

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）

「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」

（研究代表者 西大輔）

分担研究報告書

精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究

研究分担者 福田正人（群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学 教授）

研究要旨

【目的】精神疾患の入院医療において、病状および必要な労力人手 effort を適切に評価し、良質な医療の促進のインセンティブとなるための、保険診療の「重症度、医療・看護必要度」に準じた、精神疾患のための重症度指標を確立することを目的とした。

【方法】これまでの研究で得られたフィージビリティ・スタディのデータに追加解析を実施し、その結果にもとづいて重症度案を再改訂することで精神科入院患者の重症度概念を整理し、エキスパート・オピニオンを求め、世界の重症度概念と比較した。

【結果】精神科医療ニーズ（P-M）7項目と精神科心理社会支援ニーズ（P-S）7項目の合計14項目からなる「精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度」の再改訂案、およびP-M項目の23下位項目とP-S項目の10下位項目についての評価の手引き案を作成した。P-M項目は「精神的混乱」3項目（自傷・他害・日常生活）と「特別な対応」4項目（静穏化・身体合併症・専門性の高い医療・併存精神疾患）、P-S項目は「当事者の困難」4項目（病気の受け止め・治療の継続・自傷歴他害歴・人生の希望）と「地域生活の困難」3項目（衣食住・身近な支援・近所付き合い）から構成され、重症度概念の構造を明示した案となった。関連15団体に求めたエキスパート・オピニオンについて、7件の意見が寄せられた。

【考察】精神科入院患者の重症度についての疾患横断的・医療機関横断的な評価は、世界的にも取り組みが少ないテーマであることが示唆された。今後の課題として、エキスパート・オピニオンの修正提案にもとづく項目と評価の手引きのさらなる改訂、フィールド・スタディにもとづく各項目の重みづけの確定と重症度判定の基準の決定が挙げられた。

【結論】精神科医療ニーズ（P-M）7項目と精神科心理社会支援ニーズ（P-S）7項目の合計14項目からなる「精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度」の再改訂案を作成した。

【研究協力者】(五十音順)

安西信雄 (帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科 研究科長・教授)
大村重成 (医療法人緑心会 福岡保養院 理事長・院長)
奥村泰之 (一般社団法人 臨床疫学研究推進機構 代表理事)
吉川隆博 (東海大学 医学部看護学科 教授)
熊倉陽介 (東京大学 大学院医学系研究科 精神保健学)
田口真源 (医療法人静風会 大垣病院 院長)
宮田量治 (地方独立行政法人山梨県立病院機構 山梨県立北病院 院長)
村田昌彦 (独立行政法人国立病院機構 榊原病院 院長)
杠 岳文 (独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター 院長)

A. 研究目的

本研究は、令和2～3年度厚生労働行政推進調査事業・障害者政策総合研究「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」(研究代表者・竹島正)における分担研究「精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究」として行った内容をさらに発展させ、入院患者の適切な医療体制の確保について、重症度の視点から検討を行うものである。

1. 重症度概念の整理

のインセンティブ、の2点であることを明確にした。

第2は精神疾患以外についてすでに用いられている「重症度、医療・看護必要度」におけるA・B・C項目の概念構造の整理で、「重症度、医療・看護必要度」とされる重症度(広義)の概念は、疾患の病状・病態の程度を表す重症度(狭義)[疾患要因]、および看護師の労力人手の程度を表す看護必要度と医師の労力人手の程度を表す医療必要度[医療者要因]、の2つの要素から構成されていることを明らかにした。

「重症度」の概念の目的と構造

【「重症度」指標 策定の目的】

- (1) 現場に必要な「労力人手effort」を適切に評価
- (2) 良質な医療の促進のインセンティブに

【「重症度」の概念】 (①疾患&②医療者 要因)

重症度(広義) 「重症度、医療・看護必要度」

- ① 重症度(狭義) : 疾患の病状・病態の程度
- ② 看護必要度 : 看護師の労力人手の程度
(医療必要度 : 医師の労力人手の程度)

「重症度」ABC項目の構造

【A項目】「モニタリング及び処置等」

- ・患者の重症度(狭義)を反映する医療行為
- ・その実施に医療者の手間がかかる

【B項目】「患者の状態等」(ADL)

- ・患者の重症度(狭義)の結果生じる状態
- ・その看護に手間をかけることが暗黙の前提

【C項目】「手術等の医学的状況」

- ・患者の重症度(狭義)を反映する手術
- ・手術の実施に医師の時間(医療必要度)

竹島班の取り組みにおいては、重症度の概念について整理を行い、2点を明らかにした。その第一は重症度の指標を確立する目的の明確化で、(1)現場に必要な「労力人手effort」の適切な評価、(2)良質な医療の促進

A・B・C項目においては、疾患要因と医療者要因とが対応していることが前提となっている。つまり、疾患要因が存在すれば、それに対して医療者から適切な労力人手effortが提供されていることが前提となっ

ている。

このことの評価は、身体疾患においてよりも精神疾患において困難が大きいと考えられる。精神疾患においては疾患要因に対して「適切な労力人手 effort」が提供されているかどうかの判定が必ずしも容易ではない場合があるからである。

2. 竹島班における重症度案

(作成、エキスパート・オピニオンにもとづく改訂、フィージビリティ・スタディの実施)

精神科入院患者の重症度案として、精神科医療ニーズ (P-M) 22 項目と精神科心理社会支援ニーズ (P-S) 12 項目およびそれらの評価の手引きの案を作成した。

その案について、精神科七者懇談会の 7 団体、精神科医療に関連する職能 5 団体、精神疾患当事者家族の 3 団体にエキスパートオピニオンを求めて改訂を行った。

この改訂案を用いて、研究分担者と研究協力者が関与する精神病床を有する 7 医療機関の 33 病棟において、2021 年 12 月から 2022 年 3 月の期間に、95 名の入院患者を対象に P-M 項目と P-S 項目について連続する 5 日間の評価を実施し、重症度評価の内容的妥当性について評定を求めた。

そのデータを解析した結果、比較的幅広い特性の患者や病状や人員配置について評価が可能であり、重症度について GAF 得点とは別の側面を評価できることが示された。

3. 本研究班での取り組み

いっぽうで今後の課題として、P-M 項目について判断基準の明確化や総合評価項目を利用して評価の負担を軽減すること、とくに P-S 項目のうち反応割合が高い項目について重症度の項目として適切であるかを検討すること、妥当性賛同割合が低かった

項目について項目の内容や評価の手引きをさらに検討すること、が挙げられた。

そこで本研究班は、竹島班におけるフィージビリティ・スタディのデータを、上記の課題を念頭において追加解析し、その結果にもとづいて重症度案を再改訂することを通じて、精神科入院患者の重症度概念を整理し、世界における重症度概念と比較することを目的とした。

B. 研究方法

1. フィージビリティ・スタディのデータの追加解析

竹島班で実施したフィージビリティ・スタディで得られたデータについて、複数の下位個別項目で構成される項目について、下位個別項目を統合した総合評価項目を用いた追加解析を行った。

下位個別項目の統合は二通りの方法で行った。ひとつは、下位個別項目を OR で統合し、少なくとも 1 つの下位個別項目で評価された場合に、総合評価項目としても有りとする解析である(「カットオフ値を不使用」)。もうひとつは、下位個別項目を AND で統合して合算し、その合計得点について重症度の指標として適切となる閾値を設定し、その閾値にもとづいて総合評価項目として有りとする解析である(「カットオフ値を使用」)。

こうした総合評価項目について、度数分布、項目間の相関、GAF 得点との相関を検討した。

2. 重症度案の再改訂

上記の追加解析の結果にもとづいて、以下の点について重症度案の再改訂を行った。(1)総合評価項目の利用、(2)カットオフ値の

使用／不使用の選択、(3)度数の高い項目の省略（ただし臨床的な意義についての判断にもとづいて省略しないことも検討）、(4)項目間相関の高い項目の統合、(5)再改訂の項目の意義の検討にもとづく項目名称の選択、(6)以上にもとづく精神科入院患者の重症度概念の再整理。

3. 再改訂案へのエキスパート・オピニオン

上記で作成した重症度項目およびその評価の手引き案を、精神科七者懇談会の7団体（日本精神神経学会、日本総合病院精神医学会、日本精神科病院協会、国立精神医療施設長協議会、全国自治体病院協議会、日本精神神経科診療所協会、精神医学講座担当者会議）、精神科医療に関連する職能5団体（日本精神科看護協会、日本精神保健福祉士協会、日本作業療法士協会、日本公認心理師協会、公認心理師の会）、精神疾患当事者家族の3団体（全国「精神病」者集団、地域精神保健福祉機構コンボ、全国精神保健福祉連合会みんなねっと）の合計15団体に送付しエキスパートオピニオンを求めた。

4. 世界における重症度概念との比較

本研究の検討過程において、海外の最新の知見を収集する必要性が考えられたため、重症度概念についての文献調査を行い、本研究における重症度案と比較した。

C. 結果

1. フィージビリティ・スタディのデータの追加解析

再解析の結果を【資料1】として示した。

カットオフ値を使用する場合、重症度として利用するための反応割合は20%未満が適切と考えると、PM1は1点以上、PM2は

3点以上、PM3は4点以上、PM6は1点以上、PS3は2点以上、PS5は2点以上、PS6は2点以上とすることが必要であった。

総合評価項目間の相関について、カットオフ値の使用／不使用の結果を比較すると、P-M項目についてはカットオフ値不使用よりもカットオフ値使用で相関が小さい場合が多く（つまり個別項目をANDで統合した方が、それぞれの項目が別の意義を有する）、P-S項目についてはカットオフ値の使用／不使用による相関の大小は相関によりまちまちであった。

GAF得点との相関は、カットオフ値不使用よりもカットオフ値使用で相関が小さい場合が多かった（つまり個別項目をANDで統合した方が、GAF得点とは別の側面を反映していた）。

2. 重症度案の再改訂

以上の結果を踏まえて再改訂した重症度案を【資料2】として示した。「精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度」は、「精神科医療ニーズ」（P-M項目）と「精神科心理社会支援ニーズ」（P-S項目）は7項目ずつから構成されている。

P-M項目は「精神的混乱」3項目（自傷・他害・日常生活）と「特別な対応」4項目（静穏化・身体合併症・専門性の高い医療・併存精神疾患）からなり、それぞれ1～4の下位項目からなるが、「日常生活」は11下位項目から構成されており、合計23下位項目からなる。

P-S項目は、「当事者の困難」4項目（病気の受け止め・治療の継続・自傷歴他害歴・人生の希望）と「地域生活の困難」3項目（衣食住・身近な支援・近所付き合い）からなり、それぞれ1～2項目で構成されており、合計10項目からなる。

精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度

精神科医療ニーズ (P-M項目) 【毎日評価】		
P-M ①	自傷	[2項目]
P-M ②	他害	[4項目]
	日常生活	(食事・排泄, 身辺処理, 対人関係)
P-M ③	静穏化	(非経口薬物による対応が必要)
P-M ④	身体合併症	(精神科治療に影響, 精神科治療に関連)
P-M ⑤	専門性の高い医療	(向精神薬是正, ECT, クロザピン)
P-M ⑥	併存精神疾患	(入院目的の精神疾患治療に困難をもたらす)
P-M ⑦		[1項目]

精神科心理社会支援ニーズ (P-S項目) 【毎月評価】			
P-S ①	病気の受け止め	(病気の理解や治療の合意が難しい)	[1項目]
P-S ②	治療の継続	(入院前)	[1項目]
	自傷歴・他害歴	(入院前, 入院契機)	[2項目]
P-S ③	人生の希望	(退院や社会復帰に積極的になれない)	[1項目]
P-S ④	衣食住	(経済的自立, 住居の確保)	[2項目]
P-S ⑤	身近な支援	(家族や支援者が不在, 治療や退院に協力できない)	[2項目]
P-S ⑥	地域生活の困難		[1項目]
P-S ⑦	近所付き合い	(近隣トラブルによる居住困難)	[1項目]

3. 再改訂案へのエキスパート・オピニオン

重症度の再改訂案については、日本精神神経学会、日本総合病院精神医学会（診療報酬問題委員会・有床委員会）、日本精神科病院協会、日本精神科看護協会、公認心理師の会、地域精神保健福祉機構コンボからエキスパート・オピニオンが寄せられた。

6 団体のうち 4 団体は、「意見なし」「賛成」あるいはケアレスミスについての指摘であった。残り 2 団体から寄せられた意見は、以下のとおりであった（順不同、文章表現は統一）。

【全体的な内容について】

・「多職種」にピアスタッフを入れても良いのではないかと。

・多職種の頻回の観察など人員配置の施設基準に影響を受ける項目があるため、現時点では、急性期入院患者には対応したものとなっているものの、それ以外の患者に対しても広く適応できる内容となっているかについては懸念がある。

・評価項目のそれぞれの重みづけについてはまだ提示がなされていない。これについては、現状を反映した十分な調査を基に、慎重な検討が必要と考える。

・隔離、身体的拘束については直接的な評価項目はないが、これらの処置について実施せざるを得ない状況にある患者については、正しく「重症」と評価されているか、今後とも検証していく必要があると考える。

【個別の項目について】

〔P-M② 他害 - 3. 暴力〕

身体にさわる、なでまわすは、暴力の項目ではなく迷惑行為の項目で評価するとあるが、暴力ではないのか。

〔P-M② 他害 - 4. 逸脱・迷惑行為〕

項目の定義に「人前で騒ぐ、ひとを驚かせる、廊下を駆け回る、徘徊する」とあるが、混乱というより、理由のある行動だと思う。人前で騒ぐ、ひとを驚かせるは、病院の中ではあまりにも何もすることがなく、このようなことをするのではないかと。また廊下を駆け回る、徘徊するについても同様。逸脱行為ということより、その人に病院の中で役割を与える、グループでディスカッションする、スポーツをするなどで、解消できるのではないかと。

〔P-M③ 日常生活 - 2. 多飲症〕

多職種で対応をすることも、薬の要因を最重要視するべきである。医師が処方を変えるだけで、体内のイオンバランスを崩すほどの水の一気飲みをやめることができる。また、病院内で心地良いことが全く無い場合、水を飲むことくらいしか心地良さを感じることがないということも要因ではないかと。多飲症のひと同士のグループ・ディスカッションで、なぜ水を一気のみするのか、処方薬の比較など、医療者や多職種の専門家が理解することが重要である。

〔P-M③ 日常生活 - 5. 拒絶〕

拒絶をする患者に、強制的な形で何かを行えば、もっと拒絶するのは当たり前である。話を拒絶する場合、周りの入院中の当事者も、何とかコミュニケーションを取ろうと努力する。本人が欲しいものは何かについて、入院前に生活の聞き取りができる場合はそれを進めるなどして、場当たりの多職種による介入ではなくしていくことが必要である。

〔P-M③ 日常生活 - 9. 多訴〕

病院経営やナース配置にも問題があると考えられる。もともと夜に具合が悪くなる人が多いのに、ナースは昼間に多いこと、医師が昼間しかいないことも要因としてある

のではない。マンパワーがあれば解決できる問題も多いはずである。

〔P-M④ 静穏化〕

精神科医療が要因となる身体合併症を避けなければ、医療のせいで死ぬことになる。他科でベッドでの絶対安静時に、色々な身体のモニタリング、体位を変える、足に弾性ストッキングをつけるなどかなり慎重なことが行われているのに、精神科では深部静脈血栓などを防ぐ対応が不十分で、安易に身体拘束などが行われても血圧測定さえ行われていない。血圧を図る程度のことで、本人がどれだけ興奮状態（アドレナリンが出ている状態）かもわかる。その程度の身体管理ができない場合、身体拘束ができる病院とできない病院に分けるべきである。

〔P-M⑥ 専門性の高い医療

－ 向精神薬の処方のは正〕

3種類以上の向精神薬を使っている場合、身体のモニタリング（過鎮静による筋肉の硬直や脱力のための睡眠時無呼吸症候群など）ができないと突然死に至る可能性がある。医療機関であればできるはずである。

〔P-S① 病気の受け止め〕

「精神科病院の中であるために治療を拒む」という評価視点も入れ込むべきである。地域に居れば、短期間の訪問治療を含め、治療を受けられる患者はいる。

〔P-S④ 人生の希望〕

「社会生活に向けた本人の態度を評価する」という言葉はスティグマとなるので、「姿勢」や「取り組み」などに表現に変更すべきである。

〔P-S④ 人生の希望〕

入院が医師や社会の都合で行われ、退院を検討する時に本人が病院にいたいと主張するなど、入院期間の長さに比例して病院に居続けたいという思いを持つ場合がある。

評価基準や判断の留意点に、入院期間を最短にしたか、入院期間に比例してそのような思いを持つ場合があることを加えた方が良い。項目名は「当事者の困難・病院経営の困難－人生の希望・絶望」が良い。

〔P-S⑥ 身近な支援 － 1. 入院時に

家族も支援者も同伴しなかった〕

「拒否する」と「電話でしか取ろうとしない」を同一にするのには疑問がある。「電話でしかとろうとしない」は、「電話では対応する」とすべきでは。

4. 世界における重症度概念との比較

世界における重症度概念を文献により調査したところ、Gonzalesら（2022）の総説が現状を総括していた [1]。

この総説は、世界的に広く用いられている「重度精神疾患 serious mental illness (SMI)」をテーマとしている 788 論文を検討したものである。SMI について、定義が明示されていたものは 15%に過ぎず、59%では定義はなく、26%では例が示されるに留まっていた。SMI の属性として挙げられていたのは、精神疾患診断であるものが 37%と大半を占め、第 2 位の機能障害の 9%を大きく上回った。SMI の対象疾患となっていたのは、統合失調症・統合失調感情障害 62%、双極性障害 52%、うつ病 34%、統合失調症以外の精神病性障害 33%であった。

D. 考察

1. 本研究の成果

精神科入院患者の重症度について、2020～21年度の取り組みにもとづいて、フィージビリティ・スタディのデータを追加解析することで、精神科医療ニーズ (P-M) 7項目と精神科心理社会支援ニーズ (P-S) 7項目

目の合計 14 項目からなる「精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度」の再改訂案およびその評価の手引き案を作成した。

P-M 項目は「精神的混乱」3 項目（自傷・他害・日常生活）と「特別な対応」4 項目（静穏化・身体合併症・専門性の高い医療・併存精神疾患）からなり、P-S 項目は、「当事者の困難」4 項目（病気の受け止め・治療の継続・自傷歴他害歴・人生の希望）と「地域生活の困難」3 項目（衣食住・身近な支援・近所付き合い）からなっており、重症度概念の構造を明示した案となった。その評価の手引きを、P-M 項目の 23 下位項目と P-S 項目の 10 下位項目について作成した。

この案について関連する 15 団体にエキスパートオピニオンを求めたところ、賛同の意見とともに修正提案を得ることができた。

こうした取り組みについて世界的な状況を文献から確認したところ、重度精神疾患 SMI という概念が広く用いられているが、定義が明確でないことが多く、概念の属性は精神疾患の診断名になっている場合が大半であった。本研究は、精神科入院患者の重症度について疾患横断的・医療機関横断的に評価することを目指したものである点で、世界的にもまだ取り組まれていないことが示唆された。

2. 今後の課題

本研究について今後に残された課題は、以下のとおりである。

第一は、重症度案と評価の手引き案のさらなる改訂である。エキスパート・オピニオンの修正提案にもとづいて、項目と手引きの見直しの検討が必要となる。

第二は、各項目の評価の重みづけと、重症

度判定基準の決定である。現在の案では P-M 項目と P-S 項目の 14 項目が列記されるに留まっているが、重症度の評価にあたっては各項目の重みづけを確定し、それにもとづいて重症度判定の基準を決定する必要がある。これらを進めるためには、臨床現場での実行可能性の検討を含むフィールド・スタディが必要となる。

3. 精神疾患の重症度からの示唆

精神疾患の重症度評価を確立するこの分担研究の最終的な目的は、「良質」な入院医療の提供に資することである。

この「良質」という意味を突き詰めると、それは「患者の病状や心理社会状況に個別に対応し、当事者の価値観や希望を尊重する医療」、「そうした個別的な対応に必要な労力人手 effort をかける医療」、「最終的に退院を可能とする医療」である。

これらは、特別な医療ではなく、「現場で目指されているごく当たり前の医療」である。「良質」とは「現場で目指されているごく当たり前」のことを、忠実に実現することであること、しかしそれが臨床の現場で実現するにはさまざまな困難があることが浮き彫りとなった。

「良質な」精神科入院医療とは何か？

- ▶ 患者の病状や心理社会状況への「個別的な」対応
当事者の価値観や希望を尊重する医療
- ▶ 個別的な対応に必要な「労力人手」をかける
〔精神科的病状〕 精神療法（医師）
多職種カンファレンス
〔心理社会状況〕 ケア会議
（多職種・医療機関外）
- ▶ 退院がアウトカム（入院は「社会的死」）
現場で目指されているごく当たり前の医療

それらを踏まえて考えると、精神疾患の重症度についての取組みは、「日々の精神科医療は何を行っているか？」を明確にする

ことであり、その背景にあるのは、「人を支援するということはどういうことか?」「そのなかで専門職はどんな役割を果たせるか?」という問題であると感ぜられる。

精神疾患の「重症度」からの示唆

- この取り組みの本質は、「日々の精神科医療は何を行っているか?」を明確にすることである
- その背景にあるのは、「人を支援するということはどういうことか?」「そのなかで専門職はどんな役割を果たせるか?」という問題である
- 「医療者の役割の評価」という意味で、「精神療法」が認められている精神科医療は、内科や外科よりも最先端という側面がある

E. 結論

精神科入院患者の重症度について、フイービリティ・スタディのデータ解析にもとづいて、精神科医療ニーズ (P-M) 7 項目と精神科心理社会支援ニーズ (P-S) 7 項目の合計 14 項目からなる「精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度」の再改訂案およびその評価の手引き案を作成した。

P-M 項目は「精神的混乱」3 項目と「特別な対応」4 項目、P-S 項目は「当事者の困難」4 項目と「地域生活の困難」3 項目からなるもので、重症度概念の構造を明示した案となった。

精神科入院患者の重症度について疾患横断的・医療機関横断的に評価することを目指したこうした取り組みは、世界的にも取り組みが少ないものと考えられた。

〔文献〕

[1] Gonzales L *et al.*: Reliability of the term “serious mental illness”: a systematic review. *Psychiatr Serv* 73:1255-1262, 2022.

F. 研究危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

精神科入院医療における医療ニーズの評価指標のユーザビリティ についての研究（追加集計）

統計解析報告書

1. 目的

- 本報告では、一部の項目の集計法を変更した場合について、追加集計を行った。

2. 研究法

- 2021 年 12 月から 2022 年 3 月の間に、7 つの精神病床を有する医療機関において調査を実施した。

3. 集計法

- 個別項目を、以下のように総合項目として取り扱うよう変更した。

新項目	旧項目（なし=0 点，あり=1 点）
精神的混乱－自傷（0~2 点）	切迫した希死念慮 自殺行動・自傷行為
精神的混乱－他害（0~4 点）	興奮 威嚇的言動 暴力 逸脱・迷惑行為
精神的混乱－日常生活（食事・排泄，身辺処理，対人関係）（0~11 点）	処置を伴う異食，早食い・つめこみ食い，盗食 多飲症 不潔行為 意識障害（せん妄を含む） 拒絶 セルフネグレクト 困惑・昏迷・解離 強迫・不安・儀式的行動，著しいこだわり 多弁・多動・多訴 著しい対人操作性 著しい脆弱性
特別な対応－静穏化（非経口薬物の使用が必要）（0~3 点）	向精神薬の処方のは正 電気けいれん療法の管理 クロザピンの管理
治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）（0~2 点）	自傷・自殺歴 自傷・他害を契機とする入院
地域生活の困難－生活基盤（経済的自立，住居の確保）（0~2 点）	日用品や入院費の準備ができないほどの経済的困窮 退院後の住居の見通しが無い
地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を望まない治療に協力できない）（0~2 点）	入院時に家族も支援者も同伴しなかった 家族や地域担当者が退院を望まない治療に協力できない

4. 度数分布

- 前述の変更があった項目について欠測した患者を除いて、度数分布と構成割合 (%) を求めた。
- 20%未満の反応割合とする観点から整理すると、PM1 は1点以上、PM2 は3点以上、PM3 は4点以上、PM6 は1点以上、PS3 は2点以上、PS5 は2点以上、PS6 は2点以上とすることが必要となる。

評価項目	N	構成割合 (%)
PM1 精神的混乱－自傷		
0	432	97.5
1	1	0.2
2	10	2.3
PM2 精神的混乱－他害		
0	288	65.3
1	48	10.9
2	53	12.0
3	31	7.0
4	21	4.8
PM3 精神的混乱－日常生活（食事・排泄，身辺処理，対人関係）		
0	168	38.0
1	79	17.9
2	67	15.2
3	44	10.0
4	34	7.7
5	15	3.4
6	19	4.3
7	8	1.8
8	8	1.8
PM6 特別な対応－専門性の高い精神科医療（向精神薬調整，ECT，クロザピン）		
0	364	82.2
1	66	14.9
2	13	2.9
PS3 治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）		
0	305	66.9
1	99	21.7
2	52	11.4
PS5 地域生活の困難－生活基盤（経済的自立，住居の確保）		
0	235	51.5
1	181	39.7
2	40	8.8
PS6 地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を望まない治療に協力できない）		
0	230	50.7
1	162	35.7
2	62	13.7

5. 項目間の相関

5.1. 計算方法

- PM と PS 項目について、項目分類ごとに項目間の相関 (テトラコリック相関係数) を求めた。なお、前述したカットオフ値を使用しない場合 (0 と 0 以外でコーディングする) と、カットオフ値を使用する場合の両者に分けて集計した。

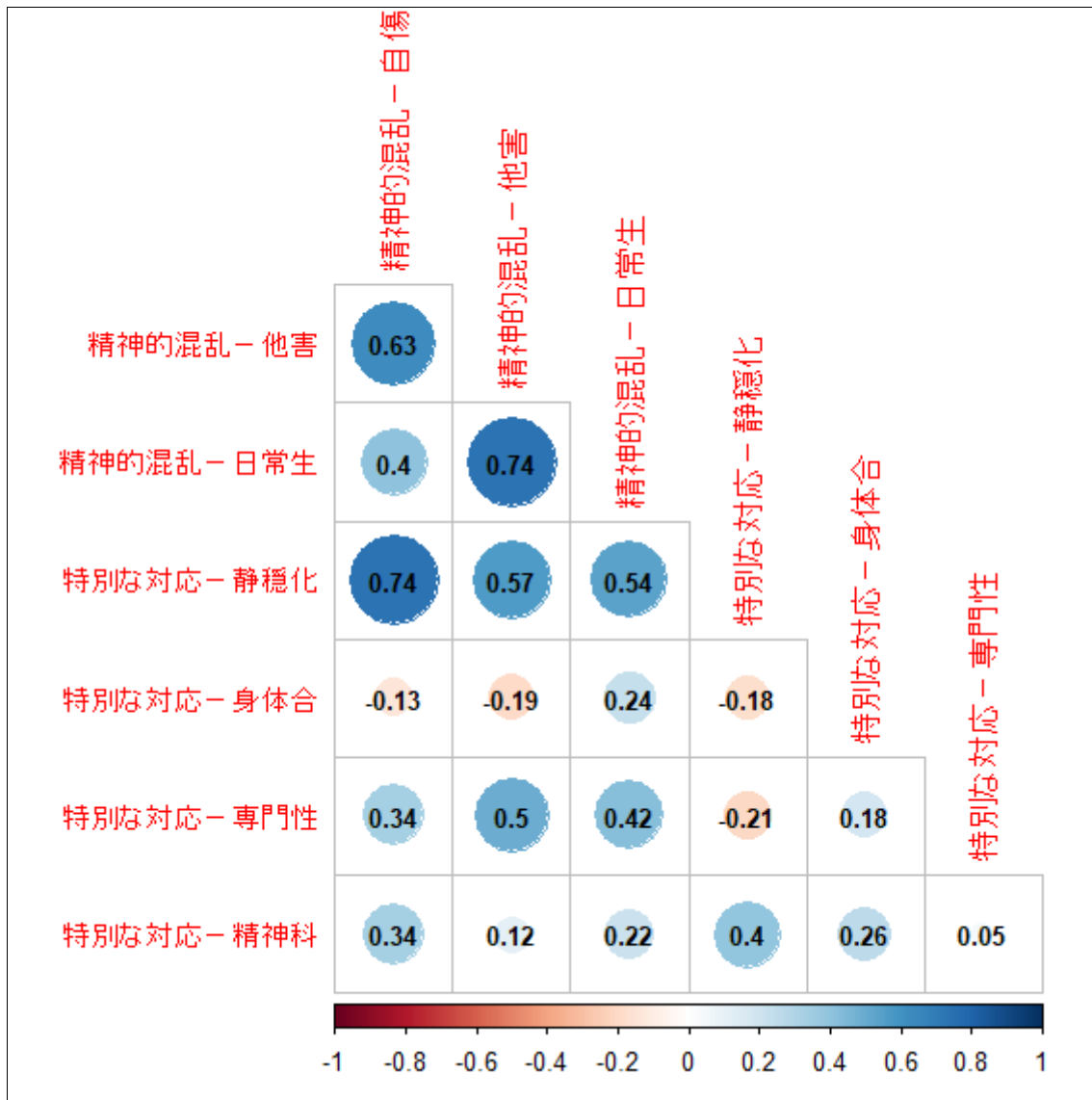
5.2. PM 項目の結果概要

- 1) カットオフ値を使用しない場合と比べて、カットオフ値を使用する方が関連の強さが小さいものは、以下の関連であった。
 - 「精神的混乱－自傷」と「精神的混乱－他害」
 - 「精神的混乱－自傷」と「精神的混乱－日常生活（食事・排泄，身辺処理，対人関係）」
 - 「精神的混乱－他害」と「特別な対応－静穏化（非経口薬物の使用が必要）」
 - 「精神的混乱－他害」と「特別な対応－専門性の高い精神科医療（向精神薬調整，ECT，クロザピン）」
 - 「精神的混乱－日常生活（食事・排泄，身辺処理，対人関係）」と「特別な対応－身体合併症（精神科治療に影響／と関連するもの）」
 - 「精神的混乱－日常生活（食事・排泄，身辺処理，対人関係）」と「特別な対応－専門性の高い精神科医療（向精神薬調整，ECT，クロザピン）」
- 2) カットオフ値を使用しない場合と比べて、カットオフ値を使用する方が関連の強さが大きいものは、以下の関連であった。
 - 「精神的混乱－他害」と「特別な対応－身体合併症（精神科治療に影響／と関連するもの）」
 - 「精神的混乱－日常生活（食事・排泄，身辺処理，対人関係）」と「特別な対応－精神科副診断（主診断の治療に影響するもの）」

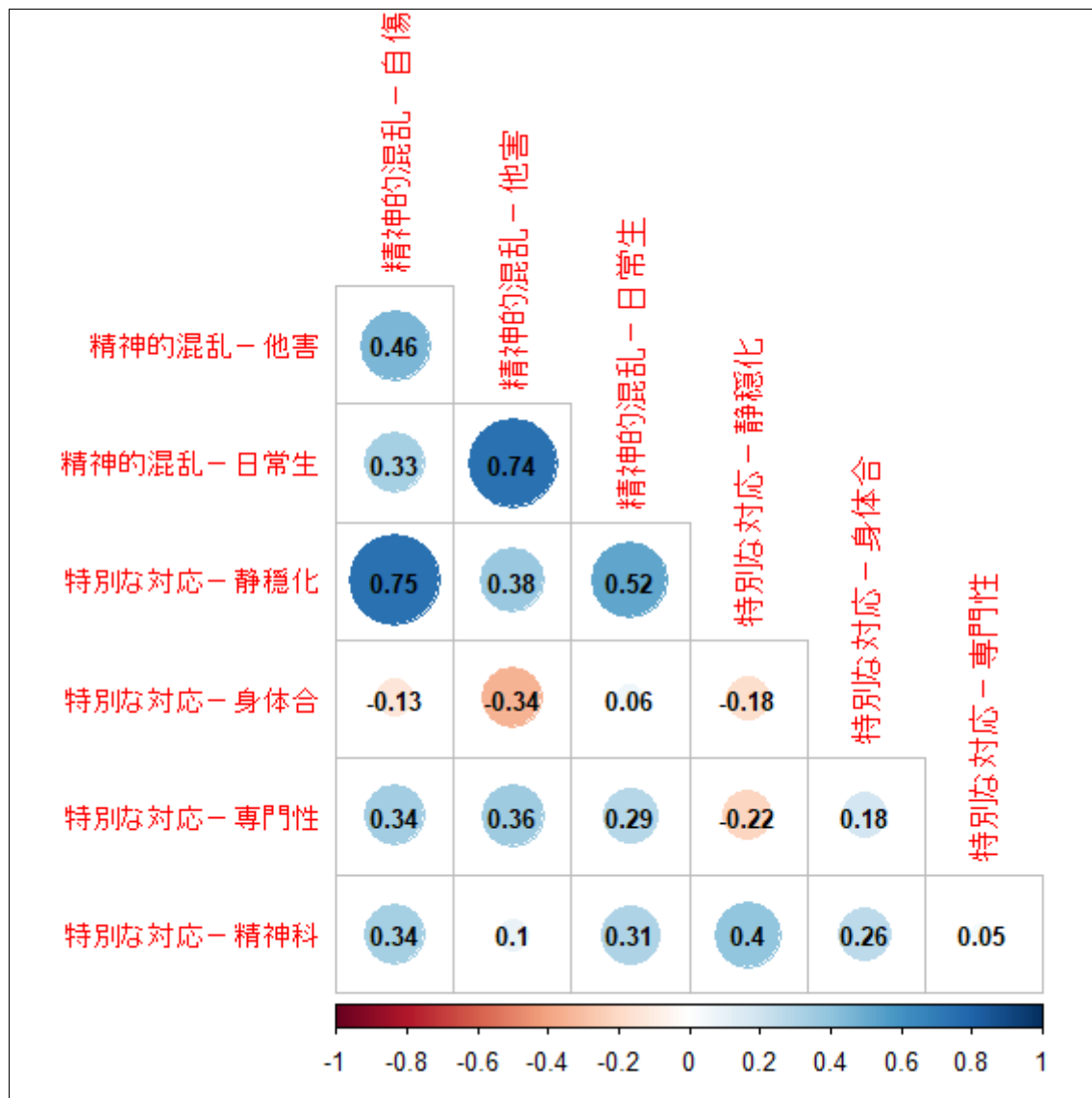
5.3. PS 項目の結果概要

- 1) カットオフ値を使用しない場合と比べて、カットオフ値を使用する方が関連の強さが小さいものは、以下の関連であった。
 - 「治療の障害－アドヒアランス（病気の理解や治療の受け入れが乏しい）」と「地域生活の困難－生活基盤（経済的自立，住居の確保）」
 - 「治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）」と「地域生活の困難－生活基盤（経済的自立，住居の確保）」
 - 「治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）」と「地域生活の困難－近隣（地域トラブルの既往）」
 - 「地域生活の困難－本人（退院や社会復帰に消極的）」と「地域生活の困難－生活基盤（経済的自立，住居の確保）」
 - 「地域生活の困難－本人（退院や社会復帰に消極的）」と「地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を望まない治療に協力できない）」
 - 「地域生活の困難－生活基盤（経済的自立，住居の確保）」と「地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を望まない治療に協力できない）」
 - 「地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を望まない治療に協力できない）」と「地域生活の困難－近隣（地域トラブルの既往）」
- 2) カットオフ値を使用しない場合と比べて、カットオフ値を使用する方が関連の強さが大きいものは、以下の関連であった。
 - 「治療の障害－アドヒアランス（病気の理解や治療の受け入れが乏しい）」と「治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）」
 - 「治療の障害－アドヒアランス（病気の理解や治療の受け入れが乏しい）」と「地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を望まない治療に協力できない）」
 - 「治療の障害－継続（入院前の治療継続困難）」と「治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）」
 - 「治療の障害－継続（入院前の治療継続困難）」と「地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を望まない治療に協力できない）」
 - 「治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）」と「地域生活の困難－本人（退院や社会復帰に消極的）」
 - 「治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）」と「地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を望まない治療に協力できない）」
 - 「地域生活の困難－生活基盤（経済的自立，住居の確保）」と「地域生活の困難－近隣（地域トラブルの既往）」

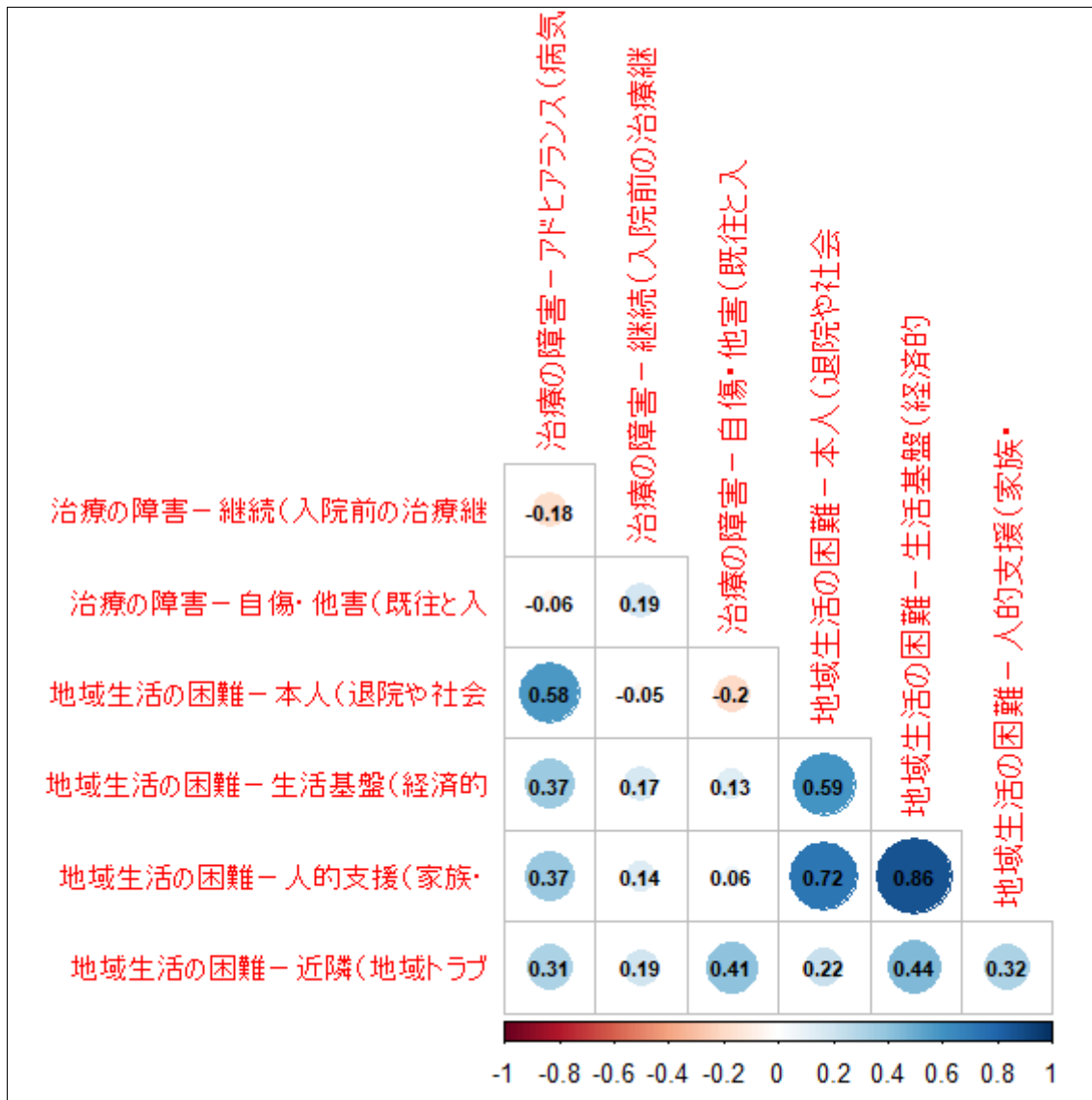
5.4. PM 項目の集計結果 (カットオフ値の不使用)



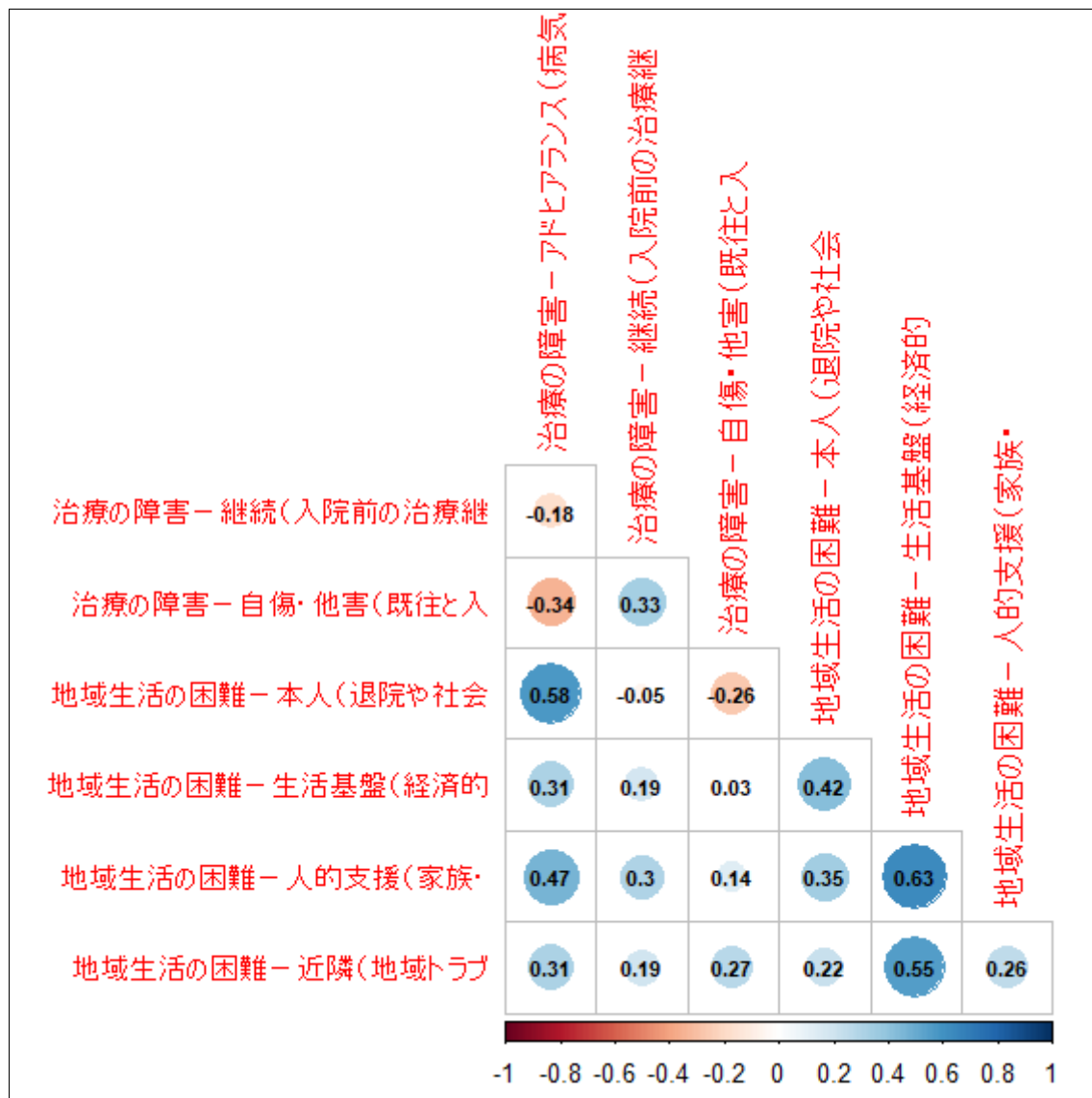
5.5. PM 項目の集計結果 (カットオフ値の使用)



5.6. PS 項目の集計結果 (カットオフ値の不使用)



5.7. PS 項目の集計結果 (カットオフ値の使用)



6. GAF スコアとの相関

6.1. 計算方法

- 各項目について、GAF スコアとの相関を求めた。
- なお、前述したカットオフ値を使用しない場合 (0 と 0 以外でコーディングする) と、カットオフ値を使用する場合の両者に分けて集計した。

6.2. 集計結果

項目 番号	評価項目	相関係数	
		カットオ フ値を不 使用	カットオ フ値を使 用
A1	創傷処置	0.09	
A2	呼吸ケア	-0.11	
A3	点滴ライン同時 3 本以上の管理	NA	
A4	心電図モニターの管理	0.00	
A5	シリンジポンプの管理	NA	
A6	輸血や血液製剤の管理	NA	
A7	専門的な治療・処置	-0.10	
A8	救急搬送後の入院	0.00	
B1	寝返り	-0.28	
B2	移乗	-0.34	
B3	口腔清潔	-0.40	
B4	食事摂取	-0.37	
B5	衣服の着脱	-0.36	
B6	診療・療養上の指示が通じる	-0.32	
B7	危険行動	-0.31	
C1	開頭手術(13 日間)	NA	
C2	開胸手術(12 日間)	NA	
C3	開腹手術(7 日間)	NA	
C4	骨の手術(11 日間)	NA	
C5	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5 日間)	NA	
C6	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5 日間)	NA	
C7	救命等に係る内科的治療(5 日間)	NA	
C8	別に定める検査(2 日間)	-0.09	
C9	別に定める手術(6 日間)	NA	
PM1	精神的混乱－自傷	-0.13	
PM2	精神的混乱－他害	-0.23	-0.14
PM3	精神的混乱－日常生活 (食事・排泄, 身辺処理, 対人関係)	-0.35	-0.23
PM4	特別な対応－静穏化 (非経口薬物の使用が必要)	-0.10	
PM5	特別な対応－身体合併症 (精神科治療に影響／と関連するもの)	-0.03	
PM6	特別な対応－専門性の高い精神科医療 (向精神薬調整, ECT, クロザピ ン)	-0.08	
PM7	特別な対応－精神科副診断 (主診断の治療に影響するもの)	0.09	
PS1	治療の障害－アドヒアランス (病気の理解や治療の受け入れが乏しい)	-0.24	
PS2	治療の障害－継続 (入院前の治療継続困難)	0.19	
PS3	治療の障害－自傷・他害 (既往と入院契機)	0.13	0.31
PS4	地域生活の困難－本人 (退院や社会復帰に消極的)	-0.12	
PS5	地域生活の困難－生活基盤 (経済的自立, 住居の確保)	-0.23	-0.07
PS6	地域生活の困難－人的支援 (家族・支援者の不在, 家族・支援者が退院を 望まない治療に協力できない)	-0.14	-0.07
PS7	地域生活の困難－近隣 (地域トラブルの既往)	-0.09	

資料 2

令和 4 年度 厚生労働行政推進調査（障害者政策総合研究）事業

「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」

（研究代表者：西大輔）

分担研究課題「精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究」

（研究分担者：福田正人）

「精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度」の評価の手引き

第 7.6 版

P-M 精神科医療ニーズ

P-M① 精神的混乱－自傷

1. 切迫した希死念慮
2. 自殺行動・自傷行為

P-M② 精神的混乱－他害

1. 興奮
2. 威嚇的言動
3. 暴力
4. 逸脱・迷惑行為

P-M③ 精神的混乱－日常生活

1. 処置を伴う異食、早食い・つめこみ食い、盗食
2. 多飲症
3. 不潔行為
4. 意識障害（せん妄を含む）
5. 拒絶
6. セルフネグレクト
7. 困惑・昏迷・解離
8. 強迫・不安・儀式的行動、著しいこだわり
9. 多弁・多動、多訴
10. 著しい対人操作性
11. 著しい脆弱性

P-M④ 特別な対応－静穏化

P-M⑤ 特別な対応－身体合併症

P-M⑥ 特別な対応－専門性の高い医療

1. 向精神薬の処方のは正
2. 電気けいれん療法管理
3. クロザピンの管理

P-M⑦ 特別な対応－併存精神疾患

P-S 精神科心理社会支援ニーズ

P-S① 当事者の困難－病気の受け止め

P-S② 当事者の困難－治療の継続

P-S③ 当事者の困難－自傷・他害の既往

1. 自傷・自殺歴
2. 自傷・他害を契機とする入院

P-S④ 当事者の困難－人生の希望

P-S⑤ 地域生活の困難－衣食住

1. 日用品や入院費の準備ができないほどの経済的困窮がある
2. 退院後の住居の見通しが無い

P-S⑥ 地域生活の困難－身近な支援

1. 入院時に家族も支援者も同伴しなかった
2. 家族や支援担当者が退院を望まないまたは治療に協力できない

P-S⑦ 地域生活の困難－近所付き合い

精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度

精神科医療ニーズ (P-M項目) [毎日評価]			
P-M ①	精神的混乱	自傷	[2項目]
P-M ②		他害	[4項目]
P-M ③		日常生活 (食事・排泄, 身辺処理, 対人関係)	[11項目]
P-M ④	特別な対応	静穏化 (非経口薬物による対応が必要)	[1項目]
P-M ⑤		身体合併症 (精神科治療に影響, 精神科治療に関連)	[1項目]
P-M ⑥		専門性の高い医療 (向精神薬是正, ECT, クロザピン)	[3項目]
P-M ⑦		併存精神疾患 (入院目的の精神疾患治療に困難をもたらす)	[1項目]

精神科心理社会支援ニーズ (P-S項目) [毎月評価]			
P-S ①	当事者の困難	病気の受け止め (病気の理解や治療の合意が難しい)	[1項目]
P-S ②		治療の継続 (入院前)	[1項目]
P-S ③		自傷歴・他害歴 (入院前, 入院契機)	[2項目]
P-S ④		人生の希望 (退院や社会復帰に積極的になれない)	[1項目]
P-S ⑤	地域生活の困難	衣食住 (経済的自立, 住居の確保)	[2項目]
P-S ⑥		身近な支援 (家族や支援者が不在, 治療や退院に協力できない)	[2項目]
P-S ⑦		近所付き合い (近隣トラブルによる居住困難)	[1項目]

《精神的混乱についての共通事項》 (P-M①, ②, ③)

・評価の対象

「精神科入院における基本的な治療やケア」を行っていても（要件①）、精神症状にもとづく様々な混乱のために、日常生活における最低限の安全保持・身辺処理・対人関係が妨げられる場合を対象とし（要件②）、精神医学的アセスメントによりその原因となる病態を評価し（要件③）、それにもとづいて「多職種による生物心理社会的対応」を実施した場合（要件④）に評価する。

・多職種による生物心理社会的対応

（ここで多職種とは、医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・公認心理師・薬剤師・管理栄養士など、精神科医療に従事する専門職で、そのうち3職種以上によるものを多職種カンファレンスとする。）

それぞれの患者の病状に即して個別的に、(1)週1回以上の医師を含む多職種カンファレンスで評価と対応立案を行い記録する、(2)多職種カンファレンスにもとづく頻回の観察や見守りやケアを看護を中心に実施し、適切に記録する、(3)多職種カンファレンスにもとづく混乱の病態に焦点をあてた治療を、医師を中心に実施し記録する（精神療法やスキルトレーニングなど）、ことが必要である。これら記録のための様式は別に定める。

【選択肢の判断基準】

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

【判断に際しての留意点】

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

【評価者】 看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

【評価頻度】 毎日

P-M① 精神的混乱－自傷

1. 切迫した希死念慮

【項目の定義】

(1) 病状要因：遺書を書く、自殺手段に言及するなど、自殺の危険性の切迫が、具体的な言動として認められるもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

2. 自殺行動・自傷行為

【項目の定義】

(1) 病状要因：状況によっては自殺既遂も考えられるような自殺行動、ないし、自傷行為（頭部で壁やドアを叩き続けるようなもの、何らかの道具を用いたりリストカット・アームカットなど）が実際にあるか、その発生が高く予見されるもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

P-M② 精神的混乱－他害

1. 興奮

【項目の定義】

(1) 病状要因：刺激への反応性が亢進している、あるいは、著しい気分変動があるため、顕著な怒りの感情表出と行動化が繰り返されるもの。興奮は通常、自制できておらず、そのまま放置すると自傷行為、器物破壊、迷惑行為、対人操作などの行動化が高く予見されるもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

2. 威嚇的言動

【項目の定義】

(1) 病状要因：言葉による威嚇、攻撃で、相手を言葉で傷つけようとの意図が働いているもの、あるいは、傷つけようとの意図が明確でなくても、用いられる言葉により聞いた者には脅威や強い不安が生じることが明らかなもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

3. 暴力

【項目の定義】

(1) 病状要因：叩く・蹴る・殴る・ひっかく・噛むなど、他者に対する身体への攻撃であり、偶発的なものではなく、相手の身体を傷つけようとの意図が働いているもの。蹴る・投げる・落とす・叩く・倒すなどによる他者の所有物（病院の建物・備品等を含む）への攻撃は、暴力の項目で評価するが、身体にさわる、なでまわす、消耗品への攻撃などは、迷惑行為の項目で評価する。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

4. 逸脱・迷惑行為

【項目の定義】

(1) 病状要因：他者への過干渉やおせっかい、巻き込み、力による支配、盗み・ゆすり・たかりなど金品等の不当な移動に関わる行為、病室や廊下やトイレを意図的によごす、備品を勝手に移動する・持ち去る、人前で騒ぐ・ひとを驚かせる、廊下をかけ回る、徘徊する、立ち入り禁止場所へ入る（他患の病室、性別の異なるトイレ内など）などの逸脱・迷惑行為。

ひとの体を触ること、露出（はだかになる、身体の一部を露出する）、あるいは、性交の強要などの性的な逸脱・迷惑行為や、他人の持ち物や共有物（例えば、トイレトーパー、新聞など）、ゴミなどの収集癖（注意されても止められない）で、収集した物品の返却や処分にも抵抗するものも含む。

ひとつの行為について、「暴力」と重複して評価しない。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

P-M③ 精神的混乱－日常生活

1. 処置を伴う異食、早食い・つめこみ食い、盗食

【項目の定義】

(1) 病状要因：

異食：通常食べ物とはみなされないもの（例えば、おむつ、新聞紙、トイレトーパーなどを口に含んだり、実際に食べてしまい、異食後の処置が必要となるもの。ただし、自分の毛髪や爪、尿や便を食べる行為は異食に含めず、不潔行為の項目で評価する。

早食い・つめこみ食い：早食いしたり、大量の食べ物を口にほおぼるため、むせこみがある上、窒息のおそれから食事中は常時監視が必要となるもの。

盗食：配膳された他患の給食や残食からの盗食が常にあり、注意してもやめられないも

の。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

2. 多飲症

【項目の定義】

(1) 病状要因：健康の維持に必要な量をはるかに越えた大量の水分を摂取し、多飲症の診断基準（例えば、Sakuma, et al. (2021) による Polydipsia Diagnostic Criteria (PDC) 日本語版など）に該当するもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

3. 不潔行為

【項目の定義】

(1) 病状要因：トイレ以外の場所に排泄するもの、あるいは、排泄物を弄ぶ行為があるもの。その際に、自分の尿や便、帯下（おりもの）などの一部を摂取するもの。おむつ等では管理できない尿失禁、ないし、便失禁のため、患者のからだだけでなく、尿便等で汚染される病室やベッドの清拭が連日必要となるもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

4. 意識障害（せん妄を含む）

【項目の定義】

(1) 病状要因：意識障害あるいは意識障害によると考えられる病状のために、言動のまどまらなさや意思疎通が不良となり、日常生活における最低限の安全保持・身辺処理・対人関係が損なわれるほどのさまざまな混乱を示す。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

5. 拒絶

【項目の定義】

(1) 病状要因：食事摂取、水分摂取、診察・治療を受けることに対して、拒否・拒絶を示し、強制的な形でなければ、実施できないもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

6. セルフネグレクト

【項目の定義】

(1) 病状要因：入浴・更衣・歯磨き・ひげそりなどの整容、及び、身の回りの片付けに関する最低限のセルフケアすら自分では行えず、介護・介助にも抵抗するもの。食事や水分が摂取できない場合は、その原因がおもに意欲低下や無関心によるものであっても、拒絶の項目で評価する。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

7. 困惑・昏迷・解離

【項目の定義】

(1) 病状要因：困惑、昏迷、解離などにより意思決定ができないもの。あるいは、意思決定できなくなるような困惑・昏迷・解離が頻繁に生じるもの。放置すると、自力では食事や水分摂取すら行えないため、食事介助、経管栄養、点滴などの対応を要するもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

8. 強迫・不安・儀式的行動、著しいこだわり

【項目の定義】

(1) 病状要因：自分のやりかたにこだわり、自分の思い通りに行えないことに不満や攻撃性を強めたり、強い不安を呈するもの。また、強迫行為や儀式的行動や不安解消行動に没頭し、その行為の継続のために周囲の者をまきこむ行動や命令などが日常的に認められるもの。また、ひとや物や時間などへのこだわりがあるため、目的のひと（特定のスタッフなど）やものが得られないと納得できず、不満や攻撃性を強めたり、要求が通るまでひとに執拗にまとわりついたり、訴えや確認を繰り返すもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

9. 多弁・多動、多訴

【項目の定義】

(1) 病状要因：

・多弁・多動：多弁・多動により、周囲をまきこむ行動が顕著にみられるもの（せわしなく動き回っている／のべつまくなしに話しており、相手がみつからないと移動してまで関わりを求めようとする等）

・多訴：直接の言葉や頻回のナースコールによる訴えで、職員の業務がその対応にほぼ独

占されてしまうもの（スタッフルーム周辺に長時間留まったり、用件に不釣り合いに頻繁にナースコールを使用する）。サーカディアンリズム障害（昼夜逆転等）のため、夜間を中心に、比較的多くの対応が実施される場合（一晩に3回以上の対応）もここで評価する。

（2）医療者要因

直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

10. 著しい対人操作性

【項目の定義】

（1）病状要因：不安や緊張、相手への依存、優越した立場に立ちたいという潜在的な思いなどから、まわりのひとを意のままに動かそうとして、言葉や行為、喜怒哀楽の感情表出などが繰り返され、何らかの介入が必要となるもの。

（2）医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

11. 著しい脆弱性

【項目の定義】

（1）病状要因：ごくささいな出来事や変化によっても精神的不調（症状等の再燃・再発）が生じるため、個別にかかわれる環境（個室等）が用意された上で、担当の職員により、本人の脆弱性を配慮した対応を行う必要があるもの。

（2）医療者要因：直近の1週間において、混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

P-M④ 特別な対応－静穏化

【項目の定義】

（1）病状要因

身体的拘束をされていない入院患者の精神症状にもとづく精神運動興奮、衝動性・攻撃性亢進などに対し、急速な非経口薬物静穏化を行わないと、患者の安全が確保できない。

（2）医療者要因

非経口薬物静穏化は、①実施前の回避策の実施、②実施時の安全な手法、③実施後のバイタルモニタリング、の3点が必要である。

実施前の回避策は、例えば精神療法による静穏化、4人以上の医師・看護師によるCVPPPにもとづくデスカレーション、経口や貼布製剤による静穏化などである。実施は、筋肉注射・静脈注射・経鼻胃管による鎮静薬の投与による。実施後のバイタルモニタ

リングは2時間以上行い、15分ごとの観察が必要である。

静穏化を実施した日に評価し、前日以前に行った静穏化の継続はここでは評価しない。

【選択肢の判断基準】

0点：なし

1点：あり（薬物投与を実際に準備したが、事前の対応で回避できた場合を含む）

【判断に際しての留意点】

【評価者】 看護師 **【評価頻度】** 毎日

P-M⑤ 特別な対応－身体合併症

<共通事項>

精神科身体合併症への対応は、身体合併症を有する精神科入院患者の診療（検査や診断、治療やリハビリテーションなど）に関し、精神科入院における基本的な治療やケアに加えて、精神科医と他診療科の医師（身体合併症担当医と呼ぶ）が緊密な連携をとらなければ、治療計画の作成、病状改善や安定化がはかれないような重篤な身体合併症にかかわるものである。改善には、患者が適切な診断や治療が継続して受けられるように、身体合併症担当医の指示・指導による検査や診断、治療以外にも、頻回の他科受診（他科医師が常勤でない場合など）や一時的転院や一般病床への転棟など、家族の協力や病院スタッフによる支援が必要となる。

なお、身体合併症担当医の役割については、身体合併症についての十分な知識や経験、技術を有する精神科医が確保できる場合、精神科医を身体合併症担当医とすることができる。その場合、ひとりの精神科医が担当医と身体合併症担当医を兼務することはできず、身体合併症担当医としてかかわる当該日には、精神科医としての業務を行なえない（半日単位で切り分けることは可）。

【項目の定義】

（1）病状要因：精神科身体合併症は、厚生労働大臣が別表第七の二において規定したものの、およびそれと同等以上の重症度と判断できる「精神科医療において特に注意を要する病態」、と定義する。

<別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者>

- ・呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気胸）
- ・心疾患（New York Heart Association の心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患又はモニター監視を必要とする不整脈）
- ・手術又は直達・介達牽引を要する骨折

- ・ 脊髄損傷
- ・ 重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症）
- ・ 重篤な栄養障害（Body Mass Index 15 未満の摂食障害）
- ・ 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）
- ・ 全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒 1 期、2 期又は敗血症）
- ・ 中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）
- ・ 急性腹症（消化管出血、イレウス等）
- ・ 劇症肝炎又は重症急性膵炎
- ・ 悪性症候群又は横紋筋融解症
- ・ 広範囲（半肢以上）熱傷
- ・ 手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍
- ・ 透析導入時
- ・ 重篤な血液疾患（ヘモグロビン 7 g/dl 以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態）
- ・ 急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群又は糸球体腎炎）
- ・ 手術室での手術を必要とする状態
- ・ 膠原病（専門医による管理を必要とする状態に限る）
- ・ 妊産婦
- ・ 指定難病

<精神科医療において特に注意を要する病態>（上記の別表七の二に含まれないもの）

- ① リチウム中毒（リチウム血中濃度 2.5mEq/L 以上または、リチウム血中濃度 1.5mEq/L 以上かつ腎性尿崩症の合併、50 歳以上、甲状腺機能障害、クレアチンクリアランス低下のいずれかがある場合）
- ② セロトニン症候群（Sternbach の診断基準：A. セロトニン作動薬の追加投与や投薬の増加と一致して次の症状の少なくとも 3 つを認める 1）精神症状の変化（錯乱、軽躁状態） 2）興奮 3）ミオクローヌス 4）反射亢進 5）発汗 6）悪寒 7）振戦 8）下痢 9）協調運動障害 10）発熱, B. 他の疾患が否定される（例えば感染、代謝疾患、物質乱用やその離脱), C. 上に挙げた臨床症状の出現前に抗精神病薬が投与されたり、その用量が増量されていない）
- ③ 重篤な白血球減少症（クロザピン使用中の場合、白血球数 3000/mm³未満または好中球数 1500/mm³未満、クロザピン以外では、好中球数 1000/mm³未満で発熱あり、または好中球数 500/mm³未満の場合）
- ④ 脱水症や低栄養等への対応（安静の困難な患者に対し、1 日 12 時間以上の持続的な点滴を行う場合や経管栄養を実施する場合）
- ⑤ 深部静脈血栓症（Wells' score 3 点以上（担がん、下肢麻痺あるいは最近のギプス装

着、3日以上のベッド上安静又は手術後4週以内、深部静脈触診で疼痛、下肢全体の腫脹、下腿周径差 >3 cm、患肢の pitting edema) またはDダイマー異常値の場合に画像検査を実施し、弾性ストッキングおよび薬物投与を実施した場合)

(2) 医療者要因：身体合併症を有する患者が、身体合併症担当医に最低週1回以上の頻度で診察を受け、精神科医を含む多職種チームが、その医師により指示・指導された治療やケアを実施する。身体合併症担当医の診察が、週1回以上の頻度で継続する限り、本項目は1点と評価する。身体合併症の回復が困難と診断され、終末期医療の段階にはいった患者は、診察頻度が週1回より低い頻度になっても月1回以上あれば本項目を1点と評価する。

【選択肢の判断基準】

0点：なし

1点：定義に該当する重篤な身体合併症あり

【判断に際しての留意点】

【評価者】 医師 **【評価頻度】** 毎日

P-M⑥ 特別な対応－専門性の高い医療

1. 向精神薬の処方のは正

【項目の定義】

(1) 病状要因：3剤以上の抗精神病薬、3剤以上の抗うつ薬、3剤以上のベンゾジアゼピン受容体作動薬を処方している場合、または抗精神病薬をクロルプロマジン換算1000mg以上処方している場合、2週間おきに減量・減薬するなど多剤処方・大量処方は正を計画的に行っている。

(2) 医療者要因：担当医師がSCAP法などによる処方減単計画（是正完了時の処方内容を含む）をたて、担当の多職種スタッフに周知した上で、処方は正を開始する。また、是正に先立ち、患者・家族への説明と同意取得（文書同意の規定のない処方変更については口頭による同意でよい）を実施する。是正の実施中、医師は、処方変更の進捗を毎週評価する。4週間ごとに患者・家族に対して、処方は正状況を説明する。

【選択肢の判断基準】

0点：実施なし

1点：実施あり

【判断に際しての留意点】

処方是正の開始2週間前から一定期間（是正終了、もしくは、是正開始12週経過時点のうち、早い方）評価できる。また、処方是正を中止した場合でも、中止後2週間まで評価できる。

処方是正計画を立案し、必要に応じて、困難な病態への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

【評価者】 医師 【評価頻度】 毎日

2. 電気けいれん療法の管理

【項目の定義】

(1) 病状要因：適応となる診断を有し、適応となる状況（本橋伸高、他：電気けいれん療法（ECT）推奨事項改訂版. 精神神経学雑誌 115:586-600, 2013 に記載の「急性期 ECT の適応基準」を参照）にある患者に対し、保険診療として認められている電気けいれん療法を実施するもの。

(2) 医療者要因：修正型電気けいれん療法の場合には、上記の本橋らの論文に記載の「定電流短パルス波治療器による modified ECT の治療手順の例」に準拠した形で実施する。mECT は、通常、週2、3回の頻度で、6から12回を1クールとして実施されるが、これ以外に、長いインターバルで低い頻度で実施されるメンテナンス mECT もある。

【選択肢の判断基準】

0点：実施なし

1点：実施あり

【判断に際しての留意点】

mECT のクール開始1週間前から一定期間（クール終了、もしくは、クール開始8週経過時点のうち、早い方）評価できる。また、mECT を中止した場合でも、中止後2週間まで評価できる。メンテナンス mECT の場合は、前日・当日・翌日の3日間に限り評価できる。

mECT の治療計画を立案し、必要に応じて、困難な病態への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

【評価者】 医師 【評価頻度】 毎日

3. クロザピンの管理

【項目の定義】

(1) 病状要因：治療抵抗性統合失調症の患者に対し、クロザピンを新たに導入するもの、またはクロザピンが何らかの理由により中断し投与再開するもの。

(2) 医療者要因：クロザリル適正使用委員会の規定にしたがってクロザピン治療を実施するもの。

【選択肢の判断基準】

0点：実施なし

1点：実施あり

【判断に際しての留意点】

クロザピン投与前2週間から投与開始後、一定期間（維持量が決まり4週間、同じ投与量が維持できた時点か、投与開始後12週経過時点のうち、早い方）評価できる。また、クロザピンを投与中止した場合、中止後4週間まで評価できる。

クロザピンによる治療計画を多職種で立案し、必要に応じて、困難な病態への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

【評価者】 医師 **【評価頻度】** 毎日

P-M⑦ 特別な対応－併存精神疾患

【項目の定義】

入院目的の精神疾患とは別に併存精神疾患があり、その併存精神疾患にもとづく病状が入院目的の精神疾患治療に困難をもたらすため、治療を進めるにあたり特別な対応を必要としている。

(1) 病状要因：入院目的の精神疾患とは別に併存精神疾患があり（例：いずれも中等症以上の、知的障害、神経認知障害、発達障害、パーソナリティ障害、物質使用障害が代表的）、それによる病状が入院目的の精神疾患治療に困難をもたらしている（例：混乱が突発し予測できない、治療のために意味のあるコミュニケーションが取れない）。

(2) 医療者要因：入院目的の精神疾患治療を進めるうえでの困難に対応するために、併存精神疾患による病状への対応に多くの配慮と労力と時間を要している。

【選択肢の判断基準】

0点：併存精神疾患はない、または併存精神疾患による病状は入院目的の精神疾患治療に困難をもたらすほどではなく特別な配慮や労力や時間は要しない。

1点：併存精神疾患による病状が、入院目的の精神疾患治療に困難をもたらし、特別な配慮と労力と時間を要している。

【判断に際しての留意点】

併存精神疾患はICD-10のF分類（1桁）が精神科主診断と異なるものとし（例：統合失調症と中等度精神遅滞）、同じF分類（1桁）のものは含めない（例：アルコール依存

とアルコール離脱)。ここでとりあげる併存精神疾患は、入院目的の精神疾患治療に困難をもたらすもので、対応の必要性がそれに至らないものは評価しない。併存精神疾患による病状への対応にどの程度の配慮と労力と時間を要しているかについて、医師／多職種チームによるアセスメント結果を記録し、スタッフ間で情報共有する。

【評価者】 医師 【評価頻度】 毎日

P-S 精神科心理社会支援ニーズ

P-S① 当事者の困難－病気の受け止め

【項目の定義】

病気の理解や治療の合意の困難を評価する。知識不足や病識不十分により病気や治療の必要性の理解不足や心理的受容困難が背景にあることが多いが、行動としては治療を受け入れ、治療やプログラム参加が行えている場合は評価しない。また、疲労や昼夜逆転などの理由でプログラムに参加できない場合も評価しない。医療者によるモニターが密な入院環境では治療を受け入れるが、地域社会での生活環境では治療を受け入れないことが明らかかな場合は、この項目で評価する。

【選択肢の判断基準】

0点：治療やプログラムの多くを受入れ、地域社会での生活継続に結びつくと期待できる。

1点：治療やプログラムの多くを拒み、地域社会での生活継続が期待できない。

【判断に際しての留意点】

「医療者によるモニターが密な入院環境では治療を受け入れるが、地域社会での生活環境では治療を受け入れないことが明らかかな場合」は、本人の発言、行動、および判定の根拠となる医師・多職種チームによるアセスメント内容を記録する。福祉や介護のサービスの受け入れが乏しく、それが治療やプログラムを引き起こしている場合は評価する。

【評価者】 看護師、医師 公認心理師

【評価頻度】 入院2か月以内に評価、その後は毎月

P-S② 当事者の困難－治療の継続

【項目の定義】

今回入院前に精神科において定期的な外来受診や服薬ができなかったことを評価する。

(1) 症状要因：今回の入院前に定期的な受診や服薬を怠っていた

(2) 医療者要因：服薬指導、疾患教育を行い医療の継続を維持する

【選択肢の判断基準】

0点：外来受診や服薬が不規則であっても、治療継続としての意味は保たれていた。

1点：外来受診や服薬を拒否する、または治療継続としての意味が損なわれるほどに外来受診や服薬が不規則であった。(精神科受診が初めての場合や長期間にわたって精神科受

診歴がなかった場合を含む。)

【判断に際しての留意点】

この項で評価される患者は、すでに精神科の医療が行われていたにもかかわらず、医療を受けなくなったことから状態が悪化して入院に至った事例である。外来での治療が継続できなかったことが要因であることを評価する。通院が困難である合理的な事情がある場合は基本的に含まないこととするが、処方薬を長期間入手しない場合は含めることとする。治療開始が最近の場合は1点と評価する。不明の場合は「該当しない」とする。

【評価者】 看護師、医師

【評価頻度】 入院時1回のみ

P-S③ 当事者の困難－自傷歴・他害歴

1. 自傷歴・自殺歴

【項目の定義】

入院前の過去2年間に救急病院受診を必要とするほど切迫した自傷や自殺行為があった場合に評価する。

(1) 病状要因：過去2年間、あるいは直近の切迫した自傷や自殺行為

(2) 医療者要因：適切なリスク評価と事故防止のための頻回の病状モニタリング、家族等へのより詳細な病状説明。

【選択肢の判断基準】

0点：該当しない

1点：該当する

【判断に際しての留意点】

この項目では、入院前2年間の自傷・自殺行為のエピソードの有無を入院時に評価する。入院後の希死念慮については「切迫した希死念慮」(P-M①-1)で評価する。不明の場合は「該当しない」とする。

【評価者】 医師、看護師 公認心理師

【評価頻度】 入院時に1回のみ

2. 自傷・他害を契機とする入院

【項目の定義】

入院の契機となった理由が自傷・他害である場合。

(1) 病状要因：自傷・他害およびそのおそれが理由とされる、緊急措置・措置入院、医療保護入院など非自発入院である場合。

(2) 医療者要因：入院勧奨に応じない場合、あるいは応じても入院の必要性について十分な理解が得られない場合。

【選択肢の判断基準】

0点：該当しない

1点：緊急措置入院、措置入院、あるいは医療保護入院ですでに自傷・他害行為を行いそれが入院の理由となった場合。

(得点の比重を高める意見あり)

【判断に際しての留意点】

自傷あるいは他害行為により入院となった患者を入院時に評価する。入院形態は、緊急措置入院、措置入院が多いが、医療保護入院となっている場合もある。緊急措置入院、措置入院は自傷・他害行為が実行された場合だけでなく切迫性が高い場合もあるが、いずれも評価する。医療保護入院では、自傷他害が実行されしかもそれが入院の理由となった場合のみ評価し、自傷他害のおそれ（実行されていない）のみの場合は評価しない。

【評価者】 看護師、医師

【評価頻度】 入院時に1回のみ

P-S④ 当事者の困難－人生の希望

【項目の定義】

社会生活に向けた本人の態度を評価する。退院や社会復帰に消極的であることを示す発言があり、退院や社会復帰に向けたプログラム（ケア会議や退院支援委員会への参加、退院準備講座や作業療法への参加など）に参加しない場合に評価する。退院や社会復帰に消極的あるいは不安となることが当然の事情や状況がある場合は評価しない。家族や支援者や病院や地域から、本人の状況を踏まえて提案した具体的な社会復帰方針のいずれにも、同意が得られない場合は評価する。

【選択肢の判断基準】

0点：社会生活に向けたプログラムへの一定の参加があり、退院や社会復帰が期待できる。

1点：社会生活に向けたプログラムの多くに不参加で、退院や社会復帰が見通せない。

【判断に際しての留意点】

退院や社会復帰に消極的な理由について、判定の根拠となる本人の発言、及び、行動、及び、医師／多職種チームによるアセスメント内容を記録する。

【評価者】医師、看護師、精神保健福祉士 公認心理師

【評価頻度】入院2か月以内に評価、その後は毎月

P-S⑤ 地域生活の困難－衣食住

1. 日用品や入院費の準備ができないほどの経済的困窮がある

【項目の定義】

経済的困窮は、収入の少なさ、支出の多さ、借金の有無などの要因が関わるが、入院生活に必要な最低限度の身の回り品（洗濯、整容、おやつなど）が購入できない場合を評価する。入院費が分割払いなどの病院の提案した打開策や手段によっても支払えない場合もこの項目で評価する。生活保護の受給が見込めるあるいはすでに受給できている場合は、経済的困窮ありとは評価しない。病状や行動に問題がなく、単に借金のために退院できない場合は、ここで評価する。

【選択肢の判断基準】

0点：経済的困窮がない、または経済的困窮はあるが改善を図れる方法がある。

1点：経済的困窮があり、改善が見通せない。

【判断に際しての留意点】

【評価者】精神保健福祉士

【評価頻度】入院2か月以内に評価、その後は毎月

2. 退院後の住居の見通しがない

【項目の定義】

ホームレスや迷惑行為による追い出しなど、病状がよくなったとしても、住む場所が確保できない場合にこの項目で評価する。高齢者施設への入居が可能でも、具体的な場所が確保できない場合は、この項目で評価する。候補施設等があるのに、本人が入居を拒む場合は、この項目で評価せず、「4. 人生の希望」で評価する。

【選択肢の判断基準】

0点：住居がある、または現在はないが確保できる見通しがある。

1点：住居がなく、今後確保できる見通しもない。

【判断に際しての留意点】

【評価者】精神保健福祉士

【評価頻度】入院 n か月以内に評価、その後は毎月

P-S⑥ 地域生活の困難－身近な支援

1. 入院時に家族も支援者も同伴しなかった

【項目の定義】

本項目は、単に、同伴なしでひとりで受診したという意味ではなく、家族や支援する立場の者が、本人とのかかわりを躊躇や拒否するため、または医療機関との関りを躊躇や拒否しているため今回の入院時に同伴しなかった、という意味である。家族や支援者の範囲は、個別の事情に応じて判断し、医療のキーパーソンとしての役割を担える身近な方がいないことを評価する。

【選択肢の判断基準】

0点：家族または支援者が同伴した。

1点：家族や支援者が、本人との関りを躊躇または拒否する、または医療機関との関りを躊躇または拒否するもしくは電話でしか取ろうとしない。

【判断に際しての留意点】

家族や支援者の発言により、本人とのかかわりを明確に躊躇または拒否している場合に評価する。時間（深夜で交通手段が確保できなかった、など）や場所（遠方で長距離の移動にたえられない親が同伴できなかったなど）が理由で、同伴しなかった場合は0点と評価する。入院時同伴したものの、それ以降一切の関わりを躊躇または拒否する場合も評価する。

【評価者】看護師、精神保健福祉士

【評価頻度】入院時に n 回のみ（退院時まで修正可能）

2. 家族や支援担当者が退院を望まないまたは治療に協力できない

【項目の定義】

治療方針にかかわるキーパーソンの事情や状況を記録する項目である。退院や社会復帰、病院の治療内容への同意に消極的であることを裏付ける発言があり、協力ができない

い

事情や状況があり、退院や社会復帰のプログラム（ケア会議や退院支援委員会への参加、退院準備講座や作業療法への参加など）に参加しない場合に評価する。

【選択肢の判断基準】

0点：家族や支援担当者の一定の協力が得られており、退院や社会復帰が期待できる。

1点：家族や支援担当者の協力を得ることが困難で、退院や社会復帰が見通せない。

【判断に際しての留意点】

退院や社会復帰に消極的な理由について、判定の根拠となる家族や支援担当者の発言や行動、事情や状況、および医師／多職種チームによるアセスメント内容を記録する。協力を求め得る家族がない場合は1点と評価する。

【評価者】 医師、看護師、精神保健福祉士 公認心理師

【評価頻度】 入院2か月以内に評価、その後は毎月

P-S⑦ 地域生活の困難－近所付き合い

【項目の定義】

過去2年間に病状のために近隣住民とのトラブルがあり、そのために警察あるいは保健所介入を要した、トラブルにより元の住居に戻ることが容易でなく地域の支援機関との話し合いが必要、他の住居あるいは施設を探す必要が生じている、のいずれかがある場合に評価する。

（1）病状要因：過去2年間に病状のために近隣住民とのトラブルを起こし、警察や保健所の介入を要した

（2）医療者要因：退院後の地域生活に向けた地域や連携機関との連携と調整が不可欠で、在宅復帰が難しい場合には、他の住居や施設を探すなどのケースワークも必要

【選択肢の判断基準】

0点：該当しない

1点：該当する

【判断に際しての留意点】

「警察や保健所の介入を要した」とは、近隣住民が警察や保健所に連絡し、警察官や保健所職員が臨場することを意味するもので、受診や保護の有無は問わない。「他の住居や施設を探す必要が生じている」とは、元の住居への退院が容易でなく、地域の支援者ネットワーク会議などを予定すること、あるいは他の住居、施設を新たに探すことを治療方針に掲げることを指す。不明の場合は「該当しない」とする。

【評価者】 医師、看護師、精神保健福祉士 公認心理師

【評価頻度】 入院2か月以内に評価、その後は毎月