

厚生労働科学研究費補助金
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18年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 保坂 隆

平成19（2007）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 -----	3
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および身体合併症治療に関する研究-----	25
分担研究者 平田 豊明 (静岡県立こころの医療センター 院長)	
2. 精神科回復期リハビリテーション病棟のあり方と可能性に関する研究----	55
分担研究者 伊藤 弘人 (国立精神・神経センター精神保健研究所 部長)	
3. 認知症医療において精神科病棟が果たすべき固有の機能-----	66
分担研究者 朝田 隆 (筑波大学臨床医学系 教授)	
4. ストレスケア病棟の社会的役割及び設置基準等に関する研究-----	70
分担研究者 徳永 雄一郎 (不知火病院 院長)	
5. 児童・思春期精神科患者の入院治療の適正化に関する研究-----	85
分担研究者 岸本 年史 (奈良県立医科大学 教授)	
6. 救急医療より見た精神医療の課題-----	88
分担研究者 本間 正人 (国立病院機構災害医療センター 部長)	
7. 精神科—身体科合併症病棟の構築にあたっての研究-----	153
分担研究者 岸 泰宏 (埼玉医科大学総合医療センター 助教授)	
8. 身体合併症病棟に関する研究-----	158
分担研究者 藤原修一郎 (横浜南共済病院 部長)	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	167

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

平成18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】

A. 研究目的

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る。

昨年度までは機能分化する病棟を「精神科救急・急性期病棟」、「精神科回復期リハビリテーション（社会復帰リハビリテーション）病棟」、「認知症治療病棟」、「ストレスケア病棟」、「合併症」のように分類して検討してきた。今年度は、これらに「児童・思春期病棟」を新たに追加した。

さらに今年度は、一般救急病棟と精神科救急・急性期、合併症病棟との連携、機能分化の考察、合併症患者を受け入れるための必要病床数の算出を新たな課題として設定した。

B. 研究方法・結果・考察

（1）精神科各病棟の機能分化

①精神科救急病棟

昨年度に続き精神科救急病棟（スーパー救急）について調査・検討した。調査時点（2006年10月）で全国に25施設あった精神科救急病棟中回答があった23施設での実態調査をした。平均46.0床で、ここに4.1人の専任医師と25.5人の看護師などを配して、2005年度は、年間359.6人の入院患者を平均46.2日で治療し、212.9人を自宅退院としていた。

精神科救急病棟の機能を評価するために、ストラクチャー的な指標として①病室の構成

と設備、②検査体制および③医療機器の配備状況、それに④職員配置状況を、プロセスの指標として①電気けいれん療法、②治療プログラムの実施状況、③クリニカルパス実施状況、④行動制限最小化委員会の開催状況、それに⑤精神科マクロ救急システムへの参加状況を、アウトカムの指標としていくつかの診療指標をそれぞれ検討し、2003年度、2004年度のデータや国公立病院と民間病院の比較などを試みた。

(精神科救急病棟における合併症患者については後掲)

②精神科回復期リハビリテーション(社会復帰リハビリテーション)病棟

昨年度まで、「救急・急性期病棟の後方病床として機能し、転棟後9ヵ月間に集中的リハビリ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」などの施設基準案を作成した。今年度は、精神科救急病棟(スーパー救急)を対象に、施設基準案を示した上で、同基準に適った精神科回復期リハビリテーション病棟の必要性・実現可能性、および基準の適否について意見を調査した。さらに、「1年以内に退院した件数」が最も多い同病棟からの転棟先病棟を「精神科回復期リハビリテーション病棟」のモデルとみなし、その運用実態を調査した。

昨年度までの研究で提示した施設基準について、望ましいあるべき姿であると、調査対象病院は考えていたが、人員配置や在院日数については、各病院が想定する実際の該当病棟の実情より高い基準であることを示唆していた。

③認知症治療病棟

認知症医療において精神科病棟が果たしえる固有の機能を明らかにした上で、この分野における適切な報酬体系を構築することを目指した。そこでこの分野に最も関係が深い、日本老年精神医学会の会員を中心に委員会を構成して討議・検討した。その結果、今日の認知症医療における重要課題を指摘しその報酬の提言を行った。①早期診断と対応策のアドバイス、②BPSD(精神症状・行動異常)への対応、③家族介護や対応策のアドバイス。以上に対する診療報酬が必要である。

④ストレスケア病棟

うつ病の入院治療論を中心に、ストレスケア病棟の施設基準、必要病床数、配置基準、診療報酬の考察を行った。

研究方法は①ストレスケア病棟を設置するうちの全国13病院に対する入院中における自殺者調査、②不知火病院ストレスケア病棟のうち、気分障害(双極性障害を除く)の入院者を対象として調査した。

研究結果として自殺発生件数は、上記対象の13病院の全入院者数10,427人中、自殺者25人(自殺率0.24%)であり、各施設間の差は認められなかった。治療結果としては、不知火病院ストレスケア病棟の入院者において、症状評価尺度のHAM-D、及びSDSとも退院時に良好な統計が出ており、寛解状態を示すHAM-D7以下、社会適応が良好を示すGAF71以上を満たす患者は51%であった。

⑤児童・思春期病棟

児童・思春期病棟を運営している施設について、訪問面談・電話により問い合わせ、文書・その他の資料から検討し、考察を加え、その必要とする病床数を算定したところ 20 歳未満の人口 10 万対 3~41 人（平均 15 人）であり、専門的治療を要する可能性がある。しかし、標準化された児童・思春期病棟の治療モデルはまだない。治療モデルの確立とともに診療報酬等において経営的基盤の強化が急務である。

(2) 一般救急病棟と精神科救急・急性期、合併症病棟との連携、機能分化

①身体救急（救命救急）病棟

3つの研究計画を立て実行した。第一は、救急病院における精神科救急患者の動態を調査するための調査用紙を作成すること、第二は、主に救命救急センターに入院する精神科救急患者を対象に調査することにより定量的に精神科合併症病棟への入院適応患者の発生数を明らかにすること、第三に、救命救急センターにおける身体的救急に問題のある精神科患者の問題点を明らかにすることである。調査は、東京都内および近郊の8カ所の救命救急センターおよび救急医療施設を対象に3ヶ月の期間に調査用紙を用いて行った。可能な限り精神科医の診察を受けるものとした。379名の対象者がエントリーされた。死亡症例28例を除く351名で、精神科医の受診は227名であり、身体救急合併症を有している患者は、115名であった。そのうち入院が必要な精神科疾患を合併している患者は46名であった。

精神科受診率を勘案すると、救命救急センター入院患者の2.2%が精神科合併症病棟適応のある新規患者発生数と考えられた。

一方、全国の総合病院精神科有床、外来のみ、さらに精神科病院で一般病床を併設する施設数、病床数を明らかにすることで、現状の身体合併症診療体制および今後の課題、特に身体合併症による長期在院者の受け入れの病床の可能性についても言及した。（研究Ⅲ）

②救急合併症病棟

米国の身体—精神疾患合併症病棟構築にあたり、病床数をどのように設定したかについて聞き取り調査を行った。総合病院入院の1—2%が身体—精神合併症病棟入院により恩恵を得られると判断し、病床をオープンした（当初は8床、その後12床に増床：総合病院病床数800床）。この方法は、看護師による認識のため、「精神症状と身体症状のインターアクション」について過小評価している可能性は高い。しかしながら、医師が合併症を認識するよりも優れている。実際、「身体—精神疾患合併症例の認識」において、看護師が認識した症例の20%程度しか医師は精神科コンサルテーションにかけていないことも示されている。なお、University of Iowaの身体—精神合併症病棟は、臨床的ならびに医療経済的な有用性・優位性が示されている。

また、一般身体科病棟において、精神医療のニーズに日米で差があるのかについて、精神科コンサルテーションの比較を行った。身体—精神合併症病棟の必要病床数（需要）に

において、日米間で大きな差は認めないものと予測された。

③合併症病棟

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。(研究Ⅰ)

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。研究Ⅰ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、対応、設備構造、手厚い人員配置の必要性から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二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。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は、8~12%であることから、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の必要性和リスクマネジメントの観点から、総合病院で種々の身体疾患に対する診療体制があり、しかも当該病棟の設備構造、人員配置、医療経済的にも充分なされるような救急入院料病棟が総合病院内に一定の地域毎に存在することが望ましいと考えた。(研究Ⅱ)

総合病院精神科における救急、身体合併症診療の実態を再度アンケート用紙により調査した。身体合併症は、入院治療あるいは継続して一般科医師の診療を必要とする疾患に限定し、さらに重症身体合併症者(定義は後述)についても受け入れ状況を調査した。

④精神科救急病棟における身体合併症

(1) 精神科救急病棟での身体合併症患者の対応の原則、(2) 精神科、身体、それぞれの救急レベルに応じた対応(受け入れ)の可否、(3) 回答日現在の身体合併症のある入院患者の内訳、(4) 過去6ヶ月間の「身体合併症」を有する患者の入院および退院転帰の経路を調査した。

精神科救急病棟に入院してくる精神科急性患者のうち、約12%には身体疾患が併存ないし続発し、そのうちの約18%は身体的に重症であること、すなわち精神科急性患者の約2%には重症身体疾患が合併し、短期間ではあれ精神科救急病棟で対応しなくてはならないものと推計された。

C.結論

(1) 精神科各病棟の機能

昨年度まで研究してきた各病棟および今年度新たに研究した児童・思春期病棟について、更なる充実を図るべき、あるいは新たに診療報酬化を求めるべき具体的機能を明らかにした。またそのための課題も明らかにすることができた。

(2) 一般救急病棟と精神科救急・急性期、合併症病棟との連携、機能分化

身体救急病棟(救命救急センター)、総合病院精神科、精神科救急病棟における合併症患者

者の概数を明らかにすることができた。また米国における合併症病床の需要からわが国での必要数を推定した。

【分担研究者】

- 岸 泰宏（埼玉医科総合医療センター神経精神科・助教授）
- 平田豊明（静岡県立こころの医療センター・院長）
- 徳永雄一郎（不知火病院・病院長）
- 伊藤弘人（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）
- 岸本年史（奈良県立医科大学精神科・教授）
- 朝田 隆（筑波大学臨床医学系精神医学・教授）
- 本間正人（独立行政法人国立病院機構災害医療センター救命救急センター・部長）
- 藤原修一郎（横浜南共済病院神経科・部長）

【研究協力者】（順不同）

- 市江亮一（山梨県立北病院）
- 来住由樹（岡山県立岡山病院）
- 小沼杏坪（せのがわ病院）
- 澤 温（さわ病院）
- 渋谷孝之（千葉県精神科医療センター）
- 杉山直也（横浜市立大学精神科）
- 早川達郎（国立精神・神経センター国府台病院）
- 藤村尚宏（東京武蔵野病院）
- 矢崎直人（不知火病院）
- 安西信雄（国立精神・神経センター武蔵病院）
- 木谷雅彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）
- 瀬戸屋雄太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）
- 大友康裕（東京医科歯科大学救急災害医学）
- 黒川 顕（日本医科大学武蔵小杉病院救命救急センター）
- 佐藤守仁（国立国際医療センター救急部）
- 須崎紳一郎（武蔵野赤十字病院救命救急センター）
- 布施理美（前・川口市立医療センター）
- 松田 潔（山梨県立中央病院救命救急センター）
- 松本 尚（日本医科大学千葉北総病院救命救急センター）
- 宮内雅人（日本医科大学高度救命救急センター）

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、17年度に続く3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「精神科救急・急性期病棟」、「社会復帰リハビリテーション病棟」、「重度療養病棟」、「合併症病棟」、「重度痴呆療養病棟」、「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。

その結果、平成16年度の研究では、「社会復帰リハビリテーション病棟」、「重度療養病棟」を一括して「社会復帰リハビリテーション病棟(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。

これに続き平成17年度は、「救急・急性期」については「精神科救急病棟」を対象を限定し、「社会復帰リハビリテーション病棟(I)(II)」、「合併症病棟」、「認知症治療病棟」、「ストレスケア病棟」に新たに分類し、研究した。

最後に平成18年度は、「精神科救急病棟」をさらに検討し、「社会復帰リハビリテーション病棟(I)(II)」を合わせて「精神科回復期リハビリテーション病棟」という呼称に統一し、「認知症治療病棟」、「ストレスケア病棟」に加えて「児童・思春期病棟」を新たに追加した。

さらに平成18年度は、一般救急病棟と精神科救急・急性期、合併症病棟との連携、機能分化の考察および合併症患者のための必要病床数の算出を新たな課題として設定した。そして、それに対して、まず一般の身体救急病棟における合併症患者の実態を把握し、その後方病棟として、従来の「合併症」病棟に加え、「救急合併症」病棟を検討した。さらに、精神科救急病棟における合併症患者の実態を

調査した。

本報告書の中では、(1)精神科各病棟の機能分化、(2)一般救急病棟と精神科救急・急性期、合併症病棟との連携、機能分化、に大別して記した。

(1) 精神科各病棟の機能分化

①精神科救急病棟

昨年度に続き精神科救急病棟について調査・検討した。調査時点(2006年10月)で全国に25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23施設での実態調査をした。

A.調査対象病棟の母体病院となる病院全体の概況、B.精神科救急病棟の運用概況という大項目を建て、病棟の設備・人員、診療実績、治療種別に関する設問を配した調査票を作成した。

②精神科回復期リハビリテーション病棟

精神科救急病棟を設置する25病院(2006年10月現在)を対象に、「1年以内に退院した件数」が最も多い同病棟からの転棟先病棟を「精神科回復期リハビリテーション病棟」のモデルとし、アンケートによりその運用実態を調査した。また、昨年度まで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について、その実現可能性や基準の適否についての意見を調査した。

③認知症治療病棟

日本老年精神医学会の会員を中心に委員会を構成して、以下の観点に関して討議・検討して新たな提言をすることを目指した。まずキーワードとして総合評価と処遇困難例をおいた。前者については、検査・診断が主体となるが、DPC的な観点も含まれる。後者は、臨床現場では必ず問題となり、地域連携の場では最も討議・検討されることが多い。

具体的には現状認識から始めた。わが国で認知症患者が受ける医療の場で問題視されて

いる事柄と、認知症に係る報酬体系概要の認識を基本とした。そこでまず現場の関係者から問題点を指摘してもらって試案を作成し、それに対する意見・批判を収集して最終的にまとめた。

④ストレスケア病棟

i) ストレスケア病棟を設置する全国13病院(日本ストレス病棟研究会に所属する施設)に対して、入院中の自殺者数に関する調査を行い、全施設から回答を得た。

ii) 不知火病院ストレスケア病棟「ストレスケアセンター・海の病棟」入院者のうち、気分障害(双極性障害は除く)と診断した患者を対象とし、調査期間は平成15年10月9日～平成16年9月30日。スタッフ構成、治療のスケジュール等についても同期間を対象とした。データ収集法はカルテに基づき調査集計を行った。調査指標はクリニカルパス、HAM-D(Hamilton depression scale)、SDS(self-rating depression scale)、BPRS(brief psychiatric rating scale)、GAF(gas amplification factor)などである。

⑤児童・思春期病棟

児童・思春期病棟を運営している施設を対象として、訪問面談・電話により問い合わせ、文書・その他の資料から検討、考察を加えた。

(2) 一般救急病棟と精神科救急・急性期、合併症病棟との連携、機能分化

①身体救急(救命救急)病棟

3つの研究計画を立て実行した。第一は、救急病院における精神科救急患者の動態を調査するための調査用紙を作成すること、第二は、主に救命救急センターに入院する精神科救急患者を対象に調査することにより定量的に精神科合併症病棟入院適応患者発生数を明らかにすること、第三に、救命救急センターにおける身体的救急に問題のある精神科患者の問題点を明らかにすることである。調査は、

東京都内および近郊の8カ所の救命救急センターおよび救急医療施設を対象に3ヶ月の期間に調査用紙を用いて行った。

調査項目は以下の通りである。

- i)年齢, 性別, 入院経路, 入院主病名, 救命救急センター退院日, 退院時転帰
- ii)自殺企図, 精神科病院・病棟からの転入, 来院時精神症状・行動異常, 入院中精神症状・行動異常の有無
- iii)自殺企図の内容, 精神異常・行動異常の内容
- iv)救急医が考える入院の適応と判断
 - v)精神科医の診察の有無
 - vi)身体合併症の有無, 合併症の内容
 - vii)救急医が考える理想的な退院, 転院先と実際の退院, 転院先
 - viii)精神科コンサルテーションの有無
- IX)精神科医診断による精神科診断名 (ICD-10), 精神科治療の継続の必要性

②救急合併症病棟

米国の身体-精神疾患合併症病棟構築にあたり, 病床数をどのように設定したかについて聞き取り調査を行った。また, 一般身体科病棟において, 精神医療のニーズに日米で差があるのかについて, 精神科コンサルテーションの比較を行った。

③合併症病棟

精神科救急, 身体合併症診療の実態は, 全国総合病院精神科643施設にアンケート調査(2006年10月施行)を行い, 有効回答のあった109施設(回収率17.0%)を対象とした。今回は, 精神科における人員配置, 病床数, 調査時の入院患者数(救急受診後入院患者数, 身体合併症患者数), 身体合併症重症患者数などを分析した。対象とした病院の設立母体, 病床数, 医師数, 平均在院日数については, 表にまとめた。

重症身体合併症の対象疾患は, 意識障害・

昏睡状態, 自殺企図などによる熱傷・骨折・外傷・急性薬物中毒, 呼吸不全・心不全・ショック状態, 重篤な代謝障害, 手術前後, 悪性腫瘍, 透析, その他とした。

総合病院基礎調査(2002年, 2004年, 2006年), 総合病院精神疾患個別入院日数調査(2003年), 病院要覧(2003-2004年版;医療施設政策研究会), 総合病院精神医学会有床総合病院問題委員会データ, 厚労省ホームページ, 各病院ホームページ, 都道府県社会保険事務局閲覧資料等を総合し, 矛盾のないものをデータとして選別し使用し, 総合病院精神科有床施設, 外来併設施設, 及び精神科病院内一般病床施設に関して, 施設数, 病床数を県単位, あるいは二次医療圏単位で把握した。(なお, 総合病院とは旧総合病院の規程を使用している)

④精神科救急病棟における身体合併症

1)精神科救急病棟での身体合併症患者の対応の原則 2).精神科, 身体, それぞれの救急レベルに応じた対応(受け入れ)の可否, 3).回答日現在の身体合併症のある入院患者の内訳, 4)過去6ヶ月間の「身体合併症」を有する患者の入院および退院転帰の経路を問う調査票を作成した。

調査時点(2006年10月)で全国に25施設あった精神科救急病棟(スーパー救急)に調査票を郵送した。

C. 研究結果

(1) 精神科各病棟の機能分化

①精神科救急病棟

調査対象25施設中23施設から回答があった。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。

②精神科回復期リハビリテーション病棟

i) 救急病棟からモデル病棟へ転棟した患者の1年以内の退院先について

病院ごとの状況を見ると、「1年以内で8割以上退院している」のは回答のあった11病院中5病院（自宅退院に限れば、2病院）であった。回答のあった11病院の平均で、救急からの転棟患者の66.9%が1年以内に自宅へ退院しており、社会復帰施設等への退院も含めると、72.7%が1年以内に退院していた。

ii) 「精神科回復期リハビリテーション病棟」の必要性・実現可能性について、

回答のあった16病院中15病院が「必要」と回答したものの、「実現可能」との回答は7病院にとどまった。不可能な理由として、4病院が人員の不足を挙げた。また3病院が対象患者を限定していることを挙げた。

③認知症治療病棟

i) 現状の問題点として以下が指摘された。

- 1)平成18年4月の診療報酬改訂により精神科では認知症専門医療から撤退する傾向がある。
- 2)老人性認知症疾患治療病棟や同療養型病棟の機能が、地域で十分に理解されていない。
- 3)重度認知症デイケアについても同様である。
- 4)従来は、精神科における認知症医療は専ら重症化した段階で行われる基本図式があった。しかし今日では初期からの関わりが社会的に要請されている。

ii) 今日の認知症医療における重要課題とその報酬の提言

- 1)早期診断と対応策のアドバイス
- 2)BPSD（精神症状・行動異常）への対応
- 3)家族介護や対応策のアドバイス

1) について：なぜ新診療報酬が必要か？

- ・早期診断には深い経験・技術を要する。
- ・診断には長い時間、多くの観点からの評価・診察が必要である。
- ・レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症は特に診断困難である。

その根拠としては

- ・近年注目されている若年性認知症の家族の会から、年余にわたりうつ病と誤診されていた事例が少なからず報告されている。
- ・若年性認知症の家族の会アンケートによれば、最初の受診機関の大多数は精神科、とくに総合病院精神科に集中している。
- ・最初の異常に気付かれた後、初めて医療機関を受診するまで2-3年を要するとされ、このように対応の遅れが結果として後の医療費を上げている。
- ・アルツハイマー病以外の認知症について自信をもって診断できる医師の人数は少なく、この種の診断は特殊技能といえる。

2) について：具体的な新診療報酬項目

- ・介護施設入所の処遇困難例の一時的受け入れ
 - ・外来・往診先における評価と対応
- なぜ新診療報酬が必要か？以下のような理由で深い経験・技術を要する。
- ・BPSDは環境・脳・そして薬剤といった複合的要因から成る。これを判別しそれぞれのウエイトを評価するのは難しい。
 - ・治療薬は限定されているので非薬物介入が不可欠。
 - ・非薬物療法においては人権尊重と個別性志向の多くの時間と労力を伴う。
 - ・とくに「介護施設入所の処遇困難例の一時的受け入れ」については、一定期間内に密度の高い薬物・非薬物治療を行い、着実な効果を上げるには、並々ならぬ深い経験・技術が不可欠である。
- 3) 家族介護や対応策のアドバイスについて
- ・一旦廃止となった認知症患者在宅療養指

導管理料に代えて、新たな項目として復活させて欲しい。

その理由としては

- ・ 認知症患者の家族介護や対応策のアドバイスには少なからぬ時間を要する
- ・ 豊富な臨床経験に裏打ちされたアドバイスこそ家族が認知症医療に求めているものの中核である。

④ストレスケア病棟

(1) 自殺発生件数

日本ストレス病棟研究会に所属する施設において、各施設の全入院者を対象として調査を行った（ストレスケア病棟開設～平成 17 年 8 月末）。全入院者数 10,427 人中自殺者は 25 人、自殺率は 0.24%、このうち気分障害（双極性障害を除く）での自殺者は 15 人、自殺率は 0.29%という結果になった。自殺者は各施設に 1 人から最大 5 人の発生件数となっており、施設間の自殺率にほとんど差はない。

不知火病院における自殺調査においては、平成元年のストレスケア病棟（全開放処遇）設立から平成 17 年 8 月末における全入院者数 2,531 人において 5 人の自殺発生件数であり、自殺率は 0.20%であった。このうち気分障害（双極性障害を除く）の入院者 1,857 人中の自殺者は 4 人、自殺率は 0.22%であった。なお、ここ 8 年間に於いて自殺は発生していない。

さらに、症状や行動上の問題、とくに自殺念慮の高まりや自殺企図は開放処遇を中心とするストレスケア病棟の大きな課題であるが、今回の調査において閉鎖病棟への転棟率は 6.7%（標準偏差 4.9）と低い値にとどまった。

治療における自殺率においては種々の調査報告があるが、入院中のうつ病者の自殺完遂率は 3～15%とされており、外来患者に対する大規模な疫学調査においても 0.8%程度であることを比較すると、今回のストレスケア病棟 13 施設での調査結果における平均 7 年間

（最長 20 年間）の自殺率 0.29%は非常に少ない結果であったと指摘できる。

ただし、各施設においては対象患者の偏りや治療環境の違い、例えばうつ病のユニット病床運営であって、病棟として治療する構造ではない施設もある。この状況から単純に比較することには慎重を要するものの、調査結果はストレスケア病棟における自殺防止に一定の成果を示していると考えられる。

現状として、全国的に外来通院施設は増加傾向にあったとしても、うつ病治療の入院施設が少ない状況を検討すると、ストレスケア病棟の設置が自殺防止という社会的課題の解決手段としても必要であると考えられる。

(2) 入院治療結果及び回復度

1) 不知火病院ストレスケア病棟の治療構造

治療結果については、各施設における研究のための共通基準の実施が困難であったため、不知火病院の研究結果を記載する。

不知火病院の治療構造を述べる（平成 16 年度総括・分担報告書）。ストレスケア病棟は 48 床、患者の特性として年齢層は 30 代 21 人（24%）、40 代 26 人（31%）、50 代 26 人（31%）、と働き盛りの年代が全体の 86%を占めている。職業については勤労者が 71%を占める。入院回数については、当院への初回入院者が 79.1%、他院への入院歴のある入院者が 7 人（22.1%）。平均在院日数は 80.9 日であった。

治療構造として、スタッフ構成は医師 4 人、看護師 16 人、看護助手 3 人、事務 1 人、臨床心理士 3 人（平成 16 年 3 月までは常勤 2 人、4 月以降は常勤 2 人、週 2 日非常勤 1 人）、カウンセリングナース（カウンセリングの研修を受けた看護師、心理療法を中心に従事）2 人、作業療法士 1 人、精神保健福祉士 2 人。主な治療内容は個人精神療法、集団精神療法、家族療法、認知療法、作業療法、音楽療法、職場環境調整、復職支援プログラムであった。全例クリニカルパスを使用して治療を行い、退院 1 カ月前からは復職支援プログラムを導

入している。

各職種による治療的介入については、医師による精神療法は平均 13.2 回、作業療法士による作業療法は平均 14 回、精神保健福祉士による介入は、患者への介入が 1.82 回、家族への介入が 2.25 回、職場への介入が 3.09 回、上司面談は 1.10 回であった。

2) 症状回復度

上記の治療構造における治療に対する効果の判定について述べる。第一に構造化された面接の上で行った HAM-D の改善率は入院時平均 24.54 から退院時平均 6.44 に低下した。HAM-D7 以下が寛解状態とされているので、この調査時点において、入院者のほとんどが回復したという結果が出ている。自己評価尺度である SDS に関しても入院時平均 52.55、退院時平均 41.00 と低下した。t 検定により入院時と退院時の比較を行った結果、いずれも有意差があり、退院時において点数が減少していることがわかった。また、退院時の GAF は退院時平均が 77.68 となっている。社会適応が良好を示す基準は 71 以上が必要とされていることからその基準を満たしており、良好な治療結果であった。退院時に HAM-D7 以下、GAF71 以上を満たす対象患者は 51%であった。

⑤児童・思春期病棟

全国の児童・思春期専門病棟医療施設 16 施設の入院患者数より、それを持たない各県に於いて必要とする病床数を算定したところ 20 歳未満の人口 10 万対 3~41 人（平均 15 人）であり、専門的治療を要する可能性がある。平成 13 年度に稼動していた児童・思春期精神科入院医療加算届出施設のうちの 5 施設の病床稼働率は 42.3~82.8%（平均 68.7%）、平均在院日数は 51.9~274.4 日（平均 168.3 日）であったが、1 施設が病棟を統合し加算届けを取りやめたため、4 施設における平成 17 年度の稼働率は 27.4~97.6%（平均 55.6%）、平均

在院日数は 63.4~377.4 日（平均 241.9 日）であった。稼働率が 83.1%平均在院日数 334.4 日の公立 A 病院の当該病棟の某 1 ヶ月分の経費原価 9,902,056 円・収入 9,072,740 円であった。

(2) 一般救急病棟と精神科救急・急性期、合併症病棟との連携、機能分化

①身体救急（救命救急）病棟

調査には 3 次医療施設中心とする 8 施設（A~H 施設）が参加した。施設の概要を示す。調査数は合計で 379 症例（23 例の来院時心肺停止状態患者（以下 CPAOA）を含む）で、調査期間の全入院患者数は 3089 例であった。調査医療施設の年間入院患者数は 11713 例であり、入院患者数の 12%が当調査に該当することが明らかとなった。調査対象症例の平均年齢は 39.8 歳、男性 38%、女性 62%で女性に多かった。救命センター在院日数は平均 7.0 日であり、最高 11.1 日、最低 3.0 日と施設間のばらつきが多かった。

入院中の精神科医への受診・診断の状況（死亡症例を除く）

精神科の受診状況（電話でのコンサルテーションを除く）を検討すると、60.2%が精神科医師を受診していた。この 227 例全例に精神科医による精神科診断がなされている（後述）。検討にあたっては、死亡症例 28 例を除いた。施設間の格差が著しく、100%受診の施設から、0%の施設まであり、院内における常勤精神科医師の存在の有無、精神科診療形態（外来・入院）の有無が重要と思われた。身体救急合併症の有無（死亡症例を除く）

身体救急合併症とは、救命治療が終了してもなお、入院しての医療継続が必要な身体的疾患であり、外来通院で診療可能な疾患（手首切創、糖尿病、高血圧など内科的疾患で慢性的なもの）は含まない。死亡例 28 例を除く検討では、115 名（33.1%）で身体合併症ありと診断されていた。身体合併症の頻度について

では、施設間格差が少なかった。

身体救急合併症の内容

外傷が 36.7%（うち骨折あり 34 例，21.5%），感染症 14.6%，その他 20.3%であった。

救急医が考える理想的な退院・転院先

外来・地域フォロー 52.3%，精神科病棟 20.6%，精神科合併症病棟 20.3%，一般病棟入院（精神科往診）5.4%であった。40.9%が精神科入院の継続が理想的と考えていたことになる。

実際の退院先・転院先

外来・地域フォロー 68.0%，精神科病棟 13.3%，精神科合併症病棟 6.5%，一般病棟 9.2%で，精神科病棟で入院継続した患者は 19.8%であった。

精神科疾患の存在により入院期間が延びたと考えられるか

20.4%で考えられる，80.5%で考えられないとの回答であった。

精神科医師による精神科診断(ICD-10)

精神科医を受診した 227 名全員より精神科医師による精神科診断名が得られた。16.3%が「統合失調症，統合失調症型障害および妄想性障害 (F2)」と，24.7%が「気分 [感情] 障害 (躁うつ病を含む) (F3)」と，15.9%が「神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害(F4)」と，25.6%が「その他の精神及び行動の障害(その他の F コード)」と，17.6%が「保留，不明」と診断された。なお，重複回答は許可しなかった。「その他の精神及び行動の障害(その他の F コード)」の中には，人格障害 (28 名，12.3%)，認知症 (1 名，0.44) が含まれていた。診断の傾向には，施設間のばらつきが認められた。

精神科医師の診断による，精神科医療の継続性の必要性

69%が外来対応，29.1%が入院対応 (15.9%が任意入院，13.2%が強制入院)，1.77%が治療継続の必要性なしと判断された。

②救急合併症病棟

身体—精神合併症病棟 (タイプ IV MPU) を構築するにあたり，病床数の設定について，米国の身体—精神合併症病棟の第一人者である Roger G. Kathol 医師に聞き取り調査を行った。University of Iowa のタイプ IV 身体—精神合併症病棟においては，各科看護師の協力 (内科，外科，産婦人科，精神科など) により病床数を設定したとのことである。夜間の看護スーパーバイザーによる各科病棟回診の際に，各科病棟のヘッドナースより“身体疾患—精神疾患の合併により，症状の改善が阻害されている症例”を報告してもらい集計した。その結果，総合病院入院の 1—2%が身体—精神合併症病棟入院により恩恵を得られると判断し，病床をオープンした (当初は 8 床，その後 12 床に増床:総合病院病床数 800 床)。この方法は，看護師による認識のため，“精神症状と身体症状のインターアクション”ついて過小評価している可能性は高い。しかしながら，医師が合併症を認識するよりも優れている。実際，「身体—精神疾患合併症例の認識」において，看護師が認識した症例の 20%程度しか医師は精神科コンサルテーションにかけていないことも示されている。なお，University of Iowa の身体—精神合併症病棟は，臨床的ならびに医療経済的な有用性・優位性が示されている。

日本においてはどの程度の需要が考えられるであろうか？ そこで，日米での一般病床における精神疾患治療の需要に差があるのか調査を行った。今回は一般身体科医師側からみた需要の比較を行った。東海大学付属病院(2003 年度)とミネソタ大学病院 (2001 年) における 1 年間の精神科コンサルテーションの比較を行った。

その結果，ミネソタ大学は 541/17,629 症例 (3.1%)，東海大学は 399/16,903 症例 (2.4%) に精神科コンサルテーションの依頼があった。依頼疾患に差は認められたが，医師側からみ

た精神科の需要に臨床的には両国間で差はなく、その他の精神科コンサルテーション需要報告（国・地域を問わず1～5%）と一致していた。したがって、身体－精神合併症病棟の必要病床数（需要）においても、日米間において大きな差は認めないものと予測される。

③合併症病棟

1) 総合病院精神科救急，身体合併症実態調査

(1) 精神科救急

有床総合病院で，精神科救急に24時間365日対応している施設は33施設（55%），輪番は6施設（10%）であった。都道府県精神科救急医療システムに参加している施設は37施設（61.2%）であった。また，調査時点の入院患者数に占める救急受診後の入院患者数は平均7.3人で，全入院患者の9.8%を占めていた。

(2) 精神科身体合併症

都道府県で身体合併症システムがあるのは，調査施設中29.4%と少なく，また，システムに参加している施設も17.4%と少数であった。しかし，身体合併症を可能なかぎり受け入れる施設は，47.7%と約半数であった。受け入れ方法は，まず一般科で身体的な診療を優先的に行なう施設は全体の62.4%であった。

今回の調査では，身体合併症の定義は①身体疾患自体で入院治療の対象となるもの②身体疾患で入院治療の対象とはならないが，他科医師による継続的な診療が必要なものとした。

一施設の身体合併症者の入院全体に占める割合は，25.9%であった。さらに重症身体合併症で疾患を限定すると一施設平均2.5人で，入院患者全体の5.8%であった。

2) 精神科病床分布

(1) 総合病院精神科病床，外来の分布

総合病院精神科の全病床数は，本調査では

全国で20,588床であった。（平成17年時点の資料）

各県ごとに総合病院精神科の施設数，病床数，外来のみ施設数を調査した。

二次医療圏毎に調査した結果では，総合病院精神科病床のある地域が45%，精神科外来のみの地域21%，総合病院精神科のない地域34%であった。

(2) 総合病院精神科大規模病床，及び非総合病院精神科一般病床併設施設

総合病院精神科大規模病床（精神科100床以上）と総合病院ではないが，精神科病床に併設して一般病床をもつ施設数，病床数（一般，精神）を各県毎に調査した。

④精神科救急病棟における身体合併症

精神科救急病棟で受け入れ可能な身体救急事例は，一次救急レベルでは100%可能であったが，二次救急レベルでは半数以下となり，三次救急レベルが受け入れ可能なのは1施設のみであった。最近6ヶ月間に当該病棟から退院した患者のうち，身体合併症を有する患者210例の報告が10施設からなされた。糖尿病と循環器系疾患で6割を超えていた。

精神科救急病棟に入院してくる精神科急性患者のうち，約12%には身体疾患が併存ないし続発し，そのうちの約18%は身体的に重症であること，すなわち精神科急性患者の約2%には重症身体疾患が合併し，短期間ではあれ精神科救急病棟で対応しなくてはならないものと推計された。

D. 考察

(1) 精神科各病棟の機能分化

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・急性期病棟とその後方病棟の機能の充実が求められる。

最先端の精神科急性期治療を提供する精神科救急病棟は、2002年の診療報酬化以降着実に増加している(2006年10月現在25施設)。2003年から2005年までの指標を比べると、平均在院日数の延伸傾向、緊急入院形態の減少、自宅退院率の上昇などの変化を認め、精神科救急病棟群は、治療の迅速性よりも継続性を重視し、地域ケアの一環としての急性期治療を志向しつつあるように見える。地方都市への展開や民間病院の増加によってこの傾向は強まると予測されるが、精神科マクロ救急システムにおける基幹病院としての機能も再認識されるべきである。

「精神科回復期リハビリテーション病棟」の基準の適否について、昨年度までの研究で提示した施設基準については、10項目すべてについて7病院以上が「適切」と回答した。提示した基準は概ね支持されたとみなすことができる。コメントから、「精神科回復期リハビリテーション病棟」を実現するのであれば、十分な診療報酬点数を付け、より手厚い環境を確保することを各病院が望んでいることが示唆された。ただし「患者の8割以上が9ヵ月で自宅退院」という基準が実情と離れている可能性も示唆された。「精神科回復期リハビリテーション病棟」の実現に向けては、更なる検討の余地が示唆されたといえる。

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、本年度は認知症患者のための病棟、ストレスケア病棟、児童・思春期病棟についても検討したのである。

認知症病棟に関しては、早期認知症の診断や生活指導、BPSD患者に対する他業種協働、介護施設入所中のBPSD患者の一時受け入れ医療などについて診療報酬化が求められる。

ストレスケア病棟に関しては、ストレスケア病棟での入院者の自殺率の少なさ、治療の有効性が確認できた結果から、外来通院ではなく入院施設としての有効性確認できる。ストレスケア病棟が有効に機能するためには、ある一定基準を満たした病院にのみストレスケア病棟の標榜を許可すべきだと考える。その基準とは、①日本医療機能評価機構による認定の取得、②(ICD) F3・F4・およびF5(ストレス疾患と定義する)に該当する疾病により入院する患者であって、ストレスケア病棟に入院する前3月間において保険医療機関の精神病棟に入院したことがない患者であることという疾病条件の設置である。必要病床数は人口10万人対12~24床、必要人員配置は、常勤の精神保健指定医および専任精神科医師が各1名以上、看護職員13対1(70%以上が看護師)、看護補助50対1、臨床心理士[専従]・精神保健福祉士[専従]は各1名以上とする。さらに診療報酬は精神科急性期治療病棟1を算定すること、社会復帰支援実施加算及び復職支援加算の新設が必要である。

児童・思春期病棟に関しては、平均在院日数・稼働率に大幅なばらつきがあり標準化された治療モデルはまだない。また、順調に機能している病棟においても経営的に不採算であり、現在のところ児童・思春期に特化した病棟の運営は困難であると言わざるを得ない。精神科児童・思春期専門病棟についての課題として、(1)治療の標準化(児童・思春期精神科入院治療の適応、入院治療の構造すなわち病棟の物理的・社会的構造、治療技法、治療スタッフ等、入院治療モデル(軽度発達障害モデル、神経症性障害モデル、人格障害性疾患モデル、精神病モデル)、(2)経済的基盤の検討、(3)総合病院における治療専門ユニットの必要性、(4)海外の状況の調査等があり、さらなる今後の検討が必要である。

(2) 一般救急病棟と精神科救急・急性期、合併症病棟との連携、機能分化

一般救急病棟と精神科救急・急性期、合併症病棟との連携、機能分化については以下のように考察する。

まず、救命救急センターおよび救急医療センターにおいて、入院患者の12%が本調査のエントリー基準（広義の精神科救急）を満たし、自殺企図が73%を占めること、2回以上の自殺企図患者（リピーター）が42%を占めること、身体的救急合併症を約33%が有していること、精神科医の受診率が約60%行われていた。精神科医の受診率に施設間格差が大きかった。身体救急合併症の頻度に関しては各施設間でのばらつきが少なかった一方、精神科医による精神科診断については、施設間のばらつきが大きかった。その理由としては、施設としての精神科依頼の基準の存在（たとえば明らかな精神科既往：統合失調症がある場合は精神科受診しない）や精神科医師間の診断基準のばらつきが考えられる。

当然、精神疾患症例の入院が多い一般病棟では精神科の需要は高い。埼玉医科大学総合医療センターは、救命救急センターで治療の後方病棟（一般身体治療病棟）を備えている。したがって、救命救急センターで治療後に身体的入院治療が必要な症例の多くはその病棟に入院する。救命救急センターには多くの精神的問題をかかえる症例が入院し（自殺等）、その後の身体的治療が必要な症例が後方病棟に入院するため、精神科医・救急医・病棟看護師によるカンファレンスが週に一度行われている。精神科コンサルテーションを行っている症例に加えて、「身体疾患—精神疾患の合併により症状の改善が阻害されている症例」の検討を行っている。50床の病床中、時期により異なるが、毎回10—20症例（20—40%の症例）がこれらの症例に該当している。精神疾患・症状は自殺企図後の症例、頭

部外傷後の精神運動興奮状態の症例、せん妄症例など多岐にわたっている。埼玉医科大学総合医療センターには、精神科病床がないため、これらの症例はすべて一般身体治療病棟における管理となっている。身体疾患治療が必要なため、精神科病院への転院は困難であり、管理に難渋することが多い。これらの症例の何パーセントが身体—精神合併症病棟での管理が適しているかについては、身体疾患—精神疾患合併症症例のacuity systemが確立していない現在、正確な統計は不可能である。現状では、臨床的かつpragmaticにタイプIからIVまでの身体—精神疾患合併症病棟をバランスよく配置するのが理想であろう。

総合病院において、身体合併症医療システムのある地域は30%弱しかない。救急場面では、精神、身体両面からの対応が必要なが多いにも関わらず、総合病院精神科においても、救急、身体合併症受け入れ体制をさらに整備していく必要がある。身体合併症医療は二次医療圏毎に行なわれることが望ましく、医療圏毎に随時入院を受け入れられるような設備構造、人員配置が必要であろう。

精神科救急病棟に入院してくる患者の約2%は、一般科もしくは総合病院精神科への転院を要する身体疾患を合併していると推計されたが、精神科単科病院が主体の精神科救急病棟認可病院は、身体管理能力に大きな限界を抱えている。この限界を克服するには、総合病院精神科の拡充もしくは精神科救急と身体救急のリンク強化が必要であるが、精神科救急システムの整備の遅れと地域差がこれを阻んでいるのが現状である。

E. 結論

(1) 精神科各病棟の機能

昨年度まで研究してきた各病棟および今年度新たに研究した児童・思春期病棟について、

更なる充実を図るべき、あるいは新たに診療報酬化を求めべき具体的機能を明らかにした。またそのための課題も明らかにすることができた。

救急医療は医療の存在理由の重要な柱であり、医療機関の本来業務である。医療の本来業務を公認する診療報酬制度で定められた精神科救急病棟や急性期治療病棟を核として精神科救急医療システムを組み立てるのが本来の姿である。精神科医療従事者は、そのように発想を転換し、新たな精神科救急医療システムの構築を展望すべきである。

救急・急性期病棟の後方病棟としての「精神科回復期リハビリテーション病棟」について、昨年度までの研究で提示した施設基準は精神科救急医療を担う病院から概ね支持された。ただし人員配置や在院日数については、各病院のモデル病棟の実情より高い基準であることが示唆された。「精神科回復期リハビリテーション病棟」の実現のためには、これらの基準についてさらに検討する必要がある。

認知症病棟については、診断について、若年性認知症、希少な認知症性疾患の診断能力が求められている。また生活機能評価では、とくに精神症状・行動異常が高度な例で、治療・ケアのプランの基盤作りを基本に、地域医療福祉の統合拠点としての機能が求められる。さらに認知症性疾患のある個人の身体的医療を総合病院の精神科病棟で行う例などに対する考慮が望まれる。以上に対する診療報酬が必要である。

ストレスケア病棟については、本研究において、専門的なうつ病治療病棟（ストレスケア病棟）での自殺防止が可能であるという結論が得られた。ストレスケア病棟の設置が社会的なうつ病の増加に対応する目的にとどまらず、国民的な急務の課題である自殺防止にも重要な役割を果たすものと結論づけられた。

児童・思春期病棟については、標準化した児童精神科入院治療の適用、入院構造、入院

治療モデルを設定し、それに併せて経済的基盤を強化することが必須である。

(2) 一般救急病棟と精神科救急・急性期、合併症病棟との連携、機能分化

身体救急病棟（救命救急センター）、総合病院精神科、精神科救急病棟における合併症患者の概数を明らかにすることができた。また米国における合併症病床の需要からわが国での必要数を推定できた。

救命救急病棟調査により「救命救急センター入院患者 1000 人あたり 22 名の身体救急合併症病棟の適応患者が発生すること」が明らかとなった。現在の救命救急センターの設置基準には精神科医の常駐の規定や精神科医療のための加算がない。救命救急センターや救急医療センターは精神科救急患者の受け皿として重要な拠点であり特別な配慮が必要と考えられる。

身体救急合併症病棟のベッド数算定にあたっては、発生数とともに在院日数がもう一つの重要な因子であり、疾患の種類と疾患ごとの在院日数の予想などさらなる検討が必要であると考えられる。

米国では TypeIV 合併症病棟の需要は、総合病院病床数の 1-2%と試算されており、臨床的・医療経済的な優位性が示されている。医師側からの一般身体治療現場における精神科介入の需要（精神科コンサルテーション依頼）に日米間で大きな差はなく、身体—精神合併症病棟の需要数にも大きな差はないものと考察される。今後は、身体—精神合併症の重症度をふくめた総合的な acuity level に基づいた、サービス・デリバリー (i.e., タイプ I ~ IV のどこが適切な治療現場か) の構築が必要である。

一方、精神科単科病院が主体の精神科救急病棟群は、ハードウェア面で身体管理能力の限界を露呈している。この限界を克服するた

めには、総合病院精神科における精神科救急や急性期治療の水準を向上させる必要がある。

しかし、総合病院精神科も救急医療に取り組んでいる施設は多いが、身体合併症システムとリンクさせている地域は少ない。現在、精神科救急病棟を認可された総合病院精神科は国立と民間各1施設の計2施設を数えるに過ぎず、東京都立病院群以外には、今後も大幅な増加を見込める情勢にはない。

身体救急ユニットと精神科救急システムとのリンケージについても、接点がないに等しい現状にある。主な理由は精神科救急システムの未整備であり、身体救急からは精神科救急の入り口（電話相談窓口）が見えないからである。

双方の救急システムの連携を早急に確立しなくてはならない。今回の調査結果がその際の参考とされることが望まれる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし