

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16-18年度 総合研究報告書

主任研究者 保坂 隆

平成19（2007）年 3月

# 目 次

## I. 総合研究報告

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・協力研究報告

### 1. 精神科救急・急性期病棟

精神科急性期病棟の現状と今後の機能および配置等に関する研究 (平成 16) ----	33
精神科救急病棟の運用実態に関する研究 (平成 17) -----	66
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 (平成 18) -----	86
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. 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)

社会復帰リハビリテーション病棟に関する研究 (平成 16) -----	109
社会復帰リハビリテーション病棟に関する研究 (平成 17) -----	120
分担研究者 安西 信雄 (国立精神・神経センター武蔵病院・部長)	
重症療養病棟のあり方に関する研究 (平成 16) -----	133
分担研究者 伊藤 順一郎 (国立精神・神経センター精神保健研究所・部長)	
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 (平成 18) -	144
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. 身体合併症病棟

身体合併症病棟に関する研究 (平成 16) -----	157
身体合併症病棟に関する研究 (平成 17) -----	168
身体合併症病棟に関する研究 (平成 18) -----	174
分担研究者 藤原 修一郎 (横浜南共済病院 神経科・部長)	

### 4. 救急合併症病棟

精神科—身体科合併症病棟の構築にあたっての研究 (平成 18) -----	185
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)	

### 5. 身体救急 (救命救急) 病棟

救急医療より見た精神医療の課題 (平成 18) -----	193
分担研究者 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)	

6. 認知症治療病棟	
重度痴呆療養病棟（認知症治療病棟）に関する研究（平成 16）-----	261
認知症治療病棟に関する研究（平成 17）-----	274
分担研究者 白石弘巳（東洋大学 ライフデザイン学部）	
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（平成 18）-----	287
分担研究者 朝田 隆（筑波大学臨床医学系精神医学・教授）	
7. ストレスケア病棟	
ストレスケア病棟のあり方に関する研究（平成 16）-----	293
ストレスケア病棟のあり方に関する研究（平成 17）-----	304
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（平成 18）-----	308
分担研究者 徳永雄一郎（不知火病院長）	
8. 児童・思春期病棟	
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（平成 18）-----	325
分担研究者 岸本年史（奈良県立医科大学精神科・教授）	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	331

# I. 総合研究報告

## 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16—18年度 総合研究報告書

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「急性期」、「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）」、「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急性期・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。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社会復帰リハビリテーション(精神科回復期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・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-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、考察を加えたところ、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はある。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。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。

### 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）において，日米間で大きな差は認めないものと予測される。

### 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と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】

- 平田豊明（静岡県立こころの医療センター・院長）
- 安西信雄（国立精神・神経センター武蔵病院・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（埼玉医科大学総合医療センター神経精神科・助教授）
- 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）
- 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）
- 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）
- 瀬戸屋雄太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）
- 木谷雅彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）

松原三郎（松原病院・日本精神病院協会常務理事）  
岩成秀夫（神奈川県精神医療センター）  
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）

## 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、精神科病床等に関する検討会が開催され「精神科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。

本総括報告書は平成16-18年度の3年間の研究成果の報告である。

## B. 研究方法

### ◆平成16年度

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。

### ◆平成17年度

続く17年度は、①精神科救急病棟、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分類し、研究を開始した。

新しく機能分化した精神科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った。

### ①精神科救急病棟

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）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。

## ◆平成18年度

平成18年度は、「社会復帰リハビリテーション(I)(II)」を「回復期リハビリテーション」という呼称に統一し、さらに「児童・思春期病棟」を新たに追加した。

また平成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。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。

### (1)精神科各病棟の機能分化

#### ①精神科救急・急性期病棟

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

前年度まで「社会復帰リハビリテーション病棟」という呼称で扱っていたが、診療報酬上既存の一般科の「回復期リハビリテーション病棟」に準じ、「精神科回復期リハビリテーション病棟」と呼ぶことにした。

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。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。

#### 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より、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。

## 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を行った。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。

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

### ◆平成16年度

#### ①急性期病棟

調査対象とした128施設中93施設（72.7%）から回答があったが、それによれば、救急病棟は、高いスタッフ密度によって、重症の急性期患者を平均41.0日で治療し、53.0%を自宅退院させていた。救急患者の発生頻度から推計して、救急病棟は人口100万人に20床程度の密度で配置され、重症患者の短期集中的入院治療を担う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、精神科救急圏域内での中核病院として、急性期患者を平均65.9日で治療し、71.0%を自宅退院させていた。二次医療圏に1ヶ所程度の密度で設置され、精神科二次救急病院として、急性患者を地域ケアにつなげ、支える機能を担うべきである。

#### ②社会復帰リハビリテーション病棟

病棟に必要な要件を以下のようにまとめた。＜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治療を

受けても退院可能でない患者。開放処遇で治療可能なもの。その他の要件としては、3対1看護、PSWI名OT又はCPI名以上、5割以上が入院後1年以内の患者、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、カンファレンスの実施、精神科リハビリテーション実施計画を策定、退院促進・地域連携室（仮称）との連携（室の要件：病院内に地域支援選任の看護師またはPSWが3名以上いること）、7割以上が9ヵ月で自宅退院、転入棟後9ヵ月まで（3ヵ月ごとに逦減）、再入院率減算などが考えられた。

### ③重度療養病棟

3ヶ所の病院調査から、回復期ケア病棟閉鎖型に関しては、①明確な定義と目標をもつ、②急性期病棟からリハビリテーションを目的に転棟する患者が常時8割以上入院している、③病棟に専従の精神科医1名、精神保健福祉士2名以上、および作業療法士1名以上の常勤配置をおこなうこと、（看護配置は3：1以上）、④個室を病棟に確保していること、療養型病床群と同じ病棟環境を持つ、⑤アウトリーチ型サービスを含む、⑥診療報酬は急性期治療病棟と療養病棟の中間の診療報酬を9ヶ月間(270日)限度として算定できる、⑦退院患者のうち8割以上が居宅等、地域にある住居に退院している、⑧入院中から包括型地域生活支援プログラム（ACT）と緊密な連携を持つ、などの特徴が必要と考えられた。また、回復期ケア病棟閉鎖型は、急性期病棟と連動して機能することが求められ、医療圏域あたり、急性期治療病床とほぼ同数の病床を持つことで、機能しうると考えられた。

包括型地域生活支援プログラム（ACT-J）

のパイロットスタディ下で1年以上の入院が必要であった患者は、ACT-J加入患者の4.7%であった。しかし、現状ではこれらの患者が、地域の生活支援の整備後も長期入院を必要とするかは、現段階では判断が出来なかった。

平成16年度の研究では、従来の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。

### ④合併症病棟

精神科コンサルトが必要だった症例の平均在院日数は全入院患者の約3倍在院日数長期化していることがわかった。また、平均在院日数と精神科コンサルト依頼までの時間に強い関連がある点が示された（つまり、早期の依頼症例は在院日数が短期化し、遅れた依頼症例は在院日数が長期化する）。早期かつ予防的精神・心理・社会的介入を行うことで、精神科コンサルテーション・サービスが在院日数の短縮化に貢献できる可能性が示唆された。

また合併症医療の対象患者は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。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。

最後に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、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。

#### ⑤重度痴呆療養病棟（認知症治療病棟）

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った。

#### ⑥ストレスケア病棟

ストレスケア病棟での平均入院期間は約80日であった。施設基準については、2案が考えられた。まず25床以下の病床ユニットでの必要な人員配置は、精神保健指定医1名以上、看護師2.5対1（4割看護師）、臨床心理士1名、精神保健福祉士1名である。次に、50床以下の病棟では、精神保健指定医2名以上、看護師2.5対1（4割看護師）、臨床心理士2名、精神保健福祉士2名である。

必要病床数は人口10万人対12～24床。全病床数は14,400～28,800床と考えられた。

### ◆平成17年度

#### 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。

#### ②社会復帰リハビリテーション病棟

前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。

#### ③合併症病棟

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）を認めたと。（平成 15 年度個別在院日数調査より）

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。

#### 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。

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

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。

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。

閉鎖病棟への転棟の割合は 6.7%と低い値にとどまった。

### ◆平成 18 年度

#### （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

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。

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

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。
- 一方、今日の認知症医療における重要課題とその報酬の提言として以下の 3 点があげられた。
- 5) 早期診断と対応策のアドバイス
- 6) BPSD（精神症状・行動異常）への対応
- 7) 家族介護や対応策のアドバイス

5) 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。
- 6) 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。

7) 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) 病棟における自殺について

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年間にお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

不知火病院の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

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。

## 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 年度に移動していた児童・思春期精神科入院医療加算届出施設のうち 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。

## 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、看護師による認識なため、「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