

表4-1.入院3M以上のF2圏前処方あり351例に対する薬物治療戦略の実施の有無(あり/なし)によるBPRS点数変化、及び、点数平均の検定①(切り替え・増強療法・多剤併用)

| 切り替え | N | BPRS点数 | | 点数変化 | p値 | 点数平均 | p値 |
|------|-----|--------|-----------|------|--------|------|--------|
| | | 3M | End point | | | | |
| あり | 154 | 50.1 | 43.6 | -6.4 | 0.1649 | 46.9 | 0.5609 |
| なし | 197 | 48.3 | 43.6 | -4.7 | | 45.9 | |

| 増強療法 | N | BPRS点数 | | 点数変化 | p値 | 点数平均 | p値 |
|------|-----|--------|-----------|------|--------|------|--------|
| | | 3M | End point | | | | |
| あり | 94 | 52.0 | 45.7 | -6.4 | 0.3654 | 48.9 | 0.0506 |
| なし | 257 | 48.0 | 42.9 | -5.1 | | 45.4 | |

| 多剤併用 | N | BPRS点数 | | 点数変化 | p値 | 点数平均 | p値 |
|------|-----|--------|-----------|------|--------|------|--------|
| | | 3M | End point | | | | |
| あり | 91 | 52.9 | 47.3 | -5.6 | 0.8509 | 50.1 | 0.0042 |
| なし | 260 | 47.7 | 42.3 | -5.4 | | 45.0 | |

表4-2.入院3M以上のF2圏前処方あり351例に対する薬物治療戦略の実施(あり/なし)によるBPRS点数変化、及び、点数平均の検定②(内服確認・デポ剤導入・再検討)

| 内服確認 | N | BPRS点数 | | 点数変化 | p値 | 点数平均 | p値 |
|------|-----|--------|-----------|------|--------|------|--------|
| | | 3M | End point | | | | |
| あり | 53 | 55.0 | 49.2 | -5.7 | 0.8568 | 52.1 | 0.0017 |
| なし | 298 | 48.0 | 42.6 | -5.4 | | 45.3 | |

| デポ剤導入 | N | BPRS点数 | | 点数変化 | p値 | 点数平均 | p値 |
|-------|-----|--------|-----------|------|--------|------|--------|
| | | 3M | End point | | | | |
| あり | 32 | 52.9 | 47.8 | -5.1 | 0.8439 | 50.3 | 0.1026 |
| なし | 319 | 48.7 | 43.2 | -5.5 | | 45.9 | |

| 再検討 | N | BPRS点数 | | 点数変化 | p値 | 点数平均 | p値 |
|-----|-----|--------|-----------|-------|--------|------|--------|
| | | 3M | End point | | | | |
| あり | 14 | 54.6 | 44.3 | -10.3 | 0.1134 | 49.4 | 0.4186 |
| なし | 337 | 48.8 | 43.6 | -5.2 | | 46.2 | |

表5-1.入院3M以上のF2圏前処方あり351例に対する薬物治療戦略の実施時期(3M以内に実施/3M以降に実施)によるBPRS点数変化、及び、点数平均の検定①(切り替え・増強療法・多剤併用)

| 切り替え | N | BPRS点数 | | 点数変化 | p値 | 点数平均 | p値 |
|---------|-----|--------|-----------|------|--------|------|--------|
| | | 3M | End point | | | | |
| 3M以内に実施 | 134 | 50.0 | 42.8 | -7.2 | 0.0419 | 46.4 | 0.3566 |
| 3M以降に実施 | 20 | 50.3 | 49.2 | -1.2 | | 49.7 | |
| 増強療法 | N | BPRS点数 | | 点数変化 | p値 | 点数平均 | p値 |
| | | 3M | End point | | | | |
| 3M以内に実施 | 73 | 52.1 | 45.4 | -6.7 | 0.6377 | 48.8 | 0.9174 |
| 3M以降に実施 | 21 | 51.9 | 46.5 | -5.4 | | 49.2 | |
| 多剤併用 | N | BPRS点数 | | 点数変化 | p値 | 点数平均 | p値 |
| | | 3M | End point | | | | |
| 3M以内に実施 | 66 | 53.2 | 47.9 | -5.3 | 0.6619 | 50.6 | 0.6370 |
| 3M以降に実施 | 25 | 52.2 | 45.5 | -6.7 | | 48.9 | |

表5-2.入院3M以上のF2圏前処方あり351例に対する薬物治療戦略の実施時期(3M以内に実施/3M以降に実施)によるBPRS点数変化、及び、点数平均の検定②(内服確認・デボ剤導入・再検討)

| 内服確認 | N | BPRS点数 | | 点数変化 | p値 | 点数平均 | p値 |
|---------|----|--------|-----------|-------|--------|------|--------|
| | | 3M | End point | | | | |
| 3M以内に実施 | 33 | 57.7 | 49.9 | -7.8 | 0.1663 | 53.8 | 0.2969 |
| 3M以降に実施 | 20 | 50.5 | 48.1 | -2.3 | | 49.3 | |
| デボ剤導入 | N | BPRS点数 | | 点数変化 | p値 | 点数平均 | p値 |
| | | 3M | End point | | | | |
| 3M以内に実施 | 25 | 52.4 | 45.1 | -7.3 | 0.0708 | 48.8 | 0.2052 |
| 3M以降に実施 | 7 | 54.4 | 57.6 | 3.1 | | 56.0 | |
| 再検討 | N | BPRS点数 | | 点数変化 | p値 | 点数平均 | p値 |
| | | 3M | End point | | | | |
| 3M以内に実施 | 6 | 58.3 | 36.8 | -21.5 | 0.0117 | 47.6 | 0.7288 |
| 3M以降に実施 | 8 | 51.8 | 49.9 | -1.9 | | 50.8 | |

考察

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 | + | - |
| デボ剤 | デボ剤導入 | - | 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

分担研究報告

分担研究者 萱間真美

聖路加國際大學

平成 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事業所数と
「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）、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：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。

方法：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：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（ $p=0.02$ ）。それぞれの AUC 値は、「住まいの場に関する支援を提供する事業所数」が 0.574、次いで「訪問看護事業所数」が 0.560 と続いたが、いずれも「低精度」であった。Youden's Index が最大となるカットオフ値は、それぞれ人口 10 万人に対し「精神科外来数」8.0、「訪問看護事業所数」7.7、「訪問看護事業所数（主に精神）」0.9、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」48.1、「日中活動の場に関する支援を提供する事業所数」26.5、「住まいの場に関する支援を提供する事業所数」13.3、であった。

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） ^{a)} 、訪問看護ステーション ^{b)} 、訪問看護（主に精神） ^{c)} | | 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）

3. 分析方法

1) 「重度かつ慢性」暫定基準に該当する者の抽出（資料1）

精神症状が下記①の重症度を満たし、それに加えて、②行動障害、③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した。

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 点以上とした。

②行動障害

問題行動評価表を用いて評価する。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」と評価した。

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」（資料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した。

2) 変数の準備

障害者総合支援法に準拠するサービス項目は、それぞれ「訪問サービス」「日中活動の場」「住まいの場」に集約した。人口 10 万人対の社会資源数は、調査から得られた社会資源の数をそれぞれ各基礎自治体の人口をもとにして算出した。

3) 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」暫定基準該当者を、1 年以内退院と 1 年以上入院、9 ヶ月以内退院と 9 ヶ

月以上入院、6 ヶ月以内退院と 6 ヶ月以上入院、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。

4) 各地域精神科サービスと ROC 曲線下面積 (AUC: area under the curve) との関係

ROC 曲線 (Receiver Operatorating Characteristic curve、受信者動作特性曲線) は、連続変数である独立変数と二分変数であるアウトカムとの関係の強さを評価し、診断検査の有用性を検討する手法として利用されている。この ROC 曲線によって描かれる下部の面積が AUC (area under the curve) であり、0.9-1.0 を高精度、0.7-0.9 を中精度、0.5-0.7 を低精度として判断指標の評価に用いられている。「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 を算出した。

5) カットオフ値の算出と、Youden's Index を用いた必要とされる事業所数の検討

Youden's Index (Youden, 1950) は感度と特異度の和に基づく指標であり、一般的には感度と特異度の和が最大となる Youden's Index 値のカットオフ値を参考にして、臨床における事情に応じて現実的な基準値を設定することが多い。本研究では、すべてのカットオフ値に対する感度、特異度、Youden's Index を算出し、Youden's Index が最大となるカットオフ値を示した。

6) 統計解析

すべての解析は、STATA ver.14.1 (STATA Corp, 1999) を使用して実施した。

C. 結果

1. 調査対象自治体の人口及び高齢化率と地域精神科サービスの概況

調査対象の自治体の人口は、5万人以上20万人以上の「市」が91自治体(52.9%)と最も多く、次いで20万人以上50万人未満の「中核市」以上が44自治体(25.6%)であった。高齢化率21%以上の「超高齢社会」が134自治体(77.9%)であった。(表2)

医療保険に基づくサービスでは、人口10万対精神病床数380床未満が75自治体(43.6%)、

次いで380床以上760床未満が66自治体

(38.4%)であった。人口10万対精神科外来数は5ヶ所以上10ヶ所未満が85自治体(49.4%)、人口10万対訪問看護事業所数は5ヶ所以上10ヶ所未満が93自治体(54.1%)、人口10万対訪問看護事業所数(主に精神)は1ヶ所が90自治体(52.3%)、とそれぞれ最も多かった。

障害者総合支援法に基づくサービスでは、人口10万対訪問サービスを提供する事業所数25ヶ所以上50ヶ所未満が84自治体(48.8%)、日中活動の場に関する支援を提供する事業所数15ヶ所以上30ヶ所未満が92自治体(53.5%)、住まいの場に関する支援をする事業所数10未満が80自治体(46.5%)、とそれぞれ最も多かった。

表2. 調査対象自治体の人口及び高齢化率と地域精神科サービスの概況(n=172)

| | n | % | | n | % |
|---------------------------------|----|------|------------------------------------|-----|------|
| 人口 | | | 高齢化率 | | |
| 5万人未満 | 27 | 15.7 | 高齢化社会=高齢化率7%~14% | 0 | 0.0 |
| 5万人以上20万人未満 | 91 | 52.9 | 高齢社会=高齢化率14%~21% | 38 | 22.1 |
| 20万人以上50万人未満 | 44 | 25.6 | 超高齢社会=高齢化率21%~ | 134 | 77.9 |
| 50万人以上 | 10 | 5.8 | | | |
| 【医療保険】人口10万対精神病床数 | | | 【医療保険】人口10万対精神科外来数 | | |
| 380床未満 | 75 | 43.6 | 5ヶ所未満 | 61 | 35.5 |
| 380床以上760床未満 | 66 | 38.4 | 5ヶ所以上10ヶ所未満 | 85 | 49.4 |
| 760床以上1140床未満 | 18 | 10.5 | 10ヶ所以上15ヶ所未満 | 17 | 9.9 |
| 1140床以上 | 13 | 7.6 | 15ヶ所以上 | 9 | 5.2 |
| 【医療保険】人口10万対訪問看護事業所数 | | | 【医療保険】人口10万対訪問看護事業所数(主に精神) | | |
| 5未満 | 33 | 19.2 | なし | 60 | 34.9 |
| 5-10 | 93 | 54.1 | 1 | 90 | 52.3 |
| 10-15 | 33 | 19.2 | 2 | 15 | 8.7 |
| 15以上 | 13 | 7.6 | 3 | 3 | 1.7 |
| | | | 4以上 | 4 | 2.3 |
| 【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 | | | 【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 | | |
| 25未満 | 29 | 16.9 | 15未満 | 47 | 27.3 |
| 25-50 | 84 | 48.8 | 15-30 | 92 | 53.5 |
| 50-75 | 31 | 18.0 | 30-45 | 25 | 14.5 |
| 75-100 | 11 | 6.4 | 45-60 | 2 | 1.2 |
| 100ヶ所以上 | 17 | 9.9 | 60以上 | 6 | 3.5 |
| 【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 | | | | | |
| 10未満 | 80 | 46.5 | | | |
| 10-20 | 47 | 27.3 | | | |
| 20-30 | 27 | 15.7 | | | |
| 30-40 | 11 | 6.4 | | | |
| 40以上 | 7 | 4.1 | | | |

2. 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)。9ヶ月以内退院群においても同様に有意差がみられたが(表2-2)、6ヶ月以内退院群では有意差はみられなかった(表2-3)。

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**

表2-2. 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9ヶ月以内退院との関連(n=337)

| | 9ヶ月以上入院(n=141) | | 9ヶ月以内に退院(n=196) | | t | p |
|-------------------------------------|----------------|----------|-----------------|----------|-------|-------|
| | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | | |
| 人口 | 212986.0 | 159255.5 | 190544.1 | 166557.1 | 1.24 | 0.21 |
| 高齢化率 | 23.5 | 4.1 | 23.3 | 4.2 | 0.55 | 0.58 |
| 人口10万対 精神病床数 | 474.7 | 467.8 | 540.4 | 526.1 | -1.18 | 0.24 |
| 【医療保険】人口10万対 精神科外来数 | 7.1 | 4.5 | 7.3 | 4.9 | -0.46 | 0.65 |
| 【医療保険】人口10万対 訪問看護事業所数 | 8.9 | 7.4 | 9.5 | 7.9 | -0.64 | 0.52 |
| 【医療保険】人口10万対 訪問看護事業所数(主に精神) | 1.1 | 1.3 | 1.0 | 1.4 | 0.29 | 0.77 |
| 【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 | 49.6 | 45.3 | 52.8 | 41.4 | -0.67 | 0.50 |
| 【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 | 22.5 | 18.3 | 24.8 | 20.4 | -1.06 | 0.29 |
| 【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 | 12.4 | 9.7 | 16.2 | 19.0 | -2.17 | 0.03* |

p < 0.05*, p < 0.01**

表2-3. 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6ヶ月以内退院との関連(n=337)

| | 6ヶ月以上入院(n=246) | | 6ヶ月以内に退院(n=91) | | t | p |
|-------------------------------------|----------------|----------|----------------|----------|-------|------|
| | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | | |
| 人口 | 202950.2 | 161092.8 | 191779.1 | 171117.9 | 0.56 | 0.58 |
| 高齢化率 | 23.4 | 4.3 | 23.4 | 3.7 | -0.05 | 0.96 |
| 人口10万対 精神病床数 | 510.0 | 516.2 | 520.8 | 467.4 | -0.18 | 0.86 |
| 【医療保険】人口10万対 精神科外来数 | 7.2 | 4.5 | 7.4 | 5.4 | -0.33 | 0.74 |
| 【医療保険】人口10万対 訪問看護事業所数 | 9.2 | 7.5 | 9.4 | 8.2 | -0.28 | 0.78 |
| 【医療保険】人口10万対 訪問看護事業所数(主に精神) | 1.1 | 1.4 | 1.0 | 1.2 | 0.73 | 0.47 |
| 【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 | 50.8 | 40.7 | 53.3 | 49.0 | -0.46 | 0.64 |
| 【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 | 23.3 | 18.6 | 25.3 | 22.0 | -0.81 | 0.42 |
| 【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 | 13.9 | 14.3 | 16.6 | 19.5 | -1.36 | 0.17 |

p < 0.05*, p < 0.01**

3. 各地域精神科サービスと ROC 曲線下面積 (AUC: area under the curve) との関係

ROC 曲線 (Receiver Operatorating Characteristic curve、受信者動作特性曲線) は、連続変数である独立変数と二分変数であるアウトカムとの関係の強さを評価し、診断検査の有用性を検討する手法として利用されている。この ROC 曲線によって描かれる下部の面積が AUC (area under the curve) であり、0.9-1.0 を高精度、0.7-0.9 を中精度、0.5-0.7 を低精度として判断指標の評価に用いられている。

「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 を算出したところ、「住まいの場に関する支援を提供する事業所数」が 0.574、次いで「訪問看護事業所数」が 0.560 と続いたが、いずれも「低精度」であった。(表 4-1)

また、分析対象者を「重度かつ慢性」基準非該当者も含めた全員として同様に解析したところ、AUC の値はより低く、いずれも「低精度」であった。(表 4-2)

表4-1. 地域精神科サービスとROC曲線下面積(AUC: area under the curve)との関係(重度かつ慢性:n=337)

| | AUC | 標準誤差 | 95%信頼区間 | |
|-------------------------------------|-------|-------|---------|-------|
| 【医療保険】人口10万対 精神科外来数 | 0.518 | 0.034 | 0.452 | 0.585 |
| 【医療保険】人口10万対 訪問看護事業所数 | 0.560 | 0.034 | 0.493 | 0.626 |
| 【医療保険】人口10万対 訪問看護事業所数(主に精神) | 0.523 | 0.034 | 0.457 | 0.588 |
| 【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 | 0.549 | 0.033 | 0.484 | 0.614 |
| 【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 | 0.548 | 0.033 | 0.483 | 0.614 |
| 【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 | 0.574 | 0.033 | 0.509 | 0.638 |

AIC: area under the curve(ROC曲線下面積)

表4-2. 地域精神科サービスとROC曲線下面積(AUC: area under the curve)との関係(対象者全体:n=714)

| | AUC | 標準誤差 | 95%信頼区間 | |
|-------------------------------------|-------|-------|---------|-------|
| 【医療保険】人口10万対 精神科外来数 | 0.473 | 0.024 | 0.426 | 0.519 |
| 【医療保険】人口10万対 訪問看護事業所数 | 0.530 | 0.025 | 0.481 | 0.578 |
| 【医療保険】人口10万対 訪問看護事業所数(主に精神) | 0.522 | 0.024 | 0.475 | 0.570 |
| 【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 | 0.526 | 0.024 | 0.480 | 0.573 |
| 【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 | 0.512 | 0.024 | 0.465 | 0.559 |
| 【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 | 0.522 | 0.025 | 0.473 | 0.571 |

AIC: area under the curve(ROC曲線下面積)

4. Youden's Index を参考にした、「重度かつ慢性」患者の退院に必要とされる地域サービス事業所数の検討

Youden's Index¹⁾は感度と特異度の和に基づく指標であり、一般的には感度と特異度の和が最大となる Youden's Index 値のカットオフ値を参考にして、臨床における事情に応じて現実的な基準値を設定することが多い。本研究では、

すべてのカットオフ値に対する感度、特異度、Youden's Index を算出し、Youden's Index が最大となるカットオフ値を、参考として表 5-1 に示した。

その結果、それぞれ人口 10 万人に対し「精神科外来数」8.0、「訪問看護事業所数」7.7、「訪問看護事業所数 (主に精神)」0.9、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」48.1、「日中活動の場に関する支援を提供する事業所数」26.5、「住まいの場に関する支援を提供する事業所数」13.3、であった。(表 5-1)

また、分析対象者を「重度かつ慢性」基準非該当者も含めた全員として同様に解析したところ、表 5-2 のような結果が得られた。

表5-1. 地域精神科サービスのYouden's Index最大値と、そのカットオフ値(重度かつ慢性:n=337)

| | Youden's Indexの最大値 | 感度 | 特異度 | カットオフ値 |
|-------------------------------------|--------------------|-------|-------|--------|
| 【医療保険】人口10万対 精神科外来数 | 0.051 | 0.268 | 0.783 | 8.0 |
| 【医療保険】人口10万対 訪問看護事業所数 | 0.115 | 0.581 | 0.534 | 7.7 |
| 【医療保険】人口10万対 訪問看護事業所数(主に精神) | 0.079 | 0.457 | 0.621 | 0.9 |
| 【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 | 0.154 | 0.436 | 0.718 | 48.1 |
| 【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 | 0.121 | 0.325 | 0.796 | 26.5 |
| 【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 | 0.173 | 0.444 | 0.728 | 13.3 |

Youden's Index = 感度+特異度-1

表5-2. 地域精神科サービスのYouden's Index最大値と、そのカットオフ値(対象者全体:n=714)

| | Youden's Indexの最大値 | 感度 | 特異度 | カットオフ値 |
|-------------------------------------|--------------------|-------|-------|--------|
| 【医療保険】人口10万対 精神科外来数 | 0.038 | 0.191 | 0.848 | 9.6 |
| 【医療保険】人口10万対 訪問看護事業所数 | 0.080 | 0.559 | 0.522 | 7.7 |
| 【医療保険】人口10万対 訪問看護事業所数(主に精神) | 0.070 | 0.581 | 0.489 | 0.7 |
| 【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 | 0.111 | 0.291 | 0.821 | 65.0 |
| 【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 | 0.068 | 0.302 | 0.766 | 26.7 |
| 【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 | 0.089 | 0.453 | 0.636 | 13.0 |

Youden's Index = 感度+特異度-1

IV. 考察

1. 「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。

2. 「重度かつ慢性」患者の退院に必要とされる地域サービス事業所数の検討

現在、基礎自治体が整備の基準・目標とする地域サービス事業所数は存在せず、全国的にバラツキが大きい(表2)。今回の研究では、各地域サービスに関する AUC の値が総じて低い(低

精度) ため、Youden's Index とそのカットオフ値を整備計画の参考に用いることは難しいと考えられる。

また、今回の調査は基礎自治体の人口に対する事業所数を算出したが、人口よりも自立支援医療(精神通院)申請者数などで示される患者数に対して算出するほうが精度が高くなると考えられるため、今後はより緻密にデザインされた調査を実施する必要があると考えられる。

引用・参考文献

1. 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

平成 27 年度厚生労働科学研究
精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究分担研究報告書
重症入院患者の心理社会的治療の治療指針に関する研究

分担研究者 井上新平¹⁾、戎正司²⁾、須藤康彦³⁾、元木洋介⁴⁾

- 1) 福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座、2) 医療法人おくら会芸西病院、
3) 医療法人須藤会土佐病院、4) 社会医療法人あいざと会藍里病院

研究要旨

目的

前向き研究の分析と長期入院患者の退院に関するアンケート調査を行い、これらをもとに専門的検討を経て重症入院患者の心理社会的治療の治療指針をまとめることを目的とした。

方法：1) 前向き研究において平成 28 年 1 月時点で得られたデータについて、①亜急性期の患者に適応された心理社会的治療と退院転帰との関連、②退院に関する主治医の判断と適応された心理社会的治療との関連を分析した。その際、治療としては心理社会的治療のみ分析した。2) 入院期間が 1 年以上の患者が退院に至ったケースを対象にアンケート調査を行い心理社会的治療の効果を検討した。3) 分担研究者による文献的検討と討議により個々の心理社会的治療についての検討を行った。4) 以上より重症入院患者の心理社会的治療の治療指針をまとめた。

結果

1. 前向き研究の結果、①亜急性期の患者に適応されていた心理社会的治療／方策の中でもっとも多かったのは作業療法 (72.3%) であり、個人精神療法 (55.6%)、連絡調整会議 (37.6%) がこれに次いだ。一方認知行動療法 (1.3%)、行動療法 (5.3%)、退院促進に特化した社会技能訓練 (SST) (5.6%) といった専門的治療は非常に少なかった。重症患者と非重症患者との比較では、作業療法が非重症患者で、ケア会議が重症患者で有意に多く取り組まれていた。②心理社会的治療／方策と退院見込みに関しての医師の判断との関連では、個人精神療法、作業療法、退院前訪問指導が、「退院可能」と判断された患者でより多く取り組まれていた。③心理社会的治療／方策と退院との関連では、全患者で見た場合、実施者が非実施者よりも有意に退院が多かったのは、個人精神療法 (実施者の 79.3%が退院、非実施者の 67.6%が退院)、心理教育 (同 85.2%vs73.0%)、退院前訪問指導 (同 88.1%vs71.4%)、服薬管理 (84.2%vs70.8%)、ケア会議 (80.8%vs72.4%)、障害福祉サービスの導入 (88.5%vs71.9%) であった。これを重症患者に限ると、実施者が非実施者に比べて退院が有意に多かったのは個人精神療法 (実施者の 77.0%が退院、非実施者の 62.2%が退院)、退院前訪問指導 (同 85.5%vs67.6%)、服薬管理 (同 82.9%vs66.0%)、障害福祉サービスの導入 (同 85.7%vs68.2%) であった。逆に行動療法は実施者のほうが退院が少なかった (同 40%vs72.4%)。④重症患者の退院と関連し

た上記の心理社会的治療／方策と病院スタッフ（スタッフ 1 人当たり病床数）との関連をみると、個人精神療法と常勤精神科医・精神保健福祉士、退院前訪問指導と常勤精神科医・作業療法士・精神保健福祉士、服薬管理と常勤精神科医・作業療法士、障害福祉サービスと常勤精神科医・作業療法士・精神保健福祉士が有意に関連していた。

2. 重症入院患者のアンケート調査を行い研究に参加した 78 施設より回答を得た。1 年以上の長期入院患者の退院数は 0 人から 122 人におよび中央値は 26 人であった。「多くのケースで有効」とされた心理社会的治療／方策は作業療法（69.4%）、家族へのアプローチ（57.1%）、連絡調整会議（55.7%）、退院前訪問指導（49.3%）服薬管理（45.1%）等であった。これに「ケースによっては有効」までを含めると、多い順に、家族へのアプローチ（97.9%）、作業療法（96.0%）、服薬管理（95.8%）、介護福祉サービスの導入（92.9%）、連絡調整会議（91.4%）等であった。また利用した事業では精神科退院指導料（69.1%）、精神科退院前訪問指導料（31.4%）、精神科地域移行実施加算（17.6%）、精神療養病棟入院料の退院調整加算（13.6%）等があった。病院独自の取り組みでは住居の工夫、スタッフの教育研修、地域連携、院内遂行体制、プログラムの面で数多くの工夫が見られた。総じて院内の遂行体制、プログラム、住居の工夫についての記載が多かった。
3. 重症入院患者に対する心理社会的治療／方策の指針

昨年までの研究および今回の前向き研究とアンケート調査研究から得られた所見をベースに分担研究内での専門的な検討を行い、重症入院患者に対する心理社会的治療／方策の指針を策定した。その効果的実践のためには十分なスタッフが必要であることを示唆した。

結論

重症患者の心理社会的治療／方策には多くの効果的手法が見いだされ指針を策定することが可能であった。

A. 研究目的

平成 25 年度、26 年度の研究を受け、本年度は、①前向き研究の分析から重症入院患者の退院に有効な心理社会的治療／方策を見出すこと、②長期入院患者の退院に関するアンケート調査から有効な心理社会的治療／方策や事業を明確にすること、③以上をベースに文献的考察を加え重症入院患者の心理社会的治療の治療指針を提案することを目的とした。

B. 研究方法

1. 前向き研究データの分析

全体では急性期と亜急性期の 2 種類のデータが得られたが、ここでは亜急性期のみを対象とした。亜急性期に登録された患者は 812 人で、うち追跡可能であったものは 719 人であった。この 719 人を対象に、施行された心理社会的治療／方策および心理社会的治療／方策と重度慢性暫定基準・医師の退院見込み・入院 1 年後の転帰・病院スタッフ数との関連性を分析した。

2. 重症入院患者の心理社会的治療／方

策に関するアンケート調査

本研究に参加している 249 病院を対象に、入院が 1 年を超えた患者の退院に関するアンケート調査を施行した。調査項目は、①調査期間中の退院数、②退院に役立ったと判断された心理社会的治療／方策（本研究と同じ項目）、③退院に役立ったと判断された諸事業（公的事業および診療報酬で規定されている事業）、④病院独自の取組みとした。②では「多くのケースで有効であった」「ケースによっては有効であった」「有効でなかった」「まったく取り組まなかった」の中から選択し、③では「すべての／多くのケースで利用した」「利用したケースもあった」「まったく利用しなかった」の中から選択することとした。本調査は福島県立医科大学倫理委員会の承認を得て施行した。

3. 重症入院患者に対する心理社会的治療／方策の指針

本研究で得られた所見および長期入院患者の退院に関する文献をもとに分担研究者・研究協力者で討議を繰り返し、指針を策定した。

C. 研究結果と考察

1. 前向き研究の分析

719 人中、入院 3 か月時点で重度慢性暫定基準を満たしたものが 361 人、満たしていなかったものが 358 人でほぼ同数であった。また入院後 1 年目の時点で入院を継続していたのは 186 人 (25.9%) であった。

1) 施行された心理社会的治療／方策

表 1 に施行された心理社会的治療／方策を示した。もっとも多く行われた治療は

作業療法 (72.3%) であり、個人精神療法 (55.6%)、連絡調整会議 (37.6%)、服薬管理 (24.6%) がこれに次いだ。一方で認知行動療法 (1.3%)、行動療法 (5.3%)、退院促進に特化した社会技能訓練 (SST) (5.6%) などの特定の治療は非常に少なかった。重症患者と非重症患者で治療の有無に違いがあるかどうかを見ると、作業療法が非重症患者に、ケア会議が重症患者により多く使われていた (表 1)。

多くの治療は重症度に関わりなく実施されていると言える。違いがあった作業療法は症状が重症なために適応になりにくかったのかもしれない。またケア会議は病院外部の関係者を含めたものと定義したが、より重度の患者に適応されていたのであろう。

2) 医師の退院に関する判断と治療選択

表 2 に医師の退院に関する判断と用いられた治療との関連を示した。退院可能か退院困難かの判断は治療 3 か月時点で下されたものである。ほとんどの治療が「退院困難」と判断された患者よりも「退院可能」と判断された患者の方で高い頻度で適用されていた。特に個人精神療法 (「退院可能」群の 57.2%、「退院困難」群の 43.0%、 $p=0.022$)、作業療法 (同 71.1%vs59.5%、 $p=0.038$)、退院前訪問指導 (同 10.6%vs2.5%、 $p=0.016$)、ケア会議 (同 15%vs3.8%、 $p=0.005$) は有意差を持って「退院可能」と見なされた患者の方が多く適用されていた。

限られた資源の中で、治療可能性の高い患者から資源を投入したことが示唆される。

3) 心理社会的治療／方策と退院との関連性

表 3 に全患者における個々の心理社会的治療／方策と退院との関連性を示した。実施群の方が非実施群よりも退院率が有意に高かったのは個人精神療法（実施群 79.3%、非実施群 67.7%、 $p=0.001$ ）、心理教育（同 85.2%vs73.0%、 $p=0.029$ ）、退院前訪問指導（同 88.1%vs71.4%、 $p=0.000$ ）、服薬管理（同 84.2%vs70.8%、 $p=0.000$ ）、ケア会議（同 80.8%vs72.4%、 $p=0.044$ ）、障害福祉サービス導入（同 88.5%vs71.9%、 $p=0.000$ ）であった。これらの治療は亜急性期における治療の基盤におくべきものかもしれない。

次に、重症患者の場合の個々の心理社会的治療／方策と退院率との関連性を示した（表 4）。結果、治療を受けた患者が受けなかった患者に比べて退院率が有意に高かったのは、個人精神療法（実施者の 77.0%が退院、非実施者の 62.2%が退院）、退院前訪問指導（同 85.5%vs67.6%）、服薬管理（82.9%vs66.0%）、障害福祉サービスの導入（85.7%vs68.2%）であった。逆に行動療法では、治療を受けた患者の方が有意に退院率が低かった（同 40%vs72.4%）。行動療法の対象になったのは統合失調症が多かった。どのような手法が用いられたのかはわからないのでこれ以上の考察はできない。

4) 心理社会的治療／方策の実施と病院スタッフ数との関連性

精神科医、看護師等の病院スタッフ 1 人当たりの病床数が心理社会的治療／方

策の実施に影響を与えているかもしれないと考え、その関連性を見た。表 5 にはすべての治療と専門スタッフ 1 人当たりの病床数との関連性を示した。

その中で上記の重症患者で退院に影響したと思われる治療に限ると、①個人精神療法の実施は非実施に比べ常勤精神科医・精神保健福祉士 1 人当たりの病床数が有意に少ない、②退院前訪問指導の実施は非実施に比べ常勤精神科医・作業療法士・精神保健福祉士 1 人当たりの病床数が有意に少ない、③服薬管理の実施は非実施に比べ常勤精神科医・作業療法士 1 人当たりの病床数が有意に少ない、④障害福祉サービスの実施は非実施に比べ常勤精神科医・作業療法士・精神保健福祉士 1 人当たりの病床数が有意に少ないという結果であった。

以上病院スタッフと治療実施との関連では、精神科医師、作業療法士、精神保健福祉士のスタッフ数が大きな影響を与えていると言える。今回の所見は病院が無作為に選んだ対象患者を集めての統計であり病院単位で見ているのではないので、上記の影響を直接証明したものではない。しかし個別の治療を実施するかどうかはそのスタッフが置かれた環境（ケアしている患者数）の影響を受けることが示唆される。

退院促進には上記の職種のみが重要と言うことわけではない。実際には多職種が協同で退院促進にあたるということの重要性を示しているだろう。

2. 重症入院患者のアンケート調査

249 の対象病院の中で回答が得られたのは 78、回収率は 31.3%であった。

1) 長期入院患者の退院数

平成 25 年 1 月 1 日～平成 27 年 6 月 30 日の 2 年 6 か月において入院期間が 1 年以上の患者の退院数は、最少 0 人、最大 122 人で、中央値は 28 人（1 年間では約 11 人）であった。10 人刻みの範囲では 21～30 人が 16 病院で最も多かった。

2) 取り組まれた心理社会的治療／方策

退院に効果的な治療を知るために、研究班で使用した心理社会的治療／方策と同じ項目を用いた。結果を表 6 に示す。

総じて施行割合は、本研究の亜急性期でのそれと比べてすべての項目で高かった。長期入院患者の退院に際してはあらゆる治療が高頻度に試みられたことがわかる。

「多くのケースで有効であった」と回答された治療は、多い順に作業療法（69.4%）、家族へのアプローチ（57.1%）、連絡調整会議（55.7%）、退院前訪問指導（49.3%）服薬管理（45.1%）等であった。これに「ケースによっては有効であった」までを含めると、多い順に、家族へのアプローチ（97.9%）、作業療法（96.0%）、服薬管理（95.8%）、介護福祉サービスの導入（92.9%）、連絡調整会議（91.4%）等であった。総じて、患者個別の治療よりも、地域連携（家族を含む）的な取り組みが効果的と見なされていた。

逆に「まったく取り組まなかった」との回答が多かったのは認知行動療法（75.4%）、行動療法（70.6%）、集団精神療法（57.1%）、SST（特定）（41.4%）、SST（一般）（30.8%）等であった。これらは亜急性期よりも多く試みられてはい

たが、なお治療より広く用いられるような方策が重要で今後の課題であろう。

3) 利用された事業

表 7 に退院のために利用した事業についての回答を示した。「すべての／多くのケースで利用した」と回答された事業は、多い順に精神科退院指導料（69.1%）、精神科退院前訪問指導料（31.4%）、精神科地域移行実施加算（17.6%）、精神療養病棟入院料の退院調整加算（13.6%）、精神保健福祉士配置加算（6.5%）等であった。これに「利用したケースもあった」を含めても上位 3 位までの順は変わらなかったが、すでに終了している精神障害者地域移行・地域定着支援事業と退院促進事業がケースによっては比較的多く（回答病院の半数程度）利用されていた。

4) 退院・地域移行のための病院独自の取り組み

71 の病院から回答が得られた。そのうち「独自の取り組みをしている」が 46 病院、「独自の取り組みをしていたが今はしていない」が 7 病院、「していない」が 18 病院であった。

個々の記載を表 8 に示す。取り組み内容は、表のように住居の工夫、スタッフの教育研修、地域連携、院内遂行体制、プログラムの工夫に一応分けることができたが、例えば集団療法をベースにグループで同じ住居に退院するような取り組みはプログラムの工夫であり住居の工夫でもあるので分けにくい面もあった。そのような例は重複して記載した。総じて院内の遂行体制、プログラム、住居の工夫についての記載が

多かった。

院内遂行体制では委員会組織を立ち上げ責任体制をとっていること、多職種が参加していること、目標（時間や退院者数）を決めていることなどが目立った。また通常以上にスタッフを配置したり異動させたりの実施も目立った。プログラムでは当事者を巻き込んだ取り組みがかなり多かった。同時に患者に合わせた個別的な工夫も目立った。

長期入院患者を退院させるには相当な資源を投入しており、また既存の治療体制や治療技法を越えた工夫を凝らしているのが特徴的であった。

参考のために末尾に岡山県精神科医療センターの西 2 入院棟（重度慢性期入院棟）の概要を記した。同病棟の活動はこの項で取り出せた活動の主要な部分を取り入れたモデル的なものと思われた。

3. 重症入院患者に対する心理社会的治療／方策の指針

文献的には、統合失調症に対する効果的な心理社会的治療として認知行動療法、社会生活技能訓練、家族心理教育、包括型地域生活支援（ACT）、援助付き雇用、トークンエコノミーなどがあり、中でも認知行動療法は難治性の精神病症状に有効とされている。しかし、海外の文献的な考察は参考にはなるものの、本研究の対象である重度かつ慢性の患者とはそのプロフィールが相当に異なるかもしれない。現時点では今回の研究から得られた所見をベースとし、分担研究内での専門的な検討（エキスパートオピニオン）によるのが最善と思わ

れた。高いレベルのエビデンスベースの治療指針を得るには、わが国でも重度かつ慢性の基準を満たす患者を対象にした本格的な RCT を行う必要がある。

今回の研究で取り出した心理社会的治療／方策のメニューは、現在行われている治療をほぼカバーしている。前向き調査の結果では、効果的なものもあり、それを証明できないものもあった。特に特定の、専門的な治療については期待に反して効果が証明されなかった。しかしこれらの治療の中には症状改善や社会的機能の改善などの有効性が示されているものが多い。従って、ここでは効果の有り無しに関わらずすべての治療／方策についての指針を記すことにした。

心理社会的治療／方策の実行には、それを可能にするような十分なスタッフが必要である。さらに個々の治療を統合して効果を上げていくには、例えば重度慢性病棟のような体制が必要かもしれない。それは現在の保険診療のもとでは実現が困難であるが、この点は本分担研究の範囲を超えるのでその点の指摘だけにとどめたい。

1) 個人精神療法

本研究では 30 分以上の個人精神療法（ほとんどは支持的療法だと思われるが）は 56% の患者で施行され、重症・非重症に関わりなく退院促進効果が認められている。このことから個人精神療法の内容についての多様性はあっても、その中にある「患者との良好な治療関係の構築と維持を目標とする心理的交流」という精神科の臨床家が共有する臨床概念から考えると、個人精神療法を必要としない精神科