

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。

日本における需要について、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)

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。

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。16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、18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。

そこで17年度は、社会復帰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難しい、などの意見を聴取できた。

そのため、社会復帰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社会復帰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。

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、本研究班ではストレスケア病棟、認知症患者のための病棟、児童・思春期病棟について検討した。

ストレスケア病棟に関しては、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（必要ならば遞減制）を導入すべきであると提言した。

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ヶ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。

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。

児童・思春期病棟に関しては、平均在日数・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受診の基準の存在（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後の後方病棟（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科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くわえて、“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ての管理となっている。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こと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る。

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。

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社会復帰リハビリテーション病棟について、16-17年度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。

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を得られた。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付けられる。

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の強化が必須である。

(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した。

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する。

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。

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。

(3) まとめ

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：精神医療病棟群の種類のイメージ】に示した。

救急病棟と急性期病棟、および身体救急が精神科入院治療の入り口となり、それに社会復帰リハビリテーション病棟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。精神科救急病棟（スーパー救急病棟は今後増えていくことが期待されているが、医療の質の均一性についての担保が必須となる。

それに続く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。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。

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施設基準・包括医療についての検討が必要になってくる。

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。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

特になし

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

図-1:精神医療病棟群の類型のイメージ

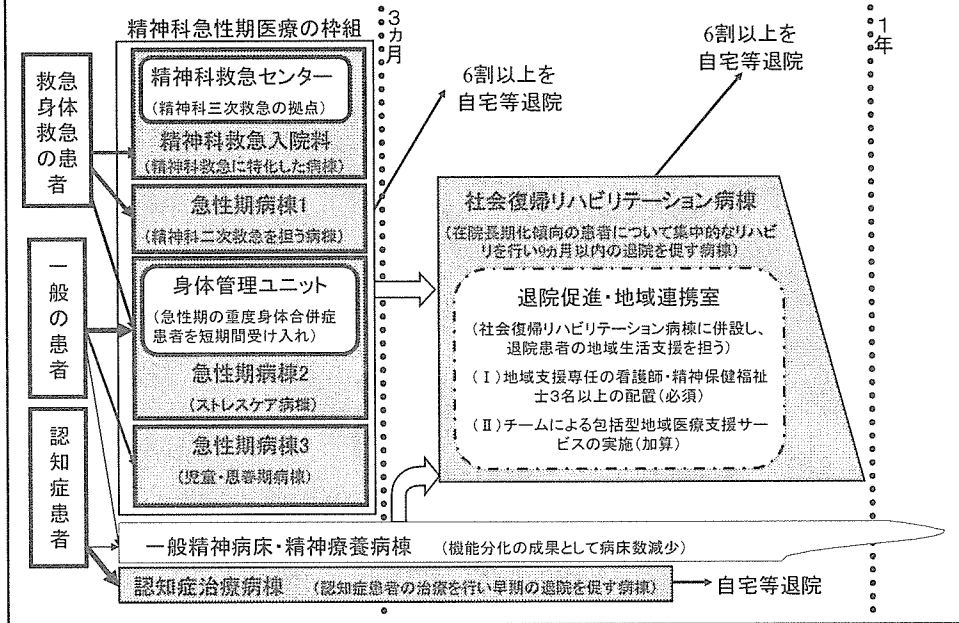
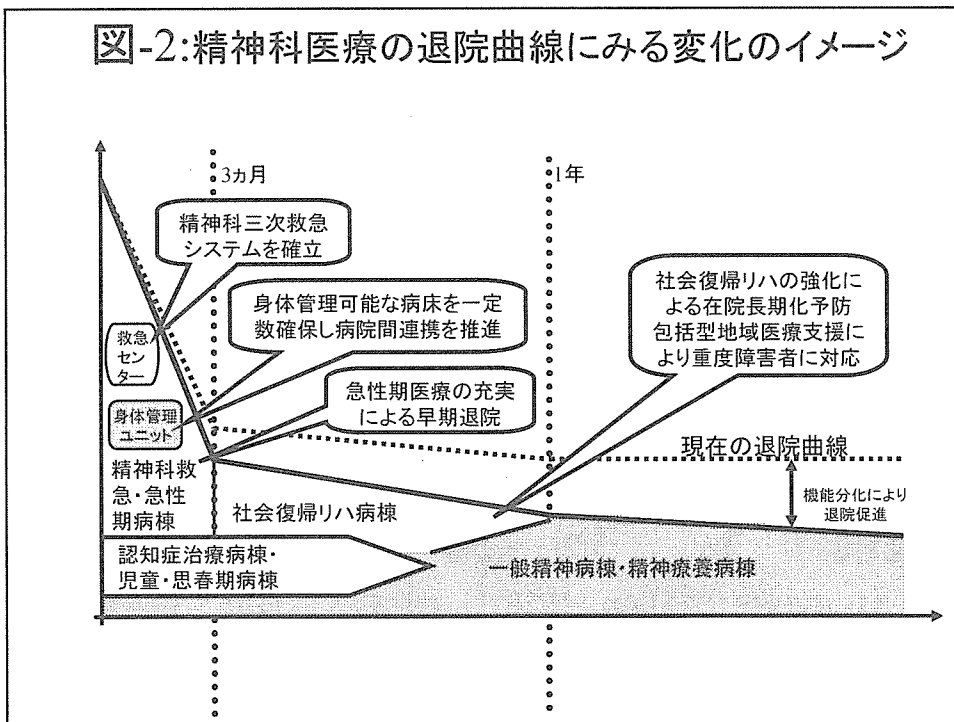
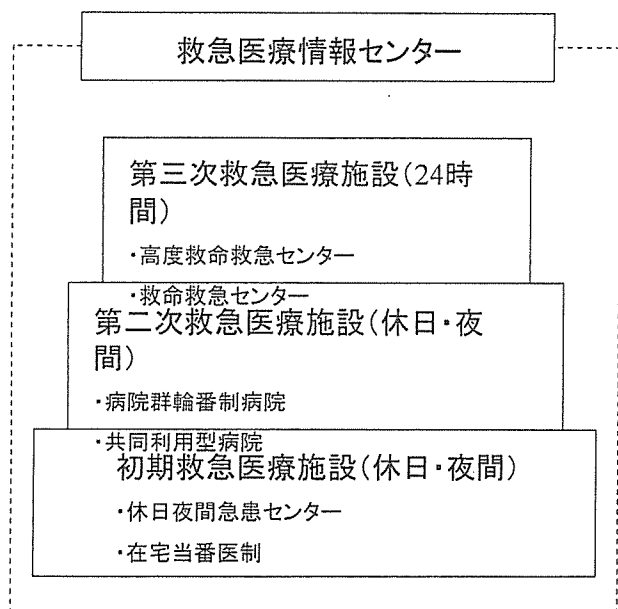


図-2:精神科医療の退院曲線にみる変化のイメージ

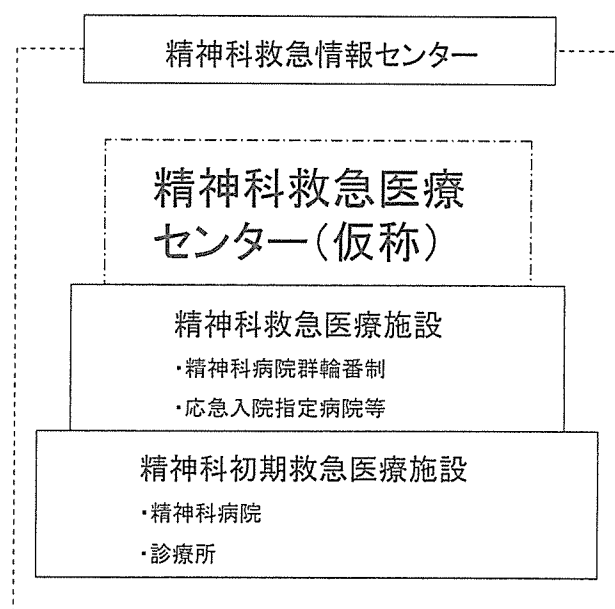


救急医療システムの考え方(案)

一般救急(既存)



精神科救急(案)



第9回「精神病床等に関する検討会」事務局資料

II. 分担・協力研究報告

1. 精神科救急・急性期病棟

分担研究報告書

精神科急性病棟の現状と今後の機能および配置等に関する研究

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： 恵紙英昭（久留米大学医学部精神科），川畑俊貴（京都府立洛南病院），小沼杏坪（瀬野川病院），佐藤茂樹（成田赤十字病院），杉山直也（沼津中央病院），武井 満（群馬県精神医療センター），八田耕太郎（順天堂大学精神神経科），藤村尚宏（東京武蔵野病院），吉住 昭（肥前精神医療センター）

【研究要旨】

わが国において精神科急性期治療を中心的に担っている精神科救急入院料認可病棟（以下「救急病棟」・14 施設），精神科急性期治療入院料認可病棟（以下「急性期病棟」・110 施設），および急性期治療を重視する総合病院精神科病棟（以下「GHP 病棟」・4 施設）を対象として，病棟の機能と患者像を明らかにするために，病棟設備・人員，運用状況等に関する施設票（前記の全施設が調査対象），2004 年 9 月 1 日から同年 11 月末の 3 ヶ月間に当該病棟を退院した患者に関する患者票（救急病棟，急性期病棟の一部，GHP 病棟が対象），それに病棟の経営状況に関する経営票（同前）を用いてアンケート調査を行った。調査対象とした 128 施設中 93 施設（72.7%）から回答があった。

93 通の施設票および 2,116 通の患者票の集計によれば，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。

また，今回の調査対象となった GHP 病棟は，精神科救急システムに積極的に参与し，平均 51.4 日という入院期間内に，手厚い身体管理を要する急性期患者の治療に当たっていることが判明した。このような機能を有する GHP 病棟に対しては，急性期病棟ないし救急病棟を認可し，さらに合併症管理加算を考慮した医療費を給付すべきである。

経営票の集計によれば，経営指標における官民格差が目立った。入院収益に対する人件費の比率は，民間の救急病棟が 50.3%と採算ラインに収まっているのに対して，国公立の

救急病棟では 78.1%，急性期病棟（官民混合）では 60.5%と採算割れが推測された。その要因は、主として看護職員の給与水準における官民格差であるが、今後は、妥当な給与水準を追求した上で、これに見合う医療費給付を検討すべきである。

こうした提案が実現するならば、わが国の精神科医療は施設ケアから地域ケアへと構造転換する可能性がある。

A. 研究目的

2004 年度末現在のわが国においては、精神科救急医療システムが全国に構築され、精神科救急入院料や急性期治療病棟入院料が診療報酬上に明記されており、精神科における救急医療と急性期治療は、病棟の機能分化を先取りして展開しているように見える。しかし、その実態は必ずしも明らかではない。

精神科救急医療も急性期治療も、全国どこかの病院でもあまねく実施されており、特定の病院に局限しているわけではないが、やはり、精神科救急入院料認可病棟（いわゆるスーパー救急病棟、以下「救急病棟」と略記）、および精神科急性期治療病棟入院料認可病棟（以下「急性期病棟」と略記）が精神科救急・急性期医療の中核的な担い手であると思われる。さらに、精神科救急医療システムに積極的に参与し、身体合併症を有する急性期患者の治療にも携わる一部の総合病院精神科病棟（以下「GHP 病棟」と略記）も、その担い手に数えられるべきであろう。

本研究は、これら精神科における急性期治療の中核的病棟群（以下「精神科急性病棟」と総称）における機能や患者像を明らかにし、わが国における精神科病棟の機能分化を展望する上で出発点となる精神科急性病棟のあり方を論ずるために実施されたものである。

B. 研究方法

1. アンケート調査票の作成

(1) 施設票

別添の資料 1 に示した通り、A. 調査対象病

棟の母体病院となる病院全体の概況、B. 精神科救急医療への応需体制や精神科救急システムへの参加状況、C. 調査対象病棟（救急病棟もしくは急性期病棟、双方を有する場合は双方、GHP 病棟では急性期治療の主体となる病棟）の運用概況という 3 大項目を建て、病棟の設備・人員、治療種別、患者のプロフィールと動態に関する設問を配した調査票を作成した。

(2) 患者票

別添資料 2 に示した通り、2004 年 9 月 1 日から同年 11 月 30 日までの 3 ヶ月間に調査対象病棟から退院（もしくは転棟・転院）した患者を対象として、I. 基本情報（人口統計因子、診断や治療歴等）、II. 入院時情報（入院時間帯、入院形式、入院時状態像と GAF、入院時処置と病室等）、III. 退院時情報（入院日数、隔離・拘束日数、退院時 GAF、退院先、家族状況等）を問う設問からなる調査票を作成した。

(3) 経営票

別添資料 3 に示した通り、収入に関する情報として、調査対象病棟の入院患者に関する 2004 年 11 月分の診療報酬請求書（レセプト）のいくつかの項目についての平均値や治療種別の請求件数を求めた。支出に関する情報として、2003 年度における調査対象病棟に関わる職種ごとの人件費を算出してもらった。

2. 調査対象

2004 年末現在、救急病棟は全国に 14 ヶ所

設置されていたため、施設票、患者票、経営票の3種類の調査票を送付し、調査を依頼した。

急性期病棟の実数は2003年10月現在の110ヶ所しか把握されていなかったため、ここに施設票のみの調査を依頼することとした。ただし、本研究に協力の意志を示して頂いた6施設（山梨県立北病院、国保旭中央病院、京都府立洛南病院、久留米大学病院、松原病院、さわ病院）および救急病棟敷設された4

ヶ所の急性期病棟に対しては、全種類の調査を依頼した。

また、GHP病棟については、日本総合病院精神医学会の会員から推薦された4施設（成田赤十字病院、長野赤十字病院、岩手医科大学病院、横浜市立大学病院）を対象として全種類の調査を依頼した。

表1に調査対象病棟の内訳と調査票の種類別の回答数を一覧表示した。

表1 調査対象の内訳と回答状況

| 調査票 調査対象 | 調査対象 病棟数 | 回 答 数 | | |
|-------------|-------------|-------------|------------|------|
| | | 施設票 | 経営票 | 患者票 |
| 救急病棟 | 14 | 12 (85.7%) | 12 (85.7%) | 1010 |
| 急性期病棟 | 10 * | 9 (90.0%) * | 7 (70.0%) | 760 |
| 急性期病棟 | 100 | 68 (59.0%) | | |
| GHP病棟 | 4 | 4 (100.0%) | 4 (100.0%) | 346 |
| 合 計 | 128 | 93 (72.7%) | 23 (82.1%) | 2116 |

* 急性期病棟のうち4ヶ所は救急病棟に併設

C. 研究結果

1. 回答状況

表1に示した通り、調査対象とした128の病棟（うち4ヶ所の急性期病棟は同一施設内の救急病棟に併設）にアンケート調査を求めたところ93ヶ所(72.7%)から回答があった。

このうち、施設票は128ヶ所の対象中の93ヶ所(72.7%)、経営票は28ヶ所中の23ヶ所(82.1%)、患者票は28ヶ所中の24ヶ所(85.7%)から計2,116通の回答があった。

2. 施設票

(1) 救急病棟

(a) 病院全体の概況

(ア) 施設・設備

有回答12病院のうち、旧国立病院は1施設、都道府県立病院が6施設、民間病院は5施設

であった。精神科単科病院は7施設、一般科を併設する精神科が5施設（うち2施設は旧総合病院の診療科を併設と回答）あった。

4施設が精神科急性期治療病棟を併設し、全施設がデイケアを認可、10施設が作業療法を認可されていた。一方、療養病棟を併設している施設はなかった。

精神病床数は12施設平均で382.0床、看護単位は平均7.6であったから、1看護単位当たりの平均病床数は50.3床であった。また、隔離室の平均数は26.3床、個室は41.4床であった。

検査体制のうち、血液検査と生化学検査が24時間可能な施設は8、時間帯により困難な施設が4であった。X線単純撮影とCT検査が24時間可能な施設は半数の6施設で、残りの6施設では、時間帯により検査が困難であっ

た。

(イ) 職員配置

常勤医師数は平均 16.1 人(医師 1 人当たりの在院患者数は 13.8 人), うち指定医は 10.3 人配置されていた。

常勤看護師の平均配置数は 198.6 人(看護師 1 人当たりの在院患者数は 1.1 人), うち 28.0 人(14.1%) が准看護師であった。

常勤コメディカルスタッフの平均配置数は、精神保健福祉士が 9.2 人, 心理療法士が 3.0 人, 作業療法士が 8.0 人であった。

(ウ) 診療実績 (2003 年度)

外来部門では、年間の初診患者数は 12 施設平均 904.4 人, 年間外来患者延べ数は 49,433 人, うち時間外診療の延べ数は 765.1 人, 診療日 1 日当たりの平均外来患者数は 169.1 人であった。また、年間の訪問看護件数は 1301.2 件, 1 日平均デイケア通所者数は 53.1 人であった。

病棟部門では、年間延べ在院患者数が 12 施設平均 81,236.6 人(1 日平均 222.6 人), 年間病床利用率 86.5%, 年間病床回転率 3.2 回転で、平均在院日数は 170.9 日であった。年間の入院件数は 720.8 件で、入院時の入院形式では、医療保護入院 49.5%, 任意入院 38.7%, 措置入院 6.7%, 緊急措置入院 4.0%, 応急入院 1.1% という内訳であった。

(b) 救急応需体制

(ア) 電話相談

厚労省認可の精神科救急情報センターが院内に設置されている病院は 3 施設であった。電話相談の受け付け時間帯に制限のある病院が 1 施設あった。精神保健福祉士などの専任スタッフが電話対応に当たっているのは 5 施設、原則として医師が電話対応する病院が 3 施設あった。時間外の電話相談件数(2003 年度)は平均 2442.5 件(1 日平均 6.7 件)であった。

(イ) 精神科救急医療事業への参加状況

都道府県が運営する広域の精神科救急システムに基幹的病院として参加している病院は 9 施設, 輪番病院として参加している病院が 1 施設, システムに参加していないと回答した病院が 1 施設, 無回答が 1 施設であった。

(ウ) 職員配置

救急担当医師として指定医が常時配置されている病院が 7 施設, 救急当番日に指定医が配置されている病院が 2, 指定医のオンコール体制を取り入れている病院が 3 施設あった。

救急対応が可能な看護師が常時配置されている病院が 10 施設あったのに対して、時間帯によっては対応困難と回答した病院が 2 施設あった。コメディカルスタッフについては、常時救急対応が可能な病院は 3 施設にとどまり、8 施設では時間帯により困難, 1 施設では救急対応可能なコメディカルを配置していなかった。

以上のように、地域によっては、精神科救急システムと救急病棟とが必ずしも一体的に運用されているわけではないことが判明した。

(c) 救急病棟の運用概況

(ア) 施設・設備

12 の救急病棟の平均病床数は 40.6 床で、うち、隔離室 10.2 床, 個室 11.8 床と全病床の 56.7% が個室で占められていた。

隔離室の平均床面積(副室を含む)は 13.0 平方メートル, 酸素・吸引設備のある隔離室が平均 1.3 室あった。また、ステンレス製の便器が 7.8 室に設置されていた。

個室の平均床面積は 12.9 平方メートルで、3.4 室に酸素・吸引設備があった。多床室(1 床当たり平均 6.6 平方メートル)のうち 2.3 室に酸素・吸引設備があった。

6 施設(50.0%) が心肺モニターを設置していたほか、心蘇生装置は 5 施設(41.7%), 全身麻酔用の人工呼吸器は 4 施設(33.3%), パルス型電撃装置は 8 施設(66.7%), 輸液加温装置は 3 施設(25.0%), エアーマットは

10 施設 (83.3%), 下腿マッサージ器は 4 施設 (33.3%) で配備されていた。

(イ) 職員配置

医師は平均 4.4 人 (医師 1 人当たりの在院患者数は 7.2 人), うち指定医は 2.6 人配置されていたが, 原則として他病棟の患者を受け持たない完全専任の医師としているのは 3 施設にすぎず, 8 施設では他病棟の患者も受け持つ体制であった。

看護スタッフの配置数は 25.3 人で, 1 人当たりの在院患者数は 1.2 人であった。

コメディカルスタッフは平均 3.0 人配置され, 完全に救急病棟専任制をとっている病院が 7 施設, 他業務兼任体制が 4 施設であった。

(ウ) 治療プログラム

重篤な身体合併症事例に対しては, 院内他科で対応可能な病院は 2 施設のみで, 他の 10 施設は提携病院への転院や往診で対応していた。

入院患者に SST を実施している救急病棟は 7 施設, 精神科作業療法は 8 施設, 心理教育プログラムを提供しているのは 7 施設であった。

電気痙攣療法は年間平均 145.4 回 (実数 18.0 人, 1 人平均 8.0 回) 施行されており, このうち修正型は 39.3 回 (全 ECT 件数の 27.0%) にすぎなかった。

(I) 診療実績 (2003 年度)

12 の救急病棟の年間延べ在院患者数は 11,521.6 人 (1 日平均 31.6 人) で, 病床利用率は 84.6%, 年間病床回転率は 11.1, 平均在院日数は 41.0 日であった。また, 入院前 3 ヶ月以内に精神科への入院歴のない新規患者の比率は平均 75.7%, 自宅退院率は 73.4% と, いずれも救急病棟の運用基準 (40%以上) を満たしていた。

救急病棟への年間入院件数は平均 352.1 件, うち 9.7 件は院内他病棟からの転棟であった。入院形式では, 医療保護入院が 59.3% と最も多く, 任意入院 17.2% がこれに次ぎ, 措置入

院 12.7%, 緊急措置入院 8.4%, 応急入院 2.4% となっていた。非自発入院の比率は 80.4% に達し, 救急病棟の運用基準 (60%以上) を超えていた。また, 措置入院と緊急措置入院の件数は, 1 施設平均 67.7 件であった。救急圏域内の年間措置入院の 25% 以上を受け入れるという救急病棟の基準は満たされているものと推測される。

入院時の処置では, 隔離室収容が平均 149.2 件 (入院件数の 42.4%), 身体拘束が 63.4 件 (同 18.0%), 静脈麻酔が 52.2 件 (同 14.8%) となっていた。

主診断の構成では, F2 が 55.0% と最も多く, 次いで, F3 (16.6%) が続き, 以下, F1 (13.5%), F6 (4.6%), F0 (4.2%) と続き, F4 (2.4%) と F5 (0.5%) の比率は低かった。すなわち, 重症の精神病状態が中心であることが推測された。この推測は, 後述の患者票の集計によって裏付けられた。

年間退院件数 331.0 件のうち, 53.0% は自宅 (病院以外の施設を含む) に退院していたが, 院内の閉鎖病棟への転棟が 25.6%, 開放病棟への転棟が 8.1% あった。前述の自宅退院率 73.4% は, 院内他病棟を経由して自宅退院となった患者を含めた数値であると思われる。他院へ転院となった事例は 13.3% あったが, このうち精神科への転院は 78.3% であった。

(2) 急性期病棟

(a) 病院全体の概況

(7) 施設・設備

有回答 68 病院 (救急病棟への併設 4 施設を除く) のうち, 旧国立病院は 1 施設, 都道府県立病院が 4 施設, その他の公立病院が 3 施設, 民間病院は 60 施設であった。精神科単科病院は 40 施設, 一般科を併設する精神科が 26 施設 (うち 3 施設は旧総合病院の診療科を併設と回答) あった。

精神科急性期治療病棟入院料 1 を認可され

ている病院は 63 施設、精神科急性期治療病棟入院料 2 を認可されている病院は 5 施設であった。57 施設が精神科療養病棟入院料 1 の認可を取得（同 2 はなし）し、66 施設がデイケアを認可、66 施設が作業療法を認可されていた。

精神病床数は 68 施設平均で 293.3 床、看護単位は平均 5.6 であったから、1 看護単位当たりの平均病床数は 52.4 床と、救急病棟（50.3 床）よりやや多かった。また、隔離室の平均数は 10.8 室、個室は 27.1 室と、救急病棟の約半数であった。

検査体制のうち、血液検査が 24 時間可能な施設は有回答施設の 27.3%にとどまり、時間帯により困難な施設が 72.7%を占めていた。生化学検査でも、24 時間検査可能な施設は 25.8%、X 線単純撮影と CT 検査では 21.1%にとどまっていた。CT 検査設備を持たない病院が 25.8%あった。

(イ) 職員配置

常勤医師数は平均 8.8 人（医師 1 人当たりの在院患者数は 31.7 人）と、救急病棟の約半数であった。指定医は 6.3 人配置されていた。

常勤看護師の平均配置数は 97.7 人（看護師 1 人当たりの在院患者数は 2.9 人）と救急病棟の 198.6 人の約半数であった。うち准看護師は 35.1 人（35.9%）で、救急病棟（14.1%）よりも比率が高かった。

常勤コメディカルスタッフの平均配置数は、精神保健福祉士が 7.0 人、心理療法士が 2.7 人、作業療法士が 5.8 人であった。

(ウ) 診療実績（2003 年度）

外来部門では、年間の初診患者数は 68 施設平均 573.2 人、年間外来患者延べ数は 3,0925.1 人、うち時間外診療の延べ数は 263.7 人、診療日 1 日当たりの平均外来患者数は 109.8 人であった。年間の訪問看護件数は 1075.8 件、1 日平均デイケア通所者数は 45.7 人と、いずれも救急病棟の数値を下回った。

病棟部門では、年間延べ在院患者数が 68 施設平均 101,930 人（1 日平均 279.3 人）、年間病床利用率 94.5%と、いずれも救急病棟を上回ったが、年間病床回転率は 1.8 回転であったため、平均在院日数は 298.9 日と長かった（救急病棟の母体病院は 170.9 日）。年間の入院件数は 443.8 件で、入院時の入院形式では、任意入院が 64.9%と最も多く、次いで医療保護入院 32.9%と続き、措置入院 1.4%、緊急措置入院 0.2%、応急入院 0.5%という内訳であった。

(b) 救急応需体制

(ア) 電話相談

厚労省認可の精神科救急情報センターが院内に設置されていると回答した病院が 1 施設あった。24 時間体制で電話相談を受け付ける病院は 31 施設、受け付け時間帯に制限のある病院が 12 施設あった。精神保健福祉士などの専任スタッフが電話対応に当たっているのは 26 施設、原則として医師が電話対応する病院が 8 施設あった。時間外の電話相談件数（2003 年度）は平均 988.8 件（1 日平均 2.7 件）であった。

(イ) 精神科救急医療事業への参加状況

都道府県が運営する広域の精神科救急システムに基幹的病院として参加している病院は 8 施設、輪番病院として参加している病院が 53 施設、システムに参加していないと回答した病院はなく、無回答が 7 施設であった。

(ウ) 職員配置

救急担当医師として指定医が常時配置されている病院が 7 施設、救急当番日に指定医が配置されている病院が 36、指定医のオンコール体制を取り入れている病院が 15 施設あった。

救急対応が可能な看護師が常時配置されている病院が 43 施設あったのに対して、時間帯によっては対応困難と回答した病院が 18 施設あった（無回答 7）。コメディカルスタッフ

については、常時救急対応が可能な病院は8施設にとどまり、35施設では時間帯により困難、18施設では救急対応可能なコメディカルを配置していなかった（無回答7）。

(c) 急性期病棟の運用概況

(7) 施設・設備

救急病棟併設の4施設を含む72の急性期病棟の平均病床数は50.6床と救急病棟よりも10床多かったが、隔離室4.7床、個室7.7床と、個室数は救急病棟の半数であった。

隔離室の平均床面積（副室を含む）は11.1平方メートル、酸素・吸引設備のある隔離室は平均0.7室あった。また、ステンレス製の便器が2.0室に設置されていた。

個室の平均床面積は11.3平方メートルで、0.7室に酸素・吸引設備があった。多床室の床面積は1床当たり平均8.1平方メートルと回答されていた。

医療機器では、エアーマットが58施設（80.5%）、心肺モニターが46施設（63.9%）に配備されていたが、心蘇生装置は23施設（31.9%）、パルス型電撃装置は19施設（26.4%）、輸液加温装置は8施設（11.1%）、人工呼吸器は5施設（9.7%）、下腿マッサージ器は4施設（5.6%）が配備しているにすぎなかった。

(i) 職員配置

医師は平均3.0人（医師1人当たりの在院患者数は14.2人）、うち指定医は2.2人配置されていた。原則として他病棟の患者を受け持たない完全専任の医師としているのは11施設、他病棟の患者も受け持つ体制が59施設であった。

看護スタッフの配置数は22.0人で、1人当たりの在院患者数は1.9人であった。

コメディカルスタッフは平均2.8人配置され、完全に救急病棟専任制をとっている病院が28施設、他業務兼任体制が43施設であった。

(ウ) 治療プログラム

重篤な身体合併症事例に対しては、院内他科で対応可能な病院が13施設あり、52施設は提携病院への転院や往診で対応していた。その他の回答が6施設、無回答が2あった。

入院患者にSSTを実施している急性期病棟は38施設、精神科作業療法はほぼ全ての67施設、心理教育プログラムを提供しているのは35施設であった。

電気痙攣療法は年間平均31.1回（実数4.5人、1人平均6.9回）施行されており、救急病棟（年間145.4件など）よりも少なかった。修正型ECTは全ECT件数の24.8%にすぎなかった。

(E) 診療実績（2003年度）

急性期病棟の年間延べ在院患者数は15,603.7人（1日平均42.7人）で、病床利用率は89.2%、年間病床回転率は5.5、平均在院日数は65.9日であった。また、入院前3ヶ月以内に精神科への入院歴のない新規患者の比率は平均72.4%、自宅退院率は67.5%と、いずれも救急病棟の運用基準（40%以上）を満たしていた。

急性期病棟への年間入院件数は平均286.1件、うち28.4件は院内他病棟からの転棟であった。入院形式では、任意入院が60.0%と最も多く、医療保護入院37.3%がこれに次ぎ、措置入院12.7%、応急入院0.5%、緊急措置入院0.4%となっていた。

入院時の処置では、隔離室収容が平均149.2件（入院件数の42.4%）、身体拘束が63.4件（同18.0%）、静脈麻酔が52.2件（同14.8%）となっていた。

主診断の構成では、F2が49.2%と最も多く、次いで、F3（21.5%）が続く、以下、F1（7.3%）、F4（6.9%）、F0（5.1%）、F6（4.2%）、F5（1.2%）と続いた。救急病棟に比べると、F1とF2の比率が小さく、F3とF4の比率が大きかった。

年間退院件数265.4件のうち、71.0%は自宅（病院以外の施設を含む）に退院していた

が、院内の閉鎖病棟への転棟が12.7%、開放病棟への転棟が11.1%あった。他院へ転院となった事例は4.6%あったが、このうち精神科への転院は37.0%にすぎず、一般科への転院が63.0%を占めていた。

(3) GHP 病棟

(a) 病院全体の概況

(7) 施設・設備

4病院のうち、2施設は赤十字病院、1施設は市立大学付属病院、1施設は私立大学付属病院であった。2施設がデイケアを認可されていた。

精神病床数は4施設平均で59.5床、看護単位は1単位であった。また、隔離室の平均数は3.7室、個室は8.7室と、他の類型に比べて個室数は少なかった。

検査体制では、血液検査、生化学検査、X線単純撮影、CT検査のいずれについても、24時間検査可能の体制にあった。

(i) 職員配置

GHP病棟の半数が大学付属病院であるためもあって、常勤医師数は平均7.2人（医師1人当たりの在院患者数は7.4人）と、他の類型を上回っていた。

常勤看護師の平均配置数は27.0人（看護師1人当たりの在院患者数は2.0人）、うち准看護師は2.3人（8.5%）であった。

常勤コメディカルスタッフの平均配置数は、精神保健福祉士が2.8人、心理療法士が1.3人、作業療法士が0.3人と、他の類型に比べて少なかった。

(v) 診療実績（2003年度）

外来部門では、年間の初診患者数が4施設平均1,022.5人と他の類型を凌ぎ、時間外診療の延べ数733.3人も、他の類型を大きく上回った。年間外来患者延べ数は36,723人、診療日1日当たりの平均外来患者数は107.9人であった。1日平均デイケア通所者数は5.6人、訪問看護は0件と、総合病院精神科の特

徴が示された。

病棟部門の診療実績は後述(c)の(i)で示す。

(b) 救急応需体制

(7) 電話相談

厚労省認可の精神科救急情報センターが院内に設置されている病院はなかったが、全施設が24時間体制で電話相談を受け付けていた。ただし、電話対応は原則として医師が行っていた。時間外の電話相談件数（2003年度）は平均349.7件（1日平均1.0件）であった。

(i) 精神科救急医療事業への参加状況

都道府県が運営する広域の精神科救急システムに基幹的病院として参加している病院は3施設、輪番病院として参加している病院が1施設と、精神科救急システムには積極的に参与していた。

(v) 職員配置

全施設で救急担当医師として指定医が常時配置されており、救急対応可能な看護師も常時配置されていた。コメディカルスタッフについては、常時救急対応が可能な病院は1施設にとどまり、2施設では時間帯により困難、1施設では救急対応可能なコメディカルを配置していなかった。

(c) GHP 病棟の運用概況

(7) 施設・設備

隔離室の平均床面積（副室を含む）は13.1平方メートル、酸素・吸引設備のある隔離室は平均0.8室あった。また、ステンレス製の便器が1.7室に設置されていた。

個室の平均床面積は16.4平方メートルで、6.5室に酸素・吸引設備があった。多床室にも平均5.7ヶ所に酸素・吸引設備があった。

医療機器では、有回答3施設中の全施設が心肺モニター、心蘇生装置、エアーマットを配備していたが、人工呼吸器、輸液加温装置は2施設、下腿マッサージ器は1施設が配備しているにすぎず、パルス型電撃装置を備え

た GHP 病棟はなかった。

(イ) 職員配置

前述の通り。

(ウ) 治療プログラム

重篤な身体合併症事例に対しては、GHP 病棟内で対応している病院が 1 施設あり、その他の病院でも院内他科で対応可能であった。

入院患者に SST を実施している GHP 病棟が 1 施設、心理教育プログラムを提供している GHP 病棟も 1 施設あった。

電気痙攣療法は年間平均 155.7 回（実数 21.7 人、1 人平均 7.2 回）施行されており、3 類型の中では最多であった。修正型 ECT の件数を回答したのは 1 施設のみ（191 件）であったが、全例が修正型 ECT であった。

(エ) 診療実績（2003 年度）

GHP 病棟の年間延べ在院患者数は 17,776.3 人（1 日平均 48.7 人）で、病床利用率は 91.6%、年間病床回転率は 7.1、平均在院日数は 51.4 日であった。

年間入院件数は平均 362.1 件、うち 47.5 件は院内他病棟からの転棟であった。入院形式では、任意入院が 54.3%と最も多く、医療保護入院 41.1%がこれに次ぎ、措置入院 2.2%、緊急措置入院 1.9%、応急入院 0.5%となっていた。

入院時の処置では、隔離室収容が平均 70.5 件（入院件数の 19.5%）、身体拘束が 82.0 件（同 22.6%）、静脈麻酔が 93.0 件（同 25.7%）となっていた。他の類型に比べると、隔離室収容が少ない代わりに、身体拘束と静脈麻酔の比率が高かった。

主診断の構成では、F2 が 38.8%と最も多く、次いで、F3（27.5%）が続き、以下、F4（9.7%）、F1（6.2%）、F0（6.0%）、F6（4.8%）、F5（3.1%）と続いた。単科の精神科病棟に比べると、F1 と F2 の比率が小さく、F0 と F4 および F5 の比率が大きかった。

年間退院件数 364.0 件のうち、81.0%は自宅（病院以外の施設を含む）に退院し、院内

の一般病棟への転棟が 15.5%、他院へ転院となった事例が 15.1%あった。転院事例の 86.0%は精神科へ転院し、14.0%が一般科に転院していた。

3. 患者票

(1) 救急病棟

2004 年 9 月から 11 月の 3 ヶ月間に 12 の救急病棟からは 1,010 件の退院もしくは転棟・転院があった（1 施設平均 84.2 件）。

(a) 基本情報

(ア) 性別・年齢

性別は、男 549 人、女 454 人、無回答 4 人で、男性優位であった。平均年齢は 41.6 歳であった。

(イ) 主診断

F2 が 518 人（うち、統合失調症 434 人、その他 84 人）と最も多く、次いで、F3 が 182 人（うち、躁うつ病 116 人、うつ病 66 人）、F1 が 124 人（うち、アルコール関連 76 人、覚醒剤関連 30 人、その他 18 人）、F0（44 人）、F4（43 人）、F6（37 人）、F7（25 人）、F5（4 人）と続き、その他が 25 人、無回答が 8 件あった。

(ウ) 罹病期間

1 ヶ月未満が 45 人、1～6 ヶ月が 87 人、6 ヶ月～1 年が 45 人、1～3 年が 119 人、3～5 年が 106 人、5～10 年が 148 人、10～20 年が 176 人、20 年以上が 147 人、不明が 40 人、無回答 107 件であった。

発病 1 年未満の短期罹患群が有回答 863 例中の 20.5%、1 年以上 10 年未満の中期罹患群が 43.2%、10 年以上の長期罹患群が 36.3%という構成であった。

(エ) 通算入院期間

入院歴なしが 255 人、1 ヶ月未満が 104 人、1 ヶ月～6 ヶ月が 252 人、6 ヶ月～1 年が 111 人、1～3 年が 133 人、3～5 年が 29 人、5～10 年が 23 人、10～20 年が 23 人、20 年以