

- ②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に対して。
- ③入院生活における不潔行為・自傷の危険性などの治療障害要因を専門的に察知し、予防する技術に対して。これには行動制限最少化委員会の設置が必要条件。なお、看護の人員配置に応じた自費徴収の解禁も求められる。

## E. 結論

診断については、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。

## F. 健康危険情報

該当なし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

日本老年精神医学会において診療報酬検討委員会を開設、今後精神科病棟における認知症医療に係る診療報酬について継続的に検討を重ねる体制を構築した。

## G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

## 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

分担研究者 徳永雄一郎（不知火病院長）

研究協力者 矢崎直人（不知火病院副院長）

### 【研究要約】

1. 社会的必要性が高まってきたうつ病を中心としたストレスケア病棟の実態，及び必要な配置基準等の調査検討を実施した。

#### 2. 研究概要

①不知火病院ストレスケア病棟入院者を中心に複数の協力病院において実施。

②研究期間及び対象：平成 15 年 10 月 9 日より平成 16 年 9 月 30 日。ICD 分類にて大うつ病と診断されたもの。

③調査指標：クリニカルパス，HAM-D，SDS，BPRS，GAF

④主な治療及びスタッフ：

「治療」：薬物療法，個人精神療法，集団精神療法，家族療法，  
職場環境調節，復職支援プログラム

「スタッフ」：50 床

医師 3 名，看護師 2.5:1，臨床心理士 2，精神保健福祉士 2，

カウンセリングナース 2，作業療法士 1，音楽療法士 1，その他。

⑤主な結果：回復度：HAM-D。入院時平均 24.5。退院時平均 6.4（寛解状態にて退院）。退院時 GAF：75 点。平均入院期間：80 日。その他の結果：自殺防止。ストレスケア病棟 4 病院全入院者 4295 人中入院中自殺者 9 名。

#### 3. 上記結果からの提言事項

##### ①配置基準案

	25 床以下の病床	50 床以下の病棟
医師	1 名以上（指定医）	2 名以上（指定医，精神科医）* 追加加算
看護師	2.5 対 1	2.5 対 1
臨床心理士	1 名	2 名
社会保健福祉士	1 名	2 名

##### ②必要病床数

人口 10 万対 12~24。

根拠：うつ病年間罹患率，自殺念慮率，自殺企図率，自殺完遂率，平均入院期間等で換算

## A. 研究目的

うつ病の増加は自殺者数の問題と共に、大きな社会的現象となっている。厚生労働省もうつ病及び自殺者数減少の数値目標を掲げ、本格的に取り組み始めている。

外来治療においては、精神科クリニックの増加に伴い、うつ病等の受診率は高くなる傾向にある。しかし、現実的なうつ病者の受診率は25%及びそれ以下という数値が一般的である。

さらに、うつ病治療は薬物療法が主体であるが、再発率、遷延率ともに、世界的に見ても非常に高い病気であるだけに、その治療においては外来治療のみならず、適切かつ医学的な入院治療を必要とする患者数は相当数にのぼると想定されると思われる。

このような状況のもと、うつ病の入院治療を主体とした専門的な治療病棟が必要とされていると考えられる。

うつ病治療の専門施設であるストレスケア病棟の実態を調査検討し、入院治療の必要性、適切な人員配置、必要病床数の基準等を考察した。

## B. 研究方法

①対象は、不知火病院のストレスケア病棟「ストレスケアセンター・海の病棟」入院者のうち、大うつ病性障害と診断した患者（統合失調症、双極性障害、人格障害は除く）。

②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する。

③データ収集法は、カルテに基づき、調査、集計を行った。

④調査指標はクリニカルパス、HAM-D、SDS、BPRS、GAF。

⑤一部、ストレス病棟研究会の他病院（埼玉県・戸田病院、福井県・松原病院、広島県・草津病院）の患者データを取り入れた。

## C. 研究結果と考察

### 1. 患者の特性

職業について、全体では会社員24名(27.9%)、公務員29名(33.7%)、自営業7名(8.1%)、パート1名(1.2%)、専業主婦16名(18.6%)、学生1名(1.2%)、無職7名(8.1%)、その他1名(1.2%)であった(Fig. 2)。

居住地は、福岡県61名(70.9%)、熊本県9名(10.5%)、その他九州10名(11.6%)、中国2名(2.3%)、四国1名(1.2%)、関東3名(3.5%)であった(Fig. 3)。

結婚歴は、未婚11名(12.8%)、既婚66名(76.7%)、死別5名(5.8%)、離別4名(4.7%)であった(Fig. 4)。

家族状況は、単身10名(11.6%)、核家族53名(61.6%)、その他23名(26.7%)であった(Fig. 5)。

最終学歴は、中学5名(5.8%)、高校33名(38.4%)、専門学校5名(5.8%)、短大7名(8.1%)、大学32名(37.2%)、大学院4名(4.7%)であった(Fig. 6)。

当院への入院回数は、初回68名(79.1%)、2回12名(14.0%)、3回以上6名(7.0%)であった(Fig. 7)。

他院への入院回数は、0回67名(77.9%)、1回5名(14.0%)、2回以上2名(8.1%)であった(Fig. 8)。入院前の自殺企図は、0回76名(88.3%)、1回7名(8.1%)、2回以上3名(3.5%)であった(Fig. 9)。

平均入院期間は、80.9日間である。内訳は、～30日12名(14.0%)、～60日12名(14.0%)、～90日28名(32.6%)、～120日21名(24.4%)、～150日12名(14.0%)、～180日1名(1.2%)であった(Fig. 10)。

### 2. 治療の内容

#### ①スタッフの構成

医師4名、看護師16名、看護助手3名、事務1名、臨床心理士3名(平成16年3月まで

は常勤2名, 4月以降は常勤2名, 週2日非常勤1名), 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名, 作業療法士1名, 精神保健福祉士2名。

## ②主な治療内容

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等。

## ③クリニカルパスに基づく治療

入院時—(実施項目)告知, BPRS, HAM-D, 入院診療計画書, オリエンテーション, ケアプラン, 採血検査, 日常生活自立度・褥瘡状況。

3日目—(実施項目)PSW インテーク, 検尿, TEG・SDS・バウムテスト, ストレスチェック, 自己診断, Ns 評価。

1週間目—(実施項目)EKG・胸写・腹部エコー, Ns 評価

(検討項目)頭部CT, 心理テスト

2週間目—(実施項目)EEG, 内科診察, Ns 評価

(検討項目)作業療法, 薬剤指導

3週間目—(実施項目)Ns 評価

4週間目—(実施項目)HAM-D, ストレスチェック, Ns 評価

(検討項目)家族面談, 心理面接

5週間目—(検討項目)復職サポートプログラム, クレペリンテスト

6週間目—(実施項目)Ns 評価

8週間目—(実施項目)ストレスチェック, Ns 評価

10週間目—(実施項目)Ns 評価,

(検討項目)退院検討, 内服自己管理

12週間目—(実施項目)ストレスチェック, Ns 評価,

(検討項目)退院許可, 退院時家族面談

退院時—(実施項目)療養計画書, BPRS・HAM-D・GAF・SDS, 退院時要約, 退院時アンケート

## ④各職種における治療介入

医師によるPT(精神療法)は, 平均回数13.2回であった。作業療法は, 平均14.0回であった。精神保健福祉士による介入の対象人数と回数をTable. 2に示す。

心理検査の件数(実施率)は, ロールシャッハテスト61件(70.9%), WAIS-R26件(30.2%)その他27件であった。心理療法の対象者は61名, 平均回数は7.59回であった。担当者別の内訳をTable. 3に示す。

## 3. 治療結果

①平均入院期間—80日。

②回復度—HAM-Dの項目19(精神病徴候)と合計とSDSについて, 入院時平均24.5, 退院時平均6.4(Table. 4)であった。t検定により入院時と退院時の比較を行った結果, いずれも有意差があり, 退院時において点数が減少していることがわかった。

Table. 5に入院時・退院時それぞれのHAM-Dの度数分布を, Table. 6に改善率の詳細を示す。なお, 欠損値があるため, 総数は一致していない。Table. 7に, BPRSの入院時・退院時平均を因子ごとに示す。GAFについては退院時のみ施行しており, 平均は77.68であった。度数分布をTable. 8に示す。70以上の得点を示すものは91%であった。

退院時に, GAF71以上, HAM-D7以下を満たす患者は38名であり, 有効データ75人における割合は51%であった。

③自殺件数—ストレス病棟研究会における, ストレス病棟の全入院者数4295名中, 入院中の自殺者9名。

## D. 結論

### 1. 配置基準案

上記結果から, 人員の配置基準案をTable. 9に示す。病棟単位だけでなく, 病床単位でのストレスケアユニットも運営できたほうが良いと考え, 両案を併記した。25床以

下の病床ユニット, 50 床以下の病棟での人員配置を提言している。

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。

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。なお, 医師はいずれの場合も 1 名追加に応じ, 診療報酬点数を加算する。

## 2. 必要病床数

必要病床数は人口 10 万人対 12~24 床。全病床数は 14,400~28,800 床とした。この根拠として以下の点を挙げる。

うつ病の年間罹患率 (成人男女) は地域標本で 4.8% である。その中で入院が望ましい割合として, うつ病において自殺念慮を持つ割合 15%, 入院うつ病患者の自殺企図率 3~15%, 全うつ病患者地域標本の中の自殺完遂率 0.8%, この間のどこかに線を引かねばならないが, これを 1~2% とすると,  $4.8 \times (1 \sim 2) \% = 0.048\% \sim 0.096\%$  が年間必要入院率となる。これは人口 10 万当たり年間 48~96 人の患者を入院させる必要があることになる。平均在院日数は 3 カ月であるから, 必要病床数は人口 10 万人当たり 12~24 床となる。かなり粗雑な算定ではあるものの, 一つの目安とはなる。

これは, 現在の精神科病床数 34 万 (人口 10 万対 284) の 4.2~8.4% である。

また, 年間自殺数約 34,000 人の約 60% に相当する 2 万人がうつ病によるものとされ, それに対応する病床数は人口 10 万人対 17 床である。

一方, 現在の不知火病院ストレスケアセンターの入院患者のうち大牟田市域 (成人人口 10 万人) からの患者が占めるベッドは常時 12 床ほどである。

以上の点を踏まえ, 必要病床数は人口 10 万人対 12~24 床, 全病床数 14,400~28,800 床とした。

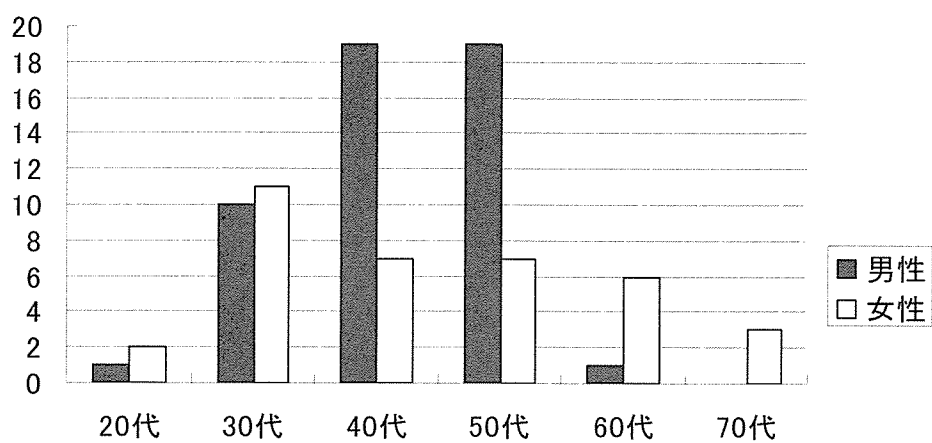


Fig.1 対象患者の年齢内訳

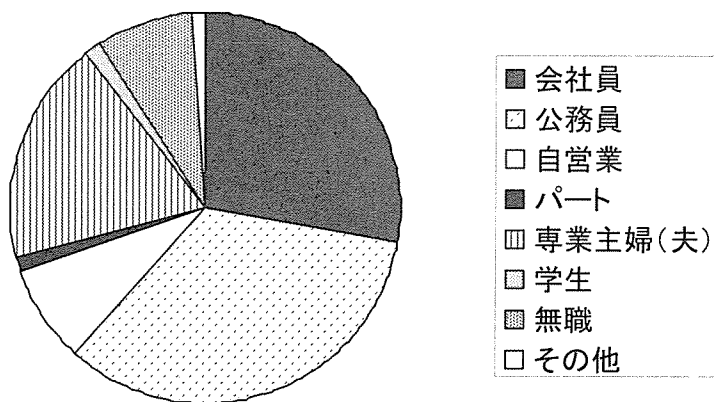


Fig.2 職業内訳

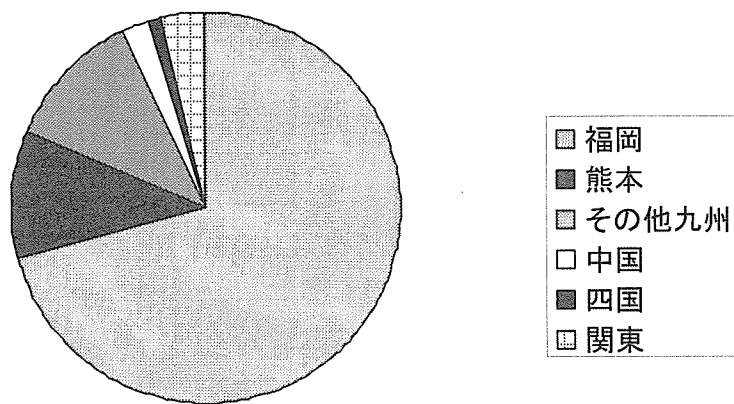


Fig.3 居住地内訳

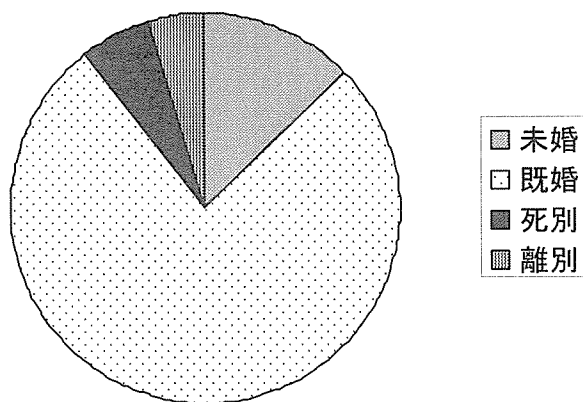


Fig.4 結婚歴

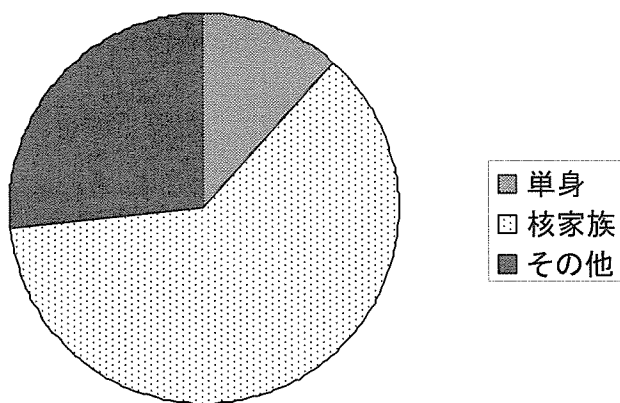


Fig.5 家族状況



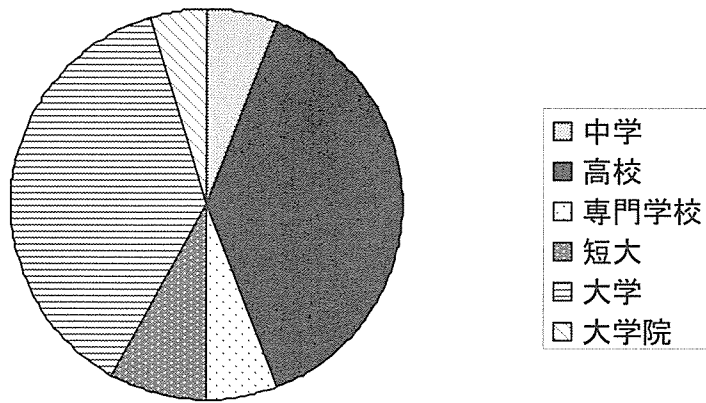


Fig.6 最終学歴

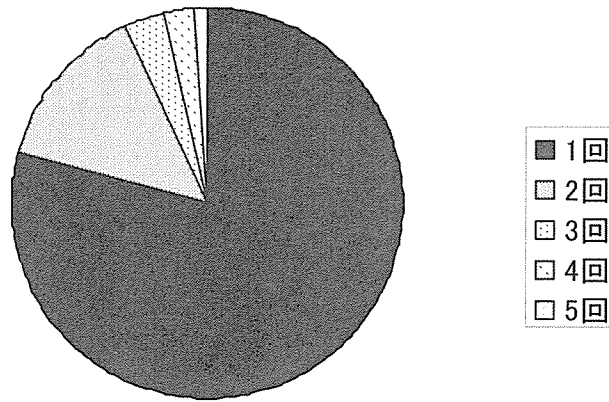


Fig.7 当院への入院回数

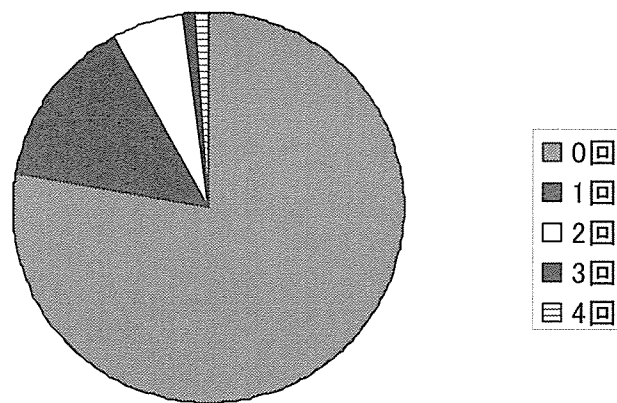


Fig.8 他院への入院回数

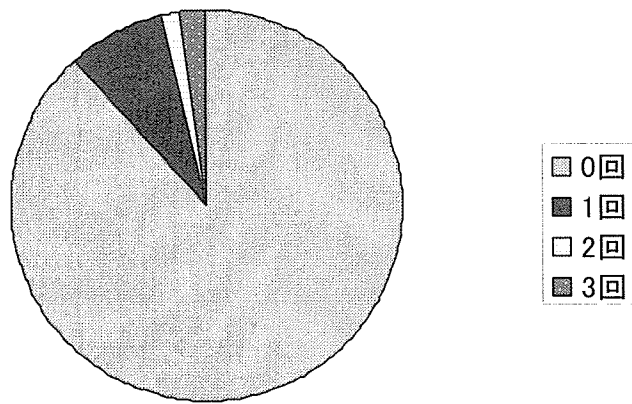


Fig.9 入院に至るまでの自殺企図

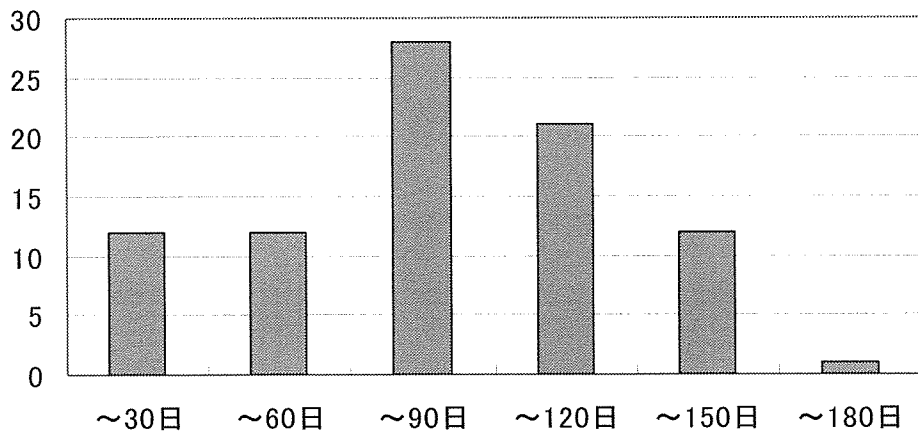


Fig.10 入院期間の内訳

Table. 1 各職種によるかかわりの平均回数

	対象人数（全対象者に対する割合%）	平均回数
医師（精神療法）	86（100）	13.2
作業療法	75（87.2）	14.0

Table. 2 精神保健福祉士による介入の内訳

	対象人数（全対象者に対する割合%）	平均回数
患者への介入	34（39.5）	1.82
家族への介入	4（4.7）	2.25
職場への介入	41（47.7）	3.09
上司面談	20（23.3）	1.10
関係機関への介入	5（5.8）	1.60
復職サポートプログラム	5（5.8）	16.00

Table. 3 心理療法の担当者別内訳

	対象人数（全対象者に対する割合%）	平均回数
臨床心理士	17（19.8）	13.9
カウンセリングナース	44（51.2）	9.45
適用なし	25（29.1）	

Table. 4 HAM-D・SDS の入院時・退院時の点数の平均（標準偏差）と t 検定結果

症状評価尺度	入院時	退院時	t 値
HAM-D 項目 19 （精神病徴候）	0.31（0.67）	0.09（0.37）	2.272*
HAM-D 合計値	24.54（10.00）	6.44（6.29）	14.68***
SDS	52.55（8.24）	41.00（10.28）	8.275***

\*p&lt;.05 \*\*\*p&lt;.001

Table. 5 HAM-D の入院時・退院時の度数分布

値	入院時度数（全対象者に対する割合）	退院時度数（全対象者に対する割合）
～10	4 (4.7)	61 (70.9)
～20	23 (26.7)	13 (15.1)
～30	39 (45.3)	2 (2.3)
～40	11 (12.8)	2 (2.3)
～50	6 (7.0)	0 (0.0)
～60	2 (2.3)	0 (0.0)
合計	85 (98.8)	78 (90.7)

Table. 6 HAM-D の改善率内訳

度数（合計に対する割合）	
悪化	3 (3.8)
変化なし	3 (3.8)
50%以下	7 (9)
50%以上	65 (83.3)

Table. 7 BPRS の入院時・退院時の点数の平均

	入院時	退院時
1 因子	0.51	0.31
2 因子	0.31	0.15
3 因子	3.11	1.36
4 因子	12.54	3.63
5 因子	2.42	0.74

Table.8 GAF の度数分布

値	度数 (合計に対する割合%)
50 以下	1 (1.33)
60 代	6 (8.00)
70 代	21 (28.0)
80 代	34 (45.3)
90 代	13 (17.3)
合計	75 (100.0)

Table.9 スタッフ配置基準案

	25 床以下の病床	50 床以下の病棟
医 師	1 名以上 (指定医)	2 名以上 (指定医, 精神科医) *追加加算
看 護 師	2.5 対 1	2.5 対 1
臨床心理士	1 名	2 名
社会保健福祉士	1 名	2 名

## わが国のストレス病棟のあり方に関する研究

分担研究者：不知火病院 徳永雄一郎

協力研究者：不知火病院 矢崎直人

### 【要旨】

ストレス病棟は各地域に存在して、入院を求める患者からの要求に応えられていることが望ましい。全国のストレス病棟が治療方針を共有し、ある程度以上の治療基準を満たしていることが肝要と思われる。今回、日本ストレス病棟研究会に属する 13 施設の運営実態と患者動態を調査し、おおむねそれらが実現されていることを確認した。また、うつ病治療の最大の問題である自殺行動について焦点を当て、これらが全施設で低値であり、しかも偏りのないことが確かめられた。

### 【目的】

前回研究においては、不知火病院における患者動態と治療的介入、治療結果について調査し、必要と思われる職員の配置基準と必要病床数に関する提言を行った。今回は、それらの状況がどれほど一般化できるかを検討するため、全国のストレス病棟における実態を調査した。

### 【方法】

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による調査を行い、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 月であった。対象患者数は 1,216 名である。

### 【結果】

#### 1. 病床利用の現状

表 1 のとおり、ストレス病棟における新規入院患者は 60% を越えた。平均在院日数は 60

日以下であった。ただし平均在院日数には施設によるばらつきが認められた。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。

#### 2. ストレス病棟における診断分類

表 2 および図 1 のとおり、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。

#### 3. 閉鎖病棟への転棟

症状や行動上の問題、とりわけ自殺念慮の高まりや自殺企図による閉鎖病棟への転棟処遇は、ストレス病棟における大きな課題である。今回調査ではその割合は 6.7%（標準偏差 4.9）と低い値にとどまった。

#### 4. 自殺

自殺については、各施設におけるストレス病棟開設以来の全患者を対象とした。入院患者数 10,427 名中のうち、自殺完遂数は 21 例であった。これは頻度にするると 0.20%である。自殺者の障害分類は気分障害 (F3) が 16 例、統合失調症など (F2) が 2 例、人格障害 (F6) が 2 例、摂食障害 (F5) が 1 例であった。自殺患者は各施設に 1 名から最大 5 名、満遍なく発生しており、ある施設に自殺者が集中するという結果はなかった。

#### 【考察】

各施設におけるストレス病床の比率、ストレス病棟における新規入院患者の比率、平均在院日数などは施設間のばらつきも少なかった。今回調査対象となった 13 病院においては、基本的な治療構造において、一定の病棟運営がなされていることが推測される。これらの病院はすべて日本ストレス病棟研究会の所属施設であり、この 6 年間で協議と検討を重ねてきた結果として基本的な治療方針、病棟運営の共通認識がもたらされているのかもしれない。

診断分類を見ても気分障害が 6 割を占めその 8 割以上をいわゆるうつ病が占めている実態は興味深い。運営方針として対象患者をうつ病とするかどうかとは無関係に、ストレス病棟にはうつ病が集中することが明らかになった。ただし地域と病院の置かれている実情

により、統合失調症や人格障害の割合には差異が生じる。

ストレス病棟の意義の一つはうつ病における自殺行動への対応と抑止である。諸報告による入院中のうつ病患者の自殺完遂の割合が 3~15%であり、外来患者に対する大規模な疫学調査においても 0.8%程度であることと比較すると、この 13 施設における平均 7 年間（最長 20 年間）の自殺数は少ないといえる。対象患者の偏りや治療環境の違いがあるため、単純に比較することには慎重を要するものの、この結果はストレス病棟における治療的努力の効果と考えられる。同時にストレス病棟入院中に閉鎖病棟へ転棟しなければいけない患者数も少なかった。

#### 【まとめ】

1. 病棟運営に明らかな施設間の差は認められず、13 施設が同方向の運営方針を持っていることが確認された。
2. 患者動態も施設間でごく類似しており、ストレス病棟と銘打つことで、特定の患者ニーズにに応じている実態を推測させた。
3. 自殺者は他の統計結果と比較して低めであり、ストレス病棟の一目的が達成されていた。

(表1) 病床利用の現状

全体に対するストレス病床の比率 (%)	14.1±7.2
ストレス病棟における個室の比率 (%)	32.7±5.4
ストレス病棟における新規入院患者の比率 (%)	62.8±17.0
平均在院日数 (H17年4月～H17年6月) (日)	84.9±72.0

(表2) 平成16年度におけるストレス病棟の疾病診断内訳

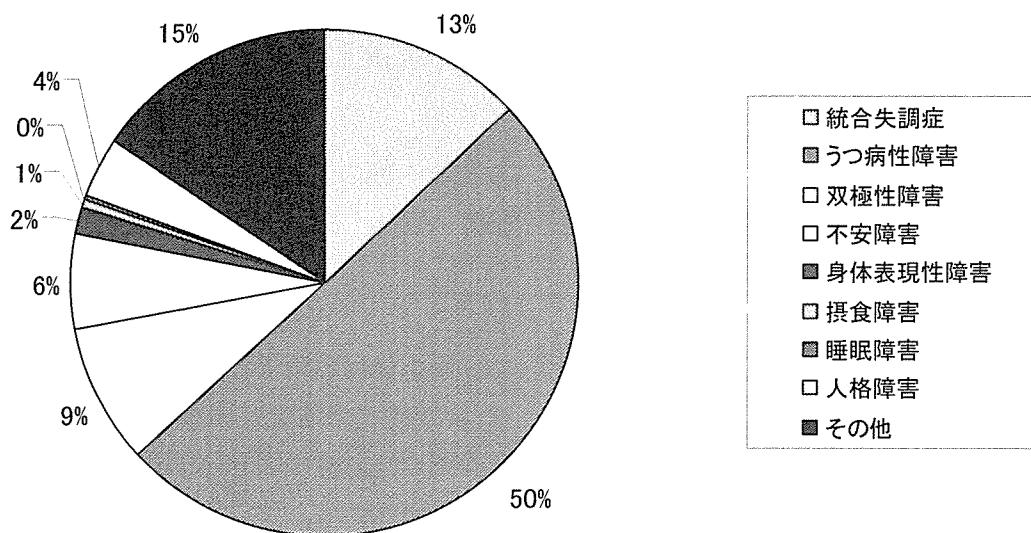
統合失調症	13.1±9.3
気分障害	59.0±20.0
不安障害	6.1±8.3
身体表現性障害	1.5±2.1
摂食障害	0.7±0.6
睡眠障害	0.1±0.3
人格障害	4.1±5.5
その他	15.5±12.4



うつ病性障害	49.9±21.7
双極性障害	9.1±5.6



(図1) 平成16年度におけるストレス病棟の疾病診断内訳



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

## 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

分担研究者 徳永雄一郎 不知火病院長  
協力研究者 矢崎 直人 不知火病院副院長

### 研究要旨

今日うつ病治療は自殺防止も含め、大きな社会問題となっている。その対象は勤労者から学生にまで広がっており、種々の解決策が求められる状況にある。またうつ病は、再発率、遷延化率ともに高く、外来治療のみでは十分な回復に至らないケースも多い。このように入院の必要な例が多い現状から、うつ病の入院治療に関する治療論の確立が急がれている。

そこで、これらの状況を踏まえ、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-D 7 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。

以上の結果から、ストレスケア病棟における入院治療の有用性が確認できた。治療実践に基づき、ストレスケア病棟の施設基準、必要病床数、配置基準、診療報酬案を以下のように考察する。

- ①ストレスケア病棟の施設基準：日本医療機能評価機構認定の取得
- ②必要病床数：人口 10 万人対 12～24 床。全病床数は 14,400～28,800 床

③配置基準：病床数 60 床以下

- ・ 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] 各 1 名以上

④診療報酬：Ⅰ) ストレスケア病棟入院料の新設

Ⅱ) 社会復帰支援実施加算の新設

Ⅲ) 復職支援加算の新設

## A. 研究目的

うつ病は年間 3 万人を超える自殺や勤労者のメンタルヘルス問題と深く関連し、社会的関心も強くなっている。それとともに精神科の専門医へのうつ病受診率も高くなっているが、現実的なうつ病患者の受診率は 25%もしくはそれ以下という数値が一般的である。そのため、外来治療のみならず、適切かつ医学的な入院治療を必要とする患者数は相当数にのぼると想定される。

さらに、うつ病は外来治療だけでは治り難いケースも増加傾向にあり、再発率は 5, 6 年で 30~40%、10 年以内では 70~80%といわれている。また 15~20%程度は難治性に推移することが明らかになっている。

このような現状から、うつ病の入院治療を主体とした専門的な治療病棟の必要性は高く、そこでの治療は自殺やメンタルヘルス問題の減少や防止対策に直結すると予測される。

本研究では、うつ病治療の専門病棟であるストレスケア病棟の実態を調査検討し、入院治療の必要性、必要病床数の基準、適切な人員配置、診療報酬について考察した。

## B. 研究方法

### ①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。

②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)。

(倫理面への配慮)

本研究における①の調査では個人名の記載を無記名とし、②の調査においては個人名が特定されないよう、患者の匿名性の保持に十分配慮し研究を行った。

## C. 研究結果

### I. 自殺発生件数

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 年間に於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。

## II. 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  
治療結果については、各施設における研究のための共通基準の実施が困難であったため、不知火病院の研究結果を記載する。

不知火病院の治療構造を述べる（平成 16 年度総括・分担報告書）。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（図 1）。職業については勤労者が 71%を占める（図 2）。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（表 1）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