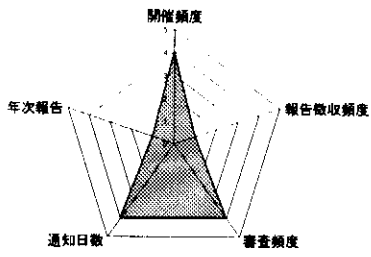
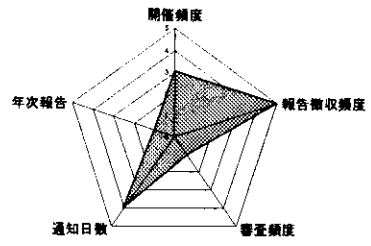


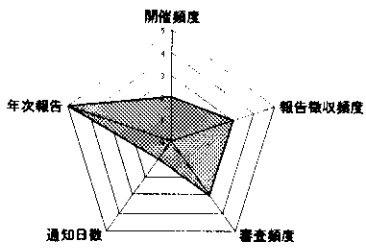
奈良県



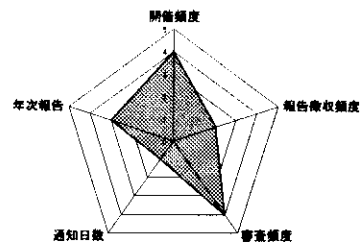
群馬県



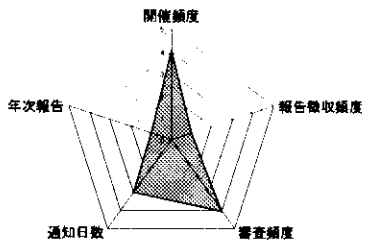
山形県



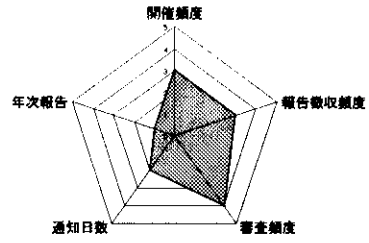
青森県



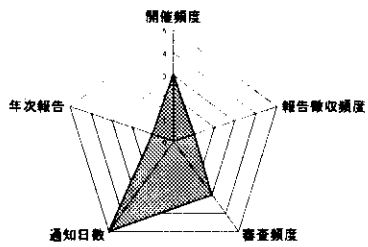
沖縄県



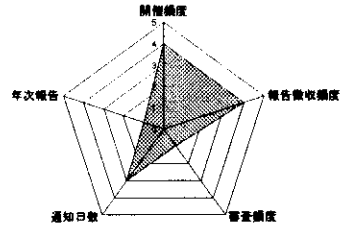
愛媛県



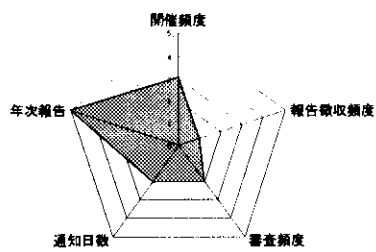
和歌山県



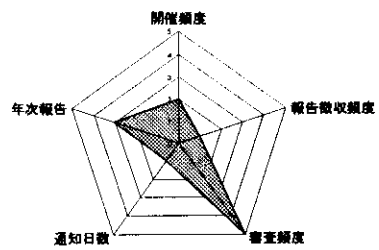
福井県

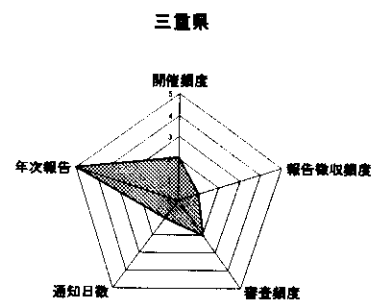
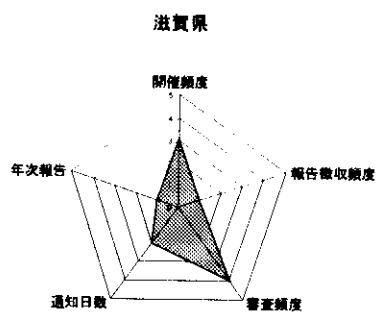
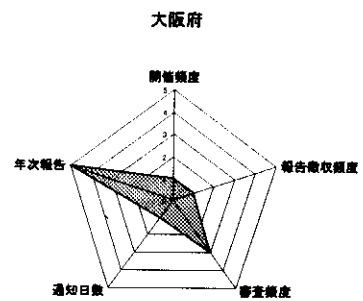
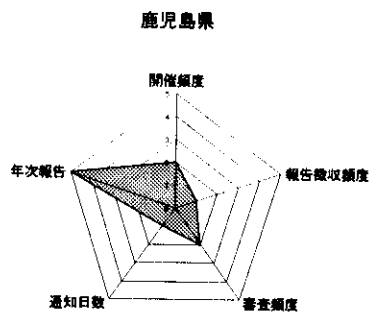
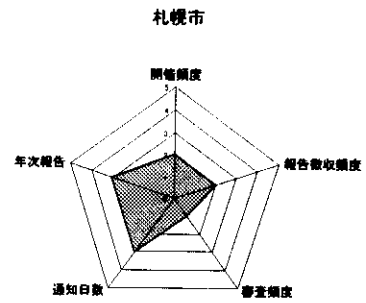
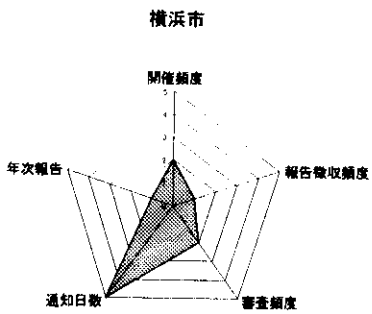
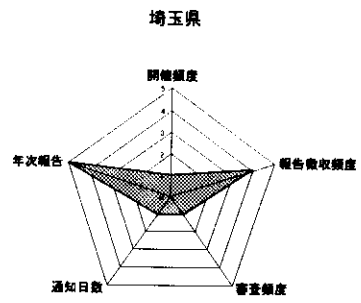
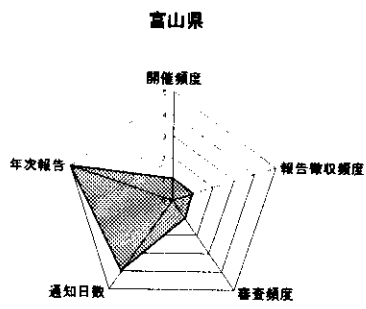
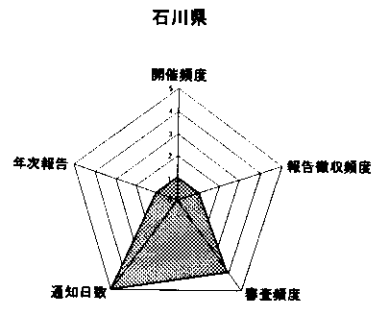
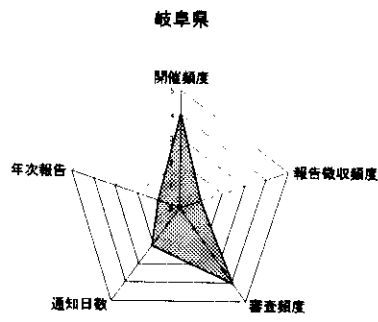


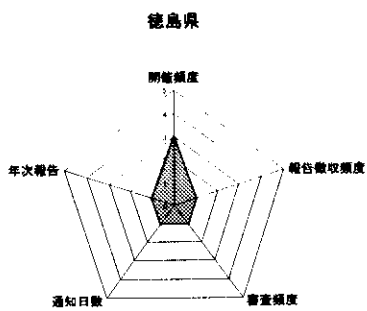
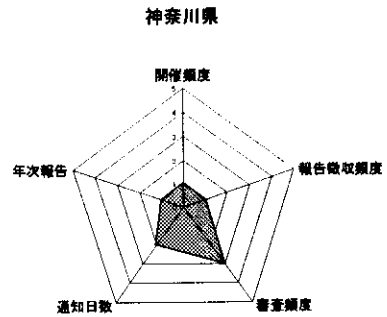
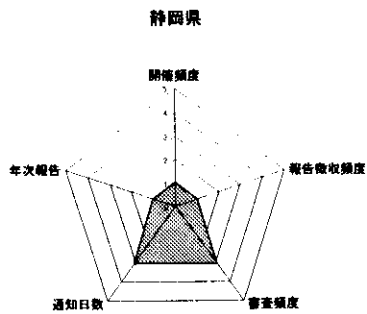
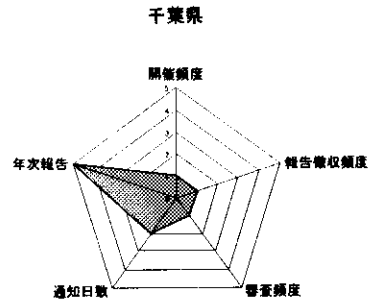
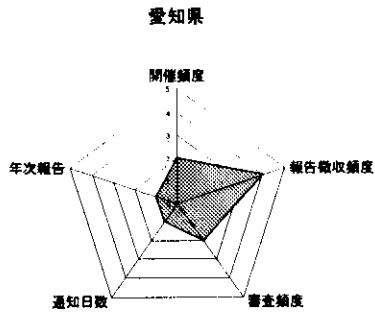
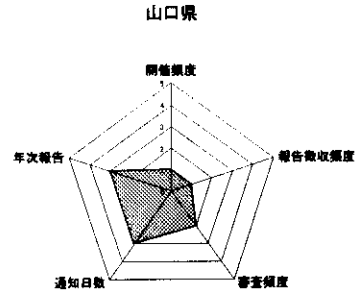
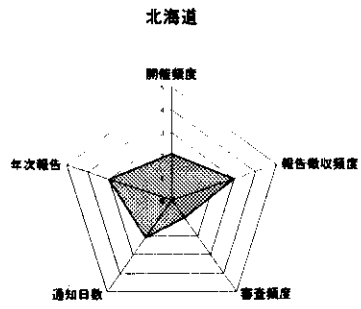
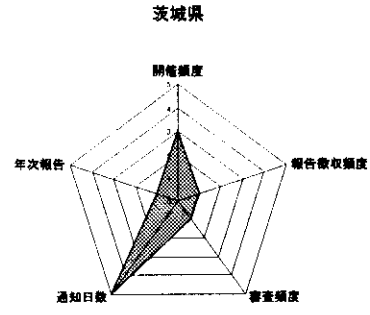
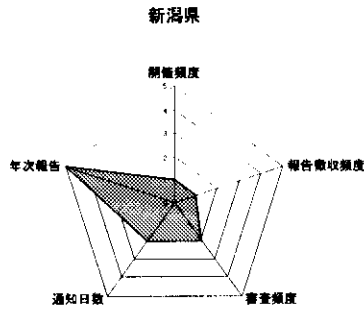
栃木県



福岡県







精神医療審査会事務局運営マニュアル案

1. 精神医療審査会事務局運営の基本理念

平成11年の精神保健及び精神障害福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」）の改正により、精神医療審査会（以下「審査会」）は、委員定数の上限が撤廃され、書類審査による報告徴収権や審問権が付与されるなど、その機能が大幅に強化された。これに伴って、審査会事務局も、精神保健行政における独立性と専門性を高めるために、平成14年度から精神保健福祉センターに設置されることとなった。

この移管を機に、審査会は、精神医療審査会運営マニュアル（平成11年度改訂版）に沿って、時間がかかりすぎると批判のあった退院請求等の審査プロセスを迅速化し、精神病院の实地指導や实地審査と連携するなどして、審査会の人権擁護機能を強化すべきである。また、審査会の具体的な活動内容を年次報告書などの形で一般に公開すべきである。こうした審査会活動の迅速性と透明性を高めるためには、審査会事務局が中心的な役割を果たす必要がある。

2. 審査会事務局体制

前記の審査会事務局運営の基本理念を達成するために、以下のような事務局体制が構築されることが望ましい。

- (1) 精神医療審査会事務局は、精神保健福祉センター長直属の独立部門とする。
- (2) 精神保健指定医を審査会事務局長に任ずる。原則として、精神保健福祉センター長は事務局長を兼務しないこととする。
- (3) 事務局員には事務担当官のほかに、精神保健指定医、精神保健福祉士、保健婦など精神保健福祉に十分経験と知識のある専任職員を配置する。

3. 審査会事務局の業務

情報公開も念頭に入れて、全体会議事録及び定例審査会における合議体議事録を作成するものとする。

(1) 合議体の開催

(a) 開催頻度

審査の迅速性を確保するため、各合議体は月に1回の頻度で開催されることが望ましい。少なくとも、退院ないし処遇改善請求が受理された場合は、請求の受理から1ヶ月以内に審査結果を通知できるよう、当該の合議体を開催すべきである。

(b) 議事録の作成

情報公開も念頭に置いて、各合議体の開催ごとに議事録を作成することが望ましい。

(2) 入院届・定期病状報告等の審査

(a) 関係書類の管理

- (ア)関係書類は最終の審査日から最少5年間、保管する。なお、5年以上経過しても入院継続中の患者についてはその後も保管する。
- (イ)審査終了後、審査会委員に配布した複写書類は消却処分する。
- (ウ)情報公開の範囲については、個人情報以外の情報は原則として公開の対象となるが、都道府県の公開条例に従うものとする。

(b) 書類審査

- (ア)合議体委員全員が全ての書類に目を通すことができるようにする。殊に入院届、定期病状報告、退院等請求に関する書類については、全委員が十分な審査を行えるよう事前に配布しておき、審査会終了後に回収する。
- (イ)合議体の数に配慮して迅速かつ十分な時間を審査に当てるようにする。審査件数が多いために審査時間が著しく短い審査会では、合議体数および合議体開催頻度を増やすよう努めることとする。

(c) 審査結果

- (ア)審査結果は、速やかに知事へ報告し、審査結果の履行状況について、次回の同じ合議体の審査会に間に合うように、知事から回答を得ておくものとする。
- (イ)合議体の長から要請のあるときには、事務局員は病院管理者等に対し文書（例えば「調査事項」の送付）または実地訪問による調査を行わなければならない。さらに、関係者を審査会に呼んで審問することができる。

(3) 退院もしくは処遇改善請求の審査

(a) 電話による請求の取り扱い

- (ア)専用電話を設置する。24時間体制で対応できることが望ましい。
- (イ)原則として、精神保健福祉に関する知識と経験のある職員が対応する。
- (ウ)丁寧に対応し、相談内容を把握するよう努力する。電話相談者が請求者本人ではない場合や本人でも匿名の場合には、退院等の請求であることを確認した上で、退院等の請求に関わる審査は個人として同定できる本人の請求を前提にすることを説明して、本人に電話口に出てもらいか名前を名乗ってもらうようにする。
- (エ)電話で退院等請求を受理した場合でも、できるだけ請求書の提出を求める。
- (オ)頻回利用者に対しても丁寧に対応し、退院等請求であるならば通常の請求のように処理し、請求を却下した審査結果を回答した後の1ヶ月以内であれば審査結果を繰り返し伝え、相談電話に切り替える。
- (カ)相談内容に基づいて分類する。
 - ①退院の相談
 - ②処遇改善の相談
 - 7)法に触れる人権侵害要件

1) その他の処遇改善要求

③退院・処遇改善の区別のつかない相談

④その他の相談

(キ)電話相談に関する事項を電話相談記録票に記録する。記録票は、定例の合議体に提示する。

(ク)退院等の意思確認後に、保護者の意見を文書で求める。

(b) 退院等に関する請求書の取り扱い

(ア)請求書の届き次第、本人に電話で退院等の意思確認を行う。

(イ)その後の手続は電話と同じ。

(c) 退院等の請求審査

(ア)退院等の請求を電話又は書面で受理してから72時間以内に合議体の長に報告する。なお、受理することに疑義のあるときには審査会会長に報告して受理について指示を仰ぐ。

(イ)請求受理から1ヶ月以内に審査結果が当事者に通知されるよう、請求確認後、2週間以内に医療委員及び非医療委員の2名以上とともに意見聴取を行う。直近の審査会開催日まで意見聴取を終えることが望ましい。

(ウ)意見聴取で重大な人権上の問題が存在するときには、意見を聴取した委員は速やかにその旨を合議体の長に伝え、長は会長と協議の上、臨時の合議体もしくは審査会総会を招集する。臨時の審査会開催が不都合なときには秘密保持に十分留意して電話等で意見を求めてもよい。また、重大な人権侵害に該当すると思われる事態が、退院等を請求する患者以外の者に生じていることを知り得た場合にも速やかにその旨を合議体の長に伝える。

(エ)審査結果は、知事を通じて、できるだけ速やかに関係者に通知する。特に請求者本人には、審査結果の理由を丁寧に説明する文書を郵送する。また、病院管理者には、治療内容や治療計画等に関する審査会としての意見を推奨することができる。

(オ)患者の請求に応じて入院形態の変更・処遇改善・退院指示等の審査結果が出たときには、進捗状況を次の審査会で報告する。審査結果に病院管理者が応じていないときには、知事を通じて、その理由を病院管理者から聴取することができる。

(4) 審査会活動報告書の作成

審査会事務局は、審査会の活動内容を長くとも1年単位で集計し、以下のような構成の活動報告書を作成することが望ましい。

(a) 病院別の書類審査件数等

①措置入院（定期病状報告書）

②医療保護入院（入院届、定期病状報告書）

③任意入院（医療保護入院あるいは措置入院に変更した数）

④移送入院件数（措置・応急・医療保護入院別）

⑤報告徴収・実地調査及び審問による調査を要した件数とその概要

(b) 病院別・入院形態別の退院等請求件数

- ①患者の年齢層（10歳区分）
- ②入院形態
- ③請求内容
- ④請求受理から事情聴取までの日数
- ⑤事情聴取に赴いた調査者
- ⑥請求受理から審査までの日数
- ⑦審査結果（請求が認められた場合の理由を含む）
- ⑧審査決定から審査結果通知までの日数
- ⑨審査結果通知から審査後状況の確認までの日数
- ⑩電話相談一覧表

（５）審査会総会

（a）定例総会の開催

審査会委員全員と事務局が出席する定例総会を１年に１回以上開催する。審査会事務局は、総会の事務を取り扱う。

（b）報告事項と議事

定例総会においては年間報告書に基づいて１年間の審査会活動を報告し、審査会委員の意見を求める。また、必要な事項につき討議する。審査会事務局は、事前に討議事項を審査会委員から募っておくことが望ましい。

（c）臨時総会の開催

審査会全体で検討を要する問題が生じたときには、事務局は審査会会長と相談して、臨時に総会を開催することができる。

（d）議事録の作成

情報公開を念頭に置いて、総会議事録を作成することが望ましい。

（６）審査会についての広報普及等

（a）広報活動

精神医療審査会、退院等請求について、適切な情報と知識が普及するよう努力する。

（b）関連機関との連携

精神医療審査会が適切に運営されるよう関係諸機関との適切な連携に努める。

附言

上記に示した審査会事務局運営マニュアルを実現するためには、事務局人員の充実が必須となる。しかも、平成14年度から精神保健福祉センターには、精神障害者福祉手帳および通院医療費公費負担に関する事務も移管される。職員が過重な負担を強いられることが予測されるようなセンターでは、業務の確実な遂行のために、人員増が手当されなくてはならない。

各自治体は、精神障害者の人権擁護と適正な医療の確保という精神医療審査会制度の重要な役割を認識し、精神障害者の人権擁護のためにどれだけのコストを投じているかによって、国家や自治体の文明度が測られる時代になっていることを銘記していただきたい。

「臨床薬理学的検討に基づく行動制限の適正化と人権確保」 —薬物治療反応性に基づく治癒過程の類型化と行動制限に関する研究—

分担研究者：八田耕太郎（北里大学医学部）
研究協力者：高橋 丈夫（伊那神経科病院）
檀原 暢（三枚橋病院）
中村 裕之（金沢大学大学院医学系研究科）
西村 秋生（国立医療・病院管理研究所）
長谷川幸雄（永田町法律事務所）
松崎 一葉（筑波大学社会医学系）

研究要旨：

本研究は、精神分裂病の治癒過程の類型化を試みることで、その類型別に患者が保護されるべき期間の特定を試みることで、その際に行われる行動制限の適正なモデルの提示を行うことを目的とした。後ろ向きに初発急性分裂病患者の8週間の治療経過をPANSSなどで評価して、抗精神病薬に対する治療反応良好群と不良群との間で症例対照研究のデザインによって上記目的に沿った検証を試みた。その結果、治療開始時における治療反応性の予測因子は、特異性と選択性の両者を考慮すると、概念の統合障害、および陰性尺度合計が最も価値が高く、改善経過からみた治療反応性の予測因子は、選択性の視点から、興奮および総合精神病理評価尺度合計が他の項目より有用と考えられた。治療反応性の予測は、治療開始後2週間以内に行いうる可能性が示唆された。さらに、治療反応良好群において判断力と病識の欠如の改善経過から、臨床薬理学的に、必要なら5週間程度の入院期間が保証されるべきであると思われた。また、治療反応良好群は、隔離の開放観察や身体拘束の時間的中断といった制限の弱い状況を含めても、最長で入院第11病日までであったが、治療反応不良群では長期化する例が少なからず存在した。この結果は、治療反応性という臨床薬理学的な尺度を用いた隔離・身体拘束の必要期間の予測可能性を示唆している。次年度は、本結果を前向きに検証する必要がある。

A. 研究の目的

最近の精神科病院における不祥事件により、行動制限が必ずしも適正に行われていない実態が明るみになった。このため精神科医療の人権感覚への不信感が社会一般に存在するといっても過言ではない状況にあ

る。これに対して治療行為の一環としての行動制限に関する説明を社会一般に行う責務があるが、その際、実証的な論拠が未だ十分とはいえない。その最大の理由として治癒過程に関する臨床薬理学的視点からの検証の乏しさが挙げられる。このような背

景から、本研究では次の3点を目的とした。まず、精神分裂病の新入院患者の治癒過程を解析し、その類型化を試みる。次に、明らかにされた治癒過程の類型別に、患者が保護されるべき期間の特定を試みる。さらに、その際に行われる行動制限の適正なモデルの提示を行う。このような臨床的、科学的根拠に基づく治癒過程と行動制限のモデルの提示は、法的な行動制限に関する規定あるいは精神科医療に対する医療経済的検討における根拠となりうる。そしてこのような作業を行って初めて、人権保護の議論に科学的概念を導入することが可能となり、臨床的視点と法的あるいは倫理的視点の適切な照合の方策が拓かれる。

B. 研究方法

平成13年度は、症例対照研究のデザインで後ろ向きに行った。対象は、H11年7月1日～12年8月31日の14ヵ月間に、東京都立墨東病院神経科病棟に新規入院した60歳未満の女性患者のうち、ICD-10の精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害（F2）の基準を満たす者とした。ただし精神作用物質使用による精神および行動の障害（F1）が併存する患者は除外した。また、薬剤を必要量使用できない程度の身体疾患（呼吸・循環・肝機能・腎機能など）を合併した患者も除外した。さらに、すべて初発で、治療開始時に陽性・陰性症状評価尺度（PANSS）の7つの陽性症状評価項目のうち少なくとも1つが中等度以上（4点以上）の重症度を呈した症例に限定した。

観察因子として、治療開始時から8週間経過するまでの期間投与された薬剤のrisperidone（抗精神病効果）およびlevomepromazine（鎮静効果）の量、隔離・

身体拘束実施状況、治療開始時および8週間経過するまでの期間、1週間ごとに評価したPANSSの各項目の評点、治療開始時および8週間経過時に評価した機能の全体的評価尺度（GAF）を用いた。当時初発の患者に対する標準的治療として抗精神病効果を期待してrisperidoneを、鎮静効果を期待してlevomepromazineを用いていた。隔離・身体拘束は、その制限の強さに応じて点数化した。すなわち、保護室での身体拘束を6点、個室での身体拘束を5点、保護室での終日隔離を4点、身体拘束の時間的中断を取り入れた観察中である段階を3点、個室での終日隔離を2点、隔離の開放観察の段階を1点、隔離・身体拘束なしを0点として7段階評価した。PANSSの各項目は、最重度を7点、症状なしを1点として7段階評価した。

8週間経過した時点でPANSSの陽性症状評価項目のすべておよび病識の項目でいずれも3点未満となった患者を治療反応良好群とし、それ以外を治療反応不良群として比較した。連続変数の比較にはt検定を用い、必要に応じてWelch補正を行った。2群の標準偏差に有意差がある場合は、Mann-Whitney検定を用いた。2群間のPANSS評点の推移を比較するために、繰り返し測定分散分析を用い、時間点ごとの比較にはScheffe検定を用いた。すべて両側検定を行い、p値が0.05未満の場合に有意な差があるとみなした。

（倫理面への配慮）

平成13年度の本研究は、後ろ向きであることおよび通常の診療行為の範囲内であることから、日本精神神経学会の「臨床研究における倫理綱領」（精神経誌, 99: 541-547, 1997）において倫理委員会の承認に関

する規定および説明と同意の手続きに関する規定の適応除外規定にあたり、倫理面の問題は無い。

C. 研究結果

研究期間内に新規入院した188名（東京都精神科救急事業による翌日転送患者を除く）のうち、86名がICD-10のF2の診断基準を満たした。そのうち56名が女性で、13名が初発であった。13名すべて治療開始時に陽性・陰性症状評価尺度（PANSS）の7つの陽性症状評価項目のうち少なくとも1つが中等度以上（4点以上）の重症度を呈した。この13名の入院時の平均年齢は34.2歳（標準偏差12.2、範囲16-53歳）であった。8週間経過した時点でのPANSSの評点から、研究方法に述べた基準で治療反応良好群と治療反応不良群とに分けたところ、前者が8例、後者が5例であった。表1に示した通り、年齢、罹病期間、body mass index, risperidone の一日投与量、入院時のGAF評点に2群間で有意な差は認められなかった。一方、levomepromazine の一日投与量と入院期間は、治療反応不良群の方が良好群より有意に多い、あるいは長かった。表1の入院期間は研究実施病院での期間を示しているが、治療反応不良群の1例は長期化予測のもと他院に転院したため、実質的な治療反応群の入院期間の平均値は、表1に示した数値より長い。8週間経過後のGAF評点は、治療反応不良群が良好群より有意に低かった。

隔離・身体拘束の状況の推移は、図1に示した（値は平均値および標準誤差）。治療反応良好群は、隔離の開放観察や身体拘束の時間的中断といった制限の弱い状況を含めても、最長で入院第11病日までであった

が、治療反応不良群では、8週間経過した時点でも5例中3例が隔離・身体拘束に関する何らかの制限を受けていた。

治療反応良好群と不良群との間で入院時に有意差が認められたPANSSの項目は、陽性尺度のうち1項目、陰性尺度のうち6項目、総合精神病理評価尺度のうち6項目の合計13項目であった（表2）。それらのうち抑うつ以外の項目は、治療反応良好群が不良群より有意に低かった。抑うつは逆の結果であった。また、概念の統合障害、疎通性の障害、受動性／意欲低下による社会的引籠り、常同的思考、および陰性尺度合計は、治療反応良好群の最大値が不良群の最小値未満であった。

他のPANSSの項目は入院時には2群間で有意差は認められなかった。このため経時的な評点の変化を繰り返し測定分散分析を用いて比較した。その結果、陽性尺度の4項目、総合精神病理評価尺度の3項目の合計7項目で有意差が認められた（表3）。それらの項目について時間点ごとの比較を、Scheffe検定を用いて行い、入院時と比較して最初に有意な改善が出現した週を表3に列挙した。さらに、最初に有意な改善が認められた週と入院時との評点の差を検討したところ、興奮および総合精神病理評価尺度合計では、治療反応良好群の評点の最小変化（最小の改善幅）は不良群の評点の最大変化（最大の改善幅）以上であった。

また、判断力と病識の欠如の項目は、最初に有意な改善が認められたのが1週、次が5週であったが（図2）、これは図3や表3に列挙した他の項目の経時的推移と類似していた。

D. 考察

治療反応良好群と不良群との間で、入院時に人口統計学的あるいは臨床的特徴における有意差は認められなかった。さらにGAFに有意差が認められなかったことから、心理的、社会的、職業的機能における差異も明らかでなかったといえる。しかし8週間の標準的な治療の後にGAFに有意な差が生じたことは、治療反応良好群と不良群の存在を精神病理学的視点のみならず、心理的、社会的、職業的機能の面からも示唆する。治療反応不良群のlevomepromazineの投与量が良好群より多かったことは、resperidoneによる抗精神病効果が治療反応不良群では良好群より不十分であった分、levomepromazineの鎮静効果に頼らざるを得なかったものと推察される。2群間で興奮の改善の経時的推移に有意な差があったことは、この推論を支持する。

1) 急性分裂病患者の治療開始時における治療反応性の予測因子について

治療開始時、概念の統合障害、情動の平板化、感情的引籠り、疎通性の障害、受動性／意欲低下による社会的引籠り、抽象的思考の困難、常同的思考、陰性尺度合計、衝動性と不自然な姿勢、失見当識、注意の障害、没入性、自主的な社会回避、抑うつといったPANSSの項目において、治療反応良好群と不良群との間で有意な差が認められた。このうち、陰性尺度合計、感情的引籠り、自主的な社会回避の結果は、非治療反応群は陰性症状評価尺度(SANS)の評点が高く、特に意欲障害—非社交性の評点で顕著であったという過去の報告と合致する(Kinon, B.J. et al, 1993)。一方、概念の統合障害、抽象的思考の困難、常同的思考の

結果は、fluphenazineによって改善した群と改善しなかった群との間で入院第15病日まで思考障害の因子に差は見出せなかったという過去の報告と相反する(Levinson, D.F. et al, 1992)。情動の平板化、受動性／意欲低下による社会的引籠り、注意の障害の結果も、非治療反応群では4週後に情動の平板化、無言、無為、注意の障害が高い評点を示したという過去の報告と合致しない(Kinon, B.J. et al, 1993)。疎通性の障害、衝動性と不自然な姿勢の結果は、予後不良性と衝動的行動、不適切な感情表出、緊張病、疎通性の障害といった症状との関連を示唆した報告と類似する(Van Os, J. et al, 1996)。

治療反応性の予測という視点から考えると、概念の統合障害、情動の平板化、常同的思考、陰性尺度合計、注意の障害、没入性、自主的な社会回避、抑うつといった項目が他の項目より統計学的に特異性が高かった。特に、概念の統合障害、情動の平板化、陰性尺度合計、没入性は2群間で極めて有意な差が認められたため特異性が非常に高かったといえる。

しかし、個々の症例の治療反応性を予測する場合、平均値の差のみでなく、治療反応良好群の評点の最大値が治療反応不良群の最小値と交錯しないことが有用である。本結果では、概念の統合障害、疎通性の障害、受動性／意欲低下による社会的引籠り、常同的思考、陰性尺度合計といった項目において、治療反応良好群の評点の最大値が治療反応不良群の最小値未満であった。

このように特異性と選択性の両者を考慮すると、概念の統合障害、および陰性尺度合計が治療開始時における抗精神病薬への治療反応性の予測因子として最も価値が高

いことが示唆される。

2) 急性分裂病患者の改善経過からみた治療反応性の予測因子について

妄想、幻覚による行動、興奮、猜疑心、陽性尺度合計、非協調性、不自然な思考内容、判断力と病識の欠如、総合精神病理評価尺度合計といった項目が、治療反応良好群と不良群との間で、治療開始時には差がなかったにもかかわらず改善経過において有意な差を呈した。治療開始時と比較して最初に有意な改善がみられた週数は、妄想と猜疑心では2週、不自然な思考内容では1週であった。fluphenazineによって改善した群と改善しなかった群との間で入院第15病日まで思考障害の因子に差は見出せなかったという過去の報告 (Levinson, D.F. et al, 1992) と、前2者はほぼ合致するが、後者は合致しなかった。興奮、陽性尺度合計、非協調性、不自然な思考内容、判断力と病識の欠如、総合精神病理評価尺度合計が最初に有意な改善を示した週数が1週であったことは、前述した治療開始時の治療反応性に関する予測因子に、付加的、補強的情報を与えることになるのかもしれない。さらに、妄想、幻覚による行動、猜疑心が最初に有意な改善を示した週数が2週であったことは、治療開始後2週の時点でもさらに強固な治療反応性予測に関する情報を提供することを示唆する。治療反応良好群の最小改善幅が治療反応不良群の最大改善幅以上であるという選択性の視点から、興奮および総合精神病理評価尺度合計が他の項目より有用と考えられる。

以上に述べた通り、急性分裂病患者の治療反応性あるいは改善経過の予測は、治療開始後2週間以内に行いうる可能性が示唆される。

3) 急性分裂病患者の判断力と病識の欠如の改善経過と適切な入院期間について

判断力と病識の欠如は、非自発性入院を決める際に自傷他害に次ぐ重要な因子である。治療反応良好群において判断力と病識の欠如が最初に有意な改善を示した週数が1週であったことは、急性分裂病患者の非自発性入院の期間は少なくとも1週間必要であることを示唆している。興奮の改善経過を考慮すると(表3)、鎮静効果が発現してある程度病識が改善するのに1週間程度かかる可以考虑することができる。

さらに、治療反応良好群において判断力と病識の欠如が次に有意な改善を示した週数が5週であったことは、臨床薬理学的に、必要なら5週間程度は入院期間が保証されるべきであることを示唆している。治療反応良好群において妄想や幻覚による行動も同様の改善経過を辿ったことから、必要に応じて5週間程度の入院期間を保證することの妥当性が示唆される。そうでなければ、患者は不十分な判断力や病識といった脆弱な状態にもかかわらず、十分な保護を受けられないまま、妄想や幻覚に苦しむ状況を強いられることになる。またこの結果は、治療反応良好群でさえ、真の抗精神病効果の発現には5週間程度かかることを示唆している。5週間という数字は、寛解までの期間が平均35.7週、メジアン11週であったという報告 (Lieberman, J. et al, 1993) と比べてやや短い。

4) 急性分裂病患者に対する隔離・身体拘束の適正化について

治療反応良好群は、隔離の開放観察や身体拘束の時間的中断といった制限の弱い状況を含めても、最長で入院第11病日までであったが、治療反応不良群では長期化する

例が少なからず存在した。この結果は、治療反応の良好・不良という臨床薬理学的な尺度で、隔離・身体拘束を必要とする期間が概ね決まってくることを裏付けている。すなわち、隔離・身体拘束の必要期間のある程度の予測可能性を示唆している。これまで隔離・身体拘束の議論に際して、科学的な視点からのアプローチがなされているとはいえなかったが、今後、本結果で示した臨床薬理学的視点の重要性・妥当性を踏まえた隔離・身体拘束の議論の展開が期待される。

E. 結論

急性分裂病患者の治療開始時における抗精神病薬への治療反応性の予測因子は、特異性と選択性の両者を考慮すると、概念の統合障害、および陰性尺度合計が最も価値が高いことが示唆される。改善経過からみた治療反応性の予測因子は、治療反応良好群の最小改善幅が治療反応不良群の最大改善幅以上であるという選択性の視点から、興奮および総合精神病理評価尺度合計が他の項目より有用と考えられる。全体として、急性分裂病患者の治療反応性あるいは改善経過の予測は、治療開始後2週間以内に行いうる可能性が示唆される。さらに、治療反応良好群において判断力と病識の欠如が2番目に有意な改善を示した週数が5週であったことは、臨床薬理学的に、必要なら5週間程度は入院期間が保証されるべきであることを示唆している。また、治療反応良好群は、隔離の開放観察や身体拘束の時間的中断といった制限の弱い状況を含めても、最長で入院第11病日までであったが、治療反応不良群では長期化する例が少なからず存在した。この結果は、治療反応性と

いう臨床薬理学的な尺度を用いた隔離・身体拘束の必要期間の予測可能性を示唆している。次年度は、本結果を前向きに検証する必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Hatta, K, Nakamura, H, Matsuzaki, I: Acute-phase treatment in general hospitals: clinical psychopharmacologic evaluation in first-episode schizophrenia. (on submission)

2. 学会発表

Hatta, K: Psychopharmacologically rational duration of hospital-stay in the acute phase of schizophrenia. 第12回 世界精神医学会 (横浜) 2002年8月 (予定)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 参考文献

- 1) Currier GW, Allen MH: Emergency psychiatry: physical and chemical restraint in the psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv* 51: 717-719, 2000
- 2) Kaplan HI, Sadock BJ: *Synopsis of Psychiatry*, 8th Ed. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 1998
- 3) Lieberman J, Jody D, Geisler S et al: Time course and biologic correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 50: 369-376, 1993

- 4) Levinson DF, Singh H, Simpson GM:
Timing of acute clinical response to
fluphenazine. *Br J Psychiatry* 160: 365-
371, 1992
- 5) Lieberman J, Alvir J, Woerner M et al:
Prospective study of psychobiology in
first episode schizophrenia at Hillside
Hospital: design, methodology, and
summary of findings. *Schizophr Bull* 18:
351-371, 1992
- 6) Lieberman JA, Alvir JM, Koren A et
al: Psychobiologic correlates of
treatment response in schizophrenia.
Neuropsychopharmacology 14: 13S-21S,
1996
- 7) Kinon BJ, Kane JM, Chakos M, Munne
R: Possible predictors of neuroleptic-
resistant schizophrenic relapse:
influence of negative symptoms and
acute extrapyramidal side effects.
Psychopharmacol Bull 29: 365-369, 1993
- 8) World Health Organization: *The ICD-10
Classification of Mental and
Behavioural Disorders: Clinical
Descriptions and Diagnostic Guidelines.*
Geneva, WHO, 1992
- 9) Key SR, Opler LA, Fiszbein A: *Positive
and Negative Syndrome Scale (PANSS)
Rating Manual.* Toronto, Multi-Health
System Inc., 1991
- 10) Van Os J, Fahy TA, Jones P et al:
Psychopathological syndromes in the
functional psychoses: associations with
course and outcome. *Psychol Med* 26:
161-176, 1996

表 1. 治療反応良好群と不良群との間の人口統計学のおよび臨床的特徴の比較

治療反応	人数	年齢 (カ月)	罹病期間 (カ月)	BMI (kg/m ²)	risperidone 一日投与量 (mg/kg)	levomepromazine ^a 一日投与量 (mg/kg)	入院期間 ^a (日)	GAF 入院時	GAF ^b 8週間後
良好群	8	36.4 (8.3)	10.3 (11.2)	20.7 (2.1)	6.21 (2.23)	28.1 (25.2)	53.3 (24.2)	14.4 (5.0)	80.0 (7.6)
不良群	5	30.4 (17.6)	9.8 (12.2)	21.1 (0.6)	7.60 (2.97)	130.0 (50.4)	110.0 (18.8)	16.4 (5.4)	44.6 (9.2)

数値は平均値 (標準偏差) . BMI: body mass index, GAF: 機能の全体的評価尺度. ^a p<0.001, ^b p<0.0001

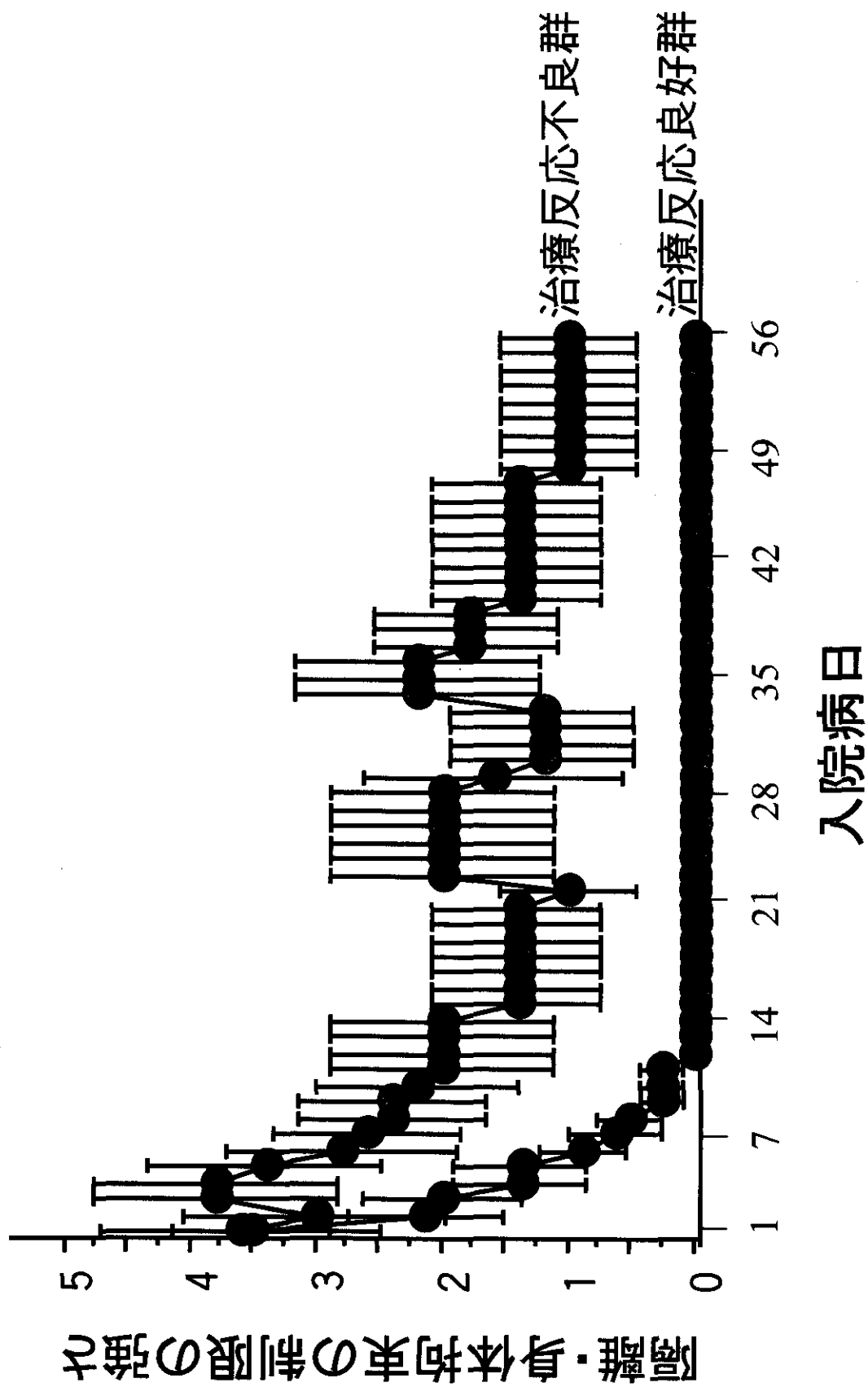


図1. 隔離・身体拘束の状況の推移

表2. 治療反応良好群と不良群との間で入院時に有意差が認められたPANSSの項目

項目	平均値 (標準偏差)		t	p	治療反応良好群		治療反応不良群	
	治療反応良好群	治療反応不良群			治療反応良好群の最大値	治療反応不良群の最小値		
陽性尺度								
概念の統合障害	2.75 (1.04)	6.00 (1.00)	5.58	0.0002	4	5		
陰性尺度								
情動の平板化	2.13 (0.99)	4.80 (1.10)	4.56	0.0008	4	3		
感情的引籠り	1.25 (0.46)	3.40 (1.14)	4.02	0.016	2	2		
疎通性の障害	1.13 (0.35)	3.60 (1.34)	4.04	0.016	2	3		
受動性/意欲低下による社会的引籠り	1.63 (0.52)	4.80 (2.05)	3.40	0.027	2	3		
抽象的思考の困難	1.50 (0.53)	4.40 (2.19)	2.91	0.044	2	2		
常同的思考	4.25 (1.17)	6.60 (0.55)	4.18	0.0015	5	6		
陰性尺度合計	13.1 (2.64)	31.6 (5.23)	8.55	<0.0001	18	25		
総合精神病理評価尺度								
衝動性と不自然な姿勢	2.25 (1.04)	4.00 (1.23)	2.77	0.018	3	3		
失見当識	1.25 (0.71)	2.80 (1.30)	2.81	0.017	3	1		
注意の障害	3.13 (1.46)	5.80 (1.10)	3.51	0.0049	6	4		
没入性	3.50 (1.41)	6.40 (0.55)	5.21	0.0006	6	6		
自主的な社会回避	4.63 (0.52)	6.00 (0.71)	4.06	0.0019	5	5		
抑うつ	6.50 (0.76)	2.00 (1.73)	5.49	0.0054	5	5	治療反応良好群の最小値	治療反応不良群の最大値

表3. 治療反応良好群と不良群との間で経時的に有意差が認められたPANSSの項目

項目	F (main effect)	p	F (interactive effect)	p	最初の有意な 変化 (週)	次の有意な 変化 (週)	治療反応良好群 の最小変化 (点)	治療反応不良群 の最大変化 (点)
陽性尺度								
妄想	10.6	0.0076	8.06	<0.0001	2	5	2	3
幻覚による行動	21.8	0.0007	5.23	<0.0001	2	5	2	3
興奮	55.6	<0.0001	2.22	<0.0001	1	none	2	2
猜疑心	9.28	0.011	5.73	<0.0001	2	5	1	3
陽性尺度合計	37.2	<0.0001	5.32	<0.0001	1	4	7	11
総合精神病理評価尺度								
非協調性	20.0	0.0009	14.6	<0.0001	1	none	0	2
不自然な思考内容	64.7	<0.0001	6.21	<0.0001	1	7	0	2
判断力と病識の欠如	40.5	<0.0001	1.96	0.061	1	5	1	3
総合精神病理評価尺度合計	55.9	<0.0001	7.80	<0.0001	1	6	19	17

最初の有意な変化は、PANSSのある項目の評点が入院時と比較して最初に有意な変化を示した週を意味する。次の有意な変化は、PANSSのある項目の評点が最初に有意な変化を示した週と比較して次に有意な変化を示した週を意味する。治療反応良好群の最小変化および治療反応不良群の最大変化は、いずれも最初の有意な変化の際のものを意味する。

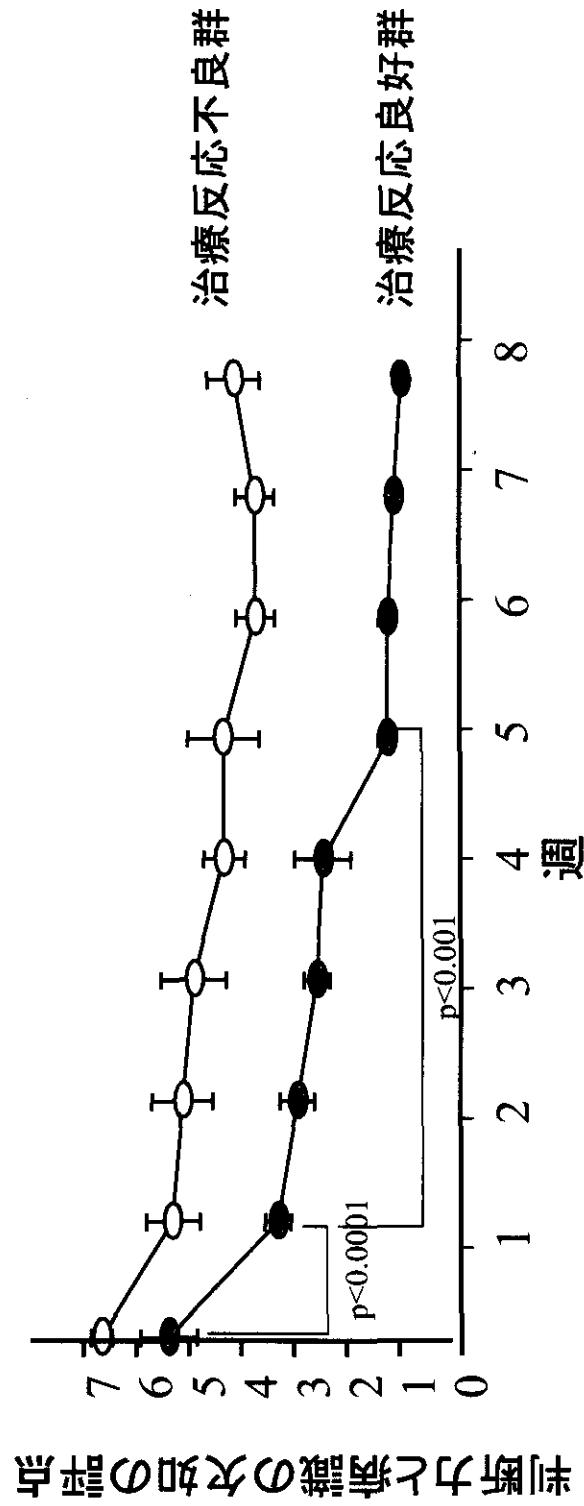


図2. 判断力と病識の欠如の推移