

20030290

平成15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

(埼玉県立精神医療センター)

平成15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（埼玉県立精神医療センター）

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）

木村真人（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）

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 8
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 4
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 ----- 3 0
分担研究者 木村真人 (日本医科大学医学部精神医学教室)
研究協力者 上村秀樹、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 ----- 3 7
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 ----- 4 2
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 ----- 5 5
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、川淵孝一、伊藤弘人
杉原 茂
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 -- 5 7
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、長瀬輝誼、中村健二、八田耕太郎、濱野 強、
南 良武

I. 総合研究報告書

精神医療の地域化や専門的医療に関する研究

主任研究者 守屋裕文（埼玉県立精神医療センター）

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を目指した。また、全国の精神科病床のうち包括病床に関する調査、精神科における診療報酬や必要病床の算定を行うための方法の開発などの研究を行った。結果：児童思春期病棟は、既存の全国児童青年精神科医療施設協議会に所属する病院等を十分に活かしつつ、地域格差に配慮した配置（新設や移設）を考えるべきであること等を提言した。薬物依存病棟は、中毒性精神病の解毒治療と心理教育的プログラムを両方行えるような構造とすることなどを提言した。合併症病棟では、その身体疾患のみで入院の適応となり、また、精神症状のために一般病棟では管理困難（任意入院を除く）な患者を対象とすべきことを提言した。ストレスケア病棟は、うつ病を中心とした患者のため、二次医療圏内に最低でも30床程度は必要であることを明らかとした。「専門病棟の国際比較に関する研究」では、英国での調査結果から、精神医療の地域化や専門的医療に構築する上でモデル事業のコスト計算を定期的に行うことと、地域ニーズに対応した資源配分を検討することの必要性を示した。「各専門病棟への診察報酬面での評価」では、精神医療において、一般病棟、療養病棟とも、患者の特性（ケースミックス）が原価を反映するが、現行の診療報酬はこれらを反映していないことなどを示した。「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」では、精神科病床の運用状況の都道府県による相違を明らかにし、都道府県における精神科病床に関連する要因について明らかにした。

結語：本研究では、精神科領域における4つの専門病棟を実現する環境整備に必要な調査を行い得た。成果が精神医療の地域分化や専門的医療の開発を一層進めるために今後も研究を継続する必要がある。

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)

木村真人(日本医科大学付属千葉北総病院)

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

精神障害者の数は、200万人を超えているとされ、通院および入院者数をあわせた「受療率」もすべての高血圧疾患に次いで全疾患の中で第2位である。治療の対象となる精神障害者は、児童から高齢者まで幅広く存在している。たとえば、児童や青年のメンタルヘルスに関する問題として、注意欠陥多動障害などの発達障害に加え、社会的イベントとの絡みで行為障害への対応や児童虐待に伴う精神的ケアの必要性が認識されたり、あるいは従来数少ないと思われていたうつ病が増加しているとの報告が見られるようになった。また、薬物依存症の患者は覚せい剤を中心に若年層まで広がり、デザイナードラッグなど問題とされる悪物が続々と社会に出回るようになっており対策が急務とされている。さらに、昨今中高年の自殺増加が影響するなどして、自殺者総数が毎年3万人を越える異常事態が続いている。最近では、入院患者の高齢化に伴い身体合併症が増加しているとされるが、精神疾患と身体疾患の治療を併せて行う病棟が必要となる。

日本には、精神科病床が34万床あまりあるが、その多くが統合失調症などの長期

在院者で占められ、上述した新たな精神科治療の需要に応えるには、質、量ともに十分な面があることが認識されるようになってきた。背景には、総医療費に占める精神科医療費の比率が、他科に比して低い値となっていることなどの問題もある。

こうした問題を解決するために、良質かつ効率的な精神科医療の提供体制を構築することが緊急の課題となっている。その際、近年の精神医療の各分野での専門的発展の成果を十分に取り入れて応用し、効果的な機能分化を図ることが必要である。このような改革を実現し、定着させるためには、各専門病棟内における体制確立だけでなく、需要に見合う医療資源の有効配置と資源間の連携、専門的治療に対する適切な医療経済的評価のあり方についての調査研究が避けられない。

このような問題意識から、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企画した。

本研究では、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、「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、平成15年度から木村真人に変更)、「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。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。

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、各都道府県に必要なとされる精神病床数を明らかにすることは、精神医療施策上きわめて重要である。しかし、必要病床数の算定方法については改めて検討を要する。こうした点について検討するため、「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。

B. 研究方法

7人の分担研究者がそれぞれ研究課題を持ち、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、それぞれの分担研究を総括し、進捗状況を尋ね、必要に応じて研究内容を調整し、全体をまとめた。

以下、分担研究ごとに研究方法について述べる。

B. 研究方法

【1】 「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に関する研究」では、より良い児童思春期精神科医療の明確化の為、前年度までの研究結果をもとに入院治療に必要な職種および人員数、適応対象患者(年齢、疾患)、施設基準を検討した。また既存の病院および施設を有効に活用することで、我が国独自の現実に即した児童思春期病棟のあり方の可能性を模索した。

この目的のために、初年度の現状調査の際に調査対象とした全国児童青年精神科医療施設協議会(以下全児研)加盟12病院とオブザーバー施設7病院、全国の情緒

障害児短期入所施設(以下情短施設)を全国地図に表し、全国分布を明らかにした。

また、初年度に行った現状把握のための調査(医療機関および児童関連施設を対象としたアンケート)およびニーズ把握のための調査(全国を対象としたインターネットによるアンケート)、本研究2年目に行った国際比較の調査などの調査結果をもとに、わが国のあるべき児童思春期精神科医療に必要な病床数、施設基準(スタッフの職種や人数など)に関し、具体的に提示した。

【2】 「薬物依存病棟のあり方に関する研究」

「薬物依存病棟のあり方に関する研究」では、平成13年度より平成15年度にかけて、精神神経学会の「精神科卒後研修病院」に指定されている全国の国公立病院など49病院を対象として、郵送によるアンケート調査を行い、薬物依存症の治療に関する現状や取り組みにあたっての課題を調査してきた。こうした調査に基づき現状について検討した結果、薬物依存症者をアルコール依存症者と一緒に同一病棟内・同一教育プログラムで行うことには、様々な困難性を生じること、その一方で、精神科急性期病棟で統合失調症や躁うつ病の患者と並行した治療を行うことにも、臨床現場での抵抗があることなどの状況が明らかになった。そのため、薬物依存病棟としては薬物依存症と中毒性精神病の両者の治療を1病棟内でカバーできるシステムを採用すべきであると結論した。平成15年度は、この結論に基づき、病棟の治療プログラムや診療報酬など実際に病棟を運営する際の具体的な側面について実証的に検討した。

【3】 「合併症病棟のあり方に関する研究」

「合併症病棟のあり方に関する研究」では、平成14年度、全国の総合病院精神科、他科併設精神科病院、単科精神科病院に対して実態調査を行った。平成15年度は、平成14年度に行ったアンケート調査の中から、新規に係わった身体合併症患者のうち精神科病床に入院して精神科医と他診療科医が治療した症例と他診療科に入院して精神科医が併診したいわゆるリエゾン精神医療の症例を比較検討した。身体合併症患者について、患者数、年齢、性別、精神科診断名（ICD-10）、院経路、身体疾患診断名、精神科重症度、身体疾患重症度について調査を行った。

【4】 「ストレスケア病棟のあり方に関する研究」

「ストレスケア病棟のあり方に関する研究」では、ある二次医療圏内のすべての医療施設を対象としたアンケート調査を行い、ストレスケア病棟の必要病床数の再検討を行った。具体的には、東海大学付属病院が属する二次医療圏（湘南西部）、すなわち平塚市、秦野市、伊勢原市、大磯町、二宮町（3市2町）を対象とし、その圏内のすべての病院・精神科病院・診療所・企業内診療所にアンケート調査票を郵送した。主な質問項目は、a)平成15年10月1～31日の1ヶ月間に新たに生じた、うつ病やストレス関連疾患の患者さんで入院が必要な件数と、b)仮にこの二次医療圏内の精神科病院の敷地内に、従来の病棟とは別の建物としてストレスケア病棟（仮称）ができた場合、利用するか否か、c)ストレスケア病棟に対する要望などとした。得られた結果を集計して、必要病床数を検討した。

【5】 「専門病棟の国際比較に関する研

究」

「専門病棟の国際比較に関する研究」では、精神医療の地域化や専門的医療を考える際、経済的な側面を検討することが重要であるとの認識から、これまであまり紹介されていない、英国の精神科医療の医療経済的側面についてまとめた。このため、平成15年9月15日から18日までロンドンの調査に赴き、資料収集や聞き取り調査を行った。英国の精神科医療に関する先行研究のうち、特に London School of Economics の教授でかつ Institute of Psychiatry 教授の Martine Knapp 教授からの資料を参考にして、先行研究による学術的蓄積をまとめた。

【6】 「各専門病棟への診察報酬面での評価」

「各専門病棟への診察報酬面での評価」では、現行の精神医療の診療報酬は原価およびケースミックス（患者重症度）を反映しているか否かを分析し、今後の精神医療における診療報酬政策に資することを目的として研究を行った。協力が得られた2病院（精神病床107床および175床、年間在院患者数44,932人および62,800人）に対し03年12月15～19日の5日間実地調査を行い、医療サービスの投入時間、ケースミックスおよび診療報酬について患者別にデータを収集した。ケースミックスは日本精神科病院協会のマスタープラン調査による、02年6月および03年12月の患者別の能力障害（5段階）・精神症状（6段階）データを用いた。診療報酬は02年6月の1ヶ月間の患者別総点数である。①原価の代用変数として医療サービス投入時間、②患者の特性を示すケースミックスとして能力障害・精神症状、そして、③医療費の総体を示す診療報酬金額の3つを求め、それぞれに相関があるかどうかを調べた。各データには正規性が認められなかつ

たため、Spearman の順位相関係数を求めた。なお、02年6月と03年12月の2時点で退院した患者が存在したので、患者別に突き合せを行った。標本数は一般・療養の各病棟について、投入時間とケースミックスの分析では116、160、投入時間と診療報酬では68、148、ケースミックスと診療報酬では101、168であった。

【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」

「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」では、既存資料およびすでに全国的に実施された調査のデータを用いて、都道府県の精神科入院医療の特徴を検討した。検討方法は、(1) 既存病床数（以下、精神科病床数とする）と入院患者の疾病分類の分析、

(2) 精神科病床数と精神保健福祉指標との関連の分析、(3) 精神科入院医療指標と自殺者数との関連の分析を行った。

対象は、厚生労働省精神保健福祉課において毎年実施されている実態調査(630調査)の結果である。本分析で用いる項目は、精神科病床数、精神病院在院患者数(統合失調症患者数、気分障害患者数、痴呆患者数)である。都道府県における人口1万人あたりの精神科病床数を従属変数、外来指標、社会復帰指標、地域・行政関連指標、社会一般指標を独立変数として相関分析および重回帰分析を行った。ここに、外来指標とは、人口1万人あたりの障害者手帳交付数、精神障害者通院医療費公費負担承認数、統合失調症患者数、気分障害患者数である。社会復帰指標とは、人口100万人あたりの生活訓練施設、福祉ホームA型、福祉ホームB型、地域生活支援センター、通所授産施設、福祉工場である。地域行政関連指標とは、人口1万人あたり精神保健被訪

問指導延べ人数、精神保健被相談延べ数、精神医療審査会(1000非任意入院あたりの審査頻度)、グループホーム事業実施市町村割合、ホームヘルプ事業実施市町村割合、精神衛生費(都道府県民1人あたり)、自殺者数(人口1万人あたり)、生活保護医療扶助の入院に依存する割合(12)である。社会一般指標とは、老年人口割合、社会増加率、人口1人当たり住民税、県民1人当たり県民所得、財政力指数、生活保護被保護実人数、凶悪犯罪の認知件数、高齢単身世帯の割合である。

C. 結果

【1】 「児童思春期病棟のあり方に関する研究」

(1) 全国の施設分布

施設の分布地図を作成した結果、我が国では児童思春期を扱う医療機関、施設が偏在していることが明らかになった。20歳未満の人口万対の病床数を見ると、北海道0.48床、東北6県0床、北陸5県0.32床、関東1都7県0.59床、東海4県0.26床、関西2府4県0.17床、中国5県0.18床、四国4県0床、九州8県0床となり、東北6県、四国4県、九州8県は入院病床数がないという状況であった。また、全児研オブザーバー7病院においては、児童思春期専門病棟を有しておらず、今後の展望として児童思春期の患者に対しても積極的に対応していくというにとどまっていた。

(2) 施設基準に関して

昨年度までに得られた結果などを総合して、今後望まれる児童思春期専門病棟において必要とされるスタッフ、設備に関する基準について具体的に提示した。

当研究班では、初年度の調査結果を受け、義務教育年齢以下の子ども(児童精神科病棟)とそれを越えた年齢の思春期(思春期

精神科病棟) とに区別すべきであることを提唱した。

すなわち児童精神科病棟においては、義務教育面での配慮から、開設者は国および地方自治体、対象疾患は触法を除く発達障害、児童虐待、情緒障害等とした。必要病床数は英、仏国を参考に人口 100 万に対し 20 床とし、1 病棟あたりの病床数は集団精神力動的視点から 20 床が妥当と考えた(不足数は併設のデイケアで補う)。また、人員配置は、医師は 1 病棟に対し 2 人(内 1 人は精神保健指定医)で、2.8 夜勤を考慮し看護師は 16 人(正看のみ)で、低年齢患者の入院に対応すべく保育士 2 人、児童指導員 2 人、さらに心理的診断とアプローチ、ケースワークなどの必要性を考え CP 2 人、PSW 2 人とした。施設面では義務教育を受けるに足る教育関連施設およびデイケアの併設が必要と考えた。入院費に関しては、人件費は収入の 50 %が妥当という経営上の目安、病床数の少なさから総収入の低さを考慮し、3 万/日とした。

一方、思春期精神科病棟においては、義務教育年代の児童を対象としない(教育関連施設を必要としない)ため、開設者は個人・医療法人とし、よってその必要病床数も原則的に市場原理に基づくものとし、対象疾患は触法を除く思春期発症の精神障害等とした。1 病棟あたりの病床数は上限を 32 床とし、人員配置は、医師は 1 病棟に対し 2 人(内 1 人が精神保健指定医)、看護師 2 : 1 (正看 4 割以上)、心理的診断およびアプローチ、ケースワーク、作業(運動、活動)療法の必要性から CP2 人、PSW2 人、OTR 2 人が必要とした。設備面では、デイケアの併設、運動・学習等のスペースの確保を必要とし、入院費は児童病棟と同様な配慮から、2.5 万/日とした。

【2】 「薬物依存病棟のあり方に関する

研究」

(1) モデル病棟についての構想集約

これまでの調査結果に基づき、薬物依存病棟として、1 病棟として薬物依存症と中毒性精神病の両者の治療をカバーできるシステムを採用した。

薬物専門病棟は閉鎖病棟とし、1 病棟内に中毒性精神病の解毒治療を行う保護室主体のユニットと、心理教育的プログラムを行う共有スペース主体のユニットとを両方含む構造とする。モデル病棟では保護室のユニットを 10 床、心理教育のユニットを 20 床の定数配置とする。看護ステーション等のスタッフ部署は、両ユニットの間に位置づける。

前者では急性期の精神科治療が必要な事例や、当初任意入院で入院したものの、強い離脱症状や気分易変性など閉鎖処遇とすべき事例を取り扱う。急性期を乗り切った時点で、当該事例が依存症治療ほどの程度の動機付けを有しているか評価し、一定の動機を有している場合には「部分参加」などの形態で漸次的に心理教育プログラムに移行していく。可能と判断された場合には、任意入院とし依存症への行動修正を心理教育アプローチを行う。入院時の診断で依存症のみの場合には、任意入院で心理教育ユニットへ入る。逆に、幻覚妄想状態の治療を行ったが心理教育を行うべき状態にない場合には、保護室のユニットだけで(心理教育とは接触しないで)治療完結することもあり得る。

(2) 専門病棟での治療プログラムと人員配置

中毒性精神病への精神科治療と、依存症への心理教育援助の両サイドのケアを担わなければならないこと、反社会性人格障害の併存頻度が低くないこと、専門病棟を標榜すると圏域内の中毒患者が一極集中

することなどを総合的に判断して、看護職は日勤で8名、順夜・深夜とも3名の宿直シフトが組めることとし、30名の体制とした。

精神保健福祉士の配置は2名とした。入院中の患者の社会復帰へ向けての地域連携と、外来患者についてのサポート体制の整備で複数名が必要と判断したためである。

心理職については、理想的には「アディクション・カウンセラー」など専門性を有した人材が望ましく、心理教育プログラムや様々な視点からの集団療法メニューのグループ・ファシリテータとしての役割を担う。カナダ・オンタリオ州の「ジンツイード・センター」の週間治療メニューなどが参考になる。

医師は3名配置とした（しかし、入院も外来も一極集中の可能性があるので、2名配置でも不足と思われる。実際には公的病院で研修医がローテートしているような規模の施設でない、これだけの専門病棟スタッフの確保は難しいと考える）。

（3）専門病棟でのコスト計算

今後の上記の病棟運営で、発生する治療パターンを以下の三類型化と想定した。

「覚せい剤の重症の依存症で、精神病症状も重篤。まず精神病症状への抗精神病薬治療を行い、その後依存症の心理教育も行った」（第Ⅰ期＋第Ⅱ期）

「覚せい剤の重症の依存症で、精神病症状も重篤。急性精神病の治療をじっくりと行った。心理教育は短期インターベンションのみ行った」（第Ⅰ期完結型）

「覚せい剤依存症で、精神症状は軽度のみ。隔離拘束を行うほどではなく、少量の維持療法のみ。おもにア症に行うような心理教育を重視してアプローチした。」（第Ⅱ期中心型）

以上の3類型について、協力病院の最近

の治療例をそれぞれ数例ずつピックアップし、1ヶ月単位での医療費をぬきとり調査した結果、いずれの類型でも入院1ヶ月目に若干コストがかかっている以外に、症状類型は医療コストにさほど影響していなかった。

平成15年度のストレス病棟の分担研究結果を参照し、人員配置に要する追加コストを計算した。その結果、包括点数として2,570点/日(30床)という値を得た。

【3】「合併症病棟に関する研究」

（1）調査症例のプロフィール

今回の調査において精神科病床に入院して精神科医と他診療科医が治療した症例は238例で、治療施設は総合病院が43施設、他科併設単科精神病院が8施設であった。一方他診療科に入院して精神科医が併診下したいわゆるリエゾン精神医療で係わった症例は137例で治療施設は総合病院が24施設であった。

精神科病床で治療した合併症患者の性別と平均年齢は男性が119例、平均年齢54.4±17.4歳、女性が119例(50.0%)、平均年齢53.4±20.1歳であった。一方、リエゾン精神医療で治療した合併症患者は137例中、男性が89例(65.0%)で平均年齢60.1±17.0歳、女性が48例(35.0%)で平均年齢53.8±22.7歳であった。

精神科病床で治療した合併症患者では、「自宅から」118例49.6%、「単科精神病院から」51例21.4%であった。その他「一般病院から」や「不明」が69例29.0%であった。

一方リエゾン精神医療で治療した合併症患者では、やはり「自宅から」が最も多く87例63.5%であり、「単科精神病院から」は13例9.5%であった。その他「一般病院から」や「不明」37例27.0%であった。

(2) 精神科診断分類 (ICD-10)

精神科病床で治療した合併症患者の ICD-10 による精神科診断分類は、F2 (精神分裂病, 分裂病型障害および妄想性障害) が 98 例 41.2% で最も多く、次に F0 (症状性を含む器質性精神障害) 52 例 21.8%, F1 (精神作用物質使用による精神および行動の障害) 30 例 12.6%, F3 (気分 (感情) 障害) 26 例 10.9%, F4 (神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害) と F7 (精神遅滞) が各 11 例 4.6%, F6 (成人の人格および行動の障害) 6 例 2.5%, F5 (生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群) 3 例 1.3%, F9 (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) 1 例 0.4% と続いた。

一方リエゾン精神医療で治療した合併症患者では、F0 が 36 例 26.3% と最も多く、次に F2 が 26 例 19.0%, F1 と F3 が各 21 例 15.3%, F4 が 19 例 13.9%, F5 が 8 例 5.8%, F6 が 5 例 3.7%, F9 が 1 例 0.7% と続いていた。

(3) 身体疾患診断分類

精神科病床で治療した合併症患者では、外傷、悪性新生物、肝障害、肺炎、糖尿病、薬物中毒、心疾患、脳血管障害の順に多く、リエゾン精神医療で治療した合併症患者では、外傷、肝障害、悪性新生物、薬物中毒、心疾患、脳血管障害、糖尿病、肺炎の順に多かった。

(4) 精神疾患と身体疾患の重症度

それぞれの重症度を 4 段階に分類し、AB を重症、CD を軽症とした場合、精神科病床で治療した合併症患者では、精神疾患重症度は重症と軽症がほぼ半数であったが、身体科疾患重症度では重症が少なく、軽症が 8 割を占めていた。

リエゾン精神医療で治療した合併症患者

では、精神疾患重症度は約 4 割が重症であり、軽症が約 6 割と多かった。身体疾患重症度では軽症が約 6 割あるものの重症が約 4 割を占めていた。

【4】 「ストレスケア病棟のあり方に関する研究」

(1) アンケートの回収率

回収数・回収率はそれぞれ病院 (3/16=19%)、精神科病院 (3/6=50%)、精神科診療所 (6/7=86%)、一般科診療所 (31/206=15%)、企業内診療所 (4/33=12%)、計 47/268=17.5% であった。

(2) ストレスケア病棟への入院必要数

2003 年 10 月の 1 ヶ月間で、ストレスケア病棟があったら入院させたかったケースは、合計で 28 件であった。

また、「仮に二次医療圏内の精神科病院内にストレスケア病棟が設置されたら利用したい (入院を依頼したい) か?」という質問に対しては、「お願いする」と回答した件数は病院 (2/3)、精神科診療所 (6/6)、一般科診療所 (24/31)、企業内診療所 (4/4) と予想以上に多かった。

(3) 回答者のストレスケア病棟に対する意見

仮にこの二次医療圏内の精神科病院の敷地内に、従来の病棟とは別の建物としてストレスケア病棟 (仮称) ができた場合、「入院をお願いする」と回答したのは、38/44=86% に上っていた。

その場合の差額料金としては、1 人部屋の場合には、5000 円 (26) と 3000 円 (10) が多く、2 人部屋の場合には、2000 円 (17) と 3000 円 (18) がほぼ同数であった。

ストレスケア病棟 (仮称) に対する意見

として、精神病院からは、「軽度の鬱病や
静養目的で短期ケア病棟へ入院をして頂く
方は年々増加すると思います。単科の精神
科へは、多少の偏見がまだ存在する為、も
う少し時間をかける必要があると思いま
す。」「今後、機能別病棟、専門病棟が必要
であり、ストレスケア専門病棟も必要かと
思います。」「摂食症（中 2, 高 1）の患者
が来院され、家族全員のケアを必要症例と
思われ、専門のスタッフの配置等よろしく
お願い申し上げます。」「(精神病院)、「地域
クリニックにとって「ストレス病棟」が設
置されるのはありがたいです。現在当院で
は、年間で 6～7 人程度入院加療必要（外
来での維持困難）な方がいます。「専門病
棟」であれば患者様にも紹介しやすいと思
います。」「是非実現されることを願う気持
ちです。」「入院中、病棟内での、治療計画
を含めたプログラム等、詳細なパンフレッ
トがあるといいと思います。」「(メンタルク
リニック)、「小児科医のためよくわかりま
せんが、年 2～3 例お願いしたいケースが
いらっしやいます。」「ショートステイ様の
利用が可能なら利用したい。」「当院は DM
の患者が 95% であり、ストレスによる BS
コントロール不良もありストレスケア病棟
で血糖コントロールできれば indication が
増えると思います。」「自殺企図の患者への
対応をぜひお願いしたいとおもいます。」「
欧米のように、話を聞くだけの時間がな
いので、病棟の役割は大きいと思いますが、
医師の数は足りるのでしょうか?」(一般ク
リニック)、「最近メンタルヘルスが増えて
いますので、重症のケースは入院の必要
があり、今後はストレスケア病棟は賛成で
す。差額負担は一般社員にとっては可能
ならば少ない方が良くと思います。」「神

奈川県内は、入院が必要な状況になった時、
満床のことが多いので、よろしく願いい
たします。」「ストレス関連疾患専用の病棟
があれば、入院への敷居が低くなると思
います。」「(企業)などの回答があった。

概して、ストレスケア病棟の必要性を指
摘する意見が多かったが、いまだイメージ
がわからないなどの意見も少数見られた。

【5】 「専門病棟の国際比較に関する研究」

(1) 英国の精神保健医療関連費用

英国政府は、1997～1998 年度に、243
億 6700 万ポンドを支出し、各地域の病院
・地域サービスを購入していた。このうち
29 億 1100 万ポンド (11.9%) が精神保健
医療関連サービスにあてられていた。なお、
実際の支出は Bindman らの推計によると
29 億 3000 万ポンドであった。

(2) 英国の医療費内訳

英国の支払方式は、わが国と異なり「地
域」ごとの年間総予算制をとっている。ま
た、各疾患に対する医療費は、プログラム
ごと策定されているために、「病院」ごと
にコストを算出することには多くの困難が
あった。ロンドン地域の医療費の内訳を調
べたところ、人件費関係が 70% を占めて
いた。

(3) 治療形態ごとの割合

ロンドン地域の治療形態ごとの支出割合
を調査したところ、精神障害一般への治療
費の割合が、入院・外来とも半数程度占め
ていた。なお、外来では児童・思春期医療
費の割合が高く、入院では Forensic
psychiatry および高齢精神障害者への医療

費の割合が高かった。

(4) 治療費の基準

Personal Social Services Research Unit (PSSRU)は、Kent 大学に 1974 年に設立された研究部門で、政府の支援を受け、地域ケアや長期ケアに関する研究を行っている。PSSRUでは、定期的に「Unit Costs of Health and Social Care」を推計し、政府はこの推計を支払基準の参考に使っていた。2003年版(Compiled by Ann Netten and Lesley Curtis)における精神的問題をかかえる者へのサービス部分は、これまでの研究成果(たとえば Chisholm D, et al., 1997)を参考に推計されている。具体的な推計を「資料」として示した。

【6】「各専門病棟への診察報酬面での評価」

(1) 医療サービス投入時間とケースミックス

一般病棟では能力障害(相関係数: 0.449、以下同)、精神症状(0.362)と医療サービスの総投入時間との間に有意な正の相関が認められた。療養病棟でも能力障害(0.711)、精神症状(0.571)と総投入時間との間に有意な正の相関が認められた。さらに、投入時間を職種別に分析したところ、一般病棟で能力障害と有意な相関が認められたのは、准看護師(0.507)、看護師(0.391)、看護助手(0.202)、医師(0.201)、PSW(-0.244)であった。同じく精神症状については、准看護師(0.323)、看護師(0.300)、医師(0.207)、OT(-0.230) PSW(-0.190)であった。療養病棟で能力障害と有意な相

関が認められたのは、准看護師(0.677)、看護師(0.666)、医師(0.477)、OT(0.171)であった。同じく精神症状については、看護師(0.553)、准看護師(0.511)、医師(0.421)であった。

(2) 医療サービス投入時間と診療報酬

一般病棟では、診療報酬と医療サービスの総投入時間との間に有意な相関が認められなかったが、療養病棟では有意な負の相関(相関係数: -0.370)が認められた。さらに職種別に分析したところ、一般病棟ではいずれの職種も投入時間と診療報酬との間に有意な相関が認められなかったが、療養病棟では、看護師(-0.400)、准看護師(-0.358)、医師(-0.353)、OT(-0.270)について有意な負の相関が認められた。

(3) ケースミックスと診療報酬

一般病棟では能力障害(相関係数: -0.566)、精神症状(-0.523)ともに診療報酬との有意な負の相関が認められたが、療養病棟では有意な相関が認められなかった。

なお、有意確率はいずれも 5%である。

【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) 精神科病床数と入院患者の疾病分類に関する分析

精神病院在院患者数を疾病ごとにまとめた。

統合失調症在院患者数の全国平均は、18.9人であった。患者数が多い都道府県は、徳島県、鹿児島県、長崎県であった。一方、神奈川県、滋賀県、埼玉県は少ない傾向にあった。精神科病床数と統合失調症患者数の相関関係は 0.952 であり、強い関連が示

された。

また、気分障害在院患者数の全国平均は、1.9人であった。患者数が多い都道府県は、鹿児島県、長崎県、秋田県であった。一方、和歌山県、神奈川県、兵庫県は少ない傾向にあった。精神科病床数と気分障害患者数の相関係数は0.725であり、強い関連が示された。しかし、沖縄県や熊本県のように精神科病床数は多いが気分障害患者数が少ない県や、宮城県・福井県・山形県のように精神科病床数は少ないが気分障害患者数が多い県が存在していた。

(2) 精神科病床数の精神保健福祉指標との関連の分析

精神科病床数を従属変数、外来指標を独立変数として重回帰分析を行った。その結果、統計的に有意な回帰モデルを算出することは出来なかった。精神科病床数を従属変数、精神科病床数と有意な相関 ($p < 0.05$) がみられた社会復帰指標を独立変数として重回帰分析を行った。その結果、生活訓練施設設置数が精神科病床数と関連していることが示された。

精神科病床数を従属変数、精神科病床数と有意な相関 ($p < 0.05$) がみられた地域・行政関連指標を独立変数として重回帰分析を行った。その結果、グループホーム実施市町村割合、自殺者数、生活保護医療扶助の入院に依存する割合が精神科病床数と関連していることが示された。

精神科病床数を従属変数、精神科病床数と有意な相関があった社会一般指標を独立変数として重回帰分析を行った。その結果、財政力指数、高齢単身世帯の割合が精神科

病床数に関連していることが示された。

(3) 精神科入院医療と自殺者数との関連の分析

入院指標と自殺者数において有意な相関 ($p < 0.05$) がみられた指標は、精神科病床数 (0.343)、1年以内社会復帰率 (-0.320)、在院患者数 (0.352)、任意入院患者数 (0.344)、気分障害患者数 (0.447)、痴呆患者数 (0.407) であった。

D 考察

【1】 「児童思春期病棟のあり方に関する研究」

2年目の国際比較の結果から、児童思春期病棟の必要病床数については、病床の有効利用やデイケアの整備等、入院前あるいは退院後のサポート機能の充実度によってかなり異なることが明らかになった。我が国の現状を見直すと、20歳未満人口2396万9千人に対して全児研加盟病院だけでも675床を有しており、100万人に換算すると28床程度の病床数があることとなる。よって、数値としては充足していると言えることができるかもしれない。しかし、本年度の調査により、病床分布に地域差が大きく、また初年度の実態調査から明らかなく、病床利用率が47.1～108.1%とばらつきがあり、十分に有効活用がなされていないなどの問題に対して対応することが必要である。すなわち、病床分布の地域格差を是正しつつ、100万人に対してまずは20床という病床数を確保し、不足分はデイケアなどによるサポート機能など内容を充実することが方針となろう。

対象疾患においては、いずれの病棟においても早期発見・早期治療により重症化を防ぐ事を目的として、専門施設で対応する

べき触法患者を除くあらゆる疾患を対象として間口を広く構えるべきであると考えた。施設基準については、初年度の我が国の実態調査およびニーズ調査、次年度の国際比較で得られた結果をもとに、義務教育年齢以下の児童には、院内学級等の教育施設が必須であることから、教師、保育士等の職員を確保する必要がある、経済的また義務教育年齢以下の人口の点からも民間病院では限界があることから、国公立病院が対応すべきであると考えた。一病棟単位は小人数のユニットとすべきであると考え20床とした。医師数は医療法で規定されている医師16:1を基準として、より個別の対応を要する児童精神科病棟においては1病棟につき2人の医師配置が妥当とした。また、親と一緒に治療を行うことが有効な低年齢の子供などの為に、病床の中に母子入院病床を設けることとした。

また、義務教育年代を超えた思春期精神科病棟については、医療法で定められている医師16:1を採用し、設立主体を民間としたことから、医師2人を配置した上限32床程度が妥当であると考えた。医師以外の職員構成として、養育の面でのアプローチも要することから、看護師だけでなく保育士、児童指導員を加え、さらに心理的診断、アプローチ、ケースワークの必要性からCP、PSW、OTRも2名ずつ必要とした。また看護師に関しては夜勤2人体制を可能にすることを念頭に看護師16人(正看のみ)とした。

1日当りの入院費は、本研究班が提案した職員構成に基づき、人件費が占める割合が収入の50%程度となるように、また1病棟の病床数が少ないことによる収入の少なさを考慮して算出した。各職種の年間平均給与は、平成14年度のストレスケア病棟のあり方に関する研究において人員配置を算出した際に用いられた平均給与を参考

とし試算した。その結果、各病棟の入院費日額は児童精神科病棟が約3万、思春期精神科病棟が約2.5万という結果が得られた。

【2】 「薬物依存病棟のあり方に関する研究」

過去2年間の調査の結果、薬物依存症の治療については、違法薬物の使用に対して法的にどのような対応をすべきかについて精神科医の間でも必ずしも意見が一致していないことが明らかとなった。本研究班ではそのような事情も考慮した上で、薬物依存病棟として、1病棟として薬物依存症と中毒性精神病の両者の治療をカバーできるシステムを採用した。その病棟構造については、結果の項で示したとおりであるが、閉鎖病棟とし、1病棟内に中毒性精神病的解毒治療を行う保護室主体のユニットと、心理教育的プログラムを行う共有スペース主体のユニットとを両方含むこととした。1ユニットは保護室10床と、心理教育をおこなうユニット20床からなる。このような構造を提唱したのは、強い離脱症状や気分易変性などの急性期の治療は強制的にも行いうるが、依存症の治療は、基本的に本人の治療意欲を前提とせざるを得ないと考えるためである。急性期を通じて依存症治療への程度の動機付けを評価したり、これを高める努力を行うことや、「部分参加」などの形態で漸次的に心理教育プログラムに移行していくなどの対応を工夫することが重要となる。

専門病棟での治療プログラムと人員配置について、医師は3名配置としたが、これは医療法に定める16:1をも上回るものである。それでも、中毒性精神病の精神科治療と依存症の心理教育援助の両サイドのケアを担わなければならないこと、反社会性人格障害の併存頻度が低くないこと、

専門病棟を標榜すると圏域内の中毒患者が一極集中することなどの理由から医師への負担はかなり大きいものとなることが懸念される。

同様の理由で、看護職は1：1の30名配置、精神保健福祉士2名、「アディクション・カウンセラー」など専門性を有する心理職を配することが必要と考えた。

専門病棟運営のコストについては、平成15年度のストレス病棟の分担研究で用いた人員配置に要する追加コストを参考にして算定した結果、包括点数として2,570点/日という値を得た。病棟で行われる治療の3つの類型(すなわち、「覚せい剤の重症の依存症で、精神病症状も重篤。まず精神病症状への抗精神病薬治療を行い、その後依存症の心理教育も行った」(第Ⅰ期+第Ⅱ期)、「覚せい剤の重症の依存症で、精神病症状も重篤。急性精神病の治療をじっくりと行った。心理教育は短期インターベンションのみ行った」(第Ⅰ期完結型)、「覚せい剤依存症で、精神症状は軽度のみ。隔離拘束を行うほどではなく、少量の維持療法のみ。おもにア症に行うような心理教育を重視してアプローチした」(第Ⅱ期中心型))に要するコストの異同について検討したが、いずれの類型でも入院1ヶ月目に若干コストがかかっている以外に、症状類型は医療コストにさほど影響していなかったことを踏まえて追加コストを提唱した。

【3】「合併症病棟のあり方に関する研究」

合併症病棟のあり方について検討する際に、どのような患者を対象とするかが大きな問題となりうる。そのため、今回の調査においては、合併症病棟で扱う患者の特徴を明らかにするため、精神科病床で治療した患者とリエゾン精神医療で治療した患者を比較検討した。

その結果、リエゾン精神医療で対応した患者の中には高齢の男性患者が多かった、精神科病床患者では統合失調症関連が最も多かった、リエゾンでは症状性を含む器質性精神障害が最も多かった、精神科病床で治療する患者では単科精神科病院からの入院も約2割あり、今後単科精神科病院入院患者の高齢化がすすむにしたがって増加していくことが想定された、身体疾患の分類では、両タイプとも自殺企図や事故などによる外傷が最も多く、薬物中毒などはリエゾンでやや多かった、などの結果を得た。

これらの結果からは、精神科病棟では精神疾患の重症度が高く、身体疾患の重症度が低い患者が多かったが、リエゾンでは精神疾患の重症度が低く、身体疾患の重症度が高いことが想定された。これらは予想されたことではあったが、リエゾンにおいても約4割が精神疾患の重症患者であり、これらの患者は、おそらく精神科重症患者が自殺企図などで救命救急センターに収容され、身体疾患の重症度が高いために、精神症状の重症度が高くてもリエゾンに係わらざるを得ない可能性が示唆された。これらの患者の生命的危険が回避されたあとも、現状ではマンパワーを含めて困難があるなどの事情から、精神科病床に移すことができず、そのまま救命救急センターで治療を継続している場合も少なくない。これらの患者を含め精神疾患と身体疾患の重症度がともに高い患者は、どこで治療するにしても敬遠されがちであり、精神科病床で治療するためには、合併症病棟における診療報酬加算を設けることは不可欠と考えられる。一方精神科病床で治療する患者で、精神疾患の重症度が低い患者は、リエゾン精神医療でも治療が可能であり、それらの患者は、いわゆる合併症病棟における加算対象の治療患者とする必要はないと考えられた。

以上から、合併症病棟で治療する患者としては、身体疾患がある程度重症であることが必要であり、今回用いた重症度判定を用いて分類するほか、実際の臨床場面では「その身体疾患のみで入院の適応となり、必ず精神科医が併診し、他診療科医師の継続的な診療が必要な患者」とした方がわかりやすいように思われた。また精神科疾患の重症度についても同様に、「精神症状のために一般病棟では管理困難（任意入院を除く）な患者」として医療保護入院、措置入院、応急入院などの対応を有する患者とすることが望ましいと考えられた。

今回の検討結果から合併症病棟で扱う身体合併症患者の枠組みがある程度明確になったと考えられた。

【4】 「ストレスケア病棟のあり方に関する研究」

今回のアンケート対象機関は、精神科病院、精神科診療所、一般科診療所、企業内診療所とした。回答の比率は精神科診療所が最も高かったが、他は必ずしも多いとは言えなかった。その意味で、結果について考察をするときはあまり断定的にならないようにすべきかと思われる。

まず、2003年10月の1ヶ月間で、ストレスケア病棟があったら入院させたかったケースは、合計で28件であったという回答が得られた。これは回答率を考えると決して少なくない数字と思われる。その他、自由記載の意見にもストレスケア病棟の設置の必要性について述べた意見が多かった。このように、ストレスケア病棟が整備されれば、一定の需要があることが今回の調査で明らかになったと言える。このような状況は調査が行われた神奈川県に限らないと考えられるので、全国的にストレスケア病棟に対する需要は存在すると考えられる。

「仮に二次医療圏内の精神科病院内にストレスケア病棟が設置されたら利用したい（入院を依頼したい）か？」という質問に対して、「お願いする」とした回答が予想以上に多かった。その際は、ストレスケア病棟を従来の病棟とは別の建物として作ることが高率に希望されていた（38/44=86%）。

ストレスケア病棟は、1人部屋ないし2人部屋を設け、プライバシーに配慮した療養環境を整えることも検討事項の一つであるが、このような場合の差額料金としては、1人部屋の場合5000円が多く、2人部屋の場合には2000円ないし3000円が適当とする意見が多かった。

アンケート対象機関からの要望の中には、摂食障害、自殺企図患者、合併症患者（糖尿病を合併している患者の教育入院など）、あるいは「ストレス関連疾患」への需要も認められた。また、「ショートステイ様の利用」を希望する意見もあったが、これは介護疲れによるうつ病などを想定するとよいのであろうか？ その他「家族全員のケアが必要な症例」などに対してこうした専門病棟が対応するという希望も見られた。

そのほか、「ストレス関連疾患専用の病棟があれば、入院への敷居が低くなる」「神奈川県内は、入院が必要な状況になった時、満床のことが多い」などは、必ずしも病棟の専門性に対する期待ではなく、地域医療の資源状況や精神科に対する差別や偏見などの社会状況を反映したものであるとも言えた。

こうしたさまざまな希望に対しては、これらへの対処を検討することが重要である反面、そもそもストレスケア病棟がどんな病棟であるのかが今ひとつ理解されていない結果である可能性も示唆された。「入院中の治療計画を含めたプログラム等、詳細

なパンフレット」を希望した医療機関があったが、これは、まさに希望に応じて受け入れる反面で、ストレスケア病棟で、どのような患者さんをどのように治療するのかを明確に謳っておく必要があることを指摘したものと考えられる。

【5】 「専門病棟の国際比較に関する研究」

英国では政府予算で、公務員である専門家によって保健医療が提供されていた。英国政府は、1997～1998年度に、各地域の病院・地域サービスを購入するために243億6700万ポンドを支出し、このうち29億1100万ポンド（11.9%）が精神保健医療関連サービスにあてられていた。しかし、英国の支払方式は、わが国と異なり「地域」ごとの年間総予算制が採用されており、各疾患に対する医療費は、プログラムごと策定されているなどの事情で、「病院」ごとにコストを算出することには多くの困難があった。

しかし、英国のKent大学に1974年に設立されたPersonal Social Services Research Unit（PSSRU）という研究部門が、定期的に行っている「Unit Costs of Health and Social Care」の推計（政府が支払基準の決定する際の参考にする）やこれまでのChisholm Dらの研究成果をもとにして、可能な限り詳細な資料を得、結果をまとめて「資料」として示すことができた。詳細については繰り返さないが、こうした結果を、日本の精神医療の地域化や専門的医療に構築する上で参考とする必要があると考える。

また、付言すれば、PSSRUのような政府の支援により、地域ケアや長期ケアに関する研究を行う研究機関がコストに対する指針を提供することは、精神医療に留まらず今後の日本の医療のあり方を考える上で必要であることが示唆された。

【6】 「各専門病棟への診察報酬面での評価」

本研究では、一般病棟、療養病棟とも医療サービスの総投入時間とケースミックス（能力障害・精神症状）との間に有意な正の相関が認められた。これは、精神医療においては「手間のかかる患者ほどコストがかかる」ことを意味している。また、能力障害および精神症状が医療資源の投入量を反映するケースミックスとして有用なことを示唆している。さらに、職種別の投入時間とケースミックスの相関は医師よりも正・准看護師のほうが高く、わが国の精神医療では、看護職員が医療サービスの主体となっていることもわかった。興味深いのは、一般病棟において能力障害とPSW、精神症状とOT、PSWの投入時間が負の相関を認めることであるが、これは両職種が回復期または比較的軽症な患者の診療に当たっていることを反映しているものと考えられる。

次いで、投入時間と診療報酬との関係は、一般病棟では有意な相関がなく、療養病棟に至っては総投入時間および看護職、医師、OTについて負の相関が認められた。これは、現行の診療報酬が原価との間に歪みを生じている可能性を示唆している。

さらに、ケースミックスと診療報酬との関係は、一般病棟では負の相関が認められ、療養病棟では有意な相関が認められなかった。これは、精神医療における現行の診療報酬が患者の特性（ケースミックス）を反映していないことを示唆している。言い換

えれば、「重症な患者を見るほど報われない」実態が明らかになった。

精神医療においては、診療報酬と原価および患者特性との間の歪みを是正し、適正な診療報酬体系を築くためには、ケースミックス（能力障害・精神症状）による疾患分類が有用であると考えられる。

【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」

本年度の調査の結果、精神科病床の運用状況は都道府県により異なることが示された。特に、国際的に気分障害のための精神科入院医療ニーズが高まっている中で、都道府県によって対万対病床数と気分障害在院患者数に地域差が見られたのは大変興味深い結果である。これは、入院患者の疾患分布は一様でなく、都道府県ごとで病床の活用に特徴があることを示唆しているといえよう。

精神科病床数と精神保健福祉指標との関連の分析により、精神科病床数に関連する6指標が示された。なかでも社会経済的要因の指標との関連が多く見られたが、その理由は本研究より明らかにすることは出来ない。今後さらに詳細な分析を進める必要がある。入院指標と自殺者数において、6指標について相関がみられたが、有意な回帰モデルを算出することが出来なかった。自殺者については、他の社会的要因が大きく影響することが予測されることから、これについても今後さらに詳細な分析を進める必要がある。

E. 結論

「児童思春期病棟のあり方に関する研究」

では、既存の全国児童青年精神科医療施設協議会に所属する病院（及び情緒障害短期入所施設）を十分に活かし、不備な機能を補うことが肝要であるが、病院は全国的には偏在しているため、地域格差に配慮した配置（新設や移設）を考えるべきであることを提言した。また、義務教育年齢の子どもとそれを超える年齢の思春期の対応は区分し、児童精神科病棟は公的機関が担うこと、思春期精神科病棟は民間精神科病院で行うことを提言とした。

「薬物依存病棟のあり方に関する研究」では、薬物専門病棟の運営は閉鎖病棟として行い、1病棟内に中毒性精神病の解毒治療を行う保護室主体のユニットと、心理教育的プログラムを行う共有スペース主体のユニットとを両方含む構造とすべきことを提言した。また、そのプログラムや人的構成、コストについても提言を行った。

「合併症病棟のあり方に関する研究」では、調査結果を踏まえて、合併症病棟で治療することが適当と考えられる対象として、臨床的に「その身体疾患のみで入院の適応となり、必ず精神科医が併診し、他診療科医師の継続的な診療が必要な患者」とし、また精神科疾患の重症度についても同様に、「精神症状のために一般病棟では管理困難（任意入院を除く）な患者」とすることが望ましいことを提言した。

「ストレスケア病棟のあり方に関する研究」では、二次医療圏内にある医療施設へのアンケート結果から、うつ病を中心とした患者のためのストレスケア病棟は必要であり、その数は二次医療圏内に最低でも30床程度は必要であることを明らかとした。しかし、一般科医療施設に、ストレスケア病棟については周知させていくことが必要であることを提言した。