

図4 入院患者の最終転帰

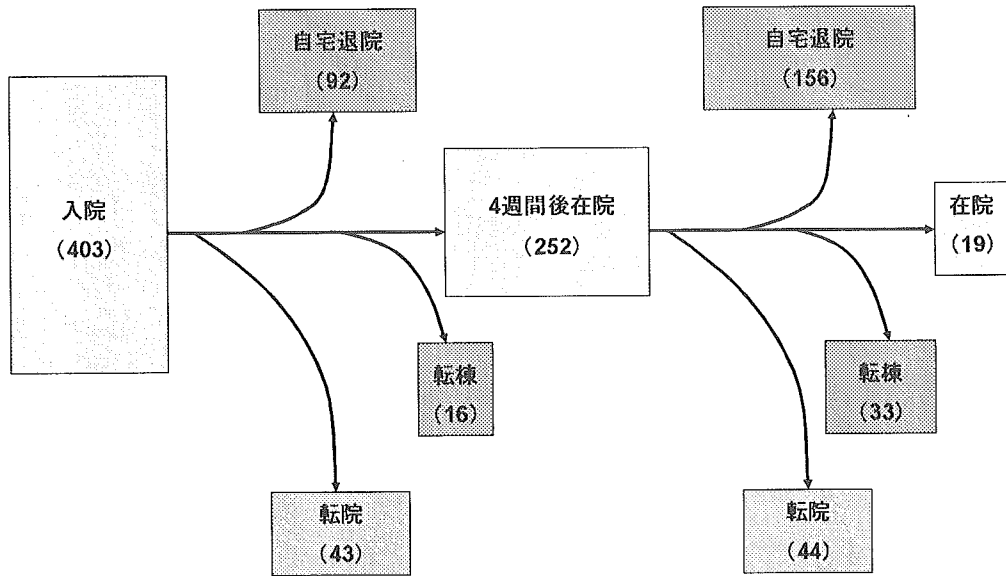


図5 抗精神病薬の処方率

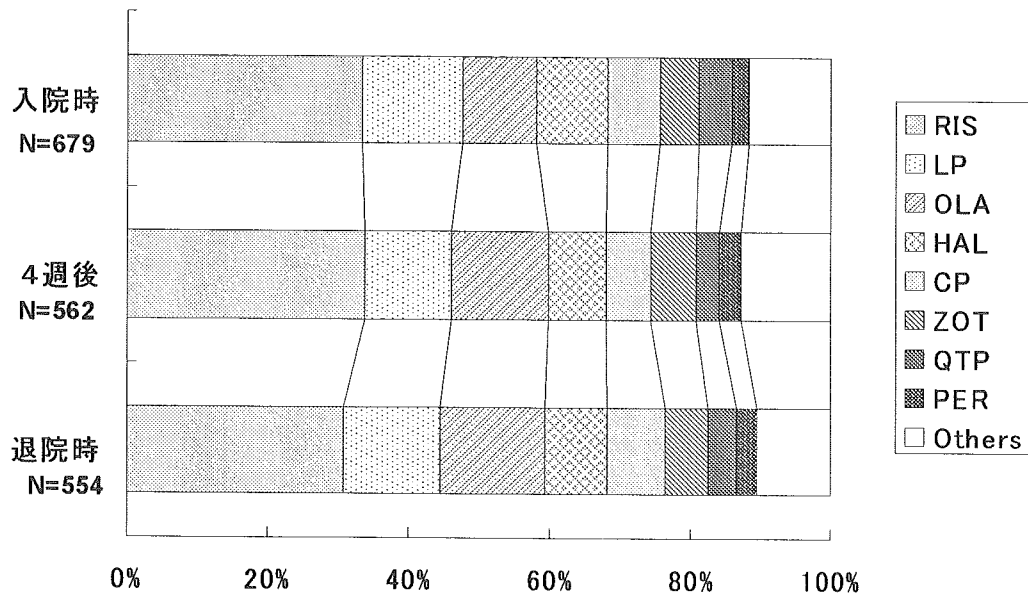


図6 主剤の処方率

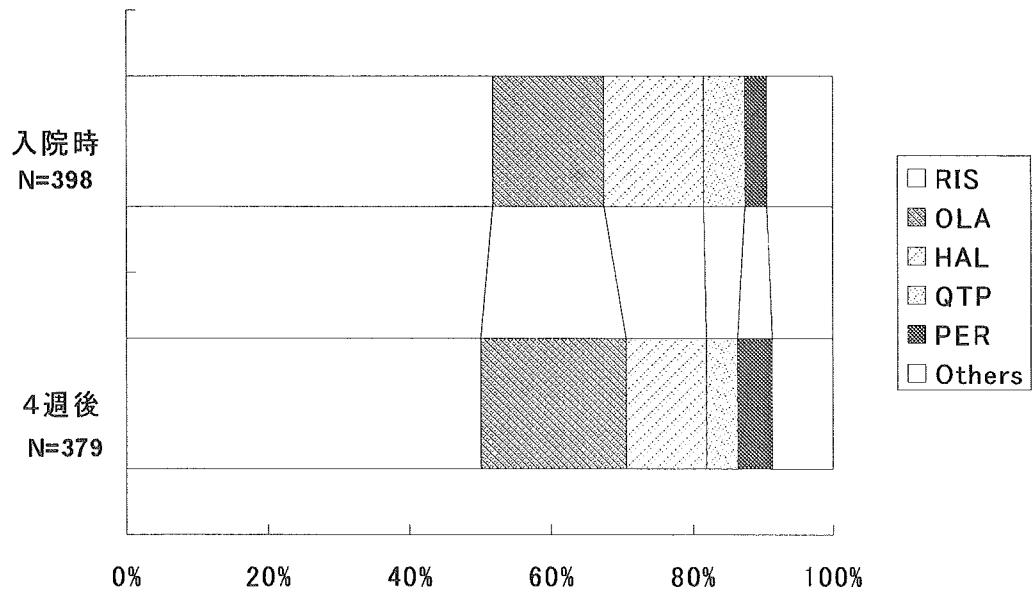


图7 单剂処方率

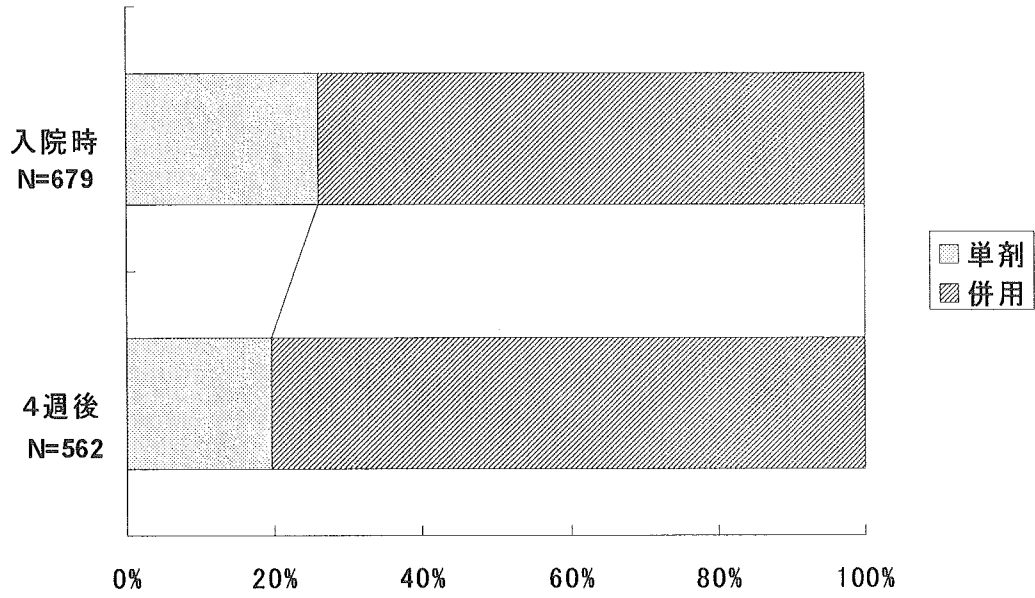
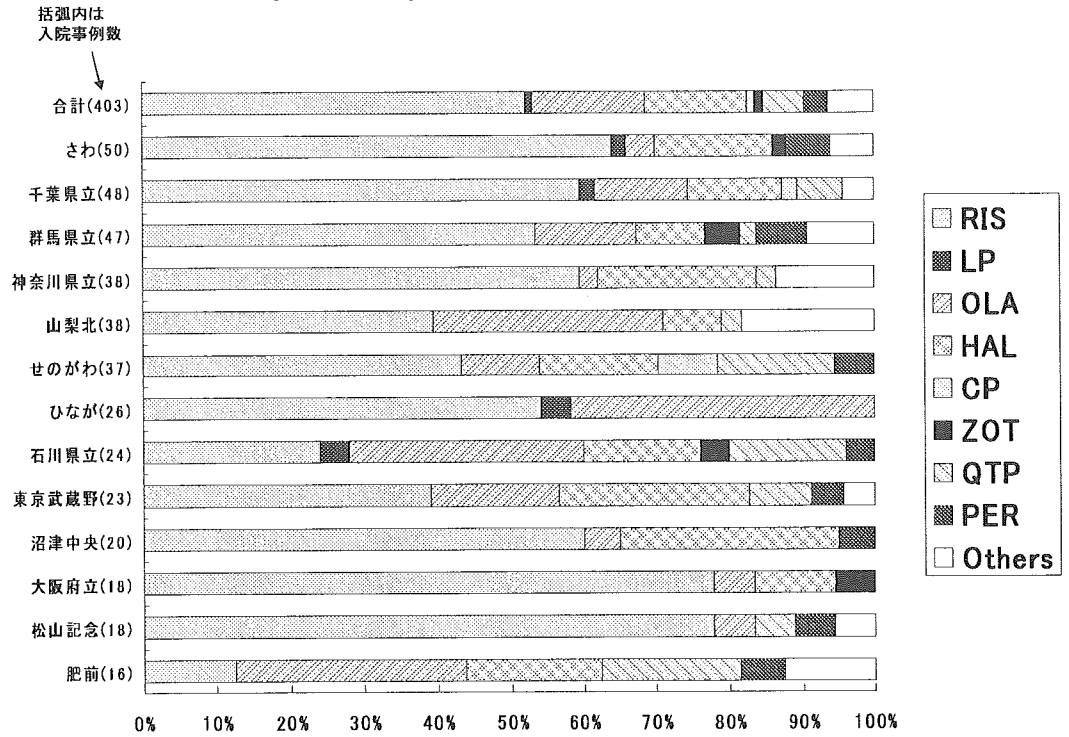


図8 施設別の入院時主剤比率



社会復帰リハビリテーション病棟

分担研究報告書

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、精神保健福祉の改革ビジョンでも取り上げられている、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とする）を担当し、調査結果や聞き取り調査をふまえ、診療報酬改定への提案としての施設基準を考察する。**【方法】**昨年度に作成した精神科回復期リハビリテーション病棟の施設基準の提案を元に、その実現可能性や基準の修正について民間病院の院長に聞き取り調査を行った。また公立精神科病院 3 カ所の入退院データより、精神科回復期リハビリテーション病棟の意義や対象患者について検討した。**【結果】**精神科回復期リハビリテーション病棟の基準を以下に示す。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。その他の要件としては、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 カ月で自宅退院、診療報酬は転入棟後 9 カ月まで算定可能（3 カ月ごとに遞減）、病室単位も可能とする。**【考察】**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ごとの診療報酬化の検討も深めていく予定である。

A 目的

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、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。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てきた。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を担当する。

昨年度は、社会復帰リハビリテーション病棟のモデルとなる病院へ聞き取り調査および入退院のデータを収集し、社会復帰リハビリテーション病棟の患者の流れや、モデル病棟で行われている治療内

容を明らかにした。

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、「精神科回復期リハビリテーション病棟」と名付け、その基準を設定した。

今年度は、その基準をより精緻化すると共に、病院長への聞き取り調査を行い、精神科回復期リハビリテーションの実施可能性を検討した。また昨年度に収集したデータにさらにデータを追加し、検討を加えた。

B 方法

1. 方法

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。

次に、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、ついて詳細な検討を加えた。

最後に、過去に社会復帰病棟を退院した患者のその後の経過を見るために、別の病院での過去の入退院データ及び再入院のデータを得て、社会復帰病棟を退院した患者と、その他の病棟を退院した患者の比較を行った。

2. 対象

昨年度は、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）、という条件を満たすと考えられる公立病院2カ所を対象に患者の入退院データを得た。

さらに今年度は条件を満たす公的病院1カ所のデータを加えた。

以下にそれぞれの病院から提供を受けたデータ変数および病院の概要を示す。

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）。

病院の概要：

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多岐にわたるが、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

なお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

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、退院先等。

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）。

病院の概要：

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。

③C 病院

変数：性別、年齢、診断、入院日、退院日、退院病棟、退院時転帰、再入院入退院日等。

期間と対象者：1986. 1. 1～1994. 12. 31 に精神科を初回退院した 3725 人。

病院の概要：

関東地区にある精神科を主とした公立総合病院であり、多くの専門病棟を持つ。

急性期病棟はすべて閉鎖病棟で、これらの病棟からの退院が困難であった患者が社会復帰病棟（開放病棟）に転棟した。社会復帰病棟は男女混合病棟（49 床）と男性病棟（48 床）の 2 つで、これらの病棟の患者は、開放病棟での処遇が可能であったが、精神症状が持続しているか生活能力の低下が著しく、病識が乏しく退院

すれば治療中断が予測される患者で、ほとんどの患者は退院に向けての家族等の支援の得られない患者であった。

訪問看護は 1993 年 5 月から試行が開始され 10 月から訪問看護室が設けられたが、スタッフ数が少なく、多くの患者を対象に実施されるようになったのはその後数年を経てからであった。したがって、今回の対象患者の多くは訪問看護等の積極的な地域生活支援は受けていない患者群であった。

（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. 精神科回復期リハビリテーション病棟の基準について

精神科回復期リハビリテーション病棟の基準についての昨年度の提案を元にさらなる検討を加え、資料 1 のような基準を作成した。

特徴としては、救急・急性期治療を十分に受けても地域への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 ヶ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、結果2に示す病院長への聞き取りの結果から、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

1. 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。
- ・ 150床以下の病院ではスタッフがそろえられない。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ができない。大きい病院でないとなし。
- ・ 上記の理由から、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。
- ・ 病棟単位になるとベッドの使用にかなりの効率性を要求される。
- ・ 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. データからの結果

それぞれの病院から提供を受けたデータに含まれる変数が異なるため、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、C病院の解析を除き、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。

期間内に退院した患者の診断別の各病棟の利用状況を検討したところ、表1のような結果になった。統合失調症および気分障害では後方病床へ転棟している患者が多く、その他の精神障害では少なかった。また診断別の残留曲線は図1のようになり、統合失調症、気分障害、その他の精神障害の順で残留率が高いという結果であった。

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での入院加療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。

退院先による急性期治療病棟および後方病床の入院日数を比較した結果を図2に示す。急性期病棟に入院した患者の平均在院期間は50日であり、開放病棟を経由して退院する患者は2割ほどであった。自宅、社会復帰施設等、転院のそれぞれに後方病床からの患者が含まれていたが、自宅ではこれの割合は少なく、社会復帰施設等では多いという結果であった。入院日数は社会

復帰施設等への退院患者が115日と長かった。

③C 病院

まず、精神科病棟から初めて退院した患者のうち、在院期間が6ヶ月以上で、退院先が当院外来であった者363名（うち社会復帰病棟からの退院患者77名）について、社会復帰病棟退院患者とその他の病棟（主に急性期病棟）退院患者の2年間の再入院について比較した。その結果を表2および表3に示す。社会復帰病棟の方がその他の病棟と比較して退院までの在院期間が長かったにも関わらず、再入院率、再入院までの期間および再入院の在院期間には差がなかった。

次に、診断別に5年間の再入院について比較した（図3、4）。どの診断においても、退院後2年間までの再入院確率が高く、その後は微増するという結果であった。再入院した患者では、80%が2年以内の再入院であった。

D 考察

1. 精神科回復期リハビリテーション病棟の基準

民間病院長への聞き取り調査や、専門家による協議により、精神科回復期リハビリテーション病棟の基準を修正した。

病院長への聞き取りでは、今後精神科は病床から地域へ移行していくことは理解しており、当然の流れと感じていた。しかし、スタッフ不足や急性期病床を持っていないことなどから、精神科回復期リハビリテーション病棟を設置することは特に小規模の病院では困難であるということであった。それをクリアするには、病棟単位とせず、病床単位あるいはユニ

ット単位での申請も可能としてほしいという要望があった。

病室単位の診療報酬としては、一般科における亜急性期入院医療管理料がある。この病床の施設基準の要点は、その病床の一定割合（6割）が居宅等へ退院していること、その病室を有する病棟における看護職員配置は2.5:1であること、である。つまり、看護配置は病棟全体、退院患者の地域復帰の割合は病床のみ適用、ということである。

この考えは精神科においても適用できると考え、精神科リハビリテーション病棟においても病室単位を認めることを提案する。

2. 3病院のデータより

A 病院の結果からは、後方病床を主に使っているのは統合失調症と気分障害患者であることが明らかになった。入院日数をみても、その他の精神病患者は比較的早期に退院していた。精神科回復期リハビリテーション病棟の対象患者としてはこれらの疾患の患者を主とする必要があり、これらの患者を主たる対象とした治療プログラムの設置が必要であることが示された。

B 病院の結果からは、退院先により入院日数や利用する病棟が異なることが明らかになった。施設に入所した群の後方病棟の在院期間が比較的長期であり、退院促進・地域連携室や、社会復帰施設を充実させることで、待機時間を減らし、入院日数を減らすことのできる可能性が示された。

C 病院の結果では、社会復帰病棟から退院した患者と、その他の病棟から退院した患者の再入院有無および再入

院までの期間を調査したところ、両群間で再入院率と再入院までの期間、および再入院時の在院期間のいずれの指標も大きな差は認めなかった。

この結果、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。

3. 診療報酬改定

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、精神科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の中で、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。

今後、診療報酬の大幅な引き上げは期待できないため、精神科回復期リハビリテーション病棟を実現するには、何らかの診療報酬を引き下げまたは転換が必要である。そのためには、過去の精神科における診療報酬の項目別の金額を検討することが必要である。これを示したのが表4である。若干古いデータであるため現状とは少し異なる可能性も否めないが、依然として入院

主体の医療であることは一目瞭然である。特に、精神科療養病棟は全体の 23.8%を占める。今後、精神科療養病棟を精神科回復期リハビリテーション病棟に転換し、その過程で病床削減し、地域への支出へ当てることができるように少しずつ変化していく方法も考えられる。

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ごとの診療報酬化の検討も深めていく予定である。

E 結論

精神科回復期リハビリテーション病棟の基準について検討した。平成 18 年度の診療報酬化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ごとの診療報酬化の検討も深めていく予定である。

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

厚生労働省：社会医療診療行為別調査 平成 15 年 6 月 審査分

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

表 1 診断別の各病棟利用状況

	救急ユニットのみ		救急+閉鎖		救急+開放		救急+閉鎖+開放	
	n	%	n	%	n	%	n	%
統合失調症	24	22.4%	73	68.2%	1	0.9%	9	8.4%
気分障害	9	20.5%	29	65.9%	2	4.5%	4	9.1%
その他の精神障害	18	62.1%	11	37.9%		0.0%		0.0%
合計	51	28.3%	113	62.8%	3	1.7%	13	7.2%

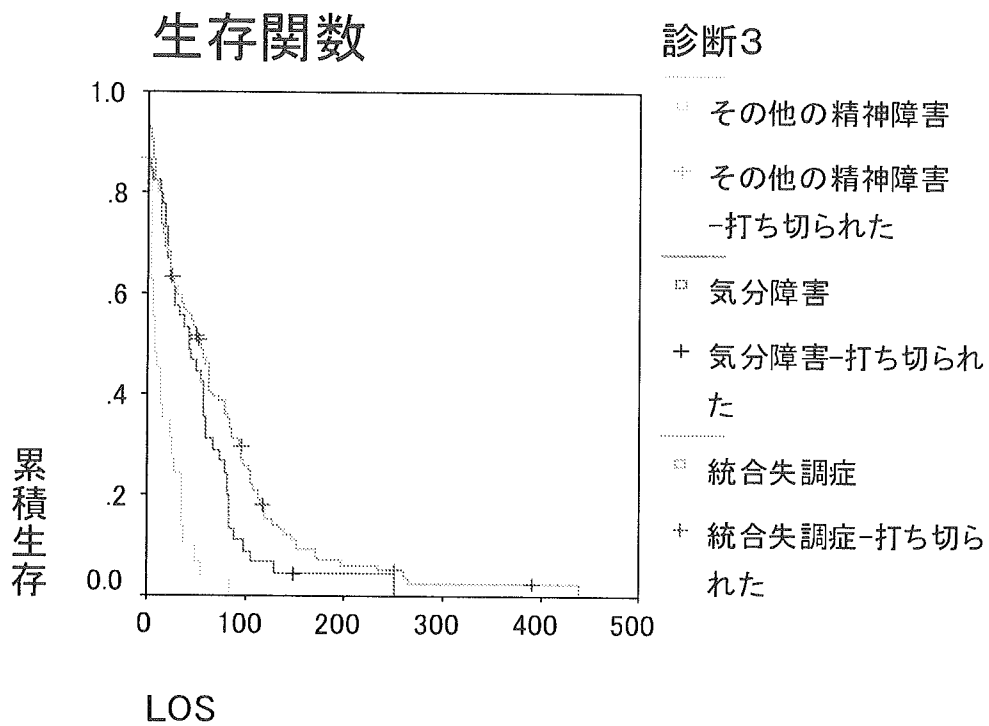


図 1 診断別の残留曲線

図2 退院先による入院日数の違い

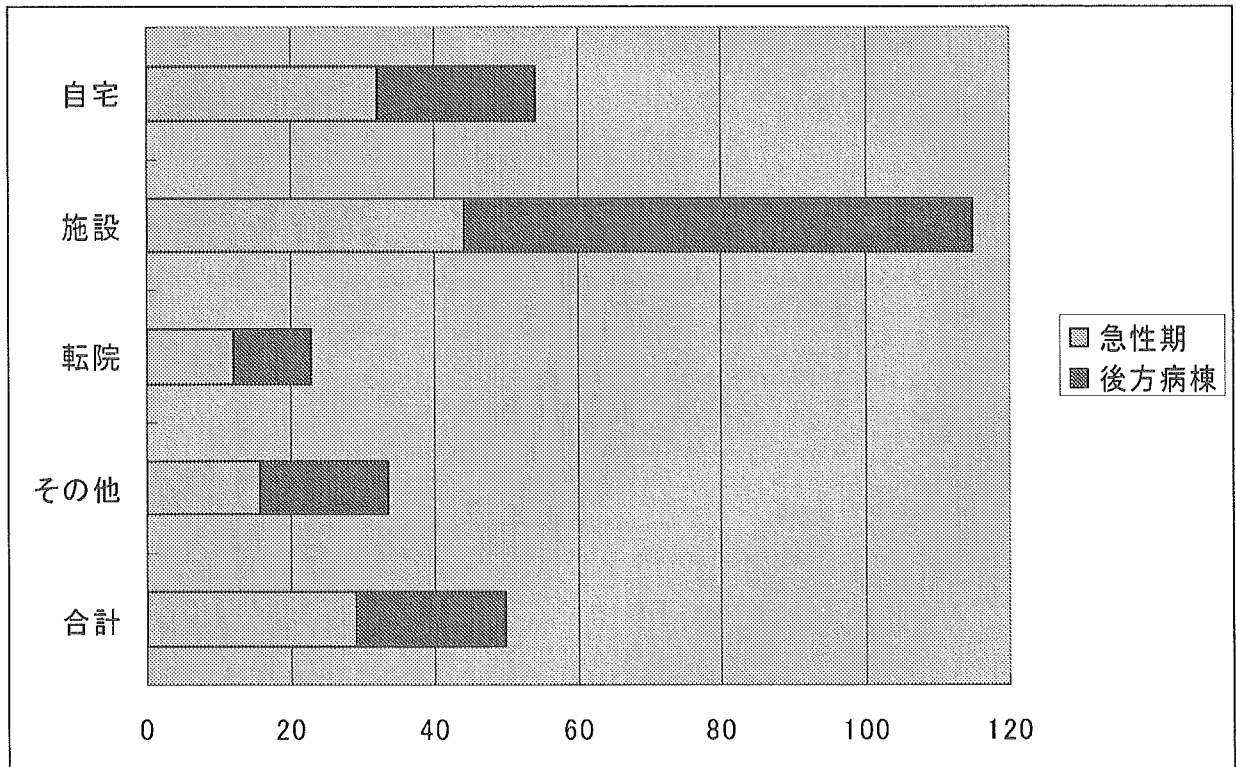


表2 社会復帰病棟およびその他の病棟の退院後2年間の再入院の有無

病棟種別	再入院		計	再入院率
	あり	なし		
社会復帰	34	43	77	44.2%
その他	122	164	286	42.7%

表3 病棟種別による入院時年齢, 在院期間, 再入院までの期間, 再入院期間

病棟種別	入院時年齢		退院までの在院期間		再入院までの期間		再入院の在院期間	
	平均(歳)	SD	平均(月)	SD	平均(月)	SD	平均(月)	SD
社会復帰	40.4	10.0	41.4	59.0	14.0	15.7	8.4	13.6
その他	38.5	14.0	14.9	14.5	16.9	15.2	7.0	13.4

図3 診断別の再入院率の推移

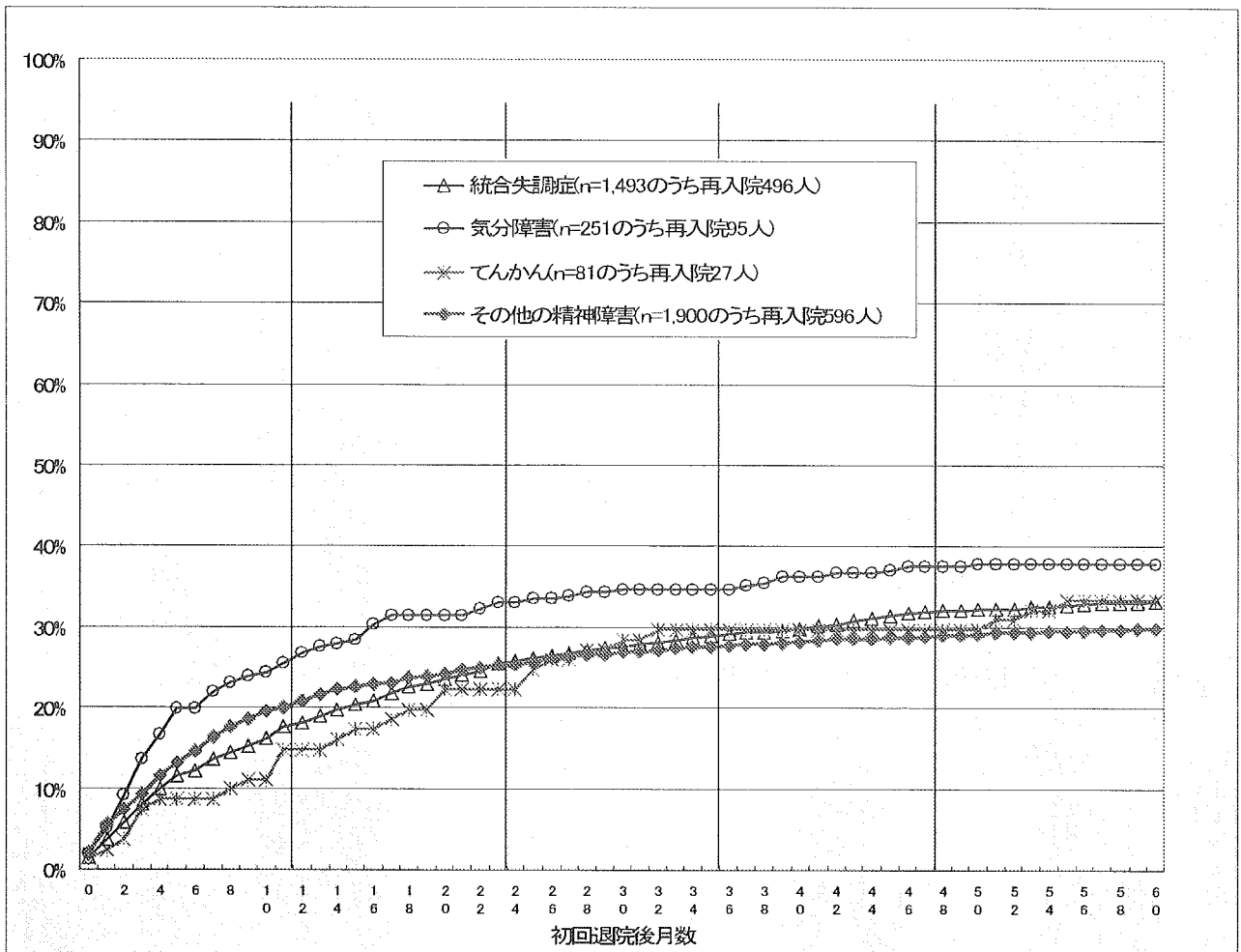


図4 初回退院後5年までに再入院した患者の再入院時期

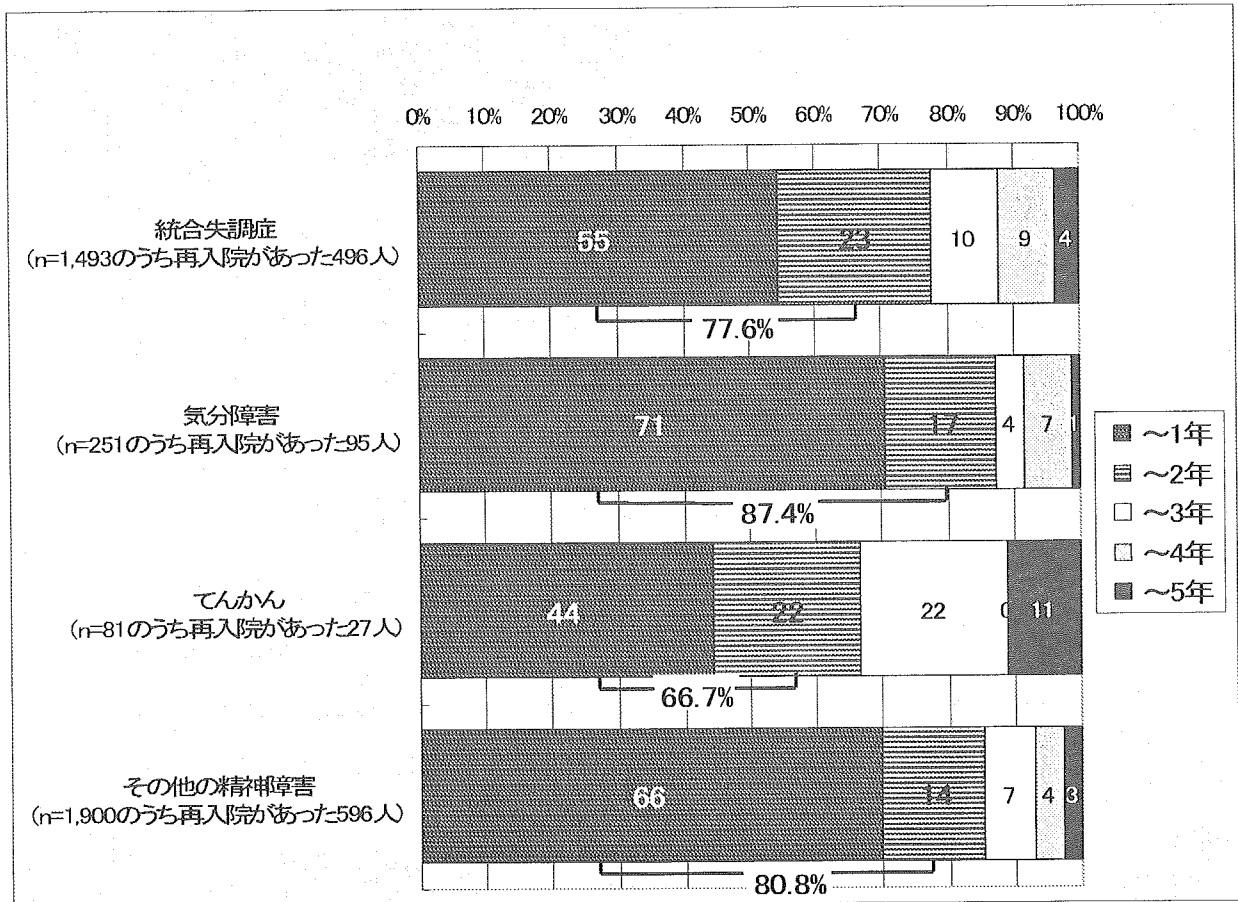


表4 平成15年 社会医療診療行為別調査 平成15年6月審査分

診療行為種別	億円	%
総計	634	100.0
初・再診料計	8	1.3
初診小計	1	0.2
再診小計	6	0.9
再診料	5	0.8
入院料等計	482	76.0
入院基本料計	244	38.5
特定入院料計	208	32.8
特殊疾患療養病棟入院料	5	0.8
精神科救急入院料	3	0.5
精神科急性期治療病棟入院料	5	0.8
精神療養病棟入院料	151	23.8
老人性痴呆疾患治療病棟入院料	20	3.2
老人性痴呆疾患療養病棟入院料	22	3.5
入院基本料等加算計	29	4.6
指導管理等計	4	0.6
在宅医療計	0	0.0
検査計	11	1.7
投薬計	54	8.5
注射計	4	0.6
精神科専門療法計	63	9.9
処置計	3	0.5

診療行為種別	億円	%
精神科専門療法計	63	9.9
精神科電気痙攣療法	0	0.0
入院精神療法(Ⅰ)	2	0.3
Ⅱ(Ⅱ)	4	0.6
通院精神療法 初診日	0	0.0
その他	15	2.4
加算 6月以内 20歳未満	0	0.0
標準型精神分析療法	1	0.2
心身医学療法	0	0.0
入院集団精神療法	0	0.0
通院集団精神療法	0	0.0
精神科作業療法	15	2.4
入院生活技能訓練療法	0	0.0
精神科デイ・ケア	11	1.7
精神科ナイト・ケア	0	0.0
精神科デイ・ナイト・ケア	3	0.5
精神科退院指導料	0	0.0
精神科退院前訪問指導料	0	0.0
精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)	1	0.2
Ⅱ(Ⅱ)	0	0.0
持続性抗精神病注射薬剤料	0	0.0
重度痴呆患者デイ・ケア料	4	0.6
加算 食事	1	0.2

精神科回復期リハビリテーション病棟（案）

- ・ 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入院治療を受けても退院可能でない患者。ただし，入院患者のうち患者の 5 割以内は入院後 1 年以上でも可とする。
- ・ 3 対 1 看護。
- ・ PSWI 名，OT 又は CP1 名以上を病棟専属とする。
- ・ 精神科療養病棟と同様の病棟環境を持つこと。
- ・ 患者の 8 割以上が 9 カ月で自宅退院（自宅・単身アパート・グループホーム・社会復帰施設を含む）。ただし 3 カ月以内に再入院した者は退院とみなさない。
- ・ 当病棟入院時に医師，看護師，在宅復帰支援を担当する者，その他必要に応じた関係職種が共同して精神科リハビリテーション総合実施計画を作成し，患者に対して説明を行う。
- ・ 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。
- ・ 入院中より退院促進・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）
- ・ 診療報酬は転入棟後 9 カ月までを限度として算定（3 カ月ごとに逦減）。精神科急性期治療病棟と精神科療養病棟の間の点数とする。
- ・ 病棟全体ではなく，病室単位も可能とする。その際，スタッフ配置は病棟全体で基準を満たす必要があるが，入院 1 年後の患者の割合と，自宅退院の割合は病床にのみ適用する。

平成17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

精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究（身体合併症）

研究協力者 藤原修一郎 横浜南共済病院 神経科部長、
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

【研究要旨】

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た。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。実際には総合病院精神科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、身体管理の必要性和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。