

(都・道・府・県)精神科救急電話相談事業累積月報( 年度)

月	相談件数	相談者内訳					救急受診 勧奨件数
		本人	家族	消防	警察	その他	
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
1月							
2月							
3月							
累計							

\*精神科救急情報センターもしくはそれに準ずる電話相談窓口への電話相談件数を記入して下さい。

\*相談者の内訳をわかる範囲で記入して下さい。また、救急受診を勧奨したケースを抜粋して、月ごとにその件数を集計して下さい。

\*同一ケースの複数回の相談は、毎回1件と数えて下さい。そのつど救急受診の要否を識別して下さい。

\*毎月第2週末までに、前月のデータを累積的に報告願います。例えば8月の報告では、4～7月のデータを記入して下さい。完結すると年報になります。

\*毎月の報告は、FAX( )もしくはエクセルファイルを添付した電子メール( )にて送信願います。

## 資料 2 精神科急性期治療病棟の運営に関するアンケート調査票

(施設名 \_\_\_\_\_ 回答日 平成 21 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

精神科急性期治療病棟入院料認可年月日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

他に精神科救急入院料の認可病棟 (あり・なし)

1. 精神科急性期治療病棟入院料認可病棟 (以下「精神科急性期治療病棟」と略します) の施設・設備について、回答日現在の状況や数値を回答願います。

(1) 病床数 \_\_\_\_\_ 床

(2) 隔離室 \_\_\_\_\_ 室

(a) 酸素・吸引設備あり \_\_\_\_\_ 室

(b) ステンレス製の便器設置 \_\_\_\_\_ 室

(3) 個室 \_\_\_\_\_ 室

(a) 酸素・吸引設備あり \_\_\_\_\_ 室

(b) エラストピア \_\_\_\_\_ 室

(4) 多床室 合計 \_\_\_\_\_ 床

(5) 精神科急性期治療病棟入院患者に利用可能な医療設備を選択して下さい (複数回答可)。

①心肺モニター ②AED 等の除細動装置 ③人工呼吸器 (閉鎖循環式麻酔用)

④パルス型電気刺激装置 ⑤輸液加温装置 ⑥エアーマット ⑦下腿マッサージ器

(6) 検査体制

(a) 血液検査

①24 時間検査可能 (検査技師のオンコール体制、当直医による検査を含む)

②時間帯により検査困難

(b) 生化学検査

①24 時間検査可能 ②時間帯により検査困難

(c) X 線単純撮影

①24 時間検査可能 ②時間帯により検査困難

(d) CT 検査

①24 時間検査可能 ②時間帯により検査困難 ③検査設備なし

2. 精神科急性期治療病棟の職員配置について、回答日現在の状況や数値を回答願います。

(1) 担当医師

(a) 配置数 \_\_\_\_\_ 名 (うち指定医 \_\_\_\_\_ 名)

(b) 勤務形態

①原則として他の病棟の入院患者を担当しない

②他の病棟の入院患者を担当する医師も含まれる

③その他

(2) 常勤看護師 \_\_\_\_\_ 名

(3) 専任コメディカルスタッフ \_\_\_\_\_ 名

3. 精神科急性期治療病棟入院患者に対する電気けいれん療法 (平成 20 年度) について回答願います (同月内に他病棟に転棟したケースも同月内の件数に含めて結構です)。

(1) 年間総件数 \_\_\_\_\_ 件

(a) うち修正型 \_\_\_\_\_ 件

(b) うち麻酔医立ち会い \_\_\_\_\_ 件

(2) 実施患者の実人数 \_\_\_\_\_ 人

4. 精神科急性期治療病棟入院患者に実施した治療プログラム件数（平成 20 年度保険診療請求件数）について回答願います（同月内に他病棟に転棟したケースも同月内の件数に含めて結構です）。

- (1)入院精神療法 I \_\_\_\_\_ 件
- (2)精神科作業療法 \_\_\_\_\_ 件
- (3)入院生活技能訓練療法（SST） \_\_\_\_\_ 件
- (4)入院集団精神療法 \_\_\_\_\_ 件
- (5)退院前訪問看護指導料 \_\_\_\_\_ 件

5. 精神科急性期治療病棟の診療実績について、平成 20 年度の数値を回答願います。平成 21 年度から算定を開始した場合は、前身病棟の平成 20 年度実績をご記入ください。

(1)精神科急性期治療病棟の年間延べ在棟患者数など

(a)年間延べ在棟患者数 \_\_\_\_\_ 人

(b)新規患者率 \_\_\_\_\_ %（延べ在院患者数に占める新規患者<sup>\*注1</sup>の比率）

\*注 1：新規患者とは 3 ヶ月以内に精神科に入院歴のない患者

(c)在宅移行率 \_\_\_\_\_ %（3 ヶ月以内に自宅退院<sup>\*注2</sup>した患者の比率）

\*注 2：自宅にはグループホーム、老人施設など福祉施設を含む

(2)精神科急性期治療病棟への年間入院件数 \_\_\_\_\_ 件（院内他病棟からの転入も含む）

(a)院内他病棟からの転入 \_\_\_\_\_ 件

(b)入院（および転入）時の入院形式

①緊急措置入院 \_\_\_\_\_ 件

②措置入院 \_\_\_\_\_ 件

③応急入院 \_\_\_\_\_ 件

④医療保護入院 \_\_\_\_\_ 件

⑤任意入院 \_\_\_\_\_ 件

⑥医療観察法鑑定入院 \_\_\_\_\_ 件

⑦医療観察法入院処遇 \_\_\_\_\_ 件

⑧司法鑑定入院 \_\_\_\_\_ 件

⑨その他 \_\_\_\_\_ 件

(c)当該病棟入院中に行った処置

①隔離 \_\_\_\_\_ 件（平均 \_\_\_\_\_ 日）

②身体拘束 \_\_\_\_\_ 件（平均 \_\_\_\_\_ 日）

(d)主診断の内訳

F0（脳器質群） \_\_\_\_\_ 件

認知症群 \_\_\_\_\_ 件

認知症以外 \_\_\_\_\_ 件

F1（中毒依存群） \_\_\_\_\_ 件

F2（精神病群） \_\_\_\_\_ 件

F3（感情病群） \_\_\_\_\_ 件

F4（神経症群） \_\_\_\_\_ 件

F5（摂食障害等） \_\_\_\_\_ 件

F6（人格障害群） \_\_\_\_\_ 件

その他 \_\_\_\_\_ 件

(3)精神科急性期治療病棟からの年間退院件数 \_\_\_\_\_ 件（転棟・転院を含む）

(a)自宅退院件数 \_\_\_\_\_ 件（福祉施設等への退院を含む）

(b)院内転棟件数 \_\_\_\_\_ 件

(c)他院への転入院件数 \_\_\_\_\_ 件

①うち精神科 \_\_\_\_\_ 件

②一般科 \_\_\_\_\_ 件

ご協力ありがとうございました！

平成 19-21 年度厚生労働科学研究 こころの健康科学研究事業  
精神科救急医療, 特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究

分担研究報告書

実証的な精神科救急医療の構築および精神科救急・精神科領域における身体合併症に関する研究

【目的】高齢化が進む中、精神・身体共に専門医療を要する患者が増加することは自明であり、その対応として総合病院型精神病床の必要性は益々高まる。ところが精神病床を有する総合病院は減少しており、無策であれば身体的専門医療を受けられない事例の増加が危惧される。そこで、19 年度は人口比の身体合併症発生数の推計値・種類・対応困難例を調べるため身体合併症医療に関する全数調査（前向きコホートデザイン）を企画した。20 年度は身体合併症医療も含めた総合病院型精神病床に求められる全機能を検討するために、機能実態に関する全数調査（横断研究デザイン）を企画した。21 年度は、それら前 2 年間の成果について現場感覚との乖離がないか「エキスパート・コンセンサス」を形成する目的の調査を企画した。また、高齢化の進行とともに精神疾患・身体疾患の併存の頻度も増加しており、現場のコンサルテーション・リエゾン活動に資する目的で、各種身体疾患の治療薬と向精神薬との相互作用に関するガイドライン作成を企画した。

また、精神科救急医療も高齢化の影響を避けられず、これまでに増して実証的な技術の構築が望まれている。本研究では、その技術の中核となる精神科救急医療ガイドラインの作成を目的に、「リスペリドン内用液とオランザピン口腔内崩壊錠とでどちらが初期鎮静に優れるか?」「静注の順番はハロペリドールとベンゾジアゼピンとでどちらを先にすべきか?」「チオペンタール静注の使用頻度とそれが必要となる状況は?」「第二世代抗精神病薬 4 種のうち、急性期治療において単剤として優るのはどれか?」「急性期治療において開始した抗精神病薬が効果不十分な場合の置換時期は?」といった課題をランダム化比較試験および観察研究にて検証した。同時に、その結果について現場感覚との乖離がないか「エキスパート・コンセンサス」を形成する目的の調査も企画した。

【方法】身体合併症医療については、19 年度は、国際的にも類をみない前向きコホート研究（期間内の都内対象の全数をカバーする疫学デザイン）を実施し、調査期間中の精神病床への新入院数、身体合併症の件数と種類、緊急度とそれに応じた対応の速さ、各症例の臨床的特徴、謝絶件数と種類などを調べた。20 年度は、横断研究デザイン（平成 20 年 6 月 30 日の都内対象の全数をカバーする疫学デザイン）で実施し、調査当日の総合病院型精神病床の入院数と目的、目的別入院予約数、総合病院型精神病床を必要とするが一般病床で対応中の患者数、調査当日入院を要するが断った事例数、認知症疾患併発例の頻度などを調べた。21 年度の、総合病院型精神病床の必要数と機能の推計に関する専門家の意識の検証については、総合病院精神病床の充実化と即応性のための機能分化誘導に関する質問票を作成し、日本総合病院精神医学会専門医（一般

病院連携精神医学専門医) に対してエキスパート・コンセンサス調査の形式で実施した。

精神科救急医療ガイドラインの作成のための医師の自主的治験については、全国の精神科救急の医療機関が参加し、19年度には7施設、20年度には15施設、21年度には22施設の類を見ない多施設共同研究に発展した (Japan Acute-phase Schizophrenia Trial (JAST) study group)。

【結果】19年度の東京都の全数調査から、精神疾患・身体疾患ともに入院水準の患者の発生(罹患率)は年間に人口10万人対25と推計できた。在院日数メジアン28日、1床あたりの年間対応可能件数13.0件(回転)、都の年間の合併症発生件数3,006件といった結果から、都の合併症用必要病床数は231床、日本における必要数は2,310床と推計できた。即日の依頼要請への謝絶率34%と高率であったこと、および必要な入院がなされなかった患者群に自殺企図後が有意に多かったことは、総合病院型精神病床の充実化とともに即応性のための機能分化誘導の施策の必要性を示唆している。

20年度の東京都の全数調査から、総合病院型精神病床への入院目的は、救急・急性期43%>>合併症15%>ECT13%>初発精査12%>神経症圏休息10%>BPDリスク回避4%の順であった。入院予約の目的は、救急・急性期32%>初発精査19%>ECT16%>身体合併症9%>神経症圏休息8%>BPDリスク回避3%の順であった。総合病院型精神病床を必要とするが一般病床で対応中の患者数は、身体合併症84>救急・急性期29>初発精査3の計116例と推計できた。調査当日入院を要するが断った事例数は、有床11、無床7の計18例と推計できた。認知症疾患併発例は7%であった。以上より、総合病院型精神病床は本来求められる機能を全うしていること、それにも関わらず数が不足の状態に陥っていることが浮き彫りとなった。

21年度のエクスパート・コンセンサス調査では、機能分化を誘導、身体合併症治療・ECT・初発精査に積極的な役割を担うことに高い水準で同意が得られた。救急・急性期治療に積極的な役割を担うことについては、人員配置の充実や単科との連携が必須、さもなくば崩壊する、開放病棟では無理といった意見など慎重であった。神経症圏の休息に積極的な役割を担うことについては、反対意見が大勢であった。BPDのリスク回避に積極的な役割を担うことについての同意水準は極めて低かった。精神症状も身体症状も重症の事例に総合病院の精神病床が対応するには、開放病棟より閉鎖病棟を整備すべきという見解、総合病院の精神病床を整備する際、個室中心にすべきという見解、総合病院精神科病床が不足の状態に陥っているという見解については、高い水準で同意が得られた。

各種身体疾患の治療薬と向精神薬との相互作用に関するガイドラインについては、コンサルテーション・リエゾン活動に重要な悪性腫瘍、膠原病、リウマチ疾患、糖尿病、高脂血症、内分泌疾患、呼吸器疾患、循環器疾患、消化器疾患、神経疾患、慢性腎臓病、前立腺肥大、緑内障、外傷、妊娠、周産期、授乳期の向精神薬使用といった項目を調べ、一覧表を作成した。

精神科救急医療ガイドライン作成のための課題検証では、内服鎮静ではolanzapine 口腔内崩壊錠とrisperidone 液剤は同等に有効で、安全性にも有意な差は認められなかった。静注による鎮静法の観察研究からは、鎮静の速度を優先するならflunitrazepamを先に投与することが優り、少量で有効という

安全性を優先するなら haloperidol を先に投与する方が優るという結論が導き出された。また、両剤を投与する場合、haloperidol を先に投与する方が要する flunitrazepam 量が少なくすむことが示された。さらに、救急現場でのバルビツール酸系薬剤の使用頻度は 8%であり、必要とした状況は最初に haloperidol でなくベンゾジアゼピン系薬剤が静注された事例であった。これらの知見は、静注鎮静におけるベンゾジアゼピン系薬剤の脱抑制の誘発と、haloperidol 静注の脱抑制防止効果を示唆する。

統合失調症急性期に対する第二世代抗精神病薬 4 剤の RCT では、8 週間単剤で対応可能かどうかを指標として Kaplan-Meier 法で推計したところ、治療中止となった症例の割合は、olanzapine (11.8%)、risperidone (25.0%)、aripiprazol (52.5%)、quetiapine (55.0%)といった結果で、Log Rank test によるペアごとの比較では前 2 者が後 2 者より有意に低かった。中止理由は改善効果の問題であった。一方、8 週間完遂例の改善効果を PANSS 評点の推移で比較したところ、4 剤間に有意差は認められなかった。

統合失調症急性期治療における抗精神病薬の切り替えの RCT では、risperidone 治療開始群と olanzapine 治療開始群との間にランダム化率（2 週後の CGI 4 以下）の差はなかった (25%vs23%, RR 1.03, p=1.00) ため、2 週間の時点では risperidone と olanzapine との間に効果出現速度の差はなかったといえる。しかし、risperidone 群では 4 週後の非寛解が 2 週後の反応不十分さで高い特異性 (0.94 [95%CI: 0.72-1.00]) をもって予測できたのに、olanzapine 群では有意な予測ができなかった。olanzapine 群では 2 週間の時点で反応不十分のためランダム化した症例のうち olanzapine の継続に割付けられた 8 例中 3 例が 4 週後に寛解に至ったことが影響したと考えられる。これは、risperidone は 2 週時点での治療反応の予測が妥当であるが、olanzapine では早すぎることを示唆している。また、2 週後 risperidone への反応不十分な症例を通常量の olanzapine に置換しても 4 週後の寛解は望めなかった。2 週後 olanzapine への反応不十分な症例を通常量の risperidone に置換しても 4 週後の寛解は望めなかった。

これらの結果と現場感覚との乖離の有無について日本精神科救急学会医師会会員を対象に調査したところ、本研究結果に納得できる水準はメジアン 8 (9 段階評価) で、良好な評価であった。内服による鎮静薬剤としては risperidone (78%) が、筋注による鎮静は haloperidol (68%) が、静注による鎮静は haloperidol (69%) が、急性期治療を開始する際の抗精神病薬の第一選択は risperidone (78%) が最も支持されていた。

【結論】本研究成果により、検証したエビデンスとエキスパート・コンセンサスの調和のとれた精神科救急医療ガイドラインを作成することができ、この領域を技術論的に著しく発展させることができた。システム論的にも、疫学的検証により身体合併症医療の進むべき方向性を明確にできた。多施設共同研究をさらに推進し、高齢化する人口構造を加味しつつシステム論と技術論を融合させ、現場、患者側、社会にとっての最善を構築する必要がある。

分担研究者：

順天堂大学医学部

八田耕太郎

研究協力者：

さわ病院  
京都府立洛南病院  
静岡県立こころの医療センター  
群馬県立精神医療センター  
埼玉県立精神医療センター  
土佐病院  
旭川圭泉会病院  
佐藤病院  
岩倉病院  
兵庫県立光風病院  
東京都立松沢病院  
東京都保健医療公社豊島病院  
東京都立府中病院  
千葉県精神科医療センター  
東京武蔵野病院  
瀬野川病院  
茨城県立友部病院  
三重県立こころの医療センター  
栃木県立岡本台病院  
肥前精神医療センター  
福井県立病院こころの医療センター  
国立国際医療センター国府台病院  
ほくとクリニック病院  
日本医科大学武蔵小杉病院  
国立がんセンター東病院  
東邦大学医療センター佐倉病院  
北里大学医学部  
広島大学大学院医歯薬学総合研究科  
広島市立広島市民病院  
独協医科大学  
埼玉医科大学総合医療センター  
順天堂大学医学部  
東京都福祉保健局  
メンタルケア協議会  
横浜南共済病院  
東京都立荏原病院  
東京都立墨東病院  
東京都立広尾病院  
東京医科歯科大学  
慶応義塾大学  
東京女子医科大学  
日本医科大学  
東邦大学

澤温，濱川浩，渡邊治夫  
川畑俊貴  
平田豊明，村上牧子，櫻井新一郎  
武井満，佐藤浩司，大館太郎  
杉山一，竹林宏，島袋盛洋  
須藤康彦，須藤論理子，勝強志  
直江寿一郎，田端一基，森川文淑  
長谷川朝穂，寺西美佳  
蓑島豪智，佐藤晋一  
白井豊，玉岡徹  
分島徹，林直樹，梅津寛  
一瀬邦弘，中村満，益富一郎  
西村隆夫，正木秀和  
林偉明，吉田健一  
藤村尚宏，伊藤新，糟谷将隆  
津久江亮太郎  
土井永史，白鳥裕貴  
中瀬玲子  
堀彰  
橋本喜次郎  
榎戸芙佐子  
早川達郎，芦澤裕子  
畑和也  
岸泰宏  
内富庸介，小川朝生  
桂川修一  
上條吉人  
佐伯俊成  
和田健  
下田和孝，佐伯吉規  
松木秀幸  
白井千恵  
菊本弘次，吉田一郎，増田ユキ子  
羽藤邦利  
藤原修一郎  
諏訪浩  
佐々木龍一，陶山満雄  
新谷昌宏  
竹内崇  
白波瀬丈一郎，田渕肇  
稲田健，金井貴夫  
館野周，下田健吾  
桂川修一

青梅市立総合病院	三ツ汐洋
共済立川病院	黄野博勝
NTT 東日本関東病院	秋山剛
国立病院機構東京医療センター	古茶大樹, 赤石怜
東京逡信病院	亀山知道
自衛隊中央病院	羽部仁
国立国際医療センター 戸山病院	関由賀子, 加藤温
三楽病院	中島一憲, 真金薫子
JR 東京総合病院	村木健郎
順天堂東京江東高齢者医療センター	一宮洋介
多摩済生病院	八尋義昭
横浜市立大学医学部	杉山直也
松山記念病院 木村尚人, 奥野貴庸,	越智紳一郎, 見山芳隆
石川県立高松病院	倉田孝一, 木谷知一, 武島稔
東京都立駒込病院	赤穂理絵
昭和大学	岩波明
東京警察病院	海老澤尚
日本大学医学部附属練馬光が丘病院	大賀健太郎
同愛記念病院	川岸真知子
東京大学	桑原斉
東京都立大塚病院	斎藤寿昭
聖母病院	桜井昭彦
中野総合病院	櫻田美寿寿
東海大学八王子病院	篠原隆
国立がんセンター中央病院	清水研
賛育会病院	関根義夫
東芝病院	高橋康弘
代々木病院	竹之内奈穂
杏林大学	田中伸一郎
順天堂大学附属練馬病院	綱島浩一
日本赤十字社医療センター	土井弘臺
大泉生協病院	中島昭
三井記念病院	中嶋義文
北里研究所病院	中野智仁
武蔵野赤十字病院	成田享子
国立病院機構災害医療センター	西大輔
東京女子医科大学東医療センター	原田豪人
済生会中央病院	半田貴士
東京慈恵会医科大学附属第三病院	樋之口潤一郎
東京都老人医療センター	古田光
東京労災病院	山田智子
駿河台日本大学病院	渡辺登
町田市民病院	古賀聖名子



## A. 研究目的

高齢化が進む中、精神・身体共に専門医療を要する患者が増加することは自明であり、その対応として総合病院型精神病床の必要性は益々高まる。ところが精神病床を有する総合病院は減少しており、無策であれば身体的専門医療を受けられない事例の増加が危惧される。そこで、19年度は人口比の身体合併症発生数の推計値・種類・対応困難例を調べるため身体合併症医療に関する全数調査（前向きコホートデザイン）を企画した。20年度は身体合併症医療も含めた総合病院型精神病床に求められる全機能を検討するために、機能実態に関する全数調査（横断研究デザイン）を企画した。21年度は、それら前2年間の成果について現場感覚との乖離がないか「エキスパート・コンセンサス」を形成する目的の調査を企画した。また、高齢化の進行とともに精神疾患・身体疾患の併存の頻度も増加しており、現場のコンサルテーション・リエゾン活動に資する目的で、各種身体疾患の治療薬と向精神薬との相互作用に関するガイドライン作成を企画した。また、精神科救急医療も高齢化の影響を避けられず、これまでに増して実証的な技術の構築が望まれている。本研究では、その技術の中核となる精神科救急医療ガイドラインの作成を目的に、「リスペリドン内用液とオランザピン口腔内崩壊錠とどちらが初期鎮静に優れるか？」「静注の順番はハロペリドールとベンゾジアゼピンとどちらを先にすべきか？」「チオペンタール静注の使用頻度とそれが必要となる状況は？」「第二世代抗精神病薬4種のうち、急性期治療において単剤として優るのはどれか？」「急性期治療において

て開始した抗精神病薬が効果不十分な場合の置換時期は？」といった課題をランダム化比較試験および観察研究にて検証した。同時に、その結果について現場感覚との乖離がないか「エキスパート・コンセンサス」を形成する目的の調査も企画した。

## B. 研究方法

### 19年度研究1. 身体合併症医療の前向き全数調査

#### 【研究デザイン】

前向きコホート研究（期間内の都内対象の全数をカバーする疫学デザイン）

#### 【研究参加施設】

東京都内の精神科有床総合病院の75%の病院（日中発生 of 身体合併症に対応）、東京都精神科救急医療事業参画の全病院（夜間休日発生 of 身体合併症に対応）、東京都身体合併症医療事業参画の全病院（精神科病院発生 of 身体合併症に対応）

#### 【研究期間】

平成19年4～5月の2ヶ月間

#### 【調査項目】

期間中の精神病床への新入院数、身体合併症の件数と種類、緊急度とそれに応じた対応の速さ、各症例の臨床的特徴、謝絶件数と種類など（19年度報告書資料1～7）。

#### 【研究倫理】

順天堂大学医学部倫理委員会の実施承認を得た。得られたデータは匿名化して集計し、プライバシー保護に十分な配慮を行った。

### 19年度研究2. 鎮静法の技術と安全性の向上に関する研究

#### 【研究期間】

1) 試行期間

4月16日（月）～22日（日）

（4月23日に不具合の情報を収集して調整した）

2) 本期間

5月1日～8月31日

【対象】

救急受診する患者のうち、鎮静のための薬物療法を必要とする者

【手順】

1) 投与薬剤

**内服に応じる場合**

下記の通りの抗精神病薬の単剤投与を月別に統一して行う（准ランダム化比較試験）

5月：olanzapine 口腔内崩壊錠 初回10mg

6月：risperidone 水液 初回3mg

7月：quetiapine 初回300mg

8月：chlorpromazine 初回100mg

それぞれ鎮静効果不十分なら同じ薬剤をさらに同量加える。ただし患者の年齢・体格などを加味した現場の裁量を優先する。追加のタイミングは原則1時間後とするが、これも現場の判断が優先される。

**内服に応じない場合**

haloperidol の筋注・静注、levomepromazine の筋注、diazepam の筋注・静注、flunitrazepam の静注、haloperidol の静注＋flunitrazepam の静注、flunitrazepam の静注＋haloperidol の静注、その他（バルビツール酸系など）の投与を行い、その種類と量を記録する。月ごとの割付は行わない。

内服に応じる場合も内服に応じない場合も予めの抗パーキンソン薬の投与は行わない。

2) 鎮静に際する評価（19年度報告書資料8～10）

① 陽性・陰性症状評価尺度の Excited Components (PANSS-EC：興奮・敵意・緊張・非協調性・衝動性の調節障害)＋幻覚による行動の6項目：投与前・15分・30分・45分・60分の時点で評価

② CGI：投与前の重症度と60分後

の改善度を評価

③ 静穏化までに最終的に要した時間を記録(静穏化の目安は PANSS-EC＋幻覚の和<18)

④ Drug-induced Extrapyramidal Symptom Scale (DIEPSS)：12時間以内の錐体外路系副作用発生時に評価

⑤ 血圧・脈拍：

内服の場合は、投与前・30分・60分に測定

筋注・静注の場合は SpO<sub>2</sub> も含めて、投与前・15分・30分・45分・60分に測定

（激しい興奮のために投与前に測定不能な場合はその旨付記）

3) 入院した患者については退院(転院)時の評価

① 患者の今回の入院に対する納得の程度

② 患者の入院時の鎮静法への納得の程度

患者満足度は、1満足、2満足と不満の間、3不満の3段階で評価を得た。

③ 在院期間

なお、評価者間の信頼性を保つために PANSS 評価のトレーニング用 DVD を用いた。

4) その後の追跡

①主剤の変更の有無

主剤変更した場合の薬剤名  
上記の最大投与量 (mg)

②主な併用薬(複数可)

③抗パ剤追加の有無

④退院時または寛解時の CGI

⑤入院期間

⑥再燃の有無

再燃有りの場合、寛解からの期間

【研究倫理】

研究実施について、各医療機関の倫理委員会の承認を得た。患者あるいは家族からインフォームド・コンセントを得られた場合を対象とした。得られたデータは匿名化して集計し、

プライバシー保護に十分な配慮を行った。

## 20 年度研究 1. 総合病院型精神病床の機能に関する横断研究

### 【研究デザイン】

横断研究デザイン（都内対象の全数をカバーする疫学デザイン）

### 【研究参加施設】

東京都内の全ての精神科有床総合病院および精神科無床総合病院

### 【研究期間】

平成 20 年 6 月 30 日の一日調査

### 【調査項目】

調査当日の総合病院型精神病床の入院数と目的、目的別入院予約数、総合病院型精神病床を必要とするが一般病床で対応中の患者数、調査当日入院を要するが断った事例数、認知症疾患併発例の頻度など（20 年度資料 1,2）。

### 【研究倫理】

患者個人を調査対象としていないが研究計画について順天堂大学医学部倫理委員会の実施承認を得た。

## 20 年度研究 2. 精神病性障害における急性期薬物療法の研究

### 【研究期間】

登録期間：2008 年 6 月 1 日～7 月 31 日（またはそれ以降の開始日から 2 ヶ月間）

薬剤投与開始より 8 週間フォローする。

### 【対象】

(1) 選択基準：65 歳未満の急性精神病状態（初発・再燃とも可）で入院する患者（ICD-10：F2 に該当する患者）

(2) 除外基準：

1) 重篤な肝機能障害、腎機能障害、心・肺機能障害を有する患者

2) 糖尿病に罹患あるいは既往のある患者

3) 妊婦・授乳婦または研究期

間中に妊娠を希望している患者

### 【手順】

患者登録に際して開封した封筒（番号順）内に記された薬剤を投与する。（注射で治療開始した症例も内服に切り替え時点で封筒を開封）

1) 投与開始の一日量の目安

リスパダール 3mg, ジプレキサ 10mg, セロクエル 300mg, エビリファイ 12mg

\* ただし、現場の判断でこれより低用量あるいは高用量からの開始可。

2) 増量のタイミングは任意。

3) 上限量まで投与して無効な場合、あるいは副作用のため継続不能の場合、その時点で試験は終了とし、他剤への置換や追加併用は任意とする。

\* 無効の判定について：変化なしか悪化の場合。

4) 併用薬剤について：

併用しない方が好ましいが、ベンゾジアゼピン系のみ可（眠前も日中も）。

眠前の LP や CP などの抗精神病薬などは不可。CP、LP を使うならその分を試験薬剤（RIS, OLZ, QUE, または Aripri）の眠前への上乗せで対処する（初めから抗精神病薬を 2 剤以上投与する方が患者の不利益）。再入院ケースで、CP,LP などが既に投与されている場合も、投与されていた CP や LP の分を試験薬剤で置換する。そうすると最初から上限量に近くなり、それでだめならその試験薬剤は単独では効果不足という結論になる。

5) 抗パ剤は予めの投与は避け、EPS 出現時に投与とする（抗パ剤の抗コリン作用は認知機能に悪いため、予めの投与は患者の不利益）。ただし、再入院ケースで、抗パ剤が既に投与されており、服薬遵守にもかかわらず再燃した場合のみ可。

### 【評価者】

各医療機関の site-coordinator が評価者となる。評価者は投与薬剤の種類を知らない（盲検）。

入院時の評価はその時に入院担当者が評価するが、3日以内にその評価を site-coordinator と見直す。2週、4週、6週、8週、あるいは中止時の評価は site-coordinator が行う。

### 【評価項目】（20年度報告書資料3）

#### (1) 基本情報

年齢、性別、身長、体重、疾患名（ICD-10のF2の下位コード）、アルコール・薬物歴、服薬歴、投与前の服薬状況（未治療・怠薬・服薬遵守の別）、退院までの日数

#### (2) 症状の時間推移

陽性・陰性症状評価尺度（PANSS）、臨床的全般改善度（CGI）、全般的機能評価（GAF）を用いて2週毎、8週間にわたり評価する。

#### (3) 副作用

薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて2週毎、あるいは錐体外路症状発現時に評価する。

#### (4) 臨床検査

通常臨床項目（血算・血糖・T.Chol・TG・GOT・GPT・CPKは必須）を測定する。

#### (5) 薬剤投与の記録

8週間前に退院する場合、外来フォローして上記評価を継続する。

### 【研究倫理】

研究実施について、各医療機関の倫理委員会の承認を得た。患者あるいは家族からインフォームド・コンセントを得られた場合を対象とした。得られたデータは匿名化して集計し、プライバシー保護に十分な配慮を行った。

## 20年度研究3. 精神科救急医療ガイドライン改訂のための調査

### 【調査デザイン】

エキスパートへの質問票郵送形式

### 【対象】

日本精神科救急学会の医師会員を対象とした。ただし、製薬会社所属の医師を除外した。

### 【質問項目】

20年度報告書資料4参照。

## 21年度研究1. 総合病院型精神病床の必要数と機能の推計に関する専門家の意識の検証

### 【調査デザイン】

現場専門家へ質問票を郵送して回答を得るエキスパート・コンセンサス調査の形式

### 【対象】

日本総合病院精神医学会専門医（一般病院連携精神医学専門医）を対象とした。

### 【質問項目】

21年度報告書資料1に示したとおり、総合病院精神病床の充実化と即応性のための機能分化誘導に関する質問票を作成して実施した。

### 【研究倫理】

臨床研究倫理指針および疫学研究倫理指針の対象外であるため倫理委員会の審査対象外である。ただし、日本総合病院精神医学会専門医（一般病院連携専門医）の名簿の目的外使用のため、日本総合病院精神医学会理事会に諮り、実施承認を得た。

## 21年度研究2. 各種身体疾患の治療薬と向精神薬との相互作用に関するガイドライン作成

### 【検討項目】

コンサルテーション・リエゾン活動に重要な悪性腫瘍、膠原病、リウマチ疾患、糖尿病、高脂血症、内分泌疾患、呼吸器疾患、循環器疾患、消化器疾患、神経疾患、慢性腎臓病、前立腺肥大、緑内障、外傷、妊娠、周産期、授乳期に使う主要薬剤（21年度報告書表1～9）を縦軸に、クロ

ルプロマジン、レボメプロマジン、フルフェナジン、ゾテピン、ハロペリドール、スルトプリド、リスペリドン、ルーラン、クエチアピン、オランザピン、アリピプラゾール、ブロナンセリンといった抗精神病薬、ジアゼパム、プロマゼパム、ロラゼパム、アルプラゾラム、エチゾラム、ヒドロキシジン、タンドスピロンといった抗不安薬、炭酸リチウム、カルバマゼピン、バルプロ酸といった気分安定薬、クロミプラミン、アミトリプチリン、アモキサピン、マプロチリン、ミアンセリン、トラゾドン、フルボキサミン、ミルナシプラン、パロキセチン、セルトラリンといった抗うつ薬、クアゼパム、フルニトラゼパム、ミダゾラム、ブロチアゾラム、ゾピクロン、ゾルピデムといった睡眠薬、シアナミド、ジスリフラム、ドネペジル、フルマゼニル、ダントロレンといった向精神薬を横軸に、相互作用を検索した。

#### 【検討方法】

日本総合病院精神医学会治療戦略検討委員会委員および専門家の協力を得て、Medline 等各種データベースおよび製薬会社の医薬品情報を網羅した。

#### 【研究倫理】

臨床研究倫理指針および疫学研究倫理指針の対象外であるため倫理委員会の審査対象外である。

### 21 年度研究 3. 精神病性障害における急性期薬物療法の研究

#### 【研究期間】

登録期間：2009 年 7 月 1 日～10 月 31 日

薬剤投与開始より 4 週間フォローする。

#### 【対象】

(1) 選択基準：65 歳未満の急性精神病状態（初発・再燃とも可）で入院

する患者（入院から 1 週間未満）

（DSM-IV：295.xx に該当する患者・  
・統合失調症，統合失調症様障害，失調感情障害）

#### (2) 除外基準：

- 1) 重篤な肝機能障害，腎機能障害，心・肺機能障害を有する患者
- 2) 糖尿病に罹患あるいは既往のある患者
- 3) 妊婦・授乳婦または研究期間中に妊娠を希望している患者

#### 【手順】

前半：7 月 1 日～8 月 31 日

リスペリドンを開始して 2 週後に効果不十分な場合に、さらに 2 週間リスペリドンを継続するかオランザピンに置換するか、開封した封筒（番号順）内の指示に従う。

後半：9 月 1 日～10 月 31 日

オランザピンを開始して 2 週後に効果不十分な場合に、さらに 2 週間オランザピンを継続するかリスペリドンに置換するか、開封した封筒（番号順）内の指示に従う。

\* 「2 週後に効果不十分」の判定法：2 週後の CGI-C にて 4(軽度の改善)～9(非常に大きな悪化)

\* 2 週後の CGI-C が 1(非常に大きな改善)～3(中等度の改善)の症例も、4 週時点での PANSS, CGI-C と投与薬剤の種類・量を記録する。

#### 1) 薬剤の投与量の目安（一日量）

前半 開始時：リスパダール 3mg；  
2 週間経過までの上限は 6mg，それ以降は 6mg を超えても可。

2 週後にジプレキサに置換する場合は、直前のリスペリドンとの等価量（RIS 3mg=OLZ 10mg）

後半 開始時：ジプレキサ 10mg  
2 週後にリスペリドンに置換する場合は、直前のジプレキサとの等価量（RIS 3mg=OLZ 10mg）

\* ただし、現場の判断でこれより低用量あるいは高用量も可。

2) 増量のタイミングは任意。

3) 併用薬剤について：

\*抗精神病薬の併用は4週までは眼前のLPやCPなども含めて不可。4週間過ぎからは可。

\*併用しない方が好ましいが、ベンゾジアゼピン系（代謝が単純なlorazepamなど）や抗ヒスタミン薬は最初から可（眠前も日中も）。

\*気分安定薬は、当該の抗精神病薬を上限まで使っても継続が困難と判断されるときにバルプロ酸を併用可。

4) 抗パ剤は予めの投与は避け、EPS出現時に投与とする（抗パ剤の抗コリン作用は認知機能に悪いため、予めの投与は患者の不利益）。ただし、再入院ケースで、抗パ剤が既に投与されており、服薬遵守にもかかわらず再燃した場合は最初から可。

5) 不穏時は、内服可能なら割りつけられた抗精神病薬（RIS/OLZ）。ベンゾジアゼピン、抗ヒスタミン薬、バルプロ酸も可。内服不可ならハロペリドールの注射製剤。

#### 【評価者】

各医療機関で評価者を指定する。評価者は投与薬剤の種類を知らない（盲検）。

入院時の評価はその時に入院担当者が評価するが、3日以内にその評価を評価者と見直す。

1週、2週、4週、退院時あるいは中止時の評価は評価者が行う。

#### 【評価項目】

##### (1) 基本情報

年齢、性別、身長、体重、疾患名（DSM-IV：295.xx）、アルコール・薬物歴、服薬歴、投与前の服薬状況（未治療・怠薬・服薬遵守の別）、退院までの日数

##### (2) 投与薬剤情報

2週後の切替えの有無、投与量、併用薬剤、ハロペリドール等注射使用の

有無、退院時（中止時）の投与薬剤

##### (3) 症状の時間推移

陽性・陰性症状評価尺度（PANSS）、臨床的全般改善度（CGI）、全般的機能評価（GAF）を用いて入院時、1週、2週、4週、および退院時（中止時）に評価する。

##### (4) 副作用

薬原性錐体外路症状評価尺度

（DIEPSS）を用い2週、4週、および錐体外路症状発現時に評価する。

##### (5) 臨床検査

通常臨床項目（血糖・T.Chol・TGは必須）を測定する。

4週間前に退院する場合、外来で上記評価を行う。

##### (6) 寛解の定義

Andreasenが2005年に提案している寛解のうち、PANSSの8項目によるものを用いた。ただし、症状改善が6ヶ月間持続するという期間に関する項目を除外した。

#### 【研究倫理】

研究計画は順天堂大学医学部倫理委員会に諮り、承認を得た。さらに、研究実施について、各医療機関の倫理委員会の承認を得た。患者あるいは家族からインフォームド・コンセントを得られた場合を対象とした。得られたデータは匿名化して集計し、プライバシー保護に十分な配慮を行った。

## C. 研究結果

### 19年度研究1. 身体合併症医療の向き全数調査

1. 身体・精神ともに入院を要する患者はどのくらい発生しているか（罹患率：incidence）？

19年度報告書表1に、調査実施の2ヶ月間の東京都内の身体合併症対応医療機関の合併症入院数および謝絶数を列挙した。

2. 合併症入院群と謝絶群との間に特徴的な差異はあるか？

19年度報告書表2に、身体合併症入院群と謝絶群との比較を示した。

3. 至急度と入院までの日数との差はどの程度？

依頼元要請の期限を過ぎた割合は、即日の入院要請に対して応えられなかった事例が34%、2日以内の入院要請に対して応えられなかった事例が21%、1週間以内の入院要請に対して応えられなかった事例が24%であった。

## 19年度研究2. 鎮静法の技術と安全性の向上に関する研究

研究機関中に7つの精神科救急医療機関を受診した患者数は1,612例、そのうちPANSS-ECの合計が15点以上は372例であった。372例中、内服に応じた患者は108例で、インフォームド・コンセントを得られた106例を比較検討した。一方、内服に応じなかった患者数は264例で、インフォームド・コンセントを得られた137例を比較検討した。

### 1. 内服による鎮静法の比較

月ごとの割り付けによる投与薬剤別の患者数は、olanzapine 34例、risperidone 53例、quetiapine 12例、chlorpromazine 6例であった。

#### 1) 有効性 (19年度報告書図1)

4(薬剤)x5(時間) repeated measures ANOVAによる解析にて、

Time course:  $F=50.1, p<0.0001$

Treatment:  $F=1.82, p=0.15$

Time course and treatment:  $F=0.74, p=0.64$

すなわち、時間推移とともにいずれの薬剤も効果を発現したが、薬剤間の差は認められなかった。

無効のため注射に切り替えた患者数は、olanzapine 4例、risperidone 5例、quetiapine 0例、chlorpromazine 0

例であり、有意差は認められなかった。

#### 2) 安全性

錐体外路症状発現例はrisperidone 3例、chlorpromazine 1例で有意差は認められず、vital sign上の異常も認められなかった。

#### 3) 治療への患者満足度

いずれの群も平均値(SD)は1.5(0.6)で差は認められなかった。

### 2. 注射による鎮静法の比較

注射を受けた137例のうち、筋注を受けた患者は5例のみで、残りの132例は静注であった。

#### 1) 有効性

静注による鎮静の投与パターンとその患者数、およびPANSS-ECの時間推移を19年度報告書図2に示した。時間推移とともにいずれの薬剤も効果を発現し、薬剤間での差も認められた。すなわち、flunitrazepam静注を先に実施した群の方がhaloperidol静注を先に実施した群より鎮静化までの時間が早かった(flunitrazepam単独群 vs. haloperidol+flunitrazepam群,  $p=0.07$ ; flunitrazepam+haloperidol群 vs. haloperidol+flunitrazepam群,  $p=0.021$ , post-hoc Turkey検定)。

投与したhaloperidol量は、flunitrazepam単独群およびflunitrazepam+thiopental群を除けばhaloperidol+flunitrazepam群が有意に少なく( $p=0.027$ )、投与したflunitrazepam量も、haloperidol単独群を除けばhaloperidol+flunitrazepam群が有意に少なかった( $p=0.001$ )。

#### 2) 安全性

錐体外路症状発現例はhaloperidol単独群で3例(33%)と有意に高頻度であった( $p<0.0001$ )。SpO<sub>2</sub>低下例は2例あり、いずれもflunitrazepam単独群であった。それぞれ0分、15分で80%まで低下したが一過性でま

もなく回復した。血圧低下は初発の48歳男性の1例のみであった。flunitrazepam 1.4mgを静注後収縮期血圧が129mmHgから30分後74mmHg低下したが、静注から45分後には回復した。

### 3) 患者満足度

haloperidol単独群はflunitrazepam単独群より有意に満足度が高く( $p=0.009$ )、haloperidol+flunitrazepam群はflunitrazepam単独群およびflunitrazepam+haloperidol群より有意に満足度が高かった( $p<0.0001$  および  $P=0.014$ )。

## 20年度研究1. 総合病院型精神病床の機能に関する横断研究

1. 研究に協力を得られた病院は、都内の全ての精神科有床総合病院28のうちの18病院(64%)、常勤精神科医のいる精神科無床総合病院40のうちの27病院(68%)、計68病院のうち45病院(66%)であった。

参加病院の精神病床632のうち調査当日の入院者は542、86%であった。

2. 総合病院型精神病床の入院目的(20年度報告書表1)

救急・急性期43% >> 身体合併症15% > ECT13% > 初発精査12% > 神経症圏休息10% > BPDリスク回避4%の順であった。

3. 総合病院精神病床の診療目的別入院予約数(20年度報告書表2)

計99例の内訳は、救急・急性期32% > 初発精査19% > ECT16% > 身体合併症9% > 神経症圏休息8% > BPDリスク回避3%の順であった。

4. GHP病床を必要とするが一般病床で対応中の患者数(20年度報告書表3)

有床・無床各々調査参加割合から100%換算すると、身体合併症84 > 救急・急性期29 > 初発精査3の計116例が調査当日総合病院型精神病床を

必要とするが一般病床で対応されていたと推計できる。

5. 調査当日入院を要するが断った事例数(20年度報告書表4)

有床・無床各々調査参加割合から100%換算すると、有床11、無床7の計18例が調査当日入院を要するが断った事例数と推計できる。

断った理由として個室満床が71%と圧倒的に多かった。

6. 認知症疾患併発例は7%であった(20年度報告書表1)。

## 20年度研究2. 精神病性障害における急性期薬物療法の研究

全国15の精神科救急医療機関から登録された80例のうち、途中でインフォームド・コンセント撤回となった2例を除く78例が対象となった。薬剤の割り付けは、risperidone 20例、olanzapine 17例、quetiapine 20例、aripiprazol 21例であった。

### 1. Baselineの比較

Baselineでは、年齢、性別、BMIに群間で有意差は認められなかった。依存症の併存は3名のみでいずれも依存物質はアルコールであった。罹病期間、初発例の割合にも有意差は認められなかった。内服歴のある薬剤を割付けられた数は、risperidone 6例、olanzapine 3例、quetiapine 0例、aripiprazol 1例であった。CGI-S、PANSS陽性症状評価尺度、PANSS陰性症状評価尺度、PANSS総合精神病理評価尺度、PANSS総点、GAFにも群間で有意差は認められなかった。

### 2. 有効性

8週間単剤で対応可能かどうかを指標としてKaplan-Meier法で推計したところ、治療中止となった症例の割合は、olanzapine(11.8%)、risperidone(25.0%)、aripiprazol(52.5%)、quetiapine(55.0%)といった結果(20年度報告書図1)で、Log Rank testによるペアご



との比較では前 2 者が後 2 者より有意に低かった (RIS vs. QTP:  $p=0.048$ ; RIS vs. ARP:  $p=0.062$ ; OLZ vs. QUE:  $p=0.006$ ; OLZ vs. ARP:  $p=0.008$ )。中止理由は、無効あるいは悪化: RIS 4 例、OLZ 2 例、QTP 11 例、ARP 10 例; 副作用: ARP の 1 例 (嘔吐) のみ; 患者の意思: RIS の 1 例のみであった。

投与量 (平均 mg[SD]) は、RIS 7.2[3.1]、OLZ 17.4[4.7]、QTP 579[210]、ARI 23.6[6.5]であった。当初鎮静目的の haloperidol 筋注あるいは静注を実施した割合 (N(%)) は、RIS 2(10)、OLZ 6(35)、QTP 6(30)、ARP 4(19)、抗不安薬や睡眠薬としてのベンゾジアゼピン系薬剤の併用割合 (N(%)) は、RIS 19(95)、OLZ 12(71)、QTP 9(45)、ARP 20 (95)、抗パーキンソン薬の併用割合 (N(%)) は、RIS 7(35)、OLZ 2(12)、QUE 2(10)、ARI 3(14)であり、いずれも有意差は認められなかった。

CGI-C、PANSS 陽性症状評価尺度、PANSS 陰性症状評価尺度、PANSS 総合精神病理評価尺度、PANSS 総点の中止時あるいは 8 週間後の Baseline からの変化値、GAF にも群間で有意差は認められなかった。

一方、8 週間完遂例の改善効果は、PANSS 陽性症状評価尺度 (20 年度報告書図 2A)、総点 (20 年度報告書図 2B) のいずれもその推移に 4 剤間で有意差は認められなかった。

### 3. 安全性

錐体外路症状発現例は、RIS14 例、OLZ7 例、QTP5 例、ARP8 例であった。

10%以上の体重増加は、RIS0 例、OLZ2 例、QTP2 例、ARP1 例であった。

血液・生化学的に著明な変化を示した例は見られなかった。

## 20 年度研究 3. 精神科救急医療ガイドライン改訂のための調査

質問票の回収率は 31% (555 名中 170 名) であった。結果を表 5 に列挙した。

## 21 年度研究 1. 総合病院型精神病床の必要数と機能の推計に関する専門家の意識の検証

日本総合病院精神医学会専門医 (一般病院連携精神医学専門医) 456 名のうち、252 名 (回収率 55.3%) から回答が得られた。回答者の精神科臨床歴は、メジアン 20 年、総合病院での臨床歴はメジアン 15 年であった。最も時間を費やす業務は、外来業務 63%、病棟業務 22%、管理業務 12%、その他 3%の順であった。

以下、質問 4 以降について、メジアンと、代表的な自由意見を示す。

Q4: 総合病院精神病床の即応性のため、機能分化を誘導することによるどの程度の水準で同意できるか: 7

(人員配置の充実も併行することを望む意見が多かった)

Q5: 総合病院精神科病床が身体合併症治療に積極的な役割を担うことに、どの程度の水準で同意できるか: 8

(精神症状の程度によって、一般病床で診るか精神病床で診るか区分するといった意見が多かった)

Q6: 総合病院精神科病床が救急・急性期治療に積極的な役割を担うことに、どの程度の水準で同意できるか: 6

(人員配置の充実や単科との連携が必須、さもなくば崩壊する。開放病棟では無理 といった意見が目立った)

Q7: 総合病院精神科病床が ECT に積極的な役割を担うことに、どの程度の水準で同意できるか: 7

Q8: 総合病院精神科病床が初発精査に積極的な役割を担うことに、どの程度の水準で同意できるか: 7

Q9: 総合病院精神科病床が神経症圏の休息に積極的な役割を担うことに、どの程度の水準で同意できるか: 5

(反対意見が大勢であった)

Q10: 総合病院精神科病床がBPDのリスク回避に積極的な役割を担うことに、どの程度の水準で同意できるか: 3

Q11: その他に総合病院精神科病床が積極的に担うべき役割  
摂食障害 5名, 認知症診断 4名, 児童思春期 2名, 鑑定 2名

Q12: 精神症状も身体症状も重症の事例に総合病院の精神科病床が対応するには、開放病棟より閉鎖病棟を整備すべきという見解に、どの程度の水準で同意できるか: 7

(ほとんど賛成意見。明確な反対は1名のみ)

Q13: 総合病院の精神科病床を整備する際、個室中心にすべきという見解に、どの程度の水準で同意できるか: 7

(差額代発生を理由にした反対意見もあるが、賛成意見が大勢)

Q14: 総合病院精神科病床が不足の状態に陥っているという見解に、どの程度の水準で同意できるか: 9

(病床不足と、それ以上に総合病院の精神科医不足を憂う意見が多数)

## 21年度研究2. 各種身体疾患の治療薬と向精神薬との相互作用に関するガイドライン作成

各種身体疾患の治療薬と向精神薬との相互作用に関する一覧表は、21年度報告書表11~19に示した。

2 ;  
;  
;  
;  
;  
;

け  
ら  
い  
な  
っ

## 21年度研究3. 精神病性障害における急性期薬物療法の研究

全国18の精神科救急医療機関から登録された131例のうち2週までのインフォームド・コンセント撤回6例と中断11例以外が対象となった。

### 1. 前半 (RIS 開始)

67例のうち2週間後にCGI-Iが4以上であったのは20例(30%)であった。

その20例のうち、4週間後に寛解の定義に合致したのは1例(5%)のみであったが、2週間後のCGI-Iが3以下の47例のうち4週間後に寛解に至ったのは25例(53%)であった (Fisher's Exact Test:  $p=0.0015$ )。4週後の寛解の有無を2週後のCGI-Iが4以上か3以下かで予測した結果、

感度: 97% (PANSS 総点 50% $\leq$ 改善)、特異性: 53%、陽性反応の中度: 81%、陰性反応の中度: 91%、陰性尤度比: 0.057であった。

### 2. 後半 (OLZ 開始)

47例のうち、2週間後にCGI-Iが4以上であったのは14例(30%)であった。この点について、RIS開始の場合との有意差は認められなかった ( $p=1.00$ )。

その14例のうち、4週間後に寛解の定義に合致したのは4例(29%)であった。一方、2週間後のCGI-Iが3以下の33例のうち4週間後に寛解に至ったのは19例(58%)であり、両群に有意差は認められなかった ( $p=0.49$ )。

3. 2週後に治療反応不十分 (CGI-I 4以上) の症例を、そのままの薬でいくか切り替えるかランダム割りつけして4週後の寛解率を比較した。

RISで開始してランダム割付けにてOLZに置換した9例のうち、寛解に至ったのは0例、一方、RISで開始して、ランダム割付けにてRISを継続した11例のうち寛解に至ったのは1例であった。両群に有意差は認められなかった ( $p=1.00$ )。

OLZで開始してランダム割付けにてRISに置換した6例のうち、寛解に至ったのは1例、一方、OLZで開始して、ランダム割付けにてOLZを継続した8例のうち寛解に至ったのは3例であった。両群に有意差は認められなかった ( $p=0.55$ )。

解  
開  
を  
の  
認

症医療事業に参加している受入れ病院に転院した患者数は 142 例、研究参加率は 100%であった。これら 3 型の合計が東京都の全数にほぼ一致するため、調査期間中の東京都内の身体疾患および精神疾患ともに入院水準のために入院した患者数は合計 384 例であったと推計できる。

一方、身体疾患および精神疾患ともに入院水準と推定されたにもかかわらず満床などの理由で総合病院の精神病床に入院できなかった患者数は 88 例であった。研究参加率 75%であることから換算して、全数は 117 例であったと推計できる。東京都精神科救急医療事業に参加している合併症担当の都立 3 病院および東京都精神障害者身体合併症医療事業に参加している受入れ病院では謝絶例は発生しなかった。

したがって、調査期間の 2 ヶ月間に身体疾患および精神疾患ともに入院水準であった患者総数は、入院できた患者数 384 例と謝絶された 117 例の計 501 例と推計できる。この 2 ヶ月間の数字を 1 年に換算すると 3,006 例と推計でき、東京都の人口約 1,200 万人を背景にしていることから、年間に人口 10 万人対 25 という罹患率が算出できた。

## 2. 合併症用の必要病床数

在院日数メジアン 28 日であったため 1 床あたり年間対応可能件数は、 $365 \text{ 日} / 28 \text{ 日} = 13.0 \text{ 件 (回転)}$ 。都の年間の合併症発生件数は、 $(2 \text{ ヶ月間の合併症入院数 } 384 + \text{謝絶数 } 117) \times 6 = 3,006 \text{ 件}$ 。したがって、都の合併症用必要病床数は、 $3,006 \text{ 件} / 13 \text{ 回転} = 231 \text{ 床}$ 。東京都の人口の約 10 倍である日本における必要数は 2,310 床と推計できた。

3. 謝絶群に自殺企図後の患者が有意に多いことは、自殺企図後の合併症

## D. 考察

### 19 年度研究 1. 身体合併症医療の向き全数調査について

#### 1. 身体・精神ともに入院を要する患者の発生率（罹患率：incidence）の推計

東京で日中発生する合併症例は、患者直接にしろ一般救急経由にしろ一般病院および診療所経由にしろ、都内 28 の有床精神科をもつ総合病院に集中する。夜間・休日であれば東京都精神科救急医療事業に参加している合併症担当の都立 3 病院に集中する。都下の精神科病院入院中に専門治療を要する身体合併症が発生すれば、東京都精神障害者身体合併症医療事業に参加している受入れ病院にすべて転院する。したがって、本研究は、調査期間内に発生した身体疾患および精神疾患ともに入院水準の患者をほぼすべて網羅したと推定できる。

調査期間の 2 ヶ月間に都内の総合病院の精神病床に身体疾患および精神疾患ともに入院水準のために入院した患者数は 174 例であった。有床精神科をもつ総合病院の研究参加率は 75%（病床数換算では 75.2%）であったため、100%換算すると 231 例と推計できる。夜間休日の受け入れを一手に引き受けている東京都精神科救急医療事業に参加している合併症担当の都立 3 病院への同様の入院は同時期に 10 例であり、研究参加率は 100%であった。都下の精神科病院入院中に専門治療を要する身体合併症のために東京都精神障害者身体合併

への対応の不十分さを示唆している。

#### 4. 即応性の問題

都下の総合病院精神病床は1135床(19年5月現在)あったにもかかわらず謝絶率34%(うち即日の依頼要請への謝絶率34%)と高率であったことは、即応性のための機能分化誘導の施策の必要性を示唆している。

#### 5. その他の特徴

身体疾患・精神疾患ともに入院を要した患者の平均年齢は61.7歳(S.D. 16.2)であり、高齢化している人口構造を反映していると推察される。ただし、国際的にもこのような特定地域の全数をカバーした人口ベースの研究報告は見当たらないため、他との比較は現時点では不可能である。

頻度の高かった身体疾患は表2に列挙したとおりである。謝絶群で産婦人科疾患が上位に挙げられているが、これは精神疾患との合併という問題より、近年の産婦人科医不足を反映したものと推察される。文献的には、精神障害者の慢性身体合併症として高血圧、心臓疾患、肺疾患、糖尿病が多いことが報告されているが(Felker B, Yazel JJ, Short D: Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatric Services* 47: 1356-63, 1996; Goldman LS: Comorbid medical illness in psychiatric patients. *Current Psychiatry Report* 2: 256-63, 2000)、本研究のように入院水準かどうかを検討した報告はない。一方、死因の調査では心臓疾患と自殺が筆頭に挙げられているが(Miller B, Paschall III CB, Svendsen DP: Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. *Psychiatric Services* 57: 1482-1487, 2006)、そのような場合はCCUや救命救急センターへの搬送となるため、必ずしも総合病院の精神

病床の需要とは一致しない。

精神科診断名では、統合失調症圏に次いで認知症疾患が多く、高齢化人口を反映していると推察される。

本研究の長所：極めて高い研究参加率に基づく、初めての人口ベースの疫学デザインによる合併症研究である。

限界：身体救急において身体・精神ともに入院水準であるのに適切な医療を受けられない事例の一部が網羅されていない可能性があるため、推計値は少なめの見積もりである。また、本結果は東京での実態である。しかし同時に同項目で実施した島根県の結果も類似したため、普遍的数値と考えられる。

#### 20年度研究1. 総合病院型精神病床の機能に関する横断研究

本研究は、都内の全ての対象病院のうちの2/3の協力が得られた調査であるため、全都を推測するデータとしての評価に耐えうる。それは例えば、前年度2ヶ月間の前向きコホートデザインで実施した全都の研究で身体合併症に対応していた病床は全ての総合病院型精神病床の15%という結果であったが、本研究でも身体合併症割合が15%と同じ数字を示しており、本研究の調査手法・結果の信頼性の高さを窺わせる。

##### 1. 総合病院型精神病床に入院していた患者の入院目的からの分析

総合病院の精神病床である必要がない(単科ストレスケア病棟の適応)と考えられる神経症圏休息およびBPDリスク回避目的の入院患者は14%にすぎず、総合病院有床精神科は、期待される機能をほぼ十分にまっとうしていることが判明した。

##### 2. 入院予約の種類・数からの分析

入院予約の種類・数から見ても、総合病院の精神病床である必要がな