

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	自傷行為	状況によっては自殺既遂も考えられるような自傷行為。
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	性的逸脱行為	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	特定の物や人に対する強いこだわり	特定の物や人物へのこだわりがあるため、固執したり、執拗にまとわりついたり、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・行動の停止	多動や行動の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係る行為は除く）
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) 時に寝過ごすことがあるが、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、寝過ごすか、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。
7	社会的適応を妨げる行動	1) 周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くか分からないなどの行動が見られない。
		2) この1ヵ月に、1)のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。
		3) この1ヵ月に、そのような行動が何回かあった。
		4) この1週間に、そのような行動が数回あった。
		5) そのような行動が毎日のように頻回にある。

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回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。

分担研究報告書

分担研究報告

分担研究者 河崎建人

公益法人 日本精神科病院協会

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」

分担研究報告書

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

分担研究者

河崎建人（水間病院、日本精神科病院協会）

研究協力者

千葉潜（青南病院、日本精神科病院協会）

櫻木章司（桜木病院、日本精神科病院協会）

杉山直也（沼津中央病院、日本精神科病院協会）

田口真源（大垣病院、日本精神科病院協会）

鋤柄増根（名古屋市立大学人文社会学部人間科）

川口英明（東京大学医学系研究科社会医学専攻医療情報経済学分野博士課程）

【研究要旨】

昨年の分担研究班では、国際生活機能分類（ICF）の短縮版を作成した。項目の選択に客観性を担保するため、因子分析を用いて各項目の因子負荷量を推定し、因子負荷量の大きいものから半分の項目を採用した短縮版[Short(Half)]、さらに短い時間で実施するための 4/5 にした短縮版[Short(4/5)]、3/5 にした短縮版[Short(3/5)]の 3 つを作成した。これらのいずれの版も、完全版との得点の相関がいずれの ICF 領域でも 0.90 前後を認め、短縮版が完全版の代替となる可能性が示唆された。

一方で、短縮版作成に当たり、因子負荷量のみで単純に項目を選択した場合、各領域の代表性が高い短縮版は作成できるが、臨床的、現場的な評価と合致した項目が選定されていないこともあり、どの項目を選定するかについては、エビデンスに基づいた現場判断を加味して行う必要がある。

研究 1 では、臨床的な評価に関して、長期入院患者で重要となる生活機能障害を、ICF を用いて、詳細に評価した。傾向スコアを用いて共変量を調節し、OLS 群と NLS 群で各 ICF 項目の平均値に差があるかどうかを推定した。OLS 群は NLS 群に比べ、認知機能や多くの社会生活機能が障害されていることが示された。また、入院環境で自立性が要求されるような生活機能は、OLS 群と NLS 群で有意な差は認められず、社会生活機能に比べ、日常的に行う機会の多い生活機能は障害されにくい可能性が示唆された。今後はこのような臨床的な側面を考慮した、目的適応型の ICF 短縮版の検討が必要と考えられる。

また、研究 2 では、ICF 短縮版のソフトウェアを作成し、実際にビジュアル化することで、生活機能を含めた長期入院患者の状態を可視化した。（研究 2 については本分担研究班総合研究報告書参照）

研究 1. ICF を用いた精神科長期入院患者の生活機能障害の評価

A. 研究目的

欧米諸国を中心に、精神科患者の治療を病院から地域へ移行する「脱施設化」の潮流があり、特に米国や英国では、精神科入院患者の脱施設化を 2000 年前後に一気に断行した歴史がある。

その一方で、これまでわが国では国策として地域施設の普及等、精神科地域医療のインフラ整備に積極的には取り組んでこず、精神科患者の長期入院が慢性化しているという現状がある。具体的には、平成 23 年度の入院患者の在院期間別構成割合は入院期間 1 年未満が 36.22%、1 年以上 5 年未満が 30.03%、5 年以上は 33.75%であり、1 年以上の長期入院患者が 20 万人以上を超えている。さらに、1 年以上の長期入院患者のうち毎年約 5 万人が退院しているものの新たに毎年約 5 万人が長期入院に移行している現状もあり、長期入院患者の動態には大きな変化が見られず、社会復帰の困難さがかがえる。

このような現状を受け、昨今わが国でも、長期精神科入院患者の地域移行が推し進められているが、地域移行を考えるうえで重要なのは、退院後患者がいかに地域生活に適応できるか、すなわち生活機能の問題である。長期入院の原因としては複数考えられ、精神疾患の重症度、家族の受け入れなどが先行研究でも挙げられているが、生活機能障害も国内外で指摘されている問題であり、長期精神科入院患者の生活機能障害について詳細に把握することは、地域移行の過程で具体的にどのような支援をすべきかを検討するために重要である。精神科長

期入院過程で生活機能が低下してしまい、退院後の地域生活に支障をきたすことが示唆されており、入院年数に応じた、精神科長期入院患者の生活機能評価が必要である。

入院が 1 年以上の長期入院患者のうち、1-5 年までをニューロングステイ（以下、NLS 群）、5 年以上をオールドロングステイ（以下、OLS 群）と英国などの先行研究では定義されることが多い。両者では退院率に差があり、NLS と OLS の特性の違いが示唆されている。しかし、OLS や NLS の生活機能障害の違いを詳細に分析した研究は、国際的にみてもほとんど存在しない。

生活機能障害を詳細かつ包括的に記述するツールとして、ICF が挙げられる。これは WHO が 2001 年に障害をコード化した世界標準的な体系である。具体的には、生活機能と障害に関して、アルファベットと数字を組み合わせて表現する。生活機能は複合的な機能の組み合わせの結果成り立っているものであり、ICF を用いて生活機能の評価することで、ADL や IADL に比してより詳細に生活状況を記述できるようになり、具体的に、「できないこと、わからないこと」を把握することができる。しかし、リハビリテーションなどの分野では広く利用されている一方で、精神科領域では ICF はあまり使用されてこなかった。

本研究では、生活機能を詳細に記述する世界標準的ツールである ICF を用いて、長期入院患者の生活機能障害を詳細に評価し、退院促進への提言、また、ICF 短縮版作成への提言を行うことを目的とする。

B. 研究方法 研究デザイン

横断的な調査研究であり、全国の日本精神科病院会に参加する病院を対象に、データを取得した。調査は平成 26 年 1 月 10 日に行った。全病院 1204 のうち、307 病院からの回答が得られた（回答率 25.4%）。

調査区分が二つに分かれており、認知症を除く患者で下記の条件に該当する方を対象とした調査を行った。

(ア) 1 年以上 5 年未満の患者の中から在院日数の長い患者を 5 名 (NLS)

(イ) 在院日数が各病院内で長い人を 5 名 (OLS)

上記調査を行った結果、1967 人のサンプルを得た。

使用した ICF 項目群と比較方法

ICF の項目群のうち、生活機能障害に特に関連の強いと考えられる、b 群（心身機能）と d 群（活動と参加。d-1 群が、その人の現在の環境における問題を評価した実行状況の制限、d-2 群が、介助なしの場合のその人の問題を評価した能力の制限）につき、すべての項目を、NLS 群と OLS 群で比較した。

NLS 群と OLS 群との間には多くの共変量があり、ICF 項目を単に二群で比較するだけではなく、交絡の調整を行う必要がある。今回は、傾向スコアを用いて重みづけを行い、両群の各 ICF 項目の比較を行った（共変量調節の詳細は後述）。共変量調節した ICF としていない ICF の各項目の周辺期待値をレーダーチャートにし、両群でどの項目が障害されているかを視覚的にわかるようにした。また、各 ICF 項目につき、傾向スコア重みづけ平均の差を調べ、統計的に有意な項目に注目し、定量的な評価も行った。なお、多くの ICF 項目について両群の

平均値に差があるかどうかを検定しているため、多重検定の補正を行った。具体的には、False Discovery Rate (FDR) を、Storey らによる ST 法で制御し、q-value が有意水準 0.05 以下の項目に着目した。

共変量調査項目

調査で取得した以下の項目を共変量として用いた。

背景：年齢 性別 ICD（疾患名 F0-F9）

入院形態：任意入院、医療保護入院、措置入院

各種福祉手帳の有無：身体障害手帳 知的障害手帳 精神障害手帳

収入面：所得有無 公的年金有無 生活保護有無

身体合併症の有無：水中毒 肺炎 イレウス

精神症状： BPRS 合計点

行動障害の有無：問題行動リスト症状 27 項目

退院支援面：退院支援状況の有無（ケア会議の有無、退院プラン作成の有無、退院パス作成の有無）

統計手法

欠測値の扱い

ICF の各項目には、コードが 8「詳細不明」9「非該当」という回答項目がある。今回の研究では、複数の先行研究で行われている方法にならい、これらを欠測値として扱い、補間することとした。補間の方法は、missForest というランダムフォレストをベースとした欠測値補間アルゴリズムを用いた。

共変量調節方法

一般的に、傾向スコアを求める際、ロジスティック回帰モデルを構築し最尤推定法

を用いてパラメータ推定をすることが多い。本研究では傾向スコアを推定するロジスティック回帰モデルに対し、一般化モーメント法を用いてパラメータ推定することで、割り当て予測を最適化するのと同時に共変量バランスを最適化した、従来の傾向スコア推定方法を拡張した手法である、covariate balancing propensity score (CBPS) を用いて、Inverse Probability Weighting (IPW)による共変量の調節を行った。

C. 研究結果

NLS 群の平均入院年数は 3.53 年、OLS 群の平均入院年数は 39.47 年であった。表 1 は、NLS 群と OLS 群の背景因子や精神障害状況など、記述統計量を記載した表である。OLS 群は NLS 群よりも年齢が高く、男性の割合が多かった。精神疾患に関しては、OLS 群のほうが統合失調症の割合が多かった。各種手帳は、NLS 群のほうが所有している割合が高かった。BPRS は OLS 群のほうが平均的に高い数値であった。退院支援面では、NLS 群のほうが実施している割合は高い傾向にあった。

図 1 は、NLS 群と OLS 群の各 ICF 項目の傾向スコア調整前後の周辺期待値をレーダーチャートで表したものである。NLS と OLS では、傾向スコア調整にかかわらず、チャートの形自体は大きく変わらず、障害のパターンとしては近いことが示唆されている。しかし、b 群の一部の項目で、d 群の多くの項目で、OLS のほうが NLS よりも、共変量調整後も生活障害の程度が重いことがわかる。

表 2、3 は、共変量調整後、NLS と OLS

で、傾向スコア重みづけ平均の差を調べ、統計的に有意な項目を調べた結果である。表 2 は b 群について、OLS が NLS に比べて統計的に有意に障害の程度が強い項目の一覧表である。b100 の中でも、認知機能に関する項目 (b130、b144-b189) に差が生じており、さらに、全般的な精神機能よりも個別的精神機能が障害されている傾向があった。また、b300 台 (音声、発話) や b600 台 (生殖関連) に差が生じていた。

表 3 は、d 群について、OLS と NLS で統計的に有意ではない ICF 項目の一覧表である。基本的に OLS のほうが NLS よりも d 群は統計的に有意に差が生じている (OLS のほうが障害されている) ので、障害されていない項目群についてのみ表 3 では記載している。d400 台のすべての項目で、統計的に有意差がなく、d510-d560 で両群において統計的に有意差はなかった。

D. 考察

長期精神科入院患者の退院は喫緊の課題であり、わが国でもスムーズに地域移行を進めることが求められている。そのため、長期入院患者の生活機能障害の評価は非常に重要である。これに関し、本研究は主に以下の 3 点の知見を得た。

第一に、ICF-b 群において、NLS 群に比べ、OLS 群で有意に認知機能の低下が認められたことである。これは多くの先行研究と一致する所見であり、国内外で指摘されている。その中でも特に、全般的な精神機能が 2 項目しか有意差を認めなかったのに対し、個別的精神機能では 10 項目以上が有意差を認めており、より知的な能力が OLS 群で有意に低下していることが示唆された。

第二に、ICF-b 群において、構音機能、生殖機能に関する項目で、OLS 群が NLS 群よりも低下している。これは入院年数を考えると、処方の変化が理由として考えられる。国内では、特に 1996 年以降、定型向精神薬から非定型向精神薬に移行してきてはいるものの、それ以前から入院している長期入院患者ではいまだに多くの定型向精神薬が使用されている傾向があるという報告がある。今回の本研究の調査では抗精神病薬の使用に関しては共変量として得られず、交絡要因の一つとして考えられる。

第三に、d 群に関して、全般的に OLS 群のほうが NLS 群に比べ有意に障害の程度が重かったが、ICF-d400 台や ICFd-500 台も前半といった、basic な ADL に該当する項目群に関しては有意差がなかった。これらは、入院環境という保護的な状況下においても、各患者の自立性が求められている生活機能である。制限的な環境が社会的な生活機能の改善を阻害しているという報告もあり、日常的に行う機会の多い生活機能は障害されにくい可能性がある。

それでは、今後精神科長期入院患者にはどのような介入を施せばいいのだろうか。社会生活に関連する生活機能は、全般的に OLS よりも NLS で低下していることを考えると、OLS を中心とした社会生活訓練が有用であると考えられる。さらに、OLS は NLS に比べ、個別的精神機能を中心とした認知機能の低下も認められたので、認知機能の向上を目指すリハビリテーションも重要である可能性がある。米国の RCT では、統合失調症患者において、両者を組み合わせることで、神経認知機能がより改善することが指摘されているが、この両治療の相

乗効果は、精神科長期入院患者でも同様に効果があるのかもしれない、早期退院に寄与する可能性がある。さらに、患者ごとに注目すべき生活機能障害は異なってくると考えられるため、ICF で得られた患者特性から、患者テーラーメイドの社会生活訓練を行うことができる可能性がある。

また本研究からは、入院中の制限度に関しても重要な示唆が得られた。上述のように、過去の研究では、制限的な環境では、社会生活機能が改善しないことが示唆されている。英国では、開放度の高い施設だと、社会生活機能が改善するというエビデンスもあり、入院期間中の自立した生活が早期退院を促すうえで重要かもしれない。また、退院後の生活についても、今後は地域のインフラを整備する必要があるが、その際にも非制限的環境はキーワードになりそうである。制限度と精神科長期患者の予後に関する研究も地域移行への重要な研究テーマとなってくるだろう。

本研究は ICF を用いて長期入院患者の生活機能を詳細に分析したが、得られた知見は先行研究とおおむね一致する結果であり、ICF が長期精神科入院患者における生活機能の記述に有用である可能性が示唆された。ICF は、その煩雑さゆえ、使用が制限されてしまっているなど、精神科領域での使用が盛んでないことがレビュー論文で指摘されている。本研究班の平成 25 年度、平成 26 年度の研究でも、ICF 第 2 レベルで全項目を採取するにあたって、少なくとも一人当たり 1 時間以上かかることがわかっている。ICF は使用用途によって必要となる項目を適宜選択し、短縮版を作成することも今後は必要である。例えば、精神科長期入

院患者のためのICF短縮版を作成する場合には、本研究で得られたNLSとOLSの間で有意差になるものに着目して項目を決定するなどが方法として考えられる。これに限らず、今後は目的に応じたICF短縮版を、エビデンスに基づいた形で現場の考えをフィードバックしつつ作成する必要がある。

E. 結論

OLSはNLSに比べ、認知機能や多くの社会生活機能が障害されていることが示された。長期入院精神患者の退院には、認知機能のリハビリテーションと社会生活訓練を併用することが有効かもしれない。また、入院環境で自立性が要求されるような生活機能は、OLSとNLSで有意な差は認めら

れず、社会生活機能に比べ、日常的に行う機会の多い生活機能は障害されにくい可能性が示唆された。早期退院には、より制限度の低い入院環境の整備が重要かもしれない。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表等

投稿準備中

2. 学会発表等

第112回日本精神神経学会演題登録

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1：NLSとOLSの記述統計量

	NLS (1075)	OLS(892)
年齢 歳	60.66	69.12
性別(男) %	49.4	56.95
性別(女) %	50.6	43.05
ICD F0 %	5.86	3.03
ICD F1 %	2.23	0.34
ICD F2 %	79.26	90.58
ICD F3 %	7.07	0.34
ICD F4 %	1.02	0.11
ICD F5 %	0.09	0
ICD F6 %	0.19	0.22
ICD F7 %	3.53	5.16
ICD F8 %	0.28	0
ICD F9 %	0.09	0
ICD G %	0.37	0.22
身体障害手帳有 %	2.79	1.12
知的障害手帳有 %	2.6	4.93
精神障害手帳有 %	25.02	18.5
所得有 %	1.02	0.22
公的年金有 %	51.07	60.54
生活保護有 %	12	8.07

措置入院 %	0.47	1.01
医療保護入院 %	47.26	39.8
任意入院 %	52.28	59.19
水中毒 %	11.26	11.43
反復性イレウス %	9.12	9.98
反復性肺炎 %	6.7	6.84
BPRS 合計点	51.7	54.33
ケア会議有 %	16.47	10.99
退院プラン作成有 %	7.26	3.92
退院パス作成有 %	0.47	0.22
症状 01 自殺念慮	1.28	1.13
症状 02 自傷行為	1.29	1.25
症状 03 言語的暴力	2.04	2.01
症状 04 身体的暴力	1.55	1.55
症状 05 衝動性	2.07	2.01
症状 06 器物破壊	1.41	1.38
症状 07 他者への迷惑行為	2.17	2.2
症状 08 性的逸脱行為	1.23	1.22
症状 09 放火	1.02	1.01
症状 10 失禁	2.24	2.61
症状 11 不潔行為	1.74	2.05
症状 12 衣類を破る・脱ぐ	1.47	1.52
症状 13 収集癖	1.36	1.46
症状 14 てんかん発作	1.1	1.11
症状 15 気分易変性	2.76	2.67
症状 16 集中力低下	3.29	3.5
症状 17 特定の物や人に対する強いこだわり	3.03	2.96
症状 18 ストレス脆弱性	3.14	2.98
症状 19 服薬非遵守	2.02	2.02
症状 20 介助等への拒否・拒絶・抵抗行為	2.31	2.53
症状 21 徘徊	1.9	2.16
症状 22 多動・行動の停止	2.06	2.15
症状 23 強迫行為	1.77	1.78
症状 24 過食・拒食	1.54	1.57
症状 25 多飲水	1.64	1.62
症状 26 異食	1.11	1.17
症状 27 物質依存	1.23	1.16

表 2 : ICF-b 群のうち、OLS が NLS よりも統計的有意に障害が強い項目

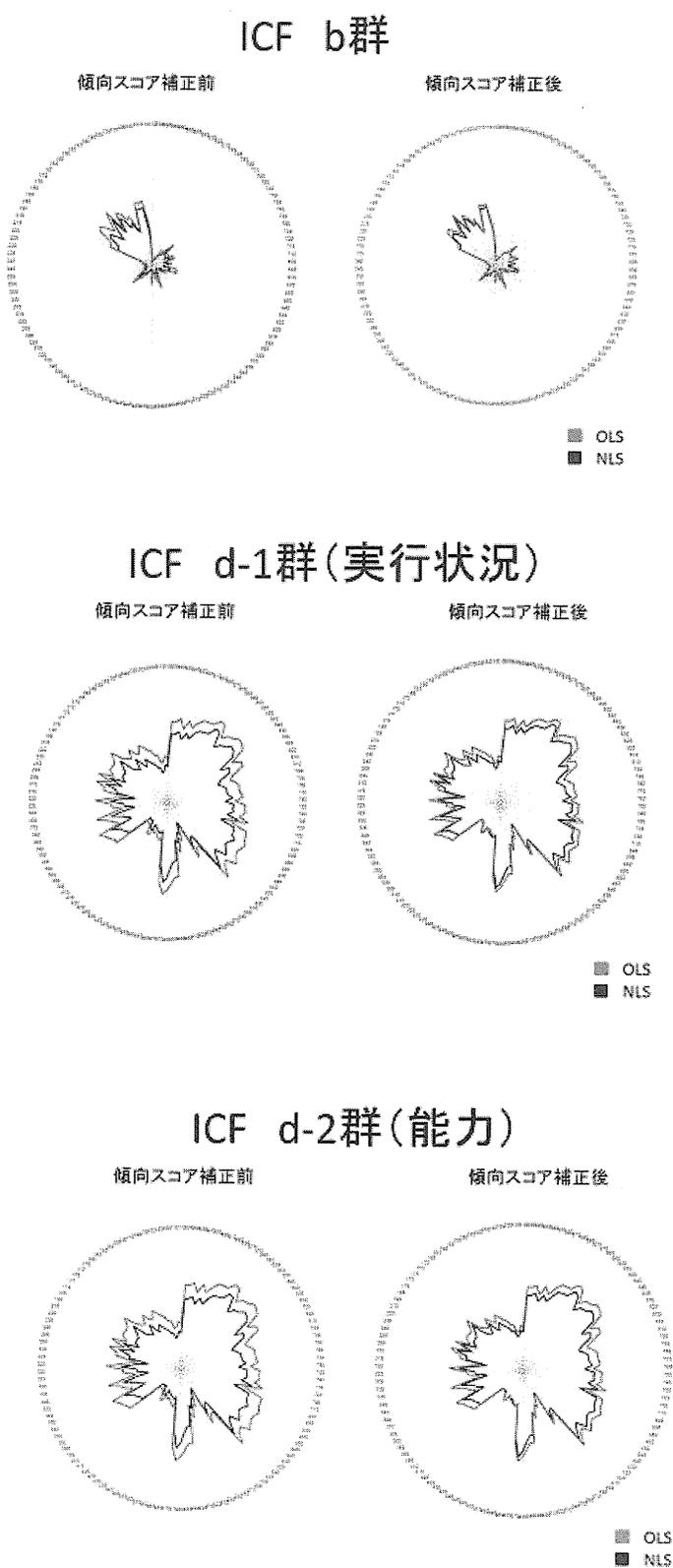
b126	気質と人格の機能
b130	活動と欲動の機能
b144	記憶機能

b147	精神運動機能
b152	情動機能
b156	知覚機能
b160	思考機能
b164	高次認知機能
b167	言語に関する精神機能
b172	計算機能
b176	複雑な運動を順序立てて行う精神機能
b180	自己と時間の経験の機能
b189	その他の特定の、および詳細不明の、個別的な精神機能
b330	音声言語（発話）の流暢性とリズムの機能
b340	代替性音声機能
b398	その他の特定の、音声と発話の機能
b599	詳細不明の、消化器系・代謝系・内分泌系の機能
b640	性機能
b650	月経の機能
b679	その他の特定の、および詳細不明の、性と生殖の機能
b698	その他の特定の、尿路・性・生殖の機能
b699	詳細不明の、尿路・性・生殖の機能

表3：ICF-d群（d-1、d-2 共通）のうち NLS と OLS で統計的有意ではなかった項目群

d410	基本的な姿勢の変換
d415	姿勢の保持
d420	乗り移り（移乗）
d429	その他の特定の、および詳細不明の、姿勢の変換と保持
d430	持ち上げることと運ぶこと
d435	下肢を使って物を動かすこと
d440	細かな手の使用
d445	手と腕の使用
d449	その他の特定の、および詳細不明の、物の運搬・移動・操作
d450	歩行
d455	移動
d460	さまざまな場所での移動
d465	用具を用いての移動
d469	その他の特定の、および詳細不明の、歩行と移動
d510	自分の身体を洗うこと
d520	身体各部の手入れ
d530	排泄
d540	更衣
d550	食べること
d560	飲むこと

図1：ICF各項目のレーダーチャート



分担研究報告

分担研究者 平田豊明

千葉県精神科医療センター

平成 27 年度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」

分担研究

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

分担研究者 平田豊明 (*1)

研究協力者

杉山直也 (*2)、伊藤弘人 (*3)、兼行浩史 (*4)、川畑俊貴 (*5)、来住由樹 (*6)、鴻巣泰治 (*7)、
佐藤雅美 (*8)、澤温 (*9)、塚本哲司 (*7)、中島豊爾 (*6)、八田耕太郎 (*10)、藤田潔 (*11)

*1 千葉県精神科医療センター、*2 沼津中央病院、*3 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所、
*4 山口県立こころの医療センター、*5 京都府立洛南病院、*6 岡山県精神科医療センター、*7 埼玉県立
精神保健福祉センター、*8 東京武蔵野病院、*9 さわ病院、*10 順天堂大学医学部、*11 桶狭間病院

【研究要旨】

目的) わが国における精神科救急・急性期医療の実態を調査し、「重度かつ慢性」患者を産み出さない
ための方策を提言すること。

方法) ①各都道府県から厚生労働省に報告された平成 26 年度の精神科救急医療体制整備事業（「精神
科救急事業」と略記）の運用実績を分析した。②平成 27 年 10 月 1 日現在で本研究班が把握する精神
科救急入院料認可病棟（「精神科救急病棟」と略記）をもつ医療施設 130 カ所を対象として、その運用
実態をアンケート調査した。③全国の精神科救急病棟認可施設に呼びかけて、平成 26 年 10 月中に救
急病棟に入院した患者（各施設 10 人以内）を 1 年間追跡した。

結果) ①平成 26 年度、精神科救急情報センターには約 3.4 万件、精神医療相談には約 11.5 万件の電
話相談が寄せられた。精神科救急事業の利用者は、年間約 4.1 万件のうち約 1.8 万件が入院となっ
ていた。入院患者の約 4 分の 1 は精神科三次救急ケースであったが、大都市圏を中心とした寡占的分布
を示した。②の精神科救急病棟認可施設 88 ヶ所 (67.7%) から 114 病棟に関する回答があった。平成
26 年度は、精神科救急病棟の平均病床数は 46.9 床。ここに年間 300 件の入院があり、平均 50.1 日
で 72.8%を自宅退院に結びつけていた。③60 病院の救急病棟に入院した 574 例が登録され、残留率は 3
ヶ月で 15.1%、1 年では 3.3%であったが、退院群の 26.2%が 1 年以内に再入院していた。3 ヶ月以
内に自宅退院した群 (A 群) 422 例、3 ヶ月在院した群 (B 群) 87 例、1 年以内に退院して再入院のな
かった群 (I 群) 246 例、退院後に再入院した群 (II 群) 127 例、1 年間在院した群 (III 群) 19 例に分
類して、性別、年齢、診断、罹病期間、入院形態、入院時病状、治療プロセスなどを比較した。

考察) ①救急事業の利用実績が少ない地域と軽症例の受診頻度が高い地域の存在のために、昨年度は
事業予算が削減されたが、これらは救急ニーズの低さや「コンビニ受診」の多さを反映したものでは
なく、精神科救急事業における医療提供体制の不備や平素の在宅ケア支援体制の不備によるものであ
る。②B 群は A 群よりも、III 群は I・II 群よりも、入院時、追跡時の双方で重度慢性ケースの特徴を
有していたが、III 群の半数近くは社会的入院と評価されるなど、慢性重症の典型例ではなかった。③
今回の追跡調査の対象は新たに在院 1 年を超えた new long stay であり、臨床家がイメージする
chronic active ないし dependent な重度慢性例とはギャップがあったため、議論が錯綜した観がある。

結論) どの病期においても退院努力は必要だが、急性期での集中的な医療が最も有効と思われる。

A. 研究目的

本研究全体の目的は、新規入院から1年を超えても医学的理由により退院できない「重度かつ慢性」患者の診断基準を定め、手厚いケアを提供するための新たな制度を提案することである。

本分担研究班は、わが国における精神科救急および急性期医療の実態を調査し、長期在院者を産み出さないための方策を提言することを研究の目的とした。したがって、調査対象は自治体病院協議会傘下の病院に限らない。

B. 研究方法

1. 精神科救急事業の運用実績調査

各都道府県から厚生労働省に提出された平成26年度の精神科救急医療体制整備事業（以下「精神科救急事業」と略記）の年報を集計し分析した。

2. 精神科救急入院料病棟の運用実績調査

平成27年10月1日現在、本研究班が把握する精神科救急入院料病棟（以下「精神科救急病棟」と略記）の認可施設は130カ所あった。これらの施設に対して、調査日現在の運用体制もしくは26年度の診療実績を問うアンケート調査（資料1）を実施した。

3. 精神科救急病棟入院患者の前向き追跡調査

全国の精神科救急病棟を対象として、平成27年10月1日から30日までの1ヶ月間に同病棟に入院した患者（主診断が認知症の患者を除く）を入院順に10人選んで登録し、基本情報（性別、年齢、診断、入院歴、

今回の入院形態、入院時処置など）を記録したほか、病状評価尺度（総括研究と共通のGAFおよびBPRS）、行動障害尺度（総括研究と共通）、および生活障害尺度（急性期専用、資料2）をスコアリングした。

入院後3ヶ月以内に退院したケースについては、退院時点で、退院時転帰（自院通院、他院通院、転院など総括研究と共通）、病状評価尺度、行動障害尺度、生活障害尺度（急性期専用）、それに治療プロセス（投薬量、mECT、心理社会療法など総括研究と共通）を記録した。

3ヶ月以上在院したケースについては、入院後3ヶ月時点で、病状評価尺度、行動障害尺度、生活障害尺度、治療プロセスを記録した。

入院から1年後の時点では、1年後転帰（資料3）を記録した。

（倫理面への配慮）

なお、今回の調査において取り扱った個人情報には匿名化され、厳重に管理された上、調査終了後に廃棄される予定。主任研究者の所属施設のほか、回答した調査対象施設においても倫理審査委員会が開催され、いずれも承認された。

C. 研究結果

1. 精神科救急事業の運用実績

（1）受診前相談

各都道府県の平成26年度における受診前相談事業の実績を表1に示した。図1に精神医療相談、図2には精神科救急情報センターへの電話相談を、件数の多い都道府県順に並べてそれぞれ図示した。

(2) 受診状況

表2に平成25年度の精神科救急事業実績を都道府県別に表示した。受診件数の多い順に並べ替えて、入院件数とともに図示したのが図3である。

受診者の43.9%に当たる17,933件が入院となっている。図4は、入院件数の多い順に都道府県を並べて表示したものである。精神科三次救急(緊急措置入院、措置入院、応急入院)が4分の1を占めている。

2. 精神科救急病棟の運用実態

今回の調査依頼に対して、精神科救急病棟の認可施設88ヶ所(130施設に対する回答率は67.7%)、から回答があった。このうち、精神科救急病棟を複数もつ施設があり、全体で114病棟分のデータが収集された。

資料1には、回答施設数(小数点のない数値)もしくは平均値(小数点以下1桁までの数値)が書き込んである。これらのデータに基づいて、図5に精神科救急病棟の平均像をストラクチャー、プロセス、アウトカムに分けて図示した。

3. 精神科救急病棟入院患者の前向き追跡調査

全国の精神科救急入院料病棟認可施設のうち60病院が本研究に協力し、平成27年10月末までに574例が登録された。

(1) 回答施設の概要

回答施設60病院は、いずれも精神科救急入院料病棟(その平均像は図5を参照)を有するほか、以下のような平均像にあった。

精神科病床数は平均169床、常勤医師数

は13.6人(うち指定医10人)、医師1人当たりの病床数は12.4であった。看護師配置は135.6人(1人当たりの病床数は1.24)、精神保健福祉は12.0人(同14.1)、作業療法士は9.9人(同17.1)、心理職は4.8人(同35.2)であった。

平成25(2013)年度の年間入院件数は703.8件であるから、病床回転率は4.2回転(病床利用率100%の場合)を超え、病院全体の平均在院日数は86.9日未満ということになる。

入院例中のクロザピン投与例は10.2人(1.4%)、mECT施行例は42.7人(6.1%)であった。

本調査の対象となる「認知症を除く入院患者」の入院件数は平成25年度616.8件で、このうち在院1年を超えたケースは26.8人(1年残留率4.3%)であった。

(2) 追跡調査の流れ

登録ケース574例のうち、入院後3ヶ月以内に退院し、調査に回答のあったケースは422例あった(これをA群と呼ぶ)。入院3ヶ月時点で在院を継続し、調査に回答のあったケースは87例あった(B群と呼ぶ)。3ヶ月以内に転院したケースは28例(うち、精神科転院が17例、一般科転院が11例)、死亡が4例、その他(警察署勾留など)が5例であった。入院後3ヶ月時点で調査に回答のあったケースは546例で、登録例に対する回答率は95.1%であった。

在院が3ヶ月を超えたが入院後1年以内に退院したケースは62例であった。したがって、在院期間にかかわらず、入院後1年以内に1度でも退院したケースは484例(登録群の84.3%)であった。これらを退院群