

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ある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が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しない知覚。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

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. 注意力低下	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）

別紙 3 「問題行動評価表」の補足 下記の「具体的記載」を参照して別紙 3 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）か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に抵抗するもの
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。

生活障害評価

(資料4)

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、着替え等を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せる。
			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、あるいはしようとして、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単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。

分担研究報告

分担研究者：井上新平

福島県立医科大学
会津医療センター

平成26年度厚生労働科学研究
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

重症入院患者の心理社会的治療の治療指針に関する研究

分担研究者 井上新平 福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座

研究要旨

目的

重症入院患者の心理社会的治療の治療指針を策定するために、本年度は、前向き研究の予備的な分析と長期入院患者の地域移行の個別取組み例についての考察を行った。

方法：1) 進行中の前向き研究において現時点で得られたデータについて、①亜急性期の対象患者の退院転帰、②退院と関連する要因（重度慢性を含む）を分析した。その際、治療要因としては心理社会的治療のみ分析した。2) 重度慢性患者の心理社会的治療の検討のために、精神科地域移行実施加算での取組事例の聞き取りを行った。

結果

- 1) 前向き研究における 646 人の亜急性期患者は、入院後 3 か月目の評価時点後の数か月の間に 122 人（18.9%）が退院していた。退院と関連する要因には、重度慢性の暫定基準（ $\chi^2=4.04$, 1df, $p=0.044$ ）、個人精神療法（ $\chi^2=4.85$, 1df, $p=0.028$ ）、認知行動療法（ $\chi^2=3.89$, 1df, $p=0.049$ ）、作業療法（ $\chi^2=8.93$, 1df, $p=0.003$ ）、心理教育（ $\chi^2=5.16$, 1df, $p=0.023$ ）が取り出せた。また行動療法（ $\chi^2=3.50$, 1df, $p=0.061$ ）も退院と有意な相関の傾向があった。二項ロジスティック回帰分析の結果、作業療法（Wald=7.601, $p=0.006$ ）と個人精神療法（Wald=4.504, $p=0.034$ ）が退院と有意に関連していた。
- 2) A 病院では精神科地域移行実施加算により、5 年以上の長期入院患者を毎年退院させていた。取り組みは精神保健福祉士を中心とするチームで計画的に行われ、個々のケースで退院までの道のりは異なっていた。

考察

重度慢性暫定基準は退院転帰と関連し、前向き研究においても妥当性が示唆された。退院と関連する心理社会的治療は重度慢性の基準作りに有用である。重度慢性患者の心理社会的治療には個別的な工夫が必要と思われた。

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、精神科の入院患者で「重度かつ慢性」以外のケースは 1 年で退院させ、「重度かつ慢性」は質の高い医療・適切な処遇を目指すとの

論された。これを受け本研究班は、1) 平成 24 年度に行われた「新しい精神科地域医療体制とその評価の在り方に関する研究の調査結果の分析、2) 「重度かつ慢性」患者の多様性と特性の検討、3) 「重度かつ慢性」患者を弁別する指標の検討、4)

「重度かつ慢性」暫定基準案の作成、5) 新規入院患者を対象とした前向き研究を実施するとし、本年度は前向き研究が開始された。その中で本分担研究では「重度かつ慢性」患者の心理社会的治療の指針を出すことを目的としている。

今年度は、1) 前向き研究において現時点で得られるデータを分析し、重度慢性患者の心理社会的治療指針の検討に役立てること、2) 現在長期入院している患者への組織的取り組み例を分析し指針作りに参考にすることを目的にした。

B. 研究方法

1. 前向き研究データの分析

前向き研究の方法は包括研究報告書で触れられているとおりであるが、要約すると、①わが国で精神科病床を運営する主要な団体である日本精神科病院協会等の協力のもとに全国の精神科病院に協力を依頼、②精神科救急病棟への入院時点から評価を開始する急性期群と入院後 3 ヶ月時点から評価を開始する亜急性期群の 2 群を入院後 1 年まで追跡評価、③対象は認知症以外の患者、④評価項目は施設調査、診断、性別、入院時年齢等の基本事項、BPRS・行動評価等の状態評定、薬物治療・心理社会的治療等の医療プロセス、退院の有無などであった。

ここでは亜急性群を分析した。対象患者数は 2 月 19 日時点での速報値で 742 人であったが、診断面等でなお吟味が必要ということであり、ここではそれ以前に確定されていた 646 人を用いた。なお今回分析した対象者と速報値の対象者では性別・年齢・主診断ではほとんど差がなく、サンプル

の代表性は損なわれていないと思われる。

分析内容は、亜急性期患者の属性、退院の有無、退院と関連する要因であり、関連要因としての医療プロセスでは心理社会的治療を分析対象とした。

2. 長期入院患者への取り組み例

A 病院における長期入院患者の取り組みを調査した。病院では、これまで数年間にわたって精神科地域移行実施加算に基づく取り組みを相談室主導で計画的に進めてきた。今回は中心的な役割を果たしてきた精神保健福祉士に面接し資料を得た。

C. 研究結果と考察

1. 前向き研究の分析

1) 対象患者の属性と退院者・非退院者の比較

対象患者 646 人の平均年齢(標準偏差)は 53.6 (16.7) 歳で女性の方が 342 人 (53%) でやや多かった。主診断は F2 が 379 人 (58.7%) でもっとも多く、F3 が 145 人 (22.4%)、F1 が 38 人 (5.9%) でこれに次いだ。

調査時点での退院患者は 122 人 (18.9%) であった。退院者と非退院者を基本事項で比較した(表 1)。性別、年齢、をはじめとして基本事項の各要因と退院との有意な関連性は見られなかった。唯一障害者手帳の保持が退院と関連する傾向が見られたが ($p=0.052$)、手帳をもっている人の方が非退院が多く、非保持者に比べて慢性性を有しているということかもしれない。

2) 重度慢性暫定基準と退院転帰、及び関連要因

重度慢性の暫定基準（以下暫定基準）を満たす患者は 323 人（50.0%）、同じく身体合併症があれば合致する患者は 329 人（50.8%）であった。以下は前者のみを対象とした。

暫定基準を満たす患者の中で退院した者は 51 人（15.8%）、満たさない患者の中で退院した者は 71 人（21.0%）で、暫定基準と退院とは有意な関連性が認められた（ $\chi^2=4.042$, 1df, $p=0.028$ ）。

暫定基準と基本事項や状態評価の中の要因とで有意な関係（傾向を含む）を示したのは、主診断（ $p=0.004$ 、F2 で暫定基準を満たす患者、F3 で満たさない患者が多い）、経済上の問題（ $p=0.061$ 、暫定基準を満たす患者に問題が多い傾向）、通算入院回数（ $p=0.084$ 、回数が多い方が暫定基準を満たす傾向）、通算入院期間（ $p=0.037$ 、1年以上の入院期間が長いことと暫定基準を満たすことが関連）、入院前 1 ヶ月の服薬（ $p=0.031$ 、不規則が暫定基準を満たすことと関連）、精神科訪問看護の利用（ $p=0.053$ 、訪問ありと暫定基準を満たすことが関連する傾向）、精神科訪問看護の利用回数（ $p=0.059$ 、暫定基準を満たす、満たさないと回数によるばらつきが大きく推論は困難）、障害福祉サービスの利用（ $p=0.036$ 、サービス利用者に暫定基準を満たす患者が多い）、精神障害者保健福祉手帳の利用（ $p=0.035$ 、保持者に暫定基準を満たすものが多い）であった。

以上より、暫定基準は統合失調症、経済的問題がある、これまでの入院治療が長く種々のサービスを利用、直近の服薬不遵守と関連することを示しており、関連要因の多くが疾患の重度化、長期化とつながっ

ていた。

3) 心理社会的治療と退院者・非退院者の比較

医療プロセスの中の心理社会的治療や地域移行のための方策と退院転帰の関連性を分析した。

表 2 にそれらが施行された患者の割合を示す。患者の多くが受けていた治療は作業療法（約 70%）と個人精神療法（約 60%）であった。その他の特定の心理社会的治療は 10%以下で非常に少なかった。また地域移行のためのプログラムも連絡調整会議（約 30%）がもっとも高い頻度で、全体に施行頻度は高くなかった。

次にこれらの治療要因と退院との関連をみたところ、有意（傾向を含む）に関連していたのは個人精神療法（ $\chi^2=4.845$ 、 $p=0.028$ 、施行しているもので退院が多い）、認知行動療法（CBT）（ $\chi^2=3.892$ 、 $p=0.049$ 、施行しているもので退院が多い）、行動療法（ $\chi^2=3.499$ 、 $p=0.061$ 、施行しているもので退院が多い傾向）、作業療法（ $\chi^2=8.932$ 、 $p=0.003$ 、施行しているもので退院が多い）、心理教育（ $\chi^2=5.155$ 、 $p=0.023$ 、施行しているもので退院が多い）であった。以上より、施行頻度の高い治療やエビデンスが確立している特定の治療と退院とが関連すると言える。

4) 退院と関連する諸要因の解析

退院転帰を被説明変数、退院に関連した要因で p 値が 0.1 以下のものを説明変数としてロジスティック回帰分析（強制投入法）を行った。結果を表 3 に示す。退院と有

意に関連したのは作業療法 (Wald=7.601, $p=0.006$) と個人精神療法 (Wald=4.504, $p=0.034$) であった。

今回は分析された時点が中間的である。退院した患者の入院期間は3ヶ月～最長6ヶ月半である(7月に入院し翌年1月中旬までに退院)。この時期は引き続き急性期治療が継続され、さらに退院のための新たな方策が検討され導入されている時期であろう。

また今回は薬物療法・m-ECT と退院との関連性については見ていない。従って今回得られたのは、これらの治療の影響がすべての患者に同一であると仮定したときの所見である。

以上のような制限の下に解釈されるべきであるが、この時期の退院転帰が治療的努力と関連する可能性は示唆している。1年後の調査で今回得られた所見はより深く考察できるであろう。

2. 長期入院患者に対する個別的取り組み例

A病院では、平成20年度改定で新設された精神科地域移行実施加算に取り組み、昨年までに11人が退院した。

取り組みは、まず年頭に相談室が、入院期間が4年以上の患者のリストを作成し、全部署に回して退院の候補者を3名挙げるように依頼する。個別の検討を経て主治医、病棟看護師、精神保健福祉士らが集って検討する場を設ける。主導するのは精神保健福祉士である。検討に際し考慮されることは、年齢、生活状況、病状、家族関係、経済、トラブル、奇行や暴言の有無などで

ある。身体合併症はあまり問題になったことがないという。また介護保険や相談支援センター等地域とのかかわりも検討される。候補者の絞り込みには相当に時間をかける。

退院までの働きかけと退院後の支え方は一人一人異なるという。

知的障害の合併があり知的のグループホームに入所、世話できる立場で生活し、療育手帳を活用してさまざまなサービスを受けつつ支援センターと共同しながら支えているケース、介護保険を利用しながら利用できるサービスはすべて使いながら長男と二人での生活に入ったケース、このケースでは長男の負担が大きく3か月ごとに休息入院をしている。退院の拒否が強く最後までグループホームへの移行を拒んだが、自立支援の区分が出た直後にホームに連れていったケース、このケースでは場所が変わればすぐに適応した。自宅に戻ったらまた暴力を振るわれると家族が拒絶的であったが退院直後は毎日中、毎夜に地域活動センターが訪問し次第に安定したケース。全体では退院先は自宅3、グループホーム6、高齢者住宅1、アパート1であった。

ケースに共通することはキーパーソンの存在である。家族、施設職員、支援センター職員、病院職員等様々でケース毎に異なっていた。その中で家族がキーパーソンのケースでは、家族の理解とやさしさ、強さが特徴的のようであった。

大部分のスタッフが退院を諦めているようなケースでも、昔を知るスタッフが退院可能性を見出し働きかけてみるとすんなり退院したという「埋もれた」ケースも

あった。多職種で検討することの意義が大きいと思われる。

本人が退院を志向している場合には働きかけやすいが、志向していなくても半ば強引に進めていくことも場合によっては有効なことがある。これも「常識」にとらわれてはできなかつたことかと思われる。

統合失調症や気分障害などの個別の疾患では、すでに多くの診療指針が出されている。今回の前向き研究でも統合失調症の治療ガイドラインを参考に、心理社会的治療の項目が作成された。しかし長期入院の患者の心理社会的治療については、エビデンスの高い研究や報告はほとんどないようである。昨年も報告したように、個別に模索されているのが現状である。今後は、今回得られた所見も加味し検討を続けたい。

D. 結論

前向き研究において、亜急性期患者は入院後 3 か月目の評価時点を経て、その後の数か月の間に 2 割弱が退院していた。その間の退院と関連する要因は、重度慢性暫定基準、個人精神療法、認知行動療法、作業療法、心理教育があった。退院転帰からみて重度慢性基準の妥当性が示唆され、また治療的要因が重要なことも示唆された。

精神科地域移行実施加算により 5 年以上の長期入院患者を退院させている病院の調査により、退院に至る経路は個々のケースで異なっていることがわかった。

今後は、前向き研究の対象例の中で重度

慢性暫定基準を満たしつつも退院に至る患者の分析などを加味し、重度慢性患者の心理社会的治療の指針を検討したい。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 退院群と非退院群の比較:基本事項

	退院(N=122)	非退院(N=524)	P値
性別:			
男性	60	244	0.616
女性	62	280	
年齢(SD)	51.8(17.4)	54.1(16.5)	0.172
初発年齢(SD)	33.1(20.0)	33.3(19.9)	0.918
治療開始年齢(SD)	36.7(18.8)	37.4(19.5)	0.696
主診断名:			
F0	4	23	0.886
F1	11	38	
F2	68	311	
F3	27	118	
F4	6	17	
F5	0	2	
F6	1	4	
F7	4	10	
F8	1	8	
F9	0	3	
G40	0	1	
経済上の問題:			
あり	21	93	0.504
なし	101	431	
通算入院回数:			
なし	29	110	0.886
1回	17	67	
2回	16	69	
3回以上	60	276	
不明	0	2	
通算入院期間:			
なし	30	106	0.318
1年未満	44	164	
1年以上	48	253	
不明	0	0	
前回入院からの期間:			
初回	37	137	0.293
1ヶ月以上～3ヶ月未満	8	71	
3ヶ月以上～1年未満	31	132	
1年以上	45	178	
不明	1	6	
デイケア・ナイトケア・デイナイトケアの利用歴:			
あり	18	87	0.365
なし	104	437	
今回入院前1ヶ月間の服薬:			
規則的	54	210	0.634
不規則	26	126	
中断	12	72	
不明	14	47	
処方なし	16	69	
精神科訪問看護の利用:			
あり	15	87	0.147
なし	107	437	

表1 退院群と非退院群の比較:基本事項(つづき)

	退院(N=122)	非退院(N=524)	P値
精神科訪問看護の利用回数:			
1回	3	13	0.256
2回	6	25	
3回	0	1	
4回	4	41	
5回	1	0	
7回	0	1	
8回	1	3	
12回	0	3	
障害福祉サービスの利用:			
あり	14	94	0.052
なし	108	430	
行政サービスの利用:			
あり	13	68	0.299
なし	109	456	
精神障害者保健福祉手帳の利用:			
あり	39	153	0.309
なし	83	371	
自立支援医療費(精神通院)の利用:			
あり	69	290	0.455
なし	53	234	

表2 心理社会的治療等の施行頻度

個人精神療法(30分以上、週1回以上をほぼ継続)	60.1%
認知行動療法(CBT, 診療報酬として算定)	1.4%
行動療法(プログラムとして専門職が行う、週1回以上)	3.1%
作業療法(精神科作業療法として算定、週1回以上)	70.9%
集団精神療法(プログラムとして専門職が行う、週1回以上)	7.4%
心理教育(プログラムとして専門職が行う、週1回以上)	6.8%
SST(退院準備プログラム等で(プログラムとして専門職が行う、週1回以上)	5.9%
SST(上記以外のものでプログラムとして専門職が行う、週1回以上)	4.8%
退院前訪問指導	10.1%
服薬管理(週1回以上)	18.3%
連絡調整会議(院内スタッフ、3ヶ月以内に1回以上)	31.4%
ケア会議(外部の地域スタッフ、1年以内に1回以上)	13.6%
障害福祉サービスの導入	8.0%
介護福祉サービスの導入	6.0%

表3 重度慢性暫定基準と退院に関連した心理社会的治療の多変量解析

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp (B)
障害福祉サービスの利用	-.490	.318	2.378	1	.123	.613
重度慢性暫定基準	.349	.209	2.800	1	.094	1.418
個人精神療法	-.467	.220	4.504	1	.034	.627
認知行動療法	-1.091	.724	2.268	1	.132	.336
行動療法	-.956	.512	3.487	1	.062	.385
作業療法	-.716	.260	7.601	1	.006	.489
心理教育	-.522	.356	2.149	1	.143	.594
定数	3.143	.667	22.204	1	.000	23.168

分担研究報告

分担研究者：堀口寿広

独立行政法人
国立精神・神経医療センター

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

「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」

分担研究報告書

退院を目標に設定した精神疾患の地域連携クリニカルパスに対する意見の調査

研究分担者 堀口寿広 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 室長

研究要旨:退院を目標とした地域連携クリニカルパス(パス)を作成して普及させることにより、「重度かつ慢性」の基準に該当するものの医療に資することを目標として、2つの研究を実施した。研究1では、地域医療計画にもとづき地域連携の充実に向けて地方公共団体が整備するパスに関する情報を収集することを目的として、全国の都道府県および政令市による精神疾患向け共用パスの整備状況をアンケート調査によりたずねた。24団体から回答があり、そのうち5団体がパスを作成していた。作成されているパスの内容は認知症向けの地域連携パスが4団体、発達障害向けの地域連携パスが1団体であった。研究2では、全国の国公立大学の精神医学講座を対象として、①パスの導入状況、②昨年度の研究で作成した試作版のパスを提示し追加すべき事項等についての意見、③退院後の経過観察のために実施している工夫などについてアンケートにより調査を実施した。14講座から回答があり、①パスの導入については7講座で実施しており、②新たに追加すべき項目として15項目があげられた。③退院後の経過観察のために工夫をしているとの回答はなかった。②を踏まえて、試作版パスを改訂した。

研究協力者

伊藤弘人 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 部長

この計画書に相当するものがクリニカル(または、クリティカル)パス(以下、パスと略記)であり、診療報酬によるインセンティブが付けられたこともあり、今後、一層の普及が進むことが期待されている。

早期退院を確実なものとして、入院患者が新たに「重度かつ慢性」に移行するものを防ぐこととあわせて、長期の在院者についても退院を促進し地域へつないでいくことが今後の精神医療には求められている。

ここで、入院中に実施した医療やケアの各内容について、パスに設定された一定の道筋に沿って実施し、その実施した内容をパスに記録していくことは、どのような患者が将来的に「重度かつ慢性」の定義を満たすことになるのか、あるいは、どのような治療やケア

A. 研究目的

平成26年4月の診療報酬改定において、院内標準診療計画加算が新設された。急性期の精神疾患患者に対するチーム医療を推進し早期退院を促すため、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料1の算定患者のうち、統合失調症および気分障害の患者に対して計画書に基づいた医療を提供した場合に診療報酬による評価がなされることとなったのである。

をどの時期に実施することが「重度かつ慢性」への移行を防止できるのか研究する上では欠かせない作業である。また、長期在院者の地域移行を促進する取り組みについても、地域連携の過程ではパスを適用していくことが必要である。

しかしながら、精神医療におけるパスの普及は、他の診療科に比して必ずしも高くはない。その要因として、患者個人間で症状や生活史や家族関係など背景が異なることにより、パスを適用しても記録として完遂しない「逸脱（バリエーション）」の状態になるためと説明されている^{1),2)}。バリエーションの発生とパスの導入に対する消極的な態度とは、相互に関係し合っているようである。一方で、必要と考えられる項目をすべて盛り込もうとすることで、かえってパス自体が煩雑になり、記録する作業を容易ではないものにする例も指摘されている。

当分担研究では、パスの普及をさらに進めるための方法の一つとして、診療報酬化を踏まえてこれからパスを導入することを検討する医療機関が参考にし得る基本的な様式を提示することが効果的と考えている。退院を目標に設定した精神疾患の地域連携パスを作成することを目標とし、そこに向けて、関係者間の知見を集積して一定の合意（experts' consensus）の形成を目指して研究を実施してきた。

平成 25 年度の研究では、全都道府県の担当課を対象として精神疾患に適用し得るパスの策定（あるいは、その計画）の有無をたずねた。34 団体から回答があり、退院に関連したパスを導入している公立病院を有する団体が 1 あった。また、全国の精神科救急入院料認可施設 114 施設を対象としてアンケート調査を実施し、パスの導入状況についてたずねたところ、25 施設から回答があり、20 施設でパスを使用しているという情報を

得た。また、架空の事例を提示して必要な医療等についての意見を募集してパスの試作を行った。

平成 26 年度は、昨年度の成果を踏まえて、次の二つの研究を実施した。

研究 1. 医療計画に関連した都道府県によるパスの整備状況に関する調査

昨年度の研究において、パスの策定について検討中という団体もあったことから、引き続き都道府県によるパスの整備状況について情報を収集することを目的とした。今年度は、政令市を対象に加えた。

研究 2. 退院を目標に設定した精神疾患の地域連携クリニカルパスに対する意見の調査

全国の大学の精神科講座等を対象として、架空の事例に対して実施する医療・ケアの内容を回答してもらうことによって、作成すべきパスに対する意見を収集することを目的とした。

B. 方法

1. 対象と方法

研究 1. 医療計画に関連した都道府県によるパスの整備状況に関する調査

全都道府県 47 団体ならびに政令市 20 団体の医療計画担当課を対象として、次の 2 点を質問するアンケート調査を実施した。

【問 1】 県または市独自のものとして、①精神科疾患について、もしくは、②精神疾患にも使用し得る疾患共通型のものをすでに作成しているか

【問 2】 今後、作成の予定はあるか

使用の有無について二択式で尋ねた。

調査の主旨を説明し回答を依頼する文書と回答用紙、返信用封筒を、各都道府県ならびに政令市の担当課へメール便[®]で送信した。

依頼文では、調査への協力は任意であり、集計結果のみを扱うこととし、団体ごとの回答の有無ならびに団体が特定される情報を用いないことを確約した。

平成 26 年 12 月に送信し、回答のメ切は平成 27 年 1 月 15 日とした。回答を返送することで調査への協力に同意したものとみなした。

研究 2. 退院を目標に設定した精神疾患の地域連携クリニカルパスに対する意見の調査

わが国の国公立大学（防衛医科大学校を含む）において精神医学を専攻とする講座・教室等（以下、統一して講座と略記）80 箇所を対象としてアンケート調査を実施した。

大学の講座は、大学附属病院において高度な医療を実践しており「適切かつ十分な医療を実施したにもかかわらず退院が困難となる」という文言の前段部分を満たすと考えられた。また、教育機関として新たな医療者の育成も実施しており、将来のわが国の精神医療を担う人材、ならびに、その指導的な立場にある人材が、「重度かつ慢性」についてどのような考えを有しているかは、研究班全体の課題にも大きな関心事であると考えたため、調査の対象として選定した。

各対象講座宛てに、調査への協力を求める依頼状と調査用紙、公告文書、返信用封筒を同封してメール便で送信した（平成 26 年 12 月）。

質問した内容は、パスに関する情報の収集として、次の 4 点である。

【Q1】パスの使用の有無

【Q2】使用しているパスの種類

疾患別（統合失調症、うつ、気分障害、認知症、その他）と、目的別（治療の管理、退院促進、地域連携、m-ECT 実施、その他）に大別して該当するものすべてを尋ねた（複数回答）。

【Q3】「幻覚妄想状態にあり医療保護入院となった架空の事例」³⁾に対し、(ア)どのような項目を設定するべきか、(イ)当該患者に対し退院に向けてどのような医療ケアの実施を計画するか

パスは、A 票として診療計画表、B 票として診療経過表を用意した。昨年度の研究によって作成した試作版を参考資料として添付し、記載内容をもとに加筆修正を依頼した。

【Q4】①現在使用中のパスを「重度かつ慢性」の入院患者に適用するために必要となる工夫と、②退院した後の患者が定期的な通院を実施しているか個別に把握するための工夫について

さまざまな立場の職員の意見を収集することを目的として、回答の記入は複数の職員で実施するものとし、記入に当たり関与した職員の職種と人数を記入することを依頼した。

回答を返送することで調査への協力に同意したものとみなした。回答のメ切は平成 27 年 1 月 15 日とした。

また、使用しているパス等について各施設が作成したものがあれば回答の返送時に寄贈していただくよう依頼した（任意）。

この調査は一定の基準で選定した医療機関を対象とした、医療・看護・その他のケアの内容に関する調査であり、当該施設を利用

する患者およびその家族、ならびに職員個人を対象としたものではない。回答は記名式としたが、報告書等で大学名および講座名等を個別に取り上げないことを約束し、さらに、それらの情報について匿名での取り扱いを希望することを選択できるようにした。調査の実施者は、本調査の実施によって患者の個人情報的一切収集していない。

調査の実施に先立ち独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会より実施の承認を得た（承認番号：A2013-101）。

（昨年度の調査から対象とする医療機関の範囲の拡大として、変更の申請を行い承認を受けた後実施した。）

回答から一定の合意の形成に至るための方法として、本研究では、昨年度の調査を引き継ぎ得票形式を採用した。すなわち、同一意見の多かった項目ほど、関係者間で必要と考えるものが多く、重要度が高い内容であるとみなしてパスの項目に採用した。昨年度の試作版パスの集計結果に、今回の調査の回答を加算することにより、項目の見直しを行った。

C. 研究結果

研究 1. 医療計画に関連した都道府県によるパスの整備状況に関する調査

18 都道府県と 6 政令市からなる合計 24 団体（回答回収率：35.83%）から回答があった。

【問 1】パスの作成について

試作段階の 1 団体を含め都道府県共用型の認知症の地域連携パスを導入しているという都道府県が 4 団体、発達障害についての地域連携パスの導入を開始するという都道府県が 1 団体あった。

今回、調査を通して、4 団体からパスの寄

贈があった。

【問 2】今後、作成の予定はあるか

現在導入していない団体に今後作成の予定はあるか尋ねたところ、いずれも「未定」あるいは「予定はない」との回答であった。

研究 2. 退院を目標に設定した精神疾患の地域連携クリニカルパスに対する意見の調査

14 講座（回答回収率：17.50%）から回答があった。（以下、各大学病院での実施状況に関する回答とみなし、数値の単位は講座に代わり施設として記す。）

【Q1】パスの使用の状況

使用しているとの回答は 7 施設（50.00%）あった。

【Q2】使用しているパスの種類

パスを使用していると回答のあった 7 施設のうち 1 施設で、2 種類のパスを導入していた。

疾患別（複数回答）では、急性薬物中毒が 2 施設、統合失調症が 1 施設、認知症が 1 施設であった。

目的別（複数回答）では、m-ECT が 5 施設、検査、治療の管理、全身状態の管理がそれぞれ 1 施設であった。

今回、調査を通して、1 施設からパスの見本 2 点の寄贈があった。

【Q3】架空事例についてのパスの試作

10 施設が回答を記入した。

職種別では、医師 18 人、医師と看護師 10 人、精神科ソーシャルワーカー（PSW）14 人、栄養士 7 人、臨床心理士 7 人、作業療法士 7 人、薬剤師 7 人の、合計 70 人が記入した。