

分担研究報告書  
(2-2)

## 薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究

分担研究者	池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室	教授
研究協力者	山内 慶太	慶應義塾大学看護医療学部	助教授
	湯尾 高根	埼玉社会保険病院	
	小沼 杏坪	医療法人せのがわKONUMA記念薬物依存研究所	所長
	平井 楨二	下総精神医療センター 薬物依存研究室	室長

**研究要旨** 薬物関連精神障害において、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式を開発するために、入院後の患者の状態の変化に対応して、急性期のケア時間（ケアのコストを反映）がどのように変化するかを把握する必要がある。そこで平成15・16年度の2年間、分担研究「薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究」において、「覚せい剤使用による精神及び行動の障害（F15）」の入院患者について、入院日から1ヶ月間(28日間)の毎日のケアの時間と臨床的特性の変化のパターンを捉えることを目的に研究を実施した。第1年目の平成15年度は、広島と福岡の2病院に入院した対象患者に対し、日記形式タイムスタディを行なった。しかし症例数が少なかったために第2年目の平成16年度は、広島と千葉の2病院において調査期間を拡大して同様の日記形式タイムスタディを行なった。このうちH病院については、対象患者は21名であり、それぞれの入院後のケア時間の変化のパターンをみると、①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン、②身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が増減を繰り返すパターン、③入院時より精神病症状が安定しており、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン、の3つのパターンに大別されることが示唆された。現行の診療報酬は、このような変化のパターンに対応しているとは言い難い。今後、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式を開発する際には、急性期のコストの変化のパターンにも留意する必要がある。

### A. 研究目的

平成14年度、分担研究「薬物依存症の医療経済に関する研究」(分担研究者：石橋正彦) (1)において、広島と福岡の2病院を対象にタイムスタディを行ない、実際のケア時間を測定し、ケア時間に代表されるケアのコストと保険収益との関係を分析した。その結果、薬物関連精神障害において、現行の診療報酬が、実際のケアのコストの相違を適正に反映していないことが確認された。したがって、薬物関連精神障害について、患者によるケアのコストを規定する要因を明らかにし、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式を開発する必要があることが示唆された。しかし、この調査は、指定した調査対象日に当日の全入院患者に対して一斉にタイムスタディを実施する横断的調査であり、特に入院直後の急性期の患者の状態の変化に対応して、ケア時間がどのように変化す

るのかを把握することができなかった。

そこで平成15・16年度の2年間、本分担研究「薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究」において、「覚せい剤使用による精神及び行動の障害（F15）」の患者について、入院日から1ヶ月間(28日間)、毎日の日記形式タイムスタディを実施し、各職種の関わる時間を測定し、患者の症状の変化と共にケア時間の変化のパターンを捉えることを目的とした。第1年目の平成15年度は、広島と福岡の2病院に入院した対象患者に対し、日記形式タイムスタディを行なった(2)。精神病症状の変化とケア時間の変化については、症例数が5名と少なかったために平均化して分析することはできなかったが、個々の症例を詳細に分析し、症状とケア時間の変化に影響を与える要因を考察することによって、「精神病症状」は、抗精神病薬の治療によって急速に改善され、入院後14日以内に殆ど消褪すること、「精神病症状」の

改善に伴い、ケア時間の減少がみられること、等が明らかとなった。

又、両病院において適切に調査が実施されたことから、同様の調査方法で規模や期間を拡大した調査の実施が可能であることが確認された。そこで第2年目の平成16年度は、症例数を増やしてより精緻な分析を行なうために広島と千葉の2病院において調査期間を拡大して日記形式タイムスタディを行なった。

## B. 研究方法

### (a) 調査対象病院

平成14年度、平成15年度の調査においてタイムスタディを依頼した広島のH病院と、今年度は新たに千葉県内のC病院の協力を得て、2病院を対象病院とした。

### (b) 調査対象患者

(c)の調査期間に新たに入院した「覚せい剤使用による精神及び行動の障害 (F15)」(ICD-10)の患者を対象とした。入院時に幻覚・妄想状態にあり、現病歴などの情報に乏しく、診断できない場合でも、「覚せい剤使用」が疑われるときは、対象患者としたが、入院後の経過の中で、上記診断が否定された場合には、対象患者から外した。それぞれの病院で15名以上の患者(合計30名以上)を調査することを目標とした。

### (c) タイムスタディの調査対象期間

H病院では、調査期間を拡大し、平成16年7月中旬から12月中旬を調査対象期間とした。C病院では、平成17年2月初旬から平成17年3月下旬までを調査対象期間とした。

この期間内に入院し、(b)の基準を満たす患者を入院日から28日間、調査した。尚、入院期間が28日間に満たない場合も対象に含めた。

### (d) タイムスタディの実施

調査対象患者一人ひとりが各職種から受けたケアの時間を測定・集計した。医師、看護師、臨床心理士、精神科ソーシャルワーカー等、ケアに直接関わる病院の各職種からそれぞれ毎日何分のケアを受けているかを測定した。調査は、特定の患者が入院した当日から開始し、1日(24時間)調査を28日間続けた。測定するケア時間には、直接

患者に接している時間だけではなく、例えば器材の準備から片付けあるいは記録までというように、個々のケアに伴って発生する一連の業務を包括することとした。更に、特定の患者についての記録・観察・カンファレンス・他職員との検討等、個々の患者に帰属できる時間はすべてケア時間に含めた。又、集団精神療法、作業療法、レクリエーションなどで同時に複数の患者に接している場合には、その時間を関わっていた度合いに応じて各患者に按分した。

### (e) 調査票

調査票は昨年度同様、患者基本調査票、患者アセスメント票(主治医用)、患者アセスメント票(看護用)から構成される。

患者基本調査票は、性別、年齢等の基本属性に加えて、費用、障害年金の等級、精神障害者保健福祉手帳障害等級等で構成される。

患者アセスメント票(主治医用)は、診断(ICD-10)、オックスフォード版BPRS(Brief Psychiatry Rating Scale 簡易精神症状評価尺度)、GAF(Global Assessment of Functioning 機能の全体的評価尺度)等で構成される。

患者アセスメント票(看護用)は、WHO/DAS(Disability Assessment Schedule 精神医学的能力障害評価面接基準)の第1節「全般的行動」および第3.1節「病棟内の行動」、その他の項目(自傷他害の危険、個人衛生等)、ADL自立度の評価、作業療法等の状況等で構成される。

これらの調査票への記入は、患者基本調査票は担当事務職員、病棟師長、精神科ソーシャルワーカー等が、患者アセスメント票(主治医用)は主治医が、患者アセスメント票(看護用)は病棟師長又はそれに準じる看護師が行なった。又、アセスメントの時期は、入院当日、3日目、7日目、14日目、28日目の計5回である。

回収された調査データは、記入漏れ・不整合なデータの確認を行なった。又、調査実施病院を訪問して、医師と看護師に対し各症例についてインタビューを行ない、提出された調査票の不明点の確認等を行うこととした。

### (倫理面への配慮)

以上の調査は、調査実施病院において各患者に対して本研究の趣旨等を説明し、同意を得た上で

実施することとした。またデータベース構築・解析時のプライバシー保全についても、対象患者には本調査固有のID番号を付け、患者の氏名並びにカルテ番号等はデータベースに含まないように配慮した。

### C. 研究結果

以下では既にデータ整理の終わったH病院の結果を報告する。

調査にエントリーした患者は21名で、脱落者はなく、全対象患者数は21名（男性13名、女性8名、平均年齢40.0±12.9歳）であった。患者の基本情報については、表1にまとめた。入院形態については、措置入院が最も多く14名（67%）、以下任意入院4名（19%）、医療保護入院3名（14%）であった。過去の精神科入院回数については、初回入院が最も多く（11例）、57%を占めた。平均入院回数は3.5回であった。尚、入院して28日未満で退院した症例は5名であった。

入院後のケア時間の変化のパターンをみると、①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン、②身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が増減を繰り返すパターン、③入院時より精神病症状が安定しており、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン、と大きく3つのパターンに分けられることが示唆された。そこで各パターン毎にそれぞれ2症例ずつ挙げ、提示する。尚、②のパターンについては、身体合併症を有する例と、精神科合併症を有する例をそれぞれ1例ずつ挙げた。

#### ①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン

##### 症例1

診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害  
急性中毒 知覚変容を伴うもの

（現病歴及び入院後経過）平成16年X-1日、自宅にて興奮状態となり、警察に保護され、措置鑑定となった。診察時、診察医に対して大声を出し、机を叩く等の不穏状態であった。

また「急に物がなくなったり、現れたりする」と言い、幻視を認め、幻聴、被害妄想も認めた。要措置と判断され、X日、H病院へ措置入院となった。

入院時より性急・焦燥が前景にあり、保護室を

表1  
患者基本情報（H病院:n=21）

平均年齢	40.0±12.9歳
性別	
男性	13名
女性	8名
入院形態	
措置入院	14名
任意入院	4名
医療保護入院	3名
精神科入院回数(平均回数:3.5回)	
初回入院	11名
2回	5名
3回以上	5名
結婚歴	
なし	12名
離婚し現在独身	7名
既婚	2名
学歴	
中学中退	2名
中学卒業	10名
高校中退	6名
高校卒業	3名
入院直前の就労状況	
無職	16名
フルタイム	3名
パートタイム	2名
第1診断(ICD-10)	
F15「覚せい剤による精神・行動の障害」	
F15.50「精神病性障害 精神分裂病様のもの」	10名
F15.52「精神病性障害 主として幻覚性のもの」	5名
その他	6名
第2診断(ICD-10)	
統合失調症	1名
成人の人格・行動の障害	1名
アルコールによる精神・行動の障害	2名
合併症	
C型肝炎	8名
急性中毒	4名
外傷	2名
肺炎	1名
その他	8名

使用した。薬物治療は、クロルプロマジン250mg、プロメタジン50mgから開始した。入院後3日目より傾眠状態となり、7~8日間続いた。入院時より食事摂取は不規則であったが、入院後4日目より定期的に食事が取れるようになった。傾眠状態から回復すると、精神症状は安定し、穏やかな状態が続いた。

夜間に睡眠薬の要求等あったが一方向的でなく、スタッフの説明に対する了解もよく、手のかからない患者であった。X+13日に保護室から開放されたが、他の患者とのトラブルは一切なく、寧ろ適切なアドバイスをするなど冷静な対応ができていたという。クロルプロマジンをX+5日目には150mgと減量し、その後100mg→50mgと漸減し、退院時には中止とした。X+25日目には集団療法にも参加するようになった。X+88日、退院と同時に

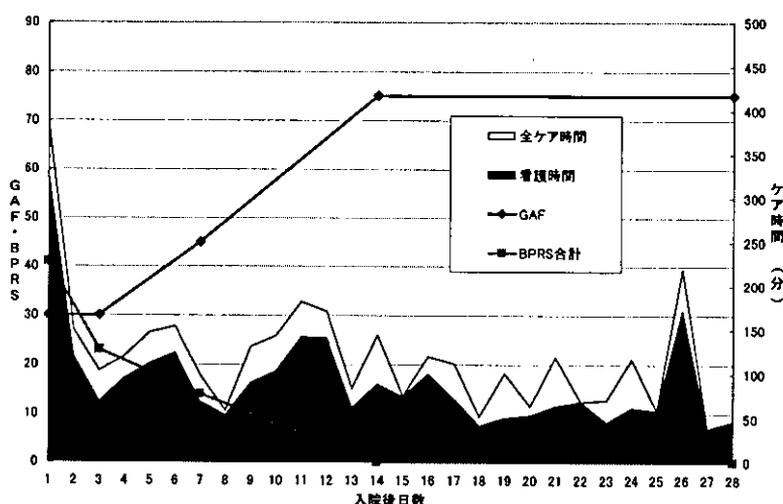
表2

症例1の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
不安	5	3	2	0	0
思考解体	4	0	0	0	0
緊張	4	3	1	0	0
敵意	4	3	3	0	0
非協調性	4	3	3	0	0
思考内容の異常	4	0	0	0	0

BPRSにて評価(各項目0~6点)

図1 症例1のケア時間、BPRSの合計、GAFの変化



逮捕となった。

(精神症状の変化とケア時間の変化)

入院後の精神症状の変化については、表にまとめ、BPRSの18項目のうち入院時に点数が高かった6項目を順に示した。BPRS(表2)では、「不安」が5点と高く、「思考解体」、「緊張」、「敵意」、「非協調性」、「思考内容の異常」が4点と続くが、その後急速な改善を示し、入院後14日目にはBPRSの18項目すべてが0点となり、28日目も変化なく0点のままであった。

措置入院であり、入院当日はケア時間が大きくなったが、全ケア時間、看護ケア時間の変化(図1)をみると、共に入院当日から3日目までに著明な減少を示し、その後全ケア時間は100分前後で安定し、看護ケア時間は13日目から100分以内で推移している。スタッフにとって接しにくい患者ではなかったという。尚、C型肝炎を有していたが、身体ケアに大きく時間をとられることはなか

った。

## 症例2

診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害  
精神病性障害 精神分裂病様のもの

(現病歴及び入院後経過)平成16年X-5日に更生保護施設に入所した。X-1日深夜、独語し、施設内を走り、玄関のガラスドアを破り外へ出て、民家の塀をよじ登り内側に嵌り込んだ。警察に保護された後も独語し、壁を叩き、手指を開閉させたり、落ち着きを欠いていた。独語が続き、言動は幻覚妄想により左右され、衝動性も強く、他害の危険性は極めて高いと判断されたため、X日にH病院へ措置入院となった。

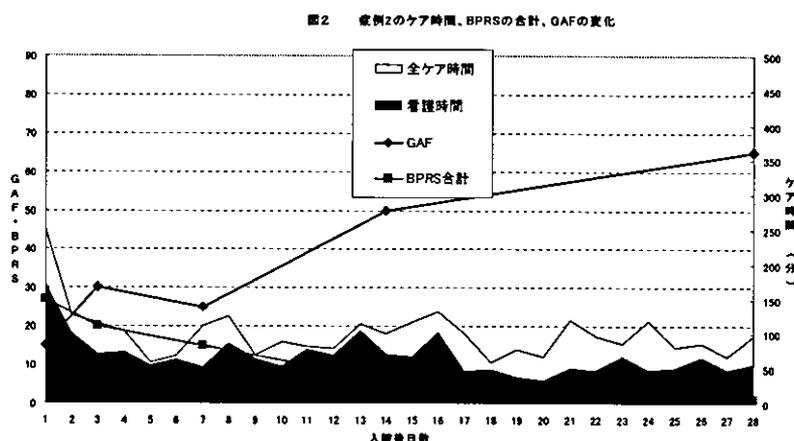
入院時より言動にまとまりなく、床を這い、虫取り行為を認めたため、保護室を使用した。入院後2~3日は眠気も強く、食事も規則的に入らない状態が続いた。スタッフに対する暴言・暴力は認

表3

症例2の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
幻覚	5	4	4	1	0
思考解体	3	3	4	1	0
思考内容の異常	3	2	3	1	0
高揚気分	3	0	0	0	0
精神運動興奮	3	0	1	0	0
衝動的な行動や姿勢	2	2	3	1	0

BPRSにて評価(各項目0~6点)



めなかった。薬物治療は、リスパダール6mg, オランザピン20mgから開始した。X+6日に虫取り行為、徘徊が顕著となり、スタッフの説明も入らない状態となったが、X+8日より徐々に疏通がとれ始め、入院前後のことを「スーパーマンのようだった」と振り返っていた。また入院後1週間後から食事もスムーズに摂取できるようになった。X+15日から保護室を開放とし、集団精神療法にも参加できていた。X+20日よりリスパダール8mg, フルニトラゼパム1mgと薬物調整を行ない、退院時には、リスパダール6mg, フルニトラゼパム1mgと減量された。X+34日、自宅へ退院となった。(精神症状の変化とケア時間の変化)

措置入院であり、BPRS (表3) では「幻覚」, 「思考解体」, 「思考内容の異常」, 「衝動的な行動や姿勢」が高く、精神病症状が前景にあったが、入院後徐々に改善され、14日目にはほぼ0~1点に落ち着いている。

入院後のケア時間の変化 (図2) をみると、入院日から3日目にかけて減少を示し、その後は全

ケア時間、看護ケア時間共に100分以内に落ち着いている。大人しい患者で、スタッフとしても接しやすく、他の患者とのトラブルも一切なかったという。HCV陽性で肝機能障害を認め、強力ミノファゲンの静脈注射を連日施行したが、治療にも抵抗はなく従順であった。

## ②身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が増減を繰り返すパターン

### 症例3 (身体合併症を有する例)

第1診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害 急性中毒 外傷あるいは他の身体損傷を伴うもの

合併症：急性中毒、肝機能障害、口腔内裂傷

(現病歴及び入院後経過) 平成16年X-2日より飲酒し、更に覚せい剤を静脈注射にて摂取をし、X-1日夜間より急性中毒(せん妄)状態となった。そしてX日未明、民家の塀を歩いているところを警官に質問され、20~30cmのナイフをふりかざし、逮捕された。留置所内にて箸で口腔、頸部を刺し、

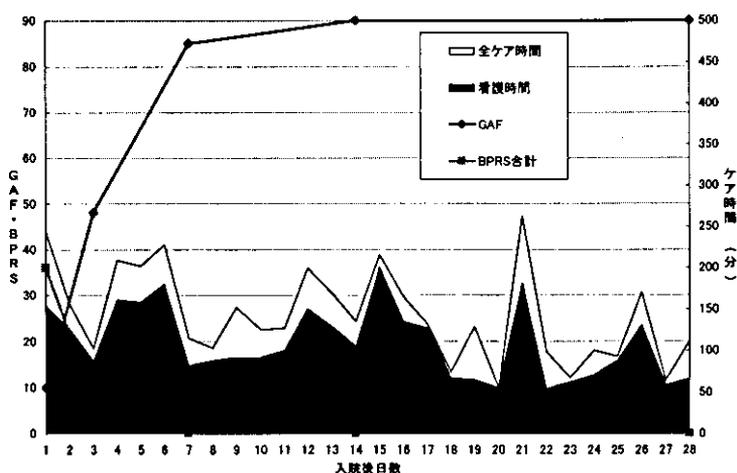
表4

症例3の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
不安	6	3	0	0	0
抑うつ気分	6	1	0	0	0
幻覚	6	1	0	0	0
思考内容の異常	6	0	0	0	0
精神運動興奮	6	0	0	0	0
思考解体	3	1	0	0	0

BPRSにて評価(各項目0~6点)

図3 症例3のケア時間、BPRSの合計、GAFの変化



自傷行為をするため、措置鑑定となった。放置すれば急性錯乱状態で自傷他害の恐れが著しく、同年X日、H病院へ措置入院となった。

入院時より幻視・幻聴を認め、易怒的で疏通は不良であった。入院時より保護室を使用し、ハロペリドール(液剤)5mgから開始した。入院時にはせん妄による点滴の自己抜去もみられたが、入院後2~3日目から精神症状は安定し、疏通も取れるようになり、食事も規則的に取れるようになった。口腔内裂傷のために消毒や抗生剤の点滴等の処置を施した。

スタッフに対する暴言や暴力もなくなり、スタッフの説明にも従順であった。X+5日目よりクロルプロマジン200mg、ピペリデン3mgに切り替え、これを退院時まで継続した。保護室はX+14日目より開放とした。他の患者とのトラブルもなく平穏に過ごしていた。X+39日、退院と同時に逮捕となった。

(精神症状の変化とケア時間の変化)

措置入院で、入院時「幻覚」、「思考内容の異常」、「精神運動興奮」の精神病症状はBPRSにて6点と高く、「不安」、「抑うつ気分」も高く情緒不安定な状態であった(表4)。しかし入院後急速に精神症状は改善され、7日後にはBPRSの18項目すべてが0点となり、その後も変わりなく安定した状態であった。GAFも14日目から90点と顕著な改善を示している。

急性薬物中毒と口腔内裂傷の処置のために特別な管理を要し、ケア時間は全ケア時間、看護ケア時間共に精神症状の改善に伴って減少傾向にはなく、大きく増減を繰り返している(図3)。

症例4 (精神科合併症を有する例)

第1診断: 覚せい剤使用による精神及び行動の障害 精神病性障害 主として幻覚性のもの

第2診断: 成人の人格・行動の障害

(現病歴及び入院後経過) 暴力団関係者である。

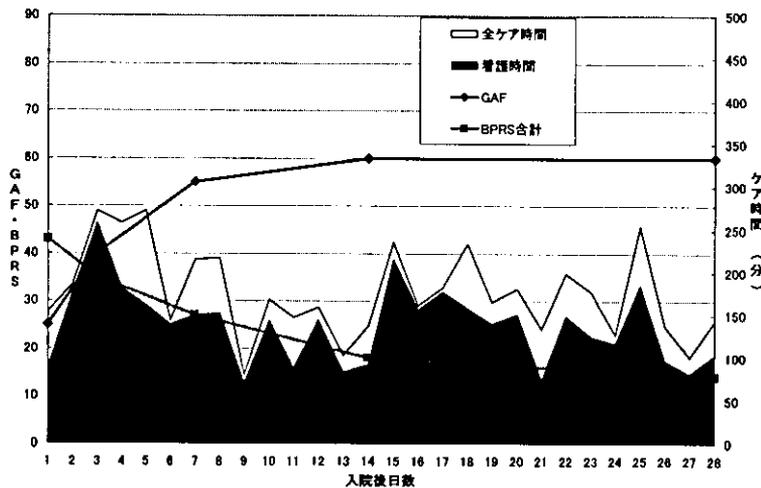
表5

症例4の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
幻覚	5	3	3	2	2
思考解体	4	3	3	2	0
非協調性	4	2	2	2	2
精神運動興奮	4	3	1	1	1
不安	3	3	3	2	1
敵意	3	3	3	2	2

BPRSにて評価(各項目0~6点)

図4 症例4のケア時間、BPRSの合計、GAFの変化



平成16年Y月、同棲中の女性の所に居候をして覚せい剤を乱用した。X-4日から精神錯乱状態となり、言動がまとまらず、ごみ箱や室内に水を撒いたりするため、X日、H病院を初診となった。不機嫌で易怒的であり、幻聴、対話性独語を認めた。病識は無く、判断能力が欠如し、入院の必要性を理解することができなかつたため、同日H病院へ医療保護入院となった。

入院時より幻聴が著しく、失見当識もあり、言動にまとまりがなかつた。性急・焦燥が前景でX+22日目まで続いた。入院時より保護室を使用し、ハロペリドール20mg、レボメプロマジン50mg、プロメタジン25mg、ジアゼパム35mg、ニトラゼパム5mgから開始した。更に経口薬に加えて殆ど連日、ハロペリドール+ピペリデン、ジアゼパムの筋肉内注射も施行した(X+38日まで)。暴言が多く、スタッフに対して「お前は何様だ！」と威圧的な言動が多くみられた。入院後14日目頃から徐々に精神症状は治まるも、訴えは頻回で、暴言

もあり、手のかかる患者であった。保護室はX+38日まで使用した。また精神症状が軽減されてくるのに伴い、薬物も減量され、ハロペリドール20mg→12mg(X+28日)→6mg(X+35日)→4.5mg(退院時)、レボメプロマジン50mg→25mg(退院時)、ジアゼパム35mg→10mg(退院時)と減量された。X+41日目より集団精神療法に参加している。X+60日、退院と同時に逮捕となった。

(精神症状の変化とケア時間の変化)

措置入院で、入院時の症状は、「幻覚」、「思考解体」といった精神病症状と、「非協調性」、「精神運動興奮」といった不隠症状が前景であった(表5)。入院後の経過と共にBPRSの評点は減少傾向にはあるが、症状は遷延している。人格障害を伴ない、暴言や頻回の訴えが目立ち、スタッフとしてもケアが困難な患者であった。またHCV陽性で肝機能障害を認め、強力ミノファゲンの注射を要し、さらに逆流性食道炎の加療にもケア時間を要している。そのために全ケア時間、看護ケア時間

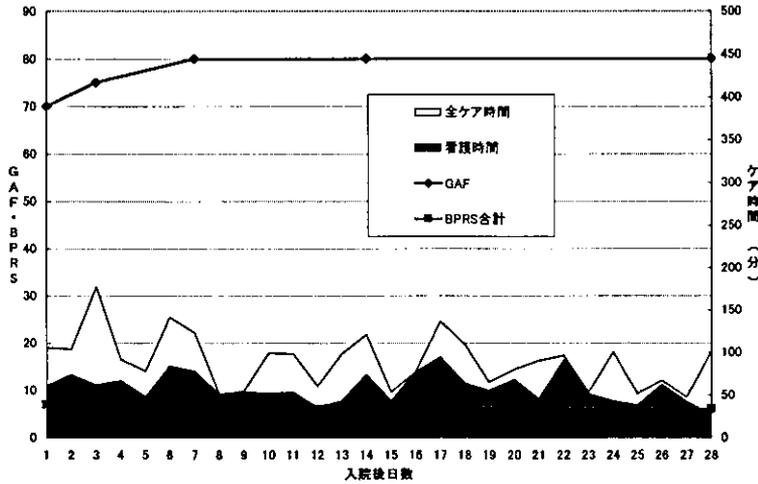
表6

症例5の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
心氣的訴え	3	3	3	3	2
罪業感	2	2	2	3	3
不安	2	1	1	1	1

BPRSにて評価(各項目0~6点)

図5 症例5のケア時間、BPRSの合計、GAFの変化



共に減少傾向にはなく、100~250分の間で増減を繰り返している(図4)。

### ③入院時より精神病症状が安定し、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン

#### 症例5

診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害  
依存症候群 現在中断しているが、保護された環境にいるもの

(現病歴及び入院後経過)平成16年Y月から覚せい剤の脱慣のため、自らH病院を受診し、外来通院を開始したが、通院は不規則であった。X-25日から昔の売人が本人のアパートに転がり込み、再び乱用を始めた。X-8日、再び薬に手を出したことで自責的となり、H病院で処方された睡眠薬を過量服薬し、1~2日間昏睡状態となった。昏睡状態で放置されていたため、左下肢がリンパ管浮腫となり、その治療のためX-7日、C病院に入院し、X日からH病院に転入院(任意入院)となった。

精神症状は、入院時より落ち着いており、入院当初から家族が左下肢のリハビリ目的で温泉等に連れ出していた。スタッフに対する暴言や治療への

抵抗はなく、他の患者とのトラブルもなかった。入院時よりリスベリドン1mg、プロメタジン25mg、ジアゼパム10mg、プロチゾラム0.25mgの処方、退院時まで継続した。X+27日、自宅退院となった。

#### (精神症状の変化とケア時間の変化)

任意入院のため、入院時から精神症状は落ち着いており、BPRSにて「心氣的訴え」、「罪業感」、「不安」の項目に点数がついているのみで、他の項目はすべて0点であった(表6)。

これら3つの症状はほぼ変化のない状態で経過しているが、低い点数のままである。GAFは入院時より高い点数であり、これもほぼ変化のないまま経過している。

全ケア時間でみても入院時より100分以内の少ないまま経過している(図5)。

#### 症例6

診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害  
精神病性障害 主として幻覚性のもの

(現病歴及び入院後経過)平成15年より暴力団組員と同棲し、覚せい剤の乱用を始め、平成16年Y

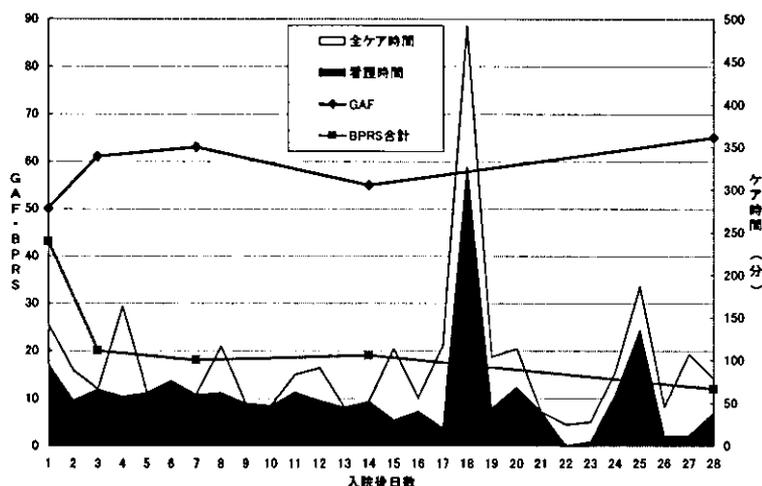
表7

症例6の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
不安	4	2	3	2	1
感情的引きこもり	4	0	0	0	0
罪業感	4	3	3	3	2
抑うつ気分	4	2	1	2	1
幻覚	4	3	3	2	3
情動の鈍麻・不適切	4	3	2	3	2

BPRSにて評価(各項目0~6点)

図6 症例6のケア時間、BPRSの合計、GAFの変化



月には使用量も増加していった。次第に「お経の声がする、それが自分に死ねと言っている」と幻聴が出現した。薬を止めようと婦人ケアセンターに入所するも、すぐに退所してしまう。X-3日よりお金が足りなくなり、県の薬務課に相談、その職員に伴われX日、H病院を初診、同日同院に任意入院となった。

入院時より幻聴を認めた。暴言や暴力はなかったが、不安を強く訴え、希死念慮を示唆する発言も聞かれていた。リスパダール4mg、レボメプロマジン15 mg、ジアゼパム20 mg、ニトラゼパム5 mgから薬物治療を開始した。X+17日より幻視の訴えもあり、薬物調整にて、ハロペリドール4.5mg、クロルプロマジン25mg、ジアゼパム5 mg、ニトラゼパム5 mgに切り替えた。X+60日、「死にたい」とメモを書き、タバコを飲んで自殺企図。同日保護室を使用し、4日目に開放した。心理的不安が強まると幻聴が強まるパターンを繰り返していたが、保護室から開放後は幻聴も治まり、症状

が安定し、X+88日、社会復帰施設へ退院となった。

(精神症状の変化とケア時間の変化)

任意入院であり、入院時から「不安」、「抑うつ気分」、「罪業感」、「感情的引きこもり」等の項目が高く(表7)、覚せい剤を止めようと思っても止められない心的葛藤、今後の生活に対する不安が覗える。BPRSの評点で入院後経過と共に減少傾向にはあるが、消褪することはなく、遷延している。今回の調査期間には入っていないが、入院から2ヶ月目に自殺企図もみられている。現実的な心理ストレスを抱えていた患者であったと考えられる。

全ケア時間は、概ね100分前後で経過し、変動も少ない(図6)。18日目の突出した山は集団精神療法によるものである。

全21症例のBPRSの平均をとり、入院時の点数の高い項目から順に6項目挙げてみると(表8)、昨

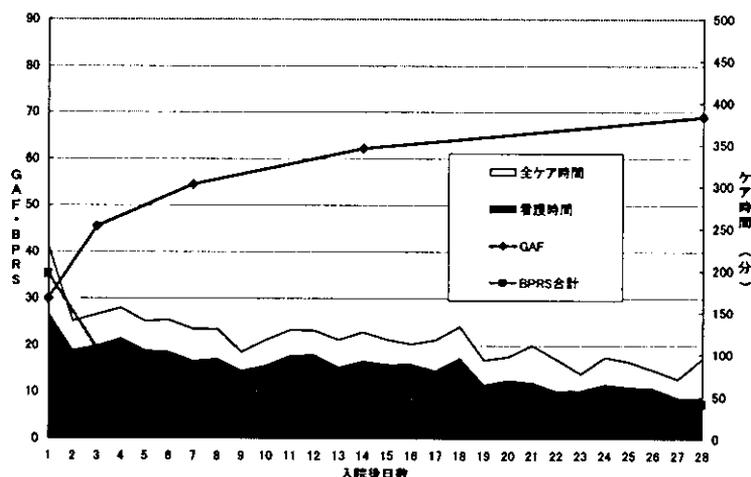
表8

症状変化の平均(全21症例の平均)

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
幻覚	3.2	1.5	0.9	0.5	0.5
不安	3.0	1.7	1.2	0.8	0.8
思考解体	2.8	1.4	0.9	0.4	0.2
精神運動興奮	2.8	1.0	0.6	0.6	0.4
緊張	2.7	1.5	0.4	0.3	0.4
思考内容の異常	2.4	1.1	0.5	0.2	0.2

BPRS(各項目0~6点)

図7 全21症例の平均ケア時間、BPRSの合計の平均、GAFの平均の変化



年度の調査結果と同様に「精神病症状」が前景にあり、入院後7日目には1点以下に落ち着いていることが分かる。平均ケア時間の変化、GAF・BPRSの平均の変化をみると(図7)、全ケア時間については、入院当日から2日目にかけて著明な減少を示し、その後漸減し、大体10~20日目にかけて100分前後で経過し、更その後減少し、20~28日目にかけても100分以内で経過している。看護ケア時間の動きも全ケア時間にほぼ連動している。BPRSは減少傾向、GAFは増加傾向にある。

#### D. 考察

薬物関連精神障害においてケアのコストを適正に補償するためには、1日当りのケアのコストの患者間での相違を規定する臨床特性を明らかにし、個々のケアのコストと臨床像を同時に反映するような分類方式を開発する必要がある。そのためには病院又は病棟の全入院患者を対象にケアのコストと臨床特性を把握する横断的調査が不可欠

であるが、入院後の精神症状が安定するまでの経過とそれに伴うケアのコストの変化のパターンについても分析する必要がある。そこでまずケアのコストを反映するケア時間に注目し、急性期の精神症状の変化と共にケア時間がどのように変化するかを把握するため、平成15年度と平成16年度の2年間、日記形式タイムスタディを行なった。

第1年目の平成15年度は、対象患者数が5名のみで、目標の症例数を集めることができず、明確な結論を示すことはできなかったが、①「精神病症状」は、抗精神病薬の治療によって急速に改善され、入院後14日以内に殆ど消褪する、②「精神病症状」の改善に伴い、ケア時間の減少がみられる等の示唆を得ることができた。

今年度の調査では、H病院にて21症例を集めることができ、入院後の精神症状の変化、ケア時間の変化の仔細な分析を可能にするデータを得ることができた。

### (a)精神症状の変化

平均BPRSに関しては、下記に示すような変化がみられた。入院時に得点が高かった順に18項目のすべてを示す。

(入院時→入院後3日目→7日目→14日目→28日目で示している)

幻覚 : 3.2 → 1.5 → 0.9 → 0.5 → 0.5

不安 : 3.0 → 1.7 → 1.2 → 0.8 → 0.8

思考解体 : 2.8 → 1.4 → 0.9 → 0.4 → 0.2

精神運動興奮 :

2.8 → 1.0 → 0.6 → 0.6 → 0.4

緊張 : 2.7 → 1.5 → 0.4 → 0.3 → 0.4

思考内容の異常 :

2.4 → 1.1 → 0.5 → 0.2 → 0.2

非協調性 : 2.1 → 1.1 → 0.7 → 0.6 → 0.6

疑惑 : 2.0 → 1.3 → 0.8 → 0.3 → 0.4

敵意 : 1.9 → 1.1 → 0.9 → 0.7 → 0.5

感情的引きこもり :

1.7 → 1.2 → 0.4 → 0.1 → 0.1

衝動的な行動や姿勢 :

1.7 → 1.0 → 0.5 → 0.1 → 0.1

心氣的訴え :

1.5 → 1.2 → 1.1 → 1.3 → 0.9

情動の鈍麻・不適切 :

1.4 → 0.8 → 0.4 → 0.3 → 0.3

運動減退 : 1.4 → 0.7 → 0.2 → 0.3 → 0.2

抑うつ気分 :

1.1 → 0.7 → 0.3 → 0.3 → 0.3

罪業感 : 1.1 → 1.2 → 0.7 → 1.0 → 0.9

高揚気分 : 1.0 → 0.4 → 0.5 → 0.7 → 0.5

誇大的 : 0.3 → 0.3 → 0.2 → 0.2 → 0.2

昨年度の調査結果と同様に、上位は「精神病症状」が占め、下位の方を「抑うつ症状」が占める傾向にあった(「高揚気分」と「誇大的」については評点のついた症例が少なかったため、ここでは考慮しない)。精神病症状は抗精神病薬の治療によって急速に改善し、7日目には1点以内に落ち着いている。精神病症状から回復すると、覚せい剤を使用したことへの後悔や、自責の念による情緒的な揺れが出てくるものと考えられ、「罪業感」や「心氣的訴え」の項目は、14日目においても1点以上を示しており、遷延している傾向がみとれる。

### (b)ケア時間の変化

21症例の入院後の精神病症状の変化、ケア時間の変化のパターンを分析したところ、次の3つの臨床類型に分けられることが示唆された。

①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン

このパターンが最も多く、21例中9例がこのパターンを示していた。9例全例が措置入院であった。入院時には精神病症状が顕著であるが、その後急速に改善を示し、それに伴ないケア時間の減少がみられた。

②身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が増減を繰り返すパターン

主治医が「特別な管理を要する」と評価した身体合併症を有していた例は4例で、精神科合併症を有していた例は4例であった。「特別な管理を要する」身体合併症では、急性中毒が2例、外傷が2例、肺炎1例であった(前に提示した症例3は急性中毒と外傷を共に合併していた)。入院形態でみると、措置入院2例、任意入院2例であった。これらの例は概して、入院経過と共に精神病症状の改善を示すもののケア時間は減少傾向を示さず、増減を繰り返していた。精神科合併症では、アルコールによる精神・行動の障害が2例、統合失調症が1例、成人の人格・行動の障害が1例であった。入院形態でみると、措置入院2例、医療保護入院1例、任意入院1例であった。①のパターンを示した1例(アルコールによる障害)を除き、4例中3例において、ケア時間は増減を繰り返していた。身体合併症と精神科合併症を共に有する例が1例あり、この症例は任意入院であったが、身体合併症として肺炎、精神科合併症としてアルコールによる障害を伴っており、ケア時間は大きな増減を繰り返していた。

③入院時より精神病症状が安定しており、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン

このパターンは4例でみられ、2例が任意入院で、2例が医療保護入院であった。入院時より精神病症状は低い評点であり、全ケア時間でみても100分前後で経過していた。

上記の3つのパターンに入らなかった3例のうち2例については、入院期間が10日以内と短期間であり、上記のようなパターンを示すには至らなかった。残りの1例については、身体合併症や精神

科合併症を有していなかったにも関わらず、ケア時間が増減を繰り返していた。この症例は、医療保護入院であり、入院時の精神病症状の評点は低いが、「不安」や「心氣的訴え」の評点が高く、退院時でも共に5点を示している。実際に不安の訴えや要求の多い患者であり、ケア時間を要したという。

#### E. まとめ

「覚せい剤使用による精神及び行動の障害 (F15)」の診断を得た21名の患者に対し、日記形式タイムスタディを行い、入院後のケア時間の変化のパターンから次のような示唆を得ることができた。

①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン、②身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が変動を繰り返すパターン、③入院時より精神病症状が安定しており、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン、の3つのパターンに大別されることが示唆された。

今後、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式を開発する際には、本研究の知見を踏まえ、急性期のコストの変化のパターンにも留意する必要がある。今後、C病院の症例と昨年度の5症例も含めて数量的に分析し、ケアのニーズに見合った支払い方式を開発していく予定である。

#### F. 参考文献

(1)石橋正彦, 山内慶太, 湯尾高根ら:「薬物依存症の医療経済に関する研究」、薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究、平成14年度厚生労働科学研究報告書、229-242、2003

(2)池上直己, 山内慶太, 湯尾高根:「薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究」、薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究、平成15年度厚生労働科学研究報告書、143-155、2004

分担研究報告書  
(2-3)

分担研究報告書

「薬物裁判所」の実態に関する研究

分担研究者 阿部 恵一郎 創価大学 教育学部 教授

研究要旨

【目的】薬物事犯者に対して刑罰よりも治療プログラムへの参加を目的とした司法のダイバーションと言われる薬物裁判所(drug court)について、その法制度、システム、プログラムの展開を把握し、我が国のシステムと比較検討を行い、このようなシステムが有効であるか、あるいは治療プログラムや評価方法が我が国での薬物乱用者・依存者の治療に役立つかを検討する。

【研究方法】昨年度は薬物裁判所(drug court)に関する文献研究を行い、その歴史、法制度、治療プログラム、さらにシステムを支えている治療的プロヴァイダーとの関係、実際の治療についての考え方などを文献から理解した。今年度は実地視察を行い、薬物関連事件についての司法システム、薬物裁判所の方法を、実際に扱われた事例に基づいて理解し、さらに治療プロヴァイダーと裁判所の連携、治療プログラムの実際を調査することを目的とした。

【結果と考察】調査対象としてカリフォルニア州の薬物裁判所を選び、薬物裁判所とこれに関連する治療施設の実態を把握した。カリフォルニア州における薬物裁判所には4つのタイプがあり、司法手続きの面で違いがある。薬物裁判所では治療プログラム開始にあたって詳細なアセスメントと評価をA S I(薬物重症度評価尺度)とインタビューで行い、プロフィールを作成している。調査した薬物裁判所の結果では5年間にプログラムに参加した者745名で治療プログラムを終了できた者は185名、中断した者の多くはプログラムの早い段階でやめてしまっていた。治療プログラムに失敗した事例の多くに精神疾患などの問題があり、治療プロバイダーは「二重診断」的な見方をとる傾向が強くなっている。司法のダイバーションと呼ばれた薬物裁判所とは別に、薬物事犯者の治療を命ずる法案であるProposition36による治療や処遇が進んできている。Propositionに関しては、カリフォルニア州だけでなくいくつかの州で始まっており、広がりつつある現状にある。

A S I(薬物重症度評価尺度)を訳出したので、我が国における薬物依存者を評価する際に参考資料となると思われる。薬物裁判所の成功事例と失敗事例を詳しく紹介した。また、司法システムの面から、薬物裁判所による治療過程とProposition36によるものとの違いを比較した。訪問したいくつかの薬物治療関連施設の現状や役割から、現在のカリフォルニア州の治療状況について考察した。

【結論】カリフォルニア州における薬物依存者のための治療システムは多岐にわたり、しかも司法システムも薬物裁判所とProposition36が併存している状況にあること。薬物依存者の問題は薬物による問題だけでなく精神疾患や感染症などが合併する場合が多く、そうした問題についても対策が立てられていることなどは、我が国の司法システムや治療を組み立てる際に大いに参考になると考えられる。

A. 研究目的

薬物事犯者に対して、刑罰よりも治療プログラムへの参加を目的とした司法のダイバーションと言われる薬物裁判所(drug court)について、その法制度、システム、プログラムの展開を把握し、我が国のシステムと比較検討を行い、このようなシステムが有効であるか、あるいは治療プログラ

ムや評価方法が我が国での薬物乱用者・依存者の治療に役立つかを検討することを目的としている。

昨年度は薬物裁判所に関する文献研究を行った。1989年にアメリカで最初のドラッグ・コートがつくられ、90年代の半ばまでは各州が検討を重ねていた時代であった。1999年頃から連邦からの

資金提供もあり急激に増加し、2003年には1,000カ所以上になった。司法手続きの上で、各裁判所ごとに違いがあることや治療構造の輪郭は文献から把握できたのだが、具体的な資料がなく治療の実際については不明なところが多く残った。

本年度は実地視察を行い、薬物関連事件についての司法システム、薬物裁判所の方法を、実際に扱われた事例に基づいて理解し、さらに治療プロバイダーと裁判所の連携、治療プログラムの実際を調査することを目的とした。

## B. 方法と結果

現地に赴き資料収集、及び裁判所、治療プロバイダーとの意見交換を行った。

### 1. 薬物裁判所(drug treatment court)の種類 (カリフォルニア州アルコール・ドラッグプログラム局のFact Sheet から)

カリフォルニア州のドラッグコート(成人、少年)は4つのモデルに分類される。

#### ①Pre-Plea モデル:

プログラム参加を条件に訴追を猶予する。プログラムが成功すれば犯罪歴はなくなるが、プログラムから脱落すれば告発及び事実認定が始まる。

#### ②Post-Plea モデル:

プログラムに参加する前に被告人が有罪答弁をするもので、プログラムが成功すれば告発は棄却されるが、脱落すれば量刑手続に入る。

#### ③Post-adjudication モデル:

有罪の認定がなされてからプログラムに参加させる。

#### ④Civil モデル

薬物依存による問題がある親が、親権に関して争っている場合に、親権を取り戻す条件として、処遇プログラムの参加が命じられる。プログラムでの失敗により親権を失う。

全米規模での傾向は不明である。しかし、多くの州の薬物裁判所はこの4つのモデルのどれかに当てはまると考えられる。これまでの調査研究では、Post-pleaモデルとPost-adjudicationモデルの裁判所が多く、今回対象としてカリフォルニア州のハイワード郡の薬物裁判所のようにPre-Pleaモデルを採用しているところは極めて少数と思われる。

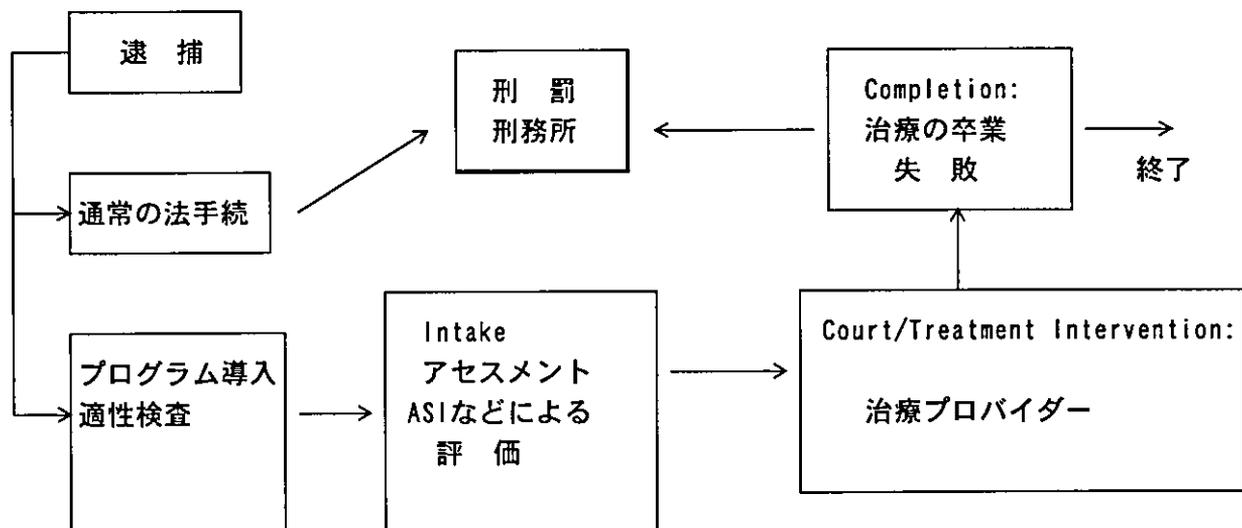
### 2. 薬物裁判所のシステム

#### (1)逮捕から治療プログラム終了までの経過図 (図1)

#### 2)プログラム導入について

Pre-Plea モデル, Post-Plea モデル, Post-ad

図1. Substance Abuse Treatment Planning Chart for Treatment-based Drug Courts



(Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment)

(judication モデルのいずれのモデルをもつかによって、薬物裁判所のプログラム導入は異なるが、端的に言えば犯罪歴が残るかどうにかによる。今回調査したハイワードのホラ判事によるプログラムはPre-Plea モデルである。導入に際しての原則として、①初犯であること②薬物以外の犯罪(例として、暴力、窃盗など)がないこと③治療に同意すること④プログラム導入時に900ドルを支払うこと。が条件となっている。900ドルは主に裁判所の事務費用と18か月のプログラム期間中毎週行われる尿検査の費用に充てられる。導入時に900ドル支払えなくても半分の450ドルをまず支払い、その後少しずつ支払っていても良い。プログラム期間中にカウンセリングを受けるたびに1回について7ドル未払い残金が減っていく。例えば450ドルが未払いで残っている場合、10回カウンセリングを受けると7×10で70ドル減額してもらえる。これはカウンセリングを受けるための動機づけとしての工夫であろう。

### (3) Intake : アセスメントと評価

①薬物裁判所のアセスメントと評価の仕方については、まず本人について以下のような記載がなされる。

- ・身分証明
- ・認可日
- ・面接日
- ・面接開始・終了時間
- ・面接の種類・形態

②ASI(薬物依存重症度尺度)などを用いたアセスメント評価

一般情報・既往歴・経済状況・薬物とアルコール使用・違法行為事項・家族関係・精神医学的事項・DSMによる診断からなっている。それぞれのチェックリスト項目の詳細を挙げる。

#### 一般情報

- ・氏名
- ・現住所
- ・現住所における居住年数
- ・家の所有者(本人・家族)
- ・生年月日
- ・(自認する)肌の色
- ・(自認する)人種

- ・性別
- ・信仰している宗教
- ・過去30日間の生活環境が規制されていたか  
どのような規制がなされていたか
- ・その日数
- ・最も適切とされた治療形態は何であったか

(補足)

G101-もしあなたが信仰している宗教について「その他」と答えた場合、あなたの宗教はキリスト教か?

G102-もしあなたが信仰している宗教について「その他」と答えた場合、あなたの宗教はヒンドゥー教、仏教、道教、儒教、シーク教、もしくは神道か?

G103-もしあなたが信仰している宗教について「その他」と答えた場合、あなた自身は信心深いと考えているが、しかしどの特定の宗派や組織、教派に属していないのか?

#### 既往歴

- M1:入院回数
  - M2:身体的な疾患で最後に入院した期間
  - M3:生活に支障をきたす慢性疾患はあるか
  - M4:定期的に処方されている薬があるかどうか
  - M5:身体障害による(障害者)年金を受給しているか
  - M6:過去30日間の罹患日数
  - M7:疾患による日常生活への影響
  - M8:医学的な治療の重要性  
(面接者の評価)
  - M9:患者自身が必要と考える医学的な治療の度合  
(信頼性評価)
- 上記の情報は以下の項目によって著しく歪曲されているか
- M10:患者の詐称
  - M11:患者の理解力の欠如  
(医療機関のコメント)と(補足)

#### 経済状況

- E1:就学年数
- E2:技術的な教育期間
- E3:専門技術の有無
- E4:運転免許の有無
- E5:車の所有
- E6:これまで一番長く勤続した常勤の仕事の期間

- E7：通常の（もしくは最近の）職業
  - E8：何らかの方法で、誰かに生活費を援助してもらっているか
  - E9：その援助はあなたの生活費の大部分を構成しているか
  - E10：過去3年間の通常の雇用形態
  - E11：過去30日の雇用日数（過去30日で受け取った金額）
  - E12：雇用（純収入）
  - E13：失業手当
  - E14：福祉援助
  - E15：年金や給付金、社会保障手当
  - E16：配偶者や家族、友人
  - E17：非合法
  - E18：扶養家族
  - E19：過去30日の失業日数
  - E20：失業による生活への影響
  - E21：失業に対する治療の必要性（面接者の評価）
  - E22：本人が必要と考える雇用に関する相談の度合（信頼性評価）
- 上記の情報は以下の項目によって著しく歪曲されているか
- E23：患者の詐称
  - E24：患者の理解力のなさ（雇用者のコメント）（補足）

#### 薬物とアルコールの使用

- D1：アルコール-日常の許容範囲
- D2：アルコール-中毒に至るまで
- D3：ヘロイン
- D4：メタドン
- D5：その他の麻酔薬、鎮痛薬
- D6：バルビツール酸系催眠鎮静薬
- D7：その他の鎮静剤、睡眠薬、精神安定薬
- D8：コカイン
- D9：アンフェタミン
- D10：大麻
- D11：幻覚薬
- D12：吸入薬
- D13：1日につき複数の薬物

上記の項目については、「過去30日間」「現在までの使用回数」「摂取方法」もチェックする。

- D14：最も生活に支障をきたしている薬物
  - D15：最近に自制した期間
  - D16：この自制から経過した期間
  - D17：アルコール依存症による譫妄が出現した回数
  - D18：薬物乱用（多量服薬？）の回数
  - D19：アルコール乱用の治療回数
  - D20：薬物中毒の治療回数
  - D21：（アルコール）のみの治療回数
  - D22：（薬物）のみの治療回数
  - D23：過去30日でアルコールに費やされた金額
  - D24：過去30日で薬物に費やされた金額
  - D25：外来患者として治療を受けた日数
  - D26：過去30日でアルコールにより日常生活へ支障をきたした日数
  - D27：過去30日で薬物により日常生活へ支障をきたした日数
  - D28：アルコール依存による日常生活への支障の度合
  - D29：薬物依存による日常生活への支障の度合
  - D30：アルコール依存のための治療の重要性
  - D31：薬物依存のための治療の重要性（面接者の評価）
  - D32：患者自身が必要と考えるアルコール依存の治療の度合
  - D33：患者自身が必要と考える薬物依存の治療の度合（信頼性評価）
- 上記の情報は下記の項目によって著しく歪曲されているか
- D34：患者の詐称
  - D35：患者の理解力のなさ（薬物とアルコールに関するコメント）（補足）
  - D106-あなたの症状や医学的理由により、オキシコンチンが処方されているか
  - D107-恍惚感や陶酔感を得るために、オキシコンチンを使用したことがあるか
  - D108-オキシコンチンを他の麻酔薬やヘロイン、メタドンと組み合わせて使用したことがあるか
  - D109-オキシコンチンを初めて使用したのは何ヶ月前か
  - D110-友人や家族から、もしくは街頭でオキシコンチンを入手したことがあるか（補足薬物）
- 以下の薬物について、「過去30日間で

の使用の有無」「現在までの使用回数」「摂取方法」を尋ねる。

DRG12-ヒドロモルフォン  
DRG13-オキシコドン  
DRG14-ヒドロコドン  
DRG16-オキシコンチン  
DRG17-ブプレノルフィン

#### 違反行為事項

- L1：刑事上の司法（裁判）制度によって認められた措置であるか  
L2：保護観察、もしくは仮釈放であるか  
（以下の罪名による逮捕もしくは嫌疑を受けた回数）  
L3：万引きや、破壊行為  
L4：仮釈放、もしくは保護観察の違反  
L5：薬物容疑  
L6：文書偽造罪  
L7：銃刀法違反  
L8：住居侵入罪、窃盗罪、B&E  
L9：強盗  
L10：暴行  
L11：放火罪  
L12：強姦  
L13：殺人  
L14：売春  
L15：法廷侮辱罪  
L16：その他  
L17：これらの嫌疑が有罪判決を受けた回数  
（下記のものに嫌疑をかけられた回数）  
L18：治安紊乱行為、放浪罪、  
L19：飲酒運転  
L20：重い交通違反  
L21：現在に至るまでで、拘禁された回数  
L22：最近に拘禁された期間（月）  
L23：最近の拘禁は何によってか  
L24：現在、告訴や裁判、判決を控えているか  
L25：それは何か  
（過去30日間での以下の日数）  
L26：留置、拘禁された日数  
L27：利益を得るために違法な活動に拘束された日数  
L28：現在抱えている法的な問題をどのくらい深刻に捉えているか  
L29：その問題のために、カウンセリングや専門

機関への紹介の重要性

（面接者の評価）

L30：患者自身が必要と考える法的サービスの度  
合

（信頼性評価）

上記の情報は下記の項目によって著しく歪曲されているか

L31：患者の詐称

L32：患者の理解力のなさ

（法的機関からのコメント）

（補足）

L102-治療は保護観察や仮釈放、薬物裁判所のような刑事上の司法（裁判）制度により命令されたものであるか

L103-刑務所や監獄に拘禁される代わりに、治療を受けているのか（例：カリフォルニアのProp36 [囚人権利]

#### 家族関係

F1：婚姻状態

F2：この状態にある期間

F3：この状況に満足しているか

F4：過去3年間の同居人について

F5：同居期間

F6：同居人に満足しているか

下記のような人と暮らしているか

F7：現在アルコールの問題を抱えているか

F8：処方されていない薬物を使用しているか

F9：自由な時間の大部分を誰と過ごしているか

F10：このように過ごす事に満足しているか

F11：親友の人数

下記の人と親密な相互関係にあるか

F12：母親

F13：父親

F14：きょうだい

F15：恋人、配偶者

F16：子ども

F17：友人

下記の人との関係において、重大な軋轢を経

験した期間があったか

（過去30日間及び現在に至るまで）

F18：母

F19：父

F20：きょうだい

F21：恋人、配偶者

F22：子ども  
 F23：その他の家族  
 F24：親友  
 F25：近所の人  
 F26：同僚  
虐待を受けていたか  
 G過去30日間及び現在に至るまで  
 F27：心理的  
 F28：身体的  
 F29：性的  
 F30：過去30日で家族との間で深刻な葛藤があった日数  
 F31：過去30日で他の人々との間で深刻な葛藤があった日数  
 F32：家族の問題による日常生活への支障の度合  
 F33：社会的な問題による日常生活への支障の度合  
 F34：家族の問題のための治療やカウンセリングの必要性  
 F35：社会的な問題のための治療やカウンセリングの必要性  
 (面接者の評価)  
 F36：患者自身が必要と考える家族/社会的なカウンセリングの度合  
 (信頼性評価)  
 上記の情報は下記の項目によって著しく歪曲されているか  
 F37：患者の詐称  
 F38：患者の理解力のなさ  
 (家族・社会的なセクションからのコメント)  
 (補足質問)  
 F113-過去30日間、どこに住んでいたか考えてください。路上や廃墟となったビル、車、公共の場所(公園やバス停、トンネル)で夜をすごしたことは何回ですか  
 F114-過去30日で、非難所に泊まった回数  
 F115-過去30日で、自分のものでないアパートや家に泊まった回数  
 F116-過去30日で、病院や監獄、治療プログラム、その他の施設に泊まった回数

#### 精神医学的事項

(心理的、情緒的疾患の治療回数)

P1：病院

P2：任意、自己負担の患者として

P3：精神障害年金を受けているか  
 (下記のような状態の時期があったか)

G過去30日間及び現在に至るまで

P4：深刻な抑うつ

P5：深刻な不安や緊張

P6：幻覚

P7：理解力、記憶力の障害

P8：暴力的行動の統制困難

P9：自殺念慮

P10：自殺企図

P11：心的疾患への薬物療法

P12：この30日で心理的、情緒的問題による罹患日数

P13：心的疾患による日常生活への影響

P14：心的疾患の治療の重要性

#### 面接時の状態

P15：明らかに抑うつ的、もしくは引きこもっている

P16：明らかに敵意がある

P17：明らかに不安に、もしくは神経質になっている

P18：現実検討能力や思考力、その他に障害がある

P19：理解力、記憶力に障害がある

P20：自殺念慮がある

(面接者の評価)

P21：患者自身が必要と考える精神医学的な治療の度合

(信頼性評価)

上記の情報は以下の項目によって著しく歪曲されているか

P22：患者の詐称

P23：患者の理解力のなさ

(精神医療の施設からのコメント)

(補足質問)

P108-これまで、あまりないような恐ろしい経験をしたことがあったか

P109-過去30日に、悪夢やトラウマとなっていることについての「フラッシュバック」を経験したり、考えたくないのに考えてしまうことがあったか

P110-過去30日に、トラウマとなっていることについて考えないようにしたり、それを思い出させるような状況を避けるようなことはあったか

P111-過去30日に、絶えず警戒していて、ささい