

厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業
総括研究報告書

New Long Stay 防止統合 プログラムの有用性の
検証と汎用性の確立に関する研究

研究代表者：伊豫雅臣（千葉大学大学院医学研究院 教授）

研究分担者：渡邊博幸（千葉大学社会精神保健教育研究センター 特任教授）

木村 大（大学院医学研究院 特任講師）

小松英樹（千葉大学医学部附属病院 助教）

研究要旨

本邦では、精神病床の新入院患者のうち、1年以上入院する長期入院患者（以下、New Long Stay）が、平成15年で4.9万人、平成27年で5.1万人と変化なく、入院後1年以内の地域移行が停滞している。本研究は、千葉大学病院精神神経科及び同大学社会精神保健教育研究センターにて立案した、長期入院を予防する『New Long Stay 防止統合プログラム』（以下、プログラム）を単科精神科病院へ導入し、導入前後各2年間における退院促進・地域移行・地域定着、更に職員の実務量や業務負担の変化を明らかとすることを目的とする。さらに本年度は、精神科救急算定病棟を有する他精神科医療機関では、本プログラム同様の多職種連携・協働をどのように行っているのか、ケースを担当する職種の違いはあるのか、担当患者数などについての実態をアンケート調査によって把握することとした。プログラム導入から1年後の平成30年にNew Long Stayが防止された。プログラム導入前後の入院患者全体の再入院率は変化がなかったが、非自発入院患者では再入院率が有意に低下した。プログラム導入後の退院後1年間の患者医療費は、プログラム前と比較して減額した。プログラム導入後に医業収益は減額、給与費は増額した。木村病院の労務分析を評価するために、ストレスチェック集団分析結果を活用した。プログラム導入後のストレス負荷は、救急患者の受け入れが増加しても大きな変化はなく、全国平均と同等であった。プログラムに内在する医師以外の職種の裁量権の拡大や個別治療チームでの多職種協働による協力体制や責任分散や同僚間での支援などが、組織感情を改善し、良好な労働環境の維持に一定の効果をもたらしているかもしれない。

多職種協働モデルに基づいた包括的な入院診療プログラムの構築により、入院中から退院後まで連続性のある包括的サービスの提供が確立されたため、

地域移行、地域定着を推進する精神科医療モデルを施策として提案することができる。さらに、既存の種々の医療技術、福祉資源を組み合わせたプログラムであり、職員のストレスを高めることのないため、汎用性を期待できる一方で、プログラムを支えるための診療報酬が十分ではないという課題を明らかにすることができた。

A. 研究目的

平成27年の厚生労働省の報告から推計すると、同年に精神科病院を退院した1年以上（長期）入院者数は4.5万人であり、新規入院で新たに長期となる者が5.1万人おり、総体として平成24年は約19.7万人、平成28年は約17.9万人という長期入院者数に大きな変化はない。平成26年度の精神保健福祉法の改正により、医療保護入院患者の入院長期化を防ぐために病院管理者に退院促進のための体制整備が義務付けられた。地域移行・地域定着に効果的な退院促進プログラムの作成が求められる^{1)、2)}。

千葉大学病院精神神経科及び同大学社会精神保健教育研究センターでは、入院時から円滑な地域移行・地域定着を目指した1年未満の退院を支援する診療モデル『New Long Stay 防止統合プログラム』（以下、プログラム）を平成27年に立案し、平成29年2月より千葉市内の200床規模の民間精神科である医療法人学術会木村病院（以下、木村病院）での実践を主導している³⁾。地域移行・地域定着が進まない原因の一つに、退院後生活環境相談員の人員

配置が、専門性と配置数で十分でないことが挙げられ、プログラムでは、精神保健福祉士（以下、PSW）が退院後生活環境相談員として専従しチームマネージャーとなる。また、入院時に入院長期化につながる退院阻害因子を評価し、それに基づきケアチームが既存の種々の医療技術、福祉資源を組み合わせ、多職種協働モデルに基づいた包括的な入院診療パッケージを構築できる（資料1、2、3）。

本研究では、このプログラム導入前後における退院促進・地域移行・地域定着について分析し、有効性を明らかにする。また、プログラム実施下での職員の実務量や業務負担の変化を明らかにし、既存の精神科病院運営上の人的・医療経済的課題を抽出し、他施設で導入するに当たっての課題を提示し、本プログラムの汎用性を確立することを目的とする。

B. 研究方法

本研究では、『New Long Stay 防止プログラム』導入前後各2年間（平成26-27年度と平成29-30年度）について比較するミラーイメージ研究を通し

て、本プログラムの有効性や課題を検討し、さらに汎用化に関する方法の開発や課題を探る。

1) 木村病院へのプログラムの導入(伊豫、渡邊、木村、小松)

平成 28 年度をプログラム導入準備期間とし、平成 29 年 4 月以降にプログラムを導入し、導入以降はプログラム通りに運用できているか定期的に確認する。

2) プログラム導入による臨床アウトカムの検証 (アウトカム分析研究;伊豫、小松)

・プログラム導入前後 2 年間(平成 26-27 年度と平成 29-30 年度)における診療統計結果を比較する(以下、平成 26 年 27 年をプログラム未試行群、平成 29-30 年度をプログラム群)

診療統計結果は、3 ヶ月退院率、12 ヶ月退院率、再入院率、退院後 3 ヶ月以内再入院率、精神科病床数、平均在院日数、退院後外来継続率、1 日処方薬剤数、クロルプロマジン換算抗精神病薬処方量、持効性筋注製剤投与率などを調査する。

3) プログラム導入の医業経営や労務管理への影響の調査分析(医業経営・労務分析研究)(渡邊、木村)

・平成 30 年度にプログラム導入前後およびプログラム導入準備期間(平成 28 年度)の医業収支、業務時間(人時・人日)、職場のストレス尺度評価、職場の快適度チェックシートなどを調べる

4) 他精神科医療機関へのプログラム導入の支援に関する研究

(汎用化に関する研究)(渡邊)

千葉県や千葉市の精神保健福祉関係の行政職員や、旭中央病院、学而会木村病院の医師、PSW、訪問看護師、デイケア担当職員、ピアサポーター等の専門技術提供を得て、地域移行・地域定着の方法論共有のための公開講座・研修会、ワークショップ等を主催、または関連学会、研究会、行政等主催の講演を行う。それらを通じて、本プログラム導入の動機づけやインフォーマルネットワークの構築、実践技術の向上を図る。全ての定量的データの統計解析には EZR⁴⁾ を使用した。

なお、本年度は平成 30 年度、令和元年度に続き抽出された臨床アウトカムのデータと汎用化研究について報告する。臨床アウトカム、経営労務分析結果とそれらの考察についての詳細は、平成 30 年度-令和 2 年度の総合研究報告書を参照されたい。

(倫理面への配慮)

本プログラムはすでに本邦の保険医療として認められている既存の診療技術を集学的な治療支援パッケージにしたものであり、1 つ 1 つの治療・ケア・支援・相談業務に関して何ら実験的な要素を含まない。しかし、従来の治療ケアとの比較のために、個人を特定しない範囲で、情報の集積を行う可能性があり、研究の実行に際しては、千葉大学及び実行施設である学而会木村病院の倫理委員会の承認を得ている。(千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会 No. 3176) (医療法人

学会会木村病院倫理委員会 審査結果通知書 No. 2018-03)

実行施設では、研究告知ポスターを用いて、広く患者家族に周知している。

C. 研究結果

1) 木村病院へのプログラムの導入

プログラムは、木村病院の精神科救急入院料病棟(48床)に平成29年4月に完全に組み込まれていることを確認した。

2) プログラム導入による臨床アウトカムの検証

平均年齢、疾患別割合、平均入院日数において両群間で統計学的有意差は認めなかった($P < 0.05$)。一方で、プログラム群で非自発入院者数の割合と精神科救急システム経由入院の割合が統計学的に有意に増加していた(両項目ともに $p < 0.001$)。入院後12ヶ月時点の退院率は、プログラム導入後の平成30年に100%となり、1年以上の入院期間を有する患者(New Long Stay)は防止された(表1、図1)。プログラム群の入院時に評価した退院阻害因子のうち、入院前の迷惑行為が救急病棟入院患者全体(45.6%)、医療アドヒアランス不良(30.6%)とセルフネグレクト(24.6%)が比較的高値であった。暴力または迷惑行為、セルフネグレクトを有すると評価された患者や家族・同居者が退院後の受け入れに消極的であると評価された患者は、無いと評価された患者と比較して入院期間が長かった(表2)。

プログラム未施行群とプログラム群の退院後の再入院をイベントとする生存曲線を作成し、再入院までの期間をlog-rank検定で比較した(図1)。入院患者全体では両群に有意差は認めなかったが、非自発入院患者において有意差を認めた。退院後1年間の地域生活日数(第6期障害福祉計画の目標値は、316日以上)、プログラム未施行群が337.5日、プログラム群が341.5日であり、統計学的有意差は認めなかった。

千葉大学医学部附属病院精神神経科と実行施設である精神科病院との間で、難治性精神疾患患者の治療連携システムが構築された。平成29年度、平成30年度に同治療連携システムを利用し木村病院から千葉大学医学部附属病院精神神経科へ2名が転院した。2名共に入院期間(木村病院入院日から千葉大学医学部附属病院退院日までの期間)は1年以内であり、難治性精神疾患のNew Long Stayは防止できていることを確認した。

3) プログラム導入の医業経営や労務管理への影響の調査分析

プログラム導入後、PSW3人をプログラム実施病棟専属としたことにより、PSW人が担当する患者が37名から16名に減少した。患者一人当たりの退院後1年間の外来医療費と入院医療費を合算の差を算出するとプログラム導入後に14万7975円減少した(表3)。

病院全体の医業収支に関しては、表3で示すような収支バランスとなり、病床を59床減少しても、それを反映した人件費（給与費）の縮減は困難であった。

木村病院の労務分析を評価するために、労働安全衛生法の一部を改正する法律により、平成27年12月1日から施行されることになった、常時使用する事業所の労働者に対して行うストレスチェック集団分析結果を活用した。同院では平成28年度から集団分析を実施している（表3.1、3.2）。

ストレス尺度の数値の評価法について、①量的負担は、数値が大きいほどストレス因子として大きい。一方、②仕事のコントロール、③上司の支援、④同僚の支援については、数値が小さいほどストレス因子として大きいことを表す。また、健康リスクは、量-コントロール判定図、職場の支援判定図、総合健康リスクとも、全国平均を100としたときに数値が大きいほどリスクが高いことを表す。

全職員を対象とした分析結果では、平成29年度と平成30年度を比較して、量的負荷は7.9→8.1と若干増えている反面、仕事のコントロールは7.3→7.6とコントロールしやすくなっており、上司の支援は7.2→7.6と0.4ポイント増え、一方で同僚の支援は8.2→8.0と前年度を下回った。総合健康リスクでみると、プログラムが導入されていない平成28年度の総合健康リスクは105と全国平均よりやや高く、平成29年度は全国平均と同じ100で

あったが、平成30年度は97とやや総合健康リスクでみると、全国平均と比べて、若干リスクが減少しているものの、両者の差は小さい。

この結果から、プログラム導入後のストレス負荷は、救急患者の受け入れが増加しても大きな変化はなく、全国平均と同等であった。

4) 他精神科医療機関へのプログラム導入の支援に関する研究（汎用化に関する研究）

令和2年度は新型コロナウイルス対策のため精神科病院への職員以外の出入りを抑制せざるを得ない施設が多く、直接的な導入支援自体が困難な状況となった。

これらの状況を受け、精神科救急算定病棟を有する他精神科医療機関では、本プログラム同様の多職種連携・協働をどのように行っているのか、ケースを担当する職種の違いはあるのか、担当患者数などについての実態をアンケート調査によって把握することとした。

精神科救急算定病棟を有する私立精神科病院113施設（2020年5月31日時点）の病院管理者宛に、アンケート及び本プログラム概要を示す資料を送付した（資料1、4）。その結果、回答を得た30施設の2019年度実績データをもとに統計解析を行った。

結果についての詳細は表4～8に示す。表4から、救急算定病棟の届け出病床数は59床、救急病棟への年間入院者数は339人、救急病棟担当PSW数は3人、時点PSW対応患者数23人、年間P

SW 対応ケース数は 132 件 (以上全て中央値) であった。

表 5 から、退院後生活環境相談員が P SW のみであるのは 26 施設、病棟への入院手順を有するのが 25 施設であった。また、入院時の連携窓口をどの職種が第 1 に行うかについての設問では、PSW と答えた施設が 27 施設と最多であり、以下第 2、第 3 に医師、看護師が加わるという実態であった。第 1 連携窓口が固定している施設が 14 施設、交代制としている施設が 14 の半々となった。それに対して第 2 連携窓口担当は固定制が 7、交代制が 3 と固定制が多く、例えば第 2 連携窓口が『病棟医長』や『病棟師長』などの役職者となっていることが伺われた。第 1 の入院決定者は医師と答えた施設が 25、P SW が 3、看護師が 1 と続いた。第 2 の入院決定者は看護師と答えた施設が 10 と最多で、第 3 の決定者で PSW と答えたところが 5 施設であった。このように入院時の連携窓口には PSW が主力となっている反面、入院決定に関しては PSW に権限は付与されておらず医師、看護師の次に位置することがわかった。

ベッドコントロールの決定職種についての第 1 は看護師と答えたところが 20 施設と最多であるが、医師と答えた施設も 8、PSW と答えたところはわずか 2 施設であった。第 2 の決定職種としては医師と答えた施設が 8、看護師が 7、PSW は 4、第 3 の決定職種は PSW が 4 であった。また、ベッドコントロールの決定職種が固定制か交代制

かの問いには、第 1 職種が固定しているところが 19 施設、交代制が 9 施設であった。第 2 職種も固定が 12、交代が 5 とやはり固定制が多く、ベッドコントロールの決定権を持っているのは、病棟の上席看護職であることが伺われた。

表 6 から、ベッドコントロール会議の頻度は、毎日行っている施設が 17 と最多であり、毎週 1 回が 8 と続いた。入院患者についての診療カンファレンス開催の有無では、“毎週”が 17 施設と最多、続いて“毎日”が 6 施設であった。月 1 回 (2 施設)、行っていない (2 施設) という回答も認められた。入院患者についてのカンファレンス参加者数は 15 人 (中央値) であった。

入院患者ごとの個別治療チーム (ITT) の導入を行っているところが 18 施設、ITT 構成職員数は 5 人 (中央値) であった。ITT を実施していない 12 施設について、その理由を尋ねたところ、『診療に支障がない』との回答が 12 と最多、次に『ミーティングの時間確保が困難』が 5 と続いた。本プログラムの概要を示した上で、導入についての問題点を尋ねたところ、『すでに同様の手順がある』が 14 と最多、以下『ミーティングの時間確保が困難』が 7、『PSW の負担が大きい』が 6、『かえって非効率的』が 2 という回答であった。

表 7 では、入院患者についてのカンファレンス参加職種をまとめた。回答を得た 28 施設中では、医師、看護師、

PSW、作業療法士という組み合わせが7施設と最多、左記の職種に心理師が加わる施設が4施設と続いた。その他栄養士、薬剤師などが参加する施設がみられるが、訪問部門やデイケア職員、外部機関等、退院後支援を担当する職種の参加は1箇所ずつに限られており、地域移行や定着を念頭に置いたカンファレンスとなっているかどうかについては、検討の余地があり、これらの職種や外部機関を含めた情報共有や連携の有無で、New Long Stay 患者数や地域生活日数に違いが生じるかどうかについて明らかにしていく課題が明確となった。

表8では、ITT構成職種をまとめた。ITTを実施している18施設からの回答において、医師、看護師、PSWの3職種編成が4施設、左記を基本構成職種として、作業療法士が加わる施設が4、作業療法士にさらに心理師が加わる施設が3と続いた。表7同様、ITT構成職種においても、デイケア職員や訪問、外部機関の参加は少なかった。

D. 考察

プログラム導入により、New Long Stayは防止され、退院後12ヶ月時点の再入院率は、全国平均37%より低い約28%に抑えることができていた。さらに、プログラムにより患者一人当たりの1年間の医療費が減額できる可能性が明らかとなった。入院医療費の減少の程度と比較して、外来医療費の増加は少なかった。

一方で、木村病院では、療養病棟入院中の長期在院患者を退院促進で地域移行を進め、2014年度と2018年度を比較すると、59床減床し、病院全体での延べ入院患者数も減った。しかし、千葉県精神科救急基幹病院として、県内の精神科マクロ救急業務に積極的に協力し、救急病棟の算定基準を満たし、精神保健福祉法を遵守した業務遂行を行うに当たり、精神保健指定医や正看護師の確保、地域以降・地域定着の推進のための訪問看護部門の新設など、一定の専門的資格をもった医療職の雇用を維持、拡充する必要が生じた。また、事務部門や検査部門などの間接部門は、もともと少人数での編成であり、入院患者が減少してもさらに削減することは不可能で、病床削減によってのスケールメリットも低下することがわかった。このように、病床削減に呼応して職員をへらすことは困難であり、結果として人件費（給与費）は縮減できない結果となったと考えられる。

労務管理の観点からみると、ストレスチェック集団分析の結果から推測すると、本プログラム導入により、マクロ救急からの救急患者の入退院が増加し、仕事の量的負荷は若干増えたものの、仕事のコントロール度がそれを上まって増加しており、結果として、職場のストレスによる健康リスクは全国平均と同等と著しい増大には至らなかった。このことから、プログラムに内在する医師以外の職種の裁量権の拡大やITTでの多職種協働による

協力体制や責任分散や同僚間での支援などが、組織感情を改善し、良好な労働環境の維持に一定の効果をもたらしているかもしれない。

New Long Stay 防止及び再入院予防のためのプログラムは、患者一人当たりの1年間の入院医療費を減少させる一方、病院経営収支においては病院全体の外来延べ外来患者数、新入院患者数が増加しても、病床削減のため病院全体の延べ入院患者数が減少し、さらに人件費を増加させるため、現状の診療報酬体系下では、医療機関の医業収支を不安定とさせる

表 4～8 までの結果をまとめると、アンケートに回答いただいた 30 施設においては、本プログラムで想定している人員数とほぼ同様の病棟専属 PSW を有しており、ケースロードも概ね 20 前後としていること、救急病棟への入院手順を持っており、入院時連携窓口は第 1 には PSW が担っていることなど、本プログラムとの類似点が認められた。

その一方で、入院決定やベッドコントロールについては医師や看護師の権限が強く、PSW が決定に関わる施設はまだ少ないことが示された。

入院患者についての診療カンファレンスに関しては、毎週行っている施設が 17 と最多であり、多くの職種の参加で開催されていることがわかるが、退院後の地域定着支援に重要なデイケアや訪問を担当する職員の参加はきわめて少なかった。

しかし、本プログラムと同様の手順を持って運用していると認識している施設が 14 と回答の約半数を占めており、新しいプログラムの導入へのニーズは乏しいことが伺われた。また本プログラム運用による時間生産性の低下（ミーティングの時間確保困難）や PSW への労務負担を懸念する回答も認められた。

本アンケート調査の限界として、回答率 26.5% (30/113 施設) と低い回答率にとどまったこと、回答いただいた施設は、本プログラム同様の救急病棟入院の仕組みをすでに実装していることが示されたことから、本結果は、113 施設全体の標準的な実態を代表していない可能性が示唆された。

今後は、入院患者についてのカンファレンスや ITT への、地域生活支援を担当する職種や外部機関職員などの参加職種の違いによる、地域生活日数など種々の臨床アウトカムの相違について、さらなる検討が必要と考えられた。

E. 結論

本研究の臨床および経営分析の結果から、New Long Stay 防止及び再入院予防に効果的なプログラムは、患者一人当たりの医療費を減額できる可能性がある一方、人件費の増加により医療機関では医業収支を不安定とさせることが明らかとなり、この結果は、入院患者の地域移行・地域定着が進まない理由の一つの証左となっていると推測する。

精神科入院医療においては、入院時から地域生活を支えるための障害福祉サービス事業を行う者や行政との連携が求められる。その中心的役割を担う退院後環境相談員には、専門職の適正配置が必要である。患者にとって有用と考えられる医療介入が診療報酬に支えられるように見直すには、今後さらに、地域移行、地域定着に資する取り組みを医療だけでなく福祉の面からも退院から入院後までの一連のデータ収集を行い詳細な分析を行うことが必要である。

文献

- 1) 退院支援のための多職種チーム構築と実践 精神科医の立場から. 精神科治療 29:19-24, 2014
- 2) 千葉県東部における精神保健の取り組み-精神科多職種アウトリーチと中核地域生活支援センターとの連携-. 精神科臨床サービス 12 : 216-220, 2012
- 3) 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 24 : 31-34, 2020.
- 4) Kanda Y. Investigation of the freely available easy-to-use software ‘EZR’ for medical statistics. Bone Marrow Transplant. 2013;48:452-8.

F. 研究発表

1. 論文発表
 - 1) 渡邊博幸 : 入院治療から地域医療へ : 長期入院者の退院支援にどう取り組むか?. こころの科学 210 : 60 - 65, 2020.
 - 2) 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 24 : 31-34, 2020.
 - 3) 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 : 393-398, 2021.
 - 4) 鈴木耕輔、木村大、渡邊博幸 : 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 : 279-285、2021
 - 5) 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 : 2021 (印刷中) .

2. 学会発表

- 1) 伊豫雅臣. ドパミン過感受性精神病 (DSP) の概要. シンポジウム 54. 再考 : 統合失調症急性期治療 — リアルワールドエビデンスと RCT との対比. 第 116 回日本精神神経学会 20200929.

H. 知的所有権の出願・取得状況

1. 特許取得:なし
2. 実用新案登録:なし
3. その他:なし

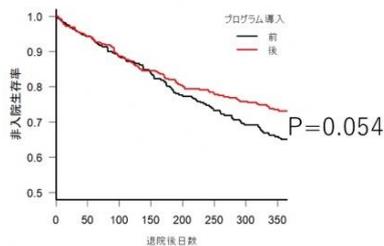
表1. プログラム導入前後の患者背景

			プログラム 未施行群	プログラム群
入院患者数 (入院総数)	人		431 (488)	461 (533)
平均年齢	年 (標準偏差)		48.3 (17.0)	49.3 (16.0)
疾患別割合	F0	%	1.9	3.7
	F1		3.3	3.0
	F2		63.1	61.4
	F3		8.4	11.1
	F3 (F31以外)		14.2	14.5
入院形態	非自発入院	%	57.8	75.1
精神科救急システム経由入院		%	7.7	22.8
平均入院日数	日 (標準偏差)		62.6 (92.2)	61.3 (79.4)
退院率	3ヶ月時点	%	94.4	97.0
	12ヶ月時点	%	98.8	99.1
再入院率	12ヶ月時点	%	35.7	27.9

図 1. 退院後の再入院率

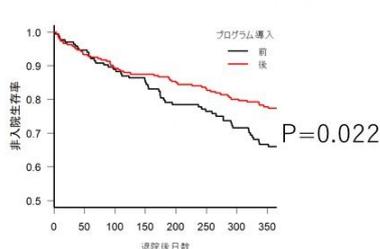
【救急病棟入院患者全体の再入院率】

		プログラム前 N=312	プログラム後 N=358	NDB N=24,781
再入院率	3か月以内 %	10.8	9.3	23
	12ヶ月以内 %	36.5	28.0	37



【非自発的入院患者の再入院率】

		プログラム前 N=182	プログラム後 N=278
再入院率	3か月以内 %	10.9	9.2
	12ヶ月以内 %	35.6	23.9



$$*再入院率 = \frac{\text{再入院患者数}}{\text{入院患者数} - \text{脱落者数}}$$

表2. プログラム群の入院時退院阻害因子と入院期間

変数	N	%	入院期間中央値	P値	
暴力	あり	38	15.1	77 (61-87)	0.0403
	なし	214		57 (49-65)	
自傷	あり	31	12.3	51 (37-64)	0.115
	なし	221		64 (54-74)	
自殺	あり	25	9.9	43 (37-75)	0.303
	なし	227		63 (55-71)	
迷惑行為	あり	120	45.6	71 (56-79)	0.033
	なし	132		57 (43-65)	
物質乱用	あり	13	19.4	27 (15-49)	0.0002
	なし	239		64 (56-73)	
セルフネグレクト	あり	62	24.6	74 (64-85)	0.0326
	なし	190		55 (48-64)	
多飲水. 水中毒	あり	4	1.6	77.5 (29-NA)	0.766
	なし	248		60 (53-69)	

変数	N	%	入院期間中央値	P値	
医療アドヒアランス不良	あり	76	30.6	75 (63-85)	0.0625
	なし	176		54 (46-64)	
重篤な身体合併症	あり	7	2.8	49 (3-NA)	0.056
	なし	245		61 (54-71)	
社会資源の活用 に消極的	あり	3	1.2	92 (NA-NA)	0.237
	なし	249		60 (53-69)	
家族. 同居者の退院受け入れ困難	あり	36	14.3	85 (66-91)	0.00115
	なし	216		58 (50-64)	
経済的困難	あり	16	6.3	59 (23-71)	0.0678
	なし	236		61 (53-72)	

表3.1. 経営分析

		プログラム導入前		プログラム導入後		
		平成26年度	平成27年度	平成29年度	平成30年度	
外来	外来診療日数(日)	293	294	293	292	
	述べ患者数(人)	27153	28497	29491	31206	
	一日平均患者数(人)	96.7	96.9	100.7	107.2	
	新患者数(人)	336	345	411	468	
	外来/在院比率	53.2	65.8	86.8	110.09	
入院	全病棟	定床(床)	227	227	197	197(休床29)
		一日平均在院患者数(人)	174.1	147.3	118.2	105.4
		病床利用率(%)	74.4	63	58.9	58
		平均在院日数(日)	199.8	171.2	118	94.6
		平均年齢全体(歳)	60	61.3	55.5	52.7
	プログラム 実施病棟	病棟規格	精神科急性期治療病棟	精神科急性期治療病棟	精神科救急入院科病棟	精神科救急入院科病棟
		定床(床)	48	48	48	48
		平均在院日数(日)	58.4	60.3	61.5	58.6
		非任意入院(%)	52.6	60.5	70.7	75.1
		看護師配(患者数対)	13対1	13対1	10対1	10対1
	精神保健福祉士(患者数対)	227対6	227対6	48対3	48対3	
患者一人当たりの 退院後1年間の医療費	入院医療費(円)		3,224,511		2,983,715	
	外来医療費(円)		200,661		293,482	
医業経営に係る費用におけ る導入前後の平均値の差	医業収益(円)			-42,786,429		
	医業費用(円)			20,173,082		
	給与費(円)			40,011,781		
	給与比率(%)			2		

表3.2. 労務分析

			プログラム導入前	プログラム導入後	
			平成28年度	平成29年度	平成30年度
ストレス チェック 集団分析	総人数		111	111	107
		男性	38	36	37
		女性	73	75	70
	尺度	量的負荷	8.2	7.9	8.1
		コントロール	7.3	7.3	7.6
		上司の支援	7	7.2	7.6
		同僚の支援	8.1	8.2	8
	健康リスク	量-コントロール	101	99	97
		職場の支援判定図	104	102	100
		総合健康リスク	105.5	100	97

表4. 精神科算定病棟を有する精神科病院アンケート結果1

	中央値	平均値（標準偏差）	木村病院
届け出救急病床数	59 床	68 (26.8)	48
救急病棟年間入院者数 (欠損値 n=3)	339 人	378 人 (140)	313
救急病棟担当医師数 (欠損値 n=5)	5 人	5.5 人 (2.7)	5
救急病棟正看護師数	31 人	36 人 (15)	24
救急病棟担当 PSW 数	3 人	3.3 人 (1.6)	3
時点 PSW 対応患者数	23 人	21.3 人 (4.8)	16
年間 PSW 対応ケース数	132 件	130.4 件 (41.1)	104.3

精神科救急算定病棟を有する私立精神科病院 113 施設にアンケート配布

回答のあった 30 施設をもとに統計解析。データは 2019 年度の実績

救急算定病棟 1 病棟：22 施設 2 病棟：8 施設からの回答

表5. 精神科算定病棟を有する精神科病院アンケート結果2

	30施設の合算			木村病院
退院後生活環境相談員	PSWのみ：26施設	PSW 外も：4施設		PSWのみ
相談員担当患者数	中央値 22人	平均 26人 (SD13)		16人
入院手順の有無	有り：25施設	無し：5施設		有り
入院時連携窓口	第1 PSW27施設 (医師1, 看護師1)	第2 医師3, 看護師8	第3 医師2, 看護師1	PSW 医師
連携窓口対応者 固定/交代制	固定14/交代14	固定7/交代3	固定1/交代1	交代制
入院決定者	第1 医師25施設 PSW3, 看護師1	第2 看護師10 医師2, PSW2	第3 PSW5 看護師1	医師 PSW
入院決定者 固定/交代制	固定13/交代15	固定5/交代7	固定2/交代4	交代制
ベッドコントロール	第1 看護師20施設 医師8, PSW2	第2 医師8 看護師7, PSW4	第3 PSW4 医事課1	医師 看護師 PSW
ベッドコントロール 固定/交代制	固定19 交代9	固定12 交代5	固定3 交代1	交代制

表6. 精神科算定病棟を有する精神科病院アンケート結果3

	30 施設の合算			当院
ベッドコントロール 会議の頻度	①毎日：17 施設 うち1日2回が2	②毎週：8		毎日2回 午前回診と 12：50の会議
入院カンファの頻度	①毎週：17	②毎日：6	③毎月：2 なし：2	毎週
入院カンファ参加者 数	中央値 15 人	平均値 14 (SD8.1)		30
個別治療チーム ITT 導入	あり：18 施設	なし：12 施設		あり
ITT 構成職員数	中央値 5 人	平均値 6.3 (SD3.9)		4-5
ITT を行わない理由	診療に支障なし ：12	ミーティングの時 間確保が困難：5	多職種職員少なく ITT 編成困難：1	
本プログラムを導入 する場合の問題点	①すでに同様の 手順あり：14	②ミーティング 時間確保困難：7 ③PSW の負担 が大きい：6	④かえって 非効率的：2	

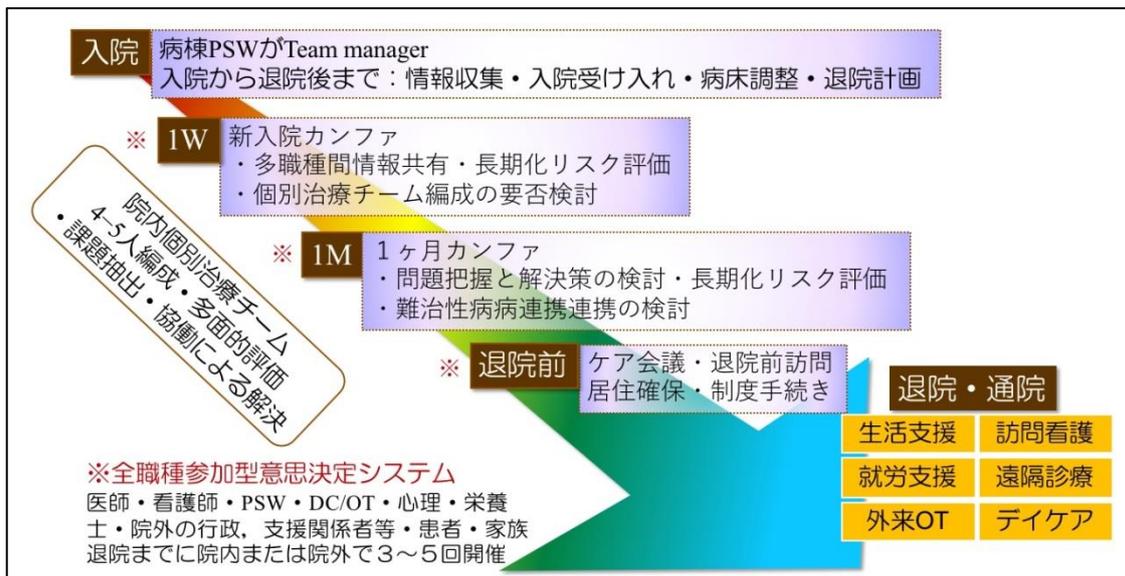
表7. 精神科算定病棟を有する精神科病院アンケート結果4
入院カンファレンス参加職種

医師	看護師	PSW	作業療法士	心理師	薬剤師	デイケア職員	訪問	栄養士	事務職	外部 機関	施設数
○	○	○	○	○	○						2
○	○	○	○	○				○			1
○	○	○	○	○							4
○	○	○	○		○			○			1
○	○	○	○			○					1
○	○	○	○					○			1
○	○	○	○							○	1
○	○	○		○	○						1
○	○	○		○			○				1
○	○	○		○					○		1
○	○	○	○								7
○	○	○						○			1
○	○	○									2
	○	○	○								1
○											3
										計	28

表8. 精神科算定病棟を有する精神科病院アンケート結果4
個別治療チーム構成職種

医師	看護師	PSW	作業療法士	心理師	薬剤師	デイケア職員	訪問	栄養士	事務職	外部 機関	施設数
○	○	○	○	○	○			○			1
○	○	○	○	○							3
○	○	○	○		○			○			1
○	○	○	○		○						1
○	○	○	○				○				1
○	○	○	○							○	1
○	○	○	○								4
○	○	○									4
○	○										1
	○										1
										計	18

資料1. プログラム概要



資料 2. プログラム運用のチェックリスト 1

入院時のアクションと多職種カンファレンスの開催

治療期	チーム構成・多職種カンファレンスの開催 ①	①の備考	実施すべきアクション②	②の備考
入院時	<ul style="list-style-type: none"> ○担当医の決定 ○担当PSWの決定 ○プライマリ看護師の決定 	その日の病棟当番医がそのまま担当するなど その日の救急病棟担当PSWがそのまま担当するなど	早期退院のための退院阻害因子の明確化 (入院時スクリーニングシートの記入*) *2019年4月以降は、「入院時・1ヶ月後・退院時評価シート」を使用	シートは電子カルテの文書キャビネットに内蔵しています。
入院 1週間 以内	<ul style="list-style-type: none"> ○新入院多職種カンファレンスの開催 (参加者は、当法人に勤務するPSW、医師、精神科救急病棟看護師、外来看護師、心理師、作業療法士、デイケアスタッフ、訪問サービスタッフ、栄養士、薬剤師、ピアスタッフ他) 	30名前後が参加する場所を毎週確保しておく必要があります。 曜日や時間帯は全職員が集まりやすい曜日(会議日など)に設定しておくとい良いでしょう。	カンファレンスの運営例： ・担当医は、カンファレンス開催日までに、電子カルテの『新入院カンファレンス』フォーマットを利用し診療情報を記載する。 ・PSWが進捗管理と会議の司会進行を行う。 ・書記は心理士または看護師が担当する。 ・担当医等が電子カルテ、スクリーニングシート等を用いて報告。 ・多職種で診療情報の補足、共有と、退院阻害因子の特定、入院長期化リスクの評価、ITT編成の必要性を検討し、全職種で治療方針を決定する。	新入院カンファレンス用電子カルテフォーマットの項目例 「現病歴・病名・治療方針・予定入院期間・退院先」
	<ul style="list-style-type: none"> ○個別治療チーム：ITT(4-8名)の編成 (作業療法士は救急病棟担当などが該当) 	新入院カンファレンス後に編成することが多いですが、場合によっては入院後速やかに編成することもあります。	担当医師と担当PSWはITTを編成するためのスタッフを選び、打診、了解を得ること。	外部支援機関の職員を交えても良い。
入院 1ヶ月 (28-35日)後	<ul style="list-style-type: none"> ○1ヶ月多職種カンファレンスの開催 (参加者は、当法人に勤務するPSW、医師、精神科救急病棟看護師、外来看護師、心理師、作業療法士、デイケアスタッフ、訪問サービスタッフ、栄養士、薬剤師、ピアスタッフ他) 	30名前後が参加する場所を毎週確保しておく必要があります。 曜日や時間帯は全職員が集まりやすい曜日(会議日など)に設定しておくとい良いでしょう。 円滑な会議運営と業務負担の軽減に考慮し、新入院カンファレンスに続けて行うのが良いと思います。	カンファレンスの運営例： ・担当医は、カンファレンス開催日までに、電子カルテの『1ヶ月カンファレンス』フォーマットを利用し診療情報を記載する。 ・PSWが進捗管理と会議の司会進行を行う。 ・書記は心理士または看護師が担当する。 ・担当医等が電子カルテ、スクリーニングシート等を用いて入院経過や退院阻害因子の変化を報告。 ・多職種で診療情報の補足、共有と、退院阻害因子の解決策を検討し、さらなる治療支援リソースの導入を提案する	1ヶ月カンファレンス用電子カルテフォーマットの項目例 「入院後経過・現在進行中の多職種での取り組み・今後問題になる点」

資料 3. プログラム手順チェックリスト 2

個別治療チーム：ITT等で取り組むアクション

治療期	取り組むアクション	①の備考
入院1ヶ月前後	<ul style="list-style-type: none"> □外部支援者も交えた複数回の多職種カンファレンスによる課題の検討と解決 	ITT等の構成メンバーに加え、家族、本人、外部支援機関(保健師などの行政職員、ケアマネージャー、居住支援や生活介護事業所職員、助産師、外部の訪問看護ステーション、就労支援事業所など)を交えたカンファレンスを必要に応じて院内外で行い、早期地域移行における課題を抽出し解決策を検討する。
	<ul style="list-style-type: none"> □再発・再入院予防のための薬剤最適化と持続性注射薬の積極的導入 	薬物治療適正化のための1日薬剤処方量、定期的血中濃度モニタリングの有無については、薬事委員会でを行い、月1回開催する全医師及び幹部職員が出席する医療連絡会議で報告する。
	<ul style="list-style-type: none"> □再燃兆候の早期発見と早期対応を可能とする遠隔診療ツールの導入 	対面診療を主とするが補完的に遠隔診療を導入する。
	<ul style="list-style-type: none"> □難治性精神疾患の病巣連携(高度先進医療機関との連携) 	必要に応じて高度先進医療機関である千葉大学医学部附属病院と病巣連携を組み、診断の再考を含め入院加療を依頼する。 (依頼先は、千葉大学医学部附属病院精神神経科病棟医長宛)
退院2-4週間	<ul style="list-style-type: none"> □地域移行、地域定着のための外部機関を交えた包括的ケア会議 	ITT等の構成メンバーに加え、家族、本人、外部支援機関(保健師などの行政職員、ケアマネージャー、居住支援や生活介護事業所職員、助産師、外部の訪問看護ステーション、就労支援事業所など)を交えたカンファレンスを必要に応じて院内外で行い、地域移行、地域定着の準備を行う。具体的には、外泊日の決定、外泊先の決定、外泊中の過ごし方、退院前訪問の実施、行政や地域支援主体の退院前訪問日の決定、退院後に利用する権限の制度の手続き、退院後のアウトリーチ体制(訪問看護、居宅介護支援、行政訪問等)の確認と役割範囲、実際の訪問スケジュールの設定を行う。また、生活機能の把握と回復のための家事のシミュレーションなどを作業療法室やデイケアで行い、退院後の本人、家族の不安を軽減し、課題を解決する。
	<ul style="list-style-type: none"> □退院前訪問指導の実施 	ITT構成メンバーが実施できない場合は、他のスタッフが代行する訪問看護スタッフへの訪問看護指示と診療情報提供・引き継ぎ
	<ul style="list-style-type: none"> □退院後に利用する外部機関との具体的な包括的支援連携体制を確認・共有 	誰が、何を、いつ、どのように行うかという役割範囲を明確に計画します ITTのPSWが情報の受発信の要になります
退院時	<ul style="list-style-type: none"> □退院後支援機関・者への連絡(PSW) □退院時評価シートへの記入(医師) □外来作業療法、デイケア利用、訪問看護等の指示(医師) 	担当PSWは遅滞なく、退院後支援機関・者への連絡を取り、外来への円滑な引き継ぎをしてください。 主治医・担当医がシートに記入してください 外来電子カルテに移行しますので、利用する場合は指示を忘れないように入力

資料4. アンケート調査票

『厚生労働科学研究New Long Stay防止統合プログラムの有用性の検証と汎用性の確立（H30-精神一般-003）』

A.	2019年度の貴院の施設概要をご教示ください	病院全体	救急病棟1	救急病棟2	急性期病棟1	急性期病棟2	療養病棟	追加	病棟
1	年間入院患者数	()							
2	届け出病床数	()							
3	常勤医師 (Dr) 数	()							
4	常勤看護師 (Ns) 数 : 正看護師数でご回答ください	()							
5	常勤精神保健福祉士 (PSW) 数	()							

以下のBの質問では、救急病棟や急性期病棟を複数お持ちのご施設の場合は、圏域の精神科救急システムに最も対応している病棟1つについてお答え願います。

B.	貴院の救急病棟または急性期病棟での平日の業務運営について伺います。(救急病棟 / 急性期病棟) →どちらか1つに○で囲んでください					
6	退院後生活環境相談員はPSWのみが担当していますか?	はい	いいえ: PSW以外の担当職種名: ()			
7	退院後生活環境相談員は最大何名の入院患者を受け持ちますか?	PSWの担当患者 (名)	PSW以外の担当患者 (名)			
8	入院時の情報連携・受け入れ決定などに手順を設けていますか?	はい	いいえ			
9	入院患者の受け入れ・情報連携窓口は主に誰が行いますか (複数可)	i	ii	iii		
10	9.は当番制ですか? 担当者が固定されていますか?	i (当番制 / 固定)	ii (当番制 / 固定)	iii (当番制 / 固定)		
11	入院患者の受け入れ決定は主に誰が行いますか? (複数可)	i	ii	iii		
12	11.は当番制ですか? 担当者が固定されていますか? (例えば病棟医長等)	i (当番制 / 固定)	ii (当番制 / 固定)	iii (当番制 / 固定)		
13	ベッドコントロールは主に誰が決定しますか? (複数可)	i	ii	iii		
14	13.は当番制ですか? 担当者が固定されていますか?	i (当番制 / 固定)	ii (当番制 / 固定)	iii (当番制 / 固定)		
15	ベッドコントロール会議を行っていますか?	行っている (毎日 回・毎週 回・毎月 回)	/	行っていない		
16	入院患者についての診療カンファレンスを行っていますか?	行っている (毎日 回・毎週 回・毎月 回)	/	行っていない		
17	16.に「行っている」とお答えしたご施設のみ設問です。カンファレンスのおよその参加人数と参加職種を教えてください	() 人 参加職種 i	ii	iii	iv	vその他 ()
18	個別患者の治療についてチーム制を導入していますか?	はい	いいえ			
19	18.に「はい」とお答えしたご施設のみ設問です。チームの構成職員数とその職種を教えてください	() 人 参加職種 i	ii	iii	iv	vその他 ()
20	18.に「はい」とお答えしたご施設のみ設問です。チーム制のメリットを自由記載でお書き下さい					
21	18.に「はい」とお答えしたご施設のみ設問です。チーム制のデメリットを自由記載でお書き下さい					
22	18.に「いいえ」とお答えしたご施設のみ設問です。個別チーム制を取らない理由をお選びください。(複数回答可)					
23	別添の資料(図1)は、当方で開発中のNew Long Stay防止統合プログラムの概要です。もし、貴院でこのような多職種協働プログラムを導入するとしたら、どのような問題点がありますでしょうか?(複数回答可)					

24 設問23.に、「①」とお答えしたご施設のみ設問です。貴院で実施している救急・急性期入院診療の多職種協働の運用手順やプログラムがありましたら、下記空欄にご教示いただけますようお願い申し上げます。

この場合につきましては、さしつかえなければ、ご施設名、ご連絡先、ご担当者様のお名前を右下欄にご記載いただけますと幸いです。後日、当方より連絡を差し上げ、あらためて詳細をご教示願う場合がございます。よろしくお願いたします。

	以下は、設問24.にお答えいただいたご施設のみご記入欄です。それ以外の方は、記載不要です。
ご施設名:	
ご連絡先	
電話:	
FAX:	
e-mail:	
ご担当者様:	