

いわれている。

しかし、我が国では、いまだ地域生活支援システムの整備が遅れているため、この数字をそのまま参考には出来ない。

狭義の重症療養病棟という課題については、まず在宅医療や地域資源を整備することに財源を投入し、また、急性期病棟、回復期ケア病棟など、亜急性期あるいはリハビリテーションにまでわたる病棟機能を整備したうえで、改めて検討すべき問題に思われた。

【結論】

(1) 急性期病棟における治療においても退院をおこなうことが困難な患者に対して、閉鎖的処遇において退院促進をおこなう、「回復期ケア病棟閉鎖型」は必要である。病棟の要件としては、以下の点を満たすことが必要である。

- ①病棟の目的として、たとえば、「精神症状安定とADL/セルフケア能力の向上による、地域生活復帰を目標としたリハビリテーションプログラムを精神科医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が共同して作成し、これに基づきリハビリテーションを集中的に行うための病棟。リハビリテーションには地域生活支援機能として家族支援や住居確保も含む」といった、明確な定義をもつこと。
- ②主として急性期病棟での治療を終えた患者を扱うことを主目的とするため、「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」など、入棟についての定義を持つこと。
- 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こと。

- ⑤リハビリテーションプログラムには週1回以上のセルフケア向上のための個別外出支援、外泊支援、住居確保のための支援などアウトリーチ型サービスを含むこと。
- 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)を限度として算定できること。
- 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こと。
- ⑧入院中から包括型地域生活支援プログラム(ACT)と緊密な連携を持ち、退院後の地域ケアへの移行を円滑にすること。

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。

(2) 我が国で研究的に試行されている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、現状では住居プログラムや、上述の回復期ケア病棟などが整備されておらず、これらの患者が、整備後も長期入院が必要であるかは現在は判断が出来なかった。

狭義の重症療養病棟という課題については、まず在宅医療や地域資源を整備することに財源を投入し、また、急性期病棟、回復期ケア病棟など、亜急性期あるいはリハビリテーションにまでわたる病棟機能を整備したうえで、改めて検討すべき問題に思われた。

【健康危険情報】

なし

【研究発表】

なし

【知的財産権の出願・登録状況】

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

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

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）

研究協力者 木谷 雅彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究協力者 安西 信雄（国立精神・神経センター武蔵病院）

研究協力者 平田 豊明（静岡県立こころの医療センター）

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）

【研究要旨】

・ 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）を担当する。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。調査結果をふまえ、同病棟のあり方や実現可能性を考察する。

・ 方法

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。

・ 結果

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。ただし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。「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。

A. 研究目的

平成 16 年 9 月に厚生労働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。

本分担研究では、社会復帰リハビリテーション機能を有する病棟を「精神科回復期リハビリテーション病棟」として提案するために、平成 16 年度は、公立精神科病院 2 施設を対象にして、聞き取り調査と 439 名の患者の入退院データの解析をした。その結果をふまえて「精神科回復期リハビリテーション病棟」の基準を設定し、平成 17 年度は、前年度の調査データおよび民間精神科病院院長への聞き取り調査から、「精神科回復期リハビリテーション病棟」の基準を検討し精緻化した。

今年度は、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」のモデルと捉え、その運用実態を調査した（研究①）。また対象病院に、「精神科回復期リハビリテーション病棟」の必要性、および昨年度設定した「精神科回復期リハビリテーション病棟」の基準の適否を尋ねた（研究②）。

これにより、今後の「精神科回復期リハビリテーション病棟」の実現を提案する素材として活用することを目的とした。

B. 研究方法

調査票の作成

まず「1 年以内に退院した件数が最も多い精神科救急病棟からの転棟先病棟」（以下、「モデル病棟」とする）について、職種ごとのス

タッフ数および定期的に行っている退院促進のためのプログラムとその頻度を問う設問を配した（研究①）。

さらに、昨年度まで検討した定義による「精神科回復期リハビリテーション病棟」の要否、および 10 の基準の適否についてそれぞれ、意見を尋ねた（研究②）。

C. 研究結果

調査を依頼した 25 病院のうち、23 病院から調査票を回収した。このうち、研究①については 13 病院、研究②については 16 病院から有効な回答を得た。

【研究①】

1. モデル病棟の診療報酬上の病棟種別

以下の通りであった（表 1）。

- ・精神科病棟入院基本料（2 または 3）（6 件）
- ・精神科療養病棟入院料（3 件）
- ・精神科急性期治療病棟入院料（1 件）
- ・その他・不明（3 件）

2. モデル病棟の機能（各病院の回答による）（表 1）

- ・精神科病棟入院基本料の 6 病院のうち、3 病院が「リハビリテーション」「社会復帰」と位置づけていた。
- ・精神科病棟入院基本料の 6 病院のうち、1 病院が「救急治療支援」と位置づけていた。

3. モデル病棟での平均入院期間

以下の通りであった。

- ・0-3 ヶ月：8 件
- ・3-6 ヶ月：3 件
- ・無回答：2 件

4. モデル病棟のスタッフ数（図 1）

有効な回答のあった 9 病院で、看護師は 1 病床当たり 0.25~0.3 人とほぼ一定していた

が、医師は0~0.15とややばらつきが見られた。専属の精神保健福祉士、作業療法士とともに置いていない病院が3あった。

5. モデル病棟における退院促進プログラムの実施（図2）

SST（Social Skills Training）は、回答のあった8病院中5病院で月4回（週1回）実施されているが、その他の退院促進プログラムの実施の頻度には月0~11回とばらつきが見られた。

6. 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（図3、図4）

・各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11病院中5病院（自宅退院に限れば、2病院）であった。（図3）

・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。（図4）

【研究②】

1. 「精神科回復期リハビリテーション病棟」の必要性（図5）

必要：15

不要：1

（必要な理由として挙げられたコメント）

- ・ 救急・急性期の入院治療を受けても退院できるレベルに達しない患者がある一定の割合で存在する。
- ・ 入院1年を超えないうちに退院に向けての専門的アプローチが必要だから。
- ・ 地域に戻すため患者個々の生活スキルを高めるための支援が必要
- ・ 救急病棟で受ける患者の中に処遇困難者も少なくなく、長期化するケースもみられる。そうした方にとって、こうした病棟があればと思われる。

- ・ 入院3ヶ月を超えてしまう患者が一定数存在する。

（不要な理由として挙げられたコメント）

- ・ 3ヶ月を過ぎれば、特に9ヶ月と限定した病棟での効果は疑問

2. 「精神科回復期リハビリテーション病棟」の実現可能性（図5）

実現可能：7

実現不可能：8

無回答：1

（実現可能な理由）

- ・ 既存の病棟の充実活用
- ・ 構造上は可能。プログラム等は努力により可能

（実現不可能な理由）

（1）人員の不足

- ・ 他の整備すべき専門病棟への人員配置で一杯の状態
- ・ 充実したプログラムを提供するためにはスタッフ教育と人員が必要である。
（このほか「マンパワーの不足」という理由が2件あった。）

（2）対象患者の限定

- ・ 救急の患者に対象を限定しているため
- ・ 急性期、救急のうけ入れ病院のためベッドがもたない。
- ・ 総合病院の為、救急急性期と合併症治療に専念せざるを得ない。

（3）その他

- ・ 救急病棟を出て9ヶ月以内に退院するものは少ないはず

3. 「精神科回復期リハビリテーション病棟」の基準の適否（図6）

①3対1看護

適当：9 不適：3 無回答：1

(不適当な理由)

- ・ マンパワーの不足
- ・ 2対1相当で(より手厚い配置にするべき)

②PSW1名、OT又はCP1名以上を病棟専属とする。

適当：9 不適：4

(不適当な理由)

- ・ PSWは2人以上必要
- ・ 心理士も必要
- ・ OTとCP(どちらかではなく)両方必要

③精神科療養病棟と同様の病棟環境を持つこと。

適当：7 不適：5 無回答：1

(不適当な理由)

- ・ 社会性が必要(「療養病棟と同様」では不十分)

④患者の8割以上が9ヵ月で自宅退院(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ヵ月以内に再入院した者は退院とみなさない。

適当：7 不適：6

(不適当な理由)

- ・ 1つの病棟で8割が退院することは難しい。(同意見が他に2件)
- ・ むしろ、1度は3ヶ月以内に入院しても、その後の経過がよい場合もある。

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。

適当：13 不適：0

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

適当：13 不適：0

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が実施されること。

適当：13 不適：0

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門の看護師またはPSWが3名以上いること)

適当：12 不適：0 無回答：1

⑨診療報酬は転入棟後9ヵ月までを限度として算定(3ヵ月ごとに逡減)。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。

適当：10 不適：3

(不適当な理由)

- ・ 急性期治療と同等(の点数にするべき)
- ・ 安すぎるし厳しい。

⑩病棟単位または病室(ユニット)単位を考慮

適当：11 不適：2

D. 考察

【研究①】

救急からの転棟患者が1年以内に8割以上自宅退院しているモデル病棟は、現状では限られている。

モデル病棟のスタッフ数、退院促進プログラムの実施状況を見ると、いずれも、「救急治療支援」機能を明確にしているE病院が他の病院に比べ手厚いことがわかる。しかしながら、E病院の退院率が他の病院に比べて高いとはいえない。スタッフ数、退院促進プログラムの実施状況と退院率との関係については、今後精査する必要がある。

【研究②】

1. 「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

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。

2. 「精神科回復期リハビリテーション病棟」の基準の適否

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。

一方、①②③④⑨⑩について、「不適」という回答と、その理由についてのコメントがあった。

人員配置について具体的な数を示した①②は、「不適」とする回答がそれぞれ 3 件、4 件あったものの、その理由として、「マンパワーの不足」で実現できないというコメントよりも、より手厚い人員配置基準を作るべきだというコメントのほうが多かった。

③を「不適」としたコメント 1 件は、療養病棟より厚遇の環境を求めている。

⑨を「不適」としたコメント 2 件は、より高い診療報酬点数を付けることを求めている。

以上のコメントから、「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④を「不適」とするコメントからは、「患者の 8 割以上が 9 ヶ月で自宅退院」という基準が実情と離れている可能性が示唆された。「精神科回復期リハビリテーション病棟」の実現に向けては、更なる検討の余地

が示唆されたといえる。

E. 結論

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。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を示唆していた。「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。

F. 研究発表

瀬戸屋雄太郎, 安西信雄: 退院促進のために必要な診療報酬改定—精神科回復期リハビリテーション病棟の提案. 精神科リハビリテーション 第 10 巻第 2 号: 2006

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 各回答病院のモデル病棟の概要

| 病院名 | 診療報酬上の病棟種別 | (回答された)病棟機能 | | 病床数 |
|------|-----------------|-------------|----|------|
| A | 精神病棟入院基本料 2 | 男子病棟 | 閉鎖 | 51 |
| B | 精神病棟入院基本料 2 | リハビリテーション | 開放 | 46 |
| C | 精神病棟入院基本料 2 | 男女、開放、慢性病棟 | 開放 | 51 |
| D | 精神病棟入院基本料 2 | 社会復帰(女) | 開放 | 50 |
| E | 精神病棟入院基本料 3 | 救急治療支援 | 開放 | 44 |
| F | 精神病棟入院基本料 3 | リハビリ(亜急性) | 閉鎖 | 65 |
| G | 精神科急性期治療病棟入院料 1 | | 閉鎖 | 53 |
| H | 精神科療養病棟入院料 | | 開放 | 60 |
| I | 精神科療養病棟入院料 | | 開放 | 58 |
| J | 精神科療養病棟入院料 | | 閉鎖 | 55 |
| K | 不明 | 神経症、リハビリ | 開放 | 50 |
| L | 不明 | | 開放 | 70 |
| M | 不明 | | 閉鎖 | 60 |
| 計 | | | | 713 |
| 平均 | | | | 54.8 |
| データ数 | | | | 13 |

表2 救急病棟からの転棟患者の、モデル病棟での平均在院日数

| 病院名 | モデル病棟での平均在院日数 |
|-----|---------------|
| A | 0-3 |
| B | 0-3 |
| C | 無回答 |
| D | 無回答 |
| E | 0-3 |
| F | 3-6 |
| G | 0-3 |
| H | 3-6 |
| I | 0-3 |
| J | 3-6 |
| K | 0-3 |
| L | 0-3 |
| M | 0-3 |

図1 モデル病棟の1病床当たりのスタッフ数

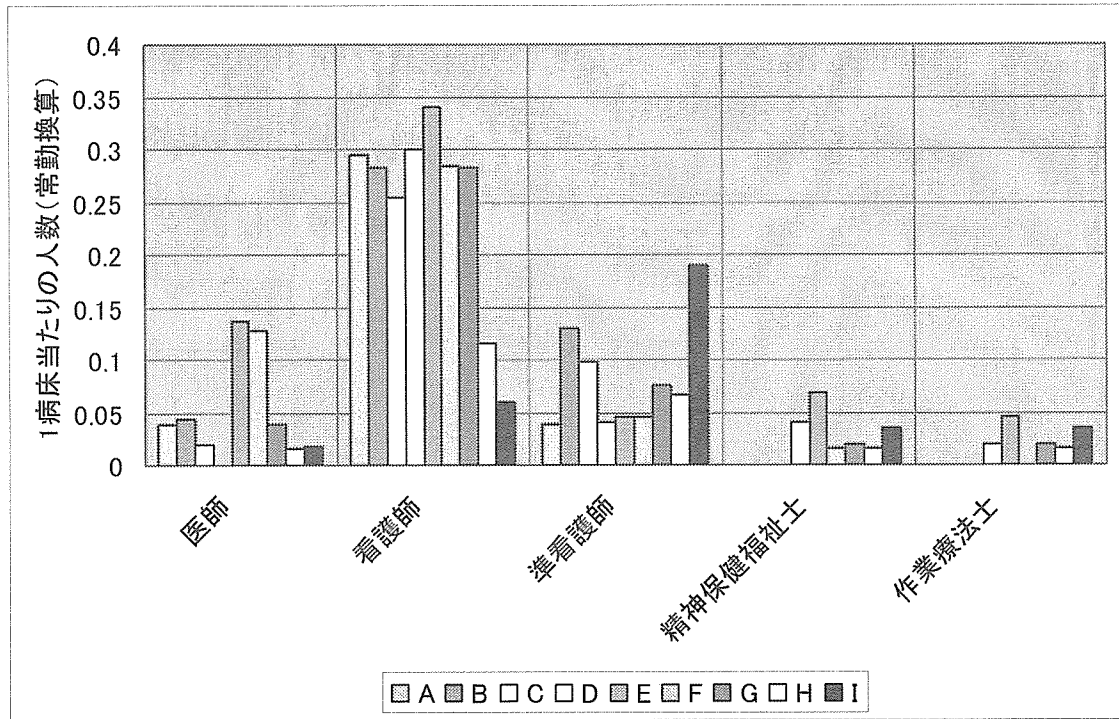


表3 モデル病棟のスタッフ数(実数)

| | 医師 | 看護師 | 准看護師 | 看護補助者 | 精神保健福祉士 | 作業療法士 | 心理士 | その他 |
|----|-----|------|------|-------|---------|-------|-----|-----|
| A | 2 | 15 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| B | 2 | 13 | 6 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| C | 1 | 13 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| D | 0 | 15 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| E | 6 | 15 | 2 | 1 | 3 | 2 | 0 | 0 |
| F | 8 | 18 | 3 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| G | 2 | 15 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| H | 1 | 7 | 4 | 12 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| I | 1 | 3 | 11 | 7 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 平均 | 2.6 | 12.7 | 4.3 | 3.7 | 1.1 | 0.81 | 0.2 | 0 |

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）

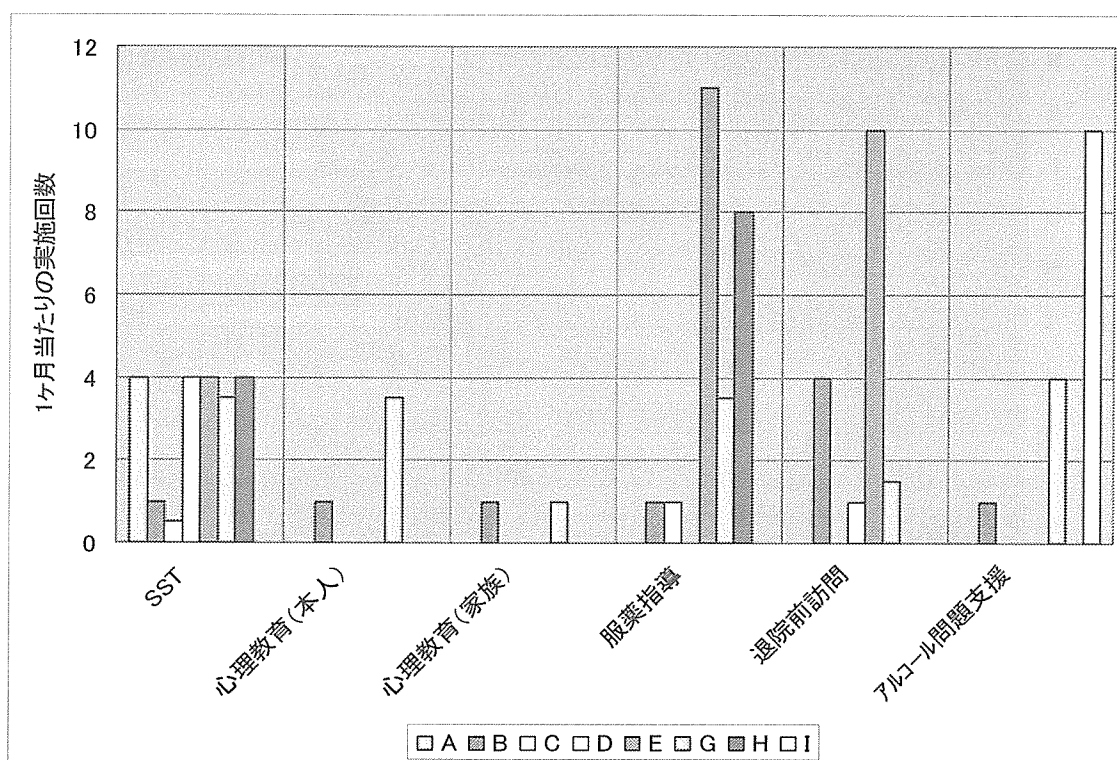


表4 モデル病棟における退院促進プログラムの実施回数（1ヶ月当たり）

| | 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 |

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

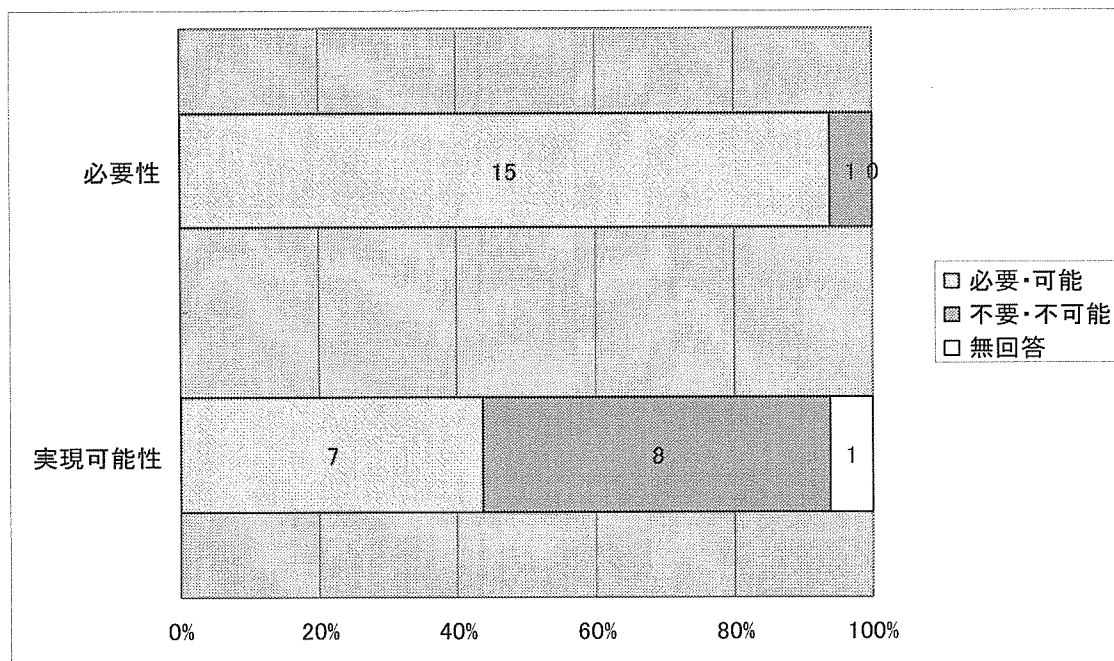
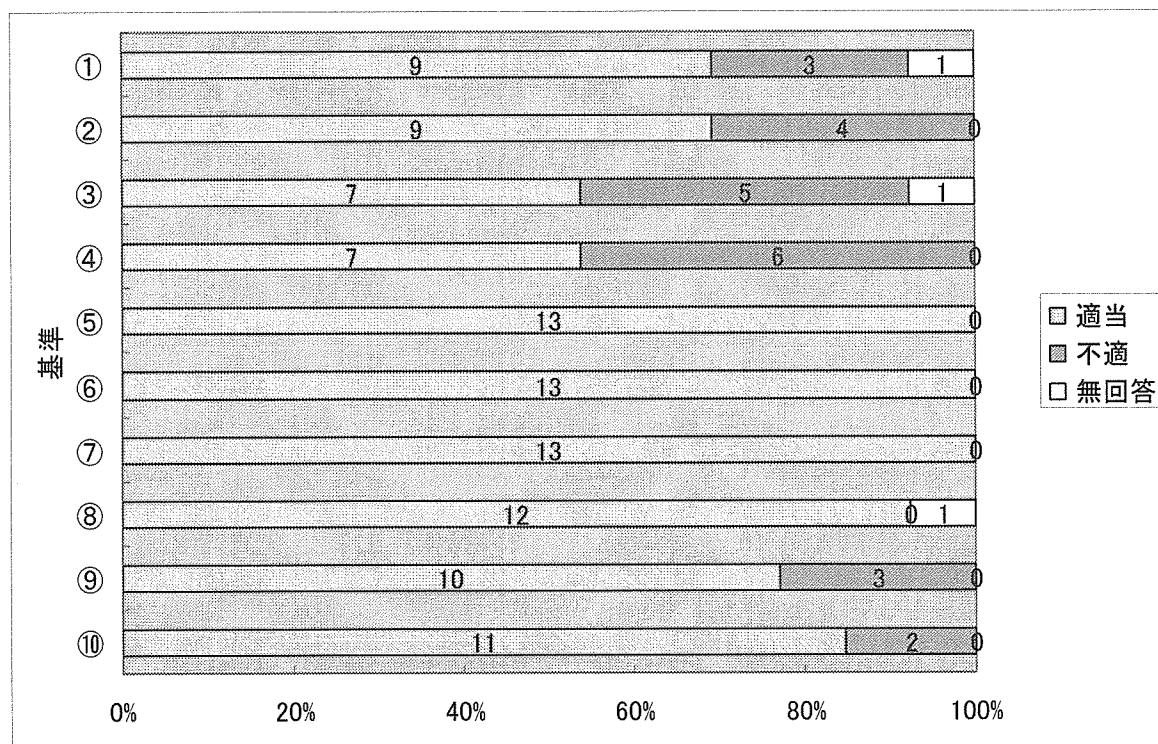


図6 精神科回復期リハビリテーション病棟（案）の各基準の適否



3. 身体合併症病棟

身体合併症病棟に関する研究

分担研究者 藤原修一郎 横浜南共済病院 神経科部長

【研究要旨】： 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。

A. 研究目的

精神科身体合併症医療については、設備構造、人員配置、救急体制、単科精神病院との連携など様々な困難な問題を抱えている。総合病院における合併症の診療実態を入院経路、人員配置、必要入院日数、転帰等を調査することにより、今後病床機能分化を進めていく上で配慮されるべき合併症病床のあり方を検討した。

B. 研究方法（表 1）

医療経済調査と個別在院日数の調査を行った。医療経済調査は、平成 15 年 2 月の時点で、病床数、医師、看護者人数、入院患者数等について調査した。15 年 2 月に 83 施設に調査票を送付し、43 施設（51.8%の回収率）から回答があった。設立母体は、大学 6 施設、国立 10 施設、自治体 15 施設、公的 10 施設、法人 2 施設であった。個別調査は平成 15 年 3 月 1 日から 3 月 31 日に退院した全患者 992 人（有効回答数）、及び合併症者 161 人（16.2%）を対象に入院日数、精神科診断（ICD-10 による）、合併症診断名、入院経路、入院時状態像、転帰などを調査した（図 1, 2）。身体合併症は

ユニット対象疾患（後述）として定義し分析した。さらに、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、医療経済的分析を行なった。

（倫理面への配慮）

本研究におけるアンケート調査では、個人が特定できる質問内容はなく、プライバシーに関わる問題はないと判断した。

C. 研究結果

調査結果と過去の報告をもとに、以下の通り対象患者を規程した。

1. ユニット対象患者（身体合併症者）について

対象疾患は、a) 意識障害・昏睡状態、b) 自殺企図などによる熱傷、骨折、外傷、急性薬物中毒、c) 呼吸不全（重症肺炎）、心不全、d) 重篤な代謝、栄養障害、e) 悪性腫瘍、f) 腎不全、透析、g) 急性腹症、h) 手術を必要とする状態とした（図 5）。原則として、身体的に 2 次救急を想定、精神症状も主に医療保護入院レベルを対象とした。

2. 合併症ユニット対象患者分析

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、約 60%は救急及び他施設からの依頼であった (図 7)。入院時状態像は、急性精神病状態 24 人 (10%)、うつ状態 40 人 (17%)、慢性精神病状態 50 人 (21%) などであった (図 8)。転帰は自宅への退院 113 人 (59%)、単科精神病院 34 人 (18%) であった (図 10)。退院時状態像は、寛解状態 47 人 (26%)、ほぼ寛解が 48 人 (27%) であった (図 9)。

3. 在院日数の検討

在院日数分布及び人員配置による在院日数さらに、入院日数 25%毎、95%値における入院日数を分析した。身体合併症の平均在院日数は、看護配置 2 : 1 以上が 50 日、2.5 : 1 以上 2 : 1 未満が 68 日、3 : 1 以上 2.5 未満が 345.1 日であり、95%値としては、50~60 日である (表 2)。また、25%値は、10~15 日であった (表 3)。

D. 考察

1. 施設基準について

対象とする疾患からは、病院として、2 次または 3 次救急に対応していること、合併症ユニットとして、当該病棟に、救急蘇生装置、心電計、呼吸器循環監視装置があること、合併症ユニットはパイピングが施されること、個室または観察室が望ましいと考えた。

2. 入院経路、状態像、転帰、入院日数等の分析 (病床機能分化の観点から)

(1) 入院経路は、救急及び他施設からの紹介が 60%であった。

(2) 入院時状態像は、急性精神病状態 10%、慢性精神病状態 21%であった。

(3) 退院先は、自宅退院が 60%であった。

(4) 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 (図 12)。

(5) 身体的に 2 次救急、精神症状も主に医療保護入院を対象にしている。

(6) 平均在院期間が、在院日数 95%値で、50~60 日である。

(7) 看護師配置は 2.5 対 1 以上が必要である。

(1) から (7) より、合併症診療は急性期に位置づけられるべきであると考えられる。

3. 必要病床数の推計

今回調査対象とした病床数 (3517 床)、身体合併症数 191 人 (19.5%)、全総合病院精神病床数 (21000 床)、合併症ユニットへの入院期間を 30 日として計算すると、 $191 \text{ 床} \times 30 \text{ 日} / 30 \text{ 日} \times 21000 \text{ 床} / 3517 \text{ 床} = 1140 \text{ 床}$ である。

急性期における合併症診療を円滑にすすめること、2 次医療圏あたりに、1 ユニット以上あることが望ましいことから、病床稼働率を 80%として、必要病床数は約 1500 床と考えた。

4. 医療経済的観点から

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た。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。

E. 結論 (図 6)

1. 手厚い人員を配置することが、早期退院を可能にし、在院日数を短縮化させる (図 4)。

2. 合併症者では、短期入院患者 (急性期治療) と合併症を伴う長期入院患者がいる (図

11)。

合併症ユニットは、急性期における治療ユニットとして位置づける。

3. 主な入院経路は救急と他施設（単科精神病院）である。

4. 機能分化を進めていくためには、長期在院者（重症者、合併症）の受け皿が必要である。

5. 救急、施設との連携、受入を円滑にする必要があり、2次医療圏毎の配置が望ましい。

6. 必要病床数は、約1500床（2次医療圏毎に1ユニット）である。

7. 医療経済上は、ユニット入院者に対し初期の14日に対する加算を必要とする。

8. ユニット入院患者は原則精神的に、医療保護入院レベルの精神症状のあることが前提で、一般病棟への入院と同等の身体的治療が行われることが保証されるべきである。

F. 健康危険情報

特記すべき情報はなかった。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1.

| ● 調査の概要 | | 総合病院対象調査 |
|--------------------------------|---|----------|
| 1. 医療経済調査(平成15年2月) | 病床数、人員、外来、入院患者数、収入 | |
| 2. 個別在院日数の調査(平成15年3月1日から3月31日) | 診断、入院・退院時状態、入院回数、転帰、合併症、在院日数 | |
| 3. 入院日数の検討 | 人員配置、入院期間の分布 | |
| 4. 施設概要 | <ul style="list-style-type: none"> i) 43施設 (回答率51.8%) ii) 病床規模 (~50床:21病院、51~100床:14病院、101床~:8病院) iii) 病床平均(81.8床) iv) 設立母体 (大学6病院、国立10病院、自治体15病院、公的10病院、法人2病院) v) 医師配置 (16対1達成病院24施設。未達成病院19施設) | |

図1.

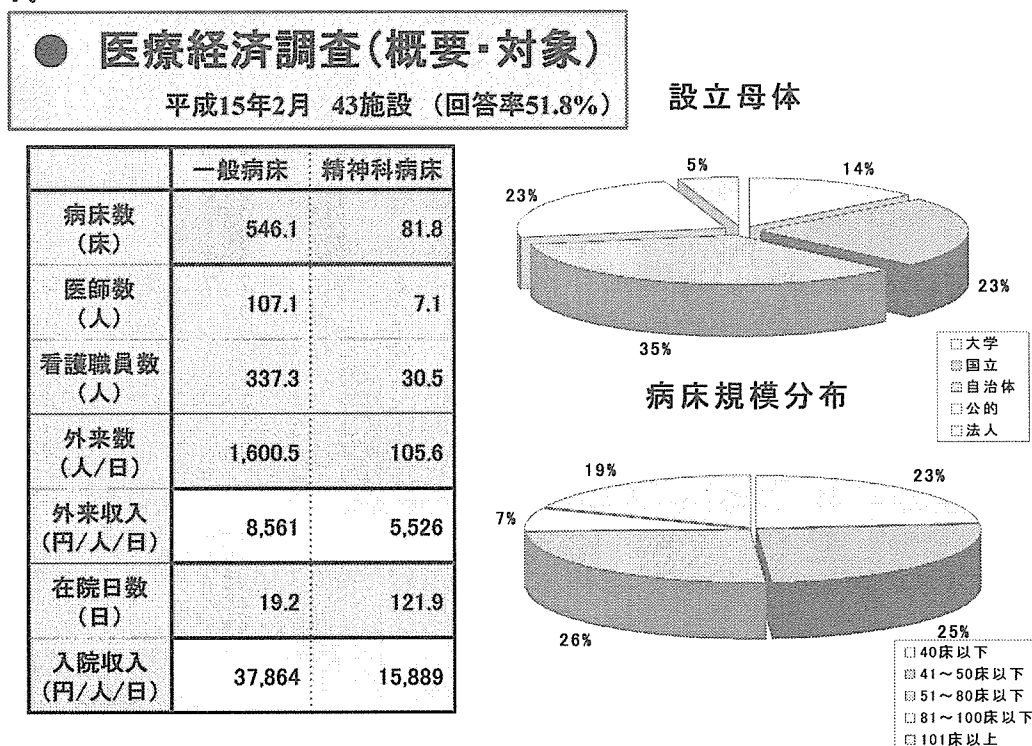
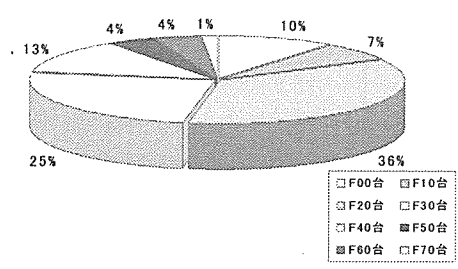


図2.

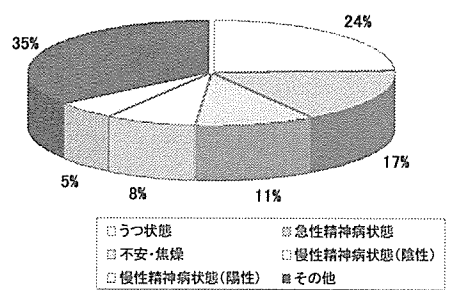
● 個別調査 (平成15年3月1日から3月31日)

- i) 患者数 992人
- ii) 平均在院日数 185.4日
- iii) 診断 (グラフ①参照)
- iv) 入院時状態像 (グラフ②参照)
- v) 入院回数 初回入院 44%
- vi) 退院時状態 寛解状態 29%
ほぼ寛解 36%
(合計 65%)
- vii) 退院時転帰 (グラフ③参照)
- viii) 身体合併症 46%

グラフ① 精神科診断



グラフ② 入院時状態像



グラフ③ 退院時転帰

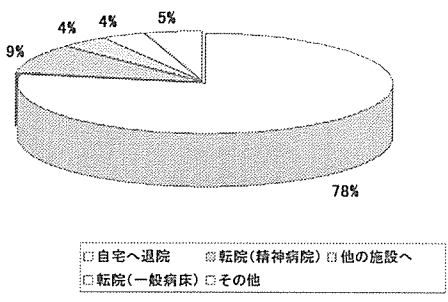
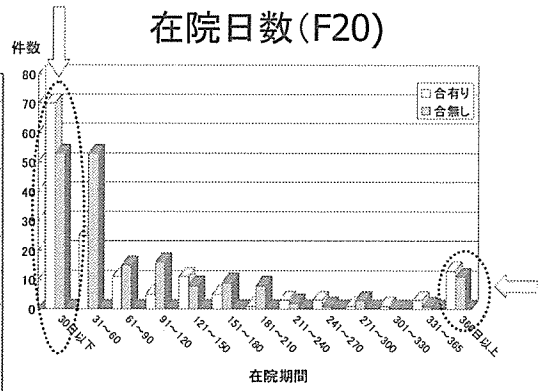


図3.

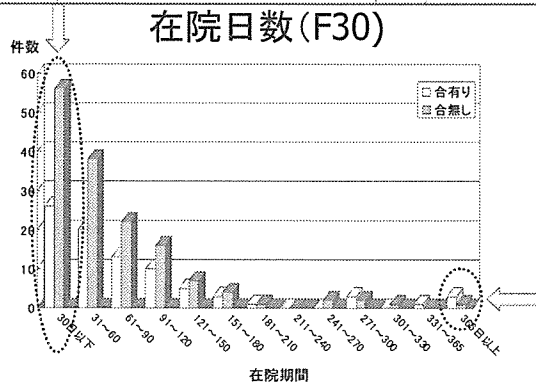
● 在院日数の分布

| Fコード | 診断名 | 人数 | 平均在院日数 |
|--------|--------------------------|-----|--------|
| F00-09 | 症状性を含む器質性精神障害 | 93 | 137.8 |
| F10-19 | 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 | 64 | 55.5 |
| F20-29 | 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 | 333 | 382.1 |
| F30-39 | 気分[感情]障害 | 231 | 85.4 |
| F40-48 | 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 | 115 | 95.2 |
| F50-59 | 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 | 39 | 78.0 |
| F60-69 | 成人の人格及び行動の障害 | 41 | 34.7 |
| F70-79 | 知的障害(精神遅滞) | 12 | 39.3 |
| 全体 | 全症例平均 | 978 | 186.2 |

在院日数(F20)



在院日数(F30)



合計数(F00-F70)

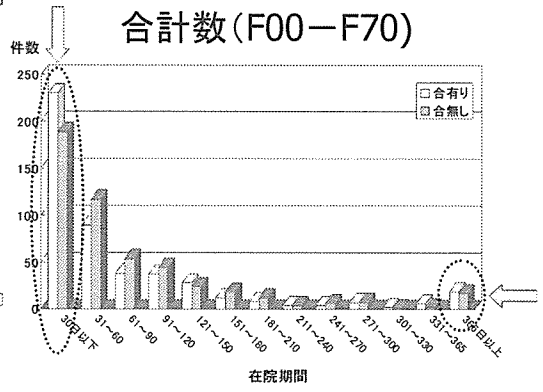
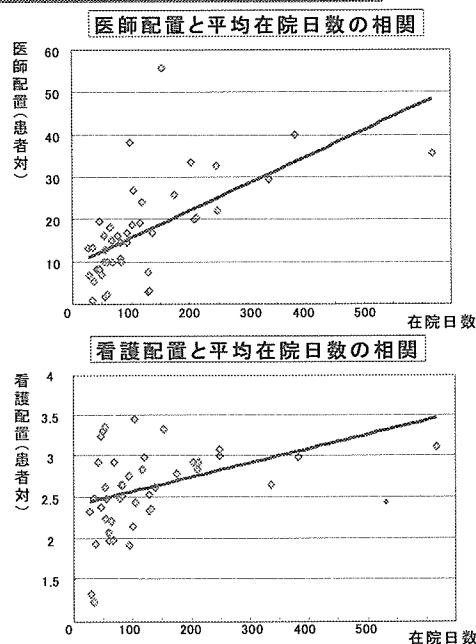


図4.

● 医師配置16対1達成病院(A)と未達成病院(B)の比較

| | (A) 24病院 | (B) 19病院 | 合計 |
|-------------------------|----------------|-----------------|----------------|
| 患者数 | 633人 | 345人 | 978人 |
| 平均在院日数 | 92.0日 | 359.1日 | 186.2日 |
| 転帰 自宅退院 | 81% 80.7日 | 73.3% 133.7日 | |
| 寛解 ほぼ寛解状態 | 66.9% | 59.6% | |
| F2 (統合失調症) 平均在院日数 | 204人 102.8日 | 129人 827.7日 | 333人 382.1日 |
| F3 (気分障害) 平均在院日数 | 152人 77.5日 | 79人 101.2日 | 231人 85.4日 |



※ 人員が手厚いほど、入院日数が短縮化される

図5.

● 合併症ユニット 施設基準と対象疾患
個別在院日数調査(H15. 3)の分析から

[合併症ユニットの施設基準]
 ・病院として、2次または3次救急に対応していること
 ・当該病院に、救急蘇生装置、心電計、呼吸器循環監視装置があること
 ・合併症ユニットは、パイピングが施されていること

対象疾患
 a) 意識障害・昏睡状態
 b) 自殺企図などによる熱傷、骨折、外傷、急性薬物中毒
 c) 呼吸不全(重症肺炎)、心不全
 d) 重篤な代謝、栄養障害
 e) 悪性腫瘍
 f) 腎不全、透析
 g) 急性腹症
 h) 手術を必要とする状態
 * 身体的に2次救急を想定、精神症状も主に医療保護レベル

合併症軽快後、速やかにユニットから移動(転出)すること。

- i) 患者数 992人
- 合併症(重症)者数 161人 (16.2%)
- ii) 平均在院日数 316.3日

図6.

総合病院・急性期身体合併症ユニットの流れ

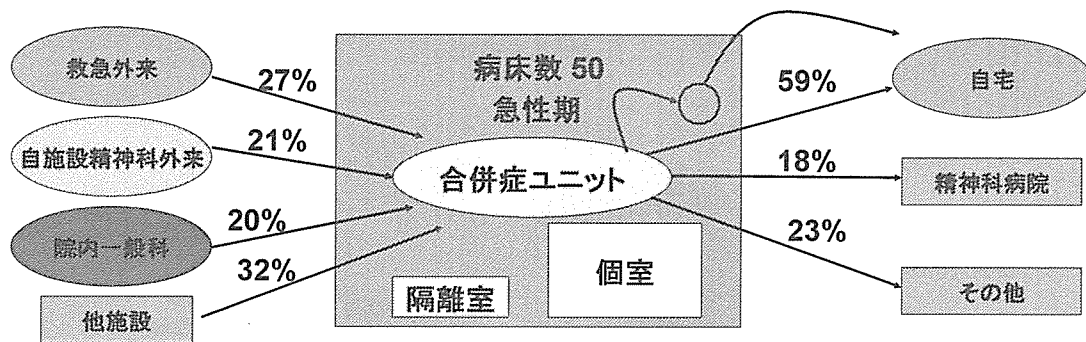


図7.

● 合併症ユニット 入院経路

個別在院日数調査(H15. 3)の分析から

救急及び他施設からの紹介が60%

