

IV-2. 以下の質問は、今回の質問紙内容を総括する意味でお尋ねします。

薬物依存症への専門治療を目指す上で、従来のアルコール専門病棟との役割の分担や共同は、無視することの出来ない重要な側面といえます。アルコール依存症への治療のあり方との兼ね合いについて、どの様なプランが実効的とお考えでしょうか。

①アルコール依存も薬物依存も同じ物質常用障害の範疇に属し、アルコール・薬物依存病棟として教育プログラムも共有することは可能で、嗜癖行動の修整に重点をおくべきである。

②現実問題としてアルコール依存と薬物依存とを同じ病棟内で治療することは困難が多く、薬物依存症の患者に対しては主として精神病状態の治療（いわゆる第1期治療）に限定して対応すべきであり、教育プログラムの受講（いわゆる第2期治療）に関しては慎重に対応すべきである。

③アルコール依存も薬物依存も同じ物質常用障害の範疇に属するものの、患者同士を同じ病棟内で混在させることには問題が多く、薬物依存の患者はアルコール依存の患者とは別の病棟で治療すべきである。嗜癖行動の修整に重点をおいた教育プログラムも、薬物依存に特化した内容で別個に行うべきである。

④ その他の考え
(

)

アンケートへの御協力ありがとうございます。

合併症病棟のあり方に関する研究

分担研究者 遠藤 俊吉 日本医科大学精神医学教室主任教授

研究目的：昨年度に引き続き本年度は、調査範囲を拡大して実態調査を行い、精神科医療における身体合併症患者の現状を把握し、合併症病棟に求められるさまざまな要望やその問題点と課題を検討することを目的とした。**研究方法：**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施設にアンケート調査とともに平成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、各施設に入院中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依頼し回収分析した。**結果とまとめ：**調査の回収は、精神科病院21施設（依頼156施設，回収率13%），総合病院精神科49施設（内大学病院18施設）（依頼263施設，回収率19%）であった。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ている場合が少なくなく，転院が必要な場合には一般病院への転院も多かった。身体合併症の基準については明確な見解は得られなかったが，今後合併症医療を円滑に進めるためには設置基準とともに診療報酬加算を設けることが必要と考えられた。

研究協力者（五十音順）

上村 秀樹 立川共済病院・神経科
木村 真人 日本医科大学精神医学教室
佐藤 茂樹 成田赤十字病院精神科
杉山 一 埼玉県立精神保健総合センター
鈴木 博子 日本医科大学精神医学教室
成重竜一郎 日本医科大学精神医学教室
森 隆夫 あいせい紀年病院・
日本医科大学精神医学教室

A. 研究目的

昨年度（平成13年度）は合併症医療を比較的積極的に取り組んでいる医療施設を対象に，精神障害者の身体合併症病棟における設備構造や人員配置，精神疾患および合併症の種類と重症度，対応する精神科医に望まれる技能，および実際の診療報酬や看護必要度からみた医療経済的側面などの調査を実施した。

本年度は，調査範囲を拡大し，全国の主

な大学病院を含む総合病院精神科および精神科病院に対して実態調査を行い，精神科医療における身体合併症患者の現状を把握し，合併症病棟に求められるさまざまな要望やその問題点と課題を検討することを目的とした。

B. 研究方法

(1) 研究対象施設

全国の大学病院を含む総合病院精神科263施設と単科精神科（一部他科併設）病院156施設（主に精神病院協会の役員が在籍する病院）にアンケート・調査依頼を行った。

(2) 方法

1) アンケート調査

各施設の設備構造，人員配置，合併症病棟に対する問題点や課題についてアンケート調査を実施した。

2) 身体合併症患者の実態調査

身体合併症患者の症例記録表(参考1)を用い、患者数、年齢、性別、精神科診断名(ICD10分類;資料1)、精神科重症度(資料1)、入院形態、入院経路、身体疾患診断名、身体合併症タイプ(資料2)、身体疾患重症度(資料3)、看護必要度(資料4)、治療形態、転帰などについて調査を行った。

(3) 調査期間

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、各施設に入院中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した。なお、合併症の規定は特に設けなかったが、例えば高齢者で基礎疾患があり、それが悪化して新たな治療を必要とした場合も合併症例として含めた。

C. 結果

今回の調査においては精神科病院21施設(依頼156施設、回収率13%)、総合病院精神科49施設(内大学病院18施設)(依頼263施設、回収率19%)より回答を得ることができた。

(1) 設備構造および人員配置

1) 合併症病棟の有無

精神科病院においては18施設中7施設(39%)(全て他科併設の精神科病院)、大学病院では18施設中5施設(28%)、総合病院では30施設中19施設(63%)で合併症病床を設置していた。病床数は1床から64床まで様々であったが、多くは一桁であった。

2) 医師数

精神科病院における医師数は平均病床数329床に対し病床100床あたり常勤医が2.5人、パート医が1.8人、大学病院では平均病床数54床に対し病床100床あたり常勤医34人、パート医8.7人、総合病院では平均病床数64床に対し病床100床あたり常勤医6.3人、パート医2.4人という状況であった。

3) コメディカル

精神科病院においてはアンケート回答のあった全ての施設においてソーシャルワーカーがいる(平均7.3人)のに対し、大学病院ではソーシャルワーカーがいる施設は3施設にすぎず(平均0.17人)、大学病院以外の総合病院精神科でも平均0.7人という状況であった。その他のコメディカルスタッフに関しても精神科病院に比べ総合病院精神科では少ない傾向が認められた。

4) 常備機材

今回のアンケートでは臨床検査技師の有無、自施設での血液検査、CT、IVH、酸素・吸引の可否に関して質問を行った。その結果大学病院を含む総合病院精神科では全ての施設で臨床検査技師がおり、血液検査、CT、IVH、酸素・吸引もほぼ全施設で施行可能であった。一方で精神科病院において臨床検査技師は89%の施設にいたが、自施設で血液検査が可能な施設は50%にすぎず、CTは72%、治療面でもIVHは72%、酸素吸引は89%と総合病院に比べて低率であった。

(2) 合併症患者の実態調査

1) 合併症患者の発生頻度

総合病院精神科49施設の平均病床数は59床であり、今回の調査結果から算出した合併症患者の一日あたりの病床占有率は3.23%であり、調査期間内(1ヶ月間)の

発症受入率は9.53%であった。

一方精神科病院 21 施設の平均病床数は329 床であり、合併症患者の一日あたりの病床占有率は0.56%であり、調査期間内の発症受入率は3.37%であった。

2) 性別，年齢

総合病院精神科においては、性別に関して合併症患者 276 人中女性 147 人 (53%)、男性 129 人 (47%) でありほぼ半数ずつを占めていた。年齢分布では 60 代が 56 人 (22%) で最も多く、以下 50 代の 44 人 (17%)、70 代の 41 人 (16%) と続き、50 歳以上の中高年で全体の 60%弱を占めていた。

一方精神科病院においては性別に関して合併症患者 200 人中女性 86 人 (43%)、男性 114 人 (57%) であり、やや男性に偏りが見られた。年齢分布に関してはやはり 60 代が 46 人 (24%) と最も多く、以下 50 代の 44 人 (23%)、70 代の 43 人 (22%) と続いていた。精神科病院においても 50 歳以上の中高年の割合が高い傾向は総合病院精神科と共通していたが、割合としては 85% 近くを占め、極端に中高年の割合が高いのが特徴であった。

2) 精神科診断 (ICD-10)

総合病院精神科，精神科病院共に F2 の精神分裂病，分裂感情障害および妄想性障害が最も多くいずれも 40%強を占めていた。次に多い F0 の症状性を含む器質性精神障害に関しては総合病院精神科では 20%程度である一方精神科病院では 30%近くに達していた。なお F0 の下位分類に関して痴呆性疾患が総合病院精神科ではごく少数に限られていたのに対し，精神科病院ではそのほとんどを占めていたのが特徴であった。また F3 の気分障害は総合病院精神科では 16%を占めていたが，精神科病院では 7%

に過ぎなかった。

3) 精神症状重症度

総合病院精神科，精神科病院とも閉鎖管理の必要な患者の割合（重症度 A，B）が全体の 6 割弱であり，大きな差異は認められなかった。

4) 入院形態

総合病院精神科，精神科病院とも任意入院と医療保護等の強制入院の割合がほぼ半数ずつという結果であり，大きな差異は認められなかった。

5) 入院経路

総合病院精神科，精神科病院とも自宅からの入院が半数を超え最も多いが，単科精神科病院からの受け入れに関しては総合病院精神科で 23%，精神科病院で 9%と総合病院精神科で高い割合となっていた。

6) 身体合併症診断 (ICD-10)，合併症タイプ，身体疾患重症度 (表 1 参照)

合併症のタイプは総合病院精神科，精神科病院共に精神疾患と身体疾患の偶発的合併が 60%程度を占め最も多かった。総合病院精神科では精神科病院で全く見られなかった自傷行為・自殺企図による身体合併症が 16%を占めていたのが特徴であった。このことは実際の身体合併症診断において中毒・外傷の割合 (ICD コード S，T) が 22%と精神科病院の 6%を大きく上回っていたことにも反映されていた。

身体合併症診断としては総合病院精神科，精神科病院共に消化器系疾患 (ICD コード K) が最も多かったが，重症度まで考えると同じ消化器系の疾患でも全身管理を要する重症患者の割合 (A，B) が総合病院精神科においては 34%であったのに対し，精神科病院では 17%であったなど全体に総合病院

精神科の合併症患者の方が重症度は高い傾向にあった。全体でもほとんど身体管理を必要としない患者(D)の割合が総合病院精神科では35%であったのに対し精神科病院では52%に及んでいた。

7) 看護必要度

看護必要度に関しては総合病院精神科ではI度32%、II度11%、III度20%、IV度13%、V度20%、VI度4%で、精神科病院ではI度34%、II度12%、III度18%、IV度15%、V度17%、VI度4%で、全体の分布においてもほぼ同じ傾向を示していた。I度が30%前後で最も多いが、III度以上が総合病院精神科で57%、精神科病院で54%と半数以上を占めていた。

8) 治療

総合病院精神科においては新規受け入れが75%と入院中の発症を大きく上回った。治療としては新規受け入れでも入院中の発症でも精神科医が他診療科医と協力して治療する場合がほとんどであった。

一方精神科病院では新規受け入れは30%程度にとどまり、多くは入院中の発症であった。更に新規受け入れを行っていた病院のほとんどは内科併設の精神科病院であった。治療としては入院中の発症の場合精神科医単独で治療に携わる場合が40%強に及び、他院へ転院という場合も25%程度認められた。なお転院先としては一般病院が最も多かった。

9) 精神疾患転帰

総合病院精神科、精神科病院共に調査期間中における精神疾患の転帰は不変である場合が多かった。ただし総合病院精神科の方が精神科病院よりも精神疾患が軽快した患者の割合は高かった。

10) 身体疾患転帰

総合病院精神科では65%、精神科病院では55%が身体疾患に関して調査期間中に治癒、あるいは軽快していた。ただし精神科病院では悪化した患者も8%程度認められ、その割合は総合病院精神科の2倍強であった。

(3) その他のアンケート結果

1) 合併症患者の基準

合併症患者の基準に関して疾患重症度、看護必要度、治療内容のどれで判定すべきかを複数回答可で質問した。その結果疾患重症度によるべきであるとの回答が81%（精神科病院72%、大学病院89%、総合病院77%）、看護必要度によるべきであるとの回答が55%（精神科病院39%、大学病院50%、総合病院63%）、治療内容によるべきであるとの回答が78%（精神科病院78%、大学病院83%、総合病院70%）であった。

具体的な意見としては「どんな疾患であれ精神科医が他科の医師に診療を依頼するような患者は、幅広くとらえるべき」「重症度や看護必要度から手のかかる患者とそれほど手のかからない患者を2群に分ける」「精神疾患と身体疾患の両方を合わせ持ち、身体疾患自体で入院の対象となるもの、および身体疾患自体では入院の対象にはならないが他科医師による継続的診療が必要な身体疾患を有しているもの」などがあつた。

2) 合併症病棟における施設基準・人員配置

合併症専門病床の設置、施設基準の新規設定、人員配置の新規設定についてそれぞれの是非を質問した。その結果専門病床の設置に関しては69%（精神科病院72%、大学病院67%、総合病院63%）、施設基準の新規設定に関しては64%（精神科病院67%、大学病院61%、総合病院60%）、人員配置の新規設定に関しては67%（精神科病院67%、大学病院61%、総合病院67%）が賛

成と回答した。

合併症専門病床の設置に関しては反対意見も多く、専門病床を設置することで従来コンサルテーション・リエゾンや他科併診で対応できていた患者が専門病床に集中し、専門病床が機能しなくなる可能性が複数施設より指摘されていた。

3) 合併症患者の受け入れについて

各施設における合併症患者の受け入れ姿勢について『積極的に受け入れている』、『やむをえず受け入れている』、『基本的に受け入れている』、『将来何らかの形で受け入れたい』から選択してもらった。その結果『積極的に受け入れている』との回答が55%（精神科病院17%、大学病院45%、総合病院80%）、『やむをえず受け入れている』との回答が34%（精神科病院39%、大学病院56%、総合病院17%）、『基本的に受け入れている』との回答が13%（精神科病院44%、大学病院0%、総合病院0%）であり、『将来何らかの形で受け入れたい』と回答した施設は皆無であった。

4) 合併症患者の退院・転院等について

回答の多くは転院先確保の困難さに関するものであり、基本的には紹介元に戻ってもらうのが原則であるがそれができない場合も多く、受け入れ先を探すための公的システムを要望する意見も多数見られた。また病院の人員上の問題、具体的にはケースワーカーがいない等の要因で転院先を探すことが困難となっているという意見も見られた。

5) 合併症専門病棟を設けることについて

今後の自施設での合併症専門病床の設置に関して『施設基準が決まれば積極的に設けたい』、『診療報酬上の配慮があれば設けたい』、『設ける予定はない』から選択して

もらった。その結果『施設基準が決まれば積極的に設けたい』との回答が22%（精神科病院17%、大学病院17%、総合病院27%）、『診療報酬上の配慮があれば設けたい』との回答が30%（精神科病院33%、大学病院11%、総合病院37%）、『設ける予定はない』との回答が45%（精神科病院50%、大学病院61%、総合病院30%）であった。

具体的な意見としては、積極的に施設を整備していきたいという意見がある一方、人員、設備、経費を新規に振り分けることは困難であり事実上設置は不可能とする意見が目立っていた。

6) 診療報酬加算や包括化した場合の診療報酬点数について

医師基準や看護基準加算が必要であると回答した施設は81%（精神科病院72%、大学病院67%、総合病院90%）であった。具体的な基準に関しては、医師基準において16:1という回答が一番多く75%（精神科病院61%、大学病院61%、総合病院87%）、以下48:1が14%（精神科病院6%、大学病院0%、総合病院27%）、32:1が6%（精神科病院17%、大学病院0%、総合病院3%）であり、看護基準に関しては2:1という回答が一番多く58%（精神科病院50%、大学病院39%、総合病院70%）、次いで2.5:1が25%（精神科病院22%、大学病院28%、総合病院23%）であった。また診療報酬加算に関しては100点～2500点まで様々な意見が見られたが、統一的な見解は明確ではなかった。

具体的な意見としては「精神科救急入院と同程度」「身体症状によって30分以上の精神療法がとれない場合があり、それを考慮するとそれ以上の点数」「14日まで1000点、28日まで800点、28日以降600点」「500点+急性期特定入院加算（1000日まで1日ごと200点）+地域医療支援総合病院・精

「精神科病棟入院診療加算(入院初日 350 点)」などがあつた。

D. 考察

今回の調査対象施設における合併症病棟の有無については、現在合併症病棟の基準がないため合併症病棟が有りとの答えは、いわゆる自称合併症病棟になるわけであるが、総合病院、大学病院、他科併設精神科病院の順で合併症病棟が設けられていた。医師数や常備機材などを考慮すると大学病院を含めた総合病院精神科が精神科合併症医療の中核を担うものと考えられた。また、大学病院ではコメディカル特にソーシャルワーカーが不足しており、後方病院との連携を考えると今後充足することが望ましいが、大学病院においてはそれを補うだけの医師数があるということかもしれない。

合併症患者の発症頻度については、精神科病院では発症後転院が多いため入院日数に基づいた1日あたりの病床占有率は少なくなるのは当然であり、0.56%という値は意味をなさないかもしれない。今回の対象施設においては精神科病院では1ヶ月間に100床あたり3.37例の発症が見込まれるという結果であつた。大学病院を含めた総合病院では1日あたりの病床占有率は3.23%であるので、100床あれば毎日3床余りが合併症患者で占められることを意味している。また総合病院では1ヶ月間に100床あたり9.53例の合併症患者を入院加療しているという結果であつた。内容的には総合病院精神科では新規受け入れの患者が多く、入院患者が偶然身体疾患を合併している場合ももちろんあるが、そもそも身体的治療を目的に精神科病床に入院する例も多かつた。こうした背景から総合病院精神科では比較的重症度の高い身体疾患の患者が多くなつていた。また自傷、自殺企図による新規入院が少なからず認められ、救急対応も

要求されているのが実状であると考えられた。

一方精神科病院では精神科医療センターや内科併設の精神科病院を除けば新規の合併症患者の受け入れはほとんどなく、多くが入院中の患者の合併症発症であつた。患者層は総合病院精神科よりも高齢に偏りが見られるが、これは精神科病院において統合失調症慢性期の長期入院患者や痴呆患者等全体に患者の高齢化が進んでいることを反映している結果であると思われた。こうした高齢患者における合併症発症が精神科病院での合併症患者の中心となつていた。また精神科病院での実際の合併症治療に関しても、その多くは精神科医の手に委ねられており、必ずしも十分な治療が施されていない可能性も示唆された。そして精神科医では治療困難である場合転院しての治療が必要となるが、その際必ずしも精神科を有する病院で転院治療が行われているわけではなく、むしろ精神科のない一般病院に受け入れてもらっているという実状が明らかとなつた。

合併症患者の転帰に関しては今回1ヶ月という調査期間ではあつたが6割程度は治癒あるいは軽快を認めている。ただし調査期間内において退院に至った症例は全報告中の4分の1程度であり、今回の1ヶ月という調査期間では合併症患者の在院日数や転帰に関して十分な検討をすることは困難であつた。一つの原因として精神科病院においては元々の入院患者の合併症発症が主体であるため合併症治癒後も入院が継続される場合が多いことがあげられる。また精神科病院では軽快退院よりも身体疾患を治療する目的での転院が多く、退院イコール治癒となつているわけではない点も考え合わせる必要があるだろう。ただし総合病院精神科においても退院に至った症例数は少なく、そもそも合併症患者の治療が1ヶ月

という期間内では収まらない事が多いと予想され、今後同様の調査を行う場合には数ヶ月単位での調査が必要であると思われる。

つぎに合併症患者の基準については、身体疾患の重症度や治療内容によって判定するべきであるとの意見が多かった。また精神科以外の他診療科の診療を必要とした場合との意見もあったが、必ずしも身体疾患が重症でなくとも他診療科に診療を依頼する場合があること、また精神科医の身体疾患治療における技能の差によって他診療科への依頼の有無が異なることも考えられ、その判定基準をどこにおくかは非常に難しい問題であると考えられた。

今後の合併症治療に対する意識に関しては精神科病院、大学病院精神科、大学病院以外の総合病院精神科で大きく違いが認められた。精神科病院においては精神科医療センターの様な一部施設を除いて基本的に合併症治療に対応できる人員、設備は現時点でほとんど無く、合併症患者の受け入れも困難で、今後についても合併症病床の設置に関して消極的な施設がほとんどであった。さらに合併症患者の受け入れは総合病院精神科の役割であり、精神科病院でやるべきものではないという考えも少なからず見受けられた。それに対し今回調査できた総合病院精神科は現時点においてすでに合併症病床を実際に有し、人員、設備とも十分対応可能な状態である施設が多く、さらに今後の合併症病床設置にも前向きで、合併症患者の受け入れを自らの役割と見なしている施設も少なくなかった。大学病院は人員、設備の面で総合病院精神科よりもさらに恵まれており、十分に合併症患者に対応できる能力を有している反面、合併症患者の受け入れに関しては極めて消極的であり、やむを得ず受け入れているという施設が半分以上に及んだ。また今後の合併症病

床の整備に関しても否定的な意見が過半数を占めていた。

大学病院において合併症患者が敬遠される理由としては在院日数の制約の問題が大きいのと思われる。合併症患者の治療の場合前述したように1ヶ月を超える治療を要する 경우가多く、また合併症治療後の転院先を探すことの困難さもあって在院日数が長くなる傾向がある。このため在院日数の制約を考えた場合合併症患者の受け入れは困難とならざるを得ないのかもしれない。今後ケースワーカー等のコメディカルスタッフの充実とともに後方病院など合併症患者転院のためのシステム整備なども検討していくべきであろう。

最後に診療報酬加算については合併症患者の基準を設けることが前提で、それが明確でないために今回の調査でも様々な意見が出され集約するのは困難であった。しかし、診療報酬加算が必要と回答された施設が80%を超えており、今後精神科の合併症医療を円滑に進めるためには合併症病棟の設置基準とともに診療報酬加算を設けることは必要不可欠と考えられた。

表1 合併症診断の分類 (ICD-10)と身体疾患重症度

合併症診断	総数	総合病院		重症度 AB		単科		重症度 AB	
		276	%	%	200	%	%	%	
AB	感染症	8	3	38	6	3	17		
CD	悪性腫瘍	32	12	34	8	4	38		
E	内分泌・栄養	24	9	17	28	14	7		
G	神経	17	6	35	1	1	0		
I	循環器	19	7	37	16	8	13		
J	呼吸器	25	9	24	43	22	40		
K	肝・消化器	38	14	34	47	24	17		
N	腎	15	5	33	9	5	11		
LM	皮膚・筋・骨格	15	5	7	11	6	9		
ST	中毒・外傷	61	22	21	12	6	25		
	その他	22	8	32	19	10	26		

(参考1) 症例記録表

精神科身体合併症患者症例記録表		(*は新規受け入れ時のみ記入)					
1 名前(イニシャル)		男・女		歳			
2 精神科診断名	(資料1)	(F)					
3 精神症状重症度	(資料1)	A	B	C	D		
4 精神科入院年月日		年	月	日			
5 入院形態		任意	医療保護	措置	応急	自由	
6 入院経路*		自宅	単科精神病院	その他			
7 身体疾患発症年月日		年	月	日			
8 身体疾患診断名							
9 身体合併症タイプ	(資料2)	-1・1-2・1-3・1-4・2-1・2-2・2-3・2-4・3					
10 身体疾患重症度	(資料3)	A	B	C	D		
11 看護必要度	(資料4)	I	II	III	IV	V	VI
12 治療							
<新規受け入れ>		1. 精神科病床に入院し精神科医と他診療科医が治療 2. 他診療科に入院し精神科医が併診 3. その他()					
<入院中の発症>		1. 自院で精神科医が治療 2. 自院で精神科医と他診療科医が治療 3. 院内他科へ転科して治療 4. 他院へ転院 →大学病院・総合病院精神科(有床・無床)・一般病院・その他					
13 転帰							
精神疾患		寛解	軽快	不変	悪化	不明	
身体疾患		治癒	軽快	不変	悪化	不明	
自宅							
転院		→ 単科精神病院・大学病院・総合病院精神科(有床・無床)・一般病院・その他					
14 退院(転院)年月日		年	月	日	・ 11月30日現在入院中		

(資料1)

ICD-10 分類	
F 0	症状性を含む器質性精神障害
F 1	精神作用物質使用による精神および行動の障害
F 2	精神分裂病，分裂病型障害および妄想性障害
F 3	気分（感情）障害
F 4	神経症性障害，ストレス関連障害および身体表現性障害
F 5	生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
F 6	成人の人格および行動の障害
F 7	精神遅滞
F 8	心理的発達の障害
F 9	小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
F 9 9	特定不能の精神障害

精神症状重症度分類	
Grade	
A	<p>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</p> <p>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</p>
B	<p>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</p>
C	<p>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</p>
D	<p>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</p>

(資料2)

身体合併症タイプ (以下の分類に○をおつけ下さい)

1 精神疾患に起因する身体疾患・身体症状

1-1 自傷行為・自殺企図によってもたらされたもの

1-2 拒食・不食等によってもたらされた栄養障害など

1-3 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

1-4 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

2-1 症状性器質性精神疾患の原身体疾患

2-2 医薬原性精神障害のもととなった身体疾患

2-3 アルコール関連身体障害

2-4 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

(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
	b 循環管理	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
	c 呼吸管理	人工呼吸器を使用, 頻回の血液ガス検査
	d 術後管理 (産科を含む)	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
	e 水電解質管理	緊急を要する電解質異常の補正
	f その他	これらの管理に相当すると思われるもの
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
	b 循環管理	観血的モニターを装備 (CVP モニター), 持続的薬剤の管理
	c 呼吸管理	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
	d 術後管理 (産科を含む)	各種ドレーン装置の管理, 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
	e 水電解質管理	輸液バランスの管理
	f 栄養管理	完全静脈栄養法 (高カロリー輸液)
g その他	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	
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
	b 循環管理	24 時間 ECG モニターを装着, 単純な持続的な輸液療法
	c 呼吸管理	吸入を要す, 肺理学療法
	d 術後管理	小手術手技程度で特に抜糸まで包帯交換程度でよい
	e 栄養管理	経腸栄養法 (経管栄養・成分栄養)
f その他	これらの管理に相当すると思われるもの	
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

(資料4)

看護必要度の算定	
必要度	患者の病態や治療状況
I度	日常生活の自立，食事療法のみ実施 ・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
II度	移動のみ介助，高齢で聴力障害あり，軽度痴呆
III度	排泄，食事介助，チューブ管理，見当識障害 ・酸素，シビン，胆ドレーン，バルン，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）
IV度	食事以外全介助，隔離，足牽引中 ・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
V度	全介助，手術当日，1時間毎の観察，鎮静剤使用中 ・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 運動麻痺もしくは機能障害のため全面介助，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，排泄全面介助を要する患者 ・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 ・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 ・てんかん重積症，けいれん発作消失後24時間，失神発作の見られる患者

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

<研究の目的> 自殺企図の有無に関わらず、うつ病の入院患者は多いが、総合病院の精神科ではその21%にしか入院施設がない。一方、精神科病院には精神病床は多いが、多くは慢性の統合失調症患者のためのものであり、うつ病患者の入院できる環境とは言えない。やはり、精神科病院のなかに、いわゆるストレスケア病棟として、うつ病患者の入院できる病棟が独立してあることが望ましい。本研究では、ストレスケア病棟での治療を包括医療としてとらえ、妥当な診療報酬点数を提案する。<研究方法> 研究1 文献の検索等によりストレスケア病棟の必要病床数を計算した。研究2 精神科のない総合病院の一般病棟で、精神疾患のために入院した連続した100名について、病名や在院日数、入院費用などを調査した。また、ストレスケア病棟に入院した連続した100名について、同様の項目を調査し比較検討した。さらに、ストレスケア病棟における収支から、妥当な施設基準や入院基本料を提案し、それによる収支を検討した。<結果> ある地域で自殺念慮を伴ううつ病の発生数は年間住民の1%と推定された。ストレスケア病棟に入院した患者の診断名は、うつ病（感情病）圏が88%を占めていた。現在、精神科急性期治療病棟1でストレス病棟的な病棟を運営している病院における例を参考にすると、追加コストをその平均年収から1日ごと、1病床ごとに算出した。適正病棟を32床とした場合、追加コスト考慮後の診療報酬額は20,475円となり、包括金額にした場合には1床あたり2,050点/日となった。<考察> あるストレスケア病棟（すべて個室）の開設してから1年半の間に入院した患者の総数は394人で、その平均在院日数は55日であった。病床稼働率は61%であった。この稼働率で病棟が経済的に成り立つような診療報酬の設定が望ましい。

A. 踏査目的

ストレスケア病棟は、精神病床の機能分化として意義深いものである。現在わが国では8施設にストレスケア病棟があるが、

それぞれ個室料金を設定するなど、診療報酬上では無理があるのが実態である。これを解消し、多くの精神科病院が本病棟を新設しようとするような診療報酬の設定は独

創的であり、もちろん諸外国には例がない。

昨年度の研究では、神奈川県Z市において定期検診を希望した住民約15,000人の中から8,000人を無作為に抽出し、一般人口のなかにみられるストレス、睡眠障害及び抑うつの有無に関して調査した。また、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、2000年1月から12月までの間に、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。また、現にストレスケア病棟を有している二施設の実態調査を行った。その結果、一般市民の健康調査の結果、5,903件有効回答中、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%)、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。また、2001年の東海大学病院救命救急センター受診者は21,264名(男10,419名 女10,845名)で、うち精神科受診者数803名(男282名 女521名)、自殺企図者300名(男68名 女232名)であった。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1割で、ほとんどは数日ないしそれ以上の入院を要した。

現在10施設あるストレスケア病棟あるいはそれと類似の構造をもつ病棟のうち、見学したある施設(50床)は、医師以外のスタッフ22人で運用し、病床稼働率61.7%、平均在院日数55日であった。これは、現行の精神科病棟入院基本料では非採算的であった。

これらの結果を基に、平成14年度は、ストレスケア病棟の存在意義をさらに明確にし、精神病床の一部をストレスケア病床(病棟)にした場合の適正診療報酬点数を提案することを目指して研究を行った。

B. 調査方法

研究1：文献の検索等によりストレスケア病棟の必要病床数を計算した。

研究2：精神科のない総合病院の一般病棟で、精神疾患のために入院した連続した100名について、さらにストレスケア病棟に入院した連続した100名について、病名や在院日数、入院費用などを調査し、それぞれを比較検討する。ストレスケア病棟における収支から、妥当な施設基準や入院基本料を提案し、それによる収支を検討する。

C. 結果および D. 考察

1. 必要病床

入院治療を要する感情病(特にうつ病)患者の数の推定は非常に難しい。

入院治療を要する=希死念慮がある患者、と考えた場合の、推定の仕方の一例。

身体疾患を伴わない外来大うつ病症例が、自殺念慮をもつのは、約1/3といわれている。

(1-2) リサーチのセッティングで、身体疾患を伴ううつ病の場合でも、約25%である。

(3) したがって、うつ病症例の25%=33%が自殺念慮をもつと仮定できる。

うつ病の年間有病率はコミュニティーで、単極性うつ病は4.0%である。

(4) ここで単純に計算すれば、ある地域で、年間、人口の1%は自殺念慮を伴ったうつ病であり、入院が頭によぎる症例とはなりえる。ただし、外来受診している症例は、外来受診していない症例よりも重症の可能性があるので、実際にはもう少し低い%だろうと思われる。

【文献】

1. Zisook S, Goff A, Sledge P, Shuchter S

- R. Ann Clin Psychiatry 1994; 6:27-31.
2. Mayou R, Hawton K, Feldman E.: J Psychosomatic Res 1988;32:541-549
3. Kishi Y, Robinson RG, Kosier JT.: Psychosomatics 42(5):382-390, 2001
4. Narrow WE, Rae DS, Robins LN.: Arch Gen Psychiatry 59:115-23., 2002

2, ストレスケア病棟の対象者

某病院のストレスケア病棟に入院した連続した100名を【表-1】に示した。これによれば、対象疾患は主治医によってさまざまな分類の病名がつけられているが、大まかに言って「うつ病圏」（大うつ病、うつ病、うつ病性障害、躁うつ病、神経症性うつ病、抑うつ神経症、反応性うつ病、気分変調症など）は88%、統合失調症1%、その他（境界性人格障害、神経症、不安障害、パニック障害、身体化障害など）は11%であった。これから言えば、このストレスケア病棟に入院する対象の疾患は「うつ病（感情病）圏を中心とし、その比率は概ね8割以上（または9割前後）とする」と規定できる。

3、人員配置および包括化した場合の診療報酬点数

人員配置としては、まず医師に関しては、対象症例が希死念慮があったり、その治療に精神療法的な関わりが必要であるからうつ病圏の疾患であるから、一般科と同じ医師数、すなわち16:1が絶対に必要である。精神科特例はまったく考慮する必要はない。看護師に関しては、夜勤2人体制ができるためには16人は必要であろう。すべて正看

護師であることが望ましいが、准看護師を一部加えることも可能であろう。（たとえば正看護師=10名、准看護師=6名）。

また、臨床心理士3名、精神保健福祉士2名、作業療法士2名は、このような病棟には、経験的に必要であると思われる。

そこで、適正病棟を32床あるいは20床として、現在、精神科急性期治療病棟1でストレス病棟的な病棟を運営している病院における例を参考にすると、追加コストをその平均年収から1日ごと、1病床ごとに算出したのが【表-2】である。

それによれば、適正病棟を32床とした場合、追加コスト考慮後の診療報酬額は20、475円となり、包括金額にした場合には1床あたり2,050点/日ということになる。また、同じ人員配置で、さらに実際的な20床病棟とした考えると、同様の手順で計算して、1床あたり2,300点/日ということになる。

一方、看護師をすべて正看護師にし、20床病棟とした考えた場合には、同様の手順で計算して、1床あたり2,350点/日ということになる。

E. 結論

あるストレスケア病棟（すべて個室）の開設してから1年半の間に入院した患者の総数は394人で、その平均在院日数は55日であった。さらに、病床稼働率は61%であった。この稼働率で病棟が経済的に成り立つような診療報酬の設定が望ましい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

- 1) 保坂 隆, 青木孝之, 渡辺俊之, 佐藤 武: 卒後研修での精神科必修化と在院日数短縮化。日本精神病院協会雑誌 21: 25-28, 2002
- 2) 保坂 隆, 杉山洋子: 在宅介護者への構造化された介入の効果△痴呆患者とがん患者の場合。在宅医療35号, 51-54, 2001
- 3) Hosaka T, Matsubayashi H, Sugiyama Y, Izumi S, Makino T.: Effect of psychiatric group intervention on natural-killer cell activity and pregnancy rate. Gen Hosp Psychiatry 24: 353-356, 2002
- H. 知的情報権の取得状況
なし

【表－１】 ストレスケア病棟に入院した連続した100名の内訳

NO.	性別	年齢	病名	在院日数
1	女	57	抑うつ神経症	22
2	女	46	うつ病	17
3	女	31	心因反応	6
4	男	46	うつ病	117
5	男	49	うつ病	181
6	女	29	うつ病	34
7	女	26	抑うつ神経症	33
8	女	23	うつ病	42
9	男	31	躁うつ病	170
10	男	37	うつ病	80
11	男	37	抑うつ神経症	81
12	男	21	統合失調症	4
13	女	37	うつ病	83
14	男	54	躁うつ病	40
15	男	39	抑うつ神経症	37
16	男	47	うつ病性障害	29
17	男	57	うつ病	73
18	男	34	うつ病	17
19	男	52	うつ病	76
20	男	45	うつ病	79
21	男	49	うつ病	124
22	女	20	うつ病	6
23	女	27	抑うつ神経症	40
24	女	33	躁うつ病	124
25	女	69	うつ病	113
26	男	45	うつ病	35
27	女	46	うつ病	28
28	女	28	うつ病	55
29	男	60	うつ病	120
30	男	44	うつ病	61
31	女	64	うつ病	65
32	男	51	うつ病	66
33	男	33	心因反応	45
34	女	40	うつ病	87
35	女	35	うつ病	104
36	男	41	抑うつ神経症	56
37	女	54	うつ病	52
38	女	46	うつ病	41
39	男	37	境界性人格障害	6
40	女	41	神経症	6
41	女	44	うつ病	122
42	男	29	うつ病	57
43	女	38	うつ病	3
44	女	49	うつ病	8
45	女	67	うつ病	103
46	女	61	うつ病	89
47	女	17	神経症	25
48	女	53	うつ病	96
49	女	52	抑うつ神経症	31

50	男	53	抑うつ神経症	77
51	女	18	抑うつ神経症	22
52	女	35	パニック障害	19
53	男	45	うつ病	57
54	男	43	うつ病	113
55	男	21	神経症	22
56	男	33	気分変調症	52
57	男	63	うつ病	74
58	男	41	うつ病	75
59	女	22	うつ病	68
60	女	33	うつ病	144
61	男	32	うつ病	95
62	女	34	大うつ病性障害	95
63	男	37	うつ病	85
64	男	38	躁うつ病	156
65	男	55	うつ病	92
66	男	48	うつ病	88
67	女	26	パニック障害	158
68	女	46	抑うつ神経症	102
69	女	40	うつ病	65
70	女	28	うつ病	83
71	男	47	うつ病	82
72	女	78	うつ病	97
73	女	29	心因反応	8
74	女	47	うつ病	73
75	女	41	うつ病	107
76	男	40	大うつ病性障害	89
77	男	47	抑うつ神経症	35
78	男	52	抑うつ神経症	130
79	男	38	うつ病	113
80	女	35	うつ病	52
81	女	56	うつ病	35
82	女	36	うつ病	69
83	男	45	うつ病	115
84	女	51	不安障害	135
85	男	27	身体化障害	70
86	男	30	大うつ病性障害	62
87	男	44	うつ病	141
88	男	57	うつ病	89
89	男	39	うつ病	30
90	男	29	反応性うつ病	96
91	女	63	抑うつ神経症	71
92	女	57	うつ病	73
93	男	36	大うつ病性障害	51
94	男	52	うつ病	72
95	男	25	大うつ病性障害	78
96	男	48	うつ病	71
97	女	30	神経症性大うつ病	61
98	女	34	うつ病	104
99	男	49	躁うつ病	90
100	男	44	うつ病	52

【表-2】ストレスケア病棟に訂正と思われる人員配置と包括点数

現状（精神科急性期治療病棟1）		ストレスケア病棟に適正と思われる人員配置による場合						看護師はすべて正看護師の場合					
		最低限の看護師の場合			32床			20床			20床		
職種	人員	平均給与(年)	人員	増減	追加/年	追加/日	追加/床	追加/床	追加/床	追加/年	追加/日	追加/床	追加/床
①医師	1	12,500,000	2	1	12,500,000	34,247	1,070	1,712	1,712	12,500,000	34,247	1,712	1,712
②看護師	6	4,400,000	10	4	17,600,000	48,219	1,507	2,411	2,411	44,000,000	120,548	6,027	6,027
③准看護師	7	3,700,000	6	-1	-3,700,000	-10,137	-317	-507	-507	-25,900,000	-70,959	-3,548	-3,548
④看護補助者	4	2,800,000	3	-1	-2,800,000	-7,671	-240	-384	-384	-2,800,000	-7,671	-384	-384
⑤臨床心理士	1	4,000,000	3	2	8,000,000	21,918	685	1,096	1,096	8,000,000	21,918	1,096	1,096
⑥精神保健福祉士	0	4,000,000	2	2	8,000,000	21,918	685	1,096	1,096	8,000,000	21,918	1,096	1,096
⑦作業療法士	0	4,000,000	2	2	8,000,000	21,918	685	1,096	1,096	8,000,000	21,918	1,096	1,096
						追加コスト→	4,075	6,520			追加コスト	7,095	7,095
							16,400	16,400				16,400	16,400
						追加コスト考慮後の包括金額→	20,475	22,920			コスト考慮後の包括金額→	23,495	23,495
						包括点数→	2,050点	2,300点			包括点数→	2,350点	2,350点