

ースの比率が高い。

要するに、B群は、A群に比べて重度かつ慢性の特質を色濃く有するが、その多くはF2群の比率が高いことで説明されると思われる。

③ I・II・III群の比較

表1の中で有意差のある調査項目を中心に、I・II・III群の比較を比較すると、III群は他群に比べて、入院時年齢が高く、罹病期間と通算入院歴が長い。診断ではF2群が多く、F3群が少ない。経歴上の問題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、入院中の大量投薬ケースが多い。GAF・BPRSスコアに見る改善幅（登録時と追跡時の差）が他群に比して小さい。そして、「重度かつ慢性」の基準案を満たすケースは14例（73.7%）あり、登録時と追跡時で変わらない。

④ III群の特質

以上の結果からは、III群が「重度かつ慢性」例を代表する患者群ということが示唆されるかに見える。

ところが、III群19例を個別に検討すると、女性が男性の2倍を上回るほか、長期在院の理由が「病状等が重症または不安定のため」と主治医が評価したケースが9例（男性は1例）あった一方で、退院先の確保が困難など「病状以外の理由で長期在院となっている」、つまり社会的入院との評価が8例（男性4例）もあった。

すなわち、III群は「重度かつ慢性」例を代表する群とは必ずしもいえない。今回の調査で追跡しきれなかった182例の中にも、重度慢性例が相当に散在しているものと考

えられる。ただし、他院に長期在院しているとは限らない。在宅ケアに移行している可能性もある（I群、II群にも含まれているということである）。病状が重くても条件しだいで長期在院を免れるケースのあることは、臨床的にも観察されるからである。

3. 今後の精神科入院医療のあり方

入院3ヶ月以内を急性期、3ヶ月～1年以内を亜急性期、1年以上を慢性期とする現在の枠組みを前提として、重度慢性例の長期在院防止と退院促進を語るならば、その基本方針は明らかである。

まず第1に、重症患者に対する急性期治療を拡充して、精神疾患（特に長期在院化しやすい統合失調症圏）の治療成績を上げることである。

第2に、入院後3ヶ月を超えてしまい、医療費給付が急減する重症例（本稿ではB群）に対して、精神科リハビリと地域移行支援を強化し、急性型包括入院料の給付期間延長や回復期リハビリ病棟の新設など、1年以内の退院を図るシステムを創ることである。

第3に、在院1年を超えてしまった重症例のうち、精神・行動障害が著しいケースに対して、クロザピンやmECT、心理社会的治療など、インテンシブな治療プログラムを提供できる専門病棟を拠点的に配置することである。

そして第4は、在院期間の長短にかかわらず、在院患者の地域移行と地域定着を促す地域社会の側のシステムを強化することである。

要するに、どの病期においても、病院の内側でも外側でも、治療的熱意を失わずに

退院に向けてのチャレンジを持続できるシステムを構築することが肝要であろう。

重度慢性患者を産み出さないためには、とりわけ急性期治療の拡充が重要かつ有効である。すでに在院が長期化したケースを退院させるには、その未然防止よりも遙かに多くの労力と時間を要することは、経験的に明らかである。

E. 結論

追跡調査では、精神科救急入院料病棟での治療開始によって、85%以上の重症患者を3ヶ月以内に退院させ、1年以上の残留率を4%以内に収めることができることが明らかとなった。しかし一方で、退院ケースの26%以上が1年以内に再入院していること、1年以上の長期在院者が必ずしも「重度かつ慢性」の代表群ではないこともわかった。

「重度かつ慢性」ケースの長期在院を防止するためには、病期によらず、退院への営為を持続できる医療システムの構築が必要であるが、精神科救急・急性期医療の拡充が最も重要かつ効果的と思われる。

そのために、当研究班は、精神科救急事業を評価する着眼点と「重度かつ急性」患者の診断基準を提唱した。今後もなお、克服すべき制度的・技術的な課題は数多い。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表等

(1) 平田豊明：わが国における精神科救急医療体制. 臨床精神医学, Vol. 43:

573-580, 2014

(2) 平田豊明：精神科救急—最近の動向. 精神科, Vol. 24: 385-390, 2014

(3) 平田豊明：精神科救急サービスの理念共有～精神科救急医療は何のためにあるのか?～. 精神科救急, Vol. 17: 11-15, 2014

2. 学会発表等

(1) 平田豊明：精神科急性期包括入院料病棟の現状と近未来構想. 第111回日本精神神経学会学術総会委員会シンポジウム20「高度急性期精神科医療の将来像」、2015年6月、大阪市

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

[参考文献]

- 1) 埼玉県立精神保健福祉センター：平成24年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「精神医療相談窓口および精神科救急情報センターの実施体制に関する調査」報告書. 2013
- 2) 平田豊明、杉山直也、兼行浩史ほか：平成25年度厚生労働科学研究「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—第1報」報告書（総括研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制に関する研究」の分担研究）. 2014年
- 3) 平田豊明、杉山直也、来住由樹ほか：平成26年度厚生労働科学研究「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—第2報」報告書（総括研究「精神障害者の重症度判定及び重症患

者の治療体制に関する研究」の分担研究)。
2015年

- 4) 厚生労働省、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所：精神保健福祉資料。平成24年6月30日調査の概要。2014年
- 5) 日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン2015年版。へるす出版，2015年

精神科における「急性かつ重症の患者」の診断基準

1. 基本要件

急性かつ重症とは、「精神疾患による現実検討の損傷と社会的不利益が最近3ヶ月以内に急速に生じており、改善のために迅速な医学的介入が必要かつ有効な患者」である。以下の条件を全て満たすこと。

- I. 医学的な重症性：精神疾患によって現実検討（reality testing）が著しく損なわれていること
- II. 社会的不利益：このために、社会生活上、自他に深刻な不利益をもたらす行動が生じていること
- III. 急性の展開：最近3ヶ月以内に、このような事態が出現もしくは悪化していること
- IV. 治療の必要性：迅速な医学的介入なしには、この事態が遷延ないし悪化する可能性が高いこと
- V. 治療の可能性：医学的介入によって、このような病態の改善が期待されること

2. 病態の分類と評価

A. 定性評価

急性かつ重症の患者とは、その病態が精神医学的な解釈として質的に説明される状態像にある患者である。定性的な根拠として、以下に示す（1）～（5）のいずれかに分類されること。

B. 定量評価

急性かつ重症の患者とは、その病態が一定以上の重症度を示す患者である。定量的な根拠として、精神症状が BPRS（Brief Psychiatric Rating Scale）において 46点以上、かつ精神機能が GAF（The Global Assessment of Functioning）において 30点以下 であること。

（1）意識障害（consciousness disturbance）

意識の障害においては現実検討を損なう。原因は主に外因性であり、多くは身体医学的な治療対象であるが、意識の障害がありながら行動出力が停止しない特殊な病態では、場合に応じて精神科的な治療の対象となる。

① せん妄状態（delirious state）

精神運動興奮と幻覚（幻視が多い）を伴う意識混濁状態で、回復後に健忘を残す。認知症を含む各種の脳器質性疾患、身体疾患、各種薬剤のほか、外科手術やICUでの治療によるストレス負荷、全身状態の悪化、加齢などが誘因となって生ずることがある。特殊な病態として、アルコール離脱性の振戦せん妄がある。

② もうろう状態（twilight state）

意識消失を伴う全般性てんかん発作や電気けいれん療法の施行後に生ずることのある意識混濁状態。せん妄状態のような精神運動興奮を呈することもあれば、緩慢な無目的運動の出現のみの場合もある。通常は数時間以内に回復するが、てんかん発作重積状態などでは遷延・断続する場合がある。回復後には完全健忘を残す。

（2）精神病状態（psychotic state）

① 幻覚・妄想状態（hallucinatory-delusional state）

資料 1

現実検討と行動選択が幻覚や妄想など構築性の精神病症状の強い影響を受けている病態。

② 滅裂状態 (incoherent state)

前記と同様の精神状態にあるが、思考や行動の解体が著しく、幻覚や妄想などの存在を確認することが困難な病態。

③ 緊張病症候群 (catatonic syndrome)

急性増悪時に特徴的な症状群であり、昏迷と精神運動興奮という対極的な病像が交互に出現することがある。昏迷は、行動の起点となる意図の形成が機能しなくなるために、表現活動を含む一切の行動出力が停止してしまう病態。精神内界は激しい幻覚・妄想状態にあることが多いが、それを表明できない状況に置かれる。精神運動興奮は、精神機能の過活動の一方でその統制が困難となり、興奮して合目的な行動が持続せず、自他への攻撃衝動が突出しやすい病態である。

(3) 重症抑うつ状態 (severe depressive state)

重症の抑うつ状態では、現実検討が悲観的・自己否定的な形に歪み、視野狭窄をもたらす。第一次自律機能も低下するため、身体的消耗が悲観的な現実検討を増強するという悪循環構造を形成しやすい。これらの病態は、大うつ病のほか、双極性障害をはじめとする気分障害、統合失調症、統合失調気分障害などの精神病性障害、脳器質性障害、物質使用障害など、多くの精神疾患の経過中に現れることがある。

① 激越性うつ病 (agitated depression)

強い現実検討の歪みを背景として焦燥感が亢進し、過活動となる逆説的な抑うつ状態。希死念慮のある場合は、自殺衝動が制御困難となりやすい。

② うつ病性昏迷・亜昏迷状態 (depressive stupor/sub-stupor)

行動出力が停止ないし停滞するために、日常生活に重大な支障を来している抑うつ状態。うつ病に特有の運動制止（ブレーキ現象）によると考えられるが、重症の昏迷では、精神病性の昏迷と識別が困難である。

③ 妄想性うつ病 (delusional depression)

悲観的に歪んだ現実検討を基盤として、無根拠で訂正不能な悲観的妄想（罪業妄想、貧困妄想、心気妄想など）が表出される抑うつ状態。

④ 自殺リスクを伴う抑うつ状態 (depressive state with suicide risk)

悲観的な現実検討を背景として希死念慮が高まっている抑うつ状態。

(4) 重症躁状態 (severe manic state)

現実検討は楽観的・自我拡張的に歪み、自己の能力や資産が過大評価される。交感神経系優位の過活動状態となり、睡眠の短縮が躁状態を悪化させる悪循環を形成しやすい。双極性気分障害および統合失調気分障害によってもたらされるが、統合失調症、脳器質性障害、物質使用障害などの経過中に現れることがある。

① 解体型躁状態 (disintegrated mania)

観念奔逸と転導性の著しい亢進のために言動に一貫性を欠き、欲動の亢進と脱抑制のために合目的な行動がとれない躁状態。

② 妄想性躁状態 (delusional mania)

資料 1

誇大的な妄想を伴う躁状態。内容はしばしば荒唐無稽である。自我拡張的に歪んだ現実検討により、社会的逸脱を呈しやすい。

③ 易怒性躁状態 (irritable mania)

周囲への攻撃性が高まった躁状態。拡張する行動を抑制しようとする人々に対して易怒的・攻撃的となるために、トラブルが頻発する。刑事事件に発展することもある。

④ 混合状態 (mixed state)

表情は陰うつ、言動は悲観的にもかかわらず、行動は脱抑制的となる、気分と行動の乖離した躁状態。行動を制止されると、しばしば易怒的となり、現実検討は歪んでおり、自殺のリスクも高い。

(5) その他 (other states)

① 精神運動興奮状態 (psychomotor excitement)

種々の基礎病態に生じ得る非特異的な増動状態で、例えば、認知症における周辺症状 (behavioral and psychological symptoms in dementia) や、精神遅滞などに伴いやすい。認知症の中核症状としての記銘力障害・検討識障害、精神遅滞における知的能力の低下などは、それ自体が入院治療の対象にはならないが、それらの機能低下に伴って出現する心理面・行動面の障害はしばしば急性の経過を呈して住環境での対応困難を来し、治療の対象となる。ただしこの場合には、治療の可能性 (V) について良く吟味されなければならない。

② 解離状態 (dissociative state)

心的外傷の既往やストレス負荷を背景として生ずる、意識と行動が解離した特殊な精神状態。無意識の自己防衛機制によるとされる。疾病利得や操作的意図が明らかな解離状態では、そのみでの精神科入院治療には慎重な判断を要す。全生活史健忘や著しい自傷行為を伴うなど、社会的・身体的な自己防衛が困難な解離状態は、急性期入院治療の適応となりうる。

※ 上記のいずれにも当てはまらない病態の解釈について

上記以外にも、現実検討能力の低下や急性経過を示す精神障害や病態がありうるが、本基準を満たすには1で示した基本要件にすべて当てはまる必要がある。

例えば、重度の知的障害や認知症は「現実検討が著しく損なわれた病態」である。広汎性発達障害においても、独特の社会機能の質的障害により逸脱を呈し、現実検討を損ねた事態と判断される場合がある。依存症候群も、ある一面において現実検討を欠いた状態である。しかしながら、これらの病態は通常慢性に経過する。ただし経過中に急性の展開 (III) を示し、社会的不利益 (II) をきたす病態を一過性に示す場合があり、その際には治療の必要性和可能性 (IV、V) を勘案して入院適応となることがある。そうした事態の多くは本病態分類における (1) ~ (5) のいずれかの状態像に該当する。

パニック障害における不安症状は急性症状の一つであり、症状出現時には一定の現実検討の低下を呈す。しかしながら、回復が速やかである特徴などから、入院治療の必要性和可能性 (IV、V) が検討されれば、必ずしも適応とならない。

3. 緊急に医療的介入を要する因子

急性かつ重症の患者とは、病態が質・量ともに重症であることに加え、専門的な救急および急性期医療介入が必要となる特徴を有す患者である。以下に示す因子のいずれかに該当すること。

(1) 行動因子

病態による行動への影響は、様々な形で現れる。その範囲が広ければ社会問題としての深刻さが増大し、その強度が強ければ対象への侵襲性が増大する。対象の方向性によって、内向きは自傷、外向きは他害と区別される。さらに行動が極端に減退するタイプや、著しい混乱を表出するタイプの異常では、自律性が失われて生命維持の危険が生じる。いずれの場合にも即時介入の必要性が高まる。以下のいずれかに該当すること。

要件①：他害行為、器物破損行動、もしくは制止不能な他者への威圧的・攻撃的言動や迷惑行為。

要件②：自殺企図、自傷行為、もしくは制御困難な自殺念慮。

要件③：危険回避や最低限の清潔保持困難等、自己防衛機能および自律性の著しい低下を示す行動異常。

(2) 個人的支援因子

サポート体制が脆弱であることは、医療的介入の必要性と直結する。急性の病態では、迅速なサポート体制の構築が困難であり、一時的に医療介入の必要性が高まることがしばしばある。以下の状況にあること。

要件：個人的な見守りができる家族、同居者、友人などがいない。

(3) 時間帯因子

事例化が生じた時間帯が医療機関の一般的な診療時間外である場合、アクセスが限定され、しばしば救急医療資源のみが介入手段となる。以下に該当すること。

要件：平日夜間、日曜祭日等の時間外の受診。

(4) 治療関係因子

かかりつけ医による危機状況への医療介入は、平時のアセスメント情報や診療関係などの利点から、それが可能である限り最も容易で適切である（マイクロ救急）。新規発生や治療中断事例の場合や、かかりつけ医の診療範囲を超える危機状況、診療時間帯、アクセスの距離などの事情によりかかりつけ医が対応できないケースでは、セーフティネットとしてのマクロ救急の動員が必要な場合がある。以下に該当すること。

要件：自院との治療関係が現在ない。

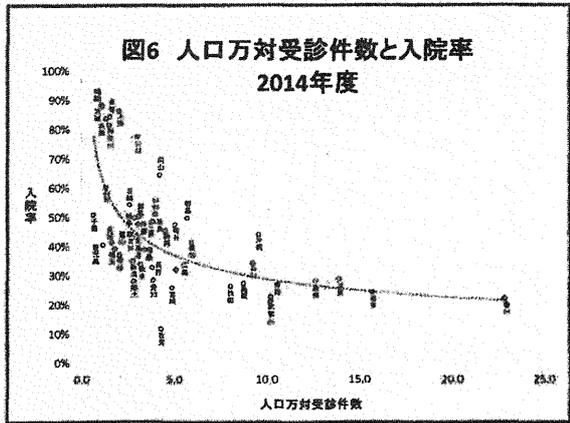
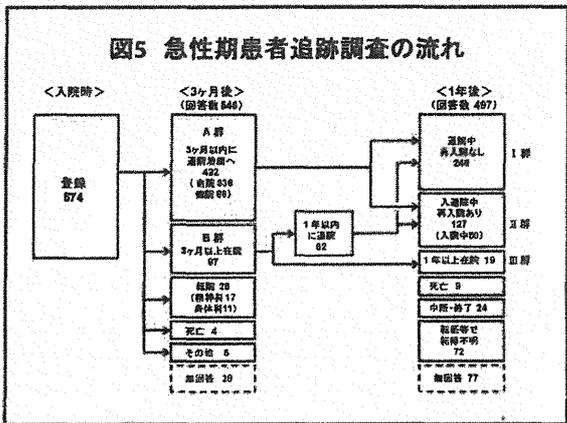
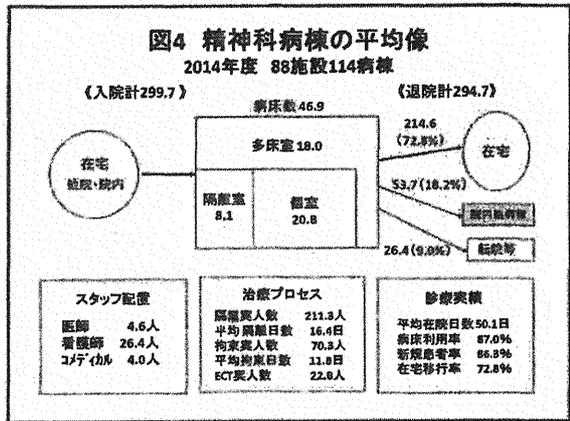
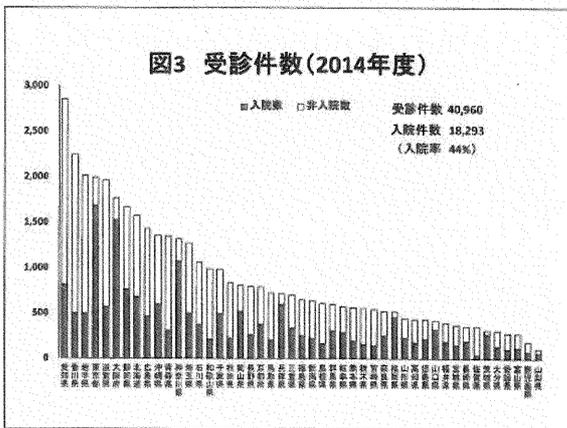
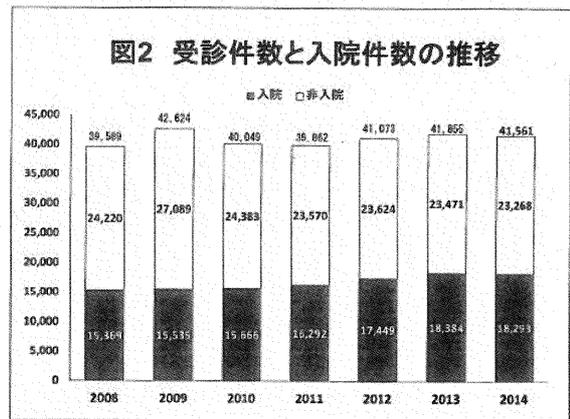
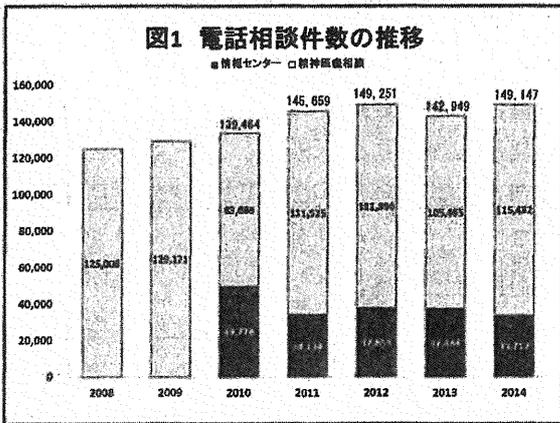


表1

急性期各群の特性

項目		群種別	急性期群					
			登録群	A群	B群	I群	II群	III群
総数			574人	422	87	246	127	19
性別	男		264人	178	44	115	56	6
	女		310人	244	43	131	71	13
入院時年齢			46.7歳	45.8	50.5	46.4	44.0	52.6
罹病期間			14.2年	13.0	19.2	13.6	15.9	22.8
診断	F2		49.7%	45.3	73.6	50.4	52.0	84.2
	F3		29.1%	32.0	16.1	32.1	26.0	10.5
初回入院			33.4%	32.2	32.2	33.3	20.5	21.1
入院歴1年超			27.9%	26.8	34.5	25.6	40.9	63.2
経歴上の問題			7.8%	5.5	14.9	4.9	11.0	26.3
入院時 入院形態	措置		5.4%	3.8	11.5	2.8	3.9	10.5
	任意		24.7%	28.0	12.6	24.0	33.9	5.3
隔離室使用			41.3%	44.5	66.7	43.5	52.8	78.9
CP換算600mg超			—	12.6	25.3	14.6	18.9	21.1
GAF	登録時		33.2	34.0	29.8	35.6	32.9	32.1
	追跡時		—	59.1	43.3	58.4	53.8	37.0
BPRS	登録時		49.4	48.5	53.7	47.9	51.1	56.8
	追跡時		—	33.1	41.7	33.2	38.4	51.1
行動 障害	1~9	登録時	16.7	16.7	15.7	15.1	16.8	15.1
		追跡時	—	12.6	11.9	11.7	13.4	11.7
	10~27	登録時	34.2	33.8	35.0	36.6	34.5	36.6
		追跡時	—	26.4	28.5	35.1	29.2	35.1
生活 障害	登録時		17.0	16.4	18.9	16.1	16.8	21.3
	追跡時		—	11.5	13.8	11.1	13.1	16.8
重症 比率	登録時		65.9%	64.9	72.4	57.7	70.1	73.7
	追跡時		—	14.9	34.5	13.0	29.1	73.7

分担研究報告

分担研究者 吉邨善孝

済生会横浜市東部病院

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」
分担研究総括報告書

一般病院精神病棟の役割

研究分担者 吉邨 善孝（済生会横浜市東部病院）

研究要旨：

①重症で長期的経過をたどる精神疾患患者への対応において、一般病院精神病棟がどのような役割を果たすべきであるのか検討するのは重要である。一般病院精神病棟から精神科病院に転院後も1年以上の長期入院となる精神疾患患者では、一般病院入院時に身体疾患を合併し、GAF 得点が低いことが示唆された。

②一般病院精神病棟は、精神科病院から身体症状の治療目的で長期入院患者の転院受け入れ、薬物療法が奏功しない精神疾患患者へのクロザピンの導入、修正型電気けいれん療法の実施などを実施している。一般病院精神病棟が精神科病院での入院期間短縮のためにどのような役割を担うことが望ましいのか明確にするのは重要である。精神科病院から一般病院精神病棟に転院となった精神疾患患者は「重度かつ慢性」暫定基準に該当する重症例であることが示唆される。身体疾患の改善により日常生活レベルが向上し、入院期間の短縮につながることも期待できる。精神疾患患者へのクロザピンの導入、修正型電気けいれん療法などの治療的介入も有用性も示唆されている。治療の効率化、入院期間の短縮のためには、精神科病院と一般病院精神病棟との間で連携を密にし、情報を共有化し、均一化、標準化された医療を実践することが望まれる。

①一般病院精神病棟から精神科病院へ転院した精神疾患患者の転帰研究

A. 研究目的

一般病院精神病棟は、「内科を含む複数の身体科を有して、二次救急・三次救急を受けており、精神科病床が全病床の半数以下であるような病院における精神病棟」と定義される。その実態は、精神科病床数は実働で平均 41.0 床、平均精神科医常勤数は 4.13 人、平均在院日数は 111.4 日（日本総合病院精神医学会平成 24 年度基礎調査により）であり、1 年を超える長期在院患者は少ない。そこで、今回の調査の目的は転院患者の1年後転帰調査を行い、入院時状況がどの程度予後を予測できるのか予備的データを得ることを目的とする。

B. 研究方法

（1）研究対象者、対象医療機関

平成 23 年度（平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月）に精神病棟に入院し、転院した患者とした。日本総合病院精神医学会に属する医療機関において協力が得られた精神病棟を調査対象医療機関とした。

（2）調査期間

平成 25 年 12 月～平成 26 年 2 月

(3) 研究方法

- ・本研究は転帰調査である。
- ・入院患者リストを作成する。このリストには、患者 ID 診断、性別、入院時年齢、入院日、退院日、入院時評価を記載する。当該病院において、担当者が転院先の機関の責任者に研究の主旨を口頭で説明し、入院、入所継続の有無、退院日を確認する。当院入院日を起算して、1年以上入院している患者を「入院継続群」、自宅退院していた患者を「退院群」として比較検討を行う。
- ・評価方法

本研究は、介入を伴わない、病歴（カルテ）調査にもとづく研究である。対象につき、下記の評価を実施する。

1. 診断、性別、入院時年齢、入院日、退院日（転院日、転入所日）、入院事由（精神科救急対応、身体合併症対応、その他）、入院形態（医療保護入院、任意入院、措置入院）、入院時における The Global Assessment of Functioning (GAF) Scale、Clinical Global Impression-Severity (CGI-S) Scale
2. 身体合併症（精神疾患に続発して生じたもの：①水中毒、②繰り返すイレウス、③繰り返す肺炎）、その他の身体合併症などの有無

C. 研究結果

準備期間が短かったこともあり、本年度の研究は済生会横浜市東部病院（以下東部病院と略）において行った。平成 23 年度（平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月）に東部病院精神科棟に入院した患者総数は 257 名（女性 145 名、男性 112 名、50.7(SD=17.1 歳)）であった。このうち、76 名（女性 33 名、男性 43 名、52.3(SD=16.4 歳)）が転院していた。転帰調査が終了したのは、64 名（84.2%）であった。転院後 1 年以内に死亡したのは 1 例、1 年後も入院継続していたのは 24 例であった。39 例は転院後 1 年以内に在宅医療に移行していた。退院転帰調査終了例の概要を表 1 に示した。入院事由として、身体合併症対応、精神科救急対応であった症例が身体合併症対応 24 例(37.5%)、精神科救急対応 28 例(43.8%)であった。1 年以内の死亡例を含め、1 年後に入院継続していた者を継続群（25 例）、在宅医療に移行した者を退院群（39 例）として比較検討し、表 2 に示した。入院継続群は退院群と比較して、身体合併症を有する症例が多く、入院事由として身体合併症対応を求められていた。また、入院形態として医療保護入院が多く、GAF 得点は低かったが、CGI-S、入院期間では差がみられなかった。

D. 考察

一般病院精神科棟では、平均在院日数は短く、1 年を超える長期在院患者は少ない。長期入院加療が必要な精神疾患患者は、精神科病院への転院をすすめることが多い。今回の研究において、身体合併症への対応を求められて東部病院に入院した患者および精神科救急

対応で入院した患者は、転帰調査完了例のそれぞれ約 40%であった。今回の転帰調査完了例の多くは、精神科病院で十分に対応できない身体疾患の合併した精神疾患患者の転院を受け入れ、精神科病院においても対応可能な状態になった段階で、精神科病院に転院していた。転帰調査が完了した 64 例のうち 25 例(39.6%)では、1 年後も入院継続していた。入院継続群は退院群と比較して、身体疾患を合併し、当院への入院事由として身体合併症対応があげられた。入院継続群では、GAF 得点は低かった。この理由として、身体的制約の影響を受け、心理的、社会的機能の低下がおり、精神的健康度が低く評価されていることが推察された。一方、CGI-S の比較では、入院時の精神疾患の重症度に差はみられなかった。入院時の精神的健康度が低い場合は、予後不良となることが予想される。精神疾患への早期治療介入、合併する身体疾患への適切で十分な治療により、慢性的経過をたどらないような取り組みが必要である。

E. 結論

一般病院精神科棟から精神科病院に転院後、入院期間が 1 年以上になる症例は、入院時に身体疾患を合併し、GAF 得点が低い可能性が示唆された。今後、身体疾患を合併し一般病院入院した精神疾患患者の精神症状、行動障害、生活水準の評価を行い、「精神障害者の重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：安西信雄)により作成された「重度かつ慢性」の暫定基準にどの程度満たしているのか確認し、どのような介入が望ましいのか検討する必要がある。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

②一般病院精神病棟の役割に関する研究

A. 研究目的

一般病院精神病棟の重要な役割として、精神科病院から身体症状の治療目的で長期入院患者の転院受け入れを行うことがあげられる。①転院となった身体合併症を有する患者が重度かつ慢性の基準をどの程度満たすのか、②どのような介入がその後の退院に結びつけることができるのかに関する予備的データを得ることを目的として実施された。

B. 研究方法

< 1 > 研究対象者・実施場所・研究期間、研究対象機関、研究組織

(1) 研究対象者

平成 26 年 10 月～平成 27 年 12 月に身体合併症を有し精神科病院より総合病院精神病棟に入院した患者

(2) 研究期間

倫理委員会承認から 3 年間

(3) 調査期間

平成 26 年 10 月～平成 27 年 12 月

(4) 研究対象機関

日本総合病院精神医学会加盟病院 約 250 施設（精神病床を有する）において協力が得られる医療機関

< 2 > 研究方法

(1) 多施設共同調査

(2) 当該病院における患者リストを作成する。このリストには、ID、診断、性別、入院時年齢、入院日数、入院時評価を記載する。認知症が主病名である患者は対象から除く。

(3) 評価方法

対象につき、下記の評価を実施する。

- 1) 診断、性別、入院時年齢、入院日数、入院事由治療内容（薬物調整の有無、変更内容）
- 2) 簡易精神症状評価尺度（BPRS、Overall 版）（「重度かつ慢性」前向き調査で使用）
- 3) 行動障害（問題尺度）（「重度かつ慢性」前向き調査で使用）
- 4) 障害者自立支援法医師意見書の「生活障害評価」および「能力障害」の基準に基づいて評価。ただし「生活障害評価」の項目 7 は除く。（「重度かつ慢性」前向き調査で使用）
- 5) 身体合併症（精神疾患に続発して生じたもの）：①水中毒、②繰り返すイレウス、③繰り返す肺炎
- 6) その他の身体合併症

C. 研究結果

平成 26 年 10 月 1 日より平成 27 年 12 月 31 日までの期間に対象症例となった患者は 34 例（女性 14 例、男性 20 例、平均年齢 55.9(SD=12.4) 歳）であった。入院形態は、措置入院 2 例、医療保護入院 30 例、任意入院 2 例であった。精神科病院に入院し、転院までの期間が 1 年を超える症例は 8 例であった。転院患者の一般病院での入院期間は平均 43.0(SD=47.1) 日であった。精神科診断名は、統合失調症が 29 例、うつ病が 2 例、アルツハイマー型認知症が 2 例、症状性精神病が 1 例であった。転院事由は、身体合併症への治療目的が 27 例、修正型電気けいれん療法目的が 7 例であった。合併する身体疾患は整形外科疾患が 6 例、横紋筋融解症、イレウス、腎不全、肺炎、不明熱がそれぞれ 2 例、虫垂炎、敗血症、肺血栓塞栓症、狭心症、蜂窩織炎、高 Na 血症、頸部外傷、けいれん発作、甲状腺機能亢進症、歯根嚢胞、低栄養がそれぞれ 1 例ずつであった。

本研究班会議により作成された「重度かつ慢性」の暫定基準（案）において、対象症例中 25 例（77.2%）において重症基準に合致（BPRS 総点 45 点以上 28 例、6 点以上の項目 22 例、行動障害 15 例、生活障害 22 例）していた。

29 例は調査終了時に転院していた。転院した 29 例のうち、退院の可能性があるとは判断されたのは 2 例、退院が困難と判断されたのは 27 例（病状等が重症または不安定である：19 例、家庭内調整がうまくいかない：8 例）であった。

4 例は退院していた。退院症例は修正型電気けいれん療法が行われた 3 例と腎不全に伴う症状性精神障害で入院していた 1 例であった。

D. 考察

一般病院精神病棟が精神科病院との連携を考えた場合、精神疾患患者の身体合併症への対応、通常の薬物療法が奏功しない患者へのクロザピンの導入、修正型電気けいれん療法の実施などがあげられる。しかしながら、その実態が詳細に検討はされていない。精神科病院に入院し、重度かつ慢性状態に移行する可能性のある精神疾患患者にどのような係わりが一般病院精神病棟として望ましく、精神疾患患者の入院期間を短縮することができるのか、精神科病院との連携をどの時期にどのような内容で行うことが効果的であるのか検討することは重要である。

「重度かつ慢性」の暫定基準（案）において、対象症例の約 8 割が暫定基準を満たしていた。また、精神科病院に入院し、転院までの期間が 1 年を超える症例は全体の 2 割を超えていた。一般病院精神病棟で受け入れている身体合併症を伴う精神疾患患者、修正型電気けいれん療法の導入が必要な精神疾患患者の重症度は重度と推察される。一般病院一般病棟での対応が困難であり、一般病院精神病棟での受け入れが望ましい身体合併症を伴う精神疾患患者がいるのは現実であり、そのような患者に身体的および精神的治療介入を行うことは今後さらに検討する必要がある。最終的に退院が可能な状態にまで至っていないが、少なくとも身体疾患の改善に伴い、精神症状の若干の改善が認められ日常生活レベル

の向上に至ることは期待できる。

「重度かつ慢性」の暫定基準（案）においてとりあげられている身体疾患（①水中毒、②腸閉塞（イレウス）、③反復性肺炎に該当しない）を合併した患者は、本研究において4例（14.8%）であり、実際の臨床現場で一般病院が対応している身体疾患では頻度は少なかつた。どのような疾患を身体疾患に取り上げるべきできであるのかは再度検討する必要があると考えられる。

本研究では、薬物療法が奏功しない精神疾患患者に修正型電気けいれん療法を実施することにより、退院が可能となった症例は3例（42.8%）であった。通常の薬物療法が奏功しない患者へのクロザピンの導入は今回の対象症例には含まれなかつたが、治療抵抗性統合失調症の治療薬が安全に使用できるのは治療環境が整った医療機関であり、一般病院精神科棟はその中心となる。一般病院精神科棟がさまざまな治療的介入をすることにより、退院に至る症例が増加すると思われる。

E. 結論

精神科病院から一般病院精神科棟に転院となった精神疾患患者は「重度かつ慢性」暫定基準に該当する重症例であることが示唆される。身体疾患の改善により日常生活レベルが向上し、入院期間の短縮につながることも期待できる。治療の効率化、入院期間の短縮のためには、精神科病院と一般病院精神科棟との間で連携を密にし、情報を共有化し、均一化、標準化された医療を実践することが望まれる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他

総数（性別）	64 例（女性 25 例、男性 39 例）
年齢	53.8 (SD=16.3) 歳
診断	F 0 圏 (9 例)、F 1 圏 (10 例)、F 2 圏 (27 例)、F 3 圏 (13 例)、 F 4 圏 (2 例)、F 7 圏 (2 例)、F 9 圏 (1 例)
入院事由	身体合併症対応 24 例、精神科救急対応 28 例、その他 12 例
入院形態	医療保護入院 44 例、措置入院 20 例
GAF 得点	35.3 (SD=7.5) 点
CGI-S	4.7 (SD=0.7) 点
入院期間（転院前）	35.6 (SD=40.8) 日
身体合併症の有無 （身体疾患）	31 例/33 例（有り/無し） 呼吸器疾患 (8 例)、整形外科疾患 (6 例)、脳神経疾患 (5 例)、 消化器疾患 (4 例)、内分泌代謝疾患 (2 例)、悪性腫瘍 (2 例)、感染症 (2 例) その他 (2 例)

表 1：転帰調査完了例の概要

	入院継続群 (n=25)	退院群 (n=39)	p
性別 (女性/男性)	10/15	15/24	0.90 ¹⁾
年齢	58.4 (SD=14.3)	50.9 (SD=17.0)	0.06 ²⁾
入院事由 (身体合併症対応/精神科救急対応/その他)	18/4/3	6/25/8	<0.01 ¹⁾
入院形態 (医療保護入院/措置入院)	22/3	22/17	<0.05 ¹⁾
入院時 CGI-S	4.6 (SD=0.8)	4.8 (SD=0.6)	0.31 ³⁾
入院時 GAF 得点	31.7 (SD=8.2)	37.6 (SD=6.1)	<0.01 ²⁾
入院期間	43.8 (SD=48.2)	30.4 (SD=34.9)	0.24 ²⁾
身体疾患の有無 (有り/無し)	21/4	10/29	<0.01 ¹⁾

1) Pearson のカイ二乗検定

2) t-test

3) Mann-Whitney U-Test

表 2 : 入院継続群と退院群の比較

分担研究報告

分担研究者 村上優

独立行政法人国立病院機構
榊原病院

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
クロザピン使用症例における重症患者の調査研究

分担研究者 村上 優 国立病院機構 榊原病院院長

研究協力者 木田直也 (*1)、高江洲慶 (*1) *1 国立病院機構 琉球病院

研究要旨

琉球病院（以下、当院）で 2010 年から 2015 年 9 月 1 日までにクロザピン（CLZ）治療を行った 148 症例について、CLZ の有効性、「重度かつ慢性」基準案の当てはまりとその推移を検討した。148 例中 109 例は CLZ 治療を継続しており、そのうち 76 例は退院した。当院に入院もしくは通院中に経過を観察できた 120 例を対象に解析を行った。2014 年 1 月以降に CLZ 治療を開始した症例についての前向き調査では 44 例（CLZ 継続 37 例、CLZ 中止 7 例）が対象となった。2013 年 12 月までに CLZ 治療を開始した症例（CLZ 治療期間が 1 年以上）についての定点調査では 76 例（CLZ 継続 62 例、CLZ 中止 14 例）が対象となった。前向き調査群では CLZ 治療を継続することで、精神症状、生活障害、行動障害が著明に改善し、身体合併症の水中毒や多飲水も改善し、退院例も増えていた。CLZ 治療開始時には 96% の割合の症例が「重度かつ慢性」基準案を満たしていたが、CLZ 治療開始 6 ヶ月後・12 ヶ月後にはその割合は 17% となり、79 ポイントも減少した。定点調査群では 1 年以上経過しても CLZ 治療継続例では基準案を満たす割合は 8～12% と低い状態が続き、CLZ の効果は一時的なものではなかった。中止群を見ると、CLZ 中止後に症状は悪化し、基準案を満たす割合も次第に増加していた。このことから精神・生活・行動面での良好な機能を維持するためには CLZ 治療を継続していくことが必要であると考えられる。

CLZ の適応となる治療抵抗性統合失調症例と「重度かつ慢性」症例の治療経過はほぼ合致していると考えられ、CLZ 治療後の効果と基準案の当てはまりを見ても基準案は妥当であると考えられる。CLZ の治療効果は非常に高く、CLZ 治療を継続することで「重度かつ慢性」症例であっても早期退院に繋げることができる。

沖縄県では CLZ 地域連携体制「沖縄モデル」を立ち上げ、当院が基幹病院となり、県内の全ての施設から紹介を受けて CLZ 導入のための入院治療を行っている。患者が退院後は地域の CPMS（Clozaril Patient Monitoring Service）登録施設で通院治療を継続している。沖縄モデルと同様の CLZ 地域連携体制が今後、全国各地で整備されれば、重度の精神障害を持つ患者の早期退院と社会復帰を促進することに繋がると思われる。

A. 目的

治療抵抗性統合失調症の治療薬として 2009 年にクロザピン（CLZ）が登場した。2015 年 12 月現在で、全国での CPMS

（Clozaril Patient Monitoring Service）

登録患者は約 4000 人であり、CLZ 治療が可能な CPMS 登録医療機関も約 330 施設となっている。治療抵抗性の定義は 2