなく, 家族からも研究参加について文書による同意を得た。これらの調査対象者のうち, 複数の調査時点に在棟しデータの重複があったもの 6 名およびデータに欠損値のあったもの 15 名, 合計 21 名を除く 269 名 (男性 159 名, 女性 110 名, 平均年齢 52.09 ± 13.05 歳, 平均在院月数 121.33 ± 135.62 か月) を分析対象者とした (再テスト法による信頼性の検討を除く, 詳細は後述)。病院別の平均年齢および平均在院月数を Table5-1 に示す。これらの分析対象者のうち入院期間 1 年以上のものは男性 125 名, 女性 85 名, 合計 210 名 (平均年齢 53.61 ± 12.75 歳, 平均在院月数 154.21 ± 136.54 カ月) であった。

調査は 2004 年 6 月から 2007 年 6 月にかけて第一回調査から第五回調査の 5 時点に分けて行った。調査スケジュールの詳細を Table5-2 に示す。

なお, 診断基準について, 第一回調査では DSM-IV (アメリカ精神医学会 2000 高橋他訳 2002) を用い, 第二回調査以降では ICD-10 (WHO 1992 融他訳 1993) を用いた。これは第一回調査終了後に評価を担当した医師の一部から DSM-IV より ICD-10 のほうが評価しやすいとの意見があったためである。

2. 調査材料

患者属性として, 対象者の性別, 年齢, 在院月数, ベースライン調査から 1 年後の転帰について調査を行った。また臨床評価としては, 本研究で作成を試みる「退院困難度」を測定する尺度のために作成した原項目 45 項目および REHAB 日本語版 (Baker & Hall 1983 田原他訳 1994) を用いて調査を行った。

3. 現項目の作成, 調査および分析方法とそれぞれの対象者

1) 原項目の作成

研究開始時に調査対象病棟に勤務する看護師 15 名に対して「あなたの受け持ち患者さんがなぜ退院できないで在院しているのか」という理由について自由記述によるアンケートを実施した。その後, アンケート結果を精神科臨床経験 10 年以上の医師 2 名, 看護師 2 名, 作業療法士 1 名と精神科臨床経験 3 年の臨床心理士 1 名によって KJ 法 (川喜田, 1967) を用いて整理し, 最終的に「退院困難度」を測定する尺度の原項目 45 項目を作成した。

2) 尺度作成のための調査

調査対象者 290 名（男性 173 名，女性 117 名，平均年齢 52.16 ± 13.25 歳，平均在院月数 121.68 ± 136.08 か月）について「退院困難度」を測定する尺度の原項目 45 項目を受け持ち看護師等約 140 名が「あてはまらない」「ややあてはまる」「非常にあてはまる」の 3 件法で評価した。評価の際に，評価者である看護師からみて，対象者が項目にまったく該当しないと考えられた場合には「あてはまらない」，これまで対象者を見てきた中でもっとも項目に該当すると考えられた場合には「非常にあてはまる」，その中間と考えられた場合には「ややあてはまる」と評価するように教示を行った。

3) 因子的妥当性，内部一貫性

分析対象者全員，男性 159 名，女性 110 名，合計 269 名（平均年齢 52.09 ± 13.05 歳，平均在院月数 121.33 ± 135.62 か月）のデータを用いて重みなし最小二乗法バリマックス回転による因子分析を実施した。また内部一貫性について検討するため抽出された因子および尺度全体のクロンバックの α 係数を算出した。なお，本分析のみ対象者数を確保するため，対象者の入院期間を「1 年以上」と限定せず分析を行った。

4) 構成概念妥当性

全分析対象者 269 名のうち，調査時に 1 年以上入院していたもので，さらに「退院困難度」を測定する尺度の原項目および REHAB 日本語版を同時に評価することができたものを対象者とした。つまり，全分析対象者 269 名のうち入院期間が 1 年以上だったもの 210 名からさらに「退院困難度」を測定する尺度の原項目と REHAB 日本語版の同時評価が不可能であったもの 32 名を除く，男性 100 名，女性 78 名，合計 178 名（平均年齢 53.88 ± 12.58 歳，平均在院月数 160.70 ± 133.60 か月）が本分析の対象者であった。これらの対象者のデータを用いて「退院困難度」を測定する尺度の合計得点および各下位因子別合計得点と海外のデータを用いた分析によって精神科入院患者の退院可能性を評価可能，とされている REHAB 日本語版の全般的行動合計得点および各下位因子別合計得点の相関分析を行った。

5) ベースライン調査時から 12 ヶ月後の転帰を独立変数とした t 検定

全分析対象者 269 名のうち，ベースライン調査時に 1 年以上入院しており，その後退院のための特別な支援を受けない通常の支援体制のもとで 1 年間の追跡期間をすごし，本論文執筆時まで 1 年後の転帰調査の結果が明らかであったものを対象者とした。つまり，全分析対象者 269 名のうち入院期間が 1 年以上だったもの 210 名から追跡期間の間に筆者らの実施した退院準備のためのプログラム（試行版および本施行版）に参加したもの 50 名，退院転帰が不明だったもの 5 名，合計 55 名を除く，男性 87 名，女性 68 名，合計 155 名（平均年齢 54.44 ± 12.92 歳，平均在院月数 159.26 ± 135.31 か月）が本分析の対象者であった。これらの対象者を 1 年後の転帰調査時に自宅やグループホームなどで地域生活を送っていたもの（以下退院群）と調査協力病棟もしくは調査協力病棟からの転院先に入院していたもの（以下入院継続群）の 2 群に群分けした。その上で群を独立変数，ベースライン調査時点の「退院困難度」を測定する尺度の因子別得点および尺度合計得点を従属変数

として t 検定を行い、「退院困難度」を測定する尺度の因子別得点および尺度合計得点の予測妥当性を検討した。

6) 再テストによる信頼性の検討

分析対象者で第五回調査に調査を行った 22 名のうち、ベースライン調査時と再テスト時の両方の時点で在棟していた 13 名および第一回調査との重複のため他の分析の対象者からは除外されたが、第五回調査のベースライン調査時と再テスト調査時の両方の時点で在棟しており、再テストによる信頼性の検討においてはデータが利用できると判断された 4 名、合計 17 名（男性 7 名、女性 10 名、平均年齢 56.24 ± 11.87 歳、平均在院月数 214.76 ± 197.48 か月）を対象者とした。本分析の対象者はすべて調査時点における入院期間が 1 年以上のものであった。ベースライン調査時と再テスト時の間隔は 3 週間であった。ベースライン調査時データと再テスト時データの間の **Intraclass correlation coefficient**（以下 **ICC**:級内相関係数）を算出し、再検査信頼性の検討を行った。

第三節 結果

1. 探索的因子分析と内部一貫性

収集されたデータをもとに主因子法バリマックス回転による探索的因子分析を行った。因子分析では、1 回目の因子分析にてスクリープロットを図示し、因子数の検討を行った。検討の結果、第 8 因子と第 9 因子の間に固有値落差が認められたため、因子数を 8 に固定した上で再度因子分析を行い、項目選択を行った。項目選択の基準は因子負荷量 0.35 以上とし、2 つ以上の因子から 0.35 以上の因子負荷がみられる二重負荷の項目は削除した。結果を **Table5-5** に示す。この結果、8 因子 27 項目が抽出され、第一因子から順に「病識と治療コンプライアンス」「退院への不安」「問題行動」「ADL」「自閉的行動」「身体合併症」「自殺企図の可能性」「家族からのサポート」と命名した。累積寄与率は 54.74%であった。また尺度の内部一貫性を示すクロンバックの α 係数は尺度全体では 0.840、因子別では第一因子から順に、0.819, 0.875, 0.754, 0.748, 0.779, 0.830, 0.697, 0.572 であった。本分析で作成された尺度を「退院困難度尺度」と命名した。

2. 構成概念妥当性

構成概念妥当性の検討を目的として、退院困難度尺度の合計得点および各下位因子別合計得点と **REHAB** 日本語版の全般的行動合計得点および各下位因子（逸脱行動・社会的活動・ことばのわかりやすさ・セルフケア・社会生活の技能・ことばの技能・全般的評価）別合計得点について相関分析を行った。相関分析の結果を **Table5-6** に示す。この結果、**REHAB** 全般的行動合計得点と退院困難度尺度合計得点の間のピアソンの相関係数は 0.45 であり、有意であった ($p < 0.01$)。また、退院困難度尺度と **REHAB** のそれぞれの各下位因子合計得点同士の相関では退院困難度尺度の下位因子が「病識と治療コンプライアンス」「問題行動」「ADL」「自閉的行動」「身体合併症」5 因子において、**REHAB** の下位因子のいずれかと有意な相関があり、**REHAB** の下位因子はすべて退院困難度尺度下位因子のいずれかと有意な相関が見られた。

3. ベースライン調査時から 12 ヶ月後の転帰を独立変数とした *t* 検定

分析対象者 155 名をベースライン調査時から 1 年後に地域生活を送っていた退院群 ($n=24$; 男性 13 名, 女性 11 名, 平均年齢 50.54 ± 16.10 歳, 平均在院月数 125.25 ± 148.81 か月) と調査協力病棟もしくは調査協力病棟からの転院先入院して入院継続群 ($n=131$; 男性 74 名, 女性 57 名, 平均年齢 55.15 ± 12.19 歳, 平均在院月数 165.50 ± 132.35 か月) の 2 群に分けた。次に群を独立変数, ベースライン調査時の退院困難度尺度合計得点と各下位因子別合計得点を従属変数として *t* 検定を実施した。

この結果, 退院困難度尺度合計得点と「退院への不安」「自殺企図の可能性」「家族からのサポート」の 3 因子を除く 5 つの因子の因子別合計得点と尺度合計得点において, 2 群の平均値の間に有意差が見られた (「病識と治療コンプライアンス」 $t=2.874, p<0.05$; 「問題行動」 $t=4.979, p<0.001$; 「ADL」 $t=3.646, p<0.001$; 「自閉的行動」 $t=2.160, p<0.05$; 「身体合併症」 $t=2.120, p<0.05$; 合計得点 $t=4.169, p<0.001$)。結果を Table5-7 に示す。

4. 再テストによる信頼性の検討

分析対象者 17 名のそれぞれの受け持ち看護師 9 名が 3 週間の間隔をあけて 2 回, 退院困難度尺度の評価を行った。この結果得られた退院困難度尺度合計得点と各下位因子別合計得点の Intraclass Correlation Coefficient (ICC: 級内相関係数) を算出したところ, 第一因子から 0.84, 0.75, 0.91, 0.86, 0.60, 0.95, 0.89, 0.68 の級内相関係数が得られた。結果を Table5-8 に示す。

第四節 考察

本研究は統合失調症をもつ長期入院患者, すなわち本研究での定義によれば「1 年以上入院している」患者の退院を困難にしている要因を明らかにすることが目的である。したがって尺度作成のための分析対象者を 1 年以上入院している患者に限定することも一案と考えられる。しかし本研究ではより多くの対象者を確保し信頼性の高い分析を行うため, 尺度作成のための分析対象者は入院期間を限定せず, 入院期間が 1 年未満の対象者のデータも含めて因子分析および内部一貫性の検討を行った。そのうえで構成概念妥当性, 予測的妥当性, 再検査法による信頼性の検討においては, 分析対象者を 1 年以上入院している患者に限定し, 因子分析で作成された「退院困難度尺度」が本研究が定義する「長期入院」患者の退院を困難にする要因を測定できるかどうかについて検討を行った。

本章で行った分析の結果を概観すると, まず因子分析の結果について, 臨床的に重要と考えられるにも関わらず, 精神症状に関する項目がいずれの因子にも含まれなかった。精神症状に関しては, 脱施設化の初期に退院困難度尺度と類似の目的で作成された退院準備退院準備性尺度 (DRI; 井上他, 2006) には「顕在的精神病理」として幻覚や妄想といった項目がある。退院困難度尺度の原項目 45 項目にも「幻聴や妄想などの病的体験がある」という項目が含まれていた。しかし因子分析の結果, この項目はいずれの因子からも因子寄与が低く削除される結果となった。精神症状と退院の関係については第三章で取り上げた先行研究でも結果が一致していない。Bigelow et al. (1988) ではいずれも精神症状と退院の関連はそれほど強くなく, 統合失調症をはじめとする精神障害をもつ人の退院や再入院には, 単純に精神症状があるかないかではなく, そこから派生すると考えられる問題

Table5-3 重みなし最小二乗法バリマックス回転による因子分析
(N=269, Cronbach's alpha=.840)

Items	Factor Loadings							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
病識と治療コンプライアンス (Cronbach's alpha=.819)								
服薬の必要性を自覚していない	0.74	-0.07	0.08	0.23	0.17	0.11	-0.01	0.23
促されないと適切な服薬行動をとることができない	0.70	-0.09	0.21	0.25	0.13	0.04	0.04	0.14
治療という枠組み全体を否定し、その必要性を自覚していない(治療必要性の自覚)	0.66	-0.01	0.20	0.16	0.22	0.17	0.06	0.25
薬物の副作用のために、あるいはそれを気にするあまり、処方どおりに服薬しない	0.63	0.07	0.18	0.15	0.08	0.04	0.00	0.00
自分の病気についての知識や理解に乏しい(病識欠如)	0.47	-0.08	0.11	0.24	0.22	0.20	-0.02	0.29
これまでに通院中断や怠薬の履歴がある	0.42	0.03	0.01	-0.01	0.03	-0.05	-0.06	-0.05
退院への不安 (Cronbach's alpha=.875)								
退院後に一人で過ごすことへの不安を表現したり、訴えたりする	-0.02	0.96	-0.05	0.02	0.04	-0.02	0.07	0.13
退院後の日常生活、身づくろいなどのセルフケアへの不安を表現したり、訴えたりする	-0.04	0.79	-0.03	0.19	0.01	0.10	0.04	0.09
退院後の症状悪化への不安を表現したり、訴えたりする	0.04	0.74	0.05	-0.03	0.08	0.00	0.13	0.09
問題行動 (Cronbach's alpha=.754)								
口論や暴力がある	0.03	-0.04	0.80	0.10	0.04	0.12	-0.10	0.04
ささいなことでも怒ったり、いらいらして抑えられなくなる	0.14	-0.02	0.72	0.12	0.11	0.12	-0.03	-0.02
無断離院以外の逸脱行為(病棟内の生活規則違反など)がある	0.23	0.06	0.56	0.07	-0.09	0.11	0.04	0.09
自傷、他害、触法、非行以外の迷惑行為を繰り返している	0.12	-0.02	0.48	0.14	-0.01	-0.08	0.18	0.03
ADL¹⁾(Cronbach's alpha=.748)								
身なりを整えることができない	0.15	0.12	0.09	0.74	0.15	-0.03	-0.04	-0.01
金銭管理ができない	0.19	-0.02	0.18	0.58	0.15	0.11	-0.05	0.12
すすんで入浴できない	0.17	0.05	0.10	0.53	0.18	0.09	0.01	0.01
自炊または食物の購入が困難	0.13	0.02	0.20	0.47	0.31	0.25	0.02	0.03
自閉的行動 (Cronbach's alpha=.779)								
自分から人に話しかけられない	0.19	0.09	-0.19	0.21	0.81	0.02	0.02	0.01
集団行動に参加できない	0.16	0.10	0.10	0.32	0.62	0.01	0.01	0.15
悩み事や分からないことを人に相談できない	0.26	-0.03	0.14	0.25	0.55	0.04	0.09	0.13
身体合併症 (Cronbach's alpha=.830)								
現在身体合併症がおさまっているが、退院すると再発の可能性がある	0.09	0.08	0.07	0.06	0.04	0.85	-0.06	0.07
現在身体合併症があり自己管理ができない	0.07	0.01	0.15	0.16	0.02	0.80	0.08	0.12
自殺企図の可能性(Cronbach's alpha=.697)								
希死念慮がある	-0.02	0.18	0.01	0.00	0.02	0.03	0.95	-0.04
これまでに自傷行為または、自殺企図がある(大量服薬やリストカット等)	-0.02	0.05	0.04	-0.04	0.04	0.00	0.60	-0.08
家族からのサポート(Cronbach's alpha=.572)								
家族が本人の同居を拒否している	0.00	0.05	0.12	0.01	0.04	0.01	0.03	0.60
家族はいるが本人へのサポートがない	0.17	0.11	-0.01	0.12	-0.02	0.10	-0.08	0.58
本人が家族のサポートを拒否している	0.10	0.12	-0.04	-0.04	0.18	0.07	-0.11	0.43
固有値	2.62	2.23	2.04	1.96	1.74	1.61	1.38	1.22
因子寄与率(%)	9.69	8.26	7.54	7.24	6.43	5.95	5.10	4.53
累積寄与率(%)	9.69	17.95	25.49	32.73	39.16	45.11	50.22	54.74

1) Activity of Daily Living

Table5-4 入院1年以上のものを対象とした退院困難度尺度合計得点および各下位因子別合計得点と REHAB 日本語版合計得点および各下位因子別合計得点を用いた相関分析 (N=178)

(N=178)	逸脱行動	社会的活動	ことばのわかりやすさ	セルフケア	社会生活の技能	ことばの技能	全般的評価	REHAB 全般的行動合計得点
病識と治療コンプライアンス	.29 **	.22 **	.16 *	.23 **	.18 *	.18 *	.32 **	.28 **
退院への不安	-.07	-.06	-.09	.10	.02	-.03	.09	.01
問題行動	.30 **	.00	.21 **	.21 **	.18 *	-.06	.25 **	.17 *
ADL ¹⁾	.32 **	.38 **	.42 **	.73 **	.56 **	.31 **	.61 **	.69 **
自閉的行動	.33 **	.42 **	.14	.32 **	.26 **	.32 **	.34 **	.42 **
身体合併症	.09	.09	.16 *	.25 **	.18 *	.01	.19 *	.22 **
自殺企図の可能性	-.04	-.01	-.03	.04	-.09	-.08	.02	-.01
家族からのサポート	-.10	-.04	.01	.05	.00	-.04	.01	.00
退院困難度尺度合計得点	.31 **	.26 **	.25 **	.47 **	.34 **	.18 *	.47 **	.45 **

1) Activity of Daily Living

**p<.01, *p<.05

Table5-5 ベースライン調査時から1年後の退院転帰による群別の、ベースライン調査時の退院困難度尺度合計得点および各下位因子別合計得点の平均得点、標準偏差および *t* 値 (N=155)

(n=155)	入院継続群 (n=131)	退院群 (n=24)	<i>t</i> 値
病識と治療コンプライアンス	4.90 (3.05)	3.00 (2.57)	2.874 **
退院への不安	1.79 (2.10)	1.54 (2.04)	0.544
問題行動	1.83 (2.04)	0.50 (0.98)	4.979 ***
ADL ¹⁾	3.39 (2.26)	1.63 (1.69)	3.646 ***
自閉的行動	2.40 (1.83)	1.54 (1.62)	2.160 *
身体合併症	1.26 (1.53)	0.67 (1.20)	2.120 *
自殺企図の可能性	0.40 (0.94)	0.33 (0.92)	0.344
家族からのサポート	3.14 (1.60)	2.58 (1.82)	1.526
合計得点	19.12 (8.03)	11.79 (7.27)	4.169 ***

カッコ内は標準偏差

****p*<.001, ***p*<.01, **p*<.05

1) Activity of Daily Living

Table5-6 3週間間隔で実施した再テストによって得られたデータを用いた
級内相関係数および95%信頼区間 (N=17)

(n=17)	ANOVA ICC ²⁾	95%信頼区間
病識と治療コンプライアンス	0.84	0.55 - 0.94 ***
退院への不安	0.75	0.33 - 0.91 **
ADL ¹⁾	0.91	0.76 - 0.97 ***
問題行動	0.86	0.62 - 0.95 ***
自閉的行動	0.60	-0.09 - 0.85 *
身体合併症	0.95	0.87 - 0.98 ***
自殺企図の可能性	0.89	0.69 - 0.96 ***
家族からのサポート	0.68	0.14 - 0.88 *

***p<.001, **p<.01, *p<.05

1) Activity of Daily Living

2) Intraclass correlation coefficient

行動をコントロールする力があるか、治療に関する行動や服薬行動がとれるかどうか、といった要因が影響を及ぼしていることを示唆している。しかし、イギリスやアメリカにおいては精神障害をもつ人の地域生活を支えるための居住施設が整っていることから、本研究の結果とこれらの研究における知見を一概に比較することは難しい。精神症状と退院の関係については、次章以降でさらに詳細に検討を行う。

構成概念妥当性については、ベースライン調査時点で1年以上入院している「長期入院」患者を対象として分析で、退院困難度尺度合計得点が従来精神科在院患者の退院可能性の評価に多く用いられてきた REHAB 日本語版の合計得点と中程度の有意な相関がみられた。相関分析の結果を詳細に見てみると、まず「病識と治療コンプライアンス」「問題行動」「ADL」「自閉的行動」「身体合併症」の5つの下位因子において REHAB 日本語版のすべての下位因子のいずれかと中程度の有意な相関があった。このことからこれら5つの下位因子で REHAB で評価可能とされている患者の退院可能性を評価しうる可能性があることを示唆されたと考えられる。また REHAB 日本語版の合計得点および各下位因子別合計得点のいずれとも相関の見られなかった「退院への不安」「自殺企図の可能性」「家族からのサポート」の各下位因子について、「退院への不安」については菊池他（1998）が、精神科病院に10年以上入院していた患者を対象とした調査で、約半数は退院に消極的であり、その理由でもっとも多かったのは退院後に「自活していく自信がない」ためであったと報告している。「自殺企図の可能性」については、飛鳥井（1994）が自殺企図のあとに第三次救急施設に搬送された265名について精神障害の有無等を調査し、精神障害があったものの中でもっとも多かった疾患が統合失調症であったことを報告している。「家族からのサポート」については、大島・岡上（1992）や崎畑他（1994）などをはじめ患者と家族の関係が患者の退院可否にもたらす影響について多くの研究で検討されている。これらのことから、退院困難度尺度独自の因子と考えられる「退院への不安」「自殺企図の可能性」「家族からのサポート」の各下位因子はそれぞれ統合失調症をもつ人の退院や安定した地域生活を支援する上で必要なアセスメント項目であることが推察され、尺度の一部とすることは意義あることと考えられた。以上の検討から本尺度は退院可能性評価のために用いられる既存の尺度である REHAB で評価される領域をカバーした上で、我が国の精神科長期入院患者独自の退院困難要因も評価しうる可能性があり、一定の構成概念妥当性を有していると考えられる。

ベースライン調査時から12ヶ月後の転帰を独立変数とした t 検定について、退院群と入院継続群の間では、退院困難度尺度合計得点および「退院への不安」「自殺企図の可能性」「家族からのサポート」の各因子以外の5つの各下位因子で有意に異なることが明らかとなった。これはこの5つの下位因子別合計得点や退院困難度合計尺度得点が退院と関連していることを示唆している。前述の土川（2000）の REHAB を用いた検討や井上他（2006）の退院準備性尺度（DRI）を用いた検討では実際の退院転帰を用いた検討はなされていない。このため、現時点ではこれらの尺度と比して、精神障害を持つ人の将来の退院可能性をより良く測定できる指標として退院困難度尺度が有用である可能性がある。しかし退院に関する予測的妥当性については、上記の下位因子同士の相関や精神症状など他の要因との関連も含めた検討が必要と考えられるため、次章にてさらに検討を行う。

本分析で有意差のなかった下位因子のうち「家族からのサポート」および「自殺企図の可能性」因子について、「家族からのサポート」因子に有意差がなかったことは家族の意向が患者の退院可否に影響を及ぼすとした先行研究を一致しない結果となった。「家族からのサポート」因子の平均得点は入院継続群が 3.14 ± 1.60 点、退院群が 2.58 ± 1.816 点であり、因子の得点可能範囲が 0-6 点であったことを考えると、両群ともにある程度「家族からのサポート」に関連する問題を抱えていることがわかる。このことから退院した群は「家族からのサポート」に問題を抱えながらも退院を実現していると言える。これは大島他（1992）などで指摘されているように、従来退院後の患者のサポートを家族に任せがちであり、それが無いと退院できないという構造的な問題を抱えていた我が国の精神保健医療福祉システムが、たとえ家族からのサポートがなくても退院ができるような体制に変わりつつある表れのひとつと考えることもできよう。

同様に「自殺企図の可能性」因子についても本分析の対象者が入院 1 年以上のものであり、自殺関連のエピソードから時間が経っていることが想定され、医療従事者が退院可否の判断を行う際に自殺関連のエピソードがさほど影響しなかったのではないかと考えられた。

「退院への不安」因子については、構成概念妥当性の検討のための REHAB 日本語版各下位因子との相関分析でいずれの因子とも相関が見られず、ベースライン調査時から 12 ヶ月後の転帰を独立変数とした t 検定で退院群と入院継続群の間に有意差がなかった。このことから「退院への不安」因子と退院の間には直接的な関連が薄い可能性がある。しかし、仮に「退院への不安」について医療従事者がアセスメントを行わず、結果として不安が高い状態のままで退院準備を行ったり、その後の退院を迎えることは、患者の治療満足度や退院後の QOL を悪化させる可能性が高く、望ましい支援のあり方とは言えない。このことから退院支援を行う際に「退院への不安」因子に含まれる項目内容を医療従事者が把握することには一定の意義があると考えられる。

最後に、退院困難度尺度の信頼性について、クロンバックの α 係数のみならず、ICC でも比較的高い相関係数が得られたことから、本尺度は安定した信頼性の高い測定が可能であることが示唆された。村上（2006）では信頼性係数については、0.80 が妥当としているが、看護師が評価を行っている先行研究で 0.70 代の信頼性係数が示されており（たとえば、Burdock, Hardesty, Hakerem, & Zubin, 1960 ; Lorr & Vestre, 1969）退院困難度尺度の信頼性は実用可能な値と言える。

以上から退院困難度尺度は、27 項目 3 件法の質問紙という実施が簡便な形式でありながら、一定の信頼性および妥当性を有していることが示された。さらに因子分析によって得られた因子は臨床的にも十分に解釈可能な因子であり、本尺度は我が国の精神科長期入院患者の特徴をふまえ、退院支援やリハビリテーションの手がかりを示すことができる尺度であると考えられた。

第六章 退院困難度尺度の予測妥当性の検討

第一節 問題と目的

第五章において看護師による退院困難要因の評価法として退院困難度尺度を作成し、本尺度は一定の信頼性、妥当性を有している可能性が示唆された。しかし精神科長期入院患者の退院を規定している要因については、看護師の評価以外にさまざまな要因が指摘されている。これらの要因については第二章で黒田他(1984)、稲井他(1984)、浮田他(1987)、橋詰他(1991)、崎畑他(1994)、下野他(2004)など国内の先行研究について、また第三章では Fottrell et al. (1975)、Bigelow et al. (1988)、Jones (1993)、Anderson et al. (1993) Trieman & Leff (1996) など海外の先行研究についてレビューを行った。

新たに作成した退院困難度尺度の合計得点や下位因子得点が精神科長期入院患者の1年後の退院を予測するか否かについては第五章で予備的検討を行っているが、尺度が真に予測的妥当性が有しているかどうかについては、上記の先行研究で指摘されているような他の要因も考慮したうえでさらに検討する必要がある。

先行研究で取り上げられている変数を見ると、年齢、性別、治療期間、配偶者の有無、教育年数、経済状況、職業(就労意欲、入院前の就労、今後の就労の可能性など)、本人の退院意思、精神症状、抗精神病薬の維持量、治療および服薬に対するコンプライアンス、ADL、社会的機能(活動性の低下、適切な社会的スキルの表出など)、家族の受け入れ、薬物乱用の有無、ソーシャルネットワーク(配偶者以外の親族や親族以外のものとの社会的交流など)、治療環境、の17変数にまとめることができる。それぞれの研究が取り上げている変数について Table6-1 に示す。

これらの変数のうち、コンプライアンス、ADL、家族の受け入れの3変数については、第五章で作成した退院困難度尺度でも測定が可能と考えられ、1年以上の入院をしている患者の退院との関連についてすでに分析を行った。また薬物乱用については海外の先行研究で関連が指摘されているが、海外と我が国では違法薬物の取り締まり体制に違いがあり、我が国の対象者にはあてはまらない側面がある。ソーシャルネットワークや治療環境のような環境面の変数は大変重要な変数であるが、本論の対象者は「精神状態が安定し環境調整を行ってもなお、退院できない患者」であり、病院内で患者本人への直接サービスを行うこととその効果検討を最終的な目的としている。このため、患者本人へ直接サービスを提供することで変化を期待しづらい環境面の変数についての検討は本研究では取り上げないこととする。

社会的機能については、退院困難度尺度における「問題行動」因子や「自閉的行動」因子でも測定が可能であると考えられる。しかし精神疾患の評価を行う場合、精神症状評価とともに医師による全体的な機能の評価を行うことが一般的である。このため退院困難度尺度とともに、社会的機能の指標として医師による機能の全体的評価を行うことは一定の意義があると考えられる。

ところで、本論では Liberman らが米国で行った活動を参考に国内で実施可能なリハビリテーションプログラム開発し、その効果を検討することが目的のひとつとなっている。第三章でも述べたとおり、Liberman らのモジュール形式のプログラムは心理教育が重要な要素のひとつとなっている。国内では、統合失調症をもつ人に対する心理教育の効果を

Table6-1 先行研究で取り上げられている長期入院患者の退院を規定している要因

		性別	年齢	治療期間	配偶者の有無	教育年数	経済状況	職業	本人の退院意思	精神症状	抗精神病薬の維持量	コンプライアンス	A D L	社会的機能	家族の受入	薬物乱用	ネットワーケル	ソーシャル	治療環境	
黒田他	(1984)	○			○		○													
稲井他	(1984)							○		○										
浮田他	(1987)												○							
橋詰他	(1991)		○	○	○	○		○	○	○				○						
崎畑他	(1994)	○		○							○					○				
下野他	(2004)														○					
Fottrell et al	(1975)				○										○	○				
Bigebw et al.	(1988)	○	○									○	○	○			○			
Jones	(1993)		○	○	○				○	○										
Anderson et al	(1993)								○			○						○	○	
Trieman & Leff	(1996)		○	○						○		○		○						

測定する目的で大川，大島，長，榎野，岡，池淵，伊藤（2001）が「精神分裂病者の地域生活に対する自己効力感尺度（Self-Efficacy for Community Life scale：以下 SECL）」を作成し，信頼性と妥当性の検討を行っている。しかし大川他（2001）では SECL 得点と実際の退院転帰については検討を行っていない。Lieberman らのモジュール形式のプログラムの効果検討に SECL を用いるにあたって，我が国の長期入院患者が入院中にもつ地域生活に対する自己効力感と実際の退院転帰の関連について確認することは重要と考えられる。以上の検討の結果，本研究では，1 年以上の入院をしている患者を対象として，性別，年齢，治療期間，配偶者の有無や協力，教育年数，経済状況，職業，本人の退院意思，精神症状，機能の全体的評価，抗精神病薬の維持量，地域生活に対する自己効力感の各変数を取り上げることとする。また国内の退院を規定する要因に関する先行研究では対象者の所属する病院が 1 カ所から 2 カ所に限られていたことが課題の 1 つであった。このため本研究では 3 つ以上の病院に入院するものを対象者とする。

そこで本章では，1) 先行研究で退院を規定すると指摘されている変数について退院困難度尺度と同様に 1 年後の退院転帰との関連を検討する，2) 1) で退院と関連すると考えられた変数と退院困難度尺度合計得点および下位因子得点のうち退院を予測する可能性があると考えられた因子を用いて，退院困難度尺度の予測妥当性について検討する，の 2 点を目的とする。

第二節 方法

1. 対象者と調査時期

調査対象となったのは 1 都 6 県にある 9 つの病院の国立病院および公立病院合計 14 病棟に任意入院もしくは医療保護入院による入院中で，文書によって研究参加の同意が得られた統合失調症の診断を受けているもの男性 159 名，女性 103 名，合計 262 名（平均年齢 52.98 ± 13.05 歳，平均在院月数 128.91 ± 133.77 か月）であった。これらの調査対象者は第五章の調査対象者から退院困難度尺度に関連するデータのための調査を行った A 病院の社会復帰病棟以外の病棟の対象者 28 人を除いたものである。

また，本研究では第五章で退院困難度尺度について行ったのと同様の方法で各変数が退院に及ぼす影響について分析を行った。すなわち，1 年以上入院しているものを対象にベースライン調査を行い，1 年間の追跡期間をおいた。その後，対象者を 1 年後の転帰調査時に自宅やグループホームなどで地域生活を送っていたもの（以下退院群）と調査協力病棟もしくは調査協力病棟からの転院先に入院していたもの（以下入院継続群）の 2 群に群分けし，これらの群の間で各変数のベースライン調査時の得点に違いがあるかどうかを検討した。

このような分析を行うためには，ベースライン調査時に 1 年以上入院しており，ベースライン調査時からの 1 年間の追跡期間を退院のための特別な支援を受けない通常の支援体制のもとで過ごし，1 年後の転帰調査の結果が判明している必要がある。

そこで本研究では，調査対象者のうち，複数の調査時点に在棟しデータの重複があったもの 6 名，入院期間が 1 年未満だったもの 46 名，退院準備のためのプログラム（試行版および本施行版）に参加したものの 51 名，退院転帰が不明だったもの 13 名，合計 116 名を

除く 146 名(男性 84 名,女性 62 名,平均年齢 54.40±13.01 歳,平均在院月数 161.41±130.77 か月)を分析対象者とした。

なお,第五章と本章では入院期間が 1 年未満だったもの,退院準備のためのプログラムに参加したもの,退院転帰が不明だったものの対象者数が異なる。これは入院期間が 1 年未満だったもののうち 13 名が,退院困難度尺度に関するデータ収集は行ったが本研究に関するデータ収集は行わなかった A 病院の社会復帰病棟以外の病棟の対象者であったこと,プログラム参加者のうち 1 名と退院転帰が不明だったもの 8 名が退院困難度尺度データに欠損値があり,第五章の分析対象者から除かれていたこと,の 2 点の理由による。調査時期については第五章と同様であった。

2. 調査材料

1) 退院困難度尺度以外の先行研究で退院を規定すると指摘されている要因と退院との関連についての検討

患者属性として,性別,年齢,治療期間の指標として在院月数と通算治療月数,配偶者の有無,教育年数,経済状況の指標として生活保護の受給の有無,職業の指標として入院直前の就労の有無,抗精神病薬の維持量についてカルテおよび処方箋の調査を行った。抗精神病薬維持量は処方箋を調査後に稲垣・稲田・藤井・八木・吉尾・中村・山内(1999)等を参考にクロルプロマジン換算を行った。

また臨床評価は,精神症状評価として **Brief Psychiatric Rating Scale** (簡易精神症状評価尺度,以下 **BPRS**; **Overall & Gorham, 1962**),社会的機能評価として **Global Assessment of Functioning** (機能の全体的評価,以下 **GAF**; **APA, 1994**) について医師が評価を行った。

本人の退院意思の指標としては,退院後に利用可能な社会資源(施設やサポート体制)について示した上で退院後の生活のイメージや退院の希望などについて問う調査票である「入院患者自記式調査票」(大島,吉住,稲沢,猪俣,岡上,1996)の項目 4「(条件が整えば)退院したいか」を用いた。「入院患者自記式調査票」項目 4 は「退院したい」「迷いはあるか退院したい」「あまり退院したくない」「絶対に退院したくない」「わからない」の 5 つの選択肢から 1 つを回答するように教示されている。本研究では「退院したい」「迷いはあるか退院したい」と回答したものを退院意思有に,また「あまり退院したくない」「絶対に退院したくない」「わからない」と回答したものを退院意思無に分類した。加えて,精神分裂病者の地域生活に対する自己効力感(**SECL**)についてインタビューを行った。

2) 各変数の予測妥当性についての検討

1) で調査材料となった変数のうち,退院に関連すると考えられる変数および第 5 章でベースライン調査から 1 年後の退院を予測する可能性があると考えられた退院困難度尺度下位因子である「病識とコンプライアンス」「問題行動」「ADL」「自閉的行動」「身体合併症」の因子別得点および退院困難度尺度合計得点。

3) 分析方法および欠損値処理

①退院困難度尺度以外の先行研究で退院を規定すると指摘されている要因と退院との関連についての検討

上記の調査材料のうち、カテゴリデータである性別、配偶者の有無、生活保護の受給の有無、入院直前の就労の有無、本人の退院意思の有無については退院転帰と各変数を用いた 2×2 の χ^2 検定もしくは Fisher の直接確率計算を行った。また数量データである年齢、在院月数、通算治療月数、教育年数、抗精神病薬の維持量、BPRS 得点、GAF 得点、SECL 得点については、退院転帰を独立変数、各変数を従属変数とする t 検定を行った。

欠損値処理については、変数ごとに欠損値のあるケースを除いて分析を行った。このため、変数ごとに対象者数に若干の差異が生じた。欠損値のあった変数と対象者数、対象者の平均年齢、平均在院月数を Table6-2 に示す。

②退院に影響を及ぼす要因についての検討

①でベースライン調査時から 1 年後の転帰による群分けで群間に差があった変数および退院困難度尺度下位因子「病識とコンプライアンス」「問題行動」「ADL」「自閉的行動」「身体合併症」および退院困難度尺度合計得点について相関分析を行う。他変数と相関係数が高い変数を除いた上、残りの変数を説明変数、ベースライン調査時から 1 年後の転帰を目的変数としてロジスティック回帰分析を実施する。

第三節 結果

1. 退院困難度尺度以外の先行研究で退院を規定すると指摘されている要因と退院との関連についての検討

1) カテゴリデータ

① 性別

146 名を対象に、性別と退院転帰について 2×2 の χ^2 検定を行った結果、各セルの度数の割合に有意差はなかった ($\chi^2=0.321, n.s.$)。結果を Table6-3 に示す。

② 配偶者の有無

137 名を対象に、配偶者の有無と退院転帰について直接確率計算を行った結果、各セルの度数の割合に有意差はなかった ($p=1.000, n.s.$)。結果を Table6-4 に示す。

③ 生活保護受給の有無

133 名を対象に、生活保護受給の有無と退院転帰について直接確率計算を行った結果、各セルの度数の割合に有意差はなかった ($p=0.236, n.s.$)。結果を Table6-4 に示す。

④ 患者の退院意思の有無

130 名を対象に、入院直前の就労の有無と退院転帰について直接確率計算を行った。この結果、各セルの度数の割合に有意差はなかった ($p=0.114, n.s.$)。結果を Table6-4 に示す。

⑤ 入院直前の就労の有無

118 名を対象に、入院直前の就労の有無と退院転帰について 2×2 の χ^2 検定を行った結果、各セルの度数の割合に有意差があった ($\chi^2=4.446, p<.05$)。結果を Table6-5 に示す。

Table6-2 欠損値のあった変数と対象者数, 対象者の平均年齢, 平均在院月数

	N	性別 (男性/女性)	平均年齢	平均在院月数
配偶者の有無	137	79/58	53.80 (13.08)	164.26 (129.07)
生活保護の有無	133	78/55	53.90 (13.07)	166.69 (130.02)
患者の退院意思の有無	130	79/51	54.39 (12.63)	165.65 (132.43)
入院直前の就労の有無	118	72/46	53.74 (13.05)	174.41 (134.91)
通算治療年数	100	61/39	51.84 (12.70)	170.88 (136.90)
教育年数	132	77/55	52.55 (12.12)	167.17 (132.07)
抗精神病薬のクロルプロマジン換算量	134	81/53	54.43 (12.71)	165.69 (133.64)
BPRS ¹⁾	132	78/54	54.33 (12.68)	167.91 (133.58)
GAF ²⁾	133	81/52	54.41 (12.36)	168.30 (132.42)
SECL ³⁾	126	77/49	53.89 (12.23)	169.00 (132.89)

1)Brief Psychiatric Rating Scale:簡易精神症状評価尺度

2)Global Assessment of Functioning:機能の全体的評価

3)Self-Efficacy for Community Life scale:精神分裂病者の地域生活に対する自己効力感尺度

Table6-3 性別と退院転帰別にみる対象者の度数と χ^2 値

(n=146)	入院継続群	退院群	χ^2 値
男性	72	12	0.321
女性	51	11	

Table6-4 配偶者の有無，生活保護受給の有無，患者の退院意思の有無と退院転帰別にみる対象者の度数と p 値

	N	入院継続群		退院群		p 値
		有	無	有	無	
配偶者	137	4	111	0	22	1.000
生活保護	133	10	102	4	17	0.236
患者の退院意思	130	71	41	15	3	0.114

Table6-5 入院直前の就労の有無と退院転帰別にみる対象者の度数と χ^2 値

	N	入院継続群		退院群		χ^2 値
		有	無	有	無	
入院直前の就労	118	30	70	10	8	4.446 *

*p<.05

Table6-6 群別にみる年齢と在院月数の平均値，標準偏差および t 値

(n=146)	入院継続群 (n=123)	退院群 (n=23)	t 値
年齢	55.14 (12.14)	50.43 (16.70)	1.289
在院月数	167.16 (126.75)	130.69 (149.82)	1.096

カッコ内は標準偏差

Table6-7 群別にみる通算治療月数の平均値，標準偏差および t 値

(n=100)	入院継続群 (n=82)	退院群 (n=18)	t 値
通算治療月数	330.67 (145.81)	240.33 (190.43)	2.247 *
カッコ内は標準偏差			* $p < .05$

2) 数量データ

① 年齢

146名を対象に退院転帰による群を独立変数、年齢を従属変数とする t 検定を行った。この結果、群間に有意差はなかった ($t=1.923$ *n.s.*)。結果を Table6-6 に示す。

② 在院月数

146名を対象に退院転帰による群を独立変数、在院月数を従属変数とする t 検定を行った。この結果、群間に有意差はなかった ($t=1.096$ *n.s.*)。結果を Table6-7 に示す。

③ 通算治療月数

100名を対象に退院転帰による群を独立変数、通算治療月数を従属変数とする t 検定を行った。通算治療月数はカルテ調査によって得られた初回エピソードの発生時期から調査時までの月数とした。この結果、群間に有意差があった ($t=2.247$, $p<.05$)。結果を Table6-7 に示す。

④ 教育年数

132名を対象に退院転帰による群を独立変数、教育年数を従属変数とする t 検定を行った。通算治療月数はカルテ調査によって得られた初回エピソードの発生時期から調査時までの月数とした。この結果、群間に有意差はなかった ($t=-0.609$ *n.s.*)。結果を Table6-8 に示す。

⑤ 抗精神病薬維持量

134名を対象に退院転帰による群を独立変数、抗精神病薬維持量のクロルプロマジン換算値を従属変数とする t 検定を行った。この結果、群間に有意差はなかった ($t=1.459$, *n.s.*)。結果を Table6-9 に示す。

⑥ BPRS 得点

132名を対象に退院転帰による群を独立変数、を BPRS 項目得点および合計得点を従属変数とする t 検定を行った。この結果、10項目の項目得点と合計得点において群間に有意差があった (合計得点: $t=3.127$, $p<.01$ 他)。結果を Table6-10 に示す。

⑦ GAF 得点

133名を対象に退院転帰による群を独立変数、GAF 得点を従属変数とする t 検定を行った。この結果、群間に有意差があった ($t=-3.946$, $p<.001$)。結果を Table6-11 に示す。

⑧ SECL 得点

126名を対象に退院転帰による群を独立変数、SECL 項目得点および合計得点を従属変数とする t 検定を行った。この結果、5項目の項目得点と合計得点において群間に有意差があった (合計得点: $t=-1.758$, $p<.10$ 他)。結果を Table6-12 に示す。

2. 退院を予測する要因についての検討

1) ベースライン調査時から1年後の転帰による群分けで群間に差があった変数間の相関分析

退院困難度尺度以外の先行研究で退院を規定すると指摘されている要因のうちベースライン調査時から1年後の転帰による群分けで群間に有意差もしくは有意傾向が見られた変数は通算治療月数、入院直前の就労の有無、BPRS 合計得点、GAF 得点、SECL 項目合

計得点であった。これらの変数と退院困難度尺度の下位因子である「病識とコンプライアンス」「問題行動」「ADL」「自閉的行動」「身体合併症」について相関分析を行った。分析の結果、GAF 得点が通算治療月数および退院困難度尺度「身体合併症」以外のすべての変数と有意な相関が見られたこと、退院困難度尺度の下位因子間で有意な相関が見られたことから、相関分析に用いた変数をそのまま回帰分析に投入することは困難と考えられた。結果を Table6-13 に示す。

2) ベースライン調査時から 1 年後の転帰による群分けで群間に差があった変数を用いたロジスティック回帰分析

1) における相関分析をふまえ、GAF 得点は説明変数から除き、退院困難度尺度については合計得点を用いて他の変数と同時に回帰分析に投入した際のオッズ比を確認した後、各下位因子を個別に回帰分析に投入することとした。結果を Table6-14 に示す。

回帰式 1 では通算治療月数、入院直線の就労有無、BPRS 合計得点、退院困難度尺度合計得点、SECL 合計得点を説明変数とし、ベースライン調査時から 1 年後の転帰を目的変数としたロジスティック回帰分析を行った。この結果、BPRS 合計得点のオッズ比が 0.943 (95%信頼区間：0.898-0.991) で有意であり、調整済み R^2 は 0.271 であった。回帰式 2 では回帰式 1 の説明変数から入院直線の就労有無を除き回帰分析を行った。この結果、BPRS 合計得点のオッズ比は 0.959 (95%信頼区間：0.923-0.997)、退院困難度尺度合計得点のオッズ比は 0.901 (95%信頼区間：0.824-0.986) で有意であった。調整済み R^2 は 0.257 であった。回帰式 3 では回帰式 2 から SECL 合計得点を除き回帰分析を行った。この結果、BPRS 合計得点のオッズ比は 0.956 (95%信頼区間：0.920-0.994)、退院困難度尺度合計得点のオッズ比は 0.901 (95%信頼区間：0.824-0.985) で有意であった。調整済み R^2 は 0.281 であった。回帰式 4 では回帰式 3 から退院困難度尺度合計得点を除き、退院困難度尺度の下位因子のうち「病識と治療コンプライアンス」「問題行動」「ADL」「自閉的行動」「身体合併症」の各下位因子を説明変数に加えて回帰分析を行った。この結果、BPRS 合計得点のオッズ比が 0.951 (95%信頼区間：0.910-0.993) で有意であった。調整済み R^2 は 0.303 であった。

次に退院困難度尺度下位因子を個別に説明変数として投入する回帰分析を行った。そのほかの説明変数としては通算治療月数と BPRS 合計得点を用いた。この結果、回帰式 5 においては BPRS 合計得点のオッズ比は 0.952 (95%信頼区間：0.916-0.990)、退院困難度尺度「病識と服薬コンプライアンス」のオッズ比は 0.744 (95%信頼区間：0.558-0.993) でいずれも有意であった。調整済み R^2 は 0.269 であった。そのほかの回帰式では退院困難度尺度下位因子に有意なオッズ比は見られなかった。

第四節 考察

本章では、先行研究で特に患者本人と関連する退院との関連が指摘されている変数を網羅的に取り上げ、ベースライン調査時から 1 年後の退院転帰による群分けで群間に差がある変数を明らかにし、これらの変数の間で相関が高い変数を除いた上で、ロジスティック回帰分析を実施し、退院困難度尺度の予測妥当性について検討を行った。まずベースライ

Table6-8 群別にみる教育年数の平均値，標準偏差および t 値

(n=132)	入院継続群 (n=110)		退院群 (n=22)		t 値
教育年数	11.36	(2.51)	11.72	(2.98)	-0.609

カッコ内は標準偏差

Table6-9 群別にみる抗精神病薬維持量の平均値，標準偏差および t 値

(n=134)	入院継続群 (n=117)	退院群 (n=17)	t 値
抗精神病薬維持量	1216.26 (887.58)	974.23 (594.33)	1.459

カッコ内は標準偏差

Table6-10 群別にみる BPRS 項目別得点および合計得点の平均値, 標準偏差および t 値

(n=132)		入院継続群 (n=115)		退院群 (n=17)		t 値
BPRS項目1	心気症	2.87	(1.96)	2.00	(1.23)	2.492 *
BPRS項目2	不安	2.67	(1.26)	2.18	(1.29)	1.501
BPRS項目3	情動的ひきこもり	3.95	(1.40)	3.47	(1.42)	1.309
BPRS項目4	概念の統合失調	4.17	(1.39)	3.06	(1.64)	3.026 **
BPRS項目5	罪責感	1.78	(1.18)	1.47	(0.62)	1.669
BPRS項目6	緊張	2.49	(1.20)	2.59	(0.87)	-0.336
BPRS項目7	奇妙な態度	3.47	(1.47)	2.24	(1.30)	3.286 **
BPRS項目8	誇大性	2.01	(1.33)	1.29	(0.69)	3.439 **
BPRS項目9	抑うつ気分	1.92	(1.08)	1.41	(0.62)	2.825 **
BPRS項目10	敵意	2.27	(1.54)	2.00	(1.73)	0.665
BPRS項目11	猜疑心	2.82	(1.83)	2.47	(2.00)	0.719
BPRS項目12	幻覚による行動	3.70	(1.77)	2.53	(1.70)	2.550 *
BPRS項目13	運動減退 ²⁾	3.80	(1.31)	3.12	(0.86)	2.808 **
BPRS項目14	非協調性 ³⁾	2.90	(1.43)	2.06	(1.09)	2.339 *
BPRS項目15	不自然な思考内容 ³⁾	4.08	(1.31)	2.53	(1.23)	4.579 ***
BPRS項目16	情動の平板化 ³⁾	4.18	(1.30)	3.65	(1.27)	1.593
BPRS項目17	興奮 ³⁾	2.11	(1.23)	1.59	(1.00)	1.677 †
BPRS項目18	失見当識 ³⁾	1.89	(1.11)	1.59	(0.94)	1.049
BPRS合計得点		52.88	(14.34)	41.24	(14.25)	3.127 **

カッコ内は標準偏差

***p<.001,**p<.01,*p<.05, †p<.10

1)Brief Psychiatric Rating Scale:簡易精神症状評価尺度

2)退院群(n=17), 入院継続群(n=113)

3)退院群(n=17), 入院継続群(n=114)

Table6-11 群別にみる GAF 得点の平均値, 標準偏差および t 値

(n=133)	入院継続群 (n=116)	退院群 (n=17)	t 値
GAF ¹⁾	31.91 (10.93)	43.53 (13.88)	-3.946 ***
カッコ内は標準偏差			***p<.001

1) Global Assessment of Functioning: 機能の全体的評価

Table6-12 群別にみる SECL 項目別得点および合計得点の平均値, 標準偏差および t 値

(n=126)		入院継続群 (n=109)		退院群 (n=17)		t 値
SECL項目1	規則的な生活を送る	5.73	(3.48)	7.06	(2.66)	-1.501
SECL項目2	食事をきちんととる ²⁾	7.65	(2.94)	7.35	(2.96)	0.385
SECL項目3	十分な睡眠をとる	7.45	(2.96)	8.18	(2.51)	-0.958
SECL項目4	家族とうまくつきあう ²⁾	6.10	(3.54)	5.82	(2.92)	0.308
SECL項目5	音楽・読書・ビデオ・スポーツなど 自分の好きなことを楽しむ ²⁾	6.93	(3.44)	7.12	(2.69)	-0.262
SECL項目6	約束どおり病院へ通う	6.08	(3.82)	8.53	(1.94)	-4.107 ***
SECL項目7	処方された薬をきちんと飲む	7.72	(3.31)	8.94	(1.95)	-2.135 *
SECL項目8	病気や治療、薬、症状について 知りたい情報を得る	5.67	(3.77)	6.82	(2.90)	-1.459
SECL項目9	薬の副作用が現れたとき、 自分で気づく	6.53	(3.49)	6.94	(3.33)	-0.452
SECL項目10	病気の状態が悪くなりかけたら、 病院へ行く ¹⁾	6.70	(3.61)	8.12	(2.78)	-1.874 †
SECL項目11	疲れたと感じたら、自分で適当に休む ³⁾	8.12	(2.84)	8.63	(1.93)	-0.688
SECL項目12	自分に合った方法でストレスを解消する	6.48	(3.38)	7.18	(3.68)	-0.784
SECL項目13	再発の注意サインに自分で気づき、 適切に対応する ¹⁾	5.24	(3.77)	6.76	(3.51)	-1.566
SECL項目14	銀行・郵便局・デパート・商店などを 必要に応じて利用する	6.01	(3.90)	6.94	(2.99)	-1.143
SECL項目15	日中、職場・デイケア・作業所・仲間との 集まりの場所に出かける	4.58	(3.59)	6.35	(3.37)	-1.913 †
SECL項目16	必要な時に公的な援助サービス (役所・保健所など)を利用する	5.05	(3.80)	5.71	(3.46)	-0.674
SECL項目17	自分から人とつきあったり、友人をつくる	5.24	(3.72)	6.88	(3.16)	-1.726
SECL項目18	悩み事や心配事を、友人や家族に 相談する	5.79	(3.83)	7.06	(3.56)	-1.283 †
SECL合計得点 ³⁾		112.87	(37.77)	129.88	(32.33)	-1.758 †

カッコ内は標準偏差

***p<.001,**p<.01,*p<.05

1)Self-Efficacy for Community Life scale

2)退院群(n=17), 入院継続群(n=113)

3)退院群(n=17), 入院継続群(n=114)

Table6-13 ベースライン調査時から 1 年後の転帰による群分けで群間に差があった変数間の相関係数

	通算治療月数	BPRS ¹⁾	GAF ²⁾	SECL ³⁾	病識と治療C ⁴⁾	問題行動	ADL ⁵⁾	自閉的行動	身体合併症
通算治療月数	1.000								
N	100								
BPRS ¹⁾	0.113	1.000							
N	90	130							
GAF ²⁾	-0.133	-0.586 **	1.000						
N	91	127	133						
SECL ³⁾	-0.155 *	-0.249 **	0.297 **	1.000					
N	88	120	120	124					
病識と治療C ⁴⁾	0.143	0.113	-0.321 **	-0.137	1.000				
N	99	129	132	123	145				
問題行動	0.031	0.281 **	-0.311 **	-0.296 **	0.310 **	1.000			
N	99	129	132	123	145	145			
ADL ⁵⁾	0.229 *	0.309 **	-0.377 **	-0.339 **	0.470 **	0.356 **	1.000		
N	99	129	132	123	145	145	145		
自閉的行動	0.028	0.163	-0.286 **	-0.189 *	0.498 **	0.117	0.469 **	1.000	
N	99	129	132	123	145	145	145	145	
身体合併症	0.222 *	0.180 *	-0.025	-0.137	0.185 *	0.143	0.274 **	0.192 *	1.000
N	99	129	132	123	145	145	145	145	145

1)Brief Psychiatric Rating Scale:簡易精神症状評価尺度

**p<.01,*p<.05

2)Global Assessment of Functioning:機能の全体的評価

3)Self-Efficacy for Community Life scale:精神分裂病者の地域生活に対する自己効力感尺度

4)病識と治療C:病識と治療コンプライアンス

5)ADL:Activity of Daily Living

Table6-14 ベースライン調査時から 1 年後の転帰による群分けで群間に差があった変数のオッズ比および決定係数

	回帰式1	回帰式2	回帰式3	回帰式4	回帰式5	回帰式6	回帰式7	回帰式8	回帰式9
N	78	90	92	93	93	93	93	93	93
	OR ¹⁾	OR ¹⁾	OR ¹⁾	OR ¹⁾	OR ¹⁾	OR ¹⁾	OR ¹⁾	OR ¹⁾	OR ¹⁾
通算治療月数	0.999	0.999	0.999	0.999	0.998	0.997	0.999	0.997	0.998
就業有無	1.667								
BPRS ²⁾	0.943 *	0.959 *	0.956 *	0.951 *	0.952 *	0.959 *	0.956 *	0.955 *	0.950 *
退院困難度合計得点	0.913	0.901 *	0.901 *						
病識と治療C ³⁾				0.781	0.744 *				
問題行動				0.956		0.734			
ADL ⁴⁾				0.796			0.720		
自閉的行動				1.123				0.839	
身体合併症				0.830					0.744
SECL ⁵⁾	1.002	0.999							
R2	0.271	0.257	0.281	0.303	0.269	0.210	0.249	0.199	0.202

1)OR: Odds Ratio

*p<.05

2)Brief Psychiatric Rating Scale: 簡易精神症状評価尺度

3)病識と治療C: 病識と治療コンプライアンス

4)ADL: Activity of Daily Living

5)Self-Efficacy for Community Life scale: 精神分裂病者の地域生活に対する自己効力感尺度

ン調査時から1年後の退院転帰による群分けを独立変数とし、先行研究で退院との関連が指摘されている変数を従属変数とする t 検定の結果から、先行研究で退院との関連が指摘されている変数のうち、通算治療月数、入院直前に就労有無、精神症状の重症度、医師が評価する機能の全般的評価の重症度、地域生活における自己効力感が1年後の退院と関連がある可能性が示唆された。これらのうち精神症状については、先行研究において陽性症状に関連があるとするものと陰性症状に関連があるとするものがあり、一致した知見が得られていなかった。下野他(2004)や Trieman & Leff (1996)を見ると相対的に入院期間が長いもの、つまり長期入院患者は陽性症状ではなく陰性症状が退院と関連しているとも考えられる。しかし、本研究で退院群と入院継続群で有意差があった項目を見ると、陽性症状に属すると考えられる項目と陰性症状に属すると考えられる項目の両方が含まれていた。本研究で用いた BPRS は症状別の因子に分かれていないため明確な結論は出せないが、1年以上入院している患者であっても、陽性症状、陰性症状の双方が退院に関連している可能性が示唆された。また SECL においては治療や服薬に関連する項目と対人的な場面に関連する項目にのみ有意差がみられた。これらの項目は退院困難度尺度の「病識と治療コンプライアンス」因子および「自閉的行動」因子とほぼ対応している点が興味深い。これらの要因については患者のもつ主観的評価と医療従事者の客観的な評価とにずれが生じる場合もあるが、両者の評価が好ましい方向に一致した場合に退院につながるものが推察された。

退院との関連が示唆された要因のうち、入院直前の就労や軽い精神症状、機能の全般的評価はいずれも患者のもつ社会的機能に関連した要因と考えられ、退院支援に当たっては、社会的機能の維持や向上のためのサポートが有用であることが改めて示唆された。また患者の自己効力感については、患者が地域生活をポジティブにとらえているか否かと関連していると考えられ、退院支援を行う際には単に患者の機能に対するトレーニングを行うだけでなく、地域での生活に希望が持てるような働きかけが重要であることが示唆された。

一方で、先行研究で退院と関連が指摘されている要因のうち、本研究では有意差のみられない要因もあった。これらの要因のうち、配偶者の有無については対象者のうち配偶者のいるものが4名しかおらず、統計的に意味のある分析が不可能だったと考えられる。今後、配偶者のいる対象者を増やした上で検討することが課題である。同様に患者の退院意思についても退院したもののうち退院意思のないものが3名にとどまったことから、直接確率計算による分析を行わざるを得ず、各セルの度数の割合に違いが見られなかった。この点についても対象者を増やした上での検討が必要である。また、教育年数や経済状況、抗精神病薬の維持量についてはこれまでに取り上げている研究がまだ少数であり、本研究の結果を含めさらに多くの研究による検討が必要と考えられる。在院月数については、調査時の入院期間だけを取り上げているため、1回の入院期間は短いが頻回な入院を繰り返すいわゆる「回転ドア」状態の対象者による影響が結果に反映されたことが考えられる。

最後に、性別と年齢については複数の先行研究で退院との関連が指摘されているにもかかわらず、本研究では両群間に有意差がなかった。これは長期入院患者をひとまとめにして分析したことが一因であることが推察される。TAPS study における Old Long Stay および New Long Stay の混在の問題のように、同じ長期入院患者にも複数の異なるグルー

ブが存在し、これらのグループのうちいくつかには性別や年齢によって偏りがあり、こうした偏りが退院転帰に影響しているかもしれない。この点については第七章でさらに検討を行う。

さらに、本研究では上記の t 検定で退院との関連が示唆された変数と退院困難度尺度合計得点および各下位因子について相関分析およびロジスティック回帰分析を行い、退院困難度尺度の予測妥当性の検討を行った。相関分析の結果、GAF 得点はそのほかの変数と相関が高く、回帰分析に用いる説明変数から除いた点について、GAF 得点は機能の全般的評価を反映する指標であるため、精神症状や病棟での行動といった個人の機能をより詳細にみる指標と相関が高いことは当然であり、これを説明変数から除いたことは妥当な対応と考えられる。また退院困難度尺度は下位因子間の相関の高さから、はじめに合計得点を用いて回帰分析を実施した。この結果、治療期間、精神症状、自己効力感などと同時に回帰分析に投入した際に精神症状とともに退院困難度尺度に有意なオッズ比が得られることが明らかとなった（回帰式 2：オッズ比 0.901, 95%信頼区間 0.824-0.986, 回帰式 3：オッズ比 0.901, 95%信頼区間 0.824-0.985）。複数の回帰式のうち、調整済み R^2 がもっとも高い数値であったのは通算治療月数、精神症状と退院困難度尺度各下位因子合計得点を説明変数として用いた回帰式 4 であった。このことから統合失調症をもつ長期入院患者の退院について予測する際には精神症状と包括的な退院困難度を考慮することが有用であると考えられた。さらに退院困難度尺度の下位因子を個別に投入した回帰分析の結果から、退院困難度尺度下位因子の中では「病識とコンプライアンス」因子（オッズ比：0.769, 95%信頼区間 0.558-0.993）が退院を予測する指標として有用である可能性が示唆された。この因子が反映していると考えられる病識がなく適切な治療行動がとれない状態は、これまで退院を阻害する要因として臨床家の間では知られていた要因である。しかし信頼性・妥当性が確認されている臨床評価尺度を用いた実証的研究によって、退院への影響を明らかにした研究は少なく、本研究の結果は意義あるものと考えられる。

第五章と本研究の結果から、看護師が評価する病識や治療コンプライアンスの状態、問題行動、ADL の状態、自閉的行動、身体合併症の状態とこれらを包含した全般的な退院困難度および病識や治療コンプライアンスの状態が 1 年後の退院の予測に有用であることが示され、退院困難度尺度には一定の予測的妥当性を有する可能性が示唆された。退院支援の方法を検討する上ではこうした要因を維持・向上させるような支援の検討が必要と考えられた。

第七章 統合失調症をもつ長期入院患者の退院準備のための心理社会的リハビリテーションプログラムの作成と効果検討

第一節 問題と目的

これまでの検討によって 1) 我が国の精神科長期入院患者の退院支援を考えると、入院期間や入院前の就労有無といった属性とともに、精神症状や退院困難度尺度合計得点の測定する状態像を考慮することが有用であること、2) 特に退院困難度尺度下位因子である「病識とコンプライアンス」因子は 1 年後の退院に強い影響を及ぼしていること、が明らかになった。

退院困難要因を改善するための直接サービスとしてのプログラムについては、第二章、第三章で述べた国内外での臨床活動が参考になる。国内では、谷野呉山病院の「あすなる会」(岡田他, 1989)、東京武蔵野病院の Musashino Hospital Psychiatric Rehabilitation Service (野田・蜂矢, 1990)、「みなとネット 21」などの Optimal Treatment Project (水野他, 1999; 三浦他, 1999; 高橋他, 2004) などの活動が成果を挙げていた。これらのプログラム群はその着想は異なるが、医療機関における医療の提供と居住サービスや就労支援などの福祉の提供を病院や NPO 独自のネットワークでつないだ上で、直接サービスとして服薬や疾病に関する心理教育や日常生活場面および対人場面において必要なスキルに関するトレーニングを組み合わせて実施している点では共通していた。また第三章で述べたように、脱施設化の過程で行われてきた臨床活動を概観すると国内で行われてきたのと同様の活動をよりシステムティックに実施してきたのは R.P.Lieberman らのグループと考えられる。彼らは ICM や ACT を補完する形で 1970 年代から活動をはじめており、これらの活動から得られた知見をもとに 1980 年～1990 年にかけて UCLA Social and Independent Living Skills Program (Lieberman et al., 1993: 以下, SILS プログラム) を開発している。第三章でも述べたように SILS プログラムやその前身のプログラム群は国内のプログラム群と同様に心理教育と SST を中心とするスキルトレーニングで構成されていた。また、厳密にコントロールされた研究計画による検討の結果、コンプライアンスや社会的機能の改善が期待できることが指摘されている (Eckman et al., 1990; Kopelowicz et al., 1998)。また Community Re-entry Program (Lieberman 1995) の日本語版である地域生活への再参加プログラム (Lieberman 1995 井上訳 1998) はすでに作成されており、熊谷他 (2003) でその効果が報告されている。

以上の検討から、本研究のこれまでの検討によって明らかとなった我が国の長期入院患者がもつと推察される退院困難要因に網羅的に対応し、退院支援のための直接サービスとして全国の病院で標準的に実施可能なプログラムを開発する際に、Community Re-entry Program (Lieberman 1995) の日本語版である地域生活への再参加プログラム (Lieberman 1995 井上訳 1998) を土台とすることは意義あることと考えられる。

ただ、当然のことながら Community Re-entry Program (Lieberman 1995) は米国の精神保健医療福祉の制度や環境を前提としている。例えば米国の精神科における入院期間は 1 週間程度のことが多く、プログラムはこの短い入院期間の中で実施されることが前提になっている。Community Re-entry Program の日本語版である地域生活への再参加プログ

ラム (Lieberman 1995 井上訳 1998) は基本的に原版の使用ツールや実施方法を踏襲している。しかし本研究や我が国の退院促進の対象者が長期入院患者であることを考えると、本研究のこれまでの検討の結果をふまえ、国内で従来行われてきたプログラム群などを参考により使いやすいもの改訂する必要がある。

そこで本研究では、1) 地域生活への再参加プログラム (Lieberman 1995 井上訳 1998) を我が国の退院促進の対象者である長期入院患者ももつ退院に関連する要因に対応する形式や内容に改訂すること、2) 改訂後のプログラムを用いてこれまでの検討で長期入院患者の退院に影響していると考えられる要因について効果検討を行うことを目的とする。

第二節 方法

1. 地域生活への再参加プログラムの改訂と新たなプログラムの実施方法

本研究におけるこれまでの検討結果や我が国の精神保健医療福祉の現状などをふまえ、従来のプログラムツールをより使いやすくするため、地域生活への再参加プログラムを以下のように改訂した。

1) 本研究におけるこれまでの検討結果をふまえた改訂

米国における **Community Re-entry** プログラム (Lieberman 1995) の対象者は1週間程度の入院であるため、入院によって食生活や金銭管理などのスキルが落ちてしまうことはない。しかし我が国の入院患者は長期におよぶ入院によって日常生活に関するスキルも低下しがちであり、本研究の検討からも **ADL** に関連する要因が退院に関連していることが示唆されている。そこで谷野呉山病院の「あすなる会」(岡田他, 1989) を参考に **ADL** に関連する項目の中でも地域生活を送る上で非常に重要な食生活管理 (栄養摂取に関するごく基本的考え方, レトルト食品と電子レンジで調理する方法) と金銭管理 (1か月単位で自分で小遣いを管理する方法) に関するセッションを新たに開発し追加した。

また、本研究の検討からは自閉的行動や自己効力感も退院に関連していることが示唆されていた。そこでグループホームや作業所、地域生活支援センター、市役所、図書館、100円ショップなど入院中は縁がないが、地域生活をする上では頻繁に利用するであろう地域の施設を実際に訪れ、利用の練習等を行うセッションを追加した。

さらに、退院への不安は退院と直接の関連は見いだせなかったものの、その対応は臨床的に重要と思われた。そこで長期入院患者のもつ地域生活への不安感を和らげ、安全で実り多い地域生活のイメージができるよう、同じ病棟からすでに退院し現在地域で生活している「先輩患者さん」を病院に招き、現在の生活での楽しみや工夫、地域生活に対する心配事など参加者がなんでもインタビューできるセッションを追加した。

2) 我が国の精神保健医療福祉の現状をふまえた改訂

Community Re-entry プログラム (Lieberman 1995) では地域生活のための社会資源として「教会」「YMCA」など日本の精神科医療保健福祉の現場にはなじみのない施設が挙げられており、これが地域生活への再参加プログラム (Lieberman 1995 井上訳 1998) でもそのまま使われていた。このため、該当する表現をすべて見直し、新たに日本における社

会資源（グループホーム，作業所，職親）や制度（自立支援法など）の説明を追加した。

また，ビデオ映像に出てくるグループ実施場所が応接室のような部屋であったり，診察場面で医師と患者が肩を抱き合ったり，それぞれの俳優がオーバーアクションであったり，といった日本の精神保健医療福祉の現場となじみのない場所や個人の反応がビデオ映像の中に数多く見られた。このため，シナリオの骨格は維持しつつ我が国の診察室や病棟などの雰囲気を模した場所で日本人俳優によってビデオ映像を撮り直した。

さらに，同プログラムは，米国の入院期間がおおむね 1 週間以内であり 1 日に 2 セッションなど短期間に頻回なセッションを実施することから，毎回のセッションに宿題はけられていなかった。しかし我が国の医療機関において 1 つのプログラムを定期的実施する場合，1 週間に 1~2 度の実施がもっとも現実的と考えられた。このため，セッションの間に対象者やスタッフのモチベーションが下がらないよう毎回のセッション後に「宿題」として取り組むべき課題を設定した。

3) プログラムツールの使いやすさを向上させるための改訂

Community Re-entry プログラム (Lieberman 1995) のリーダー用マニュアルはセッション実施時の要点のみが記述されており，グループに不慣れなスタッフがマニュアルのみでセッションを実施することは困難であった。このため，セッション中の発言内容を自然な話し言葉を用いたせりふとして記述し，グループ運営に慣れないスタッフでもマニュアルを読めばリーダーが担当できるよう改訂した。

また，メンバー用ワークブックは翻訳書のようなテキストベースの体裁であり，特に 50 歳代以降の中高年の参加者には親しみの持ちづらいのではないかと推察された。そこで文字を大きくし，イラストを多く取り入れるなどユーザーフレンドリーな体裁になるよう改訂した。

以上の改訂を行った新たなプログラムを「精神障害を持つ人のための退院準備プログラム」(以下，退院準備プログラム；佐藤・森田 2006) とした。退院準備プログラムの目次を Table8-1 に示す。

2. 退院準備プログラムの実施方法

退院準備プログラムは地域生活への再参加プログラムと同様，心理教育や SST の手法とビデオ映像，リーダー用マニュアル，参加者用のワークブックという 3 つのツールを用いて実施する。標準的な実施回数は病院内でのグループセッション 17 回，病院内のセッションで得た知識やスキルの実践と地域生活へのイメージを膨らませるための外出プログラムを兼ねた「退院準備プログラム実践編」(以下，実践編) 7 回，合計 24 回である。1 週間に 1~2 回のセッション実施，1 回のセッションは 60~90 分が標準的な実施方法となっている。1 グループの参加者は 8~10 名を想定しており，少なくとも 2 名のスタッフでセッションを進めることがリーダー用マニュアルで推奨されている。

3. 効果検討のための研究デザインと研究参加登録時の対象者

本研究では無作為化対照試験 (randomized controlled trial, 以下 RCT) および Waiting List 法を用いて退院準備プログラムの効果検討を行った。また本研究は 5 つの病院による多施設共同研究であった。このため、各病院での退院準備プログラムの実施に先がけて SST および地域生活への再参加プログラムに精通する医師らによる 2 日間の研修会を行い、各病院でのプログラムの実施内容に差異が出ないように配慮した。

研究参加登録時の対象者は第五章における分析対象者のうち、C 病院, D 病院, G 病院, F 病院, I 病院に任意入院もしくは医療保護入院による入院中で、文書によって研究参加の同意が得られた統合失調症の診断を受けているもの男性 34 名, 女性 23 名, 合計 57 名 (平均年齢 53.46 ± 11.82 歳) であった。医療保護入院の対象者については対象者本人だけでなく、家族からも研究参加について文書による同意を得た。同意取得の際には、対照群に割り付けられた場合には第一回プログラム終了時半年もしくは 1 年の待機期間の後に対象者が希望すれば、第二回プログラムに参加できることを保証した。

4. 対象者群分けと分析対象者

調査対象者は病院、年齢、性別によって層別化された上で、退院準備プログラムに参加する群 (以下: 参加群) と対照群に無作為に割り付けられた。割り付けは調査対象者と面識のない臨床心理士 1 名が乱数を用いて行った。この結果、参加群は 29 名, 対照群は 28 名となった。

しかし、割り付け後に調査対象者に診断が統合失調症以外のもの 4 名と入院期間が 1 年未満のものがいることがわかり、これらのものを分析対象から除外した。

さらにプレテスト実施後の退院準備プログラム実施期間中に参加群から 2 名, 対照群から 1 名のドロップアウトがあった。このため、本研究の最終的な分析対象者は男性 29 名, 女性 20 名, 合計 49 名 (平均年齢 54.31 ± 11.70 歳, 平均在院月数 175.48 ± 127.40 か月), 参加群は 26 名 (平均年齢 53.50 ± 11.12 歳, 平均在院月数 170.44 ± 144.17 ヶ月), 対照群は 23 名 (平均年齢 55.22 ± 12.50 歳, 平均在院月数 181.18 ± 108.31 ヶ月) となった。

5. 調査測度

第五章および第六章の検討から、退院困難度尺度合計得点および各下位因子別合計得点、BPRS 合計得点、退院準備プログラムのための知識度テスト合計得点を用いた。退院準備プログラムのための知識度テストとは、本研究のために新たに作成されたテストであり、退院準備プログラムで扱われることがらに関する知識を問うテストである。項目は **Community Re-entry program** および地域生活への再参加プログラムをほぼ踏襲しており「『病気の再発』とはどういう意味ですか」「あなたの心の病気にとって一番大切な薬をひとつ上げてください、その作用は何ですか」といった質問に自由記述にて回答する形式となっている。退院準備プログラムへの改訂の過程で新たに加わったセッションに関しては、知識度テストにも項目を追加した (食生活管理のセッションに対応して「食べ過ぎると体によくないものにはどんなものがありますか、2 つ以上あげてください」、金銭管理のセッションに対応して「退院後の生活で、支出が予定よりも多くなりそうなときはどうしますか」など)。新たに追加した項目の内容は **Community Re-entry program**, 地域生活への

再参加プログラム，および退院準備プログラムに精通する医師 1 名のチェックを受けた。また知識度テストの採点方法は **Community Re-entry program** および地域生活への再参加プログラムと同様に「適切な回答が○つあれば△点」という基準に則って行うこととなっている。この採点方法は評価者によって採点内容にばらつきが生じる恐れがあるため，すべての対象者の評価は退院準備プログラムの内容に精通し精神科臨床経験 3 年以上の精神保健福祉士および臨床心理士が行った。また採点結果について **Community Re-entry program**，地域生活への再参加プログラム，および退院準備プログラムの内容に精通した精神科臨床経験 30 年以上の医師 1 名にチェックを受けた。

6. 分析方法

施設間の等質性の検討については，研究参加登録時の対象者を対象に施設を独立変数，対象者の平均年齢と平均在院月数を従属変数として一元配置分散分析を行った。

プレテスト調査時における各変数の得点の群の等質性については，研究参加登録時の対象者 ($n=52$ ；知識度テストのみ $n=49$) を対象に群を独立変数，調査測度として取り上げた各変数のプレテスト得点を従属変数として t 検定を行った。知識度テストの対象者数のみ 49 名となっているのは，研究登録後のドロップアウトとなった対象者からプレテストの協力が得られなかったためである。

退院準備プログラムの効果検討については，分析対象者を対象に群と時期を独立変数，調査測度の各臨床評価尺度のプログラム実施前後の得点を従属変数とする二元配置分散分析を実施した。なお，退院準備プログラム実施期間中に退院した対象者については，退院時調査時の各臨床評価尺度得点をプログラム実施後の得点として分析を行った ($n=49$ ；知識度テストのみ $n=47$)。また，知識度テストの対象者のみ 47 名となっているのは，対照群のうち介入後調査前に転院したもの 1 名と退院したもの 1 名のデータを収集することができなかったためである。

第三節 結果

1. 施設間の等質性の検討

病院ごとの対象者の平均年齢と平均在院月数について等質性の検討を行った結果，これらについて病院間には有意差はなかった（平均年齢： $F(4)=0.363, n.s.$ ；平均在院月数 $F(4)=0.127, n.s.$ ）。結果を Table8-1 に示す。

2. プログラム実施前時点の群の等質性の検討

年齢，在院期間，プログラム実施前時点の調査測度得点について，2 群の等質性の検討を行った。なお，欠損値のみられた調査測度については，ケースごとに除外し分析を行った。この結果，退院準備プログラムのための知識度テスト得点において群間に有意差が見られた ($t=-3.183, p<.01$)。それ以外の得点には有意差はなかった。結果を Table8-3 から Table8-6 に示す。

3. 退院準備プログラムの効果検討

Table7-1 退院準備プログラム目次

病院内で実施するセッション合計17回

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 1. プログラムの導入 | 10. 薬の効果を評価する |
| 2. 地域生活のオリエンテーション(その1) | 11. ストレスへの対処法 |
| 3. 慢性の精神障害の症状と薬の効果 | 12. 薬の問題点を解決する |
| 4. 退院準備 | 13. 薬の副作用を解決する |
| 5. 地域生活のオリエンテーション(その2) | 14. 再発の注意サインを見きわめる |
| 6. 毎日のスケジュールの立て方 | 15. 注意サインを監視する |
| 7. 食生活の管理 | 16. 緊急時の対応策を地域で実践する |
| 8. 金銭の管理 | 17. 全体のまとめと修了式 |
| 9. 薬は再発を予防する | |
-

病院内・外で実施する「実践編」合計7回

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 居住施設を見に行ってみよう | 5. 金銭管理の練習をしてみよう |
| 2. 役所を見に行ってみよう | 6. 近くの公共施設にいてみよう |
| 3. 通所施設を見に行ってみよう | 7. 生活必需品を準備してみよう |
| 4. 自分で食事を準備してみよう | |
-

Table7-2 病院別にみる研究参加登録時の対象者の年齢と在院月数の平均値，標準偏差および F 値

(n=52)	C病院 (n = 10)	D病院 (n = 6)	G病院 (n = 13)	F病院 (n = 10)	I病院 (n = 13)	F 値
年齢	52.00 (12.90)	53.83 (14.30)	56.77 (10.89)	55.50 (13.54)	52.00 (10.54)	0.363
在院月数	169.54 (113.10)	140.68 (109.07)	177.66 (160.18)	185.00 (140.50)	178.66 (102.87)	0.127

カッコ内は標準偏差

Table7-3 群別にみる研究参加登録時の対象者の年齢と在院月数の平均値，標準偏差
および F 値

(n=52)	対照群 (n = 24)	参加群 (n = 28)	t値
年齢	55.25 (12.23)	53.07 (11.61)	0.658
在院月数	178.02 (107.06)	169.62 (140.26)	0.240

カッコ内は標準偏差

Table7-4 群別にみる研究参加登録時の対象者の退院困難度尺度各下位因子別得点と合計得点の平均値，標準偏差および *F* 値

(n=52)	対照群 (n = 24)		参加群 (n = 28)		t値
病識と治療コンプライアンス	3.67	(3.42)	3.68	(2.96)	-0.013
退院への不安	1.67	(1.95)	2.07	(2.34)	-0.671
問題行動	1.33	(1.81)	1.14	(1.88)	0.371
ADL ¹⁾	2.50	(1.98)	2.43	(1.73)	0.139
自閉的行動	2.00	(2.02)	1.93	(1.65)	0.140
身体合併症	1.33	(1.46)	0.79	(1.13)	1.489
自殺企図の可能性	0.29	(1.00)	0.32	(0.67)	-0.128
家族からのサポート	2.54	(1.74)	2.75	(1.73)	-0.431
合計	15.33	(9.14)	15.11	(8.08)	0.095

カッコ内は標準偏差

1) Activity of Daily Living

Table7-5 群別にみる研究参加登録時の対象者の BPRS 合計得点および GAF 得点の平均値，標準偏差および *F* 値

(n=52)	対照群 (n = 24)	参加群 (n = 28)	t値
BPRS合計得点	49.42 (11.86)	47.89 (10.55)	0.490

カッコ内は標準偏差

1)Brief Psychiatric Rating Scale : 簡易精神症状評価尺度

Table7-6 群別にみる研究参加登録時の対象者の知識度テスト得点の平均値, 標準偏差および F 値

(n=49)	対照群 (n = 23)		参加群 (n = 26)		t値
知識度テスト	3.96	(2.31)	6.58	(3.41)	-3.183 *

* p < .05

カッコ内は標準偏差

Table7-7 群と時期における分析対象者の退院困難度尺度各下位因子別合計得点と尺度合計得点の平均値，標準偏差および *F* 値

(n=49)		対照群		参加群		F値		
		(n = 23)	(n = 26)	時期	群	交互作用		
病識と治療コンプライアンス	プレテスト	3.78	(3.45)	3.92	(2.92)	6.012 *	0.443	3.818 †
	ポストテスト	3.61	(2.98)	2.38	(3.02)			
退院への不安	プレテスト	1.61	(1.97)	1.96	(2.29)	2.306	0.205	0.278
	ポストテスト	1.35	(1.56)	1.42	(1.63)			
問題行動	プレテスト	1.35	(1.85)	1.15	(1.93)	6.208 *	0.435	0.308
	ポストテスト	0.96	(1.61)	0.54	(1.65)			
ADL	プレテスト	2.61	(1.95)	2.58	(1.70)	0.012	0.286	0.602
	ポストテスト	2.78	(1.83)	2.35	(1.65)			
自閉的行動	プレテスト	2.09	(2.02)	1.88	(1.70)	0.553	2.475	4.155 *
	ポストテスト	2.39	(1.73)	1.23	(1.42)			
身体合併症	プレテスト	1.39	(1.47)	0.85	(1.16)	1.698	1.713	0.344
	ポストテスト	1.09	(1.56)	0.73	(1.12)			
自殺企図の可能性	プレテスト	0.30	(1.02)	0.27	(0.60)	1.319	0.169	0.102
	ポストテスト	0.22	(0.60)	0.12	(0.43)			
家族からのサポート	プレテスト	2.65	(1.70)	2.69	(1.74)	0.856	0.203	0.254
	ポストテスト	2.26	(1.45)	2.58	(1.79)			
退院困難度尺度合計得点	プレテスト	15.78	(9.07)	15.31	(8.21)	6.743 *	0.726	2.084
	ポストテスト	14.65	(8.85)	11.35	(7.84)			

* $p < 0.05$, † $p < 0.10$

Table7-8 群と時期における分析対象者の BPRS 合計得点の平均値, 標準偏差および *F* 値

(n=49)		対照群	参加群	F値		
		(n = 23)	(n = 26)	時期	群	交互作用
BPRS合計得点	プレテスト	49.78 (11.99)	48.50 (10.48)	0.518	0.356	0.285
	ポストテスト	49.57 (11.80)	47.04 (13.06)			

Table7-9 群と時期における分析対象者の知識度テスト得点の平均値, 標準偏差および *F* 値

(n=47)		対照群		参加群		F値		
		(n = 21)	(n = 26)	時期	群	交互作用		
知識度テスト	プレテスト	3.76	(2.30)	6.58	(3.41)	21.680 ***	20.990 ***	8.484 **
	ポストテスト	4.52	(2.80)	9.88	(4.38)			

*** p < 0.001, ** p < 0.01

Table7-10 退院者のプログラム前後の退院困難度尺度合計得点および下位因子得点

対象者	年齢	在院月数	病識		不安		問題行動		ADL		自閉		合併症		自殺		家族		合計得点	
			プレ	ポスト	プレ	ポスト	プレ	ポスト	プレ	ポスト	プレ	ポスト	プレ	ポスト	プレ	ポスト	プレ	ポスト	プレ	ポスト
参加群																				
A	46	232	2	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	1	7	3
B	57	28	8	12	0	0	0	0	4	1	0	0	1	2	0	0	1	6	14	21
C	59	76	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	2	4	4
D	36	22	1	1	6	3	1	0	4	2	3	1	0	0	1	0	0	0	16	7
E	63	346	2	2	3	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	4	4	12	8
F	48	292	2	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	2	6	3
対照群																				
G	59	245	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	1	0	0	1	0	4	2

病識：病識とコンプライアンス，不安：退院への不安，ADL：Activity of Daily Living，自閉：自閉的行動，合併症：身体合併症，自殺：自殺企図の可能性，家族：家族からのサポート

群と時期を独立変数，調査測度の各臨床評価尺度のプログラム実施前後の得点を従属変数として 2 元配置分散分析を実施した。欠損値のみられた調査測度については，1) の分析と同様にケースごとに除外し分析を行った。

1) 退院困難度尺度

分散分析の結果，「病識と服薬コンプライアンス」因子得点において時期の主効果および群と時期の交互作用に有意差および有意傾向がみられた（時期： $F=-6.012, p<.05$ ；交互作用： $F=3.818, p<.10$ ）。単純主効果の検討を行ったところ，参加群における時期の単純主効果が有意であった（ $t=12.360, p<.01$ ）。また「自閉的行動」因子得点においては群と時期の交互作用に有意差がみられた（ $F=4.155, p<.05$ ）。単純主効果の検討を行ったところ，参加群における時期の単純主効果が有意であった（ $t=4.490, p<.05$ ）。そのほかの因子別得点では時期および群の主効果と交互作用に有意差はなかった。結果を Table8-7 に示す。

2) BPRS 合計得点

分散分析の結果，時期および群の主効果と交互作用に有意差はなかった。結果を Table8-8 に示す。

3) 退院準備プログラムのための知識度テスト

分散分析の結果，群と時期の主効果および交互作用に有意差があった（時期： $F=21.680, p<.001$ ；群： $F=20.990, p<.001$ ；交互作用 $F=8.484, p<.01$ ）。単純主効果の検討を行ったところ参加群および対照群における時期の単純主効果が有意であった（参加群： $t=25.081, p<.001$ ；対照群： $t=21.680, p<.001$ ）。またポストテストにおける群の単純主効果が有意であった（ $t=-4.861, p<.001$ ）。結果を Table8-9 に示す。

4) プログラム実施後 6 ヶ月間の退院者数と退院者のプログラム前後の退院困難度尺度合計得点および下位因子得点

プログラム実施後 6 ヶ月間の退院者数について，いったん割り付けを行った後はドロップアウトした対象者も含めて分析を行う Intention to Treat の考え方に従うと，参加群が 28 名中 6 名，対照群が 24 名中 1 名であった。Fisher の直接確率計算を実施し結果， p 値は 0.107 であった。また退院したもののプログラム前後の退院困難度尺度合計得点および下位因子得点を見てみると，参加群 6 名中，複数のものが「病識と治療コンプライアンス」「退院への不安」「問題行動」「ADL」「自閉的行動」の各因子においてプログラム前後で得点が減少していた。結果を Table7-10 に示す。

第四節 考察

本研究の目的は，1) 地域生活への再参加プログラム（Lieberman 1995 井上訳 1998）を我が国の退院促進の対象者である長期入院患者のもつ退院に関連する要因に対応する形式や内容に改訂すること，2) 改訂後のプログラムを用いてこれまでの検討で長期入院患者の退院に影響していると考えられる要因について効果検討を行うこと，の 2 点であった。

目的のうち 1) については、本研究のこれまでの検討結果をふまえ、日本の精神医療保健福祉における制度や環境にあった内容にすることと日本の参加者とスタッフが違和感なく使いやすいようにすること、の 2 点を念頭におき、方法で述べたような改訂を行った。これらの改訂に対する反応としてはセッション中に参加者がビデオ内で日本人俳優の演じている患者の発言や悩みに共感するような様子が見られたり、ワークブック内で説明される地域生活における社会資源や利用する可能性のある制度について分かりやすい、といった発言が見られた。またセッションが進むにつれて、セッション後にベッドサイドでワークブックの復習を行う様子や設定された宿題について参加者自らが受け持ち看護師に声をかけて取り組む姿などが見受けられた。毎週の宿題設定については、受け持ち看護師との協働作業になる内容が多く、看護職の業務が増加してしまうことから、特にセッションの運営に直接関わらない看護スタッフから異論がでることが懸念された。しかし、プログラムが始まってみると毎回のセッションに宿題が設定されていることによって受け持ち看護師が作成する看護計画にも明確な目標が持てるようになり、ともすると漠然としたものになりがちな長期入院患者に対する受け持ち看護師の働きかけをより構造化することができた、といったポジティブな意見が聞かれた。またセッションの運営にかかわった看護師や精神保健福祉士からはグループに不慣れであっても、リーダー用マニュアルを読み進めることでグループを運営できる点が好評であった。さらに、本研究に参加した病院では、病棟の再編成などで研究実施病棟がなくなった病院を除くほとんどの病院で、研究終了後も臨床活動の一部として退院準備プログラムが実施されている。これらのことから、本プログラムは我が国の長期入院患者にとっても取り組みやすく、スタッフにとっても使いやすい実践可能なツールであると考えられた。

2) のプログラムの効果検討について、退院準備プログラムを実施することによって精神症状については両群間に変化は見られなかった一方、退院困難度尺度の「病識と服薬コンプライアンス」因子得点および「自閉的行動」因子得点について参加者のみに有意な改善が認められた。「病識と服薬コンプライアンス」因子得点は第六章の検討によって 1 年後の退院転帰に直接的に影響を及ぼしていることが示唆され、「自閉的行動」因子得点はロジスティック回帰分析による予測妥当性の分析では有意差がなかったものの、ベースラインから 1 年後の退院転帰を用いた分析では退院との関連が示唆された変数であった。このことから本プログラムを実施することで精神科長期入院患者の退院を促進する可能性が示唆された。

退院準備プログラムの前身である Liberman らのモジュール形式のプログラムやその前身のプログラム群に関する先行研究と本研究の結果を比較すると、病識と服薬コンプライアンスに関する要因については Eckman et al. (1990) や Kopelowicz et al. (1998) が Medication Management Module や Community Re-entry program の効果について報告している。また対人的な場面での活動性が含まれる社会的機能に関して、熊谷他 (2003) は地域生活への再参加プログラムによって、疾病自己管理の知識とともに、REHAB で測定される社会的機能に関連する因子においてプログラム参加群に有意な改善がみられたことを報告している。Xiang et al(2006)は地域生活への再参加プログラムの参加者は精神症状とともに社会的機能が介入前後で有意に改善し、6 ヶ月後も維持していたことから「地

域生活への再参加プログラム」は臨床的に意義があると結論づけている。これらの先行研究は取り上げている指標がそれぞれの研究で異なるため、その結果を一言でまとめることは難しいが、少なくとも社会的機能や活動性が向上したとの結果は一貫しており、本研究の結果とも一致するところである。退院との関連が示唆されながら、参加群と対照群の間に差が見られなかった精神症状に対するプログラムの効果について課題が残った。対象者を増やしてさらなる検討が必要と思われる。

また、本研究による改訂で新たに追加したセッションによって変化が期待された「退院への不安」や「ADL」について、RCTによる効果検討では交互作用に有意差が見られず、統計的にはセッションを追加したことの有用性を示すことができなかつた。しかし退院した者のプログラム前後の得点を変化みると、参加群の対象者においてこれらの因子の得点に改善がみられたことから、本研究で新たに追加したセッションにも一定の意義があると考えられる。

退院準備プログラムのための知識度テストについて、Smith (1996) や Kopelowicz et al.(1998)は、地域生活への再参加プログラムの内容に合わせて作成された知識とスキルを問う評価法において対照群と比べてプログラム参加群のほうが有意に改善したことを報告している。しかし、本研究では知識度テストの得点について対照群にも有意な改善が見られたことから、参加群の知識度の改善がプログラムによる効果を反映しているとは判断できなかつた。知識度テストはプレテストですでに両群間に有意差があつたことも分析結果の解釈を複雑にしている。今後は対象者の知識度を考慮した割り付けによってさらに検討が必要と思われる。

プログラム終了後6ヶ月の退院者数について、Fisherの直接確率計算による結果は有意ではなかつた。Waiting List法という方法上やむをえなかつたとはいえ、平均在院期間が10年を超える対象者にとって追跡期間が6ヶ月では短すぎる可能性がある。今後はフォローアップ期間を延ばした上で同様の検討を行う必要がある。

最後に本来ならば効果検討の対象者をリクルートする際に、研究導入基準に退院困難度得点による基準を設け、一定の退院困難度を有するものに絞つた検討を行うべきところであつたが、本研究では対象者数の確保を優先するためこうした基準を設けることができなかつた。今後さらに対象者数を増やし、一定の退院困難度を持つものに対する退院準備プログラムの効果を検討することも今後の課題である。

以上の検討から、いくつかの課題は残されたものの、退院準備プログラムは統合失調症をもつ長期入院患者の退院に関連する要因に働きかけることによって改善を促す効果が期待され、結果として退院促進に貢献する可能性が示唆された。

第八章 総合考察

第一節 本研究のまとめ

本研究の目的は下記の 2 点であった。

目的 1：精神科長期入院患者のもつ退院を困難にする要因を明らかにするため国内で使用できる評価尺度を尺度を作成し，その信頼性，妥当性を検討すること。

目的 2：目的 1 で作成した尺度による検討で明らかとなった精神科長期入院患者の退院を困難にする要因をふまえ，我が国の医療機関で日常的な臨床活動として実施可能な直接サービスを中心とした標準的リハビリテーションプログラムを開発し，その効果を検討すること。

このうち目的 1 について，第五章で我が国の長期入院患者の退院に関連する要因についての評価法として退院準備性尺度(DRI;井上他,2006),REHAB 日本語版(Baker & Hall 1983 田原他訳 1994), 入院患者評価スケール(西浦,三浦,2003)などをレビューし，いずれの評価法も示唆に富むものと考えられた。特に REHAB 日本語版は有用性が高いと考えられたが，評価項目に不足があることが推測されること，国内データによって実際の退院転帰との検討が行われていないこと，入手や実施が簡便とはいえないこと，などから REHAB 日本語版で評価可能な領域を包含し，さらに我が国の精神科長期入院患者抱える独自の退院を困難にする要因について評価可能な尺度を新たに作成することには一定の意義があると考えられた。こうした検討のもと，我が国の精神科長期入院患者のデータを用いて，27 項目 3 件法の質問紙という実施が簡便な形式でありながら，一定の信頼性および妥当性を有する退院困難度尺度を作成した。

また，第六章では，先行研究で統合失調症をもつ長期入院患者の退院との関連が指摘されている要因をレビューし，性別，年齢，治療期間，配偶者の有無，教育年数，経済状況の指標として生活保護の受給の有無，入院直前の就労の有無，抗精神病薬の維持量，精神症状，機能の全般性評価，退院意思の有無，地域生活に対する自己効力感と 1 年後の退院転帰との関係について検討を行った。この結果，ベースライン調査時から 1 年後の転帰によって群分けされた退院群と入院継続群との間では，入院期間，入院直前の就労の有無，精神症状，機能の全般性評価，地域生活に対する自己効力感において有意差もしくは有意傾向があることが明らかとなった。また，これらの変数と第五章で作成した退院困難度合計得点および退院困難度尺度下位因子を説明変数，1 年後の退院転帰を目的変数としたロジスティック回帰分析を行ったところ，入院期間と精神症状，退院困難度尺度合計得点を説明変数として用いたモデルは他の変数も用いたモデルよりも当てはまりがよく，退院困難度尺度は統合失調症をもつ長期入院患者の退院について他の尺度を考慮に入れても，退院者数をよく予測する力を有していると考えられた。さらに退院困難度尺度の下位因子の中でも特に，「病識とコンプライアンス」因子が 1 年後の退院をよく予測する可能性が示唆された。

第七章では、全国の医療機関で日常的な臨床活動として実施可能な標準的リハビリテーションプログラムとして退院準備プログラムの開発を行い、この効果を検討した。退院準備プログラムは本研究のそれまでの検討で明らかとなった退院困難要因をふまえ、先行研究ですでにエビデンスが示されている **Community Re-entry Program (Lieberman 1995)** の日本語版である地域生活への再参加プログラム (**Lieberman 1995 井上訳 1998**) を土台として、谷野呉山病院における「あすなる会」(岡田他, 1989) など我が国独自の臨床活動なども参考に、我が国の精神保健医療福祉システムや参加者、およびスタッフになじむよう改訂を行ったプログラムであった。退院準備プログラムは我が国の参加者やスタッフにもおおむね好評であり、臨床活動で実施可能なものであることが示唆された。また精神症状と退院困難度を指標として、退院準備プログラムの効果を検討した。その結果、プログラム実施前後の評価時点において退院困難度尺度下位因子である「病識と治療コンプライアンス」因子および「自閉的行動」因子に参加者のみに有意な改善が見られた。これらの因子のうち「病識と治療コンプライアンス」因子は、第六章で実施したロジスティック回帰分析により1年後の退院をよく予想する可能性が示唆された変数であった。また「自閉的行動」因子はロジスティック回帰分析における退院への直接的な影響は見いだされなかったもの、ベースラインから1年後の退院転機を用いた分析では退院との関連が示唆された変数であった。これらの検討から退院準備プログラムを実施することは、我が国の統合失調症をもつ長期入院患者の退院促進に寄与することが示唆された。

以上、本研究ではこれまで臨床家の経験則によって行われてきた退院支援の対象者のスクリーニングおよび対象者の退院困難要因のアセスメントを客観的に検討すること可能にした。また、明らかとなった退院困難要因を改善することができ、なおかつ病院内での日常的な臨床活動の一環として実施可能な標準的なプログラム開発を行った。我が国の先行研究をひも解くと「精神科長期入院患者の退院促進と地域移行」という問題についての検討は、先進的な臨床家や研究者によってすでに1970年代前後から行われてきた。また行政も繰り返しこの問題の解決を試みようとするさまざまな施策を講じてきたことは第一章で述べたとおりである。しかしこうした努力にも関わらず、長期入院患者や精神科病床の数は今現在も世界一多いという状況であることの一つの理由は、これまでの研究や施策が個別に行なわれ、その成果が有機的に結び付かなかつたからではないかと推察される。精神科長期入院患者の退院促進には、退院困難要因を明らかにすること、支援の対象者を明らかにすること、有効な介入方法を開発すること、地域で安定して生活するための支援システムを開発すること、複数のシステムを恒常的に繋ぐ連携システムの開発、などさまざまなフェーズが存在し、これらの一部がクリアになってもその他のフェーズに問題があれば、有効に働かない。またこれらのフェーズを包含した支援システムが確立されたとしても、業務を超えた熱意をもつ指導者やスタッフの存在、他の医療機関では望めないマンパワーや設備などある先進的な1病院の特殊な事情を前提としたものでは普及は困難である。本論の冒頭で述べたように患者および家族のニーズから、家族に負担をかけない形での精神科長期入院患者に対する退院支援は全国で広く行われるべきであり、こうした支援が広がっていくためには実施ができるだけ簡便で医療機関を問わず実施できる評価法と支援方法が必要である。本研究はこれらの患者の評価—スクリーニング—介入方法を一貫して検討

し、なおかつ全国のどの病院でも使用可能なツールを成果とした点で国内でも特異的な研究であると考えられる。本研究が今後、長年病院で暮らしてきた患者のもつ「退院したい」「地域で暮らしたい」という希望をかなえることに貢献することが望まれる。

第二節 本研究の限界と今後の課題

最後に本研究の限界と今後の課題について述べる。

まず退院困難度尺度に関してであるが、本研究における長期入院患者である1年以上入院している患者に対しては、予測的妥当性をふくめ信頼性と妥当性が確認されたと言える。しかし、今後我が国で退院促進が進んでいった場合、イギリスやアメリカにおける **New Long Stay** の問題のような、1回の入院期間は短いが入院回数が頻回におよぶ患者群のケアが問題になることが予想される。本研究では、現在我が国で喫緊の課題となっている長期入院患者に絞って検討を行ったため、入院期間が1年未満のものについては検討しなかった。しかし退院困難度尺度の普及と臨床現場での定着を目指した場合、今後はこれらのものに対しても退院困難度尺度による評価が有用かどうか検討を行う必要がある。

退院困難度尺度以外で退院を規定している要因については、いくつかの変数で先行研究で退院との関連が指摘されながら、本研究では有意差のなかった。条件をみだす対象者が少数だった配偶者の有無や、検討を行っている先行研究少ない教育年数、経済状況、抗精神病薬の維持量について、対象者を増やした上でさらに検討を行うことが必要と考えられる。

また、本研究では退院転帰の指標としてカテゴリ変数である「退院の有無」を用いたことから、退院に関連のある複数の変数の相対的な影響を明らかにするためにロジスティック回帰分析を実施した。しかしベースライン調査時からの退院日数といった連続変数を目的変数とし共分散構造分析のような多変量解析を実施することによって、これらの変数間の関係がより明確になる可能性がある。これらの分析の実施は今後の課題と言える。

退院準備プログラムの作成と効果検討については、いくつかの課題が残った。まず研究手続きについて、それまでの分析をふまえるなら退院困難度尺度得点を基準として一定の退院困難度をもつ者を対象者とした上でプログラムの効果を検討すべきであった。しかし対象者確保の観点から研究導入基準に退院困難度尺度得点を含めることができなかった。また本研究では多施設による **RCT** を用いた研究デザインを採用した。しかし無作為割付の実施後に研究導入基準を満たさない対象者が含まれていることが判明し、参加群と対照群の人数に差異がでるなどの結果が生じた。今後対象者数を増やした検討を行うにあたっては、対象者の研究導入基準をはじめとする研究プロトコルの周知徹底をさらに厳密に行うことが必要と考えられる。効果検討の結果について、本研究では退院困難度尺度合計得点や退院者数に群間の有意差はなかった。しかし、これらの変数の分析後の統計量をみると、今後対象者を増やした検討を行うことによって、両群間に違いが出ることもありうるかと推察される。この点からもさらに対象者数を増やした検討が望まれる。また対象者の入院期間が長期であることを考慮し、退院転帰の追跡期間をより長く置いた検討を行うことも必要と思われる。

最後に、本研究は長期入院患者の退院に関連する要因として、患者本人のもつ要因に絞って検討を行った。しかし、上記にも述べたとおり精神科長期入院患者の退院促進にはい

くつかのフェーズがあり，地域で安定して生活するための支援システムや複数のシステムを恒常的に繋ぐ連携システムなど，精神障害をもつ人びとが地域で暮らしやすくするための環境の改善も退院の実現に大きく影響する。今後はこうした環境側の要因も明らかにし，本研究で明らかとなった本人の持つ要因と合わせて検討することによって，より包括的な退院支援のシステム構築に寄与することが望まれる。

謝 辞

本研究は厚生労働省精神・神経疾患研究委託費の一部として実施されました。研究班に参加されていた菊池病院の中村民生先生，佐竹道子看護師長様，さいがた病院の大屋未輝様，森田晴善先生（現長岡西病院），下総精神医療センターの本間哲雄教育師長様，鳥取精神医療センターの高田耕吉先生，東尾張病院の水野準也様，小川理恵副看護師長様（現名古屋医療センター），国立精神・神経センター病院の穴見公隆先生，保苅啓子看護師長（現多磨全生園），富沢明美看護師長様，森田三佳子様，その他，各病棟を担当する医師，看護師，コメディカルスタッフのみなさんには大変お世話になりました。ここに改めて深謝を捧げます。

また，研究実施ととりまとめにあたっては，帝京大学医学部精神科学教室の池淵恵美先生，国立精神・神経センター病院の安西信雄先生，早稲田大学人間科学学術院野村忍先生に，審査にあたっては早稲田大学人間科学学術院嶋田洋徳先生，鈴木伸一先生にご指導を賜りました。誠にありがとうございました。特に常にご多忙を極めながらも，研究開始当初から終了まで，いつもいつも温かな励ましと丁寧で的確なご指導を下された池淵恵美先生に心よりお礼を申し上げます。

さらに，博士論文の執筆にあたり友人であり同僚である伊藤明美さんと立森照久さんに多大なご協力を頂きました。ありがとうございました。

最後に，本研究で実施された調査やプログラムに参加して下さいました全国の入院患者さんに心よりお礼を申し上げます。今回の調査では患者さん方の退院に対する思いについてもアンケート調査を実施しました。そこには，地域生活への希望や不安，現在ケアにあたっている医療関係者への感謝，ご家族を思う気持ちなど，患者さん方の真摯な思いが伝わっており，入力の手をとめて読み入ってしまうこともしばしばありました。今後退院し，地域で生活されるであろう患者さん方にとって，本研究が少しでもお役に立つことがあれば幸いです。本当にありがとうございました。

2009年7月10日 新緑の小平，国立精神・神経センターにて
佐藤さやか

引用文献

- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., Text-Revision)*. Washington, D. C. .: American Psychiatric Association (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸 (訳) (2003) . DSM-IV-TR 精神障害の診断・統計マニュアル 医学書院)
- Anderson,J., Dayson,D., Wills,W., Gooch,C., Margolius,O., O'Driscoll,C.,& Leff,J.(1993) . The TAPS Project. 13: Clinical and social outcomes of long-stay psychiatric patients after one year in the community. *The British Journal of Psychiatry.Supplement*, **19**,45-56.
- Anthony,W., Cohen,M., Farkas,M., & Cohen,B.(1988) . The chronically mentally ill case management--more than a response to a dysfunctional system. *Community Mental Health Journal*, **24**, 219-228.
- 安西信雄・佐藤新・灘谷聡昭・加藤三代子 (2001). 精神科リハビリテーションに果たす新薬の有用性. 精神科治療学, **16**, 1289-1296.
- Appleby,L.,& Desai,P.(1985). Documenting the relationship between homelessness and psychiatric hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*. **36**,732-737.
- 浅井邦彦 (1998). 【病院精神医療 最近の諸問題】 病院精神医療——歴史と現況そして将来——. 最新精神医学, **3**, 411-423.
- 浅井邦彦 (2001) .単科精神病院の役割と変貌. 精神科治療学, **16**(2), 113-117.
- 飛鳥井望 (1994). 自殺の危険因子として精神障害 生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討, **96**(6) , 415-443.
- Bachrach,L.(1976). *Deinstitutionalism: an analytical review and sociological perspective*. Rockville, Maryland: NIMH.
- Baker R & Hall JN. (1986). *Users manual for rehabilitation evaluation Hall and Baker*. Aberdeen: Vine Publishing. (田原明夫・藤信子・山下俊幸 (訳) (1994). Rehab-精神科リハビリテーション行動評価尺度 三輪書店)
- Baker R & Hall JN: REHAB (1988). A New Assessment Instrument For Chronic Psychiatric Patient. *Schizophrenia Bulletin* **14**:97-111.
- Bassuk,L.(1984). Homelessness: the need for mental health advocates. *Hospital and Community Psychiatry*, **35**, 867.
- Bassuk L., Rubin,L.,& Lauriat, A.(1984). Is homelessness a mental health problem? *American Journal of Psychiatry*, **141**, 1546-1550.
- Bellack,A.(2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric rehabilitation journal*, **27**, 375-391.
- Bigelow,A., Cutler,D., Moore,J., McComb,P.,& Leung,P.(1988). Characteristics of state hospital patients who are hard to place. *Hospital and Community Psychiatry*, **39**, 181-185.
- Bleuler, E. (1911). *DEMENTIA PRAECOX ODER GRUPPE DER SCHIZOPHRENIEN*. Leipzig und Wien : Franz Deuticke.

(ブロイラー, E. 飯田真・下坂幸三・保崎秀夫・安永弘 (訳) (1974). 早発性痴
呆または精神分裂病群 医学書院)

- Blunden, J., Hodgkiss, A., Klemperer, F., McCarthy, A. & Watson, P. (1994) . The
Ward Daily Behavior Scale. *British Journal of Psychiatry*, **165**, 87-93.
- Brown, B.(1975). *Deinstitutionalisation and Community Support Systems. Statement
by Director, National Institute of Mental Health, 4 November*. Bethesda,
Maryland: NIMH.
- Burdock, E. I., Hardesty, A. S., Hakerem, G. & Zubin, J. (1960). A Ward Behavior
Rating Scale For Mental Hospital Patients. *Journal of Clinical Psychology*, **16**,
246-247.
- Caton, C., Goldstein, J.,& Serrano,O.(1984). The impact of discharge planning on
chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, **35**, 255-262.
- Ng, C. (2008). STUDY VISIT ON COMMUNITY MENTAL HEALTH IN JAPAN 国立精
神・神経センター 2009年3月
<<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/japancommunityreport.pdf>>
(2009年4月1日)
- Clark, D. H. (1968). *ASSINGMENT REPORT*. Geneva: World Health Organization. (ク
ラーク, D. H. 加藤正明 (監訳) (1968) . 日本における地域精神衛生－WHOへ
の報告. 精神衛生資料, **16**, 165-191.)
- Deitchman,W.(1980). How many case manager does it take to screw in a light bulb?
Hospital and Community Psychiatry, **31**, 788-789.
- Dilk,M.,& Bond,G.(1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for
individuals with severe mental illness. *Journal of consulting and clinical
psychology*, **64**, 1337-1346.
- Donnelly, M., McGilloway, S., Mays, N., Perry, S., & Lavery, C.(1997). A three- to
six-year follow-up of former long-stay residents of mental handicap hospitals in
Northern Ireland. *The British journal of clinical psychology*, **36**, 585-600
- Eckman,T., Liberman,P., Phipps,C.,& Blair, K.(1990). Teaching medication
management skills to schizophrenic patients. *Journal of clinical
psychopharmacology*,**10**, 33-38.
- Falloon, I., & Marshall, G.(1983). Residential care and social behaviour: a stury of
rehabilitation needs. *Psychological Medicine*, **13**, 341-347.
- Fischer,P.,&Breakey,W.(1986). Homelessness and mental health : an
overview. *International Journal of Mental Health*, **14**, 6-41.
- Fottrell,E., Peermohamed,R., & Kothari,R.(1975). Identification and definition of
long-stay mental hospital population. *British Medical Journal*, **4**, 675-677.
- Glynn,S., Marder,S., Liberman,R., Blair,K., Wirshing,W., Wirshing,D., Ross,D.,&
Mintz,J.(2002). Supplementing clinic-based skills training with
manual-basedcommunity support sessions: effects on social adjustment of patients

- with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*. **159**, 829-837.
- Hambrecht, M., Riecher-Rossler, A., Fatkenheuer, B., Louza, M. R. & Hafner, H. (1994). Higher morbidity risk for schizophrenia in males: fact or fiction? *Comprehensive Psychiatry*, **35**, 39-49.
- Harris, M., & Bergman, H. (1987). Case management with the chronically mentally ill: A clinical perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, **57**, 296-302.
- 橋詰宏・井上新平・岡野寿恵・須藤俊次郎・須藤浩一郎(1991). 一精神病院における長期入院化しやすい分裂病患者の特徴について. *社会精神医学*, **14**, 54-62.
- 林直樹・前田恵子・寺田久子・佐藤美紀子・西村隆史・浅井健史・串上憲司・加藤美穂・岡田和史・谷口陽介・萬谷智之・北中淳子・伊藤圭子・Clark, C.・野田文隆 (2005). 東京武蔵野病院精神科リハビリテーションサービス(MPRS) 10年目の予後調査(第1報) 地域滞在期間からみるMPRSの効果. *精神医学*, **47**, 19-26.
- Hobbs, C., Tennant, C., Rosen, A., Newton, L., Lapsley, H., Tribe, K., & Brown, J. (2000). Deinstitutionalisation for long-term mental illness: a 2-year clinical evaluation. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, **34**, 476-483.
- Hogarty, G. E. & Ulrich, R. (1972). The Discharge Readiness Inventory. *Archives of General Psychiatry*, **26**, 419-426.
- Honigfeld, G., Gillis, R. D. & Klett, C. J. (1966). NOSIE-30: A Treatment-Sensitivity Ward Behavior Scale. *Psychological Report*, **19**, 180-182.
- Honigfeld, G. & Klett, C. J. (1965). The Nurses' Observation Scale For Inpatient Evaluation. *Journal of Clinical Psychology*, **21**, 65-71.
- 池淵恵美 (1998). 分裂病の認知行動療法 丹羽真一 (編) *精神医学レビューNo.27 精神疾患の認知障害 ライフ・サイエンス* pp97-108.
- 池淵恵美・納戸昌子・吉田久恵・中澤美枝子・高橋倫宗・森一和(1998). 服薬及び症状自己管理モジュールを用いた心理教育の効果. *精神医学*, **40**, 543-546.
- 稲垣中・稲田俊也・藤井康男・八木剛平・吉尾隆・中村博幸・山内惟光 (1999). 向精神病薬の等価換算 星和書店
- 稲井徳栄・中村研一・宮下理・不破野誠一・武内広盛・大森隆・林茂信・渋谷博(1984). 長期在院分裂病患者の退院困難性の分析. *社会精神医学*, **7**, 333-337.
- 猪俣好正 (2005). 【精神保健福祉施策のグランドデザイン 障害者自立支援法案をめぐって】 自治体病院からみた精神保健福祉施策のグランドデザイン. *臨床精神医学*, **34**, 1003-1007.
- 井上顕・西田淳志・西村幸香・梶木直美・岡崎祐士 (2006) Discharge Readiness Inventory(DRI)日本語版の作成における信頼性および妥当性の検討 *精神医学*, **48**, 399-404.
- Intagliata, J. (1982) Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. *Schizophrenia Bulletin*, **8**, 655-74.
- 伊藤順一郎 (2002). 統合失調症／分裂病とつき合う 保健同人社

- Jensen, M. B. & Morris, W. E.(1960). Reliability-Unreliability of Ancillary Psychiatric Evaluation. *Journal of Clinical Psychology*, 16, 248-252.
- Johnstone,E., Owens,D., Gold,A., Crow,T.,& MacMillan,J.(1984). Schizophrenic patients discharged from hospital--a follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 145,586-590.
- Jones,D.(1993). The TAPS project 11: The selection of patients for reprovion. *The British Journal of Psychiatry.Supplement*, 19,36-39.
- 門屋充郎 (2005). 【障害者ケアマネジメント】 障害者ケアマネジメントの研修. 地域ケアリング, 7, 32-36.
- Kanter,J.(1989). Clinical case management : Definition, principles, components. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 361-368.
- 川喜田二郎 (1967). 発想法 中央公論新社
- 菊池謙一郎・新開淑子・小口徹・佐藤忠彦・山内惟光(1998). 長期在院の精神分裂病患者の退院の意向とそれに関連する要因について. 臨床精神医学, 27, 563-571.
- Kissling, W. (1991). The current unsatisfactory state of relapse prevention in schizophrenic psychoses--suggestions for improvement. *Clinical Neuropharmacology* 14 Suppl 2, S33-44.
- Kopelowicz,A., Wallace,C.,& Zarate, R.(1998). Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving the continuity of care. *Psychiatric services*,49,1313-1316.
- 厚生労働省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課：精神障害福祉行政の動向とケアマネジメント。(高橋清久, 大島巖編) ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方. 精神障害者社会復帰促進センター (全家連), 3-12, 1999.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2006). 平成 17 年患者調査 厚生労働省.
- 厚生労働省精神保健福祉対策本部 (2004). 精神保健医療福祉の改革ビジョン 厚生労働省 2004 年 9 月 2 日 〈 <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> 〉 (2007 年 9 月 18 日)
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課・国立精神・神経センター精神保健研究所 (2006). 精神保健福祉資料 (平成 16 年度 6 月 30 日調査の概要) 2008 年 5 月 14 日
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data_h16/h16_630_all.pdf> (2008 年 5 月 24 日)
- 厚生労働省障害保健福祉部 (2002). 新障害者基本計画及び重点施策実施 5 か年計画 (新障害者プラン) について 2003 年 1 月 21 日
<<http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/bukyoku/syougai/j1.html>> (2008 年 5 月 24 日)
- Kreapelin, E. (1913). PSYCHIATRIE: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig : Johann Ambrosius Barth. (クレペリン, E. 西丸四方・西丸甫夫 (訳) (1986). 精神分裂病 みすず書房)
- Kroll, J.,Carey.K., Hagedorn.D.,Dog.P.,& Benavides.E.(1986). A survey of homeless

adults in urban emergency shelters. *Hospital and Community Psychiatry*, **37**,283-286.

熊谷直樹・安西信雄・池淵恵美 (2003). 統合失調症圏在院患者に対する「地域生活への再参加プログラム」の無作為割付効果研究 疾患自己管理の知識の獲得を中心に. 精神神経学雑誌, **105**, 1514-1531.

黒田研二 (2002). 【精神障害者ケアマネジメントとホームヘルプ】 精神障害者のケアマネジメントとホームヘルプ. 日本精神科病院協会雑誌, **21**, 293-297.

黒田研二・稲福重夫・辻美子・丸山創・多田羅浩三・朝倉新太郎 (1984). 精神科入院患者の在院期間と関連する諸因子 日本公衆衛生誌, **31**, 241-249.

黒田研二・樋田精一・川室優・安西信雄・小原聡子・中谷真樹・浅野弘毅 (1999). 長期入院患者の退院可能性とリハビリテーションニーズに関する調査 調査結果の速報. 精神神経学雑誌, **101**, 762-776.

Lamb,H.(1980). Therapist-case managers : More than brokers of services. *Hospital and Community Psychiatry*, **31**, 762-764.

Lamb,H.(1984). Deinstitutionalization and the homeless mentally ill. . *Hospital and Community Psychiatry*, **35**, 899-907.

Lamb,H.,& Bachrach,H.(2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric services*, **52**, 1039-45

Lamb,H. & Grant,R.(1982). The mentally ill in an urban contry jail. *Archives of General Psychiatry*,**39**,17-22.

Lehman,A., Possidente,S., & Hawker,F.(1986). The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. *Hospital and Community Psychiatry*, **37**, 901-907.

Lelliott,P.,& Wing,J.(1994). A national audit of new long-stay psychiatric patients. II: Impact on services. *British Journal of Psychiatry*, **165**, 170-178

Lieberman, R. P.(1986). *Social and Independent Living Skills; Medication Management Module*. Camarillo: Psychiatric Rehabilitation Consultants. (安西信雄, 平松謙一 (監訳) (1994) 服薬自己管理モジュール日本語版 ; 自立生活技能 (SILS) プログラム日本語版 1 安西信雄, 池淵恵美 (総監修) 丸善)

Lieberman, R. P. (1995) *Social and Independent Living Skills; The Community Re-Entry Program*. Camarillo: Psychiatric Rehabilitation Consultants (井上新平 (監訳) (1998) 地域生活への再参加プログラム ; 自立生活技能 (SILS) プログラム日本語版 5 安西信雄, 池淵恵美 (総監修) 丸善)

Lieberman,R.,& Bryan,E.(1977). Behavior therapy in a community mental health center. *The American journal of psychiatry*, **134**,401-406.

Lieberman,R., Glynn,S., Blair,K., Ross,D.,& Marder, S.(2002). In vivo amplified skills training: promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia. *Psychiatry*, **65**, 137-155.

Lieberman, R. P., Wallace, C. J., Blackwell, G., Eckman, T. A., Vaccaro, J. V. & Knebel,

- T. G. (1993). Innovation in Skills Training for the Seriously Mentally Ill: The UCLA Social and Independent Living Skills Modules. *Innovation & Research*, **2**, 43-59.
- Lorr, M & Vestre, N. D. (1969). The Psychiatric Inpatient Profile; A Nurse's Observation Scale. *Journal of Clinical Psychology*, **25**, 137-140.
- McGlashan, T. H. (1984). The Chestnut Lodge follow-up study. II. Long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders. *Archives of General Psychiatry* **41**, 586-601.
- 三浦勇太・根本隆洋・大久保淳子・川原未青・吉村理穂・田辺安之・武地美保子・水野雅文・渡邊衡一郎・山下千代・鹿島晴雄・浅井昌弘・村上雅昭・イアン・R.H・ファルーン (1999). 地域による包括的家族サポートの実践 精神科病院退院例における OTP(optimal Treatment Program)の経験. *病院・地域精神医学*, **42**, 259-260.
- 宮田量治 (2006). 定型抗精神病薬と非定型抗精神病薬とでは再発予防に差があるか? 上島国利, 三村將, 中込和幸, 平島奈津子 (編) 2006-2007 EBM 精神疾患の治療 中外医学社 pp.54-59
- 水野雅文・村上雅昭・三浦勇太・渡邊衡一郎・田辺安之・Falloon Ian, R. H. (1999). 地域における包括的サポートプログラム Optimal Treatment Project(OTP)による精神分裂病のリハビリテーションについて. *臨床精神医学*, **28**, 1033-1041.
- Morrissey, J., & Levine, I. (1987). Researchers discuss latest findings, examine needs of homeless mentally ill persons. *Hospital and Community Psychiatry*, **38**, 811-812.
- Mueser, K., Bond, G., Drake, R., & Resnick, S. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, **24**, 37-74.
- 村上宣寛 (2006). 心理尺度のつくり方 北大路書房
- 中根允文 (2004). IV. 経過と転帰 精神医学講座担当者会議 (監) 佐藤光源・井上新平 (編) 統合失調症ガイドライン 医学書院 pp.29-37.
- 中根允文・道辻俊一郎 (1999). 疫学変数と相対危険度, および比較文化研究 (国際共同研究) 松下正明 (総編集) 浅井昌弘・牛島定信・倉知正佳・小山司・中根允文・三好功峰 (編) 臨床精神医学講座 2 精神分裂病 I 中山書店 pp.49-71.
- 納谷敦夫・横山淳二・岡田英明・浅尾博一 (1982). 慢性分裂病患者の病棟における行動評価; Wing の病棟評価尺度の応用. *臨床精神医学*, **11**, 1004-1011.
- 西浦信博, 三浦康司 (2003). 精神科病院における長期入院患者の退院促進プログラム開発に関する研究; 入院患者評価スケール開発の試み. *日本精神科病院協会雑誌*, **22**, 81-88.
- 野田文隆・蜂矢英彦 (1991). 包括医療システムの中のリハビリテーション 精神障害者リハビリテーション 「東京武蔵野病院精神科リハビリテーション・サービス」について. *総合リハビリテーション*, **19**, 29-32.
- O'Driscoll, C., & Leff, J. (1993). The TAPS Project. 8: Design of the research study on the long-stay patients. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, **19**, 18-24.

- O'Driscoll, C., Wills, W., Leff, J., & Margolius, O. (1993). The TAPS Project. 10: The long-stay populations of Friern and Claybury hospitals. The baseline survey. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, **19**, 30-35.
- OECD Publishing (2007). *OECD Health Data 2007 on CD-ROM*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- 岡田真弥子・門田晋・谷野亮爾 (1989). 社会復帰 当院の地域サポートシステム. 日本精神病院協会雑誌, **8**, 42-48.
- 岡崎祐士 (2004). Ⅲ. 臨床症状 精神医学講座担当者会議 (監) 佐藤光源・井上新平 (編) 統合失調症ガイドライン 医学書院 pp16-28.
- 奥村太志 (2002). 社会復帰の意向を持つ長期入院精神分裂病者の現状及び退院についての認識. 名古屋市立大学看護学部紀要, **2**, 47-55.
- 大川希・大島巖・長直子・榎野葉月・岡伊織・池淵恵美・伊藤順一郎(2001). 精神分裂病者の地域生活に対する自己効力感尺度 (SECL) の開発 ; 信頼性・妥当性の検討. 精神医学, **43**, 727-735.
- 大島巖 (1987). 精神障害者をかかえる家族の協力態勢の実態と家族支援のあり方に関する研究. 精神神経学雑誌, **89**, 204-241.
- 大島巖・猪俣好正・樋田精一・吉住昭・稲地聖一・丸山晋 (1991). 長期入院精神障害者の退院可能性と, 退院に必要な社会資源およびその数の推計——全国の精神科医療施設 4 万床を対象とした調査から——. 精神神経学雑誌, **93**, 582-602.
- 大島巖・岡上和雄 (1992). 家族の社会・心理的条件が精神障害者の長期入院に及ぼす影響とその社会的機序——全国家族福祉ニーズ調査のデータによる多変量解析的アプローチ——. 精神医学, **34**, 479-488.
- 大島巖・吉住昭・稲沢公一・猪俣好正・岡上和雄(1996). 精神病院長期入院者の退院に対する意識とその形成要因 自記式全国調査に基づく分析. 精神医学, **38**, 1248-1256.
- 大島巖 (2005). 重い精神障害をもつ人たちに対する集中的・包括的ケアマネジメントの必要性和実施体制. ケアマネジメント学, **4**, 14-23.
- Overall, J. E. & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Report*, **10**, 799-812.
- Rapp, C.A. (1993). Theory, principles, and method of the strengths model of case management. In Harris, M. & Bergman, H. C. (Eds.), *Case Management for Mentally Ill Patients: Theory and Practice*. Langhorne, PA: Harwood Academic Publishers, pp143-164.
- 坂野雄二(1995). 認知行動療法 日本評論社
- 坂下利香 (2005). 【精神科臨床サービスの質を高めるための評価と工夫】 サービス・プログラムの質をいかに高めるか 包括型地域生活支援プログラム(Act)の概要とその魅力. 精神科臨床サービス, **5**, 277-281.
- 崎畑広昭・絹川直子・玉井光・織田行高・甲斐保・野瀬善明 (1994). 中・長期入院精神分裂病患者の入院予後. 九州神経精神医学, **40**, 98-107.
- Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, G., Anker, M., Cooper, J. E. & Day, R.

(1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychological Medicine* **16**, 909-28.

佐藤光源 (2001). 【EBM/アルゴリズム治療ガイドラインの有用性と問題点】 基調論文 精神障害の治療ガイドラインと薬物療法アルゴリズム:概要. 精神科治療学, **16**, 215-219.

佐藤光源 (2004). I.概念 精神医学講座担当者会議 (監) 佐藤光源・井上新平 (編) 統合失調症ガイドライン 医学書院 pp1-6.

佐藤光源 (2007). 呼称変更の経緯 日本精神神経学会 2007年
<http://www.jspn.or.jp/05ktj/05_01ktj/05_01index.html> (2007年9月18日)

佐藤さやか・小山徹平・坂野雄二 (2007). 認知行動療法の基礎 佐藤光源・丹羽真一・井上新平 (編) 統合失調症の治療-臨床と基礎- 朝倉書店 pp326-330.

佐藤さやか・森田慎一 (執筆) 井上新平・安西信雄・池淵恵美 (監修) (2006). 精神障害をもつ人のための退院準備プログラムリーダー用マニュアルおよびワークブック 丸善

澤温(1991). 社会復帰メニューの利用が在院期間におよぼす効果についての統計学的検討. 精神神経学雑誌, **93**, 1042-1052.

澤温(1992a). 精神保健・福祉・医療のシステム化をめざして-精神病院の立場から (社会復帰と住居問題をグループホームの展開から考える) -. 精神神経学雑誌, **94**, 1145-1156.

澤温(1992b). 社会復帰と住居問題-ゲリラ的共同住居の展開-. 日本精神科病院協会雑誌, **11**, 44-53.

Schneider, K. (1936). *Psychiatrische Vorlesungen fur Artzte*. Verlag : G.Thieme.
(シュナイダー, K. 西丸四方 (訳) (1977). 臨床精神病理学序説 みすず書房)

精神保健福祉対策本部 (2003). 精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向 2003年5月15日 <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/09/dl/s0926-6d2.pdf>> (2008年5月24日)

下野正健・藤川尚宏・吉益光一・小原喜美夫・浜田博文・加藤泰裕・平城カトミ・清原千香子・末次基洋 (2004). 精神科病院長期在院者の退院に関連する要因の検討. 精神医学, **46**, 403-414.

新福尚隆(2003). 世界の中で日本の精神医療・精神医学を考える こころの科学, **109**, 10-15.

社会保障審議会障害者部会精神障害分会 (2002). 今後の精神保健医療福祉施策について 2002年12月19日 <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/12/s1219-7b.html>> (2008年5月24日)

障害者対策推進本部 (1996 (平成8)年に障害者施策推進本部に改称) (1995). 障害者プランの概要～ノーマライゼーション7か年戦略～<
<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/plan.html>> (2008年5月24日)

- Smith TE, Hull JW, Mackain SJ, et al (1996) Training Hospitalized Patients With Schizophrenia in Community Reintegration Skills. *Psychiatric Services*, **47**, 1099-1103.
- 総務省行政監察局 (1995). 精神保健対策に関する総務省勧告.
- Stein,L.,& Test,M.(1980) . Alternative to mental hospital treatment : I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, **37**, 392-397.
- Surles,R.,& McGurrin,M. (1987). Increased use of psychiatric emergency services by young chronic mentally ill patients. *Hospital and Community Psychiatry*,**38**,401-405.
- 高橋佳代・稲井友理子・村上雅昭・山下千代・松本弘子・松本中・前田基成・茅野分・三浦勇太・水野雅文 (2004). Optimal Treatment Project(OTP)を用いた包括的地域精神科ケア みなとネット 21 の地域生活支援の実際. 病院・地域精神医学, **47**, 229-231.
- 武正建一 (1999). 医学史にみる精神分裂病 松下正明 (総編集) 浅井昌弘・牛島定信・倉知正佳・小山司・中根允文・三好功峰 (編) 臨床精神医学講座 2 精神分裂病 I 中山書店 pp.19-34.
- 谷野亮爾・谷野芙美子・門田晋・岡田(1990). 「当院における地域精神医療活動」と二,三の眩き. 日本精神病院協会雑誌, **9**, 127-131.
- Test,M., & Stein, L.(1980). Alternative to mental hospital treatment: III. Social cost. . *Archives of General Psychiatry*, **37**, 409-412.
- Thornicroft,G.,& Bebbington,P.(1989). Deinstitutionalisation-from Hospital Closure to Service Development. *British Journal of Psychiatry*,**155**,739-753.
- Trieman,N.,& Leff,J.(1996). Difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme: the TAPs project 24. *Psychological Medicine*, **26**, 765-774.
- 土川洋子(2000). 精神科病棟における行動評価尺度 Rehab の退院促進群抽出の意義. 病院・地域精神医学, **43**, 95-101.
- 植田清一郎・五十嵐良雄 (1997). 精神科医療におけるリハビリテーションとは 精神科病院の入院機能 リハビリテーション機能について. 日本精神病院協会雑誌, **16**, 16-20.
- 浮田徹嗣・熊倉伸宏・熊谷彰人・古屋浩美(1988). 長期在院者の退院条件に関する研究 一市立精神病院の在院者の分析から. 社会精神医学, **11**, 87-92.
- Wallace,C.,& Liberman,R.(1985). Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatry Research*,**15**, 239-247.
- Watts, F., & Lavender, A.(1987). Rehabilitation: investigation and treatment. In S. Lindsey & G. Pwell (eds) *A Handbook of Clinical Adult Psychology*. Aldershot: Gower.
- Weiden, P. J. & Olsson, M. (1995). Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* **21**, 419-29.

- Weller,B., Weller,M.,& Coter,R.,et al(1987). Crisis at Christmas 1986. *Lancet*,**I**,553-554.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization. (融道男・小見山実・大久保善朗・中根允文・岡崎祐士 (監訳) (2005) ICD - 10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン 医学書院)
- World Health Organization (2005) . *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: World Health Organization.
- Wykes, T. & Sturt, E. (1986). The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *The British journal of psychiatry*, **148**, 1-11.
- Xiang, Y., Weng, Y., Li, W., Gao, L., Chen, G., Xie L., Chang, Y., Tang, W. K. & Ungvari, G. S.(2006). Training patients with schizophrenia with the community re-entry module. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **41**, 464-469.
- 米田正代 (2002). 大阪府における社会的入院解消研究事業 2 年間の成果と今後の展望. *病院・地域精神医学*, **45**, 423-428.