

図2 モデル病棟における退院促進プログラムの実施回数（1ヶ月当たり）

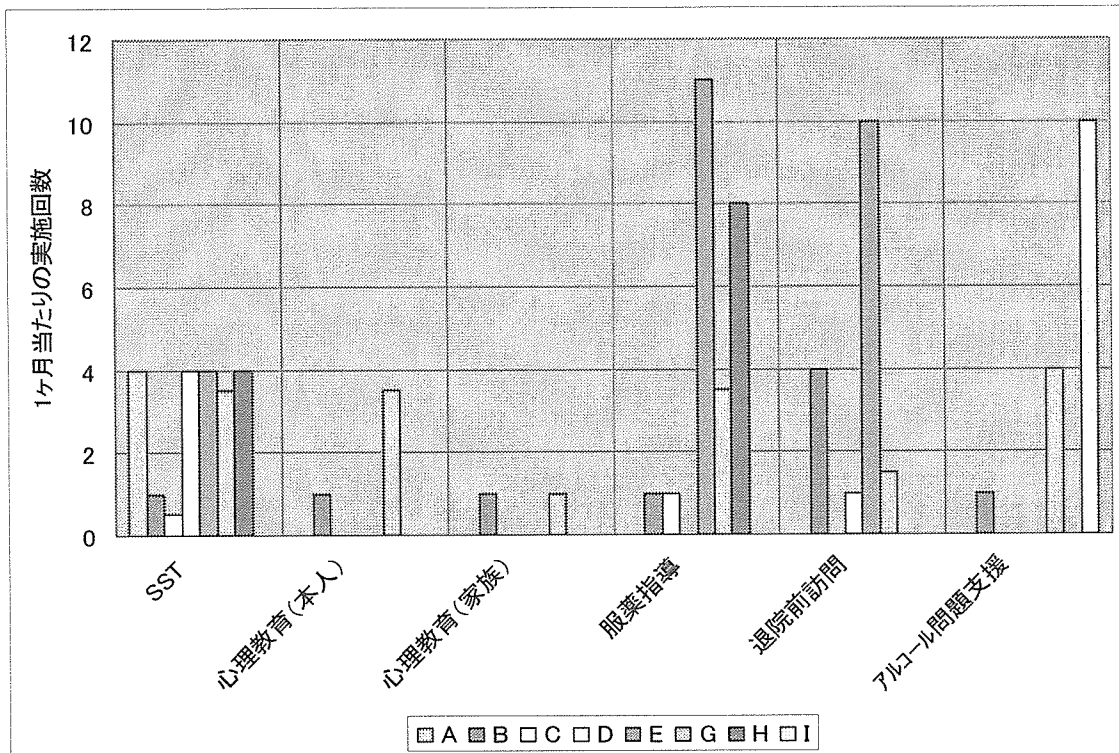


表4 モデル病棟における退院促進プログラムの実施回数（1ヶ月当たり）

	SST	心理教育 (本人)	心理教育 (家族)	服薬指導	退院前の 訪問	アルコー ル問題へ の支援	その他
A	4	0	0	0	0	0	0
B	1	1	1	1	4	1	0
C	0.5	0	0	1	0	0	0
D	4	0	0	0	1	0	0
E	4	0	0	11	10	0	0
G	3.5	3.5	1	3.5	1.5	4	0
H	4	0	0	8	0	0	0
I	0	0	0	0	0	10	0
平均	2.6	0.6	0.3	3.1	3.3	1.9	0

図3 救急病棟からの転棟患者の、モデル病棟からの1年以内の転出先

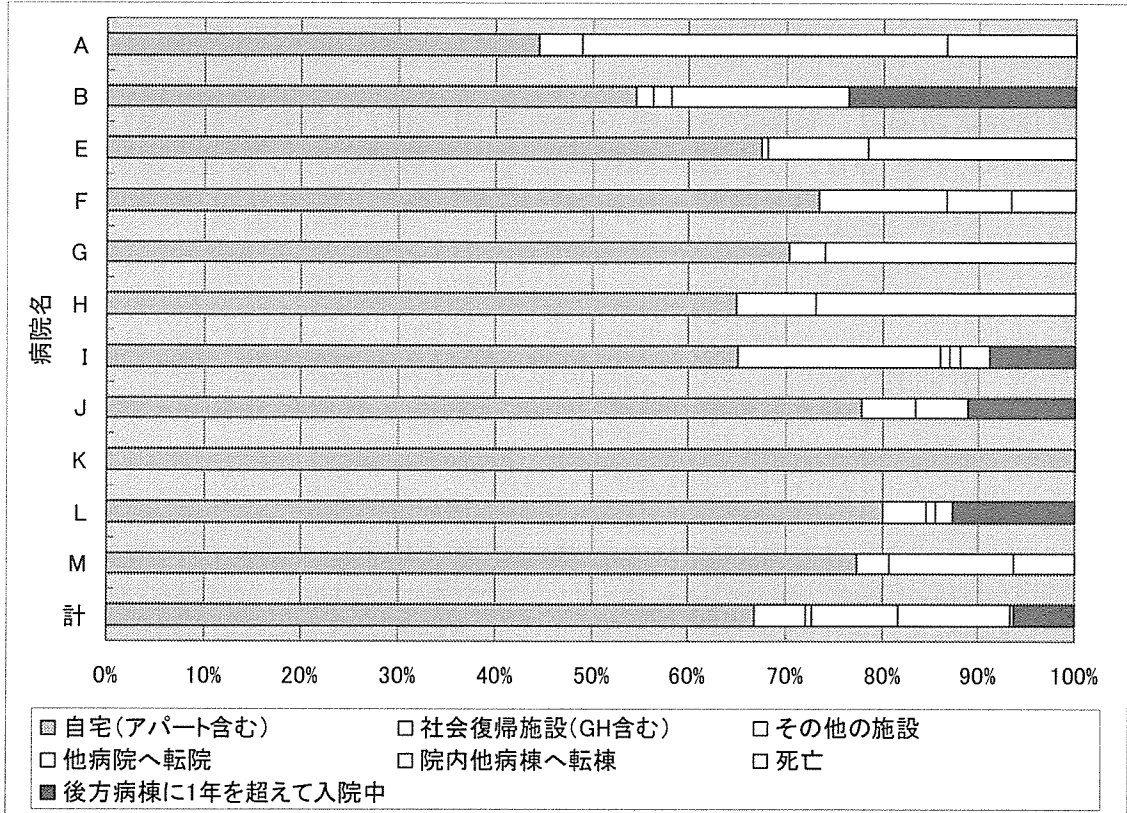
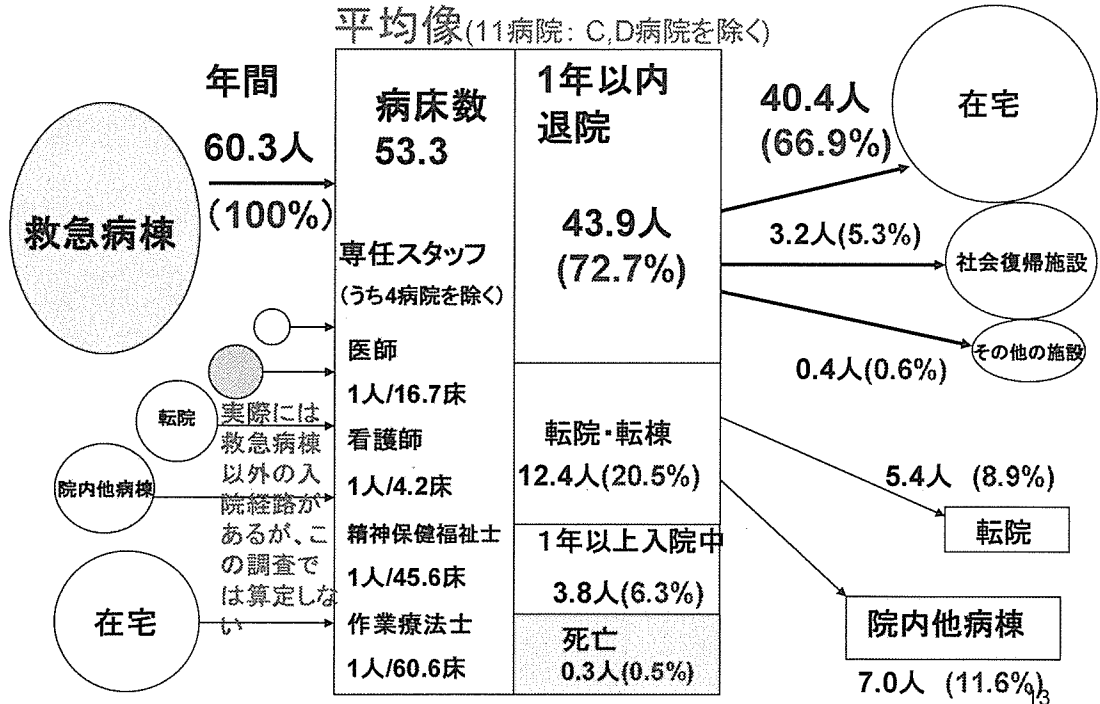


図4 救急病棟から後方病棟への患者の流れの平均像(11病院: C,D病院を除く)



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。

基準

1. 15 対 1 看護（従来 3 対 1 相当）
2. 精神保健福祉士 1 名、作業療法士又は心理士 1 名以上を病棟専属
3. 精神科療養病棟と同様の病棟環境を持つ
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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を実施
8. 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）
9. 診療報酬は転入棟後 9 カ月までを限度として算定（3 カ月ごとに逡減）。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。
10. 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。

図5 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

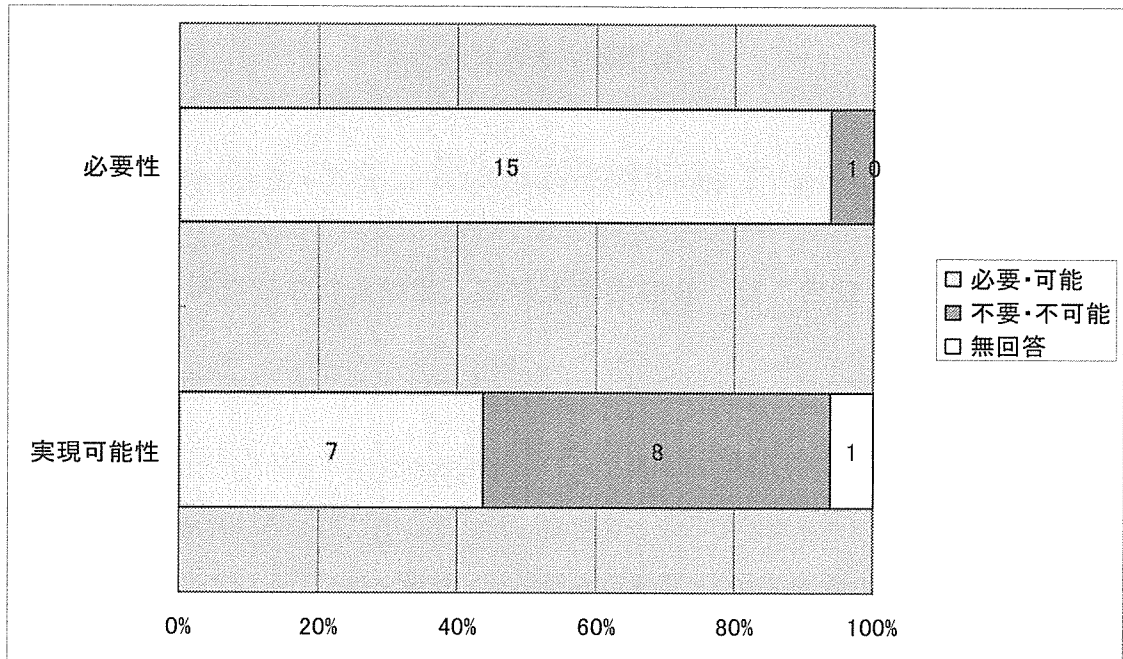
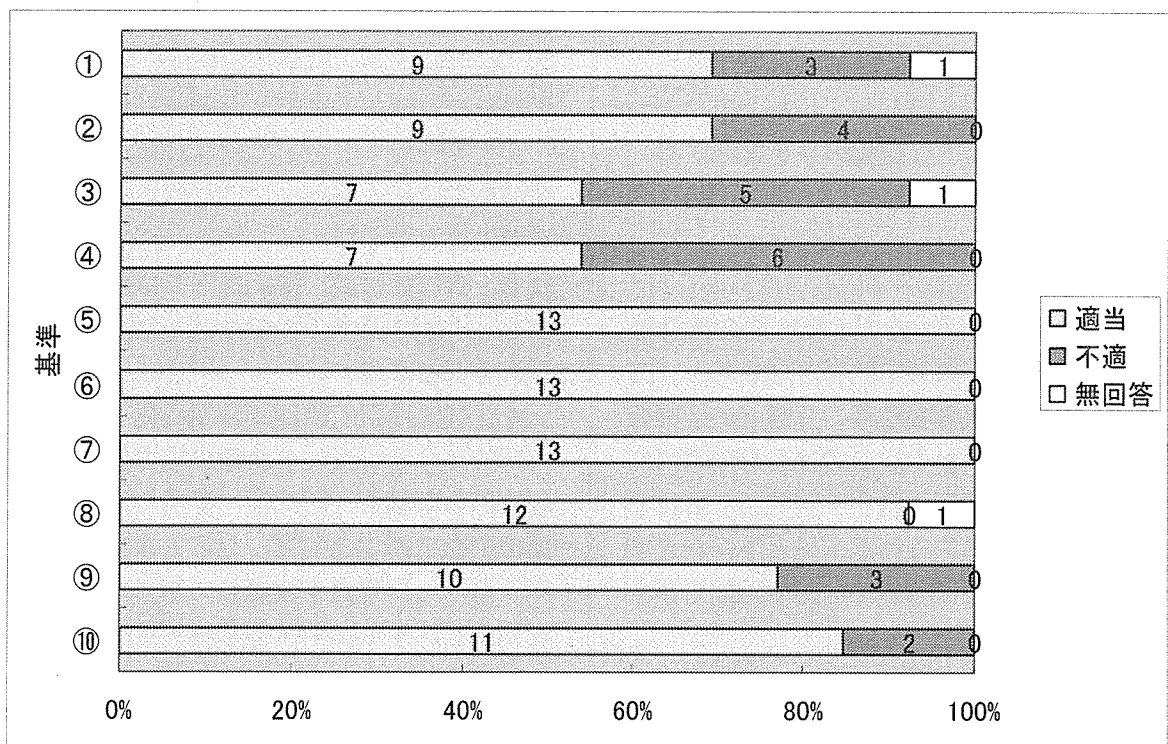


図6 精神科回復期リハビリテーション病棟（案）の各基準の適否



平成 18 年度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」

分担研究報告書

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

分担研究者 朝田 隆 筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授

【研究要旨】

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。

A. 研究目的

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。

B. 研究方法

認知症医療の領域では急性期の精神症状・行動異常への対応整備がなされ、一方で介護保険関連の慢性期の介護という福祉面が充実しつつある。このような現状において、認知症患者に対する精神科における認知症医療に求められるものとは何かを明確にし、これに係る新たな診療報酬を提言する。

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、

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。本委員会委員は、精神科病院、精神科診療所、総合病院精神科に勤務する医師から構成される。

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。次に後者は、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。

C. 研究結果

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
- 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

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。

D. 考察

①早期診断と対応策のアドバイス

今日、アルツハイマー病に対する根治療法の開発が進行中である。そうした薬剤は理論的には、早期ほど効果が期待できるだ

けに早期診断の重要性が強調されている。

ところが早期から認知症として典型的な症状が出揃う訳ではない。例えばうつ症状や心気症状といった記憶障害以外の精神症状で始まる例も少なくない。したがってうつ病として年余にわたって加療された挙句、別の認知症専門医によって初めて認知症に気付かれるような場合もある。このような事態が当事者とその家族にとって不幸であることはもとより、医療経済的にも被害は甚大である。

早期診断には、認知症医療における広く深い経験・技術を要する。また診断には長時間を要し、画像や神経心理など多くの観点からの評価・診察が求められる。また近年その有病率の高さが認識されるようになったレビー小体型認知症、あるいは前頭側頭型認知症は一般医にとって特に診断困難とされる。

そこで個々の検査料とは別に、これらを総合して早期認知症か否かを判断する場合の診療報酬の新設を要望するものである。

次にいわゆる MCI や早期認知症と診断された場合に、今後の対応法や生活上の留意点などについて指導を求められるのが常である。精神科医療において従来はこのような予防的生活指導がなされることはまず稀であった。

このような点については、未だ確立したエビデンスはないものの、新たな情報が続々と報告されつつある。そこで栄養、運動、休養、社会交流といった視点を中心に、精神的なサポートも加味しながら現時点で適正と思われる指導を行う場合に新たな診療報酬が必要になる。

②BPSD について

認知症患者にみられる精神症状、行動異常は BPSD と総称される。BPSD の成因は 3 つに大別し得ると考えられる。すなわち環

境・脳・そして薬剤である。環境とは生活の場のみならず介護者の対応の仕方や家族の接し方も含む。脳とは疾患の進行度そのものである。そして薬剤とは、他の合併身体疾患治療薬による単独のあるいは複合的な副作用を意味する。これらがそれぞれの程度寄与しているかの評価は難しい。

またオフラベルといった要因もあり、抗精神病薬などの治療薬は原則として使用できない。新たな薬物治療は模索段階に過ぎない。一方、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きめ細かい対応が基本になる。以上から、BPSD に対しては多業種が協同して臨まなくてはならないことが明らかである。このような多業種協同に対しての新たな診療報酬を要望するものである。

介護施設に入所中であっても激しい BPSD ゆえに処遇困難な例は少なくない。こうした症例を一時的に受け入れ、元の介護施設に戻せる状態にする医療に対する診療報酬を要望する。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、やはり深い経験・技術が不可欠である。入院期間に応じた料金勾配はつける必要がある。

③家族介護や対応策のアドバイスについて
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。

経験的には、うつ病など一般的な精神疾患の 2-3 倍の時間が必要である。

各論としては、

国民が求める認知症医療の水準を考えると以下の報酬加算も必要である。

①医療保護入院する認知症患者への処遇、とくに隔離・拘束(物理的・化学的)のない処遇の実現に対して。

- ②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に対して。
- ③入院生活における不潔行為・自傷の危険性などの治療阻害要因を専門的に察知し、予防する技術に対して。これには行動制限最少化委員会の設置が必要条件。なお、看護の人員配置に応じた自費徴収の解禁も求められる。

E. 結論

診断については、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。

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

日本老年精神医学会において診療報酬検討委員会を開設、今後精神科病棟における認知症医療に係る診療報酬について継続的に検討を重ねる体制を構築した。

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

平成 18 年度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」

分担研究報告書

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

分担研究者 徳永雄一郎 不知火病院長
協力研究者 矢崎 直人 不知火病院副院長

研究要旨

今日うつ病治療は自殺防止も含め、大きな社会問題となっている。その対象は勤労者から学生にまで広がっており、種々の解決策が求められる状況にある。またうつ病は、再発率、遷延化率ともに高く、外来治療のみでは十分な回復に至らないケースも多い。このように入院の必要な例が多い現状から、うつ病の入院治療に関する治療論の確立が急がれている。

そこで、これらの状況を踏まえ、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た調査。

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-D 7 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。

以上の結果から、ストレスケア病棟における入院治療の有用性が確認できた。治療実践に基づき、ストレスケア病棟の施設基準、必要病床数、配置基準、診療報酬案を以下のように考察する。

- ①ストレスケア病棟の施設基準：日本医療機能評価機構認定の取得
- ②必要病床数：人口 10 万人対 12～24 床。全病床数は 14,400～28,800 床

③配置基準：病床数 60 床以下

- ・ 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] 各 1 名以上

④診療報酬：Ⅰ) ストレスケア病棟入院料の新設

Ⅱ) 社会復帰支援実施加算の新設

Ⅲ) 復職支援加算の新設

A. 研究目的

うつ病は年間 3 万人を超える自殺や勤労者のメンタルヘルス問題と深く関連し、社会的関心も強くなっている。それとともに精神科の専門医へのうつ病受診率も高くなっているが、現実的なうつ病患者の受診率は 25%もしくはそれ以下という数値が一般的である。そのため、外来治療のみならず、適切かつ医学的な入院治療を必要とする患者数は相当数にのぼると想定される。

さらに、うつ病は外来治療だけでは治り難いケースも増加傾向にあり、再発率は 5、6 年で 30~40%、10 年以内では 70~80%といわれている。また 15~20%程度は難治性に推移することが明らかになっている。

このような現状から、うつ病の入院治療を主体とした専門的な治療病棟の必要性は高く、そこでの治療は自殺やメンタルヘルス問題の減少や防止対策に直結すると予測される。

本研究では、うつ病治療の専門病棟であるストレスケア病棟の実態を調査検討し、入院治療の必要性、必要病床数の基準、適切な人員配置、診療報酬について考察した。

B. 研究方法

①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。

②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）。

（倫理面への配慮）

本研究における①の調査では個人名の記載を無記名とし、②の調査においては個人名が特定されないよう、患者の匿名性の保持に十分配慮し研究を行った。

C. 研究結果

I. 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。

II. 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（図1）。職業については勤労者が71%を占める（図2）。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（表1）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。まず、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-D 7 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(表 2)。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。

以上の結果から、ほとんどの入院者において入院治療における治療の有効性が認められ、かつ、より社会適応に近づける状況までの回復が見られる結果になった。これは入院治療を行うことが、うつ病の治療において有効に機能すると確認できたと考えている。

D. 考察

I. ストレスケア病棟の有効性についての考察

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について考察する。

①自宅療養をしながらの外来通院である場合、自宅療養という休養のあり方そのものが非治療的である場合が多いこと、②患者側の不安は予想以上に強く、入院という治療構造の中で安心感や依存欲求が満たされやすいこと、③複数のスタッフや同質の患者集団の中でさまざまなカタルシスや自助作用が行われること、④入院治療の継続的な治療構造によって、回復期の対象喪失が起こりにくい、などが挙げられる。

①については、自宅療養から入院治療に切り替えた後での回復例が非常に多いことに基づいている。種々の薬物変更にもかかわらず、回復傾向が見られない難治性と思われていたうつ病が、入院治療への環境変化によって回復し始めるケースも多い。

自宅療養で回復しにくいうつ病が多いことは家族関係と大きく関連している。平成 6 年～平成 18 年 2 月における家族療法(開催数 211 回、参加者 1521 人)の結果、勤労者の過剰適応や、執着的な勤労態度は家族関係、とくに夫婦関係の希薄さをもたらすことが明らかになってきた。男性うつ病者の生活態度として、職場でエネルギーを消費してしまい、家庭では攻撃的な態度、または無口な態度に変化してしまうという、職場と家庭での態度の解離が大きいことが判明した。結果的に、家庭内及び夫婦関係が表面的で、かつ依存的になれない関係性のあることが明らかになっている。

そのため自宅療養を行ったとしても、夫婦関係において相互に助け合うような心理的距離に至ってないことが多い。なおかつ、休養が長期に及ぶと、近隣住民に対する気兼ね等も発生し、外出できないなど自宅療養が帰って負担になることが分かっている。近年の共

働き夫婦の増加によって、昼間は一人で休養することの多い環境の変化も、自宅療養での回復の遅れを助長している。

また、自殺は極期と回復期に多いことが定説となっている。しかし、今回の自殺者の少なさは極期はもとより、回復期にも少ないという結果を示しており、回復期に多いとされていた原因を考察する手がかりになると考えられる。これまでの治療結果から、入院中はスタッフや入院者同士の関係性の中で生活が進み、依存欲求が満たされており、不安感も生じにくく、対象喪失が起こりにくいことも関係していると考えられる。一方、自宅療養では先述のように、表面的な夫婦関係と昼間の孤独感も加わり、喪失感や孤独感が生じやすいと考えている。自宅療養での治療は休養する家庭環境の十分な検討や支持体制の配慮が不可欠と考えられる。

以上、ストレスケア病棟の有用性が確認できたが、病棟が有効に機能するためにはどのような条件が必要かを以下に考察する。

Ⅱ. ストレスケア病棟の基準

ストレスケア病棟としてうつ病専門の治療に計画的に取り組んでいる病院と、そうではない病院との情報を、患者側に的確に公開する義務が医療者側にある。そのためには、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。

名称に関しては、病棟の機能分化を進める上で患者側に分かりやすく機能を伝える意味で、現在の精神科急性期治療病棟の名称は適切だとは言いがたい。そのためストレスケア病棟という名称を標榜することが適切であると考える。

ストレスケア病棟の施設基準の前提として、

ストレスケア病棟とは、主として急性期のストレス疾患を有する患者を入院させ、自傷行為や自殺の防止に専門的に取り組む病棟であり、精神病棟を単位として行うものであること定義する。

ストレスケア病棟の基準として、以下の条件を提示する。

①日本医療機能評価機構による認定の取得

ストレスケア病棟の条件の一つに第三者機関からの評価認定の必要性が挙げられる。900を超える評価項目の中に、病院であるべきための必要事項を調査対象にして認定を行う、日本医療機能評価機構の認定は最低条件であると思われる。また、ストレスケア病棟の治療にあたってはクリニカルパスの実施、チーム医療等が整備されておく必要がある。

②ストレスケア病棟入院対象となる疾病条件の設置

ストレスケア病棟への入院対象となる疾病条件を設置する。疾病、傷害および死因統計分類提要【国際疾病分類 (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。

以上の施設基準をふまえた上で、治療の理念としては、医学的・生物学的な介入とともに、心理的、社会的対応が必要である。単に症状の回復にとどまらず、心身がより健康となり、再発防止や社会適応力を高めることが治療目標となる。このため、十分なマンパワーの必要性が求められる。

病棟環境に関しては、広めの空間とゆったりした時間の提供を行う。開放的処遇が望ましく、ストレスを強めやすい騒音や雑然、生

活刺激は排除された方がよい。スタッフに関しては綿密に情報提供し、治療についての協議を重ね、チーム医療を遂行することが前提となる。

Ⅲ. 必要病床数

必要病床数は人口 10 万人対 12~24 床。全病床数は 14,400~28,800 床とした。この根拠として以下の点を挙げる。

うつ病の年間罹患率（成人男女）は地域標本で 4.8%である。その中で入院が望ましい割合として、うつ病において自殺念慮を持つ割合 15%、入院中のうつ病の患者の自殺企図率 3~15%、全うつ病患者地域標本の中の自殺完遂率 0.8%、この間のどこかに線を引かねばならないが、これを 1~2%とすると、 $4.8 \times (1 \sim 2) \% = 0.048 \sim 0.096\%$ が年間必要入院率となる。これは人口 10 万人当たり年間 48~96 人の患者を入院させる必要があることになる。平均在院日数は 3 カ月であるから、必要病床数は人口 10 万人当たり 12~24 床となる。かなり粗雑な算定であるものの一つの目安とはなる。

これは、現在の精神科病床数 34 万（人口 10 万人対 284）の 4.2~8.4%にあたる。

また、年間自殺者数 32,000 人の約 60%に相当する約 2 万人がうつ病によるものとされ、それに対する病床数は人口 10 万人対 17 床である。

一方、現在の不知火病院ストレスケア病棟の入院者のうち大牟田市域（成人人口 10 万人）からの患者が占めるのは常時 12 床ほどである。

以上の点を踏まえ、必要病床数は人口 10 万人対 12~24 床、全病床数は 14,400~28,800 床とした。

Ⅳ. 配置基準案

ストレスケア病棟の施設基準として、主として急性期のストレス疾患を有する患者を入院させ、自傷行為や自殺の防止に専門的に取り組む病棟であり、精神病棟を単位として行うものとする。当該病棟の病床数は 1 看護単位あたり 60 床以下である。

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。

これは、ストレスケア病棟の医師・看護師・コメディカルのマンパワーを必要度に対し増員し、急性期治療病棟では 30 対 1 を必要とされている看護補助機能を軽減することで、増員の人件費の一部に充当する。

また、近年の傾向としてユニット単位でのストレスケア病床で治療する病院も増加しており、地域間のニーズの差を考えると、ユニット単位で運営する必要性も高い。今後ストレスケア専門病床の必要数を確保するためには、おおむね 10 床以上のストレスケアユニットにストレスケア加算の新設が必要となる。この病床は入院基本料 15 対 1 以上の看護配置をし、ストレス疾患を治療するに十分な人員体制および環境を整備した場合にのみ算定できるものとする。

Ⅴ. 診療報酬案

診療報酬案に関しては、現在の統合失調症を中心とした急性期医療の範囲の中での配置基準でよいかという大きな問題を含んでいる。特に再発率、遷延化率の高いうつ病治療においては、重装備のマンパワーが必要である。

当研究班において議論された中でも、対象となる患者は就労中が多いという社会性の高い母集団である点、家庭や職場との連携と継続的な医療が必要な点、患者母集団が休養や薬物療法だけでなく、精神療法や集団療法といった非薬物的な治療を希望している点、という条件に差のある現状を考えると、復職支援プログラム等も含め、多軸的な治療構造が必要になる。(資料1、資料2)

1) 診療報酬は精神科急性期治療病棟1を算定

ストレスケア病棟の診療報酬は、精神科急性期治療病棟1(30日以内1日1900点、31日以上1日1600点)を適用することが適切だと考える。理由は急性期において「重大なる自傷他害の可能性」が一つの要素であるが、ストレスケア病棟における自殺防止も急性期に匹敵すると思われる。ストレスケア病棟の調査結果から、自殺防止に大きく貢献できる病棟であると考え、精神科急性期治療病棟1と同じ診療報酬が適切であると判断される。

なお、急性期病棟における新規入院率、3カ月以内の退院率、低減制はストレスケア病棟においても同様の算定を受けたほうが良いと考える。

2) 社会復帰支援実施加算及び復職支援加算の新設

うつ病治療においては自殺防止と同時に、回復後の復職支援活動が重要課題の一つとなる。そこで新規加算の新設を提案する。

①社会復帰支援実施加算

国家資格を持つ精神保健福祉士が病棟に専従し、社会復帰支援プログラムなどを個別に立案し、他職種との協力のもと3週間をめぐりに支援を計画、実施した場合に限り、社会復帰支援実施加算として退院時に1回のみ1000

点を算定する。

②復職支援加算

うつ病の再発率、遷延化率の高さから考えると、復職支援プログラムも難易度の高い問題であると考えられる。そこで、職場の産業医や保健スタッフと頻回に接触しながら復職を進める支援プログラムを実施した場合は、さらに復職支援加算として退院時に1回のみ2000点を加算する。

なおこの支援については、その性質上当事者の意思が重要になるため、社会復帰支援計画加算に関しては、本人と保険医療機関との二者、復職支援計画加算に関しては、本人及び企業と保険医療機関と三者間の同意に基づくことを前提とする。さらに、SST(social skills training)等の導入を復職支援治療プログラムに盛り込むこととする。

E. 結論

社会における自殺防止は国民的な早急かつ重大な課題に至っている。今回ストレスケア病棟において、専門的な治療実践を行った結果、十分な回復度が認められたことのみならず、自殺を防止できるという結果が導き出された。自殺者の過半数はうつ病が合併しており、自殺防止はうつ病防止に、うつ病の防止は自殺の防止に直結すると推定できる。

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を得られた意義は大きい。このことは、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付けられる。

著書等 (平成 18 年度)

徳永雄一郎：ストレスケア病棟—うつ病治療の実際とその有効性—。Depression Frontier

Vol.4 No.2;68-72,2006

徳永雄一郎：うつ病治療とストレスケア病棟。日本精神科病院協会雑誌 Vol.25 No.11;6-10,2006

矢崎直人・徳永雄一郎：わが国のストレスケア病棟。週刊医学のあゆみ。第 5 土曜特集・うつ病のすべて。Vol219.No13;991-995,2006

シンポジウム発表等 (平成 18 年度)

徳永雄一郎：自殺予防とストレスケア病棟—1 万人の入院者患者調査から。第 102 回日本精神神経学会総会。福岡市，2006 年 5 月 13 日

徳永雄一郎：ストレスケア病棟における自殺防止—入院者 1 万人の調査結果から。第 3 回日本うつ病学会総会。東京都，2006 年 7 月 27 日

図1 対象患者の年齢内訳

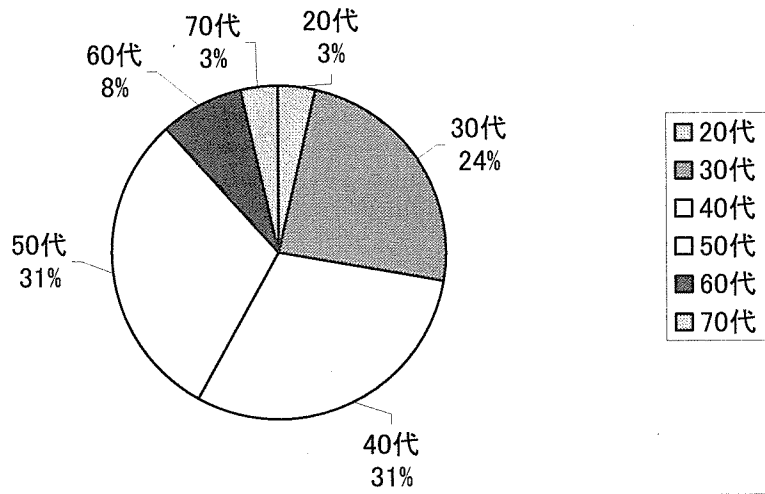


図2 職業内訳

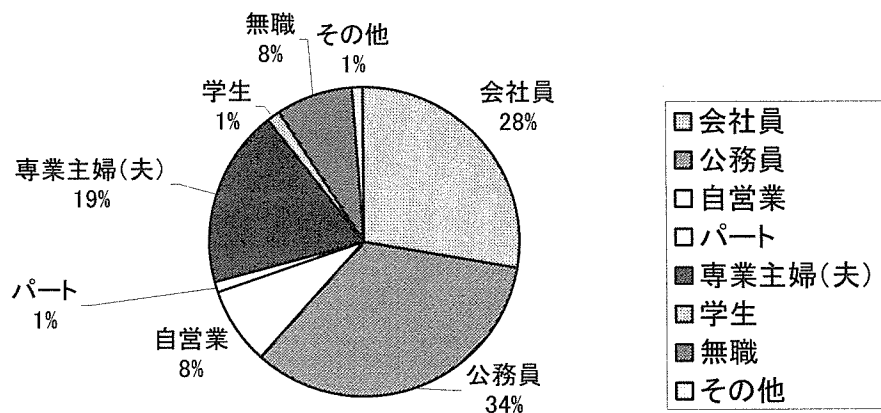


表1 復職支援プログラム（週間予定）

	AM	PM
月	復職総合ミーティング（60分）	リフレッシュ体操（45分）
火	集団作業療法（90分）	ストレッチ（30分）
水	院外活動	フットセルフケア（45分）
木	クリエイティブアート（90分）	音楽療法（120分）
金	総合面接	スポーツ（120分） ハローオフィス（60分）

月間予定：復職サポート集団療法・集団家族療法

表2 治療結果（不知火病院）

症状評価尺度	入院時	退院時	t 値
HAM-D	24.54	6.44	14.68***
SDS	52.55	41.0	8.275***
GAF		77.68	

*** p<.001

ストレスケア病棟入院料（案）

（資料1）

（白本対応資料）

（1）通 則

- イ 主として急性期のストレス疾患を有する患者を入院させ、自傷行為や自殺の防止に専門的に取り組む病棟であり、精神保健福祉法に基づく精神病棟を単位として行うものであること。
- ロ 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
- ハ 医療法施行規則第十九条第一項第四号に定める看護師および准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
- ニ 当該病院の他の精神病棟を有する場合は、精神病棟入院基本料の10対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料、又は特定入院料を算定している病院であること。

(2) ストレスケア病棟入院料の施設基準

- イ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が2名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医および専任精神科医師が各1名以上配置されていること。
- ロ 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。また、夜勤を行う看護職員の数は2以上とする。
- ハ 当該病棟において、看護職員の7割以上が看護師であること。
- ニ 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1以上であること。
- ホ 当該病棟において、専従の精神保健福祉士および専従の臨床心理士が各1名以上配置されていること。
- ヘ ストレス疾患専門治療を行うにつき、必要な体制が整備されていること。
- ト ストレス疾患専門治療を行うにつき、十分な構造設備を有していること。

(3) ストレスケア病棟入院料の対象患者

- イ 疾病、傷害および死因統計分類提要【国際疾病分類（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
- ロ ストレスケア病棟を有する保健医療機関に入院しているストレス疾患の患者であって当該病棟での治療が必要な患者

(緑本対応資料)

A311-3

ストレスケア病棟入院料（1日につき）

イ 30日以内の期間	1,900点
ロ 31日以上期間	1,600点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

2 診療にかかる費用（第2節に規程する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、

第 10 部手術、第 11 部麻酔及び第 12 部放射線治療に係る費用を除く。)は、ストレスケア病棟入院料に含まれるものとする。

社会復帰支援計画加算（退院時のみ 1 回）	1,000 点
復職支援計画加算（退院時のみ 1 回）	2,000 点

- 3 当該病棟に入院しているストレス疾患の患者に対して、専従の精神保健福祉士および臨床心理士により、3 週間以上の社会復帰支援計画を個別に立案し継続的に支援を行った場合は、退院時に 1,000 点、それに並行して有職者の職場復帰を目的とした復職支援計画を立案し、職場との調整等の支援を行った場合は、さらに 2,000 点を加算する。なおこの支援においてはその性質上、当事者の意思が重要になるため、社会復帰支援計画加算に関しては本人と保険医療機関との二者、復職支援計画加算に関しては本人及び企業と保険医療機関と三者間の同意に基づくことを前提とする。

(ストレスケア病棟入院料について)

- (1) ストレスケア病棟入院料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者である。
 - ア 入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦入院した後、入院日を含めて 2 日以内に当該病棟に転棟した患者を含む）（以下この項において「新規患者」という。）
 - イ 他の病棟から当該病棟に移動した入院患者又は当該病棟の入院中の患者であって当該入院料を算定していない患者のうち、ストレス疾患のため当該病院の精神保健指定医が当該病棟における集中的な治療の必要性を認めた患者（以下この項において「転棟患者等」という。）
- (2) 新規患者については入院日から起算して 3 月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から 3 月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が 3 月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。
- (3) 転棟患者等については、1 年に 1 回に限り、1 月を限度として算定する。1 年とは暦年をいい、同一暦年において当該入院料の算定開始日が 2 回にはならない。なお、転棟患者等が当該入院料を算定する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (4) ストレスケア病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、ストレスケア病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (5) ストレスケア病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院基本料 15 対 1 入院基本料を算定する。
- (6) 当該入院料の算定対象となる患者は、疾病、傷害および死因統計分類提要【国際