

平成20年度障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト報告書

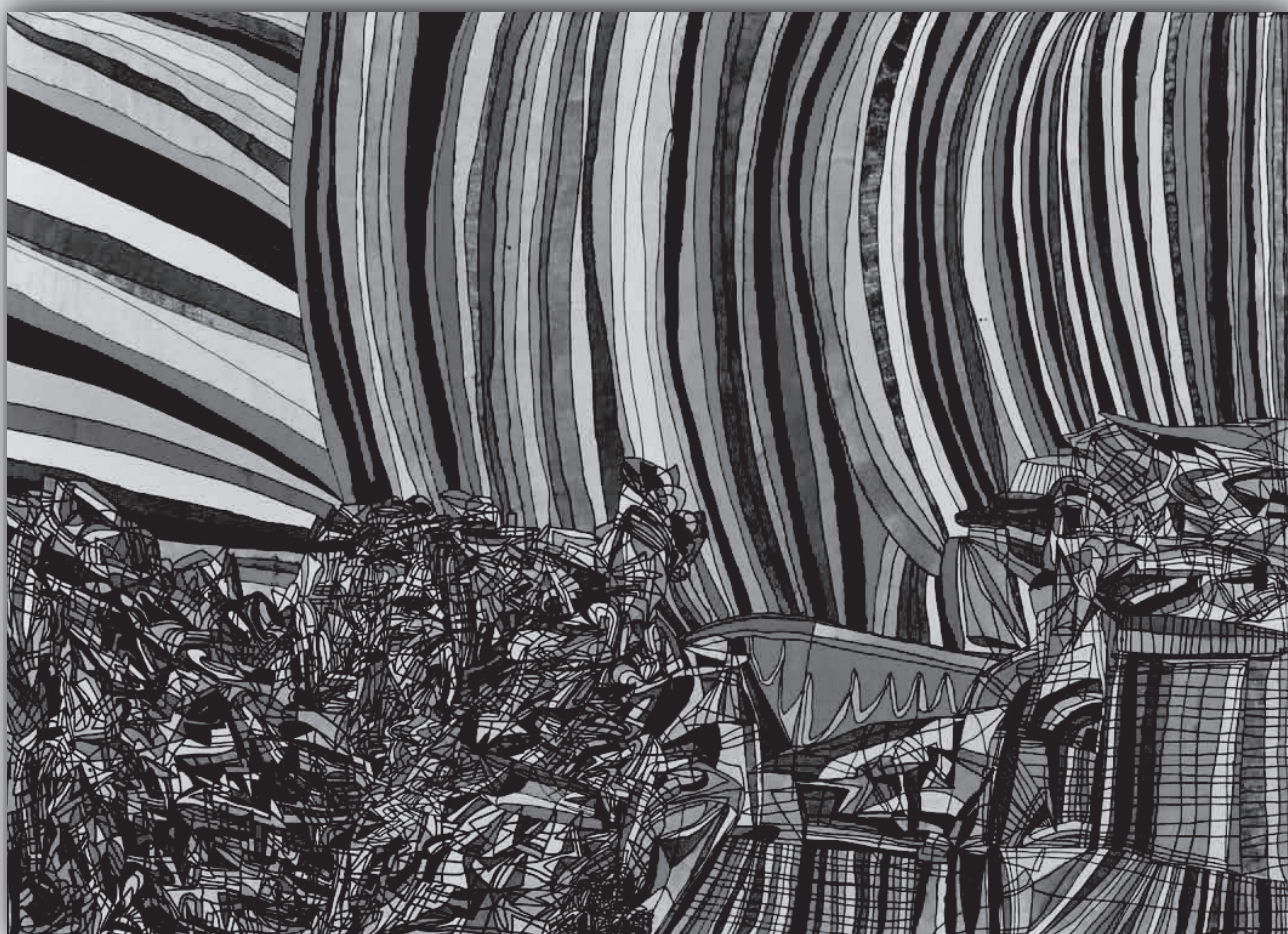
精神科医療の地域移行に関する 効果的介入方法の検討



主任研究員 末安 民生
社団法人日本精神科看護技術協会

平成20年度障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト報告書

精神科医療の地域移行に関する 効果的介入方法の検討



主任研究員 末安 民生
社団法人日本精神科看護技術協会

はじめに

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」は、平成16年の改革ビジョンで示された10年プランの進捗状況の確認と課題の整理、それを踏まえての対策の検討を行うことを目的に、平成20年4月から始められた。その検討はまだ途上であり、社会的入院の解消と精神病床数の適正化という2つの大きな目標は未だ達成されていない。その理由として、長期入院患者の病状や障害の多様さ、地域の社会資源の未整備や利用しにくさが今なお指摘されている。

日本精神科看護技術協会は、2008年度に全国の精神科病院で関心をもって取り組まれ始めた地域移行支援に関する調査とモデル事業を行った。これは、入院が長期間に至った患者の潜在化したニーズを明らかにし、病状と生活障害等を総合的にアセスメントし、退院に向けた準備を患者に伴走する形で行う看護師による地域移行支援モデルの提案であった。

これを受けて2009年度は、入院が長期化する要因と精神科デイケア等の機能に着目し、調査研究を行うことにした。この研究は、これからの地域精神科医療をより質の高いサービスとして行うことを目指したものである。

精神科救急病棟や精神科急性期治療病棟の新設によって、精神科においても急性期医療が加速し、在院日数の短縮が図られている。在院日数に制限のあるそれらの病棟では、入院直後より早期退院に向けた働きかけが開始される。しかし、全ての入院患者が3か月以内に治療を終えることができるわけではない。3か月を過ぎても入院の継続を余儀なくされる患者は「ニューロングステイ」患者とも呼ばれ、長期入院予備軍患者といわれている。そこで、この「ニューロングステイ」患者の実態を調査し、長期入院に移行しないための対策を研究することは、精神科医療の充実に欠かせないと判断した。

また、急性期治療を終えて早期に退院した患者については、地域生活が安定するまでの間、訪問看護や精神科デイケアといったより積極的、継続的な医療的介入を行うことのできるサービスが必要であると考えられている。しかし、全国にある精神科デイケアはさまざまな利用者を受け入れており、その目的や機能は多様な現状がある。そこで、全国の精神科デイケアの実態を調査し、急性期治療を終了した患者に対して治療的な介入を意識的に行うリハビリテーション効果の高いデイケアの活用方法についての研究を行った。

今後ますます精神科医療は急性期入院医療が重視され、短期間、集中的な治療提供が強化されていくことになる。これを効果的に行うためには、退院を阻害する要因を分析し、早期に対応し、早期に退院した患者については地域での療養生活をより効果的にする必要はある。このような現状を踏まえて、地域ケアを支える看護師の活動が促進されるような本研究事業の活用が期待される。

平成21年3月31日

主任研究者 末安 民生

社団法人日本精神科看護技術協会

精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検証 委員一覧

主任研究員

末安 民生 慶應義塾大学看護医療学部

ニューロングステイ患者の実態把握と退院に向けた効果的ケアの開発

○天賀谷 隆 東海大学健康科学部看護学科

佐藤 さやか 国立精神神経センター精神保健研究所社会復帰相談部

渡辺 純一 財団法人井之頭病院

堀越 涼子 東海大学健康科学部看護学科

精神科デイケアの効果的活用と地域連携パスの開発

○吉浜 文洋 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科

立森 久照 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部システム開発研究室

西岡 由江 医療法人近森会メンタルクリニックちかもり

東本 裕美 千葉大学看護学部

松本 佳子 医療法人川越同仁会病院

渡邊 真里子 医療法人恵愛会福間病院

事務局

仲野 栄 社団法人日本精神科看護技術協会

早川 幸男 社団法人日本精神科看護技術協会

柿島 有子 社団法人日本精神科看護技術協会

目次

第1章 事業概要

1 事業概要	2
---------------------	---

第2章 ニューロングステイ患者の実態把握と 退院に向けた効果的ケアの開発

1 精神科救急病棟および精神科急性期治療病棟に入院した患者の追跡調査 ..	6
I. 調査の目的と方法	6
II. 調査結果の概要	9
III. 精神科病棟における入院期間短縮化の要因の分析	32
2 精神科救急病棟または精神科急性期治療病棟における退院困難に関する 入院時のチェック体制についてのヒアリングとスクリーニングシートの開発 ..	40
I. ヒアリング調査とスクリーニングシートの開発	40
II. スクリーニングシートの開発と活用	42

第3章 精神科デイケアの効果的活用と 地域連携パスの開発

1 精神科デイケアの利用に関する実態調査	50
I. 調査結果のまとめと考察	50
2 精神科デイケアの効果的活用と地域連携パス	65
I. 精神科デイケアの歴史	65
II. 日本の精神科デイケアの成果と課題	65
III. 本調査の趣旨～3つのデイケアのあり方に照らし合わせて～	65
IV. 調査の結果と分析～精神科デイ・ケアの効果的活用を検討する～	67
V. 精神科デイケアの効果的活用についての考察	71
VI. 統合失調症の地域連携パスの作成	72
VII. おわりに	80
3 地域連携パス効果的活用事例	81

資料編

資料1	ニューロングステイ患者の実態把握と退院に向けた効果的ケアの開発	86
Ⅰ.	調査票	86
Ⅱ.	調査協力者用マニュアル	101
Ⅲ.	調査結果	106
Ⅳ.	インタビューガイド	156
資料2	精神科デイケアの効果的活用と地域連携パスの開発	157
Ⅰ.	調査票	157
Ⅱ.	調査結果	168

●執筆者一覧

末安 民生	第1章、第3章	1-I
渡辺 純一	第2章	1-I、II
佐藤 さやか	第2章	1-III
天賀谷 隆	第2章	2-I、II
堀越 涼子	第2章	2-I、II
吉浜 文洋	第3章	1-I
渡邊 真里子	第3章	2-I、II、III、IV
西岡 由江	第3章	3

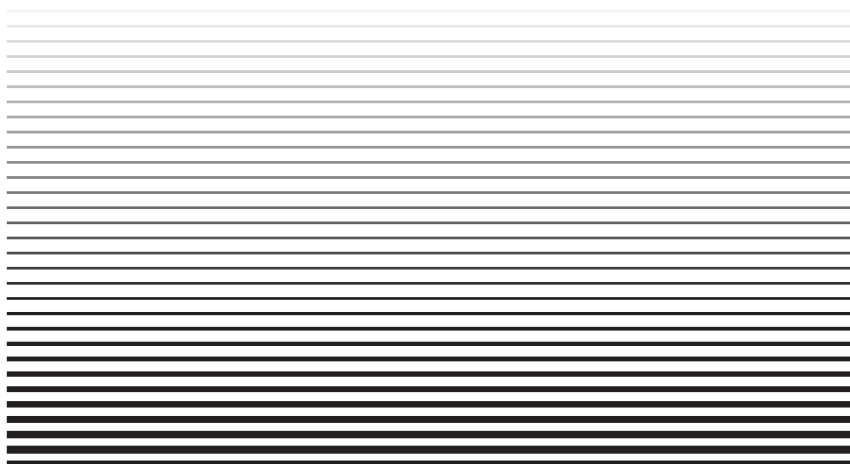
「障がい者」の表記について

「害」の字については、大辞林によると「ものごとのさまたげとなるような悪いこと」「悪い結果や影響を及ぼす物事」と説明されており、「障害者」は「悪いひと」というイメージを連想させる。日本精神科看護技術協会（日精看）では会員からの意見をもとにして、平成16年度第2回理事会（平成16年6月26日）にてこの問題の検討を行った。しかし、現在は「害」に代わる用語も見当たらないことから、適切な表現が提唱されるまでは、以下のように表記することとした。

- ①「障害」という言葉を「ひと」に関連して使用する場合は「障がい」と表記する（例「障害者」→「障がい者」／「障害当事者」→「障がい当事者」など）。
- ②法律・行政用語、固有名詞、引用文はそのまま表記する（例：「障害者自立支援法」など）。

第1章

事業概要



1

事業概要

平成16年9月に策定された精神保健医療福祉の改革ビジョンで示された10年プランは、折り返し地点を迎えた。その間に、障害者自立支援法（以下、自立支援法）が施行され、それに合わせて精神保健福祉法も改正された。「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進と社会的入院の解消に向けて、精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化という目標は、この5年間でどこまでの達成がなされたのか評価が行われている段階である。三障害の施策を一元化し、継続可能な福祉制度の構築を目指した自立支援法は、成立前から当事者を中心に不安や反対の声が多く聞かれ、施行後数年が経過して見直しのための改正案がつけられた。平成20年4月には、社会保障審議会障害者部会と今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（以下、あり方検討会）が開催された。社会保障審議会障害者部会では、自立支援法施行後の障がい者福祉の現状や課題の整理を行い、自立支援法の見直しに向けた提言をまとめるための検討が重ねられた。自立支援法の議論については、応益負担に関する意見が多く出され、障がい者福祉の根幹にかかわる重要な議論が行われた。また、新体系のサービス事業所への移行が進んでいない実態が明らかになり、福祉サービスを利用する側も提供する側も厳しい状況に置かれていることへの指摘もなされた。

一方、あり方検討会では改革ビジョンで示された10年プランの進捗状況の確認と課題の整理、それを踏まえての対策の検討が行われた。その中で、精神保健医療福祉（主に地域生活への移行及び地域生活の支援に関するもの）の現状と評価が明らかにされた。特に、精神病床に入院する患者については、近年、アルツハイマー病等の認知症患者の増加が目立つ等、入院患者の疾病構造の多様化による変化が指摘されるとともに、統合失調症による入院患者の高齢化が進み、退院先の確保の困難性の高まりや身体合併症の併発による退院阻害要因の増加等、国の目標である社会的入院の解消がさらに難しくなる状況が発生していることが指摘された。それに加えて、精神障害者社会復帰施設の新体系への移行もまだ十分とはいえ、医療サービスについても精神病床からの地域移行を促進するために精神科デイケアや訪問看護の充実、安心して地域生活を送るための精神科救急体制の整備に関する課題があげられた。

このような状況を受けて、障がい者の自立支援の充実に結びつく調査研究や先駆的取り組みを対象に助成を行う障害者自立支援調査研究プロジェクトが平成20年度も実施され、①新体系ビジネスモデル研究事業、②新体系サービスの質の向上を目指した研究開発事業、③相談支援の機能強化を図るための調査研究事業、④自立支援協議会運営活性化推進事業、⑤障がい者の地域支援を効果的に行うための調査研究事業、⑦精神障がい者の円滑な地域移行のための地域体制整備に関する調査研究事業、⑧精神科医療の機能強化に関する調査研究事業、⑨地域生活支援事業等の効果的な実施方法の推進及び今後のサービスのあり方に関する調査研究事業、⑩利用人員が10人に満たない小規模作業所の新体系への移行に向けた体制整備を図るための調査研究事業、⑪福祉用具（支援機器）の開発及び機器の使用による支援のあり方に関する調査研究事業、⑫情報コミュニケーション支援のあり方に関する調査研究事業、⑬障がい者の芸術文化活動の普及と作品の評価向上に関する調査研究事業、⑭災害等緊急時の障がい者支援の充実、強化に関する調査研究事業といったテーマを指定して募集が行われた。

昨年度、当協会は「多職種共同チームによる精神障がい者の地域包括ケアマネジメントモデル事業」を行い、看護師が入院中の患者に対して退院への意欲を自ら高め、地域移行への準備を整え、退院直後の不安定な時期にもかかわらず支えるというモデル事業と、全国の精神病床を対象とした地域移行の取り組みの実態調査を行った。それによって、様々な病院の特性を活かした地域移行支援モデルを開発した。

今年度は、指定テーマ⑧「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業」に応募した。このテーマは、精神科救急医療施設の機能の充実に関する事業、精神科デイケア等の効果的な実施のために症状や疾患による機能分化、往診診療や訪問看護の普及や症状等に応じた診療やケア内容の明確化等の在宅医療の充実に関する事業、精神疾患の早期診断、治療の先進的な普及啓発に関する提言に資する事業等を行うこととされていた。そこで、3か月を超えても入院を継続しているニューロングステイと呼ばれる患者に関する実態調査と、精神科デイケア等の実態と効果的活用のための調査研究事業として、「精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検討」を行うこととした。

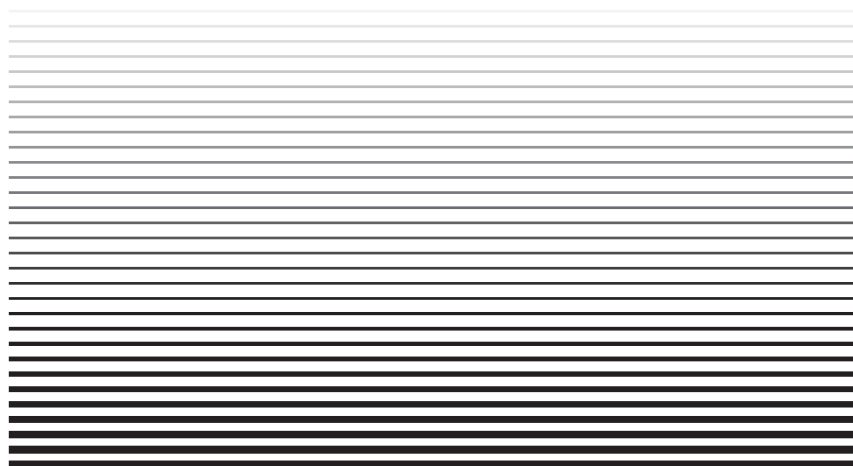
事業概要等は、以下の通りである。

表1 事業実施計画書

事業名	精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検討
事業概要	<p>現在、精神科においても機能分化が進み、急性期治療の環境が整備されつつあり、在院日数の短縮等の効果が全国的に見られている。しかし、依然として3か月を超えて入院継続する患者が残存し、それが長期入院に移行していると推測される。新たな入院患者が長期化しないための方策が必要である。そこで、これらの患者の実態を調査して退院を困難にしている要因を明らかにし、早期に地域移行するための効果的介入方法を開発する。</p> <p>また、退院調整を行う際に退院後の生活を支えるものとして、どのようなサービスが利用されているのか、特に精神科デイケアの利用目的や機能等についても調査する。</p> <p>それらの結果を基に、平成19年度に開発した退院支援モデルを活用して長期入院を回避し早期の地域移行を促進する連携パスを開発する。</p>
事業内容	<p>1) ニューロングステイ患者の実態把握と退院に向けた効果的ケアの開発</p> <p>(1) 実態調査</p> <p>精神科救急病棟または精神科急性期治療病棟を有する病院22か所の協力を得て、当該病棟に入院した全患者のうち3か月以内に退院した患者と、他病棟に転棟して1年程度入院を継続している患者を比較して、退院を困難にしている要因を抽出して分析する。</p> <p>(2) 効果的介入方法の開発</p> <p>長期入院患者の退院支援に実績のある病院にヒアリング調査を実施し、支援内容を分析する。それに併せて、平成19年度事業「精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方の検討」で開発した3つの退院支援スタイルを活用して、退院困難要因別に効果的な介入を開発する。</p> <p>2) 精神科デイケアの効果的活用と地域連携パスの開発</p> <p>(1) 実態調査</p> <p>全国の精神科急性期病棟を有する病院に併設されたデイケア50か所に、ある一定期間に入所した利用者全員を対象に①該当する患者の入院期間、病状等の背景と、デイケア利用の実態を調査する。また、調査対象のデイケアに対しては、規模や通所している利用者の内訳、実施しているプログラムなどに関連して効果的な看護師の調整力が発揮されているかどうかを把握する、等</p> <p>(2) 上記調査結果とヒアリング調査結果（5か所）を踏まえて、初回入院で入院期間が1年以上の患者を対象とした入院の長期化を回避し早期の地域移行を促進する連携パスの開発を行う。</p> <p>* 事業の報告と併せ、長期入院患者が抱える退院困難要因別の効果的介入方法と、長期入院を回避するための地域連携パスの普及セミナーを2か所で開催する。</p>
事業の効果及び活用方法	<p>○入院が長期化する要因を明確化し、新たな長期入院患者の発生を抑制する。</p> <p>○地域移行支援の現状とそこでの資源の機能を明確化することにより、効果的なサービスの活用を促進する。</p>

第2章

ニューロングステイ患者の 実態把握と退院に向けた 効果的ケアの開発



1

精神科救急病棟および精神科急性期治療病棟に入院した患者の追跡調査

I. 調査の目的と方法

1. 調査の経緯と目的

1) 調査の経緯

現在、精神科においても機能分化が進み、急性期治療の環境が整備されつつあり、在院日数の短縮等の効果が全国的に見られている。しかし、依然として3か月を超えて入院継続する患者が残存し、それが長期入院に移行していることが推測され、新たな入院患者が長期化しないための方策が必要であると考えられる。そこで、これらの患者の実態を調査し、退院を困難にしている要因を明らかにして、それを基に早期に地域移行するための効果的介入方法を開発する必要がある。

2) 調査の目的

3か月を超えて入院継続する患者の実態を調査し、退院を困難にしている要因を明らかにして、早期に地域移行するための効果的介入方法を開発する。

2. 調査方法

1) 対象施設

調査対象は、全国の精神科救急病棟または精神科急性期治療病棟のうち、調査に協力の得られた民間病院の閉鎖病棟とする。

2) 対象者

平成20年9月16日から平成20年10月15日までの1か月間に、上記の施設に入院した全患者のうち1週間以上入院を継続している患者を対象とした。なお、医療観察法により入院した患者はこの対象には含まれない。

3) 調査期間

上記の患者が退院するまで最長で3か月間（平成21年1月15日まで）追跡調査する。

4) 調査協力者

研究への参加に同意が得られた施設について、看護部門1～2名に調査協力者を依頼した。調査協力者は患者の受持ち看護師および主治医と連携して所定の調査票の管理をする。

5) 調査方法

それぞれの調査票に応じた記入者が調査対象患者の入院後の各時点に調査票へ記入し、それをとりまとめて事務局へ郵送する。調査票への記入は調査協力者が代行しても差し支えないものとした。

3. 倫理的配慮

入院時に、任意入院の場合は患者本人、医療保護入院および措置入院の場合は家族への説明を調査協力者または受持ち看護師が行い、書面で同意を得た。

調査票に記入した内容から病院名や個人名が特定されないようにするため、調査票には病院名や患者氏名を記入しないこととした。

4. 用語の定義

ニューロングステイ患者：3か月を超えて入院継続する患者

5. 調査項目

1) 入院時

【カルテ調査および本人または家族からのインタビューによる情報収集】

・属性：年齢、性別、入院形態（任意入院か、非任意入院か）、入院回数（初回か、再入院か）、入院理由（服薬中断による悪化、服薬中断以外の理由による悪化、休息入院、その他）

※非任意入院＝措置入院もしくは医療保護入院

・環境評価：同居家族の有無、退院後の住居の有無、入院前の医療福祉サービス利用の有無、退院後の医療福祉サービス利用環境の有無、退院後の経済的基盤の有無

・治療の状況：入院時の隔離、拘束、服薬指導、心理教育、退院前訪問の有無

【看護師評価】

- ・日精協版精神症状評価および能力障害評価（山角、2003）
- ・退院困難度尺度（佐藤他、2007）

【医師評価】

- ・ICD-10による診断名
 - ・日精協版精神症状評価および能力障害評価（山角、2003）
- 2) 入院1週間後、1か月後、2か月後、3か月後

【カルテ調査等による情報収集】

- ・病名変更の有無、転送の有無、治療の状況（調査内容は入院時と同じ）

【看護師評価】

- ・日精協版精神症状評価および能力障害評価（山角、2003）
- ・退院困難度尺度（佐藤他、2007）

3) 退院時

【カルテ調査等による情報収集】

- ・病名変更の有無、退院先（自宅で家族同居、自宅で単身生活、施設、転院、その他）、退院後の予定（日中の活動、医療・福祉サービスの利用）

6. 調査票の記入手順

1) 管理者用調査票

調査開始時に、調査対象病棟の看護管理者または調査協力者が記入する。

2) 担当医用調査票

入院時に主治医に記入を依頼する。この調査票は入院時のみの記入になる。

3) 受持ち看護師用調査票

入院時、入院1か月目、2か月目、3か月目、退院時に調査票の記入を行う。記入は受持ち看護師または調査協力者により行うが、入院時から退院時までの記入者は同一であることが望ましい。調査票には患者の個人名は記入しないこととした。

7. 調査協力者の役割

調査協力者は調査協力用マニュアルに基づき、以下の手順で調査を行った。

1) 調査の進行状況の管理

- ①「対象者リスト」を用いて、当該病棟に入院した患者のリストを作成する。調査票の管理は患者コードで行う。
- ②調査協力者は入院時に任意入院の場合は患者本人に、医療保護入院および措置入院の場合は家族に説明を行い、書面で同意を得る。説明は、受持ち看護師に依頼しても差し支えないことにした。同意を得た後に「参加者または代諾者」の欄に患者本人または家族の氏名を、「研究者」の欄は説明をした人の氏名を記入する。同意書は、原本を（社）日本精神科看護技術協会事務局に送付し、コピーを参加者または代諾者へ渡す。
- ③入院時、入院1か月目、2か月目、3か月目、退院時の各時期に調査票の記入を行い、回収する（図1）。調査票の記入は受持ち看護師に依頼してもよいが、入院時から退院時までの記入者は同一であることが望ましい。
- ④平成21年1月15日までに退院しなかった対象者の調査票と対象者リストは、平成21年1月20日までに事務局へ郵送する。

2) 注意事項

①調査の中止について

対象者から調査への協力を中止したいという希望があった場合は速やかに事務局に連絡し、調査を中止する。

②対象者が他の病棟へ転棟した場合

他の病棟へ転棟した場合も引き続き調査を継続し、入院1か月目、2か月目、3か月目、退院時に調査票の記入を行う。他の病院へ転院した場合は、退院として退院時の調査票を記入し、調査終了とする。

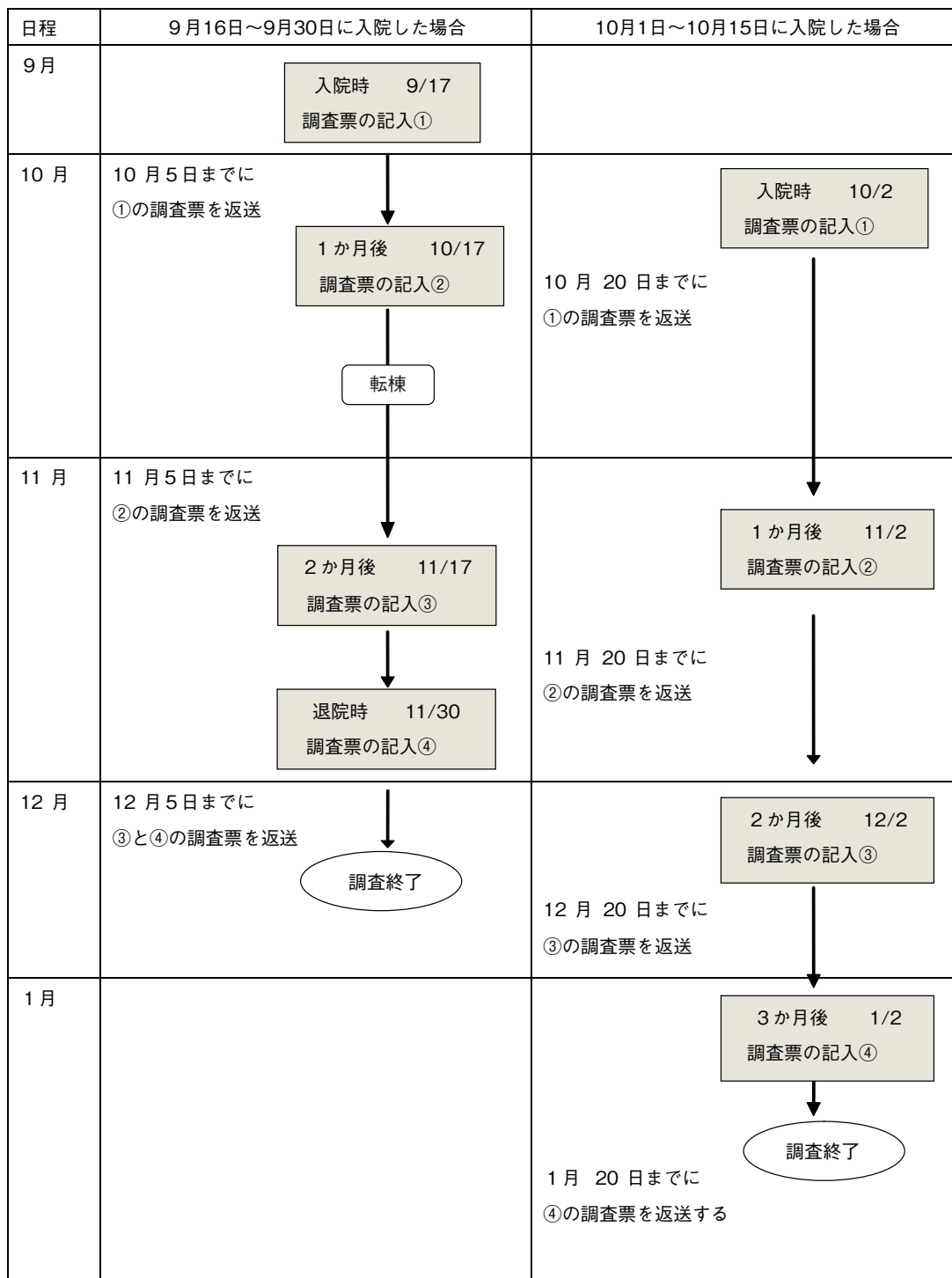


図1 調査の流れの例

II. 調査結果の概要

1. 調査対象施設の概要

今回の調査対象施設は22病棟であった(表1)。そのうち、精神科病院が20施設で、精神科を主とする病院と一般病院がそれぞれ1施設であった。病床数は300床未満が最も多く8施設であった。入院患者数は30～50人未満が9施設であった。直近1か月の新規入院患者数は、20～50人が14施設と最も多かった。平均在院日数は200～300日未満が9施設であった。

表1 調査対象施設の概要

■病院種別

施設数	精神科病院	精神科を主とする病院	一般病院
22	20	1	1

■病院全体の病床数

施設数	300床未満	300～500床未満	500床以上
22	8	7	7

■病院全体の精神科病床数

施設数	300床未満	300～500床未満	500床以上
22	8	8	6

■入院患者数

施設数	30人未満	30～50人未満	50人以上
22	5	9	8

■診療報酬上の新規入院患者(直近1か月)

施設数	20人未満	20～50人未満	50人以上
22	4	14	4

■退院患者数

施設数	30人未満	30～50人未満	50～100人未満	100人以上
22	3	11	7	1

■外来患者数

施設数	2000人未満	2000～3000人未満	3000～5000人未満	5000人以上
22	8	3	9	2

■平均在院日数

施設数	200日未満	200～300日未満	300～500日未満	500日以上
22	6	9	6	1

2. 調査対象病棟の概要

今回の調査対象となる病棟は全部で26病棟であった(表2)。病棟種別としては、精神科急性期治療病棟が17病棟で、精神科救急病棟が9病棟であった。病床数は50床以上が16病棟と6割を超えていた。

表2 調査対象病棟の概要

■病棟種別

病棟数	精神科救急	精神科急性期治療
26	9	17

■病棟の病床数

病棟数	30床未満	30～50床未満	50床以上
26	1	9	16

■平均在院日数

病棟数	50日未満	50～70日未満	70日以上
26	8	10	8

■病床利用率

病棟数	90%未満	90～95%未満	95%以上
26	12	9	5

■病棟の入院患者数

病棟数	20人未満	20～30人未満	30人以上
26	7	12	7

■病棟の診療報酬上の新規入院患者

病棟数	20人未満	20～30人未満	30人以上
26	10	13	3

■退院患者数

病棟数	20人未満	20～30人未満	30人以上
26	14	8	4

■看護職以外の職種配置状況

	専任で配置	兼任で配置	配置していない
薬剤師	0	7	19
精神保健福祉士	18	8	0
作業療法士	4	13	9
その他	7	2	17

■クリティカルパスの使用状況

病棟数	使用している	使用していない
26	8	18

■多職種を含めたカンファレンスの開催頻度

週5回以上	週3～4回程度	週1～2回程度	月2～3回程度	月1回以下
7	8	7	2	2

■退院困難患者をチェックするリストや体制の有無

病棟数	ある	なし
26	10	16

3. 調査対象者の概要

本調査で得られた調査対象者は561名であった。そのうち384名から同意が得られ、以下に述べる結果については集計可能な調査対象者についてまとめた。

合計	1か月時点で退院した患者群	2か月時点で退院した患者群	3か月時点及びそれ以降に退院した患者群	調査期間中に退院できなかった患者群
382	197	82	20	83

4. 精神科救急病棟における入院患者の状況

1) 入院時の患者の状況

(1) 性別

患者の性別をみると、男性が50.8%、女性が48.6%と、男女の割合はほぼ半々であった。

(2) 年齢

入院時における患者の年齢

(%)

	20歳未満	20歳～30歳未満	30歳～40歳未満	40歳～50歳未満	50歳～60歳未満	60歳～70歳未満	70歳～80歳未満	80歳以上	無回答	平均(歳)
総数(382)	2.4	13.0	23.4	18.2	16.3	12.8	8.2	4.1	1.6	47.2
1か月時点退院患者群(197)	1.6	13.7	27.4	20.0	15.3	10.0	6.3	4.2	1.6	45.5
2か月時点退院患者群(82)	2.6	15.6	24.7	11.7	20.8	10.4	7.8	5.2	1.3	47.4
3か月時点以降退院患者群(20)	15.0	25.0	5.0	20.0	10.0	10.0	15.0	0.0	0.0	41.8
非退院患者群(83)	1.2	6.2	17.3	19.8	16.0	22.2	11.1	3.7	2.5	52.5

平均年齢は47.2歳であり、カテゴリー別では、「30～40歳未満」の割合が23.4%で最も高く、「40～50歳未満」が18.2%で続いている。これを入院期間別にみると、「1か月時点退院患者群」の平均年齢が45.5歳、「2か月時点退院患者群」の平均年齢が47.4歳、「3か月時点以降退院患者群」の平均年齢が41.8歳、「非退院患者群」の平均年齢が52.5歳であった。3か月以内に退院できた患者と退院できなかった患者の年齢差は5歳以上となっていた。

(3) 診断名

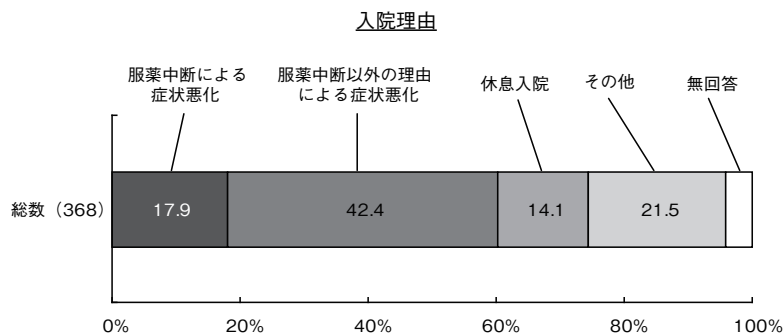
医師による診断名の状況等

(%) (複数回答)

		統合失調症 統合失調症型障害 妄想性障害	気分[感情]障害	その他
総数(382)		48.4	23.3	30.6
年齢別	30歳未満(57)	63.2	10.5	26.3
	30～40歳未満(86)	47.7	26.7	30.2
	40～50歳未満(67)	58.2	17.9	25.4
	50～60歳未満(60)	53.3	30.0	20.0
	60～70歳未満(47)	34.0	31.9	38.3
	70歳以上(45)	33.3	22.2	44.4
入院理由別	服薬中断(66)	75.8	15.2	9.1
	服薬中断以外(156)	46.8	25.6	30.8
	休息入院(52)	40.4	42.3	21.2
	その他(79)	31.6	13.9	57.0
退院時期	1か月時点退院患者群(197)	39.6	22.8	40.1
	2か月時点退院患者群(82)	53.7	28.0	19.5
	3か月時点以降退院患者群(20)	65.0	15.0	25.0
	非退院患者群(83)	60.2	21.7	20.5

医師による診断名をみると、「統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害」の割合が48.4%で最も高かった。これを年齢別にみると、「統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害」の割合は、比較的低年齢の層で高い。入院理由別にみると、「服薬中断による症状の悪化」では「統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害」の割合が圧倒的に高く、「気分[感情]障害」の割合は「休息入院」で高かった。また、退院までの期間別にみると、入院期間が長いほど「統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害」の割合が高くなる傾向がみられた。

(4) 入院理由



全体的な入院理由をみると、「服薬中断以外の理由による症状悪化」の割合が42.4%で最も高かった。

(5) 初めての入院日からの期間

(%)

	半年未満	半年～1年未満	1～3年未満	3～5年未満	5～10年未満	10年以上	無回答
総数 (382)	32.9	3.8	9.2	6.0	14.1	23.9	10.1
1か月時点退院患者群 (197)	34.7	3.2	10.0	4.2	15.3	19.5	13.2
2か月時点退院患者群 (82)	29.9	5.2	5.2	7.8	14.3	29.9	7.8
3か月時点以降退院患者群 (20)	45.0	0.0	10.0	20.0	10.0	5.0	10.0
非退院患者群 (83)	28.4	4.9	11.1	4.9	12.3	33.3	4.9

精神科病院への初めての入院日からの期間をみると、「半年未満」の割合が32.9%で最も高く、「10年以上」が23.9%で続いている。これを入院期間別にみると、退院した患者群はいずれも「半年未満」の割合が最も高く、退院できなかった患者群では「10年以上」の割合が最も高かった。

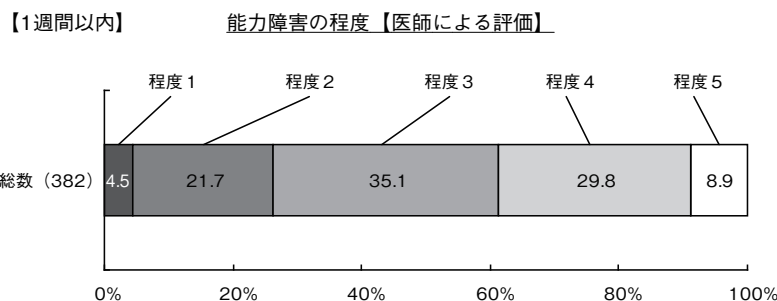
2) 患者の病状

(1) 能力障害の程度

今回の調査では、能力障害の程度を下記の表のように定めて調査を行った。

程度1	精神障害と認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
程度2	精神障害を認め、日常生活および社会生活に一定の制限を受ける。
程度3	精神障害を認め、日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
程度4	精神障害を認め、日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
程度5	精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

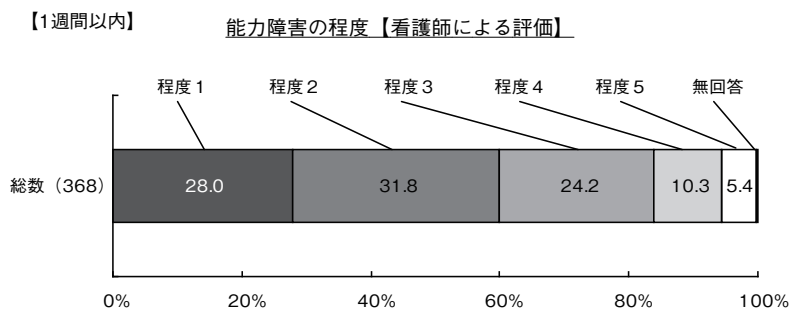
■ 医師による評価



医師の評価による能力障害の程度をみると、「程度3」の割合が35.1%で最も高く、「程度4」が29.8%で続しており、程度が高い患者の割合の方が高かった。

入院期間別にみると、程度4以上の患者の割合は、入院期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられた。

■看護師による評価



看護師の評価による能力障害の程度をみると「程度2」の割合が31.8%で最も高く、「程度1」が28.0%で続いており、程度が低い患者の割合の方が高く、医師に比べて軽い評価が付けられていた。

入院期間別にみると、入院期間が長い患者群ほど、程度が高い患者の割合が高くなる傾向がみられた。

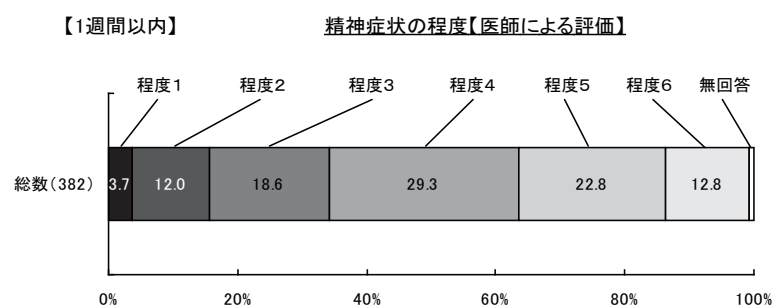
(2) 精神症状の程度

精神症状の程度

精神症状の程度を下記の表のように定めて調査を行った。

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

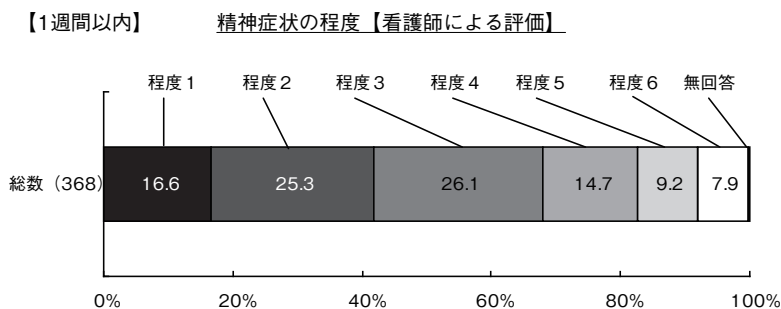
■医師による評価



医師による精神症状の程度をみると、「程度4」の割合が29.3%で最も高く、「程度5」が22.8%で続いており、程度が高い患者の割合の方が高かった。

これを入院期間別にみると、程度5以上の患者の割合は、入院期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられた。

■看護師による評価



看護師の評価による精神症状の程度をみると、「程度3」の割合が26.1%で最も高く、「程度2」が25.3%で続いており、程度が低い患者の割合の方が高く、医師に比べて軽い評価が付けられていた。

3) 環境の状況

(1) 同居家族の有無

同居家族がいる患者の割合は71.5%を占めていた。年齢別にみると、同居家族がいる患者の割合は、年齢層が高くなるほど低下する傾向がみられた。

(2) 退院後に住むところの有無

退院後に住むところがある患者の割合は93.8%を占めていた。

(3) 入院前の医療福祉サービス利用の有無

入院前に医療福祉サービスを利用していた患者の割合は31.0%で、利用していなかった患者の割合は62.0%であった。年齢別にみると、入院前に医療福祉サービスを利用していた患者の割合は、50歳代で40.0%、70歳以上では半数以上を占めており、高齢者の利用が多いことがわかった。

(4) 退院後の医療福祉サービス利用のため環境

退院後も医療福祉サービスを利用できる環境にある患者の割合は59.8%であった。

(5) 退院後の生活に必要な経済的な基盤の状況

退院後の生活に必要な経済的な基盤が整っている患者の割合は70.1%であった。整っていない患者の割合は4.6%と少なかったが、不明者が22.8%もあった。

4) 治療内容の状況

(1) 隔離

入院から1週間以内に隔離を行っている患者の割合は32.9%であった。その割合は“入院後1か月目”で11.6%に低下するものの、“入院後2か月目”で10.4%、“入院後3か月目”で12.0%となり、ほぼ横ばいで推移していた。

能力障害の程度別(医師による評価)にみると、隔離を行っている患者の割合は、程度1～2で1.7%、程度3で8.5%、程度4以上で19.3%と、能力障害の程度が高い患者ほど高まる傾向がみられた。精神症状の程度別(医師による評価)にみると、隔離を行っている患者の割合は、程度1～2が0%なのに対し、程度6では25.6%であり、精神症状の程度が高い患者ほど高まる傾向がみられた。

(2) 身体拘束

入院から1週間以内に身体拘束を行っている患者の割合は5.4%であった。その割合は“入院後1か月目”で1.6%に低下し、その後“入院後2か月目”で1.6%、“入院後3か月目”で3.0%であり、ほぼ横ばいで推移していた。

(3) 服薬指導

入院から1週間以内に服薬指導を行っている患者の割合は22.0%であった。その割合は“入院後1か月目”で20.7%、“入院後2か月目”で23.0%、“入院後3か月目”で20.0%であり、ほぼ横ばいで推移していた。年齢別にみると、服薬指導を行っている患者の割合は、60歳代まではいずれも20%台で大きな差がみられないものの、“70歳以上”で8.9%と低くなっていた。

能力障害の程度別(医師による評価)にみると、服薬指導を行っている患者の割合は、能力障害が程度3の患者で高かった。精神症状の程度別(医師による評価)にみると、服薬指導を行っている患者の割合は、精神症状が程度3～5の患者で高かった。

(4) 心理教育

入院から1週間以内に心理教育を行っている患者の割合は8.4%であった。その割合は“入院後1か月目”で13.5%に増え、“入院後2か月目”で13.1%、“入院後3か月目”で14.0%であり、ほぼ横ばいで推移していた。

(5) 退院前訪問

入院から1週間以内に退院前訪問を行っている患者の割合は0.8%にすぎなかった。その割合は“入院後1か月目”で4.0%に増え、以後“入院後2か月目”で4.4%、“入院後3か月目”で8.0%と増加していた。

5) 退院困難度尺度

退院困難度尺度は、以下の8因子から構成された27項目について「あてはまらない」「ややあてはまる」「あてはまらない」で評価した。

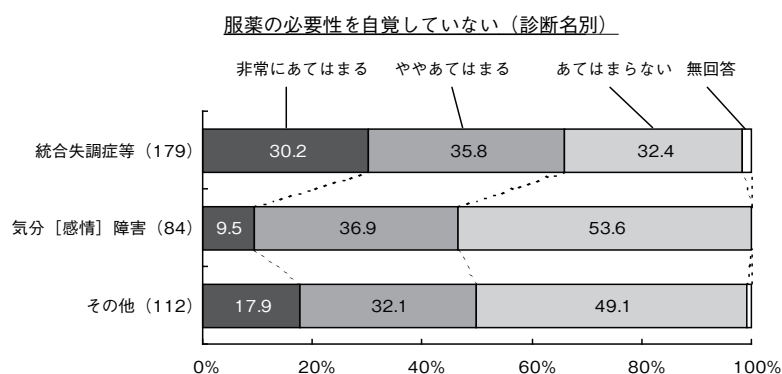
■ 病識と治療コンプライアンス	■ 自閉的行動
■ 退院への不安	■ 身体合併症
■ 問題行動	■ 自殺企図の可能性
■ ADL	■ 家族からのサポート

5) 病識と治療コンプライアンスの状況

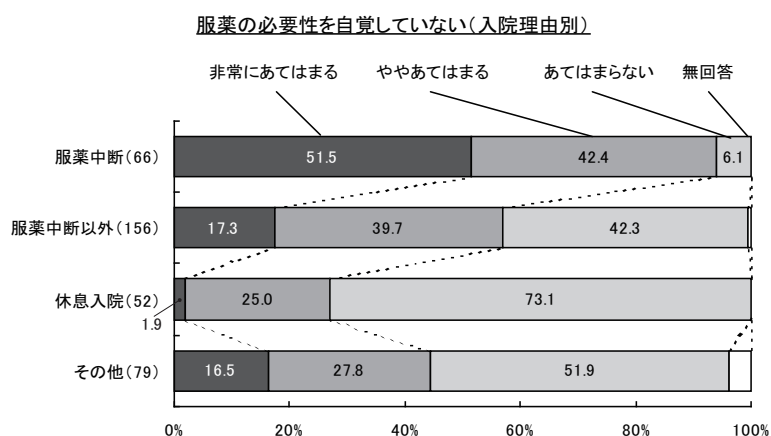
(1) 服薬の必要性を自覚していない

入院から1週間以内において、『服薬の必要性を自覚していない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が22.0%、「ややあてはまる」が34.8%であった。

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“女性”が59.3%であり、“男性”の54.0%よりも5.3ポイント高かった。



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“統合失調症等”の患者群で66.0%であり、“気分 [感情] 障害”よりも19.6ポイント高かった。



入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“服薬中断による症状の悪化”の患者群で93.9%を占め、“服薬中断以外の理由による症状の悪化”の57.0%、“休息入院”26.9%と比較し、大きく上回っていた。

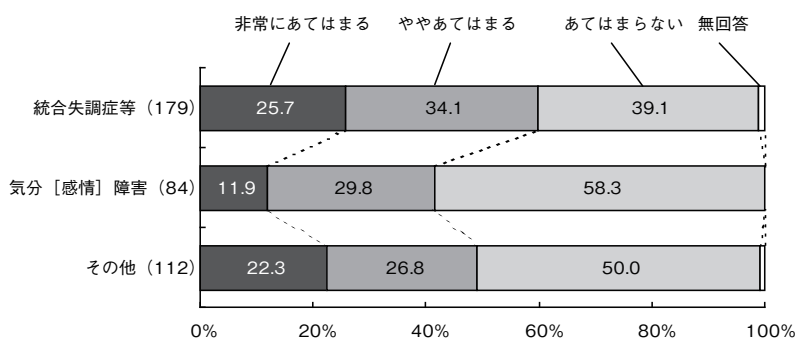
退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、1か月以前が46.9%なのに対し、非退院が70.4%となっており、入院期間が長い患者群ほど高まる傾向がみられた。

(2) 促されないと適切な服薬行動をとることができない

入院から1週間以内において、『促されないと適切な服薬行動をとることができない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が21.2%、「ややあてはまる」が30.7%であった。

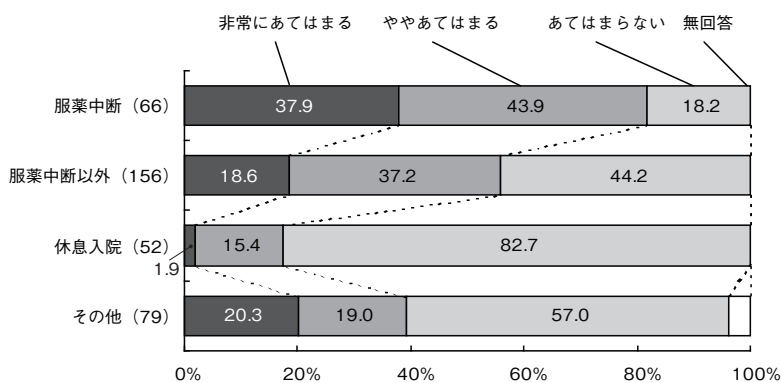
年齢別にみると、「非常にあてはまる」患者の割合は50歳未満で10～20%なのに対し、50歳以降は25～35%となっており、年齢層が高い層ほど高まる傾向がみられた。

促されないと適切な服薬行動をとることができない（診断名別）



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“統合失調症等”の患者群で59.8%であり、“気分 [感情] 障害”よりも18.1ポイント高かった。

促されないと適切な服薬行動をとることができない（入院理由別）

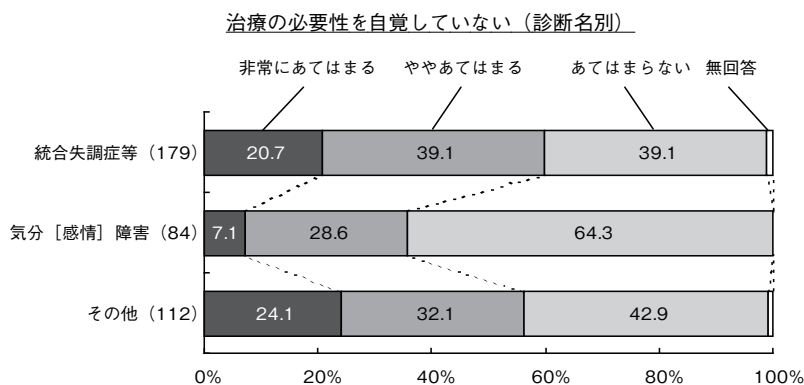


入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“服薬中断による症状の悪化”の患者群で81.8%を占め、“服薬中断以外の理由による症状の悪化”で55.8%、“休息入院”で17.3%と、その割合を大きく上回っていた。

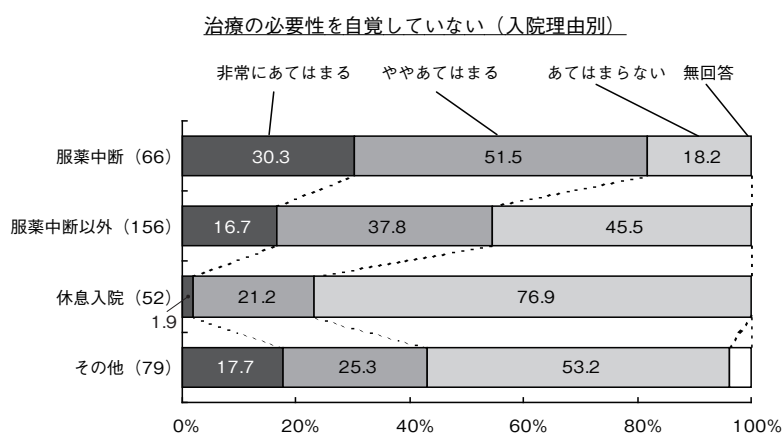
退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、1か月以前が42.6%なのに対し、2か月、3か月以降、非退院は60%を越えていた。

(3) 治療の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）

入院から1週間以内において、『治療の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）』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が18.5%、「ややあてはまる」が34.2%で、「あてはまらない」は46.5%であった。



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で59.8%であり、「気分〔感情〕障害」よりも24.1ポイント高かった。

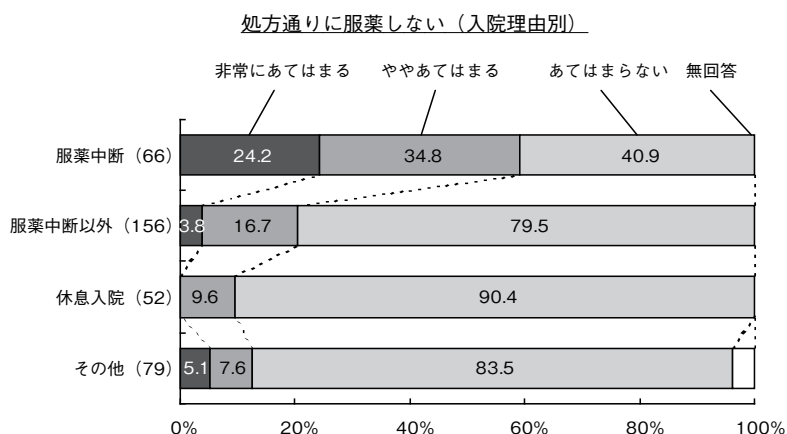


入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」の患者群で81.8%を占めており、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」で54.5%、「休息入院」で23.1%と、その割合を大きく上回っていた。

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、1か月未満が44.2%で、3か月以降・非退院が65%程度であり、入院期間が長い患者群ほど高まる傾向がみられた。

(4) 薬物の副作用のために、あるいはそれを気にするあまり、処方通りに服薬しない

入院から1週間以内において、『薬物の副作用のために、あるいはそれを気にするあまり、処方通りに服薬しない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が7.3%、「ややあてはまる」が17.4%であった。

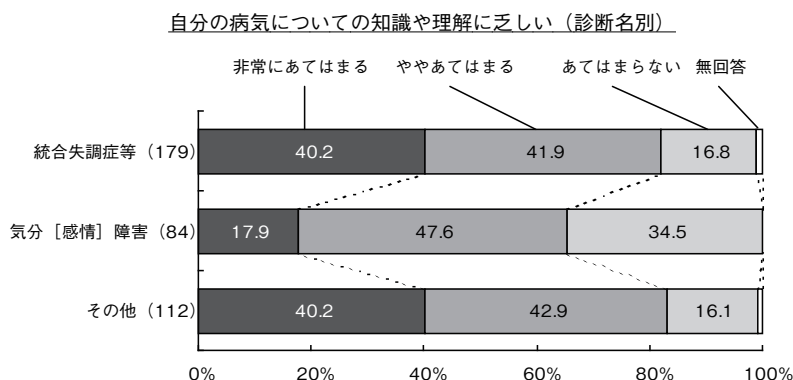


入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」の患者群で59.0%を占めており、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」「休息入院」での割合を大きく上回っていた。

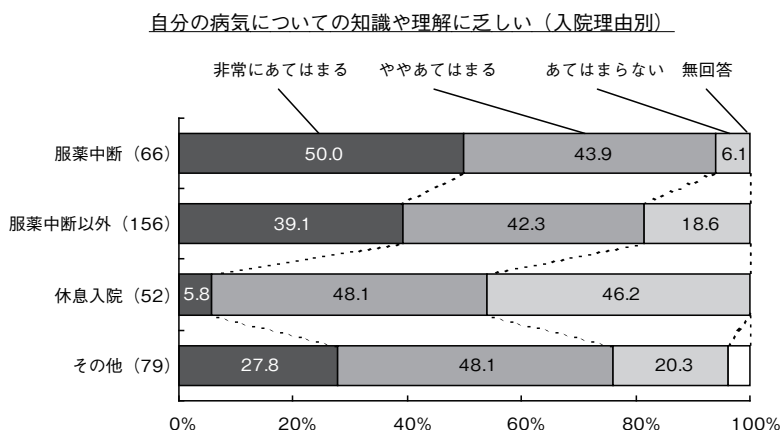
(5) 自分の病気についての知識や理解に乏しい

入院から1週間以内において、『自分の病気についての知識や理解に乏しい』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が35.1%、「ややあてはまる」が43.5%であった。

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、30歳代以降は年齢層が高い層ほど高まる傾向がみられた。



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で82.1%を占めており、「気分 [感情] 障害」での割合を16.6ポイント上回っていた。

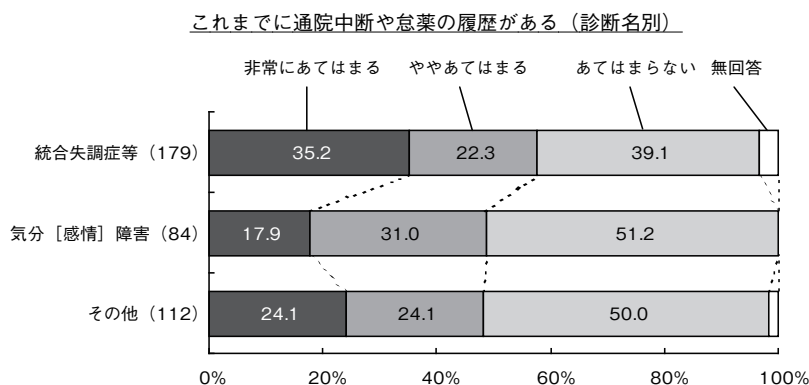


入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」の患者群で93.9%、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」の患者群で81.4%であり、「休息入院」での割合を大きく上回っていた。

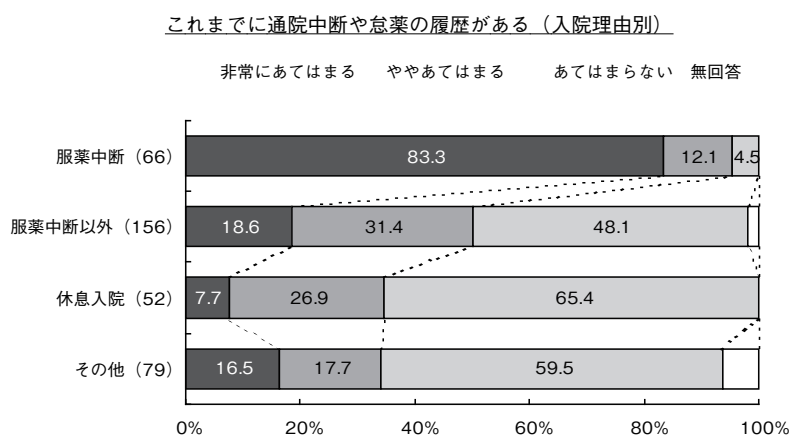
退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」患者の割合は、1か月以前、2か月で30%程度なのに対し、退院できなかった患者群では半数近くを占めていた。

(6) これまでに通院中断や怠薬の履歴がある

入院から1週間以内において、『これまでに通院中断や怠薬の履歴がある』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が28.5%、「ややあてはまる」が24.5%であった。



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で57.5%を占めており、「気分 [感情] 障害」での割合を8.6ポイント上回っていた。

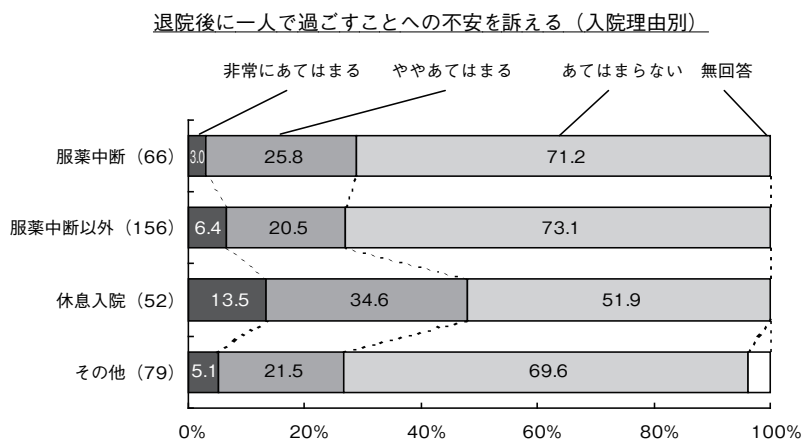


入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」の患者群で95.4%を占めており、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」50%、「休息入院」34.6%とその割合を大きく上回っていた。

6) 退院への不安

(1) 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

入院から1週間以内において、『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』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が6.5%、「ややあてはまる」が23.4%であった。



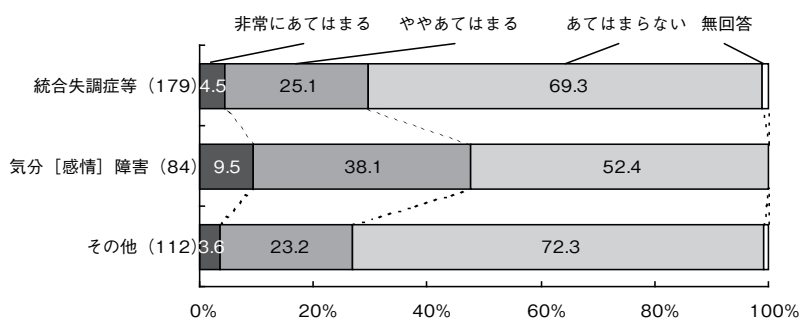
入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「休息入院」の患者群で48.1%であり、「服薬中断による症状の悪化」「服薬中断以外の理由による症状の悪化」での割合を大きく上回っていた。

(2) 退院後の日常家事、身繕い等のセルフケアへの不安を表現したり、訴えたりする

入院から1週間以内において、『退院後の日常家事、身繕い等のセルフケアへの不安を表現したり、訴えたりする』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が5.4%、「ややあてはまる」が26.9%であった。

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「女性」が37.4%であり、「男性」よりも10.1ポイント高かった。

退院後のセルフケアへの不安を訴える（診断名別）



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「気分 [感情] 障害」の患者群で47.6%を占めており、「統合失調症等」での割合を18.0ポイント上回っていた。

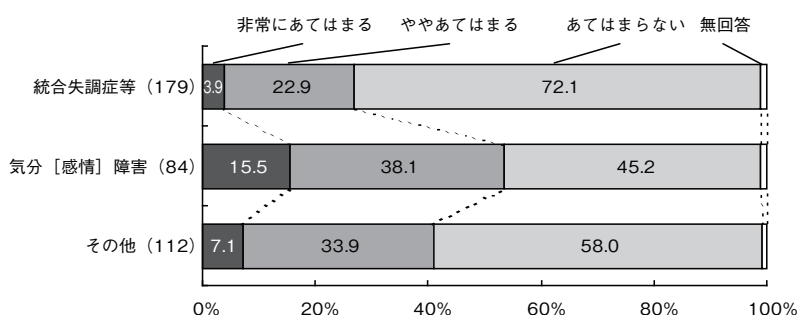
退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、1か月以前が25.8%で、それ以外が40%前後であり、入院期間が長い患者群で高かった。ただ、「非常にあてはまる」に限ってみると、「退院できなかった患者群」で3.7%と低くなっている。

(3) 退院後の症状悪化への不安を表現したり、訴えたりする

入院から1週間以内において、『退院後の症状悪化への不安を表現したり、訴えたりする』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が7.6%、「ややあてはまる」が28.8%であった。

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「女性」が41.4%であり、「男性」よりも9.9ポイント高かった。

退院後の症状悪化への不安を訴える（診断名別）



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「気分 [感情] 障害」の患者群で53.6%を占めており、「統合失調症等」での割合を大きく上回っていた。

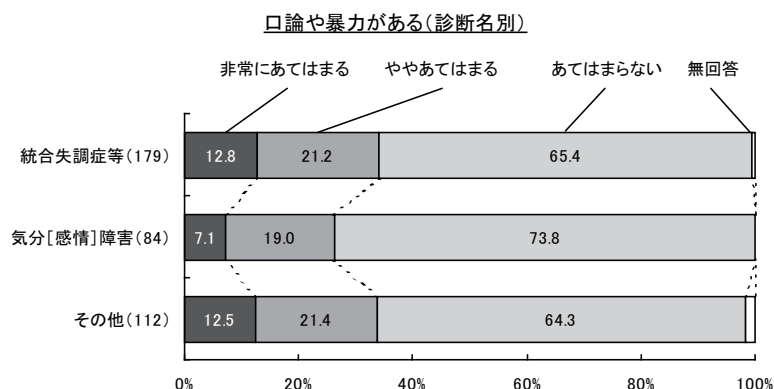
入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「休息入院」の患者群で44.2%、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」で40.4%であり、「服薬中断による症状の悪化」27.3%の割合を上回っていた。

7) 問題行動

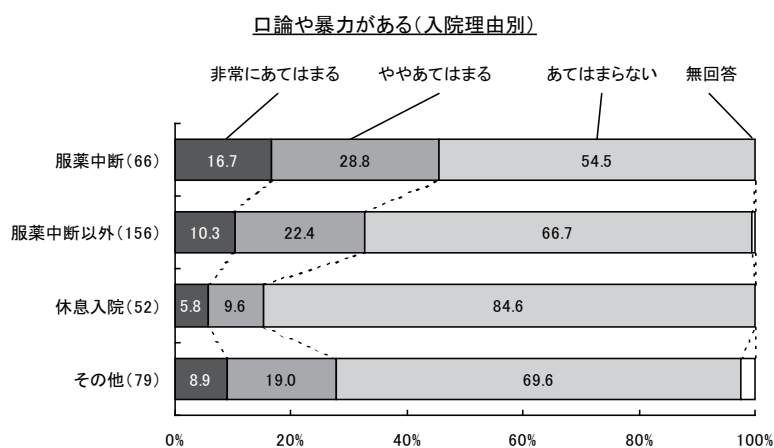
(1) 口論や暴力がある

入院から1週間以内において、『口論や暴力がある』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が11.1%、「ややあてはまる」が20.9%であった。

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「男性」が36.9%であり、「女性」よりも10.1ポイント高かった。



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で34.0%であり、「気分[感情]障害」での割合を7.9ポイント上回っていた。



入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」の患者群で45.5%、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」で32.6%であり、「休息入院」での割合を上回っていた。

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、1か月以前で28.4%、非退院が39.5%となっており、入院期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられた。

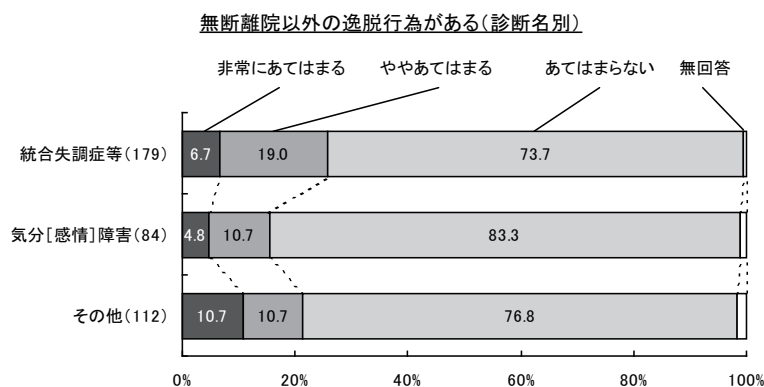
(2) ささいなことで怒ったり、いらいらして抑えられなくなる

入院から1週間以内において、『ささいなことで怒ったり、いらいらして抑えられなくなる』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が15.2%、「ややあてはまる」が25.0%であった。

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」「服薬中断以外の理由による症状の悪化」の患者群で45%前後であり、「休息入院」での割合を20ポイント程度上回っていた。

(3) 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

入院から1週間以内において、『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』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が7.1%、「ややあてはまる」が14.7%である。



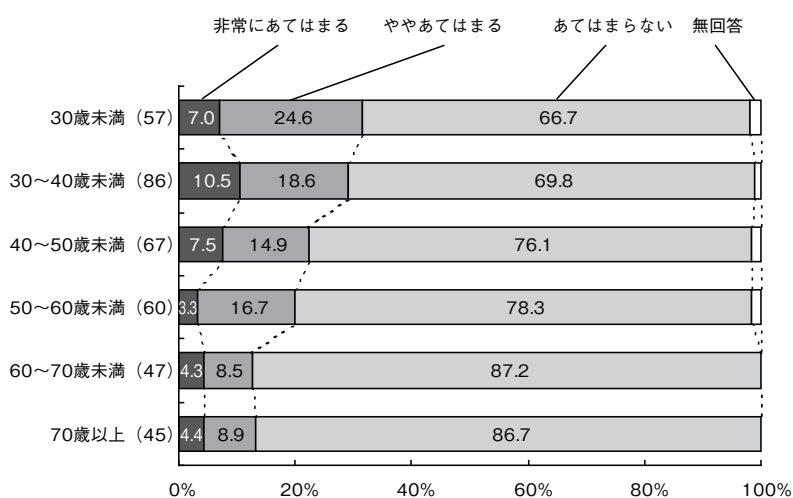
診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で25.7%であり、「気分[感情]障害」での割合を10.2ポイント上回っていた。

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」「服薬中断以外の理由による症状の悪化」の患者群で20%前後であり、「休息入院」13.4%の割合を上回っていた。

(4) 自傷、他害、触法、非行以外の迷惑行為を繰り返している

入院から1週間以内において、『自傷、他害、触法、非行以外の迷惑行為を繰り返している』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が6.5%、「ややあてはまる」が16.3%であった。

自傷・他害・触法・非行以外の迷惑行為を繰り返している(年齢別)



年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、年齢が高いほど低下する傾向がみられた。

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」「服薬中断以外の理由による症状の悪化」の患者群で20%を超えており、「休息入院」での割合をやや上回っていた。

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、1か月以前・2か月が20%程度で、3か月以降が25%、非退院が29.7%と、入院期間が長い患者群でわずかながら高くなっていった。

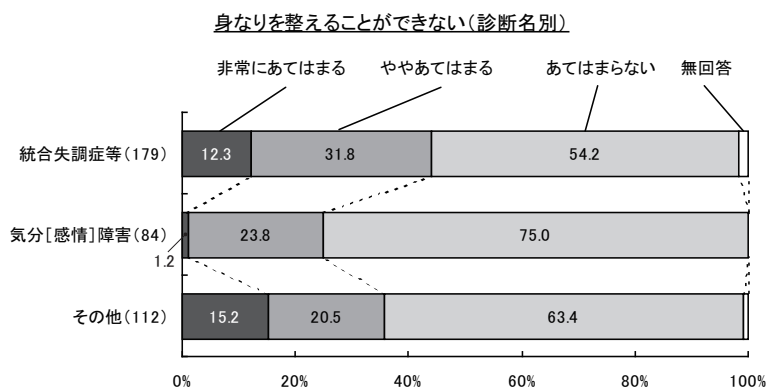
8) ADL

(1) 身なりを整えることができない

入院から1週間以内において、『身なりを整えることができない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が10.6%、「ややあてはまる」が26.4%であった。

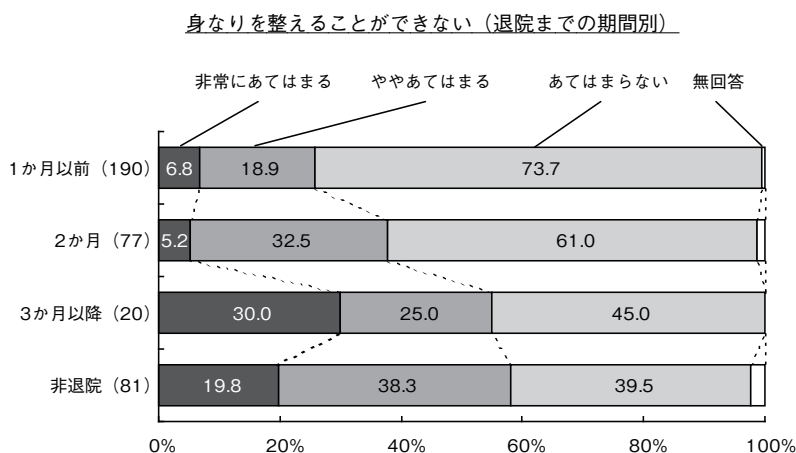
性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「男性」が40.1%であり、「女性」よりも6.5ポイント高かった。

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、50歳代以降の年齢層で高くなっていった。



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で44.1%であり、「気分[感情]障害」での割合を19.1ポイント上回っていた。

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」「服薬中断以外の理由による症状の悪化」の患者群で40%を超えており、「休息入院」で11.5%と、その割合を大きく上回っていた。



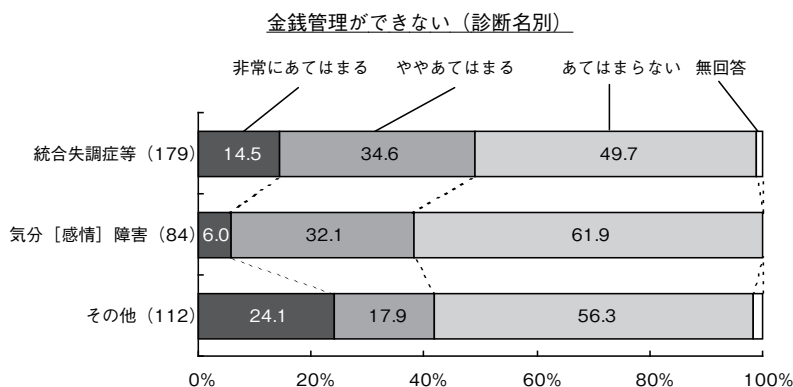
退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられた。

(2) 金銭管理ができない

入院から1週間以内において、『金銭管理ができない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が15.2%、「ややあてはまる」が29.1%であった。

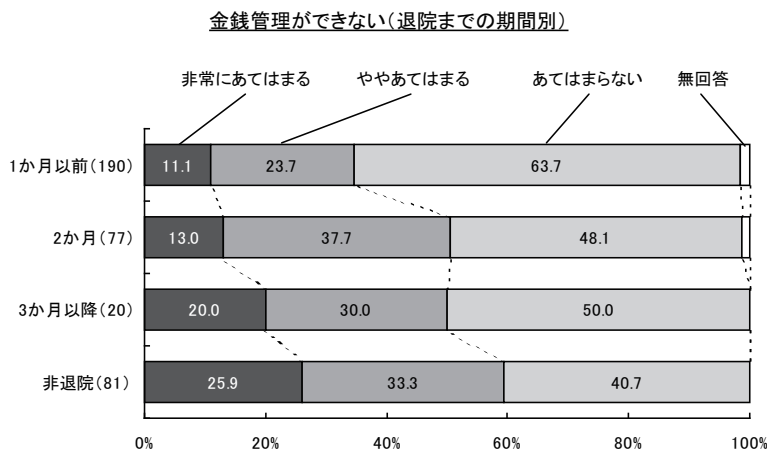
性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「男性」が49.8%であり、「女性」よりも11.2ポイント高かった。

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、50歳代以降で高く、且つ年齢層が高い層ほど高まる傾向がみられた。



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で49.1%であり、「気分 [感情] 障害」での割合を11.0ポイント上回っていた。

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」「服薬中断以外の理由による症状の悪化」の患者群でほぼ50%であり、「休息入院」で19.3%と、その割合を大きく上回っていた。

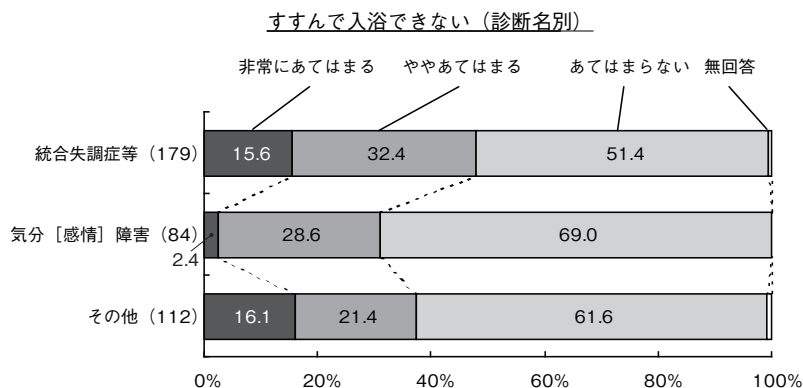


退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられた。

(3) すすんで入浴できない

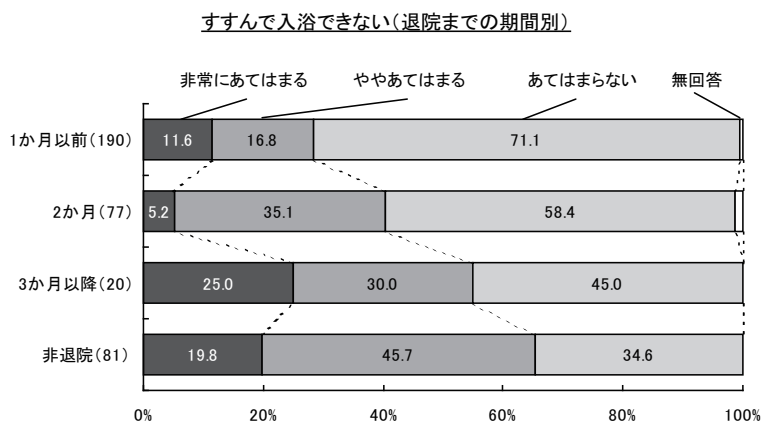
入院から1週間以内において、『すすんで入浴できない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が12.8%、「ややあてはまる」が27.7%であった。

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は50歳未満では30~37%程度なのに対し、50歳代以降の年齢層で46.6%と高くなり、60歳代以降では60%近くになっていた。



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で48.0%であり、「気分〔感情〕障害」での割合を17.0ポイント上回っていた。

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」の患者群で50%を超え、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」で43.0%であり、「休息入院」19.2%の割合を大きく上回っていた。

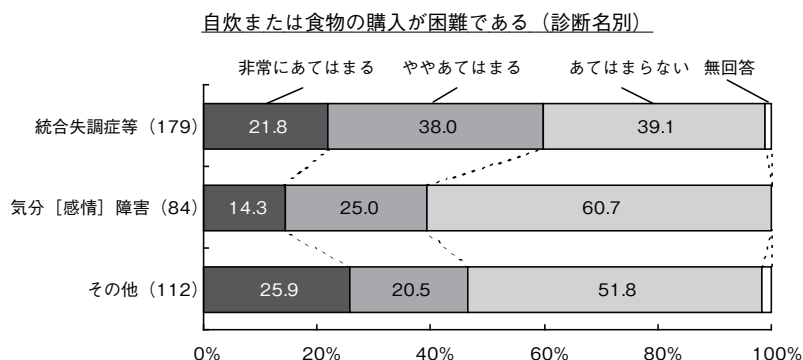


退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられた。

(4) 自炊または食物の購入が困難である

入院から1週間以内において、『自炊または食物の購入が困難である』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が20.9%、「ややあてはまる」が30.2%であった。

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、50歳代以降で50%を超え、年齢層が高い層ほど高まる傾向がみられる。一方、30歳未満も50.9%であった。



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で59.8%であり、「気分〔感情〕障害」での割合を20.5ポイント上回っていた。

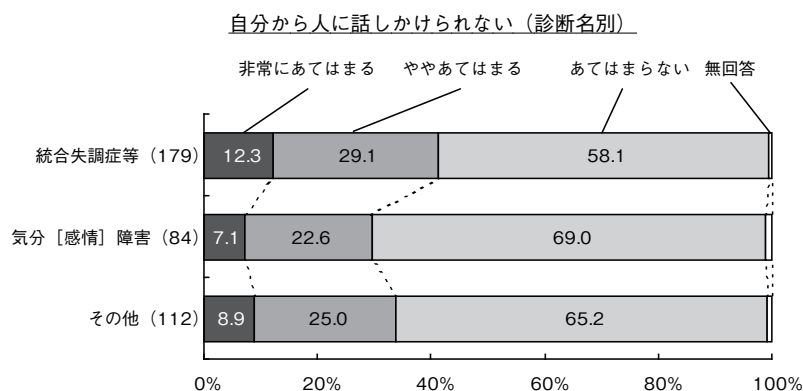
入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」「服薬中断以外の理由による症状の悪化」の患者群で55.0%以上を占め、「休息入院」の34.6%を大きく上回っていた。

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、1か月以前が39.5%なのに対し、非退院が71.6%であり、入院期間が長い患者群で高かった。

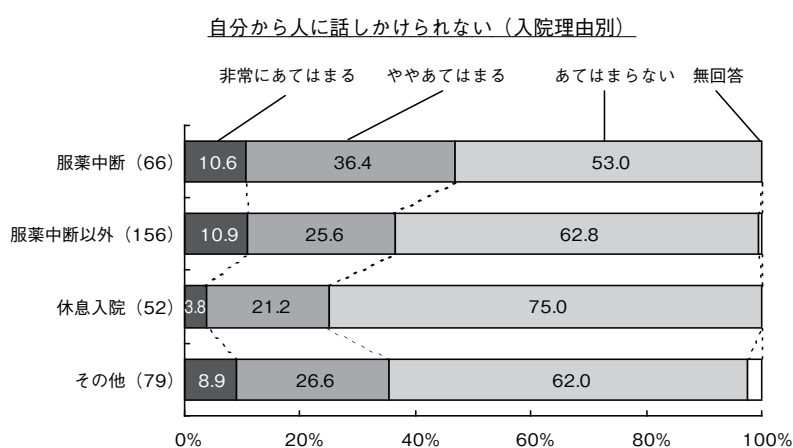
9) 自閉的行動

(1) 自分から人に話しかけられない

入院から1週間以内において、『自分から人に話しかけられない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が9.8%、「ややあてはまる」が26.9%であった。



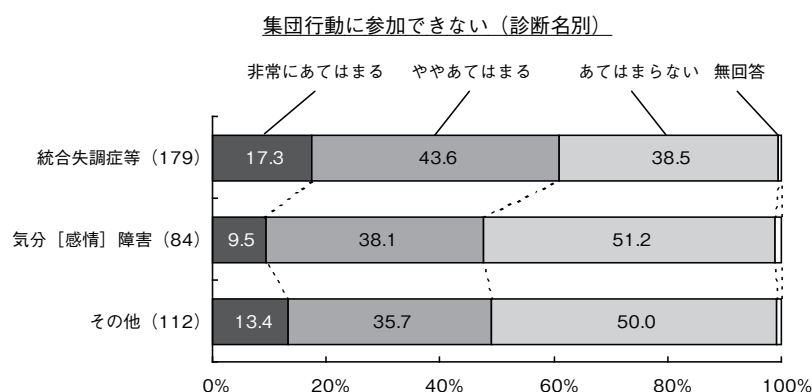
診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で41.4%であり、「気分 [感情] 障害」での割合を11.7ポイント上回っていた。



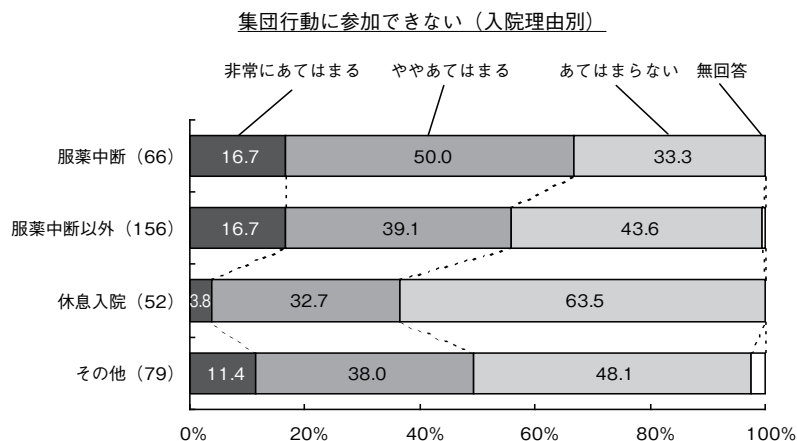
入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」で47.0%、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」で36.5%であり、「休息入院」での割合を上回っていた。

(2) 集団行動に参加できない

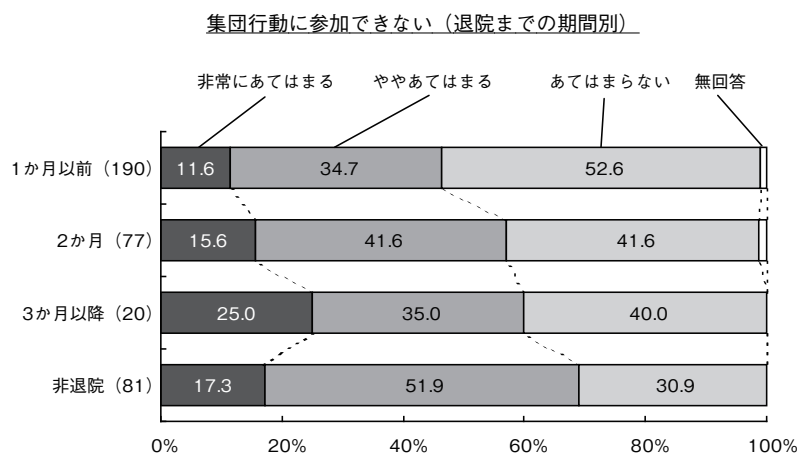
入院から1週間以内において、『集団行動に参加できない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が14.4%、「ややあてはまる」が39.9%であった。



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で60.9%であり、「気分 [感情] 障害」での割合を13.3ポイント上回っていた。



入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」の患者群で66.7%を占め、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」で55.8%であり、「休息入院」での割合を大きく上回っていた。

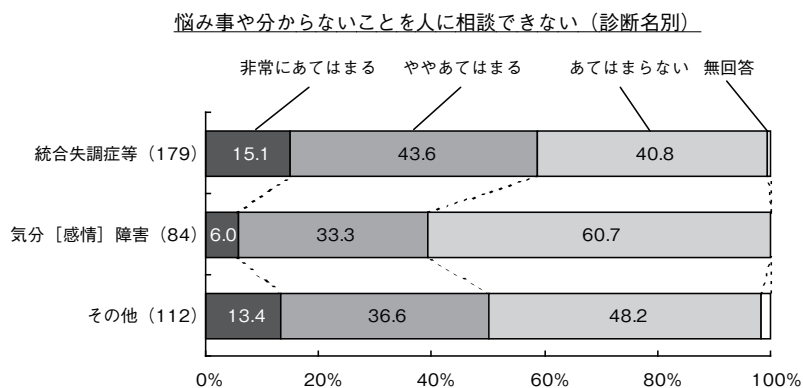


退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられた。

(3) 悩み事や分からないことを人に相談できない

入院から1週間以内において、『悩み事や分からないことを人に相談できない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が12.5%、「ややあてはまる」が39.4%であった。

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「男性」が56.2%であり、「女性」よりも8.7ポイント高かった。



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で58.7%であり、「気分〔感情〕障害」での割合を19.4ポイント上回っていた。

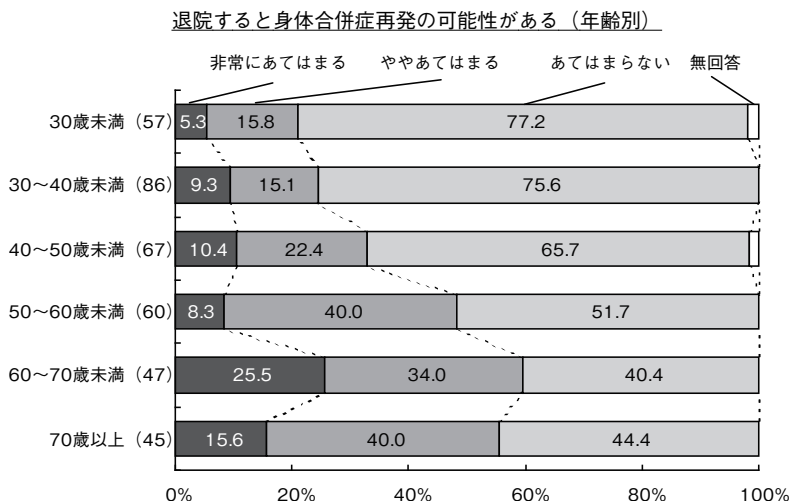
入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」「服薬中断以外の理由による症状の悪化」の患者群ではほぼ60%であり、「休息入院」の34.6%を大きく上回っていた。

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、1か月以前が42.1%、非退院が66.7%であり、入院期間が長い患者群で高かった。

10) 身体合併症

(1) 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

入院から1週間以内において、『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』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が11.7%、「ややあてはまる」が25.8%であった。



年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、年齢が高い層ほど高まる傾向がみられた。

(2) 現在身体合併症があり、自己管理ができない

入院から1週間以内において、『現在身体合併症があり、自己管理ができない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が11.7%、「ややあてはまる」が20.1%であった。

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、年齢が高い層ほど高まる傾向がみられた。

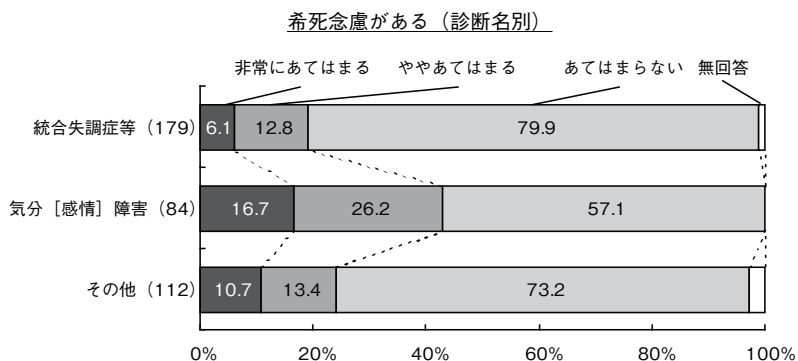
11) 自殺企図の可能性

(1) 希死念慮がある

入院から1週間以内において、『希死念慮がある』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が10.1%、「ややあてはまる」が16.0%であった。

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「女性」が33.6%であり、「男性」よりも14.4ポイント高かった。

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、30歳以降で年齢が高くなるほど低下する傾向がみられた。



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“気分 [感情] 障害” の患者群で42.9%であり、“統合失調症等”での割合を24.0ポイント上回っていた。

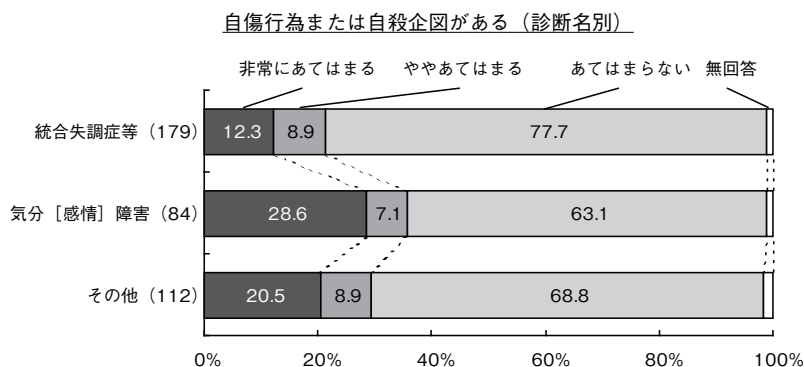
入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“休息入院”の患者群で34.6%、“服薬中断以外の理由による症状の悪化”で28.2%であり、“服薬中断による症状の悪化”の19.7%を上回っていた。

(2) 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)

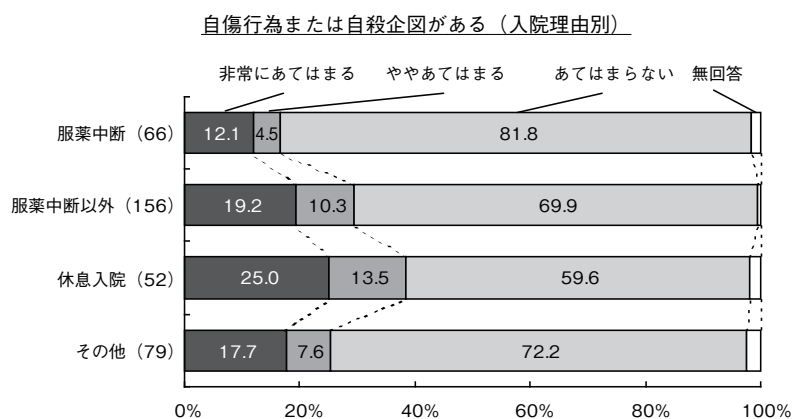
入院から1週間以内において、『これまでに自傷行為または自殺企図がある (大量服薬やリストカット等)』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合は18.2%、「ややあてはまる」が9.0%であった。

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は“女性”が34.6%であり、“男性”よりも14.3ポイント高かった。

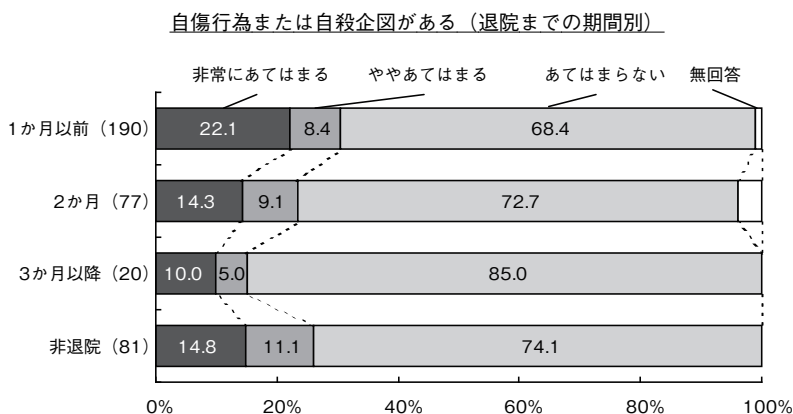
年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、40歳代以下の層で高かった。



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“気分 [感情] 障害” の患者群で35.7%であり、“統合失調症等”での割合を14.5ポイント上回っていた。



入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“休息入院”の患者群で38.5%、“服薬中断以外の理由による症状の悪化”で29.5%であり、“服薬中断による症状の悪化”の割合を上回っていた。



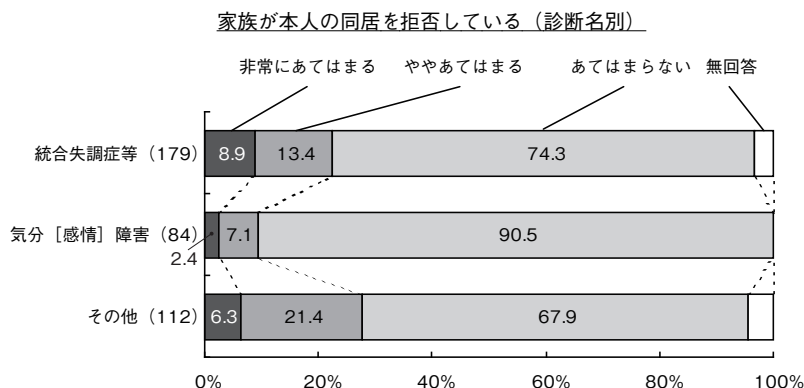
退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が短い患者群と退院できなかった患者群で高かった。

12) 家族からのサポート

(1) 家族が本人の同居を拒否している

入院から1週間以内において、『家族が本人の同居を拒否している』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が6.8%、「ややあてはまる」が14.4%であった。

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は50歳～60歳未満で23.4%であり、それ以上の層において年齢層が高くなるほど高まる傾向がみられた。

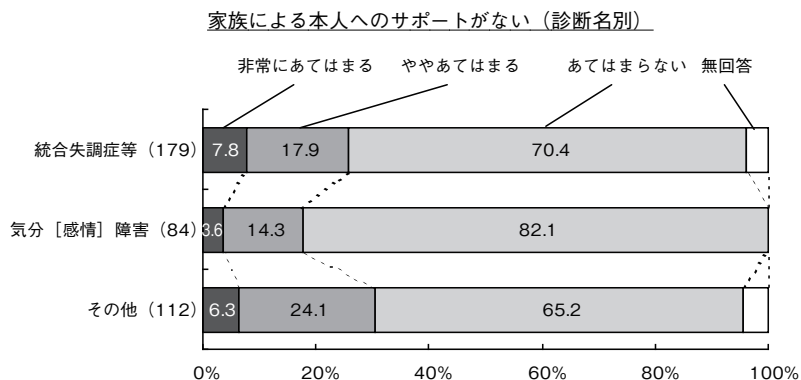


診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は“統合失調症等”の患者群で22.3%であり、“気分[感情]障害”での割合を12.8ポイント上回っていた。

(2) 家族はいるが、本人へのサポートがない

入院から1週間以内において、『家族はいるが、本人へのサポートがない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が6.5%、「ややあてはまる」が19.3%であった。

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は“男性”が28.4%であり、“女性”よりも5.5ポイント高かった。

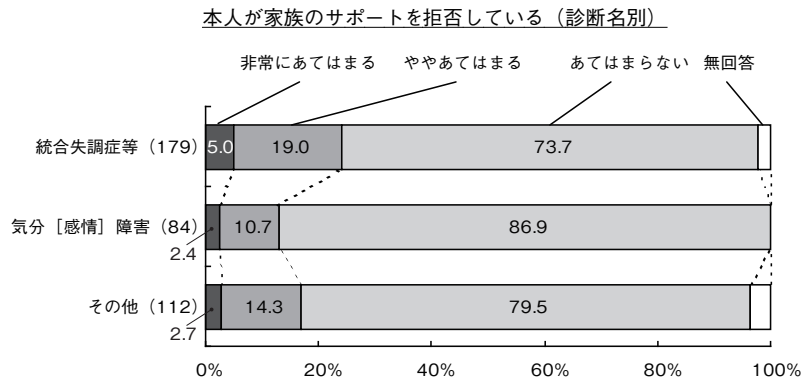


診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は“統合失調症等”の患者群で25.7%であり、“気分[感情]障害”の割合を7.8ポイント上回っていた。

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は“休息入院”の患者群が32.7%であり、“服薬中断以外の理由による症状の悪化”の23.7%と“服薬中断による症状の悪化”の21.2%を上回っていた。

3) 本人が家族のサポートを拒否している

入院から1週間以内において、『本人が家族のサポートを拒否している』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合は3.8%、「ややあてはまる」が16.3%であった。



診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は“統合失調症等”の患者群で24.0%であり、“気分 [感情] 障害”の割合を10.9ポイント上回っていた。

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“服薬中断による症状の悪化”の患者群で27.3%であり、“服薬中断以外の理由による症状の悪化”の18.0%と“休息入院”の15.4%を上回っていた。

Ⅲ. 精神科病棟における入院期間短縮化の要因の分析

入院時、入院1週間後、1か月後、2か月後、3か月時点後および退院時に、それぞれの調査時期に該当する調査項目を用いて調査および評価を行った。

1. 分析方法

3か月以内の退院の有無を独立変数、ベースライン調査時収集データを従属変数とし、t検定または χ^2 検定を行った。

2. 結果

対象者383人のうち、ベースライン調査時から3か月の間に退院したのは293人、入院を継続したのは90人であった。以下は欠損値を除いて分析を行った結果である。

1) 年齢

3か月以内の退院の有無を独立変数、年齢を従属変数としてt検定を行った。この結果、入院を継続した患者は退院した患者と比べて有意に年齢が高く、高齢の患者のほうが退院しづらいことが示唆された。

表1 年齢と3か月以内の退院転帰

入院継続 n = 86	退院 n = 276	t 値
50.83(17.21)	46.10(16.96)	2.250 [*]
p < 0.5		

2) 診断名

診断名を統合失調症圏、気分障害圏、その他に分類し、3か月以内の退院の有無と診断名について χ^2 検定を行った。この結果、統合失調症圏の患者は他と比べて退院した割合が少なかった。

表2 診断名と3か月以内の退院転帰

(有効サンプル数 n = 379)	入院継続 n = 89	退院 n = 89	χ^2
統合失調症	57	137	8.436 [*]
調整済み残差	2.8	-2.8	
気分障害	17	67	
調整済み残差	-0.8	0.8	
その他	15	86	
調整済み残差	-2.4	2.4	
			*p < .05

3) 入院時属性

対象者全体と障害別に3か月以内の退院の有無と性別、入院回数、入院形態、入院理由について χ^2 検定を行った。この結果、入院形態別には非任意入院の患者のほうが任意入院した患者に比べて退院した割合が少なく、入院理由では休息入院の患者は他の理由での入院と比べて退院した割合が多かった。また、統合失調症圏の患者については男性が女性に比べて退院した割合が少なく、入院理由別にみると休息入院が他の理由での入院と比べて退院した割合が多かった。その他、入院形態別では非任意入院が任意入院に比べて退院した割合が少なかった。

表3 性別、入院回数、入院形態および入院理由と3か月以内の退院転帰

	全ケース			統合失調症圏			気分障害圏			その他		
	入院継続	退院	χ^2	入院継続	退院	χ^2	入院継続	退院	χ^2	入院継続	退院	χ^2
性別												
男性	50	137	1.94	36	57	7.005**	4	28	2.002	9	51	0.041
女性	37	143		20	75		12	35		5	32	
入院回数												
初回	40	126	0.02	27	53	1.446	5	26	0.682	8	45	0.008
再入院	43	140		25	73		11	35		6	32	
入院形態												
任意	29	133	5.75 [†]	18	52	0.955	8	38	0.830	3	41	3.781 [†]
非任意	59	147		38	79		9	26		11	42	
入院理由												
服薬中断	22	44	12.4 [†]	20	31	10.159 [†]	2	7	4.556	0	6	3.359
服薬中断以外	43	113		26	51		12	27		4	35	
休息入院	4	48		1	21		2	18		1	7	
その他	16	63		6	21		1	10		9	32	

**p < .01、[†]p < .05、[†]p < .10

4) 環境評価

対象者全体と障害別に、3か月以内の退院の有無と入院前後に想定される環境の有無について χ^2 検定を行った。この結果、気分障害圏では同居家族がいない患者のほうがいる患者に比べて退院した割合が少なく、入院前の医療福祉サービスの利用がなかった患者のほうがあった患者に比べて退院した割合が少なかった。また、退院後の医療福祉サービスの利用環境がない患者のほうがある患者に比べて退院した割合が少なかった。

表4 入院前後の環境と3か月以内の退院転帰

	全ケース			統合失調症圏			気分障害圏			その他		
	入院継続	退院	χ^2	入院継続	退院	χ^2	入院継続	退院	χ^2	入院継続	退院	χ^2
同居家族												
有り	60	204	0.498	39	93	0.000	9	55	8.819**	11	54	0.989
無し	27	76		16	38		8	9		3	29	
退院後の住居												
有り	81	265	0.453	51	126	1.645	16	63	1.041	13	1	0.177
無し	6	14		4	4		1	1		74	9	
入院前の医療福祉サービス利用												
有り	33	81	2.240	22	46	0.257	7	13	3.144 [†]	4	22	0.026
無し	55	198		34	84		10	51		10	61	
退院後の医療福祉サービス利用												
有り	53	167	0.025	36	73	0.747	11	35	0.374	6	57	3.766 [†]
無し	35	106		20	54		6	27		8	25	
退院後の経済的基盤												
有り	60	198	0.201	35	86	0.144	14	46	0.622	10	65	0.430
無し	26	76		19	41		3	17		4	17	

**p < .01、[†]p < .10

5) 治療の状況

全対象者と障害別に、3か月以内の退院の有無と入院1週間以内の治療の状況について χ^2 検定を行った。

この結果、全体では隔離を行った患者のほうが行わなかった患者に比べて退院した割合が少なく、心理教育を行わなかった患者のほうが行った患者に比べて退院した割合が少なかった。

また、統合失調症圏では隔離を行った患者のほうが行わなかった患者に比べて退院したものの割合が少なく、服薬指導を行わなかった患者のほうが行った患者に比べて退院した割合が少なかった。

気分障害圏では、心理教育を行わなかった患者のほうが行った患者に比べて退院した割合が少なかった。

表5 入院1週間以内の治療の状況と3か月以内の退院転帰

	全ケース			統合失調症圏			気分障害圏			その他		
	入院 継続	退院	χ^2	入院 継続	退院	χ^2	入院 継続	退院	χ^2	入院 継続	退院	χ^2
隔離 行っている	36	85	3.378	29	46	4.704 [†]	2	15	1.161	4	24	0.001
行っていない	52	195		27	86		15	48		10	59	
拘束 行っている	5	15	0.012	2	7	0.269	0	1	0.273	3	7	2.188
行っていない	83	264		54	124		17	62		11	76	
服薬指導 行っている	14	68	2.713	8	34	2.983 [†]	4	17	0.083	2	17	0.292
行っていない	74	212		48	98		13	46		12	66	
心理教育 行っている	3	28	3.799	3	11	0.505	0	11	3.441	0	6	1.093
行っていない	85	251		53	121		17	52		14	76	
退院前訪問 行っている	1	2	0.145	1	1	0.395	0	0	—	0	1	0.173
行っていない	87	277		55	131		17	63		14	81	

[†]p < .05, † p < 10

6) 精神症状評価および能力障害評価

3か月以内の退院の有無を独立変数、医師および看護師による入院1週間以内の精神症状評価および能力障害評価の得点を従属変数としてt検定を行った。この結果、医師、看護師のいずれの評価においても、精神症状評価と能力障害評価の得点で退院した患者と入院を継続した患者の間に有意差があった。

表6 医師および看護師による精神症状評価と能力障害評価

	医師		t 値	看護師		
	入院継続 n = 90	退院 n = 90		入院継続 n = 88	退院 n = 280	
精神症状評価	4.39(1.14)	3.81(1.35)	3.606 ^{***}	3.52(1.45)	2.81(1.43)	4.057 ^{***}
能力障害評価	3.42(0.83)	3.09(1.05)	3.074 ^{**}	2.66(1.12)	2.24(1.14)	3.044 ^{**}

^{***}p < .001、^{**}p < .01

また、障害別の看護師による精神症状評価と能力障害評価についても、ほぼ同様の結果であった。

表7 障害別にみる看護師による精神症状評価と能力障害評価

	統合失調症圏			気分障害圏			その他		
	入院継続 n = 56	退院 n = 131	t 値	入院継続 n = 17	退院 n = 64	t 値	入院継続 n = 14	退院 n = 83	t 値
精神症状評価	3.41(1.41)	3.00(1.39)	1.840 [†]	3.59(1.33)	2.59(1.29)	2.803 ^{**}	3.71(1.68)	2.72(1.56)	2.170 [*]
能力障害評価	2.59(1.11)	2.24(1.10)	2.002 [*]	2.53(1.13)	1.97(0.96)	2.066 [*]	3.07(1.21)	2.47(1.29)	1.627

^{*}p < .01、^{*}p < .05、[†]p < .10

7) 退院困難度

3か月以内の退院の有無を、独立変数、看護師による入院1週間以内の退院困難度尺度評価の得点を従属変数としてt検定を行った。

この結果、全体的には入院を継続した患者は退院した患者と比べて、ADL 因子と自閉的行動因子で有意に得点が高かった。また、問題行動因子においても入院を継続した患者は退院した患者と比べて平均得点が高く、両群の差は有意傾向であった。統合失調症圏では、入院を継続した患者は退院した患者と比べて、ADL 因子と自閉的行動因子において有意に得点が高かった。気分障害圏では、入院を継続した患者は退院した患者と比べて、不安因子と ADL 因子で有意に得点が高かった。その他では、ADL 因子において入院を継続したものは退院した患者と比べて平均得点が高く、両群の差は有意傾向であった。

表8 障害別にみる看護師による退院困難度評価

	全ケース		t 値
	入院継続 n = 88	退院 n = 279	
病識と治療コンプライアンス	5.69(3.13)	4.97(3.22)	1.060
退院への不安	1.97(2.37)	1.75(2.12)	0.753
問題行動	2.35(2.51)	1.82(2.34)	1.818 [†]
ADL	4.10(2.77)	2.50(2.71)	4.768 ^{***}
自閉的行動	3.10(2.14)	2.34(2.23)	2.831 ^{**}
身体合併症	1.24(1.58)	1.14(1.52)	0.546
自殺企図の可能性	0.72(1.20)	0.82(1.21)	-0.715
家族からのサポート	1.46(1.95)	1.10(1.67)	1.528

	統合失調症圏		t 値
	入院継続 n = 56	退院 n = 131	
病識と治療コンプライアンス	6.02(2.83)	5.30(3.12)	1.482
退院への不安	1.70(2.35)	1.65(2.20)	0.140
問題行動	2.48(2.51)	1.82(1.87)	1.593
ADL	4.33(2.89)	2.50(2.99)	2.914 ^{**}
自閉的行動	3.29(2.13)	2.54(2.23)	2.119 [*]
身体合併症	1.09(1.48)	1.08(1.54)	0.053
自殺企図の可能性	0.64(1.23)	0.63(1.09)	0.067
家族からのサポート	1.51(2.01)	1.10(1.58)	1.322

	気分障害圏		t 値
	入院継続 n = 17	退院 n = 64	
病識と治療コンプライアンス	4.29(3.79)	4.44(3.60)	-0.114
退院への不安	3.50(2.28)	2.16(2.11)	2.243 [*]
問題行動	2.12(2.67)	1.34(2.28)	1.202
ADL	3.76(2.95)	1.97(2.38)	2.624 [*]
自閉的行動	2.47(2.15)	2.08(2.26)	0.639
身体合併症	1.59(1.87)	0.97(1.46)	1.266
自殺企図の可能性	1.18(1.24)	1.13(1.34)	0.137
家族からのサポート	1.41(2.00)	0.55(1.21)	1.701

	その他		t 値
	入院継続 n = 14	退院 n = 82	
病識と治療コンプライアンス	4.14(3.03)	4.93(3.05)	-0.887
退院への不安	1.43(1.99)	1.60(1.97)	-0.296
問題行動	2.29(2.49)	2.16(2.33)	0.181
ADL	3.64(2.17)	2.20(2.67)	1.915 [†]
自閉的行動	3.21(2.26)	2.16(2.21)	1.642
身体合併症	1.50(1.61)	1.34(1.52)	0.358
自殺企図の可能性	0.50(1.02)	0.86(1.21)	-1.192
家族からのサポート	1.29(1.86)	1.58(1.99)	-0.518

**p < .01、* p < .05、

† p < .10

3. 考察

分析結果から、全体の傾向として、年齢が高い患者、また診断が統合失調症圏の患者が退院しづらいことが示唆された。

障害別にみると、統合失調症圏では男性であること、入院1週間以内に隔離を行っていること、入院1週間以内の医師および看護師による精神症状評価得点と能力障害評価得点が相対的に高いこと、看護師による退院困難度評価においてADL因子得点と自閉的行動得点が相対的に高いこと（精神症状評価、能力障害評価、退院困難度尺度では得点が高いほうが重症もしくは退院が難しいと判断される）が、入院から3か月以内の退院困難を予測する要因であることが示唆された。一方、入院理由が休息入院であること、入院1週間以内に服薬指導を行っていることは、入院から3か月以内の退院しやすさを予測する因子である可能性があると考えられた。

気分障害圏では、同居家族がいないこと、入院前の医療福祉サービスの利用がないこと、入院1週間以内の医師および看護師による精神症状評価得点と能力障害評価得点が相対的に高いこと、看護師による退院困難度評価において不安因子得点とADL因子得点が相対的に高いことが、入院から3か月以内の退院困難を予測する要因であることが示唆された。一方、入院1週間以内に心理教育を行っていることは入院から3か月以内の退院しやすさを予測する因子である可能性があると考えられた。

その他については、非同意入院であること、退院後に医療福祉サービスが利用できる環境があること、入院1週間以内の医師および看護師による精神症状評価得点が相対的に高いこと、看護師による退院困難度評価においてADL因子得点が相対的に高いことが、入院から3か月以内の退院困難を予測する要因であることが示唆された。

これらの結果をまとめると、特に看護ケアに重点をおいて考えた場合には、入院1週間にADLの低下や自閉的行動として現れるような陰性症状が相対的に強いと思われる患者については入院が長引くことが予想される。そのため、入院初期の段階から活動性をあげるような看護計画の作成や作業療法、地域との交流など病棟外での活動を導入するための他職種への働きかけが重要であると考えられた。

1) 3か月以内の退院者と入院継続者における退院困難要因の月別推移

前述の障害別の退院困難要因のうち、1か月ごとに評価を行った要因について3か月間の推移を検討した。

(1) 統合失調症圏

統合失調症圏の患者の退院困難要因のうち、1か月ごとの評価を行ったのは看護師による精神症状評価、能力障害評価、退院困難度尺度のADL因子および自閉的行動因子であった。各要因の月別の評価を図1～4に示す。なお統合失調症圏で1か月以内に退院したのは49名、2か月以内に退院したのは37名、3か月以内に退院したのは49名、入院継続したのは59名であった。各要因において欠損値のあったものは除外して作図を行った。

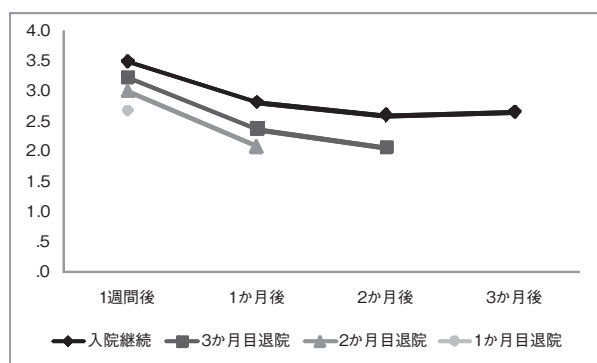


図1 統合失調症圏における看護師による精神症状評価

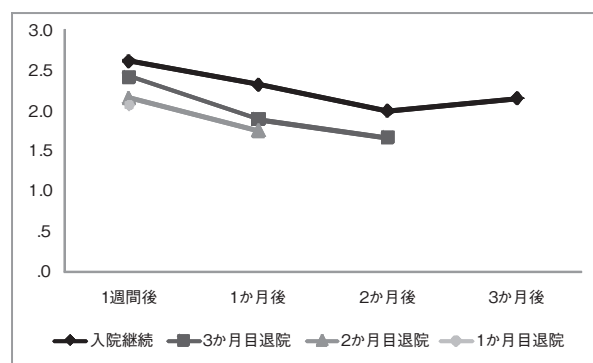


図2 統合失調症圏における看護師による能力障害評価

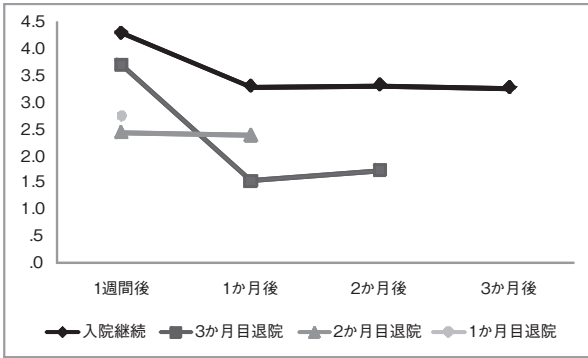


図3 統合失調症圏における看護師による退院困難度尺度「ADL」因子評価

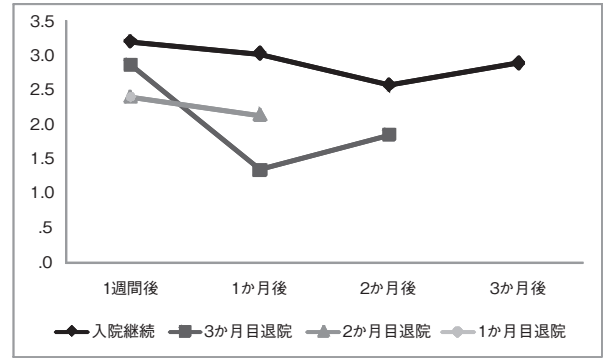


図4 統合失調症圏における看護師による退院困難度尺度「自閉的行動」因子評価

(2) 気分障害圏

気分障害圏の患者の退院困難要因のうち、1か月ごとの評価を行ったのは看護師による精神症状評価、能力障害評価、退院困難度尺度のADL因子および自閉的行動因子であった。各要因の月別の評価を図5～8に示す。なお気分障害圏で1か月以内に退院したのは18名、2か月以内に退院したのは24名、3か月以内に退院したのは24名、入院継続したものは18名であった。各要因において欠損値のあったものは除外して作図を行った。

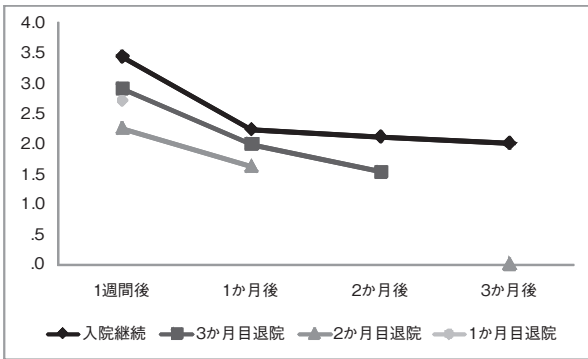


図5 気分障害圏における看護師による精神症状評価

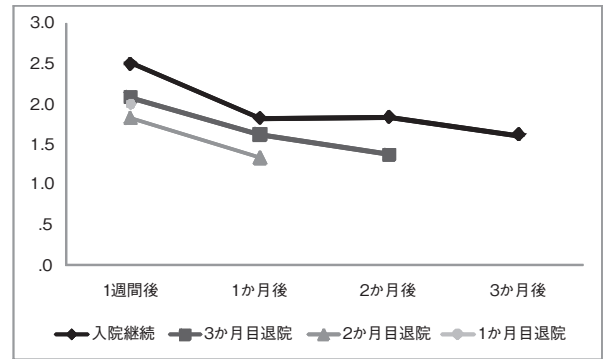


図6 気分障害圏における看護師による能力障害評価

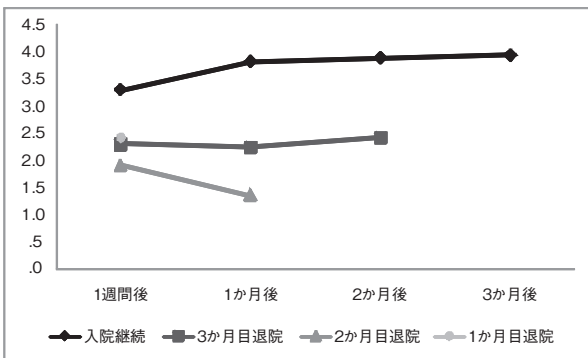


図7 気分障害圏における看護師による退院困難度尺度「不安」因子評価

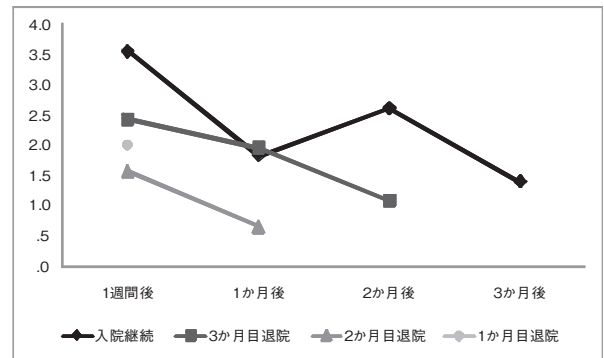


図8 気分障害圏における看護師による退院困難度尺度「ADL」因子評価

(3) その他

その他の患者の退院困難要因のうち、1か月ごとの評価を行ったのは看護師による精神症状評価と退院困難度尺度のADL因子であった。各要因の月別の評価を図9～10に示す。なお、その他の患者で1か月以内に退院したのは17名、2か月以内に退院したのは15名、3か月以内に退院したのは31名、入院継続したのは38名であった。各要因において欠損値のあったものは除外して作図を行った。

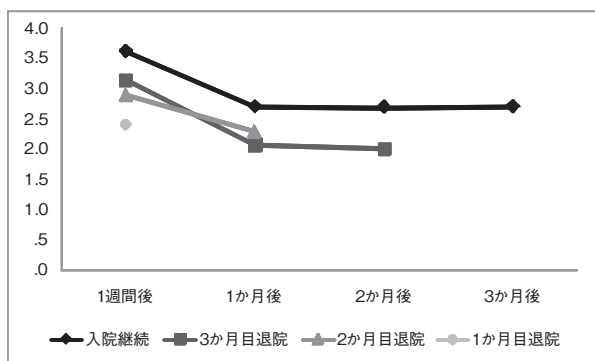


図9 その他の看護師による精神症状評価

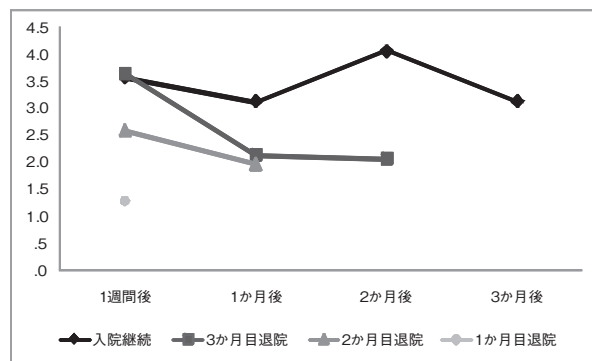


図10 その他の看護師による退院困難度尺度「ADL」因子評価

上記の図をみると、気分障害圏における看護師による退院困難度尺度「不安」因子評価以外のすべての項目で退院した群は入院継続群と比べておおむね得点が低く、すべての群で時間を追うごとに改善を示しているように見える。なお、本来であればこれらの差について統計学的検討を行うべきところであるが、本調査は時間を追うごとに退院者が脱落していく研究デザインであったため、繰り返しのある分散分析を実施することが困難である。そこで、本報告書では各退院困難要因における各群の傾向を図示することにとどめた。

2) 治療の状況と退院転帰の関連について

1) で検討した結果、退院困難要因となっている各要因は時間が経つにつれて改善しており、退院した群はこれらの要因が一定の値まで改善したところで退院しているように見える。そこで、これらの改善と治療の状況に関連があるかどうかについて検討を行うため、退院までの間に隔離、拘束、服薬指導、心理教育、退院前訪問を行ったかどうかと退院の有無についてを障害別に χ^2 検定を行った。

この結果、統合失調症圏において入院中に隔離を行った患者は、行わなかった患者と比べて有意に退院した割合が少なかった。これ以外の項目については有意差のある項目はなかった。結果を表9に示す。

表9 障害別の各治療の有無と3か月以内の退院転帰

	統合失調症圏			気分障害圏			その他		
	入院継続	退院	χ^2	入院継続	退院	χ^2	入院継続	退院	χ^2
隔離 行っている	30	51	3.928*	3	15	0.181	4	24	0.01
行っていない	27	86		14	52		11	62	
拘束 行っている	5	7	0.93	0	2	0.52	3	7	2.014
行っていない	52	130		17	65		12	79	
服薬指導 行っている	20	52	0.142	7	24	0.167	3	21	0.138
行っていない	37	85		10	43		12	65	
心理教育 行っている	13	31	0.001	5	17	0.114	1	11	0.458
行っていない	44	106		12	50		14	75	
退院前訪問 行っている	6	8	1.321	2	2	2.305	0	3	0.539
行っていない	51	129		15	65		15	83	

*p < .05

上記の結果から、統合失調症における隔離の有無以外の治療活動については、退院とは関連が見られないことが示唆された。この点について、拘束や退院前訪問については実施した対象者数が非常に少なく、分析の検出力に影響がでた可能性がある。また、服薬指導や心理教育については一定数の対象者に対して実施されていたが、実施している病院とそうでない病院をまとめて分析したため、実施している病院ではこれらの治療が退院に寄与していたとしても、実施していない病院における退院者を合わせて分析することによって、その効果が不明瞭になった可能性が考えられた。

4. まとめ

本研究では、精神科救急・急性期治療病棟において入院時に行う評価の中で3か月以内の退院転帰を予測する退院

困難要因を明らかにし、これらの退院困難要因の推移を確認した上で、病棟における治療行為がその改善に関連しているかどうか検討を行った。

上述のように、看護ケアの観点から改善可能な要因としては、退院困難度尺度下位因子である「ADL」因子および「自閉的行動」因子で評価される陰性症状の程度が、3か月以内の退院転帰に影響を及ぼしていることが示唆された。近年、新たな抗精神病薬が次々と開発され、薬物療法の質の向上が見られるものの、依然として陽性症状より陰性症状の改善が課題となっていることは臨床現場の実感であろう。薬物療法のみでは改善が難しい陰性症状に対するケアは従来から看護領域の重要な課題であり、これが退院に直接的な影響を及ぼしていることが明らかになったことは意義あることと考えられる。また、退院困難要因の推移については図示による確認にとどまったものの、どの時期の退院でも退院困難要因が一定の値まで改善してから退院していることが明らかになった。しかし、退院と入院継続を分ける具体的な数値についてさらに検討を行うためには、脱落例を含めて分析が可能な生存分析等の手法を用いた分析を行うことが今後の課題と言える。さらに、治療活動の有無と退院転帰の関連については、治療活動によっては対象者数が少なく十分な検討が実施できなかった。服薬指導や心理教育と退院転帰の関連については、施設別の検討を行うことが今後の課題と言えよう。

参考文献

- 佐藤さやか, 池淵恵美, 穴見公隆, 保莉啓子, 石郷岡隆彦, 森田慎一, 大島真弓, 大島健一, 瀬川隆之, 安西信雄 : 精神障害をもつ人のための退院困難度尺度作成の試み, 日本社会精神医学会雑誌, 16, P 229 - 240, 2008.
- 山角駿 : 平成 14 年マスタープラン基礎調査結果報告, 日本精神科病院協会雑誌, 22, P 7 - 22, 2003.

2

精神科救急病棟または精神科急性期治療病棟における
退院困難に関する入院時のチェック体制についてのヒアリングと
スクリーニングシートの開発

I. ヒアリング調査とスクリーニングシートの開発

今回のヒアリング調査は、前述の調査対象となった病院から管理者用調査票の「入院時に退院困難になりそうなことをチェックするリストや体制がありますか」という質問に対し、「ある」と回答した病院に対して行った。

1. 調査目的

- 1) どのような体制やチェックリストで退院困難の有無を判断しているかを調査し、その体制やチェックリストの活用方法を明らかにする。
- 2) 患者にとってどのような点が退院困難につながると考えているかを明らかにし、退院困難患者のスクリーニングシート作成の項目を検討する。

2. 調査方法

対象者：対象施設の病棟管理者、精神保健福祉士（以下、PSW）

方法：インタビューガイドに沿って、1時間程度の半構成的面接を行った。またヒアリングの内容は調査対象者の了解を得て録音した。

調査期間：2008年11月～2009年1月

3. 倫理的配慮

4. 結果

1) 退院困難の有無を判断しているチェック体制やチェックリストの活用方法

ヒアリング調査で、各病院の退院困難の有無を判断しているチェック体制やチェックリストについて明らかになった点を一覧表にまとめた（表1、表2）。ここではチェック体制とチェックリストについてだけでなく、退院困難患者の退院に向けた取り組みも合わせて、各病院ごとに報告する。

(1) A病院

A病院では、入院時にアナムネ用紙のほかに「入院時カンファレンスシート」を作成していた。カンファレンスシートは外来看護師だけでなく、PSWや病棟看護師など、その時に担当した人が得た情報を記載していた。多職種が共通の用紙に情報を集約していくかたちをとっていた。また、「入院時医療パス」には入院時から3か月までの治療基準や面談の設定なども記載されていた。この用紙をもとにカンファレンスが行われ、さらに情報の共有や治療方針の確認を行っていた。この毎日行われるカンファレンスで新規入院患者についての話し合いが行われ、これが退院困難な患者かどうかの判断をするチェック体制になっていた。

また「カンファレンスシート」には中間用と退院時用もあり、中間用は入院が長引いたり退院が難しいケースに使用されていた。チェックリストについては、患者と一緒に入院期間中の課題になっていることをあげて共有するツールとしての「生活治療プログラム」用紙や、看護師が面談で話す内容などをチェックしながら進めていく「面談シート」などがあった。

このようにいくつかのシートをあわせて情報収集し、入院時だけでなく入院中や退院のめどが立った時用のシートを活用し、毎日のカンファレンスで情報の共有を行い、退院へ向けた援助ができていくかどうかをチェックしていた。

また、毎日行われ退院困難なケースが情報提供される「ベッド調整会議」も、退院困難な患者かどうかを拾い上げるチェック機能を果たしていた。

この他、スタッフが入院時から退院を見据えた情報収集を行い、患者と一緒に入院生活を振り返り退院に向けた方針を決めていること、入院時から患者だけでなく家族とも定期的に面談をしていること、また訪問看護を実施しているクリニックと連携して入院時から情報共有していることが、入院期間短期化につながっていると考えられた。

(2) B病院

「退院に向けての計画表」が、入院時、混乱期、過敏期、回復期、退院期に分かれており、計画がどのように進んでいるか、退院に向けた援助が有効であるかをチェックできる用紙になっており、1か月をめぐりにチェックしていた。

「病棟カンファレンス」は2週間に1回行われ、看護師とPSWが参加して、1ケースにつき5分から10分の話し

合いを行っていた。ここで話し合われた情報も「退院に向けての計画表」に追加していた。退院のめどが立たない退院困難なケースのカンファレンスには主治医も参加していた。

症状が治まれば早期に医師との退院に向けた面談を入れるようにし、早くから退院への意識を患者が持てるようにかかわっていた。また、家族への連絡は担当看護師が行っており、連絡する担当者がはっきりと決まっていた。そして、入院時の家族の対応と入院してからの対応が変わってくる場合（入院が進むにつれて家族の受け入れが悪くなる場合など）は、早い時期から家族と退院に向けた話し合いを進めていた。

(3) C 病院

毎週行われる「診療会議」で入院患者の紹介があり、患者の治療方針や退院先の確認を行っていた。第一段階として、この会議でまずは退院困難か否かのチェックをしていた。

また、医師ごとに「病棟カンファレンス」が行われ、医師がカンファレンスのために各病棟を回るシステムをとっていた。この病棟カンファレンスで退院困難な患者の情報が集約され、退院間近になってきた患者や退院困難な患者については、看護師が中心となり別のカンファレンスを立ち上げて話し合いを行っていた。

退院先のない患者については早期に地域の保健師に情報提供し、ケースによっては不動産との連絡もつけておくなどの対策をとっている。

(4) D 病院

入院時に看護師と PSW が一緒にアナムネをとり、「ケースワーク記録」に情報を記入し、そこで退院が困難であるかどうかのチェックをしていた。チェックされた患者の情報は、毎日行われる病棟のケースカンファレンスで共有するようになっていた。ケースワーク記録には問題を記録して1か月ごとにチェックし、その都度役割分担を決めて患者に対応する体制をとっていた。たとえば、経済面の調整や訪問看護ステーションとの連絡は PSW が行うなど、役割分担をはっきりさせていた。また、朝・夕の引き継ぎでは、患者入院日数を伝えており、月に1回行われる「病棟運営会議」では、入院2か月を超える患者をリストアップして退院日の確認を行っていた。

家族に対しては、入院期間は原則3か月以内であることを入院の時点で病棟師長から伝えているようにしていた。1～2週に1回は必ず家族の面会を設定し、患者と家族の関係をつなげる工夫も行っていた。

(5) E 病院

入院時に行う看護師のアナムネ聴取と PSW の面接で得た情報がデータベースとして1つに集約されていた。この情報は1日2回のカンファレンスで伝達され、意見交換が行われていた。今後の方向性については、PSW が中心になって情報収集しており、情報が集まった時点で退院困難か否かがチェックされていた。

PSW が病棟に常駐しており、いつでも看護師とミニカンファレンスが行われる環境にあった。さらに、退院困難なケースについては担当者が集まり、話し合いが行われていた。

患者が現実的に自分の治療について考えることができた段階で、本人の意向を聞きながら退院に向けたかかわりを行い、地域の保健師等にも合同カンファレンスへの参加を呼びかけていた。

病棟全体の管理については、入院患者全員の在院日数の確認と治療の方向性のチェックを看護師長が行っていた。

(6) F 病院

入院時のアナムネ用紙がチェックリストの役割をとっていた。

カンファレンスは毎週行われており、全ての患者については入院1週目、1か月目、2か月目、退院時にそれぞれ行っていた。病棟師長がカンファレンスの司会をし、入院1週目、1か月目の議事録を各職種でそれぞれが保管し、中間や退院時のカンファレンスは全職種が共有できる議事録として残していた。中間カンファレンスには医師、看護師、PSW、OT、薬剤師が参加していた。さらに、退院時カンファレンスには訪問看護ステーションやデイケアのスタッフも参加し、地域移行に関する情報伝達や調整を行っていた。病棟ではミニカンファレンスを1日2回行い、必要時にいつでも情報提供やケアの確認ができるような体制になっていた。

家族に対しては担当看護師が面会に来てもらうよう、調整を行っており、7日～10日に1度は、家族に連絡を入れるようにしていた。

(7) G 病院

入院時に入院相談を実施し、住居の確保や家族のサポート体制など、退院後の状況につながる情報収集を行っていた。ケースカンファレンスは週1回行われ、入院が長期化しそうな患者についての話し合いが行われていた。合同面接での話し合いをもとに入院して1か月半ごろから退院調整を開始しており、週1回の看護カンファレンスでは、困

難なケースについて話し合いが行われていた。入院期間については、本人と家族に対して約2か月間とあらかじめ提示していた。

(8) H病院

H病院にはチェックリストはないものの、エリア別に毎日カンファレンスを行うというチェック体制があった。それによって、3～4日に1度はカンファレンスで全ての患者が検討でされることになり、見落としがないシステムになっていた。入院時に診立て診療によって、治療方針や看護方針を明確にし、それを患者や家族に説明して、おおよその入院期間を伝えていた。

また、地域連携会議で地域のスタッフと家族や本人を退院前に顔合わせしておくことで、退院後の困りごとへの対策等を具体的に提示している。

2) 退院困難につながる要因

インタビューで退院困難になりそうな患者像について聞いた結果、大きく分けて4つの要因が退院困難につながると考えていることが明らかとなった。

それは、(1) 患者本人に関すること、(2) 家族に関すること、(3) 退院先に関すること、(4) 金銭問題であった。

(1) 患者本人に関すること

患者本人に関することの内容は、症状により日常生活が阻害されている、ADLが阻害されている、症状が安定しないなどの症状に関すること、拒薬があるという服薬に関する問題、治療への意思がない、高齢である、認知症がある、合併症がある、地域での迷惑行為などの社会的問題を抱えている、対人交流がとれない、生活能力がなく自立できないなどであった。

(2) 家族に関すること

家族に関することは、家族が本人の病気への理解がないことや、家族が退院後に本人への援助の意思がない、などの内容であった。

(3) 退院先に関すること

退院先に関することは、患者本人が退院後単身である、また退院先が明確に決まっていない、などの内容であった。

(4) 金銭問題、医療福祉サービス

金銭問題は、退院後の生活を経済面から保証されていない、生活保護などの手続きが必要などであった。

II. スクリーニングシートの開発と活用

精神科救急病棟および精神科急性期治療病棟に入院した患者を対象とした追跡調査の結果、ADL因子と自閉的行動因子が退院を困難にする要因としてあげられていた。それを踏まえて、入院時のスクリーニングシートを作成した(表4)。

このスクリーニングシートは、入院時にチェックして患者のもつ退院困難な要因を早期に把握するものである。その後は、専門職が必要な時期にそれぞれの専門性を活かした介入が必要となる。入院以降のそれぞれの時期における専門職の役割を、以下に示す。

ヒアリング調査で、退院困難の有無を判断している体制やチェックリストとその活用方法を明らかにした。

チェックリストに相当する用紙やチェック体制に相当する会議については、それぞれの名称は各病院によって異なるものの、チェックする内容や期間、またカンファレンスのタイミングや話し合う内容には共通点があった。そこで、入院時に退院困難となると判断された患者に対して、入院してから3か月間に専門職がかかわる時期と内容について、一覧にまとめた。入院時から、退院までの関わりの方々の各時期の関わり内容について以下に述べる(表3)。

1. 入院時

入院時には、各職種が患者本人と家族に面談し、情報収集を行う。この時、収集した情報を1か所に集約することができれば、多職種での情報共有が容易になる。また、スクリーニングシートによって、入院が長引く要因がチェックできれば、その項目に関する対策を早期に検討することができる。そして、それらの情報を集約して共有するための入院時カンファレンスを行う。この時に治療方針の確認をおこない、各職種がどのような方針で今後ケアを行っていくかを検討し、役割分担を行う。このときに退院先の確認も行うことが重要であると考えられる。

2. 入院後1か月まで

患者の状態がある程度安定してきたら、作業療法やSST、心理教育を開始する。SSTの内容としては、集団で行うというよりは、まず医療者とのコミュニケーションをとるためのSSTから始める。医療者に自分の思いを表現できない患者に対しては特に重要である。また、家族に対しては家族教室を開始する。看護師は、入院時から継続して家族との連絡調整を行っていく。PSWは早い時期から地域と連携をとり、退院後の生活への支援策を検討していく。

入院後1か月までの期間は、カンファレンスは週に1回程度行うことが望ましい。このカンファレンスでは、日々変化していく患者の状態に関する情報を共有していくことだけでなく、本人の意思を確認して退院後の生活について検討していく。そして、家族の希望をふまえた退院の時期についての設定を行い、それに向けた各職種の取り組みについて話し合っていく。

3. 1か月目から2か月目まで

この時期は退院に向けた時期であり、主治医を中心に各職種が退院の準備を行っていく。看護師は退院に向けた生活訓練や服薬指導を、患者の気持ちに合わせてながら行っていく。服薬指導については、時期を決めて一律に導入していくのは難しいため、個別にアプローチが必要である。

心理士は退院に向けた心理的サポートや心理テストによる評価を行う。OTは、日常生活を想定したSSTを行っていく。

家族に対しては、病院スタッフだけでなく地域のスタッフと面談できるような場を設定し、退院に向けた準備をしていくことが必要になる。退院したら誰に相談したらよいかを、家族や本人が知っているということが安心感につながり、退院を進める重要な要素となる。退院後デイケアに通う予定であれば、退院前にデイケアを体験利用し、その場に慣れていくことが重要である。退院に向けたカンファレンスを行う際には地域のスタッフが参加し、退院後の生活について確認していくことも重要である。

4. 退院時

退院が間近になったら、患者は通院治療や再発予防について医師からオリエンテーションを受ける。また、地域スタッフとの面談を行い、具体的な退院に向けた生活について話し合う。病院スタッフは、地域へ情報の申し送りを行う。

5. その他

カンファレンスは各職種の意見を集約する場として欠かせないものであり、カンファレンスのリーダーを病棟師長が行うことが望ましい。さらに、師長の重要な役割は、患者の在院日数の確認や状態など患者を把握し、カンファレンスの呼びかけを行うことである。

表1 チェックリスト

(*H病院はチェックリストなし)						
	A	B	C	D	E	F
	入院時データ用紙 (アナムネ)				アナムネ用紙 ①看護師がとるデータベース ②福祉面接 (PSWが入院時に行う) ①と②が入院時セットになっている	アナムネ用紙 取用紙 (チェックリストの役目)
アナムネ用紙						アナムネ用紙 取用紙 (チェックリストの役目)
入院診療計画書		療養計画書：治療方針を医師と看護師の間で確認し、この計画書をもとに看護計画を立てている				入院診療計画書 (入院1週目～1か月目) 検査内容など患者に渡すときに治療方針について説明。
用紙	「入院時医療パス」：入院時から3か月までの間。治療基準や面談設定など。	退院に向けての計画表：計画の経過と、退院援助がうまくできているか) 入院時、混乱期、過敏期、回復期、過退院期にチェックする。チェックする時期は1か月ごとを目安に。	パス：統合失調症と摂食障害(ケースワーカーがとった情報は電子カルテの中の台帳を見るが、共有できないものとしてまだ機能していない)			
その他	「カンファレンスシート」(入院時、中間、退院時)：中間は長引いたり難しいケースに使用される。「生活治療プログラム」：「面談シート」：	目標を書いたカード：患者と共有。	看護アセスメントのツール：問題点を看護計画にあわせて解決していく(最低1か月に1回は評価)	ケースワーク記録：問題を記述。1か月ごとに問題をチェックし、担当者を決めて役割分担を運営会議で話し合う		

表2 チェック体制

	A	B	C	D	E	F	G	H
病棟カンファレンス	病棟カンファレンス (毎日): PSW、NS	ミーティング: NS、申し送り後の10~15分で気がかりなケースについて話し合う		ケースカンファレンス (毎日): NS、PSWが30分間新規入院患者などの情報交換	カンファレンス (毎日): 病棟内のチームごとに行う。PSW、CPが週1~2回は必ず参加	ミニカンファレンス (朝の申し送り後、午後の1日2回): NS間での情報共有や意見交換を行う。	ケースカンファレンス (週1回): 医師、PSW、NS、OT、NSが参加。入院が長引きそうな患者について検討。	カンファレンス (毎日): 30~40分。医師、OT、CP、PSW、NSが参加。エリア別に区切って1日1エリアずつ。
病棟カンファレンス				朝夕の引き継ぎ: 医師、PSW、NS、OT。入院も合わせて報告			看護カンファレンス (週1回): NSだけで行う。困っているケースなどについて話し合う。	
ベッド調整・診療会議	「ベッド調整会議」 (毎日): 医師、病棟NS (課長・係長)、PSW、外来NSが参加。退院困難なケースの情報提供。		診療会議 (毎週): 各所属長が参加。入院患者の紹介、治療方針、退院先を確認する。入院1週間以内に入院1週間以内に行う。	病棟運営会議 (月1回): 病棟医、PSW、OT、師長、NS。各病棟にいる2か月を超える患者をリストアップし、退院日の確認を行う。		ベッド調整会議 (毎週): 退院日の確認		
合同カンファレンス		病棟カンファレンス (2週間に1回): NS、PSW。退院困難なケースには主治医も参加	カンファレンス (各医師ごとに毎週): 各医師の受持ち患者を1時間半程度話し合う。		合同カンファレンス: NS、PSWのほか、病棟医、地域の保健師も参加し、援助の方向性について確認する。	カンファレンス (毎週): 医師、NS、PSW、OT、薬剤師が参加。必要時、訪問看護ステーション、デイケアスタッフも参加	合同面接: 師長、病棟NS、主治医、病棟長が参加。入院後1か月半から退院調整開始。	病棟連携会議: 退院後に必要なサポートを行う人と患者や家族の顔合わせ

表3 専門職の役割とカンファレンス

	入院時	～1か月	～2か月	退院時
患者	治療開始	作業療法、SST（医療者とのコミュニケーションをとるためのもの） 心理教育開始 医師・NS・PSWとの面接	医師、NS、PSWとの面接 地域スタッフとの面接 デイケア体験利用	医師、NS、PSWとの面接 地域スタッフとの面接 デイケア体験利用
家族	医師、NS、PSWとの面接	家族教室の開始 医師、NS、PSWとの面接	医師、NS、PSWとの面接 地域スタッフとの面接	医師、NS、PSWとの面接 地域スタッフとの面接
医師	問診、検査の指示 本人と家族への説明	コンサルテーション、家族教室、本人と退院に向けた面談	スタッフへの退院準備の指示、本人・家族との面談	退院後の通院治療や再発予防について、本人と家族にオリエンテーション
NS	入院時オリエンテーション 情報収集	日常生活援助、家族教室、家族との連絡調整	退院に向けた生活訓練、服薬指導、患者の不安への対応	外来や関連施設への申し送り
PSW	情報収集 入院に伴う経済面の相談 社会資源活用への指導 退院先の確認	地域との関係調整、家族教室、	地域との関係調整、本人・家族への地域関連施設の説明	地域の受け入れ先への連絡
多職種（OT・CP他）		CP:心理面接、心理テスト OT:OTプログラムの開始	CP:心理テストによる効果評価、心理的サポート OT:就労SST	
地域（保健師、訪問看護師等）		情報収集 病院との連絡調整	本人・家族との面談・関係調整 病院のカンファレンスに参加	本人・家族との面談・調整
カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> 入院時カンファレンス 治療方針の確認 スクリーニングシートから入院が長引きそうか判断し、各職種で役割分担をする 	<ul style="list-style-type: none"> カンファレンス 各職種からの治療経過の評価 退院の時期の設定 患者本人の退院後の生活についての意志の確認 家族との連絡調整の評価（1～2週間に1回はカンファレンスで評価していく） 	<ul style="list-style-type: none"> カンファレンス 各職種からの治療経過の評価 退院日の確認 家族との連絡調整の評価 地域との連携の状況（1か月目、2か月目にカンファレンスを行う） 	<ul style="list-style-type: none"> 退院時カンファレンス 退院後の受け入れ先との連絡状況について 退院後の生活についての最終確認
その他	<ul style="list-style-type: none"> カンファレンスのリーダーは師長が行う 在院日数の確認は師長が行う 			

表4 退院困難患者のスクリーニングシート(案)

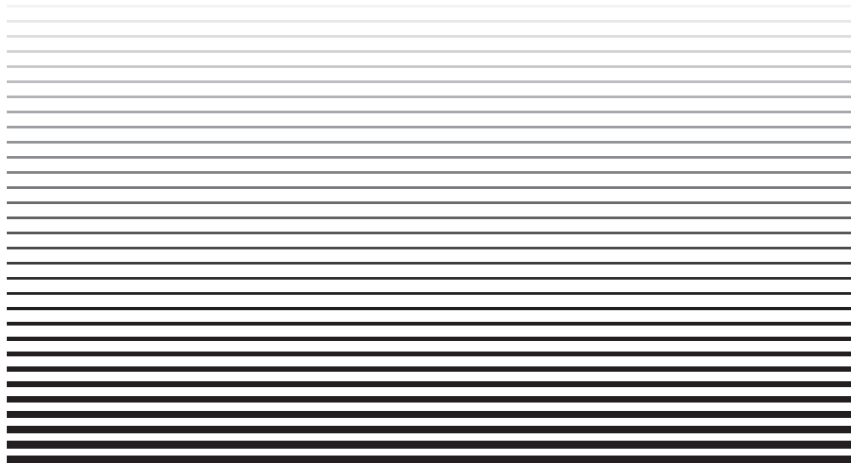
氏名	チェック項目
年齢： 歳	
入院年月日： 年 月 日	
*入院形態： 入院	措置入院である
*診断名：	統合失調症である
*初発からの経過年数 年 か月	病歴が長い(10年以上)
*治療歴の有無	治療歴がない
*今までの入院回数 当院 回、他院 回	入退院を繰り返している
*ADL	身なりを整えることができない
	金銭管理ができない
	すすんで入浴しない
	自炊または食物の購入が困難
*自閉的行動	自分から人に話しかけられない
	集団行動に参加できない
	悩み事や分からないことを人に相談できない
*服薬 拒薬の有無	拒薬がある
*年齢 高齢である	高齢(65歳以上)
*認知症の有無	認知症がある
*合併症の有無(病名：)	合併症がある
*家族の協力の有無	家族の協力なし
*単身	単身である
*退院先	退院先が未定
*社会資源	医療福祉サービスを受けていない

調査協力者一覧

塚田由美子・西銘美喜子（医療法人卯の会新垣病院）
藤末好美・松崎由美（医療法人恵愛会福間病院）
菅 真司・和気一弘（医療法人恵生会南浜病院）
石川桂美・工藤正志（医療法人財団久盛会秋田緑ヶ丘病院）
森 良博（医療法人社団慈光会若久病院）
井上義隆・川崎正志（医療法人社団桐葉会木島病院）
犬伏麻里・榊 明彦・佐藤広泰・辻脇邦彦・渡辺雅美（医療法人社団翠会成増厚生病院）
小林邦子・庄司貴光（医療法人社団有朋会栗田病院）
定仲真紀・福島義博（医療法人清心会山本病院）
木落勇三・宮本千恵美（医療法人成精会刈谷病院）
高下蓮美（医療法人せのがわ瀬野川病院）
武田直子・山下ちぐさ（医療法人近森会近森病院第二分院）
齋藤香奈恵・谷口ひろ子（医療法人北仁会旭山病院）
齊藤雄一（財団法人浅香山病院）
多賀利恵・八田英行（財団法人慈圭会慈圭病院）
早瀬和彦・渡辺勝次（財団法人積善会曾我病院）
大谷幸児・大西 宏・日野神一（財団法人創精会松山記念病院）
麻場英聖・飯塚香織（財団法人復康会沼津中央病院）
猪爪和枝・吉田裕昭（特定医療法人社団水明会佐潟荘）
木澤正明（特定医療法人清仁会のぞみの丘ホスピタル）
青木典子・岡本一憲（特別医療法人居仁会総合心療センターひなが）
加藤政浩・古川 清（特別医療法人大阪精神医学研究所新阿武山病院）

第3章

精神科デイケアの効果的活用と 地域連携パスの開発



1 精神科デイケアの利用に関する実態調査

第3章

I. 調査結果のまとめと考察

I. 調査の概要

1. 調査目的

1) 精神科デイケア等（ショートケア、デイ・ナイトケア、ナイトケア）の効果を、退院促進や地域移行の側面から明らかにし、福祉サービスでは代替しがたい医療的效果について検討する。

2. 対象

1) 社団法人日本精神科看護技術協会の会員施設のなかで精神科デイケア等を開設している施設の中から70箇所を無作為に抽出して質問紙を送付し、28施設から回答を得た（回収率40.0%）。

2) 28施設の内訳：公的医療機関5、社会保険関係団体1、医療法人17、その他5

3. 方法

・精神科デイケア等の利用に関する実態調査A（施設調査）とB（利用者調査）の2つの調査票を作成して、対象施設へ郵送し、回答を記入し郵送してもらった。

4. 調査内容

1) A票：施設調査。平成20年10月1日現在で実態を調査（回答28施設）

2) B票：利用者調査。平成18年4月～9月の6か月間に利用を開始した利用者（新期、再入所）を対象に、平成20年10月1日現在の状態を調査（回答対象者168人）

II. 調査結果の概要

以下の文中では、精神科デイケアはデイケア、精神科デイ・ナイトケアはデイ・ナイトケア、精神科ナイトケアはナイトケア、精神科ショートケアはショートケアとする。また、これらの総称を精神科デイケア等とする。

1. 施設調査（A票）

1) 運営実態

(1) スタッフ

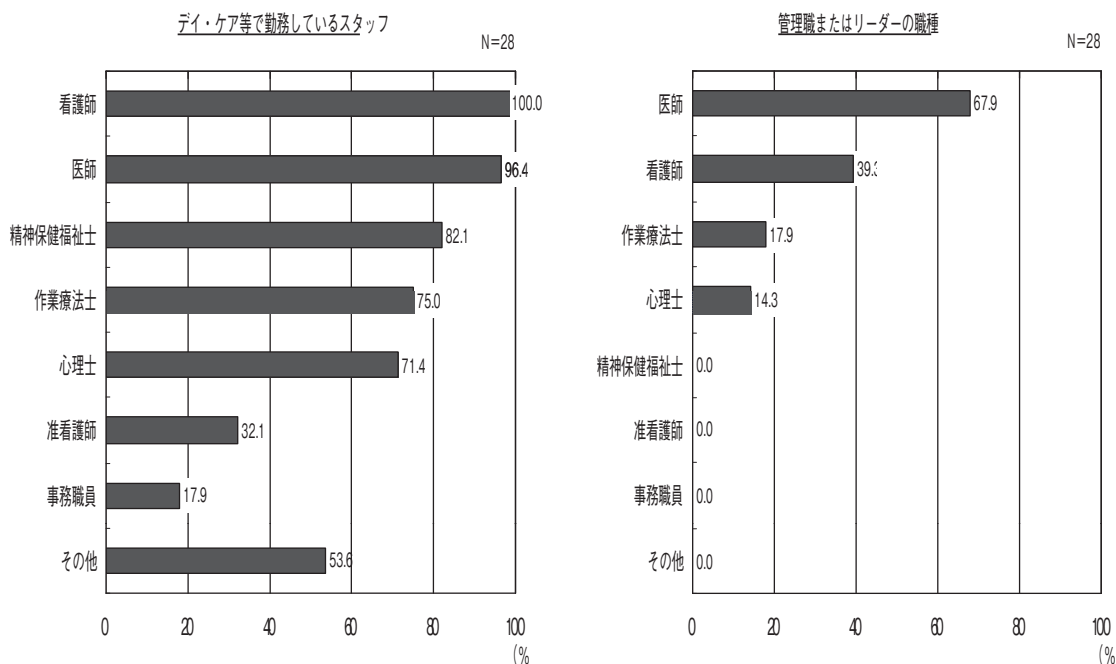


図1 スタッフの配置率とリーダーの職種

全ての施設に看護師が配置され、専任配置の人数で最も多いという結果であった。また、管理者またはリーダーの役割を担っている職種としても医師に看護師が次いで多かった。この結果から、運営の要となっている職種は看護師であるといえる。

(2) 運営状況

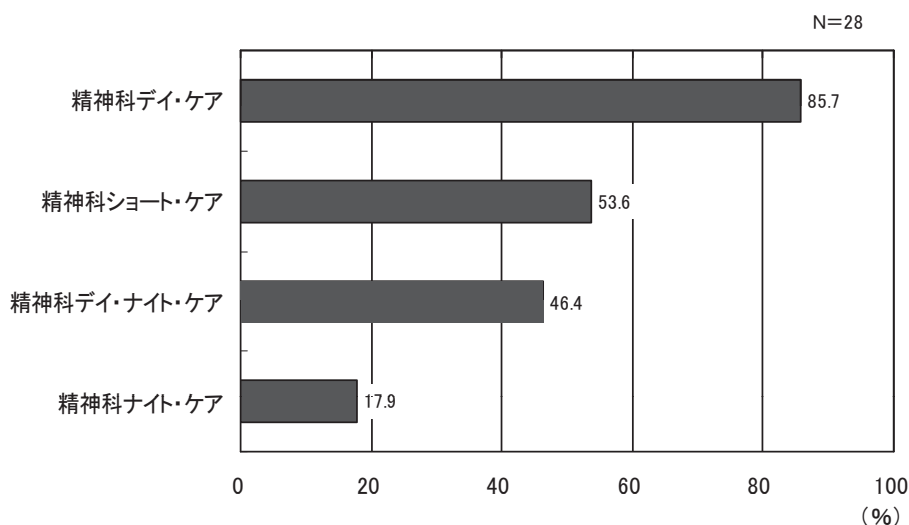


図2 設置されているデイケア類型

・回答のあった28の精神科病院のうち8割をこえる病院がデイケアを開設していた。デイ・ナイトケアも46.4%の病院が開設し、平成18年度診療報酬改定で新設されたショートケアも対象施設の53.6%で開設されていた。

(3) 活動日数と利用者数

表1 運営しているデイケアの活動延べ日数と参加延べ人数の状況

運営しているデイケア	活動延べ日数 (平均)	年間参加延べ人数 (平均)
1) 精神科デイ・ケア	255.9日	9,115.4人
2) 精神科ショート・ケア	207.7日	565.8人
3) 精神科ナイト・ケア	107.4日	132.8人
4) 精神科デイ・ナイト・ケア	220.0日	6,678.1人

デイケアが他の類型に比べ、利用人数も活動日数も多かった。

デイケアの活動日数の多い施設では年間約300日(月平均25日)活動しており、1施設平均の活動日数が256日(月平均21.3日)であった。この結果からほとんどのデイケアが週4～5日活動していることがうかがえる。

平成18年630調査によると、精神科病院における1か月間の平均実施日数は、デイケアが21.6日、デイ・ナイトケアが20.5日であり、今回の調査の結果もこれをほぼ同様であった。

1日当たりの平均利用者数をみると、ショートケア、ナイトケアが1人前後であるのに対し、デイ・ナイトケア18.3人、デイケア24.9人となっており、この2つの類型は格段に利用者が多かった。

ショートケアとナイトケアは利用者が少なく、活動日数も少なかった。デイ・ナイトケアはデイケアに比べて施設数が少なく、約半数の施設でしか開設されていなかったが、活動延べ日数と延べ利用者数の合計は3分の2以上に達しており活発に活動している様子がうかがえた。

2) 利用者の属性、利用状況等

(1) 年齢別、男女別登録者数

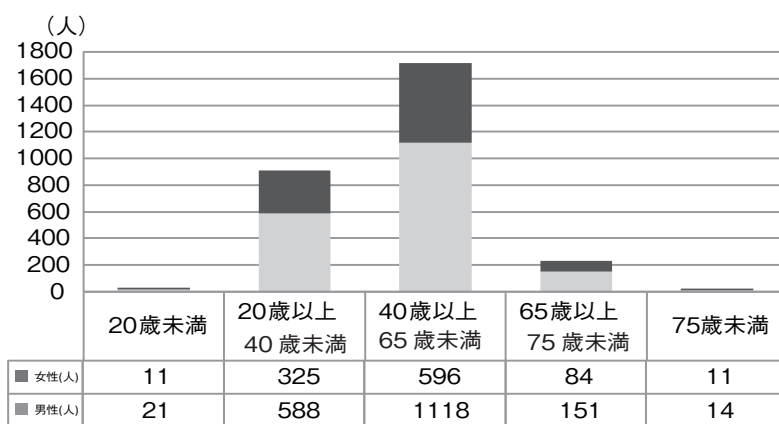


図3 年齢別に見たデイケア等の登録者数

登録者のうち20歳以上40歳未満は31.3%であり、40歳以上65歳未満の割合は58.7%であった。

20歳未満は32人(1.1%)、65歳以上は260人(8.9%)となっており、中年から初老期の利用者が多かった。

女性の登録者は1027人(35.2%)、男性の登録者は1892人(64.8%)であり、男性が6割を占めていた。

(2) 利用者の主病名

表2 疾患「主病名」別登録者数

疾患名「主病名」	平均人数	構成割合
1) アルツハイマー病型認知症、血管性認知症その他の器質性精神障害(F 0)	2.8人	46.4%
2-1) アルコール使用精神及び行動の障害(F 1)	2.7人	53.6%
2-2) アルコールを除く覚醒剤等の精神作用物質による精神及び行動の障害(F 1)	1.1人	21.4%
3) 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、急性一過性精神病性障害、統合失調症感情障害等(F 2)	86.6人	92.9%
4) 気分[感情]障害(F 3)	7.7人	92.9%
5) 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害(F 4)	2.0人	53.6%
6) 摂食障害等生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群(F 5)	0.3人	14.3%
7) 成人のパーソナリティ及び行動の障害(F 6)	1.6人	57.1%
8) 精神遅滞<知的障害>(F 7)	1.6人	67.9%
9) 発達障害等の心理的発達の障害(F 8)	0.9人	39.3%
10) 小児期及び青年期に発症する行動及び情緒の障害(F 9)	0人	3.6%
11) その他(てんかん、特定不能の精神障害)	1.3人	50.0%

28施設のうち26施設にF2(統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、急性一過性精神病性障害、統合失調症感情障害等)、F3(気分[感情]障害)の患者が登録していた。

平均登録者数はF2が86.6人と圧倒的に多く、次いでF3が7.7人、その他の疾患の患者はそれぞれ1~3人程度であった。

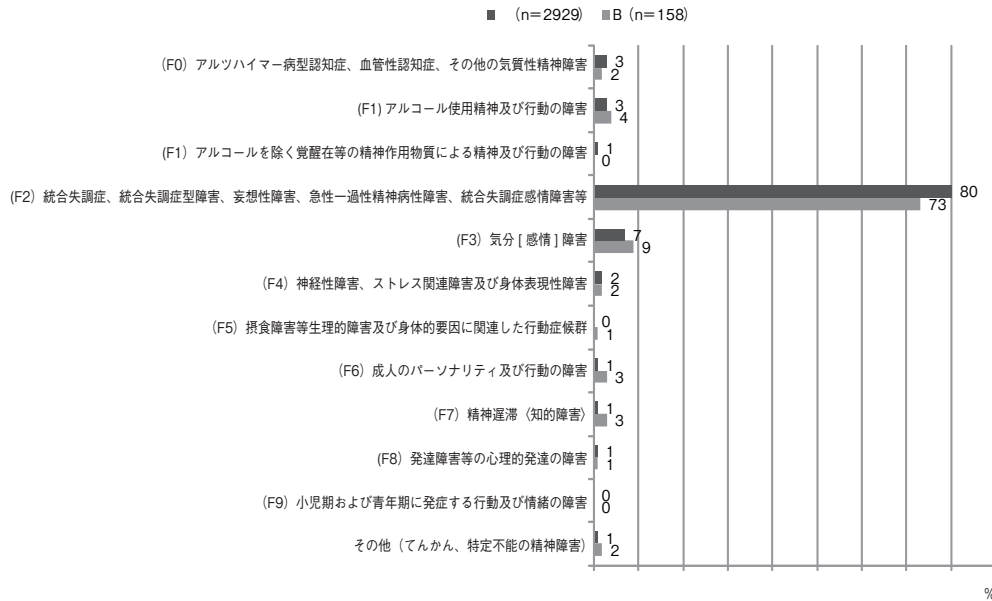


図4 主病名(A：施設票、B：利用者票)

28施設の2929人の登録者のうち、F2の占める割合は80%で、次いで多いのは7%のF3であった。

平成18年630調査によると、精神科デイケア等に通所している32846人のうち24966人(76.0%)がF2となっており、今回の調査結果もほぼ同じ割合であった。

(3) 家族状況

□ 家族と同居 □ 単身生活 ■ 施設に入所中 ■ その他

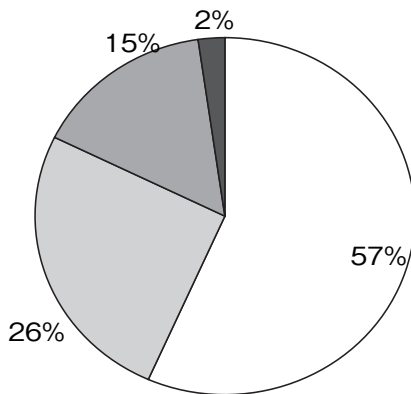


図5 デイケア等登録者の居住状況

登録者のうち家族と同居している者の割合は、57%で最も高かった。次いで、単身生活が26%、施設に入所中が15%であった。単身生活者の利用が多いと思われたが、全体の4分の1程度であった。

(4) 利用期間

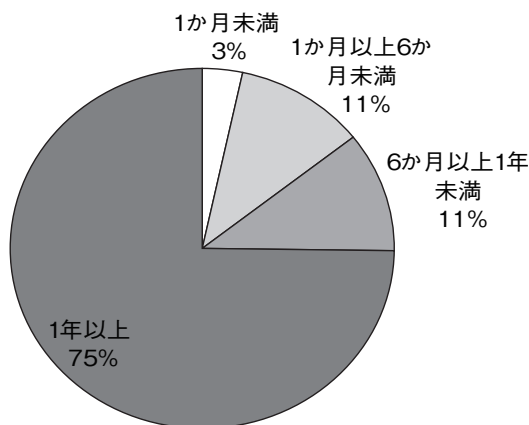


図6 今回の利用期間

	男女計		男性		女性	
	n	有効%	n	有効%	n	有効%
1年未満	526	17.7%	317	16.4%	209	20.2%
1年以上3年未満	648	21.8%	418	21.6%	230	22.2%
3年以上5年未満	527	17.7%	336	17.4%	191	18.5%
5年以上	1269	42.7%	865	44.7%	404	39.1%
有効回答数	2970	100.0%	1936	100.0%	1034	100.0%

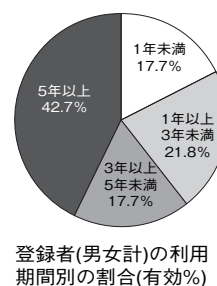


図7 初回入所からの利用期間(通年)の登録者数(H20.10.1.現在)施設調査

登録者のうち、今回の入所で1年以上利用している者が75%と最も多く、初回入所からの利用期間が5年以上利用している者の割合が42.7%で最も多かった。男女ともに1年以上登録を継続している利用者が多数を占めているのは、福祉施設への移行や就労などへステップアップしていないことを示している。あるいは、利用で状態が安定した統合失調患者が変化を嫌う特性で留まり続けているとも考えられる。いずれにしても、新規入所での利用は少なく入所から退所への流れが滞り、居場所としての役割を果たしていることがわかる。

(5) 利用回数

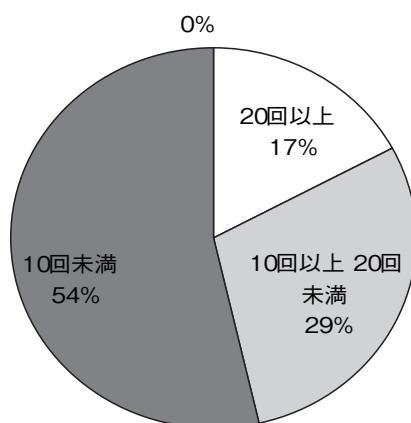


図8 1か月間デイケア等利用回数

1か月間の利用回数をみると、10回未満が54%と最も多く、次いで10回以上20回未満が29%であった。

(6) 終了理由 (平成20年4月～9月の6か月間の終了者)
(人)

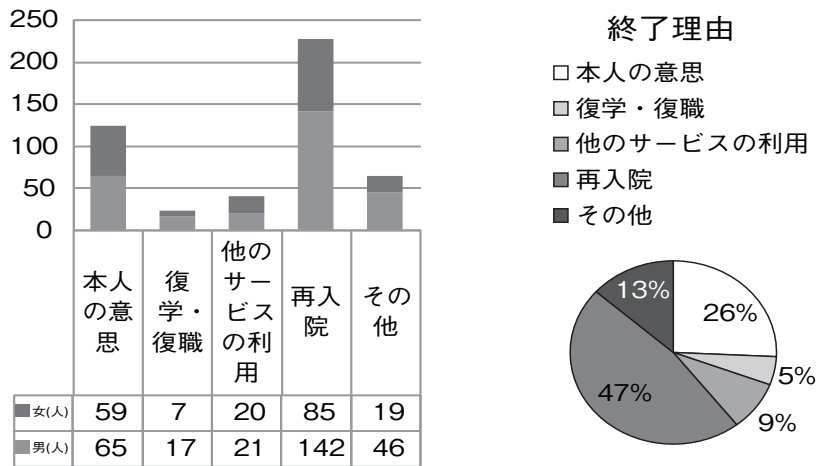


図9 デイケア等終了理由

平成20年4月から9月までの6か月間に利用を終了した利用者は482人であった。各施設での平均終了者数は17.2人となっており、月に3人弱が終了していることになる。終了理由で最も多かったのは再入院で、47%を占めていた。復学・復職での終了は5%、他のサービスの利用での終了は9%と少なかった。

(7) 利用状況

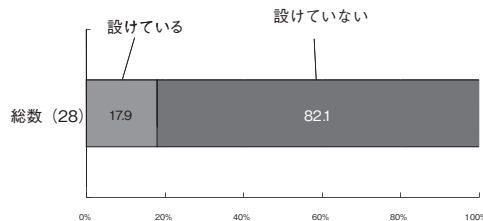


図10 利用期間の設定

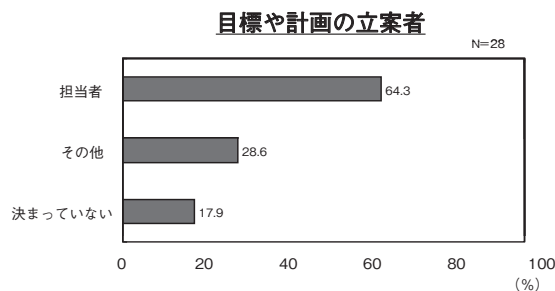
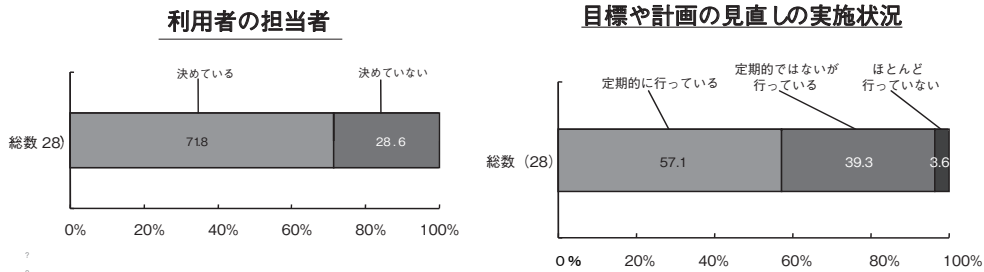


図11 担当制、計画立案者、計画の見直し

利用期間の期限を「設けている」と回答した施設は5施設(17.9%)であった。そのうち「1年未満」が3施設であった。ほとんどがクール制をとらず、利用者の希望に応じて通所している現状がうかがえた。

担当者については、71.4%の施設で担当者を決めていた。また、利用者個別の目標や計画の立案を担当者が行っている施設は64.3%であり、目標や計画の見直しについては、不定期を含めると96.4%が行っていた。

(8) カンファレンス

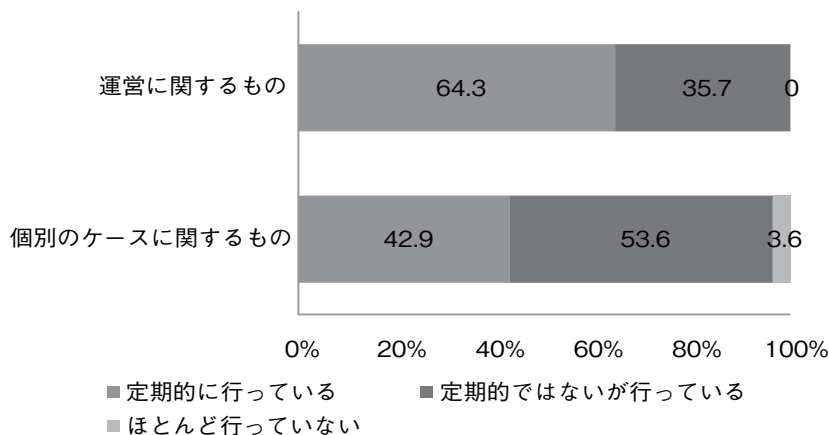


図 12 カンファレンスの実施状況

カンファレンスの実施状況については、運営に関するものと個別のケースに関するものについて調査した。運営に関するカンファレンスは全ての施設で行われており、64.3%が定期的で開催していた。開催頻度は、月に1回が50%、週1回程度が44.4%であった。

ケースカンファレンスは、運営に関するカンファレンスに比べて定期的に行っている施設が少なく42.9%であった。開催頻度も月1回が50%、週1回が25%と若干低かった。

(9) プログラム

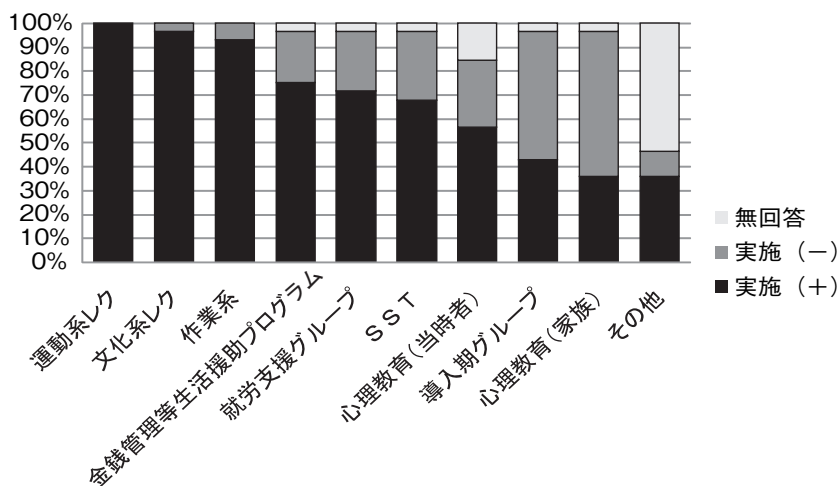


図 13 定期プログラムの実施状況

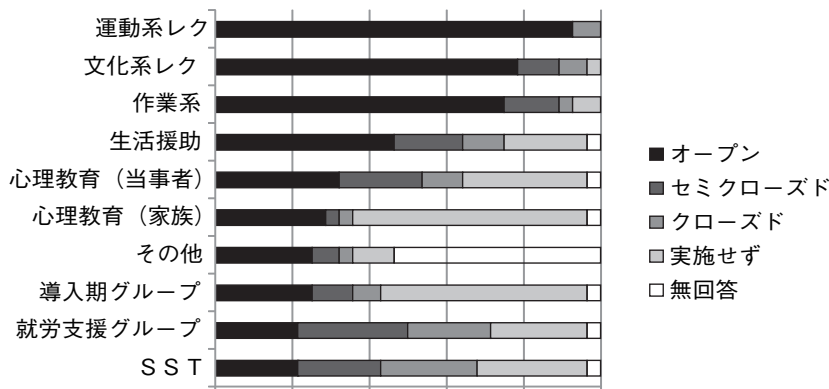


図 14 プログラムの運用方式

プログラムで、全ての施設で実施されていたのは運動系レクリエーションプログラム（以下、運動系レク）であった。次いで、文化系レクリエーションプログラム（以下、文化系レク）が96.4%の施設で実施されていた。一方、心理教育（家族）と導入期グループの実施率が低く、心理教育（家族）で39.3%、導入期グループでは46.4%の施設でしかされていなかった。

プログラムの運営方法については、運動系レク、文化系レク、作業系プログラムは参加者を限定しないオープングループで行われていた。全体的にクローズドグループで実施されているプログラムは少なく、特に実施率の低かった心理教育（家族）と導入期グループではクローズドグループでの運営が少なかった。それに対して、就労支援グループとSSTはクローズド・セミクローズドグループでの実施が多かった。

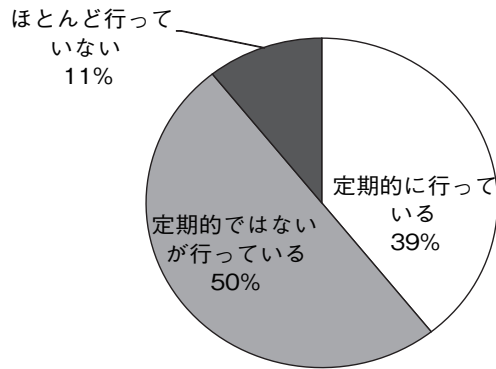


図15 プログラム評価：定期的に行っている

プログラムの評価を定期的に行っているのは39%であった。不定期に評価を行っている施設も含めると約9割の施設でプログラムの見直しが行われており、プログラムの効果を、意識している施設が多いことがわかる。

3) 体験利用と病棟、外来との連携
 (1) 体験利用の実態

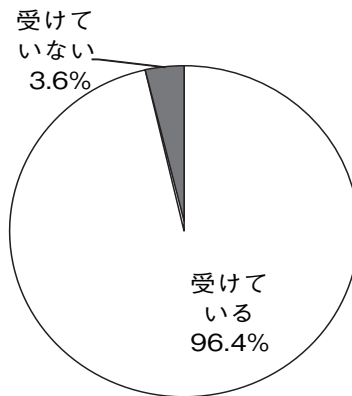


図16 体験利用の受け入れ状況

96.4%の施設が入院中の患者の体験利用を受け入れていた。平成20年4月1日から9月30日までの6か月間の体験入所者総数は280人であり、1施設あたりの平均受け入れ人数は11.2人であった。中には30人以上の体験利用を受け入れている施設が2施設あり、体験利用のニーズが高いことがわかる。

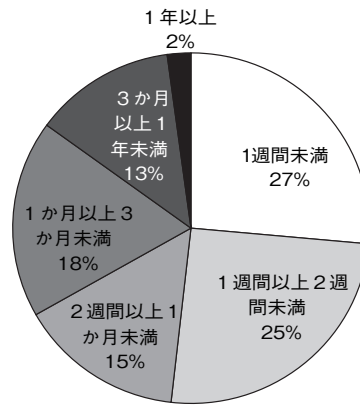


図 17 体験利用期間

体験利用日数は1週間未満が27%、1週間以上2週間未満が25%でほぼ同じ割合であった。体験利用は退院直前に行われていることが推察される。

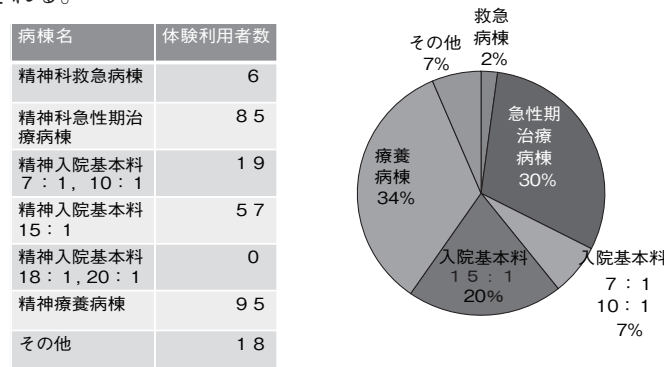


図 18 病棟種別の体験利用者数

体験利用者の入院病棟の内訳は、急性期治療病棟が30%、精神療養病棟が34%であった。

① 場になじむ、不安の軽減	② デイ・ケアの概要を知る
場になじめる。	スタッフや利用者の様子、プログラム内容等を知ることができる。
正式入所後、とけ込みやすい。	利用者同士の情報交換・交流を図れる。
負担が少なくなる	活動内容を知ることができる。
スタッフに慣れる。	デイケアの情報が得られる。
環境の変化の負担を最小限にしながらコーピングスキルの獲得につなげられる。	デイケアの必要性を考えられる。
退院後の目的を考えることができる。	自己判断の材料になる。
不安が軽減する。	
退院による環境の変化を最低限に抑えられる。	
入院中から相談者を作ることができる。	
退院後のイメージを作れる。	
各プログラムを体験できる。	
集団適応がスムーズになる。	
	③ その他
	プログラム利用日を検討できる。
	病棟から出かける場所ができ、生活に張りが出る

図 19 体験利用者にとってのメリット

① 他部門との連携	② 利用者を知る
病棟スタッフの協力が得られる。	適応の判断ができる。
デイケア終了後の状態観察を病棟でもらえる。	負荷の把握から対処行動につなげ、評価
他職種と連携を持ってフォローできる。	利用者を把握しやすい。
入院からの連携がスムーズになる。	利用者のニーズ、状態等を知ることができ
病棟に出向いていけるため、本人とデイケアの時間外でのアプローチが容易である。	退院後の利用について、本人に直接相談できる。
ケア会議が行われるため、コメディカルや周辺施設と連携をとりやすい。	事前に必要情報を把握できる。
退院の見極めに参加できる。	個人を対象とした受け入れの準備ができ
	判定基準を考慮できる。
③ その他	入院中の支援者と目標を確認できる。
病状重視の退院時サマリーの補足。	退院前に支援体制を作ることができる。
リタイアが減る。	課題が明確になる。
導入がスムーズになる。	

図20 デイケアについてのメリット

自由記述で体験利用のメリットを調査した結果、体験利用者にとってのメリットとして挙げられたのは【場になじむ、不安の軽減】【デイケアの概要を知る】と非常に少なかった。しかし、デイケアについてのメリットは【他部門との連携】【利用者を知る】であった。

(2) 外来、病棟との連携

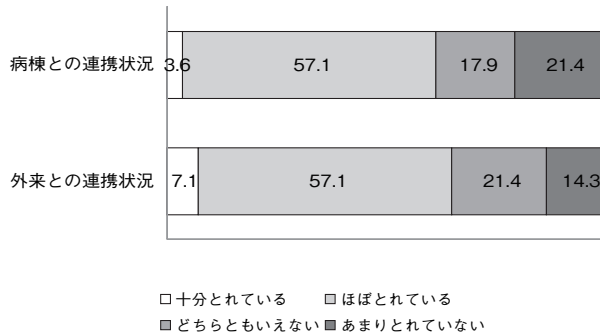


図21 外来、病棟との連携状況

外来と病棟との連携について調査した結果、連携が「十分とれている」との回答は、病棟との連携で3.6%、外来との連携で7.1%であった。「ほぼとれている」をあわせると、病棟との連携は60%、外来との連携は64.2%であった。

① 情報交換	② 医療面の支援
休日中のメンバーの入院・受診状況の連絡	利用中に具合が悪くなったときの依頼
引き継ぎ、在宅カンファレンス、在宅掲示板と個別の情報交換	問題がおきたとき等に担当医へ相談する。
カルテ情報の提供	メンバーの変化に応じた介入方法をともに考え、介入している。
リーフレット等による内容説明	
個人情報の共有	③ その他
メンバーの状況を報告し、適宜訪問看護を依頼	見学希望のある人の見学調整、引率
毎日のデイケアの内容を共有している。	
外来診察の連絡	
新規のメンバーの情報をもらう	
診察場面の情報共有	
外来ミーティングで情報交換	
全職種、関連部署が参加した情報交換	
ケアに関する意見交換ができるネットワーク会議	

※自由意見の一部を掲載

図22 現在の外来との連携の内容

①情報交換	②その他
対象者の情報交換、デイケア内容の紹介	危機介入
デイケア開始時の患者情報	デイケア利用者の訪問の際、デイケア職員も訪問したい。
デイケア導入を要するケースの事前の情報共有	新規利用者の導入時 フォローのシステムづくり
定期的に担当医と話し合い、情報を共有する	終了者のフォローに向けた連携
連絡漏れをなくす	外来スタッフのデイケア研修
外来 ミーティングの活用	
医師との連携	
訪問との連携	
外来受診時の情報とデイ・ケアの情報を共有する	
外来スタッフがカンファレンスに参加する	

※自由意見の一部を掲載

図 23 今後必要と思われる外来との連携の内容

現在行われている外来との連携と、今後必要と思われる外来との連携は共に、「情報交換」があげられており、特に医師との情報交換の必要性が示されていた。

①カンファレンス、情報交換	②その他
利用時の情報交換	デイケアの紹介、見学の引率
利用者の家族情報	見学
引き継ぎ、在宅カンファレンス、在宅掲示板と病棟カンファレンスの適宜参加	
各スタッフとの情報交換	
退院支援 ミーティングへのデイ・ケアスタッフの参加	
退院前カンファレンスへのデイ・ケアスタッフの参加	
医師とミーティングを行い、今後の方針やサポートの見直し、家族関係の調整を行っている。	
入退院時の連絡調整	
サマリーの交換	
定期的な体験利用者のカンファレンスを行っている	
体験通所者ケア会議へのデイケアスタッフの参加	

※自由意見の一部を掲載

図 24 現在の病棟との連携の内容

①カンファレンス、情報交換	②病棟スタッフへの啓発
デイケアスタッフが対象者のカンファレンスに参加できるような連絡・調整	病棟看護師の在宅医療・地域ケアについての知識向上
サマリーをお互い早い時期に提供できるようにしたい	「デイケア招待日」を急性期病棟にも行う。
チームカンファレンスの充実	各病棟でデイケアの啓発活動を行う
ネットワークづくり	
連絡漏れをなくす	
週ごとに体験利用者を評価し、病棟と情報を共有する	
入院時より退院に向けての支援計画に沿ったカンファレンス	
メンバーが入院となった際の状態報告	

③その他
現場の見学
入院で使われているパスの見直し
退院前訪問 同行する

図 25 今後必要と思われる病棟との連携の内容

病棟との連携については、現在実施している内容と今後必要な内容として、「カンファレンス」「情報交換」があげられていたが、今後必要な連携としては特に「病棟スタッフへの啓発」が追加であげられていた。

(3) 地域生活移行、地域生活支援で果たしている役割

役割について自由記述の回答を整理すると次の通りである。

精神障がい者の地域生活の維持は想像以上に困難であり、安定した地域生活を送るには、【仲間と出会い安心していられる居場所】が必要である。このような居場所を提供している。また、【再燃を防ぎ】、引きこもり生活から抜け出し【陰性症状の進行を防ぐ】には、【入院医療と地域生活をつなぐ】役割を果たすような機能強化が必要である。

疲労を感じず、過活動から生活が破たんするケースもあり、【休息】の場としての活用も考えられなければならない。【家族間の相互の密な依存関係】から、不安や焦燥が強まり暴力にまで至ることもあり、利用によって適度な距離を

保つことが必要とされることもある。

【医療と連携】しているところが強みであり、そこに他の福祉施設との違いがある。しかし、医療的パターンリズムが強くなりすぎると、利用者の自立の妨げることにもなる。

地域生活を送りながらの利用は生活スキルを向上させ、就労等【社会参加へのパイプ役】も果たしている。退院後、次のステップに進むのに重要な社会資源であり、そこでの生活スキル等の評価が適切な在宅ケアの選択につながることもある。また、ケア会議等を通して【地域支援スタッフとの連携】が図れる。単身生活者にとっては【相談機関】であり、個別の生活援助がなされることもある。

【就労支援】は課題である。働き、前向きに生活できるような取り組みが求められている。

食事をする場所と割り切って【サロンの利用】している場合もあるが、少なくとも、仲間がいてお互いの【体験の交流】から【障害の受容】へと至ることもある。利用者にとって【自己肯定感】を持てる場である。

しかし、精神的な負荷を感じる利用者もおり、不安時の頓用薬を服用しながら通所したり、消化器症状が出現する者もいる。このように、本人は無理を重ねながら居場所として利用している場合もあり、訪問看護に切り替えたり、場合によっては休息入院してもらうなどの【介入】が必要となる。

2. 利用者調査 (B票)

平成18年7月～9月の3か月間に利用し始めた者を対象に、平成20年10月1日現在(約2年後)の状態を調査し、28病院から168人(男性104人、女性64人)について回答が得られた。

1) 対象者の属性、利用期間等

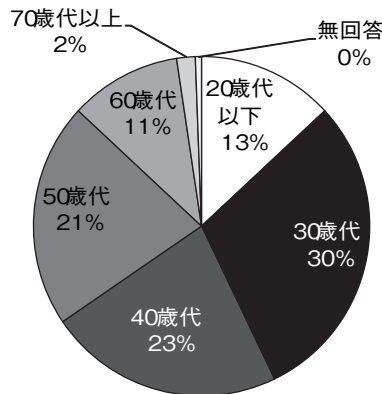


図26 調査対象者の年齢

対象者の年齢は30歳代が30%、40歳代が23%、50歳代が21%であった。疾患別では統合失調症が圧倒的に多く、69.0%であった。そして、発症年齢は20歳代以下が67%で、30歳代の15%を大きく上回っていた。

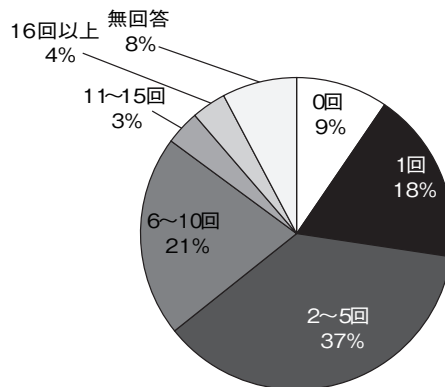


図27 通算入院回数

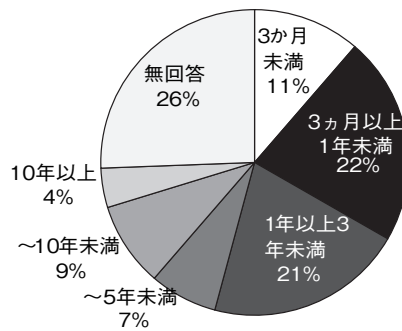


図28 通算入院期間

通算入院回数は2～5回が37%と最も多く、通算入院期間は3か月以上1年未満が22%、1年以上3年未満が21%であり、対象者は比較的短期間の入院を複数回繰り返した利用者が多いことが推察される。

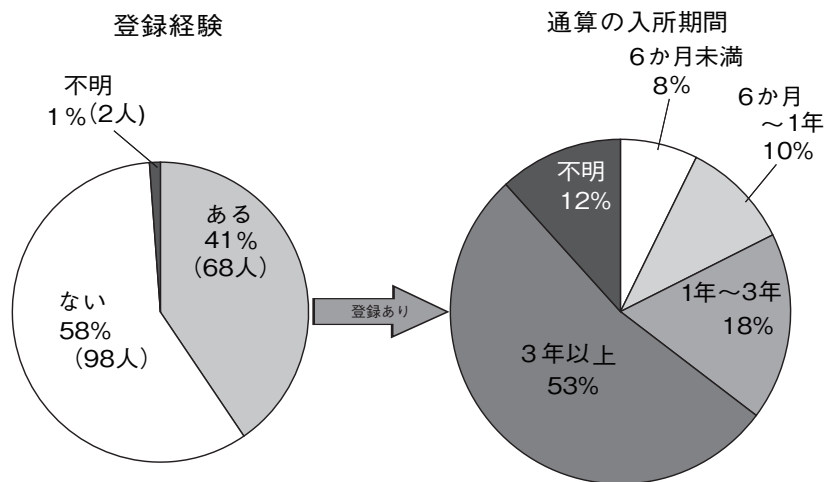


図29 登録経験者の通算入院期間

対象者のうち、精神科デイケアへの登録経験の有無については「ある」が41%であった。そのうち、通算入所期間は3年以上が53%と最も多かった。

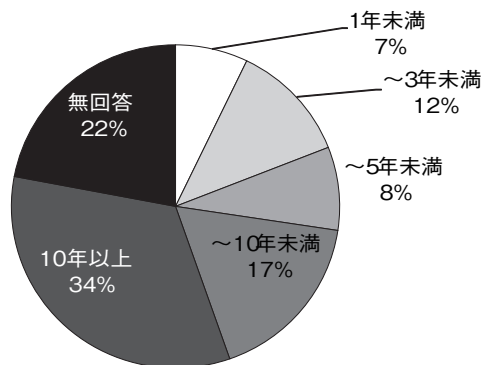


図30 発病から入所までの期間

発症から初回の精神科デイケア等入所までの期間をみると、10年以上の割合が34%と最も高かった。

2) 退所

	n	2年後の状態%	終了理由内訳%	再入院後の状態内訳%
全対象者	168	100.0%	-	-
継続利用	95	56.5%	-	-
終了	68	40.5%	100.0%	-
再入院	22	-	32.4%	100.0%
入院中	14	-	-	63.6%
退院 (DCあり)	3	-	-	13.6%
退院 (DCなし)	4	-	-	18.2%
不明	1	-	-	4.5%
本人の意志	23	-	33.8%	-
復学・就職	8	-	11.8%	-
他の福祉サービス	8	-	11.8%	-
その他	7	-	10.3%	-
不明	5	3.0%	-	-

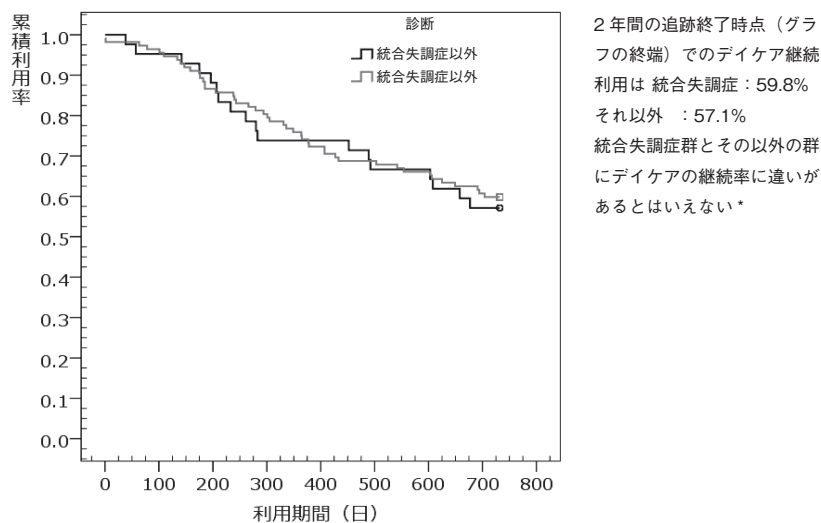
図31 デイケアの開始から2年間の追跡調査の結果

入所から2年が経過した平成20年10月1日現在、対象者の56.5%が継続利用中であり、40.5%が退所していた。退所者の約8割は通所期間が6か月以上、また、退所者の32.4%は再入院となっており、復学・復職、他の福祉サービスへの移行による退所は、それぞれ11.8%にとどまっていた。

退所理由の中で、再入院とともに多かったのが「本人の意思」であった。「本人の意思」の具体的内容について4病院でヒアリング調査を行ったところ、「導入時期に利用者間の対人関係がうまくいかない」「通所に時間がかかる」「自宅で親の世話をすることになった」「腰痛」「就労を目指すことになった」等が理由として挙げられていた。本人意思による終了による退所者がほとんどいない施設（退所者27人中1人）もあるが、退所者の半数が「本人の意思」の施設もあり、施設間の差が大きいことがわかる。

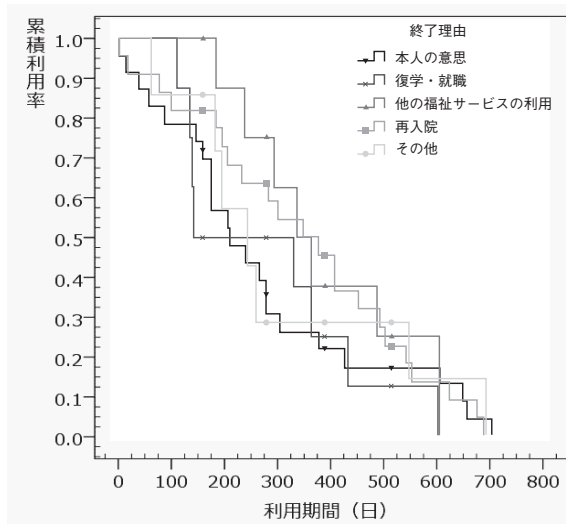
再入院を理由として退所した22人中、調査日まで入院中でデータのそろっている14人の再入院日数は、105日から791日（調査日時点）以上と幅広く分布しており、デイケア利用者の入院が必ずしも休息入院的な短期間の入院とは限らないことを示している。

3) 継続利用についての2年間の追跡調査



*ログランク検定； $\chi^2 = 0.08, df = 1, p = 0.78$

図32 デイケアの利用期間の追跡調査（診断別）



2年間の追跡期間中にデイケアを終了した者のみを抽出し、終了理由別に利用期間を比較した
 利用期間の中央値は 本人の意志：210日 復学・就職：142日 他のサービス：336日 再入院：349日 その他：243日 全体：279日
 終了理由の違いとデイケアの利用期間に関連があるとはいえない*

*ログランク検定； $\chi^2 = 1.47, df = 4, p = 0.83$

図 33 デイケアの利用期間の追跡調査（終了理由別）

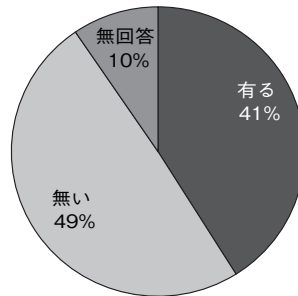


図 34 体験入所の有無

168人の利用者の継続利用率（168人入所者の残存率）を2年間追跡してみると、2年間の追跡終了時点で継続して利用している者は58.3%であった。これを疾患別でみると、統合失調症59.8%、それ以外の疾患57.1%であり、両者に違いがあるとはいえない。体験入所の有無で継続率をみると体験利用あり群で62.7%、なし群で54.2%であった。両群に顕著な違いあるとは言えないが、体験利用は継続に効果がないともいえないことがわかった。体験入所は、導入に配慮が必要な者が利用することが多いと考えられるため、体験入所を利用していなければ継続率はこの割合よりも低下していた可能性がある。

調査期間として設定した2年間に終了した者の継続利用率を終了理由別に比較してみると、利用継続者が半数となる利用期間の中央値は、復学・就職で142日、再入院で349日であった。本人の意思（210日）、他の福祉サービスへの移行（336日）はその間に位置していた。

2

精神科デイケアの効果的活用と
地域連携パス

I. 精神科デイケアの歴史

精神科デイケアは、ふたつの地域でほぼ同時期に産声を上げた。西園の総説¹⁾(2001)によると、ひとつは1946年ごろカナダのキャメロンらが始めた「マクギル式」と呼ばれるもので、入院に匹敵するケアや治療を行うため集団療法や作業療法、電気けいれん療法まで取り入れたデイケアであった。もうひとつは、同じく1946年ごろイギリスのビエラが開始した「マールボロ式」と呼ばれるもので、アドラーの個人心理学の流れを汲み、入院中心主義への批判から、デイケアでの活動を通して患者が自己評価を回復することを目標とする集団による積極的な治療をめざすデイケアであった。

「マクギル式」の部分入院、「マールボロ式」の自己評価の回復というスタート段階での2つのデイケアのあり方は今後の精神科デイケアの方向性に示唆を与えると考えられる。

II. 日本の精神科デイケアの成果と課題

1. 日本の精神科デイケアの果たしてきた役割

日本でのデイケアは、国立精神衛生研究所にて1958年から施行され、1963年から本格的に実施された。現在、精神科入院が35.3万人に対し、精神科デイケア、ナイトケア、デイ・ナイトケア利用者 計74697名(平成17年6月精神・障害保険課調)と精神科医療の大きな一端を担うに至っている。

日本の精神科デイケアがここまで発展してきた背景には、精神科医療に寄与する独自の役割を担ってきた点が多い。デイケアの果たしてきた役割を池淵²⁾(2007)の総説より振り返ると表1のように要約される。精神科デイケアは新しく導入された様々な心理社会的治療の第一線の実践の場であり、患者・家族を含めた治療共同体の場である。精神科デイケアが我が国の精神障害リハビリテーションを進める大きな原動力を担ってきたことについては、異論のないところであろう。

表1 精神科デイケアのこれまで果たしてきた役割(池淵の総説²⁾より)

①多職種協働チームの実現
②病棟や外来では充分行えない社会生活能力の評価や生活目標の設定
③ SST や心理教育など新たな心理社会的治療の提供
④リカバリーの促進
⑤仲間集団をはぐくむ場
⑥家族との連携の場
⑦退院促進の受け皿

しかし、かつて地域社会資源がほとんどなく、精神科デイケアが唯一の外来リハビリ機関であった入院中心の精神科医療の時代は過ぎ、近年の精神科医療は外来中心で入院は短期集中・急性期治療へと変化し、さらに社会資源も地域活動支援センター、訪問看護ステーション、就労支援事業所など公的・民間を問わず様々な職種による多様な形態で活用できるようになった。このように地域支援型に変化する時代の中で、精神科デイケアは自己完結型から変化する必要性が出てきている。そして、多職種で形成する医療モデルでの存在意義を検討する必要がある。また、デイケアホスピタリズムと一部で言われる、デイケアから卒業できないまま長年変化なく通所する利用者層の存在についても見直しを図る機会が求められているといえる。

III. 本調査の趣旨～3つのデイケアのあり方に照らし合わせて～

西園³⁾は、現在の精神科デイケア施設基準では、スタッフの職種とその人数、施設の面積、活動時間といった客観的に把握できるいわばハードの条件が規定されている一方、そこで何をするかのソフトの面は各施設の自主性に任せ

れている現状を指摘し、どのような当事者に「どのようなサービスを提供できるか」が全てのデイケアに問われていると述べている。そして、精神科デイケアのありかたを機能別に①生活支援型、②デイホスピタル型、③デイプログラム型の3つに分類することを提案している（表2）。

①生活支援型は居場所デイケアとも呼べるもので、欧米では既に医療の手を離れて地域社会や民間非営利団体や自助組織にその役割は移行しているが、日本ではなお再入院防止の場としての役割が期待されているところがある。しかし、一方で先述のデイケアホスピタリズムの課題も検討する必要がある。今回、本研究班では年齢、在籍期間や利用期間の制限があるかどうか、そして再入院率などを調査し、デイケアの実態を把握するよう努めた。

②デイホスピタル型はカナダではじまった「部分入院」のデイケアの出発点であり、急性期治療に比重をおいた現在の日本の精神科医療でもニーズが高いと考えられるが、各々の現場で十分に活用できているかどうかは明確ではない。まだ活気がなく対人緊張の強い急性期後の統合失調症患者のデイケア導入にあたって、このような患者のための体験入所や導入期グループがいくつかのデイケアですすでに行われているとの学会報告があったことから、本研究班ではこの機能を急性期デイケアの機能の一部と位置づけ、その実態を把握することに努めた。そして、今回は体験入所の実態や導入期グループの運営について調査した。

③デイプログラム型はリハビリテーションデイケアとも呼べるもので、現在の精神科デイケアの多くでその機能を担っている。しかし、次の社会資源への橋渡しがどの程度行われているかを検討する必要があると思われる。リハビリテーションデイケアとして機能するには、個別の面接によって個々の目標を明確にし、検討することで浮かび上がってくる個々の目標に応じた治療的プログラムとして、SSTや当事者・家族のための心理教育、就労準備プログラム、生活援助プログラムなど目的が明確なプログラムを運用することが重要となってくるのが推測される。

これらのプログラムの重要性は、米国健康福祉局が中心になって行った統合失調症患者に対する治療推奨ガイドラインPORTの推奨20項目（表3）にいずれも入っていることから示唆されている。本研究班では、個別面談やカンファレンスの運用、また治療的プログラムの運営について調査し、日本での現状を把握するよう試みた。

また、デイケアをリハビリ目的で利用するにあたっては、デイケアに通所する頻度も重要な視点である。統合失調症をはじめとした精神疾患は精神的な脆弱性に加え、精神的に不安定な時期に安静にしていることが多いため体力も落ちていることも多い。これまでのデイケア研究でも、通所頻度が少ないほど転帰が悪いことが明らかになっている。今調査で、通所頻度と予後についても併せて検討した。

表2 3つのデイケアのあり方（西園³⁾ 2003)

①生活支援型（居場所デイケア） 従来の精神科デイケアの多くが該当←日本独自 慢性の患者の受け皿 再入院防止の場として機能
②デイホスピタル型（急性期デイケア） 本来の「部分入院」デイケアの出発点 医療モデル：消耗期からの離脱や疾患理解が目的
③デイプログラム型（リハビリテーションデイケア） 作業療法や就労リハビリテーションを通じて、新しい生きがいを検討する場 次の社会資源への橋渡し

表3 統合失調症治療推奨 20 項目アメリカ PORT 勧告 2003 年 改訂 (2007 大島嶽のスライドより)

治療法と推奨事項	エビデンスの強さ	治療法と推奨事項	エビデンスの強さ
急性期の抗精神病薬治療	1.18	悪性症候群、遅発性ジスキネジア、遅発性ジストニアに対するクロザピン	1.73
急性期抗精神病薬における用量	1.79	抗精神病薬の血中濃度モニター	2.14
初回患者における急性期抗精神病薬の用量	1.93	抗パーキンソン剤の予防的使用	1.88
抗精神病薬による維持療法	1.06	補助薬としての抗うつ薬の使用	2.00
維持療法での抗精神病薬の用量	1.93	家族介入	1.17
持効性抗精神病薬による維持療法	1.25	援助付雇用	1.33
標的・間歇的抗精神病薬による維持戦略	1.35	包括型地域生活支援プログラム (ACT)	1.11
治療抵抗性へのクロザピン使用	1.12	スキルズ・トレーニング	1.53
攻撃性に対するクロザピン使用	1.94	認知行動志向性の精神療法	1.67
自殺性に対するクロザピン使用	1.73	トークン経済介入	1.35

IV. 調査の結果と分析～精神科デイ・ケアの効果的活用を検討する～

ここでは、先に提案した3つのデイケアのあり方に照らし合わせ検討する。

1. 生活支援型の役割の検討

1) 年齢、在籍期間について

今回の調査対象となった 2972 名の 80% は統合失調症であり、年齢層は 40 歳以上 65 歳未満が 58.7% を占め、初回入所からの利用期間も 5 年以上が 43% と最も多かった、この結果から 5 年以上利用している中高年の利用者がデイケアの登録者の多くを占めることがわかった。

これは、現在のデイケアの機能がいわば居場所デイケアとしての部分が多い可能性を示唆している。また、デイケアから他の社会資源への移行や卒業といった視点が、現場に十分浸透していない実態が伺えた。

2) 利用期間制限について

デイケアの利用期間に制限を設けているところは、今回の調査では 5 施設 (17.9%) にとどまっていた。利用期間の制限については、ケースの個別性があるため支援の要否の判断は難しいところはあると思われるが、うつ病の復職デイケアでは長期化しないために多くで利用期間の制限を設けている。統合失調症中心のデイケアにおいても、期間制限がないことで長期化しやすい可能性を常に検討する必要があると思われる。

3) 再入院率について

精神科デイケアの目的については、多くの施設で「再発・再入院予防」を上位にあげている。しかし、本調査によると終了者の 47% は再入院で終了しており、入所者の追跡調査では退所者 68 人のうち再入院は 22 人 (32.4%) であり、復学、復職、他の福祉サービスへの移行による退所は、それぞれ 10% 程度にとどまっていた。再入院率に関するこれまでの報告では 1 年以内に 50% 以上が再入院しており、初発患者では 4 年以内に 80% が再発するといわれている。武田ら⁴⁾ (1992) はデイケア通所中の患者の再入院率を調査し、通所期間 300 週で 51% が再入院したと報告している。これらのデータと比較すると今回の再入院率は必ずしも高いとは言えず、統合失調症の再発しやすさは周知のことである。しかし、以上の再発率データが第一世代抗精神病薬時代のものであり、現在の薬物療法の進化から考えると再発率がさらに下がっている可能性がある。しかし、このことを踏まえても、現在のデイケアの機能では再発防止効果が十分であるとは言い難いと考えられる。

また、通所者が再入院した際に入院期間が短縮できるとの報告もあるため、再入院期間も併せて調査したが、データのそろっている 14 人の再入院日数は 105 日から 791 日 (調査日時点) 以上と幅広く分布しており、デイケア通所中の入院が必ずしも短期間の入院とは限らないことを示している。ただ、今回は調査対象者数が少なかったため、再入院期間の長短について本調査で言及するには限界がある。

4) 生活支援型についてのまとめ

本調査の結果から、現在の精神科デイケアは徐々に長期化・高齢化している傾向がみられる。また、再発防止のため機能が十分であるとは言い難い現状が明らかになった。

2. デイホスピタル型の役割と機能

1) 体験入所について

今回調査した28施設中27施設が体験入所を行っており、患者にとってのメリットとして「正式入所後、場に溶け込みやすい」、スタッフにとってのメリットとして「病棟との連携がスムーズ」「適応の判断ができる」などの意見がだされた。入院期間が短縮し、急性期医療に重点がおかれつつある精神科医療にとって、診療報酬上点数化されていない体験入所はスタッフの業務を増やすものではあるものの、それ以上にメリットが大きいことが裏づけられた。

しかし、デイケア入所後2年間の追跡調査では、体験入所を経験した患者は有効回答が得られた168人中68人(40.5%)であったが、体験入所経験者とそうでない患者との継続率には統計的な有意差は今回の調査では得ることができなかった。

2) 導入期グループについて

新入所者を対象とした導入期グループと呼べるようなプログラムは、28施設中12施設(42.8%)と半数近くで実施されており、ニーズの高さが伺えた。

しかし、導入期グループ参加率は7.1%と低く、導入期グループを利用した患者に対してスタッフが有効だったと回答したのは12人中8人であった。

3) デイホスピタル型のまとめ

診療報酬上評価されていない体験入所をほとんどの施設が取り入れていることから、デイケアへの入所を積極的に勧め、外来リハビリテーションにつなぐ意思が今日の精神科医療に根づいていることが推察された。

3. デイプログラム型の役割と機能

1) 個人面談やカンファレンスの実態について

この項目はデイプログラム型だけにとどまらず、すべてのデイケアのあり方において重要な視点であるが、特にリハビリ目的のデイケアには欠かせない要素であると考えられる。本調査の結果では、約3割の施設で担当者を決めておらず、9割以上の施設で利用目標や計画を立案しているものの、それを担当者が行っているのは6割であった。

また、集団で治療を行っていく上で必要と思われるケースカンファレンスは、運営に関するカンファレンスに比べて実施率が低く、定期的に行われている施設は42.9%であった。

今回の調査ではさらに、積極的にデイケア運営に取り組んでいる4施設にヒアリング調査を行ったが、個別のリハビリプランの策定や評価を定期的に行っている施設はなく、評価尺度などの客観的指標を用いている施設もなかった。この結果からも、最初に利用目標などは立案されてはいるものの、その後の計画の見直しや評価が必ずしもできていない現状が明らかになった。

2) 治療的プログラムの有無とその運営方法について

ほぼすべての施設で運動系レク、文化系レク、作業系プログラムは行われているが、目的別治療的プログラムで先述のPORT勧告で推奨されている心理教育やSST、就労支援グループ、生活援助グループの運営をしている施設は必ずしも多くはなかった。

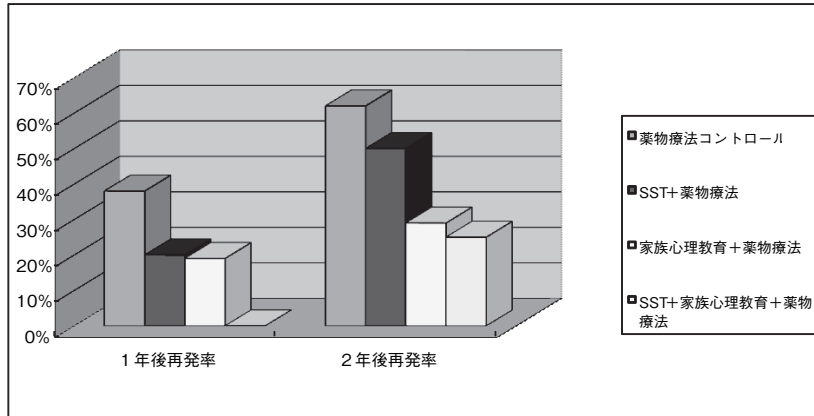
クローズドでの実施が治療的に有効だと考えられる心理教育(当事者)やSSTは、約7割の施設で行われていた。しかし、心理教育を実施していると回答した18施設のうちクローズドでの実施は28施設中3施設(10.7%)、セミクローズドで実施しているのは6施設(21.4%)であり、SSTを実施していると回答した19施設のうちクローズドやセミクローズドで行っているのは13施設(68.4%)であった。この状況から、治療構造やこれらのプログラムの質を高め、検証する必要性が考えられる。

PORT勧告推奨プログラムの中でもACTと並んで最もエビデンスが高いとされる心理教育(家族)については、約4割の施設で行っていたが、セミクローズド、クローズドでの実施は各1か所にすぎなかった。

SSTや心理教育(家族)の有効性については、複数の報告で高いエビデンスが示されている(図1)。しかし、このデータはいずれも構造化されたクローズドグループで行われていたものであり、心理教育(家族)はクローズドでの問題解決技法を用いた9か月以上のプログラムにおいてのみ再入院防止効果が確認できている。このように治療的グループプログラムは、その構造や運営方法が有効性に大きな影響を及ぼすことを、現場のスタッフは認識する必要がある。

就労支援グループは20施設で実施されており、クローズド6施設、セミクローズド8施設と、対象者を比較的限定し、目的志向型で運営されている状況であると思われた。また、金銭管理等の生活援助プログラムは21施設で実施されており、ニーズの高さがうかがえた。

入所者のニーズや活性化のためにプログラムの定期的な見なおしが必要と思われるが、定期的に行っているのは39%の施設にとどまっていた。

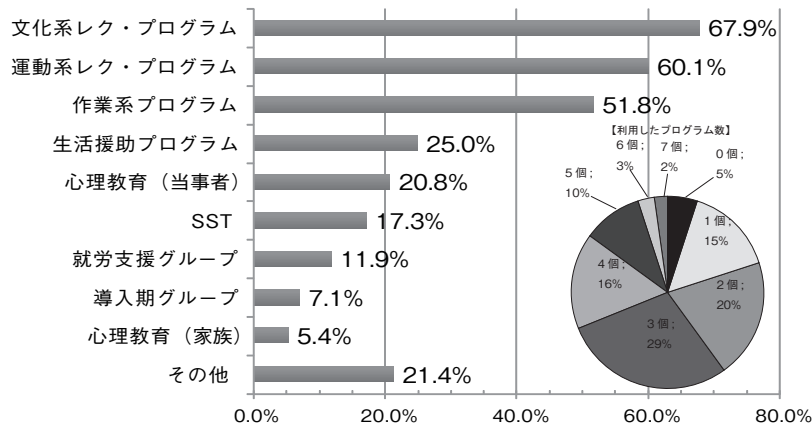


Gerard E.Hogarty:Arch Gen Psychiatry,vol48,April 1991

図1 5) 治療法の組み合わせによる統合失調症の再発の差

3) 転帰調査における有効性の高いプログラムの検討

プログラムの中で半数以上の施設で実施していたのは、文化系レク、運動系レク、作業系プログラムであり、目的別治療的プログラムである生活援助プログラム、心理教育（当事者）、SST はほぼ2割の対象者に実施されているに過ぎなかった。就労支援プログラムは約1割の対象者に行われ、導入期グループ、心理教育（家族）はそれ以下の実施率であった。



その他：集団調理プログラム、身体的管理のプログラム、集団精神療法、断酒継続のための学習、ALプログラム、麻雀、カラオケ、絵画、書道、陶芸、散歩、飲食会、ミーティングなど

図2 利用していたプログラム

しかし、有効性の高いプログラムをスタッフに聞いたところ、利用率が5.4%と低い心理教育（家族）が「特に有効だった」の回答が最も多かった。

今回は母数が少ないため一概に言えないが、この結果はプログラムの目標をスタッフ・利用患者ともに共有する必要性と効果を表している可能性がある。

4) 2年後のスタッフ評価

デイケア入所後2年時（もしくはデイケア退所時）のスタッフから見た利用者の状態の変化については、「他者との交流」や「自己理解や自己評価」はデイケア通所で改善しているケースが多いが、「疾病と治療についての理解」や「症状や再発サインへの対処スキル」などは、あまり改善がみられていないという結果がでている。

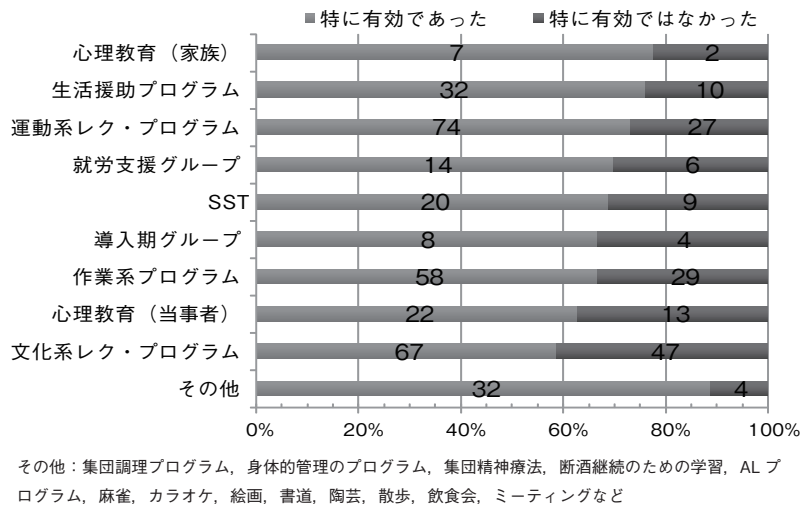


図3 実施したプログラムの有効性の評価

この結果から、他者との交流や自己評価の向上といった集団の中で育まれる自助効果がデイケアにある可能性が示唆された。

5) 転帰調査での通所頻度

先述の調査を通所頻度との相関で表したのが図4である。週4日以上通所した患者は「疾病と治療についての理解」や「服薬アドヒアランス」「症状や再発サインへの対処スキル」が改善している。これらの症状理解の項目は通所回数に相関する可能性が示唆される。この結果は、週4回以上通所する患者は治療に対する目的意識がそもそも高い可能性があるものの、デイケアへの頻回な通所によってメンバー間やスタッフとの交流の中で症状対処スキルや治療の重要性を学んだ可能性があると分析できる。

ただ、現在のデイケアでの疾患理解や症状対処スキル向上に対するアプローチは、まだ十分とは言えない現状があることが予想される。

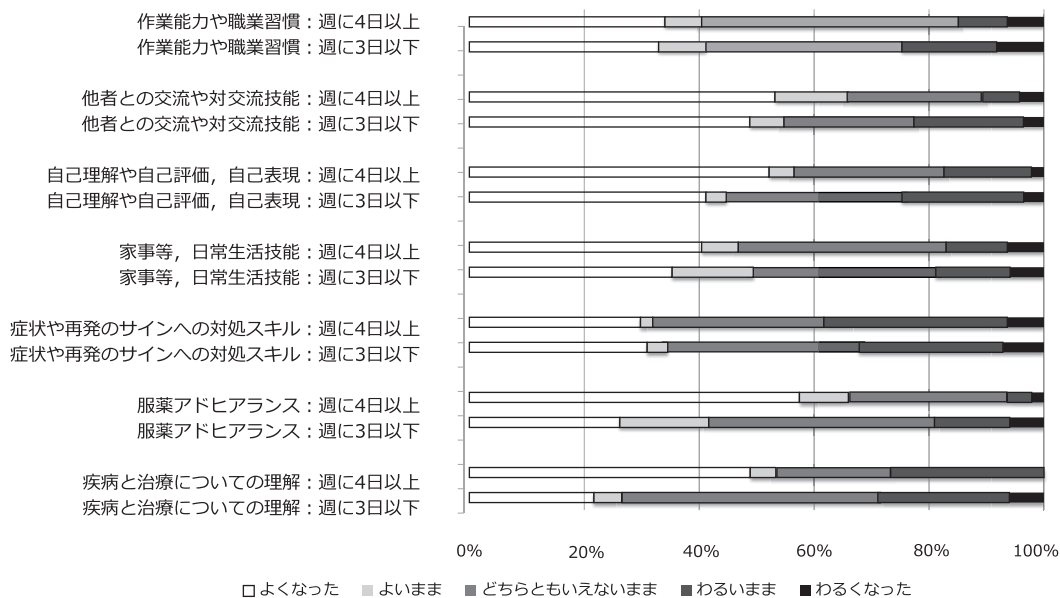


図4 デイケア等の利用日数別の終了時の評価

6) 他の社会資源との連携

他の医療・福祉サービスの利用については、訪問、グループホーム、地域活動支援センター、ホームヘルプサービスのいずれも入所時と2年後に大きな変化はなかった。他の社会資源への移行を考える際に、複数の社会資源を一時期に利用することは、かかわる支援者が増える点でも橋渡し機能として有効である。しかし、今回の調査からは、多くの通所者がデイケアだけに固定化されている可能性があることが示された。

7) デイプログラム型のまとめ

今回の調査では、各施設でそれぞれに創意工夫し、プログラムの充実を図っていることがうかがえた。しかし、一方で目的別治療的プログラムは充実しているとはまだ言えず、その治療構造やグループの質を保つためには工夫と研鑽が必要と思われた。また、通所頻度については多い方が状態に改善傾向が見られ、特に疾患理解や服薬アドヒアランスが高まるという結果が顕著に認められた。

結論として、デイケアでリハビリ効果を高めるためには、治療的プログラムを適切な時期に導入し、利用頻度を増していくことが有効である可能性が高いという結果となった。ただ、目的別治療的プログラムの質を保つためには、グループの振り返りや院内外でのスタッフの研鑽が必要不可欠であり、かなりのマンパワーが要求される。おそらく、現在行っている治療的プログラムは、スタッフのモチベーションでなんとか運営しているのが現状であると思われる。これらの治療的プログラムをデイケアで根づかせ、利用者個々にあったリハビリプランを立案・評価していくためには、治療的グループや面接が十分できるような適正人員の見直しや、デイケアでの治療グループの点数化などの制度面での改正が必要であると考えられる。

また、他の社会資源との連携についてははまだ十分でない可能性が高く、今後より一層の情報の共有が求められる。

V. 精神科デイケアの効果的活用についての考察

本研究班では、上記の調査結果を踏まえ、必ずしも精神科デイケアが効果的に活用できていないことへの考察を以下のようにまとめた（表4）。

表4 精神科デイケアが効果的に活用できていない理由

1. 各々のデイケアがどのような役割を担うべきかが明確でない
2. デイケアを卒業するという意識が低い
3. 他の社会資源との連携が十分でない
4. 精神科入院からデイケア入所、退所に至る一連のリハビリテーションの流れを、患者スタッフ間で共有できていない

1. 各々のデイケアがどのような役割を担うべきかが明確でない

先述の3つのデイケアのあり方のどの部分を自分たちのデイケアが現在担っているか、そして今後担うべきかを各デイケアや各病院が考える必要があると思われる。

2. デイケアを卒業するという意識が低い

本調査での2年後の転帰を表5にまとめた。また、これまで発表された主なデイケアの終了直後の転帰を表6にまとめている。

表5 本調査でのデイケア通所後2年後の転帰 (N = 168)

就職・復学	他の福祉サービスへの移行	デイケア継続	再入院	本人の意志で退所
4.7%	4.7%	56.5%	13.1%	13.7%

表6 主なデイケア終了直後の転帰（記載は発表年度順）⁶⁾

施設名	就職・復学	他の福祉サービスへの移行	家庭内適応・就職準備	中断・または再入院
群馬大学医学部附属病院 (N=168)	61%	0	10%	26%
東京大学医学部附属病院 (N=155)	23%	2%	39%	15%
仙台市デイケアセンター (N=237)	25%	15%	26%	31%
医療法人静和会浅井病院 (N=165)	28%	5%	28%	38%
社会福祉法人天心会小阪病院 (N=148)	22%	14%	12%	50%
医療法人睦み会城西病院 (N=85)	28%	2%	3%	53%
昭和大学付属烏山病院 (N=122)	37%	0	17%	40%
宮城県立精神医療センター (N=172)	32%	9%	18%	48%

表5、6を比較してみると、本調査とこれまで報告とのデイケア終了直後の転帰には大きな差があり、表6のデイケア群は社会資源が整備されていない時代の報告も含まれるが「就職・復学」率が格段に高い。

この原因のひとつにはこのような転帰調査を自発的に報告しているということから考えて、表6のデイケアでは卒業することが初めから意識された目的志向型になっており、その結果就職などの目標に結びついた可能性があると考えられる。

このことから、各々が目的意識を持ち、利用者・スタッフともに卒業を意識したデイケア運営を検討する必要があると思われる。池淵²⁾は、デイケアを卒業できない理由を表7のように示している。これらは本報告でもとりあげてきた課題であり、繰り返し吟味する必要があると思われる。

表7 デイケアを卒業できない理由(池淵 2006)

理由	対策
(スタッフも) デイケア以外の社会資源を知らない	社会資源の情報提供 OB会や電話相談など卒業後のサポート体制を検討
デイケア外での生活目標を見いだせない	ずっとデイケアに通うわけではない、という当事者・家族・スタッフの意識づくり 個別面接、心理教育 ピアグループの活用
中途半端にしかデイケアを利用できていない	明確なリハビリプランの策定 本人・家族・スタッフでの共有

3. 他の社会資源との連携の十分でない

これについては、前述のデイプログラム型の考察で取り上げたので省略するが、医療と福祉の連携の悪さなども背景にあると考えられる。

4. 精神科入院からデイケア入所、退所に至る一連のリハビリテーションの流れを、患者スタッフ間で共有できていない

精神科デイケアのみならず、精神科医療そのものがまだ標準化されておらず、各施設・各担当医・各デイケアごとの方針や情報提供が統一されていない現状がある。精神科デイケアは本来、再入院防止効果や社会機能の改善に役立つという報告がある一方で、全国の全てのデイケアで効果的な支援が受けられる状況には至っていない。

前述した通り、エビデンスが示されているプログラムはたくさんあり、技術の集積は年々なされている。また、第二世代抗精神病薬やSSRIの登場によるこの10年の精神科薬物療法の飛躍的な進歩や、精神科医療制度の改正によって精神科医療も急性期医療にシフトし、早期に集中的な治療を行うことが可能になった現在、統合失調症に対する治療やリハビリテーションの一連の流れと方向性を打ち出し、患者・家族・スタッフ間で共有することが有効性をより高めることにつながると考えられる。

VI. 統合失調症の地域連携パスの作成

本研究班は、精神科入院治療からデイケア入所、そして退所に至る流れをクリティカルパスとして作成することとした。この地域連携パスは精神科救急病棟、もしくは急性期病棟を退院していく初発に近い患者が通院リハビリを経てデイケアを卒業していくまで、つまり急性期デイケアからリハビリテーションデイケアを経て卒業していくまでを想定して作成した。

1. スタッフ用パスについて

スタッフ用パス(表8)は入院から退院、デイケアを中心としたリハビリテーションの開始と卒業までの一連の流れを記している。スタッフ用パス活用のポイントは、同じパスを共有することで治療の一連の流れを入院・外来スタッフ全てが理解でき、その流れの中で自分たちが今すべきことを知ることにある。

また、どのような患者にデイケアを勧めるか(図5、6)、どの時期にどんなプログラムを提供すべきか(図7)や、デイケア卒業が困難な場合の対処の工夫(図8)について下記に示す。

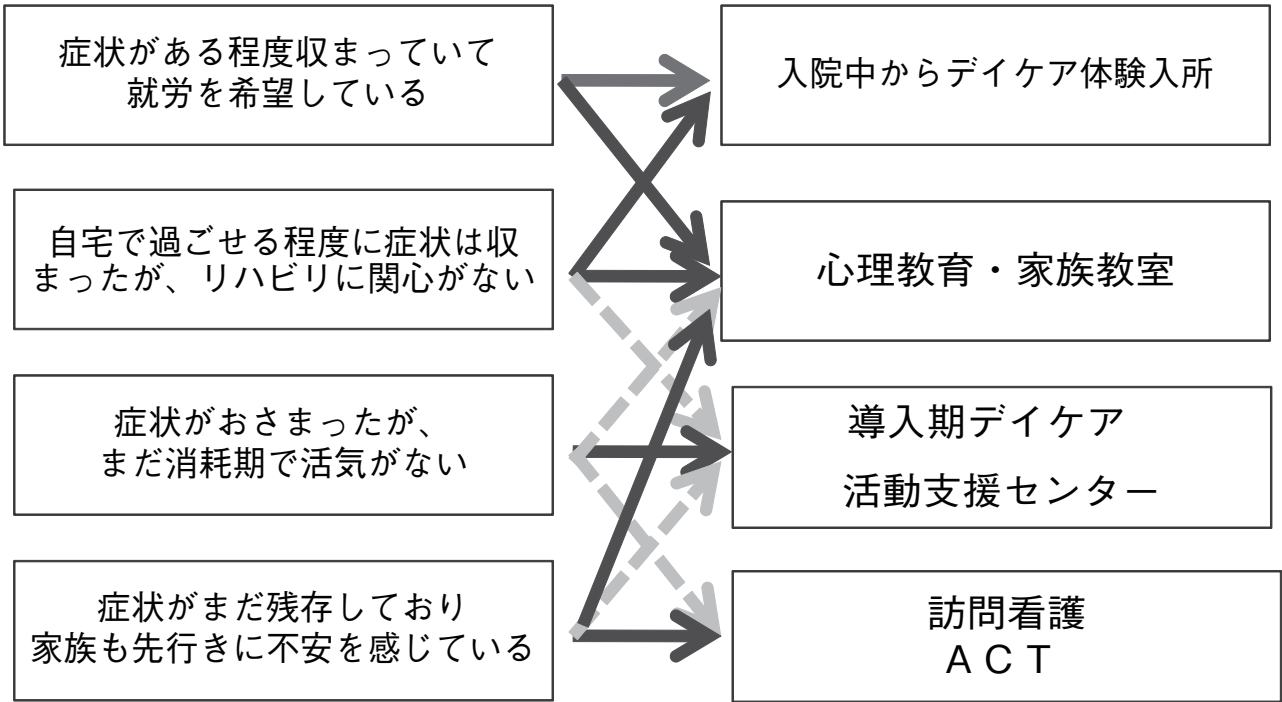


図5 こんな時はここを紹介（リハビリ導入編）

社会適応がよいケース

- ・回復がよく、退院後の受け皿が整っており、本人も今回の状況を理解でき、服薬アドヒアランスも維持できそう
- ・社会的に責務を担っている（主婦、家業手伝いなど）

うまくいかなくなったときを想定し
一応③リハビリデイケアも紹介しておく

デイケアと本人のニーズがマッチしない

- ・大集団のデイケアになじめず、対人緊張が強い
- ・デイケアメンバーと年齢層が合わない（若年、高齢者）
- ・デイケアプログラムより作業を好む

活動支援センターや作業所など小集団のリハビリ施設を勧める

症状が不安定で、まだ社会的な行動ができない

ACT・訪問看護などで支え、リハビリ導入時期をそのうち検討していく
②急性期デイケアの紹介

図6 必ずしもデイケアでなくてもいいケース

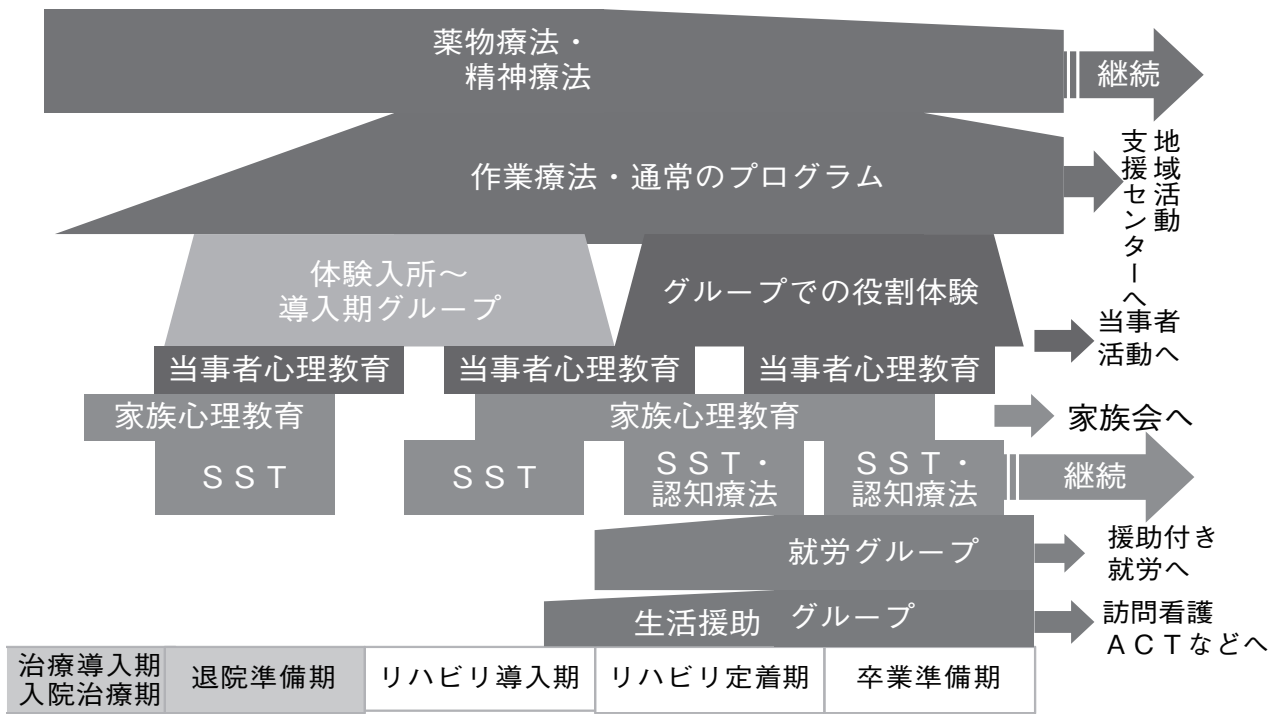


図7 統合失調症におけるリハビリプログラムの提案時期

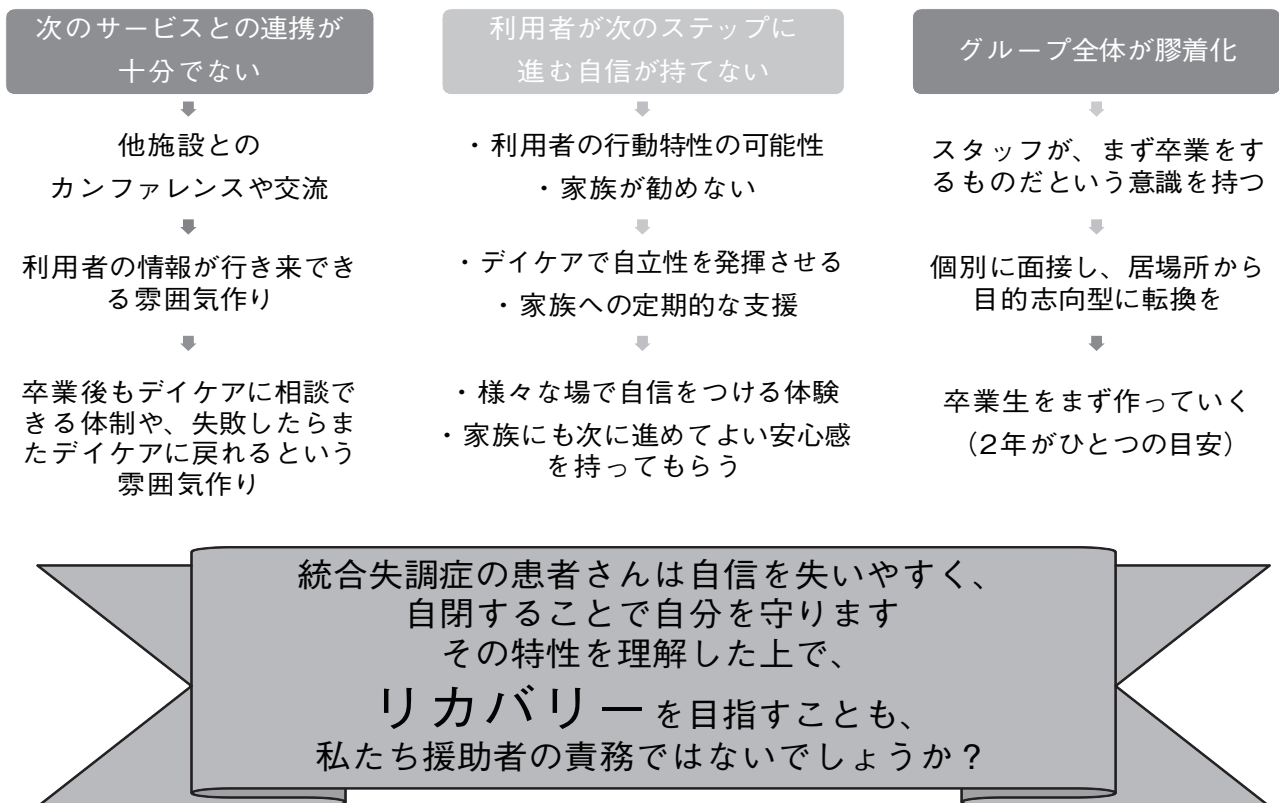


図8 卒業困難な状況への対策

表8 統合失調症の地域連携パス

	治療導入期	急性期中期 (入院治療期)	急性期後期 (退院準備期)	リハビリ導入期	リハビリ定着期	卒業期
イメージする 治療場所	病院(急性期治療病棟など) 自宅	病院(急性期治療病棟など) 自宅	病院(急性期治療病棟など) 自宅	デイケア 活動支援センター 病院(回復期・療養)	デイケア 活動支援センター 病院(回復期・療養)	就労支援(作業所含む) 活動支援センター デイケア
目標	精神症状の鎮静 安心できる環境で休養を 取る 睡眠・栄養の確保	薬物療法の決定 病棟生活に慣れる 生活リズムの意識化	今後のメイインとなる抗精神病薬を決定 身体面のチェック(合併症・副作用) 服薬アドヒアランス把握	徐々に生活リズムを作り 外出機会を増やす リハビリ期の生活へのイメージする そのためのリハビリ計画策定	毎日の生活リズムを作る 人との交流を意識的に増やす 今後の自分のライフスタイルをイメージする そのためのリハビリ計画策定	次のステップ・社会資源への移行 そのためのリハビリ計画策定
病状コントロール	薬物療法、ECTなどで精神症状をコントロール 身体面のチェック(合併症・副作用) 服薬アドヒアランス把握	今後のメイインとなる抗精神病薬を決定 身体面のチェック(合併症・副作用) 服薬アドヒアランス把握	薬物療法の継続 精神症状・精神病後抑うつ 身体面のチェック(合併症・副作用) 服薬アドヒアランス把握	薬物療法の継続 精神症状・精神病後抑うつ 身体面のチェック(合併症・副作用) 服薬アドヒアランス把握	薬物療法の継続 精神症状・精神病後抑うつ 身体面のチェック(合併症・副作用) 服薬アドヒアランス把握	薬物療法の継続 精神症状・精神病後抑うつ 身体面のチェック(合併症・副作用) 服薬アドヒアランス把握
作業能力・ 体力向上	睡眠・栄養の十分な確保 昼夜のリズムを維持する 程度の、安心していられるOTへの参加	睡眠・栄養の十分な確保 病棟生活や病棟OTへの参加 家庭では生活リズムを意識した生活	睡眠・栄養の十分な確保 生活リズム維持 作業療法への集中力把握 デイケア体験入所	生活リズム維持 デイケアや活動支援センターへの低頻度(週2, 3回)から高頻度への参加 作業能力・体力の査定	高頻度(週4, 5回程度)の社会資源参加を維持 家事・趣味活動の励行 作業能力・体力に見合った次の施設の検討	次の機関にあわせた生活リズムの構築 作業能力・体力に見合った次の機関への移行スケジュール検討 →作業所・援助付就労等
対人技能・ コミュニケーション力向上	医師、医療スタッフとの信頼関係の構築 ある程度の自閉の保証	医師、医療スタッフとの信頼関係の構築 病棟患者との交流 面会者との対話 家族との自閉の尊重	体験入所を通して、リハビリ施設やスタッフと顔みしりをする 家族との関係再構築 ある程度の自閉の尊重	顔みしりから徐々にプログラム交流やグループでの役割体験 他メンバーやスタッフに自分の意思を伝えられる 個別の社会生活上のニーズに沿ったプログラム提供(SS T, 就労準備など)	プログラム内外でのメンバー間交流やグループでの役割体験 他メンバーやスタッフに自分の意思を伝えられる 個別の社会生活上のニーズに沿ったプログラム提供(SS T, 就労準備など)	次の機関での顔みしりを作る 機関スタッフとの関係構築 他人に自分の意思を表明できる 先輩患者との交流 個別の社会生活上のニーズに沿ったプログラム提供(SS T, 就労準備など)
自尊心向上	今起こっていることが「病氣」で起こっており、回復することを伝える 年齢相応の節度をもった関係性	今落ち着きつつあることが、病氣で起こった証拠であり、薬が効いていることを理解する リハビリの必要性の理解 当事者心理教育への導入	現実へのあせりや精神病後抑うつへの対応 当事者同士の交流から先輩患者の克服事例に触れる体験	当面半程度の療養へのイメージを持つ リハビリの必要性の理解 再発のサインを知る 病氣への理解 当事者心理教育	今後の生活へのイメージを持つ リハビリの必要性の理解 再発のサインを知る 病氣への理解 当事者心理教育	今後の生活へのイメージを持つ リハビリの必要性の理解 再発のサインを知る 病氣への理解 当事者心理教育
自分・病氣・障害への理解	大まかな入院治療の流れの説明 病感の構築を促すような働きかけ	入院治療の流れの説明 家族へのねらい チームでの目標の共有 家族心理教育 職場への診断書発行	半年以内の療養へのイメージを持つ 再発のサインを知る リハビリの必要性の理解 当事者心理教育への導入	当面半程度の療養へのイメージを持つ リハビリの必要性の理解 再発のサインを知る 病氣への理解 当事者心理教育	今後の生活へのイメージを持つ リハビリの必要性の理解 再発のサインを知る 病氣への理解 当事者心理教育	今後の生活へのイメージを持つ リハビリの必要性の理解 再発のサインを知る 病氣への理解 当事者心理教育
周囲の理解・サポート	入院治療の流れの説明 家族へのねらい チームでの目標の共有 家族心理教育 職場への診断書発行	家族へのリハビリ計画の説明 チームでの目標の共有 家族心理教育 職場への診断書発行	家族へのリハビリ計画の説明 チームでの目標の共有 家族心理教育 退院受け入れの検討	家族へのリハビリ計画の説明 チームでの目標の共有 家族心理教育 家族状況の把握 家族心理教育	家族へのリハビリ計画の説明 チームでの目標の共有 家族心理教育 家族状況の把握 家族心理教育	家族へのリハビリ計画の説明 チームでの目標の共有 家族心理教育 家族状況の把握 家族心理教育
環境面・バックアップ	入院・自宅療養の選択 家族・経済環境の把握 担当PSWを紹介 自立支援、高額医療申請などの説明	家族・自宅療養の選択 家族・経済環境の把握 自立支援、生活保護などの説明	家族・自宅療養の把握 自立支援、生活保護などの説明 訪問看護、グループホーム、支援者などの検討	家族・自宅療養の把握 自立支援、生活保護などの検討 障害年金、障害者手帳への準備 訪問看護、グループホーム、支援者などの検討	家族・自宅療養の把握 自立支援、生活保護などの検討 障害年金、障害者手帳への準備 訪問看護、グループホーム、支援者などの検討	家族・自宅療養の把握 自立支援、生活保護などの検討 障害年金、障害者手帳への準備 訪問看護、グループホーム、支援者などの検討

2. 患者・家族用パス

1) 全体の治療の流れについて

スタッフ用パスでは全体の流れを呈示しているが、患者・家族への説明用としては、病状の個人差が大きいこと、必ずしもパスで表されているような転帰をとらない可能性があること、加えて入院当初の混乱期に情報を一気に提供することが不可能なことから、各期ごとのパスを作成した。

しかし、当初にある程度の目安を伝えることは患者・家族に安心感を与えることを考慮し、病状ではなく活動量の目安を病気の経過と期間に合わせた資料を作成した。これを共通の資料とし、その後も繰り返し現在の時期と活動量を振り返るようにすることで、デイケアの利用頻度を病状回復とともに増加させる必要性を共有でき、目的をもったリハビリを進める指針になりうると考えた。

2) 患者・家族用の入院期パス

入院を治療導入期、入院治療期、退院準備期の3期に分け、家族用には見通しが立つように一連の入院を通したパス(表9)を、まだ混乱しやすく情報をシンプルに伝えた方がよい患者に対しては各期ごとに渡せるパス(表10～12)を作成した。

このパスでは、入院中の薬物療法や身体的検査、看護師や作業療法士、精神保健福祉士、薬剤師などの職務内容、社会福祉に関する情報など伝えるとともに、リハビリテーションを早期から始める必要があることが伝わるように記載している。病棟スタッフにはなじみが薄い精神科リハビリテーションの必要性が伝わるように、リハビリテーションの必要性を伝える資料(表13)も参考資料として作成した。

また、退院準備期にはデイケア体験入所を実施し、入院中に自宅からデイケアに通ってみる、いわゆる「通所訓練」の必要性なども明記している。特に、精神科救急病棟や精神科急性期治療病棟の患者の入院治療は慌ただしく、入院当初より意識して導入しなければ体験入所も通所訓練もできないまま終わることが多い。入院期間を有効に利用するためにも、患者・家族・スタッフが目標を共有して必要な取り組みを各期でもれなく行っていく必要があると考える。

3) 患者・家族用の通院リハビリテーションパス

通院リハビリテーションの時期には、患者・家族共有のパスを作成している。しかし、これも転帰が個別で異なってくるため、目標となる活動量を意識しつつ、リハビリ導入期、リハビリ定着期、リハビリ卒業期の3期に分けた。

リハビリ導入期の主な目的は、自宅とリハビリテーション機関で過ごす新たな生活になじむことであり、急性期後の疲れやすい患者の体力に配慮しつつも、場になじむために一定頻度はリハビリに通った方がいいことも伝える必要がある。この時期は焦りや精神病後抑うつとの戦いの時期でもあり、この時期特有の心理面への配慮も加味している(表14)。

リハビリ定着期は、西園の定義したデイプログラム型デイケアとして機能する時期にあたる。通所頻度を増やして体力をさらに向上しつつ、SSTや心理教育など個々の目標やニーズに合った治療的プログラムを積極的に提案し、参加した結果を患者・家族と共有していく必要がある。同時に、障害をもちながら今後生きていく場所を徐々に知る機会を作り、ゆっくりとデイケア卒業を意識する時期でもある。これが進むためには、患者同士のピアグループや卒業生との対話も重要となってくる。この時期のパスは、様々な人や様々なプログラムとの出会いを促すよう意識した構成で作っている(表15)。

表9 家族用パス（入院編）

	治療導入期	入院治療期	退院準備期
目安となる期間	入院して2週間まで	入院2か月まで	退院前1か月～退院まで
目標	患者さんが病棟に慣れるとともに、当面の治療方針を決めていく時期です	治療チームでの治療方針のもと、心身ともに安定するよう治療を進めます	病院外の生活になじむよう、さまざまな準備をしていきます
検査	血液・尿検査、心電図、脳波などで入院時の体の状態をチェックします	定期的に血液検査や体重測定を行い、副作用を含めた身体チェックを続けます	定期的に血液検査や体重測定を行い、副作用を含めた身体チェックを続けていきます
薬物療法など身体治療	抗精神病薬を中心とした薬物療法を開始し、睡眠を確保します	抗精神病薬の適切な種類と量を検討していきます 電気けいれいれん療法なども必要に応じて検討します	退院後に内服できる薬の量と回数を相談し、決めていきます この時期に決めた量で当面は維持していくことが多いため 担当薬剤師が患者さんやご家族に退院前に薬の説明をさせていただくことができます（薬剤指導）
リハビリテーション	疲れが残らない程度に、徐々に院内の作業療法に参加を勧めます	作業療法に参加しながら、ほかの人との交流を徐々に勧めます 患者さん同士で病気の勉強ができる勉強会もあります	退院後の生活から、退院後に通所できるリハビリ施設（デイケア、地域活動支援センター等）を検討し、入院中から通所練習を 退院後にリハビリへの導入を検討することもあります
生活	病棟内の生活にまじり慣れるよう生活リズムは意識するようにし、うまくできないことは、病棟スタッフがお手伝いします	生活リズムを保ちつつ、徐々にご家族や面会の方との会話を楽しんで、外出、外泊などをし、退院後の生活に徐々に慣らし、外出・外泊のタイミングは担当スタッフとよくご相談ください	外泊を定期的にとり、徐々に退院後の生活に慣らしていきます 通院や通所に備え、病院や、リハビリ施設への交通手段を調べ、行き方などを練習します
医療相談	経済面や職場への診断書など不安なことがありましたら、担当看護師や担当保健福祉士にお気軽にご相談ください 入院の形態によっては、家庭裁判所への書類提出が必要となりますが、担当スタッフがお手伝いします	現在の不安、退院後の不安、お気軽に病棟スタッフにお尋ねください 入院費など経済的不安についても、ご利用できるサービス（高額医療申請など）がありますので、お気軽に担当保健福祉士にお尋ねください 御家族に病気を知っていただく病気の勉強会も行っております 詳細はスタッフにお尋ねください	退院後に、経済面で役にたてる制度があります（自立支援医療、精神保健福祉手帳、障害者年金など）お気軽に担当保健福祉士にご相談ください 退院後の生活について、病院でも相談したり患者さんが気軽に利用できる公共施設（地域活動支援センターなど）や、ご自宅に看護師がつかいがいい、病気や生活の相談に応じる訪問看護師制度もあります 詳しくは担当スタッフ、担当保健福祉士にお尋ねください

表 10 患者パス① (治療導入期入院 - 2週間まで)

入院1週間の目標 病棟の生活に慣れ、これからの治療を知る		
	行うこと	誰に相談したらいい?
検査	血液、尿、心電図、脳波などの検査をして、体の状態をチェックします	担当医師や看護師
薬物療法	抗精神病薬を中心とした薬の調整で眠りやすくし、過敏性をとっていきます。疑問な点、不安な点は遠慮なくご相談下さい	担当医師や看護師
リハビリテーション	生活のリズムをつけ、少しずつ生活が楽しめるように、徐々に軽いレクリエーション(作業療法)への参加をお勧めします	作業療法士、担当医師、看護師
入院生活	病棟生活には1日の決まった流れがあります病棟生活で迷ったり、洗濯や入浴で困ることがあれば、看護師がお手伝いをします	看護師など
お金や社会での困りごと	治療費などお金に関する相談や、職場への診断書などの相談もお受けします	担当精神保健福祉士、担当医師、看護師
行動範囲・面会	患者さんによって範囲が違ってきますので、スタッフにお尋ねください	担当医師、看護師

表 11 患者用パス② (入院治療期)

入院治療期の目標 病状を落ち着かせ、退院直後の生活を考え始める		
	行うこと	誰に相談したらいい?
検査	血液、尿、心電図などを定期的に検査をして、体の状態や副作用をチェックします	担当医師や看護師
薬物療法	抗精神病薬を中心とした薬で眠りやすくし、過敏性をとっていき、あなたに適した量や飲む回数を決めていきます 気になることがあれば遠慮なく相談して下さい	担当医師や看護師
リハビリテーション	生活のメリハリをつけ、レクリエーション(作業療法)への参加をお勧めします リハビリは退院後の療養にも必ず必要です 退院後どんなリハビリが自分に合うか、医師やスタッフと話し合しましょう 病気のことを他の患者さんと一緒に勉強する勉強会もあります	作業療法士、担当医師、看護師
入院生活	少し慣れてくると、人間関係で疲れることもあります。病棟生活で困ることがあれば、看護師などにご相談ください	看護師など
お金や社会での困りごと	治療費などお金に関する相談や、退院後の通院先などの相談もお受けします	担当精神保健福祉士、担当医師、看護師
行動範囲・面会	患者さんによって、範囲が違ってきますが、徐々に制限は緩んでいきます	担当医師、看護師

表 12 患者用パス③ (退院準備期)

退院後退院準備期の目標 退院後の生活に徐々に慣れ、退院後3か月間の当面の生活をイメージする		
	行うこと	誰に相談したらいい?
検査	血液、尿、心電図などを定期的に検査をして、体の状態や副作用をチェックします	担当医師や看護師
薬物療法	抗精神病薬を中心とした薬で、退院後のあなたの生活に適した量や飲む回数を決めていきます 薬剤師が薬について説明することもできます	担当医師、薬剤師、看護師
リハビリテーション	退院後もリハビリは大事です 生活リズムを自宅でも維持できるように心がけましょう 退院後に通所できるデイケアや施設を入院中に見学し、できれば練習に行ってみましょう 退院前に自宅から通う施設に練習してみることもやってみましょう(通所訓練)ただ、焦りは禁物です 退院後3か月から半年のリハビリの度合いを、担当医師と話し合っておき、それ以上は無理ないようにしましょう	リハビリ担当スタッフ(デイケアや地域活動支援センター、作業所など)、担当医師、看護師
生活	退院前には新しい環境への疲れや退院への不安がたまりやすくなってきます 自宅への外泊も意外に疲れるものだとこのことを覚えておきましょう 不安なことはお気軽にご相談ください	看護師など
お金や社会での困りごと	退院後、定期的にご自宅に看護師がうかがって相談に乗る訪問看護というサービスもあります 通院費が安くなったり(自立支援医療)、経済援助を受けられる可能性もあります(障害年金、精神保健福祉手帳など)退院後の病院外での相談機関の紹介もできます	担当精神保健福祉士など

表 13 精神科リハビリってなに？（患者・家族説明用）

なぜ必要？	期間は？	どこで受けられるの？
<ul style="list-style-type: none"> 骨折したときに手術とともに必要なのがリハビリですよ！どんな治療にもいまやリハビリは欠かせません 休息していた間に失った精神的・肉体的体力を取り戻すには、どんな人でもリハビリは必ず必要です 焦りは最大のケガのもとです<スポーツ選手と同じです> 	<ul style="list-style-type: none"> 人によってまちまちですが、少なくとも退院後1年は必要です その間、のんびりからしっかりと徐々にペースを上げていく必要があります ペースの上げ方は、リハビリスタッフと定期的に話し合ひましょう<ジムのインストラクターの役割> 	<ul style="list-style-type: none"> 入院中の作業療法がスタートとなります 退院後病院附属のデイケアをぜひご利用ください デイケアがなかったり、遠い場合は地域活動支援センターや保健所のデイケア、作業所を使ってみましょう 仕事により近いリハビリもあります。今の現状にあったリハビリ施設を担当医やスタッフと検討していきましょう

表 14 患者・家族用パス（リハビリ導入期）

リハビリ導入期の目標 退院後の生活に徐々になれ、退院後半年の当面の生活をイメージする		
	行うこと	誰に相談したらいい？
検査	定期的に血液検査を行い、体のチェックをします 気分調整薬を飲んでいる方などは、定期的に血中濃度を測ります	担当医師や外来看護師など
薬物療法	退院直後は生活の場が変わることで、不安定になることもあります。音の過敏さ、不眠などの症状、眠気やのどの渇き、手の震えなど副作用、薬の飲む回数など気になることは相談しましょう	担当医師や薬剤師、外来看護師、リハビリスタッフなど
リハビリテーション	退院前に決めたりハビリプランを週2、3回の少ない回数から確実にやっていきましょう 退院前に決めたりハビリ参加が定期的に行えるようになってから次のステップを検討します 定期的に通所するのがまだ難しい方やデイケアに遠い方は、日中の生活の場として、地域活動支援センターを活用してみることを検討してみてもいいかもしれません できそうであれば、簡単な家事を引き受けることもリハビリになるのでお勧めです	リハビリスタッフ、担当医師、外来看護師、地域活動支援センターなど
生活	まずは昼夜の生活リズムを保ちましょう 次の日に疲れない程度に、可能な範囲で簡単な家事（風呂洗い、洗濯物のとりいれなど）を手伝いましょう 生活面で困っていることがあれば、ホームヘルプ制度や訪問看護の活用を検討してみてもいいかもしれません	リハビリスタッフ、担当医師、外来看護師、精神保健福祉士、精神保健福祉センター、保健所、地域活動支援センター、訪問看護ステーションなど すべてのスタッフ
患者さん、ご家族へ	退院直後は少し元気のない「消耗期」と呼ばれる状態です。 あせらず、退院前に決めたプランを続けていけば、少しずつ元気は回復してきます	

表 15 患者・家族用パス（リハビリ定着期）

リハビリ定着期の目標 体力をつけ、今後の自分の療養生活や生き方を考えていく		
	行うこと	誰に相談したらいい？
検査	定期的に血液検査を行い、体のチェックをします 気分調整薬を飲んでいる方などは、定期的に血中濃度を測ります	担当医師や外来看護師など
薬物療法	音の過敏さ、不眠などの症状、眠気やのどの渇き、手の震えなど副作用、薬の飲む回数など気になることは相談しましょう	担当医師や薬剤師、外来看護師、リハビリスタッフなど
リハビリテーション	週4、5回、一日のリハビリ参加を目指していきましょう プログラム内でも積極的にいろんな役割を体験することは、今後の社会参加のよい練習になります 病気の勉強会（心理教育）やコミュニケーションの練習（SST）、仕事を考えるグループ、生活の仕方を学ぶグループなど自分にとって必要なプログラムに参加していきましょう マイペースでのリハビリを希望される方は、地域活動支援センターの活用も検討してもいいかもしれません	リハビリスタッフ、担当医師、外来看護師、地域活動支援センターなど
生活	昼夜の生活リズムを保ちましょう 次の日に疲れない程度に、家事（風呂洗い、洗濯物のとりいれなど）をひきうけてみるのも良いリハビリになります 生活面で困っていることがあれば、ホームヘルプや訪問看護の活用を検討してみてもいいかもしれません	リハビリスタッフ、担当医師、外来看護師、精神保健福祉士、精神保健福祉センター、保健所、地域活動支援センター、訪問看護ステーションなど
今後の生活に向けて	リハビリ卒業に向け、先輩患者さんやリハビリスタッフなどの意見を聞きながら、これから数年の自分の目標を考えてみましょう その夢や目標がある程度見えてきて、無理なくリハビリに週4～5回3か月間定期的に通うことができるようになったら次のステップを検討しましょう	リハビリスタッフ、担当医師など
ご家族へ	ある程度自宅の生活に慣れたら、少しがんばってリハビリに取り組む必要があるため、少し背中を押してみましょう 御家族のために病気の勉強会もありますし、家族会という家族同士のグループもあります 御家族自身の気持ちを大切に、リラックスする時間を持つことが、結果的に患者さんの気持ちを楽にします	すべてのスタッフ

リハビリ卒業期は新たな場への橋渡しの時期であり、障害受容の時期でもある。この2つのテーマを達成できるよう、パスの内容もデイケア外に目を向けられるよう意識した。同時に、対人緊張が強く変化が苦手な統合失調症患者にとって、一度卒業したら戻ってこれないようなデイケアのあり方はむしろしがみつきの生む。不安にも配慮し、卒業しても相談でき、再入所の保証をすることが次のステップに踏みだしやすくなると考え、この点も意識して作成した(表16)。

表16 患者・家族用パス(リハビリ卒業期)

リハビリ卒業期の目標 自分に合った卒業先に向かって、関係機関と準備を進めていく		
	行うこと	誰に相談したらいい?
検査	定期的に血液検査を行い、体のチェックをします 気分調整薬を飲んでいての方などは、定期的に血中濃度を測ります	担当医師や外来看護師など
薬物療法	変化の時期は調子を崩すことがあります 音の過敏さ、不眠などの症状、眠気やのどの渇き、手の震えなど副作用、薬の飲む回数など 気になることは相談しましょう	担当医師や薬剤師、外来看護師、リハビリスタッフなど
リハビリテーション	就労を目指す場合は、週4~5回、一日参加のリハビリ参加を続けましょう 病気の勉強会(心理教育)やコミュニケーションの練習(SST)、仕事を考えるグループ、生活のしかたを学ぶグループなど、自分にとって必要なプログラムに参加していきましょう 新しい卒業先の情報を集め、自分に合った卒業場所をスタッフと検討し見学したり体験参加してみましょう 就労を支援する場所(障害者職業センター、就労支援事業、作業所など)、生活を維持しながら仲間作りをマイペースで楽しむ(地域活動支援センター)など、様々な選択肢があります	リハビリスタッフ、担当医師、外来看護師、医療相談室、精神保健福祉士、精神保健福祉センター、保健所など
生活	昼夜の生活リズムを保ちましょう 次の日に疲れな程度に、リハビリ参加に加えて、家事(風呂洗い、洗濯、簡単な調理など)をひきうけていってもいいかもしれません 生活面で困っていることがあれば、ホームヘルプ、地域活動支援センターや訪問看護の活用を検討してみてもいいかもしれません	リハビリスタッフ、担当医師、外来看護師、精神保健福祉士、精神保健福祉センター、保健所、地域活動支援センターなど
今後の生活に向けて	リハビリ卒業に向け、先輩患者さんやリハビリスタッフなどの意見を聴きながら、これから数年の自分の目標を考えてみましょう はじめからうまくいく人はそうはいません しんどくなったら立ち止まって、また歩き出すことで、自分を活かせる場所にたどりつきます	リハビリスタッフ、担当医師など
ご家族へ	卒業は、ご本人にもご家族にもストレスのかかることであり、時に再発の前兆が起こることがあります 心配なことはどんどご相談してください 御家族のために病気の勉強会もありますし、家族会という家族同士で作るグループもあります 御家族自身の気持ちを大切に、リラックスする時間を持つことが、結果的に患者さんの気持ちを楽しめることもあります	すべてのスタッフ

Ⅶ. おわりに

本研究班は精神科デイケアの効果的活用を調査検討し、その結果を踏まえて統合失調症患者の地域連携パスを作成した。アンケートやヒアリングを通じて全国の様々な精神科デイケアを訪ねる中で、決して豊富ではない人的資源の中、各々の工夫や熱意を強く感じた。一方で、各施設ごとの内容や質の差の大きさも知ることとなった。

精神科デイケアが精神科医療のリハビリテーションの主軸を今後も担っていくことについて、精神科医療に携わるすべてのスタッフにとって異論のないところであろう。病棟機能や薬物療法などリハビリテーション以外の機能が大きく向上し、精神科医療へのスティグマが解消されつつある中で、より質を高め、患者、家族、そしてスタッフ自身がやりがいと目的意識をもって取り組めるようなリハビリテーションの遂行が求められる。

今回の調査や地域連携パスが、会員の日常の臨床の一助になれば幸いである。

最後に、忙しい臨床の中、本研究にアンケートやヒアリング調査でご協力いただいた会員施設と会員各位に感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 西園昌久：精神分裂病治療におけるデイケアの位置づけ，臨床精神医学，30(2)，135 - 140，2001。
- 2) 池淵恵美，安西信雄編著：地域ケア時代の精神科デイケア実践ガイド - デイケア治療の導入から卒業まで，金剛出版，2006。
- 3) 西園昌久：わが国におけるデイケアの発展 - 諸外国との比較を含めて，最新精神医学8(5)，409 - 416，2003。
- 4) 武田俊彦：精神科病院におけるデイケアサービス，臨床精神医学，30(2)，119 - 126，2001。
- 5) Gerard E.Hogarty：Arch Gen Psychiatry，vol48，April，1991。
- 6) 池淵恵美，安西信雄編著：地域ケア時代の精神科デイケア実践ガイド - 精神科デイケア治療論の今日的課題，金

3

地域連携パス効果的活用事例

剛出版, 2006.

今回、作成した地域連携パスの活用事例として、卒業を意識した目的志向デイケアへの取り組みについて、メンタルクリニックちかもりデイケア（以下、当デイケア）で取り組んできたデイケア組織の変革と実践とケースを交えながら報告する。

医療法人近森会 近森病院第二分院は、昭和43年より救急病院に併設する精神科の分院として開設された。統合失調症を主な対象とし、入院中に時間をかけて疾患の受容を行い、今後の生活についてゆっくり・じっくりかかわる治療を展開してきた。それが平成7年に示された障害者プラン（ノーマライゼーション7ヵ年戦略）や、うつ・人格障害・摂食障害などの疾患の多様化などに対応するため、急性期医療へシフトした。現在は、精神科専門病院として急性期治療病棟・回復期治療病棟・ストレスケア病棟の3病棟（104床）で運営しており、平均在院日83.9日、1日外来患者数約120人（デイケア通所者を除く）となっている。統合失調症中心の医療から、様々な疾患の患者に対して適切な入院治療を集中的に提供する急性期医療へと変化した。その結果、在宅での支援がより強く求められるようになった。

当デイケアは昭和61年に認可を受け、社会資源の少ない状況の中で病院併設のデイケアとして始まった。当初は慢性の統合失調症患者を対象とし、「再発・再入院予防を最大の目的」にできるだけ変化をおこさせないデイケアを行っていた。その結果、利用者は1日10～15人ほどで定着し、プログラムもマンネリ化した自己完結デイケアに陥っていた。

その後、第二分院の機能の変化に伴い、デイケアに急性期治療を終えた患者が次々紹介されて来るようになった。それまでのデイケアとは異なり、紹介されてくる患者は統合失調症に限らず、うつ病・人格障害・摂食障害など多様化した。さらに、目的も再発予防だけでなく、就労や復学を目指す利用者や、病状が重く症状コントロールを必要とする利用者などが増え目的も多様化し、利用者数も60人と大きく増えた。

しかし、集団の変化に対して、スタッフ側には以前と変わらない「再発・再入院させないことが一番」という意識が残っていたために、利用者のニーズに応えきれない状況に陥った。そこで第一段階として、平成14年にうつ・神経症専門のデイケア「パティオ」を開設し、機能分化を行った。それによって、当デイケアは統合失調症を中心としたデイケアになった。利用者は居場所を目的とした層と、就労・就学を望む通過型若年患者層の二極化が明らかとなった。そこで、デイケアの卒業を意識した取り組みを行うことにした。

まず、デイケアをリハビリ機能としてとらえる通過型の若い利用者層に注目した。急性期治療を終えた若年利用者層は、生活障害がそれほど重くない状態でデイケアに通い始める。彼らは、自分の疾患をそれほど悲観的にとらえておらず、リハビリすれば就労・就学といった自らの夢は叶うと信じていることが多かった。当初は、そういう利用者を、十分受け止めることができなかったが、チャレンジに付き合ってみると、多くの利用者がデイケアから卒業していった。チャレンジの結果、一時的な再入院もあるものの、それをひとつの経験としてとらえることで、スタッフも利用者も前向きに入院をとらえることができるようになった。デイケアスタッフは、いつか利用者が変化するであろうと待つのではなく、積極的・主体的にかかわることの大切さを実感するようになった。さらに、利用者の目標や夢をより現実に近づけるには、デイケアだけの力だけでなく、協力してくれる他の職種の力が必要となった。デイケアスタッフはデイケアでできること・できないことを認識し、デイケアの外にどんどん出向くようにした。今でも、デイケアスタッフは毎日のように病棟、地域活動支援センター、作業所などへ出かけて、他施設のスタッフとカンファレンスを開いている。様々な支援者がかかわることで、利用者個々の新たな目標や希望に向かって変化し続けるよい循環が生まれ、デイケアで自己完結しない目的志向デイケアへ変化した。

急性期治療からの一連の流れの有効性を高めるためには、急性期医療からデイケアへつなぐ工夫と、さらにデイケアが自己完結せず次の地域へつなぐことを意識した工夫をすることが重要になる。

まず、急性期医療からデイケアへの入り口の工夫ではデイケアスタッフの意識が重要になる。当デイケアの入り口では「何か・誰かに会ってもらおう」意識の導入プログラムを実施している。また、デイケアはあくまでも通過地点で、次に橋渡しすることを意識してはならない。そこで、当デイケアで実施している入り口の工夫「導入期

グループ」と、出口の工夫としての「ステップアップ方式」を紹介する。

まず、導入期のグループを大きく二つの機能に分けて実施している。

統合失調症の引きこもりの利用者を対象にした「午後のくつろぎ」と、デイケアで集団に初めて入る利用者すべてを対象にした「はじまりのグループ」の二つである（表1）。

表1 導入期グループ

	対象	人数	スタッフ	期間	内容
午後のくつろぎ	・ひきこもり ・対人緊張が高い	3～6名	OT：1名 NS：1名	12回/1クール 2回/週 (クローズド)	個人療法の 集合体 (作業を中心に)
はじまりのグループ	・導入期の利用者すべて	2～5名	OT：1名 NS：1名	8回/1クール 1回/週 (セミクローズド)	集団療法 (バーバルグループ)

「午後のくつろぎ」の対象は、統合失調症発症時期が若年で学校などの集団で外傷体験をもっている利用者が多く、対人緊張が高く、デイケアに来るだけでも大変な状況である。内容は個人療法の集合体で、集団の場に来ることを目標とし、他の利用者と空間だけを共有し、それぞれの利用者が用意している個人的作業（例：読書・ジグソーパズル・絵画・手芸・硬筆）を時間内にこなし、集団の力を使わず「かかわらないかかわり」を意識したグループである。グループの開始と終了時の面接を利用者だけでなく家族も一緒に丁寧に実施しているが、効果が見えて次につながるには時間がかかる。

「はじまりのグループ」は導入期の利用者すべてに実施している言語を使った集団療法である。具体的には、緊張をほぐすゲームを実施した後、不安や疑問を表現していくグループである。スタッフ主導でテーマを提示し、愚痴や不安・不満（言うてはいけないと思っていること）を表現することを目的に実施している。集団に入る「心の準備」と、同期の仲間作りの場になっている。2つの導入グループの効果を以下にまとめた。

1. 安心していることができること

一対一の関係を集団へ広げてその人の居場所を作り、慣れてきたと周囲が認識して声をかけてくれるようになり、ゆっくりとしたつながりができてくる。

2. 査定の場所

集団での適応能力を査定する際には、生活臨床的評価のパターンが現れてくる。能動型の利用者はどんどん枠を広げたがり、動きすぎるため集団から浮いてしまい焦って疲れる。そうすると、短期間でデイケアを休んだり、中断してしまう。能動型の利用者には、少し枠を設定しながら活動を広げていくかかわりが求められる。逆に、受動型はなかなか前に進めないことが多い。スタッフが利用者の苦しさを理解しながら、少しずつ背中を押す働きかけが必要となる。導入期のかかわりは、利用者と回復の見通しを共有し、目標設定とその達成のための課題を採る濃厚な時間となる。さらに、利用者の能力や対人技能を査定し、デイケアだけではなく様々な社会資源へつなぐ役割も担っていく。

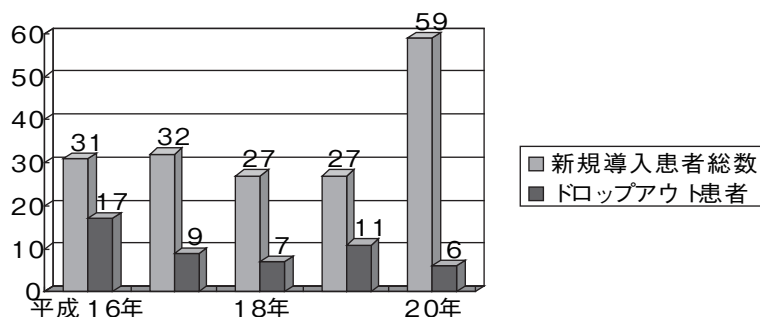


図1 新規導入患者数とドロップアウト患者数（年間総数）

図1は平成16年から20年までの年間の新規導入患者数とドロップアウト（中断）した利用者数をグラフに示したものである。平成17年に2つの導入期グループを開始しており、平成20年には中断者が減少した。これは入り口の工夫が効果を上げている結果であると考えられる。

次に、出口の工夫としてステップアップ方式（目的志向デイケア）について説明する（図2）。

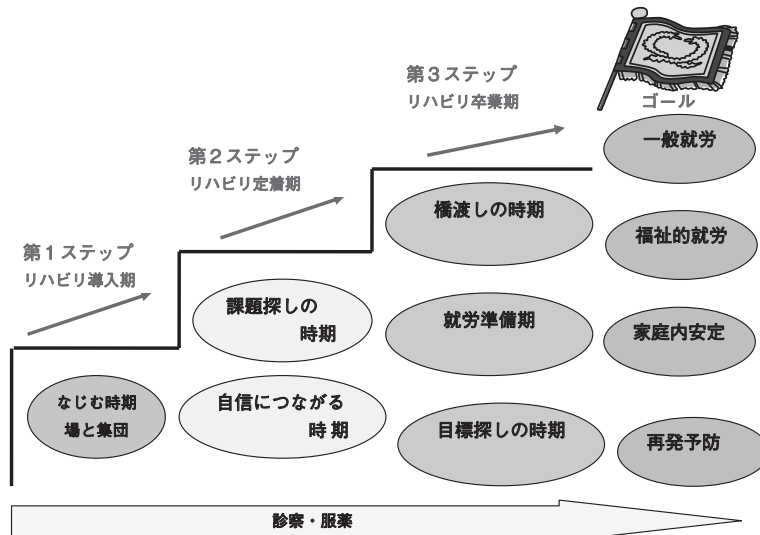


図2 目的志向デイケア（ステップアップ方式）

第1ステップ（リハビリ導入期）

まず、保障された空間に慣れることから始めていく。緊張の強い利用者が、対人交流を求められない状況のなかで空間の共有から始めていく活動である。自宅から通ってくることから始めて少しずつ集団に慣れていくこと、安心して空間にいられることを目的に行う。この時期に、導入期グループを実施する。

第2ステップ（リハビリ定着期）

この時期は2つに分けて考えていく。まず、自信につなげる時期として、デイケアでの集団の場面で、役割をもつ体験を積む。たとえば、日直や当番をこなすなど、役割を達成して他者から認められる体験、他者の役に立っているという実感をもつことが自信の回復につながり、その過程で利用者自身が前向きに取り組んでいく姿勢へと徐々に変化していく。次に、課題探しの時期になると、デイケアの大小さまざまな集団に参加できるようになる。仲間とスポーツなどを通して体力づくりや集団での楽しさを体験し、対人交流の機会を徐々に増やしていく。対人交流の場面が増えることで、病気との付き合い方や対人面での課題が見つかる。病気については、集団での心理教育プログラムや担当スタッフと一緒に病気の理解を深めるプログラムを実施する。対人面の課題については、コミュニケーション能力を身につけるためのトレーニングとしてSSTを実施する。集団のなかでの自分の弱点を克服し、人格の成長を促していく。こうした取り組みをおこなうなかで、徐々に現実的な夢や希望がみつき始める。

第3ステップ（リハビリ卒業期）

この時期は3つに分けて考えていく。まず、目標探しの時期には、自己決定を支えることや、現実的な目標を一緒に探すこと、自己実現の前段階を歩むことをとともに行う。次に、就労準備期として実際の就労体験としての喫茶作業や、仲間と就労の意味を率直に語り合う就労を考えるグループなどを通して、就労を現実的に考えるようなプログラムを実施する。また、他の社会資源への橋渡しの時期には利用者をデイケアのみで抱えるのではなく、障害者職業センターやハローワーク、地域活動支援センター、作業所などの施設や、あらゆるサービス機関と積極的につながりをもつかかわりを意識する。

最終的なゴールはさまざまで、職業相談、評価、指導、職業準備訓練やジョブコーチといった職業適応支援をうけることによって、一般就労を実現することもできている。また、福祉的就労として、県内各所にある作業所などへの移行を行なっている。しかし、就労が全ての利用者のゴールではなく、家庭内で自分の役割をみつけて、安定した生活をおくることや、再発予防が目標になる利用者もいる。ゴールは就労に限定せず、利用者が明確な目標をもつことでその人らしく主体的に生きることにつながっていくことだと考える。

ここで2つの事例を紹介する。

ケースAさんの概要

- Aさん 30代女性 家族と同居
- 素直で穏やかな性格
- 養護施設で働いている時に統合失調症を発症
- 幻聴被害妄想はあるが外来治療で安定
- 就労目的にてデイケア通所開始
- 操作されて体が動かなくなる、言わされるなどの作為体験が主症状

30代の女性で家族と同居生活を送っている。専門学校を卒業して養護施設に就職した後に発症し、「カメラで監視されている」などの妄想や、仕事に行けなくなった自分に「役立たず!!」「謝れ!謝れ!」などといってくる幻聴が出現して仕事に集中できず、引きこもるようになった。引きこもっている時に映画をみて、自分の病気に気づき精神科を受診したという。その後、投薬を開始し、外来治療でコントロールしていた。幻聴とそれに伴う独語・被害妄想はあるものの、素直で穏やかな性格で数年前に就労を目的にデイケア通所を開始した。本人は、自分の症状について「よく分からないもう一人の自分に操作されて時々体が動かなくなる」「言わされている独語」などの作為体験があり、困っていると淡々と話す。

第1ステップ〈リハビリ導入期〉

Aさんは、入所当初よりまじめで休むことなく契約通り通所し、早い段階で他の利用者とはすぐ打ち解けて問題なくデイケアになじむことができた。

第2ステップ〈リハビリ定着期〉

デイケアのなかで、他のメンバーに気を遣いすぎて巻き込まれてしまう対人関係のパターンが見えてきた。また、断れずにその日のプログラムにすべて参加して疲れ、独語や作為体験が活発になるという病状の特徴が見えてきた。Aさんは、本当はしたくない食事の準備やプログラムの場面などで作為体験が強くなり、「これが自分のつらい症状なんだ」と話した。無意識に抑えた自分の嫌な気持ちを、症状として現れていることを指摘しても、Aさんはすぐには理解できなかった。そこで、本人のつらい症状である作為体験をコントロールするには、病気の理解からはじめることが必要と判断し、心理教育プログラムに導入した。さらに、作為体験が出現した時に、担当スタッフが心理教育に結びつける作業を繰り返し行い、徐々に作為体験は減っていった。

第3ステップ〈リハビリ卒業期〉

Aさんの将来の目標は「もう一度子供にかかわる仕事につきたい」であった。そこで、就労前訓練としてデイケア院内喫茶のウェイトレスとして半年間トレーニングを積むことにした。ウェイトレスをしている時には、作為体験がありながらも半年間休まず参加することができた。他の利用者から認められ、実際に体験することで自信につながった。

そして、さらに次のステップとして、就労を考えるグループに導入した。そこで、「人生設計」と題して、これまでの人生を振り返り、今後の希望や将来なりたい自分などを記録として残し、考えるきっかけをつくる作業をした。また、就労するために必要な知識として、マナー講座や履歴書の書き方などのレクチャー、そして、障害を明かさずに就職をしたいかどうかについて、思いを率直に出し合うディスカッションも行った。いろいろな人の意見を聞くことで、Aさんは「私は、障害をオープンにして仕事をしたい」と自分の考えを話すことができた。そして、地域の社会資源の見学や実際の体験を通して、さまざまなサービスや就労の仕方があることを学んだ。これらの取り組みを通して、Aさんは現実的な目標を立てることができ、これからの人生設計を以下のように立てた(図3)。

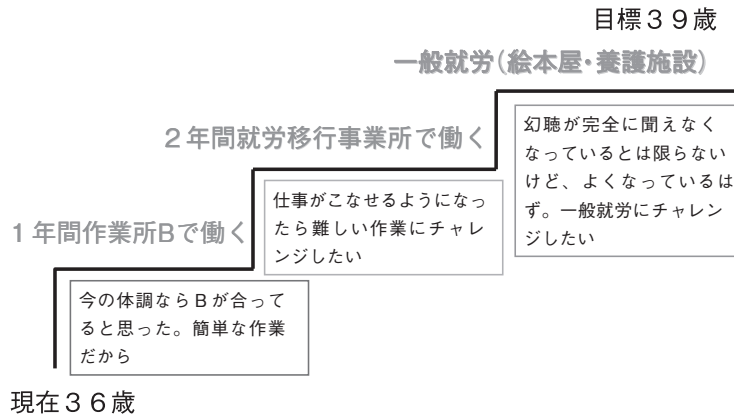


図3 Aさんが描いた人生設計

「今の体調なら簡単な作業が合っているから」と「就労継続B型の作業所に1年間通い、仕事こなせるようになったら、難しい作業にチャレンジして就労移行事業所で2年仕事をしたい」さらに、「幻聴が完全に聞えなくなっているとは限らないがよくなっているはず、絵本屋や養護施設で一般就労したい」と設計した。現在は、この就労継続B型の作業所に行っている。

次に、デイケア依存を起しているケースを紹介する。

ケースBさんの概要

- Bさん 60代女性 単身生活
- 20代で統合失調症を発症
- 病状は安定しており生活保護を受けながら10年以上再発せずにデイナイトケアに毎日通所
- 土曜日は訪問看護 日曜日は地域活動支援センター
- 長期デイケア安定群「一生このままでかまわない」

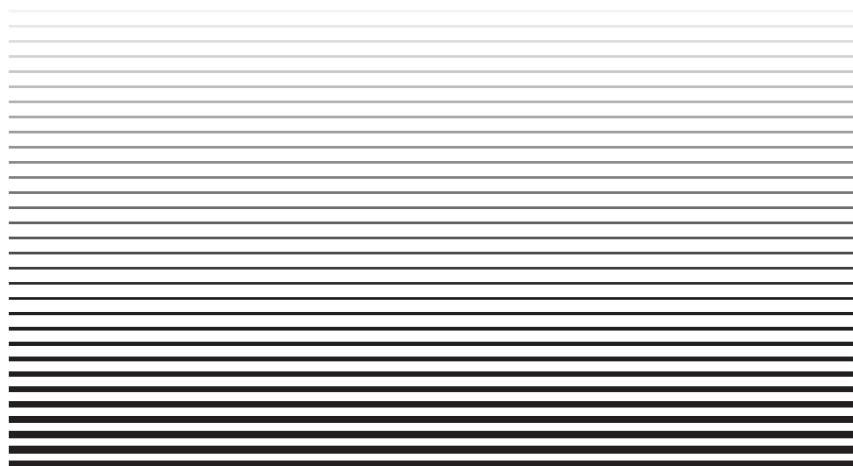
Bさんは統合失調症の60代の女性である。20代で統合失調症を発症し、現在は病状も安定し、生活保護を受けながら10年以上再発はなく、平日はデイ・ナイトケア、土曜日は訪問看護、日曜日は地域活動支援センターに通所し、病院とアパートの往復を繰り返していた。Bさんは10年以上喫茶店で働いた経験があり、裁縫に関しては高い作業能力があるにもかかわらず、デイケアと訪問に依存していた。そこで、スタッフは院内喫茶を勧めたところ、一度も休まず参加することができた。そこで、次のステップとして就労を考えるグループに導入し、いくつかの作業所に体験入所することを繰り返した。しかし、Bさんにとってこの体験は体力的な限界を知ることになった。すると、Bさんは「働くことは無理だけど、なにか人の役に立つようなことをしたい」と現実的な夢を語り始めた。この頃からBさんは、新しい利用者の世話役をしたり、ひとの役に立つような役割を積極的にとるようになった。さらに、それまではアパートの住人と接しようとしなかったBさんが、訪問看護をやめた頃より食事を一緒にとるなどの交流をもつようになった。Bさんは、就労という体験を通して、自らの加齢を受け入れこれからどう生きてくかを見つけていくことになった。このような利用者の変化に遭遇し、デイケアスタッフは若い通過型の利用者も、慢性化した利用者も個々の目標を必ずもっていることに気づいた。

当デイケアでは大切にしていることがある。まずは、個別担当制をとっていることである。一人の利用者の導入から卒業までを一環して担当する体制である。デイケアの中ではさまざまな出来事や人付き合いなどのストレスが生じてくる。そんなときに安心できる担当スタッフがいることで、一緒に考え、対処方法などを話し合うことができる。そして、目標設定も一緒に行い、達成のための過程に寄り添う役割を担っている。

さらに、主体性を育むかわりを意識することである。デイケアでの活動はスタッフ主導で行う活動もあるが、利用者が主体的に取り組むことを重視している。

最後に、社会資源との連携も非常に重要である。デイケアだけでは限界があり、利用者の夢や目標を達成することはできない。その援助を他の社会資源に協力してもらいながら、利用者の可能性を広げていくことができると考えている。

資料編



資料 1

ニューロングステイ患者の実態把握と
退院に向けた効果的ケアの開発

I. 調査票

精神科病棟における
入院期間短期化の要因についてのお伺い

■管理者用■

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は当協会の活動に格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。このたび、標題のアンケート調査を実施することになりました。このアンケートは、入院期間の短期化が求められている中、短期間で退院する患者さんの背景や要因等を把握することを目的に実施するものです。

当調査は、当協会会員施設で精神病床をもっている施設の中の20病院を対象としており、データ分析にあたりましてもコンピューターで統計的に処理し、病院名を特定できないような方法を用います。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、当調査の趣旨をお汲みとりいただき、ご協力下さいますようよろしくお願い申し上げます。

社団法人 日本精神科看護技術協会

〔ご記入にあたって〕

1. ご記入は、病棟管理者の方をお願い致します。
2. 回収後はコンピューターによる集計・分析作業に用います。
3. ご回答は、あてはまる答えの番号を○印でかこむ場合がほとんどですが、数字やことばを具体的に記入していただく場合もあります。
4. 調査票の指示に従ってお進みいただき、特に指示がない場合は、そのまま次の設問にお進み下さい。
5. お答えが「その他」の場合は、その番号に○印をつけて指定の欄に具体的内容をお書き下さい。
6. ご記入いただいたアンケート票を調査協力者にお渡しいただき、9月25日（木）までに同封の返信用封筒でご返送下さい。

本アンケートについてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

社団法人 日本精神科看護技術協会 電話 03-3667-8661

FAX 03-3667-8662

病院コード		病棟名	
記入者氏名			

貴病院の概要について伺います。

問1 貴病院の病院種別をお聞かせ下さい。(○印はひとつ)

1. 精神科病院 (単科)	2. 精神科を主とする病院 (複数科)
3. 一般病院 (総合・複数科。大学病院を含む)	4. その他 ()

問2 貴病院の病院全体の病床数と精神病床数(再掲)をご記入下さい。(平成20年9月1日現在)

病院全体の病床数		床
精神病床数(再掲)		床

問3 貴病院にある精神科病棟の該当する番号に○印を付けて下さい。(○印はいくつでも)

また、設置している病棟数と各病棟の合計病床数を記入して下さい。(平成20年9月1日現在)

病 棟 名	病棟数	病床数*
1. 精神科救急病棟		
2. 精神科急性期治療病棟		
3. 精神療養病棟		
4. 認知症病棟		
5. 精神一般病棟		
6. その他の病棟		
合 計		

※稼動していない病床も含まれます。

問4 下記に貴病院と併設している施設があればお聞かせ下さい。(○印はいくつでも)

1. 地域活動支援センター	2. 援護寮	3. 福祉ホーム	4. 作業所
5. グループホーム	6. 訪問看護ステーション		
7. その他の社会復帰関係施設 ()			
8. 併設施設はない			

問5 直近1ヵ月間の精神科における入院患者数、診療報酬上の新規入院患者数、退院患者数、外来患者数(延べ人数)を記入して下さい。

入院患者数		人
診療報酬上の新規入院患者数		人
退院患者数		人
外来患者数(延べ人数)		人

問6 精神科病棟における平均在院日数(直近のデータ)を記入して下さい。

平均在院日数		日
--------	--	---

ここからは、貴病棟の概要について伺います。

問7 貴病棟の種類をお聞かせ下さい。(○印はひとつ)

1. 精神科救急病棟	2. 精神科急性期治療病棟
------------	---------------

問8 貴病棟の病床数を記入して下さい。

貴病棟の病床数		床
---------	--	---

問9 貴病棟における平均在院日数(直近のデータ)を記入して下さい。

平均在院日数		日
--------	--	---

問10 貴病棟の病床利用率(9月1日現在)を記入して下さい。

貴病棟の病床利用率		%
-----------	--	---

問 11 直近 1 ヶ月間の貴病棟における入院患者数、診療報酬上の新規入院患者数、退院患者数を記入して下さい。

入院患者数				人
診療報酬上の新規入院患者数				人
退院患者数				人

ここからは、貴病棟の治療体制について伺います。

問 12 貴病棟では、看護師以外の職種の病棟担当者を専任または兼任で配置していますか。

(○印はいくつでも)

また、配置している場合は、それぞれの職種をお聞かせ下さい。

	1. 専任で配置している	2. 兼任で配置している	3. 配置していない
■専任担当者の職種 (○印はいくつでも)	1. 薬剤師	2. 精神保健福祉士	
	3. 作業療法士	4. その他 ()	
■兼任担当者の職種 (○印はいくつでも)	1. 薬剤師	2. 精神保健福祉士	
	3. 作業療法士	4. その他 ()	

問 12 貴病棟ではクリティカルパスを使用していますか。(○印はひとつ)

1. 使用している	2. 使用していない
-----------	------------

問 13 貴病棟ではどの程度の頻度で多職種を含めたカンファレンスを開催していますか。(○印はひとつ)

1. 週5回以上	2. 週3～4回程度	3. 週1～2回程度
4. 月2～3回程度	5. 月1回以下	

問 14 貴病棟では、入院時に退院困難になりそうなことをチェックするリストや体制がありますか。(○印はひとつ)

1. ある	2. ない
-------	-------

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました

精神科病棟における 入院期間短期化の要因についてのお伺い

■受持ち看護師用■

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は当協会の活動に格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。このたび、標題のアンケート調査を実施することになりました。このアンケートは、入院期間が短期化が求められている中、短期間で退院する患者さんの背景や要因等を把握することを目的に実施するものです。

当調査は、当協会会員施設で精神病床をもっている施設の中の20病院を対象としており、データ分析にあたりましてもコンピューターで統計的に処理し、病院名を特定できないような方法を用います。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、当調査の趣旨をお汲みとりいただき、ご協力下さいますようよろしくお願い申し上げます。

社団法人 日本精神科看護技術協会

〔ご記入にあたって〕

1. ご記入は、受持ち看護師の方をお願い致します。
2. 回収後はコンピューターによる集計・分析作業に用います。
3. ご回答は、あてはまる答えの番号を○印でかこむ場合がほとんどですが、数字やことばを具体的に記入していただく場合もあります。
4. 調査票の指示に従ってお進みいただき、特に指示がない場合は、そのまま次の設問にお進み下さい。
5. お答えが「その他」の場合は、その番号に○印をつけて指定の欄に具体的内容をお書き下さい。
6. ご記入いただいたアンケート票を調査協力者にお渡しいただき、9月25日（木）までに同封の返信用封筒でご返送下さい。

本アンケートについてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

社団法人 日本精神科看護技術協会 電話 03-3667-8661
FAX 03-3667-8662

入院後1週間以内に記入して下さい。

患者コード		-				
記入者氏名				精神科経験年数		年
記入日			月	日		

A. 患者さんの属性

年齢		歳	性別	1. 男性	2. 女性		
病棟形態	1. 開放	2. 閉鎖	今回の入院は、診療報酬上の新規入院に 1. 該当する 2. 該当しない				
入院形態	1. 任意	2. 医療保護					
入院回数	1. 初回	2. 再入院	入院日	西暦	年	月	日
入院理由	あてはまるもの1つに○印をつけて下さい。 1. 服薬中断による症状の悪化 2. 服薬中断以外の理由による症状の悪化 3. 休息入院 4. その他 ()						
精神科病院への初めての入院日	西暦	年	月	日			

B. 環境の状況

	はい	いいえ	不明
1) 同居家族がいる	1	2	3
2) 退院後に住むところがある	1	2	3
3) 入院前に医療福祉サービス（デイケア、訪問看護、支援センターなど）を利用していた	1	2	3
4) 退院後も医療福祉サービスを利用できる環境にある	1	2	3
5) 退院後の生活に必要な経済的な基盤が整っている	1	2	3

C. 治療の状況

	1	2
1) 隔離を行っている	1	2
2) 拘束を行っている	1	2
3) 服薬指導を行っている	1	2
4) 心理教育を行っている	1	2
5) 退院前訪問を行っている	1	2

D. 入院時の患者さんの状況

能力障害の程度は、次のどれに該当しますか。最も患者さんの状態が近いと思われる番号に○印を付けてください。
(○印はひとつ)

1. 精神障害と認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
2. 精神障害を認め、日常生活および社会生活に一定の制限を受ける。
3. 精神障害を認め、日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
4. 精神障害を認め、日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
5. 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

精神症状の程度は、次のどれに該当しますか。最も患者さんの状態に近いと思われる番号に○印を付けてください。

(○印はひとつ)

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

	非常にあてはまる	ややあてはまる	あてはまらない
■病識と治療コンプライアンス			
1) 服薬の必要性を自覚していない	1	2	3
2) 促されないと適切な服薬行動をとることができない	1	2	3
3) 治療の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）	1	2	3
4) 薬物の副作用のために、あるいはそれを気にするあまり、処方通りに服薬しない	1	2	3
5) 自分の病気についての知識や理解に乏しい（病識欠如）	1	2	3
6) これまでに通院中断や怠薬の履歴がある	1	2	3
■退院への不安			
7) 退院後に1人で過ごすことへの不安を表現したり、訴えたりする	1	2	3
8) 退院後の日常家事、身繕い等のセルフケアへの不安を表現したり、訴えたりする	1	2	3
9) 退院後の症状悪化への不安を表現したり、訴えたりする	1	2	3
■問題行動			
10) 口論や暴力がある	1	2	3
11) ささいなことで怒ったり、いらいらして抑えられなくなる	1	2	3
12) 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	1	2	3
13) 自傷、他害、触法、非行以外の迷惑行為を繰り返している	1	2	3
■ADL			
14) 身なりを整えることができない	1	2	3
15) 金銭管理ができない	1	2	3
16) すずんで入浴できない	1	2	3
17) 自炊または食物の購入が困難である	1	2	3
■自閉的行動			
18) 自分から人に話しかけられない	1	2	3
19) 集団行動に参加できない	1	2	3
20) 悩み事や分からないことを人に相談できない	1	2	3
■身体合併症			
21) 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	1	2	3
22) 現在身体合併症があり、自己管理ができない	1	2	3
■自殺企図の可能性			
23) 希死念慮がある	1	2	3
24) 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）	1	2	3
■家族からのサポート			
25) 家族が本人の同居を拒否している	1	2	3
26) 家族はいるが、本人へのサポートがない	1	2	3
27) 本人が家族のサポートを拒否している	1	2	3

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました

精神科病棟における 入院期間短期化の要因についてのお伺い

■担当医■

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は当協会の活動に格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。このたび、標題のアンケート調査を実施することになりました。このアンケートは、入院期間が短期化が求められている中、短期間で退院する患者さんの背景や要因等を把握することを目的に実施するものです。

当調査は、当協会会員施設で精神病床をもっている施設の中の20病院を対象としており、データ分析にあたりましてもコンピューターで統計的に処理し、病院名を特定できないような方法を用います。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、当調査の趣旨をお汲みとりいただき、ご協力下さいますようお願い申し上げます。

社団法人 日本精神科看護技術協会

〔ご記入にあたって〕

1. ご記入は、対象となる患者さんのご担当医の方をお願い致します。
2. 回収後はコンピューターによる集計・分析作業に用います。
3. ご回答は、あてはまる答えの番号を○印でかこむ場合がほとんどですが、数字やことばを具体的に記入していただく場合もあります。
4. 調査票の指示に従ってお進みいただき、特に指示がない場合は、そのまま次の設問にお進み下さい。
5. お答えが「その他」の場合は、その番号に○印をつけて指定の欄に具体的内容をお書き下さい。
6. ご記入いただいたアンケート票を調査協力者にお渡しいただき、ご返信下さい。

本アンケートについてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

社団法人 日本精神科看護技術協会 電話 03-3667-8661
FAX 03-3667-8662

入院後1週間以内に記入して下さい。

患者コード			-		
記入者氏名				記入日	月 日

A. 患者さんの診断名

ICD-10による現在の診断名について、あてはまるものに○印を付けてください。

1. 統合失調症	2. 統合失調型障害
3. 持続性妄想性障害	4. 急性一過性精神病性障害
5. 感応性妄想性障害	6. 統合失調感情障害
7. 他の非気質性精神病性障害	8. 特定不能の非気質性精神病
9. 躁病エピソード	10. 双極性感情障害
11. うつ病エピソード	12. 反復性うつ病性障害
13. 持続性気分（感情）障害	13. 他の気分（感情）障害
14. 特定不能の気分（感情）障害	15. その他（具体的に： _____）

B. 入院時の患者さんの状況

能力障害の程度は、次のどれに該当しますか。最も患者さんの状態に近いと思われる番号に○印を付けてください。

(○印はひとつ)

1. 精神障害と認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
2. 精神障害を認め、日常生活および社会生活に一定の制限を受ける。
3. 精神障害を認め、日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
4. 精神障害を認め、日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
5. 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

精神症状の程度は、次のどれに該当しますか。最も患者さんの状態に近いと思われる番号に○印を付けてください。

(○印はひとつ)

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

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました

精神科病棟における 入院期間短期化の要因についてのお伺い

■受持ち看護師用■

入院1ヵ月目に記入して下さい。

～直近1週間の様子について受持ち看護師がご記入下さい～

患者コード			-						
記入者氏名						精神科経験年数			年
記入日	月		日						

A. 患者さんの病名

病名	1. 変更無し 2. 統合失調症 3. 双極性感情障害 4. その他 ()
----	---

B. 転棟の状況

転棟の有無	1. 転棟した→転棟先の病棟の種類を回答して下さい。 2. 転棟していない	
転棟先の病棟の種類	1. 精神科救急病棟	2. 精神科急性期治療病棟
	3. 精神療養病棟	4. 認知症病棟
	5. 精神一般病棟	6. その他の病棟

C. 治療の状況

	はい	いいえ
1) 隔離を行っている	1	2
2) 拘束を行っている	1	2
3) 服薬指導を行っている	1	2
4) 心理教育を行っている	1	2
5) 退院前訪問を行っている	1	2

能力障害の程度は、次のどれに該当しますか。最も患者さんの状態に近いと思われる番号に○印を付けてください。

(○印はひとつ)

1. 精神障害と認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。 2. 精神障害を認め、日常生活および社会生活に一定の制限を受ける。 3. 精神障害を認め、日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。 4. 精神障害を認め、日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 5. 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。
--

精神症状の程度は、次のどれに該当しますか。最も患者さんの状態に近いと思われる番号に○印を付けてください。

(○印はひとつ)

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

	非常にあてはまる	ややあてはまる	あてはまらない
■病識と治療コンプライアンス			
1) 服薬の必要性を自覚していない	1	2	3
2) 促されないと適切な服薬行動をとることができない	1	2	3
3) 治療の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）	1	2	3
4) 薬物の副作用のために、あるいはそれを気にするあまり、処方通りに服薬しない	1	2	3
5) 自分の病気についての知識や理解に乏しい（病識欠如）	1	2	3
6) これまでに通院中断や怠薬の履歴がある	1	2	3
■退院への不安			
7) 退院後に1人で過ごすことへの不安を表現したり、訴えたりする	1	2	3
8) 退院後の日常家事、身繕い等のセルフケアへの不安を表現したり、訴えたりする	1	2	3
9) 退院後の症状悪化への不安を表現したり、訴えたりする	1	2	3
■問題行動			
10) 口論や暴力がある	1	2	3
11) ささいなことで怒ったり、いらいらして抑えられなくなる	1	2	3
12) 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	1	2	3
13) 自傷、他害、触法、非行以外の迷惑行為を繰り返している	1	2	3
■ADL			
14) 身なりを整えることができない	1	2	3
15) 金銭管理ができない	1	2	3
16) すずんで入浴できない	1	2	3
17) 自炊または食物の購入が困難である	1	2	3
■自閉的行動			
18) 自分から人に話しかけられない	1	2	3
19) 集団行動に参加できない	1	2	3
20) 悩み事や分からないことを人に相談できない	1	2	3
■身体合併症			
21) 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	1	2	3
22) 現在身体合併症があり、自己管理ができない	1	2	3
■自殺企図の可能性			
23) 希死念慮がある	1	2	3
24) 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）	1	2	3
■家族からのサポート			
25) 家族が本人の同居を拒否している	1	2	3
26) 家族はいるが、本人へのサポートがない	1	2	3
27) 本人が家族のサポートを拒否している	1	2	3

ご協力ありがとうございました

精神科病棟における 入院期間短期化の要因についてのお伺い

■受持ち看護師用■

入院2ヵ月目に記入して下さい。

～直近1週間の様子について受持ち看護師がご記入下さい～

患者コード		-					
記入者氏名						精神科経験年数	年
記入日		月		日			

A. 患者さんの病名

病名	1. 変更無し 2. 統合失調症 3. 双極性感情障害 4. その他 ()
----	---

B. 転棟の状況

転棟の有無	1. 転棟した→転棟先の病棟の種類を回答して下さい。 2. 転棟していない	
転棟先の病棟の種類	1. 精神科救急病棟 3. 精神療養病棟 5. 精神一般病棟	2. 精神科急性期治療病棟 4. 認知症病棟 6. その他の病棟

C. 治療の状況

	はい	いいえ
1) 隔離を行っている	1	2
2) 拘束を行っている	1	2
3) 服薬指導を行っている	1	2
4) 心理教育を行っている	1	2
5) 退院前訪問を行っている	1	2

能力障害の程度は、次のどれに該当しますか。最も患者さんの状態に近いと思われる番号に○印を付けてください。

(○印はひとつ)

1. 精神障害と認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。 2. 精神障害を認め、日常生活および社会生活に一定の制限を受ける。 3. 精神障害を認め、日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。 4. 精神障害を認め、日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 5. 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。
--

精神症状の程度は、次のどれに該当しますか。最も患者さんの状態に近いと思われる番号に○印を付けてください。

(○印はひとつ)

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

	非常に あてはまる	やや あてはまる	あては まらない
■病識と治療コンプライアンス			
1) 服薬の必要性を自覚していない	1	2	3
2) 促されない適切な服薬行動をとることができない	1	2	3
3) 治療の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）	1	2	3
4) 薬物の副作用のために、あるいはそれを気にするあまり、処方通りに服薬しない	1	2	3
5) 自分の病気についての知識や理解に乏しい（病識欠如）	1	2	3
6) これまでに通院中断や怠薬の履歴がある	1	2	3
■退院への不安			
7) 退院後に1人で過ごすことへの不安を表現したり、訴えたりする	1	2	3
8) 退院後の日常家事、身繕い等のセルフケアへの不安を表現したり、訴えたりする	1	2	3
9) 退院後の症状悪化への不安を表現したり、訴えたりする	1	2	3
■問題行動			
10) 口論や暴力がある	1	2	3
11) 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	1	2	3
12) 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	1	2	3
13) 自傷、他害、触法、非行以外の迷惑行為を繰り返している	1	2	3
■ADL			
14) 身なりを整えることができない	1	2	3
15) 金銭管理ができない	1	2	3
16) すすんで入浴できない	1	2	3
17) 自炊または食物の購入が困難である	1	2	3
■自閉的行動			
18) 自分から人に話しかけられない	1	2	3
19) 集団行動に参加できない	1	2	3
20) 悩み事や分からないことを人に相談できない	1	2	3
■身体合併症			
21) 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	1	2	3
22) 現在身体合併症があり、自己管理ができない	1	2	3
■自殺企図の可能性			
23) 希死念慮がある	1	2	3
24) 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）	1	2	3
■家族からのサポート			
25) 家族が本人の同居を拒否している	1	2	3
26) 家族はいるが、本人へのサポートがない	1	2	3
27) 本人が家族のサポートを拒否している	1	2	3

ご協力ありがとうございました

精神科病棟における 入院期間短期化の要因についてのお伺い

■受持ち看護師用■

入院3ヵ月目に記入して下さい。

～直近1週間の様子について受持ち看護師がご記入下さい～

患者コード		-			
記入者氏名				精神科経験年数	年
記入日		月		日	

A. 患者さんの病名

病名	1. 変更無し 2. 統合失調症 3. 双極性感情障害 4. その他 ()
----	---

B. 転棟の状況

転棟の有無	1. 転棟した→転棟先の病棟の種類を回答して下さい。 2. 転棟していない	
転棟先の病棟の種類	1. 精神科救急病棟 3. 精神療養病棟 5. 精神一般病棟	2. 精神科急性期治療病棟 4. 認知症病棟 6. その他の病棟

C. 治療の状況

	はい	いいえ
1) 隔離を行っている	1	2
2) 拘束を行っている	1	2
3) 服薬指導を行っている	1	2
4) 心理教育を行っている	1	2
5) 退院前訪問を行っている	1	2

能力障害の程度は、次のどれに該当しますか。最も患者さんの状態に近いと思われる番号に○印を付けてください。

(○印はひとつ)

- | |
|--|
| 1. 精神障害と認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
2. 精神障害を認め、日常生活および社会生活に一定の制限を受ける。
3. 精神障害を認め、日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
4. 精神障害を認め、日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
5. 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。 |
|--|

精神症状の程度は、次のどれに該当しますか。最も患者さんの状態に近いと思われる番号に○印を付けてください。

(○印はひとつ)

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

	非常に あてはまる	やや あてはまる	あては まらない
■病識と治療コンプライアンス			
1) 服薬の必要性を自覚していない	1	2	3
2) 促されないと適切な服薬行動をとることができない	1	2	3
3) 治療の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）	1	2	3
4) 薬物の副作用のために、あるいはそれを気にするあまり、処方通りに服薬しない	1	2	3
5) 自分の病気についての知識や理解に乏しい（病識欠如）	1	2	3
6) これまでに通院中断や怠薬の履歴がある	1	2	3
■退院への不安			
7) 退院後に1人で過ごすことへの不安を表現したり、訴えたりする	1	2	3
8) 退院後の日常家事、身繕い等のセルフケアへの不安を表現したり、訴えたりする	1	2	3
9) 退院後の症状悪化への不安を表現したり、訴えたりする	1	2	3
■問題行動			
10) 口論や暴力がある	1	2	3
11) ささいなことで怒ったり、いらいらして抑えられなくなる	1	2	3
12) 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	1	2	3
13) 自傷、他害、触法、非行以外の迷惑行為を繰り返している	1	2	3
■ADL			
14) 身なりを整えることができない	1	2	3
15) 金銭管理ができない	1	2	3
16) すずんで入浴できない	1	2	3
17) 自炊または食物の購入が困難である	1	2	3
■自閉的行動			
18) 自分から人に話しかけられない	1	2	3
19) 集団行動に参加できない	1	2	3
20) 悩み事や分からないことを人に相談できない	1	2	3
■身体合併症			
21) 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	1	2	3
22) 現在身体合併症があり、自己管理ができない	1	2	3
■自殺企図の可能性			
23) 希死念慮がある	1	2	3
24) 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）	1	2	3
■家族からのサポート			
25) 家族が本人の同居を拒否している	1	2	3
26) 家族はいるが、本人へのサポートがない	1	2	3
27) 本人が家族のサポートを拒否している	1	2	3

ご協力ありがとうございました

精神科病棟における 入院期間短期化の要因についてのお伺い

■受持ち看護師用■

退院時に記入して下さい。

患者コード		-			
記入者氏名				精神科経験年数	年
記入日	月	日	退院日	月	日

A. 患者さんの病名

病名	1. 変更無し 2. 統合失調症 3. 双極性感情障害 4. その他 ()
----	---

B. 退院先

1. 自宅で家族同居	2. 自宅で単身生活	3. 施設
4. 転院	5. その他 ()	

C. 退院後の予定

日中の活動 (複数回答)	1. 外来OT 2. デイケア (ショートケア・デイナイトケアを含む) 3. 地域活動支援センター 4. 作業所 5. 職場・学校 6. 特になし 7. その他 ()
医療・福祉サービスの利用 (複数回答)	1. 外来通院 2. 訪問看護 3. 配食サービス 4. ホームヘルプサービス 5. その他 ()

ご協力ありがとうございました

Ⅱ. 調査協力者用マニュアル

平成 20 年度障害者保健福祉推進事業

精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検討
ニューロングステイ患者の実態把握と
退院に向けた効果的ケアの開発

調査協力者用マニュアル

1. 調査の経緯と目的

1) 調査の経緯

現在、精神科においても機能分化が進み、急性期治療の環境が整備されつつあり、在院日数の短縮等の効果が全国的に見られている。しかし、依然として3ヵ月を超えて入院継続する患者が残存し、それが長期入院に移行していると推測される。新たな入院患者が長期化しないための方策が必要である。そこで、これらの患者の実態を調査して退院を困難にしている要因を明らかにし、早期に地域移行するための効果的介入方法を開発する。

2) 調査の目的

3ヵ月を超えて入院継続する患者の実態を調査して退院を困難にしている要因を明らかにし、早期に地域移行するための効果的介入方法を開発する。

2. 調査方法

1) 対象施設(病棟)

調査対象は、精神科救急病棟または精神科急性期治療病棟のうち、調査に協力の得られた民間病院の閉鎖病棟とする。

2) 対象者

上記の施設へ平成20年9月16日から平成20年10月15日までの1ヶ月の間に入院した全患者のうち1週間以上入院を継続している患者を対象とする。

3) 調査期間

上記の患者が退院するまで最長で3ヶ月間(平成21年1月15日まで)追跡調査する。

4) 調査協力者

研究への参加に同意が得られた施設について、看護部門1~2名に調査協力者を依頼する。調査協力者は患者の受持ち看護師および主治医と連携して所定の調査票の管理をする。

5) 調査方法

それぞれの調査票に応じた記入者が調査対象患者の入院後の各時点に調査票へ記入し、それをとりまとめて事務局へ郵送する。調査票への記入は調査協力者が代行しても差し支えない。

3. 倫理的配慮

調査協力者または受持ち看護師により、入院時に任意入院の場合は患者本人、医療保護入院および措置入院の場合は家族のへ説明を行い、書面で同意を得る（別紙1、別紙2）。

調査票に記入した内容から病院名や個人名が特定されないようにするため、調査票には病院名や患者氏名を記入しないこと。

4. 用語の定義

ニューロングステイ患者：3ヵ月を超えて入院継続する患者

5. 調査票の記入手順

1) 管理者用調査票

調査開始時に調査対象病棟の看護管理者または調査協力者が記入する。

2) 担当医用調査票

入院時に主治医に記入を依頼する。この調査票は入院時のみの記入になる。

3) 受持ち看護師用調査票

入院時、入院1ヵ月目、2ヵ月目、3ヵ月目、退院時に調査票の記入を行う。記入は受持ち看護師または調査協力者により行うが、入院時から退院時までの記入者は同一であることが望ましい。調査票には患者の個人名は記入しないこと。

6. 調査協力者の役割

1) 調査の進行状況の管理

- ①「対象者リスト」を用いて当該病棟に入院した患者のリストを作成する。調査票の管理は患者コードで行なう。
- ②調査協力者により入院時に任意入院の場合は患者本人、医療保護入院および措置入院の場合は家族のへ説明を行い、書面で同意を得る（別紙1、別紙2）。説明は受持ち看護師に依頼しても差し支えない。同意を得た後に「参加者または代諾者」の欄に患者本人または家族の署名を記入、「研究者」の欄は説明をした人の名前を記入する。同意書は、原本を(社)日本精神科看護技術協会事務局に送付し、コピーを参加者または代諾者へ渡す。

- ③入院時、入院1ヵ月目、2ヵ月目、3ヵ月目、退院時の各時期に調査票の記入を行い、回収する（図1）。調査票の記入は受持ち看護師に依頼してもよいが、入院時から退院時までの記入者は同一であることが望ましい。
- ④調査票は毎月5日または20日に返信用封筒を用いて事務局に郵送する。調査票を返信する時には、「記入日」と「患者コード」が記入されているか確認する。

入院日	返信の期日
9月16日～9月30日	翌月5日
10月1日～10月15日	同月20日

- ⑤協会からは各時期に合わせて調査票を発送するので受け取る（図2）。調査票が不足した場合は速やかに事務局へ連絡する。
- ⑥平成21年1月15日までに退院しなかった対象者の調査票と対象者リストは平成21年1月20日までに事務局へ郵送する。

2) 注意事項

①調査の中止について

対象者から調査への協力を中止したいという希望がある場合は速やかに事務局に連絡をし、調査を中止する。

②対象者が他の病棟へ転棟した場合

他の病棟へ転棟した場合も引き続き調査を継続し、入院1ヵ月目、2ヵ月目、3ヵ月目、退院時に調査票の記入を行う。

3) その他

不明な点が発生した場合には、下記の連絡先に問い合わせる。

主任研究員 末安民生（社団法人日本精神科看護技術協会第一副会長）

事務局

社団法人 日本精神科看護技術協会 仲野栄 柿島有子

〒103-0002 東京都中央区日本橋馬喰町2-3-2 セントピアビル8F

TEL：03-3667-8661 FAX：03-3667-8662

日程	9月16日～9月30日に入院した場合	10月1日～10月15日に入院した場合
9月		
10月	<p>10月5日までに ①の調査票を返送</p> <p>1ヵ月後 10/17 調査票の記入②</p> <p>転棟</p>	<p>10月20日までに ①の調査票を返送</p> <p>10月20日までに ①の調査票を返送</p>
11月	<p>11月5日までに ②の調査票を返送</p> <p>2ヵ月後 11/17 調査票の記入③</p> <p>退院時 11/30 調査票の記入④</p>	<p>1ヵ月後 11/2 調査票の記入②</p> <p>11月20日までに ②の調査票を返送</p>
12月	<p>12月5日までに ③と④の調査票を返送</p> <p>調査終了</p>	<p>2ヵ月後 12/2 調査票の記入③</p> <p>12月20日までに ③の調査票を返送</p>
1月		<p>3ヵ月後 1/2 調査票の記入④</p> <p>調査終了</p> <p>1月20日までに ④の調査票を返送する</p>

図1 調査の具体例

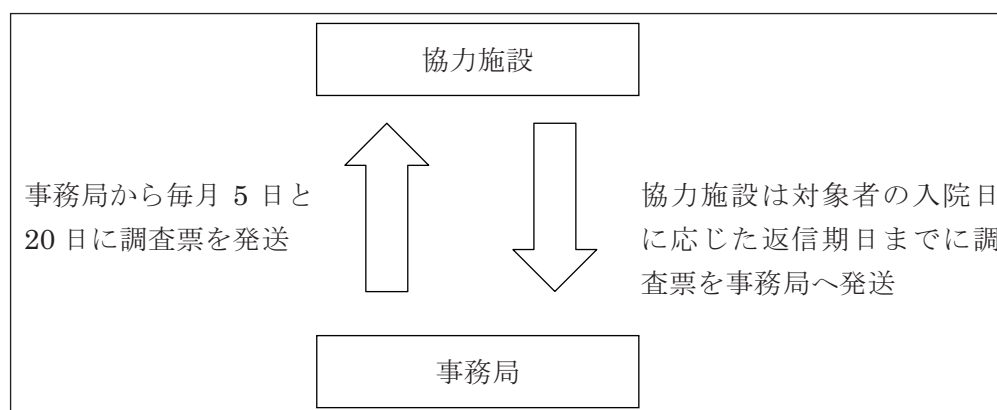


図2 調査票の発送について

Ⅲ. 調査結果

1. 精神科救急病棟における入院患者の状況

1) 入院時の患者の状況

(1) 性別

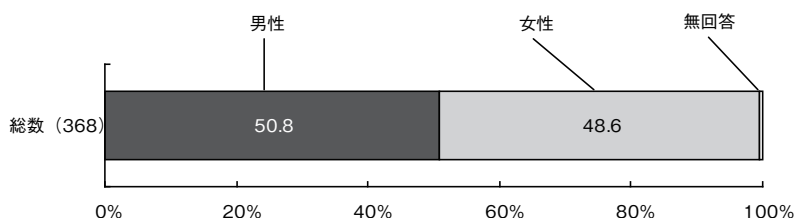


図1 性別

患者の性別をみると、男性と女性の割合はほぼ半々である。

(2) 年齢

表1 入院時における患者の年齢

	20歳未満	20歳～30歳未満	30歳～40歳未満	40歳～50歳未満	50歳～60歳未満	60歳～70歳未満	70歳～80歳未満	80歳以上	無回答	平均(歳)
総数(382)	2.4	13.0	23.4	18.2	16.3	12.8	8.2	4.1	1.6	47.2
1ヵ月時点退院患者群(197)	1.6	13.7	27.4	20.0	15.3	10.0	6.3	4.2	1.6	45.5
2ヵ月時点退院患者群(82)	2.6	15.6	24.7	11.7	20.8	10.4	7.8	5.2	1.3	47.4
3ヵ月時点以降退院患者群(20)	15.0	25.0	5.0	20.0	10.0	10.0	15.0	0.0	0.0	41.8
非退院患者群(83)	1.2	6.2	17.3	19.8	16.0	22.2	11.1	3.7	2.5	52.5

患者の年齢をみると、平均年齢は47.2歳である。

カテゴリー別にみると、「30～40歳未満」の割合が23.4%で最も高く、「40～50歳未満」が18.2%で続いている。

これを入院期間別にみると、「1ヵ月時点退院患者群」の平均年齢が45.5歳、「2ヵ月時点退院患者群」の平均年齢が47.4歳、「3ヵ月時点以降退院患者群」の平均年齢が41.8歳、「非退院患者群」の平均年齢が52.5歳である。

(3) 診断名

表2 医師による診断名の状況

		統合失調症 統合失調症型障害 妄想性障害	気分[感情]障害	その他
総数(382)		48.4	23.3	30.6
年齢別	30歳未満(57)	63.2	10.5	26.3
	30～40歳未満(86)	47.7	26.7	30.2
	40～50歳未満(67)	58.2	17.9	25.4
	50～60歳未満(60)	53.3	30.0	20.0
	60～70歳未満(47)	34.0	31.9	38.3
	70歳以上(45)	33.3	22.2	44.4
入院理由別	服薬中断(66)	75.8	15.2	9.1
	服薬中断以外(156)	46.8	25.6	30.8
	休息入院(52)	40.4	42.3	21.2
	その他(79)	31.6	13.9	57.0
退院までの期間別	1ヶ月時点退院患者群(197)	39.6	22.8	40.1
	2ヶ月時点退院患者群(82)	53.7	28.0	19.5
	3ヶ月時点以降退院患者群(20)	65.0	15.0	25.0
	非退院患者群(83)	60.2	21.7	20.5

医師による診断名をみると、「統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害」の割合が48.4%で最も高い。

これを年齢別にみると、「統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害」の割合は、比較的低年齢の層で高い。

入院理由別にみると、「統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害」の割合は“服薬中断による症状の悪化”で高く、「気分〔感情〕障害」の割合は“休息入院”で高い。

また、退院までの期間別にみると、「統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害」の割合は、入院期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられる。

(4) 入院形態

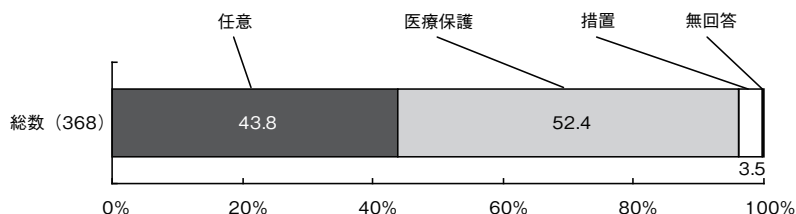


図2 入院形態

入院形態をみると、「医療保護入院」の割合が52.4%で最も高く、「任意入院」が43.8%である。

(5) 診療報酬上の新規入院への該当状況

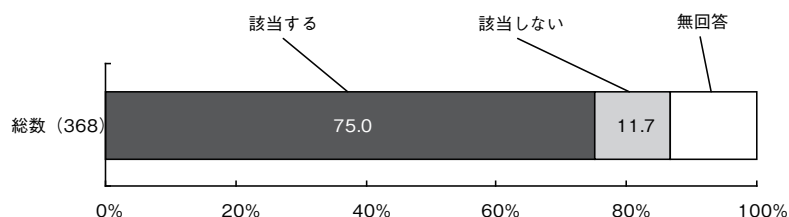


図3 診療報酬上の新規入院への該当状況

診療報酬上の新規入院への該当状況をみると、「該当する」患者の割合が75.0%を占めている。

(6) 入院理由

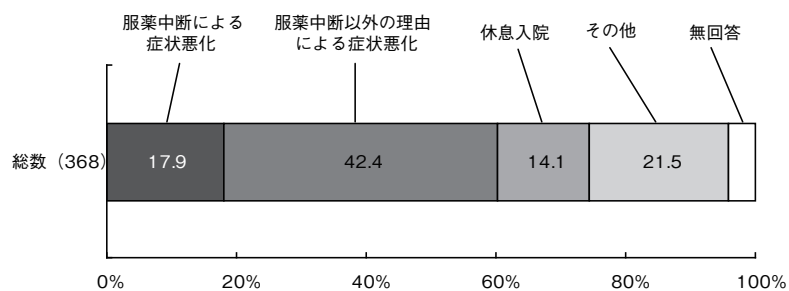


図4 入院理由

入院理由をみると、「服薬中断以外の理由による症状悪化」の割合が42.4%で最も高い。

(7) 初めての入院日からの期間

表3 初めての入院日からの期間

	半年未満	半年～1年未満	1～3年未満	3～5年未満	5～10年未満	10年以上	無回答
総数(382)	32.9	3.8	9.2	6.0	14.1	23.9	10.1
1ヵ月時点退院患者群(197)	34.7	3.2	10.0	4.2	15.3	19.5	13.2
2ヵ月時点退院患者群(82)	29.9	5.2	5.2	7.8	14.3	29.9	7.8
3ヵ月時点以降退院患者群(20)	45.0	0.0	10.0	20.0	10.0	5.0	10.0
非退院患者群(83)	28.4	4.9	11.1	4.9	12.3	33.3	4.9

精神科病院への初めての入院日からの期間をみると、「半年未満」の割合が32.9%で最も高く、「10年以上」が23.9%で続いている。

これを入院期間別にみると、退院した患者群はいずれも「半年未満」の割合が最も高く、退院できなかった患者群では「10年以上」の割合が最も高い。

2) 入院時の患者の状況

(1) 能力障害の程度

表4 能力障害の程度

程度1	精神障害と認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
程度2	精神障害を認め、日常生活および社会生活に一定の制限を受ける。
程度3	精神障害を認め、日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
程度4	精神障害を認め、日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
程度5	精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

今回の調査では、能力障害の程度を上記の表のように定めて調査を行った。

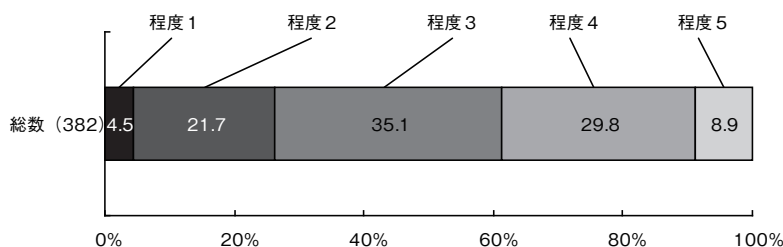


図5 医師による評価(入院時)

医師の評価による患者の入院時の能力障害の程度をみると、「程度3」の割合が35.1%で最も高く、「程度4」が29.8%で続いている。程度1～2の患者の割合が26.2%、程度4～5の患者の割合が38.7%であり、程度が高い患者の割合の方が高い。

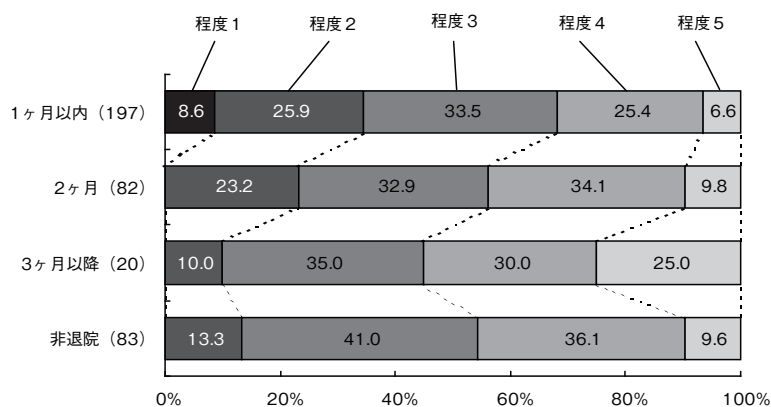


図6 医師による評価(入院期間別)

これを入院期間別にみると、程度4以上の患者の割合は、入院期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられる。

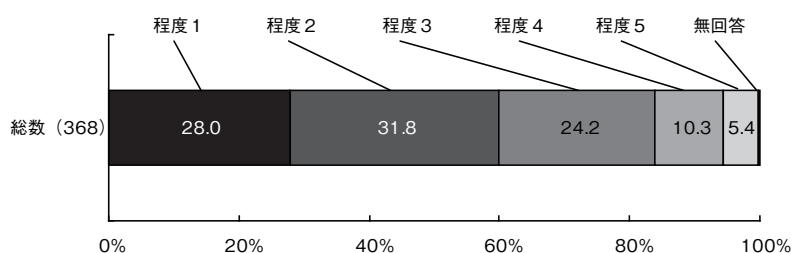


図7 看護師による評価(入院時)

看護師の評価による患者入院時の能力障害の程度をみると、「程度2」の割合が31.8%で最も高く、「程度1」が28.0%で続いている。程度1～2の患者の割合が59.8%、程度4～5の患者の割合が15.7%であり、程度が低い患者の割合の方が高く、医師に比べて軽い評価が付けられている。

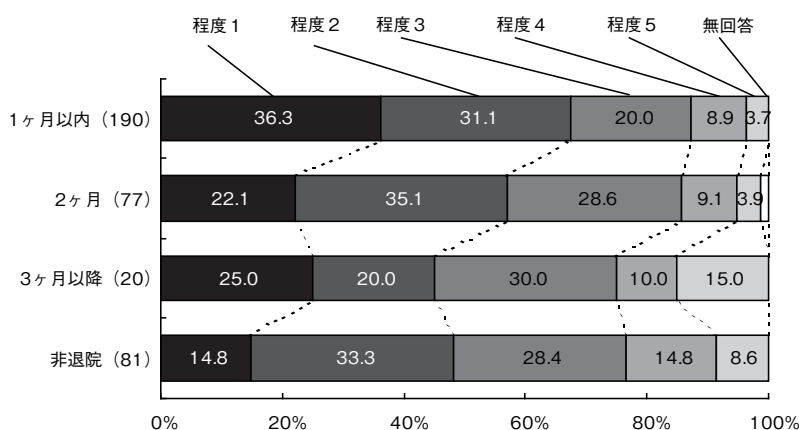


図8 看護師による評価(入院期間別)

これを入院期間別にみると、入院期間が長い患者群ほど、程度が高い患者の割合が高くなる傾向がみられる。

(2) 精神症状の程度

表5 精神症状の程度

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

今回の調査では、精神症状の程度を以下のように定めて調査を行った。

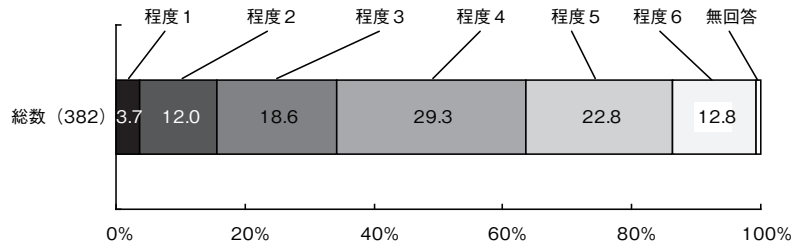


図9 医師による評価(入院時)

医師の評価による患者の入院時の精神症状の程度をみると、「程度4」の割合が29.3%で最も高く、「程度5」が22.8%で続いている。程度1～2の患者の割合が15.7%、程度5～6の患者の割合が35.6%であり、程度が高い患者の割合の方が高い。

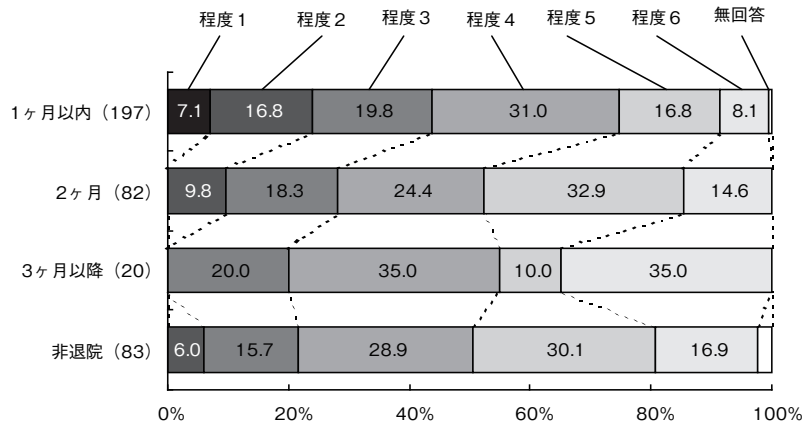


図10 医師による評価(入院期間別)

これを入院期間別にみると、程度5以上の患者の割合は、入院期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられる。

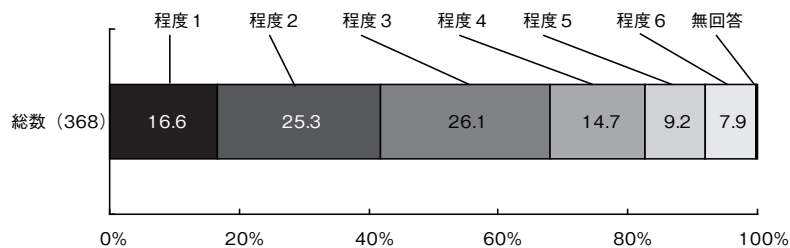


図11 看護師による評価(入院時)

看護師の評価による患者の入院時の精神症状の程度をみると、「程度3」の割合が26.1%で最も高く、「程度2」が25.3%で続いている。程度1～2の患者の割合が41.9%、程度5～6の患者の割合が17.1%であり、程度が低い患者の割合の方が高く、医師に比べて軽い評価が付けられている。

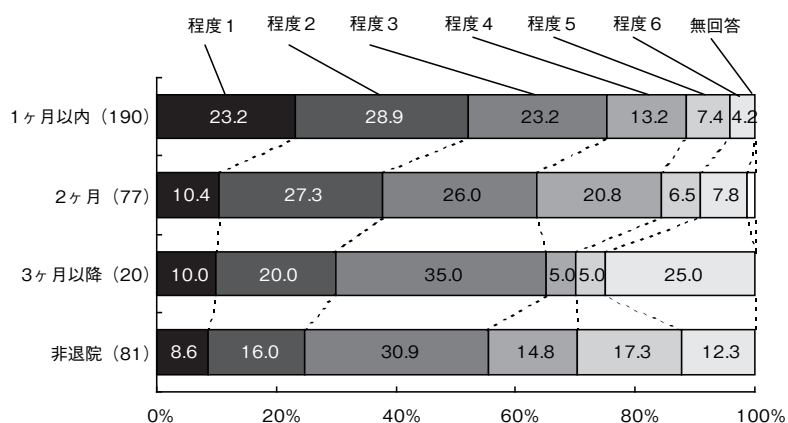


図12 看護師による評価(入院期間別)

これを入院期間別にみると、程度が高い患者の割合は、入院期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられる。

3) 環境の状況

(1) 同居家族がいる

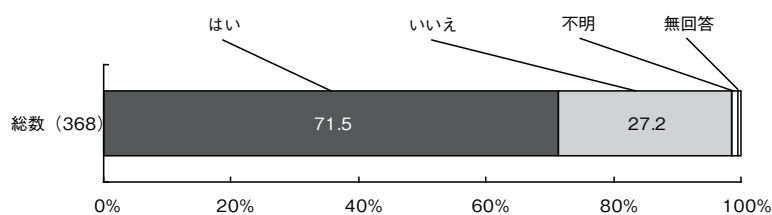


図13 同居家族がいる

同居家族がいる患者の割合は71.5%を占めている。

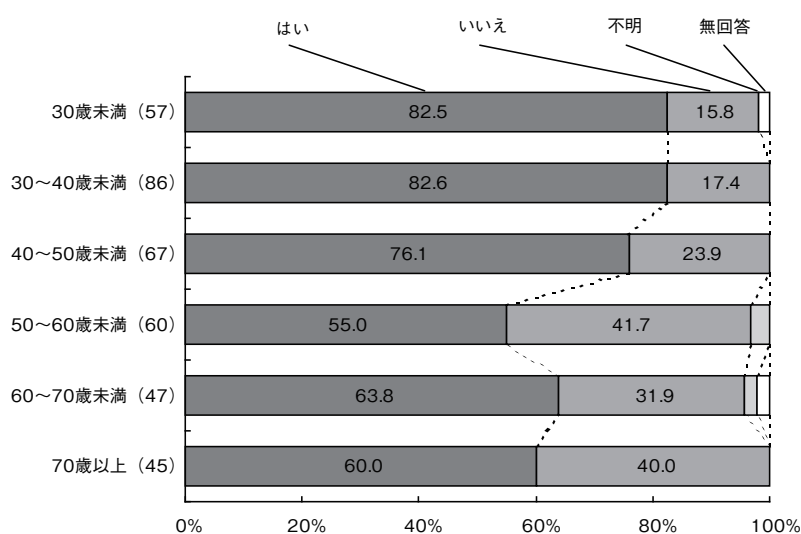


図14 同居家族がいる(年齢別)

年齢別にみると、同居家族がいる患者の割合は、年齢層が高くなるほど低下する傾向がみられる。

(2) 退院後に住むところがある

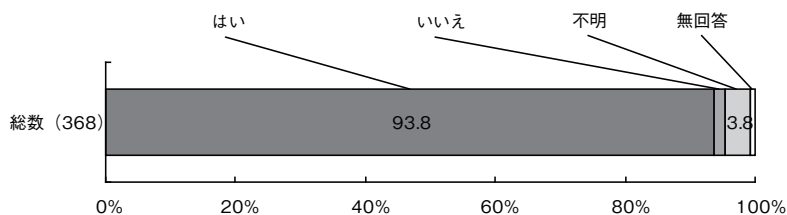


図 15 退院後に住むところがある

退院後に住むところがある患者の割合は93.8%を占めている。

(3) 入院前に医療福祉サービスを利用していた

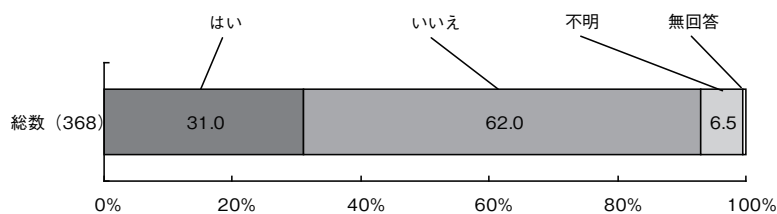


図 16 入院前に医療福祉サービスを利用していた

入院前に医療福祉サービスを利用していた患者の割合は31.0%である。

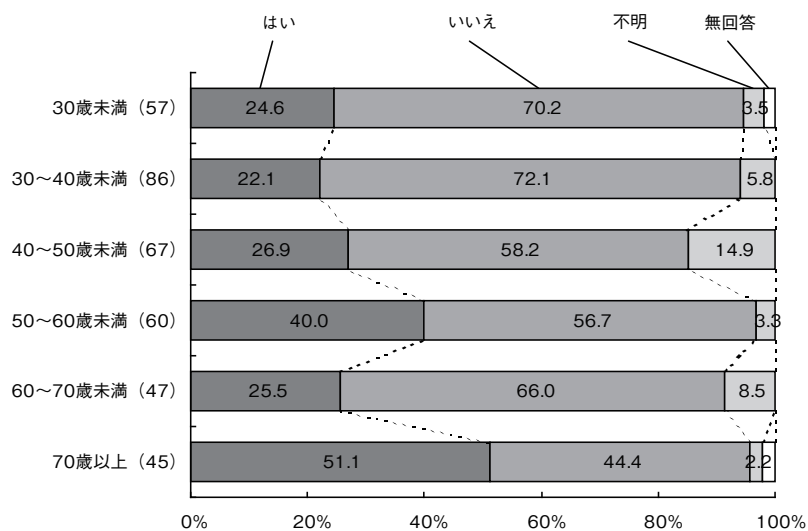


図 17 入院前に医療福祉サービスを利用していた (年齢別)

年齢別にみると、入院前に医療福祉サービスを利用していた患者の割合は、50歳代で40.0%、70歳以上では半数以上を占めている。

(4) 退院後も医療福祉サービスを利用できる環境にある

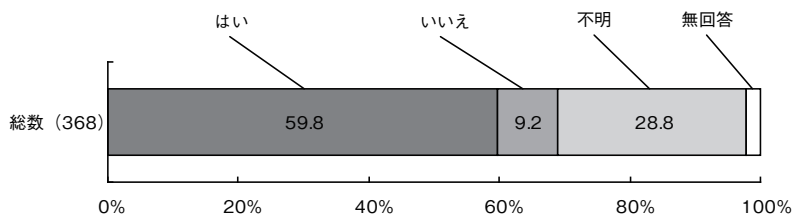


図 18 退院後も医療福祉サービスを利用できる環境

退院後も医療福祉サービスを利用できる環境にある患者の割合は59.8%を占めている。

5) 退院後の生活に必要な経済的な基盤が整っている

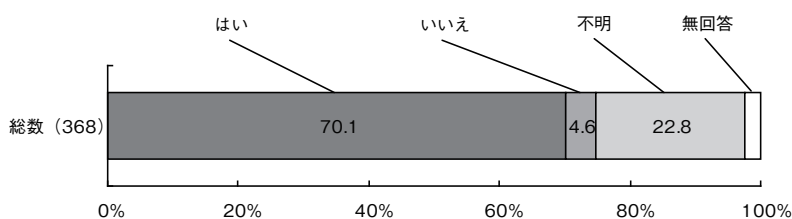


図 19 退院後の生活に必要な経済的な基盤が整っている

退院後の生活に必要な経済的な基盤が整っている患者の割合は70.1%を占めている。

4. 治療内容の状況

(1) 隔離を行っている

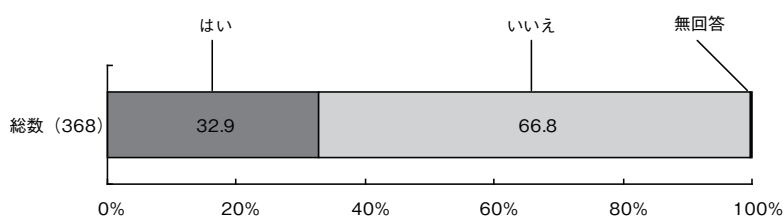


図 20 隔離を行っている(入院後1週間以内)

入院から1週間以内に隔離を行っている患者の割合は32.9%である。以降、同割合は“入院後1ヵ月目”で11.6%に低下し、その後“入院後2ヵ月目”で10.4%、“入院後3ヵ月目”で12.0%であり、ほぼ横這いで推移している。

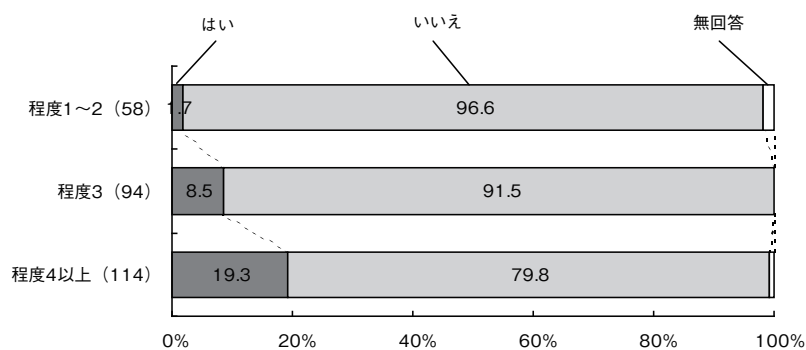


図 21 隔離を行っている（入院 1 週間以内・能力障害程度別）

能力障害の程度別（医師による評価）にみると、入院 1 週間以内に隔離を行っている患者の割合は、能力障害の程度が高い患者ほど高まる傾向がみられる。

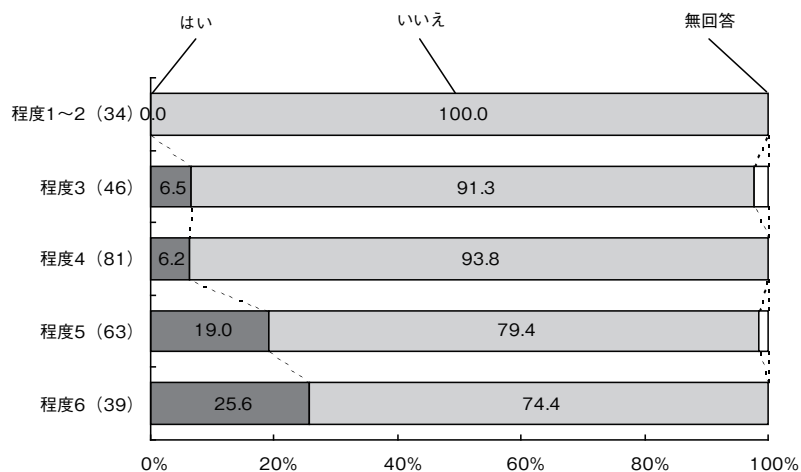


図 22 隔離を行っている（入院 1 週間以内・精神症状程度別）

精神症状の程度別（医師による評価）にみると、入院 1 週間以内に隔離を行っている患者の割合は、精神症状の程度が高い患者ほど高まる傾向がみられる。

(2) 拘束を行っている

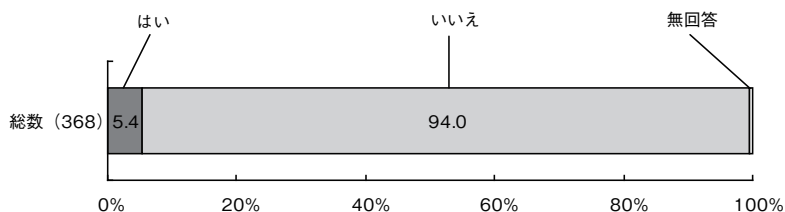


図 23 拘束を行っている（入院 1 週間以内）

入院から 1 週間以内に拘束を行っている患者の割合は 5.4% である。以降、同割合は“入院後 1 ヶ月目”で 1.6% に低下し、その後“入院後 2 ヶ月目”で 1.6%、“入院後 3 ヶ月目”で 3.0% であり、ほぼ横這いで推移している。

(3) 服薬指導を行っている

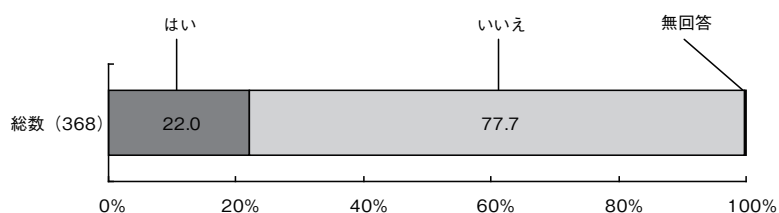


図 24 服薬指導を行っている (入院 1 週間以内)

入院から 1 週間以内に服薬指導を行っている患者の割合は 22.0%である。以降、同割合は“入院後 1 ヶ月目”で 20.7%、“入院後 2 ヶ月目”で 23.0%、“入院後 3 ヶ月目”で 20.0%であり、ほぼ横這いで推移している。

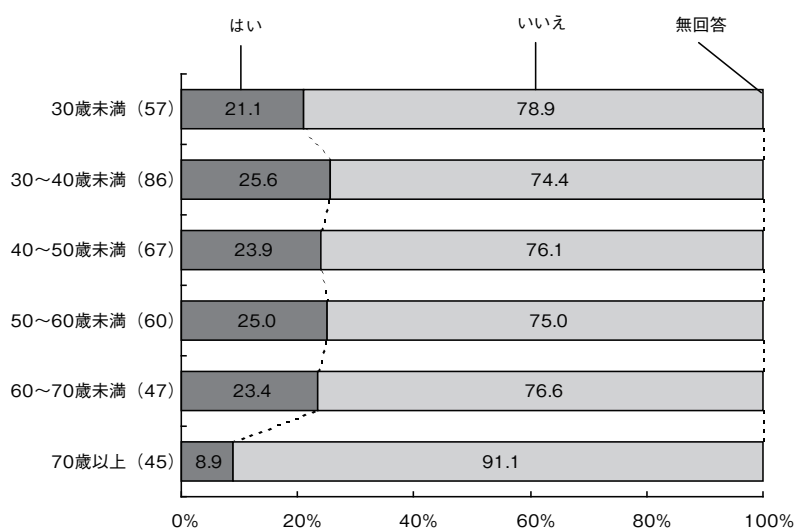


図 25 服薬指導を行っている (入院 1 週間以内・年齢別)

年齢別にみると、入院 1 週間以内に服薬指導を行っている患者の割合は、60 歳代まではいずれも 20%台で大きな差がみられないものの、“70 歳以上”で 8.9%と低くなっている。

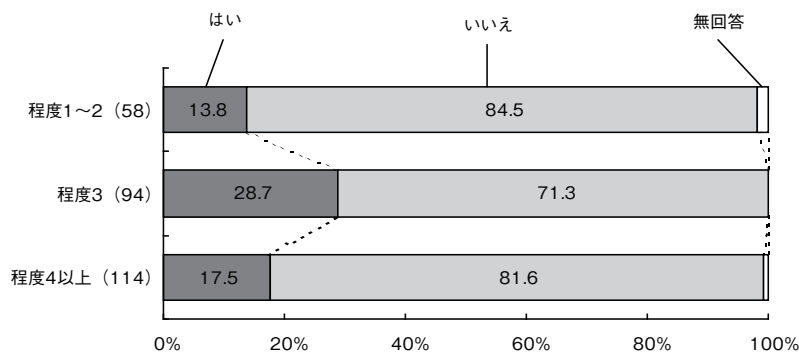


図 26 服薬指導を行っている (入院 1 週間以内・能力障害程度別)

能力障害の程度別 (医師による評価) にみると、入院 1 週間以内に服薬指導を行っている患者の割合は、能力障害が程度 3 の患者で高い。

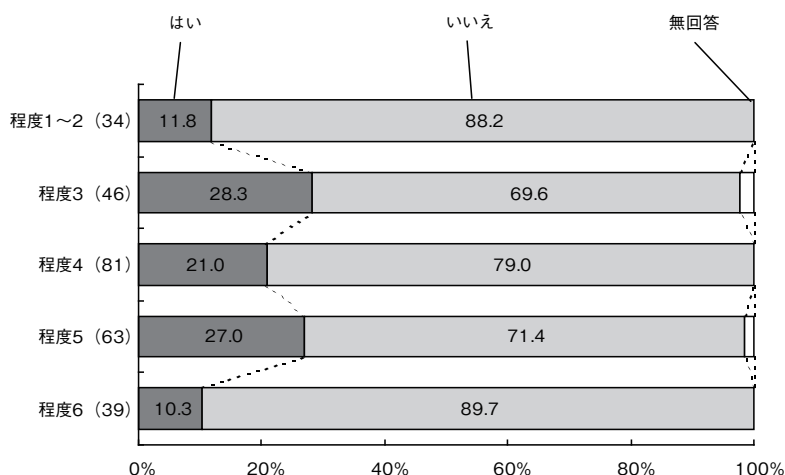


図 27 服薬指導を行っている（入院 1 週間以内・精神症状程度別）

精神症状の程度別（医師による評価）にみると、入院 1 週間以内に服薬指導を行っている患者の割合は、精神症状が程度 3～5 の患者で高い。

(4) 心理教育を行っている

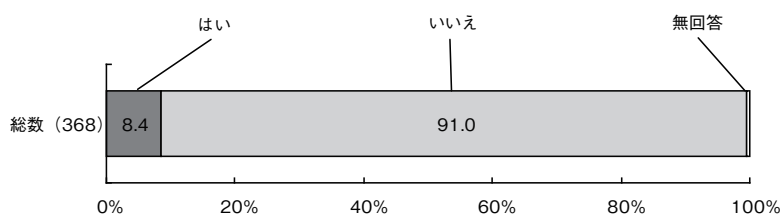


図 28 心理教育を行っている（入院 1 週間以内）

入院から 1 週間以内に心理教育を行っている患者の割合は 8.4% である。以降、同割合は“入院後 1 ヶ月目”で 13.5% に増え、“入院後 2 ヶ月目”で 13.1%、“入院後 3 ヶ月目”で 14.0% であり、ほぼ横這いで推移している。

(5) 退院前訪問を行っている

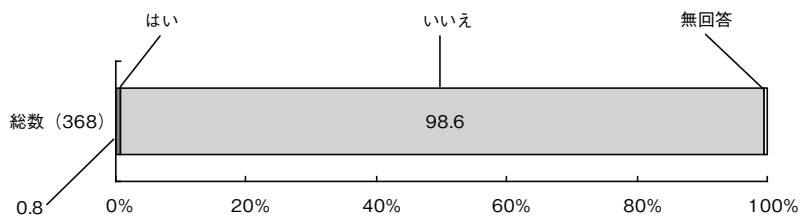


図 29 退院前訪問を行っている（入院 1 週間以内）

入院から 1 週間以内に退院前訪問を行っている患者の割合は 0.8% にすぎない。以降、同割合は“入院後 1 ヶ月目”で 4.0% に増え、以後“入院後 2 ヶ月目”で 4.4%、“入院後 3 ヶ月目”で 8.0% と増加している。

5) 病識と治療コンプライアンスの状況

(1) 服薬の必要性を自覚していない

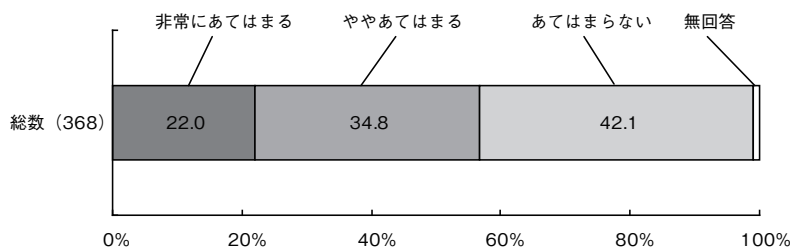


図 30 服薬の必要性を自覚していない(入院時)

入院時に、『服薬の必要性を自覚していない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が22.0%、「ややあてはまる」が34.8%である。

以降、“入院後1ヵ月目”では「非常にあてはまる」患者の割合が12.7%、「ややあてはまる」が35.6%、“入院後2ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が9.3%、「ややあてはまる」が38.8%、“入院後3ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が9.0%、「ややあてはまる」が48.0%であり、「非常にあてはまる」の割合が減少し、「ややあてはまる」の割合が増加している。

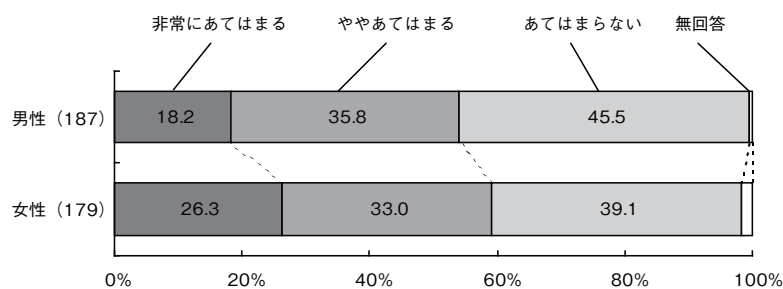


図 31 服薬の必要性を自覚していない(入院時・性別)

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“女性”が59.3%であり、“男性”よりも5.3ポイント高い。

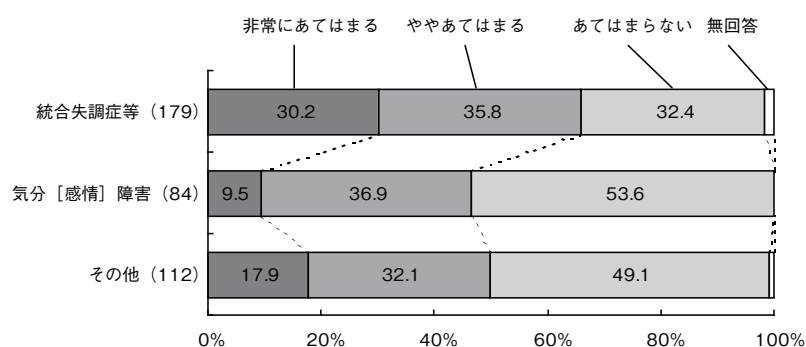


図 32 服薬の必要性を自覚していない(入院時・診断名別)

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“統合失調症等”の患者群で66.0%であり、“気分 [感情] 障害”よりも19.6ポイント高い。

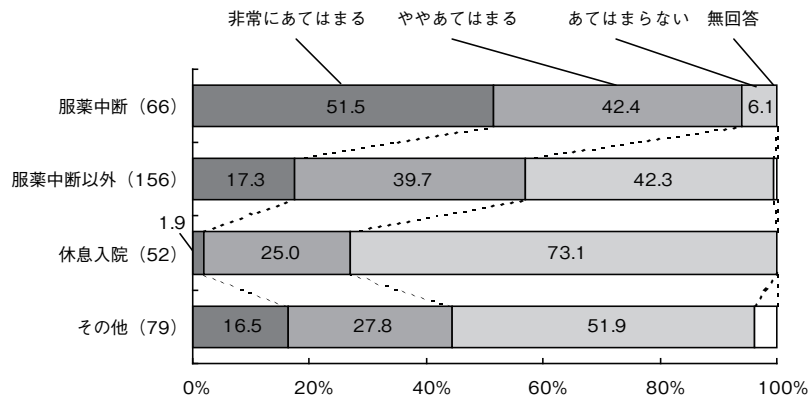


図 33 服薬の必要性を自覚していない(入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」の患者群で 93.9% を占め、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」「休息入院」での割合を大きく上回っている。

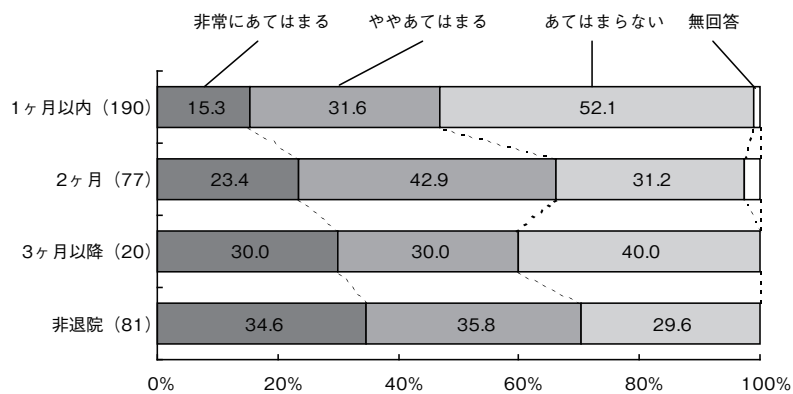


図 34 服薬の必要性を自覚していない(入院時・入院期間別)

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が長い患者群ほど高まる傾向がみられる。

2) 促されないと適切な服薬行動をとることができない

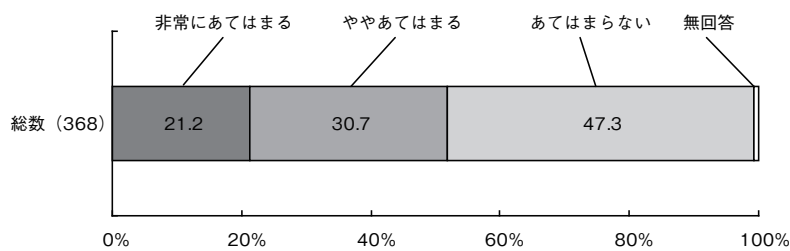


図 35 促されないと適切な服薬行動をとることができない(入院時)

入院時に、『促されないと適切な服薬行動をとることができない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が 21.2%、「ややあてはまる」が 30.7% である。

以降、“入院後1ヵ月目”では「非常にあてはまる」患者の割合が12.4%、「ややあてはまる」が30.2%、“入院後2ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が10.9%、「ややあてはまる」が34.4%、“入院後3ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が11.0%、「ややあてはまる」が44.0%であり、「非常にあてはまる」の割合が減少し、「ややあてはまる」の割合が増加している。

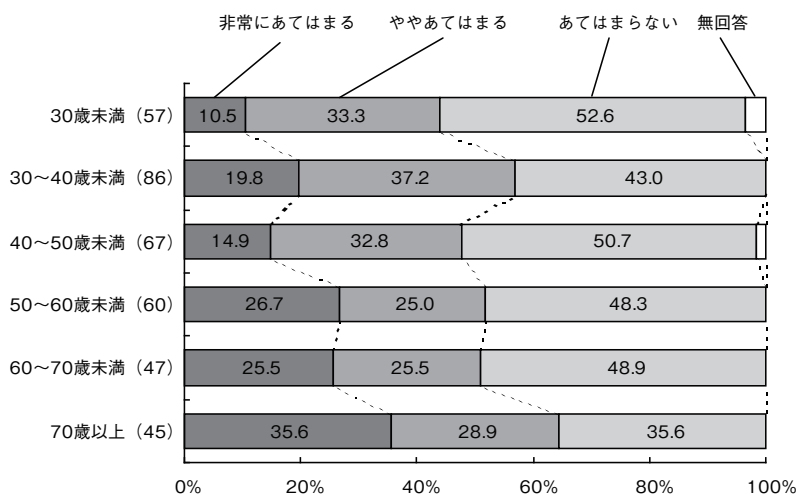


図 36 促されないと適切な服薬行動をとることができない(入院時・年齢別)

年齢別にみると、「非常にあてはまる」患者の割合は、年齢層が高い層ほど高まる傾向がみられる。

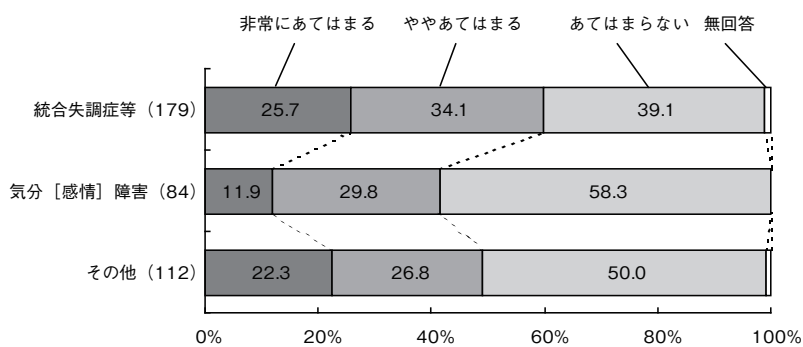


図 37 促されないと適切な服薬行動をとることができない(入院時・診断名別)

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で59.8%であり、「気分 [感情] 障害」よりも18.1ポイント高い。

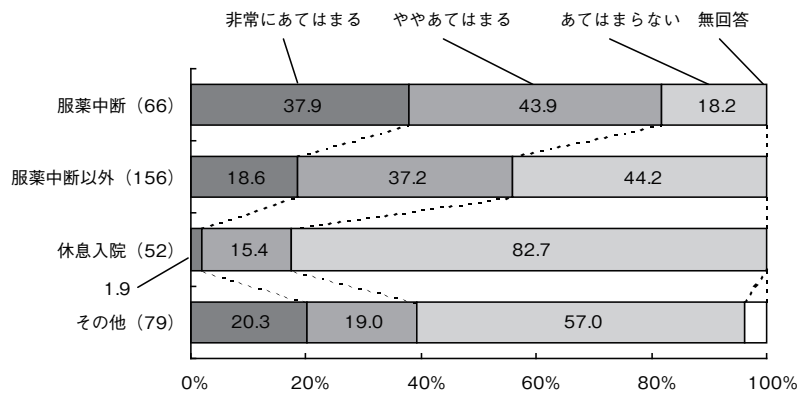


図 38 促されないと適切な服薬行動をとることができない(入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」の患者群で 81.8% を占め、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」「休息入院」での割合を大きく上回っている。

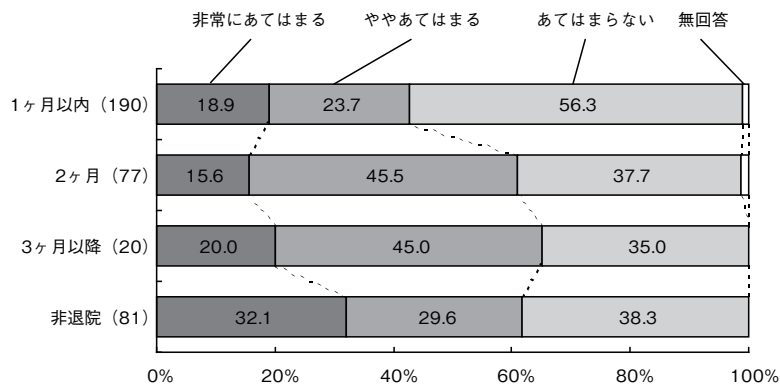


図 39 促されないと適切な服薬行動をとることができない(入院時・入院期間別)

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、退院までの期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられる。

(3) 治療の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)

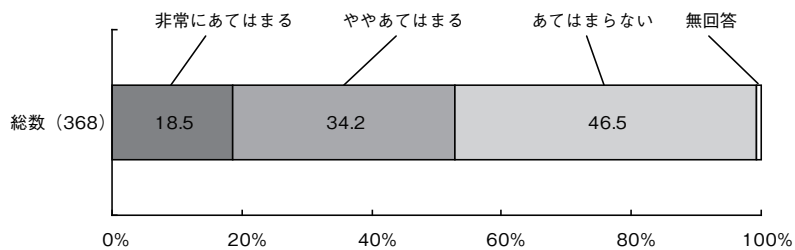


図 40 治療の必要性を自覚していない(入院時)

入院時に、『治療の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)』という患者の状況に

ついて「非常にあてはまる」患者の割合が18.5%、「ややあてはまる」が34.2%である。

以降、「入院後1ヵ月目」では「非常にあてはまる」患者の割合が12.0%、「ややあてはまる」が30.2%、「入院後2ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が7.7%、「ややあてはまる」が35.5%、「入院後3ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が9.0%、「ややあてはまる」が35.0%であり、「非常にあてはまる」の割合がやや減少し、「ややあてはまる」の割合がほぼ横這いで推移している。

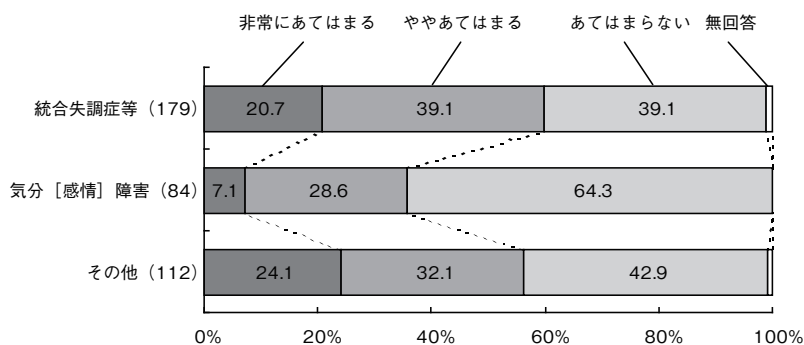


図 41 治療の必要性を自覚していない (入院時・診断名別)

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で59.8%であり、「気分 [感情] 障害」よりも24.1ポイント高い。

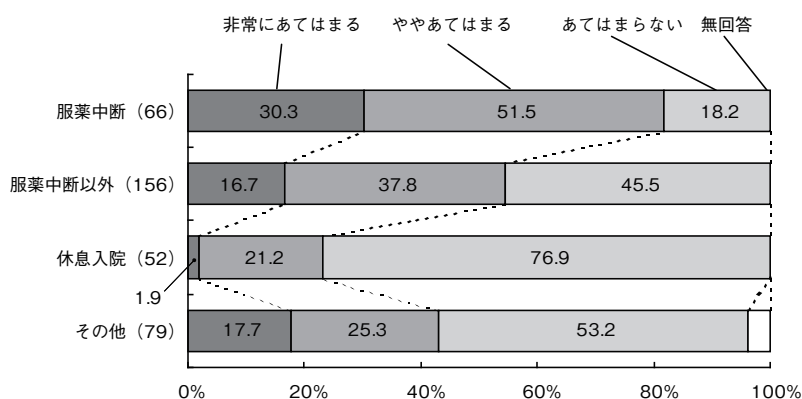


図 42 治療の必要性を自覚していない (入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」の患者群で81.8%を占めており、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」「休息入院」での割合を大きく上回っている。

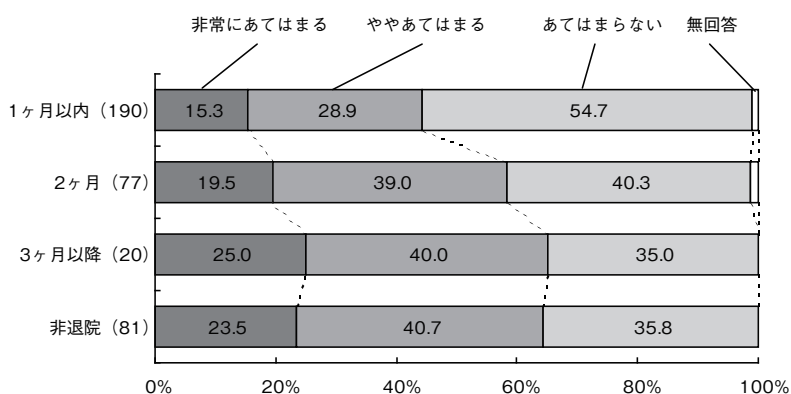


図 43 治療の必要性を自覚していない(入院時・入院期間別)

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が長い患者群ほど高まる傾向がみられる。

(4) 薬物の副作用のために、あるいはそれを気にするあまり、処方通りに服薬しない

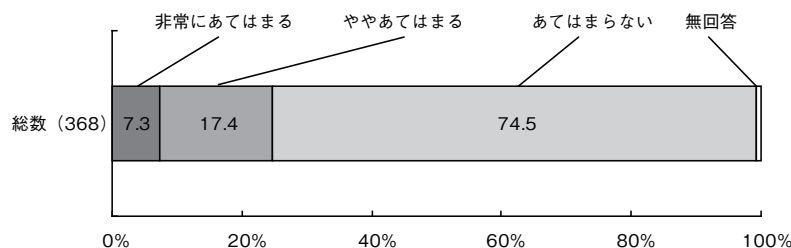


図 44 処方通りに服薬しない(入院時)

入院時に、『薬物の副作用のために、あるいはそれを気にするあまり、処方通りに服薬しない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が7.3%、「ややあてはまる」が17.4%である。

以降、“入院後1ヵ月目”では「非常にあてはまる」患者の割合が3.6%、「ややあてはまる」が10.9%、“入院後2ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が0.5%、「ややあてはまる」が11.5%、“入院後3ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が2.0%、「ややあてはまる」が14.0%であり、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」の割合がともに減少している。

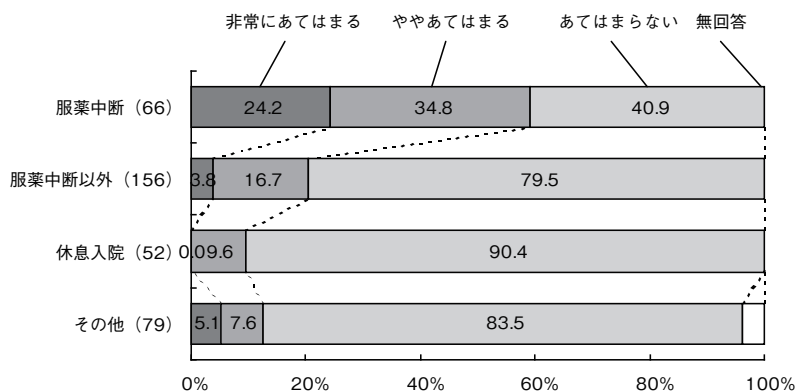


図 45 処方通りに服薬しない(入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“服薬中断による症状の悪化”の患者群で59.0%を占めており、“服薬中断以外の理由による症状の悪化”“休息入院”での割合を大きく上回っている。

(5) 自分の病気についての知識や理解に乏しい

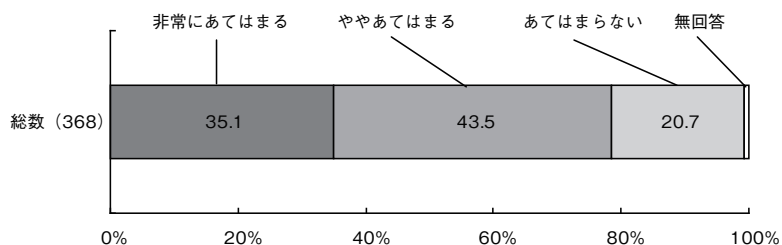


図 46 自分の病気についての知識や理解に乏しい(入院時)

入院時に、『自分の病気についての知識や理解に乏しい』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が35.1%、「ややあてはまる」が43.5%である。

以降、“入院後1ヵ月目”では「非常にあてはまる」患者の割合が25.8%、「ややあてはまる」が47.6%、“入院後2ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が21.3%、「ややあてはまる」が51.4%、“入院後3ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が26.0%、「ややあてはまる」が50.0%であり、「非常にあてはまる」の割合が減少し、「ややあてはまる」の割合が増加している。

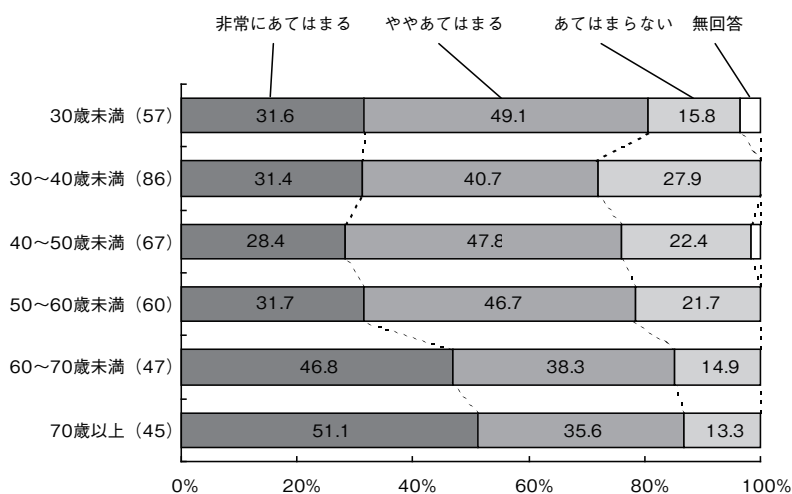


図 47 自分の病気についての知識や理解に乏しい(入院時・年齢別)

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、30歳代以降は年齢層が高い層ほど高まる傾向がみられる。

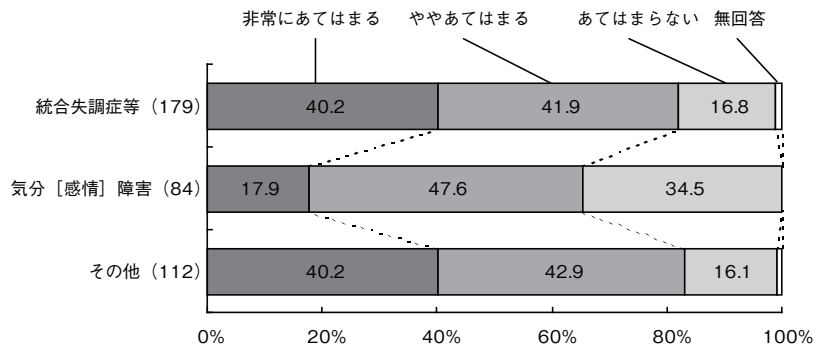


図 48 自分の病気についての知識や理解に乏しい(入院時・診断名別)

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で82.1%を占めており、「気分〔感情〕障害」での割合を16.6ポイント上回っている。

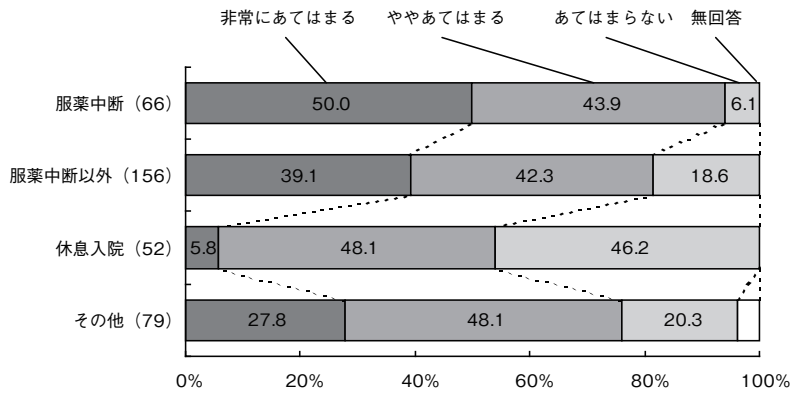


図 49 自分の病気についての知識や理解に乏しい(入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」の患者群で93.9%、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」の患者群で81.4%であり、「休息入院」での割合を大きく上回っている。

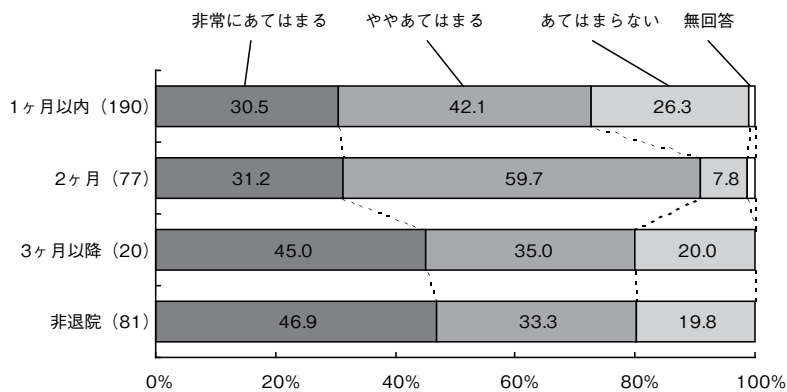


図 50 自分の病気についての知識や理解に乏しい(入院時・入院期間別)

退院までの期間別に見ると、「非常にあてはまる」患者の割合は、退院できなかった患者群で半数近くを占めている。
 (6) これまでに通院中断や怠業の履歴がある

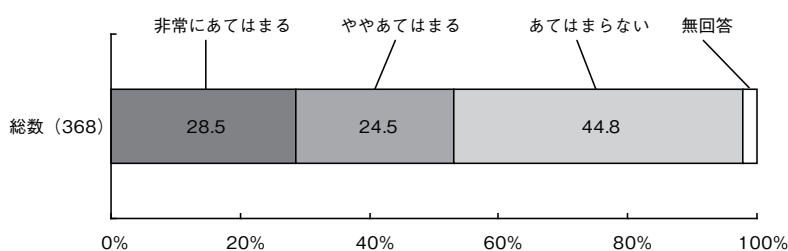


図 51 これまでに通院中断や怠業の履歴がある (入院時)

入院時に、『これまでに通院中断や怠業の履歴がある』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が28.5%、「ややあてはまる」が24.5%である。

以降、「入院後1ヵ月目」では「非常にあてはまる」患者の割合が22.5%、「ややあてはまる」が26.5%、「入院後2ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が18.0%、「ややあてはまる」が33.3%、「入院後3ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が17.0%、「ややあてはまる」が36.0%であり、「非常にあてはまる」の割合が減少し、「ややあてはまる」の割合が増加している。

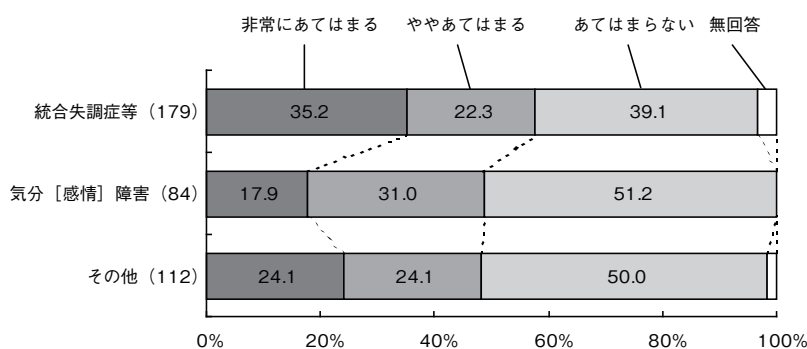


図 52 これまでに通院中断や怠業の履歴がある (入院時・診断名別)

診断名別に見ると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で57.5%を占めており、「気分 [感情] 障害」での割合を8.6ポイント上回っている。

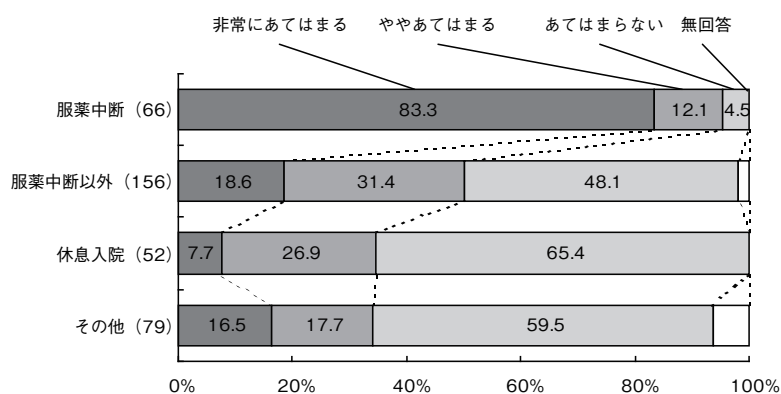


図 53 これまでに通院中断や怠業の履歴がある (入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“服薬中断による症状の悪化”の患者群で95.4%を占めており、“服薬中断以外の理由による症状の悪化”“休息入院”での割合を大きく上回っている。

6) 退院への不安

(1) 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

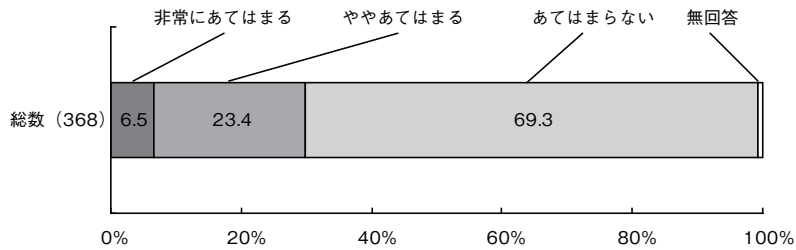


図 54 退院後に一人で過ごすことへの不安を訴える (入院時)

入院時に、『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』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が6.5%、「ややあてはまる」が23.4%である。

以降、“入院後1ヵ月目”では「非常にあてはまる」患者の割合が8.0%、「ややあてはまる」が30.9%、“入院後2ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が9.3%、「ややあてはまる」が39.3%、“入院後3ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が10.0%、「ややあてはまる」が42.0%であり、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」の割合がともに増加している。

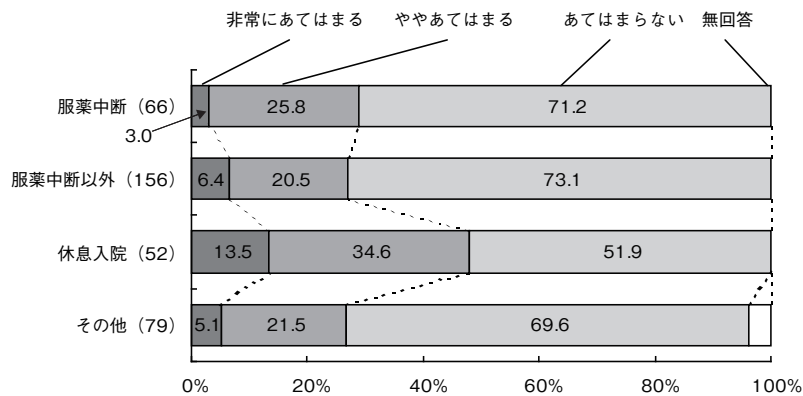


図 55 退院後に一人で過ごすことへの不安を訴える (入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「休息入院」の患者群で48.1%であり、“服薬中断による症状の悪化”“服薬中断以外の理由による症状の悪化”での割合を大きく上回っている。

(2) 退院後の日常家事、身繕い等のセルフケアへの不安を表現したり、訴えたりする

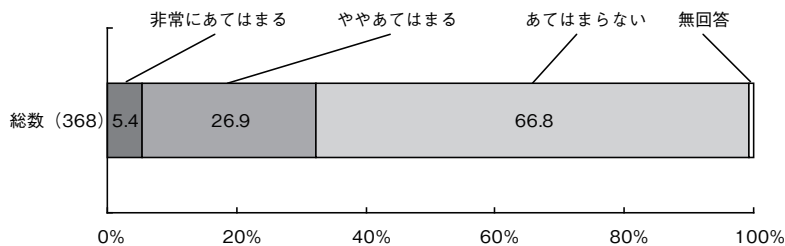


図 56 退院後のセルフケアへの不安を訴える (入院時)

入院時に、『退院後の日常家事、身繕い等のセルフケアへの不安を表現したり、訴えたりする』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が5.4%、「ややあてはまる」が26.9%である。

以降、「入院後1ヵ月目」では「非常にあてはまる」患者の割合が6.9%、「ややあてはまる」が28.7%、「入院後2ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が6.0%、「ややあてはまる」が33.3%、「入院後3ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が5.0%、「ややあてはまる」が44.0%であり、「非常にあてはまる」の割合がほぼ横這いであり、「ややあてはまる」の割合が増加している。

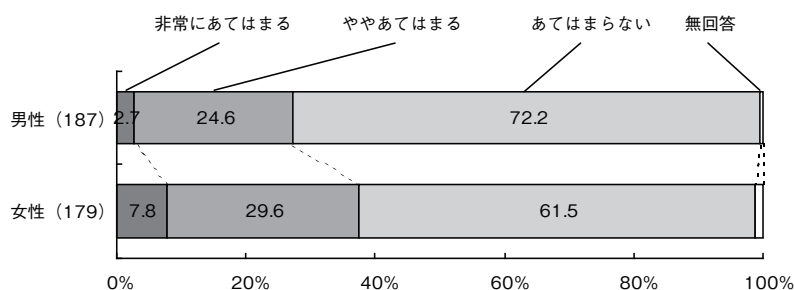


図57 退院後のセルフケアへの不安を訴える(入院時・性別)

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「女性」が37.4%であり、「男性」よりも10.1ポイント高い。

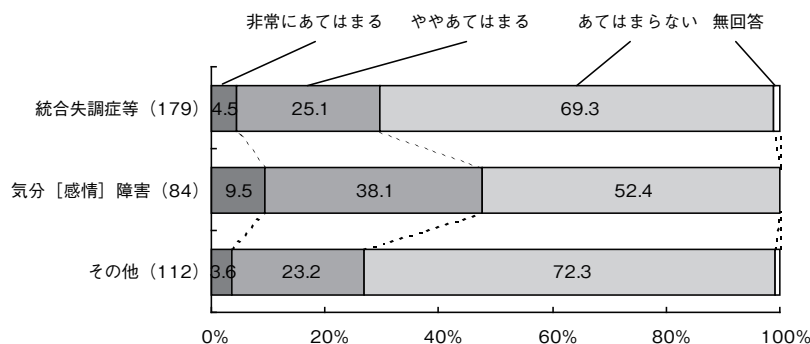


図58 退院後のセルフケアへの不安を訴える(入院時・診断名別)

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「気分[感情]障害」の患者群で47.6%を占めており、「統合失調症等」での割合を18.0ポイント上回っている。

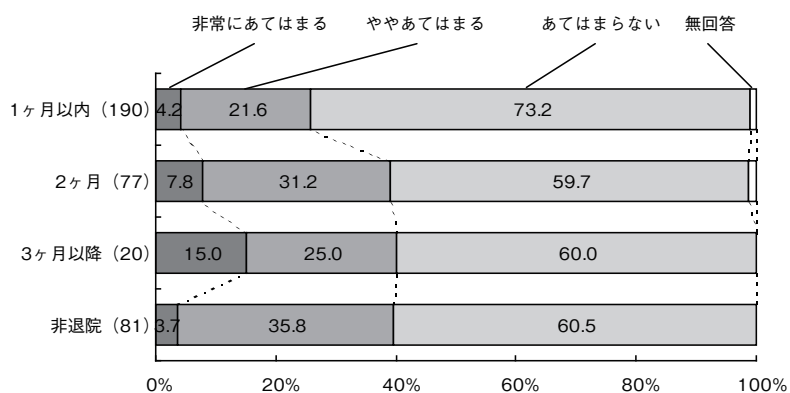


図59 退院後のセルフケアへの不安を訴える(入院時・入院期間別)

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が長い患者群で高い。ただ、「非常にあてはまる」に限ってみると、「退院できなかった患者群」で3.7%と低くなっている。

(3) 退院後の症状悪化への不安を表現したり、訴えたりする

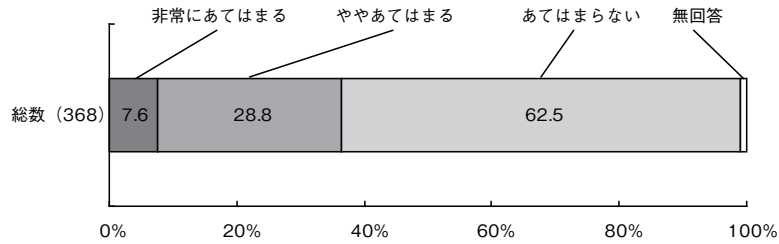


図 60 退院後の症状悪化への不安を訴える（入院時）

入院時に、『退院後の症状悪化への不安を表現したり、訴えたりする』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が7.6%、「ややあてはまる」が28.8%である。

以降、“入院後1ヵ月目”では「非常にあてはまる」患者の割合が6.5%、「ややあてはまる」が30.2%、“入院後2ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が6.0%、「ややあてはまる」が36.1%、“入院後3ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が5.0%、「ややあてはまる」が42.0%であり、「非常にあてはまる」の割合がわずかながら減少し、「ややあてはまる」の割合が増加している。

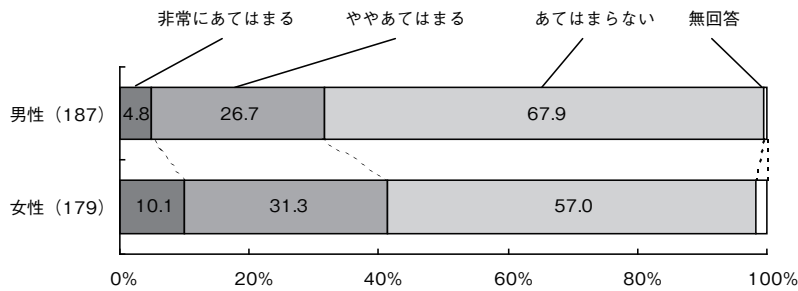


図 61 退院後の症状悪化への不安を訴える（入院時・性別）

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「女性」が41.4%であり、「男性」よりも9.9ポイント高い。

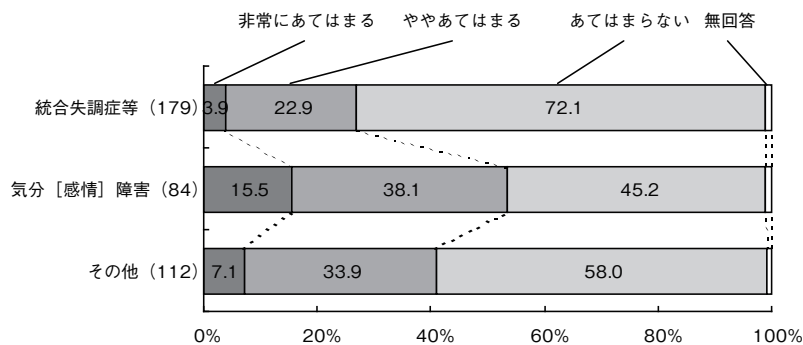


図 62 退院後の症状悪化への不安を訴える（入院時・診断名別）

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「気分[感情]障害」の患者群で53.6%を占めており、「統合失調症等」での割合を大きく上回っている。

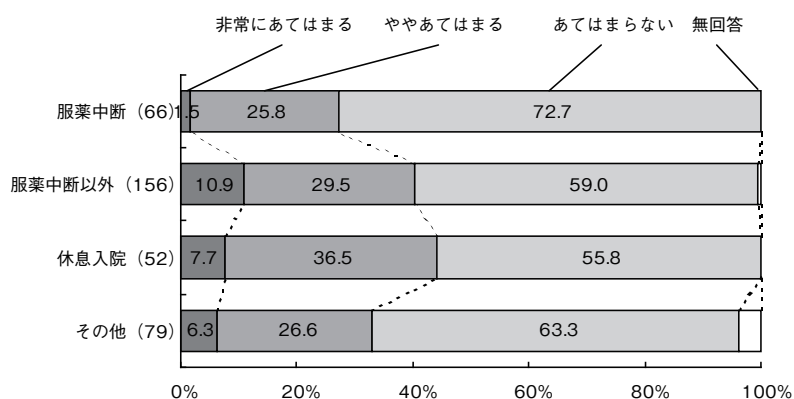


図 63 退院後の症状悪化への不安を訴える（入院時・入院理由別）

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「休息入院」の患者群で44.2%、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」で40.4%であり、「服薬中断による症状の悪化」での割合を上回っている。

7) 問題行動

(1) 口論や暴力がある

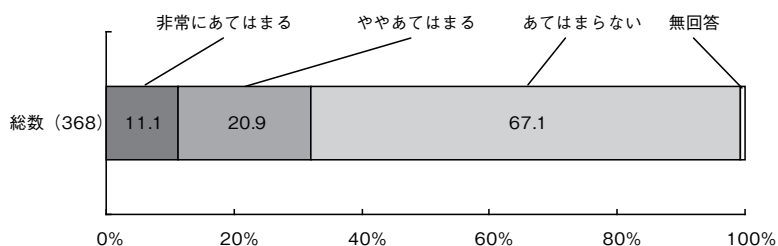


図 64 口論や暴力がある（入院時）

入院時に、『口論や暴力がある』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が11.1%、「ややあてはまる」が20.9%である。

以降、「入院後1ヵ月目」では「非常にあてはまる」患者の割合が3.6%、「ややあてはまる」が19.6%、「入院後2ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が3.8%、「ややあてはまる」が13.1%、「入院後3ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が6.0%、「ややあてはまる」が19.0%であり、「非常にあてはまる」と「ややあてはまる」の割合がともに減少している。

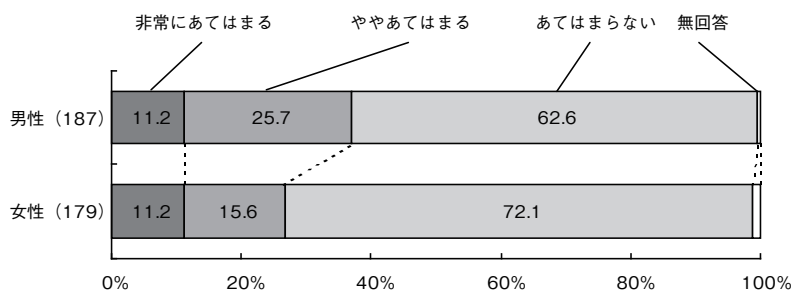


図 65 口論や暴力がある（入院時・性別）

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「男性」が36.9%であり、「女性」よりも10.1ポイント高い。

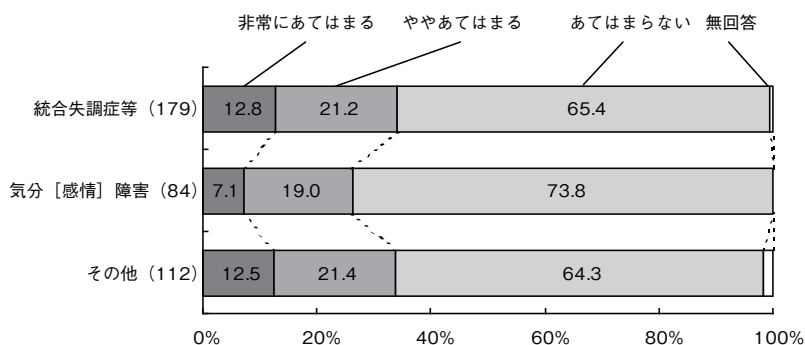


図 66 口論や暴力がある (入院時・診断名別)

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で34.0%であり、「気分 [感情] 障害」での割合を7.9ポイント上回っている。

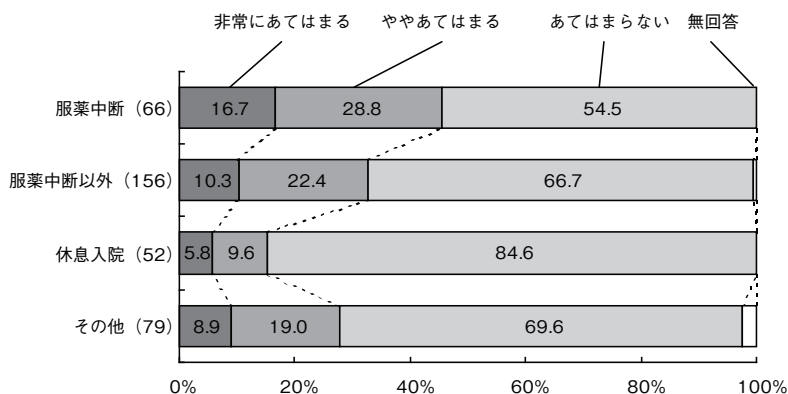


図 67 口論や暴力がある (入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」の患者群で45.5%、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」で32.6%であり、「休息入院」での割合を上回っている。

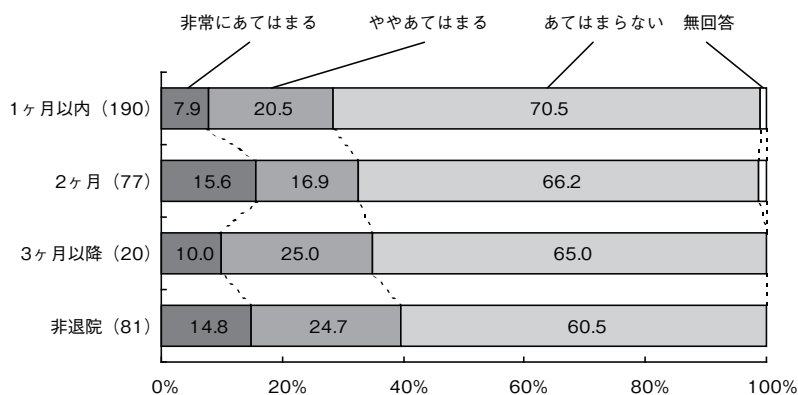


図 68 口論や暴力がある (入院時・入院期間別)

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられる。

(2) ささいなことで怒ったり、いらいらして抑えられなくなる

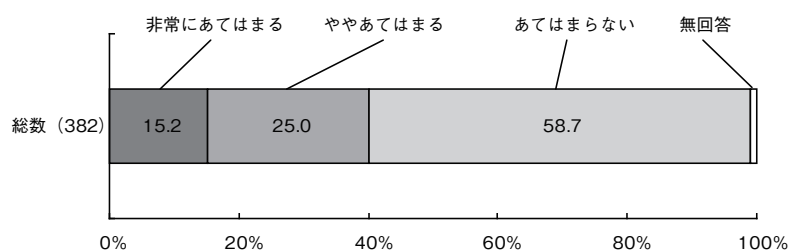


図 69 怒りやいらいらを抑えられなくなる (入院時)

入院時に、『ささいなことで怒ったり、いらいらして抑えられなくなる』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が15.2%、「ややあてはまる」が25.0%である。

以降、“入院後1ヵ月目”では「非常にあてはまる」患者の割合が5.1%、「ややあてはまる」が24.4%、“入院後2ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が6.0%、「ややあてはまる」が23.0%、“入院後3ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が8.0%、「ややあてはまる」が25.0%であり、「非常にあてはまる」の割合が減少し、「ややあてはまる」の割合がほぼ横這いで推移している。

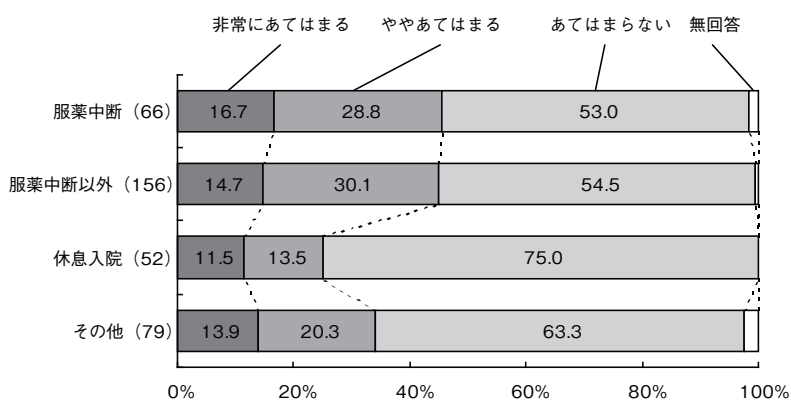


図 70 怒りやいらいらを抑えられなくなる (入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“服薬中断による症状の悪化”“服薬中断以外の理由による症状の悪化”の患者群で45%前後であり、“休息入院”での割合を20ポイント程度上回っている。

(3) 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

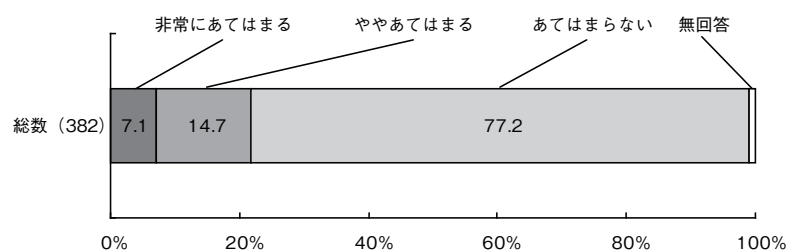


図 71 無断離院以外の逸脱行為がある (入院時)

入院時に、『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』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が7.1%、「ややあてはまる」が14.7%である。

以降、“入院後1ヵ月目”では「非常にあてはまる」患者の割合が4.7%、「ややあてはまる」が10.9%、“入院後2ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が1.6%、「ややあてはまる」が18.0%、“入院後3ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が4.0%、「ややあてはまる」が21.0%であり、「非常にあてはまる」の割合がわずかながら減少し、「ややあてはまる」の割合がやや増加している。

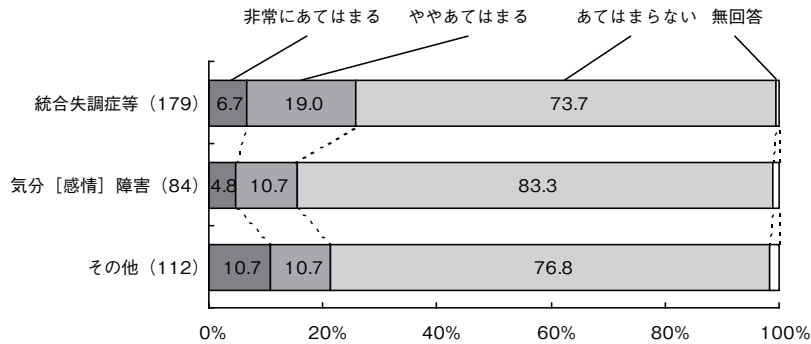


図 72 無断離院以外の逸脱行為がある (入院時・診断名別)

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“統合失調症等”の患者群で25.7%であり、“気分 [感情] 障害”での割合を10.2ポイント上回っている。

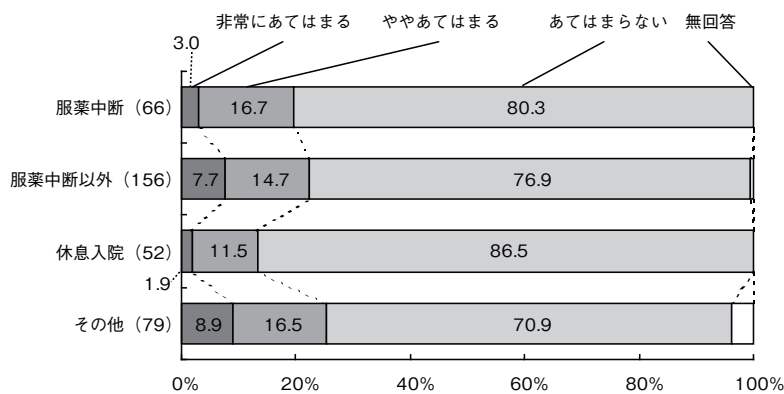


図 73 無断離院以外の逸脱行為がある (入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“服薬中断による症状の悪化”“服薬中断以外の理由による症状の悪化”の患者群で20%前後であり、“休息入院”での割合を上回っている。

(4) 自傷、他害、触法、非行以外の迷惑行為を繰り返している

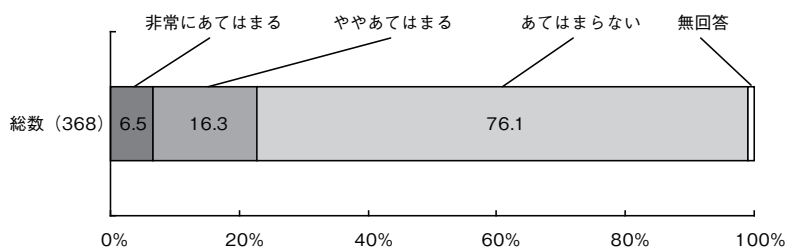


図 74 自傷・他害・触法・非行以外の迷惑行為を繰り返している (入院時)

入院時に、『自傷、他害、触法、非行以外の迷惑行為を繰り返している』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が6.5%、「ややあてはまる」が16.3%である。

以降、“入院後1ヵ月目”では「非常にあてはまる」患者の割合が5.5%、「ややあてはまる」が11.6%、“入院後2ヵ

月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が1.6%、「ややあてはまる」が11.5%、“入院後3ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が4.0%、「ややあてはまる」が16.0%であり、「非常にあてはまる」の割合が減少し、「ややあてはまる」の割合は減少から横這いに転じている。

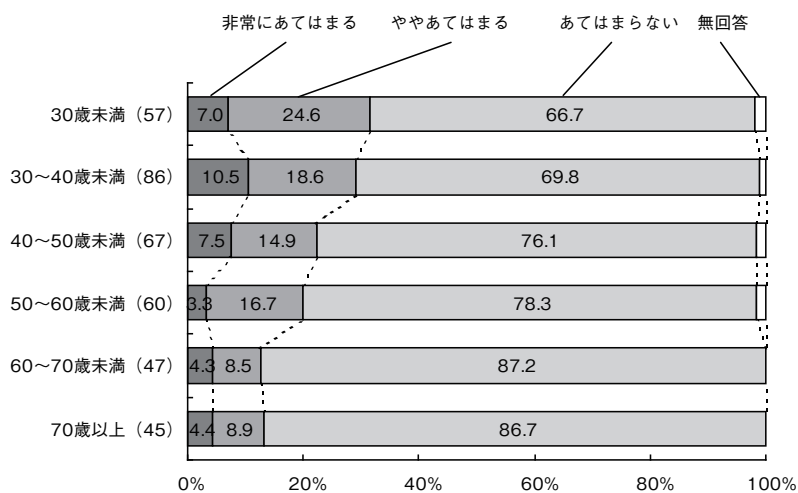


図 75 自傷・他害・触法・非行以外の迷惑行為を繰り返している（入院時・年齢別）

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、年齢層が高い層ほど低下する傾向がみられる。

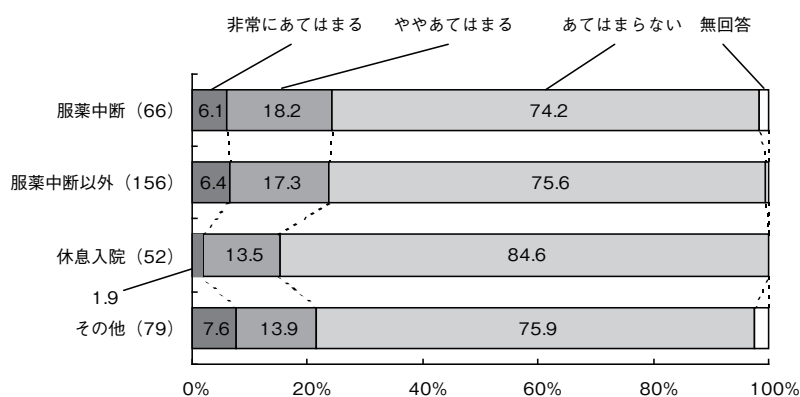


図 76 自傷・他害・触法・非行以外の迷惑行為を繰り返している（入院時・入院理由別）

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“服薬中断による症状の悪化”“服薬中断以外の理由による症状の悪化”の患者群で20%を超えており、“休息入院”での割合をやや上回っている。

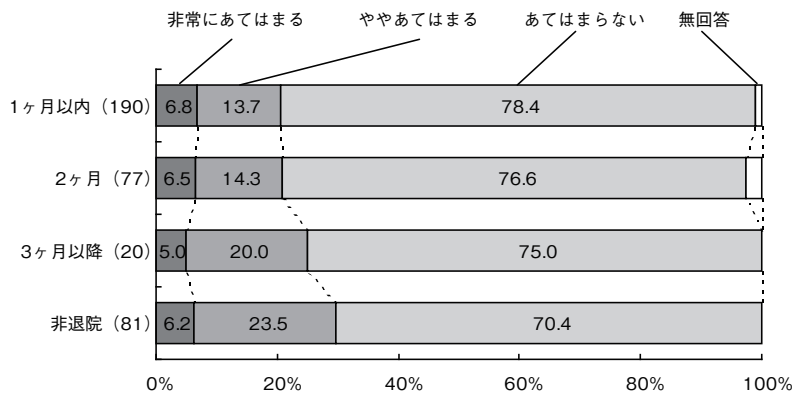


図 77 自傷・他害・触法・非行以外の迷惑行為を繰り返している（入院時・入院期間別）

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が長い患者群でわずかながら高くなっている。

8) ADL

(1) 身なりを整えることができない

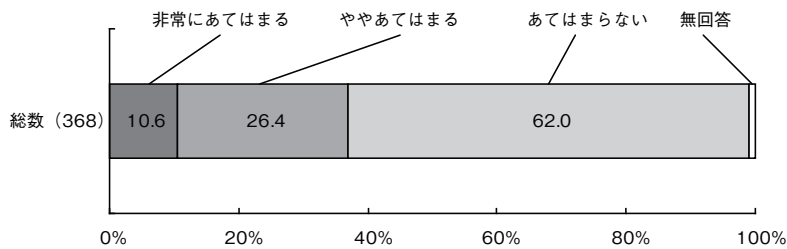


図 78 身なりを整えることができない（入院時）

入院時に、『身なりを整えることができない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が10.6%、「ややあてはまる」が26.4%である。

以降、「入院後1ヵ月目」では「非常にあてはまる」患者の割合が7.6%、「ややあてはまる」が22.2%、「入院後2ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が6.0%、「ややあてはまる」が26.2%、「入院後3ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が11.0%、「ややあてはまる」が26.0%であり、「非常にあてはまる」と「ややあてはまる」の割合がともにほぼ横這いで推移している。

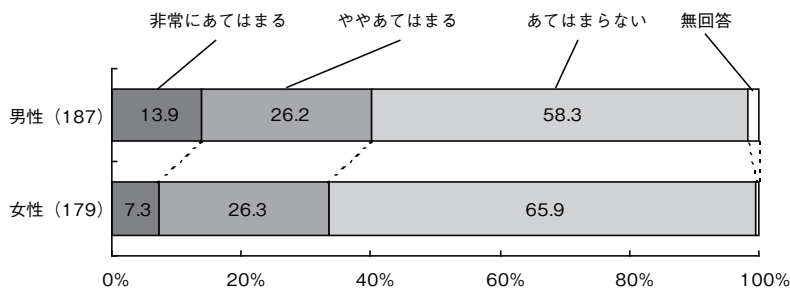


図 79 身なりを整えることができない（入院時・性別）

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「男性」が40.1%であり、「女性」よりも6.5ポイント高い。

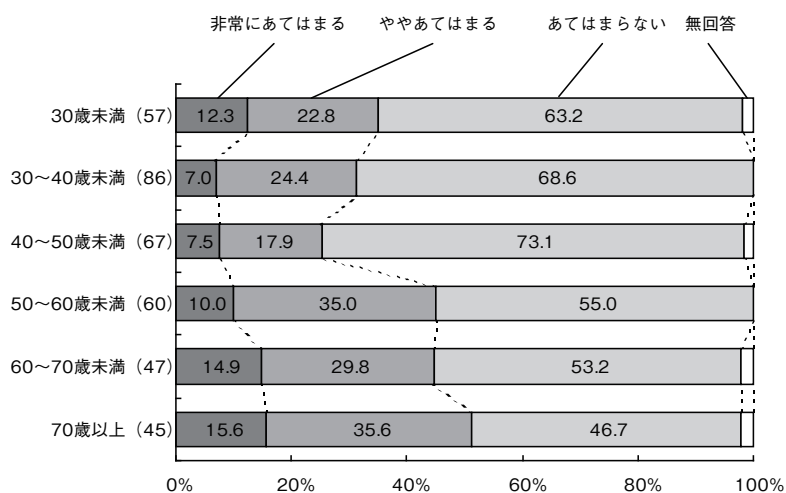


図80 身なりを整えることができない(入院時・年齢別)

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、60歳代以降の年齢層で高くなっている。

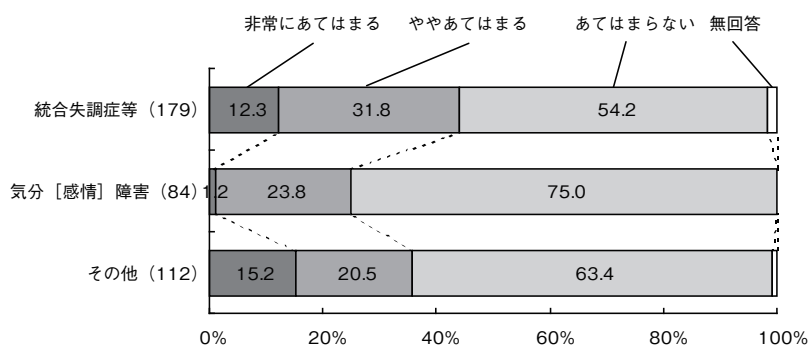


図81 身なりを整えることができない(入院時・診断名別)

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で44.1%であり、「気分〔感情〕障害」での割合を19.1ポイント上回っている。

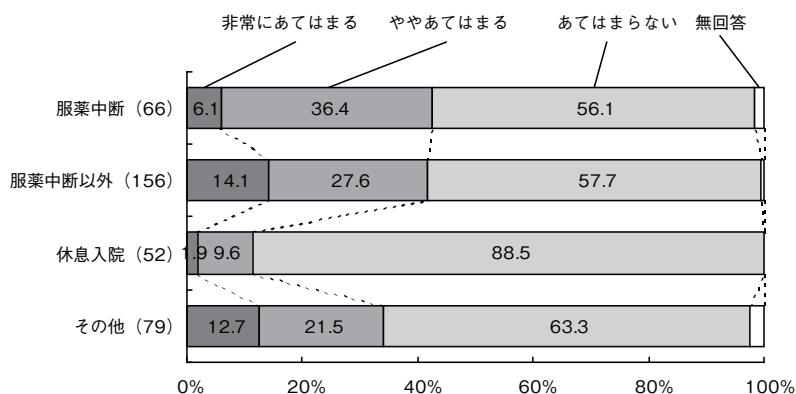


図82 身なりを整えることができない(入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」「服薬中断以外の理由による症状の悪化」の患者群で40%を超えており、「休息入院」での割合を大きく上回っている。

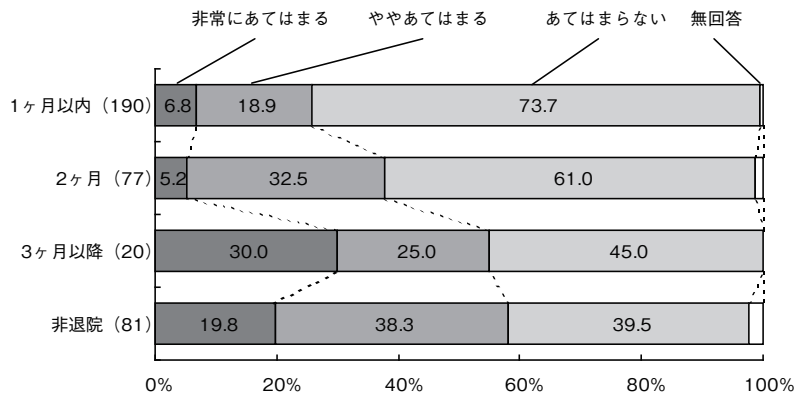


図 83 身なりを整えることができない(入院時・入院期間別)

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられる。

(2) 金銭管理ができない

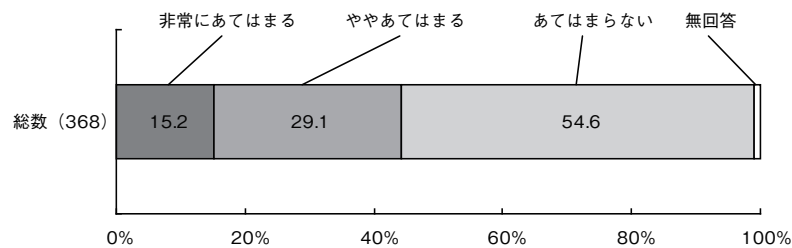


図 84 金銭管理ができない(入院時)

入院時に、『金銭管理ができない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が15.2%、「ややあてはまる」が29.1%である。

以降、「入院後1ヵ月目」では「非常にあてはまる」患者の割合が12.7%、「ややあてはまる」が24.0%、「入院後2ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が13.1%、「ややあてはまる」が28.4%、「入院後3ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が15.0%、「ややあてはまる」が28.0%であり、「非常にあてはまる」と「ややあてはまる」の割合がともにほぼ横這いで推移している。

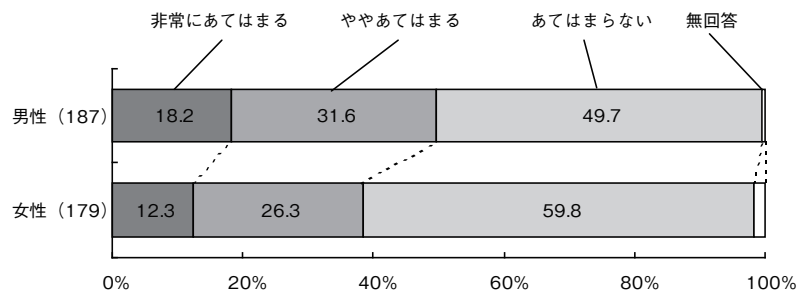


図 85 金銭管理ができない(入院時・性別)

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「男性」が49.8%であり、「女性」よりも11.2ポイント高い。

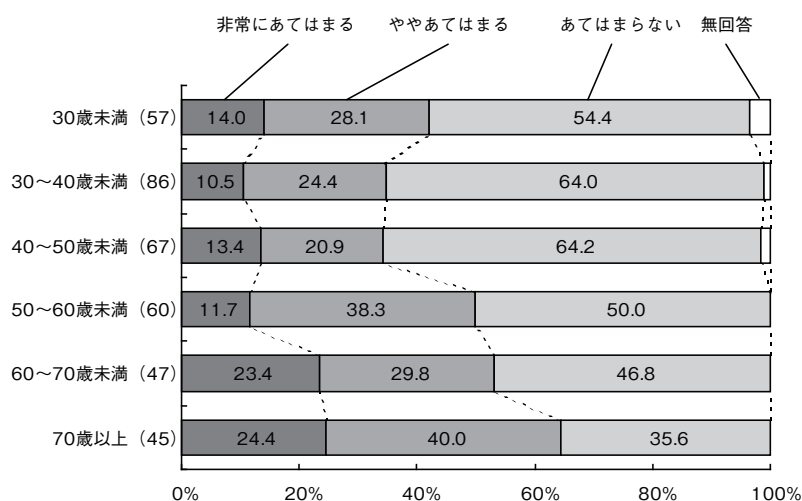


図 86 金銭管理ができない(入院時・年齢別)

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、50歳代以降で高く、かつ年齢層が高い層ほど高まる傾向がみられる。

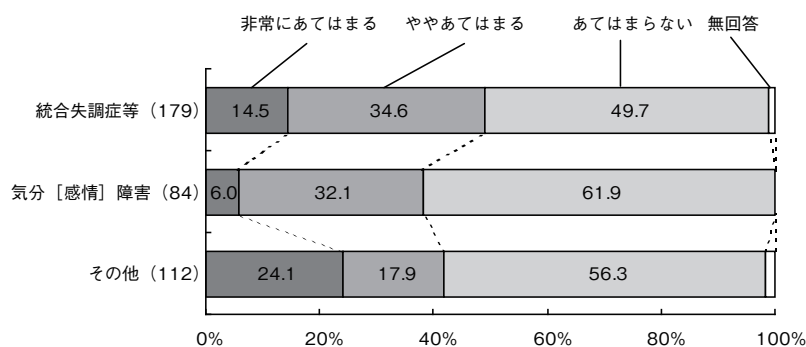


図 87 金銭管理ができない(入院時・診断名別)

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で49.1%であり、「気分 [感情] 障害」での割合を11.0ポイント上回っている。

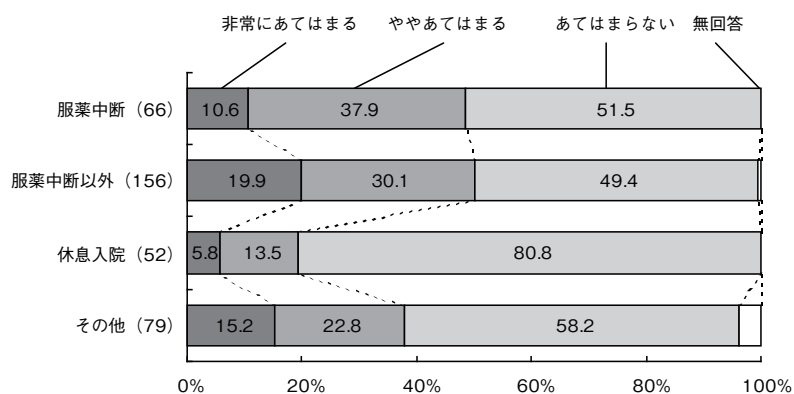


図 88 金銭管理ができない(入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“服薬中断による症状の悪化”“服薬中断以外の理由による症状の悪化”の患者群ではほぼ50%であり、“休息入院”での割合を大きく上回っている。

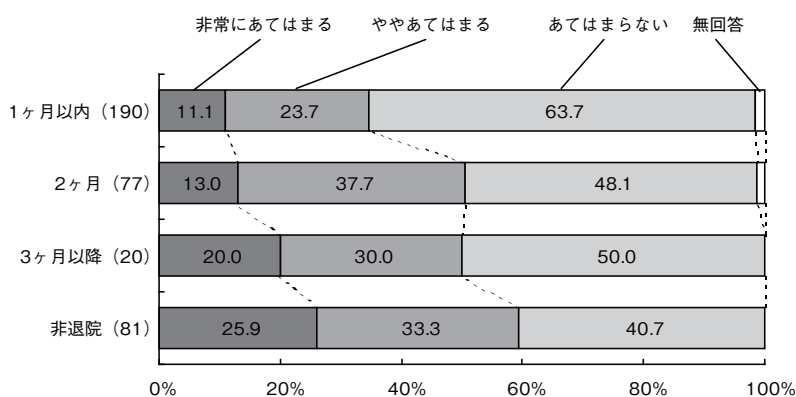


図 89 金銭管理ができない(入院時・入院期間別)

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられる。

(3) すすんで入浴できない

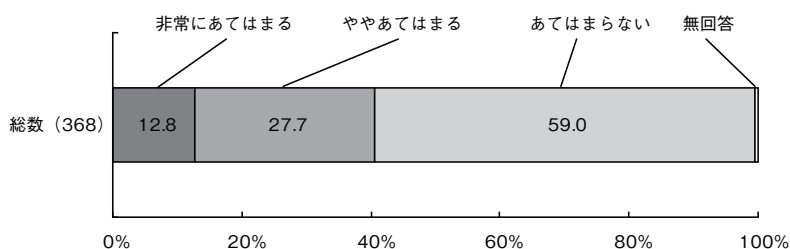


図 90 すすんで入浴できない(入院時)

入院時に、『すすんで入浴できない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が12.8%、「ややあてはまる」が27.7%である。

以降、“入院後1ヵ月目”では「非常にあてはまる」患者の割合が9.1%、「ややあてはまる」が19.3%、“入院後2ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が6.0%、「ややあてはまる」が23.5%、“入院後3ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が14.0%、「ややあてはまる」が19.0%であり、「非常にあてはまる」が減少から増加に転じ、「ややあてはまる」の割合が減少している。

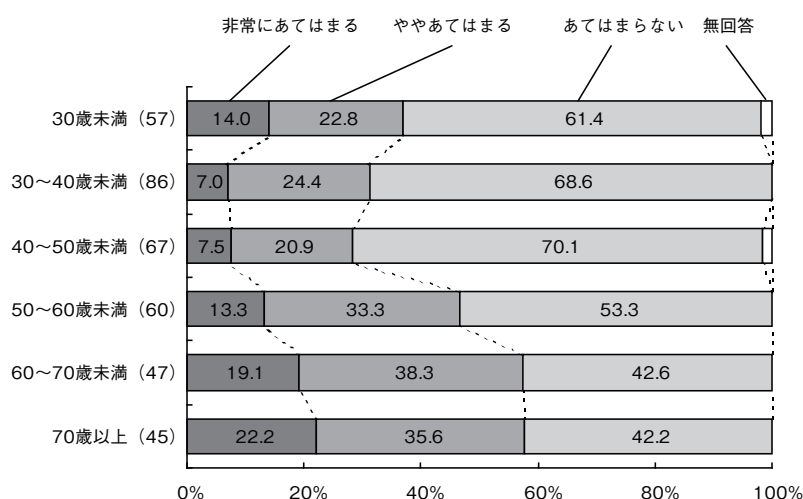


図91 すすんで入浴できない(入院時・年齢別)

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、50歳代以降の年齢層で高くなっている。

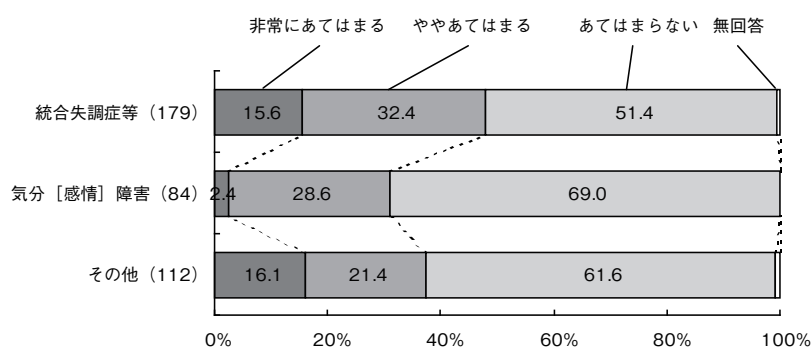


図92 すすんで入浴できない(入院時・診断名別)

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で48.0%であり、「気分〔感情〕障害」での割合を17.0ポイント上回っている。

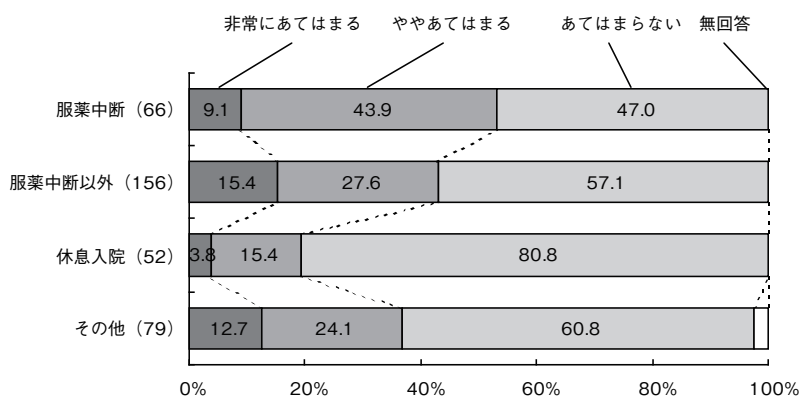


図93 すすんで入浴できない(入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」の患者群で50%を超え、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」で43.0%であり、「休息入院」での割合を大きく上回っている。

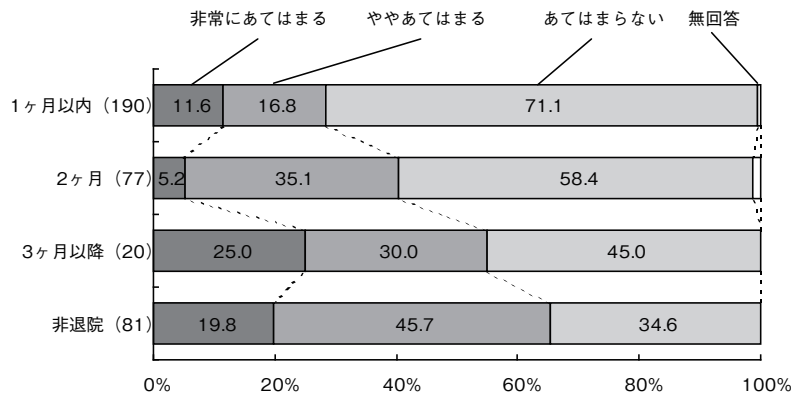


図 94 すすんで入浴できない(入院時・入院期間別)

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられる。

(4) 自炊または食物の購入が困難である

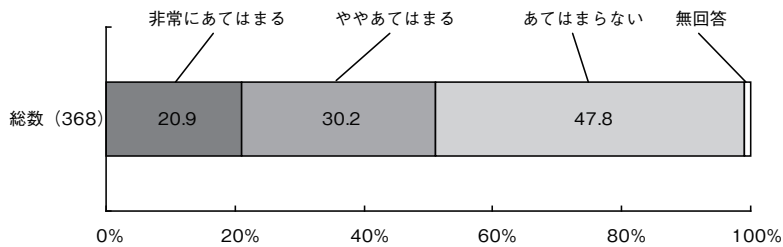


図 95 自炊または食物の購入が困難である(入院時)

入院時に、『自炊または食物の購入が困難である』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が20.9%、「ややあてはまる」が30.2%である。

以降、「入院後1ヵ月目」では「非常にあてはまる」患者の割合が16.7%、「ややあてはまる」が22.5%、「入院後2ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が15.3%、「ややあてはまる」が28.4%、「入院後3ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が20.0%、「ややあてはまる」が40.0%であり、「非常にあてはまる」の割合が減少から横這いに転じ、「ややあてはまる」の割合が増加している。

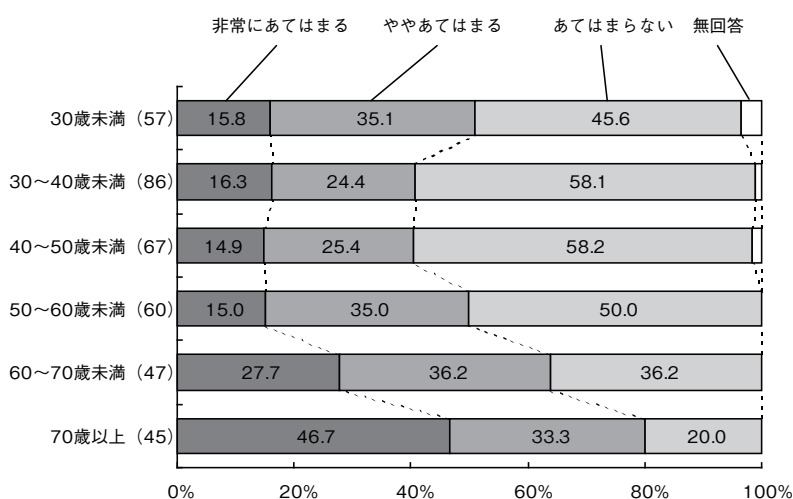


図 96 自炊または食物の購入が困難である (入院時・年齢別)

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、50歳代以降で年齢層が高い層ほど高まる傾向がみられる。

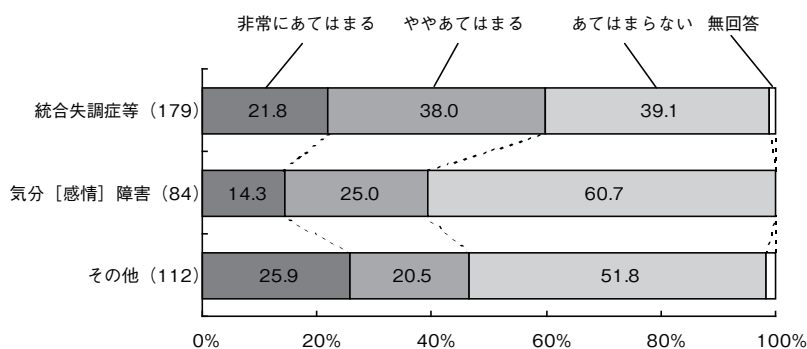


図 97 自炊または食物の購入が困難である (入院時・診断名別)

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で59.8%であり、「気分 [感情] 障害」での割合を20.5ポイント上回っている。

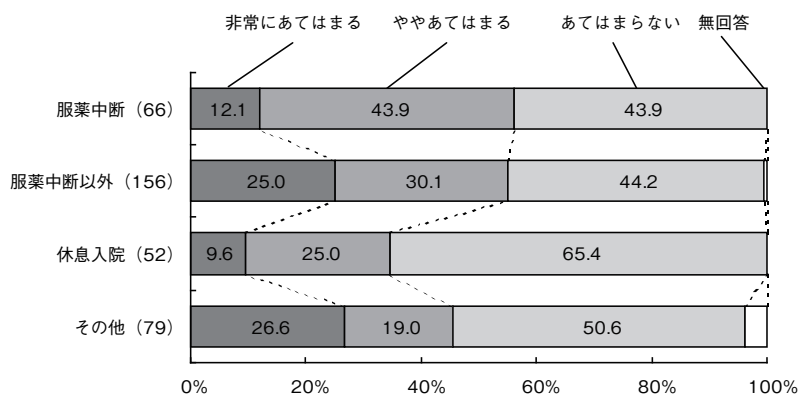


図 98 自炊または食物の購入が困難である(入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“服薬中断による症状の悪化”“服薬中断以外の理由による症状の悪化”の患者群で55.0%以上を占め、“休息入院”での割合を大きく上回っている。

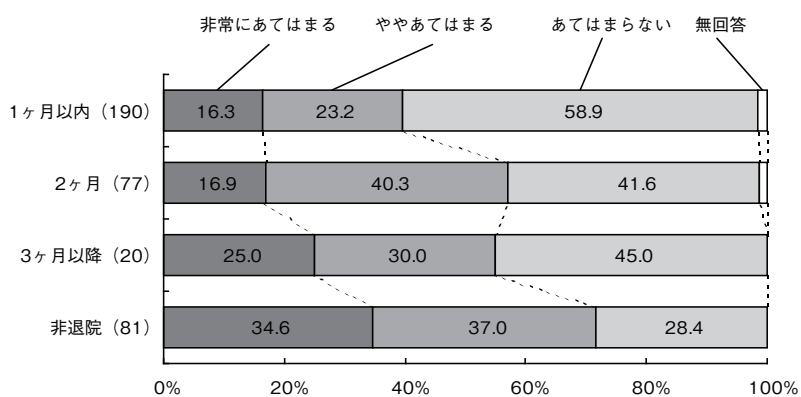


図 99 自炊または食物の購入が困難である(入院時・入院期間別)

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が長い患者群で高い。

9) 自閉的行動

(1) 自分から人に話しかけられない

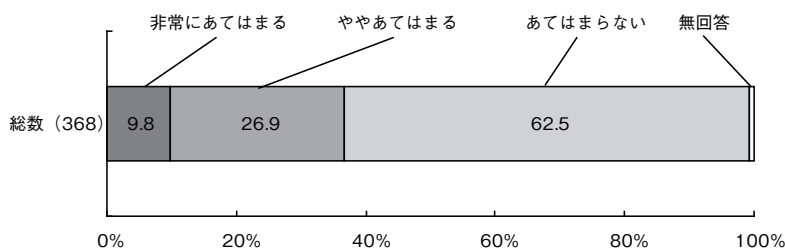


図 100 自分から人に話しかけられない(入院時)

入院時に、『自分から人に話しかけられない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が9.8%、「ややあてはまる」が26.9%である。

以降、“入院後1ヵ月目”では「非常にあてはまる」患者の割合が6.2%、「ややあてはまる」が25.1%、“入院後2ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が4.9%、「ややあてはまる」が24.0%、“入院後3ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が5.0%、「ややあてはまる」が32.0%であり、「非常にあてはまる」の割合が減少し、「ややあてはまる」の割合が横這いから増加に転じている。

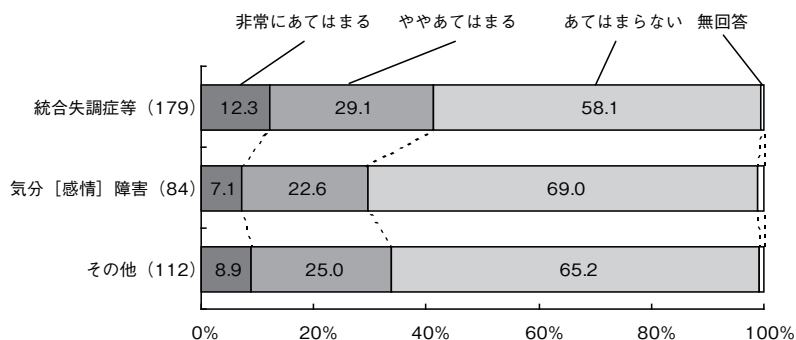


図 101 自分から人に話しかけられない (入院時・診断名別)

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“統合失調症等”の患者群で41.4%であり、“気分 [感情] 障害”での割合を11.7ポイント上回っている。

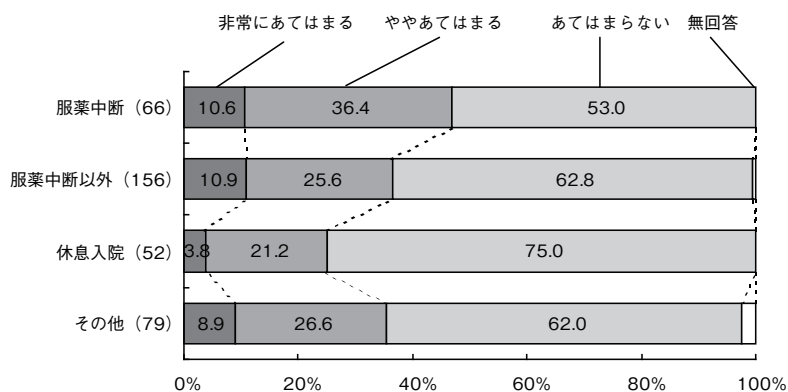


図 102 自分から人に話しかけられない (入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“服薬中断による症状の悪化”で47.0%、“服薬中断以外の理由による症状の悪化”で36.5%であり、“休息入院”での割合を上回っている。

(2) 集団行動に参加できない

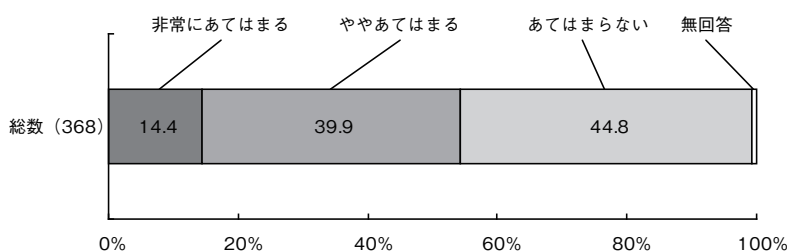


図 103 集団行動に参加できない(入院時)

入院時に、『集団行動に参加できない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が14.4%、「ややあてはまる」が39.9%である。

以降、“入院後1ヵ月目”では「非常にあてはまる」患者の割合が10.5%、「ややあてはまる」が32.4%、“入院後2ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が9.3%、「ややあてはまる」が35.5%、“入院後3ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が8.0%、「ややあてはまる」が40.0%であり、「非常にあてはまる」の割合が減少し、「ややあてはまる」の割合が減少から横這いに転じている。

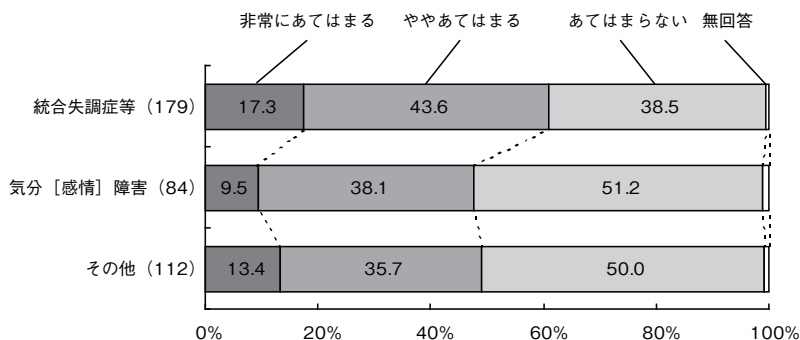


図 104 集団行動に参加できない(入院時・診断名別)

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“統合失調症等”の患者群で60.9%であり、“気分〔感情〕障害”での割合を13.3ポイント上回っている。

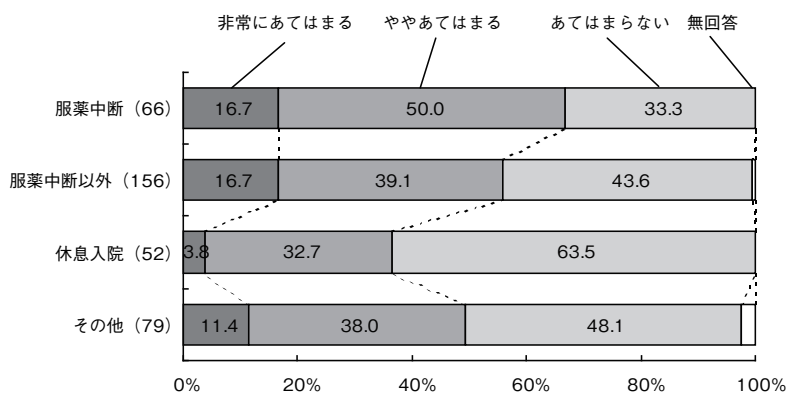


図 105 集団行動に参加できない(入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、“服薬中断による症状の悪化”の患者群で66.7%を占め、“服薬中断以外の理由による症状の悪化”で55.8%であり、“休息入院”での割合を大きく上回っている。

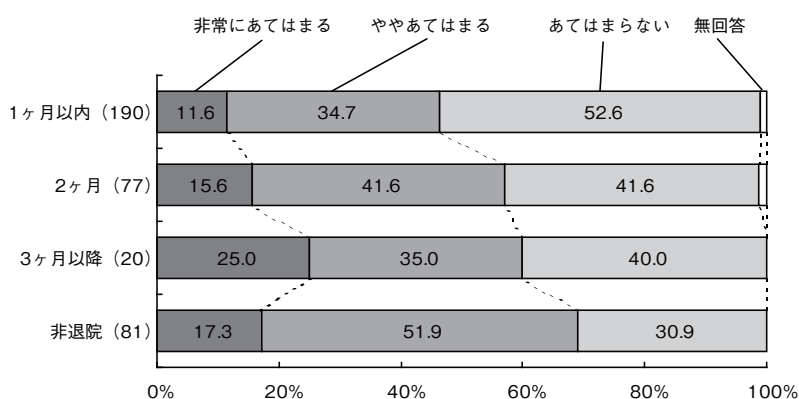


図 106 集団行動に参加できない(入院時・入院期間別)

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が長い患者群ほど高くなる傾向がみられる。

(3) 悩み事や分からないことを人に相談できない

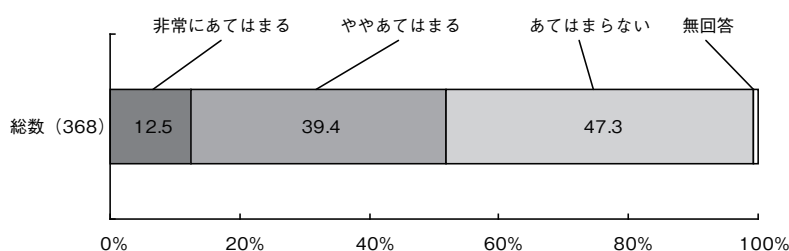


図 107 悩み事や分からないことを人に相談できない(入院時)

入院時に、『悩み事や分からないことを人に相談できない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が12.5%、「ややあてはまる」が39.4%である。

以降、「入院後1ヵ月目」では「非常にあてはまる」患者の割合が7.3%、「ややあてはまる」が33.8%、「入院後2ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が10.4%、「ややあてはまる」が39.3%、「入院後3ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が9.0%、「ややあてはまる」が45.0%であり、「非常にあてはまる」の割合が減少し、「ややあてはまる」の割合が減少から増加に転じている。

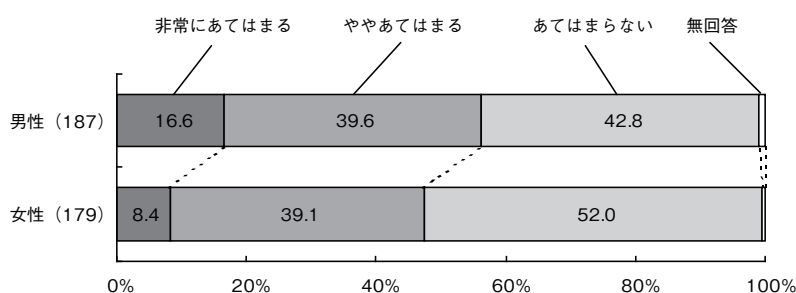


図 108 悩み事や分からないことを人に相談できない(入院時・性別)

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「男性」が56.2%であり、「女性」よりも8.7ポイント高い。

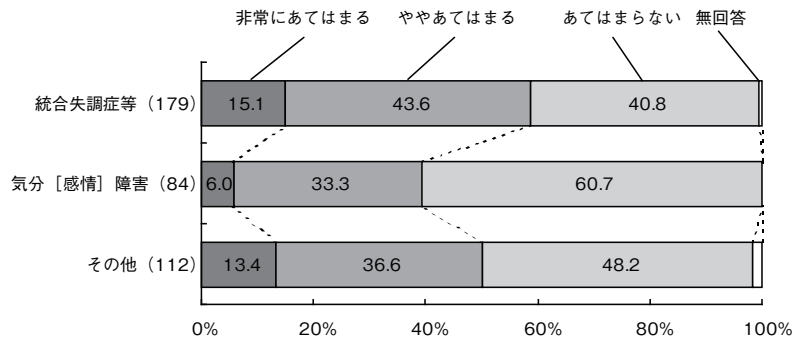


図 109 悩み事や分からないことを人に相談できない(入院時・診断名別)

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で58.7%であり、「気分 [感情] 障害」での割合を19.4ポイント上回っている。

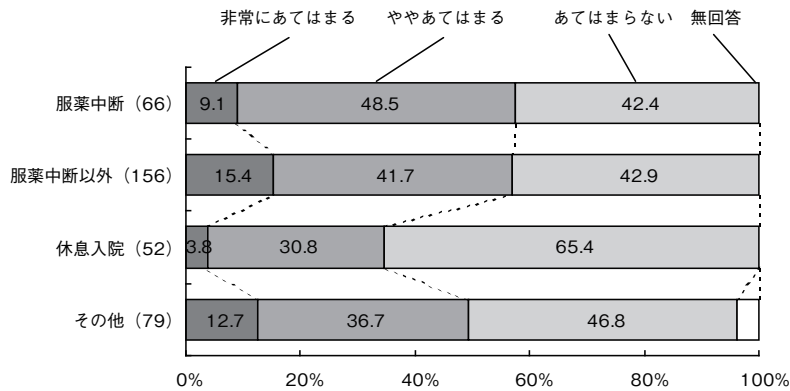


図 110 悩み事や分からないことを人に相談できない(入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」「服薬中断以外の理由による症状の悪化」の患者群ではほぼ60%であり、「休息入院」での割合を大きく上回っている。

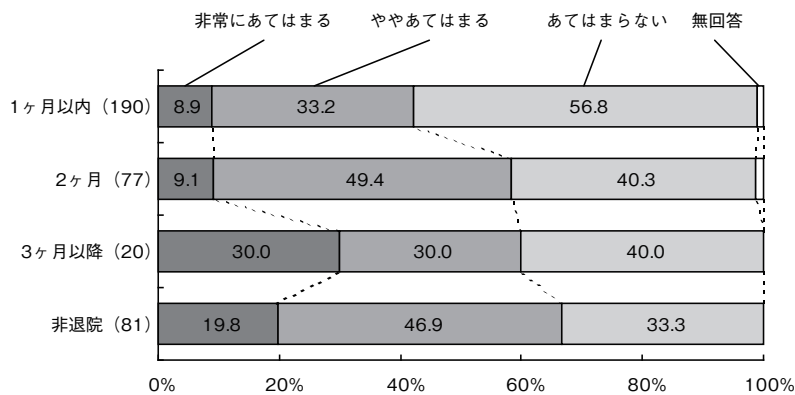


図 111 悩み事や分からないことを人に相談できない(入院時・入院期間別)

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が長い患者群で高い。

10) 身体合併症

(1) 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

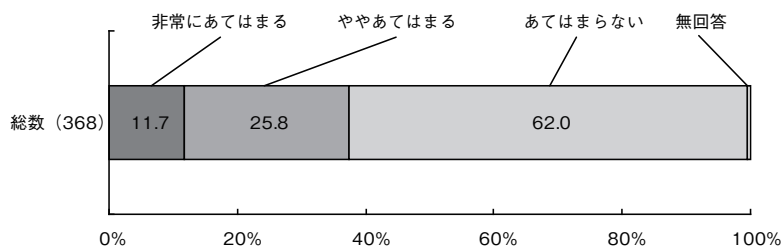


図 112 退院すると身体合併症再発の可能性がある (入院時)

入院時に、『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』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が11.7%、「ややあてはまる」が25.8%である。

以降、“入院後1ヵ月目”では「非常にあてはまる」患者の割合が8.0%、「ややあてはまる」が24.7%、“入院後2ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が9.8%、「ややあてはまる」が20.2%、“入院後3ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が6.0%、「ややあてはまる」が25.0%であり、「非常にあてはまる」の割合が減少し、「ややあてはまる」の割合が減少から横這いに転じている。

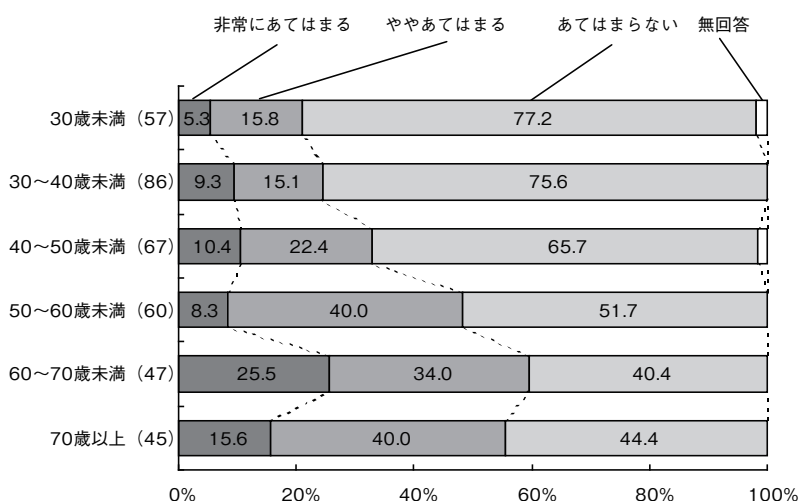


図 113 退院すると身体合併症再発の可能性がある (入院時・年齢別)

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、年齢層が高い層ほど高まる傾向がみられる。

(2) 現在身体合併症があり、自己管理ができない

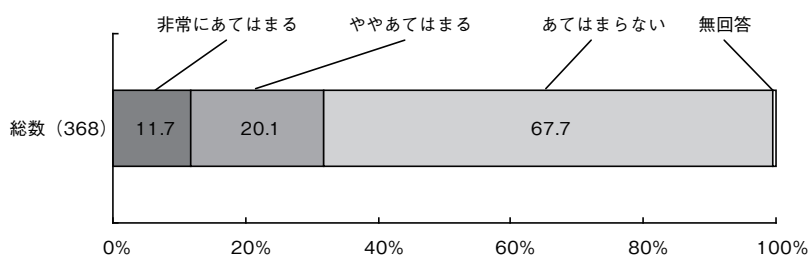


図 114 身体合併症の自己管理ができない (入院時)

入院時に、『現在身体合併症があり、自己管理ができない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が11.7%、「ややあてはまる」が20.1%である。

以降、“入院後1ヵ月目”では「非常にあてはまる」患者の割合が8.0%、「ややあてはまる」が17.1%、“入院後2ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が4.9%、「ややあてはまる」が15.8%、“入院後3ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が9.0%、「ややあてはまる」が15.0%であり、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」の割合がともに減少している。

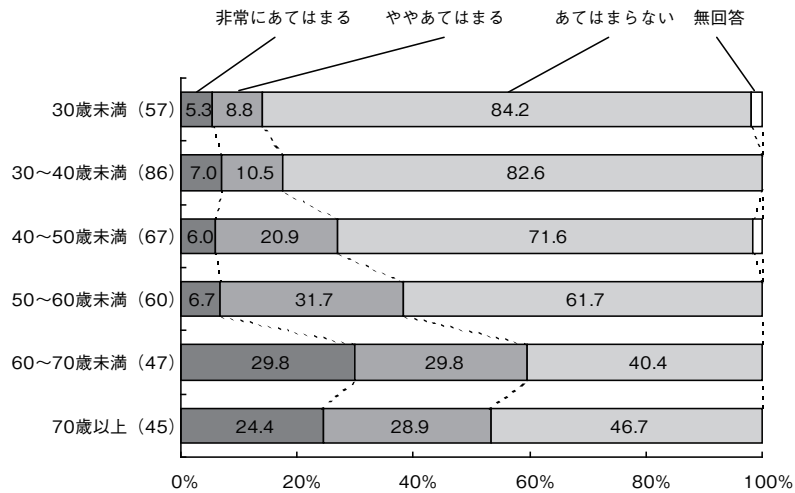


図 115 身体合併症の自己管理ができない(入院時・年齢別)

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、年齢層が高い層ほど高まる傾向がみられる。

11) 自殺企図の可能性

(1) 希死念慮がある

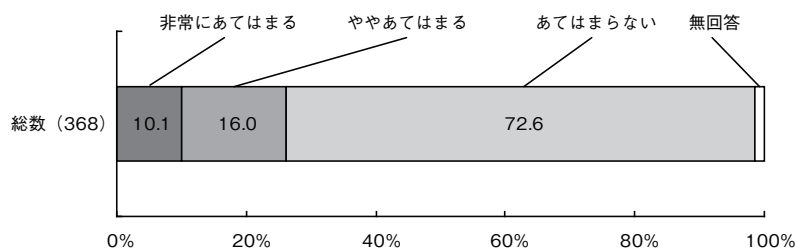


図 116 希死念慮がある(入院時)

入院時に、『希死念慮がある』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が10.1%、「ややあてはまる」が16.0%である。

以降、“入院後1ヵ月目”では「非常にあてはまる」患者の割合が1.8%、「ややあてはまる」が16.4%、“入院後2ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が2.2%、「ややあてはまる」が14.2%、“入院後3ヵ月目”で「非常にあてはまる」患者の割合が1.0%、「ややあてはまる」が12.0%であり、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」の割合がともに減少している。

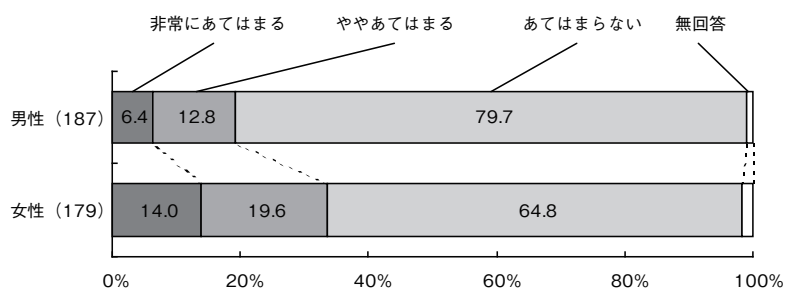


図 117 希死念慮がある（入院時・性別）

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「女性」が33.6%であり、「男性」よりも14.4ポイント高い。

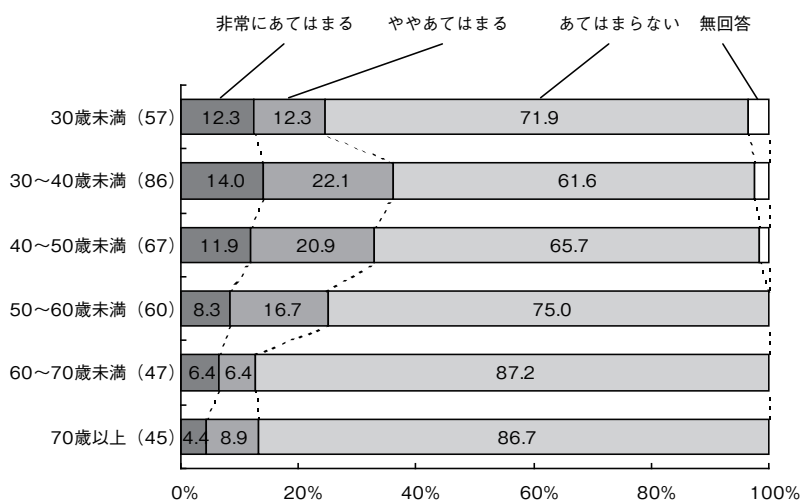


図 118 希死念慮がある（入院時・年齢別）

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、30歳以降で年齢層が高くなるほど低下する傾向がみられる。

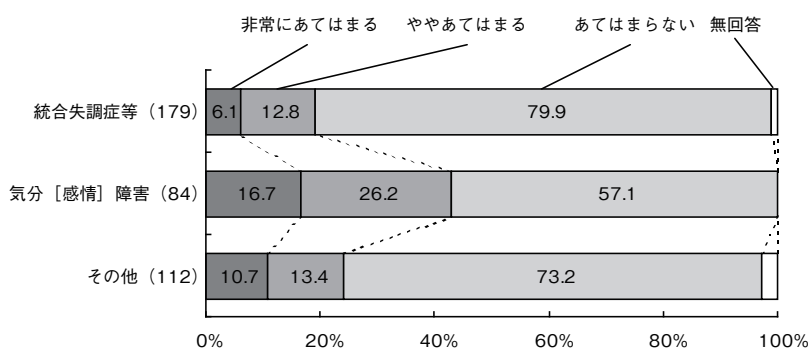


図 119 希死念慮がある（入院時・診断名別）

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「気分 [感情] 障害」の患者群で42.9%であり、「統合失調症等」での割合を24.0ポイント上回っている。

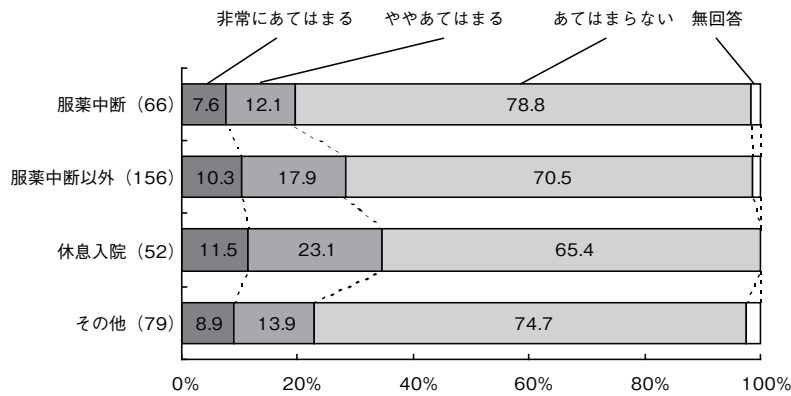


図 120 希死念慮がある (入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「休息入院」での患者群で34.6%、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」で28.2%であり、「服薬中断による症状の悪化」の割合を上回っている。

(2) 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)

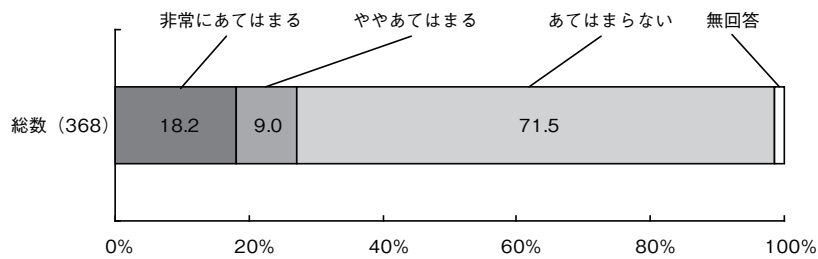


図 121 自傷行為または自殺企図がある (入院時)

入院時に、『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)』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が18.2%、「ややあてはまる」が9.0%である。

以降、「入院後1ヵ月目」では「非常にあてはまる」患者の割合が13.1%、「ややあてはまる」が12.4%、「入院後2ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が11.5%、「ややあてはまる」が14.8%、「入院後3ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が9.0%、「ややあてはまる」が12.0%であり、「非常にあてはまる」の割合が減少し、「ややあてはまる」の割合がわずかながら増加している。

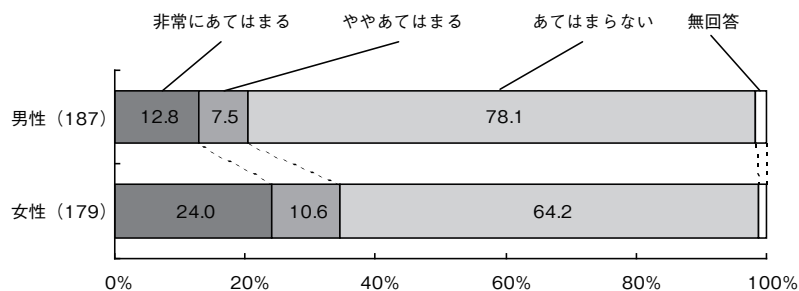


図 122 自傷行為または自殺企図がある (入院時・性別)

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「女性」が34.6%であり、「男性」よりも14.3ポイント高い。

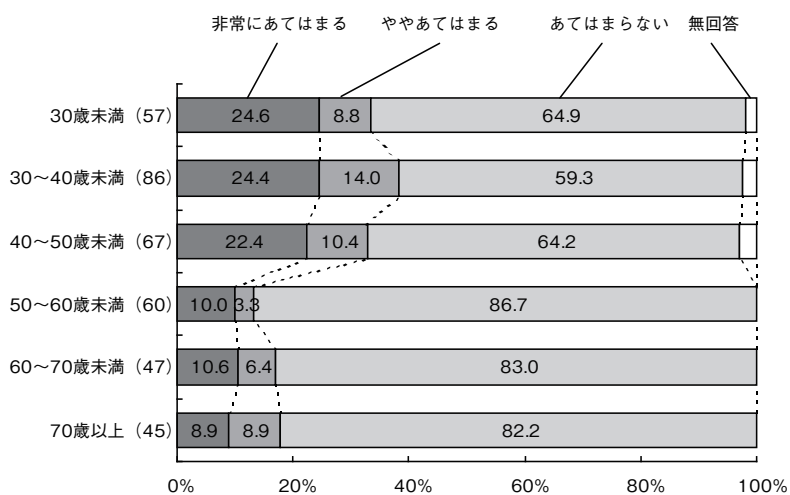


図 123 自傷行為または自殺企図がある（入院時・年齢別）

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、40歳代以下の層で高い。

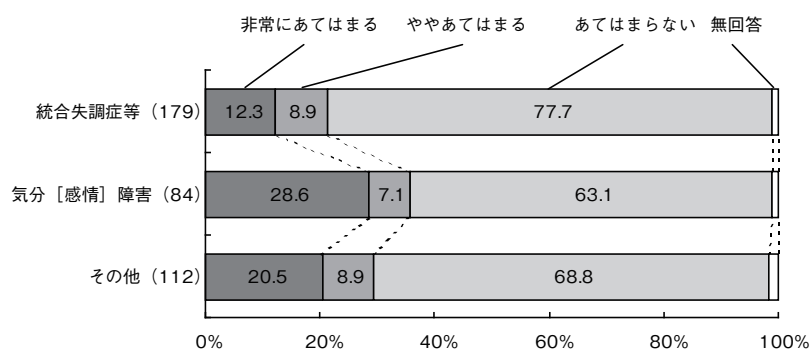


図 124 自傷行為または自殺企図がある（入院時・診断名別）

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「気分〔感情〕障害」の患者群で35.7%であり、「統合失調症等」での割合を14.5ポイント上回っている。

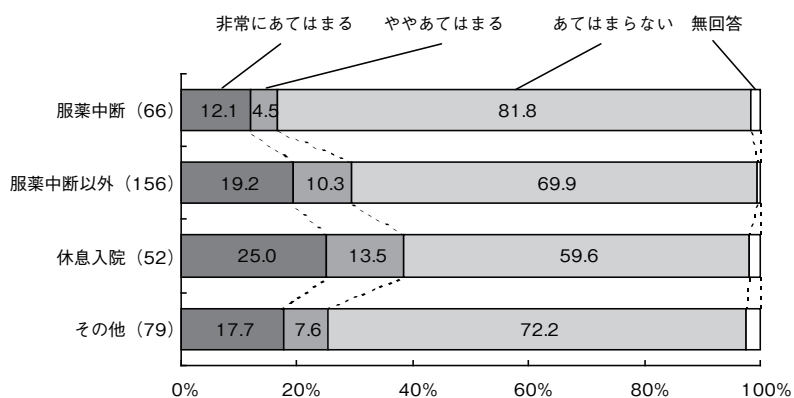


図 125 自傷行為または自殺企図がある（入院時・入院理由別）

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「休息入院」での患者群で38.5%、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」で29.5%であり、「服薬中断による症状の悪化」の割合を上回っている。

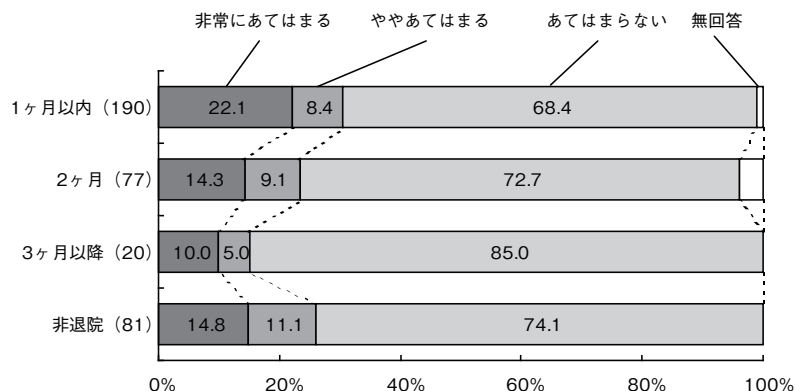


図 126 自傷行為または自殺企図がある (入院時・入院期間別)

退院までの期間別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、入院期間が短い患者群と退院できなかった患者群で高い。

12) 家族からのサポート

(1) 家族が本人の同居を拒否している

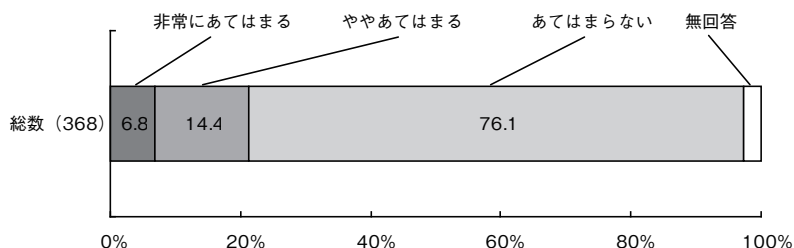


図 127 家族が本人の同居を拒否している (入院時)

入院時に、『家族が本人の同居を拒否している』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が6.8%、「ややあてはまる」が14.4%である。

以降、「入院後1ヵ月目」では「非常にあてはまる」患者の割合が7.6%、「ややあてはまる」が17.8%、「入院後2ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が10.9%、「ややあてはまる」が21.3%、「入院後3ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が12.0%、「ややあてはまる」が25.0%であり、「非常にあてはまる」と「ややあてはまる」の割合がともに増加している。

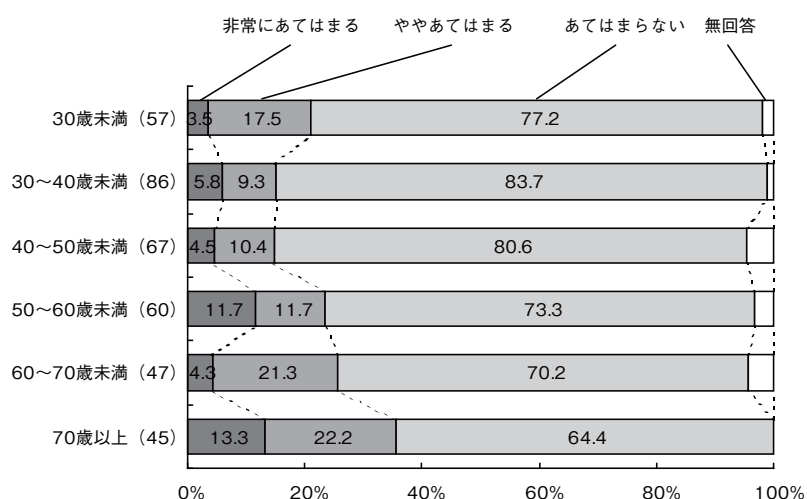


図 128 家族が本人の同居を拒否している（入院時・年齢別）

年齢別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、50歳以上の層において年齢層が高くなるほど高まる傾向がみられる。

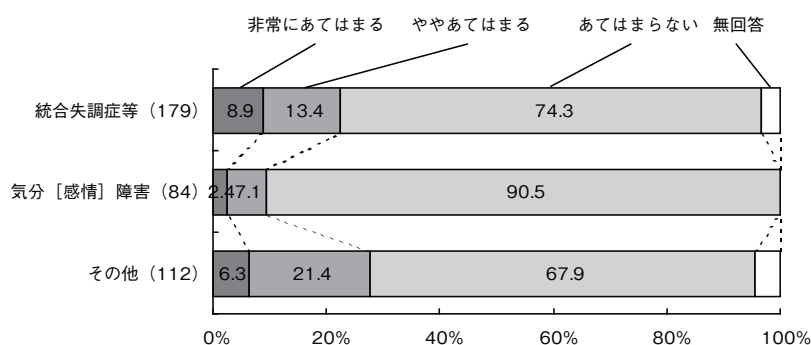


図 129 家族が本人の同居を拒否している（入院時・診断名別）

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で22.3%であり、「気分〔感情〕障害」での割合を12.8ポイント上回っている。

(2) 家族はいるが、本人へのサポートがない

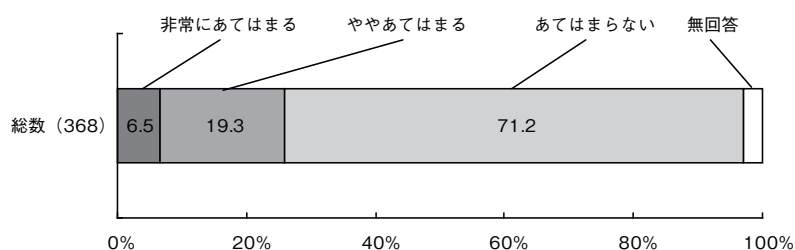


図 130 家族による本人へのサポートがない（入院時）

入院時に、『家族はいるが、本人へのサポートがない』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が6.5%、「ややあてはまる」が19.3%である。

以降、「入院後1ヵ月目」では「非常にあてはまる」患者の割合が7.6%、「ややあてはまる」が19.6%、「入院後2ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が5.5%、「ややあてはまる」が23.0%、「入院後3ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が6.0%、「ややあてはまる」が27.0%であり、「非常にあてはまる」の割合は横這いで推移し「ややあてはまる」の割合が増加している。

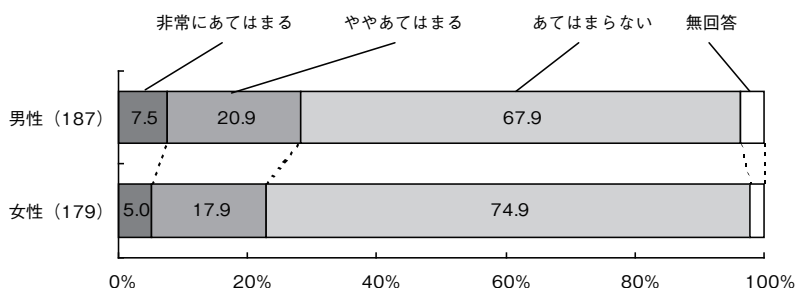


図 131 家族による本人へのサポートがない(入院時・性別)

性別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「男性」が28.4%であり、「女性」よりも5.5ポイント高い。

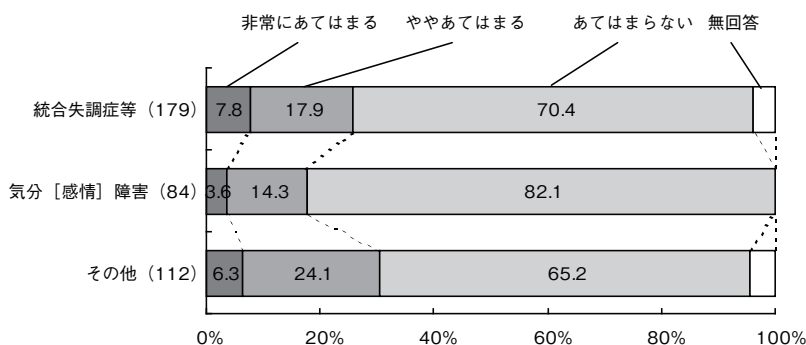


図 132 家族による本人へのサポートがない(入院時・診断名別)

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で25.7%であり、「気分[感情]障害」での割合を7.8ポイント上回っている。

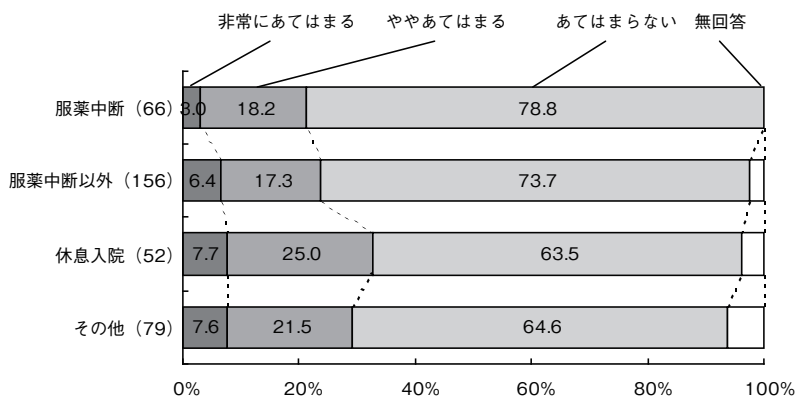


図 133 家族による本人へのサポートがない(入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「休息入院」での患者群で32.7%であり、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」と「服薬中断による症状の悪化」の割合を上回っている。

(3) 本人が家族のサポートを拒否している

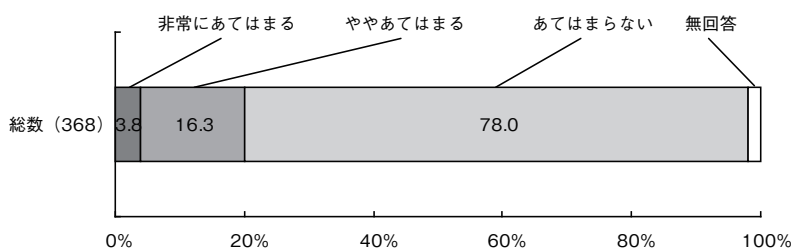


図 134 本人が家族のサポートを拒否している (入院時)

入院時に、『本人が家族のサポートを拒否している』という患者の状況について「非常にあてはまる」患者の割合が3.8%、「ややあてはまる」が16.3%である。

以降、「入院後1ヵ月目」では「非常にあてはまる」患者の割合が1.5%、「ややあてはまる」が13.1%、「入院後2ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が0.5%、「ややあてはまる」が18.0%、「入院後3ヵ月目」で「非常にあてはまる」患者の割合が3.0%、「ややあてはまる」が11.0%であり、「非常にあてはまる」の割合は横這いで推移し、「ややあてはまる」の割合が増加から減少に転じている。

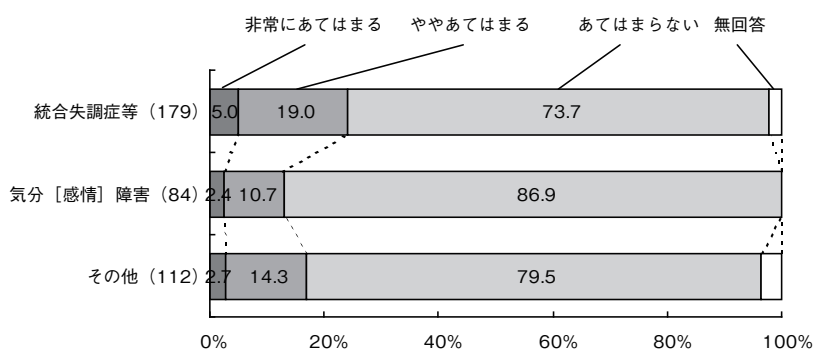


図 135 本人が家族のサポートを拒否している (入院時・診断名別)

診断名別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「統合失調症等」の患者群で24.0%であり、「気分 [感情] 障害」での割合を10.9ポイント上回っている。

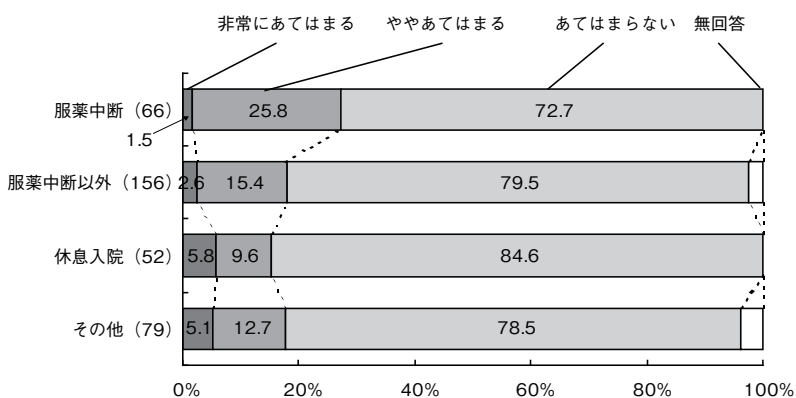


図 136 本人が家族のサポートを拒否している (入院時・入院理由別)

入院理由別にみると、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」患者の割合は、「服薬中断による症状の悪化」での患者群で27.3%であり、「服薬中断以外の理由による症状の悪化」と「休息入院」の割合を上回っている。

IV. インタビューガイド

1. ヒアリングについて

1) 対象施設

今回の調査の対象施設の内、入院時に退院困難になりそうなことをチェックするリストや体制の有無について「ある」と回答した病院

2) 目的

どのような点が退院困難につながると感じているか」「退院困難を判断する上で、どのような点が判断に迷うか」が明らかになるとよい。

どのような体制で退院困難の有無を判断しているか」「退院困難に関するチェックリストの活用方法」という病院の実態を把握する。

3) 方法

(1) 対象者

調査対象となった病棟の看護管理者と実務者（看護師・精神保健福祉士等）

(2) 方法

インタビューガイドに基づいて1時間程度の半構造的面接によって実施する。ヒアリングの内容は対象者の了解を得て録音する。

2. インタビューガイド

1) ヒアリングの対象者について

○ご自身の年齢、職種、資格取得後の経験年数（准看護師を含む）を教えてください。

2) 入院時に退院困難をチェックする体制・仕組みについて

○入院時に退院困難になりそうなことをどのような方法や体制で把握していますか。

○どうしてそのような方法や体制にしたのですか。その経緯や理由を教えてください。

○入院のときに退院を意識して情報収集をしていますか。している場合はどのような情報を意識して集めていますか。

○退院困難になりそうなことを入院時に行なわれる会議またはカンファレンスで把握する場合、どのような情報に注目をしていますか。

○退院困難になりそうなことを入院時に行なわれる会議またはカンファレンスで把握する場合、会議またはカンファレンスをどのように活用していますか。

3) 退院困難になりそうな患者像について

○どのような情報を把握しておけば、入院が長引くことを防ぐことができると感じますか？

○どのような点が退院困難につながると感じていますか。

○退院困難を判断する上で、どのような点が判断に迷いますか。

○入院1週間で入院が長引きそうなことをどのように把握しているか。

4) 治療や看護への反映について

○会議またはカンファレンスで明らかになった退院困難な事柄をどのように治療計画や看護に反映させていますか、病棟でどのように継続的にフォローしていますか。

○本人には、治療計画や看護をどのように伝えていきますか。

5) チェックの効果について

○会議・カンファレンスにより退院困難をチェックすることで、どのような効果がありましたか。

○看護師の側・患者の側にどのような変化（効果）がありましたか、効果があった場合、何が1番変わりましたか。

○在院日数を短縮するためにどのように関わっていますか。

資料 2

精神科デイケアの効果的活用と
地域連携パスの開発

I . 調査票

1. 調査票 A

平成 20 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）
「精神科デイ・ケアの効果的活用と地域連携パスの開発」

精神科デイ・ケアの利用に関する実態調査 アンケート票 A

このアンケート調査は、社団法人日本精神科看護技術協会が厚生労働省の平成 20 年度障害者保健福祉推進事業研究費補助金を得て行う研究「精神科デイ・ケアの効果的活用と地域連携パスの開発」の一部です。

調査の目的は、現在多くの精神障がい者が利用している精神科デイ・ケアの効果を、退院促進や地域移行への側面から明らかにし、他の福祉サービスでは代替しにくい医療的效果について考察することです。

お忙しいところ大変恐縮ではございますが、何卒よろしくご協力くださいますようお願い致します。

社団法人 日本精神科看護技術協会

〔ご記入にあたって〕

1. デイ・ケア管理者の方がご記入下さい。
2. 回収後はコンピューターによる集計・分析作業に用いるだけですので、記入者の情報は守られます。
3. アンケート用紙とその回答は、本研究以外に用いることはありません。
4. ご回答は、あてはまる答えの番号を○印でかこむ場合がほとんどですが、数字やことばを具体的に記入していただく場合もあります。
5. 設問に（複数回答）との記載がない場合は、○印を一つだけ付けて下さい。
6. お答えが「その他」の場合は、その番号に○印をつけて（ ）に具体的内容をお書き下さい。
7. ご記入いただいたアンケート用紙は、貴施設のデイ・ケア等のプログラム（平成 20 年 10 月分）と、調査用紙 B とともに、11 月 7 日（金）までに同封の返信用封筒でご返送下さい。

本アンケートについてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

研究代表者 未安民生
社団法人日本精神科看護技術協会
〒 103-0002 東京都中央区日本橋馬喰町 2-3-2
セントピアビル 8 階
電 話 03-3667-8661
ファックス 03-3667-8662

◆この質問紙は、貴施設精神科デイ・ケア等（デイ・ケア、ナイトケア、デイ・ナイトケア、ショートケア含む）について回答していただくものです。この回答により施設や個人が特定されることはありません。

◆回答は、平成20年10月1日現在でお答えください。

貴施設について伺います。

問1 貴医療機関の区分は、次のどれに該当しますか。

1. 国	2. 公的医療機関	3. 社会保険関係団体
4. 医療法人	5. その他	

問2 デイ・ケア等で勤務されているスタッフの番号に○を付け（複数回答）、それぞれの専任・兼任の人数を記入して下さい。

	専任	兼任
1. 医師	人	人
2. 看護師	人	人
3. 准看護師	人	人
4. 精神保健福祉士	人	人
5. 作業療法士	人	人
6. 心理士	人	人
7. 事務職員	人	人
8. その他（ ）	人	人

問3 上記のスタッフの中で、管理者またはリーダーの職種をお聞かせ下さい。（複数回答）

1. 医師	2. 看護師	3. 准看護師	4. 精神保健福祉士
5. 作業療法士	6. 心理士	7. 事務職員	8. その他（ ）

問4 貴施設で運営しているデイ・ケア等の種別に○を付け（複数回答）、それぞれの活動延べ日数、年間参加延べ人数を記入して下さい。（平成19年4月1日～平成20年3月31日）

運営しているデイ・ケア	活動延べ日数	年間参加延べ人数
1. 精神科デイ・ケア	日	人
2. 精神科ショート・ケア	日	人
3. 精神科ナイト・ケア	日	人
4. 精神科デイ・ナイト・ケア	日	人

貴施設のデイ・ケア等の登録者について伺います。（平成20年10月1日現在）

問5 年齢別の登録者数を男女別に記入して下さい。

	男性	女性
1) 20歳未満	人	人
2) 20歳以上40歳未満	人	人
3) 40歳以上65歳未満	人	人
4) 65歳以上75歳未満	人	人
5) 75歳以上	人	人

問6 疾患「主病名」別の登録者数を記入して下さい。

疾患名「主病名」	人数
1) アルツハイマー病型認知症、血管性認知症その他の器質性精神障害 (F 0)	人
2-1) アルコール使用精神及び行動の障害 (F 1)	人
2-2) アルコールを除く覚醒剤等の精神作用物質による精神及び行動の障害 (F 1)	人
3) 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、急性一過性精神病性障害、統合失調症感情障害等 (F 2)	人
4) 気分〔感情〕障害 (F 3)	人
5) 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (F 4)	人
6) 摂食障害等生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 (F 5)	人
7) 成人のパーソナリティ及び行動の障害 (F 6)	人
8) 精神遅滞<知的障害> (F 7)	人
9) 発達障害等の心理的発達の障害 (F 8)	人
10) 小児期及び青年期に発症する行動及び情緒の障害 (F 9)	人
11) その他 (てんかん、特定不能の精神障害)	人

問 7 保険種別の登録者数を男女別に記入して下さい。

保険種別	男性		女性	
1) 健康保険 (本人)		人		人
2) 健康保険 (家族)		人		人
3) 国民健康保険		人		人
4) 生活保護		人		人
5) 自立支援医療利用者 (再掲)		人		人

問 8 居住状況別の登録者数を男女別に記入して下さい。

居住状況	男性		女性	
1) 単身生活		人		人
2) 家族と同居		人		人
3) 施設に入所中 (グループホーム・介護寮等)		人		人
4) その他		人		人

問 9 利用期間別の登録者数を男女別に記入して下さい。

今回の利用期間	男性		女性	
1) 1ヶ月未満		人		人
2) 1ヶ月以上6ヶ月未満		人		人
3) 6ヶ月以上1年未満		人		人
4) 1年以上		人		人

問 10 初回入所からの利用期間 (通年) 別の登録者数を男女別に記入して下さい。

初回入所からの利用期間	男性		女性	
1) 1年未満		人		人
2) 1年以上3年未満		人		人
3) 3年以上5年未満		人		人
4) 5年以上		人		人

問 11 1ヶ月間の利用回数別の登録者数を男女別に記入して下さい。

利用回数	男性		女性	
1) 20回以上		人		人
2) 10回以上20回未満		人		人
3) 10回未満		人		人

直近6ヶ月間 (平成20年4月1日～平成20年9月30日) のデイ・ケア等利用の終了者について伺います。

問 12 年齢別の終了者数を男女別に記入して下さい。

年齢	男性		女性	
1) 20歳未満		人		人
2) 20歳以上40歳未満		人		人
3) 40歳以上65歳未満		人		人
4) 65歳以上75歳未満		人		人
5) 75歳以上		人		人

問 13 終了理由別の終了者数を男女別に記入して下さい。

終了理由	男性		女性	
1) 本人の意思		人		人
2) 復学・復職		人		人
3) 作業所等の他の福祉サービスの利用		人		人
4) 再入院		人		人
5) その他		人		人

デイ・ケア等の利用について伺います。

問 14 貴施設のデイ・ケア等は、利用期間に関して期限を設けていますか。また、設けている場合は、その期間を記入して下さい。

1. 設けている (ヵ月)	2. 設けていない
----------------------------	-----------

問 15 入所者に対して担当者を決めていますか。

1. 決めている	2. 決めていない
----------	-----------

利用者個別の目標や計画について伺います。

問 16 目標や計画を立案するのは誰ですか。

1. 担当者	2. その他 ()	3. 決まっていない
--------	------------	------------

問 17 目標や計画の見直しを行っていますか。

1. 定期的に行っている	2. 定期的ではないが行っている
3. ほとんど行っていない	4. 行っていない

問 18 目標や計画を評価・修正するのは誰ですか。

1. 担当者	2. その他 ()	3. 決まっていない
--------	------------	------------

カンファレンスについて伺います。

問 19 運営に関するカンファレンスを行っていますか。また、定期的に行っている場合は、その頻度を記入して下さい。

1. 定期的に行っている (頻度：a. 週1回程度 b. 月1回程度 c. 月2回程度)
2. 定期的ではないが行っている
3. ほとんど行っていない
4. 行っていない

問 20 個別のケースに関するカンファレンスを行っていますか。また、定期的に行っている場合は、その頻度を記入して下さい。

1. 定期的に行っている (頻度：a. 週1回程度 b. 月1回程度 c. 月2回程度)
2. 定期的ではないが行っている
3. ほとんど行っていない
4. 行っていない

デイ・ケア等のプログラムについて伺います。 ※プログラム一覧表あればご提供下さい。

問 21 各定期プログラムの実施状況について、参加形態別に該当する番号に○を付けて下さい。

※オープンとはメンバーが固定していないものを、クローズドとはメンバーが完全に固定されているものを指します。

プログラム内容	実施している			実施していない
	オープン	セミクローズド	クローズド	
1) 運動系レクリエーションプログラム	1	2	3	4
2) 文化系レクリエーションプログラム	1	2	3	4
3) 作業系プログラム	1	2	3	4
4) 心理教育 (当事者)	1	2	3	4
5) 心理教育 (家族)	1	2	3	4
6) SST	1	2	3	4
7) 導入期グループ	1	2	3	4
8) 就労支援グループ	1	2	3	4
9) 生活援助プログラム (金銭管理等)	1	2	3	4
10) その他	1	2	3	4

問 22 定期プログラムの評価を行っていますか。また、定期的に行っている場合は、その頻度を記入して下さい。

1. 定期的に行っている (頻度：a. 週1回程度 b. 月1回程度 c. 月2回程度)
2. 定期的ではないが行っている
3. ほとんど行っていない
4. 行っていない

体験利用について伺います。

問 23 現在、貴施設のデイ・ケアでは、入院中の患者の体験利用を受けていますか。

1. 受けている

2. 受けていない→問24へ



付問 1 直近 6 ヶ月間（平成 20 年 4 月 1 日～平成 20 年 9 月 30 日）に体験入所した患者数を記入して下さい。

体験入所患者数 人

付問 2 体験利用した患者が入院していた病棟ごとの患者数を記入して下さい。

病棟名	人数
1) 精神科救急病棟	人
2) 精神科急性期治療病棟	人
3) 精神入院基本料病棟 7:1 10:1	人
4) 精神入院基本料病棟 15:1	人
5) 精神入院基本料病棟 18:1 20:1	人
6) 精神療養病棟	人
7) その他	人

付問 3 上記の患者の体験利用期間別の人数を記入して下さい。

体験利用期間	人数	体験利用期間	人数
1) 1週間未満	人	2) 1週間以上2週間未満	人
3) 2週間以上1ヶ月未満	人	4) 1ヶ月以上3ヶ月未満	人
5) 3ヶ月以上1年未満	人	6) 1年以上	人

付問 4 上記体験利用者のうち、正式に入所した患者数を記入して下さい。

正式入所患者数 人

付問 5 「精神科デイ・ケア等」を正式利用する前に、体験利用した人がいる場合のメリットは何ですか。利用者側とデイ・ケア側に分けてお答えください。

■体験利用者にとってのメリット

■デイ・ケアにとってのメリット

付問 6 「精神科デイ・ケア等」を正式利用する前に体験利用したことで、どのような効果が得られましたか。利用者側とデイ・ケア側に分けてお答えください。

■体験利用者が得られた効果

■デイ・ケアが得られた効果

問 24 貴デイ・ケアに体験利用は必要だと思いますか。

1. 必要だと思う

2. 必要だとは思わない

外来・病棟との連携について伺います。

問 25 貴デイ・ケアと外来・病棟との連携状況をお聞かせ下さい。また、連携がとれている場合は、現在の連携の内容、今後必要と思われる連携の内容を具体的に記入して下さい。

1) 外来との連携

1. 十分とれている	2. ほぼとれている	3. どちらともいえない
3. あまりとれていない	4. とれていない	
■現在の連携の内容		
■今後必要と思われる連携の内容		

2) 病棟との連携

1. 十分とれている	2. ほぼとれている	3. どちらともいえない
3. あまりとれていない	4. とれていない	
■現在の連携の内容		
■今後必要と思われる連携の内容		

最後に、精神科デイ・ケア等が地域生活移行に関して果たしている役割は何かなどお考えがありましたら、自由に記入して下さい。また、この調査についてご意見などがありましたら、お聞かせ下さい。

--

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました

○記入が済みましたら……

①記入もれや記入ミスがないかどうか、お手数でももう一度ご確認ください。

② 11月7日（金）までに添付の返信用封筒にてご投函下さいますようお願い致します。

2. 調査票 B

平成 20 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）
「精神科デイ・ケアの効果的活用と地域連携パスの開発」

精神科デイ・ケアの利用に関する実態調査 アンケート票 B

このアンケート調査は、社団法人日本精神科看護技術協会が厚生労働省の平成 20 年度障害者保健福祉推進事業研究費補助金を得て行う研究「精神科デイ・ケアの効果的活用と地域連携パスの開発」の一部です。

調査の目的は、現在多くの精神障がい者が利用している精神科デイ・ケアの効果を、退院促進や地域移行への側面から明らかにし、他の福祉サービスでは代替しにくい医療的效果について考察することです。

お忙しいところ大変恐縮ではございますが、何卒よろしくご協力くださいますようお願い致します。

社団法人 日本精神科看護技術協会

〔ご記入にあたって〕

1. デイ・ケアスタッフの方がご記入下さい。
2. この調査の対象となる患者さんは、平成 18 年 7 月から 9 月の 3 ヶ月間に「精神科デイ・ケア」を利用し始めた方（新規・入所を含む）全員です。
3. 1 人の対象者につき 1 部をご利用ください。
4. 回収後はコンピューターによる集計・分析作業に用いるだけですので、記入者や対象者の情報は守られます。
5. アンケート用紙とその回答は、本研究以外に用いることはありません。
6. ご回答は、あてはまる答えの番号を○印でかこむ場合がほとんどですが、数字やことばを具体的に記入していただく場合もあります。
7. 設問に（複数回答）との記載がない場合は、○印を一つだけ付けて下さい。
8. お答えが「その他」の場合は、その番号に○印をつけて（ ）に具体的内容をお書き下さい。
9. ご記入いただいたアンケート用紙は、貴施設のデイ・ケア等のプログラム（平成 20 年 10 月分）と、調査用紙 A とともに、11 月 7 日（金）までに同封の返信用封筒でご返送下さい。

本アンケートについてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

研究代表者 末安民生
社団法人日本精神科看護技術協会
〒 103-0002 東京都中央区日本橋馬喰町 2-3-2
セントピアビル 8 階
電 話 03-3667-8661
ファックス 03-3667-8662

◆この質問紙は、貴施設精神科デイ・ケア等について回答していただくものです。この回答により施設や個人が特定されることはありません。

◆回答は、平成 20 年 10 月 1 日現在でお答えください。

問 1 対象者の属性について記入して下さい。

1) 年齢	歳	2) 性別	1. 男性	2. 女性
3) 疾患名		4) 発症年齢		歳
5) ICD-10 分類による主病名 (○印は一つ)				
1. アルツハイマー病型認知症、血管性認知症その他の器質性精神障害 (F 0)				
2-1. アルコール使用精神及び行動の障害 (F 1)				
2-2. アルコールを除く覚醒剤等の精神作用物質による精神及び行動の障害 (F 1)				
3. 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、急性一過性精神病性障害、統合失調症感情障害等 (F 2)				
4. 気分 [感情] 障害 (F 3)				
5. 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (F 4)				
6. 摂食障害等生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 (F 5)				
7. 成人のパーソナリティ及び行動の障害 (F 6)				
8. 精神遅滞 <知的障害> (F 7)				
9. 発達障害等の心理的発達の障害 (F 8)				
10. 小児期及び青年期に発症する行動及び情緒の障害 (F 9)				
11. その他 (てんかん、特定不能の精神障害)				
6) 通算入院回数	回	7) 通算入院期間	年	ヶ月
8) 発症から初回のデイ・ケア等入所までの期間			年	ヶ月
9) 今回利用のための体験入所の有無		1. 有る	2. 無い	
10) 住居の状況		1. 単身生活	2. 家族と同居	
		3. 施設に入所中 (グループホーム・援護寮)		
		4. その他 ()	5. 不明	
11) 最終学歴		1. 小学校・中学校	2. 高校・旧制中学校	
		3. 短大・高等専門学校	4. 専門学校	
		5. 大学・大学院	6. その他	7. 不明
12) 就労経験		1. 有る	2. 無い	3. 不明
13) 就労内容 (複数回答)		1. 本採用	2. 派遣	3. パート
		4. アルバイト	5. 自営業	6. 内職
		7. その他 ()	8. 不明	

問 2 対象者は、これまで (平成 18 年 6 月 30 日以前) 貴施設の精神科デイ・ケアに登録したことがありますか。

1. ある

2. ない → 問 3 へ

付問 1 通算の登録回数をお聞かせ下さい。

1. 5 回以上 2. 3 回以上 5 回未満 3. 3 回未満

付問 2 通算の入所期間を記入して下さい。

1. 6 ヶ月未満 2. 6 年以上 1 年未満 3. 1 年以上 3 年未満 4. 3 年以上

問 3 対象者は、これまで (平成 18 年 6 月 30 日以前) 他施設の精神科デイ・ケアを利用したことがありますか。

1. ある

2. ない 3. 不明 → 問 4 へ

付問 1 通算の利用回数をお聞かせ下さい。

1. 5 回以上 2. 3 回以上 5 回未満 3. 3 回未満 4. 不明

付問 2 通算の入所期間を記入して下さい。

1. 6 ヶ月未満 2. 6 年以上 1 年未満 3. 1 年以上 3 年未満
4. 3 年以上 5. 不明

問4 対象者の利用状況について、入所開始日（平成18年7月から9月の3ヶ月間）と新規・再入所の区別、入所の経緯を教えてください。

1) 利用開始日	平成18年 月 日	2) 区分	1. 新規	2. 再入所 (回目)
3) 利用内容	1. 精神科デイ・ケア 2. 精神科ショート・ケア 3. 精神科ナイト・ケア 4. 精神科デイ・ナイト・ケア			
4) 経緯	1. 貴院外来 2. 貴院入院 3. 他院外来 4. 他院入院 5. その他			

問5 対象者の利用状況について、現在の状況をお聞かせ下さい。

1. 退所

2. 現在も通所中→問6へ

付問1 退所日をお聞かせ下さい。

平成		年		月		日
----	--	---	--	---	--	---

付問2 退所の理由をお聞かせ下さい。（複数回答）また、再入院の場合は、現在の状況をお聞かせ下さい。

1. 本人の意思	2. 復学・復職	3. 作業所等の福祉サービスの利用
4. 再入院	5. その他 ()	
■現在の状況（再入院の場合のみ）		
1. 現在も入院中		
2. 退院してデイ・ケアを利用している →再入院の期間 (日間)		
3. 退院してデイ・ケアを利用していない→再入院の期間 (日間)		

問6 対象者の入所時と退所時（現在も入所中であれば平成20年10月1日時点）におけるデイ・ケア等入所の目的に当てはまる番号に○を付けて下さい。

1) 入所時におけるデイ・ケア等入所の目的（複数回答）

1. 就学・就労支援（就労移行、継続支援・ジョブコーチ・トライアル雇用等）
2. 次の福祉的ステップへの移行 （自立訓練・地域活動支援センター・居宅支援サービス・介護保険サービス等）
3. 心理教育やSST、グループ活動などのプログラム目的
4. 再入院・再発予防
5. 生活リズムの維持・生活の楽しみ
6. 集団や人に慣れる
7. 家族の負担減
8. 服薬・金銭管理
9. その他 ()

2) 退所時（または現在）におけるデイ・ケア等入所の目的（複数回答）

1. 就学・就労支援（就労移行、継続支援・ジョブコーチ・トライアル雇用等）
2. 次の福祉的ステップへの移行 （自立訓練・地域活動支援センター・居宅支援サービス・介護保険サービス等）
3. 心理教育やSST、グループ活動などのプログラム目的
4. 再入院・再発予防
5. 生活リズムの維持・生活の楽しみ
6. 集団や人に慣れる
7. 家族の負担減
8. 服薬・金銭管理
9. その他 ()

問7 以下の項目について、対象者のデイ・ケア等入所時と退所時（現在も入所中であれば平成20年10月1日時点）での評価をお聞かせ下さい。

項 目	入所時			退所時 (または現在)		
	できた よかつた	どちらとも いえない	できなかった わるかつた	よくなつた	かわらない	わるくなつた
1) 疾病と治療についての理解	1	2	3	1	2	3
2) 服薬アドヒアランス	1	2	3	1	2	3
3) 症状や再発サインへの対処スキル	1	2	3	1	2	3
4) 家事等、日常生活技能	1	2	3	1	2	3
5) 自己理解や自己評価、自己表現	1	2	3	1	2	3
6) 他者との交流や対人交流技能	1	2	3	1	2	3
7) 作業能力や職業習慣	1	2	3	1	2	3

問8 対象者のデイ・ケア等入所時と退所時（現在も入所中であれば平成20年10月1日時点）に利用していた（いる）内容と利用回数をお聞かせ下さい。

1) 入所時（複数回答）

1. 精神科デイ・ケア（週 回）	2. 精神科ショート・ケア（週 回）
3. 精神科ナイト・ケア（週 回）	4. 精神科デイ・ナイト・ケア（週 回）

2) 退所時または現在（複数回答）

1. 精神科デイ・ケア（週 回）	2. 精神科ショート・ケア（週 回）
3. 精神科ナイト・ケア（週 回）	4. 精神科デイ・ナイト・ケア（週 回）

問9 対象者に担当者がいました（います）か。

1. 担当者がいた（いる）	2. 特に決まった担当者はいなかった（いない）
---------------	-------------------------

問10 貴デイ・ケア内において、対象者のケースでカンファレンスやケア会議を行いました（行っています）か。

1. 個別で行った	2. 複数のケースとともにした	3. 特に行っていない
-----------	-----------------	-------------

問11 問10のケースについてのケア会議やカンファレンスを外部（貴施設外）の人と行いました（行っています）か。

行った場合は、出席メンバーを記入して下さい。

1. 行った（出席メンバー： _____）	2. 特に行っていない
-----------------------	-------------

問12 対象者に実施した（している）プログラムの番号に○を付けて下さい。また、それらの中から特に有効であったと考えられるものの番号を、上位3つまで記入して下さい。

1. 運動系レクリエーションプログラム	2. 文化系レクリエーションプログラム	
3. 作業系プログラム	4. 心理教育（当事者）	5. 心理教育（家族）
6. SST	7. 導入期グループ	8. 就労支援グループ
9. 生活援助プログラム（金銭管理等）	10. その他（ _____ ）	
特に有効であったプログラム _____ (上位3つまでの番号を記入して下さい)		

問 13 対象者が他に利用していた医療・福祉サービスがあれば、デイ・ケア等の入所時（平成 18 年 7 月から 9 月）、1 年目（平成 19 年 7 月から 9 月）、2 年目（現在）のそれぞれについて該当する項目の番号に○をお付けください。

1) 入所時（複数回答）（平成 18 年 7 月から 9 月）

1. 訪問看護	2. グループホーム	3. ホームヘルプサービス
4. ショートステイ	5. 地域活動支援センター	6. ケアホーム
7. その他（		）
8. その他（		）
9. その他（		）
10. 特に利用していない		

2) 1 年後（複数回答）（平成 19 年 7 月から 9 月）

1. 訪問看護	2. グループホーム	3. ホームヘルプサービス
4. ショートステイ	5. 地域活動支援センター	6. ケアホーム
7. その他（		）
8. その他（		）
9. その他（		）
10. 特に利用していない		

3) 2 年後【現在】（複数回答）

1. 訪問看護	2. グループホーム	3. ホームヘルプサービス
4. ショートステイ	5. 地域活動支援センター	6. ケアホーム
7. その他（		）
8. その他（		）
9. その他（		）
10. 特に利用していない		

最後に、この対象者にとってデイ・ケア等がどのような役割であったか、また、この対象者に必要だった支援は何かなど、自由に記入して下さい。

また、「精神科デイ・ケア」が地域生活移行に関して果たしている役割は何かなどお考えがありましたら、自由に記入して下さい。

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました

○記入が済みでしたら……

- ① 記入もれや記入ミスがないかどうか、お手数でももう一度ご確認下さい。
- ② 11 月 7 日（金）までに添付の返信用封筒にてご投函下さいますようお願い致します。

Ⅱ．調査結果

1. A 票

1) 精神科デイケア(以下、デイケア)等で勤務しているスタッフの状況

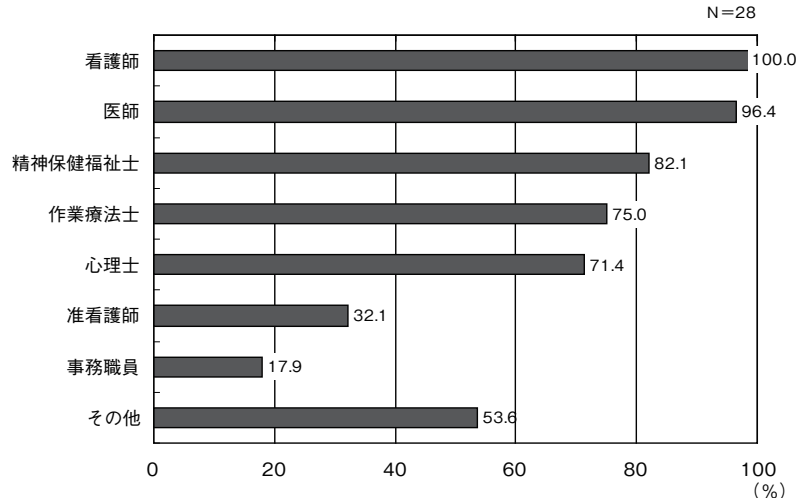


図1 デイケア等で勤務しているスタッフの状況

デイ・ケア等で勤務しているスタッフの状況についてみると、「看護師」を挙げた施設が100%で最も高く、これに「医師」が96.4%、「精神保健福祉士」が82.1%、「作業療法士」が75.0%、「心理士」が71.4%が続いている。

表1 デイ・ケア等で勤務している平均スタッフ数

	専任	兼任
1) 医師	1.0人	2.6人
2) 看護師	2.4人	2.1人
3) 准看護師	1.9人	0.5人
4) 精神保健福祉士	1.9人	1.8人
5) 作業療法士	1.3人	1.5人
6) 心理士	1.1人	1.8人
7) 事務職員	0.5人	1.0人
8) その他	2.1人	1.0人

デイ・ケア等で勤務している1施設あたりの平均スタッフ数についてみると、専任は看護師が2.4人で最も多く、准看護師、精神保健福祉士が共に1.9人で続いている。

また、兼任は医師が2.6人で最も多く、看護師が2.1人、精神保健福祉士と心理士が共に1.8人で続いている。

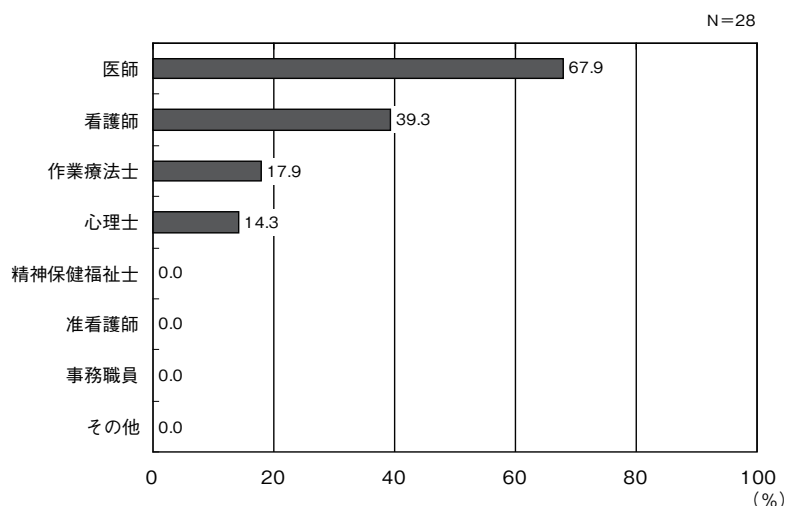


図2 管理職またはリーダーの職種

管理職またはリーダーの職種についてみると、「医師」が67.9%で最も高く、「看護師」が39.3%が続いている。

2) 運営しているデイ・ケア等の種別

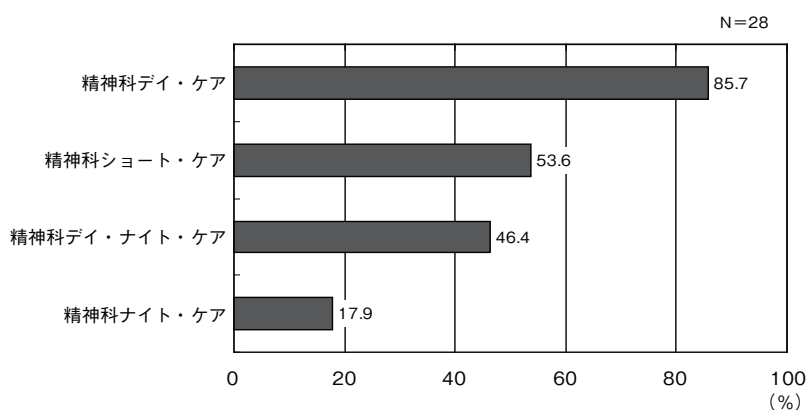


図3 運営しているデイケア

運営しているデイ・ケア等の種別についてみると、「精神科デイ・ケア (以下、デイケア)」が85.7%で最も高く、「精神科ショートケア (以下、ショートケア)」が53.6%、「精神科デイ・ナイト・ケア (以下、デイナイトケア)」が46.4%が続いている。

3) 運営しているデイ・ケアの活動延べ日数と参加延べ人数の状況

表2 運営しているデイ・ケアの活動延べ日数と参加延べ人数の状況

運営しているデイ・ケア	活動延べ日数 (平均)	年間参加延べ人数 (平均)
1) 精神科デイ・ケア	255.9 日	9,115.4 人
2) 精神科ショート・ケア	207.7 日	565.8 人
3) 精神科ナイト・ケア	107.4 日	132.8 人
4) 精神科デイ・ナイト・ケア	220.0 日	6,678.1 人

(1) 精神科デイ・ケア

デイ・ケアを運営している24施設 (回答は23施設) における活動延べ日数をみると、1施設あたりの平均日数は255.9日であった。最も活動延べ日数が多いところで296日、最も短いところで207日であり、1ヵ月当たりの平均日数は21.3日であった。

また、年間参加延べ人数をみると、1施設あたりの平均人数は9,115.4人であった。最も年間参加延べ人数が多いところで26,744人、最も少ないところで2,248人であり、1日あたりの平均人数は24.9人であった。

(2) 精神科ショート・ケア

ショート・ケアを運営している 15 施設（回答は 14 施設）における活動延べ日数をみると、1 施設あたりの平均日数は 207.7 日であった。最も活動延べ日数が多いところで 296 日、最も短いところで 33 日であり、1 ヶ月当たりの平均日数は 17.2 日であった。

また、年間参加延べ人数をみると、1 施設あたりの平均人数は 565.8 人であった。最も年間参加延べ人数が多いところで 1,555 人、最も少ないところで 2 人であり、1 日あたりの平均人数は 1.5 人であった。

(3) 精神科ナイト・ケア

ナイト・ケアを運営している 5 施設における活動延べ日数をみると、1 施設あたりの平均日数は 107.4 日であった。最も活動延べ日数が多いところで 295 日、最も短いところで 0 日であり、1 ヶ月当たりの平均日数は 9.0 日であった。

また、年間参加延べ人数をみると、1 施設あたりの平均人数は 132.8 人であった。最も年間参加延べ人数が多いところで 371 人、最も少ないところで 0 人であり、1 日あたりの平均人数は 0.3 人であった。

4) 精神科デイ・ナイト・ケア

デイ・ナイト・ケアを運営している 13 施設（回答は 12 施設）における活動延べ日数をみると、1 施設あたりの平均日数は 220.0 日であった。最も活動延べ日数が多いところで 295 日、最も短いところで 0 日であり、1 ヶ月当たりの平均日数は 18.3 日であった。

また、年間参加延べ人数をみると、1 施設あたりの平均人数は 6,678.1 人であった。最も年間参加延べ人数が多いところで 15,092 人、最も少ないところで 0 人であり、1 日あたりの平均人数は 18.2 人であった。

4) デイ・ケア等の登録者の状況

表3 年齢別にみたデイ・ケア等の平均登録者数

	合計	男性	女性
1) 20 歳未満	1.2 人	0.8 人	0.4 人
2) 20 歳以上 40 歳未満	33.8 人	21.8 人	12.0 人
3) 40 歳以上 65 歳未満	63.5 人	41.4 人	22.1 人
4) 65 歳以上 75 歳未満	8.7 人	5.6 人	3.1 人
5) 75 歳以上	0.9 人	0.5 人	0.4 人

デイ・ケア等の 1 施設あたりの平均登録者数を年齢別にみると、「40 歳以上 65 歳未満」が 63.5 人で最も多く、「20 歳以上 40 歳未満」が 33.8 人で続いていた。

また、いずれの年齢層も、男性の平均登録者数が女性を上回っていた。

表4 疾患「主病名」別登録者数

疾患名「主病名」	平均人数	構成割合
1) アルツハイマー病型認知症、血管性認知症その他の器質性精神障害 (F 0)	2.8 人	46.4%
2-1) アルコール使用精神及び行動の障害 (F 1)	2.7 人	53.6%
2-2) アルコールを除く覚醒剤等の精神作用物質による精神及び行動の障害 (F 1)	1.1 人	21.4%
3) 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、急性一過性精神病性障害、統合失調症感情障害等 (F 2)	86.6 人	92.9%
4) 気分〔感情〕障害 (F 3)	7.7 人	92.9%
5) 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (F 4)	2.0 人	53.6%
6) 摂食障害等生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 (F 5)	0.3 人	14.3%
7) 成人のパーソナリティ及び行動の障害 (F 6)	1.6 人	57.1%
8) 精神遅滞<知的障害>(F 7)	1.6 人	67.9%
9) 発達障害等の心理的発達の障害 (F 8)	0.9 人	39.3%
10) 小児期及び青年期に発症する行動及び情緒の障害 (F 9)	0 人	3.6%
11) その他(てんかん、特定不能の精神障害)	1.3 人	50.0%

疾患「主病名」別登録者数についてみると、1施設あたりの平均人数は、「統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、急性一過性精神病性障害、統合失調症感情障害等 (F 2)」が 86.6 人で突出して多く、「気分〔感情〕障害 (F 3)」が 7.7 人、「アルツハイマー病型認知症、血管性認知症その他の器質性精神障害 (F 0)」が 2.8 人、「アルコール使用精神及び行動の障害 (F 1)」が 2.7 人であった。

疾患「主病名」別の構成割合をみると、「統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、急性一過性精神病性障害、統合失調症感情障害等 (F 2)」「気分〔感情〕障害 (F 3)」の登録者がいる施設がどちらも 92.9% を占め、最も高かった。また、「精神遅滞<知的障害>(F 7)」が 67.9%、「成人のパーソナリティ及び行動の障害 (F 6)」が 57.1%、「アルコール使用精神及び行動の障害 (F 1)」と「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (F 4)」がどちらも 53.6% で半数を超えていた。

表5 保険種別の登録者数

保険種別	合計	男性	女性
1) 健康保険 (本人)	2.7 人	2.2 人	0.5 人
2) 健康保険 (家族)	12.5 人	6.7 人	5.8 人
3) 国民健康保険	60.6 人	40.7 人	19.9 人
4) 生活保護	27.2 人	17.6 人	9.6 人
5) 自立支援医療利用者 (再掲)	70.2 人	44.8 人	25.4 人

保険種別の登録者数の状況をみると、1施設あたりの平均登録者数は、「自立支援医療利用者 (再掲)」が 70.2 人であった。保険種別では、「国民健康保険」が 60.6 人で最も多く、これに「生活保護」が 27.2 人で続いていた。また、いずれの保険種も、男性の平均登録者数が女性を上回っていた。

表6 居住状況別の登録者数

居住状況	合計	男性	女性
1) 単身生活	27.3人	17.9人	9.4人
2) 家族と同居	60.1人	38.6人	21.5人
3) 施設に入所中（グループホーム・介護寮等）	16.4人	10.6人	5.8人
4) その他	2.4人	1.8人	0.6人

居住状況別の登録者数をみると、1施設あたりの平均登録者数は、「家族と同居」が60.1人で最も多く、これに「単身生活」が27.3人で続いていた。

また、いずれの居住状況においても、男性の平均登録者数が女性を上回っていた。

表7 今回の利用期間別の登録者数

今回の利用期間	合計	男性	女性
1) 1ヶ月未満	3.6人	2.2人	1.4人
2) 1ヶ月以上6ヶ月未満	11.6人	6.8人	4.8人
3) 6ヶ月以上1年未満	11.4人	6.4人	5.0人
4) 1年以上	78.7人	52.5人	26.2人

今回の利用期間別の登録者数をみると、1施設あたりの平均登録者数は、「1年以上」が78.7人で突出して多く、これに「1ヵ月以上6ヵ月未満」が11.6人で続いていた。

また、いずれの利用期間においても、男性の平均登録者数が女性を上回っていた。

表8 初回入所からの利用期間別の登録者数

初回入所からの利用期間	合計	男性	女性
1) 1年未満	19.4人	11.7人	7.7人
2) 1年以上3年未満	24.0人	15.5人	8.5人
3) 3年以上5年未満	19.5人	12.4人	7.1人
4) 5年以上	47.0人	32.0人	15.0人

初回入所からの利用期間別の登録者数をみると、1施設あたりの平均登録者数は、「5年以上」が47.0人で突出して多く、これに「1年以上3年未満」が24.0人で続いていた。

また、いずれの利用期間においても、男性の平均登録者数が女性を上回っていた。

表9 利用回数別の登録者数

利用回数	合計	男性	女性
1) 20回以上	18.5人	13.5人	5.0人
2) 10回以上20回未満	31.0人	21.0人	10.0人
3) 10回未満	56.9人	35.5人	21.4人

利用回数別の登録者数をみると、1施設あたりの平均登録者数は、「10回未満」が56.9人で突出して多く、これに「10回以上20回未満」が31.0人で続いていた。

また、いずれの利用期間においても、男性の平均登録者数が女性を上回っていた。

5) デイ・ケア等利用の終了者の状況

表 10 年齢別にみたデイ・ケア等利用の終了者数

	合計	男性	女性
1) 20歳未満	0.4人	0.1人	0.3人
2) 20歳以上40歳未満	7.2人	4.2人	3.0人
3) 40歳以上65歳未満	8.3人	5.4人	2.9人
4) 65歳以上75歳未満	0.9人	0.6人	0.3人
5) 75歳以上	0.2人	0.1人	0.1人

デイ・ケア等利用の1施設あたりの平均終了者数を年齢別にみると、「40歳以上65歳未満」が8.3人で最も多く、「20歳以上40歳未満」が7.2人で続いていた。他の年齢層はいずれも1人未満であり、終了者の多くが20歳～65歳未満で占められていると推察される。

また、20歳未満から75歳未満にかけて、男性の平均終了者数が女性を上回っているが、75歳以上では、男性と女性の平均終了者数が0.1人で同じであった。

表 11 終了理由別にみたデイ・ケア等利用の終了者数

	合計	男性	女性
1) 本人の意思	4.4人	2.3人	2.1人
2) 復学・復職	0.9人	0.6人	0.3人
3) 作業所等の 他の福祉サービスの利用	1.5人	0.8人	0.7人
4) 再入院	8.1人	5.1人	3.0人
5) その他	2.3人	1.6人	0.7人

デイ・ケア等利用の1施設あたりの平均終了者数を終了理由別にみると、「再入院」が8.1人で最も多く、「本人の意思」が4.4人で続いている。

また、いずれも男性の平均終了者数が女性を上回っている。

6) デイ・ケア等の利用状況

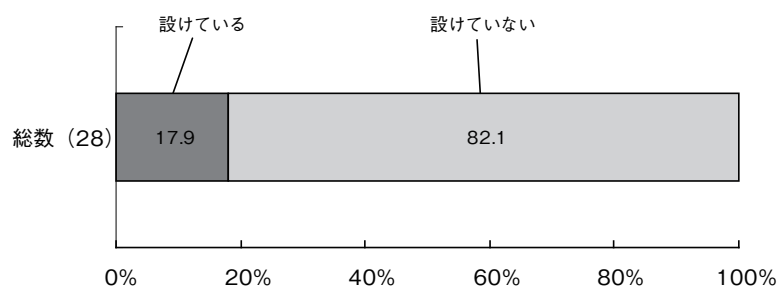


図 4 利用期間の期限の設定状況

デイ・ケア等の利用期間に関する期限の設定状況をみると、「設けている」と回答した施設の割合が17.9%であった。また、「設けている」と回答した5施設に対して、その期間を調査したところ、「1年未満」が3施設、「1年以上」が2施設、1施設あたりの平均期間が12.6ヵ月であった。

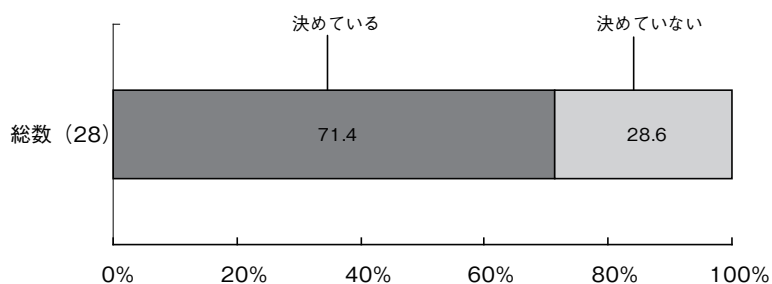


図5 入所者に対する担当者の設置状況

入所者に対して担当者を決めているか否か調査したところ、「決めている」と回答した施設の割合が71.4%を占めていった。

7. 利用者個別の目標や計画について

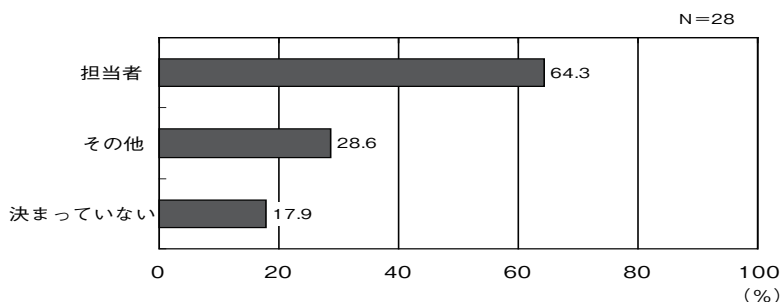


図6 目標や計画の立案者

目標や計画の立案者についてみると、「担当者」が64.3%であり、「その他」が28.6%であった。一方、「決まっていない」が17.9%であった。

また、「その他」の内容として、「スタッフ全員」「利用者」との回答がみられた。

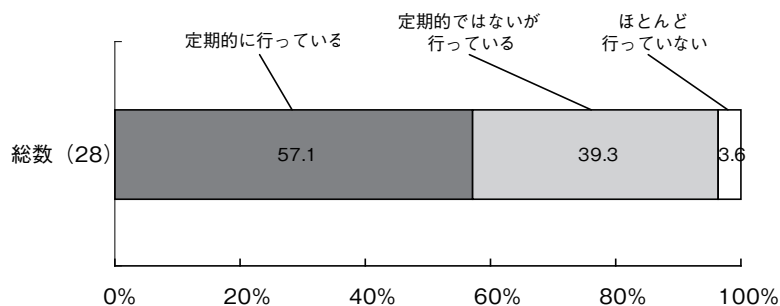


図7 目標や計画の見直しの実施状況

目標や計画の見直しの実施状況をみると、「定期的に行っている」と回答した施設の割合が57.1%、「定期的ではないが行っている」が39.3%を占めていた。

一方、「ほとんど行っていない」が3.6%であり、「行っていない」との回答はなかった。

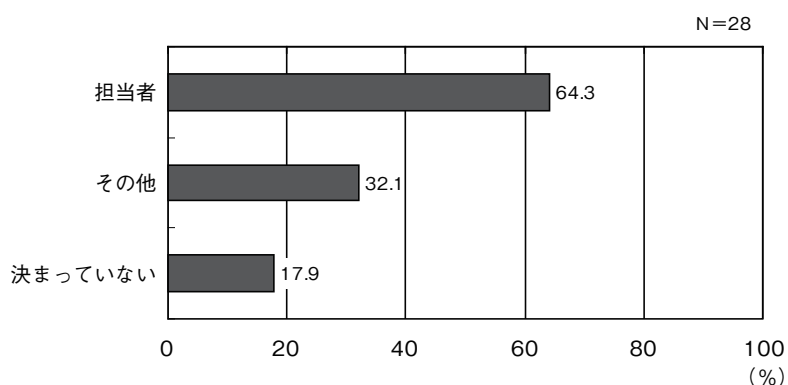


図8 目標や計画の評価・修正者

目標や計画の評価・修正者についてみると、「担当者」が64.3%であり、「その他」が32.1%であった。一方、「決まっていない」が17.9%であった。

また、「その他」の内容として、「スタッフ全員」「利用者」との回答がみられた。

8) カンファレンスについて

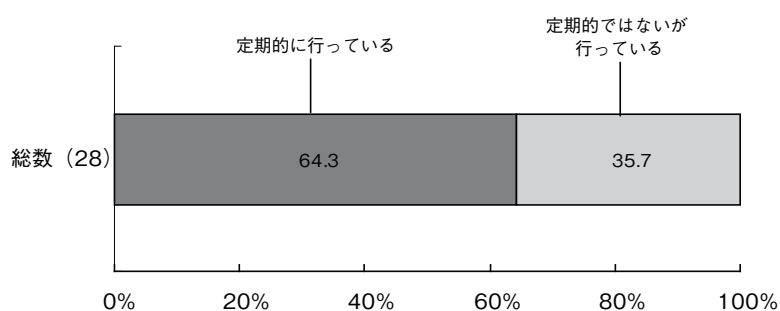


図9 運営に関するカンファレンスの実施状況

運営に関するカンファレンスの実施状況を見ると、「定期的に行っている」と回答した施設の割合が64.3%、「定期的ではないが行っている」が35.7%であった。一方、「ほとんど行っていない」「行っていない」との回答はなかった。

また、定期的に行っていると回答した18施設に対して、その頻度を調査したところ、「週1回程度」が50.0%、「月1回程度」が44.4%であった。

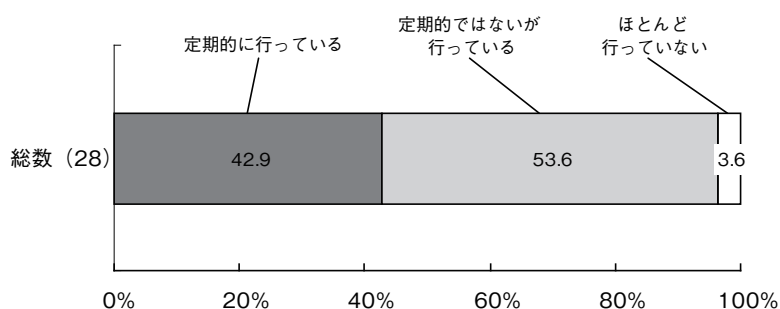


図 10 個別のケースに関するカンファレンスの実施状況

個別のケースに関するカンファレンスの実施状況を見ると、「定期的に行っている」と回答した施設の割合が42.9%、「定期的ではないが行っている」が53.6%であった。一方、「ほとんど行っていない」が3.6%、「行っていない」との回答はなかった。

また、定期的に行っていると回答した12施設に対して、その頻度を調査したところ、「週1回程度」が25.0%、「月1回程度」が50.0%であり、「月2回程度」が8.3%であった。

9) デイ・ケア等のプログラムの実施状況

(1) 運動系レクリエーションプログラム

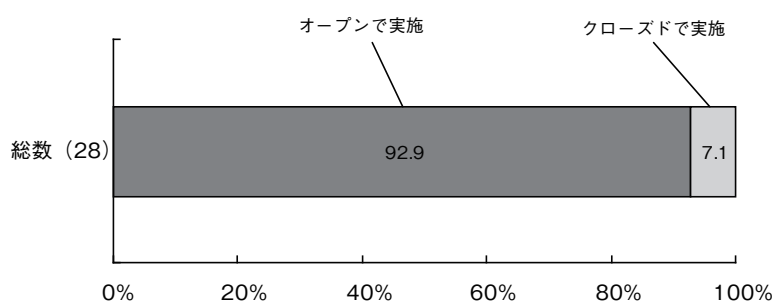


図 11 運動系レクリエーションプログラムの実施状況

運動系レクリエーションプログラムの実施状況についてみると、「オープンで実施している」と回答した施設の割合が92.9%を占めていた。

(2) 文化系レクリエーションプログラム

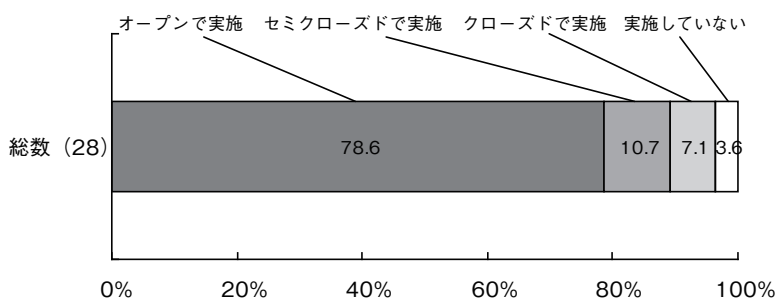


図 12 文化系レクリエーションプログラムの実施状況

文化系レクリエーションプログラムの実施状況についてみると、「オープンで実施している」と回答した施設の割合が78.6%を占めていた。一方、「実施していない」施設の割合は3.6%にすぎなかった。

3) 作業系プログラム

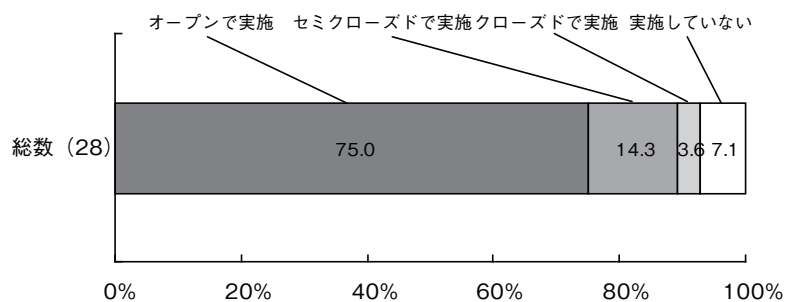


図 13 作業系プログラムの実施状況

作業系プログラムの実施状況についてみると、「オープンで実施している」と回答した施設の割合が75.0%を占めていた。一方、「実施していない」施設の割合は7.1%であった。

(4) 心理教育（当事者）

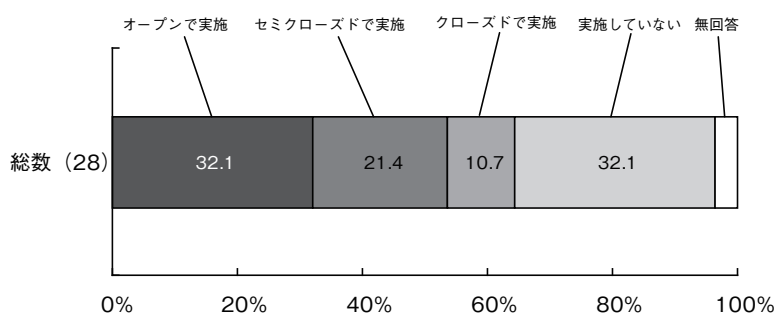


図 14 心理教育（当事者）の実施状況

心理教育（当事者）の実施状況についてみると、「オープンで実施している」と回答した施設の割合が32.1%、「セミクローズドで実施している」が21.4%、「クローズドで実施している」が10.7%であった。一方、「実施していない」施設の割合は32.1%を占めていた。

(5) 心理教育（家族）

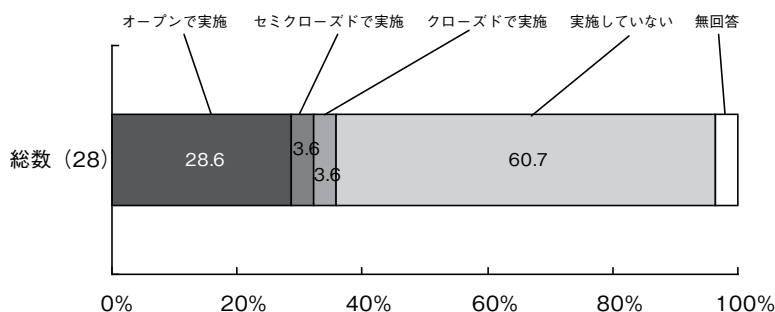


図 15 心理教育（家族）の実施状況

心理教育（当事者）の実施状況についてみると、「実施していない」施設の割合が60.7%を占めていた。また、「オープンで実施している」が28.6%であるが、「セミクローズドで実施している」「クローズドで実施している」はどちらも3.6%にすぎなかった。

(6) SST

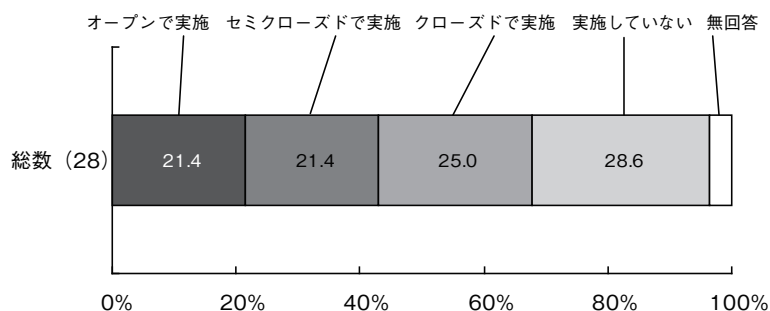


図 16 SSTの実施状況

SSTの実施状況についてみると、「オープンで実施している」と回答した施設の割合が21.4%、「セミクローズドで実施している」が21.4%、「クローズドで実施している」が25.0%であった。一方、「実施していない」施設の割合は28.6%を占めていた。

(7) 導入期グループ

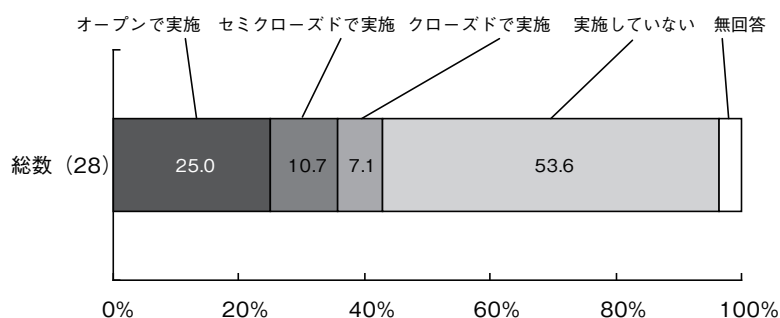


図 17 導入期グループの実施状況

導入期グループの実施状況についてみると、「実施していない」施設の割合が53.6%を占めていた。また、「オープンで実施している」が25.0%であるが、「セミクローズドで実施している」が10.7%、「クローズドで実施している」が7.1%であった。

(8) 就労支援グループ

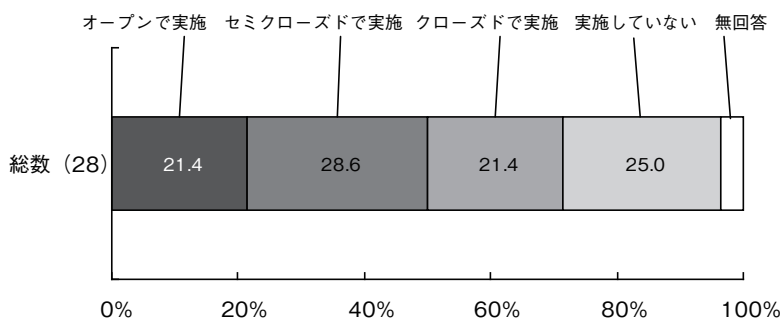


図 18 就労支援グループの実施状況

就労支援グループの実施状況についてみると、「オープンで実施している」と回答した施設の割合が21.4%、「セミクローズドで実施している」が28.6%、「クローズドで実施している」が21.4%であった。一方、「実施していない」施設の割合は25.0%を占めていた。

(9) 生活援助プログラム（金銭管理等）

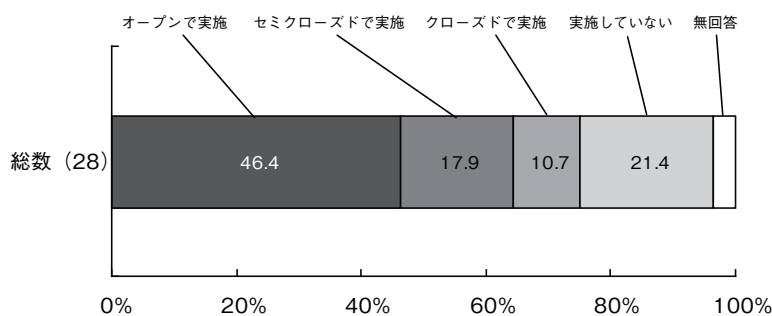


図 19 生活援助プログラムの実施状況

生活援助プログラムの実施状況についてみると、「オープンで実施している」と回答した施設の割合が46.4%を占めており、「セミクローズドで実施している」が17.9%、「クローズドで実施している」が10.7%であった。一方、「実施していない」施設の割合は21.4%であった。

(10) その他の定期プログラム

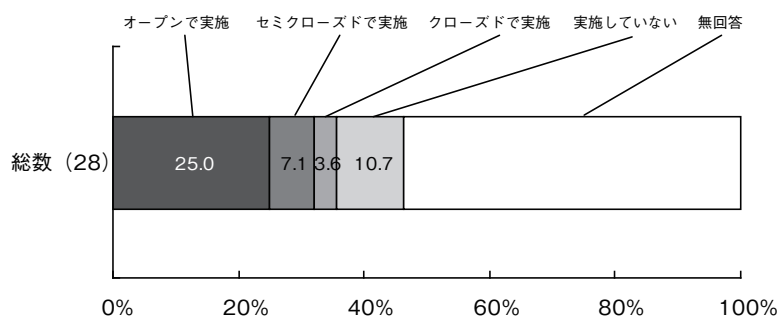


図 20 その他の定期実施状況

その他の定期プログラムの実施状況についてみると、「オープンで実施している」と回答した施設の割合が25.0%であり、「セミクローズドで実施している」が7.1%、「クローズドで実施している」が3.6%であった。一方、「実施していない」施設の割合は10.7%であった。

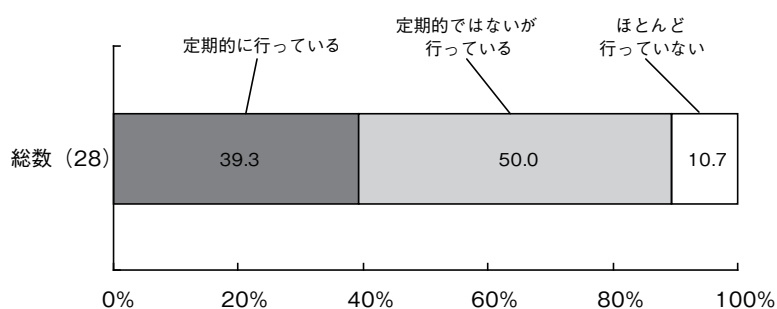


図 21 定期プログラムの評価の実施状況

定期プログラムの評価の実施状況を見ると、「定期的に行っている」と回答した施設の割合が 39.3%、「定期的ではないが行っている」が 50.0%であった。一方、「ほとんど行っていない」が 10.7%、「行っていない」との回答はなかった。

また、定期的に行っていると回答した 11 施設に対して、その頻度を調査したところ、「月 1 回程度」が 72.7%を占めていた。

10) 体験利用について

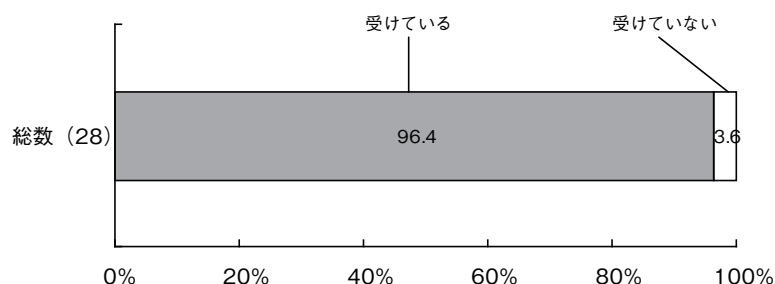


図 22 体験利用の受け入れ

入院中の患者の体験利用の受け入れ状況についてみると、「受けている」と回答した施設の割合が 96.4%を占めていた。

また、「受けている」と回答した 27 施設に対して、直近 6 カ月（平成 20 年 4 月 1 日～平成 20 年 9 月 30 日）に体験入所した患者数について調査したところ、1 施設当たりの平均人数が 11.2 人であった。

これをカテゴリ別にみると、「0～10 人」が 55.6%、「11～20 人」が 22.2%、「21～30 人」が 11.1%、「31 人以上」が 3.7%であった。

表 12 体験利用した患者が入院していた病棟別の平均患者数

病 棟 名	平均患者数
1) 精神科救急病棟	1.2 人
2) 精神科急性期治療病棟	5.7 人
3) 精神入院基本料病棟 7:1 10:1	4.8 人
4) 精神入院基本料病棟 15:1	5.7 人
5) 精神入院基本料病棟 18:1 20:1	0 人
6) 精神療養病棟	6.3 人
7) その他	2.6 人

体験利用した患者が入院していた病棟別の平均患者数をみると、「精神療養病棟」が6.3人で最も多く、「精神科急性期治療病棟」「精神入院基本料病棟 15:1」がどちらも5.7人、「精神入院基本料病棟 7:1 10:1」が4.8人であった。

表 13 体験利用患者の体験利用期間別の平均人数

体験利用期間	人数	体験利用期間	人数
1) 1週間未満	3.1 人	2) 1週間以上2週間未満	3.0 人
3) 2週間以上1ヶ月未満	1.8 人	4) 1ヶ月以上3ヶ月未満	2.1 人
5) 3ヶ月以上1年未満	1.5 人	6) 1年以上	0.3 人

体験利用患者の体験利用期間別の平均人数をみると、「1週間未満」が3.1人で最も多く、「1週間以上2週間未満」が3.0人、「1ヶ月以上3ヶ月未満」が2.1人、「2週間以上1ヶ月未満」が1.8人であった。

また、上記体験利用者のうち、正式に入所した患者数について調査したところ、1施設当たりの平均人数が7.8人であった。これをカテゴリー別にみると、「0～10人」が66.7%、「11～20人」が18.5%、「21人以上」が3.7%である。

「精神科デイ・ケア等」を正式利用する前に、体験利用した人がある場合のメリットについて調査したところ、次のようなコメントがみられた。

表 14 体験利用者にとってのメリット（自由意見）

①慣れや適応に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○場になじめる。 ○正式入所後、とけ込みやすい。 ○負担が少なくなる。 ○スタッフに慣れる。 ○環境変化の負荷を最小限にしながらコーピングスキルの獲得につなげられる。 ○退院後の目的を考えることができる。 ○不安が軽減する。 ○退院による環境変化を最低限に抑えられる。 ○入院中から相談者を作ることができる。 ○退院後のイメージを作れる。 ○各プログラムを体験できる。 ○集団適応がスムーズになる。
②情報取得に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○スタッフや利用者の様子、プログラム内容等を知ることができる。 ○利用者同士の情報交換・交流を図れる。 ○活動内容を知ることができる。 ○デイ・ケアの情報が得られる。 ○デイ・ケアの必要性を考えられる。 ○自己判断の材料になる。
③その他	<ul style="list-style-type: none"> ○プログラム利用日を検討できる。 ○病棟から出かける場所ができ、生活に張りが出る。

体験利用者にとってのメリットとして、「場になじめる」「スタッフに慣れる」「不安が軽減する」などデイ・ケアへの慣れや適応に関するコメント、「スタッフや利用者の様子、プログラム内容等を知ることができる」「デイ・ケアの情報が得られる」など事前にデイ・ケアについての情報を取得できる事に関するコメントが多い。

表 15 デイ・ケアにとってのメリット（自由意見）

①他部門との連携に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○病棟スタッフの協力が得られる。 ○デイ・ケア終了後の状態観察を病棟でもらえる。 ○他職種と連携をとってフォローできる。 ○入院からの連携がスムーズになる。 ○病棟に出向いていけるため、本人とデイ・ケアの時間外でのアプローチが容易である。 ○ケア会議が行われるため、コメディカルや周辺施設と連携をとりやすい。 ○退院の見極めに参加できる。
②利用者の情報の取得に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○適応の判断ができる。 ○負荷の病態把握から対処行動につなげ、評価できる。 ○利用者を把握しやすい。 ○利用者のニーズ、状態等を知ることができる。 ○退院後の利用について、本人に直接相談することができる。 ○事前に必要情報を把握できる。 ○個人を対象とした受け入れの準備ができる。 ○判定基準を考慮できる。 ○入院中の支援者と目標を確認できる。 ○退院前に支援体制を作ることができる。 ○課題が明確になる。
③その他	<ul style="list-style-type: none"> ○病状重視の退院時サマリーの補足 ○リタイアが減る。 ○導入がスムーズになる。

※自由意見の一部を掲載

デイ・ケアにとってのメリットとして、「病棟スタッフの協力が得られる」「他職種と連携をとってフォローできる」など他部門との連携に関するコメント、「適応の判断ができる」「利用者を把握しやすい」「事前に必要情報を把握できる」など事前に患者さんの情報を取得できる事に関するコメントが多い。

また、デイ・ケア等を正式利用する前に体験利用したことで得られた効果について調査したところ、次のようなコメントがみられた。

表 16 体験利用者が得られた効果（自由意見）

①慣れや適応に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○スタッフとの関係形成、チーム医療体制の実感が安心感につながる。 ○利用しやすくなる。 ○スタッフや利用者の様子、プログラム内容等を知ることができる。 ○不安が軽減する。 ○雰囲気慣れる。 ○環境変化による病状悪化を防ぐことができる。
②利用意欲の向上に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○デイ・ケア利用の有無、目的、方法が明確になる。 ○退院後の目標が見えやすくなる。 ○退院に前向きになれる。 ○ドロップアウトが減る。
③その他	<ul style="list-style-type: none"> ○社会復帰施設利用の選択肢が増える。 ○入院中と退院後で同じリハビリを受けられる。

※自由意見の一部を掲載

体験利用者が得られたメリットとして、「スタッフとの関係形成、チーム医療体制の実感が安心感につながる」「不安が軽減する」「雰囲気に慣れる」などデイ・ケアへの慣れや適応に関するコメント、「退院に前向きになれる」「ドロップアウトが減る」などデイ・ケアの利用意欲の向上に関するコメントが多かった。

表 17 デイ・ケアが得られた効果（自由意見）

①利用者との関係強化に関わる内容	<ul style="list-style-type: none"> ○定期的な通所につながりやすい。 ○デイケアの適応率の向上につながる。 ○対応しやすくなる。 ○初日の関わりがスムーズになり、信頼関係を築きやすい。 ○デイ・ケアへの通所・参加率が高まる。 ○定着率が高まる。 ○利用者と早期にコミュニケーションをとれる。
②利用者の情報取得に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○目標を設定しやすい。 ○病状を理解しやすく、次ステップも考えやすい。 ○サポート体制の準備ができる。 ○利用者の状況を把握できる。 ○問題が分かりやすく、早めに対処法を確立できる。 ○プログラムへの関わりを明確にできる。 ○病状悪化のサインを早めにキャッチできる。 ○適正を見極めることができる。
③その他	<ul style="list-style-type: none"> ○スタッフの役割分担をしやすい。 ○病棟との連携が強まった。 ○病気の再燃を予防できる。 ○早くから次の利用者の受け入れ準備ができる。 ○家族の協力を得やすい。

※自由意見の一部を掲載

デイ・ケアが得られた効果として、「対応しやすくなる」「初日の関わりがスムーズになり、信頼関係を築きやすい」「定着率が高まる」など利用者との関係強化に関するコメント、「目標を設定しやすい」「利用者の状況を把握できる」「病状悪化のサインを早めにキャッチできる」など利用者の情報取得に関するコメントが多かった。

また、デイ・ケアにおける体験利用の必要性について調査したところ、全ての施設が「必要だと思う」と回答していた。

11) 外来・病棟との連携

(1) 外来との連携状況

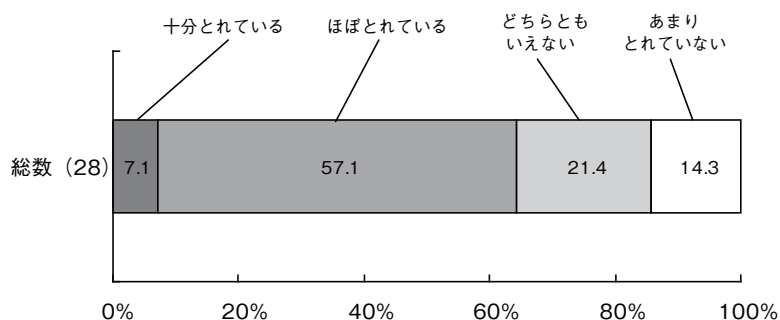


図 23 外来との連携状況

外来との連携状況について調査したところ、「十分とれている」と回答した施設の割合は7.1%、「ほぼとれている」が57.1%であった。

また、連携がとれていると回答した18施設に対して、現在の連携の内容、今後必要と思われる連携の内容について調査したところ、次のようなコメントがみられた。

表 18 現在の外来との連携の内容（自由意見）

①情報交換に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○休日中のメンバーの入院・受診状況の連絡 ○引き継ぎ、在宅カンファレンス、在宅掲示板と個別の情報交換 ○カルテ情報の提供 ○リーフレット等による内容説明 ○個人情報の共有 ○メンバーの状況を報告し、適宜訪問看護を依頼 ○毎日のデイ・ケアの内容を共有している。 ○外来診察の連絡 ○新規のメンバーの情報をもらう。 ○診察場面の情報共有 ○外来ミーティングで情報交換 ○全職種、関連部署が参加した情報交換 ○ケアに関する意見交換ができるネットワーク会議
②医療面の支援に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○利用中に具合が悪くなった時の依頼 ○問題がおきたとき等に担当医へ相談する。 ○メンバーの変化に応じた介入方法を共に考え、介入している。
③その他	<ul style="list-style-type: none"> ○見学希望のある人の見学調整、引率

※自由意見の一部を掲載

現在の外来との連携の内容として、「引き継ぎ、在宅カンファレンス、在宅掲示板と個別の情報交換」「個人情報の共有」「外来ミーティングで情報交換」など情報交換に関するコメント、「利用中に具合が悪くなった時の依頼」「問題がおきたとき等に担当医へ相談する」など医療面の支援に関するコメントが多かった。

表 19 今後必要と思われる外来との連携の内容（自由意見）

①情報交換に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者の情報交換、デイ・ケア内容の紹介 ○デイ・ケア開始時の患者情報 ○デイ・ケア導入を要するケースの事前の情報共有 ○定期的に担当医と話し合い、情報を共有する。 ○連絡漏れを無くす。 ○外来ミーティングの活用 ○医師との連携 ○訪問との連携 ○外来受診時の情報とデイ・ケアの情報を共有する。 ○外来スタッフがカンファレンスに参加する。
②その他	<ul style="list-style-type: none"> ○危機介入 ○デイ・ケア利用者の訪問の際、デイ・ケア職員も訪問したい。 ○新規利用者の導入時フォローのシステムづくり ○終了者のフォローに向けた連携 ○外来スタッフのデイ・ケア研修

※自由意見の一部を掲載

今後必要と思われる外来との連携の内容として、「対象者の情報交換」「定期的に担当医と話し合い、情報を共有する」「外来受診時の情報とデイ・ケアの情報を共有する」など情報交換に関するコメントが多かった。

(2) 病棟との連携

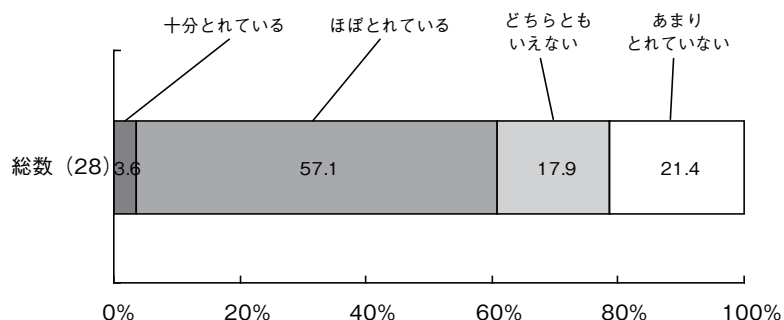


図 24 病棟との連携

病棟との連携状況について調査したところ、「十分とれている」と回答した施設の割合は 3.6%、「ほぼとれている」が 57.1%であった。また、連携がとれていると回答した 17 施設に対して、現在の連携の内容、今後必要と思われる連携の内容について調査したところ、次のようなコメントがみられた。

表 20 現在の病棟との連携の内容 (自由意見)

①情報交換に関する内容	<input type="checkbox"/> 利用時の情報交換 <input type="checkbox"/> 利用者の家族情報 <input type="checkbox"/> 引き継ぎ、在宅カンファレンス、在宅掲示板と病棟カンファレンスの適宜参加 <input type="checkbox"/> 各スタッフとの情報交換 <input type="checkbox"/> 退院支援ミーティングへのデイ・ケアスタッフの参加 <input type="checkbox"/> 他院前カンファレンスへのデイ・ケアスタッフの参加 <input type="checkbox"/> 医師とミーティングを行い、今後の方針やサポートの見直し、家族関係の調整を行っている。 <input type="checkbox"/> 入退院時の連絡調整 <input type="checkbox"/> サマリーの交換 <input type="checkbox"/> 定期的な体験利用者のカンファレンスを行っている。 <input type="checkbox"/> 体験通所者ケア会議へのデイ・ケアスタッフの参加
②その他	<input type="checkbox"/> デイ・ケアの紹介、見学の引率 <input type="checkbox"/> 見学

※自由意見の一部を掲載

現在の病棟との連携の内容として、「引き継ぎ、在宅カンファレンス、在宅掲示板と病棟カンファレンスの適宜参加」「各スタッフとの情報交換」「退院支援ミーティングへのデイ・ケアスタッフの参加」など情報交換に関するコメントが多かった。

表 21 今後必要と思われる病棟との連携の内容 (自由意見)

①情報交換に関する内容	<input type="checkbox"/> デイ・ケアスタッフが対象者のカンファレンスに参加できるような連絡・調整 <input type="checkbox"/> サマリーとお互い早い時期に提供できるようにしたい。 <input type="checkbox"/> チームカンファレンスの充実 <input type="checkbox"/> ネットワークづくり <input type="checkbox"/> 連絡漏れを無くす。 <input type="checkbox"/> 週毎に体験利用者を評価し、病棟と情報を共有する。 <input type="checkbox"/> 入院時より退院に向けての支援計画に沿ったカンファレンス <input type="checkbox"/> メンバーが入院となった際の状態報告
②その他	<input type="checkbox"/> 病棟看護師の在宅医療・地域ケアについての知識向上 <input type="checkbox"/> 「デイ・ケア招待日」を急性期病棟にも行う。 <input type="checkbox"/> 退院前の訪問に同行する。 <input type="checkbox"/> 各病棟でデイ・ケアの啓発活動を行う。 <input type="checkbox"/> 現場の見学 <input type="checkbox"/> 入院で使われているパスの見直し

※自由意見の一部を掲載

今後必要と思われる病棟との連携の内容として、「デイ・ケアスタッフが対象者のカンファレンスに参加できるような連絡・調整」「ネットワークづくり」「入院時より退院に向けての支援計画に沿ったカンファレンス」など情報交換に関するコメントが多かった。

12) 精神科デイ・ケア等が地域生活移行に関して果たしている役割

デイ・ケア等が地域生活移行に関して果たしている役割について調査したところ、次のようなコメントがみられた。

表 22 精神科デイ・ケア等が地域生活移行に関して果たしている役割の内容（自由意見）

○昼間の居場所として過ごす場の提供、状態変化へのスピーディな対処、介入など治療現場とのつながりを持っている。
○急性期、在宅ケアにおいて、デイケアでの評価が適切な在宅ケアの選択につながるケースが増えている。病状への対処行動と生活スキル向上のサポートには、病状評価の高い、地域生活全般をコーディネートできるデイケアスタッフが必要である。心理教育・SSTの有効性は言うまでもないが、個別ケアとデイケアを含む実社会での生活体験により、生活スキルは向上する。そう考えると、居場所的利用者を単に他の地域サポートに移行するという方向性にあまり賛同できない。精神障がい者の地域生活の継続は予想以上に困難である。再燃を予防し、陰性症状の進行を防ぐには、医療と地域を跨ぐデイケアの機能向上・工夫が大切である。
○日常生活の維持。再発、再入院の防止。
○就労等を含めた社会参加へのパイプ役
○単身生活者に対し、個別の生活指導や相談相手になるなど、精神障がい者が地域で生活するためにデイ・ケアが担う役割は大きい。
○デイ・ケアにより、仲間ができ、閉じこもりの生活から抜け出せるが、デイ・ケアだけに留まることが多い。自立するためには、働いて生きる力を身につけ、人生が楽しいと思えるような取り組みが必要である。
○医療として行うデイ・ケア、デイナイトケアは、食事の加算があるためか、サロンの利用している方も多く、地域で仕事に就くまでには至らない方が多い。
○精神科デイケアは、院内に過ぎない。当事者が真の意味で自立できるような役割を持つべきである。
○長期入院患者の退院促進、退院者の再発予防、退院生活の維持、就労支援、社会復帰施設等職員との連携、訪問看護との連携、主治医へ情報提供、利用者の障害の受容、利用者の自己実現の支援などの役割を担っている。
○地域で生活するスキルを身につける。
○就労準備
○再発・再入院の予防
○地域生活維持支援
○利用者の相談役
○退院後、患者さんが地域で生活するにあたり、まだまだ社会資源が十分とは言えない状況である。地域生活移行を推進するにあたり、地域で安心、安定した生活を送ることや、地域に出てから次のステップに移行するにはそれ相応の資源が必要であり、その一つの資源として、精神科デイケアは、とても重要な役割を担うものだと思う。
○社会復帰は困難であり、薬物、生活療法を家族だけでは支えきれないのが実情である。家族も生活が豊かではなく、本人を十分にサポートしていきけるだけの力が不足している。福祉制度を含め、社会資源を効果的に利用できるようにサポートするために、少し時間をかけて仲間をつくりながら安心して居る場所を提供することで精一杯である。就労までの関与を、行政主導で推進してほしい。また、現スタッフ基準では、支援範囲に限界がある。
○定期的なケア会議等を通し、地域支援スタッフにつなげる役割を担う。
○精神科医療から地域生活へのリハビリ
○個別ケアの充実による自己実現の拡大

※自由意見の一部を掲載

2.B 票

1) 対象者の属性

表 23 性別

合計	男性	女性
168	105	63
100.0%	62.5%	37.5%

表 24 年齢

合計	20歳代以下	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代以上	無回答
168	22	50	38	36	18	3	1
100.0%	13.1%	29.8%	22.6%	21.4%	10.7%	1.8%	0.6%

平均 43.8 歳

表 25 発症年齢

合 計	20 歳代 以下	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代 以上	無回答
168	112	25	11	7	2	11
100.0%	66.7%	14.9%	6.5%	4.2%	1.2%	6.5%

平均 26.6 歳

表 26 主病名

合 計	アルツハイマ ー病型認知症、 血管性認知症 その他の器質 性精神障害 (F 0)	アルコール使 用精神及び行 動の障害 (F 1)	統合失調症、 統合失調症型 障害、妄想性 障害、急性一 過性精神病性 障害、統合失 調症感情障害 等 (F 2)	気分 [感情] 障害 (F 3)	神経症性障害、 ストレス関連 障害及び身体 表現性障害 (F 4)	摂食障害等生 理的障害及び 身体的要因に 関連した行動 症候群 (F 5)
168	3	7	116	14	3	1
100.0%	1.8%	4.2%	69.0%	8.3%	1.8%	0.6%
	成人のパーソ ナリティ及び 行動の障害 (F 6)	精神遅滞 <知的障害> (F 7)	発達障害等の 心理的発達の 障害 (F 8)	その他(てんか ん、特定不能の 精神障害)	無回答	
	4	5	2	3	10	
	2.4%	3.0%	1.2%	1.8%	6.0%	

※アルコールを除く覚醒剤等の精神作用物質による精神及び行動の障害(F 1)、小児期及び青年期に発症する行動及び情緒の障害(F 9)は該当する対象者なし。

表 27 通算入院回数

合 計	0 回	1 回	2～5 回	6～10 回	11～15 回	16 回以上	無回答
168	16	30	62	35	6	6	13
100.0%	9.5%	17.9%	36.9%	20.8%	3.6%	3.6%	7.7%

平均 4.6 回

表 28 通算入院期間

合 計	3ヶ月未満	～1年未満	～3年未満	～5年未満	～10年未満	10年以上	無回答
168	19	37	35	12	15	7	43
100.0%	11.3%	22.0%	20.8%	7.1%	8.9%	4.2%	25.6%

平均 36.9 ヶ月

表 29 発症から初回のデイ・ケア等入所までの期間

合 計	1年未満	～3年未満	～5年未満	～10年未満	10年以上	無回答
168	12	20	14	29	56	37
100.0%	7.1%	11.9%	8.3%	17.3%	33.3%	22.0%

平均 133.9 ヶ月

表 30 今回利用のための体験入所の有無

合 計	有る	無い	無回答
168	69	83	16
100.0%	41.1%	49.4%	9.5%

表 31 住居の状況

合 計	単身生活	家族と同居	施設に入所中	その他	不明	無回答
168	37	97	19	12	0	3
100.0%	22.0%	57.7%	11.3%	7.1%	0%	1.8%

表 32 最終学歴

合 計	小学校 中学校	高校・ 旧制 中学校	短大・ 高等専門 学校	専門 学校	大学 大学院	その他	不明	無回答
168	44	71	8	9	25	2	3	6
100.0%	26.2%	42.3%	4.8%	5.4%	14.9%	1.2%	1.8%	3.6%

表 33 就労経験

合 計	有る	無い	不明	無回答
168	139	22	4	3
100.0%	82.7%	13.1%	2.4%	1.8%

表 34 就労内容

合 計	本採用	派遣	パート	専門 学校	大学 大学院	その他	不明	無回答
139	89	4	21	38	4	2	10	6
100.0%	64.0%	2.9%	15.1%	27.3%	2.9%	1.4%	7.2%	4.3%

2) 精神科デイ・ケアの登録経験の有無

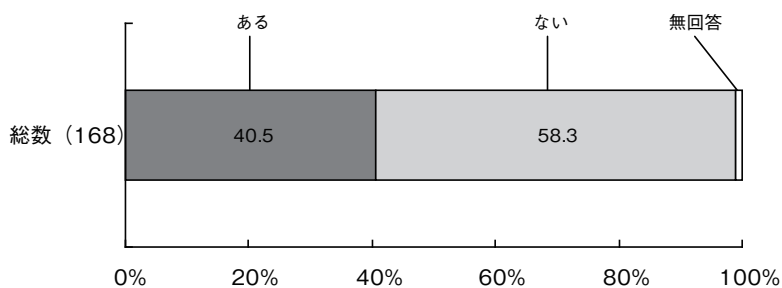


図 25 精神科デイケアの登録経験の有無

対象者における施設のデイ・ケアの登録経験について調査したところ、「ある」の割合が 40.5%であった。

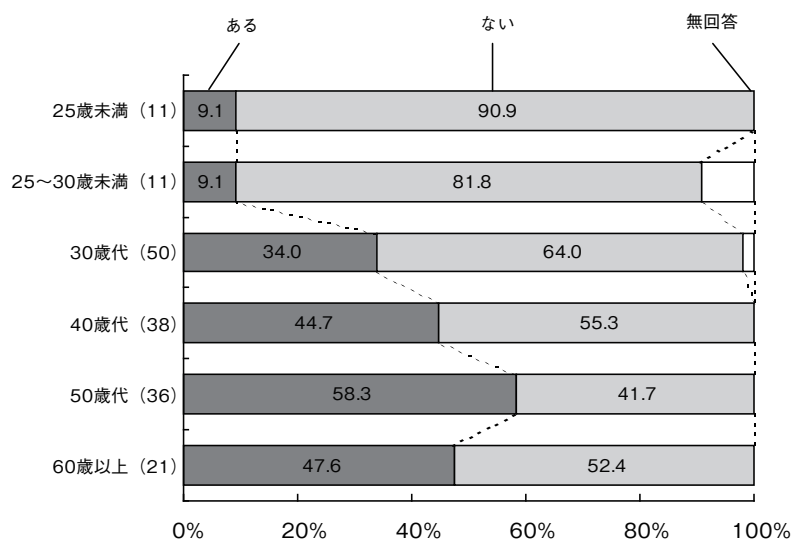


図 26 精神科デイケアの登録経験の有無 (年齢別)

これを年齢別にみると、「ある」の割合は、年齢層が高くなるほど高まる傾向がみられるが、50歳代から60歳以上にかけて10.7ポイント低下していた。

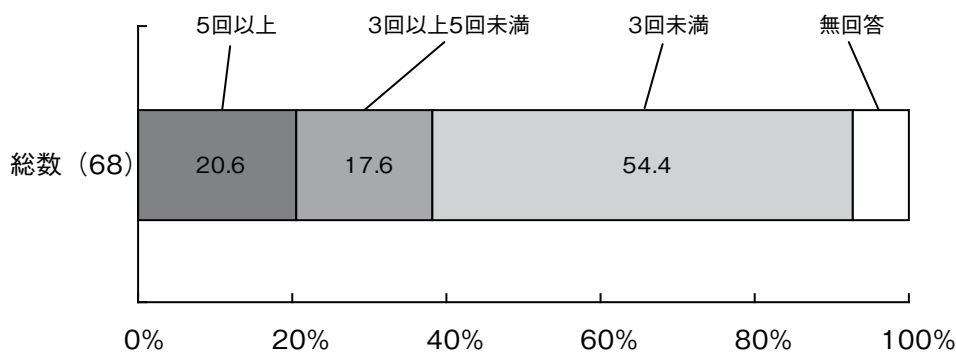


図 27 精神科デイケアの通算登録回数

登録経験がある68人の対象者の通算登録回数についてみると、「3回未満」の割合が54.4%を占めていた。

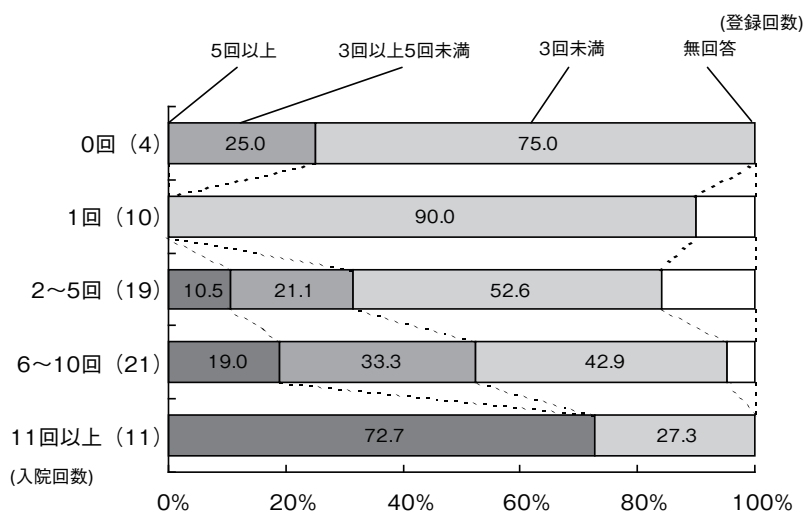


図 28 精神科デイケアの通算登録回数 (入院回数別)

これを対象者の入院回数別にみると、入院回数が多い方ほど通算登録回数が増える傾向がみられ、入院回数が“11回以上”では、登録回数が「5回以上」の対象者の割合が72.7%を占めていた。

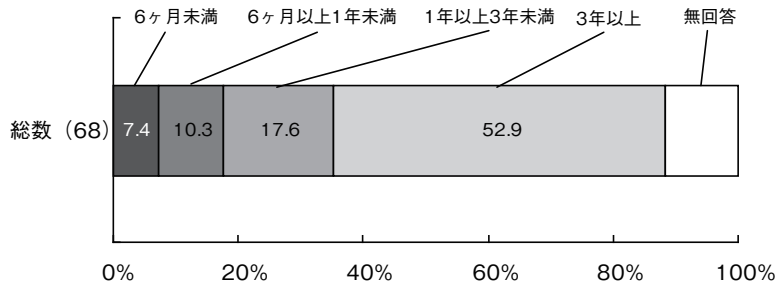


図29 精神科デイケアの通算入所期間

また、登録経験がある68人の対象者の通算入所期間についてみると、「3年以上」の割合が52.9%を占めていた。

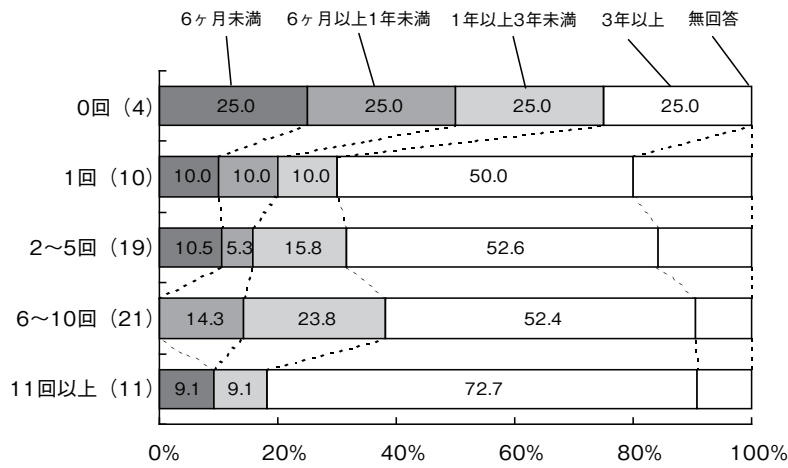


図30 精神科デイケアの通算入所期間（入院回数別）

これを対象者の入院回数別にみると、入院回数が多い方ほど通算入所期間が長くなる傾向がみられ、入院回数が“11回以上”では、入所期間が「3年以上」の対象者の割合が72.7%を占めていた。

3) 精神科デイ・ケアの利用経験の有無

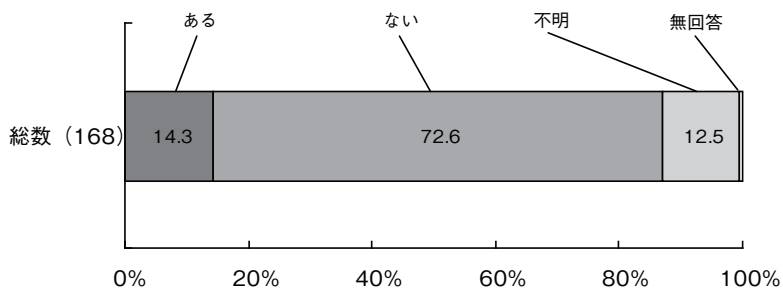


図31 他施設の精神科デイケアの利用経験の有無

対象者における他施設の精神科デイ・ケアの利用経験について調査したところ、「ある」の割合が14.3%であり、「ない」が72.6%を占めていた。

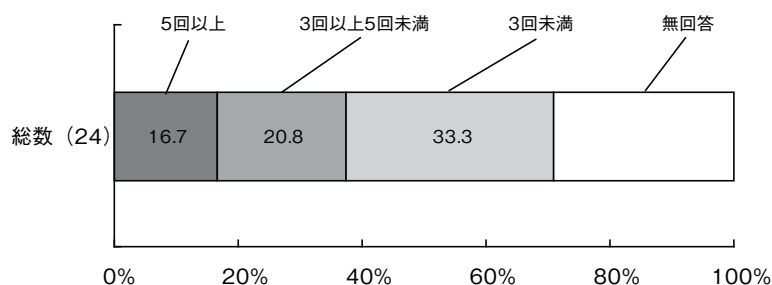


図 32 他施設の精神科デイケアの通算利用回数

他施設の利用経験がある24人の対象者に対して、他施設の精神科デイ・ケアの通算利用回数について調査したところ、「3回未満」の割合が33.3%で最も高く、「3回以上5回未満」が20.8%、「5回以上」が16.7%であった。

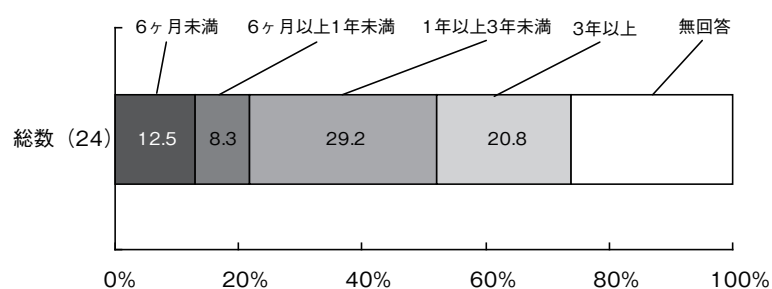


図 33 他施設の精神科デイケアの通算入所期間

また、他施設の精神科デイ・ケアの利用経験がある24人の対象者の通算入所期間についてみると、「1年以上3年未満」の割合が29.2%で最も高く、「3年以上」が20.8%であり、半数の対象者が1年以上であった。

4) 精神科デイ・ケアの利用状況

(1) 新規・再入所の状況

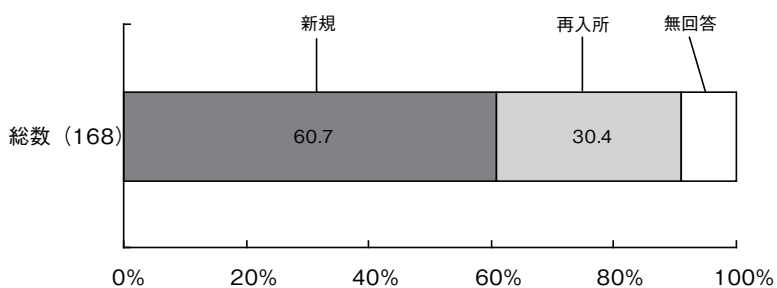


図 34 新規・再入所の状況

対象者のデイ・ケアの今回の利用について、新規・再入所の状況を見ると「新規」の割合が60.7%を占め、「再入所」は30.4%であった。

また、「再入所」の対象者51名に対して再入所の回数を調査したところ、1人当たりの平均回数は4.1回であった。これをカテゴリー別にみると、「2～4回」が68.6%を占め、「5～9回」が17.6%、「10回以上」が5.9%であった。

(2) 利用内容

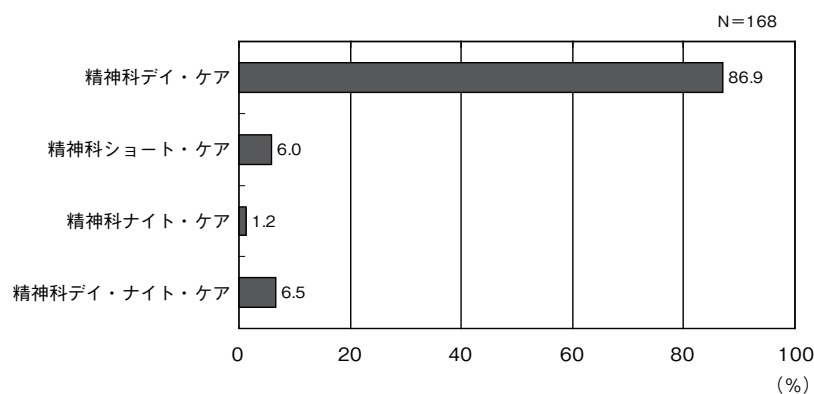


図 35 利用内容

対象者の利用内容についてみると、「精神科デイ・ケア」が86.9%で突出して高く、「精神科デイ・ナイト・ケア」が6.5%、「精神科ショート・ケア」が6.0%、「精神科ナイト・ケア」が1.2%であった。

(3) 経緯

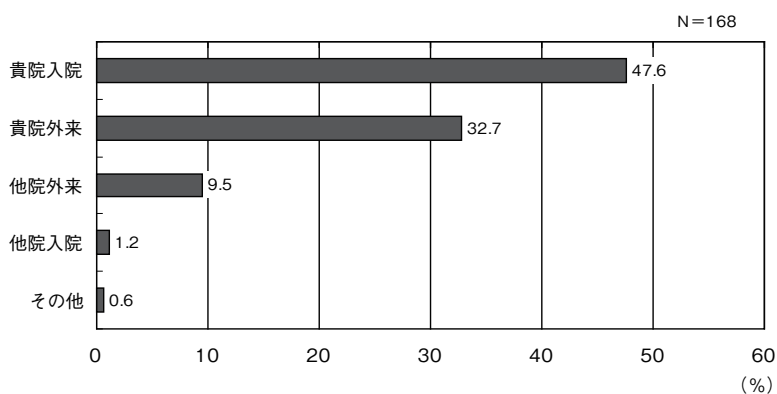


図 36 入所の経緯

対象者の入所の経緯についてみると、「貴院入院」が47.6%で最も高く、「貴院外来」が32.7%、「他院外来」が9.5%、「他院入院」が0.6%であった。

(4) 現在の利用状況

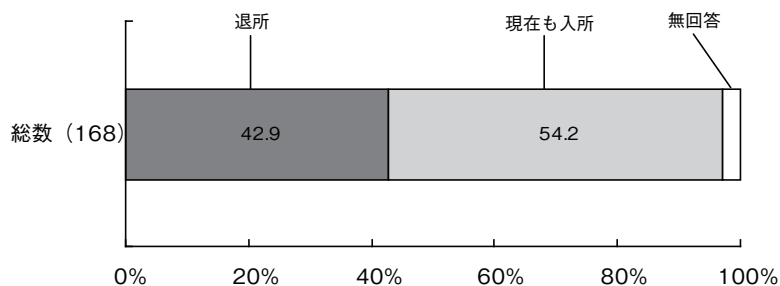


図 37 現在の利用状況

対象者の現在の利用状況をみると、「退所」が42.9%、「現在も入所中」が54.2%であった。

また、退所した対象者72人の入所期間について調査したところ、1人当たりの平均期間が371.2日であり、これをカテゴリー別にみると、「6ヶ月以上1年未満」の割合が40.3%で最も高く、「3ヶ月未満」が20.8%、「1年以上」が38.9%であり、「3ヶ月以上6ヶ月未満」は0人であった。

(5) 退所の理由

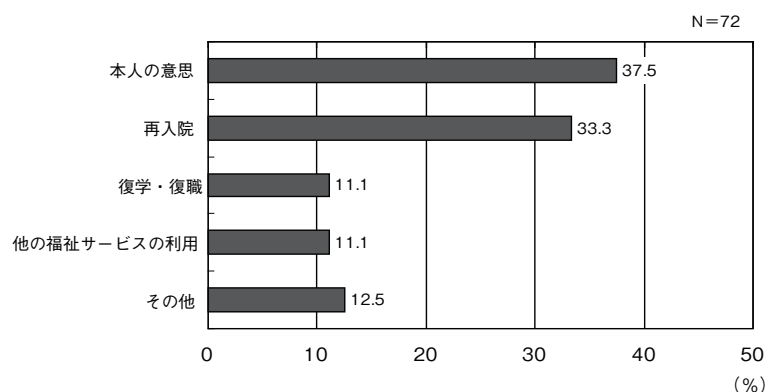


図 38 退所理由

退所者72人の退所理由について調査したところ、「本人の意志」が37.5%で最も高く、「再入院」が33.3%で続き、「復学・復職」「他の福祉サービスの利用」はどちらも11.1%であった。

また、「その他」が12.5%であり、その内容として「不適応」「転院」「他のデイ・ケアを利用」「家庭内で安定したため」等が挙げられていた。

表 35 退所理由 (入所期間別)

	本人の意思	復学・復職	他の福祉サービスの利用	再入院	その他
3ヶ月未満 (15)	9 60.0%	2 13.3%	0 0.0%	4 26.7%	1 6.7%
6ヶ月以上 1年未満 (29)	11 37.9%	4 13.8%	4 13.8%	8 27.6%	4 13.8%
1年以上 (28)	7 25.0%	2 7.1%	4 14.3%	12 42.9%	4 14.3%

退所理由を入所期間別にみると、入所期間が短い対象者ほど「本人の意志」の割合が高く、入所期間が長い対象者ほど「再入院」の割合が高かった。

また、「再入院」の対象者24人について、現在の状況を調査したところ、「現在も入院中」が16人(66.7%)、「退

院してデイ・ケアを利用している」が3人(12.5%)、「退院してデイ・ケアを利用していない」が4人(16.7%)であった。

なお、再入院の期間は、「退院してデイ・ケアを利用している」方の1人当たりの平均期間が102.0日、「退院してデイ・ケアを利用していない」方の1人当たりの平均期間が64.0日であった。

5) デイ・ケア等入所の目的

(1) 入所時におけるデイ・ケア等入所の目的

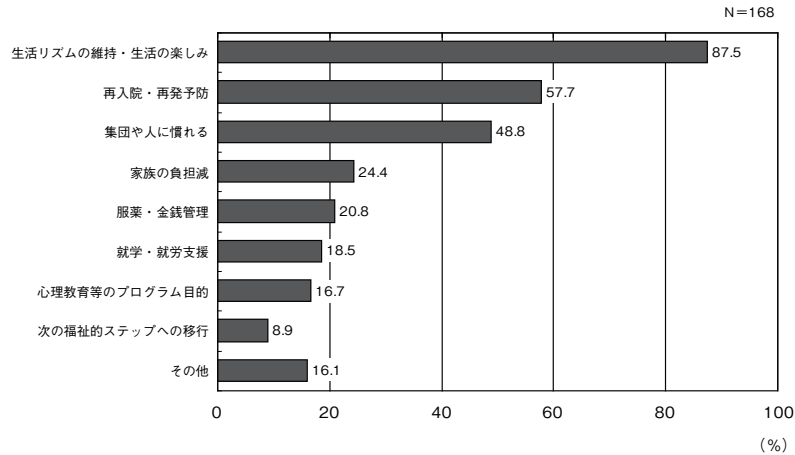


図 39 入所時におけるデイケア等入所の目的

対象者の入所時におけるデイ・ケア等入所の目的について調査したところ、「生活リズムの維持・生活の楽しみ」が87.5%で突出して高く、これに「再入院・再発予防」が57.7%、「集団や人に慣れる」が48.8%が続いていた。

一方、「就学・就労支援（就労移行、継続支援・ジョブコーチ・トライアル雇用等）」「心理教育やSST、グループ活動などのプログラム目的」「次の福祉ステップへの移行」は2割に満たない。

また、「その他」は16.1%であり、その内容として「食事の確保」「居場所の提供」「趣味及び興味の拡大」「情緒の安定」「断酒の継続」「糖尿病コントロール」「生活空間の拡大」「体力づくり」等が挙げられていた。

(2) 退所時（または現在）におけるデイ・ケア等入所の目的

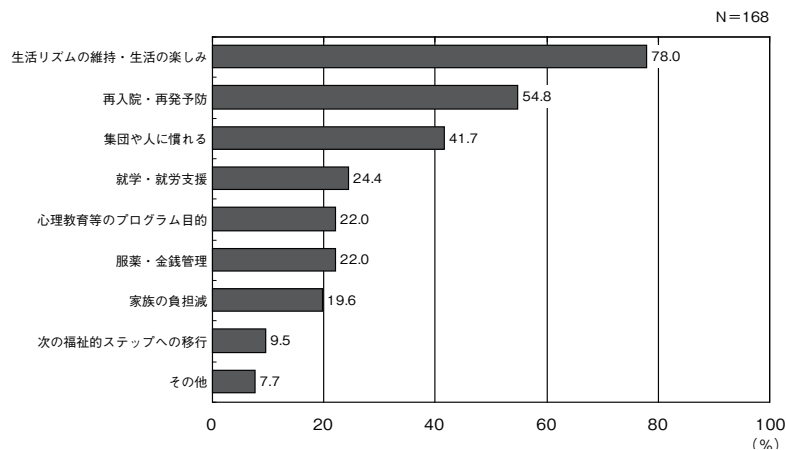


図 40 退所時におけるデイケア等入所の目的

対象者の退所時（または現在）におけるデイ・ケア等入所の目的について調査したところ、入所時と同様に「生活リズムの維持・生活の楽しみ」が78.0%で最も高く、これに「再入院・再発予防」が54.8%、「集団や人に慣れる」が41.7%が続いており、上位3項目は入所時の理由と同じであった。

また、「その他」は7.7%であり、その内容として「居場所の提供」「活動性の向上」「情緒の安定」「栄養管理」「生活空間拡大」等が挙げられていた。

6) 対象者に対する評価

(1) 疾病と治療についての理解

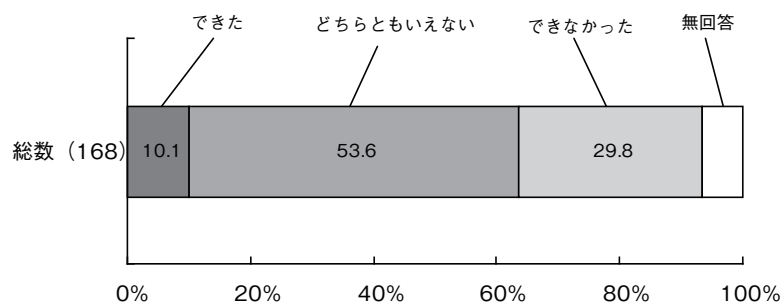


図 41 入所時の「疾病と治療についての理解」に対する評価

対象者のデイ・ケア入所時の『疾病と治療についての理解』に対する評価についてみると、「できなかった」対象者の割合が29.8%であり、「できた」対象者の割合（10.1%）を20ポイント近く上回っていた。

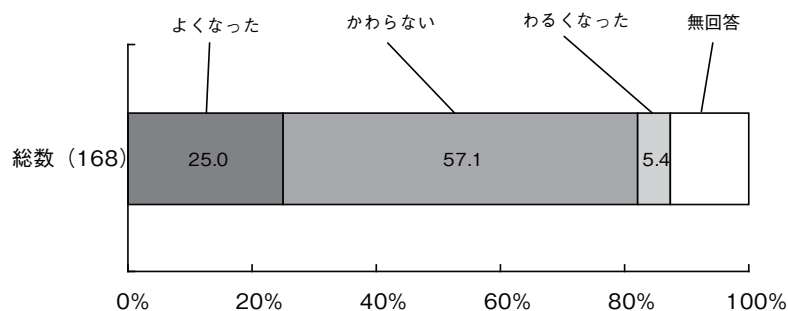


図 42 退所時の「疾病と治療についての理解」に対する評価

また、デイ・ケア退所時の評価についてみると、入所時よりも「よくなった」対象者が25.0%、「かわらない」対象者が57.1%であり、8割以上の対象者が改善もしくは現状維持の状態退所していた。一方、「わるくなった」対象者の割合は5.4%であった。

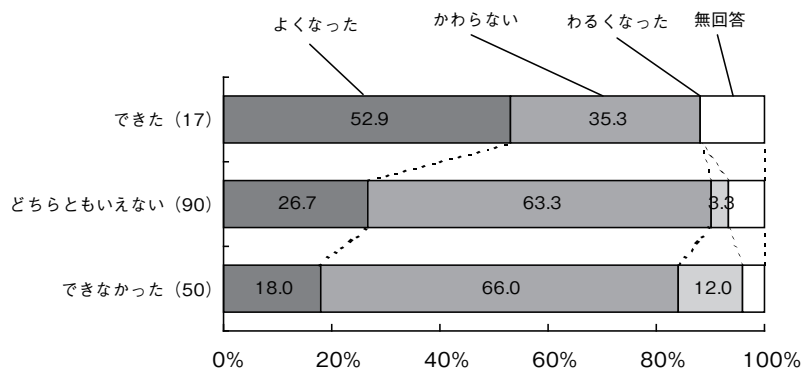


図 43 退所時の「疾病と治療についての理解」に対する評価（入所時の評価別）

これを入所時における対象者への評価別にみると、入所時の評価が高い対象者ほど、「よくなった」対象者の割合が高く、同割合は、『疾病と治療についての理解』が“できた”対象者の群で52.9%を占めていた。

一方、「わるくなった」対象者の割合は、“できなかった”対象者の群で12.0%を占めていた。

(2) 服薬アドヒアランス

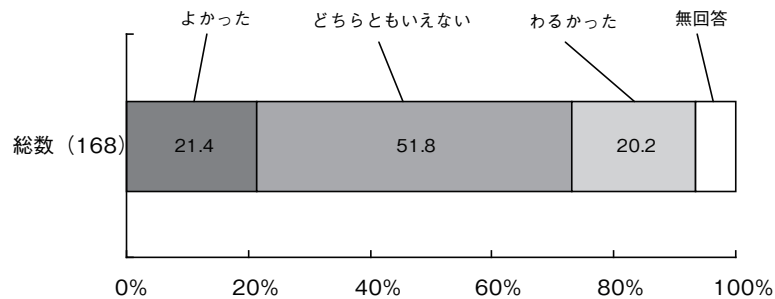


図44 入所時の「服薬アドヒアランス」に対する評価

対象者のデイ・ケア入所時の『服薬アドヒアランス』に対する評価についてみると、「よかった」対象者の割合が21.4%であり、「わるかった」対象者の割合（20.2%）とほぼ同じであった。

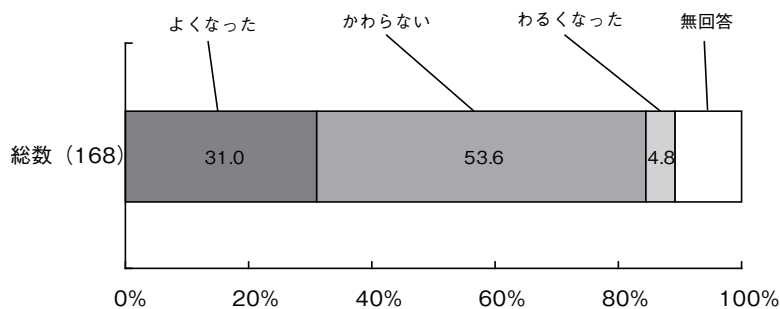


図45 退所時の「服薬アドヒアランス」に対する評価

また、デイ・ケア退所時の評価についてみると、入所時よりも「よくなった」対象者が31.0%、「かわらない」対象者が53.6%であり、8割以上の対象者が改善もしくは現状維持の状態退所していた。

一方、「わるくなった」対象者の割合は4.8%である。

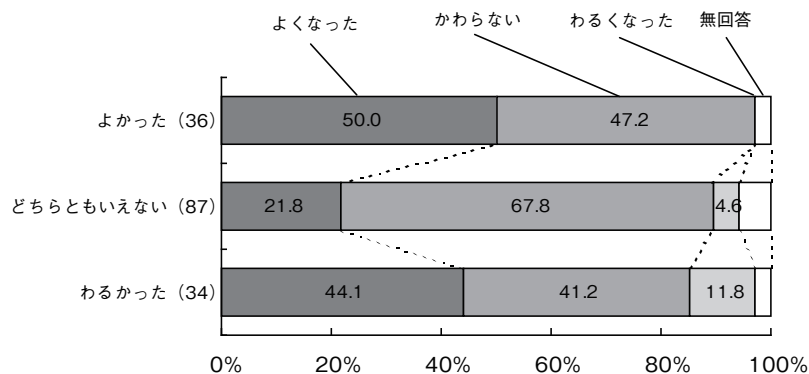


図46 退所時の「服薬アドヒアランス」に対する評価（入所時の評価別）

これを入所時における対象者への評価別にみると、入所時の評価が高い対象者と低い対象者で「よくなった」対象者の割合が高く、同割合は、『服薬アドヒアランス』が“よかった”対象者の群で50.0%、“わるかった”対象者の群で44.1%を占めていた。

一方、「わるくなった」対象者の割合は、“わるかった”対象者の群で11.8%を占めている。

(3) 症状や再発サインへの対処スキル

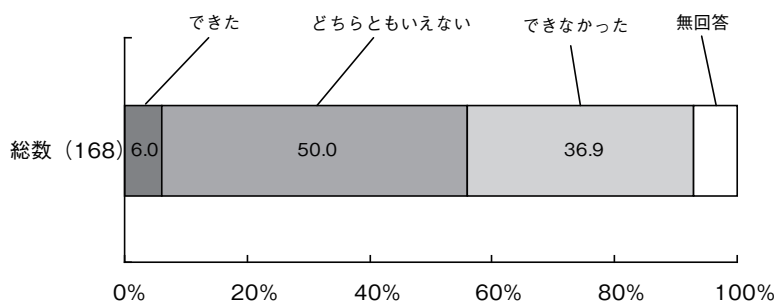


図47 入所時の「症状や再発サインへの対処スキル」に対する評価

対象者のデイ・ケア入所時の『症状や再発サインへの対処スキル』に対する評価についてみると、「できなかった」対象者の割合が36.9%であり、「できた」対象者の割合（6.0%）を30ポイント以上、上回っていた。

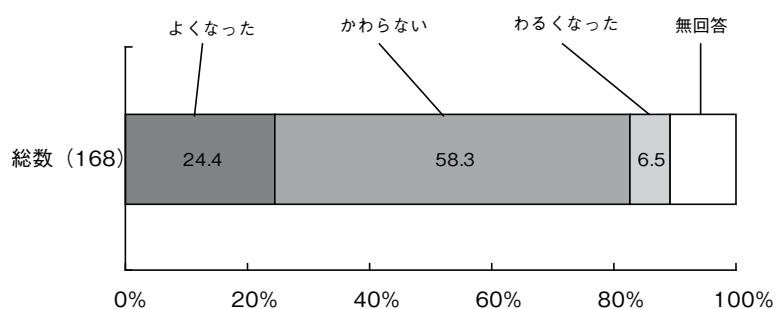


図48 退所時の「症状や再発サインへの対処スキル」に対する評価

また、デイ・ケア退所時の評価についてみると、入所時よりも「よくなった」対象者が24.4%、「かわらない」対象者が58.3%であり、8割以上の対象者が改善もしくは現状維持の状態退所していた。一方、「わるくなった」対象者の割合は6.5%であった。

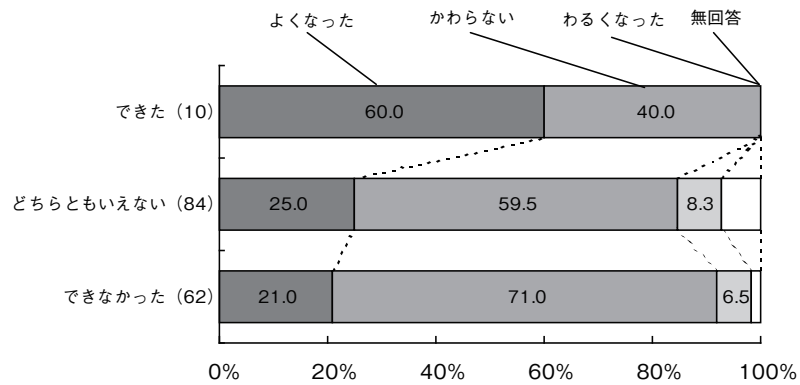


図 49 退所時の「症状や再発サインへの対処スキル」に対する評価（入所時の評価別）

これを入所時における対象者への評価別にみると、入所時の評価が高い対象者ほど「よくなった」対象者の割合が高く、同割合は、『症状や再発サインへの対処スキル』が“できた”対象者の群で60.0%を占めていた。

(4) 家事等日常生活技能

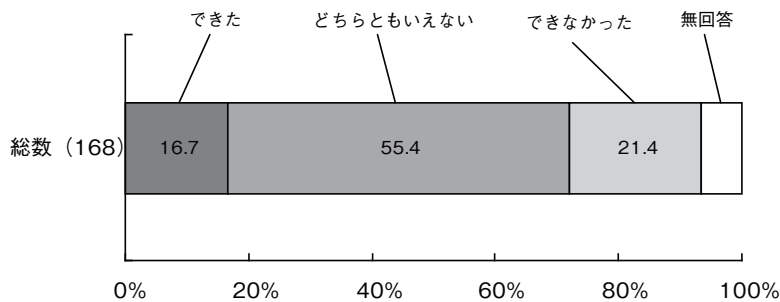


図 50 入所時の「家事等日常生活技能」に対する評価

対象者のデイ・ケア入所時の『家事等日常生活技能』に対する評価についてみると、「できなかった」対象者の割合が21.4%であり、「できた」対象者の割合（16.7%）を4.7ポイント上回っていた。

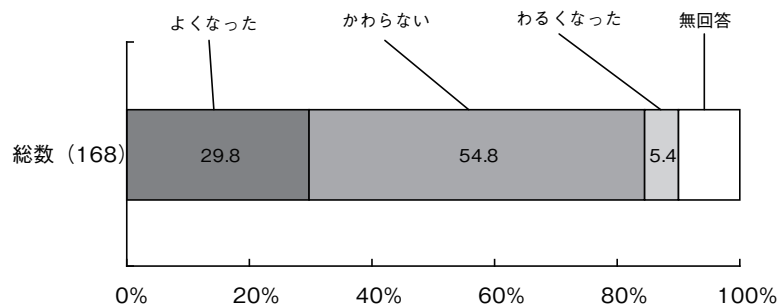


図 51 退所時の「家事等日常生活技能」に対する評価

また、デイ・ケア退所時の評価についてみると、入所時よりも「よくなった」対象者が29.8%、「かわらない」対象者が54.8%であり、8割以上の対象者が改善もしくは現状維持の状態退所していた。一方、「わるくなった」対象者の割合は5.4%であった。

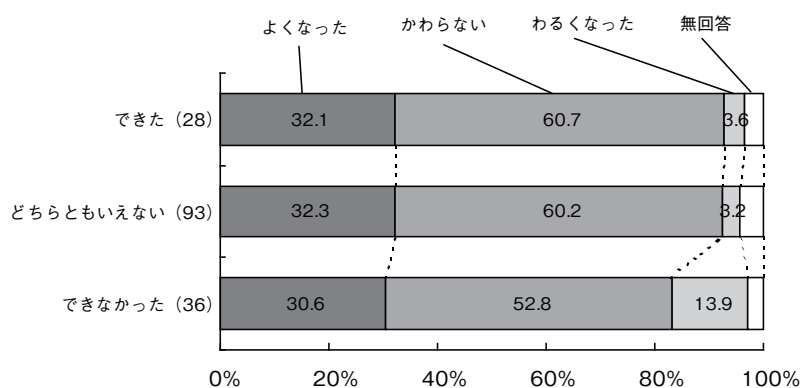


図 52 退所時の「家事等日常生活技能」に対する評価（入所時の評価別）

これを入所時における対象者への評価別にみると、「よくなった」対象者の割合は、入所時の評価の高低にかかわらずいずれも 30%程度であり、入所時の評価による差はほとんどないといえる。

ただ、「わるくなった」対象者の割合は、“できなかった”対象者の群で最も高く、13.9%を占めていた。

(5) 自己理解、自己評価、自己表現

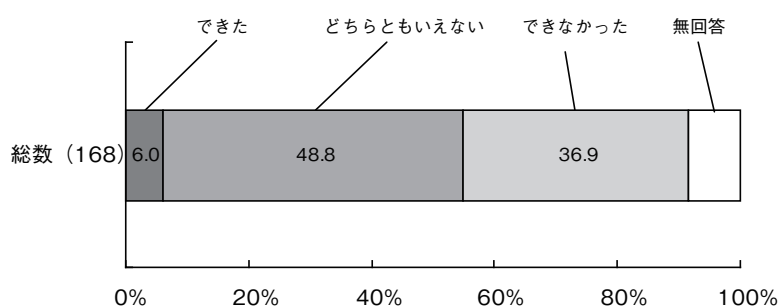


図 53 入所時の「自己理解、自己評価、自己表現」に対する評価

対象者のデイ・ケア入所時の『自己理解、自己評価、自己表現』に対する評価についてみると、「できなかった」対象者の割合が 36.9%であり、「できた」対象者の割合（6.0%）を 30 ポイント以上、上回っていた。

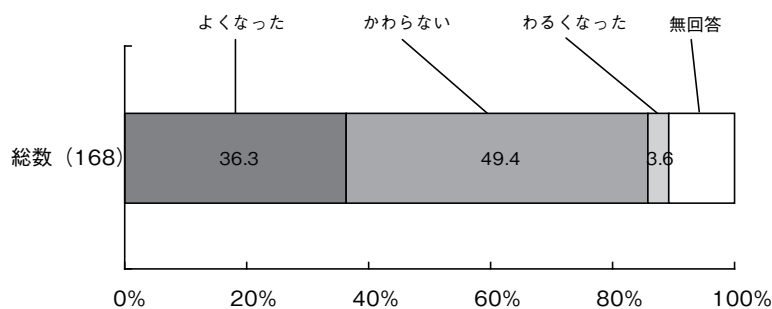


図 54 退所時の「自己理解、自己評価、自己表現」に対する評価

また、デイ・ケア退所時の評価についてみると、入所時よりも「よくなった」対象者が36.3%、「かわらない」対象者が49.4%であり、8割以上の対象者が改善もしくは現状維持の状態退所していた。一方、「わるくなった」対象者の割合は3.6%であった。

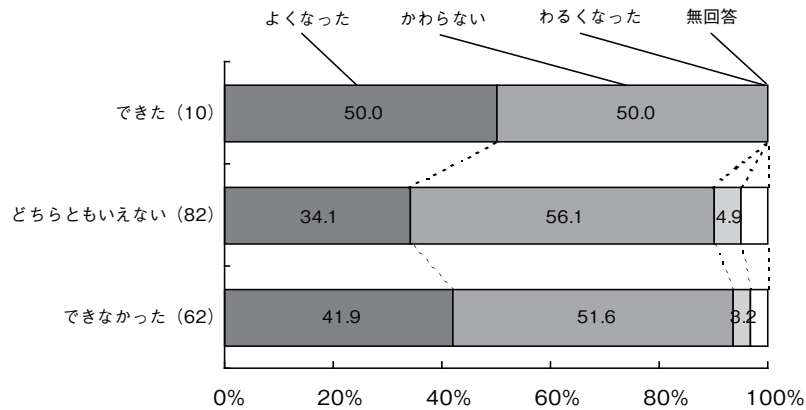


図 55 退所時の「自己理解、自己評価、自己表現」に対する評価（入所時の評価別）

これを入所時における対象者への評価別にみると、入所時の評価が高い対象者と低い対象者で「よくなった」対象者の割合がやや高く、同割合は、『自己理解、自己評価、自己表現』が“できた”対象者の群で50.0%、“できなかった”対象者の群で41.9%を占めていた。

(6) 他者との交流や対人交流技能

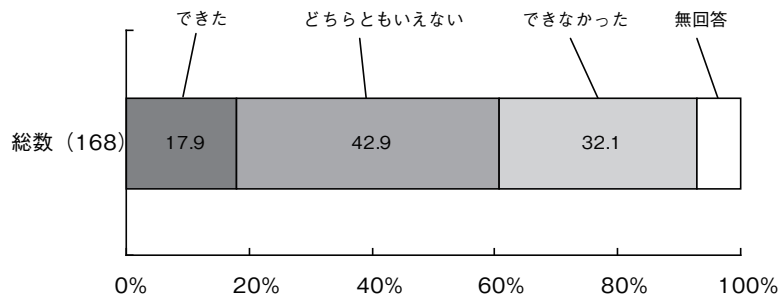


図 56 入所時の「他者との交流や対人交流技能」に対する評価（入所時の評価別）

対象者のデイ・ケア入所時の『他者との交流や対人交流技能』に対する評価についてみると、「できなかった」対象者の割合が32.1%であり、「できた」対象者の割合（17.9%）を14.2ポイント上回っていた。

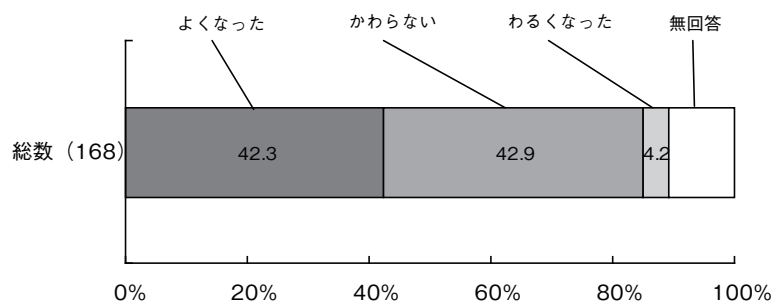


図 57 退所時の「他者との交流や対人交流技能」に対する評価

また、デイ・ケア退所時の評価についてみると、入所時よりも「よくなった」対象者が42.3%、「かわらない」対象者が42.9%であり、8割以上の対象者が改善もしくはは現状維持の状態退所していた。

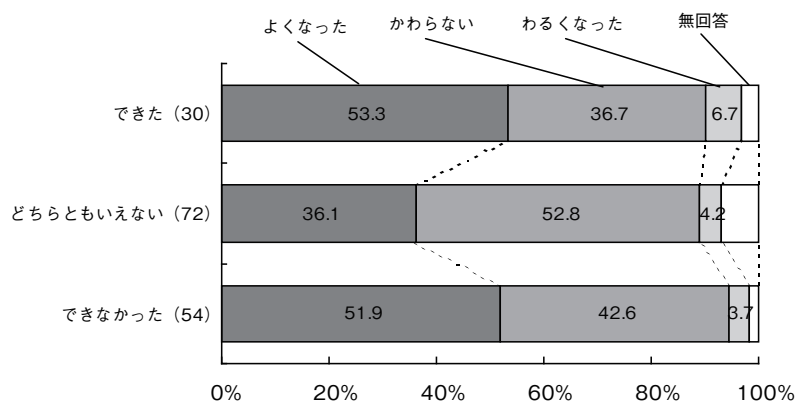


図 58 退所時の「他者との交流や対人交流技能」に対する評価（入所時の評価別）

これを入所時における対象者への評価別にみると、入所時の評価が高い対象者と低い対象者で「よくなった」対象者の割合がやや高く、同割合は、『他者との交流や対人交流技能』が“できた”対象者の群で53.3%、“できなかった”対象者の群で51.9%を占めている。

(7) 作業能力や職業習慣

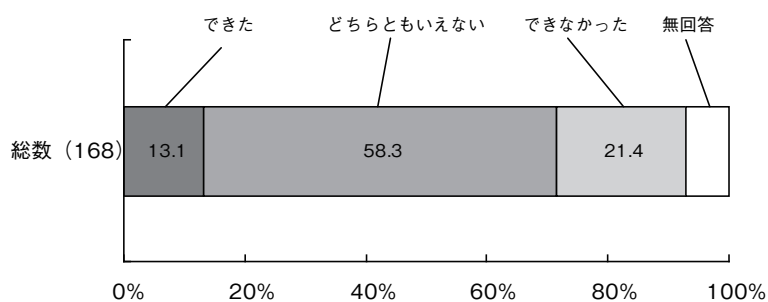


図 59 入所時の「作業能力や職業習慣」に対する評価（入所時の評価別）

対象者のデイ・ケア入所時の『作業能力や職業習慣』に対する評価についてみると、「できなかった」対象者の割合が21.4%であり、「できた」対象者の割合（13.1%）を8.3ポイント上回っていた。

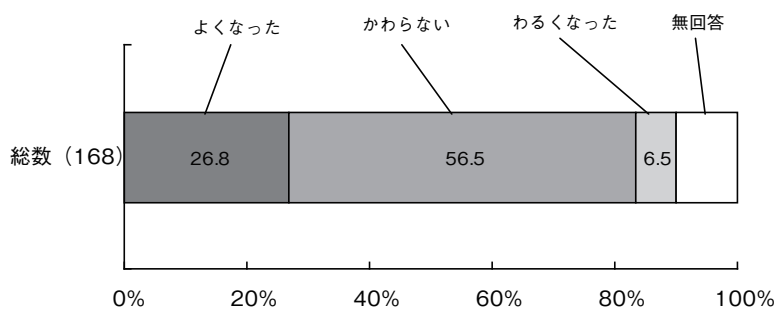


図 60 退所時の「作業能力や職業習慣」に対する評価

また、デイ・ケア退所時の評価についてみると、入所時よりも「よくなった」対象者が26.8%、「かわらない」対象者が56.5%であり、8割以上の対象者が改善もしくは現状維持の状態退所していた。一方、「わるくなった」対象者の割合は6.5%である。

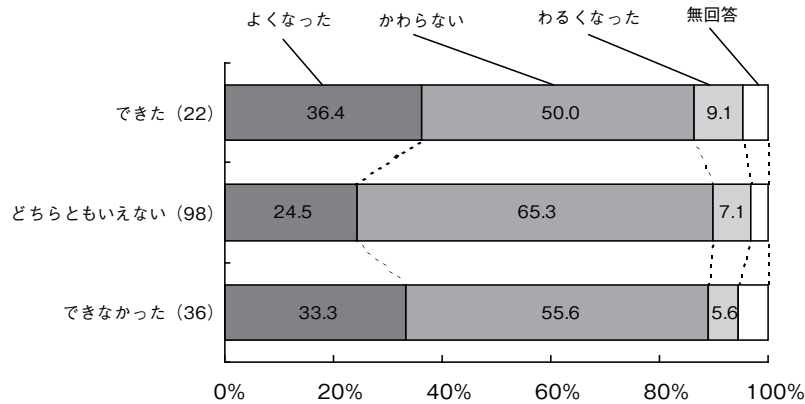


図 61 退所時の「作業能力や職業習慣」に対する評価（入所時の評価別）

これを入所時における対象者への評価別にみると、入所時の評価が高い対象者と低い対象者で「よくなった」対象者の割合がやや高く、同割合は、「作業能力や職業習慣」が“できた”対象者の群で36.4%、“できなかった”対象者の群で33.3%を占めていた。

7) 入所時と退所時（または現在）に利用していたデイ・ケアの内容

(1) 精神科デイ・ケア

入所時にデイ・ケアを利用していた対象者は138人（82.1%）であった。

利用者1人当たりの平均利用回数/週は2.8回であり、これをカテゴリー別にみると、「週1回」が39人（28.3%）、「週2回」が27人（19.6%）、「週3回」が27人（19.6%）、「週4回」が12人（8.7%）、「週5回」が31人（22.5%）であった。

また、退所時（または現在）に「精神科デイ・ケア」を利用していた（いる）対象者は122人（72.6%）であった。

利用者1人当たりの平均利用回数/週は2.4回であり、これをカテゴリー別にみると、「週0回」が4人（3.3%）、「週1回」が42人（34.4%）、「週2回」が24人（19.7%）、「週3回」が16人（13.1%）、「週4回」が12人（9.8%）、「週5回」が21人（17.2%）であった。

(2) 精神科ショート・ケア

入所時にショート・ケアを利用していた対象者は7人（4.2%）であった。

利用者1人当たりの平均利用回数/週は1.0回であり、これをカテゴリー別にみると、「週1回」が5人であった。

また、退所時（または現在）にショート・ケアを利用していた（いる）対象者は9人（5.4%）であった。

利用者1人当たりの平均利用回数/週は1.3回であり、これをカテゴリー別にみると、「週1回」が5人、「週2回」が2人であった。

(3) 精神科ナイト・ケア

入所時にナイト・ケアを利用していた対象者は4人（2.4%）であった。

利用者1人当たりの平均利用回数/週は4.3回であり、これをカテゴリー別にみると、「週3回」が1人、「週4回」が1人、「週5回」が2人であった。

また、退所時（または現在）にナイト・ケアを利用していた（いる）対象者は3人（1.8%）であった。

利用者1人当たりの平均利用回数/週は4.3回であり、これをカテゴリー別にみると、「週3回」が1人、「週5回」が2人であった。

4) 精神科デイ・ナイト・ケア

入所時にデイ・ナイト・ケアを利用していた対象者は 12 人 (7.1%) であった。

利用者 1 人当たりの平均利用回数 / 週は 4.3 回であり、これをカテゴリー別にみると、「週 2 回」が 1 人、「週 3 回」が 3 人、「週 5 回」が 8 人であった。

また、退所時 (または現在) にデイ・ナイト・ケアを利用していた (いる) 対象者は 14 人 (8.3%) であった。

利用者 1 人当たりの平均利用回数 / 週は 4.2 回であり、これをカテゴリー別にみると、「週 1 回」が 1 人、「週 2 回」が 1 人、「週 3 回」が 2 人、「週 5 回」が 10 人であった。

8) 担当者の有無

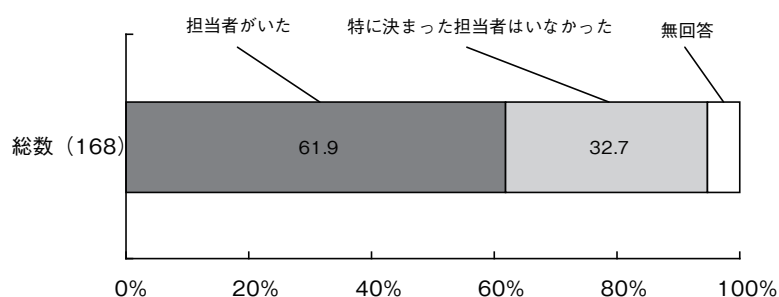


図 62 担当者の有無

対象者の担当者の有無について調査したところ、「担当者がいた (いる)」の割合が 61.9% を占め、「特に決まった担当者はいなかった (いない)」が 32.7% であった。

9) カンファレンスやケア会議の実施状況

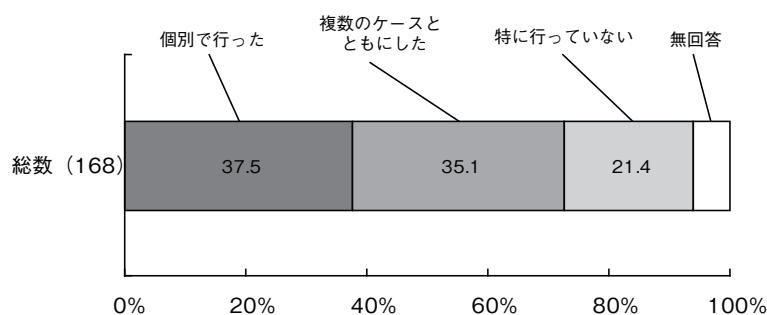


図 63 カンファレンスやケア会議の実施状況

対象者のケースでのカンファレンスやケア会議の実施状況について調査したところ、「個別で行った」が 37.5%、「複数のケースとともにした」が 35.1% であり、「特に行っていない」が 24.4% であった。

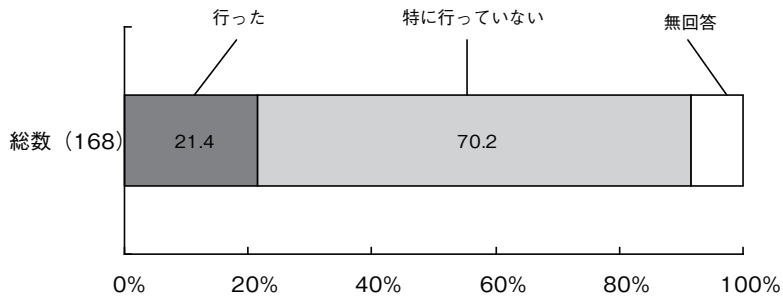


図 64 外部の人との会議の実施状況

また、前述のケースについて、外部の人とのカンファレンスやケア会議の実施状況について調査したところ、「特に行っていない」が70.2%を占めており、「行った（行っている）」が21.4%であった。

行った施設での出席メンバーをみると、「訪問看護師」「グループホーム世話人」「P S W」「作業所指導員」「グループホームスタッフ」「就労先スタッフ」「主治医」「病棟や外来のスタッフ」「就労継続支援事業所スタッフ」「保健師」「支援センタースタッフ」「援護寮スタッフ」「ソーシャルワーカー」等が挙げられていた。

10) 対象者に実施したプログラム

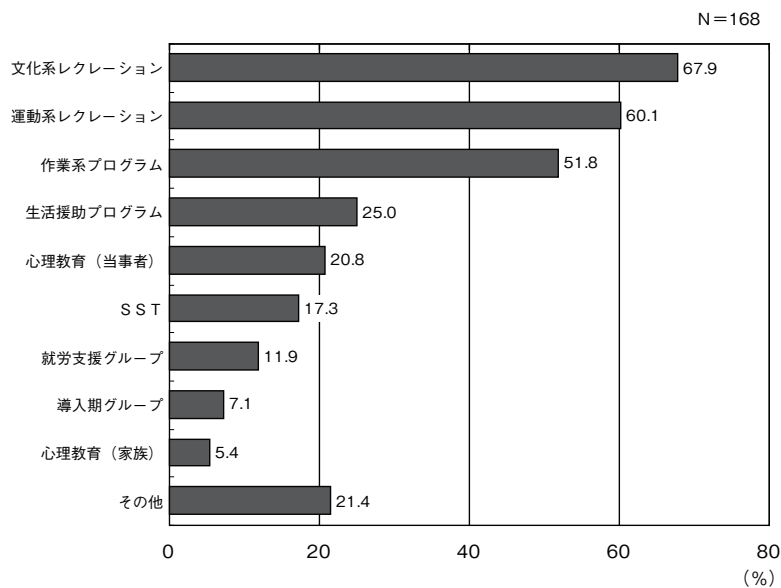


図 65 退所時の「作業能力や職業習慣」に対する評価 (入所時の評価別)

対象者に実施した（している）プログラムについて調査したところ、「文化系レクリエーションプログラム」が67.9%で最も高く、これに「運動系レクリエーションプログラム」が60.1%、「作業系プログラム」が51.8%で続いており、これら3プログラムは、いずれも半数以上の対象者に実施されていた。

また、「その他」が21.4%であり、その内容をみると「集団調理プログラム」「身体的管理のプログラム」「集団精神療法」「断酒継続のための学習」「A Lプログラム」等が挙げられ、趣味や娯楽的要素の強い「麻雀」「カラオケ」「絵画」「書道」「陶芸」「散歩」「飲食会」「ミーティング」等も挙げられていた。

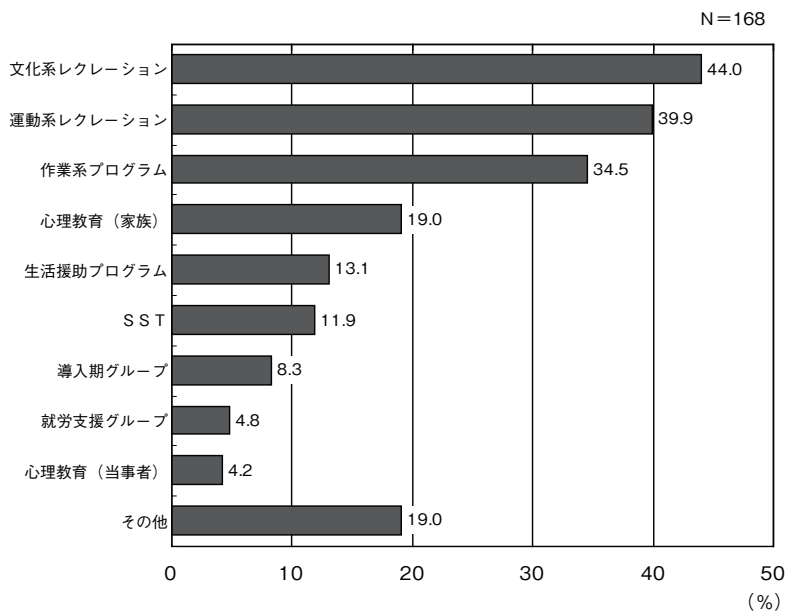


図 66 特に有効であったプログラム

また、前述のプログラムの中で特に有効であったプログラムについて調査したところ、「文化系レクリエーションプログラム」が44.0%で最も高く、これに「運動系レクリエーションプログラム」が39.9%、「作業系プログラム」が34.5%で続いており、上位3プログラムは、実施率が高いプログラムと同じであった。

また、「その他」が19.0%であり、その内容として「集団精神療法」「断酒継続のための学習」「麻雀」「カラオケ」「絵画」「書道」「陶芸」「散歩」「飲食会」「ミーティング」等が挙げられていた。

11) 対象者が他に利用していた医療・福祉サービス

(1) 入所時

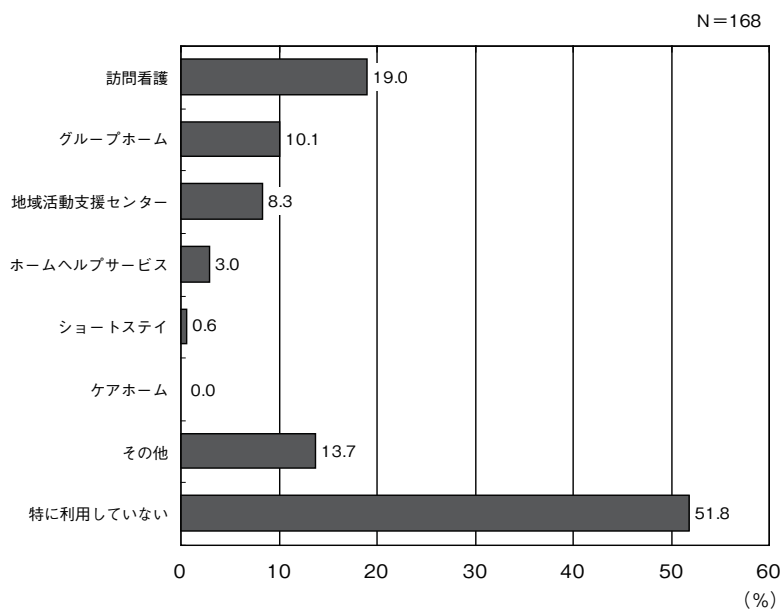


図 67 他に利用していた医療・福祉サービス (入所時)

入所時に対象者が他に利用していた医療・福祉サービスを調査したところ、「訪問看護」が19.0%で最も高く、「グループホーム」が10.1%、「地域活動支援センター」が8.3%が続いていた。「その他」は13.7%であり、その内容として「福祉ホームB」「カウンセリング」「援護寮」「作業所」「救護施設」「精神障がい者退院促進支援事業所」等が挙げられていた。

一方、「特に利用していない」利用者は51.8%と半数以上を占めていた。

(2) 1年後

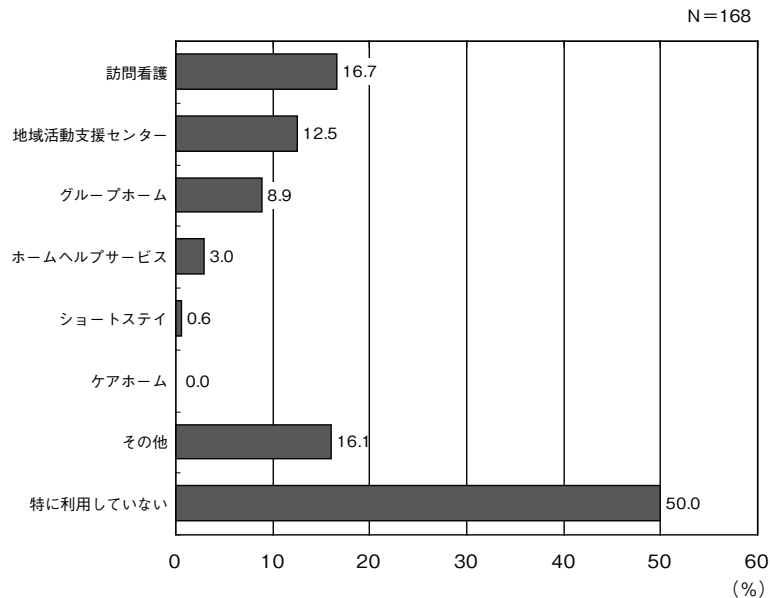


図 68 他に利用していた医療・福祉サービス(1年目)

1年後に対象者が他に利用していた医療・福祉サービスを調査したところ、「訪問看護」が16.7%で最も高く、「地域活動支援センター」が12.5%、「グループホーム」が8.9%が続いている。上位3項目は入所時と同じであるが、「地域活動支援センター」と「グループホーム」の順位が入れ替わっていた。また、「その他」は16.1%であり、その内容として「福祉ホームB」「電話相談」「ワークサポート」「カウンセリング」「援護寮」「作業所」「救護施設」「就労継続支援事業所」「精神障がい者退院促進支援事業所」等が挙げられていた。

一方、「特に利用していない」利用者は50.0%と半数以上を占めていた。

(3) 2年後

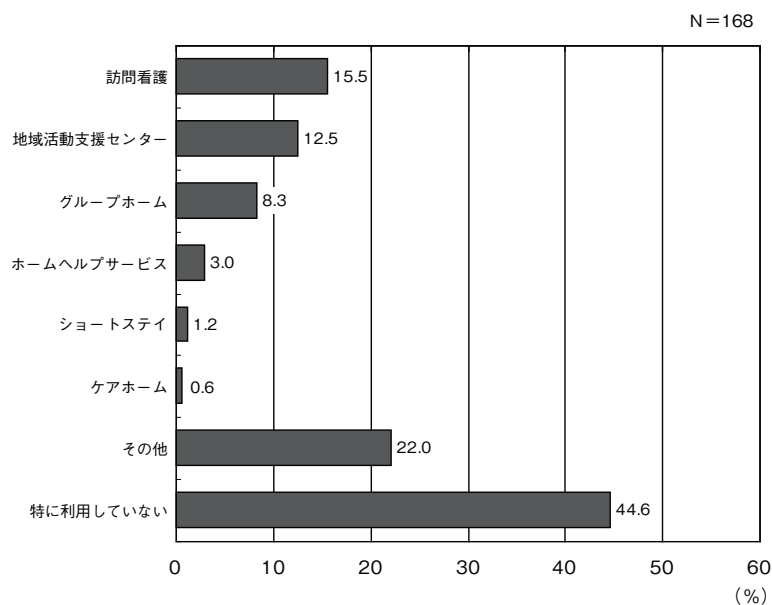


図 69 他に利用していた医療・福祉サービス(2年後)

2年後（現在）に対象者が他に利用していた医療・福祉サービスを調査したところ、「訪問看護」が15.5%で最も高く、「地域活動支援センター」が12.5%、「グループホーム」が8.3%で続いていた。上位3項目は1年後と同じであり、各割合に大きな変化は無い。また、「その他」は22.0%であり、その内容として「福祉ホームB」「電話相談」「ワークサポート」「住居サポート制度」「カウンセリング」「援護寮」「作業所」「救護施設」「就労継続支援事業所」等が挙げられていた。

一方、「特に利用していない」利用者は44.6%であり、年を経る毎に徐々に低下する傾向がみられた。

平成 20 年度 障害者保健福祉推進事業 障害者自立支援調査研究プロジェクト報告書

精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検討

発行日：2009 年 3 月

発行者：主任研究員 末安民生

発行所：社団法人日本精神科看護技術協会

〒103-0002 東京都中央区日本橋馬喰町 2-3-2 セントピアビル 8F

TEL：03-3667-8661 FAX：03-3667-8662 <http://www.jpna.or.jp>

制作：株式会社精神看護出版

〒103-0002 東京都中央区日本橋馬喰町 2-2-12

TEL：03-5651-7521 FAX：03-5651-7522 <http://www.seishinkango.co.jp/>
