

による介入は、患者への介入が 1.82 回、家族への介入が 2.25 回、職場への介入が 3.09 回、上司面談は 1.10 回であった。

## 2) 症状回復度

上記の治療構造における治療に対する効果の判定について述べる。まず、第一に構造化された面接の上で行った HAM-D の改善率は入院時平均 24.54 から退院時平均 6.44 に低下した。HAM-D 7 以下が寛解状態とされているので、この調査時点において、入院者のほとんどが回復したという結果が出ている。自己評価尺度である SDS に関しても入院時平均 52.55、退院時平均 41.00 と低下した。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。また、退院時の GAF は退院時平均が 77.68 となっている(表 2)。社会適応が良好を示す基準は 71 以上が必要とされていることからその基準を満たしており、良好な治療結果であった。退院時に HAM-D7 以下、GAF71 以上を満たす対象患者は 51%であった。

以上の結果から、ほとんどの入院者において入院治療における治療の有効性が認められ、かつ、より社会適応に近づく状況までの回復が見られる結果になった。これは入院治療を行うことが、うつ病の治療において有効に機能すると確認できたと考えている。

## D. 考察

### I. ストレスケア病棟の有効性についての考察

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に

ついて考察する。

①自宅療養をしながらの外来通院である場合、自宅療養という休養のあり方そのものが非治療的である場合が多いこと、②患者側の不安は予想以上に強く、入院という治療構造の中で安心感や依存欲求が満たされやすいこと、③複数のスタッフや同質の患者集団の中でさまざまなカタルシスや自助作用が行われること、④入院治療の継続的な治療構造によって、回復期の対象喪失が起こりにくい、などが挙げられる。

①については、自宅療養から入院治療に切り替えた後での回復例が非常に多いことに基づいている。種々の薬物変更にもかかわらず、回復傾向が見られない難治性と思われていたうつ病が、入院治療への環境変化によって回復し始めるケースも多い。

自宅療養で回復しにくいうつ病が多いことは家族関係と大きく関連している。平成 6 年～平成 18 年 2 月における家族療法(開催数 211 回、参加者 1521 人)の結果、勤労者の過剰適応や、執着的な勤労態度は家族関係、とくに夫婦関係の希薄さをもたらすことが明らかになってきた。男性うつ病者の生活態度として、職場でエネルギーを消費してしまい、家庭では攻撃的な態度、または無口な態度に変化してしまうという、職場と家庭での態度の解離が大きいことが判明した。結果的に、家庭内及び夫婦関係が表面的で、かつ依存的になれない関係性のあることが明らかになっている。

そのため自宅療養を行ったとしても、夫婦関係において相互に助け合うような心理的距離に至ってないことが多い。なおかつ、休養が長期に及ぶと、近隣住民に対する気兼ね等も発生し、外出できないなど自宅療養が帰っ

て負担になることが分かっている。近年の共働き夫婦の増加によって、昼間は一人で休養することの多い環境の変化も、自宅療養での回復の遅れを助長している。

また、自殺は極期と回復期に多いことが定説となっている。しかし、今回の自殺者の少なさは極期はもとより、回復期にも少ないという結果を示しており、回復期に多いとされていた原因を考察する手がかりになると考えられる。これまでの治療結果から、入院中はスタッフや入院者同士の関係性の中で生活が進み、依存欲求が満たされており、不安感も生じにくく、対象喪失が起こりにくいことも関係していると考えられる。一方、自宅療養では先述のように、表面的な夫婦関係と昼間の孤独感も加わり、喪失感や孤独感が生じやすいと考えている。自宅療養での治療は休養する家庭環境の十分な検討や支持体制の配慮が不可欠と考えられる。

以上、ストレスケア病棟の有用性が確認できたが、病棟が有効に機能するためにはどのような条件が必要かを以下に考察する。

## II. ストレスケア病棟の基準

ストレスケア病棟としてうつ病専門の治療に計画的に取り組んでいる病院と、そうではない病院との情報を、患者側に的確に公開する義務が医療者側にある。そのためには、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。

名称に関しては、病棟の機能分化を進める上で患者側に分かりやすく機能を伝える意味で、現在の精神科急性期治療病棟の名称は適切だとは言いがたい。そのためストレスケア病棟という名称を標榜することが適切であると考えられる。

ストレスケア病棟の施設基準の前提として、ストレスケア病棟とは、主として急性期のストレス疾患を有する患者を入院させ、自傷行為や自殺の防止に専門的に取り組む病棟であり、精神病棟を単位として行うものであること定義する。

ストレスケア病棟の基準として、以下の条件を提示する。

### ①日本医療機能評価機構による認定の取得

ストレスケア病棟の条件の一つに第三者機関からの評価認定の必要性が挙げられる。900を超える評価項目の中に、病院であるべきための必要事項を調査対象にして認定を行う、日本医療機能評価機構の認定は最低条件であると思われる。また、ストレスケア病棟の治療にあたってはクリニカルパスの実施、チーム医療等が整備されておく必要がある。

### ②ストレスケア病棟入院対象となる疾病条件の設置

ストレスケア病棟への入院対象となる疾病条件を設置する。疾病、傷害および死因統計分類提要【国際疾病分類 (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。

以上の施設基準をふまえた上で、治療の理念としては、医学的・生物的な介入とともに、心理的、社会的対応が必要である。単に症状の回復にとどまらず、心身がより健康となり、再発防止や社会適応力を高めることが治療目標となる。このため、十分なマンパワーの必要性が求められる。

病棟環境に関しては、広めの空間とゆったりした時間の提供を行う。開放的処遇が望ま

しく、ストレスを強めやすい騒音や雑然、生活刺激は排除された方がよい。スタッフに関しては綿密に情報提供し、治療についての協議を重ね、チーム医療を遂行することが前提となる。

### Ⅲ. 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%、入院中のうつ病の患者の自殺企図率 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 万人当たり年間 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 万人対 284）の 4.2~8.4%にあたる。

また、年間自殺者数 32,000 人の約 60%に相当する約 2 万人がうつ病によるものとされ、それに対する病床数は人口 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病棟の入院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のは常時 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、全病床数は 14,400~

28,800 床とした。

### Ⅳ. 配置基準案

ストレスケア病棟の施設基準として、主として急性期のストレス疾患を有する患者を入院させ、自傷行為や自殺の防止に専門的に取り組む病棟であり、精神病棟を単位として行うものとする。当該病棟の病床数は 1 看護単位あたり 60 床以下である。

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。

これは、ストレスケア病棟の医師・看護師・コメディカルのマンパワーを必要度に対し増員し、急性期治療病棟では 30 対 1 を必要とされている看護補助機能を軽減することで、増員の人件費の一部に充当する。

また、近年の傾向としてユニット単位でのストレスケア病床で治療する病院も増加しており、地域間のニーズの差を考えると、ユニット単位で運営する必要性も高い。今後ストレスケア専門病床の必要数を確保するためには、おおむね 10 床以上のストレスケアユニットにストレスケア加算の新設が必要となる。この病床は入院基本料 15 対 1 以上の看護配置をし、ストレス疾患を治療するに十分な人員体制および環境を整備した場合にのみ算定できるものとする。

### Ⅴ. 診療報酬案

診療報酬案に関しては、現在の統合失調症を中心とした急性期医療の範囲の中での配置基準でよいかという大きな問題を含んでいる。特に再発率、遷延化率の高いうつ病治療にお

いては、重装備のマンパワーが必要である。当研究班において議論された中でも、対象となる患者は就労中が多いという社会性の高い母集団である点、家庭や職場との連携と継続的な医療が必要な点、患者母集団が休養や薬物療法だけでなく、精神療法や集団療法といった非薬物的な治療を希望している点、という条件に差のある現状を考えると、復職支援プログラム等も含め、多軸的な治療構造が必要になる。(資料1、資料2)

#### 1) 診療報酬は精神科急性期治療病棟1を算定

ストレスケア病棟の診療報酬は、精神科急性期治療病棟1(30日以内1日1900点、31日以上1日1600点)を適用することが適切だと考える。理由は急性期において「重大なる自傷他害の可能性」が一つの要素であるが、ストレスケア病棟における自殺防止も急性期に匹敵すると思われる。ストレスケア病棟の調査結果から、自殺防止に大きく貢献できる病棟であると考え、精神科急性期治療病棟1と同じ診療報酬が適切であると判断される。

なお、急性期病棟における新規入院率、3カ月以内の退院率、低減制はストレスケア病棟においても同様の算定を受けたほうが良いと考える。

#### 2) 社会復帰支援実施加算及び復職支援加算の新設

うつ病治療においては自殺防止と同時に、回復後の復職支援活動が重要課題の一つとなる。そこで新規加算の新設を提案する。

##### ①社会復帰支援実施加算

国家資格を持つ精神保健福祉士が病棟に専従し、社会復帰支援プログラムなどを個別に立案し、他職種との協力のもと3週間をめぐりに支援を計画、実施した場合に限り、社会復

帰支援実施加算として退院時に1回のみ1000点を算定する。

##### ②復職支援加算

うつ病の再発率、遷延化率の高さから考えると、復職支援プログラムも難易度の高い問題であると考えられる。そこで、職場の産業医や保健スタッフと頻回に接触しながら復職を進める支援プログラムを実施した場合は、さらに復職支援加算として退院時に1回のみ2000点を加算する。

なおこの支援については、その性質上当事者の意思が重要になるため、社会復帰支援計画加算に関しては、本人と保険医療機関との二者、復職支援計画加算に関しては、本人及び企業と保険医療機関と三者間の同意に基づくことを前提とする。さらに、SST(social skills training)等の導入を復職支援治療プログラムに盛り込むこととする。

## E. 結論

社会における自殺防止は国民的な早急かつ重大な課題に至っている。今回ストレスケア病棟において、専門的な治療実践を行った結果、十分な回復度が認められたことのみならず、自殺を防止できるという結果が導き出された。自殺者の過半数はうつ病が合併しており、自殺防止はうつ病防止に、うつ病の防止は自殺の防止に直結すると推定できる。

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意義は大きい。このことは、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。

著書等 (平成 18 年度)

徳永雄一郎：ストレスケア病棟—うつ病治療の実際とその有効性—。Depression Frontier

Vol.4 No.2;68-72,2006

徳永雄一郎：うつ病治療とストレスケア病棟。日本精神科病院協会雑誌 Vol.25 No.11;6-10,2006

矢崎直人・徳永雄一郎：わが国のストレスケア病棟。週刊医学のあゆみ。第 5 土曜特集・うつ病のすべて。Vol219.No13;991-995,2006

シンポジウム発表等 (平成 18 年度)

徳永雄一郎：自殺予防とストレスケア病棟—1 万人の入院者患者調査から。第 102 回日本精神神経学会総会。福岡市，2006 年 5 月 13 日

徳永雄一郎：ストレスケア病棟における自殺防止—入院者 1 万人の調査結果から。第 3 回日本うつ病学会総会。東京都，2006 年 7 月 27 日

図1 対象患者の年齢内訳

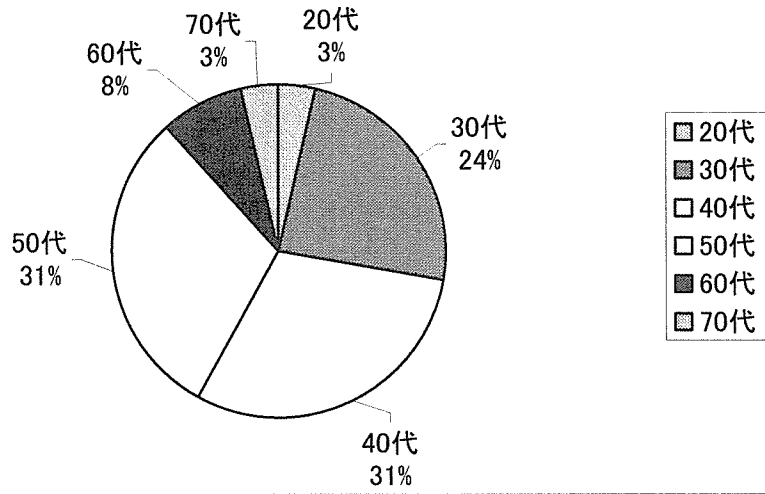


図2 職業内訳

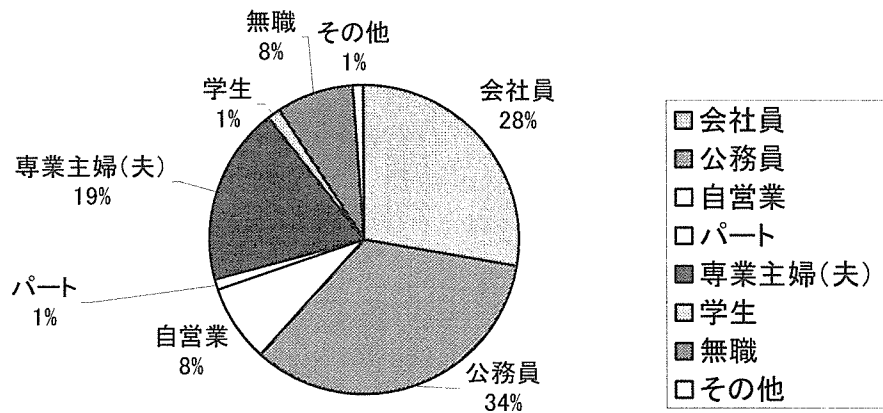


表 1 復職支援プログラム（週間予定）

	AM	PM
月	復職総合ミーティング（60分）	リフレッシュ体操（45分）
火	集団作業療法（90分）	ストレッチ（30分）
水	院外活動	フットセルフケア（45分）
木	クリエイティブアート（90分）	音楽療法（120分）
金	総合面接	スポーツ（120分） ハローオフィス（60分）

月間予定：復職サポート集団療法・集団家族療法

表 2 治療結果（不知火病院）

症状評価尺度	入院時	退院時	t 値
HAM-D	24.54	6.44	14.68***
SDS	52.55	41.0	8.275***
GAF		77.68	

\*\*\* p<.001

## ストレスケア病棟入院料（案）

（資料 1）

（白本対応資料）

### （1）通 則

- イ 主として急性期のストレス疾患を有する患者を入院させ、自傷行為や自殺の防止に専門的に取り組む病棟であり、精神保健福祉法に基づく精神病棟を単位として行うものであること。
- ロ 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
- ハ 医療法施行規則第十九条第一項第四号に定める看護師および准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
- ニ 当該病院の他の精神病棟を有する場合は、精神病棟入院基本料の 10 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料、20 対 1 入院基本料、又は特定入院料を算定している病院であること。

## (2) ストレスケア病棟入院料の施設基準

- イ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が2名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医および専任精神科医師が各1名以上配置されていること。
- ロ 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。また、夜勤を行う看護職員の数は2以上とする。
- ハ 当該病棟において、看護職員の7割以上が看護師であること。
- ニ 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1以上であること。
- ホ 当該病棟において、専従の精神保健福祉士および専従の臨床心理士が各1名以上配置されていること。
- ヘ ストレス疾患専門治療を行うにつき、必要な体制が整備されていること。
- ト ストレス疾患専門治療を行うにつき、十分な構造設備を有していること。

## (3) ストレスケア病棟入院料の対象患者

- イ 疾病、傷害および死因統計分類提要【国際疾病分類（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
- ロ ストレスケア病棟を有する保健医療機関に入院しているストレス疾患の患者であって当該病棟での治療が必要な患者

### (緑本対応資料)

A311-3

ストレスケア病棟入院料（1日につき）

イ 30日以内の期間	1,900点
ロ 31日以上期間	1,600点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

2 診療にかかる費用（第2節に規程する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、



第 10 部手術、第 11 部麻酔及び第 12 部放射線治療に係る費用を除く。) は、ストレスケア病棟入院料に含まれるものとする。

社会復帰支援計画加算（退院時のみ 1 回）	1,000 点
復職支援計画加算（退院時のみ 1 回）	2,000 点

- 3 当該病棟に入院しているストレス疾患の患者に対して、専従の精神保健福祉士および臨床心理士により、3 週間以上の社会復帰支援計画を個別に立案し継続的に支援を行った場合は、退院時に 1,000 点、それに並行して有職者の職場復帰を目的とした復職支援計画を立案し、職場との調整等の支援を行った場合は、さらに 2,000 点を加算する。なおこの支援においてはその性質上、当事者の意思が重要になるため、社会復帰支援計画加算に関しては本人と保険医療機関との二者、復職支援計画加算に関しては本人及び企業と保険医療機関と三者間の同意に基づくことを前提とする。

(ストレスケア病棟入院料について)

- (1) ストレスケア病棟入院料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者である。
- ア 入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦入院した後、入院日を含めて 2 日以内に当該病棟に転棟した患者を含む）（以下この項において「新規患者」という。）
  - イ 他の病棟から当該病棟に移動した入院患者又は当該病棟の入院中の患者であって当該入院料を算定していない患者のうち、ストレス疾患のため当該病院の精神保健指定医が当該病棟における集中的な治療の必要性を認めた患者（以下この項において「転棟患者等」という。）
- (2) 新規患者については入院日から起算して 3 月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から 3 月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が 3 月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。
- (3) 転棟患者等については、1 年に 1 回に限り、1 月を限度として算定する。1 年とは暦年をいい、同一暦年において当該入院料の算定開始日が 2 回にはならない。なお、転棟患者等が当該入院料を算定する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (4) ストレスケア病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、ストレスケア病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (5) ストレスケア病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院基本料 15 対 1 入院基本料を算定する。
- (6) 当該入院料の算定対象となる患者は、疾病、傷害および死因統計分類提要【国際

疾病分類（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治療の必要な者をいう。

- (7) 当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の 10 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料、若しくは 20 対 1 入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。

(ストレスケア病棟入院料に関する施設基準)

- ア 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていない。
- イ 当該病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては看護職員が常時 2 名以上配置されており、そのうち 1 名以上は看護師である。
- ウ 当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の 10 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料、若しくは 20 対 1 入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。
- エ 当該病棟に精神保健指定医である医師及び専任の精神科医師、かつ精神保健福祉士と臨床心理士がそれぞれ 1 名ずつ配置されていること。
- オ 当該病院の 8 割以上又は 200 床以上が精神科病床である。
- カ 当該病棟の病床数は 1 看護単位あたり 50 床以下である。
- キ 当該病院内に精神保健福祉法に基づく隔離や行動制限ができる病室がある。
- ク 1 月間の当該入院料を算定している病棟の患者の述べ入院日数のうち、4 割以上が新規患者の延べ入院日数である。
- ケ 新規患者のうち 4 割以上が入院日から起算して 3 月以内に退院し在宅へ移行すること。
- コ 病院機能の第三者評価を行う機関から認定を受けていること。

## ストレスケアユニット加算（案）

（資料 2）

ストレスケアユニット加算（1 日につき）

90 日以内の期間 200 点

（ストレスケアユニット加算について）

- (1) ストレスケア病棟入院料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者である。

ア 入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦入院した後、入院日を含めて 2 日以内に当該ユニットに入床した患者を含む）（以下この項において「新規患者」という。）

イ 他の病棟から当該ユニットに移動した入院患者又は当該ユニットの入院中の患者であって当該入院料を算定していない患者のうち、ストレス疾患のため当

該病院の精神保健指定医が当該病棟における集中的な治療の必要性を認めた患者（以下この項において「転棟患者等」という。）

- (2) 新規患者については入院日から起算して 3 月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から 3 月以内においては、届出の効力発生前に当該ユニットに新規入院した入院期間が 3 月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。
- (3) ストレスケアユニット加算を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、ストレスケアユニット加算に含まれ、別に算定できない。
- (4) ストレスケアユニット加算に係る算定要件に該当しない患者が、当該ユニットに入院した場合には、精神病棟入院基本料 15 対 1 入院基本料を算定する。
- (5) 当該加算の算定対象となる患者は、疾病、傷害および死因統計分類提要【国際疾病分類 (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治療の必要な者をいう。
- (6) 当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の 10 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料、若しくは 20 対 1 入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。

(ストレスケア病棟入院料に関する施設基準)

ア 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていない。

イ ストレスケアユニットとは精神科病棟内において、おおむね 10 床以上の看護単位をいう。

ウ 当該病棟において、日勤帯以外の時間帯にあつては看護職員が常時 2 名以上配置されており、そのうち 1 名以上は看護師である。

エ 当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の 10 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料、若しくは 20 対 1 入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。

オ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が 2 名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医および専任精神科医師が各 1 名以上配置されていること。

カ 当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が 15 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。また、夜勤を行う看護職員数は 2 以上とする。

キ 当該病棟において、看護職員の 7 割以上が看護師であること。

ク 当該病棟において、1 日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。

ケ 当該病棟において、専従の精神保健福祉士および専従の臨床心理士が各 1 名以上配置されていること。

コ 当該病院の 8 割以上又は 200 床以上が精神科病床である。

サ 当該病棟の病床数は 1 看護単位あたり 60 床以下である。

- シ 当該病院内に精神保健福祉法に基づく隔離や行動制限ができる病室がある。
- ス 1月間の当該入院料を算定しているユニットの患者の述べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の述べ入院日数である。
- セ 新規患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し在宅へ移行すること。
- ソ ストレス疾患専門治療を行うにつき、必要な体制が整備されていること。
- タ ストレス疾患専門治療を行うにつき、十分な構造設備を有していること。
- チ 病院機能の第三者評価を行う機関から認定を受けていること。

#### ストレスケアユニットにおいて算定可

社会復帰支援計画加算（退院時のみ1回）	1,000点
復職支援計画加算（退院時のみ1回）	2,000点

当該病棟に入院しているストレス疾患の患者に対して、専従の精神保健福祉士および臨床心理士により、3週間以上の社会復帰支援計画を個別に立案し継続的に支援を行った場合は、退院時に1,000点、それに並行して有職者の職場復帰を目的とした復職支援計画を立案し、職場との調整等の支援を行った場合は、さらに2,000点を加算する。なおこの支援においてはその性質上、当事者の意思が重要になるため、社会復帰支援計画加算に関しては本人と保険医療機関との二者、復職支援計画加算に関しては本人及び企業と保険医療機関と三者間の同意に基づくことを前提とする。

## 8. 兒童・思春期病棟

平成 18 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

## 児童・思春期精神科患者の入院治療の適正化に関する研究

分担研究者 岸本 年史 奈良県立医科大学

### 研究要旨

児童・思春期病棟を運営している施設について、訪問面談・電話により問い合わせ・文書・その他の資料から検討、考察を加えたところ、その必要とする病床数を算定したところ 20 歳未満の人口 10 万対 3～41 人（平均 15 人）であり、専門的治療を要する可能性がある。しかし、標準化された児童・思春期病棟の治療モデルはまだない。治療モデルの確立とともに診療報酬等において経営的基盤の強化が急務である。

### A. 研究目的

軽度発達障害、広汎性発達障害、ADHD などによる軽度発達障害、思春期に特有な神経症性障害・人格障害性疾患および精神病などの受療ニーズは近年高まっているが、現在わが国では 20 歳未満に特化した専用精神科病棟を運営する病院はわずかに全国 20 施設(約 950 病床)にとどまる。地域ネットワークの中心的役割を發揮する当該病棟の普及を早急に図る必要があり、そのための、入院治療の適応、病棟の物理的・社会的構造、治療内容・モジュールとその効果、医療経済的基盤について総合的に研究することを目的とする。

### B. 研究方法

平成 18 年度は児童・思春期病棟を運営している施設より、訪問面談・電話により問い合わせ・文書・その他の資料から検討、考察を加えた。

### C. 研究結果

表 1 の通り、全国の児童・思春期専門病棟医療施設 16 施設の入院患者数より、それを持たない各県に於いて必要とする病床数を算定したところ 20 歳未満の人口 10 万対 3～41 人（平均 15 人）であり、専門的治療を要する可能性がある。平成 13 年度に稼働していた児童・思春期精神科入院医療加算届出施設のうち 5 施設の病床稼働率は 42.3～82.8%（平均 68.7%）、平均在院日数は 51.9～274.4 日（平均 168.3 日）であったが、1 施設が病棟を統合し加算届けを取りやめたため、4 施設における平成 17 年度の稼働率は 27.4～97.6%（平均 55.6%）、平均在院日数は 63.4～377.4 日（平均 241.9 日）であった。稼働率が 83.1% 平均在院日数 334.4 日の公立 A 病院の当該病棟の某 1 ヶ月分の経費原価 9,902,056 円・収入 9,072,740 円であった。

### D. 考察

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児童・思春期病棟の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)海外の状況等があり、さらなる今後の検討が必要である。

## E. 結論

社会のニーズに応じて専門化した児童・思春期精神科入院医療が必要である。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。

## G. 研究発表

### 学会発表

・ Current trends in prescribing psychotropic medications for children and adolescents at Nara Medical University Hospital, Japan.

Kanae Kishino, Junzo Iida, Hideki Negoro, Hiroyuki Takahashi, Masayuki Sawada, Toyosaku Ota, Hidemi Iwasaka, Toshifumi Kishimoto

17<sup>th</sup> World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions

Melbourne

2006

・ The relation between event-related potentials in children with AD/HD and severity of AD/HD Symptoms.

Masayuki Sawada, Hideki Negoro, Junzo Iida, Masanori Kyo, Hiroyuki Takahashi, Hidemi Iwasaka, Toshifumi Kishimoto

17<sup>th</sup> World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions  
Melbourne

2006

・ Early detection of developmental disorder : Sibling study at the Higashiosaka City Rehabilitation Center for Children with Disabilities.

Toyosaku Ota, Junzo Iida, Mitsuhiro Uratani, Kanae Kishino, Hideki Negoro, Hidemi Iwasaka, Toshifumi Kishimoto

17<sup>th</sup> World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions  
Melbourne

2006

・ 奈良県立医科大学精神科児童思春期外来における薬物療法の変化

岸野加苗、飯田順三、根来秀樹、岩坂英巳、平尾文雄、高橋弘幸、澤田将幸、太田豊作、浦谷光裕、

岸本年史

第 47 回日本児童青年精神医学会 千葉  
2006

・ 同胞が幼児期の広汎性発達障害児に及ぼす影響

太田豊作、飯田順三、岸野加苗、根来秀樹、岸本年史

第 47 回日本児童青年精神医学会 千葉  
2006

・「子どものうつ」に対するフルボキサミンし  
 ようの治療効果について

姜昌勲、飯田順三、根來秀樹、大西貴子、谷  
 口弘恵、岸本年史

第 47 回日本児童青年精神医学会 千葉 2006

表 1

	入院 者数 (人)	都道府県	都道府県 入院者数 (人)	都道府県20歳 未満者数 (千人)	比率 (10万人対)
市立札幌病院静療院	49	北海道	70	1045	7
北海道立緑ヶ丘病院	21				
茨城県立友部病院	59	茨城	59	599	10
千葉市立青葉病院	45	千葉	126	1150	11
国立精神・神経センター国府台病院	61				
千葉県立子ども病院	20				
東京都立梅ヶ丘病院	499	東京	499	2126	23
神奈川県立こども医療センター	56	神奈川	56	1665	3
新潟県精神医療センター	81	新潟	81	472	17
山梨県立北病院	40	山梨	40	179	22
静岡県立こころの医療センター	41	静岡	41	745	6
三重県立小児心療センターあすなろ学園	150	三重	150	369	41
大阪府立精神医療センター松心園	50	大阪	131	1704	8
大阪市立総合医療センター	81				
島根県立湖漈病院	40	島根	40	142	28
宮崎県立富嶺園	19	宮崎	19	244	8



### III. 研究成果の刊行に関する一覧表

# 研究成果の刊行に関する一覧表

## 【書籍】

- 保坂 隆（編集）：シリーズ臨床研修医指導の手引き「精神科」。診断と治療社，東京，2004
- 保坂 隆：Type A.樋口輝彦（監修）久保木富房・中村純・山脇成人（編集）：ストレス疾患ナビゲーター。138-139,2004
- 保坂 隆，佐藤 武：精神疾患に起因する身体症状・身体疾患。坂田三允（編集）精神看護エクスパート3「身体合併症の看護」:21 - 38,2004.
- 保坂 隆（著）：プチ楽道家になる方法。PHP文庫，東京，2005
- 保坂 隆（著）：「頭がいい人」は脳をどう鍛えたか。中公新書ラクレ，東京，2005
- 保坂 隆（著）：プチ依存と上手にくらす本。PHP文庫，東京，2005
- 保坂 隆（著）：図解：プチストレスにさよならする本。PHP文庫，東京，2005
- 保坂 隆（著）：「頭がいい人」の快眠生活術。中公新書ラクレ，東京，2005
- 保坂 隆（著）：プチストレスをきれいになくす。日本文芸社，東京，2005
- 保坂 隆（著）：小さいことにクヨクヨしない方法124。広済堂文庫，東京，2005
- 保坂 隆（著）：脳が元気になるプチ・トレーニング。PHP文庫，東京，2006
- 保坂 隆（編集）：神経症性障害とストレス関連障害。精神科臨床ニューアプローチ。メジカルビュー社，東京，2005
- 保坂 隆（編集）：児童精神障害。精神科臨床ニューアプローチ。メジカルビュー社，東京，2005
- 保坂 隆（編集）精神科専門医にきく最新の臨床。中外医学社，東京，2005
- 保坂 隆（著）：産業メンタルヘルス。診断と治療社，東京，2006
- 保坂 隆：現代社会とストレス関連障害の概念。保坂 隆（編集）神経症性障害とストレス関連障害。9-12,メディカルビュー社，東京，2005
- 保坂 隆：他科とのリエゾン精神医学での注意点。上島国利・立山萬里（編集）精神医学テキスト。283-288,南江堂，東京，2005
- 保坂 隆：レンドルミンD錠の効果的使用法。上島国利（編集）睡眠障害診療のコツと落とし穴。56-57,中山書店，東京，2006
- 保坂 隆：身体疾患患者の精神疾患合併率について。保坂 隆（編集）精神科専門医にきく最新の臨床。82-84,中外医学社，東京，2005
- 保坂 隆：身体疾患患者への集団精神療法。保坂 隆（編集）精神科専門医にきく最新の臨床。161-163,中外医学社，東京，2005
- 保坂 隆：大病に罹患したらどんな気持ちになるの？。上島国利，平島奈津子（編集）全科に必要な精神的ケア，10-11,総合医学社，東京，2006
- 保坂 隆：リハビリ中の患者さんの対応で気をつけることを教えて？。上島国利，平島奈津子（編集）全科に必要な精神的ケア，12-13,総合医学社，東京，2006

- 保坂 隆：人工透析患者の心理について教えて？。上島国利，平島奈津子（編集）全科に必要な精神的ケア，14-15,総合医学社，東京，2006
- 保坂 隆（編集）：これから始める向精神薬療法スペシャルテクニック。診断と治療社，東京，2006
- 保坂 隆（監修）町田いづみ：コミュニケーションの上手な方法。照林社，東京，2006
- 保坂 隆（編集）精神科リスクマネジメント。中外医学社，東京，2007
- 保坂 隆：リエゾン精神医学。日本病院管理学会学術情報委員会（編集）医療・病院管理用語辞典。220,エルセビアジャパン，東京，2006
- Matsubayashi H, Hosaka T, Makino T.: Impact of psychological distress in infertile Japanese women. In Morgan JP.(ed.)Perspectives on the Psychology of Aggression. Nova Science Publishers, Inc.111-124, New York, 2006
- 保坂 隆：虚血性心疾患。上島国利・久保木富房（監修）抗不安薬・睡眠薬・抗うつ薬・気分安定薬の使い方。アルタ出版。232-235, 2002
- 保坂 隆：身体化障害，疼痛性障害・心気症。今日の治療指針 2007。705, 医学書院，東京，2007
- 保坂 隆：地域における連携・本橋 豊（編集）：自殺対策Q & A。152-154, ぎょうせい，東京，2007
  
- 安西信雄：COMMENT 困難な症例から学ぶ 第15回「統合失調症と強迫性障害との区別が長らくつきかねた症例」Schizophrenia Frontier 5(2): 125-126,2004.
- R.P.リバーマン編（安西信雄・池淵恵美監訳）：リバーマン実践的精神科リハビリテーション。創造出版，東京，2005年7月（訳書・新装版）
- 伊藤順一郎：統合失調症 pp812-814, 家庭医学大全科，法研，2004.
- 伊藤順一郎（第6章翻訳）：大島巖・松為信雄・伊藤順一郎監訳「精神障害者をもつ人たちのワーキングライフ」「IPSの概要」.金剛出版,2004.
- 岸 泰宏：プライマリーケア（一般身体疾患診療現場）における大うつ病治療 in 精神科 専門医にきく最新の臨床 編集 保坂隆 中外医学社 東京 2005 pp48-50
- 白石弘己（2005）精神保健福祉法の現状と問題点 保護者をめぐって. 司法精神医学4, 民事法と精神医学（松下正明, 山内俊雄, 山上皓, 中谷陽二編集）pp240-249 東京：中山書店
- 白石弘己(2006) 精神障害者の人権擁護：精神医療の立場から. 司法精神医学1 民事法と精神医学（松下正明, 山内俊雄, 山上皓, 中谷陽二編集）pp294-303 東京：中山書店
- 白石弘己（2005）家族のための統合失調症入門 東京：河出書房新社
- 白石弘己（2005）「労働者のメンタルヘルスに関連する法律等の要点」こころの医学（野村総一郎, 高橋祥友, 川上憲人編集）pp161-170 東京：南江堂
- 徳永雄一郎（著）：カウンセリングナース—新たな看護手法を求めて. 昭和堂，京都，2005

- 徳永雄一郎（著）：ストレスとうつ。西日本新聞社，福岡，2005
- 徳永雄一郎：自宅療養で遷延化するうつ病治療の危険性—治療初期における医師判断の問題点。上島国利編集；うつ病診療のコツと落とし穴。中山書店，東京；71—73，2005

【雑誌】

- 保坂 隆：在宅介護者の健康度と支援の必要性。精神医学 46: 562-563, 2004
- 保坂 隆：集団精神療法。CLINICAL NEUROSCIENCE 22: 216-217, 2004
- 保坂 隆：がん患者への集団精神療法。臨床精神医学 33: 627-633, 2004
- 保坂 隆：不眠症の予後決定因子。成人病と生活習慣病 34:901-903,2004
- 加藤雅志，保坂 隆：特殊な環境で見られる精神症状。日本医師会雑誌特別号「精神障害の臨床」。S179-S182，2004
- 加藤雅志，保坂 隆：身体疾患と精神科受診。こころの科学 115:30-36, 2004
- 保坂 隆：コンサルテーション・リエゾン精神医学からの精神障害の見方と治療姿勢。精神科 4: 379-383, 2004
- 保坂 隆：一般身体疾患に対する精神的ケア。Pharma Medica 22: 47-49, 2004
- 加藤雅志，保坂 隆：「医療コミュニケーション」について。臨床透析 20: 13-17, 2004
- 保坂 隆，平井啓，福原裕一，高橋為生，堀 三郎：健診受診者のコーピングスタイルと血液生化学指標との関連。総合健診 31: 601-608, 2004
- 保坂 隆：妄想・幻覚の原因と診断のコツ。JIM 14: 848-851, 2004
- 保坂 隆：リエゾン精神医療における集団療法。精神科リエゾンガイドライン（精神科治療学 Vol.19 増刊号）172-174, 2004
- Okuyama T, Wang XS, Akechi T, Mendoza TR, Hosaka T, Cleeland CS, Uchitomi Y.: Adequacy of cancer pain management in a Japanese cancer hospital. Jpn J Clin Oncol 34:37-42, 2004
- Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Kondo A, Makino T: Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. Gen Hosp Psychiatry 26: 398-404, 2004
- Matsubayashi H, Iwasaki K, Hosaka T, Sugiyama Y, Suzuki T, Izumi S, Makino T.: Response: Spontaneous contraception after ten years of onfertility, giving up in-vitro-fertilization (IVF) treatments, adoption of a child and two ovarian pregnancies: a case report. Tokai J Exp Clin Med. 29: 201, 2004
- 保坂 隆：ストレスとA型行動パターン。埼玉県臨床工学技士会誌 13: 11-16, 2004
- Matsubayashi H, Shida M, Kondo A, Suzuki T, Sugi T, Izumi S, Hosaka T, Makino T.: Preconception peripheral natural killere cell activity as a predictor of pregnancy outcome in patients with unexplained infertility. Am J Reprod Immunol 53: 126-131, 2005
- Kamiyama K, Yamami N, Sato K, Aoyagi M, Kyoya M, Mizuno E, Uemura M, Kawamoto Y, Okuda M, Togawa S, Shibayama M, Hosaka T, Mano Y.: Effects of a structured stress management