

表8 電気けいれん療法

	2003年度	2004年度	2005年
a 実人数	18.0人	25.1人	26.4人
a/年間入院数	5.0%	6.5%	7.6%
b 延べ件数	145.4件	140.1件	190.0件
b/a	8.1回	5.6回	7.2回
c うち修正型	39.3件	57.6件	88.1件
c/b	27.0%	41.1%	46.4%

表9 治療プログラム

	2003年度	2004年度	2005年度
SST	7施設	—	7施設
実施率	58.3%		30.4%
心理教育	7施設	—	15施設
実施率	58.3%		65.2%
作業療法	8施設	—	15施設
実施率	66.7%		65.2%

表10 精神科マクロ救急システムへの参加

	2003年度	2004年度	2005年度
情報センター設置施設(回答数)	3(12)	2(14)	4(23)
24時間電話相談実施施設	11(12)	8(11)	17(18)
専任電話相談員配置施設	5(12)	7(11)	10(18)
時間外電話相談件数	2442.5件	6167.9件	3431.4件
システムへの参加			
基幹病院	9(11)	10(13)	14(23)
輪番病院	1(11)	3(13)	8(23)
不参加	1(11)	1(13)	1(23)
診療件数	—	262.2件	344.3件
うち入院件数	—	125.8件	140.8件
入院率	—	48.0%	40.9%

表11 主な診療指標

	2003年度	2004年度	2005年度
回答(認可)施設数	12(14)	14(17)	23(25)
定床数	40.6床	46.9床	46.3床
平均在院患者数	34.3人	38.3人	38.4人
年間病床利用率	84.5%	81.7%	82.9%
年間入院件数	352.1件	386.3件	360.0件
新規患者比率	75.7%	83.5%	78.8%
措置・緊急・応急入院率	25.5%	21.5%	16.8%
平均在棟日数	36.6日	36.2日	40.3日
年間退院件数	331.0件	385.3件	345.7件
在宅移行率	53.0%	59.1%	62.9%
院内転棟率	33.7%	30.0%	28.2%
他院転入院率	13.4%	11.0%	9.8%
うち一般科	2.9%	2.2%	2.4%

表12 諸指標の官民比較(2005年度)

	国公立病院	民間病院
施設数	10	13
定床数	40.2床	51.5床
1日平均在院患者数	32.9人	42.5人
年間病床利用率	81.8%	82.5%
年間入院件数	328.6件	382.8件
措置・緊急・応急入院率	22.6%	12.1%
平均在棟日数	36.7日	42.7日
年間退院件数	325.0人	343.4人
自宅退院率	59.9%	69.8%
医師1人当り在院患者数	7.9人	14.7人
看護師1人当り在院患者数	1.3人	1.6人
コメディカル1人当り在院患者数	11.5人	16.1人

図1

精神科救急入院料認可施設

2006年10月1日現在25施設

(斜体は民間病院)

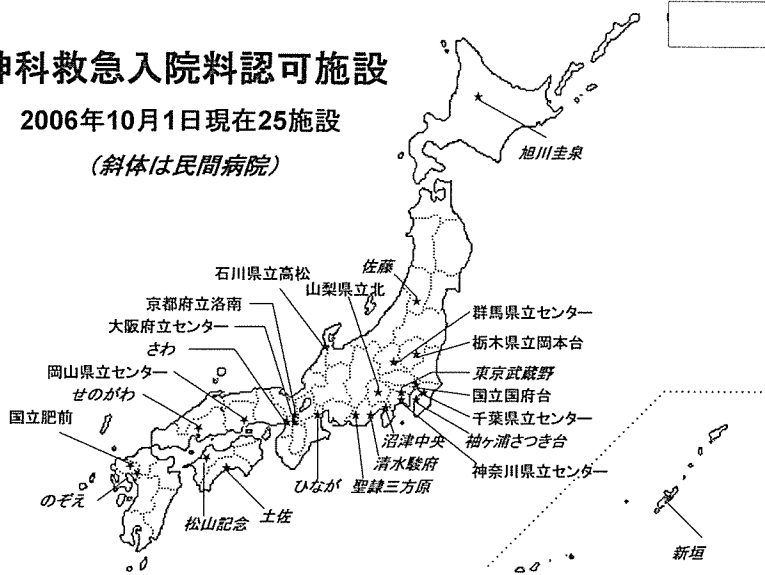


図2 精神科救急病棟の平均像(23施設)

—2005年度—

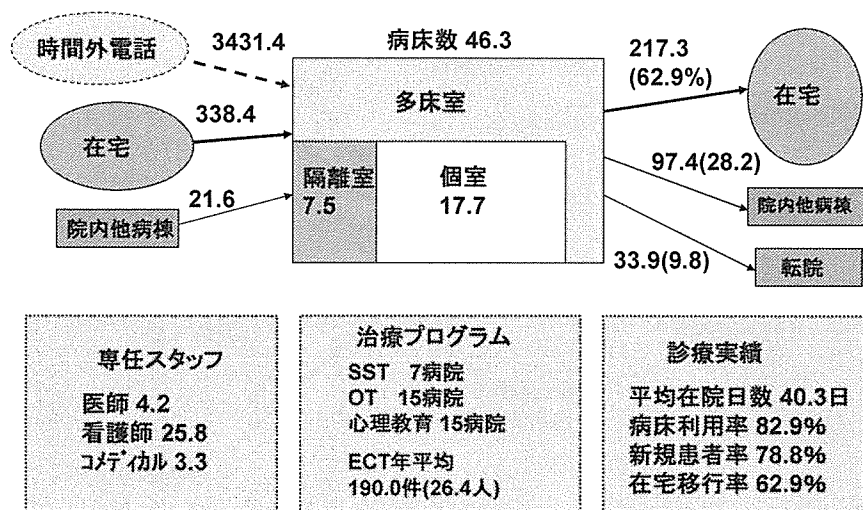


図3 精神科救急関連施設の関係

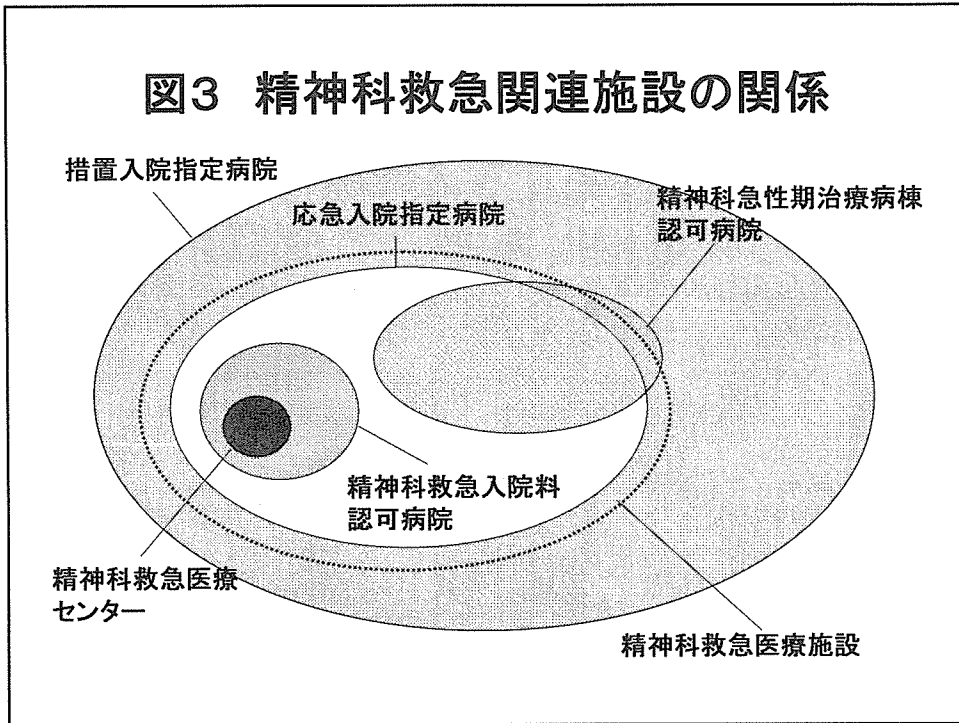
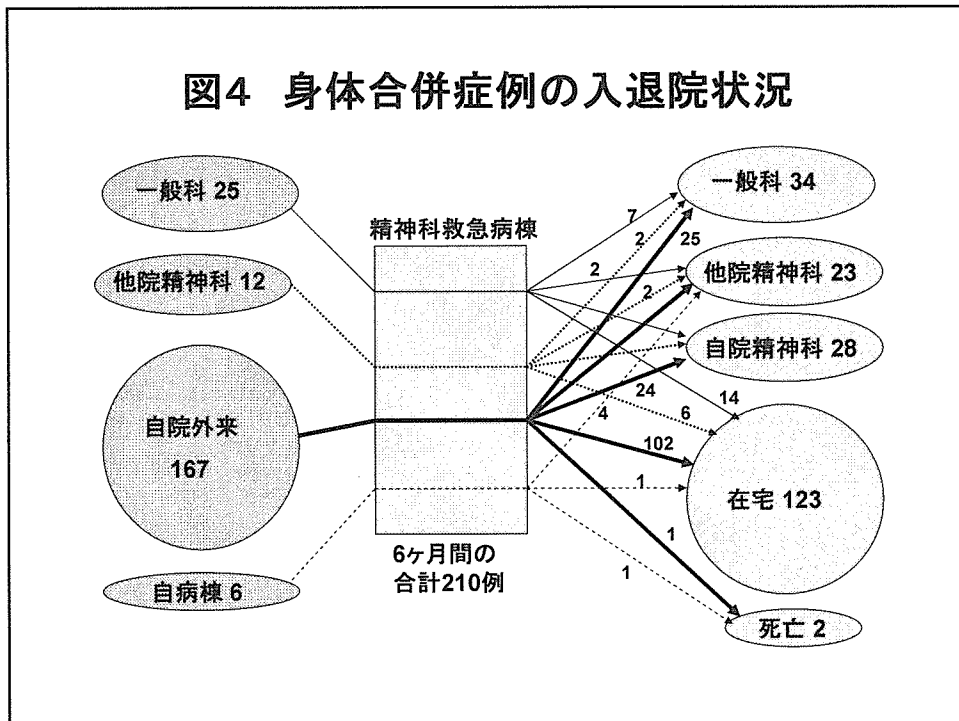


図4 身体合併症例の入退院状況



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

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、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（開放型）とする）を担当し、モデル病棟での調査結果をふまえ、診療報酬改定への提案としての施設基準を考察した。

【方法】モデル病棟を「救急・急性期治療から退院に至るリハビリテーションを積極的に実施している病院で、全患者および社会復帰病棟患者の転帰が把握できるもの」と定義した。この条件を満たす公立精神科病院 2カ所を対象に聞き取り調査および入院データの収集を行った。【結果】2つの病院で、患者全体で見たときの残留率や在院日数にはあまり差はなかった。急性期の患者の約 10-25%程度は後方の開放病棟での処遇が必要であると考えられた。入院日数は、今回の調査ではフォローアップ期間が短いこともあり、救急・急性期で平均 10-25 日、開放病棟で平均 40-60 日と比較的短期間で退院していた。どちらの病院も社会復帰に向け、病棟や外来において様々なプログラムを行っていた。また訪問看護等の地域生活支援も積極的に行っていた。【考察】以上の結果及び専門家による討議により、精神科回復期リハビリテーション病棟（開放型）に必要な要件をまとめた。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のうち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、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：病院内に地域支援選任の看護師または PSW が 3 名以上いること）、患者の 7 割以上が 9 ヶ月で自宅退院、転入棟後 9 ヶ月まで（3 ヶ月ごとに逡減）、再入院率減算などが考えられた。必要病床数は救急・急性期病棟と同程度（需要が約 3 割、入院期間が約 3 倍と考えられた。

A 目的

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」と、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。

以上のように、精神科病棟の機能分化は、わが国の精神保健政策上の重要課題のひとつである。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た。平成 16 年 9 月に厚生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（リハ病棟）を担当する。

今年度（初年度）は、モデルとなる病院へ

聞き取り調査を行い、また患者の流れを明らかにするために入退院のデータを収集する。これらの資料より、リハ病棟への患者の流れ、ひいては必要病床数の概算と、モデル病棟で行われている治療内容を明らかにする。ま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、社会復帰リハ病棟の基準を考察する。

B 方法

全国の精神科病院で「社会復帰病棟」と称される病棟は多いが、地域への退院に結びつけるという意味では、必ずしもリハビリテーションの成果が示されているとは言えず、また救急や急性期病棟との関係も明確になっていない。そこで、従来の「社会復帰病棟」とは異なるものとして、「モデル病棟」を次のように定義した。すなわち、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）病院である。

上記の目的を達成するために、これらの条件を満たすと考えられる公立病院 2 カ所を対象に聞き取り調査および入退院データの収集を行った。

それぞれの病院から提供を受けたデータ変数および期間は基本的には共通のものであるが、下記のように一部病院により異なるものがある。

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）。

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）。

（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. 各病院の概要

①A 病院

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いくつもあり、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 調理を楽しむ技術を学ぶ

・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ど

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

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。

2. 今回収集データからの結果

調査の結果、それぞれの病院は上記のモデル病棟の条件を満たすことが確認できた。

それぞれの病院から提供を受けたデータの変数が異なることから、まずは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、一部の解析を除き、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。そのうち救急ユニットのみで退院した患者は 66 名（31.1%）、救急ユニットから閉鎖病棟を経て退院した患者が最も多く 127 名（59.9%）、救急ユニットから閉鎖病棟を経て開放病棟から退院した患者（救急から直接開放に移った患者も含む）が 19 名（8.9%）であった（図 1-1）。

それぞれの病棟での平均在院日数は、救急ユニット 11.8 日（SD=14.9）、閉鎖ユニット 49.5 日（SD=50.0）、49.4 日（SD=24.7）であった（表 1-1）。入院後の経由病棟別では、救急ユニットのみで退院した患者の平均在院日数は 8.7 日（SD=11.8）ととても短く、救急→閉鎖病棟では 60.7 日（SD=49.8）、救急→開放病棟では 117.8 日（SD=91.2）であった。参考のために救急ユニットに入院せず、

直接閉鎖病棟および開放病棟に入院した患者も解析に入れて入院日数を算出したところ、閉鎖病棟では 378 名で平均在院日数 48.1 日（SD=50.1）、開放病棟では 119 名で平均在院日数 55.0 日（SD=57.4）と大きくは変わらなかった。

期間内に退院した患者の残留率を検討するため、残留曲線を作成した（図 1-2）。その結果救急ユニット入院後半年後の残留率は、3.3%、1 年後は 1%であった。

また今回調査期間中に退院した患者の入院病棟別の残留曲線を作成したところ、図 1-3 のようになった。

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（図 2-1）。病棟別の平均在院日数は、急性期治療病棟 36.2 日（SD=35.0）、閉鎖病棟 61.9 日（SD=50.0）、開放病棟 40.7 日（SD=60.6）であった（表 2-1）。入院後の経由病棟別では、急性期治療病棟のみで退院した患者の平均在院日数は 42.2 日（SD=36.7）、急性期→閉鎖病棟では 75.9 日（SD=54.0）、急性期→開放病棟では 65.3 日（SD=68.7）であった。

同様に残留率を計算したところ、半年残留率は 6.5%、1 年残留率は 3.2%であった（図 2-2）。

入院病棟別の残留率は図 2-3 のようになった。

③2 病院の結果より

今回のデータではフォロー期間が対象によっては短いため、在院日数が短くなっていると考えられた。そこで、実際の入院期間に近い値を明らかにするため、二つの病院のデータを結合し、さらにフォロー期間

が1年以上になるよう、2003年6月1日～2003年12月31までの半年間に入院した患者を対象に解析を行った。フォロー期間の最終日は2004年12月31日であるため、フォローアップ期間の範囲は1年から1年半ということになる。

フォローアップ期間中に退院した患者は446名中375名(84.1%)であった。平均在院日数は125.9日(SD=165.1)であった。

退院しなかった患者(観察が打ち切られた患者)も考慮した残留曲線は図3のようになった。90日間の残留率は32.6%、半年残留率20.9%、1年残留率17.1%であった。

またB病院の1年以上フォローできた患者について、後方病棟への転棟日を起点とした残留曲線を作成した(図4)。このデータからは後方病棟転棟後の退院の早さが明らかになる。在院日数の平均は102日(SD=129)であった。3カ月残留率は30%、6カ月残留率は20%、9カ月残留率は12%であった。

D 考察

本研究班で提案するリハ病棟とは、改革ビジョンで示されたような、救急・急性期病棟の後方病床的な役割を担うものである。しかし、一般的に社会復帰病棟というと、長期在院患者を退院させる病棟を指すことが多い。そこで、本研究班では、社会復帰リハビリテーション病棟ではなく、精神科回復期リハビリテーション病棟という名称を用いることを提案する。そのような後方病床の役割には開放病棟型と閉鎖病棟型が必要と考えられたため、精神科回復期リハビリテーション病棟(開放型)とする。

今回調査した2つの病院の結果では、救急・急性期病棟より開放病棟へ流れた患者は9%と26%と分かれたが、今後より救急・急性期医療が充実し、そこでの入院期間が短期化することを考えると、急性期の患者の10-20%程度は開放病棟での処遇が必要であると考え

られる。ただし本病棟の対象患者の半数程度は長期在院患者が入院すると考えられるので発生率はその2倍で良いと考えられた。つまり救急・急性期に必要な患者の30%程度の需要があると考えられた。仮に急性期の入院日数を3カ月、リハ病棟の入院日数を9カ月とすると、回転率の比より、救急・急性期病棟とほぼ同数の病床数が必要であることが考えられた。しかし今後社会的入院患者が減り、本来のリハ病棟の対象患者の比率が高まると必要病床数は漸減すると考えられる。

2つの病院で、患者全体で見たときの残留率や在院日数にはあまり差はなかったが、A病院の救急ユニットは急性期のみを診て短期間(約10日)で後方病床に転棟していたため、閉鎖病棟に流れる患者が多かった。今後、回復期リハビリテーション病棟が専門病床として機能分化し、病棟機能の均一化かするとこの差が縮まると考えられる。またこのような後方病床ができることにより、救急・急性期病棟の機能もさらに特化し、より濃密で短期間の治療が提供されることが期待される。

入院日数は、今回の調査では若干フォローアップ期間が短いこともあり、救急で平均10-25日、開放病棟で平均35-40日(SD60)と短期間で退院していた。1年以上フォローできた群の平均在院日数は約4カ月であった。また、後方病床に転棟した後の在院期間は約100日(SD=130日)であった。

本病棟の対象としては、本来的には適切な急性期治療を経ても退院できなかった患者である。しかし、日本において1年以上の長期在院患者を退院させることは急務であり、本病棟にもある程度の割合、そのような患者を入院させることは意義があると考えられる。そのような患者の入院日数は今回の調査より長くなると考えられ、6-9カ月程度必要であると考えられた。また退院を

促すためにも 2-3 カ月ごとに診療報酬を逡減する必要があると考えられる。

退院を促進するために、どちらの病院も社会復帰に向け、病棟や外来において様々なプログラムを行っていた。また訪問看護も積極的に行っていた。このようなプログラムや、カンファレンス、地域へのアウトリーチサービスが病院内にあることは本病棟に必須と考えられた。

以上の聞き取り調査及びデータに基づき、専門家の討議により検討された回復期リハビリテーション病棟に必要な要件を以下にまとめた。

- ・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治療を受けても退院可能でない患者。
- ・開放病棟であること
- ・3対1看護
- ・PSWI名、OT又はCP1名以上
- ・患者の5割以上が入院後1年以内
- ・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。
- ・精神科リハビリテーション総合実施計画を策定すること。
- ・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3名以上いること）
- ・患者の7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）
- ・転入棟後9カ月までを算定（3カ月ごとに

逡減）

- ・再入院率減算

E 結論

社会復帰リハビリテーション病棟の需要を把握するために、救急・急性期病棟入院後の患者のデータを得たところ、約10～25%が後方病床に転送されることが明らかになった。後方病棟での入院期間は約100日であった。聞き取り調査の結果から、社会復帰を促進させるためには、様々なプログラムの実施や、カンファレンス、地域へのアウトリーチの必要性が認められた。

来年度は、対象をさらに拡大し回復期リハビリテーション病棟に入院する患者の状態像を明らかにするとともに、病棟に必要な治療法や社会復帰のためのプログラムについて検討を行う予定である。

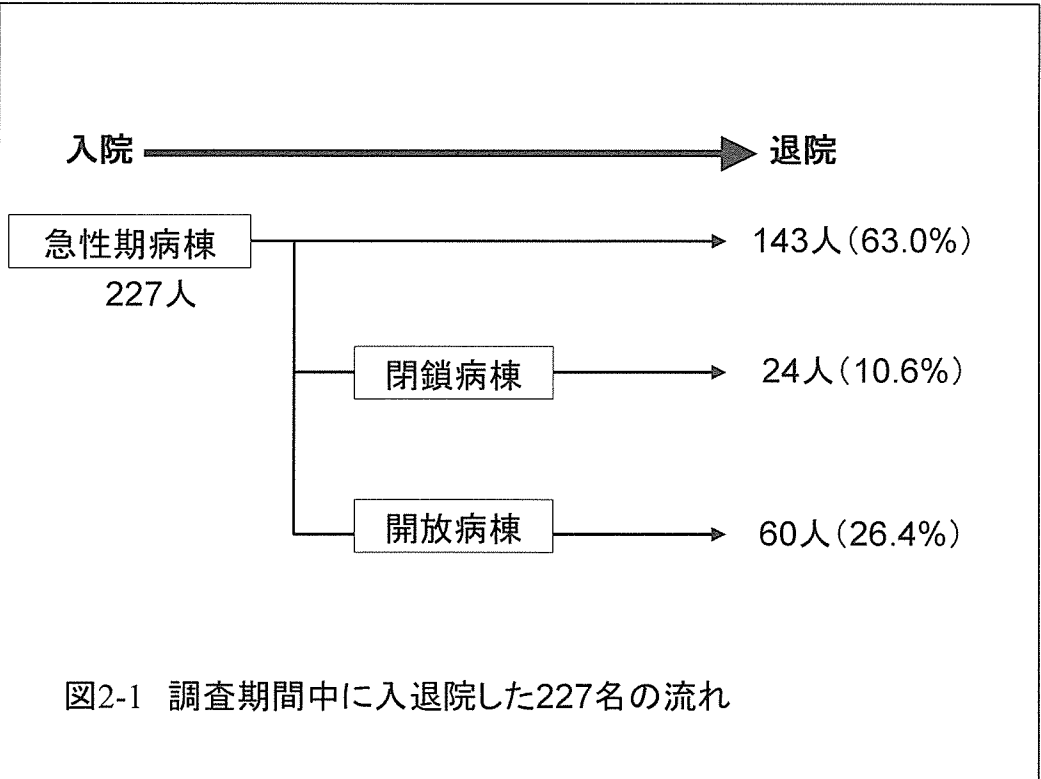
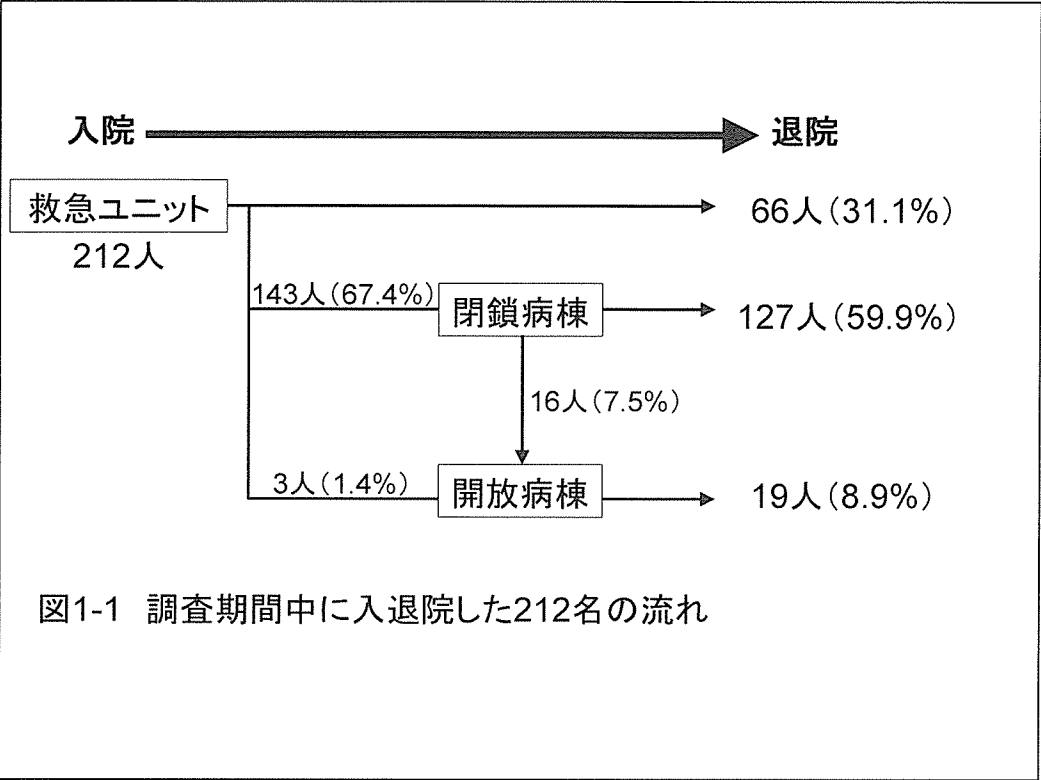
参考文献

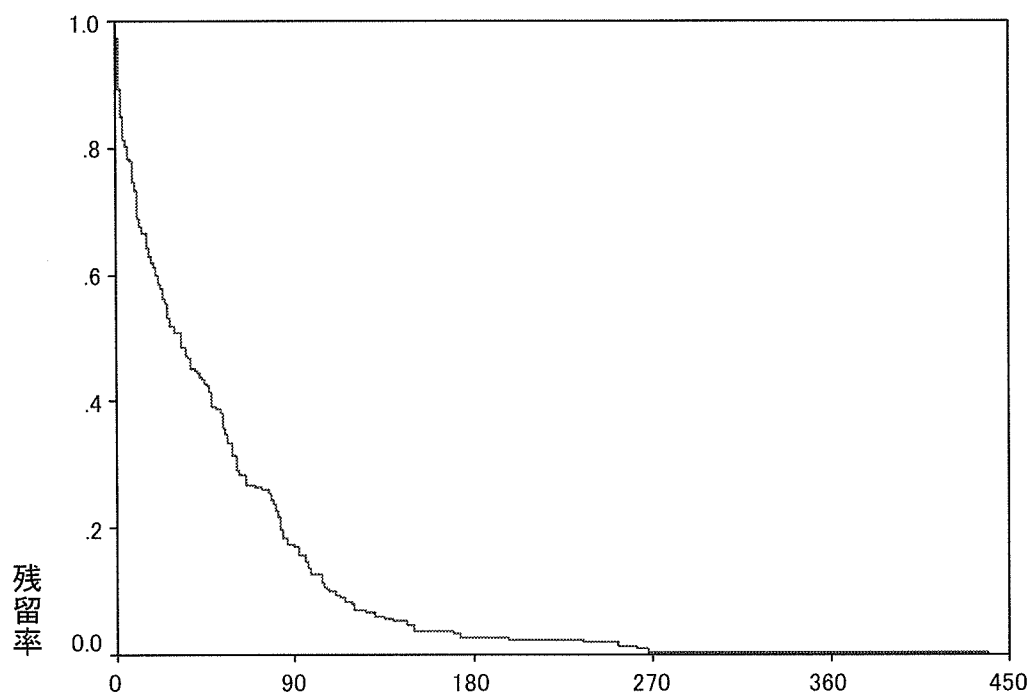
安西信雄：脱施設化再考―「社会的入院」患者と精神科リハビリテーションの役割。精神保健研究 16(通巻49)：99-103, 2003
精神保健福祉資料平成14年6月30日調査の概要。

F 健康危険情報 なし

G 研究発表 なし

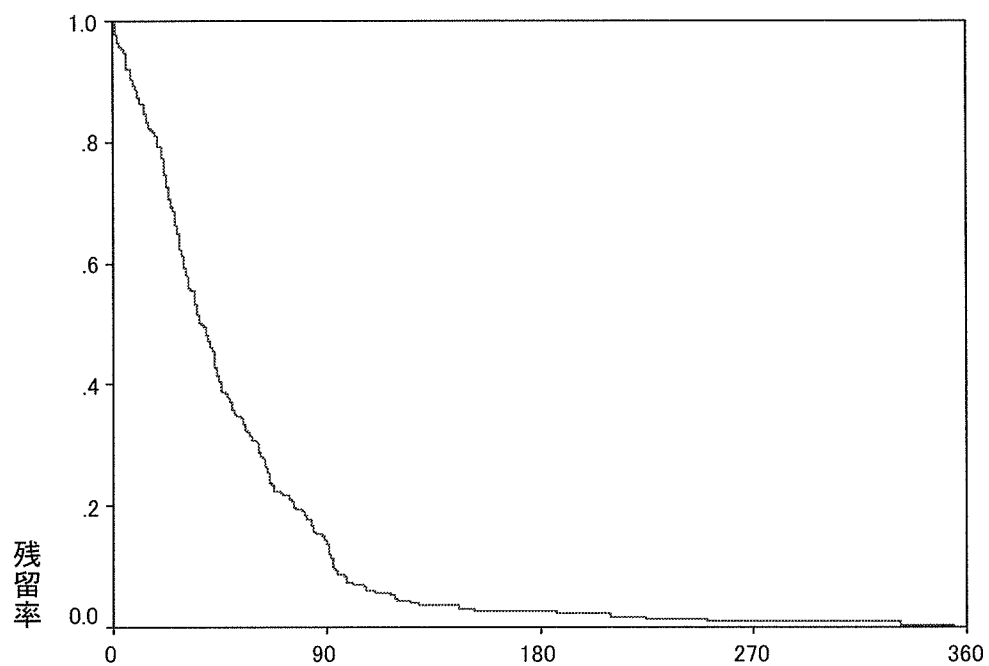
H 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む） なし





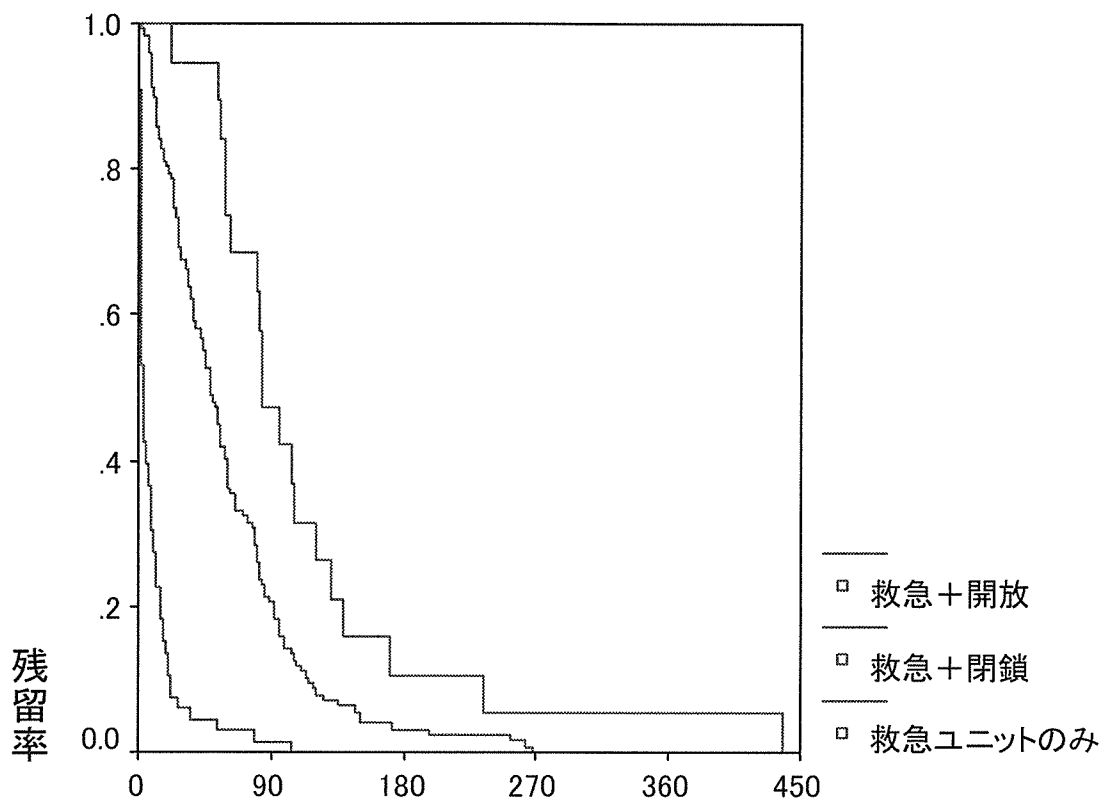
在院日数

図 1-2 退院患者の残留率曲線 (A 病院)



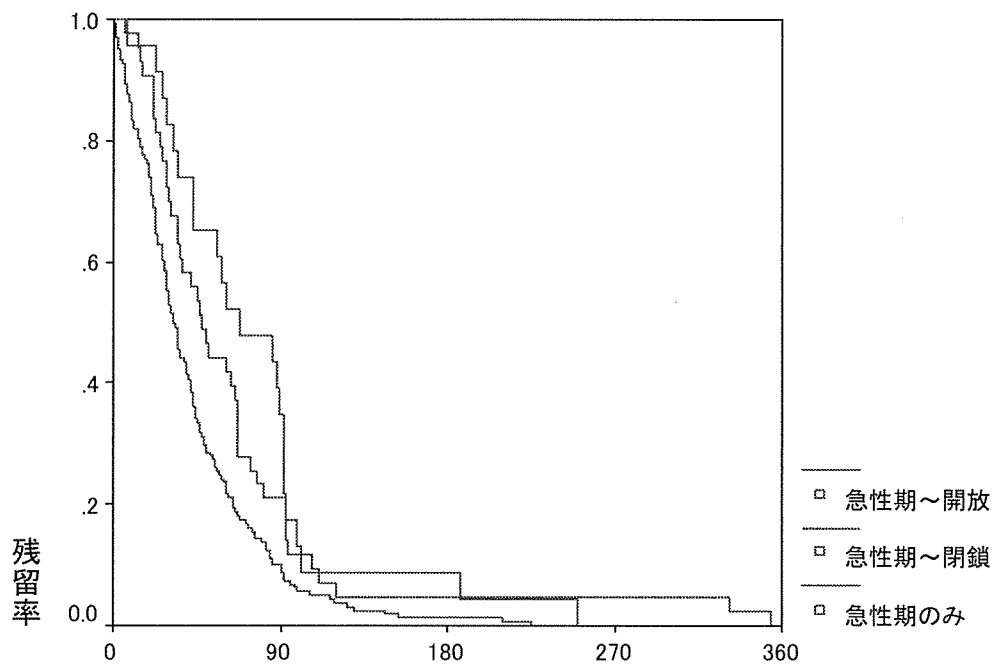
在院日数

図 2-2 退院患者の残留率曲線 (B 病院)



在院日数

図 1-3 調査期間中に退院した患者の入院病棟別の残留曲線 (A病院)



在院日数

図 2-3 入院病棟別の残留率曲線 (B病院)

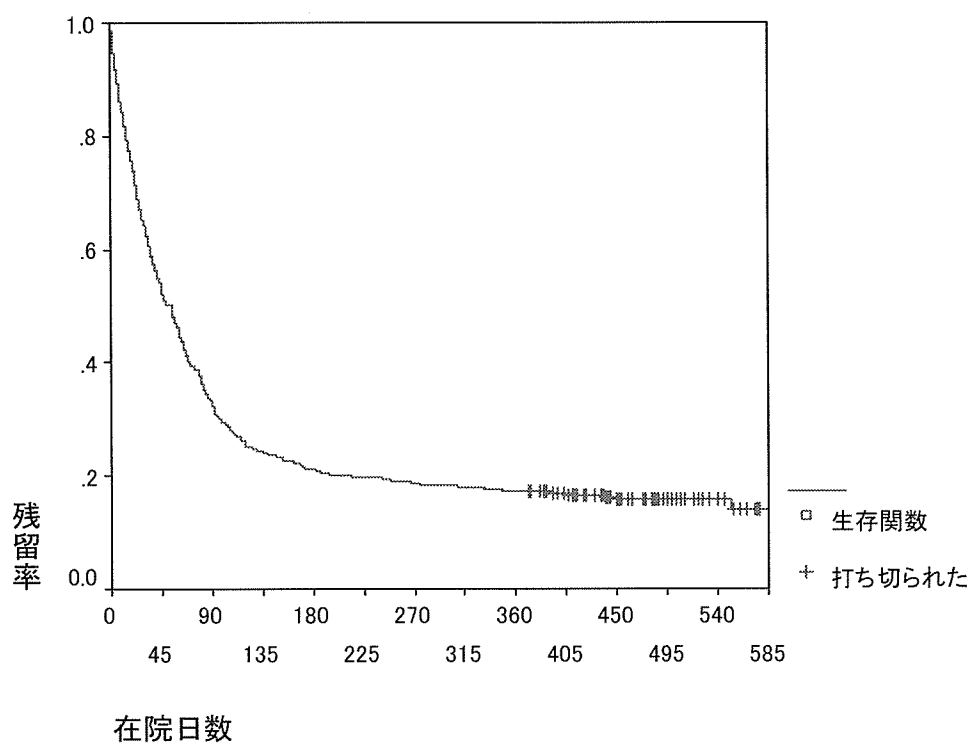


図3 追跡期間1年以上の対象者の残留曲線

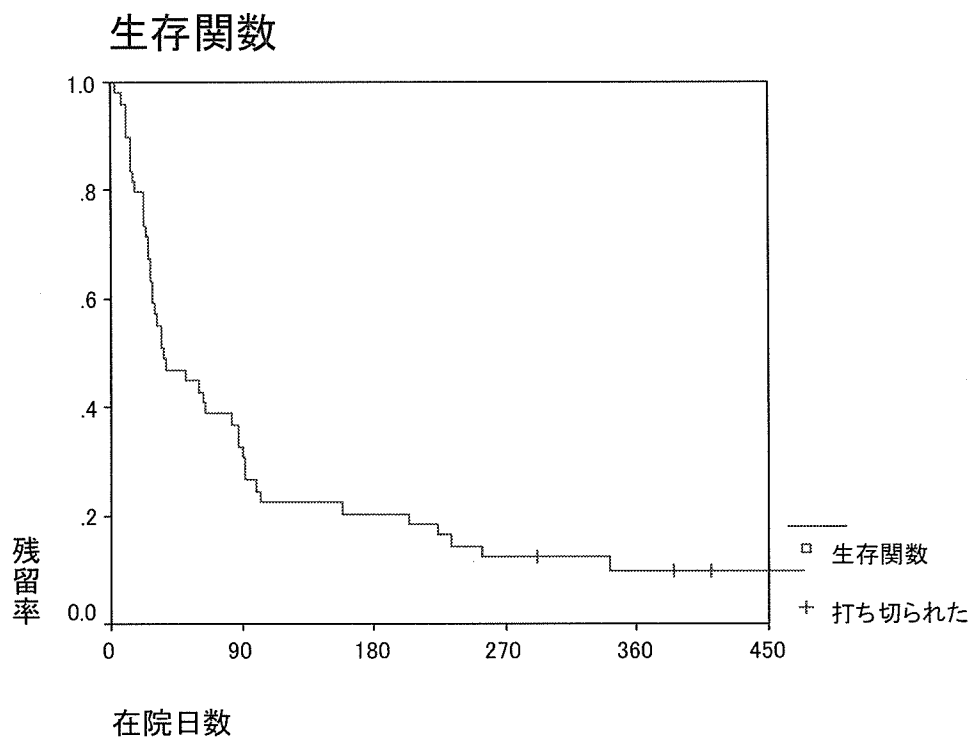


図4 転棟日からの残留曲線 (B病院)

表 1-1 病棟別および経由病棟別の平均在院日数（A病院）

	度数	平均値	標準偏差
救急ユニット	212	11.8	14.9
閉鎖病棟	143	49.5	50.0
開放病棟	19	49.4	24.7
救急ユニットのみ	66	8.7	11.8
救急～閉鎖	127	60.7	49.8
救急～開放	19	117.8	91.2
退院患者全員	212	49.6	57.0

表 2-1 病棟別および経由病棟別の平均在院日数（B病院）

	度数	平均値	標準偏差
急性期治療病棟	226	36.2	35.0
閉鎖病棟	23	61.9	50.0
開放病棟	43	40.7	60.6
急性期のみ	161	42.2	36.7
急性期～閉鎖	23	75.9	54.0
急性期～開放	43	65.3	68.7
退院患者全員	227	50.0	47.7

平成 17 年度厚生労働科学研究 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

社会復帰リハビリテーション病棟

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 カ月ごとに逦減）、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 月に厚生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院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、