

平成 28 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金
(障害者政策総合研究事業 (精神障害分野))
分担研究報告書

重度かつ慢性の精神障害者の医療提供体制

分担研究者 安西信雄 帝京平成大学大学院 研究科長・教授

研究協力者 田口真源 (大垣病院、精神科病院協会) 原敬造 (原クリニック、精神科診療所協会)
井上新平 (さわ病院) 宮田量治 (山梨県立北病院) 木田直也 (国立病院機構琉球病院) 立森久照 (国立精神・神経医療研究センター)

研究要旨：平成25～27年度にかけて実施された精神科病院在院患者の全国調査（横断調査および前向き調査）にもとづき「重度かつ慢性」の基準が作成されたが、この基準は「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（平成29年2月8日）」に取り上げられ「精神疾患の重症度を医学的に評価する基準の一つとして活用する」という評価を受け、今後の精神病床における入院需要推計にも活用されている。しかし、この基準に該当する患者への医療提供体制や治療戦略については継続的な課題となっているので、本分担研究班で過去の調査資料に基づいて分析と検討を実施した。その結果、「重度かつ慢性」患者の定義の明文化、すでに長期化している長期在院患者のニーズに対応した治療と処遇の検討、入院後の比較的早期の長期化リスク評価の必要性、クロザピンの使用を普及するための方策、標準的な入院治療をどう考えるかなど、さらに掘り下げて検討すべき課題が明確になった。来年度は引き続き分担研究班での合意形成を重視しつつこれらの課題の解明を進める予定である。

A．研究目的

平成 25～27 年度厚生労働科学研究費補助金「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」(研究代表者：安西信雄) により実施された精神科病院在院患者の全国調査 (横断調査および前向き調査) にもとづき「重度かつ慢性」の基準が作成されたが、この基準に該当する患者への医療提供体制や治療戦略については継続的な課題となっている。そこで今年度は過去の調査資料に基づき、「重度かつ慢性」患者の基準や治療提供体制・治療戦略について今後取り組むべき課題とその方向性を明らかにすることを目的に検討を行った。

B．研究方法

今年度の研究は、過去に実施された調査研究データの追加解析をもとに分担研究班により検討し、課題を明確化する方法で実施した。

(倫理面への配慮)

今回は既存データの検討である。

C．研究結果

平成 28 年 6 月 4 日に第 1 回、平成 29 年 1 月

14 日に第 2 回班会議を実施し、その他、メーリングリスト等を通じて活発な意見交換を行った研究を実施した。

1. 「重度かつ慢性」基準案の評価をめぐって

当分担研究班で「重度かつ慢性」基準案の妥当性についてあらためて検討した結果、精神症状、行動障害、生活障害および身体合併症を基準として設定している現在の基準案は、平成 26～27 年に実施された「前向き調査」結果により妥当性が確認されており、関係者の間で合意も得られていることから、今後もこの基準案をもとに検討を進めていくことで合意された。

平成 29 年 2 月 8 日に出された厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」では、「重度かつ慢性」の基準案の取扱いが検討された結果、「精神疾患の重症度を医学的に評価する基準の一つとして活用する」という評価を受けた(図表 1～3)。今後の精神病床における入院需要推計にも活用されている(図表 4)。

2. 分担研究班の検討の結果と今後の課題

以下、分担研究班での検討結果をまとめたものである。「・」は情報、「」は分担研究班での検討結果 (意見を含む) 「」は今後の課題

を表す。

1)「重度かつ慢性」患者の定義の明文化

- ・基準案では「一定期間の適切な入院治療が行われても」、「精神症状 & ([行動障害]and/or[生活障害])」が所定の基準を満たす場合とした。(入院治療が必要な程度の身体合併症も考慮)

この基準案について、「適切な入院治療」とは何か、基準を満たせば「入院を継続しても仕方ない」ということよりも「通常以上の手厚い治療や支援が必要」という方向で考えるべきではないか、医療資源の格差や地域側の支援力の格差も考慮すべき、などの議論があった。「重度かつ慢性」の概念の一致が求められる。

本分担研究班の平成 29 年度の課題として、データに基づき定義を検討し明文化する。

2)すでに長期化している患者(OLS)の扱い

- ・「重度かつ慢性」(旧安西班)のデータをもとに、1年以上の長期入院患者のうち「重度かつ慢性」基準に該当しない&重い身体合併症を持たない患者の地域移行が目指されている

いわゆる「社会的入院」との差異を明確にするべきという意見あり

活発な精神症状が残存する、あるいは問題行動や陰性症状、生活障害が顕著なため、それらに配慮した治療プログラムが必要な場合がある

年齢階層別(65歳未満、65歳以上など)のニーズを検討

ニーズに対応した治療・支援プログラムを検討

3)入院後3ヵ月の「重度かつ慢性」リスク群の判定について

入院後1年経ってから手厚い治療を提供するのでなく、入院後早期～急性期治療への反応をみて、ハイリスク群を同定し、「重度かつ慢性」にさせないための手厚い治療を提供すべきではないか

入院3ヶ月時点の「重度かつ慢性」基準への該当・非該当と1年までに行われた治療の関連を検討したところ、薬物療法については入院3ヶ月以降に実施された治療介入と転帰とは有意な関連は見いだせず、心理社会的治療については個人精神療法と服薬指導で退院促進効果を認めた。

ハイリスク群の同定のための基準と必要な治療介入との関連についてさらに検討する

4)「重度かつ慢性」基準に該当しないが医師が「病状が重いため退院困難」とした群

基準から外れる人が不当に不利な扱いを受けないように注意する

「経歴上の問題」や、頻度が低くてもリスクが高い行動障害(たとえば放火など)などが医師判断に影響していないか検討する

5)「重度かつ慢性」基準の感度・特異度をもっとよくするための方法

- ・検討会で基準の精度をあげるよう要請あり
- 「重度かつ慢性」基準に関連する様々な要因を投入してロジスティック回帰を工夫する
- 医師判断に影響する要因をさらに検討
- 65歳以上と未満で分けると、未満群は精神症状がより活発で、以上群は運動減退・失見当識・心気症などが高いという結果あり、治療・支援ニーズが異なる可能性があるので年齢を分けた検討も実施

6)標準的な入院治療をどう定義するか、クロザピンやmECTをどう組み入れるか

クロザピンやmECTは地域ネットワークの中で使用しやすい仕組みを作るべきではないか(沖縄モデル等を参考に)

クロザピン治療導入を受け入れる側の病院(基幹病院等)で入院が長期化して施設基準上の不利が生ずる問題の対応が必要

クロザピン加算は月500点でインセンティブとして弱い。

「適切な入院治療」の中に「繰り返し退院への努力が行われた」ことが含まれるべきではないか。

個別的な治療だけでなく、チーム医療(多職種チームでの日常的な関わり)が効果があるのではないか

上記の1の課題と関連して分担研究班で標準的治療についての検討を進める

クロザピンやmECTを地域ネットワークの中で実施しやすくする方策を検討する

7)「重度かつ慢性」基準の妥当性検証と治療ガイドライン検討の試み

H29-30年度の厚労科研「重度かつ慢性・包括支援」の新規課題が採択されれば、本分担研究班での検討と連携して研究を進めることができる

とくに平成26~27年に実施した「前向き調

査」では十分な根拠が得られなかった問題について、新規の研究班に情報を提供して協働することにより、「重度かつ慢性」基準の妥当性検証と治療介入ニーズをさらに掘り下げて検討することが出来る。

新規の研究班で今後得られるであろうデータを踏まえて、政策提言に向けての検討を行う。

D. 考察

「重度かつ慢性」基準については合意されているので、基準を満たす人たちに必要な治療をどうするか、「重度かつ慢性」にならないためにどうするかという視点で今後の課題を考察した。

E. 結論

今後の研究でさらに掘り下げて検討すべき課題が明確になった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

安西信雄、井上新平：全国の精神科病院への新規入院患者の前向き調査から「重度かつ慢性」の基準と必要な治療を考える。(第35回日本社会精神医学会：シンポジウム「重度かつ慢性」について考える)日本社会精神医学会雑誌 25:372-380, 2016

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

なし

「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」(平成29年2月8日)および「参考資料」として用いられた本分担研究班に関連する研究成果

「重度かつ慢性」の基準案について

- 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」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)において長期入院患者の実態調査を実施。
- 平成25年度から「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」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)を実施し、平成25年度には「重度かつ慢性」暫定基準案を作成。
- 平成27年度において、「重度かつ慢性」暫定基準案の妥当性の検証等の研究を実施し、「重度かつ慢性」基準案を作成。

「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に満たすと判定する。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、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)」に準拠する。

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ください:_____)

1. 精神症状 (BPRS) 該当群

2. 行動障害 該当群

3. 生活障害 (能力障害) 該当群

※表1～3については研究報告書参照のこと
 出典: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」平成25年度～27年度 総合研究報告書の結果を基に作成

図表1: 「重度かつ慢性」の基準案について

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会(以下「検討会」と略す)の検討資料として平成25～27年度厚生労働科学研究の成果である「基準案」が紹介され、報告書の参考資料として用いられた。(以下の図表2～4も検討会で取り上げられ報告書参考資料として活用されている)

「重度かつ慢性」の基準案に基づく調査結果について

- 精神病床における1年以上長期入院患者（慢性期入院患者）のうち厚生労働科学研究班の策定した「重度かつ慢性」の基準案を満たす患者は、概ね60%程度である。

研究1の5000人データでの重度かつ慢性の暫定基準案 x 在院期間のクロス表

		問13 調査日現在における在院日数						合計	
		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		
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%	100.0%

出典：第2回新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会 安西 信雄氏 ヒアリング資料からの抜粋

28

図表2：「重度かつ慢性」の基準案に基づく調査結果について

すでに長期化している患者群に基準案を当てはめると該当する患者は60%前後になった。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値③

○「重度かつ慢性の割合」の算出について

⇒ 「重度かつ慢性」に関する研究班の成果、身体合併症に関する調査結果を勘案し、各都道府県の実情を踏まえて、6～7割で設定（推奨）

- 精神病床における1年以上長期入院患者（慢性期入院患者）のうち厚生労働科学研究班の策定した「重度かつ慢性」の基準案を満たす患者は、概ね60%程度である。

在院日数	1年 ~1年6ヶ月	1年6ヶ月 ~3年	3年 ~5年	5年 ~10年	10年 ~20年	20年~	合計
調査対象者数	355	734	700	1045	1005	1095	4934
該当者数	209	414	439	664	659	710	3095
該当割合	58.9%	56.4%	62.7%	63.5%	65.6%	64.8%	62.7%

出典：第2回新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会 安西 信雄氏 ヒアリング資料から一部改変

- 統合失調症の入院患者のうち、入院治療が適当な程度の身体合併症を有する患者の割合は、10.5%である。

統合失調症の入院患者における身体合併症の有無



※有効回答数 9,781名

特別な管理：入院治療が適当な程度、日常的な管理：外来通院が適当な程度

出典：「精神病床の利用状況に関する調査」より（平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究）

図表3：「重度かつ慢性の割合」の算出について

研究班の結果に身体合併症を有する患者を加え6～7割と設定された。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値①

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画に基づき基盤整備するため、平成32年度末・平成37年の精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の目標値を設定する。

現状・課題

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン(平成16年)」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念のもと、退院率等の目標値を掲げ、この達成により10年間で約7万床相当の精神病床数の減少が促されるとした。結果は、平成14年から平成26年で、精神病床1.8万床(入院患者3.6万人)減少した。地域移行を進めるためには、新たな目標設定が必要。
- 「重度かつ慢性」に関する研究班より、長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であると示唆された。このような研究成果等を踏まえつつ、平成32年度末・平成37年(2025年)の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を各都道府県ごとに算出することのできる推計式を開発する必要がある。

対応方針(推計式の開発)

- 平成37年までに重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行を目指す(※)とともに、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及や認知症施策の推進による地域精神保健医療福祉体制の高度化を着実に推し進めることを目標とした推計式を開発する。この際、人口の高齢化による影響も勘案する。

※平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)の時点では、重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行の半分を目指す。

急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院



9

図表4：入院需要及び基盤整備量の目標値(地域移行に伴う基盤整備量)

研究班の結果を踏まえて、上記のように平成32年度末と平成37年の精神病床における入院需要と地域移行に伴う基盤整備量の目標値が設定された。