

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。

1. Kathol RG, Harsch HH, Hall RC, Shakespeare A, Cowart T. Categorization of types of medical/psychiatry units based on level of acuity. *Psychosomatics*. 1992;33(4):376-386.
2. Kishi Y, Kathol RG. Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting. The type IV program. *Psychosomatics*. Jul-Aug 1999;40(4):345-355.
3. Saravay SM, Lavin M. Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. A critical review of outcome studies. *Psychosomatics*. May-Jun 1994;35(3):233-252.
4. Kishi Y, Meller WH, Kathol RG, Swigart SE. Factors affecting the relationship between the timing of psychiatric consultation and general hospital length of stay. *Psychosomatics*. Nov-Dec 2004;45(6):470-476.

F. 健康危険情報  
該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表  
なし

2. 学会発表  
加藤 雅志, 岸 泰宏, 奥山 徹, 青木 孝之, 保坂 隆: 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 第17回日本総合病院精神医学会 東京, 2004年11月

H 知的財産権の出願・登録状況  
なし

(表 1) 精神科診察依頼が出された 408 名の疫学的身体心理社会的背景

	n	%
男性	237	58.1
女性	171	41.9
既婚	229	56.1
未婚	97	23.8
離婚	17	4.2
死別	28	6.9
同居あり	318	77.9
高校卒業以上	165	40.4
精神科通院中	124	30.4
精神疾患の既往なし	214	52.5
フルタイム就業中	74	18.1
無職	109	26.7
PS 2 以上	196	48.0
痛みあり	153	37.5
	平均値	SD
年齢	53.3	19.3
精神科依頼までの日数	13.5	23.5
在院日数	46.6	48.2

(表 2) 精神科診察依頼が出された患者の身体疾患 (n=408)

	n	%
新生物	135	33.1
消化器疾患	54	13.2
整形外科疾患	53	13.0
神経疾患	45	11.0
内分泌代謝疾患	28	6.9
循環器疾患	20	4.9
呼吸器疾患	20	4.9
尿路生殖器系疾患	18	4.4
血液疾患	17	4.2
皮膚科疾患	11	2.7
感染症	10	2.5
眼科疾患	6	1.5
妊娠関連	5	1.2

(表 3) 精神科診察依頼の目的 (n=408)

	n	%
不隠・混乱	108	26.5
不安	87	21.3
精神医学的評価	82	20.1
抑うつ	76	18.6
既存の精神疾患の評価	68	16.7
希死念慮	29	7.1
身体症状の精神医学的側面の評価	25	6.1
精神病症状	23	5.6
物質乱用	14	3.4
家族に関する問題	11	2.7
治療の協力性の問題	10	2.5
行動の問題	10	2.0

(表 4) 精神科診察依頼が出された患者の DSM-IVに基づく精神科診断

	n	%
せん妄	88	21.6
うつ病性障害	76	18.6
精神病性障害	40	9.8
不安障害	39	9.6
適応障害	36	8.8
睡眠障害	27	6.6
物質関連障害	26	6.4
痴呆	25	6.1
パーソナリティ障害	21	5.1
(境界性パーソナリティ障害)	12	2.9
精神発達遅滞	13	3.2
身体表現性障害	7	1.7
双極性障害	6	1.5
摂食障害	5	1.2

(表 5) 在院日数 (LOS) に関連を認める因子

RF time	$\beta = 0.437$	$p < 0.001$
PS が 2 以上	$\beta = 0.173$	$p < 0.001$
血液疾患	$\beta = 0.131$	$p = 0.006$
既存の精神疾患評価依頼	$\beta = -0.141$	$p = 0.008$
身体症状の精神的側面の評価依頼	$\beta = -0.109$	$p = 0.025$
パーソナリティ障害	$\beta = -0.108$	$p = 0.029$
精神疾患の既往なし	$\beta = -0.111$	$p = 0.045$
物質乱用 (依頼理由)	$\beta = -0.085$	$p = 0.079$

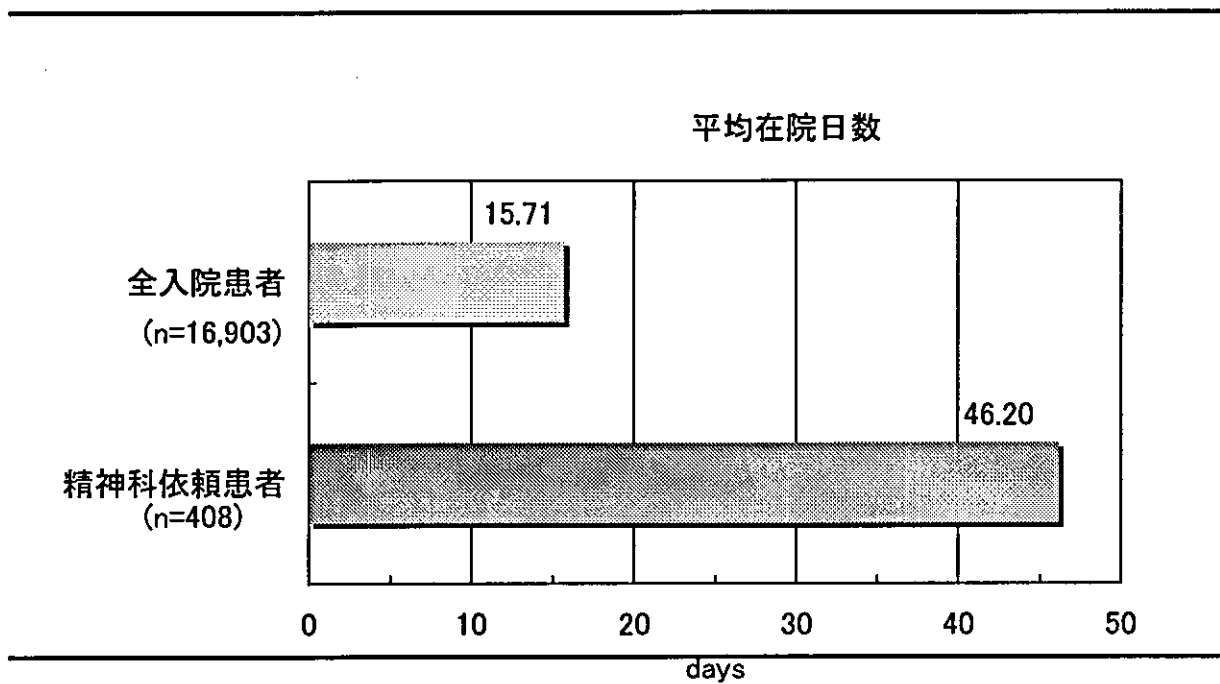
(表 6) 精神科診察依頼が出されるまでの時間(RF time)に関連する因子

---

精神科通院中	$\beta = -0.356$	$p < .001$
不隠 (依頼理由)	$\beta = 0.180$	$p < .001$
不安 (依頼理由)	$\beta = 0.166$	$p = .001$
がん患者	$\beta = 0.147$	$p = .005$
パーソナリティ障害	$\beta = -0.134$	$p = .008$
精神発達遅滞	$\beta = -0.118$	$p = .019$

---

(図1) 全入院患者と精神科依頼のあった患者の平均在院日数





## 身体合併症病棟に関する研究

分担研究者 藤原修一郎 横浜南共済病院 神経科部長

**【研究要旨】：** 総合病院精神科における合併症診療の実態をアンケート調査をもとに明らかにし、合併症病床のあり方を検討した。患者動態からは合併症は救急体制の整った施設で、病床単位で行なわれることが望ましい。他施設との連携、救急医療における対応、設備構造、人員配置などからは急性期治療の枠組みの中に位置づけられるべきであると考えた。

### A. 研究目的

精神科身体合併症医療については、設備構造、人員配置、救急体制、単科精神病院との連携など様々な困難な問題を抱えている。総合病院における合併症の診療実態を入院経路、人員配置、必要入院日数、転帰等を調査することにより、今後病床機能分化を進めていく上で配慮されるべき合併症病床のあり方を検討した。

### B. 研究方法（表1）

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。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。

（倫理面への配慮）

本研究におけるアンケート調査では、個人が特定できる質問内容はなく、プライバシーに関わる問題はないと判断した。

### C. 研究結果

調査結果と過去の報告をもとに、以下の通り対象患者を規程した。

#### 1. ユニット対象患者（身体合併症者）について

対象疾患は、a)意識障害・昏睡状態、b)自殺企図などによる熱傷、骨折、外傷、急性薬物中毒、c)呼吸不全（重症肺炎）、心不全、d)重篤な代謝、栄養障害、e)悪性腫瘍、f)腎不全、透析、g)急性腹症、h)手術を必要とする状態とした（図5）。原則として、身体的に2次救急を想定、精神症状も主に医療保護入院レベルを対象とした。

#### 2. 合併症ユニット対象患者分析

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(図7)。入院時状態像は、急性精神病状態 24 人(10%)、うつ状態 40 人(17%)、慢性精神病状態 50 人(21%)などであった(図8)。転帰は自宅への退院 113 人(59%)、単科精神病院 34 人(18%)であった(図10)。退院時状態像は、寛解状態 47 人(26%)、ほぼ寛解が 48 人(27%)であった(図9)。

### 3. 在院日数の検討

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 日であり、95%値としては、50~60 日である(表2)。また、25%値は、10~15 日であった(表3)。

## D. 考察

### 1. 施設基準について

対象とする疾患からは、病院として、2次または3次救急に対応していること、合併症ユニットとして、当該病棟に、救急蘇生装置、心電計、呼吸器循環監視装置があること、合併症ユニットはパイピングが施されること、個室または観察室が望ましいと考えた。

2. 入院経路、状態像、転帰、入院日数等の分析(病床機能分化の観点から)

(1) 入院経路は、救急及び他施設からの紹介が 60%であった。

(2) 入院時状態像は、急性精神病状態 10%、慢性精神病状態 21%であった。

(3) 退院先は、自宅退院が 60%であった。

(4) 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(図12)。

(5) 身体的に2次救急、精神症状も主に医療保護入院を対象にしている。

(6) 平均在院期間が、在院日数 95%値で、50~60 日である。

(7) 看護師配置は 2.5 対 1 以上が必要である。

(1) から(7)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える。

### 3. 必要病床数の推計

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 床と考えた。

### 4. 医療経済的観点から

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た。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。

## E. 結論(図6)

1. 手厚い人員を配置することが、早

期退院を可能にし、在院日数を短縮化させる（図4）。

2. 合併症者では、短期入院患者（急性期治療）と合併症を伴う長期入院患者がいる（図11）。

合併症ユニットは、急性期における治療ユニットとして位置づける。

3. 主な入院経路は救急と他施設（単科精神病院）である。

4. 機能分化を進めていくためには、長期在院者（重症者、合併症）の受け皿が必要である。

5. 救急、施設との連携、受入を円滑にする必要があり、2次医療圏毎の配置が望ましい。

6. 必要病床数は、約1500床（2次医療圏毎に1ユニット）である。

7. 医療経済上は、ユニット入院者に対し初期の14日に対する加算を必要とする。

8. ユニット入院患者は原則精神的に、医療保護入院レベルの精神症状のあることが前提で、一般病棟への入院と同等の身体的治療が行われることが保証されるべきである。

#### F. 健康危険情報

特記すべき情報はなかった。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

表1.

● 調査の概要

総合病院対象調査

1. 医療経済調査(平成15年2月)  
病床数、人員、外来、入院患者数、収入
2. 個別在院日数の調査(平成15年3月1日から3月31日)  
診断、入院・退院時状態、入院回数、転帰、合併症、在院日数
3. 入院日数の検討  
人員配置、入院期間の分布
4. 施設概要
  - i) 43施設 (回答率51.8%)
  - ii) 病床規模  
(~50床:21病院、51~100床:14病院、101床~:8病院)
  - iii) 病床平均(81.8床)
  - iv) 設立母体  
(大学6病院、国立10病院、自治体15病院、公的10病院、法人2病院)
  - v) 医師配置  
(16対1達成病院24施設、未達成病院19施設)

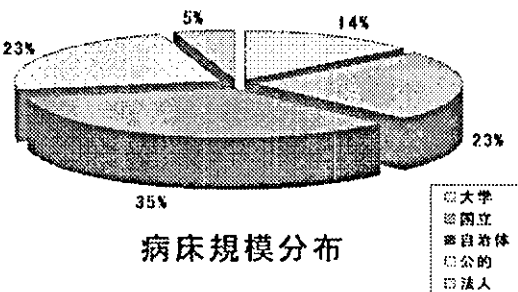
図1.

● 医療経済調査(概要・対象)

平成15年2月 43施設 (回答率51.8%)

	一般病床	精神科病床
病床数 (床)	546.1	81.8
医師数 (人)	107.1	7.1
看護職員数 (人)	337.3	30.5
外来数 (人/日)	1,600.5	105.6
外来収入 (円/人/日)	8,561	5,526
在院日数 (日)	19.2	121.9
入院収入 (円/人/日)	37,864	15,889

設立母体



病床規模分布

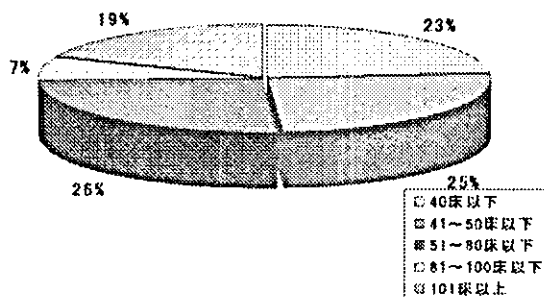
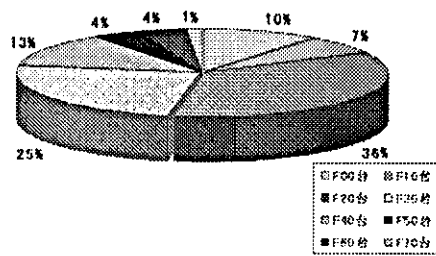


図2.

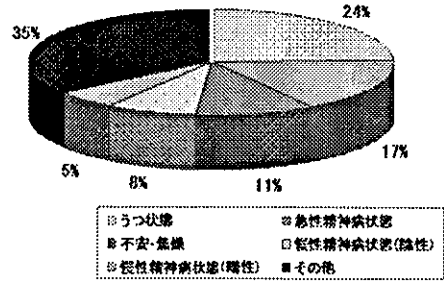
● 個別調査 (平成15年3月1日から3月31日)

- i) 患者数 992人
- ii) 平均在院日数 185.4日
- iii) 診断 (グラフ①参照)
- iv) 入院時状態像 (グラフ②参照)
- v) 入院回数 初回入院 44%
- vi) 退院時状態 寛解状態 29%  
ほぼ寛解 36%  
(合計 65%)
- vii) 退院時転帰 (グラフ③参照)
- viii) 身体合併症 46%

グラフ① 精神科診断



グラフ② 入院時状態像



グラフ③ 退院時転帰

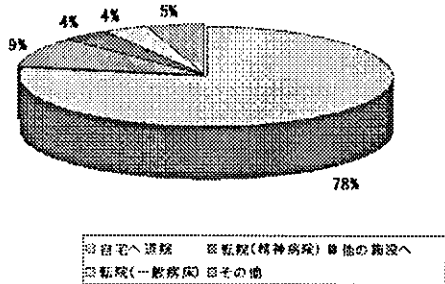
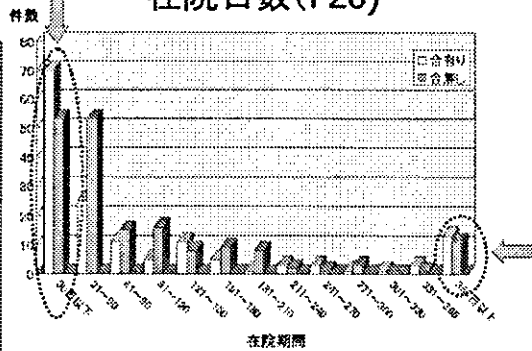


図3.

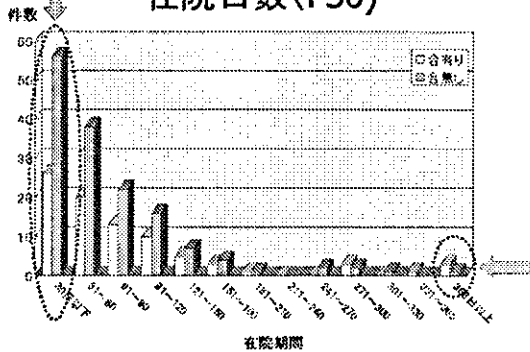
● 在院日数の分布

Fコード	診断名	人数	平均在院日数
F00-09	症状性を含む器質性精神障害	93	137.8
F10-19	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	64	55.5
F20-29	統合失調症、統合失調症型障害及び変型性障害	333	382.1
F30-39	気分(感情)障害	231	85.4
F40-48	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	115	95.2
F50-59	生得的障害及び身体的原因に関連した行動障害群	39	78.0
F60-69	成人の人格及び行動の障害	41	34.7
F70-79	知的障害(精神遅滞)	12	39.3
全体	全症例平均	978	186.2

在院日数(F20)



在院日数(F30)



合計数(F00-F70)

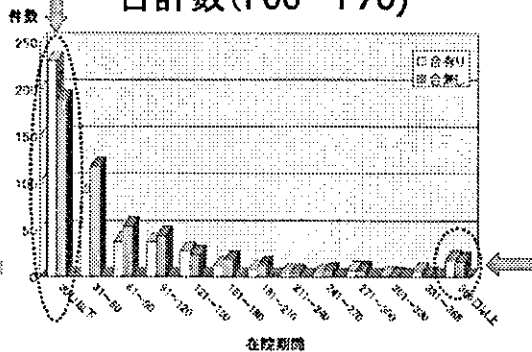
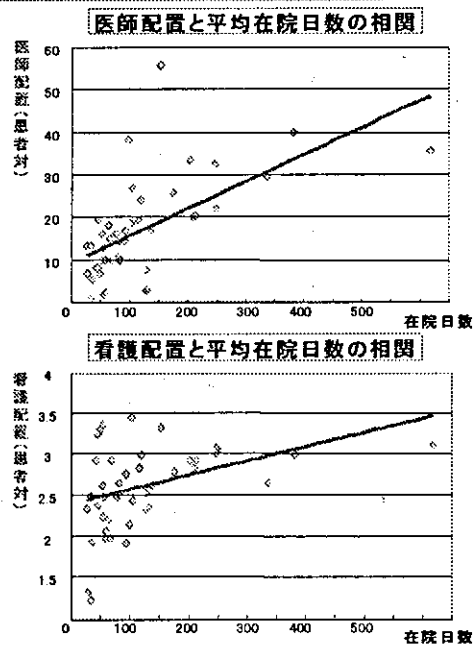


図4.

● 医師配置16対1達成病院(A)と未達成病院(B)の比較

	(A) 24病院	(B) 19病院	合計
患者数	633人	345人	978人
平均在院日数	92.0日	359.1日	186.2日
転帰 自宅退院	81% 80.7日	73.3% 133.7日	
寛解 ほぼ寛解状態	60.9%	59.8%	
F2 (統合失調症) 平均在院日数	204人 102.8日	129人 827.7日	333人 382.1日
F3 (気分障害) 平均在院日数	152人 77.5日	79人 101.2日	231人 85.4日



※ 人員が手厚いほど、入院日数が短縮化される

図5.

● 合併症ユニット 施設基準と対象疾患  
個別在院日数調査(H15. 3)の分析から

[合併症ユニットの施設基準]  
 ・病院として、2次または3次救急に対応していること  
 ・当該病院に、救急蘇生装置、心電計、呼吸器循環監視装置があること  
 ・合併症ユニットは、パイピングが施されていること

- 対象疾患
- a) 意識障害・昏睡状態
  - b) 自殺企図などによる熱傷、骨折、外傷、急性薬物中毒
  - c) 呼吸不全(重症肺炎)、心不全
  - d) 重篤な代謝、栄養障害
  - e) 悪性腫瘍
  - f) 腎不全、透析
  - g) 急性腹症
  - h) 手術を必要とする状態
  - \* 身体的に2次救急を想定、精神症状も主に医療保護レベル

合併症軽快後、速やかにユニットから移動(転出)すること。

- i) 患者数 992人
  - 合併症(重症)者数 161人 (16.2%)
- ii) 平均在院日数 316.3日

図6.

総合病院・急性期身体合併症ユニットの流れ

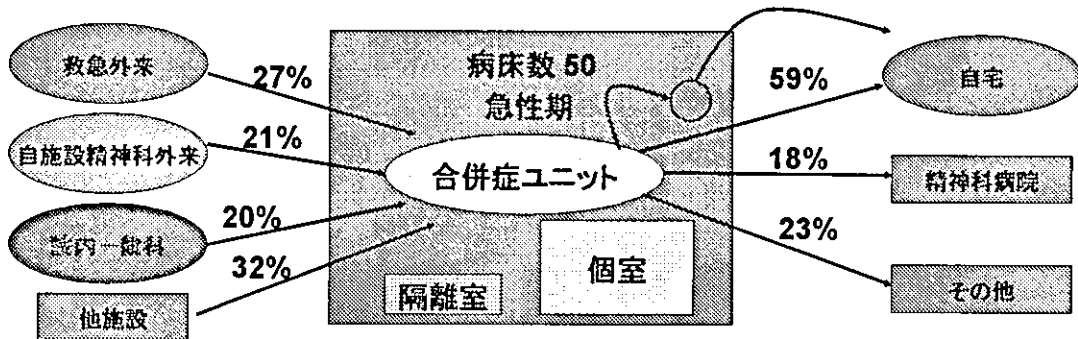


図7.

● 合併症ユニット 入院経路

個別在院日数調査(H15. 3)の分析から

救急及び他施設からの紹介が60%

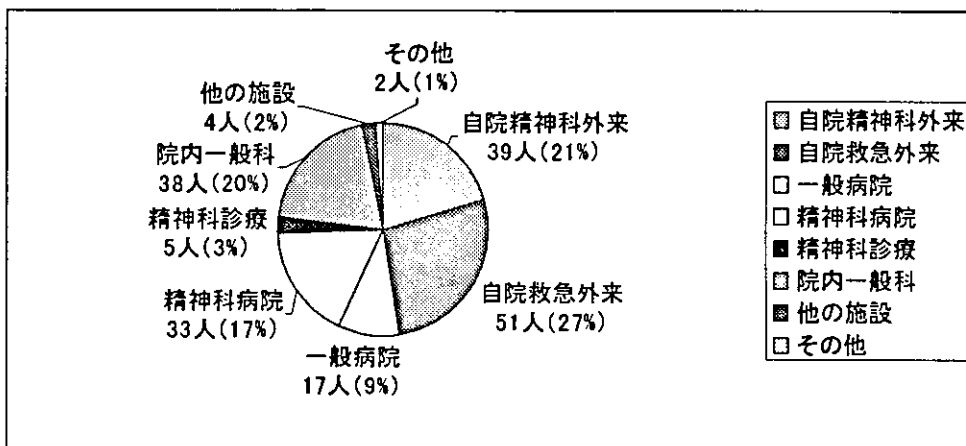


図8.

**● 合併症ユニット 入院時状態像**  
 個別在院日数調査(H15. 3)の分析から

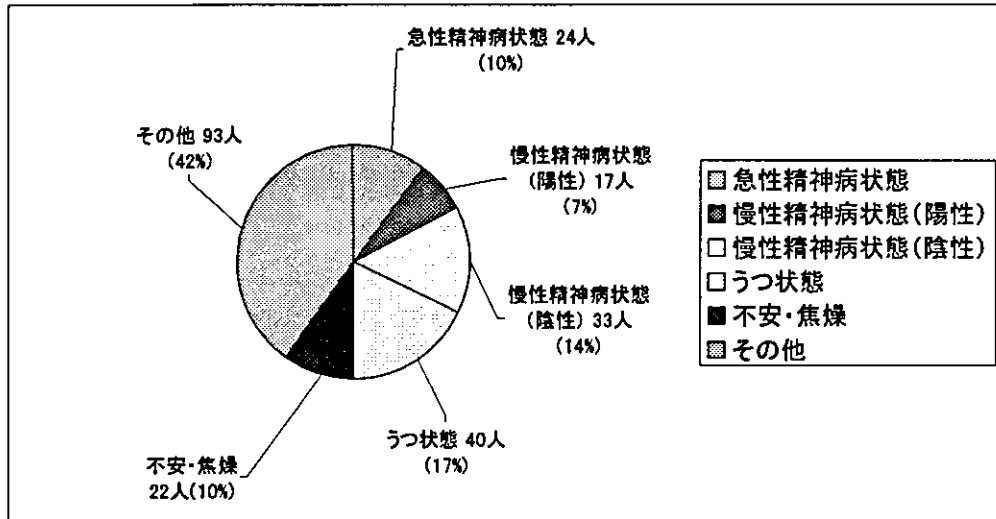


図9.

**● 合併症ユニット 退院時状態像**  
 個別在院日数調査(H15. 3)の分析から

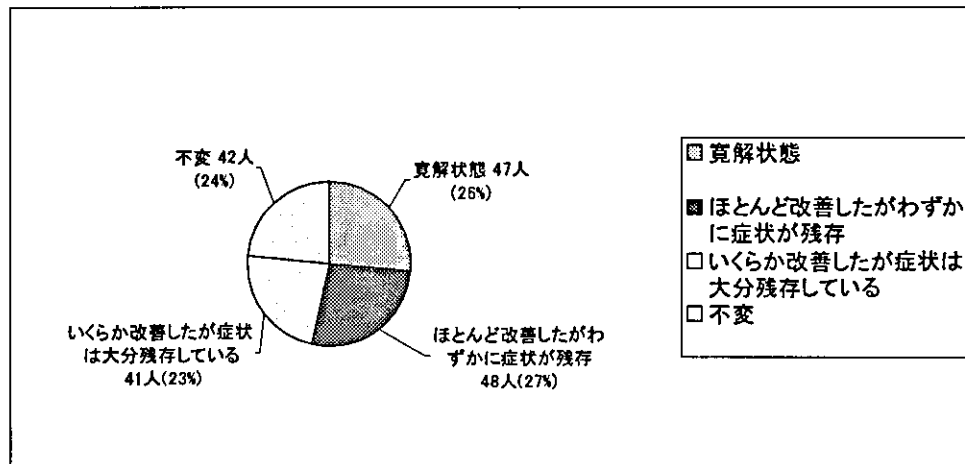




図10.

**● 合併症ユニット 退院時転帰**  
 個別在院日数調査(H15. 3)の分析から

自宅退院が60%

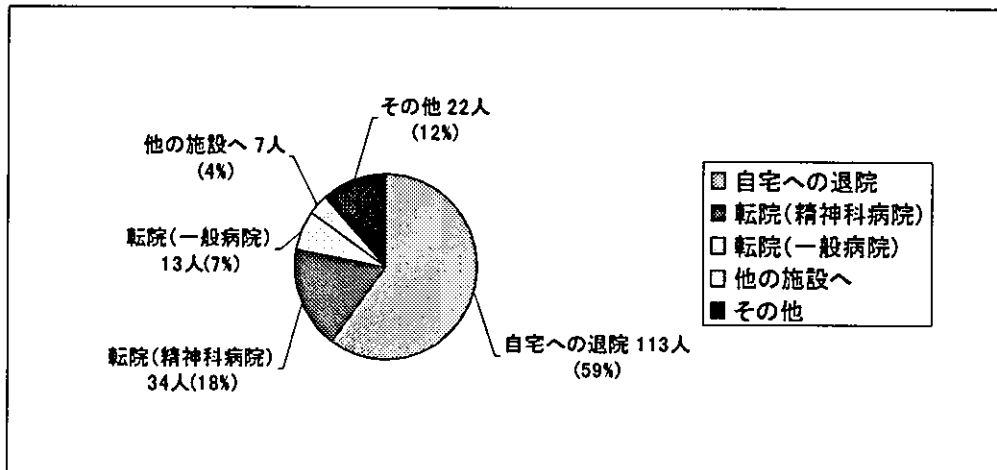


図11.

**● 合併症ユニット 平均在院日数分布**  
 個別在院日数調査(H15. 3)の分析から

平均在院日数

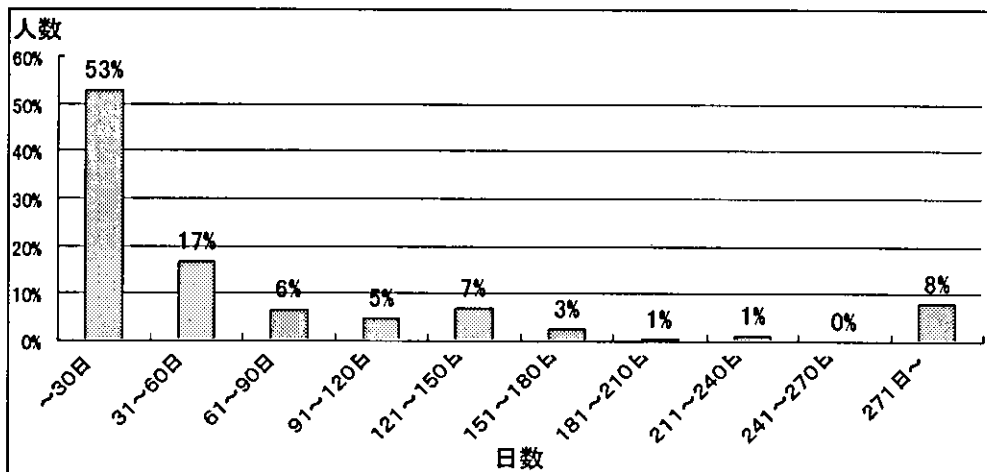


表2.

● 看護基準別疾患別平均在院日数

医師配置	看護配置	F20-29		F30-39		全平均		合併症	
		人数	平均 在院日数	人数	平均 在院日数	人数	平均 在院日数	人数	平均 在院日数
16:1達成病院	2.0対1以上 6病院	31	45.4	34	53.2	119	55.5	44	50.9
	2.5対1以上2対1未満 9病院	81	141.0	51	83.6	200	94.8	120	68.4
	3対1以上2.5対1未満 8病院	67	55.0	48	51.9	211	85.8	217	345.1
16:1達成病院 短い順95%	2.0対1以上 6病院	28	33.2	32	43.1	113	37.9	44	50.9
	2.5対1以上2対1未満 9病院	74	61.8	48	69.5	190	58.8	118	61.1
	3対1以上2.5対1未満 8病院	67	55.0	48	51.9	200	59.6	203	63.3

\* 急性期治療病棟1に該当する人員配置であれば平均在院日数は60日

表3.

● 在院日数25%分析

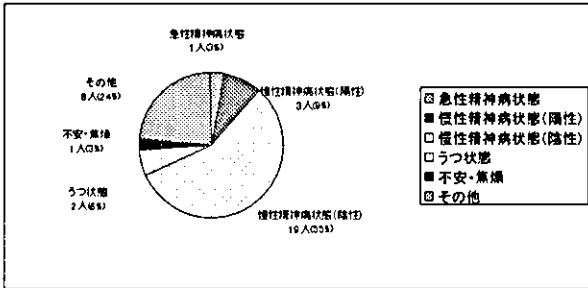
	医師・看護配置	在院日数分布(短期から)				平均入院日数		
		25%	50%	75%	100%	全体	95%まで	
25%毎の 在院日数	全体	17日	42日	96日	17,201日	—	—	
	16対1達成	16日	36日	90日	4,528日	—	—	
	16対1未達成	17日	51日	110日	17,201日	—	—	
疾患 毎	F2	16対1達成	17日	43日	96日	4,528日	—	—
	F3	16対1達成	24日	48日	92日	1,793日	—	—
看護配置	2対1以上	15日	28日	52日	1,416日	—	—	
	2.5対1から2対1	21日	50日	52日	4,528日	—	—	
	3対1から2.5対1	16日	40日	102日	17,201日	—	—	
	3対1未満	22日	50日	128日	15,441日	—	—	
合併症者		10日	28日	69日	15,674日	271日	51日	
薬物中毒除外合併症者		15日	35日	97日	15,674日	316日	61日	

\* 入院初期の約2週間が25%値

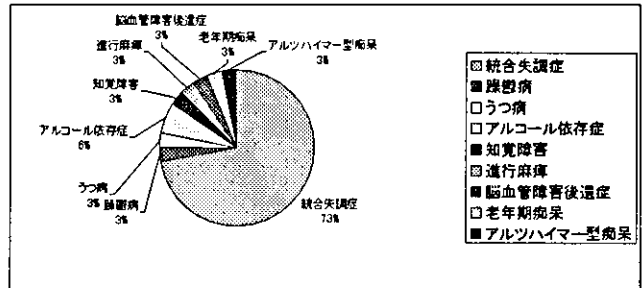
図12.

● 単科精神病院との連携

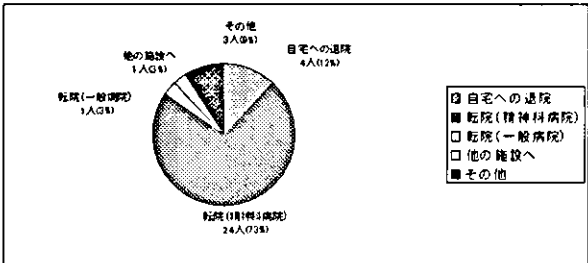
入院時状態像



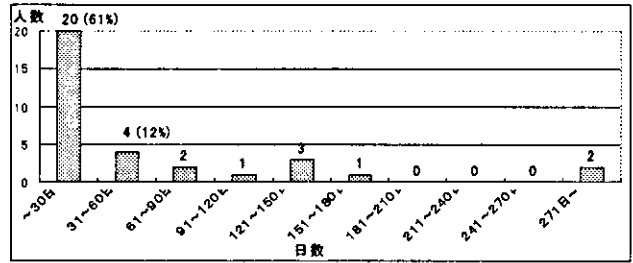
診断分析



退院先転帰



入院期間



平成16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）  
分担研究報告書

重度痴呆療養病棟（認知症治療病棟）に関する研究

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

【研究要旨】

〈研究目的〉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。

〈方法〉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。

〈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。

〈考察〉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。

研究協力者氏名

松原三郎 松原病院院長・日本精神病院協会常務理事  
水野 裕 一宮病院今伊勢分院部長  
吉江 悟 東京大学大学院