

令和2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）

「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」
分担研究報告書

精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究

研究分担者 福田正人（群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学 教授）

研究要旨

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

【方法】(1)重症度の指標を確立する目的の明確化、(2)「重症度、医療・看護必要度」のA・B・C項目の概念の検討、(3)医師の労力人手としての内保連D項目の検討、(4)精神科生物学的医療ニーズの指標としてのP-M項目案の作成、(5)精神科心理社会ニーズの指標としてのP-S項目案の作成、(6)P-M項目とP-S項目の評価試行、を行った。

【結果】(1)重症度指標の確立の目的が、①現場に必要な労力人手 effort の適切な評価、②良質な医療の促進のインセンティブ、であることを明確にした。(2)「重症度、医療・看護必要度」である重症度（広義）は、疾患の病状・病態を表す重症度（狭義）[疾患要因] および看護師と医師の労力人手の程度を表す看護必要度・医療必要度 [医療者要因] の2要素から構成されていた。(3)内保連の重症度D項目「医師の診療の負荷」において、精神疾患の7疾患・11分類の重症度ランクが定められた。(4)精神科生物学的医療ニーズ（P-M）の23項目をまとめ、評価のための手引きを作成した。(5)精神科心理社会支援ニーズ（P-S）の12項目をまとめ、評価のための手引きを作成した。(6)P-M項目とP-S項目の31想定症例の評価試行から改善すべき点を明らかにした。

【考察】精神疾患の重症度評価においては、疾患要因に対する適切な労力人手 effort の評価が容易ではない、重症度の基準関連妥当性が判断できる客観的な基準指標が確立されていない、という困難がある。精神疾患の重症度評価は、良質な入院医療、精神科医療の本質、人の支援の意味、そこでの専門職の役割、を明らかにすることである。

【結論】精神疾患の入院医療において、現場に必要な労力人手 effort を適切に評価し、良質な医療の促進のインセンティブとなることを目的に、保険診療における「重症度、医療・看護必要度」A・B・C項目に追加する精神疾患固有の精神科生物学的医療ニーズ（P-M）項目と精神科心理社会支援ニーズ（P-S）項目の案を作成し試行を行った。その取組を通じて、精神疾患の重症度概念の構造や示唆が明らかとなった。

【研究協力者】(五十音順)

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

A. 研究目的

本研究班の取組み「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」は、日本が本格的な人口減少と高齢化を迎える中、精神科と他の診療科との連携、地域の多様な生活支援との連携による良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにし、その促進を図るモニタリングの体制と、医療計画における指標および基準病床算定式を提案することを目的としたものである。

そのなかでこの分担研究「精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究」は、入院患者の適切な医療体制の確保について、重症度という視点から検討を行うものである。

一般医療においては、疾患名・合併症の有無・術後様態変化・看護必要度等をもとに、患者ごとの重症度がある程度客観評価され、DPC 診断群分類や、救急医療の評価等に活用されているが、精神医療においてはそうした公的な指標が存在しない。そこで、本研究に先立って 2019 年度に厚生労働行政推進調査事業補助金・障害者政策総合研究事業「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」の分担研究として行われた「届け出病棟ごとの客観的で検証可能な重症度等の把握」(以下「米田分担研究」と略称)の報告書(文献[1])を参考にして、重症度等の指標案、その客観性・妥当性・計測容易性・検証可能性について、提言の可能性について検討を行った。

米田分担研究の検討の概要

| | タイトル | 内容 |
|-----|---------------|-----------------|
| A項目 | モニタリング及び処置等 | 身体疾患治療 |
| B項目 | 患者の状況等 | 日常生活動作 |
| C項目 | 手術等の医学的状況 | 手術・侵襲的処置 |
| D項目 | ケアマネジメントに係る状況 | 社会的ケア状況 |
| E項目 | 入院後の突発的事象 | 精神科的 身体治療・看護 |

B. 研究方法

2020 年度は、研究協力者全員との会議を 7 回開催した(2020 年 7 月 8 日、10 月 3 日、11 月 3 日、12 月 5 日、2021 年 1 月 10 日、2 月 6 日、3 月 27 日)。そこでは、(1)重症度の指標を確立する目的の明確化、(2)精神疾患以外について用いられている「重症度、医療・看護必要度」としての A・B・C 項目の具体的内容の検討と概念構造の分析、(3)医師

の労力人手として内保連から提案されている D 項目に向けた取り組みの現状、(4)精神科生物学的医療ニーズの指標としての P-M 項目の案の作成、(5)精神科心理社会ニーズの指標としての P-S 項目の案の作成、(6)精神疾患の重症度評価の課題、(7)精神疾患の重症度からの示唆について検討を行い、それらにもとづいた重症度指標の骨格案を作成した。

(倫理面への配慮)

本年度の研究においては、個人情報を取り扱わなかった。利益相反については、群馬大学利益相反管理昭和地区部会の審議を受け、承認との審議結果を得た。

C. 結果

1. 重症度の指標を確立する目的の明確化

「重症度」の指標を確立する目的が、(1)現場に必要な「労力人手 effort」の適切な評価、(2)良質な医療の促進のインセンティブ、の2点であることを明確にした。

「重症度」の概念の目的と構造

【「重症度」指標 策定の目的】

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

【「重症度」の概念】 (①疾患&②医療者 要因)

重症度(広義) 「重症度、医療・看護必要度」

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

2. 「重症度、医療・看護必要度」の概念構造の分析

精神疾患以外についてすでに用いられている「重症度、医療・看護必要度」A・B・C項目の構造を検討した。その結果、「重症度、医療・看護必要度」とされる重症度(広義)

の概念は、疾患の病状・病態の程度を表す重症度(狭義)[疾患要因]、および看護師の労力人手の程度を表す看護必要度と医師の労力人手の程度を表す医療必要度[医療者要因]、の2つの要素から構成されていることが明らかとなった。

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

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

「重症度」ABC項目の構造

【A項目】「モニタリング及び処置等」

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

【B項目】「患者の状態等」(ADL)

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

【C項目】「手術等の医学的状況」

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

3. 内保連 D 項目の検討

内科系学会社会保険連合(内保連)が発表した重症度 D 項目について、精神疾患の観点から検討を行った。

この D 項目は、内科系の疾患について入院診療における「医師の診療の負荷」の高低を反映するためのものである。医師を対象に実施した医療技術負荷度調査の結果により負荷度点数を定め、それにもとづいて A~E ランクを定めた。精神疾患については7疾患の11分類についてランクが定められた。

この結果にもとづいて、「重症度、医療・看護必要度」に追加する D 項目が提案されたが、その内容は、検査、画像診断、注射、血液代用剤、特定器材、高負荷意思決定、処方開始注射、併存症、負荷度ランク D・E 疾患からなっており、精神疾患がすぐに対象となるものではなかった。

しかしこの取り組みには、精神疾患の重症度が内科疾患と同じ手続きで定められたという意味があると考えられた。

4. 精神科生物学的医療ニーズ (P-M)

項目の案の作成

昨年度に米田分担研究で検討された E 項目は「入院後の突発的事象」と概念化されており、変動しやすい病状に対する精神科としての生物学的医療を評価することが目指されていた。

そこでは、疾患要因として挙げられているのが「複雑病態・不穏」のみで他の精神症状が取り上げられていない、そうした疾患要因に対応する医療者要因をどう担保するかが検討途上、という課題があった。

米田分担研究のE項目についての課題

- 【E項目】「入院後の突発的事象」(変動性)
- ・ 静穏化のバイタル管理 (A項目に相当)
 - ・ 精神科複雑病態の治療・処置 (B項目)
 - ・ 不穏+常時観察+予防管理・ケア (D項目)
- 〔課題〕
- ・ 疾患要因を網羅できているか？
(現状は「複雑病態・不穏」、精神症状は？)
 - ・ 医療者要因の担保 (「常時観察」見守り)
看護師要因か医師要因か？

それらを踏まえて、精神科生物学的治療ニーズ (P-M) として 23 項目の案を作成した。その項目を以下に挙げる

精神科生物学的治療ニーズ(P-M)項目の案

1. 非経口静穏化が必要な精神科的病状

2. 精神科的医療を要する不穏

- 2-1. 切迫した希死念慮
- 2-2. 自殺行動・自傷行為
- 2-3. 興奮
- 2-4. 威嚇的言動
- 2-5. 暴力
- 2-6. 逸脱・迷惑行為
- 2-7. 処置を伴う異食、
早食い・つめこみ食い、盗食
- 2-8. 多飲症
- 2-9. 不潔行為
- 2-10. 拒絶
- 2-11. セフルネグレクト
- 2-12. 困惑・昏迷・解離
- 2-13. 著しいこだわり
- 2-14. 強迫・儀式的行動
- 2-15. 多動・多弁、多訴・頻コール
- 2-16. 著しい対人操作性
- 2-17. 著しい脆弱性
- 2-18. 遷延する不穏

3. 精神科における高度な医療等を

要する病態

- 3-1. クロザピンの管理
- 3-2. 向精神薬の多剤大量処方の是正
- 3-3. mECT の管理

4. 精神科身体的合併症への対応

これらの項目を評価するために、32 頁の「評価の手引き」を作成した。例えば、項目「切迫した希死念慮」についての手引きは以下のようなものである。

例：「切迫した希死念慮」の評価の手引き

【項目の定義】

(1)病状要因：漠然とした希死念慮でなく、遺書を書いたり、自殺計画(自殺手段についての言及など)が認められるなど、自殺の危険性が切迫しているもの。

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

【選択肢の判断基準】

- 0点：なし
- 1点：2点に該当しない
- 2点：常時観察／頻回のケアを要する

【判断に際しての留意点】

切迫した希死念慮ありとした根拠につい
て具体的に記載し、リスクアセスメントや
予防管理、常時観察、頻回のケアなどの不穩
への多職種による生物心理社会的対応を実
施する。7項目のうち5つ以上行なってい
る場合に1点以上と評価する。切迫した希
死念慮を2点と評価するには、②常時観察
か③頻回のケアのいずれか、もしくは、両
方の実施がなくてはならない。

【評価者】看護師もしくは公認心理士もし
しくは作業療法士

【評価頻度】毎日

5. 精神科心理社会支援ニーズ (P-S)

項目の案の作成

昨年度に米田分担研究で検討されたD項
目は「ケアマネジメントに係る状況」と概念
化されており、短期では変化しない状況に
ついての心理社会支援ニーズを評価するこ
とが目指されていた。

米田分担研究のD項目についての課題

【D項目】「ケアマネジメントに係る状況」

- ・短期には変化しない「状況」
患者要因 + 環境要因 (家族・社会)
 - ・急性期項目 + 慢性期項目で両者をカバー
- 【課題】
- ・対応の実施の規定がない (医療者要因)
「暗黙の前提」とできるか? ⇔B項目)
 - ・重複診断が知的障害とアルコール・薬物のみ
 - ・高齢化が考慮されていない

そこでは、疾患要因としてそのようなニ

ーズがあっても医療者要因として対応の実
施が取り上げられていない、重複診断の対
象の疾患が限定的である、高齢化の影響が
考慮されていない、という課題があった。

それらを踏まえて、精神科心理社会支援
ニーズ (P-S) として12項目の案を作成し
た。その項目を以下に挙げる。

精神科心理社会支援ニーズ(P-S)項目の案

1. 入院治療歴
2. 自傷・自殺歴
3. 地域生活の維持
4. 入院前の治療継続
5. 自傷・他害を契機とする入院
6. 精神科副診断
7. 入院時に家族も支援者も
同伴しなかった
8. 病気や治療の必要性の
理解や受け入れが乏しい
9. 本人が退院や社会復帰に消極的
10. 家族や地域担当者が退院を望まない
または治療に非協力的
11. 日用品や入院費の準備が
できないほどの経済的困窮がある
12. 退院後の住居の見通しが無い

これらの項目を評価するために、8頁の
「評価の手引き」を作成した。例えば、項
目「地域生活の維持」についての手引きは
以下のようなものである。

例：「地域生活の維持」の評価の手引き

【項目の定義】

過去2年間に病状のために近隣住民との
トラブルが起き、このために警察あるいは
保健所介入を要しているか否か、あるいは
さらにこのトラブルにより、元の住居に戻
ることが容易でなく、地域の支援機関との

話し合いが必要、あるいは他の住居あるいは施設を探す必要が生じているかを評価する。

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

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

【選択肢の判断基準】

0点：非該当

1点：過去2年間に近隣住民とのトラブルのため、警察あるいは保健所介入があった

2点：近隣住民との繰り返すトラブルのため、地域生活が困難となっており、退院に向けて今後地域の支援機関との話し合いを計画している、あるいは他の住居あるいは入所施設を新たに探す計画をしている。

【判断に際しての留意点】

「介入」とは、近隣住民が警察や保健所に連絡し、警察官や保健所職員が臨場することを意味するもので、必ずしも患者を病院、警察に連行することを意味するものではない。

「計画する」とは、元の住居への退院が容易でなく、地域の支援者ネットワーク会議などを予定すること、あるいは他の住居、施設を新たに探すことを治療方針に掲げることが指す。評価は退院の方向性を決める、概ね入院後1~2か月後とする。

【評価者】医師、看護師、精神保健福祉士

【評価頻度】入院1~2か月後に1回

6. P-M項目とP-S項目の評価試行

今回作成したP-M項目とP-S項目および既存のB項目について、評価の試行を実施した。

試行の目的は、以下の点の検討である。項目の設定が適切か？（内容、不足、重複など）、項目の定義が適切で理解しやすいか？

（定義、判断基準、留意点）、評価の実際が適切か？（得点、評価者、評価頻度、所要時間）、全体の構成が適切か？（病状全体を反映しているか？ バランスは良いか？）、概念妥当性（「重症度」を反映しているか？）

31 想定症例についての試行の結果から明らかとなった改善すべき点について、来年度の取組みで改善を予定している。

D. 考察

1. 精神疾患の重症度評価の課題

次年度に精神疾患の重症度評価を確立するうえでの課題を整理した。さまざまな実務的な課題とともに、より根本的な課題が2点指摘できた。

ひとつは、項目1.で述べたように、精神疾患においては疾患要因に対して医療者から適切な労力人手 effort が提供されているかどうかの判定が必ずしも容易ではないことである。

精神疾患の重症度評価実施の課題

【基準関連妥当性】重症度アウトカムがない
A・B項目は時間／内保連D項目は死亡／退院？

【判定】疾患要因と医療者要因の組合せ方法？
医療者要因の欠如でマイナス評価？

【対象】医師・看護師以外の医療者要因の評価？

【基準】有/無カットオフポイントの設定

【頻度】各項目 急性期／慢性期

【評価者】どの項目を誰が評価するか？

もうひとつはより根本的な課題で、精神疾患については既存の重症度アウトカムが存在しないことである。A・B・C項目はタイムスタディをもとに定義された経緯があり、その意味ではケアに要する時間が重症度ア

アウトカムとして暗黙に想定されていることになる。項目3.で述べた内保連D項目においては、死亡が重症度アウトカムに設定されている。

これらに対して精神疾患については、既存の重症度アウトカムがないため、本分担研究で取り組んでいる重症度指標がどのような要件を満たせば重症度を反映していると言えるのかという、基準関連妥当性を判断する方法がないことになる。

そのことを前提とした議論においては、入院患者については退院をひとつの重症度アウトカムとする考え方が議論された。しかし精神疾患においては、他覚的なニーズだけでなく、例えば不安が強いために医療者の長時間の寄り添いを求めるなど「患者による希求度」のような自覚的なニーズもあり、重症度という概念そのものについての引続いての議論が必要である。

| 「精神疾患の重症度」を検討するポイント | |
|---------------------|--|
| ポイント | (赤太文字は現状の評価の重点) |
| 重症度を捉える視点 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 精神疾患病状としての「症状」 ✓ 医療・支援の「必要度」 ✓ 患者による「希求度」 |
| 重症度評価の指標 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 「医師」による判断と処置 ✓ 「看護」による処置や対応や見守り ✓ 「コメディカル」による支援 |
| 医療スタッフの努力の指標（質と量） | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 対応に要する「時間」(※タイムスタディ) ✓ 「集中度」(患者一人/複数) ✓ あらかじめ必要な「習熟度」 |
| 重症度の安定性 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 安定的(急性期・慢性期) ✓ 変動性 |

2. 精神疾患の重症度からの示唆

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

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

退院を可能とする医療」である。

「良質な」精神科入院医療とは何か？

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

現場で目指されているごく当たり前の医療

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

それらを踏まえて考えると、精神疾患の重症度についての取組みは、「日々の精神科医療は何を行っているか？」を明確にすることであり、その背景にあるのは、「人を支援するということはどういうことか？」「そのなかで専門職はどんな役割を果たせるか？」という問題である。

精神疾患の「重症度」からの示唆

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

本分担研究においては、重症度の概念が病状要因と医療者要因の2つの要因で構成されることを明示し、病状要因に対して適切な労力人手 effort が提供されることをもって重症とみなすことにより、良質な医療

の促進のインセンティブにもなるような指標を作ろうと試みている。

E. 結論

精神疾患の入院医療において、現場で必要な「労力人手 effort」を適切に評価し、良質な医療の促進のインセンティブとなることを目的として、保険診療においてすでに用いられている「重症度、医療・看護必要度」A・B・C項目に追加する精神疾患固有の項目として精神科生物学的医療ニーズ (P-M) 項目と精神科心理社会支援ニーズ (P-S) 項目の案を作成し試行を行った。そうした取組を通じて、精神疾患の重症度概念の構造や示唆が明らかとなった。

【文献】

- [1] 米田博: 届け出病棟ごとの客観的で検証可能な重症度等の把握. 山之内芳雄「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) 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 令和元年度 総括・分担研究報告書」, pp.88-99, 2020.

F. 研究危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし