

Ⅱ．分担研究報告書
B．他科連携，大都市精神医療
及び公的病院機能に関する研究

B－3．公的病院の機能に関する研究

小池 清廉
(京都府立洛南病院 院長)

平成10年度厚生科学研究(精神保健医療研究)
公的病院の機能に関する研究(Ⅲ)

分担研究者	小池 清廉	京都府立洛南病院
研究協力者	伊藤 哲寛	北海道立緑ヶ丘病院
	猪俣 好正	宮城県立名取病院
	金 吉晴	国立精神・神経センター精神保健研究所
	清水 順三郎	国立精神・神経センター国府台病院
	平田 豊明	千葉県精神科医療センター
	寺元 弘	国立下総療養所
	川副 泰成	総合病院国保旭中央病院神経精神科
	風祭 元	東京都立松沢病院
	高木 洲一郎	国立東京第二病院精神科
	吉松 和哉	信州大学医学部精神医学教室
	普天間 健	京都府立洛南病院
	森 俊夫	京都府立洛南病院
	藤本 淳三	大阪府立中宮病院
	中島 豊爾	岡山県立岡山病院
	花輪 昭太郎	熊本県立こころの医療センター
	葛山 秀則	沖縄県立八重山病院精神科
	金子 晃一	新潟県立小出病院精神神経科
	米澤 洋介	東京都立墨東病院精神科

研究の要旨

国・公立医療機関調査票Ⅱによるアンケート調査を実施し、それに基づいて以下の結果を得た。

- (1) 調査票を集計分析し、各医療機関を国立総合、国立単科、自治体総合、自治体単科の4群に分け、その特徴についてまとめた。
- (2) 国・公立有床精神科医療機関が担うべき6機能の活性度を自己評価できるプログラムを作成した。

キーワード: 国公立病院、精神科、機能分担、機能評価、自己診断プログラム

A 研究目的

平成10年度の当研究班の主目的は、平成9年度に国公立病院の担うべき機能として提案した①通常医療、②救急急性期、③専門領域治療機能、④身体合併症、⑤研修・研究機能、⑥地域精神保健の6機能について、その達成度を各施設が自己評価する方法を作成することである。

B 研究方法

6機能達成度評価の基盤となる全国水準を設定することを目的として「国・公立有床精神科医療機関調査票Ⅱ」を新たに作成し、全国184カ所の国公立有床精神科医療機関に郵送によるアンケート調査を実施した。調査票は、Ⅰ施設・病床・従業者数の状況、Ⅱ6機能に関する質問項目、Ⅲ6機能についての各施設の自己評価と将来像で構成されている。

このアンケート調査で得られたデータの集計・分析に基づき、市販の表集計ソフト上で6機能の達成度を自己評価するマクロプログラムを作成した。

C 研究結果

I 回収率

調査票を送付した184の国公立有床精神科医療機関（内訳、国立総合18、国立単科、17、自治体総合94、自治体単科55）のうち、115施設から回答が得られたが、そのうち総合病院精神科の2施設は、既設の精神科病床を運用していなかったため除外した。従って統計処理した施設数は113施設（総合病院精神科53施設、単科精神病院60施設）、回収率は61.4%となり、平成8年度調査（回収118施設、回収率66.7%）とほぼ同規模となった。回収率の内訳を示すと、国立総合50.0%、国立単科58.8%、自治体

総合46.8%、自治体単科90.9%で、自治体単科がもっとも高率であった。国立総合（国総）、国立単科（国単）、自治体総合（自総）、自治体単科（自単）の4群別に、調査票郵送、回収率等の一覧を示したものが表1である。

表1 調査票郵送および回収率等の一覧

分類	郵送	回収	回収率
国総	18	9	50.0%
国単	17	10	58.8
自総	94	44	46.8
自単	55	50	90.9

II 集計結果

1 施設・病床・従事者数の状況

(1) 病床数

精神科運用病床数の合計は21,754（H8年度調査24,437床）、在院患者数の合計は19,530人、病床占有率89.8%（平成8年度調査22,112人、90.5%）である。国立総合（国総）、国立単科（国単）、自治体総合（自総）、自治体単科（自単）別に精神科運用病床数の平均、最大、最小を表2に示す。

表2 精神科運用病床数

分類	平均	最大	最小
国総	91.8	324	29
国単	318.3	650	150
自総	70.8	238	6
自単	292.6	1203	50

(2) 専門病棟の状況

専門病棟の設置状況を表3に示す。全体では病棟数、病床数ともに精神療養病棟Aがもっとも多く、急性期治療病棟Aがそれに続く。国公立精神科の方向性としては、精神療養型Bは選択されず、急性期治療病

棟においてもBの選択はごく限定される。同様に痴呆性疾患についても治療病棟が選択されることが多い。

4群の中では、自治体単科が専門病棟設置にもっとも積極的な姿勢を示している。

次に施設内専門病棟の設置状況を表4に示す。ここで問うている専門病棟には診療報酬上の裏付けがなく、病棟の明確な定義を欠いている。専門病棟の位置づけについては回答する施設側に委ねている。類型の中では児童思春期病棟がもっとも多く、合併症病棟、老人精神病棟がほぼ同数でそれに続く。合併症と老人精神は総合よりも単科に多く、合併症医療の立ち遅れと院内高齢化の問題に苦慮する単科精神科の一面を示しているのかもしれない。薬物等、中毒性精神障害に対応する専門病棟はきわめて数が少なく、広域対応を余儀なくされる現状を示している。

(3) 常勤精神科医師数

4群の常勤精神科医師数を比較するために、100床あたりの常勤精神科医師数の平均値、最大値、最小値を求めた。結果を表5に示す。実態に即した比較となるように、病床数は許可病床数ではなく運用病床数を用いた。

100床あたり常勤精神科医師数の平均値では、自治体総合が6.1人ともっとも高く、国立総合も5.7人とそれに近い値を示す。国立単科と自治体単科は3.8人と同じ値を示し、総合と比較すると低い。

最大値を見ると自治体総合の25.0人、自治体単科の22.0人が突出している。前者は28床に常勤精神科医7人、後者は50床に11人が配置された施設の数値である。どちらも大都市にあること、自治体の精神科救急システムの中で基幹病院として機能していること、病床数が少ないことなどの共通要素を持つ。

最小値については、自治体総合の1.7人は58床に常勤精神科医が一人しか配置されていない施設の数字であるが、自治体単科の1.6人は308床（常勤精神科医5人）という中規模単科精神病院における数字である。

表5 100床あたり常勤精神科医師数

分類	平均	最大	最小
国総	5.7	10.3	3.1
国単	3.8	8.0	2.3
自総	6.1	25.0	1.7
自単	3.8	22.0	1.6

(4) 入院形態・年齢別在院患者数

(4)-1 在院期間別構成比

4群を在院期間の構成比で比較したものが表6である。3ヶ月未満の短期在院者が占める割合は国立総合が42%、自治体総合が29%、自治体単科が22%、国立単科が14%であった。6ヶ月未満でみると、国立総合は52%と半数を超えており、自治体総合は38%、自治体単科は30%、国立単科は21%となる。

20年以上の長期在院者は国立単科と自治体単科がともに15%、自治体総合は13%、国立総合は12%で、4群の間に大きな差はないが、5年以上でみると国立単科は45%で半数近くになり、自治体単科40%、自治体総合35%、国立総合27%となる。

在院期間の構成比においては、国立総合と国立単科との間には大きな開きがあり前者は短期在院者の占める割合が高く、後者は長期在院者の占める割合が高い。自治体総合と自治体単科との間には大きな差がなく、国立総合と国立単科との中間に位置する。

(4)-2 年齢別在院患者構成比

次に、年齢別在院患者の構成比を用いて4群を比較する。結果は表7の通りである。20歳未満の年齢階層では国立総合6%、自治体単科4%、自治体総合3%、国立単科1%と4群の間にばらつきが見られるが、他の年齢階層では大きな隔たりはなく、在院期間別構成比(表5)に見られた明らかな4群間の差異は認めない。

4群ともに最大値は40歳から65歳の年齢階層にあり、この階層が全体の約半数を占めている。65歳以上の年齢階層は、自治体単科の21%を除くと各群で差がなく、全体の約4分の1を占めている。

表7 年齢別在院患者構成比(単位%)

分類	0-20	20-40	40-65	65歳以上
国総	6	21	47	26
国単	1	17	55	26
自総	3	18	55	25
自単	4	20	55	21

(4)-3 入院形態別構成比

入院形態別構成比によって4群を比較した。結果を表8に示す。措置は国立総合の1%を除いて他の3群はすべて2%で差を認めない。国立総合と自治体総合、国立単科と自治体単科はほぼ同じパターンの分布となった。総合で任意の割合が、単科で医療保護の割合が高くなる傾向にある。

表8 入院形態別構成比(単位%)

分類	措置	医保	任意	その他
国総	1	32	60	8
国単	2	45	51	2
自総	2	28	64	7
自単	2	41	51	6

(4)-4 入院患者の転帰(1年後の残留患者数)

平成9年6月1ヶ月間 入院となった

患者の転帰を調べた。113施設のうち9施設はデータが不備であったため除外し、104施設のデータを用いて分析を行った。上記期間に104施設に入院した患者数は2,698人である。このうち平成9年9月までに退院した患者は1,929人、平成10年6月残留患者数は231人であった。つまり、新規入院患者の72%が約3ヶ月以内に退院し、入院が1年を超えるものは8.6%になる。

4群ごとに平成9年9月までに退院した患者数の割合(3-4M退院)、平成10年6月残留患者数の割合(残留率)を求めた。結果を表9に示す。平成9年9月までに退院した患者数の割合は、国立総合が82%でもっとも高く、自治体総合73%、自治体単科70%、国立単科67%の順となる。残留率はその反対の順序となり、国立単科が14.1%でもっとも高く、自治体単科10.1%、自治体総合4.1%、国立総合2.5%であった。

表9 入院患者の転帰(単位%)

分類	3-4M 退院	残留率
国総	82	2.5
国単	67	14.1
自総	73	4.1
自単	70	10.1
全体	72	8.6

2 6機能に関する質問項目の分析

(1) 基本的診療機能について

(1)-1 外来患者数

1日平均外来患者数は、国立総合85.6人、国立単科77.6人、自治体総合64.9人、自治体単科106.8人であった。これを精神科運用病床数100ベッドあたりの外来患者数に換算すると表10のようになる。

表10 100床あたり外来患者数

国総	113.1人
国単	27.1
自総	126.2
自単	42.2

(1)-2 年間新入院患者数

有効回答のあった108施設の年間新入院患者数は29,919人で、内訳は国立総合1,609人(7施設)、国立単科2,397人(9施設)、自治体総合6,840人(44施設)、自治体単科19,073人(48施設)である。

4群ごとに年間新入院患者数の平均値、最大値、最小値を求めると表11のようになる。

表11 年間新入院患者数

分類	平均	最大	最小
国総	230	848	57
国単	266	682	129
自総	155	620	14
自単	397	2330	80

(1)-3 デイケア件数

4群ごとのデイケア実施率および1日平均デイケア件数を表12に示す。

表12 デイケア実施率、1日平均件数

分類	実施率	平均件数
国総	44%	21.6人
国単	100	18.2
自総	23	14.1
自単	80	26.2

デイケアは単科精神病院で実施率が高く国立単科は調査に回答したすべての施設でデイケアを実施していた。反対に総合病院では実施率が低く、自治体総合では約4分

の1の施設にとどまる。

今回の調査に回答した施設ではナイトケアは行われていなかった。

(1)-4 訪問看護

訪問看護の実施率、年間訪問看護件数(4群ごとの平均値、最大値、最小値)を表13に示す。

表13 訪問看護実施率、件数

分類	実施率	平均	最大	最小
国総	11%	26	26	26件
国単	100	146	638	3
自総	25	299	1321	20
自単	78	489	2029	17

訪問看護は単科精神病院で活発に取り組まれており、実施率では国立単科(100%)がもっとも高く、年間訪問看護件数では自治体単科(489件)がもっとも多い。総合病院では実施率は国立11%、自治体25%にとどまり、年間訪問看護件数も少ない。

(1)-5 作業療法件数

外来作業療法の実施率と1日平均外来作業療法件数を表14に示す。外来作業療法の実施率では国立単科が、1日平均件数では自治体単科が多い。1日平均外来作業療法件数の最大値は73件であるが、この施設にはデイケアがない。

表14 外来作業療法

分類	実施率	1日平均件数
国総	22%	0.9件(Max, 1.5)
国単	60	2.9 (Max, 12.6)
自総	23	3.4 (Max, 8.5)
自単	50	11.6 (Max, 73.0)

次に、入院作業療法の実施率と1日平均

入院作業療法件数を表15に示す。外来作業療法と比較すると、入院作業療法はそれを行っている施設数も多く1日平均件数も格段に多くなる。とりわけ単科精神病院で積極的に取り組まれている。

表15 入院作業療法

分類	実施率	1日平均件数
国総	44%	6.9件 (Max, 10)
国単	100	58.7 (Max, 195)
自総	30	21.2 (Max, 82)
自単	84	59.8 (Max, 221)

(1)-6 平均在院日数

平均在院日数について4群ごとに平均値、最大値、最小値を求めた。結果を表16に示す。平均在院日数は国立総合が170.5日ともっとも短く、自治体総合、自治体単科、国立単科の順で長くなっている。国立総合と国立単科は3倍近い開きがある。

表16 平均在院日数

国総	170.5日 (Max, 374 Min, 80)
国単	495.0 (Max, 699 Min, 295)
自総	201.7 (Max, 763 Min, 17)
自単	282.5 (Max, 691 Min, 42)

(2) 救急・急性期について

(2)-1 休日・夜間時間外外来受診者数

4群別に年間休日・夜間時間外外来受診者件数を集計し、その平均値、最大値、最小値を求めた。結果を表17に示す。平均値を比較すると、自治体立が若干多い傾向にあるが、4群の間に大きな差はない。

表17 年間時間外外来受診者数

国総	216件 (Max, 950 Min, 26)
国単	181 (Max, 672 Min, 44)
自総	235 (Max, 766 Min, 4)

自単 282 (Max, 1884 Min, 1)

(2)-2 年間時間外入院者数

次に、上記の時間外外来受診者のうち即日入院となった件数を4群別に集計し、各群の平均値、最大値、最小値を求めた。結果を表18に示す。時間外外来受診者の比較では4群に大きな差を認めなかったが、時間外の入院になると4群間の差は大きくなる。自治体単科が92件でもっとも多く、自治体総合の56件がそれに続く。最大値をみると自治体単科の1,342件、自治体総合の508件が突出しているが、どちらも大都市にあり、自治体が実施する救急システムの基幹病院である。国立との比較では自治体立の施設で時間外入院が多くなるが、自治体が実施する救急システムとの距離が影響しているのかもしれない。

表18 時間外入院者数

国総	40件 (Max, 181 Min, 2)
国単	24 (Max, 63 Min, 1)
自総	56 (Max, 508 Min, 1)
自単	92 (Max, 1342 Min, 1)

(3) 専門医療について

(3)-1 平成9年度新規措置入院数

平成9年度新規措置入院件数を4群別に集計し、それぞれの平均値、最大値、最小値を求めた。結果を表19に示す。

自治体単科がもっとも高い数値を示し、1施設あたり年間18件の新規措置を受けていることになる。ついで自治体総合の8.8件が続いている。

表19 平成9年度新規措置入院

国総	1.5件 (Max, 10 Min, 0)
国単	5.6 (Max, 30 Min, 0)
自総	8.8 (Max, 201 Min, 0)
自単	18.0 (Max, 258 Min, 0)

(3)-2 中毒性疾患

覚醒剤中毒年間入院件数を集計し、4群ごとに総和を求めた。結果を表20に示す。覚醒剤中毒については対応している施設数が限られているので平均値を用いて4群を比較することができない。

施設ごとに年間入院件数をみると、もっとも多い施設（自治体単科）で年間78件の入院があり、2番目が53件（国立単科）、3番目が28件（国立総合）となる。上位3施設の合計は159人となり、全体の約3分の1を占めている。

表20 覚醒剤中毒年間入院件数（総和）

国総	30件
国単	75
自総	37
自単	341
全体	483

次に、覚醒剤以外の薬物中毒（アルコールを除く）年間入院件数を集計した。覚醒剤中毒年間入院件数と同様に、4群ごとの総和を求めた。結果を表21に示す。総数は455件で覚醒剤中毒年間入院件数とほぼ同規模である。覚醒剤と同様、特定の施設に集中する傾向がある。

表21 その他中毒年間入院件数（総和）

国総	28件
国単	91
自総	54
自単	282
全体	455

(3)-3 摂食障害入院件数

摂食障害年間入院件数を集計し、4群別にその総和を求めた。結果を表22に示す。施設別の最大値は、年間入院31件（国立

総合）であった。

表22 摂食障害年間入院件数（総和）

国総	70件
国単	28
自総	78
自単	144
全体	320

(4) 身体合併症治療について

身体合併症のために精神科病棟に入院した年間件数を4群ごとに集計し、その平均値と最大値を求めた。結果を表23に示す。国立総合が平均で年間66件の身体合併症を受け入れ、4群の中でもっとも活発に機能している。自治体総合は一般的な予想に反して低い数値にとどまった。自治体単科の平均値（51件）は明らかに現実の感覚と乖離がある。これは最大値1,385件という突出した数字に示されるように、巨大な病床数と常勤他科医師を豊富に抱えた病院が自治体単科の中に含まれているためである。

表23 身体合併症入院件数

国総	66件	(Max, 268)
国単	15	(Max, 39)
自総	19	(Max, 95)
自単	51	(Max, 1385)

(5) 研修・教育について

調査項目のうち、初期研修医およびレジデントの人数、学生（医学部医学科、看護学校、保健婦学校、作業療法士養成学校）に対する実習引き受け学校数および講義実施学校数、精神医学・医療・保健等に関する研修会、研究会、講演会の開催件数を集計し、研修・教育機能を測る指標とした。4群ごとに指標の平均値、最大値、最小値を求めた。結果を表24に示す。

表2 4 研修・教育機能

国総	10.2 (Max, 42 Min, 3)
国単	29.3 (Max, 107 Min, 3)
自総	7.5 (Max, 37 Min, 0)
自単	20.8 (Max, 96 Min, 1)

研修・教育に対する取り組みは、平均値をみても最大値をみても国立単科がもっとも高い値をとり、次に自治体単科が続いている。研修・教育機能は、総合よりも単科において活発であった。

(6) 地域精神保健活動

(6)-1 診療報酬に反映されるもの

地域精神保健活動についてはデータ化が困難で、その機能を測る指標は確立していない。診療報酬で評価されているものがデータを得やすいことから、ここでは精神科訪問看護指導（550点、160点）の月平均件数と診療情報提供書年間件数を指標として採用した。訪問看護は地域で生活する患者を支える上で重要であり、診療情報提供書は地域の医療機関および関連施設との連携の度合いを間接的に表現していると考えられるからである。

4群ごとの平均値、最大値、最小値を比較したものが表2 5である。

表2 5 訪問看護および診療情報提供書

国総	47 (Max, 129 Min, 0)
国単	143 (Max, 346 Min, 0)
自総	60 (Max, 740 Min, 0)
自単	212 (Max, 769 Min, 2)

この指標で評価すると、自治体単科が平均値、最大値のいずれにおいても最高値を示し、地域精神保健活動にもっとも活発に取り組んでいるという結果になる。平均値では国立単科が続き、最大値では自治体総

合が続く。自治体総合は施設による差が大きいことが推測される。国立単科はこの指標で評価できる範囲では地域精神保健活動は不活発である。

(6)-2 診療情報に反映されないもの

積極的に地域を開拓する作業は地域精神保健活動を評価するときに重要であるが、その多くは不採算である。従って、地域精神保健活動の指標は診療情報に反映されない諸活動を評価できるように設定される必要がある。しかし、これらのデータは記載が煩雑なために回収率が落ちたり、不正確になる危険性を伴う。

ここでは、半日を1単位とした精神科医派遣月平均単位数（保健所、市町村、学校、痴呆性老人巡回相談）、援助施設数（グループホーム・作業所等の社会復帰施設、患者会・地域家族会・断酒会等の自助集団）、精神保健に関する年間講演回数、巡回精神保健相談活動（僻地等）月平均単位数、地域との連絡協議会や症例検討会への年間参加回数、コミュニティリエゾン（この1年に往診した地域の病院や診療所の数）を診療情報に反映されない活動の指標として採用した。

この指標に関する4群ごとの平均値、最大値、最小値を求め、結果を表2 6に示す。

表2 6 診療情報に反映されない活動

国総	9.6 (Max, 50 Min, 0)
国単	40.1 (Max, 121 Min, 6)
自総	21.4 (Max, 79 Min, 1)
自単	53.6 (Max, 249 Min, 2)

この指標に関しても自治体単科が平均値、最大値ともに最高値を示した。訪問看護件数と診療情報提供書件数を指標として評価したものとほぼ同様の結果となった。

表 2 8 -3 将来像（自治体総合）

分類	活発化	維持	縮小
基本機能	52.3	31.8	11.4
救急急性	45.5	31.8	20.5
専門領域	20.5	47.7	25.0
身体合併	65.9	27.3	4.5
教育研修	31.8	52.3	11.4
地域保健	47.7	36.4	11.4

表 2 8 -4 将来像（自治体単科）

分類	活発化	維持	縮小
基本機能	66.0	30.0	2.0
救急急性	78.0	16.0	2.0
専門領域	66.0	24.0	6.0
身体合併	28.0	42.0	26.0
教育研修	66.0	30.0	2.0
地域保健	64.0	28.0	6.0

4 国公立有床精神科医療機関6機能評価プログラムの作成

(1)はじめに

当研究班では、H 9 年度の報告で、国・公立有床精神科医療機関の担うべき機能として6機能を提案した。6機能すべてにおいて積極的に活動を展開することは、相当な労力を必要としており、限られた医療機関でしかなしえないことである。従って、地域の需要や施設の事情に応じて、各施設が幾つかの機能を選択して重点的に担うことを提言した。H 1 0 年度は、これらの選択した機能についての各医療機関毎に活性度を評価する方法を提案し、さらにその活性度に影響を与える医療機関以外の外的因子を分析し、評価方法の精度を高めることについて検討した。

国・公立有床精神科医療機関の担うべき6機能とは以下に示すものである。

①基本的診療機能

日常的な通院および入院患者への治療機能。すべての医療機関がその地域の入院お

よび外来の患者に対応しているのであり、かつ患者数も多く、施設の持つ機能の大部分はまずそれに注がれる。外来者数の増加や早期社会復帰をめざす努力が平均在院日数、病床回転率に反映されると思われる。長期在院者への治療および支援、すなわちリハビリテーション機能もここに含める。

②救急・急性期治療機能

精神科救急と急性期の定義は区別しがたいものであり、そのため救急、急性期を合わせて扱う。時間外受診者数、時間外初診者数、時間外入院者数などがこの救急の活性度の指標になる。急性期病状の程度を示すのは困難であるが、非自発的入院者数、入院時隔離室使用などを指標として検討する。

③専門領域対応機能

ここでは自傷他害のおそれのある患者、治療関係づくりが難しく、専門的な治療プログラムを必要とする患者、常時身辺介助を要する患者などへの対応機能を考えている。換言すれば、司法精神医学関連領域、中毒精神医学関連領域、児童・青年期精神医学関連領域における専門的な治療であり、さらに行動障害の著しい重度の心身障害および痴呆患者などに対する医療である。また、これらの臨床および基礎的な研究を含む。

④身体合併症治療機能

精神疾患に身体疾患が合併した場合とその逆も含める。総合病院におけるリエゾン・コンサルテーション、合併症患者の精神科病棟での受け入れ、合併症患者の救急など多岐にわたる。

⑤教育・研修機能

医師をはじめとする精神保健分野の専門職の教育と臨床研修。すぐれた臨床能力および人権感覚を持った精神保健指定医の育成など。

⑥地域精神保健活動機能

3 6機能についての自己評価と将来像

(1) 現状に対する自己評価

基本的診療機能、救急・急性期機能、専門領域対応機能、身体合併症治療機能、教育・研修機能、地域精神保健活動機能の6機能について、現在の状況を3段階で自己評価することを求めた。3段階は、A、活発に機能している（または重点を置いている）、B、平均的、C、実績が乏しい（または取り組むのが困難である）、と設定した。

結果は4群別に表27-1から表27-4に示す。

表27-1 現状自己評価（国立総合）

分類	活発	平均的	不活発
基本機能	55.6	44.4	0.0
救急急性	22.2	22.2	55.6
専門領域	22.2	22.2	55.6
身体合併	66.7	33.3	0.0
教育研修	22.2	55.6	22.2
地域保健	11.1	33.3	55.6

表27-2 現状自己評価（国立単科）

分類	活発	平均的	不活発
基本機能	30.0	70.0	0.0
救急急性	30.0	50.0	20.0
専門領域	50.0	50.0	0.0
身体合併	30.0	30.0	40.0
教育研修	80.0	20.0	0.0
地域保健	10.0	80.0	10.0

表27-3 現状自己評価（自治体総合）

分類	活発	平均的	不活発
基本機能	38.6	47.7	9.1
救急急性	29.5	31.8	34.1
専門領域	11.4	34.1	34.1
身体合併	45.5	38.6	13.6
教育研修	11.4	54.5	27.3

地域保健	20.5	52.3	22.7
------	------	------	------

表27-4 現状自己評価（自治体単科）

分類	活発	平均的	不活発
基本機能	46.0	52.0	0.0
救急急性	36.0	52.0	8.0
専門領域	30.0	44.0	22.0
身体合併	6.0	48.0	42.0
教育研修	38.0	54.0	6.0
地域保健	28.0	56.0	14.0

(2) 将来像

現状の自己評価と同様に、将来像について3段階での自己評価を求めた。3段階は、A、重点を置いて活発化していく、B、平均的な機能を維持する、C、縮小（または取り組むのが困難）、と設定した。

結果は4群別に表28-1から表28-4に示す。

表28-1 将来像（国立総合）

分類	活発化	維持	縮小
基本機能	66.7	33.3	0.0
救急急性	33.3	22.2	44.4
専門領域	44.4	11.1	44.4
身体合併	88.9	11.1	0.0
教育研修	44.4	55.6	0.0
地域保健	22.2	66.7	11.1

表28-2 将来像（国立単科）

分類	活発化	維持	縮小
基本機能	70.0	30.0	0.0
救急急性	60.0	30.0	10.0
専門領域	100.0	0.0	0.0
身体合併	50.0	30.0	20.0
教育研修	100.0	0.0	0.0
地域保健	50.0	50.0	0.0

市町村、保健所、学校での精神保健相談、就学、老人ホーム入所判定会議、地域の自助集団、家族会、小規模作業所などの支援を含む。さらに、医療過疎地巡回相談および診療など。地域の関連機関との連携および協同作業、そして地域を開拓する活動などの不採算部門を含めた地域精神保健活動をさす。

次に地域の需要や施設の事情に応じて担うべき機能の選択に考慮するものとして、次のような提案を行った。

各医療機関を設置主体や総合病院精神科、単科精神病院の区分から国立総合、国立単科、自治体専門、自治体総合、自治体単科の5群に分け、さらに、各群を設置都道府県内の人口密度によって、それぞれ地方型、都会型に2分類し、その中に僻地と都心を置いた。この類型化に基づき11の国公立精神科を抽出し、事例検討を行った。その分析結果から、総合病院精神科は、都会型は病床規模が小さく限定された機能を、地方型は病床規模も大きく多機能を担う傾向がある。とりわけ地方型の特徴は、自治体総合によく当てはまることがわかった。

また、単科については、国立は専門病棟の設置、外部からの研修受け入れ機能に、自治体立は新規措置入院の受け入れと休日夜間などの時間外診療、すなわち救急診療に特徴がある。自治体専門の経験は、精神科救急等の特定機能のシステムおよび人員配置に関するモデル提示として重要であると報告した。地域精神保健活動の場合は、地域の活性化、精神保健福祉関連施設の設立に重要な影響を与え、とりわけ僻地医療においては不可欠である。

以上の事例報告とH8年度の調査票の分析に基づき、各医療機関を前述した国立総合、国立単科、自治体専門、自治体総合、自治体単科の5群と6機能との対応表を作

成した(表29)。

この表では地域性については加味されていないが、前述したような都会、地方、都心、僻地の特色をふまえてさらに選択を考慮する必要がある。

自治体総合に含まれた愛知県立心身障害者コロニー中央病院、東京都老人医療センターの2施設、さらに自治体単科に含まれる三重県立小児診療センターあすなる学園、都立梅ヶ丘病院、福井県立すこやかシルバー病院、神奈川県立精神医療センターせりがや病院、千葉県精神科医療センター、埼玉県立精神保健総合センター、滋賀県立精神保健総合センターの7施設は、対象を児童青年、老年、薬物、救急などにしぼり、その役割を明確にして設立された施設である。よってこれら計9施設は従来の施設とシステムが異なると考えられるため、自治体総合および自治体単科から抜き出し、自治体専門として別区分としていた。しかし、この間に総合センターと名称を変更した自治体立病院が増え、分類の基準があいまいに映るため、今年度は国立総合、国立単科、自治体総合、自治体単科の4群の区分で分析した。

(2) 活性度を評価するための項目の抽出

活性度評価のために今年度新たに国・公立精神科医療機関調査票Ⅱによる各機関への調査を行った。約450項目の質問からなる調査の中から、各機能の指標になりうる項目でかつどの医療機関でも集計可能と考えられる項目に絞り、最終的に下記の項目とした。

① 基本的診療機能に関する項目

- 1) 一日平均外来受診者数
- 2) 平均在院日数

② 救急・急性期治療機能に関する項目

- 1) 時間外診療(年間時間外外来受診者数)
- 2) 緊急入院(年間時間外入院者数)

3) 救急および重症度を反映する項目として
ある連続した2ヶ月間(調査票ではH
10/9/1-10/31)の下記の項目
時間外受診者のうち初診者数
時間外入院のうち初診者数
時間外入院のうち入院時から隔離室を
使用した件数

③ 専門領域対応機能に関する項目

- 1) 年間新規措置入院者数
- 2) 年間新規覚醒剤中毒入院者数
- 3) アルコールを除くその他の中毒患者の
年間新規入院者数
- 4) 摂食障害患者の年間新規入院者数

④ 身体合併症治療機能に関する項目

主として身体合併症の治療のために精神
科病棟に入院となった年間新規入院者数

⑤ 教育・研修機能に関する項目

初期研修医の人数およびレジデントの人数

医学部医学科学生に対する実習引き受け
学校数および講義実施学校数

看護学校学生に対する実習引き受け学校数
および講義実施学校数

保健婦学校学生に対する実習引き受け学
校数および講義実施学校数

作業療法士養成学校学生に対する実習引き
受け学校数および講義実施学校数

精神医学・医療または精神保健等に関す
る研修会、研究会、講習会の開催(主催、
共催 含む)件数

上記の開催件数の内、広域(都道府県、
政令都市規模以上)開催件数

⑥ 地域精神保健活動機能に関する項目

1) 訪問看護および診療情報提供

精神科訪問看護指導550点の月平均
単位数

精神科訪問看護指導160点の月平均
単位数

診療情報提供年間発行件数

2) 診療報酬に反映されないもの

次の項目の半日を1単位とした月平均
単位数

保健所指導医派遣、市町村指導医派
遣、学校での精神保健相談

痴呆性老人巡回相談

社会復帰施設等(グループホーム、作
業所等)への援助施設数

自助集団(患者会、地域家族会、断酒
会等)への援助施設数

精神保健に関連する年間講演回数

地域との連絡協議会、症例検討会等へ
の年間参加回数

巡回精神保健相談活動(僻地等)月平
均単位数

コミュニティリエゾン:この1年に往
診した地域の病院や診療所の数

(3) 活性度の測定法

(3)-1 機能毎の活性度の算出方法

6機能をそれぞれ10点満点評価し、さ
らにこれらを統合した総合点を10点満点
で表現したい。平成8年に当研究班が国・
公立総合病院精神科と国・公立単科精神病
院との間には差異があることを既に報告し
た。例えば病床規模、100床当たりの医
師数、1ヶ月1床当たりの外来数、病床回
転率、措置入院者数、身体合併症への対応
などである。このため総合病院精神科と単
科精神病院を同じスケールで比較すること
は適切ではなく、総合病院精神科用と単科
精神病院用とそれぞれ別々のスケールを用
意すべきである。

次に④身体合併症治療機能を除けば、各
機能の活性度評価に利用される項目は複数
ずつある。しかも一日平均外来受診者数と
平均在院日数のように単位も桁数において
も異なった数値を一つに統合しなければな
らない。これを可能とするために各項目の
値を平均値と標準偏差を用いて各データの

標準値（基準値）を求めた。次に主成分分析によって第1主成分の固有ベクトル値を各データの重みを表す係数とした。

例えばある単科精神病院の1日平均外来数は121名で平均在院日数は179日である。単科精神病院の1日平均外来数と平均在院日数の平均値と標準偏差はそれぞれ101.9人 S.D. 54.3、317.9日 S.D. 157となる。

これより、データの標準化を行うと、

$$\begin{aligned} \text{1日平均外来数} &= (121 - 101.9) \\ &/ 54.3 = 0.3517 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{平均在院日数} &= (179 - 317.9) / \\ &157 = -0.8947 \end{aligned}$$

主成分分析による第1主成分の固有ベクトルは0.7071、-0.7071となる。故に第1主成分得点は、

$$0.7071 * 0.3517 - 0.7071 * (-0.8911) = 0.8813 \text{ となる。}$$

計算式から外来数の値が大きく、平均在院日数の値が小さい方が第1主成分得点が高くなる。つまり、第1主成分得点は①基本的診療機能の活性度を表現しうるものと解釈できる。この方法で調査票を回収できた113医療機関の第1主成分得点を求め、この得点によって総合病院精神科、単科精神病院毎に順位を付けを行う。次に順位付けによって、10点満点の評価に換算する。順位は総病院数の10%刻みにランク分けされ、最上位の10%を10点満点、最下位の10%を1点になるような配点した。例えば単科精神病院なら60施設あるうち、順位が1位から6位までが10点、7位から12位までが9点となり、最低が55位から60位までの1点となる。

こうして②救急・急性期治療機能、③専門領域対応機能、④身体合併症治療機能、⑤教育・研修機能、⑥地域精神保健活動機能についても、それぞれ同様に10点満点で評価した。

次にそれぞれの第1主成分得点を用いて、さらに主成分分析を繰り返すことによって、6機能の活性度を統合した第1主成分得点を求める。同様に順位を10%ずつ区分けして総合評価を10点満点で採点した。

こうして求めた評価をもとにして、調査票の回収できなかった医療機関においても、これらの結果と比較することによって自己評価が可能となる。

(3)-2 1施設当たりの評価と100床当たりの評価について

医療機関によって病床数は異なっているが、各医療機関の活動を1施設当たりで評価を行うべきか、病床数当たりですべきかで結果が変わってくる。例えば、調査票を回収できた運用病床11床のある総合病院精神科と、運用病床238床の別の総合病院精神科との比較を1施設当たりで評価する場合と、例えば100床当たりなどと病床数換算で評価する場合とでは次の表30のように評価が逆転する現象が起きる。運用病床11床の小規模精神科では1施設当たりで評価すると、総合評価では6点であるが、病床数当たりに換算して評価すると満点となる。運用病床258床の総合病院としては大規模な精神科では、病床数当たりで換算すると、その多面的な活動がそれぞれ低く評価されてしまい、1施設当たりの評価の半分にまで落ち込んでしまう。

病床数が少なければスタッフの配置も少ないものであり、小規模精神科では、たとえ活発に機能していても1施設当たりでみた場合の活動総量には限界がある。従って、活動総量を100床当たりに換算して評価しないと不利となる。一方、病床数の多い場合はその規模を生かし多面的な活動をこなしていても病床数で除して集計すると評価が低くなり、地域への貢献度が正しく評価されないのである。そこで、主成分分析

によって得られた1施設当たりおよび100床当たりの各第1主成分得点を等価に加算することによって、双方を統合した評価を下すことにした(表3 1)。その結果は双方の医療機関が並ぶことになった。

このことを統計的に検討するために、総合病院精神科の運用病床数とその1施設当たりの評価と100床当たりの評価との相関係数を求めてみると表3 2のようになる。

表3 2 総合病院精神科

	病床数	1施設	100床	統合
病床数	1.00			
1施設	0.38	1.00		
100床	-0.32	0.70	1.00	
統合	0.07	0.93	0.91	1.00

すなわち、1施設当たりの評価と運用病床数とは正の相関を示し、病床数が増えると1施設当たりの活動総量が増加する傾向にある。逆に、100床当たりの評価は負の相関であり、病床数が増えると評価が低下する傾向にある。つまり小規模ほど高得点となる。そして、2つの評価方法を得られた結果を等価に統合した結果では、運用病床数との相関は0に近づき無相関となる。このことは得点に与える病床数の影響が相殺されたことを意味する。また、統合した場合の得点は1施設当たりの評価とは0.93、100床当たりのそれとは0.91とそれぞれ強い正の相関を示し、適切な加算がなされた結果と考えられる。

一方、同様な分析を単科精神病院において行くと、表3 3のようになる。

表3 3 単科精神病院

	病床数	1施設	100床	統合
病床数	1.00			
1施設	0.66	1.00		
100床	-0.23	0.42	1.00	

統合 0.26 0.84 0.84 1.00

規模の大きい単科精神病院がやはり1施設当たりの評価でみると運用病床数に強い正の相関(0.66)を示す。平均在院日数を除くと、いずれの機能もヒューマンパワーや多彩な施設設備を生かせる大規模な医療機関の方がそれらの活動総和に反映され有利だからである。単科精神病院の場合は総合病院精神科の場合よりも、運用病床数の影響が大きいが、おそらく双方の平均運用病床数の違いに起因すると考えられる。つまり単科精神病院のようにある程度の規模以上でないと多面的な活動の結果が出にくいのだろうと予想される。

単科精神病院においても、100床当たりの評価では低いながらも負の相関である。ここにおいても病床数にて換算した場合は、運用病床の少ない方がいくぶん有利となる。そして、双方の評価を等価に加算した結果では、相関係数は0.26となり、総合病院精神科の場合ほどは病床数の影響を無にできない。それでも統合された結果は1施設当たりの評価と100床当たりの評価に対して強い正の相関を示している(いずれも0.84)ので、統合評価は適切な傾向にあるといえる。

(3)-3 集計結果

調査票を回収できた113の国公立有床精神科医療機関(国公立総合病院精神科53施設、国公立単科精神病院60施設)について、前述した方法で6機能の評価を行った。結果は総合病院精神科が表3 4、単科精神病院が表3 5のようになる。総合病院精神科では、救急・急性期、専門領域、身体合併症において最も低い1点の評価がそれぞれ26.4%、32.0%、34.0%にみられた。その割合の医療機関において、これらの活動がほとんど無いという

結果を示している。専門領域については、総合病院精神科が例えば措置入院が少ないこともあり、得点の低い施設が多いことは予想できよう。しかし、救急・急性期、身体合併症に機能しない医療機関が意外に多いと思われた。

単科精神病院の場合は身体合併症への対応のみは65.0%において1点となり、身体合併症への対応していない医療機関が大半であった。

(3)-4 国公立有床精神科医療機関6機能活性度評価ワークシートの作成

以上の結果を踏まえて、国公立有床精神科医療機関の担うべき6機能についての活性度を測定する自己診断プログラム（国公立有床精神科医療機関6機能活性度評価）を作成した。パーソナルコンピューター用の表集計ソフトとして最も普及しているマイクロソフト社のエクセル97を使用し、そのワークシート上で扱えるプログラムとした。前述した活性度を評価するための38項目を入力することによって、今回の調査で回収された113の医療機関のデータと比較され、結果が算出される。そしてリーダーチャートによるグラフ表示と集計結果の一覧表が提示される仕組みとなっている。このプログラムファイルはCD-ROMにおさめ報告書に添付した。今後、各医療機関にもCD-ROMを送付し、利用できるようにする予定である。

(4) 活性度評価に影響を与える外的因子

各医療機関の6機能の評価に対し、病床数以外で影響を与える外的因子を調べてみた。各医療機関が設置された二次医療圏の7因子（地域医療基礎統計1998年版より抜粋）、および都道府県毎の27因子（都道府県の統計指標1998より抜粋）の合計34因子と活性度評価の結果との相関分

析を行った。総合病院精神科および単科精神病院についてそれぞれ行い、表36、表37の結果が得られた。これによると総合病院精神科の場合は、基本的診療機能は2次医療圏内の総病床数（一般科も含む）に対し相関係数が0.55、救急・急性期機能は都道府県の凶悪犯認知件数0.54、覚醒剤取締法による送致件数0.50とそれぞれ正の相関が見られた。また、教育・研修は2次医療圏内人口と0.54の正の相関を示し、身体合併症治療機能と地域精神保健活動機能は特に相関を示す項目はなかった。一方、専門領域対応機能と、総合評価は21項目、17項目と多くの項目と正の相関を示した。

単科精神病院においては身体合併症治療機能のみが2次医療圏内総病床数、都道府県の単独世帯数、および凶悪犯認知件数、覚醒剤取締法による送致件数とそれぞれ0.64、0.54、0.60、0.55と正の相関を示し、その他の機能や総合評価については相関を示す項目はみられなかった。

5 考察

個々の調査項目の分析においては、国立総合、国立単科、自治体総合、自治体単科の4群ごとに集計を行った。4群を比較検討することにより各群の特徴を把握することを意図したからである。

主として6機能に関する調査項目の分析から、以下に述べるような特徴が把握される。国立総合は平均在院日数と年間身体合併症入院件数等で4群中もっともよい結果を示した。6機能で表現すれば、基本的診療機能と身体合併症治療機能に優れていることになる。国立単科はデイケア実施率、訪問看護実施率、入院作業療法件数、講義や実習の受け入れ、講演・研究会・研修会の開催件数等でもっともよい結果を示し

た。機能で言えば教育・研修機能に優れており、基本的診療機能の中では主としてリハビリ機能として評価される領域が充実している。自治体総合は100床あたり外来患者数が4群の中でもっとも高い値を示し、平均在院日数も国立総合に次いでいる。すなわち、基本的診療機能にすぐれており、その他の機能に関してもオールラウンドにこなしている。自治体単科は、年間新入院患者数、訪問看護および診療情報提供件数、外来作業療法件数、時間外入院数、診療情報に反映されない地域活動等で良好な結果を示した。6機能で表現すれば、救急・急性期対応機能と地域精神保健活動機能に優れており、専門領域対応機能の一部も含み込んでいる。基本的診療機能については総合と比較するとリハビリ的機能の比重が高い。

6機能についての将来像をみると、国立総合は身体合併症治療機能と基本的診療機能を、国立単科は教育・研修機能と専門領域対応機能を、自治体総合は身体合併症治療機能と基本的診療機能を、自治体単科は救急・急性期対応機能と専門領域対応機能、基本的診療機能、教育研修機能を発展させていくことを志向している。調査結果から得られた4群の特徴とよく一致しており、自らが得意とする領域を活かした選択がなされている。

4群の将来像はお互いの不備を補い合う関係にあり、国公立精神科医療機関総体としての役割を考えると望ましい選択と言えるだろう。今回の調査は専門病棟の設置に関する質問項目を含んでいるが、病棟数で95、病床数では4,709床が診療報酬上の専門病棟(床)を選択している。調査対象となった病床数(精神科運用病床数)は21,754床であり、そのうち約20%が何らかの専門病床として機能していることになる。

公的医療機関は医学の進歩に対応した適正な医療の供給を心がけながら、一般医療のほか他の医療機関で対応することが困難な高度・特殊・先駆的な医療を積極的に推進する使命を持つと言われている。現在、有限な医療資源の適正配分と効率的な活用のために急性期と慢性期の新しい病床区分が検討中であり、医療機関はそのいずれかに病床機能を明確化することを求められるだろう。その中で公私の医療機関の機能分担論もますます注目されると考えられる。また、国民医療費抑制政策や国・地方自治体の財政状況が厳しい中、国公立病院の存在価値や果たしている機能についてこちらから国や地域住民に積極的に認知してもらう時代がきている。したがって、国公立有床精神科医療機関もその役割を明確にするとともに、各医療機関が自院の特徴をつかみ、今後の方向性をしっかりと見据えていく必要がある。これまでは隣県の国公立医療機関の診療状況さえ意識せずに、医療を展開することで事足りていた。しかし、今後は各医療機関との様々な情報を交換し、国公立医療機関としての自院の位置づけをきちんと行う必要がある。

質の高い医療を供給するには、施設の整備とヒューマンパワーが適切に充足されなければならないが、国公立病院については、「地方公営企業年鑑」などそれを知る上でいくつかの情報源がある。しかし、その結果としての診療状況については、学会や専門誌において断片的な情報は得られても、包括的に知るには困難である。研究班では国公立有床精神科医療機関の担うべき機能として6機能をあげた。本年度の研究課題はこの6機能の活性度を測定することであった。その意義は、自院と他の医療機関との診療状況についての差異を認知可能とすることである。

6機能評価を行うにあたって、どの項目を用いて、どう算定していくかが大問題である。それによって結果がどのようにでも変わるからである。国・公立有床精神科医療機関調査票Ⅱの約450項目からそれぞれの機能と関連するものをまず抽出したが、それに統計的根拠があるわけではなかった。抽出した項目のいくつかを組み合わせ、算定方法を工夫し、試行錯誤を繰り返しながら、いくつかの代表的な医療機関の実状に最も適合すると思われる結果を算出した方法を採用した。従ってそこには研究班の独断と偏見が入り込む余地がある。機能評価法については、各国公立有床精神科医療機関にプログラムを配布する予定であるが、各医療機関からの批判があれば修正していきたい。機能評価の基になったのは、調査票の対象になったH9年度（一部H10年度）の診療情報である。つまり、年々その診療情報を更新しなければ、その分析結果は実態から遠ざかってしまい、無用なものとなる。ただ、改訂のために必要とする診療情報の項目は38項目に絞られているので、新たな調査は簡素化できると考えられる。

今回の調査票の中では、各医療機関に6機能について自院の活性度をそれぞれA、B、Cの3段階で自己評価をお願いした。すなわち、活発に機能しているか、または重点を置いている機能ならA、平均的ならB、実績が乏しい、または取り組むのが困難であればCと判定する。その結果と研究班で作成した評価プログラムによる分析結果と照合を試みた。

国立総合、国立単科、自治体総合、自治体単科の4群に分け、自己評価がAなら3点、Bなら2点、そしてCを1点として、各群の合計を求めた（表38-1）。次に研究班の方法による評価を113施設同じ基準で行い、第1主成分得点を求め、それに基

づいて各医療機関を10点満点で評価した。そして、4群ごとの平均得点を求めた（表38-2）。この結果、救急・急性期機能、身体合併症治療機能、教育・研修機能、地域精神保健活動については、自己評価と研究班の評価とほぼ一致した。しかし、基本診療機能については自治体総合病院、また専門領域対応機能については国立総合および国立単科において、自己評価と研究班の評価にずれが大きかった。

さて、各医療機関の活性度は、その施設の規模、整備状況やヒューマンパワーなどの施設の状況に起因するもの以外に、外的因子にも影響されうるものである。その検討のために、6機能の評価と34の外的因子との相関分析を行った。しかし、2次医療圏、都道府県ごとの因子においても解釈が可能な結果は得がたいものであった。総合病院精神科における専門領域対応機能が施設周辺10km人口に、教育・研修機能が2次医療圏の人口に

それぞれ相関する以外は解釈が困難である。例えば総合病院精神科の専門領域対応機能と総合評価は都道府県の統計指標の大半と0.5以上の正の相関を示し、多すぎて理解しにくい。あえて言えば、人口の多い都心部ほど活性度が高いということであろうか。一方、単科精神病院においては逆に0.5以上の相関を示す項目が、身体合併症治療機能と2次医療圏総病床数および都道府県の単独世帯数、凶悪犯認知件数、覚醒剤取締法送致件数のわずか4項目であった。総合病院精神科以上に外的因子との何らかの関連を見いだすことができなかった。このように外的因子との相関を認めることができないのは、外的因子の選択に問題が考えられる。特に都道府県単位での統計指標では広範すぎて、各医療機関の特色を浮かび上がらせるのは無理があるであろう。しかし、2次医療圏単位での外的因

子の統計指標を得るのが難しい状況にあり、今後の課題である。

E 結論

- 1、国公立精神科医療機関の調査票の分析に基づき、その特徴について述べた。
- 2、国・公立有床精神科医療機関が担うべき機能に対する各医療機関の評価を可能とするプログラムを作成した。

F 研究発表

論文、学会とも未発表

G 知的所有権の取得状況

特許取得および実用新案登録の予定なし。

図表

表3 診療報酬上の専門病棟数（カッコ内は病床数）

分類	国総	国単	自総	自単	全体
急性期A	1(84)	0(0)	2(80)	16(717)	19(881)
急性期B	1(71)	0(0)	1(60)	1(60)	3(191)
痴呆性疾患治療	0(0)	4(200)	3(153)	11(474)	18(827)
痴呆性疾患療養	0(0)	0(0)	0(0)	2(100)	2(100)
精神療養A	2(96)	5(260)	0(0)	46(2354)	53(2710)
精神療養B	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

表4 施設内専門病棟数（カッコ内は病床数）

分類	国総	国単	自総	自単	全体
老人精神	0(0)	2(95)	2(76)	11(493)	15(664)
アルコール	0(0)	1(42)	0(0)	9(350)	10(392)
児童思春期	1(45)	1(40)	2(40)	18(625)	22(750)
薬物	0(0)	3(48)	0(0)	1(24)	4(72)
合併症	0(0)	4(200)	1(65)	11(347)	16(612)

表6 在院期間別構成比（単位%）

分類	0-3m	3-6m	6-12m	1-5y	5-10y	10-20y	20y-
国総	42	10	9	12	7	8	12
国単	14	7	7	26	15	15	15
自総	29	9	8	19	10	12	13
自単	22	8	8	22	12	13	15