

セット、酸素、吸引器、パルスオキシメーター、アンビュー、縫合セットなどを常備していた。人工呼吸器や腰椎穿刺セットは常備していないところもあったが、精神科以外の他科にあるため不要としたところもあった。

(2) 身体合併症患者の実態

1) 合併症患者の入院頻度

1ヶ月間における合併症患者の入院数は、大学病院を含めた総合病院5施設(総精神科病床200床)で55例の入院があり、1日平均1.8例(1000床あたりでは1日9.2例)であった。他科併設精神科病院2施設(総精神科病床899床)では22名の入院があり、1日平均0.73名(1000床あたりでは1日0.82例)であった。また、精神保健センター(総精神科病床数120床)では15例の入院があり、1日平均0.5例(1000床あたり1日4.2例)であった。

2) 性別、年齢

今回調査した合併症患者92例中、性別は男性44例(48%)、女性48例(52%)でほぼ半数ずつを占めていた。また、年齢分布は、図1に示すが最も多かったのは60代で約24%、20代から50代はほぼ同程度で14~15%、70代と80代を合わせた高齢者が約14%であった。

3) 入院経路と搬送手段

入院経路としては、自宅からが41%と最も多く、以下単科精神科病院からが29%、総合病院からが16%と続いていた。また、搬送手段は直接来院が51%で約半数、救急隊によるものが33%でこの両者で大部分を占めるが、その他搬送会社によるものが4%、警察によるものが2%であった。

4) 合併症タイプ

全92例中、精神疾患と身体疾患の偶発的合併が51%で最も多く、自傷、自殺企図、薬物の副作用などの精神疾患に起因する身体疾患・身体症状が34%、症状精神病やアルコール関連など精神症状を引き起こした身体疾患によるものが15%を占めていた。

5) 精神科診断(ICD・10)

ICD・10による診断分類別頻度を図2

に示すが、最も多かったのはF2の精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害で42%を占め、以下F0の症状性を含む器質性精神障害が17%、F3の気分障害が15%、F1の精神作用物質使用による精神および行動の障害が11%と続いていた。

6) 入院形態

入院形態は任意入院が47例(51%)、医療保護入院41例(45%)、措置入院2例(2%)、自由入院2例(2%)であり、任意入院と医療保護入院がほぼ半数ずつを占めていた。

7) 精神症状重症度

精神症状の重症度を図3に示すが、閉鎖病棟で管理が必要な患者(AとB)が52例(58%)を占め、開放病棟での治療が可能であった患者(CとD)が37例(42%)であった。重症度のA、B、C、Dをそれぞれ1点、2点、3点、4点として施設別に比較すると、今回の調査では、総合病院(2.4点)、他科併設精神科病院(2.2点)、大学病院(2.2点)、精神保健センター(2.0点)の順に重症度が高かった。

8) 身体疾患

本調査期間に入院した身体合併症の疾患分類を図4に示す。消化器疾患、感染症、肝障害がそれぞれ12~13%を占め、悪性腫瘍、骨折、糖尿病、薬物によるものがそれぞれ約9%を占めていた。

9) 身体重症度

身体疾患の重症度を図5に示す。全身管理が必要な重症患者(AとB)が14例(15%)であったが、軽症から中等症の患者(CとD)が77例(85%)を占めていた。重症度のA、B、C、Dをそれぞれ1点、2点、3点、4点として施設別に比較すると、今回の調査では、他科併設精神科病院(3.4点)、精神保健センター(3.4点)、大学病院(3.2点)、総合病院(3.2点)と4施設とも身体的重症度にはほとんど差を認めなかった。

10) 精神科看護度

看護観察の程度からみた身体的症状の重症度は、重症のAとBが28例(30%)、

軽症の C が 64 例 (70%) で、精神症状の重症度は、重症の A と B が 57 例 (62%)、軽症の C が 35 例 (38%) であった。

11) 看護必要度

看護必要度は 1 点が 33 例 (36%)、2 点が 8 例 (9%)、3 点が 20 例 (22%)、4 点が 15 例 (16%)、5 点が 12 例 (13%)、6 点が 4 例 (4%) であった。1 点が比較的多かったため全体の平均は 2.75 点であったが、3、4、5 点が 47 例 (51%) と半数を占めていた。

12) 身体症状の転帰

調査期間内で身体症状の転帰を評価できた患者 87 例において、軽快は 44 例 (51%)、治癒が 16 例 (18%) と約 70% が良好な転帰をとっていた。

13) 精神症状の転帰

調査期間内で精神症状の転帰を評価できた患者 87 例において、軽快は 37 例 (43%) であったが、不変が最も多く 47 例 (54%) と半数以上を占めていた。

14) 転医の状況

調査期間内に転医した患者 39 例の転医状況は、身体および精神症状の治療継続が 21 例 (54%) と最も多く、精神症状のみの治療が 15 例 (39%) であった。

15) 診療報酬

診療報酬については、身体合併症の種類や治療内容により差があるが、調査可能であった 61 例において、1 症例の 1 日あたりの診療報酬 (差額ベッド代は除く) は、32,229 円であった。身体重症度の高い A と B では、1 日平均 39,209 円で、重症度の低い C と D では 28,228 円であった。施設別でみると、大学病院 (42,862 円)、総合病院 (35,295 円)、他科併設精神科病院 (28,396 円)、精神保健センター (22,287 円) の順に高額であった。

D. 考察

(1) 合併症医療における設備構造について

今回の調査で回答の得られた 8 施設はいずれも合併症患者を積極的に受け入れている施設であるが、独立した合併症病棟を有

する施設は 8 施設中 5 施設であった。現在の合併症病棟の位置づけは不明確であり、例えば今回調査した 2 つの大学病院において 1 つの大学病院は精神科病床すべてが合併症病棟であったが、もう一方の大学病院は特に合併症病棟を持たず、一般の病床を合併症病棟にも使用している状況であった。すなわち身体合併症を管理できるような設備を有する病床はすべて合併症病棟と位置づけることも可能である。また、今回は身体的合併症の治療を受けた患者すべてを対象としており、身体的重症度も軽症から重症まで幅が広がった。したがって、今後合併症病棟の設置基準や、どの程度の身体的重症度を持つ患者を合併症患者とするかといった点などを考慮した上での調査が必要であろう。

医師・看護婦数については総合病院と他科併設の精神科病院を比較すると、医師数で 2.5 倍 (大学病院を除く)、正看護数も 1.7 倍であり、より濃密な治療を要する合併症医療は、大学病院を含めた有床総合病院が積極的に担っていく必要があると考えられた。したがって、総合病院における有床精神科の設置は非常に重要であり、合併症医療におけるその役割は今後ますます増大するものと思われる。

コメディカルについては今回調査した大学病院に専属のソーシャルワーカーがいなかったが、合併症患者の受け入れや治療後の後方病院などとの医療連携が重要となるなかで今後必要となる人員配置であろう。

平均在院日数については、一般的に合併症患者を扱うことで平均在院日数の延長が懸念されている。しかし、今回調査できた 8 施設においては、いずれも平均より短い在院日数であった。特に大学病院では特定機能病院のからみから短期間の病棟運営が課されており、合併症患者の増加とともに後方病院との連携が不可欠になると考えられた。

また、常備機材については合併症患者の重症度にもよるが、一般身体科と同程度の設置が必要と考えられた。

(2) 身体合併症患者の実態

合併症患者の発生頻度については、地域差などがあり一概にはいえないが、今回の調査では大学病院を含めた総合病院において 1 日 1000 床あたり 9 例前後の合併症が

入院し、他科併設の精神科病院においても1日1000床あたり約1例の入院があると考えられた。

性別は男女差がなく、年齢は各年代に渡っているが、今後高齢者の増加が予想される。入院経路では単科精神病院からが約3割を占めており、入院患者の高齢化が進む中で更に増加するものと思われる。

合併症タイプとしては精神疾患と身体疾患の偶発的併発が最も多かったが、自殺企図などによるより重症の患者は救命救急センターが対応していることが多く、今後合併症病棟と救命救急センターとの連携・協力なども重要な課題になるであろう。

精神科診断については、やはり他科での管理が困難となりやすい分裂病圏の疾患が多く、入院形態については医療保護入院が約半数を占め、合併症患者の精神科的重症度が高いことを反映したものであり、実際の精神症状重症度においても閉鎖病棟での管理が必要な患者が半数以上を占めていた。

身体疾患の分類は、さまざまであったが今後高齢者の感染症や骨折などが増加することが予測される。身体重症度については、全身管理が必要な重症患者も決して少なくはないが、生命予後に関わる重篤な患者は、救命救急センターなどへ収容されるため、軽症から中等症の患者が多数を占めていた。また、看護観察度からも他科での管理が困難な精神的重症度の高い患者で身体的にはそれほど重症度の高くない合併症患者が多いことが判明した。

看護必要度については、合併症患者以外との比較や他診療科との比較が必要であるが、この評価尺度を用いた他の調査による他診療科の得点と比較してみるとほとんど差がなく、合併症病棟は一般身体科病棟と同等以上の看護配置が必要であると考えられた。

合併症患者の転帰については、身体合併症は比較的良好な改善を示したが、精神症状の転帰は不変が多く、この結果は上述した合併症のタイプとして偶発的な身体合併症が多いことに由来しているように思われた。また、転医の状況は身体および精神症状の治療継続が必要な患者が約半数を占め、合併症治療を行っている他の総合病院への転医も少なくなかった。

最後に診療報酬であるが、今回の調査期

間における各施設の合併症の治療内容によっても異なる可能性がある。しかし、身体重症度では各施設とも大きな隔たりがないにも関わらず、診療報酬は大学病院、総合病院、他科併設精神科病院、精神保健センターの順となっていた。これは基準看護など各施設における設置基準に伴う診療報酬が大きく影響しているものと推察できる。また、合併症患者の治療は、当然精神科以外の他診療科の治療費が大きくなるわけであるが、患者の対応はすべて精神科のスタッフが行っており、他の患者に比べても格段に手間と労力がかかることは明らかである。したがって、合併症病棟においては人員配置を含め施設基準を高く設定する必要があり、それに見合った診療報酬加算が必要になるものと思われる。

E. 結論

本研究において以下の点が明らかになった。①合併症医療はマンパワーや設備構造などからも大学病院を含めた精神科有床総合病院が担っていく必要がある。②今後入院期間などを考慮した上で後方病院などとの連携が重要となる。③合併症患者は1日1000床あたり総合病院で9例、他科併設精神科病院で1例の入院患者が見込まれた。④合併症病棟では精神症状が比較的重症で、身体合併症はそれほど重症度が高くない患者が主体となっていた。⑤一般病棟と同等以上の看護配置が必要である。⑥合併症病棟は設置基準を高く設定するとともに、人員配置と施設基準に対する診療報酬加算が必要である。

本研究は、合併症患者を比較的積極的に受け入れている施設を対象としていること。調査期間が年末年始を含めた1ヶ月間と短期間であったことなどから我が国全体の合併症医療の実態を反映しているものではないが、合併症医療の一端を示したものと考えられる。

来年度の課題としては、合併症病棟の適正配置を検討するうえで、全国の総合病院精神科に対して合併症患者の治療状況を調査するとともに単科精神病院に対しても合併症患者の対応における問題点などを調査することが必要と考えている。

図1 年代別

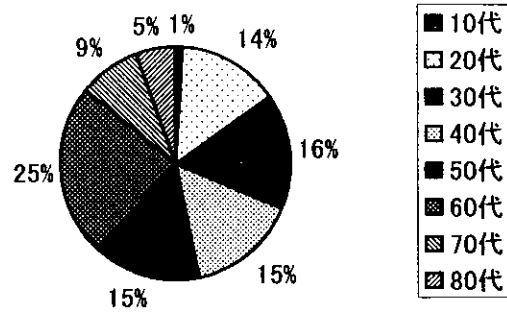


図2 ICD10診断分類

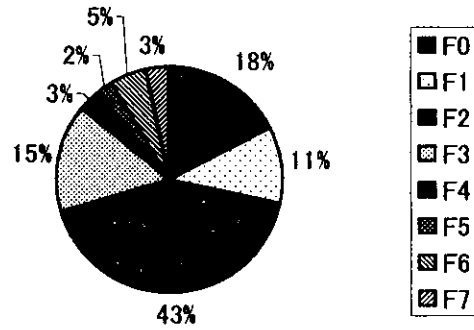


図3 精神症状重症度

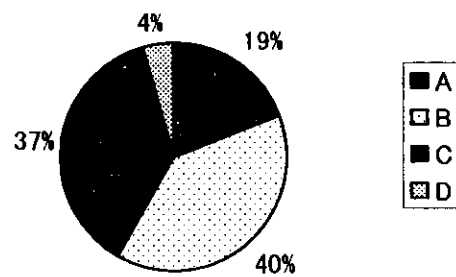


図4 身体疾患分類

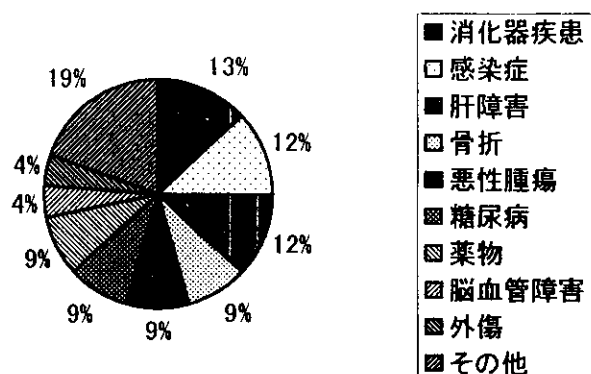
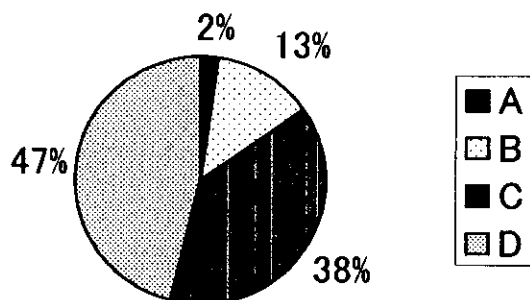


図5 身体症状重症度



(参考資料 1-1)

精神科合併症患者症例記録表

身体合併症治療開始時
(年 月 日)

患者番号： _____ イニシャル _____

性別：男・女 年齢： _____ 歳

身体合併症タイプ（以下の分類に○をおつけ下さい）

1. 神疾患に起因する身体疾患・身体症状
 - 1) 自傷行為・自殺企図によってもたらされたもの
 - 2) 拒食・不食等によってもたらされた栄養障害など
 - 3) 精神症状と関係のある事故・異常行為によってもたらされたもの
 - 4) 精神疾患の治療中に生じた薬物副作用
2. 精神症状を引き起こした身体疾患
 - 1) 症状性器質性精神疾患の原身体疾患
 - 2) 医薬原性精神障害のもととなった身体疾患
 - 3) アルコール関連身体障害
 - 4) 精神的反応を引き起こした身体疾患
3. 精神疾患と身体疾患の偶発的合併

施設名 _____

記入者氏名 _____

(参考資料 1-2)

(入室時)

1. 入院経路：
 - a. 自宅
 - b. 単科精神病院
 - c. 総合病院 (①精神科有床 ②精神科外来のみ ③精神科無し)
 - d. その他の一般病院
 - e. 診療所 (①精神科 ②一般科)
 - f. その他

2. 搬送手段：
 - a. 直来 b. 救急隊 c. 搬送会社 d. 警察 e. その他

3. 精神科診断： _____
F0 F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F90~98 F99
(精神科重症度：A. B. C. D.)

4. 身体疾患診断： _____
(身体重症度：A. B. C. D.)

5. 看護観察度： ① 身体的症状：A. B. C.
② 精神的症状：A. B. C.
③ 生活自由度：I. II. III. IV.
④ 生活自立度：I. II. III. IV.
看護必要度：I. II. III. IV. V. VI

6. 今回の入院目的以外の身体疾患既往歴
 - 1) 無し
 - 2) 有り (病名： _____)

7. 入院形式
 - 1) 任意 2) 医療保護 3) 緊急措置 4) 措置 5) 応急
 - 6) 自由 (病棟科名： _____ 科)

8. 前病院の入院形式 (_____ 病院)
 - 1)任意 2)医療保護 3)緊急措置 4)措置 5)応急 6)自由(_____ 科)
- 7) 外来： a. 精神科
b. 身体科 (_____ 科)
c. 精神・身体両科 (_____ 科)

9. 身体科併診予定：
 - 1) _____ 科 (_____ 回/週)
 - 2) _____ 科 (_____ 回/週)
 - 3) _____ 科 (_____ 回/週)
 - 4) _____ 科 (_____ 回/週)
 - 5) 無し (精神科医のみで治療)

10. 特殊身体治療予定：
 - 1) 手術：a. 有り b. 無し
 - 2) 出産：a. 有り b. 無し
 - 3) 体外循環 (人工透析等)：a. 有り b. 無し

(参考資料1-3)

転出時または1月31日
(年 月 日)

患者番号： _____ イニシャル _____

性別：男・女

年齢： _____ 歳

施設名 _____

記入者氏名 _____

(参考資料1-4)

(転出時または1月31日)

1. 精神科診断： _____
F0 F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F90~98 F99

(精神科重症度：A. B. C. D.)

2. 身体疾患診断： _____
(身体重症度：A. B. C. D.)

3. 看護観察度： ① 身体的症状：A. B. C.
② 精神的症状：A. B. C.
③ 生活自由度：I. II. III. IV.
④ 生活自立度：I. II. III. IV.

看護必要度：I. II. III. IV. V. VI

4. 入院形式

1)任意 2)医療保護 3)緊急措置 4)措置 5)応急 6)自由(病棟科名：_____科)

5. 今回の入院期間

- 1) 任意： 月 日～ 月 日 (日間・入院中)
2) 医療保護： 月 日～ 月 日 (日間・入院中)
3) 緊急措置： 月 日～ 月 日 (日間・入院中)
4) 措置： 月 日～ 月 日 (日間・入院中)
5) 応急： 月 日～ 月 日 (日間・入院中)
6) 仮： 月 日～ 月 日 (日間・入院中)
7) 自由： 月 日～ 月 日 (日間・入院中)

6. 身体疾患の治療期間：

月 日～ 月 日 (日間・治療中)

7. 精神療息の治療期間：

月 日～ 月 日 (日間・治療中)

8. 身体科併診状況：

- 1) _____科 (回/週)
2) _____科 (回/週)
3) _____科 (回/週)
4) _____科 (回/週)
5) 無し (精神科医のみで治療)

9. 実施または予定特殊身体治療：

- 1) 手術：a. 有り (月 日) b. 無し
2) 出産：a. 有り (月 日) b. 無し
3) 体外循環 (人工透析等)：a. 有り b. 無し

(参考資料1-4)

10. 身体症状転帰：

- | | | |
|--------------|---|--------------|
| 1) 治癒 (転医・退院 | 月 | 日または1月31日現在) |
| 2) 軽快 (転医・退院 | 月 | 日または1月31日現在) |
| 3) 不変 (転医・退院 | 月 | 日または1月31日現在) |
| 4) 悪化 (転医・退院 | 月 | 日または1月31日現在) |
| 5) 死亡 (| 月 | 日) |

11. 精神症状転帰

- | | | |
|--------------|---|--------------|
| 1) 寛解 (転医・退院 | 月 | 日または1月31日現在) |
| 2) 軽快 (転医・退院 | 月 | 日または1月31日現在) |
| 3) 不変 (転医・退院 | 月 | 日または1月31日現在) |
| 4) 悪化 (転医・退院 | 月 | 日または1月31日現在) |

12. 転医：

- A. 身体および精神症状の治療継続
- B. 精神症状の治療のみ継続
- C. 身体症状の治療のみ継続
- D. 身体・精神両症状とも治療終了または中断

13. 上記A. B. C. の場合

- 1) 自施設内転科：_____科
- 2) 転医無し (自施設通院) a.精神科 b.身体科 (_____科)
- 3) 転院：施設名 (_____)
 - a. 単科精神病院
 - ① 身体科通院有り
 - ② 身体科通院無し
 - b. 総合病院
 - ① 精神科有床病院
 - ② 精神科外来のみ (リエゾンも含む)
 - ③ 精神科無し
 - (ア)精神科通院有り
 - (イ)精神科通院無し
 - c. 精神科以外の一般病院
 - (ア) 精神科通院有り
 - (イ) 精神科通院無し
 - d. その他 (_____)

13. 診療報酬 (差額ベット代は除く)：

12月分診療報酬 _____点
1月分診療報酬 _____点

(参考資料2)

精神症状重症度分類	
Grade	
A	著明な精神運動興奮及び制止, 激しい幻覚妄想状態, 高度な知的障害(痴呆症状も含む)等にて個室による隔離や身体の拘束あるいは薬物による鎮静が治療を進めていく上で必要なケース 激しい暴力行為, 著しい衝動行為, 頻回な自傷行為, 持続する自殺念慮・企図, 強度の昏迷状態による非疎通状態, 病識全欠如に伴う治療拒絶
B	精神運動興奮及び制止, 幻覚妄想状態, 知的障害(痴呆症状も含む), 躁状態やうつ状態及び焦燥状態等にて患者自身の意志での入院加療継続が不可能であり閉鎖病棟が治療を進めていく上で必要なケース
C	精神症状は存在するが入院加療の必要性を患者自身が持ち得ており, 治療を進めていく上で開放病棟にて加療継続が可能なケース
D	精神症状は消失しているか, 精神症状が存在しても外来通院加療で対応可能であり, 日常生活においては他科通院患者と比較しても特に大きな問題は存在せず, 身体的加療が必要な場合は治療及び看護を進めていく上でその加療が必要とされる一般科への入院が可能なケース

(参考資料3)

身体重症度の評価		
身体的重症度		
(全身管理が必要)		(次のうちいずれかが該当する)
A	a バイタルサイン	12～24 検あるいは頻回 観血的モニターを装備(Aラインやスワンガンツカテーテル), 体外循環(血液浄化など), 持続的循環器薬剤の管理 人工呼吸器を使用, 頻回の血液ガス検査 開頭・開胸・開腹・大血管・広範囲の植皮などの侵襲度の高い手術で抜糸まで, 広範囲で専門的な創管理, 術後持続的洗浄, 術後の持続的輸血 緊急を要する電解質異常の補正 これらの管理に相当すると思われるもの
	b 循環管理	
	c 呼吸管理	
	d 術後管理(産科を含む)	
	e 水電解質管理	
	f その他	
B	(継続的に専門的な身体管理が必要)	
	a バイタルサイン	6～8 検 観血的モニターを装備(CVP モニター), 持続的薬剤の管理 気道確保を要す, 頻回の分泌物吸引を要す, パルスオキシメーター装着, 酸素吸入 各種ドレイン装置の管理, 間欠的な輸血, 持続的な疼痛管理, 広範囲であるが単純な創管理 輸液バランスの管理 完全静脈栄養法(高カロリー輸液) イレウス管留置, これらの管理に相当すると思われるもの
	b 循環管理	
	c 呼吸管理	
	d 術後管理(産科を含む)	
	e 水電解質管理	
	f 栄養管理	
g その他		
C	(次のうちいずれかが該当する)	
	a バイタルサイン	3～4 検 24 時間 ECG モニターを装着, 単純な持続的な輸液療法 吸入を要す, 肺理学療法 小手術手技程度で特に抜糸まで包帯交換程度でよい 経腸栄養法(経管栄養・成分栄養) これらの管理に相当すると思われるもの
	b 循環管理	
	c 呼吸管理	
	d 術後管理	
	e 栄養管理	
f その他		
D	(次のうちいずれかが該当する)	
	バイタルサイン	1～2 検あるいは1 回/週程度以下, モニタリングは施行していない, 投薬や間欠的な輸液療法のみで身体管理がほとんど必要ない

(参考資料4)

精神科看護度の基準		
看護観察の程度	身体的な症状・問題の程度	精神症状・問題行動・異常行動の観察
A	重症患者	精神障害の高度な患者
常時観察 つきっきりから 1時間に数回の観 察を要する	<ul style="list-style-type: none"> 急性心不全、呼吸不全、出血等によるショック状態、全身火傷、脊椎損傷等の緊急状態、呼吸困難、一般状態の悪化、重篤な状態、レスピレーター、モニター使用、気管切開、気管挿管、酸素吸入等を装着している 手術直後の患者 全身麻酔手術後の要観察期 医療・看護処置が複雑な患者 持続点滴で薬物治療をしている、つきっきりの検査を要する、誤飲や嘔下困難で気道閉鎖を度々起こしている 意識障害の高度な患者 昏睡状態、半昏睡状態等 悪性症候群の患者 	<ul style="list-style-type: none"> 自殺が切迫している、けいれんの重積発作がある、せん妄状態・錯乱状態・もうろう状態、離脱症状が出ている、精神運動興奮、不穏状態にある、頻繁に自傷行為・他者への攻撃性・脅迫がある、放火・弄火の恐れがある、頻繁に性的逸脱行為がある、頻繁にトラブルを起こす、水分を過剰摂取している(水中毒)、昏迷状態にある、その他、生命にかかわる危棟的状态にある 身体的拘束をしている患者 保護室を使用している患者
B	重症患者に準じ、要注意の患者	精神障害の中等度の患者
継続的な観察 おおむね1~2時間 ごとの観察	<ul style="list-style-type: none"> まだ状態が不安定で急変の恐れがある、症状が進行し、衰弱が著明である、症状は安定しているが、医療・看護処置を多く必要とする、意識障害がある、運動麻痺があり自力では動けない、言語障害でコミュニケーションがとれない、失禁がある、感染予防のために隔離している 術後の患者 全身麻酔後の回復期にある、腰椎麻酔後から翌朝まで 特殊撮影又は生検後の患者 錐体外路系の副作用が顕著に表れている患者 	<ul style="list-style-type: none"> 自殺念慮がある、時々興奮状態を呈する、失見当識がある、不安・徘徊・不眠がある、時々、けいれん発作を起こす、拒食・拒薬がある、弄便・放尿等の不潔行為がある、異食・盗食がある、時々、トラブルを起こす、時々、たかり・いじめ・脅かしをする、心氣的・病的体験に基づく訴えが多い、無為・無欲・無気力な状態にある、感情や身体的苦痛等を訴えることができない、意志の疎通が困難である
C	軽症の患者	精神障害の軽度の患者
継続した観察は特 に必要な Bより長く間隔をあ けた観察	<ul style="list-style-type: none"> 運動・視力・言語等に障害が残っている、術後の回復期にある、治療上の規制がある 	<ul style="list-style-type: none"> 症状は安定しているがBの状態が希にみられる、自発的な行為が少ない、集中力、持続性に問題が残されている

(参考資料5)

看護必要度の算定		
必要度	患者の病態や治療状況	点数
I 度	<p>日常生活の自立, 食事療括のみ実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害(運動障害, 視力障害, 言語障害等)があってもあまり不自由なく日常生活が送れる患者 ・慢性疾患の長期入院の患者・退院の間近な患者・検査目的の入院患者 	1 点
II 度	<p>移動のみ介助, 高齢で聴力障害あり, 軽度痴呆</p>	2 点
III 度	<p>排泄, 食事介助, チューブ管理, 見当識障害</p> <ul style="list-style-type: none"> ・酸素, レビン, 胆ドレーン, パルン, IVH, 気管カニューレなど ・食事のセット(単なる配膳, 下膳でない) 	3 点
IV 度	<p>食事以外全介助, 隔離, 足牽引中</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症, 無菌室又はこれに準ずる者, M の個室管理などガウンテクニックの必要な者 ・手の牽引・生活はなんら拘束される症状ではないが, 精神不穏状態, 徘徊失見当識のある患者 ・不安が強くナースコール頻回の患者 	4 点
V 度	<p>全介助, 手術当日, 1 時間毎の観察, 鎮静剤使用中</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全身麻酔術後の要観察期から脱却するまで(バイタルが安定していれば翌日までとする)腰椎麻酔も含む ・重症患者に準じ, 要注意の患者 ・VI の状況からは脱却したがまだ状態の安定しない患者 ・症状は安定しているが, 医療, 看護処置を多く必要とする患者 ・脳室ドレナージ, 胸腔持続吸引, 腹膜灌流などを施行中の患者 ・運動麻革もしくは機能障害のため全介助, または半介助の患者 ・言語障害, 意識障害, 気管切開, などのため意志の伝達ができない患者 ・レスピレーター装着, 酸素療法中の患者 ・食事, 排泄全介助を要する患者 ・特殊撮影, 生検後安静を要する患者 ・精神障害の高度な患者患者の状態治療の状況 ・精神・神経疾患患者で, 興奮状態, 異常行動, 徘徊, 鬱状態, 自殺企図があるため常時監視が必要な患者 ・てんかん重責症, けいれん発作消失後 24 時間, 失神発作の見られる患者 	5 点
VI 度	<p>全介助, 意識障害, モニター監視中, 点滴ライン 3 本</p> <p>重症患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急性心不全, 呼吸不全, 出血性ショック状態, その他のショック状態, 多発性外傷, 全身火傷, 脊椎損傷など緊急状態から脱却するまでの患者 ・心不全, 呼吸不全をきたし, レスピレーター, 気管内挿管, 昇圧剤の持続注入など血圧コントロールをしている患者 ・癌末期などで意識障害, 呼吸障害, 血圧低下, 尿量低下, 鎮静剤を多量に使用し疼痛コントロール中の患者 ・意識障害の高度な患者: 昏睡, 半昏睡, 混迷状態にある患者 	6 点

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書
精神医療の機能分化や専門的医療等に関する研究
「ストレスケア病棟のあり方に関する研究」

分担研究者：保坂 隆（東海大学医学部精神科）

研究要旨： うつ病はしばしばみられるものであり、適切な治療によって完全に治癒する精神疾患でもある。しかし、精神科への抵抗感のためか、適切な治療が行われないために自殺企図に至っているケースも少なくない。そのような背景を考えると、精神科病院の中に、他の重篤な精神疾患患者とは別の「ストレスケア病棟」というような特別な病棟をつくるという方策が考えられる。

本研究でまず、住民調査により一般人口のなかの希死念慮の有病率調査を行ったところ、自殺することを少しでも考えたことがある者は人口の約1割(10.5%)存在し、しばしば考えている者は1%を越えていることが明らかになった。この数値は、うつ病あるいは自殺企図予備軍は予想以上に多いことになり、自殺予防の観点からももっと敷居の低い精神医療の場が望まれる。

次に、某大学病院救命救急センターに搬送される自殺企図者の病名・入院治療の必要性・実際の転院先などを調査したところ、自殺企図者はここ数年の間で急増し、平成13年の1年間では自殺企図のために搬送された患者は300名いた。診断的にはうつ病や人格障害が多く、そのまま帰宅できる患者は約一割に過ぎず、ほとんどの患者では数日間、あるいはそれ以上の入院治療が必要であった。

最後に、現在わが国には、ストレスケア病棟あるいは類似の病棟を有している精神病院は、わずか10施設に満たない。今回、そのなかの二施設を見学したが、そのうちの一施設(50床)では、病床稼働率は61%(平均30.7人)で、平均在院日数は55日であった。通常の精神病棟に比べて回転性が高いことがわかる。しかし、同施設では医師以外のスタッフは22名必要であり、当然現行の精神病棟入院基本料では非採算的であることがわかった。

今後は、ストレスケア病棟の存在意義をさらに明確にし、医療経済的な側面を検討し、最終的には、精神病床の一部をストレスケア病床(病棟)にした場合の診療報酬上の修正案を提案したい。

【はじめに】

死因統計の中の自殺はここ10年くらいの間で言えば、死因第6-7位くらいに位置している。社会的に話題になることの多い「交通事故死」が年間約1万人前後であることを

考えると、自殺の問題はもっと話題にならないといけない。具体的に、毎年の自殺による死亡者数で言えば、長い間20000人前後で経緯してきたが、平成8年には22138人、平成9年には23494人、と漸増傾向にあり、平

成10年には31755人と極端な増加を示した。その後も、年間の自殺による死亡者は3万人を越えている

自殺の背景として最も考えられるのがうつ病である。うつ病は、「こころの風邪」とも言われるように普通の社会人にもしばしばみられるものであり、適切な治療によって完全に治癒する精神疾患でもある。しかし、精神科への抵抗感のためか、精神科を受診していないことが多く、そのように病院を受診していないうつ病による自殺も無視できないのではないかと思われる。また、うつ病で入院治療が必要な場合には、いわゆる単科の精神病院（精神科病院）への入院は患者・家族だけでなく、精神科医でさえ紹介しにくい。このような患者の入院治療には総合病院精神科のような「敷居の低い」病棟が望ましいが、いわゆる総合病院のうち精神科病棟を有しているのは1/4に過ぎないという現実がある。そのような背景を考えると、精神科病院の中に、他の重篤な精神疾患患者とは別の「ストレスケア病棟」というような特別な病棟をつくるという方策が考えられる。

このような背景から本研究ではストレスケア病棟の存在意義を明確にして、医療経済的な側面からも検討することを目的としている。そこで、まず住民調査により一般人口のなかに、どのくらいの程度でうつ病や希死念慮を有している人がみられるかを調査する。次に、三次救命救急センターに搬送される自殺企図者の実態として、その病名・入院治療の必要性・実際の転院先などを調査する。最後に、現在、ストレスケア病棟を有している病院を訪ね、その必要性に関する実態調査をして、医療経済的な側面も検討する。最終的には、精神病床の一部をストレスケア病床（病棟）にした場合の診療報酬上の修正案を提案したい。

平成13年度には以下の検討を行ったので報告する。

(1) 一般人口のなかにみられるうつ病や希死念慮についての調査

(2) 三次救命救急センターに搬送される自殺企図者の実態調査

(3) ストレスケア病棟を有している二施設の実態調査

【研究1】一般人口のなかにみられるうつ病や希死念慮についての調査

●方法

神奈川県Z市では毎年住民にアンケートを送付して健康調査などを行っている。今回は、市による定期検診を希望した住民約15,000人の中から8000人を無作為に抽出し、ストレスや睡眠状態や抑うつに関する数項目の質問項目を加えた。抑うつに関する質問は以下のようなものである。

質問：憂うつでもう死んでもかまわないと思うときがありますか。

- (1) まったくない
- (2) ほとんどない
- (3) 少しはある
- (4) しばしばある
- (5) いつもである

●結果

有効回答数5,903件であった。年齢分布を【表-1】に示した。

【表-1】年齢分布

年代	人数
20歳代	2
30歳代	127
40歳代	621
50歳代	1526
60歳代	2152
70歳代	1421
不明	54

質問に対する回答別の人数を【表-2】に示した。

【表-2】「憂うつでもう死んでもかまわないと思うときがありますか？」への回答

まったくない	3801人
ほとんどない	1323人
少しはある	495人(8.7%)
しばしばある	54人(0.95%)
いつもである	23人(0.40%)

つまり、自殺することを少しでも考えたことがある者は約1割(10.5%)存在し、しばしば考えている者は1%を越えていることが明らかになった。

【研究2】三次救命救急センターに搬送される自殺企図者の実態調査

●方法

2000年1月から12月までの1年間、東海大学病院救命救急センター受診者の全カルテを検討して、精神科医が関与したケース、特に自殺企図で搬送されたケースの分析とその転帰について調査した。

●結果

○2000年1月から12月までの1年間では以下の受診者であり、そのうち精神科医が関与したケース、特に自殺企図で搬送されたケースは以下の通りであった。

東海大学病院救命救急センター受診者 21,264名(男10,419名 女10,845名) 中
精神科受診者 803名(男282名 女521名)
自殺企図者 300名(男68名 女232名)

○自殺企図者数の変化

途中、数値が欠如しているが、確実に自殺企図症例が増えていることがわかる。

	総来院者数	自殺企図者数
1992年	15,318	95
1993年	16,639	124
1994年	15,479	132
1995年	15,259	150
1996年	16,172	155
2001年	21,264	300

○精神科的診断

精神科医が関与したケースは以下の通りである。うつ病や人格障害が多いことがわかる。

- ・男 68 (うつ病 32 中毒精神病 12 分裂病 8 人格障害 4 器質精神病 12)
- ・女 232 (人格障害 112 分裂病 44 心因反応 36 うつ病 20 拒食症 8 器質精神病 12)

○自殺企図者の転帰

自殺企図者の転帰は以下の通りであり、ほとんどの患者が入院していることがわかる。

- ・そのまま帰宅 36名(男0名 女36名)
- ・救急病棟への入院 264名(男68名 女196名) →平均在院日数 5.48日
- 精神科転棟 12名(男8名 女4名)
- 他の精神病院入院 32名(男8名 女24名)
- 自宅へ退院 208名(男40名 女168名)
- 死亡 12名(男12名 女0名)

【研究3】ストレスケア病棟を有している二施設の実態調査

現在わが国にはあるストレスケア病棟あるいは類似の病棟を有している精神病院は10施設に満たない。今回、そのなかの二施設を見学したが、そのうちの一施設の実態の一部を示す。

○施設の構造・スタッフ

ストレスケア個室病棟 病床構成 全 50 床 (差額ベッド料金)

1 人部屋 (42 室)		2 人部屋 (4 室)
バス・トイレ付 (4 室)	トイレ付 (38 室)	トイレ付
4000 円	2000 円	1000 円

ストレスケア病棟スタッフ数

職種	看護婦・看護師	准看護婦	介護者	OT
人数(人)	9	8	3	2
計 22				

○ストレスケア個室病棟の入院患者データ

(H12. 3. 1～ H13. 10. 31)

- ・開設からの総入院患者数 394 人
- ・平均在院日数 55 日
- ・病床稼働率 61%(平均 30.7 人)

○平成 14 年度の研究計画

総合病院における精神科病棟は非常に少ないために、一般病棟にて精神科医がうつ病患者を治療していく場合と、精神科病院にいわゆる「ストレスケア病棟」を設ける方法が考えられる。

前者では 1 年間の入院患者の種類と入院期間とその予後などを検討する。

後者では、全国で数カ所で行われているストレスケア病棟についての実態調査をする。

そして、両者のケースで、現在の診療報酬に基づいた医療経済的な検討をし、適正な診療報酬の提案をしていく予定である。

以上

厚生省科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

－精神医療の地域化や専門的医療に関する研究－

専門病棟の国際比較に関する研究

分担研究者 伊藤 弘人 国立医療・病院管理研究所 主任研究官

研究要旨：本研究では、海外における精神科専門病棟の動向と現状を把握する目的で、アメリカにおける状況に焦点をあてて情報を収集し、分析を行った。研究方法：調査対象とした専門病棟は、児童思春期専門病棟、アルコール・薬物依存病棟、身体合併症病棟、ストレスケア病棟である。まず、インターネットによる情報収集を、評判度の高い上位5病院のホームページより行った。もう一つは統計資料を通じた調査で、アメリカ精神医療に関する統計資料に基づき、専門医療を含む精神科全般の動向について分析を行った。結果：調査対象とした5病院に関して今回情報を得ることができた専門病棟は、児童思春期専門病棟とアルコール・薬物専門病棟（および一部、ストレスケア病棟）であった。いずれも、病床数が少なく、24時間入院ケア→居住治療→部分入院→外来ケアへのステップダウン機能を有し、できるだけ早期に可能な限り制限の少ない環境へ移行できるよう配慮がなされていた。統計資料を分析しても、24時間の入院ケアから部分入院および外来へという流れは確認され、同様の動向は児童思春期ケアに関しても認められた。まとめ：精神科専門病棟のあり方として、入院治療からのステップダウン機能を整えていくことの重要性が示唆された。今後は、他の諸国の状況も踏まえて、人口当たり必要な病床数の推計や病棟の構造的側面など更に具体的な情報を収集していくことが必要である。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

富松 愈	日本精神病院協会 医療経済委員会委員長
長瀬 輝誼	日本精神病院協会 医療経済委員会担当常務理事
樋口 輝彦	国立精神・神経センター 国府台病院院長
福井 里江	国立医療・病院管理研究所 リサーチ・レジデント

(五十音順)

よりきめ細かく効果的に対応していくためには、新たな専門的精神医療システムの構築が欠かせない。欧米諸国においては、精神医療への様々なニーズの高まりに対応して、いくつかの先進的な専門医療・専門病棟がすでに各地に作られているが、わが国においてはそのような精神医療の機能分化や専門的医療のシステムが未だ確立されておらず、欧米外国に遜色のない精神科専門医療体制を整えることが急務となっている。

そこで本研究では、手厚い治療が必要と考え

A. 研究目的

精神的ストレスが増大し、精神健康に問題を有する人が急増している現在、個別のニーズに

られている精神科専門領域のうち、児童思春期専門病棟、アルコール・薬物依存病棟、合併症病棟、ストレスケア病棟を取り上げ、欧米諸国のうち今回はアメリカ合衆国における精神科専門医療・専門病棟の現状について調査し、わが国の精神医療提供体制に役立つ情報を得ることを試みた。

B. 研究方法

1. インターネット検索を通じた情報収集

アメリカの雑誌、US News では、専門領域別に様々な病院の入院医療の質を調査し、ランキング形式にして Best Hospitals としてインターネット上で公開している

(<http://www.usnews.com/usnews/nycu/health/hospital/tophosp.htm>)。そこで、アメリカの先進的な病院における精神科専門医療の状況について情報収集するため、“Psychiatry”の項を検索し、上位5位以内にランキングされている5病院のホームページにアクセスし、専門病棟に関する記述を調査した。

このランキングにおいて各病院の入院治療の質を評価する基準は専門領域によって異なっており、たとえば、がんであれば、死亡率、技術サービス得点、1床あたりのレジスタードナース数、退院患者数、評判度得点などによって評価される。精神科については、タイトルの下に「これらのセンターでは外来ケアにより重点をおいている」という一文が添えられており、したがって1床あたりのレジスタードナース数や退院患者数といった入院治療にまつわる得点は採用されず、評判度得点のみが基準となっている。この評判度得点 (Reputational Score) の算出方法は、当該専門領域 (この場合は精神科) を専門とする有資格の医師から150名をランダム

抽出し、その領域でトップクラスであると思う病院を、コストや立地に関係なく5病院挙げてもらい、過去3年間の調査で当該病院の名を挙げた医師が何%いたかを算定するものである。

各病院のホームページ検索の結果、専門医療に関する記述が見出せた場合には、専門病棟のみならず、当該専門領域のサービスの全体像を把握するよう努めた。また、資料請求が可能なフォームがページ上にある場合には、関連資料の送付を依頼した。

2. アメリカの統計資料を用いた調査

アメリカの精神医療の動向および専門医療の状況を統計資料より調査するため、U.S.

Department of Health and Human Services より2年に一度出されている精神医療に関する統計資料、「Mental Health, United States」の1996年版および1998年版に基づいて情報の分析を行った。

3. 本年度における報告方針

調査初年度であることもあって情報収集には限界があり、調査対象国はアメリカのみであった。また、専門病棟の人口あたりの病床数や病棟の構造的側面などを幅広く明らかにするには至らなかった。そこで本年度は、アメリカにおけるいくつかの先進的病院での取り組みを明らかにするとともに、同国の精神医療に関する統計資料より精神医療全体および専門医療に関する動向について報告することとした。

C. 研究結果

1. インターネット検索を通じた情報収集

1) 対象病院

U.S. News による Best Hospitals Finder において2001年に上位にランキングされた5病院は、1位: Massachusetts General Hospital (Boston、評判度得点31.8%)、2位: New York Presbyterian