

A. 研究目的

国内の精神科病院には依然として統合失調症の長期在院例が多く、精神症状や問題行動のために退院できないとされている。治療抵抗性統合失調症例に適用されるクロザピンは、これら症例への有力な治療手段と期待されるが、クロザピンの導入により実際に入院期間が減少するかどうかは十分な検討がなく、実態は不明なことから、今回我々は多施設調査により検討を行った。

B. 研究方法

クロザピンを比較的良好に使用している 6 施設（若草病院、桶狭間病院、岡山県精神科医療センター、琉球病院、松原病院、山梨県立北病院）のクロザピン導入症例のうち、投与開始後 666 日以上投与が継続できた 197 例を対象とした。そのうち調査 I では、クロザピンを使用したにもかかわらず 666 日間入院を継続した例（666 日入院継続例）について検討を行った。次いで調査 II では、クロザピン導入以前に 1 年以上継続して入院していた長期在院患者 68 例について、クロザピン導入前後の入院期間をミラーイメージにより比較した。

本検討においては、まず、Reid らの報告を参考にして、図 1 のような 5 つの期間を設定した。クロザピン開始前の 360 日については、M2（開始前 360 日～同 181 日）、M1（開始前 180 日～同 1 日）の 2 期間、クロザピン開始後の 666 日（導入期間を除く）については、P1（開始後 127 日～同 306 日）、P2（開始後 307 日～同 486 日）、P3（開始後 487 日～同 666 日）の 3 期間とした。

<調査 I >

本剤導入後 666 日を経過してもなお退院していない症例（666 日入院継続例）については、平成 26 年度厚労科研「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」班（安西班）の調査票により精神症状、問題行動、生活障害度、及び、入院継続理由について詳しく検討した。この評価については、各病院の担当医もしくはそれに相当する医師が行った。なお転院などの理由のため調査できない症例については本調査の対象から除外した。

<調査 II >

長期在院 68 例の M2, M1, P1, P2, P3 の 5 つの期間について各病院の担当医もしくはそれに相当する医師が入院期間をカルテ調査し、その結果から 5 つの期間毎に入院日数を集計し、クロザピン導入前後 (M2, M1 期間と P1, P2, P3 期間) の入院日数を t 検定により比較した。また各期間ごとに入院日数を 30 日ごとの 7 段階の層に区分し、層別比率を算出し、各期間における入院日数分布についても検討した。

C. 研究結果

<調査 I>

クロザピン導入後も 666 日間入院を継続していた症例は 60 例であり、その中で調査が可能であったのは 44 例 (73.3%) であった。44 例の患者背景は男性 33 例、女性は 11 例であり、平均年齢は 44 歳であった。また、期間中のクロザピン最大使用量の平均は 504mg であった。図 2 に BPRS の結果について示したが、合計点数の平均は 57 点で、項目別に見ると「概念の統合障害」「情動の平板化」「不自然な思考内容」「情動的引きこもり」の 4 項目で平均点が 4 を上回っていた。逆に平均点が低い項目としては「罪責感」と「抑うつ気分」が挙げられた。問題行動については、44 例中の 93% にあたる 41 例 (93.2%) において月 1 回以上の何らかの問題行動があり、図 3 に示したように「特定の物や人に対するこだわり」が 32 例 (72.7%) と最多であった。また「集中力低下」が 28 例 (63.6%)、「ストレス脆弱性」が 25 例 (56.8%) と続いた。

図 4 に 666 日入院継続例の 2014 年 10 月 31 日時点での転帰について示した。病状により入院を継続していた例が一番多く、全体の約半数となる 20 例 (45.5%) がこれに該当した。また、転院、転院予定の例はそれぞれ 5 例 (11.4%) と 2 例 (4.5%) となり両者を合わせると 7 例 (15.9%) であった。同様に、退院、退院予定の例はそれぞれ 8 例 (18.2%) と 4 例 (9.1%) となり両者を合わせると 12 例 (31.8%) であった。一方、病状が改善しているにもかかわらず家族の反対により入院継続を要した例が 5 例 (11.4%) 存在していた。

以上より、病状により入院継続していた 20 例について「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 (主任研究者: 安西信雄)」から提案された「重度かつ慢性」の暫定基準をあてはめたところ、18 例 (90.0%) においてこの暫定基準を満たしていた【図 5】。

<調査Ⅱ>

この調査の対象となった 68 例はいずれもクロザピン導入前 1 年以上継続して入院していた症例であり、従って各期間 (M2, M1, P1, P2, P3) の平均入院日数は、M2、M1 についてはいずれも 180 日であった。一方、同剤導入後の P1、P2、P3 はそれぞれ 168.0 日、149.4 日、125.8 日であった。これらを M2、M1 と比較すると、図 6 に示したように、t 検定の結果、P1、P2、P3 のすべての期間において入院期間には有意な減少が認められた。また図 7 に示したようにクロザピン導入以降、P1 から P3 へと期間を進むにつれて、入院期間は徐々に減少することが確認され、P3 の期間においては当該期間に全く入院しない例が全体の 21% に当たる 14 例あった。

D. 考察

調査 I ではクロザピン導入後も 666 日入院を継続した例に注目し調査を行った。クロザピンを導入しても退院できない例は、「重度かつ慢性」例中の中核的な症例ではないかと想定されたが、44 例のうち 36 例は暫定基準を満たしており、この想定は裏付けられたと考えられる。さらに、調査時点での転帰において医師が病状により退院できないと判断した 20 例においては 18 例 (90.0%) の例でこの基準を満たしており、666 日入院継続例においては、「重度かつ慢性」の暫定基準の感度がよく、この基準が有用であることが示唆された。一方、今回の調査の中で「重度かつ慢性」の暫定基準を満たしているにもかかわらず、その後退院した例も存在しており、暫定基準は、入院が絶対必要という基準ではなく、精神科病院への 1 年以上の長期入院を許容する最低基準というべきものであると考えられた。暫定基準を満たしていても退院できる例では、地域支援体制が病状の重たさを補填している可能性もあるが、どのような条件 (居住施設の整備、あるいは、訪問体制の充実?) や病態であれば暫定基準該当例でも退院できるのか、今後、詳しい検討が必要と考えられる。そのことが明らかになることにより、今後の退院支援や地域移行促進に役立つのではないだろうか。

調査 I では、対象 44 例のうち 36 例 (81.8%) が暫定基準を満たしていたことは興味深い結果である。本対象はすべてクロザピンを導入しても 666 日間、退院できなかった例であり、すべてがクロザピン抵抗性症例だとすれば、暫定基準該当率 81.8% はこれでも低すぎる可能性があるからである。しかし、図 4 に示された通り、44 例のうち 12 例は退院または退院予定となっており、

これらはクロザピンによる病状改善例（ただし、退院遅延例）であることを示唆している。一般に、精神科病院から退院する場合には、薬物治療が奏功しても、長期入院から地域へ移行するためには時間がかかる可能性があるということである。長期在院者では、退院前に重厚な心理社会的治療や自立訓練などを要する例も少なくなく、本人が実施可能な状態まで改善しなければこれらの介入も開始できない。クロザピン導入後、改善が得られるまでの期間には個人差が大きく、改善例でも、666日かかってなお退院に至らない例が含まれていることが示唆される。また、家族反対による入院継続が5例あり、病状が改善しても退院調整が難航していることが窺われる。

666日入院継続44例のうち、「病状により入院継続」の20例にもっとも近い集団は、転院、ないし、転院予定の7名であるかもしれない。地域等へ退院できない理由は本調査では不明であるが、病状がよくないために転院が選択されていると推察される。これらを合わせた27名が臨床的には病状による入院継続が必要な集団と言えるのかもしれない。本検討では、この7名を入れた27名についても暫定基準のあてはめを行ってみたが、すると24名が基準に該当したため、感度は88.9%となり、図5で示された18/20の90.0%とほぼ同等の結果であった。しかし、7名の中には病状以外の理由（例えば、家族の強い反対）で転院した例が含まれている可能性を否定できないことから、転院、ないし、転院予定を入れない対象20名で感度計算を行った。

調査Ⅱでは1998年のReidらの研究¹⁾を参考にして、1年以上長期入院例についてクロザピン導入前後の入院日数の比較を行ったが、導入前と導入後の期間で有意な差が認められた。つまり、クロザピン導入により長期在院者の退院が進展することを意味しており、治療の選択肢が増えることにより長期在院の減少の一助となることが示唆されたものと考えられる。また、本調査の対象は、比較的よく使用している6施設の症例であり、1施設による結果ではないため、クロザピン導入による入院期間の減少は、地域資源の差や病院の運営方針にあまり影響されにくい知見であると言えるかもしれない。

さらに、長期入院例がP1からP3へと期間を追うごと徐々に退院していることもわかる。今回の調査では、期間を追う毎に入院日数は減少し、とくに導入後1年半から2年に当たるP3の期間では退院例が全体の約4割に及んだだけでなく、P3の期間に全く入院しなかった例が2割程も存在するなどクロザピン導入が入院日数減少や再入院予防にも大きく影響しているこ

とが示された。本調査により長期在院患者においては比較的ゆっくりと退院が進展することが確認され、クロザピンの効果を判定する際の臨床的な態度への注意喚起にもつながるものと考えられる。つまり、クロザピンがすぐに効果を示す例もあるが、効果発現が遅い例も報告されていることから、同剤の効果を早期に判断することは適切ではなく、長い目で治療効果を見ていく必要があると考えられる。クロザピンが奏功したからこそ、心理社会的治療や自立訓練がようやく安定的にスタートできた例もあると考えられる。

Reid らの研究とは異なり、今回の調査はコントロール群との比較ではないため、クロザピンを導入しなくても退院した例もあったかもしれないが、長期在院患者で、かつ、クロザピン導入基準を満たすような症例が、このように順調に退院することは考えづらいところもあり、地域の異なる複数の施設での調査で同様の結果がでていることから、クロザピンが導入されると長期在院者の入院日数は減少する可能性は大きいとしてもよいのではなかろうか²⁾。

E. 結論

クロザピン使用にもかかわらず、約 2 年間（666 日）入院継続した 60 例のうち、調査可能な 44 例では、病状により退院できない例が 45.5%を占めており、その 90.0%が「重度かつ慢性」の暫定基準を満たしていた。これにより、本研究班の「重度かつ慢性」の暫定基準は、クロザピン導入例については、使用に耐えうる感度を有していると考えられた。

また長期在院者へのクロザピン導入前後の入院期間を比較したところ、導入早期の P1（127 日～306 日）より減少が明らかとなり、P2（307 日～486 日）、P3（487 日～666 日）に移行するにつれて、入院期間はさらに減少していた。したがって、クロザピン導入により長期在院者の入院期間が減少する可能性があると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

平成 27 年 6 月の第 111 回日本精神神経学会学術総会にて本調査の一部を発表する予定である。

H. 知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし

謝辞

調査にご協力を下さった多くの団体ならびに個人の皆様方に深謝申し上げます。

医療法人如月会若草病院

医療法人静心会桶狭間病院藤田こころケアセンター

岡山県精神科医療センター

独立行政法人国立病院機構琉球病院

医療法人財団松原愛育会松原病院

水野 謙太郎

藤田 潔

来住 由樹

木田 直也

平川 究緑

参考文献

- 1) Reid,W.H.,Mason,M.:Psychiatric hospital utilization in patients treated with clozapine for up to 4.5 years in a state mental health care system.J.Clin.Psychiatry,59(4):189-194,1998.
- 2) 藤井康男:入院が本当に減少するのでしょうか?「クロザピン100のQ&A」、星和書店、2014

「重度かつ慢性」の暫定基準

精神症状が下記の重症度を満たし、それに加え②行動障害、③生活障害のいずれかが下記の基準以上である。

身体合併症については、下記に該当する場合に特別に配慮。

1.精神症状 ⇒必須

BPRS※総得点 45点以上 ※BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE

または下位尺度の1項目以上で6点以上

2.行動障害 ⇒2か3いずれか一方

問題行動評価表の27項目のいずれかが月に1～2回以上ある

3.生活障害 ⇒2か3いずれか一方

障害者自立支援法医師意見書の「生活障害評価」で能力障害評価が4以上

4.身体合併症

①水中毒②腸閉塞③反復性肺炎で入院治療が必要なもの

図1 調査期間について

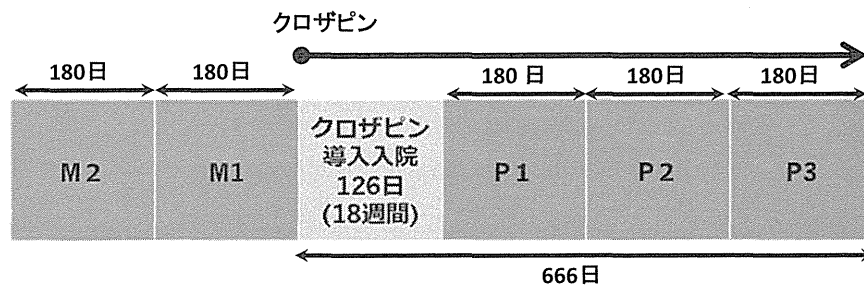


図2 666日入院継続44例BPRS点数平均値

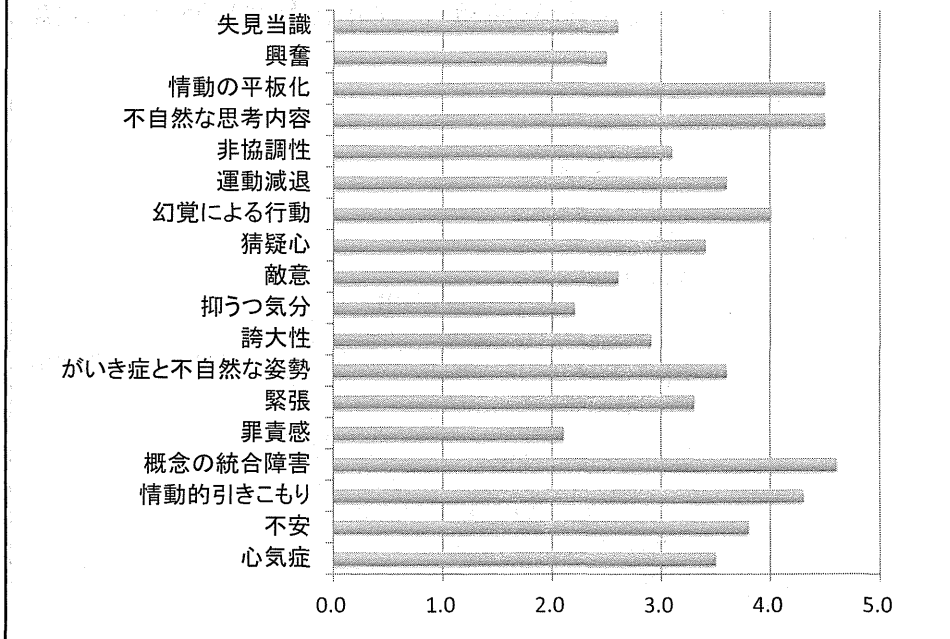


図3 666日入院継続44例にみられた主な問題行動(多い順)

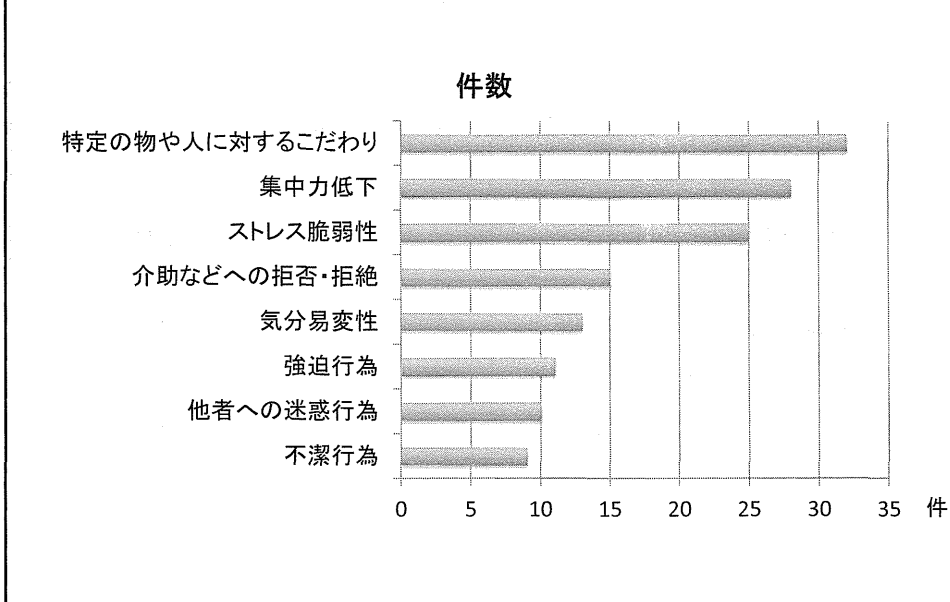


図4 666日入院継続44例の調査時点(2014年10月31日時点)の転帰

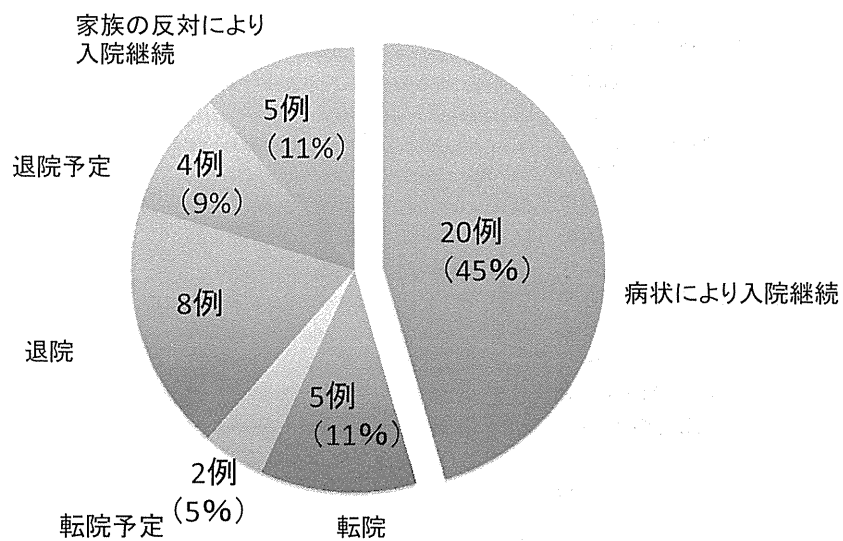


図5 クロザピン導入後666日入院継続44例の「重度かつ慢性」暫定基準該当状況

	病状により入院継続	その他の転帰	合計
暫定基準該当	18	18	36
暫定基準非該当	2	6	8
合計	20	24	44

感度: 18/20=90% 特異度: 6/24=25%

図6 6施設の長期在院者68例のクロザピン導入後の入院期間

入院日数	M2	M1		P1	P2	P3
0日	0(0%)	0(0%)		0(0%)	5(7%)	14(21%)
1~30日	0(0%)	0(0%)		2(3%)	1(1%)	2(3%)
31~60日	0(0%)	0(0%)		0(0%)	2(3%)	3(4%)
61~90日	0(0%)	0(0%)		1(1%)	4(6%)	2(3%)
91~120日	0(0%)	0(0%)		4(6%)	0(0%)	2(3%)
121~150日	0(0%)	0(0%)		2(3%)	7(10%)	2(3%)
151~180日	68(100%)	68(100%)		59(87%)	49(72%)	43(63%)
	100%	100%		100%	100%	100%

図7 6施設の長期在院者68例のクロザピン導入後の平均入院期間

	期間	クロザピン導入前		クロザピン導入後		
		M2	M1	P1	P2	P3
	入院日数	180.0日	180.0日	168.0日	149.4日	125.8日
M2との比較	p値 (M2>P)			0.0069	0.0000	0.0000
	p値 (M2<P)			—	—	—
M1との比較	p値 (M1>P)			0.0069	0.0000	0.0000
	p値 (M1<P)			—	—	—

分担研究報告書

分担研究者：萱間真美

聖路加國際大學

重症入院患者の地域ケア指針に関する研究

精神科救急病棟における「重度かつ慢性」患者に対する心理社会的ケアに関する調査

分担研究者：萱間真美（聖路加国際大学）

研究協力者：澤野文彦（沼津中央病院）、木戸芳史（聖路加国際大学）

研究要旨

目的：本研究の目的は、精神科救急病棟において「重度かつ慢性」暫定基準に相当する患者に対して提供されている心理社会的ケアの実施状況を明らかにするとともに、「重度かつ慢性」患者に対して必要とされる心理社会的ケアの指針を検討することである。方法：A 病院精神科救急病棟に 2011 年 4 月～2014 年 3 月（3 年間）に入院した者のうち、当該病棟から退院・転出・転院した時点において「重度かつ慢性」（暫定基準）を満たしていた者を抽出し、「重度かつ慢性」（暫定基準）該当者の特徴、および提供された心理社会的ケアを分析した。また、精神科救急病棟に入院した全患者に対して提供された心理社会的ケアと入院日数との関係について重回帰分析を実施した。結果：精神科救急病棟に入院し、退棟時において「重度かつ慢性」（暫定基準）に相当した患者は、通算入院回数と非自発的入院（特に措置・緊急措置入院）が多く、処方薬の CP 換算量が高い、という特徴が明らかになった。また、暫定基準に該当する患者のうち、90 日以内に退院できた患者は、退院にそれ以上の期間を要した患者と比較して、同居家族がいる割合が高く、救急病棟での入院期間内に服薬指導を受け、服薬自己管理を行い、作業療法に参加していた割合も高かった。提供された心理社会的支援として、救急病棟入院中に退院後の日中の居場所確保の支援を受けた割合が高く、退院後の社会資源導入として、訪問看護、ホームヘルプ、精神科デイケアを導入した割合が高かった。精神科救急病棟に入院した患者に対して提供する長期入院の予防に資するケアについて検討したところ、対象者の入院時の状態像・病歴・治療状況に関わらず、服薬指導、家族支援および調整、在宅支援サービスの導入（特に、訪問看護、相談支援（ケアマネ））が入院日数の減少と関連があることが明らかになった。

I. 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、地域で生活することが非常に困難な状態にあり、長期に入院治療が必要な「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という方向性が示された。「重度かつ慢性」患者の基準は今後の調査研究等を通じて明確化していくこととされ、平成 25 年度にエキスパートコンセンサスとして示された暫定基準の妥当性が、様々な観点から検証され、

治療指針等が具体化されることが期待されている。

「重度かつ慢性」暫定基準に相当する患者の入院は精神療養病棟等の慢性期系病棟に限らず、特に入院時に精神運動興奮状態にある場合など精神科救急病棟においても少なくない。2014 年 4 月現在の診療報酬上の算定基準であり、入院期間の目安となっている 3 ヶ月以内にスムーズな地域移行に結びつけ、入院の長期化を予防するためには、入院当初からの積極的な心理社会的ケアも必要である。

本研究は 2014 年 4 月現在の診療報酬制度において最も人員配置基準が高い精神科救急病棟における、

「重度かつ慢性」暫定基準に相当する患者に対して提供されている心理社会的ケアの実施状況を明らかにするとともに、「重度かつ慢性」患者に対して必要な心理社会的ケアの指針を検討することである。

II. 研究方法

1 対象者

A病院精神科救急病棟に2011年4月1日～2014年3月(3年間)に入院した者のうち、当該病棟から退院、転出、転院した時点において、2・2に示す「重度かつ慢性」暫定基準を満たしていた者。

2 「重度かつ慢性」暫定基準(資料1)

精神症状が下記①の重症度を満たし、それに加えて、②行動障害、③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した。

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点以上とした。

②行動障害

問題行動評価表(資料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」と評価した。

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」(資料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した。

④身体合併症

精神症状に続発する「水中毒」「腸閉塞(イレウス)」「反復性肺炎」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した。

3 調査様式

A病院で通常の診療の一環として既に運用している行動制限最適化データベース「eCODO(COercive measures Database Optimizing)」^{1,2)}に加えて、2に示した②～④に関してA病院にて保管されている連結表で特定したチャートから補足データを取得した。これらはA病院内にて連結不可能匿名化処理を行った後、分析した。

4 調査項目

1) 対象者の属性

年齢、性別、精神科診断名(ICD-10)、身体合併症、他院を含む通算入院回数、他院を含む通算入院期間、主診断の推定罹病期間

2) 入棟前に利用していた社会資源および制度

入院前の治療状況、入院時の居住区分、入院前に利用していた社会資源、入院前に利用していた制度

3) 入棟時の状態

BPRS、GAF、服薬状況、入院形態、行動障害(資料2)、生活障害(資料3)

4) 入院経過

在院日数、在棟日数、隔離日数、身体拘束日数、入院後3ヶ月時点での転帰

5) 入院中に実施した心理社会的ケア

作業療法、退院前訪問看護、服薬指導、PSWの関与、サービス調整会議、ケア会議、ケアプラン作成、心理社会的アセスメントおよび支援(住居確保・金銭管理・就労支援、等)

6) 退棟時の状態・退棟後の経過

BPRS、GAF、服薬管理状況、退院後の治療体制、退院後の地域サービス利用、退院後の居住区分、在地域滞在日数

5 分析方法

1) 「重度かつ慢性」(暫定基準) 該当者の特徴

eCODO データベース及びチャートから「重度かつ慢性」(暫定基準)に該当する対象者を抽出し、基本統計量算出等の記述的な分析を行い、「重度かつ慢

性」該当者以外との差の検定を行った。

2) 「重度かつ慢性」(暫定基準) 該当者に提供された心理社会的ケア

「重度かつ慢性」暫定基準に該当する患者のうち、90日以内に退院できた患者(A群)と、退院にそれ以上の期間を要した患者(B群)に関して、提供された心理社会的サービスを比較し、差の検定等を行った。

3) 精神科救急病棟入院患者に対して提供された心理社会的ケアと入院日数との関係

従属変数を入院日数、独立変数を入院中に提供した心理社会的ケア、共変量として、性別・年代・主診断名、入棟時 BPRS 総得点・入院時 GAF 得点、通算入院期間・通算入院回数・推定罹病期間、入院前服薬状況・入院前治療状況を調整し、重回帰分析を実施した。

なお、解析は全て STATA ver. 13 (STATA Corp, 1999) を使用して行った。

6 倫理的配慮

本研究は、聖路加国際大学研究倫理審査委員会(承認番号: 14-088) および A 病院研究倫理委員会の承認を得て実施された。

III. 結果

1 精神科救急病棟退棟時に「重度かつ慢性」(暫定基準) であった者の特徴

2011年4月1日から2014年3月31日(3年間)に、A病院精神科救急病棟に入院し、データに欠損値のない者(n=1133)について分析を行った。

1) 年齢、性別

期間内の全入院患者のうち、精神科救急病棟を退棟する時点において「重度かつ慢性」(暫定基準)に

相当する患者は、全体で101人であり、その内訳は男性37人(36.6%)、女性64人(63.4%)であり、入院時の年齢は10代5人(5.0%)、20代7人(6.9%)、30代18人(17.8%)、40代19名(18.8%)、50代20人(19.8%)、60代21人(20.8%)、70代9人(8.9%)、80代2人(2.0%)、90代以上はいなかった。

図1-1. 年齢、性別

	「重度かつ慢性」		それ以外		χ^2	p
	n	%	n	%		
性別						
男性	37	36.6	451	43.7	1.87	ns
女性	64	63.4	581	56.3		
年齢						
10代	5	5.0	33	3.2	4.21	ns
20代	7	6.9	74	7.2		
30代	18	17.8	228	22.1		
40代	19	18.8	215	20.8		
50代	20	19.8	183	17.7		
60代	21	20.8	163	15.8		
70代	9	8.9	99	9.6		
80代	2	2.0	36	3.5		
90代	0	0.0	1	0.1		

χ^2 検定およびフィッシャーの正確確率検定。* p < .05, ** p < .01, ns 有意差なし

2) 主診断名、推定罹病期間、通算入院期間、通算入院回数

本研究の対象者における精神科主診断名は、F0(症状性を含む器質性精神障害)4人(4.0%)、F1(精神作用物質使用による精神及び行動の障害)2人(2.0%)、F2(統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害)66人(65.4%)、F3(気分障害)19人(18.8%)、F4(神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害)6人(5.9%)、F6(成人の人格及び行動の障害)2人(2.0%)、F7(知的障害(精神遅滞))1人(1.0%)、F8(心理的発達の障害)1人(1.0%)であった。

主診断の推定罹病期間は、1年未満12人(12.2%)、1~10年未満31人(31.6%)、10年以上51人(52.0%)であった。精神科通算入院期間は、1年未満58人(59.2%)、1~10年未満29人(29.6%)、10年以上9人(9.2%)であった。通算入院回数は、平均4.8回(標準偏差7.1)であり、「重度かつ慢性」に該当しない患者(平均3.3回、標準偏差3.7)と比較して有意差がみられた。

図 1-2-1. 主診断名、推定罹病期間、通算入院期間

	「重度かつ慢性」		それ以外		χ^2	p
	n	%	n	%		
主診断名						
F0	4	4.0	80	7.8	7.77	ns
F1	2	2.0	28	2.7		
F2	66	65.4	566	54.8		
F3	19	18.8	230	22.3		
F4	6	5.9	95	9.2		
F5	0	0.0	3	0.3		
F6	2	2.0	7	0.7		
F7	1	1.0	12	1.2		
F8	1	1.0	10	1.0		
F9	0	0.0	1	0.1		
主診断の推定罹病期間						
1年未満	12	12.2	200	19.5	3.65	ns
1年～10年未満	31	31.6	333	32.4		
10年以上	51	52.0	458	44.6		
不明	4	4.1	37	3.6		
他院を含む精神科通算入院期間						
1年未満	58	59.2	720	70.0	6.11	ns
1年～10年未満	29	29.6	243	23.6		
10年以上	9	9.2	55	5.4		
不明	2	2.0	10	1.0		

χ^2 検定およびフィッシャーの正確確率検定, * p < .05, ** p < .01, ns 有意差なし

図 1-2-2. 通算入院回数

	「重度かつ慢性」		それ以外		t	p
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
他院を含む通算入院回数 [†]	4.8	7.1	3.3	3.7	-2.09	*

[†]F検定により等分散とみなせなため、Welch の検定を実施した
* p < 0.05, ** p < 0.01, ns 有意差なし

3) 入院時の入院形態、入院時間帯

入院時の入院形態は、任意 2 人 (2.0%)、医療保護 85 人 (84.2%)、措置 4 人 (4.0%)、応急 3 人 (3.0%)、緊急措置 7 人 (6.9%) であり、「重度かつ慢性」に該当しない患者と比較して有意差がみられた。入棟時間帯は、平日日中 60 人 (59.4%)、土日祝日日中 11 人 (10.9%)、準夜 22 人 (21.8%)、深夜 8 人 (7.9%) であった。

図 1-3. 入院形態、入棟時間帯

	「重度かつ慢性」		それ以外		χ^2	p
	n	%	n	%		
入院時入院形態						
任意	2	2.0	80	7.8	11.39	*
医療保護	85	84.2	813	78.8		
措置	4	4.0	17	1.7		
応急	3	3.0	78	7.6		
緊急措置	7	6.9	44	4.3		
入棟時間帯						
平日日中	60	59.4	612	59.3	0.49	ns
土日祝日日中	11	10.9	109	10.6		
準夜	22	21.8	245	23.7		
深夜	8	7.9	66	6.4		

χ^2 検定およびフィッシャーの正確確率検定, * p < .05, ** p < .01, ns 有意差なし

4) 入院時の BPRS 総得点、GAF 得点

入院時の GAF 得点の平均は 20.5 (標準偏差 8.8) であった。BPRS 総得点の平均は 55.8 点 (標準偏差 13.2) であり、「重度かつ慢性」に該当しない患者 (平均 49.3、標準偏差 14.2) と比較して有意差がみられた。

図 1-4. BPRS、GAF

	「重度かつ慢性」		それ以外		t	p
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
入院時GAFスコア [†]	20.5	8.8	22.2	13.5	1.80	ns
入院時BPRS	55.8	13.2	49.3	14.2	-4.68	**

[†]F検定により等分散とみなせなため、Welch の検定を実施した
* p < 0.05, ** p < 0.01, ns 有意差なし

5) 入院時処方薬の CP 換算量、入院前の服薬状況

入院時に処方されていた薬剤の CP 換算量の平均は 739.6mg (標準偏差 867.4) であり、「重度かつ慢性」に該当しない患者 (平均 527.4、標準偏差 560.3) と比較して有意差がみられた。入院前の服薬状況は、なし 41 人 (40.6%)、あり 60 人 (59.4%) であった。また、身体合併症は、なし 50 人 (50.5%)、あり 50 人 (49.5%) であった。

図 1-5-1. 入院時処方薬の CP 換算量

	「重度かつ慢性」		それ以外		t	p
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
CP換算量(デボ割合含む) [†]	739.6	867.4	527.4	560.3	-2.41	*

[†]F検定により等分散とみなせなため、Welch の検定を実施した
* p < 0.05, ** p < 0.01, ns 有意差なし

図 1-5-2. 入院前の服薬状況、身体合併症

	「重度かつ慢性」		それ以外		χ^2	p
	n	%	n	%		
入院前の服薬状況						
なし	41	40.6	442	43.0	0.22	ns
あり	60	59.4	585	57.0		
入棟時身体合併症の有無						
なし	51	50.5	598	58.0	4.40	ns
あり	50	49.5	417	40.4		
疑い	0	0.0	17	1.7		

χ^2 検定およびフィッシャーの正確確率検定, * p < .05, ** p < .01, ns 有意差なし

6) 入院前に導入していた在宅支援サービス

入院前に導入していた在宅支援サービスは、なし 67 人 (68.4%)、あり 31 人 (31.6%) であった。

図 1-6. 入院前に導入していた在宅支援サービス

	「重度かつ慢性」		それ以外		χ^2	p
	n	%	n	%		
入院前に導入していた在宅支援サービス						
なし	67	68.4	700	68.1	0.00	ns
あり	31	31.6	328	31.9		

χ^2 検定およびフィッシャーの正確確率検定, * p < .05, ** p < .01, ns 有意差なし

2 精神科救急病棟退棟時に「重度かつ慢性」(暫定基準)状態にあった者に提供された心理社会的ケア

「重度かつ慢性」暫定基準に該当する患者のうち、90日以内に退院できた患者(A群, n=31)と、退院にそれ以上の期間を要した患者(B群, n=68)に関して、精神科救急病棟入院中に提供された心理社会的サービスを比較し、「重度かつ慢性」状態にあっても早期に退院できる要因を検討した。

1) A群とB群の概要

両群ともに、性別、年齢、主診断名、通算入院期間、入院前の服薬状況に、統計学的な有意差はみられなかった。一方で、当該病棟を含めた総入院日数は、A群 46.8日(標準偏差 34.2)、B群 385.1日(標準偏差 385.1)、同居者の存在があったのは、A群 23人(74.2%)、B群 8人(17.0%)であり、これらには統計学的な有意差がみられた。

図 2-1-1. A群とB群の概要

	A群		B群		t	p
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
総入院日数 ^{***†}	46.8	34.2	355.8	385.1	-5.47	**
他院を含む通算入院回数 [†]	3.6	2.8	6.6	9.6	-1.96	ns
入棟時GAFスコア	23.0	9.0	19.5	9.1	1.70	ns
入院時BPRS総得点	52.1	12.6	57.4	13.3	-1.76	ns
入棟時CP換算量	836.0	956.0	804.0	939.4	0.15	ns

[†]F検定により等分散とみなせないうえ、Welch の検定を実施した
* p < 0.05, ** p < 0.01, ns 有意差なし

図 2-1-2. A群とB群の概要(続き)

	A群		B群		χ^2	p
	n	%	n	%		
性別						
男性	10	32.3	17	36.2	0.13	ns
女性	21	67.7	30	63.8		
年齢						
10代	2	6.5	2	4.3	10.87	ns
20代	3	9.7	2	4.3		
30代	6	19.4	9	19.2		
40代	9	29.0	5	10.6		
50代	7	22.6	8	17.0		
60代	3	9.7	14	29.8		
70代以上	1	3.2	7	14.9		
主診断名						
F2	21	67.7	30	63.8	11.15	ns
F3	3	9.7	11	23.4		
F4	4	12.9	1	2.1		
他院を含む精神科通算入院期間						
1年未満	19	61.3	22	46.8	2.87	ns
1年~10年未満	10	32.3	17	36.2		
10年以上	2	6.5	6	12.8		
入院前の服薬状況						
あり	14	45.2	26	55.3	0.77	ns
同居者の有無						
あり	23	74.2	8	17.0	24.50	**

χ^2 検定およびフィッシャーの正確確率検定, * p < .05, ** p < .01, ns 有意差なし

2) 服薬指導、服薬管理

服薬指導は、病院の薬剤師が直接服薬指導(服薬に関する注意及び効果、副作用等に関する状況把握を含む)を行った場合に算定することができ、入院患者1人につき週1回、月に4回まで算定できる(同一月に複数回算定する場合は算定日の間隔が6日以上必要)診療報酬制度(平成26年現在)である。

服薬指導を実施した患者は、A群 29人(93.6%)、B群 11人(23.4%)であり、A群では有意に多く実施されていた。また、退棟時の服薬管理形態は、A群では自己管理9人(6.5%)、援助与薬22人(71.0%)であったのに対し、B群では自己管理1人(2.1%)、援助与薬43人(91.5%)であった。これらは統計学的に有意であった。

図 2-2. 服薬指導、服薬管理形態

	A群		B群		χ^2	p
	n	%	n	%		
服薬指導施行の有無						
なし	2	6.5	36	76.6	36.79	**
あり	29	93.6	11	23.4		
退棟時服薬管理形態						
自己管理	9	29.0	1	2.1	13.47	**
援助(与薬)	22	71.0	43	91.5		
強制(経管・強制経口)	0	0.0	3	6.4		

χ^2 検定およびフィッシャーの正確確率検定, * p < 0.05, ** p < 0.01

3) 作業療法

精神科作業療法は、精神疾患を有するものの社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類にかかわらずその実施時間は患者1人当たり1日につき2時間を標準とし、作業療法士が当該療法を実施した場合に算定する診療報酬制度（平成26年現在）である。

作業療法を実施したのは、A群9人（29.0%）、B群2人（4.3%）であり、A群はB群よりも有意に多く実施されていた。

図2-3. 作業療法

	A群		B群		χ^2	p
	n	%	n	%		
作業療法の実施						
なし	22	71.0	45	95.7	9.47	**
あり	9	29.0	2	4.3		

χ^2 検定およびフィッシャーの正確確率検定, * p < 0.05, ** p < 0.01

4) 入院中の社会的支援

入院中に提供される社会的支援のうち、日中の居場所確保を実施したのは、A群10人（33.3%）、B群6人（12.8%）であり、A群はB群よりも有意に多く実施されていた。

図2-4. 社会的支援

	A群		B群		χ^2	p
	n	%	n	%		
日中の居場所確保の支援						
なし	20	66.7	41	87.2	4.71	*
あり	10	33.3	6	12.8		

χ^2 検定およびフィッシャーの正確確率検定, * p < 0.05, ** p < 0.01

5) 退院後の在宅支援サービス

退院後の在宅支援サービスとして、訪問看護、ホームヘルプ、就労継続・移行支援、地域活動支援センター、相談支援の5項目のうち、精神科救急病棟退棟時に1つでもサービス導入が決まっていた患者は、A群14人（46.7%）、B群4人（8.5%）であった。

そのうちA群では、訪問看護を導入する患者が6人（20.0%）、ホームヘルプを導入する患者が3人

（10.0%）、精神科デイケアを導入する患者が3人（10.0%）であったが、B群の患者は精神科救急病棟を退棟する時点ではこれらのサービス導入が決まっていなかった。

図2-5. 退院後の在宅支援サービス

	A群		B群		χ^2	p
	n	%	n	%		
退院後の在宅支援サービスの有無						
なし	16	53.3	43	91.5	14.88	**
あり	14	46.7	4	8.5		
訪問看護						
なし	24	80.0	47	100.0	10.19	**
あり	6	20.0	0	0.0		
ホームヘルプ						
なし	27	90.0	47	100.0	4.89	*
あり	3	10.0	0	0.0		
精神科デイケア						
なし	27	90.0	47	100.0	4.89	*
あり	3	10.0	0	0.0		

χ^2 検定およびフィッシャーの正確確率検定, * p < 0.05, ** p < 0.01

3 精神科救急病棟入院患者に対して提供された心理社会的ケアと入院日数との関係

精神科救急病棟に入院した全対象者（n=1133）に対して、従属変数を「入院日数」、独立変数を「入院中に提供した心理社会的ケア」、共変量として「性別・年代・主診断名、入棟時BPRS総得点・入院時GAF得点、通算入院期間・通算入院回数・推定罹病期間、入院前服薬状況・入院前治療状況」を調整した重回帰分析を実施することで、精神科救急病棟に入院した患者に対して提供する長期入院の予防に資するケアについて検討し、統計学的な有意差がみられた項目について記述した。

1) 服薬指導

服薬指導を実施した患者（n=884）の入院日数は88.8日（標準偏差142.30）であり、服薬指導の実施は調整後も、有意に入院日数の減少と関連がみられた（標準偏回帰係数(β)=-0.17, 標準誤差=19.56）。

図3-1. 服薬指導と入院日数の関係

	n	平均	標準偏差	β	標準誤差	p
服薬指導						
なし	235	224.4	526.82	-0.17	19.56	**
あり	884	88.8	142.30			

β : 標準偏回帰係数, SE: 標準誤差, * p < 0.05, ** p < 0.01
調整変数: (入院時の)性別、年代、主診断名、BPRS、GAF、服薬状況、治療状況

2) 家族支援および調整

家族支援および調整を実施した患者 (n=908) の入院日数は 107.6 日 (標準偏差 182.89) であり、家族支援および調整の実施は調整後も、有意に入院日数の減少と関連がみられた (標準偏回帰係数 (β)=-0.08, 標準誤差=20.32)。

図 3-2. 家族支援および調整と入院日数の関係

	n	平均	標準偏差	β	標準誤差	p
家族支援および調整						
なし	215	248.0	1042.20	-0.08	20.32	**
あり	908	107.6	182.89			
β : 標準偏回帰係数, SE: 標準誤差, * p < 0.05, ** p < 0.01						
調整変数: (入院時の)性別、年代、主診断名、BPRS、GAF、服薬状況、治療状況						

3) 退院後在宅支援サービスの有無

退院後の在宅支援サービスとして、訪問看護、ホームヘルプ、就労継続・移行支援、地域活動支援センター、相談支援の 5 項目のうち、精神科救急病棟退棟時に 1 つでもサービス導入が決まった患者 (n=426) の入院日数は 67.8 日 (標準偏差 87.59) であり、調整後も有意に入院日数の減少と関連がみられた (標準偏回帰係数 (β)=-0.08, 標準誤差=20.32)。

下位項目のうち、訪問看護を導入する患者 (n=107) の入院日数は 72.7 日 (標準偏差 72.7)、相談支援(ケアマネ)を導入した患者 (n=153) の入院日数は 63.4 日 (標準偏差 82.29) であり、これらは有意に入院日数の減少と関連がみられた (標準偏回帰係数 (β)=-0.17, 標準誤差=19.56)。

図 3-3. 退院後の在宅支援サービス導入と入院日数の関係

	n	平均	標準偏差	β	標準誤差	p
退院後在宅支援サービスの有無						
なし	697	175.2	611.07	-0.16	16.23	**
あり	426	67.8	87.59			
訪問看護						
なし	1016	141.0	511.17	-0.08	27.26	**
あり	107	72.7	71.71			
相談支援(ケアマネ)						
なし	970	145.7	522.24	-0.09	23.04	**
あり	153	63.4	82.29			
β : 標準偏回帰係数, SE: 標準誤差, * p < 0.05, ** p < 0.01						
調整変数: (入院時の)性別、年代、主診断名、BPRS、GAF、服薬状況、治療状況						

IV. 考察

1 「重度かつ慢性」(暫定基準) 該当者の特徴

精神科救急病棟に入院し、退棟時において「重度かつ慢性」(暫定基準)に相当した患者を対象として、入院時における特徴を探索的に検討したところ、それ以外の患者と比較して、通算入院回数が多く、非自発的入院(特に措置・緊急措置入院)が多く、処方薬の CP 換算量が高い、という特徴が明らかになった。

統合失調症は再発を繰り返すたびに慢性的に精神症状が残存し、寛解が得られにくくなってしま³⁾ため、再発回数と関連のある精神科通算入院回数は入院時点において「重度かつ慢性」化を、ある程度予測することができると考えられる。

また、一定の治療プロセスが進んだ退棟時であっても精神症状が残存していることを示している暫定基準に該当する患者は、入院時点においても精神症状がより重篤であることから、その結果として措置・緊急措置入院といった非自発的入院が多くなっていったと考えられる。前述した入院回数の多さを考慮すると、完解が得られにくく入院時処方薬の CP 換算量は増えていたものと考えられる。

2 「重度かつ慢性」(暫定基準) 該当者に提供された心理社会的ケア

「重度かつ慢性」暫定基準に該当する患者のうち、90 日以内に退院した「重度かつ慢性」該当患者には、同居家族がいる割合が高く、救急病棟に入院している期間内に服薬指導を受け、服薬自己管理をしていた割合が高く、作業療法に参加していた割合も高かった。また、社会的支援として、救急病棟入院中に退院後の日中の居場所確保の支援を受けた割合が高く、退院後の社会資源導入として、訪問看護、ホームヘルプ、精神科デイケアを導入した割合が高かった。

基準該当者は一定の治療プロセスが進んだ後も精神症状や障害が残存している状態であるが、90日という短期間で退院するためには、そのような状態であっても在宅生活を支えることができる社会的要因が整っていることが必要である。同居家族が存在することは1つの要因であると考えられる一方で、精神科救急病棟入院期間内に訪問看護やホームヘルプ、精神科デイケアといった生活全般に関するセルフケアを支援する社会資源との調整を済ませていることも要因であると考えられる。

しかし、これらの社会資源の導入は精神科救急病棟の入院日数制限である90日以内(平成26年現在)には調整できないことも多く、複雑な調整を要する場合には退院支援を専門とする病棟や病院にて継続しているのが現状である。本分析で示された社会資源の導入は、新規導入というよりも、入院前まで利用していた社会資源と再調整できたことを示していたものと考えられる。新規の社会資源調整が必要とアセスメントされた患者に対しては、入院早期から社会資源導入に向けた調整を進めていくことが長期入院の予防につながると考えられる。

3 精神科救急病棟に入院する患者の長期入院化を予防する心理社会的ケア

精神科救急病棟に入院した全患者に対して提供する、長期入院の予防に資するケアについて検討したところ、対象者の入院時の状態像・病歴・治療状況に関わらず、服薬指導、家族支援および調整、在宅支援サービスの導入(特に、訪問看護、相談支援(ケアマネ))が入院日数の減少と関連があることが明らかになった。

精神科救急病棟という短期間の入院であっても、

退院後しばらくの間は生活全体を再構築していく必要があり、多くのストレスを抱えしばらくの間は不安定な状態になることが予想される。その不安定な時期に服薬を含めた生活支援を担当することになる家族と調整しておくこと、社会資源のサポート体制を早期に構築していることは、「重度かつ慢性」該当者に限らず全ての入院患者が安心して在宅生活に向かっている重要な要因であると考えられる。入院期間が長くなればなるほど家族とは疎遠になり、社会生活に適応することが難しくなってしまうため、これらの支援はどのような対象者であっても可能な限り早期から実施すべきであろう。

4 本研究の限界と今後の課題

本研究は一病院の限定された病棟におけるものであり、結果の一般化には限界がある。また、本研究は精神科救急病棟退棟時までの心理社会的ケアについてのみデータ収集・分析をしており、退棟後から退院まで(他病棟)に提供されたケアについてはデータが整備されていない。退院までのプロセス全体における支援の実態を記述し、さらに再入院に影響する要因を明らかにすることは今後の課題である。

引用・参考文献

- 1) 杉山直也, 野田寿恵, 川畑俊貴, 平田豊明, 伊藤弘人: 精神科救急病棟における行動制限一覧性台帳の臨床活用. 精神医学, 52(7): 661-669, 2010.
- 2) 野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴, 平田豊明, 伊藤弘人: 行動制限に関する一覧性台帳を用いた隔離・身体拘束施行量を示す質指標の開発. 精神医学, 51(10): 989-997, 2009.
- 3) Wiersma, Durk, et al. "Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort." Schizophrenia Bulletin 24.1 (1998): 75.
- 4) 河野 稔明, 白石 弘巳, 立森 久照, 小山 明日香, 長沼 洋一, 竹島 正: 精神科病院の新入院患者の退院動態と関連要因. 精神神経学雑誌, 114(7), 764-781, 2012.

「重度かつ慢性」暫定基準

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 (別紙 2) 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 (別紙 3) 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」(別紙 4) 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。