

令和3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)
研究課題名 退院後の地域生活を見据えた切れ目ない診療モデルの普及と
地域生活支援体制の構築に向けた研究
(課題番号:21GC1011)

入院の長期化の防止および長期入院患者の地域移行、地域定着のための治療プログラム調査 報告書

研究代表者

千葉大学大学院医学研究院

伊豫 雅臣

分担研究者

千葉大学大学院医学研究院

新津 富央

千葉大学社会精神保健教育研究センター

渡邊 博幸

千葉大学医学部附属病院

小松 英樹

国際医療福祉大学

木村 大

千葉大学医学部附属病院

吉村 健佑

千葉大学医学部附属病院

小野 まり奈

学而会木村病院

柳澤 雄太

研究協力者

千葉大学大学院医学研究院

鈴木 耕輔

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

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

山口 創生

千葉大学看護学研究院

鈴木 美央

学而会木村病院

大澤 健太

国際医療福祉大学成田病院

佐藤 啓子

令和4年8月

抄録

精神科救急病棟に入院した患者の退院率は高く、精神科救急病棟での取り組みによって長期入院は比較的予防できていると思われる。一方で、精神科救急病棟からの退院後一年間の地域平均生活日数は不明である。そこで、精神科救急病棟における地域移行と地域定着に関する実態とその支援体制を明らかにすることを目的に本研究を行った。

精神科救急病棟を有する179施設に対して、2021年10月29日から2022年1月17日の間に郵送法による紙媒体での回答またはWebでの回答によるアンケート調査を行った。退院後1年間の地域平均生活日数は、各施設で精神科救急入院病棟に入院した患者で2020年1月から退院した連続50人を対象に調査を行った。

82施設から回答を得、回答率は45.2%であった。回答のあった施設における精神保健指定医数や看護師数、精神保健福祉士数、作業療法士数、公認心理師数などはいずれも精神科医療施設の平均に比べて1.5-1.9倍と多いことが示唆された。精神科救急病棟と精神科急性期治療病棟における3か月以内在宅移行率は77%を超え、診療報酬の規程の60%準を大きく上回っており、地域移行率が高いことが確認された。精神科救急病棟に入院して精神科救急病棟から退院した患者は77.4%で精神科急性期治療病棟からは11.3%、精神療養病棟からは4.3%であった。全患者の平均在院日数は64.6日であり、全国平均よりも著しく短かった。また退院後1年間の地域平均生活日数は全患者平均で329.8日であり、全国の平均値(310日)及び国の目標日数(316日)を大きく上回っていた。入院カンファレンスは70-90%、ケア会議は95%の施設で実施しており、地域移行・地域定着に向けて入院中から多職種で積極的に取り組んでいることが示唆された。またクロザピン治療も92.7%の施設で可能であり、治療抵抗性統合失調症治療にも積極的に取り組んでいることが示唆された。

以上より、精神科救急病棟及びそれを有する施設における地域移行と地域定着に関する指標は全国平均に比べて極めて高く、その支援のための多職種会議等に積極的であることが示唆された。

目次

第1章 研究の背景と方法	
1.1 研究の目的	4
1.2 調査方法	5
1.2.1 調査方法及び回答方法	5
1.2.2 調査対象施設	5
1.2.3 調査項目	5
1.2.4 解析の概要	5
第2章 調査結果	
2.1 調査票①(I)対象施設基本情報	6
2.2 調査票②(II)救急・急性期病棟の新入院患者支援について	9
2.3 調査票③(III)療養病棟の長期入院患者支援について	14
2.4 調査票④(IV)精神科救急入院料病棟に入院した患者の退院後1年以内の地域における平均生活日数と再入院率	18
第3章 考察	
3.1 施設設置主体について	19
3.2 人員配置	20
3.3 プログラム及びカンファレンス等について	21
3.4 新規入院患者率及び3か月以内在宅移行率	22
3.5 在院日数、再入院率、地域平均生活日数	22
3.6 精神病棟入院基本料病棟	24
参考文献	25
表・図	26

第1章 研究の背景と方法

1.1 研究の目的

近年の精神病院への新規入院患者の入院期間は短縮傾向にあり、約6割以上が3ヶ月以内に、約9割が1年以内に退院している。しかしながら、新たに1年以上の入院となる患者のさらなる入院期間の長期化により地域移行が困難になっている。さらに入院後早期に退院し地域生活を見据えた準備をしても、早期の病状再燃により再入院を繰り返すことで地域定着が妨げられている。これらから、近年の地域移行、地域定着の評価において重要な診療アウトカムの指標は、新たな1年以上の入院患者数の減少と退院後1年以内の地域における平均生活日数（以下、地域平均生活日数）の増加であると考えられる。平成29年2月の厚生労働省の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」では精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるように「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を目指すことが新しい理念として明確化された。従ってこのシステムでは、新規入院患者の1年以内の退院率を極力上昇させ、かつ入院中から退院後の地域生活を見据えた地域での包括的ケアシステムとの切れ目ない連携体制を構築して安心して自分らしく暮らしながら地域平均生活日数の増加を達成できるような地域定着を推進する体制の構築が重要であろう。

精神科病床の地域移行支援体制を反映する指標の一つとして入院後3ヶ月時点、12ヶ月時点退院率が挙げられており、全精神科病床における入院後3ヶ月、12ヶ月時点退院率はそれぞれ64%、86%であり、また退院後1年間の地域平均生活日数は310日と報告されている。一方、精神科救急入院料病床で構成される病棟（以下、精神科救急病棟）では入院後3ヶ月、12ヶ月時点退院率はそれぞれ79.2%、96%と高く、精神科救急病棟での取り組みによって長期入院は比較的予防できていると思われる¹。しかし、精神科救急病棟からの退院後一年間の地域平均生活日数は不明である。

そこで我々は精神科救急病棟で地域移行のために行われている取り組みに着目し、さらに地域移行と同時に進められている地域定着支援の実態を把握することを目的にアンケート調査を実施した。

1.2 調査方法

1.2.1 調査方法及び回答方法

研究は下記の1-3)をアウトラインとし実施した。

- 1) 2021年7月に対象施設に研究説明書および質問紙を郵送する。
- 2) 各対象施設の職員（主に事務局長及び精神保健福祉士）は、研究説明書に記載されているURL/QRコードにパソコン等でアクセスし、Web上で評価項目に回答するか、または郵送された質問紙上で回答する。

入院後3ヶ月及び12ヶ月後退院率と退院後1年間の地域平均生活日数は、研究説明文書上のURL/QRコードから『退院率、地域平均生活日数算出シート』（Excelシート）にアクセスし、同シートを使って算出された値をWeb調査上または質問紙に記入することとした。

- 3) 2022年1月までにデータを回収する

評価項目は表1の通りである。

（倫理面への配慮）

本研究は横断研究であり、本研究のためあるいは他の研究のために治療方法や検査等による介入は行わず、担当医の判断及び精神科病院に入院した患者それぞれの希望に基づき選択された通常診療が行われた精神科病院の診療統計記録を用いて一時点における病院診療統計や精神科病院の取り組みを調査するものである。

本研究は、千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会にて承認を得て実施する。

1.2.2 調査対象施設

全国の精神科救急病棟を有する日本精神科救急学会所属179施設を対象とし、現在実施されている地域移行・地域定着に向けた支援体制とその成果について調べる。

1.2.3 調査項目

調査項目は、以下の通り（表1）であるが、調査項目の調査詳細については、別紙のアンケート調査票に記載する。

1.2.4 解析の概要

質問紙調査で得られた連続型データは中央値及び標準偏差を計算する。質問紙調査、ヒアリング調査で得られた二値データ及びカテゴリー型データについては、割合(%)を計算する。

第2章 調査結果

調査票の軽微な修正等により、千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会での承認(千大院研第 419 号)は 2021 年 9 月 29 日となった。そのため、他機関からの精神科病院への調査との関係も考慮し、調査実施期間は 2021 年 10 月 29 日から 2022 年 1 月 17 日までとした。また、調査票④については各施設における精神科救急入院病棟に入院した患者で 2020 年 1 月から退院した連続 50 人を対象とし、時点再入院率とともに、退院した病棟、在院日数、再入院までの期間、退院後の 1 年間の地域平均生活日数を得た。

2.1 調査票①(Ⅰ)対象施設基本情報

Ⅰ-A-1)設置主体 n=82 施設

対象施設 179 施設のうち 82 施設から回答を得た (回答率 45.2%)。

回答した 82 施設の設定主体は、医療法人が 43%(35 施設)、その他の法人が 30%(25 施設)、公立が 21%(17 施設)、公的が 4%(3 施設)、国立が 1%(1 施設)であった。

Ⅰ-A-2)病棟数、病床数

82 施設から回答があり、その総病棟数は 428 棟で、総病床数は 2 万 2 千 40 床であった (表 2、図 1)。回答のあった施設の精神科病棟数の平均値は 5.2 棟 (標準偏差 2.7) で、最少が 1 棟、最大が 14 棟であった。精神科病床数の平均値は 268.8 床 (標準偏差 146.5) であった。

Ⅰ-A-3)診療報酬の算定入院料別病棟数及び病床数と新規(算定内)入院患者率、3 ヶ月以内在宅移行率

各施設 (回答施設数 82) における平均病床数等を表 3 に示す。

診療報酬の算定入院料別病棟のうち精神病棟入院基本料病棟が 144 病棟 7,388 床と病棟数、総病床数共に最も多く、82 施設中 52 施設で設置されていた。

次に精神科救急入院料病棟が多く 115 病棟 5,412 病床で、1 施設が有する設置病棟数は 1 病棟の施設が最も多く (70.7%)、最大値は 5 病棟であった。精神科救急入院料病棟の 1 施設あたりの総病床数の平均病床数は 68.5 床 (標準偏差 43.6) で、最小値は 30 床、最大値は 265 床であった。

また、精神病棟入院基本料病棟、精神科救急入院料病棟の次に精神療養病棟入院料病棟が、102 病棟 5,377 病床と多く、1 施設あたりの総病床数の平均病床数は 140.7 床標準偏差 82.6) で、最小値は 38 床、最大値は 355 床であった。

a. 精神科救急入院料病棟

78 施設から回答があり、精神科救急入院料病棟の平均新規(算定内)入院患者率は 87.6% (標準偏差 11.9)、3 ヶ月以内在宅移行率(77 施設)は 77.7%(標準偏差 9.0)であった (表 4、図 2)。

b. 精神科急性期治療病棟

21 施設から回答があり、精神科急性期治療病棟の平均新規(算定内)入院患者率は 72.0% (標準偏差 16.7)、3 ヶ月以内在宅移行率(21 施設)は 77.5%(標準偏差 9.3)であった。(表 5、図 3)

c. 精神科救急・合併症入院料病棟

3 施設から回答があり、精神科救急・合併症入院料病棟の平均新規(算定内)入院患者率は 76.3%(標準偏差 10.5)、3 ヶ月以内在宅移行率(3 施設)は 76.0%(標準偏差 21.4)であった。(表 6)

h. 精神病棟入院基本料

精神科救急入院料を算定している病棟に、精神科病棟入院基本料を算定している病棟を併設している施設は 52 施設であった。精神科病棟入院基本料を算定している病棟を複数併設している施設は、37 施設であった。最も多かった精神科病棟入院料算定病棟は 15 対 1 病棟で、49 施設で併設されており、総病棟数は 133 病棟 (表 7) で、総病床数は 6,930 病床であった (表 8)。10 対 1 病棟は 3 施設、13 対 1 病棟は 2 施設、20 対 1 病棟は 1 施設、特別入院基本料病棟は 2 施設で併設されていた。

I -A-4)精神科退院時共同指導料(1・2)算定施設

81 施設から回答があり、令和 2 年度に精神科退院時共同指導料(1・2)を算定した施設は 81 施設のうち 16 施設(20%)であり、算定していない施設が 63 施設で、無回答が 2 施設であった。算定件数は平均 4.5 件 (最大 31 件、最少 0 件、中央値 1 件) であった。療養生活環境整備指導加算を算定していたのは 3 施設 (3.7%) で算定件数は平均 11 件 () 最大 22 件、最少 0 件、中央値 11 件) であった。

I -A-5)療養生活環境整備指導加算算定施設

81 施設から回答があり、療養生活環境整備指導加算算定施設は 3 施設(4%)であった。また、算定していない施設が 76 施設で、無回答が 2 施設であった。

I-A-6) 法人で所有、または病院に併設している施設 回答施設 n=81

81 施設から回答があり、最も多かった併設施設（図4）はデイケア等(デイケア、ショートケア、ナイトケア、デイ・ナイトケア)であり、90.1%の施設に併設されていた。訪問看護ステーションと共同生活援助(グループホーム)はともに 51.9%の施設に併設されていた。相談支援事業所、就労系サービス事業所はそれぞれ 49.4%、48.1%の施設に併設されていた。

I-A-7) 貴院で施行可能な治療を教えてください

82 施設から回答があり、修正型電気けいれん療法は 44 施設 (53.7%) で可能であり、38 施設(46.3%)では不可能であった。クロザピン治療は 76 施設 (92.7%)で可能であり、6 施設 (7.3%)で不可能であった。上記のいずれも施行できないと回答した施設は 6 施設 (7.3%)であった。

I-B-1)精神科病床全体の人員配置（表9）

1. 精神科医師の人員配置（図5）

回答施設(n=81)で勤務する常勤の精神保健指定医の平均人数は 9.0 人(標準偏差 3.4)、常勤の非精神保健指定医の平均人数は 5.4 人(標準偏差 4.3)であった。

2. 看護師、看護補助者の人員配置（図6）

回答施設(n=82)で勤務する看護師の平均人数は 119.4 人(標準偏差 63.0)、看護補助者数の平均人数は 26.3 人(標準偏差 22.8)であった。

3. 精神保健福祉士の人員配置（図7）

回答があった施設(n=82)で勤務する精神保健福祉士の平均人数は 12.9 人(標準偏差 6.0)であった。

4. 作業療法士の人員配置（図8）

回答施設(n=82)で勤務する精神保健福祉士の平均人数は 12.2 人(標準偏差 9.2)であった。

5. 公認心理師の人員配置（図9）

回答施設(n=82)で勤務する公認心理師の平均人数は 5.1 人(標準偏差 3.1)であった。

6. ピアサポーターの人員配置（図10）

回答施設(n=81)でピアサポーターが勤務していた施設は 8 施設で全体の 9.8%であった。また、最大で 6 名のピアサポーターが勤務していた。ピアサポーターの平均人数は 0.2 人(標準偏差 0.9)であった。100-199 床規模の病院で最も多くのピアサポーターが勤務してい

た。

7. 医療事務作業補助者、事務職、その他の人員配置（図 11）

回答施設(n=81)で勤務する医療事務作業補助者の平均人数は 1.6 人、事務職の平均人数は 17.9 人であった。

I -B-2)精神科病棟別看護師配置人数

精神科病棟別看護師配置人数を配置されている設置病床数/看護師数から算出し、平均値及び標準偏差、最大値、最小値で算出した（表 10）。

精神科救急入院料病棟では、1名の看護師に対して1.9床の病床が設定されていた。児童思春期精神科入院管理料病棟では、1名の看護師に対して1.39床の病床が設定されており、最も手厚い配置となっていた。一方で、精神療養病棟入院料病棟、認知症治療病棟入院料病棟ではそれぞれ4.04床、3.23床と比較的配置人数が少なかった。

2.2 調査票②(II) 救急・急性期病棟の新入院患者支援について

II -A-1)退院支援・地域定着を目指した治療プログラム等の取り組み

回答があった施設(n=82)の精神科救急入院料病棟で取り入れている治療プログラムの結果を図 12 に示す。最も多くの施設で実施されていたプログラムは、「疾患と症状に関する情報提供」、「薬物療法に関する情報提供」であり、61施設(全体の74.4%)の施設で実施されていた。続いて、「社会資源に関する情報提供」が57施設(69.5%)で実施されていた。精神療養病棟の長期入院患者に対する治病プログラムの取り組み(2.3 A-1))と比較して、治療プログラムが実施されている施設の割合は高かった。

II -B-1)退院後生活環境相談員を精神保健福祉士以外が担当する割合

回答があった82施設のうち73施設(約89%)で精神科救急・急性期治療病棟で精神保健福祉士のみが退院後生活環境相談員を担当していた。(図 13)

II -B-2)退院後生活環境相談員を精神保健福祉士以外が担当する理由

退院後生活環境相談員を精神保健福祉士以外が担当すると回答した9施設のうち4施設(約45%)が、退院後生活環境相談員を精神保健福祉士以外が担当する理由として、「精神保健福祉士の人数が不足している」ことを理由として挙げた。(図 14)

II -B-3)退院後生活環境相談員または精神保健福祉士を必ず選任している入院形態

80施設から回答があり、そのうち56施設(約70%)が退院後生活環境相談員または精神保健福祉士を「全ての入院形態」に選任していた。(図 15)

II-C-1) 普段救急・急性期病棟で業務を行なっている精神保健福祉士の人数

病床数の質問(調査票① A-3))に対して回答がありかつ普段救急・急性期病棟で業務を行なっている精神保健福祉士の人数の質問に対して回答があった施設を対象に、1病棟当たりの精神保健福祉士の人数の平均及び精神保健福祉士1名に対する設置病床数を算出した(表11)。

1病棟当たりの精神保健福祉士の人数の平均は、精神科救急・合併症病棟が最も多く、3.33人(標準偏差0.58)であった。精神保健福祉士1名当たりの設置病床数の平均は、精神科救急・合併症病棟が最も少なく、14.8人(標準偏差3.8)であった。

II-C-2) 救急・急性期病棟配属の精神保健福祉士1人当たりの担当患者数

回答のあった80施設における、精神保健福祉士1名の普段の担当患者数の平均値は、16.6人(標準偏差6.3)で、最大値で30人、最小値で5人であった。(表12、図16)一方で、最大担当患者数の平均値は23.7人(標準偏差9.9)で(表12、図17)、最大値で60人、最小値で10人であった。

II-C-3) 救急・急性期病棟配属の精神保健福祉士による外来相談業務

回答のあった82施設のうち54施設(66%)で、救急・急性期病棟配属の精神保健福祉士は外来相談業務を兼務していた(図18)。

II-C-4) 救急・急性期病棟配属の精神保健福祉士1人当たりの兼務している外来相談の担当患者数 n=59 施設 救急・急性期病棟配属の精神保健福祉士1人当たりの兼務している外来相談の担当患者数の平均値は、17.6人(標準偏差21.8)で、最大値で120人、最小値で2人であった(表13、図19)。

II-D-1) 救急・急性期病棟で業務を行なっている作業療法士(OT)の人数

病床数の質問(調査票① A-3))に対して回答がありかつ普段救急・急性期病棟で業務を行なっている作業療法士の人数の質問に対して回答があった施設を対象に、1病棟当たりの作業療法士の人数の平均及び作業療法士1名に対する設置病床数を算出した(表14)。

1病棟当たりの作業療法士の人数の平均は、精神科急性期治療病棟が最も多く、2.03人(標準偏差1.87)であった。作業療法士1名当たりの設置病床数の平均は、精神科救急病棟が最も少なく、27.5人(標準偏差11.9)であった。

II-D-2) 救急・急性期病棟配属の作業療法士1人当たりの担当患者

回答のあった78施設における作業療法士1名の普段の担当患者数の平均値は、17.3人(標準偏差11.9)で、最大値で50人、最小値で50人であった。一方で、最大担当患者数

の平均値、27.2人（標準偏差9.9）で、最大値で223人、最小値で0人であった。（表15、図20、図21）。

II-D-3)救急・急性期病棟を担当する作業療法士の外来作業療法の兼務

回答のあった79施設のうち34施設(43%)において、救急・急性期病棟を担当する作業療法士が外来作業療法を兼務すると回答していた（図22）。

II-E-1) 救急・急性期病棟で業務を行なっている公認心理師の人数

病床数の質問(調査票① A-3))に対して回答がありかつ普段救急・急性期病棟で業務を行なっている公認心理師の人数の質問に対して回答があった施設を対象に、1病棟当たりの公認心理師の人数の平均及び公認心理士1名に対する設置病床数を算出した（表16）。

1病棟当たりの公認心理師の人数の平均は、精神科救急・合併症病棟が最も多く、3.0人（標準偏差1.0）であった。公認心理師1名当たりの設置病床数の平均は、精神科救急・合併症病棟が最も少なく、15.5人（標準偏差4.0）であった。

II-E-2)公認心理師が救急・急性期病棟に入院中の患者に対して心理療法を行なっている患者数

回答のあった77施設のうち45施設で公認心理師が救急・急性期病棟に入院中の患者に対して心理療法を1人以上実施していた。平均は4.7人（標準偏差7.7）であった。（表17）

公認心理師が心理療法を行なっている患者のうち認知行動療法(CBT)を行なっている患者数（n=45施設）を表18に示す。

II-E-3)公認心理師は外来心理療法を兼務するか n=79施設

79施設のうち69施設(87%)で公認心理師は、病棟、外来で心理療法を兼務していた（図23）。

II-F-1)救急・急性期病棟において新規入院患者に対する独自のクリニカルパスの有無

n=82施設

回答のあった82施設のうち34施設(41%)で救急・急性期病棟において新規入院患者に対して独自のクリニカルパスを運用していた（図24）。

II-F-2) クリニカルパスに関与する職種

クリニカルパスを運用していると回答した34施設では、全施設で看護師がクリニカルパスに関与し、次に精神保健福祉士、医師、作業療法士の順で関与している施設が多かった（図25）。一方で、外部の支援者が関与していた施設は1施設で、ピアサポーターが関与していた施設はなかった。

II-F-3)回答日にクリニカルパスの対象となっている患者数

回答があった32施設において回答日にクリニカルパスの対象となっている患者数の平均人数は50.1人(標準偏差57.3)であった(表19)。クリニカルパスを有する施設では、回答日に32施設中28施設で運用されており、4施設で0人とクリニカルパスは運用されていなかった。

II-G-1)救急・急性期病棟新入院患者に対する多職種カンファレンス(入院時カンファレンス)の定期的な実施

回答のあった82施設のうち71施設(86.6%)で救急・急性期病棟の新入院患者に対する多職種カンファレンス(入院時カンファレンス)を定期的の実施していた(図26)。

II-G-2)入院後何日程度の入院時カンファレンスを実施するか

回答のあった68施設のうち56施設(82%)で、1週間以内に救急・急性期病棟の新入院患者に対する多職種カンファレンス(入院時カンファレンス)を実施しており、68施設の入院時カンファレンスを実施するまでの入院後の日数の平均値は7.6日(標準偏差5.3)であった。(表20、図27)

II-G-3)入院時カンファレンスに参加する職種

入院時カンファレンスを実施していると回答した71施設において、精神保健福祉士が同カンファレンスに参加していると回答したのは全施設であり、次に看護師、医師、作業療法士、公認心理師の順で参加していると回答した施設が多かった(図28)。

II-G-4)救急・急性期病棟において、入院長期化リスクを評価するための定型方法の有無

82施設のうち19施設で入院長期化リスクを評価するための定型の方法を有していた(図29)。

II-G-5)救急・急性期病棟において、入院1ヶ月程度経過したときに実施する多職種カンファレンス(1ヶ月カンファレンス)の有無

82施設のうち54施設(66%)で入院1ヶ月程度経過したときに多職種カンファレンスを実施していた(図30)。

II-G-6)入院1ヶ月程度経過したときに実施する多職種カンファレンスに参加する職種

入院1ヶ月程度経過したときに多職種カンファレンスを実施していると回答した54施設において、すべての施設において精神保健福祉士と看護師が同カンファレンスに参加していると回答しており、次に医師、作業療法士の順で参加している施設が多かった(図31)。

II-H-1)ケア会議(本人や家族と治療・支援方針を相談する会議)の開催頻度

回答した 82 施設のうち 22 施設 (25%) で全入院患者にケア会議が実施されており、51 施設 (62%) で入院患者の半数程度以上にケア会議が実施されていた (図 32)。

II-H-2) ケア会議(本人や家族と治療・支援方針を相談する会議)の参加職種

ケア会議(本人や家族と治療・支援方針を相談する会議)を実施していると回答した 82 施設では、全施設で精神保健福祉士がケア会議に参加し、次に医師、看護師の順で参加している施設が多かった。(図 33) 入院時カンファレンス、1 ヶ月カンファレンスと比較すると、作業療法士、薬剤師が参加しない施設が多かった。一方で、外部の関係者(外部支援者、地域援助事業者、訪問看護師)が参加する施設が比較的多かった。

II-I-1)退院前訪問看護の実施の有無

回答した 82 施設のうち 71 施設(88%)で退院前訪問看護を実施していた (図 34)。

II-I-2)法人内または病院内に訪問看護ステーションを有する施設の退院後に外部の訪問看護ステーションへの積極的な引き継ぎの検討の有無

法人内または病院内に訪問看護ステーションを有する施設の 79%では、退院後に外部の訪問看護ステーションに引き継ぐことを積極的に検討していなかった。(図 35)

II-I-3) 退院後に外部の訪問看護ステーションに引き継ぐことを積極的に検討している施設が外部の訪問看護ステーションに引き継ぐまでの期間回答のあった 16 施設における外部の訪問看護ステーションに引き継ぐまでの平均期間は 4.4 ヶ月(標準偏差 6.8)であり、退院直後から 1 ヶ月以内に引き継ぐ施設が 6 施設 (38%)、3 ヶ月以内に引き継ぐ施設が 13 施設(81%)であった (表 21、図 36)。

II-J-1)退院後の支援として利用する主要な地域資源

回答のあった 82 施設のうち 80%以上の施設において主要な地域資源として、「法人・病院内の訪問看護」「外部の訪問看護・相談支援事業所」「法人・病院内のデイケア」「ショートケア」「障害福祉サービス (在宅)」「障害福祉サービス(通所)」を使用していた。一方で、法人病院内の訪問診療、外部の訪問診療を利用している施設は 20%以下であった (図 37)。

II-J-2)地域援助事業者との連携として日常的に実施している活動

回答のあった 82 施設のうち 80%以上の施設で、ケア会議(特定症例を対象とするもの)への参加、患者の通所・入所施設見学への同伴が日常的に実施されていた (図 38)。

II-J-3)退院後のケースマネジメント

退院後のケースマネジメントとしては、退院直後から地域援助者に引き継ぐと回答し施設が 81 施設のうち 34 施設 (42%) と最も多かった (図 39)。次いで多かったのは入院を担当した精神保健福祉士が継続するというものであり、23 施設 (28%) で実施されていた。一方で、外来担当の精神保健福祉士一定期間ケースマネジメントを行い、地域援助事業者に引き継ぐと回答した施設はなかった。

II-J-4) 退院直後に引き継ぐ施設以外で、地域援助事業者にケースマネジメントを引き継ぐ施設の退院後に地域援助事業者に引き継ぐまでの期間 回答のあった 14 施設のうち 9 施設 (65%) で、3 ヶ月以内に地域援助事業者にケースマネジメントを引き継ぐと回答していた (表 22、図 40)。

2.3 調査票③(III)療養病棟の長期入院患者支援について

III-A-1)退院支援・地域定着を目指した治療プログラム等の取り組み n=61 施設

精神療養病棟が設置されていると回答した 61 施設の中で、精神療養病棟で取り入れている治療プログラムとして最も多かったものは、「社会資源に関する情報提供」であり、23 施設で実施されていた。(図 41) 続いて、「疾患と症状に関する情報提供」が 21 施設、「薬物療法に関する情報提供」が 20 施設において実施されていた。救急・急性期病棟の新入院患者に対する治病プログラムの取り組み(2.2 A-1))と比較して、治療プログラムを実施している割合は少なかった。

III-B-1)退院後生活環境相談員を精神保健福祉士以外が担当する割合

回答があった 44 施設のうち 37 施設 (約 84%) が精神療養病棟で精神保健福祉士のみが退院後生活環境相談員を担当していた (図 42)。

III-B-2)退院後生活環境相談員を精神保健福祉士以外が担当する理由

回答のあった 9 施設のうち 4 施設 (約 45%) において、退院後生活環境相談員を精神保健福祉士以外が担当する理由として、「精神保健福祉士の人数が不足している」ことを理由として挙げた。(図 43)

III-C-1)精神療養病棟で業務を行なっている精神保健福祉士の人数

病床数の質問(調査票① A-3))に対して回答がありかつ精神療養病棟で業務を行なっている精神保健福祉士の人数の質問に対して回答があった 35 施設を対象に、1 病棟当たりの精神保健福祉士の人数の平均及び精神保健福祉士 1 名に対する設置病床数を算出した。

1 病棟当たりの精神保健福祉士の人数の平均は、3.0 人 (標準偏差 8.0) であった。(表 23) 精神保健福祉士 1 名当たりの設置病床数の平均は、50.2 人 (標準偏差 41.1) であった。

III-C-2)精神療養病棟配属の精神保健福祉士 1 人当たりの担当患者数 n=43 施設 回答のあった 43 施設における精神保健福祉士 1 名の普段の担当患者数の平均値は、38.5 人（標準偏差 24.8）で、最大値で 141 人、最小値で 0 人であった（表 24、図 44）。一方で、最大担当患者数の平均値は 46.4 人（標準偏差 28.6）で、最大値で 155 人、最小値で 0 人であった。（図 45）救急・急性期病棟配属の精神保健福祉士 1 人当たりの担当患者 (2.2 C-2))と比較して、担当患者数は多かった。

III-C-3)精神療養病棟配属の精神保健福祉士による外来相談業務 (図 46)

精神療養病棟配属の精神保健福祉士による外来相談業務は、回答のあった 44 施設のうち 80%で行われており、11%では退院後の継続支援のみが行われており、9%では行っていないなかった。

III-C-4) 精神療養病棟配属の精神保健福祉士 1 人当たりの外来で相談を行っている患者数

回答のあった 44 施設では、精神療養病棟配属の精神保健福祉士 1 人当たりの兼務している外来相談の担当患者数の平均値は 15.8 人（標準偏差 19.8）で、最大値で 100 人、最小値で 1 人であった（表 25、図 47）。

III-D-1)精神療養病棟で業務を行なっている作業療法士の人数 n=35 施設 病床数の質問(調査票① A-3))に対して回答がありかつ精神療養病棟で業務を行なっている作業療法士の人数の質問に対して回答があった 35 施設を対象に、1 病棟当たりの作業療法士の人数の平均及び作業療法士 1 名に対する設置病床数を算出した（表 26）。

1 病棟当たりの作業療法士の人数の平均は、1.80 人（標準偏差 1.39）であった。作業療法士 1 名当たりの設置病床数の平均は、56.3 人（標準偏差 70.1）であった。

III-D-2)精神療養病棟配属の作業療法士 1 人当たりの担当患者 n=43

回答のあった 43 施設における作業療法士 1 名の普段の担当患者数の平均値は、26.9 人（標準偏差 14.1）で、最大値で 60 人、最小値で 0 人であった（表 27）。一方で、最大担当患者数の平均値は 37.2 人（標準偏差 16.2）で、最大値で 60 人、最小値で 0 人であった（図 48、49）。救急・急性期病棟配属の作業療法士 1 人当たりの担当患者 (2.2 D-2))と比較して、担当患者数は多かった。

III-D-3)精神療養病棟を担当する作業療法士の外来作業療法の兼務

回答のあった 43 施設のうち 15 施設(35%)が、精神療養病棟を担当する作業療法士が外来作業療法を兼務していた（図 50）。

III-E-1) 公認心理師が精神療養病棟病棟に入院中の患者に対して心理療法を行なっている

患者数

病床数の質問(調査票① A-3))に対して回答がありかつ精神療養病棟で業務を行なっている公認心理師の人数の質問に対して回答があった22施設を対象に、1病棟当たりの公認心理師の人数の平均及び公認心理士1名に対する設置病床数を算出した(表28)。

1病棟当たりの公認心理師の人数の平均は、2.33人(標準偏差3.80)であった。公認心理師1名当たりの設置病床数の平均は、86.4人(標準偏差74.4)であった。

III-E-2 公認心理師が精神療養病棟に入院中の患者に対して心理療法を行なっている患者数

回答のあった43施設のうち19施設で公認心理師が精神療養病棟に入院中の患者に対して心理療法を1人以上実施していた。平均は2.60人(標準偏差5.69)であった(表29)。

公認心理師が心理療法を行なっている患者のうち認知行動療法(CBT)を行なっている患者数は公認心理師1人あたり2.26人であった(表30)。

III-E-3)公認心理士は外来心理療法を兼務するか

43施設のうち29施設(67%)で公認心理師は、病棟、外来で心理療法を兼務していた(図51)。

III-F-1)精神療養病棟において新規入院患者に対する独自のクリニカルパス

43施設のうち6施設(14%)で精神療養病棟において長期入院患者に対して独自のクリニカルパスを運用していた(図52)。しかし、救急・急性期病棟と比較して、精神療養病棟ではクリニカルパスを利用している施設が少なかった。

III-F-2) クリニカルパスに関与する職種

クリニカルパスを運用していると回答した6施設では、5施設で看護師、精神保健福祉士、作業療法士が参加しており、4施設で医師と公認心理師、3施設で薬剤師が参加しており、ピアサポーターや外部の支援者、その他の支援者が参加している施設はなかった(図53)。

III-F-3) 精神療養病棟でクリニカルパスの対象となっている患者数 回答のあった5施設における精神療養病棟でクリニカルパスの対象となっている患者数は平均89.2人であり、中央値は124人、最大133人で最少は3人であった(表31)。

III-G-1)精神療養病棟新規入院患者に対する多職種カンファレンスの有無(入院時(転棟時)カンファレンス)

回答のあった43施設のうち31施設(72.2%)で精神療養病棟の新入院患者に対する多職種カンファレンス(入院時(転棟時)カンファレンス)を定期的実施していた(図54)。

III-G-2)入院後(転棟を含む)何日程度の入院時カンファレンスを実施するか

回答のあった 31 施設のうち 20 施設(64.5%)で、1 週間以内に精神療養病棟の新入院患者(転棟を含む)に対する多職種カンファレンス(入院時カンファレンス)を実施しており、入院時カンファレンスを実施するまでの入院後の日数の平均値は 22.8 日(標準偏差 66.3)であった(表 32、図 55)。救急・急性期病棟と比較し、入院または転棟後に入院時カンファレンスが実施されるまでの期間が長かった。

III-G-3)入院時(転棟時)カンファレンスに参加する職種

入院時カンファレンスを実施していると回答した 31 施設のうちで、入院時(転棟時カンファレンス)に参加する職種について回答があった 30 施設であり、全施設で看護師が同カンファレンスに参加し、次に精神保健福祉士、作業療法士、医師の順で参加している施設が多かった(図 56)。

III-G-4)精神療養病棟において、入院長期化リスクを評価するための定型方法の有無

回答のあった 42 施設のうち、精神療養病棟において、入院長期化リスクを評価するための定型方法を有すると回答したのは 9 施設(17%)であった(図 57)。

III-G-5)精神療養病棟において、入院 1 ヶ月程度経過したときに実施する多職種カンファレンス(1 ヶ月カンファレンス)の有無

回答のあった 42 施設のうち、精神療養病棟において入院 1 ヶ月程度経過したときに多職種カンファレンス(1 ヶ月カンファレンス)を実施していると回答したのは 27 施設(64%)であり、15 施設(36%)では実施していないと回答した(図 58)。

III-G-6)入院 1 ヶ月程度経過したときに実施する多職種カンファレンスに参加する職種

入院 1 ヶ月程度経過したときに多職種カンファレンスを実施していると回答した 27 施設では、全施設で精神保健福祉士と看護師が同カンファレンスに参加しており、次に医師、作業療法士の順で参加している施設が多かった(図 59)。

III-H-1)ケア会議(本人や家族と治療・支援方針を相談する会議)の開催頻度

回答のあった 40 施設のうち 14 施設(36%)で全入院患者にケア会議が実施されており、20 施設(50%)で入院患者の半数程度以上にケア会議が実施されていた(図 60)。

III-H-2)ケア会議(本人や家族と治療・支援方針を相談する会議)の参加職種 n=42 施設

ケア会議を実施していると回答した 42 施設では、全施設で医師、精神保健福祉士がケア会議に参加しており、次に看護師が参加している施設が多かった(図 61)。

2.4 調査票④(IV)精神科救急入院料病棟に入院した患者の退院後 1 年以内の地域における平均生活日数と再入院率

IV-1)退院後 1 年以内の地域における平均生活日数(地域平均生活日数)の算出方法

退院後 1 年以内の地域における平均生活日数(地域平均生活日数)の算出については各施設に以下を依頼した。

1. 2019 年 4 月以降に精神科救急入院料病棟に入院した入院した順に、地域平均生活日数を算出
2. 退院時の病棟は、精神病床とし、精神科救急入院料病棟に限らない
3. 退院後 1 年以内の再入院日と同入院の退院日を同定する
4. 通院中断、転院等で追跡不能となった場合は対象外とする
5. 同患者が退院後から 1 年以内に再入院した期間を 1 年間から差し引いた日数を地域平均生活日数とする
6. 1 施設最大 50 名まで対象とする

上記の過程から地域平均生活日数および退院後 30 日時点、90 日時点、1 年時点再入院率を算出した。

IV-2)地域平均生活日数、再入院率

67 施設から回答を得、全患者数は 3,113 人であり、1 施設平均 46.5 人(標準偏差 7.5) の回答を得た。精神科救急病棟に入院して精神科救急病棟から退院した患者は 2,409 人(77.4%)で精神科急性期治療病棟からは 353 人(11.3%)、精神療養病棟からは 133 人(4.3%)、精神科地域移行機能強化病棟からは 13 人(0.4%)であった(表 33)。

地域平均生活日数は表 33 に示すように、調査対象者全員では平均 329.8 日(標準偏差 73.2 日)であった。精神科救急入院料病棟から退院した患者では 333.3 日(68.9 日)であり、精神科急性期治療病棟では 325.5 日(68.9 日)、精神療養病棟では 314.0 日(98.5 日)、精神科地域移行機能強化病棟では 268.2 日(131.4 日)であった(表 33)。平均在院日数(n=3,109)は 64.6 日(標準偏差 49.4)であり、中央値は 60 日であった。精神科救急病棟では 57.0 日(38.2 日)、精神科急性期治療病棟では 57.9 日(42.8 日)、精神療養病棟では 130.1 日(73.5 日)であった(表 33)。

再入院率(n=3,113)は 30 日時点で 7.7 %、90 日時点で 14.3%、1 年時点で 36.0%であった(表 34)。

第3章 考察

本研究では、精神科救急病棟における地域移行と地域定着に関する実態とその支援体制を明らかにすることを目的に、精神科救急病棟を有する 179 施設に対して、地域移行・地域定着に関連する治療指標や多職種会議などについて人員配置とともにアンケートにて調査を行った。82 施設から回答を得た（回答率 45.2%）。これらの施設における精神保健指定医数や看護師数、精神保健福祉士数、作業療法士数、公認心理師数などはいずれも精神科医療施設の平均に比べて 1.5-1.9 倍と多いことが示唆された。精神科救急病棟と精神科急性期治療病棟における 3 か月以内在宅移行率は 77%を超え、診療報酬の規程の 60% 準を大きく上回っており、地域移行率が高いことが確認された。精神科救急病棟に入院して精神科救急病棟から退院した患者は 77.4%で精神科急性期治療病棟からは 11.3%、精神療養病棟からは 4.3%であった。全患者の平均在院日数は 64.6 日であり、全国平均（厚生労働省報告 2022 年 1 月 299.8 日）よりも著しく短かったが、精神療養病棟からの退院患者は 130.1 日と長期化していた。また退院後 1 年間の地域平均生活日数は全患者平均で 329.8 日であり、全国の平均値（310 日）及び国の目標日数（316 日）を大きく上回っていたが、精神療養病棟からの退院患者では 314 日と短かった。入院カンファレンスは 70-90%、ケア会議は 95%の施設で実施しており、地域移行・地域定着に向けて入院中から多職種で積極的に取り組んでいることが示唆された。またクロザピン治療も 92.7%の施設で可能であり、治療抵抗性統合失調症治療にも積極的に取り組んでいることが示唆された。上記より、精神科救急病棟及びそれを有する施設では地域移行と地域定着に関する指標は全国平均に比べて極めて高く、その支援のための多職種会議等に積極的であることが明らかとなった。一方で、精神療養病棟に転棟する患者の背景とその支援について明らかとする必要性が示唆された。さらに、回答施設の病床の 29.0%を精神病棟入院基本料 15 対 1 病床が占めていたが退院・地域定着支援の体制については今回の調査では行わなかった。

3.1 施設設置主体について

対象施設 179 施設のうち 82 施設から回答を得た（回答率 45.2%）。回答した 82 施設の設置主体は、医療法人が 43%(35 施設)と最も多く、次にその他の法人が 30%(25 施設)、公立が 21%(17 施設)と続いた。精神科救急入院料病棟について 79 施設から回答があり、全病棟数は 115 棟で全病床数は 5,412 床であった。1 病棟あたり 48 から 60 床で設定されているが、2021 度までの精神科救急入院料病棟の診療報酬の算定要件では、1 病棟の最大病床数が 60 床までと定められており、また常勤医師が入院患者 16 人に対して 1 名で、常勤精神保健指定医が 1 病棟に 5 名の配置が求められていることがその背景にあると考えられる。また、精神科救急入院料病棟を複数持っている施設は 79 施設のうち 21 施設(26.6%)であった。

回答のあった 82 施設のうち、修正型電気けいれん療法が可能な施設は 44 施設 (53.7%)、クロザピン治療が可能な施設は 76 施設 (92.7%)であり、いずれも施行できないと回答し

た施設は 6 施設 (7.3%)であった。クロザリル適正使用委員会によればクロザピンが使用できる CPMS 登録医療機関は 2022 年 2 月時点で 587 施設であり、ここにはクリニックも含まれている。また、令和 4 年 1 月末での精神科病院数は 1,055 施設 (厚生労働省 医療施設動態調査)と報告されていることから、全国精神科病院の中でクロザピンを使用できる病院は 55.6%以下と考察でき、今回の調査対象施設における CPMS 登録率は極めて高く、治療抵抗性統合失調症治療にも積極的に取り組んでいることが示唆される。

3.2 人員配置

本調査で回答した病院における人員配置は平均で精神保健指定医 9.0 人、指定医ではない精神科医 5.4 人、看護師 119.4 人、精神保健福祉士 12.9 人、作業療法士 12.2 人、公認心理師 5.1 人であった。同時期に実施された「退院後生活環境相談員の業務と退院支援委員会の開催等の実態に関する全国調査 (厚生労働省 令和 3 年度障害者総合福祉推進事業)」²によると回答した 516 施設での職員の配置状況では平均人数として、精神保健指定医 5.9 人、指定医ではない精神科医 2.8 人、看護師・准看護師 73.9 人、作業療法士 6.6 人、精神保健福祉士 6.4 人、公認心理師 2.5 人であり、いずれも本調査で回答した病院が大きく上回っていた。本調査で回答した病院では手厚い人員配置がなされていることが示唆される。

本調査の対象施設における、看護師一人当たりの設置病床数は、精神科救急入院料病棟で 1.90 人、精神科急性期治療病棟で 2.25 人、精神療養病棟 4.04 人、地域移行強化病棟 4.25 人であった。ところで看護師は、精神病棟のすべての診療報酬の算定入院料で要件の一つとして規定されており、精神科救急入院料病棟では、看護師は 10 対 1、精神科急性期治療病棟入院料では 13 対 1、精神療養病棟では看護職員と看護補助者が 15 対 1 とされている。今回算出した看護師一人当たりの設置病床数をこの規定に合わせるために看護師が 3 交代として計算し直すと、精神科救急入院料病棟では 3.33、精神科急性期治療病棟入院料では 4.33、精神療養病棟では 5.00 となり、今回の調査対象施設は人員配置の要件より多くの看護師を配置していると考えられる。しかし、精神療養病棟では、看護師一人当たりの設置病床数のばらつきが大きいことがみてとれた (表 10)。本研究では、後述のように、精神科救急病棟に入院した患者が転棟し、精神療養病棟で退院した場合の平均在院日数が 130.1 日と、精神病院全体の平均在院日数が約 270 日前後であることと比較すると、半分以下の平均在院日数となっており、精神科救急病棟から精神療養病棟に移ってからも、亜急性期における退院支援を実施している施設があることが示唆された。一方で、精神療養病棟と地域移行機能強化病棟では精神科救急入院料病棟と比較すると、看護師一人当たりの設置病床数は 2.1 倍、2.2 倍、精神科急性期治療病棟と比較すると 1.8 倍、1.9 倍であった。このような格差の背景としては、そもそも入院患者の精神科医療ニーズが低い精神療養病棟、地域移行機能強化病棟があることや、限られた人的資源の中で、より設置基準の厳しい精神科救急算定病棟に看護人員を割かねばならず、代償的に療養病棟の看護師数が制約されている可能性も考えられる。

精神保健福祉士1人当たりの設置病床数は、精神科救急・急性期病棟で20.5床に対して精神療養病棟では50.2床と2.5倍であった。また、精神保健福祉士1人当たりの平均担当患者数と最大担当患者数は精神科救急・急性期病棟で16.6人と23.7人と過去に実施されたすべての精神病床を対象とした全国調査を上回っていた^{2,3}。精神療養病棟では38.5人と46.4人であり、精神科救急・急性期病棟の約2倍の患者を担当していた。作業療法士1人当たりの設置病床数は、精神科救急病棟で27.5床に対して精神療養病棟では56.3床と約2倍であった。また、作業療法士1人当たりの平均担当患者数と最大担当患者数は精神科救急・急性期病棟で17.3人と27.3人、精神療養病棟では26.9人と37.2人であり、約1.5倍の患者を担当していた。さらに公認心理師1人当たりの設置病床数は、精神科救急病棟で31.2床に対して精神療養病棟では86.4床と1.8倍であった。

3.3 プログラム及びカンファレンス等について

入院から退院までの治療や検査を計画表にして進めるクリニカルパスを有しているのは、救急急性期病棟では41%で、精神療養病棟では14%であった。また参加する職種は救急急性期病棟では看護師は100%の施設、精神保健福祉士は91.2%、医師は88.2%、作業療法士は82.4%であったが、精神療養病棟では看護師、精神保健福祉士、作業療法士は83.3%の施設であり、また医師と公認心理師が参加すると回答した施設はいずれも66.7%であった。精神科救急急性期では医師が参加している施設も多く医療的視点から退院に向けて計画的に進めやすいが、精神療養病棟では入院の長期化に伴い、退院に向けて画一的に計画することが困難なためにクリニカルパスを有する施設が少ないのかもしれない。一方でより在院日数を短期化するためには入院長期化リスクを評価してより効率的な治療計画が立てられると推察された。

カンファレンスについては、新規入院患者に入院初期に実施される多職種カンファレンスである入院カンファレンスを定期的に行っている施設は精神科救急急性期病棟では87%で、精神療養病棟では72%で、治療・支援方法を相談するケア会議は精神科救急急性期病棟、精神療養病棟いずれにおいても95%の施設で開催していた。一方で、入院1か月程度で実施する多職種カンファレンスである1か月カンファレンスは精神科救急急性期病棟では66%、精神療養病棟では64%とほぼ同じ程度であった。医師の指示の下で精神保健福祉士や看護師が行うことによって算定できる退院時共同指導料を加算している施設は20%で、療養生活環境整備指導加算を算定している施設は3.7%と低かった。

入院カンファレンスに参加している職種は、精神科救急急性期病棟では精神保健福祉士が100%の施設で参加しており、次いで看護師が97.2%、医師が93%で、作業療法士は73.2%の施設で参加していた。精神療養病棟ではすべての施設で看護師は参加しており、精神保健福祉士は96.7%、作業療法士は80%で、医師は76.7%の施設で参加していた。救急急性期病棟でも療養病棟でも精神保健福祉士の参加率が高く入院時から退院に向けての努力がなされているのかもしれない。1か月カンファレンスが実施される施設では、精

精神科救急急性期病棟では看護師と精神保健福祉士はすべての施設で参加しており、医師が 96.3%、作業療法士が 81.5%で参加し、精神療養病棟においても看護師と精神保健福祉士はすべての施設で参加しており、医師が 96.3%、作業療法士が 70.4%で参加しており、ほぼ同等であった。さらにケア会議では精神科救急急性期病棟での参加職種としては精神保健福祉士は 100%、医師は 98.8%、看護師は 93.9%、作業療法士は 36.6%であり、精神療養病棟では精神保健福祉士と医師はすべて参加しており、看護師は 95.2%、作業療法士は 40.5%とほぼ同等であった。しかし外部の地域援助事業者と外部の訪問看護師の参加は精神科救急急性期病棟では 56.1%と 40.2%、精神療養病棟では 38.1%と 23.8%であった。これらのカンファレンスでは医師に加えて精神保健福祉士や看護師、作業療法士が重要な役割を担っていることが明らかとなった。一方で精神療養病棟では外部の地域援助事業や外部の訪問看護の参加の割合が低く入院が長期化しやすい患者の地域生活を支えるためにはより多く参加する必要性が示唆される。

3.4 新規入院患者率及び3か月以内在宅移行率

本調査では、精神科救急病棟と精神科急性期治療病棟における新規入院患者率は 87.6%と 72.0%であり、3か月以内在宅移行率は 77.8%と 77.5%であった。ところで診療報酬算定の主な施設基準等では、精神科救急入院料では「新規患者のうち6割以上が3ヶ月以内に在宅へ移行」が規定され、精神科急性期治療病棟入院料では、「新規患者のうち4割以上が3ヶ月以内に在宅へ移行」とされている。本調査対象施設でいずれの病棟でも大きく上回っていた。さらに全国の入院後3ヶ月時点の退院率は 66%であり⁴、本調査対象となった施設の精神科救急病棟及び精神科急性期治療病棟は入院後3か月での退院率も大きく上回っていた。本調査での回答施設では人員は全国平均に比べて大きく上回っており、入院カンファレンスやケア会議を実施している施設が多いことが関連していると考えられる。また、本調査では精神科急性期治療病棟では3か月以内在宅移行率は精神科救急病棟と同等であるものの、新規入院患者率が 50%台と 80%台の二相性であり、精神科急性期治療病棟では再入院患者率が高い施設も多いことがわかった。

3.5 在院日数、再入院率、地域平均生活日数

本研究では、各施設における精神科救急入院病棟に入院した患者で 2020 年 1 月から退院した連続 50 人を対象に時点再入院率とともに、退院した病棟、在院日数、再入院までの期間、退院後 1 年間の地域平均生活日数について調査した。

本研究の対象となった全患者の平均在院日数は 64.6 日あり、時点再入院率は 30 日で 7.7%、90 日で 14.3%、1 年で 36.0%、退院後 1 年間の地域平均生活日数の平均は全患者平均で 329.8 日であった。本邦の精神病床の平均在院日数は 2017 年では 265.8 日、また 2016 年の National Database に基づいた調査では 3 か月での再入院率は 23%、1 年は 37%であり、地域平均生活日数の全国平均 310 日と報告されている⁵。本調査の対象とな

った施設では早期の地域移行を達成し、短期での再入院率は大きく抑制され、地域定着も良好であることが示唆された。本調査で回答した病院は全国平均に比べて、精神科医人数、看護師数、精神保健福祉士数、作業療法士数、公認心理師数のいずれも大きく上回っていること関連していると思われる。また、入院カンファレンスは 70 から 90% 近くの施設で、またケア会議は 95% の施設で実施していることも地域移行や地域定着に貢献していると思われる。

本調査では精神科救急病棟に入院して精神科救急病棟から退院した患者は 77.4% と最多で、以下、精神科急性期治療病棟に転棟してから退院した者が 11.3%、精神療養病棟からは 4.3%、精神科地域移行機能強化病棟からが 0.4% であった。平均在院日数は精神科救急病棟と精神科急性期治療病棟から退院した患者ではそれぞれ 57.0 日と 57.9 日であったのに対して、精神療養病棟では 130.1 日と 2 倍以上の在院日数であった。また、地域平均生活日数は精神科救急病棟に入院して精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟、精神療養病棟から退院した患者ではそれぞれ 333.3 日、325.5 日、314.0 日となっており、精神療養病棟から退院した患者では全国平均を上回るものの短期間となっていた。精神科救急病棟に入院したが退院が困難な患者が精神療養病棟に転棟して退院していることから退院困難、地域移行困難な患者のために平均在院日数は長くなり、また地域平均生活日数も短くなっていると思われる。今回の調査では定型の入院長期化リスク評価方法を有しているという施設が低かったことから、より早期に入院長期化リスクを評価する必要があると思われた。ところで今回回答した病院の 92.7% が CPMS 登録機関であり、クロザピン治療では原則クロザピン開始後 18 週間までは入院が必要とされていることから、難治例では平均在院日数が長期化する可能性がある。

精神療養病棟では精神科救急急性期病棟に比べて看護師数だけでなく精神保健福祉士数や作業療法士数も少なく、さらにケア会議での地域支援者の参加も少なかった。定型の入院長期化リスク評価方法を有しているのは、精神科救急病棟でも少ないが精神療養病棟ではさらに少なく、各患者の退院阻害因子の同定方法について検討が必要と思われた。これらから精神療養病棟には退院困難患者が転棟してきていることに加えて、地域移行支援や地域定着に向けての支援体制が弱いために、在院日数が長く、地域平均生活日数も短いものと推察される。

また、再入院までの期間では精神科救急入院病棟が 284.7 日、精神療養病棟が 279.8 日であったのに対して精神科急性期治療病棟では 259.8 日と短かった。精神科急性期治療病棟では在院日数は精神科救急病棟と同等だが、新規入院患者率は低いことから、早期の再入院となる患者が治療対象となっている可能性が示唆された。

3.6 精神病棟入院基本料病床

本調査で回答した病院のうち 52 病院で精神病棟入院基本料の病床を有しており、合計病床数は 144 病棟、7,388 病床であった。そして、精神病棟入院基本料 15 対 1 病棟が最も多く、82 施設のうち 48 施設で併設されており、6,930 病床（調査対象すべての病床の 29.0%）であった。精神療養病棟と比較すると精神病棟入院基本料 15 対 1 病棟では人員基準、施設基準が緩和されている。すなわち、精神療養病棟の人員基準は「看護職員と看護補助者が 15 対 1 であること」の他に「常勤の精神保健指定医が病棟に 1 名、病院に 2 名以上であること」、「病棟に常勤の作業療法士又は作業療法の経験を有する看護職員」の配置が規定されている。さらに、施設基準として病棟床面積にも基準が規定されている。精神療養病棟を算定するための基準を満たすことができない原因として、精神科救急入院料病床の人員基準などで規定されることが多い精神保健指定医数が不足していることが関係しているかもしれない。

平成 29 年精神保健福祉士資料によると（参考資料表 1， 2）、診療報酬の算定入院料別病床数は、精神科入院基本料 15：1 が最も多く約 13 万床に対し、精神科救急入院料病床は 1 万床、精神科急性期治療入院料病床は 1.8 万床と報告されている⁶。我が国には非常に多くの精神病棟入院基本料病床に入院している患者が多い。今後、精神病棟入院基本料病床の実態の把握し、精神障害者の地域移行、地域定着を推進する方策を取る必要があると考えられた。

参考文献

1. Okumura Y, Sugiyama N, Noda T, Tachimori H. Psychiatric Admissions and Length of Stay During Fiscal Years 2014 and 2015 in Japan: A Retrospective Cohort Study Using a Nationwide Claims Database. J Epidemiol. 2019 Aug 5;29(8):288-294. doi: 10.2188/jea.JE20180096. Epub 2018 Sep 15.
2. 退院後生活環境相談員の業務と退院支援委員会の開催等の実態に関する全国調査（厚生労働省 令和3年度障害者総合福祉推進事業）
3. 精神保健福祉改正後の医療保護入院の実態に関する全国調査 平成26年
4. 令和元年厚生労働科学研究「医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究」（研究代表者：山之内芳雄）
5. 令和元年度 厚生労働科学研究費補助金「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」（研究代表者；奈良県立医科大学 今村知明）
6. 令和2年精神保健福祉資料「精神保健福祉士の現状、診療報酬の算定入院料別病床数」

表・図

1.2 調査方法

表 1

調査票 1. 基本情報
施設設置主体
病棟数、病床数 届出病棟機能（算定病棟）、各病棟の新規入院患者率及び3ヶ月以内在宅移行率 所有している施設（デイケア、訪問看護ステーション、診療所等） 精神科退院時共同指導料の算定の有無と1年間の算定件数 療養生活環境整備指導加算の算定の有無と1年間の算定件数 高度精神医療（修正型電気けいれん療法、クロザピン治療）の有無 人員配置
調査票 2. 新入院患者に対する地域移行・地域定着支援体制と活動
退院後生活環境相談員の担当者と活動実態 精神保健福祉士の業務 作業療法士の業務 公認心理士の業務 退院促進及び地域定着のためのクリニカルパスの有無とその内容 医療者・支援者間多職種カンファレンスの有無とその内容 本人や家族と治療・支援方針を相談する会議の有無とその内容 退院支援・地域定着を目指した治療プログラムの有無とその内容 退院前訪問看護の実施の有無と外部訪問看護ステーションとの連携 地域資源との連携
調査票 3. 長期入院患者に対する地域移行・地域定着支援体制と活動
退院後生活環境相談員の担当者と活動実態 精神保健福祉士の業務 作業療法士の業務 公認心理士の業務 退院促進及び地域定着のためのクリニカルパスの有無とその内容 医療者・支援者間多職種カンファレンスの有無とその内容 本人や家族と治療・支援方針を相談する会議の有無とその内容 退院支援・地域定着を目指した治療プログラムの有無とその内容
調査票 4. 精神科救急入院料病棟・精神科急性期治療病棟診療実績
精神科救急入院料病棟に入院した患者の退院後1年以内の地域における平均生活日数（地域平均生活日数）

2.1 調査票①(1) 対象施設基本情報

表 2

算定入院料別病棟	施設数	総病棟数	総病床数	平均/ 施設	標準偏差	最大値 /施設	最小値 /施設
精神科救急入院料	79	115	5,412	68.5	43.6	265	30
精神科急性期治療病棟	22	25	1,060	48.2	13.6	95	31
精神科救急合併症入院料	4	4	132	44.0	5.3	50	40
児童思春期精神科入院管理料	11	11	284	25.8	11.1	45	6
精神療養病棟入院料	39	102	5,377	140.7	82.6	355	38
認知症治療病棟入院料	25	28	1,295	53.7	7.5	73	36
地域移行機能強化病棟入院料	6	6	337	56.2	4.8	60	48
精神病棟入院基本料	52	144	7,388	-	-	8	1

表 3

回答施設数	精神病棟		精神病棟以外の病棟	
	病棟数	病床数	病棟数	病床数
	82		18	
総数	428	22,040	125	5,780
平均	5.2	268.8	1.7	214.1
標準偏差	2.7	146.5	4.5	265.7
最大	14	806	20	836
最小	1	42	0	0
中央値	5	256	0	64

表 4

		精神科救急病棟			
		平均	標準偏差	最大	最小
新規入院患者率	%	87.6	11.9	100.0	37.1
3ヶ月以内在宅移行率	%	77.7	9.0	100.0	56.4

表 5

		精神科急性期治療病棟			
		平均	標準偏差	最大	最小
新規入院患者率	%	72.0	16.7	100.0	48.0
3ヶ月以内在宅移行率	%	77.5	9.3	96.0	61.0

表 6

		精神科救急合併症病棟			
		平均	標準偏差	最大	最小
新規入院患者率	%	76.3	10.5	87.0	66.0
3ヶ月以内在宅移行率	%	76.0	21.4	100.0	59.0

表 7 病棟数

病棟数	度数	最小値	最大値	合計	平均値	標準偏差
10対1病棟	3	1	2	4	1.3	0.6
13対1病棟	2	1	1	2	1.0	0.0
15対1病棟	48	1	8	133	2.8	1.6
18対1病棟	0					
20対1病棟	1	1	1	1	1.0	
特別入院基本料病棟	2	2	2	4	2.0	0.0

表 8 病床数

病床数	度数	最小値	最大値	合計	平均値	標準偏差
10対1病棟	3	32	104	184	61.3	37.8
13対1病棟	2	56	60	116	58.0	2.8
15対1病棟	48	39	357	6,930	144.4	86.6
18対1病棟	0					
20対1病棟	1	50	50	50	50.0	
特別入院基本料病棟	1	108	108	108	108.0	

表 9

回答施設数	総数	全体 81	病床数の範囲										
			99床下 9		100~199 20		200~299床 19		300~399 17		400以上 16		
平均人数	標準偏差	人	SD	人	SD	人	SD	人	SD	人	SD		
常勤の精神保健指定医	729	9.0	3.4	6.7	3.4	7.6	2.5	9.1	3.2	9.6	3.4	11.4	3.4
常勤の非精神保健指定医	435	5.4	4.3	6.1	5.0	3.7	3.5	4.9	4.1	4.9	2.7	8.1	5.5
非常勤医師	762	9.5	10.1	6.1	6.7	6.2	5.2	12.3	17.1	9.1	5.5	12.6	8.0
看護師	9,671	119.4	63.0	47.1	20.8	77.0	33.8	117.4	36.5	134.9	37.4	198.9	61.9
看護補助者	2,134	26.3	22.8	4.4	3.2	12.1	13.1	23.4	15.7	38.2	22.8	47.4	22.6
精神保健福祉士	987	12.9	6.0	8.1	5.9	10.4	5.5	12.5	4.1	14.5	5.7	17.6	5.5
作業療法士	987	12.2	9.2	3.2	2.4	9.4	11.3	13.5	10.2	13.1	6.1	18.2	5.0
公認心理師	411	5.1	3.1	3.3	2.1	5.9	3.3	4.9	3.6	5.1	3.5	5.3	2.2
薬剤師	360	4.4	2.5	2.3	1.6	3.0	1.3	4.5	2.3	4.7	2.2	7.1	2.2
ピアサポーター	17	0.2	0.9	0.1	0.4	0.6	1.6	0.1	0.2	0.2	0.5	0.0	0.0
医療事務作業補助者	129	1.6	2.9	1.1	1.1	0.9	1.3	1.7	3.8	1.5	2.1	2.9	4.3
事務職	1,449	17.9	13.4	7.0	7.2	12.1	9.4	22.1	16.9	17.5	9.3	26.8	12.5
その他	1,764	23.5	31.6	4.5	6.4	18.0	38.4	25.1	23.7	19.1	20.9	43.1	41.4

表 10 精神科病棟別看護師配置人数

	施設数	平均値	標準偏差	最大値	最小値
精神科救急入院料	79	1.90	0.28	2.53	1.14
精神科急性期治療病棟入院料	22	2.25	0.42	3.22	1.72
精神科救急合併症入院料	4	1.64	0.12	1.74	1.52
児童思春期精神科入院管理料	11	1.39	0.51	1.94	0.41
精神療養病棟入院料	39	4.04	1.11	7.50	2.00
認知症治療病棟入院料	25	3.23	1.79	10.00	1.79
地域移行機能強化病棟入院料	6	4.25	0.81	5.45	3.43

配置されている設置病床数/看護師数の平均及び標準偏差、最大値、最小値

図 1

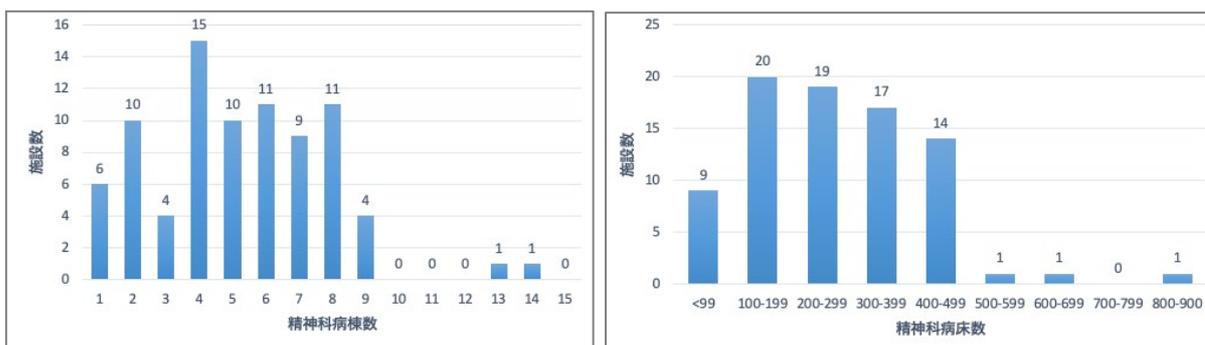


図 2

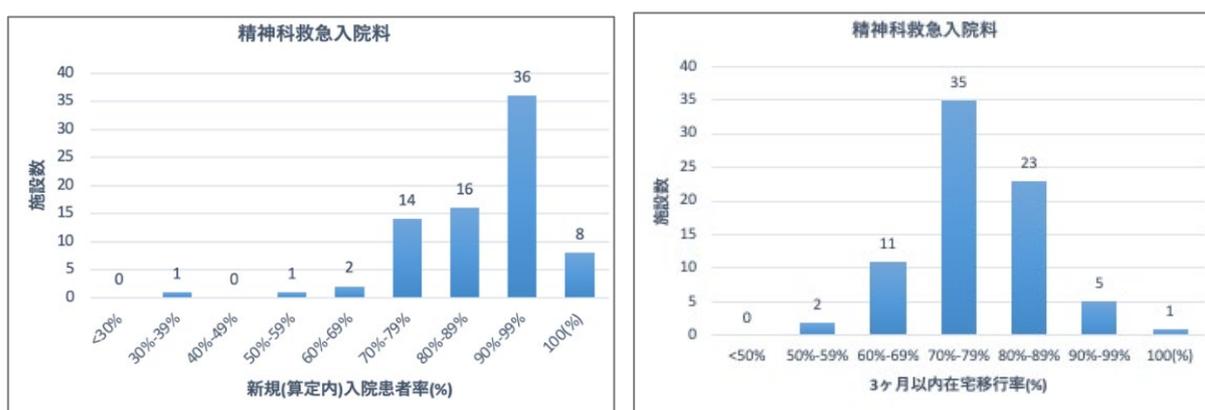


図3

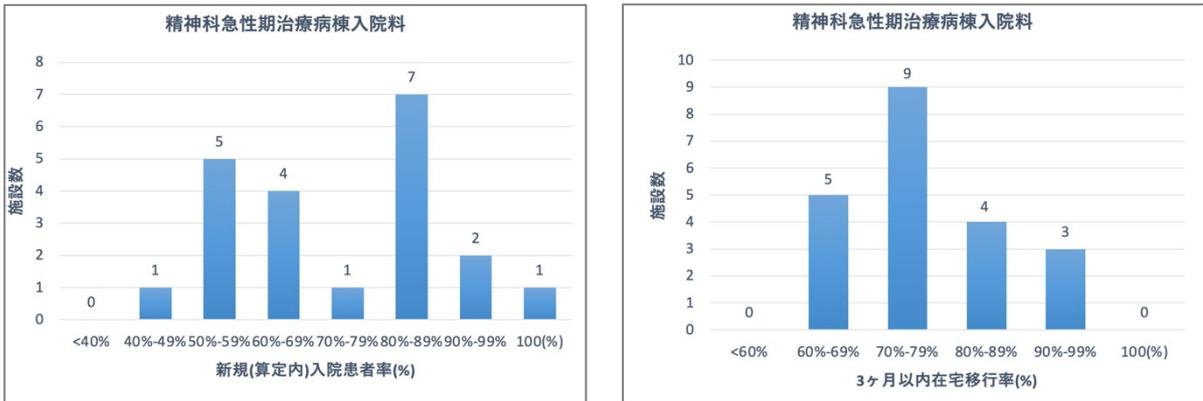


図4

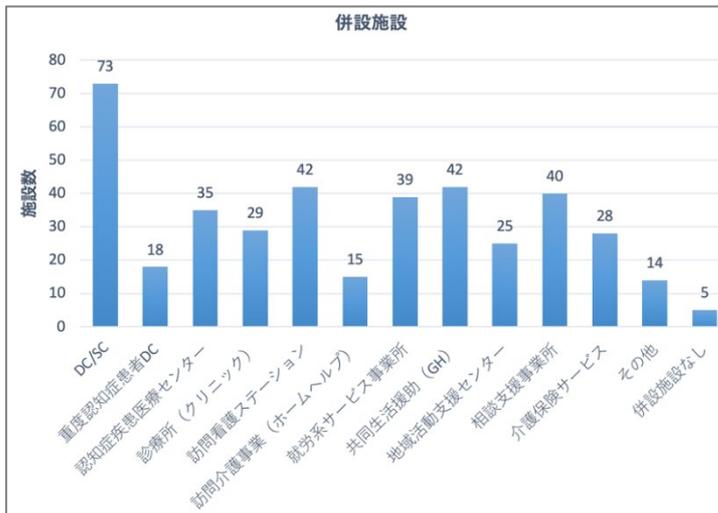


図5 精神科医師の配置

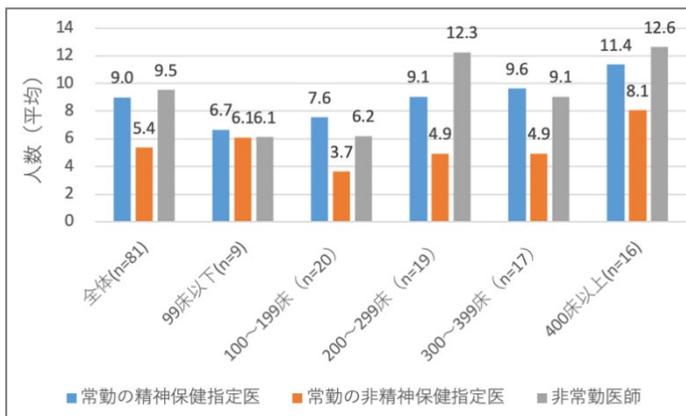


図6 看護師の配置

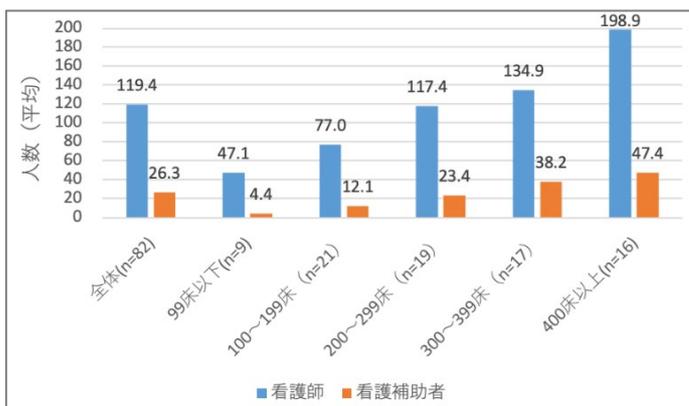


図7 精神保健福祉士の配置

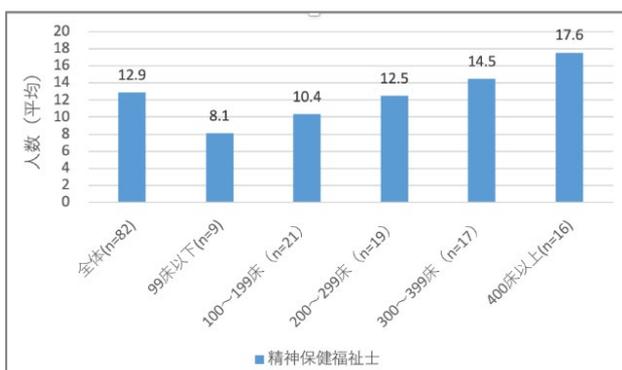


図8 作業療法士の配置

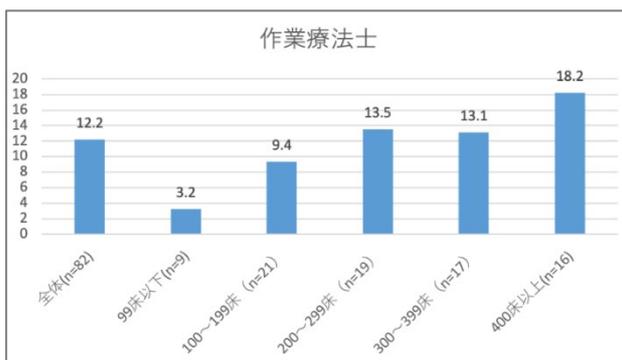


図9 公認心理師の配置

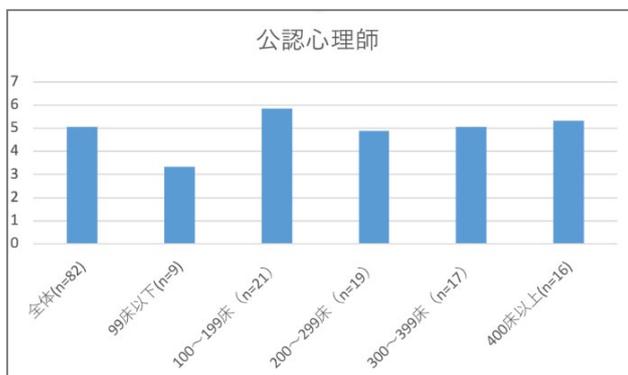


図10 ピアサポーターの配置

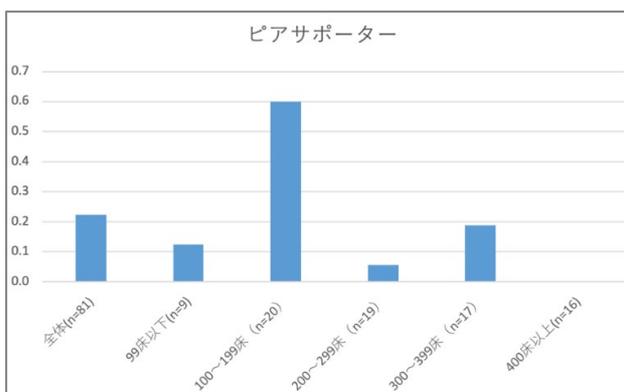
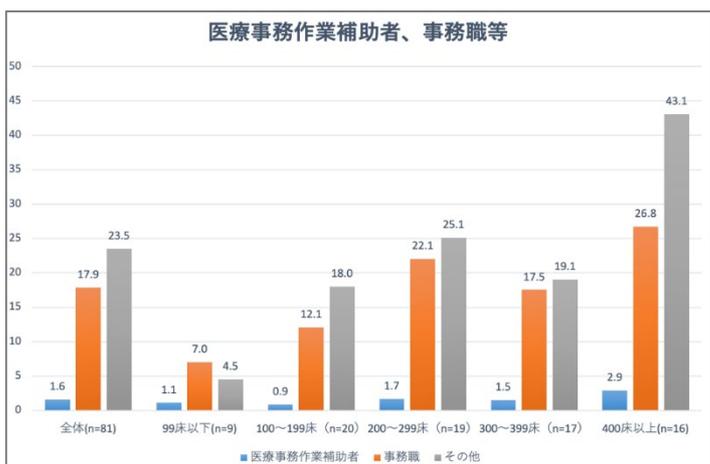


図11 医療事務作業補助者、事務職等の配置



2.2 調査票②(Ⅱ) 救急・急性期病棟の新入院患者支援について

表 11 普段救急・急性期病棟で業務を行なっている精神保健福祉士(PSW)の人数

回答施設数	精神科救急病棟					精神科救急・合併症病棟				
	76					4				
	平均	標準 偏差	最大	最小	中央値	平均	標準 偏差	最大	最小	中央値
1病棟当たりの PSWの人数	2.97	1.83	11	0.5	2	3.00	0.82	4	2	3
PSW1名に対す る設置病床数	20.5	11.8	101.0	4.5	20.5	16.1	4.02	20	10.5	17

回答施設数	精神科急性期病棟				
	20				
	平均	標準 偏差	最大	最小	中央値
1病棟当たりの PSWの人数	1.65	0.99	5	1	1
PSW1名に対す る設置病床数	33.8	12.6	60	8.4	32.5

表 12 救急・急性期病棟配属の精神保健福祉士1人当たりの担当患者数

	平均	標準偏差	最大値	最小値
PSW1人当たりの平均担当患者数	16.6	6.3	30	5
PSW1人当たりの最大担当患者数	23.7	9.9	60	10

表 13

	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
病棟配属PSW1人当たりの兼 務している外来患者数	17.6	21.8	120	2	10

表 14 救急・急性期病棟で業務を行なっている作業療法士(OT)の人数

回答施設数	精神科救急病棟					精神科救急・合併症病棟				
	68					3				
	平均	標準 偏差	最大	最小	中央値	平均	標準 偏差	最大	最小	中央値
1病棟当たりのOTの人数	2.02	1.20	6	0	2	1.25	0.96	2	0	1.5
OT1名に対する設置病床数	27.5	11.9	52.0	8.8	24	31.0	18.2	52	20	21

回答施設数	精神科急性期病棟				
	19				
	平均	標準 偏差	最大	最小	中央値
1病棟当たりのOTの人数	2.03	1.87	9	1	1.5
OT1名に対する設置病床数	34.3	18.1	63.3	6.7	35

表 15 救急・急性期病棟配属の作業療法士1人当たりの担当患者

	平均	標準偏差	最大値	最小値
OT1人当たりの平均担当患者数	17.3	11.9	50	0
OT1人当たりの最大担当患者数	27.3	27.8	223	0

表 16 救急・急性期病棟で業務を行なっている公認心理師(CPP)の人数

回答施設数	精神科救急病棟					精神科救急・合併症病棟				
	64					3				
	平均	標準 偏差	最大	最小	中央値	平均	標準 偏差	最大	最小	中央値
1病棟当たりのCPPの人数	2.48	2.13	12	0.4	2	3.00	1.00	4	2	3
CPP1名に対する設置病床数	31.2	22.4	132.5	0.0	26.8	15.5	4.0	20	12.5	14

回答施設数	精神科急性期病棟				
	16				
	平均	標準 偏差	最大	最小	中央値
1病棟当たりのCPPの人数	2.59	2.38	9	1	1
CPP1名に対する設置病床数	32.5	17.7	60	6.4	35

表 17 公認心理師(CPP)が救急・急性期病棟に入院中の患者に対して心理療法を行なっている患者数

	平均	標準偏差	最大値	最小値
CPP1 人当たりの平均担当患者数	4.69	7.72	48	0

表 18 公認心理師が心理療法(CPP)を行なっている患者のうち認知行動療法(CBT)を行なっている患者数 (n=45 施設)

	平均	標準偏差	最大値	最小値
CPP1 人当たりの CBT 実施平均担当患者数	1.80	3.75	20	0

表 19 回答日にクリニカルパスの対象となっている患者数

	総数	平均人数	標準偏差	最大値	最小値	中央値
パスの対象患者	1,554	50.1	57.3	248	0	36

表 20 入院後何日程度の入院時カンファレンスを実施するか

	平均日数	標準偏差	最大値	最小値	中央値
入院時カンファレンスを実施するまでの入院後の日数	7.6	5.3	30	1	7

表 21 退院後に外部の訪問看護ステーションに引き継ぐことを積極的に検討している施設が外部の訪問看護ステーションに引き継ぐまでの期間

	平均 (月)	標準偏差	最大	最小	中央値
引き継ぐまでの期間	4.4	6.8	24	0	2.5

表 22 退院直後に引き継ぐ施設以外で、地域援助事業者にケースマネジメントを引き継ぐ施設の退院後に地域援助事業者に引き継ぐまでの期間 n=14 施設

	平均 (月)	標準偏差	最大	最小	中央値
引き継ぐまでの期間	4.0	3.6	12	1	3

図 12

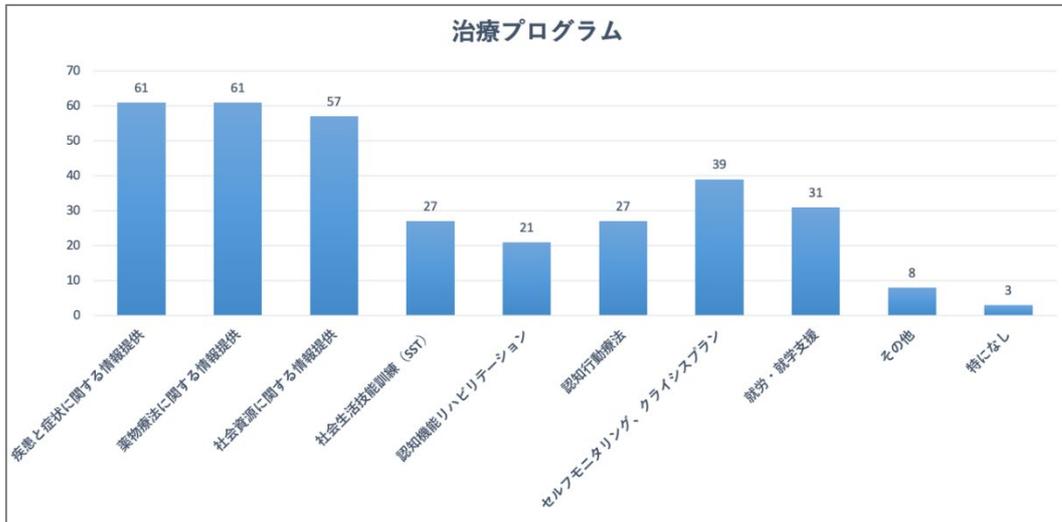


図 13

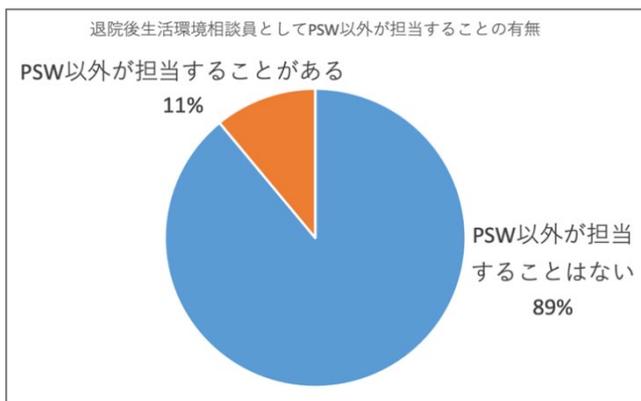


図 14

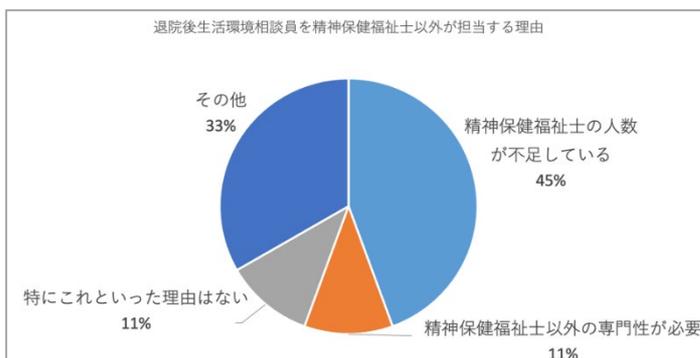


図 15

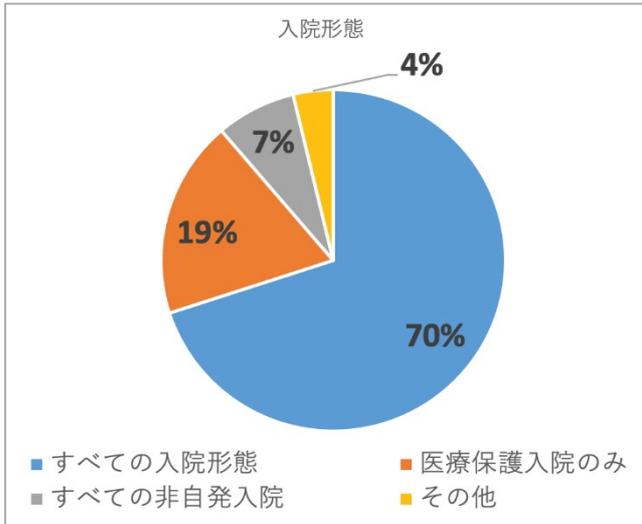


図 16 平均担当患者数

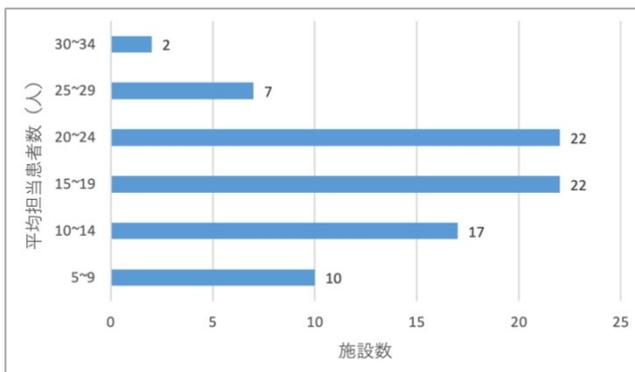


図 17 最大担当患者数

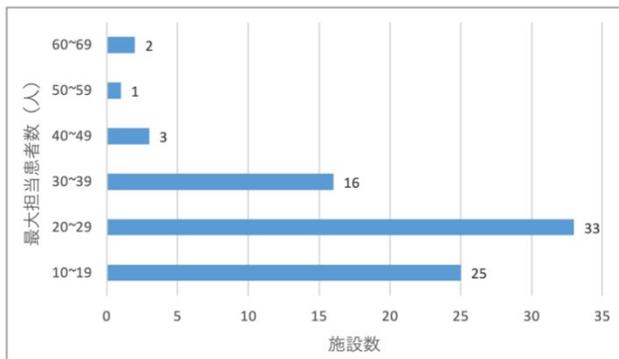


図 18 救急・急性期病棟配属の精神保健福祉士による外来相談業務

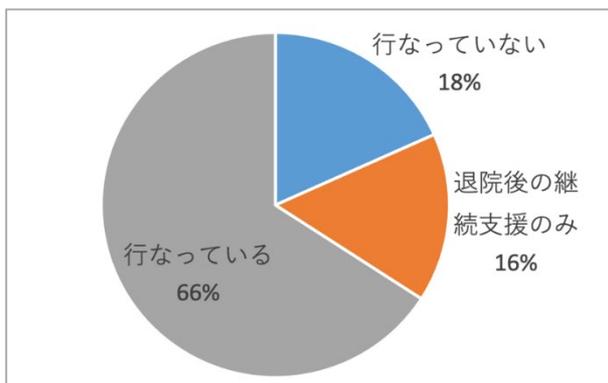


図 19

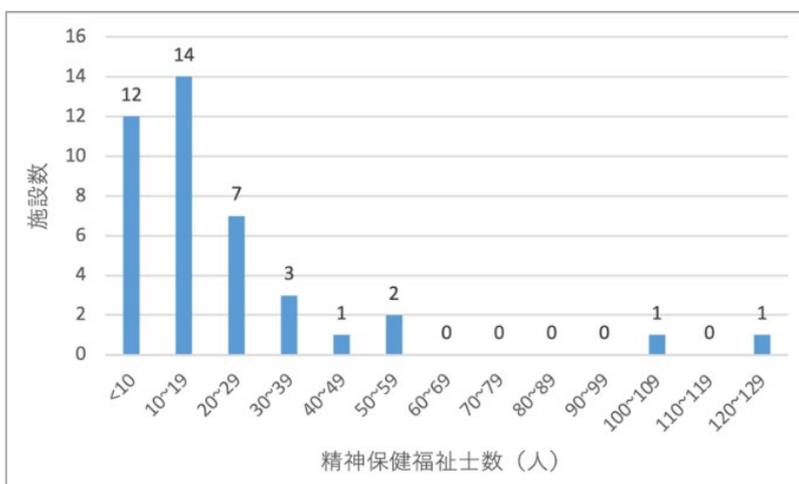


図 20 平均担当患者数

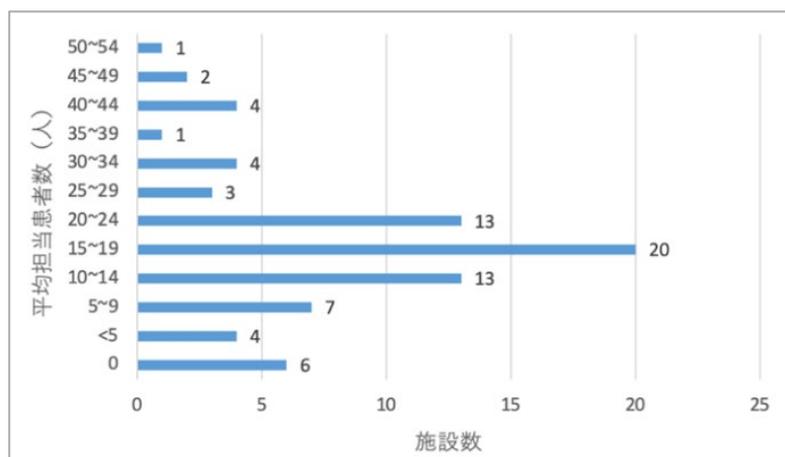


図 21 最大担当患者数

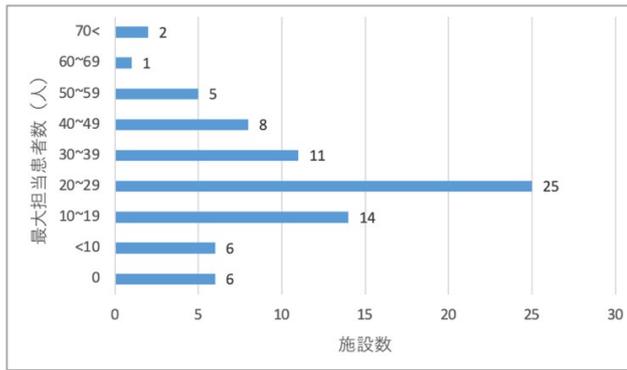


図 22 救急・急性期病棟を担当する作業療法士

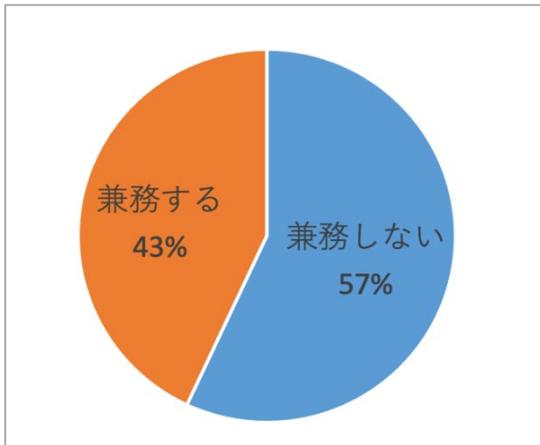


図 22 救急・急性期病棟を担当する作業療法士の外来作業療法の兼務

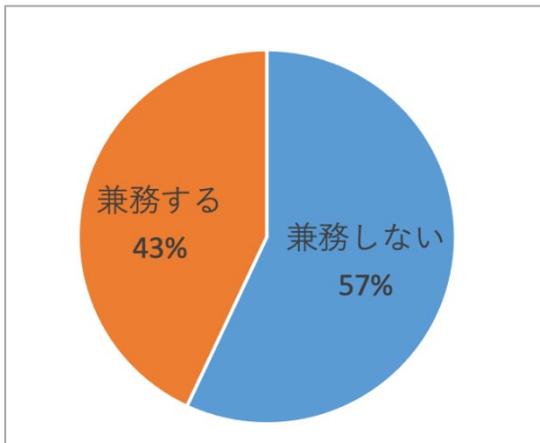


図 23 公認心理師の外来心理療法の兼務

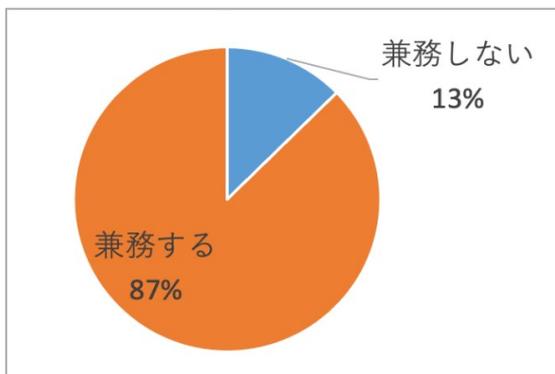


図 24 救急・急性期病棟において新規入院患者に対する独自のクリニカルパスの有無

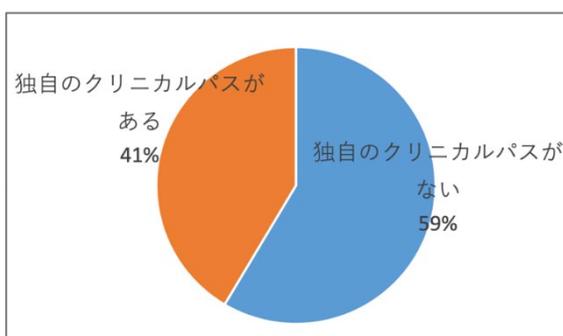


図 25 クリニカルパスに関する職種

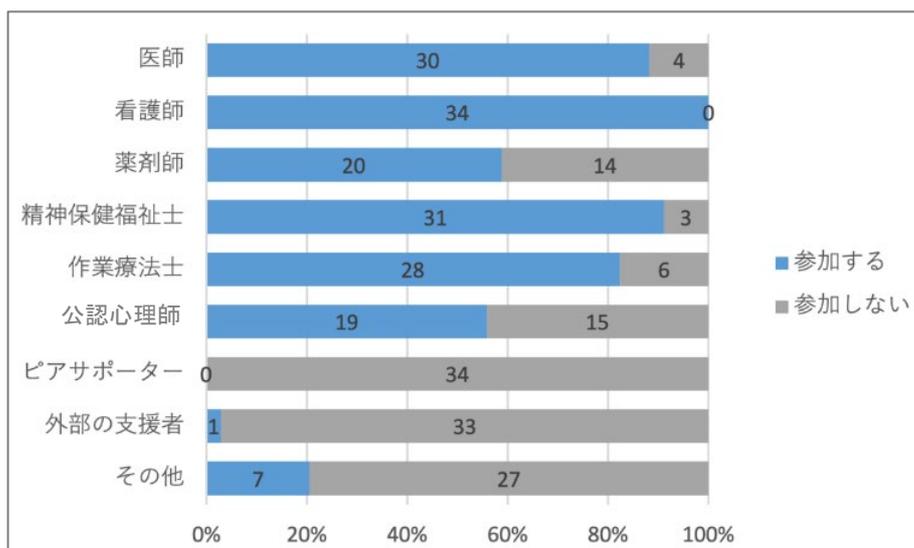


図 26 救急・急性期病棟新入院患者に対する多職種カンファレンス（入院時カンファレンス）の定期的な実施

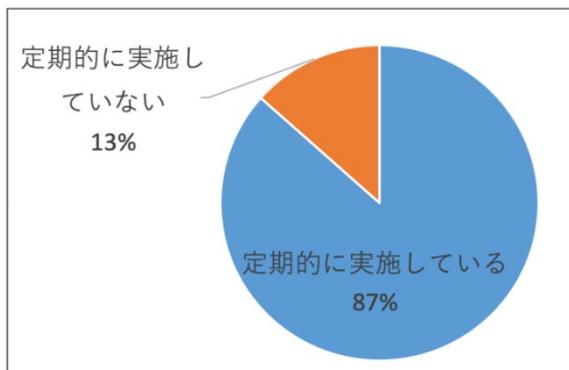


図 27 入院後何日程度の入院時カンファレンスを実施するか

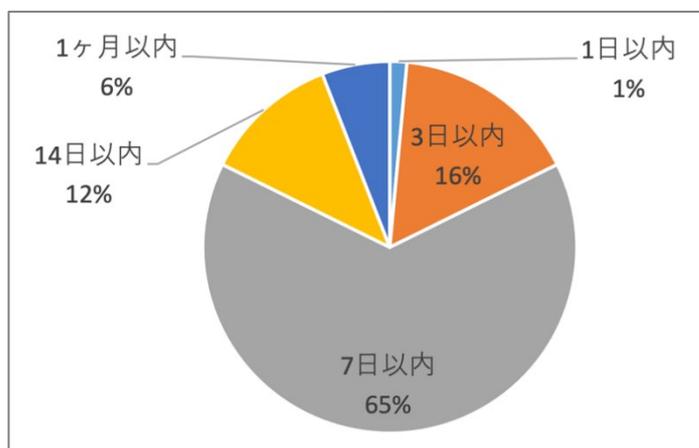


図 28 入院時カンファレンスに参加する職種

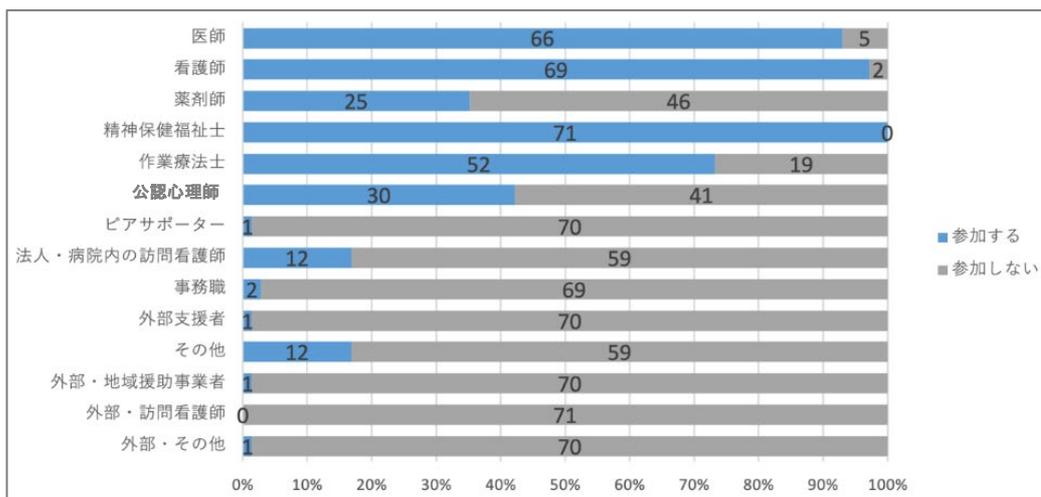


図 29 救急・急性期病棟において、入院長期化リスクを評価するための定型方法の有無

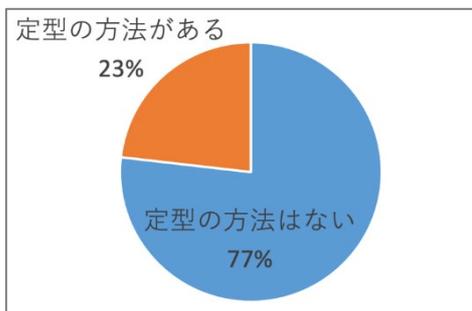


図 30 救急・急性期病棟において、入院1ヶ月程度経過したときに実施する多職種カンファレンス(1ヶ月カンファレンス)の有無

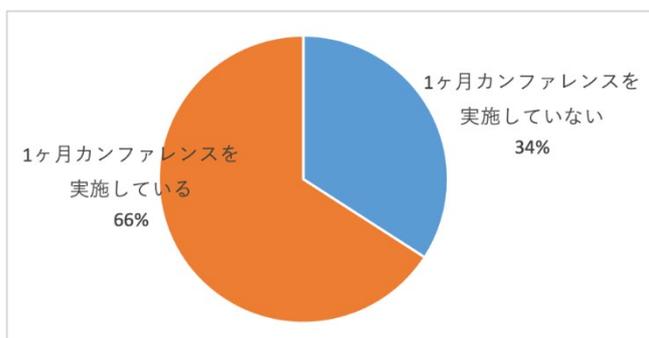


図 31 入院1ヶ月程度経過したときに実施する多職種カンファレンスに参加する職種

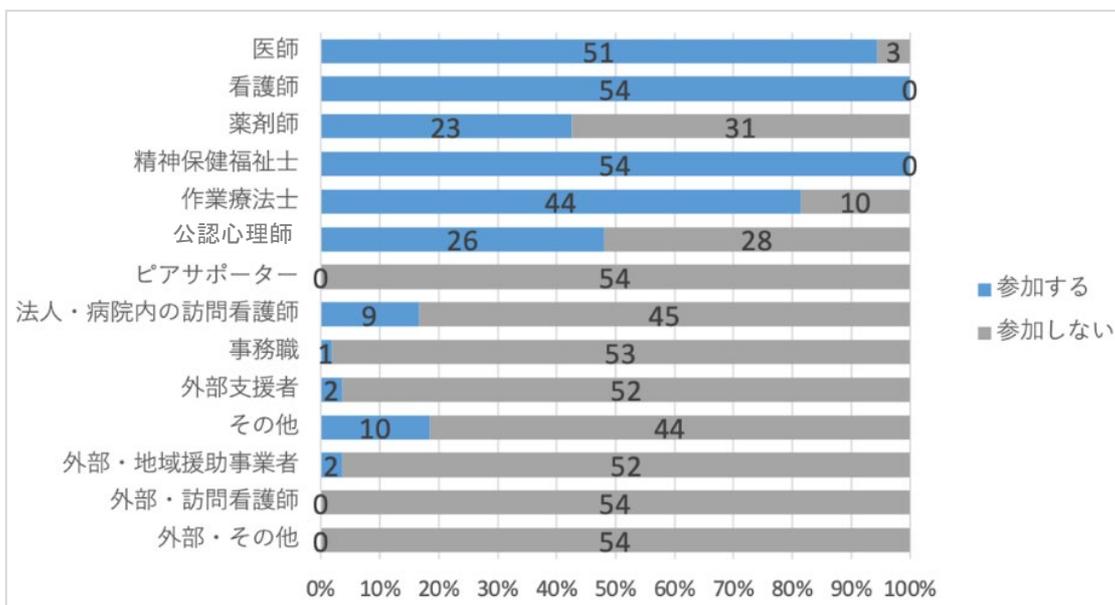


図 32 ケア会議(本人や家族と治療・支援方針を相談する会議)の開催頻度

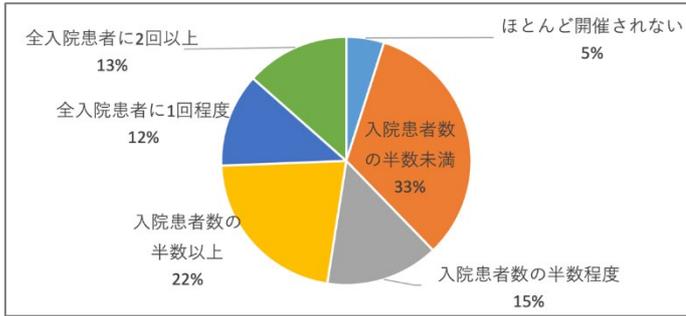


図 33 ケア会議(本人や家族と治療・支援方針を相談する会議)の参加職種

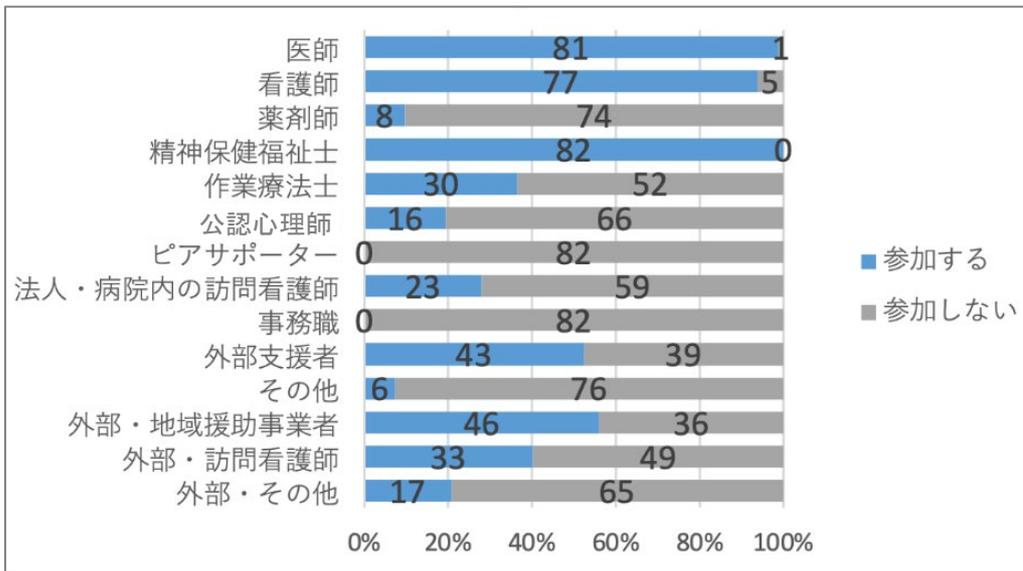


図 34 退院前訪問看護の実施の有無

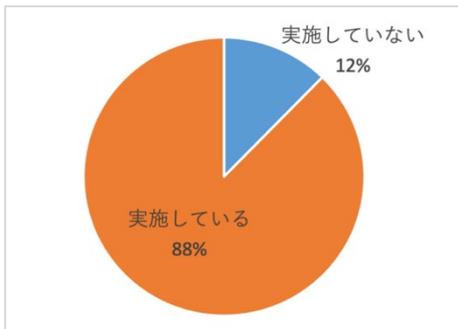


図 35 法人内または病院内に訪問看護ステーションを有する施設の退院後に外部の訪問看護ステーションへの積極的な引き継ぎの検討の有無

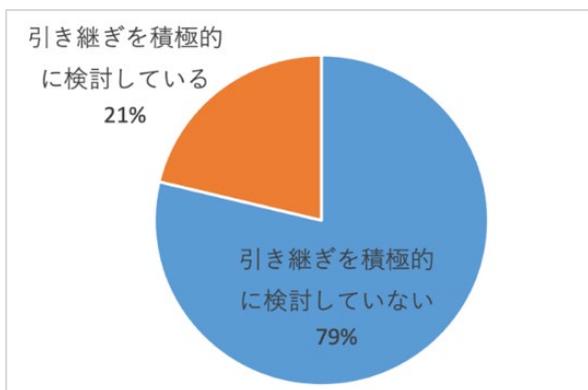


図 36 退院後に外部の訪問看護ステーションに引き継ぐことを積極的に検討している施設が外部の訪問看護ステーションに引き継ぐまでの期間

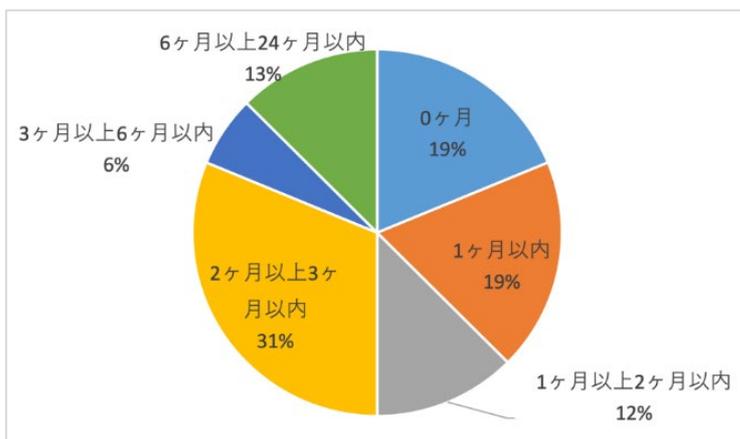


図 37 退院後の支援として利用する主要な地域資源

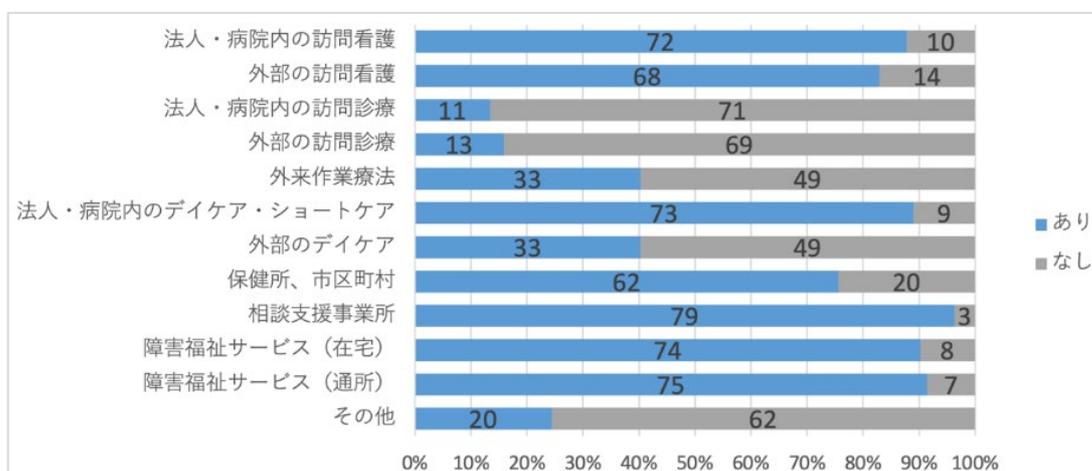


図 38 地域援助事業者との連携として日常的に実施している活動

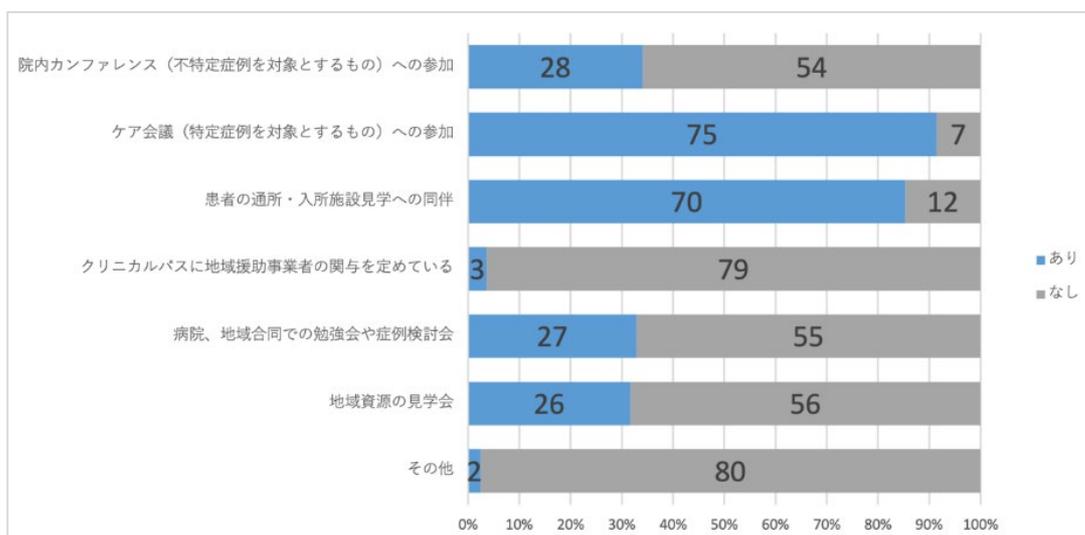


図 39 退院後のケースマネジメント

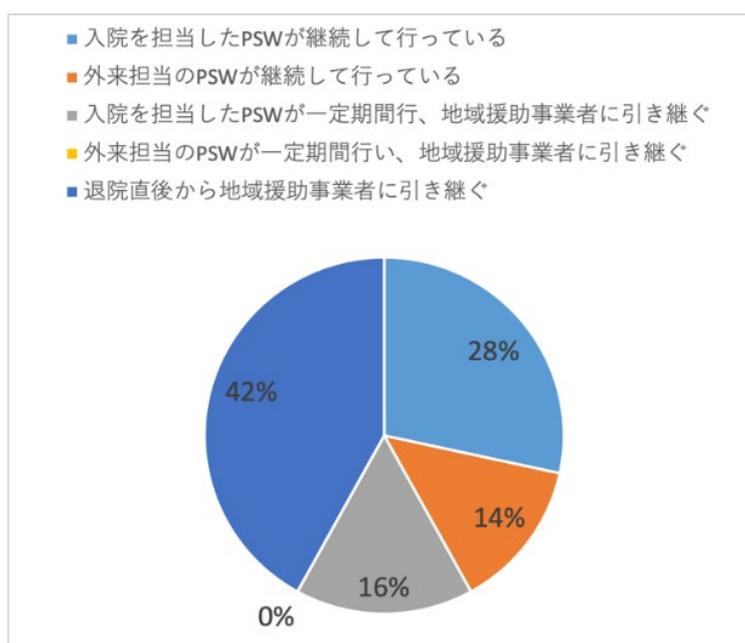
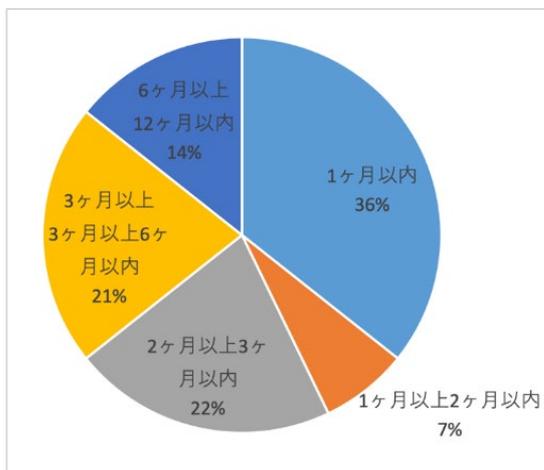


図 40 退院直後に引き継ぐ施設以外で、地域援助事業者にケースマネジメントを引き継ぐ施設の退院後に地域援助事業者に引き継ぐまでの期間 n=14 施設



2.3 調査票③(Ⅲ) 療養病棟の長期入院患者支援について

表 23 精神療養病棟で業務を行なっている精神保健福祉士の人数

回答施設数	精神療養病棟				
	35				
	平均	標準偏差	最大	最小	中央値
1 病棟当たりの PSW の人数	2.95	8.01	48.5	0.25	1
PSW1 名に対する設置病床数	50.2	41.1	240	1.0	48.0

表 24 精神療養病棟配属の精神保健福祉士 1 人当たりの担当患者数

	平均	標準偏差	最大値	最小値
PSW1 人当たりの平均担当患者数	38.5	24.8	141	0
PSW1 人当たりの最大担当患者数	46.4	28.6	155	0

表 25 精神療養病棟配属の精神保健福祉士 1 人当たりの外来で相談受け持ち患者数

	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
病棟配属 PSW1 人当たりの兼務している外来患者数	15.8	19.8	100	1	10

表 26 精神療養病棟で業務を行なっている作業療法士の人数

回答施設数	精神療養病棟				
	35				
	平均	標準偏差	最大	最小	中央値
1 病棟当たりの OT の人数	1.80	1.39	8.00	0.17	1.6
OT1 名に対する設置病床数	56.3	70.1	338	0.0	34.4

表 27 精神療養病棟配属の作業療法士 1 人当たりの担当患者

	平均	標準偏差	最大値	最小値
OT1 人当たりの平均担当患者数	26.9	14.1	60	0
OT1 人当たりの最大担当患者数	37.2	16.2	60	0

表 28 公認心理師(CPP)が精神療養病棟病棟に入院中の患者に対して心理療法を行なっている患者数

	精神療養病棟				
回答施設数	35				
	平均	標準偏差	最大	最小	中央値
1 病棟当たりの CPP の人数	2.33	3.80	17.00	0.20	0.9
CPP1 名に対する 設置病床数	86.4	74.9	283.0	283.0	59.4

表 29 公認心理師(CPP)が精神療養病棟に入院中の患者に対して心理療法を行なっている患者数

	平均	標準偏差	最大値	最小値
CPP1 人当たりの平均担当患者数	2.60	5.69	30	0

表 30 公認心理師が心理療法(CPP)を行なっている患者のうち認知行動療法(CBT)を行なっている患者数

	平均	標準偏差	最大値	最小値
CPP1 人当たりの CBT 実施平均担当患者数	2.26	5.71	25	0

表 31 精神療養病棟でクリニカルパスの対象となっている患者数 n=5 施設

	総数	平均人数	標準偏差	最大値	最小値	中央値
パスの対象患者	446	89.20	57.72	133	3	124

表 32 入院後(転棟を含む)何日程度の入院時カンファレンスを実施するか n=31 施設

	平均日数	標準偏差	最大値	最小値	中央値
入院時カンファレンスを実施するまでの入院後の日数	22.8	66.3	365	1	7

図 41 退院支援・地域定着を目指した治療プログラム等の取り組み

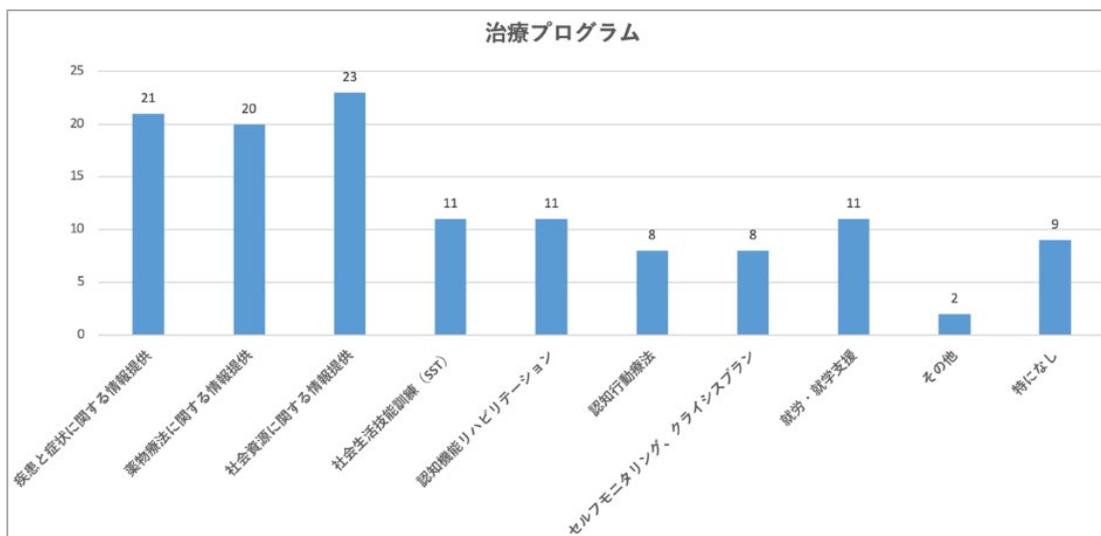


図 42 退院後生活環境相談員を精神保健福祉士以外が担当する割合

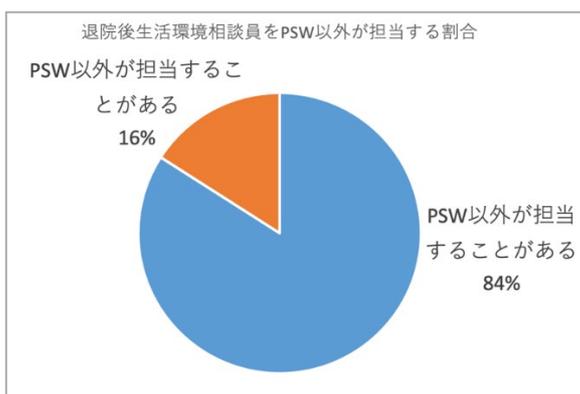


図 43 退院後生活環境相談員を精神保健福祉士以外が担当する理由

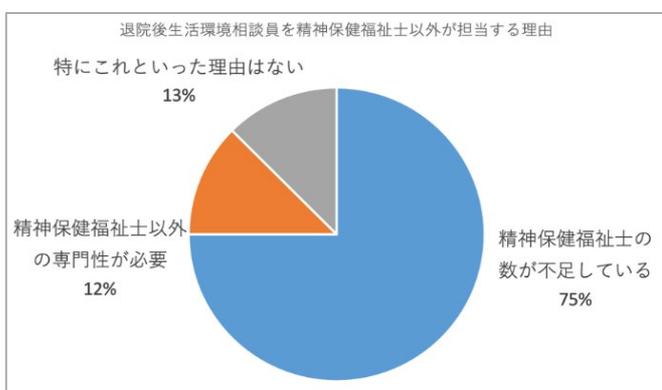


図 44 平均担当患者数

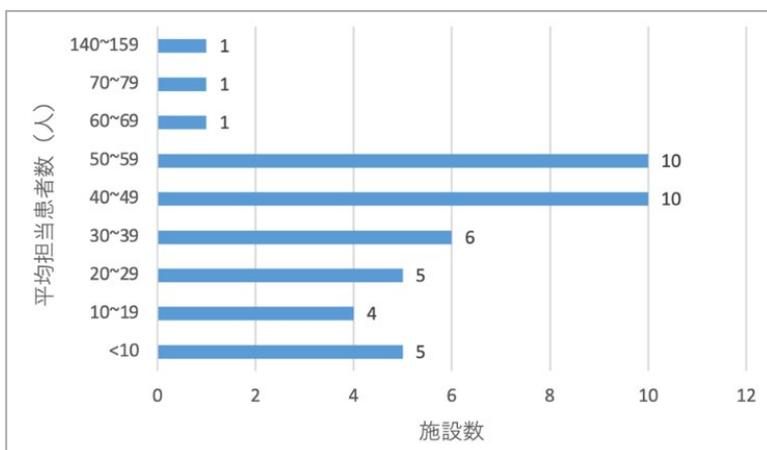


図 45 最大担当患者数

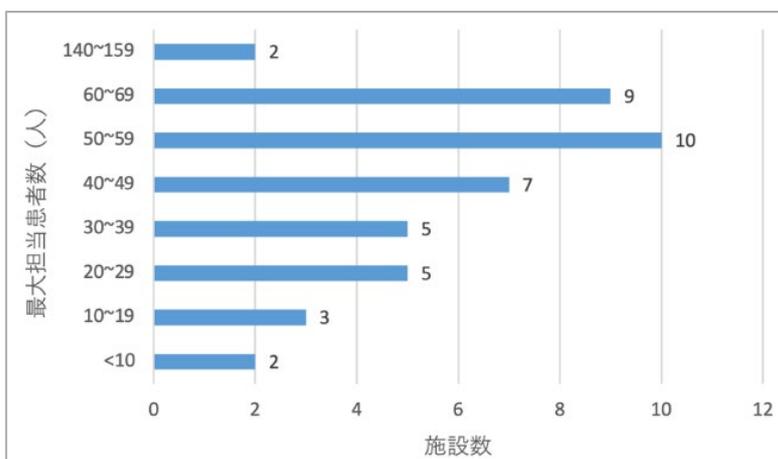


図 46 精神療養病棟配属の精神保健福祉士による外来相談業務

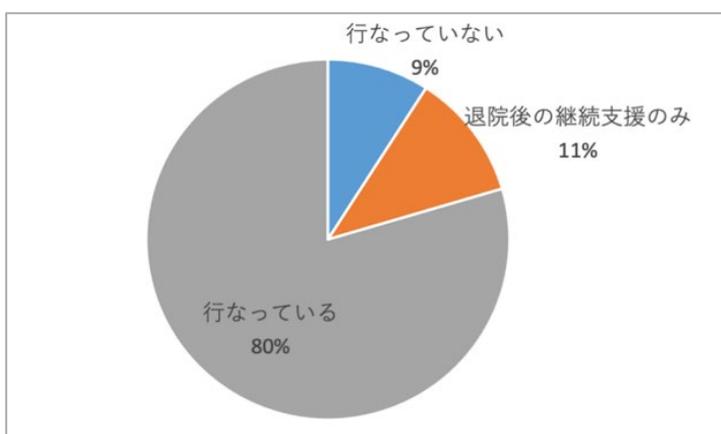


図 47 精神療養病棟配属の精神保健福祉士 1 人当たりの外来で相談受け持ち患者数

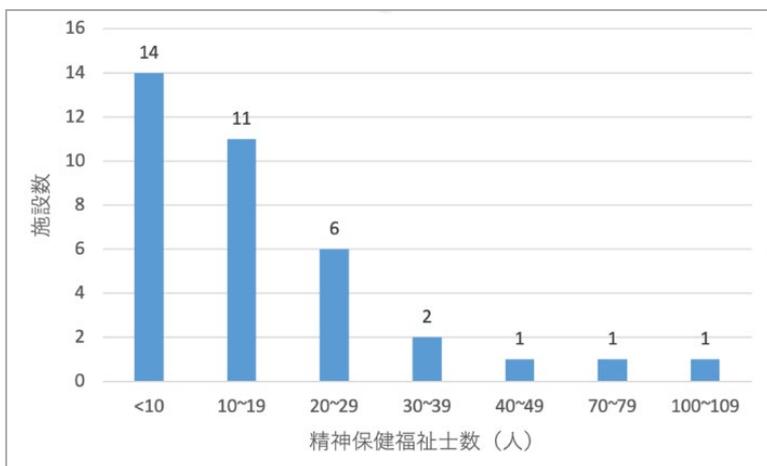


図 48 平均担当患者数

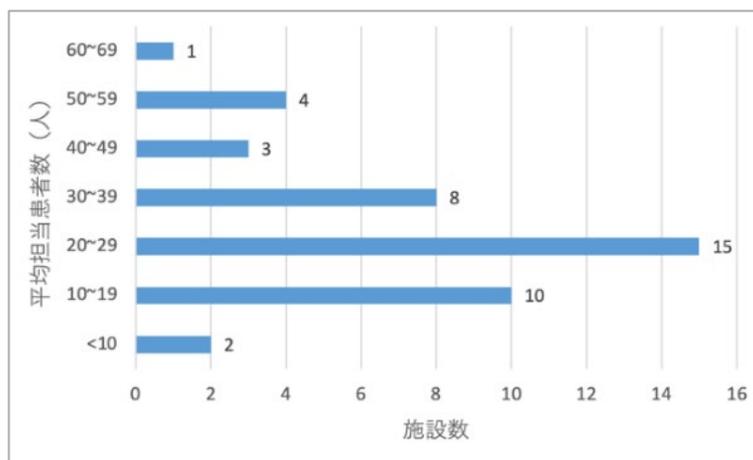


図 49 最大担当患者数

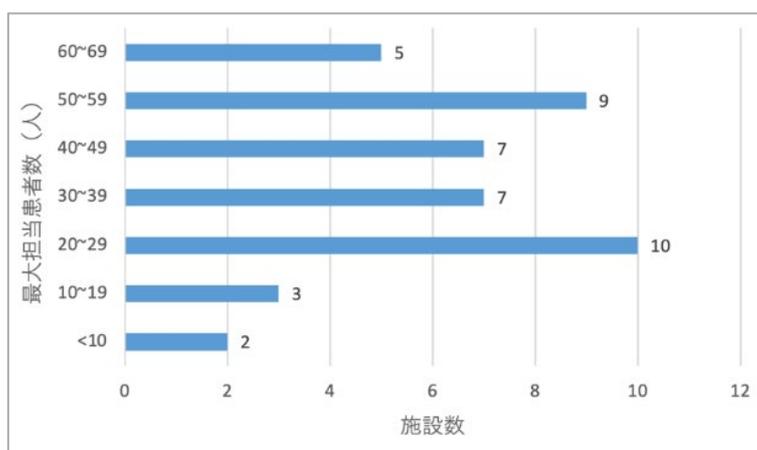


図 50 精神療養病棟を担当する作業療法士の外来作業療法の兼務
n=43 施設

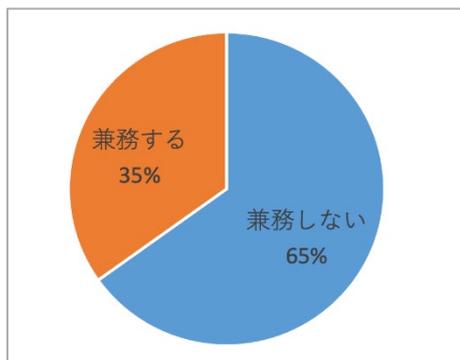


図 51 公認心理師は外来心理療法を兼務するか

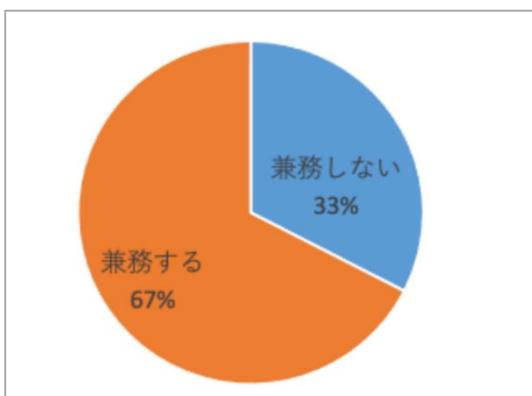


図 52 精神療養病棟において新規入院患者に対する独自の臨床パス

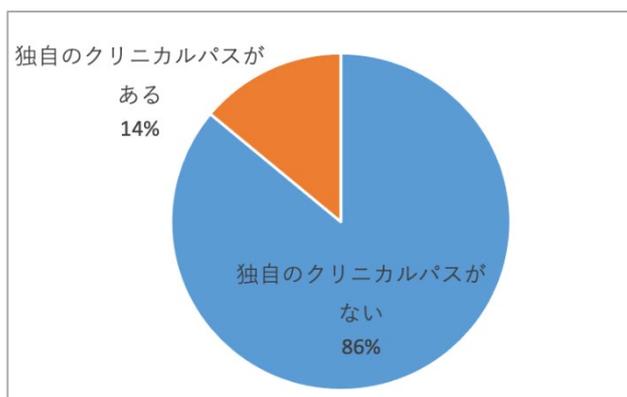


図 53 クリニカルパスに関する職種 n=6

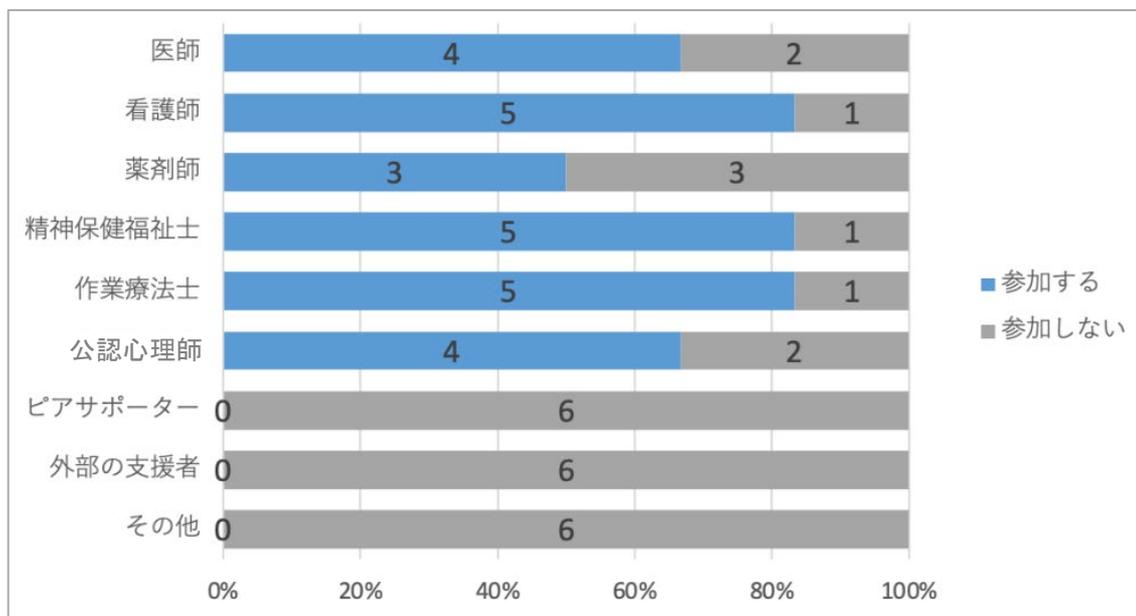


図 54 精神療養病棟新規入院患者に対する多職種カンファレンスの有無（入院時(転棟時)カンファレンス) n=43

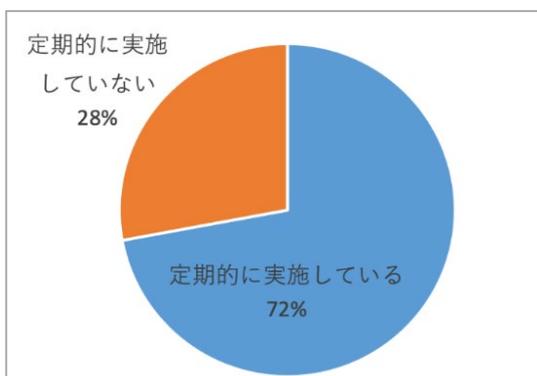


図 55 入院後(転棟を含む)何日程度の入院時カンファレンスを実施するか

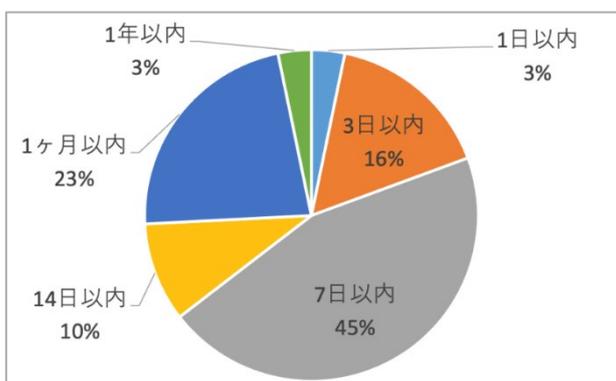


図 56 入院時(転棟時)カンファレンスに参加する職種 n=30 施設

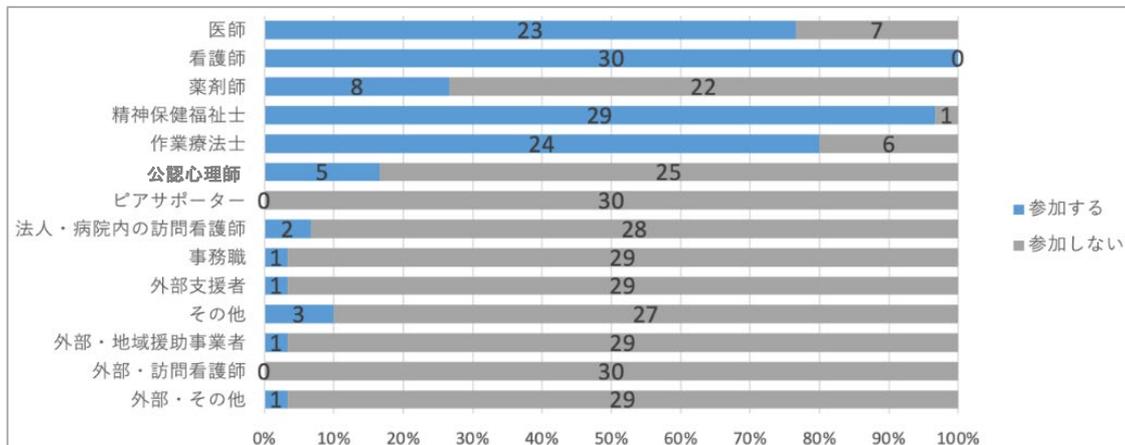


図 57 精神療養病棟において、入院長期化リスクを評価するための定型方法の有無 n=42 施設

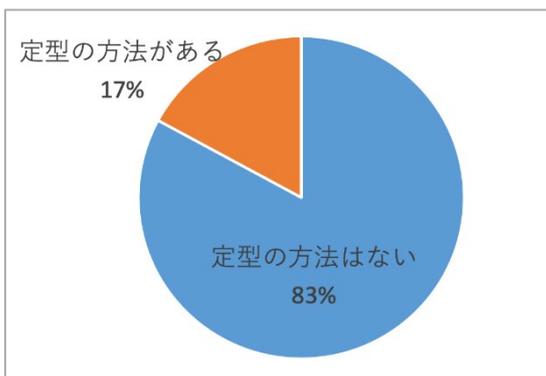


図 58 精神療養病棟において、入院 1 ヶ月程度経過したときに実施する多職種カンファレンス(1 ヶ月カンファレンス)の有無

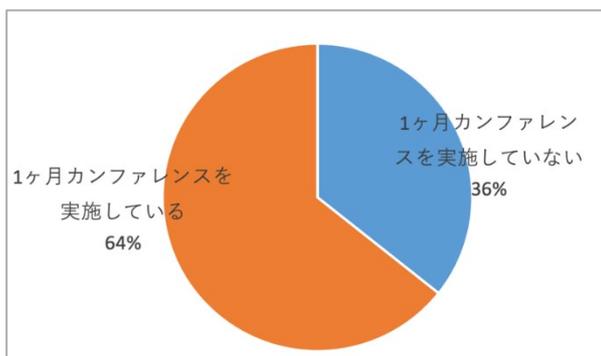


図 59 入院 1 ヶ月程度経過したときに実施する多職種カンファレンスに参加する職種
n=27

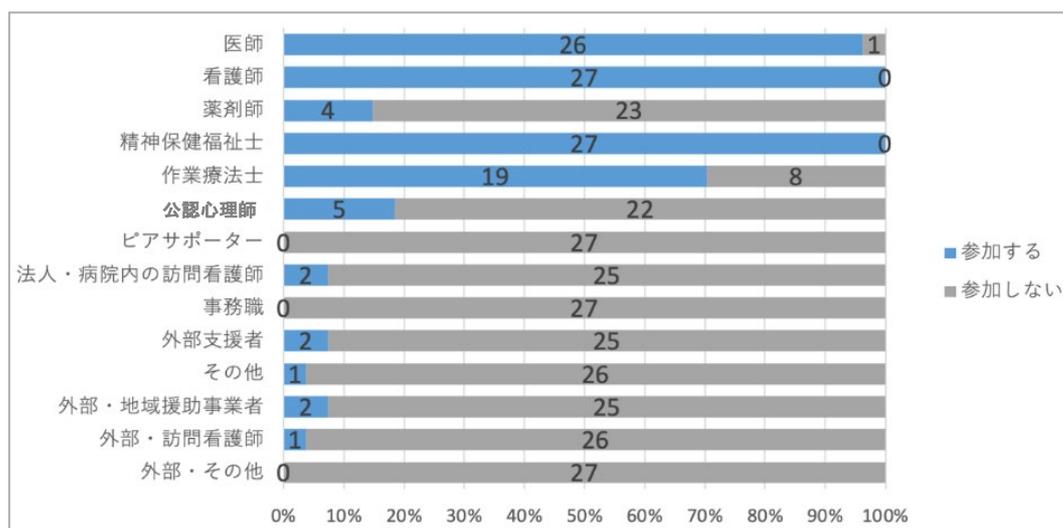


図 60 ケア会議(本人や家族と治療・支援方針を相談する会議)の開催頻度 n=40 施設

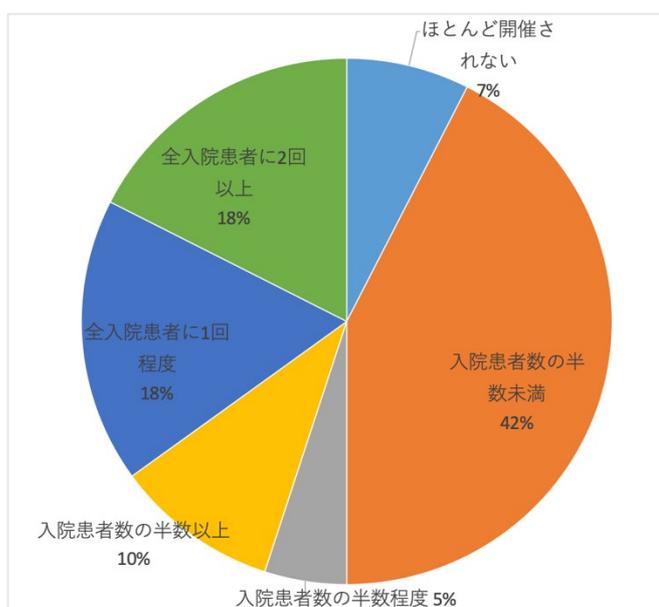
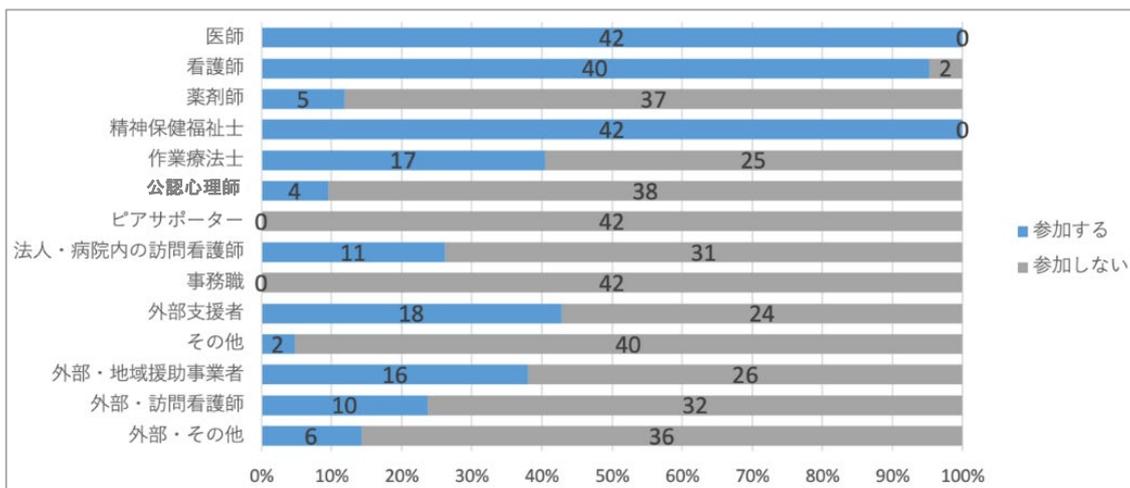


図 61 ケア会議(本人や家族と治療・支援方針を相談する会議)の参加職種 n=42 施設



2.4 調査票④ 精神科救急入院料病棟に入院した患者の退院後1年以内の地域における平均生活日数と再入院率

表 33 精神科救急入院料病棟に入院した患者の平均在院日数と再入院までの日数、退院後1年以内の地域における平均生活日数。なお表中の病棟種は退院時に入院していた病棟種である。

	全病棟	精神科救急入院料病棟	精神科急性期治療病棟	精神療養病棟
患者数(人)	3113	2409	353	133
平均在院日数	64.6 (49.4)	57.0 (38.2)	57.9 (42.8)	130.1 (73.5)
再入院までの日数	280.3 (128.8)	284.7 (127.0)	259.8 (131.2)	279.8 (135.6)
地域生活日数	329.8 (73.2)	333.3 (68.9)	325.5 (68.9)	314.0 (98.5)

平均日数 (標準偏差)

表 34 精神科救急入院料病棟に入院した患者の時点再入院率 n=3113

退院後日数	30日時点	90日時点	1年時点
再入院率	7.7%	14.3%	36.0%

参考資料

参考資料表1 本邦における診療報酬の算定入院料別病床数(精神科)の病床数

	精神科救急入院料	精神科急性期治療病棟入院料	精神療養病棟入院料	地域移行機能強化病棟	認知症治療病棟入院料	特殊疾患病棟入院料
病床数	1万	1.8万	9.5万	0.2万	3.5万	0.5万床

参考資料表2 本邦における精神病棟入院基本料の病床数

	10対1	13対1	15対1	18対1	20対1
病床数	0.1万	0.5万	13.3万	0.5万	0.2万

平成29年精神保健福祉士資料

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍 : なし

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
渡邊 博幸、木村大、柳澤 雄太	New long-stayとは何か、その防止のための取り組み	精神科	39(2)	154-162	2021
渡邊 博幸	多施設による精神科アウトリーチの実践に際して留意すべき7つのポイント	精神科治療学	36(4)	393-398	2021
鈴木耕輔、渡邊 博幸、木村 大、柳澤 雄太	統合失調症を治療するための標準的知識と技能 リカバリーの促進と多職種チーム支援の実践	精神科治療学	36(3)	279-285	2021
渡邊 博幸、木村 大	精神科救急病棟でのNew Long Stay防止統合プログラムの導入と実践	精神科救急	—	31-34	2020
Tsukiji M, Sasaki T, Nakata Y, Ota K, Aoki T, Hara K, Mamada T, Nakane J, Kogure M, Seki R, Idemoto K, Hashimoto T, Koishikawa H, Moriyama T, Suzuki T, Kanahara N, Ishii I, Iyomura M, Niitsu T.	Risk factors for early-phase clozapine discontinuation: A nested case-control study.	Asian J Psychiatry	62	1027-45	2021
Kanahara K, Kimura H, Oda Y, Ito F, Iyo M	Recent Discussions on Dopamine Supersensitivity Psychosis: Eight Points to Consider When Diagnosing Treatment-Resistant Schizophrenia	Curr Neuropharmacol	19(12)	2214-2226	2021
Yamaguchi S, Ojio Y, Koike J, Matsunaga A, Ogawa M, Tachimori H, Kikuchi A, Kimura H, Inagaki A, Watanabe H, Kishi Y, Yoshida K, Hirooka T, Oishi S, Matsuda Y, Fujii C	Associations between re-admission and patient-reported measures in acute psychiatric inpatients: a study protocol for a multicenter prospective longitudinal study (the ePOP-J study)	Int J Ment Health Syst	13(40)	1-11	2019

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 中山 俊憲

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 退院後の地域生活を見据えた切れ目ない診療モデルの普及と地域生活支援体制の構築に向けた研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 千葉大学大学院医学研究院・教授
(氏名・フリガナ) 伊豫 雅臣・イヨ マサオミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人千葉大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年5月18日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 中山 俊憲

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 退院後の地域生活を見据えた切れ目ない診療モデルの普及と地域生活支援体制の構築に向けた研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 千葉大学社会精神保健教育研究センター・特任教授
(氏名・フリガナ) 渡邊 博幸・ワタナベ ヒロユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人千葉大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 中山 俊憲

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 退院後の地域生活を見据えた切れ目ない診療モデルの普及と地域生活支援体制の構築に向けた研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 千葉大学大学院医学研究院・准教授
(氏名・フリガナ) 新津 富央・ニイツ トミヒサ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人千葉大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 中山 俊憲

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 退院後の地域生活を見据えた切れ目ない診療モデルの普及と地域生活支援体制の構築に向けた研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 千葉大学大学院医学研究院・特任講師
(氏名・フリガナ) 木村 大・キムラ ヒロシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人千葉大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 中山 俊憲

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 退院後の地域生活を見据えた切れ目ない診療モデルの普及と地域生活支援体制の構築に向けた研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 千葉大学大学院医学研究院・特任研究員
(氏名・フリガナ) 柳澤 雄太・ヤナギサワ ユウタ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人千葉大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣

殿

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職 名 学 長

氏 名 中山 俊憲

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
2. 研究課題名 退院後の地域生活を見据えた切れ目ない診療モデルの普及と地域生活支援体制の構築に向けた研究（21GC1011）
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医学部附属病院・特任教授
（氏名・フリガナ） 吉村 健佑・ヨシムラ ケンスケ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	千葉大学医学部附属病院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣

殿

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 中山 俊憲

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 退院後の地域生活を見据えた切れ目ない診療モデルの普及と地域生活支援体制の構築に向けた研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 千葉大学医学部附属病院精神神経科・助教
(氏名・フリガナ) 小松英樹・コマツヒデキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	千葉大学医学部附属病院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣

殿

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 中山 俊憲

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 退院後の地域生活を見据えた切れ目のない診療モデルの普及と地域生活支援体制の構築に向けた研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 千葉大学医学部附属病院 精神保健福祉士
(氏名・フリガナ) 小野まり奈 オノマリナ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	千葉大学医学部附属病院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。