

201317071A

平成25年度厚生科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

課題番号：H25-精神-一般-007

**精神障害者の重症度判定
及び
重症患者の治療体制等に関する研究**

平成25年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 安西 信雄

(帝京平成大学)

平成26（2014）年 3月

平成25年度厚生科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

課題番号 : H25-精神-一般-007

精神障害者の重症度判定

及び

重症患者の治療体制等に関する研究

平成25年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 安西 信雄

(帝京平成大学)

平成26（2014）年 3月

目 次

I. 総括研究報告		
精神障害者の重症度判定及び重症患者の 治療体制等に関する研究	-----	1
安西 信雄 (帝京平成大学 健康メディカル学部 教授)		
II. 分担研究報告		
1. 精神科病院協会傘下の精神科病院における重症患者の調査研究	-----	1 7
河崎 建人 (公益法人日本精神科病院協会 副会長)		
2. 自治体病院協議会傘下の精神科病院における重症患者の調査研究	-----	2 5
平田 豊明 (千葉県精神科医療センター 病院長)		
3. 総合病院精神科における重症患者の調査研究	-----	6 7
吉邨 善孝 (済生会横浜市東部病院精神科部長)		
4. 精神科病床を有する国立病院における重症患者の調査研究	-----	7 5
村上 優 (独立行政法人国立病院機構 琉球病院 病院長)		
5. 医療観察法病棟における重症患者の調査研究	-----	8 5
平林 直次 (国立精神・神経医療研究センター病院 部長)		
6. 重症入院患者の薬物療法治療指針に関する研究	-----	9 5
藤井 康男 (山梨県立北病院 病院長)		
7. 重症入院患者の地域ケア指針に関する研究	-----	1 0 7
萱間 真美 (聖路加看護大学 教授)		
8. 重症入院患者の心理社会的治療指針に関する研究	-----	1 2 7
井上 新平 (福島県立医科大学会津医療センター 教授)		
9. 重症入院患者のクリニカルパスと地域連携に関する研究	-----	1 3 7
堀口 寿広 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 室長)		
10. 重症入院患者の評価方法の開発と統計処理方法に関する研究	-----	1 7 1
立森 久照 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 室長)		
III データ集計結果	-----	1 8 5
IV 調査票	-----	4 0 5

總括研究報告

平成 25 年度 厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業

精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究

総括研究報告書

研究代表者

安西 信雄（帝京平成大学 教授）

分担研究者

河崎 建人（水間病院 理事長／公益社団法人日本精神科病院協会 副会長）

平田 豊明（千葉県精神科医療センター センター長）

吉邨 善孝（済生会横浜市東部病院 部長）

村上 優（独立行政法人国立病院機構琉球病院 病院長）

平林 直次（国立精神・神経医療研究センター病院 部長）

藤井 康男（山梨県立北病院 病院長）

萱間 真美（聖路加看護大学 教授）

井上 新平（福島県立医科大学会津医療センター 教授）

堀口 寿広（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 室長）

立森 久照（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 室長）

研究協力者

千葉 潜（青南病院）、櫻木 章司（桜木病院）、田口 真源（大垣病院）、杉山 直也（沼津中央病院）、大竹 正道（公益社団法人日本精神科病院協会事務局）、木田 直也（独立行政法人国立病院機構琉球病院）、横井 優磨（国立精神・神経医療研究センター病院）、船田 大輔（〃）、山下 徹（山梨県立北病院）、宮田 量治（〃）、角田秋（聖路加看護大学）、大橋 明子（〃）、木戸 芳史（〃）、澤野 文彦（沼津中央病院）、伊藤 弘人（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、竹島 正（〃）

研究要旨

平成24年6月の精神科医療の機能分化と質の向上に関する検討会において、今後は「重度かつ慢性」患者を除いて、精神科の入院患者は1年で退院させる仕組みを検討する方向性が示され、「重度かつ慢性」患者の基準については調査研究等を通じて明確化していくこととされた。本研究は「重度かつ慢性」患者の基準とこれらの患者に必要な治療の指針を明らかにすることを目的として、各病院団体代表者と関連分野の専門家の協力を得て、平成25年

度から研究を開始した。

初年度にあたる本年は、平成24年度に「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究班」（主任研究者：安西信雄）のワーキングチームによりまとめられた「「重度かつ慢性」に関する論点整理」と約5,000人の長期在院患者の実態調査の結果を踏まえて、①研究班の合議により「重度かつ慢性」暫定基準案をまとめること、②精神科病院に1年間継続して入院していた「新しい長期在院患者」（New long-stay）に焦点を当て横断面調査を行い暫定基準案に関する検討を行う事を目標とした。

暫定基準案については、研究班の合議の結果、簡易精神症状評価尺度（BPRS）で評価した精神症状が一定の重症度（BPRS総得点が45点以上、または、下位尺度の1つ以上で6点以上）を満たし、それに加えて、①行動障害、②生活障害のいずれか（または両方）が基準以上である場合に、重度かつ慢性の暫定基準案を満たすと判定することとした。行動障害は上記の実態調査で用いた問題行動評価表を一部改訂して使用し、生活障害については障害者自立支援法医師意見書の「生活障害評価」を用いて評価することになった。身体合併症は、水中毒、腸閉塞（イレウス）、反復性肺炎の症状が入院治療が必要な程度にあるときに治療上の特別の配慮が必要と判定することとした。

全国の精神科病院を対象に、平成26年1月初めから2月末までを調査期間として、在院1年～1年3ヶ月の「新しい長期在院患者」の調査を依頼した。317病院（依頼件数1,300の24.4%）から818人について回答が得られ、うち認知症を除いた患者数は708人であった。今回得られたデータについては来年度も継続して検討を進めていくが、暫定基準案の該当・非該当と、入院1年後に担当医が患者の退院可能性を評価した回答との関連を検討したところ、暫定基準案に該当する患者350人のうち260人（74.3%）が医師判断において「病状等が重症または不安定であるため」「退院困難」と判断されていた。このように暫定基準案に該当する患者のうちには「退院困難＝重症」と回答された患者が有意に多かった（ $\chi^2=48.73$ 、自由度2、 $p<0.000$ ）。このように、今回作成した暫定基準案は主治医の臨床的評価に概ね沿ったものと考えられたが、暫定基準案の妥当性は今後計画している新規入院患者の前向き追跡調査によって検証する必要がある。平成26年度から、こうした前向き調査を実施することで、「重度かつ慢性」に関する基準の妥当性が検証され治療指針が具体化されることが期待される。

なお、各分担研究班は、それぞれの関連領域での調査研究を実施した。

A. 研究目的

平成24年6月の精神科医療の機能分化と質の向上に関する検討会において、精神科入院医療の今後の方向性として、「精神科の入院患者

は、「重度かつ慢性」を除き、1年で退院させ、入院外治療へ移行させる仕組みを検討する」との方針がまとめられた。ここで「重度かつ慢性」の患者の基準については、調査研究等を通じて

明確化していくこととされており、精神科病院における長期入院患者の実態を把握することを目的とした実態調査を行い、「重度かつ慢性」の基準作成に活用することになった。

これを受けて平成 24 年度に「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究班」(主任研究者:安西信雄)にワーキングチーム(WT)を設け、WT による「重度かつ慢性」に関する論点整理を行うとともに、精神科病院における長期入院患者に関する調査が実施された。これは全国の精神科病棟に 1 年以上在院中の患者から無作為に約 1/10 を抽出して調査を実施する大規模調査で、約 5,000 人の長期在院患者の状態像等の情報が得られたが、数年以上の長期の在院患者が主な対象であった。

そこで、本研究は上記の論点整理と調査を踏まえ、①(疾病が重いため)「重度かつ慢性」患者と、(入院医療や地域への移行支援が不足しているために生じたと考えられる)長期在院患者を弁別する指標を見いだして「重度かつ慢性」の基準を明確にし、②「重度かつ慢性」患者に対応できる治療体制と治療指針を明らかにすることを目標に、精神科病院に入院後 1 年となる「新たな長期在院患者」(New long-stay)に焦点を当てて調査研究を実施した。

初年度にあたる本年は、ワーキングチーム(WT)の調査結果を分析し、「重度かつ慢性」と想定される患者の多様性と特性の検討を行い、「重度かつ慢性」患者とそれ以外の長期在院患者を弁別する指標の検討を行ったうえで、①研究班の合議によりこれまでの調査結果を踏まえ「重度かつ慢性」暫定基準案をまとめること、②平成 25 年度中に新たな実態調査を実施し暫定基準案の妥当性を検討すること、③各分担研究班ごとにそれぞれの領域における課題の検討を進めることを目標とした。

B. 研究方法

(1) 「重度かつ慢性」暫定基準案の作成

平成 24 年度厚生労働科学研究費「新しい精

神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」(主任研究者 安西信雄)のワーキングチーム(WT)による「「重度かつ慢性」の基準に係る論点整理」および、WT が協力して平成 25 年 2 月に実施された平成 24 年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業「重度慢性入院患者に関する調査」(平成 24 年度「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」の「追加報告書」として平成 25 年 6 月に発行。以下「2 月調査」と略す)を踏まえ、さらに関連する研究成果を踏まえて、研究班の合議により「重度かつ慢性」暫定基準案をとりまとめるため、班会議で検討を行った。

下記の日程で班会議を開催した。

- 第 1 回 平成 25 年 6 月 21 日
- 第 2 回 平成 25 年 7 月 23 日
- 第 3 回 平成 25 年 8 月 21 日
- 第 4 回 平成 25 年 9 月 27 日
- 第 5 回 平成 25 年 10 月 29 日
- 第 6 回 平成 25 年 12 月 10 日
- 第 7 回 平成 26 年 2 月 17 日
- 第 8 回 平成 26 年 3 月 11 日

上記のうち、第 1 回から第 5 回までの 5 回の班会議で主に「2 月調査」を踏まえて検討し、暫定基準案のとりまとめを行った。

(2) 新たな実態調査の実施

第 4 回班会議以後は、新たな実態調査の計画と実施、結果の検討を行った。

「2 月調査」では、全国の調査対象 1,618 病院のうち 663 病院(約 41%)の協力により、調査時点で 1 年以上在院していた約 5,000 人の患者の属性や状態像のデータが得られたが、在院 3 年以上の患者が約 78%を占め、もっとも在院期間が短い 1 年～1 年 6 ヶ月未満の患者は 7.2% (358 人)であった。

そこで、今年度の研究においては、「2 月調査」の調査項目をもとに、在院後 1 年を経て退院できなかった患者が 1 年までに退院できなかった理由に関連した諸属性と暫定基準案に関連

した調査項目を補い、「新たな長期在院患者 (New long-stay)」に的を絞った調査を実施した。

調査票の作成にあたっては、分担研究者である河崎先生のご配慮と精神科病院協会のご厚意により、同協会ですべての調査のために作成された調査票を本研究用に追加修正して使用する許可をいただいた。これによりエクセルで簡便に入力してデータを集計するシステムを使用することが可能となった。

(3)各分担研究班ごとの課題の検討

本研究班は、民間病院、自治体病院、国立病院および総合病院精神科、医療観察法病棟に関連する各病院団体の代表にご協力いただき、薬物療法、地域ケア、治療指針、クリニカルパスおよび評価と統計の専門家により構成されているので、それぞれの領域で「重度かつ慢性」の評価基準と治療指針づくりに関連して必要な事項の検討を進めていただくこととした。

C. 結果

(1)「重度かつ慢性」暫定基準案の作成

平成 25 年 2 月に実施された「精神科病院における長期在院患者に関する調査」結果および関連する資料にもとづき、本研究班で班会議を開いて暫定基準案について検討を進めた。その概要は下記のように要約される。

- 1) 「動く重症心身障害児」の重症度判定も参考に、多軸評価を検討した。
- 2) 「重度かつ慢性」の判定軸として、疾病、行動、治療抵抗性、および、生活障害、身体合併症が提案された。
- 3) 今後、実態調査や前向き研究で検証することを前提に、可能性のある軸や指標は組み入れて検討を行うことで合意された。
- 4) 「治療抵抗性 (治療反応性)」については、本人特性だけでなく、入院後の治療環境や治療内容、さらに地域ケアの質と関係することが述べられた。これらは、現段階での定義は

難しいので、今後の調査研究を踏まえて検討することが適切と考えられた。

- 5) 班会議で検討の結果、精神症状 (BPRS で評価) が一定以上の重症度であることを必須の条件とし、それに加えて、①行動障害、②生活障害のいずれか (または両方) が一定の基準以上である場合に、重度かつ慢性の基準を満たすと考えることになった。なお、身体合併症については、精神症状に続発する身体症状 (①水中毒、②腸閉塞 (イレウス)、③反復性肺炎) を対象とし、治療においてこれらを配慮することになった。これらの検討にもとづき、下記の暫定基準案を作成した。
- 6) 行動障害については項目間の重み付けが異なることが想定されるので A 群 (自傷他害に関連する項目) と B 群 (左記以外の項目) に分け、今後の調査研究の結果にもとづき重み付けを検討することとした。また、過去の入院期間や受けた治療などの履歴事項を考慮すべきであるが 2 月調査では十分な情報が得られなかったため、今後の調査研究の結果にもとづき考慮すべき項目と重み付けを検討することとし、考慮すべき事項の候補を「補足」に示した。

「重度かつ慢性」暫定基準案

精神症状が下記の重症度を満たし、それに加えて、①行動障害、②生活障害のいずれか（または両方）が下記の基準以上である場合に、重度かつ慢性の基準を満たすと判定する。

身体合併症については、下記に該当する場合に治療上の特別の配慮が必要と判定する。

1. 精神症状

BPRS 総得点 45 点以上、または、BPRS 下位尺度の 1 項目以上で 6 点以上

注) BPRS は Overall 版 (表 1) を用いる。その評価においては「BPRS 日本語版・評価マニュアル (Ver. 1)」(宮田量治による) に準拠する。

2. 行動障害

2 月調査で用いた問題行動評価表 (表 2) を用いて評価する。1～27 のいずれかが「月に 1～2 回程度」以上に評価された場合に、「問題行動あり」と評価する。(項目 28 の「その他」は削除。項目の配列を改め、自傷他害に関連する事項を A 項、その他を B 項とする)

3. 生活障害

障害者自立支援法医師意見書の「生活障害評価」(表 3) を用いて評価する。その評価に基づいて、「能力障害評価」を「能力障害評価表」の基準に基づいて評価する。「能力障害評価」において、4 以上に評価されたものを (在宅での生活が困難で入院が必要な程度の) 生活障害ありと判定する。ただし、「7. 社会的適応を妨げる行動」は上記の「行動障害」と重複するので削除する。

4. 身体合併症

精神症状に続発する下記の身体症状を入院治療が必要な程度に有する場合に評価する。

- ①水中毒
- ②腸閉塞 (イレウス)
- ③反復性肺炎

【補足】

上記の行動障害の A 項、B 項の区別や重み付け、過去の入院歴や社会適応度・必要とされた地域生活支援等の履歴事項については、今後の調査研究の結果を踏まえて検討を行う。さらに、暫定基準案のそれぞれの構成要素についても今後の調査研究により妥当性の検証と修正を実施する予定である。

表1 BPRS

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE(BPRS) 日本語版			なし	ごく軽度	軽度	中等度	やや重度	重度	最重度
重症度を表す数字の中で患者の現在の状況を最もよく示す番号に○をつけて下さい。									
1	心気症	現在の身体の健康状態についての関心の程度。患者が自分の健康についてどのくらい問題と受けとめているかの程度を患者の訴えに相当する所見の有無に関わらず評価せよ。	1	2	3	4	5	6	7
2	不安	現在又は未来に対する心配、恐れあるいは過剰なこだわり。患者自身の主観的体験についての言語的訴えのみに基づいて評価せよ。身体徴候や神経症的防衛機制から不安を推測してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
3	情動的引きこもり	面接者と面接状況に対する交流の減少。面接状況において患者が他者との感情的接触に障害があるという印象を与える程度のみを評価せよ。	1	2	3	4	5	6	7
4	概念の統合障害	思考過程の混乱、弛緩あるいは解体の程度。患者の言語表出の統合の程度に基づいて評価せよ。思考機能レベルに対する患者の自覚的印象に基づいて評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
5	罪責感	過去の言動についての過剰なこだわり又は自責感。相応する感情を伴って語られる患者の主観的体験に基づいて評価せよ。抑うつ、不安あるいは神経症的防衛機制から罪責感を推測してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
6	緊張	緊張、神経過敏あるいは活動レベルの高まりによる身体と運動機能における徴候。身体徴候や行動、態度に基づいて評価すべきであり、患者の訴える緊張についての主観的体験に基づいて評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
7	衝動性と不自然な姿勢	奇妙で不自然な行動と態度。健常人の中では目立つような各種の精神病者の行動と態度の類型。動作の異常のみを評価せよ。単なる運動性亢進は、この項目では評価しない。	1	2	3	4	5	6	7
8	誇大性	過大な自己評価と並はずれた才能や力を持っているとの確信。自分自身についての、又は他者との関係における事故の立場についての患者の陳述のみに基づいて評価せよ。面接状況における患者の態度に基づいて評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
9	抑うつ気分	意気消沈と悲哀。落胆の程度のみを評価せよ。いわゆる制止や身体的愁訴に基づいて抑うつ気分の存在を推測して評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
10	敵意	面接状況ではないところでの、他者に対する憎悪、侮辱軽蔑、好戦性あるいは尊大。他者に対する患者の感情や行動の言語的訴えのみに基づいて評価せよ。神経症的防衛機制、不安あるいは身体的愁訴から敵意を推測してはならない。(面接者に対する態度は「非協調性」の項目で評価せよ。	1	2	3	4	5	6	7
11	猜疑心	現在又は以前に患者に対して他者から悪意や差別があったという(妄想的あるいは非妄想的な)確信。言語的訴えに基づいて、それが存在した時期に関わらず、現在認められる猜疑心のみを評価せよ。	1	2	3	4	5	6	7
12	幻覚による行動	通常の外界の刺激に対応のない知覚。過去1週間以内に起こったと患者が訴える体験のみを評価せよ。それらの体験は健常人の思考や表象過程と明らかに区別できるものである。	1	2	3	4	5	6	7
13	運動減退	緩徐な動きによって示されるエネルギー水準の低下。患者の行動観察のみに基づいて評価せよ。自己のエネルギー水準についての患者自身の自覚的印象に基づいて評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
14	非協調性	面接者に対する抵抗、非友好性、易怒性の徴候あるいは協調的態度の欠如。面接者と面接状況に対する患者の態度と反応のみに基づいて評価せよ。面接状況ではないところでの易怒性や非協調性の情報に基づいて評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
15	不自然な思考内容	普通ではない、風変わりな、異様なあるいは奇怪な思考内容。ここでは不自然さの程度を評価し、思考過程の解体の程度を評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
16	情動の平板化	感情的緊張度の低下。正常の感受性や興味・関心の明らかな欠如。	1	2	3	4	5	6	7
17	興奮	感情的緊張度の高揚、焦燥感あるいは反応性亢進。	1	2	3	4	5	6	7
18	失見当識	人、場所あるいは時についての適切な関連性の混乱又は欠如。	1	2	3	4	5	6	7
不許複製 慶大精神神経科臨床精神薬理研究班訳									

表2 問題行動評価表

現在から過去1ヶ月間の下記1~28の症状・問題行動の頻度を、それぞれ下の選択肢より選んでください。(複数選択可)

	なし	この1ヶ月間にその他の症状、問題行動は見られなかったが、それ以前にはあった	月に1~2回程度	週1回程度	週2~3回	ほぼ毎日
1. 自殺念慮	1	2	3	4	5	6
2. 自傷行為	1	2	3	4	5	6
3. 言語的暴力	1	2	3	4	5	6
4. 身体的暴力	1	2	3	4	5	6
5. 衝動性	1	2	3	4	5	6
6. 器物破壊	1	2	3	4	5	6
7. 他者への迷惑行為	1	2	3	4	5	6
8. 性的逸脱行為	1	2	3	4	5	6
9. 放火	1	2	3	4	5	6
10. 失禁	1	2	3	4	5	6
11. 不潔行為	1	2	3	4	5	6
12. 衣類を破る・脱ぐ	1	2	3	4	5	6
13. 収集癖	1	2	3	4	5	6
14. てんかん発作	1	2	3	4	5	6
15. 気分易変性	1	2	3	4	5	6
16. 集中力低下	1	2	3	4	5	6
17. 特定の物や人に対する強いこだわり	1	2	3	4	5	6
18. ストレス脆弱性	1	2	3	4	5	6
19. 服薬非遵守	1	2	3	4	5	6
20. 介助等への拒否・拒絶・抵抗行為	1	2	3	4	5	6
21. 徘徊	1	2	3	4	5	6
22. 多動・行動の停止	1	2	3	4	5	6
23. 強迫行為	1	2	3	4	5	6
24. 過食・拒食	1	2	3	4	5	6
25. 多飲水	1	2	3	4	5	6
26. 異食	1	2	3	4	5	6
27. 物質依存	1	2	3	4	5	6

注：項目1~9をA群、項目10~27をB群に分類する(重みづけ等は今後の調査結果にもとづき検討する)

表2 「問題行動評価表」の補足 下記の「具体的記載」を参照して表2の評価をお願いします。

No.	問題行動	問題行動の具体的記載
1	自殺念慮	遺書を書いたり、自殺手段についての言及が認められるなど、自殺の危険性が比較的切迫しているもの。
2	自殺行為	状況によっては自殺既遂も考えられるような自殺行為。
3	言語的暴力	言葉による威嚇、攻撃などであり、相手を言葉で傷つけようとの意図が働いているとみなされるもの
4	身体的暴力	叩く、蹴る、殴るなど、身体への攻撃であり、相手の身体を傷つけようとの意図が働いているとみなされるもの
5	衝動性	自傷他害、迷惑行為、対人操作などとして観察される内的な欲求や衝動が自制できない心理
6	器物破壊	器物への行動化であり、破壊しようとの意図が働いているとみなされるもの
7	他者への迷惑行為	他者への過干渉や支配、盗み・ゆすり・たかりなどの金品に関わる行為、共有のスペースを汚したり、共有のスペースで騒ぐなどの対人関係に悪影響を及ぼす行為。相手を困らせようとの意図がない場合でも、周りから迷惑とみなされるもの
8	性的逸脱行動	性的ニュアンスのあるタッチング、露出、あるいは、性交の強要
9	放火	意図的な放火や弄火だけでなく、タバコの火の不始末など失火のリスクが常態化しているもの。
10	失禁	おむつ等による管理が困難な尿失禁、ないし、便失禁。
11	不潔行為	入浴や更衣を拒否するなどにより、整容が行えなかったり、意図的にトイレ以外の場所で排泄したりするもの、あるいは、排泄物を弄ぶなどの行為があるもの。
12	衣類を破る、脱ぐ	自分の衣類を破ったり、共有スペースで洋服や下着を着ていられず全裸（上半身のみ、下半身のみでも可）がそれに近い外観を他の人の眼にさらすもの
13	収集癖	他人の持ち物や共有物（例えば、トイレトーパー、新聞紙など）、ゴミなどを身の回りに集めたり、収集した物品の返却や処分を抵抗するもの
14	てんかん発作	意識消失を伴うてんかん発作。
15	気分易変性	気分が変動しやすく、ささいな出来事への反応として喜怒哀楽の感情が爆発したり鎮静や隔離が必要なほどの興奮状態が生じたりするもの
16	集中力低下	集中力低下が著しいため、診察が受けられなかったり、提供されるプログラムなどの治療にまったく参加できないもの
17	特定の者や人に対する強いこだわり	特定の人物へのこだわりがあるため、執拗にまとまわりついたり、ストーカー的な行為におよぶもの
18	ストレス脆弱性	ストレスへの脆弱性が著しく、ごくささいな出来事によっても精神的な安定が失われて精神症状が再燃するもの。
19	服薬非遵守	処方された薬物を用法通りに内服しようとせず、デボ剤などの投与にも反対するもの。
20	介助等への拒否・拒絶・抵抗行為	必要な介助に拒否・拒絶・抵抗を示し、結果、必要な介助が行えないもの。
21	徘徊	昼夜を問わず徘徊が認められるもの
22	多動・行為の停止	多動や行為停止により社会的場面における適応が困難と考えられるもの。
23	強迫行為	強迫行為に没頭していたり、自身の行為の継続のために周囲の者をまきこむ発言や行為が日常的に認められるもの。
24	過食・拒食	適切な食事摂取が行えず、過食・拒食により栄養障害が生じていたり、反社会的行為（例えば、万引き）が繰り返されているもの
25	多飲水	起床時体重の5%以上の日内変動があり、水分管理やときに隔離が必要となるもの
26	異食	食べ物とはみなされないもの（例えば、便、草花、靴など）を口に含んだり、実際に嚥下するもの（指しゃぶりのような退行に関係した行為は除く）
27	物質依存	物質摂取をやめられず禁止された場所へ持ち込もうとしたり密かに使用するもの。

表3 生活障害評価

現在の生活障害について、該当する項目を1つ選択し、○をつけてください。

No.	項目	回答欄	内容
1	食事		1) 適量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない)
			2) 時に施設からの提供を必要とする場合があるが、1) がだいたい自主的にできる。
			3) 時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。
			4) いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言や援助を必要とする。
			5) 常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。
2	生活リズム		1) 一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 (※一般的には午前9時には起きていることが望まれる)
			2) 時に寝過ぎることがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。
			3) 時に助言がなければ、寝過ぎすが、週に1度を越えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1～2時間程度のばらつきがある。
			4) 起床が遅く、生活のリズムが週1回を越えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らない。強い助言や援助を必要とする。
			5) 臥床がちで、昼夜逆転したりする。
3	保清		1) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて(週に1回くらいは)、自主的に掃除やかたづけができる。TPOに合った服装ができる。
			2) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等がある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをだいたい自主的にこなえる。
			3) 個人衛生を保つためには、週1回程度の助言や援助が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。
			4) 個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。
			5) 助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけを、助言や援助をしてもしないか、できない。
4	金銭管理		1) 1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物を管理できる。
			2) 時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。
			3) 一週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為に時として助言が必要になる。
			4) 3～4日に一度手渡しして相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。
			5) 持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。
5	服薬管理		1) 薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。
			2) 薬の必要性は理解しているいないにかかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)
			3) 薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上)
			4) 飲み忘れや、飲み方を間違えたり、飲みすぎたりするため、薬物治療に際して強い助言や援助を必要とする
			5) 助言や援助をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行う必要があるなど、薬物治療継続にかなりの困難を認める。
6	対人関係		1) あいさつや当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。
			2) 1) が、だいたい自主的にできる。
			3) だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。
			4) 1) で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。3) がたびたびあり、強い助言や介入などの援助を必要とする。
			5) 助言・介入・誘導してもできないか、あるいはしようとせず、隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。

能力障害評価

現在の日常生活能力の程度について、次のうちあてはまるものを1つ選択し、○をつけてください。

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

「能力障害」評価表

精神障害者保健福祉手帳の能力障害の状態評価を利用し、判定に当たっては以下のことを考慮する。

- A) 日常生活あるいは社会生活において必要な「援助」とは助言、指導、介助などをいう。
- B) 保護的な環境（例えば入院しているような状態）でなく、例えばアパート等で单身生活を行った場合を想定して、その場合の生活能力の障害の状態を判定する。
- C) 判断は長期間の薬物治療下における状態で行うことを原則とする。

①「能力障害1」 精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る。

適切な食事摂取、身辺の清潔保持、金銭管理や買い物、通院や服薬、適切な対人交流、身辺の安全保持や危機対応、社会的手続きや公共施設の利用、趣味や娯楽あるいは文化的社会的活動への参加などが自発的に出来るあるいは適切に出来る。

精神障害を持たない人と同じように日常生活及び社会生活を送ることが出来る。

②「能力障害2」 精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。

①に記載のことが自発的あるいは概ね出来るが、一部援助を必要とする場合がある。例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難である。

デイケアや授産施設、小規模作業所などに参加するもの、あるいは保護的配慮のある事業所で、雇用契約による一般就労をしている者も含まれる。日常的な家事をこなすことは出来るが、状況や手順が変化したりすると困難が生じることがある。清潔保持は困難が少ない。対人交流は乏しくない。引きこもりがちではない。自発的な行動や、社会生活の中で発言が適切に出来ないことがある。行動のテンポはほぼ他の人に合わせる事ができる。普通のストレスでは症状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理は概ね出来る。社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。

③「能力障害3」 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて 援助を必要とする。

①に記載のことが概ね出来るが、援助を必要とする場合が多い。例えば、付き添われなくても自ら外出できるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合に対処することが困難である。医療機関等に行くなどの習慣化された外出はできる。また、デイケアや授産施設、小規模作業所などに参加することができる。食事をバランスよく用意するなどの家事をこなすために、助言や援助を必要とする。清潔保持が自発的かつ適切にはできない。社会的な対人交流は乏しいが引きこもりは顕著ではない。自発的な行動に困難があ

る。日常生活の中での発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと症状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理ができない場合がある。社会生活の中でその場に適さない行動をとってしまうことがある。

④「能力障害4」 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する。

①に記載のことは常時援助がなければ出来ない。

例えば、親しい人との交流も乏しく引きこもりがちである、自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で、病状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に適さない行動をとってしまいがちである。

⑤「能力障害5」 精神障害を認め、身の回りのことはほとんど出来ない。

①に記載のことは援助があってもほとんど出来ない。

例えば、入院患者においては、院内の生活に常時援助を必要とする。在宅患者においては、医療機関等への外出も自発的にできず、付き添いが必要である。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付けなどの家事や身の周りの清潔保持も自発的には行えず、常時援助を必要とする。

(2) 新たな実態調査の実施

帝京平成大学倫理委員会に申請し、承認を得て本研究を実施した（承認番号 25-073）。

「重度かつ慢性」暫定基準案の検討を目的とする精神科病院在院患者の調査で、下記の対象・方法により実施した。

- A. 基本調査：精神科病院に入院後1年までに退院できなかった患者（以下「入院継続群」）を暫定基準案で評価して、患者の特徴がどの程度反映されるかを調査する。全病院に依頼。
- B. オプション調査：入院後のどの時点で「重度かつ慢性」と評価できるかに関連した調査。来年度に「前向き調査」を実施予定であるが、今回はその予備調査（演習）としてカルテ調査にもとづき入院3ヶ月後の評価も行った。入院継続群だけでなく、比較対照として入院継続患者とほぼ同時期に入院し、3ヶ月時点で在院していたが12ヶ月までに退院した患者（以下「退院群」）を一定の手順で選択し評価を依頼した。入院継続群は入院後3ヶ月時点、および現在（1年時点）の状態を暫定

基準案等で評価した。比較対照群は入院後3ヶ月時点の評価を行った。ご協力いただける病院で実施をお願いした。

1) 調査対象機関

全国の精神病床を保有する病院に調査を依頼した。

- ①日本精神科病院協会加盟病院 約1,200施設
- ②日本総合病院精神医学会加盟病院 37施設（有床施設）
- ③全国自治体病院協議会加盟病院 約50施設*
- ④国立精神医療施設長協議会 13施設*

依頼先病院合計 約1,300病院

（*総合病院精神病床は②に含めた）

2) 調査対象

平成26年1月10日を調査日とし、調査日の1年前に入院し、1年後の現在まで引き続き入院している患者を調査日前後で評価するのが基本調査である。診断は主病名が認知症でない患者とした。現在まで、ほぼ継続的に入院している患者を対象から除くため、対象患者は、過去に入院歴がないか、あっても今回の入院日から

遡る3ヶ月間に精神科（他院を含む）に入院していない患者を選択した。

A. 基本調査：平成24年10月初め～12月末の間に入院し、調査日時点で1年以上、1年3ヶ月未満、継続して入院していた患者（入院継続群）のうち、入院期間が短い順（つまり1年に近い順）に1病院あたり5人以内の患者を選択し、それらの患者の1年後（現在）の状態を評価した。

B. オプション調査（可能な病院で実施）：入院継続群と退院群の入院後3ヶ月時点の状態をカルテにもとづき暫定基準案等を用いて評価した。退院群は、入院後3ヶ月まで在院していたが、入院後1年になる前に退院した患者で、平成24年12月1日～12月31日の間に入院し、入院3ヶ月後まで在院していたが、その後、1年になる前に退院した患者である。入院日が古い順に、入院継続群と同数（1病院あたり5人以内）の患者を選択した。

3) 調査方法・内容

アンケート方式。対象施設にCD-ROMにてエクセル版の調査票と記入マニュアル(PDF)を郵送し、入力済みのエクセル・ファイルをメール添付で指定のメールアドレスまで送って頂き、集計・分析を行った。臨床評価は主治医に依頼した。

調査内容は、下記の通りである。調査用紙を本調査報告書の巻末に掲載した。

- ①施設基本情報（精神科病床数、常勤医数、その他のスタッフ数、施設基準等）
- ②患者基本情報（入院日、過去の入院年数、生年月、性別、入院形態（措置、医療保護、任意）、主診断名）
- ③暫定基準案等を用いた評価（BPRS、行動障害、生活障害、身体疾患等、エクセル・シート形式の調査票に入力して回答）

4) 主な結果

平成26年1月10日から同年2月10日までを調査期間としたが、回答数が少なかったため2月末日まで期間を延長して回答を依頼した。

その結果、317病院（依頼件数1,300の24.4%）から回答が得られた（図表7）。回答をいただいた病院の病床数やスタッフ数等は図表8～11にまとめられている。

回答された全患者数は818人で、これらの患者の平均年齢は 57.6 ± 15.9 歳（図表35）で、入院形態は措置入院2.3%、医療保護入院48.8%、任意入院48.9%（図表38）であった。818人の中には主診断が認知症の例が含まれていた（図表39）ので、以後、認知症例を除いた708人が分析の対象となった（図表40）。708人の基本属性や、主診断、行動障害評価等は図表41～46に示されている。

認知症を除く708人のうち、1年後まで在院していた患者は581人であった。図表50～156ではこれらの581人を対象に、「基本調査群」と「opA群」に分けて集計されている。どちらも入院後1年まで在院していた患者について、前者は入院後1年時点の評価で、後者はそれらの患者の入院後3ヶ月時点の評価をカルテに基づき評価していただいたものである（遡って評価することは記憶や類推が含まれる可能性があるが、いつの時点から「重度かつ慢性」の評価が可能かを検討する参考資料として評価をお願いした）。

図表157～246は、入院後3ヶ月時点の評価の比較である。opA群は入院後1年まで継続して在院していた患者の3ヶ月時点の評価、opB群は入院後3ヶ月まで在院していたが、1年までには退院した患者の3ヶ月時点の評価である。これも上記の括弧内と同様に参考資料として評価をお願いしたものである。

図表247～432は、1年後まで在院していた708人について、主診断が統合失調症（411人）かそれ以外（297人）であるかにより2群に分け、症状や行動障害等を比較した。

図表433～443には、BPRSに関する因子分析の結果を示した。

図表444～463は、横軸にBPRSスコア、縦軸に行動障害や生活障害等の指標をとり、散布

図を描いたもので、これらの指標間の関連を見ることができる。

図表 464 は BPRS のクラスター変数(Guy による 5 つのクラスターモデル) ごとの 3 ヶ月時点の平均点を比較したもので、opA 群 (1 年後まで入院継続) は opB 群 (3 ヶ月時点で入院していたが 1 年後には退院) と比べて敵意・疑惑、興奮、思考障害、欲動性低下などの問題がより高く評価されていた。(前記のように、カルテ等の記録と記憶から遡って評価されたものなので信頼性が低い可能性がある。今後の「前向き研究」によりこうした差異があるかの確認が必要であろう)

図表 436～784 は、諸要因のクロス集計である。

以上のように図表は 800 近い数にのぼり、これらのデータの分析にはさらに時間が必要であるので、来年度も継続して検討する予定である。ここでは第 7 回および第 8 回の班会議の討論を踏まえて、概要を要約して述べる。

平成 26 年 1 月 10 日から 2 月末までの年始を含む短期間の調査であったが、全国の精神科病院 317 施設から、818 人の在院患者の回答が得られた。認知症を除く 1 年在院患者は 581 人で、うち 3 ヶ月時点の評価がある患者 (opA 群) は 145 人であった。3 ヶ月時点で在院していたが 12 ヶ月までに退院した患者 (opB 群) は 127 人であった。

これらの 581 人は、精神科病院に入院後 1 年～1 年 3 ヶ月の新しい長期在院(New long-stay) 患者であり、今回の調査でこれらの患者の属性や状態像の評価を得ることが出来た。

BPRS の因子分析から、Guy カテゴリーとして、「不安-抑うつ」「興奮-敵意-疑惑」「欲動性低下」「思考障害」の 4 つの因子が見いだされた (図表 433～443)。

BPRS と行動障害、生活障害等の関連が検討された (図表 444～464)。BPRS 総得点と行動障害問題あり項目数との間に弱い相関

($R^2=0.3499$) が認められたものがあった。

BPRS や行動障害、生活障害等の分布の仕方や、それらの相互の関連などについての本格的検討は今後の課題であるが、暫定基準案との関連では以下の点が注目された。

暫定基準案の適否については、前向きのフォローアップ調査で検証する以外にない (来年度はその実施を計画している)。今回は横断調査なので暫定基準案の適切さについての直接的な回答は得られない。そこで参考データとして、調査票問 13 の退院困難事例の評価 (担当医による評価) と暫定基準案との関連を検討した。

問 13 は「対象患者が入院 1 年を経過した時点で退院の可能性はありましたか」と問い、「困難と回答された場合は、その理由も選択してください」として、「1.病状等が重症または不安定であるため、2.それ以外の理由」があげられている。そこで回答は、「退院困難-重症」「退院困難-それ以外の理由」「退院可能」の 3 群に分かれる。これらの医師 (担当医) の回答と暫定基準案への該当・非該当との関連をみたのが図表 492 である。

図表 492 では、暫定基準案に該当する患者 350 人のうち、260 人 (74.3%) が「退院困難-重症」と回答された。また、医師判断で「退院困難-重症」とされた 366 人のうち、暫定基準案に該当する患者は 266 人 (72.6%) であった。このように暫定基準案を満たす患者のうちには、担当医により「退院困難-重症」と回答された患者が有意に多かった ($\chi^2=48.73$ 、自由度 2、 $p<0.000$)。

(3)各分担研究班ごとの課題の検討

分担研究班は、それぞれの立場で上記の全国調査に取り組むとともに、それぞれの領域の研究を実施した。

1) 河崎班

上記の全国調査の対象患者 (在院 1 年～1 年 3 ヶ月) を第一群とし、在院 5 年前後の第二群、当該病院で最も在院期間が長い第三群を対象と

して、暫定基準案だけでなく ICF の評価も組み入れて調査を行った。その結果、BPRS については在院期間が長くなると陽性症状より陰性症状の方が得点が高くなるなどの結果を得た。

2) 平田班

全国の精神科救急・急性期病棟の運用実態を調査し、精神科救急病棟では平均して 47.8 床の病床に年間 315 件の入院を受け入れ、平均 51.2 日で 72.7%を自宅退院に結びつけている実態などを報告した。「重度かつ急性」患者の診断基準を定義した。

3) 吉邨班

長期的経過をたどる精神疾患患者への対応において総合病院精神科病棟が果たすべき役割を検討するため、総合病院から精神科病院に転院した患者の調査を実施した。転院後 1 年以上入院していた患者は、総合病院入院時に身体合併症を有し、GAF 得点が低い可能性が示された。

4) 村上班

治療抵抗性統合失調症の治療薬として期待されているクロザピンの琉球病院での使用例 102 人について CGI-C による評価を検討した。CLZ による著明改善率は、治療開始 6 ヶ月後 43.6%、12 ヶ月後には 53.8%であった。「重度かつ慢性」の統合失調症患者への適用可能性を検討した。

5) 平林班

医療観察法病棟の在院患者を対象に、「重度かつ慢性」暫定基準案に関する調査と、医療観察法病棟における長期在院を予測する因子の研究に着手した。現状と研究の準備状況を報告した。

6) 藤井班

山梨県立北病院でこの 10 年間に新たに長期化した患者 (New long-stay; NLS 群)151 件のうち、統合失調症圏の患者を NLS 中核群と NLS 退院検討群に分け、比較検討を行った。

7) 萱間班

精神科救急病棟に入院した患者を対象に、eCODO のデータを検討した。その結果、通算

精神科入院回数が多いほど平均入院期間が長かった。入院中の服薬指導、作業療法、制度利用などは退院後 3 ヶ月以内の再入院防止に役立っていると考えられた。

8) 井上班

平成 24 年度追加報告書 (2 月調査) から心理社会的治療に関連しそうな項目を検討した結果、入院時点ですでに心理社会的治療を実施すべき患者が 1 割程度存在するが、実施されている心理社会的治療が少ないことが明らかとなった。今後の指針作りのために文献調査を実施した。

9) 堀口班

退院を目標とする精神疾患の地域連携パスを作成することを目標として、研究 1 で都道府県担当課にパス設定の有無を調査し 34 団体から回答を得た。研究 2 では全国の精神科救急入院料許可施設 114 カ所を対象にパスの有無と架空事例への回答を依頼し調査を実施した。

10) 立森班

平成 24 年度追加報告書 (2 月調査) の調査データを許可を得て二次的に分析した。BPRS45 点以上は全体の 6 割程度で、BPRS 下位項目のどれかが高度 (6 点以上) を含めると約 65%となった。精神症状と問題行動、ADL、iADL の情報から対象者の区分を試みたが明確なクラスターは観察できなかった。

D. 考察と結論

以上のように、本研究班の合議により、精神症状 (BPRS) と行動障害、生活障害を考慮した「重度かつ慢性」暫定基準案を作成した。

この暫定基準案を用いて、全国の精神科病院に協力を依頼して、平成 24 年 10~12 月に精神科病院に入院して、引き続き 1 年在院していた患者を対象に、暫定基準案等による評価を実施した。得られた結果の本格的な検討は今後の課題であるが、今回、暫定基準案と担当医の退院困難等の回答との関連を検討したところ、暫定基準案に該当する患者では主治医判断として「退院困難—病状が重症または不安定であるた

め」と回答される率が比較的高かった。主治医が「退院困難—重症」と判断した患者の中でも暫定基準案該当率が比較的高かった。

以上のように、研究班で作成した暫定基準案は主治医の臨床的判断に概ね沿ったものになっていると考えられたが、暫定基準案の妥当性については、今後実施を計画している前向きを追跡調査で検証していく必要がある。平成 26 年度には、一定期間に新規に入院した患者を調査対象として登録し、これらの患者の前向き追跡調査を実施し、退院転帰と患者属性（精神症状や行動障害など暫定基準案に関連する評価など）や、実施された治療などの諸要因の関連を検討することを計画している。こうした前向き調査によって、「重度かつ慢性」に関する基準の妥当性が検証され治療指針が具体化されることが期待される。

F. 発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

研究分担報告

研究分担者：河崎建人

公益法人日本精神科病院協会