

- 病-病連携のためには、自院が得意とする医療、提供可能な医療（受け入れ可能な患者の範囲）を明示することが望ましい。
- 病-診連携では、診療所に、統合失調症を中心とした退院した患者を地域で支えていく役割も期待される。しかし診療所は開設されるとすぐに新しい患者で占められ、精神科病院が精神科診療所に期待する機能を発揮できなくなっている。

(3) F 病院

地域の精神科病院の機能分化に関する認識については、3点が述べられた。

- 地域に必要な精神科医療の機能は、F病院が所在する圏域には比較的揃っている。
- それぞれの病院の機能特性も互いに認識しており、入院、転院を依頼したりすることで、それぞれの機能を活かしている。
- 精神科救急病棟が設置された病院の周辺の病院からは、自院への入院患者数が減少するのではないかという不安があるという。

自院の機能分化の方向とその理由については、2点が述べられた。

- 専門病棟は、急性期治療病棟、精神療養病棟、認知症疾患治療病棟があり、比較的若く、在院期間の短い患者を受け入れており、地域内の他の病院と医療機能を分担している。

- 病院に隣接して社会復帰支援センター、駅近くに診療所を開設することによって、社会復帰に向けたリハビリテーションのサービス提供、精神科医療へのアクセスを重視している。

機能分化に関する対象者の一般論的な考えについては、地域に必要な機能として6点が述べられた。

- 措置入院を受け入れる病院は、精神科救急または急性期治療病棟を算定しているのが望ましい。ハードな状態の患者にはマンパワーが必要である。
- 急性期病棟を3ヵ月で退棟した後に、回復期・リハビリ期のフォローが可能な体制が必要である。できれば同じ病院内にあり、治療計画が一貫していることが望まれる。
- 20～30床の、良好に機能する総合病院精神科病棟が必要である。
- 認知症疾患治療センターの整備が望まれる。
- 都道府県単位では、ストレスケア病棟、アルコール病棟、児童・思春期病棟が必要である。
- 心神喪失者等医療観察法の指定入院医療機関が必要である。

D. 考察

1. 既存資料を用いた民間精神科病院の実態分析

在院患者の特性が類似する民間精神科病院の群を抽出した。(a)の在院期間と年齢階級に基づく分析では5群が抽出され

た。うち2群は病院数が僅少であったが、他の3群の病院数は十分と考えられた。在院期間、年齢階級それぞれの重心をプロットした散布図(図1)では、取り扱った変数がクラスター分析のそれと異なるため、群間で若干の重なりを認めるが、プロットの疎密から3群の抽出については一定の妥当性を有すると考えられた。3群の中ではクラスター2(在院期間が長い病院)が約7割を占めたが、散布図から、年齢の重心は60歳を中心に50歳から70歳にかけて分布しているものの、在院期間は病院によって相当の差があり、患者特性がやや多様であった。

専門病棟の設置状況との関連では、(1)高齢者に特化した病棟は高齢者が多く在院期間が短い病院で、(2)慢性期の療養を担う病棟は在院期間が長い病院で、(3)急性期の治療を担う病棟は若年者が多く在院期間が短い病院で、それぞれ高率に設置されており、専門病棟の特性が在院患者の特性に反映されていることが確認できた(在院患者の特性は、当該専門病棟限定でなく病院全体を反映しているが、多様な専門病棟を有することの少ない小規模の病院のみを対象としたため、専門病棟の特性が病院全体に強く影響したと思われる)。

(b)疾患分類と年齢階級に基づく分析では4群が抽出された。F0、F0,2以外の患者の比率と年齢階級の重心をプロットした散布図(図2)では、(a)と同様の理由で群間に若干の重なりを認めたが、プロットの疎密から4群の抽出については

一定の妥当性を有すると考えられた。特にクラスター1(F0の患者が多い病院)およびクラスター2(F0,2以外の患者が多い病院)は、それぞれの疾患の比率が高い領域(それぞれ図の右方、左方)に明確に凝集して分布していた。3群の中ではクラスター3(F2の高齢患者が多い病院)が過半数を占めたが、クラスター4(F2の若年患者が多い病院)とは若干異なり、年齢のみならずF0、F0,2以外の患者の比率の各方向へも分布範囲が狭く、患者特性の均質性は高いと考えられた。

専門病棟の設置状況との関連では、(1)高齢者に特化した病棟はF0の患者が多い病院で、(2)「アルコール」はF0,2以外の患者が多い病院で(アルコール依存症はF1)、(3)慢性期の療養を担う病棟はF2の高齢患者が多い病院で、(4)急性期の治療を担う病棟はF2の若年患者が多い病院で、それぞれ高率に設置されており、(a)と同様に専門病棟の特性が在院患者の特性に反映されていることが確認された。

2通りの方法で得られたクラスター相互の関連については、(a)と(b)のクラスターの組み合わせ2つが大半の病院を相互に共有したが、特定の専門病棟の設置率が最も高いという共通の背景がそれぞれ影響していると考えられた。すなわち、(a)のクラスター1と(b)のクラスター1は高齢者に特化した病棟(老人性認知症疾患治療病棟、老人精神病棟)、(a)のクラスター2と(b)のクラスター3は、慢性期の療養を担う病棟(精神療養病棟)であ

る。(a)のクラスター1は「高齢者が多く在院期間が短い病院」であるが、重なりが大きい(b)のクラスター1は「F0の患者が多い病院」であるので、背景因子の「高齢者に特化した病棟」は、高齢化した統合失調症圏の長期在院患者というよりは、認知症圏で身体合併症のため比較的早期に転科したり死亡退院となったりする患者が多いと推察された。また、(a)のクラスター5は(b)のクラスター4に最も多く分類される一方で、(b)のクラスター4は(a)のクラスター2に最も多く分類されたが、これは統合失調症圏の若年患者が多い病院は、在院の短い若年患者が多い病院（急性期の治療を担う病棟の設置率が高い）にも該当するが、在院期間の長い病院（慢性期の療養を担う病棟の設置率が高い）により多く該当することを示しており、小規模の病院では療養病棟も、実態として入院病棟として機能しているためと考えられた。

民間精神科病院における専門病棟の設置状況は、全体でも小規模な病院に限っても、慢性期の療養を担う病棟の設置率が高く、高齢者に特化した病棟がこれに次ぎ、急性期の治療を担う病棟では低かった。専門病棟はその機能によって、一定の地域に必要な量が異なると考えられるため、この結果のみで過不足を論じることはできない。しかしクラスター分析の結果から、それぞれの専門病棟の機能に適する患者特性が示唆され、これは意図される病棟機能に照らして全般的に妥当と考えられた。いずれにしても各病院

群の患者特性は、おおむね専門病棟の設置意図を反映していると思われた。

2. 精神科医療の機能分化に関する聞き取り調査

1) 行政機関（県）

精神科医療に関して行政機関が課題としていることは、精神科救急医療体制の整備が中心であった。精神科救急医療体制は、措置入院への対応を含めて、そのシステムの構築には行政が主導すべき部分が多いが、それが進みにくい背景として、精神科救急医療に対応する医療資源の不足があると思われた。精神科診療所を開業し、精神科病院で救急医療に携わる若い精神保健指定医が不足している状況は、全国的な傾向と考えられる。これに加えて、地域によって異なる背景も示唆された。救急体制を整備するためには、需要に単純に比例しない、いわば基本コストが必要となり、A県のY地区のように背景人口が少なければ、予算上の効率性からも、その整備が困難となる。これに対してB県では、大都市を控え、精神科救急の需要は大きい、人口あたりの病床が少ないことと関連して人的資源が不足しており、需要への対応力が逼迫している。C県でも一部の地域では資源が不足し、救急体制に関しては2圏域を合併して対応していた。急性期医療に関しても、B県では需要が比較的小さいアルコール・薬物関連、思春期、身体合併症の事例の入院を受け入れる病院が安定的に確保できないと述べられた。個別

的な対応で凌ぐことが多いようであるが、需要に常に応じられるようにするためには、合理的な体制を模索することが必要と思われた。

地域における精神科医療の機能分化については、精神科診療所の役割と病院との連携に関しての内容も述べられた。D病院等のように法人内で地理的にやや離れた地域に診療所を開設し、日常的な通院医療を提供している場合もあるが、独立した精神科診療所が増えても、病態に応じた地域精神医療の確保にはつながりにくいという意見が聞かれた。これは精神科診療所の増加に伴い、精神保健指定医である勤務医が不足し、その業務が過重になっているという指摘と関連している。地域の救急医療への参加と、診療所で担当している患者の病状急変への確実な対応が精神科診療所に勤務する医師にも求められているが、実態として、病院の負担が増大し、勤務医が精神科診療所開業に転じる悪循環が示唆された。しかし診療所の個々の医師は、病院との連携を含めた地域ネットワークに参加する意志がないとはいえ、診療所協会の組織率や相互の協力体制の不足から、開業医の集団としての方針を統一しにくい、とすべき個別の行動を見出しにくい、行政からの働きかけも必要と考えられた。

2) 医療機関（精神科病院）

自院の機能分化の方向は、地域の特性により多様であった。D病院は社会資源の少ない地域で多くの需要に応じる工夫

がなされていた。精神科医療機関のない自治体への診療所開設は、入院が必要な場合に備えてD病院が控えつつ、患者の居住地の近傍で医療を提供することで確実な通院を促すことによって、地域での安定した生活を支えていた。またY地区全体で積極的なアウトリーチを行うとともに、未治療患者の把握も期待される地域活動支援センターのサテライト開設が検討されており、背景人口の大きさから整備の困難な精神科救急医療システムの不足を補っていた。E病院は、人口に比して病床の少ないB県にあって、急性期治療病棟の設置により病院全体の患者動態を活性化し、多くの入院を引き受ける方向に動いていた。F病院は近隣の他院との機能分担を意識し、急性期病棟を中心に比較的若く在院期間の短い患者の入院を多く引き受けていた。そして、圏域内の医療機関の特性を常に意識した連携がなされており、C県で述べられた協力関係、急性期治療と療養との円滑な移行が裏付けられた。

このほかに、地域精神医療の機能分化に関するコメントが述べられた。医療機関相互の連携については、E病院を中心に述べられた。病院相互の連携については、自院で受け入れ可能な患者の範囲を外部へ明確に示すことが、医療機関相互の連携促進に重要と示唆された。これは、病院の特性を地域のほかの病院や患者が把握することで、個々の患者にも、より適した精神科医療を提供できるという考えに基づいており、B県で精神科医療連

携のウェブサイトが開設されたのは、この好事例と考えられた。病院と診療所の連携については、診療所を新しい層の患者（非メランコリー型のうつ病、不安障害、パーソナリティ障害など）が多数受診し、統合失調症を中心とする慢性期の患者や退院した患者が受診しにくくなっていることも述べられ、先述したことは別の要因が連携に影響している可能性が示唆された。また、行政機関のみならず精神科病院からも、開業医の救急医療への参加の必要性に言及があった。

精神科病院の機能分化としては、地域生活へ向けた退院促進という基本的方策のため、在院期間の短い急性期の患者を中心とする病院の整備が重視され、こうした方向へ転換する病院は増えてきている。しかしながら、D病院およびF病院からは、地域には慢性期の患者を中心とした療養型の病院も必要との指摘があった。また、D病院からは、長期の入院治療が必要な重症患者は、特別に考慮される必要があると述べられた。機能分化の推進にあたっては、在院期間の短い急性期の患者を中心とする病院が機能を発揮し続けられるようにするためにも、「改革ビジョン」に示されているように、急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能分化を促進する必要があると考えられた。慢性期の患者の入院治療については、先述のクラスター分析の結果からも、歴史的に積み上げられてきた需要は大きいと思われるが、こうした機能を有する医療がどの程度供給されるべきかを見積もる

ことも重要と考えられる。平成19年度精神保健福祉資料病棟単位のデータの分析結果も含めて、行政、精神科医療関係者等の保有する情報を増やしていく必要があると考えられた。

本研究では、既存資料の分析と聞き取り調査による、機能分化の現状分析を目指した。既存資料として6月30日調査の結果を用いたが、外部基準によって精神科病院の機能分化を評価することは難しいため、対象病院間の機能の位置関係を評価した。クラスター分析で在院患者の特性が類似する病院群を抽出し、専門病棟との関連を検討したが、在院患者のデータは病院ごとに得られたものであり、専門病棟に限定したデータを用いることはできなかった。来年度に結果が利用可能となる予定の平成19年度調査からは、病棟ごとに在院患者棟のデータが得られるため、来年度以降は、より詳細な検討を加える予定である。

E. 結論

在院患者の特性によって、精神科病院はいくつかの群を形成する傾向があり、設置している専門病棟と関連していた。行政機関は特に急性期医療体制の整備を課題としており、地域の精神科医療体制の充実に資する精神科医療機関の機能分化と相互の連携を期待していた。医療機関は地域の医療資源等に応じた自院の機能分化を展開しており、また地域の中においても、患者の多様なニーズに応じた

医療機能が共存し、適切な連携がなされることを望んでいた。精神障害者の地域生活を支える急性期医療体制に必要な機能、患者の病態の多様性に応じて必要な機能が示された。精神科病院の機能分化促進には、既存資料で得られる情報も踏まえて、機能ごとの必要な供給量を検討し、適切に配分することが重要と考えられる。

F. 健康危険情報

なし

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（予定を含む。）

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

表 1 総合病院でない 200 床未満の民間精神科病院における、(a)在院期間および年齢階級に基づく各患者層の合計人数

	40 歳未満	40～65 歳	65 歳以上	全年齢階級
1 年未満	3,819	8,583	11,578	23,980
1～5 年	1,522	8,486	11,707	21,715
5 年以上	1,256	16,802	11,907	29,965
全在院期間	6,597	33,871	35,192	75,660

表 2 総合病院でない 200 床未満の民間精神科病院における、(b)疾患分類および年齢階級に基づく各患者層の合計人数

	40 歳未満	40～65 歳	65 歳以上	全年齢階級
F0	16,481			16,481
F2	4,312	24,942	13,872	43,126
F0,2 以外	16,053			16,053
全疾患分類	6,597	33,871	35,192	75,660

表3 専門病棟（6月30日調査の項目）を設置している病院

	総合病院でない 民間精神科病院 全 体 (n=1322)		総合病院でない 200床未満の 民間精神科病院 (n=594)	
	実数	(%)	実数	(%)
精神科救急病棟 ¹⁾	17	(1.3)	2	(0.3)
急性期病棟 ²⁾	152	(11.5)	22	(3.7)
老人性認知症疾患治療病棟 ³⁾	379	(28.7)	122	(20.5)
精神療養病棟 ⁴⁾	755	(57.1)	255	(42.9)
老人精神病棟 ⁵⁾	149	(11.3)	41	(6.9)
アルコール病棟 ⁶⁾	39	(3.0)	9	(1.5)
薬物病棟 ⁷⁾	3	(0.2)	0	(0.0)
アルコール・薬物混合病棟 ⁸⁾	4	(0.3)	0	(0.0)
児童思春期病棟 ⁹⁾	1	(0.1)	0	(0.0)
合併症病棟 ¹⁰⁾	17	(1.3)	0	(0.0)
医療観察法病棟 ¹¹⁾	0	(0.0)	0	(0.0)

1) 精神科救急入院料を算定している病棟。

2) 精神科急性期治療病棟入院料1または2を算定している病棟。

3) 精神療養病棟入院料を算定している病棟。

4) 老人性認知症疾患治療病棟入院料1または2を算定している病棟。

5) 在院患者のおおむね60%以上が65歳以上の高齢者であって、「老人性認知症疾患治療病棟」に属さないもの。

6) 在院患者のおおむね50%以上が「アルコール使用による精神及び行動の障害」であるもの。

7) 在院患者のおおむね50%以上が「アルコール以外の精神作用物質による精神及び行動の障害」であるもの。

8) 在院患者のおおむね50%以上が「アルコール」または「アルコール以外の精神作用物質」で、それぞれ単独では50%に満たないもの。

9) 在院患者のおおむね50%以上が20歳未満であるもの。

10) 結核・感染症などを合併している患者を、他の在院患者と区分して収容できる構造になっているもの。

11) 医療観察法指定入院医療機関。

表 4 (a)在院期間および年齢階級に基づく各患者層の比率の、全体に対する相対値を患者層ごとに標準化したZ値の、クラスター別平均値

		40歳 未満	40～ 65歳	65歳 以上	全年齢 階級
クラスター1 (n=115) 〈高齢・短期〉	1年未満	-0.49	-0.77	1.40	0.56
	1～5年	-0.53	-1.09	1.48	0.92
	5年以上	-0.50	-1.30	-0.42	-1.13
	全在院期間	-0.68	-1.65	1.64	0.00
クラスター2 (n=419) 〈長期〉	1年未満	-0.15	-0.02	-0.37	-0.38
	1～5年	0.03	0.35	-0.29	-0.13
	5年以上	0.07	0.47	0.29	0.46
	全在院期間	-0.10	0.44	-0.30	0.00
クラスター3 (n=1) 〈若年・中期〉	1年未満	-0.42	-1.10	-1.05	-1.54
	1～5年	16.32	4.92	-1.19	5.51
	5年以上	-0.55	-1.58	-1.61	-1.90
	全在院期間	4.25	0.01	-2.04	0.00
クラスター4 (n=3) 〈若年・長期〉	1年未満	-0.46	-1.07	-1.03	-1.53
	1～5年	0.95	-0.95	-1.09	-1.43
	5年以上	11.05	2.12	-1.13	2.40
	全在院期間	2.60	0.67	-1.78	0.00
クラスター5 (n=55) 〈若年・短期〉	1年未満	2.24	1.88	-0.04	1.86
	1～5年	0.54	-0.41	-0.83	-0.97
	5年以上	-0.10	-0.95	-1.25	-1.25
	全在院期間	1.98	0.08	-1.01	0.00

注) 値が0のとき対象病院全体の平均に等しく、正のとき在院患者全体に占める当該患者層の比率が高く(層が厚い)、負のとき比率が低い(層が薄い)。合計欄を除く各患者層の欄(太線囲み)は、値に応じて下記の基準で塗りつぶした。

低値	-1	-0.5	-0.2	0	0.2	0.5	1	高値
----	----	------	------	---	-----	-----	---	----

< >は、比率の高い患者の特性を簡潔に示したもの。

表 5 (b)疾患分類および年齢階級に基づく各患者層の比率の、全体に対する相対値を患者層ごとに標準化した Z 値の、クラスター別平均値

		40歳未満	40～65歳	65歳以上	全年齢階級
クラスター1 (n=98) <F0>	F0	2.00			2.00
	F2	-0.84	-1.51	-1.22	-1.64
	F0,2 以外	-0.76			-0.76
	全疾患分類	-0.74	-1.74	1.74	0.00
クラスター2 (n=30) <F0,2 以外>	F0	-0.61			-0.61
	F2	-0.50	-1.42	-1.37	-1.56
	F0,2 以外	3.37			3.37
	全疾患分類	1.56	0.01	-0.75	0.00
クラスター3 (n=344) <F2・高齢>	F0	-0.31			-0.31
	F2	-0.21	0.33	0.59	0.40
	F0,2 以外	-0.10			-0.10
	全疾患分類	-0.26	0.27	-0.09	0.00
クラスター4 (n=121) <F2・若年>	F0	-0.59			-0.59
	F2	1.41	0.65	-0.36	0.58
	F0,2 以外	0.08			0.08
	全疾患分類	0.95	0.63	-0.96	0.00

注) 値が 0 のとき対象病院全体の平均に等しく、正のとき在院患者全体に占める当該患者層の比率が高く (層が厚い)、負のとき比率が低い (層が薄い)。合計欄を除く各患者層の欄 (太線囲み) は、値に応じて下記の基準で塗りつぶした。

低値	-1	-0.5	-0.2	0	0.2	0.5	1	高値
----	----	------	------	---	-----	-----	---	----

< >は、比率の高い患者の特性を簡潔に示したもの。

表6 2通りの方法で得たクラスターの組み合わせ別の病院数

		(b) 疾患分類×年齢階級			
		クラスター1 (n=98) <F0>	クラスター2 (n=30) <F0,2 以外>	クラスター3 (n=344) <F2・高齢>	クラスター4 (n=121) <F2・若年>
(a) 在院期間×年齢階級	クラスター1 (n=115) <高齢・短期>	93 <u>80.9%</u> 94.9%	4 3.5% 14.8%	18 15.7% 5.2%	0 0.0% 0.0%
	クラスター2 (n=419) <長期>	5 1.2% 5.1%	7 1.7% 25.9%	321 <u>76.6%</u> 93.3%	86 20.5% 71.7%
	クラスター5 (n=55) <若年・短期>	0 0.0% 0.0%	16 29.1% 59.3%	5 9.1% 1.5%	34 <u>61.8%</u> 28.3%

注) 各欄において、上段の太字は病院の実数、中段および下段の百分率はそれぞれ表側 [(a)、表頭 [(b)] のクラスターに占める比率。百分率の下線は当該クラスターで最も高率に病院を共有した他方クラスターを示す。(a)のクラスター3 および 4 は、病院数が僅少のため、集計から除外した。< >は、比率の高い患者の特性を簡潔に示したもの。

表7 (a)在院期間および年齢階級に基づくクラスター別の、専門病棟（6月30日調査の項目）を設置している病院

	クラスター1 (n=115) 〈高齢・短期〉	クラスター2 (n=419) 〈長期〉	クラスター3 (n=55) 〈若年・短期〉
	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)
精神科救急病棟	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.6)
急性期病棟	0 (0.0)	7 (1.7)	15 (27.3)
老人性認知症 疾患治療病棟	61 (53.0)	57 (13.6)	4 (7.3)
精神療養病棟	24 (20.9)	211 (50.4)	20 (36.4)
老人精神病棟	29 (25.2)	11 (2.6)	1 (1.8)
アルコール病棟	0 (0.0)	2 (0.5)	7 (12.7)

注) 専門病棟の定義は表3参照。百分率の下線は当該専門病棟が最も高率に設置されているクラスターを示す。クラスター3および4は、病院数が僅少のため、集計から除外した。〈〉は、比率の高い患者の特性を簡潔に示したもの。いずれの病院にも設置されていなかった専門病棟は割愛した。

表8 (b)疾患分類および年齢階級に基づくクラスター別の、専門病棟（6月30日調査の項目）を設置している病院

	クラスター1 (n=98) 〈F0〉	クラスター2 (n=30) 〈F0,2以外〉	クラスター3 (n=344) 〈F2・高齢〉	クラスター4 (n=121) 〈F2・若年〉
	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)
精神科救急病棟	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	1 (0.8)
急性期病棟	0 (0.0)	1 (3.3)	5 (1.5)	16 (13.2)
老人性認知症 疾患治療病棟	61 (62.2)	1 (3.3)	54 (15.7)	6 (5.0)
精神療養病棟	18 (18.4)	6 (20.0)	175 (50.9)	56 (46.3)
老人精神病棟	24 (24.5)	2 (6.7)	14 (4.1)	1 (0.8)
アルコール病棟	0 (0.0)	6 (20.0)	1 (0.3)	2 (1.7)

注) 専門病棟の定義は表3参照。百分率の下線は当該専門病棟が最も高率に設置されているクラスターを示す。〈〉は、比率の高い患者の特性を簡潔に示したもの。いずれの病院にも設置されていなかった専門病棟は割愛した。

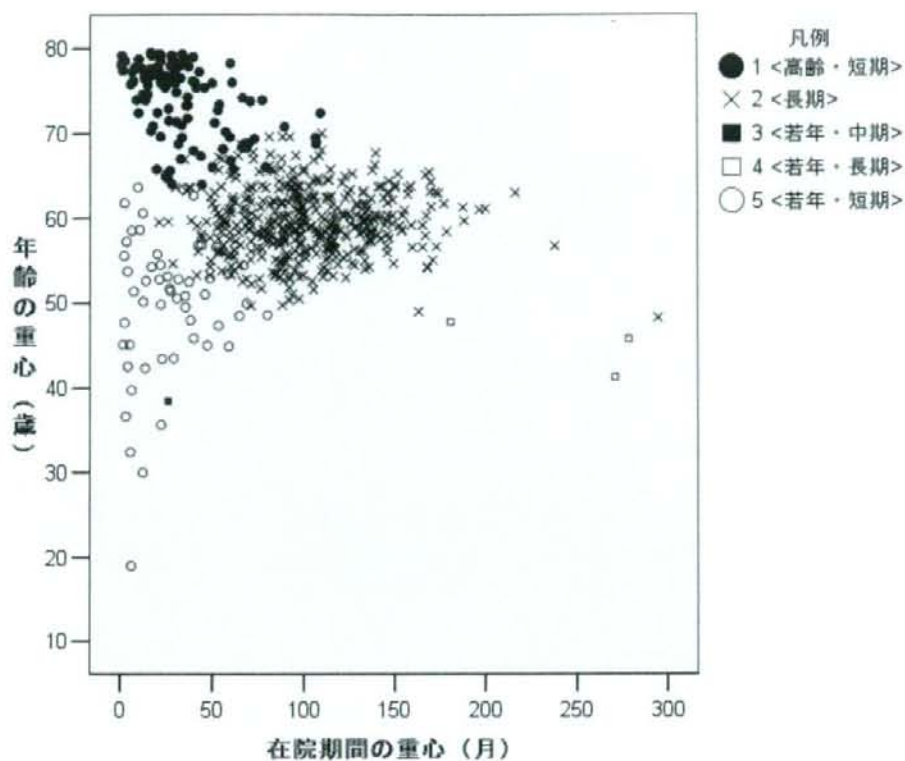


図1 (a)在院期間および年齢階級に基づく各クラスターの特性
 在院期間と年齢の重心を病院ごとに求めプロットした。重心の求め方は本文参照。

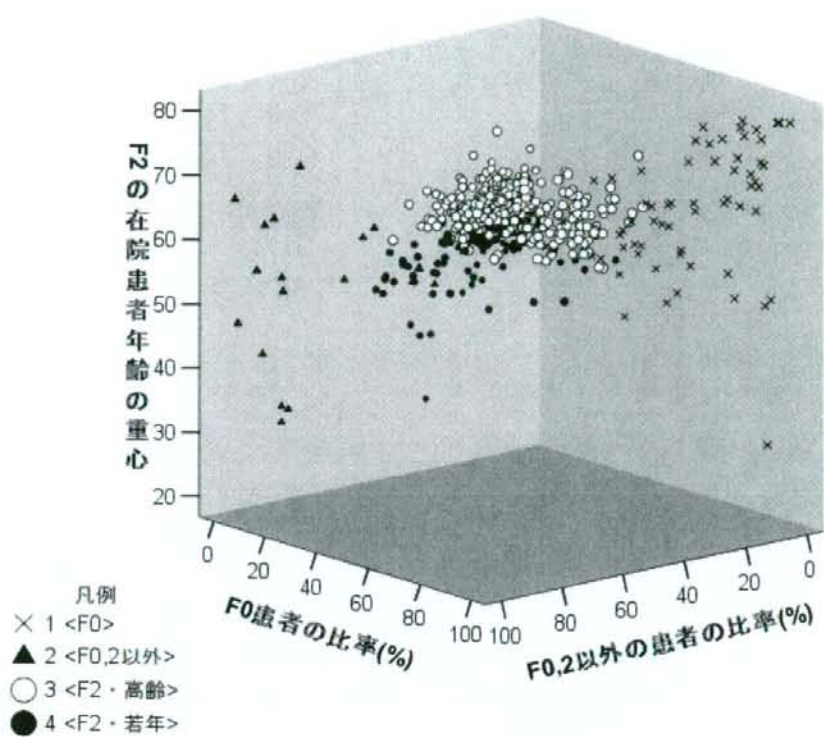


図2 (b)疾患分類および年齢階級に基づく各クラスターの特性

F0、F0,2以外の患者の比率とF2の患者の年齢の重心を、病院ごとに求めプロットした。重心の求め方は本文参照。