

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会
第2回「新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会」2016.04.22

**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」研究結果の概要
ver. 4.3**

厚生労働科学研究費により研究班を組織し、3回の全国調査を実施し、それらの調査結果を踏まえて研究班で検討を重ねて「重度かつ慢性」基準案を作成し、治療体制・治療指針についても一定の手がかりを得ましたのでご報告させていただきます。

研究代表者 安西 信雄（帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科）

報 告 の 目 次

- I. 研究班の構成、検討経過と「重度かつ慢性」の基準案の紹介
- II. 3回の全国調査研究のデザインと調査結果
- III. 研究を踏まえた重度かつ慢性の基準の性能（特に感度・特異度）の総括
- IV. 「重度かつ慢性」基準に該当する患者への治療体制と治療指針に関する研究
- V. まとめ

I. 研究班の構成、検討経過と「重度かつ慢性」の基準案の紹介

1. 研究班の構成（各グループの先頭の○印は分担研究者、他は研究協力者、敬称略）

実態調査グループ	指針検討グループ
日本精神科病院協会 ○河崎 建人（水間病院 病院長／公益社団法人日本精神科病院協会 副会長） 千葉 潜（青南病院 病院長） 櫻木 章司（桜木病院 病院長） 田口 真源（大垣病院 病院長） 杉山 直也（沼津中央病院 病院長） 川口 英明（成仁病院） 大竹 正道（日本精神科病院協会事務局） 自治体病院協議会 ○平田 豊明（千葉県精神科医療センター 病院長） 来住 由樹（岡山県精神科医療センター 病院長）	薬物療法指針 （クロザピン、mECTを含む） ○藤井 康男（山梨県立北病院 病院長） 宮田 量治（山梨県立北病院） 長谷部 真歩（〃） 山下 徹（〃） 地域ケア指針 （訪問支援、ケアマネジメントを含む） ○萱間 真美（聖路加国際大学 教授） 木戸 芳史（聖路加国際大学） 角田 秋（〃） 佐藤 鏡（〃） 澤野 文彦（沼津中央病院） 心理社会的治療指針 （プログラム、実施体制含む） ○井上 新平（福島県立医科大学会津医療センター）

総合病院精神科 ○吉邨 善孝（済生会横浜市東部病院 部長） 国立病院 ○村上 優（国立病院機構榊原病院 病院長） 木田 直也（国立病院機構琉球病院） 北島 和俊（〃） 医療観察法病棟 ○平林 直次（国立精神・神経医療研究センター病院 部長） 横井 優磨（国立精神・神経医療研究センター病院） 船田 大輔（〃） 武田 直也（〃）	特任教授） 戎 正司（医療法人おくら会芸西病院） 須藤 康彦（医療法人須藤会土佐病院 病院長） 元木洋介（社会医療法人あいざと会藍里病院） クリニカルパスと地域連携指針 ○堀口 寿広（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 室長） 伊藤 弘人（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所） 疫学・生物統計学専門家 ○立森 久照（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 室長） 竹島 正（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 部長） 山之内 芳雄（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 部長）
--	---

2. 検討経過

平成24年6月28日に開かれた第7回 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会で「今後の方向性に関する意見の整理」が発表され、その中で、今後の精神科医療においては「新たな長期在院者を作らないことを明確にするため、『重度かつ慢性』を除き、精神科の入院患者は1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みをつくる」との方針が出された。その際に「重度かつ慢性」の患者については、「新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取扱とする」こととし、その基準については「調査研究等を通じて明確化する」とされた。これを受けて、次の取り組みが行われた。

- （1）平成24年度厚労科研「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」（主任研究者：安西信雄）に「重度慢性入院患者の基準検討のための調査研究等に関するワーキングチーム(WT)」（座長：国立精神・神経医療研究センター 樋口輝彦総長）を設けた→長期在院患者約5,000人の調査と「重度かつ慢性」基準に関する論点整理が行われた。
- （2）本研究班による検討経過
 - 1）WTの論点整理と1年以上の長期在院患者約5,000人の調査結果を踏まえ「重度かつ慢性」患者を評価するための暫定基準案を作成（平成25年度実施）
 - 2）新たな長期在院(NLS)患者の属性と状態像に関する調査（平成25年度実施）
 - 3）新規入院患者の前向きフォローアップ調査を実施し、その結果にもとづき基準の妥当性を検証し、暫定基準案を改定して基準案を作成した（平成26年度～27年度実施）

3. 「重度かつ慢性」基準案

前向きフォローアップ調査の結果を研究班で検討した結果、暫定基準案の妥当性が大筋検証されたと判断した。より精度を高めるため暫定基準案を一部改定して下記の基準案を設けた。

「重度かつ慢性」基準案

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

精神症状が下記の重症度を満たし、それに加えて、①行動障害、②生活障害のいずれか（または両方）が下記の基準以上であること。なお、身体合併症については、下記に該当する場合に重度かつ慢性に準ずる扱いとする。

1. 精神症状

BPRS総得点 45点以上、または、BPRS下位尺度の1項目以上で6点以上

注）BPRSはOverall版（表1）を用いる。

その評価においては「BPRS日本語版・評価マニュアル(Ver. 1)」(宮田量治による)に準拠する(参照 <http://www.ych.pref.yamanashi.jp/kitabyo/>)。

2. 行動障害

問題行動評価表(表2)を用いて評価する。1～27のいずれかが「月に1～2回程度」以上に評価された場合に、「問題行動あり」と評価する。

3. 生活障害

障害者総合支援法医師意見書の「生活障害評価」(表3)を用いて評価する。その評価に基づいて、「能力障害評価」を「能力障害評価表」の基準に基づいて評価する。「能力障害評価」において、4以上に評価されたものを(在宅での生活が困難で入院が必要な程度の)生活障害ありと判定する。

4. 身体合併症

精神症状に伴う下記の身体症状を入院治療が必要な程度に有する場合に評価する。

①水中毒

②腸閉塞(イレウス)

③反復性肺炎

④その他(退院困難と関連するものがあれば病名を書いて下さい：)

注： 本基準案の評価にあたっては資料(表1～3)をご使用ください(p.27～33)。

Ⅱ. 3回の全国調査研究のデザインと調査結果

本研究に先立ち、平成24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）「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」（主任研究者：安西信雄）に「重度慢性入院患者の基準検討のための調査研究等に関するワーキングチーム(WT)」（座長：国立精神・神経医療研究センター 樋口輝彦総長）が設けられた。

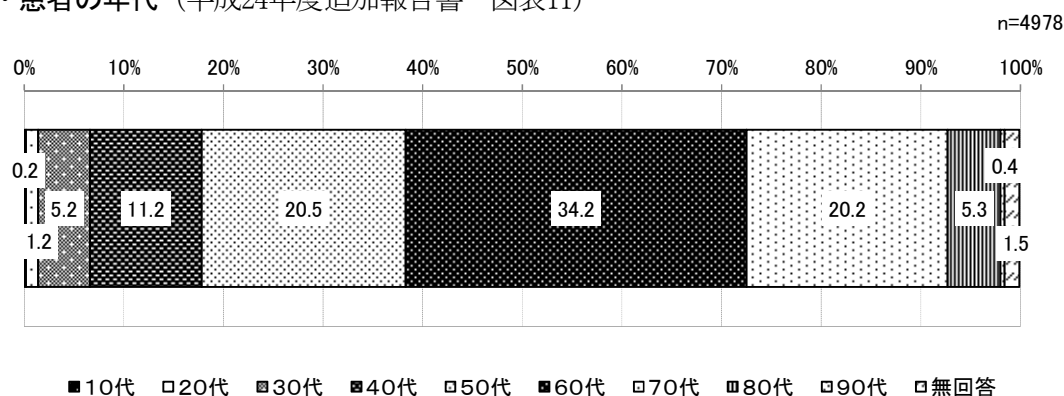
このWTの助言のもとで調査票が作成され、平成24年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業「重度慢性入院患者に関する調査」が実施された（精神科病床に1年以上在院する患者から無作為10%抽出による調査）。

663病院から4,978人分の回答が得られ、データ集計結果は平成24年度「新しい精神科医療体制とその評価のあり方に関する研究」（研究代表者：安西信雄）の「追加報告書」で報告した。平成25年度から本研究班でもこの調査をもとに検討を行ったのでこれを「研究1」と呼ぶこととする。

対象患者の属性

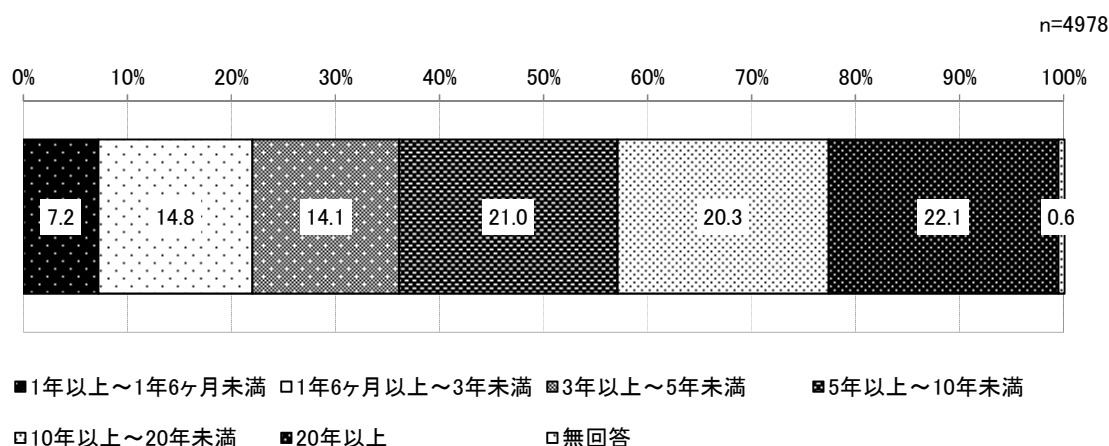
- ・性別：男性52.9%、女性47.0%
- ・主診断名：統合失調症79.4%、気分障害4.4%、精神遅滞3.1%、アルコール症2.5%、その他の精神病性障害1.9%、器質性精神障害1.8%。

・患者の年代（平成24年度追加報告書 図表11）



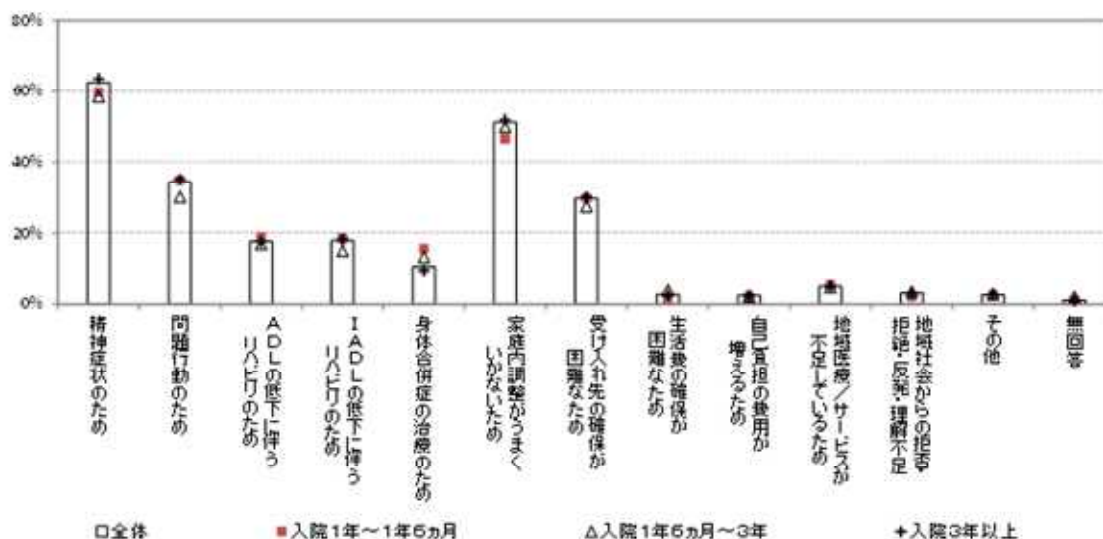
・調査日現在における在院日数（図表22）

調査日における調査対象の患者の在院日数は、「20年以上」（22.1%）が最も多く、次いで「5年以上～10年未満」（21.0%）、「10年以上～20年未満」（20.3%）、「1年6ヶ月以上～3年未満」（14.8%）、「3年以上～5年未満」（14.1%）であった。



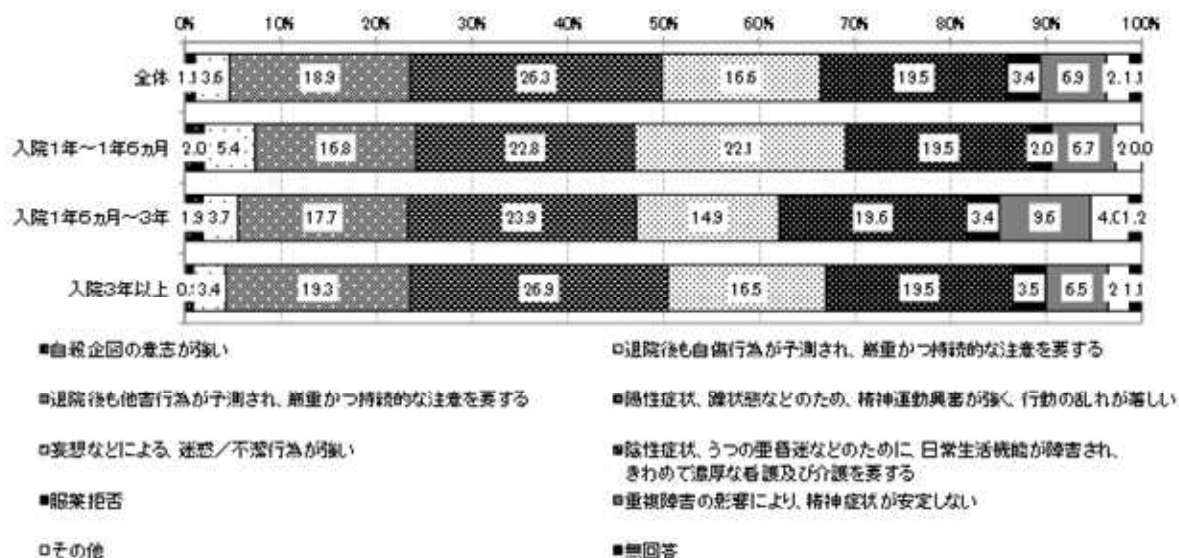
・1年以内に退院できなかった主な理由（資料3 図表88）

患者が1年以内に退院できなかった本人側理由は、「精神症状のため」(62.5%)、「問題行動のため」(34.3%)、「IADLの低下」(17.9%)、「ADLの低下」(17.7%)の順で、「家庭内調整がうまくいかなかったため」は51.2%であった（いずれも医師による評価）。



・精神症状が重度または不安定で退院できない一番の原因（資料3 図表94）

調査日時点での退院の可能性については「可能」(13.7%)、「困難」(85.6%)で、退院困難の理由については「精神症状が極めて重症または不安定であるため」(困難患者の60.9%、全体の52.1%)が最も多く、それらの患者では暴力などの問題行動、日常生活機能の低下などが多かった（同）。



上記のデータを踏まえてWTによる重度かつ慢性に関する論点整理が行われた。

<論点整理の概要（比較的WTの合意に近いと考えられるもの）>

- ・ 新たに発生してくる長期在院患者群(new long stay)と、すでに長期化している長期在院患者群(old long stay)を分けてとらえ、前者を中心に考えるべきではないか
- ・ 地域での受け手がいないために退院できない群でなく、医学的・治療的に重度なため慢性に経過する群を中心に考えていくべきではないか
- ・ 「重度かつ慢性」に相当する患者特性の抽出においては、疾病特性、行動病理、治療抵抗性（反応性）などの軸を考慮すること
- ・ 対象の特性に応じた治療機能については、クロザピンやmECT、デボ剤とともに心理社会的治療により社会復帰を促す機能を検討することが必要
- ・ 今後、同じ病態の患者をプロスペクティブ（前向き）に追跡調査を行い、入院期間ごと（例えば3ヶ月未満、1年未満、1年以上）の状態と治療反応性を評価して標準的な治療を浮き彫りにしていくべきではないか

1. （研究1）「重度かつ慢性」患者を評価するための暫定基準案の作成（平成25年度実施）

WTの論点整理と約5,000人の長期在院患者のデータを踏まえ、研究班の合議により暫定基準案を作成した。

これは精神症状(BPRSで評価)が一定以上の重症度であることを必須の条件とし、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）が一定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考えるもので、精神症状に続発する身体症状にも配慮することとなった。

「重度かつ慢性」暫定基準案

（平成25年度に本研究班の合議により作成。これを本調査の際に用いた。）

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0verall版（表1）を用いる。その評価においては「BPRS日本語版・評価マニュアル（Ver.1）」（宮田量治による）に準拠する。

2. 行動障害

2月調査で用いた問題行動評価表（表2）を用いて評価する。1～27のいずれかが「月に1～2回程度」以上に評価された場合に、「問題行動あり」と評価する。（項目28の「その他」は削除。項目の配列を改め、自傷他害に関連する事項をA項、その他をB項とする）

3. 生活障害

障害者自立支援法医師意見書の「生活障害評価」（表3）を用いて評価する。その評価に基づ

いて、「能力障害評価」を「能力障害評価表」の基準に基づいて評価する。「能力障害評価」において、4以上に評価されたものを（在宅での生活が困難で入院が必要な程度の）生活障害ありと判定する。ただし、「7. 社会的適応を妨げる行動」は上記の「行動障害」と重複するので削除する。（注：「暫定基準案」では削除したが「基準案」では復活した）

4. 身体合併症

精神症状に続発する下記の身体症状を入院治療が必要な程度に有する場合に評価する。

- ①水中毒
- ②腸閉塞（イレウス）
- ③反復性肺炎

【補足】上記の行動障害のA項、B項の区別や重み付け、過去の入院歴や社会適応度・必要とされた地域生活支援等の履歴事項については、今後の調査研究の結果を踏まえて検討を行う。さらに、暫定基準案のそれぞれの構成要素についても今後の調査研究により妥当性の検証と修正を実施する予定である。

2. （研究2）新たな長期在院(NLS)患者の属性と状態像に関する調査（平成25年度実施）

上記の5,000人調査の対象は主にOld long-stay患者であり、New long-stayに近い1年～1年半の患者は7.2%にすぎなかった。そこで精神科病院に1年～1年3ヵ月継続して入院している新しい長期在院(New long-stay)患者を暫定基準案で評価し、患者の特徴がどの程度反映されるかを検討した。調査内容は、施設情報、患者基本情報(性別、主診断等)、暫定基準案に関連する諸評価であった。

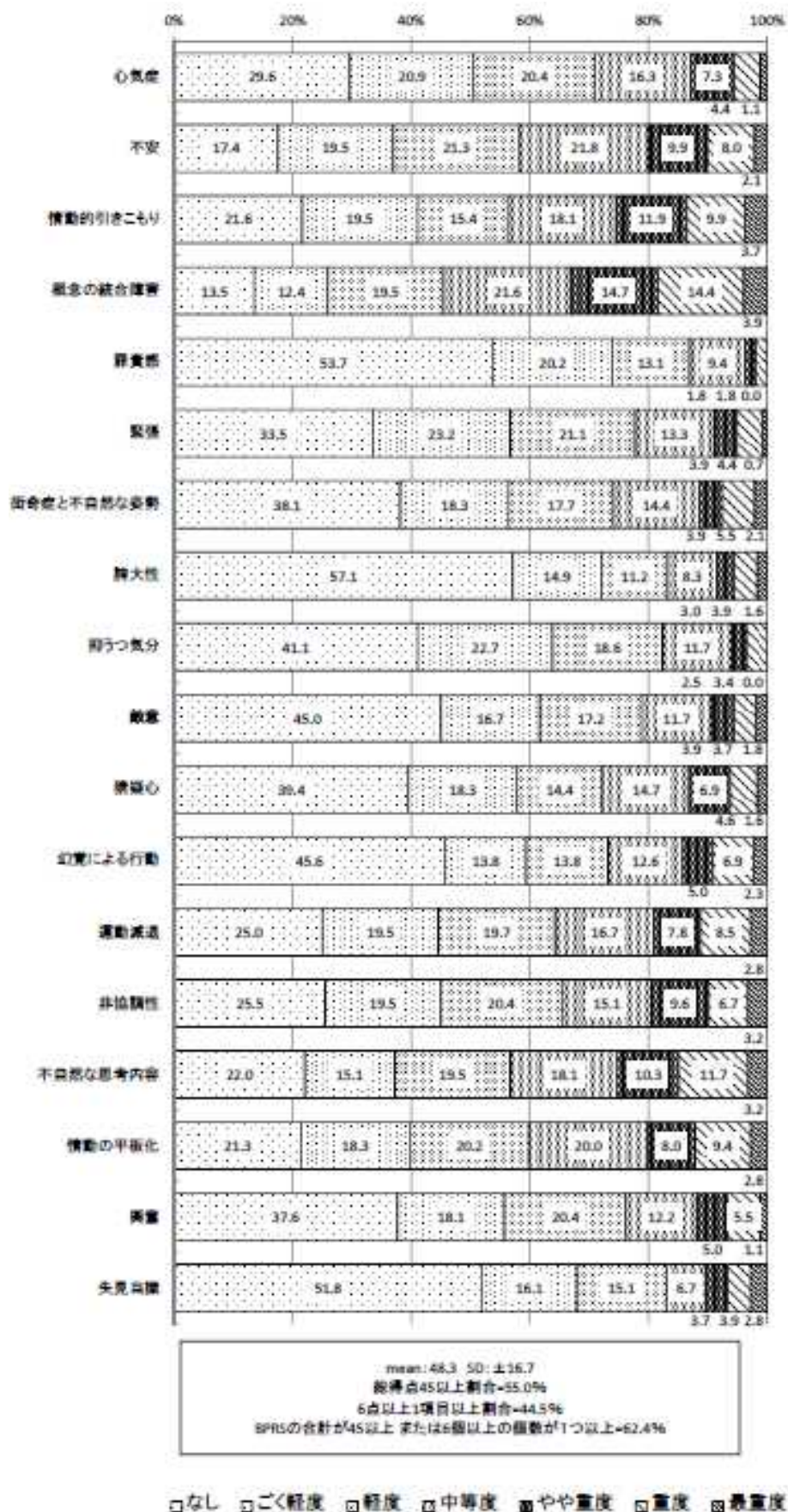
全国の精神科病院を対象に、平成26年1月初めから2月末までを調査期間として、在院1年～1年3ヶ月の「新しい長期在院患者」の調査を依頼した。317病院（依頼件数1,300の24.4%）から818人について回答が得られた。うち主診断が認知症である者を除いた患者数は708人であった。

対象患者の属性

- ・性別：男性50.1%、女性49.9%（注：主診断に認知症110人を含む818人の集計）
- ・主診断名：統合失調症圏62.1%、気分障害16.7%、精神遅滞3.1%、アルコール症5.6%。
- ・入院形態：医療保護49.6%、任意入院50.4% ・認知症を除く1年在院患者は581人
- ・患者の年代（図表36）（注：平成25年度報告書の表からグラフを作成）

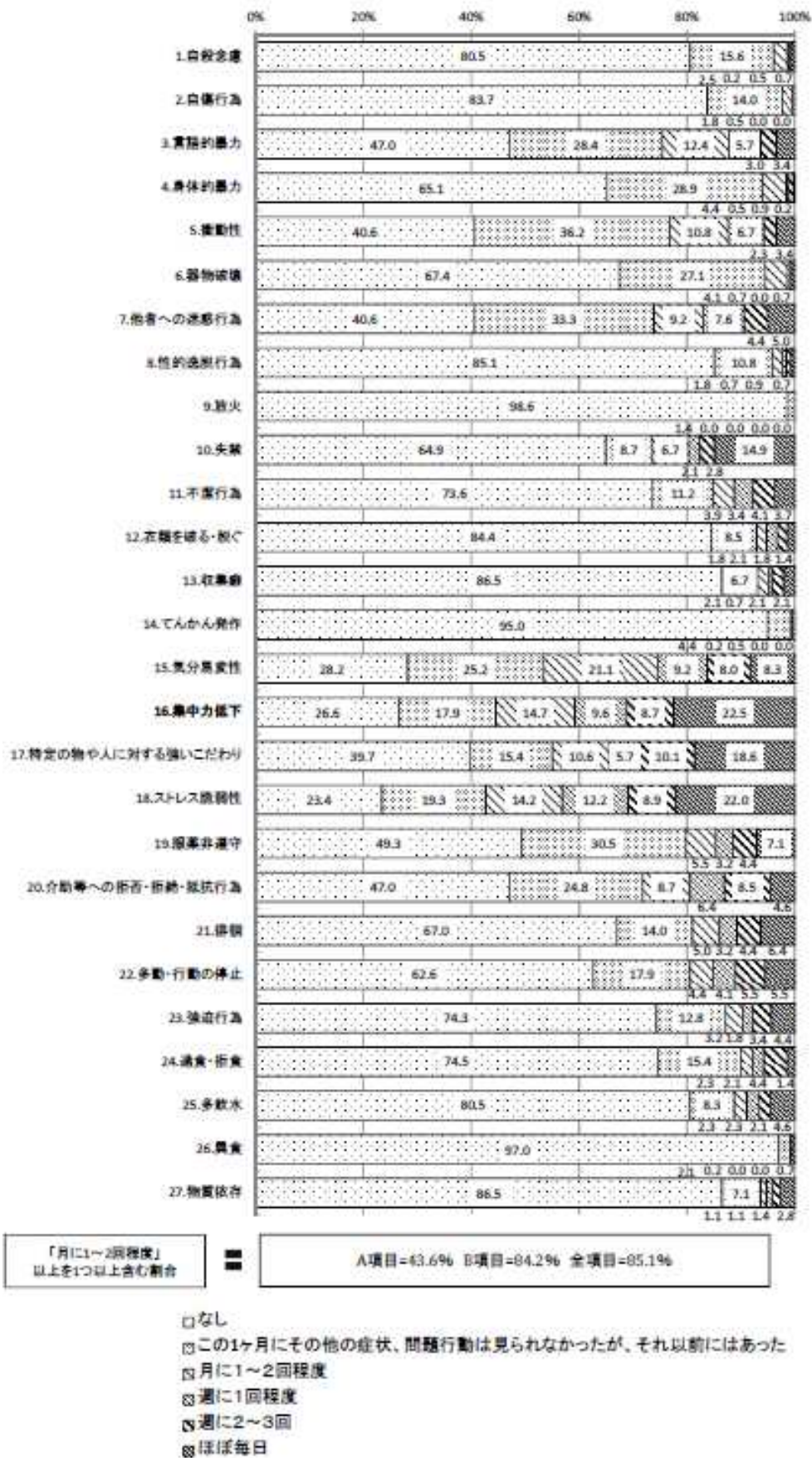


BPRS下位尺度の評価分布（基本調査群）（H25報告書 図表110）・・・NLS群の精神症状



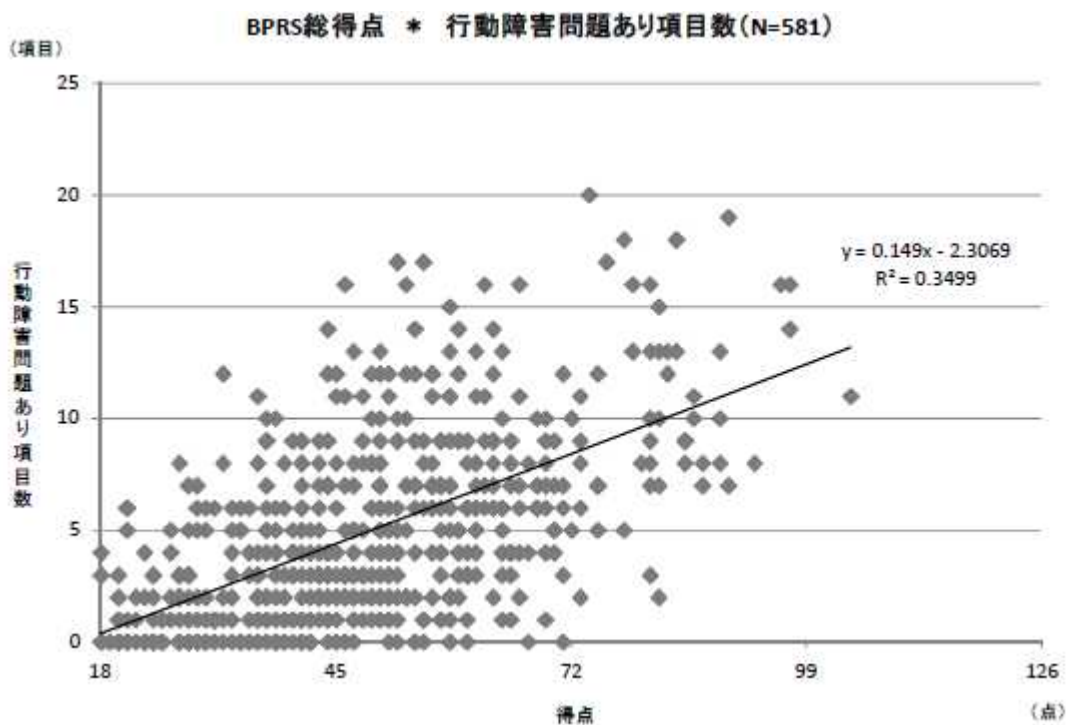
重度～最重度が多いのは、
 「概念の統合障害」、
 「幻覚による行動」、
 「運動減退」、
 「不自然な思考内容」、
 「情動の平板化」
 などであった。

行動障害評価の分布（基本調査群）（H25報告書 図表47）・・・NLS群の精神症状



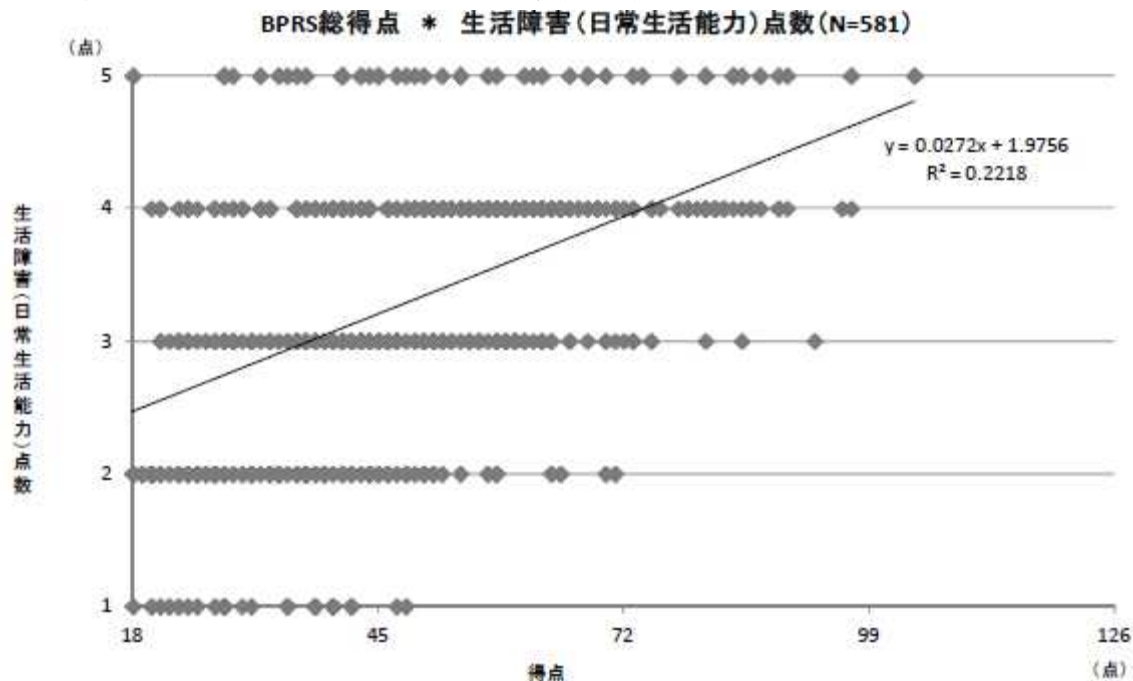
月に1〜2回以上の率が20%以上であった項目は、「言語的暴力」、「衝動性」、「他者への迷惑行為」、「失禁」、「気分易変性」、「集中力低下」、「特定の物や人に対する強いこだわり」、「ストレス脆弱性」、「介助等への拒否・拒絶・抵抗行為」であった。

BPRS総得点と行動障害の問題あり項目数との関連(N=581) (H25報告書 図表444)



注1：中程度～低い相関があるが、ある程度の独立性あり

BPRS総得点と生活障害（日常生活能力）点数(N=581) (H25報告書 図表448)



注2：低い相関がある程度で、ある程度の独立性あり

☆ 以上より、精神症状（BPRS総得点）だけで行動障害や生活障害を代表することはできず、それぞれを評価することの意義がありそうだ。

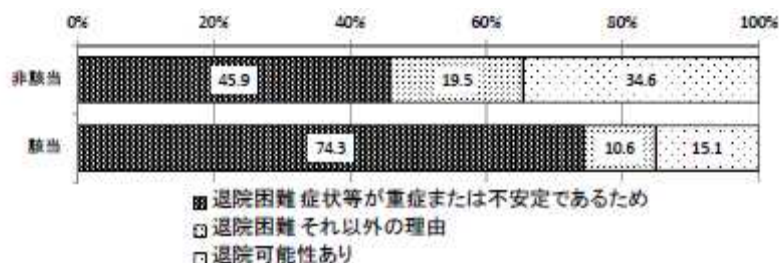
統合失調症診断と暫定基準合致率 (H25報告書 図表524)

図表524

			主診断2群(統合失調症)		
			F20 統合失調症	F20 統合失調症 以外	合計
暫定基準 BPRSかつ(行動障害または生活障害またはその両方)を満たす(新)	非該当	度数	129	102	231
		行の N %	55.8%	44.2%	100.0%
	該当	度数	233	117	350
		行の N %	66.6%	33.4%	100.0%
	合計	度数	362	219	581
		行の N %	62.3%	37.7%	100.0%

X^2 P= 0.009

医師判断「症状等が重症または不安定であるため退院困難」と暫定基準の合致率 (H25報告書 図表492)



図表492

			退院可能性-退院困難理由3群		
			退院困難 症状等が重症または不安定であるため	退院困難 それ以外の理由	退院可能性あり
暫定基準 BPRSかつ(行動障害または生活障害またはその両方)を満たす(新)	非該当	度数	106	45	80
		行の N %	45.9%	19.5%	34.6%
	該当	度数	260	37	53
		行の N %	74.3%	10.6%	15.1%
	合計	度数	366	82	133
		行の N %	63.0%	14.1%	22.9%

認知症を除く1年在院患者581人のうち暫定基準を満たしたのは350人(60.2%)であった。そのうち医師判断で病状が重い¹ため退院困難とされた患者は260人(74.3%)であった。

581人のうち医師判断で病状が重い¹ため退院困難とされた患者は366人(63.0%)であったが、そのうち260人(71.0%)が暫定基準案に該当した。医師判断で「退院困難・それ以外の理由」か「退院可能性あり」であった患者は82+133=215人で、そのうち暫定基準に非該当であったのは45+80=125人(58.1%)であった。以上より、感度と特異度を求めると下記のとおりとなる。

感度 (医師の重症判断に合致した人が重度慢性基準を満たした割合)

$$= 260 / (260 + 106) = 260 / 366 \approx 0.710$$

特異度 (医師が重症判断しなかった人が重度慢性基準を満たさなかった割合)

$$= (45 + 80) / (45 + 80 + 37 + 53) = 125 / 215 \approx 0.581$$

暫定基準案に該当する患者のうちには「退院困難・重症のため」と回答された患者が有意に多かった($\chi^2=48.73$, 自由度 2, $p<0.01$)ことから、暫定基準案は主治医の臨床的評価に概ね沿ったものと考えられた。

3. (研究3) 新規入院患者の前向きフォローアップ調査 (平成26年度～27年度実施)

これまでの研究1、2は入院後1年かそれ以上経過した長期在院患者の横断面調査であったので、実施された治療との関係や経過の検討には困難があった。そこで「重度かつ慢性」基準の妥当性の検証と精密化、さらに基準に該当する患者群に対して必要な医療体制と治療指針を明らかにすることを目的に、前向き調査研究を実施した。

- ・ **基本事項** (年齢、性別、診断等)
- ・ **「重度かつ慢性」暫定基準に関連する状態評定** (精神症状、問題行動、生活障害評価、身体症状評価等)、
- ・ **医療プロセス** (入院中に実施した薬物療法等と非薬物療法)

これらと**アウトカム**
(入院後3ヶ月～1年
までの退院転帰等)
との関連を検討

全国の精神科病院に協力を依頼し、①精神科救急病棟への入院時点から評価を実施する群 (以下「急性期登録群」) と、②入院後3ヵ月を超えて入院している患者群 (以下「亜急性期登録群」) の入院後1年までの前向き調査を実施した。対象患者の選択基準と調査項目は下記の通り。

(1) 対象患者の選択基準と除外基準

急性期登録群 (以下「急性期群」) :

平成26年10月1日から10月31日の間に精神救急入院料病棟に入院した患者 (下記の除外基準に該当しない患者) (1病院につき連続して10人まで) ・ ・ 注1

亜急性期登録群 (以下「亜急性期群」) :

平成26年7月1日～8月31日の間に入院し、調査日時点で3ヶ月を超えて在院を継続している。 (下記の除外基準に該当しない患者) (1病院につき連続して5人まで) ・ ・ 注1

除外基準:

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

(注1: 患者選択の偏りが生じないように連続して入院した患者の登録を依頼)

(2) 調査項目

基本事項: 性別、年齢、入院時の病棟、入院形態、主診断名、重複障害の有無、経歴上の問題等

状態評定: GAF、精神症状 (BPRS Overall版)、問題行動評価 (27項目)、生活障害評価、2軸評価、身体症状評価、隔離・拘束の実施、評価時点での退院困難理由と今後の退院見込みの評価、退院困難度尺度

医療プロセス: 入院中 (現在まで) に実施した治療内容

薬物療法等 (薬剤調整、クロザピンの使用、m-ECTの使用)

非薬物療法 (個人精神療法、認知行動療法、行動療法、作業療法、集団精神療法、心理教育、SST、退院前訪問指導、服薬管理指導、連絡調整会議、ケア会議 (外部の地域スタッフ)、障害福祉サービスの導入、介護福祉サービスの導入)

アウトカム: 入院後3ヵ月、1年までの退院転帰等

(3) 調査にご協力くださった病院

施設調査の概況

病院区分	調査区分			合計
	亜急性期	急性期	(両方) *	
日本精神科病院協会加盟病院	188	39	(17)	227
日本総合病院精神医学会加盟病院	4	5	(3)	9
全国自治体病院協議会加盟病院	17	15	(10)	32
国立精神医療施設長協議会	10	1	(0)	11
合計	219	60	(30)	279

*亜急性期と急性期の両方にエントリーしている施設数

(4) 登録患者の調査区分別・病院団体別の内訳

患者調査の概況（認知症未確認ケース削除済み）

	調査区分				合計	
	亜急性期	%	急性期	%		%
日本精神科病院協会加盟病院のケース数	677	84.4	374	65.2	1051	76.4
日本総合病院精神医学会加盟病院のケース数	12	1.5	43	7.5	55	4.0
全国自治体病院協議会加盟病院のケース数	70	8.7	147	25.6	217	15.8
国立精神医療施設長協議会のケース数	43	5.4	10	1.7	53	3.9
小計 (A)	802	100.0	574	100.0	1376	100.0

(注：総合病院は他の病院団体にカウントされている場合には上記の数に出ていない)

(5) 対象患者の登録と評価の時期と内容

1) 亜急性期登録群調査

- ①入院3か月時点：基本事項・状態評定・入院前の医療プロセス評価
- ②入院3か月以降12か月以内に退院した場合：退院時点で状態評定・医療プロセス評価
- ③入院の1年後に在院していた場合：1年時点で状態評定・医療プロセス評価・転帰評価

2) 急性期登録群調査

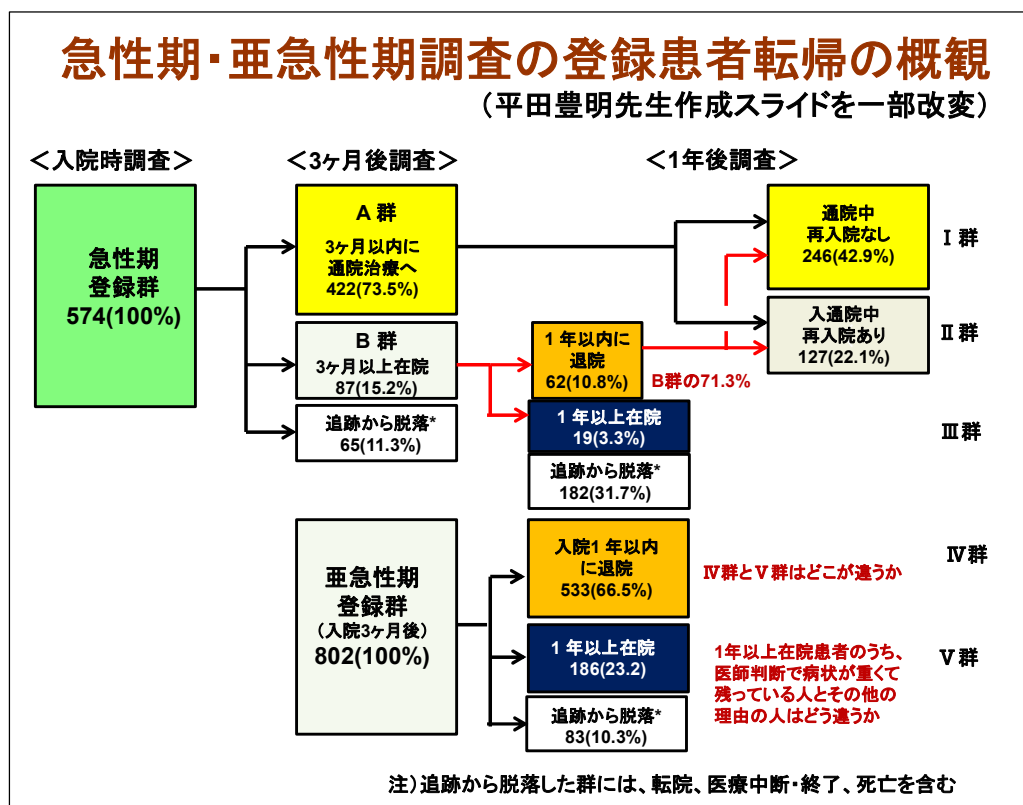
- ①入院時：基本事項・状態評定・入院前の医療プロセス評価
- ②入院後3か月以内に退院した場合：退院時点で状態評定・医療プロセス評価
- ③入院の1年後に在院していた場合：1年時点で転帰評価（状態評定は行わない）

(6) 対象患者の特徴：急性期登録群と亜急性期登録群

項目	急性期群 (574人)		亜急性期群 (802人)	χ^2	p
年齢	46.7±16.6歳	<	53.8±16.7歳	7.66	0.00**
性別	男性46.0%, 女性54.0%		男性47.8%, 女性52.2%	0.02	0.89
入院形態	医保65.5%>任意24.4%	>	医保45.3%≒任意49.1%	84.3	0.00**

項目	急性期群 (574人)		亜急性期群 (802人)	χ^2	p
診断	統合失調症圏 47.9% 気分障害圏 29.1% 薬物依存 6.6% 器質性精神障害 4.9%	<	統合失調症圏 59.5% 気分障害圏 23.4% 薬物依存 5.1% 器質性精神障害 3.7%	12.2	0.00**
重複障害	薬物依存 5.9% 精神遅滞 5.4% 発達障害 3.3%		器質性精神障害 5.7% 精神遅滞 5.2% 薬物依存 4.4%		
入院回数	なし 33.4% 3回以上 39.5%		なし 20.6% 3回以上 53.0%		
入院期間	なし 32.1% 1年以上 28.8%		なし 20.2% 1年以上 47.6%		
経歴上の問題	あり 7.8%		あり 17.2%		
入院時病棟	救急入院料病棟 (1、2、合併症型) 100%		15対1病棟 44.6% 急性期治療病棟 27.3%		
BPRS合計点	入院時 49.50±16.5 退院(<3m) 33.8±13.0		3ヶ月登録時 45.60±16.0 退院(1年まで) 38.5±14.8		

(7) 登録患者の転帰の概観



急性期群(574人)では3ヵ月までに73.5%が通院に移行(A群)。3ヵ月以上在院は15.2%(B群)で、うち71.3%が1年までに退院。1年以上在院は19人で急性期群の3.3%。

亜急性期群(入院3ヶ月後)は1年以内に66.5%が退院し、1年以上在院は23.2%。

☆3ヶ月在院患者の入院後1年までの残留率は、急性期群19/87=21.8%、亜急性期群186/802=23.1%。

(8) 亜急性期登録群で1年までに退院した患者（Ⅳ群）と継続して在院した患者（Ⅴ群）の比較

項目	亜急性期群			
	全体	Ⅳ群（1年までに退院）		Ⅴ群（1年を超えて在院）
人数	802	474		85
性別 男性	383	217	ns	51
女性	419	257		34
入院時年齢	53.8	52.0		55.6
罹病期間（年）	20.4	18.2		25.1
診断 統合失調症%	59.5	57.8	<	64.7
気分障害%	23.4	26.6	>	22.4
初回入院率	20.6	26.6	>	14.1
入院歴1年超率	47.9	45.5	<	61.2
経歴上の問題有	17.2	15.6	<	18.8
入院形態 措置	4.1	4.0	>	2.4
任意	49.1	49.6		47.1
隔離室使用率	18.9	17.3	<	23.7
CP換算600mg超率	25.3	23.3	<	31.2
GAF 登録時	40.8	41.9	>	37.4
追跡時	46.6	50.1	>	36.8
BPRS合計 登録時	45.6	45.0	<	48.2
追跡時	41.0	38.5	<	48.3

（注：不等号がある項目は5%水準以上で有意差あり）

(9) 亜急性期群で1年を超えて在院した186人の主治医判断による1年時点の退院可能性

【問】対象者が調査時点までに退院出来なかった理由の評価

(1) 対象患者が入院1年を経過した時点で退院の可能性はありましたか？

困難と回答された場合は、その理由も選択してください。

- | | | |
|-----------------------|---|----------|
| 1. 可能性あり | → | X群 (40人) |
| 2. 困難 | | |
| 2-1. 病状が重症または不安定であるため | → | Y群 (85人) |
| 2-2. それ以外の理由 | → | Z群 (61人) |

Y群とX群およびZ群の比較

- 1) 診断：どの群も統合失調症圏が60%前後、気分障害圏が20%前後
- 2) 入院形態：Y群でやや医療保護入院が多いが有意な差なし
- 3) 状態評価：Y群はZ群に対して、1年在院時点の評価で、精神症状(BPRS)評価では、幻覚による行動、衝動性、不自然な姿勢、不自然な思考内容で有意に高く ($p<0.01$)、問題行動では、気分易変性、集中力低下、ストレス脆弱性、多動・行動の停止が有意に高く ($p<0.01$)、生活障害では、食事、生活リズムの評価が有意に高かった ($p<0.05$)。

（１０）亜急性期群 1 年在院患者の退院困難理由の医師判断と暫定基準の合致率

（入院 1 年時点で主治医に下記の回答を求めた。）

対象者が調査時点までに退院出来なかった理由の評価

（１）対象患者が入院 1 年を経過した時点で退院の可能性はありましたか？

困難と回答された場合は、その理由も選択してください。

１．可能性あり …X 群（40 人）

２．困難

２－１．病状が重症または不安定であるため…Y 群（85 人）

２－２．それ以外の理由 …Z 群（61 人）

1 年在院時点の暫定基準総合判定（身体合併を考慮しない）

		X 群	Y 群	Z 群	合計	χ ²	p
暫定基準総合判定	満たさない	N	26	21	31	78	
		%	65.0%	24.7%	50.8%	41.9%	
	満たす	N	14	64	30	108	
		%	35.0%	75.3%	49.2%	58.1%	
合計	N	40	85	61	186		
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	21.079	0.000 **

☆亜急性期群の 1 年在院患者 186 人のうち 1 年在院時点の評価で暫定基準を満たしたのは 108 人 (58.1%) であった。そのうち医師判断で病状が重いため退院困難とされた患者は 64 人 (59.3%) であった。また、186 人のうち入院 1 年在院時点評価で病状が重いため退院困難と医師が判断した患者は 85 人 (45.7%) で、うち 64 人 (75.3%) が暫定基準を満たしていた。暫定基準案に該当する群では医師判断で「退院困難・重症のため」と判断された患者が他の群より有意に多かった ($p < 0.01$)。

1 年在院時点の BPRS（Y 群 vs Z 群）

	Y 群		Z 群		t 値	p
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
BPRS1. 心気症	2.92	1.66	2.93	1.61	-0.06	0.951
BPRS2. 不安	3.66	1.56	3.44	1.51	0.84	0.405
BPRS3. 情動的引きこもり	3.88	1.69	3.16	1.66	2.56	0.012 *
BPRS4. 概念の統合障害	3.99	1.78	3.36	1.62	2.18	0.031 *
BPRS5. 罪責感	2.34	1.44	1.80	1.15	2.42	0.017 *
BPRS6. 緊張	2.93	1.40	2.36	1.38	2.44	0.016 *
BPRS7. 衝動性と不自然な姿勢	2.95	1.76	2.13	1.49	2.97	0.004 **
BPRS8. 誇大性	1.96	1.42	1.82	1.32	0.63	0.532
BPRS9. 抑うつ気分	2.75	1.38	2.30	1.58	1.86	0.065
BPRS10. 敵意	2.41	1.52	2.30	1.56	0.45	0.652
BPRS11. 猜疑心	2.59	1.57	2.56	1.68	0.11	0.910
BPRS12. 幻覚による行動	3.01	1.95	2.05	1.44	3.27	0.001 **
BPRS13. 運動減退	3.26	1.66	3.03	1.84	0.78	0.439
BPRS14. 非協調性	3.21	1.70	2.67	1.76	1.86	0.065
BPRS15. 不自然な思考内容	3.78	1.78	2.80	1.69	3.32	0.001 **
BPRS16. 情動の平板化	3.45	1.74	3.13	1.63	1.11	0.268
BPRS17. 興奮	2.72	1.40	2.16	1.32	2.41	0.017 *
BPRS18. 失見当識	2.24	1.60	1.84	1.21	1.64	0.104

t 検定

1 年在院時点の問題行動（Y群 vs Z群）

	Y群		Z群		t 値	p
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
問題行動1.自殺念慮	1.38	0.79	1.16	0.42	1.93	0.056
問題行動2.自傷行為	1.18	0.38	1.07	0.31	1.86	0.064
問題行動3.言語的暴力	1.92	1.18	2.05	1.49	-0.60	0.552
問題行動4.身体的暴力	1.42	0.71	1.26	0.51	1.51	0.134
問題行動5.衝動性	2.20	1.38	1.69	1.15	2.37	0.019 *
問題行動6.器物破壊	1.36	0.67	1.25	0.60	1.11	0.271
問題行動7.他者への迷惑行為	2.18	1.54	1.79	1.29	1.61	0.109
問題行動8.性的逸脱行為	1.32	0.93	1.02	0.13	2.51	0.013 *
問題行動9.放火	1.00	0.00	1.02	0.13	-1.18	0.239
問題行動10.失禁	2.11	1.68	1.79	1.55	1.17	0.244
問題行動11.不潔行為	1.65	1.24	1.59	1.19	0.28	0.781
問題行動12.衣類を破る・脱ぐ	1.39	0.94	1.28	0.88	0.71	0.477
問題行動13.収集癖	1.21	0.90	1.20	0.68	0.11	0.913
問題行動14.てんかん発作	1.07	0.40	1.05	0.22	0.38	0.706
問題行動15.気分易変性	3.07	1.80	2.23	1.42	3.04	0.003 **
問題行動16.集中力低下	3.85	2.00	2.48	1.77	4.28	0.000 **
問題行動17.特定の物や人に対する強いこだわり	2.98	1.93	3.07	1.97	-0.27	0.786
問題行動18.ストレス脆弱性	3.66	1.86	2.85	1.82	2.61	0.010 **
問題行動19.服薬非遵守	1.92	1.29	1.52	1.12	1.91	0.058
問題行動20.介助等への拒否・拒絶・抵抗行為	2.31	1.52	1.84	1.43	1.89	0.061
問題行動21.徘徊	1.99	1.63	1.39	0.94	2.56	0.011 *
問題行動22.多動・行動の停止	2.36	1.73	1.61	1.35	2.86	0.005 **
問題行動23.強迫行為	1.79	1.49	1.43	1.22	1.56	0.121
問題行動24.過食・拒食	1.64	1.21	1.51	1.12	0.64	0.520
問題行動25.多飲水	1.72	1.44	1.38	1.11	1.54	0.125
問題行動26.異食	1.02	0.15	1.03	0.26	-0.27	0.785
問題行動27.物質依存	1.19	0.78	1.23	0.78	-0.32	0.753

t検定

1 年在院時点の生活障害（Y群 vs Z群）

	Y群 (N=85)		Z群 (N=61)		t 値	p
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
生活障害1.食事	3.01	1.31	2.54	1.40	2.08	0.039 *
生活障害2.生活リズム	3.00	1.19	2.30	1.22	3.51	0.001 **
生活障害3.保清	3.15	1.23	2.74	1.29	1.97	0.051
生活障害4.金銭管理	3.68	1.27	3.64	1.58	0.18	0.856
生活障害5.服薬管理	3.07	1.10	2.90	1.12	0.91	0.365
生活障害6.対人関係	3.68	1.01	3.33	1.18	1.95	0.054
生活障害7.社会的適応を妨げる行動	2.32	1.23	2.20	1.18	0.60	0.552

t検定

☆Y群はZ群より精神症状、行動障害、生活障害のいずれも重度であることが示された。

Ⅲ. 研究を踏まえた重度かつ慢性の基準の性能（特に感度・特異度）の総括

以上のようにWTの指導により実施された5,000人規模の研究1を含めれば「重度かつ慢性」基準に関連して3回の全国調査を実施したことになる。

「重度かつ慢性」について、1年間継続して入院治療を受けても退院できないことを1つの目安としたが、WTの論点整理で「地域での受け手がないために退院できない群でなく、医学的・治療的に重度なため慢性に経過する群を中心に考えるべき」と指摘されたことを受け、1年継続入院患者のうち退院困難な理由が「病状が重いまたは不安定であるため」であるものを抽出することを目指した。しかし、退院可能性には本人の病状だけでなく、病院の治療体制、家族や地域の支援体制をはじめ多様な要因がからまるので、「病状が重いため退院困難」ということのゴールド・スタンダードを求めることは難しい。そこで、本調査研究では入院後1年経過時点での主治医の判断を仮のゴールド・スタンダードとして用いることとした。

すなわち研究2、研究3において、入院後1年を経過した時点での主治医による退院困難の判断とその理由の判断を求め、暫定基準の妥当性の検証のため、医師判断をゴールド・スタンダードとした場合の一致率（基準の感度と特異度）を検討した。

参考）感度と特異度の計算方法

感度、特異度					感度、特異度（今回の評価にあてはめた場合）				
		疾患		合計			医師判断		合計
		あり	なし				該当	非該当	
検査結果	陽性	a	c	a+c	暫定基準	該当	a	c	a+c
	陰性	b	d	b+d		非該当	b	d	b+d
合計		a+b	c+d	a+b+c+d	合計		a+b	c+d	a+b+c+d

1. 研究2（入院後1年～1年3ヶ月のNLS患者581人の横断面調査）

医師判断で病状が重いため退院困難とされた患者は581人のうち366人(63.0%)であったが、そのうち260人(71.0%)が暫定基準案に該当した。医師判断で「退院困難&それ以外の理由」か「退院可能性あり」であった患者は82+133=215人で、そのうち暫定基準に非該当であったのは45+80=125人であった。以上より、感度と特異度を求めると下記のとおりとなった。

感 度（医師の重症判断に合致した人が基準案を満たした割合） $= 260/366 \approx 0.710$

特異度（医師が重症判断しなかった人が基準案を満たさなかった割合） $= 125/215 \approx 0.581$

2. 研究3（前向き調査の亜急性期調査群802人のうち、入院後1年継続して在院していた186人に関する検討）

医師判断で病状が重いため退院困難とされた患者は186人のうち85人(45.7%)であったが、そのうち64人が暫定基準案に該当であった。医師判断で「退院困難&それ以外の理由」か「退院可能性あり」であった患者は40+61=101人で、そのうち暫定基準に非該当であったのは57人であった。以上より、感度と特異度を求めると下記のとおりとなった。

感 度（医師の重症判断に合致した人が基準案を満たした割合） $= 0.753$

特異度（医師が重症判断しなかった人が基準案を満たさなかった割合） $= 0.564$

3. ロジスティック回帰分析を用いた暫定基準案の妥当性の検討（立森分担研究班の検討との関連で）

入院後1年～1年3ヶ月の新たな長期在院(NLS)患者の横断面調査のデータを用いて、医師判断で病状が重いため退院困難であるか否か（以下、「重症または不安定」）を従属変数、後述の調査項目を独立変数の候補とするロジスティック回帰分析を行い、AICを基準に（変数増減法による）変数選択を行った。（AICは、もと統計数理研究所の赤池が作成した予測の良さについてのモデル選択の基準であり、AICを基準に変数を選択することにより最も予測性能の良いモデルを選ぶことができる。）

独立変数の候補（全て総得点でなくこの質問項目を使用した。）

＜暫定基準に含まれているもの＞

精神症状：BPRS、行動障害：問題行動、生活障害：生活障害評価、ADL、身体合併：身体合併症

＜暫定基準に含まれていないもの＞

過去の入院の有無、性別、強制入院か自発的入院か、主診断名、退院できなかった理由、退院支援の有無

暫定基準案に含まれる精神症状、行動障害、生活障害、身体合併の各基準を構成する項目の中で、精神症状基準ではBPRSの概念の統合障害、興奮、および緊張が、問題行動基準では集中力低下、多飲水、および物や人へのこだわりが、生活障害基準では保清が特に「重症または不安定」かを予測する上で有用であることが明らかとなった。これらは「重度かつ慢性」とも関係が強いと考えられるために、今後より基準を簡易なものにする際に優先的に検討する候補となると思われる。

4. 今後の検討課題（合意に至っていない今後の課題を含む）

（1）入院時の暫定基準該当率と3ヶ月以内の退院率は関連しない

地域退院群：「患者時点R」の「B_退院後治療形態」で1か2を選択した者（退院して通院している者）

非地域退院群：3ヶ月時点で入院継続中であるか、「患者時点R」の「B_退院後治療形態」で1か2以外（転院や死亡）の者

暫定基準総合判定（入院時）（身体合併を考慮しない）

			3ヶ月以内 地域退院群	非地域退院群	合計	χ ²	p
暫定基準総合判定（入院時）	満たさない	N	149	39	188	0.605	0.437
		%	35.2%	31.5%	34.4%		
	満たす	N	274	85	359		
		%	64.8%	68.5%	65.6%		
合計		N	423	124	547	0.605	0.437
		%	100.0%	100.0%	100.0%		

精神科救急病院に入院した急性期群の評価で、入院時に基準を満たすか否かと退院は関連しない。

（２）亜急性期群の登録時（入院3ヵ月）の退院見込み（医師判断）と１年後の退院有無

退院１年以内

			X群	Y群	Z群	合計	χ ²	p
1年以内に	退院していない	N	213	36	26	275		
		%	33.3%	80.0%	76.5%	38.2%		
	退院した	N	427	9	8	444		
		%	66.7%	20.0%	23.5%	61.8%		
合計		N	640	45	34	719		
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	60.929	0.000 **

☆入院3ヵ月時の医師判断で「病状が重いため退院困難」「その他の理由で退院困難」とされた患者は退院可能と判断された患者と比べて1年後退院率が有意に低い（医師判断の退院予測精度は高い）。

（３）亜急性期群の登録時（入院3ヵ月）の暫定基準を満たすか否かと１年後の退院有無

3ヶ月時点の暫定基準総合判定（身体合併を考慮しない）と1年転帰

			入院3ヵ月時 暫定基準総合判定		合計	χ ²	p
			満たさない	満たす			
1年以内に	退院していない	N	80	106	186		
		%	22.3%	29.4%	25.9%		
	退院した	N	278	255	533		
		%	77.7%	70.6%	74.1%		
合計		N	358	361	719		
		%	100.0%	100.0%	100.0%	4.614	0.032 *

☆入院3ヵ月時に暫定基準を満たす患者はそうでない患者より退院率がやや低い（ $p < 0.05$ ）。

（４）亜急性期群において登録時と追跡時の暫定基準を満たす率は有意な関連あり

暫定基準総合判定（身体合併を考慮しない）

			追跡時		合計	χ ²	p
			満たさない	満たす			
登録時	満たさない	N	327	31	358		
		%	45.5%	4.3%	49.8%		
	満たす	N	121	240	361		
		%	16.8%	33.4%	50.2%		
合計		N	448	271	719		
		%	62.3%	37.7%	100.0%	255.9	0.000 **

登録時に基準を満たした患者は満たさなかった患者と比べて追跡時に満たす率が有意に高かった。なお、「登録時」は入院後3ヶ月時点、「追跡時」は、1年までに退院した患者は退院時、1年まで在院していた患者は1年在院時のことである。

☆入院時に暫定基準を満たすか否かはその後の退院転帰と関連しないことは明らかになったが、入院3ヵ月時点の暫定基準を満たす率と1年後までの転帰との関連はやや弱い。1年を待たないと「重度かつ慢性」の判断ができないのか、あるいはもっと早い時点で評価できるかは、今後の検討が必要。

(5) 試みに、すでに長期化している患者群に暫定基準を当てはめると60%前後に

研究1の5000人データでの重度かつ慢性の暫定基準案 × 在院期間のクロス表									
			問13 調査日現在における在院日数						
			1年以上～1年6ヶ月未満	1年6ヶ月以上～3年未満	3年以上～5年未満	5年以上～10年未満	10年以上～20年未満	20年以上	合計
暫定基準案 (ただし身体基準は除く)	非該当	人数	146	320	261	381	346	385	1839
		列の%	41.1%	43.6%	37.3%	36.5%	34.4%	35.2%	37.3%
	該当	人数	209	414	439	664	659	710	3095
		列の%	58.9%	56.4%	62.7%	63.5%	65.6%	64.8%	62.7%
	合計	人数	355	734	700	1045	1005	1095	4934
		列の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.00%

(3) 身体合併症

身体合併症が暫定基準案の重症度基準を満たすのは「入院治療が必要な程度に存在する身体症状はありますか？」の問いに「あり」と回答し、1. 多飲水（水中毒のリスクを伴うもの）、2. 腸閉塞（イレウス）、3. 反復性肺炎、4. その他、から選択された場合である。

これらの選択肢のうちでは、多飲水が最も多く、亜急性期3ヵ月登録時802人中27人(3.4%)、1年在院患者186人中19人(10.2%)に認めた。急性期群では入院時574人中13人(2.3%)、3ヵ月在院患者87人中4人(4.6%)に認めた。次に多いのは腸閉塞で、亜急性期1年在院患者186人のうち3人(1.6%)であった。

研究班で合議の結果、考慮を要する身体合併症は上記の3つ以外にもあるので、「その他」の項目を設けて、診断名の記載をもとめることになった。

(4) 経歴上の問題

急性期群で経歴上の問題の有無と暫定基準を満たす率との関連を検討した。

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

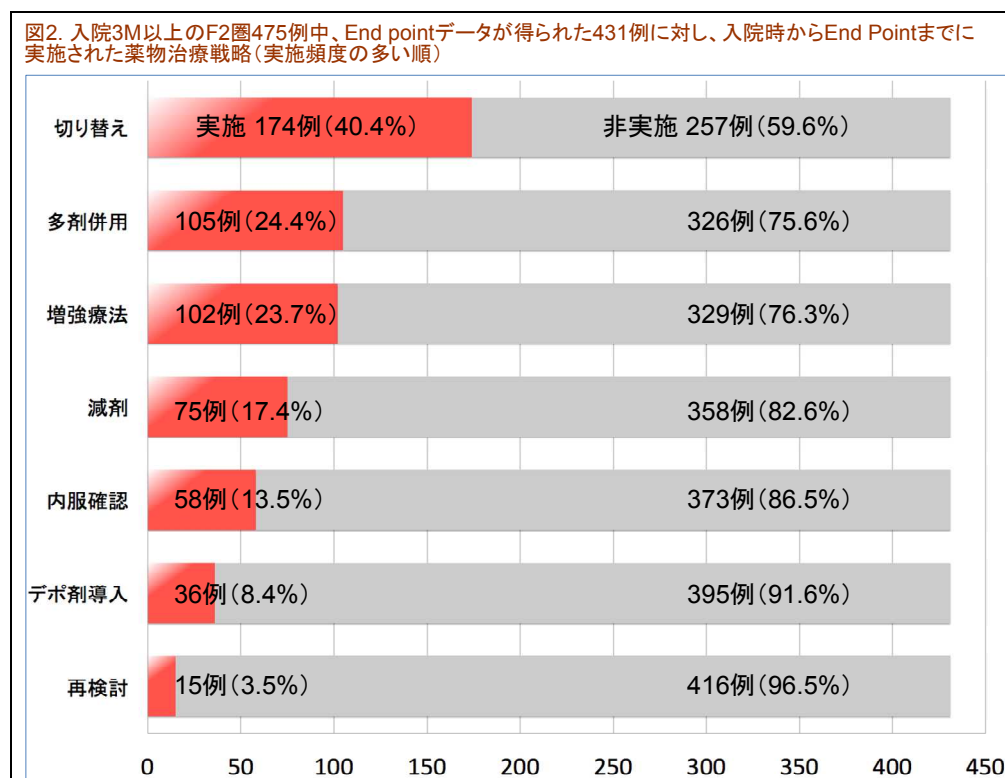
基準案の精度を高めるため、経歴上の問題についてさらに検討が必要である。

IV. 「重度かつ慢性」基準に該当する患者への治療体制と治療指針に関する研究

1. 薬物療法

出典：藤井康男（山梨県立北病院）分担研究報告書 平成27年度研究報告書

薬物治療戦略と退院の関連性についての検討 藤井康男分担研究班	
性別	女性 246 (51.8%)
平均年齢(歳)	51.6 ± 15.1
重複障害の有無	あり 73 (15.4%)
入院形態	任意 201 (42.3%) 医療保護 235 (49.7%) 措置・緊急措置 31 (6.5%) その他 7 (1.5%)
前回入院からの経過期間	初回 89 (18.7%) 1年以上 204 (26.1%) 3ヶ月以上～1年未満 124 (26.1%) 3ヶ月未満 55 (11.6%) 不明 3 (0.6%)
入院時病棟基準	救急入院料算定病棟 60 (12.6%) 急性期治療病棟 129 (27.2%) 10対1病棟 8 (1.7%) 13対1病棟 11 (2.3%) 15対1病棟 213 (44.8%) 精神療養病棟 45 (9.5%) その他 9 (1.9%)



薬物治療戦略	入院時～End pointまでの実施状況	退院群	%	非退院群	%	小計	p値
切り替え	あり	125	39.6	49	42.6	174	0.5679
	なし	191	60.4	66	57.4	257	
多剤併用	あり	67	21.2	38	33.0	105	0.0113
	なし	249	78.8	77	67.0	326	
増強療法	あり	73	23.1	29	25.2	102	0.6476
	なし	243	76.9	86	74.8	329	
減剤	あり	56	17.7	19	16.5	75	0.8859
	なし	260	82.3	96	83.5	356	
内服確認	あり	44	13.9	14	12.2	58	0.7501
	なし	272	86.1	101	87.8	373	
デポ剤導入	あり	23	7.3	13	11.3	36	0.2362
	なし	293	92.7	102	88.7	395	
再検討	あり	9	2.9	6	5.2	15	0.2424
	なし	307	97.2	109	94.8	416	

表6.亜急性期調査：F2圏475例中、前処方あり391例の検討により確認された薬物治療戦略の特徴

薬物治療戦略	調査票の インストラクション	重症例への選択 ^{a)}	実施時期が遅いことによる 症状改善への影響
切り替え	主剤の切り替え	－	切り替え時期が遅れると 症状が改善していない
増強療法	気分調整薬・ベンゾジアゼピン・その他薬剤の追加投与（増強療法）	±	－
多剤併用	主たる薬理作用が同じ薬剤の追加投与（併用）	＋	－
減剤	剤数削減	－	－
内服確認	拒薬が疑われる例への確実な内服確認	＋	－
デポ剤	デポ剤導入	－	導入時期が遅いと 症状が改善していない傾向
再検討	アルゴリズムや指針にそった薬物療法の再検討	－	早期に再検討すると 症状が大幅改善

a) +: 重症例により多く選択、±: 重症例により多く選択される傾向あり、－: 選択に症状重症度は関係していない

＜クロザピンとmECTに関する補足＞

急性期群：

ECT実施は3.8%で、実施していない理由は「それ以外の方法で改善が見込まれる」が81.5%を占め、「施設上の理由」は11.0%であった。

クロザピンが使用されたのは5人(0.9%)で、使用していない理由は「それ以外の方法で改善が見込まれる」が76.7%を占め、「施設上の理由」は12.1%であった。

亜急性期群：

mECT実施は2.2%で、実施していない理由は「それ以外の方法で改善が見込まれる」が68.1%を占めていたが、「施設上の理由」は30.9%で急性期群より高かった。

クロザピンが使用されたのは7人(0.9%)で、使用していない理由は「それ以外の方法で改善が見込まれる」が62.5%を占めていたが、「施設上の理由」は33.0%で急性期群より高かった。

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

2. 非薬物療法（心理社会的治療）

出典：井上新平（福島県立医科大学会津医療センター）分担研究報告書 平成27年度研究報告書

重度慢性暫定基準に合致する患者の心理社会的治療と退院転帰(井上分担研究班)						
	非重度慢性を含む全体での施行率(%)	重症患者での施行率(%)	重症患者での施行	退院群(N=216)	入院継続群(N=101)	p値
個人精神療法	60.9	56.5	実施 未実施	133 83	46 55	0.010
認知行動療法	1.4	0.9	実施 未実施	3 213	0 101	0.554
行動療法	3.2	6.0	実施 未実施	8 208	11 90	0.02*
作業療法	69.5	70.0	実施 未実施	148 68	74 27	0.431
集団精神療法	7.9	11.0	実施 未実施	27 189	8 93	0.254
心理教育	7.8	10.7	実施 未実施	27 189	7 94	0.173
SST(特定)	5.6	5.7	実施 未実施	12 204	6 95	1.000
SST(一般)	5.2	5.4	実施 未実施	9 207	8 93	0.186
退院前訪問指導	9.9	17.7	実施 未実施	49 167	7 94	0.000
服薬管理	19.8	27.8	実施 未実施	72 144	16 85	0.001
連絡調整会議	30.8	39.7	実施 未実施	84 132	42 59	0.712
ケア会議	13.8	31.9	実施 未実施	84 132	17 62	0.026
障害福祉サービス導入	8.4	14.2	実施 未実施	38 178	7 94	0.010
介護福祉サービス導入	6.7	8.8	実施 未実施	24 192	4 97	0.054

退院は転院・死亡を除いた地域への退院。

P値が赤字の治療は退院促進的効果がある。

行動療法は治療を実施したほうが入院継続している。実施された19人中13人は妄想型統合失調症。

非重度慢性を含む全体と比べて重度慢性患者では、多くの治療で取り組まれる割合が高い。全体では、個人精神療法、心理教育、退院前訪問指導、ケア会議で効果が見られている。

重症入院患者の心理社会的治療に関するアンケート調査結果 長期在院患者が退院する上で有効と主治医が考える治療法

	多くのケースで有効	ケースによっては有効	有効でない	取組みなし
個人精神療法 (N=70)	30(42.9%)	30(42.9%)	0(0%)	10(14.3%)
認知行動療法 (N=69)	5(7.2%)	11(15.9%)	1(1.4%)	52(75.4%)
行動療法 (N=68)	5(7.4%)	14(20.6%)	1(1.5%)	48(70.6%)
作業療法 (N=72)	50(69.4%)	19(26.4%)	0(0%)	3(4.2%)
集団精神療法 (N=70)	8(11.4%)	20(28.6%)	2(2.9%)	40(57.1%)
心理教育 (N=69)	15(21.8%)	32(46.4%)	1(1.4%)	21(30.4%)
SST(退院準備プログラム等) (N=70)	7(10.0%)	33(47.1%)	1(1.4%)	29(41.4%)
SST(上記以外のもの) (N=71)	7(9.9%)	35(49.3%)	2(2.8%)	27(30.8%)
退院前訪問指導 (N=71)	35(49.3%)	28(39.4%)	0(0%)	8(11.3%)
服薬管理 (N=71)	32(45.1%)	36(50.7%)	0(0%)	3(4.2%)
連絡調整会議(院内スタッフ) (N=70)	39(55.7%)	25(35.7%)	1(1.4%)	5(7.1%)
ケア会議(外部の地域スタッフを含む) (N=71)	31(43.7%)	32(45.1%)	1(1.4%)	7(9.9%)
障害福祉サービスの導入 (N=72)	31(43.1%)	36(50.0%)	3(4.2%)	2(2.8%)
介護福祉サービスの導入 (N=71)	27(38.0%)	39(54.9%)	1(1.4%)	4(5.6%)
家族へのアプローチ (N=70)	40(57.1%)	28(40.0%)	1(1.4%)	1(1.4%)
治療の括弧内は回答病院数				
病院数 (%)				

＜心理社会的治療の補足＞

急性期群で追跡時（3ヵ月以内に退院した患者は退院時、3ヵ月を超えて入院継続の患者は3ヵ月時点）に実施されていたのは、個人精神療法（30分以上、週1回以上をほぼ継続）70.9%、作業療法（精神科作業療法として算定しているもの、週1回以上）56.8%が多かった。

服薬管理指導22.7%、連絡調整会議（院内スタッフ）25.6%、ケア会議13.0%が実施されていたが、それ以外の心理教育16.8%、SST3.6%、行動療法2.6%、CBT 0.4%などの実施率は低かった。

亜急性期群では、追跡時（入院後1年以内に退院した患者は退院時、1年を超えて入院継続の患者は1年時点）に実施されていたのは、個人精神療法55.6%、作業療法72.3%が多かった。

服薬管理指導24.6%、連絡調整会議（院内スタッフ）37.6%、ケア会議20.3%、退院前訪問指導16.4%が実施されていたが、それ以外の集団精神療法9.9%、心理教育9.5%、SST11.6%、行動療法5.3%、CBT 1.3%などの実施率は低かった。

長期在院患者が退院する上で有効と主治医が考える治療法のアンケートでは、実施率が低かった心理教育、SSTについて回答者の約半数が「ケースによっては有効」と回答していた。

V. まとめ

ワーキングチーム（WT）の論点整理と長期在院患者の実態調査を踏まえ、研究班の合議により「重度かつ慢性」暫定基準案を作成し、新たな長期在院患者NLSの横断面調査、新規入院患者の前向き追跡調査により妥当性の検証を行い、基準案を改定した。

1. 入院後1年～1年3ヶ月の新たな長期在院患者581人のうち暫定基準を満たしたのは350人(60.2%)で、そのうち医師による退院可能性の評価で「病状が重いため退院困難」とされた患者は260人(74.0%)であった。医師判断を基準とした場合の暫定基準案の感度は0.710、特異度は0.581であった。
2. 前向き追跡調査の亜急性期登録群802人で、1年後も入院していた186人(23.1%)のうち1年時点評価で暫定基準を満たしたのは108人(58.1%)であった。108人のうち医師判断で病状が重いため退院困難とされた患者は64人(59.3%)であった。また、186人のうち1年時点の医師評価で病状が重いため退院困難とされた患者は85人(45.7%)で、うち64人(75.3%)が暫定基準を満たしていた。暫定基準案に該当する群では医師判断で「退院困難・重症のため」と判断された患者が他の群より有意に多かった(p<0.01)。医師判断を基準とした場合の暫定基準案の感度は0.753、特異度0.564であった。
3. 「重度かつ慢性」暫定基準を満たす患者に必要な治療について検討したところ、薬物療法については早期の見直しが有効であるが、一定期間後の多剤併用は効果が乏しいこと、心理社会的治療についてはケア会議、服薬管理のほか個人精神療法（30分以上）でも有意に退院促進効果が認められた。集団精神療法や心理教育、SST、行動療法、CBT等の実施率は低かったが、主治医アンケートで「ケースによっては有効」と回答されていた。
4. クロザピンの使用は急性期群5人、亜急性期群7人のみであったが、亜急性期群調査で使用していない理由として「施設上の理由」が33.0%であげられていた。クロザピンおよびmECTについてもっと使いやすくすることが課題と考えられた。
5. 今後の課題として、経歴上の問題など関連する要因の検討を進めて基準の精度を高めること、薬物療法・心理社会的治療の体制や指針を具体化すること、mECTやクロザピンをもっと活用しやすくする工夫、重度患者の地域支援体制、新しい長期在院患者(New long-stay)を生まない入院治療、「重度かつ慢性」はどの時期に判定するのが適切かなど、多くの課題があるので、さらに検討を進めていきたい。

☆大変ご負担の大きい研究に何度もご協力くださった各病院団体および全国の精神科病院関係者の皆様に感謝を申し上げます。

資料 「重度かつ慢性」基準の評価にあたって使用する尺度（表1～3）

表1 BPRS（簡易精神症状評価尺度）Overall版

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE(BPRS) 日本語版			なし	ごく軽度	軽度	中等度	やや重度	重度	最重度
重症度を表す数字の中で患者の現在の状況を最もよく示す番号に○をつけて下さい。									
1	心気症	現在の身体の健康状態についての関心の程度。患者が自分の健康についてどのくらい問題と受けとめているかの程度を患者の訴えに相当する所見の有無に関わらず評価せよ。	1	2	3	4	5	6	7
2	不安	現在又は未来に対する心配、恐れあるいは過剰なこだわり。患者自身の主観的体験についての言語的訴えのみに基づいて評価せよ。身体徴候や神経症的防衛機制から不安を推測してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
3	情動的引きこもり	面接者と面接状況に対する交流の減少。面接状況において患者が他者との感情的接触に障害があるという印象を与える程度のみを評価せよ。	1	2	3	4	5	6	7
4	概念の統合障害	思考過程の混乱、弛緩あるいは解体の程度。患者の言語表出の統合の程度に基づいて評価せよ。思考機能レベルに対する患者の自覚的印象に基づいて評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
5	罪責感	過去の言動についての過剰なこだわり又は自責感。相応する感情を伴って語られる患者の主観的体験に基づいて評価せよ。抑うつ、不安あるいは神経症的防衛機制から罪責感を推測してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
6	緊張	緊張、神経過敏あるいは活動レベルの高まりによる身体と運動機能における徴候。身体徴候や行動、態度に基づいて評価すべきであり、患者の訴える緊張についての主観的体験に基づいて評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
7	奇癖と不自然な姿勢	奇妙で不自然な行動と態度。健常人の中では目立つようなある種の精神病者の行動と態度の類型。動作の異常のみを評価せよ。単なる運動性亢進は、この項目では評価しない。	1	2	3	4	5	6	7
8	誇大性	過大な自己評価と並はずれた才能や力を持っているとの確信。自分自身についての、又は他者との関係における自己の立場についての患者の陳述のみに基づいて評価せよ。面接状況における患者の態度に基づいて評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
9	抑うつ気分	意気消沈と悲哀。落胆の程度のみを評価せよ。いわゆる制止や身体的愁訴に基づいて抑うつが存在を推測して評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
10	敵意	面接状況ではないところで、他者に対する憎悪、侮辱軽蔑、好戦性あるいは尊大。他者に対する患者の感情や行動の言語的訴えのみに基づいて評価せよ。神経症的防衛機制、不安あるいは身体的愁訴から敵意を推測してはならない。（面接者に対する態度は「非協調性」の項目で評価せよ。）	1	2	3	4	5	6	7
11	猜疑心	現在又は以前に患者に対して他者から悪意や差別があったという（妄想的あるいは非妄想的な）確信。言語的訴えに基づいて、それが存在した時期に関わらず、現在認められる猜疑心のみを評価せよ。	1	2	3	4	5	6	7
12	幻覚による行動	通常の外界の刺激に対応のない知覚。過去1週間以内に起こったと患者が訴える体験のみを評価せよ。それらの体験は健常人の思考や表象過程と明らかに区別できるものである。	1	2	3	4	5	6	7
13	運動減退	緩徐な動きによって示されるエネルギー水準の低下。患者の行動観察のみに基づいて評価せよ。自己のエネルギー水準についての患者自身の自覚的印象に基づいて評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
14	非協調性	面接者に対する抵抗、非友好性、易怒性の徴候あるいは協調的態度の欠如。面接者と面接状況に対する患者の態度と反応のみに基づいて評価せよ。面接状況ではないところでの易怒性や非協調性の情報に基づいて評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
15	不自然な思考内容	普通ではない、風変わりな、異様なあるいは奇怪な思考内容。ここでは不自然さの程度を評価し、思考過程の解体の程度を評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
16	情動の平板化	感情的緊張度の低下。正常の感受性や興味・関心の明らかな欠如。	1	2	3	4	5	6	7
17	興奮	感情的緊張度の高揚、焦燥感あるいは反応性亢進。	1	2	3	4	5	6	7
18	失見当識	人、場所あるいは時についての適切な関連性の混乱又は欠如。	1	2	3	4	5	6	7
不許複製 慶大精神神経科臨床精神薬理研究班訳									

表2 問題行動評価表

現在から過去 1 ヶ月間の下記 1～27 の症状・問題行動の頻度を、それぞれ下の選択肢より選んでください(複数選択可)。※下記の「問題行動評価表」を参照して評価をしてください。

	なし	この1ヶ月間にその他の症状、問題行動は見られなかったが、それ以前にはあった	月に1～2回程度	週に1回程度	週に2～3回	ほぼ毎日
1. 自殺念慮	1	2	3	4	5	6
2. 自傷行為	1	2	3	4	5	6
3. 言語的暴力	1	2	3	4	5	6
4. 身体的暴力	1	2	3	4	5	6
5. 衝動性	1	2	3	4	5	6
6. 器物破壊	1	2	3	4	5	6
7. 他者への迷惑行為	1	2	3	4	5	6
8. 性的逸脱行為	1	2	3	4	5	6
9. 放火	1	2	3	4	5	6
10. 失禁	1	2	3	4	5	6
11. 不潔行為	1	2	3	4	5	6
12. 衣類を破る・脱ぐ	1	2	3	4	5	6
13. 収集癖	1	2	3	4	5	6
14. てんかん発作	1	2	3	4	5	6
15. 気分易変性	1	2	3	4	5	6
16. 集中力低下	1	2	3	4	5	6
17. 特定の物や人に対する強いこだわり	1	2	3	4	5	6
18. ストレス脆弱性	1	2	3	4	5	6
19. 服薬非遵守	1	2	3	4	5	6
20. 介助等への拒否・拒絶・抵抗行為	1	2	3	4	5	6
21. 徘徊	1	2	3	4	5	6
22. 多動・行動の停止	1	2	3	4	5	6
23. 強迫行為	1	2	3	4	5	6
24. 過食・拒食	1	2	3	4	5	6
25. 多飲水	1	2	3	4	5	6
26. 異食	1	2	3	4	5	6
27. 物質依存	1	2	3	4	5	6

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目にさらすもの
13	収集癖	他人の持ち物や共有物（例えば、トイレトペーパー、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關係した行為は除く）
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、着替え等を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える。
			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、あるいはしようとせず、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単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ことができる。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周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。