

1. 研究目的

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行わ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。

千葉大学病院精神神経科に1年以上を要した患者の臨床的特徴明らかとすることを目的とした調査を行った。

A. 精神科救急入院料病床（精神科救急病棟）を有する全国の医療機関を対象とした調査

2. 研究方法

研究は下記の1-3)をアウトラインとして実施した。

2.1 調査方法及び回答方法

- 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で開催された倫理審査によって 2021 年 9 月 29 日に承認を受け実施された(千大院研第 419 号)。

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。

2.3 調査項目

調査項目は、以下の通り(表 1)である。

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型データについては、割合(%)を計算する。

3. 研究結果及び考察

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%基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施設の設定主体は、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年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、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、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。さらに公認心理師一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と回答したの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は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る。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。

なお、各アウトカムに影響を示すものは以下の通りであった。

平均在院日数

正の相関を示すもの

- ・ 精神科救急病棟における精神保健福祉士の平均担当患者数
- ・ 常勤精神科医 1 名あたりの救急病床数
- ・ 医師（非常勤含む）1 名に対する救急病床数

負の相関を示すもの

- ・ 外来作業療法あり

地域平均生活日数

正の相関を示すもの

- ・ なし

負の相関を示すもの

- ・ 精神科救急病棟における精神保健福祉士の平均担当患者数
- ・ 法人の訪問看護の利用あり。

精神科救急病棟における精神保健福祉士 (PSW) の平均担当患者数は、地域平均生活日数と負の相関を示し、平均在院日数と正の相関を示すことが明らかとなり、PSW の負担が大きいと地域平均生活日数が短くなり、平均在院日数が長くなることが明らかとなった。

訪問看護の利用があると地域平均生活日数が悪くなる」という解釈ができるが、退院後に強度の支援が必要な患者に対しては、入院中から関係を構築した病棟看護師などの医療者が法人内の訪問看護に同伴していることがあるため、法人内の訪問看護の対象者が重度の精神疾患であることと、再発の早期発見、早期入院にも関与している可能性があり、検討を要する。

3.6 精神病棟入院基本料病棟

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棟を有しており、合計病棟数は 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棟の人員基準な

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。

3.7 退院後支援として利用できる地域資 源

本調査で回答した施設の約 70%で退院後支
援として利用できる地域資源として、内部
または外部の訪問看護、デイケア・ショート
ケア、保健所・市区町村、相談支援事業所、
在宅及び通所障害福祉サービスと連携を取
っていた。

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）

B. 長期入院患者の特徴に関する研究

1. 研究目的

千葉大学病院精神神経科に1年以上を要し
た患者の臨床的特徴明らかとすることを目
的として研究を行った。

2. 研究方法

2010年4月から2022年12月までに入院
し退院までに1年以上を要した者につい
て、調査項目入院時年齢、在院日数、入院
時診断、退院時診断、難治症状、処方薬、
クロザピン及びmECT使用状況、退院先、
退院後再入院歴等について調べた。

（倫理面への配慮）

本研究は、千葉大学大学院医学研究院倫理
審査委員会で実施された倫理審査によって
2022年11月14日に承認を受け実施された
（千大亥研院第839号）。

3. 研究結果及び考察

対象となる患者は22名（男性11人、女性
11人）で、入院時年齢は平均 33.8 ± 14.3
歳（最年少は13歳、最高齢62歳）であっ
た。平均入院期間は 612.0 ± 226.4 日（最
長1182日）であった。入院時主診断は
統合失調症15人、大うつ病性障害2人、
双極性障害1人、覚せい剤精神病1人、注
意欠陥多動性障害1人、自閉スペクトラム
症1人、強迫性障害1人であった。退院時
に診断が変更されたのは54.5%であり、
統合失調症から双極性障害に変更された者
が最も多く7人（58.3%）であった。16
人（72.7%）にクロザピンが導入された
が、効果不十分のために7人（43.8%）で
中止され、その後診断変更された。修正型

電気けいれん療法（mECT）は 18 名

（81.8%）に施行され、3 人は維持 ECT となった。退院先は自宅が 13 人（59.1%）、グループホームが 4 人（18.2%）であり、5 名（22.7）がグループホームへの退院を目的に転院した。退院後 9 人（40.9%）は退院後調査日まで再入院はなく、10 人は 1 か月以内の短期入院であった。長期入院例では診断変更と変更された診断名に対する適切な治療を行うことによって退院が可能な症例が多いことが示唆された。特に統合失調症という診断で抗精神病薬治療が奏功しないときにはまず精神病症状を伴う躁病など気分（感情）障害を鑑別することが重要であることが明らかとなった。

4. 結論

精神科病棟に長期入院している患者では診断および薬選択が必ずしも適切でなく効果不十分となっている者がおり、特に双極性障害が鑑別に上がることが明らかとなった。

4. 評価（研究成果）

1) 達成度について

アンケート調査の収集、整理、データベース入力、順調に行われており、すべてのデータは入力され、一部統計解析が行われた。また、複数の研究者による精査によって抽出された地域定移行、地域定着に資する取り組みや最適な人員配置が行われている好事例施設へのヒアリング等の分担研究へ移行している（図 1）。

また長期入院患者の臨床特徴に関する研究は予定通り進捗した。

2) 研究成果の学術的意義について

精神科救急医療を要する精神疾患に対する精神科救急病棟で実施されている既存の種々の医療技術、福祉資源を組み合わせた取り組みの実態とその成果を明らかにすることができる。

また、精神科病棟に長期入院している患者では確定診断が困難で、治療薬選択が必ずしも適切でなく効果不十分となっている者がおり、特に双極性障害が鑑別に上がることが明らかとなり、今後の診断学の発展に大きく寄与することが示唆された。

3) 研究成果の行政的意義について

本研究の結果から新たな理念として明確化された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に向けた診療モデルを確立することにより、地域移行・地域定着を推進する施策に直接反映できる。具体的には、医療と福祉の多職種・多機関連携による地域移行・地域定着支援のための診療モデルとして、精神科病床への新たな入院患者は下記の 1 から 5 の基準を全て満たす精神科病棟に入院することが望ましい。

1. 精神科救急急性期医療入院料の医師及び看護師の配置基準を満たす。
2. 上記の病棟における精神保健福祉士 1 人あたり病床数は 20 人床以下で専任とする。
3. 上記の病棟における多職種による入院時カンファまたはケア会議を入院患者の半数以上で行う。
4. 上記のカンファレンスには医師、看護

師、精神保健福祉士の出席は必須とする。

5. 療養生活継続支援加算を算定できる施設基準を有する。

さらに精神科での長期入院患者の退院促進・地域定着の施策が進んでいるが、難治性のために長期化している患者となっているが、診断及び治療法の変更によって退院可能となる患者がいることが明らかとなり、今後の精神保健医療福祉政策において重要な示唆を与えるものである。

- 4) その他特記すべき事項について
とくになし。

5. 結論

これまでのところ、課題については順調に進行している。正確なデータ解析を行い、詳細な分析を行うように鋭意進めていく必要がある。

6. 研究発表

1) 国内

原著論文による発表	1件
口頭発表	3件
それ以外（レビュー等）の発表	2件

2) 国外

原著論文による発表	1件
口頭発表	0件
それ以外（レビュー等）の発表	0件

・論文発表

1. Masaomi Iyo. “Psychiatric Emergency Service System and Psychiatric Emergency Units in Japan.” In Symposium of International Social Determinants of Health as Displayed in Psychiatric Emergency Services: Relevance to Patients. American Psychiatric Association Annual Meeting. New Orleans. 25 May 2022.

2. 木村 大. 精神科救急医療における入院治療から「退院後1年以内の地域における平均生活日数」に及ぼす因子. 2022年10月1日, 第30回日本精神科救急学会学術総会, さいたま.

3. 柳澤 雄太, 木村 大, 新津 富央, 渡邊 博幸, 伊豫 雅臣. 精神科救急病棟を有する施設における多職種配置および心理社会的療法実施状況に関する調査. 2022年10月1日, 第30回日本精神科救急学会学術総会, さいたま

・雑誌

渡邊博幸. D-ODA で取り組む診療パラダイムシフト“抱えこみからつなぐ医療”へ(精神科病院編). 精神医学. 65 巻 2 号. 177-184. 2022

7. 知的所有権の出願・取得状況

なし

8. 健康危険情報

なし

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 公認心理師の業務 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 公認心理師の業務 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）

表 1

図 1

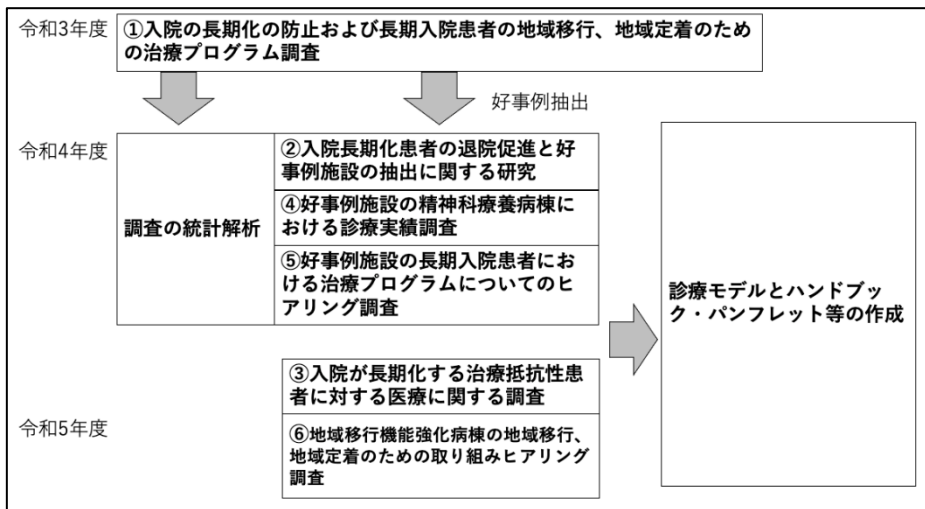


図 2. 精神科救急病棟における精神保健福祉士 1 人当たりの平均担当患者数と地域平均生活日数の相関

