

厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

精神科病棟における患者像と
医療内容に関する研究

平成16年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 保坂 隆

平成17(2005)年3月

目 次

I. 総括研究報告	
精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究 -----	2
主任研究者 保坂 隆 (東海大学医学部教授)	
II. 分担研究報告	
1. 精神科急性期病棟の現状と今後の機能および配置等に関する研究 -----	15
分担研究者 平田豊明 (千葉県精神科医療センター診療部長)	
2. 社会復帰リハビリテーション病棟に関する研究 -----	53
分担研究者 安西 信雄 (国立精神・神経センター精神保健研究所)	
3. 重症療養病棟のあり方に関する研究 -----	67
分担研究者 伊藤順一郎 (国立精神・神経センター精神保健研究所)	
4. 合併症病棟に関する研究 -----	79
分担研究者 岸 泰宏 (東海大学医学部精神科講師)	
5. 身体合併症病棟に関する研究 -----	92
研究協力者 藤原修一郎 (横浜南共済病院 神経科部長)	
6. 重度痴呆療養病棟 (認知症治療病棟) に関する研究 -----	104
分担研究者 白石弘巳 (東京都医学研究機構東京都精神医学総合研究所)	
7. ストレスケア病棟のあり方に関する研究 -----	117
分担研究者 徳永雄一郎 (不知火病院長)	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	128
IV. 研究成果の刊行物・別刷 -----	131

厚生労働科学研究研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究

平成16年度 総括研究報告書

主任研究者 保坂 隆（東海大学医学部教授）

【研究要旨】

平成15年9月より「精神病床等に関する検討会」が開催され、その中では「精神病床の役割と機能分化等のあり方」が大きなテーマのひとつとして議論された。その結果平成16年9月に発表された精神保健福祉改革ビジョンにおいては「急性期、社会復帰リハ、重症療養等の機能別の人員配置、標準的な治療計画等について、厚生労働科学研究等により検討した上で、その成果を踏まえ、中央社会保険医療協議会で結論を得る」とされている。本研究はここで指摘されている厚生労働科学研究であり、ここでは機能分化する病棟を①急性期、②社会復帰リハビリテーション、③重度療養、④合併症、⑤重度痴呆療養病棟（認知症治療病棟）、⑥ストレスケア病棟に大別して、それぞれの患者像を明らかにして、包括医療を前提とした施設基準・診療報酬などを提案していくものである。各病棟ごとに以下のような研究方法により結果を得た。

●研究方法と結果

①急性期病棟

精神科救急入院料認可病棟（以下、救急病棟）14施設、精神科急性期治療入院料認可病棟（以下、急性期病棟）110施設、急性期治療を重視している総合病院精神科病棟（以下、GHP病棟）4施設を対象にして、病棟の機能と患者像を調査した。7割以上の施設からの回答を分析すると次のような結果が得られた。救急病棟では平均41.0日で治療し53%を自宅退院させていた。急性期病棟では平均65.9日で治療し71%を自宅退院させていた。GHP病棟は平均51.4日で主として合併症の治療をしていた。特に国公立の救急病棟では高い人件費により採

算性が危惧されているため、これに見合う医療費改定が望まれた。

②社会復帰リハビリテーション病棟

公立の2施設を対象にして聞き取り調査と入退院データの解析をした。急性期の患者の30%には後方病棟が必要で、2施設では救急の入院日数は10-25日、その後の開放病棟で40-60日であった。転入棟後9ヶ月までの入院で自宅退院の可能性が高く、コメディカルの要件などを満たせば3ヶ月毎の逓減制などを導入した包括医療の可能性が十分に考えられた。

③重度療養病棟

3施設の調査から以下の点が明らかになった。急性期病棟からリハビリテーション目的で転棟する患者は約8割いること、病棟に専従のスタッフが必要なこと、転棟後9ヶ月間の算定が望ましいこと、入院中から包括型地域生活支援プログラム(ACT)と密接な連携が必要なこと、などである。狭義の重症療養病棟は、急性期病棟や社会復帰リハ病棟などが包括的に整備された後に改めて検討する必要があると思われた。

④合併症病棟

合併症医療の対象161名について詳細に検討した。入院経路では自院救急外来・一般外来から約5割近くで精神科病院からは17%(全例が統合失調症)であった。全体の73%は精神科病院に転院となっていた。合併症病棟という考えよりも、急性期病棟あるいはそれに準ずる施設基準と診療報酬を満たした精神科病棟のなかに数床ある「合併症ユニット」という考え方のほうが自然であると思われた。入院日数25%値が14日前後であることを考えると、当初の14日間に手厚い加算をつけることで医療経済的には成り立つと思われた。

⑤認知症治療病棟(認知症治療病棟)

これまでに公表されている統計資料や他の厚生科学研究の成果を整理し、また当該治療が行われている病棟を視察し、職員に聞き取り調査を行った。また、当該病棟を有する26の精神科医療機関に対して、治療の現状を明らかにするためのアンケート調査を実施した。その結果、痴呆に合併する精神症状に対して専門的精神科治療を行うことの有効性と課題が明らかにされた。得られた資料を基に、痴呆性老人の日常生活ランク度がMと判定された人の8.9%が1回だけ、約3ヶ月間入院するとして、現時点での必要病床数を約1万7千と仮に推計した。今後、推計方法を含め、さらに検討を続ける必要がある。

⑥ストレスケア病棟

実際にストレスケア病棟として稼働している病棟における患者像と医療経済を調査した。平均入院日数は約80日であった。必要病床数は人口10万人対12-24床と考えられた。

●考察と結論

救急患者の発生頻度から推計して人口 100 万人に 20 床程度の救急病棟が必要で、いわゆる精神科三次救急病院（精神科救急医療センター）として機能すべきである。急性期病棟は二次医療圏ごとに 1カ所程度は必要で、精神科二次救急病院として機能すべきである。

この急性期病棟を 3ヶ月間までの包括医療とした場合に、その後方病棟として、これまで社会復帰リハビリテーション病棟と重度療養病棟と呼ばれていたものを、一括して「精神科回復期リハビリテーション病棟（Ⅰ）、（Ⅱ）」と呼ぶことを提案したい。両者とも急性期病棟での治療後に引き続き自宅あるいは地域への退院を促進する共通した目標があるからである。（Ⅰ）、（Ⅱ）の区別は、精神症状の重症度と支援方法に差があり、大まかに言えば、前者は開放病棟、後者は閉鎖病棟での処遇に相当している。さらに、施設基準として「退院促進・地域連携室（仮称）」を備えることは共通しているが、前者が院内で退院を促す役割を中心とするのに対して、後者は院外で、多職種による包括型地域医療支援サービスを提供するという特色がある。ともに、急性期病棟からの転棟後、9ヶ月間を限度にして包括医療とし、必要ならば逡減制の導入が考えられる。

合併症病棟は実際には「合併症ユニット」として、精神科病棟の急性期病棟あるいはそれに相当する病棟（総合病院精神科病棟などで基準以上の救急や合併症医療に参加している場合には、急性期病棟に相当する病棟の基準とみなされる必要があると考えている）の中に位置づけられるべきである。患者像としては精神的にも身体的にも重症であることが前提（たとえば精神症状で言えば医療保護入院が必要なレベル、など）で、入院日数も 14 日程度であるべきで、合併症治療後には元の精神科病院などに転院するなどの病・病連携が基本モデルとなる。

ストレスケア病棟は急性期病棟をモデルとして、主として気分障害の患者の入院病棟として位置づけ、施設基準・医療者の配置基準などを別に定め、3ヶ月間の包括医療（必要ならば逡減制）を導入すべきである。認知症治療病棟に関しては、痴呆に合併する精神症状に対して専門的精神科治療を行うことの有効性と課題が明らかにされた。認知症老人の日常生活ランク度が M と判定された人の 8.9% が 1 回だけ、約 3ヶ月間入院するとして、現時点での必要病床数を約 1万7千と仮に推計した。今後さらに検討を続ける必要がある。

なお今後の課題として、①急性期病棟については施設毎の差異があり、なおも詳細な検討と、新しい基準が必要であること、②精神科回復期リハビリテーション病棟（Ⅰ）、（Ⅱ）のうち、特に院外の多職種による包括型地域医療支援サービスを提供する（Ⅱ）についてはその基準は厳密には規定できなかったこと、③そのような強力な退院促進によっても退院できない重症の精神障害者への療養基準まで提言できなかったこと、④合併症ユニットについては、現行の基準

では急性期病棟が認可されにくい総合病院精神科病棟について、急性期病棟に準じた病棟の認可について基準を提案できなかったこと、⑤ストレスケア病棟は現行の急性期病棟の枠とは異なる施設基準が望ましいが、それを詳細に提案できなかったこと、などがあげられる。

精神病床の機能分化は緊急課題である。本研究の成果を検討材料のひとつになり、適切な精神病床の機能分化と施設基準・診療報酬改定へとつながることを期待する。

【分担研究者】

平田豊明（千葉県精神科医療センター・救急精神医学・診療部長）

安西信雄（国立精神・神経センター精神保健研究所・社会精神保健部・社会精神医学、精神科リハビリテーション学・部長）

伊藤順一郎（国立精神神経センター・精神保健研究所・社会復帰相談部・家族療法・精神医学・精神科リハビリテーション学・部長）

岸 泰宏（東海大学医学部専門診療学系精神科学・精神医学・講師）

白石弘巳（財）東京都医学研究機構 東京都精神医学総合研究所・社会精神医学・社会精神医学研究系長）

徳永雄一郎（不知火病院・臨床精神医学・病院長）

【研究協力者】

瀬戸屋雄太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所・社会精神保健部・社会福祉研究室）、藤原修一郎（横浜南共済病院神経科）、松原三郎（松原病院・日本精神病院協会常務理事）、恵紙英昭（久留米大学医学部精神科）、川畑俊貴（京都府立洛南病院）、小沼杏坪（瀬野川病院）、佐藤茂樹（成田赤十字病院）、杉山直也（沼津中央病院）、武井 満（群馬県精神医療センター）、八田耕太郎（順天堂大学精神神経科）、藤村尚宏（東京武蔵野病院）、吉住 昭（肥前精神医療センター）、鈴木友理子（国立精神・神経センター国府台病院）、矢崎直人（不知火病院副院長）、水野 裕（一宮病院今伊勢分院部長）、吉江 悟（東京大学大学院）、磯谷 悠子（東京大学大学院医学系研究科）、八木 奈央（東京大学大学院医学系研究科）

A. 研究目的

本研究の目的は、精神科病棟における患者像と医療内容を明らかにし、各病棟の基準と必要数の算定に資する

根拠を提示することである。

平成12年の公衆衛生審議会意見書「精神病床の設備構造等の基準について」で精神疾患以外の重度の身体的

疾患を持つ入院患者に対する医療を提供する機能の必要性が提言され、第四次医療法において、大学病院・旧総合病院とそれ以外の精神科病床の機能が分化された。

その後も、平成 14 年の社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健福祉施策について」、平成 15 年の精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」において、わが国の精神保健福祉施策は「入院医療中心から地域生活中心へ」という大きな方向性のもと、精神科病床の機能強化、地域ケアの充実、精神病床の減少の促進の必要性が位置づけられた。

このような背景から、平成 15 年 9 月に、精神病床等に関する検討会が開催され「精神科病床の役割と機能分化等のあり方」が大きなテーマのひとつとして議論が進められ、精神科病床の機能分化の必要性について議論された。平成 16 年 9 月に発表された精神保健福祉改革ビジョンにおいては、「急性期、社会復帰リハ、重症療養等の機能別の人員配置、標準的な治療計画等について、厚生労働科学研究等により検討した上で、その成果を踏まえ、中央社会保険医療協議会で結論を得る」とされている。本研究は、ここで指摘された厚生労働科学研究であり、精神科病床の役割と機能分化等のあり方を検討する際の判断材料を提示し、適切で実現可能な精神医療政策策定に資することにより、国民の保健・医療・福祉の向上につながることを期待で

きる。

B. 研究方法

新しく機能分化する精神病床を以下のように大別し、それぞれの病床・病棟における現在の医療状況を調査し、新たに機能分化する必要がある場合には、その施設基準・必要病床数を提言していく。そのためには、現状を客観的に分析していく必要がある。各分担研究においては、それぞれ明らかにする個別のテーマがある。

①急性期病棟

わが国において精神科急性期治療を中心的に担っている精神科救急入院料認可病棟（以下「救急病棟」・14施設）、精神科急性期治療入院料認可病棟（以下「急性期病棟」・110施設）、および急性期治療を重視する総合病院精神科病棟（以下「GHP病棟」・4施設）を対象として、病棟の機能と患者像を明らかにするために、病棟設備・人員、運用状況等に関する施設票（前記の全施設が調査対象）、2004年9月1日から同年11月末の3ヶ月間に当該病棟を退院した患者に関する患者票（救急病棟、急性期病棟の一部、GHP病棟が対象）、それに病棟の経営状況に関する経営票（同前）を用いてアンケート調査を行った。

精神科救急・急性期病棟の患者像と診療内容は、地域特性や病院特性によって異なる場合がある。また他の分担研究の対象病棟との関連についても検討する。

②社会復帰リハビリテーション病棟

想定している社会復帰リハビリテーションとは、長期在院患者への退院促進、および救急病棟・急性期病棟から直接退院できない患者への亜急性期入院医療をあわせた機能を持つ。2種類の機能に対応する患者像、医療内容の異同、必要数などを明らかにする。

③重症療養病棟

重症療養病棟のあり方について検討するに際して、①急性期治療が終了しても閉鎖的処遇での治療が必要な人々への退院促進的な病棟＝「回復期ケア病棟閉鎖型」の検討と、②包括型地域生活支援プログラム（ACT）下でも長期在院になる患者の状況の検討をおこなった。さらに、他の支援形態（施設・在宅・積極的地域マネジメント）との関係、適切な支払制度等についても検討した。

④合併症病棟

（1）合併症病棟は大きく4つに区分することができる。その中の一つとして、一般病床で精神科コンサルテーションを行う形式がある。昨今の医療の現状として、在院日数の短縮が大きな課題の一つとなっているため、精神科コンサルテーションが在院日数に与える影響について調査した。

（2）医療経済調査と個別在院日数の調査を行った。医療経済調査は、平成15年2月の時点で、病床数、医師、看護者人数、入院患者数等について調査した。平成15年2月に83施設に調査票を送付し、43施設（51.8%の回収率）から回答があった。設立母体は、大学6施設、国立10施設、自治体15

施設、公的10施設、法人2施設であった。個別調査は平成15年3月1日から3月31日に退院した全患者992人（有効回答数）、及び合併症者161人（16.2%）を対象に入院日数、精神科診断（ICD-10による）、合併症診断名、入院経路、入院時状態像、転帰などを調査した（図1,2）。身体合併症はユニット対象疾患（後述）として定義し分析した。さらに、総合病院4施設の精神科病棟に入院した33名の身体合併症者のレセプトを分析し、医療経済的分析を行なった。

⑤重度痴呆療養病棟（認知症治療病棟）

精神科病床で痴呆疾患患者への医療を行うことが増加している。一方で、痴呆性高齢者の多くは、その他の施設やグループホーム等でケアを受けているのも事実である。痴呆疾患への精神科入院医療の役割とは何かについて明らかにすることが本分担研究の大きな目的のひとつである。

⑥ストレスケア病棟

不知火病院ストレスケア病棟入院者を中心に複数の協力病院において患者の病像や入院経過などを調査した。研究期間は平成15年10月9日より平成16年9月30日で、対象はICD分類にて大うつ病と診断された患者とした。調査指標としては、クリニカルパス、HAM-D、SDS、BPRS、GAFなどを調査した。

C. 研究結果

①急性期病棟

調査対象とした128施設中93施設

(72.7%) から回答があった。

93 通の施設票および 2,116 通の患者票の集計によれば、救急病棟は、高いスタッフ密度によって、重症の急性期患者を平均 41.0 日で治療し、53.0% を自宅退院させていた。救急患者の発生頻度から推計して、救急病棟は人口 100 万人に 20 床程度の密度で配置され、重症患者の短期集中的入院治療を担う精神科三次救急病院（精神科救急医療センター）として機能すべきである。

急性期病棟は、精神科救急圏域内での中核病院として、急性期患者を平均 65.9 日で治療し、71.0% を自宅退院させていた。二次医療圏に 1ヶ所程度の密度で設置され、精神科二次救急病院として、急性患者を地域ケアにつなげ、支える機能を担うべきである。

また、今回の調査対象となった GHP 病棟は、精神科救急システムに積極的に参与し、平均 51.4 日という入院期間内に、手厚い身体管理を要する急性期患者の治療に当たっていることが判明した。このような機能を有する GHP 病棟に対しては、急性期病棟ないし救急病棟を認可し、さらに合併症管理加算を考慮した医療費を給付すべきである。

また経営票の集計によれば、経営指標における官民格差が目立った。入院収益に対する人件費の比率は、民間の救急病棟が 50.3% と採算ラインに収まっているのに対して、国公立の救急病棟では 78.1%、急性期病棟（官民混合）では 60.5% と採算割れが推測され

た。その要因は、主として看護職員の給与水準における官民格差であるが、今後は、妥当な給与水準を追求した上で、これに見合う医療費給付を検討すべきである。

こうした提案が実現するならば、わが国の精神科医療は施設ケアから地域ケアへと構造転換する可能性がある。

②社会復帰リハビリテーション病棟

精神科病棟の機能分化は、わが国の精神保健政策上の重要課題のひとつである。本分担研究班は社会復帰リハビリテーション病棟を担当し、モデル病棟での調査結果をふまえ、診療報酬改定への提案として社会復帰リハ病棟の基準を考察した。具体的には、山梨県立北病院および宮城県精神医療センターを対象に聞き取り調査および入退院データの収集を行った。その結果によれば、2つの病院で、患者全体で見たときの残留率や在院日数にはあまり差はなかった。急性期の患者の 30%程度は後方病棟での処遇が必要であると考えられた。入院日数は、今回の調査では若干フォローアップ期間が短いこともあり、救急で平均 10-25 日、開放病棟で平均 40-60 と短期間で退院していた。どちらの病院も社会復帰に向け、病棟や外来において様々なプログラムを行っていた。また訪問看護も積極的に行っていた。以上より、回復期リハビリテーション病棟に必要な要件を以下のようにまとめた。〈定義〉精神症状があり、病識の乏しさや社会生活における困難を有

するため長期化のおそれがあり、また現に長期化している患者に対し地域支援と連携した積極的なリハビリテーションを実施することにより9カ月以内に地域へ退院させる病棟。＜対象＞救急・急性期において十分な治療を受けても退院可能でない患者。開放処遇で治療可能なもの。その他の要件としては、3対1看護、PSW1名OT又はCP1名以上、5割以上が入院後1年以内の患者、心理教育、SST、OT、フィールドトリップ等退院促進プログラムの実施、カンファレンスの実施、精神科リハビリテーション実施計画を策定、退院促進・地域連携室（仮称）との連携（室の要件：病院内に地域支援選任の看護師またはPSWが3名以上いること）、7割以上が9カ月で自宅退院、転入棟後9カ月まで（3カ月ごとに逡減）、再入院率減算などが考えられた。

③重度療養病棟

3ヶ所の病院調査から、回復期ケア病棟閉鎖型に関しては、①明確な定義と目標をもつ、②急性期病棟からリハビリテーションを目的に転棟する患者が常時8割以上入院している、③病棟に専従の精神科医1名、精神保健福祉士2名以上、および作業療法士1名以上の常勤配置をおこなうこと、（看護配置は3：1以上）、④個室を病棟に確保していること、療養型病床群と同じ病棟環境を持つ、⑤アウトリーチ型サービスを含む、⑥診療報酬は急性期治療病棟と療養病棟の中間の診療報酬を9ヶ月間（270日）を限度として

算定できる、⑦退院患者のうち8割以上が居宅等、地域にある住居に退院している、⑧入院中から包括型地域生活支援プログラム（ACT）と緊密な連携を持つ、などの特徴が必要と考えられた。また、回復期ケア病棟閉鎖型は、急性期病棟と連動して機能することが求められ、医療圏域あたり、急性期治療病床とほぼ同数の病床を持つことで、機能しうると考えられた。

包括型地域生活支援プログラム（ACT-J）のパイロットスタディ下で1年以上の入院が必要であった患者は、ACT-J加入患者の4.7%であった。しかし、現状ではこれらの患者が、地域の生活支援の整備後も長期入院を必要とするかは、現段階では判断が出来なかった。狭義の重症療養病棟は、在宅医療や地域資源の整備にまずは財源を投入し、また、急性期病棟、回復期ケア病棟など、亜急性期あるいはリハビリテーションにまでわたる病棟機能を整備したうえで、改めて検討する必要がある課題に思われた。

④合併症病棟

（1）その結果、精神科コンサルトが必要だった症例の平均在院日数は全入院患者の約3倍在院日数長期化していることがわかった。また、平均在院日数と精神科コンサルト依頼までの時間に強い関連がある点が示された（つまり、早期の依頼症例は在院日数が短期化し、遅れた依頼症例は在院日数が長期化する）。早期かつ予防的精神・心理・社会的介入を行うことで、

精神科コンサルテーション・サービスが在院日数の短縮化に貢献できる可能性が示唆された。今回の調査で示された精神科診察依頼を遅らせる要因と早期の精神科診察依頼の重要性について十分に啓蒙していくことが今後必要である。

(2) まず合併症医療の対象患者は161人(16.2%)であった。入院経路は自院救急外来51人(27%)、自院外来39人(21%)、精神科病院33人(17%)などで、約60%は救急及び他施設からの依頼であった。精神科病院からの依頼は、統合失調症が73%を占めており、全体の73%は精神科病院に転院となった。

在院日数分布及び人員配置による在院日数さらに、入院日数25%毎、95%値における入院日数を分析した。身体合併症の平均在院日数は、看護配置2:1以上が50日、2.5:1以上2:1未満が68日、3:1以上2.5未満が345.1日であった。上記より合併症診療は急性期に位置づけられるべきであると考えられた。さらに、必要病床数の推計では、今回調査対象とした病床数(3517床)、身体合併症数191人(19.5%)、全総合病院精神病床数(21000床)、合併症ユニットへの入院期間を30日として計算すると、 $191 \text{ 床} \times 30 \text{ 日} / 30 \text{ 日} \times 21000 \text{ 床} / 3517 \text{ 床} = 1140 \text{ 床}$ である。急性期における合併症診療を円滑にすすめること、2次医療圏あたりに、1ユニット以上あることが望ましいことから、病床稼働率を80%として、必要病床数は約1500床

と考えられた。

最後に4病院を対象に、精神科病棟に入院した33名の合併症者の入院期間と、診療報酬点数をレセプトから調査し、さらに同一患者が一般病床、急性期治療病床に入院することを仮定して算出し比較した。30日まででは、身体症状、精神症状併せ持つにもかかわらず、一般病床と比較して370点低く、急性期治療病棟で包括されると約1500点低くなっていた。実際に急性期治療病棟で運営している病院からも同様の報告があった。以上から、合併症ユニットに対しては、急性期包括の枠組みの中で、入院日数25%値が14日前後であることから、当初の14日に手厚く(加算)することで、医療経済的にも成り立つと考えた。

⑤ 重度痴呆療養病棟(認知症治療病棟)

痴呆疾患患者に対して適切な精神科治療が提供されるための入院基準、治療方法、退院後の処遇のあり方、および整備すべき痴呆疾患治療病棟数などについて検討するために本研究を行った。具体的な方法としては、これまでに公表されている統計資料や他の厚生科学研究の成果を整理し、また当該治療が行われている病棟を視察し、職員に聞き取り調査を行った。また、当該病棟を有する26の精神科医療機関に対して、治療の現状を明らかにするためのアンケート調査を実施した。その結果、痴呆に合併する精神症状に対して専門的精神科治療を行うことの有効性と課題が明らかに

された。得られた資料を基に、痴呆性老人の日常生活ランク度がMと判定された人の8.9%が1回だけ、約3ヶ月間入院するとして、現時点での必要病床数を約1万7千と仮に推計した。今後、推計方法を含め、さらに検討を続ける必要がある。

⑥ストレスケア病棟

ストレスケア病棟での平均入院期間は約80日であった。回復度としては、HAM-Dの項目19（精神病徴候）と合計とSDSについて、入院時平均24.5、退院時平均6.4であった。退院時において点数が減少していることがわかった。

また、ストレス病棟研究会における、ストレス病棟の全入院者数4295名中、入院中の自殺者は9名と少なかった。

施設基準については、2案が考えられた。まず25床以下の病床ユニットでの必要な人員配置は、精神保健指定医1名以上、看護師2.5対1（4割看護師）、臨床心理士1名、精神保健福祉士1名である。次に、50床以下の病棟では、精神保健指定医2名以上、看護師2.5対1（4割看護師）、臨床心理士2名、精神保健福祉士2名である。

必要病床数は人口10万人対12～24床。全病床数は14,400～28,800床と考えられた。

D. 考察

病床の機能分化は、入院患者ができるかぎり早期に退院できることを目標のひとつとしている。そのためには、救急患者の発生頻度から推計して

人口100万人に20床程度の救急病棟が必要で、いわゆる精神科三次救急病院（精神科救急医療センター）として機能すべきである。急性期病棟は二次医療圏ごとに1カ所程度は必要で、精神科二次救急病院として機能すべきである。

この急性期病棟を3ヶ月間までの包括医療とした場合に、その後方病棟として、これまで社会復帰リハビリテーション病棟と重度療養病棟と呼ばれていたものを、一括して「精神科回復期リハビリテーション病棟（Ⅰ）、（Ⅱ）」と呼ぶことを提案したい。両者とも急性期病棟での治療後に引き続き自宅あるいは地域への退院を促進する共通した目標があるからである。（Ⅰ）、（Ⅱ）の区別は、精神症状の重症度と支援方法に差があり、大まかに言えば、前者は開放病棟、後者は閉鎖病棟での処遇に相当している。さらに、施設基準として「退院促進・地域連携室（仮称）」を備えることは共通しているが、前者が院内で退院を促す役割を中心とするのに対して、後者は院外で、多職種による包括型地域医療支援サービスを提供するという特色がある。ともに、急性期病棟からの転棟後、9ヶ月間を限度にして包括医療とし、必要ならば逡減制の導入が考えられる。

病床の機能分化の別の目標は、精神疾患患者それぞれに最も適した病棟を提供することであり、その結果として、患者それぞれが最も適切な医療の提供を受けることができるようにす

ることである。その具体例として、本研究では合併症・気分障害（うつ病）・認知症患者のための病棟について検討した。

合併症病棟は実際には「合併症ユニット」として、精神科病棟の急性期病棟あるいはそれに相当する病棟（総合病院精神科病棟などで基準以上の救急や合併症医療に参加している場合には、急性期病棟に相当する病棟の基準とみなされる必要があると考えている）の中に位置づけられるべきである。患者像としては精神的にも身体的にも重症であることが前提（たとえば精神症状で言えば医療保護入院が必要なレベル、など）で、入院日数も14日程度であるべきで、合併症治療後には元の精神科病院などに転院するなどの病・病連携が基本モデルとなる。

ストレスケア病棟は急性期病棟をモデルとして、主として気分障害の患者の入院病棟として位置づけ、施設基準・医療者の配置基準などを別に定め、3ヶ月間の包括医療（必要ならば逡減制）を導入すべきである。

認知症治療病棟に関しては、痴呆に合併する精神症状に対して専門的精神科治療を行うことの有効性と課題が明らかにされた。認知症老人の日常生活ランク度がMと判定された人の8.9%が1回だけ、約3ヶ月間入院すると、現時点での必要病床数を約1万7千と仮に推計した。今後さらに検討を続ける必要がある。

E. 結論

これらの研究結果をもとにして今

後の精神病床についてのイメージを、【図-1：精神医療病棟群のタイプのイメージ】に示した。

救急病棟と急性期病棟が精神科入院治療の入り口となり、それに精神科回復期リハビリテーション病棟（Ⅰ）、（Ⅱ）が続くことが最も基本的なモデルとなる。特に急性期病棟は3ヶ月間を限度とした包括医療とするが、3ヶ月間の医療内容を今後詳細に検討することにより、逡減制の導入の方向性が考えられる。それに続く精神科回復期リハビリテーション病棟（Ⅰ）、（Ⅱ）はPSWなどの人的基準や、「退院促進・地域連携室（仮称）」などの施設基準が前提となる。前者が院内で退院を促す役割を中心とするのに対して、後者は院外で、多職種による包括型地域医療支援サービスを提供するという特色がある。ともに、急性期病棟からの転棟後、9ヶ月間を限度にして包括医療とし、必要ならば逡減制の導入が考えられる。

これとは別に、急性期病棟の亜型としてのストレスケア病棟や、合併症ユニットの母体となる病棟（特に総合病院精神科病棟）や、認知症治療病棟などの新設が考えられる。

このような病床の機能分化によって、【図-2：精神科医療の退院曲線にみる変化のイメージ】に示したような退院曲線が可能になってくる。

なお本年度に十分検討できずに来年度以降への課題として、①急性期病棟については施設毎の差異があり、なおも詳細な検討と、新しい基準が必要

であること、②精神科回復期リハビリテーション病棟(I)、(II)のうち、特に院外の多職種による包括型地域医療支援サービスを提供する(II)についてはその基準は厳密には規定できなかったこと、③そのような強力な退院促進によっても退院できない重症の精神障害者への療養基準まで提言できなかったこと、④合併症ユニットについては、現行の基準では急性期病棟が認可されにくい総合病院精神科病棟について、急性期病棟に準じた病棟の認可について基準を提案できなかったこと、⑤ストレスケア病棟は現行の急性期病棟の枠とは異なる施設基準が望ましいが、それを詳細に提案できなかったこと、などがあげられる。

精神病床の機能分化は緊急課題である。本研究の成果を検討材料のひとつとなり、適切な精神病床の機能分化と施設基準・診療報酬改定へとつながることを期待する。

F. 健康危険情報

特にない

G. 研究発表

1. 論文発表

特にない

2. 学会発表

特にない

H. 知的財産権の出願・登録状況

特にない

図-1:精神医療病棟群のタイプのイメージ

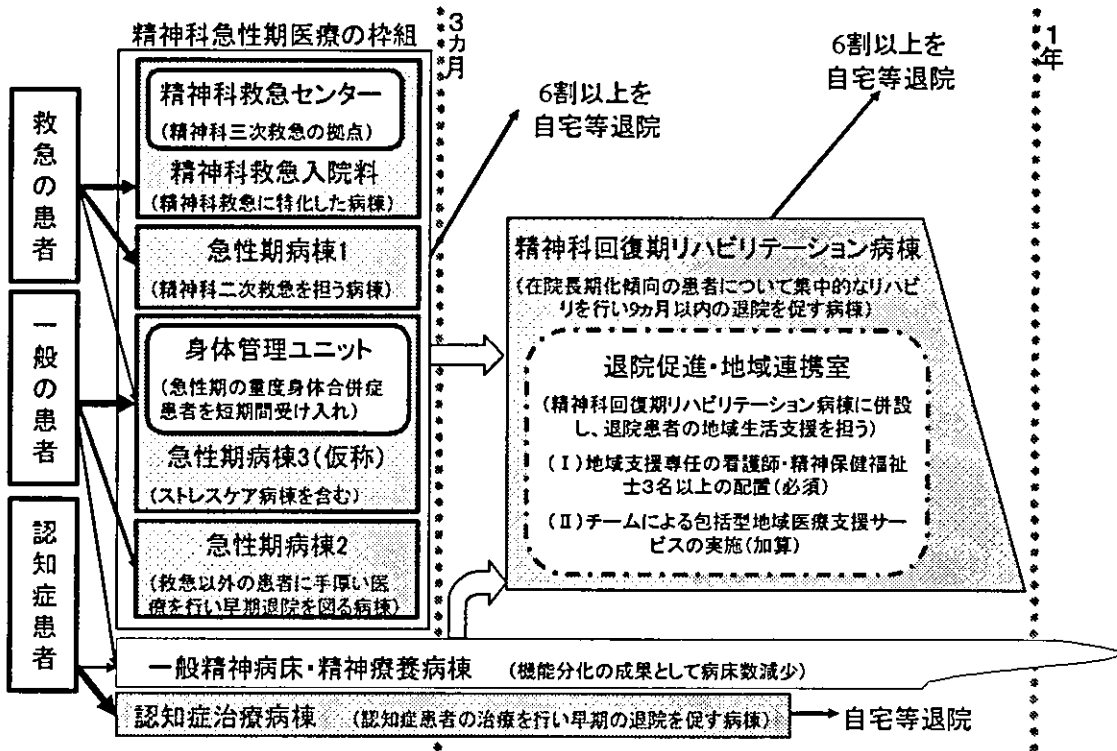
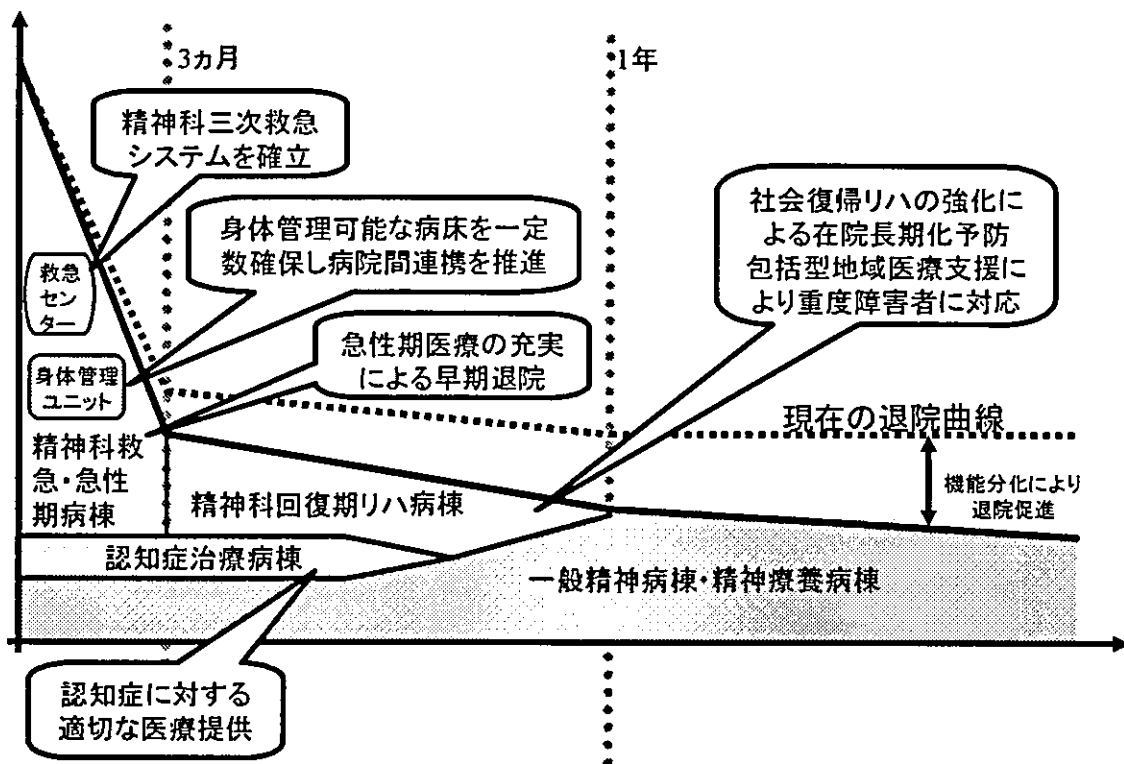


図-2:精神科医療の退院曲線にみる変化のイメージ



分担研究報告書

精神科急性期病棟の現状と今後の機能および配置等に関する研究

分担研究者： 平田豊明（千葉県精神科医療センター）

研究協力者： 恵紙英昭（久留米大学医学部精神科），川畑俊貴（京都府立洛南病院），小沼杏坪（瀬野川病院），佐藤茂樹（成田赤十字病院），杉山直也（沼津中央病院），武井 満（群馬県精神医療センター），八田耕太郎（順天堂大学精神神経科），藤村尚宏（東京武蔵野病院），吉住 昭（肥前精神医療センター）

【研究要旨】

わが国において精神科急性期治療を中心的に担っている精神科救急入院料認可病棟（以下「救急病棟」・14 施設），精神科急性期治療入院料認可病棟（以下「急性期病棟」・110 施設），および急性期治療を重視する総合病院精神科病棟（以下「GHP 病棟」・4 施設）を対象として，病棟の機能と患者像を明らかにするために，病棟設備・人員，運用状況等に関する施設票（前記の全施設が調査対象），2004 年 9 月 1 日から同年 11 月末の 3 ヶ月間に当該病棟を退院した患者に関する患者票（救急病棟，急性期病棟の一部，GHP 病棟が対象），それに病棟の経営状況に関する経営票（同前）を用いてアンケート調査を行った。調査対象とした 128 施設中 93 施設（72.7%）から回答があった。

93 通の施設票および 2,116 通の患者票の集計によれば，救急病棟は，高いスタッフ密度によって，重症の急性期患者を平均 41.0 日で治療し，53.0%を自宅退院させていた。救急患者の発生頻度から推計して，救急病棟は人口 100 万人に 20 床程度の密度で配置され，重症患者の短期集中的入院治療を担う精神科三次救急病院（精神科救急医療センター）として機能すべきである。

急性期病棟は，精神科救急圏域内での中核病院として，急性期患者を平均 65.9 日で治療し，71.0%を自宅退院させていた。二次医療圏に 1 ヶ所程度の密度で設置され，精神科二次救急病院として，急性患者を地域ケアにつなげ，支える機能を担うべきである。

また，今回の調査対象となった GHP 病棟は，精神科救急システムに積極的に参与し，平均 51.4 日という入院期間内に，手厚い身体管理を要する急性期患者の治療に当たっていることが判明した。このような機能を有する GHP 病棟に対しては，急性期病棟ないし救急病棟を認可し，さらに合併症管理加算を考慮し

た医療費を給付すべきである。

経営票の集計によれば、経営指標における官民格差が目立った。入院収益に対する人件費の比率は、民間の救急病棟が50.3%と採算ラインに収まっているのに対して、国公立の救急病棟では78.1%、急性期病棟（官民混合）では60.5%と採算割れが推測された。その要因は、主として看護職員の給与水準における官民格差であるが、今後は、妥当な給与水準を追求した上で、これに見合う医療費給付を検討すべきである。

こうした提案が実現するならば、わが国の精神科医療は施設ケアから地域ケアへと構造転換する可能性がある。

A. 研究目的

2004年度末現在のわが国においては、精神科救急医療システムが全国に構築され、精神科救急入院料や急性期治療病棟入院料が診療報酬上に明記されており、精神科における救急医療と急性期治療は、病棟の機能分化を先取りして展開しているように見える。しかし、その実態は必ずしも明らかではない。

精神科救急医療も急性期治療も、全国どこの病院でもあまねく実施されており、特定の病院に限局しているわけではないが、やはり、精神科救急入院料認可病棟（いわゆるスーパー救急病棟、以下「救急病棟」と略記）、および精神科急性期治療病棟入院料認可病棟（以下「急性期病棟」と略記）が精神科救急・急性期医療の中核的な担い手であると思われる。さらに、精神科救急医療システムに積極的に参与し、身体合併症を有する急性期患者の治療にも携わる一部の総合病院精神科病棟（以下「GHP病棟」と略記）も、その担い手に数え入れるべきであろう。

本研究は、これら精神科における急性期治療の中核的病棟群（以下「精神科急性病棟」と総称）における機能や患者像を明らかにし、わが国における精神科病棟の機能分化を展望する上で出発点となる精神科急性病棟のあり方を論ずるために実施されたものである。

B. 研究方法

1. アンケート調査票の作成

（1）施設票

別添の資料1に示した通り、A. 調査対象病棟の母体病院となる病院全体の概況、B. 精神科救急医療への応需体制や精神科救急システムへの参加状況、C. 調査対象病棟（救急病棟もしくは急性期病棟、双方を有する場合は双方、GHP病棟では急性期治療の主体となる病棟）の運用概況という3大項目を建て、病棟の設備・人員、治療種別、患者のプロフィールと動態に関する設問を配した調査票を作成した。

（2）患者票

別添資料2に示した通り、2004年9月1日から同年11月30日までの3ヶ月間に調査対象病棟から退院（もしくは転棟・転院）した患者を対象として、I. 基本情報（人口統計因子、診断や治療歴等）、II. 入院時情報（入院時間帯、入院形式、入院時状態像とGAF、入院時処置と病室等）、III. 退院時情報（入院日数、隔離・拘束日数、退院時GAF、退院先、家族状況等）を問う設問からなる調査票を作成した。

（3）経営票

別添資料3に示した通り、収入に関する情報として、調査対象病棟の入院患者に関する2004年11月分の診療報酬請求書（レセプト）のいくつかの項目についての平均値や治療種別の請求件数を求めた。支出に関する情報として、2003年度における調査対象病棟に関わる職種ごとの人件費を算出してもらった。

2. 調査対象

2004年末現在、救急病棟は全国に14ヶ所設置されていたため、施設票、患者票、経営票の3種類の調査票を送付し、調査を依頼した。

急性期病棟の実数は2003年10月現在の110ヶ所しか把握されていなかったため、ここに施設票のみの調査を依頼することとした。ただし、本研究に協力の意志を示して頂いた6施設（山梨県立北病院、国保旭中央病院、京都府立洛南病院、久留米大学病院、松原病院、さわ病院）および救急病棟敷設された4ヶ所の急性期病棟に対しては、全種類の調査を依頼した。

また、GHP病棟については、日本総合病院精神医学会の会員から推薦された4施設（成田赤十字病院、長野赤十字病院、岩手医科大学病院、横浜市立大学病院）を対象として全種類の調査を依頼した。

表1に調査対象病棟の内訳と調査票の種類別の回答数を一覧表示した。

表1 調査対象の内訳と回答状況

調査対象	調査対象 病棟数	回 答 数		
		施設票	経営票	患者票
救急病棟	14	12 (85.7%)	12 (85.7%)	1010
急性期病棟	10 *	9 (90.0%) *	7 (70.0%)	760
急性期病棟	100	68 (59.0%)		
GHP病棟	4	4 (100.0%)	4 (100.0%)	346
合 計	128	93 (72.7%)	23 (82.1%)	2116

* 急性期病棟のうち4ヶ所は救急病棟に併設

C. 研究結果

1. 回答状況

表1に示した通り、調査対象とした128の病棟（うち4ヶ所の急性期病棟

は同一施設内の救急病棟に併設)にアンケート調査を求めたところ 93 ヶ所 (72.7%) から回答があった。

このうち、施設票は 128 ヶ所の対象中の 93 ヶ所 (72.7%)、経営票は 28 ヶ所中の 23 ヶ所 (82.1%)、患者票は 28 ヶ所中の 24 ヶ所 (85.7%) から計 2,116 通の回答があった。

2. 施設票

(1) 救急病棟

(a) 病院全体の概況

(7) 施設・設備

有回答 12 病院のうち、旧国立病院は 1 施設、都道府県立病院が 6 施設、民間病院は 5 施設であった。精神科単科病院は 7 施設、一般科を併設する精神科が 5 施設 (うち 2 施設は旧総合病院の診療科を併設と回答) があった。

4 施設が精神科急性期治療病棟を併設し、全施設がデイケアを認可、10 施設が作業療法を認可されていた。一方、療養病棟を併設している施設はなかった。

精神病床数は 12 施設平均で 382.0 床、看護単位は平均 7.6 であったから、1 看護単位当たりの平均病床数は 50.3 床であった。また、隔離室の平均数は 26.3 床、個室は 41.4 床であった。

検査体制のうち、血液検査と生化学検査が 24 時間可能な施設は 8、時間帯により困難な施設が 4 であった。X 線単純撮影と CT 検査が 24 時間可能な施設は半数の 6 施設で、残りの 6 施設では、時間帯により検査が困難であった。

(i) 職員配置

常勤医師数は平均 16.1 人 (医師 1 人当たりの在院患者数は 13.8 人)、うち指定医は 10.3 人配置されていた。

常勤看護師の平均配置数は 198.6 人 (看護師 1 人当たりの在院患者数は 1.1 人)、うち 28.0 人 (14.1%) が准看護師であった。

常勤コメディカルスタッフの平均配置数は、精神保健福祉士が 9.2 人、心理療法士が 3.0 人、作業療法士が 8.0 人であった。

(v) 診療実績 (2003 年度)

外来部門では、年間の初診患者数は 12 施設平均 904.4 人、年間外来患者延べ数は 49,433 人、うち時間外診療の延べ数は 765.1 人、診療日 1 日当たりの平均外来患者数は 169.1 人であった。また、年間の訪問看護件数は 1301.2 件、1 日平均デイケア通所者数は 53.1 人であった。

病棟部門では、年間延べ在院患者数が 12 施設平均 81,236.6 人 (1 日平均 222.6 人)、年間病床利用率 86.5%、年間病床回転率 3.2 回転で、平均在院日数は 170.9 日であった。年間の入院件数は 720.8 件で、入院時の入院形式では、医療保護入院 49.5%、任意入院 38.7%、措置入院 6.7%、緊急措置入院 4.0%、応急入院 1.1% という内訳であった。

(b) 救急応需体制

(7) 電話相談

厚労省認可の精神科救急情報センターが院内に設置されている病院は 3 施設であった。電話相談の受け付け時

間帯に制限のある病院が1施設あった。精神保健福祉士などの専任スタッフが電話対応に当たっているのは5施設、原則として医師が電話対応する病院が3施設あった。時間外の電話相談件数(2003年度)は平均2442.5件(1日平均6.7件)であった。

(イ)精神科救急医療事業への参加状況

都道府県が運営する広域の精神科救急システムに基幹的病院として参加している病院は9施設、輪番病院として参加している病院が1施設、システムに参加していないと回答した病院が1施設、無回答が1施設であった。

(ウ)職員配置

救急担当医師として指定医が常時配置されている病院が7施設、救急当番日に指定医が配置されている病院が2、指定医のオンコール体制を取り入れている病院が3施設あった。

救急対応が可能な看護師が常時配置されている病院が10施設あったのに対して、時間帯によっては対応困難と回答した病院が2施設あった。コメディカルスタッフについては、常時救急対応が可能な病院は3施設にとどまり、8施設では時間帯により困難、1施設では救急対応可能なコメディカルを配置していなかった。

以上のように、地域によっては、精神科救急システムと救急病棟とが必ずしも一体的に運用されているわけではないことが判明した。

(c)救急病棟の運用概況

(7)施設・設備

12の救急病棟の平均病床数は40.6床で、うち、隔離室10.2床、個室11.8床と全病床の56.7%が個室で占められていた。

隔離室の平均床面積(副室を含む)は13.0平方メートル、酸素・吸引設備のある隔離室が平均1.3室あった。また、ステンレス製の便器が7.8室に設置されていた。

個室の平均床面積は12.9平方メートルで、3.4室に酸素・吸引設備があった。多床室(1床当たり平均6.6平方メートル)のうち2.3室に酸素・吸引設備があった。

6施設(50.0%)が心肺モニターを設置していたほか、心蘇生装置は5施設(41.7%)、全身麻酔用の人工呼吸器は4施設(33.3%)、パルス型電撃装置は8施設(66.7%)、輸液加温装置は3施設(25.0%)、エアーマットは10施設(83.3%)、下腿マッサージ器は4施設(33.3%)で配備されていた。

(イ)職員配置

医師は平均4.4人(医師1人当たりの在院患者数は7.2人)、うち指定医は2.6人配置されていたが、原則として他病棟の患者を受け持たない完全専任の医師としているのは3施設にすぎず、8施設では他病棟の患者も受け持つ体制であった。

看護スタッフの配置数は25.3人で、1人当たりの在院患者数は1.2人であった。

コメディカルスタッフは平均3.0人配置され、完全に救急病棟専任制をと