

図8.

● 合併症ユニット 入院時状態像
個別在院日数調査(H15. 3)の分析から

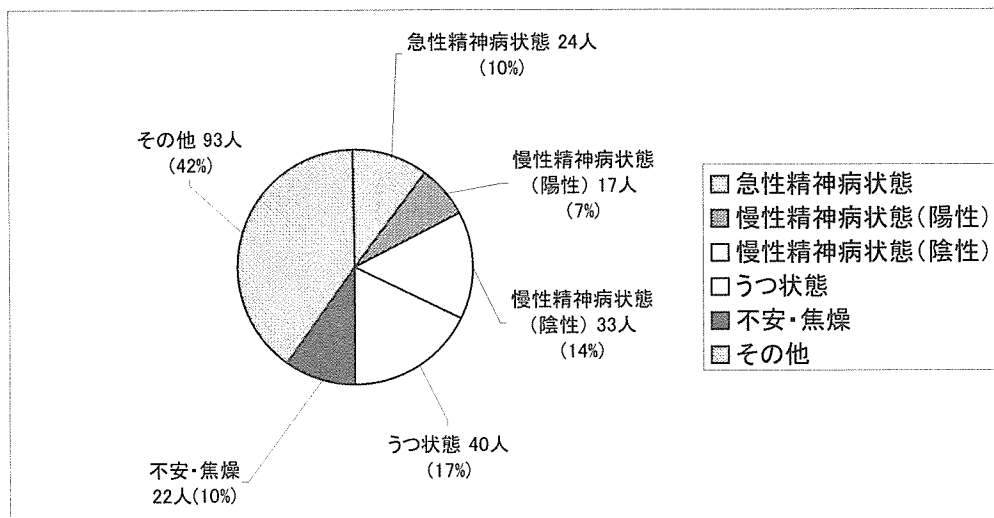


図9.

● 合併症ユニット 退院時状態像
個別在院日数調査(H15. 3)の分析から

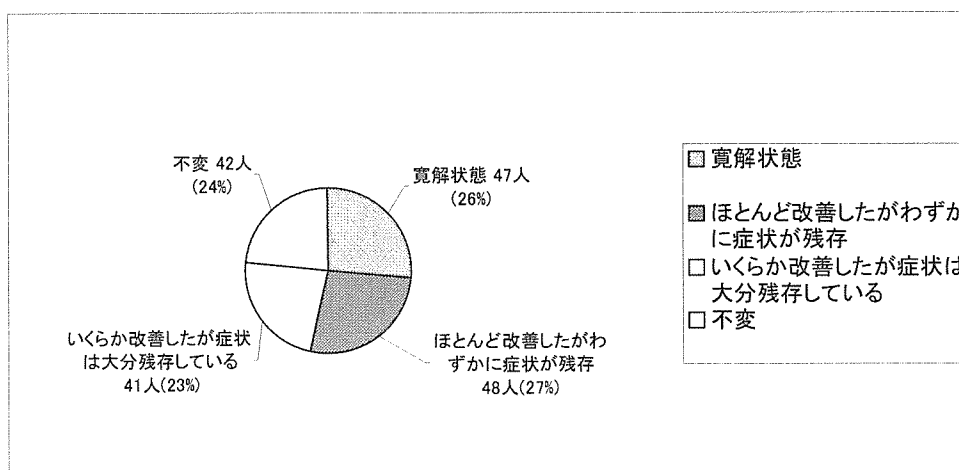


図10.

● 合併症ユニット 退院時転帰
個別在院日数調査(H15. 3)の分析から

自宅退院が60%

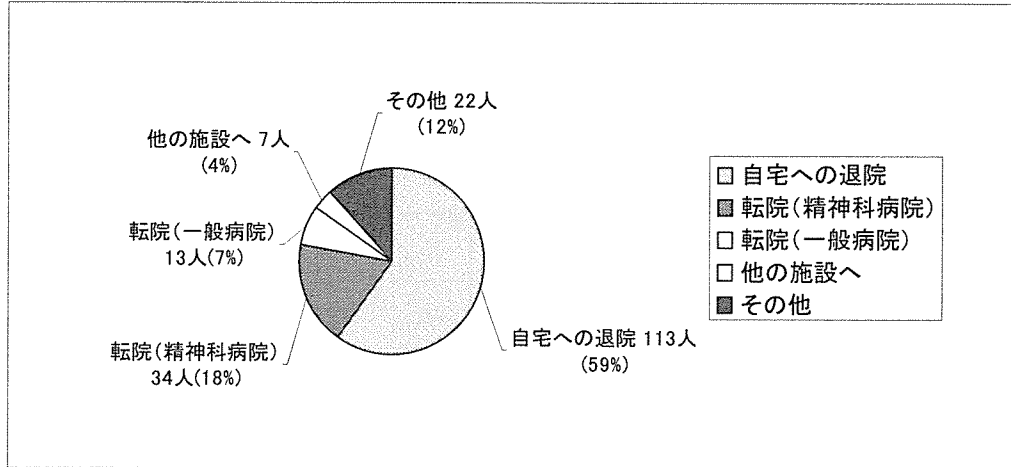


図11.

● 合併症ユニット 平均在院日数分布
個別在院日数調査(H15. 3)の分析から

平均在院日数

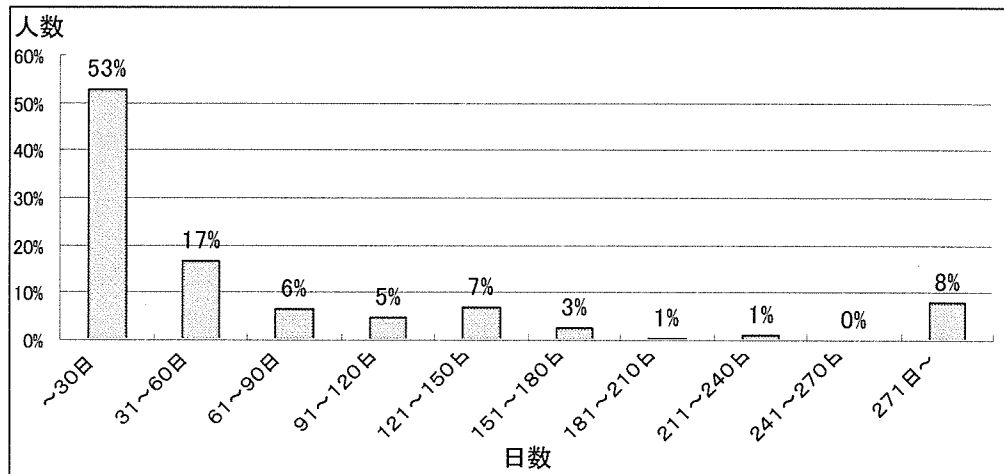


表2.

● 看護基準別疾患別平均在院日数

医師配置	看護配置	F20-29		F30-39		全平均		合併症	
		人数	平均 在院日数	人数	平均 在院日数	人数	平均 在院日数	人数	平均 在院日数
16:1達成病院	2.0対1以上 6病院	31	45.4	34	53.2	119	55.5	44	50.9
	2.5対1以上2対1未満 9病院	81	141.0	51	83.6	200	94.8	120	68.4
	3対1以上2.5対1未満 8病院	67	55.0	48	51.9	211	85.8	217	345.1
16:1達成病院 短い順95%	2.0対1以上 6病院	28	33.2	32	43.1	113	37.9	44	50.9
	2.5対1以上2対1未満 9病院	74	61.8	48	69.5	190	58.8	118	61.1
	3対1以上2.5対1未満 8病院	67	55.0	48	51.9	200	59.6	203	63.3

* 急性期治療病棟1に該当する人員配置であれば平均在院日数は60日

表3.

● 在院日数25%分析

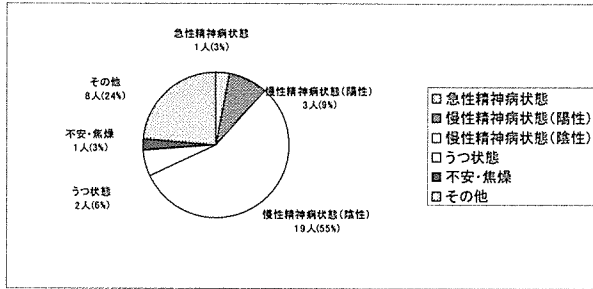
	医師・看護配置	在院日数分布(短期から)				平均入院日数	
		25%	50%	75%	100%	全体	95%まで
25%毎の 在院日数	全体	17日	42日	96日	17,201日	—	—
	16対1達成	16日	36日	90日	4,528日	—	—
	16対1未達成	17日	51日	110日	17,201日	—	—
疾患 毎	F2 16対1達成	17日	43日	96日	4,528日	—	—
	F3 16対1達成	24日	48日	92日	1,793日	—	—
看護配置	2対1以上	15日	28日	52日	1,416日	—	—
	2.5対1から2対1	21日	50日	52日	4,528日	—	—
	3対1から2.5対1	16日	40日	102日	17,201日	—	—
	3対1未満	22日	50日	128日	15,441日	—	—
合併症者		10日	28日	69日	15,674日	271日	51日
薬物中毒除外合併症者		15日	35日	97日	15,674日	316日	61日

* 入院初期の約2週間が25%値

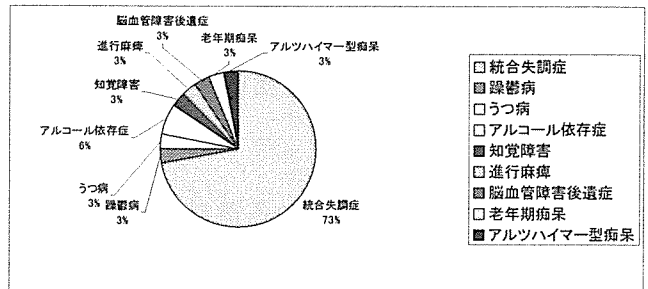
図12.

● 単科精神病院との連携

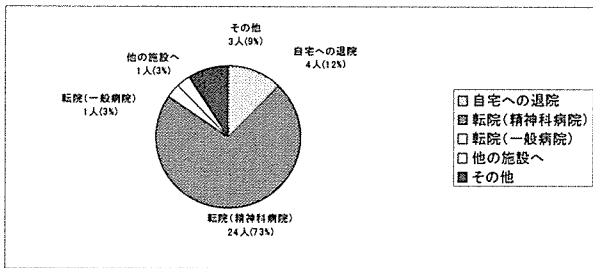
入院時状態像



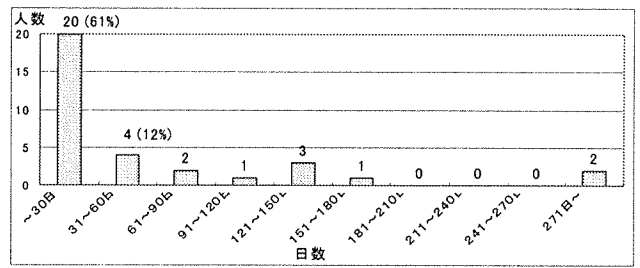
診断分析



退院先転帰



入院期間



平成 17 年度 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」

分担研究報告書

身体合併症病棟に関する研究

研究協力者 藤原修一郎 横浜南共済病院 神経科部長，

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

【研究要旨】

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。昨年度の調査から，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，設備構造の充実，手厚い人員配置の必要性から救急・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 2 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。実際には総合病院精神科身体管理ユニットをイメージした。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が 8～12%であった。

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，身体管理の必要性とリスクマネジメントの観点から，総合病院で多様な身体疾患に対する診療体制が備わっていることは条件になると考えた。しかも当該病棟の身体管理のための設備構造，急性期精神症状と身体症状に対応可能な人員配置が充足されるためには，診療報酬上の手当てと行政側の取り組みが必要で，精神科救急入院料病棟が総合院内にも一定の地域毎に存在することが望ましいと考えた。

あり方を検討した。

A. 研究目的

精神科身体合併症医療については，医療経済的に不採算であることから，設備構造，人員配置などの面で，不十分なままである。地域精神医療救急体制において身体合併症を受け入れる病床不足など多くの課題が残されている。総合病院における合併症の診療実態については，昨年度の報告で明らかにしたが，今回は，さらにデータを分析し，新たに横浜市における措置入院に占める身体合併症の発生率や身体疾患名を調査することにより，精神科救急入院経路からみた身体合併症病床の

B. 研究方法

1. 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。

2. 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。

3. 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。

(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

身体合併症については、重篤な合併症として、身体疾患だけでも2,3次救急の対象となる疾患に限定した。

1. 精神科急性期における重篤な身体合併症について

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)を認められた。(平成15年度個別在院日数調査より)

2. 身体合併症入院費比較について

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(一日単価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。

3. 横浜市における措置入院の入院時重篤な身体合併症発生率

身体合併症発生率は平成15年度(5.2%)、平成16年度(11.9%)、平成17年度(12月まで、9.3%)と平均で8.6%であった。身体疾患としては、骨折、裂傷、狭心症、消化管出血、悪性症候群、脳髄膜炎、腎不全、膠原病、

内分泌疾患、低栄養状態、悪性腫瘍など多様であった。

D. 考察

1. 精神科急性期における重篤な身体合併症について

今回の重篤な身体合併症の定義は、身体的な2,3次救急を想定した。急性精神病状態の12.5%に重篤な身体合併症を認めた。総合病院として種々の疾患に対応可能な診療体制が整っていることが必要とされた。施設として、2次または3次救急に対応していること、当該病棟内に、救急蘇生装置、心電計、呼吸器循環監視装置があり、パイピング、個室、隔離室あるいは観察室が存在していることなどが重要な条件である。また、精神症状も急性期であることを想定すると、人員配置も一般科以上つまり、2対1以上の配置が望まれる。

2. 身体合併症入院費用について(表1, 表2, 図1, 表3)

いずれの精神科病床に入院しても、一般科との較差が生じる。それでも、精神科救急入院料は、診療報酬の一日単価は一般病床とほぼ同等である。今後総合病院で、一病棟のみをもつ精神科であっても、十分な設備、人員配置が保障されなくてはならない。個室数、隔離室数などの設備や精神保健指定医数、精神保健福祉士などのマンパワーの充実が課題であるが、総合病院に精神科救急料入院料病棟をつくり、そこで、身体合併症医療を行なうことが検討されるべきである。その場合には、入院初期においては持ち出しが生じる可能性がある。具体的には表3にあるように、入院後約2週間が在院日数25%値となることから、初期の2週間に対しての加算が目安となる。

3. 精神科救急の仕組み(図2, 3, 4)

昨年度の調査の分析では、急性期精神病状態の12.5%に重篤な身体合併症が発生して

おり、今回の横浜市における措置入院の調査においても、平均で 8.6%に重篤な身体合併症を認めた。これは過去の報告に一致するものであった。合併する身体疾患の多様性からは、診療科が、幅広く備わっている総合病院が窓口になるべきであろう。

今後精神科救急を円滑に行なうためには、その地域に精神科救急入院料病棟が精神科病院と総合病院に存在し、常に身体合併症にも対応できる体制が整っていることが必要であろう。

また、自殺企図後の身体・精神症状や認知症の身体合併症等、一般医療、救急に近接した領域での合併症発生に対処できることは、医療計画の中で理解されやすい。今後病床の機能分化の観点からは、身体合併症ユニットは、精神科救急のみならず、院内救急・リエゾン、認知症や慢性期精神疾患の合併症に対処できる仕組みが望まれる。そのためには、各地域の情報センターが、地域や一般医療側からもアクセスしやすいように働くことが重要である。

E. 結論

精神科急性期、救急における身体合併症の発生率(8~12%)から、精神科救急の入り口として、総合病院の役割の重要性にふれた。精神科救急のみならず、一般救急外来・リエゾン、慢性期精神疾患、認知症の身体合併症な

ども考慮したシステムの構築が望まれる。そのための設備構造、人員配置には、精神科診療報酬体系の改善が是が非でも必要である。精神科も身体科と連動して 24 時間、365 日救急をいずれの地域も目指すべきである。今後の課題としては精神科急性期と身体合併症医療における診療技術、診療内容、看護必要度や運営に必要なマンパワー、設備構造面などを明らかにすることである。客観的なデータを蓄積し検討したい。

最後に、今回は救急・急性期における合併症を議論しているが、今後の課題としては、身体合併症のある長期入院者の受け皿をどのように考えるかといった問題も残されている。

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2 : 平均 1 日単価 (入院料)

精神病棟入院基本料 3 との比較

期間	症例数	精神科 (入院基本料3)	一般	急性期治療	救急入院
30日以内	15	3,532	3,901 (+369)	2,065 (-1,467)	3,412 (-120)
31日以上	18	1,812	2,135 (+323)	1,891 (+79)	3,066 (+1,254)
すべて	33	2,594	2,938 (+344)	1,970 (-624)	3,223 (+629)

図1 : 1日入院単価比較

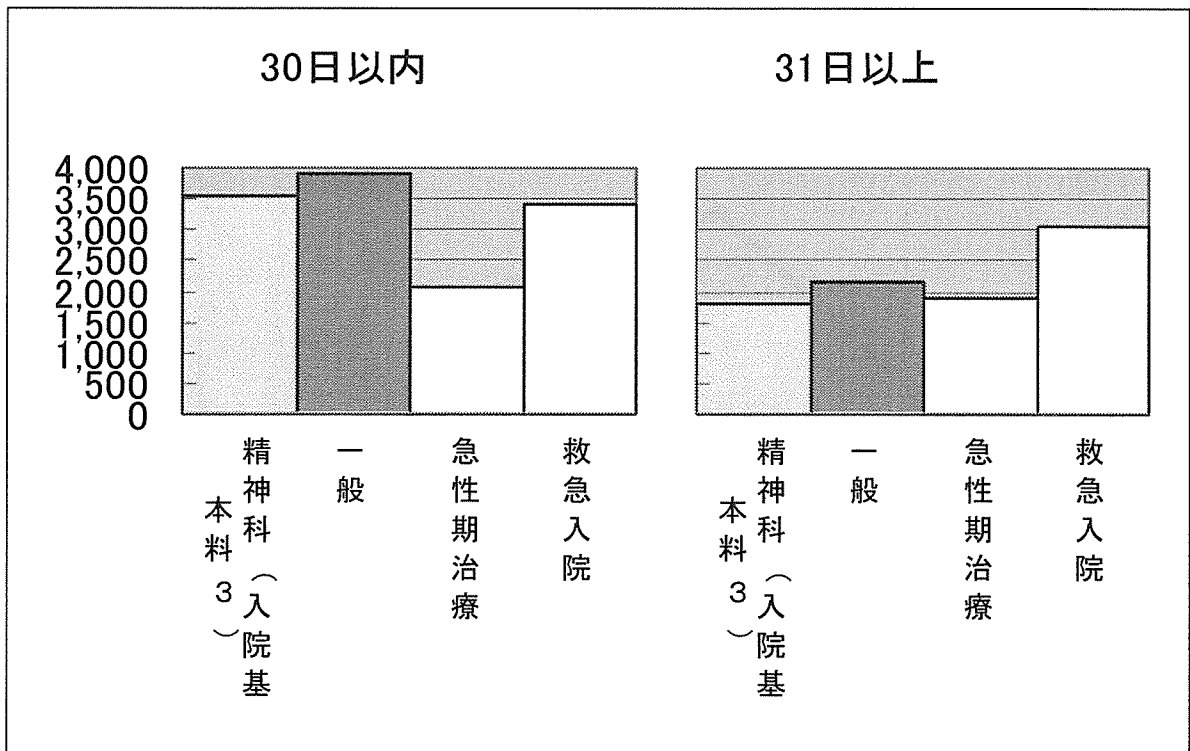


表3 : 在院日数分布

* 入院初期の約2週間が2

5%値

	医師・看護配置	在院日数分布(短期から)				平均入院日数	
		25%	50%	75%	100%	全体	95%まで
25%毎の 在院日数	全体	17日	42日	96日	17,201日	—	—
	16対1達成	16日	36日	90日	4,528日	—	—
	16対1未達成	17日	51日	110日	17,201日	—	—
疾患毎	F2	17日	43日	96日	4,528日	—	—
	F3	24日	48日	92日	1,793日	—	—
看護配置	2対1以上	15日	28日	52日	1,416日	—	—
	2.5対1から2対1	21日	50日	52日	4,528日	—	—
	3対1から2.5対1	16日	40日	102日	17,201日	—	—
	3対1未満	22日	50日	128日	15,441日	—	—
合併症者		10日	28日	69日	15,674日	271日	51日
薬物中毒除外合併症者		15日	35日	97日	15,674日	316日	61日

図2 : 措置件数と身体合併症

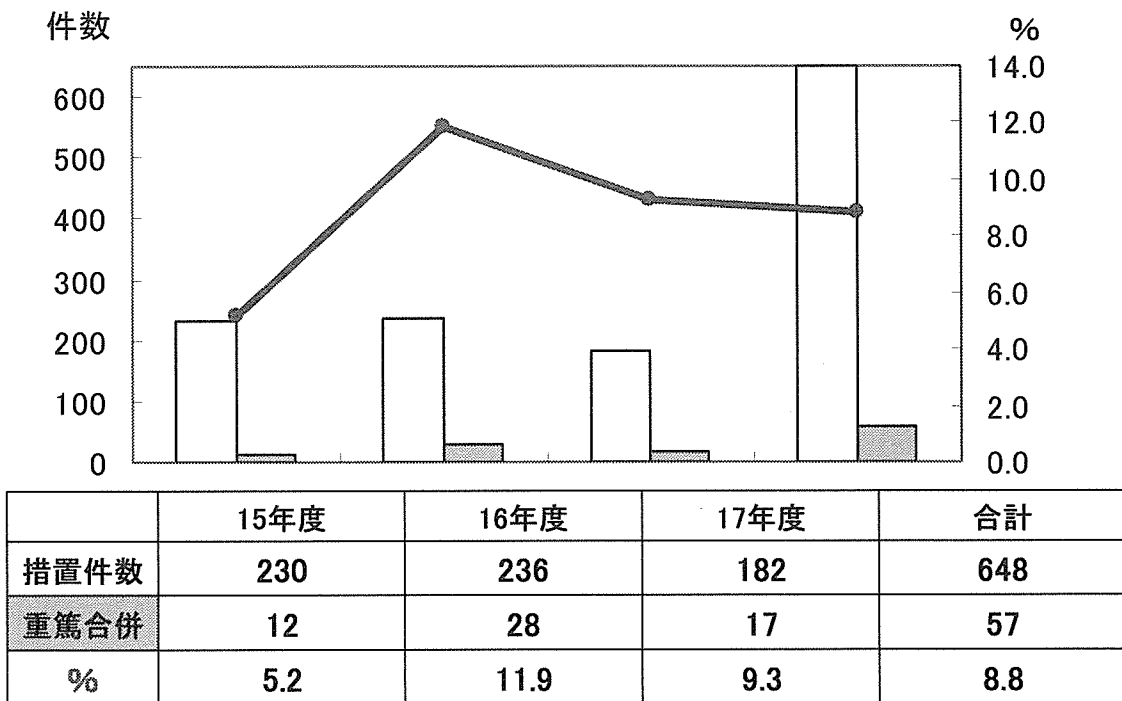


図3 : 総合病院・急性期身体合併症ユニットの流れ

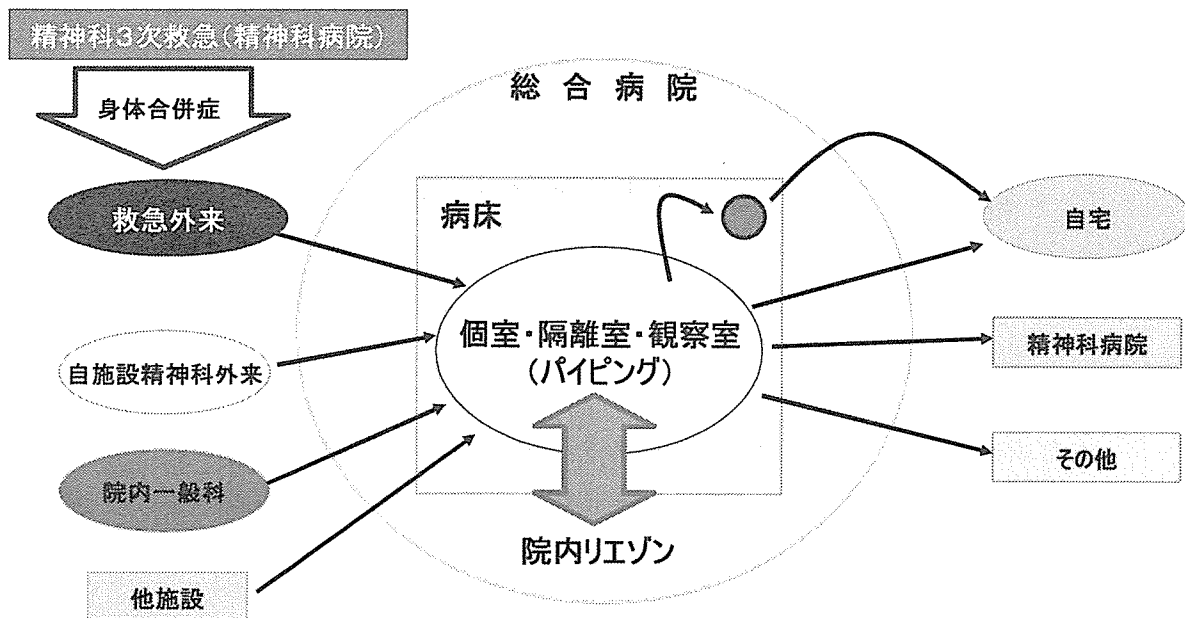
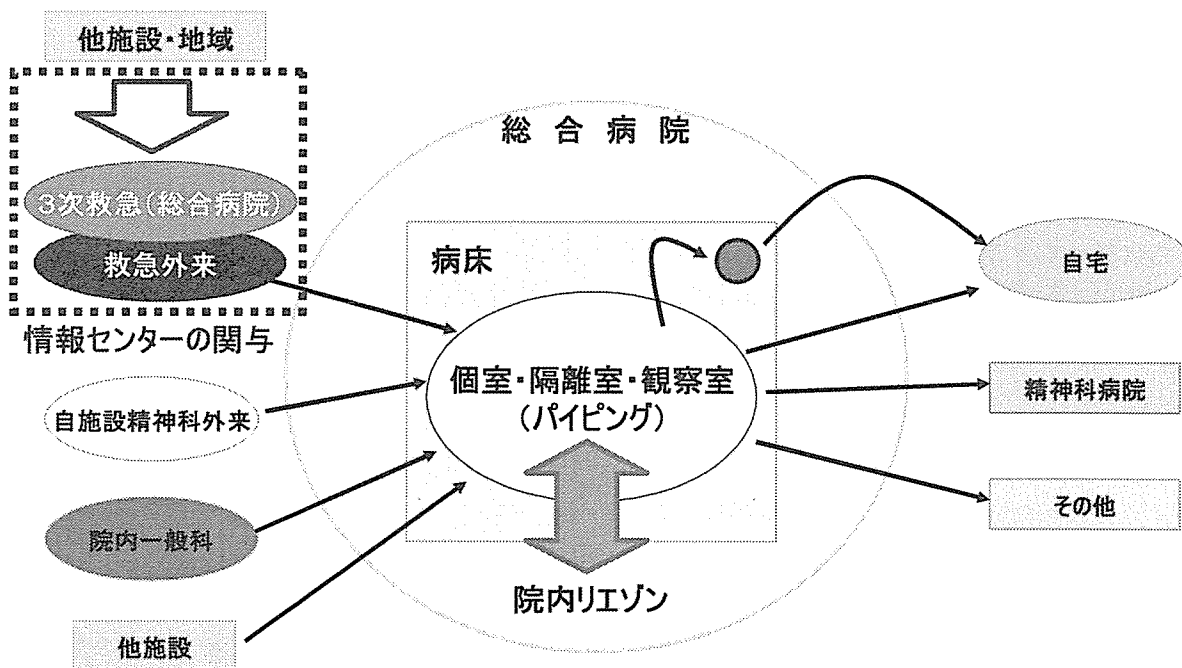


図4 : 総合病院・急性期身体合併症ユニットの流れ



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救急、身体合併症診療の実態を再度アンケートにより調査した。身体合併症（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と定義した）、重症身体合併症患者（定義は後述）について受け入れ状況を調査した。（調査Ⅰ）

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。（調査Ⅱ）

A. 研究目的

総合病院における精神科救急、身体合併症診療の実態を明らかにした。（調査Ⅰ）さらに、全国の総合病院精神科病床、精神科外来のみ施設の分布を調査することで、前回までの報告に従って、二次医療圏毎にシステムを構築していくための指針になるデータを集め、今後のあり方を検討した。（調査Ⅱ）

B. 研究方法

I) 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（2006 年 10 月施行）を行い、有効回答のあった 109 施設（回収率 17.0%）を対象とした。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。対象とした病院の設立母体、病床数、医師数、平均在院日数については、表にまとめた。（表 1, 2, 3）

重症身体合併症の対象疾患は、意識障害・昏睡状態、自殺企図などによる熱傷・骨折・外傷・急性薬物中毒、呼吸不全・心不全・ショック状態、重篤な代謝障害、手術前後、悪性腫瘍、透析、その他とした。

Ⅱ) 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格を使用している)

(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

I) 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限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。(表4)

II) 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)

各県ごとに総合病院精神科の施設数、病床数、外来のみ施設数を調査した。(表5)

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。(図1)

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。(表6)

D. 考察

I) 総合病院において、救急医療に取り組んでいる施設は、随時受け入れ、輪番制合わせて66%であり、地域の救急医療に貢献している。一方、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。

II) 二次医療圏の総合病院精神科病床は45%の医療圏しか存在せず、また精神科外来のみの配置は、21%であった。この結果は1997年の黒木の調査(文献1)とほぼ同様で、何ら改善されてこなかった。総合病院精神科のない地域における救急、身体合併症医療の対策は置き去りにされていると考える。むしろ、今回の調査では明らかにすることはできなかったが、届出としては病床、外来が残されていても、実際は休床ないし廃止している施設

がここ数年で急速に増えているという情報がある。今後さらに細かな地域毎の実態把握を行なっていく必要がある。さらに、今後の課題として精神科常勤医師数、精神保健指定医数、看護師数の把握も正確に調査をするべきである。

精神科救急、身体合併症医療など急性期医療は日常医療圏で扱うべきものであるが、一方で、身体合併症があるために、長期在院となっている事例の受け入れ施設も検討する必要がある。表6に取り上げたように、総合病院精神科大規模病床や非総合病院精神科で、一般病床を併設している施設において、圏域を広くして必要病床数を算出して、一定の診療報酬により、運営可能にする方法もある。現状では、地域により施設数、病床数に差はあるものの、県単位で一定の病床数を確保することで、機能分化されやすくなると考える。

E. 結論

1. 総合病院精神科も救急医療に取り組んでいる施設が多いが、身体合併症システムとリンクさせている地域は少なく、精神科救急、身体合併症両面を考慮した整備が必要である。
2. 総合病院精神科が、二次医療圏に存在しない地域が34%あり、日常的な診療（院内リエゾン）、身体合併症医療に支障をきたしていると考えられる。
3. 今後総合病院精神科の救急、身体合併症医療を連動させる整備が進められることを望む。
4. 身体合併症のある長期在院の受け入れ施設の可能性として、地域ごとに総合病院精神科大規模病床数、精神科病院内一般病床数を調査した。

参考文献

黒木宣夫ほか. 総合病院精神科の適正配置と臨床研修指定病院精神科. 総合病院精神医

学9 : 104-118, 1997

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.

設立母体

	基 数	構 成 比
大学病院	17 (病院)	15.6 (%)
国立病院 (独立行政法人含む)	16 (病院)	14.7 (%)
自治体病院	38 (病院)	34.9 (%)
公的病院	12 (病院)	11.0 (%)
公益法人病院	5 (病院)	4.6 (%)
法人病院	10 (病院)	9.2 (%)
その他	9 (病院)	8.3 (%)
無回答	2 (病院)	1.8 (%)
合計	109 (病院)	100.0 (%)

表2.

病棟の概況比較

	病院全体	精神科関連	
		届出精神病床数	69 (病院) 平均57.4 (床)
病床数	107 (病院) 平均597.7 (床)	一般病床内の精神 病床数	29 (病院) 平均 8.1 (床)
		精神科医師数 (常勤換算)	100 (病院) 平均 5.9 (人)
医師数 (常勤換算)	97 (病院) 平均149.8 (人)	精神保健指定医数	95 (病院) 平均 3.5 (人)
		1日平均外来患者数	102 (病院) 平均74.6 (人)
年間紹介率	88 (病院) 平均43.4 (%)	72 (病院) 平均44.2 (%)	
平均在院日数	<一般病棟> 98 (病院) 平均17.7 (日)	<精神病棟> 68 (病院) 平均75.9 (日)	

※平均は各問に回答があった病院を基数として算出しており、無回答分は除く

表3.

届出精神病床数の内訳
(単位：病院)

	n	%
全体	109	100.0
1～20床未満	2	1.8
20～50床未満	29	26.6
50～100床未満	19	17.4
100～200床未満	7	6.4
200床以上	3	2.8
無床	49	45.0

表4.

精神科入院中の身体合併症重症例の症例数

精神科入院中の身体合併症重症例の症例数	106 (病院) 平均2.5 (人)
意識障害・昏睡状態	31 (病院) 平均1.1 (人)
自殺企図による熱傷、骨折、外傷、急性薬物中毒	25 (病院) 平均1.7 (人)
呼吸不全、心不全、ショック状態	25 (病院) 平均1.3 (人)
重篤な代謝障害	17 (病院) 平均0.9 (人)
手術前後	32 (病院) 平均1.4 (人)
悪性腫瘍	32 (病院) 平均1.5 (人)
透析	22 (病院) 平均1.1 (人)
その他	19 (病院) 平均1.5 (人)

※平均は各問に回答があった病院を基数として算出しており、無回答分は除く。

図1. 全国二次医療圏(369)

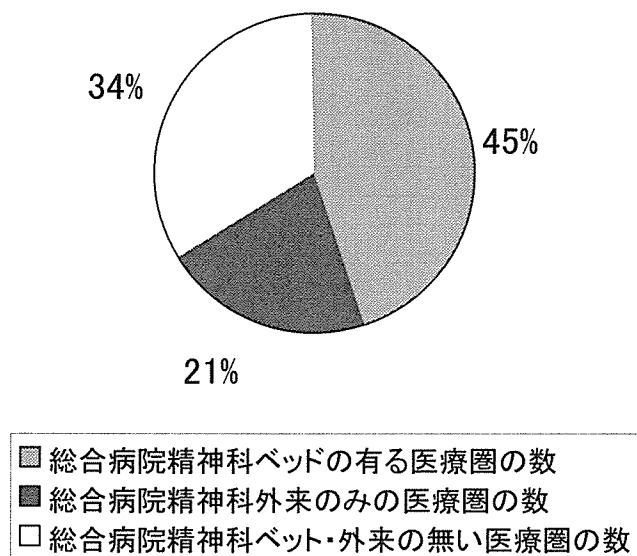


表5. 急性期身体合併症受入可能施設

	総合病院精神科 (施設数)	総合病院精神科病 床有り (施設数)	総合病院精神科 (病床数)	総合病院精神科外 来のみ (施設数)	精神科病床数
北海道	37	25	2231	12	21387
青森	10	7	635	3	4727
岩手	12	5	588	7	4790
宮城	7	4	188	3	6238
秋田	14	8	526	6	4426
山形	10	3	136	7	3388
福島	16	9	1118	7	7808
茨城	10	3	81	7	7665
栃木	8	6	455	2	5354
群馬	10	2	88	8	5281
埼玉	14	3	360	11	13806
千葉	23	9	1050	14	13492
東京	72	36	3162	36	25539
神奈川	44	13	808	31	14397
新潟	10	4	309	6	7200
富山	12	7	445	5	3549
石川	7	6	343	1	3889
福井	7	4	537	3	2405
山梨	5	2	299	3	2588
長野	17	7	528	10	5300
岐阜	10	5	323	5	4305
静岡	17	5	274	12	7299
愛知	40	7	447	33	13695
三重	12	3	190	9	5031
滋賀	6	4	337	2	2382
京都	14	4	335	10	6299
大阪	38	12	1497	26	19727
兵庫	21	5	240	16	11931
奈良	2	1	80	1	2979
和歌山	6	4	240	2	2555
鳥取	5	1	42	4	2012
島根	8	6	278	2	2602
岡山	10	2	84	8	5800
広島	19	5	283	14	9525
山口	8	2	101	6	6297
徳島	3	2	137	1	4095
香川	11	5	453	6	3987
愛媛	8	3	269	5	5212
高知	6	1	35	5	3924
福岡	6	2	90	4	4687
佐賀	2	1	24	1	4370
長崎	7	4	195	3	8178
熊本	5	2	110	3	9029
大分	4	3	270	1	5460
宮崎	4	3	132	1	6214
鹿児島	2	1	45	1	10062
沖縄	6	3	190	3	5628
全国	625	259	20588	366	336514
平均	13.3	5.5	438.0	7.8	7159.9

表6. 身体合併症長期入院受入可能施設

	総合病院精神科大規模病床 (100床以上)			非総合病院 有床精神科・一般病床有施設		
	一般 病床数	精神 科病 床数	施設 数	一般 病床数	精神 科病 床数	施設 数
北海道	2772	950	7	922	2102	10
青森	1199	444	4	55	338	2
岩手	419	330	2	0	0	0
宮城	0	0	0	20	105	1
秋田	375	110	1	100	200	1
山形	0	0	0	50	60	1
福島	2274	961	6	78	517	2
茨城	0	0	0	219	1254	5
栃木	746	271	2	89	708	2
群馬	0	0	0	145	1127	3
埼玉	0	0	0	175	978	4
千葉	1181	742	3	597	1906	9
東京	100	2008	2	714	3682	13
神奈川	484	249	2	328	900	4
新潟	253	130	1	64	565	2
富山	0	0	0	40	140	1
石川	0	0	0	0	0	0
福井	665	346	1	0	0	0
山梨	287	259	1	0	0	0
長野	1123	242	2	438	924	6
岐阜	542	120	1	41	305	1
静岡	640	104	1	0	0	0
愛知	339	106	1	309	1775	4
三重	0	0	0	20	590	1
滋賀	595	235	2	0	0	0
京都	395	155	1	102	598	2
大阪	212	1121	2	350	1400	4
兵庫	0	0	0	20	311	1
奈良	0	0	0	91	636	2
和歌山	0	0	0	2	178	1
鳥取	0	0	0	92	358	2
島根	0	0	0	20	280	1
岡山	0	0	0	75	440	3
広島	166	120	1	53	113	1
山口	0	0	0	32	240	1
徳島	0	0	0	35	150	1
香川	577	307	2	162	236	3
愛媛	185	165	1	79	391	3
高知	236	154	1	51	331	2
福岡	920	138	1	471	1497	7
佐賀	0	0	0	117	1355	3
長崎	0	0	0	120	70	1
熊本	0	0	0	0	0	0
大分	226	200	1	0	0	0
宮崎	0	0	0	28	764	2
鹿児島	0	0	0	60	255	1
沖縄	0	0	0	25	108	1
全国	16911	9967	49	6389	27887	114
平均	359.8	212.1	1.0	135.9	593.3	2.4

4. 救急合併症病棟

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—身体科合併症病棟の構築にあたっての研究

分担研究者 岸 泰宏 埼玉医科大学

研究要旨

米国では身体—精神疾患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., 精神科病棟での治療か、一般病棟で精神科コンサルテーションによる治療か、特別な身体—精神疾患治療病棟での治療か）のありかた調査・構築が必要である。

研究目的

総合病院において、身体—精神合併症は頻繁に認められる。表 1 に示すとおり、一般社会よりも、総合病院内（とくに入院症例）での精神疾患の有病率が高いことが示されている。一般身体疾患に精神疾患が合併した場合には、在院日数の長期化、高額の治療費など医療経済的に悪影響を与えることも示されている(1)。さらには、身体疾患に精神疾患が合併した場合には、身体疾患の予後自体にも悪影響を与えることも示されている(2)。

身体—精神疾患合併症例の治療場所としては、表 2 にあげる合併症病棟に分類することができる。タイプ I は精神科病棟で身体疾

患治療を行うといった場面が代表的である。

タイプ II は、一般身体疾患治療現場で、精神科コンサルテーションを行いながら治療するというのが代表的である。タイプ III ならびに IV については、身体疾患と精神疾患の両者を同時に治療するのを目的とした病棟である。タイプ III と IV の差は、精神科運営か内科運営かにより分けられることが多い（米国の医療費支払いによる考慮もされている）(3, 4)。

そこで、身体—精神疾患合併症病棟の構築にあたり、どの程度の病床数が必要なのかについて検討を行うこととした。現況では、身体—精神疾患合併症の包括的な重症度を含めた評価尺度はなく、既存（米国）の合併症