

要性を強く感じているが、実際にどのような状況でどのように使用するかが具体的に理解できていないことの現れのような気もする。

創部管理（図-3の1、2）は全てにおいてMPUの方が実施率は高いものの、必要度としては今回提示した全ての項目は必須項目と言える。

その他の項目では（図-4の1、2）超音波検査の関しては必要度が60%を切っているが、それ以外においては圧倒的に大学病院での実施率の方が低いものの、必要性は多くの精神科医が感じているようであった。

つまり、MPUで実施されている身体加療に対しての知識や手技については、大学病院に勤務している殆どの若手精神科医は実施はできていないものの、同じような項目で必要性を感じているものであった。

## 5. 考察

以上より精神科医における身体加療に対しての minimum requirement は以下のものが必須項目としてあげられる。

### 循環管理

1. ポータブル心電図検査
2. ECG モニター
3. 自動血圧モニター
4. 輸血
5. 除細動を含む CPR

### 呼吸管理

1. 血液ガス検査
2. 酸素吸入
3. パルスオキシメーター
4. 気管内挿管

### 水分電解質栄養管理

1. 尿道カテーテル挿入
2. 中心静脈カニューレ挿入
4. 経管栄養
5. 中心静脈栄養

### 創部管理

1. 縫合
2. 抜糸
3. 包帯交換
4. 創部洗浄

### その他

1. 胃洗浄
2. 腰椎穿刺
3. 疼痛管理の麻薬使用
4. 頭部 CT 読影
5. 頭部 MRI 読影
6. 胸部 X-P 読影
7. 腹部 X-P 読影
8. X-P による骨折の診断
9. スライディングスケールを用いた

### 糖尿病の管理

以上の項目は、今回同時に実施した「他科をローテーションするとしたら何科が有用であるか？」の問いに対するアンケートで、最も高い回答率を占めたのが「救命救急」であった。上記の項目について言えば同科をローテーションすれば殆ど取得できる項目でもある。全人的医療の必要性、研修医のスーパーローテーションについて物議を醸しだしている昨今、精神科医と言えども必要最低限の身体的加療が出来ないことは問題であろう。今回のアンケートで殆どの精神科医が必要と思っている項目、つまり上記の項目は“医師”として「これ位は実施できて当然であろう」と思われている項目なのではないか。

## 総括

現在の医療法においても一般科病床は医師 1 名に対して患者の割合は 16 名とされ、看護者も 1 名に対して患者 4 名とされている。ところが精神科病床ではその比率は医師で 1 対 48、看護者で 1 対 6 と一般科病床と大きく異なっている。これは精神病院が精神障害者の収容施設的にとらえられていた時代の悪しき基準であり、現在のように身体的な加療も含めた精神科治療に重点をおかれる現代において、このような基準が今日まで残存していることは大きな問題である。

今回、我々は精神障害者の身体合併症を実施するにあたり必要不可欠な存在である看護者に焦点を絞ってみた。そこで実際 MPU に勤務している看護者の状況調査を精神科一般室に勤務する看護者と比較することで、その看護業務量から算定できる看護要員数と、その値から算定される診療報酬についての提言を行った。

そこでは MPU を運営するにあたっては MPU1 床につき看護者は 1 名必要であり、3000 点程度の特典入院料を必要とすることが示唆された。しかしこの結果は決して医療費の増大を意味するものではないと思われる。これまで我々の調査研究中に、いみじくも某大学病院の救命救急センターの医師から「うちの大学病院では救命救急センターで身体症状もさることながら、精神症状が落ち着いてからでない精神科病棟に転科出来ない。」との発言があった。全国の大学病院の精神科病棟が全てその様なことはあるまいが、あながち嘘とも思えない。実際に救命救急入院料（9400 点）が算定されている患者においても、一部の患者群は MPU が存在していれば、我々が提示した 3000 点程度で入院加療を継続できることになる。医療費としては実に約 2/3 のコストダウンである。一昨年の我々の調査研究では救命救急に搬送される患者にはかなりの精神障害者が存在することが判明した。つまりある程度身体症状が改善したところで MPU に転ベットする事が可能であれば、慢性的な救命救急のベット不足にも貢献できるわけである。

するとそこでは MPU で患者を診ることが出来る精神科医がいなければ、いくら箱だけを用意しても中身を伴わない全く無駄なものとなる。MPU で ICU レベルの身体加療を行う必要は全くない、しかし今回提示した項目程度は身体加療における minimum requirement として精神科医も修得すべきものであろう。今回の調査で卒後 1~6 年の若い医師はそのあたりに対する motivation は高く、現状はそれを修得できる場が提供されていないことが問題なのである。

飛行機に搭乗していて「誰か医師はいないか？」と尋ねられた時、自信を持って手を挙げられる「精神科医」が現在我が国にどれくらい存在するであろうか？

表1

## KENS「ケアチェック項目」

NO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	15	17	20	22	25	27	30	32	35	36	37	40	42	45	46	47	50	52	60	61	62	70	71	72
	入院	予定外入院	退院	死亡退院	転入	転出	病棟内転床	外泊・外出	手術	隔離	意思疎通	移動・リハビリ		清潔		食事		排泄		バイタルサイン		呼吸のケア		輸液・血液製剤		皮膚・創傷のケア		その他の処置		救急蘇生		特別な指導		特別な心理精神ケア	
配点	5	5	0	6	1	1	1	0	0	0	1	5	2	5	2	5	2	5	2	6	3	2	6	2	5	3	1	5	1	5	3	1	6	6	6

表2

## N1病棟看護婦・士の背景

( ) は内数

	全体	一般室	MPU
ベッド数	68床	55床 (4人室12・保護室7)	13床 (4人室2・個室5室)
看護婦・士数	30名(婦長1名)	16名(看護師3名)	13名(看護師5名)
平均年齢と在職年数	28.4才(婦長を除く) 4.13年(婦長を除く)	28.6才	28.1才
看護婦对患者数	1:2.3人	1:3.4人	1:1人
精神科以外の経験者	10名(33%)	4名は1年から5年の一般科の経験を有している。	6名は1年から5年の一般科の経験を有している。
経験領域		消化器外科 消化器内科 小児科 ICU	救命救急、消化器・呼吸器内科の混合、循環器、消化器外科、呼吸器内科

### 観察度と生活の自由度

(平成11年11月1日～11月30日)

表3

日別患者数

#### 一般室

11月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	合計
A	21	20	20	20	20	20	20	21	21	21	21	20	18	18	21	21	21	19	18	18	17	20	19	17	17	15	15	15	17	17	568
B	28	30	28	27	26	24	23	29	28	29	29	27	26	23	26	26	26	27	25	22	23	23	23	26	26	26	26	26	27	781	
C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計	49	50	48	47	46	44	43	50	49	50	50	47	44	41	47	47	47	46	43	40	40	43	42	43	43	41	41	41	43	44	1349
I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
II	15	16	16	16	16	17	16	16	16	16	16	15	15	15	16	15	17	16	16	15	16	17	14	15	17	15	16	15	16	17	474
III	33	33	31	30	29	26	26	33	32	33	33	31	28	25	30	31	29	29	26	24	23	25	27	27	25	25	25	26	26	26	847
IV	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	28
合計	49	50	48	47	46	44	43	50	49	50	50	47	44	41	47	47	47	46	43	40	40	43	42	43	43	41	41	41	43	44	1349

#### MPU

11月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	合計
A	13	13	13	13	13	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	13	13	13	13	13	13	14	14	14	14	14	15	14	387
B	4	4	4	4	4	4	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	9	9	10	10	10	10	10	11	204	
C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計	17	17	17	17	17	17	17	17	17	18	18	18	18	18	18	18	18	20	20	20	20	22	22	24	24	24	24	25	25	591	
I	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8	7	7	6	7	7	210
II	9	8	8	8	8	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	7	7	7	7	7	6	7	6	7	7	8	8	7	203
III	2	2	2	2	2	3	4	4	4	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	8	9	9	10	10	10	10	11	178	
IV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計	17	17	17	17	17	17	17	17	17	18	18	18	18	18	18	18	18	20	20	20	20	22	22	24	24	24	24	25	25	591	

図1

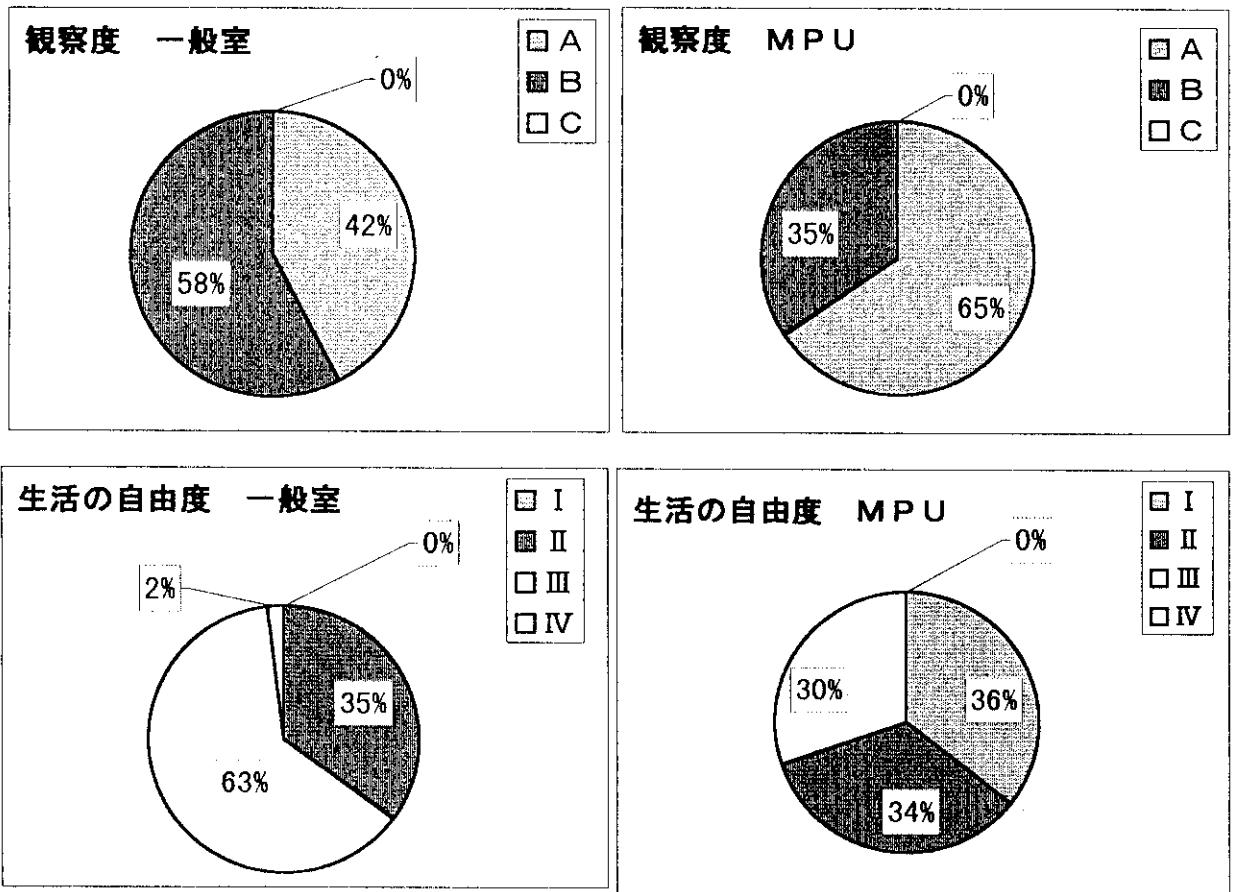


表 4

1 カ月間のタイプ別延べ患者数

	一般室	MPU	合計
タイプ0	2974	10	2984
タイプ1	992	306	1298
タイプ2	757	663	1420
タイプ3	123	180	303
タイプ4	3	2	5
タイプ5	0	1	1
取り扱い患者数(人)	4849	1162	6011

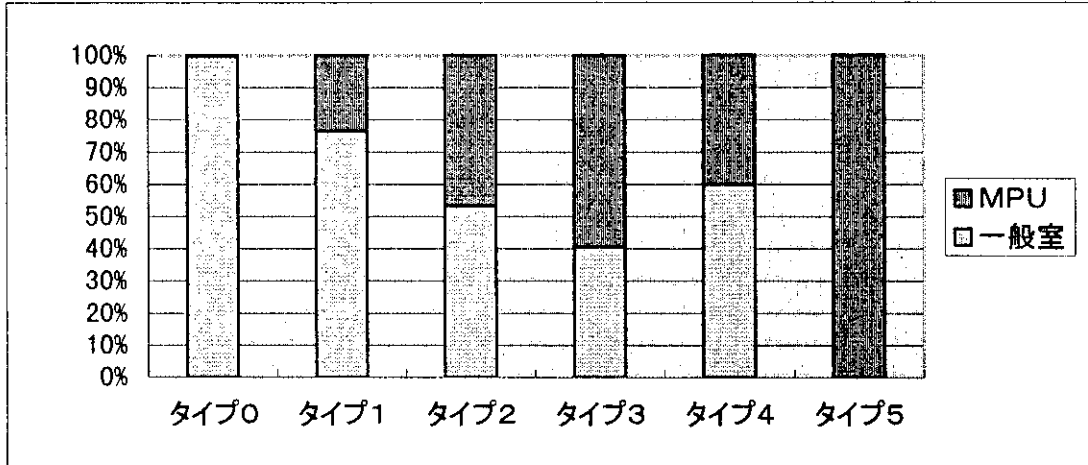


図2

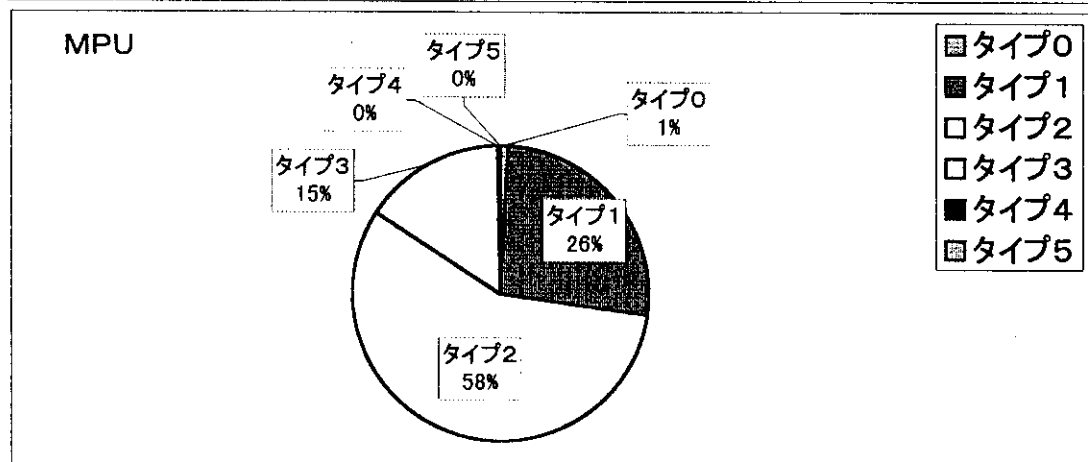
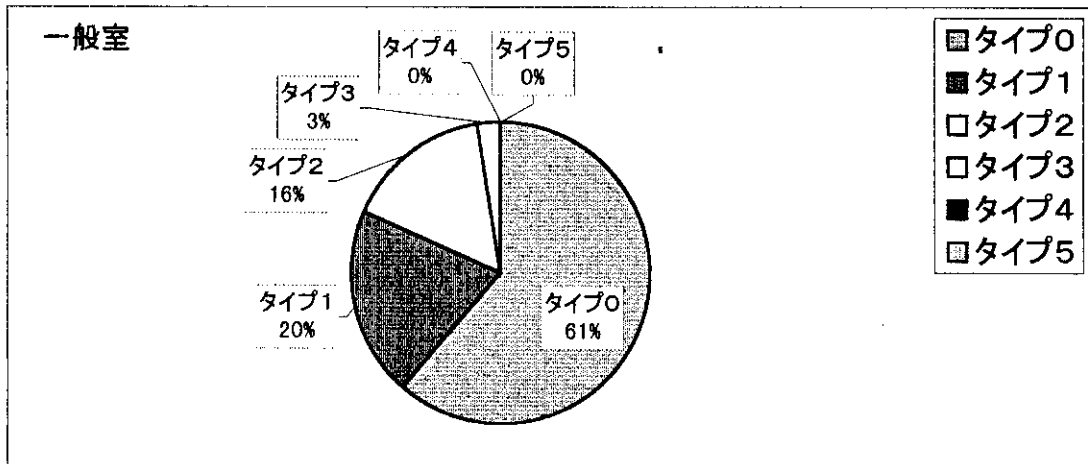


表5 精神科閉鎖病棟の1ヶ月間の取り扱い患者数とケア量、ケア時間について

	総数・総時間		
	取 扱 患 者 数 ( 人 )	総 ケ ア 点 数	総 ケ ア 時 間 数 ( 分 )
一般室	4849	9001	36004
MPU	1162	8188	32752
合計	6011	17189	68756

表6

## MPUIにおけるケア内容とケア時間について

	移動リ ハビリ	清潔	食事	排泄	バイタル サイン	呼吸	輸液	創傷 処置	その他 処置	救急 蘇生	特別 指導	心理的 ケア	管理的 ケア
ケア 点数	1722	1189	618	1388	19	376	718	91	1015	30	6	450	35
ケア時間 (分)	6888	4756	2472	5552	76	1504	2872	364	4060	120	24	1800	140



## 診療報酬内訳

(平成11年11月1日～11月30日)

表7  
N1病棟(68床)の診療報酬内訳

		11月分
診療報酬項目	金額(円)	
保 険 適 応	初診料	29,700
	指導管理料	163,100
	在宅料	22,400
	投薬	1,337,670
	注射	1,329,710
	処置	610,227
	手術	1,123,920
	検体検査	1,702,390
	生理・内視鏡	546,630
	核医学	129,480
	X P	979,810
	理学療法	2,452,950
	医療ガス	7,760
	医学管理料	5,375,670
	入院料	17,301,810
	食事療養費	5,397,710
	その他	566,270
病理検査	27,800	
私費	6,036,837	
合計金額	45,141,844	

\* 私費  
食事負担額+保険適応外自己負担

表8  
MPU(13床)の診療報酬内訳

					11月分
延べ患者	保険適応額	食事負担額	保険適応外 自己負担額	合計金額(円)	
1	666,850	16,720	277,890	961,460	
2	268,350	2,280	2,632	273,262	
3	740,358	7,600	121,654	869,612	
4	501,150	22,800	108,150	632,100	
5	478,580	22,800	9,687	511,067	
6	488,577	22,040	1,087	511,704	
7	688,700	22,800	380	711,880	
8	633,240	0	368,453	1,001,693	
9	400,132	22,800	408,955	831,887	
10	529,070	15,960	1,387	546,417	
11	47,390	0	25,558	72,948	
12	676,156	19,500	1,914	697,570	
13	433,320	0	900	434,220	
14	867,930	0	6,091	874,021	
15	130,835	6,840	2,486	140,161	
16	433,650	22,800	12,208	468,658	
17	272,100	5,320	65,795	343,215	
18	265,500	0	13,630	279,130	
19	119,880	0	15,794	135,674	
20	233,150	9,880	67,050	310,080	
21	711,500	15,960	210,575	938,035	
22	556,409	5,320	60	561,789	
23	184,850	5,320	53,980	244,150	
24	574,150	0	17,849	591,999	
25	623,642	14,440	682	638,764	
26	103,100	0	9,520	112,620	
合計	11,628,569	261,180	1,804,367	13,694,116	

表9  
MPUと一般室の単価比較

	総額(月)	1床当たり(日)
病棟全体(68床)	45,141,844	22,128
一般室(55床)	31,447,728	19,059
MPU(13床)	13,694,116	35,113

圖1-1:全國:循環管理

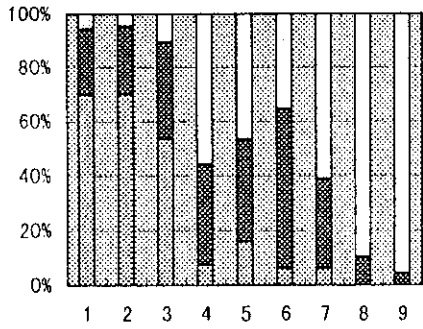


圖1-2:MPU:循環管理

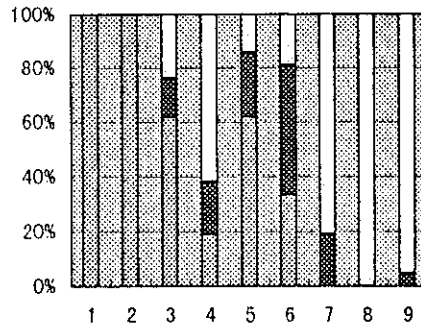


圖2-1:全國:呼吸管理

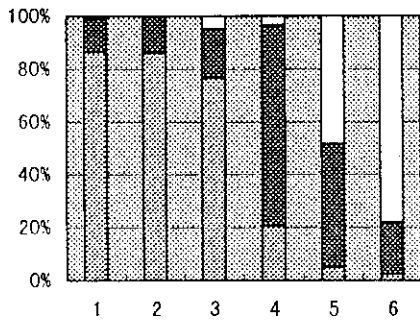


圖2-2:MPU:呼吸管理

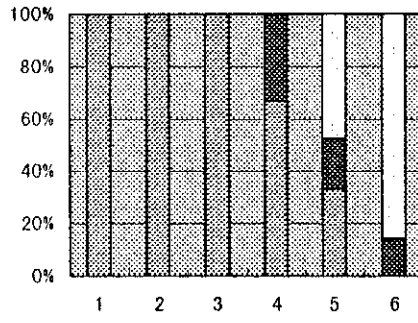


圖3-1:全國:水分電解質·營養管理

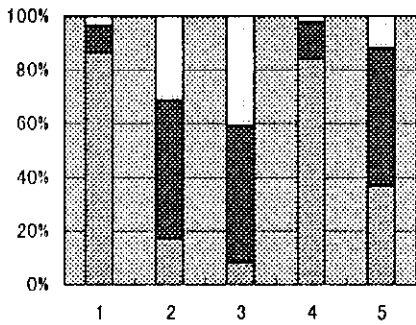


圖3-2:MPU:水分電解質·營養管理

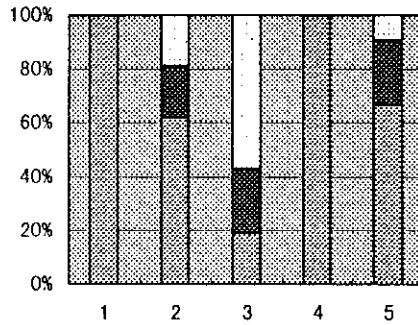


圖4-1:全國:創部管理

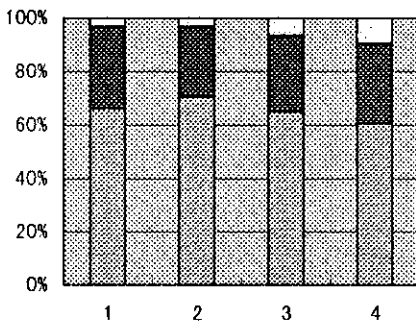
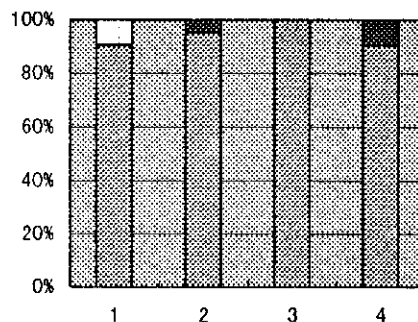
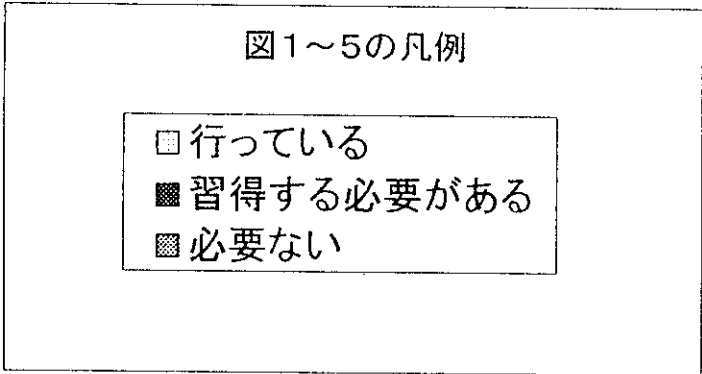
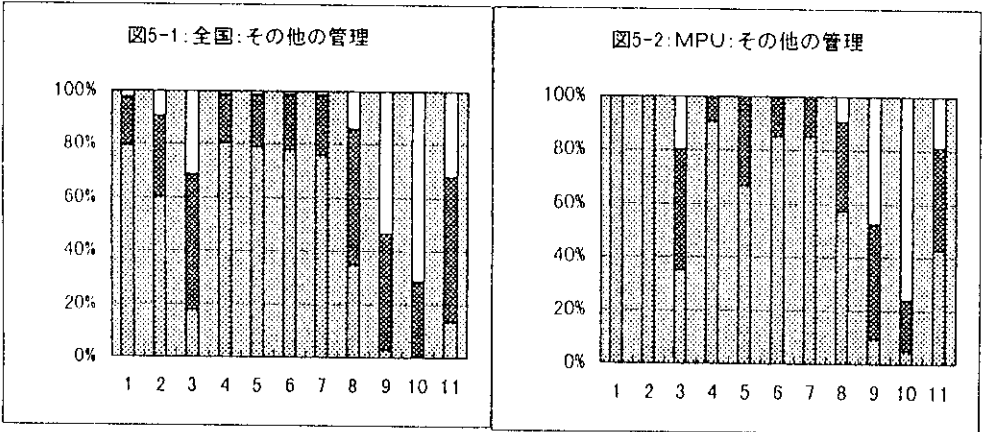


圖4-2:MPU:創部管理





## E. 公的病院の機能に関する研究

伊藤 哲寛 （北海道立緑ヶ丘病院 院長）

平成11年度厚生科学研究補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
精神医療の機能分化に関する研究 分担研究報告書

「公的病院の機能に関する研究」

分担研究者：伊藤哲寛（北海道立緑ヶ丘病院）

研究協力者：

猪俣好正（宮城県立名取病院）	岩館敏晴（宮城県立名取病院）
岩成秀夫（神奈川県立精神医療センター）	金子晃一（新潟県立小出病院）
川副泰成（国保旭中央病院）	黒木宣夫（東邦大学佐倉病院）
佐々木青磁（北海道立緑ヶ丘病院）	佐々木高伸（社会保険広島市民病院）
澤 温（医療法人北斗会さわ病院）	白石弘巳（東京都立精神医学総合研究所）
田中直樹（全国精神障害者地域生活支援協議会）	
中井和代（全国精神障害者家族会連合会）	平田豊明（千葉県精神科医療セター）
廣江 仁（就労支援センターMEW）	普天間健（京都府立洛南病院）
森 雅彦（京都府田辺保健所）	山角 駿（財団法人花園病院）

研究要旨：

これまでの一連の研究を踏まえて、精神病床を有する国立・自治体立病院（以下、国公立病院）の配置についての全国調査（研究1）、精神科救急医療圏（以下、救急医療圏）のなかで国公立病院が現に果たしている機能と今後期待されている機能についてのアンケート調査（研究2）、国公立病院の配置に関するアンケート調査（研究3）を行なった。

その結果、全国の国公立病院の配置状況は医療圏によって著しく異なり、果たしうる機能も地域によっては限定せざるを得ない状況にあることが判明した。

一方、地域の関係者が国公立病院に期待する役割は、単科精神病院か一般病院精神科か、あるいはどのような地域特性を持つ医療圏かによって、期待する機能の優先度は異なるものの、全般的傾向としては、1. 救急急性期治療機能、2. 身体合併症治療、3. 地域精神保健活動機能、4. 専門領域対応機能、5. 教育研修機能、6. 基本診療機能の順に高かった。将来どの機能を優先させるかについては、国公立病院と地域精神保健関係者の間で見解が異なることもあったが、多くの領域で合致していた。とくに、救急急性期治療機能、身体合併症治療に対する期待が大きく、国公立病院もそれを認識していた。しかし、身体合併症治療機能については、両者がともに充実させたいと考えているが、国公立病院側が実際に強化できるかどうかについては、施設整備、人的配置、医療経済等の制約があり、現時点では困難であるとの消極的な回答が少なくなかった。

国公立病院の今後の配置のあり方についての意見は関係者によって異なるが、民間病院では「1~2割が必要」という回答が多く、その他の回答者では「地域の事情によって異なる」という意見がもっとも多かった。二次医療圏内に国公立精神病床が存在しない地域では「国公立がなくて困る」「なくて多少困る」という意見が多数であった。

国公立病院が現在果たしている機能と関係者から期待されている役割との乖離をどのように埋めるかが、今後の精神医療政策を進める上の大きな課題である。

## 1. 研究目的

前年度までの研究(文献1)で、国公立病院が果たしている機能は大きく6機能(基本診療機能、救急・急性期治療機能、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)に分けられ、設立主体、施設規模、施設条件(単科・一般病院精神科)、地域特性などによってその機能が大きく異なっていることが判明した。

しかし、それぞれの国公立医療機関が現に有している機能が地域の人々や精神保健専門家が必要と考えているものと一致しているかどうかの調査は行なわれていない。

本研究では、これまでの研究結果を踏まえて、国公立病院が地域の要請に合致した機能を発揮しているかどうか、そして要請に応えるためにどのような条件を整える必要があるかを検討する。

## 2. 研究の概要

本研究は研究1から研究3までの3研究によって構成されており、この3研究の結果を総合し、国公立病院の現況と今後の課題についての考察を行なおうとするものである。

研究1では、国公立病院の分布、立地条件を明らかにするために、二次医療圏、精神科救急医療圏ごとの人口密度、人口万対精神病床数、国公立精神病床占有率(以下、国公立占有率)などについて詳細に調査し、医療圏ごとの国公立病院配置一覧表を作成した。

研究2では、人口万対精神病床と占有率に着目して代表的な精神科救急医療圏20か所を抽出し、その医療圏内に位置する国公立病院(44施設)に調査票を送付し、当該病院の6機能(基本診療機能、救急・急性期治療機能、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)について、郵送によるアンケート調査を行なった。また、精神保健関連施設(保健所、社会復帰施設等の社会資源、民間精神病院の365施設)に、医療圏内の国公立病院が果たしている機能の評価(現状評価)と今後期待する機能(期待度)につ

いて、第三者の立場から意見を求め、両者の回答を比較検討した。アンケートの送付先は両者を合わせて409施設である。

研究3では、研究2と同じ409施設にアンケート調査票を送付して、研究対象精神科救急医療圏内での供給の状況および国公立病院の今後の配置のあり方について意見を求め、国公立病院の配置に関する考察を行なった。

なお、研究に際しての倫理面については、患者に直接的に関わる調査ではないので、特別な配慮は必要としなかった。

## 3. 研究1：医療圏における精神病床配置と国公立精神病床占有率の調査

### A 二次医療圏および精神科救急医療圏の概況

本研究を開始するに当って、基礎資料として、二次医療圏および精神科救急医療圏の人口密度、人口万対精神病床数、国公立占有率などについての詳細な一覧表を作成した。そのために、地域医療基礎統計(1997年版、厚生省大臣官房統計情報部)、平成10年度厚生科学研究「精神科救急医療に関する研究(分担研究者：守屋裕文)」の基礎資料、平成8年度厚生科学研究「総合病院における精神科の適正配置に関する研究(分担研究者：黒沢尚)」の基礎資料、全国自治体病院協議会会員名簿(1998年)、全国社会資源名簿(1999年、全国精神障害者家族会連合会編纂)、我が国の精神保健福祉(1998年、厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課監修)を参照した。

研究開始後も、各地で医療圏設定の見直し、病床数の変動が見られたため、都道府県担当課への文書での確認、インターネットを通じての情報収集等によって一覧表を更新し、最終的には1999年4月時点の資料に基づいて研究を進めることができた。資料1-(1)-aが二次医療圏、資料1-(1)-bが精神科救急医療圏の一覧表である。

この表が示すように、二次医療圏や精神科救急医療圏の面積、人口、精神科医療機

関数、精神病床数、国公立精神病床数等は地域によって実に多様である。

とくに、病床偏在を是正できぬまま設定することになった精神科救急医療圏は無原則的といわざるをえない状況にある。1999年までに精神科救急医療圏を設定したのは34都道府県で、残りの13府県は未設定である。設定した県でも宮城、群馬、山梨、岐阜、徳島、高知の6県は全県一区を精神科救急医療圏としており、県民全体がこの制度の恩恵を受けられるのかどうか実効性が疑わしい。

#### B 二次医療圏および精神科救急医療圏の人口万対精神病床

資料1-(1)-a, 資料1-(1)-bをもとに、二次医療圏および精神科救急医療圏の人口万対精神病床数を調べ、度数分布表(表1、表2)、度数分布柱状グラフ(図1、図2)を作成した。図1に見るように、二次医療圏の人口万対精神病床数は地域によって著しく異なり、360医療圏のうち精神病床がまったくないところが20医療圏あり、0～10床が15医療圏、10～20床が59医療圏で、20床以下の二次医療圏は合わせて26.2%もある。他方、30床以上の医療圏は合わせて173医療圏(48%)である。

仮に日本の現在の人口万対精神病床数の平均28床を基準に、20～30床を必要病床数とすると、実に74.2%が病床不足または病床過剰な二次医療圏ということになる。

つぎに、これを精神科救急医療圏で見ると、1999年までに設定された精神科救急医療圏が全国で112あるが、そのうち人口万対精神病床数が20以下の医療圏が15.9%、30以上の医療圏が44.7%、合わせて60.7%が病床不足または病床過剰の精神科救急医療圏となる。適正な病床配置計画を進めてこなかった精神医療行政の結果である。

#### C 二次医療圏および精神科救急医療圏の国公立精神病床占有率

精神科医療における国公立病院の役割を論ずる際に考慮しなければならないのは、国公立病院の地域分布とその地域の国公立精神病床の占有率である。表3、図3は二次医療圏、表4、図4は精神科救急医療圏の国公立占有率を指標とした度数分布である。360の二次医療圏のうち国公立精神病床がない地域が218医療圏(60.5%)、占有率10%以下が259医療圏(71.9%)もある。

これを精神科救急医療圏で見ると、112医療圏のうち34医療圏(30.4%)には国公立精神病床が存在せず、占有率10%以下の医療圏は合わせて66医療圏(59%)に達する。

なお、国公立占有率が100%の医療圏が二次医療圏、精神科救急医療圏でそれぞれ5%、4.5%あるが、これは民間病院が進出しえない過疎地や離島の医療圏である。

#### D 研究1の考察

以上のように、二次医療圏と精神科救急医療圏における人口万対精神病床数と国公立精神病床占有率は地域によってさまざまである。これまでの厚生科学研究の結果、国公立が果たすべき役割として6つの医療機能が抽出され、一口に国公立病院といっても地域の状況によって重点をおくべき機能が異なることが明らかにされている。

地域の精神医療施策を推進するにあたっては、このような病床偏在、国公立病床占有率の低さなどを少しでも改善すると同時に、少ない国公立病院が民間病院と有効な連携を図り最大の力を発揮できるように環境を整備することが必要である。

表1 二次医療圏の人口万対精神病床数(計360医療圏)

万対病床数	医療圏数	全医療圏に占める割合
0床	20	5.6
0~10床	15	4.2
10~20床	59	16.4
20~30床	93	25.8
30~40床	65	18.1
40~50床	50	13.9
50~60床	25	6.9
60~70床	21	5.8
70~80床	4	1.1
80~90床	3	0.8
90~100床	1	0.3
100~	4	1.1

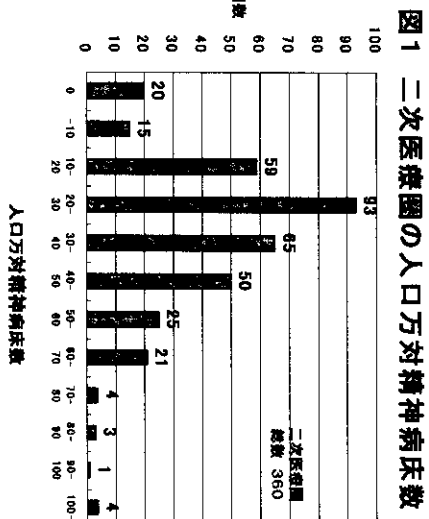
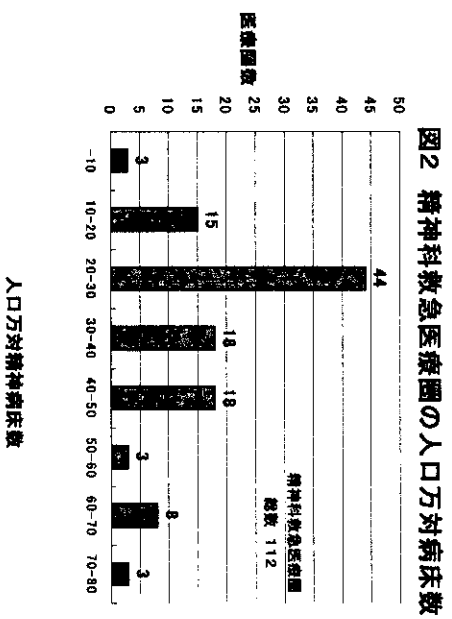
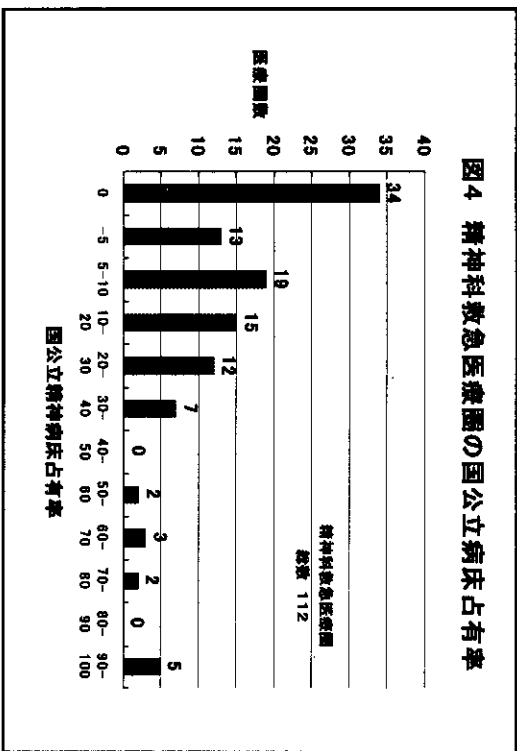
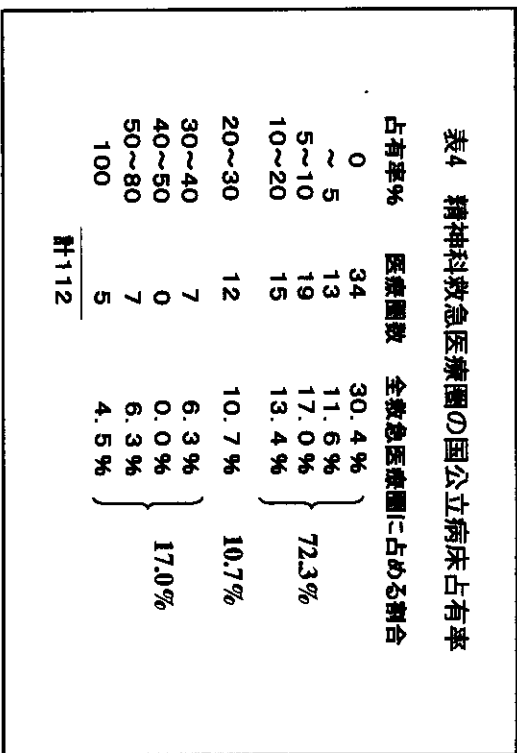
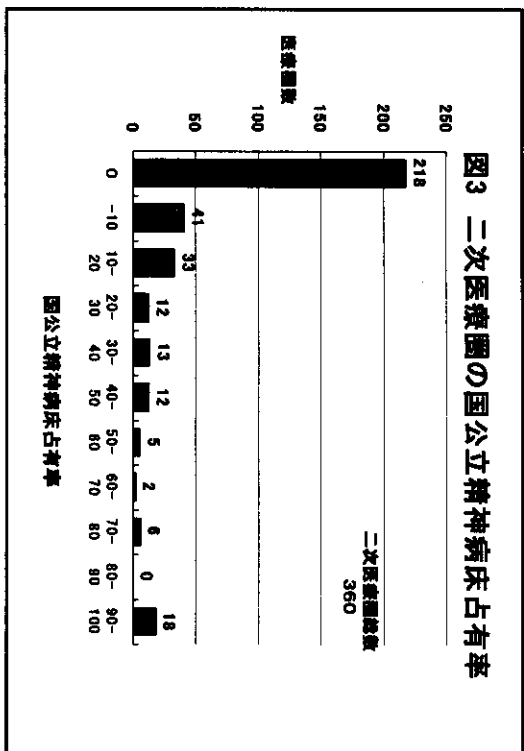
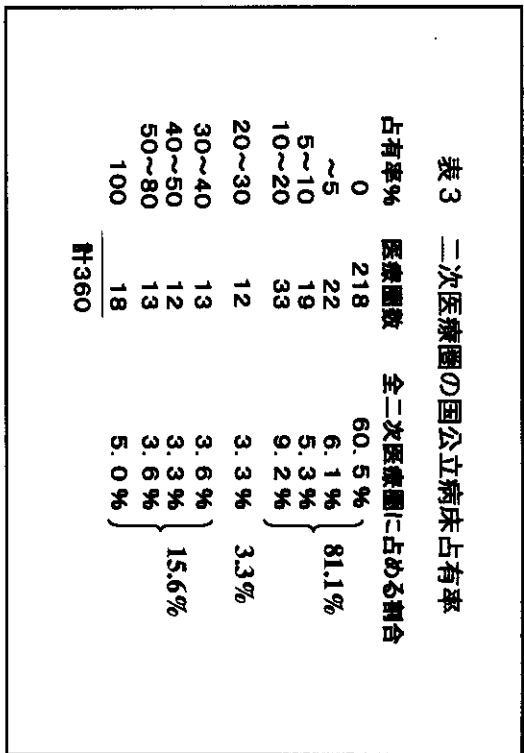


表2 精神科救急医療圏の人口万対精神病床数 (計112医療圏)

万対病床数	医療圏数	全医療圏に占める割合
0~5床	1	0.8
5~10床	2	1.7
10~20床	15	13.4
20~30床	44	39.3
30~40床	18	16.1
40~50床	18	16.1
50~60床	3	2.7
60~70床	8	7.1
70~80床	3	2.7







#### 4. 研究2:精神科救急医療圏における国立・自治体立病院の評価に関する研究

##### A 研究目的

前年度までの厚生科学研究(文献2)で明らかになったように、国公立病院が果たしている役割は立地する地域の諸条件によって異なる。国公立病院に求められる機能は、基本診療機能、救急・急性期治療機能、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機能に要約(資料2-(6)参照)できるが、一つの病院が果たすことができる機能は限られる。問題は、国公立病院が現在果たしている役割が地域にとって最も必要とされているものと一致しているかどうかである。

研究2では、国公立病院が地域で果たしている役割あるいは今後果たそうとしている役割を明かし、その役割が地域で期待されているものと一致しているかどうかを、アンケート調査に基づいて検討する。

##### B 研究方法

###### 1) 研究対象精神科救急医療圏の抽出

一般病床と異なって、精神病床の必要病床数は二次医療圏単位ではなく、都道府県単位で定めることになっている。しかし、地域の医療供給状況を検討する時の

単位としては、都道府県単位での医療圏設定はあまりにも広域すぎて研究対象医療圏としては相応しくない。一方、一般医療で設定されている二次医療圏を研究対象医療圏に設定するのも問題がある。研究1の結果からも分かるように、二次医療圏によって精神病院の分布があまりに異なっており、とりわけ国公立病院がない二次医療圏が全体の60%を超えるという状況であるので、二次医療圏を本研究の対象医療圏とするのは現実的ではない。そこで、まだ都道府県によっては、設定が遅れたり、設定変更しているという不確定な要素があるが、本研究では研究1で把握された全国112の精神科救急医療圏から研究対象医療圏を抽出することとした。

研究対象精神科救急医療圏として、以下の表の条件に従って、20医療圏を抽出した。

調査開始時の調査不足から、当初病床が少ない医療圏として抽出された石川県河北郡以北は研究途中で占有率高医療圏に該当することが判明したので、最終的には占有率高医療圏群に移動して分析した。これら20医療圏の地域特性(面積、人口、精神病院数、精神病床数、国公立精神病床占有率等)については、資料2-(1)に要約した。

なお、国公立占有率の高い医療圏群に属する医療圏の多くは、人口万対精神病床数の中位群に相当していたので、占有率の高さが調査結果に及ぼす効果は中位群との比較によっても可能であった。

##### (精神科救急医療圏の抽出条件)

- i)人口万対病床数の多い方から上位の5医療圏(以下、万対高医療圏)、中位の5医療圏(中央値値27.6、27.7に近い医療圏以下、万対中医療圏)、少い方から下位の5医療圏(以下、万対低医療圏)、計15医療圏
- ii)国公立精神病床占有率の高い5医療圏(以下、占有率高医療圏)
- iii)以下の医療圏はi)またはii)に該当しても対象医療圏から除外。
  - 国公立精神病床数が0-30床未満または占有率が100%の医療圏
  - 精神科救急医療圏が全県一区で設定されている医療圏
  - 一都道府県内に同一抽出条件を満たす精神科救急医療圏が存在した場合、より十分に条件を満たす1医療圏以外の医療圏
  - 大阪市精神科救急医療圏(人口万対精神病床が下位の5医療圏に該当するが、救急を他医療圏にすべて依存するという特殊な地域であるため除外、なお、都心部の似たような医療圏として東京第1ブロックが抽出されている。)

### (抽出された精神科救急医療圏)

万対高医療圏群(5):	道央・空知(北海道)、県央・県南(長崎県)、南部(熊本県) 佐賀東部(佐賀県)、本島南(沖縄県)
万対中医療圏群(5):	西部(富山県)、中南部(三重県)、南加賀(石川県)、紀北(和歌山)、 南河内(大阪府)
万対低医療圏群(4):	第1ブロック(東京都)、中部(静岡県)、第1ブロック(埼玉県)、 第3ブロック(神奈川県)
占有率高医療圏群(6):	河北郡以北(石川県)、出雲(島根県)、県南(岩手県)、 十勝(北街道)、紀南(和歌山県)、中央(千葉県)

詳細は資料2-(1)参照

## 2) アンケート対象施設の種別と抽出条件

アンケート調査は、以下の409施設に調査票を送付し、回答を求めた。

- i) 研究対象精神科救急医療圏内の国公立病院 44 施設(単科精神病院 19、精神病床を有する一般病院 25)
- ii) 同医療圏内の精神保健関連施設 365 施設(保健所 85、社会復帰施設等の社会資源 115、民間精神病院 165)

なお、国公立病院、保健所、民間病院については、当該医療圏の全施設に回答を求めたが、社会資源については全施設に調査協力を求めるのは困難であるので、次のように回答協力依頼施設を抽出した。

- i) 生活支援センター(圏内全施設)
- ii) 授産施設(生活支援センターを施設内に併設している施設以外の全施設)
- iii) 援護寮(自治体立病院に付設したものを除外した全施設)
- iv) 共同作業所(調査対象国公立病院に近接したものと遠方のものから、最大5施設)

## 3) アンケート調査の内容と回答方法

アンケート調査は、研究3と共通の様式を用い、研究2では医療機関の現状評価及び将来像(期待度)に関する設問についてのみ分析・検討の対象とした。設問内容は、回答を依頼する施設種別ごとに少しずつ異なる。

- i) 国公立病院に対しては、資料2-(2)の調査表を送付した。

このうち、「自己診断プログラムのため

の診療等データ(医療機能情報)」、「6医療機能についての自己評価と将来力を入れたいと思っている機能領域(資料2-(6)別紙2参照)」、「地域から求められているにもかかわらず期待に応えられない機能領域がある場合は応えられない理由」の回答欄を分析の対象とした。

- ii) 保健所に対しては、資料2-(3)の調査表を送付した。

保健所が属する精神科救急医療圏内にあるすべての国公立病院について、「6医療機能をどの程度果たしているか(現状評価)」、「今後どのような機能を果たすことを期待しているか(期待度)」を、地域の保健行政機関の立場から回答することを求めた。

- iii) 地域の社会資源に対しては、資料2-(4)の調査表を送付した。

保健所への設問と同様であるが、どの国公立病院病院と日常連携を保っているかの設問が付加されている。

- iv) 民間病院に対しては、資料2-(5)の調査表を送付した。

保健所と同様に、国公立病院の6医療機能について、現状と強化すべき機能について回答を求め分析の対象とした。これに加えて、希望する病院に対しては、自己診断プログラムのための医療機能情報の記入を求め、後に診断結果を報告する旨を追記した。

つぎに回答の記載方法についてであるが、現状評価は6機能それぞれについて、国公立病院には「活性度が高い(◎)、平均的(O)、努力しているが困難(X)、不明(△)」の

いずれかから選択し、その他の施設には「活性度が高い(◎)、平均的(○)、低い(×)、不明(△)」のいずれかから選択し記入してもらった。

将来像(期待度)は、国公立病院には「力を入れたい(◎)、現在の機能を維持(○)、縮小あるいは困難(×)、不明(△)」のいずれか、それ以外の施設には「力を入れて欲しい(◎)、現状でよい(○)、縮小でよい(×)、不明(△)」のいずれかを選択してもらった。

なお、自己診断プログラムは、平成10年度厚生科学研究「公的病院の機能に関する研究(Ⅲ)」で考案されたものを用いた。これは、国公立病院の診療等のデータを集積して作成した評価スケールを用いて、個々の病院の医療機能活性度を全国の水準値と比較し、病院機能の診断を行なうコンピューター診断プログラムである。個々の病院は単科精神病院か併設精神科かによって2類型に分けられ、類型ごとに集積された病院データに基づくスケールで診断される。今回は、その後改訂された自己診断プログラム Ver. 2を用い、10段階評価(1点~10点)で採点した。詳細は文献(3)を参照されたい。

なお、アンケート調査の期間は、平成12年1月7日~2月29日であった。

## C 結果

### 1) 回収率の検討 (資料2-(7))

アンケートの総回収率は回収数 192/送付数 409=46.9%であった。回収率はアンケート送付施設の種別によって差があり、高い順に保健所(76.5%)、国公立病院(63.6%)、社会資源(45.2%)、民間病院(28.5%)であった。国公立病院の回収率が60%台に終わったのは、診療データ等の記入が煩雑であったことと他者評価への抵抗があったことが関係しているのかも知れない。保健所が高回収率であったのは、あらかじめ保健所長会を通じて研究協力依頼を行なったこと、精神保健福祉法改正の時期と重なり精神科医療への問題意識が高まっていることなどによるものと推定される。

なお、万対中位の医療圏群が他の3医療

圏群に比較して回収率が低かったが、この意味は不明である。

### 2) 資料の集計と一覧表の作成

アンケート調査は、研究方法の項で述べたように、国公立病院に求められている6機能(基本診療機能、救急・急性期治療機能、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)の各々について、現状と将来像(第三者評価では期待度)に分けて記載を求めたものである。国公立病院の回答は自己評価という形で整理した。保健所、社会資源、民間病院にはその精神科救急医療圏内のすべての国公立病院について回答を求め、その結果を第三者による他者評価という形で整理した。

有効回答の集計の素資料を6医療機能別に集計したのが機能別評価一覧表で、資料2-(8)-aが現状についての自己評価と第三者評価、資料2-(8)-bが将来像と期待度についての当該国公立病院の意見と第三者の意見を要約したものである。アンケートのチェック記号(◎○×△)をそのまま用いて表にした。なお、資料2-(8)-aには、医療機能活性度を知るための自己診断プログラムによる得点欄を設けた。

資料2-(9)は現状評価、将来像(期待度)、精神科救急医療圏群の間の関係を把握し易くするための一覧表である。

また、資料2-(10)は、「国公立病院に期待されているがそれに応えられない機能領域とその理由」についての自由記載をまとめたものである。

### 3) 自己診断プログラムと国立・自治体立病院自身による自己評価

資料2-(8)-aに、自己診断プログラムによる得点(1点~10点)と自己評価(◎、○、△、×)の結果を医療機能別に示した。表に見られるように、基本診療機能では多くの施設において自己診断プログラムの得点と自己評価の良否に極端な乖離はないが、たとえば、救急急性期治療機能では万対低医療圏群の03(併設)、04(併設)、専門領域対応機能では万対高医療圏群の04(単科)、身体合併症医療機能では万対高医療圏群の04(単科)と占有率高医療圏群の05(単科)、