

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))

精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究

平成 29 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 山之内 芳雄

平成 30 (2018) 年 5 月

目次

I	総括研究報告	
	精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究-----	1
	山之内 芳雄	
II	分担研究報告	
1.	一般医療と整合性を持たせた精神医療計画策定プロセスに関する研究	
	河原 和夫-----	13
2.	病院の構造改革に関する好事例モデルとそのプロセスの検討に関する研究	
	来住 由樹-----	16
3.	身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究	
	宮岡 等-----	18
4.	精神科医療における医療安全に関する研究	
	橋本 喜次郎-----	26
5.	重度かつ慢性の精神障害者の医療提供体制に関する研究	
	安西 信雄-----	35
6.	精神保健医療に関する制度の国際比較に関する研究	
	藤井 千代-----	44
7.	新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究	
	福生 泰久-----	49
III	研究成果の刊行に関する一覧表-----	54

平成 29 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))
精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
総括研究報告書

研究代表者 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)
研究分担者 河原 和夫 (東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科)
来住 由樹 (岡山県精神医療センター)
宮岡 等 (北里大学医学部 北里大学東病院)
橋本 喜次郎 (肥前精神医療センター)
安西 信雄 (帝京平成大学大学院臨床心理学研究科)
藤井 千代 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
福生 泰久 (神奈川県立精神医療センター)

研究要旨：

レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB)や 630 調査等をあわせた総合的な精神科医療実態把握のためのデータセットの作成と地域医療計画の進捗管理に資するツール作成、精神科医療資源推計とそのプロセス提示を行った。また、これら推計やプロセスの中身ともなる施策推進等で生じた新たな諸課題に対しては、課題ごとの分担研究班において従来の取組みや調査等のレビューを通じた知見を見出した。さらに今年度は精神保健指定医の指定・更新要件の見直しや指導医の役割の明確化等が政策課題になったことを踏まえ、精神保健指定医研修・審査のあり方に関する検討も行った。

- 平成 26 年度の NDB データに基づいた診療実績データを平成 29 年 6 月に公表した (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/data/>)。平成 27, 28 年度の NDB データ、29 年度 630 調査等をもとに、平成 29 年度の精神保健福祉資料について平成 29 年 11 月に一部の公表を行った。公表されたデータはダウンロード可能なエクセルシートであり、15 領域ごと、全国・都道府県ごと・二次医療圏ごと、入院・外来ごとの医療機関数・年間受診患者実数を算出した。また、全国・都道府県ごと・二次医療圏ごとの、前年度 3 月入院者のその後 1 年間の退院状況、前年度 3 月退院者のその後 1 年間の再入院状況(在院 1 年未満・在院 1 年以上)を算出しグラフ表示した。また、平成 29 年 11 月には、平成 29 年 630 調査の集計値を用いて、市区町村別の 1 年以上入院患者数を医療機関所在地別・患者住所地別で算出したものを公表した。
- 各都道府県に対して医療計画への本研究で算出した指標の活用状況、地域基盤整備量についてうかがったものを集計した。
- 精神病床における身体合併症患者に対する医療提供体制構築において、自治体・精神科病院が取り組むために参照できるツールの開発を行った。
- 隔離拘束の実態に関しては、平成 29 年 6 月に調査を開始したが、回答に混乱が生じる懸念が発生し、一旦調査を中断し、ひきつづきその実態調査の方法について検討することとした。
- 重度かつ慢性であろう患者が地域定着できている医療提供体制の好事例を収集するため、平成 26 年度の NDB データに基づいた診療実績データから、1 年以内の退院率が高い二次医療圏、1 年以上入院者の 1 年間の退院者率が高い二次医療圏を公表データから抽出した。
- 精神保健指定医の役割・意義に関する議論を行い、指導医の位置づけ、精神保健指定医取得・更新における審査方法、再教育方策につき検討し取りまとめた。

森 隆夫 (あいせい紀年病院)
 河崎 建人 (水間病院)
 中島 豊爾 (岡山県精神科医療センター)
 村上 優 (国立病院機構榊原病院)
 上ノ山 一寛 (南彦根クリニック)
 竹島 正 (川崎市精神保健福祉センター)
 大江 浩 (富山県 新川厚生センター)
 中込 和幸 (国立精神・神経医療研究センター)
 西 大輔 (国立精神・神経医療研究センター)
 菅 知絵美 (国立精神・神経医療研究センター)
 岡崎 絵美 (国立精神・神経医療研究センター)
 松本 悠貴 (国立精神・神経医療研究センター)
 臼田 謙太郎 (国立精神・神経医療研究センター)
 臼杵 理人 (国立精神・神経医療研究センター)
 古野 考志 (国立精神・神経医療研究センター)
 馬場 俊明 (国立精神・神経医療研究センター)
 吉田 光爾 (昭和女子大学)
 萱間 真美 (聖路加国際大学大学院)
 福島 鏡 (聖路加国際大学大学院)
 角田 秋 (聖路加国際大学大学院)
 石井 歩 (聖路加国際大学大学院)
 瀬戸屋 希 (聖路加国際大学大学院)
 菅河 真紀子 (東京医科歯科大学大学院)
 野木 渡 (浜寺病院)
 大久保 圭策 (大久保クリニック)
 大鶴 卓 (琉球病院)
 水野 謙太郎 (若草病院)
 池田 俊一郎 (関西医科大学精神神経科)
 村田 昌彦 (榊原病院)
 上島 雅彦 (竹田総合病院)
 名雪 和美 (国保旭中央病院)
 大野 美子 (愛知県健康福祉部障害福祉課)
 長野 敏宏 (御荘診療所)
 渡邊 博幸 (木村病院)
 佐野 亘 (岡山県精神科医療センター)
 関 英一 (岡山県精神科医療センター)
 川副 泰成 (国保旭中央病院)
 大石 智 (北里大学)
 松井 隆明 (日本精神科病院協会)
 窪田 幸久 (日本精神科診療所協会)
 永田 雅子 (大口病院)
 澤 滋 (さわ病院)
 佐藤 博俊 (仙台市立病院)
 渋谷 磯夫 (尾花沢病院)
 中森 靖 (関西医科大学総合医療センター)
 北元 健 (埼玉医科大学病院)
 三宅 美智 (国立精神・神経医療研究センター)
 立森 久照 (国立精神・神経医療研究センター)
 大迫 充江 (肥前精神医療センター)
 山口 雅也 (肥前精神医療センター)
 鮫島 隆晃 (鮫島病院)
 中島 公博 (五稜会病院)
 新垣 元 (新垣病院)
 八尋 光秀 (西新共同法律事務所)
 四方 田清 (順天堂大学)
 高橋 美久 (株式会社 MARS)
 桐原 尚之 (全国「精神病」者集団・運営委員)
 井上 新平 (さわ病院)
 木田 直也 (琉球病院)
 田口 真源 (大垣病院)
 吉川 隆博 (東海大学)
 原 敬造 (原クリニック)
 宮田 量治 (山梨県立北病院)
 小塩 靖崇 (国立精神・神経医療研究センター)
 島津 恵子 (国立精神・神経医療研究センター)
 種田 綾乃 (国立精神・神経医療研究センター)
 堀口 寿広 (国立精神・神経医療研究センター)
 市川 朝洋 (日本医師会)
 下田 和孝 (獨協医科大学)
 松田 ひろし (柏崎厚生病院)
 杠 岳文 (肥前精神医療センター)
 長尾 真理子 (埼玉県立精神医療センター)
 二宮 貴至 (浜松市精神保健福祉センター)
 神庭 重信 (九州大学精神科)
 竹中 秀彦 (京ヶ峰岡田病院)
 肥田 裕久 (ひだクリニック)
 三木 和平 (三木メンタルクリニック)
 加藤 温 (国立国際医療センター)
 浅見 隆康 (群馬県こころの健康センター)
 柑本 美和 (東海大学)
 羽澄 恵 (国立精神・神経医療研究センター)
 橋本 壘 (国立精神・神経医療研究センター)

A. 研究目的

本研究の目的は、医療計画・障害福祉計画・介護保険事業計画が、平成30年度に同時に改訂されることを踏まえ、自治体・医療関係機関等がその着実な策定と確かなモニタリングに関する方策を提示するものである。平成29年2月にとりまとめられた「これからの精神保健医療福祉に関する検討会」の、新たな地域精神保健医療体制のあり方の構築に関する議論を受け、地域で効果的に展開するための具体的かつ実現可能な方法を提示することである。そのために、総合的な精神科医療実態把握のためのデータセットの作成と地域医療計画の進捗管理に資するツール作成、精神科医療資源推計とそのプロセス提示を行う。また、これら推計やプロセスの中身ともなる施策推進等で生じた新たな諸課題に対しては、課題ごとの分担研究班において従来の取組みや調査等のレビューを通じた知見を創出する。さらに今年度は精神保健指定医の指定・更新要件の見直しや指導医の役割の明確化等が政策課題になったことを踏まえ、精神保健指定医研修・審査のあり方に関する課題も生じた。

これら本研究により得られた知見をもとに、全体研究班会議にて地域精神保健医療福祉に関係する組織・団体間の合意形成を行うことにより、実効性のある精神障害者施策に反映させる。これらは医療計画が実行力のあるものであるために必要な要素であり、根拠に基づいた将来予測と諸課題におけるプロセスモデルを提示することは、自治体や医療機関にとって必要なものと考えられる。

このような課題に対応すべく、分担班として以下の構成とした。

- A 総合的な精神保健医療データセット・データツールによる、精神科医療のニーズ推計とプロセス提示に関する研究
- B 一般医療と整合性を持たせた精神医療計画策定プロセスに関する研究
- C 病院の構造改革に関する好事例モデルとそのプロセスの検討に関する研究
- D 身体疾患を合併する精神障害者に対する

医療提供体制構築に関する研究

- E 精神科医療における医療安全に関する研究
- F 重度かつ慢性の精神障害者の医療提供体制に関する研究
- G 精神保健医療に関する制度の国際比較に関する研究
- H 新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究

B. 研究方法

各研究班は独立して研究を実施し、調査・知見の創出を行う。これらの成果を合わせる目的で、全体班会議を実施し、各分担班の知見に加え精神保健医療に精通した複数のアドバイザーの意見も交えて可能な限りの合意形成を図り、成果を実効性のある政策提言につなげられるよう努める。各分担班の研究計画は以下の通り。

A 総合的な精神保健医療データセット・データツールによる、精神科医療のニーズ推計とプロセス提示に関する研究

わが国の精神科医療の実態を把握すべく、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が「政策の企画立案実行管理に資する精神科医療の実態把握のための研究」として平成28年4月と平成29年7月に申し出たレセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)の精神医療に関する特別抽出データ、平成29年度「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのモニタリングに関する政策研究(H29-精神一般-009)(研究代表者:西大輔)」によって検討された630調査等をもとに、第7次医療計画で策定された15の疾患等領域における、二次医療圏ごとの診療実績のある医療機関数、年間受診患者実数等、および短期入院患者の年間の退院率、長期患者数、長期・短期入院退院者の再入院率を算出し、「新精神保健福祉資料」として公表した。また、都道府県の医療計画の策定状況を把握するため、精神医療圏の策定・疾患領域ごと

の評価指標・入院実績の評価指標・平成 32 年までの地域基盤整備量の策定状況について、平成 30 年 1 月に各都道府県に伺った。

B 一般医療と整合性を持たせた精神医療計画策定プロセスに関する研究

新たなデータセットに基づいた医療計画の策定を支援するため、過去の基金等の活用事例に基づき、都道府県での効果的な企画立案について提言する。

C 病院の構造改革に関する好事例モデルとそのプロセスの検討に関する研究

平成 28 年度に考案し、合意されたサクセスモデルの概念に基づいた、好事例のプロセス分析を進める。地域や病院の特性、ダウンジング等のプロセスを分析し、事例の中心的な役割を担った関係者からの情報集約と協働の枠組みを作り、地域への展開、限界点等を明らかにし、A 班での将来の地域基盤整備量の予測等も活用し、実効性のある病院の構造改革の構築モデルを提示する。

D 身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究

精神病床における身体合併症患者に対する医療提供体制・連携体制について、平成 28 年度と同様に好事例を収集し、そのプロセス分析を行う。

E 精神科医療における医療安全に関する研究

精神科病院における安心・安全の医療環境を確保することを目的として、暴力を未然に防ぐための人材養成などの取組が必要であり、医療機関における精神科医療安全の体制のあり方、CVPPPの普及のあり方を検討する。また、平成 28 年度に検討した、身体拘束数増加要因を探索するための医療安全との関連も含めた調査を検討した。

F 重度かつ慢性の精神障害者の医療提供体制に関する研究

25-27 年度にかけて横断調査や前向き調査の詳細な分析を行う。25-27 年の研究成果である重度かつ慢性の基準案の精度を向上させる可能性の検討、その利用法について検討す

る。

G 精神保健医療に関する制度の国際比較に関する研究

行政課題に対応した G7 を中心とする国際比較を継続し、その中で重点的な項目に関して、さらに詳細な調査を行った。また、WHO (世界保健機関) が発行する Mental Health Atlas 2017 におけるわが国の双極性障害患者数について、患者調査を統計法第 33 条に基づいて目的外申請し、検討し報告した。

H 新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究

各専門家によって行われた計 11 回の会議にて、精神保健指定医の理念および、精神保健指定医研修・審査のあり方に関する以下の課題について検討した。

- 指導医の位置づけと要件
- 指定医の更新要件
- 再教育研修
- ケースレポートの見直し
- 口頭試問
- 新規・更新研修

(倫理面への配慮)

本研究の実施にあたっては文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守する。また当該研究に該当する案件については、データ収集に先立ち、国立精神・神経医療研究センター等での倫理委員会の承認を得た(E,F 班)。このほか、統計法やレセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドラインを遵守した (A,G 班)。

C. 研究結果

各研究班は随時個別に連携して研究を実施してきた。29 年度は年 3 回の全体班会議を実施した。各分担班の研究結果は以下の通りである。

A 総合的な精神保健医療データセット・データツールによる、精神科医療のニーズ推計とプロセス提示

昨年度に本研究で作成した、平成 26 年度の NDB データに基づいた診療実績データを平成 29 年 6 月に公表した (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/data/>)。全国版を資料に報告する。この他、同様式で全都道府県のファイルが上記 URL に公表されている。平成 27, 28 年度の NDB データ、29 年度 630 調査等をもとに、平成 29 年度の精神保健福祉資料について平成 29 年 11 月に一部の公表を行った。都道府県で医療計画・障害福祉計画・介護保険事業計画が 30 年度に始まることにあわせ、そのデータ活用方策について説明機会を 4 回持ち、自治体支援を行ったほか、平成 29 年「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究(H27-精神-指定-002) (研究代表者: 竹島 正)」において公表データを活用した。

公表されたデータはダウンロード可能なエクセルシートであり、15 領域ごと、全国・都道府県ごと・二次医療圏ごと、入院・外来ごとの医療機関数・年間受診患者実数を算出した。また、全国・都道府県ごと・二次医療圏ごとの、前年度 3 月入院者のその後 1 年間の退院状況、前年度 3 月退院者のその後 1 年間の再入院状況(在院 1 年未満・在院 1 年以上)を算出しグラフ表示した。また、平成 29 年 11 月には、平成 29 年 630 調査の集計値を用いて、市区町村別の 1 年以上入院患者数を医療機関所在地別・患者住所地別で算出したものを公表した。さらに、これを平成 29 年度「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究(H28-精神-指定 001 研究代表者:藤井 千代)」において、障害福祉計画・介護保険事業計画における精神障害者の地域基盤整備を推進するため、市区町村別に地図上でわかりやすく表示するシステム(地域精神医療資源分析データベース[ReMHRAD]) にデータ提供した。

また各都道府県に対して医療計画への本研究で算出した指標の活用状況、地域基盤整備量についてうかがったものを集計した。30 都

道府県から回答があった。地域連携拠点医療機関等の定義を策定し、実際の医療機関名を公表した都道府県数は 13 であった。また、採用した指標数は平均 25.1 であった。本研究班で提示したすべての集計値を指標としている都道府県は 3 で、他は政策上重要な指標を選定していることがうかがえた。この伺いについては、医療計画策定前のものであるため、正式に決定していないゆえ回答不能の都道府県もあった。このため、今後も都道府県の進捗状況をモニタしていく。

さらに、上記資料作成のために大量に生成される中間集計物の一部について、政策医療的な見地から薬物処方データの一部に関してガイドラインに準拠した公表確認を得た。これを平成 29 年「向精神薬の処方実態の解明と適正処方を実践するための薬物療法ガイドラインに関する研究(H29-精神-一般-001) (研究代表者:三島 和夫)」に提供した。

B 一般医療・地域特性と整合性を持たせた精神医療計画普及プロセス

医療計画における自治体における予算の反映状況を分析した。精神医療分野での基金の活用は低調である。加えて医療計画の中で指摘されている精神医療の課題解決に直結した基金を用いた事業が策定されていないことがわかった。

C 病院の構造改革に関する好事例モデルとそのプロセス

平成 30 年度からの医療計画で自治体が行い組むべき医療の高度化への対応において、クロザピンの普及を可能となるネットワークに必要な要素について、総合病院連携はもとより、入院医療機関は初期と維持の 2 種類必要であり、地域での維持を可能とする通院医療機関が必要であると、とりまとめた。

D 身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築

精神病床における身体合併症患者に対する医療提供体制構築において、自治体・精神科病院が取り組むために参照できるツールの開

発を行った。

E 精神科医療における医療安全

精神科病院における安心・安全の医療環境を確保することを目的として、CVPPPの普及に向けた研修会を開催した。また、身体拘束数増加要因を探索するため、平成29年6月に実態調査を開始したが、調査項目に記憶に基づいた判断を伴うものが混在すること、すでに通知等で明確になっている事項について問うていることなどで、回答に混乱が生じる懸念が発生し、一旦調査を中断し、ひきつづきその実態調査の方法について検討することとした。

F 重度かつ慢性の精神障害者の医療提供体制

回復期患者の重度かつ慢性の予防方策、1年以上入院者で重度かつ慢性となった者でも受入可能な地域基盤整備方策について検討し、好事例を収集するために、平成26年度のNDBデータに基づいた診療実績データから、1年以内の退院率が高い二次医療圏、1年以上入院者の1年間の退院者率が高い二次医療圏を公表データから抽出し、好事例地域に関して情報提供した。

G 精神保健医療に関する制度の国際比較

アジア地域での連携した取り組みにおいて、比較可能な医療指標や、地域特性に合わせた地域基盤整備のあり方について検討した。また、Mental Health Atlas 2017における双極性障害患者数を算出し報告した。

H 新しい精神保健指定医研修・審査のあり方
精神保健指定医の役割・意義に関する議論を行い、指導医の位置づけ、精神保健指定医取得・更新における審査方法、再教育方策につき検討し取りまとめた。1回以上指定医を更新した者が、指導すべき医療機関に常勤しているものが指導医として申請者の指導をすることとした。更新において、指定医の職務ま

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 山之内芳雄, 多様な精神疾患に対応した医療提供体制 指標も交えて, 日本精神

たは都道府県の精神科救急医療体制事業に参画していることを要件とした。レポート症例を現況の患者数を踏まえまた疾患概念をICD-10に基づくものとした。これらを厚生労働省に諮ることとした。

D. 考察

1) 達成度について

データ公表様式の企画・作成・取りまとめは順調に進行し、データ公表を行うことができています。各課題に対する検討も、概ね計画通り進捗した。

2) 研究成果の学術的意義について

NDBを用いた精神医療の実態把握に関して、わが国で初めて患者単位でのデータ連結と、医療継続など実態を加味した再入院率の把握を行った。

3) 研究成果の行政的意義について

都道府県の医療計画・障害福祉計画・介護保険事業計画の策定企画において、データ提供と策定支援を実施できた。また、身体拘束や精神保健指定医等の喫緊の行政課題に対して、厚生労働省と緊密な連携のもと成果創出を行った。

E. 結論

平成27,28年度のNDBデータ、29年度630調査等をもとに、平成29年度の精神保健福祉資料について一部の公表を行った。学術的には精神医療の実態把握に関して、わが国で初めて患者単位でのデータ連結を可能にし、なにより都道府県の医療計画・障害福祉計画・介護保険事業計画の策定企画において、データ提供と策定支援ができた。また行政課題に対して、厚生労働省と緊密な連携のもと成果創出を行えた。

F. 健康危険情報 なし

病院協会誌 36(11)20-24, 2017

- 2) 西大輔, 白杵理人, 萱間真美, 山之内芳雄, 630調査と精神保健福祉資料, 日本精神病院協会誌 36(11) 35-41, 2017

- 3) 杉山 直也, 野田 寿恵, 澤 温, 立森 久照, 山之内 芳雄, 精神科救急入院科病棟における入院長期化リスク要因(第2報), 精神医学 59(4) 369-377, 2017
- 4) 宮岡等 松香芳三 和気裕之 高野直久 中沢勝宏 田中望, 精神科との連携 プロフェッショナルが語る顎関節症治療, 医歯薬出版株式会社 第1版 65-78, 2017
- 5) 下里 誠二, 橋本喜次郎, 【精神科看護とCVPPP】 CVPPP を語ることは精神科看護を語ること, 精神科看護 44(6) 4-11, 2017
2. 学会発表 なし
- H. 知的財産権の出願・登録 (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

図 1

2-1.H.29年度精神保健福祉資料のご紹介

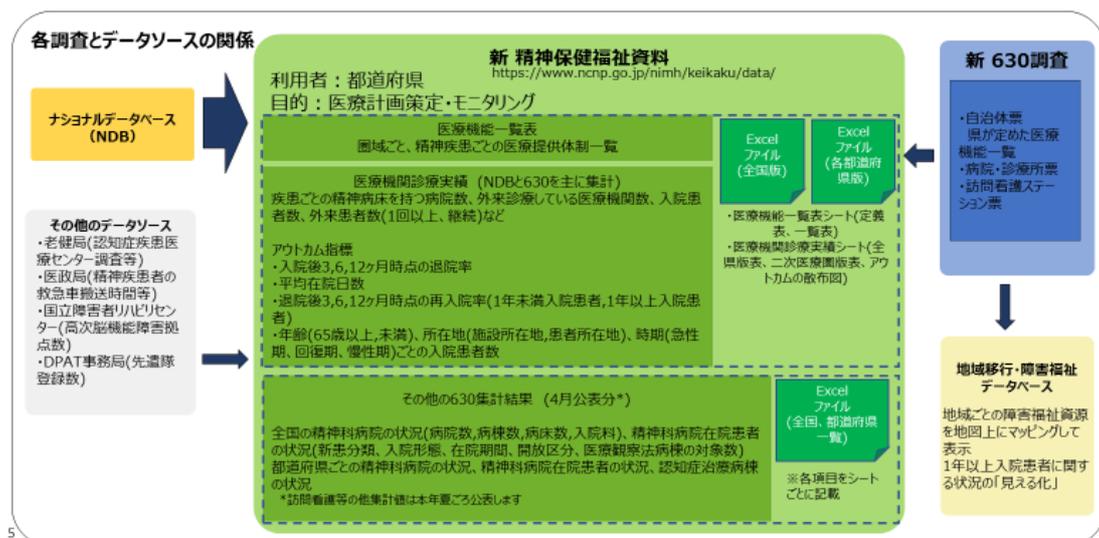
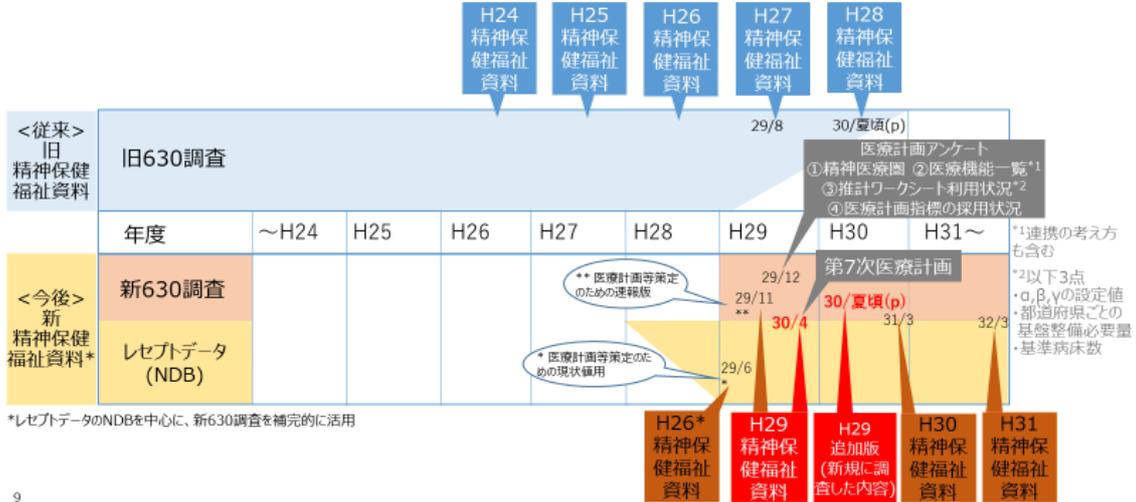


図 2

2-2.精神保健福祉資料の公開時期



H.30年4月にH.29年度分を公開。その後H.30年夏ごろに訪問看護、病院・診療所の一部の追加版を公開予定。



資料: 平成 26 年新精神保健福祉資料全国版

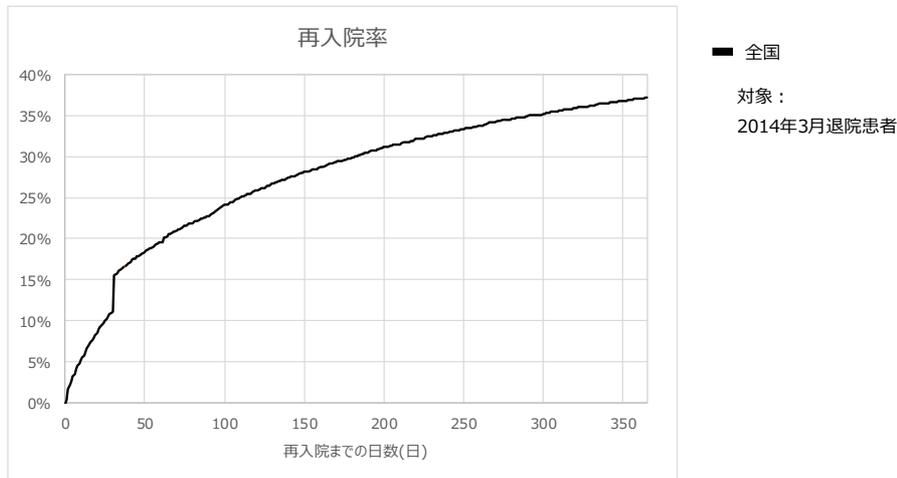
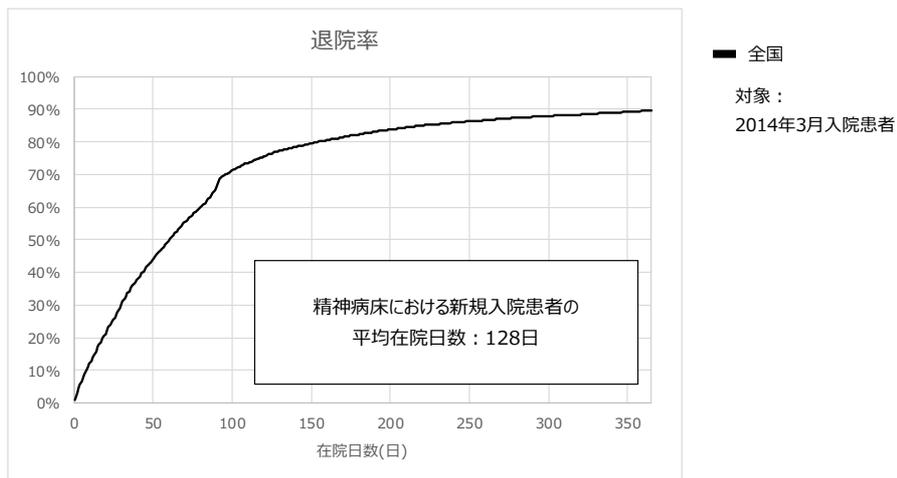
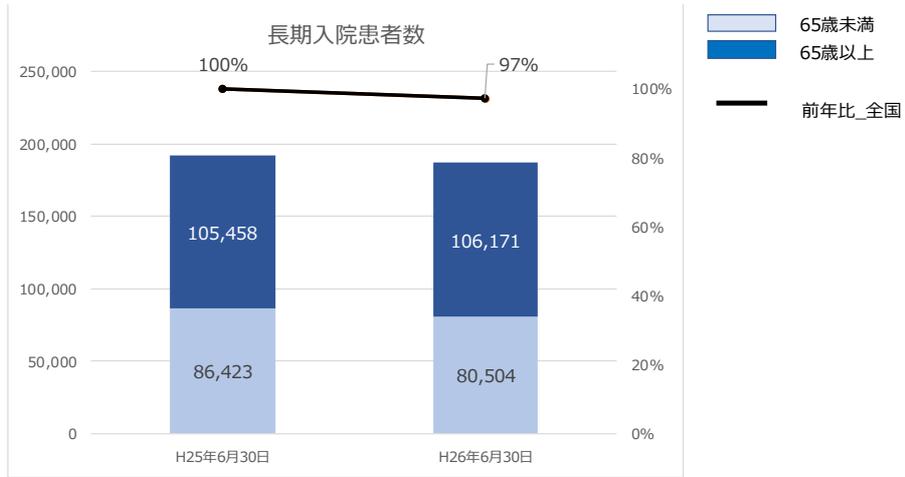
全国				
疾患ごとの診療実績				
疾患区分	項目	●:重点指標	SP	H26年度
統合失調症	統合失調症を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	S	1,599
	統合失調症を外来診療している医療機関数	●	S	7,605
	治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数		S	155
	治療抵抗性統合失調症治療薬を外来で使用した医療機関数		S	132
	統合失調症の精神病床での入院患者数 …(A)		P	341,456
	統合失調症外来患者数(1回以上) …(B)		P	1,577,275
	統合失調症外来患者数(継続)		P	1,488,006
	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数(精神病床) …(C)		P	1,176
	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数(1回以上) …(D)		P	937
	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数(継続)		P	924
統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率(C+D)/(A+B)		P	0.11%	
うつ・躁うつ病	うつ・躁うつ病を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	S	1,597
	うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数	●	S	8,385
	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施する病院数		S	271
	認知行動療法を外来で実施した医療機関数		S	250
	うつ・躁うつ病の精神病床での入院患者数		P	189,955
	うつ・躁うつ病外来患者数(1回以上)		P	3,051,073
	うつ・躁うつ病外来患者数(継続)		P	2,744,150
	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を受けた患者数		P	3,638
	認知行動療法を外来で実施した患者数(1回以上)		P	10,184
	認知行動療法を外来で実施した患者数(継続)		P	6,602
認知症	認知症を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	S	1,585
	認知症を外来診療している医療機関数(精神療法に限定)	●	S	6,554
	認知症を外来診療している医療機関数(精神療法に限定しない)	●	S	58,164
	認知症疾患医療センターの指定数		S	H30.3月に算出予定
	認知症サポート医養成研修修了者数		S	H30.3月に算出予定
	かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数		S	H30.3月に算出予定
	認知症の精神病床での入院患者数		P	130,221
	認知症外来患者数(1回以上)(精神療法に限定)		P	475,552
	認知症外来患者数(継続)(精神療法に限定)		P	410,101
	認知症外来患者数(1回以上)(精神療法に限定しない)		P	2,318,621
認知症外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)		P	2,020,665	
認知症疾患医療センターの鑑別診断数		P	H30.3月に算出予定	
児童・思春期精神疾患	20歳未満の精神疾患を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	S	994
	20歳未満の精神疾患を外来診療している医療機関数	●	S	6,915
	知的障害を入院診療している精神病床を持つ病院数		S	361
	知的障害を外来診療している医療機関数		S	2,262
	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された精神病床を持つ病院数		S	32
	20歳未満の精神疾患の精神病床での入院患者数		P	6,796
	20歳未満の精神疾患外来患者数(1回以上)		P	370,864
	20歳未満の精神疾患外来患者数(継続)		P	225,398
	知的障害の精神病床での入院患者数		P	808
	知的障害外来患者数(1回以上)		P	47,910
	知的障害外来患者数(継続)		P	34,924
	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された患者数		P	2,241
	発達障害	発達障害を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	S
発達障害を外来診療している医療機関数(精神療法に限定)		●	S	5,763
発達障害を外来診療している医療機関数(精神療法に限定しない)		●	S	25,454
発達障害の精神病床での入院患者数			P	7,661
発達障害外来患者数(1回以上)(精神療法に限定)			P	278,066
発達障害外来患者数(継続)(精神療法に限定)			P	227,642
発達障害外来患者数(1回以上)(精神療法に限定しない)			P	711,972
発達障害外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)			P	577,912
アルコール依存症	アルコール依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	S	1,466
	アルコール依存症を外来診療している医療機関数	●	S	5,236
	重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された精神病床を持つ病院数		S	203
	アルコール依存症の精神病床での入院患者数		P	25,548
	アルコール依存症外来患者数(1回以上)		P	92,054
	アルコール依存症外来患者数(継続)		P	78,681
重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された患者数		P	9,189	
薬物依存症	薬物依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	S	494
	薬物依存症を外来診療している医療機関数	●	S	1,719
	依存症集団療法を外来で算定された医療機関数		S	H30.3月に算出予定
	薬物依存症の精神病床での入院患者数		P	1,689
	薬物依存症外来患者数(1回以上)		P	6,636
	薬物依存症外来患者数(継続)		P	5,197
依存症集団療法を受けた外来患者数		P	H30.3月に算出予定	
ギャンブル等依存症	ギャンブル等依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	S	66
	ギャンブル等依存症を外来診療している医療機関数	●	S	416
	ギャンブル等依存症の精神病床での入院患者数		P	205
	ギャンブル等依存症外来患者数(1回以上)		P	2,019
ギャンブル等依存症外来患者数(継続)		P	1,241	

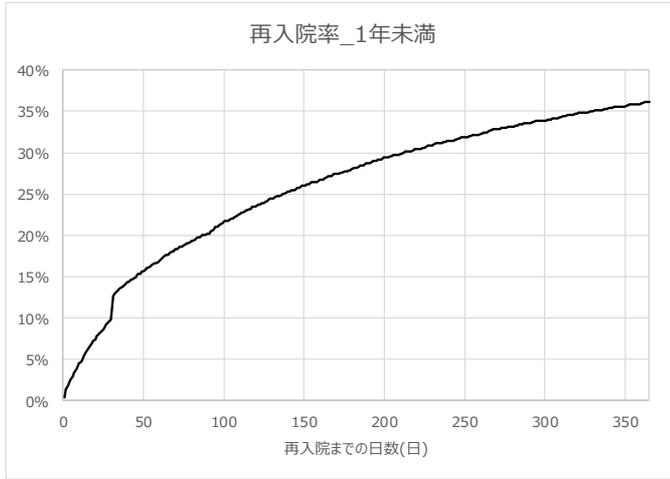
PTSD	PTSDを入院診療している精神病床を持つ病院数	●	S	216
	PTSDを外来診療している医療機関数	●	S	2,458
	PTSDの精神病床での入院患者数		P	381
	PTSD外来患者数(1回以上)		P	10,325
	PTSD外来患者数(継続)		P	8,541
高次脳機能障害	高次脳機能障害支援拠点機関数	●	S	H30.3月に算出予定
摂食障害	摂食障害を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	S	1,174
	摂食障害を外来診療している医療機関数(精神療法に限定)	●	S	4,965
	摂食障害を外来診療している医療機関数(精神療法に限定しない)	●	S	20,280
	摂食障害入院医療管理加算を算定された病院数		S	54
	摂食障害の精神病床での入院患者数		P	10,087
	摂食障害外来患者数(1回以上)(精神療法に限定)		P	42,680
	摂食障害外来患者数(継続)(精神療法に限定)		P	36,387
	摂食障害外来患者数(1回以上)(精神療法に限定しない)		P	228,943
	摂食障害外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)		P	176,749
	摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数		P	488
てんかん	てんかんを入院診療している精神病床を持つ病院数	●	S	1,593
	てんかんを外来診療している医療機関数(精神療法に限定)	●	S	7,074
	てんかんを外来診療している医療機関数(精神療法に限定しない)	●	S	52,255
	てんかんの精神病床での入院患者数		P	115,685
	てんかん外来患者数(1回以上)(精神療法に限定)		P	511,749
	てんかん外来患者数(継続)(精神療法に限定)		P	472,965
	てんかん外来患者数(1回以上)(精神療法に限定しない)		P	1,872,649
	てんかん外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)		P	1,676,664
精神科救急	深夜・休日に精神科入院した病院数	●	S	H30.3月に算出予定
	深夜・休日に精神科入院した患者数		P	H30.3月に算出予定
	精神疾患の救急車平均搬送時間		P	H30.3月に算出予定
身体合併症	身体合併症を診療している精神病床を持つ病院数 (精神科救急・合併症入院料+精神科身体合併症管理加算)	●	S	1,002
	精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病院数 (精神疾患診療体制加算+精神疾患患者受入加算)	●	S	686
	精神科リエゾンチームを持つ病院数	●	S	55
	精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患者数 (精神科救急・合併症入院料+精神科身体合併症管理加算)		P	37,894
	体制を持つ一般病院で受け入れた精神疾患の患者数 (精神疾患診療体制加算+精神疾患患者受入加算)		P	3,324
	精神科リエゾンチームを算定された患者数		P	2,954
	救命救急入院料 精神疾患診断治療初回加算をとる一般病院数	●	S	76
自殺対策	救急患者精神科継続支援料をとる一般病院数	●	S	H30.3月に算出予定
	救命救急入院で精神疾患診断治療初回加算を算定された患者数		P	169
	救急患者精神科継続支援を受けた患者数		P	H30.3月に算出予定
	災害精神医療 DPAT先遣隊登録医療機関数	●	S	H30.3月に算出予定
医療観察法	指定通院医療機関数	●	S	H30.3月に算出予定

アウトカム指標

H30.3月以降は2年分を表示

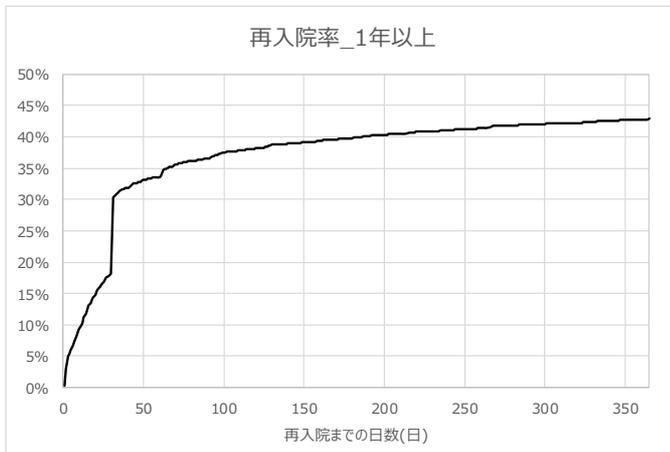
指標	●:重点指標	H26年度
精神病床における入院後3ヶ月時点の退院率	●	66%
精神病床における入院後6ヶ月時点の退院率	●	82%
精神病床における入院後12ヶ月時点の退院率	●	90%
精神病床における新規入院患者の平均在院日数		128
精神病床における退院後3ヶ月時点の再入院率		23%
精神病床における退院後6ヶ月時点の再入院率		30%
精神病床における退院後12ヶ月時点の再入院率		37%
精神病床における退院後3ヶ月時点の再入院率 (1年未満入院患者)	●	20%
精神病床における退院後6ヶ月時点の再入院率 (1年未満入院患者)	●	28%
精神病床における退院後12ヶ月時点の再入院率 (1年未満入院患者)	●	36%
精神病床における退院後3ヶ月時点の再入院率 (1年以上入院患者)	●	37%
精神病床における退院後6ヶ月時点の再入院率 (1年以上入院患者)	●	40%
精神病床における退院後12ヶ月時点の再入院率 (1年以上入院患者)	●	43%
精神病床における急性期入院患者数 (65歳以上) -施設所在地	●	24,998
精神病床における急性期入院患者数 (65歳未満) -施設所在地	●	31,629
精神病床における回復期入院患者数 (65歳以上) -施設所在地	●	27,071
精神病床における回復期入院患者数 (65歳未満) -施設所在地	●	20,033
精神病床における慢性期入院患者数 (65歳以上) -施設所在地	●	106,171
精神病床における慢性期入院患者数 (65歳未満) -施設所在地	●	80,504





■ 全国

対象：
2014年3月退院患者のうち
1年未満在院した患者



■ 全国

対象：
2014年3月退院患者のうち
1年以上在院した患者

平成 29 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))

精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究

分担研究報告書

一般医療と整合性を持たせた精神医療計画策定プロセスに関する研究

研究分担者 河原 和夫 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 教授

研究協力者 菅河 真紀子 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 特任助教

研究要旨

医療計画の論点を解決するには、予算に裏づけられた事業計画を策定する必要がある。その財源の 1 つとして「地域医療介護総合確保基金 (以下“基金”とする)」がある。しかし、精神医療分野での基金の活用は低調である。加えて医療計画の中で指摘されている精神医療の課題解決に直結した基金を用いた事業が策定されていない。今後、医療計画と基金等を融合した政策の立案が必要である。

研究目的

医療計画の記載事項の多くは、社会目標を計画に盛り込んだだけで、課題解決型の事業が展開されていない。医療計画の論点を具体化するためには具体的な事業が策定されなければならないが、それには財政的な裏づけが必要となる場合が多い。医療計画の論点を具体化するには実効性がある事業の策定が求められる。それには財政的な裏づけが不可欠である。基金の活用状況を分析し、今後の医療計画の改善に資する知見を得る必要がある。

B.方法

平成 28 年度の基金を都道府県ごとに分析し、精神医療分野での活用状況を検討した。

C.結果

基金は病床機能の分化・医療連携などに用いられる。問題は、基金を活用して精神医療が体系立てて医療計画に基づいて事業

化されていないことである。加えて基金の内容や執行状況、効果などが十分に評価されていないことが明らかとなった。

基金では、『地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業』を精神医療領域で活用していた都道府県は、福井県 (総事業費 35,000 千円)、三重県 (同 75,240 千円)、京都府 (同 37,972 千円)、佐賀県 (同 3,990 千円)、宮崎県 (同 33,000 千円) の 5 県 (合計 185,202 千円) であった。『居宅等における医療の提供に関する事業』は、北海道 (総事業費 85,415 千円)、宮城県 (同 2,269 千円)、栃木県 (同 3,500 千円)、群馬県 (同 1,601 千円)、富山県 (同 264 千円)、長野県 (同 14,574 千円)、静岡県 (同 19,500 千円)、愛知県 (同 1,666 千円)、三重県 (同 15,139 千円)、滋賀県 (同 8,378 千円)、大阪府 (同 103,611 千円)、奈良県 (同 2,000 千円)、和歌山県 (同 10,176 千円)、鳥取県 (同 68,843 千円)、岡山県 (同 5,006 千円)、広島県 (同 9,541 千円)、佐賀県 (同 8,466 千円)、熊本県 (同

11,501千円)、大分県(同8,977千円)、鹿児島県(同1,822千円)、沖縄県(同14,064千円)の21県(合計396,313千円)であった。『医療従事者の確保に関する事業』は、岩手県(総事業費875千円)、山形県(同9,399千円)、茨城県(同102,104千円)、栃木県(同519千円)、新潟県(同137,422千円)、石川県(同26,000千円)、山梨県(同11,743千円)、長野県(同4,092千円)、岐阜県(同49,492千円)、静岡県(同37,523千円)、愛知県(同123,800千円)、三重県(同1,113千円)、滋賀県(同52,800千円)、大阪府(同2,700千円)、兵庫県(同16,231千円)、香川県(同22,143千円)、愛媛県(同360,000千円)、長崎県(同48,925千円)、そして熊本県(同48,000千円)の19県(合計1,054,881千円)であった。

D. 考察

基金のうち『地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業』の総額は84,249,511千円であるが、精神医療関係は185,202千円で、全体の0.22%を占めているに過ぎなかった。精神医療分野の基金の活用は「居宅等における医療の提供事業」「医療従事者の確保事業」でほとんどすべてを占めていた。精神領域の「居宅等における医療の提供事業」は、基金全体の6.25%、同じく「医療従事者の確保事業」は、0.99%を占めているに過ぎなかった。また、精神医療分野の基金の活用状況に都道府県格差が認められた。事業の評価指標については、研修等の開催回数や参加者数が大半であり、アウトカム指標とするには問題があると考えられる。

E. 結論

医療計画は、目標を定めて予算措置による事業が設定されることで初めて効果が出る。しかし、精神医療分野では基金等により予算化された事業が少ない。医療計画で指摘されている精神医療の課題解決に直結した基金事業が策定されていない。今後、医療計画と基金等を融合した政策の立案が必要である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

発表を予定している。

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

医療計画の策定および実施プロセスの問題

目的

医療計画の論点を具体化するには実効性がある事業の策定が求められる。それには財政的な裏づけが不可欠である。基金の活用状況を分析し、今後の医療計画の改善に資する知見を得る必要がある。

第7次医療計画の策定(2018年3月31日までに完了)

第7次医療計画のスタート(2018年4月1日～)

1. 医療計画の内容の多くは、現状・問題点・将来の方向性・抽象的対策を標記したのみ(具体的施策に欠ける)
2. 医療計画の記載内容の具体化のための事業の策定が必要

事業策定のためには予算化が必要なことが多い

- 医療計画を具体化する補助金等として、
1. 医療施設の施設・設備整備事業に係る各補助金
 2. 地域医療介護総合確保基金(“基金”とする) など

方法

今回の研究では基金の活用状況を調べた。

結論

医療計画と基金等を融合した政策の立案が必要である。

問題点

医療計画とその内容を具体化するための事業がバラバラである。あるいは事業が欠落している。

結果

1. 「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」の総額は84,249,511千円であるが、精神医療関係は185,202千円(全体の0.22%)
2. 「居宅等における医療の提供事業」は、基金全体の396,313千円(同6.25%)
3. 「医療従事者の確保事業」は、1,054,881千円(同0.99%)
4. 「居宅等における医療の提供事業」「医療従事者の確保事業」でほとんどすべてを占めていた。
5. また、精神医療分野の基金の活用状況に都道府県格差が認められた。
6. 事業の評価指標については、研修等の開催回数や参加者数が大半であり、アウトカム指標とするには問題があると考えられる。

平成 29 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))
 精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
 分担研究報告書

病院の構造改革に関する「好事例」とそのプロセスの検討に関する研究
 研究分担者 来住 由樹 (岡山県精神科医療センター)

研究要旨

精神科病院の危機的状況は、すべての病院にあり、霧がかかって見通しがつきにくい状況は全ての病院に共通している。地域包括ケア体制の中で、精神科医療も構造改革が迫られているが、変化のスピードは遅い。また一方で精神科医療に要請されるニーズは広がりを見せており、5 疾病 5 事業の他の領域との協働など具体化すべき課題も多い。

このような状況の中での病院構造改革の「好事例」の抽出にあたり、基本に据えた考え方は、既存の構造改革モデルはないということである。すなわち構造改革は完成と同時に劣化が始まっており、現在は、「変化の連続」が要請されているからである。

求められる「構造改革」は、「地域ニーズの変化に対応する病院となること」であるが、構造改革を推し進める「梃子」となる事業・手法は、立地する地域特性ごとに多様である。そこで地域ニーズの変化にスピード感をもって対応している構造改革「好事例」病院を列記し、「梃子となる事業・手法」を抽出することとした。それにより個々の医療機関が構造改革に取り組む時には、「梃子」として活用できることを目指した。

病院の構造改革に関する「好事例」とそのプロセスの検討 未住分担研究

II 病院の構造改革 地域責任性の具体化: 圏域での役割の明確化

【前提】精神科病院の危機的状況は、すべての病院にある。霧がかかって見通しがつきにくい状況は全ての病院に共通している。⇒ 閉塞感を突き抜ける、方向性を感じさせるもの集積する。
 【方法】「着眼点×梃子となる事業・手法」で整理。「要素 (アイテム)」としての「好事例」を探す。
 ∴ 完成したものは既に劣化が始まっている。病院全体の好事例は仮にあったとしても取り入れる事は難しい。



着眼点1 圏域の高齢化・人口減少への対応

総合病院: 一般財団法人	竹田総合病院 (福島県会津市) 248⇒144床 会津地域 29万人	発端: 病院の建て替え 梃子: 地域移行・地域定着支援事業
総合病院: 地方独立行政法人	旭中央病院 (千葉県旭市) 237⇒40床 海匝地域 36万人	発端: 地域精神科医療の危機 梃子: 複数精神科病院での役割分担協議
精神科病院: 公益財団法人	御荘病院 (愛媛県南宇和郡) 149⇒ 0床(診療所へ) 宇和島地区 11万人	発端: 法人内での理念の共有 梃子: 同一医療法人内の他病院の支援
精神科病院: 医療法人	積善病院 (岡山県津山市) 津山・勝英地域 18万人	発端: 長期入院問題への取り組みを決議 梃子: 地域移行機能強化病棟

着眼点2 統合失調症治療拠点

精神科病院: 医療法人	若草病院 (宮崎市) 174⇒104床 県央地区 50万人	発端: 病院機能の明確化 梃子: クロザピン治療
精神科病院: 独立行政法人 国立病院機構	琉球病院 (沖縄県金武町) 430⇒406床 (機能分化) 沖縄県 140万人	発端: 病院機能の明確化 梃子: クロザピン病棟

着眼点3 自治体内での役割の明確化

精神科病院: 社会医療法人	八尾こころのホスピタル(大阪府八尾市) 八尾市 27万人	発端: 八尾市での役割の明確化 梃子: 地域移行機能強化病棟
------------------	---------------------------------	-----------------------------------

着眼点4 総合病院・地域母子保健とのネットワーク構築

精神科病院: 医療法人	木村病院 (千葉県) 252⇒197床 千葉県 97万人	発端: 病院機能の明確化 梃子: 精神科救急 周産期メンタルヘルス
----------------	---------------------------------	--------------------------------------

着眼点5 地域医療全体の中での役割の明確化 地域連携推進法人

精神科病院: 医療法人	山容病院 (千葉県) 220床 庄内医療圏 28万人	発端: 病院機能の明確化 梃子: 日本海ヘルスケアネット
----------------	-------------------------------	---------------------------------

結 果	病院の構造変革「好事例」を着眼点×梃子となる事業・手法を類型して抽出した。
今後の予定	他の着眼点・梃子の視点からも抽出をおこなう。病院毎の個別レポートを作成。

研究協力者

野木 渡	浜寺病院
大久保 圭策	大久保クリニック
大鶴 卓	国立病院機構 琉球病院
水野 謙太郎	医療法人如月会 若草病院
池田 俊一郎	関西医科大学精神神経科
村田 昌彦	国立病院機構 榊原病院
上島 雅彦	竹田総合病院
名雪 和美	国保旭中央病院
大野 美子	愛知県健康福祉部障害福祉課
長野 敏宏	公益財団法人正光会 御荘診療所
渡邊 博幸	医療法人 学而会 木村病院
佐野 亘	岡山県精神科医療センター
関 英一	岡山県精神科医療センター

- F. 健康危険情報 なし
- G. 研究発表 なし
- H. 知的財産権の出願・登録（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

- 病院の構造改革に関する「好事例」とそのプロセスの検討を行う為、好事例病院に関する調査を行った。
- 地域責任性の具体的な実現の為、キャッチメントエリア（2次・3次医療圏）での役割を明確化する為、各々の例に対し着眼点と梃子を作成した。

着眼点1 圏域の高齢化・人口減少への対応

- ①梃子：精神障害者地域移行・地域定着支援事業
- ②梃子：地域包括ケア体制での複数の精神科病院の役割分担協議
- ③梃子：同一医療法人内での支援・理念の共有
- ④梃子：地域移行機能強化病棟 長期入院者の地域移行・定着

着眼点2 統合失調症治療拠点

- ④梃子：クロザピン治療 入院中心から地域医療への転換
- ⑤梃子：クロザピン病棟 クロザピン治療県内拠点

着眼点3 自治体内での役割の明確化

- ⑥梃子：地域移行機能強化病棟
自治体内唯一の精神科病院として同自治体内精神科医療ニーズに全て対応

着眼点4 総合病院・地域母子保健とのネットワーク構築

- ⑦梃子：精神科救急＋周産期メンタルヘルス拠点

着眼点5 地域医療全体の中での役割の明確化

- ⑧梃子：地域医療連携推進法人
複数の総合病院と診療所、社会福祉法人、精神科病院等が役割分担・連携

それぞれの着眼点・梃子における、好事例については図に例示した。

平成 29 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))
精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
分担研究報告書

身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究
研究分担者 宮岡 等 (北里大学医学部精神科学主任教授)

研究要旨

【背景と目的】身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制には課題が多い。平成 29 年度は精神科病院の取り組みに焦点化し、より良い医療提供体制が構築されることを目的とした。

【方法】好事例とされている取り組みについて関係者からのヒアリングを実施した。身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築するために必要な要素を整理し検討した。

【結果】身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制として好事例とされている精神科病院の取り組みをいくつかの要素を中心に整理した結果、好事例になりうるための共通項が抽出された。一般科病院救急科から精神科病院へ、精神科病院から一般科病院救急科へのアウトリーチによる連携が都市型モデルとして抽出された。看護部長会・事務長会による方針共有、転院時・転院後の精神科病院看護師・精神保健福祉士による一般科病院へのアウトリーチによる連携が人口過疎型モデルとして抽出された。人口、医療資源に地域差がある中で、都道府県・政令市の自治体担当者が、各地で取り組む上で参照できるツールを開発した。医療計画の中で身体疾患を合併する精神障害者に対する医療の質を評価するための指標を提案した。

【考察】地域差があっても各自治体で医療提供体制を構築するために取り組まれやすくなる素地を作るという点では、一定の目標に達したと考えられる。

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 精神保健計画研究
部 部長

松井隆明 日本精神科病院協会理事 三善病院 理事
長・院長

窪田幸久 日本精神科診療所協会理事 中央公園クリ
ニック 院長

永田雅子 医療法人慈和会大口病院 理事長

澤滋 社会医療法人北斗会さわ病院 院長代行

佐藤博俊 仙台市立病院精神科 医長

渋谷磯夫 医療法人敬愛会 尾花沢病院 理事長・院長
中森靖 関西医科大学総合医療センター救急医学科
診療部長 教授

北元健 埼玉医科大学病院 救急科 助教

大石智 北里大学医学部精神科学 診療講師

統合失調症の患者についてみると、入院治療を要する程度の身体疾患を合併する者の占める割合は、50歳以下では5%であるのに対して、50~64歳では10%、65歳以上では16%まで増加する¹⁾。高齢化とともに増加するものとして認知症があげられるが、認知症による精神科病院入院患者も増加傾向にある。認知症による精神科病床への入院患者のうち、入院治療を要する程度の身体疾患を合併する者の占める割合は25%に上るという指摘もある¹⁾。

精神障害者では、自殺企図による外傷や中毒、横紋筋融解症等の為に救命救急センターへ搬送されることが少なくない。救命救急センターの搬送患者の約1割が精神医療の必要性があるという報告²⁾や、施設によっては、救命救急搬送患者の15~18%が自殺企図患者であるという報告³⁾もある。

本研究の目的は身体疾患を合併する精神障害者に対するより良い医療提供体制を構築することである。

平成 28 年度はこの医療提供体制のうち、自殺企図対応に焦点化し、医療計画策定にあたって都道府県自治体担当者が参照できる仕組み、ツール作成を实

A. 研究目的

身体疾患を合併する精神障害者への対応が十分とは言えない状況が続いている。精神科病院入院中の

施した⁴⁾。

平成 29 年度は精神科病院の取り組みを収集、好事例を構成する要素を整理し、都道府県自治体担当者が医療計画策定、身体疾患を合併する精神障害者への医療提供体制構築にあたり参照できる資料を作成することを目的とした。

B. 研究方法

平成 29 年度は全国において好事例とされている精神科病院における取り組みについて関係者からのヒアリングを実施した。

ヒアリング対象の抽出は日本精神科病院協会政策委員会、理事の協力を得て実施した。その結果、人口過疎型モデルとして鹿児島県の大口病院、山形県の尾花沢病院、都市型モデルとして大阪府のさわ病院、大阪府の精神科病院と関西医科大学総合医療センター救急科、宮城県の精神科病院と仙台市立病院精神科の取り組みが抽出された。またあわせて日本精神科病院協会が実施してきた精神科医を対象とする身体合併症対応力向上研修に関するレビューが実施された。

ヒアリングを実施し、平成 28 年度に当分担任研究班が作成した「身体合併症・精神合併症への対応のための医療提供体制好事例の要素」に即して、「地域特性」「連携の類型」「対象とする医療圏」「連携コンセプト」「仕組み」「調整、進捗管理」「データ管理」「行政の立ち位置」「合意形成の手法」「取り組みのプロセス」「連携ツール」「補助金」「課題」「定期的評価の指標」「今後の展開」を整理した。

また本調査から、身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を評価する指標を検討した。

ヒアリングによって整理された結果を研究代表班会議において提案し、アドバイザーからの意見をもとに、都道府県自治体において活用されることが期待できる好事例を抽出した。この抽出された好事例を構成する要素と取り組むための工夫が、自治体担当者に理解されやすくなるようツールを開発した。

(倫理面への配慮)

本研究は、北里大学医学部倫理委員会の承認を得

て実施した。

C. 研究結果

アドバイザーからの意見をもとに、好事例の地域特性、好事例を構成する要素、精神科病院協会主催身体合併症対応研修が表 1、2、3 の通り整理された。

好事例からはいずれも「病院職員（医師、看護師、精神保健福祉士）による連携先へのアウトリーチ」という共通項が見出された。

好事例が生まれるプロセスをニーズ、バックグラウンド、プロセスに分けて整理し検討した。都道府県自治体担当者が自治体の地域特性に合わせて、身体合併症のある人へ医療を提供するために取り組みやすくなるためのツールとして、都市型地域連携モデル、人口過疎地域型地域連携モデルを模式的に示した（図 1～3）。

また各自自治体での取り組みが推進され、質向上が図られる上で必要な質評価指標として救急隊搬送待機時間を提案した。

D. 考察

身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制の取り組みを進める上では、関係する精神科病院、救命救急センターを擁する一般科病院の連携が欠かせない。連携の実務を担うのは、精神科医、救急医、看護師、精神保健福祉士が中心になる。好事例に共通するのは、これらの実務者が連携先医療機関へ「アウトリーチ」する点だった。

身体合併症のある患者がいる場所、その時必要な実務者のいない医療機関へ必要な実務者が赴く「アウトリーチ」の取り組みは、まさに患者中心の医療を提供していると言えよう。

ただしこうした取り組みが全国へ汎化され持続可能性のあるものになる上での懸念も共通項として見出された。それは自治体の関与が乏しいこと、連携に関与する実務者や管理者の哲学、奉仕の意識に依存している点である。自治体の医療部門、福祉部門が協同し、医療計画基金を活用し、コーディネーターとして機能することは、好事例の汎化と事業の継

続に寄与することが期待できる。

全国の好事例の一部を対象としたため、全ての自治体で同じ取り組みが実施できるわけではないという点、本研究の限界であるが、自治体担当者が地域特性に合わせて取り組む上で参照できる資料として一定の意義があると考えられる。

E. 結論

身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築するために、日本精神科病院協会の協力を得て、全国好事例を対象としたヒアリングを実施し、その共通項を明らかにした。精神科病院、二次、三次救急を擁する一般科病院と自治体が協力し、身体合併症のある人へ医療を提供する体制を構築するために、自治体担当者が理解を深めやすい参照ツールを作成した。

謝辞

本研究に多大なる協力をしていただいた日本精神科

病院協会にこの場を借りて御礼申し上げます。

F. 研究発表

なし

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：今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 第17回資料, 2009
- 2) 丸田真樹, 大塚耕太郎, 中山秀紀, 他：岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂者の年代による比較検討. 岩手医誌 58 : 119-131, 2006
- 3) 河西千秋：救命救急センターにおける自殺未遂者への支援と自殺再企図予防方略の開発. 学術の動向 (2008年3月号) : 39-43, 2008
- 4) http://kitasato-psychiatry.juno.bindsite.jp/_src/368/2016kenkyuuhan_seika_2.pdf

表 1

＜精神科病院にフォーカスした身体合併症・精神合併症への対応のための医療提供体制好事例の特性＞

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」全体報告書（平成30年4月14日）
02：身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究 北里大学 笠岡 等

表1. 好事例地域特性

	医療法人慈和会 大口病院	社会医療法人北斗会 さわ病院	関西医科大学総合医療センター救急医学科と精神科病院
所在の都道府県	鹿児島県	大阪府	大阪府
面積 (km ²)	9,132	1,899	1,899
人口 (千人) (平成27年10月1日現在)	1,648,177	8,838,908	8,838,908
高齢化率 (%) (平成27年)	29.4	26.1	26.1
人口増減率 (%) (平成22~27年)	-3.4	-0.3	-0.3
人口10万対精神病床数 (平成28年10月1日現在)	590.3	214.2	214.2
人口10万対一般病床数 (平成28年10月1日現在)	933.9	738.7	738.7
人口10万対常勤換算医師数	197.6	192.7	192.7
救急告示病院数 (平成26年)	93	239	239
救急告示病院数 (平成26年)	3	15	15
精神科救急入院料認可施設数 (平成29年10月末日現在)	1	10	10
地域特性	<ul style="list-style-type: none"> ・病院所在地の伊佐市は人口26,810人、高齢化率39%（総務省統計局平成27年国勢調査結果） ・生産年齢人口減少地域 ・市内には6病院、15診療所（有床6） ・三次救急医療を要する患者は他の二次医療圏へ搬送（ドクターヘリ含む） 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院所在地の豊中市は人口395,479、高齢化率26%（総務省統計局平成27年国勢調査結果） ・生産年齢人口が減少に転じ、入院患者も高齢化が進んでいる 	<ul style="list-style-type: none"> ・関西医科大学総合医療センターのある北河内医療圏は人口約120万人（守口、門真、枚方、大東、四條畷、交野、寝屋川）である。 ・同一医療圏内の3次救急対応可能な医療機関は2か所（関西医科大学附属病院と当院）、また精神科病床を持つ病院は7か所、そのうち総合病院併設型の病院は2か所である。 ・関西医科大学総合医療センターは3次救急対応可能で精神科病床を有し、総合病院併設型の唯一の医療機関である。 ・関西医科大学総合医療センターは北河内二次医療圏のみならず、隣接する大阪市二次医療圏の搬送困難患者の受け入れをしばしば行っている。
取り組み開始前にあった地域における中心的課題 一般・精神双方での課題が生じやすい状況	転院、戻しの共通理解における課題	転院、戻しの共通理解における課題	圏内（精神科病院及び自治体救急要請）の精神科患者の搬送困難事例の発生、当院受け入れ症例（精神科関連患者）の精神科病院への転院困難事例の発生
出発点 (取り組みの根拠)	主にやり取りが多い市内3つの救急病院との議論 市内県立病院の医師不足のため熊本県側との連携必要性	二次医療圏内での救急医療に関する問題意識	救命救急医の精神科病院非常勤勤務による効果
自治体における事業担当部署 (複数の場合、部署間連携の有無)	関与なし	関与なし	なし
キーマン (根拠から取り組みへ動かし手、司令塔)	病院長、医師会長	病院長	救急医学科教授・救命救急センターに常駐する精神科医

表2
 <精神科病院にフォーカスした身体合併症・精神合併症への対応のための医療提供体制好事例の要素>

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」全体会議（平成30年4月14日）
 D班：身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究 北里大学 宮岡 等

連携の類型		鹿児島県 大口病院	大阪府 さわ病院	大阪府 関西医科大学総合医療センター救急医学科と精神科病院
対象とする医療圏		精神科病院看護師同伴PSW面会型 他県を含む	精神科医アウトリーチ型 豊中市、隣接する自治体	救命救急医アウトリーチ型 大阪府内の精神科病院（同一医療圏内が中心）
取り組みの構成	連携コンセプト	双方向 一般医療における精神合併症 精神医療における身体合併症	双方向 一般医療における精神合併症 精神医療における身体合併症	双方向（救命救急センターと精神科病院の信頼関係の構築） 単科精神科病院における精神合併症の拾い上げと基幹病院への迅速な転院 基幹病院へ救急搬送された精神科関連患者の迅速な精神科病院への転院
	仕組み	複数の一般科医療機関と精神科病院（X：1） * 一般科医療機関：二次、三次救急医療機関 * 精神科医療機関：精神病床199（精神病床45床、地域移行機能強化病床60床、認知症治療病床94床）、常勤内科医1名、非常勤内科医2名、皮膚科医1名、耳鼻科医1名	複数の一般科医療機関と精神科病院（3：1） * 一般科医療機関：二次、三次救急医療機関 * 精神科医療機関：精神科救急入院科病棟2病棟、精神科急性期治療病棟1病棟、精神科病棟4病棟、認知症対応病棟1病棟、内科医は常勤・非常勤、外科、麻酔科医を非常勤で雇用 * 精神科病院から一般科病院へ精神科医が非常勤派遣 * 双方「依頼断り禁止」、精神科病院から一般科へ「戻し有り」ルール	一般科医療機関と複数の精神科病院（1：4） * 一般科医療機関：三次救急医療機関（救命病床40床（ICU9床）、精神病床（39床）） * 精神科医療機関：大阪府内の4つの単科精神科病院（同一医療圏内が3か所、圏外が1か所） * 救命救急医が各精神科病院へ非常勤勤務し、転院症例の身体治療のフォローアップ、精神科病院入院中に発症した身体合併症を診療
	調整、進捗管理 担当機関と担当者	行政の関与なし 県境のため、熊本県側の3次救急病院とは市、医師会、病院レベルで連携協定を結び、救急受け入れの基準を定めているが、各事例の調整そのものには医師会関与なし	行政の関与なし 医師会の関与なし 両病院間で医師、看護師、PSWによる調整	行政の関与なし 医師会の関与なし
	データ管理 担当機関と担当者	データ管理なし	データ管理なし	一般科（救急科）においてデータ管理
	行政の立ち位置	関与なし	関与なし	関与なし
	合意形成の手法	もともと医師会内には顔の見える関係があり、定例看護部長会、定例事務長会で合意形成 研修の相互乗り入れによる取り組みの醸成	隣接地域内での関係する一般科病院と課題の共有、解決策の検討から合意形成	救急医学科教授と精神科病院院長が協議し、派遣の合意を形成する
	取り組みのプロセス	・ 定例看護部長会、定例事務長会で課題、方針の共有 ・ 精神科病院は一般医療機関から精神合併症の受け入れを可能な限り即日～2日以内に実施 ・ 身体合併症のために一般医療機関へ転院した患者は治療終了後、迅速に再受け入れ ・ 一般医療機関へ転院中は主にPSW、必要時に看護師が面会 ・ 連携する一般医療機関、介護機関とは常に情報交換されている	・ 身体合併症や自殺未遂者の増加を背景に一般科、精神科双方にニーズの高まり ・ 現場レベルでは臨床研修協力を介し双方に勤務経験有る医師増加 ・ 現場レベルでは双方に連携意識のあるPSW、看護師 ・ 精神科病院が一般科病院へリゾン精神科医を非常勤で派遣 ・ 転院を引き受けても症状により双方「戻し有りルール」、相互に24時間「依頼断り禁止ルール」が設定 ・ トライアル&エラーを重ねて信頼関係を醸成 ・ 不定期な振り返りの会によるより一層の連携強化、情報共有	・ 一般科側は精神合併症のある患者の精神科病院への転院までの待機期間が長く、救命病床運営（稼働率）に課題意識がある ・ 精神科側は身体合併症への対応に不安があり、一般科からの転院受け入れに躊躇してしまう。さらに院内で発生した身体合併症を応需してくれる病院が少なく、転院交渉に難渋する現状がある ・ 救命救急医が非常勤で精神科病院へ赴き、精神科病院入院患者の身体合併症を診療するシステムを開始している ・ 連携対象となる精神科病院を選ぶ基準はない
	連携ツール	なし	なし	なし
補助金・基金と額	なし	なし	なし	
取り組みの効果：救急隊搬送待機時間	他の研究班と共同で調査予定	他の研究班と共同で調査予定	他の研究班と共同で調査予定	
取り組みにおけるその他の効果と課題	・ 精神科病院は高齢患者増加に伴い、身体合併症を有する患者増に対応するため、規定の看護基準より手厚い配置をせざるを得ない ・ 一般科医療機関受診、転院時に看護師同伴を要し、基準を超えた手厚い看護師の配置にせざるを得ない ・ 総合入院体制加算見直し等の影響から精神科病院への医師派遣減	・ 精神科医派遣に伴い赴く精神科医と一般科病院には給与、診療報酬というインセンティブがあるが、精神科病院側には診療報酬上のメリットがないことが課題、院外対診に対する報酬化が必要 ・ 双方に24時間体制でのバックアップが無ければ実現は困難	・ 救命救急医の人数に限られており、派遣に人がとられることで、基幹病院の勤務負担が大きくなることもある。また派遣先の病院が遠方、（派遣先で支払われる）給与が安価であるといったことで、救急医に様々な身体・心理的負担が生じることがある。 ・ 連携する相互病院間での転院の円滑化、病床運営上の経済的効果、精神科病院看護師への教育効果、（精神科病院側の）精神科医の心理的負担の軽減などメリットは多いが、同様の取り組みを行っている救急医療機関はなく、救急関連学会での合意形成は成されておらず、追隨してくれる病院があるのかは不透明である。	
定期的評価の指標	なし	なし	一般科側が受け入れ患者の診断内訳、紹介元、転帰、精神科病院への転院数などをモニタリング	
今後の展開・見通し	認知症治療病棟の病床削減予定のため、他科医療機関や介護施設との連携・役割分担をさらに強化することで、BPSDへの特化、入院期間の短縮を目指していく。	効果測定を検討中	・ 派遣する精神科病院数を増加させる ・ 同様の医療システムをほかの医療圏でも導入する ・ 同一医療圏内の二次救急医療機関とも連携し、対応困難な精神科関連患者のやりとりを行う	

表3
 <日本精神科病院協会が主催する精神科医に対する身体合併症対応力向上研修>

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」全体班会議（平成30年4月14日）
 D班：身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究 北里大学 宮岡 等

精神科医に対する身体合併症対応力向上研修	
出発点・課題意識	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患のある人に身体疾患が生じ、救急搬送が必要になると、搬送受け入れを忌避されやすい 精神科病院に勤務する一般科医師はいるが、その配置と質は十分とは言えない 多くの一般科医師は精神疾患に関する教育を十分に受けていない 国民全体も精神疾患に関する適切な啓発を受ける機会に乏しい 精神科病院と一般科病院の連携は十分ではない 総合病院の精神科病床数は減少傾向のトレンドを描いている 精神科病院入院患者の中には一般科への転院、身体的な治療への同意ができる家族等がない場合が少なくない 精神科医の多くが身体的な診療スキルを十分に身につけていない 精神科病院入院患者が一般科医療を受ける上で診療報酬上のデメリットがある（他科受診時の入院料減算、精神科身体合併症管理加算期間の短さ、精神科救急・合併症入院料算定基準の厳格さ） 以上の理由から、精神科病院に通院、入院中の患者に身体合併症が生じると、適切な時期に適切な一般科医療にアクセスすることが困難になりやすい
取り組みのプロセス	<ul style="list-style-type: none"> 2008年から日本精神科病院協会において、将来ビジョン戦略会議が重ねられ、2012年に報告書が取りまとめられた 報告書にある「身体合併症チーム報告書」に、精神科医が身体合併症への対応力を高める必要性も言及された その結果、日本精神科病院協会が主催する精神科医に対する身体合併症対応力向上研修が企画されることとなった
2013年度開催概要	演題：明日から始められる重症度・緊急度判断のコツ うまくいく身体科医師との交渉術 日時：2013年11月14日（木）16:15～18:00 講師：芝祐信先生（都立多摩総合医療センター）、村田直樹先生（都立松沢病院内科医長）
2014年度開催概要	【アドバンストコース】 演題：知って安心！身体合併症の正しい診かた～精神科医のためのミニマム・リクワイアメント～ 第一部：ワールドカフェ 身体合併症に関する気がかり ～聞いてみよう！話してみよう！～ 第二部：スキルアップセミナー よく見かける身体合併症 ～すぐ役立つ！診療の進め方～ 日時：2014年9月27日（土）13:30～16:30 講師：芝祐信先生（都立多摩総合医療センター）、村田直樹先生（聖ヨハネ会桜町病院） 【スタンダードコース】 演題：俺の循環器疾患が精神科医にこんなに簡単に診れるわけがない 日時：2014年10月9日（木）15:10～17:00 講師：木村勝智先生（みよし市民病院） 【アドバンストコース】 演題：精神科医のための循環器疾患・糖尿病エッセンシャル 僕は内科ができないわけではない 日時：2014年2月21日（土）13:30～16:30 講師：木村勝智先生（みよし市民病院）
2015年度開催概要	【スタンダードコース】 演題：精神科医が遭遇する可能性が高い身体科救急の重症度判定とその初期対応 日時：2015年10月8日（木）16:30～18:00 講師：宮岡謙二先生（米盛病院） 【アドバンストコース】 演題：ひとまず何とかなるか、今すぐコンサルトかを判断する身体診察（急変対応含む） 日時：2015年11月14日（土）13:00～16:00 講師：三宅康史先生（昭和大学病院） 【アドバンストコース】 演題：あの日診た内科患者の名前を僕達はまだ知らない。 日時：2016年2月20日（土）13:00～16:00 講師：木村勝智先生（みよし市民病院）
2016年度開催概要	【スタンダードコース】 演題：「シン・デンス」心電図自動診断 対 精神科医 一心電図自動診断から考える対応 日時：2016年11月17日（木）9:30～11:30 講師：木村勝智先生（みよし市民病院） 【アドバンストコース】 演題：ひとまず何とかなるか、今すぐコンサルトかを判断する身体診察（急変対応含む） 日時：2017年1月14日（土）13:00～16:00 講師：三宅康史先生（帝京大学医学部） 【アドバンストコース】 演題：精神科医のための神経所見のとり方講座 日時：2016年2月5日（日）13:00～16:00 講師：浦上克哉先生（鳥取大学医学部）、内藤寛先生（伊勢赤十字病院）、石渡明子先生（日本医科大学）、北村伸先生（日本医科大学武蔵小杉病院）
課題と展望	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患があると一般科が受け入れないから精神科医が身体合併症を診ることができるようにするというのは本流ではなく、精神疾患があっても一般科が受け入れるようにするというのが本来のあるべき姿 ただし精神科医が対応力を高めること自体は望ましく、経験やスキルに懸念が生まれやすいことが指摘されることのある精神科病院常勤一般科医師も積極的に受講するよう働きかけが必要 都道府県単位で実施できると良い

身体合併症のある人へ医療を提供するための地域連携モデル
 全国好事例の共通項、効果、課題と、解決のために求められる自治体の関与

全国好事例調査

調査対象

- 日本精神科病院協会政策委員会の協力を得て調査対象を抽出
- 人口過疎地域型として二つの精神科病院、都市型として一つの精神科病院、総合病院精神科、救命救急センターと精神科病院を対象に調査結果（好事例の共通項）
- 専門家からのヒアリングの結果、人口過疎地域型として一つの精神科病院、都市型として一つの精神科病院、救命救急センターを抽出
- 医師、精神保健福祉士、看護師の、連携する一般科病院、精神科病院への“アウトリーチ”が好事例のキーワード
- 取り組みが好事例化する鍵は病院長、医師会長、救急医学科教授、救急医、精神科医等、現場の人々の意識に依存
- 課題として関与する病院、職員への負担がある
- 自治体の関与がない
- 取り組みの評価が行われているのは一部に限定



取り組み汎化・継続の鍵

地域連携モデルの類型分類

- 取り組みが各地でひろまり、継続されていくためには、医療計画を実施する自治体が参照できるように、地域連携モデルの類型分類が必要
- 人口過疎型と都市型に分類

地域連携モデルの活用支援ツール

- 自治体が参照し、自地域で取り組みやすくなるための指針となるツールが必要
- 取り組みの質を高める上で質評価指標の提案
- 自治体が取り組みの質を高めながら継続的に実施する上で、質評価指標の提案が必要（救急隊搬送待機時間）

身体合併症医療提供のための
アウトリーチ型地域連携モデル活用支援ツール



資料1, 2, 3



自治体が自地域の特性に合わせてモデルを活用
 関係者とともに医療計画基金を活用し医療提供体制を整備



平成29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「身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究」研究分担者宮岡等

身体合併症のある人へ医療を提供するための都市型地域連携モデル
 精神科医アウトリーチモデル（大阪府社会医療法人北斗会さわ病院）

資料1

一般科病院（2次、3次救急医療機関）

精神科病院

ニーズ

高齢者が増加し、せん妄、認知症に良質な医療を提供したい
 精神科病院から転院した患者に良質な医療を提供したい
 増加する自殺未遂者へ良質な医療を早く提供したい

身体合併症が生じた患者に良質な医療を提供したい
 身体合併症が生じた患者に適切なタイミングで医療につなげたい
 自殺未遂者への良質なフォローアップを提供したい

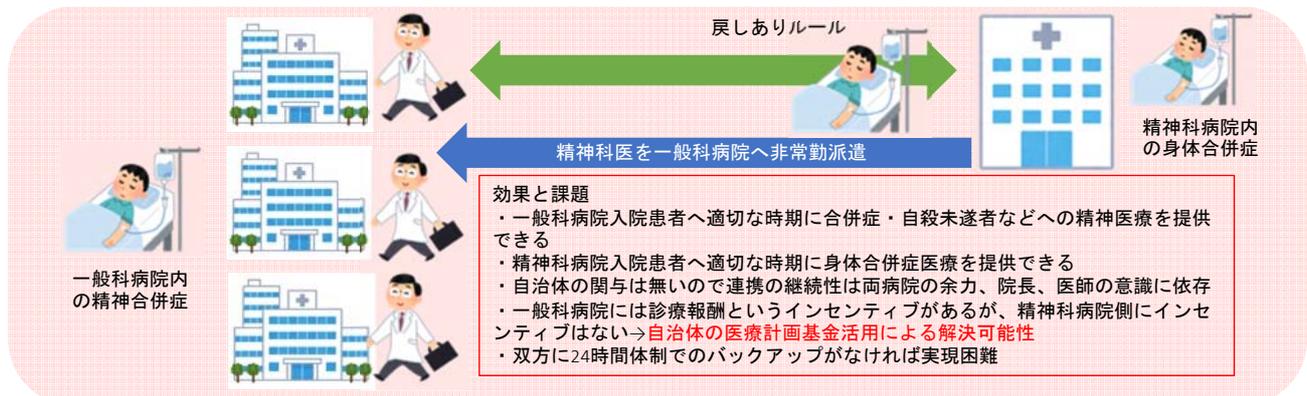
バックグラウンド

医師の臨床研修を介し双方に勤務経験ある医師増加
 双方に連携意識のある精神保健福祉士、看護師が存在

プロセス

隣接地域内での関係する一般科病院と課題共有、解決策検討、合意形成
 精神科病院が一般科病院へ精神科医を非常勤で派遣
 転院後、状態によっては双方「戻しありルール」
 相互に24時間「依頼断り禁止ルール」
 トライアル&エラーを重ね、信頼関係を醸成
 不定期に振り返りの会を重ね連携強化、情報共有

「精神科医アウトリーチモデル」の形成・運用



平成29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 2 身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究」研究分担者宮岡等

身体合併症のある人へ医療を提供するための都市型地域連携モデル 救急医アウトリーチモデル（大阪府 関西医科大学総合医療センター救急医学科） 資料2

精神科病院

一般科病院（三次救急医療機関）

ニーズ

身体合併症が生じた患者に良質な医療を提供したい
身体合併症が生じた患者に適切なタイミングで医療につなぎたい

精神合併症のある患者に良質な精神医療を提供したい
精神合併症のある患者に適切なタイミングで精神医療につなぎたい

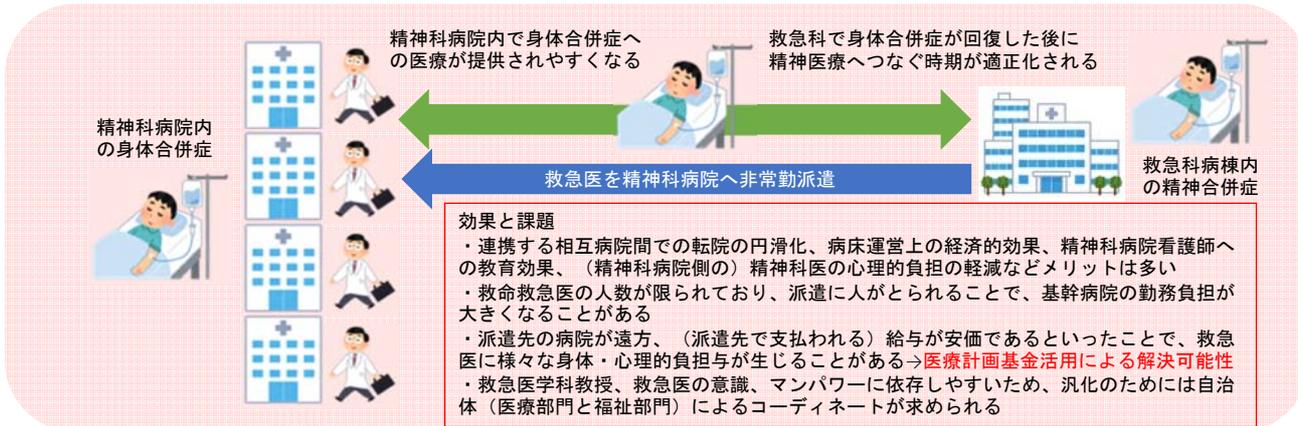
バックグラウンド

一般科は精神合併症のある患者の精神科病院への転院待機期間が長期化しやすく救命病床運営（稼働率）に課題意識あり
精神科は身体合併症への対応に不安あり、一般科からの転院依頼に躊躇しやすい
さらに身体合併症応需一般科病院が少なく、転院交渉に難渋しやすい
救急医が非常勤で精神科病院へ赴くと、これらの課題が解決されやすい

プロセス

救急医学科教授と精神科病院院長が協議し、派遣の合意を形成
救急科から救急科医師を同一医療圏を中心とする地域の精神科病院へ非常勤派遣
一般科側が受け入れた患者の診断、紹介元、転帰、精神科病院への転院数をモニタリング

「救急医アウトリーチモデル」の形成・運用



平成29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「身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究」研究分担者宮岡等

身体合併症のある人へ医療を提供するための人口過疎地域型地域連携モデル 精神保健福祉士・看護師アウトリーチモデル（鹿児島県 医療法人慈和会大口病院） 資料3

一般科病院（二次三次救急医療機関）

精神科病院

ニーズ

高齢者が増加し、せん妄、認知症に良質な医療を提供したい
精神科病院から転院した患者に良質な医療を提供したい

身体合併症が生じた患者に良質な医療を提供したい
身体合併症が生じた患者に適切なタイミングで医療につなぎたい

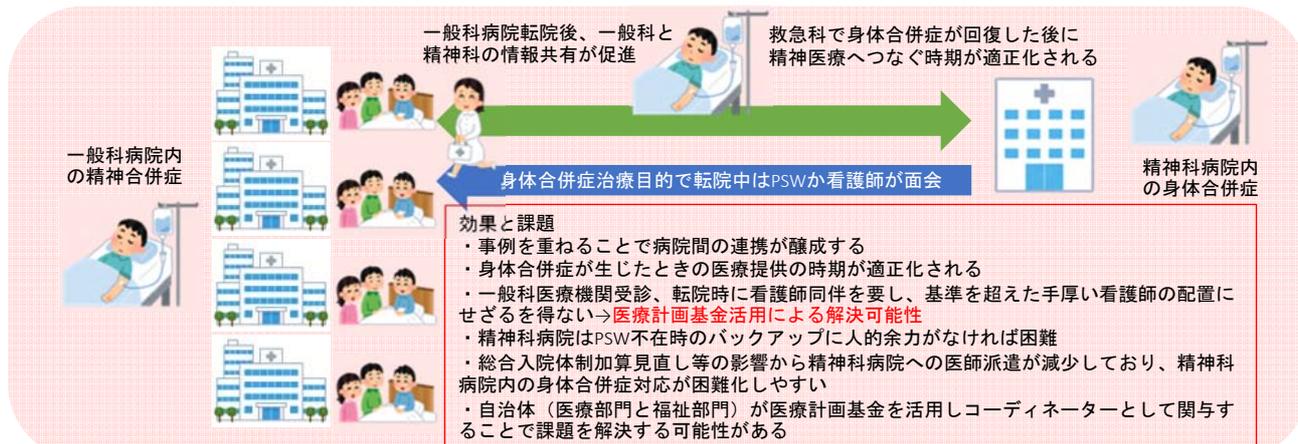
バックグラウンド

精神科病院は高齢患者が増加し、身体合併症を有する患者が増加、規定の看護基準よりも手厚い配置にせざるを得ない
医師会内は顔の見える関係があり、定例看護部長会や事務長会で合意形成しやすい

プロセス

定例の看護部長会、事務長会で課題、方針を共有、研修の相互乗り入れによる取り組みの醸成
精神科病院は一般科医療機関から精神合併症の受け入れを可能な限り即日～2日以内に実施
身体合併症のために一般科病院へ転院した患者は身体合併症が回復後、精神科病院が迅速に再受け入れ
一般科病院へ転院中は主に精神保健福祉士、必要時に看護師が面会し状況把握、一般病院と情報共有

「精神保健福祉士・看護師アウトリーチモデル」の形成・運用



平成29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「身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究」研究分担者宮岡等

平成 29 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))
精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
分担研究報告書
精神科医療における医療安全に関する研究
研究分担者 橋本喜次郎 (NHO 肥前精神医療センター副院長)

研究要旨

精神科病院内における暴力関連の問題は、これまで正面から対応されて来なかった経緯がある。しかしながら、精神科病院のみならず医療全般に於いて、安心・安全の医療環境を確保する必要性が高まっている実態が報告されて来ている。すなわち、暴力を未然に予測してこれらを防ぐ教育研修²⁾、そうした技術を有した人材の養成に取り組むことが不可欠になっている。従って、この点で唯一の実績を有す、包括的暴力防止プログラム (以下 CVPPP) を中心に、精神科病院等に勤務する幅広い職種を対象として当該プログラムの基本的理念と技術の普及 (課題 I) を図り、併せてその有効性の検証 (課題 II) と一般診療科への応用 (課題 III) を探った。

2 年次は、初年度に引き続き以下の 3 課題を進めた。

I. 厚労省公募事業 平成 29 年度精神科医療体制確保研修 (精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修)

29 年度も、国立病院機構 (以下 NHO) と日本精神科病院協会 (以下日精協) の両団体が応募し、NHO は昨年度新設した、CVPPP の理念と基本技術を普及させる導入 1 日研修「精神科病棟における安心安全な医療を提供するための研修」を、28 年度の 3 ヶ所から 7 ヶ所 (仙台・東京・名古屋・大阪・岡山・福岡・沖縄) と全国展開した。日精協は 3 ヶ所 (北海道・広島・東京) で開催した。29 年度はアンケートを両団体共通のものを用いて、受講前後の安心・安全に関わる主観的变化等を調査し、研修ニーズや普及の在り方を調査研究した。

II. CVPPP の有用性・有効性を検証：28 年度、1 日研修を受けた病院職員 (指定病棟) を対象にさらに 4 日研修の受講率 50%以上を目指した。3 つの協力病院の各対象病棟は、受講率 50%以上を達成し、その前後の安全安心に対する職員の変化、暴力の件数、行動制限の変化等の調査を開始した。

III. CVPPP の一般科への適用を探る検証：一般科における導入 1 日研修「一般科病棟における安心安全な医療を提供するための研修」を作成し、協力病院 (都立大塚病院) での開催を最終年度に行う運びを進めた。

IV. 精神病床における隔離・身体的拘束の件数が増加していることを受け、平成 29 年 2 月より「精神病床における隔離・身体的拘束に関する大規模調査ワーキンググループ」を設置し、増加要因等について明らかにするための調査準備を進めてきた。平成 29 年 6 月に対象施設に調査票を配布、調査を開始した。しかし、調査票には主観的な判断を問う項目等が混在しているのではないかなど、回答にあたって判断が難しい点がある旨、複数の施設から指摘を受けた。特に平成 24 年の状況を問う項目のうち、主観的な判断を問う項目については、回答者の記憶に頼ることになり、客観性が担保できないのではないのではないかと、との指摘を受けたため、本調査はいったん中断し、より適切に状況を把握するための調査方策などについて検討することとなった。

研究協力者

大迫 充江 肥前精神医療センター医療観察法
病棟師長
北野 進 都立松沢病院師長
鮫島 隆晃 日本精神科病院協会看護コメディ
カル委員会委員 鮫島病院院長
下里 誠二 信州大学医学部保健学科広域看護
学講座精神看護学教授
田中 洋 日本精神科病院協会看護コメディカル
委員会委員 田中病院院長
西谷 博則 国立病院機構榊原病院看護部長
牧野 英之 同病院看護師
益田 和利 肥前精神医療センター医療観察法
病棟副師長
松尾 康志 同副師長
山崎 京子 肥前精神医療センター地域医療連
携マネージャー
三宅 美智 (国立精神・神経医療研究センター)
立森 久照 (国立精神・神経医療研究センター)
山口 雅也 (肥前精神医療センター)
中島 公博 (五稜会病院)
新垣 元 (新垣病院)
八尋 光秀 (西新共同法律事務所)
四方田 清 (順天堂大学)
高橋 美久 (株式会社 MARS)
桐原 尚之 (全国「精神病」者集団・運営委員)

課題 I.

A. 研究目的

「医療観察病棟を有する病院を中心に普及してきてきた包括的暴力防止プログラムの実績を評価し、精神科病院等に勤務する幅広い職種を対象として、当該プログラムにおける基本的考え方の普及を図る。」とする厚労省の事業公募概要を踏まえ、安心安全な医療を提供できる知識や技術を習得し、暴力を未然に防ぎ得る人材養成のあり方とその普及法について検討することを目的とする。

B. 研究方法

平成 29 年度も「精神科医療体制確保研修 (精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修)」に、日本精神科病院協会 (以下日精協) と国立病院機構 (以下 NHO) の両団体が応募した。28 年度の反省を踏まえ、①広報の協力②プログラムは双方独自③受講対象は幅広く④アンケートは同一を用いる等とし、日精協は 3 ヶ所 (北海道・広島・東京)、NHO は 7 ヶ所 (仙台・東京・名古屋・大阪・岡山・福岡・沖縄) と全国展開した。

1. 対象者

職種で限定せず広く精神科病院その他に勤務する医療従事者

2. 調査様式

導入 1 日研修受講前後に、自記式アンケート調査法を行った。

C. 結果

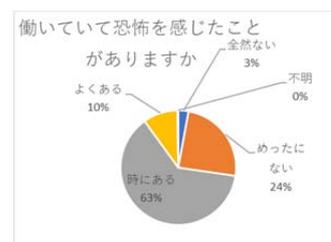
1. NHO 主催

主要な結果を掲載する。

1) 参加者 職種など

職種	度数	%
看護師	292	64.3
准看護師	31	6.8
看護補助者	21	4.6
事務	21	4.6
作業療法士	17	3.7
その他	71	15.6
不明	1	0.2
合計	454	100.0

働いていて恐怖を感じたこと ありますか	度数	%
全然ない	13	2.9
めったにない	111	24.4
時にある	285	62.8
よくある	44	9.7
不明	1	0.2
合計	454	100.0

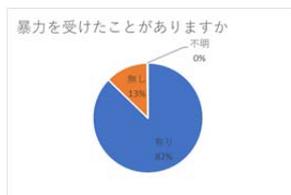


性別では男性は 56.8% で女性が 43.2% であった。28 年度は男性が 63.4% で 7% ほど女性が増え

た。代では 30-40 代を合わせると 61.9%で昨年の 60%と同様であった。職種経験は 6 年以上の経験年数の受講者が 6 割近くで中堅からベテランの看護職が多かった。

2) 職場の暴力について

暴力を受けたことがありますか		
	度数	%
有り	396	87.2
無し	57	12.6
不明	1	0.2
計	454	100.0



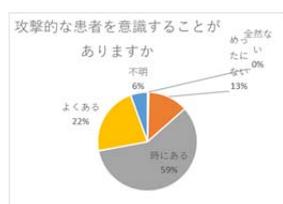
職場で暴力を受けたことがありますかという質問に対し、87.2%がある、と回答した。

このうち身体的暴力の経験者は 342 名、言語的暴力の経験者は 222 名であった。8 割以上で被暴力体験があることについては過去の報告と同様であった。職種ごとに見ると看護職が 90%以上と高い数値であり、事務職は 57.1%であった。

暴力を受けたことがあると答えた 396 名について、看護職では身体的暴力を約 90%程度以上が受けていた。事務職では身体的暴力は 41.7%だが言語的暴力は全員であった。身体的暴力は看護職で受けやすいが事務職でも半数近くが受けていた。

攻撃的な患者を意識することがありますか

	度数	%
全然ない	2	0.4
めったにない	59	13.0
時にある	266	58.6
よくある	102	22.5
不明	25	5.5
合計	454	100.0



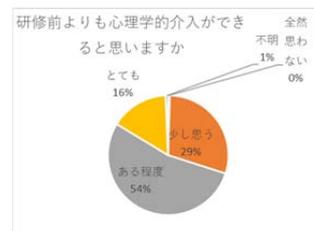
働いていて攻撃的な患者を意識することがありますか?という質問に対しては時にあるが 58.6%、よくあるが 22.5%であった。

また働いていて恐怖を感じたことがありますかという質問については時にあるが 62.8%、よくあるは 9.7%であった。昨年度の結果でも「病棟で脅威を感じる状況が起こり得る」に 50%以上がややそう思う、そう思うと答えており、職場の状況もおおむね同様と考えられた。

2) 研修後の効果について

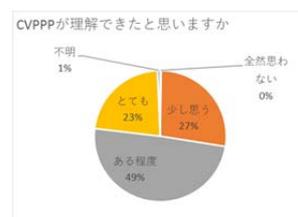
研修後に落ち着いて対応できると思いますか、心理的介入ができると思いますか、暴力に対応ができると思いますか、という質問について全く思わないと回答したものは 1,2 名であり、ほとんどの回答者が少し思う、ある程度思う、とても思うに回答していた。

研修前よりも心理的介入ができると思いますか		
	度数	%
全然思わない	2	0.4
少し思う	134	29.5
ある程度	244	53.7
とても	71	15.6
不明	3	0.7
合計	454	100.0



CVPPPが理解できたと思いますか?

	度数	%
全然思わない	1	0.2
少し思う	124	27.3
ある程度	224	49.3
とても	102	22.5
不明	3	0.7
合計	454	100.0

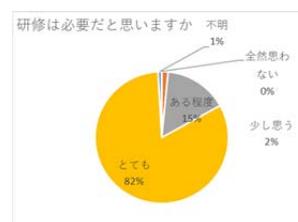


CVPPPが理解できたと思いますかについてはある程度思う、とてもそう思う、を合わせ 71.8%が回答していた。また暴力の基礎知識が理解できたと思いますかについてもある程度思う、とてもそう思う、を合わせ 73.2%が回答していた。

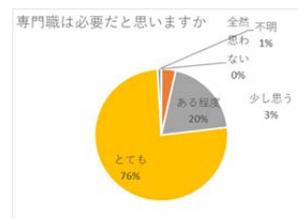
3) 研修の必要性について

研修が必要だと思うかについては 82.2%でも必要と思う。また専門職も 76%でも必要と思うと回答されていた。

研修は必要だと思いますか		
	度数	%
全然思わない	0	0.0
少し思う	7	1.5
ある程度	70	15.4
とても	373	82.2
不明	4	0.9
合計	454	100.0



研修を受けた専門職は必要だと思いますか		
	度数	%
全然思わない	0	0.0
少し思う	16	3.5
ある程度	89	19.6
とても	345	76.0
不明	4	0.9
合計	454	100.0



C. 結果

2. 日精協主催 (北海道・広島・東京)

別途報告

D. 考察と課題

CVPPPを理解できたと感じている人の方が、研修後に落ち着いて対応ができ ($r(449)=.360, p<0.01$)、心理学的介入もできて ($r(447)=.371, p<0.001$)、より暴力に対応できる ($r(449)=.420, p<0.01$)と感じていた。これは研修への理解が高ければ、得られる効果であることを示すと思われる。これは基礎知識が理解できたと回答したのもでも同様であり、研修をより習得したものが自己効力感を高めているのだろう。

研修内容の理解度が上がれば自己効力感も上がるという結果は、座学だけでなく演習を多用しつつ、CVPPPの当事者中心の理念を学習するというNHOの一日研修の組み立てが効果的に反映されたためかもしれない。

専門職が必要だと考える傾向にある人のプロフィールは、

- ・働いていて攻撃的な患者を意識する

($r(447)=.201, p<0.01$)

- ・前より心理的介入ができる

($r(445)=.231, p<0.01$)

- ・基礎知識が理解できる ($r(448)=.237, p<0.01$)

であった。これは、自由記述において、

「CVPPPの研修は非常に興味深かった。身体的な手技だけでなく、包括的な対応が大切だと感じました。」

「研修を受けるまで、暴力行為への対応を学ぶと思っていたので、それまでの過程、アセスメントが重要であると言うことが良く分かり、とても勉強になりました。定期的に研修に参加して、体が覚えるようにしたいと思いました。」などの率直な感想にも見られる。『攻撃的な患者を意識しつつも、本研修の内容を理解したことで専門職も必要と考えている』とすれば、その専門職はCVPPPの理念を反映した担当者であろう。

NHO主催では、熟練した経験豊富なインストラクターが、受講者3.7~10.3人/インストラクター1名で指導に当たり、懇切に関わった。受講者からは、

「非常にわかりやすく、具体的に教えていただいたので参加して良かったと思います。暴力に対する考え方や意識が変わりました。明日からの業務に活かしていきたいと思います。」等に代表される多数の感想が得られた。

演習を多用する研修プログラムは参加者の動機付けにも繋がり、しかもその研修内容と指導の質が高いことは、『普及』の決め手と考えるべきであろう。もしも研修の質が低ければ、参加者がたとえ多かろうが、普及効果は乏しい。一方、その逆に質が高い研修は、動機付け、波及普及効果も強く、結果的に数を相乗的に増していくであろう。

主要課題Ⅱ.

「CVPPPの有用性・有効性を検証」

A. 研究の背景と目的

CVPPPはこれまでに8000名以上の受講者を産んでいる実績があり、一定の評価を医療従事者から得ていることは間違いない¹⁾。しかしながら、暴力の予測、回避、対応、治療的介入などの理念と技術を包含したこの研修²⁾が「真に安全・安心の医療環境を確保し得る」というエビデンスは未だ明らかでは無い。初年度は、CVPPP導入1日研修を4病院の職員に行った。29年度は、1日研修を受講したこれらの人に、さらに本来の4日間研修を受講して貰い、先行研究で得られた仮説:『スタッフの半数以上がトレーナー(4日間のCVPPP修了者)ならば、職場の安全・安心感は確保される』を、検証することを目的とした。

B. 研究方法

①協力3病院で、28年度に1日研修を受けた病院職員(指定病棟勤務)を対象に、さ

らに4日研修を受講してもらい、病棟スタッフの受講率50%以上を目指す。

②主観的（自記式記入アンケート）客観的な指標（暴力・行動制限数など）の変化を比較検証する。

③所属病棟の安全・安心に関わる項目が強化されるか否かを検証する。

1. 調査対象者

2016年12月15日から2017年1月15日までの1ヶ月の期間において、研究参加の協力が得られた3施設の医療従事者を対象とした。

2. データ収集方法

1) 対象者と調査方法

CVPPP修了者（トレーナー）あるいは、1日研修と併せて4日間受講した修了者で、研究参加の承諾がとれた3施設（1施設は29年度不参加にて計3施設）の医療従事者に対して、受講前後に安心・安全に関する自記式質問紙調査票を用いて実施した。

2) 研修実施期間

実施期間は2016年12月15日～2017年1月15日の間の約1か月間である。

3) 調査内容

28年度に作成した自記式質問紙調査票を用いた。分析方法

受講前後の比較を、Wilcoxonの順位和検定を用いて分析を行い、検定にはSPSS Statistics23を用いた。

3. 倫理的配慮

本研究は無記名の調査で個人情報扱わない。また、任意自由参加であること、辞退しても不利益のないこと、調査票の記載の所要時間は5～10分程度であり心理的苦痛は伴わないことなど書面を用いながら口頭にて説明した。本研究の対象者に対しての同意は質問紙で説明し自記式質問紙調査票への回答をもって同意とみなした。データ処理は回収後外部とつながらないコンピ

ュータで統計的に行った。

なお、肥前精神医療センターの研究倫理委員会に審査申請し研究実施を承諾されている。

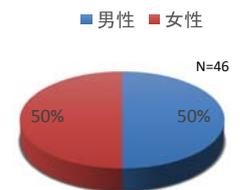
C. D. 結果および考察

3病院計46名がトレーナー資格を取得した。

講者:46名

4	1均25.6SD)	36.2(10.54)
	30値	22
	3.値	56
女	1均25.6SD)	31.5(12.2)
	30値	22
	3.値	64

性別



上記受講によって、3病院全ての対象病棟で受講率50%以上が達成された。

	元々のトレーナー数	受講予定(29年度)	受講者数合計(1/28時点)	該当病棟の看護職員数	受講者割合
M病院	3名	10名	13名	25名	52%
K病院	9名	6名	15名	24名	62.5%
S病院	5名	10名	15名	24名	62.5%

1) 受講前後の研修効果

自記式質問紙調査票から、攻撃的な利用者に対しての介入、対応、自信などについての結果を示す。

全対象者のCVPPPトレーナー受講前後の比較

	研修前		研修後		P値 (両側)
	中央値 (四分位範囲)	中央値 (四分位範囲)	中央値 (四分位範囲)	中央値 (四分位範囲)	
1攻撃的な利用者さんに落ち着いて対応できる	4.00 (2.75~4.00)	4.00 (3.00~4.00)	4.00 (3.00~4.00)	4.00 (3.00~4.00)	n.s
2利用者さんの攻撃に対して身体介入ができる	3.00 (2.00~4.00)	3.00 (3.00~4.00)	3.00 (3.00~4.00)	3.00 (3.00~4.00)	*
3利用者さんの攻撃に対して対応することに自信がある	2.00 (1.75~4.00)	2.00 (3.00~4.00)	3.00 (3.00~4.00)	3.00 (3.00~4.00)	**
4利用者さんの攻撃に対して心理学的介入ができる	3.00 (2.00~4.00)	3.00 (3.00~4.00)	4.00 (3.00~4.00)	4.00 (3.00~4.00)	**
5攻撃的な利用者さんを前にして安全だと感じる	2.00 (1.00~3.00)	2.00 (2.00~4.00)	3.00 (2.00~4.00)	3.00 (2.00~4.00)	***
6利用者さんへの攻撃に対して効果的な技術を持っている	1.50 (1.00~3.00)	1.50 (3.00~4.00)	3.00 (3.00~4.00)	3.00 (3.00~4.00)	***
7利用者さんの攻撃性に対してコードを満たすことができる	2.00 (1.00~3.00)	2.00 (3.00~4.00)	3.00 (3.00~4.00)	3.00 (3.00~4.00)	***
8利用者さんからの攻撃に対して防御できる	3.00 (1.75~4.00)	3.00 (3.00~4.00)	4.00 (3.00~4.00)	4.00 (3.00~4.00)	***
9自信度合計得点	19.5 (14.00~27.25)	19.5 (24.00~31.00)	28.00 (24.00~31.00)	28.00 (24.00~31.00)	***

P<0.05* P<0.01** P<0.001*** Wilcoxon検定

9項目の設問の内、8項目で有意な変化が得られた。

1日研修と4日研修の比較を尋ねた結果を表に示す。

4日間研修を修了され、1日研修以上に学ばれたことはどんなところでしょうか n=46

	思わない	どちらとも いえない	そう思う
4日研修を受けたことで、十分な技術や知識が得られた	4	8	34
4日研修まで受けたことで、より実践使えるレベルの手法を習得することができた	2	14	30
4日研修で、患者役を経験することで患者の気持ち想像することができる	1	1	44
4日研修まで受けたことで、患者・職員双方にとっての安全感が増す	0	3	43
4日研修まで受けたことで、患者・職員双方にとっての安心につながる	0	3	43
4日研修まで受けたことで、より患者中心でケアをしなければならないことを理解することができた	0	2	44
4日研修まで受けたことで、臨床現場で患者の状態に応じた声のかけ方を理解することができた	0	2	44
4日研修まで受けたことで、今後のケアに自信がもてる	0	0	39
4日研修まで受けたことで、1日研修よりも安心・安全について満足できた	0	0	46
4日研修まで受けたことで、臨床で実践できると感じる	1	8	37
4日研修まで受けたことで、ディエスカレーションについてより深く理解できた	0	5	41
4日研修まで受けたことで、他のスタッフにCVPPPの理念や考え方、技術を伝えることができる	2	17	27
1日の研修だけで、他のスタッフにCVPPPの理念や考え方、技術を伝えることができる	22	14	10
患者の暴力のリスクが高い場合、リーダーや各役割について理解することができた	0	9	37
4日研修まで受けたことで、よりリスクアセスメントについて理解が深められた	0	3	43
1日研修だけでは、実際の暴力対応時の手技は不十分である	0	5	41
1日研修だけでは、安全・安心感は不十分だと感じる	0	3	43

1日と4日を比較すれば無論、後者による学習効果、習熟感が増すことは当然であろう。

4日間研修を修了され、1日研修以上に学ばれたことはどんなところでしょうか n=46

	思わない	どちらとも いえない	そう思う
4日研修を受けたことで、十分な技術や知識が得られた	4	8	34
4日研修まで受けたことで、より実践使えるレベルの手法を習得することができた	2	14	30
4日研修で、患者役を経験することで患者の気持ち想像することができる	1	1	44
4日研修まで受けたことで、患者・職員双方にとっての安全感が増す	0	3	43
4日研修まで受けたことで、患者・職員双方にとっての安心につながる	0	3	43
4日研修まで受けたことで、より患者中心でケアをしなければならないことを理解することができた	0	2	44
4日研修まで受けたことで、臨床現場で患者の状態に応じた声のかけ方を理解することができた	0	2	44
4日研修まで受けたことで、今後のケアに自信がもてる	0	0	39
4日研修まで受けたことで、1日研修よりも安心・安全について満足できた	0	0	46
4日研修まで受けたことで、臨床で実践できると感じる	1	8	37
4日研修まで受けたことで、ディエスカレーションについてより深く理解できた	0	5	41
4日研修まで受けたことで、他のスタッフにCVPPPの理念や考え方、技術を伝えることができる	2	17	27
1日の研修だけで、他のスタッフにCVPPPの理念や考え方、技術を伝えることができる	22	14	10
患者の暴力のリスクが高い場合、リーダーや各役割について理解することができた	0	9	37
4日研修まで受けたことで、よりリスクアセスメントについて理解が深められた	0	3	43
1日研修だけでは、実際の暴力対応時の手技は不十分である	0	5	41
1日研修だけでは、安全・安心感は不十分だと感じる	0	3	43

注目の項目は、

- ①1日研修だけでは、実際の暴力対応時の手技は不十分である。
 - ②1日研修だけでは、安全・安心感は不十分だと感じる。
- について、100%全員が1日研修のみでは無理であると言い切っている点である。

4日間から成る通常の CVPPP も、フォローアップ研修を年1回受講することを推奨している。これは、現場で体験する様々な事案に対して自問自答しながらケアを実践する過程で、CVPPP の理念とずれたケアを行ったり、あるいは技術が曖昧になってくる事はどうしても回避できないからである。従って、30年度はフォローアップの必要性を踏まえた計画を追加する予定である（下記参照 平成30年度予定）。

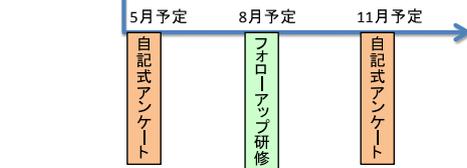
II. CVPPPの有用性・有効性の検証

仮定：スタッフの半数以上がトレーナー（4日間のCVPPP修了者）ならば、
1.職場の安全・安心感は確保される？
2.暴力は減る？
3.隔離拘束が減る？

調査項目(前後で)
隔離者数
拘束者数
暴力件数
暴力件数
(身体・言語両方)
対応内容 等

※トレーナー、1日研修を受けた病院職員(指定職種)を対象に、29年度では4日研修(1日研修)を受講してもらい、その受講率を指定した病棟の50%以上を目途として、個々の主観的・客観的な指標(暴力・行動制限数など)の変化を検証する。

	元々のトレーナー数	受講予定(29年度)	受講者割合 (100%)	該当病棟の 管理床数	受講者割合
M病棟	3名	10名	13名	25名	52%
K病棟	9名	6名	15名	24名	62.5%
S病棟	5名	10名	15名	24名	62.5%



主要課題Ⅲ.

「CVPPPの一般科への適用を探る研究」

A. 研究目的

一般科の暴力等実態において CVPPP の理論や技術を活かせるかを検討する。

B. 研究対象

一般科病院：試行的研修を企画する

C. 研究結果

協力病院：都立大塚病院（35 診療科 500 床 職員 616名 精神科は児童精神の外来的のみ）

一般科におけるCVPPP1日特別研修

- 研修目的:現場における医療スタッフ個人の、暴力を予防・防止する、及び暴力に介入、ケアする技術能力の向上。
- 研修対象:ジェネラルレベルの現場リーダー対象。
- 研修日時:平成30年度院内研修における1日間。
- 研修講師:CVPPPインストラクターである企画者と松沢病院等に所属しているインストラクター複数名。
- 研修会場:都立大塚病院会議室。
- 研修形式:前半を講義形式研修、後半を実技研修。
- 必要物品等:PC、プロジェクターによるPPT使用した講義。実技は机椅子を移動させフロアを使用して演習。車いす、ベッド複数使用。
- 研修成果:研修内容を参考に作成する独自のアンケート、及び自由意見から研修評価する。または、**5名選抜フォーカスグループインタビューにて研修の評価を行う。**

一般科スタッフ向けCVPPP1日特別研修の内容

時間	研修項目	内容
9:00 ～ 11:00	①理論 ②リスクアセスメント	講義 ・医療における暴力 ・攻撃性マネジメントトレーニングについて ・法的側面 ・リスクファクター ・精神疾患と攻撃性 ・暴力の誘因 ・リスクアセスメントの手法
11:00 ～ 12:00	③怒り感情 ④コミュニケーション技術による興奮状態への介入法(ディエスカレーション)	講義 演習 ・感情を鎮むトレーニング ・コミュニケーション技法に則ったディエスカレーション
12:00 ～	昼休み	
13:00	⑤安心・安全にケアするテクニック	演習 ・関わる時に注意するポイント ・患者に安心を与えるかわり方
14:00	⑥身体的介入技法(フレイクアウェイ)	・攻撃されたり、抑えられたりしたときに振りほどいてにげるためのテクニック(選択したテクニック)
15:00	⑦身体的介入技法(チームテクニクス)	・エスコートテクニックを主とする身体介入テクニック ・ベッドサイドでの応用テクニック
16:00 16:30	まとめ	グループで1日研修の振り返り

IV. 隔離拘束に関する調査の検討

A. 研究目的

精神病床における隔離、身体的拘束の実態については、平成 11 年度に隔離・身体的拘束の大規模実態調査が厚生科学研究(研究代表者:浅井邦彦)で行われて以降、630 調査で件数は把握されているものの、近年、隔離・身体的拘束の件数が増加している現状において、その要因分析などの検討を行うことは重要な課題である。そこで本調査では、隔離・身体的拘束の件数の増加要因などについて明らかにすることを主な目的とした。

B. 研究方法

調査項目に関する検討のため、研究協力者には医療関係者、当事者、弁護士を加えたうえで、研究分担班会議を 2 回開催し、精神

病床における隔離・身体的拘束の増加要因について様々な観点から議論を行った。医療関係者からは、急性期に対応した医療機関が増加する一方、慢性期医療が手薄になっている背景があることを指摘したうえで、急性期においては特に入院初期に高頻度に行動制限が行われているのではないかと、慢性期では行動制限を受けている患者数はそれほど多くはないものの、長期間の行動制限が増加しているのではないかと、との意見があった。当事者の立場からは、職員数が不足しているなど、医療提供側の事情で、隔離や身体的拘束が増加している可能性があるのではないかと、との意見が出された。このような意見を集約しつつ、精神病床における隔離・身体的拘束の増加要因について、以下のような仮説が検討された。1 つ目は、医療安全に対する意識の高まりが、行動制限の増加に影響しているのではないかと、という仮説である。2 つ目は、隔離・身体的拘束の発生頻度が高いと予想される、精神科救急入院料や精神科急性期治療病棟入院料の算定病棟の増加が影響しているのではないかと、という仮説である。その他に、隔離・身体的拘束が長期化しやすいと予想される高齢患者の増加が影響しているのではないかと、等の仮説が提示された。調査票の検討にあたっては、これらの仮説を踏まえた上で、質問項目を作成した。調査にあたっては、調査票 1 (隔離・身体的拘束患者の個別調査票)、調査票 2 (隔離・身体的拘束の運用に関する調査票)、調査票 3 (医療安全委員会・行動制限最小化委員会の運用に関する調査票) の 3 つの調査票を作成し、平成 24 年 6 月 30 日と平成 29 年 6 月 30 日の午前 0 時時点の状況に基づいて回答を得ることとした。調査項目は、患者の属性、隔離・身体的拘束に係る指示の詳細、病棟の状況、医師・看護師の勤務

体制、医療安全についての意識、隔離・身体的拘束の運用、医療安全委員会・行動制限最小化委員会の運用、についてであった。調査は、本調査のために設置したウェブサイトから各施設が調査票をダウンロードし、回答した調査票はウェブサイトを利用してアップロードできるようにした。なお、本調査に関しては、国立病院機構肥前精神医療センター倫理審査委員会にて承認を受けた（受付番号 28-21）。

C. 研究結果

調査は、日本精神科病院協会、国立病院機構、全国自治体協議会、精神医学講座担当者会議、日本精神科看護協会に協力依頼をし、平成 29 年 6 月 24 日に調査用ウェブサイトを開設した。調査票提出の締め切りは平成 29 年 10 月 31 日とした。しかしながら、平成 29 年 9 月に、調査票には主観的な判断を問う項目等が混在しているのではないかと、回答にあたって判断が難しい点がある旨、複数の施設から指摘を受けた。特に平成 24 年の状況を問う項目のうち、主観的な判断を問う項目については、回答者の記憶に頼ることになり、客観性が担保できないのではないかと、との指摘を受けた。このため、一旦調査を中断のうえで、より適切に状況を把握するための調査設計について、再検討を開始した。

平成 29 年 11 月、平成 30 年 3 月に分担班会議を開催し、調査が中断に至った経緯を踏まえ、調査項目の再検討についての意見交換を行った。調査項目の再検討に当たって、医療関係者からは、仮に隔離や身体的拘束の件数が増加していない疾患群や、病棟区分などがあれば、その増加しなかった要因を含めて考えるべきではないか、主観的な判断を問う場合は、設問設定をより厳密かつ明確にすべきではないか、との意見があった。当事者の立場からは、隔離・身

体的拘束の削減に取り組んだ国際的な事例を踏まえて、設問事項を検討すべきではないか、等の意見が出された。調査項目を再検討するにあたっては、これらの論点整理を行う必要があることで意見が一致した。

I～IVにおける

D. 考察と課題

一般科病院と精神科病院では、暴力の背景にあるものに共通部分と相違点があることを、十分に認識した上で試行的研修を企画する必要がある。CVPPP の暴力に対し「ケアを行う」という視点で、安全な治療環境を提供するという基本的概念は不動であり、一般科のマネジメントに関連する暴力対応とは相違するところがあり、誤った CVPPP への認識（単なる護身術、患者を抑制するだけの技術など）が先行しないように、研修内容に工夫を凝らさなければならぬ。リスクアセスメントをはじめとする段階的ディエスカレーションなどの講義と、簡単な演習は十分活かせることが可能と考え、予防・防止という点を重要視する。

しかし、医療者として、院内で発生して次年度、一般科用の CVPPP1 日研修を試行し、課題を修正していく作業を続けていくことで、洗練された一般科用 CVPPP1 日研修を目指す。

精神病床における隔離・身体的拘束の増加要因を検討するうえでは、可能であれば、定量的な数値の推移を踏まえて、要因分析を行うことが望ましい。しかしながら、定量的には評価困難な、地域性・文化的背景・個々の臨床現場の状況等、複雑な要因が影響しているであろうことも考慮する必要がある。そのため、本年度の調査に関しては、増加要因と関連が疑われる項目のうち、定量的に把握可能と考えられる項目と、定量的な評価が困難であり、定性的な検討を必

要とする項目を、合わせて調査する方針とした。しかしながら、そのような項目が混在することで、結果的に設問の趣旨が不明瞭となり、また、客観的な回答が得られにくい調査設計となったと考えられた。このような結果を踏まえ、次年度に向けて調査項目を再検討する方針とした。

E. 結論

日本精神病院協会（以下日精協）と国立病院機構（以下NHO）の両団体は、「精神科医療体制確保研修（精神科病院における安心・安全な医療を提供をするための研修）」をそれぞれ行い、日精協は3ヶ所（北海道・広島・東京）、NHOは7ヶ所（仙台・東京・名古屋・大阪・岡山・福岡・沖縄）と全国展開した。前年同様、NHO主催のアンケートでは、暴力への対処能力への自己効力感が増し、研修の効果が示唆された。研修ならびに専門職の必要性も約80%の参加者が望んでおり、その専門職はCVPPPの理念を反映した者だと思われる。

3病院の各指定病棟全スタッフの半数以上がトレーナー資格を受講できたので、追跡比較調査で『スタッフの半数以上がトレーナー（4日間のCVPPP修了者）ならば、職場の安全・安心感は確保される』を検証する。なお、1日と4日研修の比較では、後者が習熟感で明らかに増すこと、さらに全員が1日研修だけでは、不十分であり安全／安心感には繋がらないと言い切っている。一般科CVPPP1日特別研修内容を試作し、協力病院を定めたので、30年度は実際に開催して、試用評価を行う。

最後に、精神病床における隔離・身体的拘束の増加要因を明らかにするために調査を実施したが、より適切に状況を把握するためには、調査項目に再検討を要すると考えられる項目があると考えられたため、よ

り適切な調査を実施するために、本調査はいったん中断し、来年度も引き続き調査の方策について検討を進めることとなった。

謝辞 主要課題Ⅱ. 「CVPPPの有用性・有効性を検証」で、参加協力して頂きました3病院関係者 参加者の皆様に感謝申し上げます。

F.研究発表 無し

G.知的財産権の出願・登録状況 無し

H.文献

- 1) 下里誠二：CVPPPを語ることは精神科看護を語ること 精神科看護 44(6)：4-11, 2017.
- 2) 下里誠二：「暴力」の予測は可能か 精神科看護 40(7)：4-11, 2013.

平成 29 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）
精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
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
研究分担者 安西 信雄（帝京平成大学大学院 教授）

研究要旨

【背景と目的】「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）により、「重度かつ慢性」に該当する症状をもつ患者でも退院できる、あるいは「重度かつ慢性」になることを予防できるようにするための治療と支援に関する研究の必要性が指摘された。本研究はこの方向に沿うもので、①入院後 1 年を待たずに「重度かつ慢性」に関する判断が可能か、②「重度かつ慢性」に関する好事例は何を指標とするのがよいかを明らかにすることを目的として本研究を実施した。

【方法】[研究 1]「重度かつ慢性」に関する過去のデータをもとに、1 年以上入院を継続し「重度かつ慢性」基準に該当した患者群と 1 年までに地域に退院した群について、入院後 3 ヶ月時点の精神症状、問題行動、生活障害評価を検討した。入院 3 ヶ月時点の担当医の退院可能性に関する評価と実際の退院との関連を検討した。[研究 2]「重度かつ慢性」に関する好事例病院および好事例地域の選択基準について関連情報に基づき討議を行った。

【結果と考察】[研究 1]入院後 3 ヶ月時点の評価について上記の 2 群間で比較したところ、1 年を超えて入院を継続し 1 年時点で「重度かつ慢性」基準に該当した患者は、1 年までに地域に退院した患者と比べて、入院後 3 ヶ月時点の精神症状、問題行動、生活障害評価の多くの項目で有意に重い評価をされていた。入院 3 ヶ月時点で担当医に「退院困難」と評価された患者の 1 年までの退院率は「可能」と評価された患者より有意に低かった。[研究 2]「重度かつ慢性」に関する好事例の病院や地域の選択に関する検討を行い、①新規の 1 年以上在院患者（NLS）の発生が少ない、②既に 1 年以上になっている患者（OLS）の退院率が高いことについて、①②のどちらも全国集計値の中央値以上の病院や地域を好事例と考えることになった。ただし 1 年以上在院患者（OLS）の好事例の検討においては、退院先を考慮し、転院と死亡を除く居宅退院（自宅、アパート、福祉施設、介護施設への退院）を取り扱うこと、その病院の在院患者に占める 1 年以上在院患者（OLS）率も考慮することが適切と考えた。

【結論】入院 1 年時に「重度かつ慢性」に該当した患者は、1 年までに地域に退院した患者と比べて入院 3 ヶ月時点の精神症状、問題行動、生活障害の評価が有意に重かった。入院 3 ヶ月時点の担当医の退院可能性評価は入院後 1 年までの退院転帰と強く関連した。また「重度かつ慢性」に関する好事例選択の基準を検討し合意された。

研究協力者

井上新平 社会医療法人北斗会 さわ病院 医員
木田直也 独立行政法人 国立病院機構 琉球病院
医長
田口真源 医療法人静風会大垣病院 理事長・院長
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 精神保健研究所 精神疾患病態研究部
基盤整備研究室長
原 敬造 原クリニック 院長
宮田量治 地方独立行政法人 山梨県立北病院

副院長

A. 研究目的

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」による報告書（平成 29 年 2 月 8 日）¹⁾では、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。

本分担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、「統括調整」(研究代表者:安西信雄)、「心理社会的治療指針」(同:井上新平)、「クロザピン使用指針」(同:木田直也)、「薬物療法指針」(同:宮田量治)、「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ている(以下、これらの研究班を「包括支援研究班」と略す)。

本分担研究班は、「包括支援研究班」の5つの研究班の研究代表者と、日本精神科病院協会、日本精神科診療所協会推薦の研究協力者などにより構成されている。本分担研究班はこれらの研究班と連携し、密接に協力しながら研究を推進している。

本研究班の役割と目標は下記の通りである。

- ①「重度かつ慢性」に関連する過去の調査データの再検討(平成 26-27 年に厚生労働科学研究²⁾として実施した長期在院患者の前向き調査等の追加解析から新しい知見を得る)
- ②包括支援研究班の調査研究の進め方に助言する
- ③関連団体の調査協力等の合意を得る
- ④包括支援研究班の調査結果から政策提言の根拠になりうると考えられるものを山之内班に報告・提案する

本分担研究班の役割・目標と「包括支援研究班」の課題の関連を図表 1 に示した。

本年度の研究は主に、上記の①について、平成 26-27 年に実施した調査データの再検討に基づき、入院後 3 ヶ月時点で「重度かつ慢性」を評価できるかの検討を行うこと、上記の②について、「包括支援研究班」の調査研究の進め方に助言するため「重度

かつ慢性」における好事例とは何かを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

【研究 1】入院後 3 ヶ月時点で「重度かつ慢性」を評価できるかの検討

平成 26-27 年に実施した「基準案に関する研究」の調査データの再検討から、本年度は入院後 1 年を超えて病状が重いまたは不安定なために在院を継続する「重度かつ慢性」基準に該当する患者と入院後 1 年までに地域に退院した患者を対比して、これらの 2 群の患者の入院後 3 ヶ月時点の状態を検討した。

対象は上記の調査データ²⁾のうち重急性期登録群 802 人である。入院後 1 年までに退院した 533 人のうち、転帰が死亡、転院を除き、退院後の転帰が通院となった患者を「地域退院群」とした。また、1 年以上在院した 186 人のうち 1 年時点で主治医が「病状が重いまたは不安定なため退院が困難であった」と評価した患者を「症状で退院困難群」(「重度かつ慢性」基準に該当する)とした。地域退院群は 474 人、症状で退院困難群は 85 人であった。

これらの 2 群の入院後 3 ヶ月時点の精神症状(BPRS)、問題行動、生活障害を比較した。また、入院後 3 ヶ月時点の主治医による退院可能性の評価と、その後退院がどうであったかの転帰とつきあわせて検討した。

問題行動評価は研究班が使用している評価表を用いた。生活障害の評価は障害者総合支援法における「生活障害評価」を用いた。これは、食事、生活リズム、保清、金銭管理、服薬管理、対人関係、社会適応を妨げる行動の 7 項目からなり、それぞれ 1~5 の 5 段階に観察者が評価するものである。

【研究 2】「重度かつ慢性」治療における「好事例とは何か」の検討

「重度かつ慢性」に該当する患者およびその予防の対象となる患者に対する治療と地域移行支援において、「好事例とは何か」について、分担研究会議の討議により検討を行った。分担研究会議は、2017 年 4 月 22 日、8 月 26 日、2018 年 3 月 10 日の 3 回開

催した。

(倫理面への配慮)

研究1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28-107)。研究2はエキスパートによる討議により実施するもので倫理面の問題は無い。

C. 研究結果

【研究1】入院後3ヶ月時点で「重度かつ慢性」を評価できるかの検討結果

亜急性期登録群802人のうち、入院後1年までに地域に退院した「地域退院群」474人と、症状が重いため1年以上在院した「症状で退院困難群」85人の入院後3ヶ月時点の状態に関する諸評価を比較した。

図表2はこれらの2群の入院3ヶ月時点の精神症状(BPRS 下位項目評価)を対比して示したものである。1%以下の危険率で有意差があったのは、BPRSの18項目のうち10項目で、幻覚による行動や興奮などの陽性症状のほか、非協調性・引きこもりなどの対人反応、情動の平板化の陰性症状でも有意な差が認められた。いずれも地域退院群より症状で退院困難群が高い(症状が重い)という結果であった。

図表3はこれら2群の入院3ヶ月時点の問題行動評価である。27項目中11項目で1%以下の危険率で2群間に有意差を認めた。言語的暴力・迷惑行為のほか、集中力低下・衝動性、介助等への拒否、多飲水などの項目で、いずれも地域退院群より症状で退院困難群が高い(問題が大きい)という結果であった。

図表4はこれら2群の入院3ヶ月時点の生活障害評価である。7項目中すべての項目で1%以下の危険率で2群間に有意差を認めた。食事や生活リズム、金銭管理や服薬管理等の生活障害全般にわたり、いずれも地域退院群より症状で退院困難群が高い(生活障害が重い)という結果であった。

図表5は、入院3ヶ月時点の退院可能性に関する担当医師の評価と、実際の入院後1年までの転帰の検討結果である。入院3ヶ月時点で担当医師に「患

者は入院後1年以内に退院できる可能性はありますか?困難と回答された場合は、その理由も選択してください」と回答を依頼した。回答(評価)は、可能性あり(X群)、重症または不安定なため困難(Y群)、それ以外の理由で困難(Z群)の3つから選択された。可能性あり(X群)の640人では1年までに427人(66.7%)が退院したのに対し、重症または不安定なため困難(Y群)と評価された45人で退院したのは9人(20.0%)、それ以外の理由で困難(Z群)の34人で退院したのは8人(23.5%)で、群間の退院率には有意な差があった($p<0.01$)。このように入院3ヶ月時点で退院困難と評価された患者は約80%が1年後も入院を継続していたことになる。

【研究2】「重度かつ慢性」治療における「好事例とは何か」の検討結果

本分担研究班では上記のあり方検討会の指摘事項を踏まえて「重度かつ慢性」に該当する患者に対する治療や予防などに関する「好事例とは何か」、「好事例の調査対象の切り分けをどうするか」について検討を行った。検討の過程で次の5つが好事例の候補としてあげられた。

①新たに発生した長期在院患者(NLS)への治療が好事例：NLSに焦点を当てた対象を選択して治療を実施し実績をあげている(例：岡山の重度慢性病棟でのNLSへの対応)

②すでに長期化している患者(OLS)への治療が好事例：OLS患者の退院率が高い

③「重度かつ慢性」にならない予防的治療が好事例：重い入院患者を受け入れているがNLS発生率が低い、クロザピンや心理社会的治療を積極的に実施

④地域での治療や予防体制・長期化している患者の地域移行支援が好事例：その地域でNLS発生率が低い、その地域でOLS患者の地域移行率が高い、NLSやOLSへの対応を積極的に実践している

⑤「重度かつ慢性」患者の身体合併症対応等の特定のトピックスに関して：身体合併症に適切に対応して軽症化または地域移行の率が高い

分担研究班で討論の結果、①新規の1年以上在院患者(NLS)の発生が少ない、②既に在院1年以上になっている患者(OLS)の退院率が高いことについて、

これら①②のどちらの指標も全国集計の中央値以上の病院や地域を好事例と考えることになった。全国集計値の中央値以上（全国の中央値より良い）を基準としたのは、一部のトップランナー病院だけでなく、努力すれば平均的な病院でも実施可能なガイドライン作りを目指すことで合意されたからである。

なお、上記の②については長期在院患者の退院促進に取り組んだ結果、長期在院患者がいないか、少なくなっている病院の状況を考慮することが必要と考えられた。そこで在院患者のうち1年以上の長期在院患者(OLS)の占める率が全国集計値の中央値以下の病院については、「①新規の1年以上在院患者(NLS)の発生が少ない」という条件を満たせば好事例と判断できると考えた。

好事例選択の基準について以上のように「包括支援研究班」に助言を行った。同研究班により実施されている「重度かつ慢性」該当患者の治療・支援に関する好事例病院の全国調査に協力してくださった43病院のデータについて、平成28年度初めに在院1年を超えていた患者の1年後までの退院率（退院先別）の情報が提供された（図表4）³⁾。図表4は、43病院の1年以上の長期在院患者の1年間の退院について、居宅退院（自宅・アパート・福祉施設への退院）率の高さの降順で左から右へ整列したものである。退院先は居宅退院の他、介護施設への退院、転院・死亡に分けて表示されている。

分担研究班でこの図表を検討した結果、「居宅（自宅・アパート・福祉施設）退院」＋「介護施設退院」と、転院・死亡も含めた「全退院率」はある程度関連するが、「好事例」を考える際には、転院・死亡による退院は除いて考えるべきではないかと考えられた。居宅退院率については、自宅、アパート、福祉施設だけでなく、介護施設への退院も含めることになった。そこで、すでに長期化している患者(OLS)の退院率を検討する際には、全退院率だけでなく、居宅退院率（介護施設への退院を含む）を検討することを「包括支援研究班」に助言することになった。

D. 考察

「重度かつ慢性」の評価については、「重度かつ慢

性」基準案（文献1のp.13）により、「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」を対象とすることになっている。その一方で、上記の「あり方検討会」報告書¹⁾で「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」とされているように、入院後1年を待つのではなく、入院後早期から「重度かつ慢性にならないような予防的な治療や支援」が必要と指摘されている。

研究1において入院後3ヶ月時点の精神症状と問題行動、生活障害について、入院後3ヶ月から1年までの間に地域に退院した患者と、入院後1年時点で「重度かつ慢性」に該当する「症状が重いか不安定なため退院できなかった」と担当医が判断した患者を対比して検討した。その結果、症状のため退院困難群は、地域退院群と比べて、どの評価でも多くの指標で有意に重症であることが示された。このことから、入院後1年時点で「重度かつ慢性」に該当する患者は、入院3ヶ月時点の評価で、精神症状、問題行動、生活障害のいずれの指標でも重い患者であることが確認された。

入院3ヶ月後の状態から入院後1年までの退院の予測、とくに「重度かつ慢性」に該当するような「重症または不安定なため退院困難」となる患者の予測については、以上のことから精神症状、問題行動、生活障害のいずれも重いことが関連することが示唆された。しかし、現段階では、どの項目が「重度かつ慢性」により強く関連するか、「重度かつ慢性」に該当する患者にはどのような状態像の種別があるかなどは明らかになっていない。そこで、今回、入院後3ヶ月時点での担当医によるそれぞれの患者の入院後1年までの退院予測と実際の退院との関連を検討した。その結果、3ヶ月時点での担当医の予測は、1年までの退院転帰に強い関連を示した。担当医が何を手がかりに退院可能性（退院困難性）を予測しているか、こうした評価が3ヶ月以後に実施された治療に影響を与えているかなど、今後検討を進めていく必要がある。

研究2において「重度かつ慢性」に関する好事例

の病院や地域の選択基準に関する検討を行った。その結果、①新規の1年以上在院患者（NLS）の発生が少ない、②既に1年以上になっている患者（OLS）の退院率が高いことについて、①②のどちらの指標も全国集計値の中央値以上の病院や地域を好事例と考えることになった。しかし、②については転院や死亡の率が無視できない程度に高い（山之内芳雄部長（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）のご教示によると最近のデータで62.6%程度）。

そこで、既に1年以上在院となっている患者（OLS）についての治療・支援の好事例の検討においては、退院先を考慮し、転院と死亡を除く居宅退院（自宅、アパート、福祉施設、介護施設への退院）を取り扱うことが適切と考えた。またすでに1年以上の長期在院患者の占める率が全国集計値の中央値より少ない病院においては、①の新規の1年以上の在院患者（NLS）の発生が少なければ好事例として良いと考えた。

E. 結論

研究1において入院後1年までに地域に退院した患者群と、入院後1年時点で「重度かつ慢性」基準に該当した患者群について、入院後3ヶ月時点の精神症状、問題行動と生活障害の重さを比較検討した。その結果、「重度かつ慢性」に該当した患者群は、1年までに地域に退院した患者群と比べて、精神症状、問題行動、生活障害のいずれも、多くの指標で有意に重症であったことが示された。入院3ヶ月時点で担当医に退院困難と評価された患者は、退院可能と判断された患者とくらべて有意に、大幅に退院率が低かった。担当医が何を手がかりに退院可能性（退院困難性）を予測しているかなどの検討を通して、「重度かつ慢性」の入院後早期の評価の可能性について検討を進めていく必要性が示唆された。

研究2において「重度かつ慢性」に関する好事例の病院や地域の選択に関する検討を行った。その結果、①新規の1年以上在院患者（NLS）の発生が少ない、②既に1年以上になっている患者（OLS）の退院率が高いことについて、①②のどちらの指標も全

国集計値の中央値以上の病院や地域を好事例と考えることになった。なお、既に1年以上在院となっている患者（OLS）の好事例の検討においては、退院先を考慮し、転院と死亡を除く居宅退院（自宅、アパート、福祉施設、介護施設への退院）を取り扱うことが適切と考えた。また、1年以上の長期在院患者（OLS）の占める率が全国集計値の中央値以下の病院については、①の新規の1年以上在院患者（NLS）の発生が少ない条件を満たせば好事例と判断できると考えた。

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：「重度かつ慢性」基準と必要な治療・移行支援、地域包括ケアシステム、PPST 研究会セミナー「どうやって実現するかー『重度かつ慢性』の予防と地域移行」 2017.8.24, 東京

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

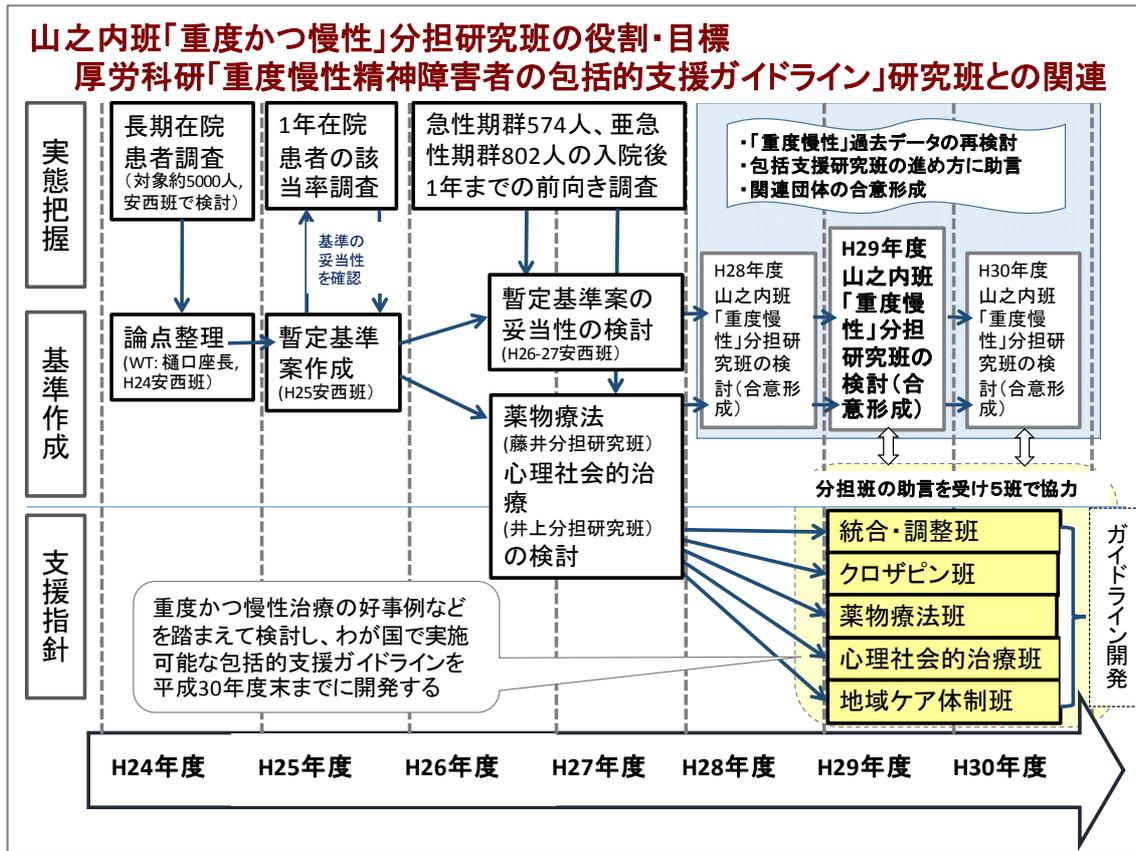
なし

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」平成27年度総括・分担研究報告書、2016年3月
- 3) 安西信雄（研究代表者）：平成29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）「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」

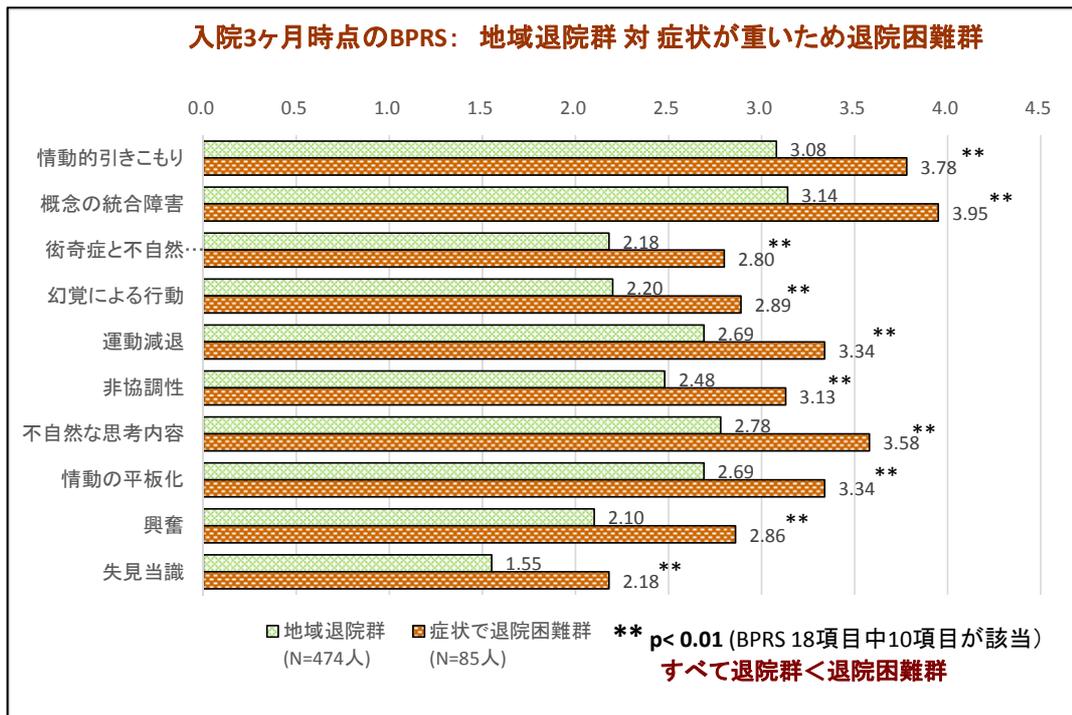
総括・分担研究報告書, 2018年5月

図表1 本分担研究班の役割・目標と「包括支援に関する政策研究」との関連

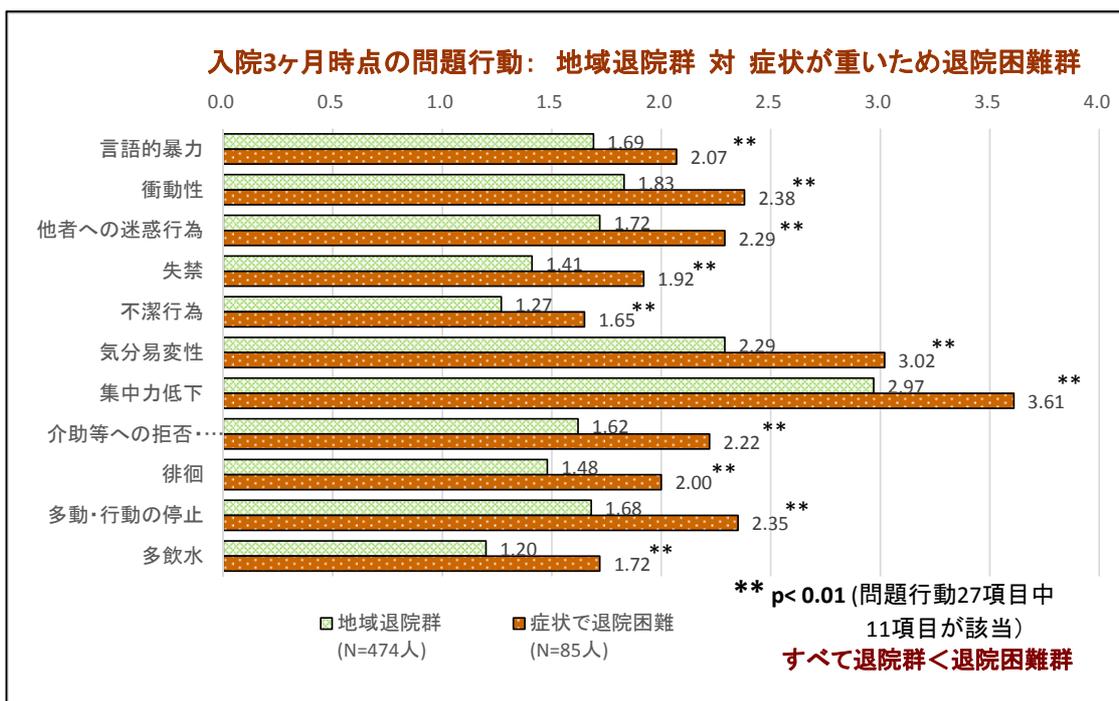


注：本分担研究班は「重度かつ慢性」に関する一連の研究の流れの中で、「重度かつ慢性」に関する過去データの（新しい視点での）再検討とともに、「包括支援ガイドライン」に関する研究グループに助言して支援する役割を担っている。

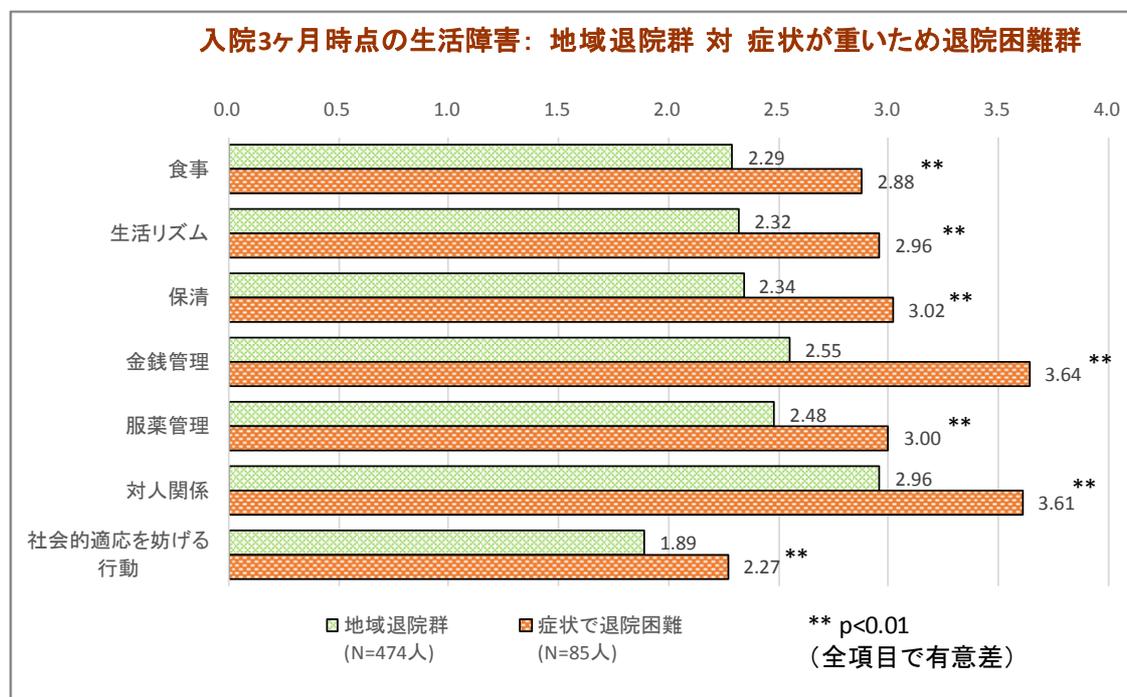
図表2 入院3ヶ月時点の精神症状：地域退院群 vs 症状が重いため1年を超えて在院した群



図表3 入院3ヶ月時点の問題行動：地域退院群 vs 症状が重いため1年を超えて在院した群



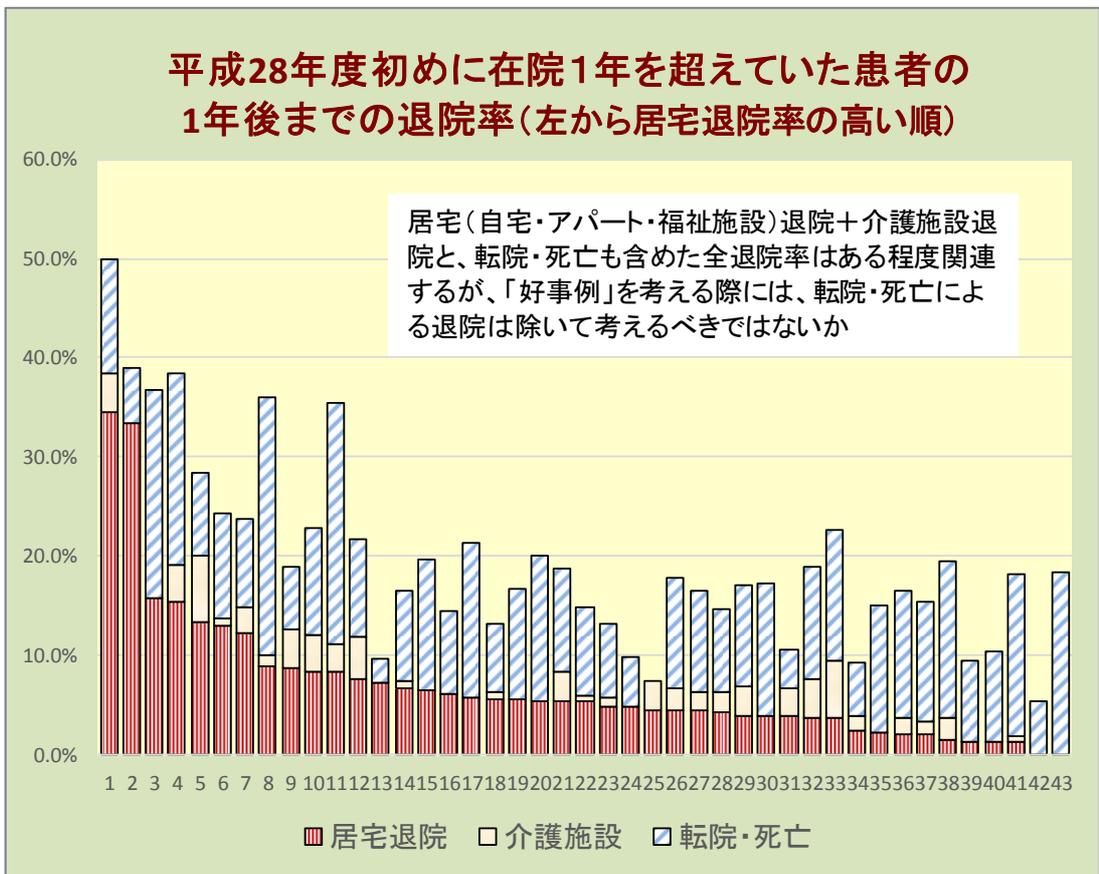
図表4 入院3ヶ月時点の生活障害：地域退院群 vs 症状が重いため1年を超えて在院した群



図表5 入院3ヶ月時点で主治医に「退院困難」と評価された患者は1年経っても退院率が低い

入院3ヶ月時点の退院可能性に関する医師評価と入院後1年までの退院転帰					
担当医師への質問は「患者は入院後1年以内に退院できる可能性はありますか？」					
困難と回答された場合は、その理由も選択してくださいであった。					
評価：可能性あり(X群)、重症または不安定なため困難(Y群)、それ以外の理由で困難(Z群)					
入院後1年転帰		X群	Y群	Z群	合計
退院していない	N	213	36	26	275
	%	33.3%	80.0%	76.5%	38.2%
退院した	N	427	9	8	444
	%	66.7%	20.0%	23.5%	61.8%
合計	N	640	45	34	719
$\chi^2 = 60.929$ $p = 0.000$ **					
★入院3ヶ月時点で医師が「退院可能性あり」と評価した患者群は1年までに66.7%が退院したが、「退院困難」と評価した群の退院は約20%で、約80%が1年後も残留した。					

図表6 1年を超えて在院していた患者のその後1年までの退院—退院先の検討



注：H29 厚労科研「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」資料（文献3）

精神保健医療に関する制度の国際比較

研究分担者：藤井 千代¹⁾

研究協力者：小塩 靖崇¹⁾、島津 恵子¹⁾、種田 綾乃¹⁾、堀口 寿広¹⁾

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

要旨

本研究の目的は、諸外国における精神障害者の処遇とわが国の現状を比較することにより精神保健医療福祉システムに関するわが国の課題を国際的な視野から明らかにし、その結果を踏まえてわが国の精神保健医療福祉システム改善のための具体的な提言を行うことである。今年度は、主としてアジア圏の精神保健医療福祉システムとの比較検討を行った。また、WHOが作成するMental Health Atlasについて、前回(2014)作成時にわが国の集計方法を説明し同障害については正確な患者数の回答ができなかったが、今回2017版の作成チームから国際比較のため患者数(入院および外来)について報告することを再度要請されたことから、患者調査の当該データより、双極性障害の入院患者数と外来患者数の総数を推計した。

A. 研究の背景と目的

わが国の精神保健医療福祉に関する制度設計を行うにあたっては、国際条約等を含む、海外における制度についても十分に考慮することが必要である。それぞれの国は各国の実情に応じた精神保健医療福祉制度を有しており、わが国が海外の取り組みをそのまま取り入れることには困難が多い。しかしながら、先進諸国においては、精神障害者を地域で支える仕組みの構築が一般化しており、障害者権利条約の採択等を受け、人権擁護のための制度の見直しも進められている。わが国の制度を国際基準に合致したものにしていくためにも、海外の状況に関する情報を遅滞なく得ることや、その情報を検討することが重要である。

今年度は、日本と文化的背景を一部共有するアジア圏の状況に焦点を当て、精神保健医療福祉の制度の変化を検討する。また、世界保健機構(World Health Organization; WHO)が作成するMental Health Atlasについて、前回(2014)作成時にわが国の集計方法を説明し同障害については正確な患者数の回答が

できなかったが、今回2017版の作成チームから国際比較のため患者数(入院および外来)について報告することを再度要請されたことから患者数の推計を試みることにした。

B. 研究方法

1. インタビューによる調査

韓国、シンガポール、その他のアジア圏の国における精神保健医療福祉制度について、Chonbuk National University Medical School 精神科講座のYoung Chul Chung 教授、The University Hong Kong 精神医学講座のEric Chen 教授、National Taiwan University Hospital 精神科のChen-Chung Liu 医師、Division of Mental Health Service and Planning, National Center for Mental Health(韓国)のTae-Yeon Hwang 部長、Department of Forensic Psychiatry, Institute of Mental Health (シンガポール)のJerome Goh 医長と、面接及びウェブ会議によるインタビューを実施し、情報収集を行った。

2. 患者調査の2次分析

厚生労働省に平成26年患者調査の当該データについて目的外利用申請を行い、躁うつ病（F31）およびうつ病（F32-33）の患者数を入手し、双極性障害の入院患者数と外来患者数の総数を推計した。

C. 結果

1. 非自発的入院制度

1) 韓国の非自発的入院制度

韓国では、1970年代以前は、未認可の隔離施設への収容や、医療が十分に提供されない状況での収容などが問題となっており、その後人権擁護の必要性に対する認識の高まりや、国民健康保険制度の確立、病院の急増などを経て、1995年に精神保健法が制定された。その後、1997年、2000年、2004年、2008年、2013年、2015年と改正を重ねており、現行法は2016年に制定され、2017年より施行されている。

2016年改正においては、わが国の医療保護入院に相当する、保護義務者入院が大きく改正された。改正前は、①入院治療を必要とする程度の精神疾患があり、②自身の健康や安全、他者の安全のために入院等が必要であると精神科専門医1人が判断すれば、保護義務者2人の同意により6ヶ月を限度として非自発的入院が可能であった（継続入院申請は6ヶ月毎）。改正後は、①、②の要件はほぼ同様であるが、まず保護義務者2人以上が入院の申請を行い、精神科専門医1人が、要件に該当するかどうかを判断する。精神科専門医が、非自発的入院が必要と判断した場合は、2週間を限度として入院できる。もしそれ以上の入院が必要と考えられる場合には、所属の異なる精神科専門医による診察を行い、同様に、継続入院が必要と判断されれば3ヵ月までの入院延長が認められる。また、入院から3日以内には、入院患者の身元情報や診断、入院治療の必要性などについて、わが国の精神医

療審査会に相当するレビューボードに報告がなされなくてはならない。3ヵ月を超えて入院が必要となる場合には、精神保健評価委員会の承認が得られれば、6ヶ月毎に入院の延長は可能である。全般的に、非自発的入院のプロセスが厳密化していると言える。この手続きの厳密化の影響からか、2016年12月に全体の64.4%を占めていた非自発的入院は、改正法施行後の2017年6月には、46.1%まで減少している。

2) シンガポールの非自発的入院制度

シンガポールの非自発的入院は、Institute of Mental Healthのみで受け入れている。精神疾患があり、自傷他害のおそれがある場合に適用となるが、以下の通り、入院期間によってその手続きが異なる。

Form 1（72時間以内の入院）：医師（精神科以外の医師でも可）の判断により入院可能。

Form 2（1ヶ月以内の入院）：医師（精神科以外の医師でも可）の判断による。ただし、

判断する医師は、**Form 1**で判断した医師以外。

Form 3（6ヶ月以内の入院）：2名の医師の判断。2名のうち1名は、精神科医でなくてはならない。

Form 5（12ヶ月まで）：審査委員会の申告に基づき治安判事が判断する。（更新可能）

2017年のそれぞれのFormの月平均日数は、**Form 1**：375名、**Form 2**：141名、**Form 3**：7名、**Form 5**：1名であった。

2. ケースマネジメントのあり方

韓国においては、精神科病棟から退院した後の地域における支援を重視しつつある。

2016年には、精神保健促進及び福祉支援法が成立し、地域で生活している重症精神疾患患者の福祉的ニーズを満たすための福祉サービスを整備することとなった。その中には、職病リハビリテーション、生涯教育、文化的活動やスポーツへの支援、家族支援と家族心理教育などが含まれる。ケースマネジメントに

についても重視しているが、現在のところケースマネジャー1人あたりが担当する利用者は平均73名であり、人的資源の不足が問題となっている。患者が非自発的入院となった場合、退院後1カ月間は、情報システムによって共有された患者情報に基づいて、地域において関係機関が協働して集中的なケアが提供される(図1)。なお、韓国においては地域治療命令が法律上規定されているが、実際にはまだほとんど利用されていない。

シンガポールにおいては、プライマリレベルより重症(セカンダリ以上)の精神疾患患者には、主治医の他にケースマネジャーが選任される。ケースマネジャーは、本人への直接サービスの提供等を通じて本人の希望やニーズを把握し、サービス全体をコーディネートする。特に早期介入においてケースマネジメントを重視しており、ケースマネジャー1人あたりの担当利用者は20人程度と、集中的なケースマネジメントが提供されている。

シンガポールでは、地域治療命令に相当するような仕組みは取り入れられていないが、精神障害者が退院後に地域生活を安定的に送るための支援の必要性は認識されており、一時帰宅(仮退院)制度のトライアルが実施されている(図2)。トライアルの結果を踏まえて、今後制度の導入等が検討される。

3. わが国における気分障害の患者数

患者調査について入手したデータセットをもとに推計した双極性障害の患者数については、表1の通りであった。

受療率算出に用いた人口は平成22年国勢調査の値128,057,352を用いた。総患者数算出に用いた平均診療間隔は同調査「気分[感情]障害(躁うつ病を含む)」の総数15.9を用いた。

しかしながら、推計された総患者数は少なく実状と一致しないと判断した。そこで、研究班で協議し、気分[感情]障害(躁うつ病を含む)と、うつ病の表の数値を用いて、気

分障害の患者数の数値からうつ病の患者数の数値を減算することで、双極性障害の入院患者数と外来患者数の総数を推計した。結果、入院患者数は13,800人、外来患者数は73,200人で、総患者数は387,000人と推計した。

D. 考察

わが国においては、現在精神保健福祉法の改正に向けての調整が行われており、医療保護入院の家族等同意のあり方についての見直しや、措置入院者の退院後支援を自治体に義務付けることなどが検討されている。

非自発的入院のあり方については、各国で障害者権利条約との整合性などが議論されており、韓国においては要件をより厳しくする方向での改正が行われた。これについては、精神障害者の権利擁護の観点からは望ましい方向性であるとの見方がある一方で、必要書類が大幅に増えるなど、手続きに多くの時間を要するため実際の支援にかかる時間が制限されてしまうといった意見や、手続きに必要な人的資源(特に精神科医)の確保が困難であり必要な患者に入院治療が提供できなくなる、といった意見もあり、今後のさらなる制度改正に向けて、議論が続けられている。シンガポールの非自発的入院の仕組みは、短期間の非自発的入院については比較的シンプルなステップで入院ができるようになっており、入院期間が長くなると司法が関与するようになっていく。これは、医療への迅速なアクセスを重視しつつ、長期間の不適切な入院が行われないようなセーフガードを設けたシステムであるといえる。

精神障害者の地域生活支援においては、ケースマネジメントが重要であることは、ほぼ確立された考え方であるといえる。精神科領域におけるケースマネジメントは、脱施設課の流れとともに生まれた支援技法(又はシステム)であり、今日では先進国における地域精神科医療においては必要不可欠である²⁾。ケースマネジメントの効果に関しては、サー

ビスを調整するのみのブローカリング型マネジメントについては、効果は明確ではないとの指摘がある³⁾。一方で、積極的なアウトリーチサービスの提供やケースマネージャーが直接サービスを提供する集中的ケースマネジメント (intensive case management; ICM) モデルは、標準的な地域ケア (ケースマネジメントを実施しない地域ケア) と比較し、入院期間の減少、サービスの安定的な利用、全般的機能の向上、就労等のアウトカムについて、有意な改善があるとされている⁴⁾。わが国の精神障害者のケースマネジメントは、多くは総合支援法に基づくブローカリングタイプのマネジメントである。韓国のケースマネジメントも、わが国の状況と似通っている。シンガポールにおけるケースマネジメントは、ICM に近い方法で行われており、特に早期支援における効果が高いとのことであった。

今後、韓国やシンガポールなど、ケースマネジメントをシステムとして導入し始めた国での効果などを検証し、わが国でケースマネジメントを展開していく上での参考とすべきであろう。

WHO の Mental Health Atlas については、わが国でも正確なデータを世界に向けて発信していく必要があることを考慮すると、患者調査や National Data Base 等を活用して、今後継続的にデータを提供できるように準備を整えていく必要があると思われる。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表 なし

2.学会発表

Fujii C: Laws for involuntary admission in Japan. Annual Congress of Korean Society of Schizophrenia Research 2017, Daegu, 2017.5.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

3.その他 なし

文献)

1) Moore ST: A social work practice model of case management: the case management grid. Social Work 35:444-448, 1990.

2) Thornicroft G, Szmukler G, Mueser K, et al: Oxford textbook of community mental health. Oxford: Oxford University Press, 2011.

3) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, et al: Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 1:CD007906, 2017.

4) Ziguras SJ, Stuart GW: A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr Serv 51:1410-1421, 2000.

表1 わが国における気分障害の患者数（平成26年度患者調査より推計）

	推計患者数(単位:千人)			受療率(人口10万対)		総患者数 (単位:千人)
	総数	入院	外来	入院	外来	
躁うつ病:F31	18.3	11.1	7.2	8.7	5.6	106.1
うつ病:F32-F33	33.8	14.7	19.0	11.5	14.9	282.3

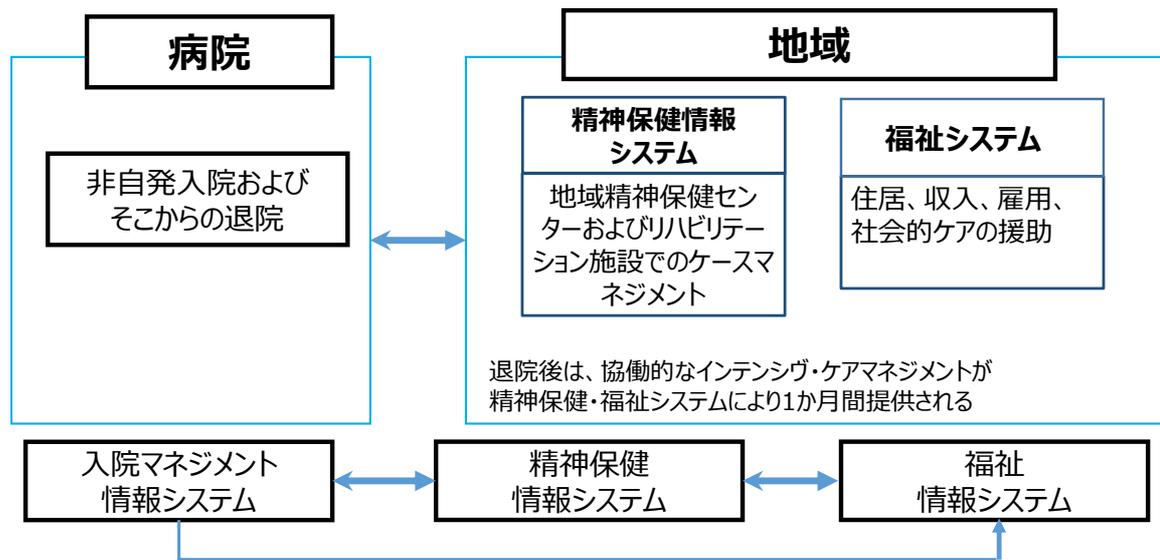


図1 韓国における統合的精神保健情報システムの発展

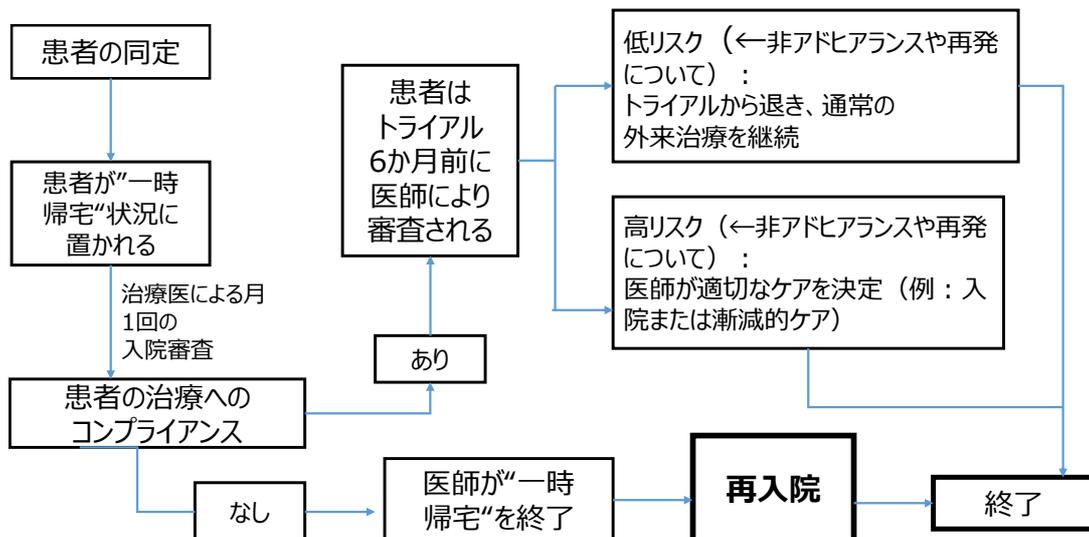


図2 シンガポールにおける退院後支援（トライアル）

平成 29 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）
精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
総括研究報告書

新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究
研究分担者 福生 泰久 神奈川県立精神医療センター 医長

研究要旨

目的：精神保健指定医の指定・更新要件の見直しや指導医の役割の明確化等の政策課題を踏まえ、その判断に資する資料の作成及び新しい精神保健指定医の研修・審査のあり方の提言を目的に検討を行った。

研究方法：各専門家によって行われた計 11 回の会議にて「精神保健指定医の理念」、「指導医の位置づけと要件」、「指定医の更新要件」、「再教育研修」、「ケースレポートの見直し」、「口頭試問」や「新規・更新研修」について検討した。

研究結果：精神保健指定医の理念として、精神保健福祉法の理念を理解し精神障害者の人権を配慮した上での臨床的な判断ができること、また、地域資源も活用し、再入院防止と生活支援が行えるよう知識と技術を持つことが重視された。ケースレポートについては、措置入院と医療保護入院の必須化、医療観察法入院は 1 症例に限り可、1～3 症例を申請前 1 年間に経験した症例とするなど、推奨条件を定めた上でレポート提出されない場合は口頭試問で確認、とした。併せて、ICD-10 に基づく診断分類や入院患者数の実態等を踏まえ、精神障害の分野と症例数（6 分野 8 症例）を見直すこととした。指導医の要件を、更新研修を受けるべき年度の終了日を超えて引き続き指定医の指定を受けていること、当該指導を行う医療機関の常勤勤務であることとした。指定医の更新要件について、指定医業務に従事しなかった場合に資格が失効するという仕組みを前提に、この指定医業務には、精神保健福祉法・医療観察法の指定医としての職務のほか、精神医療審査会の委員、自治体の精神科救急医療の確保に関する施策に協力して行う精神科救急医療の休日及び夜間診療の業務を含めることとした。再教育研修制度については、処分内容に応じて集団で行う研修（団体研修（1 日；既存の指定医の新規研修）及び課題学習又は 3 週間の個別研修を再教育研修の内容とした。団体研修の内容は、法・倫理や精神保健福祉法の成り立ち、判例、精神保健指定医の理念、とした。個別研修では、精神保健福祉センターおよび精神科病院で、非自発的入院・行動制限・精神医療審査会・地域精神保健活動・精神科救急に関する研修を受けることとした。

研究協力者

(分担班会議に 1 回以上出席された方)

市川 朝洋（日本医師会）
下田 和孝（獨協医科大学精神科）
松田 ひろし（柏崎厚生病院）
野木 渡（浜寺病院）
杠 岳文（国立病院機構肥前精神医療センター）
長尾 真理子（埼玉県立精神医療センター）
二宮 貴至（浜松市精神保健福祉センター）
森 隆夫（あいせい紀年病院）
神庭 重信（九州大学精神科）
竹中 秀彦（京ヶ峰岡田病院）
肥田 裕久（ひだクリニック）
三木 和平（三木メンタルクリニック）
加藤 温（国立国際医療センター精神科）
浅見 隆康（群馬県こころの健康センター）
柑本 美和（東海大学法学部）
山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター）
羽澄 恵（国立精神・神経医療研究センター）

橋本 罌（国立精神・神経医療研究センター）
藤井千代（国立精神・神経医療研究センター）

A. 目的

平成 27 年 1 月、精神保健指定医の新規申請に関して某大学病院医師 3 名のケースレポートが、過去に精神保健指定医の指定申請を行った精神保健指定医のケースレポートの内容と酷似していたことから、同一の症例を用いてケースレポートを作成している可能性が非常に高いことが判明した。そのため、厚生労働省において必要な調査を行い、平成 27 年 4 月 15 日に行われた医道審議会医師分科会精神保健指定医資格審査部会の意見を聴いた上で、精神保健指定医の資格申請時に自ら担当として診断又は治療等に十分な関わりを持っていない症例をケースレポ

ートとして提出した精神科医及びそのケースレポートについて指導・確認に当たった精神保健指定医の指定を取り消す処分が決定された。この報告を受け、厚生労働省が全国調査を実施したところ、計 99 人が不正と認定された。これは精神保健福祉法の根幹を揺るがす問題として新聞やマスコミを通じ報道され、精神保健指定医としての在り方について、改めて問われる事態になった。

そのため、精神保健指定医として必要な資質や能力を担保できるよう、精神保健指定医の指定・更新要件の見直しや、申請者が精神科医療の実務を行うに当たり指導する指導医の役割の明確化等が政策課題となっている。

本研究ではその判断に資するための資料を専門家によるエキスパートコンセンサスとして作成し、新しい精神保健指定医の研修・審査のあり方のほか、精神保健指定医の更新要件及び指導医の役割について提言する。

B. 研究方法

1. 方法

提言内容を検討するため、計 11 回の会議を開催した。会議は上記に示した研究協力者によって構成され、以下の 7 つの課題について議論を行った。

- 精神保健指定医の理念
- 指導医の位置づけと要件
- 指定医の更新要件
- 再教育研修
- ケースレポートの見直し
- 口頭試問
- 新規・更新研修

2. 手順

今年度前半では、最初に精神保健指定医の役割における理念について議論を行った。次に、その理念を踏まえ、上記のうち再教育研修以外について望ましい体制について議論した。

さらに、今年度後半では、その理念に基づいた体制を考慮しつつ、①指導医の要件の明確化②指定医の更新要件、③再教育制度及び④ケースレポート分野・症例数（6 分野 8 症例）についての具体的な見直しについて議論した。

C. 研究結果

1. 精神保健指定医の理念

本研究班で、今回の精神保健指定医が担うべき役割について深く議論を行った。その結果、本研究班における精神保健指定医の理念は以下の通りまとめられた。

○精神保健指定医とは、精神保健福祉法の理念を理解し、「精神障害者の人権を配慮」した上での、「臨床的な判断ができる」精神科医である。

○また、「地域復帰後の医療等の継続的な支援の企画」を行う観点から、その地域の資源を活用することで、再入院を防止し、精神障害者の生活支援を行っていくことを提供できるようにする。上記の理念となった背景の 1 つに、本件に対して法律の専門家から下記に示す厳しい意見を提示されたことが挙げられる。

○精神保健指定医が非自発的入院を許可したり、隔離、拘束を行う権限は、精神障害者の権利擁護のために法律が特に認めた極めて特殊な権限であり、あくまで、精神保健福祉法上に記載された条件が満たされた場合のみ合法となることから、その条件が満たされない場合は、不適切な権利の行使となり、刑事罰の対象となる。

○精神保健指定医は、患者の行動の制限や自由の制限を行うことができる特別な資格である。精神衛生鑑定医に比べ指定要件を厳格にし、更新に際しては、精神障害者の人権に関する法律の講義を含む講習の受講を義務付けた趣旨に鑑みれば、それに関する業務を全く行っていない場合には、精神保健指定医として相応しいと言えるか疑問である。

以上の指摘も踏まえ、本研究班の総意として、今回の指定医制度の見直しでは、「より良い指定医となる人材を育てる」ことに重きをおくことで、精神保健指定医の「質の担保」を行い、すでに精神保健指定医を取得している医師だけでなく、今後新規取得する精神科医も含め、精神保健指定医という資格の特殊性と責任の重大性を十分に認識することが、再発予防につながると考えた。

2. 指導医の位置づけと要件

指導医の位置づけについては、旧改正法案第 18 条第 1 項第 3 号に、「厚生労働省令で定める要件を満たす指定医の指導の下に」診断又は治療に従事すると規定されている。

本研究班で、上記指導医の要件について、議論し、

以下のようにまとめられた。

- 更新研修を受けるべき年度の終了の日を超えて引き続き指定医の指定を受けていること及び当該指導を行う医療機関において常時勤務^{※1}していることを要件とする。

なお、指導医の要件に関して、上記要件では、精神保健指定医業務の経験が不十分でも指導医となることが可能であり、それでは質の担保ができずに不適切であるという意見も認められた。そのためにも指導医となる精神保健指定医は、精神科病院において、一定期間、精神保健指定医としての業務を行うこと、具体的には、措置症例を何例か以上担当した経験等の条件を加えてはどうかという意見も強くあった。しかし、指導医が法律上で資格化されているわけではない現状では、要件を厳しくすることが困難ではないかとの意見もあり、本研究班では、以下の点に注力することで、上記課題が解決されるのではないかということで合意された。

- 精神保健指定医の更新要件を厳格化することによる質の確保。
 - 更新研修における指導医の役割に関する研修内容を追加。
 - 「当該指導を行う医療機関において常時勤務していること」という指導医要件による質の担保。
- さらに、今後、指定医制度の見直しの際に、「指導医の役割」について改めて議論がなされることを提言することで合意された。

※1：週4回、32時間以上の勤務

3. 指定医の更新要件

精神保健指定医の更新要件の変更については、旧改正法案第19条第2項に、精神保健指定医の指定は「指定医としての知識及び技能を要する業務として厚生労働省令で定めるものに従事しなかったとき」はその効力を失うと規定されている。

本規定を踏まえ、本研究班では、以下のように更新要件の具体的な内容についてまとめられた。

- 「指定医としての知識及び技能を要する業務として厚生労働省令で定めるもの」（以下、指定医業務）として、精神保健福祉法第19条の4に規定する指定医としての職務、医療観察法第87条に規定する指定医としての職務に加え、精神医療審査会の委員、自治体の精神科救急医療の確保に関する施策に協力して行う休日診療及び夜間診療の業務を位置づける。

なお、本要件では精神科診療所の医師が更新をし

づらくなることにより、公的業務を担っている精神保健指定医が減少し、地域精神保健福祉活動が困難となるのではないかという懸念から、更新要件になる指定医業務の拡大案も議論されたが、本研究班では、以下の観点から、業務内容の拡大には慎重の姿勢が認められた。

- 現在、精神科医療に対して、国民からの強い不信感があることから、安易に当該業務の内容要件を拡大することによる、精神保健指定医の更新要件の拡大をすべきではないこと。
- 精神保健指定医の更新要件を厳格化し、質を確保した上で、公的業務を維持できるような都道府県と各団体の新たな協力体制を構築することが有意義であること。その際には、各団体も協力を惜しまないこと。

さらに、指定医業務の拡大については、後の制度見直しの際に「指定医の役割」を再度議論し、その上で拡大が必要か否か、またその場合、どのような業務が含まれるべきかという検討がなされることを提言することで合意された。

4. 再教育研修

再教育研修について、旧改正法案では、職務停止又は取消処分を受けた者に対して、再教育研修（指定医としての倫理の保持その他の事項に関する研修として厚生労働省令で定めるもの）を行う仕組み（停止処分者については停止期間中に再教育研修を受けべきことを命令する仕組み）を導入することとされており、それを踏まえ、本研究班で議論を行い、処分内容に応じて集団で行う研修（以下の団体研修・既存の指定医の新規研修）及び課題学習又は以下の個別研修を行うことで、再申請が行えるようになることでまとめられた。

- 団体研修（1日研修）
 - ・法・倫理について：非自発的入院や隔離、拘束が、法的に許される要件等
 - ・精神保健福祉法の成り立ち：宇都宮病院事件、栗田病院事件、大和川病院事件、犀潟病院事件、朝倉病院事件等含む
 - ・指定医職務にまつわる判例の講義：過去の指定医取消し／停止に関する事件等
 - ・精神保健指定医の理念：精神保健指定医に求められる要件とは等
- 個別研修
 - ・精神保健福祉センターおよび精神科病院で、合わせて3週間の研修を行うこと。指導者は

受講者が個別に依頼する。

- ・研修内容は、下記の5項目が含まれること。
 - ①非自発的入院に関する研修
 - ②行動制限に関する研修
 - ③精神医療審査会に関する研修
 - ④地域精神保健活動に関する研修
 - ⑤精神科救急に関する研修

5. ケースレポートの見直し：6分野8症例

法第18条第1項第3号の規定に基づき厚生労働大臣が定める精神障害及び程度を、医療現場で定着している国際疾病分類や入院患者数の実態等を踏まえ、見直すことを検討した。具体的には、下記のようなことが議論された。

- 精神保健指定医の職務として必要な非自発的入院である措置入院、医療保護入院の経験を必須として、医療観察法入院は条件付^{※2}で1症例に限り認めること
- 3年以上の精神科実務経験期間中に偏りなく適切な症例を経験するよう、提出するケースレポートのうち1例以上3例以内は申請前1年間に経験した症例とすること（該当しない場合は口頭試問の対象）
- 症例分野を国際疾病分類第10版に準ずる名称に変更し、F0、F1、F2、F3、F4～F98の5分野とした上で、各分野1症例ずつの提出を求め

※2：入院中に医療観察法第87条に規定される精神保健指定医としての職務を指定医が実施した症例に限る。

上記に加え、ライフステージに合わせた知識や、地域精神保健活動の知識も必要となるため、以下に定める症例を、それぞれ1症例以上レポートに含むことを求め、ケースレポートとして提出されていない場合は、口頭試問で確認することが検討された。

- ① 20歳未満の症例
- ② 65歳以上の症例
- ③ 外来移行症例（退院^{※3}と、その後の申請者が診療する外来を含むこと）
- ④ 非自発的入院から任意入院に移行した症例

本6分野8症例の変更した背景として、特に児童・思春期症例が、他の疾患に比べて極めて症例数が少ないこと、多様な精神科医療に対するニーズに応えられるようにする観点から、F4～F98までで1症例とした。

なお、本変更点に合わせて、次年度に検討される議題で、ケースレポートの内容を、精神保健指定医としての資質を確認する上で、より充実した内容とすることや、評価基準を再整理した上で、口頭試問で詳細を評価することで、精神保健指定医の質の担保を図ることを検討している。

さらに、精神保健指定医の新規研修の内容の充実も検討している。

※3：非自発的入院から切替時の退院は含まない

6. 今年度におけるその他の議論及び来年度の検討課題

最後に、今年度に議論したその他の内容について記載する。これらについては、今年度は議論を開始した段階であり、来年度、本格的に検討を進めたい。

① ケースレポートの様式について

現在のレポート様式では、法律の条文で字数が制限され、臨床的な内容が書けなくなるという指摘のほか、条文自体を書き写してしまうため、今回の問題の契機になった可能性があるとの指摘から、文字数は1500字程度を目安としつつ、法律の条文の記載を文字数に含ませず、別に記載させることで、臨床的な内容を充実させることに重点を置き、その臨床内容を十分に評価者が議論させることとしてはどうかといった議論がなされた。

なお、そのケースレポートの中で、内容が不十分と考えられる部分についても、次に述べる口頭試問で確認することが議論された。この臨床内容を充実させる変更により、提出者が本症例に関わったか否かが確認でき、今回のような自ら担当として診断又は治療等を十分に関わっていない症例の提出を防げると考えられた。レポートの様式については、来年度の検討課題として挙げられている。

② 口頭試問について

口頭試問の実施体制については、例えば、以下のような体制で行ってはどうかといった議論がなされた。

- 開催地：東京
 - 日程：前期2日後期2日の年4回開催
 - 試験時間：1人15～20分
 - 審査員：精神障害者の医療に関し学識経験を有する者2名のほか、法律に関し学識経験を有する者、精神障害者の保健または福祉に関し学識経験を有する者の計3職種4名
- 口頭試問の時間の根拠としては、専門医制度を

参考とした。審査員に関しては、精神医療審査会の構成を参考としたまた、法律に関し学識経験を有する者を審査員とする場合には、精神保健指定医の審査である以上、精神保健福祉法について十分理解した者が審査することが適当であるという議論がなされた。

口頭試問の評価基準については、以下の観点が重要という議論であった。

○人権への配慮や精神保健福祉法の理念（法律、精神医療）

○鑑別診断や、治療内容の適否（精神医療）

○社会復帰について（精神保健福祉）

いずれも、来年度本格的に検討を行うこととなった。

③新規・更新研修について

新規研修では、人権擁護の観点、精神保健福祉法の理念を重視させたいと考えている。具体的には、精神科医療の歴史について、統一した内容を改めて伝えること、精神科医に求められる役割や、精神障害者の人権について学ぶことを検討している。

更新研修では、指導医の役割についての項目を追加するほか、精神障害者の人権の問題、地域の資源を活用し、安易な非自発的入院をさせない努力等について重点的に説明する。

そして、新規研修、更新研修ともに、物質使用障害、児童・思春期症例の対応や、地域復帰後の継続支援についての内容も追加する。さらに研修の最後に、本人の理解度チェックのテストを導入し、それを回収し、毎年、国に提出することで、研修に対する姿勢の強化につながると考える。

グループワークについては、積極的に意見交換を設ける場を設定する一方で、新規研修、更新研修ともに運用上の課題が大きいことから、まずは隣り合った席の者3-6名程度のグループ形成によるディスカッションからはじめることが適当ではないかという議論であった。

最終的に、どの団体が行う研修に参加しても、知識に偏りがないうよう、本研究班で研修のコアテキストを作成することが、来年度の課題として挙げられる。

神保健指定医の在り方が問われたことから、本研究班で議論を行った。今回議論が行われる過程で、「精神保健指定医に求められること」について、指定医制度がつくられた当時の状況と現状が大きく変わってきていることも考えられる。

また、精神保健指定医の新規研修がケースレポート提出の直近1年以内の受講となっているために、精神保健指定医の理念や精神保健福祉法の本質を学ぶ時期を逸してしまっているのではという意見も認められた。

以上を踏まえ、本研究班としては、今年度は「精神保健指定医の理念」「指導医の位置づけと要件」「指定医の更新要件」「再教育研修」「ケースレポートの見直し:6分野8症例」に関して提言するとともに、来年度は残された検討課題についての議論を深めたい。

D. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

結語

今回、精神保健指定医資格の不正取得を受け、精

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
山之内芳雄	多様な精神疾患に対応した医療提供体制 指標も交えて	日本精神病院協会誌	36(11)	20-24	2017
西大輔, 臼杵理人, 萱間真美, 山之内芳雄	630調査と精神保健福祉資料	日本精神病院協会誌	36(11)	35-41	2017
杉山 直也, 野田寿恵, 澤 温, 立森 久照, 山之内芳雄	精神科救急入院科病棟における入院長期化リスク要因(第2報)	精神医学	59(4)	369-377	2017
宮岡等 松香芳三 和気裕之高野直久 中沢勝宏 田中望	4.精神科との連携プロフェッショナルが語る顎関節症治療	医歯薬出版株式会社	第1版	65-78	2017
下里 誠二, 橋本喜次郎	【精神科看護とCVPPP】CVPPPを語ることは精神科看護を語ること	精神科看護	44(6)	4-11	2017