

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17年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 保坂 隆

平成18（2006）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. 精神科救急病棟の運用実態に関する研究 -----	19
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 -----	45
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. 身体合併症病棟に関する研究 -----	59
研究協力者 藤原修一郎（横浜南共済病院 神経科部長）	
4. 認知症治療病棟に関する研究 -----	70
分担研究者 白石弘巳（東洋大学 ライフデザイン学部）	
5. ストレスケア病棟のあり方に関する研究 -----	85
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 -----	89
IV. 研究成果の刊行物・別刷 -----	96

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17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、昨年度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検討した。その結果のひとつとして、②社会復帰リハビリテーション、③重度療養は一括して、「社会復帰リハビリテーション(I)(II)」として提案した。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た。

本年度は、①急性期、②社会復帰リハビリテーション(I)(II)、③合併症、④認知症治療病棟、⑤ストレスケア病棟、のように新たに分類して検討した。

急性期病棟では、本年度は精神科救急病棟について調査・検討した。調査時

点で全国に 17 施設あった精神科救急病棟（スーパー救急）中回答があった 14 施設での実態調査をした。平均病床数は 46.9 床で、ここに 4.8 人の専任医師と 27.9 人の看護師などを配して、2004 年度は、年間 386.3 人の入院患者を平均 42.6 日で治療し、59.1%を自宅退院としていた。入院収入の平均単価は 29,662 円で、人件費では国公立病院が民間病院を 16.7%上回っていた。

社会復帰リハビリテーション(I)(II)は救急・急性期病棟の後方病床として機能し、転棟後 9 ヶ月間に集中的リハ・プログラムを実施して退院を促進すること、退院促進・地域連携室と連携し、退院前後の地域との連携を円滑に行うこと、などを施設基準として提案し、その設置可能性について、4 名の民間精神科病院院長に聞き取り調査を行った。それによれば、この概念には共感できるが、スタッフの関係から大病院以外では病棟分化できないため、病棟よりユニット単位の方が受け入れやすいという意見であった。さらに、全国で 3 公立病院での社会復帰リハビリテーション病棟について現状分析を行った。それによれば、社会復帰病棟はその他の病棟と比べて、「出す力」においては差がある可能性はあるが、退院後の地域生活を「維持する力」については他の病棟と違いはない（その病院の全体的な力量に依存する）と言えそうである。しかし、社会復帰病棟では在院期間が長い患者を扱っているにも関わらず、再入院率に差がなかったことは社会復帰病棟の意義を示す結果といえる。また 5 年間の再入院の推移を見たところ、退院後 2 年間までの再入院が 80%程度と高いことが明らかになり、この時期に退院促進・地域連携室がその他の地域ケアと連携して再発を予防する役割を果たす必要が示された。

合併症病棟では身体疾患だけでも 2, 3 次救急の対象となるものを身体合併症と限定し、実際のケースを現行の精神科入院基本料 3, 一般病床（出来高）、精神科急性期治療病棟、精神科救急入院料病棟に入院したと想定して、入院費用を検討した。それによれば、入院初期（30 日間）では、一般病床出来高が最も高く（1日単価 3,532 点）、ついで精神科救急入院料（3,412 点）であった。30 日以上になると、精神科救急入院料（3,066 点）ついで、一般病床出来高（2,135 点）であった。これらを参考にした包括点数が合併症ユニットには必要だと思われた。次に、平成 15 年度に行なった医療経済調査 43 施設と個別在院日数の調査 992 人をさらに詳細に分析したところ、精神科急性期における重篤な合併症は 161 人（16.2%）に認めた。さらに、横浜市における措置入院の入院時重篤身体合併症発生率を調査したところ、この 3 年間の平均は 8.6%であった。身体疾患としては、骨折、裂傷、狭心症、消化管出血、悪性症候群、脳髄膜炎、腎不全、膠原病、内分泌疾患、低栄養状態、悪性腫瘍など多様であった。

一方、ストレス病棟を有する全国 13 の施設（日本ストレス病棟研究会の所属施設）に対してアンケート調査を行い、全施設から回答を得た。ストレス病棟

における新規入院患者は 60%を越え、平均在院日数は 60 日以下であった。気分障害が約 60%を占め、統合失調症は 13%にとどまった。閉鎖病棟への転棟の割合は 6.7%と低く、入院患者総数 10,427 名中のうち、自殺完遂数は 21 例(0.20%)と非常に少なかった。ストレスケア病棟は急性期病棟をモデルとして、気分障害・自殺企図後の患者の病棟として位置づけることは、時代の要請に合致するし現実性もあると思われた。

認知症治療病棟では全国の認知症治療病棟に質問紙調査を実施し、計 20 施設の 389 名の患者に関して回答が得られた。現状ではクリニカルパスは、調査協力施設の 50%で使われていて、入院期間は約 1 年間であることがわかった。臨床診断では、アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症の患者が入院前・入院後ともに多く、合計すると全体の 7~8 割であった。入院前の所在は、在宅が最も多く(34%)、精神科以外の病床にいた患者が全体の 27%存在した。

以上より、精神科救急病棟（スーパー救急）では現行あるいは点数を高くしてもそのニーズは高く、社会復帰リハビリテーション(I)(II)と合併症病棟は、病棟単位よりもユニットが望ましいと思われた。ストレスケア病棟は病棟単位でも十分に機能するし、うつ病や自殺企図後の病棟としての意義は期待できると思われた。

平成 18 年度の診療報酬改定では、急性期入院医療の評価や重度認知症加算の新設など本研究の目指すものの一部は現実化したものの、全体的な病棟機能分化に関しては、残念ながら評価されたとは言えない。

これまで 2 年間の成果と今後の課題として、①急性期病棟・精神科救急病棟については施設毎の差異があり、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)の区別が明確ではなく、さらに病棟よりもむしろユニットのほうが実際的だという指摘が得られたこと、③合併症ユニットに関しても出来高・包括などの提言が明確にできなかったこと、④ストレスケア病棟では、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、⑤認知症治療病棟でも具体的な提言ができなかったこと、などがあげられる。

しかし、精神病床の機能分化は緊急課題であるため、来年度には、認知症治療病棟に関して踏み込んだ研究をし、児童思春期病棟の検討も追加したい。さらに急性期と合併症の問題をリンクさせ、精神科病院で生じた合併症や、自殺企図後の身体的合併症など、身体的な救命救急センターの後方病床としてのニーズや施設基準などを検討していきたい。

【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）
- 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・部長）
- 伊藤順一郎（国立精神神経センター・精神保健研究所・部長）
- 岸 泰宏（埼玉医科総合医療センター神経精神科・講師）
- 白石弘巳（東洋大学ライフデザイン学部・教授）
- 徳永雄一郎（不知火病院・病院長）

【研究協力者】（順不同）

- 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）
- 市江亮一（山梨県立北病院）
- 岩成秀夫（神奈川県精神医療センター）
- 小沼杏坪（せのがわ病院）
- 澤 温（さわ病院）
- 杉山直也（横浜市立大学精神科）
- 中島豊爾（岡山県立岡山病院）
- 八田耕太郎（順天堂大学精神神経科）
- 藤井康男（山梨県立北病院）
- 武藤岳夫（肥前精神医療センター）
- 吉住昭（肥前精神医療センター）
- 内田太郎（横浜市衛生局保健部精神保健福祉課 救急医療係長）
- 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）
- 矢崎直人（不知火病院）

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。

本研究は平成16年度に続く2年目の成果である。

B. 研究方法

当初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、⑥ストレスケア病棟に大別し、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った。昨年度(平成16年度)の研究では、従来②③を一括して「社会復帰リハビリテーション(I)(II)」として提案した。(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。

そこで、本年度は、①急性期、②社会復帰リハビリテーション(I)(II)、③合併症、④認知症治療病棟、⑤ストレスケア病棟に新たに分類し、研究を開始した。

本年度の研究では、新しく機能分化した精神病床のそれぞれについて、病床・病棟における現在の医療状況をさらに調査し、その施設基準・必要病床

数を提言していく。

①精神科救急病棟

精神科急性期病棟については昨年度の報告書で検討し提言した。そのため、本年度は精神科救急病棟について検討した。

2002年4月に「精神科救急入院料」が診療報酬の項目に新設されて以来、2005年9月末現在、全国17ヶ所の病院が精神科救急入院料認可病棟（以下「精神科救急病棟」と略記）を有していた。これらの施設に対して、

(1)施設票

(2)鎮静法調査票

(3)薬物療法調査票

から構成される質問表への記入を依頼した。

②社会復帰リハビリテーション病棟

昨年度の結果を元に、専門家による協議を重ね、精神科リハビリテーション病棟の基準を作成した。そしてその基準を元に、民間精神科病院長に聞き取り調査を行い、精神科リハビリテーション病棟の実現可能性や、設置基準の修正すべき点についての意見聴取を行った。

さらに、昨年度収集したデータに加えて、全部で3カ所の公立病院の社会復帰リハビリテーション病棟について詳細な検討を加えた。

③合併症病棟

平成15年度に行なった医療経済調査43施設（51.8%の回収率）と個別

在院日数の調査992人（昨年度報告）をさらに詳細に分析した。

また、平成17年現在の診療報酬により、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、入院費用の比較検討を行なった。

最後に、横浜市における平成15年度から17年12月までの措置入院事例・個人票を検討することにより、入院時における身体合併症発症の割合・身体疾患の診断名を調査した。

④認知症治療病棟

平成16年度に作成した調査票を用い、郵送法による質問紙調査を2005年2～4月に実施した。調査は、2003年4月時点で全国200施設に存在する認知症治療病棟のうち、日本精神科病院協会に協力を依頼し、承諾の得られた全国27施設を対象とした。

質問紙には施設票と個人票を設けた。施設票は1施設に1通ずつ配布した。個人票は、2004年4月1日以降にその病棟から退院／転院／転棟した入院患者各20名分について回答を依頼した。施設票については、病棟の状況をよく把握していると考えられる看護師長等に回答を依頼し、個人票については、各患者の状況をよく把握していると考えられる主治医や担当看護師に回答を依頼した。

⑤ストレスケア病棟

ストレス病棟を有する全国13の施設（日本ストレス病棟研究会の所属施設

設) に対してアンケート調査を行い、全施設から回答を得た。調査期間は平成16年4月から17年3月であり、対象患者数は1,216名である。

C. 研究結果

①精神科救急病棟

調査対象17施設中14施設から回答があった。

母体病院は総じて外来診療や地域ケアに熱心で、精神科救急システムにも積極的に参加していた。精神科救急病棟の病床数は平均46.9床で、ここに4.8人の専任医師と27.9人の看護師などを配して、2004年度は、年間386.3人の入院患者を平均42.6日で治療し、59.1%を自宅退院としていた。経営的には、入院収入の平均単価は29,662円で官民格差はなかったが、人件費では国公立病院が民間病院を16.7%上回っていた。

2006年1月中に鎮静処置を要した救急外来事例を対象とした鎮静法調査については、11施設(国公立6,民間5)から合計239例の回答があった。2/3の事例が夜間・休日に鎮静処置され、83.3%が改善したため、入院率は21.8%にとどまった。鎮静法では、haloperidol筋注が36.8%と最も多く、以下、diazepam筋注(22.6%)、risperidone内服(16.3%)、levomepromazine筋注(8.4%)と続いたが、施設間の差異が目立ち、標準化の必要性が浮き彫りになった。

また、2005年6～7月に精神科救急

病棟に入院したF2群の事例を対象とした薬物療法調査については、13施設(国公立7,民間6)から合計403例の回答があった。入院時に主剤として選ばれた抗精神病薬はrisperidone(51.8%)、olanzapine(15.8%)、haloperidol(14.1%)、quetiapine(5.8%)などとなっていた。施設間に差異はあったが、いずれの施設もこの4剤で80%を超えていた。単剤処方率は入院時27.8%であったが、4週間後には19.6%に減少していた。抗パ剤の処方率も入院時の54.1%から4週間後には61.9%に上昇するなど、入院期間が長引くにつれて多剤併用傾向が強まっていた。

②社会復帰リハビリテーション病棟

(1)精神科回復期リハビリテーション病棟の基準について

昨年度の提案を元にさらなる検討を加え、以下のような基準を作成した。

特徴としては、救急・急性期治療を充分に受けても地域へ復帰が困難である患者を対象としていること、救急・急性期病棟の後方病床として機能し、転棟後9ヵ月の間に集中的リハビリテーションプログラムを実施して退院を促進すること、退院促進・地域連携室と連携し、退院前後の地域との連携を円滑に行うこと、などがある。現在精神科療養病棟である病棟からの切り替えが可能であるように、ハード面の基準は精神科療養病棟と同様とした。また長期在院患者も対象とすることが可能になるよう、入院患者の

半数まではそのような患者も入院可能とした。

なお、病院長への聞き取りの結果、ユニット単位での運用も可とした。

(2) 病院長への聞き取り調査

上記の結果を元に、精神科回復期リハビリテーション病棟の設置可能性について、4名の民間精神科病院院長に聞き取り調査を行った。その結果、以下のような意見を聴取した。

- ・ 精神科回復期リハビリテーション病棟の概念については共感できる。
- ・ しかし、150床以下の病院ではスタッフそろえられない。精神科回復期リハビリテーション病棟についても病棟分化できない。大きい病院でないといけない。
- ・ そのため、病棟よりユニット単位の方が受け入れやすい。例えば療養病棟の一部をこの病床にするなど。
- ・ 病棟単位だとベッドを効率良く使う必要がある。
- ・ 診療報酬は今後も社会復帰の方向に行くと考えている。

③ 合併症病棟

身体合併症については、重篤な合併症として、身体疾患だけでも2、3次救急の対象となる疾患に限定した。

(1) 精神科急性期における重篤な身体合併症について

総合病院精神科の入院時状態像は、うつ状態(24%)、急性精神病状態(17%)、不安・焦燥状態(11%)、慢性精神病状態(8%)の順であった。重

篤な合併症は161人(16.2%)に認められた。さらに、急性精神病状態における重篤な身体合併症入院の割合は、急性精神病状態(191人)のうち、24例(12.5%)に重篤な身体合併症(急性薬物中毒を除く)を認めた。(平成15年度個別在院日数調査より)

(2) 身体合併症入院費比較について

精神科病棟で治療を行った身体合併症者33名について、レセプトを分析し、同じ診断名で、精神科入院基本料3、一般病床(出来高)、精神科急性期治療病棟、精神科救急入院料病棟に入院したと想定して、入院費用を検討した。入院初期(30日間)では、一般病床出来高が最も高く(1日単価3,532点)、ついで救急入院料(3,412点)であった。30日以上になると、救急入院料(3,066点)ついで、一般病床(2,135点)であった。

(3) 横浜市における措置入院の入院時重篤身体合併症発生率

身体合併症発生率は平成15年度(5.2%)、平成16年度(11.9%)、平成17度(12月まで、9.3%)と平均で8.6%であった。身体疾患としては、骨折、裂傷、狭心症、消化管出血、悪性症候群、脳髄膜炎、腎不全、膠原病、内分泌疾患、低栄養状態、悪性腫瘍など多様であった。

④ 認知症治療病棟

病床数は53.4床であり常勤の精神科医数は1.3名であった。他科医師を常勤で配置している施設はなく、非常勤で0.5名配置されていた。

クリニカルパスは、調査協力施設の50.0%で使われていた。

病棟レベルの平均在院日数は、355.2日と1年近い日数であった。

臨床診断では、アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症の患者が入院前・入院後ともに多く、合計すると全体の7~8割であった。

入院前の所在は、在宅が最も多く、全体の33.9%であり、次に精神科以外の病床にいた患者が全体の27.2%存在した。

入院時のGAFは平均25.9、退院時は30.1であり、退院時の得点が有意に増加した。入院時のHDS-Rは平均9.7、退院時は9.9であり、退院時の得点が有意に高かった。

最後に、平均在院日数との関連では、配置数が多い施設ほど平均在院日数が短いという傾向がみられた。

⑤ストレスケア病棟

(1)病床利用の現状

ストレス病棟における新規入院患者は60%を越え、平均在院日数は60日以下であった。病院全体の病床数に対するストレス病床の比率は14.1%であった。

(2)ストレス病棟における診断分類

気分障害(F3)が約60%を占め、約50%がうつ病エピソード(F32)と反復性うつ病性障害(F33)であった。統合失調症は13.1%にとどまった。そのほかは不安障害が6.1%、人格障害が4.1%であった。統合失調症、不安障害と人格障害については施設間の

ばらつきが大きい。

(3)閉鎖病棟への転棟

閉鎖病棟への転棟の割合は6.7%と低い値にとどまった。

(4)自殺

自殺については、各施設におけるストレス病棟開設以来の全患者を対象として検討した。

入院患者数10,427名中のうち、自殺完遂数は21例であった。これは頻度にするると0.20%である。自殺者の障害分類は気分障害(F3)が16例、統合失調症など(F2)が2例、人格障害(F6)が2例、摂食障害(F5)が1例であった。自殺患者は各施設に1名から最大5名、満遍なく発生しており、ある施設に自殺者が集中するという結果はなかった。

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。昨年度は、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のに対して、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

いたことを報告した。そのため、本年度は精神科救急病棟だけに特化して、それが提供している精神科急性期治療について、その現状を調査した。

最先端の精神科急性期治療を提供する精神科救急病棟では、多剤併用を回避しつつ、最適な薬物療法が追求されるべきである。そのためには、情報交換を密にし、治療成績の向上に努めることが要請されている。

これら精神科救急病棟・急性期病棟の後方病棟として、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。（平成16年度報告書）

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ている。

本年度は、精神科回復期リハビリテーション病棟（昨年度の報告書で言え

ば精神科回復期リハビリテーション病棟（Ⅰ）に相当）について検討した。

当初まず昨年度の提案を元にして、救急・急性期治療を十分に受けても地域へ復帰が困難である患者を対象としていること・救急・急性期病棟の後方病床として機能し転棟後9カ月の間に集中的リハビリテーションプログラムを実施して退院を促進すること・退院促進・地域連携室と連携し、退院前後の地域との連携を円滑に行うこと、などの基準を作成した。

病院長への聞き取りの結果、精神科回復期リハビリテーション病棟の概念については共感が得られたが、150床以下の病院ではスタッフそろえられない・精神科回復期リハビリテーション病棟についても病棟分化できない・大きい病院でないとなし、などの意見を聴取できた。

そのため、回復期リハビリテーション病棟よりもユニット単位の方が受け入れやすいのではないかと考えている。現実的に言えば、例えば現在の療養病棟の一部を回復期リハビリテーション・ユニットにするなどの方法が考えられる。

本年度の研究結果から、改めて精神科回復期リハビリテーション病棟の基準を示すと以下の通りである。

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。

その他の要件：3対1看護，病棟専属の精神保健福祉士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総合実施計画の策定，退院促進・地域連携室（仮称）との連携（室の要件：病院内に地域支援専任の看護師またはPSWが計3名以上いること），患者の8割以上が9ヵ月で自宅退院，診療報酬は転入棟後9ヵ月まで算定可能（3ヵ月ごとに逦減），病室単位も可能とする。精神科回復期リハビリテーション病棟の診療報酬化は平成18年度改定では見送られたものの，地域への移行を本格的に進めて行くに当たり，病院から地域へと押し出す力を発揮するこのような病棟は今後重要になっていくと考えられる。平成20年度の診療報酬改定に向けてさらなる基準の検討を行うとともに，病棟全体での設置を目標としつつ，退院促進プログラムや地域支援室などの各パーツ毎の診療報酬化の検討も深めていく予定である。

さて，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。

まず合併症病棟であるが，昨年度は，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の中に位置づけられるべきであり，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ことを提言した。

本年度は精神科急性期における重篤な身体合併症（身体的な2，3次救急対象例）について分析し，身体合併症医療のあり方を検討した。昨年度の調査から，精神症状としても医療保護入院レベルであれば，身体合併症診療は救急外来や他施設との連携，設備構造の充実，手厚い人員配置の必要性から救急・急性期の枠組みで行なうべきであると結論し，本来身体合併症の診療は2次医療圏で行なうべきで，病床単位で運営されることが望ましいと考えた。実際には総合病院の精神科病棟における身体管理ユニットをイメージした。今回の調査では，救急ないし急性期における身体合併症の発生率が8～12%であった。精神科救急システムの構築のためには，救急の入り口として，身体管理の必要性とリスクマネジメントの観点から，総合病院で多様な身体疾患に対する診療体制

が備わっていることは条件になると考えた。しかも当該病棟の身体管理のための設備構造、急性期精神症状と身体症状に対応可能な人員配置が充足されるためには、診療報酬上の手当てと行政側の取り組みが必要で、精神科救急入院料病棟が総合病院内にも一定の地域毎に存在することが望ましいと考えた。

ストレスケア病棟に関しては、昨年度は1病院での詳細な検討から、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と提言した。本年度は、日本ストレス病棟研究会に属する13施設の運営実態と患者動態を調査した。それによれば、診断分類では気分障害が6割を占めその8割以上をいわゆるうつ病が占めている興味深い実態が明らかになった。ただし地域と病院の置かれている実情により、統合失調症や人格障害の割合には差異が生じる点は注意が必要であろう。

さらに、ストレス病棟の意義の一つはうつ病における自殺行動への対応と抑止である。諸報告による入院中のうつ病患者の自殺完遂の割合が3～15%であり、外来患者に対する大規模な疫学調査においても0.8%程度であることと比較すると、この13施設における平均7年間（最長20年間）の自殺数は0.20%であり、この数字は非常に少ないといえる。対象患者の偏り

や治療環境の違いがあるため、単純に比較することには慎重を要するものの、この結果はストレス病棟における治療的努力の効果と考えられる。同時にストレス病棟入院中に閉鎖病棟へ転棟しなければいけない患者数も少なかった点も、ストレスケア病棟の時最適な意義が確認できるものであった。

認知症治療病棟に関しては、全国の認知症治療病棟に質問紙調査を実施し、計20施設の389名の患者に関して回答が得られた。結果、認知症治療病棟への入院により、GAFや問題行動が有意に改善することが示されたとともに、著明な精神症状に加え身体疾患を合併している患者の存在や、人員配置と平均在院日数の間の負の傾向が明らかになった。平成18年度の改訂で、精神病床における重度認知症加算が新設されたことは評価できるが、本研究では認知症治療病棟の施設基準までは提言するに至っていない。次年度以降の重大な課題と考えている。

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。

過去最大である3.16%の診療報酬引き下げもあり、H18年度診療報酬改定では、本分担研究班が提案した精神科回復期リハビリテーション病棟は実現されなかった。しかし、全体としては精神科における今回の診療報酬改定は評価できるものであったと考える。変更点の概要を以下に示す。

- ・ 急性期の精神科入院医療の充実を図る観点から、精神科救急入院料および精神科急性期治療病棟入院料について、入院早期の評価を引き上げる。
- ・ 精神疾患患者の地域への復帰を支援する観点から、精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算について、入院早期の評価を引き上げ、長期入院の評価を引き下げる。
- ・ 通院精神療法の再診時の点数について、病院の評価を引き上げる一

方、診療所の評価を引き下げて、病院および診療所の点数格差を是正する。

- ・ 当該保健医療機関に初めて入院する統合失調症の患者であって、新規入院または退院予定のある患者の家族に対し精神療法を行った場合には、入院精神療法を算定できることとする。
- ・ 精神科デイ・ケアについて、精神疾患患者の地域への復帰を支援する観点から、短時間のケアについて、新たに評価を行う。
- ・ 精神科訪問看護・指導料および精神科退院前訪問指導料について、精神疾患の地域への復帰を支援する観点から、算定回数上限を緩和する。
- ・ 認知症に係る評価について、医療と介護との役割を明確化する中で、入院医療に係る評価を引き上げ、重度認知症デイ・ケア料に係る評価を見直す。
- ・ 20歳未満の患者に対して、心身医学療法を行った場合は、100/100点を加算する。

以上のように、入院から地域への移行を促進するような内容となっている。

精神科回復期リハビリテーション病棟の診療報酬化は今回は見送られたものの、地域への移行を本格的に進めて行くに当たり、病院から地域へと押し出す力を発揮するこのような病棟は今後重要になっていくと考えられる。平成20年度の診療報酬改定に

向け、さらなる基準の検討を行う必要がある。

一方これとは別に、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。児童思春期病棟についても現状分析と、施設基準・包括医療についての検討が必要になってくるだろう。

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。（【図-1】【図-2】ともに平成16年度の報告書と同じもの）

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が、残念ながら平成18年度の診療報酬改定では本研究班の提言は採用されなかった。一般病床と同様に、精神病床でも急性期医療を重視することは重要である。しかし、精神医療には、社会復帰を促進する仕組みが必要であるし、精神科病院からの要請の強い合併症対策も絶対に必要であるし、自殺が多いこと・超高齢化といった社会からのニーズにも対応する必要がある。そのために、急性期病棟だけでなく、精神科回復期リハビリテーション病棟・合併症ユニット・ストレスケア病棟・認知症治療病棟などを本研究班では検討している。次年度は、これらに加えて、社会からの要請が急増している児童思春期病棟も研究班として取り組んでいきたいと思う。

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

特になし

図-1:精神医療病棟群のタイプのイメージ

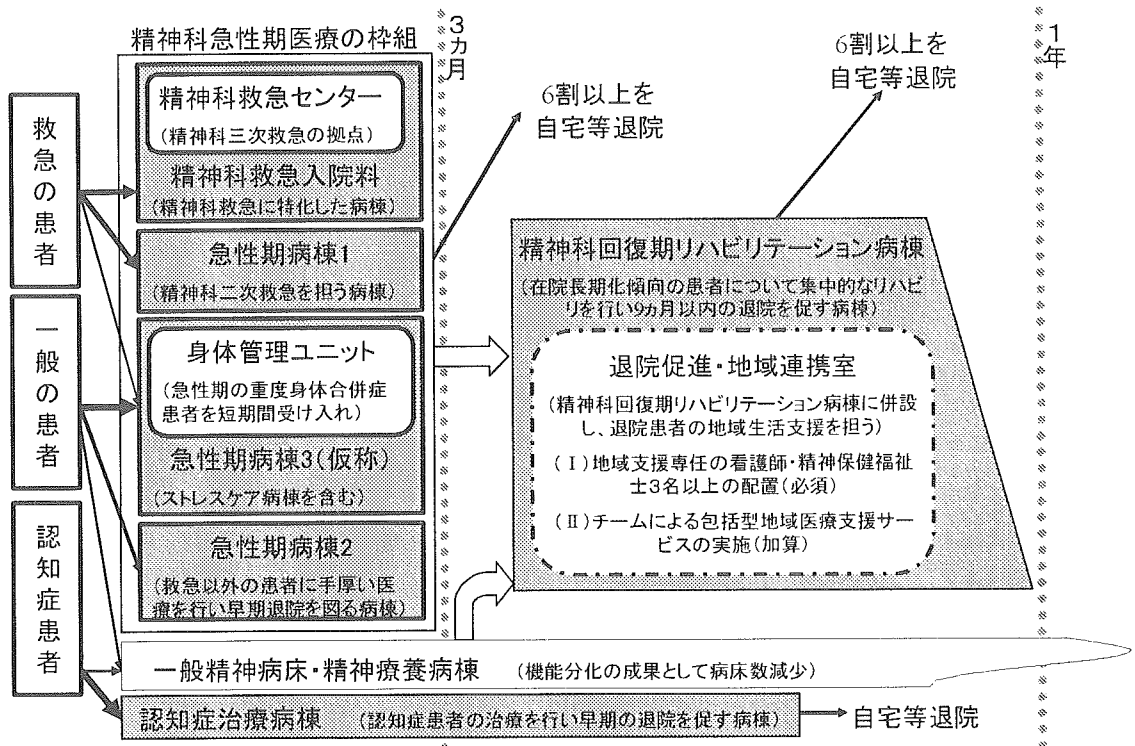
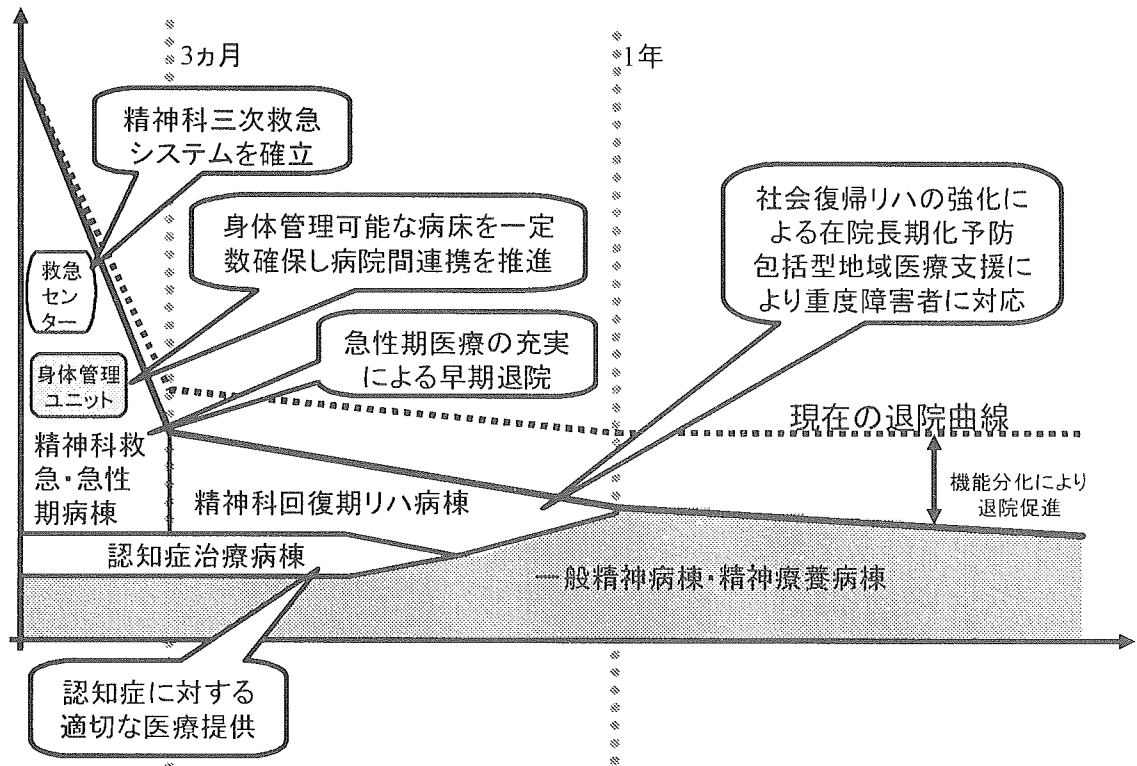


図-2:精神科医療の退院曲線にみる変化のイメージ



II. 分担研究報告

平成 17 年厚生労働科学研究補助金（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」班
分担研究報告書

精神科救急病棟の運用実態に関する研究

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 市江亮一（山梨県立北病院） 岩成秀夫（神奈川県精神医療センター） 小沼杏坪（せのがわ病院） 澤温（さわ病院） 杉山直也（横浜市立大学精神科） 中島豊爾（岡山県立岡山病院） 八田耕太郎（順天堂大学精神神経科） 藤井康男（山梨県立北病院） 武藤岳夫（肥前精神医療センター） 吉住 昭（肥前精神医療センター）

【研究要旨】

平成 17 年 9 月末現在、精神科救急入院料認可病棟（以下「精神科救急病棟」）は、全国で 17 ヶ所あった。わが国での精神科急性期治療の場を代表するこれらの病棟における医療の内容を把握し、今後の治療指針を立案する素材とすることを目的として、施設調査（経営調査を含む）、鎮静法に関する調査、薬物療法に関する調査、の 3 種類のアンケート調査を実施した。

施設票については 14 施設（国公立 8、民間 6）から回答があった。母体病院は総じて外来診療や地域ケアに熱心で、精神科救急システムにも積極的に参加していた。精神科救急病棟の病床数は平均 46.9 床で、ここに 4.8 人の専任医師と 27.9 人の看護師などを配して、2004 年度は、年間 386.3 人の入院患者を平均 42.6 日で治療し、59.1%を自宅退院としていた。経営的には、入院収入の平均単価は 29,662 円で官民格差はなかったが、人件費では国公立病院が民間病院を 16.7%上回っていた。

2006 年 1 月中に鎮静処置を要した救急外来事例を対象とした鎮静法調査については、11 施設（国公立 6、民間 5）から合計 239 例の回答があった。3 分の 2 の事例が夜間・休日に鎮静処置され、83.3%が改善したため、入院率は 21.8%にとどまった。鎮静法では、haloperidol 筋注が 36.8%と最頻で、以下、diazepam 筋注（22.6%）、risperidone 内服（16.3%）、levomepromazine 筋注（8.4%）と続いたが、施設間の差異が目立ち、標準化の必要性が浮き彫りになった。

2005 年 6～7 月に精神科救急病棟に入院した F2 群の事例を対象とした薬物療法調査については、13 施設（国公立 7、民間 6）から合計 403 例の回答があ