

地域における精神医療体制のあり方に関する研究

研究分担者：来住由樹（岡山県精神科医療センター）

研究協力者：兼行浩史（山口県立こころの医療センター）、川口敬之（国立精神・神経医療研究センター）、川副泰成（国保旭中央病院）、小池純子（国立精神・神経医療研究センター）、櫻木章司（桜木病院）、杉山直也（沼津中央病院）、塚本哲司（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）、橋本 聡（国立病院機構熊本医療センター）、花岡晋平（千葉県総合救急災害医療センター）、平田豊明（千葉県総合救急災害医療センター）、藤田 潔（藤田こころケアセンター桶狭間病院）、三宅美智（国立精神・神経医療研究センター）、山口創生（国立精神・神経医療研究センター）

要旨：本研究では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する精神科入院医療のあり方を検討するため、高規格病棟を必要とする臨床像の評価と、精神科地域包括ケア病棟の運用実態を分析した。高規格病棟については、既存データ 2,164 名を用いて必要性チェックリストの判別能を検討した結果、AUC は 0.7497 であり、3 点以上をカットオフとした場合、感度 83.64%、特異度 51.87%であった。精神科地域包括ケア病棟については、全国 50 病棟へのアンケート調査と 2 病院 331 名の個票調査を実施した。アンケートでは、制度開始後間もない時期に約 4 割が撤退または撤退予定であり、6 か月以内在宅移行要件、退院後 3 か月以内再入院の取扱い、180 日超過時の評価が、主要な運用上の課題として挙げられた。個票調査では、180 日超過群において、180 日以内退院群と比較して、重症度、生活機能、看護ケア必要度、家族・地域支援体制等に関する支援ニーズが高かった。精神障害者の地域生活を支える精神科入院医療には、患者の状態像と支援ニーズを踏まえ、多職種・多機関連携を通じて退院後支援へつなぐ機能を適切に評価する視点が求められる。

A.研究の背景と目的

令和 4 (2022) 年 12 月に改正精神保健福祉法が成立し、精神障害者等に対する包括的支援の確保に関する規定が設けられた。これにより、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、福祉、住まい、社会参加、就労、地域の助け合い等が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が、各地域において一層推進されることが期待されている。

このような地域生活を支える体制の中で、

精神科入院医療は、地域生活から切り離された場としてではなく、必要時に適切な医療を提供し、再び地域での生活につなげるための重要な機能を担うものとして位置づけられる。とりわけ、精神症状の急性増悪、自傷他害のリスク、著しい生活機能の低下、身体合併症や社会的困難を伴う複雑な事例等に対しては、必要時に即応し、多様な病態に対応できる精神科救急・急性期医療体制が不可欠である。一方で、急性期治療の後には、病状の安定に加え、退院後の住まい、生活支援、福祉サービス、外来医療、訪問支援等との連続性を確保

し、地域生活の継続または再構築を支える回復期（包括期）の入院医療も重要となる。

精神科救急医療については、精神科救急急性期医療入院料病棟、いわゆる高規格病棟が、緊急性・重症度の高い患者に対応する病棟として重要な役割を担っている。しかし、どのような患者が高規格病棟での治療を必要とするのかについては、従来、診断名や入院形態等の形式的要件に依存しがちであり、患者の実際の状態像、医療的介入の緊急性、ケア上の困難性等を十分に反映した評価方法の確立が課題であった。令和 6（2024）年度までの杉山らの研究¹⁾では、高規格病棟の必要性に関する予測因子として、年齢や主病名よりも、臨床プロフィールや医学的管理の必要性に関する項目が重要であることが示されており、これらの知見を制度設計や実際の医療提供体制に反映し得る形で整理することが望ましいと考えられた。

また、令和 6（2024）年度診療報酬改定において新設された精神科地域包括ケア病棟は、急性期治療後の患者や、地域生活を継続するうえで一定期間の集中的な支援を要する患者に対し、多職種チームによる包括的支援を提供し、退院後の地域生活につなげる病棟として期待されている。一方で、制度開始後、研究分担者らが所属する医療機関において同病棟を運用する中で、入院期間、在宅移行率、再入院の取扱い、180 日を超える入院への対応、人的体制や地域支援体制との連携など、現行の施設基準や評価方法が、実際に支援を必要とする患者層の受け入れや継続的支援に影響を及ぼしているのではないかという臨床上の疑問が生じた。精神科地域包括ケア病棟が、地域生活の継続を支える病棟として実質的に機能するためには、当該病棟が受け入れている患者像、退院・転帰の実態、長期入院を要する患者の特徴、病棟運用上の隘路を明らかにし、制度設計上の課題を検討する必要があると考えられた。

そこで本研究では、精神障害にも対応した

地域包括ケアシステムの構築に資する精神科入院医療のあり方を検討するため、まず、必要時に即応し多様な病態に対応する高規格病棟の必要性評価について、精神科救急急性期医療入院料病棟を必要とする患者の臨床像を明らかにし、実用可能な評価指標の妥当性を検討することとした。同時に、回復期（包括期）において地域生活の継続を支える入院医療として、精神科地域包括ケア病棟の運用実態、対応している患者層、転帰、ならびに制度上の課題を明らかにするための調査を行うこととした。

本研究班では、上記の研究を通じて、急性期から包括期に至る精神科入院医療が、地域生活を支える医療提供体制の中で本来果たすべき機能を明確化し、患者の状態像と支援ニーズに即した制度設計に資する基礎資料を得ることを目指す。

B.方法

本研究は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する精神科入院医療のあり方を検討するため、①高規格病棟を必要とする臨床像に関する研究、②精神科地域包括ケア病棟の検証に関する研究、の 2 つの調査・分析により構成した。

調査の実施に先立ち、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会および岡山県精神科医療センター倫理委員会の承認を得た。

1. 高規格病棟を必要とする臨床像に関する研究

1) 対象

全国に 161 ある精神科救急急性期医療入院料病棟を有する医療機関のうち、令和 5（2023）年度までの杉山らの研究¹⁾において協力が得られた 81 医療機関から収集された、精神科救急急性期医療入院料病棟入院患者 2,164 名の既存データを分析対象とした。

2) 分析方法

令和 5 (2023) 年度までの研究において、高規格病棟の必要性に関する予測因子として、診断名や年齢よりも、患者の臨床プロフィール、状態像、医学的管理の必要性、ケア目的に関連する項目が重要であることが示されていた¹⁾。さらに、杉山らが実施したエキスパートコンセンサス調査²⁾の結果を踏まえて各項目の重み付けを行い、本分担研究班内で精神科救急急性期医療入院料病棟必要性チェックリストを作成した(表 1)。このチェックリストに基づき、令和 5 (2023) 年度までの杉山らの研究で収集された 2,164 名の患者について、各対象者のチェックリスト得点を算出した。

高規格病棟の必要性については、臨床判断に基づき 0 から 10 までの数値で評価し、7 以上を「必要性あり」と定義した。そのうえで、チェックリスト得点による高規格病棟必要性の判別能を検討するため、ROC 分析を行った。カットオフ値ごとに感度、特異度、正診率、陽性尤度比、陰性尤度比等を算出し、AUC により判別能を評価した。

2. 精神科地域包括ケア病棟の検証に関する研究

精神科地域包括ケア病棟の検証に関する研究は、①全国の精神科地域包括ケア病棟参入病院を対象としたアンケート調査、②医療法人学会木村病院および岡山県精神科医療センターにおける個票調査、の 2 つを実施した。

2-1 精神科地域包括ケア病棟に関するアンケート調査

地方厚生局資料に基づき、精神科地域包括ケア病棟入院料を届け出ている全国の該当病棟 50 病棟を対象として、2025 年 9 月に、精神科地域包括ケア病棟の運用状況に関するアンケート調査を郵送により配布した。調査票は、別添 1~2 の通りである。

分析にあたっては、各調査項目について単

純集計を行い、自由記載については内容を整理した。

2-2 精神科地域包括ケア病棟における個票調査

1) 対象

医療法人学会木村病院および岡山県精神科医療センターにおいて、2024 年 4 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日までに、精神科地域包括ケア病棟またはこれに準ずる病棟に入院したことがある患者を対象とした。

2) 調査デザイン

本調査は、診療録情報等を用いた過去起点コホート調査として実施した。対象期間内に精神科地域包括ケア病棟またはこれに準ずる病棟に入院した患者について、入院時の基本属性、臨床的特徴、支援ニーズ、入院中の治療・支援内容、退院または 180 日超過時点での転帰等を後方視的に把握した。

3) 調査項目

主たる評価項目は、精神科地域包括ケア病棟またはこれに準ずる病棟への年間入院日数、および 180 日を超える患者の割合とした。副次的評価項目として、社会的機能、包括的支援マネジメントの必要度、小児期逆境体験、日常生活能力、看護ケア必要度等を評価した。

具体的な調査項目は、以下の通りである。入院関連情報として、入院日、入院形態、転棟状況、入院日数、退院または転帰の状況を収集した。入院・入棟時の情報として、診断、状態像、重複診断、身体疾患の有無、持効性注射剤またはクロザピンの使用状況、強度行動障害の有無、CGI-S、GAF、年齢、性別、障害年金受給状況、生活保護受給状況、住居、入院前のケースマネジメント・医療・福祉サービスの利用状況、入院前の就労・就学状況、入院経路、過去の精神科入院歴等を把握した。

支援ニーズおよび機能評価として、包括的支援マネジメントの必要度を評価する ICMSS、日常生活能力、看護ケア必要度を評価するメニガー患者分類表、社会的機能を

評価する SBS、小児期逆境体験等を用いた。入院中の治療・支援として、隔離、身体拘束、他科受診、mECT、ケースマネジメント、相談支援事業の利用、各種支援プログラム、退院支援、退院後支援計画の有無等を把握した。

退院時または 180 日超過時点では、診断、入院形態、身体疾患、持効性注射剤またはクロザピンの使用状況、強度行動障害の有無、CGI-S、GAF、退院後の支援計画、退院支援加算の算定状況、日常生活能力、ICMSS、看護ケア必要度、社会的機能等について評価した。

4) 分析方法

まず、対象者全体について、基本属性、診断、入院経路、入院形態、入院前の医療・福祉サービス利用状況、入院中の治療・支援内容、退院・転帰状況等の記述統計を行った。

次に、精神科地域包括ケア病棟またはこれに準ずる病棟への入院日数に基づき、180 日以内群と 180 日超過群に分類し、両群の臨床的特徴、支援ニーズ、日常生活能力、看護ケア必要度、社会的機能、入院中の支援内容、退院・転帰状況等を比較した。

群間比較にあたっては、変数の種類に応じて、カテゴリ変数については χ^2 二乗検定または Fisher の正確確率検定を用い、連続変数については t 検定または Mann-Whitney の U 検定を用いた。

C.結果

1. 高規格病棟を必要とする臨床像に関する研究

分析対象となった 2,164 名について、チェックリスト得点を算出したところ、3 点以上に該当した者は全体の 73.1%であった。また、対象者のうち非自発入院（措置入院、緊急措置入院、応急入院、鑑定入院）は 74.9%であった。

臨床判断に基づく高規格病棟必要性評価において、0 から 10 までの評価のうち 7 以上を「必要性あり」とした場合、チェックリスト得点による判別能は、AUC 0.7497 であった。

ROC 分析の結果を表 2 および図 1 に示す。カットオフ値を 3 点以上とした場合、感度 83.64%、特異度 51.87%、正診率 74.21%であった。

2. 精神科地域包括ケア病棟の検証に関する研究

2-1 精神科地域包括ケア病棟に関するアンケート調査

精神科地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病棟を有する病院を対象としてアンケート調査を実施し、31 病院から回答を得た（回答率 62.0%）。対象病院の病床規模および精神科地域包括ケア病棟の運用実績を表 3 に、職員配置を表 4 に示す。病院の総病床数の中央値は 299 床、精神科地域包括ケア病棟病床数の中央値は 52 床であった。

精神科地域包括ケア病棟入院料の届出状況を見ると、31 病院のうち、届出を継続していた病院は 19 病院、既に撤退した、または撤退を予定していた病院は 12 病院であった（図 2）。届出を継続していた 19 病院における運用状況では、病床数をそのまま維持して継続していた病院は 17 病院、病床数を増減するなどの工夫により継続していた病院は 2 病院であった。6 か月以内在宅移行要件への対応については、特別な介入なく在宅移行率を満たしていた病院は 5 病院、退院後 3 か月以内の再入院を積極的に受け入れない病院は 3 病院、退院後 3 か月以内の再入院を期限要件のない他病棟で受け入れている病院は 9 病院であった。また、180 日を超える患者を転棟させる別の慢性期対応病棟を有する病院は 17 病院であった（表 5）。

撤退または撤退予定の理由としては、180 日を超える患者が増え、他の入院料の方が収益上有利であることが 8 件、移行措置期間のある施設要件が満たせなくなった、または満たせなくなることが 8 件であった。その内訳として、6 か月以内在宅移行要件が困難であることが 8 件、退院後 3 か月以内の再入院が

在宅移行率の分子に計上できないことが6件、6か月以内に退院できない患者が一定数存在することが5件であった(表6)。なお、本設問には撤退または撤退予定以外の病院からの回答も含まれるため、回答数は14件であった。

撤退後の転用先としては、入院基本料15対1病棟が9件、精神科療養病棟、入院基本料13対1病棟、地域移行機能強化病棟、包括病棟がそれぞれ1件であった。

精神科地域包括ケア病棟が回復期治療病棟として機能するために必要と考えられる制度上の見直しについては、表7に示す。撤退後に転用する予定の病棟は、表8に示した。転用後の病床数について回答のあった14病院中、13病院では転用後の病床数は変更しないと回答した。

精神科地域包括ケア病棟が回復期治療病棟として機能するために、特に必要と考えられる加算項目としては、看護補助加算が最も多く、次いで看護加算、16対1医師配置加算であった(表9)。

自由記載では、精神科地域包括ケア病棟が回復期治療病棟として機能するために必要と考えられるその他の改定として、6か月以内退院率を7割から5割に引き下げるなどの在宅移行率要件の見直し、再入院を繰り返すことを可とすること、退院後3か月以内の再入院も評価対象とすること、出来高や療養病棟のユニットとして運用可能とすること、要件を簡素化すること、訪問診療や訪問看護等を施設要件から外し在宅支援医療加算等の別の評価に切り分けること、クロザピン管理料や持続性注射薬を包括外とすること等が挙げられた。

また、精神科地域包括ケア病棟に関するその他の意見として、小規模多機能病院の基軸となるよう点数を加算し、同病棟への機能集約も可能とすること、急性期病棟と精神科地域包括ケア病棟を融合して一つの仕組みにすること、精神保健福祉士、公認心理師、作業療

法士の365日配置要件を不要とすること等が記載された。

2-2 精神科地域包括ケア病棟における個室調査

調査対象者は331名であり、内訳は岡山県精神科医療センター223名、木村病院108名であった。対象者の転帰を図3に、入院時点の対象者属性、入院中の治療・支援内容、180日超過群と180日以内退院群の比較、退院後支援の導入状況等を表10~20に示す。

D. 考察

1. 高規格病棟を必要とする臨床像に関する研究

本研究では、令和5(2023)年度までの杉山らの研究で収集された精神科救急急性期医療入院料病棟入院患者2,164名の既存データを用い、令和6(2024)年度の研究成果を踏まえて本分担研究班で作成した精神科救急急性期医療入院料病棟必要性チェックリストの判別能を検討した。

本チェックリストは、令和5(2023)年度までの研究成果を踏まえて作成されたものである。Iwanagaらは、全国の精神科救急急性期医療入院料病棟を有する医療機関を対象とした調査データを用い、ランダムフォレストモデルにより高規格病棟の必要性に関する予測因子の相対的重要度を検討した³⁾。その結果、上位項目は、入院治療の不可欠性、24時間体制の専門的ケアの必要性、症状重症度、専用設備による安全確保、服薬管理等であり、年齢や診断名に関する項目は相対的に下位であった。また、補足解析として実施した線形回帰分析においても、症状重症度、入院治療の不可欠性、他害、自傷、不合理な拒否または援助希求の欠如、社会生活機能不全、24時間専門的ケア、服薬管理、専用設備による安全確保、特定の治療等が、高規格病棟の必要性と有意に関連していた³⁾。これらの知見は、高規格病棟の必要性を評価する際には、診断

名や入院形態といった形式的な指標よりも、患者の状態像、緊急処遇上の必要性、入院の目的、ケア上の困難性を重視する必要があることを示している。

本研究の背景には、高規格病棟の施設要件として一定割合以上の非自発的入院が求められてきたことへの問題意識がある。確かに、精神科救急・急性期医療において非自発的入院となる患者には、緊急性や重症度の高い患者が多く含まれている可能性は高いものと考えられる。しかし、任意入院であることをもって、高規格病棟での治療を必要としないと判断することは適切とは言いがたい。自ら入院に同意している患者であっても、重篤な精神症状、自傷他害のリスク、著しい生活機能の低下、身体合併症、24時間体制の専門的ケアや確実な服薬管理の必要性等を有し、高密度の精神科救急・急性期医療を必要とする場合がある。さらに、一定割合以上の非自発的入院を施設要件とすることには、制度運用上の問題もある。施設要件を満たすために非自発的入院の割合が重視されると、本来であれば本人への十分な説明や意思決定支援を尽くしたうえで任意入院として対応し得る事例についても、安易に非自発的入院が選択されるというモラルハザードを生じさせるおそれがあることは否定できない。これは、本人の意思を尊重し、可能な限り自発的な治療参加を支えるという精神科医療の目指すべき方向性と整合しない。日本精神科救急学会も、令和6年度診療報酬改定に関する声明⁴⁾において、一定割合以上の非自発入院を求める要件の廃止を求めるとともに、高規格病棟の必要性は、入院形態ではなく、対象者の状態像や医療目的等に基づいて評価されるべきであると指摘している。このような背景を踏まえ、本チェックリストは、非自発的入院割合に代わり、入院形態に依存しない方法で高規格病棟の必要性を評価する具体的方法を提案することを目指して作成された。

本研究で用いたチェックリストは、こうし

た先行研究と制度上の課題を踏まえ、実際の制度運用に用いることが可能な形とすることを意図して作成したものである。緊急に医療的介入を要する具体的因子として、他害の事実、自殺行動または切迫した自殺念慮、昏迷状態、意識障害、不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による自立不全、特定の目的による入院、社会生活機能不全等を設定し、さらに要配慮因子として、身体合併症、妊婦・産褥婦、医療観察法通院処遇者、警察・保健所・消防等の関与、キーパーソン不在、身元不明・住所不定・未保険、虐待・DV・犯罪等被害者等を加えた。これにより、単に診断名や入院形態に基づくのではなく、実際に高密度な精神科救急・急性期医療を要する患者像を、より具体的に把握することを目指した。

本研究の結果、本チェックリストのAUCは0.7497であり、高規格病棟の必要性を一定程度判別し得る指標であることが示された。カットオフ値ごとの結果を見ると、2点以上では感度92.31%と高い一方で、特異度は28.50%にとどまった。これに対し、4点以上では特異度は70.56%まで上昇するものの、感度は67.54%まで低下した。3点以上では、感度83.64%、特異度51.87%、正診率74.21%であり、感度を一定程度維持しつつ、特異度も大きく低下しすぎない水準であった(表2、図1)。

精神科救急の現場では、きわめて多様な状態像や背景を有する患者が対象となる。そのため、単一のチェックリストにより感度と特異度の双方を高く保つことは容易ではない。施設要件として用いることを想定する場合、特異度を過度に重視すると、実際には高規格病棟での高密度な医療を要する患者が評価から漏れる可能性がある。一方で、感度を重視しすぎると、本来は高規格病棟での高密度な医療を必ずしも必要としない患者まで、高規格病棟の必要性がある患者としてカウントされる可能性がある。後者は、病棟機能を実態以上に高く評価することにつながるだけでな

く、施設要件を満たしやすい患者を選択的に受け入れる、あるいはチェックリスト上の該当項目を満たすことを過度に意識した運用が行われるなど、モラルハザードやチェリーピッキングを生じさせる可能性も否定できない。このため、3点以上というカットオフ値は、高規格病棟が本来担うべき患者群を過度に取りこぼさないことを重視しつつ、偽陽性が過度に増えることを一定程度抑える、比較的現実的な設定であると考えられる。

一方で、本研究にはいくつかの限界がある。第一に、本分析は、既に精神科救急急性期医療入院料病棟に入院した患者データを用いた分析であり、高規格病棟に入院しなかった患者との比較は行っていない。また、高規格病棟の必要性の外的基準は、臨床判断に基づく0から10の評価であり、評価者間のばらつきが完全には排除されていない可能性は否定できない。

令和8(2026)年度診療報酬改定においては、精神科救急急性期医療入院料等の施設基準に係る要件が、緊急的な入院医療の必要性等に関する指標へと見直された。使用される指標は、本研究で作成したチェックリストを踏まえて作成された「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において3点以上であることとされた。今後はその運用状況を継続的に検証する必要があると考えられる。

2. 精神科地域包括ケア病棟の検証に関する研究

2-1 精神科地域包括ケア病棟に関するアンケート調査

本研究では、精神科地域包括ケア病棟入院料を届け出ている全国50病棟を対象としてアンケート調査を実施し、31病院から回答を得た。その結果、31病院のうち19病院は届出を継続していたが、12病院は既に撤退した、または撤退を予定していた。すなわち、制度開始後間もない時期に約4割が撤退または撤退予定となっており、精神科地域包括ケア病

棟は、制度開始直後から安定的な運用が困難な状況であったことが示唆された。

届出を継続していた病院においても、6か月以内在宅移行要件や180日超過患者への対応には相当な工夫を要していた。特別な介入なく在宅移行率を満たしていた病院は限られており、退院後3か月以内の再入院を積極的に受け入れない、または期限要件のない他病棟で受け入れるといった対応がみられた。また、180日を超える患者については、別の慢性期対応病棟へ転棟させる体制を有する病院が多かった。これらの結果から、精神科地域包括ケア病棟は、同病棟単独で対象患者の治療・支援を完結するというよりも、院内の他病棟との機能分担を前提として運用されている実態が示された。

このことは、精神科地域包括ケア病棟の運用可能性が、患者の支援ニーズのみならず、医療機関内に複数の病棟機能を有しているかどうかによって左右される可能性を示している。すなわち、180日を超える患者の転棟先や、退院後3か月以内の再入院を受け入れる他病棟を有する医療機関では届出を継続しやすい一方、単一または少数の病棟で地域生活支援を担おうとする医療機関では、制度要件を満たしながら病棟を維持することが困難となり得る。このような制度設計は、結果として、精神科地域包括ケア病棟を、複数病棟を有する比較的大規模な医療機関に偏って成立させる方向に働く可能性があると考えられる。しかし、精神科医療の機能分化や地域生活支援重視を進める政策的な方向性を踏まえると、精神科地域包括ケア病棟の制度要件は、多数の病床を有する医療機関でなければ維持しにくい仕組みではなく、地域支援と連動しながら多様な医療機関で運用可能な形で設計されることが望ましい。

このような運用困難の背景を具体的に見ていくと、撤退または撤退予定の理由としては、180日を超える患者が増えた場合に他の入院料の方が収益上有利となること、6か月以内

在宅移行要件を満たすことが困難であること、退院後 3 か月以内の再入院が在宅移行率の分子に計上されないこと等が多く挙げられた。これらは、個々の病院の運用上の工夫が不足しているというよりも、現行の施設基準や評価方法が、精神科地域包括ケア病棟の本来期待される機能と十分に合致していない可能性を示唆している。

6 か月以内在宅移行要件は、地域生活への移行を促進するという点では一定の意義を有する。しかし、精神科医療における地域移行は、症状の安定のみならず、住居の確保、家族や支援者との調整、福祉サービスの導入、訪問看護や外来医療との連携、退院後の危機対応体制の構築等を含む複合的な過程であり、支援ニーズが高い患者ほど、こうした調整に時間を要する場合がある。そのため、6 か月以内の在宅移行率を一律に求めることにより、病棟側に早期退院が見込める患者を優先的に受け入れる誘因となることも懸念される。

また、退院後 3 か月以内の再入院が在宅移行率の分子に計上されないことは、精神科医療の実態と齟齬を生じさせる可能性がある。地域生活への移行過程では、退院後に症状や生活上の困難が再燃し、短期間の再入院や再調整を要する場合がある。こうした再入院は、必ずしも治療や支援が不十分であったために生じるものではなく、地域生活を安定的に継続するためのプロセスの一部として位置づけられる場合もある。しかし、制度上、3 か月以内の再入院が不利に評価される場合、病院が退院後間もない患者の再入院を精神科地域包括ケア病棟で受け入れることが困難となり、結果として継続的な支援が分断されることも考えられる。

180 日を超える入院への評価も大きな課題である。精神科地域包括ケア病棟では、180 日を超えると評価が大きく低下するため、長期の調整を要する患者を継続して受け入れることが病棟運用上困難となる。今回の調査でも、180 日を超える患者が増えた場合に他の入院

料の方が収益上有利となることが、撤退または撤退予定の主な理由の一つとして挙げられていた。これは、支援ニーズが高く、退院調整に時間を要する患者を受け入れるほど、精神科地域包括ケア病棟の運用が不利になり得ることを示しているともいえる。

必要と考えられる制度上の見直しとしては、180 日を超えた場合に特別入院基本料ではなく 15 対 1 入院基本料を算定可能とすること、退院後に入院期間が通算される再入院を自宅等への移行として評価すること、他病棟へ転棟後も一定期間内に在宅退院した場合には退院率の分子対象とすること等が多く挙げられた。これらの回答より、精神科地域包括ケア病棟を、単に一定期間内の退院率を高めるための病棟としてではなく、地域生活への移行や地域生活の継続を支える過程を柔軟に担う病棟として評価する必要があると考えられた。

とりわけ、退院後短期間での再入院や、他病棟への一時的な転棟後の在宅退院をどのように評価するかは、精神科地域包括ケア病棟の機能を考えるうえで重要である。精神科医療では、退院後の生活が直ちに安定するとは限らず、短期間の再入院や病棟間の調整を要する場合があるため、これらを一律に不利なものとして評価することは、地域生活の継続を支える支援の実態と合致しない可能性がある。一方で、再入院や転棟後退院を広く評価対象とする場合には、入院期間の長期化や形式的な転棟を助長しないよう、制度上の歯止めや運用状況の検証が必要となる。

また、必要な加算項目として、看護補助加算、看護加算、16 対 1 医師配置加算等が挙げられた。精神科地域包括ケア病棟では、病状の安定化に加えて、生活支援、退院支援、家族調整、地域支援者との会議、福祉サービスの導入、退院後の支援体制の構築等、多職種による継続的な関与が必要となる。そのため、同病棟を回復期（包括期）の入院医療として機能させるためには、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師、看護補助者

等の関与を可能にする人的配置と、それを適切に評価する仕組みが必要であると考えられる。

自由記載においても、6か月以内退院率の緩和、再入院を繰り返すことを可能とする評価、退院後3か月以内の再入院の取扱いの見直し、要件の簡素化、クロザピン管理料や持続性注射薬の包括外評価、多職種配置要件の見直し等が挙げられていた。これらの意見は、精神科地域包括ケア病棟が実際に支援を必要とする患者を受け入れ、地域生活への移行を支えるためには、現行の一律的な期間・退院率要件のみでは十分ではないことを示唆している。

以上より、精神科地域包括ケア病棟については、地域生活への移行を支える病棟として一定の意義が期待される一方、在宅移行率要件、退院後3か月以内再入院の取扱い、180日超過時の評価等が、対象患者の受け入れや病棟運用に大きく影響している可能性が示された。精神科地域包括ケア病棟が回復期（包括期）の入院医療として機能するためには、入院期間や退院率のみならず、患者の支援ニーズ、退院後支援との連続性、多職種による生活支援、地域支援者との協働をより適切に評価できる制度設計が必要であると考えられる。

2-2 精神科地域包括ケア病棟における個票調査

個票調査では、医療法人学術会木村病院および岡山県精神科医療センターにおいて、精神科地域包括ケア病棟またはこれに準ずる病棟に入院した患者331名を対象として、入院時点の属性、入院中の治療・支援内容、180日超過の有無、退院後支援の導入状況等を検討した。その結果、対象者には統合失調症圏を中心としつつ、多様な診断、年齢層、生活背景を有する患者が含まれており、入院時点のCGI-S、GAF、ICMSS等からみても、重症度および支援ニーズの高い患者群であったといえる。

入院中は、ほぼ全例で院内ケースマネージャーが選任され、院内多職種チーム会議や院外支援者が参加する会議も実施されていた。また、住居支援、外泊訓練、金銭・生活管理、運動プログラム、個別の作業療法、身体健康管理、栄養指導、服薬指導等、多様な治療・支援プログラムが実施されていた。これらの結果は、精神科地域包括ケア病棟またはこれに準ずる病棟において、単に症状の安定化を図るだけでなく、生活機能の回復、住居や地域支援との調整、退院後の支援体制構築を含む多面的な支援が行われていたことを示している。

180日超過群と180日以内退院群の比較では、180日超過群において、CGI-S、CGI-I、GAF得点に有意差が認められ、臨床的重症度が高く、全般的機能が低い傾向が示された。また、ICMSSでは、合計スコアに加え、社会的役割の遂行、地域生活に必要な課題の遂行、家族以外への暴力行為や近隣トラブル、病識や治療必要性の理解、支援する家族の不在、同居家族の困難等に関する項目で有意差が認められた。これらの結果から、180日を超えて入院を要した患者は、単に退院支援が遅延した患者ではなく、症状、生活機能、対人関係、家族・地域支援体制等、複数の側面で課題を有する患者群であったと考えられる。

一方で、ICMSSのうち自傷や自殺企図に関する項目では、180日以内退院群の方が、該当割合が高かった。このことは、入院期間の長短が、重症度の高さのみに影響されるわけではないことを示している。自傷や自殺企図を契機とする入院では、適切な治療と療養環境の提供等により比較的短期間で退院に至る場合がある一方、180日超過群では、精神症状のみならず、地域生活に必要な心理社会的支援ニーズの高さが入院期間に影響している可能性がある。したがって、精神科地域包括ケア病棟における入院期間の評価にあたっては、精神症状や全般的機能のみならず、地域生活を再構築するために必要な支援ニーズを

考慮する必要がある。

看護ケア必要度の比較においても、180 日超過群では、食事、個人衛生、活動、責任のレベル、指導、危険性、与薬等の複数の領域で有意差が認められた。さらに、日常生活能力では、適切な食事、身の清潔保持、金銭管理と買い物、通院と服薬、他人との意思伝達および対人関係、身の安全保持および危機対応、社会性のすべての項目で差が認められた。これらの結果は、180 日超過群では、病状の安定化だけでなく、日常生活を営むための基本的能力、服薬・通院管理、金銭管理、対人関係、危機対応等に対する継続的な支援が必要であったことを示している。

退院後支援の導入状況を見ると、180 日超過後に退院した患者では、ケースマネジメント、医療サービス、障害福祉サービスが高い割合で導入されていた。また、退院先の住居が入院時から変更された者も含まれており、グループホーム等への移行も認められた。これらの結果から、180 日を超えて入院を要した患者であっても、訪問看護、障害福祉サービス、居住支援等を導入し、ケースマネジメントを行うことにより退院が可能となる場合があることが示された。一方で、180 日超過群は、精神症状、生活機能、家族・地域支援体制等の複数の側面で支援ニーズが高く、退院後支援の調整に時間を要しやすい患者群でもありと考えられる。

これらの結果は、精神科地域包括ケア病棟またはこれに準ずる病棟において、入院期間の長短を単純に治療・支援の成否として評価することには限界があることを示している。180 日を超えて入院を要した患者では、臨床的重症度や全般的機能だけでなく、日常生活能力、看護ケア必要度、家族・地域支援体制、退院後支援の調整など、複数の側面にわたる支援ニーズが高かった。したがって、精神科地域包括ケア病棟の患者像を把握する際には、入院日数のみならず、患者の状態像、生活機能、地域生活上の支援ニーズ、退院後支援の

導入状況等をあわせて検討する必要がある。

また、入院中に実施されていた支援内容をみると、院内ケースマネージャーの選任、院内多職種チーム会議、院外支援者が参加する会議、住居支援、外泊訓練、金銭・生活管理、身体健康管理、服薬指導等、医療的支援と生活支援を組み合わせた関与が行われていた。これは、精神科地域包括ケア病棟またはこれに準ずる病棟が、単なる急性期治療後の受け皿ではなく、地域生活への移行に向けた多職種・多機関連携の場として機能していたことを示している。特に、180 日超過後に退院した患者では、退院後に複数のサービスとケースマネジメントが導入されており、入院中から退院後支援につなげる調整が重要であったと考えられる。

一方で、本調査は 2 病院を対象とした個票調査であり、得られた結果を精神科地域包括ケア病棟全体に一般化するには限界がある。また、診療録情報等に基づく後方視的調査であるため、診療録に十分記載されていない支援内容や、退院調整の具体的な過程を把握しきれない可能性がある。さらに、180 日超過群と 180 日以内退院群の比較は観察研究に基づくものであり、各要因が入院期間の長期化にどの程度寄与したかについて因果関係を明らかにするものではない。

以上より、精神科地域包括ケア病棟またはこれに準ずる病棟では、精神症状の安定化に加え、生活機能の回復、家族・地域支援体制の調整、退院後支援の導入を含む多面的な支援が行われていたことが示された。複合的な支援ニーズを有する患者の地域生活を支える入院医療には、単に入院期間の短縮を目指すだけでなく、本人の状態像と生活課題を多面的に評価し、病棟内での治療・生活支援と、退院後の医療・福祉・居住支援等を連続的につなぐ機能が求められる。そのためには、多職種・多機関連携を丁寧かつ確実にできる制度設計が必要であると考えられる。

文献

- 1) 杉山直也：精神科救急医療体制に関する研究～医療提供体制と患者像の相応性の観点による大規模調査～（高規格病棟の必要性に関する予測因子の特定：Random Forest を用いた横断研究）. 令和5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）「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究（研究代表者：藤井千代）分担研究報告書，2024
- 2) 杉山直也：精神科救急医療体制に関する研究～精神科救急急性期医療入院料病棟の入院必要性要件に関する研究～. 令和6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）「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究（研究代表者：藤井千代）分担研究報告書，2025
- 3) Iwanaga M, Yamaguchi S, Hashimoto S,

et al.: Ranking important predictors of the need for a high-acuity psychiatry unit among 2,064 inpatients admitted to psychiatric emergency hospitals: a random forest model. *Front Psychiatry* 15:1303189, 2024.

- 4) 一般社団法人日本精神科救急学会：令和6年診療報酬改定に関する声明（2），2023.

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 精神科救急急性期医療入院料病棟必要性チェックリスト

緊急に医療的介入を要する具体的な因子(該当する項目に☑、複数選択可)		点数
<input type="checkbox"/>	他害の事実	3
<input type="checkbox"/>	☐殺人 ☐放火 ☐強盗 ☐不同意性交等 ☐不同意いせつ ☐傷害 ☐暴行 ☐恐喝 ☐脅迫 ☐窃盗 ☐器物損壊 ☐弄火又は失火 ☐家宅侵入 ☐詐欺等の経済的な問題行動 ☐攻撃的・威圧的言動 ☐その他の迷惑行為()	
<input type="checkbox"/>	自殺行動の事実・切迫した自殺念慮	3
<input type="checkbox"/>	昏迷状態	3
<input type="checkbox"/>	亜昏迷状態	2
<input type="checkbox"/>	意識障害	2
<input type="checkbox"/>	☐器質疾患による意識障害 ☐頭部外傷による意識障害 ☐薬物による意識障害 ☐てんかん発作後もうろう状態 ☐離脱せん妄 ☐その他の原因による意識障害()	
<input type="checkbox"/>	不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による自立不全	2
<input type="checkbox"/>	☐摂食困難 ☐生命リスク等の危険回避困難	
<input type="checkbox"/>	特定の目的による入院	2
<input type="checkbox"/>	☐重篤な副作用の管理 ☐BMI16以下のい瘦対応 ☐mECTの実施 ☐クロザピン導入・副作用対応	
<input type="checkbox"/>	社会生活機能不全	1
<input type="checkbox"/>	☐躁状態 ☐混合状態 ☐減裂状態 ☐激越 ☐摂食困難 ☐排泄困難	

要配慮因子(該当項目があれば☑、複数選択可)				点数		
<input type="checkbox"/>	新興感染症等法定伝染病	<input type="checkbox"/>	2次以上身体合併症(※)	<input type="checkbox"/>	妊婦・産褥婦	3
<input type="checkbox"/>	日本語不可・滞在許可のない外国籍	<input type="checkbox"/>	深刻な履歴(※※)あり	<input type="checkbox"/>	医療観察法通院処遇者	2
<input type="checkbox"/>	警察介入	<input type="checkbox"/>	身元不明・住所不定・未保険	<input type="checkbox"/>	虐待・DV・犯罪等被害者	2
<input type="checkbox"/>	キーパーソン不在	<input type="checkbox"/>	保健所介入	<input type="checkbox"/>	遠隔地ケース・他院離院中	1
<input type="checkbox"/>	消防(救急隊)経由	<input type="checkbox"/>	身体障害者認定・指定難病認定	<input type="checkbox"/>	整備事業経由	1

※ 2次以上身体合併症とは、身体科への入院相当の重症度を有す身体疾患または外傷を指す。

※※ 履歴とは、障害者総合支援法における医師意見書、生活障害評価(7)社会的適応を妨げる行動 を指す。

表2 チェックリストのROC分析

n	AUC	SE	95%CI		カットオフ
			Low	Hihg	
2,164	0.7497	0.0113	0.72744	0.77191	3

	感度	特異度	正診率	LR+	LR-
(>=0)	100.00%	0.00%	70.33%	1	
(>=1)	98.29%	17.29%	72.26%	1.1884	0.0988
(>=2)	92.31%	28.50%	73.38%	1.2912	0.2697
(>=3)	83.64%	51.87%	74.21%	1.7378	0.3154
(>=4)	67.54%	70.56%	68.44%	2.2943	0.46
(>=5)	54.80%	79.91%	62.25%	2.7271	0.5657
(>=6)	41.26%	87.69%	55.04%	3.3531	0.6698
(>=7)	31.41%	92.06%	49.40%	3.9535	0.7451
(>=8)	21.42%	95.02%	43.25%	4.2972	0.827
(>=9)	14.85%	97.51%	39.37%	5.9581	0.8733
(>=10)	8.61%	98.29%	35.21%	5.0234	0.9299
(>=11)	5.58%	98.91%	33.27%	5.122	0.9546
(>=12)	3.94%	99.69%	32.35%	12.6545	0.9636
(>=13)	2.30%	99.84%	31.24%	14.7636	0.9785
(>=14)	1.38%	99.84%	30.59%	8.8582	0.9877
(>=15)	0.66%	99.84%	30.08%	4.2182	0.995
(>=16)	0.33%	99.84%	29.85%	2.1091	0.9983
(>=17)	0.07%	99.84%	29.67%	0.4218	1.0009
(>=18)	0.00%	99.84%	29.62%	0	1.0016
(>18)	0.00%	100.00%	29.67%		1

図1 チェックリストのROC曲線

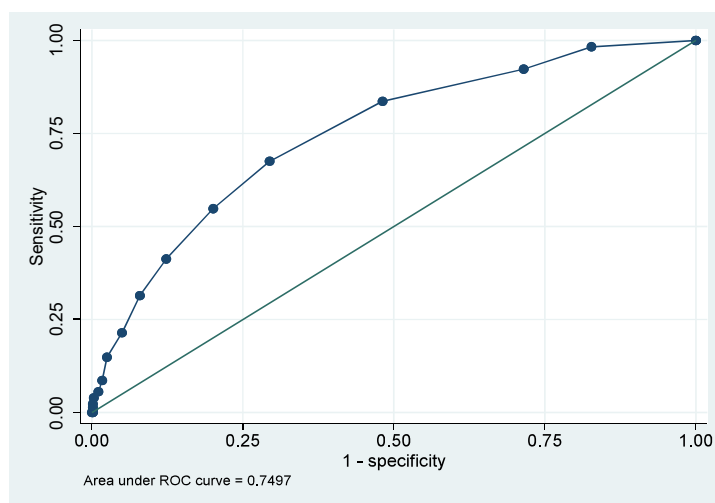


表3 病床規模および精神科地域包括ケア病棟の運用実績

項目	単位	n	中央値	最小	最大	平均
総病床数	床	31	299.0	129.0	613.0	321.4
運用病床数(休床除く)	床	20	283.0	118.0	524.0	316.0
精神科地域包括ケア病棟病床数	床	29	52.0	16.0	60.0	51.8
2024年度 病院全体の入院者数	人/年	31	494.0	140.0	2481.0	665.6
2024年度 病院全体の退院者数	人/年	31	514.0	132.0	2485.0	670.3
地ケア新規入院者数	人/年	31	12.0	0.0	79.0	18.8
地ケア転棟入院者数	人/年	31	21.0	0.0	113.0	31.7
地ケア入院者数合計	人/年	31	46.0	10.0	118.0	55.1
地ケアからの退院者数	人/年	31	26.0	1.0	107.0	33.0
地ケアからの転棟数	人/年	31	5.0	0.0	47.0	9.5
3か月延べ入院者数	人/3か月	31	4080.0	42.0	5442.0	3666.6
特別入院基本料延べ入院者数	人/3か月	31	140.0	0.0	2751.0	283.5

表4 回答病院の職員配置(常勤換算)

項目	単位	n	中央値	最小	最大	平均
医師	人(常勤換算)	31	16.0	1.0	46.0	17.5
看護師	人(常勤換算)	30	124.4	17.2	337.0	130.0
精神保健福祉士	人(常勤換算)	27	11.0	1.0	21.0	10.3
作業療法士	人(常勤換算)	27	10.0	1.0	22.0	10.1
公認心理師	人(常勤換算)	27	4.0	1.0	17.2	5.1
理学療法士	人(常勤換算)	27	0.0	0.0	6.0	1.1
看護助手(補助者)	人(常勤換算)	27	17.0	2.0	44.0	20.5

図2 精神科地域包括ケア入院料の届出継続状況

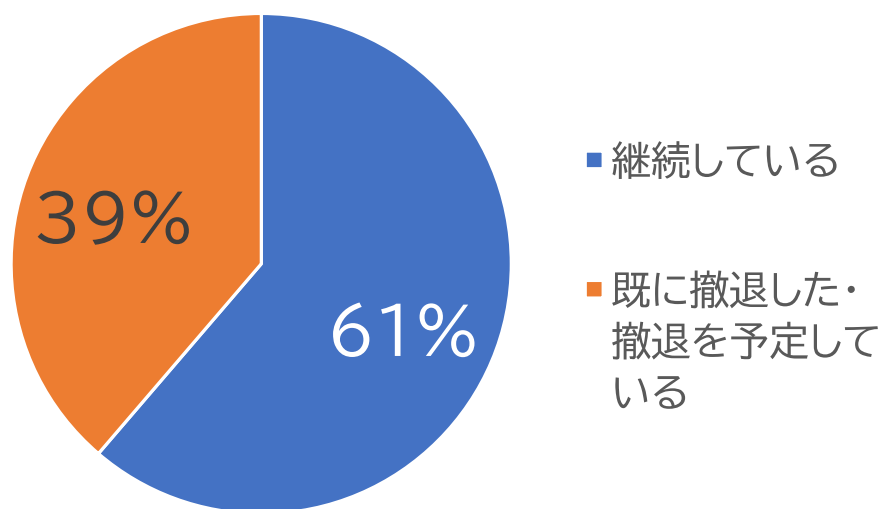


表5 継続病院における6か月以内在宅移行要件・180日超過患者対応の実際(N=19)

項目	回答数	%
特別な介入なく在宅移行率を満たしている	5	26.3%
退院後3か月以内の再入院を積極的に受けない	3	15.8%
退院後3か月以内の再入院は期限要件のない他病棟で受ける	9	47.4%
ほとんどの患者が在宅移行要件を満たすための特別な介入なく180日を超えない	3	15.8%
180日を超える患者を転棟させる別の慢性期対応病棟がある	17	89.5%

表6 精神科地域包括ケア病棟からの撤退・撤退予定の理由
(N=14)

項目	回答数	%
180日超過患者増加により他の入院料等の方が収益がある	8	57.1%
移行措置期間のある施設要件が満たせない	8	57.1%
精神科救急施設要件のクリアが困難	2	14.3%
6か月以内在宅移行要件のクリアが困難	8	57.1%
3か月以内再入院が分子に計上できない	6	42.9%
6か月以内に退院できることが少ない	5	35.7%
データ提出加算要件のクリアが困難	1	7.1%
移行措置期間のない施設基準が満たせない	1	7.1%
休日にもコメディカルスタッフ勤務の施設要件を満たせない	2	14.3%
コメディカルスタッフ配置が専従の施設要件を満たせない	2	14.3%
クロザピン登録施設要件を満たせない	0	0.0%
地域ケア要件ア 訪問看護3か月60回以上を満たせない	1	7.1%
訪問看護ステーション3か月300回以上を満たせない	0	0.0%
精神科退院時共同指導3か月3回以上を満たせない	1	7.1%
通院・在宅精神療法の2を3か月20回以上満たせない	0	0.0%
精神科在宅患者支援管理料3か月10回以上を満たせない	2	14.3%

表7 精神科地域包括ケア病棟が機能するために必要と考えられる制度見直し(N=30)

項目	回答数	%
再入院を精神科救急急性期医療入院料と同様に自宅等移行として評価	23	76.7%
他病棟へ転棟後も180日以内の在宅退院を退院率の分子対象にする	13	43.3%
180日超過時の特別入院基本料584点を撤廃し15対1入院基本料を算定可能にする	25	83.3%
施設要件を見直す	12	40.0%

表8 撤退後に転用する予定の病棟
(N=13)

項目	回答数	割合
精神科療養病棟	1	7.7%
入院基本料15対1	9	69.2%
入院基本料13対1	1	7.7%
地域移行機能強化病棟	1	7.7%
包括病棟(救急・急性期・児童等)	1	7.7%
その他	0	0.0%
未定	0	0.0%

表9 必要と考えられる加算項目
(N=20)

項目	回答数	%
看護補助加算	13	65.0%
看護加算	11	55.0%
16対1医師配置加算	7	35.0%
その他	5	25.0%

図3 対象者の転帰

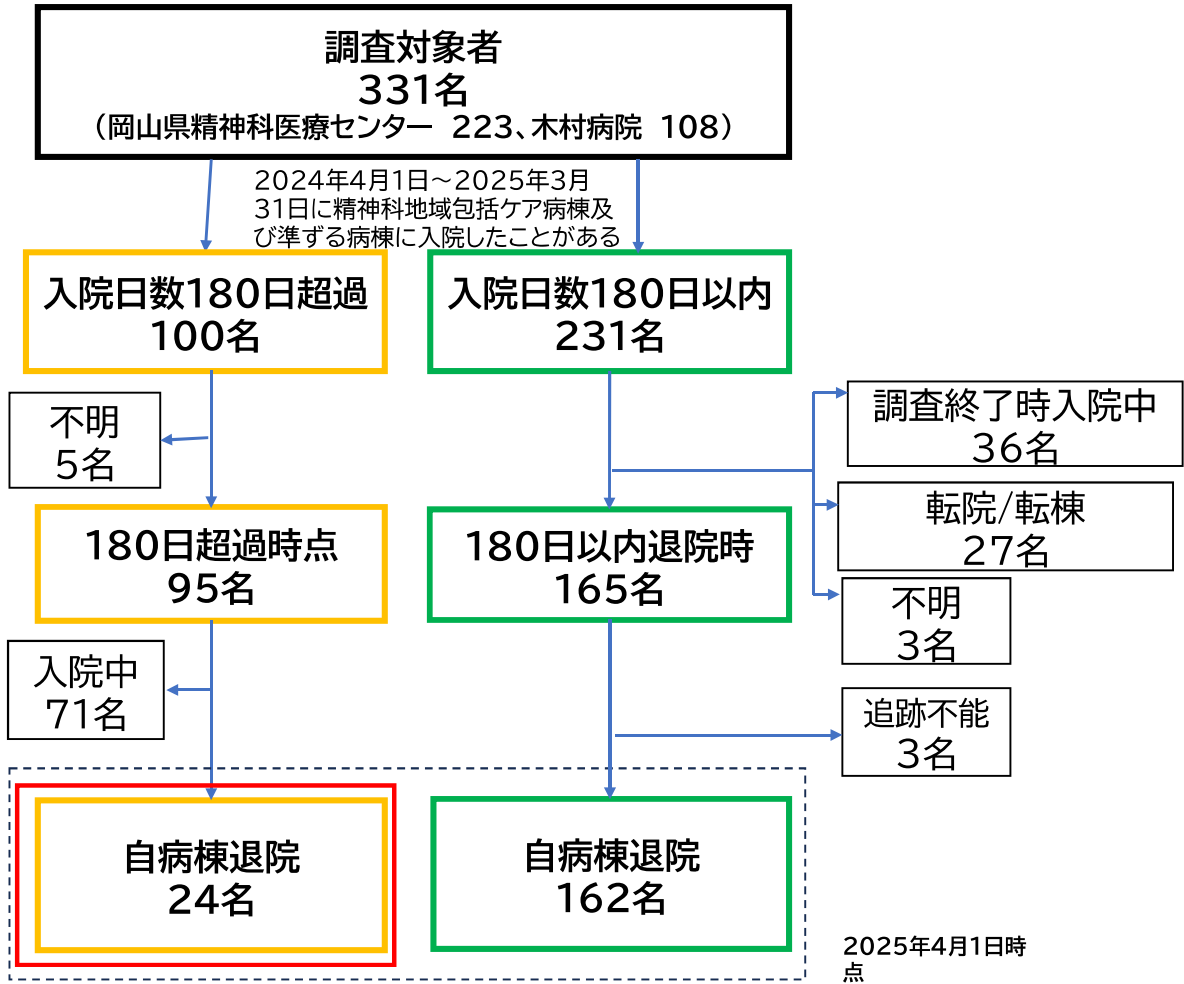


表10 対象者属性(入院時点)

<ul style="list-style-type: none"> ■性別 男性 152名(45.9%) ■年齢(平均,SD) 43.1歳, 18.0 ■入院時の経路 <ul style="list-style-type: none"> 自院 238(71.9) 他院(精神)からの紹介 59(17.8) 他院(一般)からの紹介 9(2.7) 行政からの紹介 18(5.4) 福祉事業所からの紹介 2(0.6) 介護事業所からの紹介 1(0.3) その他 3(1.3) ■転棟理由 <ul style="list-style-type: none"> 転棟なし(直入院) 218(65.9) 算定外 98(29.6) その他 15(4.5) ■入院時の住居 <ul style="list-style-type: none"> 家族同居 178(53.8) 独居 98(29.6) グループホーム 32(9.7) 宿泊型自立訓練 5(1.5) その他 18(5.4) 	<ul style="list-style-type: none"> ■主診断 <ul style="list-style-type: none"> F0 9(2.7%) F1 6(1.8%) F2 220(66.5%) F3 42(12.7%) F4 9(2.7%) F5 2(0.6%) F6 1(0.3%) F7 11(3.3%) F8 30(9.1%) G 1(0.3%) ■従診断(複数可) <ul style="list-style-type: none"> あり 81(24.4) F1 3(0.9%) F7 38(11.5%) F8 47(14.2%) ■強度行動障害 <ul style="list-style-type: none"> 有 33(10.0%) 	<ul style="list-style-type: none"> ■クロザピン使用 <ul style="list-style-type: none"> なし 261(78.9) なし・利用歴あり 12(3.6) あり 58(17.5) ■CGI-S <ul style="list-style-type: none"> 平均 5.26 ,SD 1.0(得点1-7) ■GAF <ul style="list-style-type: none"> 平均 27.3 ,SD 8.0(得点0-100) ■ICMSS <ul style="list-style-type: none"> 平均 5.72 ,SD 2.42(得点0-15) ■過去の精神科入院回数の合計 <ul style="list-style-type: none"> 平均 8.8 SD 13.87 ■過去1年の入院回数の合計 <ul style="list-style-type: none"> 平均 1.6 SD 2.3
--	--	---

表11 入院中の医学的管理およびケースマネジメント

①医学的管理と治療(N=331)			④会議の開催(N=331)		
隔離	183	55.3%	院内多職種チーム会議 SD/%		
身体拘束	37	11.2%	あり	286	86.4%
他科受診	16	4.8%	回数	3.28	2.82
mECT	10	3.0%	本人参加あり	169	59.1%
他科への転入院	6	1.8%	院外支援者参加の会議 SD/%		
②院内ケースマネージャー選任(N=331)			あり	172	52.0%
選任あり	328	99.1%	回数	2.03	1.71
ケースマネージャーの職種			本人参加あり	154	89.5%
精神保健福祉士	327	99.7%	院外支援者の参加		
作業療法士	1	0.3%	行政担当	59	34.3%
③相談支援事業の利用(N=331)			福祉支援者(計画相談等)	92	53.5%
地域移行支援事業	16	4.8%	福祉支援者(直接支援)	62	36.0%
障害者相談支援事業	103	31.1%	介護支援者(ケアマネ)	13	7.6%
障害支援区分認定調査	27	8.2%	介護支援者(直接支援)	9	5.2%
			訪問看護スタッフ	81	47.1%
			退院先通院医療機関	9	5.2%
			司法関係者	12	7.0%
			教育関係者	3	1.7%
			児童福祉	3	1.7%

表12 治療・支援プログラム、各職種の関与

治療・支援プログラム (N=331)	1回以上実施 した患者数	実施率	医師		看護師		CP		SW		OT	
			関与数	関与率	関与数	関与率	関与数	関与率	関与数	関与率	関与数	関与率
住居支援	93	28.1%	9	9.7%	58	62.4%	4	4.3%	93	100.0%	17	18.3%
外泊訓練	73	22.1%	24	32.9%	61	83.6%	4	5.5%	61	83.6%	5	6.8%
金銭・生活管理	44	13.3%	1	2.3%	12	27.3%	0	0.0%	42	95.5%	2	4.5%
運動プログラム	205	61.9%	12	5.9%	108	52.7%	26	12.7%	0	0.0%	202	98.5%
個別の作業療法	135	40.8%	2	1.5%	18	13.3%	3	2.2%	4	3.0%	135	100.0%
疾病教育・心理教育	34	10.3%	13	38.2%	13	38.2%	34	100.0%	8	23.5%	10	29.4%
その他の個別心理教育	32	9.7%	3	9.4%	2	6.3%	31	96.9%	1	3.1%	1	3.1%
認知行動療法(CBT)	8	2.4%	2	25.0%	5	62.5%	3	37.5%	0	0.0%	2	25.0%
家族心理教育	7	2.1%	4	57.1%	2	28.6%	3	42.9%	4	57.1%	0	0.0%
服薬指導	57	17.2%	1	1.8%	2	3.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
身体健康管理	86	26.0%	80	93.0%	86	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.3%
栄養指導	73	22.1%	1	1.4%	5	6.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%
SST	2	0.6%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%
クライシスプラン	19	5.7%	3	15.8%	9	47.4%	13	68.4%	2	10.5%	0	0.0%

表13 180日超過群と180日以下退院群の比較①

	180日超過群 (N=95)		180日以下群 (N=165)		P
	平均値	SD	平均値	SD	
CGI-S(重症度1-7点)	5.0	1.3	3.3	0.9	<0.001
CGI-I(改善度1-7点)	3.3	0.9	2.6	0.8	<0.001
GAF得点	29.1	11.4	41.4	11.7	<0.001

参考

CGI-S 1点:正常、2点:軽度、3点:やや軽度、4点:中等度、5点:やや重度、6点:重度、7点:非常に重度

CGI-I 1点:著明改善、2点:中等度改善、3点:軽度改善、4点:不変、5点:軽度悪化、6点:中等度悪化、7点:著明悪化

表14 180日超過群と180日以下退院群の比較②

ICMSS	180日超過 (N=95)		180日以下 (N=165)		P
合計スコア:1-15(11を除く)で「あり」と答えた項目の合計数(平均, SD)	5.82	2.44	4.91	2.56	0.005
1. 6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心に担う)を遂行することに重大な問題がある	95	100.0%	155	93.9%	0.049
2. 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)	95	100.0%	152	92.1%	0.012
3. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	52	54.7%	55	33.3%	0.001
4. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	18	18.9%	21	12.7%	0.241
5. 自傷や自殺を企てたことがある	16	16.8%	53	32.1%	0.010
6. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	35	36.8%	66	40.0%	0.683
7. その他の警察・保健所介入歴がある	34	35.8%	54	32.7%	0.714
8. 定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	21	22.1%	38	23.0%	0.986
9. 外来受診をしないことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	15	15.8%	26	15.8%	1.000
10. 自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	78	82.1%	98	59.4%	<0.001
11. 直近の入院は措置入院である	7	7.4%	10	6.1%	0.881
12. 日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	13	13.7%	16	9.7%	0.436
13. 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	9	9.5%	11	6.7%	0.574
14. 支援をする家族がない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	37	38.9%	37	22.4%	0.007
15. 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・貧困・教育・障害等)	35	36.8%	28	17.0%	0.001
16# うつ病、精神疾患、自殺者未遂をした人と生活している	15	15.8%	12	7.3%	0.050
17# アルコール中毒や薬物中毒(処方薬を含む)を患っている人と生活している	0	0.0%	0	0.0%	NA
18# 収監された、あるいは実刑判決を受けた人と生活している	0	0.0%	1	0.6%	1.000
19# 家族から、罵られたり、侮辱されたり、けなされたりする、あるいは愛されていない	9	9.5%	6	3.6%	0.095
20# 家族から、叩く、殴る、蹴るなどの危害や肉体的な暴力を加えられる	2	2.1%	4	2.4%	1.000

表15 180日超過群と180日以下退院群の比較③

メニッガー	180日超過群 N=95		180日以下退院群 N=165		
I. 管理					0.084
1対1で付き添う	13	13.7%	11	6.7%	
個室に保護する(刺激回避のため)	22	23.2%	22	13.3%	
注意深く観察する	9	9.5%	10	6.1%	
常に気にしている	8	8.4%	19	11.5%	
頻回に観察する	8	8.4%	19	11.5%	
通常の確認	35	36.8%	83	50.3%	
II. 食事					0.001
介助または経管栄養	10	10.5%	3	1.8%	
部屋に配膳する	35	36.8%	40	24.2%	
食堂で食べる(監視必要)	9	9.5%	19	11.5%	
食堂で食べる(監視不要)	41	43.2%	103	62.4%	
III. 個人衛生					<0.001
直接介助	27	28.4%	12	7.3%	
声をかけて行動を促したり、できているかどうか確認する	50	52.6%	62	37.6%	
自分でできる	18	18.9%	91	55.2%	
IV. 活動					0.005
病室のみ	12	12.6%	15	9.1%	
病棟のみ	35	36.8%	61	37.0%	
スケジュール通りの活動、病棟外に出るときは看護師同伴	44	46.3%	57	34.5%	
病棟内外で規則的な活動や余暇活動ができる	4	4.2%	32	19.4%	

表16 180日超過群と180日以下退院群の比較④

メニッガー	180日超過群 N=95		180日以下退院群 N=165		
V. 責任のレベル					<0.001
看護師と1対1で行動する	29	30.5%	38	23.0%	
集団で行動する	52	54.7%	56	33.9%	
1人で行動できる	14	14.7%	71	43.0%	
VI. 指導					<0.001
1対1で毎日指導する	39	41.1%	22	13.3%	
1対1で週に3回程度指導する	12	12.6%	24	14.5%	
必要時またはグループ指導	29	30.5%	68	41.2%	
指導は特に行っていない	15	15.8%	51	30.9%	
VII. 危険性					<0.001
離院自傷他害の可能性が高い	35	36.8%	15	9.1%	
離院自傷他害の可能性が中程度	19	20.0%	39	23.6%	
離院自傷他害の可能性は少ない	15	15.8%	58	35.2%	
明らかな危険はない	26	27.4%	53	32.1%	
VIII. 与薬					0.046
拒薬	2	2.1%	1	0.6%	
1日に4回以上の与薬	27	28.4%	28	17.0%	
1日の4回未満の与薬	63	66.3%	122	73.9%	
自己管理または頓服薬のみ与薬	3	3.2%	14	8.5%	
IX. 身体的問題					0.578
ベッド上のケア、身体症状による隔離	2	2.1%	1	0.6%	
身体障害	1	1.1%	3	1.8%	
特別ケアが必要な身体合併症	3	3.2%	4	2.4%	
通常のケアで足りる身体合併症	22	23.2%	29	17.6%	
身体的問題はなし	58	67	70.5%	128	77.6%

表17 180日超過群と180日以下退院群の比較⑤

メニッガー	180日超過群 N=95		180日以下退院群 N=165		
隔離または抑制(身体拘束)	23	24.2%	17	10.3%	0.005
電気ショック療法	2	2.1%	3	1.8%	1.000
特別な検査	5	5.3%	6	3.6%	0.758
看護師との時間を頻回に要求する	28	29.5%	22	13.3%	0.003
暴力的行為	22	23.2%	10	6.1%	<0.001
破壊的行為	19	20.0%	7	4.2%	<0.001
グループへの参加	45	47.4%	66	40.0%	0.305
65歳以上または8歳以下	17	17.9%	18	10.9%	0.161
看護師同伴で病院以外の場所での会合や面接に出かける	10	10.5%	10	6.1%	0.289
看護師同伴で病院内・病棟以外での会合や面接に出かける	10	10.5%	11	6.7%	0.388
3職種以上の多職種カンファレンス	49	51.6%	54	32.7%	0.004
個別作業療法	11	11.6%	21	12.7%	0.940
心理療法	12	12.6%	18	10.9%	0.828
外部機関との連絡調整の開始	26	27.4%	64	38.8%	0.084

表18 180日超過群と180日以下退院群の比較⑥

日常生活能力	180日超過群 N=95		180日以下退院群 N=165		
1. 適切な食事					<0.001
できる	0	0.0%	4	2.4%	
おおむねできる	7	7.4%	50	30.3%	
助言や指導があればできる	43	45.3%	79	47.9%	
できない若しくは行わない	45	47.4%	32	19.4%	
2. 身の清潔保持					<0.001
できる	1	1.1%	9	5.5%	
おおむねできる	11	11.6%	62	37.6%	
助言や指導があればできる	43	45.3%	66	40.0%	
できない若しくは行わない	40	42.1%	28	17.0%	
3. 金銭管理と買い物					<0.001
できる	0	0.0%	5	3.0%	
おおむねできる	6	6.3%	50	30.3%	
助言や指導があればできる	31	32.6%	65	39.4%	
できない若しくは行わない	58	61.1%	45	27.3%	
4. 通院と服薬					<0.001
できる	0	0.0%	6	3.6%	
おおむねできる	9	9.5%	41	24.8%	
助言や指導があればできる	34	35.8%	84	50.9%	
できない若しくは行わない	52	54.7%	33	20.0%	
5. 他人との意思伝達及び対人関係					<0.001
できる	0	0.0%	5	3.0%	
おおむねできる	10	10.5%	54	32.7%	
助言や指導があればできる	47	49.5%	73	44.2%	
できない若しくは行わない	38	40.0%	33	20.0%	
6. 身の安全保持及び危機対応					<0.001
できる	0	0.0%	4	2.4%	
おおむねできる	8	8.4%	49	29.7%	
助言や指導があればできる	31	32.6%	68	41.2%	
できない若しくは行わない	56	58.9%	44	26.7%	
7. 社会性					<0.001
できる	0	0.0%	5	3.0%	
おおむねできる	7	7.4%	44	26.7%	
助言や指導があればできる	26	27.4%	65	39.4%	
できない若しくは行わない	59	62	51	30.9%	

表19 180日超過群と180日以下退院群の比較⑦

	180日超過群 N=24		180日以下群 N=163		
ケースマネジメントの導入 あり (相談支援、介護保険、医観、行政)	20	83.3%	95	58.6%	<0.05
医療サービスの導入 あり (デイケア、訪看、その他)	18	75.0%	97	59.9%	<0.5
福祉サービスの導入 あり (障害福祉サービス、地活など)	17	70.8%	60	37.0%	<0.01

2025年4月1日時点

表20 180日超退院群と180日以内退院群の比較

退院後の情報	180日超退院 (N=24)		180日以内退院 (N=162)	
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%
退院先の住居				
入院時と変わっていない	15	62.5%	128	79%
入院時から変わった	9	37.5%	34	21%
変わった場合				
家族、パートナー等と同居	1	11.1%	4	11.8%
独居	1	11.1%	7	20.6%
グループホーム	6	66.7%	9	26.5%
宿泊型自立訓練施設	1	11.1%	0	0.0%
その他	1	11.1%	13	38.2%
退院後のケースマネジメント(複数選択可)				
なし	4	16.7%	67	41.4%
総合支援法の相談支援事業・計画相談	15	62.5%	69	42.6%
介護保険	2	8.3%	16	9.9%
医療観察法(の対象)	1	4.2%	0	0.0%
行政	2	8.3%	16	9.9%
退院後の医療サービス(複数選択可)				
なし	6	25%	65	40.1%
デイケア	2	8.3%	19	11.7%
訪問看護	18	75%	83	51.2%
その他	60	0	2	1.2%

●●病院

下記のデータにつき、加筆修正していただければ幸いです。

地ケア病棟参入時期				撤退時期			
令和	年	月	日	令和	年	月	日

病床種別

精神（精神療養を含む）	一般	療養
床	床	床

総病床数	床
運用総病床数（休床を除く）	床

病棟の内訳（精神科地域ケア病棟運用時）

救急急性期	床	精神科 地ケア	床	地域移行 機能強化	床
急性期治療	床	認知症	床	医療観察	床
児童思春期	床	精神療養	床	一般床	床
精神一般	床	特殊疾患	床	一般療養	床

2024年度の病院全体での 入院者数/年	人	2024年度の病院全体での 退院者数/年	人
-------------------------	---	-------------------------	---

以下については、精神科地ケア病棟運用継続中の病院は、2025/5から2025/7の3ヶ月について記載ください。

精神科地ケア病棟運用撤退された病院は、撤退直前の3ヶ月について記載ください。

精神科地域包括ケ ア病棟への 新規入院者数 人数/3ヶ月	人	精神科地域包括ケ ア病棟の 入院者数 と 転棟入院者数 合計人数/3ヶ月	人	精神科地域包括ケ ア病棟からの 退院者数 人数/3ヶ月	人
精神科地域包括ケ ア病棟への 転棟入院者数 人数/3ヶ月	人		人	精神科地域包括 ケア病棟からの 転棟者数 人数/3ヶ月	人
精神科地域包括ケア病棟3ヶ月の延べ入院者数					
精神科地域包括ケア病棟3ヶ月の特別入院基本料算定延べ入院者数					

職員（常勤換算）

医師		人
看護師		人
精神保健福祉士		人
作業療法士		人
公認心理師		人
理学療法士		人
看護助手（補助者）		人

精神科地域包括ケア病棟に関する調査

以下の問にお答えください。

問1 精神科地域包括ケア入院料の届出を継続していますか？あてはまる項目に○をつけてください。

- a. 継続している ⇒問2へ b. 既に撤退した・撤退を予定している ⇒問5へ

問2 届出を継続している場合、以下のどちらにあてはまりますか？

- a. 病床数はそのまま継続
b. 病床数を増減するなど工夫をして継続 →どのような工夫ですか？(自由記載:)

問3 「7割以上(要件を満たし6割以上)が6か月以内在宅移行要件」をどのようにしてクリアしていますか？あてはまる項目に○をつけてください。(複数回答可)

- a. 在宅移行要件を満たすための特別な介入なく在宅移行率を満たしている
b. 退院後3ヶ月を超えない人の入院を積極的にうけない
c. 退院後3ヶ月を超えない人の入院は期限要件のない他の病棟でうけている
d. その他(自由記載:)

問4 180日越えの人への対応はどうしていますか？あてはまる項目に○をつけてください。(複数回答可)

- a. ほとんどの患者が在宅移行要件を満たすための特別な介入なく180日を超えない
b. 180日を超える人は転棟させる別の慢性期対応病棟がある
c. その他(自由記載:)
⇒問8へ(右ページ)

問5 「撤退」または「撤退を予定している」理由について、あてはまる項目に○をつけてください。(複数回答可、右ページにも選択肢があります)

ア. 180日を超える患者が増えたため、他の種類(入院基本料・精神療養等)の届出の方が収益がある

イ. 移行措置期間のある施設要件が満たせなくなった。(満たせなくなる)

- a. 精神科救急施設要件(令和7年5月31日まで)クリアが困難であった
b. 「入院患者の7割(または6割:精神科在宅管理料を算定している場合)以上が入院日から6月以内に退院し自宅等へ移行する」要件(令和7年9月30日まで)クリアが困難

ア. 退院後3ヶ月以内の再入院を必要とすることが多いため、移行率の分子に計上できず要件を満たせない

イ. 入院した患者が6ヶ月以内に退院できることが少なく、移行率の分子が小さくなり要件を満たせない

ウ. その他(自由記載:)

- c. 「データ提出加算」要件(令和7年9月30日まで)クリアが困難

ウ. 移行措置期間のない施設基準が満たせなくなった。(満たせなくなる)

- d. 「休日にもコメディカルスタッフ勤務」の施設要件を満たせない
e. 「コメディカルスタッフ配置が専従」の施設要件を満たせない
f. 「クロザピン登録施設要件」を満たせない

- g. 「地域ケア要件のア)訪問看護が3ヶ月に60回以上」の要件を満たせない

- h. 「地域ケア要件のイ)訪問看護ステーションで3ヶ月に300回以上」の要件を満たせない
- i. 「地域ケア要件のウ)精神科退院時共同指導が3月3回以上」の要件を満たせない
- j. 「地域ケア要件のエ)通院・在宅精神療法の2の算定が3ヶ月で20回以上」の要件を満たせない
- k. 「地域ケア要件のオ)精神科在宅患者支援管理料の算定が3ヶ月で10回以上」の要件を満たせない

問6 撤退した、または撤退を予定している場合、撤退後に転用する予定の病棟に○をつけてください。

- a. 精神科療養病棟 b. 入院基本料 15 対1 c. 入院基本料 13 対1 d. 地域移行強化病棟
- e. 包括病棟(救急・急性期・児童等) f. その他(自由記載:) g. 未定

問7 転用後、病床数の変更はありましたか(ありますか)。

- a. 変更なし b. 変更あり(変更前: 床、変更後: 床) c. 未定

問8 精神科地ケア病棟が回復期治療病棟として機能するために、「変更が必要なことから」について、次の選択肢の中から選んで○をつけてください。またその理由について、自由記載欄に記載してください。

- a. 「退院後に入院期間が通算される再入院をした場合に、自宅等に移行したものととして計上しない。」ことが規定されているが、精神科救急急性期医療入院料と同様に移行したものととして計上できる対応を行う。
(必要と考える理由:)
- b. 他病棟に転棟後、地域包括ケア病棟算定開始日より180日以内に在宅退院すれば退院率の分子対象とする
(必要と考える理由:)
- c. 180日を超えたときに、特別入院基本料584点とすることを撤廃して15対1入院基本料を算定できること
(必要と考える理由:)
- d. 施設要件の見直し(見直すべき要件と必要と考える理由:)

問9 精神科地ケア病棟が回復期治療病棟として機能するために、特に必要と考えられる加算項目の改定について、次の選択肢の中から選んで○をつけてください。またその理由について、自由記載欄に記載してください。

- a. 看護補助加算 (必要と考える理由:)
- b. 看護加算 (必要と考える理由:)
- c. 16対1医師配置加算(必要と考える理由:)
- d. その他(必要と考える項目と理由:)

問10 精神科地ケア病棟が回復期治療病棟として機能するために必要と考えられるその他の改定についてご意見があれば記載してください。

問11 精神科地ケア病棟に関するその他のご意見があれば記載してください。

ご協力ありがとうございました