

に戻すことを中心的役割としている。すなわち、二次医療圏程度の圏域を単位とした地域ケア重視の中核的病院が、急性期病棟の母体である。急性期治療と地域ケアをリンクするこれらの病院は、わが国の精神科医療を地域ケアへと構造転換するために必要不可欠の基本単位である。

今後は、精神科三次救急を担う救急病棟を支援し、最急性期の治療を引き継いで地域ケアにつなげるための亜急性病棟としての機能が、急性期病棟には期待される。そのためには、急性期治療における一定の水準を確保するとともに、地域ケアに強力にリンクするためのプログラムと人員が必要である。高度に専門化された三次救急施設が点在するだけでは、精神科医療の構造転換は望めない。

#### (b) 必要病床数

今回の調査結果から現在の急性期病棟の病床数を推計すると、110の病棟に平均50.6床の病床があるから、総計5,566床と推計される。今後は少なくとも二次医療圏に50床程度の密度が必要であるから、二次医療圏の総数342を単純に掛けると17,100床ということになる。すなわち、少なくとも、現在の約3倍の急性期病棟が必要であると結論づけることができる。

### (3) GHP病棟

#### (a) GHP病棟の機能

今回の調査から、精神科三次救急医療施設として機能しながら、身体管理

能力に優れた総合病院精神科病棟の存在することが確認された。重篤な身体疾患を合併する重症の精神科救急ケースは、ここで示したGHP病棟で治療する以外に選択肢がない。にもかかわらず、そのような機能をもつ病棟は極めて乏しいのが現状である。

諸外国に倣うまでもなく、精神科救急医療は本来、身体管理能力に優れた総合病院精神科病棟が中心的に担うべきものである。精神科救急ケースは、合併疾患の存在が明らかでなくとも、長期間の睡眠・摂食障害のために何らかの身体的リスクを抱えているのが通常であり、強力な薬物療法がそのリスクをさらに高める可能性があるためである。

したがって、今後は、小規模ながら高機能のGHP病棟を精神科救急入院料や急性期治療病棟入院料の認可対象とし、さらに合併症管理加算を上乘せするような診療報酬上の改訂を行うことによって経営基盤を強化し、総合病院精神科における精神科救急と急性期治療の役割分担を拡大することが求められる。

#### (b) 必要病床数

心身双方の重篤な急性疾患に対応可能な急性期型GHP病棟は、少なくとも精神科救急医療圏（二次医療圏2つ分程度の圏域）に1ヶ所は必要である。医療資源の効率的活用を考慮するならば、精神科救急病棟ないし急性期病棟の認可を受けたGHP病棟の中に数床の合併症ユニットを包含するのが現

実的であろう。

今回の調査によれば、救急病棟に入院してくる患者の8.3%に中等症以上の身体疾患が合併しているから、救急病棟の1割程度、すなわち50床の救急病棟の5床が合併症ユニットに指定されるべきということになる。

しかし、身体合併症のあるケースは、精神科単科の救急病棟から急性期型GHP病棟へと集中するであろうから、50床の急性期型GHP病棟に含まれる合併症ユニットの病床数は5床では不足である。救急病棟の中でのGHP病棟の比率に応じて、増床が必要である。例えば、救急病棟2ヶ所のうち1ヶ所がGHP病棟ならば10床、3ヶ所のうちの1ヶ所ならば15床ということになる。

#### E. 結論

わが国において精神科急性期治療の主たる担い手である精神科救急病棟、急性期病棟、およびGHP病棟の運用実態と利用患者のプロフィールをアンケート調査したところ、調査対象の72.7%に当たる93の医療施設から病棟運用に関する回答があり、24施設から2,116件の患者データが寄せられ

た。

それらのデータの分析に基づいて、わが国の精神科医療を地域ケア主体に構造転換するために必要な基本戦略を提案した。すなわち、救急病棟は人口100万人に対して20床ほどの密度で設置され、精神科三次救急医療施設として重症の救急患者の短期集中治療を中核的に担うこと、急性期病棟は二次医療圏に50床程度の密度で設置され、精神科二次救急施設として亜急性患者の入院治療と地域ケアへのリンクを担うこと、GHP病棟は救急病棟もしくは急性期病棟の認可を受け、合併症ユニットを包含して心身ともに重症なケースの治療を中心的に担うこと、そして、これらの機能を円滑に遂行できる医療経済的条件を整えるべきことを提案した。

#### 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

図1 精神科救急病棟の平均像(12施設)

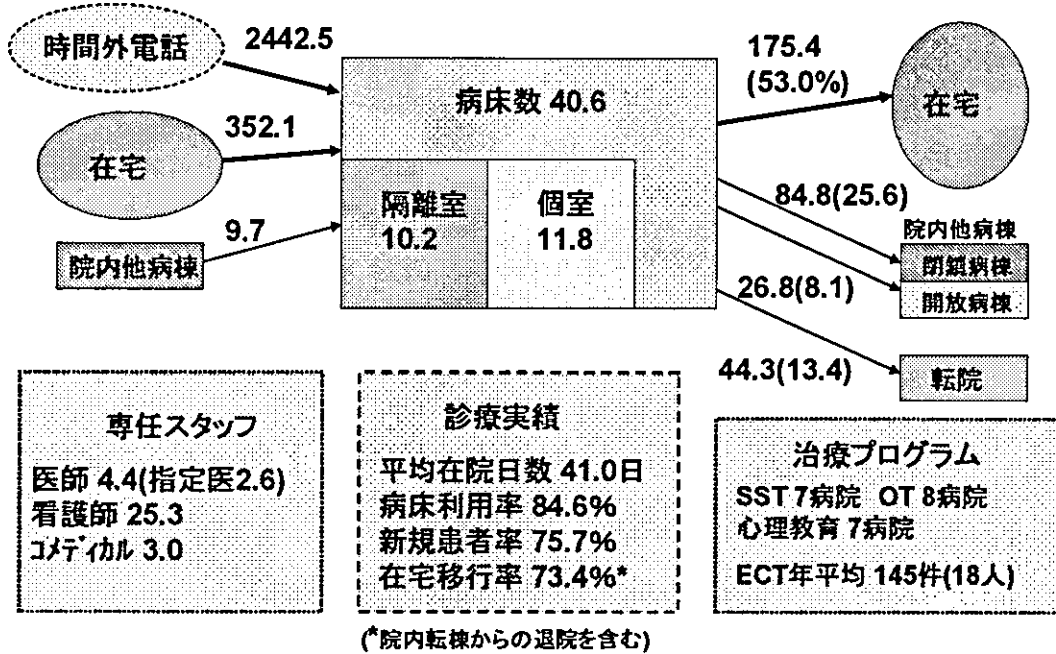


図2 急性期治療病棟の平均像(72施設)

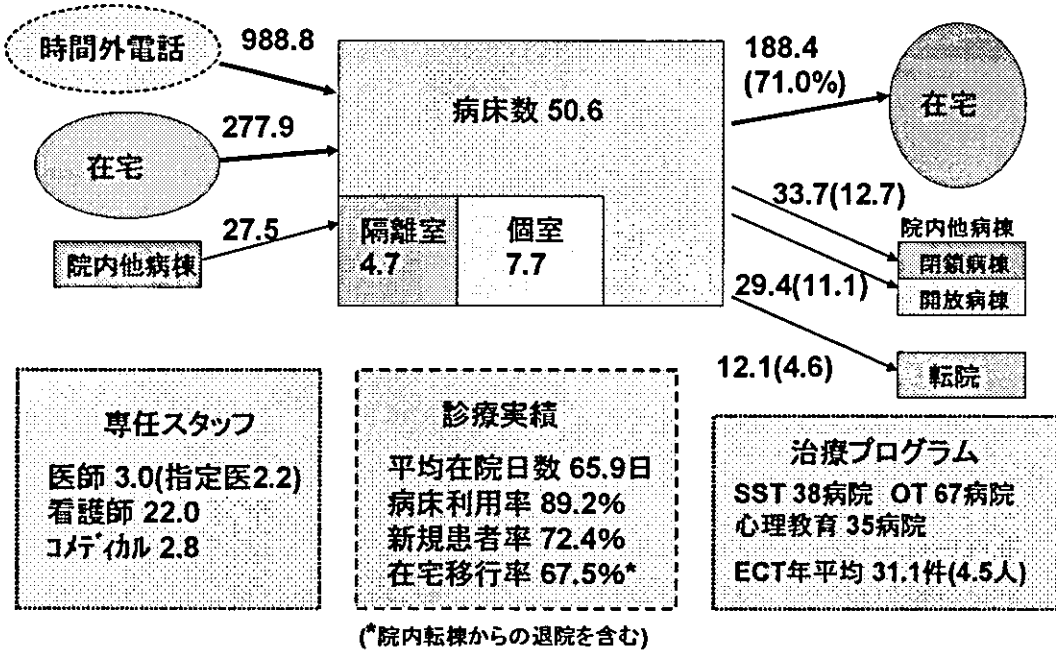


図3 GHP病棟の平均像(4施設)

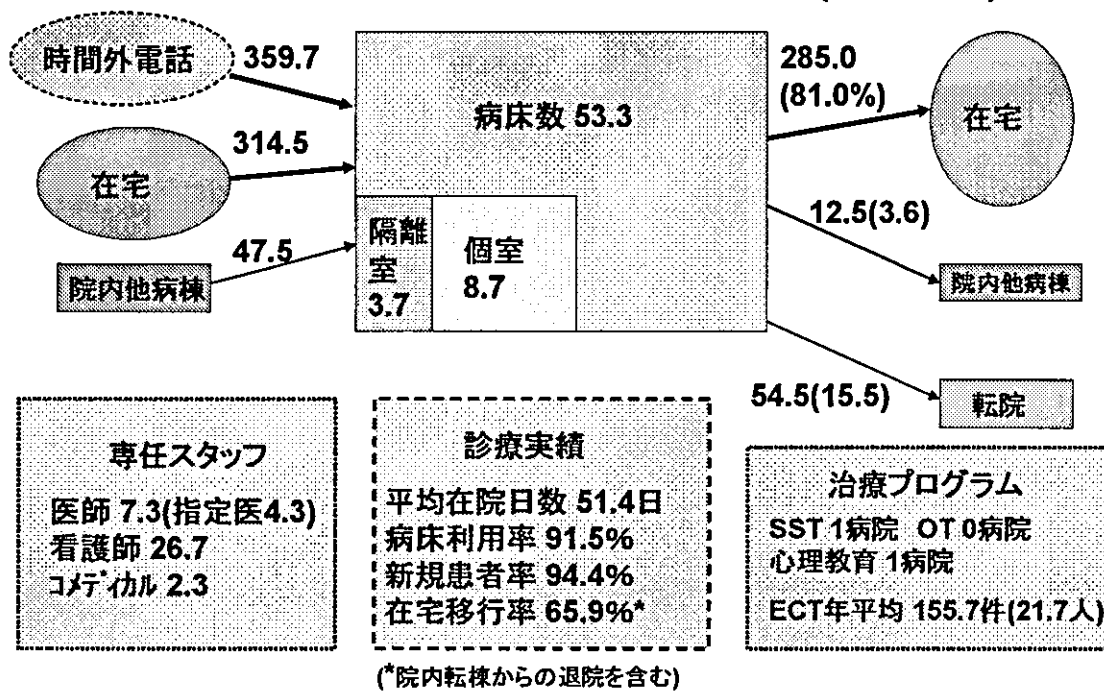


図4 男女比

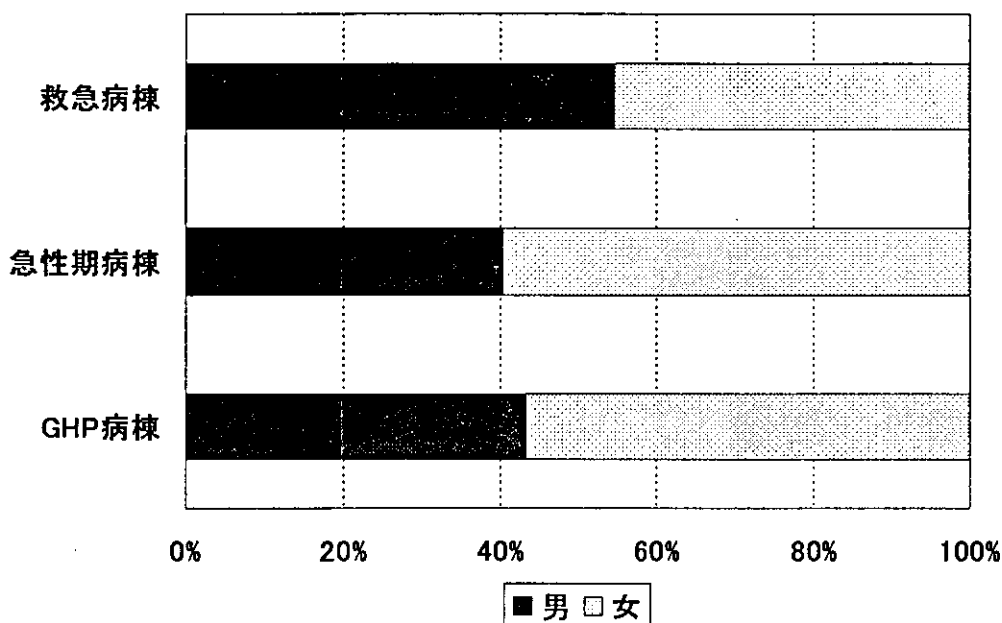


図5 診断構成

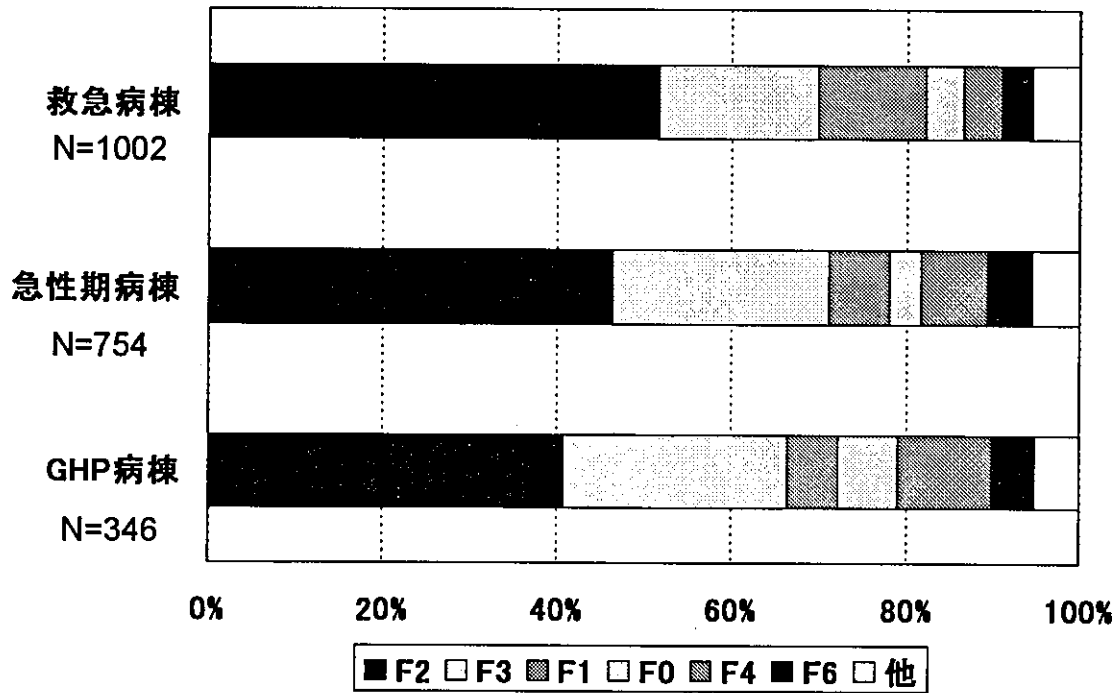


図6 通算入院期間

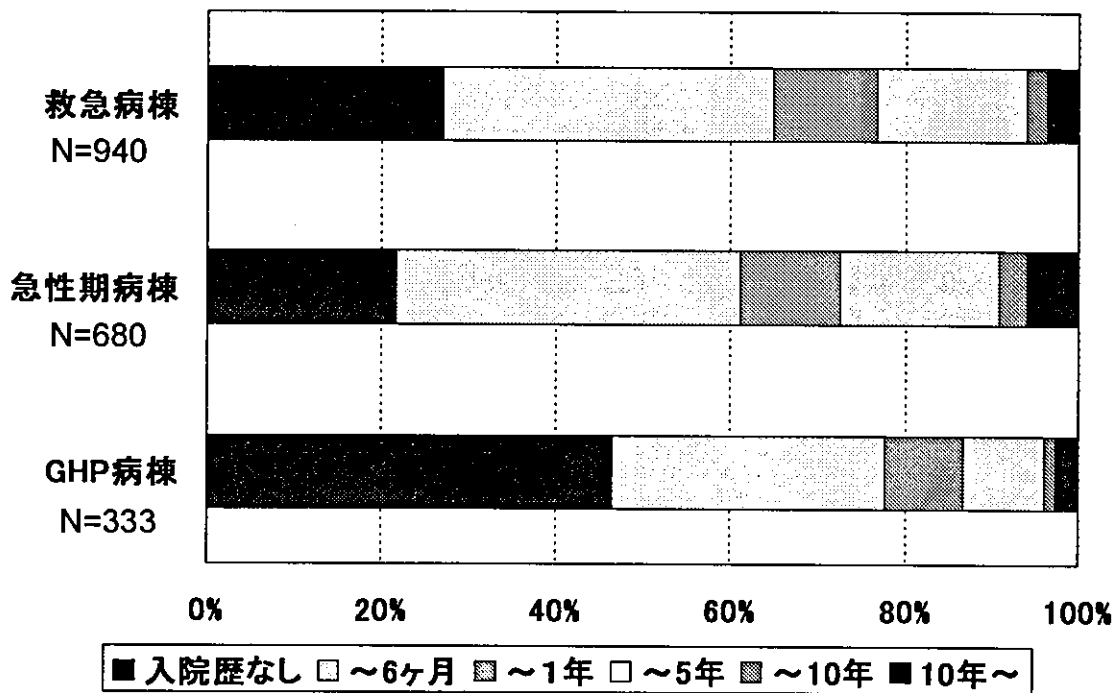


図7 入院直前の精神科治療状況

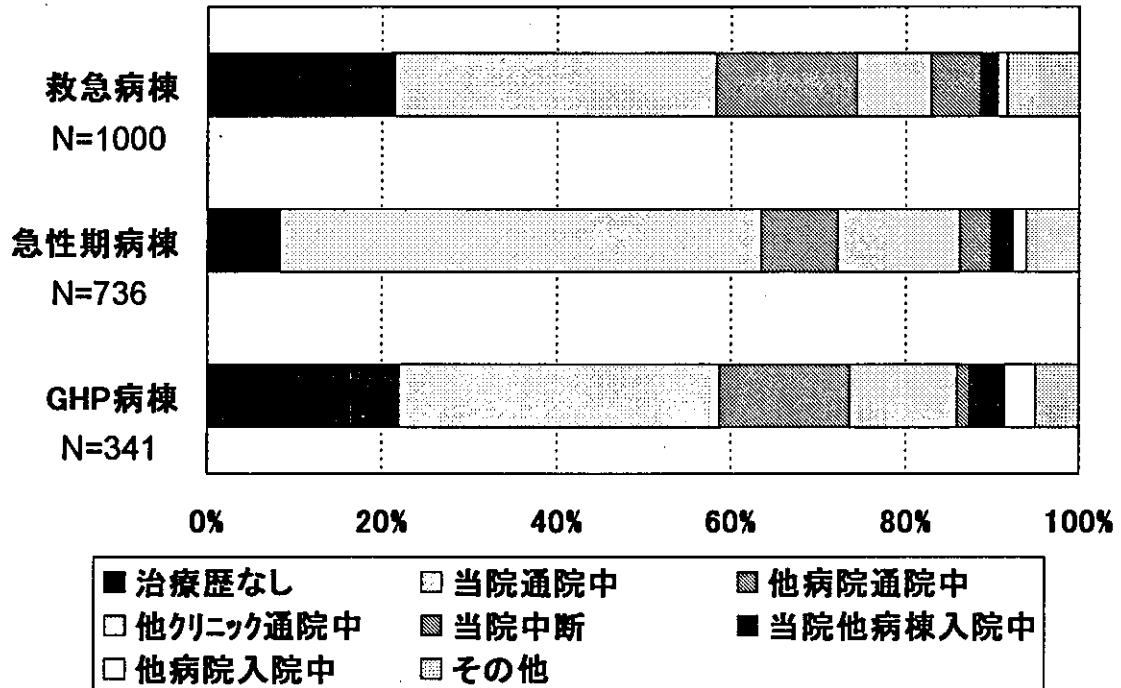


図8 入院時間帯

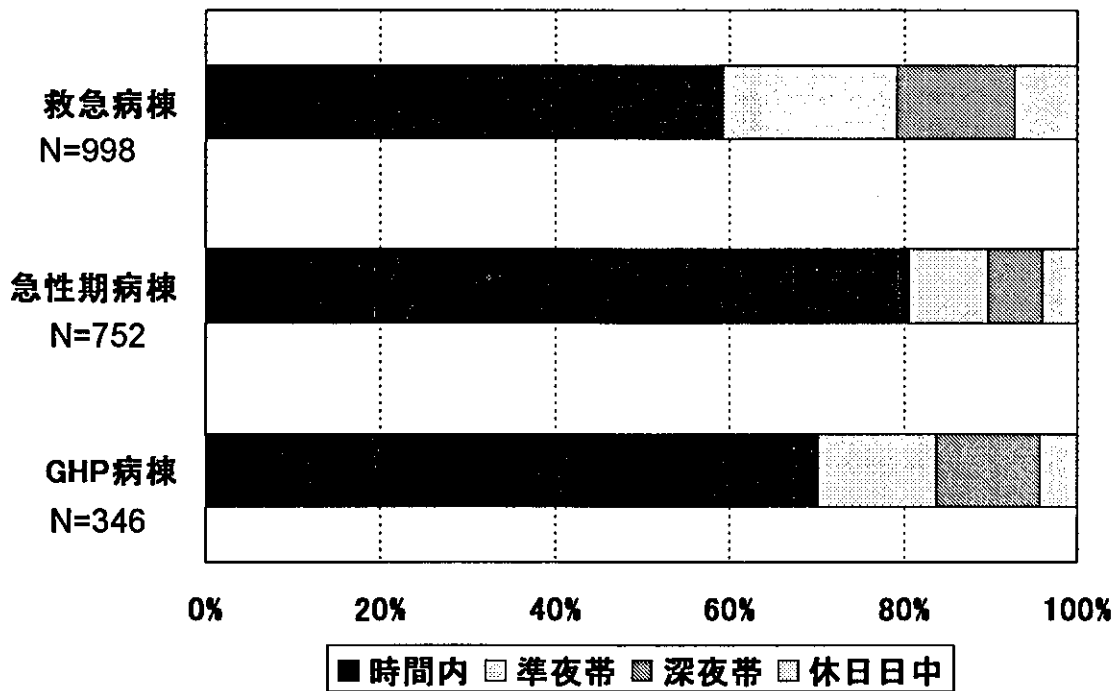


図9 入院時の入院形式

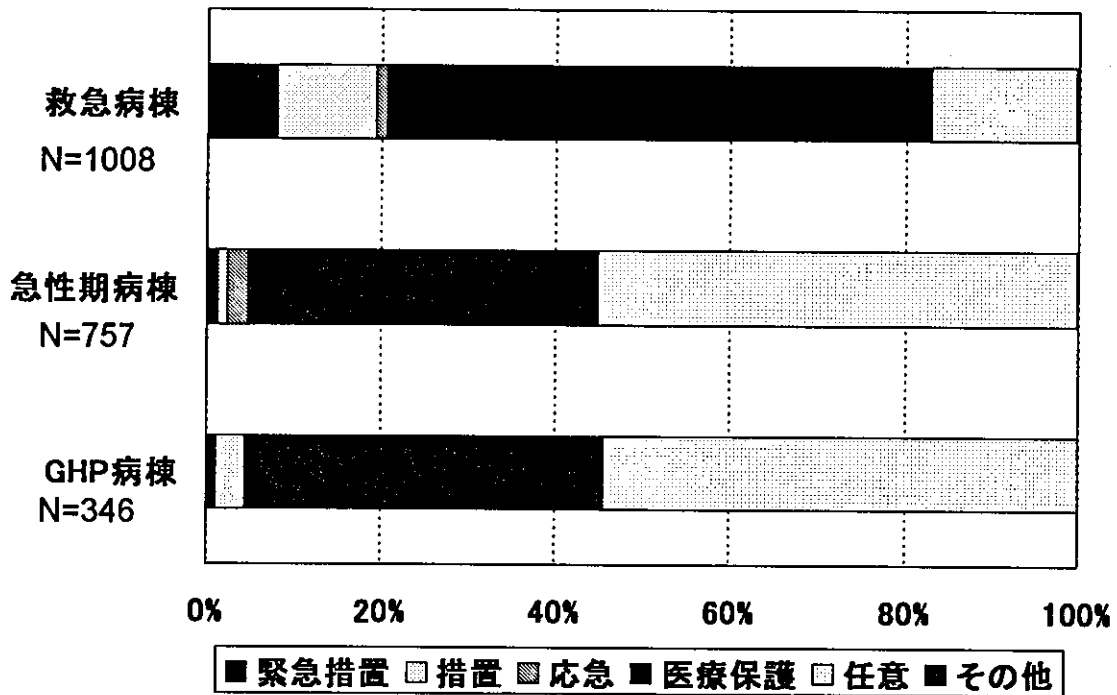


図10 入院時精神状態

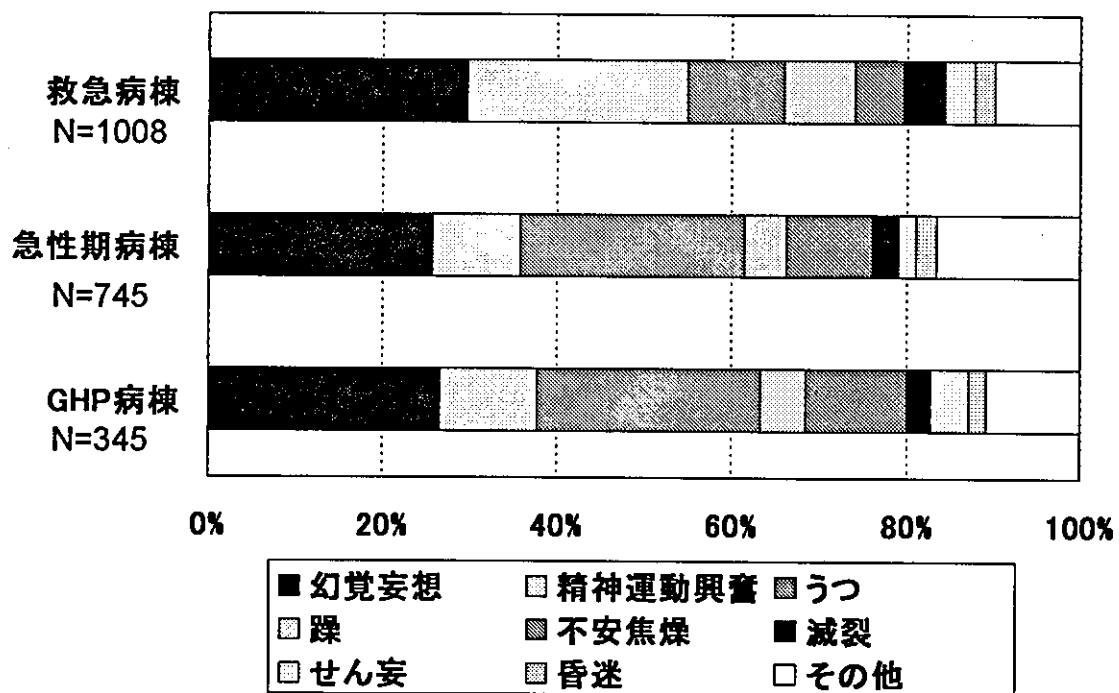


図11 身体合併症

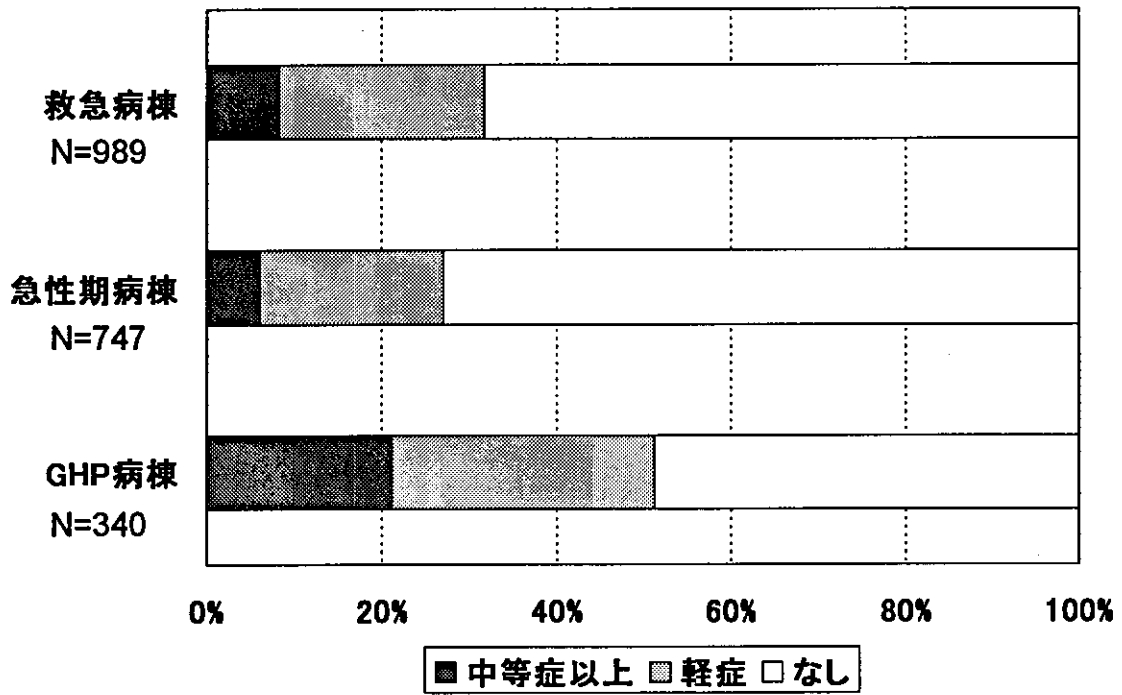


図12 他害行為

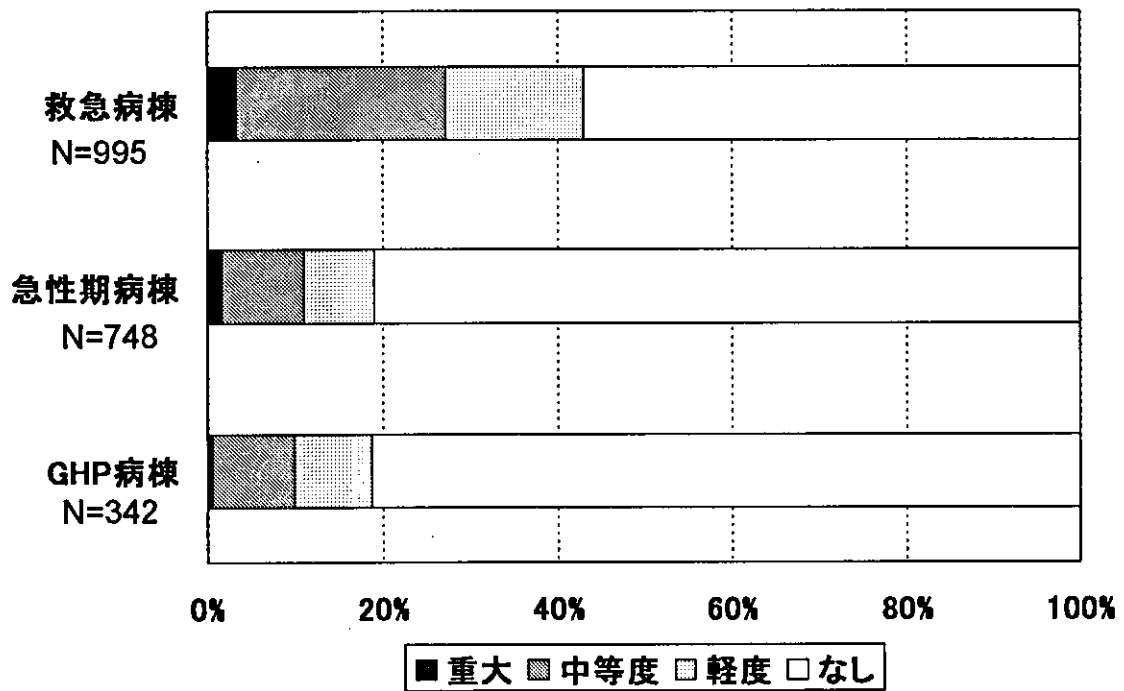




図13 入院時処置

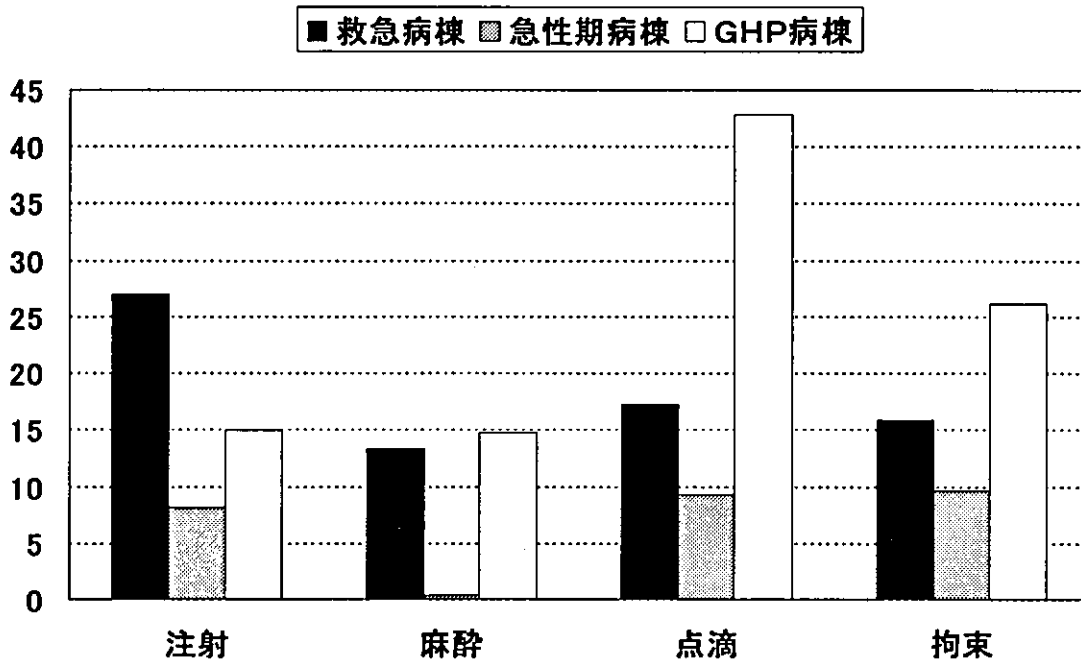
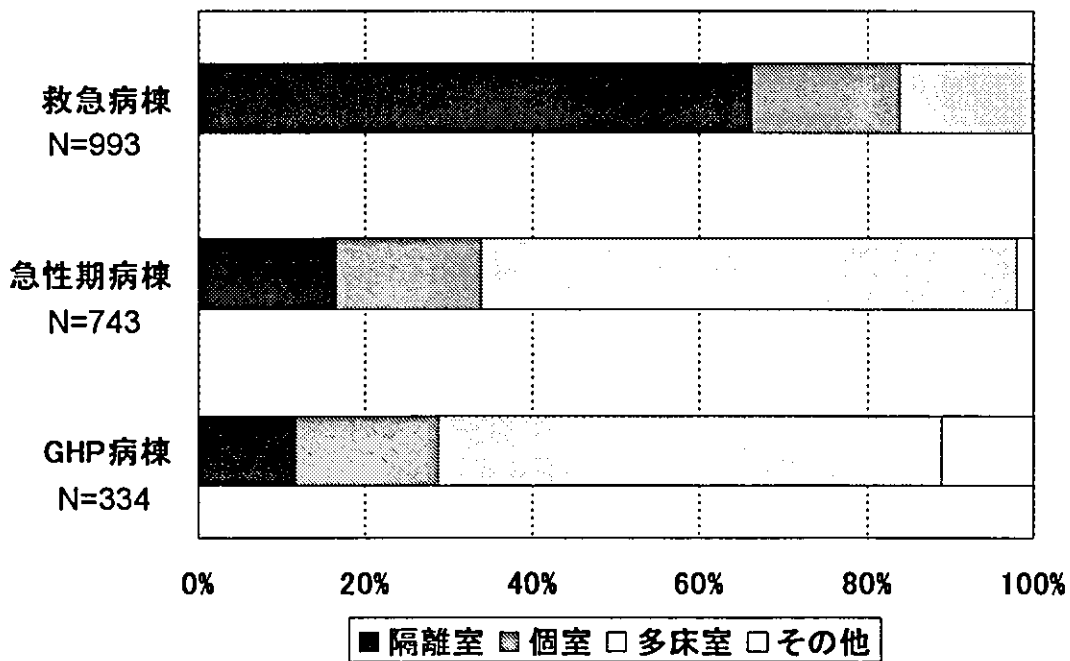
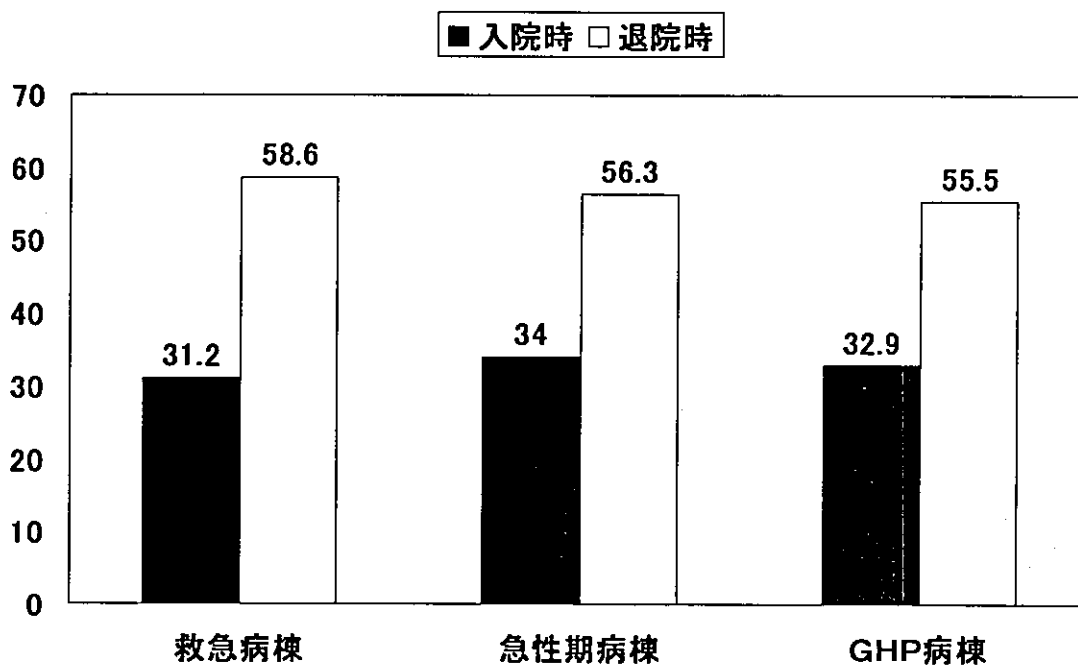


図14 入院時病室



### 図15 GAFスコア



### 図16 退院・転出先

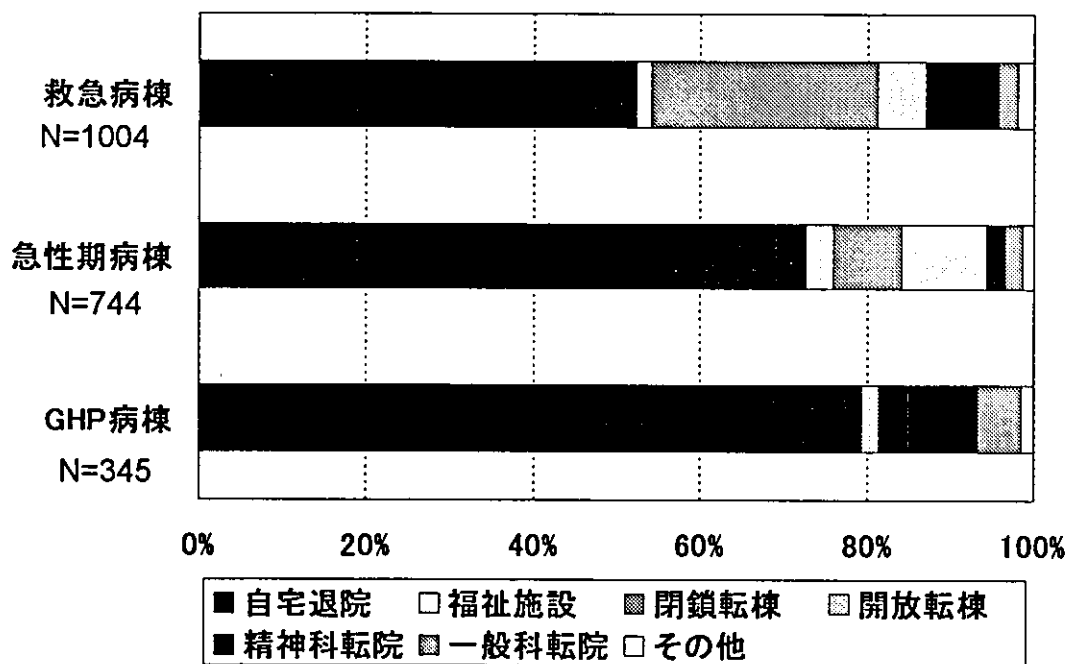


図17 同居可能な家族

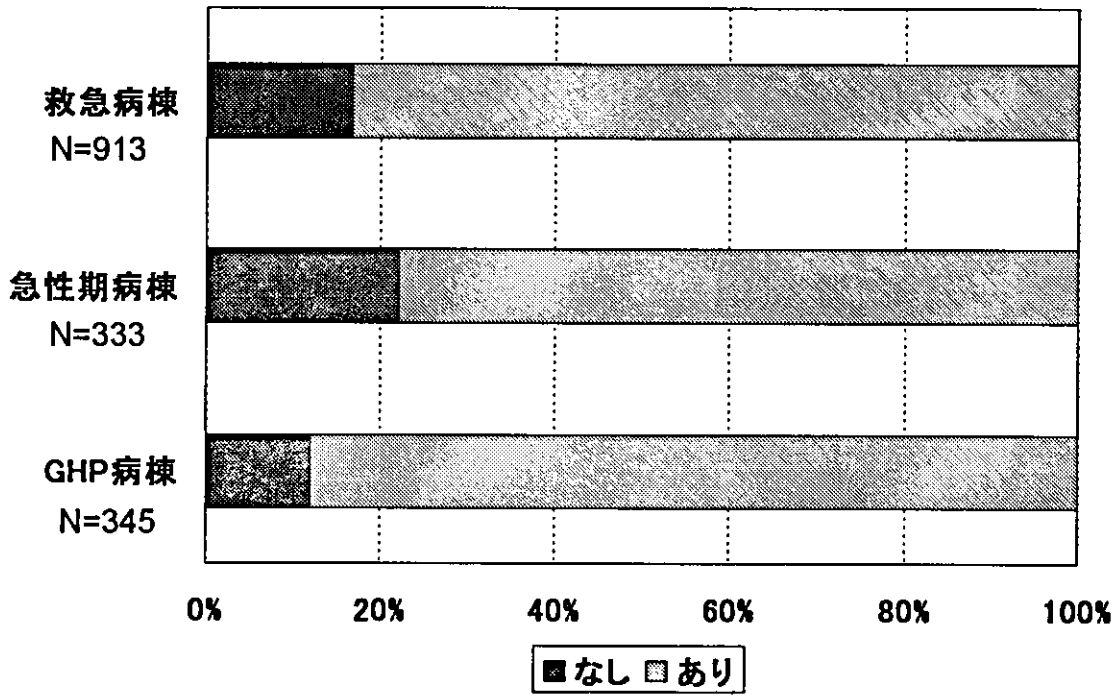
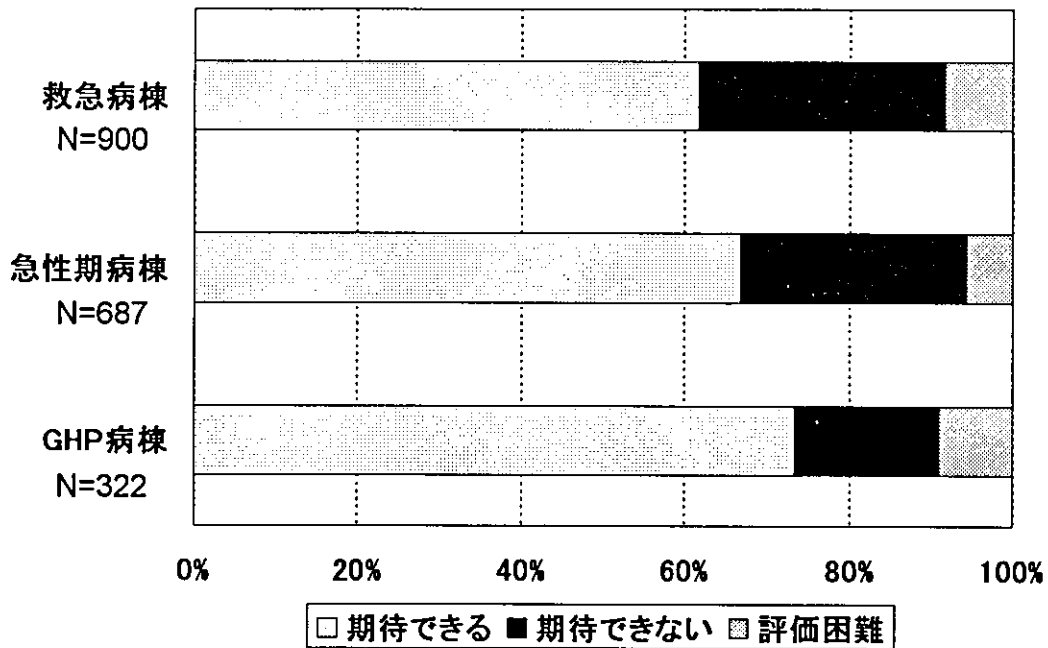
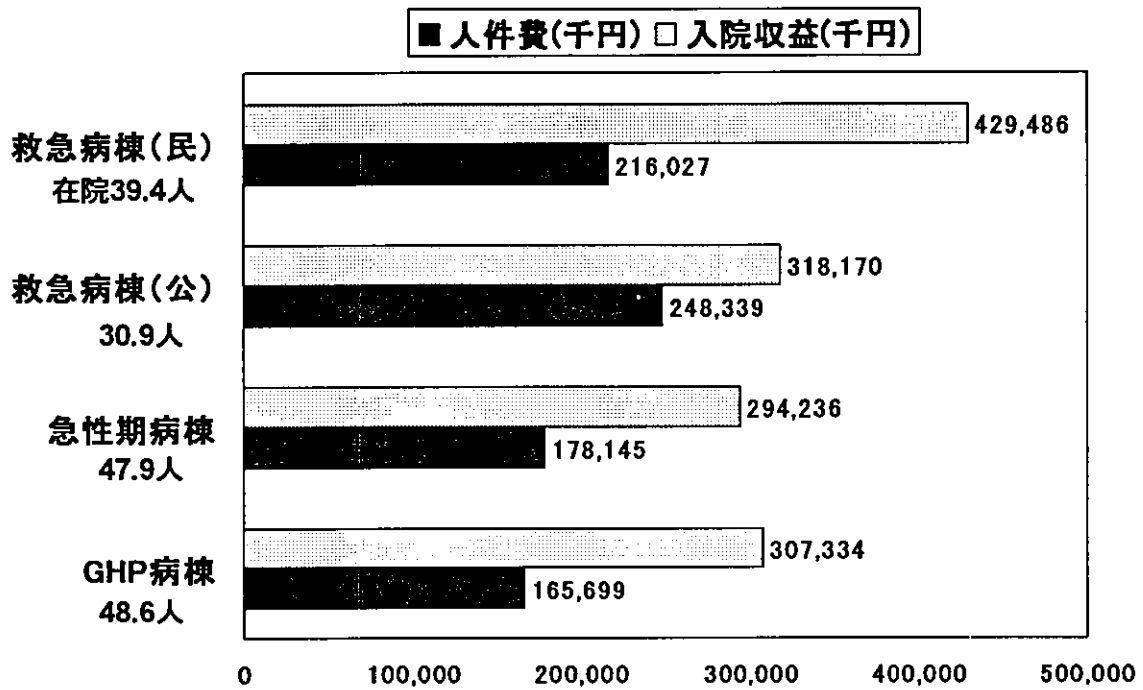


図18 家族のケア能力



## 図19 経営状況



平成16年度厚生労働省 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」

社会復帰リハビリテーション病棟に関する研究

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）  
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）  
研究協力者 磯谷 悠子（東京大学大学院医学系研究科）  
研究協力者 八木 奈央（東京大学大学院医学系研究科）

研究要旨：

【研究の背景および目的】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（精神科回復期リハビリテーション病棟（開放型）とする）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の施設基準を考察した。

【方法】モデル病棟を「救急・急性期治療から退院に至るリハビリテーションを積極的に実施している病院で、全患者および社会復帰病棟患者の転帰が把握できるもの」と定義した。この条件を満たす公立精神科病院2カ所を対象に聞き取り調査および入院データの収集を行った。【結果】2つの病院で、患者全体で見たとときの残留率や在院日数にはあまり差はなかった。急性期の患者の約10-25%程度は後方の開放病棟での処遇が必要であると考えられた。入院日数は、今回の調査ではフォローアップ期間が短いこともあり、救急・急性期で平均10-25日、開放病棟で平均40-60日と比較的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。また訪問看護等の地域生活支援も積極的に行っていた。【考察】以上の結果及び専門家による討議により、精神科回復期リハビリテーション病棟（開放型）に必要な要件をまとめた。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入院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困難である患者のうち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、精神保健福祉士1名、作業療法士又は心理士1名以上、患者の5割以上が入院後1年以内、心理教育、SST、作業療法、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の策定、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）、患者の7割以上が9ヵ月で自宅退院、転入棟後9ヵ月まで（3ヵ月ごとに逡減）、再入院率減算などが考えられた。必要病床数は救急・急性期病棟と同程度（需要が約3割、入院期間が約3倍として）と考えられた。

## A 目的

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」と、精神科病棟の機能分化や精神医療改革（精神病床の機能強化等を促す）の必要性がそれぞれ位置付けられた。

以上のように、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。このような背景から、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「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が進められた。平成16年9月に厚労省より発表された精神保健福祉改革ビジョンにおいて、「急性期、社会復帰リハ、重度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る。

本研究では、将来の日本の精神医療の枠組みを、病床機能という視点から考察・提言する。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。

本分担研究班では今後機能分化が必要と考えられる精神科病床のうち、社会復帰リハビリテーション病棟（リハ病棟）を担当する。

今年度（初年度）は、モデルとなる病院へ聞き取り調査を行い、また患者の流れを明らかにするために入退院のデータを収集する。これらの資料より、リハ病棟への患者の流れ、ひいては必要病床数の概算と、モデル病棟で行われている治療内容を明らかにする。またそれらの結果をふまえ、今後の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する。

## B 方法

全国の精神科病院で「社会復帰病棟」と称される病棟は多いが、地域への退院に結びつけるという意味では、必ずしもリハビリテーションの成果が示されているとは言えず、また救急や急性期病棟との関係も明確になっていない。そこで、従来の「社会復帰病棟」とは異なるものとして、「モデル病棟」を次のように定義した。すなわち、①病院全体で救急・急性期治療に積極的に取り組み、救急・急性期治療が適切に実施されており、②これらの入院治療後に退院できず入院を継続している患者に対して、積極的なリハビリテーション活動が実施され、③大多数の入院患者につき退院までの転帰が把握可能と考えられる（転院等による当該病院での入院治療の中断が少ない）病院である。

上記の目的を達成するために、これらの条件を満たすと考えられる公立病

院2カ所を対象に聞き取り調査および入院退院データの収集を行った。

それぞれの病院から提供を受けたデータ変数および期間は基本的には共通のものであるが、下記のように一部病院により異なるものがある。

#### ①A病院

変数：性別、年齢、診断、初発からの期間、今回入院日、退院日、病棟別入院日数、退院時転帰、退院後治療等。

期間：2003年6月～2004年12月の間に入院した患者。

対象者数：798名（うち入院病棟が急性期病棟患者348名）。

#### ②B病院

変数：前回退院日、今回入院日、急性期病棟入院日、後方病棟転棟日、退院日等。

期間：2003年8月～2004年7月の間に急性期病棟を利用した患者。

対象者数：298名（うち入院病棟が急性期病棟患者255名）。

（倫理面への配慮）

本研究は国立精神・神経センターの倫理委員会の承認を受けて行った。各病院から個人ごとのデータの提供を受けたが、氏名・住所等、本人を特定できる情報は除いた状態で提供を受けた。

またデータは研究所の中でのみ取り扱い、本報告書等での公表は集計データのみを用いた。

## C 結果

### 1. 各病院の概要

#### ①A病院

東北地方の公立精神科病院であり、精神科病床数は計354床、急性期病棟2、開放病棟2、療養病棟2（開放、閉鎖）の

6病棟からなる。急性期病棟のうちの一つに救急ユニット12床が含まれており、地域の精神科救急医療を担っている。またA県の精神科救急情報センターを併設しており、精神科救急の相談窓口業務を行っている。

社会復帰リハ病棟は、病床数58床（うち個室2、うち保護室1）であり、食堂・談話室・面会室・喫煙室・浴室などの部屋がある。スタッフ配置は、医師：1、看護師：15、准看護師：2、PSW：0.5、OT：0.5であった。退院にむけて行っているプログラムはいくつもあり、以下に重要なものを示す。

・病気や薬についての心理教育 2回/月 医師・看護師・他職種連携

・健康教室 2回/月 医師・看護師・栄養士連携 健康・病気に関する教育

・退院準備グループ 2回/月 看護師・OT・PSW 連携

・園芸グループ 2回/月 看護師・OT 連携

・OTグループ 1回/週 病棟内のOTプログラム 手工芸、絵画等活動性向上

・調理グループ 1回/月 看護師・栄養士 調理を楽しみ技術を学ぶ

・OTサロン 5回/週 OTプログラム 手工芸、絵画、音楽等 自己表現の場

・体育館クラブ 2回/週 OTプログラム 運動プログラム

・簡単基本クッキング 1回/週 OTプログラム 退院時に必要な調理スキルの習得

など

カンファレンスは月1～2回開催されており、医師・看護師・PSW・OT等が参加している。

## ②B 病院

甲信越地方の公立精神科病院であり、精神科病床数は 300 床、急性期病棟 1、閉鎖重症療養病棟 1、閉鎖児童思春期・若年重症療養病棟 1、開放病棟 2 の 5 つの病棟を持つ。急性期病棟は 39 床であり、28 床が個室(うち 9 床が保護室)である。平均在院日数は 95.4 日(2004 年 10 月)である。

スタッフ配置は患者主治医制をとっており、病院全体で医師 10 名、看護師 103 名、作業療法士 3 名、PSW2 名等であった。

急性期治療病棟において急性期治療が集中的に行われ、その一部が閉鎖病棟や開放病棟に転棟する。しかし、4 つの病棟においてそれぞれ社会復帰への取り組みが行われており、単一の社会復帰リハビリテーション病棟があるわけではなかった。

社会復帰への取り組みとしては、訪問医療や作業療法・デイケアの充実が計られていた。作業療法プログラムは週 5 日、午前と午後行われており、複数のプログラムが同時に行われている。二つのデイケアセンターにおいても様々なプログラム(院外プログラム、家族教室含む)が行われていた。

また毎朝、病棟の空きベッドを確認するためのカンファレンスが行われている。

## 2. 今回収集データからの結果

調査の結果、それぞれの病院は上記のモデル病棟の条件を満たすことが確認できた。

それぞれの病院から提供を受けたデータの変数が異なることから、まずは別々に解析を行った。また今回の社会復帰リハ病棟は急性期治療を受けた上で退院で

きなかった患者を対象とすることを想定しているため、一部の解析を除き、入院開始時に救急急性期治療を受けた患者を対象として解析を行った。

## ①A 病院

救急ユニットを入院開始時に利用した患者は 348 名(男性 247 名(71.0%)、女性 101 名(29.0%))であった。平均年齢は 41.0 歳であった。診断は ICD-10 の F2(統合失調症等)が 220 名(63.2%)、F3(感情障害)が 77 名(22.1%)であった。

348 名中、期間内に退院した患者は 212 名(61%)であった。そのうち救急ユニットのみで退院した患者は 66 名(31.1%)、救急ユニットから閉鎖病棟を経て退院した患者が最も多く 127 名(59.9%)、救急ユニットから閉鎖病棟を経て開放病棟から退院した患者(救急から直接開放に移った患者も含む)が 19 名(8.9%)であった(図 1-1)。

それぞれの病棟での平均在院日数は、救急ユニット 11.8 日(SD=14.9)、閉鎖ユニット 49.5 日(SD=50.0)、49.4 日(SD=24.7)であった(表 1-1)。入院後の経由病棟別では、救急ユニットのみで退院した患者の平均在院日数は 8.7 日(SD=11.8)ととても短く、救急→閉鎖病棟では 60.7 日(SD=49.8)、救急→開放病棟では 117.8 日(SD=91.2)であった。参考のために救急ユニットに入院せず、直接閉鎖病棟および開放病棟に入院した患者も解析に入れて入院日数を算出したところ、閉鎖病棟では 378 名で平均在院日数 48.1 日(SD=50.1)、開放病棟では 119 名で平均在院日数 55.0 日(SD=57.4)と大きくは変わらなかった。



期間内に退院した患者の残留率を検討するため、残留曲線を作成した(図1-2)。その結果救急ユニット入院後半年後の残留率は、3.3%、1年後は1%であった。

また今回調査期間中に退院した患者の入院病棟別の残留曲線を作成したところ、図1-3のようになった。

## ②B病院

急性期治療病棟に入院した対象者 237名中、調査期間内に退院した患者は 227名(95.8%)であった。そのうち急性期治療病棟のみで退院した患者は 143名(63.0%)、閉鎖病棟から退院した患者が 24名(10.6%)、開放病棟から退院した患者が 60名(26.4%)であった(図2-1)。病棟別の平均在院日数は、急性期治療病棟 36.2日(SD=35.0)、閉鎖病棟 61.9日(SD=50.0)、開放病棟 40.7日(SD=60.6)であった(表2-1)。入院後の経由病棟別では、急性期治療病棟のみで退院した患者の平均在院日数は 42.2日(SD=36.7)、急性期→閉鎖病棟では 75.9日(SD=54.0)、急性期→開放病棟では 65.3日(SD=68.7)であった。

同様に残留率を計算したところ、半年残留率は 6.5%、1年残留率は 3.2%であった(図2-2)。

入院病棟別の残留率は図2-3のようになった。

## ③2病院の結果より

今回のデータではフォロー期間が対象によっては短いため、在院日数が短くなっていると考えられた。そこで、実際の入院期間に近い値を明らかにするため、二つの病院のデータを結合し、さらにフォロー期間が1年以上になるよう、2003年6月1日~2003年12月31までの半年

間に入院した患者を対象に解析を行った。フォロー期間の最終日は 2004年12月31日であるため、フォローアップ期間の範囲は1年から1年半ということになる。

フォローアップ期間中に退院した患者は446名中375名(84.1%)であった。平均在院日数は 125.9日(SD=165.1)であった。

退院しなかった患者(観察が打ち切られた患者)も考慮した残留曲線は図3のようになった。90日間の残留率は 32.6%、半年残留率 20.9%、1年残留率 17.1%であった。

またB病院の1年以上フォローできた患者について、後方病棟への転棟日を起点とした残留曲線を作成した(図4)。このデータからは後方病棟転棟後の退院の早さが明らかになる。在院日数の平均は 102日(SD=129)であった。3カ月残留率は 30%、6カ月残留率は 20%、9カ月残留率は 12%であった。

## D 考察

本研究班で提案するリハ病棟とは、改革ビジョンで示されたような、救急・急性期病棟の後方病床的な役割を担うものである。しかし、一般的に社会復帰病棟というと、長期在院患者を退院させる病棟を指すことが多い。そこで、本研究班では、社会復帰リハビリテーション病棟ではなく、精神科回復期リハビリテーション病棟という名称を用いることを提案する。そのような後方病床の役割には開放病棟型と閉鎖病棟型が必要と考えられたため、精神科回復期リハビリテーション病棟(開放型)とする。

今回調査した2つの病院の結果では、救急・急性期病棟より開放病棟へ流れた患者は9%と26%と分かれたが、今後より救急・急性期医療が充実し、そこでの入院期間が短期化することを考えると、急性期の患者の10-20%程度は開放病棟での処遇が必要であると考えられる。ただし本病棟の対象患者の半数程度は長期在院患者が入院すると考えられるので発生率はその2倍で良いと考えられた。つまり救急・急性期に必要な患者の30%程度の需要があると考えられた。仮に急性期の入院日数を3カ月、リハ病棟の入院日数を9カ月とすると、回転率の比より、救急・急性期病棟とほぼ同数の病床数が必要であることが考えられた。しかし今後社会的入院患者が減り、本来のリハ病棟の対象患者の比率が高まると必要病床数は漸減すると考えられる。

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が、A病院の救急ユニットは急性期のみを診て短期間(約10日)で後方病床に転棟していたため、閉鎖病棟に流れる患者が多かった。今後、回復期リハビリテーション病棟が専門病床として機能分化し、病棟機能の均一化かするとこの差が縮まると考えられる。またこのような後方病床ができることにより、救急・急性期病棟の機能もさらに特化し、より濃密で短期間の治療が提供されることが期待される。

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35-40日(SD60)と短期間で退院していた。1年以上フォローできた群の平均在院日数は約4カ月であった。また、後方病床に

転棟した後の在院期間は約100日(SD=130日)であった。

本病棟の対象としては、本来的には適切な急性期治療を経ても退院できなかった患者である。しかし、日本において1年以上の長期在院患者を退院させることは急務であり、本病棟にもある程度の割合、そのような患者を入院させることは意義があると考えられる。そのような患者の入院日数は今回の調査より長くなると考えられ、6-9カ月程度必要であると考えられた。また退院を促すためにも2-3カ月ごとに診療報酬を逡減する必要があると考えられる。

退院を促進するために、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。このようなプログラムや、カンファレンス、地域へのアウトリーチサービスが病院内にあることは本病棟に必須と考えられた。

以上の聞き取り調査及びデータに基づき、専門家の討議により検討された回復期リハビリテーション病棟に必要な要件を以下にまとめた。

・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生活支援と連携した積極的なり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。

・開放病棟であること

・3対1看護

- ・PSWI名、OT又はCP1名以上
- ・患者の5割以上が入院後1年以内
- ・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
- ・個別ケースの退院の実現を目標として主治医、担当看護師、及び地域生活支援関係者を含む多職種によるカンファレンスが実施されること。
- ・精神科リハビリテーション総合実施計画を策定すること。
- ・退院促進・地域連携室（仮称）との連携。（室の要件：病院内に地域支援専任の看護師またはPSWが3名以上いること）
- ・患者の7割以上が9ヵ月で自宅退院（自宅・単身アパート・グループホーム・社会復帰施設を含む）
- ・転入棟後9ヵ月までを算定（3ヵ月ごとに逡減）
- ・再入院率減算

## E 結論

社会復帰リハビリテーション病棟の需要を把握するために、救急・急性期病棟入院後の患者のデータを得たところ、約10～25%が後方病床に転送されることが明らかになった。後方病棟での入院期間

は約100日であった。聞き取り調査の結果から、社会復帰を促進させるためには、様々なプログラムの実施や、カンファレンス、地域へのアウトリーチの必要性が認められた。

来年度は、対象をさらに拡大し回復期リハビリテーション病棟に入院する患者の状態像を明らかにするとともに、病棟に必要な治療法や社会復帰のためのプログラムについて検討を行う予定である。

## 参考文献

安西信雄：脱施設化再考－「社会的入院」患者と精神科リハビリテーションの役割. 精神保健研究 16(通巻 49)：99-103, 2003

精神保健福祉資料平成14年6月30日調査の概要.

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（予定も含む） なし

