

図9 精神科病棟の平均像

2013年度 68施設80病棟

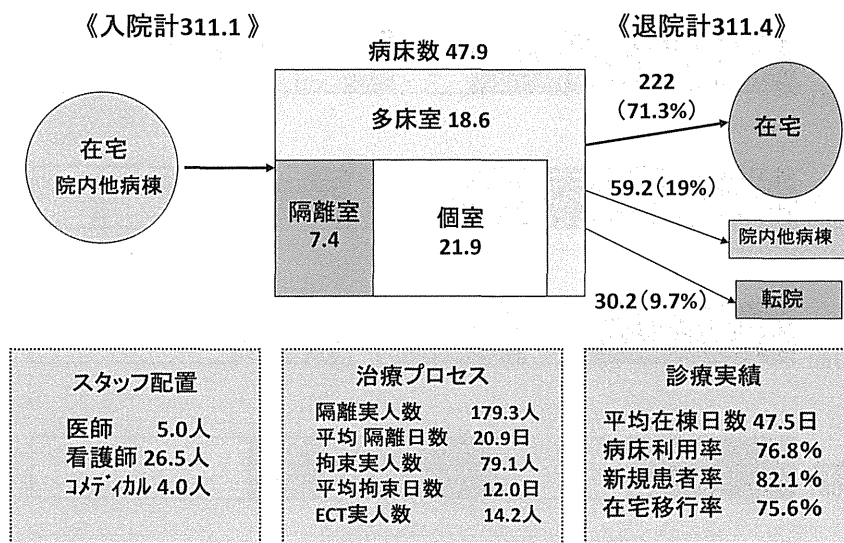


図10 年間入棟件数

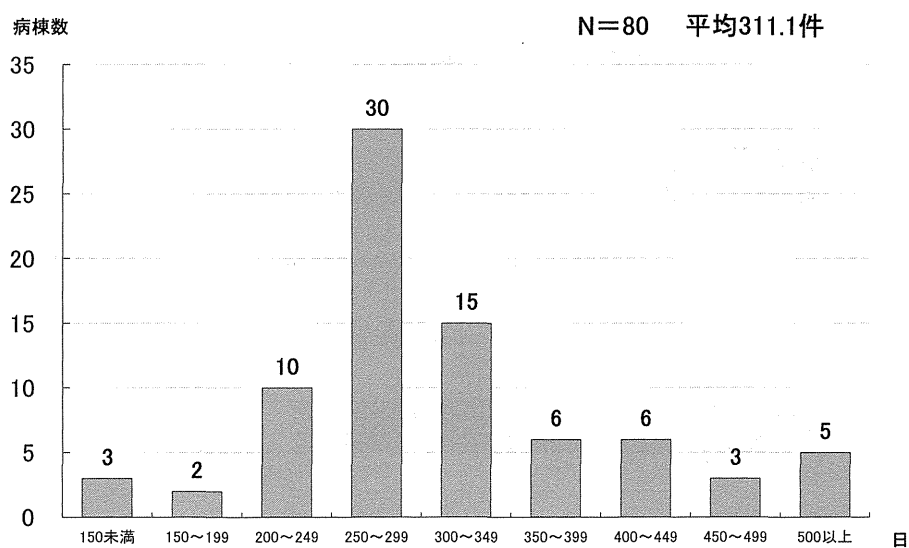


图11 三次救急患者比率

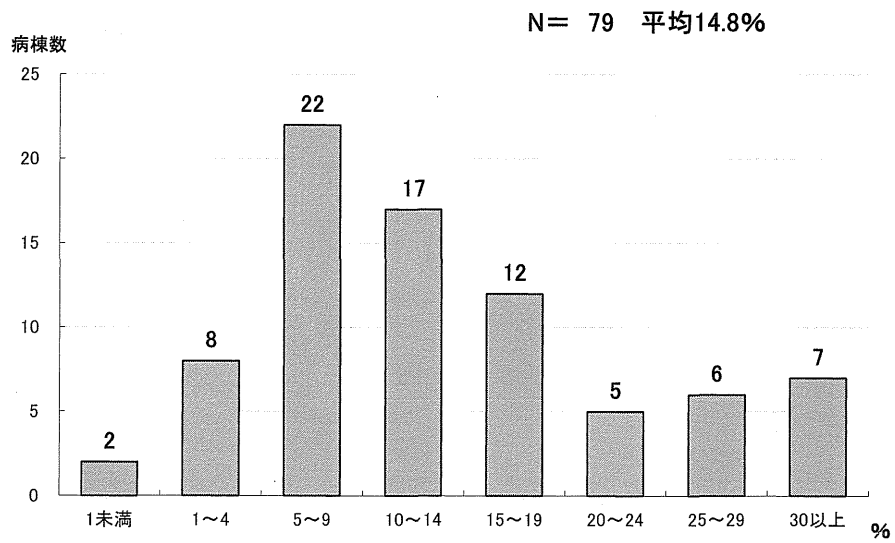


图12 平均在棟日数

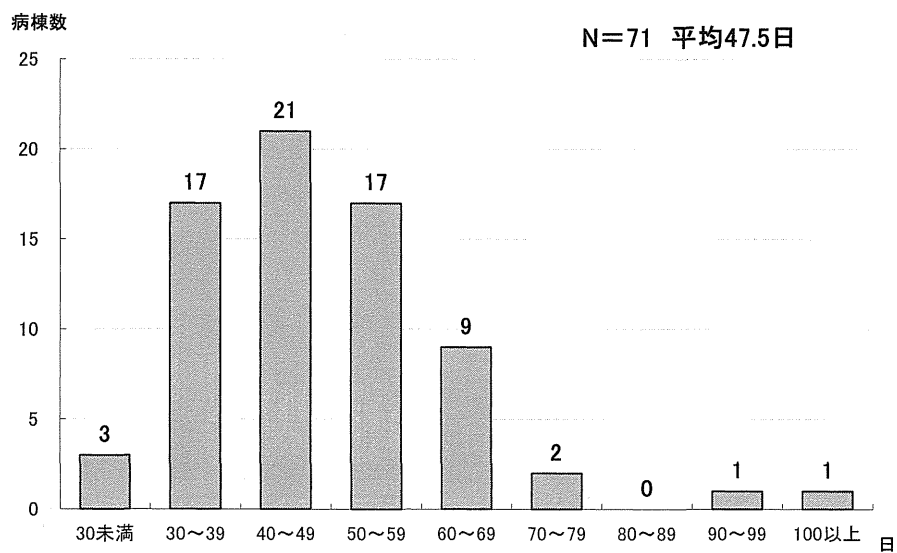


図13 院内転棟率

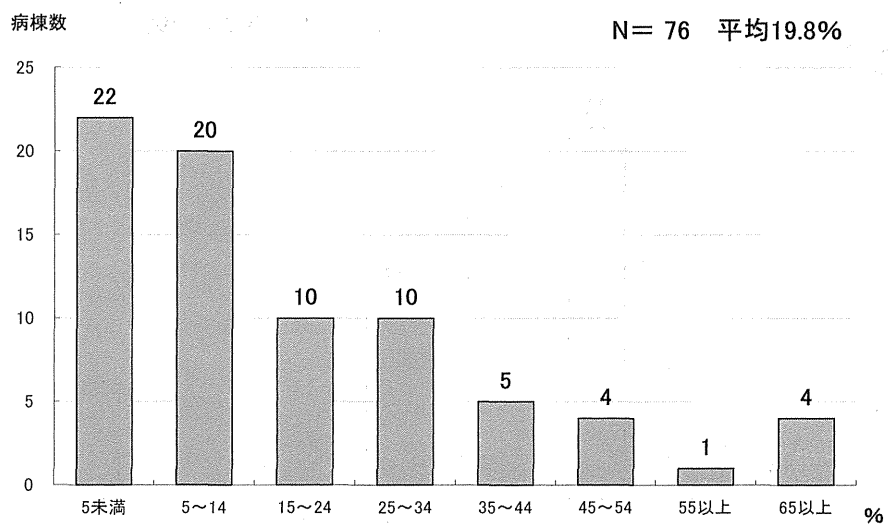


図14 精神科転院率

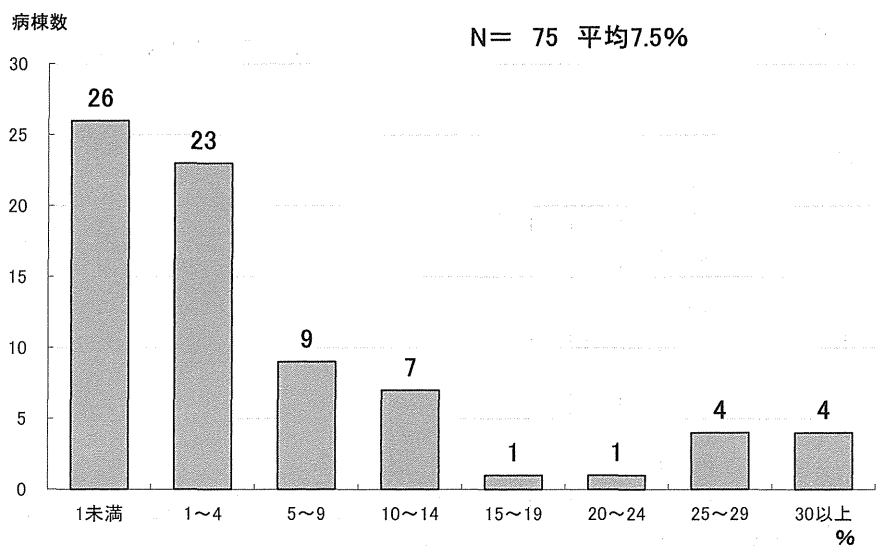


図15 電話相談件数の推移

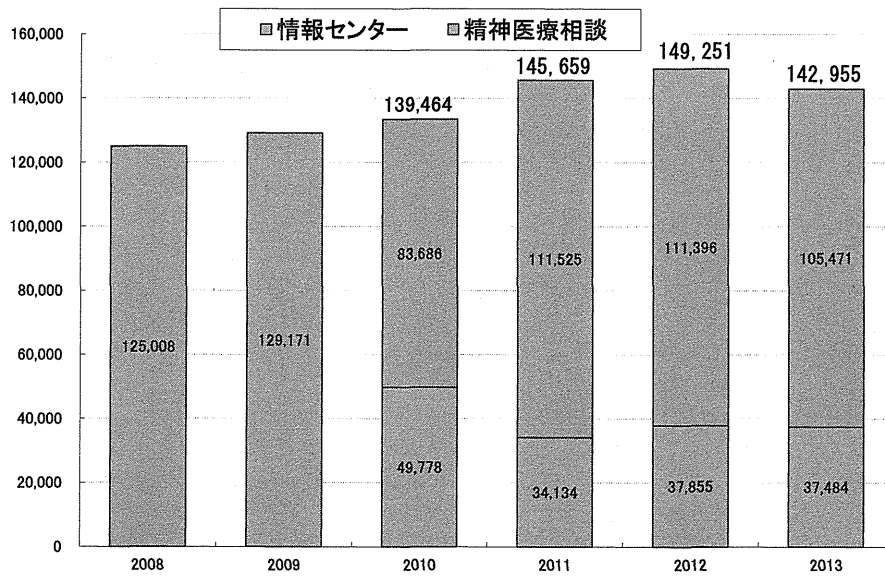


図16 受診件数と入院件数の推移

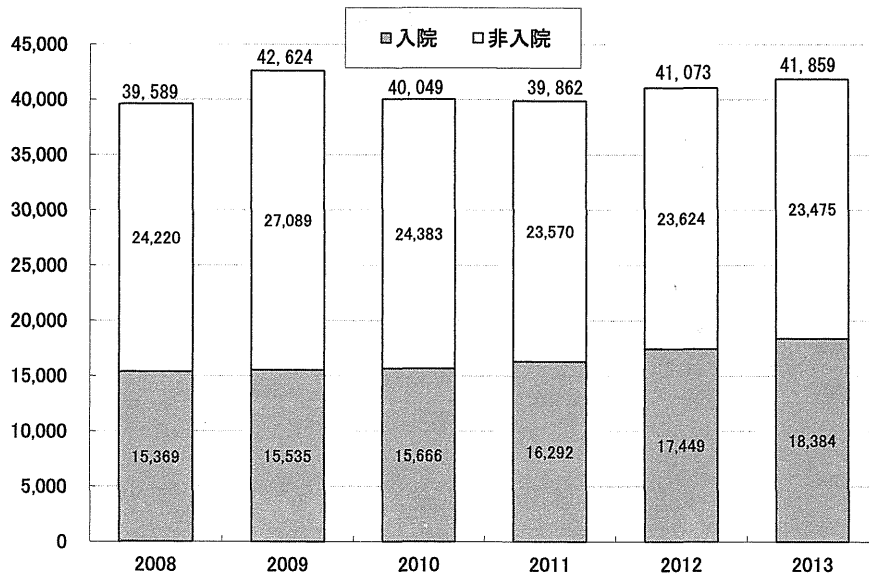


図17 入院内訳の推移

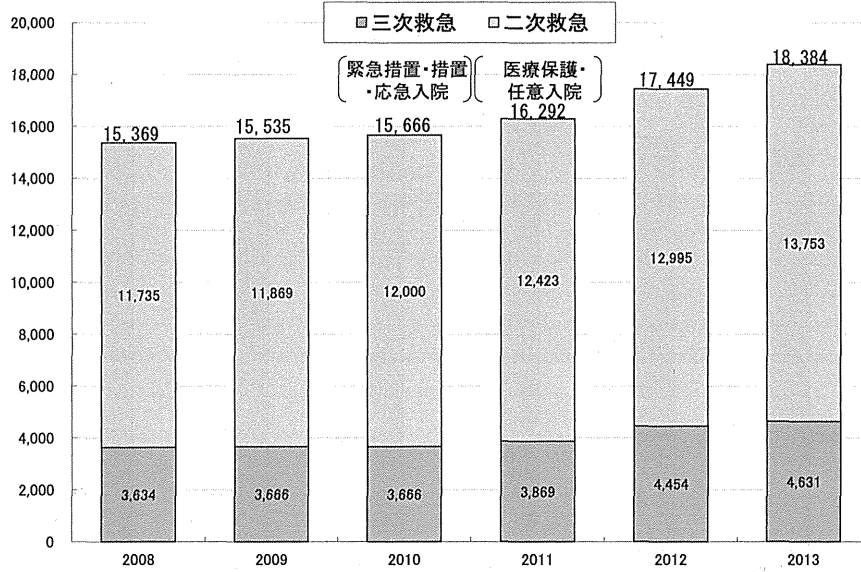


図18 人口万対受診件数と入院率 (2013年度)

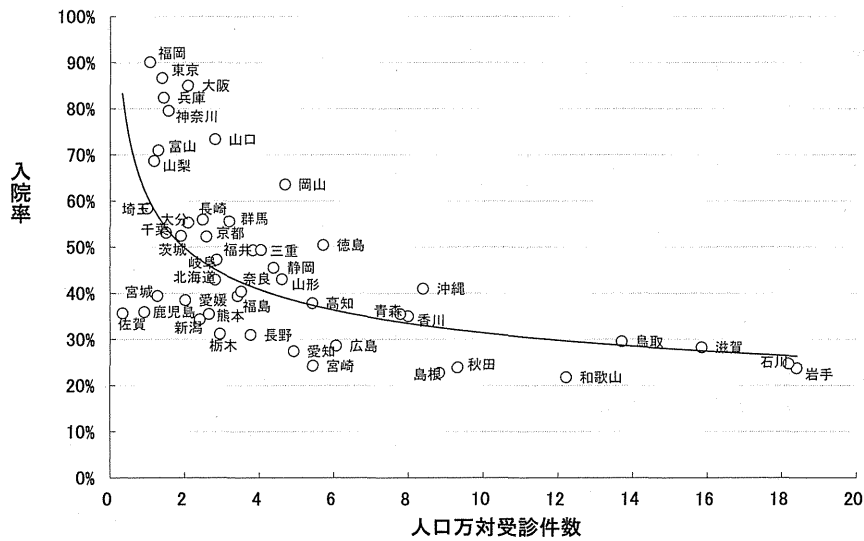


図19 新患・再来受診件数内訳(2013年度)

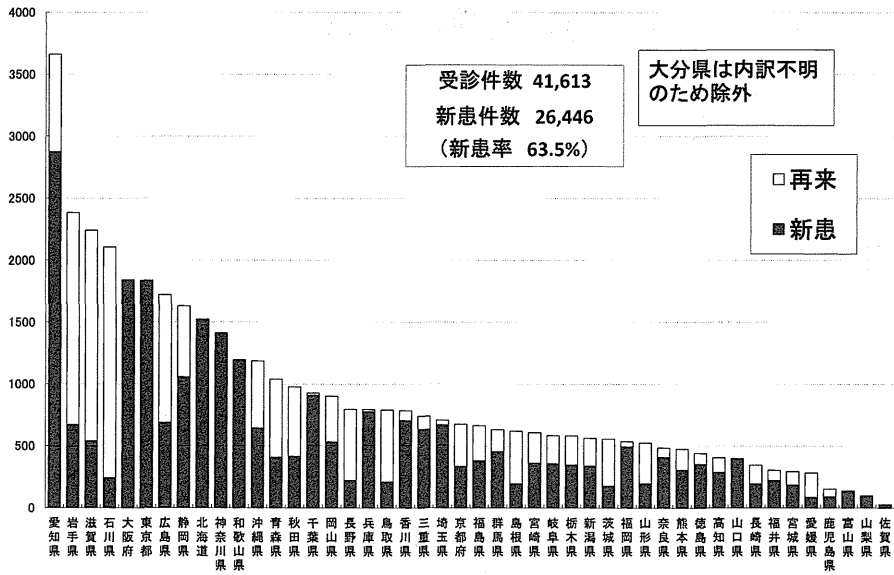


図20 新患受診件数(2013年度)

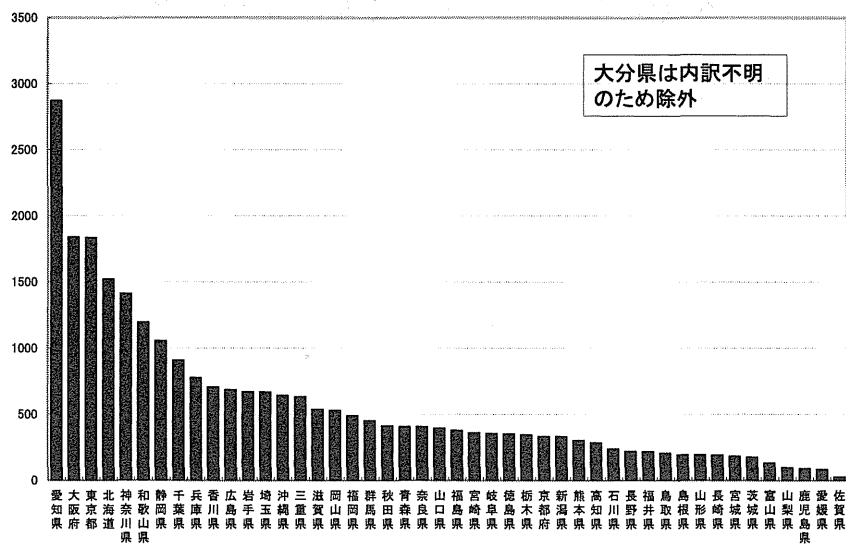


図21 人口万対受診件数と受診に対する新患率(2013年度)

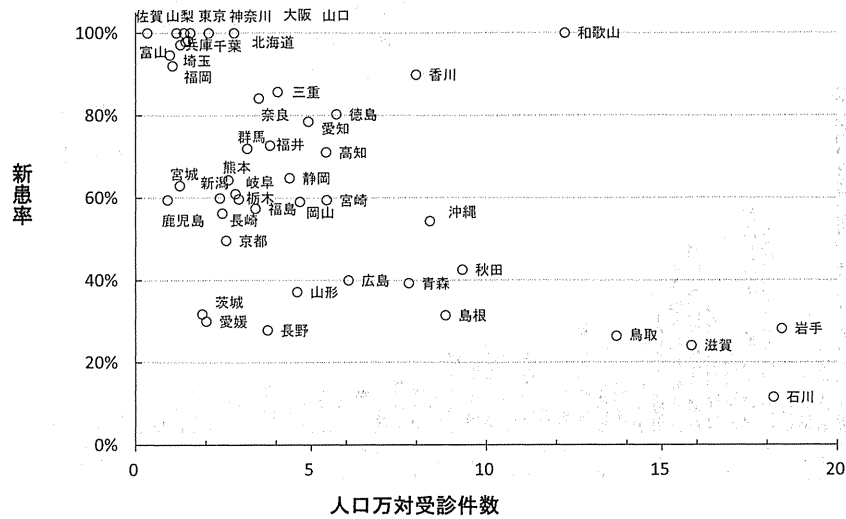


図22 人口万対受診件数と受診に対する新患率(2013年度和歌山県を除く)

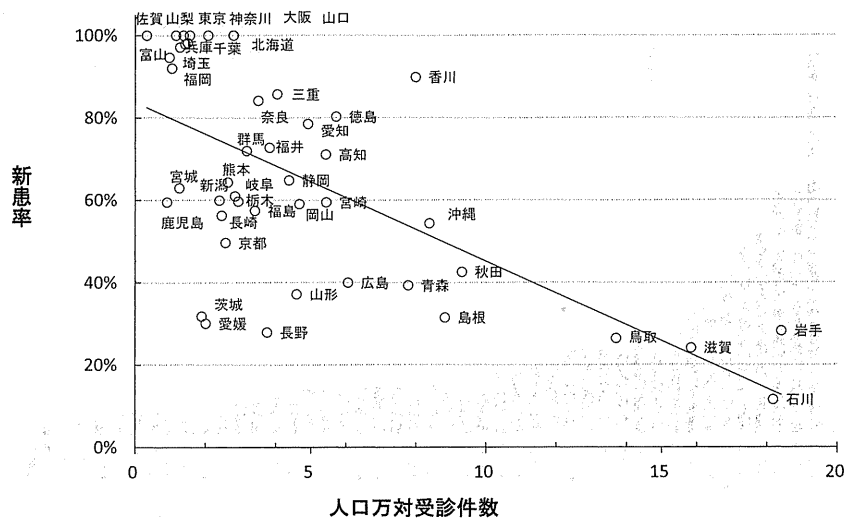


図23 精神科救急入院料認可施設数の推移

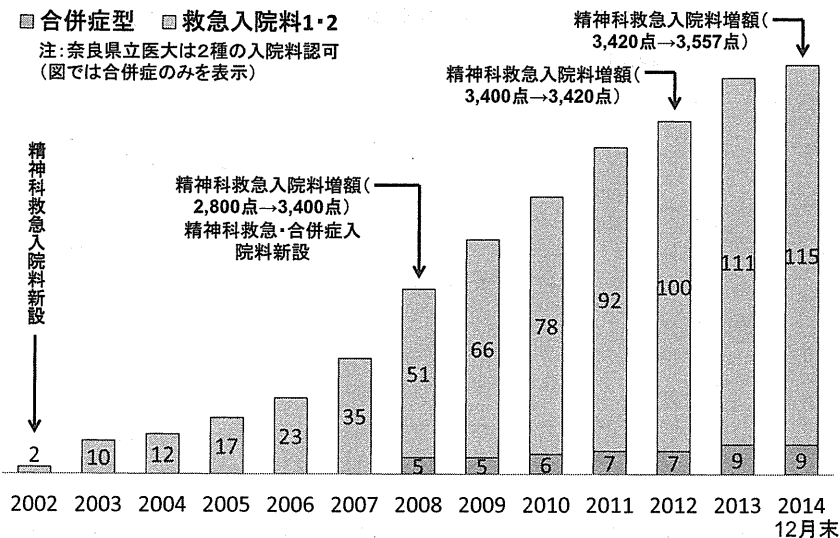


図24 精神科救急入院料認可施設

(2014年10月末現在124施設7,256床)

斜体は民間及び公的病院(88)、国・自治体(36)

下線は合併症型(国・自治体6、民間3)

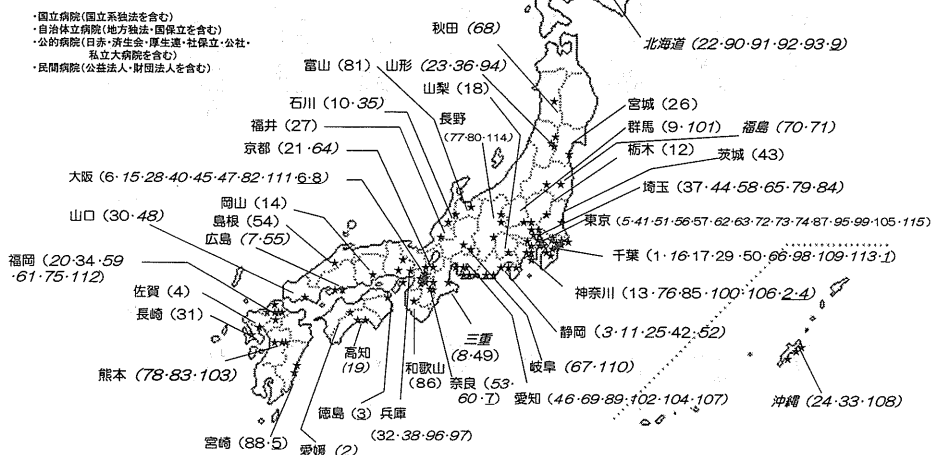


図25 主な診療指標の推移

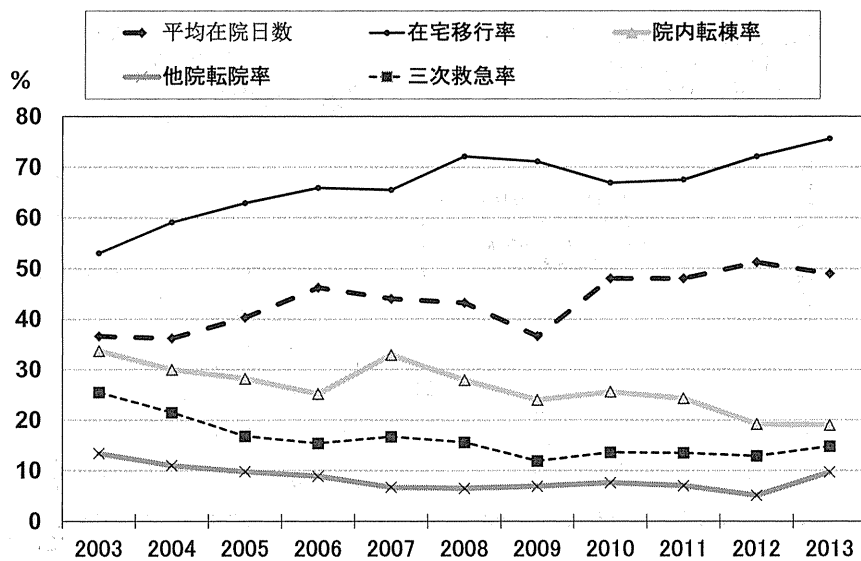


図26 診断構成の推移

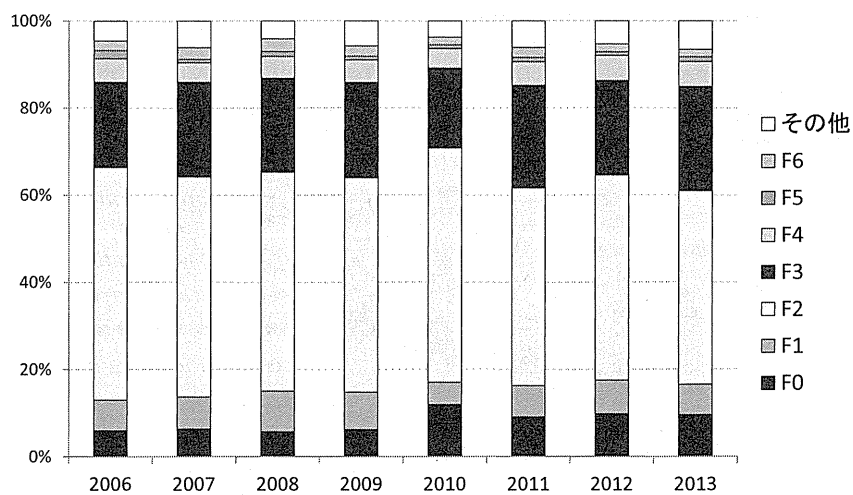
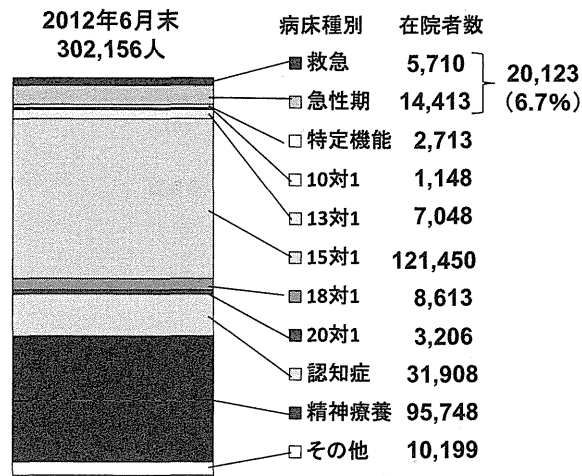


図27 病床種類別在院患者数の内訳



精神保健福祉資料(平成24年6月30日調査の概要)から

図28 わが国の精神科平均在院日数の推移

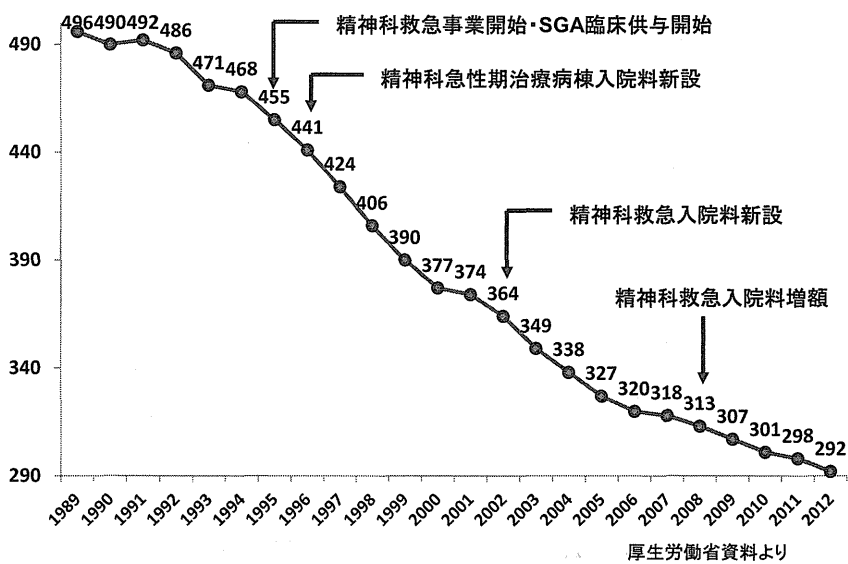


図29 入院患者残留曲線

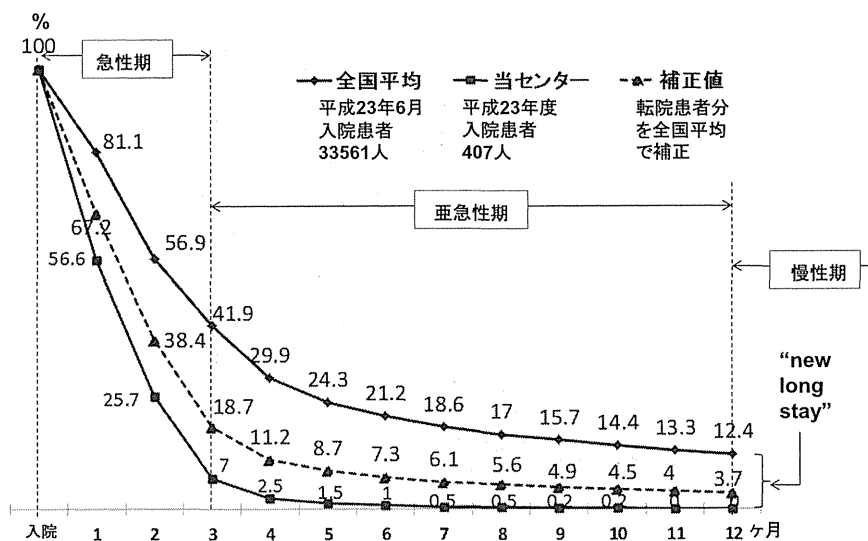


図30 精神科入院患者の動態

～平成23年・24年6月30日調査から(入退院件数は推計)～

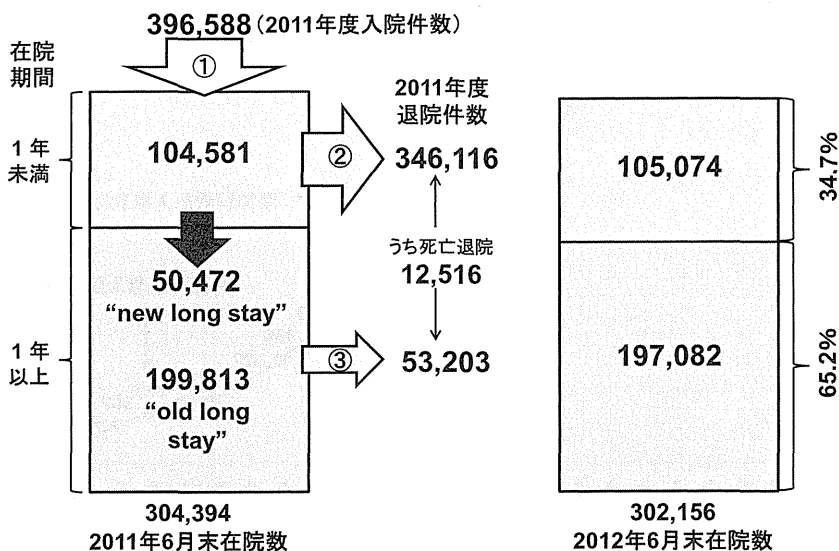
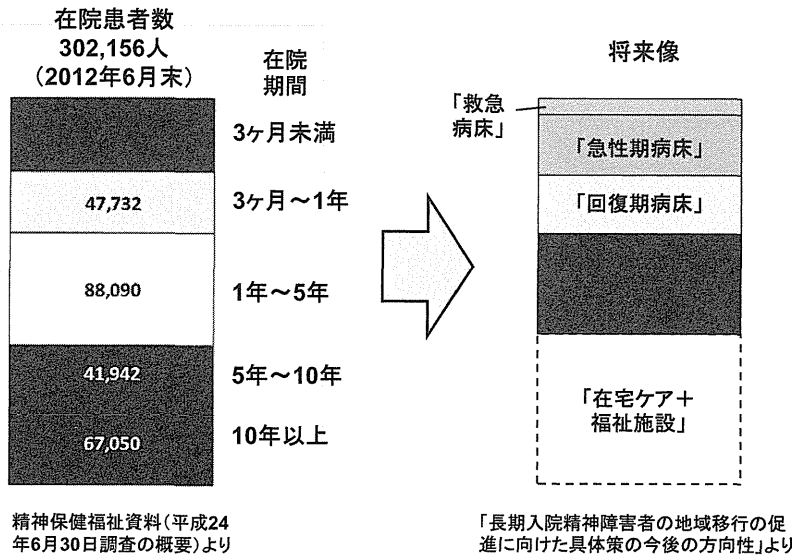


図31 在院期間別患者数と将来像



分担研究報告書

分担研究者：吉邨善孝

済生会横浜市東部病院

平成 26 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」
分担研究報告書

総合病院精神科における重症患者の調査研究

研究分担者 吉邨 善孝（済生会横浜市東部病院）

研究要旨：

一般病院精神科棟の精神病床数は実働で平均 41.0 床、平均精神科医常勤数は 4.13 人、平均在院日数は 111.4 日（日本総合病院精神医学会平成 24 年度基礎調査により）であり、1 年を超える長期在院患者は少ないが、精神科病院から身体症状の治療目的で長期入院患者の転院受け入れを行う機会がみられる。また、薬物療法が奏功しない精神疾患患者へのクロザピンの導入、修正型電気けいれん療法の実施などの受入を行っている。一般病院精神科棟が精神科病院での入院期間短縮のためにどのような役割をどの時期に行うことが望ましいのか明確にすることは重要である。一般病院精神科棟の役割に関して、それぞれの医療機関が情報を共有し、均一化、標準化された医療を実践することが望ましい。そのための一つの方策として、連携パスに基づいた医療サービスを提供することも今後検討する必要がある。

A. 研究目的

平成 24 年 6 月の厚生労働省 精神科医療の機能分化と質の向上に関する検討会（以下「検討会」と略す）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、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となった。本研究は上記の調査研究の役割を担うため、平成 25 年度から発足した厚生労働科学研究補助金（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」（研究代表者：安西信雄）の研究活動の一環として実施するものである。平成 25 年度に実施された精神科病院における長期入院患者に関する実態調査の結果を踏まえ、本研究班会議により「重度かつ慢性」の暫定基準（案）が作成された。基準において、精神症状の重症度、行動障害および生活障害の程度があげられた。また、身体合併症に関して検討され、精神症状に続発する水中毒、腸閉塞（イレウス）、反復性肺炎による身体症状を入院治療に必要な程度に有する場合に評価することが検討された。一方、総合病院（一般病院）精神科棟は、「内科を含む複数の身体科を有して、二次救急・三次救急を受けており、精神科病床が全病床の半数以下であるような病院における精神科棟」と定義される。その実態は、精神病床数は実働で平均 41.0 床、平均精神科医常勤数は 4.13 人、平均在院日数は 111.4 日（日本総合病院精神医学会平成 24 年度基礎調査により）であり、1 年を超える

長期在院患者は少ないが、精神科病院から身体症状の治療目的で長期入院患者の転院受け入れを行う機会がみられる。そこで、今回の調査の目的は、①身体合併症を有する患者が重度かつ慢性の基準をどの程度満たすのか、②どのような介入がその後の退院に結びつけることができるのかに関する予備的データを得ることを目的とする。

B. 研究方法

< 1 > 研究対象者・実施場所・研究期間、研究対象機関、研究組織

(1) 研究対象者

平成 26 年 10 月～平成 27 年 12 月に身体合併症を有し精神科病院より総合病院精神病棟に入院した患者

(2) 研究期間

倫理委員会承認から 2 年間

(3) 調査期間

平成 26 年 10 月～平成 27 年 12 月

(4) 研究対象機関

日本総合病院精神医学会加盟病院 約 250 施設（精神病床を有する）において協力が得られる医療機関

現在、実施医療機関は未定

(5) 研究組織

平成 25 年度から発足した厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）「精神障害者の重度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」（研究代表者：安西信雄）の研究活動の一環として実施する。事務担当者を数名おくが、本研究の臨床研究責任者は、吉邨善孝（済生会横浜市東部病院精神科部長）とし、情報管理、統計解析などの業務は一括して担うこととする。

< 2 > 研究方法

(1) 多施設共同調査

(2) 当該病院における患者リストを作成する。このリストには、ID、診断、性別、入院時年齢、入院日数、入院時評価を記載する。認知症が主病名である患者は対象から除く。

(3) 評価方法

対象につき、下記の評価を実施する。

- 1) 診断、性別、入院時年齢、入院日数、入院事由治療内容（薬物調整の有無、変更内容）
- 2) 簡易精神症状評価尺度（BPRS、Overall 版）（「重度かつ慢性」前向き調査で使用）
- 3) 行動障害（問題尺度）（「重度かつ慢性」前向き調査で使用）
- 4) 障害者自立支援法医師意見書の「生活障害評価」および「能力障害」の基準に基づいて評価。ただし「生活障害評価」の項目 7 は除く。（「重度かつ慢性」前向き調査で使

用)

5) 身体合併症 (精神疾患に続発して生じたもの): ①水中毒、②繰り返すイレウス、③繰り返す肺炎

6) その他の身体合併症

(4) データの回収および単純集計

当該病院において、データ保護管理者を決める。データ保護管理者は、上記の入院患者リストを作成し、当該病院における調査・評価を指揮し、データ管理の責任を負う。提出する際のデータは連結可能匿名化の元となる参照リストを作成し、鍵のかかる保管庫に管理する。

(5) 統計解析の実施

該当患者で「重度かつ慢性」の判定を満たす割合を明らかにする。各評価の分布を明らかにする。

(6) 公表方法

研究成果の公表は、厚生労働科学研究報告において行う。その際は、個人情報を保護し、個人を特定できないように、統計学的な処理に基づいて報告する。

<3>本研究で対象者が行うこと及び対象者への人権配慮

本研究で収集するデータは、診療に基づき調査票に記入されたものである。調査票は対象者の情報が連結可能匿名化された上で、研究代表者の元で集計される。回収データは、個人や個々の施設が特定されない形で分析される。回収データは、施錠できるキャビネットで保管し、情報管理者の元で適切に管理される。これらを閲覧、使用できる者は原則として研究代表者のみである。ただし、研究代表者が特別に許可を与えた場合はこの限りではない。すべての研究が完了した後に、調査票はシュレッダーで裁断・破棄し、回収データは破壊、破棄する。

対象者には、本研究の主旨を口頭で説明し、同意を得る。その際に診療録にその内容を記載する。尚、介入を行わない調査なので、個人の安全性を損なうことや不利益を及ぼす可能性はない。

C. 研究結果

平成26年10月1日より平成27年1月31日までの期間に対象症例となった患者は9例(女性3例、男性6例、平均年齢51.1歳、医療保護入院9例)であった。このうち、平成27年1月31日の時点で、6例は依頼元の医療期間に転院、3例は入院継続となっていた。身体合併症への治療目的が7例、修正型電気けいれん療法目的が2例であった。合併する身体疾患は蜂窩織炎、右下肢骨折、不明熱、高Na血症、横紋筋融解症、頸部外傷、けいれん発作がそれぞれ1例ずつであった。

本研究班会議により作成された「重度かつ慢性」の暫定基準(案)において、対象症例

はすべて重症基準に合致（BPRS 総点 45 点以上 8 例、6 点以上の項目 2 例、行動障害 7 例、生活障害 9 例）していた。転院となった 6 例においては、転院時に BPRS 総点の改善が 4 例で認められ、3 例で 45 点以下であった。6 点以上の項目を有する症例、行動障害を有する症例はなかったが、生活障害はすべての症例で認められた。転院時に今後退院の可能性があると判断された症例は 1 例であり、3 例は病状等が重症または不安定なため、2 例は家庭内調整がうまくいかないため、今後の退院は困難であると評価された。

事例 1：47 歳男性、統合失調症

X-23 年、統合失調症を発症、これまでに 10 回の入院歴を有する。X 年 3 月、A 精神科病院入院、薬物療法が奏功しないため、修正型電気けいれん療法（m-ECT）目的で、X 年 10 月、B 病院に転院となった。60 日間 B 病院入院し、m-ECT を 10 回施行した。B 病院転院時には GAF35 点、BPRS 総点 55 点、BPRS6 点以上の項目あり、行動障害あり、生活障害ありであったが、m-ECT 後、GAF50 点、BPRS 総点 36 点、BPRS6 点以上の項目なし、行動障害なし、生活障害ありに改善し、A 病院に転院となった。転院時に今後退院の可能性があると判断された。

事例 2：36 歳、男性、統合失調症

X-7 年、統合失調症を発症、これまでに 7 回の入院歴を有する。X 年 5 月、C 病院に措置入院、入院経過中に措置解除、医療保護入院に入院形態が変更となるも保護室にて、扉を蹴り右頸骨骨折を受傷、X 年 11 月、D 病院に骨折加療目的にて転院となった。D 病院にて手術、リハビリが施行され 28 日後に C 病院に転院となった。D 病院転院時には GAF30 点、BPRS52 点、BPRS6 点以上の項目なし、行動障害あり、生活障害ありであったが、C 病院転院時には、GAF45 点、BPRS 総点 37 点、BPRS6 点以上の項目なし、行動障害なし、生活障害ありに改善し、C 病院に転院となった。転院時には、家庭内調整がうまくいかないため今後退院の可能性困難であると判断された。

事例 3：44 歳男性、統合失調症

X-17 年、統合失調症を発症、これまでに 5 回の入院歴を有する。X-1 年 10 月、E 病院に入院、入院経過中に意識障害、発熱、筋強剛がみられ、X 年 1 月、F 病院救命救急センターに救急搬送、悪性症候群と診断され即日入院、輸液、透析の処置が行われ、10 病日目、精神病棟に転棟となった。精神病棟転棟時、GAF15 点、BPRS 総点 49 点、BPRS6 点以上の項目なし、行動障害なし、生活障害ありであった。現在も入院加療継続中である。

D. 考察

一般病院精神病棟の役割として、精神科救急対応、精神疾患患者の身体合併症への対応、自殺企図後に救命救急センターへ搬送された精神疾患患者への入院継続、通常の薬物療法が奏功しない患者へのクロザピンの導入、修正型電気けいれん療法の実施などがあげられる。しかしながら、その実態が詳細に検討はされておらず、精神科病院に入院し、重度か

つ慢性状態に移行する可能性のある精神疾患患者にどのような係わりが一般病院精神病棟として望ましいのか検討する必要があると考えられる。

本研究の途中経過では、薬物療法が奏功しない精神疾患患者に修正型電気けいれん療法を実施することにより、今後退院を考えられる状況に至った症例も確認された。一方で、身体疾患（①水中毒、②腸閉塞（イレウス）、③反復性肺炎に該当しない）を合併した患者への治療的介入が、最終的に退院が可能な状態への改善にまで至っていないが、少なくとも、身体疾患の改善に伴い、精神症状の若干の改善は止められ、日常生活レベルの向上に至っている。現在のところ、対象症例において、「重度かつ慢性」の身体合併症暫定基準で示されている身体疾患は含まれていなかった。該当病名に関してはさらに検討も必要であろう。

どのような係わりをすることにより、精神科病院での入院期間を短縮することができるのか、精神科病院との連携をどの時期にどのような内容で行うことが効果的であるのか検討することは重要である。その結果から地域連携パスを作成し、情報の共有化、医療の可視化を実践することも今後検討する必要があるだろう。地域連携パスを作成することにより、身体疾患および精神疾患を状況に応じて、（患者が）治療を円滑に、効果的に、適切に受けることが期待できる。

E. 結論

精神科病院から一般病院精神病棟に転院となった精神疾患患者は「重度かつ慢性」暫定基準に該当する重症例であることが示唆される。入院期間の短縮のための介入の一つの方策として、精神疾患患者の身体合併症への対応、通常薬物療法が奏功しない患者へのクロザピンの導入、修正型電気けいれん療法の実施などがあげられる。治療の効率化、入院期間の短縮のためには、それぞれの医療機関が地域連携パスに基づいたサービスを提供し、連携を密にすることで、情報を共有化し、均一化、標準化された医療を実践することが期待される。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

分担研究報告書

分担研究者：村上 優

国立病院機構 榊原病院

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ク

ロザピン使用症例における重症患者の調査研究

分 担 研 究 者 村上 優 国立病院機構 榊原病院院長

研究協力者 木田直也 (*1)、高江洲慶 (*1) *1 国立病院機構 琉球病院

研究要旨

琉球病院で 2010 年 2 月から 2015 年 1 月までにクロザピン (CLZ) 治療を行った 128 症例について、CLZ の有効性、暫定基準の当てはまりなどを検討した。128 例中 96 例は CLZ 治療を継続し、そのうち 67 例は退院した。CLZ による治療期間が長くなるほど退院率も上がった。2014 年 12 月に評価を行った定点調査 (CLZ 治療期間が 1 年以上) では 72 例 (CLZ 継続群 60 例、CLZ 中止群 12 例) が対象となった。2014 年 1 月以降に CLZ 治療を開始した症例についての前向き調査では 17 例が対象となった。

定点調査群 (CLZ 継続) の CLZ 開始後の BPRS の変化を見ると、CLZ 開始前は 52 例中 47 例 (90%) が暫定基準の精神症状を満たしていたが、CLZ 治療を 1 年以上継続すると、暫定基準を満たす症例は 60 例中 7 例 (12%) まで減少した。前向き調査群についても、BPRS 総点は開始時 66 点だったものが 6 ヶ月後には 43 点まで低下し、暫定基準のカットオフポイントを下回った。前向き調査群では行動障害や生活障害の評価点も経時的な改善が見られた。

定点調査群 (CLZ 継続) の 60 例中 7 例が暫定基準の精神症状の基準を満たした。このうち、6 例が行動障害・生活障害の基準をともに満たし、1 例は行動障害の基準のみを満たしていた。よって暫定基準を満たしたのは 60 例中 7 例 (12%) であった。このうち 5 例は入院を継続中である。2 例は退院し、デイケア・作業所・包括型地域生活支援プログラム (ACT) を利用しながら通院を継続している。「重度かつ慢性」の患者でも家族からの支援が得られ、社会資源やアウトリーチを十分に活用すれば退院が可能であることも示している。身体合併症については CLZ 治療により水中毒も改善し、退院困難な例はなかった。

2014 年 9 月に沖縄県・県内医療機関と協同し、CLZ 地域連携体制「沖縄モデル」を立ち上げた。琉球病院がコア病院となり、県内の全ての施設から紹介を受けて CLZ 導入のための入院治療を行う。患者が退院後は地域の施設で通院治療を継続している。沖縄モデルと同様の CLZ 地域連携体制が今後、全国各地で整備されれば、重度の精神障害を持つ患者の退院を促進することに繋がると思われる。

A. 目的

治療抵抗性統合失調症の治療薬として 2009 年にクロザピン (CLZ) が登場した。2015 年 2 月現在で、全国での CPMS

(Clozaril Patient Monitoring Service)

登録患者は約 3000 人であり、CLZ 治療が可能な CPMS 登録医療機関も約 300 施設と増えている。治療抵抗性の定義は 2 剤以上