

平成14年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

精神医療の地域分化や専門的医療に関する研究

総括・分担研究報告書

主任研究者

守屋裕文（埼玉県立精神保健総合センター）

分担研究者

堀川公平（野添病院）

妹尾栄一（東京都精神医学総合研究所）

遠藤俊吉（日本医科大学）

保坂隆（東海大学医学部精神科）

伊藤弘人（国立保健医療科学院経営科学部サービス評価室）

富松愈（三池病院）

鮫島健（鮫島病院）

目 次

I. 総括研究報告書

- 精神医療の地域分化や専門的医療に関する研究 1
主任研究者 守屋裕文(埼玉県立精神医療センター)
研究協力者 西島英利、長瀬輝誼、白石弘巳

II. 分担研究報告書

1. 児童思春期病棟のあり方に関する研究 1 1
分担研究者 堀川公平(野添病院)
研究協力者 青木省三、清水将之、白石 潔、杉山登志郎、西村良二、帆秋善生、
松田文雄、吉田敬子
2. 薬物依存病棟のあり方に関する研究 2 9
分担研究者 妹尾栄一(東京都精神医学総合研究所)
研究協力者 大原美知子、梅野 充、関 紳一、麻生克郎
3. 合併症病棟に関する研究 7 8
分担研究者 遠藤俊吉(日本医科大学医学部精神医学教室)
研究協力者 上村秀樹、木村真人、佐藤茂樹、杉山 一、鈴木博子、
成重竜一郎、森 隆夫
4. ストレスケア病棟のあり方に関する研究 9 0
分担研究者 保坂 隆(東海大学医学部精神科)
5. 専門病棟の国際比較に関する研究 9 7
分担研究者 伊藤弘人(国立保健医療科学院経営科学部)
6. 各専門病棟への診察報酬面での評価 1 0 6
分担研究者 富松 愈(三池病院)
研究協力者 長瀬輝誼、平川淳一、馬屋原 健、松本義郎、川渕孝一、伊藤弘人
7. 都道府県における精神科病床数の算定のあり方に関する基礎的研究 1 1 0
分担研究者 鮫島 健(鮫島病院)
研究協力者 五十嵐良雄、伊藤弘人、竹島 正、長瀬輝誼、中村健二、八田耕太郎、
南 良武

I . 総括研究報告書

精神医療の地域分化や専門的医療に関する研究

主任研究者 守屋裕文 埼玉県立精神医療センター 院長

研究要旨 目的：精神科医療の効果的な機能分化のあり方、それらの有効な統合化、また機能分化を可能にする環境や条件などについて明らかにすることを目的として平成13年度に引き続き本研究を行った。方法：児童思春期病棟、薬物依存病棟、合併症病棟、ストレスケア病棟を機能分化により、専門的医療を提供すべき精神科病棟として特に抽出し、その設備構造や人員配置など必要な基準案の提示、それぞれの専門病棟で行われる医療の質を担保する評価方法を提示することなどを目指した。また、包括病床における診療報酬算定の問題点の分析や、必要病床の算定との関係で、わが国の精神科医療の地域差について調査を行った。また、国際的な動向を知るため、アメリカの専門病棟のあり方について調査を行った。結果：1)精神科医療の機能分化により、4つの専門病棟を一定数整備する必要性について確認した。2)各専門病棟の人的配置、構造、治療プログラム、病棟と関係機関のネットワークなどについて明らかにした。3)各専門病棟を運営するに際し、適正な診療報酬の設定を行うことの重要性を指摘し、一部シミュレーション結果を示した。結語：今後は、必要と考えられる専門病棟ごとに、日本における必要病床数、設備や専門職の配置基準、治療プログラム、平均的な治療期間、これらに対応する必要経費とそれをまかなうための診療報酬上の配慮、などを明らかにすることにより、精神医療の地域分化や専門的医療の開発に貢献することを目指したい。

分担研究者

堀川公平(野添病院)

妹尾栄一(東京都精神医学総合研究所)

遠藤俊吉(日本医科大学)

保坂隆(東海大学医学部精神科)

伊藤弘人(国立医療・病院管理研究所)

富松愈(三池病院)

鮫島健(鮫島病院)

研究協力者

西島英利(日本医師会)

長瀬輝誼(日本精神科病院協会)

白石弘巳(東京都精神医学総合研究所)

A. 研究目的

(1) 研究の背景

近年、生活不自由さを伴い医療や何らかの福祉的援助などを必要とする精神障害者の数は204万人に達している。通院者数(170万人)と入院者数(34万人)をあわせた「受療率」も全疾患の中で高血圧疾患に次いで第2位となっている。精神障害者数はかなり急速に増加してきており、その中には、新たに注目を浴びるようになったも

のも少なくない。そのようなものの例としては、児童期の注意欠陥／多動性障害、十代以降の社会的ひきこもり、災害や犯罪などに伴って発生するPTSD、中高年を中心にした自殺の問題などが挙げられよう。21世紀は「心の世紀」と呼ばれることがあるが、現実には、複雑化した現代社会が生み出すさまざまなストレスがもたらす国民の精神的健康の悪化が強く懸念されているところである。こうした事態を受け、平成14年12月に公表された社会保障審議会精神保健分会報告書では、心の健康対策として、①精神障害及び心の健康問題に関する健康教育等、②自殺予防とうつ病対策、③心的外傷体験へのケア体制、④睡眠障害への対応、⑤思春期の心の健康、などが挙げられた。

これらの健康問題に対処するために、これまでの日本の精神保健医療福祉のシステムは必ずしも十分とは言えない。日本の精神科医療は、精神科病院への入院者が世界的にも多く、特に10年以上の長期在院者の比率が高いことなど、収容主義的な色彩を残している。精神障害分会報告書では、こうした状況に鑑み、今後の精神科医療施策の基本として、入院医療主体から、地域保健・医療・福祉を中心としたあり方への転換を図ることが謳われた。そして、そのためには、7万2千人とされる社会的入院患者の退院促進などを通じて、精神病床の削減も検討の対象となっていると考えられる。その一方で、既存の精神科医療施設では十分対応できていなかったと考えられる疾病や病態には、新たに専門的入院病床を整備する必要が生じている部分もある。

ちなわち、一方で、現状では対応し切れていない精神科的問題への対策のために機能分化した専門的病床を新たに整備しつつ、他方、長期在院者によって占められている病床については削減することも視野に

入れた精神科医療の構造改革が行われる必要がある。

このような構造的改革を行う上では、地域精神医療の時代にふさわしい精神病床数の目標値の算定式について検討し、広く合意を得る必要がある。また、総医療費のなかに占める精神科医療費の比率が5%程度と診療対象人数に比して著しく低い値となっている問題を解決するためにも、エビデンスに基づく適正な診療報酬算定基準を作成することが必要となるであろう。特に、新たに整備する専門的病棟では、その必要病床数、治療構造、治療プログラム、人員配置などを勘案し、経営的にも安定した病棟運営ができるようなシステムづくりをしなければならない。

(2) 本研究班の研究体制及び研究内容

以上のような諸課題を念頭に置き、平成13年度からの3年間で、精神科医療の効果的な機能分化のあり方、それらの有効な統合化、また機能分化を可能にする環境や条件などについて明らかにすることを目的として本研究を実施した。

本研究の研究組織とそれぞれの研究分担は以下の通りである。

児童思春期病棟、薬物依存病棟、合併症病棟、ストレスケア病棟を機能分化により、専門的医療を提供すべき精神科病棟として特に抽出し、これらの専門病棟について、その設備構造や人員配置など必要な基準案の提示、それぞれの専門病棟で行われる医療の質を担保する評価方法を提示することを目指した。そのために、「児童思春期病棟のあり方に関する研究」（分担研究者堀川公平）、「薬物依存病棟のあり方に関する研究」（同妹尾栄一）、「合併症病棟に関する研究」（同遠藤俊吉）、「ストレスケア病棟のあり方に関する研究」（同保坂隆）の4つの分担研究を組織した。

また、各専門病棟機能において、諸外国に比べて遜色ない専門精神医療を提供するために「専門病棟の国際比較に関する研究」(同伊藤弘人)を行った。

さらに、各専門病棟が安定した運営を行うために適正と考えられる診療報酬体系のあり方を検討するため「各専門病棟への診療報酬面での評価」(同富松愈)を行った。

一般精神病床を含め、各都道府県に必要とされる精神病床数を算定する方法について「都道府県における精神科病床数の算定のあり方に関する基礎的研究」(同飯島健)を行った。

(3) 本研究班の平成 13 年度の研究成果

これらの研究の平成 13 年度の研究成果を分担研究ごとに、以下に要約する。

a. 「児童思春期病棟のあり方に関する研究」

児童思春期病棟のあり方を明確にするための現状調査として、26 病院(全児研加盟 12 病院、日精協調査による 11 病院、その他 3 病院)に対しアンケート調査を行ったところ、回答のあった 19 病院において、平成 13 年 12 月現在で児童思春期の入院患者数は計 592 名、病床利用率に関しては平均 70 %であった。また医師体制に関しては公的病院が約 18 : 1、民間病院では正確に把握できないが 48 : 1 よりも多くの医師が関わっている事が推測された。回答したほとんどの病院は公民間わず看護体制 3 : 1 をとっており、公的病院の約 7 割の施設で保育士をおいていることが明らかとなった。また民間病院では、思春期の患者が多く、精神分裂病や人格障害、神経症などが多くを占めていた。これに対し、公的病院では学童期以下の年齢の患者が多く、発達障害や子供の行動及び情緒障害が 5 割を超える施設がみられた。

この他、無作為抽出した 6 県の児童関連

3 施設(児童相談所・精神保健福祉センター・児童養護施設)全 95 施設を対象に、児童思春期の精神科入院治療必要者の有無とその事柄を問う調査を行ったところ、44 施設(回答率 46.3 %)から回答が得られ、入院必要該当者数は計 173 名で、その症状・問題行動に関しては、非統合失調症性の症状や問題行動が殆どであり、行為と不登校の問題が約半数を占めていることがわかった。

さらに、この問題に関する国民のニーズを調べるために平成 13 年 12 月にホームページを開設し、意見、要望等を全国民に求めた。

b. 「薬物依存病棟のあり方に関する研究」

平成 13 年度に全国の薬物依存治療に取り組んでいる国公立病院を対象として、現状や取り組みにあたっての困難性を調査した。その結果、依存対象となる薬物の多くが使用を禁じられている違法薬物であり、これらの患者には「反社会的」な逸脱傾向が存在していることが多いことなどのため、「医療」の枠を越えて司法や福祉の機関との連携を求める意見が多く占めた。その中でも、「医療」の役割を出来るだけ限定し、医療の役割を終えた後には司法で扱うように、連結していく方向を目指す意見が一方にあり、他方、医療機関と社会との橋渡しをする「復帰サポート体制」を整備し、アルコール医療を範として、自助グループや社会福祉制度を整えることが相当数の患者にとって有効であることも強調されている。

c. 「ストレスケア病棟のあり方に関する研究」

自殺未遂者に対する精神的な評価を行ったところ、ほとんどのケースで「うつ病(うつ状態)」と診断されたことや、住民

健康調査において「自殺することを少しでも考えたことがある者が約1割存在することなどを明らかにし、このような潜在的なうつ病患者を早期に発見し、早期に適切な治療するための施設としてストレスケア病棟の意義が大きいことを示した。このような病棟をどこに作るべきかが問題になるが、いわゆる総合病院における精神科病棟は非常に少ないために、現実的方法として、一般病棟にうつ病患者を入院させて精神科医が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た。

d.「合併症病棟のあり方に関する研究」

我が国における精神障害者の身体合併症医療の実態を調査する目的で、比較的積極的に合併症医療に取り組んでいる12施設に対して、人員配置、設備構造などのアンケート調査とともに平成13年12月20日から平成14年1月19日までの1ヶ月間に新たに対応した合併症患者について症例記録を依頼し、回収分析した。回答の得られた8施設について検討を行った結果、以下のような結果を得た。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低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。ことなどが示唆された。今後、全国における総合病院精神科や単科ないし他科併設精神科病

院に対して、合併症医療に対する実態を調査することで、合併症病棟の適正配置や医療経済的側面についての検討が必要と考えられた。

e.「各専門病棟への診療報酬面での評価」

専門病棟の診療報酬上の評価を試算する第一段階として、平成13年度は、複数のアウトカム指標(患者基本調査票、QOL調査票(Short Form Health Status Profile -36; SF-36)、(精神)症状調査票(Behavior and Symptom Identification Scale -32; BASIS-32)、病識調査票(Schedule for Assessment of Insight; SAI-J)、患者満足度調査票(Client Satisfaction Questionnaire-8; CSQ-8J))を用いて、診療報酬上の評価方法を検討した。その結果、5つのアウトカム指標すべてに、各診療報酬点数との有意な相関がみられたが、複数の変数との相関がみられたのは、GAF、BASIS-32のPsychosis、SAI-Jであった。また、入院、在院日数、合計点数以外にも、精神科専門療法、とくに入院生活技能訓練や入院精神療法が、いくつかのアウトカム変化量との相関が高いことがわかった。

f.「精神科病床数の算定のあり方に関する基礎的研究」

新しく改訂された医療計画で示される基準病床数の算定式をもとに、各都道府県における精神科病床の整備状況について検討し、過不足状況を明らかにするとともに、その背景について分析し、適正な病床整備に向けた施策の基礎資料作成を目的とした。平成13年度は、過剰地域、不足地域、それぞれ上位5県について、どのような特徴があるか検討し、比較することにした。現在のところ、各都道府県それぞれの高齢化率、性人口比、在院日数、措置率、生保率、および性・年齢階級別、疾患別入院率

などについて検討した。

g.「専門病棟の国際比較に関する研究」

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の医療機関を調査したが、見出されたのは児童思春期専門病棟とアルコール・薬物専門病棟のみであった。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。また、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行った分析でも、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。

B. 研究方法

平成14年度も、平成13年度と同じ分担研究のテーマを設定し、7人の分担研究者が継続して、それぞれ複数の研究協力者の協力を得て研究を進めた。

主任研究者は、班会議を開催し、研究期間中、必要に応じて、進捗状況を尋ねたり、研究の進め方について意見を述べるなどして、確実に研究が目標を達成できるよう調整した。また、得られた分担研究の成果について各分担研究者とその意義を検討し、それぞれの分担研究を総括した。

a.「児童思春期病棟のあり方に関する研究」(堀川公平)

イギリスの児童思春期ユニットを訪問し、調査を実施した。またフランス・エヌヌ県のセクター医療について資料を元に説明を受け、また政府発表の資料をもとに情報収集を行った。これらを昨年度行った日本でのアンケート調査結果と照らし合わ

せ、比較検討した。

また広く国民から要望を聞きニーズを把握するため、平成13年度に引き続き、ホームページを利用したアンケート調査を続行し、現段階での集計を行った。

b.「薬物依存症の専門病棟のあり方に関する研究」(妹尾栄一)

精神神経学会の認定基準による「精神科卒後研修病院」として登録された国公立精神科病院と民間精神科病院の管理者などを対象として、薬物関連障害に対する専門治療の必要性と、具体的な治療構造のあり方などを内容とするアンケート調査を行った。特に、①解毒治療の専門施設の必要性と、病棟構造、治療期間。②心理教育プログラムをその様な病棟構造で行うべきか。③司法との連携のあり方として、措置診察前の尿検査や、執行猶予期間中の専門治療受診。④薬物依存症の治療的困難性。⑤薬物専門病床はアルコール専門病床と共存すべきか、別立てとすべきか。の5項目について詳しく尋ねた。得られた有効回答114件を分析に供した。

c.「合併症病棟に関する研究」(遠藤俊吉)

全国の大学病院を含む総合病院精神科263施設と精神科病院(主に単科、一部他科併設)156施設に対してアンケート調査を行い、あわせて平成14年11月1日より平成14年11月30日までの1ヶ月間において、各施設に入院新たに身体合併症を引き起こした患者あるいは身体合併症のため新たに入院した患者の全例について調査を依頼し回収分析した。

d.「ストレスケア病棟のあり方に関する研究」(保坂 隆)

文献検索により気分障害患者の入院比率を検討し、必要病床数の算定を試みた。ま

た、某病院のストレスケア病棟に入院した100名を対象として、その病態の特徴などを分析した。得られた結果を基に、ストレスケア病棟の人員配置や診療報酬点数について検討した。

e. 「各専門病棟への診察報酬面での評価」
(富松 愈)

精神科急性期治療病棟を有し、包括病棟の診療報酬および出来高換算を電子化している1病院の精神科急性期治療病棟において、2001年4月から2002年9月までに退院した215名における実際の包括支払および出来高換算による1日あたりの診療報酬を比較した。診療報酬は、実際に精神科急性期治療病棟入院料によりレセプト請求した診療報酬(「包括診療報酬」と、出来高支払で入院中に実施した診療内容を積算した診療報酬(「出来高診療報酬」とする)を算出した。集計は、1入院あたりの合計を用いた。出来高診療報酬については、平均値を1として、その変動を分析した。

f. 「専門病棟の国際比較に関する研究」(伊藤弘人)

先行研究および精神科医療における専門家の聞き取り調査に基づいて、(1)米国の精神科入院医療における支払方式の動向、(2)支払方式に関する理論的な整理、(3)支払方式に対する民間病院の反応について整理し、最後にわが国への示唆をまとめた。

g. 「都道府県における精神科病床数の算定のあり方に関する基礎的研究」(鮫島健)

毎年6月30日に実施されている全国実態調査結果を利用し、50%退院日数(入院患者の50%目の患者の在院日数)、1年以内社会復帰率、1年後残留率、在院期間別患者数、在院期間別患者数割合、退院数、などの項目について都道府県や政令市を比

較した。また、各都道府県で、精神科病院の立地場所が「指定都市・東京都区部・人口30万人以上の市(以降では「指定都市等地域」とする)」か「それ以外(主に人口30万人未満の市町村:以降では「少人口地域」とする)」であるかに二分割し、診療報酬上の入院精神療法、作業療法、入院生活技能訓練、外来専門療法について、どちらの地域がより高いかを比較して4群に分けた。

C. 結果

a. 「児童思春期病棟のあり方に関する研究」

イギリスとフランスの視察結果から、疾病対象については、発達障害や神経症レベルから精神病質まで幅広く、特徴的な差はみられなかった。また、治療内容については、日本では個人精神療法、家族療法、薬物療法、作業療法がみられ、イギリスも同様の内容であるが、フランスでは、言語療法、感覚統合療法などが見られた。

スタッフについては、日英を比較すると医師(英1:8、日本1:13)、看護師数(英1.5対1、日3対1)と英国の方が充実しており、1日当たりの医療費が日本の4倍程度あった(7.5万円対1.7万円程度)。

児童思春期病棟に関するホームページへのアンケート調査では平成15年2月までに330件の回答を得た。娯楽スペース、勉強部屋、院内学校、親の付き添い可能な入院施設、赤字対策として、保育士、臨床心理士、ソーシャルワーカーの保険点数を設定することなどの意見が得られた。

b. 「薬物依存病棟のあり方に関する研究」

精神科医へのアンケート調査の結果、薬物依存専門病棟を整備すべきという意見は圧倒的に支持されていたものの、取り組みには格差があり、病棟における医療内容についても意見が十分一致しているとはい

えない状況であった。特に、司法処分との兼ね合いについて不満が高く、保護観察付き執行猶予者を専門治療に引き受けるなどの指針作りが必要であることが判明した。

c. 「合併症病棟に関する研究」

合併症の発症・受入頻度は精神科病院で1ヶ月間100床あたり3.37例（自院発症が主）、総合病院では9.53例（受入が主）であった。総合病院精神科では自傷、自殺企図などによる新規入院が少なからず認められた。精神科病院では高齢の身体合併症を自院の精神科医が治療し、転院が必要な場合には一般病院へ転院させる傾向があった。身体合併症の基準については未だ一致した見解はないこと、今後合併症医療を円滑に進めるためには診療報酬加算を設けるべきことなどが明らかとなった。

d. 「ストレスケア病棟のあり方に関する研究」

ストレスケア病棟への入院患者調査から概ね8割以上がうつ病圏であること、病床数32床の場合、医師は16:1、看護師は2人夜勤体制で16人以上、適正病床数は、20～32床で、包括化した場合には、32床で1日2,050点が適正ではないかなどの推計結果が得られた。

e. 各専門病棟への診療報酬面での評価

1日あたりの平均包括診療報酬（95%信頼区間）は、1693.8（1671.1-1716.5）点であった。1日あたり包括診療報酬の在院日数別分布を見ると、在院日数が短い患者ほど、診療報酬点数のばらつきが大きい。どの患者グループにおいても、有意な相違はなかった。

当該入院を出来高診療報酬で換算し、1日あたり出来高診療報酬の在院日数別分布を見たところ、平均1日あたりの出来高診

療報酬を1とすると、在院日数が21日（3週間）までの患者グループでの1日あたり診療報酬は平均より有意に高かった。一方、在院日数57日（8週間）以上の患者グループでは、診療報酬は平均より有意に低かった。

f. 「専門病棟の国際比較に関する研究」

米国における精神科入院医療の支払方式についての研究を実施した。米国では、民間保険の適用領域が制限されたことに対応し、高齢の精神障害者に対しては、高齢者保険である Medicare を通して急性期医療を提供し、低所得者保険である Medicaid により病院ではなく、ナーシングホームで長期療養ケアを提供していた。また、資源の効率的利用を促す保険への対応のために、組織マネジメント能力を高めたり、入院需要の減少に対応するために、外来医療、部分入院、在宅サービス、居住施設を充実させたり、低所得者保険である Medicaid にマネジドケアが導入されたことにより、地域精神保健福祉プログラムや一般医療との連携を強化するなどの対応を行ってきたことを示した。こうした結果を基に、診療報酬のあり方について相互比較を行った。

g. 「都道府県における精神科病床数の算定のあり方に関する基礎的研究」

厚生労働省精神保健福祉課の調査結果をもとに、平均在院日数と対万対病床数をプロットしてみたところ、緩やかな関連性は見られたが、島根県のように平均在院日数は短い病床数が多い県や、埼玉県・奈良県・兵庫県のように病床数は少ないが平均在院日数が長い県が存在していることが分かった。

都道府県ごとの人口の多寡による地域の比較では、類型1（入院患者も外来患者も人口が多い地域に多い）は秋田県、福島県、

東京都、神奈川県、石川県、静岡県、大阪府、奈良県、岡山県、広島県、長崎県であった。類型2(入院患者も外来患者も人口が少ない地域に多い)は、栃木県、岐阜県、愛知県、和歌山県、熊本県であった。類型3(入院患者は人口が多い地域、外来患者は人口が少ない地域に多い)は、宮城県、京都府、兵庫県、香川県、福岡県、大分県、鹿児島県であった。類型4(入院患者は人口が少ない地域、外来患者は人口が多い地域に多い)は、北海道、埼玉県、千葉県、長野県、高知県、沖縄県であった。

これらの分析により、精神科病床の運用状況は、都道府県により異なることが明らかになった。

D. 考察

児童思春期病棟については、関係者やホームページを通じてのアンケート調査などの結果、設置に対する一定の需要があることが確認された。その必要数の推定は、来年度の課題となる。また、本年度英仏の状況を調査したところ、日本の現状よりもスタッフ比が高く、また1日当たりの医療費にも約4倍の格差が見られた。こうした結果や平成14年に導入された児童思春期入院加算等の状況も踏まえながら、児童思春期病棟のあり方について提言する必要がある。児童思春期の治療を円滑に行うためには、専門病棟の確保に加えて、入院の前段階としての相談や外来機能の充実、あるいは教育や福祉との連携などのシステム作りが重要であることも明らかとなった。

薬物依存病棟については、現場の精神科医の大多数が現在覚せい剤依存症患者などへの治療体制が不十分であることや、専門病棟が必要であることについて認識が一致した。また、薬物依存の治療に際しては、違法性の問題への対処という特別の問題があり、対応を困難にしている要因の一つと

考えられた。これについては、たとえば、24条通報の際、医療機関に受診する前に警察で採尿を進める方向での検討が望まれる。また、保護観察付き執行猶予の司法処分が確定している者に専門治療を行い、治療動機のないものは司法処分に戻すなどの方法も提案された。しかし、こうしたことは精神医療の内部だけでできるものではない。こうした議論を行う一方で、専門病棟のあり方についても具体的に検討していかねばならない。特に、薬物病棟単独で運用できるのか、混合化して運用するならば何割程度の入院で可とするのか、などの検討が必要である。また、解毒治療後の心理教育のプログラムのあり方などが決定しないと、診療報酬面での手当に関する検討も進められない。なかなか意見の一致が得にくい現状では、当研究班が今後に向けて行う提言が重要な意味を持つと考えられる。

合併症病棟については、精神科有床総合病院などが行うことがイメージされるが、その前に、単科精神科病院での治療のあり方について検討する余地がある。単科精神科病院では、入院患者の高齢化に伴い、内科系疾患だけでなく外傷なども増加する傾向があるが、一定以上の合併症治療を行える人的資源や施設を持つところは極めて少ないというのが現状であろう。一般の精神科医療機関に入院している患者に対する合併症治療の診療レベルを上げたり、一部の精神科医療機関に身体合併症病棟を設置することも選択肢となりうる。それでも対応できない場合には、総合病院などで治療を行うこととなるが、医療圏ごとに同じような役割の病棟を複数作るのか、身体疾患と精神疾患の重症度を勘案していくつか対応レベルの異なる病棟を造るべきかは検討の余地がある。後者の場合には、その合併症病棟で対応すべき合併症の重症度基準を定めておくことになるであろう。さらに、精

精神科救急で診察を受けた患者が身体合併症の治療を要することが判明した場合に、速やかに合併症病棟の利用ができるようなシステム化を行うことも必要である。

ストレスケア病棟については、昨今の自殺者の増加や抑うつを訴える外来患者の増加などを考えても、治療の受けやすさということに配慮して、早急に整備を進めるべきことに異論はなかろう。今年度の研究で、その病棟のあり方として、病床数 32 床の場合、医師は 16:1、看護師は 2 人夜勤体制で 16 人以上、適正病床数は、20 ～ 32 床で、包括化した場合には、32 床で 1 日 2、050 点が適正ではないかなどの推計結果が得られた。この診療体制にふさわしい診療報酬のあり方について、今年度の研究を進展させて明らかにしていくことが必要である。また、混合化して運営することも考慮し、その際の当該病棟対象患者の比率や診療報酬の算定方法などについても、別途考慮が必要である。

各専門病棟への診療報酬面での評価に関する研究では、各専門病棟の診療報酬のあり方を検討する上で、現行の急性期病棟の報酬額を包括払い方式と出来高払い方式で比較した。その結果、包括払い方式では、「系統的リスク」(McGuire ら、1987)という問題が生じることを指摘した。具体的には、手のかかる患者を避けることや、医療密度の濃い医療を提供することを抑えようとする傾向が生じる。これを防ぐ方法として、精神科急性期治療病棟が、1 患者 1 日定額制であること、また在院期間別に収入と費用との差があることなどに関して、可能な改善方法として、(1)患者の在院期間に応じた 1 入院当たりの支払額を設定する方法と、(2)3 ヶ月の中で逡減性を設定するという方法が提示される。これらの結果は、検討の対象となっている 4 つの専門病棟において、適切な診療報酬体系を設定する上

で参考になるものである。

専門病棟の国際比較に関する研究では、米国における精神科入院医療の支払方式について調査したが、もとより医療供給や医療保険のシステムが異なる国の結果をそのままわが国に導入することは困難である。

しかし、資源の効率的利用という要請から、組織マネジメント能力を高めたり、入院需要の減少に対応するためにさまざまなサービスを創出するなどしている現状から学ぶ点は少なくない。

都道府県における精神科病床数の算定のあり方に関する基礎的研究については、日本の精神医療供給の地域差についての実証的な検討が行われた。日本の現在の精神科医療の供給体制を考えると、地域差の問題を無視することはできない。これをどのように解消していけるのかは今後の研究に待つところが大きい。しかし、今般、いわゆる社会的入院とされた入院患者 7 万 2 千人については、機械的な対応でことたれりということではなく、これまでの個別的な治療のあり方を踏まえて、地道に退院計画を策定していく必要があるものと思われる。

E. 結論 本研究は、必要な専門病棟の種類、必要病床数、設備、専門職の配置基準、治療プログラム、平均的な治療期間、これらに対応する必要経費とそれをまかなうための診療報酬上の配慮、などを明らかにすることを目的としている。現段階では、これらのすべてが明らかになっているわけではないが、3 年目に当たる平成 15 年度には結果が出そろい、医療法や診療報酬点数改訂などに反映されて、よりよい精神科医療の実現に寄与することを目指している。

F. 健康危険情報
なし

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 伊藤弘人. 米国の精神科入院医療の支払方式. 日精協誌 21: 1232-1235, 2002.
- 2) 伊藤弘人. 米国の民間病院は支払方式の変化にどのように対応してきたか? 日精協誌 21: 587-591, 2002.
- 3) 伊藤弘人. アメリカにおけるメンタルヘルスとその支援. 教育と医学 51: 22-28, 2003.
- 4) 伊藤弘人. 日本の精神科医療と医療経済. こころの科学, 2003 (印刷中).
- 5) 福井里江, 伊藤弘人. アメリカにおける精神科入院医療の変化. こころの臨床アラカルト, 2003 (印刷中).
- 6) Ito H. A preliminary study of the Impact of Managed Care on psychotherapy in Massachusetts. IMAJ 45: 396-402, 2002.

2. 学会発表

- 1) Ito H. Economic impacts on mental health policies in Japan. XIII World Congress of Psychiatry, Vol 1: 88-89, Yokohama, Japan, 2002.
- 2) Murakami M, Tomimatsu M, Kawabuchi K, Ito H. Contributing factors to inpatients global functioning: A preliminary study. XIII World Congress of Psychiatry, Vol 2: 17, Yokohama, Japan, 2002.
- 3) Ito H. Access to treatment in Japan. Symposium on Socio Economic Burden on Depression. XIII World Congress of Psychiatry, Yokohama, Japan, 2002.
- 4) 妹尾栄一, 大原美知子, 梅野充, 麻生克郎, 関紳一, 有園博子. 薬物依存症専門病棟のあり方に関する研究. 第23回社会精神医学会, 盛岡, 2003.

H. 知的所有権の取得状況

II. 分担研究報告書

児童思春期病棟のあり方に関する研究

分担研究者 堀川 公平 野添病院 院長

共同研究者氏名（50音順）

青木省三（川崎医科大学教授） 清水将之（三重県健康福祉部特別顧問）
白石 潔（飯塚記念病院副院長） 杉山登志郎（あいち小児保健総合医療センター心療科部長）
西村良二（福岡大学精神科教授） 帆秋善生（大分丘の上病院院長）
松田文雄（松田病院院長） 吉田敬子（九州大学附属病院精神科・神経科児童研究班）

研究要旨：児童思春期病棟のあり方の明確化を目的とし、今年度は「国際比較から学ぶ児童思春期の精神科医療」をテーマに、限られたデータではあるが及び英国とわが国の現状を比較検討した。**研究方法：**イギリスの児童思春期ユニットを訪問調査実施し、フランスにおいてはエーヌ県のセクター医療のDrプロカからの資料及び政府発表の資料をもとに情報収集を行ない、昨年度行ったわが国のアンケート調査結果とを照らし合わせ、比較検討を試みた。またニーズ把握のため、昨年度に引き続き、ホームページによるアンケート調査を続行し、現段階での集計を行った。**結果：**今回の国際調査においては、各国の治療システムが異なり、また調査の回答が十分に得られず比較検討は難航した。イギリスの Simmons Houseは、入院期間が延長する要因として、入院機関外の施設やサービスとの連携の遅れを報告している。フランスの調査においては、部分入院というシステムが児童思春期治療においては確立されており重要な役割を担っている。また外来治療に関しては、その殆どを医療心理センター（CMP）で施行している。入院治療においても、母子入院の保障等、治療対象に対して柔軟に対応できる様に構成されているのが特徴である。わが国と比較すると、病床数は日本は20歳未満の人口1万人に対して0.28床、イギリスは18歳未満の人口1万人に対して0.26床、フランスは16歳未満の人口1万人に対して2.2床であり、わが国の児童思春期の専門病床はフランスに比べて明らかに少ないと言える。職員体制は患者と医師の比率が、日本は約13：1、イギリスは8：1、看護職においては、日本は3：1、イギリスは1.5：1、フランスは10：3と大きな差が見られた（平成14年度より定められた児童思春期病棟においては医師数16：1、看護数2：1）。その他の職員構成では、日本の国公立病院に保育士配置がみられることが特徴的であった。1日のベッドあたりの入院費用であるが、日本約1.7(?)万円、イギリス約7.5万円、フランス約7万円であり、日本の医療費は他の2国のおよそ1/4以下であった。ホームページにおいては、平成15年2月現在で330件の回答があり、その中の161件を集計した。設備面においては娯楽スペース（64.3%）や勉強部屋（49.4%）、院内学校（47.6%）の要望が多く、また親の付き添い可能な入院施設（41.6%）の希望も多くみられた。治療に関しては、病状により開放や閉鎖の決定を医療者に委ねる意見が多く見られ、また児童思春期精神医療の赤字対策として、保育士、臨床心理士、ソーシャルワーカーの保険点数の設定に関心が寄せられていた。**考察及びまとめ：**調査結果から、わが国の児童思春期専門病床は少なく、今後の課題として病床数の増加が必要なだけでなく、入院機関外の施設やサポートシステムの充実も必要不可欠となり、そしてこれらの相互作用により児童思春期精神医療の充実は得られる。ホームページ調査からは、入院児童患者の教育システムの確立に対する要望が多く見られ、入院治療による親の学力低下への心配が伺え、その点を配慮した入院施設が求められていることが判明した。

A. 調査目的

今年度は、「国際比較から学ぶ児童思春期の精神科医療」をテーマとし、昨年度に引き続き、児童思春期病棟のあり方を明確化することを目的として研究調査を行った。わが国の児童思春期精神医療が、欧州先進国の児童思春期精神医療と、どの程度の格差があるのか具体的な数値や内容を比較検討することで明らかにした。

B. 調査方法

1. 国際比較

まず、調査する対象国であるが、共同研究者の臨床及び研究経験のあるイギリスとフランスとした。その中の児童思春期精神医療の状況を知るに適したユニット或いは地域をモデル提示し、情報収集及び内容把握を行った。同様にスイスのジュネーブ大学の Dr ミッシェルへも情報提供を打診している。

(1) イギリスの児童思春期ユニット訪問調査

英国の児童思春期ユニットに詳しい共同研究者 2 名が当研究班を代表して訪問調査を行った。訪問先は短期の危機介入型の青年期ユニットである Snow Field と Bethlem Royal Hospital、中期入院型の青年期ユニットである Simmons House の 3 ユニットであり、施設見学から診察同席等貴重な訪問調査を約 1 週間かけて行ってきた。こうして得られた調査結果を持ち帰り、わが国の思春期精神医療の現状と照らし合わせ比較検討を試みたが、欧州の医療データの特徴として、臨床例は多いものの数値としてのデータが乏しく、実際に比較検討

できるデータは限られたものであった。今回はその中でも、データ収集が比較的容易でかつ英国の代表的児童思春期施設である Simmons House と Bethlem Royal Hospital をモデルユニットとして取り上げ、報告を行う。

(2) フランスのセクター医療における児童思春期精神医療調査

フランスに関しては、ピカルディ地方のエヌヌ県、LAON/CHAUNY/HIRSON セクターをモデル提示した。エヌヌ県のセクター医療の Dr プロカと情報交換を行い、また政府機関発表の資料を取り寄せ情報収集を行ない、加えてアンジェ地方並びにオートソーヌ地方のセクター医療の Dr カゼケビシウスと Dr ポワールソンに情報提供を打診した。随時情報収集を行うが、詳細データが不十分という状態が続き、報告する現在に至っても不備が目立つ現状となった。そのため、限られたデータでの検討を強いられたが、それなりに活用できるものも多いと考える。

2. ニーズ把握調査（ホームページ）

昨年度に引き続き、「よりよい児童思春期病棟のあり方についてのアンケート」と題してホームページを開設し、意見・要望等を全国民に求めた。昨年度は、アクセス数はあるもののアンケート回答が思いのほか伸びず苦戦した。そこで今年度は①ホームページ内に簡単な途中経過を載せる、②ホームページと同じ内容のアンケート用紙を作成し、保健センター、小児科、学校施設、共同研究者の所属する医療機関等に送付し任意の回答協力を試みた。

C. 研究結果

1. 国際比較（資料①参照）

（1）イギリスの児童思春期ユニット訪問調査結果

まず Simmons House から報告を行う。

Simmons House には 12 の収容スペースの枠があるが、そのうち入院ベッド数は 10 床である。Simmons House は入院患者と外来患者の両方のケアを提供している。英国が入院期間の短縮を図っている現状の中で、入院ケアの日数が比較的長いこの施設は、入院が主な機能となっているが、退院後はデイケアと密接に連携している。調査当時はデイケア患者を 5 人ずつ受け入れており、5 人のデイケア患者と 7 人の入院患者を診療していた。

Simmons House は明確なキャッチメントエリアを設定しておらず、ロンドン中心部、及び北部の広い領域をカバーしていると思われるため、キャッチメントエリアの 18 歳以下の人口把握は正確にはできない。このため人口対ベッド数という算定は難しい。また入院ベッド数のみで人口当たりの適切かつ必要なベッド数を算出するのは不十分である。つまり地域・学校へのアウトリーチ・サービスを行う部門、特別教育施設、社会福祉サービスなど入院治療前後の受け皿なしでは、その分「入院」ベッドが多く必要ともなりうるからである。

入院の平均期間 9 ヶ月であり、3 ヶ月から 18 ヶ月にわたる。Simmons House としては 9~12 ヶ月の入院期間を推奨している。（今回訪問した 3 つの思春期精神科専門病棟のうち、ロンドンとその郊外の他の 2 つの病棟、Guy's hospital にある Snow field

Adolescent Unit および Bethlem Royal hospital の Adolescent Unit, Tyson East は、1 日 24 時間、1 週間 7 日体制で緊急入院を受け付けており、その代わり最頻入院日数は約 30 日である。）これより短い入院期間では、Simmons House が提唱しているような入院治療の機能は十分に果たせない。若年患者がユニットで治療プロセスに関わり、適合していくのに 3~4 ヶ月は必要である。入院期間が延長するのは、Simmons House 外での援助資源を見つけないことが難しいためである。「たとえば適切な教育資源がなく自傷行為や食思不振などの症状が再燃する恐れがあれば、10 ヶ月治療して退院させたとしても無駄になってしまう。そのような場合 2~3 ヶ月入院を延長し、適切なフォローアップができる体制を他機関が見出すまで入院継続とすべきであろう。退院予定より 4~5 ヶ月早いタイミングでそのほかのサービスに紹介している場合でも同じような問題は起きるであろう」という。

患者と常勤精神科医の比率は 12 : 1 である。しかしながらレジデントクラスの若手医師も多く勤務しており、その勤務時間の総計で換算すると、1.7 人 (whole time equivalent) が常勤勤務 (12 : 1.7) していることになる。

常勤看護スタッフと患者の比率はほぼ 1 : 1 である。これは公式のガイドラインよりも低い数字であることはすでに述べている。王立精神医学研究所がすでに明確なガイドラインを立てており、また最近は Quality Network of in-patient Child and adolescent psychiatric units (QNIC) はこれより高い比率にすることを提唱している。

Simmons House の看護スタッフのシフトパターンは朝の時間帯 3 人、昼の時間帯 3 人、夜間帯 2 人の (3 人, 3 人, 2 人) シフトである。王立研究所は、特に障害の重い若年患者で観察が必要な場合には (4 人, 4 人, 3 人) のシフトパターンを必要であるとしており、その比率を増すために外部に委託して看護スタッフを囑託とすることがある。

Simmons House における、主要な診断名を挙げることは困難であり、その診断は精神分裂病から神経性食思不振症、うつ病、行為障害、愛着障害まで幅広い。ICD-10 診断基準に基づく多軸診断を行っており、診断に加えてそれぞれに治療に必要な定式化、生物学的・精神力動的・行動学的・さらに家族や認知行動学的概念に基づいた定式化を行っている。

治療は、若者が呈している複雑な問題に見合うように多職種による多元的 (複数のモードによる) なものである。どれかひとつのモードによる治療的関与が主要であるとはいわずらく、何が主要な治療法であるかは、ケースごとに異なっている。ある患者たちは薬物療法と行動療法的プログラムが重要であるし、そのほかの若い患者はより拡大して、精神力動的療法や家族療法、グループ療法などの心理的関与が重要であり、薬物療法が必要でない場合もある。

次に、短期の危機介入型の青年期ユニットである Bethlem Royal Hospital を報告する。Bethlem Royal Hospital は最大ベッド数 12 床であり、キャッチメントエリアの 18 歳以下の人口 (47 万人) 1 万人に対して 0.26 床のベッドが用意されている。

また、平均入院期間は 84 日であり、患者

とフルタイムの精神科医の比率は 4 : 1 であり、患者と常勤看護スタッフとの比率は 1 : 2 であった。

主要な診断名としては、精神病質のものが多く、薬物療法が主な治療方法として用いられているが、Simmons House と同様に、教師、OT、CP 等の多職種が関与する多元的な治療が行われている。

(2) フランスのセクター医療における児童思春期精神科医療調査

ピカルディ地方(Region)は、1999 年の国勢調査によると 1,857,847 人の人口で 766,441 人のオワーズ県、555,551 人のソーム県、535,841 人のエーヌ県で構成され、人口密度は 96 人/km²である。この地方におけるセクター制による地域精神保健医療は、一般精神科 (成人) に関しては 25 のセクター (精神科医療区) によって運営され、児童精神科に関しては 10 のセクターで運営されている。一般精神科の 1 セクターあたりの平均人口は、74,234 人になっているが、社会・経済・地理的条件によっては、2 倍の格差になっているセクターもある。児童精神科の地域精神セクター医療が主に対象としている 16 歳未満の人口は、ピカルディ地方で 402,520 人である。また、一般精神科の地域精神セクター医療がこの地域に整備している完全入院施設の病床は、人口 1 万人に対して平均 11.8 床 (フランス全土の人口 1 万人に対しての平均は 11.5 床) である。それに加えて、部分入院的治療施設が 1 セクターに平均で 6.5 施設整備されている。そして、児童精神科に関する完全入院施設の病床数は、16 歳未満の人口 1 万人に対して、平均 3 床 (フランス全土の平均

は 1.9 床) で運営されている。また※部分入院施設の病床に関しては、平均 9.5 床(フランス全土の平均は 7 床) となっている。

LAON/CHAUNY/HIRSON セクター(精神科医療区) は、人口 535,841 人のエーヌ県の児童・思春期地域精神保健医療を管轄している 3 つのセクターの 1 つで、12 の市町村によって構成されている。一般精神科はこの県では 7 つのセクターで運営され、対象とされる平均人口は 76,392 人である。児童・思春期精神保健医療が 3 つのセクターで対象としている 16 歳未満の 1 セクターあたりの平均人口は 39,990 人である。現在、完全入院施設の病床は一般精神科で、人口 1 万人に対し平均 10.6 床で、部分入院が平均 6.6 床、外来治療施設が平均 4.4 施設、それに順ずる施設が平均 4.45 施設で運営されている。児童・思春期精神科では、完全入院施設の病床は、16 歳未満の人口 1 万人に対して平均 2.6 床、部分入院施設の病床は 9.5 床で運営されている。

LAON/CHAUNY/HIRSON セクター管轄の児童・思春期の施設及び施設基準(「民間精神科入院施設の運営についてと枠組みについての新しい企画」に明示されている条件を資料とした) は資料②で示す。

1991 年 1 月 1 日の統計によれば、580 の精神科施設により、昼病院・夜病院などの部分入院治療と完全入院治療が保障され、完全入院治療施設の病床は一般精神科で 74,200 床、児童精神科で 2,120 床であった。

2001 年 1 月 26 日のピカルディ地方の 2001 年から 2005 年までの地域精神科保健機構の組織・運営(シェーマ) についての決定事項の資料で取り扱われているデータをもとに推察すると、フランス全土の一般

精神科完全入院病床数は 6 万床前後、児童精神科病床数は 2,000 床前後の状況と思われる。精神科専門医の数は 11,000 人弱で約 60% が病院勤務の専門医である。ピカルディ地方は専門医付属の状況で予算化されている 30 名分の専門医の空きポストがあり、精神科開業医も全国平均に満たしていない状況にある。エーヌ県の児童精神科も全国平均を下回っている。

ところで、私設精神科に関しては、ピカルディ地方の 5% の入院病床で、入院治療の全体の 7% を担っているが、その 40% は気分障害で占められている。

今回フランスに関しては、ピカルディ地方のエーヌ県のモデルを提示する事にしたが、同時に、フランスの児童精神科領域におけるセクター医療について、若干付記しておく。

現在、児童思春期の子供たちはほぼ 97% (415,770 人) がセクター医療で治療を受けている。外来医療に関しては、入院施設では殆ど施行されておらず、医療心理センター(CMP) にて診療が保障されている。治療対象となる子供の 92% が入院でなく、医療心理センターの外来で継続治療を受けている。

さて、フランス全土の児童思春期の入院病床数に関してだが、精神科専門医療施設で 1,248 床、一般総合病院精神科で 660 床、私設精神科にて 187 床、個人精神科私設 280 床、クリニック・療養施設 98 床の計 2,473 床となっている。この数値は 1997 年の DRESS,SAE の統計資料に基づいている。また、成人の入院病床数は精神科専門医療施設で 34,479 床、一般総合病院精神科で 12,624 床、私設精神科にて 8,191 床、個人

精神科施設にて 12,904 床、クリニック・療養施設 609 床の計 68,807 床となっている。児童精神科、成人精神科の入院病床は総数で 71,280 床という状況にある。

フランスの 2002 年の国勢調査による人口総数は、男子 28,831,132 人で女性 30,512,893 人の計 59,344,025 人となっており、20 歳未満に関しては、男子 7,668,201 人で、女子は 7,322,887 人の計 14,991,088 人となっている。16 歳未満に関しては、計 11,113,353 人である。

児童思春期の入院治療では、母子入院も保障されており、入院治療環境は治療対象に対し柔軟に対応できるように構成されている。そして、児童精神科での完全入院の治療費に関しては、2002 年 8 月 1 日の医療費が 552.62 ユーロとなっている。

現段階では、比較に必要な統計的数値が現地より届いていない為に報告できないが、病床利用率に関して 100%と考える事ができ、治療スタッフは、医師、看護師、臨床心理士、理学療法士、作業療法士、運動療法士、言語療法士、制作療法士、専門訓練士、一般（及び専門科）教員 etc で構成されており、保育士に関しては一般的に乳児院での継続治療がなされることが多く、入院施設には配置が少ないと思われる。

※部分入院：この部分入院に関しては、通常昼間に病院としての利用が多く、夜（間）病院としても入院治療が実施されている。その対象となる患者は、施設化された治療構造の枠組みを必要とし、家族的生活環境や教育的環境の継続保証が大切な場合である。部分入院費は、現在 1 日 245.61 ユーロになっている。

（3）わが国との比較

今回の調査において、日本は 20 歳未満、イギリス（ロンドン）は 18 歳未満、フランスは 16 歳未満と調査対象にばらつきが見られた。

病床数において、日本は 20 歳未満の人口 1 万人に対して 0.28 床、イギリスは 18 歳未満の人口 1 万人に対して 0.26 床、フランスは 16 歳未満の人口 1 万人に対して 2.2 床の病床数を有する。しかし一般精神科の病床数においては、人口 1 万人に対して日本は 27.9 床、イギリスは 15.0 床、フランスは完全入院が 10.6 床（部分入院が 6.6 床）と全体の精神病床数は日本が多くを有していることから、児童思春期の専門病床は明らかに少ないことが伺える。

1 日平均外来患者数においては、日本では 25.8 人（国公立病院 45.4 人、民間 6.2 人）であるが、フランスにおいては入院と通院とでは医療機関が異なっており、外来通院に関しては医療心理センターが行なっている。

平均入院期間においては、日本は 257.6 日（国公立病院 212.7 日、民間病院 334.7 日）、イギリスは約 127 日（セント・ハズ 270 日、バツム王立病院 84 日）と日本の入院期間はイギリスに対して約 2 倍であった。

病床利用率においては、日本は 70.8%（国公立病院 73.7%、民間病院 66%）、イギリスは 85%（セント・ハズ 70%、バツム王立病院 100%）、フランスは約 100% である。

職員体制であるが、患者と医師の比率は、日本は約 13 : 1（国公立病院約 18 : 1、民間病院 4.3 : 1）、イギリスは 8 : 1 である。看護職においては、日本はほぼ 3 : 1、イギリスはほぼ 1.5 : 1、フランスは 10 : 3 と大きな差が見られる。