

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ことと、退院後早期の病状再燃により再入院した場合に地域移行が困難となり地域定着につながらないため、新たに 1 年以上の入院の防止と退院後 1 年以内の地域における平均生活日数の増加が地域移行、地域定着の評価において重要な診療アウトカムの一側面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「精神障害者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。これらから新規入院患者の 1 年以内の退院率を極力上昇させ、かつ入院後早期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再入院予防や地域生活日数の増加を達成するなど地域定着を推進することが重要である。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る。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%、87%である一方、精神科救急入院料病床では 79.2%、96%と長期入院と比較的予防できている。

精神科救急入院料病床（以下、精神科救急病棟）を有する施設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によって、退院後の地域生活を見据えた切れ目ない精神医療モデルが構築できると考えられる。

そこで我々は令和 3 年度に本邦の精神科救急入院料病棟（以下、精神科救急病棟）を有する全国の医療機関を対象に、各医療機関における多職種配置や地域との連携に効果的な治療プログラムと退院後の地域生活日数との関係を明らかにするためのアンケート調査を行う。診療モデルの構築のために令和 4 年度から精神科救急病棟に併設されている診療報酬算定基準では限られた人員配置となっている精神科療養病棟での地域移行・地域定着に向けた取り組みの実態を把握することにより汎用性のある診療モデルを提案する(図 1)。

2. 研究方法

（研究者略字：伊豫 MI、木村 HK、渡邊 HW、新津 TN、柳澤 YY、吉村 KY、小野 MO）

①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の結果について統計解析と考察（研究代表者：MI、研究分担者：MO）

②入院長期化患者の退院促進と好事例施設の抽出に関する研究（研究分担者：TN）

③入院が長期化する治療抵抗性患者に対する医療に関する調査（研究分担者：TN）

④好事例施設の精神科療養病棟における診療実績調査（研究分担者：HK、YY）

⑤好事例施設の長期入院患者における治療プログラムについてのヒアリング調査（研究分担者：HK、YY）

⑥地域移行機能強化病棟における退院支援

についてのヒアリング調査

診療モデルとハンドブック・パンフレット等の作成(研究分担者：HW、KY)(図1)

①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の結果について統計解析と考察

令和3年度に本邦の精神科救急入院料病棟を有する全国179医療機関を対象に、各医療機関における多職種配置や地域との連携に効果的な治療プログラムと退院後の地域生活日数との関係を明らかにするためのアンケート調査を行なった。

②入院長期化患者の退院促進と好事例施設の抽出に関する研究(研究分担者：TN)

④好事例施設の精神科療養病棟における診療実績調査(研究分担者：HK、YY)

⑤好事例施設の長期入院患者における治療プログラムについてのヒアリング調査(研究分担者：HK、YY)

⑥地域移行機能強化病棟における退院支援についてのヒアリング調査

診療モデルとハンドブック・パンフレット等の作成(研究分担者：HW、KY)

一次調査によって明らかとなった主要アウトカムである対象施設の退院後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)や人員配置、地域移行・地域定着に資する取り組みの結果から好事例施設を抽出する(表1)。さらに、一次調査では把握できない好事例施設の長期入院患者に対する退院支援と退院後の支援状況の詳細を調べる。精神療養病棟を対象に診療実績調査及びヒアリング調査を実施する(表2、3)。

③入院が長期化する治療抵抗性患者に対す

る医療に関する調査(研究分担者：TN)

入院治療を1年以上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、千葉大病院精神神経科で診療録調査を実施した。

(倫理面への配慮)

本研究①、④、⑤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実施された倫理審査によって①は2021年9月29日に承認を受け実施され(千大院研第419号)、④、⑤は2022年11月14日に承認を受け実施された(千大亥研第839号)。

3. 研究結果及び考察

対象施設179施設のうち82施設から回答を得た(回答率45.8%)。主要アウトカムである精神科救急病棟に入院し退院した患者(n=3,113)の地域平均生活日数は、329.84日(標準偏差、±73.15)であった。退院時病棟別では、退院時病棟が精神科救急病棟(n=2,409)では333.25日(±68.91)、精神科急性期病棟(n=353)では325.49日(±68.86)、精神科療養病棟(n=133)では313.97日(±98.50)であった。精神科救急病棟を有する施設では地域平均生活日数は、全国平均310日(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）と比較すると長いことが明らかとなった。診療報酬算定において人員配置、設備、入院後3ヶ月時点退院率などの診療実績での高水準の機能を求められる精神科救急病棟の取り組みは、地域定着の指標の一つである地域平均生活日数を延長させる可能性がある。また、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（添付資料①）。

一方で、本邦の精神科病床の機能別割合は精神科救急入院料病棟病床数1万床に対して、精神科療養病棟病床数9.5万床（精神保健福祉資料（平成29年度））であり、精神科療養病床における地域移行、地域支援に資する取り組みを明らかとすることは診療モデルの構築に不可欠となる。

令和3年度の調査では、精神科救急病棟に入院し退院時病棟が精神科療養病棟（n=133）の場合の地域平均生活日数は313.97日（±98.50）であり、全国の病棟機能別精神科病床数の割合を考慮し算出した精神療養病棟における平均地域生活日数と比較した場合長いことが推定できる。その背景には精神科救急入院料病棟で実施されている長期入院防止、入院患者の地域移行への取り組みが講習会や人事交流によって併設され

ている精神科療養病棟の医療者に共有され、精神科療養病棟に特化した方法で入院患者に提供されている可能性がある。診療モデルの構築のために診療報酬算定基準では限られた人員配置の治療環境である精神科療養病棟での地域移行・地域定着に向けた取り組みを把握することにより汎用性のある診療モデルを提供できる。好事例施設として13施設を抽出した（表4）。抽出した13の施設のうち精神療養病棟を有する3施設（崇徳会田宮病院（新潟県）、復康会鷹岡病院（静岡県）、学而会木村病院（千葉県））と、地域移行機能強化病棟を有する聖泉会聖十字病院（岐阜県）から診療実績調査及びヒアリング調査を実施することに承諾を得た。

ヒアリング調査では精神療養病棟の主な入院患者の疾患または病状の特徴は施設により異なり、クロザピン治療が必要な治療抵抗性統合失調症患者やクロザピンを導入したが耐性不良のため同治療を継続できない治療抵抗性統合失調症や強度行動障害を有する患者、暴力傾向、自傷傾向、認知症が挙げられた。一方で、「入院3ヶ月を超える患者」「退院後3ヶ月以内の再入院患者」であることは共通していた。

また包括的支援マネジメント導入基準項目のうち「自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）」が好事例施設4施設の精神療養病棟及び地域移行機能強化病棟の患者の退院阻害に最も関係する因子であることが共通していた。好事例施設では重度の精神症状に対する高度先進医療とともにセ

ルケア能力が低下によって生じる複数の日常生活動作の支障に対して多面的な日常生活支援が求められていた。

人員配置は4施設全てで精神保健福祉士を精神療養病棟入院料の施設基準の一要件である精神保健福祉士の人員数より多く配置していた。また、各施設の患者層の特徴に応じて、専門職の人員を補充し、治療または地域移行、地域定着に係る支援プログラムを運用していた。例えば、田宮病院では強度行動障害に対しては看護師と作業療法士を補充し、治療同盟が強固となった病棟看護師が退院前訪問と退院後6ヶ月間の訪問を実施していた。鷹岡病院では高齢者又は認知症患者に対しては作業療法士と理学療法士の介入を強化していた。また個別作業療法や作業療法士主体での疾患教育プログラムが充実していた。木村病院では多職種カンファレンスで退院阻害因子と地域定着阻害因子を特定し必要に応じて個別治療チームを編成し入院の長期化と再入院の予防に取り組んでいた。また行政や近隣グループホームからの依頼で入院した主病名に発達障害圏が併存する若年層の患者に対し、精神保健福祉士の人員数を精神科救急病棟と同等にして臨床心理士による介入を強化していた。聖十字病院では、入院後早期と精神科救急、急性期病棟から地域移行機能強化病棟への転棟前後で、患者本人と主治医、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師、栄養士が参加する多職種カンファレンスを実施していた。入院治療を経験した地域で暮らしている患者を病棟に招き、地域での様子についてインタビュー形式で情報提供が行われていた。退院前には退院準備プログラムの運用や個別の外出支援が

実施され、退院前後には自宅環境の整備や社会資源の利用申請などに患者本人に病棟スタッフが付き添って支援していた(表5)。

好事例施設では、地域定着を見据えた退院支援を実施するために、診療報酬算定基準の人員配置では十分に支援を行うことができず、地域に受療ニーズに応じて一部の専門職を加配している。加配された専門職を中心に多職種カンファレンスや地域援助事業者を含めたケア会議が複数回開催されていた。加配された専門職による退院前訪問により地域定着が強化されている可能性がある。さらに、地域移行、地域定着の阻害因子を、評価ツールを用いて特定し、プログラムを実施し効率化を図って退院支援をすることによって医療者の人手不足への対応を講じている可能性がある。

千葉大病院精神神経科に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。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. 評価(研究成果)

1) 達成度について

①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の結果について統計解析と考察(研究代表者:伊豫)、②入院長期化患者の退院促進と好事例施設の抽出に関する研究の統計解析と考察(分担研究者:新津)、③入院が長期化する治療抵抗性患者に対する医療に関する調査の統計解析と考察(分担研究者:新津)、④好事例施設の精神科療養病棟における診療実績調査の継続(分担研究者:木村)、⑤好事例施設の長期入院患者における治療プログラムについてのヒアリング調査(木村)の継続、⑥地域移行機能強化病棟の地域移行、地域定着のための取り組みについてのヒアリング調査とハンドブック・パンフレット等の作成(分担研究者:渡邊)を実施した(図1)。

2) 研究成果の学術的意義について

地域生活日数の向上に資する診療体制や

地域包括ケアにおける連携体制のポイントが一部明らかとなった。またクロザピンや修正型電気痙攣療法への反応が乏しい症例の診断治療に関する研究の必要性が示唆された。

3) 研究成果の行政的意義について

多職種協働モデルに基づいた地域包括ケアの精神科医療モデルを提案することにより、現状の地域移行・地域定着を推進する施策に直接反映できる。精神病床における平均在院日数の短縮と退院後1年間の地域における平均生活日数の増加には精神保健福祉士の介入が関係していることが明らかとなっており、診療報酬改定の根拠となる結果が示唆された。

本研究は、新たな理念として明確化された「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に向けた精神医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。

4) その他特記すべき事項について

特になし。

5. 結論

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。地域定着を見据えた退院支援のより大部分の患者が早期に退院し再入院を防げても、一部の患者は長期入院や複数回の入院治療が必要となることがあり、その患者層の特性に応じた地域移行と地域定着のための取り組みが十分期間の必要である。そして、その取り組みを支える診療報酬が必須である。

6. 研究発表

1) 国内

原著論文による発表	1 件
口頭発表	14 件
それ以外（レビュー等）の発表	8 件

2) 国外

原著論文による発表	9 件
口頭発表	1 件
それ以外（レビュー等）の発表	0 件

・論文

・Kosuke Suzuki, Tomihisa Niitsu, Hiroshi Kimura, Yuta Yanagisawa. Association between mental health social worker staffing in psychiatric emergency wards and readmission outcomes: A nationwide survey in Japan, *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, April 2024 3(2).

・Yuta Yanagisawa, Hiroshi Kimura, Hideki Komatsu, Hiroyuki Watanabe, Masaomi Iyo. The Effectiveness of the Mental Health Social Worker-led Multi-Professional Program in Preventing Long-Term Hospitalization and Readmission in Acute Psychiatric Inpatients in Japan; a retrospective analysis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 14 April 2024

・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, 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(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* 23 : 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, Iyo M, Niitsu T. Risk factors for early-phase clozapine discontinuation: A nested case-control study. *Asian J Psychiatr*. 2021 Aug;62:102745.

・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* 2021;19(12):2214-2226. (Review)

・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 readmission 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*. 2019 Jun 7;13:40. doi: 10.1186/s13033-019-0298-3. PMID: 31182972; PMCID: PMC6555753.

・学会発表

・伊豫雅臣:セルフマネジメントを支える精神医学.2023.11.25 第26回日本精神保健・予防学会学術集会.千葉.

・鈴木耕輔,新津富央,木村大,柳澤雄太,小野まり奈,小松英樹,吉村健佑,渡邊博幸,伊豫雅臣:New Long Stay の予防と地域移行・定着に向けた全国調査—PSW 人員配置と診療アウトカム.2023.11.25 第 26 回日本精神保健・予防学会学術集会ポスター発表.千葉.

・木村大:地域包括ケアシステムにおける医療経済委員会の取り組み. 2023.10.12 第 12 回日本精神科医学会学術大会.熊本.

・木村大:精神科救急医療の地域定着に資する取り組みと診療アウトカムの再考. 2023.10.7 第 31 回日本精神科救急学会学術総会シンポジウム.山口.

・渡邊博幸:単科精神科病院での統合失調症外来診療.2023.6.24 第 119 回日本精神神経学会総会シンポジウム.横浜.

・鈴木耕輔,新津富央,木村大,柳澤雄太,小野まり奈,小松英樹,吉村健佑,渡邊博幸,伊豫雅臣:精神科救急病棟における精神保健福祉士等の人員配置と治療アウトカムとの関連—厚労科研全国実態調査—.2023.6.24 第 119 回日本精神神経学会総会 ポスター発表.横浜.

・伊豫雅臣:応機展開の精神—医学とその底流—.2023.6.22 第 119 回日本精神神経学会総会 会長講演.横浜.

・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.

・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.

・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.

・渡邊博幸. New Long Stay 防止プログラムの導入と実践、その効果. 第 117 回日本精神神経学会総会・シンポジウム 62「急性期精神科医療における患者の New long stay の要因と防止プログラム」(司会:伊豫雅臣、山口創生) 京都. 2021. 9. 20.

・木村大. New Long Stay を防止するための保険診療を用いた早期介入プログラム. 第 117 回日本精神神経学会総会・シンポジウム 62「急性期精神科医療における患者の New long stay の要因と防止プログラム」(司会:伊豫雅臣、山口創生) 京都. 2021. 9. 20.

・柳澤雄太, 木村大, 渡邊博幸, 小松英樹, 伊豫雅臣. 多職種介入の視点による地域定着阻害因子(退院阻害因子)の見直し. 第 29 回日本精神科救急学会学術総会. WEB 開催. 2021. 10. 23.

・木村大. シンポジウム 4. 精神科医療における社会的需要に応じた多職種協働で行うオンライン診療. 第 29 回日本精神科救急学会学術総会. WEB 開催. 2021. 10. 24.

・木村大. シンポジウム V. 院内外多職種連携における精神科オンライン

診療の役割. 第45回日本神経心理学
会学術集会. 2021. 10. 24.

・雑誌

・ Kosuke Suzuki, Tomihisa

Niitsu, Hiroshi Kimura, Yuta

Yanagisawa, Marina Ono, Hideki Komatsu,

Kensuke Yoshimura, Hiroyuki

Watanabe, Masaomi Iyo. Staffing of mental

health social workers in psychiatric

emergency wards is associated with

readmission outcomes: A nationwide

survey in Japan. Psychiatry and Clinical

Neurosciences Reports. Volume3, Issue2

June 2024 e189 01, April 2024

・ 鈴木耕輔, 新津富央, 伊豫雅臣, 木村
大. 精神科救急病棟における精神保健福祉
士等の人員配置と治療アウトカムとの関連
地域移行・地域定着に向けた取り組みの全
国実態調査. 千葉医学雑誌. 99 巻 4 号.

112-112. 2023 年 8 月.

・ 渡邊博幸. D-OODA 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

図1 令和5年度以降の研究の流れ

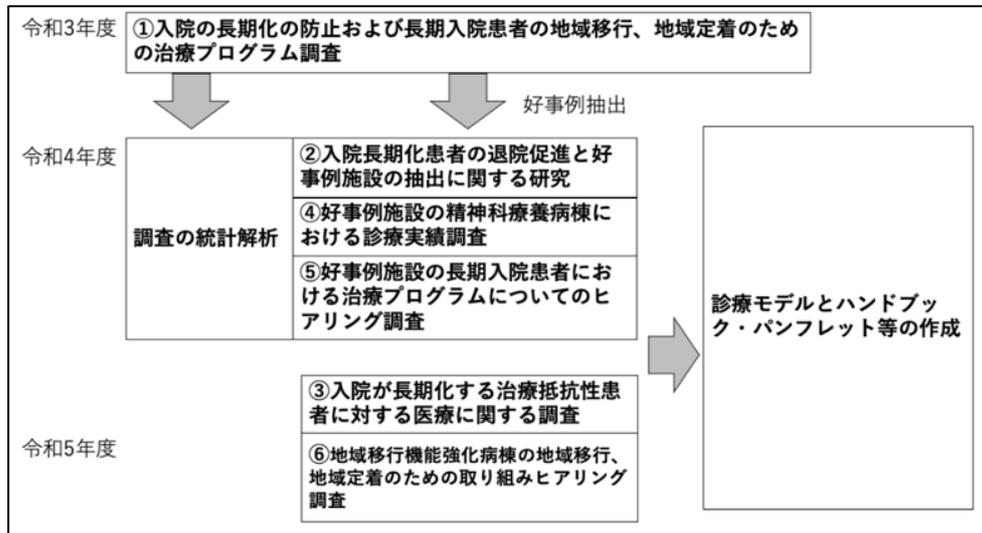


表1. 好事例抽出基準

1)	施設全体の地域平均生活日数が長い精神科救急入院料算定病棟を有する施設
2)	施設全体の地域平均生活日数が長く、精神療養病棟を有する施設
3)	施設全体の地域平均生活日数が長い施設で精神科療養病棟を運用している施設のうち、同病棟で地域移行、地域定着に向けた積極的な取り組みを実施している施設
4)	退院時病棟が精神科療養病棟の場合の地域平均生活日数が長くかつ地域移行、地域定着に向けた積極的な取り組みを実施している施設
5)	精神科地域移行機能強化病棟で地域移行、地域定着に向けた積極的な取り組みを実施している施設

表2 好事例施設の有する精神科療養病棟の診療実績評価項目

基本情報
精神療養病棟の病棟数、病床数
入院後の状況
2021年度入院患者数（転棟を含めない）
2021年度精神療養病棟への転棟数
平均年齢、性別、主病名
2021年6月30日時点在院患者の平均入院日数
包括的支援マネジメント導入基準該当者数
退院後の状況
2021年度退院患者数
2021年度退院患者の退院先
2021年度退院患者の福祉サービス活用状況

表3 好事例施設の有する精神科療養病棟を対象としたヒアリングの調査項目

施設全体の取り組み	機能別病棟間の人事異動 施設全体の講習会
入院・外来治療プログラム	多職種プログラム（疾患、薬物、支援の情報提供）の実態 社会生活技能訓練の提供方法の実態 認知機能リハビリテーション提供方法の実態 認知行動療法提供方法の実態 セルフモニタリング、クライシスプランの提供方法の実態 就労・就学支援提供方法の実態 その他の取り組みの提供方法の実態
専門職による地域移行・定着への取り組み	
精神保健福祉士	精神保健福祉士1人当たりの受け持ち長期入院患者数 長期入院患者の退院支援における院内外との連携 退院支援における取り組み
作業療法士	作業療法士1人当たりの受け持ち長期入院患者数 個別作業療法実施率 退院支援における取り組み
心理士	心理士1人当たりの受け持ち長期入院患者数 退院支援における取り組み
看護師	退院支援における取り組み
高度専門治療等	入院後3ヶ月以降の診断名変更率 治療抵抗性統合失調症（TRS）率 TRSへのクロザピン導入率 クロザピン導入後退院患者の再入院率、退院後地域生活日数 ECT治療後の再入院率、退院後地域生活日数 その他、退院支援における積極的な治療体制と専門治療

表4 好事例施設の抽出結果

・地域平均生活日数が長い施設

病院名	設置主体	精神科療養病棟の有無	地域生活日数(対象患者数)	地域生活日数順位	精神科救急病棟の3ヶ月以内在宅移行率
A	医療法人	有	360.9 (50)	1	88.9
B	公立	無	360.5 (50)	2	61.5
C	公立	無	359.1 (49)	3	69
D	国立	無	357.3 (27)	4	64
E	医療法人	無	350.0 (50)	5	96

・退院時病棟が精神科療養病棟の場合の地域平均生活日数が長くかつ地域移行、地域定着に向けた積極的な取り組みを実施している施設

病院名	退院時精神科療養病棟の地域平均生活日数(対象患者数)	退院時精神科療養病棟の地域平均生活日数順位	多職種カンファレンス	入院長期化のリスク評価	ケア会議
H	338.0 (10)	3	あり	あり	全入院患者に2回以上
J	330.7 (13)	4	あり	なし	入院患者の半数未満
K	322.3 (10)	5	あり	あり	入院患者の半数以上

・施設全体の地域平均生活日数が長い施設で精神科療養病棟を運用している施設のうち、同病棟で地域移行、地域定着に向けた積極的な取り組みを実施している施設

病院名	地域生活日数(対象患者数)	地域平均生活日数順位	人員配置(実働人数)			多職種プログラム							ツール		カンファレンス			
			P	O	C	情報提供	認知リハ	C	B	T	S	M	就労・就学	評価	新入院	1ヶ月	ケア会議開催頻度	
A	360.9 (50)	1	1	1	1	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	全入院患者に1回
F	347.4 (50)	10	1	2	17	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○	全入院患者に2回以上
G	346.0 (50)	12	6	8	2	○	○	○	○	○	×	○	○	○	×	×	○	全入院患者に1回
H	345.7 (48)	13	2	4	1	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○	全入院患者に2回以上
I	345.4 (49)	14	4	1	0	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	入院患者数の半数程度

表 5 好事例施設の精神療養病棟の特徴

調査精神病棟	田宮病院 精神療養病棟60床	廣同病院 精神療養病棟46床	木村病院 精神療養病棟60床	聖十字病院 精神療養病棟(療養) 55 地域移行機能強化病棟(地強化) 55
年齢(中央値)	69.2(71)	63.9(66)	58.9(61) (2021年6月30日) 46.1(48) (2023年8月)	療養 58.6(61) 地強 58.4(59)
地域包括ケアに資する取り組みを実施している精神療養病棟の特徴	入院3ヶ月を超える患者 退院支援のための転院患者 強度行動障害患者	入院3ヶ月を超える患者 一部、高齢者または認知症治療患者の入院治療	退院後3ヶ月以内の再入院患者 (頻回入院、特に近隣のグループホーム、行政からの依頼) 暴力傾向、自傷傾向 強度の地域連携が必要な患者の増加 クロザピン反応性不良または耐性不良の統合失調症	入院3ヶ月を超える患者 退院後3ヶ月以内の再入院患者 クロザピン反応性不良または耐性不良の統合失調症 知的障害と合併した統合失調症 双極性障害
退院阻害に最も影響する包括的支援マネジメント導入基準	自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(長期入院患者の61.1%)	自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(長期入院患者の63.9%)	自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(長期入院患者の41.9%)	自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(療養の長期入院患者の48.6%、地強化では57.8%)
既存の体制(人員配置、支援方法等)で生じる課題	強度行動障害患者ケアの人員不足 長期入院患者の蓄積	長期入院患者の蓄積 認知症患者の退院支援 高齢者の併存身体疾患への対応	疾患・行動特性に対応できる人員配置が足りない 地域連携するための人員が足りない	地強化に地域連携を強化する人員不足
対策	人員配置 精神保健福祉士の増員 同施設の救急病棟以上に作業療法士を配置	精神保健福祉士の増員 作業療法士の増員 理学療法士の増員	精神保健福祉士の増員 施設全体の臨床心理士の増員	地強化に作業療法士、精神保健福祉士の増員
入院期間の取り組み	多職種共同プログラム(睡眠について、コーピング法、再発を防ごう、SST)、統合失調症とは、考え方のクセを知ろう、怒りのコントロール、食事でごころと身体を健康に、服薬教室、お金のあれこれ) WRAPを用いたクライシスプランの運用 退院前訪問に病棟看護師が同伴	複数回の多職種ケア会議 医療保護入院者退院支援委員会の対象とならない患者への同委員会実施 入院長期化リスク評価ツールを用いた評価 個別作業療法の進化 病院が借りた賃貸物件での詐病療法士による日常生活動作トレーニング 作業療法士主体の疾病教育 退院前訪問に両棟作業療法士が同伴	退院支援プログラム(頻回の院内、院外カンファレンス、退院阻害因子と地域定着阻害因子を特定し必要に応じて個別治療チームを編成し入院の長期化と再入院の予防) 退院前訪問に精神保健福祉士、病棟看護師が同伴 認知行動療法	退院準備プログラムの運用 個別の外出支援 地域移行支援の積極的な活用 入院患者と地域で暮らしている入院治療経験者との地域生活についての情報共有 認知行動療法 メタ認知トレーニング
退院後の取り組み	退院後3ヶ月以内の病棟職員による緊急生活支援 退院後6ヶ月間、治療同盟が強固な病棟看護師が訪問	作業療法士主体での疾患教育プログラム 入院から退院後まで治療同盟の強固なスタッフが支援	多職種での訪問看護 訪問看護との連携	退院後の生活環境整備支援
結果	入院 退院者数の増加 外来 地域平均生活日数の増加	退院者数の増加 地域平均生活日数の増加 退院後1年以内再入院率の低下	退院者数の増加 地域平均生活日数の増加 患者医療費の減額	退院者数の増加 地域平均生活日数の増加

添付資料①

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	16
1.2 調査方法	17
1.2.1 調査方法及び回答方法	17
1.2.2 調査対象施設	17
1.2.3 調査項目	17
1.2.4 解析の概要	17
第2章 調査結果	
2.1 調査票①(I)対象施設基本情報	18
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	21
2.3 調査票③(III)療養病棟の長期入院患者支援について	26
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	31
第3章 考察	
3.1 施設設置主体について	31
3.2 人員配置	32
3.3 プログラム及びカンファレンス等について	33
3.4 新規入院患者率及び3か月以内在宅移行率	34
3.5 在院日数、再入院率、地域平均生活日数	34
3.6 精神病棟入院基本料病棟	36
参考文献	37
表・図	38

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。

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施設の設置主体は、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師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、作業療法士の順に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た施設が 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ー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ー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師 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)公認心理師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、全国の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、精神科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実施している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様であるものの、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(Ⅰ) 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 对 1 病棟	48	1	8	133	2.8	1.6
18 对 1 病棟	0					
20 对 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 对 1 病棟	3	32	104	184	61.3	37.8
13 对 1 病棟	2	56	60	116	58.0	2.8
15 对 1 病棟	48	39	357	6,930	144.4	86.6
18 对 1 病棟	0					
20 对 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	病床数の範囲											
		全体 81		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	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

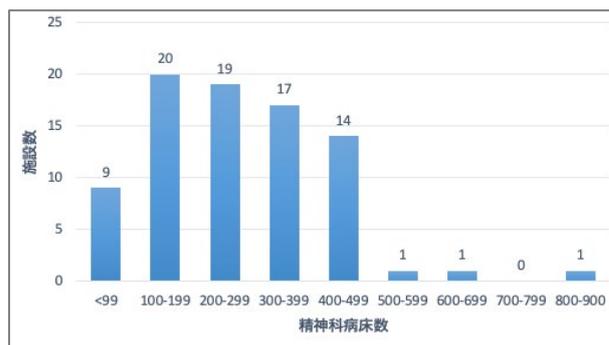
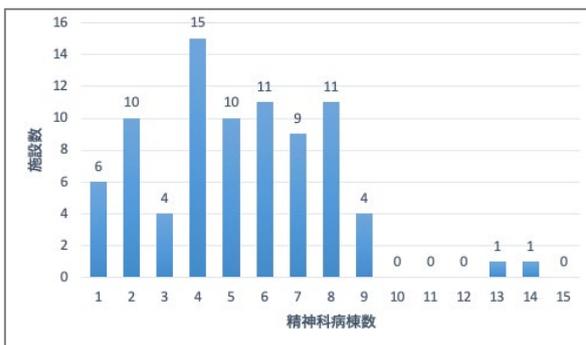


図2

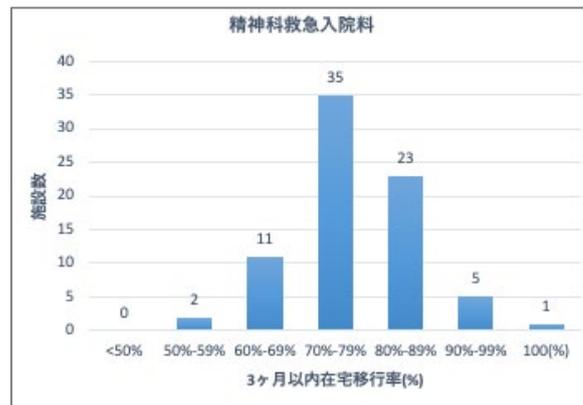


図3

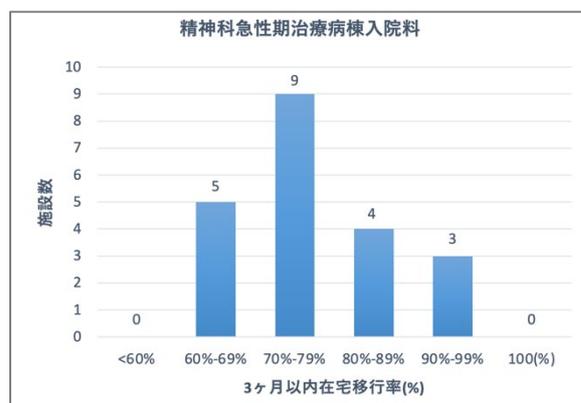
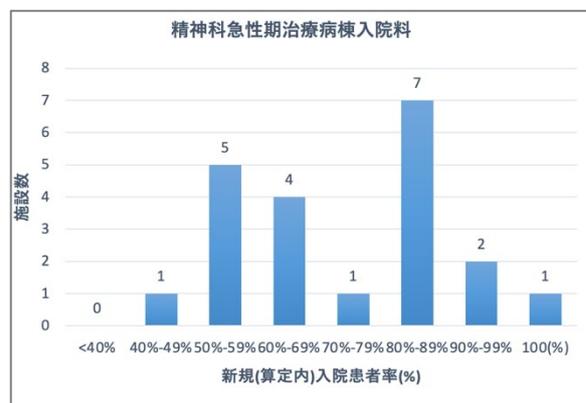


図4

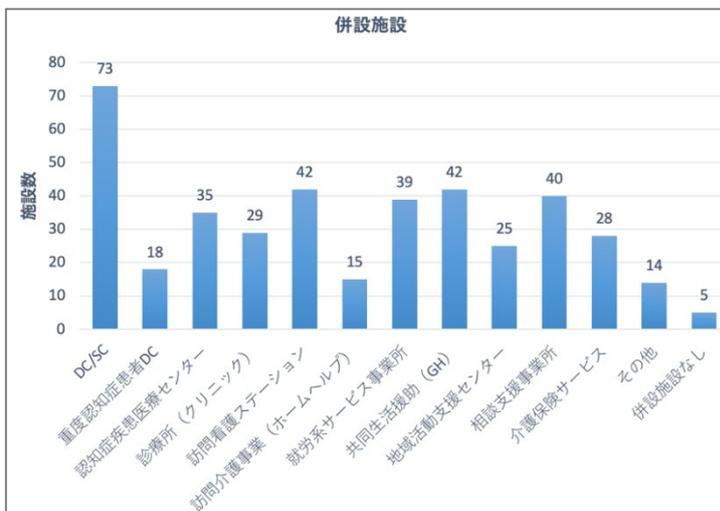


図5 精神科医師の配置

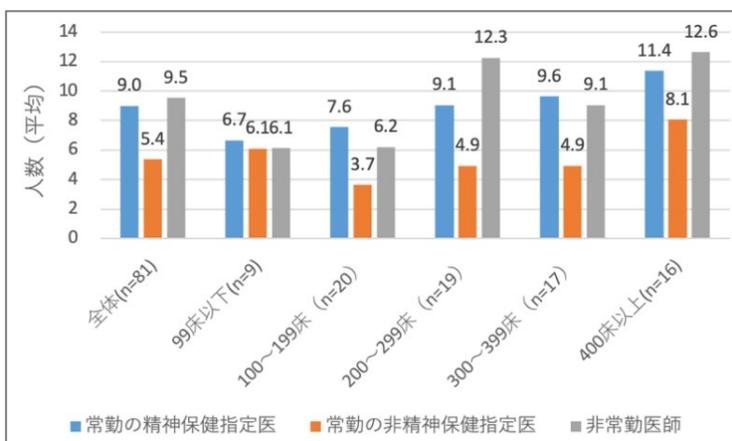


図6 看護師の配置

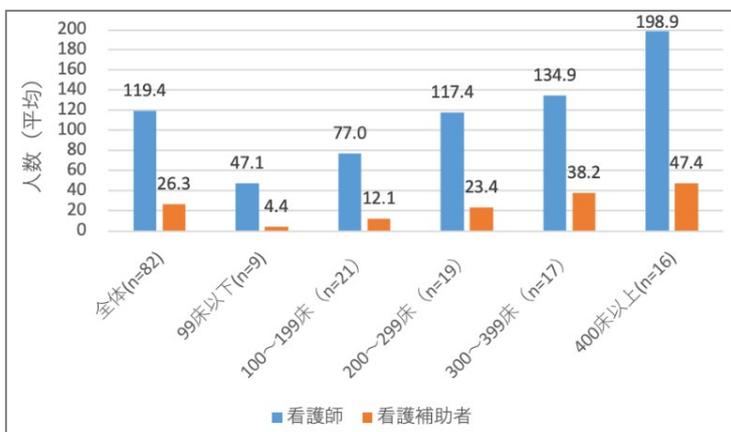


図7 精神保健福祉士の配置

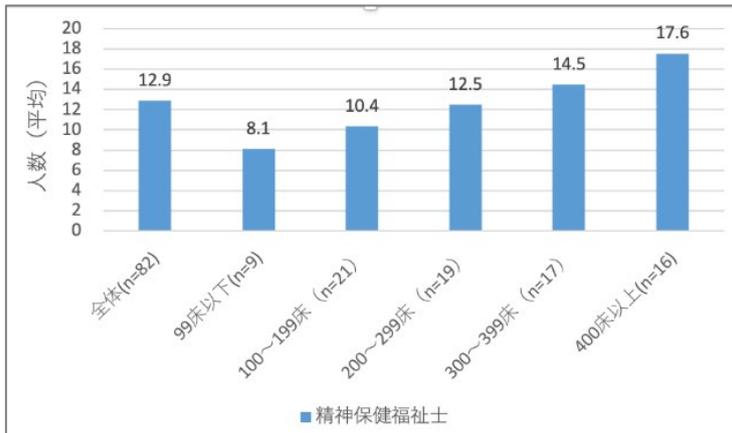


図8 作業療法士の配置

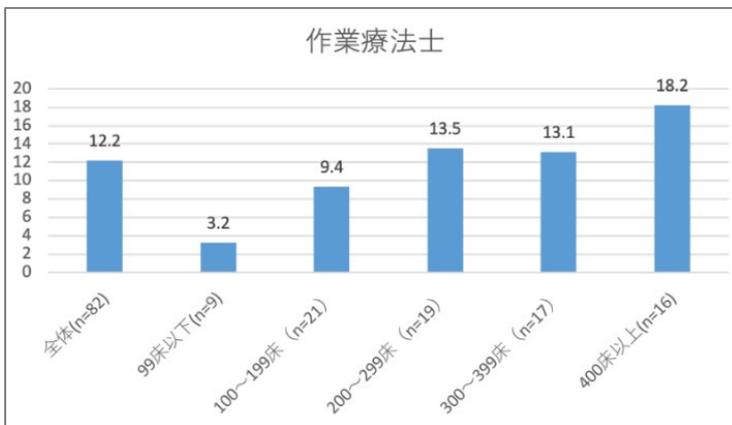


図9 公認心理師の配置

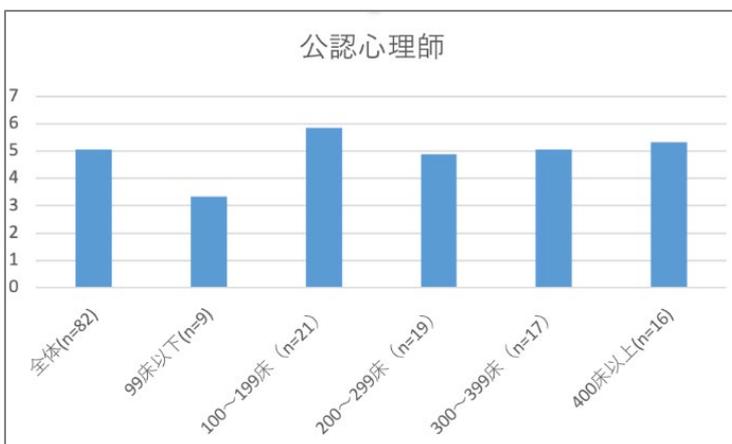


図 10 ピアサポーターの配置

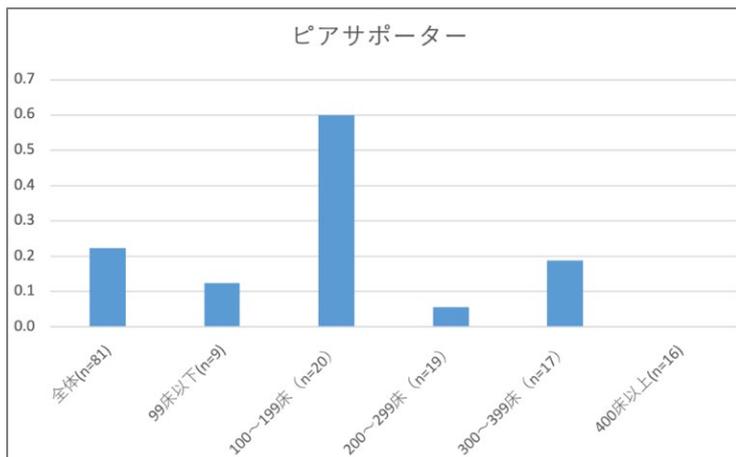
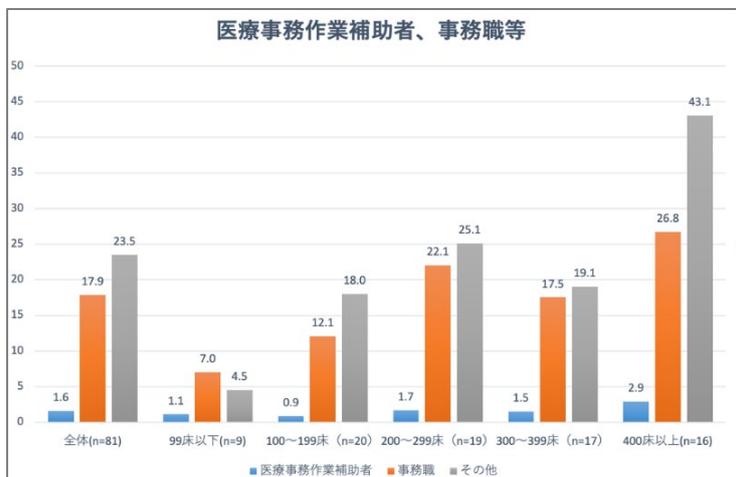


図 11 医療事務作業補助者、事務職等の配置



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				
	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				
	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				
	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									
	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 64					精神科救急・合併症病棟 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

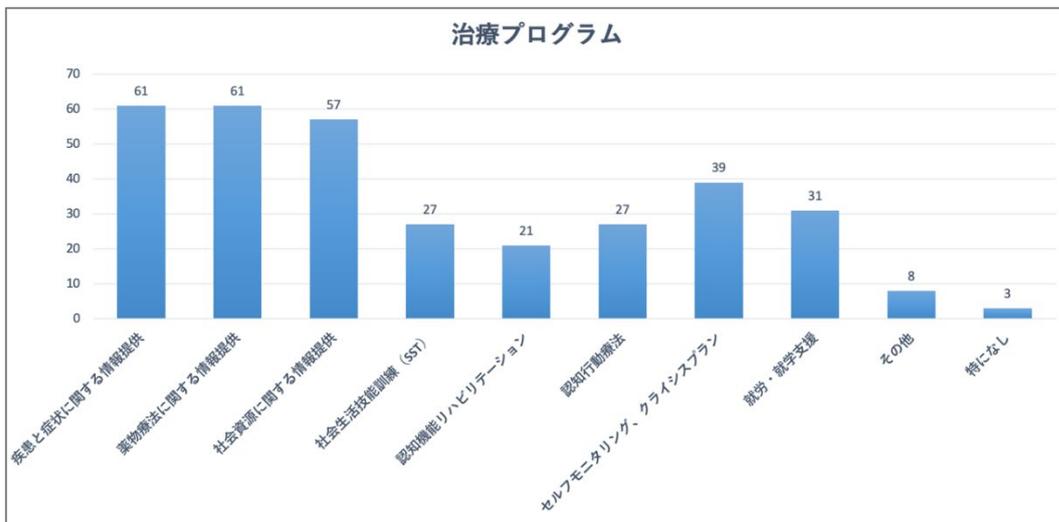


図 13

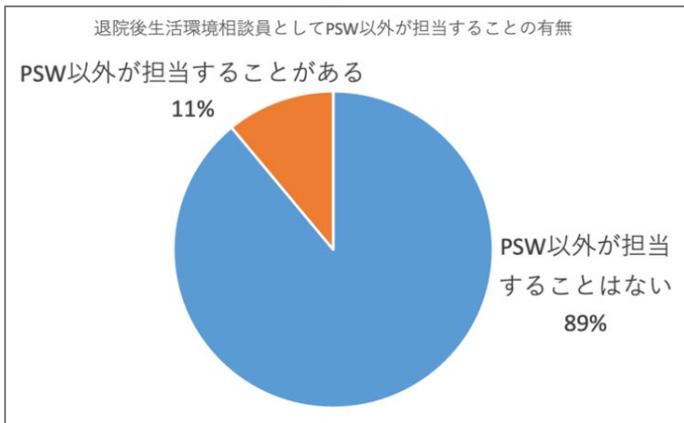


図 14

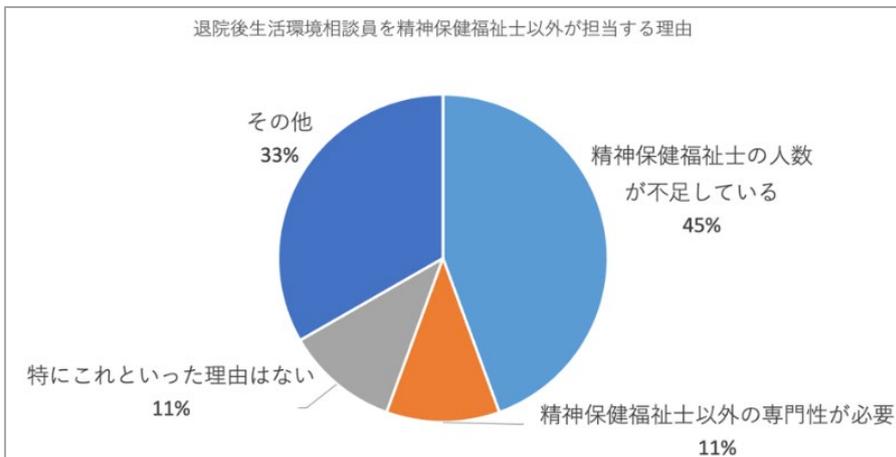


図 15

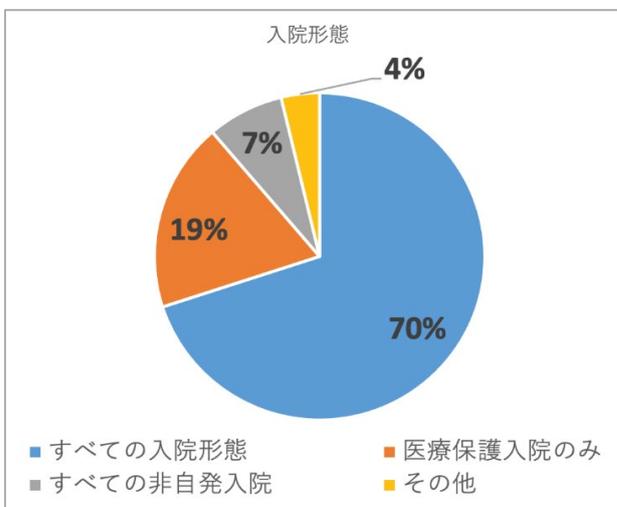


図 16 平均担当患者数

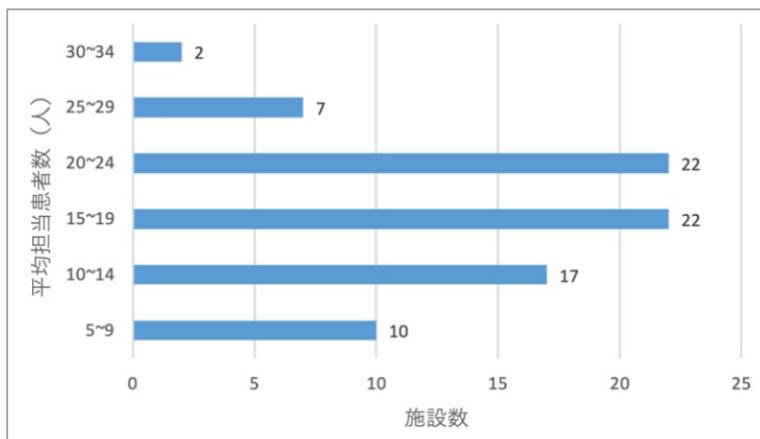


図 17 最大担当患者数

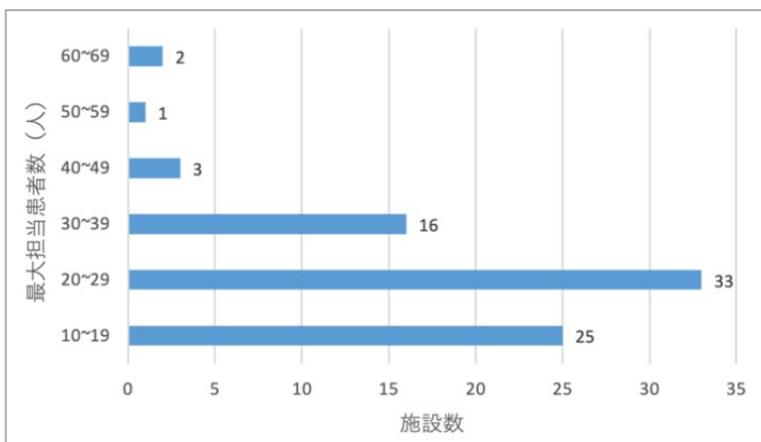


図 18 救急・急性期病棟配属の精神保健福祉士による外来相談業務

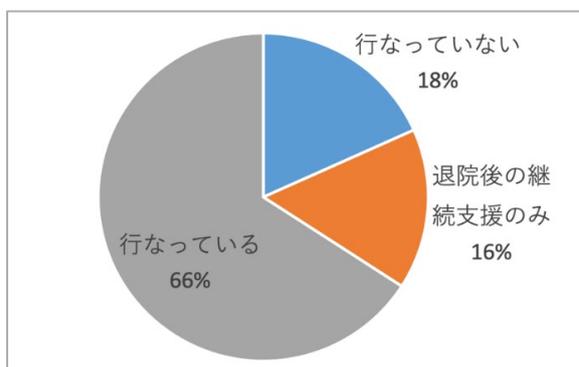


図 19

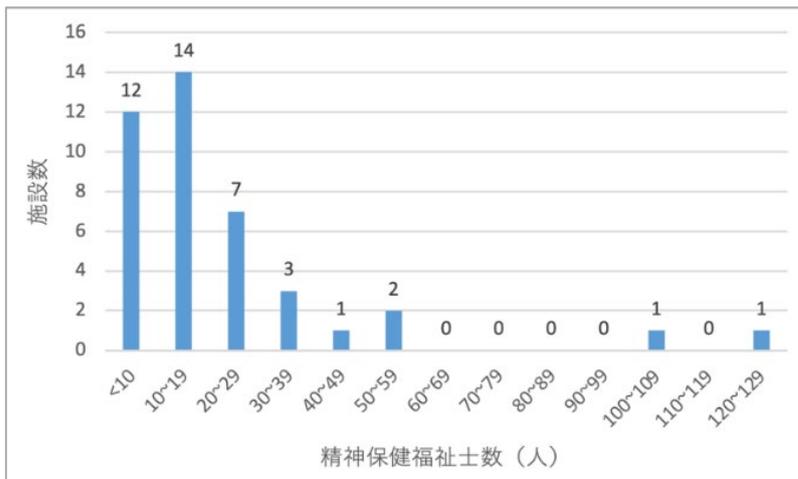


図 20 平均担当患者数

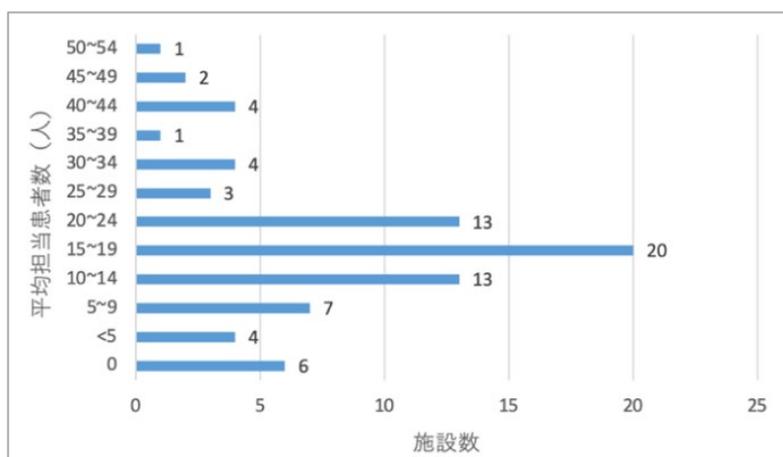


図 21 最大担当患者数

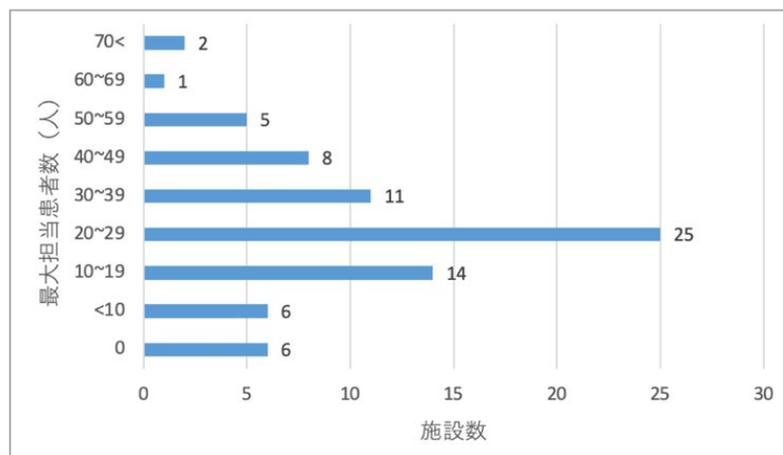


図 22 救急・急性期病棟を担当する作業療法士

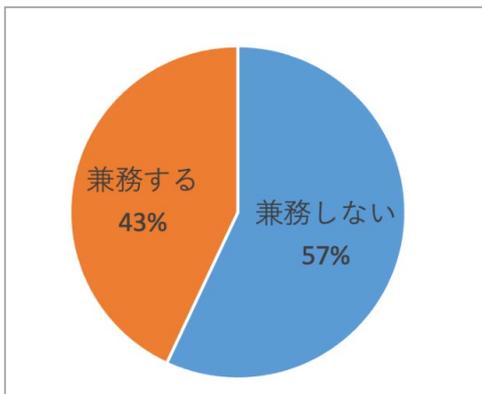


図 22 救急・急性期病棟を担当する作業療法士の外来作業療法の兼務

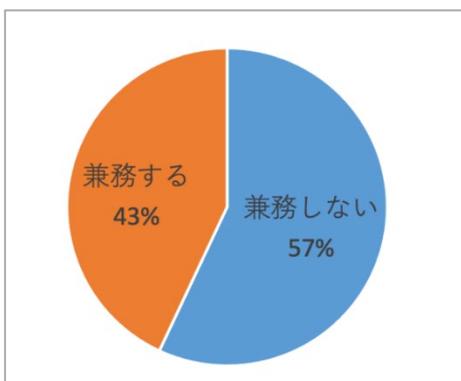


図 23 公認心理師の外来心理療法の兼務

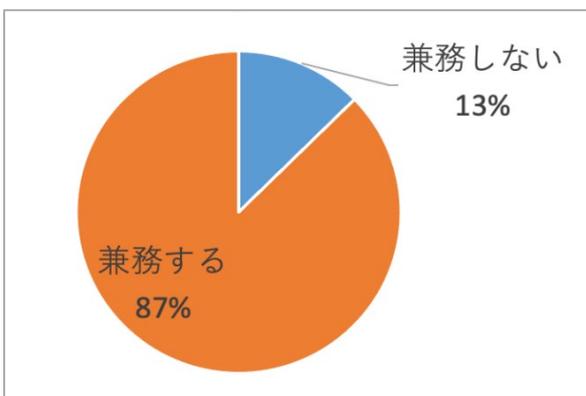


図 24 救急・急性期病棟において新規入院患者に対する独自のクリニカルパスの有無

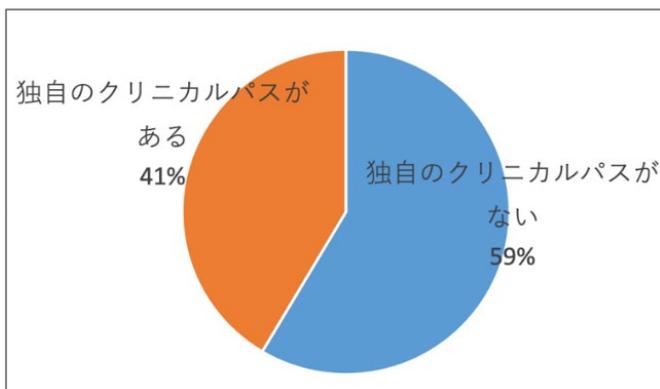


図 25 クリニカルパスに関する職種

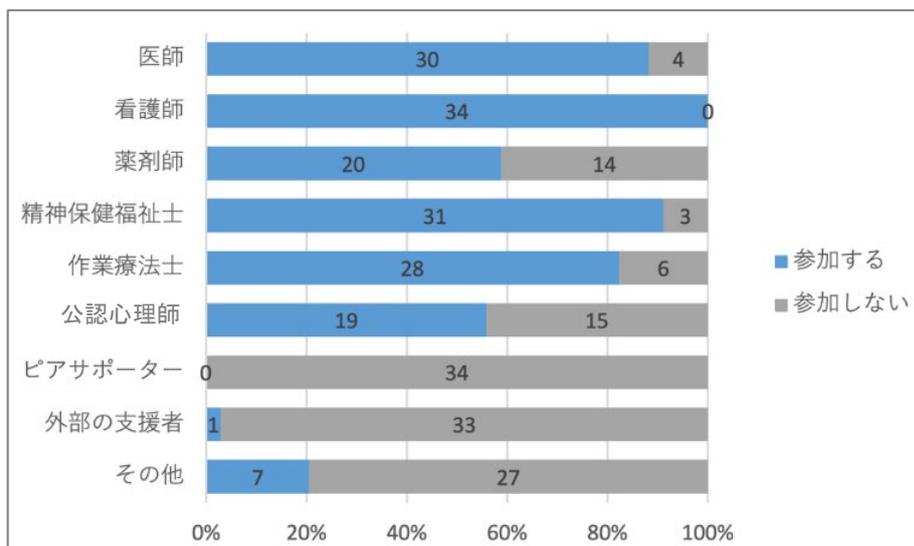


図 26 救急・急性期病棟新入院患者に対する多職種カンファレンス（入院時カンファレンス）の定期的な実施

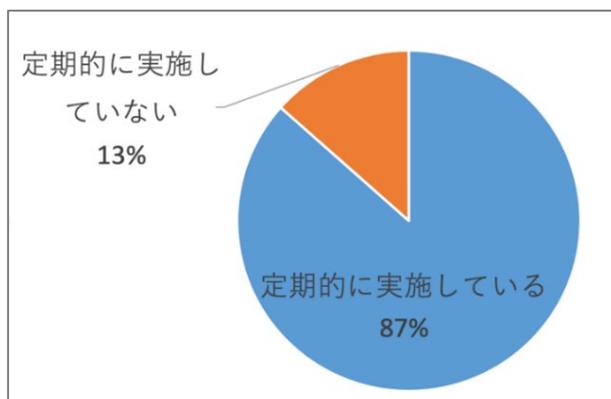


図 27 入院後何日程度の入院時カンファレンスを実施するか

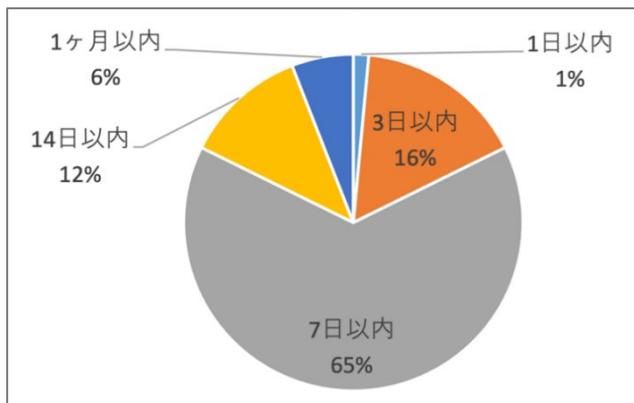


図 28 入院時カンファレンスに参加する職種

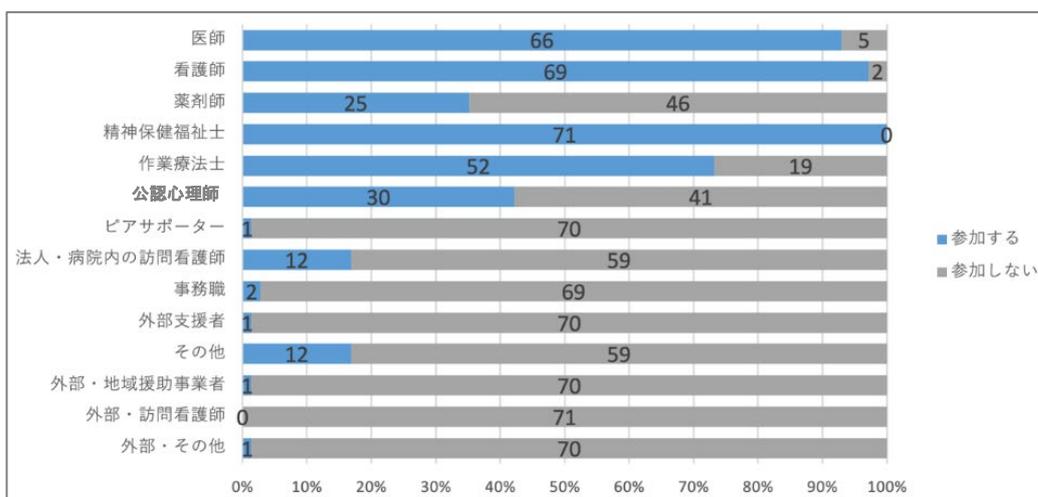


図 29 救急・急性期病棟において、入院長期化リスクを評価するための定型方法の有無

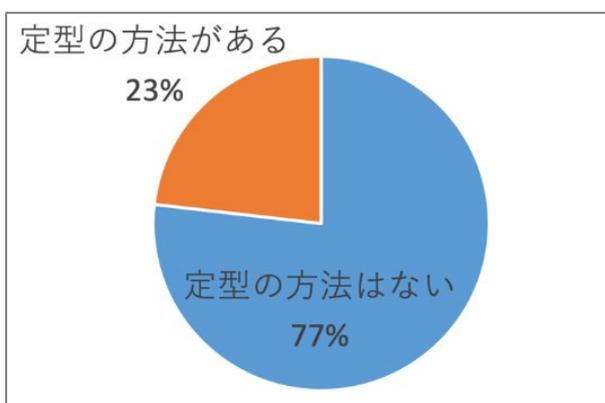


図 30 救急・急性期病棟において、入院1ヶ月程度経過したときに実施する多職種カンファレンス(1ヶ月カンファレンス)の有無

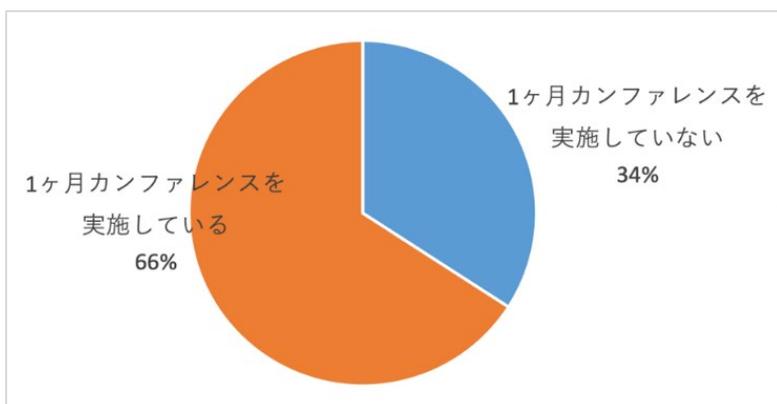


図 31 入院1ヶ月程度経過したときに実施する多職種カンファレンスに参加する職種

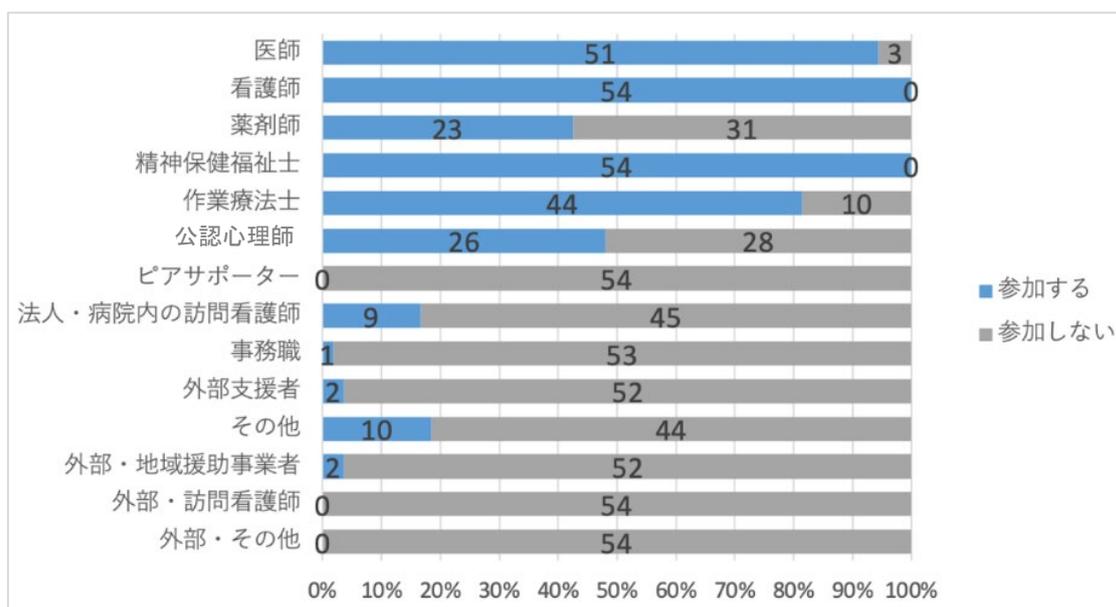


図 32 ケア会議(本人や家族と治療・支援方針を相談する会議)の開催頻度

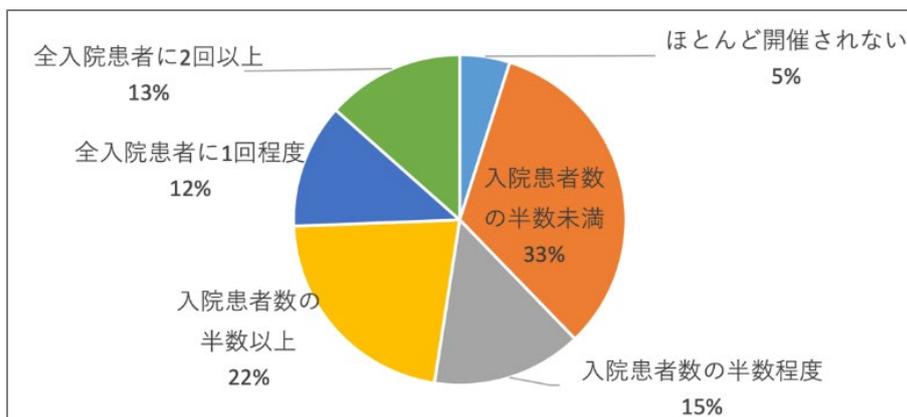


図 33 ケア会議(本人や家族と治療・支援方針を相談する会議)の参加職種

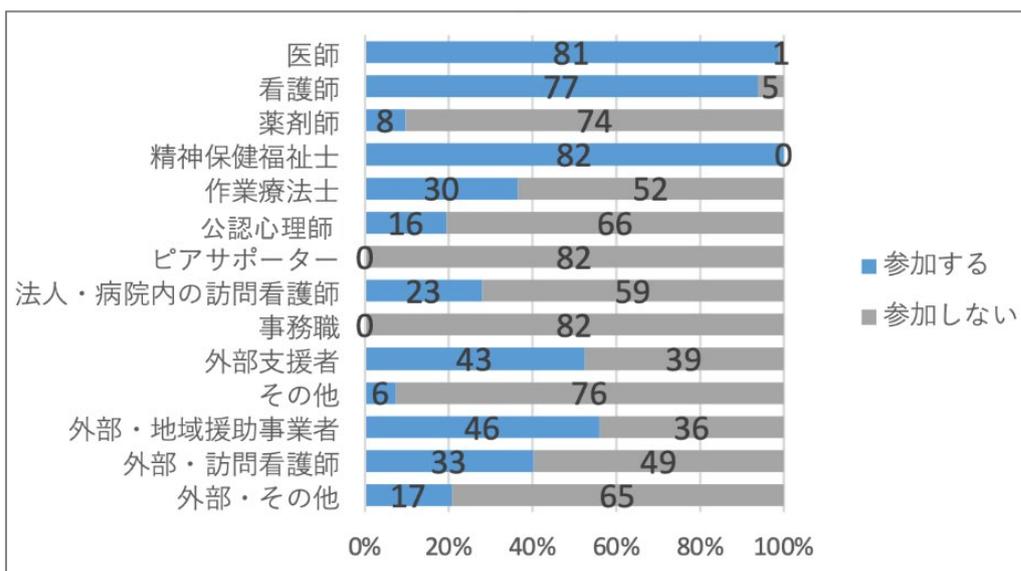


図 34 退院前訪問看護の実施の有無

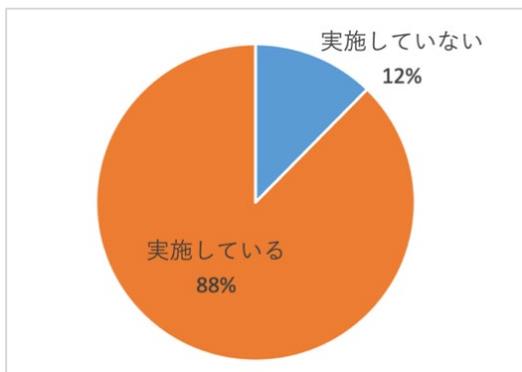


図 35 法人内または病院内に訪問看護ステーションを有する施設の退院後に外部の訪問看護ステーションへの積極的な引き継ぎの検討の有無

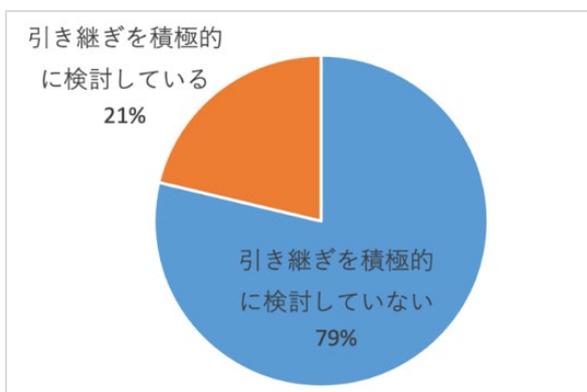


図 36 退院後に外部の訪問看護ステーションに引き継ぐことを積極的に検討している施設が外部の訪問看護ステーションに引き継ぐまでの期間

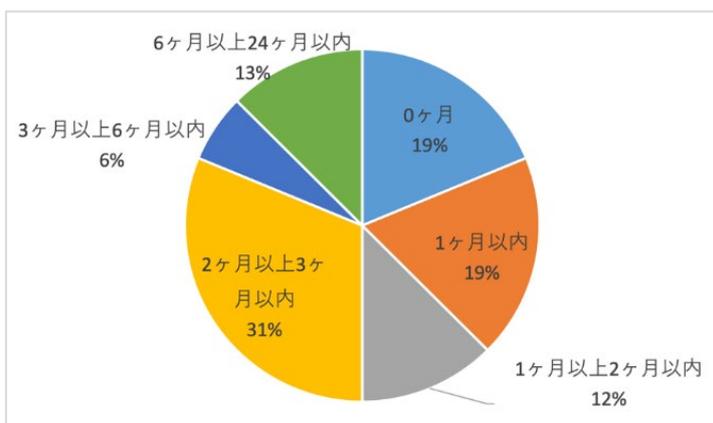


図 37 退院後の支援として利用する主要な地域資源

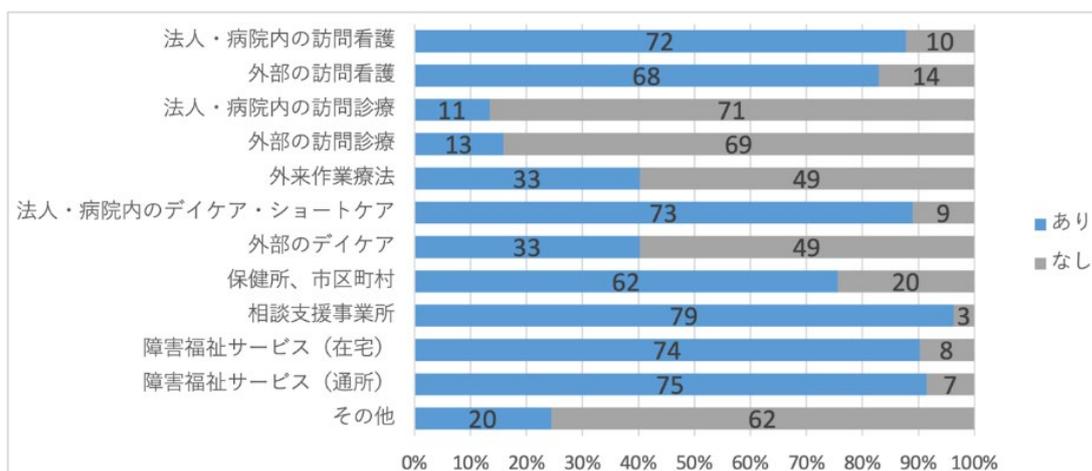


図 38 地域援助事業者との連携として日常的に実施している活動

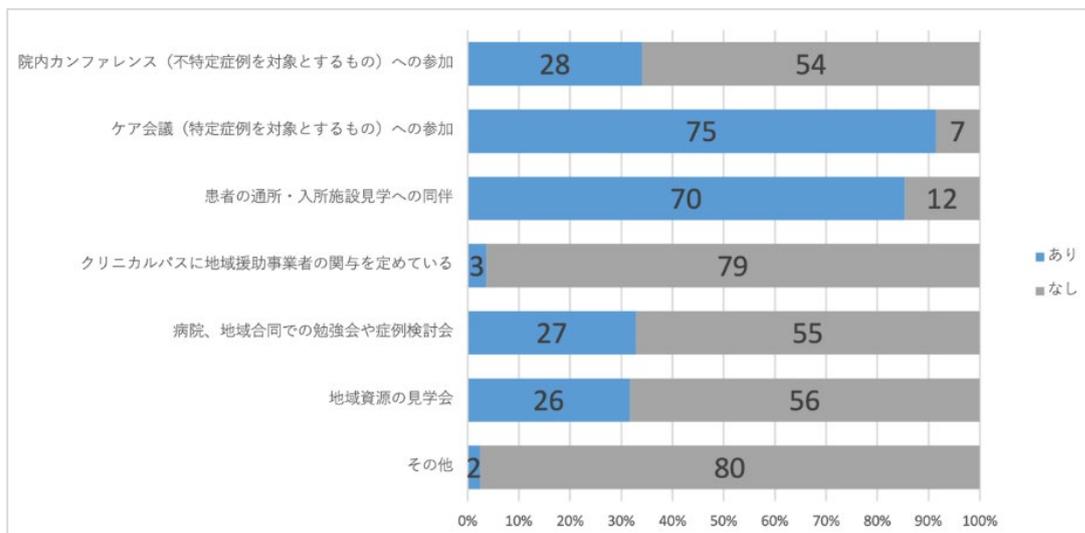


図 39 退院後のケースマネジメント

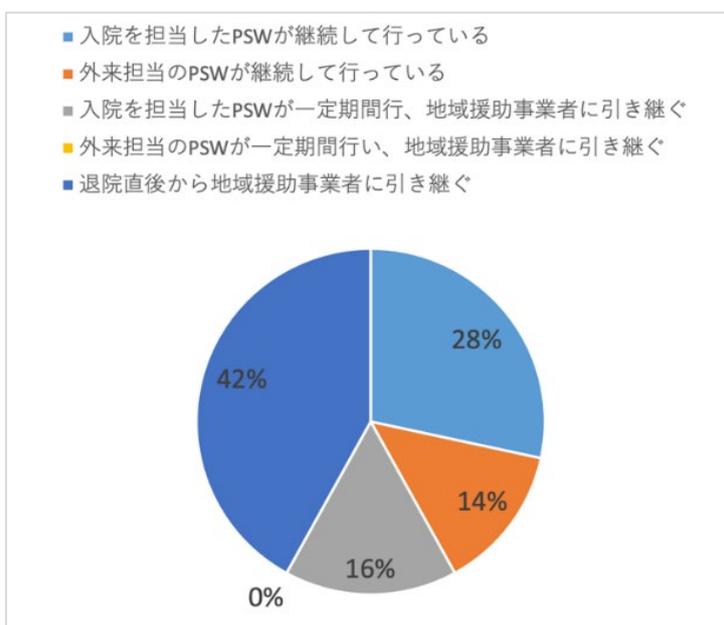
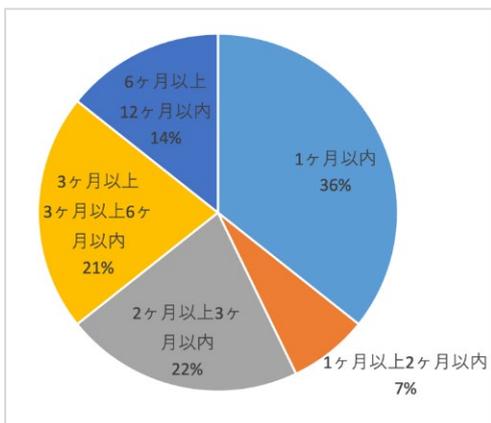


図 40 退院直後に引き継ぐ施設以外で、地域援助事業者にケースマネジメントを引き継ぐ施設の退院後に地域援助事業者に引き継ぐまでの期間 n=14 施設



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				
	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

回答施設数	精神療養病棟				
	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 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

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

回答施設数	精神療養病棟				
	平均	標準偏差	最大	最小	中央値
35					
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

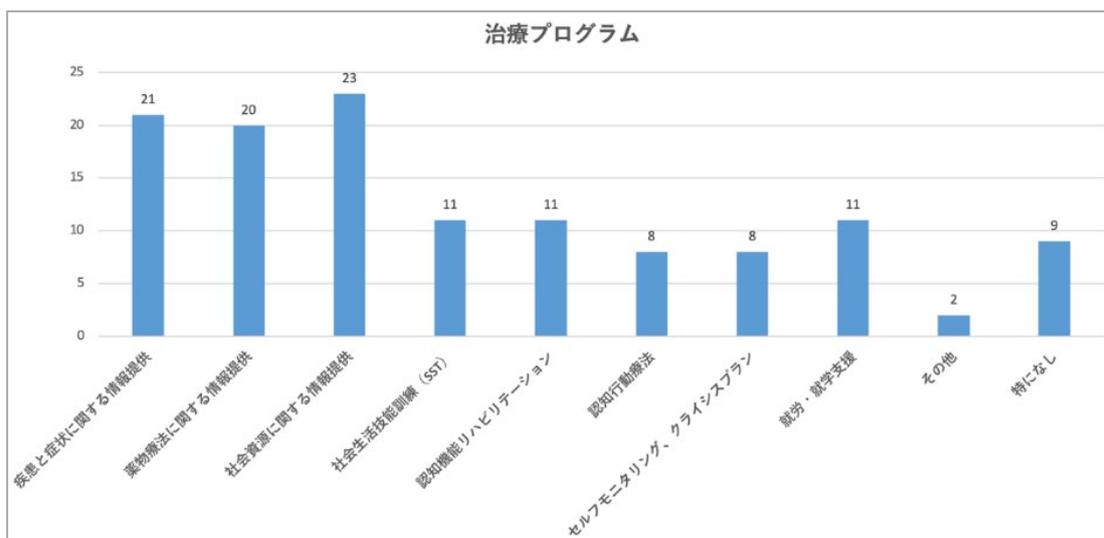


図 42 退院後生活環境相談員を精神保健福祉士以外が担当する割合

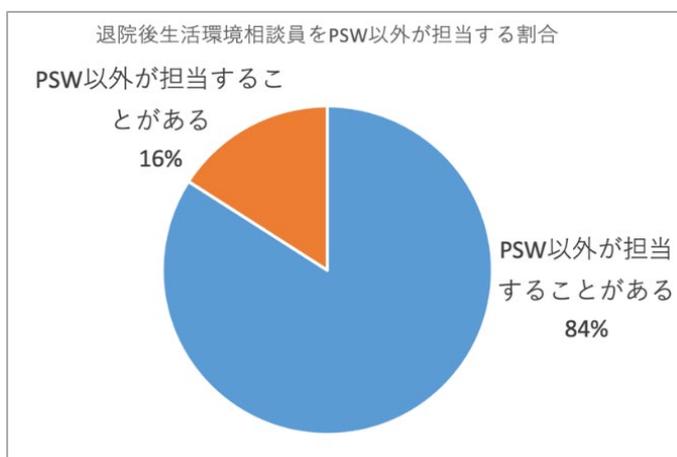


図 43 退院後生活環境相談員を精神保健福祉士以外が担当する理由

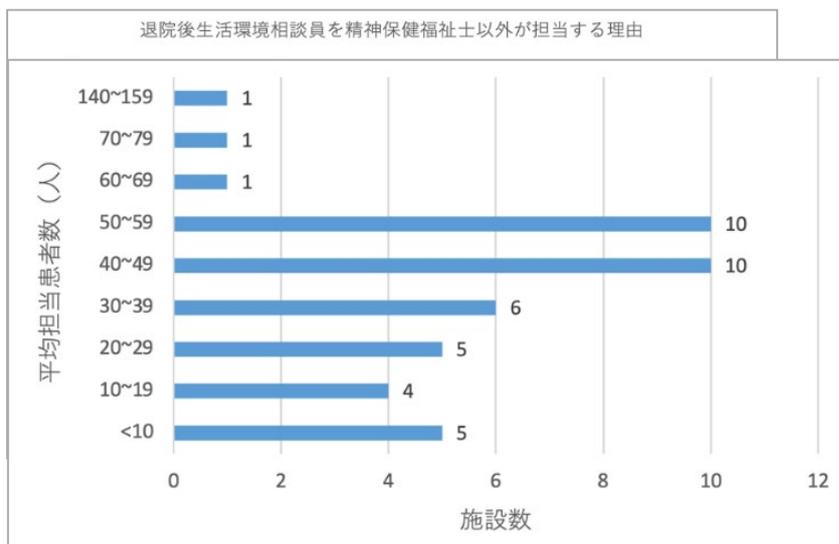


図 44 平均担当患者数

図 45 最大担当患者数

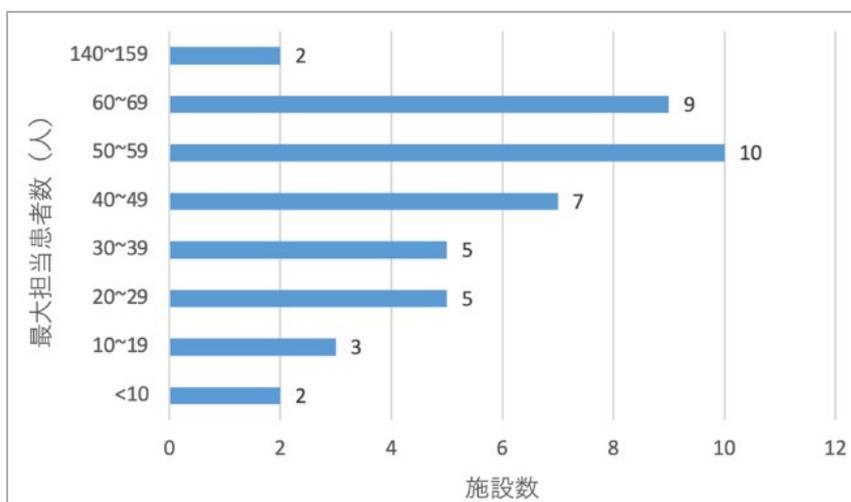


図 46 精神療養病棟配属の精神保健福祉士による外来相談業務

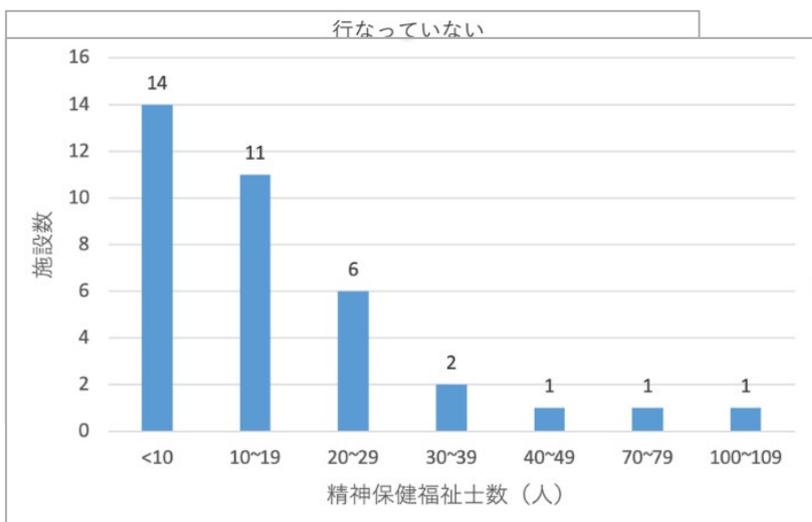


図 47 精神療養病棟配属の精神保健福祉士 1 人当たりの外来で相談受け持ち患者数

図 48 平均担当患者数

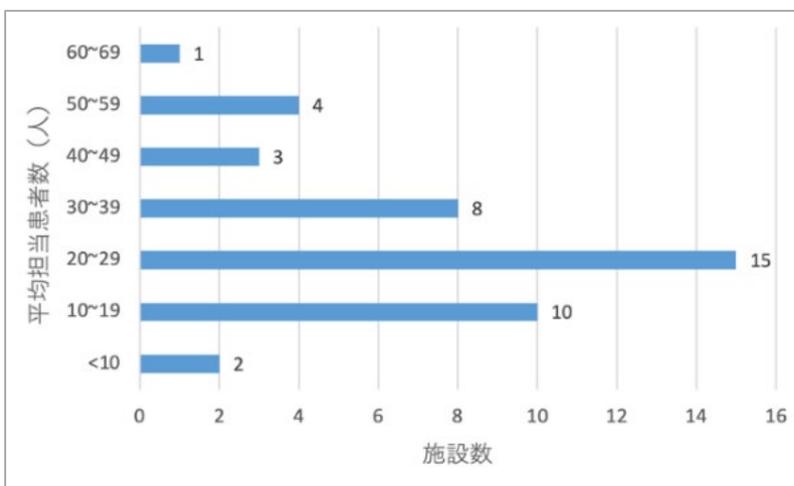


図 49 最大担当患者数

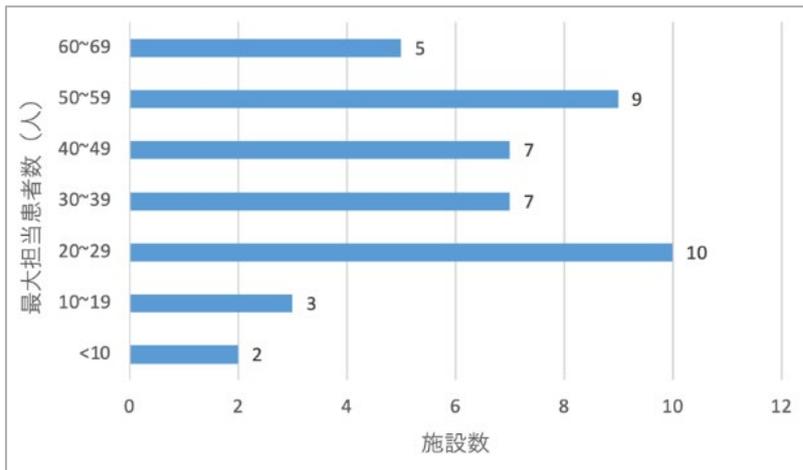


図 50 精神療養病棟を担当する作業療法士の外来作業療法の兼務
n=43 施設

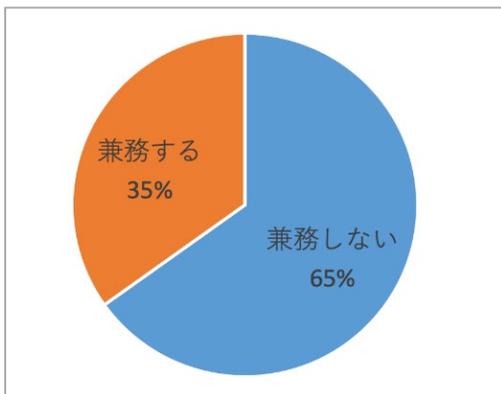


図 51 公認心理師は外来心理療法を兼務するか

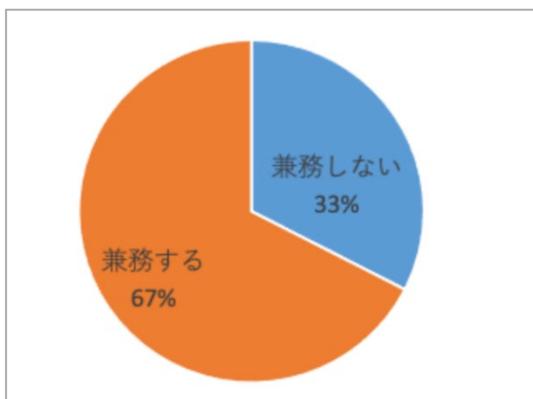


図 52 精神療養病棟において新規入院患者に対する独自の臨床パス

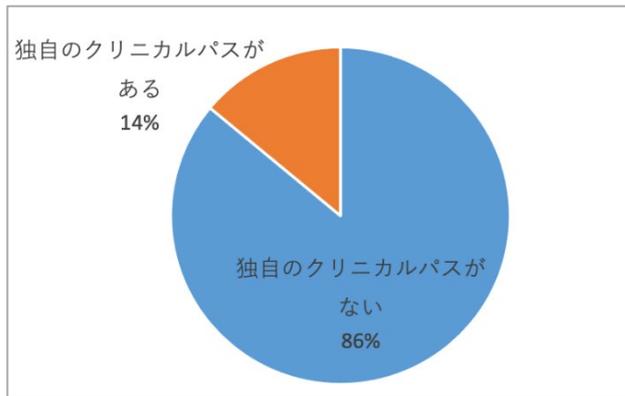


図 53 クリニカルパスに関する職種 n=6

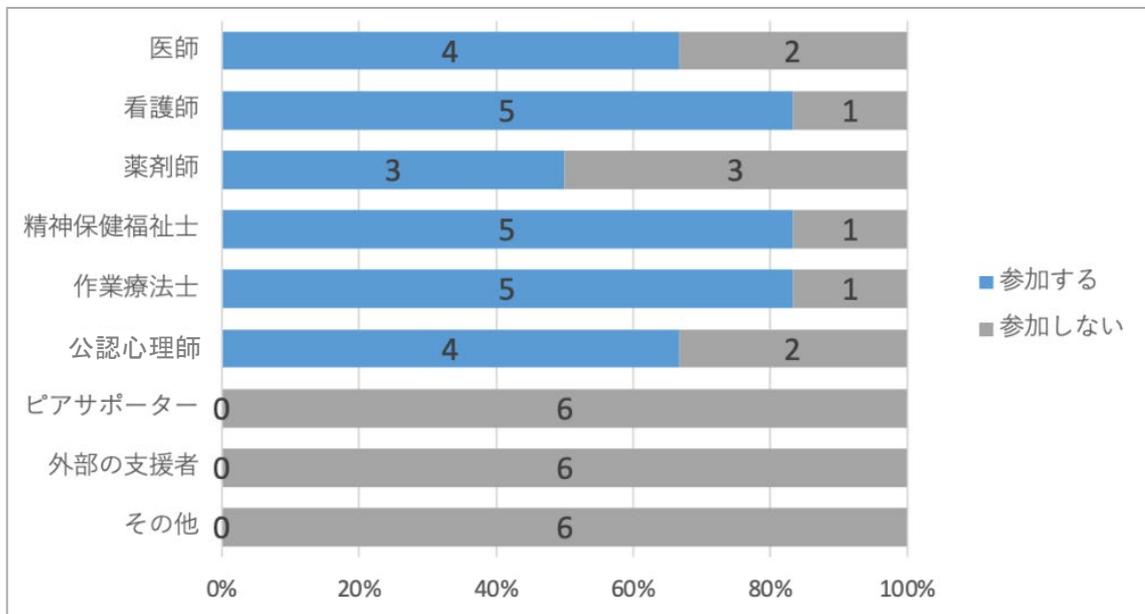


図 54 精神療養病棟新規入院患者に対する多職種カンファレンスの有無（入院時(転棟時)カンファレンス) n=43

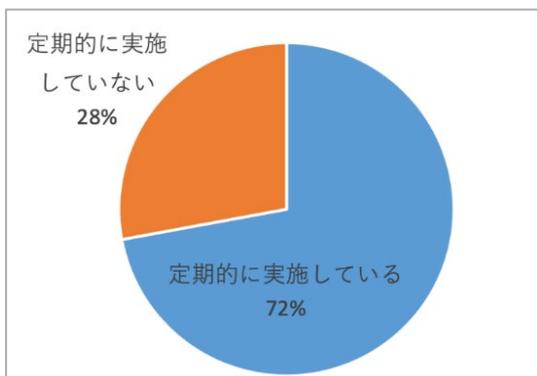


図 55 入院後(転棟を含む)何日程度の入院時カンファレンスを実施するか

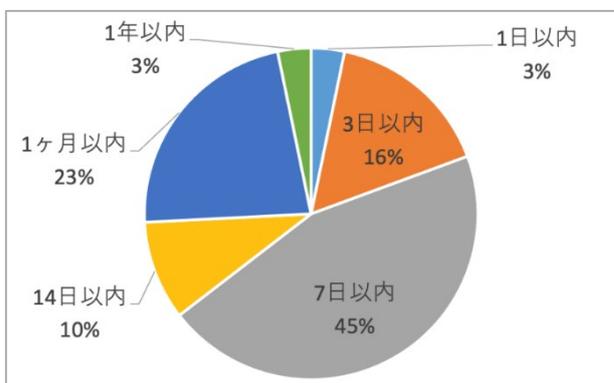


図 56 入院時(転棟時)カンファレンスに参加する職種 n = 30 施設

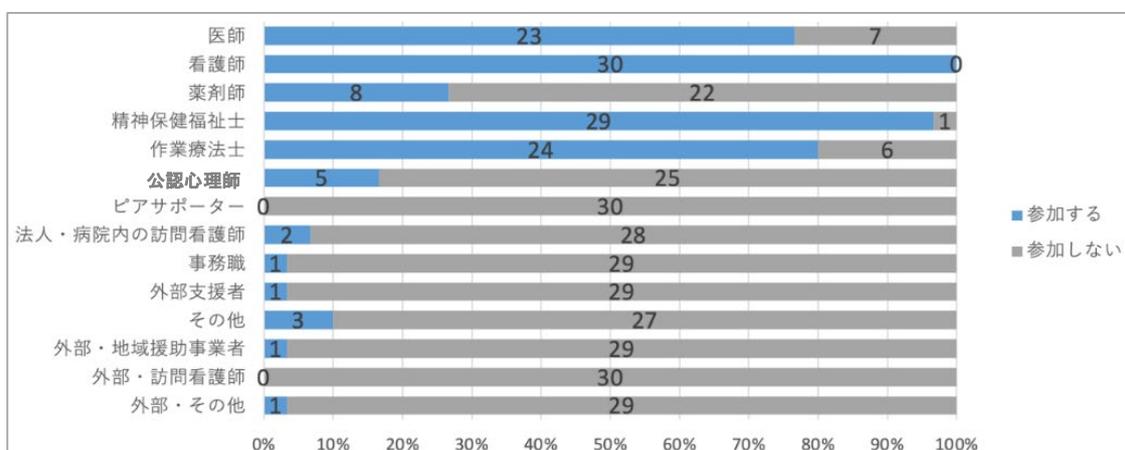


図 57 精神療養病棟において、入院長期化リスクを評価するための定型方法の有無 n=42 施設

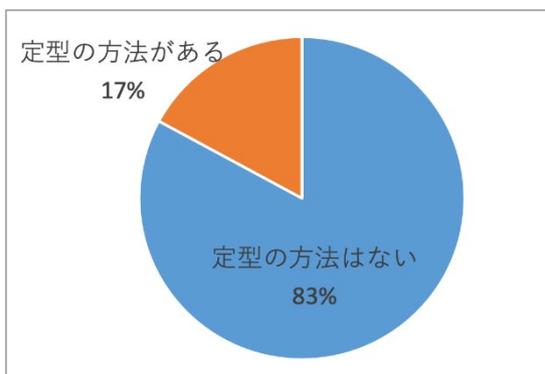


図 58 精神療養病棟において、入院 1 ヶ月程度経過したときに実施する多職種カンファレンス(1 ヶ月カンファレンス)の有無

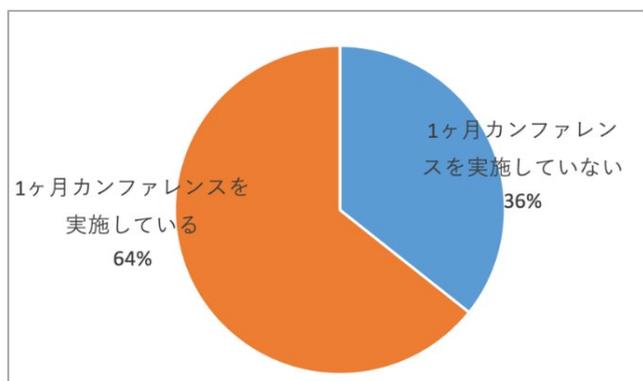


図 59 入院 1 ヶ月程度経過したときに実施する多職種カンファレンスに参加する職種 n=27

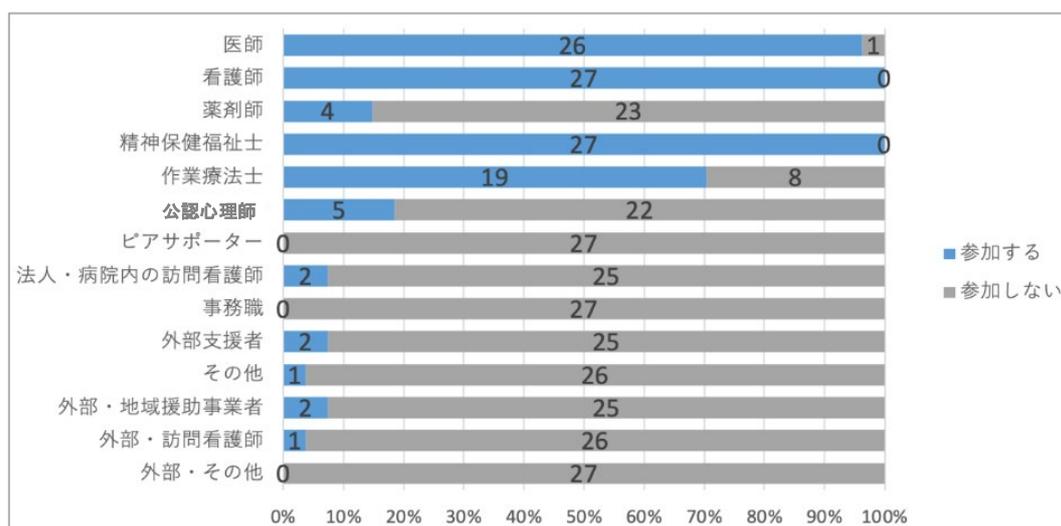


図 60 ケア会議(本人や家族と治療・支援方針を相談する会議)の開催頻度 n=40 施設

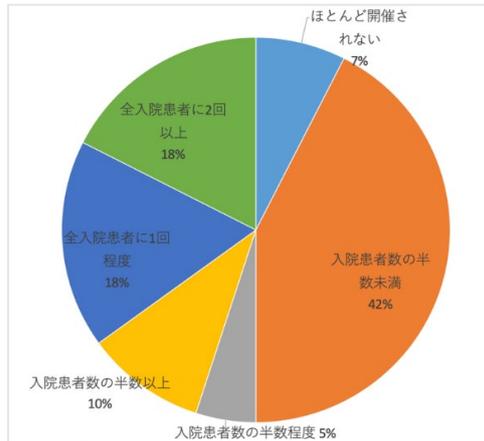
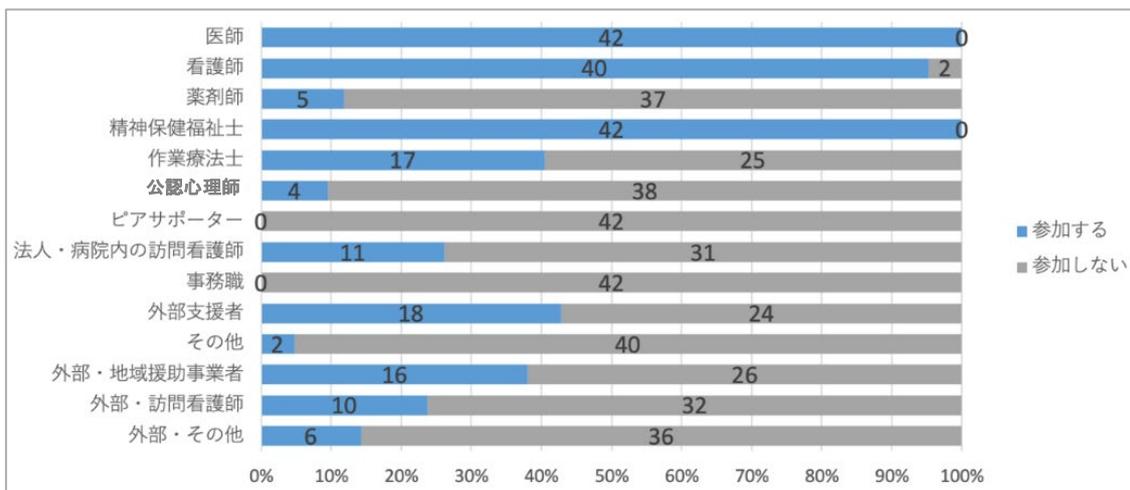


図 61 ケア会議(本人や家族と治療・支援方針を相談する会議)の参加職種 n=42 施設



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	精神科急性期	精神
		入院料病棟	治療病棟	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 对 1	13 对 1	15 对 1	18 对 1	20 对 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