

統合失調症の退院支援を阻む要因について

池淵 恵美¹⁾, 佐藤 さやか²⁾, 安西 信雄³⁾Emi Ikebuchi¹⁾, Sayaka Satoh²⁾, Nobuo Anzai³⁾ :

What Impedes Discharge Support for Persons with Schizophrenia in Psychiatric Hospitals?

目的：本研究は、わが国の医療制度のもとで統合失調症患者の退院支援を阻む要因を明らかにすることを目的としている。

対象：9病院に入院中の統合失調症患者のうち、文書にて調査の同意が得られた292名で、調査時点での平均在院月数は約10年であった。

方法：ベースライン評価として、年齢、在院月数などの患者背景、主治医による簡易精神症状評価尺度、概括的評価尺度、リハビリテーションニーズ調査などの評価、病棟看護師による退院困難度尺度、精神科リハビリテーション行動評価尺度の評価を行った。本人による自記式調査として、地域生活に対する自己効力感尺度、利用者満足度調査票、SF健康調査票などを用いた。1年後の追跡調査で、退院群と入院継続群を判定した。

結果：退院困難度尺度の因子分析で、病識と治療コンプライアンス、退院への不安、ADL、問題行動、自閉的行動、身体合併症、自殺企図の可能性、家族からのサポートの8因子が見いだされた。この8因子のクラスター分析で、5クラスターが得られ、それぞれクラスター1（複合的な困難要因群）、クラスター2（病識と服薬および自閉的行動困難群）、クラスター3（困難要因軽度群）、クラスター4（不安および自閉的行動困難群）、クラスター5（病識と服薬・不安・問題行動困難群）と命名した。1年後の転帰調査で60名が退院群に、157名が入院継続群に分類された。ベースライン評価において両群で有意差のあった評価項目から、病棟看護師から見た退院困難要因、陰性症状を中心とした周囲とのかかわれなさ、敵意・興奮・猜疑心、地域生活のセルフエフィカシー、身体合併症悪化の可能性、副作用による身体症状の6因子が抽出された。1年後の転帰を従属変数としたロジステック回帰分析で、敵意・興奮・猜疑心と地域生活のセルフエフィカシーが有意な寄与を示した。

考察：5クラスターそれぞれについて、有効と考えられる退院支援について考察した。退院援助の資源を整備する際に、こうした類型化が役立つと思われる。また1年後の転帰を決定する要因については、支持的な援助関係を築き、意欲を引き出していく基本的な治療技術や治療チームとその運営の技術が重要と思われる。

<索引用語：統合失調症，退院支援，退院困難度尺度，精神症状，セルフエフィカシー>

著者所属：1) 帝京大学医学部精神科学教室，Department of Psychiatry, Teikyo University School of Medicine
2) 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部，Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
3) 国立精神・神経センター病院，National Center of Neurology and Psychiatry Hospital

受 理 日：2008年10月4日

はじめに

(1) 本研究の背景

我が国は OECD 諸国の中でも一般人口に対する精神科病床の比率が最も高く、多くの精神障害者が入院施設で生活していることが、WHO から指摘され、改善を求められている。平成 17 年の厚生労働省患者調査¹²⁾によれば、精神及び行動の障害をもつ患者が 55 万人、そのうち入院しているものは 33 万人（統合失調症は 20 万人）、退院患者での平均在院日数は、統合失調症で 609.5 日となっている。入院中の人では平均在院期間が 8.5 年という推計もある²³⁾。そのために精神保健医療福祉の改革ビジョン¹³⁾で「入院医療中心から地域生活支援中心へ」と謳われ、政策面でも、医療経済の視点からも退院を促進することが課題となっている。こうした俯瞰的な視点だけではなく、精神障害を持つ人が「当たり前生活」を送れるようにしていくことは、私たち精神医療の関係者にとっても当然持つべき理念であり、目標である。

しかしながら、ほかの先進諸国が必ずしも地域ケア体制の構築に成功しているとは限らないと思われる。脱施設化の先鞭をつけた米国では、統合失調症の人たちはどのような生活をしているのか、正確な統計ではないが、専門家による推定²⁰⁾がある。それによると、全米約 220 万人の統合失調症の人のうち、病院またはそれに準じる施設 10 万人、養護ホーム 16 万 5 千人、留置場または刑務所 13 万 5 千人、一時保護施設や路上生活者 10 万人、グループホームなどの管理つき住居 40 万人、家族との同居 55 万人、一人暮らし 75 万人となっている。入院は我が国よりはるかに少ないものの、刑務所やホームレスなどの人たちが入院している人たちの 2 倍以上いる事実が驚かされる。性急な政策の転換や、医療経済上の措置だけでは、こうした問題を招きかねない。現在入院生活を送っている人たちが、安定した地域生活を送れるようになるうえではどのような援助や施策が必要となるのであろうか。正確な情報分析が必要であり、対応策を協議して多くの関係者が合意して地域ケ

アへの転換に取り組む必要があると考える。

本研究はこうした問題意識のもと、今のわが国の医療制度で退院が困難な患者側の要因としては何があるのかを明らかにしようとした。この研究は厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「精神科在院患者の地域移行、定着、再入院防止のための技術開発と普及に関する研究」（略称「退院促進研究班」：主任研究者 安西信雄）に基づいている。退院促進研究班では、複数の分担研究者と共同で「退院準備プログラム」^{9,25)}の作成とその効果検討とともに、薬物療法の合理的選択や、退院コーディネーターによるケアマネジメントにより退院支援を行った。退院準備プログラムは、1995 年に作成された The Community Re-Entry Program の日本語版である「地域生活への再参加プログラム」^{11,14,17)}を我が国の精神科医療の現状に合わせて改訂したものである。

(2) 海外での先行研究

まず諸外国で行われた退院困難要因についての研究を検討したい。シドニーで行われた長期療養型病院の閉鎖に伴う調査⁸⁾では、40 名の長期入院の人が 4 か所の 24 時間ケアつき住居で地域精神医療を受けながら生活したが、2 年間で 37 % が再入院したものの、残りの人たちは地域ケアに戻ることができた。2 年間で、生活への満足度が有意に上昇し、精神症状が有意に改善した。一方では、地域生活での住居や医療支援の必要性が高かった。

ロンドン北東部で 2 か所の大規模な公立病院の閉鎖が計画され、670 名の長期入院患者が 1985 年から 1993 年にかけて退院していった (TAPS: the Team for the Assessment of Psychiatric Services³²⁾)。すでに英国では脱施設化がすすめられており、このプロジェクトの対象者は何らかの理由で退院困難な患者たちであった。プロジェクトが開始された時点で、新たに入院が長引く患者の割合は、TAPS が行われた地域の中でも、人口 10 万人当たり 2.5 人から 11 人と幅があった。こうした差異はそれぞれの地区の独居老人、片親

家庭、非雇用率、過密の住環境、異民族の割合などを統合した指数と関連があった²⁹⁾。入院前の劣悪な住環境は新たな長期入院を増加させることがわかる。またプロジェクト開始時点での770例の調査²¹⁾では、清潔を保つことの問題、不安定な精神病症状、陰性症状の存在、家族・友人などの社会的な連携が乏しいことが特徴であった。しかし病院閉鎖の方針の下、入院医療に従事したスタッフと経費とを全部地域ケアに投入することで、残っている入院患者全員の地域での生活を目指し、退院後の生活を5年間追跡したのである。その結果、89.6%の人が5年後も地域で生活することが可能であった。

TAPS開始当初の3年間に地域への移行を試みられた369名¹⁰⁾のうち、6%のものは地域への移行に成功しなかった⁴⁾。ほとんどのものは精神症状の悪化や攻撃的な行動により再入院となり、なかなか再び退院できず、閉鎖での処遇が必要なことも多かった。この人たちの特性は、重い精神病症状、妄想型精神病の診断、失禁の問題、男性であった。1か所の病院で最後まで地域に移行できず、転院となった72名の調査³⁰⁾では、それまでに地域に移行できたものに比べ、より若くて入院期間が短く、精神症状がやや重く、不安が高度であった。1年後の追跡調査³¹⁾では、精神症状や社会的機能に大きな変化はなかったが、物理的な攻撃性は減少し、通常地域生活と同様の拘束性の低い環境で生活できているものもいた。さらに5年後までの追跡調査³³⁾では、精神症状は大きな変化がなかったが、社会的機能は改善し、物理的暴力は消失し、結果的に40%のものが地域での生活を開始できた。

13年にわたるTAPSのまとめ^{6,16)}では、長期入院の高齢の人たちでも、入院よりは地域での快適な生活を送ることが可能であること、就労については成果が不十分であったこと、地域に退院した人が再入院する際の入院サービスが極めて不十分であったこと、それまで病院で提供されていたものと比べて地域におけるリハビリテーションサービスが不足していること、保護つきの居住施設

の提供が不足していることが指摘された。地域移行が困難であったのは、むしろ年齢が若く問題行動があったり、妄想や躁症状など周囲とのかかわりに困難をもたらす精神症状がある人であり、いわゆるnew long stayとなりうる人たちであった。こうした人たちには、スタッフを多く配置した“slow-stream rehabilitation”が有用と考えられる。

(3) わが国での先行研究

我が国の入院長期化の問題は、大きく医療・福祉制度の問題に依存している。三上¹⁸⁾は1970年代に精神障害者の「パラダイス」を夢見て風光明媚な田園に分院が設立され、農耕作業などの共同生活を送った人たちが、30年を経て、年老いた無力な人たちの群れとなってしまった経緯を真摯に報告している。橋詰ら⁷⁾は、入院後1年までに退院した180名の短期入院群を長期入院群と比較し、長期入院群では、高齢、無職、退院後の単身生活などが多いことを挙げている。全国の143病院に1年以上在院している19,342名を調査した黒田ら¹⁵⁾の報告では、4.0%が無条件で半年以内で退院が可能と判定され、条件を整えば半年以内に退院が可能とされたものは28.5%であった。このうち、環境を整えば可能な人は8.7%、環境と本人の準備を整えば可能な人は17.7%であった。我が国における長期入院の研究では、地域ケアの整備の問題が強調されているが、一方で、黒田らの報告にある本人の準備とはどのようなものであろうか。

本研究に参加した9施設はマンパワーや施設基準、財政基盤などの点で我が国の精神科病院の多くと異なるところはないと思われる。したがってTAPSに比肩するような徹底した退院支援サービスや地域での生活の整備は行い難い。しかしいづれも退院支援には意欲を持って取り組んでいる病院である。そうした条件のもとで、本研究において退院支援を阻む患者側の要因について解析し、さらにどのような援助の工夫が必要であるかを明確にしたいと考える。

表1 研究参加9施設の対象者一覧 (n=292)

施設名	対象者数	年 齢				在 院 月 数			
		平均値	標準偏差	最大値	最小値	平均値	標準偏差	最大値	最小値
賀 茂	26	53.5	(11.8)	77	26	189.7	(112.2)	422	16
菊 池	19	50.5	(13.3)	78	30	146.8	(124.7)	331	4
熊 本	6	37.8	(9.6)	55	27	34.1	(26.6)	72	10
さいがた	21	50.9	(12.0)	73	28	155.6	(134.2)	440	3
下 総	18	57.2	(10.7)	76	36	170.5	(184.7)	607	2
鳥 取	29	57.5	(13.5)	85	23	148.1	(128.2)	437	3
東尾張	13	52.0	(10.5)	70	32	178.7	(102.9)	346	62
センター	90	51.3	(14.1)	85	18	98.8	(150.7)	721	0
松 沢	70	51.0	(13.4)	82	18	74.0	(94.8)	507	1

賀茂=賀茂精神医療センター, 菊池=菊池病院, 熊本=熊本県立こころの医療センター, さいがた=さいがた病院, 下総=下総精神医療センター, 鳥取=鳥取医療センター, 東尾張=東尾張病院, センター=国立精神・神経センター病院, 松沢=松沢病院

1. 対 象

今回の研究の対象者は、退院促進研究班に参加する9病院（国立精神・神経センター病院，東京都立松沢病院，国立病院機構賀茂精神医療センター，国立病院機構菊池病院，熊本県立こころの医療センター，国立病院機構さいがた病院，国立病院機構下総精神医療センター，国立病院機構鳥取医療センター，国立病院機構東尾張病院）に入院中で，主治医の診断による統合失調症患者のうち，文書にて調査の同意が得られた男性176名，女性116名，合計292名である。対象者の平均年齢は 52.1 ± 13.3 （最大値85，最小値18）歳，調査時点での平均在院月数は 119.7 ± 134.7 （最大値721，最小値0）か月であった。したがって平均10年に近い長期入院の人たちが主な対象となっている。なお対象者のうち1年以上入院しているものは227人（77.5%）であった。参加した9施設はいずれも，それぞれの地方の精神科医療の中核となる病院で，松沢病院以外は旧国立療養所であった施設であり，中程度から大規模の病床数を持ち，職員配置も似通った環境である。対象者の選択は，研究協力者が勤務する，おもに慢性入院患者を対象とする病棟に入院中で，研究の同意が得られたものに，調査を実施した。各施設における研究対象者の概要を表1に示す。平均年齢や平均在院月

数は各施設によって異なり，幅のある対象者となっている。対象者の入院形態別の内訳は，任意入院230名，医療保護入院62名で，平均年齢（標準偏差）はそれぞれ52.3（13.6）歳，51.4（12.2）歳であった。

ベースライン調査は各病院により時期が異なり，2004年6月から2006年6月の間に実施した。なお国立精神・神経センター病院ではベースライン調査を3回行ったが，そのほかの病院は1回調査を実施し，合計292名であった。1年後の転帰についての分析は，先に述べた調査対象者のうち，退院促進研究班で実施した退院準備プログラムに参加したものの，1年後の転帰が不明であったもの75名を除く，合計217名（男性124名，女性93名）で行った。この217名の平均年齢は 52.2 ± 14.1 歳，平均在院月数は 118.4 ± 134.1 か月であり，当初の調査対象である292名とは統計的有意差はなかった。なお主治医による診断のうち，DSM-IVに基づくもの101名，ICD-10に基づくもの116名であった。

2. 方 法

本研究は，国立精神・神経センター倫理委員会の承認を受けて行われた。

(1) ベースライン評価

行った評価は、まず患者背景として、調査時点での年齢、性別、今回入院の在院月数、教育年数、過去の就労経験の有無、これまでの婚姻の有無、家族の入院治療についての態度、保険種別、障害年金受給の有無、入院時入院形態、これまでの通算治療月数、これまでの治療中断の有無、身体合併症の有無、過去の入院回数であった。

主治医による評価としては、簡易精神症状評価尺度 (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)²⁴⁾、概括的評価尺度 (Global Assessment of Functioning: GAF)、リハビリテーションニーズ調査、調査時点での CPZ 換算による抗精神病薬服薬量、副作用チェックリストを行った。

病棟看護師による評価として、退院困難度尺度²⁵⁾、精神科リハビリテーション行動評価尺度 (Rehabilitation Evaluation Hall and Baker: REHAB)¹⁾を行った。退院困難度尺度は、病棟看護師が感じる「受け持ち患者が退院できない理由」についての自由記述を元に筆者らが開発した6因子24項目の尺度である。6因子の内訳は「病識と治療コンプライアンス」「ADLと意欲」「退院への不安」「自閉」「問題行動」「身体合併症」であり、信頼性および妥当性についてはすでに報告している²⁵⁾。

病棟看護師による説明の後、本人による自記式調査として、地域生活に対する自己効力感尺度 (Self-Efficacy for Community Life Scale: SECL)²²⁾、利用者満足度調査票 (Client Satisfaction Questionnaire: CSQ 8-J)²⁸⁾、SF健康調査票 (MOS Short-Form 36-Item Health Survey: SF-36)²⁶⁾、Drug Attitude Inventory Short Form (DAI-10)¹⁹⁾を用いて評価を行った。SECLは精神科リハビリテーションの一環として行われる心理教育の効果評価を目的として開発され、先行研究等で用いられていることから、今回効果指標として採用した。CSQ8-JとSF-36については昨今精神科医療のアウトカム指標として患者満足度や生活の質 (QOL) が注目されていることから測度として取り上げた。DAI-10は、

抗精神病薬に関する主観的効果を調べる自記式調査表で、投薬に対する主観的反応および病気や健康に対する価値観や態度について、10個の質問に対して true (そう思う) または false (そう思わない) で答え、10点満点で評価する尺度である。

(2) ベースライン評価に基づく退院困難度尺度についてのクラスター分析

ベースライン評価を行った者のうち、調査時点ですでに1年以上入院しており、退院困難度尺度のデータが得られた男性128名、女性84名、合計212名を対象に解析を行った。1年以上の入院者を選択したのは、退院困難要因をより多く持っていると判断したためである。退院困難度尺度の評価結果をもとに、最小二乗法バリマックス回転を用いて因子分析を行い、固有値1以上の因子を抽出し、その因子をもとに、下位因子得点を0から1の範囲で標準化しワード法によるクラスター分析を実施した。

(3) 1年後の転帰調査

ベースライン調査時から1年後の追跡調査時に自宅やグループホームなどで地域生活を送っていたものを退院群と判定し、調査協力病棟もしくは調査協力病棟からの転院先に入院していたものを入院継続群と判定した。

(4) 1年後の退院群と入院継続群でのベースライン評価の差異の検討

ベースライン評価のうち数量データについては、1年転帰を独立変数、評価尺度の各項目を従属変数としたt検定を実施した。カテゴリデータについては、1年転帰と臨床評価尺度の各項目の χ^2 検定を実施した。また、医師評価であるリハビリテーションニーズ調査の項目3「親族の療養協力者の有無と続柄」では本来は4件法であったが、協力者の有無によって2件法に (つまり項目1~3は「有」項目4は「無」)、また項目4「患者自身の退院希望についての主治医の判断」では

「3, 不明」は欠損値扱いとして2件法に、項目5の「6か月以内の退院可能性の主治医判断」では本来は5件法であったが、退院可能性の有無によって2件法にそれぞれまとめて分析を実施した。これはそれぞれの項目の本来の選択肢の中に人数が10人に満たない項目があり、分析の精度が低くなる可能性があったことなどが理由である。調査にあたっては本来の調査方法に基づいて行っているため、リハニーズ調査の信頼性の問題は生じないと思われる。それぞれの項目の本来の選択肢による度数分布と2件法にまとめた後の度数分布を検討した結果、2件法にまとめても本来の調査結果と平均値などに大きな差異は生じなかったため、妥当性も損なわれないと思われる。

(5) 退院群と入院継続群との間に有意差のあった項目の相関分析および因子分析

- ①相関分析：スピアマンの相関分析を用いて他の項目と相関の高い評価項目を抽出し、これを(6)のロジスティック回帰分析で使用した。
- ②因子分析：上記の数量データにまったく欠損値のなかった145名（平均年齢 53.0 ± 12.7 歳、平均在院月数 141.3 ± 134.6 ヶ月）を対象に、1年転帰で有意差のあった項目の因子分析（重み付けなし最小二乗法、バリマックス回転）を行った。

(6) (5)で抽出された評価項目及び因子をもちいたロジスティック回帰分析

退院群と入院継続群で有意差を認めた項目を、相関分析および因子分析によって縮約した後に、これらの変数を独立変数とし、1年転帰を従属変数としてロジスティック回帰分析（Ward法）を実施した。

(7) 統計解析にはSPSS 15.0J for Windowsを用いた。

3. 結 果

(1) 退院困難度尺度のベースライン評価に基づくクラスター分析

退院困難度尺度の評価結果について因子分析を行ったところ、病識と治療コンプライアンス、退院への不安、ADL、問題行動、自閉的行動、身体合併症、自殺企図の可能性、家族からのサポートの8因子が見いだされた。本尺度を開発した際には、既報²⁵⁾のように6因子（固有値1以上の因子、累積寄与率52.6%）が抽出されたが、このときの解析対象者161名は任意入院に限定されており、平均年齢は男性86名で 48.9 ± 12.6 歳、女性75名で 53.9 ± 14.1 歳であり、今回の対象者と大きな違いはなかったが、平均在院月数は男性 57.6 ± 91.8 か月、女性 80.1 ± 131.2 か月であり、より在院期間が短く、またその幅も小さかった。このように、対象者が今回の解析ではより多様となり、医療保護入院や長期在院患者も加わっているが、同じ手法で固有値1以上の因子を抽出したところ、得られた因子は6因子から8因子に増加した（累積寄与率58.1%）。8因子はこれまで抽出されていた6因子にあらたにくわえて、これまで6因子に負荷していたり固有値1以上に達しなかった項目のうち、「自殺」に関連する因子と、家族からのサポートに関連する項目がまとまって抽出されたため、「自殺企図の可能性」、「家族からのサポート」と命名した。

この8因子を用いて、ワード法によるクラスター分析を実施した結果、5つのクラスターが得られた（表2）。高い得点を示した因子がそれぞれのクラスターの特徴を示していると考えられたため、クラスター1（複合的な困難要因群）、クラスター2（病識と服薬および自閉的行動困難群）、クラスター3（困難要因軽度群）、クラスター4（不安および自閉的行動困難群）、クラスター5（病識と服薬・不安・問題行動困難群）と命名した。5つのクラスターの間で、平均年齢や今回の在院月数に有意差はなかったが、BPRSがクラスター1（複合的な困難要因群）では、クラスター2（病識と服薬および自閉的行動困難群）、

表2 退院困難度尺度に基づくクラスター分析

各因子のパーセン タイル値表示	N	病識と 服薬 C	不安	ADL	問題 行動	自閉的 行動	身体合 併症	自殺	家族
クラスター 1 (複合的な困難要因群)	27	54.33	14.83	67.80	49.50	60.13	57.50	16.75	44.50
クラスター 2 (病識と服薬および自閉 的行動困難群)	35	59.25	9.50	32.30	15.00	60.75	15.75	6.50	57.17
クラスター 3 (困難要因軽度群)	82	15.42	16.50	13.40	8.25	22.38	13.75	6.75	37.00
クラスター 4 (不安および自閉的行動 困難群)	43	31.75	74.00	41.40	12.25	53.75	35.00	11.75	60.83
クラスター 5 (病識と服薬・不安・問 題行動困難群)	25	56.00	42.67	20.80	43.00	22.00	33.00	20.00	60.00

対象：1年以上入院しており，退院困難度尺度のデータが得られた男性128名，女性84名，合計212名．平均年齢は53.2±13.2歳，平均在院月数は152.2±136.4ヶ月．

表3 クラスターを独立変数とした分散分析結果

	クラスター1 (複合 的な困難要因群) (n=27) 平均値 (標準偏差)	クラスター2 (病識 と服薬および自閉的 行動困難群) (n=35) 平均値 (標準偏差)	クラスター3 (困難要因軽度 群) (n=82) 平均値 (標準偏差)	F 値	p 値
年齢	50.5 (15.5)	54.8 (14.0)	53.4 (12.70)		
平均在院月数	148.5 (130.3)	169.7 (126.5)	132.9 (132.14)		
BPRS 合計得点 ¹⁾	59.8 (13.8)	52.5 (12.4)	44.7 (14.30)		
GAF 合計得点 ¹⁾	26.1 (8.4)	30.8 (9.4)	40.0 (13.34)		
	クラスター4 (不安 および自閉的行動困 難群) (n=43) 平均値 (標準偏差)	クラスター5 (病識 と服薬・不安・問題 行動困難群) (n=25) 平均値 (標準偏差)	F 値	p 値	
年齢	52.3 (14.0)	55.2 (9.3)	0.603	n.s.	
平均在院月数	171.8 (130.2)	161.4 (177.3)	0.806	n.s.	
BPRS 合計得点 ¹⁾	50.2 (12.9)	43.6 (13.0)	6.885	p<.001	3,5<1
GAF 合計得点 ¹⁾	36.5 (12.8)	38.4 (14.1)	7.620	p<.001	1<3,4,5 2<3

3 (困難要因軽度群)と比較して重く，GAFがクラスター1 (複合的な困難要因群)で，クラスター3 (困難要因軽度群)，4 (不安および自閉的行動困難群)，5 (病識と服薬・不安・問題行動困難群)と比較して低く，クラスター2 (病識と服薬および自閉的行動困難群)はクラスター3 (困難

要因軽度群)と比較して低かった (表3)。

(2) 1年後の転帰調査

転帰調査の結果，1年後の転帰が判明している217名のうち，60名が退院群に，157名が入院継続群に分類された (表4)．両群の比較で，退院

表 4 1年後の転帰調査による退院群と入院継続群 (n=217)

	退院群		入院継続群		t 値	p 値
	(n=60)		(n=157)			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
年齢	44.2	14.7	55.3	12.6	5.20	p<.001
在院月数	54.2	110.1	143.0	134.6	4.98	p<.001
教育年数	12.0	2.4	11.4	2.6	-1.22	n.s.
通算治療月数	209.9	179.0	301.7	154.1	2.40	p<.05

群は平均年齢が有意に若く、今回の在院月数が有意に短く、通算治療月数が有意に短かった。

(3) 退院群と入院継続群でのベースライン評価の差異の検討

数量尺度で退院群と入院継続群との間で有意差があったのは、下記の項目である。

- ・患者属性：年齢、今回入院の在院月数、通算治療月数。
- ・医師評価：BPRS 項目 1「心気症」他 13 項目、GAF、副作用チェックリスト「アカシジア」他 9 項目。
- ・看護評価：退院困難度尺度項目 1 他 35 項目。
- ・本人評価：SF-36「身体機能」他 1 項目、地域生活に対するセルフエフィカシー尺度項目 1「規則的な生活を送る」他 5 項目。

カテゴリデータのうち、退院群と入院継続群の間で有意差があったのは、下記の項目である。なお入院形態別の比較では、有意差を認めなかった。

- ・患者属性：家族態度、保険種別、障害年金受給有無。
- ・医師評価：リハビリテーションニーズ調査項目 4「患者の退院希望についての主治医の判断」他 1 項目。
- ・本人評価：入院患者自記式調査票項目 1「あなたは、退院することや退院後の社会生活について考えることはありますか」他 2 項目。

(4) 退院群と入院継続群との間に有意差のあった項目の相関分析および因子分析

①相関分析：リハビリテーションニーズ調査票項

目 4 および 5、入院患者自記式調査票項目 1, 3, 4 との間で有意な相関が見られたため、これらの項目の代表値として入院患者自記式調査票項目 1 (退院について考えることがあるか) を回帰分析では独立変数として投入することとした。また家族の入院治療に対する態度および保険種別については、入院患者自記式調査票項目 1 と相関が見られなかったことから、それぞれを回帰分析の独立変数として投入することとした。また、年齢、今回入院の在院月数、通算治療期間については、これまでの分析から相互の相関が高いことが予想されたので、今回の分析では欠損値が少ない今回入院の在院月数を代表値として回帰分析に投入することとした。

②因子分析：転帰の判明しているもので、数量データにまったく欠損値のなかった 145 名 (平均年齢 53.0±12.7 歳、平均在院月数 141.3±134.6 か月) を対象に因子分析を行った結果、6 因子が抽出された。まず因子 1 は固有値 7.6 で、因子負荷量 0.5 以上の 16 項目はいずれも退院困難度尺度からの項目であり、「病棟看護師から見た退院困難要因」と命名した。因子 2 は固有値 3.7 で、因子負荷量 0.5 以上の 7 項目は、BPRS 陰性症状を中心とする 6 項目と GAF であったため、「陰性症状を中心とした周囲とのかかわれなさ」と命名した。因子 3 は固有値 3.1 で、因子負荷量 0.5 以上の項目は、BPRS の敵意、興奮、猜疑心の 3 項目と、副作用チェックリストの興奮・易刺激性であったため、「敵意・興奮・猜疑心」と命名した。因子 4 は固有値 3.0、因子負荷量 0.5 以上の項目

表5 1年後の転帰を決定する要因についてのロジスティック回帰分析 (n=156)

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B)
病棟看護師から見た退院困難要因	-0.381	0.277	1.898	1	0.168	0.683
BPRS・敵意, 興奮, 猜疑心など	-0.690	0.307	5.033	1	0.025	0.502
BPRS 陰性症状を中心とした周囲のかかわれなさ	-0.217	0.291	0.554	1	0.457	0.805
身体合併症悪化の可能性	-0.278	0.337	0.679	1	0.410	0.757
セルフエフィカシー	-0.761	0.341	4.980	1	0.026	0.467
年齢	-0.294	0.279	1.107	1	0.293	0.746
在院月数	-0.106	0.306	0.119	1	0.730	0.900
定数	-1.918	0.311	38.108	1	0.000	0.147
モデル適合度	-2 対数尤度 115.522 (a)	Cox & Snell R ² 乗 0.212	Nagelkerke R ² 乗 0.34			

は, SECL 5 項目 (約束通り病院へ通う, 規則的な生活を送る, 日中, 職場・デイケア・作業所・仲間との集まりの場所にでかける, 処方された薬をきちんと飲む, 病気が悪くなりかけたら, 病院へ行く) と, SF-36 の社会生活機能 (自分が社会的な役割をこなせているかどうか, といった項目によって測定) であったため, 「地域生活のセルフエフィカシー」と命名した. 因子 5 は固有値 1.7 で, 退院困難度尺度の合併症についての評価 2 項目が因子負荷量 0.7 以上であり, 「身体合併症悪化の可能性」と命名した. 因子 6 は固有値 1.6 で, 副作用による身体症状の評価 2 項目が因子負荷量 0.5 以上であり, 「副作用による身体症状」と命名した. 以上の 6 因子の累積寄与率は 47.3% であった.

(5) 1年後の転帰を決定する要因についてのロジスティック回帰分析

前項の解析をもとに, 家族の入院治療についての態度, 保険種別, 入院患者自記式調査票項目 1 (退院について考えることがあるか), と今回の在院月数を独立変数とした. また因子分析で抽出された 5 因子を独立変数とした. 因子 6 は分布が

極めて特異であり, 副作用ありの人がほとんどいなかったため, 今回の分析から除外した. 以上を独立変数とし, 1年転帰を従属変数としてロジスティック回帰分析 (Wald 法) を実施した. 5 因子および今回の在院月数は z 得点を分析に用いた. 表 5 に示すように, 1年後の転帰については, 「敵意・興奮・猜疑心」と「地域生活のセルフエフィカシー」が有意な寄与を示していた. 今回の在院月数などの要因は有意な寄与を示さなかった.

4. 考 察

(1) クラスター分析による退院困難要因の類型化

クラスター分析に先立ち, 退院困難度尺度より 8 要因が抽出されたが, これは今までの先行研究とほぼ同様の要因と考えられる. やや古い研究ではあるが, 地域ケアの整備がまだ発展途上にあるわが国の現状と比肩しうるものとして, オレゴン州の州立病院で地域ケアが困難な例についての検討が行われた²⁾. 1985 年の 3 か月間で 146 例が登録され, うち 82 例についての退院困難要因を病棟の看護師などに聞き取り調査した結果, 自傷他害のおそれが 90% に見られたことのほか, 病識

欠如 38%，地域生活での拒薬 33%，薬物療法への反応不十分 20%などであった。九州の公的病院で、改築などに伴う病床削減が計画され、5年以上の長期在院者 266 名について 1994 年から 2 年 9 ヶ月間の退院促進が行われた結果 55 名が退院し、残りの者との比較が試みられた²⁷⁾。退院群との間で有意な差があったのは、対人障害の得点、Social Behavior Schedule (SBS) で評価した現実検討能力の障害などであった。

今回抽出された 5 クラスターのうち、まずクラスター 3 (困難要因軽度群) は、退院困難要因の得点がいずれも低く、退院可能群と考えられる。実際に 1 年後の転帰の調査を行った時点で、追跡可能であったもののうち 42.0%がすでに退院となっていた。なお対象の項で述べたように、クラスター分析を行ったものと 1 年転帰の調査を行ったものは大部分重なっているものの、一部にそれぞれの分析から除外されたものがあるために、1 年後の追跡での退院率は参考数値として挙げるにとどめた。このクラスター 3 に分類される人はいわゆる「社会的入院」とも考えられ、今回の調査では全体の約 4 割を占めており、我が国における地域ケアの受皿整備がまだ不十分であることが示唆された。受皿といっても例えば住居などや福祉サービスだけではなく、医療サービスについてもわが国の医療制度のもとでは、訪問などのアウトリーチサービスやさまざまな心理社会的介入を外来で行うだけのマンパワーが不十分であることが、こうした社会的入院をもたらしていることも見逃すことはできない。統合失調症の急性症状からの回復に時日を要する人が一定数いることは臨床現場では周知のことであり、早期の退院を図るうえでは、そうした外来での医療サービスの充実が不可欠である。たとえば Edwards ら⁵⁾ は、比較的回復が速やかと考えられる初回エピソードの人を対象に調査し、統合失調症圏の診断がつく人では、1 年後の調査時点でも 8.9%に持続的な陽性症状があったと報告している。慢性例の再発については、回復はなおさら時日を要するであろう。またリハビリテーションについては、我が国ではデイ

ケアが普及しているが、自ら定期的に参加するところまで、意欲や現実的な希望が回復するには、時日を要する場合が見られる。こうした例では陰性症状に基づく引きこもりや障害認識・病識の不十分さなどが背景にある場合があり、病棟での行動には大きな問題はないが、退院については慎重を要する場合がある。つまりクラスター 3 に分類される人たちを、単純に社会的入院としてくくることはできないと筆者らは考える。

クラスター 1 (複合的な困難要因群) は BPRS、GAF がほかの群と比べ有意に悪く、重い病態の人たちである。このクラスターに分類され、さらに 1 年後に退院した人は 0.0%であった。服薬、ADL、対人関係など治療による可塑性があると思われる要因以外に、合併症要因がほかのクラスターと比較して大きな問題となっている。今回の対象者の約 1 割がクラスター 1 と分類されたが、こうした人たちが退院していくためには、医療と福祉を統合した包括的地域生活支援 (assertive community treatment: ACT) や地域において手厚い医療と生活へのケアを行うホステルなどと呼ばれる居住施設など、手厚い地域での医療・生活ケアが必要と考えられた。また今後高齢の長期在院者の退院が増加してくれば、身体合併症のケアは大きな課題となってくる。訪問などにより、身体ケアとリハビリテーションを同時に提供できるような体制がやはり必要であろう。

クラスター 2, 4, 5 に共通して家族要因が高くなっており、我が国で 1 年以上の在院者で、家族への援助を積極的に行う必要があることを示している。もちろん一人暮らしなどさまざまな居住形態を選択できることが要請されるが、家族が患者の心のよりどころである場合も多いので、同居ではなくても良好な関係を維持できることは、その後の社会生活の困難を減らすことになるだろう。入院当初からの家族心理教育プログラムの充実や退院の困難要因の高い人への個別の家族援助の工夫が求められるといえよう。クラスター 1 に比して家族の困難度がむしろ高いことから、単に障害や症状の重症度だけではない家族の困難を高め

る要因のあることが推定され、個別の援助計画が必要になってくると考えられた。

クラスター2（病識と服薬および自閉的行動困難群）は、病識と服薬、自閉的行動、家族要因の得点が高いことが特徴である。自閉的行動については、温かい関心を持って、ゆっくりと支持的にかかわることや、楽しめるアクティビティが提供されていて、希望があればそうしたプログラムに参加できること、病棟全体の雰囲気は保護的であると同時に退院への希望もあることなどが必要になってくるだろう。いずれにしても、自閉的行動だけでは周囲の環境を整えることで地域生活が可能とも考えられるかもしれないが、退院準備プログラムなどの治療的なプログラムへの参加を阻害するために、服薬や病識等の改善が得られにくいことが問題になってくる可能性がある。作業療法、レクリエーション、病棟ミーティングなどの活動性を高める集団の技術が、こうした人たちには重要と考えられる。

クラスター4（不安および自閉的行動困難群）は本人の不安、自閉的行動、家族要因の得点が高いことに特徴がある。クラスター2と同様に、温かい関心とともに息の長いかわりや楽しめる活動、家族への援助が有用であろう。不安の強さについては、退院準備プログラムなどの中で仲間と触れて地域生活への希望と自信を高めることや、認知行動療法の技術を用いた不安への自己対処スキルの獲得を目指すことなどが役立つだろう。また医療機関と地域ケアをつなぐ専門家（たとえばケアマネジャー）が存在して、本人の不安を支えることも重要と考えられた。

クラスター5（病識と服薬・不安・問題行動困難群）は、病識と服薬、不安、問題行動、自殺の既往の要因が高いことに特徴がある。衝動的行動への対処を促す認知行動療法の工夫が必要であろう。また地域生活においてもACTなど丁寧なアウトリーチサービスが必要になると考えられる。なお1年後の退院率はクラスター2（病識と服薬および自閉的行動困難群）は9.5%、クラスター4（不安および自閉的行動困難群）は13.0%、ク

ラスター5（病識と服薬・不安・問題行動困難群）は5.3%といずれも低く、集中的な介入と、退院後の援助体制の整備のいずれもが必要であることを示している。

以上のようにクラスターごとの退院を阻む要因の特徴とそれを克服するための介入について考察してきた。いずれにしても、入院が1年以上となつて退院の困難度が高まる患者には、その要因を分析して、それによる退院援助計画を立てることが必要であるが、その際にこうした類型化が役立つものとする。また退院援助の資源を整備するに際して、こうした類型化とそれぞれに属する人の割合を知ることは役立つと考える。

(2) 退院支援を困難にする要因について

退院困難度尺度を含め、退院群と入院継続群との比較では、多くの評価項目で有意差が存在した。それを整理すると、まずは、年齢、今回入院の在院月数、保険種別などの基本的な属性がある。ついで、尺度を用いた評価で有意差のあった項目を整理し、変数を縮約するために因子分析を行ったところ、「病棟看護師から見た退院困難要因」、「陰性症状を中心とした周囲とのかかわれなさ」、「敵意・興奮・猜疑心」、「地域生活のセルフエフィカシー」、「身体合併症悪化の可能性」、「副作用による身体症状」の6因子が抽出された。これらは病棟で日常生活にかかわる看護師などにより観察される行動、周囲との関係性を精神症状の視点からまとめた2項目、自己評価、身体面の評価、薬物療法と、退院支援にかかわる多面的な視野からの項目が抽出されており、しかも「だれがどうという視点から評価したか」という共通点で項目が縮約される結果となった。前項のクラスター分析ではこのうちの第1因子および第5因子による解析であったが、さらに退院援助には、本人も含む多面的な援助の視点が必要であること、また援助チームで統一した視点で援助を行うことの重要性を示していると考えられる。このことは、退院援助の個別計画を練る際の要点と考える。

ロジスティック回帰分析の結果からは、退院の転

帰にかかわる要因のうち、敵意、興奮、猜疑心など周囲との関係性を損なう傾向と患者本人の地域生活の自信が、1年後の転帰に有意な寄与を示したが、年齢や在院月数など退院困難度を高める背景情報や陽性症状などの重症度などは、有意な寄与を示さなかった。またクラスター分析のところで示された病棟看護師が観察した退院困難要因は回帰分析では有意な寄与を示さなかった。この結果を見ると、さまざまな退院を阻む要因の中でも、最も影響の大きいものは、周囲と安定して支持的な関係を作る能力と退院への本人の前向きな自信ということになる。それ以外の要因は多職種チームが連携してかかわる中で、改善できる可能性があるのではないだろうか。周囲との関係を築く能力については、はじめに述べた TAPS プロジェクトの Trieman ら³⁰⁾の報告と合致する結果であった。すなわち、精神症状がやや重く、不安が高度で、攻撃性、服薬不遵守、不適切な性的行動、退院拒絶などの特徴のある人たちが、最後まで地域移行が困難であった。1年後の追跡調査³¹⁾では、スタッフの比率の高い施設での濃厚なりハビリテーションサービス “slow-stream rehabilitation” により、40%のものが地域での生活を開始できたとしている。こうした援助関係を形作るうえで困難がある人たちに対して、治療者との1対1での精神療法的かかわりなど時間をかけて関係性を構築していく援助と技術や、支持的にかかわれる治療環境とマンパワーが必要と考えられる。わが国でも、前述した九州の公的病院での退院促進²⁷⁾では、多重ロジスティック解析で、BPRS による「敵意」「疑惑」「非協調性」の3項目を合計した対人障害の得点と現実検討能力の障害が退院しにくさと関連しており、今回の報告と共通点のある結果となっている。

Brenner ら³⁾は、国際的なタスクグループの討論に基づいて、統合失調症の効果的な心理社会的治療の指針を11条挙げているが、その中の5条で「反抗的であったり、退行していたり、拒絶的であったり、意欲が低下している患者と、治療者はよい治療関係を作っていく必要がある。その

ためにはあたたかい肯定的な関係や、精神力動的な理解や、忍耐や、患者とかかわる安定した治療チームが必要であり、さらに戦略的ないし逆説的な介入がしばしば必要になる」と述べている。こうした治療技術のトレーニングやスーパービジョンの体制と、その基盤となる治療チームが必要とされることになる。これはさまざまな心理社会的プログラムを提供する前提となる基礎構造と考えられる。

本人の地域生活への自信については退院準備プログラムが有効と考えられる。具体的なスキルの学習プログラムのほかに、フィールドトリップを行って生活の場を体験すること、先輩からの成功体験を聞く機会が用意されていること、仲間同士の支え合いが期待できるからである。また入院病棟が地域に開かれていること、退院後の生活に展望が持てることも重要である。ここでも、さまざまな援助を行う前提となる基礎的な治療構造がもっとも影響を与えている可能性がある。

本研究では、統合失調症の退院支援を阻む要因の抽出を試みた。年齢、ADLの低下、合併症の有無など地域での手厚い援助体制の整備が必要な事柄は、我が国の医療福祉体制につきつけられた喫緊の課題である。それに加えて、病識と治療コンプライアンス、問題行動など強力な心理社会的介入が必要な要因については、入院中の効果的なリハビリテーションの整備と、地域への連続的な医療サポートの移行が必要であると考えられた。家族の問題が大きいことは、我が国において、家族援助の整備の必要性を警告していると考ええる。こうした困難要因に加えて、退院できるかどうか決定づける要因については、患者本人と温かいかわりを持ち、安定した援助関係を築き、意欲を引き出していく、基本的な治療技術が重要と考えられた。また多面的な視点から援助するための治療チームとその運営の技術も重要であると考えられる。

我が国の入院治療の場で退院が滞る患者に対して、まず、本研究から言えることは、何が退院支援を阻んでいるかについて多面的な視点から解析を行う必要がある、ということである。次に言え

ることは、そうした解析のもとで、服薬教室など心理社会的な介入プログラムが用意され、地域生活に必要なスキルの準備をしていくこと、地域ケアへの移行や定着を行う上での社会資源について、不十分ながらもその活用や開発をしていくことを行うわけであるが、そうした退院支援がそもそも患者に届きにくい要因として、周囲との安定した信頼関係を築きにくいことや本人の中に十分な意欲や自信が醸成されていないことがあるのではないかと、ということである。集団での心理社会的治療プログラムを機械的に適用するのではなく、個別の主治療者（看護師である場合もあるだろうし、さまざまな職種が治療チームの中でこの役割を担いうる）との関係作り、それも統合失調症の病理を踏まえた精神療法的な視点とともに、地域での当たり前前の生活をめざす、人生の復権を援助する視点も踏まえた、支援できる関係を築いていくことが、その後のさまざまな退院支援を生かしていく基盤になると考える。退院に向けた入院患者の流れのある開放的な病棟の雰囲気の中で、日常的な声かけ、レクリエーションや作業を一緒に楽しむ体験、自発性を待ちつつ行う日常の生活支援、本人の欲求や希望を引き出して受け止めていく態度など、言語交流を主体とする学習プログラムの前の準備段階を醸成する心理社会的かかわりが大切である。TAPSプロジェクトの紹介でふれた“slow-stream rehabilitation”はこうした基盤の上に成り立つものである。ていねいな関係作りや、そのもとでの多職種での退院支援が可能になる治療技術が、私たち医療現場に求められているし、十分なマンパワーを保障する医療体制も、私たちは求めていかなければならないと考える。

謝 辞

今回の調査にあたっては、以下の方々の協力をいただきました。ここに記して深い感謝をささげます。

菊池病院：中村民生医師、佐竹道子看護師長

さいがた病院：西澤芳子医師、大屋未輝精神保健福祉士、森田晴善医師（現長岡西病院）

下総精神医療センター：本間哲雄教育師長

鳥取精神医療センター：高田耕吉医師

東尾張病院：富田雄一郎副看護師長、水野準也作業療法士、小川理恵副看護師長（現名古屋医療センター）

国立精神・神経センター病院：渡辺裕貴医師、富沢明美医師、森田三佳子作業療法士、穴見公隆医師（現高月病院）、保苅啓子看護師長（現多磨全生園）

その他、各病棟を担当する医師、看護師、コメディカルスタッフのみなさん

文 献

1) Baker, R., Hall, J.N.: Users Manual for Rehabilitation Evaluation Hall and Baker. Scotland, Vine Publishing, 1986 (田原明夫, 藤 信子, 山下俊幸訳: Rehab-精神科リハビリテーション行動評価尺度. 三輪書店, 東京, 1994)

2) Bigelow, D.A., Cutler, D.L., Moore, L.J., et al.: Characteristics of state hospital patients who are hard to place. Hosp Comm Psychiatry, 39; 181-185, 1988

3) Brenner, H.D., Dencker, S.J., Goldstein, M.J., et al.: Defining treatment refractoriness in schizophrenia. Schizophr Bull, 16; 551-565, 1990

4) Dayson, D., Gooch, C., Thornicroft, G.: The TAPS project 16: Difficult to place, long term psychiatric patients: risk factors for failure to resettle long stay patients in community facilities. BMJ, 305; 993-998, 1992

5) Edwards, J., Maude, D., McGorry, P.D., et al.: Prolonged recovery in first-episode psychosis. Br J Psychiatry, 172 (suppl. 33); 107-116, 1998

6) Gooch, C., Leff, J.: Factors affecting the success of community placement: the TAPS project 26. Psychological Medicine, 26; 511-520, 1996

7) 橋詰 宏, 井上新平, 岡野寿恵ほか: 精神病院における長期入院化しやすい分裂病患者の特徴について. 社会精神医学, 14; 54-62, 1991

8) Hobbs, C., Tennant, C., Rosen, A., et al.: Deinstitutionalisation for long-term mental illness: a 2-year clinical evaluation. Aus N Z J Psychiatry, 34; 476-483, 2000

9) 井上新平, 安西信雄, 池淵恵美監修, 佐藤さやか, 森田慎一執筆: 退院準備プログラム. 丸善, 東京, 2007

10) Jones, D.: The TAPS project.11: The selection of patients for reprovion. Br J Psychiatry, 162 (suppl. 19); 36-39, 1993

11) Kopelowicz, A.K., Wallace, C.J., Zarate, R.:

Teaching Psychiatric Inpatients to Re-Entry the Community: A Brief Method of Improving the Continuity of Care. *Psychiatric Services*, 49; 1313-1316, 1998

12) 厚生労働省大臣官房統計情報部:平成17年患者調査, 2005

13) 厚生労働省精神保健福祉対策本部:精神保健医療福祉の改革ビジョン, 2004

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

15) 黒田研二, 樋田精一, 川室 優ほか:長期入院患者の退院可能性とリハビリテーションニーズに関する調査:調査結果の速報. *精神経誌*, 101; 762-776, 1999

16) Leff, J.: Can we manage without the mental hospital? *Aus N Z J Psychiatry*, 35; 421-427, 2001

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

18) 三上昭廣:治療抵抗性統合失調症について—「長期在院患者」のリハビリテーションを考える. *Schizophrenia Frontier*, 4; 240-244, 2003

19) 宮田量治, 新井綾子, 藤井康男ほか:精神分裂病患者への薬物療法とクオリティ・オブ・ライフ(その1)薬に対する構えの調査票(Drug Attitude Inventory日本語版)による検討. *精神経誌*, 98; 1045-1046, 1996

20) 南光進一郎, 中井和代訳(E.フラー・トリー著):統合失調症がよくわかる本. 日本評論社, 東京, 2007

21) O'Driscoll, C., Wills, W., Leff, J., et al.: The TAPS project. 10: The long-stay populations of Friern and Claybury Hospitals. The baseline survey. *Br J Psychiatry*, 162 (suppl. 19); 30-35, 1993

22) 大川 希, 大島 巖, 長 直子ほか:精神分裂病者の地域生活に対する自己効力感尺度(SECL)の開発;

信頼性・妥当性の検討. *精神医学*, 43; 727-735, 2001

23) 大島 巖:精神障害者の実態:精神障害者の困難状態と援助必要性. *精神障害リハビリテーション学*(蜂矢英彦, 岡上和夫監修). 金剛出版, 東京, p.127-133, 2000

24) Overall, J.E., Gorham, D.R.: The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep*, 10; 799-812, 1962

25) 佐藤さやか, 池淵恵美, 穴見公隆ほか:精神障害を持つ人のための退院困難度尺度作成の試み. *日社精医誌*, 16; 229-240, 2008

26) 瀬戸屋雄太郎, 長沼洋一, 立森久照ほか:精神科退院患者における多次元QOL尺度SF-36日本語版の有用性の検討. *臨床精神医学*, 29; 185-192, 2000

27) 下野正健, 藤川尚宏, 吉益光一ほか:精神科病院長期在院者の退院に関連する要因の検討. *精神医学*, 46; 403-414, 2004

28) 立森久照, 伊藤弘人:日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8項目版の信頼性および妥当性の検討. *精神医学*, 41; 711-717, 1999

29) Thornicroft, G., Margolius, O., Jones, D.: The TAPS project. 6: New long-stay psychiatric patients and social deprivation. *Br J Psychiatry* 161; 621-624, 1992

30) Trieman, N., Leff, J.: Difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme: the TAPS project 24. *Psychological Medicine*, 26; 765-774, 1996

31) Trieman, N., Leff, J.: The TAPS project 36: The most difficult to place long-stay psychiatric inpatients. Outcome after one year relocation. *Br J Psychiatry*, 169; 289-292, 1996

32) Trieman, N., Leff, J., Glover, G.: Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. *BMJ*, 319; 13-16, 1999

33) Trieman, N., Leff, J.: Long-term outcome of long-stay psychiatric in-patients considered unsuitable to live in the community: the TAPS project 44. *Br J Psychiatry*, 181; 428-432, 2002

What Impedes Discharge Support for Persons with Schizophrenia in Psychiatric Hospitals?

Emi IKEBUCHI¹⁾, Sayaka SATOH²⁾, Nobuo ANZAI³⁾

1) *Department of Psychiatry, Teikyo University School of Medicine*

2) *Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry*

3) *National Center of Neurology and Psychiatry Hospital*

Objective: This study examines the factors that may impede discharge support for persons with schizophrenia who are receiving standard psychiatric services in Japan.

Subjects: Two hundred and ninety-two in-patients from nine psychiatric hospitals diagnosed with schizophrenia agreed to participate in this study. The mean duration of hospitalization at the time of the survey was approximately 10 years.

Methods: Variables that were evaluated in the baseline assessment were as follows: demographic features such as age and duration of hospitalization, primary psychiatrist's evaluation (the Brief Psychiatric Rating Scale, Global Assessment of Functioning, Assessing List of Patients' Needs of Psychiatric Rehabilitation, and so on), ward nurses' evaluation (the Discharge Difficulty Scale and the Hall and Baker's Rehabilitation Evaluation), and self-administered questionnaires (the Self-Efficacy for Community Life Scale, Client Satisfaction Questionnaire, MOS Short-Form 36-Item Health Survey, and Drug Attitude Inventory Short Form). In the follow-up one year later, the subjects were divided into two groups: patients discharged and patients still hospitalized.

Results: Eight factors were identified by factor analysis of the Discharge Difficulty Scale. They were insight and treatment compliances, anxieties over discharge, activities of daily living (ADL), problem behaviors, autistic behaviors, medical complications, suicidal behaviors, and family problems. Five clusters were found on cluster analysis; cluster 1 (multiple factors of discharge difficulty), cluster 2 (insight, adherence, and autistic behavior factors of discharge difficulty), cluster 3 (few factors of discharge difficulty), cluster 4 (anxiety and autistic behavior of discharge difficulty), and cluster 5 (insight and adherence, anxiety, and deviant behavior factors of discharge difficulty). In the follow-up one year later, 60 and 157 subjects were divided into the discharge and continued-hospitalization groups, respectively. Six factors were detected by factor analysis that examined the variables which showed significant differences between the two groups in the baseline assessment: 1) discharge difficulties observed by ward nurses, 2) interpersonal difficulties attributed to negative symptoms, 3) hostility, excitement, and suspiciousness, 4) self-efficacy of patients in the community, 5) possible exacerbation of medical diseases, and 6) physical complaints related to the adverse effects of medication. On logistic regression analysis, the hostility, excitement, and suspiciousness and self-efficacy of patients in the community were found to be the two

significant contributing factors to the outcome.

Discussion: Effective treatments promoting discharge support for long-term in-patients with schizophrenia are discussed according to the five clusters found. By clustering discharge difficulties, the treatment team will be provided with the necessary medical and social resources. In conclusion, a desirable supportive relation between patients and the team, basic skills to motivate the patients, and cooperative relations among the members of the treatment team are crucial in order to improve the outcomes of patients with discharge difficulties.

<Authors' abstract>

<**Key words**: schizophrenia, discharge support, the Discharge Difficulty Scale, psychiatric symptom, self-efficacy>
