

る家庭環境の比率については「早期退院群」が57%と「NLS中核群」(34%)、「NLS退院検討群」(25%)の比率より有意に高かった。

## 2. 病状と問題行動について

「NLS中核群」は、調査されたいずれの時点においても、CGI-S点数では、5.9点(14日時点)→5.2点(1ヶ月時点)→4.9点(1年時点)と「早期退院群」の点数(5.0点→3.5点→4.3点)に比べて有意に高かった。また自殺・自傷の頻度(26%→12%→12%)、他害のある問題行動の頻度(52%→54%→54%)、他害のない問題行動の頻度(88%→88%→92%)についてもすべての時点において有意に高く、問題行動は入院時と比較して改善していなかった。

一方、「NLS退院検討群」は「NLS中核群」と同様の傾向、つまり、CGI-S点数については、5.7点\*→4.9点\*→4.1点、自殺・自傷の頻度は15%→9%\*→4%、他害のある問題行動は34%→38%\*→23%\*、他害のない問題行動は76%→74%\*→57%\*であり、「早期退院群」よりほとんどの時点において有意に高かったが(有意差のみられた時点のみ頻度に\*を付してある)、入院14日時点よりCGI-S点数や頻度に改善がみられた。

## 3. 抗精神病薬治療について

抗精神病薬剤数については「NLS中核群」では、2.8剤(14日時点)→2.4剤(1ヶ月時点)→3.2剤(1年時点)と多剤併用が入院当初からあり併用剤数は1年時点ではさらに増加していた。「NLS退院検討群」も2.4剤→2.0剤→2.9剤と「NLS中核群」と同様であったが、「早期退院群」では1.7剤→1.5剤→1.7剤と剤数は少なく、増加もしていなかった(図2)。

抗精神病薬投与量(クロルプロマジン換算値)については、「NLS中核群」で929mg→908mg→1161mgと、入院当初より900mg超の大量投与のまま、投与量は入院1年時点ではさらに増加していた。一方、他の2群では抗精神病薬投与量(クロルプロマジン換算値)は相対的に低用量であり、「NLS退院検討群」では投与量が1年経過時にやや増加していたものの755mgに留まっており「早期退院群」では投与量増加はみられなかった(図3)。

## 4. クロザピン治療と退院

北病院においてクロザピンが導入されたH18年4月以降の本調査対象者は「NLS中核群」が37例(56.9%)、「NLS退院検討群」が29例(54.7%)、「早期退院群」が47例(56.7%)となるが、そのうち「NLS中核群」の4例(NLS中核群の10.8%に相当)にクロザピンが投与されていた。この4例(症例Aから症例D)中、症例Aは入院8ヶ月時にクロザピンが投与開始され38日で好酸球増多により投与中止、残る3例はクロザピン継続のまま北病院を退院した。

クロザピン導入までの入院期間、導入後退院までの期間及び退院先は、それぞれ、症例B(5ヶ月/75ヶ月/グループホーム)、症例C(7.4ヶ月/7ヶ月/自宅)、症例D(10ヶ月/10ヶ月/自立訓練施設)であった。つまりクロザピン導入までの入院期間は4例とも入院1年以内(平均7.6ヶ月時点)だったが、退院した3例については、クロザピン導入後退院までに平均30.7ヶ月を要した。

## 5. mECT実施状況

北病院においてmECTが導入されたH19年10月以降の本調査対象者は「NLS中核群」が23例(35.4%)、「NLS退院検討群」が21例(39.6%)、「早期退院群」が32例(38.6%)となるが、「NLS中核群」の12例(52.2%)、「NLS退院検討群」の6例(28.6%)、「早期退院群」の3例(9.4%)にmECTが実施されていた。「NLS中核群」と比較すると実施頻度は低いものの、mECTは「NLS退院検討群」や「早期退院群」にも実施されており、「NLS中核群」のみに実施されたクロザピンとは異なっていた。

## D. 考察

本調査対象のNLS患者118例は、対照群との比較により、支援の得られる家庭環境の比率が低く、入院当初のCGI-S点数が高く、自殺・自傷、他害のある問題行動、他害のない問題行動の比率も高く、さらに薬物療法についても、多剤大量の治療が入院当初より実施されていた。

北病院の10年間の入院者総数に対するNLSの比率は2.4%に留まり、12.5%といわれる全国平均より低いいため、入院1年を経過し、地域支援体制の乏しい一群、及び、重症度が際立って高い一群が病院に残留したものと考えられる。

薬物治療に関しては、特に重症度が際立って高い一群に対して、1年経過時の抗精神病薬剤数はさらに増加し、抗精神病薬投与量もさらに増加していることが実態であり、それにもかかわらず病状や問題行動に明らかな改善がみられておらず、各種アルゴリズムやガイドラインでは推奨されていない多剤併用が(おそらくやむなく)選択されているものと考えられる。一方、H18年4月以降の対象例にはクロザピンが「NLS中核群」の10.8%に、H19年10月以降の対象例にはmECTが「NLS中核群」の52.2%に実施されており、新しい治療法が導入され、非改善例にも順調に適用されており、クロザピンでは投与された4例中3例(75%)が平均30.7ヶ月後と時間を要したものの地域移行に至っていた。今後、これらの治療手段が治療抵抗例への有力な治療手段として必要な症例に広く適用できるような精神科医療の供給体制の整備が期待されよう。

## E. 結論

入院1年を超過しても退院の見通しが立っていない「NLS中核群」は、NLS患者の55.1%にのぼり、他のグループに比べて中核群は入院当初より多剤大量の抗精神病薬治療が実施されてい

た。しかしそのうちの一部症例にはクロザピンやmECT治療が行なわれ、時間を要するものの地域移行の動きも認められた。

### < 2年目研究 >

6施設による統合失調症197例のクロザピン導入前後の入院期間の変化

#### A. 研究目的

治療抵抗性統合失調症に適用されるクロザピンの導入により入院期間が減少するかどうか検討した。

#### B. 研究方法 (倫理面への配慮)

##### 1. 対象者

クロザピンを積極的に使用している6施設(若草病院、桶狭間病院、岡山県精神科医療センター、琉球病院、松原病院、山梨県立北病院)のクロザピン導入症例のうち、導入後666日以上投与が継続できた197例を対象とした。

##### 2. 調査方法

6施設のクロザピン投与症例すべてについて予備的調査を実施し、クロザピン導入後、666日時点で入院継続していた60例については、調査票により本調査時(平成26年10月31日)における患者背景、転帰(ただし、入院継続例についてはその理由)、及び、本研究班主任研究者による「重度かつ慢性」暫定基準の評価項目を調査した(調査I)。次いで、クロザピン導入直前1年間以上、精神科病院に入院継続していた68例については、クロザピン導入前後の入院期間についてミラーイメージにより検討した(調査II)。調査IIの検討においては、Reidらの報告を参照し、図4のような5つの期間(各期間はいずれも180日)、つまり、クロザピン導入前については、M2(導入前360日~同181日)、M1(導入前180日~同1日)の2期間、クロザピン導入後については、クロザピン導入に義務づけられた入院18週間(126日)以後となるP1(導入後127日~同306日)、P2(導入後307日~同486日)、P3(導入後487日~同666日)の3期間を設定した。

##### 3. 統計解析

クロザピン導入前後の入院期間についてはt検定により比較した。また、各期間ごとの入院日数を30日ごとの7段階の層(0日、1~30日、31~60日、61~90日、91~120日、121~150日、151~180日)に区分し層別比率を算出した。

#### C. 研究結果

##### I. 調査1: クロザピン導入後666日入院継続60例の検討

###### 1. 対象者の背景

クロザピン導入後666日時点で入院継続していた60例中、追跡調査できたのは44例(73.3%)で、性別では男性が33例(75.0%)、平均年齢は44歳であった。調査時までのクロザ

ピン最大投与量は504mgだった。

##### 2. 調査時における転帰

調査時における転帰は、44例中「病状により入院継続」が20例(45.5%)であった。また「家族の反対により入院継続」が5例(11.4%)、「退院ないし退院予定」が12例(27.3%)、「転院ないし転院予定」が7例(15.9%)であった。

##### 2. 「重度かつ慢性」暫定基準のあてはめ

44例のBPRS総得点は平均57点、月1回以上の問題行動は41例(93.2%)が該当し、「特定の者や人に対するこだわり」が32例(72.7%)と最も多く、次いで「集中力低下」が28例(63.6%)、「ストレス脆弱性」が25例(56.8%)であった。

44例中、36例(81.8%)が「重度かつ慢性」の暫定基準を満たしており、「病状により入院継続」となっていた20例では暫定基準を18例が満たしていた。したがってこの20例に対する暫定基準の感度は90.0%と良好であった。

#### II. 調査II: クロザピン導入前後の入院期間のミラーイメージによる検討

##### 1. 入院期間について

導入直前1年間以上、入院継続68例の検討により、M2及びM1の入院日数はいずれも180日となるが、クロザピン導入後のP1、P2、P3については入院日数がそれぞれ168.0日(p=0.0069)、149.4日(p=0.0000)、125.8日(p=0.0000)と有意な減少がみられた。

##### 2. 入院期間分布について

クロザピン導入後の入院日数は、図5のように、P1からP3へ進むにしたがい、入院151日~180日の区分については59例(87%)→49例(72%)→43例(63%)とゆっくり減少し、一方、入院日数0日の区分では、P1では0例(0%)だったものが、5例(7%)→14例(21%)へ増加がしていた。

#### D. 考察

クロザピン導入前後の入院日数のミラーイメージによる検討の結果、クロザピン導入により精神科病院の入院日数は有意に減少することが確認できた。本検討は、また、6つの医療機関の症例にもとづく検討であり、1施設による結果ではないことから地域資源の差や病院の運営方針に影響されない普遍的結果ということもできる。

長期入院からの退院は心理社会的治療や自立訓練を要する例も少なくなく、薬物治療が奏功してもなお退院に至るには時間がかかると言われているが、図5の結果、及び、666日超過例の転帰調査結果により、長期入院例の退院・地域移行は、クロザピン導入667日以降もさらにゆっくりと進展していくようにみえる。つまり、クロザピン導入後666日経過入院継続例とは、クロザピン導入に要した入院期間(18週/126日)を加えると、最低2年以上入院継続している症例とい

うことになるが、追跡調査時（平成26年10月31日）すでに退院していた者が8例（18.2%）、退院予定の者が4例（9.1%）新たに確認されているからである。「病状により入院継続を要する」20例の中からさらに改善する例もあらわれるかもしれない。

クロザピンが導入されてもなお「病状により入院継続を要する」治療抵抗例が20例（45.5%）と半数近くもあることは本調査における重要な所見である。クロザピン抵抗性を示すF2圏例に対して、我々はどのような治療を行えばよいのか、さらなる臨床経験やエビデンスの蓄積が求められるであろう。しかしながら、国内においては、クロザピンの使用頻度が依然として低いまであり、地域格差が大きいことが問題と指摘されている（図6）。長期入院を減少させることが期待されるクロザピンが必要な症例にスムーズに使用できるように、精神科医療機関はまずはその一点に関して、自らがCPMS（Clozaril Patient Monitoring System）へ登録したり、登録医療機関と密接な連携を図る等の労力を惜しむべきではなかろう。

## E. 結論

クロザピン導入前の入院日数を導入後の入院日数とミラーイメージにより比較すると、クロザピン導入後の入院期間は有意に減少しており、クロザピンが退院促進に有用であることが示唆された。

## 謝辞

本調査にご協力を賜った多くの団体ならびに先生方に深謝申し上げます。

医療法人如月会若草病院

医療法人静心会桶狭間病院藤田こころケアセンター

岡山県精神科医療センター

独立行政法人国立病院機構琉球病院

医療法人財団松原愛育会松原病院

水野謙太郎

藤田 潔

来住由樹

木田直也

平川究緑

## < 3年目研究 >

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

### A. 研究目的

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（主任研究者：安西信雄）（以下、主任研究）による調査対象者への薬物治療介入実態を検討するため、対象をF2圏例に限定して詳しく検討した。

### B. 研究方法（倫理面への配慮）

#### 1. 対象者

主任研究者によって実施された亜急性期調査に対し回答の得られた808例中、精神科主診断がF2圏の475例（58.8%）を対象とした。本

調査は、主任研究者による調査であり、倫理面に十分な配慮が行なわれている。

### 2. 調査項目

登録時、及び、退院時または1年経過時（以下、End Point）の調査票回答のうち、対象者背景（性別、年齢、重複障害有無、入院形態、前回入院からの経過期間、入院時病棟基準）、薬物療法治療関連項目、BPRS点数を調査した。

### 3. 統計解析

JMP 11により薬物治療戦略の実施については $\chi^2$ 検定、登録時およびEnd Point時のBPRS点数変化については対応のあるペアの平均値の検定を行なった。

## C. 研究結果

### I. 薬物治療戦略と退院の関連性についての検討

#### 1. 対象者の背景

調査対象475例の性別は、女性が246例（51.8%）、平均年齢は51.6歳（標準偏差 15.1）であり、主診断はF2圏であるが、重複障害ありが73例（15.4%）含まれていた。

入院時入院形態は、任意入院が201例（42.3%）、医療保護入院が235例（49.7%）、措置・緊急措置入院が31例（6.5%）、その他の入院が7例（1.5%）であり、非自発的入院が半数を上回っていた。

入院時病棟の病棟基準は、救急入院料算定病棟が60例（12.6%）、急性期治療病棟が129例（27.2%）であり、この2つを合わせると189例（39.8%）であった。また、10対1病棟が8例（1.7%）、13対1病棟が11例（2.3%）、15対1病棟が213例（44.8%）、精神療養病棟が45例（9.5%）、その他が9例（1.9%）であった。

#### 2. 対象者の今回入院時の処方状況

F2圏対象者475例のうち、入院時に処方ありは391例（82.3%）と8割を超えていた。一方、処方なしは84例（17.7%）で、入院と同時に82例（97.6%）に対し抗精神病薬が新規投与された。

#### 3. 入院時からEnd Pointまでに実施された薬物療法治療戦略の実施頻度

対象475例中、End Pointまでのデータが得られた431例（88.6%）に対し、入院時からEnd Pointまでに少なくとも一度以上実施された薬物治療戦略は「切り替え」が174例（40.4%）ともっともよく用いられており、次いで「多剤併用」が105例（24.4%）、「増強療法」が102例（23.7%）であった。実施頻度が2割以下の薬物治療戦略としては「減剤」が75例（17.4%）、「内服確認」が58例（13.5%）、「デポ剤導入」が36例（8.4%）、「再検討」が15例（3.5%）であった。

#### 4. 入院3ヶ月以内に実施された薬物治療戦略と退院転帰

End Pointまでのデータが得られた431例を1年以内退院群と非退院群に分け、入院3ヶ月以内に実施された薬物治療戦略により比較したところ、8つの薬物治療戦略のいずれにおいても退院転帰に差は見られなかった。

#### 5. 入院時からEnd Pointまでに実施された薬物治療戦略と退院転帰

同じく、End Pointまでのデータが得られた431例を1年以内退院群と非退院群に分け、入院時からEnd Pointまでに実施された薬物治療戦略により比較したところ、「多剤併用」は、退院していない患者（非退院群）に有意に多く用いられていた（ $p=0.0113$ ）。

#### 6. クロザピン、及び、mECT治療の実施状況

F2圏対象者475例中、入院時からEnd Pointまでのいずれかの時点においてクロザピンが投与されたのは10例（2.1%）、mECTが実施されたのは14例（2.9%）であった。

一方、End Pointまでのデータが得られた431例中、クロザピン治療は実施されなかったものの担当医により必要と回答された症例数は126例（29.2%）、mECTは実施されていないものの担当医により必要と回答された症例数は123例（28.5%）であった。

## II. 薬物治療戦略とBPRS総得点の変化についての検討

### 1. F2圏前処方あり391例に対して入院3ヶ月以内に実際された薬物治療戦略の詳細

対象391例中、前処方の「主剤が継続」された例は247例（63.2%）と、調査された薬物治療戦略のうちもっとも多かった。ただし、入院後、主剤を同量で維持されたのは40例（主剤継続例の16.2%）に過ぎず、増量が166例（67.2%）ともっとも多かった。また、主剤減量は40例（16.2%）、主剤増量・減量ともにありが1例（0.4%）であった。

「切り替え」は156例（39.9%）に実施されており、入院3ヶ月以内の実施回数は、1回が95例（切り替え実施例の60.9%）、2回が40例（25.6%）、3回以上が21例（13.5%）であった。「増強療法」は81例（20.7%）に実施されており、入院3ヶ月以内の使用剤数は、1剤が64例（増強療法実施例の79%）、2剤が10例（12.3%）、3剤以上が7例（8.6%）であった。「多剤併用」は、71例（18.2%）に実施されており、入院3ヶ月以内の併用剤数は、1剤追加が39例（多剤併用実施例の54.9%）、2剤追加が24例（33.8%）、3剤以上追加が8例（11.3%）であった。「減剤」は59例（15.1%）に実施されており、入院3ヶ月以内の減剤数は、1剤が28例（47.5%）、2剤が20例（33.9%）、3剤以上が11例（18.6%）であった。

さらに、入院3ヶ月以内の「内服確認」は38例（9.7%）、「デポ剤導入」は29例（7.4%）、「再検討」は7例（1.8%）で実施さ

れていた。

### 2. F2圏前処方あり391例中、End Pointデータが得られた351例に対し入院時からEnd Pointまでに実施された薬物治療戦略の実施頻度

対象391例中、End Pointまでのデータが得られた351例（89.8%）では、調査された薬物治療戦略のうち、「切り替え」が154例（43.9%）ともっともよく用いられており、次いで「増強療法」が94例（26.8%）、「多剤併用」が91例（25.9%）、「減剤」が71例（20.2%）であった。実施頻度が2割以下の薬物治療戦略としては、「内服確認」が53例（15.1%）、「デポ剤導入」が32例（9.1%）、「再検討」が14例（4.0%）であった。

### 3. 薬物治療戦略の実施の有無によるBPRS点数変化、及び、点数平均の検定

「切り替え」については、BPRS点数変化（3ヶ月時点のBPRS点数とEnd Point時点のBPRS点数の差の平均値）、及び、BPRS点数平均（3ヶ月時点のBPRS点数とEnd Point時点のBPRS点数の平均値）に関して、あり群となし群の間に差はみられなかった。

「増強療法」については、BPRS点数変化に差はなかったが、BPRS点数平均では $P=0.0506$ と増強療法あり群の平均値が高い傾向がみられた。

「多剤併用」については、BPRS点数変化に差はなかったが、BPRS点数平均では $P=0.0042$ と多剤併用あり群の平均値が有意に高かった。

「内服確認」については、同様に、BPRS点数変化に差はなかったが、BPRS点数平均では $P=0.0017$ と内服確認あり群の平均値が有意に高かった。

「デポ剤導入」と「再検討」については、BPRS点数変化、及び、BPRS点数平均に関して、あり群となし群の間に差はみられなかった。

### 4. 薬物治療戦略の実施時期

対象391例中、End Pointまでのデータが得られた351例（89.8%）の薬物治療戦略の実施時期では、「切り替え」は、入院時からEnd Pointまでに154例に実施されており、このうちの20例（切り替え実施例の13.0%）では3ヶ月経過後にはじめて「切り替え」が実施されていた。同様に、「増強療法」では94例中21例（22.3%）、「多剤併用」では91例中25例（27.5%）、「減剤」では71例中15例（21.1%）、「内服確認」では53例中20例（37.7%）、「デポ剤導入」では32例中7例（21.9%）において、入院3ヶ月経過後にはじめて各薬物治療戦略が実施されていた。一方、「再検討」は、14例中8例（57.1%）が入院3ヶ月経過後にはじめて実施されており、3ヶ月経過後の実施比率が入院3ヶ月以内の実施比率を上回っていた。

### 5. 薬物治療戦略の実施時期の違いによるBPRS点数変化、及び、点数平均の検定

「切り替え」については、BPRS点数変化が $p=0.0419$ と3ヶ月以内実施群の点数変化が有意に大きかったが、BPRS点数平均では実施時期の違いによる差はみられなかった。

「増強療法」、「多剤併用」、「内服確認」については、BPRS点数変化、及び、BPRS点数平均に関して、実施時期の違いによる差はみられなかった。

「デボ剤導入」については、BPRS点数変化が $p=0.0708$ と3ヶ月以内実施群の点数変化が大きい傾向がみられた。一方、BPRS点数平均では実施時期の違いによる差はみられなかった。

「再検討」については、BPRS点数変化が $p=0.0117$ と3ヶ月以内実施群の点数変化が有意に大きかったが、BPRS点数平均では実施時期の違いによる差はみられなかった。

#### D. 考察

##### 1. 抗精神病薬の多剤併用

表2と表3の比較により、各薬物治療戦略の実施頻度は、どの治療戦略においても1.3倍から2.5倍の範囲で増加がみられる。例えば「切り替え」では、入院3ヶ月以内の実施が134例、入院3ヶ月経過後の実施が174例であり、実施頻度は1.3倍に増加しており「再検討」では入院3ヶ月以内の実施が6例、入院3ヶ月経過後の実施が15例と、実施数は少ないものの実施頻度の増加率は2.5倍である。同様に「多剤併用」の実施頻度は、66例から105例へ1.6倍に増加しているが、「多剤併用」は重症度の高い例に実施され、しかも、退院に結びついていない、ということが本調査から示唆された重要な所見であろう。多剤併用すると退院しづらくなるのではなく「多剤併用」しても元の精神症状が重いため病状が十分に改善しないためと考えられる。

表4-1により「多剤併用」は「内服確認」とともにBPRS平均点のより高いグループに用いられる薬物治療戦略と示唆されており、他の優れた治療法（例えば、クロザピン投与、ないし、mECT）が選択できないためやむなく多剤併用が選択されているものと考えられる。本調査では、クロザピンの実施もmECTの実施も対象全体の2~3%にしか実施されておらず、日本の精神科医療機関において実施環境が整備できていないことが隠れた問題である。

##### 2. F2圏を対象を限定した理由

本検討では、F2圏について検討を行なったが、その理由は、一般的な精神科病院への入院患者においてF2圏は最大グループであり、本亜急性期調査による対象808例中、F2圏例が6割（58.8%）にあたる475例と検討に十分な症例数を確保できたためである。F2圏に次ぐ疾患グループとしては、気分障害、神経症、物質関連障害などがあつたが、例数が少ないことによる限界はあるものの、引き続き、詳しく検討を行なうべきである。

##### 3. 精神科的専門治療の実施

調査された薬物治療戦略は9つあり、mECTを

加えるとちょうど10になる。実施頻度は「主剤継続」が63.2%と最大で、次いで切り替えが39.9%であったが、「再検討」は3.5%にしか実施されていなかった。また、「クロザピン」と「mECT」は、担当医により必要と回答された比率が29.2%、28.5%と比較的高かったものの、実施頻度はそれぞれ2.1%、2.9%しかなく、実施頻度が極めて低いことが特徴的である。

本調査では、入院3ヶ月時点で退院していないF2圏475例が登録され、そのうちEnd Pointデータの得られた431例中115例（26.7%）において入院期間が1年超過していた。主任研究者の検討により、亜急性期調査対象者で入院が1年を超過した186例中85例（45.7%）については、「病状が重症または不安定であるため」退院できなかったと担当医により評価されており、この比率を本検討のF2圏例にあてはめると115例中52例が「病状が重症または不安定である」に相当することとなり、薬物治療戦略を一層工夫していく対象であると考えられた。一方、52例とは、当初475例の1割程度の症例数に過ぎず、「クロザピン」や「mECT」のような整備に負担のかかる治療法をすべての医療機関に整備すべきなのかどうか悩ましい問題である。大阪大学の橋本はクロザピン治療ができない医療機関ができる医療機関に患者紹介を積極的に行なうべきとしているが、非新規患者となる転院患者の紹介を受け入れることについては医療機関にも抵抗があるものと考えられる。

##### 4. 入院3ヶ月超過例への望ましい薬物治療戦略

本検討に基づくF2圏入院3ヶ月超過例への望ましい薬物治療戦略は、以下のようなものとなるであろう。

1) 実施したとしても退院促進が期待できない薬物治療戦略

「多剤併用」

2) 適応のある症例への実施を遅らせるべきでない薬物治療戦略

「切り替え」

「デボ剤導入」

「再検討」

3) 実施環境が整備されておらず、本検討において実施数が極めて少なく検定していないものの、治療抵抗例への質の高いエビデンスがあることから適応のある症例にはためらわず実施すべきと考えられる薬物治療戦略

「クロザピン」

「mECT」

#### E. 結論

本検討により、クロザピン、及び、mECTは臨床的必要度は高いにもかかわらず実施頻度は極めて低いことが確認され、F2圏への薬物治療戦略では重度の症例にやむなく「多剤併用」が用いられているものの、退院には結びついておらず、クロザピンやmECTの実施環境を整備し症状改善を図った方がよいことが示唆された。

F. 健康危険情報  
該当なし。

G. 研究発表

1. 論文発表  
なし

2. 学会発表

山下 徹, 三澤史斉, 宮田量治, 藤井康男: 山梨  
県立北病院において最近10年間で新たに1年以上  
の長期入院となった151例の治療内容について  
の検討. 第23回日本臨床精神神経薬理学会,  
平成25年10月, 沖縄

長谷部真歩, 水野謙太郎, 藤田潔, 来住由樹, 木  
田直也, 平川究緑, 宮田量治, 藤井康男: 6施設  
による統合失調症197例のクロザピン導入前後  
の入院期間の変化. 第111回日本精神神経学会  
学術総会, 平成27年6月, 横浜

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。

図1. 比較した3群の例数と定義

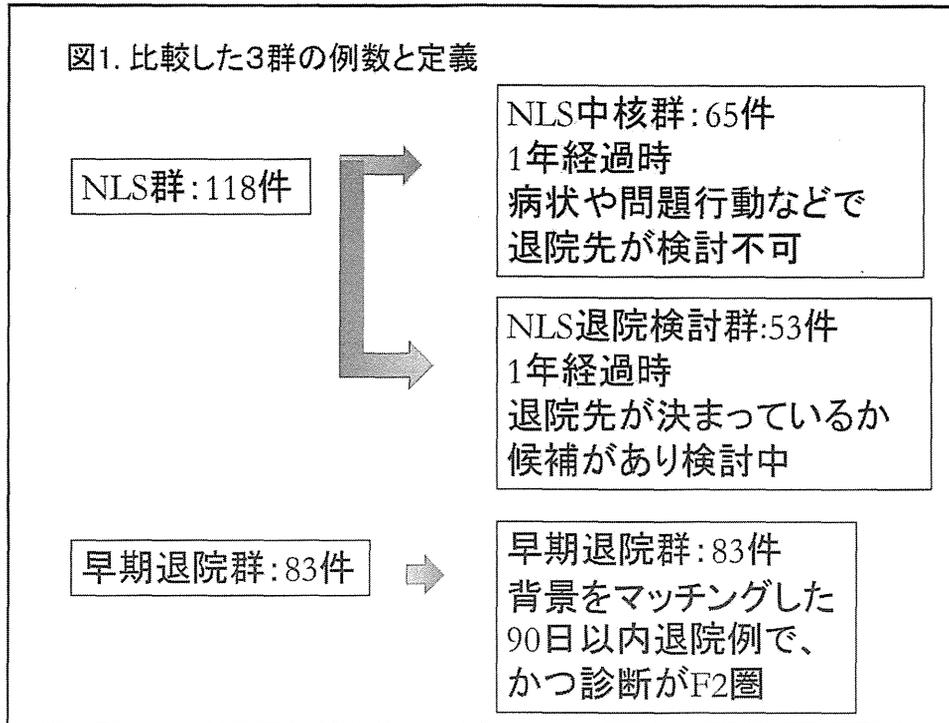


図2. 調査3時点(14日、1ヶ月、1年/退院時)における抗精神病薬併用剤数

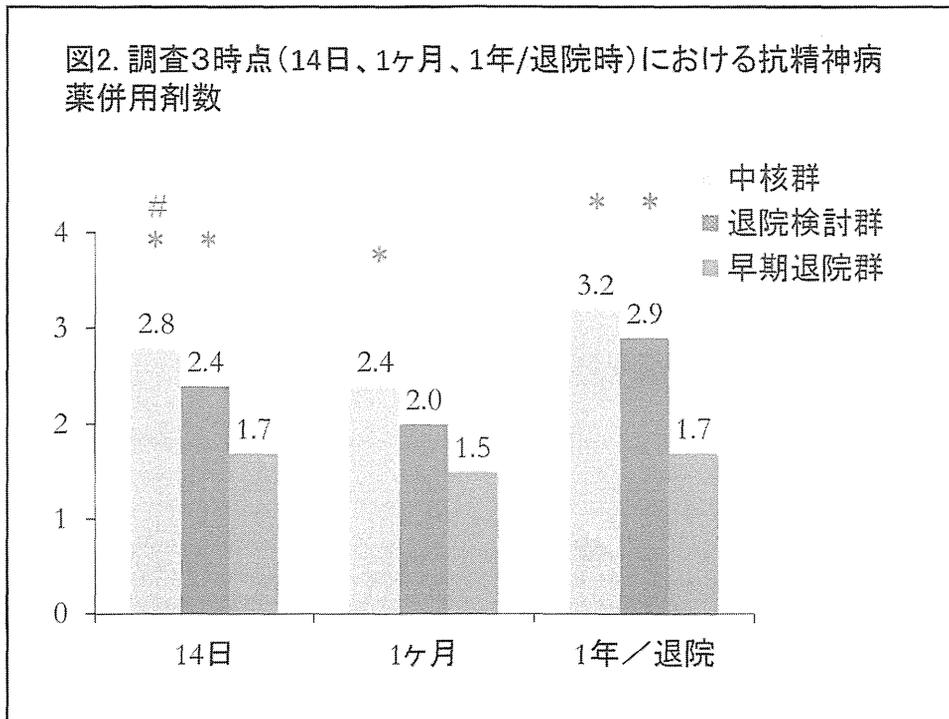


図3. 調査3時点(14日、1ヶ月、1年/退院時)における抗精神病薬投与量(クロルプロマジン換算値)

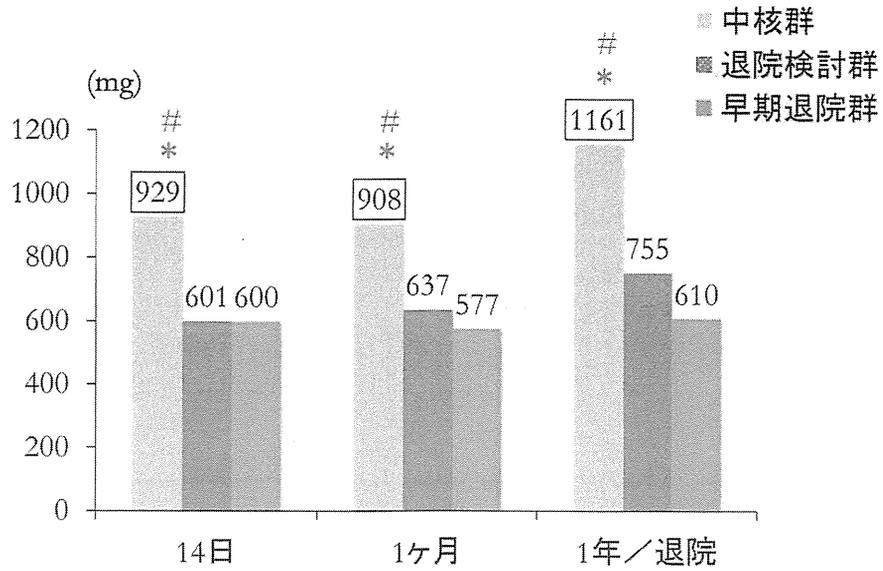


図4. 調査期間について

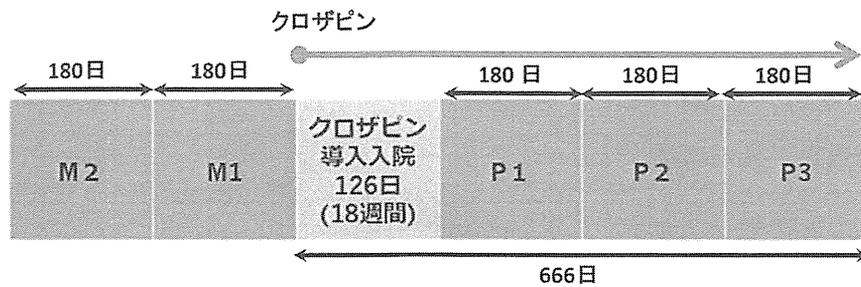
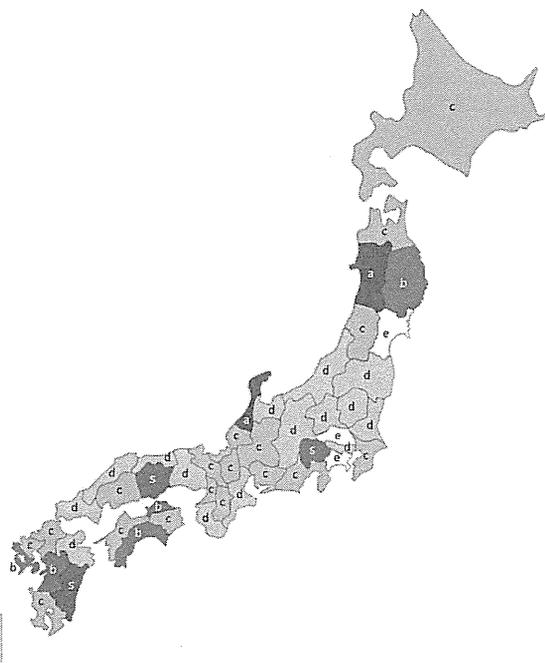


図5. 6施設の長期在院者68例のクロザピン導入後の入院期間

入院日数	M2	M1		P1	P2	P3
0日	0(0%)	0(0%)		0(0%)	5(7%)	14(21%)
1～30日	0(0%)	0(0%)		2(3%)	1(1%)	2(3%)
31～60日	0(0%)	0(0%)		0(0%)	2(3%)	3(4%)
61～90日	0(0%)	0(0%)		1(1%)	4(6%)	2(3%)
91～120日	0(0%)	0(0%)		4(6%)	0(0%)	2(3%)
121～150日	0(0%)	0(0%)		2(3%)	7(10%)	2(3%)
151～180日	68(100%)	68(100%)		59(87%)	49(72%)	43(63%)
	100%	100%		100%	100%	100%

図6. 都道府府  
(2015.1)



分担研究報告

分担研究者 萱間真美

聖路加国際大学

平成 25-27 年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者対策研究事業）

「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」

精神保健医療福祉に関する地域サービスと

「重度かつ慢性」暫定基準該当患者の転帰に関する研究

分担研究者：萱間真美（聖路加国際大学）

研究協力者：澤野文彦（沼津中央病院）、角田秋（聖路加国際大学）、大橋明子（聖路加国際大学）

佐藤鏡（聖路加国際大学）、木原未稀（聖路加国際大学大学院）、

武蔵真希（聖路加国際大学大学院）、木戸芳史（東京大学大学院）

#### 研究要旨

目的：本分担研究班は、「重度かつ慢性」暫定基準該当患者の地域移行・退院支援に関して、精神保健医療福祉に関する地域サービスの視点から示唆を得ることを目的としている。平成 25 年度は入院患者における通算入院期間及び入院回数といった病歴と入院日数等との関連や、入院中に実施された心理社会的ケアと入院経過及び再入院との関連を、平成 26 年度は精神科救急病棟において「重度かつ慢性」暫定基準に相当する患者に対して提供されている心理社会的ケアの実施状況を明らかにすることを目的とした。平成 27 年度は、研究班が実施した前向きコホート研究（NLS 研究）における「重度かつ慢性」入院患者の退院と、精神病床が所在する基礎自治体が有する精神保健医療福祉に係る地域サービス事業所数との関連について明らかにし、「重度かつ慢性」患者の退院を支援する場合に必要とされる社会資源整備の指針を検討することを目的とした。

方法：平成 25・26 年度は、精神科救急病棟に入院した者を対象とし、行動制限最適化データベースソフト「eCODO (Coercive measures Database Optimizing)」を用いて、通算入院期間・入院回数といった病歴、入院中に実施された心理社会的ケアと「重度かつ慢性」患者の退院、あるいは退院後の再入院との関連について分析を行った。平成 27 年度は、亜急性期調査にエントリーした医療機関が所在する基礎自治体を対象として、精神科外来数、訪問看護事業所数、訪問看護事業所数（主に精神）、障害者総合支援法に基づく訪問サービスを提供する事業所数、日中活動の場に関する支援を提供する事業所数、住まいの場に関する支援を提供する事業所数、を各都道府県及び基礎自治体、または関連する公的団体が一般公開している資料（冊子、インターネット）を利用して調査した。分析は、「重度かつ慢性」暫定基準該当者を 1 年以内退院と 1 年以上入院にカテゴリー化し、それぞれの人口 10 万人対社会資源数の平均値を算出したうえで、t 検定にて二群間の有意差の検定を行った。また、「重度かつ慢性」患者の退院と地域精神科サービスを提供する事業所数との関係の強さに関して、それぞれの AUC を算出し、Youden's Index 最大値に基づく自治体あたりの事業所数カットオフポイントを算出した。

結果：平成 25 年度調査からは、通算精神科入院回数が多くなるほど平均入院期間（日）は長くなり、また、通算精神科入院期間が 1 年未満の者に比べて 1 年以上の者の平均入院期間（日）は長くなっていったことが示された。平成 26 年度調査からは、「重度かつ慢性」（暫定基準）に相当した患者は、通算入院回数と非自発的入院（特に措置・緊急措置入院）が多く、処方薬の CP 換算量が高いという特徴や、90 日以内に退院できた患者には同居家族がいる割合が高く、救急病棟での入院期間内に服薬指導を受け、服薬自己管理を行い、作業療法に参加していた割合も高いことが示された。また、入院時の状態像・病歴・治療状況に関わらず、服薬指導、家族支援および調整、在宅支援サービスの導入（特に、訪問看護、相談支援（ケアマネ））が入院日数の減少と関連があることも示された。平成 27 年度調査からは、障害者総合支援法に基づく「住まいの場に関する支援を提供する事業所数」が多い自治体では、統計学的に有意に「重度かつ慢性」暫定基準該当者の退院が多いことが示された。

## 平成 25 年度

### A. 研究目的

本研究は、入院患者の通算入院期間及び入院回数といった病歴と入院日数等との関連や、入院中に実施された心理社会的ケアと入院経過及び再入院との関連を明らかにすることを目的とした。入院後早期から適切な心理社会的ケアを実施することの効果を明らかにすることは、入院が長期化する患者を減らし、今後の入院治療における指針作成に資すると考えられる。

### B. 研究方法

2011 年 4 月 1 日～2013 年 3 月（2 年間）に A 病院精神科救急病棟に入院した者を対象とし、A 病院で運用している行動制限最適化データベースソフト「eCODO (Coercive measures Database Optimizing)」(野田ら, 2009 ; 杉山ら, 2010) によって入力されたデータから抽出されたデータを使用した。

対象者の属性として、年齢、性別、入院時の居住形態、精神科診断名 (ICD-10)、他院を含む通算精神科入院回数、他院を含む通算精神科入院期間、を抽出した。当該病棟入棟時及び退棟時の状態として BPRS スコア (合計点)、GAF スコアを、入院経過及び退院 3 ヶ月後の再入院について、入院日数、隔離日数、身体拘束日数、入院後 3 ヶ月時点での転帰、退院 3 ヶ月後の再入院を、入院中に実施した心理社会的ケアの内容は、退院前訪問看護、作業療法、服薬指導、サービス調整会議、ケア会議、心理社会的支援（住居確保・金銭管理・就労支援、等）を抽出した。また、退院後に利用する予定の社会資源についても分析に使用した。

分析は、今回の入院時点における通算入院回数及び通算入院期間を独立変数、入院時の状態および入院経過を従属変数として、一元配置分散分析を行った。入院後 3 ヶ月の在宅移行、及び退院後 3 ヶ月以内の再入院に関する関連要因について、入院中に実施した心理社会的ケアの内容を独立変数とし、年齢・性別・精神科診断名・入院時 BPRS スコア、入院時 GAF スコア

を調整変数に投入し、ロジスティック回帰分析にて検討した。

## C. 研究結果

### 1) 病歴と入院経過との関係

通算精神科入院回数が多くなるにつれて、入院期間（日）の平均は長くなっており、一元配置分散分析で統計学的に有意な差が認められた。また、通算精神科入院回数が1年未満の者に比べて、1年以上の者の入院期間（日）の平均は長くなっており、一元配置分散分析で統計学的に有意な差が認められた。

### 2) 入院中に受けた心理社会的ケアと、入院後及び退院後の転帰との関係

退院前訪問指導を実施した入院患者は29人（5.5%）であり、そのうち24人（82.8%）が3か月以内に在宅へ退院し、3か月以内に再入院した者はいなかった。

服薬指導を実施した入院患者は430人（80.8%）であり、そのうち366人（85.1%）が3か月以内に在宅へ退院、31人（7.2%）が3か月以内に再入院していた。ロジスティック回帰分析では、入院3ヶ月後の在宅移行に統計的に有意に貢献しており（オッズ比79.83）、退院後3ヶ月以内の再入院を統計的に有意に防止していた（オッズ比0.42）。

作業療法を実施した入院患者は130人（24.4%）であり、そのうち102人（78.5%）が3か月以内に在宅へ移行、5人（3.9%）が3か月以内に再入院していた。ロジスティック回帰分析では、退院後3ヶ月以内の再入院を統計的に有意に防止していた（オッズ比0.35）。

### 3) 入院中の心理社会的支援と、入院後及び退院後の転帰との関係

入院中に提供される心理社会的支援は、住居確保、日中の居場所確保、家族支援および調整、就労支援、制度利用、金銭管理、生活全般の改善をめざす相談のうち1つでも実施した入院患者は518人（97.4%）であり、そのうち370人（71.4%）が3か月以内に在宅移行、43人（8.3%）が3か月以内に再入院していた。調整後は、上記7項目のうち1つでも実施した者は、しなかった者に比べ、入院3ヶ月後に在宅移行する可能性が5.34倍であり、統計学的に有意であった。ロジスティック回帰分析では、日中の居場所の確保（オッズ比1.77）、就労支援（オッズ比2.37）、制度利用支援（オッズ比3.60）は、入院3ヶ月後の在宅移行と有意に正の相関を認め、制度利用支援は退院後3ヶ月以内の再入院を統計的に有意に防止していた（オッズ比0.53）。

### 4) サービス調整会議・ケア会議の実施と、入院後及び退院後の転帰との関係

サービス調整会議を実施した入院患者は116人（21.8%）であり、そのうち82人（70.7%）が3か月以内に在宅へ移行、4人（3.5%）が3か月以内に再入院していた。ロジスティック回帰分析では、退院後3ヶ月以内の再入院を統計的に有意に防止していた（オッズ比0.33）。ケア会議を実施した入院患者は138人（25.9%）であり、そのうち106人（76.8%）が3か月以内に在宅へ移行し、10人（7.3%）が3か月以内に再入院していた。ロジスティック回帰分析では、入院3ヶ月後の在宅移行に統計的に有意に貢献していた（オッズ比1.77）。

## 5) 退院後に利用する在宅支援サービスと、入院後及び退院後の転帰との関係

入院中に提供された支援によって、退院後に利用することになった在宅支援サービスは、訪問看護、ホームヘルプ、就労継続・移行支援、地域活動支援センター、相談支援、ピアサポート、自助グループ、介護保険、の8項目に分類し、そのうち1つでも利用することになった入院患者は220人(41.4%)であり、そのうち191人(86.8%)が3か月以内に在宅移行、19人(8.6%)が3か月以内に再入院していた。ロジスティック回帰分析では、入院3ヶ月後の在宅移行に統計的に有意に貢献していた(オッズ比5.47)。

## 平成 26 年度

### A. 研究目的

本研究は精神科救急病棟における、「重度かつ慢性」暫定基準に相当する患者に対して提供されている心理社会的ケアの実施状況を明らかにするとともに、「重度かつ慢性」患者に対して必要な心理社会的ケアの指針を検討することを目的として実施した。

### B. 研究方法

#### 1) 対象者

A病院精神科救急病棟に2011年4月1日～2014年3月(3年間)に入院した者のうち、当該病棟から退院、転出、転院した時点において、2・2に示す「重度かつ慢性」暫定基準を満たしていた者。

#### 2) 調査様式

A病院で通常の診療の一環として既に運用している行動制限最適化データベース「eCODO (COercive measures Database Optimizing)」に加えて、A病院にて保管されている連結表で特定したチャートから補足データを取得した。これらはA病院内にて連結不可能匿名化処理を行った後、分析した。

### C. 結果

通算入院回数は、平均4.8回(標準偏差7.1)であり、「重度かつ慢性」に該当しない患者(平均3.3回、標準偏差3.7)と比較して有意差がみられた。

#### 1) 精神科救急病棟退棟時に「重度かつ慢性」(暫定基準)状態にあった者に提供された心理社会的ケア

服薬指導を実施した患者は、A群29人(93.6%)、B群11人(23.4%)であり、A群では有意に多く実施されていた。また、退棟時の服薬管理形態は、A群では自己管理9人(6.5%)、援助与薬22人(71.0%)であったのに対し、B群では自己管理1人(2.1%)、援助与薬43人(91.5%)であった。これらは統計学的に有意であった。

作業療法を実施したのは、A群9人(29.0%)、B群2人(4.3%)であり、A群はB群よりも有意に多く実施されていた。

入院中に提供される社会的支援のうち、日中の居場所確保を実施したのは、A群10人(33.3%)、B群6人(12.8%)であり、A群はB群よりも有意に多く実施されていた。

A群では、訪問看護を導入する患者が6人

(20.0%)、ホームヘルプを導入する患者が 3 人 (10.0%)、精神科デイケアを導入する患者が 3 人 (10.0%) であったが、B 群の患者は精神科救急病棟を退棟する時点ではこれらのサービス導入が決まっていなかった。

## 2) 精神科救急病棟入院患者に対して提供された心理社会的ケアと入院日数との関係

服薬指導を実施した患者 (n=884) の入院日数は 88.8 日 (標準偏差 142.30) であり、服薬指導の実施は調整後も、有意に入院日数の減少と関連がみられた (標準偏回帰係数( $\beta$ )=-0.17, 標準誤差=19.56)。

家族支援および調整を実施した患者 (n=908) の入院日数は 107.6 日 (標準偏差 182.89) であり、家族支援および調整の実施は調整後も、有意に入院日数の減少と関連がみられた (標準偏回帰係数( $\beta$ )=-0.08, 標準誤差=20.32)。

退院後の在宅支援サービスとして、訪問看護、ホームヘルプ、就労継続・移行支援、地域活動支援センター、相談支援の 5 項目のうち、精神科救急病棟退棟時に 1 つでもサービス導入が決まった患者 (n=426) の入院日数は 67.8 日 (標準偏差 87.59) であり、調整後も有意に入院日数の減少と関連がみられた (標準偏回帰係数( $\beta$ )=-0.08, 標準誤差=20.32)。

## A. 研究目的

本分担研究は、厚労科研「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」研究班が実施した前向きコホート研究 (NLS 研究) における「重度かつ慢性」入院患者の退院と、精神病床が所在する基礎自治体が有する精神保健医療福祉に係る地域サービス事業所数との関連について明らかにし、「重度かつ慢性」患者の退院を支援する場合に必要なとされる社会資源整備の指針を検討することを目的として実施した。

## B. 研究方法

### 1) 調査対象自治体

厚労科研「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」研究班が実施した前向きコホート研究 (NLS 研究) のうち、亜急性期調査にエントリーした医療機関が所在する基礎自治体を対象とした。なお、東京都特別区、政令指定都市は「区」まで細分化して調査した。

### 2) 調査項目および調査方法

2015 年 10 月 1 日～12 月 31 日の期間に、各都道府県及び基礎自治体、または関連する公的団体が一般公開している資料 (冊子、インターネット) から、表 1 に関するデータを抽出した。なお、デイケア・ナイトケア数は都道府県によっては条件検索ができなかったため、今回の調査からは除外した。

表 1. 調査項目および調査方法

	調査項目		調査方法
医療	精神科病院数（有床）、精神病床数、病院精神科及び精神科診療所数、訪問看護（医療機関） <sup>a)</sup> 、訪問看護ステーション <sup>b)</sup> 、訪問看護（主に精神） <sup>c)</sup>		WAM ネット
福祉	訪問サービス	居宅介護、重度訪問介護、行動援護、重度障害者等包括支援、同行援護、短期入所ショートステイ、計画相談支援、地域定着支援	WAM ネット 「精神障害」に限定
	日中活動の場	療養介護、生活介護、自立訓練機能訓練、自立訓練生活訓練、就労移行支援一般型、就労移行支援資格取得型、就労継続支援 A 型、就労継続支援 B 型	
	住まいへの支援	施設入所支援、グループホーム、宿泊型自立支援	
行政	人口、高齢化率		国勢調査 (2010)

a) 精神科等を標榜する医療機関が実施している訪問看護

b) 訪問看護ステーション全体

c) 訪問看護ステーションのうち、検索ワードに「精神」と入力し抽出されたもの（主に精神科訪問看護を実施している）

### C. 結果

1) 病院が所在する基礎自治体における地域精神科サービスの量と、暫定基準該当者の退院との関係

「重度かつ慢性」基準該当患者を「1年以上入院」と「1年以内に退院」の2群に分け、そ

れぞれの患者が居住している自治体にある地域精神科サービスの事業所数の平均値を算出した。障害者総合支援法に基づく「住まいの場に関する支援を提供する事業所数」は1年以内退院群において統計学的に有意に多かった（表 2-1）。

表2-1. 病院が所在する基礎自治体における地域精神科サービス事業所数と、暫定基準該当者の1年以内退院との関連(n=337)

	1年以上入院(n=103)		1年以内に退院(n=234)		t	p
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
人口	207604.2	159033.3	196557.4	165903.8	0.57	0.57
高齢化率	23.5	4.1	23.3	4.1	0.45	0.66
人口10万対 精神病床数	484.8	481.1	525.3	512.6	-0.68	0.50
【医療保険】人口10万対 精神科外来数	6.9	4.4	7.3	4.9	-0.73	0.46
【医療保険】人口10万対 訪問看護事業所数	8.5	6.6	9.6	8.1	-1.21	0.23
【医療保険】人口10万対 訪問看護事業所数(主に精神)	0.9	0.9	1.1	1.5	-1.35	0.18
【総合支援法】人口10万対 訪問サービスを提供する事業所数	48.7	48.6	52.7	40.4	-0.78	0.44
【総合支援法】人口10万対 日中活動の場に関する支援を提供する事業所数	21.8	18.9	24.8	19.8	-1.31	0.19
【総合支援法】人口10万対 住まいの場に関する支援をする事業所数	11.6	9.5	16.0	17.8	-2.32	0.02*

p < 0.05\*, p < 0.01\*\*

## D. 考察

### 「重度かつ慢性」基準患者の特徴

統合失調症は再発を繰り返すたびに慢性的に精神症状が残存し、寛解が得られにくくなってしまいうため、再発回数と相関のある精神科通算入院回数は入院時点において「重度かつ慢性」化を、ある程度予測することができると考えられる。

また、一定の治療プロセスが進んだ退棟時であっても精神症状が残存していることを示している暫定基準に該当する患者は、入院時点においても精神症状がより重篤であることから、その結果として措置・緊急措置入院といった非自発的入院が多くなっていったと考えられる。前述した入院回数の多さを考慮すると、完解が得られにくく入院時処方薬の CP 換算量は増えていたものと考えられる。

### 「重度かつ慢性」基準患者に提供された、長期入を予防し、地域移行を目指した心理社会的ケア

基準該当者は一定の治療プロセスが進んだ後も精神症状や障害が残存している状態であるが、90日という短期間で退院するためには、そのような状態であっても在宅生活を支えることができる社会的要因が整っていることが必要である。同居家族が存在することは1つの要因であると考えられる一方で、精神科救急病棟入院期間内に訪問看護やホームヘルプ、精神科デイケアといった生活全般に関するセルフケアを支援する社会資源との調整を済ませていることも要因であると考えられる。

しかし、これらの社会資源の導入は精神科救急病棟の入院日数制限である90日以内（平成

26年現在）には調整できないことも多く、複雑な調整を要する場合には退院支援を専門とする病棟や病院にて継続しているのが現状である。本分析で示された社会資源の導入は、新規導入というよりも、入院前まで利用していた社会資源と再調整できたことを示していたものであると考えられる。新規の社会資源調整が必要とアセスメントされた患者に対しては、入院早期から社会資源導入に向けた調整を進めていくことが長期入院の予防につながると考えられる。

精神科救急病棟に入院した全患者に対して提供する、長期入院の予防に資するケアについて検討したところ、対象者の入院時の状態像・病歴・治療状況に関わらず、服薬指導、家族支援および調整、在宅支援サービスの導入（特に、訪問看護、相談支援（ケアマネ））が入院日数の減少と関連があることが明らかになった。

精神科救急病棟という短期間の入院であっても、退院後しばらくの間は生活全体を再構築していく必要があり、多くのストレスを抱えしばらくの間は不安定な状態になることが予想される。その不安定な時期に服薬を含めた生活支援を担当することになる家族と調整しておくこと、社会資源のサポート体制を早期に構築していることは、「重度かつ慢性」該当者に限らず全ての入院患者が安心して在宅生活に向かっていける重要な要因であると考えられる。入院期間が長くなればなるほど家族とは疎遠になり、社会生活に適応することが難しくなってしまうため、これらの支援はどのような対象者であっても可能な限り早期から実施すべきであろう。

## 「住まいの場に関する支援を提供する事業所」と暫定基準該当者の退院との関係

障害者総合支援法に基づく「住まいの場に関する支援を提供する事業所数」が多い自治体では、統計学的に有意に「重度かつ慢性」暫定基準該当者の退院が多かった。「住まいの場に関する支援を提供する事業所数」は、「施設入所支援」「グループホーム」「宿泊型自立支援」の合計であり、これらは集中的な医療は必要としないが一定の生活支援が継続的に必要とされる患者のためのサービスである。

本研究班の NLS 研究データで示されているように、「重度かつ慢性」患者の退院の妨げになっている大きな要因として「生活障害」が挙げられている。しかし、入院が長期になっている患者の中には、家族等の生活をサポートしてくれる資源を実質的に失っている人も多く、最初から一人暮らしでの退院を目指すのは困難であることが多いと考えられる。「住まいの場に関する支援を提供する事業所数」を充実させることで、まずは十分な生活のサポートを得ながら安定した地域生活への「第一歩」を踏み出せる「重度かつ慢性」患者は増えていく可能性があると考えられる。

一方で、訪問看護等の医療保険サービス数と、総合支援法の「訪問サービス」及び「日中活動の場」の事業所数は、「重度かつ慢性」患者の退院と統計学的に有意な関連はみられなかった。これらのサービスは「住まいの場」に比べると、何らかの支援は必要としつつも基本的には生活が自立している患者に向いており、症状再燃を

予防し安定した生活を長期間維持するために必要なサービスであると考えられる。ただし、近年では我が国においても Assertive Community Treatment (ACT) や、「精神科重症患者早期集中支援管理料」などの集中的なアウトリーチサービスが充実しつつあり、今後これらのサービスを用いて退院に結びつく「重度かつ慢性」患者は増えていく可能性があると考えられる。

## E. 引用・参考文献

- ・杉山直也, 野田寿恵, 川畑俊貴, 平田豊明, 伊藤弘人: 精神科救急病棟における行動制限一覽性台帳の臨床活用. 精神医学, 52(7):661-669, 2010.
- ・野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴, 平田豊明, 伊藤弘人: 行動制限に関する一覽性台帳を用いた隔離・身体拘束施行量を示す質指標の開発. 精神医学, 51(10):989-997, 2009.
- ・岡本幸, 井上 桂子: 長期入院の統合失調症患者における知的機能と社会生活障害の関連 WAIS-R と Rehab を用いた検討. 川崎医療福祉学会誌, 16(2):305-313, 2007.
- ・Ziguras, Stephen J., and Geoffrey W. Stuart. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric services* 51.11 (2000): 1410-1421.
- ・Youden WJ. Index for rating diagnostic tests. *Cancer*. 3. 32-35. 1950.

## 「重度かつ慢性」暫定基準

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 (別紙 2) 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 (別紙 3) 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」(別紙 4) 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

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