

表 1: 専門職の換算時間給

専門職	換算時間給 (円)	今回の調査で同額のものとして含 めた関連する職
精神科医(精神科病院に勤務)	7,498	他科の医師
看護師(精神科病院に勤務)	2,346	他の診療所勤務の看護師
精神科ソーシャルワーカー(精神科病院 に勤務)	1,887	その他の医療ソーシャルワーカー
作業療法士(精神科病院に勤務)	2,144	理学療法士
病棟薬剤師	2,727	
その他の職員(精神科病院に勤務)	1,615	心理士
ワーカー(相談支援事業所に勤務)	1,034	
市町村担当課職員	2,924	
都道府県担当課職員	2,794	

補とした。

しかし、各事業所団体の報告書<sup>1)4)</sup>からは、それぞれ、精神科訪問看護については利用者のある事業所は少なく複数回の入退院歴のある50歳代が利用者層の中心であること、基幹相談支援センターについては活動の実績が十分ではないことなどがうかがえた。また、関係者にヒアリングを実施したところ、地域移行支援事業については現時点で実際に行っている事業所が少ないこと、加えて、「重度かつ慢性」という語のみをもって一定の状態像を明確に想像することは医療職以外にとっては容易ではないといった意見を得た。

そこで、全国の各事業所を対象とした調査に代えて、試行的な調査として個別に協力の依頼を行った。

対象者は精神科病院に1年を超えて入院した後、訪問看護ないし地域移行支援事業を活用して退院し地域生活への移行が完了したものとした。

対象者について、年齢、性別、入院歴や診断名といった基本属性につづけて、パス形式の用紙を参考として示して、事業所の記録をもとに医療、看護、その他の支援をいつ、誰が、どれだけ実施したか記入してもらった。相談支援専門員の調査<sup>4)</sup>は、担当者の業務量を測定したものであるが、本研究では、先行研究<sup>6)</sup>にならい支援全体を記録することを

目指し、関係したすべての専門職の業務について可能な限り詳細に情報を記入してもらうよう依頼した。

匿名化については、回答する施設内において、専門職が資料から個人を識別できる情報を削除して、独自の符号を付して管理することとした。

記入された回答は郵送で回収した。

支援に関与した専門職の行為について数量的なデータに変換した。

まず、具体的な実施頻度や時間等の数値情報を抜き出し、実施した時間数を求めた。例えば、週1回、1回あたり1時間かかる支援を1ヶ月実施したという場合は、合計4時間とした。複数の専門職が関わって実施したことが分かるものについては人数分の計算を行った。

次に、各専門職が実施した前段の時間数に専門職の時間給を掛けて人件費に換算し、その合計金額を求めた。同一の支援に複数の専門職が関わっている場合は、それぞれの人件費を求めて合算した。例えば、グループホームの見学に担当看護師とPSWが同行したような場合はそれぞれの人件費を合算した。ただし、正確な時間給については、実際に関与した専門職の個人情報に属することであるため調査では収集せず、代わりに先行研究で得られた表1の値を用いて一律に計算した。

本調査の実施に先立ち国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会より実施の承認を得た（承認番号：A2015-073）。

## C. 研究結果

### 研究 1. 医療計画に関連した都道府県によるパスの整備状況に関する調査

都道府県 28 団体と政令市 15 団体からなる合計 43 団体（回答回収率：64.2%）から回答があった。

#### 【問 1】パスの作成について

今回の調査で新たに作成を確認できた団体は都道府県 2 団体と政令市 2 団体であった。

「印刷中」という 1 団体を含め認知症の地域連携パスを作成しているという都道府県が 5 団体、政令市が 1 団体、認知症または介護保険サービス利用者を対象としたパスを作成している政令市が 1 団体あった。また、措置入院患者に関するパスの運用を開始するという都道府県が 1 団体あった。また、回答は作成の有無について無記入であったが、認知症のパスの試行運用を開始した都道府県が 1 団体あった。合計して、回答のあった 43 団体のうち 9 団体でパスの作成を確認した。

今回、調査を通して、3 団体からパスの寄贈を受けた。

#### 【問 2】今後、作成の予定はあるか

問 1 で現在作成していないと回答した、もしくは無記入であった 35 団体に今後作成の予定はあるか尋ねたところ、前述の通り試行運用中の 1 団体と、地域医療計画に作成が記載されているという 1 団体をのぞき、いずれも「未定」あるいは「予定はない」との回

答であった。

### 研究 2. 精神科患者の地域移行の過程についての調査

10 人の記録を得ることができた。

利用者の属性等は、性別は男性が 8 人、女性が 2 人であった。

年齢は平均 48.2（標準偏差 ±8.6）歳で、30 歳代が 2 人、40 歳代が 2 人、50 歳代が 6 人であった。

診断は、主診断では統合失調症が 8 人、器質性精神障害が 2 人であった。従診断（重複あり）では人格障害が 1 人、発達障害が 1 人、アルコール依存症が 1 人、知的障害が 1 人、強迫神経症が 1 人であった。合併症として水中毒の既往が 2 人であった。

発症年齢は平均 25.6（±8.7）歳で、現病歴の長さは平均 22.6（±10.8）年であった。

過去精神科の入院経験は 9 人であり、全ての入院回数は平均で 4.3（±5.0）回、過去 1 年間の入院回数は平均で 0.5（±0.6）回であった。最後の入院期間は平均 4.7（±2.5）年で、最後の入院から現在（平成 28 年 2 月末）までの期間は平均 3.8（±2.1）年であった。

現在の住居の形態は、複数回答で医療機関が 6 人、持ち家が 4 人、グループホームが 2 人、借家が 2 人であった。家族との同居は同居ありが 2 人、別居が 5 人であった。

全員が精神障害者保健福祉手帳を持ち、要介護認定は 1 人で要支援 2 の判定を受けていた。これまでに利用したサービス等は、複数回答で居宅介護が 4 人、自立訓練（生活訓練）が 3 人、就労移行支援が 2 人、生活共同援助（グループホーム）が 2 人であった。生活保護は 6 人が受給しており、4 人が障害年金を受給していた。

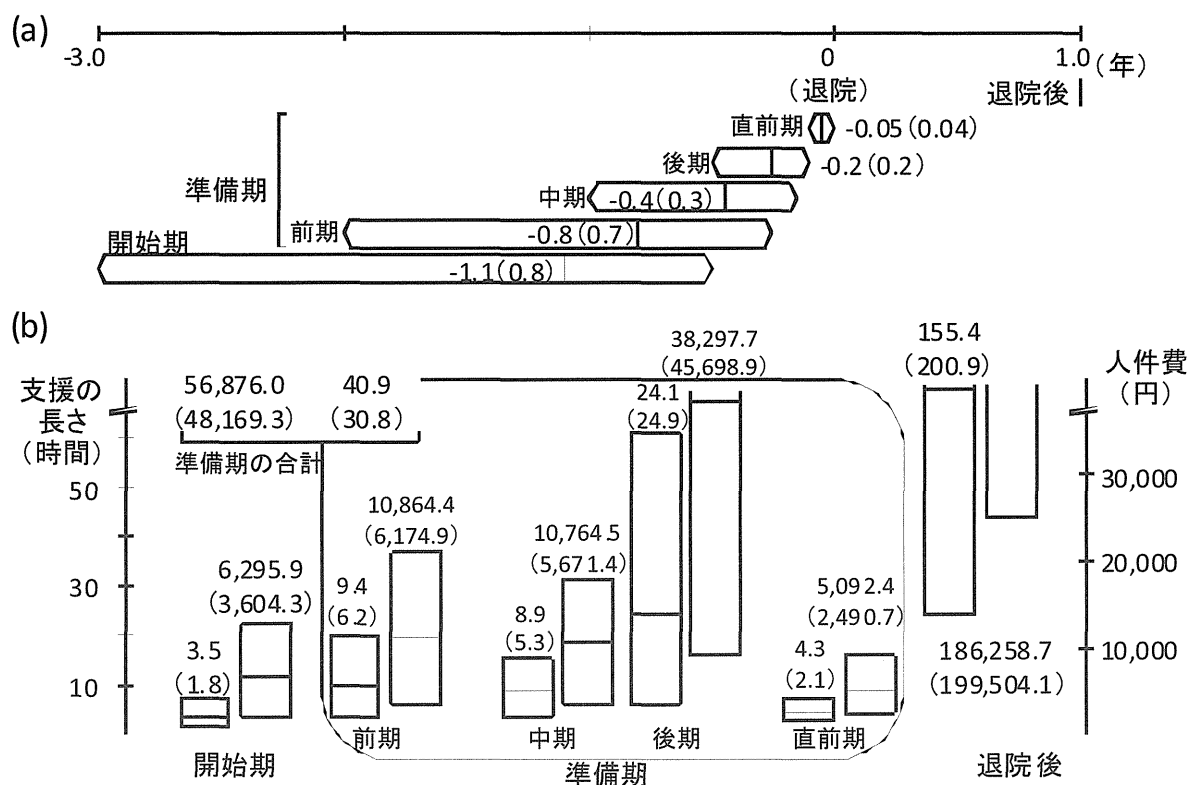


図3: 地域移行の過程の時期と支援

上段(a): 対象者 10 人の記録から得た支援の各段階の時期  
各段階の呼称と分類は 10 人の回答によるもの。各棒グラフは 10 人のデータの範囲を示し、退院時を 0 としてグラフの中の実線は平均値、カッコの中の数値は標準偏差を示す。

下段(b): 各段階で実施された医療および支援について、関与した専門職の活動した時間の長さ (時間: 各段階の左側の棒グラフ) と人的コスト (人件費: 各段階の右側の棒グラフ) を表す。

各棒グラフは 10 人のデータの範囲を示し、グラフの中の実線は平均値、カッコの中の数値は標準偏差を示す。

(b)の数値に含まれるもの: 医師の説明、訪問看護、支援計画の作成、支援会議等。

入院中に実施された医療や看護については、数値が明記されていないため、ほとんど含んでいない。

対象者個人の記録から実施回数と時間数について数値が明記されていたものについて集計して得たものであって、対象者に実施された医療と支援のすべてを表すものではない。グラフ作成時点での数値を使用しており、補正や訂正によって変更となる可能性がある。

また、専門職の人件費については、表 1 の数値を用いて一律に計算したものである。本研究では実際に関与した専門職個人の報酬等について情報を得てはいない。

ふだんの移動手段は複数回答でタクシーが 3 人、第三者が運転する自家用車が 3 人、自転車 that 3 人、自家用車を自ら運転が 2 人であり、それらの手段を用いて通院にかかる時間は平均 0.32 (±0.1) 時間であった。

地域移行の過程でどのような支援がなされたかについては、パスの様式で回答を得たためパスの記載にそって集計した。

退院に向けた関わりは、10 人の平均で退院の 1.1 (±0.8) 年前から開始されていた。内訳は、半年前が 3 人、1 年前が 3 人、9 か

月前が 2 人であった。

退院後の支援がなされた期間については、8 人で 1 年までの回答が記入されていた。

専門職の実施した支援の時間数とそれに応じて換算した人件費は、支援の段階ごとに整理して図 3 に示した。

#### D. 考察

本分担研究班は、パスと地域連携の視点から「重度かつ慢性」の基準に該当するものの医療に資する調査を実施した。

## 研究 1. 医療計画に関連した都道府県によるパスの整備状況に関する調査

パスに関し本研究で情報を収集したのは地域医療計画に関連して地方公共団体が作成もしくは把握しているものである。しかし、現状では多くの医療機関が独自に作成しているものがある。例えば、日本精神科病院協会の会員病院等の中では、平成 26 年の時点で全国 130 施設での導入が確認されている<sup>8)</sup>。精神医療においてもパスを用いて医療やケアの記録を作成することの意義についての認識は十分に共有されてきていると言える。

本研究ではこれまで 3 回の調査を通して、全国地方公共団体 67 団体のうち 10 団体 (14.9%) において、地方公共団体が主体となり一定の様式でパスが作成、導入されていることを確認した。

しかし、質問紙では認知症や発達障害と具体的に対象疾患の範囲を明記したが、「作成していない」という回答であった団体や回答のなかった団体の中には、認知症や発達障害の地域連携パスを作成している団体があった。実際にパスを作成している団体の数は調査で得られた数よりも多いと考えられ、作成した地方公共団体が積極的に普及活用していくことにはまだ解決すべき課題があることをうかがわせる。利用することでの利得 (メリット) が明確になることは、普及を進める上で大きな力となる。その意味において、研究 2 で試行したような地域の関係者の活動を記録する取り組みは、地域連携の実施状況を評価する指標の一つとして有用であることを示すものと考えられる。

研究班による基準案を踏まえて「重度かつ慢性」の基準に該当するものの医療について、今後全国で一定の水準を保障するために、

地方公共団体には地域医療計画を活用してパスを作成、導入していくことが望ましい。どのような内容のものとするかの検討には、専門職の合意にもとづき当研究分担班において試作したパスをひな型の一つとして提案したい (資料 1、2)。

## 研究 2. 精神科患者の地域移行の過程についての調査

今回の調査では対象者の記録をパスの形式で得たため、対象者間で支援の実施された時期と内容が多様であったこととあわせて、医療機関の各職と地域の専門職とが入院中から連携して支援を実施したことで対象者の地域生活への移行が実現している実態を確認できた。

調査で対象者層を訪問看護事業または地域移行支援事業の利用者に限定したのは、事業として実施される支援の内容が一定のものであり、複数のデータを同一の基準で集計できると考えたためである。したがって、回答がさまざまな対象者を含んでいたことを踏まえ、図 3 の結果については、慎重な取り扱いが必要である。

また、今回集計に使用したのは、実施頻度と時間について具体的な数値が明確に記載されたものだけである。図 3 に記した数値は、実施された医療、看護、地域支援のそれぞれについて、ごく一部を拾ったものである。さらに、支援の量を換算するにあたり、診療報酬等は考慮せず、対象者の支援に関わった労力として計算するために人件費に換算した。人件費については予め用意した金額を用いたが、実際に関与した担当者の金額ではないため、担当者の経験年数や地域および施設による差が反映されていない。

さらに、全体として例数が少なく換算できなかつたため欠損値として扱われたもの

があったことから統計的な分析は実施しなかった。

以上のような多くの限界はあるものの、図3をみると、地域生活へ向けた支援は準備期後期として示した退院2カ月前の時期に集中して行われていることがうかがえた。退院後の支援が1年あるいはそれ以上にわたり実施されたものであることと比較して、後期に行われる支援は濃密であったことがわかる。ちなみに、この時期の支援として回答では相談支援事業所等による病棟訪問や支援会議等があげられていた。この時期の支援について、退院に促進的に働く要因の構造を解明していくことが次の課題である。

また、開始期については、実際の退院のかなり前から担当者による病棟訪問や顔見せ等の関わりが行われており、時間をかけて信頼関係を構築していった様子が見えたと述べた。実施時間や人件費の数值は、期間全体の長さからすると密度がより低く見えるが、この時期の関係者の支援が適正に評価されなければならないであろう。

本稿ではパスの形式で回答を得たことで複数の専門職の関わりを把握できたと前述したが、記録の作成の方法について述べると、用意された項目に基づき実施の有無をチェックしていくようなパスを用いた記録では、先行する調査<sup>46)7)</sup>のような集計方法で支援に関わった専門職の動きを詳細に把握するには情報を補足するための工夫を要すると考えた。例えば、今回、支援会議等については、会議の参加者数や顔ぶれに関する情報が記載されていなかったため、関係者の活動量を正確に集計できたわけではない。

情報をどこまで詳細に記録するか、今後の課題として引き続き研究を要するものの、本研究の方法をこれから退院をする患者にも適用し経験を蓄積することで、パスを活用して「重度かつ慢性」に該当するものの地域

連携の取り組みを評価することが可能となると考えた。

## E. 結論

地方公共団体が地域医療計画を活用し精神疾患について地域で共通して使用できるパスを作成し普及に取り組むことは、「重度かつ慢性」の基準に該当するものの医療を検討する際にも役に立つことが期待される。

精神科病院を退院したものが地域へ移行していく過程について、パスを活用して地域の専門職の関わりを記録することは、対象者のための地域連携を評価する指標となることが期待される。

## 参考文献

- 1) 中医協平成27年4月22日付 平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成26年度調査)の速報案について. 2015.
- 2) 平成21年度障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業」(社団法人 全国訪問看護事業協会) 報告書, 2010.
- 3) 平成25年度障害者総合福祉推進事業「基幹相談支援センターの実態とあり方に関する調査研究」(長野県相談支援専門員協会) 報告書, 2014.
- 4) 平成25年度障害者総合福祉推進事業「相談支援に係る業務実態調査」(日本相談支援専門員協会) 報告書, 2014.
- 5) 堀口寿広: スクールカウンセラー, 発達障害者支援センターとつなげる. 小児内科48(5), 2016 (印刷中).
- 6) 厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)「児童福祉施設等における被虐待児童の実態等に関する調査研究」(主任研究者: 才村 純) 平成14年度研究報告

書, 2003.

- 7) 厚生労働科学研究(障害者対策総合研究事業(障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野))「障害者への虐待と差別を解決する社会体制の構築に関する研究」(研究代表者:堀口寿広)平成26年度研究報告書, 2015.
- 8) 堀口寿広:長期在院患者へのクリニカルパス. 精神看護 18(3); 292-296, 2015.

F. 健康危険情報  
なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Horiguchi T, Akiyama C: Medical costs of evaluating intellectual and developmental disabilities in a unit established in a Japanese outpatient office. Journal of Intellectual Disability Diagnosis and Treatment 3(4); 213-217, 2016.

- 2) 堀口寿広:長期在院患者へのクリニカルパス. 精神看護 18(3); 292-296, 2015.

2. 学会発表  
なし

3. 書籍  
なし

4. その他  
なし

H. 知的所有権の出願・登録状況(予定を含む)

む)

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

謝辞

調査にご協力下さった多くの団体ならびに個人の皆様方に深謝申し上げます。

協力者(五十音順)

東 美奈子	訪問看護ステーションレリー サ 管理者
木村 潔	特定非営利活動法人スペース ぴあ サービス管理責任者
児玉隆江	特定非営利活動法人上小地域 障害者自立生活支援センタ ー 相談支援専門員
橋詰 正	特定非営利活動法人上小地域 障害者自立生活支援センタ ー 相談支援専門員 所長
八田智美	地方独立行政法人岡山県精神 科医療センター 精神保健福 祉士・社会福祉士
矢田勇慈	地方独立行政法人岡山県精神 科医療センター 医長

資料1

A.診療計画表

記入者

患者氏名	(性別 )	生年月日
		身長・体重

急性期病院予約・連絡先
急性期病院主治医・連絡先
かかりつけ医・連絡先

時期 項目	入院時 (～1週間)	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年	10年
治療目標 アウトカム	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>不穏・興奮状態の改善</li> <li>安全の確保</li> <li>睡眠・休息の確保</li> <li>栄養状態の改善</li> <li>治療の必要性について理解できる・協力が得られる</li> <li>静かな環境で落ち着いて過ごせ、隔離解除となる</li> <li>病棟の環境に慣れる</li> <li>入院の目標・退院時の目標を共有する</li> </ul> <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>精神・身体状態</li> <li>安定度</li> <li>活動性</li> <li>食欲</li> <li>睡眠</li> <li>排泄</li> <li>保清</li> <li>服薬</li> <li>コンプライアンス</li> <li>作用・副作用の評価</li> <li>身体管理がなされている</li> </ul>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>状態(症状)の安定、病的体験の改善</li> <li>生活リズムを整える</li> <li>病棟の獲得(睡眠・休息の量・質的な確保)</li> <li>入院の目標・退院時の目標の再確認と目標の共有</li> <li>対人交流の増加、集団への参加</li> <li>一般病床での生活への適応</li> <li>主治医の診察に応じることができる・服薬ができる</li> <li>スタッフに自分のことが話せる</li> <li>病棟内(大部屋)レベルでの自立</li> <li>家族との良好な関係の構築</li> <li>食事・洗面・入浴・洗濯自立</li> <li>入院時エピソードの振り返り</li> <li>ADLの向上</li> </ul> <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>刺激・症状の増減の評価</li> <li>服薬</li> <li>コンプライアンス</li> <li>作用・副作用の評価</li> <li>院外生活の評価</li> </ul>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>退院する</li> <li>退院の準備に向けて行動できる</li> <li>単独で外出・外泊する</li> <li>服薬を継続することの必要性がわかる</li> <li>退院の必要性を理解する</li> <li>治療に主体的・積極的に参加することができる</li> <li>薬以外の対処方法を身につける</li> <li>病棟・対処方法の獲得</li> <li>悪化するとき微候の認識</li> <li>不調のとき誰に相談するか</li> <li>家族の受け入れ態勢が整う</li> </ul> <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>服薬</li> <li>コンプライアンス</li> <li>作用・副作用の評価</li> </ul>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>安定して地域生活が送れる</li> <li>定期的な外来通院ができる</li> <li>デイケアに通う</li> <li>短期的な服薬の自己管理ができる</li> <li>再発・再燃の予防</li> <li>就業など将来の目標設定ができる</li> </ul> <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>精神・身体状態</li> <li>安定度</li> <li>活動性</li> <li>食欲</li> <li>睡眠</li> <li>排泄</li> <li>保清</li> </ul>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>精神症状の安定</li> <li>定期的な外来通院ができる</li> <li>安定した地域生活が送れる</li> <li>服薬の自己管理ができる</li> <li>自ら希望する生活に向かう準備をする</li> <li>将来の目標設定(就労の準備)</li> <li>就労のステップアップ</li> </ul>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>精神症状が落ち着いて自立した生活ができる</li> <li>症状悪化時に早期の対処ができる</li> <li>定期的な外来通院ができる</li> </ul> <p>・障害者枠での就労</p>
治療行為 タスク	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>薬物療法</li> <li>行動制限の指示</li> <li>精神療法</li> <li>OTの検討</li> <li>入院時カンファレンス</li> </ul> <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護面接</li> <li>各検査(血液、尿、Xp、ECG等)の実施</li> <li>入院治療計画書</li> <li>薬剤の調整</li> <li>制限内容の理解</li> <li>身体管理</li> <li>入院時の診察、説明、告知</li> <li>精神症状・問題行動の把握及び観察</li> <li>身体状況・生活状況の確認</li> <li>睡眠状況の確認</li> <li>家族への説明</li> <li>危険物・貴重品の確認</li> <li>栄養評価</li> <li>服薬指導</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>薬物療法</li> <li>精神療法</li> <li>家族面接</li> <li>治療について今後の本人・家族の希望確認</li> <li>中間カンファレンス</li> <li>退院に向けた今後の治療方針説明(本人・家族)</li> <li>退院前訪問検討</li> <li>デイケア検討</li> </ul> <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護面接</li> <li>退院前訪問(看護師+PSW)</li> </ul> <p>【心理士】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>心理検査</li> <li>心理面接</li> </ul> <p>【OT】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>病棟OT参加</li> <li>行動制限見直し</li> <li>診断、入院形態の変更</li> <li>服薬指導・確実な与薬</li> <li>心理教育</li> <li>薬物療法の評価、実施(副作用のチェック)</li> <li>疾患教育</li> <li>家族教育</li> <li>諸検査(EEG、胸部Xp、心理)</li> <li>精神症状の評価</li> <li>治療計画・治療チームへの指針</li> <li>SST等の検討(処方箋の記入)</li> <li>入院時の振り返り</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外出・外泊訓練</li> <li>服薬自己管理</li> <li>服薬指導</li> <li>薬物療法の薬効と副作用の観察</li> <li>作業療法</li> <li>退院前ケースカンファレンス(患者、家族に退院後の方向性を説明)</li> <li>家族面談</li> <li>再発予防についての教育(心理教育)</li> <li>退院前訪問</li> <li>治療の状況の確認と対処</li> <li>治療反応性・行動の評価</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>薬物療法</li> <li>外来診察</li> <li>通院(回/月)</li> <li>デイケア</li> </ul> <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>疾病教育</li> <li>訪問看護</li> <li>継続(回/週)</li> <li>精神状態の評価</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来診察</li> <li>通院(回/月)</li> <li>精神療法の実施</li> <li>デイケア</li> <li>薬物療法</li> </ul> <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>症状改善の評価</li> <li>本人の就労意欲の確認</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来診察</li> <li>通院(回/月)</li> </ul>
かかりつけ 医	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報提供書の依頼</li> <li>情報収集</li> <li>他科受診</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療情報提供書を準備する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療情報の提供</li> <li>入院中の経過と治療方針の共有</li> <li>継続診療の依頼</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者とかかりつけ医、入院時の医師、コメディカルによるカンファレンス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者のニーズに合わせ協議</li> <li>通院する医療機関の見学</li> </ul>	
社会資源 の利用	<p>【PSW】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>制度の利用状況を確認する</li> <li>経済状況確認</li> <li>保護者制度説明</li> <li>限度額適応認定証の説明</li> </ul>	<p>【PSW】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活支援に関する情報収集・提供</li> <li>障害区分認定調査・検討</li> <li>・デイケア</li> <li>・訪問看護</li> <li>・家族会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>制度利用に必要な手続き</li> <li>障害者手帳申請</li> <li>障害程度区分認定</li> <li>自立支援医療の説明</li> <li>訪問看護導入</li> <li>デイケア導入</li> <li>作業療法への参加見学</li> <li>家族会</li> <li>就労支援施設</li> <li>ピアサポーターの活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日中の活動場所利用(デイケアなど)</li> <li>福祉制度の利用・見直し</li> <li>・訪問看護</li> <li>・障害年金</li> <li>・就労支援学校</li> <li>・家族会</li> <li>・OT</li> </ul>	<p>【PSW】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>就労支援</li> <li>職業訓練プログラム利用</li> <li>作業所等の就労支援</li> <li>福祉施設等の同伴見学</li> <li>・家族会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>アルバイト等の就労</li> <li>福祉制度の利用・見直し</li> <li>・必要時に訪問看護を継続</li> <li>・家族との連携</li> <li>・家族会</li> </ul>
その他						

太字は2回の調査結果を合算して回答数が10件を超えた項目等



資料1

A.診療計画表

記入者

患者氏名	(性別)	生年月日	急性期病院予約・連絡先
		身長・体重	急性期病院主治医・連絡先
			かかりつけ医・連絡先

時期	入院時 (～1週間)	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年	10年
項目	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>不穏・興奮状態の改善</li> <li>安全の確保</li> <li>睡眠・休息の確保</li> <li>栄養状態の改善</li> <li>治療の必要性について理解できる・協力が得られる</li> <li>静かな環境で落ち着いて過ごせ、隔離解除となる</li> <li>病棟の環境に慣れる</li> <li>入院の目標・退院時の目標を共有する</li> </ul> <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>精神・身体状態</li> <li>安定度</li> <li>活動性</li> <li>食欲</li> <li>睡眠</li> <li>排泄</li> <li>保清</li> <li>服薬</li> <li>コンプライアンス</li> <li>作用・副作用の評価</li> <li>身体管理がなされている</li> </ul>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>状態(症状)の安定、病的体験の改善</li> <li>生活リズムを整える</li> <li>病識の獲得</li> <li>(睡眠・休息の量・質的な確保)</li> <li>入院の目標・退院時の目標の再確認と目標の共有</li> <li>対人交流の増加、集団への参加</li> <li>一般病棟での生活への適応</li> <li>主治医の診察に応じることが出来る・服薬ができる</li> <li>スタッフに自分のことが話せる</li> <li>病棟内(大部屋)レベルでの自立</li> <li>家族との良好な関係の構築</li> <li>食事・洗面・入浴・洗濯自立</li> <li>入院時エピソードの振り返り</li> <li>ADLの向上</li> </ul> <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>刺激・症状の増減の評価</li> <li>服薬</li> <li>コンプライアンス</li> <li>作用・副作用の評価</li> <li>院外生活の評価</li> </ul>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>退院する</li> <li>退院の準備に向けて行動できる</li> <li>単独で外出・外泊する</li> <li>服薬を継続することの必要性がわかる</li> <li>通院の必要性を理解する</li> <li>治療に主体的・積極的に参加することができる</li> <li>薬以外の対処方法を身につける</li> <li>病識・対処方法の獲得</li> <li>悪化するとき徴候の認識</li> <li>不調のとき誰に相談をするか</li> <li>家族の受け入れ態勢が整う</li> </ul> <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>服薬</li> <li>コンプライアンス</li> <li>作用・副作用の評価</li> </ul>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>安定して地域生活が送れる</li> <li>定期的な外来通院ができる</li> <li>デイケアに通う</li> <li>短期的な服薬の自己管理ができる</li> <li>再発・再燃の予防</li> <li>就業など将来の目標設定ができる</li> </ul> <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>精神・身体状態</li> <li>安定度</li> <li>活動性</li> <li>食欲</li> <li>睡眠</li> <li>排泄</li> <li>保清</li> </ul>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>精神症状の安定</li> <li>定期的な外来通院ができる</li> <li>安定した地域生活が送れる</li> <li>服薬の自己管理ができる</li> <li>自ら希望する生活に向かう準備をする</li> <li>将来の目標設定(就労の準備)</li> <li>就労のステップアップ</li> </ul>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>精神症状が落ち着いて自立した生活ができる</li> <li>症状悪化時に早期の対処ができる</li> <li>定期的な外来通院ができる</li> </ul> <p>・障害者枠での就労</p>
治療目標アウトカム	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>薬物療法</li> <li>行動制限の指示</li> <li>精神療法</li> <li>OTの検討</li> <li>入院時カンファレンス</li> </ul> <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護面接</li> </ul> <p>【各検査(血液、尿、Xp、ECG等)の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院治療計画書</li> <li>薬剤の調整</li> <li>制限内容の理解</li> <li>身体管理</li> <li>入院時の診察、説明、告知</li> <li>精神症状、問題行動の把握及び観察</li> <li>身体状況・生活状況の確認</li> <li>睡眠状況の確認</li> <li>家族への説明</li> <li>危険物・貴重品の確認</li> <li>栄養評価</li> <li>服薬指導</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>薬物療法</li> <li>精神療法</li> <li>家族面接</li> <li>(治療について今後の本人・家族の希望確認)</li> <li>中間カンファレンス</li> <li>退院に向けた今後の治療方針説明(本人・家族)</li> <li>退院前訪問検討</li> <li>デイケア検討</li> </ul> <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護面接</li> <li>退院前訪問(看護師+PSW)</li> </ul> <p>【心理士】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>心理検査</li> <li>心理面接</li> </ul> <p>【OT】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>病棟OT参加</li> <li>行動制限見直し</li> <li>・診断、入院形態の変更</li> <li>・服薬指導・確実な与薬</li> <li>心理教育</li> <li>疾患教育</li> <li>家族教育</li> <li>諸検査(EEG、胸部Xp、心理)</li> <li>精神症状の評価</li> <li>治療計画・治療チームへの指針</li> <li>SST等の検討(処方箋の記入)</li> <li>入院時の振り返り</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外処・外泊訓練</li> <li>服薬自己管理</li> <li>服薬指導</li> <li>薬物療法の薬効と副作用の観察</li> <li>作業療法</li> <li>退院前ケースカンファレンス(患者・家族に退院後の方向性を説明)</li> <li>家族面談</li> <li>再発予防についての教育(心理教育)</li> <li>退院前訪問</li> <li>治療の状況の確認と対処</li> <li>治療反応性・行動の評価</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>薬物療法</li> <li>外来診察</li> <li>通院(回/月)</li> <li>精神療法の実施</li> <li>デイケア</li> <li>薬物療法</li> </ul> <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>疾病教育</li> <li>訪問看護</li> <li>継続(回/週)</li> <li>精神状態の評価</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来診察</li> <li>通院(回/月)</li> <li>精神療法の実施</li> <li>デイケア</li> <li>薬物療法</li> </ul> <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>症状改善の評価</li> <li>本人の就労意欲の確認</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来診察</li> <li>通院(回/月)</li> </ul>
治療行為タスク	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>薬物療法</li> <li>精神療法</li> <li>OTの検討</li> <li>入院時カンファレンス</li> </ul> <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護面接</li> </ul> <p>【各検査(血液、尿、Xp、ECG等)の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院治療計画書</li> <li>薬剤の調整</li> <li>制限内容の理解</li> <li>身体管理</li> <li>入院時の診察、説明、告知</li> <li>精神症状、問題行動の把握及び観察</li> <li>身体状況・生活状況の確認</li> <li>睡眠状況の確認</li> <li>家族への説明</li> <li>危険物・貴重品の確認</li> <li>栄養評価</li> <li>服薬指導</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>薬物療法</li> <li>精神療法</li> <li>家族面接</li> <li>(治療について今後の本人・家族の希望確認)</li> <li>中間カンファレンス</li> <li>退院に向けた今後の治療方針説明(本人・家族)</li> <li>退院前訪問検討</li> <li>デイケア検討</li> </ul> <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護面接</li> <li>退院前訪問(看護師+PSW)</li> </ul> <p>【心理士】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>心理検査</li> <li>心理面接</li> </ul> <p>【OT】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>病棟OT参加</li> <li>行動制限見直し</li> <li>・診断、入院形態の変更</li> <li>・服薬指導・確実な与薬</li> <li>心理教育</li> <li>疾患教育</li> <li>家族教育</li> <li>諸検査(EEG、胸部Xp、心理)</li> <li>精神症状の評価</li> <li>治療計画・治療チームへの指針</li> <li>SST等の検討(処方箋の記入)</li> <li>入院時の振り返り</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外処・外泊訓練</li> <li>服薬自己管理</li> <li>服薬指導</li> <li>薬物療法の薬効と副作用の観察</li> <li>作業療法</li> <li>退院前ケースカンファレンス(患者・家族に退院後の方向性を説明)</li> <li>家族面談</li> <li>再発予防についての教育(心理教育)</li> <li>退院前訪問</li> <li>治療の状況の確認と対処</li> <li>治療反応性・行動の評価</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>薬物療法</li> <li>外来診察</li> <li>通院(回/月)</li> <li>精神療法の実施</li> <li>デイケア</li> <li>薬物療法</li> </ul> <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>疾病教育</li> <li>訪問看護</li> <li>継続(回/週)</li> <li>精神状態の評価</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来診察</li> <li>通院(回/月)</li> <li>精神療法の実施</li> <li>デイケア</li> <li>薬物療法</li> </ul> <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>症状改善の評価</li> <li>本人の就労意欲の確認</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来診察</li> <li>通院(回/月)</li> </ul>
かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報提供書の依頼</li> <li>情報収集</li> <li>他科受診歴</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療情報提供書を準備する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療情報の提供</li> <li>入院中の経過と治療方針の共有</li> <li>継続診療の依頼</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者とかかりつけ医、入院時の医師、コメディカルによるカンファレンス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者のニーズに合わせ協議</li> <li>通院する医療機関の見学</li> </ul>	
社会資源の利用	<p>【PSW】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>制度の利用状況を確認する</li> <li>経済状況確認</li> <li>保護者制度説明</li> <li>限度額適応認定証の説明</li> </ul>	<p>【PSW】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活支援に関する情報収集・提供</li> <li>障害区分認定調査・検討</li> <li>・デイケア</li> <li>・訪問看護</li> <li>・家族会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>制度利用に必要な手続き</li> <li>障害者手帳申請</li> <li>障害程度区分認定</li> <li>自立支援医療の説明</li> <li>訪問看護導入</li> <li>デイケア導入</li> <li>作業療法への参加見学</li> <li>家族会</li> <li>就労支援施設</li> <li>ピアサポーターの活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日中の活動場所利用(デイケアなど)</li> <li>福祉制度の利用・見直し</li> <li>訪問看護</li> <li>障害年金</li> <li>就労支援学校</li> <li>・家族会</li> <li>・OT</li> </ul>	<p>【PSW】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>就労支援</li> <li>職業訓練プログラム利用</li> <li>作業所等の就労支援</li> <li>福祉施設等の同伴見学</li> <li>・家族会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>アルバイト等の就労</li> <li>福祉制度の利用・見直し</li> <li>・必要時に訪問看護を継続</li> <li>家族との連携</li> <li>・家族会</li> </ul>
その他						

太字は2回の調査結果を合算して回答数が10件を超えた項目等



分担研究報告

分担研究者 立森久照

国立研究開発法人  
国立精神・神経医療研究センター

平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）  
精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究  
分担研究報告書

重症入院患者の評価方法の開発と統計処理方法に関する研究

研究分担者 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)  
研究協力者 加藤直広 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)  
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)  
竹島正 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨：【目的】精神病床に 1 年以上継続して入院していた者を対象とした調査のデータの解析を行い、「重度かつ慢性」の暫定基準案の妥当性の確認と「重度かつ慢性」と関連する要因の探索を行った。【方法】精神病床に 1 年以上継続して入院していた者を対象とした調査のデータの解析を次の内容で行った。「重度かつ慢性」の暫定基準案を独立変数とするロジスティック回帰分析により、暫定基準案の妥当性を確認した。また、暫定基準案のいずれかに該当するか否かを用いた推定を併せて行い結果を比較した。さらに「重度かつ慢性」と関連する要因を検討するために、調査項目を独立変数とするロジスティック回帰分析を行い、予測に最適なモデルを選択した。【結果】暫定基準案を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った結果から、精神症状、行動障害、生活障害に該当する患者は「重症または不安定」と判定されやすいと考えられる。一方、身体合併症の有無については「重症または不安定」との関連は大きくないと考えられる。また各調査項目を独立変数の候補としてロジスティック回帰分析を行った結果から、BPRS（概念の統合障害、興奮および緊張）、未退院理由（家庭内調整、生活費、受け入れ先の確保および地域社会の反発の問題）、問題行動（集中力低下、多飲水および物や人へのこだわり）、生活障害（保清）、退院支援の有無、入院形態は「重症または不安定」との関連が大きいと考えられる。【結論】暫定基準案と「重症または不安定」の間に結果に示したような関連があったことから、暫定基準案に一定の基準関連妥当性があると考えられる。しかし、感度は許容範囲と思われたが、特異度は低いことに留意する必要がある。さらに感度は許容範囲内にはあるとはいえ、実際は重度かつ慢性であるがそうではないと判定される者が一定数発生する。実際は重度かつ慢性である者がそのように判定されず、そのために必要な支援を受けられないことがもしあるとすれば、本人の不利益に繋がる。実際の運用においては、暫定基準案だけで単純に判定するのではなく、医師や医療関係者による判断も加味して、できるだけこうしたことが生じないような措置を取ると考えられた。

A. 研究目的

平成 24 年 6 月の精神科医療の機能分化と質の向上に関する検討会（以下「検討会」と略す）において、精神科入院医療の今後の方向性として、「精神科の入院患者は、「重度かつ慢性」の

患者を除き、1 年で退院させ、入院外治療へ移行させる仕組みを検討する」との方針がまとめられた。ここで「重度かつ慢性」の患者の基準については、調査研究等を通じて明確化していくこととされており、精神科病院における長期

入院患者の実態を把握することを目的とした実態調査を行い、「重度かつ慢性」の基準作成に活用することになった。

これを受けて平成 24 年度に「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班」（主任研究者：安西信雄）にワーキングチーム(WT)を設け、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。これは全国の精神病床に 1 年以上在院中の患者から無作為に約 1/10 を抽出して調査を実施する大規模調査であったが、長期在院患者の全体像を把握し、そこから「重度かつ慢性」患者を抽出するための手がかりを得ることを目的とした実態調査であった。

この調査結果も参考にしつつ、検討会での議論を経て、「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」の 25 年度報告書（以下、25 年度報告書と称す）で、エキスパートコンセンサスによる「重度かつ慢性」の暫定基準案が示された。暫定基準案の内容は表 1 に示した。

また平成 25 年 2 月「精神科病院における長期在院者における調査」（以下、2 月調査と称す）が実施された。本報告書では、この 2 月調査のデータを用いて、重度かつ慢性」の暫定基準案の妥当性の確認と「重度かつ慢性」と関連する要因の探索を行った。

## B. 研究方法

2 月調査の実施方法の詳細および調査項目は 25 年度報告書を参照されたい。ここには、そこから抜粋した概要のみ記す。精神病床を有する病院約 1,300 施設に調査への回答を依頼した。平成 24 年 10 月初めから 12 月末の間に入院し、調査日時点で 1 年以上 1 年 3 カ月未満継続して在院していた患者から、入院期間が短い順に 1 病院あたり最大 5 名の患者を選択し、それらの患者の現在の状態を評価した。調

査は平成 26 年 1 月 10 日から 2 月末に行われた。317 施設から 818 名の患者についてデータを収集できた。

本報告書ではこのデータを分析することにより、1 年以上精神病床への入院が継続している者における「重度かつ慢性」の暫定基準案の妥当性の確認と「重度かつ慢性」と関連する要因の探索のために、次の分析を行った。なお、調査項目への回答には欠測が存在したために以下の分析に用いる全ての項目に欠測のない者を抽出し解析対象集団とした。解析対象集団の人数は 674 名である。

### 1. 「重度かつ慢性」の暫定基準案の妥当性の確認

「重度かつ慢性」の暫定基準案の妥当性を検証するため、それらを独立変数として、未退院の理由が症状が重症または不安定なことであるか否か（以下、「重症または不安定」）をロジスティック回帰分析により推定し、その精度を確認した。ここで、暫定基準案は以下の 4 つの項目である。

- ・ 精神症状：BPRS45 点以上または精神症状のどれかが高度（6 点以上）
- ・ 行動障害：問題行動評価表（25 年度報告書 7 ページ）による基準で、「その他」を除くいずれかの項目で「月に 1～2 回程度」以上
- ・ 生活障害：障害者自立支援法医師意見書の生活障害評価において、「社会的適応を妨げる行動」以外のいずれかの項目で 4 点以上
- ・ 身体合併基準：水中毒、反復性イレウスもしくは反復性肺炎のいずれかに該当

また、上の 4 つの項目のいずれかに該当するか否かを用いて「重症または不安定」の推定を併せて行い、結果を比較した。

## 2. ロジスティック回帰による「重度かつ慢性」との関連要因の探索

「重度かつ慢性」と関連する要因を検討するため、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。ここでは「重症または不安定」な場合を「重度かつ慢性」として扱い、これを目的変数とした。独立変数の候補となった調査項目は以下のとおりである。

- ・ 過去の入院の有無
- ・ 性別
- ・ 主診断名 (F0, F1, F2, F3, それ以外)
- ・ 入院形態 (任意入院, それ以外)
- ・ 問題行動の有無 (質問票の間 06-(1))
- ・ ADL (質問票の間 09:自立, 要準備, 要観察, 要援助)
- ・ 生活障害評価 (質問票の間 10)
- ・ 身体合併症 (水中毒, 反復性イレウス, 反復性肺炎およびその他の合併症それぞれの有無)
- ・ 未退院の理由 (質問票の間 14)
- ・ 退院支援の有無
- ・ BPRS (質問票の間 16)

ただし問題行動において、放火および異食は該当するものが少数かつ完全分離となっているため独立変数の候補から除外した。

これらの項目の度数分表または記述統計量を表 2 および 3 に示した。

### (倫理面への配慮)

本研究は、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会の承認(承認番号:A2012-106)を得て実施した。

## C. 研究結果

### 1. 「重度かつ慢性」の暫定基準案の妥当性の

### 確認

暫定基準案を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った結果、回帰係数は表 4 のようになった。この結果から、精神症状、行動障害、生活障害に該当する患者は「重症または不安定」と判定されやすいと考えられる。一方、身体合併症の有無については「重症または不安定」との関連は大きくないと考えられる。

上のモデルに対する観測と予測のクロス表を表 6 の model 1-1 に示した。さらに、いずれかの該当する項目の有無により推定を行った場合の結果を表 6 の model 1-2 に示した。また、それぞれ場合の感度、特異度、陽性的中度および陰性的中度を表 7 に示した。全正解率においては、model 1-1 と model 1-2 では大きな差はなかった。一方 model 1-2 において、感度および特異度に大きな偏りがあった。このことから、model 1-2 では「重症または不安定」と判断されやすい傾向があると考えられる。

### 2. ロジスティック回帰による「重度かつ慢性」との関連要因の探索

各調査項目を独立変数の候補としてロジスティック回帰分析を行った結果、表 5 のようになった。この結果から、以下の model 2 で選択された調査項目は「重症または不安定」との関連が大きいと考えられる。

- ・ BPRS (概念の統合障害, 興奮および緊張)
- ・ 未退院理由 (家庭内調整, 生活費, 受け入れ先の確保および地域社会の反発の問題)
- ・ 問題行動 (集中力低下, 多飲水および物や人へのこだわり)
- ・ 生活障害 (保清)
- ・ 退院支援の有無
- ・ 入院形態

この中で、BPRS (概念の統合障害, 興奮およ

び緊張), 未退院理由(地域社会の反発の問題), 問題行動(集中力低下, および物や人へのこだわり), 生活障害(保清), 退院支援の有無はオッズ比が1より大きく, 未退院理由(家庭内調整の問題あり, 生活費の確保の問題あり, 受け入れ先の確保の問題あり), 問題行動(多飲水), 入院形態(任意入院)はオッズ比が1より小さい。

また, このモデルに対する観測と予測のクロス表を表6のmodel 2に示した。さらに, このときの感度, 特異度, 陽性的中度および陰性的中度を表7に示した。この結果から, 全正解率, 感度, 特異度, 陽性的中度および陰性的中度ともにmodel 1-1を上回っていると考えられる。

#### D. 考察

暫定基準案と「重症または不安定」の間に結果に示したような関連があったことから, 暫定基準案に一定の基準関連妥当性があると考えることができる。しかし, model 1-1 および 1-2 の何れにおいても感度(本当は重度かつ慢性の人をどれだけ正しく判定したか)は許容範囲と思われたが, 特異度(本当は重度かつ慢性ではない人をどれだけ正しく判定したか)は低いことに留意する必要がある。結果, 陽性, 陰性の両的中度は60%から75%程度になる。

特異度の低さは, 実際は重度かつ慢性ではない者を重度かつ慢性であると判定してしまうことを示しており, 実際の運用の前にはこうした誤って重度かつ慢性と判定された者の取り扱いを定めておくことが必要であろう。また感度も許容範囲内にはあるものの, model 1-1では約30%, model 1-2では約5%程度の者が実際は重度かつ慢性であるのにそうではないと判定される。

実際は重度かつ慢性である者がそのように判定されず, そのために必要な支援を受けられ

ないことがもしあるとすれば, 本人の不利益に繋がる。実際の運用においては, 暫定基準案だけで単純に判定するのではなく, 医師や医療関係者による判断も加味して, できるだけこうしたことが生じないような措置を取る必要があると考えられた。

また model 2 より, 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必要があると思われた。

#### E. 結論

暫定基準案に一定の基準関連妥当性があると考えることができる。しかし, 感度は許容範囲と思われたが, 特異度は低いことに留意する必要がある。さらに感度は許容範囲内にはあるとはいえ, 実際は重度かつ慢性であるがそうではないと判定される者が一定数発生する。実際は重度かつ慢性である者がそのように判定されず, そのために必要な支援を受けられないことがもしあるとすれば, 本人の不利益に繋がる。実際の運用においては, 暫定基準案だけで単純に判定するのではなく, 医師や医療関係者による判断も加味して, できるだけこうしたことが生じないような措置を取る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 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1 「重度かつ慢性」暫定基準案

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 (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 (レイウス)

③反復性肺炎

表 2 解析対象集団での各項目への回答 (1/3)

	重症または不安定		その他		全体	
	人数	%	人数	%	人数	%
過去の入院あり	321	75.4	182	73.4	503	74.6
男性	218	51.2	121	48.8	339	50.3
措置, 医療保護入院	247	58.0	103	41.5	350	51.9
自殺念慮あり	24	5.6	4	1.6	28	4.2
自傷行為あり	15	3.5	3	1.2	18	2.7
言語的暴力あり	119	27.9	36	14.5	155	23.0
身体的暴力あり	43	10.1	9	3.6	52	7.7
衝動性あり	124	29.1	38	15.3	162	24.0
器物破壊あり	25	5.9	8	3.2	33	4.9
他者への迷惑行為あり	132	31.0	38	15.3	170	25.2
性的逸脱行為あり	15	3.5	7	2.8	22	3.3
失禁あり	111	26.1	48	19.4	159	23.6
不潔行為あり	75	17.6	22	8.9	97	14.4
衣類を破る, 脱ぐあり	29	6.8	12	4.8	41	6.1
収集癖あり	37	8.7	9	3.6	46	6.8
てんかん発作あり	4	0.9	1	0.4	5	0.7
気分易変性あり	238	55.9	77	31.0	315	46.7
集中力低下あり	265	62.2	95	38.3	360	53.4
特定の物や人に対する強いこだわりあり	221	51.9	77	31.0	298	44.2
ストレス脆弱性あり	269	63.1	112	45.2	381	56.5
服薬非遵守あり	105	24.6	32	12.9	137	20.3
介助等への拒否, 拒絶, 抵抗行為あり	149	35.0	36	14.5	185	27.4
徘徊あり	90	21.1	29	11.7	119	17.7
多動, 行動の停止あり	102	23.9	29	11.7	131	19.4
強迫行為あり	68	16.0	17	6.9	85	12.6
過食, 拒食あり	51	12.0	13	5.2	64	9.5
多飲水あり	56	13.1	21	8.5	77	11.4
物質依存あり	32	7.5	11	4.4	43	6.4
水中毒あり	50	11.7	17	6.9	67	9.9
イレウスあり	28	6.6	8	3.2	36	5.3
反復性肺炎あり	20	4.7	8	3.2	28	4.2
その他合併症あり	53	12.4	28	11.3	81	12.0
家庭内調整の問題あり	286	67.1	190	76.6	476	70.6
受け入れ先の確保の問題あり	192	45.1	126	50.8	318	47.2
生活費の確保の問題あり	15	3.5	21	8.5	36	5.3
自己負担の費用の問題あり	11	2.6	17	6.9	28	4.2
地域医療・サービスの問題あり	48	11.3	27	10.9	75	11.1
地域社会の反発の問題あり	29	6.8	10	4.0	39	5.8
その他の問題あり	65	15.3	25	10.1	90	13.4
退院支援あり	140	32.9	146	58.9	286	42.4
F0	85	20.0	41	16.5	126	18.7
F1	16	3.8	20	8.1	36	5.3
F2	245	57.5	134	54.0	379	56.2
F3	52	12.2	29	11.7	81	12.0
他	28	6.6	24	9.7	52	7.7

表2 解析対象集団での各項目への回答 (2/3)

	重症または不安定		その他		全体	
	人数	%	人数	%	人数	%
ADL ベッド上の可動性：自立	344	80.8	213	85.9	557	82.6
ADL ベッド上の可動性：要準備	6	1.4	8	3.2	14	2.1
ADL ベッド上の可動性：要観察	16	3.8	8	3.2	24	3.6
ADL ベッド上の可動性：要援助	60	14.1	19	7.7	79	11.7
ADL 移乗：自立	337	79.1	211	85.1	548	81.3
ADL 移乗：要準備	5	1.2	9	3.6	14	2.1
ADL 移乗：要観察	18	4.2	5	2.0	23	3.4
ADL 移乗：要援助	66	15.5	23	9.3	89	13.2
ADL 食事：自立	259	60.8	173	69.8	432	64.1
ADL 食事：要準備	48	11.3	38	15.3	86	12.8
ADL 食事：要観察	55	12.9	19	7.7	74	11.0
ADL 食事：要援助	64	15.0	18	7.3	82	12.2
ADL トイレの使用：自立	296	69.5	188	75.8	484	71.8
ADL トイレの使用：要準備	12	2.8	14	5.6	26	3.9
ADL トイレの使用：要観察	25	5.9	9	3.6	34	5.0
ADL トイレの使用：要援助	93	21.8	37	14.9	130	19.3
ADL 入浴：自立	209	49.1	143	57.7	352	52.2
ADL 入浴：要準備	24	5.6	20	8.1	44	6.5
ADL 入浴：要観察	42	9.9	20	8.1	62	9.2
ADL 入浴：要援助	151	35.4	65	26.2	216	32.0
ADL 衣服の着脱：自立	247	58.0	169	68.1	416	61.7
ADL 衣服の着脱：要準備	28	6.6	16	6.5	44	6.5
ADL 衣服の着脱：要観察	36	8.5	15	6.0	51	7.6
ADL 衣服の着脱：要援助	115	27.0	48	19.4	163	24.2
生活障害評価 食事：1	117	27.5	110	44.4	227	33.7
生活障害評価 食事：2	75	17.6	54	21.8	129	19.1
生活障害評価 食事：3	114	26.8	46	18.5	160	23.7
生活障害評価 食事：4	68	16.0	18	7.3	86	12.8
生活障害評価 食事：5	52	12.2	20	8.1	72	10.7
生活障害評価 生活リズム：1	70	16.4	80	32.3	150	22.3
生活障害評価 生活リズム：2	101	23.7	87	35.1	188	27.9
生活障害評価 生活リズム：3	142	33.3	46	18.5	188	27.9
生活障害評価 生活リズム：4	75	17.6	20	8.1	95	14.1
生活障害評価 生活リズム：5	38	8.9	15	6.0	53	7.9
生活障害評価 保清：1	61	14.3	69	27.8	130	19.3
生活障害評価 保清：2	83	19.5	77	31.0	160	23.7
生活障害評価 保清：3	117	27.5	58	23.4	175	26.0
生活障害評価 保清：4	102	23.9	22	8.9	124	18.4
生活障害評価 保清：5	63	14.8	22	8.9	85	12.6
生活障害評価 金銭管理：1	43	10.1	47	19.0	90	13.4
生活障害評価 金銭管理：2	45	10.6	39	15.7	84	12.5
生活障害評価 金銭管理：3	88	20.7	61	24.6	149	22.1
生活障害評価 金銭管理：4	99	23.2	38	15.3	137	20.3
生活障害評価 金銭管理：5	151	35.4	63	25.4	214	31.8
生活障害評価 服薬管理：1	31	7.3	51	20.6	82	12.2
生活障害評価 服薬管理：2	67	15.7	51	20.6	118	17.5
生活障害評価 服薬管理：3	97	22.8	53	21.4	150	22.3
生活障害評価 服薬管理：4	90	21.1	46	18.5	136	20.2
生活障害評価 服薬管理：5	141	33.1	47	19.0	188	27.9

表 2 解析対象集団での各項目への回答 (3/3)

	重症または不安定		その他		全体	
	人数	%	人数	%	人数	%
生活障害評価 対人関係：1	15	3.5	28	11.3	43	6.4
生活障害評価 対人関係：2	54	12.7	66	26.6	120	17.8
生活障害評価 対人関係：3	125	29.3	75	30.2	200	29.7
生活障害評価 対人関係：4	120	28.2	52	21.0	172	25.5
生活障害評価 対人関係：5	112	26.3	27	10.9	139	20.6
生活障害評価 電話の利用：1	58	13.6	69	27.8	127	18.8
生活障害評価 電話の利用：2	78	18.3	83	33.5	161	23.9
生活障害評価 電話の利用：3	94	22.1	36	14.5	130	19.3
生活障害評価 電話の利用：4	82	19.2	28	11.3	110	16.3
生活障害評価 電話の利用：5	114	26.8	32	12.9	146	21.7
生活障害評価 買い物：1	38	8.9	47	19.0	85	12.6
生活障害評価 買い物：2	63	14.8	60	24.2	123	18.2
生活障害評価 買い物：3	106	24.9	56	22.6	162	24.0
生活障害評価 買い物：4	101	23.7	43	17.3	144	21.4
生活障害評価 買い物：5	118	27.7	42	16.9	160	23.7
生活障害評価 交通手段：1	44	10.3	56	22.6	100	14.8
生活障害評価 交通手段：2	41	9.6	43	17.3	84	12.5
生活障害評価 交通手段：3	79	18.5	53	21.4	132	19.6
生活障害評価 交通手段：4	86	20.2	37	14.9	123	18.2
生活障害評価 交通手段：5	176	41.3	59	23.8	235	34.9