

病状説明と患者との関わり方の助言が行われた。また、それと並行して、精神保健福祉士による退院調整が行われた。退院調整では、家族は患者の退院について物質依存に対する何らかの介入を行った後に退院してほしいと希望した。患者は家族の希望を受入れ、一旦精神科病院に転院し、物質依存に対する加療を行った後に自宅への退院が決められた。

2) 認知症による BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) で行動制限されていた患者

認知症がベースにあり、肺炎を発症したため一般病床に入院した高齢患者。入院による環境変化のため一時的に BPSD(暴力、徘徊など)の症状が出現した。そのため、一般病床では昼間は車椅子と拘束帯を使用しての行動制限、夜間はベッドと拘束帯を使用しての行動制限が行われた。また、身体科主治医がベンゾジアゼピン系の睡眠薬を処方していた。精神科リエゾンチームに所属する看護師がラウンド中に患者を発見し、治療や処遇の経緯を確認の上、カンファレンスで睡眠薬や行動制限によるせん妄の増悪などを検討した。その後、身体科主治医と精神科医で治療方針を検討し、睡眠薬の中止を決定した。さらに、看護師は患者が入院する病棟看護師長と相談し、精神科病床への入院を決め、精神科病床では行動制限を行わなかった。なお、患者の精神科病床への入院に際しては、精神科医による診察と家族の同意を得た。精神科病床入院後、患者は BPSD の症状を呈することなく穏やかに入院生活を継続した。

3) 暴力のみられた患者

腎機能が低下して入院した患者。入院直後から女性看護師に対する軽度の暴力や暴言が継続していた。身体科主治医等の介入では暴力が収まらず、精神的な介入の依頼が身体科主治医からチームの精神科医に依頼があり介入となった。チームのラウンドで看護師と関係性ができたため、その後は看護師が患者の話を傾聴する方法で介入した。時間をかけて患者の話を傾聴すると、自身の症状について不安であること、身体科主治医から詳しい説明を受けたいが自分では依頼することが難しいことなどを訴えた。その後看護師は調整を行い、主治医から説明を受けることができる場を準備した。患者は主治医からの説明の後は暴力をふるうことはなく、腎機能が回復し退院した。

(3) 精神科リエゾンチームの病院全体に向けた活動と効果

- ・精神科リエゾンチームとしてせん妄についての研修会の開催。
- ・精神科リエゾンチームとして認知症、高齢者への看護に対する研修会の開催。
- ・病院スタッフから精神科リエゾンチームが存在することで「安心する」と言われた。
- ・病院案内に精神科リエゾンチームの活動を掲載したところ、入院予定の患者から希望があった。
- ・医師間の受診依頼ではないため、看護師間でチームへの介入依頼がしやすくなった。

(4) 精神科リエゾンチームの課題

- ・マンパワー不足。最低限チームを構成するための精神科医、看護師、コメディカルの3名というマンパワーでは1週間当たり30名の患者を対象とすることは難しい。1週間に1時間程度のカンファレンスを開催する場合5名程度が限界。
- ・記録形式が効率的ではない。治療実施計画書、治療評価書を作成する場合、新規患者1名につき1時間程度の時間を要する。また、治療評価書が継時的に評価できる形式ではないため、患者の治療を振

り返ることができない。

- ・精神科リエゾンチームの活動マニュアルがないため、具体的な活動方法がわからず手探りで進めている。
- ・診療報酬が少ないため、追加で人員を雇用することができない。一人あたりの点数を上げるか、週1回という制限をなくしてほしい。

D. 考察

(1) 精神科リエゾンチーム加算の新設

平成24年4月の診療報酬改定において、一般病棟における精神医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の評価が精神科リエゾンチーム加算として新設された。算定要件は、① 一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した者が対象。② 精神症状の評価、診療実施計画書の作成、定期的なカンファレンス実施（月1回程度）、精神療法・薬物治療等の治療評価書の作成、退院後も精神医療（外来等）が継続できるような調整等を行う。③ 算定患者数は、1チームにつき1週間で概ね30人以内とするなどであり、週1回精神科リエゾンチーム加算200点が算定可能となった。施設基準として、当該保険医療機関内に、① 精神科リエゾンについて十分な経験のある専任の精神科医、② 精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師、③ 精神科リエゾンについて十分な経験のある専従の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか一人から構成される精神科リエゾンチームが設置されていることが求められる。一般病棟での精神医療に関して、精神科リエゾンチーム活動が展開されることにより、新たな一步を踏み出したと言える。

(2) 精神科リエゾンチームの活動実態

精神科リエゾンチーム活動状況は、その構成員、カンファレンス、ラウンドなどの面において、医療機関ごとに特徴が見られた。それらは施設の設置目的や状況（設置母体、人員配置、精神科病床数）などによって生じていた。共通していたものとしては、ほぼすべての施設で、せん妄や認知症の患者を対象としていたことである。ヒアリングを行った施設の担当者は対象疾患を「すべてせん妄と認知症」と答えていた。また、チーム構成要員の中では、看護師に課せられている役割が多く、依頼患者の事前ラウンド、チームの記録、患者への直接ケアなどは、ほぼ全ての施設の看護師が行っていた。ヒアリングの結果と総合すると、記録には患者1名あたり1時間程度を要することもあり、専任看護師の業務上の負担が大きいと考えられた。

(3) 精神科リエゾンチームを構成する職種の教育

アンケートでは、全ての職種に対して、精神医学の教育が必要と答えられていた。精神科リエゾンチームが対象としている疾患は、せん妄や認知症を含んでおり、幅広い精神医学の知識が求められていると考える。また、各職種に課せられている役割を比較すると、看護師に課せられている役割が多い。看護師には精神医学のみならず、様々な医学・薬学に関する知識、コーディネーションやコンサルテーションの技能も求められている。看護師の資格は精神看護専門看護師、老人看護専門看護師、精神科認定

看護師と様々であり、その育成目的や育成カリキュラムは異なっている。対象疾患に幅広く対応可能なのは精神看護専門看護師のみであるが、全国の総数が150人に満たない。様々な状況から考えると、精神科リエゾンチームに所属する看護師には、OJT（On-the-Job Training）や実習を含めた多面的な教育を行いつつ、活動を通じた成長が望まれていると考える。精神科医師、薬剤師、臨床心理技術者、精神保健福祉士、作業療法士に関しては、現在の時点で研修規定はない。精神科リエゾンチーム医療の質の向上のためには、研修内容の整備を行う必要がある。

（4）精神科リエゾンチームの課題

アンケートでは、リエゾン活動に評価が新設されたことについて喜ぶ回答がみられたものの、経済的評価が低いことに対して様々な意見があった。現行の加算状況では、1週間に30人ずつ算定した場合、年間の収益は300万円程度である。医師や看護師の人件費を考慮すると、十分とは言えない。アンケートでは、経済的問題から、精神科リエゾンチーム構成員を増員することができず、個々の負担が増大しているとの回答もあった。現在、精神科リエゾンチームを設置している施設は、収益以外の有用性を考慮して運用していると思われるが、今後、精神科リエゾンチームがさらに発展するためには、経済的側面でのバックアップが欠かせないと考えられる。

E. 結論

精神科リエゾンチームを実施している施設毎のチーム構成や活動実態は様々であるが、精神科リエゾンチームが活動することにより、身体疾患の早期発見や早期対処と予防、行動制限の最小化、職員の疲弊防止などの効果があり、患者のみならず施設全体へのメリットが大きい。教育面では、精神科リエゾンチームのキーパーソンとなる看護師に対して、精神疾患及び身体疾患の教育やコンサルテーションやコーディネーションの教育を講義や実習を通して行うことが必要である。さらに、精神科リエゾンチームの活動実態（活動内容・人件費等）を考慮すると、診療報酬上の評価を見直す必要があると考えられた。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

吉邨善孝、横山正宗. 医療計画、診療報酬改定におけるリエゾンチームの展望. 精神神経誌. 印刷中

2. 学会発表

吉邨善孝、桐山啓一郎、藤原修一郎. 精神科リエゾンチーム医療の現状と課題（第25回日本総合病院精神医学会総会、東京）

吉邨善孝、横山正宗. 医療計画、診療報酬改定におけるリエゾンチームの展望（第108回日本精神神経薬器総会、札幌）

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

なし。

表Ⅱ-1：精神科リエゾンチーム算定施設の基礎情報

項目	単位	平均	最大値	最小値
病床数	床	697.3	1505	305
精神科病床数※	床	110.3	374	30
診療科数	科	24.4	41	7
常勤精神科医	人	8.4	24	1
非常勤精神科医	人	4.3	20	0
精神保健指定医	人	7.3	20	1
常勤看護師	人	577.8	1004	77
精神保健福祉士	人	4.2	14	0
社会福祉士	人	3.8	10	0
臨床心理士	人	24	1	5.2
薬剤師	人	27.8	58	7
作業療法士	人	25	2	9.6

※精神科病床を有している施設の平均値。6施設は精神科病床を有せず。

表Ⅱ-2：精神科リエゾンチーム算定期間 (単位：施設)

	平成24年4月	平成24年5月	平成24年6月	無回答
施設数	6	5	4	1

表Ⅱ-3：精神科リエゾンチーム算定準備期間

	平均	最大値	最小値
期間(月)	3.5	12	0.5

表Ⅱ-4：精神科リエゾンチーム構成職種 (単位：人)

職種	医療機関															
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	
精神保健指定医	1	1	1	1	2	1	1	1	5	1	1	2	2	1	1	
精神保健指定医以外精神科医	0	0	0	0	0	1	1	0	3	1	0	0	1	0	0	
看護師	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	
精神保健福祉士	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	2	1	0	0	
臨床心理士	2	1	3	0	1	2	1	1	1	1	0	1	0	1	1	
薬剤師	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	2	1	0	1	
作業療法士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	
事務員	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	

表Ⅱ-5：精神科リエゾンチームの1週間当たりの担当患者

	平均	最大値	最小値
担当人数(人)	12.2	40	2

表Ⅱ-6：精神科リエゾンチーム対象疾患

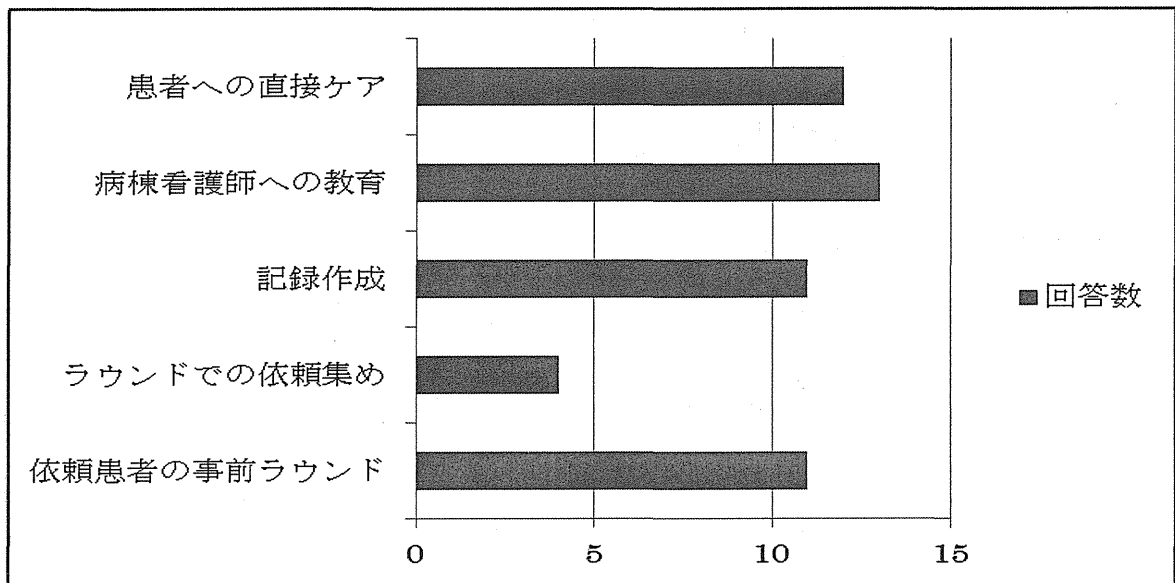
診断名	施設数	割合(%)
せん妄	14	93.3
抑うつ状態	13	86.7
うつ病	12	80.0
適応障害	12	80.0
双極性障害	11	73.3
認知症	15	100.0
てんかん	3	20.0
パニック障害	5	33.3
統合失調症	12	80.0
不眠症	10	66.7

表Ⅱ-7：精神科リエゾンチームに所属する看護師の職種

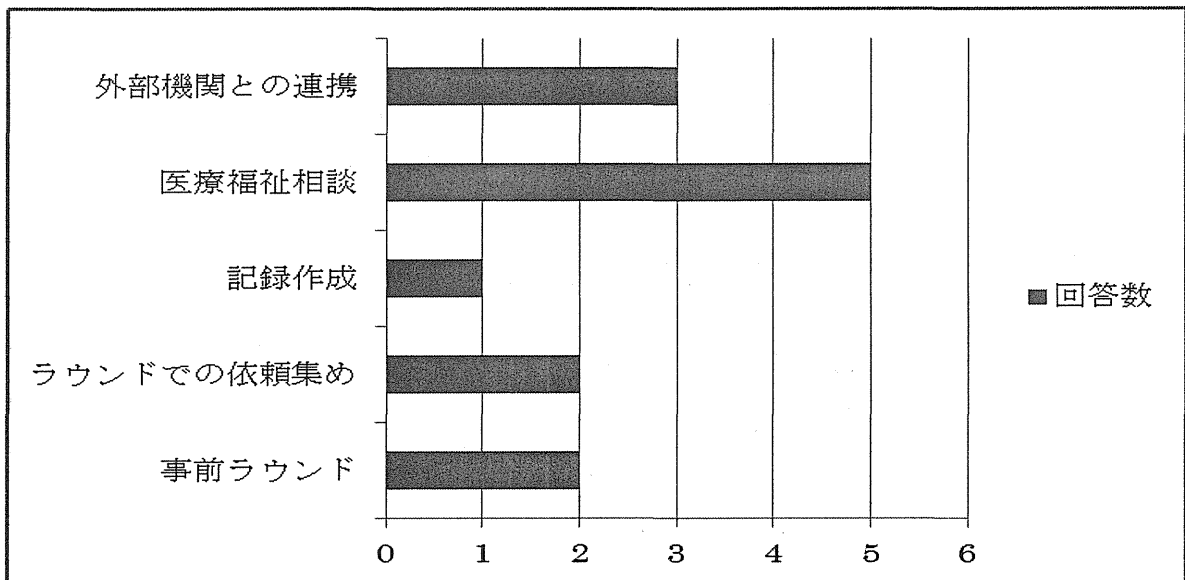
資格名	人数
精神看護専門看護師	7
老人看護専門看護師	1
認知症看護専門看護師	3
精神科認定看護師（分野未回答）	3
精神科認定看護師（行動制限最小化看護）	1
無回答	2

※複数回答可

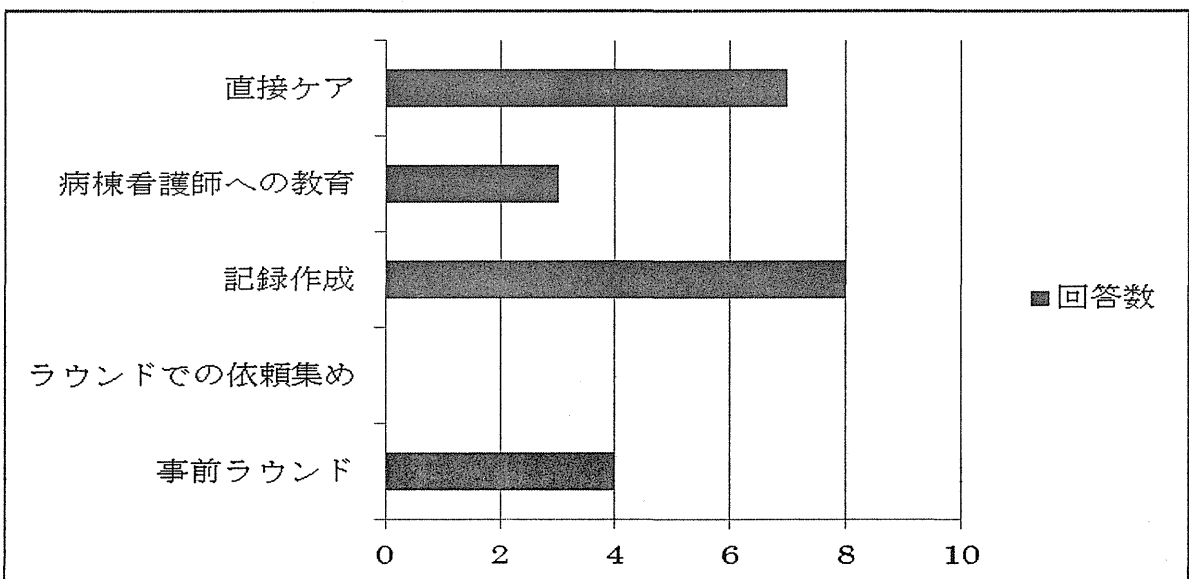
図Ⅱ-1：精神科リエゾンチームにおける看護師の役割



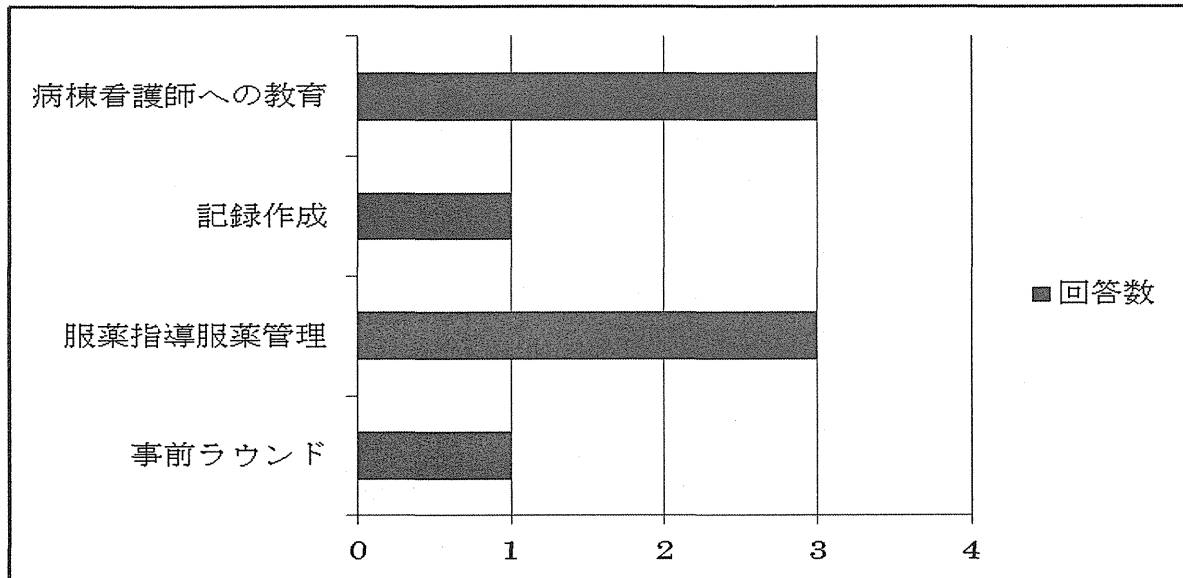
図Ⅱ-2：精神科リエゾンチームにおける精神保健福祉士の役割



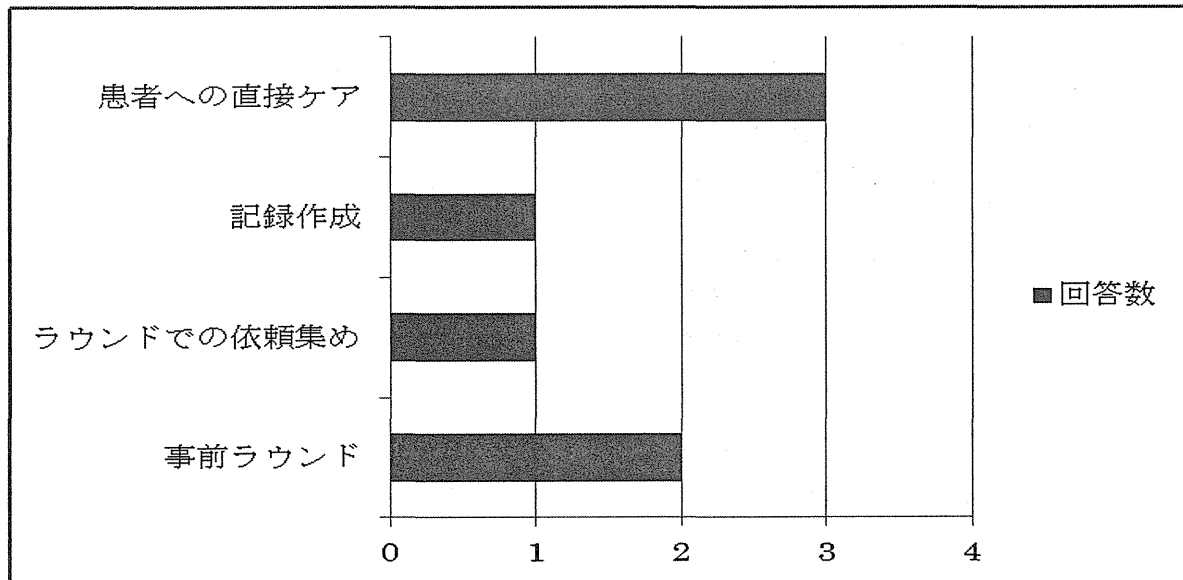
図Ⅱ-3：精神科リエゾンチームにおける臨床心理士の役割



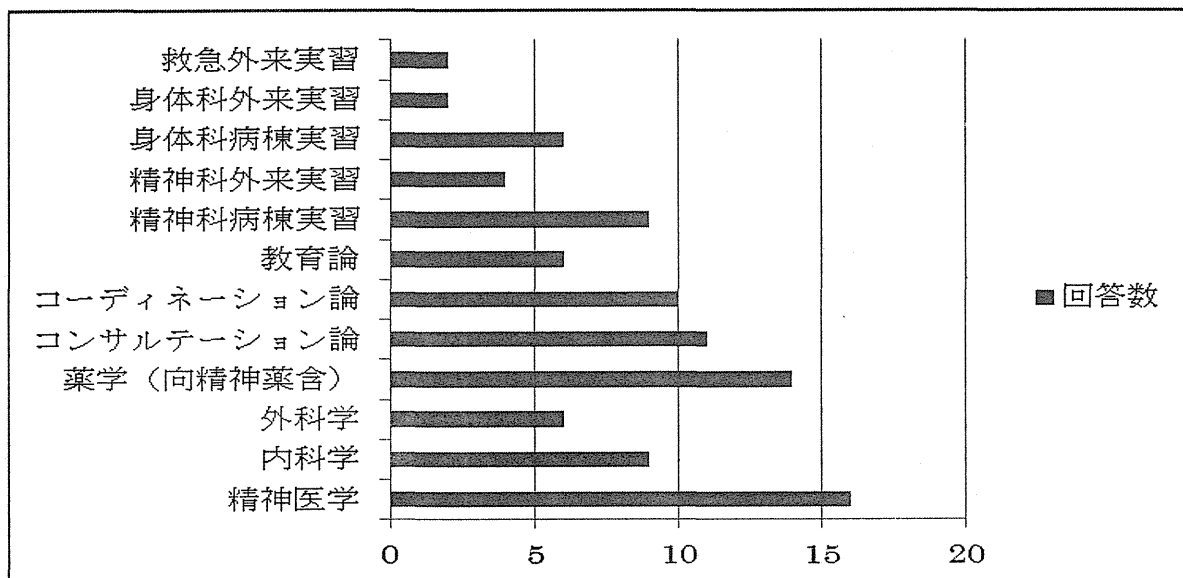
図Ⅱ-4：精神科リエゾンチームにおける薬剤師の役割



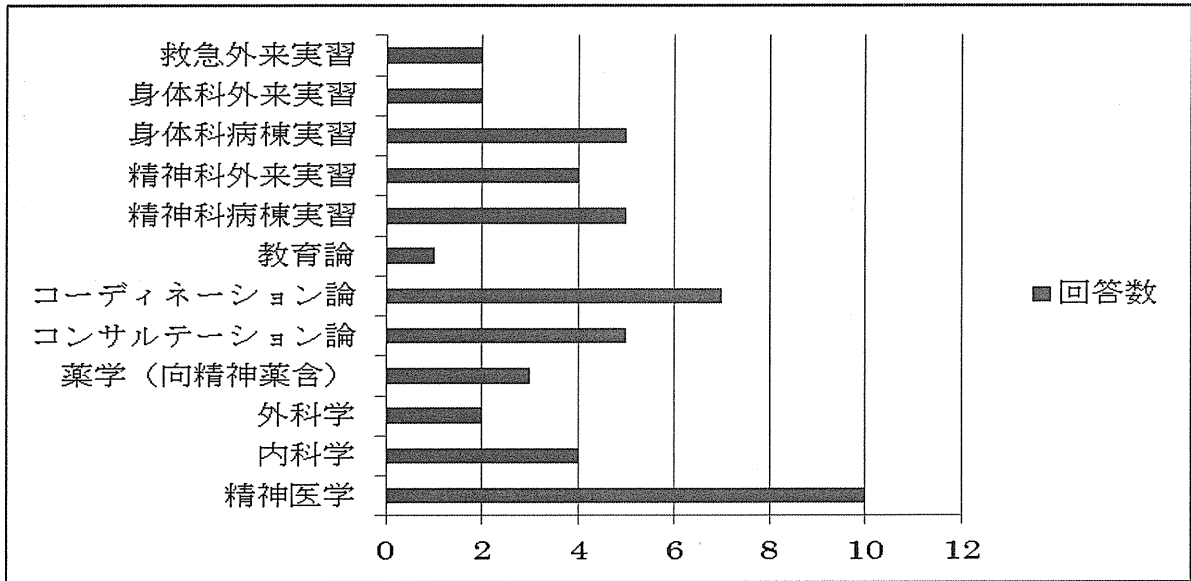
図Ⅱ-5：精神科リエゾンチームにおける作業療法士の役割



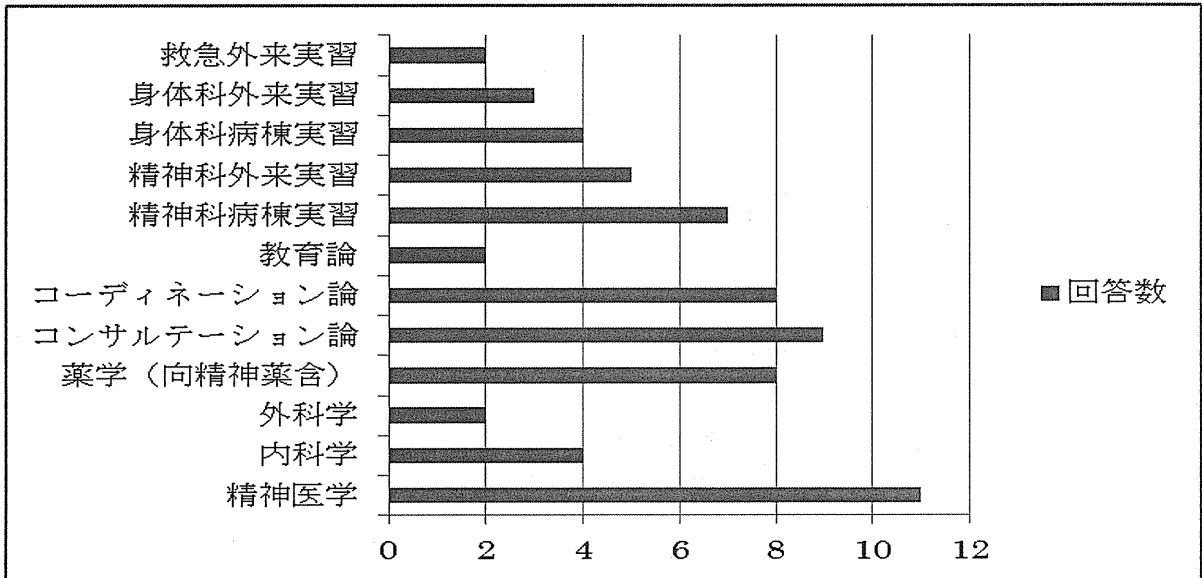
図Ⅱ-6：精神科リエゾンチームに所属する看護師に必要な教育内容



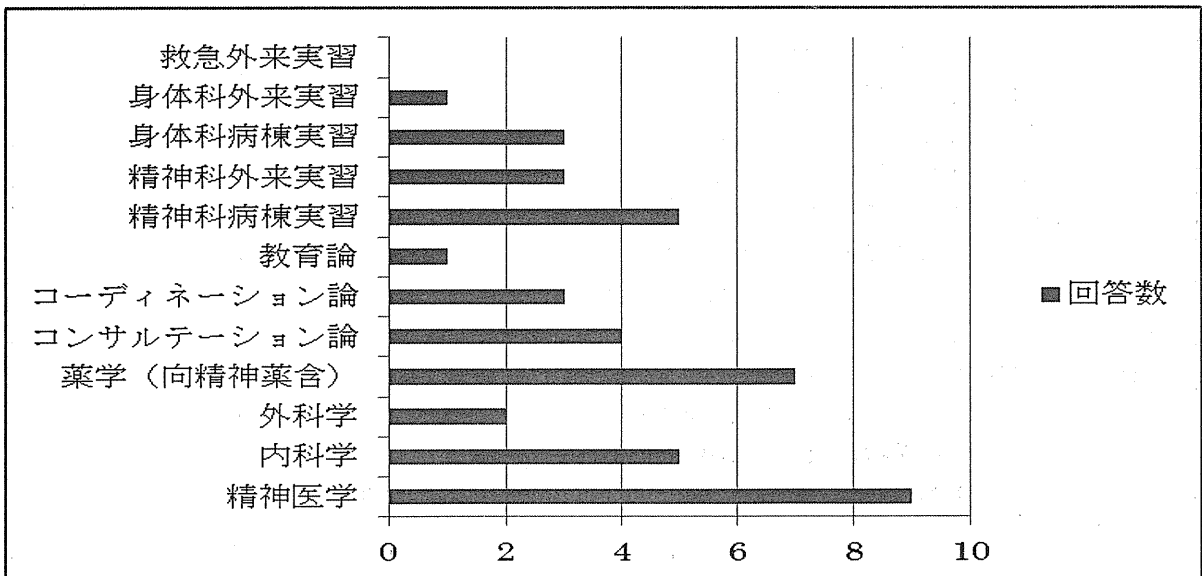
図Ⅱ-7：精神科リエゾンチームに所属する精神保健福祉士に必要な教育内容



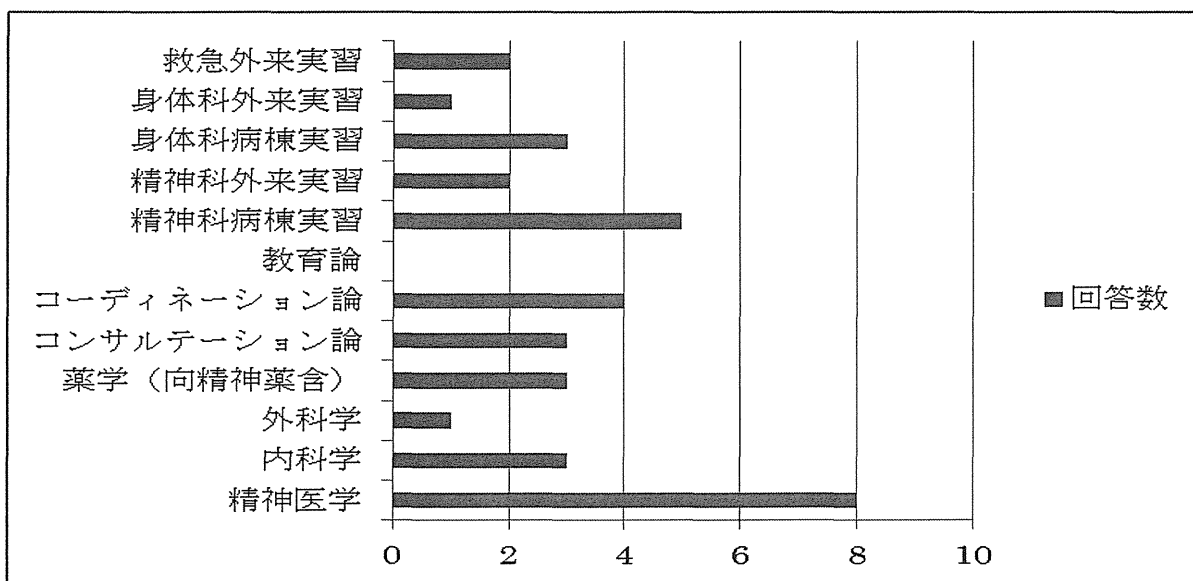
図Ⅱ-8：精神科リエゾンチームに所属する臨床心理士に必要な教育内容

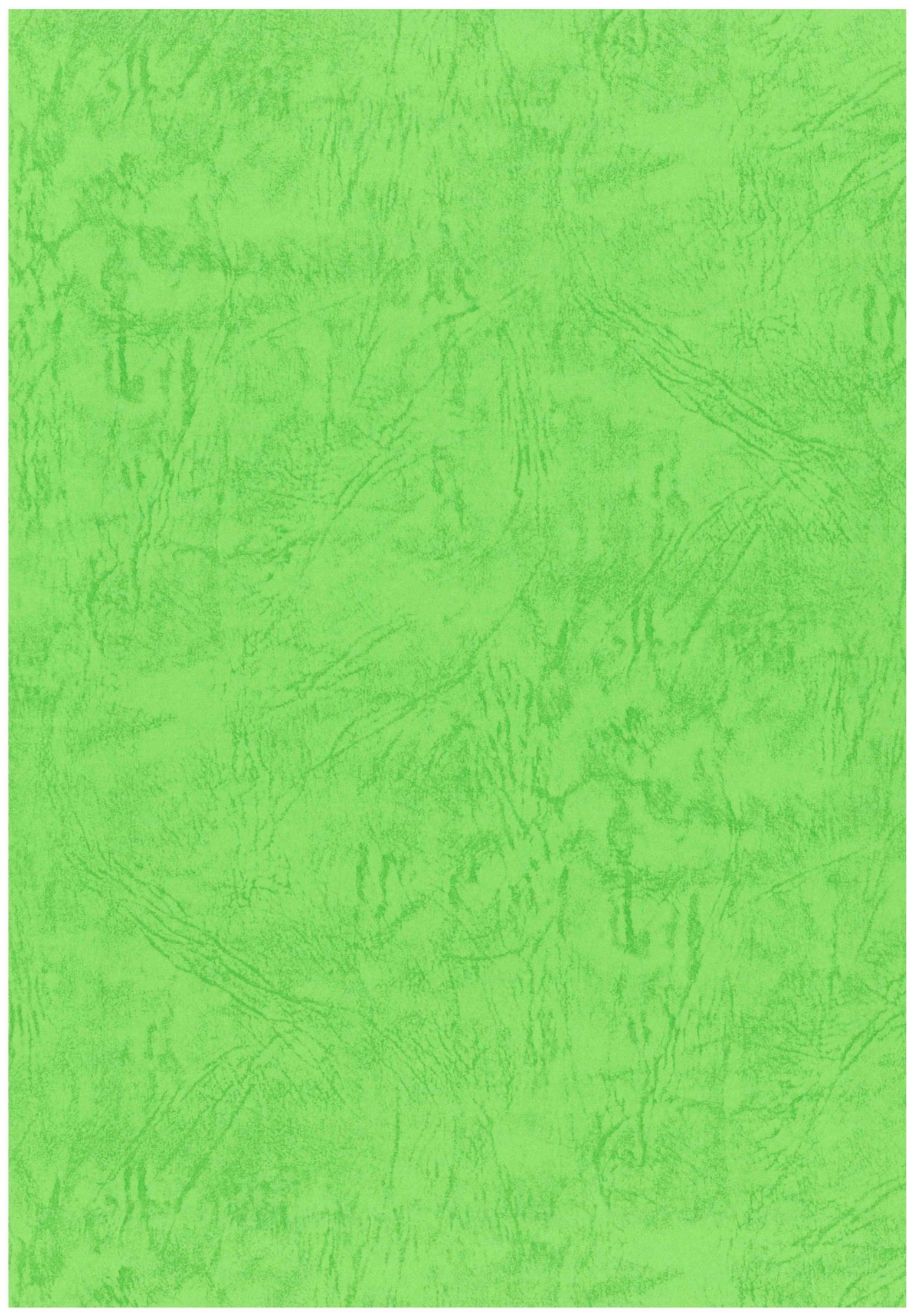


図Ⅱ-9：精神科リエゾンチームに所属する薬剤師に必要な教育内容



図II-10：精神科リエゾンチームに所属する作業療法士に必要な教育内容





201224065A

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（精神障害分野）
課題番号：H22-精神-一般-018

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

平成24年度 総括・分担研究報告書

【追加報告書】

研究代表者 安西 信雄

平成 25 年 6 月

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（精神障害分野）
課題番号：H22-精神-一般-018

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
【追加報告書】

研究代表者 安西 信雄

平成 25 年 6 月

目 次

研究報告書（追加報告版）

「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」	1
安西 信雄（国立精神・神経医療研究センター病院 副院長）	
資料 1：「重度かつ慢性」の基準に係る論点整理	5
資料 2：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」報告書（株式会社三菱総合研究所）...	9
資料 3：追加分析	
資料 3 i) 退院困難の理由別比較データ	91
資料 3 ii) 治療抵抗性患者 65 歳未満 65 歳以上比較データ	147
資料 3 iii) クロザピンの使用状況別比較データ	191
資料 3 iv) 在院日数別比較データ	245

研究報告書

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」
研究報告書（追加報告版）

研究課題：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

課題番号：H22-精神-一般-018

研究代表者：安西信雄（国立精神・神経医療研究センター）

分担研究者：河原和夫（東京医科歯科大学大学院）、伊藤弘人（国立精神・神経医療研究センター）、
平田豊明（千葉県精神科医療センター）、萱間真美（聖路加看護大学）、
平川博之（ひらかわクリニック）、宮本真巳（東京医科歯科大学大学院）、
吉邨善孝（済生会横浜市東部病院）

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)：

天賀谷隆（東海大学）、安西信雄（国立精神・神経医療研究センター）、
伊豫雅臣（千葉大学大学院）、河崎建人（医療法人河崎会水間病院）、
杉山直也（公益財団法人復康会沼津中央病院）、千葉潜（医療法人青仁会青南病院）、
長野敏宏（財団法人正光会御荘病院）、樋口輝彦（国立精神・神経医療研究センター）、
平田豊明（千葉県精神科医療センター）、平林直次（国立精神・神経医療研究センター）、
藤井康男（山梨県立北病院）、宮部真弥子（医療法人社団和敬会谷野呉山病院）、
村上 優（国立病院機構琉球病院）、山内慶太（慶応義塾大学）、
吉邨善孝（社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市東部病院）

1. 研究目的

本研究班は平成 22 年度から組織され、わが国の地域精神科医療の問題点を改善し実際に運用可能な地域精神医療体制の具体像を作っていくことを目的として、とくに医療法改正と医療計画に関連した研究を実施してきた。

平成 24 年度は、①実態調査にもとづき医療計画の評価に組み入れるべき医療機関の要件・医療連携体制の要件等を検討し、②医療計画に組み入れるべき指標を整理して医療計画の全体像を明らかにして、各都道府県が精神疾患を組み入れた医療計画を適切に立案できるための支援を行うとともに、医療計画の立案・実施が適切に実施されていることを評価する指標を明らかにすることを目的に研究を実施した。

本研究班の平成 22～24 年度総合報告書および平成 24 年度研究報告書はすでに公表済みで

ある。

本研究報告書（追加報告版）は、上記の研究の途上で発生した新たな課題に対応して実施した研究の成果を追加報告としてまとめたものである。

新たな課題とは、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」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作る」との方針が打ち出されたこと、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

通じて明確化する」ことになったことである。

そこで本研究班においてワーキングチーム(WT)を組織し、調査用紙や実施方法等を検討して調査を支援するとともに、得られた結果を意味づけ、今後の検討の方向性を明らかにすることを目的に「重度かつ慢性」の基準に係る論点整理を行った。

2. 研究方法

(1) ワーキングチーム

わが国における主要な精神科病院運営主体である民間病院、国立病院、都道府県立病院および、総合病院精神科、精神科救急、医療観察法病棟の関係者、関連領域の学識経験者からなるワーキングチームを組織し、検討を行った。

(2) 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」の実施を下記について支援した。

- 1) 調査票について助言
- 2) 実施方法について助言
- 3) 調査研究の倫理的検討（倫理委員会に申請し承認を得る）
- 4) 得られたデータについて、必要な場合に追加のデータ処理を助言

(3) 「重度かつ慢性」の基準についての検討
上記の調査の結果得られたデータをもとに「重度かつ慢性」の基準について、ワーキングチームで検討を行い、論点整理を実施した。

3. 研究結果及び考察

(1) ワーキングチームの開催

- 第 1 回 平成 24 年 10 月 29 日
- 第 2 回 平成 25 年 2 月 26 日
- 第 3 回 平成 25 年 3 月 19 日
- 第 4 回 平成 25 年 3 月 28 日

(2) 調査への支援・協力

厚生労働省社会・援護局 障害保険福祉部精神・障害保健課からの依頼により、各病院団体を通じて、「精神科病院における長期入院患者に

関する調査」が実施された。根拠となる事業として、「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に関する調査研究事業」および「平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金事業（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））「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（H22-精神-一般-018）」（研究代表者：安西信雄）があげられた。

全国の精神病床を保有する約 1,500 病院に 1 年以上在院する患者で、主病名が認知症でないものについて、無作為 10%抽出により調査対象患者が選択された。調査票や実施方法等は別紙の報告書の通り。国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会での承認後、平成 25 年 2 月に調査が実施された。

(3) 調査結果の検討と論点整理

ワーキングチームの議論は、資料 1 の「「重度かつ慢性」の基準に係る論点整理」のようにまとめられた。

内容は大きく、全般的事項、「重度かつ慢性」の基準に係る事項、今後の検討に係る事項に分けられた。

(4) 考察

ワーキングチームの助言を踏まえて実態調査が実施され、調査期間が短かったにもかかわらず、関係諸団体の協力により比較的多数の回答が得られた。その結果は、資料 2 「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」報告書にまとめられている。

ワーキングチームの助言により、得られたデータについて分析が追加された。それらは、
資料 3i)退院困難の理由別比較データ
資料 3ii)治療抵抗性患者 65 歳未満 65 歳以上比較データ
資料 3iii) クロザピンの使用状況別比較データ
資料 3iv)在院日数別比較データ
である。

本研究は実態調査を踏まえた、わが国で最初の「重度かつ慢性」に関する検討結果をまとめたものである。当然ながら、問題は複雑であり、1回の調査で結論づけられるものではない。実際に論点整理でも、相互に矛盾した意見が併存されている部分もある。論点整理においては、こうした矛盾した指摘や意見も、今後検討すべき問題を含むものとして併記された。

比較的合意に近いものとして、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、という指摘があげられる。「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、デポ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必要性が指摘された。

今回の議論の中で、横断面的な評価の限界が指摘された。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、という指摘があった。

今回の論点整理を踏まえて、今後、上記のようなプロスペクティブ（前向き）な調査をもとに、「重度かつ慢性」の診断基準と、その特性に対応した必要な治療群の明確化、それらを実施するための施設基準等の検討が進展することが期待される。

4. 資料

資料1：「重度かつ慢性」の基準に係る論点整理

資料2：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」報告書（株式会社三菱総合研究所 平成25年3月）

資料3：上記をもとにした追加分析

資料3i) 退院困難の理由別比較データ

資料3ii) 治療抵抗性患者 65歳未満 65歳以上比較データ

資料3iii) クロザピンの使用状況別比較データ

資料3iv) 在院日数別比較データ

資料 1

「重度かつ慢性」の基準に係る論点整理

「重度かつ慢性」の基準に係る論点整理

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WT

1. 全般的事項

1) 目的や視点

(1) 基準の目的や考え方

- ・医学的、治療的に重度で、それが慢性に経過する「重度かつ慢性」と、家族が引き取らない、あるいは地域に戻そうにも受け手がいないため退院できない「退院困難例」は分けて考えるべきではないか。
- ・現状を踏まえた基準と、理念的な基準（将来的に医療を良くしていくような基準）の2つが考えられるのではないか。
- ・標準的な治療では治療反応性の乏しい患者に手厚い治療を施すことが、重度かつ慢性の基準作りの目的ではないか。
- ・基準は限定的な取扱いにし、重度かつ慢性の患者の治療可能性を追求するための基準にすべきではないか。
- ・重度かつ慢性と認定されずに十分な治療を受けることのできない患者が増えないような配慮が必要ではないか。
- ・これからの重度かつ慢性に対応するための基準であり、今入院している方に対応するための基準に引きずられるべきではない。

(2) 基準の視点や要素

- ・疾病特性、行動病理、治療抵抗性の要素で考えてはどうか。
- ・定型病態（標準的な治療に反応する）か非定型病態（標準的な治療をしても反応がない）か、という軸と、医療反応性の軸、結果的特徴の軸の3つの軸も考えられるのではないか。
- ・絶対的な基準（治療群）、相対的な基準（環境調整群）の2つに分かれるのではないか。
- ・陽性症状や錐体外路症状の改善によって陰性症状や認知機能、生活機能なども改善することが知られており、生活障害やADL、問題行動もそれらに関係する可能性があるため、陽性症状（精神病症状）の評価を重視する必要があるのではないか。

2) 対象

- ・ニューロングステイ（new long stay）とオールドロングステイ（old long stay）の2つの群に分け、前者を中心に考えるべきではないか。
- ・明らかに入院治療にふさわしくない群と、ハイキュア・ハイケアの入院医療が必要な群の、両極をしっかりと決めるべきではないか。
- ・重度かつ慢性で、重複障害（発達障害、知的障害など）についても考えるべきではないか。

- ・知的障害は重度かつ慢性の議論から外した方が良いのではないか。
- ・統合失調症の入院患者が圧倒的に多いため、まずは統合失調症を中心に重度かつ慢性の基準を作り、その上で、統合失調症以外のケースをどのように扱うのか考えるべきではないか。

3) その他

- ・1年で退院させるためには、退院後の受け皿の問題が非常に重要ではないか。
- ・社会的な要因を除外し、重度かつ慢性の基準を絞り込んでいく視点が必要ではないか。

2. 「重度かつ慢性」の基準に係る事項

1) 精神症状、その他問題行動等

(1) 精神症状→GAF、BPRSなどで評価

- ・精神症状は重度かつ慢性の基準作りの軸になるのではないか。
- ・BPRSを個別項目で評価するのは難しく、総得点で全体的に評価してはどうか。
- ・BPRSの総得点は低いが、1項目だけ重症で得点が高いこともあり得る。BPRSの総得点を補充するような、別の評価も必要ではないか。
- ・全体的な精神症状の評価としては、BPRSよりもGAFの方が良いのではないか。
- ・陰性症状の中に不活発と不統合がある。不活発は活動性の低下であり、重度かつ慢性には入らないだろうが、不統合を重度かつ慢性に組み入れるか、検討の余地があるのではないか。

(2) 問題行動・異常行動（自傷他害行為、触法行為含む）→TAPSなどで評価

- ・BPRSの陽性症状や自傷他害等の特に重大な問題行動が多い65歳未満の患者に焦点を絞るべきではないか。
- ・行動異常が重要。退院させられない行動異常が何か、明確にすることが重要ではないか。
- ・主観的な要素が入る評価（症状評価や行動障害の評価等）だけでなく、客観的な評価事項（年齢や処遇等（隔離状況、閉鎖か開放か））も加えると、重度かつ慢性の対象群をもう少し絞り込めるのではないか。

(3) 身体症状

- ・「居住・支援環境」や「身体合併症」のため退院できない群は、重度かつ慢性には入らないのではないか。

(4) 日常生活障害・社会生活困難度→ADL、IADL、II軸評価で評価

- ・退院できない理由から、IADLの低下は除外して考える必要があるのではないか。
- ・高齢者で特にADLが低い患者は重度かつ慢性から外しても良いのではないか。
- ・生活障害評価についても、分析・検討すべきではないか。