

I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）） 重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究 －関連研究班の統括・調整研究

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 教授・研究科長）

研究要旨

【背景と目的】「重度かつ慢性」の基準を満たす精神障害者でも入院から地域に移行できる、また新規入院患者を「重度かつ慢性」に至らせることなく早期に退院させることができる効果的な包括的支援ガイドラインを平成30年度末までに開発することが本研究の目的である。この統括調整班は5つの研究班が協力して調査を実施できるように、各班共通のアンケート調査の実施と解析の幹事役を担う班である。今年度は昨年度に実施した好事例病院のヒアリングと第一次アンケートにもとづき好事例実践の要因を見いだし、第二次アンケートにまとめ、好事例病院での各要因の実施状況を調査し、各班独自の調査結果も踏まえ、実践ガイドを作成することを目的とした。

【方法と結果】(1)「好事例」選択基準の明確化：厚労科研「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：山之内芳雄）と「重度かつ慢性」分担研究班（分担研究者：安西信雄）の助言を受けながら好事例の選択基準の検討を行った。その結果、好事例病院を選ぶ基準は、A. 新規入院患者の1年後までの退院率が高い（全国中央値89.3%以上）、B. すでに1年を超えて在院している患者の1年後までの居宅系退院率が高い（参考値8.4%以上）、C. 在院患者中の1年を超える患者の占める率が低い（全国中央値61.4%以下）について、Aを満たし、BとCのどちらか（または両方）を満たす病院となった（注：居宅退院率には、自宅、アパート、グループホーム、福祉系施設、介護系施設への退院を含む）。第一次アンケートに回答をいただいた52病院に好事例基準を当てはめたところ、20病院が該当した。そこで好事例20病院と、その他の30病院を比較検討した。

(2) 第一次アンケートでは「病状等が重症または不安定であった」ため在院が長期化したのち退院した患者797人を解析した。797人には在院5年以上が46.4%含まれており、「重度かつ慢性」の長期在院患者でも退院できることが分かった。退院に結びつく好事例要因を明らかにするため、好事例病院とその他の病院を比較したところ、クロザピン療法実施率や地域移行加算取得率などで好事例病院の方がその他の病院より有意に実施率が高かった。これらの結果と、ヒアリングや各班の独自調査結果を取り入れて、好事例に関連すると考えられる要因を第二次アンケートにまとめ、好事例20病院に依頼して実施状況を調査した。好事例病院での実施率の高いものを好事例に関連する要因と考え、「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイドをまとめた。

(3)「重度かつ慢性」の典型例8類型のケースビネットを作成し、好事例病院に所属する経験豊富な医師にアセスメントと治療／支援方法の解説していただいた。

【結論】わが国における1年以上の長期在院患者に「重度かつ慢性」基準をあてはめ、長期在院患者の中に「重度かつ慢性」患者が概ね60%程度存在することが示されたが、それらの患者に必要な治療や支援は明らかにされていない。今回の調査により「重度かつ慢性」基準を満たす長期在院患者に対して好事例病院で実施されている治療や支援の実態が明らかになり、好事例要因が抽出され、現場で実践可能な「重度かつ慢性」に関する包括支援実践ガイドを作ることができた。今後はその普及と検証を通じて、「入院医療中心から、地域生活支援中心」への軸の転換をめざして、この実践ガイドが役立てられて、精神科医療の高度化に寄与し、「重度かつ慢性」に合致する患者でも退院と地域生活への移行を可能にする包括支援の開発・普及へと発展していくことを期待したい。

研究分担者

宮田量治 地方独立行政法人 山梨県立
北病院 院長
木田直也 独立行政法人 国立病院機構
琉球病院・医師
岩田和彦 地方独立行政法人 大阪府立
病院機構 大阪精神医療センター 副
院長
吉川隆博 東海大学医学部看護学科 准
教授

研究協力者

山之内芳雄 国立研究開発法人 国立精
神・神経医療研究センター精神保健研
究所 副所長・部長
田口真源 医療法人静風会大垣病院 理
事長・院長
井上新平 社会福祉法人北斗会 さわ病
院 医師
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 トランス
レーショナル・メディカルセンター
室長
河岸光子 医療法人社団欣助会 吉祥寺
病院 看護部 看護師長
工藤由佳 特定医療法人 群馬会 群馬
病院 医師

A. 研究目的

厚生労働省の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」による報告書（平成 29 年 2 月 8 日）¹で、平成 27 年度厚労科研「精神障害者の重症度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）²（以下、「基準案に関する研究」と略す）で報告された『『重度かつ慢性』基準案』について、「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」とともに、それに加えて「当該基準を満たす症状を軽快させる治療法の普及」、「当該基準を満たす症状を有していても地域生活を可能にする支援に関する実証研究」、「当該基準を満たす症状に至らないように精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実など」を推進していく必要性が指摘された。

本研究班の研究はこの報告書で示された方向性に沿い、その具体化を目指すものである。

平成 29-30 年度厚生労働科学研究費補助金「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究」が、本統括調整班（研究代表者：安西信雄）および「薬物療法指針」（同：宮田量治）、「心理社会的治療指針」（同：（平成 29 年度）井上新平、（平成 30 年度）岩田和彦）、「地域ケア・チーム体制指針」（同：吉川隆博）の 5 つの研究班の共同で取り組まれた（以下、これらの研究班を「包括支援研究班」と略す）。

本研究班は、「包括支援研究班」の他の 4 つの研究班の研究代表者を研究分担者として、研究協力者として、平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」の山之内芳雄研究代表者、さらに、日本精神科病院協会推薦を受けた専門家や、生物統計専門家、精神科医療現場の実践家などにより構成されている。

本研究班は平成 30 年度「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：山之内芳雄）とその分担研究班「『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）と連携し、密

接に協力しながら研究を推進した。

本研究班の研究目的は、「重度かつ慢性」の基準を満たす精神障害者でも入院生活から地域生活に円滑に移行できるための包括的支援アプローチと、新規の入院患者を「重度かつ慢性」に至らせることなく早期に退院させる包括的支援アプローチを明らかにし、入院医療および地域医療で実施可能で効果的な包括的支援実践ガイドを平成 30 年度までに開発することである。

昨年度の研究班による本調査研究の全体像のイメージを文末の図表 1 に示した。

最終年度にあたる今年度は、①「重度かつ慢性」に関する好事例病院・地域のヒアリングおよび第一次アンケート結果を踏まえ、好事例実践の要因を整理して第二次アンケートにまとめ、好事例病院での実践状況のフィードバックを得ること、②薬物療法班とクロザピン班では独自の調査を行うこと、③第一次アンケートから得られた「重度かつ慢性」の 8 つの典型例についてケースビネットを作成して好事例病院で治療経験のある医師からこれらの典型例への治療上のエッセンスの教示を得ること、これらの結果を踏まえて「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイドをまとめることを目標として本研究を実施した。

B. 研究方法

1. 文献調査

心理社会的治療／方策研究班（研究代表者：岩田和彦）の池淵恵美分担研究者により、「重度かつ慢性」患者の退院支援に関する文献研究を実施した³⁾。

2. 実践ガイド作成に向けての研究方法

平成 29-30 年度の 2 年間の間に、下記の

10 のステップにより実践ガイド作成を計画した。下記の①は平成 29 年度に実施した。

②については平成 29 年度から実施したが、回答数を増やすため回収期間を本年 6 月まで延長し、本年度に集計結果の検討を行った。③以降は本年度に実施した。

- ① 退院の成果があがっている全国の病院を訪問してヒアリングを行う。
- ② 各研究班で実施した全国の好事例病院・地域のヒアリング調査に基づき、「重度かつ慢性」患者の好事例治療／支援に関する第一次アンケートを作成し、第一次アンケート調査を実施する。第一次アンケートの対象は、図表 1 に示したように、全国約 340 の二次医療圏から好事例地域として選択された 38 二次医療圏に属する精神科病床を有する病院、および平成 26-27 年調査への協力病院（約 260 病院）である。
- ③ 第一次アンケートの結果をもとに「好事例病院選択の基準」を定め、好事例病院を選択する。
- ④ 第一次アンケートにもとづき好事例に関連する要因の検討を行う。
- ⑤ 好事例に関連すると思われる要因（好事例要因候補）を整理して第二次アンケートとしてまとめる。
- ⑥ 好事例病院を対象に第二次アンケートを実施して、第二次アンケートの各項目の実施状況の回答を得る。
- ⑦ 第二次アンケート結果から、好事例病院での実施率の高い要因を好事例に関連する要因と考え、好事例要因を絞り込んで、実践ガイドの形でまとめる。
- ⑧ 薬物療法班とクロザピン班では独自の調査を実施し、それらの結果を実践ガイ

ドに組み入れる。

- ⑨ ヒアリングと第一次アンケートから「重度かつ慢性」につながる「典型的な事例」が明らかになっているので、それらを8つの典型例(事例)としてケースビネットにまとめ、該当する典型例の退院実績のある好事例病院の医師から治療と支援の方法についての回答を得る。
- ⑩ 臨床現場で実践可能で統一感のある実践ガイドになるように方針を定め、各研究班が分担してそれぞれの領域を記載したうえで、統括・調整班で検討を重ねて本実践ガイドを作成する。

研究結果については、文献調査に続いて、上記の10のステップを、①第一次アンケートの結果と「好事例病院」の選択基準、②第一次アンケート調査からみた好事例要因の検討、③各研究班によるヒアリングやパイロットスタディ等の調査結果、④「重度かつ慢性」患者の実践ガイドの概要にまとめ、その順に述べる。

(倫理面への配慮)

本研究は帝京平成大学倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号 29-027)。

C. 研究結果

1. 文献調査：「重度かつ慢性」患者の退院支援に関する文献研究

心理社会的治療／方策研究班(研究代表者：岩田和彦)の分担研究として池淵恵美らにより「重度かつ慢性」患者の退院支援に関する文献研究が実施された(文献3)。

医学中央雑誌により2013年～2018年の間に発表された文献から「長期入院」「退院困難」「退院支援」などで検索し、研究目的

と合致する11論文を抽出した。またPubMedで”deinstitutionalization”を用いて検索し27論文、および”severe (and persistent) mental illness” or “treatment resistant psychosis”を検索用語として、退院支援に関連する8論文を抽出した。

これらの検討の結果、先進諸国においては制度や時代は異なるものの脱施設化が行われ、多くの「重度かつ慢性」患者も地域生活が可能となっていた。それを可能にするためACTや居住サポートシステム、地域での治療継続の仕組みなどが発展していた。

わが国の報告では、退院困難度尺度⁴⁾などを用いて退院困難要因の調査が行われているが、家族の協力が得にくいことが退院困難の理由として挙げられることが多かった。わが国では家族と同居を希望する文化があり、そうした当事者の志向を尊重すると同時に、家族の献身を期待しなくてもよい地域ケアシステムを開発していく必要がある。先進諸国と同様にACTや居住サポートなどの仕組みが普及し、家族の献身を期待しなくてもよい地域ケアシステムを開発していく必要があることが指摘された。

2. 第一次アンケートの結果と「好事例病院」の選択基準

好事例病院の選択基準を設定する根拠を得ること、好事例と関連した包括的支援の実態を調査することを目的として5つの研究班が協力して平成30年2～6月に第一次アンケート調査を実施した。

調査対象は、平成26～27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」による調査にご協力くださった219病院と、厚生労

働省ナショナルデータベース(NDB)から好事例二次医療圏として選択された 38 の二次医療圏に属する精神病床を有する 108 病院で合計 327 病院であった。

(このうち、好事例二次医療圏の選択においては、平成 29 年度厚労科研「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究班」(研究代表者:山之内芳雄)から、「精神科病床長期在院患者退院率(OLS 退院率)」、「精神科新規入院患者が 1 年以上在院となる率(NLS 発生率)」、「精神科病棟在院患者中の 1 年を超える患者の占める率」の全国集計値を提供していただいた。

第一次アンケート調査の調査票を資料 1 に示した。

施設調査では、①調査時の入院患者中の 1 年以上在院患者(注:OLS 比率が分かる)、②平成 27 年度に新入院した患者中の 1 年以内退院患者(注:NLS 発生率が分かる)、③1 年超在院患者のうち 1 年後までに退院した患者(注:OLS 退院率が分かる)、④精神科地域移行加算の請求実績、⑤クロザピン治療、mECT 実施の実績などを調査した。

患者調査では「1 年超在院患者(OLS)のうち 1 年後までに退院した患者」(上記の③)について一人ひとりの詳しい情報を調査した。具体的には、その病院で平成 28 年 4 月 1 日時点で 1 年を超えて在院していた患者のうち、その後 1 年間に退院した患者を対象として、年齢、性別、診断等の他、入院長期化の理由と退院先、退院に資した主な治療(薬物療法やその他の治療/支援など)、およびその患者が「退院後支援・ケアプラン作成における典型例(8 つを提示)」に該当するかを確認した。さらに、二次アンケート調査への協力の可否の回答をお願

いした。

その結果、52 病院から施設票・患者票と二次アンケート調査への協力可の回答をいただいた(回答率 16.5%)。

第一次アンケート調査の回答をもとに、厚労科研「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」(研究代表者:山之内芳雄)と「重度かつ慢性」分担研究班(分担研究者:安西信雄)の助言を受けながら、統括・調整研究班で好事例病院の選択基準を検討した。

退院実績は地域における病院の役割や様々な条件が影響するが、全国一律の基準を設けるため、好事例病院を選ぶ基準は、下記の A を満たし、B と C のどちらか(または両方)を満たす病院とした。

表 1 「重度かつ慢性」基準を満たす患者の治療/支援および発生予防における
「好事例病院」の選択基準

下記の A を満たし、B と C のどちらか(または両方)を満たす病院

A:新規入院患者の 1 年後までの退院率が高い(全国中央値 89.3%以上)

B:すでに 1 年を超えて在院している患者の 1 年後までの居宅系退院率^{注1}が高い(参考値 8.4%以上)

(注 1:居宅系退院には自宅、アパート、グループホーム、福祉系施設、介護系施設への退院を含む)

C:在院患者中の 1 年を超える患者の占める率が低い(全国中央値 61.4%以下)

全国中央値を用いたのは、トップレベルの病院だけでなく、平均的な好ましい医療

を実践している病院も抽出できるようにするためである。

回答を得た 52 病院のうち、新入院患者の 1 年までの退院率が 89.3%以下であったのは 29 病院（全体の 55.8%）、在院患者中の 1 年超患者率が 0 人は 3 病院（全体の 5.8%）、0 人を除く 61.4%以下は 25 病院（48.1%）、居宅退院率が 8.4%以上であったのは 15 病院（28.8%）であった。

図表 2（本文末）は縦軸が入院後 1 年までの退院率、横軸が居宅退院率とした散布図である（文献 5 から引用）。右上の第 1 象限が好事例に該当する。

図表 3（本文末）は縦軸が入院後 1 年までの退院率、横軸が 1 年以上の在院患者が占める率である（文献 5 から引用）。左上の第 2 象限が好事例に該当する。

3. 第一次アンケート調査からみた好事例要因の検討

(1) 好事例病院とその他の病院の設置主体・病院規模等の比較

好事例 20 病院の設置主体別分類は、民間 11 病院（55.0%）、自治体立 7 病院（35.0%）、国立 2 病院（10.0%）で、民間病院が半数強を占めていた。好事例病院とその他の病院を対比して、病院の規模（患者数）を検討した。調査時点の在院患者数（認知症が主診断の患者を除く）をみると、好事例病院、その他の病院のどちらも在院患者 100 人～299 人の範囲が多く、両群間に在院患者数の有意差は見られなかった（表 2 文献 4 から引用）。

表2 好事例/その他の病院の調査時点の在院患者数(認知症を除く)

	(人数)	1 好事例 (%)	非好事例 (%)	合計 (%)
1= -99	1	5.0%	6 20.0%	7 14.0%
2=100-199	8	40.0%	10 33.3%	18 36.0%
3=200-299	8	40.0%	8 26.7%	16 32.0%
4=300-399	1	5.0%	4 13.3%	5 10.0%
5=400-499	2	10.0%	1 3.3%	3 6.0%
6=500-599	0	0.0%	1 3.3%	1 2.0%
合計	20	100.0%	30 100.0%	50 100.0%

注)在院患者数の平均は、好事例病院(n=20) 210.9±117.4人、非好事例病院(n=30)212.7±123.0人で、両群間に有意差は見られなかった(t=0.052, 自由度48, p=0.958)。

好事例病院と、その他の病院と在院患者の平均在院日数(平成 28 年度)を比較した。好事例病院では 200 日未満が多いのに対し、その他の病院では 200 日以上の方が多かった(表 3 文献 5 から引用)。

表3 好事例/その他の病院の平均在院日数

	区分(日)	1 好事例 (%)	非好事例 (%)	合計 (%)
平均在院日数区分	1= -39	1 5.0%	0 0.0%	1 2.0%
	2=40-99	4 20.0%	1 3.3%	5 10.0%
	3=100-199	11 55.0%	3 10.0%	14 28.0%
	4=200-299	4 20.0%	10 33.3%	14 28.0%
	5=300-	0 0.0%	16 53.3%	16 32.0%
合計		20 100.0%	30 100.0%	50 100.0%

注)平均在院日数の平均は、好事例病院(n=20) 147.3±62.3日、非好事例病院(n=30)382.1±311.0日、好事例病院群の方が非好事例病院群より有意に短かった(t=3.32, 自由度48, p<0.01)。

以上のように、好事例とその他の病院との間に病床規模には有意差はなかったが、平均在院日数は好事例病院がその他の病院より有意に短かった。このことから好事例とその他の病院との間に、病院規模とは異なる要因が関与していると考えられた。

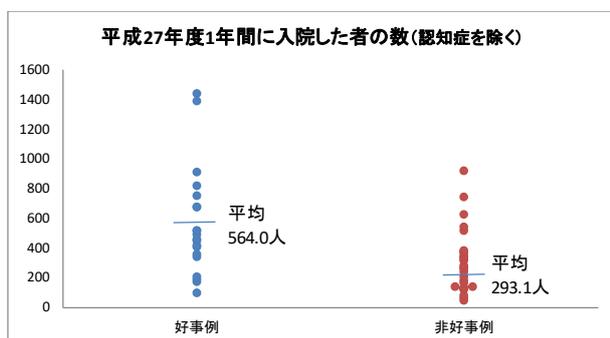
(2) 加算請求やクロザピン CPMS 登録など

施設票から病院単位での比較を行った。平成 28 年度中に「精神科地域移行加算」の請求実績があったのは、好事例病院は 12 病院（60.0%）で、その他の病院は 8 病院（26.7%）であった。CPMS 登録は、好事例病院では 16 病院（80.0%）、その他の病院では 20 病院（66.7%）が登録していた。クロザピン導入目的で入院患者を他の精神科病院から受け入れた実績は、好事例病院は 8 病院（40.0%）、その他の病院は 10 病院（33.3%）が実績ありであった。逆にクロザピン導入目的で他院へ紹介した実績は、好事例病院

は 2 病院 (10.0%)、その他の病院は 4 病院 (13.3%) がありと回答した。院内に mECT の実施体制が整備されているかについては、好事例病院は 10 病院 (50%)、その他の病院は 5 病院 (16.7%) で整備されていた。好事例病院の方がその他の病院より整備されているが有意に多かった (Fisher 直接確率 $p=0.025$)。

(3) 各病院ごとの入院患者数

好事例病院とその他の病院の平成 27 年度 1 年間の新入院患者数は、好事例病院では平均 564.0 ± 362.8 人 (96 人～1,437 人)、その他の病院では 293.1 ± 209.3 人 (44 人～919 人) より有意に多かった ($p < 0.01$)。図 1 は両群を対比して入院患者数の分布を示したものである。



平成 27 年度 1 年間の各病院への新入院患者数
 好事例病院 (n=20) 564.0 ± 362.8
 非好事例病院 (n=29) 293.1 ± 209.3
 $t=3.31$, 自由度 47, $p < 0.01$ (平均値の差の検定)

平成 27 年度 1 年間の新入院患者数 (認知症を除く) を各病院の在院患者数で割ったもの、すなわち各病院の平成 27 年度の回転数を見たのが表 4 である。

表 4 で回転数が 1.5 未満か、1.5 以上かで分けると、好事例病院では 1.5 未満は 2 病院で 18 病院 (90%) が 1.5 以上であったのに対し、その他の病院では 1.5 未満が 20

表 4 入院数/在院患者数 (回転数) の好事例病院とその他の病院の比較

(注:平成27年度1年間の入院者数(認知症除く)/在院患者数)

回転率	好事例Hp	%	その他Hp	%
4以上	5	25.0%	1	3.6%
3-4未満	3	15.0%	0	0.0%
2-3未満	3	15.0%	3	10.7%
1.5-2未満	7	35.0%	5	17.9%
1-1.5未満	1	5.0%	9	32.1%
1未満	1	5.0%	11	39.3%
計	20	100.0%	29	103.6%

注:その他の病院の1病院は欠損値のため除外

好事例病院の平均= 3.50 ± 1.56

その他の病院平均= 1.56 ± 1.97

病院 (66.7%) を占め、1.5 以上は 9 病院 (30.0%) であった。Fisher の直接確率で好事例病院はその他の病院に対して、1.5 回転以上の病院が有意に多かった ($p < 0.001$)。

(4) 重症のため 1 年を超えて在院した後、1 年後までに退院した患者の分析

以下、患者ごとの患者票の検討を行った。

第一次アンケート (資料 1) には 52 病院から入院患者 1,032 人の報告が得られた。これらは平成 28 年 4 月 1 日時点で入院期間が 1 年を超えていた患者のうち、平成 28 年度末までに退院した患者である。そのうち主診断が認知症 (F0) の患者が 76 人含まれていたため、それらを除くと 956 人となった。そのうち、「1. 病状等が重症または不安定であったため」1 年を超えて在院となった患者、つまり「重度かつ慢性」に該当すると考えられる患者を選択すると 797 人になった。これらは主診断が認知症以外の患者で、病状が重いため 1 年を超えて在院した後、1 年後までに退院した患者である。以下、この 797 人を対象に解析を行った。

1) 退院時年齢と在院年数、診断

退院時年齢は、年齢区分 65-69 歳がもつ

とも多く 148 人 (18.6%) で、次いで 75-79 歳が 106 人 (13.3%)、70-74 歳 95 人 (11.9%)、60-64 歳 92 人 (11.5%) であった。40 歳未満は 81 人 (10.2%)、40-65 歳未満は 290 人 (36.4%) であった。65 歳以上の高齢者が 426 人 (53.5%) を占めていた。

退院時の在院年数は、1-2 年未満は 152 人 (19.1%)、2 年-5 年未満は 275 人 (34.5%)、5 年以上は 370 人 (46.4%) であった。

主診断は統合失調症圏 (F2) が 658 人 (82.6%)、気分障害圏 (F3) が 62 人 (7.8%)、神経症圏 (F7) が 26 人 (3.3%) であった。好事例 20 病院とその他の病院を比較すると、統合失調症圏患者は、好事例病院で 277 人 (87.7%)、その他の病院 381 人 (79.2%) で、好事例病院の方が多く、気分障害圏は好事例病院 13 人 (4.1%) に対しその他の病院 49 人 (10.2%) でその他の病院の方が好事例病院より多かった。

2) 退院先

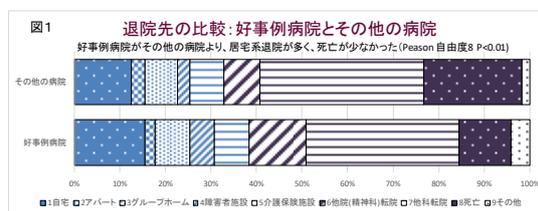
退院時年齢と退院先との関連を表に示した (表 5 文献 4 から引用)。

退院先	退院時年齢						合計 (%)	
	40歳未満 (%)		40-65歳未満 (%)		65歳以上 (%)			
1:自宅	27	33.3%	68	23.4%	14	3.3%	109	13.7%
2:単身アパート	5	6.2%	16	5.5%	1	0.2%	22	2.8%
3:グループホーム	17	21.0%	36	12.4%	5	1.2%	58	7.3%
4:障害者居住支援施設	10	12.3%	20	6.9%	0	0.0%	30	3.8%
5:介護保険居住施設	0	0.0%	5	1.7%	55	12.9%	60	7.5%
6:他院精神科への転院	10	12.3%	28	9.7%	40	9.4%	78	9.8%
7:他院(精神科以外)への転院	9	11.1%	79	27.2%	191	44.8%	279	35.0%
8:死亡	1	1.2%	28	9.7%	111	26.1%	140	17.6%
9:その他	2	2.5%	10	3.4%	9	2.1%	21	2.6%
合計	81	100.0%	290	100.0%	426	100.0%	797	100.0%

地域への退院 (自宅、単身アパート、グループホーム、障害者居住支援施設、介護保険居住施設への退院) は 279 人 (35.0%)

で、他院 (精神科) 転院 78 人 (9.8%)、他院 (精神科以外) 転院 279 人 (35.0%)、死亡 140 人 (17.6%) であった。地域への退院以外が約 65% を占めていたが、年齢区分でみると、他院 (精神科以外) への転院と死亡が年齢が高いほど多かった。65 歳以上の群では、自宅・単身アパート・グループホームへの退院は 20 人 (4.7%) で、介護保険居住施設 55 人 (12.9%) を加えても 17.6% で、他院 (精神科) 転院 40 人 (9.4%)、他院 (精神科以外) 転院 191 人 (44.8%)、死亡 111 人 (26.1%) であった。以上のように 797 人のうち転院と死亡が 497 人 (62.4%) を占め、退院時年齢 65 歳以上の群 (426 人) では転院と死亡が 342 人 (80.3%) を占めていた。

退院先を好事例 20 病院とその他の病院で比較したところ、好事例病院が他の病院より居宅系退院の率が有意に高く、死亡の率が低かった (図 1 Peason $p < 0.01$)。



2) 対象患者の在院年数区分の分布

今回の対象患者の在院年数別の分布を調べた。

在院年数	好事例病院	%	その他の病院	%	合計	%
1-2年未満	66	20.9%	86	17.9%	152	19.1%
2-5年未満	103	32.6%	172	35.8%	275	34.5%
5年以上	147	46.5%	223	46.4%	370	46.4%
計	316	100.0%	481	100.0%	797	100.0%

対象患者の在院年数は、好事例病院群 8.76 ± 11.02 年、その他の病院群 8.47 ± 10.61 年で両群間に有意差は見られなかった。表 6 のように、好事例病院とその他の病院のどちらも、5 年以上の群が 46% 程度を

しめていた。1年から2年のいわゆる新しい長期在院患者（new long-stay）よりも、より長期の患者（old long-stay）が対象患者の中で多いことが分かった。

3) 退院に資した主な治療

先に記したとおり第一次アンケートは「病状等が重症または不安定であったため」1年を超えて入院が長期化した患者で、調査期間の1年間に退院した患者を対象とした。ここで「退院に資した主な治療」は、いったん長期在院になったのち退院に至った患者について、退院にむすびついた（改善が得られた）主な治療を問うもので、選択肢は、①クロザピン療法、②その他の薬物療法、③mECT、④何らかの心理社会的治療、⑤地域の医療・訪問看護・デイケア等との連携（自院・他院を問わず）、⑥障害福祉サービスとの連携（自院・他院を問わず）、⑦介護サービスとの連携（自院・他院を問わず）、⑧その他の治療、⑨特別な治療はしていない（他に該当しない場合）であった。

好事例病院とその他の病院を対比して、それぞれの療法が「退院に資した主な治療」に該当するか否かを調査した。

1. クロザピン療法					
	1 好事例病院(%)	2 その他の病院(%)	合 計		
0 しいえ	292	92.4%	475	98.8%	767
1 該当	24	7.6%	6	1.2%	30
合 計	316	100.0%	481	100.0%	797
手 法	カイ二乗値	自由度	P 値	*:P<0.05 **:P<0.01	
Pearson	21.2121	1	P < 0.001 **		
Yatesの補	19.4960	1	P < 0.001 **		

クロザピンが退院に役立ったとの回答は好事例病院がその他の病院より有意に多かった。

クロザピン以外の薬物療法					
	1 好事例病院(%)	2 その他の病院(%)	合 計		
0 しいえ	158	50.0%	215	44.7%	373
1 該当	158	50.0%	266	55.3%	424
合 計	316	100.0%	481	100.0%	797
手 法	カイ二乗値	自由度	P 値	*:P<0.05 **:P<0.01	
Pearson	2.1528	1	0.1423 (有意差なし)		
Yatesの補	1.9451	1	0.1631		

薬物療法の工夫が役立ったとの回答は両群で有意差がなかった（どちらも約半分）。

mECT					
m-ECT	好事例病院	%	その他の病院	%	合 計
0	310	98.1%	475	98.8%	785
1	6	1.9%	6	1.2%	12
合 計	316	100.0%	481	100.0%	797
手 法	カイ二乗値	自由度	P 値	*:P<0.05 **:P<0.01	
Pearson	0.5456	1	0.4601		

m-ECTは実施率が低かった。

何らかの心理社会的療法					
	1 好事例病院(%)	2 それ以外(%)	合 計		
0 しいえ	267	84.5%	419	87.1%	686
1 該当	49	15.5%	62	12.9%	111
合 計	316	100.0%	481	100.0%	797
手 法	カイ二乗値	自由度	P 値	*:P<0.05 **:P<0.01	
Pearson	1.0892	1	0.2967		

心理社会では有意差は見られなかった。

	好事例病院	%	その他の病院	%	合 計
0 しいえ	249	78.8%	386	80.2%	635
1 該当	67	21.2%	95	19.8%	162
合 計	316	100.0%	481	100.0%	797
手 法	カイ二乗値	自由度	P 値	*:P<0.05 **:P<0.01	
Pearson	0.2483	1	0.6183		

上記も有意差なし。

6.障害福祉サービスとの連携(自院・他院を問わず)					
	1 好事例病院(%)	2 その他の病院(%)	合 計		
0 しいえ	261	82.6%	437	90.9%	698
1 該当	55	17.4%	44	9.1%	99
合 計	316	100.0%	481	100.0%	797
手 法	カイ二乗値	自由度	P 値	*:P<0.05 **:P<0.01	
Pearson	11.9534	1	P < 0.001 **		

障害福祉サービス利用は好事例病院がその他の病院より有意に率が高かった。

介護サービスとの連携					
	好事例	%	その他	%	合 計
0 しいえ	297	94.0%	447	92.9%	744
1 該当	19	6.0%	34	7.1%	53
合 計	316	100.0%	481	100.0%	797
手 法	カイ二乗値	自由度	P 値	*:P<0.05 **:P<0.01	
Pearson	0.3426	1	0.5584		

介護サービスは有意差なし。

	1 好事例病院(%)	2 その他の病院(%)	合 計
0 いいえ	173 54.7%	437 90.9%	610
1 該当	143 45.3%	44 9.1%	187
合 計	316 100.0%	481 100.0%	797
手 法	カイニ乗値	自由度	P値 *: P<0.05 **: P<0.01
Pearson	138.4418	1	P < 0.001 **

精神科地域移行加算は好事例病院ではその他の病院より有意に高率で、退院した患者の 45.3%が該当患者であった。精神科地域移行加算の利用は好事例病院の対象患者の半数近くにのぼっていたことになる。

4) 第一次アンケート好事例病院患者で「退院に資した主な治療」が「クロザピン療法」と評価された患者 24 人のプロフィール

上記の表 6 で示したように、退院に資した主な治療が「クロザピン療法」とされた患者は好事例病院で 24 人であった。これらの患者の入院期間、退院先、退院に資した主な治療（クロザピン療法以外で何が評価されているか）、地域移行加算、および典型例の評価でどの類型に評価されているかを表 14 に示した。

5 年以上の長期入院患者が 45.8%を占め、退院先は居宅系が 16 人 (66.7%) であった。問 09 の「退院に資した主な治療」としてクロザピン以外に上げられていたのは、地域医療との連携 45.8%、障害福祉サービスとの連携 41.7%、何らかの心理社会的治療 25.0%などであった。典型例にあげられた病状の特徴は、生活障害、陽性症状などであった。

クロザピンが「退院に資した」患者では、クロザピンとともに他の療法も「主として退院に資した」とされていた。

No	項目	分類	患者数(%)
問06	入院期間(年)	1年以上2年未満	6 25.0%
		2年以上5年未満	7 29.2%
		5年以上	11 45.8%
問08	退院先	1.自宅	5 20.8%
		2.アパート	3 12.5%
		3.グループホーム	4 16.7%
		4.居住系施設(障害者)	3 12.5%
		5.居住系施設(介護系)	1 4.2%
		6.他病院(精神科)への転院	0 0.0%
		7.他病院(精神科以外)への転院	4 16.7%
		8.死亡	1 4.2%
		9.その他	3 12.5%
問09	退院に資した主な治療	1.クロザピン	24 100.0%
		2.その他の薬物療法	4 16.7%
		3.mECT	3 12.5%
		4.何らかの心理社会的療法	6 25.0%
		5.地域の医療・訪問看護・デイケア等との連携(自院・他院を問わず)	11 45.8%
		6.障害福祉サービスとの連携(自院・他院を問わず)	10 41.7%
		7.介護サービスとの連携(自院・他院を問わず)	1 4.2%
		8.その他の治療	2 8.3%
		9.特別な治療はしていない(他に該当しない場合)	0 0.0%
問11	地域移行加算など	1.精神科地域移行加算の利用	13 54.2%
		2.地域移行機能強化病棟入院料の利用	0 0.0%
		3.精神保健福祉士加算の利用	0 0.0%
問12	典型例	1.陽性症状(幻覚・妄想)が重度な例	5 20.8%
		2.治療中断の可能性が大きい例	2 8.3%
		3.多飲水や衝動行為などが著しい例	3 12.5%
		4.暴言や迷惑行為等への対応を要する例	4 16.7%
		5.自殺や自傷行為等の危険性が高い例	0 0.0%
		6.他害や触法行為の可能性が高い例	0 0.0%
		7.精神症状に加えて生活障害が著しい例	6 25.0%
		8.重い身体合併症が併存する例	1 4.2%
		9.該当しない	6 25.0%

居宅系退院は
16人 (66.7%)

5) 第一次アンケートの「精神科地域移行加算の利用」の有無と「退院に資した主な治療」の関連

第一次アンケートの対象患者 797 人のうち、精神科地域移行加算の利用患者は 187 人（うち好事例病院 143 人、その他の病院 44 人）であった。制度利用のあった 187 人と、利用のなかった 610 人について、第一次アンケート「問 09 退院に資した主な治療（複数回答可）」のそれぞれの治療ごとに検討した。右端の*は危険率が 0.05 以下、**は 0.01 以下を表す。

表 15		利用無し	利用あり	カイ二乗値	自由度	P値	
1.クロザピン療法	該当	13	17	19.138	1	0.001	**
	非該当	597	170				
2.その他の薬物療法	該当	341	83	7.624	1	0.0058	**
	非該当	269	104				
3.mECT	該当	10	2	0.313	1	0.5756	
	非該当	600	185				
4.何らかの心理社会的療法	該当	95	16	5.879	1	0.0153	*
	非該当	515	171				
5.地域の医療・訪問看護・デイケア等との連携	該当	115	47	3.4868	1	0.0619	
	非該当	495	140				
6.障害福祉サービスとの連携	該当	66	33	6.132	1	0.0133	*
	非該当	544	154				
7.介護サービスとの連携	該当	38	15	0.74	1	0.3896	
	非該当	572	172				
8.その他の治療	該当	58	17	0.029	1	0.8642	
	非該当	552	170				
9.特別な治療はしていない	該当	191	57	0.046	1	0.8301	
	非該当	419	130				

精神科地域移行加算の制度を利用した患者（187 人）では、利用しなかった患者（610 人）と比べていくつかの治療や支援が「退院に資した主な治療」と評価をされた。すなわち、クロザピン療法、その他の薬物療法（以上 $p < 0.01$ ）、何らかの心理社会的治療、障害福祉サービス（以上 $p < 0.05$ ）との連携について、制度利用のあった患者は、制度利用がなかった患者と比べて、それぞれの治療の該当率が有意に高かった。この結果は、制度利用のあった患者では利用がなかった患者と比べて、これらの療法やサービスが積極的に用いられた可能性を示唆すると考えられる。

＜小括＞病気が重いため 1 年を超えて在院していた患者で、その後 1 年までに退院した患者 797 人について調べたところ、主診断は統合失調症圏 (F2) が 658 人 (82.6%)、気分障害圏 (F3) が 62 人 (7.8%) で、退院時の年齢区分は 65 歳以上の高齢者が 426 人 (53.5%) を占め、在院年数については 5 年以上が 370 人 (46.4%) を占め、在院 1-2 年の患者は 152 人 (19.1%) であった。今回の対象患者は高齢で、在院期間が長く、診断は統合失調症が 8 割を占めている患者群であることがわかった。

退院先については居宅系退院は 279 人 (35.0%) で、他院 (精神科) 転院 78 人 (9.8%)、他院 (精神科以外) 転院 279 人 (35.0%)、死亡 140 人 (17.6%) であった。好事例病院とその他の病院で退院先を比較したところ、好事例病院の方がその他の病院より居宅系退院率が有意に高く、死亡率が低かった。

各病院の新入院患者数 (平成 27 年度 1 年間) は、好事例病院は平均 564.0 ± 362.8 人、その他の病院 293.1 ± 209.3 人よりも有意に多かった。

どの治療や支援が退院に役立ったかを聞いたところ、好事例病院ではその他の病院と比べて、クロザピン療法率が高く、障害福祉サービスとの連携や、精神科地域移行加算の利用患者の割合が有意に高かった。クロザピン療法が有効であった患者でも、クロザピン単独ではなく、地域医療との連携、障害福祉サービスとの連携、心理社会的治療などが併用されていた。

表 13 に示したように、好事例病院の対象例 316 人のうち 143 人 (45.3%) が精神科地域移行加算の利用患者であったことから、

地域移行加算の対象患者ではより積極的に治療を行った可能性が考えられた。そこで、表 15 に示したように、地域移行加算を利用した患者 (187 人) と利用しなかった患者 (610 人) について、「退院に資した主な治療」の該当率を調べたところ、クロザピン療法、その他の薬物療法 (以上 $p < 0.01$)、何らかの心理社会的治療、障害福祉サービス (以上 $p < 0.05$) との連携について、制度利用のあった患者は、制度利用がなかった患者と比べて、それぞれの治療の該当率が有意に高かった。これらのことから、これらの患者の退院のために、これらの治療法がより積極的に用いられた可能性が示唆された。

これらが好事例要因と関連する可能性があるため、実践ガイド作成において考慮すべき要因と考えた。

4. 各研究班によるヒアリングやパイロットスタディ等の調査結果

詳しくはそれぞれの研究班の研究報告書をご覧くださいこととして、各班による調査内容を簡潔に紹介する。

各班により次のように訪問調査（ヒアリング）や実態調査、文献調査等が実施された。

薬物療法班（研究代表者：宮田量治）

- 1) 薬物療法ガイド作成のための調査表バッテリーを作成。薬物治療ガイドのアウトライン（案）を作成。
- 2) 山梨県立北病院及び慈圭病院にて予備調査を実施し、データ収集や分析方法について分担研究者から意見聴取。調査票バッテリー最終版を作成し、薬物療法についての実態調査を1次アンケート調査回答46施設に対して実施。
- 3) 入院期間に影響する要因の文献的検討を実施。
- 4) 抗精神病薬の説明やIC（インフォームド・コンセント）に利用できる（製薬会社発の）患者や家族向け説明文書・動画媒体（DVD）・ネット情報を収集。

クロザピン班（研究代表者：木田直也）

- 1) 厚生労働省の難治性精神疾患地域連携体制整備事業のモデル事業に選ばれた地域6か所の全ての拠点病院に対してヒアリング調査を行った。またCLZ症例数の多い病院や統括調整班の一次調査の結果から選択された病院のうち、6つの好事例病院へのヒアリング調査を行った。

- 2) 全国のCPMS（Clozaril Patient Monitoring Service）登録されている全ての医療機関（平成30年6月時点で441施設）に対して、CLZ治療をする上での障壁などCLZ治療に関連したアンケート調査を行い、222施設からの有効回答を得て、その調査結果を分析した。

心理社会的治療／方策研究班（研究代表者：岩田和彦）

- 1) 平成25年～27年に行われた「精神障害者の重度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」の際に実施されたアンケート調査で、入院1年以上の患者の年間退院率が病床数の5%以上であった病院とアドバイザーグループメンバーの推薦により調査対象候補となる医療機関を抽出した。その中から病院規模、地域性、保有施設などを考慮し、平成29年度に16医療機関（書面調査（1）と訪問調査予行演習（1）を含む）の調査を実施した。
- 2) 平成30年度はさらに地域性を考慮し、関東、東海、四国の4医療機関を追加訪問するとともに、国内・海外の先行研究に関する文献調査を実施した。
- 3) 第二次アンケート調査結果と訪問調査、および文献調査の結果を総合し、心理社会的治療実践ガイドを作成した。

チーム地域ケア体制班（研究代表者：吉川隆博）

- 1) 類似分野の既存ガイドラインおよび先行研究のレビューを行い、地域ケア体制実践ガイド骨子（案）を検討するとともにインタビューガイドを作成した。

- 2) 平成 29 年度は、チーム地域ケア体制研究班の機縁法により選定された 14 地域・施設のインタビュー調査を実施し、重度かつ慢性患者を対象とした退院支援・地域ケア体制構築に向けた促進要因等の分析を行った。
- 3) 平成 30 年度には、第 1 次アンケート調査結果より選定された 5 施設を対象として、重度かつ慢性患者の典型例に関するインタビュー調査の実施・分析を行うとともに、第 2 次アンケート調査結果に基づき、チーム地域ケア体制実践ガイドを作成した。

5. 第 2 次アンケートの作成と調査の実施

第二次アンケートは、第一次アンケート調査に回答した 52 病院のうち、上記の好事例病院選択基準により好事例病院に当てはまる 20 病院に調査を依頼した。

第二次アンケート調査では、病院の運営体制、心理社会的治療や地域ケア体制に関わるプログラムやサービスの実施頻度（対象とした好事例病院でどの程度実践されているか）を確認した。第二次アンケートの調査票を資料 2 に示した。

第二次アンケート調査は、平成 30 年 10 月から開始し、同年 11 月末時点で 20 病院すべてから回答をいただく約束をいただいた。全病院から回答が揃ったのは平成 31 年 1 月末日であった。

これらのデータの解析を行い、二次アンケート結果をまとめて実践ガイドの取りまとめへと進めた。

第二次アンケートの調査票には冒頭に下記のように依頼を記した。

平成 30 年度「重度かつ慢性」の精神障害者に対する包括的支援二次アンケート

「重度かつ慢性」の精神障害者とは、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、精神症状が重症度の基準を満たし、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）が基準以上である患者を該当例と規定しております。身体合併症については、精神症状に伴って入院治療が必要な程度に重い水中毒、腸閉塞、反復性肺炎やその他の身体合併症がある場合に評価します。それぞれの重症度の基準は別紙の「重度かつ慢性」基準案をご覧ください。

今回のアンケートでは、上記のような重症または病状が不安定なため 1 年を超えて在院せざるを得ないような入院患者への対応を想定してご記入をお願いします。なお、「重度かつ慢性」基準に該当する患者を、以下「重度かつ慢性」患者と表記します。

質問項目

以下の質問では特に断りがない限り複数回答可です。自由記載の項目もあり、その都度記載をお願いします。

6. 第 2 次アンケートの回答（概要）

調査票は、A～D の 4 領域があるが、それぞれの領域の回答の概要を示す（詳細は資料 3 実践ガイド等を参照、「該当する」「しない」等の欄の数字は回答数を表す。自由記述欄の回答はここでは省略した。

【A】「重度かつ慢性」患者の退院促進に関連する病院運営体制等について

1. 病院として重度かつ慢性の患者の退院促進に取り組んだきっかけで該当するものすべてに✓印をつけてください。	該当する	しない
A1-① 当院の今後の方向性として退院促進がより重要になると考えた。	16	4
A1-⑥ クロザピンやmECTの導入など医療の高度化に取り組んでいる。	16	4
A1-② 長期在院を減らし地域生活支援中心にという国の方針に協力したいと考えた。	13	7
A1-⑨ 急性期治療を円滑に進めるために後方病棟の治療にも取り組んだ	13	7
A1-⑦ 病棟のダウンサイジングを契機に退院促進に取り組んだ。	11	9
A1-④ 地方自治体単独による退院促進支援事業を利用した。	8	12
A1-⑧ 急性期治療を先行させ、そこで得たノウハウを長期入院患者の治療に適応した。	8	12
A1-③ 国事業による退院促進支援事業を利用した。	7	13
A1-⑤ その他の事業を使用した。具体的に記載して下さい。	2	18
A1-⑩ 管理職クラスの就任がきっかけで退院促進に取り組んだ。	2	18

2. 重度かつ慢性の患者の退院に向けての本人の意向確認や意欲喚起の取組みについて該当するものに✓印をつけてください。	該当する	しない
A2-⑤ 社会資源（グループホーム等）の利用体験や地域活動への参加を支援している。	17	3
A2-⑧ 入院中からデイケアや通院作業療法への参加を促している。	17	3
A2-③PSW が本人の意向を定期的に確認している。	16	4
A2-⑦ 退院準備を目的とした心理教育やSST等のプログラムを実施している。	16	4
A2-① 担当医師が面接で退院に向けての本人の意向を定期的に確認している。	15	5
A2-② 担当看護師（プライマリーナース）が本人の意向を定期的に確認している。	14	6
A2-④ 担当医師や他のスタッフが患者を励まし退院に向けての動機付けをしている。	14	6
A2-③OT が本人の意向を定期的に確認している。	9	11
A2-⑥ ピアサポーターを含む外部支援者との面談や交流の機会を設けている。	9	11
A2-③看護師 が本人の意向を定期的に確認している。	8	12
A2-③医師 が本人の意向を定期的に確認している。	5	15
A2-⑨ 病院スタッフがピアサポーターと交流する勉強会等の機会を設けている。	5	15
A2-③心理士 が本人の意向を定期的に確認している。	4	16
A2-③その他 が本人の意向を定期的に確認している。	2	18

3. 重度かつ慢性の患者の退院の発議について該当するものに✓印をつけてください。	該当する	しない
A3-② 担当医師とプライマリーナースのチームで発議する。	14	6
A3-④ 病棟単位の多職種が参加する会議が発議する。	13	7
A3-⑥ 該当する病棟の全員が退院の対象と見なしている。	7	13
A3-③ 看護師、あるいは看護師チーム会議が発議する。	6	14
A3-⑤ 病院単位の多職種が参加する会議が発議する。	6	14
A3-① 担当医師の発議による（担当医師以外が発議する仕組みはない）。	4	16

4. 発議後のプロセスについてお聞きます。		
4-1. 退院支援計画について該当するものに✓印をつけてください。	該当する	しない
A4-1-① 対象患者全員について支援計画を立てる。	10	10
A4-1-② 対象患者の一部について支援計画を立てる。	5	15
A4-1-③ 支援計画は策定しない。	3	17
4-2. 入院時などにチェックリストを用いて在院長期化リスクのアセスメントをしている	該当する	しない
A4-2-① 入院時に長期化リスクをアセスメントしている。	8	12
A4-2-② 入院後も時期を決めて長期化リスクのアセスメントをしている。	7	13
A4-2-③ 長期化リスクのアセスメント結果を病棟にフィードバックしている。	6	14
4-3. 治療の進行のチェック体制について該当するものに✓印をつけてください。	該当する	しない
A4-3-② 病棟レベルのカンファレンスでチェックする。	16	4
A4-3-① 主治医、看護師等がチェックする。	11	9
A4-3-③ 病院レベルの会議でチェックする。	6	14
A4-3-④ 病院外の組織も入った委員会などでチェックする。	4	16
A4-3-⑥ その他のチェック体制がありましたらお書きください。	3	17
A4-3-⑤ 進行状況を院内ニュースなどで広報する。	2	18
A4-3-⑦ 問題があるとき治療の進展を支援する仕組みがある。	2	18

【B】「重度かつ慢性」患者等に対して実施している取り組み（プログラムなど）について

5-1. 重度かつ慢性に該当する患者のどの程度の割合の人に対して実施していますか？	ほぼ全例に実施している	比較的良好に実施している	あまり実施していない	全く実施していない
B5-1-① 医師による定期的な精神療法	6	11	2	1
B5-1-② OTセンターで行われる作業療法	2	9	9	0
B5-1-③ 病棟等で行われる個別作業療法	0	8	10	2
B5-1-④ 心理教育／疾患教育	0	8	6	6
B5-1-⑤ 社会生活技能訓練(SST)	0	8	6	6
B5-1-⑧ 生活習慣の改善をめざしたグループ療法	0	7	6	7
B5-1-⑨ その他、具体的にお書きください。	2	4	2	12
B5-1-⑦ 小集団で思いを語るグループ療法	0	3	6	11
B5-1-⑥ 精神病症状をターゲットとした認知行動療法	0	2	7	11

5-2. 重度かつ慢性に該当する患者のどの程度の割合の人に対して適用していますか？	ほぼ全例に実施している	比較的良好に実施している	あまり実施していない	全く実施していない
B5-2-⑤ 退院前訪問	3	14	1	2
B5-2-① ケアマネジメント	6	6	5	3
B5-2-② 地域生活準備プログラム（退院に向けた心理教育やSST）	0	8	8	4
B5-2-⑥ その他、具体的にお書きください。	3	3	1	13
B5-2-④ ピアサポーター（元入院患者等）との交流や支援	2	3	5	10
B5-2-③ 地域移行用バス	0	0	3	17

5-3. 重度かつ慢性の患者に対する取り組み（プログラムなど）で、重視すべきことについて、非常に重要な場合は[非常に重要]列に、重要な場合は[重要]列に✓印をつけてください。	非常に重要	重要	なし
B5-3-③ 対人技能の向上、服薬自己管理などのスキルの獲得	13	6	1
B5-3-① 精神疾患についての知識獲得	8	11	1
B5-3-② 社会資源についての知識獲得	7	12	1
B5-3-④ スタッフとのコミュニケーションが高まる。	7	12	1
B5-3-⑤ 患者さん同士のコミュニケーションが高まる。	6	12	2

6. 重度かつ慢性の患者の退院支援を推進する主要なスタッフについて、該当する全ての職種に✓印をつけてください。	該当する	しない
B6-⑥ 介護福祉士	3	17
B6-⑦ その他の職種	6	14
B6-④ 臨床心理士	8	12
B6-③ 作業療法士	17	3
B6-② 看護師	19	1
B6-① 医師	20	0
B6-⑤ 精神保健福祉士	20	0

7 貴院で重度かつ慢性の患者の診療を行う医師の活動について該当するもの全てに選択をしてください。	ほぼ全例に該当する	比較的多くの例に該当する	あまり該当しない	ほんどの例に該当しない
B7-② 主として薬物療法に携わっている。	20	0	0	0
B7-③ 退院先、退院時期について決断を下している。	6	12	2	0
B7-① チームを先導している。	5	10	4	1
B7-④ 院内チーム会議で進行役である。	2	5	9	4
B7-⑤ 院外を含めた会議で進行役である。	0	4	9	7
B7-⑥ 他のスタッフに任せきりである。	0	2	8	10
B7-⑦ チーム医療の遂行の妨げになっているという意見が出ることがある。	1	1	10	8

8. 重度かつ慢性の患者が入院する病棟の看護体制について該当するものに✓印をつけてください。	該当する	しない
B8-⑤ パートナーシップ・ナーシングシステム制	1	19
B8-⑦ その他	2	18
B8-② チームナース制	3	17
B8-③ 固定チームナーシング制	4	16
B8-④ モジュール型ナーシング制	6	14
B8-⑥ 機能別看護方式	7	13
B8-① プライマリーナース制	13	7
9. 重度かつ慢性の患者さんのご家族へのアプローチについてお聞きします。	はい	いいえ
B9-1 家族教室などの取り組み（プログラムなど）を開催していますか？	9	11

10-1. 退院に際し作成するクライシスプランで、該当するもの全てに✓印をつけてください。	該当する	しない
B10-1-① 患者用クライシスプラン	15	5
B10-1-② 家族用クライシスプラン	9	11
B10-1-③ 施設用クライシスプラン	7	13
B10-1-④ 地域支援者用クライシスプラン	7	13
B10-1-⑤ その他のクライシスプラン 具体的にお書きください。	2	18

10-2. クライシスプランに記載している内容で、該当するものに全て✓印をつけてください。	該当する	しない
B10-2-① 緊急時の連絡方法	15	5
B10-2-② 不調時のサインと解決策（本人用）	15	5
B10-2-③ 悪化時の症状と対応方法（家族用、施設用、地域支援者用）	12	8
B10-2-④ 日常活動についての項目	10	10
B10-2-⑤ 処方内容	6	14
B10-2-⑥ その他 具体的にお書きください。	4	16

11 重度かつ慢性の患者の退院後の支援体制・支援活動について、どの程度の人に該当するかお答えください。	ほぼ全例に該当する	比較的多くの例に該当する	あまり該当しない	ほんどの例に該当しない
B11-③ 自院または地域の精神科救急医療システムにより、時間外でも必要な場合には適時に診療を提供できる。	15	3	1	1
B11-② カルテや諸記録などスタッフが共有する情報源に患者の状態と対応を刻々と記録している。	7	7	4	2
B11-④ 緊急時に対応するスタッフへの連絡方法が統一されている。	7	7	3	3
B11-① カルテや諸記録などスタッフが共有する情報源に緊急時の対応方法を明示している。	4	9	5	2
B11-⑥ 定期的にカンファレンスやレビューを開いて患者の状況を把握している。	4	6	7	3
B11-⑤ 受診時に通常の診療を越えたサービスを提供している。	3	4	11	2
B11-⑦ 休日や夜間も含め多職種編成チームが対象患者に対して危機対応をしている。	0	5	6	9

12. 重度かつ慢性の患者さんに対する地域連携について、どの程度の人に該当するかお答えください。	ほぼ全例に該当する	比較的多くの例に該当する	あまり該当しない	ほんどの例に該当しない
B12-⑤ 病院で開くケア会議に、地域機関のスタッフにも参加してもらっている。	7	11	1	1
B12-④ 病院保有の地域関連施設を持たず、或いはほとんど持たず地域の諸機関との連携により地域移行・地域定着を図っている。	8	5	6	1
B12-⑦ 地域の保健師と連携している（退院後の相談窓口、退院前カンファレンス・外泊時訪問・退院後の定期訪問など）。	3	9	7	1
B12-⑥ 地域で開くケア会議に、病院スタッフにも参加してもらっている。	4	7	7	2
B12-③ 病院保有の地域関連施設と地域の諸機関の両方を利用して地域移行・地域定着を図っている。	5	5	2	8
B12-② 主として病院保有の地域関連施設を利用して地域移行・地域定着を図っている。	0	5	7	8
B12-④ 病院の取り組み（プログラムなど）に地域の機関のスタッフに参加してもらっている	1	4	9	6

14 「重度かつ慢性」患者を対象とした地域連携体制についてうかがいます	ほぼ全例に /利用している	比較的良好に /利用している	あまり実施 /利用していない	まったく実施 /利用していない
C14-① 医療機関職員と地域支援者の担当者間で連絡・相談ができる、顔の見える関係の構築	8	10	1	1
C14-② 地域支援者が医療機関の医師、看護師等に、気軽に相談できる関係の構築	5	12	3	0
C14-④ 対象者の状況変化に応じて、随時関係者とのケア会議が開催できる体制の構築	7	10	3	0
C14-⑥ 地域においてキーパーソンとなる支援者の設定	3	14	1	2
C14-⑤ 対象者の病態特性や対応面に関する情報共有ができる体制の構築	6	10	3	1
C14-③ 対象者との馴染みの関係性を重視した地域支援者との連携体制の構築	2	13	5	0
C14-⑧ 行政機関（保健所等）が主体となった地域支援者ネットワークの構築	2	6	10	2
C14-⑦ 地域の自立支援協議会や部会などを活用したネットワークの構築	1	5	12	2

15-1「重度かつ慢性」患者に利用された地域生活支援の内容についてうかがいます。	ほぼ全例に 利用している	比較的良好に 利用している	あまり利用 していない	まったく利用 していない
C15-1-⑦ 服薬や通院など医療継続に向けた支援	8	12	0	0
C15-1-④ 当事者の不安や困りごとなどへの、窓口（担当者）を設けた相談対応	10	9	1	0
C15-1-① 居住の場における、日中の日常生活支援	5	13	2	0
C15-1-⑮ 対象者の家族の相談やサポート	3	15	2	0
C15-1-③ 居住の場における、病状面の観察や必要に応じた対応	6	11	3	0
C15-1-⑧ 精神疾患の病状面への、通常ケースよりも手厚い医療・看護サービス	2	12	6	0
C15-1-⑬ 保健所等の行政機関・職員と協働した支援	3	11	5	1
C15-1-⑨ 生活習慣病の悪化防止や身体合併症などに対する身体管理・ケア	1	10	7	2
C15-1-⑩ 内科等のかかりつけ医との連携や情報共有	4	6	9	1
C15-1-⑪ インフォーマル資源を含めた支援者ネットワークによる、地域生活の見守り・声かけ	1	8	9	2
C15-1-⑯ 地域生活安定後の、就労に向けた支援	0	9	8	3
C15-1-⑥ 医療サービスの報酬や規定の範囲（頻度、内容等）を超えた支援	3	4	9	4
C15-1-② 居住の場における、24時間を通じた日常生活支援	2	4	10	4
C15-1-⑫ 近隣住民や関係者（非専門職）に対する、対象者の理解を得るための支援	0	5	10	5
C15-1-⑤ 福祉サービスの報酬や規定の範囲（頻度、内容等）を超えた支援	1	3	9	7
C15-1-⑭ ピアサポーターによる対象者の支援	0	2	9	9

15. 「重度かつ慢性」患者に利用された、地域生活支援の制度、手法等についてうかがいます。	ほぼ全例に利用している	比較的良好に利用している	あまり利用していない	まったく利用していない
C15-2-⑤ 精神科訪問看護による病状等の観察と訪問頻度の調整	6	13	0	1
C15-2-⑧ 精神科訪問看護等による服薬管理・指導	6	13	0	1
C15-2-⑭ 精神科病院における電話相談体制	11	8	1	0
C15-2-⑰ 家族関係の調整や家族サポート	5	13	2	0
C15-2-⑦ 居住施設の職員等による服薬の声かけや確認	6	11	2	1
C15-2-⑯ 精神科病院における短期入院の利用（必要時に判断）	2	14	3	1
C15-2-⑥ 精神科デイ・ケアによる治療プログラムの活用	2	13	5	0
C15-2-④ 地域支援者ネットワークによる、見守り・声かけと病状悪化等の兆候把握	2	12	4	2
C15-2-① 居宅介護（ホームヘルプ）の支援を通じた、病状悪化等の兆候把握	3	9	7	1
C15-2-⑪ クライシスプランに基づく支援者の早期対応	1	8	8	3
C15-2-⑰ 精神科病院における短期入院の利用（計画的な入院）	1	8	6	5
C15-2-⑨ 通院等介助等（ヘルパー）による通院支援	2	6	10	2
C15-2-⑩ クライシスプランによる病状の自己管理	1	7	9	3
C15-2-⑯ 保健所等の行政機関職員による訪問指導	1	6	9	4
C15-2-② 障害者総合支援法による「地域定着支援」の利用	0	6	9	5
C15-2-⑮ 障害者総合支援法の「短期入所施設」の活用	0	6	11	3
C15-2-③ 障害者総合支援法による「自立生活援助」の利用	0	4	8	8
C15-2-⑫ 24時間・夜間休日の精神科訪問看護提供体制	1	3	5	11
C15-2-⑬ 精神科医師（主治医等）による往診体制	1	2	7	10

16. 「重度かつ慢性」患者に利用された、病状悪化時の支援についてうかがいます	ほぼ全例に利用している	比較的良好に利用している	あまり利用していない	まったく利用していない
C16-④ 精神科病院における、当事者・家族等からの電話による相談対応	7	12	1	0
C16-⑦ 精神科病院への早期入院による治療	1	17	1	1
C16-⑧ 再入院時における地域支援者の継続的な関わり・支援	5	13	1	1
C16-② 特別訪問看護指示書による手厚い精神科訪問看護	1	9	4	6
C16-⑤ 保健所等の職員による危機介入支援	1	7	10	2
C16-⑥ クライシスプランに基づく支援者の対応	0	7	10	3
C16-① 24時間・夜間休日の精神科訪問看護	0	3	4	13
C16-③ 精神科医師（主治医等）による往診	0	3	8	9

6. 「重度かつ慢性」患者の実践ガイドの概要

実践ガイド（資料3）は約70頁からなる冊子で、総論、各論、典型例のケースビネットの3つから構成される。

総論は、病院としての取り組みをまとめている。①病院として重度かつ慢性の患者の退院促進に取り組んだきっかけ、②重度かつ慢性の患者の退院に向けての本人の意向確認や意欲喚起の取組み、③重度かつ慢性の患者の退院の発議について、④発議後のプロセスについての項目となっている。

退院と地域生活支援に役立つ治療と支援は何かという視点で好事例地域と病院のヒアリングやアンケート調査に取り組んだ結果、個々の療法以前に、病院や病棟ぐるみで「この患者さんたちの退院を支援しよう」という意欲やそれを支えるシステムの重要性に気づかされた。個々の患者の退院を進めるためには、本人の意欲喚起と治療者側のリーダーシップ（本実践ガイドでは「退院発議」と表現した）が重要で、これらが病院としての医療の高度化とつながっていると考えられた。

各論は「各領域で推奨されるミニマム・エッセンス」として記述されている。「ミニマム」は最小限の、「エッセンス」は、核心にあるものを出来るだけ短くギュッと絞り出した精髓ということになる。

ミニマム・エッセンスは次の項目立てとなっている。

2-1 薬物療法（執筆：宮田量治）

1. はじめに
2. 統合失調症例への薬物療法ガイド
3. 参考資料

2-2. クロザピン(CLZ)療法(執筆:木田直也)

1. はじめに
 2. 多職種でのチーム医療の重要性
 3. 好事例病院への調査からわかる望ましい体制整備と地域連携
 4. CPMS 登録の医療機関が患者登録を行い、経験症例を増やすときの課題
 5. CLZ 治療を行う上での加算やインセンティブ等について
- ### 2-3. 心理社会的治療（執筆：岩田 和彦）
1. 「重度かつ慢性」患者の退院を促進する心理社会的治療プログラム
 2. 「重度かつ慢性」患者の退院支援を推進するスタッフ体制
 3. 「重度かつ慢性」患者の退院とその後の地域生活を支える社会資源
 4. 「重度かつ慢性」患者の再入院の防止に向けた対応
- ### 2-4. チームによる地域ケア体制班（執筆：吉川 隆博）
1. はじめに
 2. チーム地域ケア体制の構築に向けた実践ガイド
 3. チーム地域ケア体制の特徴と強み
- 「重度かつ慢性」の典型例を8類型にまとめ、それぞれに関する見立てや治療・支援を好事例病院の経験豊富な医師が解説したものが「典型例」（ケースビネットと治療／支援の回答例）である。
- 典型例には次のものが含まれる。
- ② 陽性症状（幻覚・妄想）が重度な例
 - ②治療中断の可能性が大きい例
 - ③ 多飲水が著しい例
 - ④ 衝動行為が著しい例
 - ⑤ 暴言への対応を要する例
 - ⑥ 迷惑行為への対応を要する例
 - ⑦ 自殺や自傷行為等の危険性が高い例

- ⑧ 他害や触法行為の可能性が高い例
- ⑨ 精神症状に加えて生活障害が著しい例
- ⑩ 重い身体合併症が存在する例

D. 考察

(1) 「重度かつ慢性」基準に合致する長期在院患者に必要な治療と支援の解明を目指す

今回の第一次アンケート調査で各病院に登録を依頼した患者は、「平成 28 年 4 月 1 日時点で入院期間が 1 年を超過していた患者（認知症を除く）のうち、平成 29 年 3 月 31 日までに退院した患者が対象です。上から順に、もれなく評価をお願いします。」と依頼して登録された患者である。

52 病院から 1,000 人以上の報告が得られたが、主診断が認知症(F0)を除き、さらに 1 年以上の長期在院の理由が「病状が重いまたは不安定なため」という、「重度かつ慢性」に相当すると考えられる対象だけを選択し

た。この結果、797 人の患者が選択されたので、これらの患者について検討を行った。

下記の資料は文献 2 の調査報告にもとづいて厚生労働省が作成したものである。「重度かつ慢性」に関する研究班の成果などを勘案し、精神病床における 1 年以上の長期在院患者（慢性期入院患者）のうち「重度かつ慢性」基準案を満たす患者は、「概ね 60%程度である」としている。

このように長期在院患者のうち「重度かつ慢性」基準を満たす患者数の試算が行われたが、これらの患者の退院・地域移行のためにどのような治療や支援が必要かについては、これまで明らかにされていなかった。

今回、第一次アンケートで対象としたのは 1 年以上在院患者のうち、「病状が重いまたは不安定なため」1 年を超えて在院していた患者のうち調査期間の 1 年間に退院した患者であり、その退院に寄与した治療や

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。

入院日数	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

■ 特別な管理を要する ■ 日常的な管理を要する ■ 身体合併症なし

※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年度厚生労働省「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))

支援を明らかにすることを目的とした調査を行った。

過去の長期在院患者調査の対象と、今回の第一次アンケートの対象が同一であるかどうかは慎重な検討が必要と思われるが、今回の対象患者は、①それぞれの患者の主治医が「病状が重いまたは不安定」なため1年を超えて在院したと評価した患者であること、②今回の調査対象797人は5年以上の在院患者が46.4%を占め、平均在院8年以上という長期在院患者が多い患者群であることから、上記の長期在院患者中の「重度かつ慢性」患者の推計と比較が可能と考えられる。

このように、今回の調査はわが国において未解明であった長期在院患者のうちの「重度かつ慢性」の患者に必要な治療と支援について手がかりを与えるものと考えられる。

今回は一次アンケートを踏まえて、好事例病院とその他の病院を分け、両者を比較することを通じて好事例に関連する要因を見いだして、二次アンケートの形にまとめ、好事例病院における実施状況を確認して、そこから実践ガイドを作成した。

今回は、研究班が設けた基準に合致する病院を好事例としたが、第一次アンケートに協力してくださった52病院はいずれも意欲的な病院であり、本来はほとんどすべてが好事例と言える病院である可能性がある。

好事例の基準は、地域により、各病院の役割により異なることが想定されるが、今回は全国一律の基準を設けるため、新規入院患者の1年までの退院が多い、長期在院患者が少ないか、長期の患者でも居宅系退

院できる病院であることを条件とした。

(2) 好事例につながる要因の検討

全国の精神科病院や地域の訪問・ヒアリングおよび第一次アンケート結果にもとづき、好事例病院の基準を研究班の合議により定めた。

第一次アンケートの回答を得た52病院に好事例基準をあてはめたところ、20病院が好事例病院に該当した。そこで好事例20病院とその他の病院を対比して、好事例につながる要因を検討した。

これらの検討結果と、薬物療法班およびクロザピン療法班の独自調査にもとづいて、「重度かつ慢性」基準に該当する重度の患者の退院と地域生活維持に役立つ好事例要因を各班の合議により抽出・整理して第二次アンケートを作成した。

「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイドの総論、心理社会的治療／方策、チームによる地域ケア体制については、上記の第二次アンケートにより、好事例20病院での実施状況を確認し、実施頻度の高い項目を好事例病院で広く実践されている要素として重視した。また薬物療法班、クロザピン療法班では独自の調査に基づいて好事例の要因を確認した。

以上のように、ヒアリングと第一次アンケートで抽出された好事例要因の候補について、第二次アンケートにより好事例病院での実施状況を確認できた。好事例病院で広く実施されている要因を重要な要因と考えた。

一方で、数は多くなくても精神科入院治療において対応が難しく、在院が長期化しがちな状態像を呈する人たちがいる。これ

らを8つの類型にまとめた「典型例」に対する治療と支援を、好事例病院でそれぞれの典型例の退院実績のある臨床経験豊富な医師に、「見立て」と「入院治療におけるゴール」、「実施可能な治療／方策の選択肢」、「最初に行うであろう治療／方策」と「退院時までに行うであろうその他の治療／方策」をできるだけ具体的に書き込んでいただいた。

これらの「典型例」と治療／方策は、入院治療に行き詰まったとき、似たケースを探して、そこに挙げられている治療／方策に照らして、ご自身の病院での実践を振り返る手がかりとして利用していただけるのではないかと思われる。

(3) 当初の予想とは異なる見方が必要

今回の調査と実践ガイドの検討の過程で、「重度かつ慢性」患者への対応において当初予想したものとは別の考え方が必要であることが明らかになった。それらは3つのポイントにまとめられる。

1) ヒアリングの過程で「個々の治療法の選択の前に、病院として患者の退院を支援する姿勢やシステムが重要」との指摘があった。これらを第二次アンケートにまとめて好事例病院を対象に調査したところ、「1. 総論：病院としての取り組み」にあるように、病院として退院促進や医療高度化を重視する姿勢、患者の意欲喚起・退院発議、退院に向けての支援計画を立て進捗をモニタする仕組みを持つなどが好事例病院の多くで実施されていることが分かった。こうした病院としての取り組みの中で、薬物療法や心理社会的治療などの個々の療法の効果を発揮していると考えられた。

第一次アンケートで精神科地域移行加算の利用例が好事例病院においてその他の病院より有意に高率であった。表15に示したように、地域移行加算を利用した患者と利用しなかった患者を対比して、「退院に資した主な療法」への該当率を調べると、利用した患者が利用しなかった患者より、「クロザピン療法」、「その他の薬物療法」（以上 $p<0.01$ ）、「何らかの心理社会的治療」、「障害福祉サービスとの連携」（以上 $p<0.05$ ）の該当率が有意に高かった。この結果は、地域移行加算を利用した患者では利用しなかった患者と比べてこれらの療法がより積極的に用いられた可能性が考えられた。

2) 治療や支援の実施に当たっては、何か単一の治療や支援によって退院に至ることは稀で、好事例病院では、多くの場合にいくつもの治療を組み合わせで実施されていた。クロザピンは治療抵抗性統合失調症患者にも有効とされているが、ミニマム・エッセンスの「資料 琉球病院パス」で示されているように、クロザピン療法に加えて、心理教育や退院準備プログラム、服薬指導、デイケア参加、福祉プログラムなどが必要とされている。8つの典型例のうち、ケース4（衝動行為）、ケース7（自殺・自傷）、ケース8（触法行為）などでは「まず最初に行う治療」としてクロザピンへの変更が挙げられているが、これらの例の「D.治療／方策リスト」では、退院時までには多くの心理社会的治療や地域ケアが選択されており、クロザピン療法による病状改善に加えて、退院に向けての心理社会的治療や地域ケアの必要性が示唆されていると思われる。

3) 最後に、初期治療でうまくいかないとき、見直し、担当者任せにしないチームや病棟、

病院としての支援の仕組みも重要と考えられる。こうしたことは「総論：病院としての取り組み」の他、薬物療法の見直しなどでも述べられている。

この実践ガイドで述べられていることは、とても常識的なことで、多くの病院ですでに実施されていることも多いかと思われるが、長期化しがちな患者さんたちに臨床現場で関わっている方々が、期待通りに患者さんが良くならないとき、あるいは病棟や病院のチームを見直すときに、この実践ガイドを参考にいただき、それがヒントとなって治療や支援が新しく展開していくことを期待したい。

(4) 本研究の限界と今後の課題

第二次アンケートの質問項目は、平成 24 年度以降の研究成果を踏まえて平成 29-30 年度に実施した約 300 病院・施設のヒアリングやアンケート調査に基づいて、「好事例に関連すると考えられる要因」を研究班で議論して整理したもので、第二次アンケートの実施により、重要と考えられた要因が、好事例病院でどの程度実施されていたかが分かり、これが実践ガイドの根拠の 1 つとなっている。しかし、実施状況を確認した対象が 20 病院と比較的少数であったため、選択の偏りが含まれている可能性は否定できない。今後、より多数の病院や施設を対象とした調査による確認が望まれる。

さらに、今回の好事例選択の条件は新規入院患者の早期退院と、長期在院患者の居宅退院というシンプルなものですが、退院実績には地域の特性やその病院の役割などの考慮が必要かもしれません。地域ごとに見た際の好事例の基準も今後の検討課題と

思われる。

今回の好事例の検討では、対象者の特性ごとの検討は十分に行われていないことも限界の 1 つである。これに関連して、二次アンケートでは、「重度かつ慢性」患者で特に長期の在院患者や高齢患者への治療／支援について、重視して取り組んでおられることの自由記載を依頼した。実践ガイドでこれらの自由記載事項を紹介したので参照をお願いしたい。

E. 結論

病状の重い長期在院患者でも退院できる／長期在院患者を生まないための実践ガイドを作成した。新規入院患者が早く退院する／長期在院患者が少ない、または長期在院の患者でも居宅系の退院率が高いことを好事例病院の基準として設定し、第一次アンケートに回答を得た 52 病院を好事例 20 病院とその他の病院に分け、在院患者と治療法／支援方法を比較して検討し、ヒアリング調査やその他の調査結果を踏まえて、好事例につながるものが想定される要因を抽出して第二次アンケートを作成した。

好事例 20 病院に依頼して各項目の実施状況を確認することにより、好事例病院で広く実施されている好事例要因を確認することができた。

また「長期在院」患者の 8 つの典型例のケースビネットを作成し、経験豊富な医師に治療／支援方法を解説していただいた。これらを「重度かつ慢性」患者の包括支援実践ガイドとしてまとめた。

わが国の精神科病院で長期在院患者を生まない、あるいは長期在院患者でも病状を改善して退院し地域生活に移行していくこ

とができるための医療の高度化を進めていくために、本実践ガイドが役立てられることを期待したい。

謝辞

本研究に多大なご協力をいただいた公益社団法人日本精神科病院協会、公益社団法人日本精神神経科診療所協会、自治体病院協議会、精神病床を有する国立病院をはじめとする病院団体、および、調査にご協力くださった病院関係者各位にこの場を借りて御礼申し上げます。

F. 研究発表

安西信雄：急性期からの治療法の再検討—長期入院を作らないためのクロザピン、mECT、LAI を含めた治療戦略。シンポジウム 72 治療抵抗性統合失調症への包括的支援を考える。第 114 回日本精神神経学会総会 2018 年 6 月 23 日，神戸

安西信雄：「重度かつ慢性」に該当する退院困難患者に必要な治療と包括的支援—これまでの調査で分かったこと、これから明らかにしたいこと。シンポジウム 8 重度かつ慢性の処遇及び ICF について。第 7 回日本精神科医学会学術大会 2018 年 10 月 4 日，長野

安西信雄：統合失調症の治療ゴールをめぐって—心理社会的治療の視点から。精神医学 61(4): 375-381, 2019

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

H. 文献

- 1) 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（平成 29 年 2 月 8 日）
- 2) 安西信雄（研究代表者）：平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「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」平成 27 年度総括・分担研究報告書，2016 年 3 月
- 3) 池淵恵美（研究分担者）：重度かつ慢性の精神障害者への退院支援についての文献研究。平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究—心理社会的治療／方策」研究班（研究代表者：岩田和彦）平成 30 年度総括・分担研究報告書，2019 年 5 月
- 4) 佐藤さやか，池淵恵美，穴見公隆，ほか：精神障害をもつ人のための退院困難度尺度作成の試み 日本社会精神医学会雑誌 16(3): 229-240, 2008
- 5) 安西信雄（分担研究者）：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。平成 30 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）精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究（研究代表者 山之内芳雄），2019 年 5 月
- 6) 安西信雄（研究代表者）：平成 29-30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究—関連研究班の統括・調整研究（H29-精神-一般-003）」平成 29-30 年度総合研究報告書，2019 年 5 月

図表1 本調査研究の全体像（イメージ）

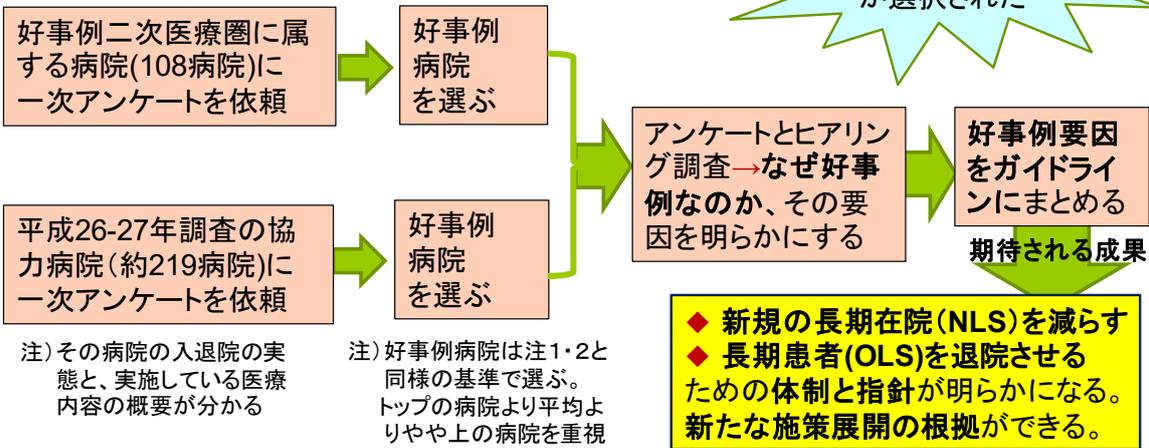
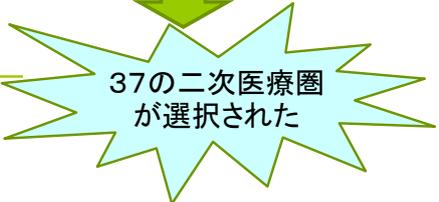
好事例の二次医療圏と精神科病院を選び、「なぜ好事例か？」を明らかにする

全国の約340個の二次医療圏から、明確な基準で「好事例二次医療圏」を選択する

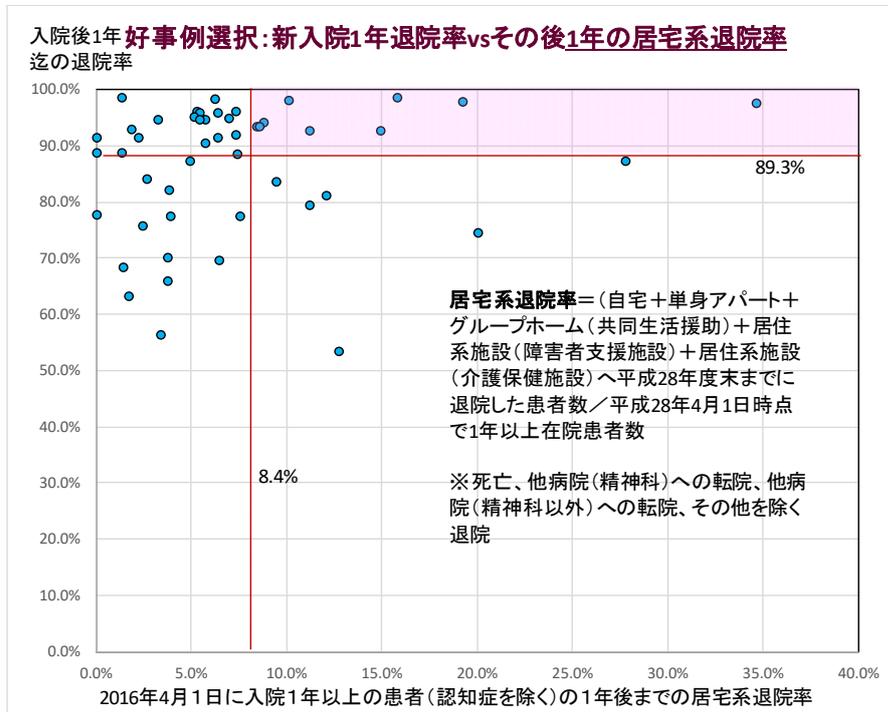
**好事例
二次医療圏・病院
を選択する基準**

- ◆ 新規の1年以上精神科在院患者(NLS)の発生が少ない
- ◆ 既に1年以上になっている患者(OLS)の退院率が高い
- ✓ どちらの指標も中央値以上(全国平均より良い)

注①: OLS退院率の高さが上位12.5%のうち NLSの中央値以上
注②: NLS発生の少なさ上位12.5%のうち OLSの中央値以上

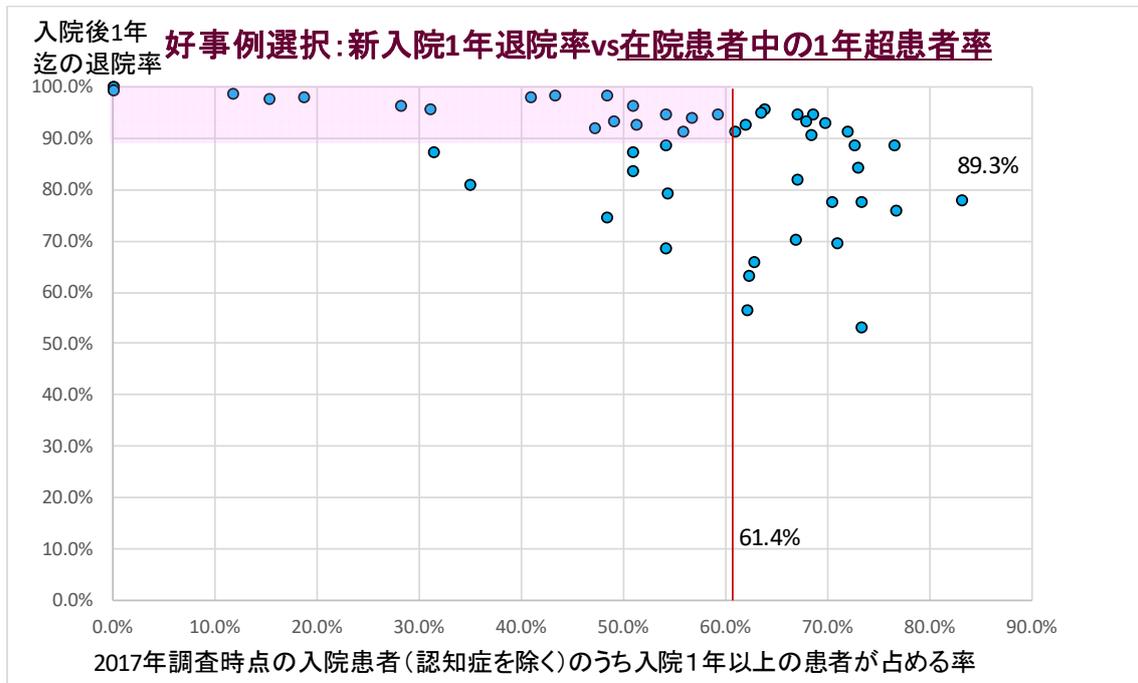


図表2 新入院患者の1年までの退院率と、1年超在院患者1年後までの居宅系退院率



(文献5から引用)

図表3 新入院患者の1年までの退院率と、1年超在院患者が在院患者中に占める率



(文献5から引用)