

201516021A

平成27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27年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 安西信雄

(帝京平成大学大学院)

平成28(2016)年 3月

報告書の修正について

平田豊明分担研究者より修正依頼があったため、以下の通り [差し替え] しました。

文献番号：201516021A

課題番号：H25-精神-一般-007

補助金名：厚生労働科学研究費補助金

研究事業名：障害者対策総合研究事業

年度・研究成果の区別：平成 27 年度 総括・分担研究報告書

研究課題名：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

研究代表者名：安西 信雄

【修正箇所】

以下の図表を差し替えました。

P.50 図 3 受診件数（2014 年度）

P.50 図 4 入院件数（2014 年度）

P.53 表 2 精神科救急医療体制整備事業年報（26 年度）

【修正理由】

「精神科救急医療体制整備事業年報（26 年度）」について、千葉県を受診件数・入院件数・入院形式の件数が修正になったため、p.50 の図 3-4、p.53 の表 2 の修正が必要となり差し替えが必要となった。

平成 30 年 11 月 08 日

研究代表者 安西 信雄

平成27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27年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 安西信雄

(帝京平成大学大学院)

平成28(2016)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（帝京平成大学大学院 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 -----	25
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 -----	37
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 -----	57
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 -----	65
村上 優（独立行政法人国立病院機構 榊原病院 病院長）	
5. 医療観察法病棟における重症患者の調査研究 -----	77
平林 直次（国立精神・神経医療センター病院 部長）	
6. 重症入院患者の薬物療法治療指針に関する研究 -----	97
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 -----	111
萱間 真美（聖路加国際大学 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 -----	123
井上 新平（福島県立医科大学会津医療センター 特任教授）	
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 -----	147
堀口 寿広（国立精神・神経医療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 -----	163
立森 久照（国立精神・神経医療センター精神保健研究所 室長）	
11. 精神科病院における安心・安全の医療環境を確保するための研究-----	（別冊）
橋本喜次郎（国立病院機構肥前精神医療センター 副院長）	
III データ集計結果 -----	183

総括研究報告書

平成 27 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（帝京平成大学大学院 教授）

分担研究者

河崎 建人（水間病院 病院長／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 病院長）

吉邨 善孝（済生会横浜市東部病院 部長）

村上 優（国立病院機構榊原病院 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（聖路加国際大学 教授）

井上 新平（福島県立医科大学会津医療センター 特任教授）

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）

橋本喜次郎（国立病院機構肥前精神医療センター 副院長）

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）、川口 英明（成仁病院）、大竹 正道（日本精神科病院協会事務局）、木田 直也（国立病院機構琉球病院）、北島 和俊（〃）、来住 由樹（岡山県精神科医療センター）、横井 優磨（国立精神・神経医療研究センター病院）、船田 大輔（〃）、武田 直也（〃）、宮田 量治（山梨県立北病院）、長谷部 真歩（〃）、山下 徹（〃）、木戸 芳史（聖路加国際大学）、角田 秋（〃）、佐藤 鏡（〃）、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（〃）、山之内 芳雄（〃）、中神 由香子（静岡てんかん・神経医療センター）、戎 正司（医療法人おくら会芸西病院）、須藤 康彦（医療法人須藤会土佐病院）、元木洋介（社会医療法人あいざと会藍里病院）
下里 誠二（信州大学学術研究院）、鮫島 隆晃（鮫島病院）、西谷 博則（琉球病院）、中川 光幸（肥前精神医療センター）、松尾 康志（〃）、山崎 京子（〃）、益田 和利（〃）

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で、「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、「重度かつ慢性」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。本研究は上記の方針に沿い、「重度かつ慢性」の基準と必要な治療体制・治療指針を明らかにすることを目的に実施した。

平成25年度に作成した暫定基準案をもとに平成26年度に調査票を作成し、急性期群500人、亜急性期群700～1000人の新規入院患者の登録を目標に調査を実施した。日本精神科病院協会、自治体病院協議会、精神病床を有する国立病院、総合病院精神医学会および医療観察法関係団体の協力を得て、全国の精神科病院に協力を依頼し、精神科救急病棟への入院時点から評価を実施する群（以下「急性期登録群」）と、入院後3ヵ月を超えて入院している患者群（以下「亜急性期登録群」）の2群の登録と入院後1年までの評価を依頼した。患者選択が恣意的にならないよう、平成26年10月1日以降の新入院患者について、急性期群では最初から10人まで、亜急性期群では5人まで、連続的に登録するよう依頼した。

平成26年10月から患者登録を開始し、急性期群は574人(60病院)、亜急性期群802人(219病院)の新規入院患者が登録され、登録患者数の目標は達成された。

急性期群の平均年齢は46.7±16.5歳、亜急性期群は53.8歳±16.7歳で、亜急性期群の方が年齢がやや高く、通算入院回数が多く、通算入院期間がやや長かった。急性期群(574人)では入院後3ヵ月までに通院治療に422人(73.5%)が移行し、3ヵ月以上在院したのは87人(15.2%)であった。後者のうち62人(71.3%)が1年までに退院し、1年以上在院したのは19人(急性期群の3.3%)であった。亜急性期群(802人)では入院1年以内に533人(66.5%)が退院し、1年以上在院したのは186人(23.1%)であった。

亜急性期群で1年以上継続して在院した186人について、担当医に1年時点での退院可能性を問い、退院困難と判断される場合は「病状が重症または不安定であるため」か、「それ以外の理由」によるかの判断を求めた。その結果、退院可能(X群)40人、病状により困難(Y群)85人、その他で困難(Z群)61人となった。診断はどの群も統合失調症圏が60%前後、気分障害圏が20%前後で、Z群と比べてY群では精神症状(BPRS)では、幻覚による行動、衝動性などがより活発で、行動障害や生活障害もより重かった。入院1年時点の評価による暫定基準を満たす率は、Y群は75.3%で、X群35.0%、Z群49.2%より有意に高かった。入院治療が1年間行われたにもかかわらず病状が重い場合退院が困難と担当医が判断しているY群は「重度かつ慢性」の概念に近いと考えられるので、この結果は暫定基準の妥当性を示すものと考えられる。そこで研究班の合議により一部修正のうえ本研究で用いた「暫定基準案」の暫定を取り「重度かつ慢性」基準案として提案した。

本研究の成果が生かされて、重い精神障害を有する入院患者の治療と処遇が改善し、これらの患者の治療と生活の場が次第に入院から地域へと移行していくことを期待したい。

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（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た。平成 25 年度から本研究を実施しているが、その目的は、上記の方針に沿い、①(疾病が重いための)「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、③さらに、入院後早期から適切な治療を実施することにより長期化する患者を減らし、「重度かつ慢性」となる患者を最小化する入院治療の指針を明らかにすることである。

平成 25 年度に長期在院患者の実態調査にもとづき「重度かつ慢性」患者の「暫定基準案」をまとめた。これはアウトカム（退院転帰）に影響する可能性のある要因を評価するため、①患者の状態評定（精神症状、行動障害、生活障害等）、②医療プロセス（入院前および入院後の治療内容（クロザピンを含む薬物療法、m-ECT や地域ケア・心理社会的治療等）を包括的に評価するものである。平成 25 年度に研究班で検討した結果、暫定基準案の妥当性を確かめるためには、新規入院患者を対象とする前向きフォローアップ調査を実施することが必要と考えられた。

そこで平成 26 年度に暫定基準案を骨格とする調査票を作成し、急性期群 500 人、亜急性期群 700～1000 人を目標に新規入院患者の登録を実施し、入院後 1 年までの前向き追跡調査を開始した。

今年度は対象患者の入院後 1 年までの退院転

帰やその他のデータを得て、急性期群と亜急性期群について、①対象群のプロフィール、②退院転帰に影響する要因、③基準案に関連する諸指標、④医療プロセス（薬物療法・心理社会的治療）に関する検討を行い、急性期群と亜急性期群の差異の検討を踏まえ、「重度かつ慢性」基準案の妥当性の検討と基準の精密化、および、基準に該当する患者群に対して必要な医療体制と治療指針を明らかにすることを目的として研究を実施した。

B. 研究方法

(1) 対象患者と除外基準、登録方法

わが国において精神病床を運営する主要な団体である日本精神科病院協会（約 1200 施設）、自治体病院協議会（約 50 施設）、精神病床を有する国立病院（13 施設）、総合病院精神医学会加盟病院（約 80 施設）および医療観察法関係団体の協力を得て、全国の精神科病院に協力を依頼し、精神科救急病棟への入院時点から評価を実施する群（以下「急性期登録群」と、入院後 3 ヶ月を超えて継続して入院している患者を登録・評価する群（以下「亜急性期登録群」）の 2 群を登録し、いずれも入院後 1 年まで評価を継続することとした。以下、「急性期登録群」を「急性期群」、「亜急性期登録群」を「亜急性期群」と呼ぶ。それぞれの名称は登録時点の差異にもとづくもので、状態そのものを表現したものであることにご注意をお願いしたい。

対象患者の除外基準は、①主診断が認知症の患者、②今回の入院日から遡る 1 ヶ月間に精神科病院に入院したことがある患者（自院でも他院でも）、③以前に精神科に入院していたが、身体疾患治療のために他院（精神科以外）に入院し、身体疾患治療が終わったため精神科入院を依頼された患者、④入院時に転院先や転院時期が決まっている患者である。

患者選択が恣意的にならないよう、当該病院での平成 26 年 10 月 1 日以降の入院患者について、急性期群では最初から 10 人まで、亜急性

期群では5人まで、連続的に登録するよう依頼した(consecutive case registry)。

(2) 評価方法

評価については、暫定基準案をもとに作成した調査票(患者状態評定、医療プロセス評定等)を用い、急性期群では入院時および3ヵ月在院時(それまでに退院した場合は退院時)に実施し、亜急性期群では3ヵ月および1年在院時(それまでに退院した場合は退院時)に評価を行うこと、急性期群では入院1年後に転帰調査を実施することとした。

主な評価項目は以下の通りである(調査票は平成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 総括研究報告書を参照されたい)。

1) 施設票

精神病床数、医師・看護師数等、施設基準、平成25年度診療実績等

2) 患者票

急性期群は調査A～F、亜急性期群は調査A～Eを実施。

【調査A】基本事項(登録時):診断、性別、入院時年齢、入院日、入院形態、重複障害の有無等

【調査B】基本事項(評価時点):退院の有無(その月日等)、主診断名、重複障害の有無、重篤副作用の発現等

【調査C】状態評定(評価時点):当該患者が入院している病棟の種別と人員配置、評価時点の入院形態、全体評価(GAF)、症状評価(BPRS)、行動評価(問題行動評価表)、生活障害評価、2軸評価、身体評価、隔離・拘束の実施、対象者が評価時点までに退院出来なかった理由の評価、退院困難要因の評価(退院困難度尺度)等。

【調査D】医療プロセス(今回入院する前まで):病歴・治療歴(過去の病歴・治療歴等、地域サービスの利用)。

【調査E】医療プロセス評価(今回入院後～評

価時点まで):薬物療法、高度な治療(m-ECT、クロザピン)、非薬物療法の実施。

【調査F】1年後の転帰(急性期群):退院の有無、現在の治療形態、精神科への再入院。

亜急性期群調査の評価時期と評価項目は次のように設定した。

①入院時点から3ヵ月後に在院している対象者は、入院3ヵ月時点で調査A・C・D・Eを行う。

②入院時点から3ヵ月以降12ヵ月以内に退院した対象者は、退院時点で調査B・C・Eを行い調査終了。

③入院時点から12ヵ月後に在院している対象者(NLS)は、12ヵ月時点で調査B・C・Eを行う。

急性期群調査の評価時期と評価項目は次のように設定した。

①入院時調査として調査A・C・Dを行う。

②入院後3ヵ月以内に退院した場合、退院時に調査B・C・Eを行う。

③入院後3ヵ月を超えて在院していた場合は、3ヵ月時点で、調査B・C・Eを行う。

④入院後12ヵ月時点で「1年後転帰調査F」を行う。

平成25年度研究で「重度かつ慢性」暫定基準案を、精神症状は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、行動障害では、問題行動評価表の項目のいずれが月に1～2回以上、生活障害は自立支援法医師意見書の生活障害評価の能力障害が4以上、身体合併症は、水中毒・腸閉塞(イレウス)・反復性肺炎が入院治療を要する程度にある場合と定めたので、登録患者における暫定基準(重症度評価)に関連した特徴を検討した。

(3) データの回収および集計

当該病院においてデータ保護管理者を決め、データ保護管理者は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こととした。データ保護管理

者は、データ提出にあたっては、連結可能匿名化のもととなる参照リストを作成し、匿名化されたデータを提出した。

(4) 統計解析の実施

統計処理は SPSS Version 17 を用い、 χ^2 検定、平均値の差の検定、ロジスティック回帰等を実施した。

(倫理面への配慮)

本調査研究は帝京平成大学倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号 25-073)。

C. 結果

平成 26 年 10 月から患者登録を開始し、急性期群は 574 人(60 病院)、亜急性期群 802 人(219 病院)の新規入院患者が登録された[図表 219,221]。登録開始時に主診断が認知症(ICD-10 コードで F00~F03)の患者が多数含まれていたため、各病院に診断の問い合わせを実施し、主診断が認知症でないことを確認できた患者を前向き調査研究の対象とした。患者登録の目標は、急性期群 500 人、亜急性期群 700~1000 人であったため、目標は達成された。これらの対象につき、下記の調査を実施した。

(1) 対象の基本的属性

急性期群(574 人)では、患者の年齢は平均 46.7 歳±16.5 歳、初発年齢は平均 32.5 歳±17.5 歳で、治療開始年齢は平均 34.1 歳±17.2 歳で、初発後の未治療期間は 1.6±5.1 年であった[図表 9]。女性が 54.0%で男性よりやや多かった[図表 10]。最初に入院した病棟は精神科救急入院料病棟(1、2、合併症型)が 100%であった[図表 11]。入院形態は任意入院は 24.7%で、医療保護入院が 65.5%であった[図表 13]。診断は、統合失調症圏が 275 人(47.9%)、気分障害圏が 167 人(29.1%)で、次いで物質使用 38 人(6.6%)、神経症圏 31 人(5.4%)であった[図表 14]。重複診断を有する者は 117 人(20.4%)で、内訳は多い順に薬物依存 34 人(5.9%)、知的障害 31 人(5.4%)、発達障害 19 人(3.3%)、器質性障害 18 人(3.1%)、パーソナ

リティ障害 31 人(3.1%)であった[図表 15]。通算入院回数は 3 回以上が 224 人(39.0%)[図表 17]で、通算入院期間は、なし 193 人(33.6%)、1 年未満 217 人(37.8%)、1 年以上 160 人(27.9%)[図表 18]で、今回入院前 1 ヶ月間の服薬は規則的 243 人(42.3%)に対し不規則または中断は 207 人(36.1%)であった[図表 21]。経歴上の問題を有する人は 45 人(7.8%)であった[図表 16]。

亜急性期群(802 人)では、患者の年齢は平均 53.8 歳±16.7 歳、初発年齢は平均 33.4 歳±19.7 歳で、治療開始年齢は平均 37.2 歳±19.2 歳で、初発後の未治療期間は 3.7±10.4 年であった[図表 128]。女性が 52.2%で男性よりやや多かった[図表 129]。最初に入院した病棟は精神病棟 15 対 1 入院基本料病棟が 44.6%、精神科急性期治療病棟(医師 16 対 1 以外)が 15.7%、同(医師 16 対 1)が 11.6%であった[図表 130]。入院形態は任意入院が 49.1%、医療保護入院が 45.3%であった[図表 132]。診断は、統合失調症圏が 479 人(59.7%)、気分障害圏が 188 人(23.4%)で、次いで物質使用 41 人(5.1%)、器質性精神障害 30 人(3.7%)、神経症圏 28 人(3.5%)であった[図表 133]。重複診断を有する者は 150 人(18.7%)で、内訳は多い順に器質性障害 46 人(5.7%)、知的障害 42 人(5.2%)、薬物依存 35 人(4.4%)、パーソナリティ障害 18 人(2.2%)、発達障害 17 人(2.1%)であった[図表 134]。通算入院回数は 3 回以上が 425 人(53.0%)[図表 136]で、通算入院期間は、なし 160 人(20.2%)、1 年未満 257 人(32.0%)、1 年以上 384 人(47.9%)であった[図表 137]。今回入院前の服薬は規則的 335 人(41.8%)に対し不規則または中断は 294 人(36.7%)であった[図表 140]。経歴上の問題を有する人は 138 人(17.2%)であった[図表 135]。

急性期群と亜急性期群は、入院した病棟も評価時期も異なるため厳密な比較は難しいが、以下のような差異が認められた。

急性期群と比べて亜急性期群は、入院時年齢と治療開始年齢が高く、未治療期間も長かった[図表 262]。急性期群では医療保護入院が 65.5%

を占めたが、亜急性期群では任意入院と医療保険入院がほぼ同数で[図表 264]、通算入院回数が3回以上の患者がより多く、1年以上の入院経験を持つ患者が約半数を占めていた(急性期群では27.9%)[図表 264]。診断については、亜急性期群では統合失調症圏患者は479人(59.7%)であったが、急性期群では275人(47.9%)で、急性期群より亜急性期群で有意に統合失調症患者が多かった[図表 264] ($p<0.01$)。一方、気分障害圏患者は亜急性期群では188人(23.4%)であったが急性期群では167人(29.1%)で、亜急性期群より急性期群が多かった[図表 263] ($p<0.05$)。

(2) 対象の状態評価

急性期群では、入院時および入院後3ヵ月まで継続して入院していた患者は3ヵ月時、それまでに退院した患者は退院時に状態評価が実施された。急性期群の精神症状評価(BPRS合計点)は、入院時は平均 49.5 ± 16.5 であったが、3ヵ月までに退院した患者の退院時評価では平均 33.8 ± 13.0 となっていた[図表 27,28]。

亜急性期群では登録時(入院後3ヵ月)の評価ではBPRS合計点の平均は 45.6 ± 16.0 で、入院後1年までに退院した患者の退院時の評価は平均 38.5 ± 14.8 であった[図表 146,147]。

(3) 転帰に影響する要因の検討

登録患者の入院後1年までの転帰をフローチャートに示した[図表 1]。上段が急性期群、下段が亜急性期群である。

急性期群(574人)の3ヵ月後調査では、それまでに422人(73.5%)が通院治療に移行し、3ヵ月以上在院していたのは87人(15.2%)であった。追跡から脱落した患者は65人(11.3%)であった。急性期群の1年後調査では、3ヵ月以上在院していた87人のうち62人(71.3%)が退院していたが、1年以上在院は19人で、これは登録患者の3.3%であった。3ヵ月以上在院患者87人に対する1年以上在院患者の割合は21.8%であった[図表 1]。

亜急性期群(802人)では入院3ヵ月時点で登録が行われ、入院後1年まで(登録後9ヵ月まで)

追跡調査が行われた。入院1年以内に退院したのは533人(66.5%)で、登録患者に対する1年以上在院患者の割合は23.2%であった。亜急性期群で1年までに追跡から脱落した患者は83人(10.3%)であった[図表 1]。

急性期群で、3ヵ月までに退院したA群(422人)と、3ヵ月以上入院を継続した患者B群(87人)を追跡時点の評価(すなわち、退院した患者は退院時、3ヵ月以上入院を継続した患者は3ヵ月時点の評価)で比較したところ、精神症状(BPRS評価)では、情動的引きこもり、概念の統合障害、衝動性や不自然な姿勢、猜疑心、幻覚による行動などの多くの項目でB群の評価はA群より有意に高かった[図表 80] ($p<0.01$)。行動障害では、自殺念慮と自傷行為はA群がB群より有意に高く、集中力低下、介助等への拒否・拒絶・抵抗行為、徘徊、多動・行動の停止ではB群がA群より有意に高かった[図表 81] ($p<0.05$)。生活障害については保清、金銭管理、服薬管理、対人関係についてB群の方がA群より有意に高かった[図表 82] ($p<0.01$)。

亜急性期群で入院1年以内に退院した患者(IV群,533人)と、入院後1年以上在院した患者(V群,186人)との間で、入院3ヵ月登録時点で差異が認められたのは、精神症状ではV群の方がIV群より興奮($p<0.01$)、情動的引きこもり、概念の統合障害、非協調性、不自然な思考内容、情動の平板化($p<0.05$)で有意に高い評価であった[図表 174]。問題行動については、他者への迷惑行為、失禁、不潔行為、介助等への拒否・拒絶・抵抗行為、徘徊、多飲水でいずれもV群がIV群より有意に高い評価であった[図表 175] ($p<0.01$)。

(4) 担当医による退院可能性の判断と退院実績

亜急性期群では患者登録時(入院3ヵ月時点)に担当医から次の設問に回答を得た。

[問] 対象患者は入院後1年以内に退院できる可能性はありますか？ 困難と回答された場合は、その理由も選択してください。

1. 可能性あり (X群)

2. 困難

①病状が重症または不安定であるため(Y群)

②それ以外の理由 (Z群)

亜急性期群 802 人のうち入院後 1 年までの転帰が明らかな 719 人について、担当医による退院可能性判断と実際の退院転帰との関連を検討した。担当医による退院可能性の分類は X 群 640 人(89.0%)、Y 群 45 人(6.3%)、Z 群 34 人(4.7%)であった。

入院後 6 ヶ月 (登録後 3 ヶ月) までの退院の有無と担当医による退院可能性の分類との関連を検討したところ、退院率は、退院可能と判断された X 群は 38.4%であったが、Y 群 6.7%、Z 群 8.8%で、退院可能群で有意に高かった[図表 192]($p<0.01$)。入院後 1 年 (登録後 9 ヶ月) までの退院率は、X 群 66.7%に対し、Y 群 20.0%、Z 群 23.5%で、退院可能群で有意に高かった[図表 193]($p<0.01$)。このように患者登録時に行われた担当医による退院可能性判断と実際の退院との間に強い関連が認められた。そこで次に、亜急性期群で 1 年以上継続して在院した患者に対して、担当医が行った退院可能性と退院困難理由の判断と暫定基準との関連の検討を行った。

(5) 亜急性期群で入院後 1 年以上在院した患者の退院困難理由による分類と各群の特徴

亜急性期群では、登録患者 802 人のうち 186 人 (23.2%) が 1 年以上継続して在院した (V 群) [図表 1]。これらのうち、病気が重いために退院出来なかった患者と、受け入れ体制が整わないなど病状以外の理由で退院出来なかった患者を見分ける手がかりを得るために、V 群の患者について、主治医に次の評価を依頼した (括弧内に各群に該当する患者数を示した)。

[問]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? 困難と回答された場合は、その理由も選択してください。

1. 可能性あり (X 群 40 人)

2. 困難

①病状が重症または不安定であるため(Y群 85 人)

②それ以外の理由 (Z 群 61 人)

1 年を超えて在院した患者のうち、主治医による評価で、その時点で退院可能性ありとされたものを X 群、残りの退院困難と評価された患者のうち、病状が重症または不安定であるためと評価されたものを Y 群、病状以外の理由で退院困難と判断されたものを Z 群とした。X 群は 40 人、Y 群は 85 人、Z 群は 61 人であった[図表 149]。

1 年を超えて在院していた患者のうち主治医が評価した退院困難理由が「病状が重症または不安定であるため」であった患者 (Y 群) はどのような特徴を持つ患者群であろうか。

これを知るため X 群および Z 群と Y 群を比較したところ、診断はどの群も統合失調症圏が 60%前後、気分障害圏が 20%前後で大きな違いはなく[図表 151]、入院形態は Y 群でやや医療保護入院が多いが有意な差はなかった[図表 152]。Y 群と、病状以外の理由で退院困難とされた Z 群を比較したところ、Y 群は Z 群に対して、1 年在院時点の評価で、退院困難度尺度の自閉的行動 (人との関わりの持ちにくさ) の評点が高い [図表 161] ($p<0.05$)、精神症状 (BPRS) 評価では、幻覚による行動、衝動性と不自然な姿勢、不自然な思考内容で有意に高く [図表 162] ($p<0.01$)、問題行動では、気分易変性、集中力低下、ストレス脆弱性、多動・行動の停止が有意に高く [図表 163] ($p<0.01$)、生活障害では、食事、生活リズムの評価が有意に高かった [図表 164] ($p<0.05$)。

(6) 暫定基準案への当てはまりと転帰との関連

今回の調査にもちいた暫定基準案を資料 1 に示した。

暫定基準案は一定期間 (1 年間を想定) 適切な入院治療が実施された後の状態を評価し、それが所定の重症度評価を満たす場合に「暫定基

準案を満たす」と判断する。このように暫定基準案は、治療反応性を含む概念であり、「適切な治療」と「実施期間」が前提となる。

ここでは入院治療の期間の要素をいったん考慮から外し、暫定基準案を単なる重症度の基準とみなして、基準への当てはまり（基準を満たす率）を急性期群、亜急性期群について、評価時期ごとに検討した。

急性期群、亜急性期群のそれぞれが暫定基準を満たす率を各評価時期ごとに示した[図表 250]。暫定基準を満たす率は、急性期群では入院時 65.9%、入院後 3 ヶ月までに退院した患者の退院時は 17.0%、3 ヶ月以上在院した患者の 3 ヶ月時点では 34.5%で、亜急性期群では入院後 3 ヶ月（登録時）49.3%、1 年までに退院した患者の退院時は 30.6%、1 年以上在院した患者の 1 年時点では 58.1%であった。身体合併症がある場合の基準を満たす率もやや高いがほぼ同様であった。

身体合併症が暫定基準案の重症度基準を満たすのは「入院治療が必要な程度に存在する身体症状はありますか？」の問いに「あり」と回答し、1.多飲水（水中毒のリスクを伴うもの）、2.腸閉塞（イレウス）、3.反復性肺炎、4.その他、から選択された場合である。これらの選択肢のうちでは、多飲水が最も多く、亜急性期 3 ヶ月登録時 802 人中 27 人(3.4%)、1 年在院患者 186 人中 19 人(10.2%)に認めた。急性期群では入院時 574 人中 13 人(2.3%)、3 ヶ月在院患者 87 人中 4 人(4.6%)に認めた[図表 255]。次に多いのは腸閉塞で、亜急性期 1 年在院患者 186 人のうち 3 人(1.6%)であった[図表 256]。

急性期群 547 人を入院後 3 ヶ月までに通院治療に移行した「地域退院群」(423 人)と入院を継続または転院した「非地域退院群」(124 人)に分け、それらの群の入院時評価で暫定基準を満たす率と、追跡時（3 ヶ月）の評価で暫定基準を満たす率を検討した。これらの群が入院時に暫定基準の総合判定[図表 86,87]、精神症状基準[図表 88]、行動障害基準[図表 89]を満たした率は

両群間で有意差はなく、生活障害基準を満たす率でのみ非地域退院群 57.3%が地域退院群 36.4%より有意に高かった[図表 90]。一方、上記の両群の追跡時、すなわち 3 ヶ月まで退院した患者は退院時、3 ヶ月まで入院継続中のものは 3 ヶ月時点評価を用いて、暫定基準を満たす率をみると、暫定基準総合判定を満たす率は非地域退院群 36.3%、地域退院群 14.9%で前者が有意に高かった[図表 91]($p<0.01$)。精神症状基準についても非地域退院群 41.9%は地域退院群 17.0%より有意に高く[図表 93]($p<0.01$)、生活障害基準を満たす率は非地域退院群 36.3%は地域退院 8.3%より有意に高かった[図表 95]($p<0.01$)。

急性期群で経歴上の問題の有無と暫定基準を満たす率との関連を検討した。急性期群 578 人のうち経歴上の問題ありは 46 人(35.0%)であったが、入院時評価ではそのうち 37 人(80.4%)が暫定基準を満たしていた。経歴上の問題ありで入院時評価で暫定基準を満たさなかったのは 9 人であったが、それらのケースの経歴上の問題の内訳は、窃盗を繰り返して逮捕歴あり、覚醒剤の反復使用で繰り返し受刑、出会い系サイトで知り合った人からお金をもらう、多額の借金などの反社会的行為や逸脱行為が多かった。

ついで亜急性期群の暫定基準合致率について、主に担当医による退院可能性の判断との関連で検討した。

亜急性期群で入院後 1 年を超えて入院を継続していた患者 186 人に対する担当医による退院可能性の判断は、先に述べたように、可能性あり（X群）40 人、病状が重症または不安定であるため退院困難（Y群）85 人、それ以外の理由で退院困難（Z群）61 人であった。これらの X Y Z の分類と暫定基準を満たす率との関連を検討した。

入院 1 年時の評価による暫定基準では、満たす率は、Y群は 75.3%で、X群 35.0%、Z群 49.2%より有意に高かった[図表 177]($p<0.01$)。1 年在院時点の精神症状基準を満たす率は、Y群は 81.2%で、X群 42.5%、Z群 54.1%より有意に高

かった[図表 179]($p<0.01$)。同様に、行動障害基準、生活障害基準でも Y 群が X 群、Z 群より有意に高かった[図表 180,181]($p<0.01$)。

亜急性期群の対象者で経歴上の問題が「あり」と評価された 138 人について、登録時（入院 3 ヶ月）の暫定基準との関連を検討したが、有意な関連は見られなかった[図表 203]。

(7)医療プロセス（薬物療法・心理社会的治療） と諸転帰との関連

薬物療法について、急性期群では前処方なしが 20.3%で、残りの 79.7%のうち、そのまま継続は 44.3%で、主剤の切り替え 29.9%、気分調整薬等の追加 17.6%、剤数削減 12.1%などが試みられていた。デポ剤導入は 2.4%で、アルゴリズムや指針にそった薬物療法の再検討は 1.6%であった。上記の「そのまま継続」のうち、主剤増量が 31.3%を占めていた。mECT 実施は 3.8%で、実施していない理由は「それ以外の方法で改善が見込まれる」が 81.5%を占め、「施設上の理由」は 11.0%であった。クロザピンが使用されたのは 5 人(0.9%)で、使用していない理由は「それ以外の方法で改善が見込まれる」が 76.7%を占め、「施設上の理由」は 12.1%であった。亜急性期群では前処方ありが 79.8%で、そのまま継続は 47.0%で、主剤の切り替え 33.2%、気分調整薬等の追加 18.8%、主たる薬理作用が同じ薬剤の追加投与（併用）14.1%、剤数削減 12.0%などが試みられていた。デポ剤導入は 3.9%で、アルゴリズムや指針にそった薬物療法の再検討は 1.9%であった。上記の「そのまま継続」のうち、主剤増量が 31.6%を占めていた。mECT 実施は 2.2%で、実施していない理由は「それ以外の方法で改善が見込まれる」が 68.1%を占めていたが、「施設上の理由」は 30.9%で急性期群より高かった。クロザピンが使用されたのは 7 人(0.9%)で、使用していない理由は「それ以外の方法で改善が見込まれる」が 62.5%を占めていたが、「施設上の理由」は 33.0%で急性期群より高かった。

心理社会的治療については、急性期群で追跡

時（3 ヶ月以内に退院した患者は退院時、3 ヶ月を超えて入院継続の患者は 3 ヶ月時点）に実施されていたのは、個人精神療法（30 分以上、週 1 回以上をほぼ継続）70.9%、作業療法（精神科作業療法として算定しているもの、週 1 回以上）56.8%が多かった。服薬管理指導 22.7%、連絡調整会議（院内スタッフ）25.6%、ケア会議 13.0%が実施されていたが、それ以外の心理教育 16.8%、SST3.6%、行動療法 2.6%、CBT 0.4%などの実施率は低かった。亜急性期群では、追跡時（入院後 1 年以内に退院した患者は退院時、1 年を超えて入院継続の患者は 1 年時点）に実施されていたのは、個人精神療法 55.6%、作業療法 72.3%が多かった。服薬管理指導 24.6%、連絡調整会議（院内スタッフ）37.6%、ケア会議 20.3%、退院前訪問指導 16.4%が実施されていたが、それ以外の集団精神療法 9.9%、心理教育 9.5%、SST11.6%、行動療法 5.3%、CBT 1.3%などの実施率は低かった。

(8)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と、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。各分担研究者には、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いた。分担研究者と分担研究報告書の課題は下記の通りである。

- ①河崎建人分担研究者：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－ICF 国際生活機能分類の短縮版作成の試み
- ②平田豊明分担研究者：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
- ③吉邨善孝分担研究者：総合病院精神科における重症患者の調査研究
- ④村上優分担研究者：精神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

- ⑤平林直次分担研究者：医療観察法病棟における重症患者の調査研究
- ⑥藤井康男分担研究者：重症入院患者の薬物療法治療指針に関する研究－亜急性期調査データにもとづく F2 圏入院患者の薬物療法治療指針についての検討
- ⑦萱間真美分担研究者：精神保健医療福祉に関する地域サービス事業所数と「重度かつ慢性」暫定基準該当患者の転帰に関する研究
- ⑧井上新平分担研究者：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
- ⑨堀口寿広分担研究者：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
- ⑩立森久照分担研究者：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
- ⑪橋本喜次郎分担研究者：精神科病院における安心・安全の医療環境を確保するための研究

詳細は、それぞれの分担研究報告書をご覧ください。

D. 考察と結論

「重度かつ慢性」患者の基準について「調査研究を通じて明確化していく」という方針に沿い、平成 25 年に設けた「暫定基準」に沿って調査票を作成し、わが国において精神病床を運営する主要な病院団体の協力により全国の精神科病院に依頼して平成 26 年 10 月から新規入院患者の登録を行い、急性期登録患者群 574 人(60 病院)は入院時に、亜急性期登録患者群 802 人(219 病院)は入院後 3 ヶ月時点で登録を行い、入院後 1 年までの前向きフォローアップ調査を実施した。急性期群では連続して 10 人まで、亜急性期群では連続して 5 人までの入院患者が登録されたので、偏りのない患者群が登録されたと考えられる。厚生労働省資料等から亜急性期群の 1 年後の残留率を約 10%、急性期群の入院後 3 ヶ月までの残留率を約 19%と見込み、目標患者数を急性期群 500 人、亜急性期群 700～

1000 人としたが、上記のように目標は達成された。そこで急性期群、亜急性期群ともに、偏りの少ない、十分な規模の対象者を得て本研究が実施されたと考えられる。

得られたデータは膨大であり、今後もさまざまな角度から検討を行うことが可能と思われるが、今回は本研究の主題である「重度かつ慢性」の基準と必要な治療体制と治療指針に焦点を当てて検討を行った。

結果で述べたように、急性期群の入院時評価による暫定基準とその後の転帰との間には有意な関連を認めなかった。これは暫定基準が一定期間（1 年を想定）の入院治療が行われても残っている症状や問題を取り上げたものなので、入院治療開始前の基準にはならないことを示している。

亜急性期群で 1 年間継続して入院していた 186 人のうち暫定基準を満たしたのは 108 人であったが、これらの入院継続患者の中には、病状が重いための入院継続と、病状以外の理由による入院継続などが含まれていることが推測された。そこで、亜急性期群で入院後 1 年を超えて入院を継続していた患者 186 人に対する担当医による退院可能性の判断と暫定基準との関連を検討した。医師による退院可能性判断は、可能性あり(X群)40 人、病状が重症または不安定であるため退院困難(Y群)85 人、それ以外の理由で退院困難(Z群)61 人であった。入院 1 年時の評価による暫定基準を満たす率は、Y 群は 75.3%で、X 群 35.0%、Z 群 49.2%より有意に高かった。1 年間治療を継続しても退院できなかった患者のうち、担当医が「病状が重症または不安定であるため退院困難」と考えるケース(Y 群)は「重度かつ慢性」と重なることが多いケースと考えられるが、1 年時点評価による暫定基準がこの群で他の群より有意に高かったことは、今回作成した暫定基準が医師による退院困難度の判断に近いものを表していることを示していると考えられる。

「重度かつ慢性」の基準は、平成 24 年度厚

生労働科学研究「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による慢性入院患者の実態調査に基づく論点整理を出発点として、当研究班の平成 25 年度研究で新しい長期在院患者の調査を踏まえて研究班の合議により暫定基準案を作成した。今回の平成 26 年度から実施した前向き調査研究により、医師判断により「重度かつ慢性」に相当すると考えられる群において、基準を満たす率が有意に高かったことにより、作成した基準の妥当性がある程度検証されたと考えられる。そこで従来「暫定基準案」としていたものを、研究班の合議により一部修正のうえ「暫定」をとって「基準案」とした（資料 2 を参照）。

こうした患者の治療において必要な治療体制と治療指針の作成が当研究班の課題である。これらについては、薬物療法および心理社会的治療の分担研究班の成果により、今後の検討の土台が構築されたと考えられる。

薬物療法においても実践的な指針が得られているが、現状ではアルゴリズムに沿った薬物療法の検討は一部でしか行われておらず、mECT やクロザピンの使用実績も少なかった。亜急性期調査の「クロザピンを使用していない理由」に対する主治医回答で、約 30%が「施設上の理由」をあげていたことが注目される。幅広い精神科病院でクロザピンが使用出来るような条件作りが期待される。

心理社会的治療では、個人精神療法や作業療法などが実施され、服薬管理指導や院内の連絡調整会議、ケア会議等が成果をあげていたが、集団精神療法、心理教育、SST、行動療法、認知行動療法などの積極的治療は活発とは言えなかった。

今後の検討課題としていくつか重要な課題が残されている。

第 1 に、基準案は 1 年在院患者の退院困難理

由の判断における主治医の「病状のため退院困難」との一致度が確認できたが、75.3%という一致度に示されているように、主治医判断で病状のため退院困難とされる例の一部を拾っていないことである。経歴上の問題等の検討を試みたが、この解明は今後の課題となっている。

第 2 に、さらに基準案の精度を高める必要があることである。「重度かつ慢性」としての対応が必要な人に適切な治療と処遇が提供できるように基準の精度を高める必要がある。

第 3 に、3 年に及ぶ研究班の議論の過程で、mECT やクロザピンをもっと活用しやすくするにはどうすればよいか、重度の患者を地域連携の中でどう支えるか、新しい長期在院患者 (New long-stay) を生まない入院治療、心理社会的治療をどうやって活性化するか、現状における適切で標準的な治療はどう定義されるか、そもそも「重度かつ慢性」はどの時期に判定するのが適切かなど、多くのテーマが出されたが、消化されていない課題も多い。

本研究は、精神疾患の重症度判定の基準作りと治療体制という大きなテーマに向けて、わが国の主要な病院団体の協力のもとで、各地の多数の病院の協力のもと実施された、本邦初の全国規模の前向き調査研究である。今回収集されたデータが活用され、本研究の成果が生かされて、重い精神障害を有する入院患者の治療と処遇が改善され、必要な患者に手厚い治療とケアが提供され、入院治療から地域生活へと次第に生活の場が転換されていくことを期待したい。

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

資料1 「重度かつ慢性」暫定基準案

(平成 25 年度に本研究班の合議により作成。これを本調査の際に用いた。資料 2 に改訂版あり)

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。

資料2 「重度かつ慢性」基準案

精神病棟に入院後、適切な入院治療を継続して受けたにもかかわらず1年を超えて引き続き在院した患者のうち、下記の基準を満たす場合に、重度かつ慢性の基準を満たすと判定する。ただし、「重度かつ慢性」に関する当該患者の医師意見書の記載内容等により判定の妥当性を検証し、必要な場合に調整を行う。

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こと。なお、身体合併症については、下記に該当する場合に重度かつ慢性に準ずる扱いとする。

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(参照 <http://www.ych.pref.yamanashi.jp/kitabyo/>)。

2. 行動障害

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。

3. 生活障害

障害者総合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。

4. 身体合併症

精神症状に伴う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

④その他(退院困難と関連するものがあれば病名を書いて下さい: _____)

表1 BPRS (簡易精神症状評価尺度) Overall版

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	奇癖と不自然な姿勢	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自己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、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1~27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)。※下記の「問題行動評価表」を参照して評価をしてください。

	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	週に1回程度	週に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