

201027055B

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業(平成 20・21 年度)

障害対策総合研究事業(精神障害分野)(平成 22 年度)

精神科病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究

平成 20 年度～22 年度 総合研究報告書

研究代表者 山内慶太

平成 23 (2011) 年 3 月

目次

I. 総括研究報告書

- 精神科病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究----- 3
山内 慶太

II. 分担研究報告書

1. 精神科病院の機能分化の為の実態分析と新しい方法論の開発----- 9
山内 慶太
2. 児童・思春期及びアルコール・薬物関連病棟の実態に関する研究----- 53
池上 直己
3. 既存の統計資料を用いた機能分化の現状分析と将来予測 ----- 83
竹島 正

平成 20・21 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業(精神障害分野)）

総合研究報告書

「精神科病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究」

研究代表者 山内 慶太

(慶應義塾大学看護医療学部・大学院健康マネジメント研究科教授)

研究要旨：「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、精神科病院の機能分化が重点政策に取り上げられているが、十分に進んでいるとは言い難い。機能分化を促進する為には、精神科病院の大半が様々な規模の民間病院である現実を踏まえて、各病院が主体的に柔軟に機能分化を進めるようなインセンティブを用意する必要がある。

そこで、分担研究「精神科病院の機能分化の為の実態調査と新しい方法論の開発」では、精神科病院の入院患者について臨床像とケアのニーズとコストについての調査を行い、特定入院料適用の病棟がどのように運用されているかを把握すると共に、臨床像とケアのコストを共に反映する患者分類（ケースミックス分類）を開発することを目的とした。臨床像とケアのニーズとコストに関する実態調査、民間病院、自治体立病院、国立病院機構病院と各種運営主体の病院で行い、102 病院、14,788 人の入院患者について、ケアの時間、臨床的特性、診療報酬から構成されるデータセットを構築した。このデータセットを用いて、現行の診療報酬は患者個々のケアのコストを十分に反映していないことを確認した上で、患者分類の構築の基礎となるケアのコストを規定する患者特性の分析を行った。

この分担研究を補完するものとして、過去の厚生労働科学研究等の諸研究で十分に把握されていなかった病棟について分担研究「児童・思春期及びアルコール・薬物関連病棟の実態に関する研究」が担当した。特に児童・思春期の精神科患者について、既存の調査を整理した上で、病院入院、各種施設入所、在宅の児童・思春期精神疾患患者数を試算した。

また、既存の全国規模の統計資料を用いた日本全体での状況での分析は分担研究「既存の統計資料を用いた、精神科病院の機能分化の現状分析と将来予測」が担当した。精神保健福祉資料等の既存資料の分析と聞き取り調査を通じて、在院患者特性に基づく精神科病院の機能分化にける方向性、地域の精神科病院の機能分化の現状と課題、慢性期患者中心の病院の実態分析、慢性期患者中心の精神科病院の実態分析、患者の基本属性の入院料間比較に基づく精神療養病棟の機能の分析、専門病棟の設置時期からみた精神科病院の機能分化の傾向、等の諸点について分析を行った。

研究分担者

山内慶太 慶應義塾大学看護医療学部・大学院健康マネジメント研究科教授

池上直己 慶應義塾大学医学部医療政策・

管理学教室教授

竹島正 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部長

A. 研究目的

精神科病院の機能分化については、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、「当面の重点施策」の一つにあげられている。実際にはそれ以前から機能毎の必要病床数の推計等に基づく施策が打ち出されてきたが、余り進まないでいた。精神科病院の大半が様々な規模の民間病院である為、各病院が主体的に柔軟に選択できるようなインセンティブを有する支払い方式を用意する必要がある。即ち、どのような臨床像の患者に対しても、ケアのニーズとコストに対応した費用保障が求められている。しかし、現在の支払い方式は、第一に出来高払いの病棟でも、患者間のコストの相違に十分対応していない、第二に、特定入院料の病棟では、一段階の定額払いである為、実際の患者間でのケアのニーズの相違や、高齢化に伴うニーズの増大等に対応出来ない等の限界がある。

そこで本研究は、分担研究「精神科病院の機能分化の為の実態分析と新しい方法論の開発」では、精神科病院の入院患者について臨床像とケアのニーズとコストについての調査を行い、特定入院料適用の病棟がどのように運用されているかを把握すると共に、更に、各機能間で継ぎ目の無いケアが、患者個々のニーズに対応して適切に提供される為の基礎となる、臨床像とケアのコストを共に反映する患者分類（ケースミックス分類）を開発することを最終的な目的とした。

また、この分担研究を補完するものとして、「児童・思春期及びアルコール・薬物関連病棟の実態に関する研究」と「既存の統計資料を用いた、精神科病院の機能分化

の現状分析と将来予測」の二つの分担研究も実施する。

前者の分担研究は、過去の厚生労働科学研究等の諸研究でも十分に現状が把握されていなかったことから実施するものである。特に児童・思春期の精神疾患患者の、病院入院、各種施設入所、在宅の児童・思春期精神疾患患者数を試算した。

後者の分担研究は、主として精神保健福祉資料に係る調査(630 調査)のデータを用いて、日本全体での状況の把握並びに経時的な機能分化の進捗の評価等を行うことを目的とした。

B. 研究方法

各分担研究では以下の方法で研究を実施した。

1. 精神科病院の機能分化の為の実態分析と新しい方法論の開発

第1年度には、パイロットスタディ等を実施して、特定入院料病棟の現状を把握すると共に、患者特性を包括的に把握する為の調査表の作成を行った。第2年度には、民間病院、自治体立病院、国立病院機構病院と多様な経営主体の精神科病院から協力の得られた102病院において調査を実施した。調査対象は、原則として病院毎に選ばれた種類の異なる3病棟の全入院患者である。どのような患者にどれだけの時間のケアが提供されているかを把握する為のタイムスタディを実施すると共に、臨床特性について、病棟の看護師長またはそれに準ずる看護師、主治医らが「回答用紙」に記入した。また、調査月の診療報酬も調査した。

第3年度には、この調査によって構築された全292病棟、14,788人の入院患者のデータ

セットを用いて、特にケアのコストに対応する、職種別の給与比で重み付けして合算した患者個々の重み付けケア時間と、診療報酬、臨床特性の関係を分析した。

2. 児童・思春期及びアルコール・薬物関連病棟の実態に関する研究

全国規模の調査を収集整理し、その概要を検討した。

次いで、整理したデータを最新のデータに基づき改訂し、病院、各種施設、在宅の児童・思春期精神疾患患者数を試算し、検討を加えた。

3. 既存の統計資料を用いた、精神科病院の機能分化の現状分析と将来予測

主として平成 18 年度並びに 19 年度の精神保健福祉資料に係る調査(630 調査)のデータを用いた。

まず、精神科病院の機能分化の方向性について、法人・個人の小規模の精神科病院を中心に分析した上で、地理的・経済的に対照的な 3 県で、精神科病院の機能分化の現状と課題について、精神保健福祉主管課、精神保健福祉センター並びに民間精神病院に聞き取り調査を行った。

次いで、慢性期患者中心の病院の実態について、大学附属病院・総合病院以外の法人・個人による 1322 精神科病院で、慢性期患者中心の病院に関連の強いと考えられる指標を基に分析し検討した。

更に、精神療養病棟の機能の多様化について、全 1642 病院で、在院患者の年齢・在院期間の分布から検討した。更に、専門病棟が初めて設置された年と職員配置との関連を調査し、精神科病院の機能分化におけ

る精神療養病棟の役割を検討した

(倫理面への配慮)

入院患者を対象に調査を実施した分担研究「精神科病院の機能分化の為の実態分析と新しい方法論の開発」では、調査方法を「疫学研究に関する倫理指針」に準拠したものにすると共に、慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科研究倫理審査委員会の承認を得た。

C. 研究結果

各分担研究の主な結果は以下の通りである。

1. 精神科病院の機能分化の為の実態分析と新しい方法論の開発

患者個々の 1 日当たりのケアのコストに対応する重み付け全ケア時間と診療報酬の相関は乏しいこと、重み付け全ケア時間の患者間での相違に対して診療報酬の相違は小さいこと、等の点から患者個々のケアのコストを現行の診療報酬は十分に反映していないことが確認された。対象病棟の重み付けケア時間が同じ種類の病棟間で標準的な 48 病院のデータで樹形モデル解析を適用した結果、自動的に統計的に最適な回帰樹を抽出すると、重み付け全ケア時間の説明率は 37.5%と、ケースミックス分類としては十分な水準にあった。

2. 児童・思春期及びアルコール・薬物関連病棟の実態に関する研究

入院患者は約 3,600 人、施設入所者は約 1.4 万人存在した。時点有病率を約 3~4% と考えると、在宅者は約 68~91 万人と推定さ

れ、そのうち知的障害者は約14万人なので、知的障害以外の在宅の精神疾患患者は約54～77万人と推定された。

3. 既存の統計資料を用いた、精神科病院の機能分化の現状分析と将来予測

在院患者の特性を分析した結果、精神科病院の機能が3ないし4の方向に分化していることが示唆された。聞き取り調査からは、行政機関は精神科救急医療体制の整備を課題としており、また精神科病院は地域の事情に応じて自院の機能分化を進めていることが窺えた。慢性期患者中心の病院は、高齢の患者が著しく多い病院を除いても、長期在院者が多く、入退院が少なく、高齢の患者が比較的多い病院として説明された。こうした病院の多くは外来部門の診療実績が少なく、入院治療中心となっていることが示唆された。精神療養病棟は、ほかの特定入院料病棟に比して在院患者の特性が幅広く分布し、担っている機能は多様であることが示唆された。また個々の精神科病院において、精神療養病棟の設置は職員の増員や精神科救急病棟の設置に先立つことが多く、急性期型病棟の設置に向けて、機能分化の足掛かりとなっていることが示唆された。

D. 考察および E. 結論

「精神科病院の機能分化の為の実態分析と新しい方法論の開発」では、ケア時間で捉えられるケアのコスト、包括的な臨床特性、診療報酬で構成されるデータセットを作ることが出来た。その内容と規模は我が国の精神医療の研究では前例の無いものである。このデータセットを用い、標準的な

ケア時間の病院において、樹形モデル解析を適用した結果、自動的に統計的に最適な回帰樹を抽出すると、重み付け全ケア時間の説明率は37.5%と、ケースミックス分類としては十分な水準にあった。更に、探索的な分析を重ねることで、この統計的な妥当性の水準を保ちながら、より臨床的にも有用な分類を作成する為の検討に着手することができた。

また、「児童・思春期及びアルコール・薬物関連病棟の実態に関する研究」においては、未成年の精神疾患患者の大部分は在宅であり、入院や入所は少ないこと、入院患者の4割は一般病床への入院であり、おそらくほとんどが小児科であること、精神病床に入院する患者の約6割は、児童・思春期専門病棟ではない一般の精神病床に入院していること、等が確認された。従って、精神科病院の機能分化においては、児童・思春期については、専門病棟がよりその機能を発揮し易くする為の環境整備と共に、一般の精神病床においても、患者のニーズに対応した適切なケアが提供される為の支払い方式等の整備が必要であることが示唆された。

「既存の統計資料を用いた、精神科病院の機能分化の現状分析と将来予測」においては、精神療養病棟が、個々の精神科病院において機能分化の足がかりとなって来たこと、更に、その担っている機能が多様になってきていることをはじめ、近年の機能分化の動向が確認された。精神科病院の機能分化は、個々の病院で経時的にどのように進むか、地域全体では他院の機能や社会資源、その他の社会的事情との相互関係からどのように進むか、多面的な視点で捉えることが必要である。各病院と地域の実態

に応じて機能分化が適切且つ柔軟に進むためにも、支払い方式を含めた環境整備が必要と思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産の出願・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

平成 20・21 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「精神科病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究」
分担研究報告書
精神科病院の機能分化の為の実態調査と新しい方法論の開発

分担研究者 山内 慶太（慶應義塾大学看護医療学部・大学院健康マネジメント研究科）
研究協力者 河崎 建人（水間病院）
櫻木 章司（桜木病院）
関 晶比古（東京足立病院）
谷野 亮爾（谷野呉山病院）
平川 淳一（平川病院）
直江 寿一郎（旭川圭泉会病院）
長瀬 輝誼（高月病院）
松本 善郎（たなか病院）
富永 格（国立病院機構下総精神医療センター）
平田 豊明（静岡県立こころの医療センター）
湯尾 高根（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室）
杉林 由季子（慶應義塾大学大学院医学研究科）

研究要旨：【目的】本研究の目的は、各精神科病院が主体的に機能分化を促進するインセンティブを持ちうるような支払い方式を導入する為の基礎として、入院患者の臨床像及びケアのコストを共に反映するような分類を開発することにある。その為、本研究では精神科病院での多施設調査を実施し、臨床像とケアのコストを共に反映した患者分類方式の開発の為の分析を行った。

【方法】第1年度の調査票の開発とパイロットスタディを踏まえて、第2年度に、民間病院、自治体立病院、国立病院機構病院で協力の得られた102病院で調査を実施した。病院毎に選ばれた3病棟の全入院患者に対して、タイムスタディを実施すると共に、臨床特性、調査月の診療報酬を調査した。次いで第3年度には、102病院の全292病棟、14,788人の入院患者についてデータセットを構築し、特にケアのコストに対応する、職種別の給与比で重み付けして合算した患者個々の重み付けケア時間と、診療報酬、臨床特性の関係を分析した。

【結果・結論】重み付け全ケア時間と診療報酬の相関は乏しいこと、重み付け全ケア時間の患者間での相違に対して診療報酬の相違は小さいこと、等の点から患者個々のケアのコストを現行の診療報酬は十分に反映していないことが確認された。対象病棟の重み付けケア時間が同じ種類の病棟間で標準的な48病院のデータで樹形モデル解析を適用した結果、自動的に統計的に最適な回帰樹を抽出すると、重み付け全ケア時間の説明率は37.5%と、ケースミックス分類としては十分な水準にあった。今後は、これを基にこの統計的な妥当性の水準を保ちながら、より臨床的にも有用な分類を探索的方法で開発を進める必要がある。

A. 研究目的

精神科病院の機能分化については、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、「当面の重点施策」の1つに挙げられている。従来より機能毎の必要病床数の推計に基づく病棟単位での施策が打ち出されてきたが、余り進んでいないのが現状である。精神科病院の大半が民間病院であることを考えると、各病院が主体的に機能分化を促進するインセンティブを有する支払い方式を用意する必要がある。即ち、どのような患者にもケアのニーズとコストに応じた支払いがなされれば、各病院はその病院自身の方針の下で、病院内或いは周辺の病院・施設との間で機能分化を促進することが可能となる。なお、ここで言う「ケア」とは、医師、看護師、作業療法士、臨床心理士、精神保健福祉士など、患者に直接関わるスタッフが患者に関わる全ての行為を包含することにする。従って、内容も、治療的な行為から、生活上の指導・支援等多岐に亘ることになる。

しかし、現在の支払い方式は、第1に、出来高払いの病棟では患者間でのケアのコストの相違に十分に対応していない、第2に、特定入院料の病棟では、一段階の定額払いである為、実際の患者の状態像の構成が多様であったり、その構成が変動したりする場合に対応することが出来ない、等の限界がある。

そこで、患者のケアのニーズとコストに応じた費用補償を可能にする為、ケアのコストの患者間での相違を適切に反映すると共に臨床的にも意味のある分類（ケースミックス分類）に基づく支払い方式を考える必要があり、ケースミックス分類を開発する必要がある。山内らは、既に、1997年に精神科病院の入院医療におけるケースミックス分類を開発している（「精神医療における新しい支払い方式に関する研究」病院管理34巻2号ほか）。しかしその後の、特定入院料の導入の普及、入院患者像の変化、中間施設も含めた機能分化、等によって、入院患者の構成が変わって来ていることから、そのケースミックス分類をそ

のまま適用することには限界があると思われ、その検証と改良の為に調査研究を進める必要があった。

平成20年度から22年度までの3年間にわたる本研究では、第1年度の平成20年度は、第2年度の調査の準備として、調査表の開発を行うと共に、パイロットスタディを実施して、調査表の利用のしやすさ、信頼性の確認、対象病棟の特性の把握などを行った。第2年度の平成21年度には、ケア時間についてのタイムスタディと臨床特性の把握を中心とする大規模な多施設調査を実施し、包括的なデータセットの構築を行った。そして第3年度の平成22年度は、そのデータセットを活用して、ケアのコストの分析とケースミックス分類の開発に向けた分析を実施した。

B. 研究方法

1. 調査表の作成

第1年度である平成20年度に、調査票の開発と検証を行った。

まず、調査対象の臨床特性を包括的に把握する為の調査票を、山内による先行研究、平成19年度実施の「精神病床の利用状況に関する調査」等を参考に作成し、研究協力者の討議により修正を加えた。

次いで、作成した調査表を用いて、9の単科精神病院の特定入院料適用の全病棟で、全入院患者から2分の1を抽出して、臨床特性を調査した。協力を得られた病棟は、精神科救急入院料1が2病棟、精神科救急入院料2が4病棟、精神科療養病棟入院料が15病棟、認知症病棟入院料1が4病棟、同2が3病棟、認知症疾患病棟（介護保険）が1病棟で、対象患者数は762人であった。

この際に、調査表とその記入の手引きの使いやすさ・分かりやすさ等についてのアンケート調査を、調査表に記入した主治医・看護師に対して行い、154人の回答を得た。

加えて、調査表の評価者間信頼性の検証の為に、各病院の指定した2病棟では、実態調査の対象者の更に

2分の1の患者、計231人について、別の看護師が独立して調査表に回答した。

これらの結果を踏まえて、「患者調査回答用紙(1)事務」「患者調査回答用紙(2)看護」「患者調査回答用紙(3)主治医」と「患者調査記入の手引き」で構成される調査表を作成した(付録)。

なお、特定入院料の病棟の入院患者の臨床特性の分布を確認することが出来た。その結果、同じ種類の病棟においても、精神症状の重症度や機能の水準の患者間での相違が大きく、各病棟の臨床像の構成は均質ではないことが示唆された。このことから、本研究の意義が確認された。

2. 多施設調査

(1) 調査の概要

第2年度である平成21年度に、ケアの時間と臨床特性を包括的に把握する為の多施設調査を実施した。

調査対象病院は、民間病院、自治体立病院、国立病院機構病院と、多様な経営主体の病院からなっている。

調査は、我が国の平均的な病院の実態を把握することと同時に、分析に耐えられるデータの質を確保する必要がある。そこで、対象病院は、無作為に抽出するのではなく、全国の多様や地域から、「精神病床の利用状況に関する調査」をはじめ、過去の調査への参加の実績などを基に抽出し、調査の趣旨に理解の得られた病院に協力を依頼した。

調査対象病院には、各病院の調査の実務の担当者に対して、説明会を実施した。そして、各病院では、説明会時に配布した「『精神科病院の機能分化のための実対分析と新しい方法論の開発』調査方法の手順」に従って調査を実施した。

調査対象期間は、民間病院・自治体立病院は平成21年11月9日(月)～13日(金)、または16日(月)～20日(金)のいずれか、国立病院機構病院は、説明会の時期が遅れた為、12月14日(月)～18日(金)または、平成22年1月18日(月)～22日(金)のいずれかで、

特別な行事のない、日常的な業務が中心となっている週に調査を行った。

各病院では、全病棟を対象にすることは調査の負担が大きく困難なため、1病院あたり3病棟を対象にすることにした。対象病棟については、当該病院にとっても、全対象病院でも多様な病棟がバランス良く含まれるように選定した。

各病院では、調査対象期間の5日間に、5日間タイムスタディと24時間タイムスタディを実施した。5日間タイムスタディは、病棟に所属しない、看護以外のスタッフによるケアの時間を調査するものであり、24時間タイムスタディは、5日間の中から日常的なケアをしている1日に、病棟所属の看護スタッフが患者個々に提供しているケアの時間を測定するものである。

患者特性については、24時間タイムスタディの日の状態について、タイムスタディ期間終了後に回答用紙に記載をお願いした。また、タイムスタディ実施月の診療報酬明細書(レセプト)から診療報酬とその内訳を調査した。

(2) ケア時間の測定方法

ケア時間を測定する為のタイムスタディ調査は、病棟の看護職員に対する1日24時間調査と、それ以外の医師、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士等に対する5日間の調査に分かれる。このように分けたのは、病棟職員は患者に毎日接しているのに対して、それ以外の職員は毎日接しているとは限らず、5日間にわたって調査する必要があるからである。

タイムスタディは、「何時に何をやったか」ではなく、「どの患者にどの職種のスタッフがどの位の時間ケアをしたか」を把握し集計することが目的であるので、各自が、その都度記録する日記入式をとった。また、個別の患者に帰属するすべての行為を記録の対象とした。例えば、入院患者の観察・指導・診療介助・与薬管理、入院患者との会話・相談、入院患者のレク

リエーション、入院患者の移動への付き添い、入院患者についての主治医との相談、家族との面談・相談、記録の作成、入院患者に対する処置の前後での器材の用意・片付け、特定の入院患者についてのカンファレンス、等を全て含むこととした。

なお、複数の職員が同時に1人に対してケアを提供した場合は、各自がそれぞれ費やした時間を記録した。一方、1人で同時に複数の患者に指導・観察を行った場合には、各患者に対する注意の程度に応じて時間を按分して記録することとした。

(3) 患者特性の把握

調査表は、「患者調査回答用紙(1)事務部門」「患者調査回答用紙(2)看護部門」「患者調査回答用紙(3)主治医」で構成される。

① 「患者調査回答用紙(1) 事務部門」

生年月、性別、費目、今回入院開始日、今回入院の退院日(調査当該月に退院の場合)、入院形態、病棟種類などで、「手引き」に従って事務部門が記入した。

② 「患者調査回答用紙(2)看護部門」

ADL (Activities of Daily Living、日常生活動作)、IADL (Instrumental Activities of Daily Living、手段的日常生活動作)、認知機能、自傷行為・自殺企図及び他害行為の有無、問題行動の頻度、隔離・拘束の有無等に関する項目で構成され、「手引き」に従って、病棟看護師長またはそれに準ずる看護師が記入した。

[ADL]

ADLについては、療養病棟入院基本料の算定にも用いられているものを用いた。ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用、の4項目の自立度に応じて点数化し、その合計点数で把握する。

[IADL]

日常生活能力、セルフケアの水準を客観的に把握する目的で、食事の用意、家事一般、

金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用の7項目について、3段階で評価した。また、総合的に評価する際には、「非常に困難」の項目数を用いることとした。

[CPS (Cognitive Performance Scale、認知活動評価尺度)]

短期記憶、日常の意思決定を行う為の認知能力、自分を理解させることができる能力、食事の自己動作の4項目の評点をもとに得点を算出する。これらの4項目は、介護保険の「主治医意見書」にも採用されている。

③ 「患者調査回答用紙(3)主治医」は、診断、BPRS Brief Psychiatric Rating Scale、簡易精神症状評価尺度)、GAF (Global Assessment of Functioning、機能の全体的評価尺度)、精神科入院回数、患者の処遇、合併身体疾患の診断及び管理の必要度、病状等についての患者自身の洞察(病識)、必要な医学的管理の項目等で構成され、「手引き」に従って主治医が回答した。

[BPRS]

BPRSは、多数の精神症状を包括的に把握するもので、1962年にOverallらによって開発されて以来広く用いられている尺度である。原尺度は精神症状18項目それぞれの重症度を、評価者の判断によって7段階で評価する。一方、オックスフォード版では原尺度の2項目が変更され、各項目の各段階に対応して評価の基準となるアンカー・ポイントが提示されている。本研究のような多施設での横断的調査では、評点の信頼性を確保する為にアンカー・ポイントが明示されている必要があることから、北村により日本語版の翻訳・検証がなされているオックスフォード版を採用した。

[GAF]

本尺度は、機能の評価を0から100点の評価軸の中で行うもので、社会機能、心理機能

等を総合的に把握するものである。国際的な診断基準である DSM-IV の多軸診断システムの第 V 軸として採用されている。

3. データセットの構築と分析

多施設調査において、民間病院 90 病院、自治体立病院 5 病院、国立病院機構病院 7 病院の計 102 病院、292 病棟の入院患者 14,788 人について、詳細な調査を実施することができた(表 1~3)。第 3 年度目は、回収された調査表から、ケア時間、臨床特性、診療報酬からなる包括的なデータセットを完成させると共にそれを用いた分析を行った。なお、24 時間タイムスタディ日前に当該病棟から退院・転出した患者、24 時間タイムスタディ後に当該病棟に入院・転入した患者、24 時間タイムスタディ当日は外泊中であった患者、タイムスタディと患者調査票の一方が提出されていない患者等は除外し、以下の分析では 14,591 人を対象とした。

なお、患者個々の職種毎のケア時間から、重み付けケア時間を算出して分析に使用した。即ち、患者 1 人 1 日当たりのケアの費用は、各患者が受けたケアの時間と、ケアを提供した各職種の給与水準によって規定される。そこで患者各々について、提供された 1 日当たりのケアの時間を職種別に集計し、看護師の平均給与を 1 とする職種別給与指数で重み付けをした上で合計した。職種別の給与比は経営主体によっても個々の病院によっても異なるが、調査対象病院の大半を占める民間病院の給与比を『日本精神科病院協会総合調査報告』から得て適用した。

4. 倫理面への配慮

本調査では、各医療機関において、調査の趣旨並びに調査対象となることを断っても不利益にならないことを明記した文書を掲示した上で実施した。また、プライバシーの保全にも配慮して、回収される回答用紙等には、氏名、カルテ番号のような患者を特定でき

る項目は含まないようにした。

なお、本調査は、第 1 年度の調査、並びに第 2 年度の本調査のいずれも、慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科研究倫理審査委員以下の承認を得て行った。

C. 研究結果及び D. 考察

1. 調査対象病棟の特性

調査対象病棟の患者特性は、102 病院全体を概観すれば、以下の通りであった。

調査対象病棟の患者の平均年齢は 102 病院の平均では、民間病院で 60.8 歳、自治体病院で 44.7 歳、国立病院で 55.8 歳で、全体では 60.0 歳であった。又、平均在院日数は民間病院で 2500.0 日、自治体病院で 1259.4 日、国立病院で 2034.1 日であり、全体では 2426.5 日であった。平均入院回数は民間病院で 2.9 回、自治体病院で 3.0 回、国立病院では 3.1 回、全体では 2.9 回であった(表 4)。

なお、年齢と在院日数は、平均値では実際の患者の構成がわかにくい為、年代別と在院期間の構成比を合わせて見た(表 5~6)。病棟の種類別に見ると、精神科救急入院料病棟、精神科急性期治療病棟では、30 歳台、40 歳台の構成比が多いが、入院基本料病棟、精神療養病棟、認知症病棟では 65 歳以上の構成比が高い。例えば、精神療養病棟では、65 歳以上が 44% を占めていた。在院期間についても、精神科救急入院料病棟、精神科急性期治療病棟では、いずれも 3 カ月未満で 88.0%、75.9%(いずれも入院料 1、入院料 2 の合算)を占めており、一方、入院基本料病棟と精神療養病棟では 6 カ月以上がそれぞれ 71.8%、88.5%で、3 年以上が 43.6%、61.4%であった。

また、性別、費目、入院形態、処遇等は、表 7~10 の通りであった。

診断は、全体では統合失調症が 57.6%、次いで認知症疾患が 16.4%、気分障害が 8.2%であった(表 11)。病棟の種類別に見ると、例えば、精神科救急入

院料1では統合失調症44.3%、気分(感情)障害21.2%、認知症疾患10.1%に対して、精神療養病棟では、順に68.7%、6.4%、8.9%というように相違がある。

2. ケア時間

タイムスタディの結果、医師、コメディカル職員等を含む全職員による患者1人1日当たりの「全ケア時間」は、102病院全体の平均で117.1分であった。又、民間病院、自治体病院、国立病院における全ケア時間はそれぞれ、114.8分、155.9分、128.1分であった(表12)。また全ケア時間に占める看護職員ケア時間は民間病院では85.3%、自治体病院では81.7%、国立病院では84.0%であり、そのうちで正看護師のケア時間が占める割合は、順に44.3%、90.1%、84.6%であった。

病棟の種類別の全ケア時間の平均は、入院基本料病棟120.3分、精神科救急入院料1で203.4分、同2で139.2分、精神科急性期治療病棟入院料1で137.2分、精神療養病棟で97.7分、認知症病棟入院料1で130.6分等であった。

重み付けケア時間は表13の通りである。

なお、経営主体間、病院間、病棟間での平均ケア時間の大小は、その病棟のニーズの大小を反映している場合もあるが、ニーズの大小以上に人員配置の程度が反映している場合もあるので、ケア時間を比較する際には慎重に行う必要がある。そして例えば、人員配置が厚く経費も高い病院には、それに見合うニーズの患者が入院しているか、それに応じたアウトカムが得られているか等を検証することも今後の課題である。

3. 収益と費用(重み付けケア時間)

(1) 保険収益

1日当たりの保険収益は102病院全体の平均では13,149円であった。病棟種類別に平均を見ると入院基本料病棟11,943円、精神科救急入院料1で31,860円、同2で26,524円、精神科急性期治療病棟入院料1で16,649円、精神療養病棟で11,840円、認知症病

棟入院料1で12,236円等であった(表14)。

(2) 保険収益と重み付けケア時間

保険収益と重み付け看護ケア時間及び重み付け全ケア時間の関係を相関係数によって検討すると、全体ではそれぞれ0.252、重み付け全ケア時間とは0.362であり、相関は乏しかった(表14)。また、病棟種類別では、入院基本料病棟で順に0.274と0.396、精神科救急入院料1で-0.042と-0.068、同2で0.067と0.125、精神科急性期治療病棟入院料1で0.096と0.119、精神療養病棟で-0.062と0.089、認知症病棟入院料1で0.136と0.228等であった

なお、分散の程度を示す変動係数は、重み付け看護ケア時間が76.9%、重み付け全ケア時間は71.8%と高く、患者間でのケアのコストの相違が大きいことを示唆していた(表13)。一方、保険収益では全体でも36.6%と小さく、特に入院基本料で18.7%、精神療養病棟で5.9%、認知症病棟入院料1で7.5%等と小さかった。つまり、実際のケアのコストの患者間での相違の大きさに保険収益は対応しておらず、小さいながらも相関傾向がある病棟においても、現行の診療報酬は、患者間でのケアのコストを十分に補償していないことが示唆された。

4. 患者特性とケア時間

主な患者特性については、各項目の評点を集約した点数と重み付けケア時間の相関を示した(表17~22)。

全体では、重み付け全ケア時間とADL得点の相関係数は0.132、CPS得点は0.187、IADL得点(「非常に困難」の項目数)は0.132であった。また、BPRSは総得点が0.071であり、下位尺度の得点は陽性症状が0.034、陰性症状が-0.014、気分変調が0.108、躁症状が0.143等であった。

GAFについては、病棟種類別の点数の分布は表20の通りであり、全体での重み付け全ケア時間との相関係数は-0.152であった(表21)。また、病棟の種類別には、入院基本料で-0.202、精神科救急入院料1で

-0.185、同2で-0.317、精神科急性期治療病棟入院料1で-0.287、精神療養病棟で-0.228、認知症病棟入院料1で-0.143等であった。また、精神療養病棟では診療報酬の加算の要件にGAFスコアが用いられている。これは、臨床的にも意味のある分類によって患者個々のニーズと実際に生じるコストに応じた支払いを実現するという立場からすると、総合的、包括的に捉えるGAFは限界がある。更に本調査から、同病棟の対象患者をGAFの40点以下と41点以上に2分した場合の説明率も、2.32%と低いことが確認された。また、30点以下と31点以上に2分した場合の説明率も3.93%と低かった。

なお、精神療養病棟については、患者構成の変化を見る為に、平成15年に実施された「精神障害者社会復帰サービスニーズなど調査事業報告書」と比較した。年齢構成では、65歳以上が、35.5%から44.0%に増加していた。ADLは、自立の割合が、「ベッド上の可動性」で86.6%から83.0%、「移乗」が84.8%から79.3%、「食事」が79.1%から64.5%、「トイレ」が83.6%から69.9%に減少していた。また、IADLは、非常に困難の割合が、「食事用意」では58.4%から63.7%、「家事一般」では46.2%から61.1%、「金銭管理」では45.1%から55.4%、「薬の管理」では39.4%から59.1%、「電話の利用」では24.1%から39.0%、「買い物」では30.5%から45.1%、「交通手段の利用」は39.7%から55.3%に増大していた。また、GAFの評点も40点以下が、43.9%から64.3%に増大していた。このことから、特定入院料の定額払いの病棟である精神療養病棟も、当初想定していた患者の臨床像は高齢化に伴って変わってきており、ケアのニーズも増大していることが確認された。なお、平成21年度時点で15年度の調査と比較して確認されたケアのニーズの増大化の傾向は、病棟機能の分化等に伴い、更に進んでいることが考えられる。

5. ケースミックス分類の開発の為の分析

開発するケースミックス分類が満足すべき基本的条件は、その各グループが①ケアのコストを反映している（統計的妥当性）、②特定の臨床像を反映し且つ臨床的に有用な分類を構成している（臨床的妥当性）、の2点である。

従って、開発は以下のように、ケアのコストに対応する値を目的変数、患者特性を説明変数として、樹形モデル解析という多変量解析に基づいて進めた。

ケアのコストに対応する重み付け全ケア時間は、同じ種類の病棟でも、病院によってその平均値の相違は大きい(図-2)。

その要因としては、①患者当たりの看護職員の人数及び延べ勤務時間、②重症度等の患者構成、等の相違が考えられる。②の患者特性に対応したケア時間の相違が、それ以外の要因による相違に埋没すると、ケア時間と患者特性の関係を把握できない可能性がある。また、標準的なケアのパターンをとっている病院・病棟を中心に分析した方が、結果を広く適用しやすい。

そこで、調査対象病棟における重み付けケア時間が、同種類の病棟の平均重み付けケア時間に比していかなる位置にあるかを確認し、各種類の病棟において、上下端それぞれ1/6に入らない48病院を抽出した。

ケースミックス分類は、樹形モデル解析を適用して分析することになるが、統計的に妥当で、臨床的にも妥当且つ有用な分類を開発する為には、まず自動的な方法(一定の規則に従って統計的に最適な樹形モデルを自動的に抽出する方法)で回帰樹木を抽出し、その説明率を目標に、次に探索的方法(分析者が逐次説明変数を選択しながら対話的に回帰樹を作る方法)で、より臨床的に意味のある回帰樹を探索する作業が必要となる。

そこで、この48病院のデータの全患者について、患者特性に関する全項目を説明変数の候補にして、自動的方法で樹形モデル解析を適用した。なお、樹形モデル解析による分析にはSPSS Answer Tree3.0Jを用いた。抽出された回帰樹(患者を40の分類に分岐)の

説明率は37.5%であった。なお、山内らが開発した分類(1997)を適用した場合には20.8%であったことから、本調査データについて更に詳細な分析を行い、山内らの分類に改良を加えることで、自動的な方法で抽出された回帰樹の説明率37.5%の水準に近い、つまり統計的にも臨床的にも妥当性の高いケースミックス分類の開発が可能であると思われた。

その為に、各患者特性を単一で用いて分岐した場合にどの程度の説明率になるかを、入院期間、病棟の種類、診断で層別した上で、逐一確認した(表22~24)。

入院期間別に層別した上で見ると、説明率が5%以上の項目は、1カ月未満の患者では、在院日数、入院形態、ADL全5項目、IADL6項目、認知能力、一方的・自己中心的、ケアに対する抵抗、嬌声・怒声、隔離、拘束、GAF、自傷他害の危険性、個人衛生、まとまりのない会話、高揚気分、精神運動興奮、精神症状、能力障害、脱水であった。1~6カ月の患者では説明率5%以上の項目はなかった。6カ月以上では、ADL全5項目、認知能力、個人衛生、精神症状であった。

診断別に層別した上で見ると、説明率5%以上の項目は、統合失調症等では在院日数、ADL全5項目、IADL買い物、認知能力、伝達能力、一方的・自己中心的、頻回な要求・多訴、ケアに対する抵抗、嬌声・怒声、隔離、拘束、GAF、個人衛生、精神症状、能力障害であった。また、気分障害等では、在院日数、入院形態、器物破損、ケアに対する抵抗、徘徊、異食、隔離、拘束、GAF、自傷他害の危険性、精神運動興奮、精神症状、薬物療法の必要性の認識であった。認知症では、ADL全5項目、拘束、身体合併症の管理の程度、GAF、個人衛生、運動減退、精神症状、脱水であった。

ちなみに、上記の表22~24の結果は、あくまで、最初に分岐に用いる際の、各変数個々の説明率を見たものである。実際のケースミックス分類において、ある変数で分割した次の階層の分割に用いる変数は、その都度、分割しようとする患者群において再度検討した上で、選択する必要がある。

例えば、最初に、身体面の管理等が必要となるADLの低下している患者を層別し、次の階層でADLの低下が無い患者について分岐することにする。その場合には、ADLに問題のない患者群について、重み付けケア時間と臨床特性の関係を分析して分岐変数を選択することで、精神医療の実態に合った分類が可能になるであろう。

表-25は、ADLの項目が全て「自立」の患者について、各特性の説明率を見たものである。

入院期間が1カ月未満でADL全項目が「自立」の患者では、在院日数、入院形態、一方・自己中心的、頻回な要求・多訴、甘え・依存、ケアに対する抵抗、嬌声・怒声、徘徊、隔離、GAF、自傷他害危険性、まとまりのない会話、高揚気分、精神運動興奮等で説明率が5%以上であった。1~6カ月でADL全項目が「自立」の患者では、頻回な要求・多訴、嬌声・怒声、隔離、主診断が5%以上であり、次いで、自傷他害の危険性等が高かった。6カ月以上でADL全項目が「自立」の患者では、頻回な要求・多訴、次いで、自傷他害の危険性等が高かった。

以上では、ケースミックス分類の開発に向けて必要となる基礎的な分析まで行った。今後、これらの分析を基礎に、臨床的にも統計的にも妥当で、精神医療の実態に即した分類を構築する。統計的にも臨床的にも妥当な分類が構築されれば、第一に、診療報酬の支払いの為に用いることが可能になり、実際に生じるケアのコストに対応したより適正な支払いが可能になることが期待される。第二に、各分類毎に治療プログラムを対応させることで、ケアをより望ましいものに誘導することも寄与することが期待される。

E. 結論

102病院での大規模な調査により、患者個々にケアのコストに対応する給与比で重み付けしたケア時間、患者特性、診療報酬の包括的なデータセットを構築し、

相互の関係を分析した。

その結果、保険収益は、重み付け全ケア時間との相関は乏しいこと、重み付け全ケア時間の患者間での相違に対して診療報酬の相違は小さい、等の点からケアのコストを現行の診療報酬は十分に反映していないことが確認された。加えて、定額払いである精神療養病棟については、入院患者の高齢化と共にその臨床像も変わり、ケアのニーズも当初の想定に比べて増大している。このことから、本研究が目指しているケースミックス分類の必要性が改めて確認された。

ケースミックス分類の開発に向けて、標準的なケア時間の病院において、樹形モデル解析を適用した結果、自動的に統計的に最適な回帰樹を抽出すると、重み付け全ケア時間の説明率は37.5%と、ケースミックス分類としては十分な水準にあった。更に、探索的な分析を重ねることで、この統計的な妥当性の水準を保ちながら、より臨床的にも有用な分類を開発する為の検討に着手することができた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産の出願・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 調査協力病院

	調査表発送施設数	回答施設数	回収率
民間病院	115	90	78.3%
自治体病院	5	5	100.0%
国立病院	9	7	77.8%
合計	129	102	79.1%

表-2 回収データ数

	病院数	調査表回収数
病棟調査表(1)	102	292
24時間タイムスタディ	102	14,726
5日間タイムスタディ	102	14,729
患者調査(1)	102	14,724
患者調査(2)	102	14,729
患者調査(3)	102	14,683
レセプト	100	14,470

表-3 調査対象病棟数

	病棟数
入院基本料	117
特別入院基本料	2
精神科救急入院料1	8
精神科救急入院料2	6
精神科急性期治療病棟入院料1	28
精神科急性期治療病棟入院料2	3
精神療養病棟入院料	100
認知症病棟入院料1	23
認知症病棟入院料2	3
認知症病棟(介護保険)	1
医療観察法病棟	1
合計	292

表4 経営主体・病棟種類別、対象入院患者の年齢・在院期間・入院回数

		年齢(歳)		在院日数(日)		入院回数(回)		人数
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
入院基本料	民間病院	58.9	15.7	2326.8	3576.1	3.01	1.64	5243
	自治体病院	46.1	16.4	1887.5	3096.5	3.20	1.70	329
	国立病院	56.9	15.1	2515.9	3637.6	3.36	1.63	362
	合計	58.1	16.0	2314.0	3556.2	3.04	1.65	5934
特別入院基本料	民間病院	58.9	11.2	4809.1	4696.0	3.32	1.58	37
	自治体病院	no data	no data	no data	no data	no data	no data	0
	国立病院	17.7	12.6	818.5	2802.9	1.77	1.11	22
	合計	43.5	23.2	3321.1	4507.8	2.75	1.60	59
精神科救急入院料1	民間病院	48.1	16.5	47.1	217.1	2.57	1.72	240
	自治体病院	38.9	14.9	52.0	135.4	2.57	1.64	67
	国立病院	47.1	15.1	46.2	39.7	2.61	1.75	38
	合計	46.2	16.4	47.9	190.9	2.57	1.70	345
精神科救急入院料2	民間病院	60.8	16.0	2500.0	3771.1	2.88	1.63	108
	自治体病院	43.7	15.4	71.6	189.0	2.53	1.52	75
	国立病院	44.9	16.0	60.7	68.0	2.75	1.74	32
	合計	46.3	16.5	144.7	657.3	2.66	1.59	215
精神科急性期治療病棟入院料1	民間病院	51.4	18.0	184.2	938.1	2.56	1.61	1133
	自治体病院	44.1	14.8	50.2	43.2	3.03	2.05	40
	国立病院	46.0	16.7	45.5	28.2	2.29	1.54	42
	合計	51.0	17.9	175.0	906.5	2.57	1.63	1215
精神科急性期治療病棟入院料2	民間病院	49.2	15.7	30.1	25.8	2.23	1.33	35
	自治体病院	no data	no data	no data	no data	no data	no data	0
	国立病院	55.6	16.5	368.2	1296.9	2.82	1.65	90
	合計	53.8	16.4	273.6	1109.4	2.66	1.59	125
精神療養病棟入院料	民間病院	61.8	13.8	3509.5	4233.8	3.06	1.61	5123
	自治体病院	49.8	15.5	2431.8	2563.6	2.80	1.81	10
	国立病院	58.2	14.8	3513.3	4067.5	3.45	1.49	197
	合計	61.6	13.9	3507.6	4225.0	3.07	1.60	5330
認知症病棟入院料1	民間病院	77.1	9.0	1982.0	3264.7	1.98	1.32	1054
	自治体病院	no data	no data	no data	no data	no data	no data	0
	国立病院	71.4	10.2	1911.8	3459.8	2.98	1.66	96
	合計	76.6	9.3	1976.1	3279.9	2.06	1.38	1150
認知症病棟入院料2	民間病院	80.4	8.0	1095.3	1958.8	1.58	1.04	156
	自治体病院	no data	no data	no data	no data	no data	no data	0
	国立病院	no data	no data	no data	no data	no data	no data	0
	合計	80.4	8.0	1095.3	1958.8	1.58	1.04	156
認知症病棟(介護保険)	民間病院	83.4	8.0	1110.2	993.6	1.36	0.62	28
	自治体病院	no data	no data	no data	no data	no data	no data	0
	国立病院	no data	no data	no data	no data	no data	no data	0
	合計	83.4	8.0	1110.2	993.6	1.36	0.62	28
医療観察法病棟入院料	民間病院	no data	no data	no data	no data	no data	no data	0
	自治体病院	no data	no data	no data	no data	no data	no data	0
	国立病院	44.6	12.8	411.6	323.9	3.15	1.69	34
	合計	44.6	12.8	411.6	323.9	3.15	1.69	34
全体	民間病院	60.8	16.0	2500.0	3771.1	2.88	1.63	13157
	自治体病院	44.7	16.1	1259.4	2636.1	3.01	1.72	521
	国立病院	55.8	17.1	2034.1	3441.9	3.13	1.64	913
	合計	59.9	16.4	2426.5	3724.9	2.90	1.64	14591

表5 病棟種類別の年齢

	年代別							合計
	10~19歳	20~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60~69歳	65歳以上	
入院基本料	61 1.0%	253 4.3%	528 8.9%	821 13.8%	1342 22.6%	775 13.1%	2154 36.3%	5934 100.0%
特別入院基本料	19 32.2%	1 1.7%	5 8.5%	2 3.4%	13 22.0%	7 11.9%	12 20.3%	59 100.0%
精神科救急入院料1	12 3.5%	53 15.4%	66 19.1%	69 20.0%	66 19.1%	27 7.8%	52 15.1%	345 100.0%
精神科救急入院料2	6 2.8%	31 14.4%	49 22.8%	43 20.0%	29 13.5%	25 11.6%	32 14.9%	215 100.0%
精神科急性期治療病棟入院料1	28 2.3%	123 10.1%	235 19.3%	200 16.5%	198 16.3%	112 9.2%	319 26.3%	1215 100.0%
精神科急性期治療病棟入院料2	3 2.4%	5 4.0%	19 15.2%	29 23.2%	19 15.2%	8 6.4%	42 33.6%	125 100.0%
精神療養病棟入院料	15 0.3%	115 2.2%	292 5.5%	497 9.3%	1236 23.2%	831 15.6%	2344 44.0%	5330 100.0%
認知症病棟入院料1	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	3 0.3%	44 3.8%	78 6.8%	1024 89.0%	1150 100.0%
認知症病棟入院料2	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.6%	2 1.3%	3 1.9%	150 96.2%	156 100.0%
認知症病棟（介護保険）	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.6%	27 96.4%	28 100.0%
医療観察法病棟	0 0.0%	5 14.7%	9 26.5%	5 14.7%	11 32.4%	2 5.9%	2 5.9%	34 100.0%
合計	144 1.0%	586 4.0%	1204 8.3%	1670 11.4%	2960 20.3%	1869 12.8%	6158 42.2%	14591 100.0%

表6 病棟種類別の在院期間

	在院期間											合計
	1ヶ月未満	1ヶ月以上 3ヶ月未満	3ヶ月以上 6ヶ月未満	6ヶ月以上1 年未満	1年以上1年 6ヵ月未満	1年6ヶ月以 上3年未満	3年以上5年 未満	5年以上10年 未満	10年以上20 年未満	20年以上	合計	
入院基本料	275 4.6%	770 13.0%	627 10.6%	597 10.1%	374 6.3%	700 11.8%	618 10.4%	778 13.1%	621 10.5%	574 9.7%	5934 100.0%	
特別入院基本 料	4 6.8%	7 11.9%	6 10.2%	3 5.1%	3 5.1%	4 6.8%	10 16.9%	6 10.2%	5 8.5%	11 18.6%	59 100.0%	
精神科救急入 院料1	102 29.6%	213 61.7%	25 7.2%	2 0.6%	1 0.3%	1 0.3%	0 0.0%	1 0.3%	0 0.0%	0 0.0%	345 100.0%	
精神科救急入 院料2	61 28.4%	118 54.9%	21 9.8%	7 3.3%	1 0.5%	1 0.5%	1 0.5%	3 1.4%	1 0.5%	1 0.5%	215 100.0%	
精神科急性期 治療病棟入院 料1	260 21.4%	651 53.6%	201 16.5%	45 3.7%	13 1.1%	9 0.7%	13 1.1%	11 0.9%	7 0.6%	5 0.4%	1215 100.0%	
精神科急性期 治療病棟入院 料2	43 34.4%	63 50.4%	11 8.8%	1 0.8%	0 0.0%	1 0.8%	1 0.8%	1 0.8%	4 3.2%	0 0.0%	125 100.0%	
精神療養病棟 入院料	81 1.5%	241 4.5%	295 5.5%	414 7.8%	292 5.5%	736 13.8%	666 12.5%	909 17.1%	830 15.6%	866 16.2%	5330 100.0%	
認知症病棟入 院料1	27 2.3%	77 6.7%	110 9.6%	152 13.2%	98 8.5%	211 18.3%	168 14.6%	153 13.3%	75 6.5%	79 6.9%	1150 100.0%	
認知症病棟入 院料2	0 0.0%	10 6.4%	14 9.0%	31 19.9%	21 13.5%	43 27.6%	15 9.6%	13 8.3%	6 3.8%	3 1.9%	156 100.0%	
認知症病棟 (介護保険)	0 0.0%	1 3.6%	4 14.3%	3 10.7%	3 10.7%	5 17.9%	6 21.4%	5 17.9%	1 3.6%	0 0.0%	28 100.0%	
医療観察法病 棟	1 2.9%	2 5.9%	5 14.7%	10 29.4%	3 8.8%	12 35.3%	1 2.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	34 100.0%	
合計	854 5.9%	2153 14.8%	1319 9.0%	1265 8.7%	809 5.5%	1723 11.8%	1499 10.3%	1880 12.9%	1550 10.6%	1539 10.5%	14591 100.0%	