

「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、英国の精神科医療の医療経済側面について調査し、精神医療の地域化や専門的医療に構築する上では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唆した。

「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）が原価を反映することを示唆する結果を得た。また、現行の診療報酬は原価およびケースミックスを反映しておらず、一定の歪みが生じていることも示唆された。

「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」の結果、精神科病床の運用状況が都道府県により異なることが明らかとなった。また、統計手法を駆使して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とした。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

Ⅱ. 分担研究報告書

平成 15 年度厚生労働省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

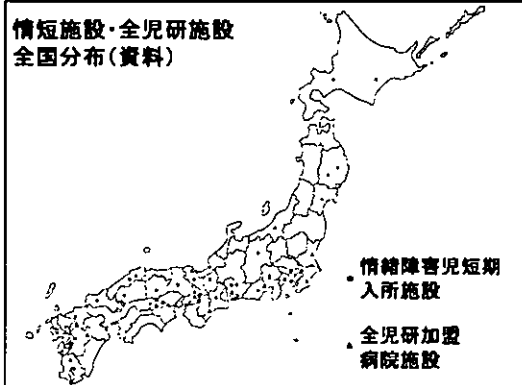
児童思春期病棟のあり方に関する研究

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（九州大学病院精神科神経科講師）

研究要旨：わが国の現状把握及び国際比較を通じて、より良い児童思春期精神科病棟のあり方を検討した。**研究方法：**児童思春期に関わる施設の分布を把握する為、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加盟12病院およびオブザーバー施設7病院と、全国の情緒障害短期入所施設を全国地図上に表した。また、初年度の精神科医療機関および児童関連施設を対象としたアンケート及びインターネットによるニーズ把握調査、さらには2年目の国際比較の結果をもとに、児童思春期病棟についての必要病床数や施設基準、入院費などについて提示した。**結果：**全国分布地図を作成した結果（下左図）、児童思春期を扱う医療機関および施設は偏在していることが明らかになった。また、義務教育年齢以下の子どもとそれを超えた思春期の子どもでは精神発達や教育上の観点から区別して病棟を設けるべきと考えた（下右図）。すなわち、義務教育年齢以下の児童精神科病棟においては開設者を国及び地方自治体とし、対象疾患は触法を除く発達障害、児童虐待、情緒障害等で、必要病床数は人口100万に対し20床とした。さらに1病棟は20床とし、人員配置は医師2人（内1人は精神保健指定医）、看護師16人（正看のみ）、保育士2人、児童指導員2人、CP2人、PSW2人。設備面では、教育関連施設およびデイケアの設置を必須とし、入院費は3万/日と考えた。また、義務教育年齢を超えた思春期精神科病棟においては、開設者は個人および医療法人とし、必要病床数は原則定めず、市場原理によるものとした。対象疾患は触法を除く思春期発症の精神障害等とし、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2人（内1人は精神保健指定医）、看護師2：1（正看4割以上）、CP2人、PSW2人、OTR2人。設備面ではデイケアの併設、運動・学習等のスペースを確保し、入院費は2.5万/日とした。**考察及びまとめ：**本年度の研究から児童期と思春期では必要とされる治療体制に相違があること、既存の施設においては治療体制や地域格差など、ばらつきが認められることが判明した。よって、今後は地域格差を配慮した、また本研究班の提言に沿った病棟整備が必要となる。また、施設の充実に伴い、入院治療前後における相談機関の整備、治療スタッフの連携および教育システムなどの確立が必要と考えられた。



	児童精神科病棟	思春期精神科病棟
開設者	国及び地方自治体	個人・医療法人
対象年齢(入院時年齢)	義務教育終了(15歳まで)	義務教育終了後20歳まで
対象疾患	発達障害、児童虐待、情緒障害等(触法患者を除く)	思春期発症の精神障害(児童虐待)等(触法患者を除く)
病床数(病棟単位)	20床(内母子入院病床を含む)	上限32床
必要病床数	人口100万人に対し20床程度	市場原理を原則とする
医師	2人(内一人は精神保健指定医、その他レジデントでも可)	2人(内一人は精神保健指定医、その他レジデントでも可)
看護及び他の職種	Ns16(正看のみ)、保育士2、児童指導員2、CP2、PSW2	2:1(正看4割以上)、CP2、PSW2、OTR2
付設施設	必ずデイケアを併設	必ずデイケアを併設
入院費	3.0万/日	2.5万/日
施設	教育関連施設(院内学級)の設置	運動のためのスペース、学習のためのスペース、多目的ホールなどの確保

A 調査目的

過去2年の調査結果をもとに、わが国の現状に則したより良い児童思春期病棟のあり方の検討および明確化を目的として、調査研究を行った。

B 調査方法

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。

そこで、児童思春期に関わる病院および施設の全国分布状況を把握するため、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（図①参照）。

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、我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（表①参照）。

C 研究結果

（1）全国の施設分布

分布地図を作成した結果、児童思春期を

扱う医療機関、施設は我が国では偏在していることが明らかになった。

北海道においては、20歳未満人口が109万3千人（内15歳未満人口77万7千人）に対して2病院（児童思春期専門病棟53床）。東北6県においては、171万9千人（144万5千人）に対して1病院（0床）、2施設。北陸5県においては、157万8千人（114万5千人）に対して1病院（50床）、1施設。関東1都7県においては、677万9千人（568万0千人）に対して6病院（397床）、1施設。東海4県においては、306万5千人（223万8千人）に対して3病院（80床）、4施設。関西2府4県においては、413万5千人（301万3千人）に対して2病院（70床）、5施設。中国5県においては、176万6千人（111万8千人）に対して1病院（32床）、4施設。四国4県においては、81万5千人（58万2千人）に対して、1病院（0床）、1施設。九州8県においては、301万9千人（228万6千人）に対して2病院（0床）、3施設であった。

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を積極的に対応していくという事にとどまっていた。

（2）施設基準に関して

昨年度までに得られた結果から、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。

まずは、児童および思春期病棟をどのように位置づけるかであるが、初年度の調査結果を受け、治療上も重要となってくるこの時期特有な精神発達および教育上の配慮から、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と考へた(表①参照)。

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とし、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床が妥当と考へた(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へCP2人、PSW2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へた。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。(表②参照)。

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、OTR2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(表②参照)。

D 考察

(1) 全国の分布状況について

前述の如き児童思春期病床の設置基準、および成人と違う治療の特性(家族関与の重要性)を留意し、各地区の分布を見直すと下記のごとくなる。

北海道地区は、20歳未満人口109万3千人(内15歳未満人口77万7千人)に対して、53床の専門病床を有しており、数値としては充足していると考えられる。

東北地区は、人口171万9千人(144万5千人)に対して、全児研のオブザーバー病院はあるものの、専門病床は有していない。また、地区内で比較的人口が多い、宮城、福島において、宮城に情短施設があるのみであることから、既存の施設における専門病床の確立と必要な地区での新設が望まれる。

北陸地区は、人口157万8千人(114万5千人)に対し50床、関東地区では677万9千人(568万0千人)に対し397床、東海地区では306万5千人(223万8千人)に対し80床と必要病床数は満たしている為、既存施設の更なる充実が求められる。

関西地区は、人口413万5千人(301万3千人)に対して、専門病床は70床と必要病床数には満たないが、児童思春期専門病棟を持つ民間病院により不足分を補っていると考えられる。

中国地区は、人口176万6千人(111万8千人)に対して、専門病床は32床と病床数は満たしているものの、広島、岡山など

の都市部に病床がなく、山陽地域は四国地区からのアクセスも可能であることから山陽地域での新設が望まれる。

四国地区は人口 81 万 5 千人（58 万 2 千人）、九州地区は人口 301 万 9 千人（228 万 6 千人）に対し、いずれもオブザーバー病院はあるものの、専門病床を有しておらず、既存の施設での専門病床の確立が必須である。また、四国地区では愛媛、九州地区では福岡といった地区内で比較的人口が多い地域に専門病床がないことから、都市部での新設が求められることが示唆される。

（2）必要病床数について

2 年目の国際比較の結果から、英国は 18 歳未満人口 10 万人に対し 2.6 床、仏国は 16 歳未満人口 10 万人に対し 22 床の病床を有するなど 10 倍近い格差があり、必ずしも一定でない。必要病床数は、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明らかに異なるのである。こうした知見を踏まえ必要病床数をどれだけにするかは考えねばならぬ。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、数値としては十分に満たすものであろう。しかし、ここで問題なのは初年度の実態調査から明らかなごとく、病床利用率が 47.1～108.1%とばらつきがあり、十分に有効活用が為されていないことである。よって、重要なことは単に病床数を増やすことではなく、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であろう。

（3）施設基準について

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提案した。

まず、初年度の実態調査及びニーズ調査から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が明らかとなった。また、施設の確立に伴ない、教師、保育士等の職員が必要であり、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、義務教育年齢以下の患者は国公立病院が対応すべきであると考えた。

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。

1 病棟の病床数は、2 年目の国際比較の結果において英・仏国等の諸外国では 10～15 床が一般的であることが分かった。よって、我が国でも小人数のユニットが必要と考え児童精神科病棟の一病棟単位を 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 10 人に対し 1 名の医師が必要であると考え、その結果 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。

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については、児童に関しては対応が困難であり、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 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。

また、原則的に民間にて営まれる思春期精神科病棟においては、思春期という年代特性を考慮し、看護師 2 : 1 の他にも CP2 人、PSW2 人、OTR 2 人が必要と考えた。

付施設等については、初年度の我が国の実態調査から、いずれもデイケア等の退院後のサポート施設の併設は必須とした。また、ホームページによるニーズ調査から、児童では教育施設の設置、思春期では運動、学習等様々な面での要望があった為、多目的に利用できる施設の確保を必要とした。

（4）入院費について

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（表②）。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。

E まとめ

これらの結果を踏まえて、以下のごとく 3 つの提言を掲げまとめたい。

①我が国の児童思春期病床数は、仏・英国に比べ明らかに少ない。しかしその備えるべき病床数はデイケアなどのサポートシステムの充実度により異なる。よって我が国の場合、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。しかし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。

②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すべきである。前者（児童精神科病棟）は入院中の義務教育を保障しなければならないので公的機関が担うべきである。後者（思春期精神科病棟）は民間精神科病院で行い得る。

③人員配置、適応対象患者（年齢、疾患）、施設基準は対象年齢の課題を十分に考慮されるべきである。

また、教育・養育など他の発達段階とは異なる様々な側面からのアプローチを要することから、関わるスタッフに対する教育の場、方法論の確立も必要である。

施設基準や人員配置などの数値に関しては、患者側からの視点だけでなく、スタッフにおいても「仕事のしやすい、働き甲斐のある病棟」を目指して、1 つの理想モデルを提示した。その為、提示した数値は、あくまでも目安となるものであり、今後現場での活用の中で、追加修正していくべきである。

<参考文献>

- ・ 堀川公平他. 児童思春期病棟のあり方に関する研究 (厚生科学研究障害保健福祉総合研究事業守屋裕文主任研究者「精神医療の地域化や専門的医療に関する研究」分担研究報告書)、2001
- ・ 堀川公平他. 児童思春期病棟のあり方に関する研究 (厚生科学研究障害保健福祉総合研究事業守屋裕文主任研究者「精神医療の地域化や専門的医療に関する研究」分担研究報告書)、2002
- ・ 保坂隆他. ストレスケア病棟のあり方に関する研究 (厚生科学研究障害保健福祉総合研究事業守屋裕文主任研究者「精神医療の地域化や専門的医療に関する研究」分担研究報告書)、2002
- ・ 総務省「国勢調査報告」を基礎とした推計

薬物依存病棟のあり方に関する研究

分担研究者 妹尾栄一 東京都精神医学総合研究所

研究要旨

本研究は「精神医療の機能分化」の視点を機軸に、薬物依存症専門病棟に求められる「専門機能」について、臨床の現状を踏まえた上で政策提言することに主眼がある。最終年度の本年度は、以下に述べるように、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、モデル病棟として提言した。

今日の診断学に従えば、「物質常用障害（依存症に相当する）」と「薬物によって惹起された精神障害（中毒性精神障害）」の2つのカテゴリーについてのケア体制が整備される必要がある。前年度までのアンケート調査の結果も加味しながら、以下の構想をまとめた。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る。看護ステーション等のスタッフ部署は、両ユニットの中間に位置づけられる。

前者は急性期の精神科治療など現在の閉鎖病棟での治療が担っている役割を踏襲する。それ以外に、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への切り替えの必要な事例についても、このユニットで取り扱う。薬物専門病棟で医療的に対応する患者は、措置入院相当のハードな事例から、軽度フラッシュバック症状への短期解毒、任意入院での心理教育アプローチ（依存症への行動修正）まで、状態像は多岐に渡る。そうした基本機能を踏まえ、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。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。幻覚妄想状態で任意性がない場合には、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。逆に「医療保護」で入院しても、入院後の動機付け変化を促進しつつ、任意入院へ切り替えて心理教育へ導入する事例もあり得る。

研究協力者

東京都精神医学総合研究所	大原美知子
東京都立松沢病院	梅野 充
済生会鴻巣病院	関 紳一
垂水病院	麻生克郎

A. はじめに

本分担研究班では平成 13 年度より平成 15 年度にかけて、薬物専門病棟の在り方に関する研究を継続してきた。我が国では、依存症治療の歴史においてアルコール依存症に対する専門治療が先行しており、一定の成果を上げてきたが、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。

また有識者へのアンケート結果を踏まえても、アルコール症者と並行した治療には根強い反対意見を認めた。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。そうした論点を踏まえ、最終年度の本年度は、以下に述べるように、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。

B. モデル病棟についての構想集約

今日の診断学に従えば、「物質常用障害（依存症に相当する）」と「薬物によって惹起された精神障害（中毒性精神障害）」の2つのカテゴリーについてのケア体制が整備される必要がある。前年度までのアンケート調査の結果も加味しながら、以下の構想をまとめた。

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る。看護ステーション等のスタッフ部署は、両ユニットの中間に位置づけられる。

前者は急性期の精神科治療など現在の閉鎖病棟での治療が担っている役割を踏襲する。それ以外に、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への切り替えの必要な事例についても、このユニットで取り扱う。

薬物専門病棟で医療的に対応する患者は、措置入院相当のハードな事例から、軽度フラッシュバック症状への短期解毒、任意入院での心理教育アプローチ（依存症への行動修正）まで、状態像は多岐に渡る。

急性期の治療では、幻覚妄想状態に加えて覚せい剤等の常用による異常興奮状態、急性拡張状態など多彩な症状の鑑別と沈静化が必要となる。また渴望感に対する、薬物治療を含めた適切なマネージメントを要する。そうした基本機能を踏まえ、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。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。幻覚妄想状態で任意性がない場合には、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。

逆に「医療保護」で入院しても、入院後の動機付け変化を促進しつつ、任意入院へ切り替えて心理教育へ導入する事例もあり得る。

C. 専門病棟での人員配置

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を2名としたのは、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必要と判断した。

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のグループ・ファシリテータとしての役割を担う。

医師は3名配置とした（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と、これだけの専門病棟スタッフの確保は難しいと考える）。

D. 専門病棟での治療プログラム

中毒性精神病の治療に関しては、現在行われている抗精神病薬を中心とする治療を行い、急性期を乗り切った時点で、当該事例が依存症治療へ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。動機付けの評価については、あまり厳密な「断薬の決意」を設定するのではなく、部分参加の形で経過を見ながら動機付けの変化を観察する。

心理教育プログラムでは、様々な視点からの集団療法メニューが提供される必要がある。参考資料として添付するのは、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である。同施設は女性のための治療施設として設置されているが、おおむね男性でも参加可能なメニューとなっている。

註：前年のアンケート記述にも指摘されるように、単独の専門病棟が自己完結的にアディクションを治療させることは出来ない。専門病棟の構想に加えて、地域のネットワークをつなげていくこと、司法機関や司法処分と専門治療との連携についてトータルに議論しないと、実効性の担保されたプランにならない。

E. 専門病棟でのコスト計算

コストの計算に先立って現状分析のた

め、以下の予備調査を行った

研究協力の得られた 最近の治療例から、下記の分類基準で各病院数例ずつピックアップして頂き、1ヶ月単位での医療費をぬきとり調査した。今後の上記の病棟運営で、発生する治療パターンが今のように類型化されると想定した。

「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、精神病症状は軽度のみ。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。

調査結果をまとめると、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。（現行の依存症治療は、かなりパッケージ化されているので、出来高方式でも事実上は包括性が高くなっているのか。薬物中毒で身体合併症が無いわけではないが、精神医療で対応している患者ではさほど高額な身体科治療は施していないかもしれない）。

平成15年度のストレス病棟の分担研究を参照させて頂き、上記B項目での人員配置での追加コストを計算した。別紙参照。

F. まとめ

3年間の研究最終年度において、モデル病棟の提言を行った。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られる。前者は急性期の精神科治療など現在の閉鎖病棟での治療が担っている役割を踏襲する。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。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。

こうしたモデル病棟構想に伴う報告加算点数についても試算を行った。

G. 健康危険情報 なし

H. 研究発表 なし

I. 知的財産権の出願・登録状況 なし

第二週 ジンツィードセンター 週間治療プログラム

月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
8:45～9:20 毎日の反省/セルフケア 休前9:20～9:30 9:30～11:00 グループセラピー 休憩 11～11:15	8:45～9:20 毎日の反省 休前9:20～9:30 9:30～12:00 再使用の防止 休憩 10:30～10:45	8:45～9:20 毎日の反省/セルフケア 休前9:20～9:30 9:30～11:00 グループセラピー 休憩 11～11:15	8:45～9:20 毎日の反省/セルフケア 休前9:20～9:30 9:30～10:45 怒りの対処法 休憩 10:45～11	8:45～9:20 毎日の反省/セルフケア 休前9:20～9:30 9:30～11:00 グループセラピー 休憩 11～11:15	8:45～9:20 毎日の反省/セルフケア 休前9:20～9:30 9:30～11:00 グループセラピー 休憩 11～11:15	9:30～4:30 延長自由時間
11:15～12:00 ストレッチ体操 昼食12～1:30	10:45～12:00 再使用の防止(続き) 昼食	11:15～12:00 再発見劇 昼食	11～12:00 怒りの対処法 昼食	11:15～12 リラクゼーション ストレス管理 昼食		
長い昼食時間は、日誌記録、仲間との散歩、静かな反省などに利用する。						
1:30～2:30 A. A. ミーティング	1～2:15 ボディイメージ	1～1:30 回復期のレクリエーションと余暇	1:45～2:45 回復のステップ	1～2 ボディイメージ 2～3:00 余暇の計画	1:00～4:30 自由時間	1:00～4:30 自由時間
休憩2:30～2:45 2:45～4 変化の段階	休憩2:15～2:45 2:45～4 靈性と回復	女性と関係性 休憩2:30～2:45 2:45～4:00 女性の健康と回復	休憩2:45～3 3～4:00 自尊心	休憩3:00～3:15 3:15～4:00 運動		
4:00～4:30家事・雑用(デイトタイムのクライアント) 自由時間終了 5:15	自由時間 無し	自由時間 無し	自由時間終了 5:15			
デイトタイムのクライアントの方へ 夜のミーティングへの参加をお待ちしています。						
6:00 ビューティーナイト	午後7時 外部CAミーティング	6:30～8:30 家族と関係性	午後7時 ビデオ	午後7時 コラージュ	午後7時 自宅での課題 映画のタペ	午後7時 自宅での課題 ハウスマーケティング ビデオ

2003年10月8日

薬物依存症病棟に適正と思われる人員配置と包括点数

精神科急性期治療病棟			薬物依存症病棟			30床	25床
職種	人員	平均給与(年)	人員	増減	追加/年	追加/床	追加/床
医師	1	12,500,000	3	2	25,000,000	2,283	2,740
看護師	6	4,400,000	30	24	105,600,000	9,644	11,573
准看護師	7	3,700,000	0	-7	-25,900,000	-2,365	-2,838
看護補助者	4	2,800,000	0	-4	-11,200,000	-1,023	-1,227
臨床心理士	1	4,000,000	1	0	0	0	0
精神保健福祉士	0	4,000,000	2	2	8,000,000	731	877
作業療法士	0	4,000,000	0	0	0	0	0
追加コスト →						9,269	11,123
						16,400	16,400
追加コスト考慮後の包括金額						25,669	27,523
包括点数 →						2,570点	2,760点

合併症病棟のあり方に関する研究

分担研究者 木村 真人 日本医科大学精神医学教室

研究目的：精神障害者の身体合併症治療において、精神科病床で治療される患者とコンサルテーション・リエゾン精神医療で治療される患者の特徴を比較検討し、合併症病棟で扱う患者の枠組みを明確にすることを目的とした。研究方法：昨年度のアンケート調査を基に両タイプにおける患者背景や精神症状および身体症状の重症度などの比較検討した。結果とまとめ：精神科病床で治療する合併症患者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く、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かったが、リエゾンにおいても約4割が精神疾患重症度の高い症例であった。精神科合併症病棟で扱う患者としては、身体疾患は「その身体疾患のみで入院の適応となり、必ず他診療科医師が併診し、他診療科医師の継続的な診療が必要な患者」とし、精神疾患は「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」として枠組みを定めることが望ましいと考えられた。

研究協力者（五十音順）

上村 秀樹 立川共済病院・神経科
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

患者の治療状況については、総合病院精神科では1ヶ月100床あたり9.53例、精神科病院では3.37例の治療を行っていた。また総合病院精神科では主として新規の合併症患者を受け入れていたが、精神科病院では他科併設の精神科病院が一部自宅発症例などの合併症患者を受け入れていたものの、単科精神科病院では自院発症例の加療が主体で、一般病院や総合病院精神科への転院治療が行われていた。

A. 研究目的

昨年度（平成14年度）は、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。調査の回収率は低く（総合病院精神科の回収率19%、精神科病院の回収率13%）、全国における地域性などの検討は困難であったが、身体合併症

ところで、精神科医療における合併症患者は、上記のような精神科病床での治療ばかりでなく、総合病院精神科においては、いわゆるコンサルテーション・リエゾン精神医療として、他診療科に入院した患者を精神科医が往診する形での治療が広く行われている。したがっ

て合併症病棟の特徴を明らかにするためには、精神科病床で治療されている合併症患者とリエゾン精神医療で治療されている合併症患者を比較することが不可欠である。

そこで今年度は、昨年度のアンケート調査において、精神科病床で治療した合併症患者とリエゾン精神医療で治療した患者の背景や精神症状および身体症状の重症度などの比較検討することを目的とした。

B. 研究方法

(1) 研究対象

昨年度の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。

(2) 方法

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（ICD-10）、入院経路、身体疾患診断名、精神科重症度（資料1）、身体疾患重症度（資料2）について調査を行った。

C. 結果

(1) 症例数

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に係わった症例は137例で治療施設は総合病院が24

施設であった。

(2) 性別、年齢

精神科病床で治療した合併症患者の性別と平均年齢は238例中、男性が119例（50.0%）で平均年齢54.4±17.4歳、女性が119例（50.0%）で平均年齢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。

(3) 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。

(4) 入院経路

精神科病床で治療した合併症患者では、自宅からが最も多く 118 例 49.6%であり、単科精神病院からは 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が 37 例 27.0%であった。

(5) 身体疾患診断分類

表 1 身体疾患診断分類

診断分類	精神科病床	リエゾン
外傷	32 (13.4%)	32 (23.4%)
悪性新生物	25 (10.5%)	12 (8.8%)
肝障害	23 (9.7%)	14 (10.2%)
肺炎	20 (8.4%)	1 (0.7%)
糖尿病	19 (8.0%)	6 (4.4%)
薬物中毒	10 (4.2%)	12 (8.8%)
心疾患	8 (3.4%)	8 (5.8%)
脳血管障害	7 (2.9%)	7 (5.1%)
その他	94 (39.5%)	45 (32.8%)

精神科病床で治療した合併症患者では、表 1 に示したように外傷、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。

(6) 精神疾患と身体疾患の重症度

表 2 精神科病床治療者の各重症度

	精神疾患重症度			
		AB	CD	
身体疾患重症度	AB	35 (14.7%)	12 (5.0%)	47 (19.7%)
	CD	98 (41.2%)	93 (39.1%)	191 (80.3%)
		133 (55.9%)	105 (44.1%)	

それぞれの重症度は資料 2, 3 によるが、AB を重症、CD を軽症として分類すると、精神科病床で治療した合併症患者では、表 2 に示したように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。

表 3 リエゾン治療者の各重症度

	精神疾患重症度			
		AB	CD	
身体疾患重症度	AB	32 (23.4%)	25 (18.2%)	57 (41.6%)
	CD	19 (13.9%)	61 (44.5%)	80 (58.4%)
		51 (37.2%)	86 (62.8%)	

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。

D. 考察

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。

性別、年齢では精神科病床では男女とも同数であったが、リエゾンの方は、高齢の男性患者が多いのが特徴であった。

精神科診断分類では、精神科病床患者では、やはり精神分裂病関連が最も多く、これらの患者で重症度が高い場合にはリエゾンよりも精神科病床で管理しなければならない症例の多いことが示唆された。一方リエゾンでは症状性を含む器質性精神障害が最も多く、これは前述の性別、年齢の結果を加味すると、他診療科入院中に高齢の男性患者でせん妄などを呈する症例の多いことが反映していると考えられた。

また入院経路に関しては両タイプとも自宅からの入院が最も多かったが、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る。しかし単科精神科病院においては合併症患者の受け入れ先が見つからないとの意見が多く、今後総合病院精神科が積極的にそれらの患者を受け入れていく必要があると思われる。

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いが、これはリエゾンでは救命救急センターからの依頼が多いことが反映していると考えられた。

また、精神疾患と身体疾患の重症度については、精神科病床で治療する合併症患者

は当然のことながら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く、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、ほぼ予想通りの結果であった。しかし、リエゾンにおいても約4割が精神疾患の重症患者であった。これ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收容され、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で係わらざるを得ない症例が存在するためではないかと考えられた。これらの患者は生命的危険が回避された時点で精神科病床に移して治療することが望ましいが、現状ではマンパワーを含めて困難があり、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。

したがって、合併症病棟で治療する患者の枠組みとしては、身体疾患がある程度重症であることが必要であり、今回用いたような重症度評価尺度を用いて判定することも一つの方法であるが、実際の臨床場面を考えた場合の目安としては、「その身体疾患のみで入院の適応となり、必ず他診療科医師が併診し、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。

今後精神障害者の身体合併症医療は，精

神科病床におけるいわゆる合併症病棟の治療と救命救急センターをはじめとした他診療科でのリエゾン精神医療あるいは一般病院での治療に振り分けられると思われるが，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。

(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	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)

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