

図 1-2 退院患者の残留率曲線 (A病院)

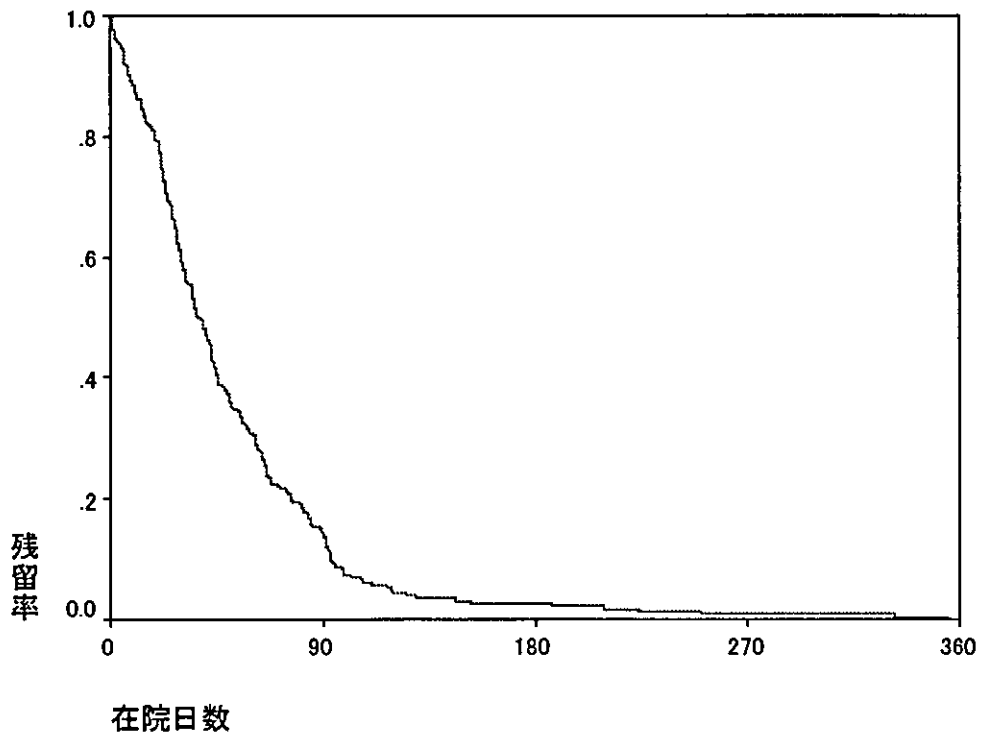
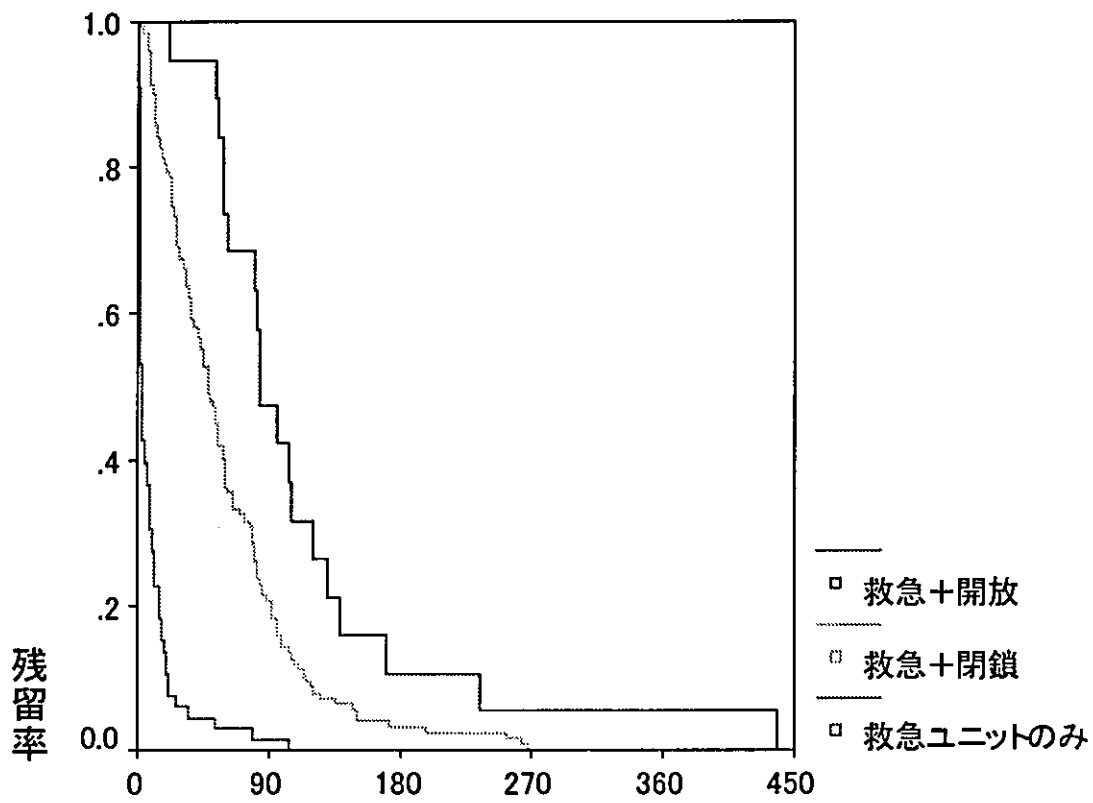
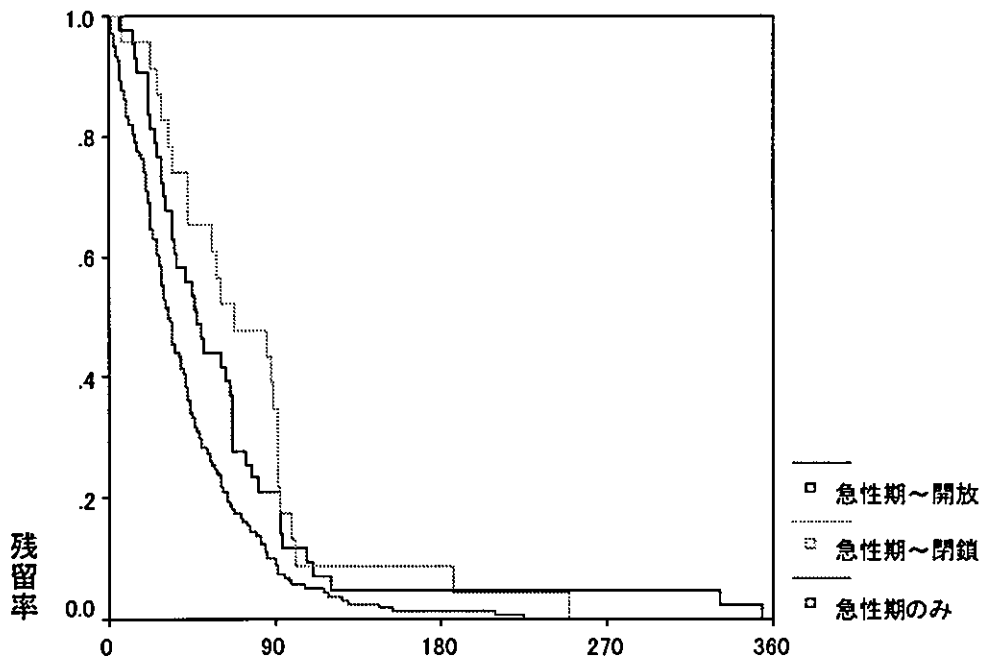


図 2-2 退院患者の残留率曲線 (B病院)



在院日数

図 1-3 調査期間中に退院した患者の入院病棟別の残留曲線 (A病院)



在院日数

図 2-3 入院病棟別の残留率曲線 (B病院)

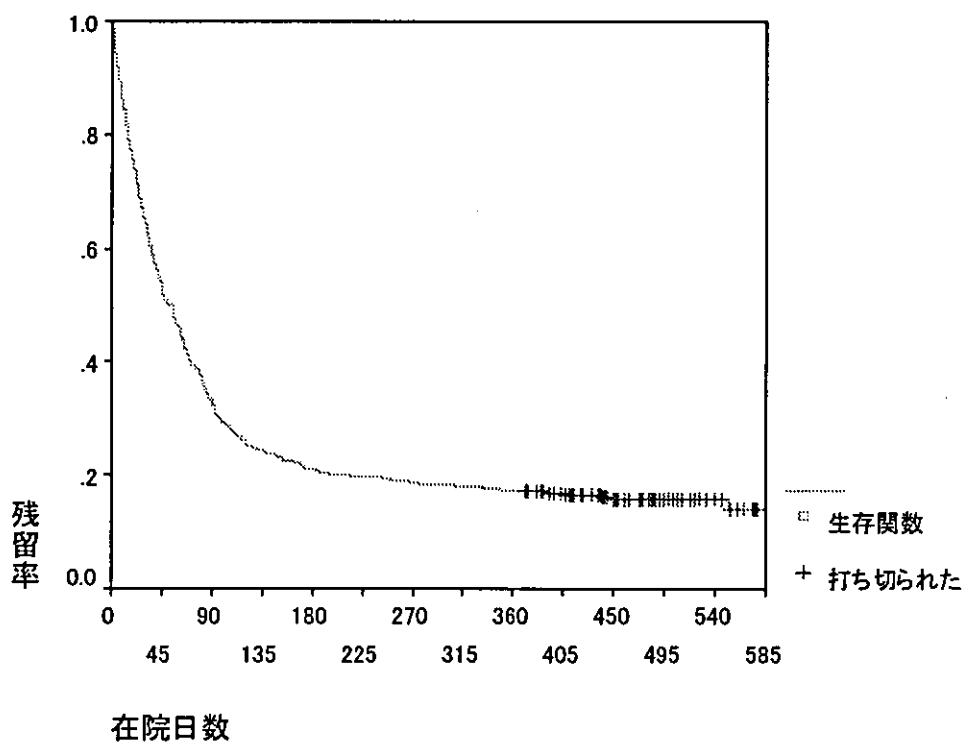


図3 追跡期間1年以上の対象者の残留曲線

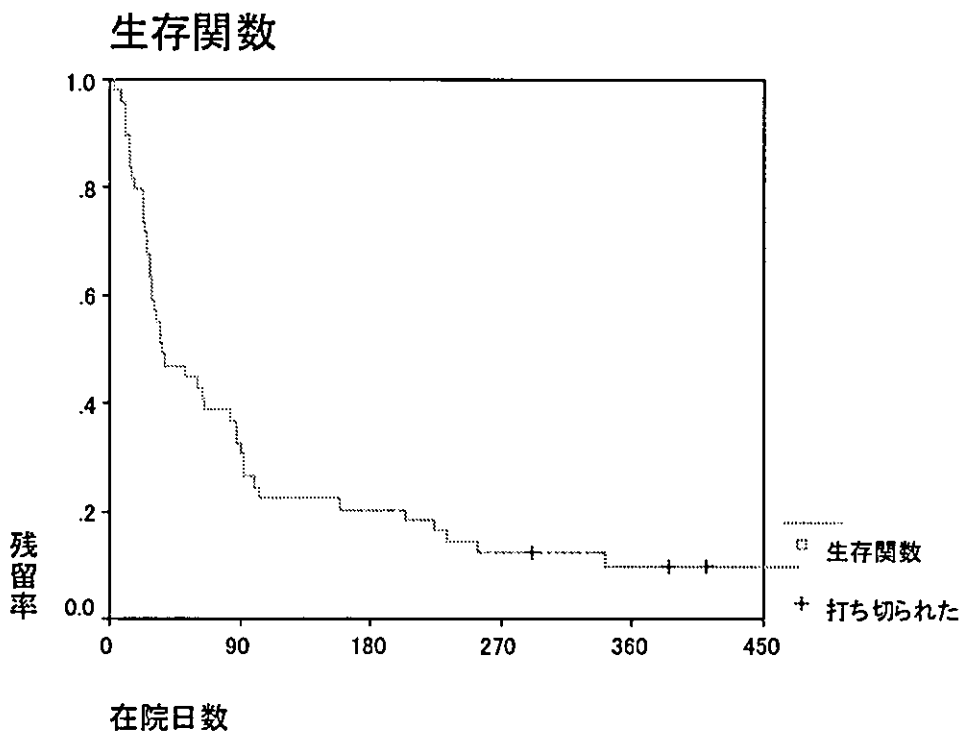


図4 転棟日からの残留曲線 (B病院)

表 1-1 病棟別および経由病棟別の平均在院日数（A病院）

	度数	平均値	標準偏差
救急ユニット	212	11.8	14.9
閉鎖病棟	143	49.5	50.0
開放病棟	19	49.4	24.7
救急ユニットのみ	66	8.7	11.8
救急～閉鎖	127	60.7	49.8
救急～開放	19	117.8	91.2
退院患者全員	212	49.6	57.0

表 2-1 病棟別および経由病棟別の平均在院日数（B病院）

	度数	平均値	標準偏差
急性期治療病棟	226	36.2	35.0
閉鎖病棟	23	61.9	50.0
開放病棟	43	40.7	60.6
急性期のみ	161	42.2	36.7
急性期～閉鎖	23	75.9	54.0
急性期～開放	43	65.3	68.7
退院患者全員	227	50.0	47.7

重症療養病棟のあり方に関する研究

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

研究協力者 鈴木友理子 国立精神・神経センター国府台病院

【研究の要旨】

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。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。

【研究の目的】

本分担研究の目的は、精神科病床の

機能分化の中で提唱された「重症療養病棟」のありかたについて、その病棟

の機能、我が国における必要数などを検討することである。これは、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」

において位置づけられた、精神科病床の機能強化、地域ケアの充実、精神病床数の減少の促進の方針の下に、具体的な病棟のあり方を検討しようというものである。

初年度である平成16年度は、既存のデータを用いて対象患者要件、年間発生見込み患者数、平均在棟日数、全国での必要数、必要な病棟の機能などについてアウトラインをまとめることにする。

【研究の方法】

まず、重症療養病棟の定義について議論をした。研究当初の課題によれば、重症療養病棟とは欧米で知られているように、地域ケアで支援する努力がなされていても退院できない重症の精神障害をもつ患者層(people with severe and persistent mentally ill)に対して、サービスを提供する病棟機能ということであった。しかし、わが国においては重症の精神障害者に対する地域ケアが充分整備されているとはいいがたい状況である。また、退院促進のために積極的に高い機能を保持している標準的な病棟も存在しないといって良い状況と思われる。そもそも、重症療養病棟の必要性の大

小は、急性期治療をどの程度的確に行うかによっても左右されるであろう。

このような状況から、本研究は次の二つの方面から実施することにした。
・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対応を行う病棟についての状況把握と、より退院促進的な病棟にするために必要な機能の検討＝「回復期ケア病棟閉鎖型」の検討。

・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：New Long Stay とよばれる、地域ケアが一定充実したあとでも地域に定着することが難しい人々のために必要な病棟についての予備的検討＝ACT-Jによるケアにおいても長期入院が必要な患者の検討。

《方法①：回復期ケア病棟閉鎖型の検討》

i：本年度は、(ア)急性期治療病棟を有し、また回復期の患者も処遇可能な病棟も有し、いわゆる活動性の高い治療活動を維持している精神科病院で、(イ)地域の特徴などより患者の動態が把握しやすい病院を3ヶ所選び、調査を行った。3ヶ所の病院は自治体立の総合病院精神科1ヶ所(A)と、民間精神病院2ヶ所(B,C)である。
ii：調査は以下の3種類を実施した。
(ア)病院の機能についての把握のための調査票による調査

調査票を配布し、各病院、当該病棟で、病床数、病棟数とそれぞれの機能、

医師数（精神科医，精神保健指定医，その他），職員数（事務，看護，薬局，ソーシャルワーカー），外来部門（患者数，外来担当医師数，外来サービス（訪問看護など），デイ/ナイトケアの有無，その他の通所施設，地域生活支援体制について把握をした。

<病棟の構造，スタッフについて>

- ・病床数（個室・大部屋）
- ・その他の病棟の機能（風呂，ホール，喫煙室等）
- ・スタッフ配置
- ・病棟で行われるプログラム
- ・病院内の他病棟の数と種類
- ・病院内外の他施設・サービス（訪問看護，福祉ホームなど）
- ・治療計画の有無・内容
- ・カンファレンスについて

（イ）患者処遇等についての病棟医，スタッフからの聞き取り調査

既存の病棟の急性期病棟に入院した患者の退院までの経過における現在の病棟の機能に関する問題点について質問をした。このなかでは，特にいわゆる亜急性病棟のあり方について，現状の問題点について聞き取りを行った。現状での課題の明確化するために，医師，看護師，精神保健福祉士らの治療スタッフの視点から治療，処遇，スタッフの職場環境，患者の社会復帰へのバリア，病院管理スタッフの視点から特に医療経済，年間の経費などの聞き取りをした。

（ウ）急性期病棟に入院した患者の同病棟における治療終了後の処遇，および継続入院患者の1年後の処遇の調

査

A病院，B病院では，2003年8月1日から2003年10月31日の3ヶ月間，C病院では2002年1月1日から2002年12月31日の12ヶ月間の急性期病棟への全入院症例を対象とした。各病院における病棟管理目的で整理した急性期病棟患者の属性等の情報について，それぞれの病院での一定期間に入院した患者のデータを入手した。調査項目は以下の通りである。

<入院患者像の記述>

- ・性別・年齢
- ・診断
- ・入院日，退院日，入院日数，退院先（自宅，社会復帰資源など）
- ・急性期病棟からの転出病棟先，各病棟での在院日数

《方法②：ACT-Jによるケアにおいても長期入院が必要な患者の検討》

国立精神・神経センター国府台病院，精神保健研究所において研究事業として施行されている包括型地域生活支援プログラム（ACT-J）（主任研究者 塚田和美，分担研究者 伊藤順一郎）の対象者のうち，平成15年5月1日～平成16年4月30日の間にエントリーされた患者43名についてのデータより，ACT-Jのサービス下においても1年以上の長期在院（long stay）が必要であったケースについて検討した。

なお，ACTとは精神科医を含む多職種チームにより，医療・保健・福祉・就労・教育など様々な分野のニーズに

対応する、重症精神障害者を対象とした、訪問を中心とする援助チームである。24時間365日対応を原則とし、地域の資源とも連携しながらもケアの

責任はこのチームが引き受ける体制である。ACT-Jの概要については表1・表2にまとめた。

表1 ACTの特徴

<ul style="list-style-type: none"> ・既存のサービスでは地域生活を続けることが困難な、重い精神障害を抱えた人を対象。 ・精神科医、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、職業カウンセラー、心理士など、様々な職種よりなる多職種チームによるサービス提供。 ・チーム全体が、一人一人の利用者のケアを共有し支援していく発想。 ・必要な医療・保健・福祉サービスのほとんどを、チームが責任を持って直接提供。 ・利用者の生活の場に、積極的に訪問。 ・24時間週7日のサービス提供体制。 ・1：10のケースロード。利用者数の上限を設定。 ・ニーズがなくなるまで、継続的な関与
--

表2 ACT-Jのチーム構成

<ul style="list-style-type: none"> ・常勤ケースマネジャー10名（専任） ・看護師、精神保健福祉士、作業療法士など多職種により構成される。 ・常勤精神科医 1名（専任） ・非常勤の就労担当者 1名 ・当事者スタッフ（障害を抱えており、かつピアサポートなどの活動をする技術を有するもの）、家族スタッフ（精神科受診歴のあるものの家族で、ケースワーク等の技術を有するもの） 計2名 ・事務担当
--

【結果】

《①：回復期ケア病棟閉鎖型の検討》

【急性期病棟の後方病棟の実態】

調査対象になった3病院のプロフィールを表3にまとめた。表中C病院の急性期病棟は精神科救急入院病棟の仕様となっているが、本調査期間に

は急性期病棟として機能していた。

「後方病棟」とは急性期病棟での処遇が終わったのちに退院できなかった患者が主として利用する病棟を仮にこのように称したものである。この後方病棟が、我々の考察する「回復期ケア病棟閉鎖型」の機能を持つべき病棟

である。3病院におけるこの病棟の看護基準は2.5:1~3.5:1, 閉鎖的処遇をしているのが2病院(A病院においては後方病棟は開放病棟のみであった), この2病院においては後方病棟は隔離室を有していた(B病院6室, C病院男子病棟4室, 女子病棟4室)。個室はB病院は4室, C病院女子病棟は4室有していたが, 男子病棟では有していなかった。2病院においては治療計画が立てられていたが, 1病院では立てられていなかった。プログラムとして集団精神療法や薬剤管理指導を有しているのは1病院, SSTを施行しているのは2病院, 定期的なカンファレンスを施行しているのは2病院であった。

〔急性期病棟入院患者の動態〕

調査対象3病院の急性期病棟入院患者の基本属性を表4に示す。C病院は調査対象が男子病棟であった。いずれの病棟とも比較的若い層の患者を受け入れ, また主たる入院患者層はF2X, F3X (ICD-10) の患者であった。

急性期病棟以降の処遇のアウトラインを図1にまとめた。3病院とも約7割の患者が急性期病棟から直接退院していた。A病院が急性期病棟から転棟する場合はすべて開放病棟に転棟するというシステムを持っていたが, B, C病院ではそれぞれ, 閉鎖病棟に16.3%, 29.5%の患者を転棟させていた。急性期病棟に入院した患者のうち365日以上入院していた患者の比率はそれぞれ, 5.3%, 9.8%, 5.7%であった。これらの患者のうち(途中の処遇は様々

ではあるが)1年後の状態が閉鎖的処遇であるものは, それぞれ, 33%(1例), 78%(7例), 85%(23例)であり, 対象事例のそれぞれ, 1.7%, 7.6%, 4.9%であった。

表3 調査対象病院のまとめ

	A病院	B病院	C病院
設置	国保立総合病院精神科	私立精神科病院	私立精神科病院
総ベッド数	237	357	505
急性期	60	58	60
慢性病棟	46	183	397
社会復帰病棟	54	58	
療養病棟	28		
合併症病棟	49		
老人性痴呆		58	48
他専門病棟		57	
関連社会復帰施設等	デイケア 作業療法センター 訪問看護 グループホーム	デイケア	デイケア 福祉工場 機庫施設 地域生活支援センター 福祉ホームB型 精神障害者地域生活援助事業 訪問看護ステーション事業 在宅給食サービス事業 ケア付きアパート事業 老人性痴呆疾患センター事業 在宅介護支援センター事業 居宅介護支援事業 福祉用具貸与事業
職員数			
常勤医師	10	10	18
非常勤医師	2	7	5
看護師	72	119	162
准看護師	15	52	51
看護補助者	26	59	50
精神保健福祉士	5	5	25
作業療法士	3	8	18
理学療法士・その他	15	0	0
心理士	2	3	7

	A病院	B病院	C病院
急性期病棟			
病床数	60	58	57(男性)*+57(女性)*
個室	2	4	29(男性)*+29(女性)*
隔離室	3	6	7(男性)*+7(女性)*
看護基準	3:1看護	3:1看護	2:1看護
プログラム	病棟内作業療法 服薬教室 家族教室 遠足	服薬指導グループ 季節行事 音楽鑑賞会	病棟内作業療法
治療計画	運動会、季節の行事 有 看護計画 薬物療法 精神療法 ケースマネジメント	有 看護面での生活指導 薬物療法	有 治療方針 看護、PSWの方向性
カンファレンス	有 週に4回	有 週に一回	有 月に一回
頻度	治療情報の共有 家族関係の調整等	情報の共有 状態像の把握	今後の方向性の検討
内容	参加者 全員	医師、看護師、PSW	医師、看護師、PSW、OT

*: 男女それぞれ別の病棟あり

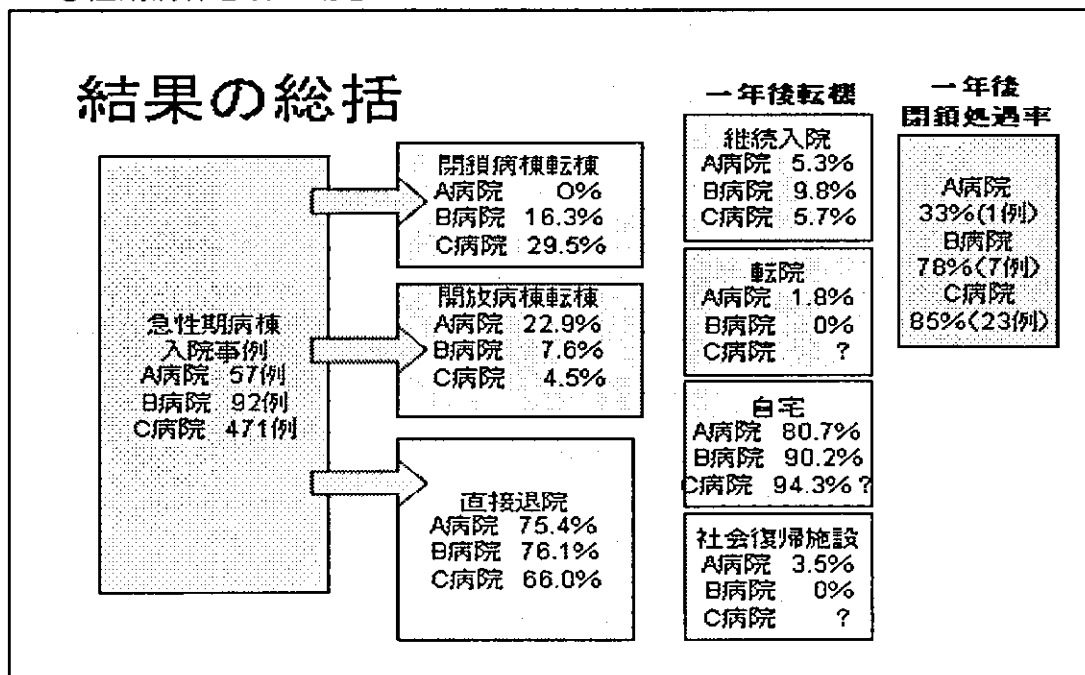
	A病院	B病院	C病院
後方病棟			
病床数	54	58	67(男性)*+67(女性)*
個室	0	4	0(男性)*+4(女性)*
隔離室	0	6	4(男性)*+4(女性)*
看護基準	3:1(看護師比率70%以上)	5:1(看護師比率60%以上)	5:1(看護師比率50%以上)
プログラム	病棟内作業療法 教育プログラム(暮らし、服薬) SST 季節行事 所外活動 集団精神療法 薬物管理指導	軽体操 季節行事 所外活動	作業療法 SST**
治療計画	有 看護計画 薬物療法、精神療法 ケースマネジメント	無	有 治療内容について 医師、看護、PSWの立場から
カンファレンス	有 週に5回		有 月に1~3回
頻度	治療方針の確認 情報の共有		問題点、今後の方針
内容	参加者 全員		医師、看護師、PSW、OT

** : 女性病棟のみ

表4 対象患者の基本属性

	A病院	B病院	C病院
調査対象期間	03.8.1~'03.10.31	03.8.1~'03.10.31	02.1.1.~'02.12.31
対象者数	57	92	471
男性の比率	43.9%	51.1%	100%(男子病棟のため)
60歳未満の比率	80.7%	90.3%	86.2%
F2Xの比率	42.1%	66.3%	60.5%
F3Xの比率	29.8%	19.6%	23.4%

図1 急性期病棟患者の動態



《②：ACT-Jによるケアにおいても長期入院が必要な患者の検討》

平成15年5月1日～平成16年4月30日のあいだにACT-Jにエントリーになった患者は計43名であった。患者の選出のクライテリアおよび、対象患者の基本属性を表5、表6に示す。基本的にACT-Jは頻回入院や頻回の救急利用があり、かつ問題行動と生活障害を抱えている重症の精神障害者を対象としている。

このうちACT-Jの関与があるにもかかわらず1年以上の長期在院になっているケースは2例(4.7%)であった。

2例はともに40代の男性例であり、統合失調症との診断であった。家族は2ケースとも母親のみがおり、ともに精神科受診中であった。長期化となった要因については、不安定な症状に加えて、居住場所がないこと、家族のケア力が不足していること、病院主治医とACT-Jとの退院についての考え

方の調整が困難なことなどがあげられた。

表5 ACT-J対象者の加入基準

<p>対象者</p> <ul style="list-style-type: none">・<u>診断</u>：統合失調症，感情障害，心因反応等の精神疾患であるもの除外：主診断が知的障害，痴呆，薬物依存，アルコール依存，人格障害であるもの <p>の</p> <ul style="list-style-type: none">・<u>年齢</u>：18歳以上60歳未満・<u>居住地</u>：千葉県内の市川・船橋・松戸の3市・<u>入院目的</u>：急性薬物中毒による短期入院や合併症治療のための入院を除く・<u>重症度判定</u>（以下のI，II，IIIのすべてにあてはまるもの）<ol style="list-style-type: none">I. 医療機関の利用で以下のうち，ひとつ以上にあてはまる ①入院前2年間の入院1回以上，②救急3回以上，③3ヶ月以上の医療中断II. 入院前1年間の日常生活の状況で①②のうち，ひとつ以上にあてはまる。 <p>①自分ひとりで，継続して仕事に就く（就労，援助つき雇用，パートタイム，アルバイト等のあらゆる仕事を含む），学校に通う，作業所やデイケアに通う，家事労働（食事の準備，選択，家計管理，育児など）をになう，等の役割を遂行することができない。</p> <p>②自分ひとりで，衛生管理，栄養管理，安全管理，書類管理，危機回避など地域において成人として必要とされる日々の生活課題を一貫して遂行できない。</p> <p>III. 入院前2年間の社会適応（複数の問題行動①から⑨と，IIの合計数が4以上である）①自殺企図，②自殺念慮，③家族への暴力，④家族に対する拒否・拒絶・敵意，⑤6ヶ月以上にわたって</p> <p>の薬物乱用，⑥6ヶ月以上にわたってのアルコール乱用，⑦暴力・器物破損，万引き，窃盗，迷惑行為など，⑧逮捕歴，⑨行方不明，住居を失う，立ち退き勧告を受ける，ホームレスになるなど。</p>
--

表6 ACT-Jパイロットスタディの対象者の基本属性

男性：44%，平均年齢：35.8歳
診断：統合失調症 72%
平均罹病期間：12.8年
家族と同居：72%
過去1年間の一般就労：0%
過去1年間の入院回数：平均1.7回（0-8）
過去1年間の平均入院日数：120.6日
過去1年間の救急受診回数：平均2.8回

【考察】

《①:回復期ケア病棟閉鎖型の検討》

現在の「後方病棟」の機能は様々である。急性期のあとの病棟ということでは「亜急性病棟」ということになり、現実的には治療機能についての定義がないためその機能のばらつきは大きな幅がある。聞き取りで収集した情報によれば、実際は様々な病態の患者がそこには入院している。たとえば、合併症を持った患者は包括払いの療養病棟などではコストが取れないために、一般病棟である、「後方病棟＝回復期病棟」を使っていることが多い。このようにすると結局は手のかかる合併症患者等に手をとられて、回復期のケアが十分に出来ないということが生じる。3病院とも精神科病棟としてはかなりのマンパワーを「後方病棟」に割いており、入院日数の短縮化に努めているが、現状では閉鎖型の「後方病棟」は回復期の病棟としてシステム的に構造化されているとはいえ、多様な機能を求められる多忙な病棟というのが現状である。

急性期病棟からの直接退院率は66.0%～76.1%というのが本調査の結果であるが、これは、本研究班の平田が報告している、急性期病棟70ヶ所における調査の直接退院率70.1%に近い数字とすることが出来る。継続入院をしている患者について検討してみると1年後の継続入院患者率はそれぞれ、A病院5.3%、B病院9.8%、C病院5.7%であり、これは急性期病棟から退院できず継続入院していた患

者のうちの割合でいえば、A病院23%、B病院41%、C病院17%にあたる。うち、1年後に閉鎖的処遇であるものの割合は、7.4%、32%、14%である。すなわち、急性期病棟からの直接退院率、1年後の「後方病棟」の残存者の割合というアウトカムでみると、急性期病棟という比較的均一な病棟の機能は3つの病院でそれほど大きな違いはないものの、「後方病棟」の機能はばらつきがあるため、そのアウトカムには格差が生じていることが想像される。すなわち、「後方病棟＝回復期ケア病棟」の機能の均一化が求められる。

回復期ケア病棟閉鎖型の機能については、聞き取り調査等より以下のことが必要と考えられた。

- ①病棟の目的として、たとえば、「精神症状安定とADL/セルフケア能力の向上による、地域生活復帰を目標としたリハビリテーションプログラムを、精神科医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が共同して作成し、これに基づくりハビリテーションを集中的に行うための病棟。リハビリテーションには地域生活支援機能として家族支援や住居確保も含む」といった、明確な定義をもつこと。
- ②主として急性期病棟での治療を終えた患者を扱うことを主目的とするため、「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」など、入棟についての定義を持つこと。
- 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こと。
- ⑤リハビリテーションプログラムには週1回以上のセルフケア向上のための個別外出支援、外泊支援、住居確保のための支援などアウトリーチ型サービスを含むこと。
- 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こと。
- 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こと。
- ⑧入院中から包括型地域生活支援プログラム(ACT)と緊密な連携を持ち、退院後の地域ケアへの移行を円滑にすること。

回復期ケア病棟閉鎖型の必要病床数については、都道府県等の精神医療・保健・福祉計画によって策定する必要がある。すでに述べたように、回復期ケア病棟は急性期病棟の治療のみでは退院が困難な患者のリハビリテーションを主としておこなうものである。従って医療圏内の急性期病床の数を基準にしてその病床数を定めるべきであると考え。我々の調査結果によれば急性期病棟から回復期ケア病棟閉鎖型に転棟の必要のある患者の割合は、急性期入院患者のB病院16.3%、C病院29.5%であった。(A

病院は開放病棟のみであったので除く)また、平田の調査では33%(70ヶ所の平均)である。そこで、急性期病棟から回復期ケア病棟閉鎖型を必要とする患者の割合を最も多く見積もって約3分の1と仮定できるだろう。また、病床の回転率を、仮に急性期病棟を90日、回復期ケア病棟を270日(両者あわせて1年であり、1年間以内に退院するということが目標になる)と仮定する。すると、おおよそ、急性期病床の数と等しい数の回復期ケア病床閉鎖型があれば、その圏域の急性期治療については充分機能すると計算される。

《②: ACT-Jによるケアにおいても長期入院が必要な患者の検討》

ACT-Jのパイロットスタディにおいて、ACT-Jによるケア下にありながら1年以上の長期入院となっているケースは43ケース中2例存在した。

ACT-Jのエントリー患者の割合は、国府台病院精神科に入院した患者の約5%であり、市川・船橋・松戸3市からの入院患者のうちで検討すると、約10%程度である。ACT-J対象ケースは、エントリーの段階で、頻回に過去に入院を繰り返したり救急利用をしたりしている、あるいは医療中断をしている不安定な患者層である。また、国府台病院自体が医療水準が高く、平均在院日数90日程度のかかなり回転の速い病院であることを考えると、ACT-J対象者は急性期病棟利用者のうちでも不安定な層と重なりとみてよ

く、多くはいわゆる New Long Stay に移行しうる可能性を持っている者といつてよいであろう。そのうち 4.7% が実際に1年以上の入院になったことを、どのように評価するかであるが、詳細に検討すればこの2例も必ずしも本人の精神症状の不安定さのみで入院が遷延しているとはいいがたい。例えば、ケア付きの住居プログラムが整備されていれば、退院の可能性はかなり広がっていた。また、入院病棟が治療計画に退院促進を意図した積極的な働きかけを含んでいるような機能を持っている場合には、これだけ長期の入院が必要であったか疑問が残るところであった。

したがって、ACT プログラムがあっても退院困難な患者層が存在することは推測できるものの、その患者を処遇するために必要な狭義の重症療養病棟の病床数を現時点で出すことはきわめて困難といわざるを得ない。

英国の研究などによれば、脱施設化のプロセスで多くの病棟を閉鎖し、地域生活に大半の患者を移行した後も、病棟に残遺せざるを得なかった「きわめて退院の難しい患者群」は、主に高齢者、男性、長期入院のものであったとの報告がある。また、再入院などで new long stay (1年以上の入院) となった患者群は、激しい精神症状(精神症状の悪化、攻撃的な行動)をもつものであった。リスクファクターとしては、妄想性障害、失禁、男性が挙げられ、英国の TAPS の調査では、長期の治療施設が必要とするものは人口

万対 1.8 であるといわれている。

しかし、我が国では、いまだ地域生活支援システムの整備が遅れているため、この数字をそのまま参考にすることは出来ない。

狭義の重症療養病棟という課題については、まず在宅医療や地域資源を整備することに財源を投入し、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、改めて検討すべき問題に思われた。

【結論】

(1) 急性期病棟における治療においても退院をおこなうことが困難な患者に対して、閉鎖的処遇において退院促進をおこなう、「回復期ケア病棟閉鎖型」は必要である。病棟の要件としては、以下の点を満たすことが必要である。

- ①病棟の目的として、たとえば、「精神症状安定と ADL/セルフケア能力の向上による、地域生活復帰を目標としたリハビリテーションプログラムを精神科医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が共同して作成し、これに基づくりハビリテーションを集中的に行うための病棟。リハビリテーションには地域生活支援機能として家族支援や住居確保も含む」といった、明確な定義をもつこと。
- ②主として急性期病棟での治療を終えた患者を扱うことを主目的とするため、「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」など、入棟についての定義を持つこと。

- 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こと。
- ⑤リハビリテーションプログラムには週1回以上のセルフケア向上のための個別外出支援、外泊支援、住居確保のための支援などアウトリーチ型サービスを含むこと。
- 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こと。
- 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こと。
- ⑧入院中から包括型地域生活支援プログラム(ACT)と緊密な連携を持ち、退院後の地域ケアへの移行を円滑にすること。

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。

(2)我が国で研究的に試行されている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、現状では住居プログラムや、上述の回復期ケア病棟などが整備されておらず、これらの患者が、整備後も長期入院が必要であるかは現在は判断が出来なかった。

狭義の重症療養病棟という課題については、まず在宅医療や地域資源を整備することに財源を投入し、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、改めて検討すべき問題に思われた。

【健康危険情報】

なし

【研究発表】

なし

【知的財産権の出願・登録状況】

なし

厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業
 分担研究報告書

精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究
 合併症病棟に関する研究

分担研究者 岸泰宏 東海大学医学部精神科講師

【研究要旨】：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。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。

総合病院入院患者の在院日数と精神科診察依頼の関連性

A. 研究目的
 合併症病棟は以下の通りに4つに分けることができる¹⁾。

	精神科重症度	身体科重症度	代表的病棟
タイプ I	低～高	0～低	精神科病棟
タイプ II	0～低	中～高	一般病棟（精神科コン

			サルテーション)
タイプ III	低～高	中	MPU (精神科運営)
タイプ IV	低～高	中～高	MPU (内科運営) 1, 2

MPU : Medicine and Psychiatry Unit
 本報告ではタイプII合併症病棟 (i.e, 精神科コンサルテーションで対応している症例を対象) における精

神科コンサルテーションと在院日数
についての調査を目的とした。

総合病院に身体疾患を主訴として
入院している患者において、うつ病や
せん妄などの精神疾患が合併した場
合、在院日数が延長することが知られ
ている³。このように精神疾患の合併
に伴う在院期間の長期化が問題とな
るが、海外ではより早い精神科診察依
頼が入院期間の短縮化につながる可
能性が示されている⁴。しかしながら、
国内ではこれまでに精神科診察依頼
の時期と在院期間の関連について検
討した報告はない。

したがって本研究では、総合病院で
ある当院で身体疾患を理由に入院し
ている患者のうち、精神科診察依頼が
出されたものの在院日数 (length of
stay : LOS) と、入院から精神科診察
依頼が出されるまでの時間 (referral
time : RF time) に関連があるかを調
査し、RF time に影響を与える関連要
因を検討した。

B. 研究方法

調査対象

2003年7月1日から2004年6月30
日までの期間に精神科診察依頼のあ
った当院入院患者全例を対象とした。

方法

当院精神科では、Consultation -
Liaison Service (CLS) の活動に対し
て正確な基本情報を系統的に得るこ
とを目的にして、精神科に診察依頼の
あった患者全例についてデータベー

スを作成している。このデータベース
から、調査期間内の対象患者につい
ての LOS, RF time, DSM-IV に基づく精神
科診断、身体的・心理社会的背景、他
科医からの依頼理由や併診期間など
の項目を収集した。

また、RF time は入院期間全体のな
かで、どの時期に精神科依頼が出され
たのかということを表示するために、
LOS と精神科診察依頼が出されるまで
の日数の比率を用いた以下の公式で
求められる⁴。

$$\text{RF time} = \log (\text{入院から精神科依頼ま
での日数}) / \log (\text{LOS})$$

また、LOS と精神科診察依頼が出さ
れるまでの日数は、正規分布へ近づけ
るため自然対数変換を行った。

統計解析

LOS と RF time の相関係数を求め関
連性を検討した。LOS, RF time をそれ
ぞれ従属変数として、単変量解析で関
連が示唆された項目について、ステッ
プワイズ法による重回帰分析を施行
した。

2 群間の検討には t-test を用いた
が、連続変数からなる 2 群間の比較に
は Pearson の相関係数を計算した。
データ解析には統計パッケージ SPSS
(Ver. 12.0) を用いた。

(倫理面への配慮)

日常臨床で行われている精神医療業
務データを後方視的に使用した。解
析に在院日数、精神科依頼までの日数、
身体科・精神科診断等のみを使用し、

個人が特定されるデータは使用しなかった。この報告からも個人は特定できない。

また、統計解析のためのデータベース作成にあたっては、個人を特定できる情報（姓名等）の登録は行わなかった。

C. 研究結果

患者背景

調査対象となった精神科診察依頼が出された患者408例の疫学的心理社会的背景について（表1）に示す。当院全体では調査期間中に入院は16903例あり、その平均在院日数は15.7日であった。それに対して精神科診察依頼が出された患者は408例であり、その平均在院日数は46.6日であり（図1）、精神科診察依頼が出されるまでの日数の平均は13.5日であった。

調査対象患者の身体疾患を（表2）に示す。新生物が135例（33.1%）と最も多く、消化器疾患54例（13.2%）、整形外科疾患53例（13.0%）がそれについて多くみられた。

精神科診察依頼の理由として多くみられたものは、不隠・混乱108例（26.5%）、不安87例（21.3%）、精神医学的評価82例（20.1%）、抑うつ76例（18.6%）、既存の精神疾患の評価68例（16.7%）であった（表3）。

DSM-IVに基づいた精神科診断を（表4）に示す。せん妄88例（21.6%）、うつ病性障害76例（18.6%）と高頻度に認められた。

LOSとRF timeの関係について検討

したところ、LOSとRF timeは正の相関関係にあった（ $r=0.495$, $p<0.001$ ）。

LOSを従属変数として、単変量解析で関連が示唆された項目についてステップワイズ法による重回帰分析を施行したところ、（表5）に示す8因子の関与が示唆された（ $R=0.604$, $R^2=0.365$, $F=20.407$, $df=8, 284$, $p<0.001$ ）。その中でもRF timeに最も強い関連がみられた。

つづいてRF timeを従属変数として、単変量解析で関連が示唆された項目についてステップワイズ法による重回帰分析を施行したところ、（表6）に示す6因子の関与が示唆された（ $R=0.569$, $R^2=0.323$, $F=22.301$, $df=6, 280$, $p<0.001$ ）。RF timeを大きくする因子としてはがん患者であること（ $\beta=0.147$, $p=0.005$ ）、不隠を依頼理由とするもの（ $\beta=0.180$, $p<0.001$ ）、不安を依頼理由とするもの（ $\beta=0.166$, $p=0.001$ ）を認めた。その一方、RF timeを小さくする因子としては精神科通院中であること（ $\beta=-0.356$, $p<0.001$ ）、パーソナリティ障害（ $\beta=-0.134$, $p=0.008$ ）、精神発達遅滞（ $\beta=-0.118$, $p=0.019$ ）を認めた。

D. 考察

入院患者の在院日数の短縮化を目指して多角的なアプローチが試みられているが、精神疾患の合併に伴う在院期間の延長に関する問題への対策が求められている。今回の調査においても、精神科診察依頼が出された患者は全入院患者の2.4%であったが、その

平均在院日数は全入院患者の約3倍の期間である46.2日と長いものであった。

今回の検討で在院日数の延長に関与する因子を抽出したところ、精神科診察依頼までの時間が最も強い関連を有することが明らかになり、精神科依頼が遅いものは在院日数が延長することが示された。つまり、精神科診察依頼の遅れが在院日数を延長させている可能性が考えられ、在院日数は精神科診察依頼を適切な時期に行うことで精神的な問題を有する患者の在院日数を短縮化できることが推測される。

精神科診察依頼を出す時期について検討した結果、RF timeを大きくする因子として「がん患者であること」、「不隠を依頼理由とするもの」、「不安を依頼理由とするもの」が明らかになった。がん患者や不安が疑われる患者の精神症状は、正常の反応の延長線上として主治医には捉えられ、精神科診察依頼の時期が遅れている可能性がある。また、不隠を依頼理由としている患者の精神科診断の多くはせん妄であるが、精神科依頼が遅くなる理由としては、せん妄自体が患者の身体状態の悪化といった入院経過の中で出現してくるためある程度入院期間が経った後に依頼が発生するものとも考えられるが、せん妄診断の遅れも精神科依頼を遅くしている一因になっていると思われる。

その一方、RF timeを小さくする因子として「精神科へ通院中であるこ

と」、「パーソナリティ障害」、「精神発達遅滞」が示された。これらの患者は一般病棟でいわゆる“問題患者”として扱われている傾向にあり、それを理由に早期に精神科診察依頼を出されているとも推測された。このような患者に対して精神科医に求められている役割としては精神医学的な治療だけではなく、心理社会的な介入を行うこともしばしば求められる。より早期に医学的な介入だけではなく、心理社会的な側面からも患者を評価することで、より円滑にソーシャルワークが進み、スムーズな退院が行われている可能性が考えられる。

以上のように、適切な時期に精神科診察依頼を出すためには、患者の精神的現症について正常範囲の反応として片付けてしまうだけではなく、常に問題意識を持って評価し、精神科医へのコンサルトのタイミングを逸しないことが重要である。それにより退院を阻害する問題への介入がより早期に可能になる。

E. 結論

合併症病棟の一つのタイプ(タイプII)における、精神科コンサルテーションのタイミングと在院日数に関連があることが示された。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