

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 25-27 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）

平成 25 年度「長期在院患者の後ろ向き調査」

目的) 日本精神科病院協会は長期在院患者の「重度かつ慢性」の状態像の明確化について以前から取り組んでいる。その一部は平成 24 年度厚生労働省障害総合福祉推進事業指定課題 28 番「高齢精神障害者の退院支援の推進に関する調査について」（以下 28 番事業と略記）において成果として報告している。

また、本事業では平成 25 年度には「重度かつ慢性の暫定基準案」（以下暫定基準案と略記）を作成しており、この暫定基準に照らし合わせ、28 番事業をパイロットスタディとしてその方法論を踏襲して「重度かつ慢性」の状態像の明確化をめざす。

方法) 対象としては日本精神科病院協会加盟会員病院（以下会員病院と略記）1205 病院に対し調査を依頼した。第一群は入院 1 年～1 年 3 カ月の比較的早期の長期在院患者について在院期間が長い順から 5 名、第二群は 5 年前後の長期在院患者の中で在院期間が長いものから 5 名、第三群は当該病院で最も在院期間が長い順に 5 名を選抜した。28 番事業では BPRS のほか国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health、以下 ICF と略記）の評価も行っており、これも調査を行った。なお、調査対象第一群は本研究の暫定基準に則った調査の中で基本調査の対象と同一である。には ICF を追加付加する形で調査を行った。

結果) 会員病院のうち 299 病院より回答が得られ、第一群については 2,411 例第二群については 1,322 例、第三群については 1,089 例であった。ICF については 2,306 例が集まり、第一群については 443 例、第二群については 1,022 例、第三群については 841 例であった。

考察) BPRS については在院期間が長くなると陽性症状より陰性症状の得点が高くなる

と思われる。また、生活障害も重くなり、陰性症状と関連していると考えられた。また、BPRS の得点が暫定基準を満たさない群も行動障害が残っていたり、ICF で評価すると環境因子が高得点である症例もあった。これらのことから暫定基準+ICF は重度かつ慢性の状態像の明確化だけでなく、長期在院患者全体の評価に有用なものと考えられた。

## 平成26年度「ICF国際生活機能分類の短縮版作成の試み」

### ICFの問題点と昨年のデータ

平成25年度の研究により暫定基準+ICFは重度かつ慢性の状態像の明確化だけでなく、長期在院患者の全体の評価に有用なものと考えられた。ICFは膨大な項目の評価を必要としており、28番事業においてもその煩雑さが指摘されている。14の協力病院に問い合わせたところ、1症例を完成させるのに1～2時間の時間を要する。日常業務の中でこれだけの時間を割くことは現実的とは言えず、実際の運用には必要な項目に絞った簡易版の必要があると考えられ、28番事業の中においてもクラスター解析でスコアの低いものを省略して簡略版を提案した。しかし、①52名とサンプル数が少ない。②作成した簡易版で再度クラスター分析を行ったところ、異なる結果となった。これはサンプル数が少ないことが原因と考えられた。③研究対象自体が第三群のみであり、対象が特殊である。④点数が低いことに意味がある可能性がある。⑤省略する項目の選択は研究協力者ひとりの判断であり、客観性の担保について手法的に課題が残る。などの問題点が残った。

昨年の分担研究の対象は前述のように内訳は第一群が443名、第二群が1,024名、第三群が841名の計2,306名であったので、サンプル数としては十分な規模と考えられ、また、第一群、第二群も加えたことにより①、②、③はクリアできた。④、⑤の方法論的問題を克服するため、統計手法を見直した。

第一段階として、各カテゴリーに属するすべての項目について因子分析を実施し、因子付加量の高い項目から短縮版に採用するという機械的な方法をとった。まず、項目が半分になるように因子付加量の大きいものから半分の項目を採用した短縮版[Short (Half)]をまず作成した。各項目間に.90前後の相関係数があつて、短縮版としての妥当性を確認したうえ(表1、2)、研究協力者の一人が所属する病院(大垣病院)で10名に対し、予備的に試行し、短縮版[Short (Half)]所要時間を調査した。評価者はICF評価を行うのは初めての病棟主任以上の管理職看護職員である。その結果、平均の所要時間は50分であり、さらなる簡便化の必要があると思われた。10名の評価者の意見を聴取したところ、30分程度であれば業務に大きな影響が出ず、使いやすいものになるという結論に達した。ICFの構造は評価の対象となる、I～IVと個人因子を記録するVがある。所要時間50分の内訳はVに10分、I～IVに40分というものであった。Vの個人因子は初回登録時のみ必要とするものである。このため、初回40分、2回目以降30分を目途とするためさらに項目数を短縮版[Short (Half)]の4/5にした短縮版[Short (4/5)]と初回30分をめざす短縮版[Short (Half)]の項目数3/5とした短縮版[Short (3/5)]を作成した。これらについてもこの二つの版に

についても各項目間に.90 前後の相関係数があつて、短縮版としての妥当性が確認された（表 1、2）。なお、短縮版を作成するに当たり、項目が3 項目以下にならないようにした。これは、信頼性は項目数が少なくなると低下することと、一般に尺度作成では最低でも3 項目程度で構成することが推奨されることによつてい

## 平成 27 年度「ICF を用いた精神科長期在院患者の生活機能障害について」

### 研究 1 「ICF を用いた精神科長期在院患者の生活機能障害の評価」

目的) 我々の分担研究班は長期在院患者の地域移行にあたり、生活障害が重要な要素であることを念頭に ICF がその評価に有用なツールであることに着目した。そして、より簡便に生活障害を評価するために ICF の簡略版の作成に取り組んだ。平成 25 年度に調査した三つの群を英国などの入院 5 年までで退院率に差があるという先行研究を参考に入院後 5 年までのニューロングステイ（第一群+第二群：以下 NLS と略）と 5 年以上のオールドロングステイ（第三群：以下 OLS と略）に分けて検討を試みた。

結果) OLS 群で有意に認知機能の低下を認めた。特に全般的精神機能が 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 項目以上で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。また、基本的な ADL を表現していると思われる項目では有意差がなかったため、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。

考察) OLS に個別的精神機能低下が認められたことから認知機能向上を目指すリハビリテーションも重要であることが示唆され、さらに社会生活訓練と組み合わせることで地域移行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障害は異なっていると考えられるため、ICF で得られた患者特性から各々の患者のテーラーメイドの社会訓練メニューを提供できる可能性がある。

### 研究 2 「短縮版 [Short (4/5)] と短縮版 [Short (3/5)] 完成版 (案) ソフトの開発」

日精協では 28 番事業で ICF の評価し、簡易精神症状評価尺度 (Brief Psychiatric Rating Scale : 以下 BPRS) とともに視覚化できるソフトを開発した。平成 25 年度の分担研究や短縮版作成にあたっての予備的調査にも利用している。これはマイクロソフト社のエクセルをベースにしており、各項目をクリックすると、その項目に関する ICF 日本語版の説明が現れ、評価者はマニュアルを見なくてもそれにそつて評価を行うことができる仕組みになっている。今回も同様の短縮版 [Short (4/5)] と短縮版 [Short (3/5)] に対しても同様のソフトを開発した。

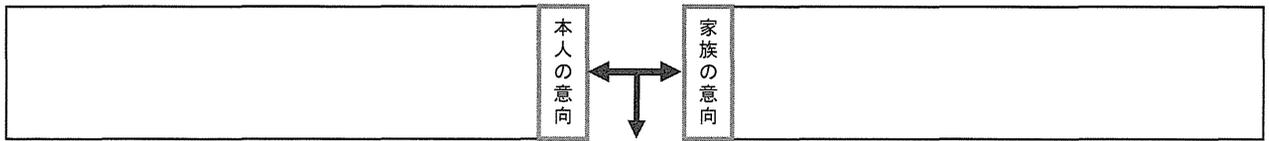
短縮版に選択された項目の再検討の試み：選択については平成 26 年度「ICF 国際生活機能分類の短縮版作成の試み」にすでに述べたように因子分析を実施し、因子付加量の高い項目の短縮版の項目を機械的に選択して短縮版 [Short (4/5)] と短縮版 [Short (3/5)] を作成したが、臨床的に評価と合致した項目が選定されることをめざして ICF の記載の所要時間を調査した研究協力者の一人が所属する病院（大垣病院）で調査に協力した 10 名に加え、

勤務医（精神科医）8名を加えて、全項目の中で「必要度が高いと思われる項目を選択してください」とう内容で調査を行った。このなかで、18名中15名（83%）が「必要」と答えた項目のうち短縮版で選択されなかった項目を追加して「完成版（案）」を作成した。これにBPRSを付加した。BPRSについては「重度かつ慢性」の基準にそって総得点と6得点以上の項目数がわかるようにした。

#### 短縮版 [Short (3/5)] 完成版（案）ソフトを用いた経時的変化の観察の試み

完成した短縮版 [Short (3/5)] 完成版（案）ソフトを用い、大垣病院において先行する28番事業に参加した6例のうち死亡退院した2例を除いた4例で再試行した。28番事業は平成24年12月に行っており、今回は平成27年12月で丁度、3年後の再調査となる。なお、28番事業の時点の調査は当然完全版で調査しており、今回の短縮版（案）にあわせて項目を絞っている。また、対象は全員当院で平成24年現在で最も在院期間の長いOLSである。僅か4例のデータであるので、断定することは困難であるが、BPRSについては総得点と得点が6以上の両者で増え（＝悪化）ていた。陽性症状項目（グラフ上の項目で8～12）はそれほどかわらないが、陰性症状項目（同3, 4, 7, 13～18）で悪化がみられた。ICFの項目については概観でしかないが、生活障害が改善していると思われる例や悪化していると思われる例もあり一定の今回の4例のなかでは一定の傾向は見られなかった。

むしろ今回の結果で注目したいのは、精神障害という文言から「障害固定」をイメージしやすいが、在院日数が極めて長期に及んでいる4例とも改善か悪化かはともかく、状態が変化していることと、特に陰性症状の悪化が目を引くということである。これは従来主張しているように生活障害と陰性症状の関連を示唆するものと考えられ、ICF、BPRS両者の相互の見当も今後必要になると考える。



健康状態	
------	--

【章別評価点個数表】

第1評価点 個数

第2評価点 個数

	評価点	第1評価点								第2評価点								実行能力
		0	1	2	3	4	8	9	0	1	2	3	4	8	9			
心身機能	1. 精神機能	2	8	3	3	1	0	0										
	2. 感覚機能と痛み	5	0	0	0	0	0	0										
	3. 音声と発話の機能	3	0	0	0	0	0	0										
	4. 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系機能	2	2	0	0	0	0	0										
	5. 消化器系・代謝系・内分泌系の機能	2	3	0	0	0	0	0										
	6. 尿路・性・生殖の機能	0	0	1	1	0	1	0										
	7. 神経筋骨格と運動に関する機能	3	4	0	0	0	0	0										
	8. 皮膚および関連する構造の機能	3	0	0	0	0	0	0										
身体構造	1. 神経系の構造	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0			
	2. 目・耳および関連部位の構造	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0			
	3. 音声と発話に関わる構造	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0			
	4. 心血管系・免疫系・呼吸器系の構造	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0			
	5. 消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0			
	6. 尿路性器系および生殖系に関連した構造	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0			
	7. 運動に関連した構造	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0			
	8. 皮膚および関連部位の構造	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0			
活動と参加	1. 学習と知識の応用	3	3	1	0	0	0	0	3	1	3	0	0	0	0	実行能力		
	2. 一般的な課題と要求	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0			
	3. コミュニケーション	2	3	2	0	0	0	0	2	3	2	0	0	0	0			
	4. 運動・移動	5	1	0	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	0			
	5. セルフケア	1	3	1	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0			
	6. 家庭生活	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	2	0	0			
	7. 対人関係	0	0	0	4	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0			
	8. 主要な生活領域	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	4	1	0	0			
	9. コミュニティライフ・社会生活・市民生活	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0			
環境因子	1. 製品と用具	0	0	0	4	0	0	0	+0	+1	+2	+3	+4	+8	9	阻害 促進		
	2. 自然環境と人間がもたらした環境変化	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	3. 支援と関係	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	4. 態度	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0			
	5. サービス・制度・政策	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0			

\* 背景色は前回 (H24年12月18日) との比較

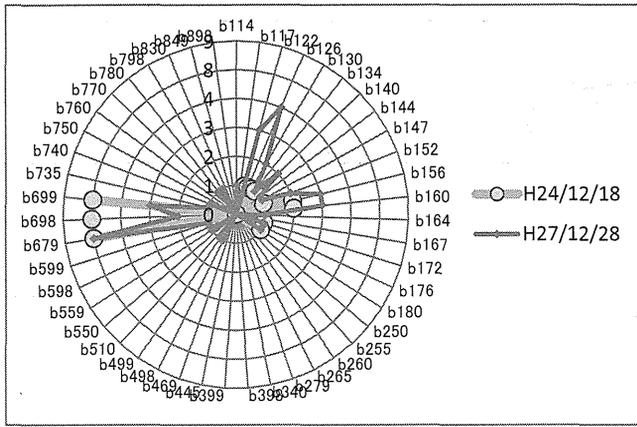
増 減

個人因子	[生年月]	1944年3月	[既往歴]	心不全 慢性腎不全
	[年齢]	71歳	[生活歴]	4人兄弟の末っ子で父が僧侶の家庭で育つ。出産後栄養失調で九死に一生の状態であった。高等学校卒業して2年半ほど会社勤めをしたが、倒産した。その後は幾つか仕事に就くが長くして20日程でやめてしまう、その後はブラブラしていた。
	[性別]	男	[現病歴]	S. 44年頃より不眠となり徘徊、独語が著名となりお金を無心し断ると暴力を振るうなどの為往診にて入院する。
	[主病名]	AD	[入院歴]	S. 44年5月7日統合失調症にて、措置入院、H. 17年7月12日任意入院となり慢性期を経てH. 27年6月19日よりアルツハイマー型認知症の診断がでて現在認知症治療病棟入院中
	[合併症]	CKD	[その他 (趣味・嗜好など)]	書き物
	[障害者手帳]	不明		
	[障害程度区分]	未申請		
	[経済 (収入)]	なし		

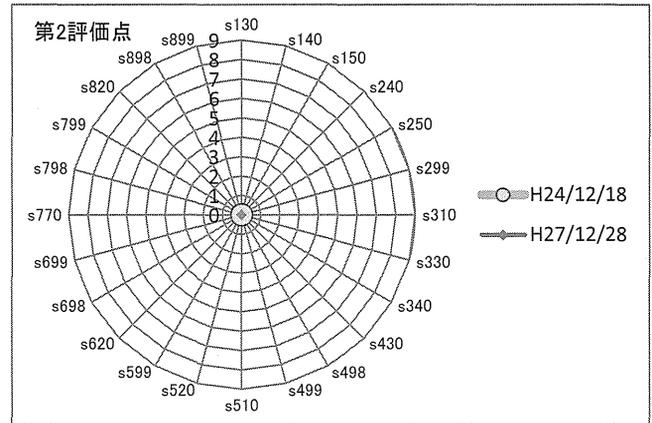
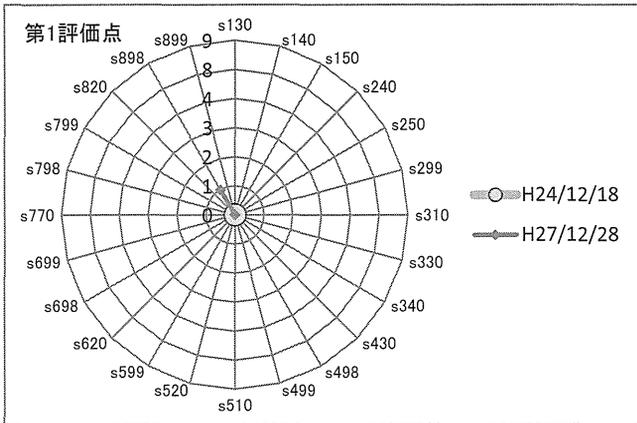
BPRS 合計 **70** 点

評価値が6以上の個数 **3** 個

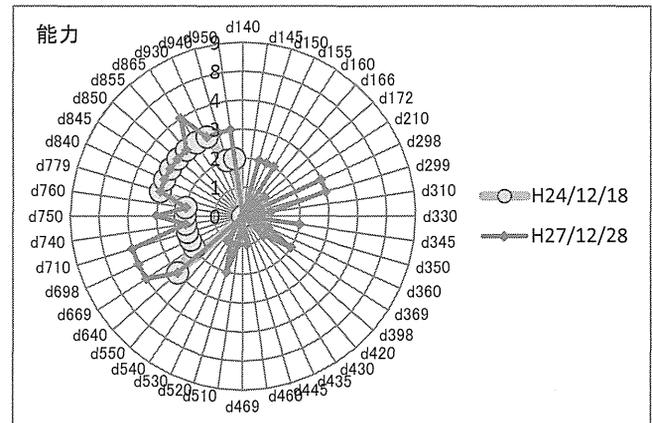
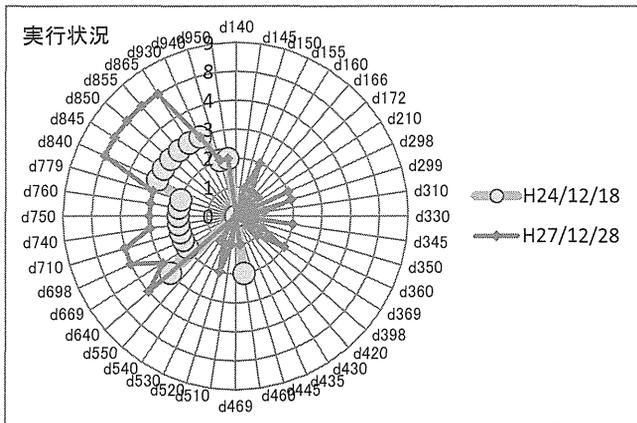
- 1. 心気症
- 2. 不安
- 3. 情動的引きこもり
- 4. 概念の統合障害
- 5. 罪責感
- 6. 緊張
- 7. 衝動性と不自然な姿勢
- 8. 誇大性
- 9. 抑うつ気分
- 10. 敵意
- 11. 猜疑心
- 12. 幻覚による行動
- 13. 運動減退
- 14. 非協調性
- 15. 不自然な思考内容
- 16. 情動の平板化
- 17. 興奮
- 18. 失見当識



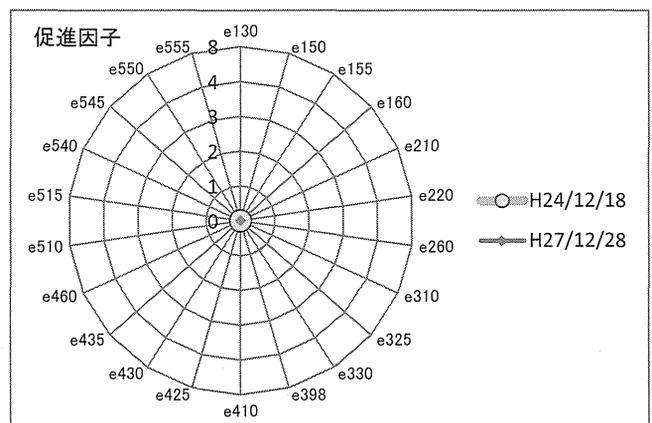
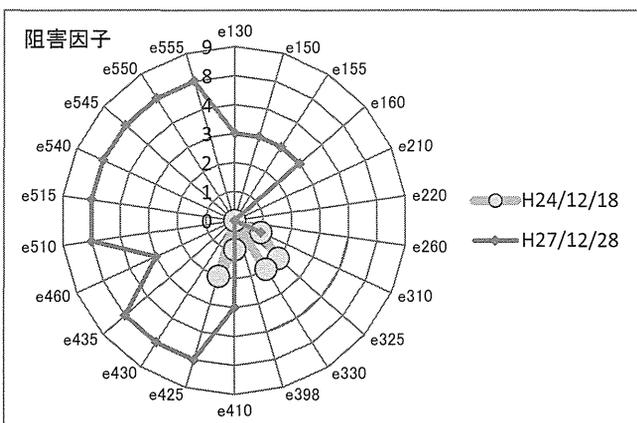
II 身体構造

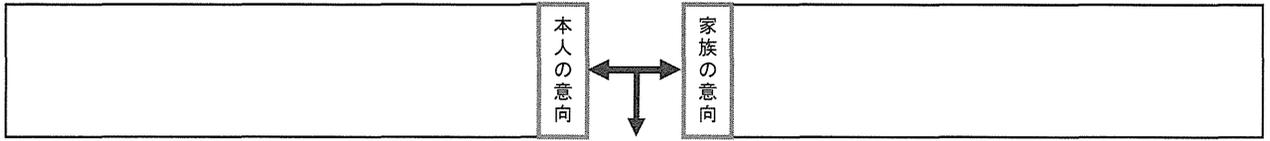


III 活動と参加



IV 環境因子





健康状態

【章別評価点個数表】

第1評価点 個数

第2評価点 個数

	評価点	第1評価点									第2評価点										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
心身機能	1. 精神機能	0	4	11	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2. 感覚機能と痛み	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3. 音声と発話の機能	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4. 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系機能	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5. 消化器系・代謝系・内分泌系の機能	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6. 尿路・性・生殖の機能	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	7. 神経筋骨格と運動に関連する機能	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	8. 皮膚および関連する構造の機能	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
身体構造	1. 神経系の構造	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2. 目・耳および関連部位の構造	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3. 音声と発話に関わる構造	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4. 心血管系・免疫系・呼吸器系の構造	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5. 消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6. 尿路性器系および生殖系に関連した構造	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	7. 運動に関連した構造	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	8. 皮膚および関連部位の構造	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
活動と参加	1. 学習と知識の応用	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2. 一般的な課題と要求	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3. コミュニケーション	0	3	3	1	0	0	0	0	0	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	4. 運動・移動	0	6	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5. セルフケア	1	2	2	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6. 家庭生活	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	7. 対人関係	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	8. 主要な生活領域	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
	9. コミュニティライフ・社会生活・市民生活	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
環境因子	1. 製品と用具	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2. 自然環境と人間がもたらした環境変化	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3. 支援と関係	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4. 態度	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5. サービス・制度・政策	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※ 背景色は前回 (H24年12月19日) との比較

増 減

個人因子	[生年月] 1944年6月	[生活歴] k市にて同胞5人兄弟の第4子として出生。中学2年までは成績優秀です。
	[年齢] 71歳	[友人等] は少なかった
	[性別] 男	[現病歴] 中学3年のころから保清に無頓着となり、勉強に集中できず成績が悪くなる。卒業後就職をするが、奇異行為が目立ち退職となる。昭和35年7月から4か月入院 (他精神科病院)。その後暴力的となり、隣家のガラスを割る、母親に対する暴力等みられ、昭和36年11月当院入院となる
	[主病名] 統合失調症	[入院歴] 昭和35年7月から11月 A病院
	[精神障害手帳] 2級	昭和36年7月から 当院入院
	[障害程度区分] 区分5	[その他 (趣味・嗜好など)] 野球観戦
	[経済 (収入)] 公的年金	

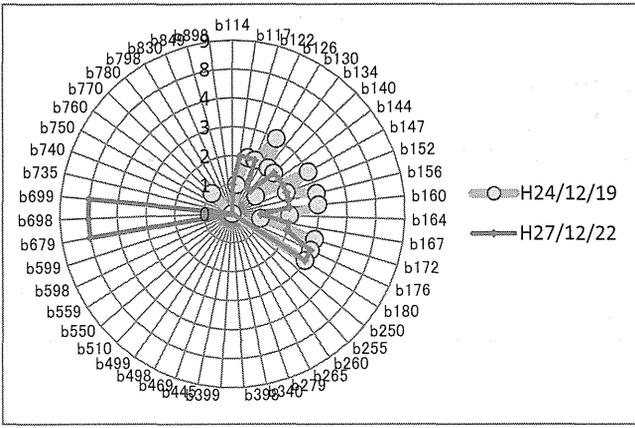
BPRS

BPRS 合計 **52** 点

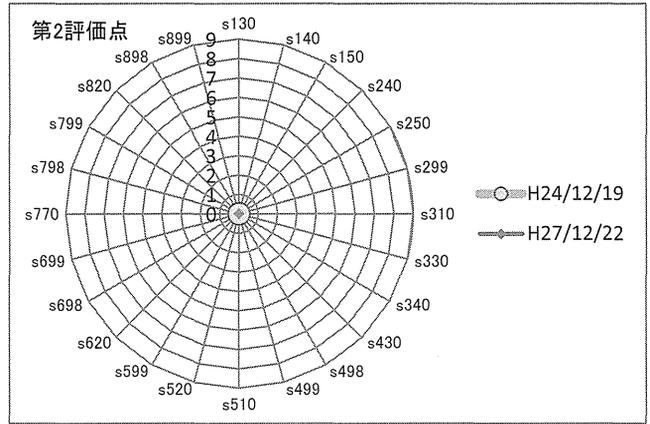
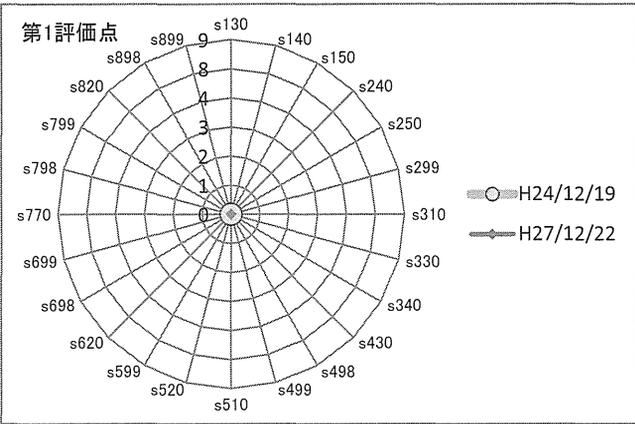
評価値が6以上の個数 **1** 個

1. 心気症  
2. 不安  
3. 情動的引きこもり  
4. 概念の統合障害  
5. 罪責感  
6. 緊張  
7. 衝動性と不自然な姿勢  
8. 誇大性  
9. 抑うつ気分  
10. 敵意  
11. 猜疑心  
12. 幻覚による行動

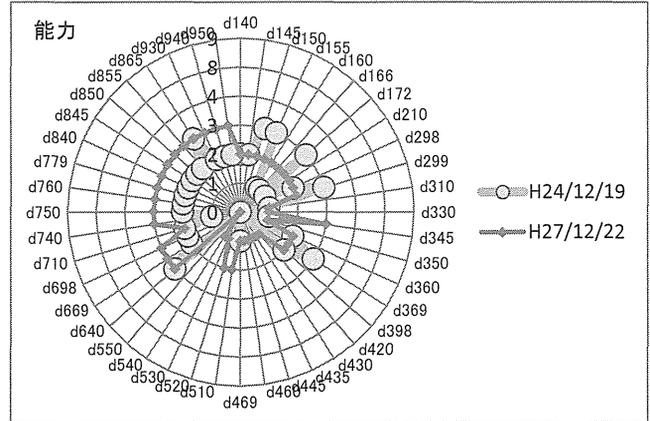
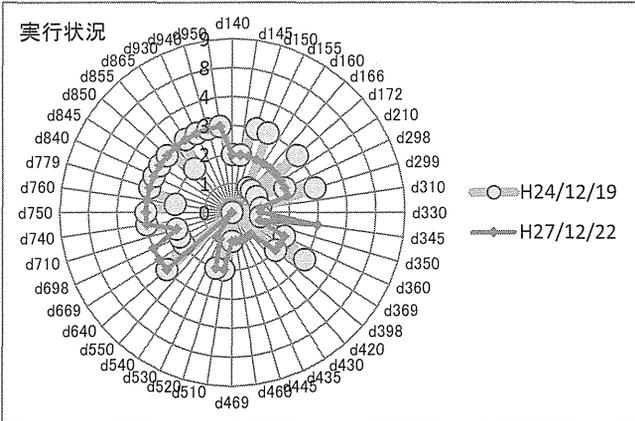
13. 運動減退  
14. 非協調性  
15. 不自然な思考内容  
16. 情動の平板化  
17. 興奮  
18. 失見当識



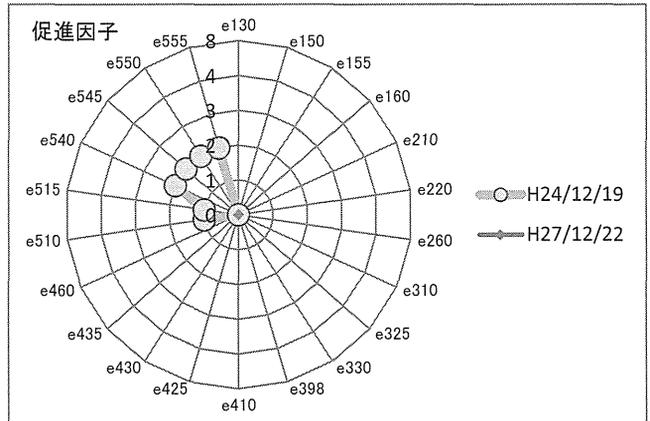
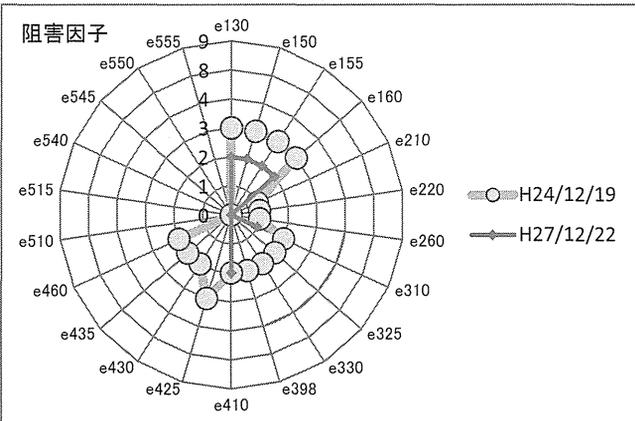
II 身体構造

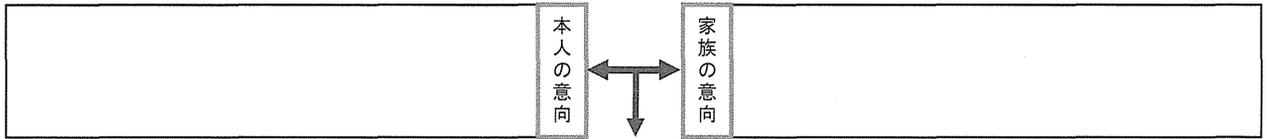


III 活動と参加



IV 環境因子





健康状態

【章別評価点個数表】

第1評価点 個数

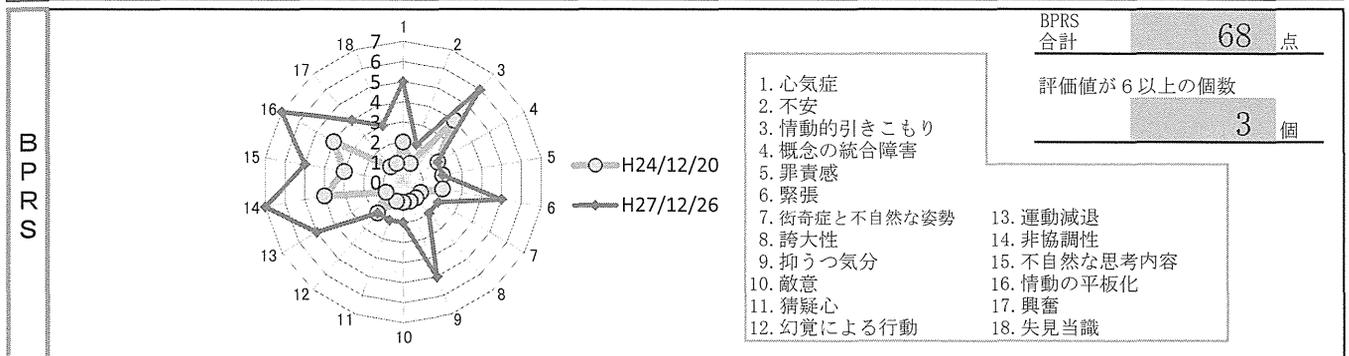
第2評価点 個数

	評価点	第1評価点 個数									第2評価点 個数								
		0	1	2	3	4	8	9	0	1	2	3	4	8	9				
心身機能	1. 精神機能	7	8	1	0	0	0	1	0										
	2. 感覚機能と痛み	4	0	0	0	1	0	0	0										
	3. 音声と発話の機能	2	0	0	0	0	1	0	0										
	4. 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系機能	3	0	0	0	0	1	0	0										
	5. 消化器系・代謝系・内分泌系の機能	2	0	0	0	0	3	0	0										
	6. 尿路・性・生殖の機能	0	0	0	0	0	3	0	0										
	7. 神経筋骨格と運動に関する機能	0	4	1	0	0	2	0	0										
	8. 皮膚および関連する構造の機能	2	0	0	0	0	1	0	0										
身体構造	1. 神経系の構造	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0			
	2. 目・耳および関連部位の構造	2	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1			
	3. 音声と発話に関わる構造	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0			
	4. 心血管系・免疫系・呼吸器系の構造	2	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1			
	5. 消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造	2	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1			
	6. 尿路性器系および生殖系に関連した構造	2	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1			
	7. 運動に関連した構造	2	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1			
	8. 皮膚および関連部位の構造	2	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1			
活動と参加	1. 学習と知識の応用	6	1	0	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0	実行能力			
	2. 一般的な課題と要求	0	2	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0				
	3. コミュニケーション	3	4	0	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0				
	4. 運動・移動	1	0	4	0	0	1	0	1	0	4	0	0	1	0				
	5. セルフケア	4	1	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0				
	6. 家庭生活	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0				
	7. 対人関係	0	1	0	4	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0				
	8. 主要な生活領域	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	1	0	4	0				
	9. コミュニティライフ・社会生活・市民生活	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0				
環境因子	1. 製品と用具	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	障害促進			
	2. 自然環境と人間がもたらした環境変化	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0				
	3. 支援と関係	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0				
	4. 態度	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0				
	5. サービス・制度・政策	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0				

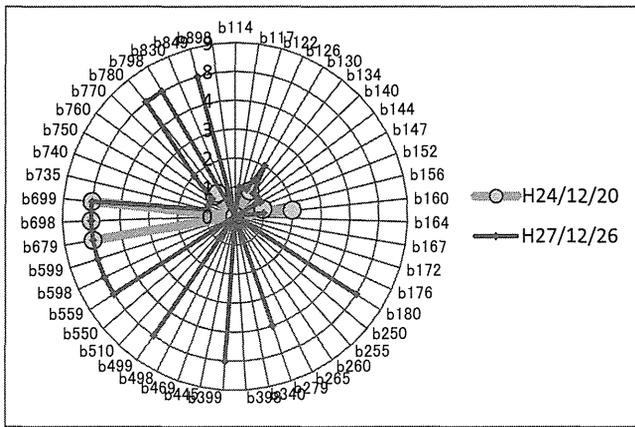
※ 背景色は前回 (H24年12月20日) との比較

増 減

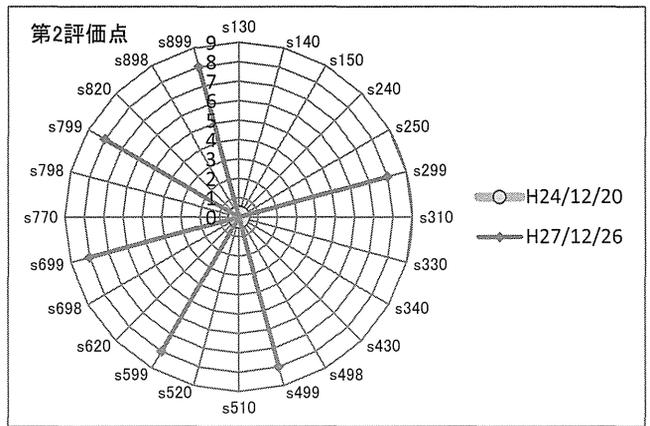
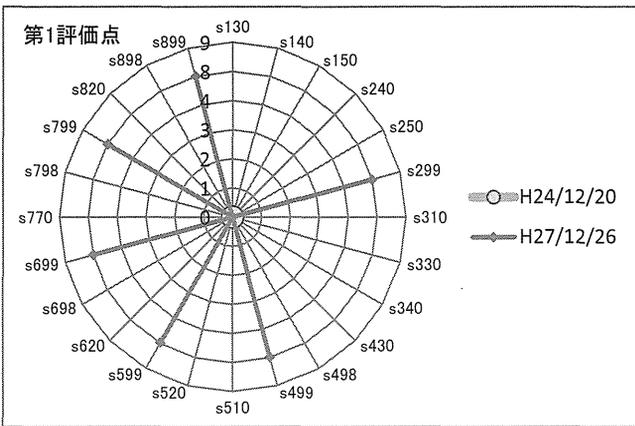
個人因子	[生年月 ]	1937年7月	[既往歴 ]	不整脈
	[年齢 ]	77歳	[生活歴 ]	中学卒業後、自宅農業行っていた。
	[性別 ]	男	[現病歴 ]	中学卒業後、自宅農業行っていた。疲れやすくなりS33年9月円形脱毛症、頭痛、夜間不眠にて精神科へS34年6月13日受診、通院するも、世の中が変わったような気がする。事件が発生しそうな気がする、不眠が著しく気分が抑うつでもする気がしなくなりS35年6月27日入院となる。
	[主病名 ]	統合失調症	[入院歴 ]	S35年6月27日～入院現在に至る。
	[精神障害手帳]	2級	[その他 (趣味・嗜好など)]	特になし。
	[障害程度区分]	区分2		
	[経済 (収入)]	なし		



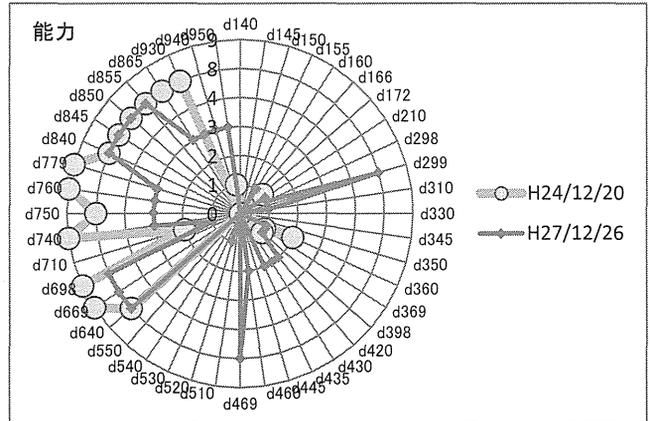
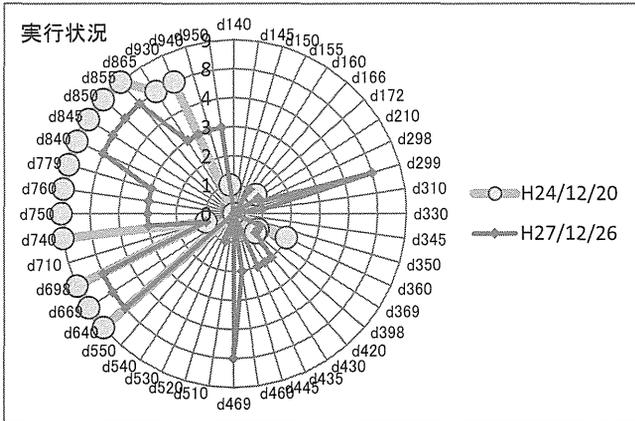
I 心身機能



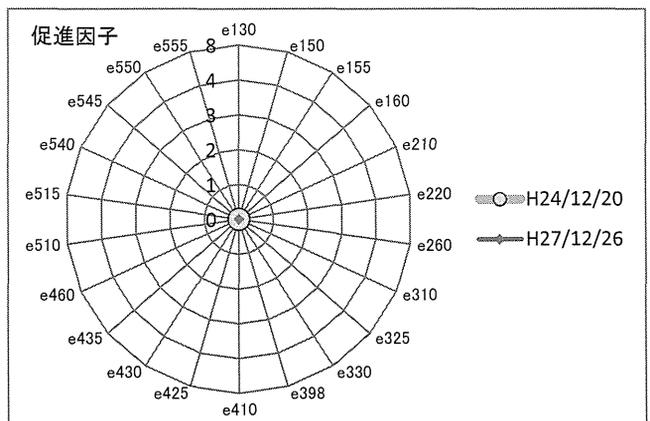
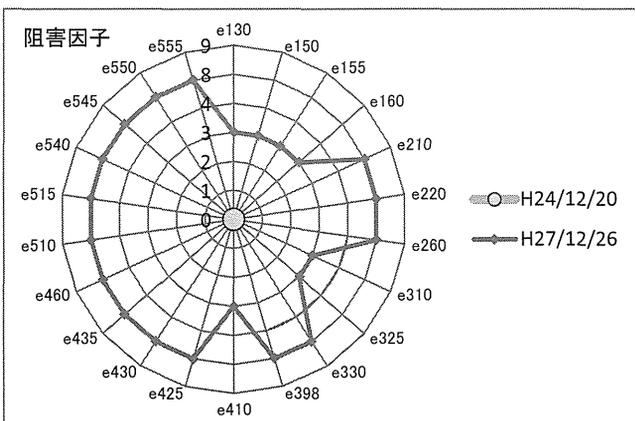
II 身体構造

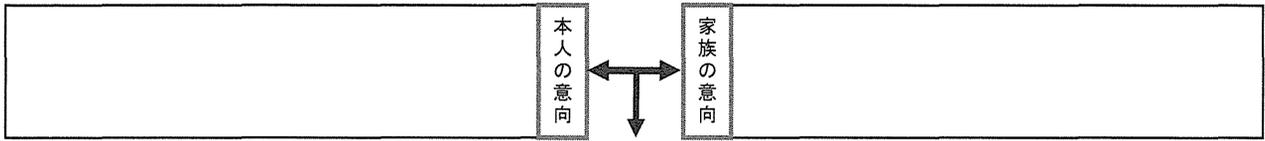


III 活動と参加



IV 環境因子





健康状態	
------	--

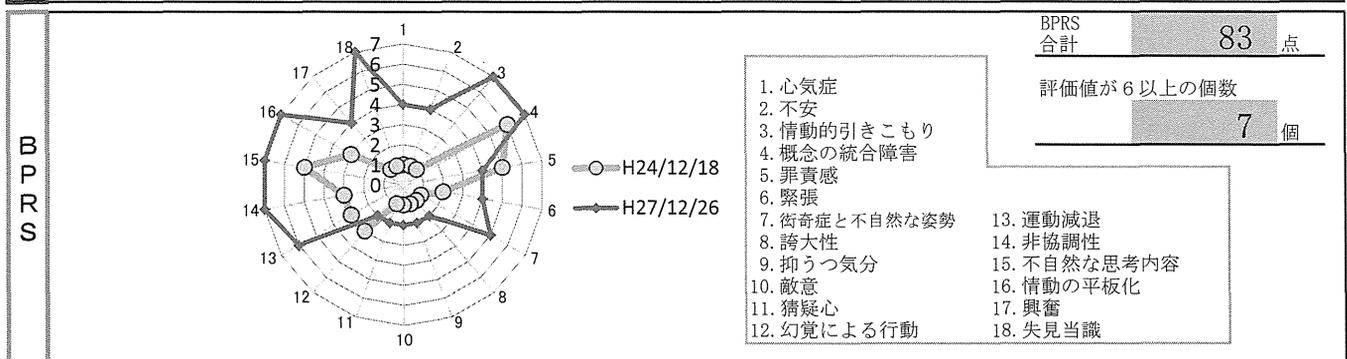
【章別評価点個数表】

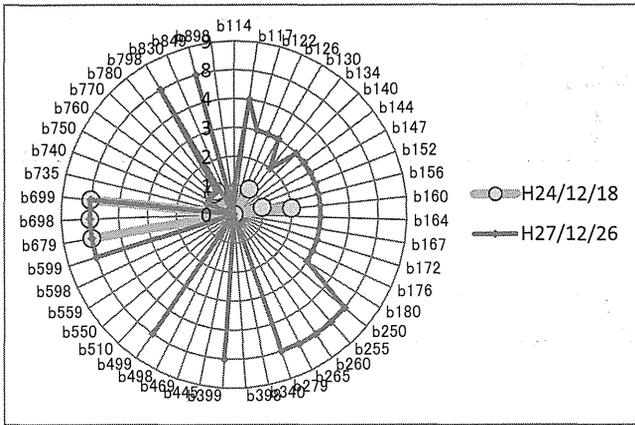
	評価点	第1評価点 個数							第2評価点 個数										
		0	1	2	3	4	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
心身機能	1. 精神機能	0	1	1	14	1	0	0											
	2. 感覚機能と痛み	0	0	0	0	0	5	0											
	3. 音声と発話の機能	2	0	0	0	0	1	0											
	4. 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系機能	3	0	0	0	0	1	0											
	5. 消化器系・代謝系・内分泌系の機能	4	0	0	0	0	1	0											
	6. 尿路・性・生殖の機能	0	0	0	0	0	3	0											
	7. 神経筋骨格と運動に関連する機能	1	5	0	0	0	1	0											
	8. 皮膚および関連する構造の機能	2	0	0	0	0	1	0											
身体構造	1. 神経系の構造	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	2. 目・耳および関連部位の構造	2	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
	3. 音声と発話に関わる構造	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	4. 心血管系・免疫系・呼吸器系の構造	2	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
	5. 消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造	2	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
	6. 尿路性器系および生殖系に関連した構造	2	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
	7. 運動に関連した構造	2	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
	8. 皮膚および関連部位の構造	2	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
活動と参加	1. 学習と知識の応用	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	実行能力			
	2. 一般的な課題と要求	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0				
	3. コミュニケーション	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0				
	4. 運動・移動	0	2	3	1	0	0	0	0	2	3	1	0	0	0				
	5. セルフケア	0	1	4	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0				
	6. 家庭生活	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0				
	7. 対人関係	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0				
	8. 主要な生活領域	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0				
	9. コミュニティライフ・社会生活・市民生活	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0				
環境因子	1. 製品と用具	0	0	0	4	0	0	0	+0	+1	+2	+3	+4	+8	9	障害促進			
	2. 自然環境と人間がもたらした環境変化	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	3. 支援と関係	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	4. 態度	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	5. サービス・制度・政策	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				

※ 背景色は前回 (H24年12月18日) との比較

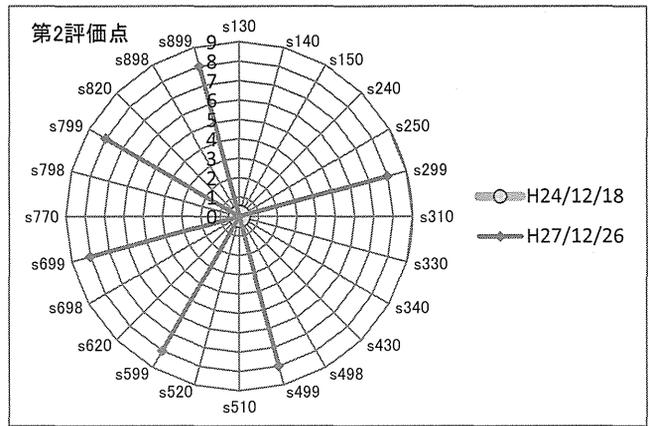
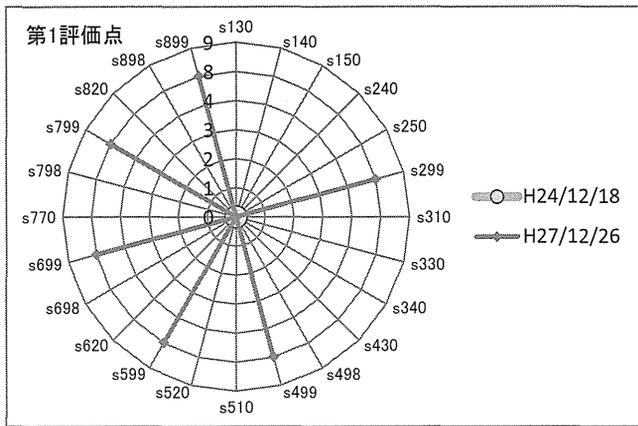
増 減

個人因子	[生年月] 1949年6月	[既往歴] 特に無し
	[年齢] 65歳	[生活歴] 4人同胞の長女として出生。小学校3年頃から、成績が下がり授業中も落ち着きなく、勉強しなくなった。幼少時期に養女となる。
	[性別] 女	[現病歴] 10歳頃より、落ち着きがなく、8歳高い所より落ちた。独語や、空笑などみられ夜間徘徊等あり、S35年3月9日～精神科病院を入院、退院を繰り返していた。
	[主病名] 統合失調症	[入院歴] 同上。他院入退院繰り返し当院S36年5月4日入院。
	[精神障害手帳] 2級	[その他(趣味・嗜好など)] 特に無し
	[障害程度区分] 未申請	
[経済(収入)] なし		

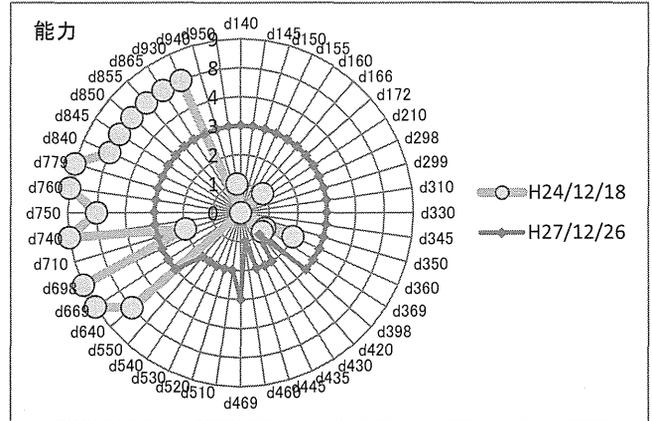
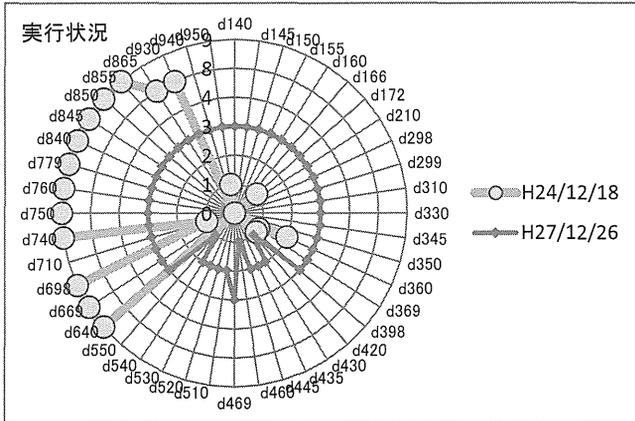




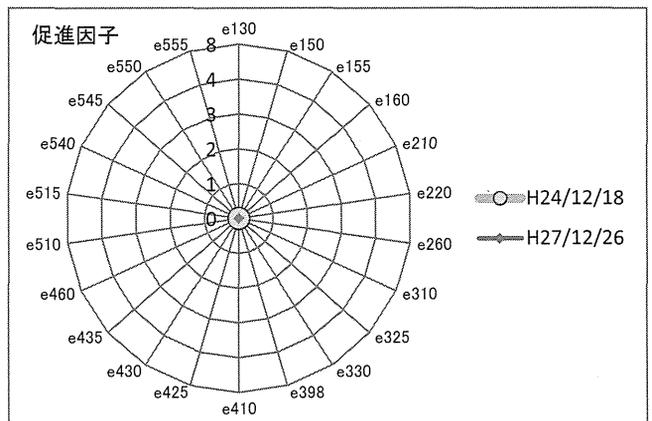
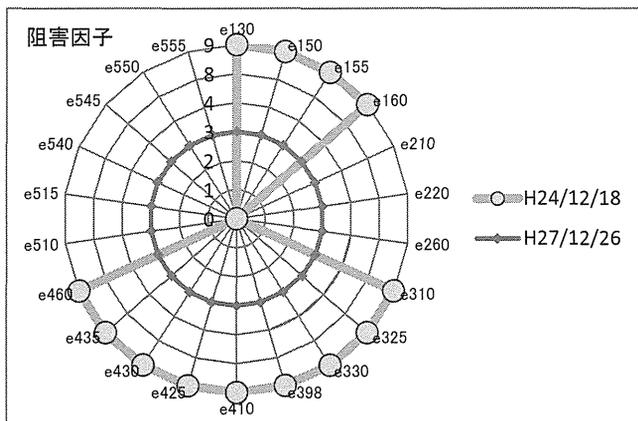
II 身体構造



III 活動と参加



IV 環境因子



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 25～27 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」

分担研究総括報告書

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 順天堂大学医学部精神科、\*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前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3年間分析した。②各年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）をもつ医療施設を対象として、その運用実態をアンケート調査した。③精神科救急病棟の入院対象の典型となる「重度かつ急性」患者の診断基準案を作成した。④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受診前相談は年々増加して12万件に近づき、受診は年間4万件ほどで横ばい。約4割に当たる入院は微増し、4分の1ほどが三次救急だが、大都市圏に偏っている。②平成27年度、精神科救急病棟認可施設130施設中88ヶ所（67.7%）から114病棟に関する回答があった。平均病床数は46.9床。ここに年間299.7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。認可施設数の増加に伴って、平均在院日数が延長し、三次救急比率が低下する半面、転棟・転院率が低下して在宅移行率が上昇する傾向にあったが、近年は定常化している。③「重度かつ急性」患者の診断基準を、現実検討能力の喪失や社会的不利益などの基本要件、病態像、病状スコア（BPRS、GAF）、行動因子やサポート因子などの付帯条件という4軸で定性的・定量的に定義した。④追跡調査では、60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（422例）、3

ヶ月在院した群（87例）、1年以内に退院して再入院のなかった群（246例）、退院後に再入院した群（127例）、1年間在院した群（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利用実績が少ない地域や軽症例の受診頻度が高い地域があるために、昨年度は事業予算が削減されたが、これらの地域差は、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って生ずる。救急事業の機能評価のための10指標を提案した。②精神科救急病棟は全国展開しつつあるが、その機能にはばらつきがある。本来の機能を確保するために、主な入院対象となる「重度かつ急性」の基準を作成した。現在、入院形態が精神科救急病棟の施設基準となっているが、この臨床的な基準に置き換えられるべきである。③追跡調査における3ヶ月在院群と1年在院群は、入院時、追跡時の双方で重度慢性例の特徴を有していたが、後者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。

結論) 「重度かつ慢性」患者の長期在院防止と退院促進のためには、急性期医療の拡充、回復期リハビリ病棟および重度慢性病棟の規格化、そして地域移行・定着のためのプログラムの進展が必要である。特に急性期での集中的な医療が有効と思われる。

## 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24～26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  
全国の精神科救急入院料病棟（以下「精神科救急病棟」と略記）を認可された施設に対して、調査日現在の運用体制もしくは前年度の診療実績を問うアンケート調査を平成24～26年度にわたって実施した。

### 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)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年後転帰を記録した。

#### (倫理面への配慮)

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

近年における受診前相談事業の推移を図1に示した。精神医療相談事業を中心に漸増傾向にある。

#### (2) 受診状況

図2に近年における精神科救急事業の受診および入院件数の推移を示した。図3には、平成26年度における都道府県別の受診件数と入院件数を受診件数の多い順に表示した。

受診件数は年間4万件ほどで横ばいであるが、約4割の入院件数は、三次救急(緊急措置入院、措置入院、応急入院)を中心に漸増傾向にある。

### 2. 精神科救急病棟の運用実態

平成14(2002)年の診療報酬掲載以降、精神科救急入院料病棟認可施設は増加し、平成27年10月末現在、130施設に上っている。ただし、空白県が7県ある一方で、1施設で4つの救急病棟を有する施設もあるなど、その分布は不均一である。なお、精神科急性期治療病棟の空白県はなく、約300施設で認可を受けている。

平成27年度の調査依頼に対して、精神科救急病棟認可施設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。その集計結果に基づいて、図4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。これによれば、平均病床数は46.9床。ここに年間299.7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。

### 3. 「重度かつ急性」患者の診断基準

「重度かつ慢性」患者の調査をする上で出発点となる重症の患者像を描くために、病状評価尺度(BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale, 簡易精神症状評価尺度)および(GAF: The Global Assessment of Functioning, 機能の全体的評定)を用いて患者の重症度を定量化し、さらに行動因子や支援因子などの付帯条件を加味して、資料1に示したような「重度かつ急性」患者

の診断基準を作成した。

現在、精神科救急病棟の施設基準として年間の非自発入院割合や三次救急件数が設定されている。しかし、入院形態と臨床的重症度は必ずしも一致しない。また、施設基準をクリアするために非自発入院や三次救急の判断基準を拡大運用する可能性も指摘されている。

こうした問題を克服するために、当研究班は、より臨床実感に近い重症度の判定基準を考案した。今後は、入院形態に代わる重症度の指標として活用されることを望みたい。

#### 4. 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) 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。これらを退院群と呼ぶ。

退院群のうち、退院後1度も再入院しなかったケースは246例あった(これをI群と呼ぶ)。退院後1回以上再入院したケースは127例あった(II群と呼ぶ)。入院後1年間、1度も退院せず、入院先病院で入院を継続したケースは19例であった(III群と呼ぶ)。なお、II群、III群が在棟した病棟は、精神科救急入院料病棟とは限らない。

入院後1年の時点での転帰調査に回答のあったケースは497例で、登録例に対する回答率は86.6%であった。このうち、転帰が判明しているケースは425例で、登録例の最終追跡率は74.0%であった。

以上の追跡調査の流れを図5に示した。

##### (2) 各群のプロフィール

図5のA群(3ヶ月以内に退院したケース422例)、B群(3ヶ月時点で退院できなかったケース87例)、I群(1年以内に退院し再入院しなかったケース246例)、II群(1年以内に退院したが再入院したケース127例)、III群(1年間退院できなかったケース19例)の特徴を示すために、履歴的事項や病状、治療プロセスを示す主な調査結果を選んで一覧表示したのが表1である。

#### D. 考察

##### 1. 精神科救急事業の運用実態

###### (1) 受診前相談

近年、受診前相談件数、特に精神医療相談事業の件数が漸増してきた。ただし、精神科救急情報センター事業と精神医療相談事業の業務内容を区分する基準は都道府県によって必ずしも一致していない。

そもそも精神医療相談事業とは、都道府県に1ヶ所しか設置が認められない精神科救急情報センターの機能を補うために、同センターとは別のブロックに設置されるべき追加の相談窓口である。したがって両者の機能に区別はない。本来は、小規模な情報センターが精神医療相談窓口なのである。

なお、情報センター事業については、平成27年度より、医療機関に設置される場合は運営補助金の対象としないことが決定された。情報センターが併設された病院への受診誘導を回避するためとされるが、これは実態を無視した施策といわざるをえない。

情報センター併設病院のモデルである千葉県精神科医療センターの実情によれば、自院も含めて、県内で救急ベッドを確保することに毎晩苦勞しており、救急ケースの自院誘導などは考えも及ばない。しかも、電話相談の緊急度や身体状況の評価、受け入れ病院への情報伝達などの面で、病院に当直する医師の果たす役割は大きい。

## (2) 受診状況

図3が示すように、精神科救急事業の運用実績には地域差が大きい。電話相談の機能、救急病院の空床確保率やアクセスのしやすさ、マイクロ救急（個々の医療機関による自発的な救急診療）のアクティビティなど、様々な要因がある。

図6は、地域人口1万に対する年間の受診件数を横軸に、入院率を縦軸にして、地域人口を加味して図3を再構成したものである。強い負の相関を示すことがわかる。

図6の右下には人口過疎地区を含む県が位置し、入院を要しない軽症ケースの受診頻度が大都市圏よりも高い。これをもって

受診者側の自己都合による「コンビニ受診」が多いなどと解釈すべきではない。人口過疎地区では、それが可能なほど、救急病院へのアクセスはよくない。また、平素の在宅ケア支援体制も都市部に比べて不十分な地域が多い。このために夜間休日の救急受診が人口に比して多くなると解釈すべきである。

逆に図の左上には大都市圏が位置し、救急事業の利用者が入院を要する重症ケースに絞り込まれる傾向が見て取れる。地域社会の対人関係が希薄で精神疾患への対応が遅れがちなため、および、トリアージが厳しく容易に救急医療サービスを利用できないためと考えられる。精神科三次救急も大都市圏に偏っている。

平成27年度、利用度の低い地域と軽症受診者の多い地域が少なからず存在することをもって、精神科救急事業に係る予算が減額された。しかし、利用度が低いのはニーズが低いためではなく、空床確保やアクセスなど医療供給側の不備によって利用しづらいためである。軽症受診者が多いのは、前述の理由による。

## (3) 精神科救急事業の機能評価

精神科救急医療サービスを標準化し、水準向上を図るには、精神科救急事業の機能評価が必要である。当研究班では、これまでの調査に基づいて、以下のような機能評価の着眼点を提唱した。

- ① 精神科救急情報センターなどの相談受付窓口が機能しているか
- ② 医療アクセス支援（救急搬送、アウトリーチ）が整備されているか

- ③ ミクロ救急（個々の医療機関による自発的な救急診療）が機能しているか
- ④ 措置診察の手続きが常時可能か
- ⑤ 救急ケースを必ず受け入れる医療施設を確保できるか
- ⑥ 重症ケースを治療する高規格の精神科医療施設があるか
- ⑦ 身体合併症に対応するシステムがあるか
- ⑧ 救急から在宅まで、ケアの連続性が保てるか
- ⑨ 物質依存、児童・思春期、認知症ケースなどに対する専門プログラムにつなげられるか
- ⑩ 関係者間の連絡調整の場が確保されているか

## 2. 精神科救急病棟の運用実態

### (1) 追跡調査の検討

図5によれば、精神科救急入院料病棟に入院したケースのうち、3ヶ月後の残留率は15.2%、1年後では3.3%となっている。これは、平成24年における精神科病院の全国平均（3ヶ月で41.9%、1年で12.4%）を大きく下回っている。しかも、入院時の入院形態（非自発入院が75%）からも推定されるように、入院時の病状は全国平均（非自発入院が41%）よりも重症である。すなわち、精神科救急入院料病棟は、重症患者の長期在院の抑止に貢献しているといえる。

しかし一方、1年以内に退院したケースに占める再入院（Ⅱ群）の比率は26.2%に上る。追跡期間を入院後1年でなく、退院後1年に広げれば、再入院率はもっと高くなるであろう。これは精神科救急入院料病棟と現代医学の限界であろう。

なお、1年間の追跡調査から脱落した182例（登録群574例からⅠ・Ⅱ・Ⅲ群の合計392例を差し引いたケース）の中には、様々な転帰を辿ったケースが混在すると推測されるが、実態は不明である。今回の追跡調査の限界である。

### (2) サブグループの特質

表1は、転帰別のサブグループの特質を表している。

#### ①登録群

登録群の主診断は、F2群が49.7%を占め、次いでF3群29.1%、F1群、F4群、F0群などとなっている。

入院時の入院形態は、非自発入院が4分の3、三次救急が1割を占めている。

通算入院期間は、入院歴のない群が183例（31.9%）、1年未満が217例（37.8%）、1年以上が160例（27.9%）であった。

入院時の処置では、隔離が237例（41.3%）、身体拘束が54例（9.4%）、点滴が65例（11.3%）、注射が54例（9.4%）であった。

#### ②A群とB群の比較

表1の中で有意差のある調査項目を中心に、3ヶ月以内に退院したA群と入院が3ヶ月を超えたB群を比較すると、B群はA群に比して、入院時年齢が高く、罹病期間も長い。F2群が多く、F3群が少ない。経歴上の問題（触法行為など）のあるケースが多い。措置入院が多く、任意入院が少ない。入院時の隔離、入院中の大量投薬例が多い。追跡時のGAFスコアが低く、BPRSスコアは低高い。そして、総括研究班が定義した「重度かつ慢性」の基準案を満たすケ