

令和2年度障害者総合福祉推進事業

精神病床で身体合併症管理を
必要とする入院患者に対する
取組の実態調査
報告書

令和3年3月

公益社団法人 日本精神科病院協会

はじめに

昨今、精神病棟に入院中の患者の高齢化や新たな認知症患者の入院が増加していることにより、精神病床に入院中である患者の身体合併症治療・管理の重要性はますます増大している。しかしながら、従来より一般病床での精神疾患を有する患者の受け入れは困難とされ、身体合併症を持つ精神疾患・精神障害についての病病連携は進まず、一部の緊急な手術を要するケースを除いて、精神病床での入院を継続して身体合併症治療を行うことが常態化していた。もとより、単科精神科病院で身体合併症治療・管理を行うことについては、様々な困難を伴い、また診療報酬における精神科身体合併症管理加算についても、従来より算定可能な日数や対象疾患の範囲について、十分とは言えないとの指摘も多くなされている。

昨年来の新型コロナウイルス感染症の感染拡大の局面においても、日本精神科病院協会（以下、日精協）の調査によれば、コロナ陽性となった精神科入院患者の6割が転院できず、その理由としては、精神症状との関連が挙げられている。もとより、たとえ患者が精神障害を有していたとしても「障害の有無や軽重、入院形態にかかわらず、必要な医療の提供が妨げられないべきである」ことは言うまでもない。しかし、こうした原則が守られるためには、平時よりの備えが重要である。

今回日精協では、令和2年度厚生労働省障害者福祉推進事業「精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者に対する取組の実態調査」（テーマ番号37）を受託した。これは、精神病床に入院中の身体合併症を有する患者について、①急性に発症した身体合併症治療や②慢性に経過する身体合併症に対する重症化を防ぐための管理の実態について、単科の精神科病院で行っている診療状況、血液検査や画像診断を含む実施状況について、さらにいわゆる総合病院の精神病床を利用している治療の実態を明らかにすることを目的とするものである。

今回行った調査方法としては、

- (1) 届出受理医療機関名簿より精神病床を有している医療機関 1,620 施設（日精協会員病院 1,193 施設、会員外病院 427 施設）を対象に、質問紙調査票によるアンケート調査を行った。
- (2) 質問紙による実態調査の内容を補足・増強し、より具体的な状況を明らかにするために、アンケート回答施設から複数の医療機関を選定してヒアリング調査を行った。選定にあたっては、精神病床 80%以上の単科精神科病院等より7施設、精神病床 20%未満のいわゆる総合病院から3施設を選抜した。

現在、検討が進められている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」においては、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域共生社会の実現を目標としている。このためには、身体合併症に対する対応をはじめとする精神医療と一般医療との連携が重要であることは言うまでもない。今回の報告が、その一助となることを祈念してやまない。

今回の調査にあたり、お忙しい中、労苦を厭わずご協力いただいた各医療機関の諸氏に感謝の意を示したい。

公益社団法人 日本精神科病院協会

会長 山崎 學

精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者に対する取組の実態調査

[目次]

I 事業概要	1
II 調査結果	5
2-1 精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者に対する 取組の実態調査	5
1 調査概要	5
2 調査結果からの考察	6
3 調査結果	19
(1) 病院票	20
①医療機関の基本属性	(20)
②身体合併症への対応	(29)
③精神病床入院患者の状況	(34)
④身体合併症の治療等における他の医療機関との連携	(42)
⑤精神科単科病院等からの受入、治療等の状況	(49)
(2) 病棟票	60
①入院患者の状況等	(60)
②入院患者の身体合併症治療の状況	(70)
2-2 ヒアリング調査	86
1 調査概要（対象病院の選定について）	86
2 ヒアリング調査結果からの考察	87
3 ヒアリング調査記録	89
III 考察(事業全体の提言)	107
IV 資料	109

I 事業概要

1 事業名

令和2年度 障害者総合福祉推進事業(37番事業)

「精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者に対する取組の実態調査」

2 事業の目的

精神科病院に入院している患者の高齢化は歴然とした事実であり、精神状態の改善を中心とした治療だけでなく、身体合併症およびADLの管理によるQOLの維持は、今後の地域移行を推進するにあたり重要な課題である。精神病床に入院中の患者の高齢化や新たな認知症患者の入院が増加していることにより、精神病床での入院患者の身体合併症治療・管理の重要性は増大している。現状では一般病床への精神障害者の受け入れが困難なため、身体合併症治療についての病病連携は進まず、一部の手術を要するケースを除いて、精神病床での入院を継続して身体合併症治療を行なうこととなる。もとより単科精神科病院で身体合併症治療・管理を行うことには様々な困難を伴い、また診療報酬における精神科身体合併症加算についても、従来より算定可能な日数や対象疾患の範囲について、十分とはいえないとの指摘が多くなされている。

本事業では、精神病床入院中の身体合併症を有する患者について、①急性に発症した身体合併症治療や②慢性に経過する身体合併症に対する重症化を防ぐための管理の実態について、単科の精神科病院で行っている診療状況や血液検査や画像検査等を含む実施状況について、さらに所謂総合病院の精神科病床を利用したの治の実態を明らかにするために調査を行う。

3 事業の内容

1) 精神科病院および精神病床を有する所謂総合病院に対する質問紙による調査とその分析

※1 身体合併症の診療体制・診療実態・他医療機関との連携の状況等

※2 身体合併症の診療体制・診療実態・精神科病院からの身体合併症患者の受け入れ状況・他医療機関との連携の状況等

2) 1)の調査を踏まえて精神科病院及び精神病床を有する所謂総合病院における身体合併症治療・管理の状況、他医療機関との連携の状況(どういう病状までは自院での対応が可能か、あるいはどういう病状では転院を含め他医療機関との連携を図るか、どのような医療機関と連携しているか等)についての事例分析(ヒアリング調査等)

3) 身体合併症治療・管理について、質の高い精神医療を実現するために、有識者、医療関係者(医師、臨床検査技師、精神保健福祉士等)で構成される検討委員会を設置し、5回程度開催する。

4 実施体制(検討委員会、事務局等の設置)

4-1 企画委員会 委員名簿

氏名	所属	役職
平川 淳一	日本精神科病院協会 医療法人社団光生会 平川病院	副会長 院長
櫻木 章司	日本精神科病院協会 医療法人桜樹会 桜木病院	常務理事 理事長
田口 真源	日本精神科病院協会 医療法人静風会 大垣病院	理事 理事長
松井 隆明	日本精神科病院協会 三善病院	理事 院長
◎ 大村 重成	日本精神科病院協会 医療経済委員会 医療法人緑心会 福岡保養院	委員長 理事長
澤 滋	日本精神科病院協会 医療経済委員会 社会医療法人北斗会 ほくとクリニック病院	委員 理事長
松本 善郎	日本精神科病院協会 医療経済委員会 医療法人蔦の会 たなか病院	委員 副院長
川口 英明	日本精神科病院協会 調査分析部会 東京大学医学部附属病院	部会員 企画情報運営部特任助教
村田 智	医療法人社団光生会 平川病院	診療協力部次長/検査科長
荻生 淳希	医療法人社団光生会 平川病院	医療相談科長

<敬称略、◎は委員長>

4-2 事務局

①事業担当者	事業部 企画調整課	課長 大竹 正道
	同	課員 佐藤 祥吾
	情報管理室	室長 竹本 瑞紀
	同	室員 関戸 里奈
②経理担当者	経理課	課長 松本 明子

5 検討委員会の実施状況と主な議事

第1回 検討委員会

日時:令和2年7月30日 15:30～17:30 (WEB会議)

議題:(1)事業概要について

(2)身体合併症管理加算の現状について

(3)実態調査について

(4)ヒアリング調査について

第2回 検討委員会

日時:令和2年8月31日 16:00～17:30 (WEB会議)

議題:(1)事業の目的と方向性について

(2)実態調査について

(3)ヒアリング調査について

第3回 検討委員会

日時:令和2年9月18日 16:00～18:00 (WEB会議)

議題:(1)実態調査について

・調査対象の分類について

・調査票質問項目の検討

・調査スケジュールについて

(2)ヒアリング調査について

第4回 検討委員会

日時:令和2年11月24日 15:00～17:00 (WEB会議)

議題:(1)実態調査結果(速報値)について

(2)ヒアリング調査について

・ヒアリング調査医療機関の選定について

・ヒアリング項目の検討

・ヒアリング日時について

第5回 検討委員会

日時:令和3年1月20日 15:00～17:00 (WEB会議)

議題:(1)実態調査結果の分析について

(2)ヒアリング調査実施報告について

(3)事業報告書分担について

・報告書の構成について

・執筆担当箇所について

第6回 検討委員会

日時:令和3年2月25日 16:00~18:00 (WEB 会議)

議題:(1)報告書(案)の確認について

- ・報告書のスケジュールについて
- ・報告書発送先の確認について

6 事業実施期間(スケジュール)

令和2年5月26日(内示日)~ 令和3年3月31日

事業実施スケジュール

	令和2年4月	5月	6月	7月	8月	9月
事業実施内容		内示 ●		第1回 委員会 ●	第2回 委員会 ●	第3回 委員会 ●
				<ul style="list-style-type: none"> ・事業概要 ・加算の現状 ・調査について 	<ul style="list-style-type: none"> ・実態調査 について ・ヒアリング調査 について 	<ul style="list-style-type: none"> ・調査対象分類 ・質問項目検討 ・スケジュール
		←← 準備・調査計画検討 →→			←← 調査票作成 →→	
	10月	11月	12月	令和3年1月	2月	3月
事業実施内容		第4回委員会 ●		第5回委員会 ●	第6回委員会 ●	
		<ul style="list-style-type: none"> ・実態調査速報値 ・ヒアリング対象選定 ・ヒアリング日時 		<ul style="list-style-type: none"> ・調査結果の分析 ・ヒアリング実施報告 ・報告書分担 	<ul style="list-style-type: none"> ・報告書案の検討 ・意見交換 	
		<<< ヒアリング調査 >>> ◆◆◆				
	← 調査 →	← 中間集計 →	実態調査集計・分析			ヒアリング記録整理
					←← 報告書作成 →→ (編集・印刷・配布)	

II 調査結果

2-1 精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者に対する取組の実態調査

1 調査概要

【目的】

精神病床入院中の身体合併症を有する患者について、①急性に発症した身体合併症治療や②慢性に経過する身体合併症に対する重症化を防ぐための管理の実態について、単科の精神科病院で行っている診療状況や血液検査や画像検査等を含む実施状況について、さらに所謂総合病院の精神科病床を利用しての治療の実態を明らかにするために調査を行う。

【調査対象】

届出受理医療機関名簿より精神病床を保有している医療機関 1,620 施設（令和 2 年 5 月 1 日現在）
うち、会員病院 1,193、非会員病院 427

【調査方法】

(1)調査日：令和 2 年 9 月 30 日 または、令和 2 年 9 月 1 日～9 月 30 日の 1 ヶ月間

※病院票 1-5. (3) については 10 月 30 日時点

(2)回答期日：令和 2 年 11 月 13 日(金)

(3)調査方法：エクセル様式の調査票をメール配信

※会員病院外には質問紙調査票を郵送(日精協 HP にエクセル調査票も掲載し案内)

(4)回答者：①病院票：精神科医師および事務職ご担当の方

②病棟票：病棟毎の精神科医師および事務職ご担当の方

(5)回答方法

■日精協会員病院

：日精協からメール配信のエクセル様式の回答票に入力いただいたものを電子メールに添付

■日精協会員病院以外

：①郵送の調査回答票にご記載の上、同封の返信用封筒または FAX で返信

②日精協ホームページ※よりエクセル様式をダウンロードの上、回答票入力後に電子メールに添付

※日精協ホームページ内 補助金事業のページ

https://www.nisseikyo.or.jp/about/hojokin/2020_37.php

【回答状況】

病院票回答：460 票（回収率 28.4%）

病棟票回答：1,676 票

2 調査結果からの考察

2.1 病院票

2.1.0 許可病床による病院の機能分類（調査結果 19 ページ）

許可病床による病院の機能分類を行った。精神病床が全病床の 80%以上の病院のうち、精神科急性期届出群を A 群、特定入院料届出群を B 群、入院基本料届出群を C 群、A・B・C 群(333 病院)をあわせて「精神病床を主とするもの」とし、精神科以外の診療科が主である総合病院など、精神科以外の病床が全病床の 20%超となっている「精神病床を従とするもの」を D 群(127 病院)とした。

回答を得られた 460 病院のうち、A 群が 158 病院(34.3%)、B 群が 123 病院(26.7%)、C 群 52 病院(11.3%)、D 群 127 病院(27.6%)であった。

2.1.1 医療機関の基本属性（調査結果 20 ページ）

(1) 標榜科目(図表 1.1.1)

標榜科目をみると、精神病床数が全病床の 80%以上の A・B・C 群は、「内科」が約 6 割の 58.0%、「心療内科」39.6%、「神経科」21.6%、「神経内科」15.0%であるが、その他の標榜科目は、1 割にも満たない。D 群をみると、「内科」が約 9 割の 89.8%、内科系、外科系、呼吸器系、循環器系など多岐に渡り、科目標榜をしている。

(2) 許可病床数(図表 1.1.2)

認可病床数については、A・B・C 群は精神療養病棟を約 6 割の病院が算定しているが、D 群は約 1 割と少なく、他の入院料で算定している結果となった。A・B・C 群の精神病棟入院基本料は、総じて 15 対 1 看護配置基準であるが、D 群では、看護配置基準が 15 対 1 の病院が約 5 割であり、13 対 1(約 3 割)、10 対 1(1 割)の看護配置基準の病院もあった。

(3) 医師数(図表 1.1.3)

医師数では、A・B・C 群は、「身体的治療(局所を除く)を担当する医師」は 1 病院当たり常勤 0.5 人、非常勤 1.8 人、「局所の治療を担当する医師」は 1 病院当たり常勤医 0.7 人、非常勤医 0.4 人であった。D 群では、「身体的治療(局所を除く)を担当する医師」は 1 病院当たり常勤医 46.5 人、非常勤医 12.8 人、「局所の治療を担当する医師」は 1 病院当たり常勤医 16.6 人、非常勤医 3.4 人であった。D 群は非常勤医より常勤医が多い配置体制がとられている。A・B・C 群と D 群を比べると身体的な治療を担当する医師の数は A・B・C 群は少なく、D 群とは大きな差がみられた。

(4) 検査体制(図表 1.1.4)

検査体制では、A・B・C 群と D 群を比較すると、D 群は、今回調査した検査項目「MRI」、「CT」、「US」、「血液(血球)」、「血液(生化学)」、「心電図」、「脳波」、「単純 X 線」、「造影 X 線」、「内視鏡」、「血流シンチ」、

「SPECT」、「PET」についてA・B・C群より検査可能である割合が高かった。「MRI」検査をみるとD群では74.8%の病院が検査可能であるが、A・B・C群では9.0%と低い結果であった。また、「CT」検査をみると、A・B・C群は66.1%で検査可能であるが、『64列以上のマルチスライスCT』検査を行える病院は5.5%と低く、D群では65.8%が検査可能であった。

(5) 治療体制(図表 1.1.5)

治療体制については、A・B・C群では、「心電図モニター」、「酸素投与」に関しての治療体制にD群との差異はないが、「胃ろう造設」6.3%、「観察室」21.3%、「人工呼吸器」7.8%、「中心静脈栄養」30.9%、「輸血や血液製剤の使用」24.6%、「麻薬処方」43.5%、「気管内挿管」29.7%、「気管切開」3.3%、「透析」1.8%、「手術室」1.5%と、D群と比べると治療体制が整っていない。

【まとめ】

このように、精神病床を主とするA・B・C群は、精神病床を従とするD群と比べると身体面を専門とする医師数、身体面の検査体制・治療体制すべてが乏しい状況で身体合併症の対応をしている。

2.1.2 身体合併症への対応（調査結果 29 ページ）

(1) 精神科医師による治療が困難と判断した場合の身体合併症治療(図表 1.2.1)

身体合併症への対応として、精神科医師による治療が困難と判断した場合の身体合併症治療について述べる。精神病床を主とするA・B・C群のうち45.0%と半数弱の病院では他医療機関へ転院している。さらに他医療機関への受診を実施しながら自院で対応した病院は21.9%におよび、自院の身体的治療を担当する医師が精神病床で治療できた病院は30.6%と3割程度であった。それに対し、精神病床を従とするD群では、54.3%と半数強の病院で自院の身体的治療を担当する医師が精神病床で治療にあたり、また自院の精神病床以外での治療をした32.3%の病院を合わせると、実に85%超が自院での治療を実施できている。

(2) 既存の身体合併症がない75歳以上の高齢者の肺炎への対応(図表 1.2.2①)

続いて、典型的な身体合併症である既存の身体合併症がない75歳以上の高齢者の肺炎への対応を例として肺炎の重症度を①から⑧まで分類して検討した。このうち①②が軽症、⑤⑥が中等症、④⑧が重症、③⑦はその他と分類した。A・B・C群において、軽症なら自院で対応は可能と判断したのはおよそ9割前後に及ぶが、中等症以上で片肺の2/3以上に陰影があるような場合や血圧低下がみられる場合、自院での対応が困難であると回答した病院が9割前後に及ぶ。一方、意識レベル低下がみられるような重度であっても血圧が安定していれば自院で対応していると回答した病院は3割超に及び、A・B・C群でかなりの対応をしていることが判明した。一方、D群では中等症、重症であっても半数を超える病院で自院での対応が可能としており、A・B・C群と比べ対応できる範囲が広いことが分かった。

(3) 精神科病院での対応が望ましいと思われる状態(図表 1.2.2②)

さらに、この例で精神科病院での対応が望ましいと思われる状態について、A・B・C 群では軽症であっても自院で対応が望ましいと考える病院は 2 割超程度にとどまり、中等症や重症への自院対応が望ましいと回答したのは 1 割に満たない。一方、D 群では、軽症であれば精神科病院での対応が望ましいと回答した病院が半数を超えていた。すなわち A・B・C 群と D 群との間に、身体合併症がどこまでのレベルであれば精神科病院で対応するのが望ましいかという点において、大きな隔たりがあることが認められた。

(4) 身体的重症患者を治療するために必要と思われるもの(図表 1.2.3)

次に、さらに身体的重症患者を治療するために必要と思われるものについては、A・B・C 群では身体的治療を担当する医師の増員、検査機器や治療設備の充実、看護師の対応力向上を求める回答が 6 割を超え、治療についての診療報酬上の手当が必要と回答した医療機関は 3 割を超える。一方、D 群では検査機器の充実を求める回答は 3 割程度で、身体的治療を担当する医師の増員、看護師の対応力向上、診療報酬上の手当についても 5 割程度と、A・B・C 群と比較し、人員や設備が充実していることがわかる。

【まとめ】

精神病床を主とする病院である精神科病院においては、総合病院と比べ少ないマンパワーや設備の中で身体合併症への対応を実施せざるを得ない状況があること、さらに精神科病院と総合病院との間で、どこまで身体合併症を自院で治療すべきか、という認識において乖離があることが判明した。

本来精神科病院は精神疾患への対応をするためにあり、一部の病院を除き身体的な治療をするための人員や設備を十分に有しているとは言えない。歴史的な背景もあり精神科病院で療養されてきた患者も高齢化しているが、少ない資源の中で身体合併症への対応をせざるを得ない状況が黙認されてきた。国が精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを提唱するのであれば、精神疾患の有無にかかわらず必要な医療を受けられるために、精神科病院においてもヒト・モノといった医療資源が十分に用意されるべきであり、さらに自院での対応が難しい場合には総合病院での治療へスムーズに移行できる体制を整えるべきであろう。

2.1.3 精神病床入院患者の状況（調査結果 34 ページ）

(1) 入院患者数

①年齢階級、性別(図表 1.3.1①)

A・B・C 群では「39 歳以下」7.7%、D 群では 11.5%、「40～49 歳」が A・B・C 群では 9.1%、D 群は 7.7%、「50～59 歳」が A・B・C 群では 14.5%、D 群では 12.0%、「60～69 歳」が A・B・C 群では 21.1%、D 群が 16.8%、「70 歳以上」が A・B・C 群では 47.6%、D 群が 51.9%とほぼ類似した構成を見せた。

全体的な男女比については、49 歳まではほぼ類似した構成であったが、「50～59 歳」で男性が 16.8%、「60 歳～69 歳」が 23.9%に対して、女性は「50～59 歳」が 11.9%、「60～69 歳」が 17.7%と割合が低かったが、「70 歳以上」で男性 40.2%、女性が 55.2%とその比率は逆転していた。

②入院期間(図表 1.3.1②)

A・B・C 群では「3 年以上」が 43.4%、次いで「1 年以上 3 年未満」と「3 ヶ月未満」がいずれも 20% 台を示したのに対し、D 群では「3 ヶ月未満」が 34.9%と最も多い比率を占め、次いで「3 年以上」が 26.1%であった。「3 ヶ月以上 6 ヶ月未満」と「6 ヶ月以上 1 年未満」は、A・B・C 群ではいずれもほぼ 10%弱、D 群ではほぼ 10%であり、類似した比率を示した。

(2) 主な精神疾患の状況(図表 1.3.2)

精神疾患の状況の内訳を見ると、A・B・C 群では「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想型障害」が 54.7%と過半数を占め、次いで「F0 症状性を含む器質性精神障害」が 22.6%であったのに対し、D 群では「F2」と「F0」がいずれも 34%台でほぼ同数であった。「F3 気分[感情]障害」については A・B・C 群が 9.1%、D 群が 14%であった。

(3) 身体合併症の状況(図表 1.3.3)

身体合併症の状況を見ると消化器系疾患が A・B・C 群、D 群ともに「消化器系の疾患」、「循環器系の疾患」がその 4 割近くを占め、次いで「内分泌、栄養および代謝疾患」がいずれの群でも 3 割近くを占めていた。他の疾患に関しても両群ともほぼ類似した結果であった。

2.1.4 身体合併症の治療等における他の医療機関との連携(調査結果 42 ページ)

(1) 病病連携の状況(図表 1.4.1①・②)

病病連携の担当部署の設置について、全体では、「ある」89.6%、「ない」8.7%、「無回答」1.7%。群別でも A・B・C 群・D 群ともに大きな差は無く、概ね部署の設置はされている。

受診にかかる他医療機関との連携について、全体では、「行っている」80.7%、「行っていない」16.5%、「無回答」2.8%。群別に見ると A・B・C 群では、「行っている」88.6%、D 群では 59.8%と違いが見え、総合病院が主体の群と考えられることから他院へ紹介せずとも自院で身体合併症を診ることが可能と推測される。

(2) 他医療機関への転院(図表 1.4.2)

他医療機関への転院について、全体では、「精神科の無い医療機関への転院」51.1%、「精神科病床がある医療機関の精神科病床への転院」23.3%、「精神科病床がある医療機関の精神科病床以外への転院」12.5%、「精神科の標榜はあるが精神科病床のない医療機関への転院」12.0%、「その他」1.0%、「不明」0.2%となった。群別で見ると A・B・C 群では、全体の傾向とほぼ変化は無いが D 群については、まず A・B・C 群で 56.4%となっていた「精神科の無い医療機関への転院」が 29.7%と割合が低めになっている。D 群の特徴として内科系・外科系・婦人科系・泌尿器科など自院で身体合併症に対応できることが考えられる。また、「精神科病床がある医療機関の精神科病床への転院」が 50.8%と高比率なことについて、自院では難しい更に専門的な疾患、例えば婦人科系や高度な医療を必要とする専門的な医療を必要としたもので、特定機能病院などの精神科病床にて診ていくものと推測する。

また、次に比率の高い「精神科の無い医療機関への転院」についても、同様なことが考えられる。

(3) 他医療機関への転院にかかる原因疾患・再入院等(図表 1.4.3)

他医療機関への転院にかかる原因疾患・再入院について、原因疾患は、「消化器系」27.0%、「呼吸器系」23.0%、「筋骨格系および結合組織の疾患」17.2%、「循環器系の疾患」14.8%が目立った主な疾患である。群別では A・B・C 群では、「消化器系の疾患」32.4%、「呼吸器系の疾患」28.8%、「筋骨格系および結合組織の疾患」20.1%、「循環器系の疾患」18.6%となる。D 群では「消化器系の疾患」、「損傷中毒およびその他の外因の影響」で 10%を超えるが、他の疾患については一桁であった。

そこで、逆紹介数について考察するが、全体から見ていくと、「血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害」71.4%、「新生物」57.9%、「尿路性器系の疾患」52.3%、「消化器系の疾患」53.9%であるが、他の疾患については、50%未満であり、20%台や 10%台、更には一桁台の率である。群別においても、A・B・C 群は同様な傾向であるが、一方で D 群は、40%台より高い水準になっている。この傾向から、精神科病院では意識レベル・呼吸状態・血圧の状態より転院となるが、その際に、血液検査・X線・その他の情報に乏しいこと、また、精神状態から転院が直ぐには難しいなどの問題点が絡んでいるのではないかと考えられる。かなり悪化した状態での他院転院となるために、紹介先においても症状を回復させることが困難な場合が多々あるのかもしれない。故に逆紹介に至らないケースが半数以上に上っているものと考えられる。精神疾患患者は身体的症状が表にはなかなか現れず、倒れたときにはかなり症状が悪化していることを度々経験する。やはり、重度に悪化する前に血液検査・レントゲン等の状態把握が必要であると考えられる。

返戻までの日数について、依頼件数の高い疾患で、全体では「循環器系の疾患」で一件当たりの日数は、9.0 日、「呼吸器系の疾患」14.0 日、「消化器系の疾患」13.3 日、「筋骨格系および結合組織の疾患」18.0 日であった。A・B・C 群では全体の日数と大きな差はなかった。D 群については、「循環器系の疾患」7.0 日、「呼吸器系の疾患」12.0 日、「消化器系の疾患」12.0 日、「筋骨格系および結合組織の疾患」4.0 日と各疾患で少なからず日数の短縮がうかがわれる。D 群については総合病院系であるため、自院の検査体制の整備が十分であり、血液検査で病状の確認、レントゲンでの確認ができており、また、逆紹介時に紹介先側からしてもどの程度の状態で戻せるかを把握されスムーズに行われる傾向にあるためか。

ゆえに、A・B・C 群は、検査体制が充実していないために、重傷度の把握に乏しくかなり悪化してからの転院であり、紹介された側においても治療が長引いてしまうこと、また、逆紹介先の診療体制(検査体制など)を考慮して、ある程度受け入れ可能な状態まで戻すことができず日数を長引かせてしまうと推測される。しかしながら、D 群においては逆紹介率が高い割合である事を考えると、総合病院の精神科医において、自身が主治医として患者の治療をする傍ら、紹介患者の受け入れ対応を積極的に行い、他科との連携や逆紹介時における先方との連携のやり取り、逆紹介困難事例に対する他医療機関への紹介先の選定等、尽力している姿も見えてくる。

(4) 身体合併症治療等にかかる他医療機関との連携(図表 1.4.4①)

身体合併症治療等にかかる他医療機関との連携について、病院全体では、「概ねうまくいっている」57.4%、「うまくいっている」15.7%、「ときどきうまくいかない」20.7%、「うまくいかないことが多い」1.5%、「連携はしていない」

2.4%、「無回答」2.4%であった。群別にみると、A・B・C 群において「うまくいっている」、「概ねうまくいっている」は73.0%、D 群でも73.2%である。逆に、「うまくいかないことが多い」はA・B・C・群で1.8%、D 群で0.8%となっており、多少の課題があるとしても、全体的には連携はうまくいっていることがうかがえる。特に、受け入れ側の病院が精神疾患のある患者に対しても積極的に応じている結果といえよう。

なお、課題としては他医療機関への転院を打診する際の連携の課題と関係するが、「転院を依頼しても精神症状を理由に断られる」48.7%、「転院を依頼しても満床を理由に断られる」23.7%、「転院を依頼しても入院の適応ではないと断られる」23.9%、「転院しても病状の回復が不十分なまま早期に逆紹介されてしまう」37.0%、「その他」6.3%となっているが、群別では、A・B・C 群では「転院を依頼しても精神症状を理由に断られる」が58.9%、「転院しても病状の回復が不十分なまま早期に逆紹介されてしまう」45.9%と高い割合になっており、転院から逆紹介でも触れたが、精神症状にて転院までの日数が延びADLの低下、症状が悪化し転院したときにはかなりの重症となってしまったとみることができる。

【まとめ】

ヒアリングの回答にもあったが、逆紹介時に「尿道カテーテルでバルーンを留置されているからうちでは診られない」、「内科の薬の値段が高くてそれが入っていると取れない」など、様々な問題点があり、当然逆紹介までには日数がかかってしまう。「転院を依頼しても入院の適応ではないと断られる」について、精神科と一般科での病状への捉え方が異なり、精神科で診療可能な境界線と一般科での見解に差が生じており、「転院しても病状の回復が不十分なまま早期に逆紹介されてしまう」もまさにこの事が影響していると推測される。この点の改善について、逆紹介を受け入れるA・B・C 群の病院での身体的対応の底上げも必要となろう。

2.1.5 精神科単科病院等からの受入、治療等の状況（調査結果 49 ページ/図表 1.5.1、1.5.2、1.5.3、1.5.4①～③、および 1.5.5(A)～(E)）

(1)A・B・C 群

A 群(急性期届出群)のうち、12.7%で治療を受け入れたとしている。令和2年10月30日時点では1病院当たり1.85人で、受け入れ側としては全ての患者が精神科病棟に収容されていた。このうち、転帰としては24.3%が紹介元病院に逆紹介し、16.2%が在宅移行、入院中が43.2%であり、死亡が1人いた。

B 群(特定入院料届出群)は17.9%で治療を受け入れたとしている。令和2年10月30日時点では1病院当たり2.09人で、受け入れ側として、精神科病棟に82.6%の患者が収容されていた。このうち、転帰として紹介元病院に逆紹介はなく6.5%が在宅移行、入院中が82.6%であり、死亡が2人いた。

C 群(入院基本料届出群)のうち、17.3%で治療を受け入れたとしている。転帰として紹介元病院に逆紹介はなく、8.0%が在宅移行、入院中が84.0%であり、死亡が1人いた。B 群、C 群はA 群と異なり、恒久的な転院がほとんどであることがうかがえる。

A 群の連携上の問題としては「症状が安定したにもかかわらず、逆紹介をなかなか引き受けてもらえない」も40.0%と少なくない。「自院では対応困難な精神症状のある患者の転院が多い」10.0%、「情報提供よりも精神症

状が悪く、対応に困る」20.0%など精神症状そのものの問題より、「転院に関する身体的情報提供が不足している」40.0%、「紹介元の身体疾患への病態把握が不十分」45.0%、「情報提供よりも身体症状が悪く対応に困る」75.0%が目立った。

B・C 群の連携上の問題としては「症状が安定したにもかかわらず、逆紹介をなかなか引き受けてもらえない」は少なく(B 群 22.7%、C 群 0.0%)、前述のように恒久的な転院が多いことを反映していると思われる。「自院では対応困難な精神症状のある患者の転院が多い」(B 群 40.9%)、「情報提供よりも精神症状が悪く、対応に困る」(B 群 40.9%)など精神症状そのものの問題に加え、「転院に関する身体的情報が不足している」(B 群 40.9%)、「情報提供よりも身体症状が悪く、対応に困る」(B 群 54.5%、C 群 44.4%)が目立った。

以上より、A・B・C 群に共通して言えることは紹介に際しての情報不足である。紹介元と紹介先の病病連携の方法を普段から用意しておく方がよいと考えられる。

(2) D 群

特定機能病院のうち 71.4%で、特定機能病院以外の病院のうち 40.4%で治療を受け入れたとしている。令和 2 年 10 月 30 日時点では特定機能病院 1 病院当たり 3.15 人、特定機能病院以外で 1 病院当たり 5.75 人、転帰としては特定機能病院で 42.9%が紹介元病院に逆紹介し、9.5%が在宅移行、入院中が 36.5%であり、死亡が 0 であった。特定機能病院以外では 50.4%が紹介元病院に逆紹介し、10.9%が在宅移行、入院中が 24.8%であり、死亡が 8 人いた。

連携上の問題としては「病床が満床であることが多く、受け入れが困難」(特定機能病院 80%、特定機能病院以外 37.5%)、受け入れに関わる問題[その他]として「症状が安定したにもかかわらず、逆紹介をなかなか引き受けてもらえない」(特定機能病院 45%、特定機能病院以外 37.5%)であった。

以上より、転院が必要になる合併症対策については D 群の病院が中心であり、高機能な D 群の病院において紹介元病院への再転院は割合いスムーズに行われている反面、長期在院に至る患者も多い。これは紹介元病院の身体合併症治療のスキルにも課題があるが、それ以上に高齢に伴う身体状態が重篤化も関連していると思われる。

(2) 病棟票

2.2.1 入院患者の状況等（調査結果 60 ページ）

精神科病棟の入院状況等について、病棟票 1,631 票の回答のうち、病院機能 4 分類の A 群（急性期届出群）は 48.5%、B 群（特定入院料届出群）28.0%、C 群（入院基本料届出群）9.0%、D 群 14.6%であった（図表 2.0.1）。また、A・B・C 群における病棟の種類は図表 2.0.2 の通りとなった。

(1) 入院患者について（図表 2.1.1）

年齢階級別をみると、「60 歳以上」の入院患者が約 7 割を占めており、入院期間別では、「1 年以上」は 6 割強を占めていた。

(2) 主な精神疾患の状況（図表 2.1.2）

主な精神疾患の状況では、「F2 統合失調症、統合失調症型障害妄想性障害」が 54.5%を占めており、「F0 症状性を含む器質性精神障害」が 23.6%、続いて「F3 気分[感情]障害」が 9.1%であった。

(3) ADL の状況（図表 2.1.3）

ADL の状況では、寝返りが「できる」は 77.5%で、移乗では「介助なし」が 71.6%を占め、「一部介助」11.8%、「全介助」16.6%であった。口腔清潔では「介助なし」が 68.0%を占め、食事摂取では「介助なし」が 77.2%を占めていた。衣服の着脱の「介助なし」は 61.0%、診療・療養上の指示が「通じる」のは 64.3%であった。危険行動については「ない」が 77.2%を占めていた。

(4) 身体合併の状況（図表 2.1.4）

身体合併の状況については 1 名の患者が複数の疾病に該当する場合はすべて記入となっている。その結果、一番多かったのが「消化器系の疾患」44.5%で、次が 37.8%を占めていた「循環器系の疾患」、3 番目に多かったのが 32.9%の「内分泌、栄養及び代謝疾患」であった。

(5) 精神病棟入院基本料と精神療養病棟入院料の身体状況比較

① 入院患者の年齢比較（図表 2.1.1① 下段）

入院患者の年齢について、精神病棟入院基本料、精神療養病棟では、「60 歳以上」がそれぞれ 67.1%、70.6%と大きな相違はなかった。

② 入院期間比較（図表 2.1.2② 下段）

入院期間を比較すると、精神病棟入院基本料は「3 年以上」が 45.0%を占めているのに対し、精神療養病棟は、60.0%を占めている。

③入院患者の主な精神疾患の状況比較(図表 2.1.2 後段)

入院患者の主な精神疾患の状況比較では、精神病棟入院基本料と精神療養病棟に大きな相違はなかった。

④ADL 比較(図表 2.1.3 後段)

ADL 比較では、精神病棟入院基本料の方が介助を要する患者の割合が比較的高かった。

⑤身体合併症の状況比較(図表 2.1.4 後段)

精神病棟入院基本料と精神療養病棟は共に「消化器系の疾患」、「循環器系の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」の順番であった。精神病棟入院基本料が 52.4%、41.3%、36.4%に対し、精神療養病棟は 39.0%、31.4%、28.3%と割合は低かった。

グラフの傾向で比較すると、精神病棟入院基本料は「内分泌及び栄養代謝疾患」、「神経系の疾患」、「循環器系の疾患」、「呼吸器系の疾患」、「消化系の疾患」、「皮膚及び皮下組織の疾患」、「筋骨格計及び結合組織の疾患」、「尿路性器の疾患」の 8 疾患の割合は、精神病棟入院基本料と比較してやや低いが、全体の割合の傾向は似通っていた。

【まとめ】

精神病棟入院基本料は精神科身体合併症管理加算が算定可能であるが、算定不可である精神療養病棟においては、身体状況に関して、精神病棟入院基本料と比べて割合の少ない疾患はあるが、全体の身体疾患の傾向は似通っており、今後、精神療養病棟入院料での精神科身体合併所管理加算の算定が望まれる。

2.2.2 入院患者の身体合併症治療の状況（調査結果 70 ページ）

(調査の背景)

2-2 入院患者の身体合併症治療の状況(令和 2 年 9 月 1 ヶ月間)については、精神病床が主体である医療機関の状況について集計を行うこととし、A・B・C 群の医療機関を対象として集計を行った。ちなみに今回の調査において、精神療養病棟、児童思春期精神科入院医療管理料、地域移行機能強化病棟入院料、特殊疾患病棟入院料では、当該加算の算定が認められていないため、これらの病棟については、算定する場合を想定して回答を依頼したため、他病棟に比べて、回答数が過少となっていることが予想されることにご留意いただきたい。また、児童思春期精神科入院医療管理料、地域移行機能強化病棟入院料においては、当該加算の対象がほぼ無く、これは若年者の入院であることや、退院準備中であるという入院患者の特性を反映していたと思われる。従ってこの項では、これら入院料は除外して論じることとする。

(1)身体合併症管理加算の状況(図表 2.2.1)

調査対象全体では、1 病棟当たり 1.6 人の患者が治療を受け、患者 1 人当たり 12.0 日間治療を受けていた。病棟別では、1 病棟当たり人数、患者 1 人当たり治療日数はそれぞれ精神病棟入院基本料が 1.8 人、12.7 日、

精神科救急入院料が 2.5 人、5.3 日、精神科急性期治療病棟 1.7 人、11.8 日、精神療養病棟 0.9 人、14.9 日、認知症治療病棟入院料 2.1 人、8.6 日、特殊疾患病棟入院料 1.7 人、15.9 日であり、精神科救急入院料、認知症治療病棟入院料でやや人数が多く、精神療養病棟でやや少なかったが、患者 1 人当たりの治療日数は他よりもやや長期間に及んでいた。

当該管理加算を算定する疾患としては呼吸器系の疾患が圧倒的に多く、重篤な内分泌代謝疾患、急性腹症と続いた。届出病棟別の調査でも、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟、精神療養病棟、認知症治療病棟入院料、特殊疾患病棟入院料において、ほぼ同様の結果であった。

上記 3 疾患について、1 病棟当たりの患者数を見ると、呼吸器系の疾患、内分泌代謝疾患、急性腹症の順に、全病棟で 0.8 人、0.2 人、0.2 人、精神病棟入院基本料が 1.0 人、0.2 人、0.2 人、精神科救急入院料が 1.1 人、0.3 人、0.2 人、精神科急性期治療病棟 0.6 人、0.4 人、0.1 人、精神療養病棟 0.3 人、0.2 人、0.1 人、認知症治療病棟入院料 1.4 人、0.1 人、0.2 人、特殊疾患病棟入院料 0.8 人、0.2 人、0.2 人であった。呼吸器疾患については、精神科急性期治療病棟、精神療養病棟でやや少なかった。

3 疾患について患者 1 人当たりの治療日数を見ると、呼吸器系疾患、内分泌代謝疾患、急性腹症の順に全体で、9.7 日、23.8 日、8.3 日であった。精神病棟入院基本料では 10 日、31.3 日、8.8 日、精神科救急入院料 3.5 日、7.6 日、9.3 日、精神科急性期治療病棟 10.4 日、15.8 日、9.9 日、精神療養病棟で 13.7 日、22.7 日、6.7 日、認知症治療病棟入院料 8.8 日、15.0 日、7.1 日、特殊疾患病棟入院料 8.8 日、26.3 日、8.6 日であった。精神科救急入院料では治療日数が短く、呼吸器疾患に関しては、精神療養病棟が他病棟より治療期間が長かった。なお、内分泌疾患に関しては多くの病棟で治療が長引く傾向があり、精神科身体合併症管理加算の算定期限である 15 日を超えて治療している実態が明らかとなった。

ところで、図表 1.3.3 身体合併症の状況において、A・B・C 群の患者の 1 人当たり疾病数は 2.69 となっており、多くの合併症を抱えていることが分かる。例えば、そのうちの 1 疾患が精神科身体合併症管理加算の対象の急性期の疾患であったとしても、患者は他にも慢性期の合併症を複数抱えたまま治療にあたることになるため、治療が複雑化することが想定される。高齢化の進んだ慢性期の病棟の方がその傾向は上昇するはずで、慢性期病棟の身体合併症管理の困難性が示唆される。

(2) 精神科身体合併症管理加算の対象者の転帰 (図表 2.2.2)

精神科身体合併症管理加算対象者の転帰の調査では、治癒は 60.9%で、転院 14.4%、死亡 13.2%がそれに続いた。病棟別では、対象患者数が多い精神病棟入院基本料では全体とほぼ同様の結果であったし、それ以外の病棟でも割合の差はあるものの、順位は同様であった。精神科救急入院料、認知症治療病棟では、やや治癒率が高く、精神科急性期治療病棟、精神療養病棟では転院率が高かった。死亡率については、精神科救急入院料以外では 10%前後とそれほど差が見られなかった。治癒率の高さは、精神病床での治療完結に心掛けていえるが、転院が一定割合存在することは、精神病床での治療の限界を示している。また、転院患者の疾病の調査では、第 1 は呼吸器系であったものの、第 2 は新生物、第 3 は神経系の疾患となっており、自院で診療する疾患と転院させる疾患では差異があることも関連しているようだ。

(3) 自院で実施する身体合併症患者への処置等(図表 2.2.3)

診療報酬においては、一般病棟等に重症度、医療・看護必要度に係る評価票があり、日々評価することによって、その病棟の入院料を決定している。そのうち、A 項目にてモニタリングおよび処置等を評価することとなっている。ただし、A 項目以外でも精神病床にとっては労力を要すると思われる項目があるため、それらを追加して身体合併症に対する処置等についての調査を行った。全病棟対象の調査の結果は、創傷処置 9.5%、点滴ライン(1本)9.1%、褥瘡の処置 7.5%の順に多かった。これらの、1 病棟当たりの件数は、創傷処置 4.6 件、点滴ライン(1本)4.4 件、褥瘡の処置 3.6 件であった。点滴ラインについては、1 本～3 本を合計すると 5.7 件にも上っている。精神病床では、精神疾患への対応だけでなく内科的処置が多いことが分かる。一方でシリンジポンプや輸血の実施は僅かであり、慎重な全身管理までは行っていない様子が示唆された。では、届出病棟ごとではどうだろう。精神科救急入院料で多かったのは、点滴ライン 1 本 16.6%、創傷処置 12.1%、褥瘡の処置 5.4%であり、点滴処置の多さが目立った。精神科急性期治療病棟では、点滴ライン 1 本 17.6%、褥瘡 5.4%、心電図モニター 5.4%であった。精神療養病棟は創傷処置 3.3%、点滴ライン 1 本 2.4%、褥瘡の処置 2.1%とやや少ない。認知症治療病棟入院料は、創傷処置 31.5%、褥瘡処置 21.8%、点滴ライン 1 本 10.4%となっていて、創傷処置、褥瘡処置が非常に多かった。特殊疾患病棟入院料では、創傷処置 27.6%、点滴ライン 1 本 24.1%、褥瘡処置 17.2%とそれぞれ処置が多いことに加え、酸素以外の呼吸管理 14.6%、心電図モニター12.5%、人工呼吸器による管理 0.2%となっており、他よりも身体的な重篤感がある。

(4) 精神科身体合併症管理加算の対象にならないが手がかかる処置(図表 2.2.4)

精神病棟での身体的管理に対する手当として設定された精神科身体合併症管理加算は、対象疾患が限られている。しかし実際は、加算の対象疾患以外にも職員の労力や薬剤、医療材料が必要となる疾患や状態がある。また、身体合併症管理加算は急性期の治療であるが、病棟ではそれだけでなく慢性疾患への対応もしなければならない。今回はそれらを拾い上げ、対応の実態を調査した。

全病棟の調査では、転倒既往のある患者への転倒予防が 45.6%と半数近く患者が処置を受けていた。転倒は、骨折や脳挫傷など重篤な転帰をとる事故である。精神科に入院する患者は、近年、下肢の廃用症候群を抱えた患者が多いが、指示が守れず安静が守れないという特徴や、向精神薬を投与せざるを得ない状況などがあり、他科に比べても転倒に注意を払っているが、今回の調査はそれを明らかにしたといえよう。また、頻回のバイタルチェック20.3%、糖尿病に対する毎日の血糖測定8.3%、水中毒への対応7.9%なども割合が高い。それぞれ、管理観察が不十分であれば、身体的に重症化しやすい状態に対する処置と考えられるが、本来身体的管理を想定していない精神病棟で実施するのは、負担が大きい。何らかの手当をすべきではないだろうか。

続いて、病棟ごとに見てみる。精神病棟入院基本料では、転倒予防 51.8%、頻回のバイタルチェック 20.3%、水中毒の対応 12.9%、精神科救急入院料では、頻回のバイタルチェックが 84.3%と多く、転倒予防 35.5%、mECT の管理 9.0%と続く。新規入院の患者について、精神症状のみならず身体的にも急変リスクがあり、バイタルチェックを行っている状況がうかがえる。また、mECT の実施が多いこともバイタルチェックに影響していると思われる。精神科急性期治療病棟は転倒予防 22.2%、頻回のバイタルチェック 8.3%、血糖測定 7.3%と続く。精神療養病棟では、転倒予防 29.9%、頻回のバイタルチェック 6.5%、水中毒の対応 5.6%、認知症治療病棟入院料では、転倒

予防は実に 93.5%であり、頻回のバイタルチェック 31.4%、尿量測定 8.1%、血糖測定 8.0%と続く。特殊疾患病棟入院料では、バイタルチェック 49.7%、転倒予防 37.1%、血糖測定 33.6%であった。血糖測定はどの病棟でも一定割合以上の患者が受けており、糖尿病に係る管理の手間の多さを示している。

(5) 他科受診への通院実態(図表 2.2.5)

精神病棟であっても身体的治療にもできるだけ対応するのが基本的な姿勢であると考え、専門外の疾患に対応するのは限界がある。身体状況が転院するほど逼迫していない場合、あるいは転院先が見つからない場合は、他科受診で対応することになる。全病棟を対象とした調査では、1 病棟当たり、2.8 人通院が必要な患者がおり、月平均 9.2 件通院している。そのうち、単独での受診が不可能で、職員の付き添いを要した患者は 22.2%である。付き添いの場合、最低数時間の時間が必要となると思われるが、病棟外業務は看護業務から外す必要があるため、このためだけに職員を多めに配置せざるをえないがそれに対する報酬は何ら存在しない。病棟別でみると、通院が必要な患者は、精神病棟入院基本料が 12.3 件、精神療養病棟 10.8 件と多く、専門的治療が必要な身体合併症を抱えている患者が多いことがうかがえる。また、慢性期の病棟で通院患者が多いということは、疾患も慢性期の患者が多いことが示唆される。慢性疾患でも自院のみでは必ずしも対応できていないということであろう。

(6) 終末期医療を実施している患者(図 2.2.6)

精神病棟における終末期医療の提供実態について調査を行った。507 人の患者が対象であり、1 病棟当たり 0.4 人であった。急性期の病棟での治療は僅かで、多くの患者は精神病棟入院基本料、精神療養病棟、認知症治療病棟にて治療を受けていた。

【まとめ】

精神科身体合併症管理加算の対象疾患に対する治療行為が 1 病棟当たり 1.6 人、患者 1 人当たり 12.0 日間という結果は、それぞれの病棟において 1 人以上の患者の身体合併症治療がおおむね一年中、実施されているということになる。また、精神科身体合併症管理加算の対象ではないが精神病床では負担の大きい処置まで対象を広げると、転倒予防を筆頭に様々な身体的病態に対して高頻度で対応していることが分かるし、具体的な処置についても多くの患者が処置を受けていて、特に点滴管理は非常に多い。さらに言えば、他科受診においては、本来付き添うべき家族等の協力が得られず職員が同伴するケースや、受診先から経過に詳しい職員の同伴を求められるケースもあると思われ手間がかかる。終末期医療も、慢性期病床を中心におおむね 2 病棟当たり 1 名の患者に対応している状況である。そのような状況は慢性期病棟でも急性疾患にも対応していると、慢性期疾患への対応も求められているということを示している。元来精神病床は、身体的対応を前提としていないはずであるが、急性期から慢性期の身体疾患まで幅広い対応を求められており、もはや、精神的治療や支援さえ行っていればよいというわけにはいなくなっている。

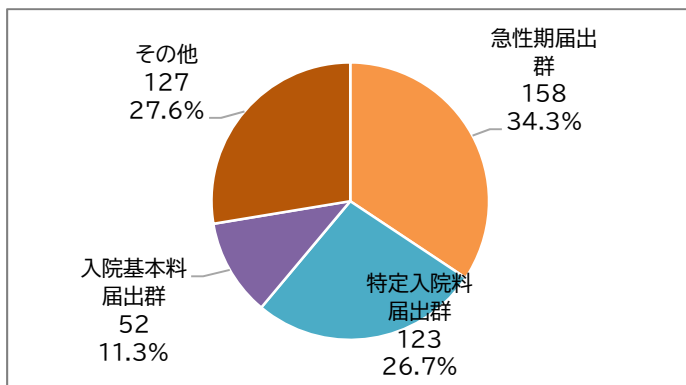
そして、呼吸器疾患が最も多いということは高齢者の増加に伴う誤嚥性肺炎の増加が示唆される。さらに転倒防止に対する処置が非常に多いということも高齢者のケアに関連しているだろう。もちろん終末期医療の多さも

同様である。認知症治療病棟などの高齢者の専門病床だけでなく、その他の病床でも高齢化の影響による身体合併症の増加が大きな負担となっているのである。

ところで、精神療養病棟については、今回の調査結果をみると、病棟数の割には患者数が少なく、したがって医療行為の件数としても少なくなっており、基礎疾患がある患者については、当該病棟での治療を回避する傾向がうかがえる。それでも一定数の身体合併症患者の治療を引き受けていることは間違いない。また、身体合併症のある患者をできるだけ入院させないように配慮している状況があったとしても、ひとたび、身体合併症が発症してしまえば、転棟させることはせずに当該病棟で医療資源の投入が行われ、治療日数はむしろ他病棟より多く、看取るまで診療している実態もある。配置職員が少ないがゆえに、身体合併症については転院または転棟をさせるべきとの意見はあるかもしれないが、様々な事情があり、当該病棟で治療せざるを得ない現実があるのであれば、そこは評価すべきではなかろうか。治療が長期に及ぶとサルコペニアのリスクも出てくる。適切な治療のためには、せめて診療報酬における精神科身体合併症管理加算の算定は認めるべきであろう。

3 調査結果

図表 1.0 許可病床による病院の機能分類 (n460)



(1) 精神病床を主とするもの ※精神病床数が全病床の80%以上（他科の病床が20%未満）のもの。	
A 群 急性期届出群	精神病棟入院基本料のうち10対1もしくは13対1入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届出しているもの。
B 群 特定入院料届出群	A 群以外の特定入院料（精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟、認知症治療病棟入院料、老人性認知症疾患療養病棟（介護保険）、特殊疾患病棟入院料（精神科））を届出しているもの。精神病棟入院基本料は15対1、18対1、20対1、特別のいずれか。
C 群 入院基本料届出群	精神科は精神病棟入院基本料（15対1、18対1、20対1、特別のいずれか）のみの届出で診療報酬は出来高である。
(2) 精神病床を従とするもの	
D 群 その他	精神科以外の診療科が主であるもので、総合病院など、精神科以外の病床数が全病床の20%超となっているもの。

【病院票】

回答医療機関 460 回答を対象に病院票の集計を行った。以下、設問ごとに結果を示す。

1-1 医療機関の基本属性(調査日 9 月 30 日現在)

(1) 標榜科目

図表 1.1.1 標榜科目 (460 病院)

	内科	精神科	神経科	神経内科	呼吸器科	消化器科	胃腸科	循環器科	小児科	外科
件数	307	459	87	128	70	80	10	82	102	98
割合	66.7%	99.8%	18.9%	27.8%	15.2%	17.4%	2.2%	17.8%	22.2%	21.3%
	整形外科	形成外科	脳神経外科	呼吸器外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	産科	婦人科	眼科
件数	110	65	83	54	103	92	63	26	32	95
割合	23.9%	14.1%	18.0%	11.7%	22.4%	20.0%	13.7%	5.7%	7.0%	20.7%
	耳鼻咽喉科	放射線科	心療内科	アレルギー科	リウマチ科	リハビリテーション科	その他			
件数	89	99	157	16	33	136	162			
割合	19.3%	21.5%	34.1%	3.5%	7.2%	29.6%	35.2%			

(A・B・C 群 精神 80%以上 333 病院)

	内科	精神科	神経科	神経内科	呼吸器科	消化器科	胃腸科	循環器科	小児科	外科
件数	193	332	72	50	6	16	2	10	11	9
割合	58.0%	99.7%	21.6%	15.0%	1.8%	4.8%	0.6%	3.0%	3.3%	2.7%
	整形外科	形成外科	脳神経外科	呼吸器外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	産科	婦人科	眼科
件数	7	2	4	2	9	2	1	1	2	4
割合	2.1%	0.6%	1.2%	0.6%	2.7%	0.6%	0.3%	0.3%	0.6%	1.2%
	耳鼻咽喉科	放射線科	心療内科	アレルギー科	リウマチ科	リハビリテーション科	その他			
件数	3	12	132	0	3	29	81			
割合	0.9%	3.6%	39.6%	0.0%	0.9%	8.7%	24.3%			

(D 群 精神 20%未満 127 病院)

	内科	精神科	神経科	神経内科	呼吸器科	消化器科	胃腸科	循環器科	小児科	外科
件数	114	127	15	78	64	64	8	72	91	89
割合	89.8%	100.0%	11.8%	61.4%	50.4%	50.4%	6.3%	56.7%	71.7%	70.1%
	整形外科	形成外科	脳神経外科	呼吸器外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	産科	婦人科	眼科
件数	103	63	79	52	94	90	62	25	30	91
割合	81.1%	49.6%	62.2%	40.9%	74.0%	70.9%	48.8%	19.7%	23.6%	71.7%
	耳鼻咽喉科	放射線科	心療内科	アレルギー科	リウマチ科	リハビリテーション科	その他			
件数	86	87	25	16	30	107	81			
割合	67.7%	68.5%	19.7%	12.6%	23.6%	84.3%	63.8%			

(2) 許可病床数

図表 1.1.2 許可病床数 (460 病院)

	総病床数	精神病床	一般病床	療養病床	結核病床	その他
1床以上		460 100.0%	126 27.4%	54 11.7%	15 3.3%	43 9.3%
病床計	149,635	93,635	49,487	3,998	195	2,716
1HPあたり	325.3	203.6	107.6	8.7	0.4	5.9
標準偏差	218.42	131.70	244.19	29.95	3.10	52.31

〔精神病床〕 460 病院

	精神病棟 入院基本料	特定機能病院 入院基本料	精神科救急・ 合併症入院料	精神科救急 入院料	精神科急性期治療 病棟入院料	児童・思春期精神科 入院医療管理料
1床以上	339 73.7%	28 6.1%	3 0.7%	75 16.3%	120 26.1%	22 4.8%
病床計	41,182	1,186	143	5,230	5,916	687
1HPあたり	89.5	2.6	0.3	11.4	12.9	1.5
標準偏差	92.34	10.78	3.87	29.69	22.62	7.16

	精神療養病 棟入院料	認知症治療 病棟入院料	老人性認知症 疾患療養病棟	特殊疾患病 棟入院料 2	地域移行機能強化 病棟入院料
1床以上	223 48.5%	151 32.8%	3 0.7%	23 5.0%	14 3.0%
病床計	25,327	10,471	172	1,832	769
1HPあたり	55.1	22.8	0.4	4.0	1.7
標準偏差	71.23	40.14	4.62	19.54	9.49

〔精神病棟入院基本料〕

計	339
10対1	12
13対1	28
15対1	275
18対1	3
20対1	3
特別	1
無回答	17

〔特定機能病院入院基本料〕

計	28
7対1	3
10対1	6
13対1	13
15対1	2
無回答	4

〔精神科救急入院料〕

計	75
入院料 1	74
入院料 2	0
無回答	1

〔精神科急性期治療病棟入院料〕

計	120
入院料 1	109
入院料 2	3
無回答	8

〔認知症治療病棟入院料〕

計	151
入院料 1	137
入院料 2	3
無回答	11

〔一般病床〕 126 病院

	ICU 病床	緩和ケア病棟入院料
1床以上	56 44.4%	16 12.7%
病床計	911	305
平均値	2.0	0.7
標準偏差	7.75	3.80

(A・B・C 群 精神 80%以上 333 病院)

	総病床数	精神病床	一般病床	療養病床	結核病床	その他
1床以上		333 100.0%	13 3.9%	21 6.3%	1 0.3%	13 3.9%
病床計	83,476	81,793	938	869	4	268
1HPあたり	250.7	245.6	2.8	2.6	0.0	0.8
標準偏差	122.19	117.16	20.17	10.69	0.22	4.58

〔精神病床〕 333 病院

	精神病棟 入院基本料	特定機能病院 入院基本料	精神科救急・ 合併症入院料	精神科救急 入院料	精神科急性期治療 病棟入院料	児童・思春期精神科 入院医療管理料
1床以上	260 78.1%	0 0.0%	0 0.0%	63 18.9%	108 32.4%	15 4.5%
病床計	35,650	0	0	4,586	5,366	429
1HPあたり	107.1	0.0	0.0	13.8	16.1	1.3
標準偏差	96.98	0.00	0.00	33.07	24.41	6.45

	精神療養病 棟入院料	認知症治療 病棟入院料	老人性認知症 疾患療養病棟	特殊疾患 病棟入院料 2	地域移行機能強化 病棟入院料
1床以上	209 62.8%	128 38.4%	3 0.9%	21 6.3%	13 3.9%
病床計	23,944	8,508	172	1,716	709
1HPあたり	71.9	25.5	0.5	5.2	2.1
標準偏差	74.26	38.72	5.43	22.41	10.62

〔精神病棟入院基本料〕

計	260
10対1	1
13対1	6
15対1	236
18対1	3
20対1	3
特別	0
無回答	11

〔特定機能病院入院基本料〕

計	0
7対1	0
10対1	0
13対1	0
15対1	0
無回答	0

〔精神科救急入院料〕

計	63
入院料 1	62
入院料 2	0
無回答	1

〔精神科急性期治療病棟入院料〕

計	108
入院料 1	99
入院料 2	3
無回答	6

〔認知症治療病棟入院料〕

計	128
入院料 1	118
入院料 2	3
無回答	7

〔一般病床〕 13 病院

	ICU 病床	緩和ケア病棟入院料
1床以上	1 7.7%	1 7.7%
病床計	8	5
1HPあたり	0.0	0.0
標準偏差	0.44	0.27

(D 群 精神 20%未満 127 病院)

	総病床数	精神病床	一般病床	療養病床	結核病床	その他
1 床以上		127 100.0%	113 89.0%	33 26.0%	14 11.0%	30 23.6%
病床計	66,159	11,842	48,549	3,129	191	2,448
1 HP あたり	520.9	93.2	382.3	24.6	1.5	19.3
標準偏差	284.22	100.14	332.68	50.96	5.75	98.02

〔精神病床〕 127 病院

	精神病棟 入院基本料	特定機能病院 入院基本料	精神科救急・ 合併症入院料	精神科救急 入院料	精神科急性期治療 病棟入院料	児童・思春期精神科 入院医療管理料
1 床以上	79 62.2%	28 22.0%	3 2.4%	12 9.4%	12 9.4%	7 5.5%
病床計	5,532	1,186	143	644	550	258
1 HP あたり	43.6	9.3	1.1	5.1	4.3	2.0
標準偏差	57.51	18.91	7.31	16.40	13.78	8.74

	精神療養病 棟入院料	認知症治療 病棟入院料	老人性認知症 疾患療養病棟	特殊疾患 病棟入院料 2	地域移行機能強化 病棟入院料
1 床以上	14 11.0%	23 18.1%	0 0.0%	2 1.6%	1 0.8%
病床計	1,383	1,963	0	116	60
1 HP あたり	10.9	15.5	0.0	0.9	0.5
標準偏差	34.97	42.78	0.00	7.23	5.30

〔精神病棟入院基本料〕

計	79
10 対 1	11
13 対 1	22
15 対 1	39
18 対 1	0
20 対 1	0
特別	1
無回答	6

〔特定機能病院入院基本料〕

計	28
7 対 1	3
10 対 1	6
13 対 1	13
15 対 1	2
無回答	4

〔精神科救急入院料〕

計	12
入院料 1	12
入院料 2	0
無回答	0

〔精神科急性期治療病棟入院料〕

計	12
入院料 1	10
入院料 2	0
無回答	2

〔認知症治療病棟入院料〕

計	23
入院料 1	19
入院料 2	0
無回答	4

〔一般病床〕 113 病院

	ICU 病床	緩和ケア病棟入院料
1 床以上	55 48.7%	15 13.3%
病床計	903	300
1 HP あたり	7.1	2.4
標準偏差	13.44	6.93

(3) 医師数

図表 1.1.3 医師数（有効回答 450 病院）

	精神科医		身体的治療（局所を除く）を担当する医師		局所の治療を担当する医師		その他	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
人数計	3,246	2,099.8	5,937	2,169.7	2,270	563.3	5,977	3,020.1
1 HP あたり	7.2	4.7	13.2	4.8	5.0	1.3	13.3	6.7
標準偏差	5.61	4.39	64.36	20.62	34.66	9.13	63.82	41.80

(A・B・C 群 精神 80%以上 有効回答 326 病院)

	精神科医		身体的治療（局所を除く）を担当する医師		局所の治療を担当する医師		その他	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
人数計	2,295	1,689.8	177	579.9	217	141.3	289	486.2
1 HP あたり	7.0	5.2	0.5	1.8	0.7	0.4	0.9	1.5
標準偏差	5.20	4.31	1.14	3.15	11.06	1.20	11.72	2.89

(D 群 精神 20%未満 有効回答 124 病院)

	精神科医		身体的治療（局所を除く）を担当する医師		局所の治療を担当する医師		その他	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
人数計	951	410.0	5,760	1,589.8	2,053	422.0	5,688	2,533.9
1 HP あたり	7.7	3.3	46.5	12.8	16.6	3.4	45.9	20.4
標準偏差	6.55	4.29	116.20	37.81	62.08	17.10	113.81	77.84

(4) 検査体制

図表 1.1.4 検査体制 (460 病院)

	MRI	CT	US	血液 (血球)	血液 (生化学)	心電図	脳波	単純 X線	造影 X線	内視鏡
件数	125	334	198	256	235	375	385	410	132	144
割合	27.2%	72.6%	43.0%	55.7%	51.1%	81.5%	83.7%	89.1%	28.7%	31.3%

	血流 シンチ	SPECT	PET
件数	68	71	38
割合	14.8%	15.4%	8.3%

[MRI]

	3テスラ以上	1.5以上3 テスラ未満	それ以外
件数	55	88	18
割合	44.0%	70.4%	14.4%

[CT]

	64列以上 マルチスライ ス	16以上64 列未満マル チスライス	4以上16 列未満マル チスライス	それ以外
件数	87	197	59	27
割合	26.0%	59.0%	17.7%	8.1%

[US]

	表在	心血管	腹部	その他
件数	131	136	198	70
割合	66.2%	68.7%	100.0%	35.4%

[内視鏡]

	気管支	上部 消化管	下部 消化管
件数	90	143	113
割合	62.5%	99.3%	78.5%

(A・B・C群 精神80%以上 333病院)

	MRI	CT	US	血液 (血球)	血液 (生化学)	心電図	脳波	単純 X線	造影 X線	内視鏡
件数	30	220	98	153	133	266	278	294	35	40
割合	9.0%	66.1%	29.4%	45.9%	39.9%	79.9%	83.5%	88.3%	10.5%	12.0%

	血流 シンチ	SPECT	PET
件数	2	2	0
割合	0.6%	0.6%	0.0%

[MRI]

	3テスラ以上	1.5以上3 テスラ未満	それ以外
件数	3	16	11
割合	10.0%	53.3%	36.7%

[CT]

	64列以上 マルチスライ ス	16以上64 列未満マル チスライス	4以上16 列未満マル チスライス	それ以外
件数	12	136	48	26
割合	5.5%	61.8%	21.8%	11.8%

[US]

	表在	心血管	腹部	その他
件数	47	49	99	29
割合	48.0%	50.0%	101.0%	29.6%

[内視鏡]

	気管支	上部 消化管	下部 消化管
件数	6	40	18
割合	15.0%	100.0%	45.0%

(D 群 精神 20%未満 127 病院)

	MRI	CT	US	血液 (血球)	血液 (生化学)	心電図	脳波	単純 X線	造影 X線	内視鏡
件数	95	114	100	103	102	109	107	116	97	104
割合	74.8%	89.8%	78.7%	81.1%	80.3%	85.8%	84.3%	91.3%	76.4%	81.9%

	血流 シンチ	SPECT	PET
件数	66	69	38
割合	52.0%	54.3%	29.9%

〔MRI〕

	3テスラ以上	1.5以上3 テスラ未満	それ以外
件数	52	72	7
割合	54.7%	75.8%	7.4%

〔CT〕

	64列以上 マルチスライ ス	16以上64 列未満マル チスライス	4以上16 列未満マル チスライス	それ以外
件数	75	61	11	1
割合	65.8%	53.5%	9.6%	0.9%

〔US〕

	表在	心血管	腹部	その他
件数	84	87	99	41
割合	84.0%	87.0%	99.0%	41.0%

〔内視鏡〕

	気管支	上部 消化管	下部 消化管
件数	84	103	95
割合	80.8%	99.0%	91.3%

(5) 治療体制

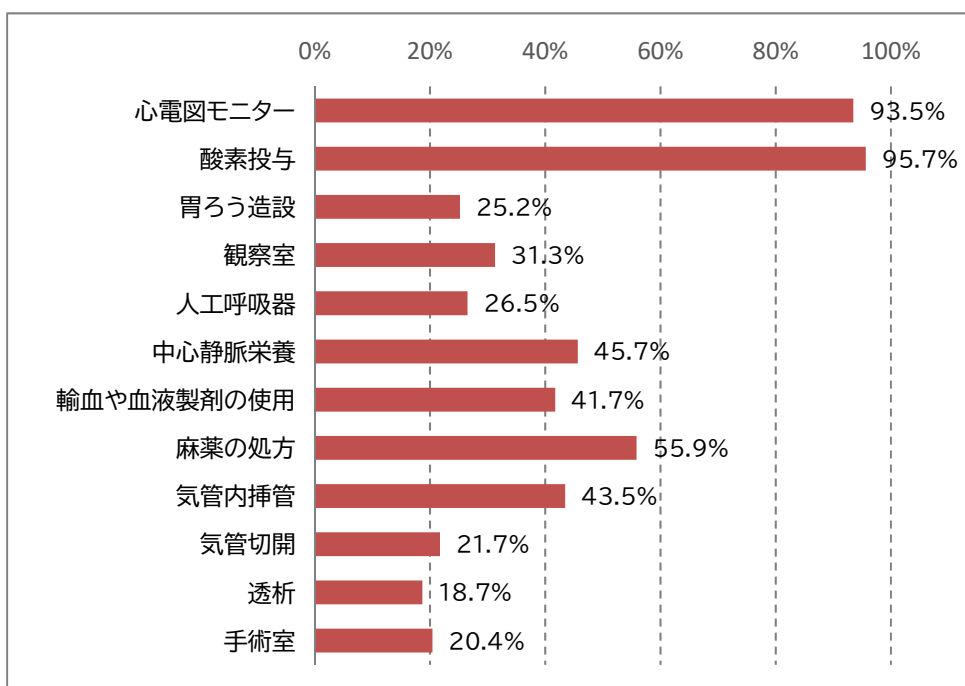
図表 1.1.5 治療体制 (460 病院)

	心電図 モニター	酸素 投与	胃ろう 造設	観察室	人工 呼吸器	中心静 脈栄養	輸血や 血液製剤 の使用	麻薬の 処方	気管内 挿管	気管切 開
件数	430	440	116	144	122	210	192	257	200	100
割合	93.5%	95.7%	25.2%	31.3%	26.5%	45.7%	41.7%	55.9%	43.5%	21.7%

	透析	手術室
件数	86	94
割合	18.7%	20.4%

〔酸素投与〕 440 病院

配管あり	369	83.9%
配管なし	66	15.0%
無回答	5	1.1%



(A・B・C群 精神 80%以上 333 病院)

	心電図 モニター	酸素 投与	胃ろう 造設	観察室	人工 呼吸器	中心静 脈栄養	輸血や 血液製剤 の使用	麻薬の 処方	気管内 挿管	気管切 開
件数	310	321	21	71	26	103	82	145	99	11
割合	93.1%	96.4%	6.3%	21.3%	7.8%	30.9%	24.6%	43.5%	29.7%	3.3%

	透析	手術室
件数	6	5
割合	1.8%	1.5%

〔酸素投与〕 321 病院

配管あり	254	79.1%
配管なし	64	19.9%
無回答	3	0.9%

(D群 精神 20%未満 127 病院)

	心電図 モニター	酸素 投与	胃ろう 造設	観察室	人工 呼吸器	中心静 脈栄養	輸血や 血液製剤 の使用	麻薬の 処方	気管内 挿管	気管切 開
件数	120	119	95	73	96	107	110	112	101	89
割合	94.5%	93.7%	74.8%	57.5%	75.6%	84.3%	86.6%	88.2%	79.5%	70.1%

	透析	手術室
件数	80	89
割合	63.0%	70.1%

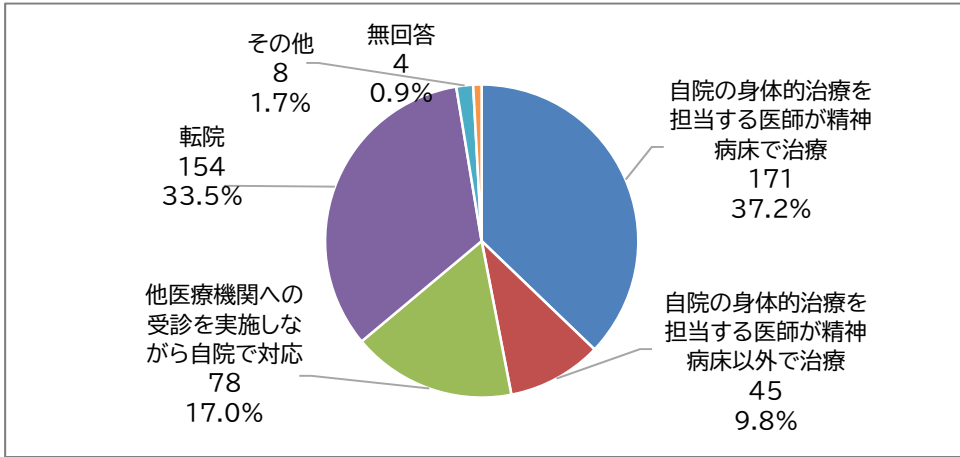
〔酸素投与〕 119 病院

配管あり	115	96.6%
配管なし	2	1.7%
無回答	2	1.7%

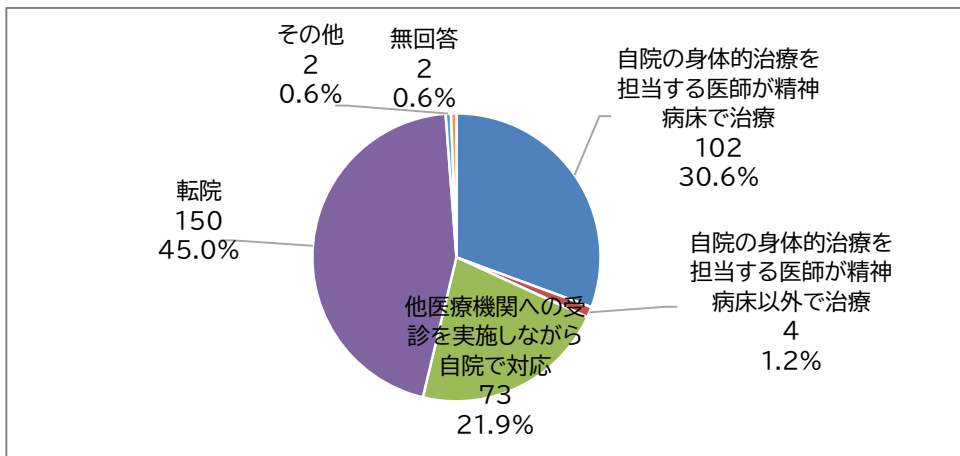
1-2 身体合併症への対応

(1) 精神科医師による治療が困難と判断した場合の身体合併症治療(最も多い対応)

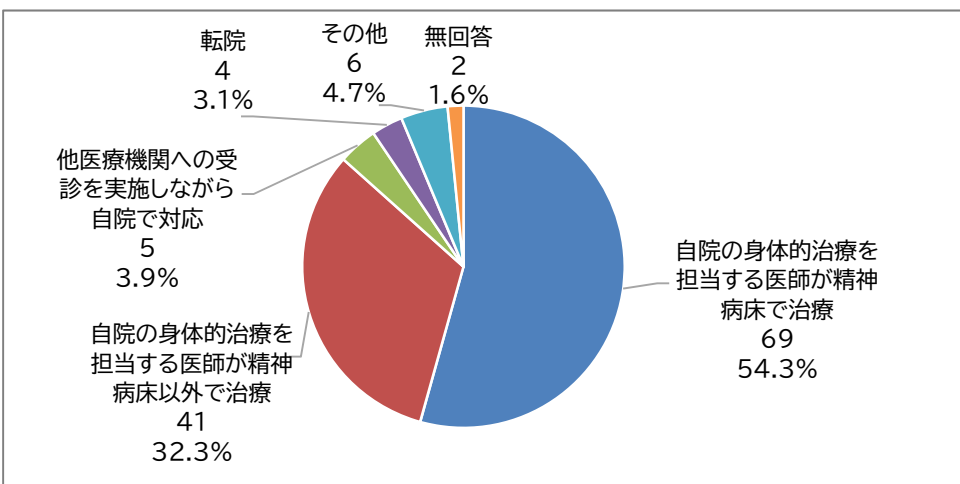
図表 1.2.1 精神科医師による治療が困難と判断した場合の身体合併症治療 (460 病院)



(A・B・C 群 精神 80%以上 333 病院)



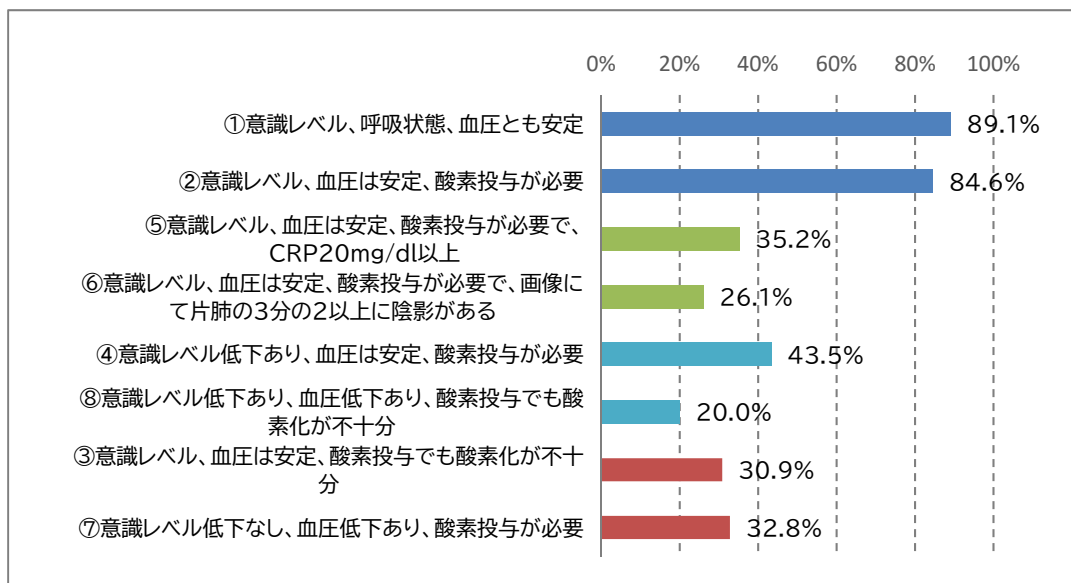
(D 群 精神 20%未満 127 病院)



(2) 既存の身体合併症がない 75 歳以上高齢者の肺炎への対応

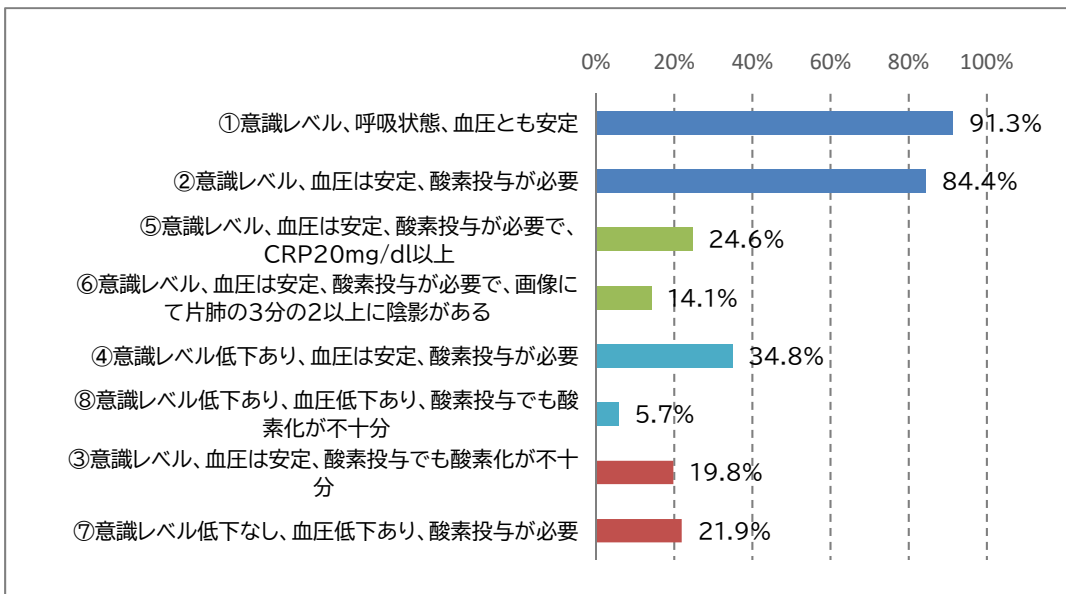
① 自院で対応可能と思われる状態（新型コロナウイルスではない、看取りを除く）

図表 1.2.2① 自院で対応可能と思われる状態（460 病院）

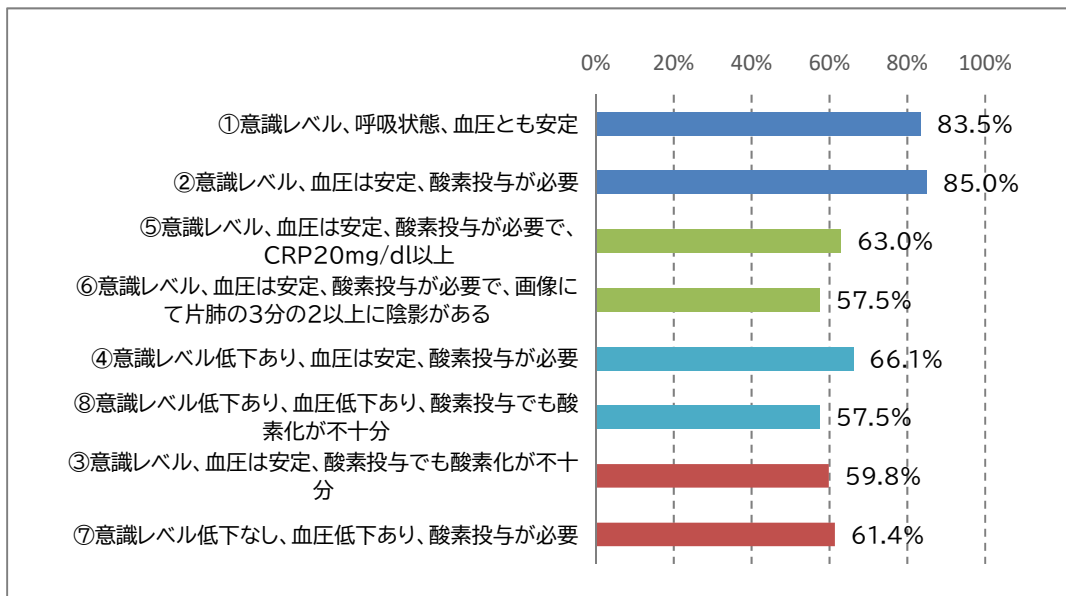


軽症	①意識レベル、呼吸状態、血圧とも安定
	②意識レベル、血圧は安定、酸素投与が必要
中等症	⑤意識レベル、血圧は安定、酸素投与が必要で、CRP20mg/d l 以上
	⑥意識レベル、血圧は安定、酸素投与が必要で、画像にて片肺の 3 分の 2 以上に陰影がある
重症	④意識レベル低下あり、血圧は安定、酸素投与が必要
	⑧意識レベル低下あり、血圧低下あり、酸素投与でも酸素化が不十分
その他	③意識レベル、血圧は安定、酸素投与でも酸素化が不十分
	⑦意識レベル低下なし、血圧低下あり、酸素投与が必要

(A・B・C 群 精神 80%以上 333 病院)



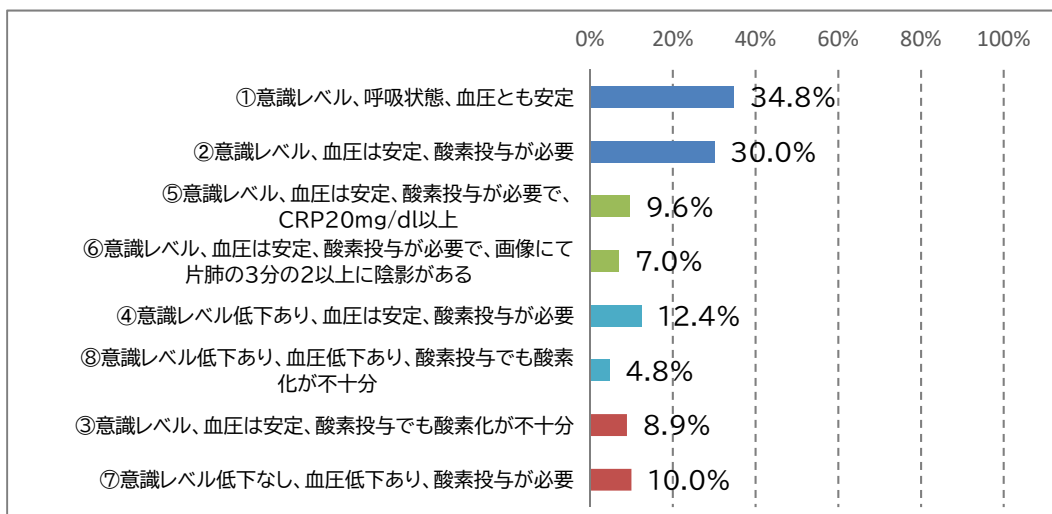
(D 群 精神 20%未満 127 病院)



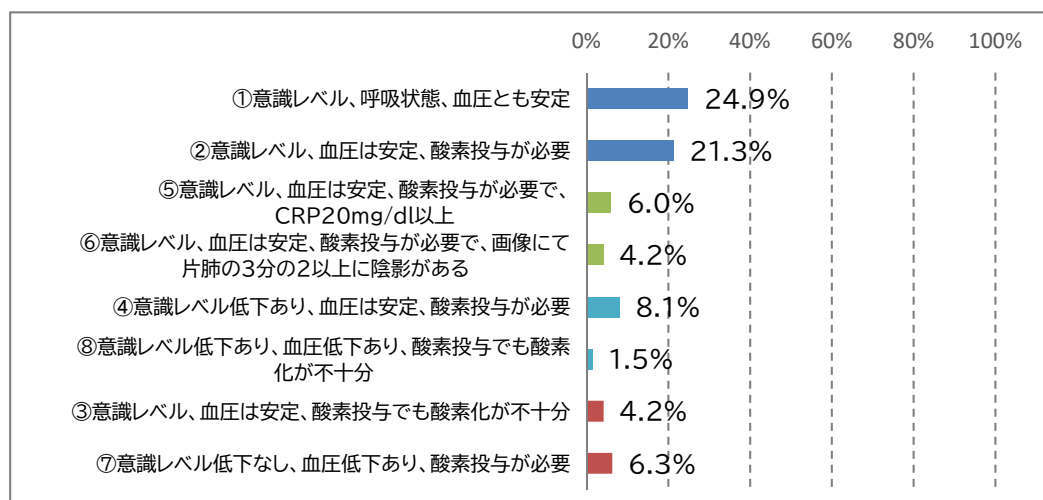
②精神科病院での対応が望ましいと思われる状態（新型コロナウイルスではない、看取りを除く）

〔精神科病院からの身体合併症患者の引き受けを実施している病院のみ回答〕

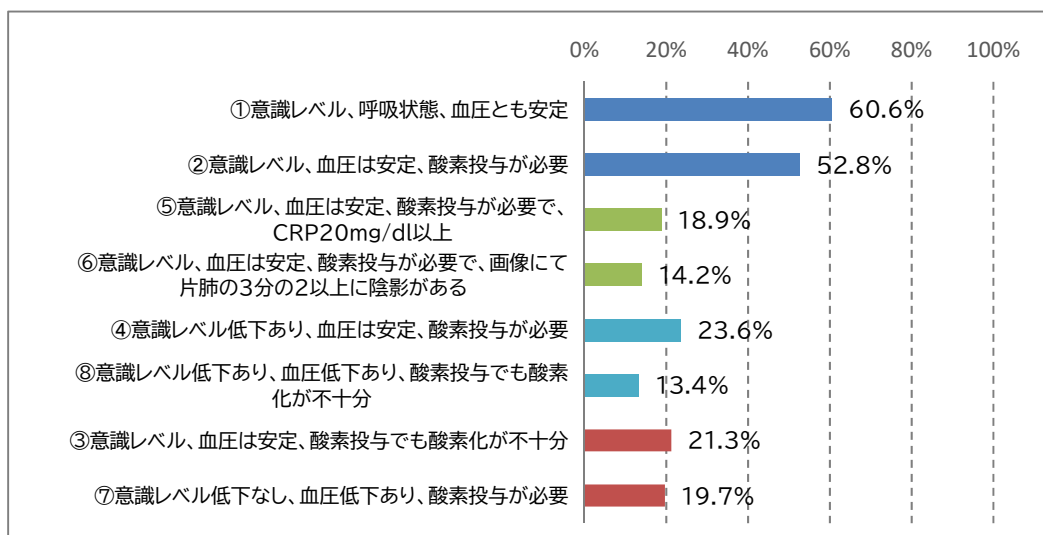
図表 1.2.2② 精神科病院での対応が望ましいと思われる状態（460 病院）



(A・B・C 群 精神 80%以上 333 病院)

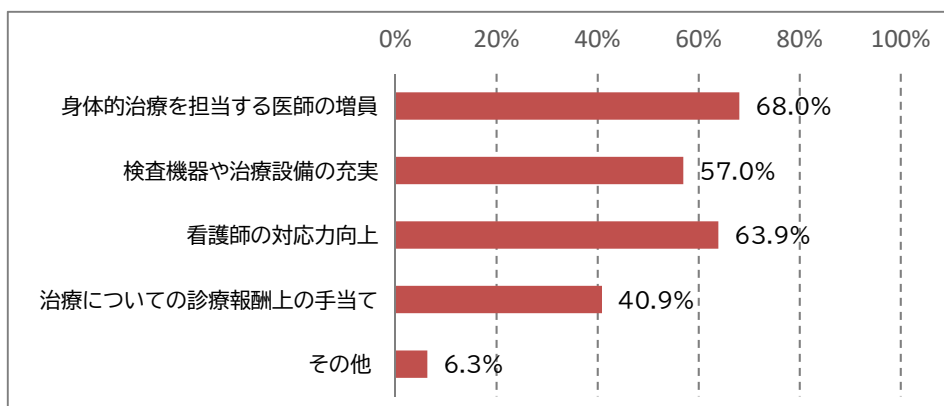


(D 群 精神 20%未満 127 病院)

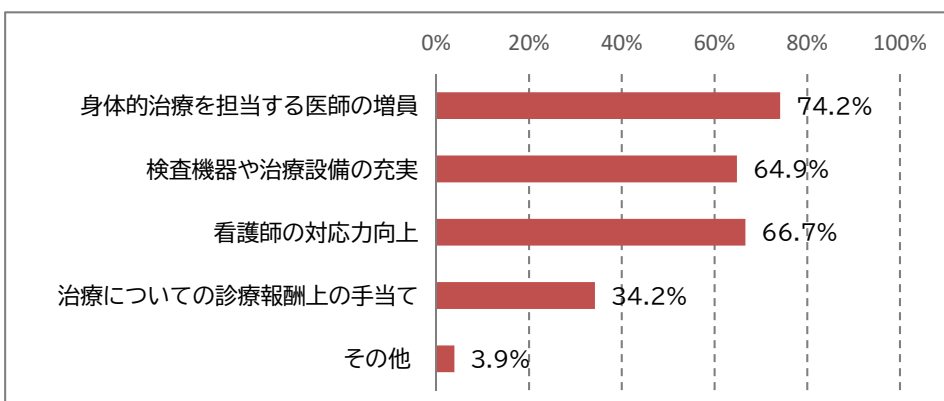


(3) 身体的重症患者の治療を行うために必要と思われるもの（最大3つまで選択）

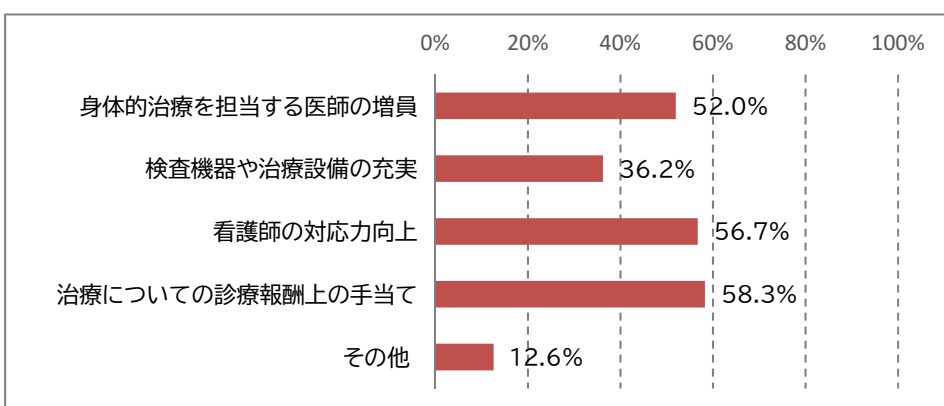
図表 1.2.3 身体的重症患者の治療を行うために必要と思われるもの（460 病院）



(A・B・C 群 精神 80%以上 333 病院)



(D 群 精神 20%未満 127 病院)

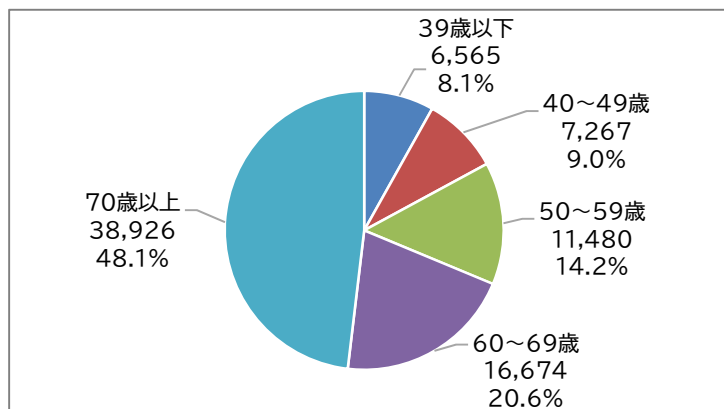


1-3 精神病床入院患者の状況（調査日9月30日現在）

(1) 入院患者数

①年齢階級・性別

図表 1.3.1① 年齢階級別の入院患者（有効回答 457 病院、患者数 80,912 人）



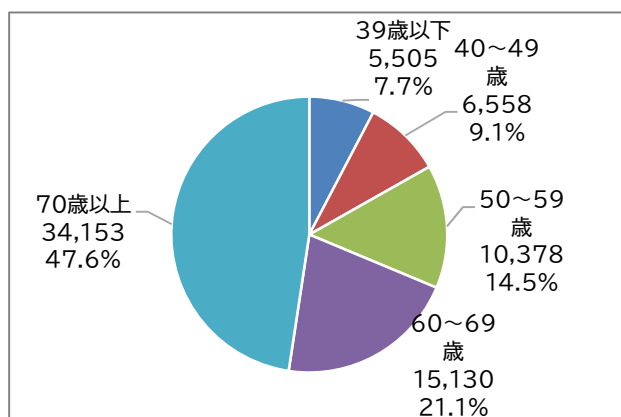
〔男性〕

	計	39歳以下	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上
患者数計	38,125	3,236	4,064	6,397	9,105	15,323
割合	100.0%	8.5%	10.7%	16.8%	23.9%	40.2%

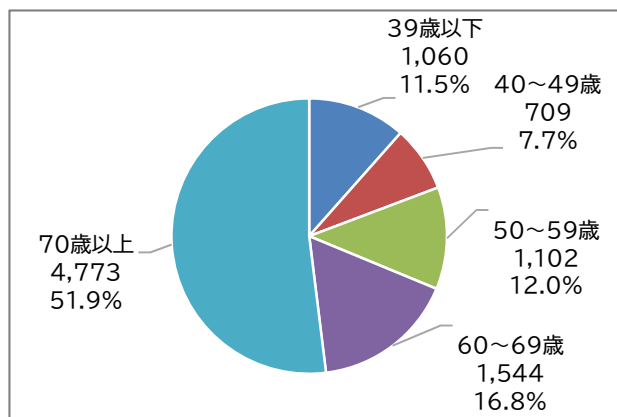
〔女性〕

	計	39歳以下	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上
患者数計	42,787	3,329	3,203	5,083	7,569	23,603
割合	100.0%	7.8%	7.5%	11.9%	17.7%	55.2%

(A・B・C群 精神80%以上 333病院)

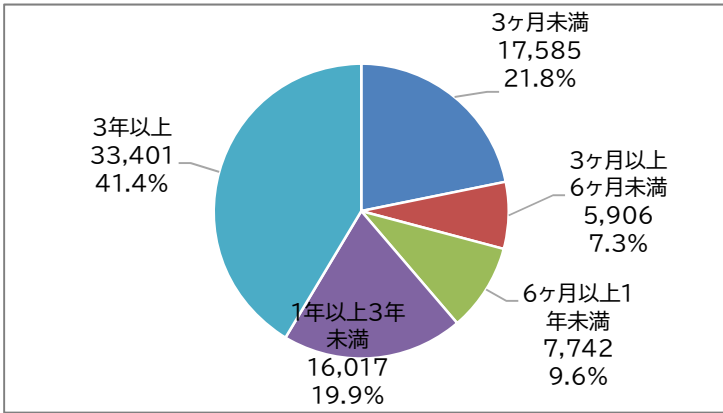


(D群 精神20%未満 有効回答 124病院)

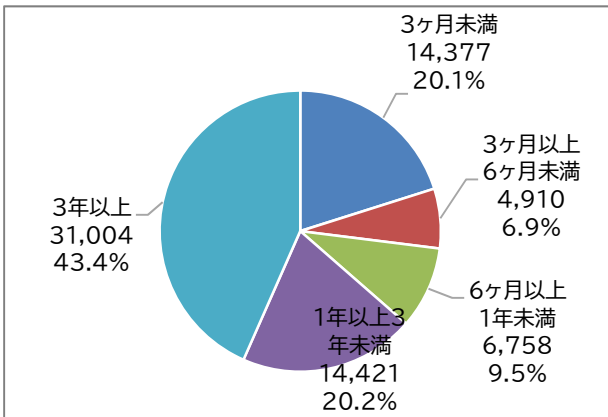


②入院期間別

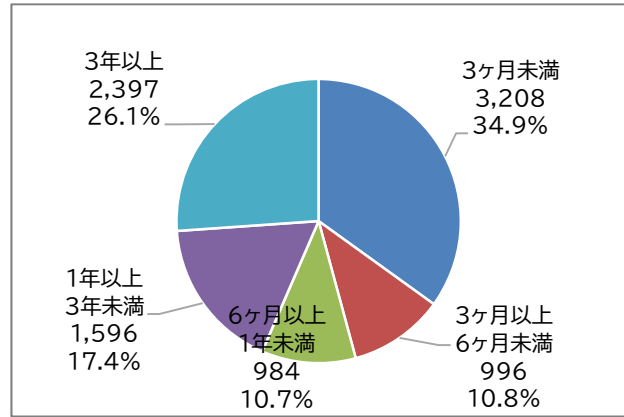
図表 1.3.1② 入院期間別の入院患者数（有効回答 455 病院、患者数 80, 651 人）



(A・B・C 群 精神 80%以上 有効回答 332 病院)

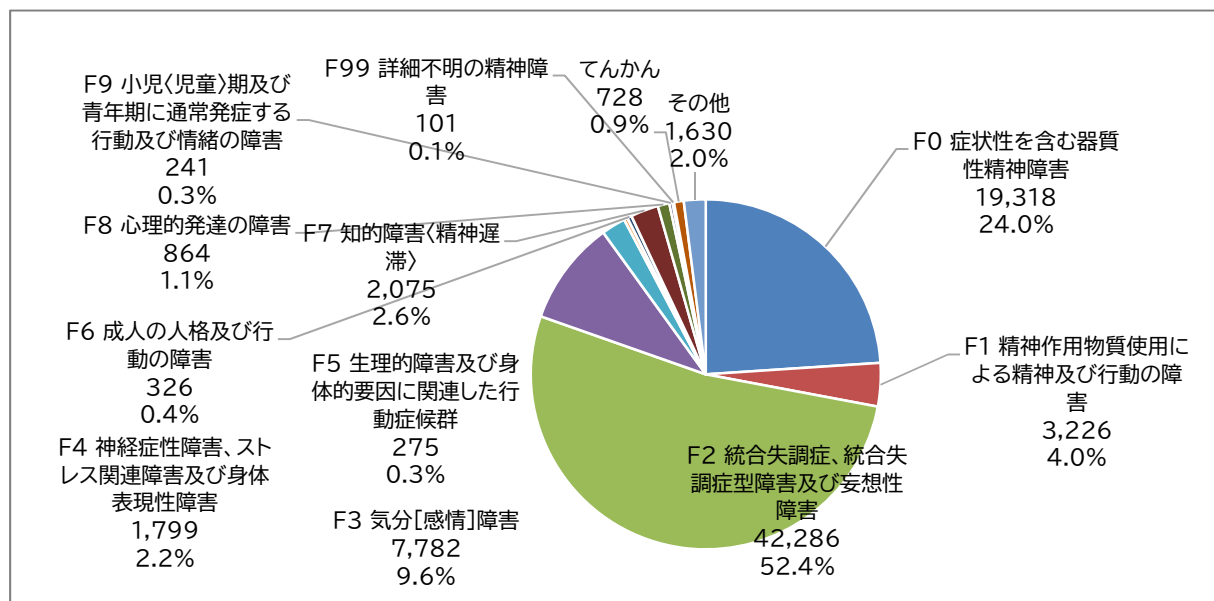


(D 群 精神 20%未満 有効回答 123 病院)



(2) 主な精神疾患の状況

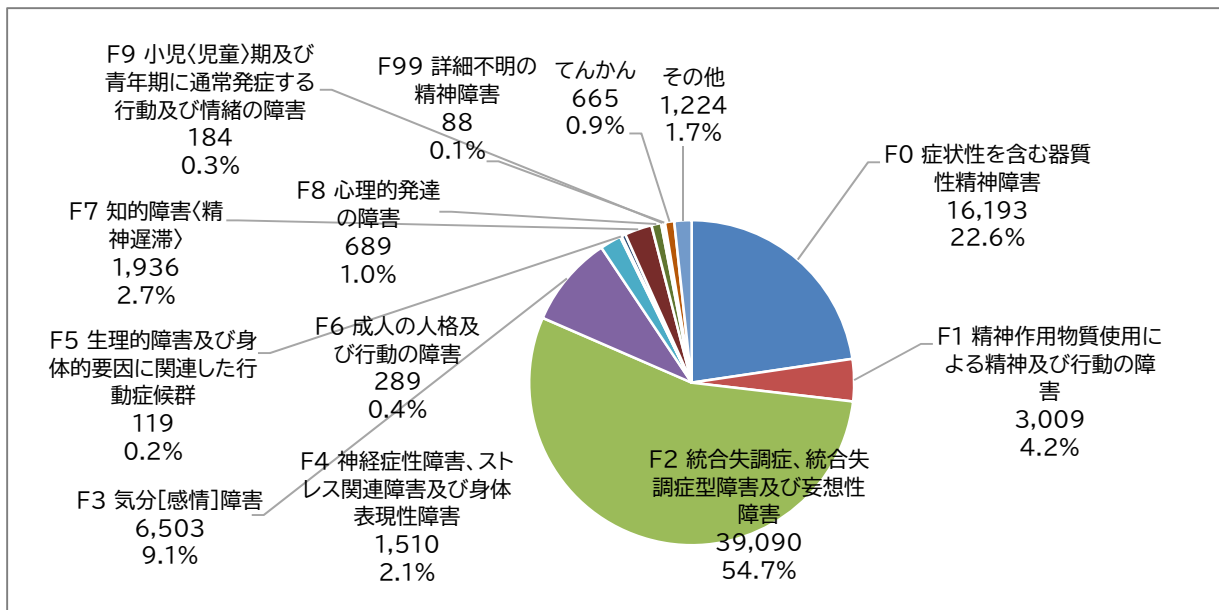
図表 1.3.2 主な精神疾患の状況（有効回答 457 病院、患者数 80,651）



	患者計	F0 症状性を含む器質性精神障害	F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	F3 気分[感情]障害	F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	F6 成人の人格及び行動の障害	F7 知的障害(精神遅滞)	F8 心理的発達の障害
患者数計	80,651	19,318	3,226	42,286	7,782	1,799	275	326	2,075	864
1 病院あたり		42.3	7.1	92.5	17.0	3.9	0.6	0.7	4.5	1.9
標準偏差		52.41	16.87	76.33	14.17	4.57	1.55	1.34	14.63	4.06

	F9 小児(児童)期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	F99 詳細不明の精神障害	てんかん	その他
患者数計	241	101	728	1,630
1 病院あたり	0.5	0.2	1.6	3.6
標準偏差	1.66	0.86	6.62	10.29

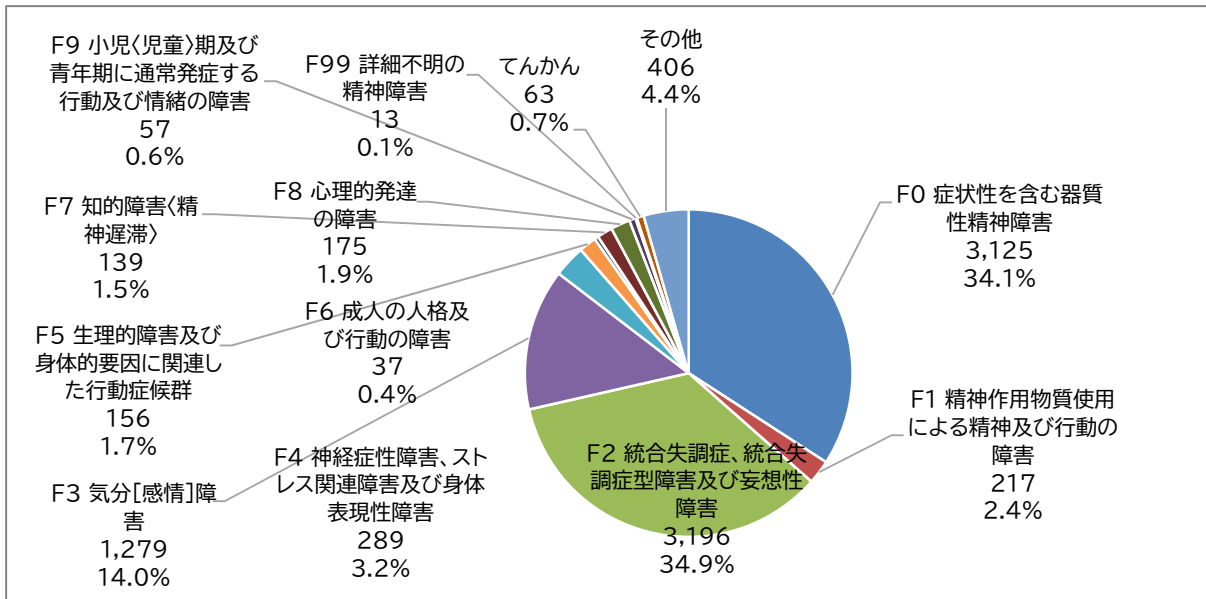
(A・B・C群 精神80%以上 333病院、患者数71,499人)



	患者計	F0 症状性を含む器質性精神障害	F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	F3 気分[感情]障害	F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	F6 成人の人格及び行動の障害	F7 知的障害<精神遅滞>	F8 心理的発達の障害
患者数計	71,499	16,193	3,009	39,090	6,503	1,510	119	289	1,936	689
1病院あたり		48.6	9.0	117.4	19.5	4.5	0.4	0.9	5.8	2.1
標準偏差		48.69	19.30	71.53	14.58	4.88	0.87	1.46	16.91	3.90

	F9 小児(児童)期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	F99 詳細不明の精神障害	てんかん	その他
患者数計	184	88	665	1,224
1病院あたり	0.6	0.3	2.0	3.7
標準偏差	1.70	0.98	7.68	9.99

(D群 精神 20%未満 127 病院、患者数 9,152 人)



	患者計	F0 症状性を含む器質性精神障害	F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	F3 気分[感情]障害	F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	F6 成人の人格及び行動の障害	F7 知的障害(精神遅滞)	F8 心理的発達の障害
患者数計	9,152	3,125	217	3,196	1,279	289	156	37	139	175
1病院あたり		25.2	1.8	25.8	10.3	2.3	1.3	0.3	1.1	1.4
標準偏差		57.94	3.03	40.20	10.37	3.05	2.49	0.77	2.21	4.42

	F9 小児(児童)期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	F99 詳細不明の精神障害	てんかん	その他
患者数計	57	13	63	406
1病院あたり	0.5	0.1	0.5	3.3
標準偏差	1.53	0.42	1.16	11.03

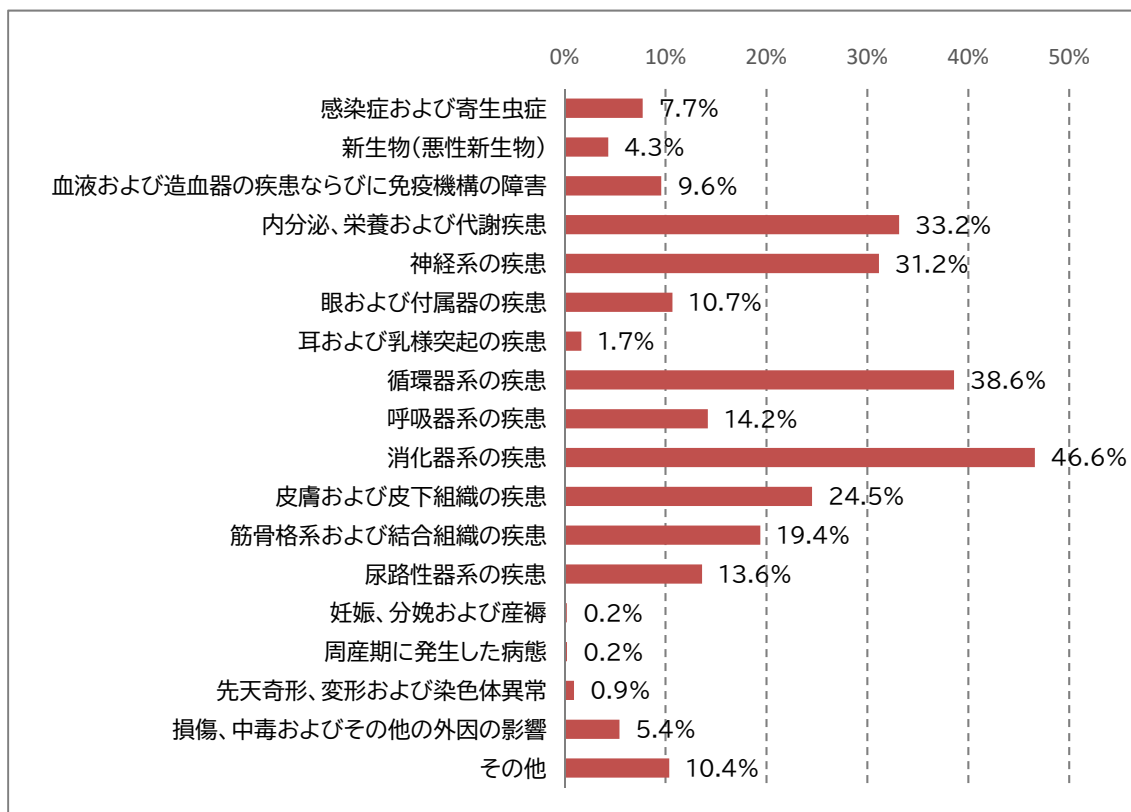
(3) 身体合併症の状況

※投薬の有無にかかわらず

※1名の患者が複数の疾患に該当する場合は全ての項目に回答

※患者実数欄が0(無回答)、および、精神病床数計を上回る票を除外

図表 1.3.3 身体合併症の状況 (有効回答 318 病院、患者数 29,382 人)

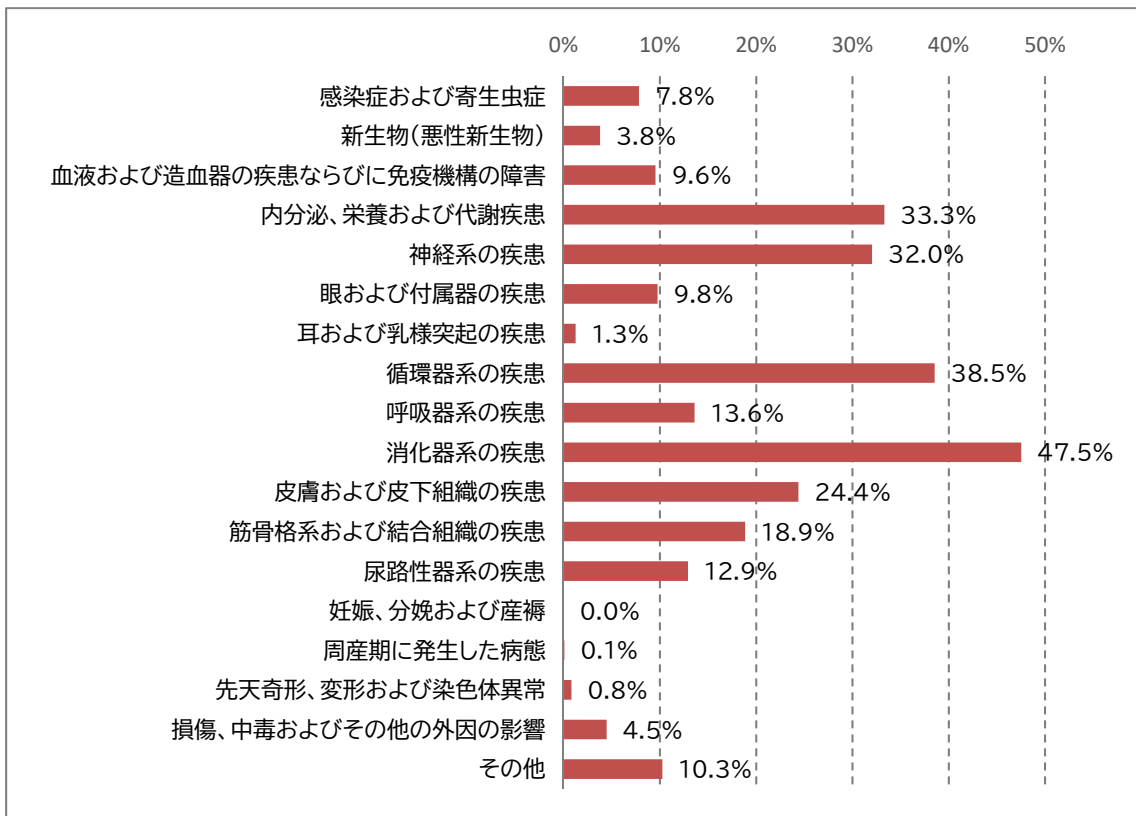


	患者数	感染症および寄生虫症	新生物(悪性新生物)	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	内分泌、栄養および代謝疾患	神経系の疾患	眼および付属器の疾患	耳および乳様突起の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患
患者数計	29,382	2,276	1,275	2,816	9,741	9,153	3,144	489	11,338	4,173
割合		7.7%	4.3%	9.6%	33.2%	31.2%	10.7%	1.7%	38.6%	14.2%

	消化器系の疾患	皮膚および皮下組織の疾患	筋骨格系および結合組織の疾患	尿路性器系の疾患	妊娠、分娩および産褥	周産期に発生した病態	先天奇形、変形および染色体異常	損傷、中毒およびその他の外因の影響	その他
患者数計	13,695	7,207	5,699	4,003	68	72	276	1,598	3,050
割合	46.6%	24.5%	19.4%	13.6%	0.2%	0.2%	0.9%	5.4%	10.4%

入院患者数	56,580	318 病院の 9 月 30 日現在の入院患者数
身体合併症割合	51.9%	
1人あたり疾患数	2.73	(延患者数/患者数)

(A・B・C群 精神 80%以上 有効回答 224 病院、患者数 26,000 人)

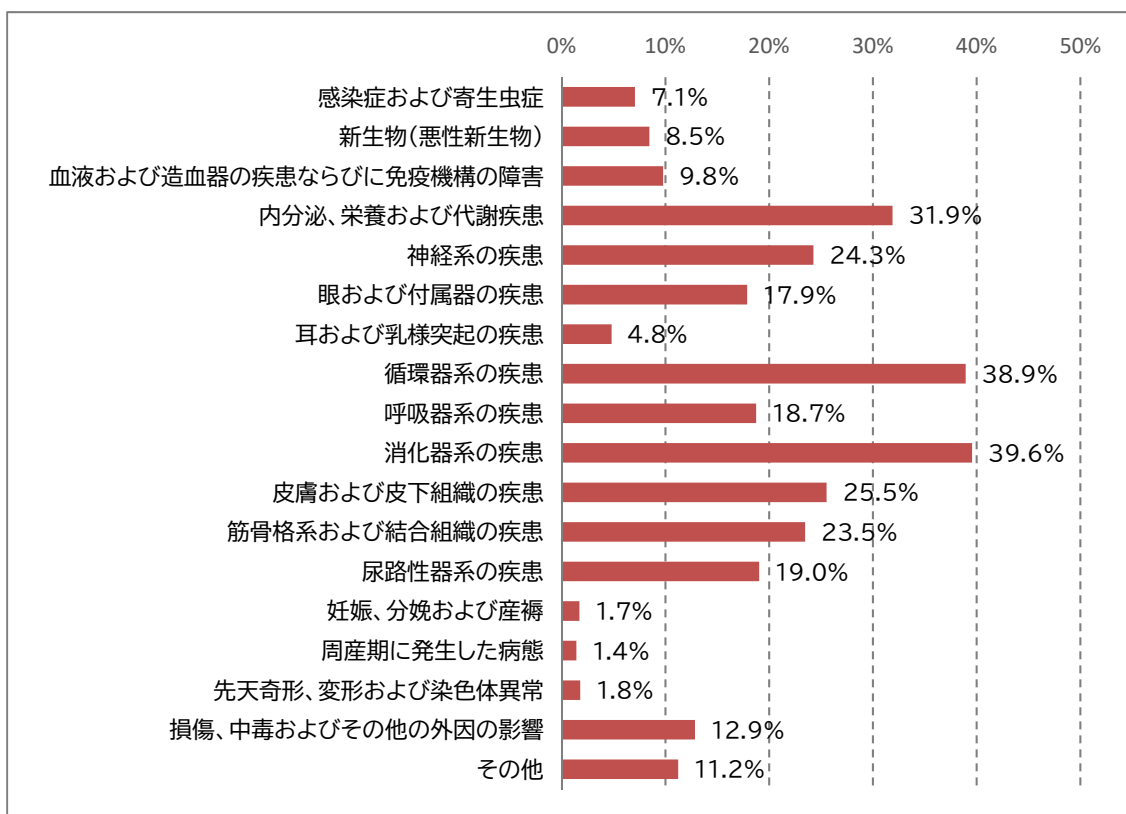


	患者数	感染症および寄生虫症	新生物(悪性新生物)	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	内分泌、栄養および代謝疾患	神経系の疾患	眼および付属器の疾患	耳および乳様突起の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患
患者数計	26,000	2,037	989	2,485	8,662	8,332	2,539	326	10,021	3,539
割合		7.8%	3.8%	9.6%	33.3%	32.0%	9.8%	1.3%	38.5%	13.6%

	消化器系の疾患	皮膚および皮下組織の疾患	筋骨格系および結合組織の疾患	尿路性器系の疾患	妊娠、分娩および産褥	周産期に発生した病態	先天奇形、変形および染色体異常	損傷、中毒およびその他の外因の影響	その他
患者数計	12,357	6,343	4,905	3,359	10	24	215	1,163	2,670
割合	47.5%	24.4%	18.9%	12.9%	0.0%	0.1%	0.8%	4.5%	10.3%

入院患者数	50,129	224 病院の 9 月 30 日現在の入院患者数
身体合併症割合	51.9%	
1 人あたり疾患数	2.69	(延患者数 / 患者数)

(D群 精神 20%未満 有効回答 94 病院、患者数 3,382 人)



	患者数	感染症および寄生虫症	新生物(悪性新生物)	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	内分泌、栄養および代謝疾患	神経系の疾患	眼および付属器の疾患	耳および乳様突起の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患
患者数計	3,382	239	286	331	1,079	821	605	163	1,317	634
割合		7.1%	8.5%	9.8%	31.9%	24.3%	17.9%	4.8%	38.9%	18.7%

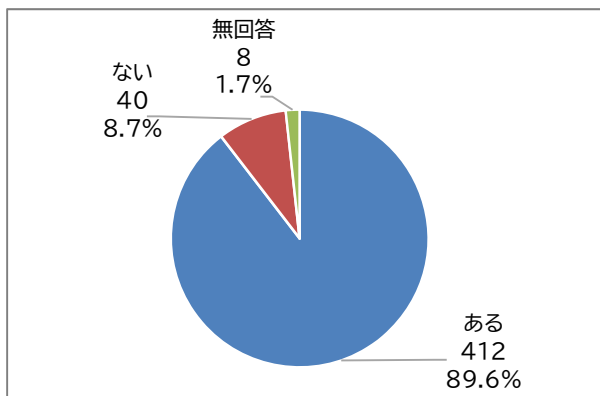
	消化器系の疾患	皮膚および皮下組織の疾患	筋骨格系および結合組織の疾患	尿路性器系の疾患	妊娠、分娩および産褥	周産期に発生した病態	先天奇形、変形および染色体異常	損傷、中毒およびその他の外因の影響	その他
患者数計	1,338	864	794	644	58	48	61	435	380
割合	39.6%	25.5%	23.5%	19.0%	1.7%	1.4%	1.8%	12.9%	11.2%

入院患者数	6,451	94 病院の 9 月 30 日現在の入院患者数
身体合併症割合	52.4%	
1 人あたり疾患数	2.99	(延患者数 / 患者数)

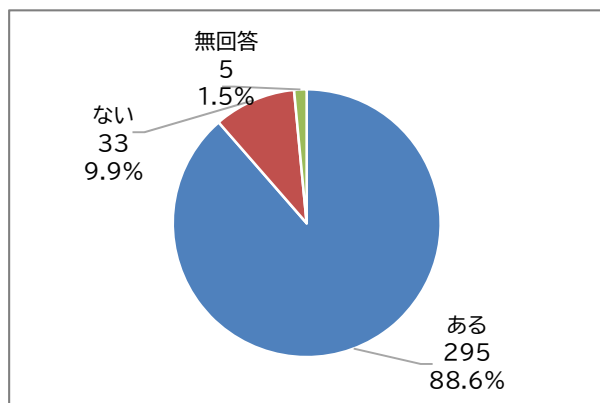
1-4 身体合併症の治療等における他の医療機関との連携

(1) 病病連携の状況

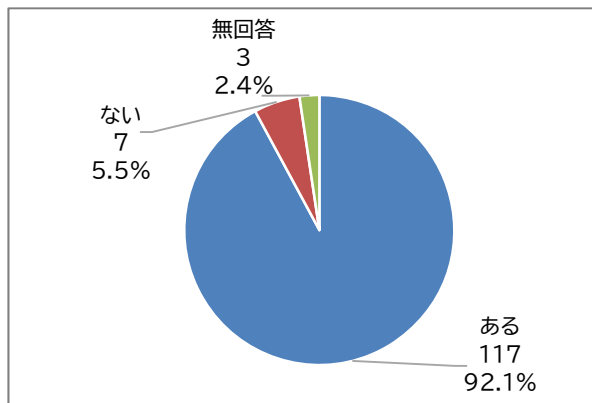
図表 1.4.1① 病病連携の担当部署 (460 病院)



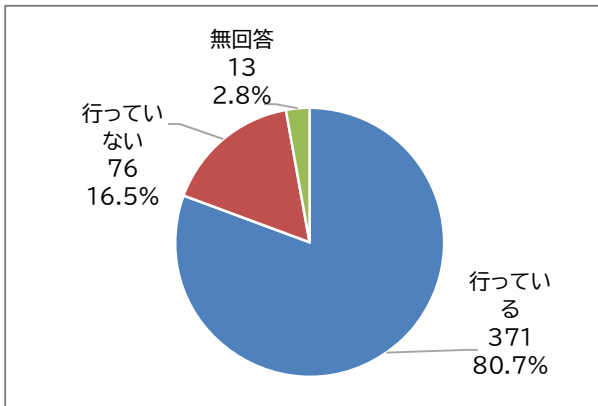
(A・B・C 群 精神 80%以上 333 病院)



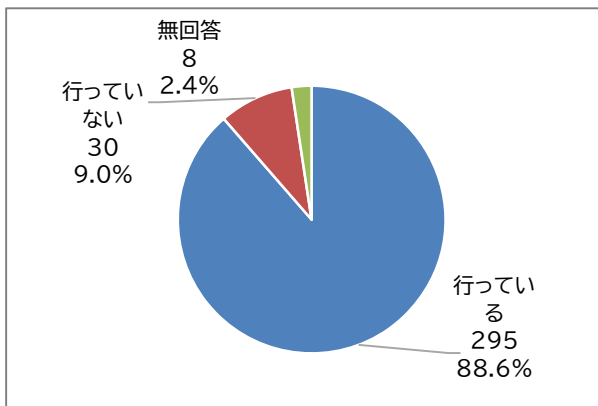
(D 群 精神 20%未満 127 病院)



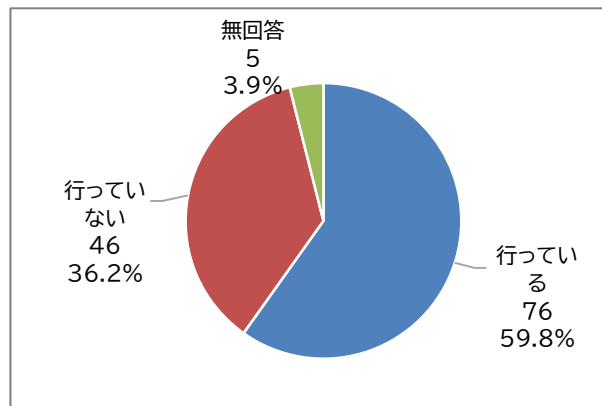
図表 1.4.1② 精神疾患で入院中の患者の身体合併症に係る他医療機関への受診での連携（460 病院）



(A・B・C 群 精神 80%以上 333 病院)

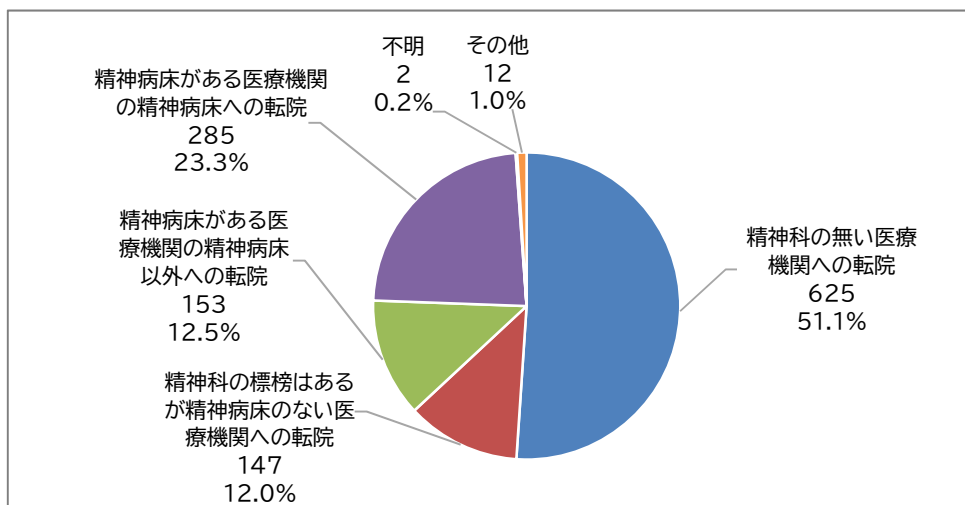


(D 群 精神 20%未満 127 病院)

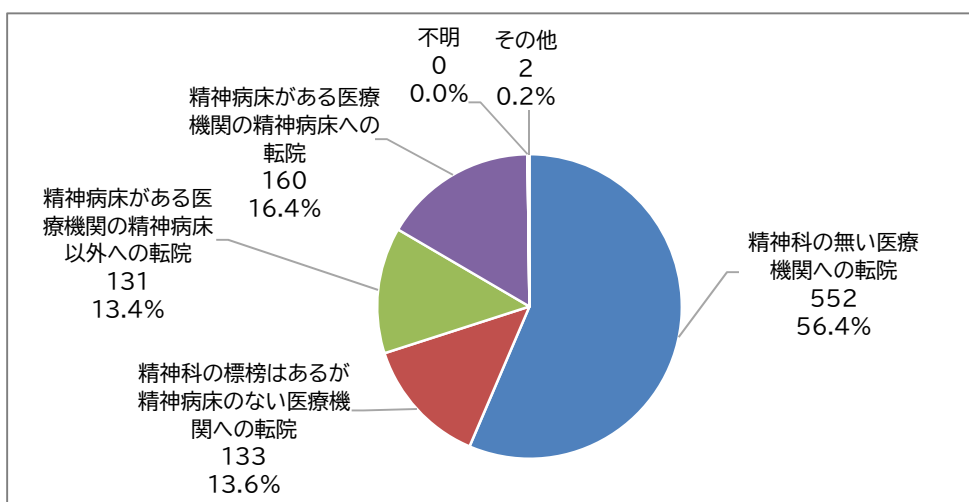


(2) 他医療機関への転院（令和2年9月1日～30日の1ヶ月間）

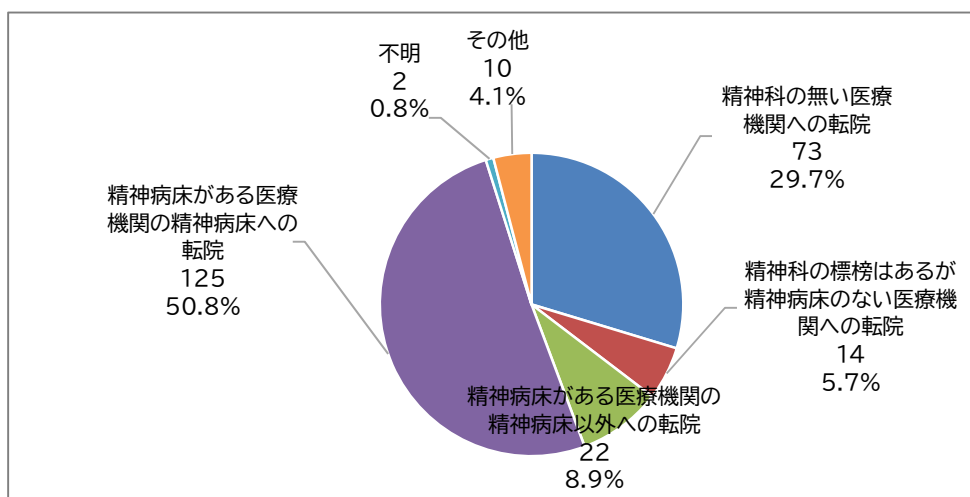
図表 1.4.2 他医療機関への転院（有効回答 457 病院、患者数 1,224 人）



(A・B・C 群 精神 80%以上 333 病院、患者数 978 人)



(D 群 精神 20%未満 有効回答 124 病院、患者数 246 人)



(3) 他医療機関への転院にかかる原因疾患・再入院等（令和2年9月1日～30日の1ヶ月間）

図表 1.4.3 転院にかかる原因疾患・再入院等（460 病院）

	感染症および寄生虫症	新生物（悪性新生物）	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	内分泌、栄養および代謝疾患	神経系の疾患	眼および付属器の疾患	耳および乳様突起の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患
転院患者 1 人以上	25	48	27	20	43	14	2	68	106
割合	5.4%	10.4%	5.9%	4.3%	9.3%	3.0%	0.4%	14.8%	23.0%
患者数計	50	57	28	37	54	19	2	119	166
逆紹介数	13	33	20	5	18	7	0	42	53
割合	26.0%	57.9%	71.4%	13.5%	33.3%	36.8%	0.0%	35.3%	31.9%
返戻までの日数計	232	521	287	411	590	41		507	1,329
1 件あたり日数	17.8	15.8	14.4	82.2	32.8	5.9		12.1	25.1
（中央値）	14.0	14.0	9.5	22.0	22.0	2.5		9.0	14.0

	消化器系の疾患	皮膚および皮下組織の疾患	筋骨格系および結合組織の疾患	尿路性器系の疾患	妊娠、分娩および産褥	周産期に発生した病態	先天奇形、変形および染色体異常	損傷、中毒およびその他の外因の影響	その他
転院患者 1 人以上	124	16	79	48	1	1	1	61	104
割合	27.0%	3.5%	17.2%	10.4%	0.2%	0.2%	0.2%	13.3%	22.6%
患者数計	193	26	128	65	2	1	1	100	182
逆紹介数	104	6	59	34	2	1	0	44	70
割合	53.9%	23.1%	46.1%	52.3%	100.0%	100.0%	0.0%	44.0%	38.5%
返戻までの日数計	2,044	436	1,134	388	15	5		767	905
1 件あたり日数	19.7	72.7	19.2	11.4	7.5	5.0		17.4	12.9
（中央値）	13.3	8.0	18.0	11.0	7.5	5.0		9.5	8.0

(A・B・C 群 精神 80%以上 333 病院)

	感染症および寄生虫症	新生物(悪性新生物)	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	内分泌、栄養および代謝疾患	神経系の疾患	眼および付属器の疾患	耳および乳様突起の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患
転院患者 1 人以上	20	40	21	17	33	10	2	62	96
割合	6.0%	12.0%	6.3%	5.1%	9.9%	3.0%	0.6%	18.6%	28.8%
患者数計	43	47	22	33	41	14	2	105	148
逆紹介数	7	28	16	3	12	4	0	36	45
割合	16.3%	59.6%	72.7%	9.1%	29.3%	28.6%	0.0%	34.3%	30.4%
返戻までの日数計	79	511	233	325	292	39		477	1,243
1 件あたり日数	11.3	18.3	14.6	108.3	24.3	9.8		13.3	27.6
(中央値)	14.0	14.5	9.5	13.0	19.0	4.0		10.0	14.0

	消化器系の疾患	皮膚および皮下組織の疾患	筋骨格系および結合組織の疾患	尿路性器系の疾患	妊娠、分娩および産褥	周産期に発生した病態	先天奇形、変形および染色体異常	損傷、中毒およびその他の外因の影響	その他
転院患者 1 人以上	108	11	67	41	0	0	1	47	84
割合	32.4%	3.3%	20.1%	12.3%	0.0%	0.0%	0.3%	14.1%	25.2%
患者数計	162	20	108	53	0	0	1	65	146
逆紹介数	81	2	48	29	0	0	0	25	54
割合	50.0%	10.0%	44.4%	54.7%	0.0%	0.0%	0.0%	38.5%	37.0%
返戻までの日数計	1,743	188	1,010	374				556	797
1 件あたり日数	21.5	94.0	21.0	12.9				22.2	14.8
(中央値)	13.7	84.0	19.0	11.5				10.5	9.0

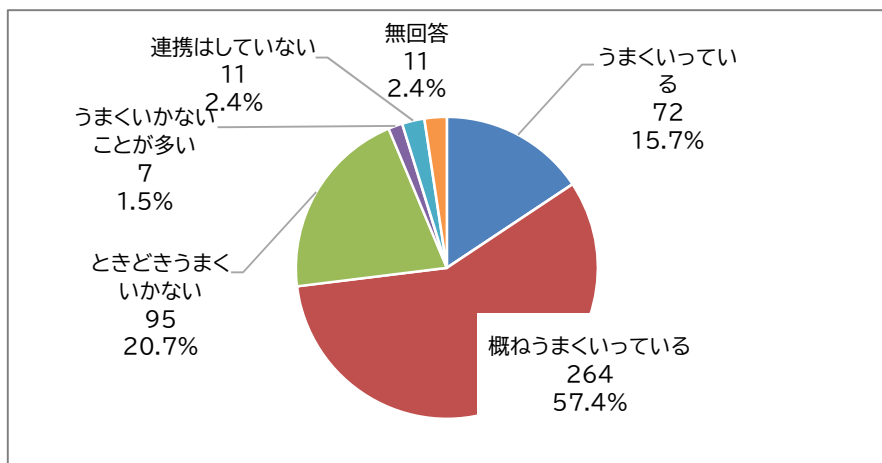
(D 群 精神 20%未満 127 病院)

	感染症および寄生虫症	新生物(悪性新生物)	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	内分泌、栄養および代謝疾患	神経系の疾患	眼および付属器の疾患	耳および乳様突起の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患
転院患者 1 人以上	5	8	6	3	10	4	0	6	10
割合	3.9%	6.3%	4.7%	2.4%	7.9%	3.1%	0.0%	4.7%	7.9%
患者数計	7	10	6	4	13	5	0	14	18
逆紹介数	6	5	4	2	6	3	0	6	8
割合	85.7%	50.0%	66.7%	50.0%	46.2%	60.0%	0.0%	42.9%	44.4%
返戻までの日数計	153	10	54	86	298	2		42	86
1 件あたり日数	25.5	2.0	13.5	43.0	49.7	0.7		7.0	10.8
(中央値)	21.0	3.0	13.5	43.0	35.0	1.0		7.0	12.0

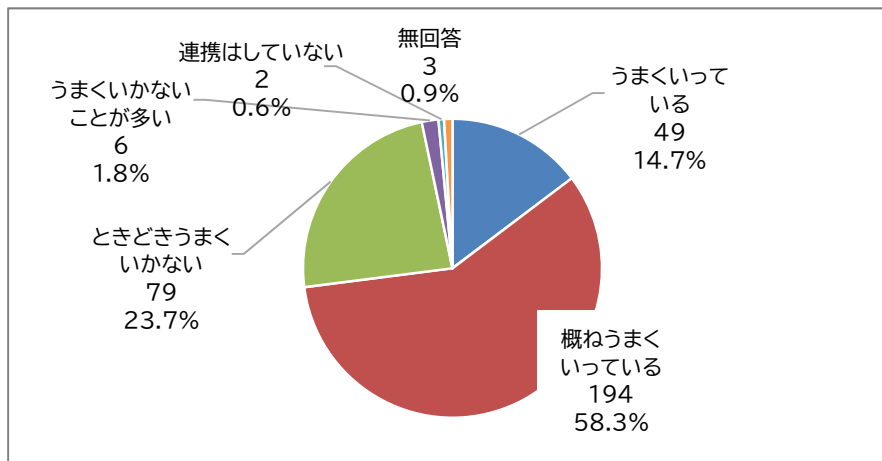
	消化器系の疾患	皮膚および皮下組織の疾患	筋骨格系および結合組織の疾患	尿路性器系の疾患	妊娠、分娩および産褥	周産期に発生した病態	先天奇形、変形および染色体異常	損傷、中毒およびその他の外因の影響	その他
転院患者 1 人以上	16	5	12	7	1	1	0	14	20
割合	12.6%	3.9%	9.4%	5.5%	0.8%	0.8%	0.0%	11.0%	15.7%
患者数計	31	6	20	12	2	1	0	35	36
逆紹介数	23	4	11	5	2	1	0	19	16
割合	74.2%	66.7%	55.0%	41.7%	100.0%	100.0%	0.0%	54.3%	44.4%
返戻までの日数計	301	248	124	14	15	5		211	108
1 件あたり日数	13.1	62.0	11.3	2.8	7.5	5.0		11.1	6.8
(中央値)	12.0	8.0	4.0	0.0	7.5	5.0		9.5	2.0

(4) ①身体合併症治療等にかかる他医療機関との連携

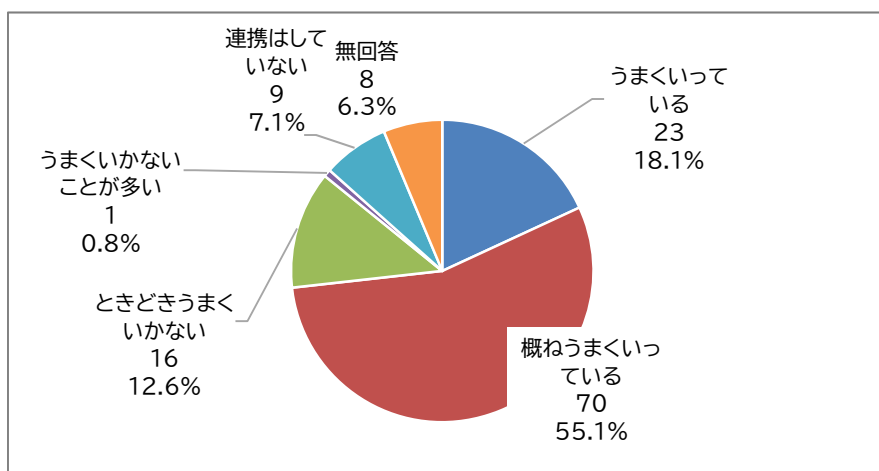
図表 1.4.4① 身体合併症治療等にかかる他医療機関との連携 (460 病院)



(A・B・C 群 精神 80%以上 333 病院)



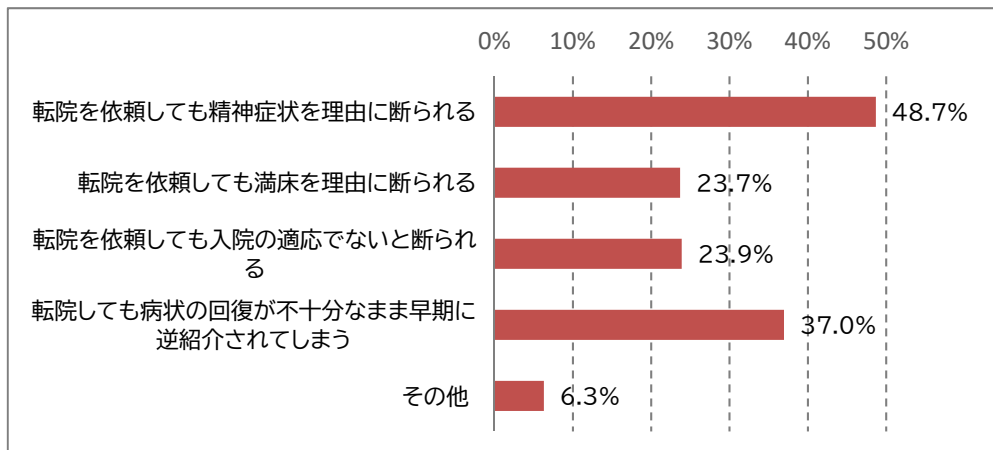
(D 群 精神 20%未満 127 病院)



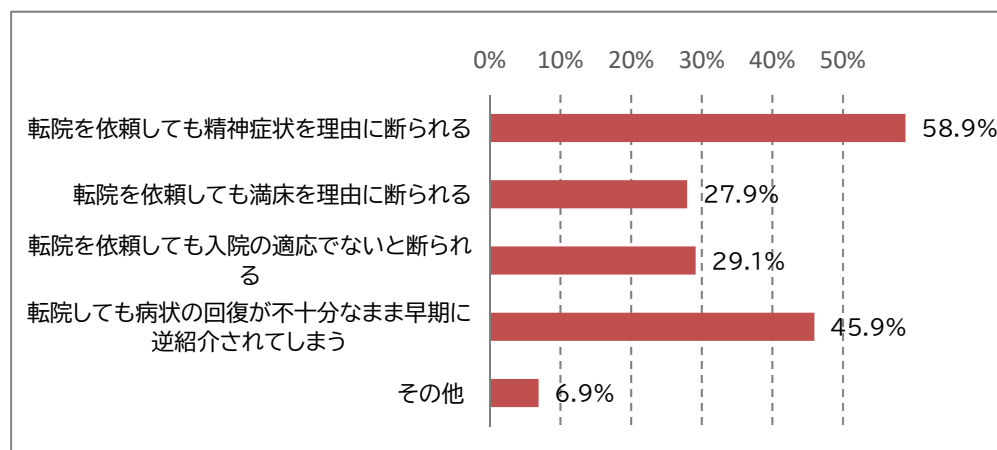
(4) ②精神科病院から他医療機関への転院を打診する際の連携の課題（最大3つまで選択）

〔身体合併症の治療等について、主に転院を受ける側の医療機関について回答不要〕

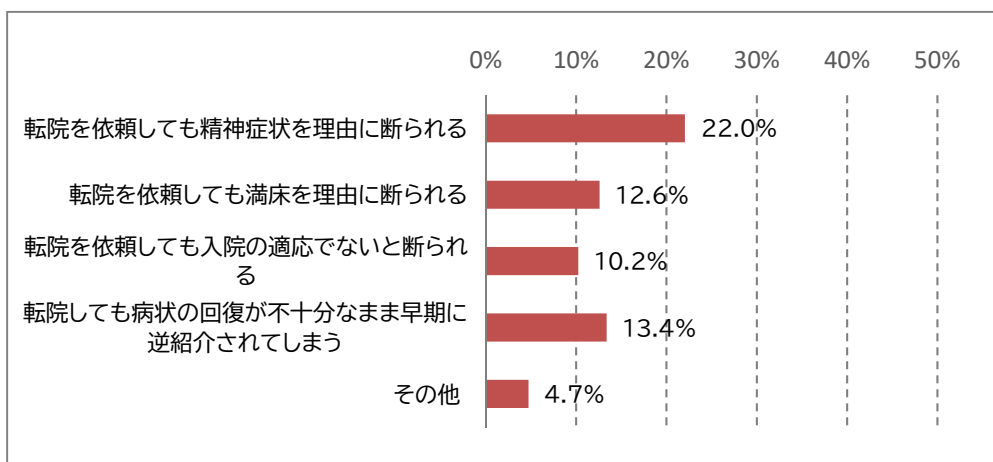
図表 1.4.4② 他医療機関への転院を打診する際の連携の課題（460 病院）



(A・B・C 群 精神 80%以上 333 病院)



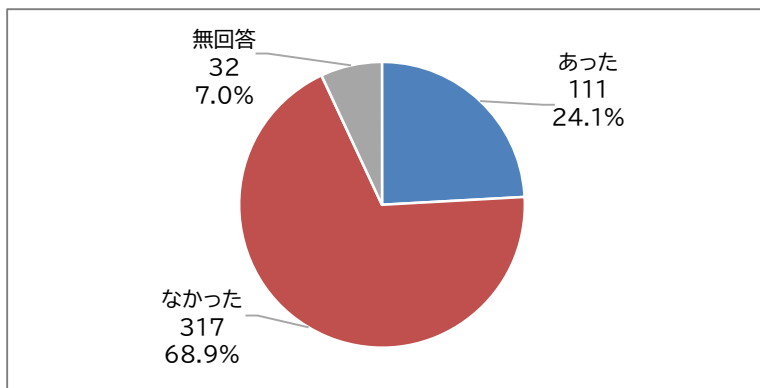
(D 群 精神 20%未満 127 病院)



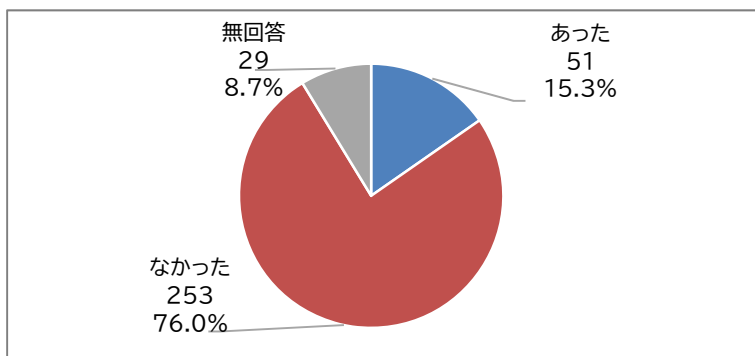
1-5 精神科単科病院等からの受入、治療等の状況

(1) 令和2年9月の精神科単科病院等からの受入、治療等の有無

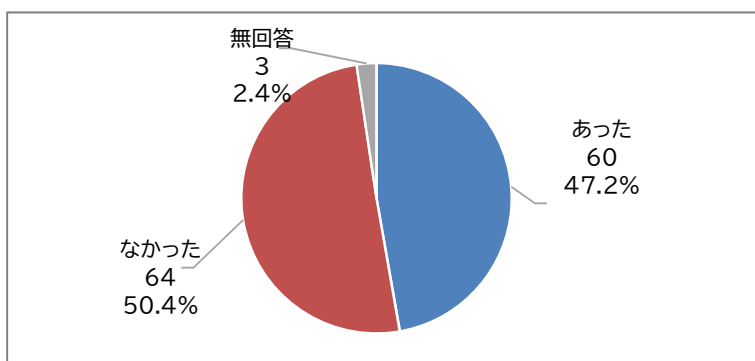
図表 1.5.1 令和2年9月の受入、治療等の有無（460病院）



(A・B・C群 精神80%以上 333病院)

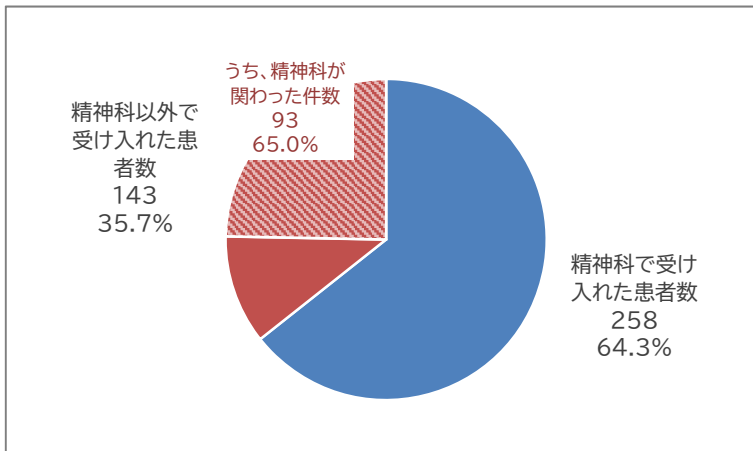


(D群 精神20%未満 127病院)

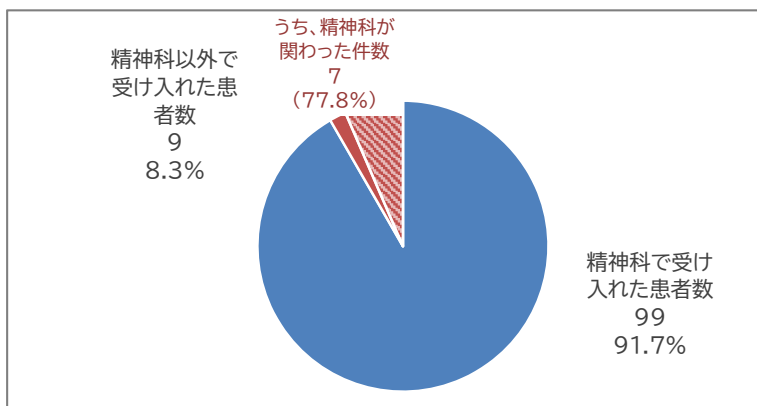


(2) 身体合併症治療のための受入状況（受け入れが「あった」場合）

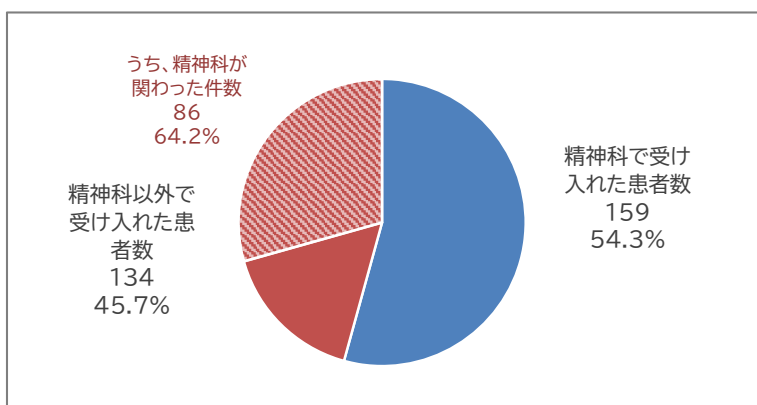
図表 1.5.2 身体合併症治療のための受入状況（有効回答 111 病院、患者数 401 人）



(A・B・C 群 精神 80%以上 有効回答 51 病院、患者数 108 人)

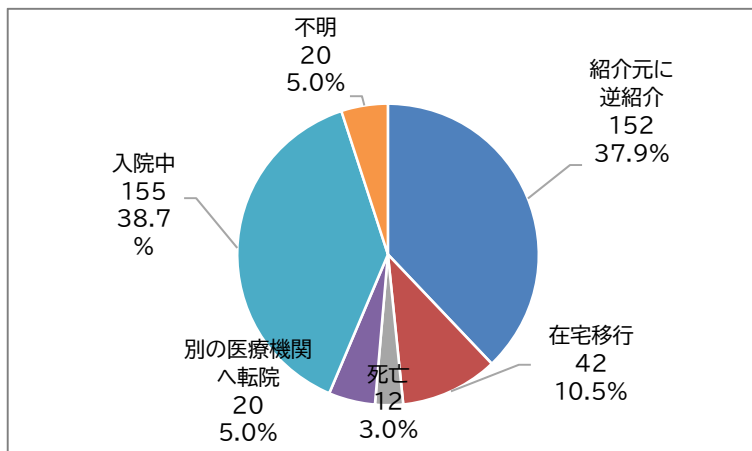


(D 群 精神 20%未満 有効回答 60 病院、293 人)

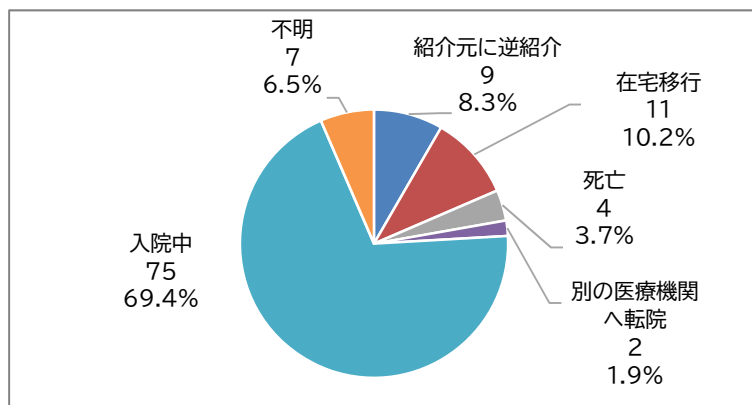


(3) 治療後の状況(受け入れ患者の令和2年10月30日時点の転帰)

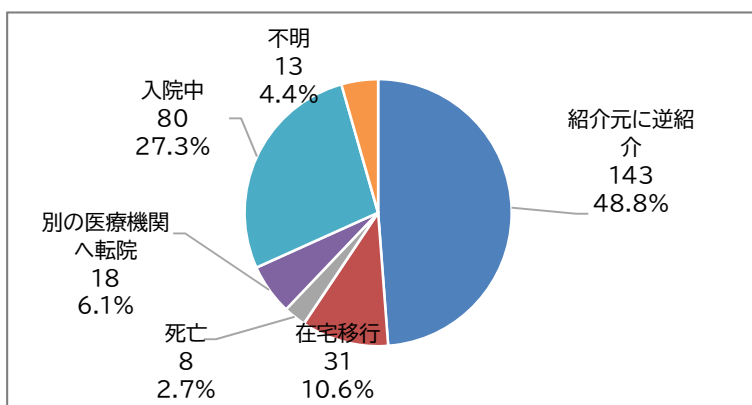
図表 1.5.3 治療後の状況(転帰) (有効回答 111 病院、患者数 401 人)



(A・B・C 群 精神 80%以上 有効回答 51 病院、患者数 108 人)



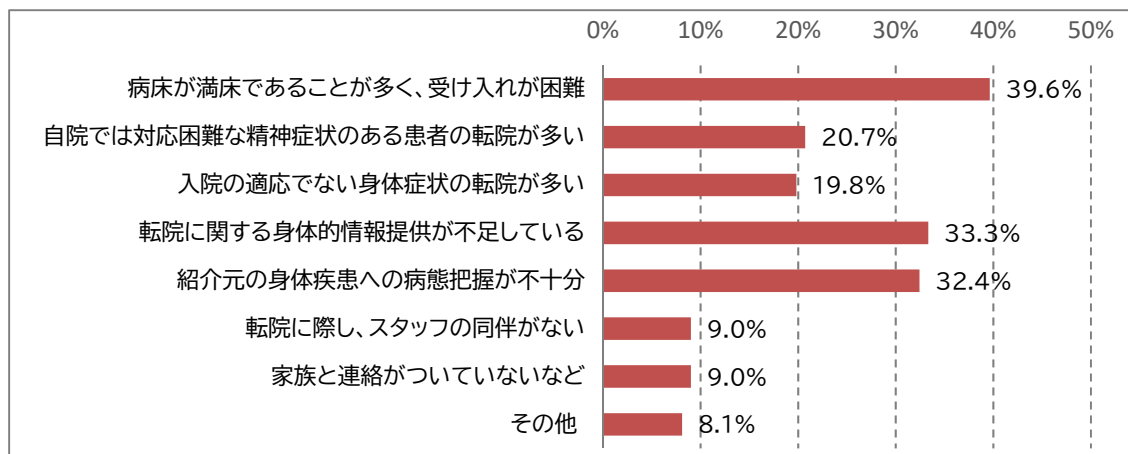
(D 群 精神 20%未満 有効回答 60 病院、患者数 293 人)



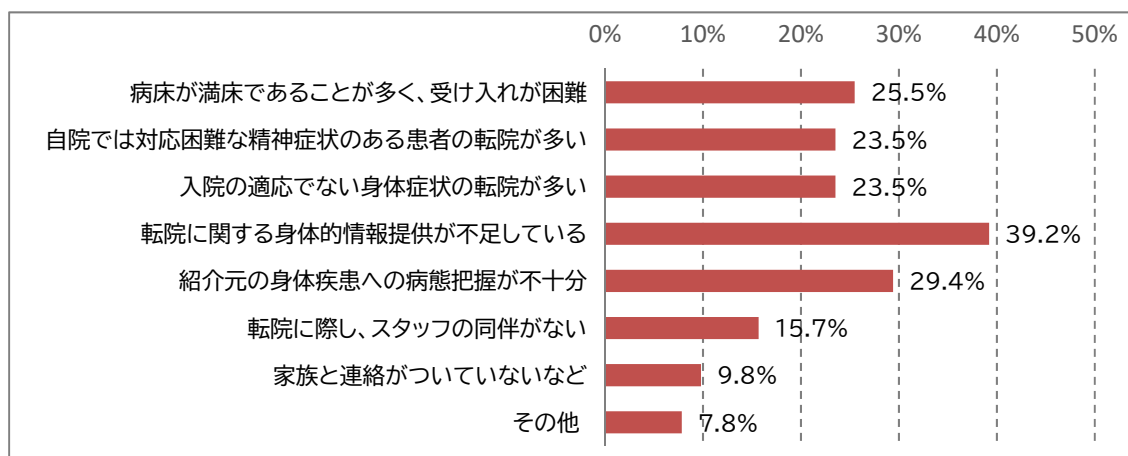
(4) 受け入れにかかわる連携上の課題（最大3つまで選択）

[受け入れ時]

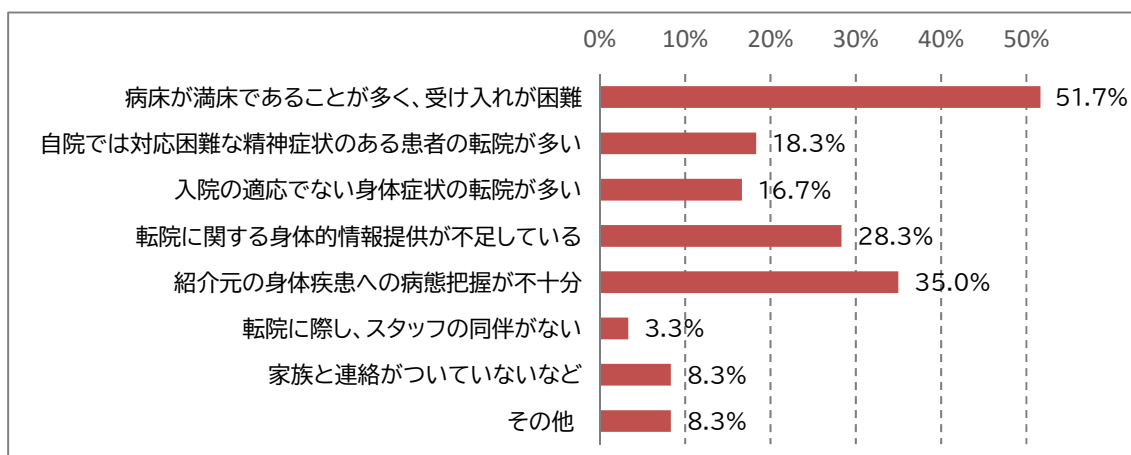
図表 1.5.4① 受け入れ時の連携上の課題（有効回答;受け入れあった111病院）



(A・B・C群 精神80%以上 有効回答;受け入れあった51病院)

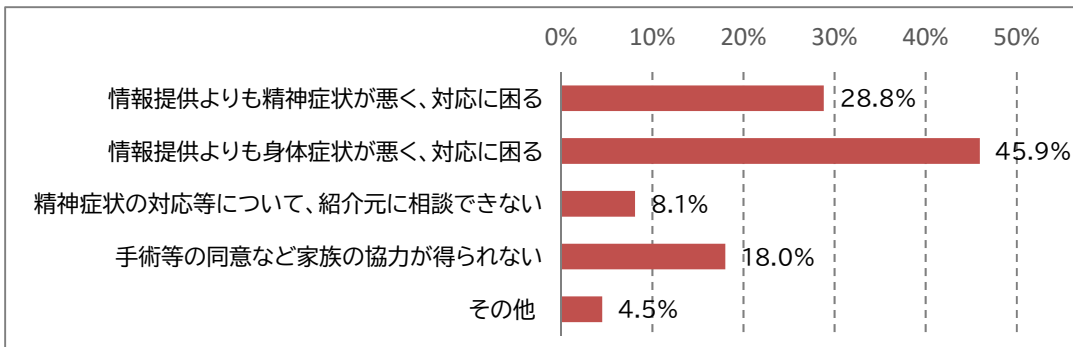


(D群 精神20%未満 有効回答;受け入れあった60病院)

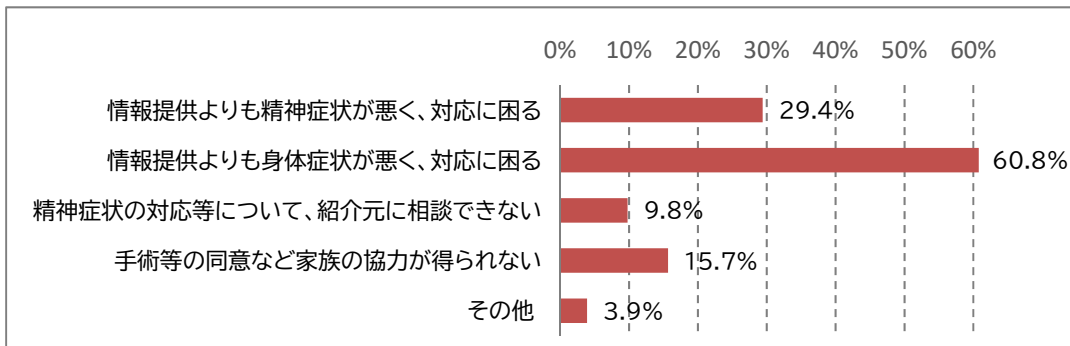


[治療中・治療後]

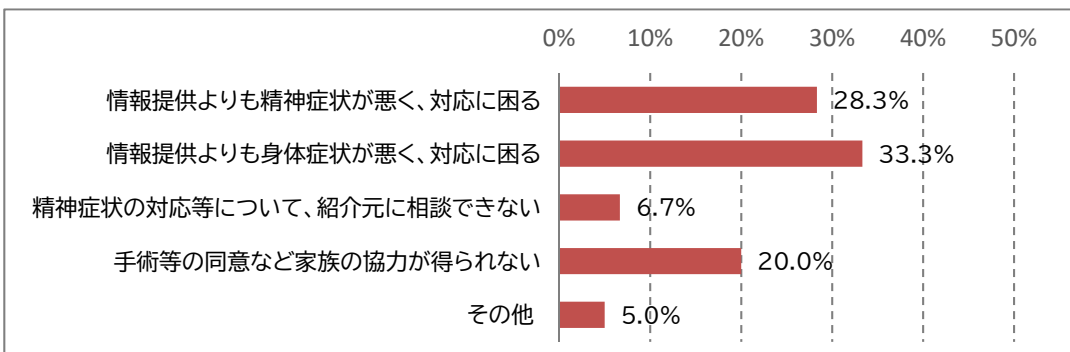
図表 1.5.4② 治療中・治療後の連携上の課題（有効回答;受け入れあった 111 病院）



(A・B・C 群 精神 80%以上 有効回答;受け入れあった 51 病院)

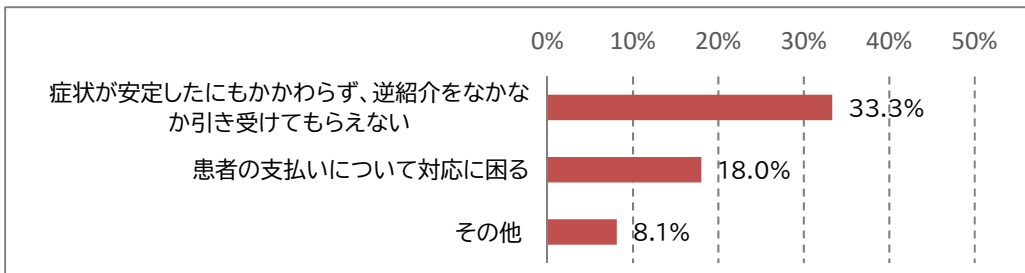


(D 群 精神 20%未満 有効回答;受け入れあった 60 病院)

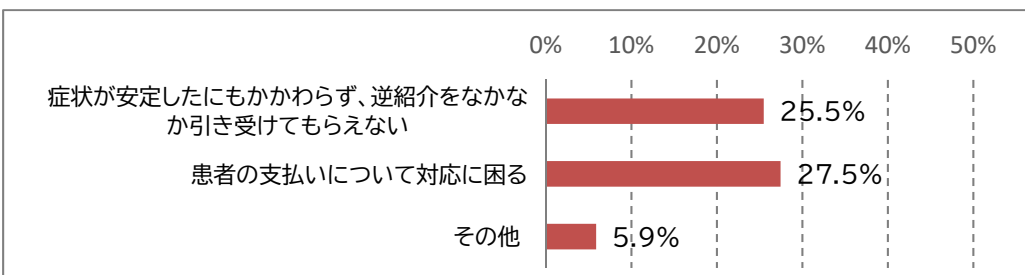


[その他]

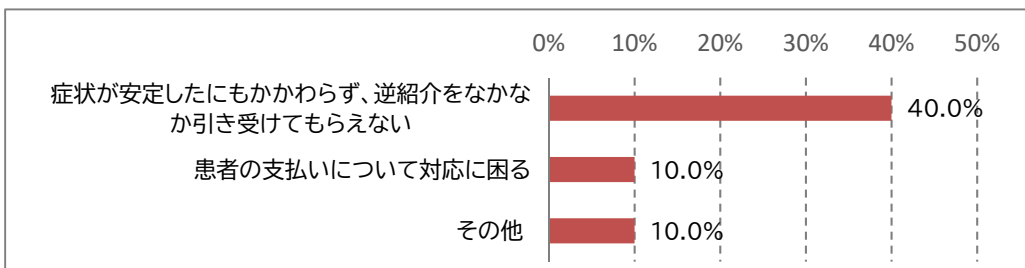
図表 1.5.4③ 治療中・治療後の連携上の課題 (有効回答;受け入れあった 111 病院)



(A・B・C 群 精神 80%以上 有効回答;受け入れあった 51 病院)



(D 群 精神 20%未満 有効回答;受け入れあった 60 病院)



図表 1.5.5④ 【A群】 1-5 精神科単科病院等からの受入、治療等の状況

(1) 令和2年9月の精神科単科病院等からの受入、治療等の有無（158病院）

あった	20	12.7%
なかった	127	80.4%
無回答	11	7.0%

(2) 身体合併症治療のための受入状況（受け入れが「あった」場合）（有効回答20病院、患者数37人）

	精神科で受け入れた患者数	精神科以外で受け入れた患者数	うち、精神科が関わった件数
患者数	37	0	0
割合	100.0%	0.0%	0.0%
平均値	3.4		

(3) 治療後の状況（受け入れ患者の令和2年10月30日時点の転帰）（有効回答20病院、患者数37人）

	紹介元に逆紹介	在宅移行	死亡	別の医療機関へ転院	入院中	不明
患者数	9	6	1	0	16	5
割合	24.3%	16.2%	2.7%	0.0%	43.2%	13.5%
平均値	0.8	0.5	0.1		1.5	0.5

(4) 受け入れにかかわる連携上の課題（有効回答20病院）

〔受け入れ時〕

病床が満床であることが多く、受け入れが困難	5	25.0%
自院では対応困難な精神症状のある患者の転院が多い	2	10.0%
入院の適応でない身体症状の転院が多い	5	25.0%
転院に関する身体的情報提供が不足している	8	40.0%
紹介元の身体疾患への病態把握が不十分	9	45.0%
転院に際し、スタッフの同伴がない	4	20.0%
家族と連絡がついていないなど	4	20.0%
その他	2	10.0%

〔治療中・治療後〕

情報提供よりも精神症状が悪く、対応に困る	4	20.0%
情報提供よりも身体症状が悪く、対応に困る	15	75.0%
精神症状の対応等について、紹介元に相談できない	2	10.0%
手術等の同意など家族の協力が得られない	3	15.0%
その他	2	10.0%

〔その他〕

症状が安定したにもかかわらず、逆紹介をなかなか引き受けてもらえない	8	40.0%
患者の支払いについて対応に困る	7	35.0%
その他	2	10.0%

図表 1.5.5③ 【B群】 1-5 精神科単科病院等からの受入、治療等の状況

(1) 令和2年9月の精神科単科病院等からの受入、治療等の有無（123病院）

あった	22	17.9%
なかった	91	74.0%
無回答	10	8.1%

(2) 身体合併症治療のための受入状況（受け入れが「あった」場合）（有効回答22病院、患者数46人）

	精神科で受け入れた患者数	精神科以外で受け入れた患者数	うち、精神科が関わった件数
患者数	38	8	7
割合	82.6%	17.4%	(87.5%)
平均値	2.5	0.5	0.5

(3) 治療後の状況（受け入れ患者の令和2年10月30日時点の転帰）（有効回答22病院、患者数46人）

	紹介元に逆紹介	在宅移行	死亡	別の医療機関へ転院	入院中	不明
患者数	0	3	2	2	38	1
割合	0.0%	6.5%	4.3%	4.3%	82.6%	2.2%
平均値		0.2	0.1	0.1	2.5	0.1

(4) 受け入れにかかわる連携上の課題（有効回答22病院）

[受け入れ時]

病床が満床であることが多く、受け入れが困難	4	18.2%
自院では対応困難な精神症状のある患者の転院が多い	9	40.9%
入院の適応でない身体症状の転院が多い	5	22.7%
転院に関する身体的情報提供が不足している	9	40.9%
紹介元の身体疾患への病態把握が不十分	4	18.2%
転院に際し、スタッフの同伴がない	4	18.2%
家族と連絡がついていないなど	1	4.5%
その他	1	4.5%

[治療中・治療後]

情報提供よりも精神症状が悪く、対応に困る	9	40.9%
情報提供よりも身体症状が悪く、対応に困る	12	54.5%
精神症状の対応等について、紹介元に相談できない	2	9.1%
手術等の同意など家族の協力が得られない	4	18.2%
その他	0	0.0%

[その他]

症状が安定したにもかかわらず、逆紹介をなかなか引き受けてもらえない	5	22.7%
患者の支払いについて対応に困る	3	13.6%
その他	0	0.0%

図表 1.5.5© 【C群】 1-5 精神科単科病院等からの受入、治療等の状況

(1) 令和2年9月の精神科単科病院等からの受入、治療等の有無 (52 病院)

あった	9	17.3%
なかった	35	67.3%
無回答	8	15.4%

(2) 身体合併症治療のための受入状況 (受け入れが「あった」場合) (有効回答 9 病院、患者数 25 人)

	精神科で受け入れた患者数	精神科以外で受け入れた患者数	うち、精神科が関わった件数)
患者数	24	1	0
割合	96.0%	4.0%	0.0%
平均値	3.4	0.1	

(3) 治療後の状況 (受け入れ患者の令和2年10月30日時点の転帰) (有効回答 9 病院、患者数 25 人)

	紹介元に逆紹介	在宅移行	死亡	別の医療機関へ転院	入院中	不明
患者数	0	2	1	0	21	1
割合	0.0%	8.0%	4.0%	0.0%	84.0%	4.0%
平均値		0.3	0.1		3.0	0.1

(4) 受け入れにかかわる連携上の課題 (有効回答 9 病院)

[受け入れ時]

病床が満床であることが多く、受け入れが困難	4	44.4%
自院では対応困難な精神症状のある患者の転院が多い	1	11.1%
入院の適応でない身体症状の転院が多い	2	22.2%
転院に関する身体的情報提供が不足している	3	33.3%
紹介元の身体疾患への病態把握が不十分	2	22.2%
転院に際し、スタッフの同伴がない	0	0.0%
家族と連絡がついていないなど	0	0.0%
その他	1	11.1%

[治療中・治療後]

情報提供よりも精神症状が悪く、対応に困る	2	22.2%
情報提供よりも身体症状が悪く、対応に困る	4	44.4%
精神症状の対応等について、紹介元に相談できない	1	11.1%
手術等の同意など家族の協力が得られない	1	11.1%
その他	0	0.0%

[その他]

症状が安定したにもかかわらず、逆紹介をなかなか引き受けてもらえない	0	0.0%
患者の支払いについて対応に困る	4	44.4%
その他	1	11.1%

図表 1.5.5① 【D 群のうち特定機能病院】 1-5 精神科単科病院等からの受入、治療等の状況

(1) 令和2年9月の精神科単科病院等からの受入、治療等の有無 (28 病院)

あった	20	71.4%
なかった	8	28.6%
無回答	0	0.0%

(2) 身体合併症治療のための受入状況 (受け入れが「あった」場合) (有効回答 20 病院、患者数 63 人)

	精神科で受け入れた患者数	精神科以外で受け入れた患者数	うち、精神科が関わった件数)
患者数	43	20	16
割合	68.3%	31.7%	(80.0%)
平均値	2.4	1.1	0.9

(3) 治療後の状況 (受け入れ患者の令和2年10月30日時点の転帰) (有効回答 20 病院、患者数 63 人)

	紹介元に逆紹介	在宅移行	死亡	別の医療機関へ転院	入院中	不明
患者数	27	6	0	4	23	3
割合	42.9%	9.5%	0.0%	6.3%	36.5%	4.8%
平均値	1.5	0.3		0.2	1.3	0.2

(4) 受け入れにかかわる連携上の課題 (有効回答 20 病院)

[受け入れ時]

病床が満床であることが多く、受け入れが困難	16	80.0%
自院では対応困難な精神症状のある患者の転院が多い	3	15.0%
入院の適応でない身体症状の転院が多い	2	10.0%
転院に関する身体的情報提供が不足している	6	30.0%
紹介元の身体疾患への病態把握が不十分	5	25.0%
転院に際し、スタッフの同伴がない	1	5.0%
家族と連絡がついていないなど	1	5.0%
その他	2	10.0%

[治療中・治療後]

情報提供よりも精神症状が悪く、対応に困る	4	20.0%
情報提供よりも身体症状が悪く、対応に困る	6	30.0%
精神症状の対応等について、紹介元に相談できない	1	5.0%
手術等の同意など家族の協力が得られない	4	20.0%
その他	0	0.0%

[その他]

症状が安定したにもかかわらず、逆紹介をなかなか引き受けてもらえない	9	45.0%
患者の支払いについて対応に困る	1	5.0%
その他	3	15.0%

図表 1.5.5⑤ 【D群(特定機能病院除く)】 1-5 精神科単科病院等からの受入、治療等の状況

(1) 令和2年9月の精神科単科病院等からの受入、治療等の有無 (99 病院)

あった	40	40.4%
なかった	56	56.6%
無回答	3	3.0%

(2) 身体合併症治療のための受入状況 (受け入れが「あった」場合) (有効回答 40 病院、患者数 230 人)

	精神科で受け入れた患者数	精神科以外で受け入れた患者数	うち、精神科が関わった件数)
患者数	116	114	70
割合	50.4%	49.6%	(61.4%)
平均値	3.0	2.9	1.8

(3) 治療後の状況 (受け入れ患者の令和2年10月30日時点の転帰) (有効回答 40 病院、患者数 230 人)

	紹介元に逆紹介	在宅移行	死亡	別の医療機関へ転院	入院中	不明
患者数	116	25	8	14	57	10
割合	50.4%	10.9%	3.5%	6.1%	24.8%	4.3%
平均値	3.0	0.6	0.2	0.4	1.5	0.3

(4) 受け入れにかかわる連携上の課題 (有効回答 40 病院)

[受け入れ時]

病床が満床であることが多く、受け入れが困難	15	37.5%
自院では対応困難な精神症状のある患者の転院が多い	8	20.0%
入院の適応でない身体症状の転院が多い	8	20.0%
転院に関する身体的情報提供が不足している	11	27.5%
紹介元の身体疾患への病態把握が不十分	16	40.0%
転院に際し、スタッフの同伴がない	1	2.5%
家族と連絡がついていないなど	4	10.0%
その他	3	7.5%

[治療中・治療後]

情報提供よりも精神症状が悪く、対応に困る	13	32.5%
情報提供よりも身体症状が悪く、対応に困る	14	35.0%
精神症状の対応等について、紹介元に相談できない	3	7.5%
手術等の同意など家族の協力が得られない	8	20.0%
その他	3	7.5%

[その他]

症状が安定したにもかかわらず、逆紹介をなかなか引き受けてもらえない	15	37.5%
患者の支払いについて対応に困る	5	12.5%
その他	3	7.5%

【病棟票】

2-1 入院患者の状況等（令和2年9月30日現在）

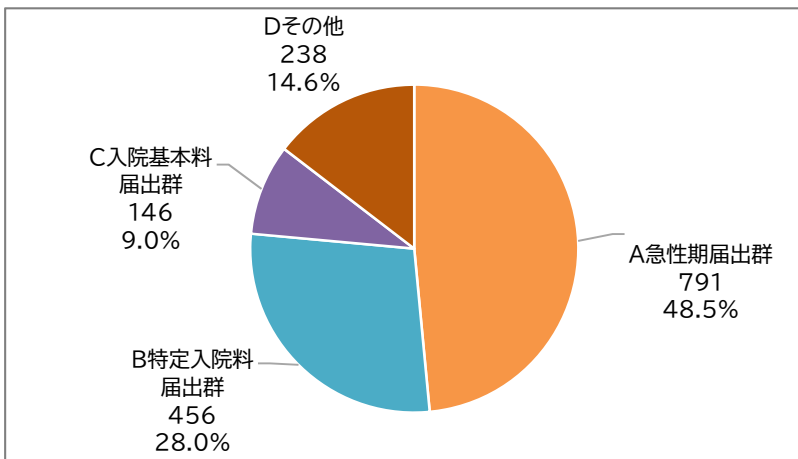
続いて、病棟票 1,653 回答(医療機関数 455 施設)について集計を行った。

※病棟票 1,676 回答 から、患者情報が全て無回答、患者数計回答が 70 超の票を除外

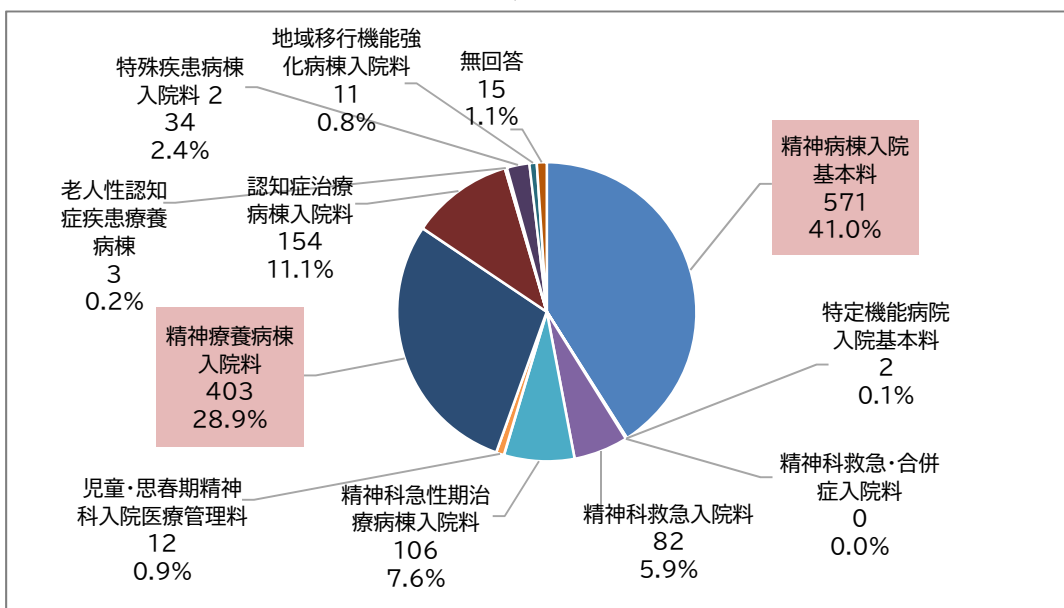
※病院票との紐づけが可能な票は **1,631 票**（病院票のない病棟票 22 票を 1,653 票から除外）

病棟票 1,631 票から、病院機能 4 分類の A 群(急性期届出群)、B 群(特定入院料届出群)、および、C 群(入院基本料届出群)にある病棟の回答票 1,393 票(85.4%)について、以下、集計結果を示す。

図表 2.0.1 病院機能 4 分類（1,631 病院：病院票より）



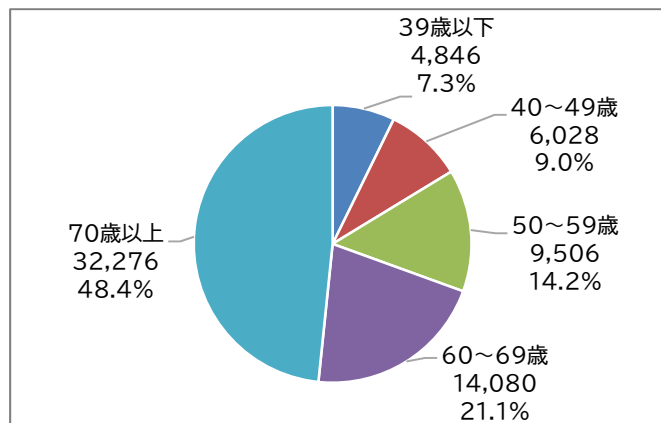
図表 2.0.2 ABC 群における病棟種類（1,393 病棟）



(1) 入院患者数

①年齢階級・性別

図表 2.1.1① 年齢階級別の入院患者（1,393 病棟、患者数 66,736 人）



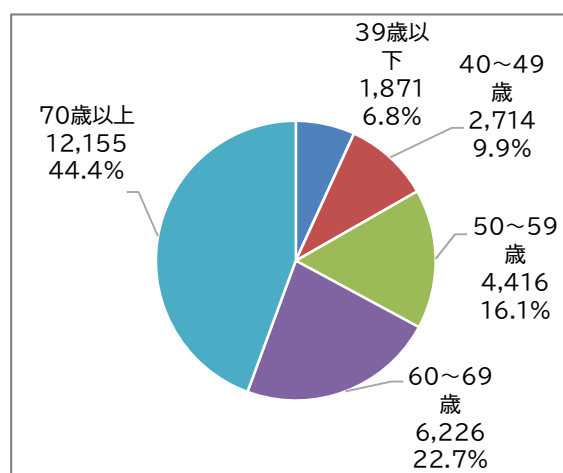
〔男性〕

	計	39歳以下	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上
患者数計	31,759	2,441	3,385	5,341	7,723	12,869
割合	100.0%	7.7%	10.7%	16.8%	24.3%	40.5%

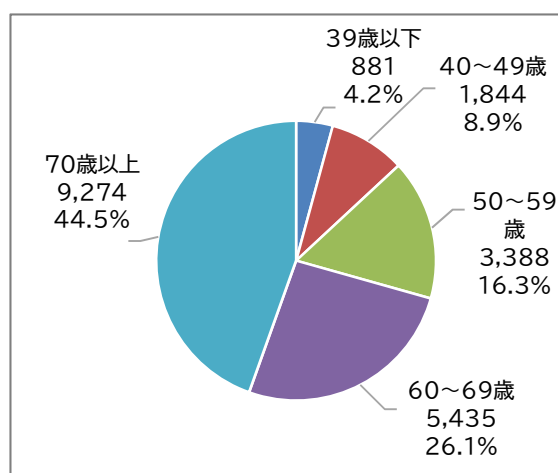
〔女性〕

	計	39歳以下	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上
患者数計	34,977	2,405	2,643	4,165	6,357	19,407
割合	100.0%	6.9%	7.6%	11.9%	18.2%	55.5%

(精神病棟入院基本料 571 病棟、患者数 27,382 人)

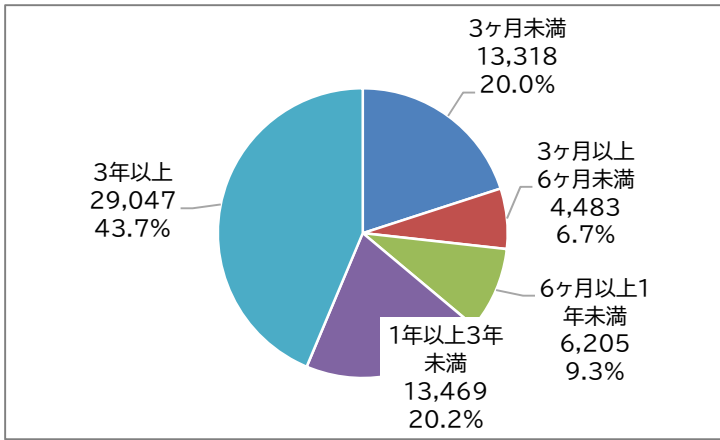


(精神療養病棟入院料 403 病棟、患者数 20,822 人)

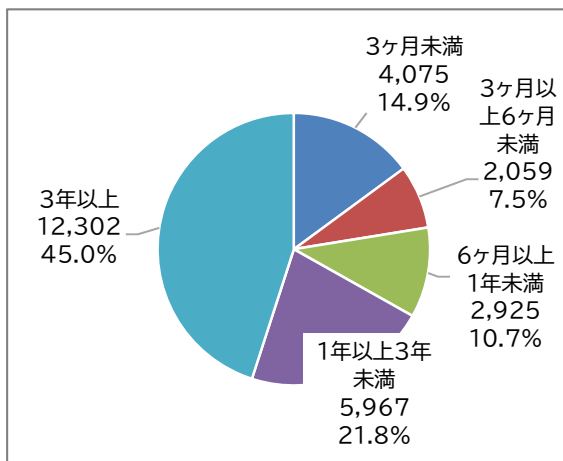


②入院期間別

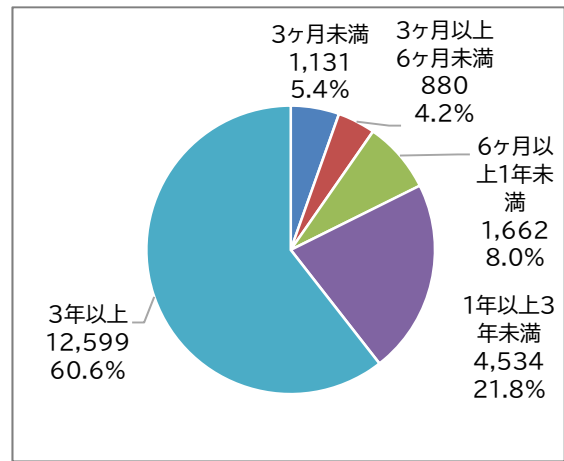
図表 2.1.1② 入院期間別の入院患者数（有効回答 1,389 病棟、患者数 66,522 人）



（精神病棟入院基本料 571 病棟、患者数 27,328 人）

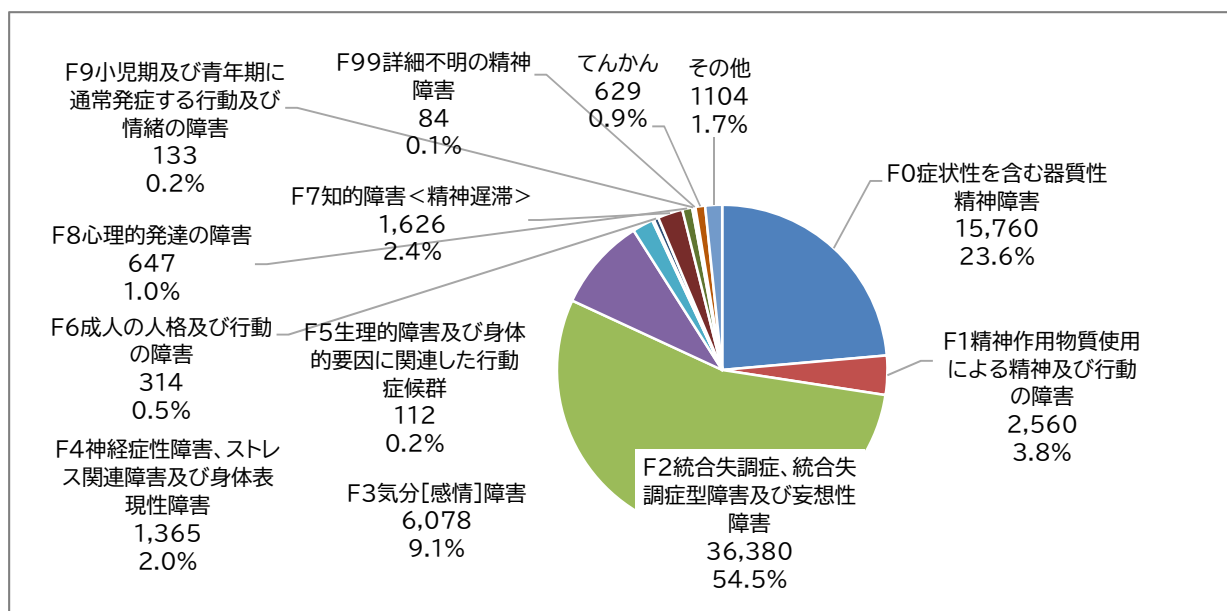


（精神療養病棟入院料 403 病棟、患者数 20,806 人）



(2) 主な精神疾患の状況

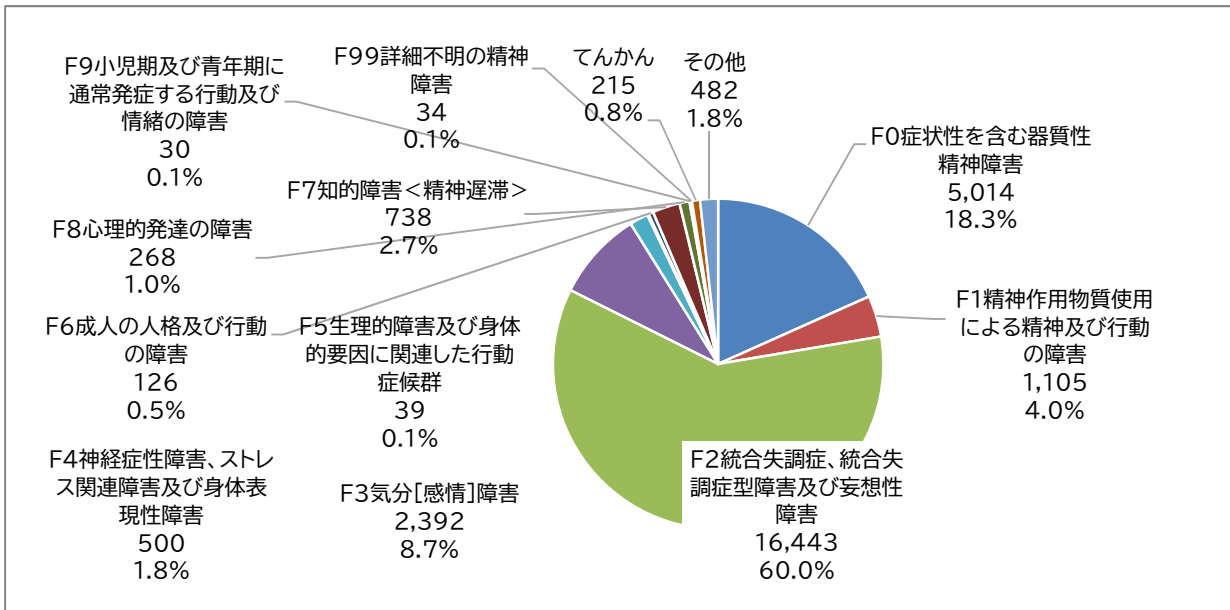
図表 2.1.2 主な精神疾患の状況 (1,393 病棟、患者数 66,792 人)



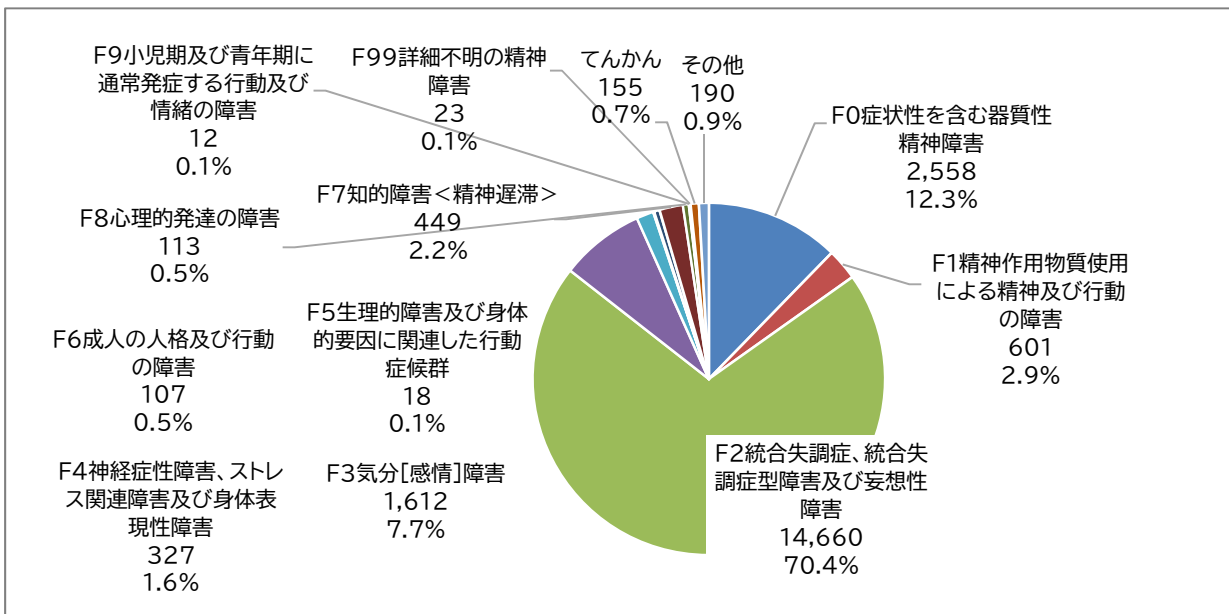
	患者計	F0 症状性を含む器質性精神障害	F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	F3 気分[感情]障害	F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	F6 成人の人格及び行動の障害	F7 知的障害<精神遅滞>	F8 心理的発達の障害
患者数計	66,792	15,760	2,560	36,380	6,078	1,365	112	314	1,626	647
1 病棟あたり		11.3	1.8	26.1	4.4	1.0	0.1	0.2	1.2	0.5
標準偏差		14.40	3.97	15.27	4.00	1.52	0.34	1.40	2.89	1.72

	F9 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	F99 詳細不明の精神障害	てんかん	その他
患者数計	133	84	629	1,104
1 病棟あたり	0.1	0.1	0.5	0.8
標準偏差	0.56	0.38	2.21	3.16

(精神病棟入院基本料 571 病棟、患者数 27,386 人)



(精神療養病棟入院料 403 病棟、患者数 20,825 人)

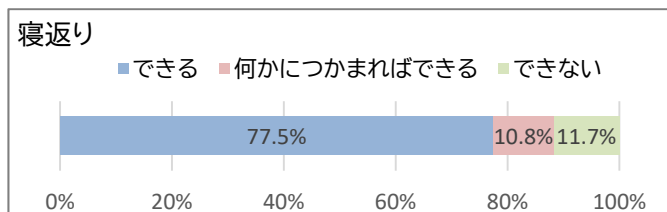


(3) ADL の状況

図表 2.1.3 ADL の状況（有効回答 1,341 病棟、患者数は項目ごと）

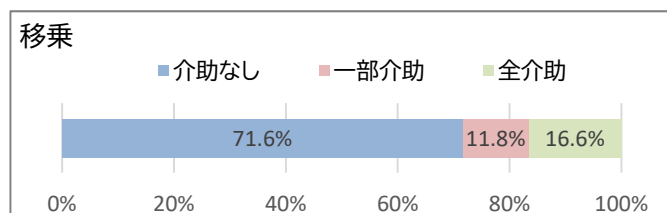
i) 寝返り 64,335

	できる	何かにつかまればできる	できない
合計人数	49,854	6,926	7,555
割合	77.5%	10.8%	11.7%



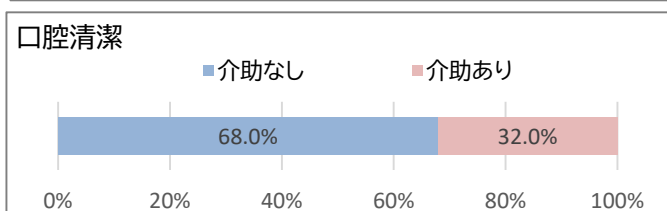
ii) 移乗 63,996

	介助なし	一部介助	全介助
合計人数	45,847	7,542	10,607
割合	71.6%	11.8%	16.6%



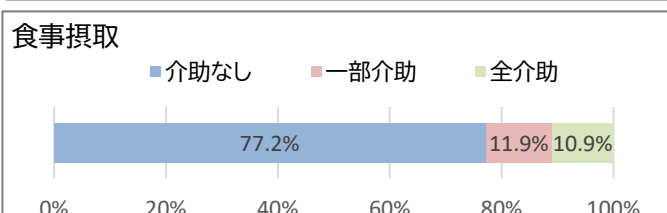
iii) 口腔清潔 64,785

	介助なし	介助あり
合計人数	44,023	20,762
割合	68.0%	32.0%



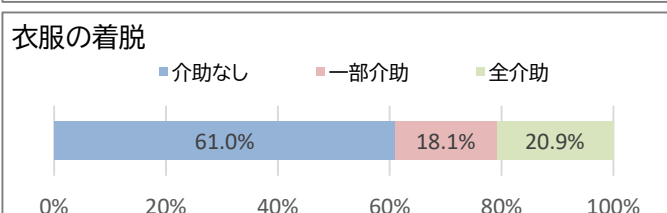
iv) 食事摂取 64,364

	介助なし	一部介助	全介助
合計人数	49,668	7,660	7,036
割合	77.2%	11.9%	10.9%



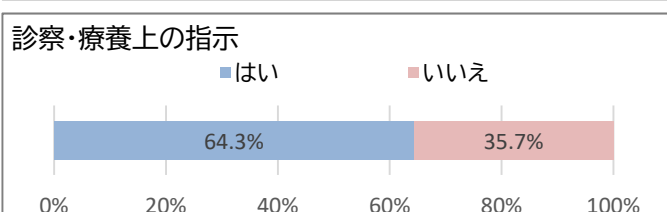
v) 衣服の着脱 64,275

	介助なし	一部介助	全介助
合計人数	39,203	11,637	13,435
割合	61.0%	18.1%	20.9%



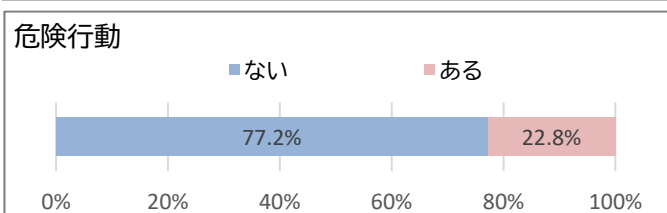
vi) 診察・療養上の指示 64,340

	はい	いいえ
合計人数	41,386	22,954
割合	64.3%	35.7%



vii) 危険行動 64,394

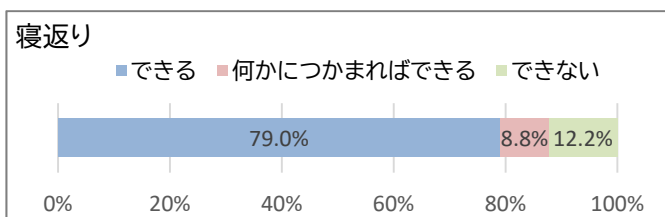
	ない	ある
合計人数	49,692	14,702
割合	77.2%	22.8%



(精神病棟入院基本料 有効回答 546 病棟、患者数は項目ごと)

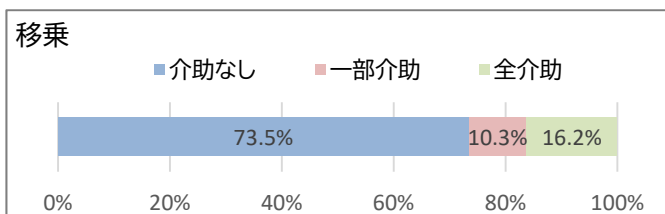
i)寝返り 26,077

	できる	何かにつかまればできる	できない
合計人数	20,607	2,284	3,186
割合	79.0%	8.8%	12.2%



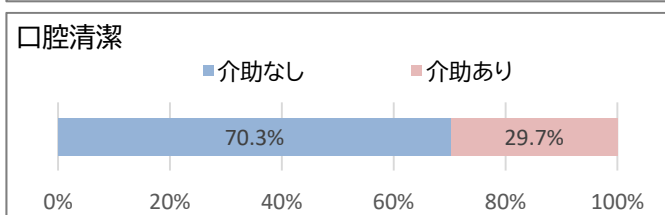
ii)移乗 25,891

	介助なし	一部介助	全介助
合計人数	19,018	2,669	4,204
割合	73.5%	10.3%	16.2%



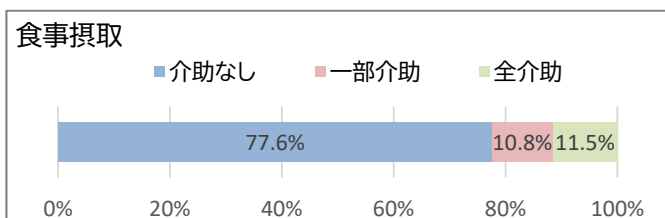
iii)口腔清潔 26,087

	介助なし	介助あり
合計人数	18,332	7,755
割合	70.3%	29.7%



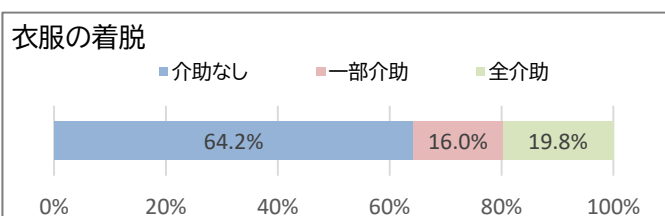
iv)食事摂取 25,972

	介助なし	一部介助	全介助
合計人数	20,164	2,809	2,999
割合	77.6%	10.8%	11.5%



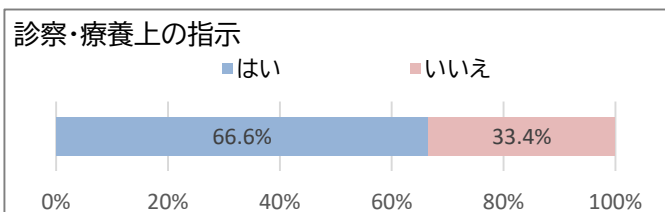
v)衣服の着脱 25,980

	介助なし	一部介助	全介助
合計人数	16,687	4,152	5,141
割合	64.2%	16.0%	19.8%



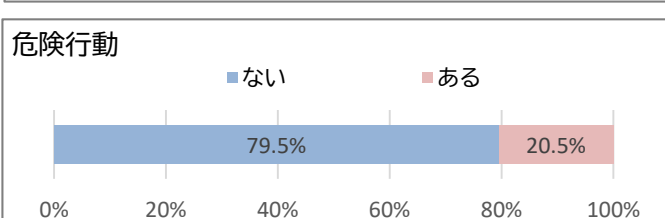
vi)診察・療養上の指示 26,100

	はい	いいえ
合計人数	17,375	8,725
割合	66.6%	33.4%



vii)危険行動 26,369

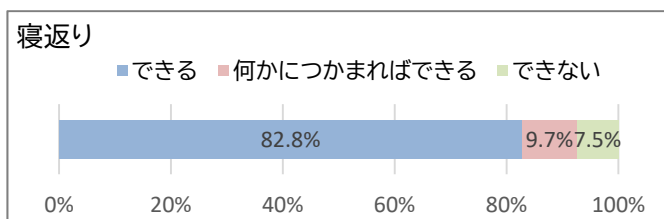
	ない	ある
合計人数	20,969	5,400
割合	79.5%	20.5%



(精神療養病棟入院料 有効回答 393 病棟、患者数は項目ごと)

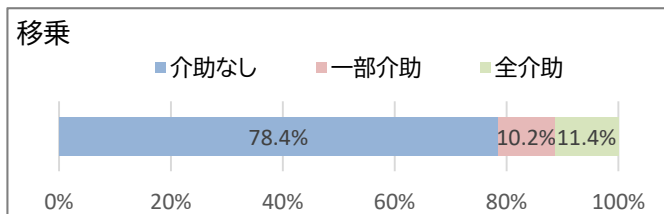
i)寝返り 20,369

	できる	何かにつかまればできる	できない
合計人数	16,867	1,982	1,520
割合	82.8%	9.7%	7.5%



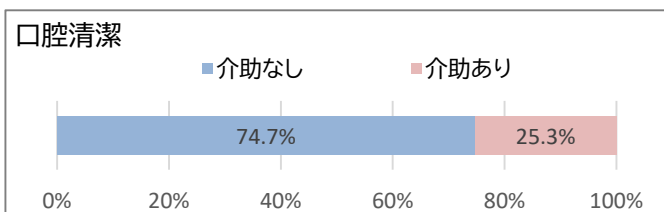
ii)移乗 20,230

	介助なし	一部介助	全介助
合計人数	15,865	2,059	2,306
割合	78.4%	10.2%	11.4%



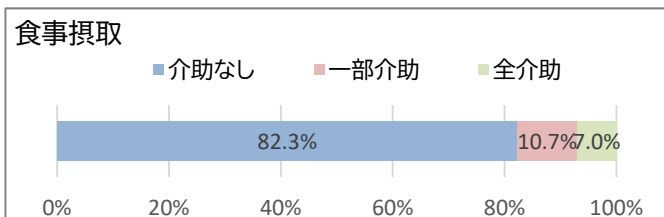
iii)口腔清潔 20,832

	介助なし	介助あり
合計人数	15,569	5,263
割合	74.7%	25.3%



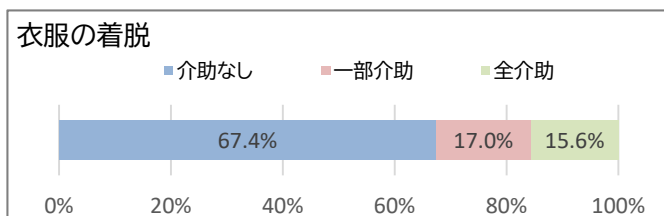
iv)食事摂取 20,671

	介助なし	一部介助	全介助
合計人数	17,019	2,206	1,446
割合	82.3%	10.7%	7.0%



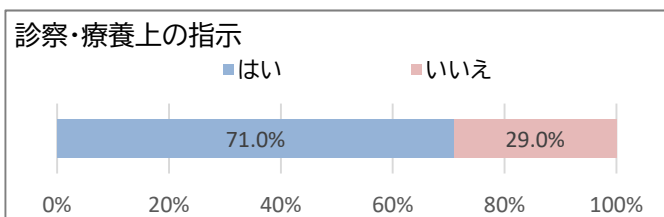
v)衣服の着脱 20,371

	介助なし	一部介助	全介助
合計人数	13,724	3,472	3,175
割合	67.4%	17.0%	15.6%



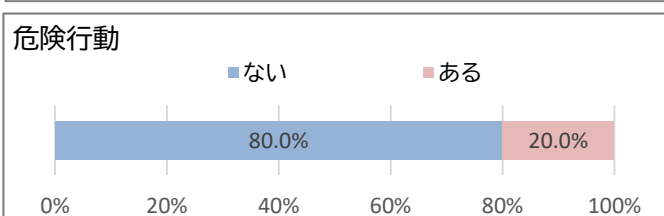
vi)診察・療養上の指示 20,360

	はい	いいえ
合計人数	14,453	5,907
割合	71.0%	29.0%



vii)危険行動 20,223

	ない	ある
合計人数	16,180	4,043
割合	80.0%	20.0%



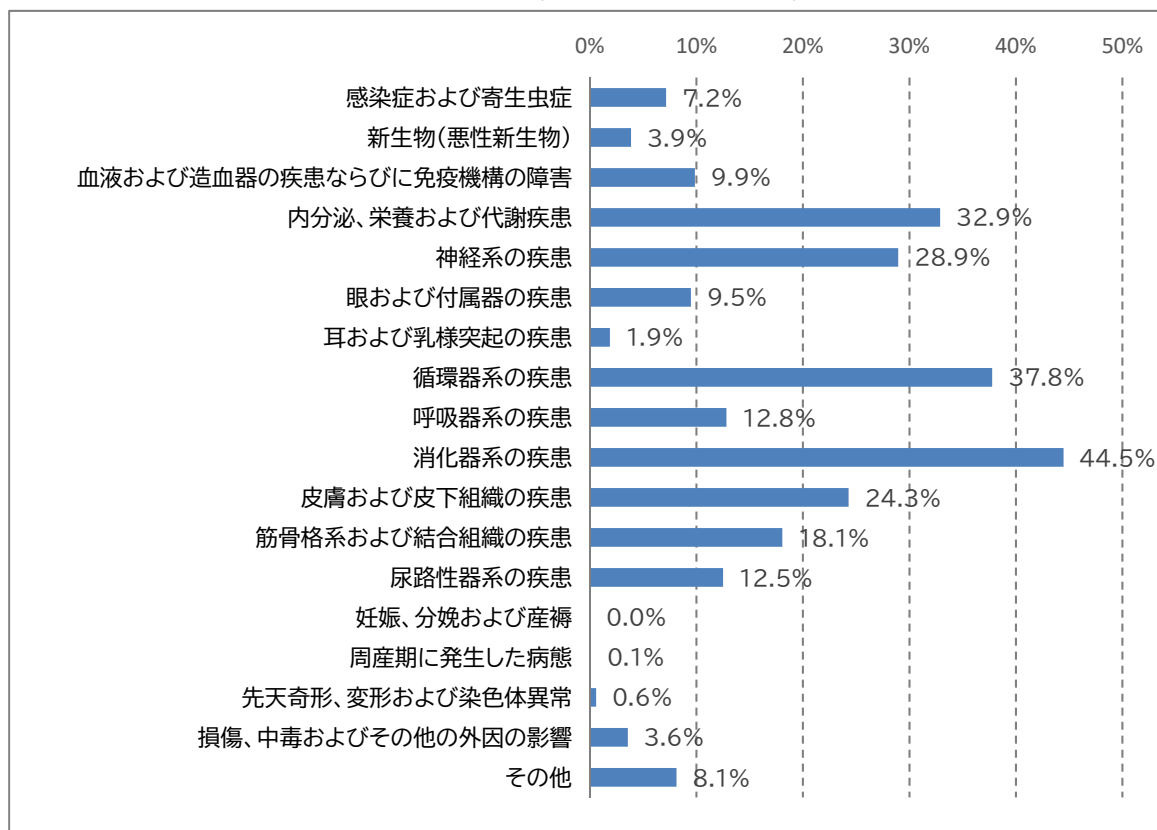
(4) 身体合併症の状況

※投薬の有無にかかわらず

※1名の患者が複数の疾患に該当する場合は全ての項目に回答

※患者実数欄が0(無回答)、および、患者数が70人超の票を除外

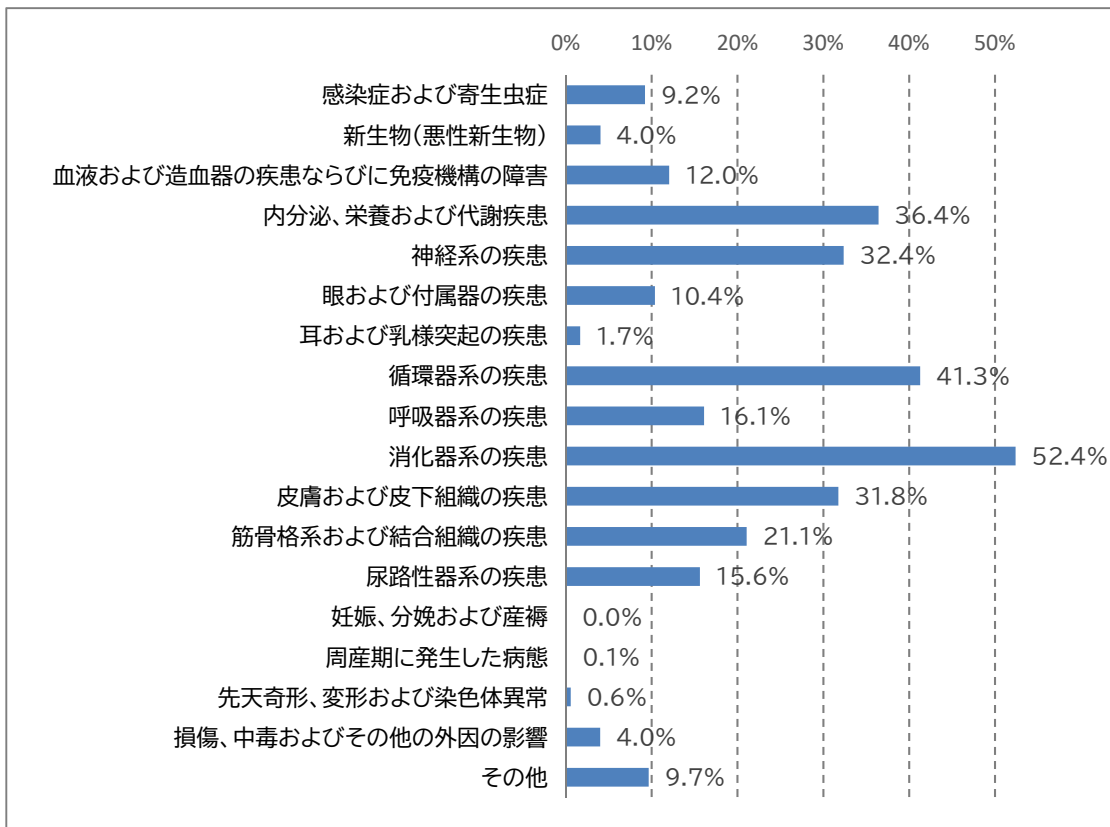
図表 2.1.4 身体合併症の状況 (有効回答 1,002 病棟、患者数 27,139 人)



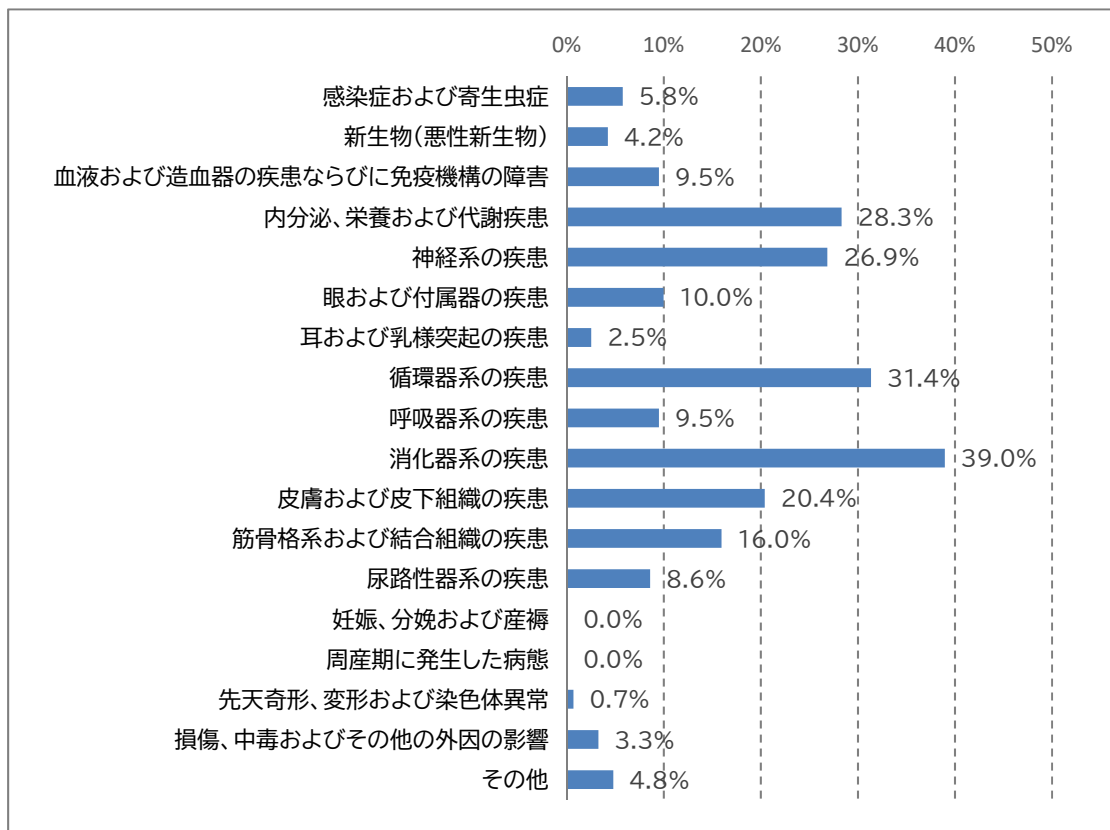
	患者数	感染症および寄生虫症	新生物(悪性新生物)	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	内分泌、栄養および代謝疾患	神経系の疾患	眼および付属器の疾患	耳および乳様突起の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患
患者数計	27,139	1,942	1,050	2,677	8,925	7,856	2,576	512	10,252	3,479
割合		7.2%	3.9%	9.9%	32.9%	28.9%	9.5%	1.9%	37.8%	12.8%

	消化器系の疾患	皮膚および皮下組織の疾患	筋骨格系および結合組織の疾患	尿路性器系の疾患	妊娠、分娩および産褥	周産期に発生した病態	先天奇形、変形および染色体異常	損傷、中毒およびその他の外因の影響	その他
患者数計	12,071	6,594	4,904	3,396	9	26	158	967	2,206
割合	44.5%	24.3%	18.1%	12.5%	0.0%	0.1%	0.6%	3.6%	8.1%

(精神病棟入院基本料 有効回答 425 病棟、患者数 12,071 人)



(精神療養病棟入院料 有効回答 273 病棟、患者数 7,272 人)



2-2 入院患者の身体合併症治療の状況（令和2年9月1ヶ月間）

(1) 身体合併症管理加算算定の状況

図表 2.2.1 身体合併症管理加算算定の状況（1,393 病棟、※患者数 66,736 人 ;9/30 入院患者数）

	全疾患 (延数)	呼吸器系 疾患の患 者	心疾患の 患者	手術又は 直達・介 達牽引を 要する骨 折の患者	脊髄損傷 の患者	重篤な内 分泌・代 謝性疾患 の患者	重篤な栄 養障害の 患者	意識障害 の患者	全身感染 症の患者	中枢神経 系の感染 症の患者	急性腹症 の患者
患者数計	2,171	1,094	124	24	14	269	72	138	34	4	247
1 病棟あたり	1.6	0.8	0.1	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	0.2
治療延べ日数	26,044	10,584	1,422	189	218	6,397	963	1,347	328	165	2,039
1 病棟あたり	18.7	7.6	1.0	0.1	0.2	4.6	0.7	1.0	0.2	0.1	1.5
患者 1 人あたり 日数	12.0	9.7	11.5	7.9	15.6	23.8	13.4	9.8	9.6	41.3	8.3

	劇症肝炎 又は重症 急性膵炎 の患者	悪性症候 群又は横 紋筋融解 症の患者	広範囲熱 傷の患者	手術、化 学療法若 しくは放射 線療法を 要する状 態又は末 期の悪性 腫瘍の患 者	透析導入 時の患者	重篤な血 液疾患の 患者	急性かつ 重篤な腎 疾患の患 者	手術室で の手術を 必要とする 状態の患 者	膠原病の 患者	妊産婦で ある患者
患者数計	3	28	2	42	4	26	24	8	12	2
1 病棟あたり	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
治療延べ日数	47	325	45	1,019	73	299	279	29	261	15
1 病棟あたり	0.0	0.2	0.0	0.7	0.1	0.2	0.2	0.0	0.2	0.0
患者 1 人あたり 日数	15.7	11.6	22.5	24.3	18.3	11.5	11.6	3.6	21.8	7.5

(精神病棟入院基本料 571 病棟、患者数 27,382 人 ;9/30 入院患者数)

	全疾患 (延数)	呼吸器系 疾患の患者	心疾患の 患者	手術又は 直達・介 達牽引を 要する骨 折の患者	脊髄損傷 の患者	重篤な内 分泌・代 謝性疾患 の患者	重篤な栄 養障害の 患者	意識障害 の患者	全身感染 症の患者	中枢神経 系の感染 症の患者	急性腹症 の患者
患者数計	1,042	560	45	12	4	113	20	59	28	3	118
1 病棟あたり	1.8	1.0	0.1	0.0	0.0	0.2	0.0	0.1	0.0	0.0	0.2
治療延べ日数	13,259	5,601	397	133	75	3,533	442	626	277	151	1,035
1 病棟あたり	23.2	9.8	0.7	0.2	0.1	6.2	0.8	1.1	0.5	0.3	1.8
患者 1 人あたり 日数	12.7	10.0	8.8	11.1	18.8	31.3	22.1	10.6	9.9	50.3	8.8

	劇症肝炎 又は重症 急性膵炎 の患者	悪性症候 群又は横 紋筋融解 症の患者	広範囲熱 傷の患者	手術、化 学療法若 しくは放 射線療法 を要する 状態又は 末期の悪 性腫瘍の 患者	透析導入 時の患者	重篤な血 液疾患の 患者	急性かつ 重篤な腎 疾患の患 者	手術室で の手術を 必要とする 状態の患 者	膠原病の 患者	妊産婦で ある患者
患者数計	3	15	2	20	4	14	12	1	8	1
1 病棟あたり	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
治療延べ日数	47	194	45	208	73	94	180	2	141	5
1 病棟あたり	0.1	0.3	0.1	0.4	0.1	0.2	0.3	0.0	0.2	0.0
患者 1 人あたり 日数	15.7	12.9	22.5	10.4	18.3	6.7	15.0	2.0	17.6	5.0

(精神療養病棟入院料 403 病棟、患者数 20,822 人 ;9/30 入院患者数)

	全疾患 (延数)	呼吸器系 疾患の患者	心疾患の 患者	手術又は 直達・介 達牽引を 要する骨 折の患者	脊髄損傷 の患者	重篤な内 分泌・代 謝性疾患 の患者	重篤な栄 養障害の 患者	意識障害 の患者	全身感染 症の患者	中枢神経 系の感染 症の患者	急性腹症 の患者
患者数計	343	131	19	3	5	72	18	8	2	0	55
1 病棟あたり	0.9	0.3	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
治療延べ日数	5,100	1,789	328	4	90	1,637	315	61	30		369
1 病棟あたり	12.7	4.4	0.8	0.0	0.2	4.1	0.8	0.2	0.1		0.9
患者 1 人あたり 日数	14.9	13.7	17.3	1.3	18.0	22.7	17.5	7.6	15.0		6.7

	劇症肝炎 又は重症 急性膵炎 の患者	悪性症候 群又は横 紋筋融解 症の患者	広範囲熱 傷の患者	手術、化 学療法若 しくは放 射線療法 を要する 状態又は 末期の悪 性腫瘍の 患者	透析導入 時の患者	重篤な血 液疾患の 患者	急性かつ 重篤な腎 疾患の患 者	手術室で の手術を 必要とする 状態の患 者	膠原病の 患者	妊産婦で ある患者
患者数計	0	3	0	14	0	5	2	4	2	0
1 病棟あたり	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
治療延べ日数		38		240		107	30	2	60	
1 病棟あたり		0.1		0.6		0.3	0.1	0.0	0.1	
患者 1 人あたり 日数		12.7		17.1		21.4	15.0	0.5	30.0	

(精神科救急入院料 82 病棟、患者数 3,514 人 ;9/30 入院患者数)

	全疾患 (延数)	呼吸器系 疾患の患 者	心疾患の 患者	手術又は 直達・介 達牽引を 要する骨 折の患者	脊髄損傷 の患者	重篤な内 分泌・代 謝性疾患 の患者	重篤な栄 養障害の 患者	意識障害 の患者	全身感染 症の患者	中枢神経 系の感染 症の患者	急性腹症 の患者
患者数計	207	91	20	1	2	23	25	20	1	0	15
1 病棟あたり	2.5	1.1	0.2	0.0	0.0	0.3	0.3	0.2	0.0	0.0	0.2
治療延べ日数	1,091	317	136	21	20	175	11	171	10		140
1 病棟あたり	13.3	3.9	1.7	0.3	0.2	2.1	0.1	2.1	0.1		1.7
患者 1 人あたり 日数	5.3	3.5	6.8	21.0	10.0	7.6	0.4	8.6	10.0		9.3

	劇症肝炎 又は重症 急性膵炎 の患者	悪性症候 群又は横 紋筋融解 症の患者	広範囲熱 傷の患者	手術、化 学療法若 しくは放 射線療法 を要する 状態又は 末期の悪 性腫瘍の 患者	透析導入 時の患者	重篤な血 液疾患の 患者	急性かつ 重篤な腎 疾患の患 者	手術室で の手術を 必要とする 状態の患 者	膠原病の 患者	妊産婦で ある患者
患者数計	0	4	0	1	0	2	1	0	0	1
1 病棟あたり	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
治療延べ日数		22		13		43	2			10
1 病棟あたり		0.3		0.2		0.5	0.0			0.1
患者 1 人あたり 日数		5.5		13.0		21.5	2.0			10.0

(精神科急性期治療病棟入院料 106 病棟、患者数 3,942 人 ;9/30 入院患者数)

	全疾患 (延数)	呼吸器系 疾患の患 者	心疾患の 患者	手術又は 直達・介 達牽引を 要する骨 折の患者	脊髄損傷 の患者	重篤な内 分泌・代 謝性疾患 の患者	重篤な栄 養障害の 患者	意識障害 の患者	全身感染 症の患者	中枢神経 系の感染 症の患者	急性腹症 の患者
患者数計	180	68	8	3	1	38	0	32	1	0	15
1 病棟あたり	1.7	0.6	0.1	0.0	0.0	0.4	0.0	0.3	0.0	0.0	0.1
治療延べ日数	2,115	709	147	20	0	602		322	2		148
1 病棟あたり	20.0	6.7	1.4	0.2	0.0	5.7		3.0	0.0		1.4
患者 1 人あたり 日数	11.8	10.4	18.4	6.7	0.0	15.8		10.1	2.0		9.9

	劇症肝炎 又は重症 急性膵炎 の患者	悪性症候 群又は横 紋筋融解 症の患者	広範囲熱 傷の患者	手術、化 学療法若 しくは放 射線療法 を要する 状態又は 末期の悪 性腫瘍の 患者	透析導入 時の患者	重篤な血 液疾患の 患者	急性かつ 重篤な腎 疾患の患 者	手術室で の手術を 必要とする 状態の患 者	膠原病の 患者	妊産婦で ある患者
患者数計	0	5	0	2	0	3	3	1	0	0
1 病棟あたり	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
治療延べ日数		41		30		39	18	7		
1 病棟あたり		0.4		0.3		0.4	0.2	0.1		
患者 1 人あたり 日数		8.2		15.0		13.0	6.0	7.0		

(認知症治療病棟入院料 154 病棟、患者数 7,684 人 ;9/30 入院患者数)

	全疾患 (延数)	呼吸器系 疾患の患者	心疾患の 患者	手術又は 直達・介 達牽引を 要する骨 折の患者	脊髄損傷 の患者	重篤な内 分泌・代 謝性疾患 の患者	重篤な栄 養障害の 患者	意識障害 の患者	全身感染 症の患者	中枢神経 系の感染 症の患者	急性腹症 の患者
患者数計	320	208	25	3	0	14	5	17	2	0	34
1 病棟あたり	2.1	1.4	0.2	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.2
治療延べ日数	2,764	1,826	204	4		210	45	107	9		242
1 病棟あたり	17.9	11.9	1.3	0.0		1.4	0.3	0.7	0.1		1.6
患者 1 人あたり 日数	8.6	8.8	8.2	1.3		15.0	9.0	6.3	4.5		7.1

	劇症肝炎 又は重症 急性膵炎 の患者	悪性症候 群又は横 紋筋融解 症の患者	広範囲熱 傷の患者	手術、化 学療法若 しくは放射 線療法を 要する状 態又は末 期の悪性 腫瘍の患 者	透析導入 時の患者	重篤な血 液疾患の 患者	急性かつ 重篤な腎 疾患の患 者	手術室で の手術を 必要とする 状態の患 者	膠原病の 患者	妊産婦で ある患者
患者数計	0	1	0	3	0	2	5	1	0	0
1 病棟あたり	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
治療延べ日数		30		42		16	28	1		
1 病棟あたり		0.2		0.3		0.1	0.2	0.0		
患者 1 人あたり 日数		30.0		14.0		8.0	5.6	1.0		

(特殊疾患療棟入院料 34 病棟、患者数 1,683 人 ;9/30 入院患者数)

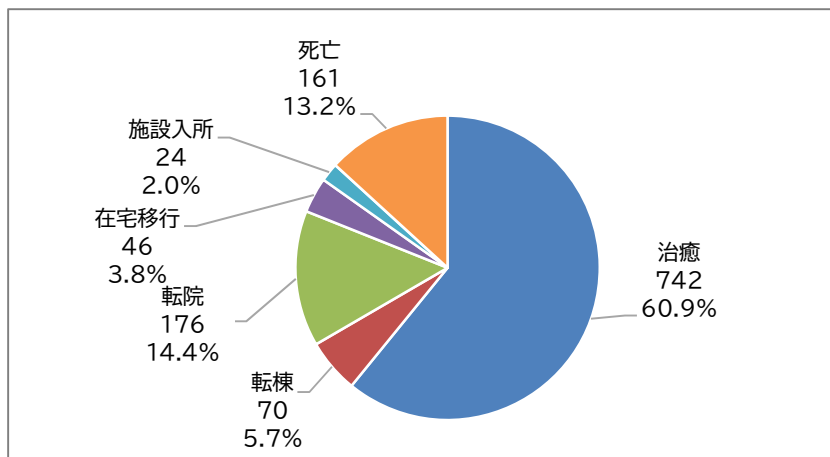
	全疾患 (延数)	呼吸器系 疾患の患者	心疾患の 患者	手術又は 直達・介 達牽引を 要する骨 折の患者	脊髄損傷 の患者	重篤な内 分泌・代 謝性疾患 の患者	重篤な栄 養障害の 患者	意識障害 の患者	全身感染 症の患者	中枢神経 系の感染 症の患者	急性腹症 の患者
患者数計	59	28	5	0	2	8	4	2	0	0	8
1 病棟あたり	1.7	0.8	0.1	0.0	0.1	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	0.2
治療延べ日数	938	245	150		33	210	120	60			69
1 病棟あたり	27.6	7.2	4.4		1.0	6.2	3.5	1.8			2.0
患者 1 人あたり 日数	15.9	8.8	30.0		16.5	26.3	30.0	30.0			8.6

	劇症肝炎 又は重症 急性膵炎 の患者	悪性症候 群又は横 紋筋融解 症の患者	広範囲熱 傷の患者	手術、化 学療法若 しくは放射 線療法を 要する状 態又は末 期の悪性 腫瘍の患 者	透析導入 時の患者	重篤な血 液疾患の 患者	急性かつ 重篤な腎 疾患の患 者	手術室で の手術を 必要とする 状態の患 者	膠原病の 患者	妊産婦で ある患者
患者数計	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
1 病棟あたり	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
治療延べ日数							21		30	
1 病棟あたり							0.6		0.9	
患者 1 人あたり 日数							21.0		30.0	

(2) 身体合併症管理加算対象患者の転帰

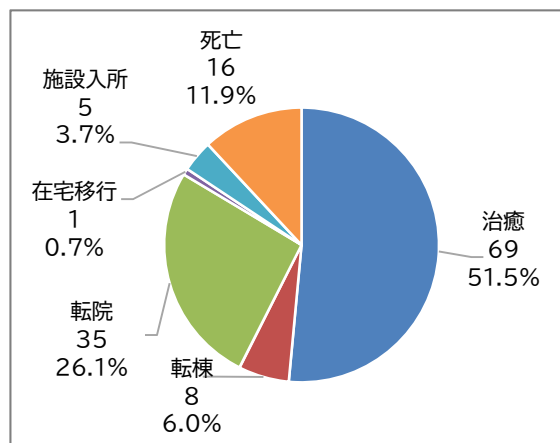
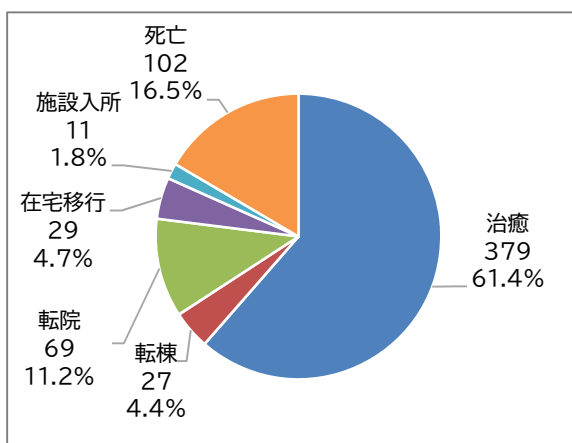
※「治癒」～「死亡」までの合計人数、継続加療中等の患者は含まれない

図表 2.2.2 身体合併症管理加算対象患者の転帰 (1,393 病棟、患者数 1,219 人※)



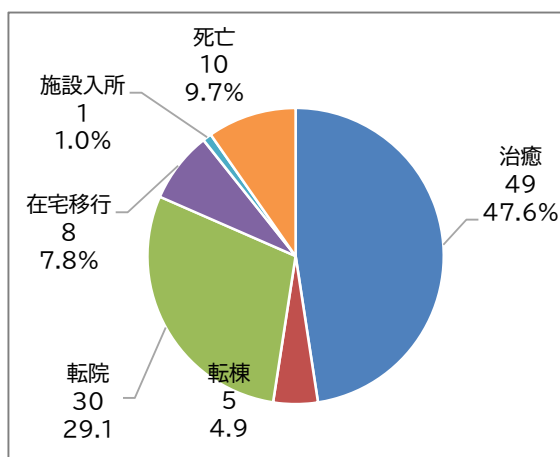
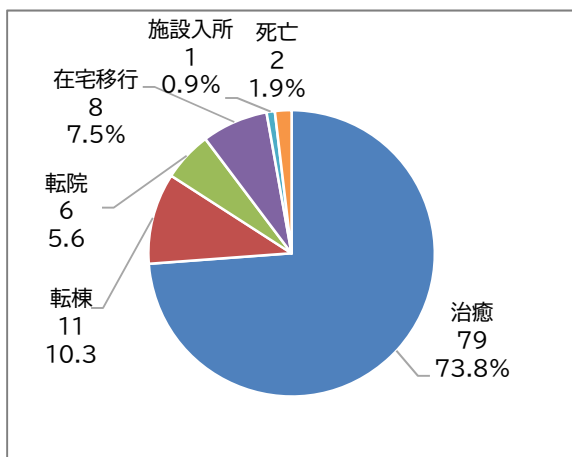
(精神病棟入院基本料 571 病棟、患者数 617 人)

(精神療養病棟入院料 403 病棟、患者数 134 人)



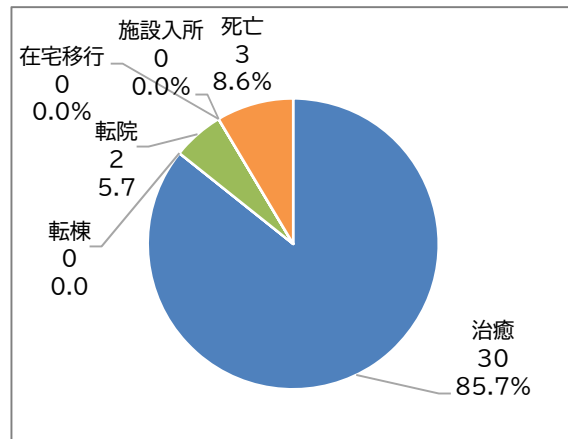
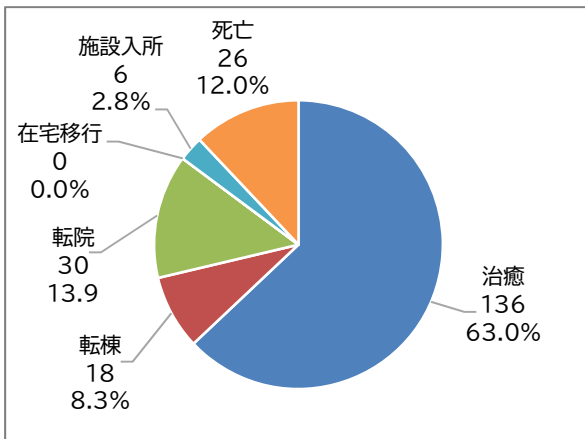
(精神科救急入院料 82 病棟、患者数 107 人)

(精神科急性期治療病棟入院料 106 病棟、患者数 103 人)



(認知症治療病棟入院料 154 病棟、患者数 216 人)

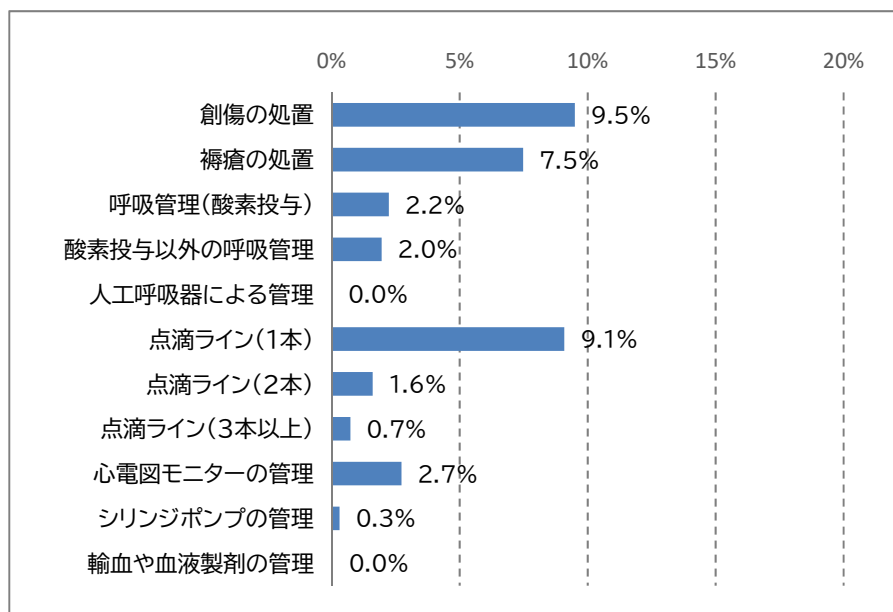
(特殊疾患療棟入院料 34 病棟、患者数 35 人)



(3) 自院で実施する身体合併症患者への処置等の状況

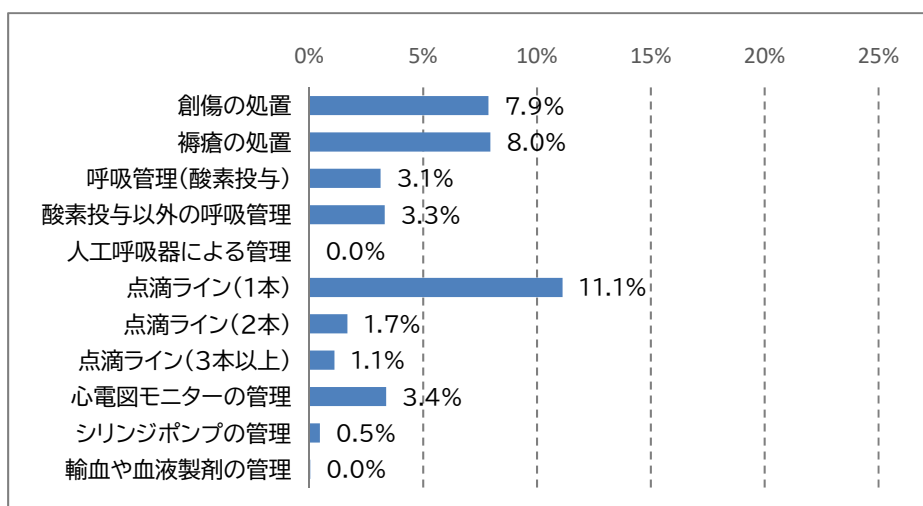
図表 2.2.3 自院で実施する身体合併症患者への処置等の状況

(1,393 病棟、※患者数 66,736 人 ;9/30 入院患者数)



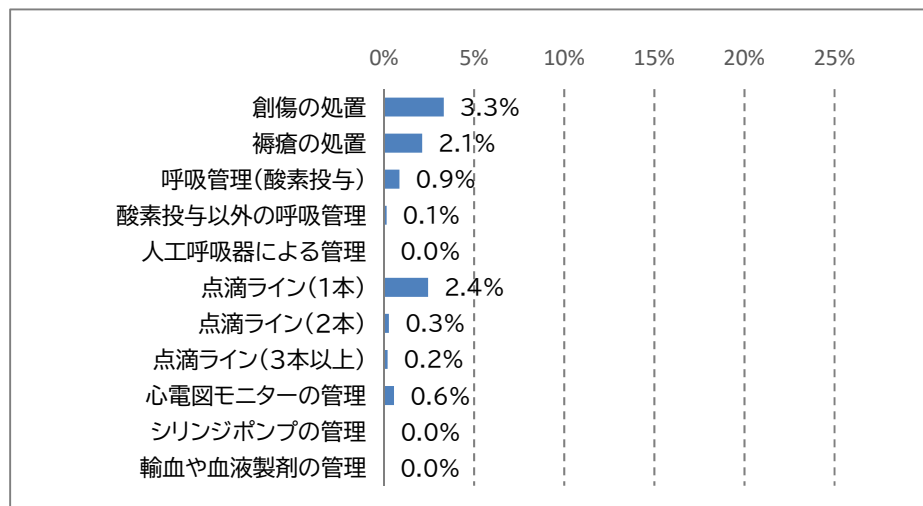
	創傷の処置	褥瘡の処置	呼吸管理 (酸素投与)	酸素投与 以外の呼 吸管理	人工呼吸 器による 管理	点滴ライン (1本)	点滴ライン (2本)	点滴ライン (3本以上)	心電図モ ニターの管 理	シリンジポ ンプの管 理	輸血や血 液製剤の 管理
件数	7,554	6,100	1,702	2,044	18	7,539	1,127	504	2,394	211	33
割合	9.5%	7.5%	2.2%	2.0%	0.0%	9.1%	1.6%	0.7%	2.7%	0.3%	0.0%
1病棟あたり	4.6	3.6	1.1	0.9	0.0	4.4	0.8	0.4	1.3	0.1	0.0
標準偏差	32.96	21.33	4.06	13.13	0.10	19.80	4.62	3.17	8.00	2.05	0.28

(精神病棟入院基本料 571 病棟、患者数 27,382 人 ;9/30 入院患者数)



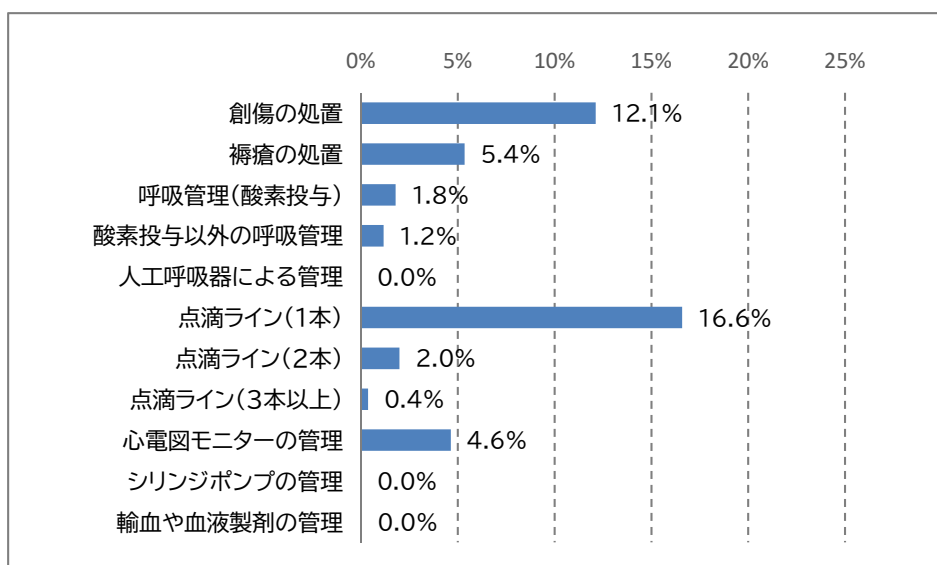
	創傷の処置	褥瘡の処置	呼吸管理(酸素投与)	酸素投与以外の呼吸管理	人工呼吸器による管理	点滴ライン(1本)	点滴ライン(2本)	点滴ライン(3本以上)	心電図モニターの管理	シリンジポンプの管理	輸血や血液製剤の管理
件数	2,155	2,177	858	907	2	3,046	458	303	924	127	12
割合	7.9%	8.0%	3.1%	3.3%	0.0%	11.1%	1.7%	1.1%	3.4%	0.5%	0.0%
1病棟あたり	3.8	3.8	1.5	1.6	0.0	5.3	0.8	0.5	1.6	0.2	0.0
標準偏差	30.78	17.88	4.99	17.78	0.06	23.03	4.28	4.45	8.39	2.51	0.34

(精神療養病棟入院料 403 病棟、患者数 20,822 人 ;9/30 入院患者数)



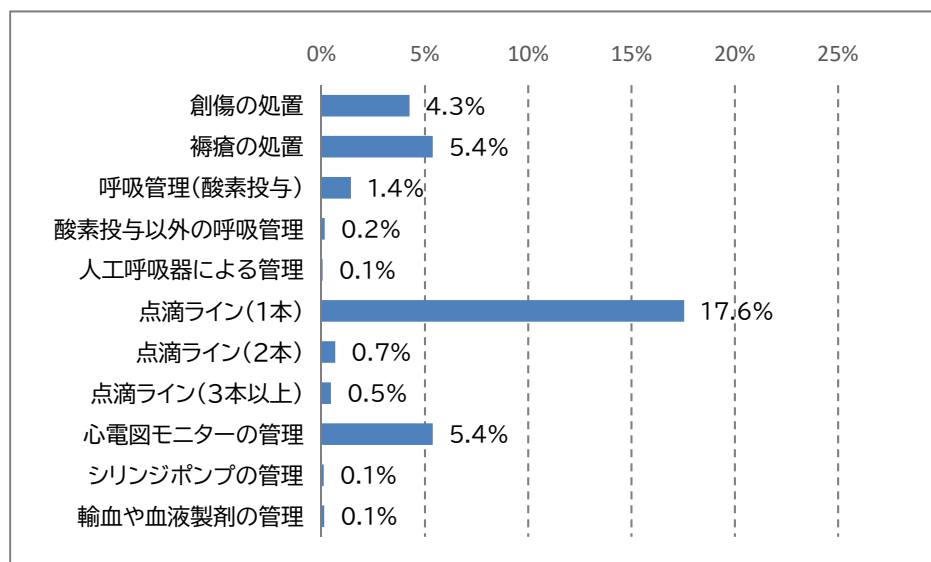
	創傷の処置	褥瘡の処置	呼吸管理(酸素投与)	酸素投与以外の呼吸管理	人工呼吸器による管理	点滴ライン(1本)	点滴ライン(2本)	点滴ライン(3本以上)	心電図モニターの管理	シリンジポンプの管理	輸血や血液製剤の管理
件数	692	441	179	31	0	509	57	41	116	4	0
割合	3.3%	2.1%	0.9%	0.1%	0.0%	2.4%	0.3%	0.2%	0.6%	0.0%	0.0%
1病棟あたり	1.7	1.1	0.4	0.1	0.0	1.3	0.1	0.1	0.3	0.0	0.0
標準偏差	6.08	4.35	1.93	0.46	0.00	4.82	0.57	0.63	1.68	0.12	0.00

(精神科救急入院料 82 病棟、患者数 27,382 人 ;9/30 入院患者数)



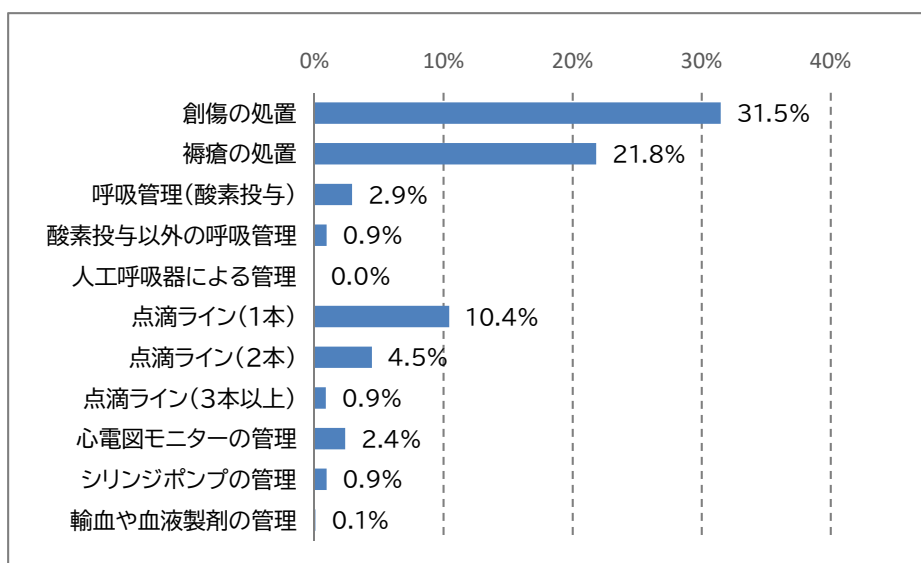
	創傷の処置	褥瘡の処置	呼吸管理(酸素投与)	酸素投与以外の呼吸管理	人工呼吸器による管理	点滴ライン(1本)	点滴ライン(2本)	点滴ライン(3本以上)	心電図モニターの管理	シリンジポンプの管理	輸血や血液製剤の管理
件数	426	188	63	41	0	583	70	13	163	0	1
割合	12.1%	5.4%	1.8%	1.2%	0.0%	16.6%	2.0%	0.4%	4.6%	0.0%	0.0%
1病棟あたり	5.2	2.3	0.8	0.5	0.0	7.1	0.9	0.2	2.0	0.0	0.0
標準偏差	20.75	8.29	2.23	3.26	0.00	19.06	3.51	0.85	10.60	0.00	0.11

(精神科急性期治療病棟入院料 106 病棟、患者数 20,822 人 ;9/30 入院患者数)



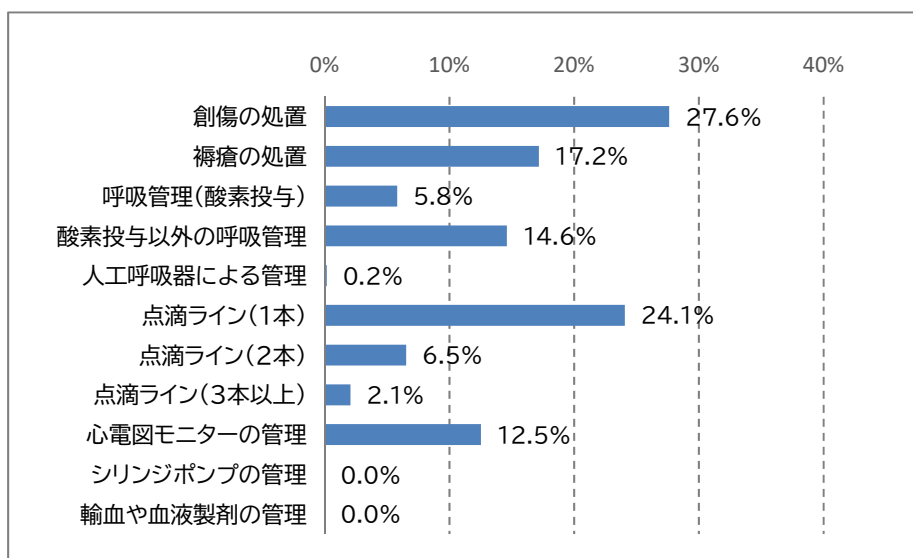
	創傷の処置	褥瘡の処置	呼吸管理(酸素投与)	酸素投与以外の呼吸管理	人工呼吸器による管理	点滴ライン(1本)	点滴ライン(2本)	点滴ライン(3本以上)	心電図モニターの管理	シリンジポンプの管理	輸血や血液製剤の管理
件数	168	212	56	6	2	692	26	18	212	4	5
割合	4.3%	5.4%	1.4%	0.2%	0.1%	17.6%	0.7%	0.5%	5.4%	0.1%	0.1%
1病棟あたり	1.6	2.0	0.5	0.1	0.0	6.5	0.2	0.2	2.0	0.0	0.0
標準偏差	5.93	9.79	2.96	0.36	0.19	35.61	1.21	0.67	12.58	0.23	0.40

(認知症治療病棟入院料 154 病棟、患者数 27,382 人 ;9/30 入院患者数)



	創傷の処置	褥瘡の処置	呼吸管理(酸素投与)	酸素投与以外の呼吸管理	人工呼吸器による管理	点滴ライン(1本)	点滴ライン(2本)	点滴ライン(3本以上)	心電図モニターへの管理	シリンジポンプへの管理	輸血や血液製剤への管理
件数	2,419	1,677	224	72	0	802	342	68	183	72	6
割合	31.5%	21.8%	2.9%	0.9%	0.0%	10.4%	4.5%	0.9%	2.4%	0.9%	0.1%
1 病棟あたり	15.7	10.9	1.5	0.5	0.0	5.2	2.2	0.4	1.2	0.5	0.0
標準偏差	70.64	51.16	4.84	2.42	0.00	12.23	8.85	2.75	4.60	3.78	0.41

(特殊疾患療棟入院料 34 病棟、患者数 27,382 人 ;9/30 入院患者数)

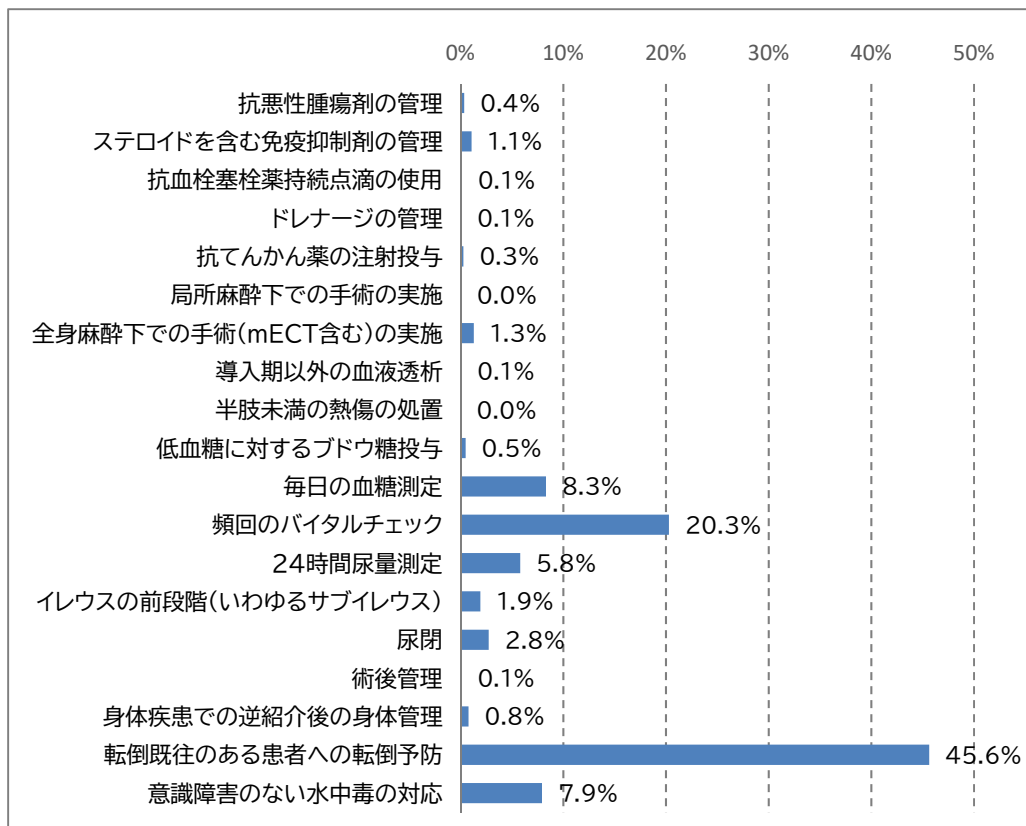


	創傷の処置	褥瘡の処置	呼吸管理(酸素投与)	酸素投与以外の呼吸管理	人工呼吸器による管理	点滴ライン(1本)	点滴ライン(2本)	点滴ライン(3本以上)	心電図モニターへの管理	シリンジポンプへの管理	輸血や血液製剤への管理
件数	465	289	98	246	3	405	110	35	211	0	0
割合	27.6%	17.2%	5.8%	14.6%	0.2%	24.1%	6.5%	2.1%	12.5%	0.0%	0.0%
1 病棟あたり	13.7	8.5	2.9	7.2	0.1	11.9	3.2	1.0	6.2	0.0	0.0
標準偏差	59.95	18.90	7.12	40.53	0.51	33.60	12.36	5.74	22.44	0.00	0.00

(4) 身体合併症管理加算の対象にならないが手のかかる処置

図表 2.2.4 身体合併症管理加算の対象にならないが手のかかる処置

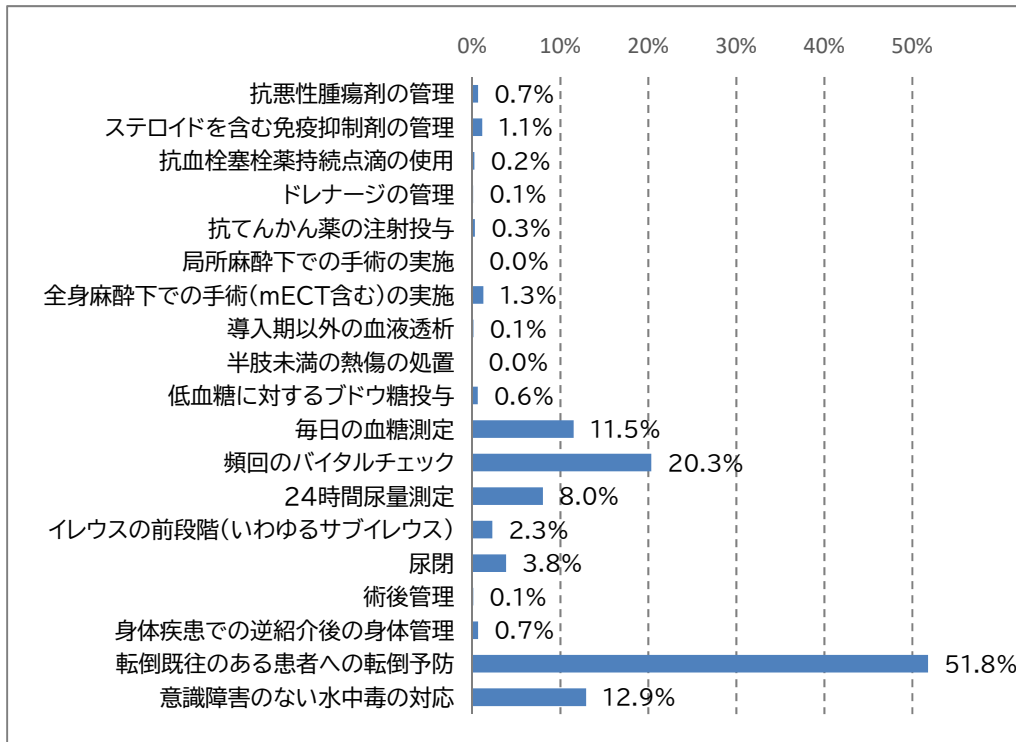
(1,393 病棟、※患者数 66,736 人 ;9/30 入院患者数)



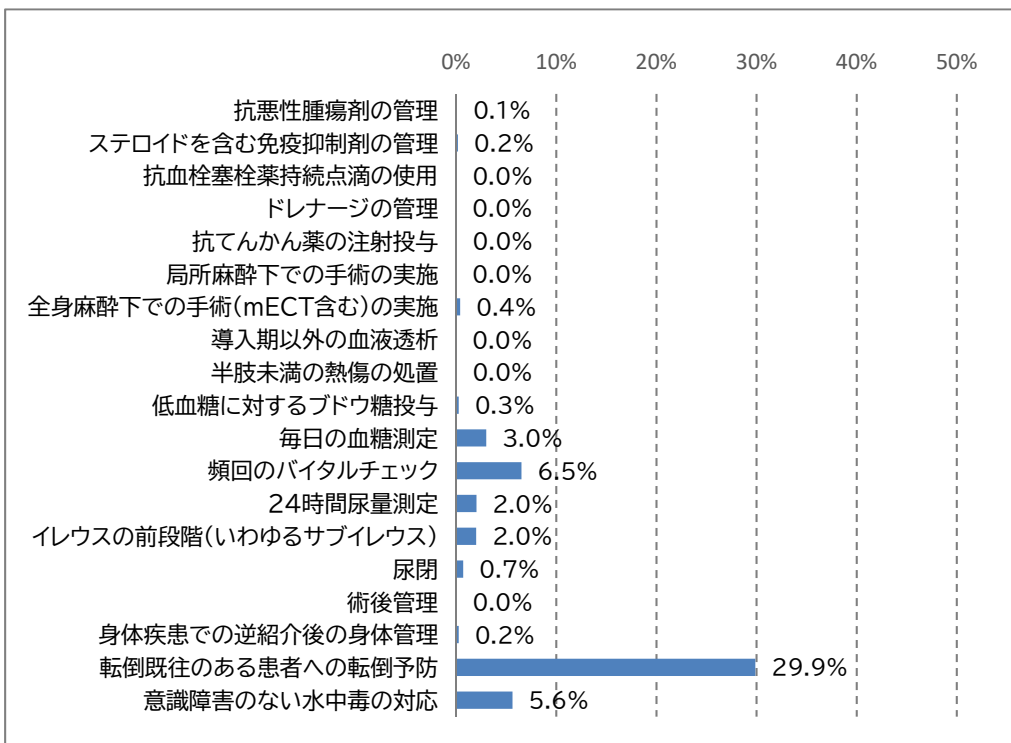
	抗悪性腫瘍剤の管理	ステロイドを含む免疫抑制剤の管理	抗血栓塞栓薬持続点滴の使用	ドレナージの管理	抗てんかん薬の注射投与	局所麻酔下での手術の実施	全身麻酔下での手術(mECT含む)の実施	導入期以外の血液透析	半肢未満の熱傷の処置	低血糖に対するブドウ糖投与
件数	236	721	74	37	190	24	859	36	3	335
割合	0.4%	1.1%	0.1%	0.1%	0.3%	0.0%	1.3%	0.1%	0.0%	0.5%
1 病棟あたり	0.2	0.5	0.1	0.0	0.1	0.0	0.6	0.0	0.0	0.2
標準偏差	2.20	5.16	1.13	0.24	2.68	0.24	4.07	0.38	0.05	1.32

	毎日の血糖測定	頻回のバイタルチェック	24 時間尿量測定	イレウスの前段階(いわゆるサブイレウス)	尿閉	術後管理	身体疾患での逆紹介後の身体管理	転倒既往のある患者への転倒予防	意識障害のない水中毒の対応
件数	5,557	13,543	3,883	1,289	1,836	47	522	30,459	5,295
割合	8.3%	20.3%	5.8%	1.9%	2.8%	0.1%	0.8%	45.6%	7.9%
1 病棟あたり	4.0	9.7	2.8	0.9	1.3	0.0	0.4	21.9	3.8
標準偏差	22.05	90.52	17.77	5.08	8.61	0.40	3.96	100.26	23.60

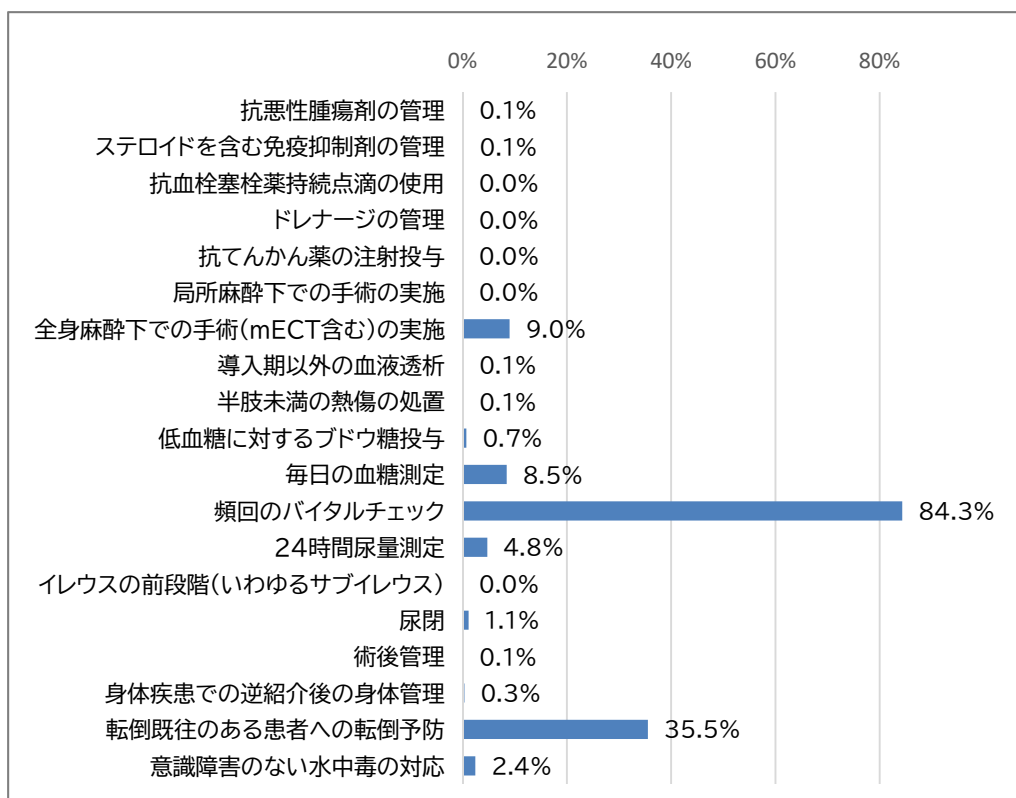
(精神病棟入院基本料 571 病棟、患者数 27,382 人 ;9/30 入院患者数)



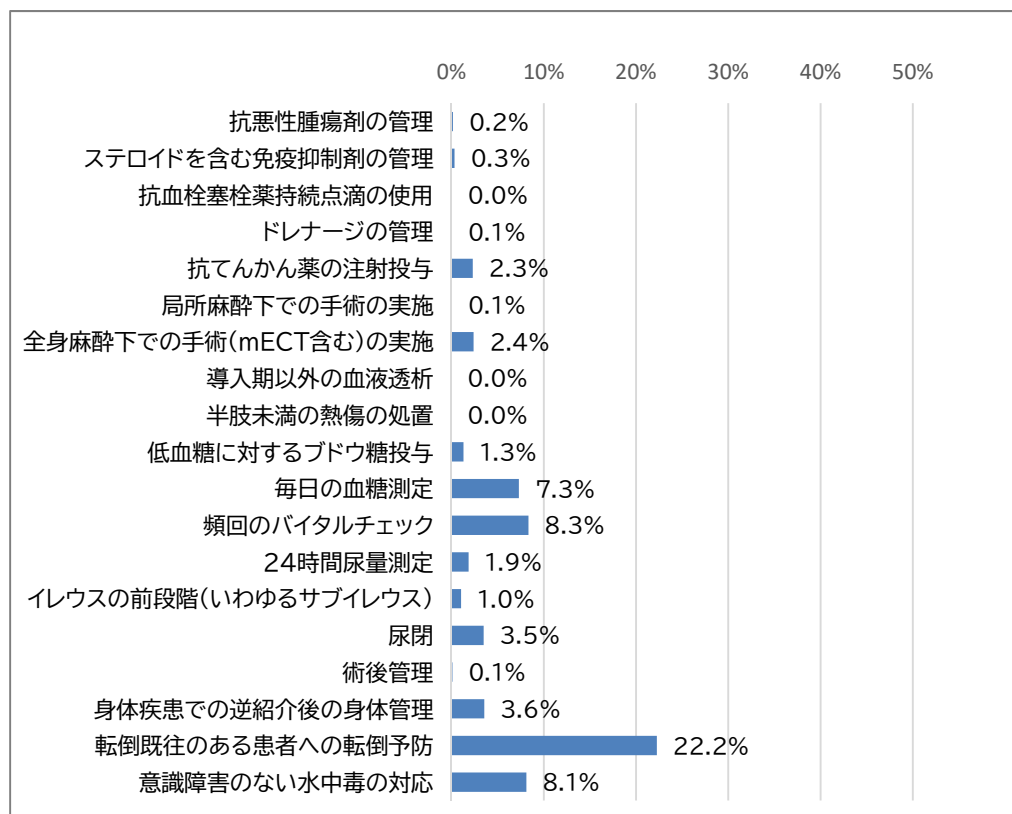
(精神療養病棟入院料 403 病棟、患者数 20,822 人 ;9/30 入院患者数)



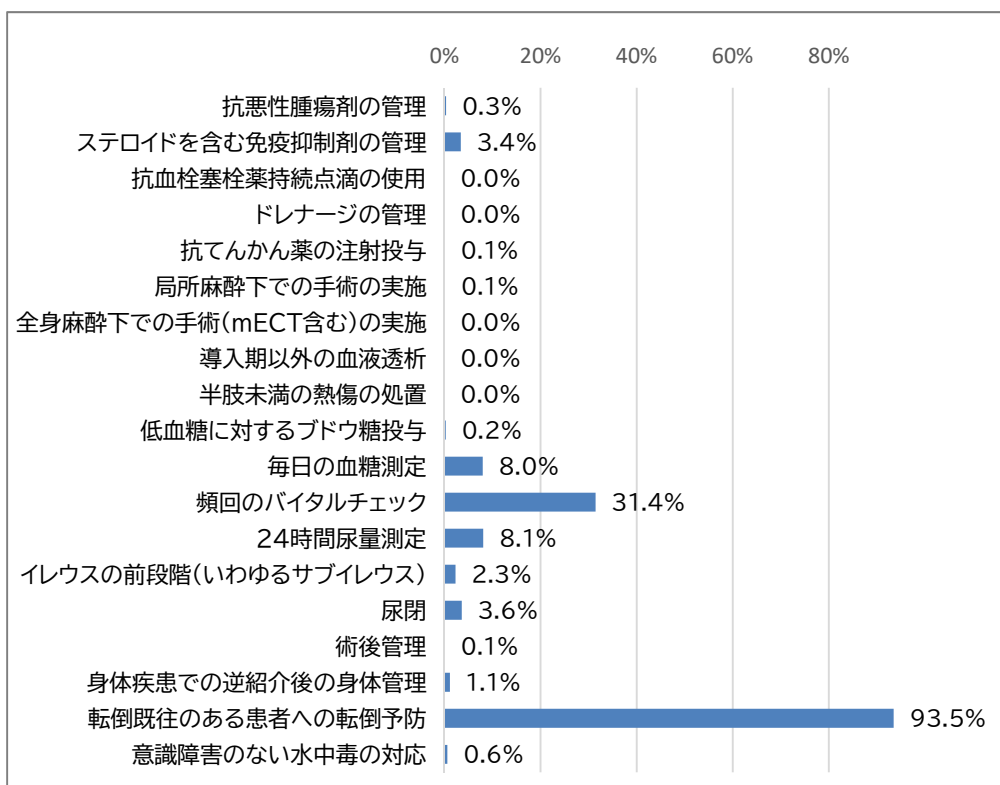
(精神科救急入院料 82 病棟、患者数 27,382 人 ;9/30 入院患者数)



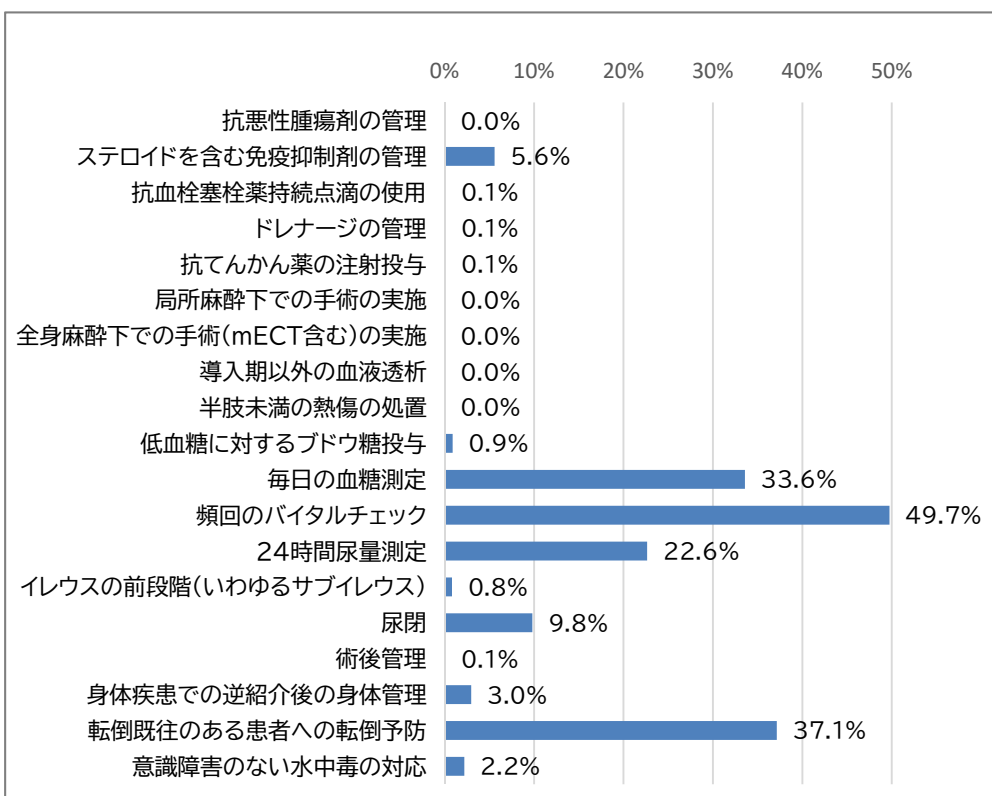
(精神科急性期治療病棟入院料 106 病棟、患者数 20,822 人 ;9/30 入院患者数)



(認知症治療病棟入院料 154 病棟、患者数 27,382 人 ;9/30 入院患者数)



(特殊疾患療棟入院料 34 病棟、患者数 27,382 人 ;9/30 入院患者数)



(5) 他科受診への通院実態

図表 2.2.5 他科受診への通院実態 (1,393 病棟)

延患者数	12,787
1 病棟あたり平均件数	9.2
標準偏差	81.34
付き添いを要した件数	2,841
割合	22.2%
患者実数	4,636
1 人あたり通院件数	2.8
(病院数)	321
1 病院あたり患者数	14.4

(精神病棟入院基本料 571 病棟)

延患者数	7,006
1 病棟あたり平均件数	12.3
標準偏差	94.77
付き添いを要した件数	1,387
割合	19.8%
患者実数	2,331
1 人あたり通院件数	3.0
(病院数)	239
1 病院あたり患者数	9.8

(精神療養病棟入院料 403 病棟)

延患者数	4,357
1 病棟あたり平均件数	10.8
標準偏差	100.32
付き添いを要した件数	820
割合	18.8%
患者実数	1,240
1 人あたり通院件数	3.5
(病院数)	198
1 病院あたり患者数	6.3

(精神科救急入院料 82 病棟)

延患者数	322
1 病棟あたり平均件数	3.9
標準偏差	6.14
付き添いを要した件数	114
割合	35.4%
患者実数	201
1 人あたり通院件数	1.6
(病院数)	57
1 病院あたり患者数	3.5

(精神科急性期治療病棟入院料 106 病棟)

延患者数	480
1 病棟あたり平均件数	4.5
標準偏差	6.89
付き添いを要した件数	153
割合	31.9%
患者実数	284
1 人あたり通院件数	1.7
(病院数)	103
1 病院あたり患者数	2.8

(認知症治療病棟入院料 154 病棟)

延患者数	439
1 病棟あたり平均件数	2.9
標準偏差	3.37
付き添いを要した件数	250
割合	56.9%
患者実数	424
1 人あたり通院件数	1.0
(病院数)	125
1 病院あたり患者数	3.4

(特殊疾患療棟入院料 34 病棟)

延患者数	104
1 病棟あたり平均件数	3.1
標準偏差	4.61
付き添いを要した件数	81
割合	77.9%
患者実数	86
1 人あたり通院件数	1.2
(病院数)	22
1 病院あたり患者数	3.9

(6) 終末期医療を実施している患者数

※概ね余命3ヶ月以内とされている患者に対する看取りを前提とした医療提供

図表 2.2.6 終末期医療を実施している患者数 (1,393 病棟)

患者数	507
1 病棟あたり	0.4
標準偏差	1.96
1人以上いた病棟数	222
割合	15.9%

(精神病棟入院基本料 571 病棟)

患者数	308
1 病棟あたり	0.5
標準偏差	2.94
1人以上いた病棟数	99
割合	17.3%

(精神療養病棟入院料 403 病棟)

患者数	77
1 病棟あたり	0.2
標準偏差	0.61
1人以上いた病棟数	51
割合	12.7%

(精神科救急入院料 82 病棟)

患者数	11
1 病棟あたり	0.1
標準偏差	0.41
1人以上いた病棟数	9
割合	11.0%

(精神科急性期治療病棟入院料 106 病棟)

患者数	5
1 病棟あたり	0.0
標準偏差	0.25
1人以上いた病棟数	4
割合	3.8%

(認知症治療病棟入院料 154 病棟)

患者数	76
1 病棟あたり	0.5
標準偏差	0.93
1人以上いた病棟数	46
割合	29.9%

(特殊疾患療棟入院料 34 病棟)

患者数	20
1 病棟あたり	0.6
標準偏差	1.19
1人以上いた病棟数	8
割合	23.5%

2-2 ヒアリング調査

1 調査概要（対象病院の選定について）

【目的】

精神病床における①急性に発症した身体合併症治療や②慢性に経過する身体合併症に対する重症化を防ぐための管理の実態について、質問紙による実態調査の内容を補足・補強し、より具体的な状況を明らかにするために、アンケート回答施設から複数の医療機関を選定してヒアリング調査を行う。

【調査対象】（選定方法）

アンケート回答のあった医療機関のうち Zoom でのヒアリングに同意をいただいた病院が 87 病院であった。身体合併症診療に対して、医療機関の体制に差があることが想定されたため、いくつかの категорияから選別することとした。アンケート調査にご協力いただいた医療機関のうち、ヒアリング調査に同意のあった医療機関をアンケート調査で用いた分類(A～D 群)で選別し、それぞれの群の漏れがないよう 9 病院を選別した。その結果、A 群から 3 病院、B 群 1 病院、C 群 2 病院、D 群 3 病院にヒアリング調査を実施することとなった。

- 1) 精神科単科(ほぼ単科)の病院について、A・B・C 群に振り分けたところ、A 群 25 病院、B 群 23 病院、C 群 4 病院であった。これらより原則 2 病院ずつ選抜
- 2) 特定機能病院から 1 病院を選抜
- 3) 特定機能病院ではない総合病院から 2 病院を選抜(精神病床 20%未満 1 病院、20%以上 1 病院)

(医療機関一覧)

精神科 単科病院	A 群	精神病床 20%以上	3.1	医療法人社団 五稜会病院
			3.2	医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院
			3.3	医療法人静心会桶狭間病院 藤田こころケアセンター
	B 群		3.4	医療法人社団淵野会 緑ヶ丘保養園
	C 群		3.5	医療法人社団早雲会 相模湖病院
			3.6	医療法人至誠会 滝澤病院
総合病院		3.7	国保野上厚生総合病院	
特定機能病院	精神病床 20%未満	3.8	仙台市立病院	
		3.9	浜松医科大学医学部附属病院	

【調査方法】

(1) 調査日 : 令和 3 年 1 月 12 日～18 日

(2) 調査方法 :

オンライン形式の個別ヒアリング調査(1 医療機関に対し 2～3 人の委員によるヒアリング)

(1)A・B・C 群の医療連携等について –「精神病床を主とするもの」(精神病床が全病床の 80%以上)

それぞれの医療機関の課題は、A・B・C 群別において差はあまりなく、むしろ地域とそれぞれの医療機関の機能の差によるものと感じた。高齢者を多く抱えている医療機関では、意識して内科医を雇用していて、ある程度の内科疾患に対応する努力をしていた。同時に、近年、内科医の確保が困難となっているというお話や、内科の充実が逆に重症者の転院のハードルとなりうるという意見もあり、精神科病院で内科を充実させることの課題と感じた。また、近年、高齢化が進んだ背景もあって、転倒による骨折が多く、その際はいずれの医療機関も速やかに転院を実行している。ただし、地域によっては手術後リハビリが不十分なまま逆紹介をお願いされる例もあり、精神病床にて身体的リハビリテーションの充実を図る必要性も示唆された。

病病連携については様々であった。医療資源が充実している地域の病院では連携も円滑で、地域の総合病院だけでなく大学病院が救急の患者を受け入れてくれるという病院もあれば、精神病床のある総合病院が近隣に無いために精神病床のない医療機関に受け入れをお願いしたり、県をまたいで転院をお願いするような病院もあり、地域差が非常に大きいと感じた。それでも、それぞれの病院で身体合併症の病病連携については工夫をしていて、ぎりぎりなんとか対応している。また、精神科で治療可能な判断基準と一般科での基準の違いがある故の病病連携の困難さを感じる事例も存在する。転院が遅れたことによる不幸な転帰を避けることはもちろん、重症化リスクとADLの低下による治療期間の延長を避けるためにも解決すべき課題である。そのほかには、精神病床での看取りも増えてきている中、どのような病態まで病病連携をするのかということ事前に家族と話し合う必要があるものの、話し合っても直前で家族が翻意してしまう例もあることの話もうかがった。身元引受人のいない患者の通院や転院については、病院の方で人的な補助だけでなく入院や手術の同意書の代行まで求められることもあることも負担となっている。

(2)D 群の医療連携等について –「精神病床を従とするもの」(精神科以外の病床が全病床の 20%超)

今回の対象病院は、いずれも精神科病院との連携に尽力している総合病院との印象を受けた。僻地中核病院で精神科に関しては遠方からの患者も引き受けているという医療機関であったり、地域の基幹的救急医療機関という位置づけで身体合併症患者に特化して多数引き受けている医療機関であったり、その他の総合病院と合併症の疾病によって役割分担をしているなど、それぞれの医療機関が地域での役割を明確に認識していた。その中で課題として挙げられたのは、医師の確保の困難さや、身体合併症患者に特化した精神病床では入院数が多くても在院日数が短いために病床稼働率が下がってしまうという課題や、逆に満床で受け入れが困難、逆紹介の際に、「尿道カテーテルの留置」、「高額の内科薬は困る」などの理由で拒否をする医療機関があるという課題などが挙げられた。

(3)精神科救急医療における身体合併症のある患者の入院受け入れについて

厚生労働省では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制整備についての議論がなされており、その中で、身体合併症対応体制の整備として、精神疾患と身体合併症の両者を診るこ

とが出来る単一の医療機関の指定や、複数の医療機関の連携によって対応することを想定している。もちろん、重い身体合併症がある患者の救急受け入れについては、その両方を診療することの出来る医療機関への入院が望ましいことは分かるが、その機能をもつ医療機関が対応することは、現状では進んでいないように感じる。今回のヒアリングでそのヒントを探った。

受け入れ体制として問題となることの一つは、夜間における精神科医のマンパワーであるが、ヒアリングでは、救急部がまず受け入れを行い、翌日に精神科に相談するという形で対応することで24時間対応を可能としている医療機関が複数あり、中には、神経内科医が協力してくれるという意見もあった。精神病床があるところでは、精神病床での機能や役割が各科で理解されている。ちなみに日本臨床救急医学会では、PEEC と呼ばれる救急現場において精神科以外の医師が初期対応を行うためのプログラムが開発され、切れ目のないケアについて取り組んでおり、このような取組が進むと受け入れ側の体制の充実が進む可能性はあるだろう。しかし、受け入れのための精神病床数であったり、病床の機能等、診療可能な精神疾患や身体疾患の病状の程度の課題も残されているようだ。なお、今回の調査では精神病床を届出していない医療機関を対象としていないが、精神科病院からの転院先としては、これらの医療機関の方が多いという結果が出ており、別途検討が必要となるであろう。

一方、身体疾患を診療することに限界がある精神科病院の場合、輪番制の仕組みでは身体的に事前に重症であることが分かれば、まず一般救急で診療をしてもらい転送してもらおうという意見を伺った。また、一旦引き受けた患者が身体的に重症であることが分かった場合に転送する際は、明確なシステムがあるところはなく、医師同士の個人的な繋がりや細々と連携している。さらに、身体的重症度についての連携病院双方の認識に差があり、連携がうまくいかないケースがあることも分かった。特に夜間は身体的重症度を把握するために検査機器を充実させた精神科病院であっても、検査担当者が当直していなければ稼働できないため、悩ましい問題となっている。

(4)精神療養病棟における身体合併症治療について

当該病棟を届出している医療機関に対して質問したところ、包括払いの中に合併症治療が包含されていて費用が持ち出しになること、他科受診についても薬剤費などの負担が大きい等の指摘があった。まったくその通りで、点数増点や、薬剤費の包括除外、身体合併症管理加算の導入などの配慮が必要であろう。

3 ヒアリング調査記録

3.1① 施設基本情報（アンケート回答(病院票)より)

医療機関名	五稜会病院				
病床数	193 床				
	精神	193 (精神病棟入院基本料 15:1 48) (精神科急性期治療病棟入院料 48) (精神療養病棟入院料 97)	一般		療養
医師数	精神科医		常勤	8	非常勤 3
	身体的治療(局所除く)を担当する医師		常勤		非常勤 2
	局所治療担当医師		常勤		非常勤
	精神科医を除くその他		常勤		非常勤

3.1② ヒアリング回答内容

1 精神症状を抱えた身体合併症治療について、貴院の地域における位置付けや貴院の特徴
<p>○当院は 193 床の精神科病院で、急性期中心の病院だと思う。令和 2 年 1 年間の入院が 726 人、平均在院日数が 89.8 日、新規の患者が 1 年間で 1,361 人、外来の多い病院だと思う。認知症は診療対象外としていて、若年層が多い病院である。</p> <p>○令和 2 年 7 月の在院者 175 人の内訳は、平均年齢が 45.5 歳、男性 62 人、女性が 116 人。10 代の方が 11 人で、70 歳以上が 21 人。在院日数 3 か月未満が 55%で、1 年以上が 27%、3 年以上が 18%。身体合併症の方が少ないのが特徴だと思う。寝たきりの方で廃用性萎縮をしている患者がいて、この方は近々老人病院に転院予定になっている。</p> <p>○内科のパート医が週に 1 回、半日来ていて、循環器内科の医師が月に 1 回、また循環器外科の医師が精神科の研修をしたいということで、1 人パートで来ている。あとは神経内科の医師が令和 2 年から精神科をやりたいということで常勤になっているので、身体的な合併症の患者さんを診ることは可能だと思う。</p> <p>○私は元消化器外科医で、日本外科学会認定医、日本消化器外科学会認定医、日本消化器病学会の専門医の資格があるので、ある程度の身体合併症については当院で診て、どうしても診切れないときは近くの総合病院にお願いしている。</p>
2 貴院で身体合併症の対応を行うにあたっての課題
<p>○ある程度のところは治療可能だが、例えば糖尿病や血圧が高いような場合に、新しい薬は薬価が高いので、しかも糖尿病や高血圧については多剤併用になっているので、そういった面では薬剤費の問題があるかと思う。</p> <p>○それと、摂食障害で BMI がかなり低い場合、体重が 32~33kg を切ったような場合には、中心静脈栄養ができないので経管栄養をしている。また、整形外科や内科のクローン病など、当院では診療できないような方が時々他科受診になってしまうので、そのようなところが問題だと思っている。</p>

<p>3 身体合併症治療に関して、病病連携についての課題</p>
<p>○市内で精神科ベッドがある総合病院は、大学病院を含め、4 箇所ある。大学病院はどこもそうだが迅速な対応ができないので、待機で転院などはあるが、救急で受けることはあまりない。それと、札幌市内には近隣の医療センターと病院の 2 箇所があって、そこは割と迅速に、精神科の医師に医師同士でお願いすれば引き取ってくれるような状況になっている。</p> <p>○精神症状が軽度で、例えば呼吸不全や心不全や急性腹症のような場合には、精神科のベッドがない2箇所の病院が 24 時間対応で引き受けてくれるので、割と引き取ってくれている状況である。</p> <p>○精神科のベッドがない1箇所の病院は、平成 30 年から、救急の医師や看護師、当院の医師、看護師を含めて、合同の症例検討会を年に 1 回、今まで 2 回ぐらい行っており、それで病病連携を図っている(しかし、コロナの関係で合同の症例検討会は今のところ保留になっている状況)。</p> <p>(急性期病棟の看護師長)</p> <p>○医師たちが医師同士で相談していただけるので、そんなに困らずに転院できていると思うが、夜間・休日に対応が難しい医師がいると少し時間がかかることがある。</p>
<p>4 精神科救急医療において、入院すべき精神症状があるが重度の身体合併症があるために単科の精神科病院では入院が困難と判断される患者の対応</p>
<p>(単科精神科病院等の場合) 自院での受け入れが困難な場合の対応について</p> <p>○精神科のベッドのある病院は、2 箇所の大学病院以外は、近隣の医療センターと病院の2箇所なので、単科の精神科病院で身体的な合併症を診ることができないような患者は、そちらにお願いしている状況である。医師同士で頼めば大抵は引き取ってくれている。</p>
<p>5 (精神療養病棟を届出している医療機関に対して) 当該病棟における身体合併症治療についてのご意見</p>
<p>○やはり、他科受診があるので減算されてしまう。それが困っている。療養病棟の患者でクローン病の方がいて、月に 1 回内科に受診に行くが、そちらのほうに行くと薬も高いものが出るので、そういった点が困る。</p>

3.2① 施設基本情報（アンケート回答(病院票)より)

医療機関名	嬉野温泉病院					
病床数	747 床					
	精神	592 (精神病棟入院基本料 15:1 102) (精神科急性期治療病棟入院料 40) (精神療養病棟入院料 116) (認知症治療病棟入院料 274)	一般	53	療養	102
医師数	精神科医		常勤	15	非常勤	6
	身体的治療(局所除く)を担当する医師		常勤	6	非常勤	12
	局所治療担当医師		常勤		非常勤	2
	精神科医を除くその他		常勤	2	非常勤	

3.2② ヒアリング回答内容

1 精神症状を抱えた身体合併症治療について、貴院の地域における位置付けや貴院の特徴
<p>○精神科の病床の中での合併症病棟の歴史は古く、昭和57年に 129 床を開設した。現在は 747 床のうち、精神科の中での合併症病床(15 対 1)は 75 床である。内科病棟は一般科の病棟が 155 床ある。内科関連の医師が 7 人、内科の非常勤が 4 人いるので、身体合併症に関してはある程度院内で対応できるようにしている。</p> <p>○老年期精神障害、高齢精神障害者、認知症患者に合併症対応をして、終末期まで診るという姿勢で早い時期からやっていたという特徴がある。</p> <p>○最近では民間の介護保険事業所の参入が多く、特に宅老所というものが非常に多く、有料老人ホーム、宅老所等々をベッド数換算すると 30 分以内のところには 550 床ぐらいある。そこでの競争になって、近年は認知症の入院率が非常に落ちている。また、それらの施設で対応できなくなった終末期的な身体合併症を持った患者が認知症治療病棟に入ってきて、これはいけないということですぐ内科病棟に移したり、地域の総合病院や救急病院に診てもらったりということが時々起きている。</p> <p>○骨折がうちでは一番多い。昔は一般科の他院では診てもらえなかったが、いろいろ交渉して、15 年ぐらい前からは必ず認知症の患者さんでも直ぐに診てもらい、手術となっている。普通は術後退院まで 2 週間ぐらいかかるが、4~5 日とか 1 週間で戻してもらい、紹介先の負担を軽くするという感じである。</p> <p><u>内科医がたくさんいるのが特徴的で、人工呼吸器も置いてあるのか。</u></p> <p>○内科病棟に置いている。呼吸器専門の医師がいるので、精神科の患者で使う場合は、誤嚥で延命できる場合に装置につなぐことはある。基本的な使用は、地域の総合病院からの紹介患者である。当院の内科には町内からの外来受診はほとんどない。内科の新規入院はほとんどが地域の総合病院からの回復期リハとかに行けない患者、長期療養の患者が来るという感じで、そこで人工呼吸器をつけなければいけない患者の対応をしているのがほとんどである。</p> <p><u>精神科の人が肺炎になったから内科の病棟で診てもらおうという感じではないのか。</u></p> <p>○精神科の患者の肺炎レベルは、精神科の合併症病棟で診ることが多い。ちょっと危ないという状況で急変した場合は内科病棟に移すケースはあるが、流れの中で悪くなっていく患者は精神科の合併症病棟で診ている。肺炎などはほとんど呼吸器の医師に診てもらって、アドバイスを受けながら元の病棟で診るか、状況によっては合併症病棟に移すという形でやっている。</p>

<p>2 貴院で身体合併症の対応を行うにあたっての課題</p>
<p>○課題は、内科医がいないということである。実際に担当できる患者の数は限られてくる。常勤の確保が新たにできない。10年前ぐらいまでは何とかドクターが新たに確保できていたが、ここ4～5年は内科医の確保に非常に困っている。</p>
<p>3 身体合併症治療に関して、病病連携についての課題</p>
<p>○終末期医療をどうするか(急変対応や心肺蘇生、危篤時の対応など)を家族に何回か確認している。そこで、どうしても助けてほしい、救急病院に送ってくれという場合に、時々、「内科があるのに、どうしてそちらで診ないのだ」と言われたことがある。</p> <p>○地区に宅老所とか有料老人ホームが非常に多いので、ぎりぎりまでみて急変した患者を救急病院に運ぶケースが多いので、我々のところが送ると、「内科があるだろう」という話になってしまい、連携がうまくいかない場合がある。普段からコミュニケーションをちゃんと取っていれば、ある程度は理解されるし、そういう問題が起きたときは連携室でフォローしているという状況がある。</p> <p>○転院のほとんどは骨折である。骨折に関しては、ほとんど大腿骨頸部骨折なので、よほどのことがない限り手術をしてくれる。普通は術後退院まで2週間ぐらいかかるが、4～5日とか1週間で戻してもらい、紹介先の精神科的な負担を軽くするという対応をして連携をしている。</p> <p>○また、夜中に外部当直医の判断で、家族希望が救急搬送してくれと書いてあるから、相談なくそのまま送ってしまったということはある。主治医に確認するなど慎重な対応が必要だった。</p>
<p>4 精神科救急医療において、入院すべき精神症状があるが重度の身体合併症があるために単科の精神科病院では入院が困難と判断される患者の対応</p>
<p>(単科精神科病院等の場合) 自院での受け入れが困難な場合の対応について</p> <p>○救急のときに合併症があって受入れのときに問題になったケースはあまりないと思うが、あるのが大量服薬である。大量服薬で、一旦身体が大丈夫かどうか診てもらって、オーケーが出たらうちで受けるといっても、なかなかうまくいかないケースがある。身体のほうで救急車が病院を探すと、精神科へというケースがあったり、ある病院では、現代医学では、大量服薬は胃洗浄とか何もしないから精神科に真っすぐ送っていいと言って受けようとしなない。そういうときに救急車が困るというケースがある。</p> <p>○県立病院には精神科があってもベッドがない。(大学に)身体合併症病床は2～4床程度で常時埋まっている状態なので救急では入院できないと思われる。身体救急対応をしてくれても、すぐ近隣の精神科病院に転院している状況である。</p> <p>○身体合併症で来た救急患者で困ったことはないが、県境なので、総合病院が時と場合によっては対応してくれる。精神科救急の場合、受け入れてくれるかどうかは分からないが、合併症で困ったらそこに相談している。</p>
<p>5 (精神療養病棟を届出している医療機関に対して) 当該病棟における身体合併症治療についてのご意見</p>
<p>○精神療養病棟の中では、地域移行機能強化病棟にしたところに合併症を持った人が多い。他の2つの精神療養病棟は、1つは社会復帰病棟であるし、1つは処遇困難な、平均年齢が50歳ぐらいの病棟なので、合併症は少ない。</p> <p>地域移行機能強化病棟の方々は、在宅退院というよりは施設に行こうとしている人が多いということか。</p> <p>○(地域移行機能強化病棟)に集めて退院させているが、もともとの精神科も、また、認知症病棟も多いので、認知症で5年以上の患者さんを施設に入所予定というケースをここにしているということはある。だから、</p>

精神療養病棟で身体合併症管理加算が取れるとありがたい。

3.3① 施設基本情報（アンケート回答(病院票)より)

医療機関名	医療法人静心会桶狭間病院 藤田こころケアセンター				
病床数	312 床				
	精神	312 (精神病棟入院基本料 15:1 108) (精神科救急入院料 1 145) (精神療養病棟入院料 59)	一般		療養
医師数	精神科医		常勤	18	非常勤 12
	身体的治療(局所除く)を担当する医師		常勤	1	非常勤 2
	局所治療担当医師		常勤		非常勤
	精神科医を除くその他		常勤		非常勤 4

3.3② ヒアリング回答内容

1 精神症状を抱えた身体合併症治療について、貴院の地域における位置付けや貴院の特徴
<p>○当院がある地域は老人施設が多いので、老人関係のそういう方々が結構いる。また、精神科の透析もやっていて、県内ではうちだけなので、透析をやっている認知症のような患者さんも集中的に送られて来る。大抵、高齢の方や統合失調症のような方で、生活習慣病からそのまま透析になっているようなケースは、入院透析でやることが多いと思う。そういう精神症状がある透析患者と感染症程度で、外科などはないので外傷的な処置はできない。</p>
2 貴院で身体合併症の対応を行うにあたっての課題
<p>○整形外科があるといいと思うが、それが無い。高齢の人が来ると、転倒骨折などで結局送らなければいけなくなる。戻って来てからのリハビリメニューに関しては、理学療法士がパートで来てくれているので、その整形外科の医師たちと組んでリハビリはできるが、結局、送らなければいけなくなる。そこが今一番の問題だと思っている。</p> <p>○精神科が長いと、身体合併症を診るときに、お腹が痛いなどいろいろ言うと、妄想という形で捉えられてしまうことがある。そういったちゃんとした訴えもすごく大事かと思っている。早期介入をしていかないと重症化することもあるので、少し気をつけて対応している。</p>
3 身体合併症治療に関して、病病連携についての課題
<p>○病病連携は大学病院を含め 4 か所ぐらいで連携を組んでやっている。</p> <p>転院で苦勞することはあるか。</p> <p>○精神症状が重篤過ぎるときは大変だが、1か所の大学病院の精神科病棟が精神科救急合併症病棟になっているので取ってはくれる。</p> <p>例えば尿路感染症や肺炎などで、これぐらいの症状なら送るけれども、これまでだったら自分のところで診ようとか、そういうコンセンサスみたいなものはあるのか。</p> <p>○尿路感染症に関しては、サテライトクリニックに透析医が来ているので、そこに任せる。泌尿器科が病院にはないので搬送する。また、前立腺がんの患者も送って、抗がん剤の処方をしてもらっている。 (症状の強さというより)専門性がないことには(対応できない)ので、最初の段階で、何かあったらお互いの</p>

病病連携、病診連携の中でやっていくと入院時に話してある。

4 精神科救急医療において、入院すべき精神症状があるが重度の身体合併症があるために単科の精神科病院では入院が困難と判断される患者の対応

(単科精神科病院等の場合) 自院での受け入れが困難な場合の対応について

- 大学病院との連携が中心になっていると思う。それぞれの出身校の人が院長をやっているような病院は、そこつながっている。一般科との連携は、自分が卒業した大学というのは顔が見える関係の医師がいるのでやり取りがしやすい。個人的なつながりでシステムができていないことは、なかなか(ないだろう)。
- 身体合併症を抱えた患者が救急で来て、重篤であれば、夜間でも大学病院(救急)に送る。身体合併症が最初から重篤でということになれば取ってもらえるが、夜間帯は精神科病院では検査があまりできない。検査が大事で、検査目的で送るケースも結構ある。検査で送って、夜中1時に送ったのが3時に戻って来るというケースが現実的にあり、夜間帯のやり取りになる点が課題である。

ほかに救急を受け入れる仕組みはあるのか。輪番制の仕組みとか。

- 輪番制はもちろんあって、我々の救急は後方支援という形である。
愛知県は3つのブロックに分かれているが、ABCブロックにそれぞれ救急病棟を持っている病院がある。一応、輪番は1人受ければよいということになっているので、2人目以降は、無理ならば後方支援病院が取ることになっている。ただ、後方支援も何件も来てしまうと厳しくなってくる。その場合には公立病院が取ってくれる。3段階でやっている。
- 県は常時対応型というものは認めていないため、形としては常時対応をしていますが、それでお金が発生することはない。

5 (精神療養病棟を届出している医療機関に対して) 当該病棟における身体合併症治療についてのご意見

- (精神病床で身体合併症の対応をするのは)なかなか厳しい。取れるところに関しては日数だけ延びたが、実際厳しい。むしろ、スタッフ配置が少ない療養病棟で診ているほうが絶対に大変なので、より多い点を付けてあげたほうがいいぐらいだと思う。

3.4① 施設基本情報（アンケート回答(病院票)より)

医療機関名	医療法人社団淵野会 緑ヶ丘保養園				
病床数	172 床				
	精神	172 (認知症治療病棟入院料 1 112) (特殊疾患病棟入院料 2 60)	一般		療養
医師数	精神科医		常勤	2	非常勤 1
	身体的治療(局所除く)を担当する医師		常勤	3	非常勤 2
	局所治療担当医師		常勤		非常勤
	精神科医を除くその他		常勤		非常勤

3.4② ヒアリング回答内容

1 精神症状を抱えた身体合併症治療について、貴院の地域における位置付けや貴院の特徴
<p>○認知症の専門病院ということでずっとやってきたので、当然高齢者が多い。身体合併症治療は、やれる範囲はやっている。いわゆる慢性の身体合併症の管理というのはずっと続けている。だから、他の連携病院に移すのは、重症になったときである。重度の肺炎、骨折、腎不全のような状況、硬膜下血腫だとか、そういう大きな病気のときに近医にお願いする。</p> <p>○周りの医師会とも協力しているので、救急病院等は引き受けてくれる。脳外科も一般の救急の病院もあるので。よくなった時点でまたすぐ返していただくということで、そんなに大きな問題はないようである。</p> <p>○昔から身体合併のための身体科医、いわゆる体を見てくれる医師が常時いた。全くいなくなったときはない。やはり精神科で身体合併症対応をするときには、身体科の医師は必要だとずっと思っている。</p>
2 貴院で身体合併症の対応を行うにあたっての課題
<p>○どのような身体合併で、どのような状況を診ていくかということだと思う。自分のところの病院でやれる範囲というのはそんなに広いわけではない。自分の病院の中で何とかやりくりができていた間はいいが、それを越すような重いことになったときには素早い判断をして、専門の病院に移すということを心がけないと、ちょっと遅れると危篤な状況になってしまうので気をつけている。</p> <p>○認知症で長いこと入院になっているケースは、家族がほとんど来ない場合もあり、意思確認がほとんどできないような状況である。家族にいろいろ話をして、最期はどうするかと言っても、延命を望まないと言う割には、ちょっと悪くなると専門に回してくださいと言う場合や、ここで最期までと言った割には、すぐ回して欲しかったと言う人もいる。</p> <p>だから、その辺のことが気になるので、返ってきたときにまた家族を呼んで、このような状況で返ってきたけれどもどうしようかと。また悪くなる可能性もあるし、このまま落ち着けば少しよくなるだろうと話す、次に悪くなったときには、先生もう回さないでくださいとか、家族によっていろいろである。その見極めが大事だということだ。治せる、治せないというよりも、その辺が難しいと思っている。</p>

<p>3 身体合併症治療に関して、病病連携についての課題</p>
<p>○病院としての病病連携というところだが、お互いがどここの医療までできる、どこまで対応できるというのを把握しているので、受け入れが難しい状況は最近あまりない。ただ、相手方はどうしても総合病院さんなので、満床で受け入れがすぐには難しいこともあるが、普段、密に連絡を取り合っているの、優先的に回してもらえる状況ではあると思っている。</p> <p>受け入れるときは、内科医が一回スクリーニングをかけて、これくらいだったらうちの病院で診ると言うのか、精神科医のほうが主にジャッジメントするのか、戻しの受け取りはどちらがされているのか。</p> <p>○相手方である。相手方は救急病院であったり、いろいろ状況が違うので、「そろそろ受け取ってくれないだろうか。完全には良くなっていない、半分ちょっとだけれども、何とかいけそうだ」と言われれば、当然分かったと言ってスッと受けないと、次に頼むときも困るので。(早すぎて悪くなるときはまた取ってくれるよねという約束で受け取る)</p>
<p>4 精神科救急医療において、入院すべき精神症状があるが重度の身体合併症があるために単科の精神科病院では入院が困難と判断される患者の対応</p>
<p>(単科精神科病院等の場合) 自院での受け入れが困難な場合の対応について</p> <p>○身体合併をもともと持っていて入るときには、やはり自分のところでは無理だというケースがある。だから、精神症状がひどくて身体合併症もひどいというケースは、当然頼まざるを得ない。こればかりは、大分県は県立の精神病院がなかったの、頼みようがなかった。ずっとそのような状況が続いていて、身体合併でも大変重症になれば医大にお願いしていたが、医大もなかなか数を取ってくれない部分があって四苦八苦してきた。</p> <p>去年、県立病院の精神医療センターができて、36床でやっている。いわゆる精神症状がひどくて身体合併がひどいのを診てくれるということで始まったので、少しよくなったかと思っている。</p>
<p>5 (精神療養病棟を届出している医療機関に対して) 当該病棟における身体合併症治療についてのご意見</p>
<p>○精神療養に限らず、マルメ病棟で身体合併を診るということは大変問題だ。外付けでもしていただかないとやってられない。実は、マルメのところから他科受診をするにしても、それこそ入院費の値段がポンと下がるわけである。薬をもらってきてはいけないだの、いろいろある。</p>

3.5① 施設基本情報（アンケート回答(病院票)より)

医療機関名	医療法人社団早雲会 相模湖病院				
病床数	205 床				
	精神	205（精神病棟入院基本料 15:1）	一般		療養
医師数	精神科医		常勤	2	非常勤 9
	身体的治療(局所除く)を担当する医師		常勤		非常勤 1
	局所治療担当医師		常勤		非常勤 1
	精神科医を除くその他		常勤		非常勤

3.5② ヒアリング回答内容

1 精神症状を抱えた身体合併症治療について、貴院の地域における位置付けや貴院の特徴
<p>○当院は、急性期治療病棟を持たない精神一般 15 対 1 の病棟になっており、主に県全域からアルコール依存症あるいは薬物依存症の患者さんを受け入れており、患者の層としては生活保護を使っておられるような方が入院されるということだが、年間でいうと大体 220 件の入院と退院を繰り返しているような病院になっている。基本的には精神科の立ち位置でいうと、後方支援病棟と申し上げればよろしいだろうか。</p> <p>○当院の位置づけとしては、簡単ではあるが依存症の患者を中心に受け入れをして治療を行っている病院である。</p> <p>身体合併症としては消化器系の疾患が多いのか。</p> <p>○そうである。それも内服薬の治療で経過を診られるようなレベルで当院では診させていただいている。</p> <p>○あとは、転倒あるいは患者さんのトラブルによる脳外科領域のもの、あるいは大腿骨骨折、そういったものが比較的受診理由としては多い。内科的なものももちろん多いが、内容としては多岐にわたるので、大体この3つが同じぐらいの数で構成されていると思う。</p>
2 貴院で身体合併症の対応を行うにあたっての課題
<p>○当院は県最北部で、立地が山間部にあるような病院である。その中で近隣の病院もあるのだが、基本的には療養病棟とか地域移行病棟のような病棟を標榜している病院が多いので、急性期病院に送るとなると救急車を使っても 30 分以上かかってしまう。そういう立地上の問題がある。</p> <p>○また、脳神経系の診察もお願いすることが多い。脳神経外科がある病院も少し離れた位置にあるということで、急変が起こってから救急要請をかけてというところに時間を要してしまうことがある。1 つの病院で受け入れをしてもらえればいいのだが、そこで 1 つが駄目だった場合に、受診に至るまで 1 時間から 2 時間程度かかってしまう。そうったところが大きな課題かと思っている。</p> <p>○受診をしてもらっても、時間の経過とともに当院ではもう診ることができないので、そちらの病院で最後まで診てくださいということで、結果的には看取りになってしまう。医療係争にならなかったからよかったが、なりかねない事態だったのかなと思っている。</p>

3 身体合併症治療に関して、病病連携についての課題

○逆に、身体合併で何か起こったときをお願いする病院が 1 点に定まっていないのが現状である。以前は、診療報酬の改定が度重なる前においては、急性期病院が近くで標榜していたので、何かあったときには一番近い病院をお願いすることが常にできていたが、その病院も時代の流れに沿って療養病棟、地域移行病棟というふうの流れを変えてしまったので、その連携ができなくなった。何か起こったときに比較的診てくれる病院を何個かピックアップをして、複数当たるということが常に起こっているような状況である。

病病連携でやる場合に、病院の中にある連携室など、どういう形でやられているのか。医療相談室か何かがあるのか。

○医療相談室のほうで精神保健福祉士を中心に相談員を 4 名配備しており、私自身もベッドコントロールと一緒に医療連携室で仕事をしている。それ以外に外来看護師を 1 名配置しており、基本的に入院相談というのは専属ではなくて担当ごとに動くので、例えば、ある患者の搬送が必要になったときには、担当のケースワーカーが主となって動くような形をとっている。

病病連携の連携の方向、アルコール依存症の要素が強かったので受けてほしいという流れと、逆に身体合併症等々があって他の病院に紹介するという流れとどちらが大きいのか。

○一般病院から、例えば肝障害等で入院された患者が精神疾患のフォローのために退院後お願いしますというケースが圧倒的に多い。月の件数でいうと、大体月平均 20 件の入院の中で 7~8 件ぐらいはそういった事案が占めている。そこでの連携はうまくいっている。

総合病院のヒアリングの中で、例えば紹介があった患者さんについて帰したいのだけれども、うちではケアができないので戻ってきてもらっては困るみたいなケースが時々あるという話だが、その辺はどうだろうか。

○逆紹介を受けるようなケースでは、基本的に、こちらからお願いしたケースに関しては、(逆紹介を)断るようなことはしていない。当院に一度戻ってきて、ほかの病院を探すということはするが、一度は必ず受けるようなことは徹底している。

○身体合併だったり急変時というのは本当に今後も課題だと思うので、一般の病院と連携を図っていかれたらという気持ちがとても強い。病院協会を中心にその理解を得られるような活動というのもセミナー等が開かれていたりするので、本当にありがたく、いつか実を結んだら本当にありがたいなというのが本心である。

4 精神科救急医療において、入院すべき精神症状があるが重度の身体合併症があるために単科の精神科病院では入院が困難と判断される患者の対応

(単科精神科病院等の場合) 自院での受け入れが困難な場合の対応について

○疾患による。当院に関しては、例えば認知症やアルコール依存症、覚せい剤という方は比較的診てもらえることが多い。逆に統合失調症や双極性障害あるいは妄想障害というような精神病質がある方に関しては結構断られるケースが多いかと思う。

5 (精神療養病棟を届出している医療機関に対して) 当該病棟における身体合併症治療についてのご意見

3.6① 施設基本情報（アンケート回答(病院票)より)

医療機関名	医療法人至誠会 滝澤病院				
病床数	241 床				
	精神	241(精神病棟入院基本料 15:1)	一般		療養
医師数	精神科医		常勤	3	非常勤 5
	身体的治療(局所除く)を担当する医師		常勤		非常勤
	局所治療担当医師		常勤		非常勤
	精神科医を除くその他		常勤		非常勤 4

3.6② ヒアリング回答内容

<p>1 精神症状を抱えた身体合併症治療について、貴院の地域における位置付けや貴院の特徴</p> <p>○県内でも建物が一番古い病院になってしまった。病棟は 30 年、40 年たったままで、鉄格子も残っていたり、大昔の畳の部屋が半分以上である。今ベッド化をどんどん進めてはいるが、まだ追いつかない状況で、ベッドのある部屋は 4 割ぐらいである。</p> <p>○長期入院の患者が非常に多い病院である。精神科単科で、入院患者さんの平均入院日数は、最新の状況で 690 日ぐらいになっている。1 年前は 1, 000 を超えていて、宇都宮は日本一在院日数が長い市町村で、日本一ということは世界一だと思うが、その数字を押し上げているような病院である。</p>
<p>2 貴院で身体合併症の対応を行うにあたっての課題</p> <p>○合併症の方はたくさんいると思うが、入院患者さんの平均年齢が 69 歳ぐらいになっている。今お話ししたように超長期入院の方なので、訴えも少ないという部分もあり、早期発見、早期治療に全く取り組めていない状況である。</p>
<p>3 身体合併症治療に関して、病病連携についての課題</p> <p>○連携を取っている総合病院などは本当に数か所に限られている。精神科があって合併症の治療もできる総合病院というと、宇都宮市内にはない。市外に 1 か所、市内には精神科の病床はないが協力的な病院が 1 か所あり、精神科を持たない総合病院である。外来もない病院なのだが、そこが一番近いので、その 2 か所が頼みという状況である。</p> <p>○(患者家族が)通院も付添いも行けない、手続もできないということになると、受け入れていただく病院としては、保証人もいないし問題だということになる。連携室でいろいろ肩代わりして、書類の記入や手術の同意というようなものを代行している。また、受け入れてくださる病院も、治療が終わった後は必ず戻せますねという確約を求められる。</p>

<p>4 精神科救急医療において、入院すべき精神症状があるが重度の身体合併症があるために単科の精神科病院では入院が困難と判断される患者の対応</p>
<p>(単科精神科病院等の場合) 自院での受け入れが困難な場合の対応について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○栃木県は非常に遅れており、県内全てが夜間救急には全く取り組んでいない。公立の県立病院の1か所が救急情報センターを持ちながら、夜間の対応は全部している。 ○長い通院歴の当院の患者さんであると、一旦受入れする。それ以外の比較的新しい患者さんについてはお断りで、外来担当医の丁寧な先生は紹介先を探している。
<p>5 (精神療養病棟を届出している医療機関に対して) 当該病棟における身体合併症治療についてのご意見</p>

3.7① 施設基本情報（アンケート回答(病院票)より)

医療機関名	国保 野上厚生総合病院					
病床数	254 床					
	精神	100(精神病棟入院基本料 15:1)	一般	100	療養	54
医師数	精神科医		常勤	3	非常勤	1
	身体的治療(局所除く)を担当する医師		常勤	10	非常勤	1
	局所治療担当医師		常勤	2	非常勤	1
	精神科医を除くその他		常勤		非常勤	

3.7② ヒアリング回答内容

1 精神症状を抱えた身体合併症治療について、貴院の地域における位置付けや貴院の特徴
<p>○へき地中核病院であり、和歌山医療圏に含まれている。病院は山間部で市内からは遠いのだが、二次救急を受け入れている医療機関である。一般内科は、三次医療機関からの患者の受け入れや後方病院という要素もある。山間部にあるため、精神科は和歌山市内など遠方の人も来院されるが、内科に関しては病院周辺の患者が多い。</p> <p>○精神科のほうが当院の医療圏域外からの来院が多いと考えていいと思う。</p> <p>近くの社会福祉施設や作業所などいろいろな形で連携しながら精神科医療を行っている。身体合併症についても、より離れたところからも受け入れている。</p>
2 貴院で身体合併症の対応を行うにあたっての課題
<p>○総合病院といっても、内科も一般内科で消化器内科が中心である。本当は循環器内科があるといい。</p> <p>そういう中で身体合併症を診るにあたって、例えば、飛び降りて骨折をしたという場合はうちも比較的引き受けやすいが、内科的な疾患があると、その内科的疾患がどの程度落ち着いたかによって、内科の先生にまずお伺いを立てて、内科のほうから受け入れてもいいという返事を頂いた上でないと、精神科の疾患を抱えた人、あるいは自殺企図の人はなかなか受け入れにくい。</p> <p>○精神科は常勤医が昨年から少し増えて今3名になったのだが、高齢の先生が来た上で何とか指定医2名以上を確保できたという状況である。一般科の先生も精神科自身も身体合併症をなかなか受け入れにくい場合がある。患者さんが何人も来るとなると対応ができない。そういう受け入れに際しては、他科の状況とうちの体制で制限せざるを得ない場合があると思う。</p>
3 身体合併症治療に関して、病病連携についての課題
<p>○精神科医も充足していない体制であり、1か所の県立医療センターに患者を任せないといけない場合もある。逆に、身体合併症があることで、県立の病院から送られることもある。</p> <p>○課題と言われると、どんな人でも来たらいいという病院ではないので、どうしても病病連携で一般科の病院との関連を考えたときに、精神科の受け入れられる能力と、かつ一般科にどの程度受け入れてもらえるかということがある。</p> <p>総合病院だが、今は外科も常勤医がいない状態である。非常勤医が来ていて、外科のオペはやれていない。そういう状況なので、どんな患者でも来ていただいたらいいということはなかなかできない状況である。</p>

実際に受け入れてみたけれども、これはもたないと思ってほかの病院を探されたというケースはあるか。

○あまりないような気がする。実際は思っていたほどではなかったという場合もあったと思う。うちでも対応できたのではないかと。ただ、身体状態の程度は実際に来てもらわないと分からないので、やはりそこは無理に引き受けにくいという場合はあるような気がする。

○摂食障害の患者さんは、数が多いというわけではないが、それなりに引き受けて対応している。かなり低体重の人も引き受けながら、リフィーディング症候群を起こしそうな場合など万が一の場合は、医大などをお願いする。悪性症候群でも、横紋筋融解症などでCPKが7~8万の高い人もそれなりに受け入れながらやっているが、腎障害が出てきそうときは大学病院に送らせてもらった。

病院からの連携ということになると、地域連携室が病院で連絡を取り合って入院するという流れになるのか。

○一般科は基本的にそうなのだが、精神科の場合は精神疾患がどの程度なのか把握した上でということになるので、地域連携室を本来は通すべきなのだろうが、PSWがある程度窓口になって聞いて、内科的な疾患や、こういう人だがどうだろうかと相談しながら精神科で受け入れていくほうがうまく流れるような気がする。地域連携で受けたときに、どうもぎくしゃくする場合もあるような気がする。精神科の状態を把握しておいてほしいという場合がある。

4 精神科救急医療において、入院すべき精神症状があるが重度の身体合併症があるために単科の精神科病院では入院が困難と判断される患者の対応

(総合病院精神科の場合) 貴院での入院受け入れの体制や状況について

○精神科の救急の輪番には入っていない。精神科の医師が十分いないし、夜間の対応はできていない。夜間は基本的には受け入れていない。単科の精神科の病院から頼まれて引き受けていることは確かにある。

お願いしてくるのは特定のところが多いのか、それともばらばらに色々なことで頼まれて来る患者さんが多いのか。傾向としてはどちらのほうが多いのか。

○どちらかという、特定の病院ということではないと思う。県内には13病院しかなく、精神科病院協会のつながりで結構交流があるので、個々に頼まれたときに、うちの内科なり整形外科などで身体面について診られるということであれば引き受けている。単科の精神科病院よりもうちの内科なり整形が対応できることがあれば、ある程度引き受けていると思う。

整形外科も結構受け入れているのか。

○飛び降りて外傷や骨折があったとか、あるいは脳外科、高次脳機能障害を起こしたとか、身体だが引き受けやすいというところはある。農薬や有機リン中毒などで自殺を凶って、ある程度よくなっていると言われても、身体科のほうのうちではまだだと断ってしまっている場合もある。なので、整形のほうが対応しやすく、来ていただくことは結構ある。

手に負えない身体合併症や思ったよりも重篤だった場合、和歌山大学など紹介するところはあるか。

○県内1か所の大学病院の救急がいろいろと引き受けてくれるので依頼することはある。

5 (精神療養病棟を届出している医療機関に対して) 当該病棟における身体合併症治療についてのご意見

3.8① 施設基本情報（アンケート回答(病院票)より)

医療機関名	仙台市立病院					
病床数	525 床					
	精神	50 (精神病棟入院基本料 10:1)	一般	467	療養	16
医師数	精神科医		常勤	7	非常勤	0
	身体的治療(局所除く)を担当する医師		常勤	149	非常勤	6
	局所治療担当医師		常勤	10	非常勤	
	精神科医を除くその他		常勤	3	非常勤	1

3.8② ヒアリング回答内容

1 精神症状を抱えた身体合併症治療について、貴院の地域における位置付けや貴院の特徴
<p>○仙台市立病院は宮城県にある。県には総合病院で有床の精神科が 4 つある。うち 2 つは大学病院になっていて、あともう一つは国立病院機構の病院になっている。</p> <p>宮城県は広いが、仙台に一極集中している形で、有床の精神科は仙台に集中している。その中で、各大学病院については教育ということもあるので、身体合併症のない統合失調症の診療などいろいろな教育的なこともしなければいけない。そういった制限のない仙台市立病院では身体合併症に特化できており、4 つの総合病院の中ですみ分けて治療を行っているつもりである。</p> <p>○4 つの総合病院の精神科病棟では、それぞれが 130 から 200 前後の入院を年間取っている。我々仙台市立病院では年間 160 件近く入院を取っているが、全部が身体合併症になる。160 件の身体合併症入院治療を行なっているが、実際は救急車で搬送され、そのまま精神科身体合併症病棟に入院せず、救命救急センターや一般病棟だけで治療を行う方もたくさんいる。宮城医療圏の中で仙台市立病院が年間 7,000 件以上の救急車を受け入れていて、トップになっている。救急車で来る方の中には、過量服薬であるとか、初発の精神病症状などの方も含まれていて、そのような患者さんは精神科病棟でなく救命救急センターの病棟で受け入れて、そこで年間約 1,000 件の新規コンサルテーション・リエゾン(CL)という形で対応して必要な方は精神科身体合併症病棟に来てもらう。もしくは合併症がなければ単科病院に振り分けるといふ、振り分けの機能も行っている。救急科が主担当科として入院する患者の 1/5-1/4 に精神科が CL で関わっている。</p> <p>○当院の地域における位置づけは、身体合併症の中核的な機関となっている。</p>
2 貴院で身体合併症の対応を行うにあたっての課題
<p>○公的病院、自治体立病院であるので、政策医療として精神科身体合併症というものが挙げられている。本当は身体合併症だけでなく精神科救急も政令市としてやらなければいけないところだが、そこは県との役割分担という形にしていて、県のほうは身体合併症はやらないで、仙台市のほうは精神科の単独のものをやらないという役割分担で行っている。</p> <p>○精神科を設計した先生が 50 床というベッドサイズを考えてつくられた。実際は精神科の身体合併症に特化して行っていると、50 床も入ることはなくて、稼働率が今問題になっている。</p> <p>10 対 1 入院料で取っていて、40 日で回しているが、実際は 28 日ぐらいでどんどん回っていつてしまうので、今 16 床ぐらいが平均になっていて、稼働率が高まっていない(ベッドサイズの問題だと思う)。</p>

あまり積極的に認知症の人の合併症はやっていらっやらないという感じか。

○単純な認知症やせん妄については、各病棟で行っているので、各病棟にかなりいらっやる。単純な認知症やせん妄を全部精神科という形になるとパンクしてしまうので、各一般病棟のほうで対応している。

院内のリエゾンみたいなことはされているか。

○院内で年間 1,000 件のコンサルテーション・リエゾンがある。500 床サイズで年間 1,000 件のコンサルテーションはかなり多くて、実際コンサルテーションはかなりやっている。

3 身体合併症治療に関して、病病連携についての課題

○宮城県の場合は、病院と病院、精神科病院との連携については良好なのではないかと思う。仙台市立病院とは良好だと思う。我々の精神科身体合併症に特化してやること自体についてはご理解いただいて、その入り口のほうをやっておいてもらえばいいということで、連携については特に課題はないかと思う。

○ただし、地域的に、例えば仙台と一番外れの気仙沼等になると車で 2 時間半ぐらいかかるので、実際は連携していないというか、気仙沼医療圏は気仙沼医療圏でやってもらっているので、あくまでも仙台医療圏、仙台近辺というのが課題というか地域的な問題なのかと思う。

他県の大学病院で、かなり難病の患者を受け入れているので、帰りたいときも紹介のあった病院がなかなか受け入れてもらえないという問題があると言われたが、そういう問題はあるか。

○実際はやはり帰れないことがちょくちょくある。そこは我慢して、やってもらえる病院を探してという形になるが、それほど多くはない。おおむね診てもらっている。

4 精神科救急医療において、入院すべき精神症状があるが重度の身体合併症があるために単科の精神科病院では入院が困難と判断される患者の対応

(総合病院精神科の場合) 貴院での入院受け入れの体制や状況について

○精神科救急システムの輪番のほうには入っていない形で救急の医療を提供している。実際は救急科を含め当直の先生方と連携を密にしているので、救急の当直医がかなり診てくださっていて、過量服薬とか初発とか正体不明の精神症状については、すぐ入れてくれて、翌日コンサルテーションしてもらおうという形になっているので、精神科救急システム外の身体科の救急の枠組みの中で 24 時間対応している形になる。

輪番制の後方支援病院のような位置づけでお仕事をされているという感じか。

○実際は初発の精神病については、地域の精神科病院はやはり初発だと何か分からないということもあるので、かなり神経内科の先生方が頑張って初発は結構診てくださっていて、必ずしも全部後方というわけではない。身体合併症があつて診られないので診てほしいという初発の人は結構来ている。神経内科はかなり理解してくださっている。

5 (精神療養病棟を届出している医療機関に対して) 当該病棟における身体合併症治療についてのご意見

3.9① 施設基本情報（アンケート回答(病院票)より)

医療機関名	浜松医科大学医学部附属病院				
病床数	613 床				
	精神	37(精神科棟入院基本料 13:1)	一般	576	療養
医師数	精神科医		常勤	12	非常勤 3
	身体的治療(局所除く)を担当する医師		常勤	375	非常勤 100
	局所治療担当医師		常勤		非常勤 2
	精神科医を除くその他		常勤		非常勤

3.9② ヒアリング回答内容

1 精神症状を抱えた身体合併症治療について、貴院の地域における位置付けや貴院の特徴
<p>○総合病院で精神科病床を有する病院は、浜松医大と近隣の私立病院の 2 か所で身体合併症を有する患者さんを役割分担して受けている状況である。基本的には近隣の私立病院がほとんどの合併症を受けているが、産科や血液内科のような担当医師が少ない患者様に関しては、大学病院が診るといって役割分担をしている。以上が静岡県の西部地域における位置づけや大学病院の主な特徴になっている。</p> <p>○もう 1 点、浜松医大は摂食障害治療支援センターという役割を担っており、摂食障害の低体重の患者さんで、身体的、精神的に両方の治療が必要な場合は、静岡県西部、中部、東部のいずれのところからも浜松医大で診ている。</p> <p>自殺企図をされて重症な傷害を負われたような場合も浜松医大が診られているのか。</p> <p>○そうである。重症熱傷など特別な治療が必要になってくる場合や、近隣の私立病院では対応が難しい症例である。</p> <p>近隣の私立病院と役割分担ができている主に 3 つの領域について、静岡県内で浜松はこういう役割をしているということは各病院も承知されているのか。</p> <p>○中部には 1 か所大きな県立医療センターがあり、東部は 1 か所大きな私立病院があるが、どちらも大学の関連病院なので、ある程度の役割分担の理解はされている。</p>
2 貴院で身体合併症の対応を行うにあたっての課題
<p>○第一に部屋の問題がある。浜松医大は 37 床しかなく、さらに保護室が 1 床、個室が 4 床で、結局個室が 5 床しかないため、個室が必要な方は満床だと受け入れが困難ということが一番の課題になっている。</p> <p>○基本的に他科の先生の精神科合併の患者さんに対する理解はよく、好意的に一緒に診てくれることが多い。中の連携に関しては大きな問題はないと思っている。</p>

3 身体合併症治療に関して、病病連携についての課題

- 例えば、身体合併症があるのでその治療をお願いしますとか、身体合併症があるから ECT がなかなかできないので大学病院でお願いしますということで受けるのだが、ECT が終わってお返しするとか、ある程度身体合併症の治療をしてお返しするということで、やはり断られるケースが多い。
- 例えば尿道カテーテルを留置されているからうちでは診られないとか、NG チューブが入っているからうちでは管理できないといった理由でも断られるケースがある。そこをもうちょっと受け入れてもらえると助かる。あとは、内科の薬の値段が高くてそれを服用していると取れないとか、いろいろな理由で転院がなかなかうまくいかないところが課題だと思っている。

もともといた病院に帰そうとしても、なかなか受け入れてくれないということか。

- もともといた病院に戻ってほしいののだが断られてしまうので、結局、身体と精神の両方を診てくれるような病院を新たに探さないといけない。

病病連携は地域連携室を通してやられるのだろうか。

- 地域連携室を通すが、実際のやり取りは PSW が行っている。自分が病棟医長なので、自分と PSW と相談し、相手方と相談してやり取りする。
- 西部は精神科病床を持っている大きな総合病院が 2 つあるので恵まれているが、静岡の中部と東部は精神科病床を持っている総合病院が少ないので、多分中部、東部の先生方は、精神科がない総合病院と上手に連携して患者さんをお願いしていると思う。中部や東部のほうがより困っているという状況である。

4 精神科救急医療において、入院すべき精神症状があるが重度の身体合併症があるために単科の精神科病院では入院が困難と判断される患者の対応

(総合病院精神科の場合) 貴院での入院受け入れの体制や状況について

- いわゆる精神科救急の輪番制には入っていない。自分たちの病院の精神科当直があつて、夜間救急で自殺企図や自傷行為など身体的な問題で救急部を受診した場合、精神疾患の合併が疑われた患者は精神科にコンサルトがあり、救急部と一緒に診るという体制をとっている。
- 夜間、時間外対応を他の病院からお願いされることはほとんどない。恐らく、そういった夜間の時間外対応を頼まれるのは、精神科救急を担当する近隣の私立病院で、そういう役割分担になっている。

5 (精神療養病棟を届出している医療機関に対して) 当該病棟における身体合併症治療についてのご意見

Ⅲ 考察(事業全体の提言)

今回の調査で明らかになったのは、

- (1) 精神病床を主とする病院(精神病床が80%以上;A・B・C群)においては、医師数、検査体制、治療体制・機能が乏しい状況で身体合併症の対応を行っている。精神科医による治療が困難と判断した場合の身体合併症治療について、精神病床を主とする病院では、転院や他院への受診といった対応を除く「自院の身体的治療を担当する医師が精神病床で治療」できたのは、3割程度であった。これに対し、いわゆる総合病院(精神病床が20%未満;D群)では、85%以上が自院での治療が実施できている。こうした背景により、両病院群の間に「どこまで身体合併症を自院で治療すべきか」との認識に乖離があった。
- (2) 他の医療機関への転院については、精神病床を主とする病院では意識レベル・呼吸状態・血圧の状態をメルクマールとして転院の判断がなされるが、その際に血液検査・X線・その他の把握に乏しく、かなり身体症状が悪化してから転院となりがちである。このため、転院先医療機関にとっても治療困難な状態であること、また逆紹介先医療機関の検査体制を考慮することもあり、転院先での入院期間が長くなっていることが推測される。
- (3) 身体合併症治療等にかかる他医療機関との連携については、両群の医療機関とも「概ねうまくいっている」が半数を超えていた。「ときどきうまくいかないことが多い」との回答の内容については、精神病床を主とする病院では、「転院を依頼しても精神症状を理由に断られる」、「転院しても病状の回復が不十分なまま早期に逆紹介されてしまう」が多かった。精神科と一般科での病状への捉え方が異なり、精神科で診療可能な境界線と一般科での見解に差異が生じていることが影響しているのでは、と推測された。
- (4) 以上のアンケート調査を踏まえて行ったヒアリングでは、いわゆる総合病院では一般科医師と精神科医師との連携は概ね良好であり、「精神科病床でできること」、「どの程度の状態で受け入れるのか」が両者の間で共有され、理解されている。一方、精神病床が主とする病院では、「身体合併症を担当できる医師が不在であること」、「検査体制が整っていないこと」等、総合病院などに紹介せざるを得ないのが現状である。しかし、病病連携で転院を図るにあたり、精神科病院での医療体制の理解が転院先医師になかなか得られず、転院が遅れてしまうことが少なからず起こっている。これについては、一般科での受け入れるべきと判断する重症度と精神科で対応可能なレベルとの認識の差が存在することを指摘しておかなければならない。

病病連携については、紹介する精神科病院と転院を受け入れる医療機関との間の相互理解が必要であることは言うまでもない。その前提として、精神科病院での身体合併症に対応する機能や転院先での精神症状に対応するための方策については、コンセンサスを得るための検討が更に必要となる。仮にコンセンサスに至ったとして、両者が合意できるレベルまで、精神科病院として自院で対応できる診断・治療能力の向上や検査・治療体制の充実が図られる必要がある。精神科医師の対応力向上は言うまでもないが、それには限界があるのも事実である。(多くの場合は非常勤となると考えられるが)身体科医師の配置や検査機器やそれを操作する人員の配置が必要となってくる。そのためには、それを可能とする診療報酬上の手当が必要だと考える。

また、精神病床を主とする病院並びにいわゆる総合病院に対して行ったヒアリングおよび検討において、精神科救急医療における身体合併症のある患者の入院受け入れについての質問および検討では、

精神病床を主とする病院では、

- (1) 病院群輪番型として精神科救急医療システムに参加している場合、身体合併症が重症であると事前に分かれば、まず一般救急で診療をしてもらい、その後転送を受ける。
- (2) 一旦引き受けた患者が重症な身体合併症があると分かった場合に転送する場合には、明確なシステムがあると答えた病院はなく、医師同士の個人的な繋がりで細々と連携している。
- (3) 身体的重症度についての連携病院双方の認識に差があり、連携がうまくいかないケースがある。

いわゆる総合病院では、

- (1) 夜間における精神科医の確保に問題があるが、救急部がまず受け入れを行い、翌日精神科に相談するという形で対応することで24時間対応を可能にしている。
- (2) 救急現場において、精神科以外の医師が初期対応を行うためのプログラム(日本臨床救急医学会によるPEEC)が開発され、切れ目のないケアに取り組んでいるケースがある。
- (3) しかし身体合併症患者を受け入れるとしても、受け入れのための十分な精神病床数が確保できなかったり、精神病床の持つ機能によっては、精神疾患や身体合併症の重症度によっては、受け入れが困難である等の課題も指摘された。

最近、報告書が提出された「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」の議論においては、身体合併症に対する体制整備のあり方として、精神疾患と身体合併症の両方を診療できる単一の医療機関を身体合併症対応施設と指定する場合や複数の医療機関の連携によって対応する場合を想定しているが、現状ではその道半ばである。今回の新型コロナウイルス感染症への対応を見るまでもなく、平時から精神科救急医療体制と一般の救急医療体制との連携強化を図る必要があり、対診や訪問・電話等、さらにはICTの活用による助言を行うことも検討するべきである。

IV 資料

○質問紙調査票

○ヒアリング項目(事前配布資料)

令和2年度障害者総合福祉推進事業（37番事業）

「精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者に対する取組の実態調査」について

1. 目的

精神病床入院中の身体合併症を有する患者について、①急性に発症した身体合併症治療や②慢性に経過する身体合併症に対する重症化を防ぐための管理の実態について、単科の精神科病院で行っている診療状況や血液検査や画像検査等を含む実施状況について、さらに所謂総合病院の精神科病床を利用しての治療の実態を明らかにするために調査を行う。

2. 調査対象

届出受理医療機関名簿より精神病床を保有している医療機関（令和2年5月1日現在）

3. 回答方法

- (1) 調査日：調査票に記載されている調査日(令和2年9月30日)または調査期間(令和2年9月1日～9月30日の1ヶ月間)でご記入下さい。
※病院票1-5.(3)については10月30日時点
- (2) 回答期日：令和2年11月13日(金)
- (3) 回答者：
- ①病院票：精神科医師および事務職ご担当の方がご回答下さい。
- ②病棟票：病棟毎の精神科医師および事務職ご担当の方がご回答下さい。

(4) 回答先

■日精協会員病院：日精協からメールにてお送りしているエクセル様式の回答票に入力いただいたものを電子メールに添付し、下記アドレスまでお送り下さい。

提出先アドレス：hojokin-37@nisseikyo.or.jp

4. お問い合わせ先

公益社団法人 日本精神科病院協会 事業部

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

TEL：03-5232-3311（土日、祝日を除く平日9：30～17：30）

FAX：03-5232-3309

メールアドレス／hojokin-37@nisseikyo.or.jp 担当：大竹・竹本・関戸・佐藤

精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者に対する取組の実態調査

記入日 令和2年 月 日

記入者氏名	<input type="text"/>	職種	<input type="text"/> (他)
所在地(都道府県)	<input type="text"/>	(日精協会員の方は会員番号) <input type="text"/>	
医療機関名	<input type="text"/>		
TEL	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
mail	<input type="text"/>	@	<input type="text"/>

1-1. 調査日(9月30日)現在の医療機関の基本属性についてご回答ください。

病院単位の回答

- (1) 標榜科目
- | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内科 | <input type="checkbox"/> 精神科 | <input type="checkbox"/> 神経科 | <input type="checkbox"/> 神経内科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器科 | <input type="checkbox"/> 消化器科 |
| <input type="checkbox"/> 胃腸科 | <input type="checkbox"/> 循環器科 | <input type="checkbox"/> 小児科 | <input type="checkbox"/> 外科 | <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> 形成外科 |
| <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 | <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 産婦人科 | <input type="checkbox"/> 産科 |
| <input type="checkbox"/> 婦人科 | <input type="checkbox"/> 眼科 | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 | <input type="checkbox"/> 放射線科 | <input type="checkbox"/> 心療内科 | <input type="checkbox"/> アレルギー科 |
| <input type="checkbox"/> リウマチ科 | <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 | <input type="checkbox"/> その他 (標榜科名: <input type="text"/>) | | | |

(2) 許可病床数

総病床数 (㉑+㉒+㉓+㉔+㉕)

(自動計算)

床

・入院料の区分があるものは選択肢から選んで下さい。

㉑精神病床 合計

入院料区分

- | | | |
|-------------------------|----------------------|---|
| (再掲) 精神病床入院基本料 | <input type="text"/> | 床 |
| (再掲) 特定機能病院入院基本料(精神病棟) | <input type="text"/> | 床 |
| (再掲) 精神科救急・合併症入院料 | <input type="text"/> | 床 |
| (再掲) 精神科救急入院料 | <input type="text"/> | 床 |
| (再掲) 精神科急性期治療病棟入院料 | <input type="text"/> | 床 |
| (再掲) 児童・思春期精神科入院医療管理料 | <input type="text"/> | 床 |
| (再掲) 精神療養病棟入院料 | <input type="text"/> | 床 |
| (再掲) 認知症治療病棟入院料 | <input type="text"/> | 床 |
| (再掲) 老人性認知症疾患療養病棟(介護保険) | <input type="text"/> | 床 |
| (再掲) 特殊疾患病棟入院料 2(精神科) | <input type="text"/> | 床 |
| (再掲) 地域移行機能強化病棟入院料 | <input type="text"/> | 床 |

㉒一般病床 合計

- | | | |
|----------------|----------------------|---|
| (再掲) ICU病床 | <input type="text"/> | 床 |
| (再掲) 緩和ケア病棟入院料 | <input type="text"/> | 床 |

㉓療養病床

㉔結核病床

㉕その他

(3) 医師数

	常勤	非常勤(実数)
精神科医	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
精神科医を除く 身体的治療(局所を除く)を担当する医師	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
精神科医を除く 局所の治療を担当する医師	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
精神科医を除く その他	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

- (4) 検査体制 (複数回答)
- MRI → (3テスラ以上 1.5以上3テスラ未満 それ以外)
- CT → (64列以上マルチスライス 16以上64列未満マルチスライス
 4以上16列未満マルチスライス それ以外)
- US → (表在 心血管 腹部 その他)
- 自院で実施可能な血液検査 → (血球 生化学検査) 心電図検査
- 脳波 単純X線 造影X線
- 内視鏡 → (気管支 上部消化管 下部消化管)
- 血流シンチグラム SPECT PET

- (5) 身体的治療体制 (複数回答)
- 心電図モニター 酸素投与 → 配管あり なし 胃ろう造設
- 身体専用の観察室 人工呼吸器 中心静脈栄養 輸血や血液製剤の使用
- 麻薬の処方 気管内挿管 気管切開 透析 手術室

1-2. 身体合併症への対応についてご回答ください。

病院単位の回答

(1) 精神科医師による治療が困難と判断した場合の身体合併症治療について、最も多い対応についてご回答ください。

- (択一回答)
- 自院の身体的治療を担当する医師が精神病床で治療
- 自院の身体的治療を担当する医師が精神病床以外で治療
- 他医療機関への受診を実施しながら自院で対応
- 転院
- その他 →

(2) ①既存の身体合併症がない75歳以上高齢者の肺炎*¹への対応について、自院で対応可能と思われる状態*²を選択してください。(複数回答可、*¹ 新型コロナウイルスではない、*² 看取りを除く) (複数回答)

- 意識レベル、呼吸状態、血圧とも安定
- 意識レベル、血圧は安定、酸素投与が必要
- 意識レベル、血圧は安定、酸素投与でも酸素化が不十分
- 意識レベル低下あり、血圧は安定、酸素投与が必要
- 意識レベル、血圧は安定、酸素投与が必要で、CRP20mg/dl以上
- 意識レベル、血圧は安定、酸素投与が必要で、画像にて片肺の3分の2以上に陰影がある
- 意識レベル低下なし、血圧低下あり、酸素投与が必要
- 意識レベル低下あり、血圧低下あり、酸素投与でも酸素化が不十分

【精神科病院からの身体合併症患者の引き受けを実施している病院のみお答えください】

②既存の身体合併症がない75歳以上高齢者の肺炎*¹への対応について、精神科病院での対応が望ましいと思われる状態*²を選択してください。(複数回答可、*¹ 新型コロナウイルスではない、*² 看取りを除く) (複数回答)

- 意識レベル、呼吸状態、血圧とも安定
- 意識レベル、血圧は安定、酸素投与が必要
- 意識レベル、血圧は安定、酸素投与でも酸素化が不十分
- 意識レベル低下あり、血圧は安定、酸素投与が必要
- 意識レベル、血圧は安定、酸素投与が必要で、CRP20mg/dl以上
- 意識レベル、血圧は安定、酸素投与が必要で、画像にて片肺の3分の2以上に陰影がある
- 意識レベル低下なし、血圧低下あり、酸素投与が必要
- 意識レベル低下あり、血圧低下あり、酸素投与でも酸素化が不十分

(3) 貴院にて、さらに身体的重症患者の治療を行うために必要と思われるものについて、最大3つまで選択してください。

- 身体的治療を担当する医師の増員 (複数回答)
- 検査機器や治療設備の充実 個数 0
- 看護師の対応力向上
- 治療についての診療報酬上の手当て
- その他 →

1-3. 調査日(9月30日)現在の精神病床入院患者の状況についてご回答ください。

病院単位の回答

(1) 入院患者数

[年齢階級・性別]

	男性	女性
合計 (㉑~㉒計) (自動計算)	0 人	0 人
㉑ 39歳以下	人	人
㉒ 40~49歳	人	人
㉓ 50~59歳	人	人
㉔ 60~69歳	人	人
㉕ 70歳以上	人	人

[入院期間別]

	合計 (㉑~㉒計) (自動計算)
合計 (㉑~㉒計) (自動計算)	0 人
㉑ 3ヶ月未満	人
㉒ 3ヶ月以上6ヶ月未満	人
㉓ 6ヶ月以上1年未満	人
㉔ 1年以上3年未満	人
㉕ 3年以上	人

(2) 主な精神疾患の状況

	合計 (㉑~㉒計) (自動計算)
合計 (㉑~㉒計) (自動計算)	0 人
㉑ F0 症状性を含む器質性精神障害	人
㉒ F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	人
㉓ F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	人
㉔ F3 気分[感情]障害	人
㉕ F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	人
㉖ F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	人
㉗ F6 成人の人格及び行動の障害	人
㉘ F7 知的障害<精神遅滞>	人
㉙ F8 心理的発達の障害	人
㉚ F9 小児(児童)期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	人
㉛ F99 詳細不明の精神障害	人
㉜ てんかん	人
㉝ その他	人

(3) 身体合併症の状況

・投薬の有無にかかわらず、疾患名で
ご記入下さい。
・1名の患者が複数に該当する場合は、
該当する項目全てにご記入下さい。

身体合併症を有している患者数

- (再掲) ㉞ 感染症および寄生虫症
- (再掲) ㉟ 新生物(悪性新生物)
- (再掲) ㊱ 血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害
- (再掲) ㊲ 内分泌、栄養および代謝疾患
- (再掲) ㊳ 神経系の疾患
- (再掲) ㊴ 眼および付属器の疾患
- (再掲) ㊵ 耳および乳様突起の疾患
- (再掲) ㊶ 循環器系の疾患
- (再掲) ㊷ 呼吸器系の疾患
- (再掲) ㊸ 消化器系の疾患
- (再掲) ㊹ 皮膚および皮下組織の疾患
- (再掲) ㊺ 筋骨格系および結合組織の疾患
- (再掲) ㊻ 尿路性器系の疾患
- (再掲) ㊼ 妊娠、分娩および産褥
- (再掲) ㊽ 周産期に発生した病態
- (再掲) ㊾ 先天奇形、変形および染色体異常
- (再掲) ㊿ 損傷、中毒およびその他の外因の影響
- (再掲) ㉿ その他

	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人

1-4. 身体合併症の治療等における他の医療機関との連携についてご回答ください。

病院単位の回答

(1) ①貴院では、病病連携を担当する部署はありますか。 (択一回答)

ある ない

②精神疾患で入院中の患者の身体合併症治療に係る他医療機関への受診について、病病連携を実施していますか。

(択一回答)

行っている 行っていない

(2) 他医療機関への転院件数について (調査対象期間:令和2年9月1日~30日の1ヶ月間)

転院件数 合計 (㉿~㊾計)

(自動計算)

- ㉿ 精神科の無い医療機関への転院
- ㊱ 精神科の標榜はあるが精神病床のない医療機関への転院
- ㊲ 精神病床がある医療機関の精神病床以外への転院
- ㊳ 精神病床がある医療機関の精神病床への転院
- ㊴ 不明
- ㊵ その他

0	件
	件
	件
	件
	件
	件
	件

(3) 他医療機関への転院にかかる原因疾患および再入院の状況

(調査対象期間: 令和2年9月1日～30日の1ヶ月間)

	患者実数	逆紹介数	返戻までの延べ日数
㉗ 感染症および寄生虫症	人	人	日
㉘ 新生物(悪性新生物)	人	人	日
㉙ 血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	人	人	日
㉚ 内分泌、栄養および代謝疾患	人	人	日
㉛ 神経系の疾患	人	人	日
㉜ 眼および付属器の疾患	人	人	日
㉝ 耳および乳様突起の疾患	人	人	日
㉞ 循環器系の疾患	人	人	日
㉟ 呼吸器系の疾患	人	人	日
㊱ 消化器系の疾患	人	人	日
㊲ 皮膚および皮下組織の疾患	人	人	日
㊳ 筋骨格系および結合組織の疾患	人	人	日
㊴ 尿路性器系の疾患	人	人	日
㊵ 妊娠、分娩および産褥	人	人	日
㊶ 周産期に発生した病態	人	人	日
㊷ 先天奇形、変形および染色体異常	人	人	日
㊸ 損傷、中毒およびその他の外因の影響	人	人	日
㊹ その他	人	人	日

(4) ①身体合併症の治療等にかかる他医療機関との連携について

(択一回答)

うまくいっている
 概ねうまくいっている
 とときどきうまくいかない
 うまくいかないことが多い
 連携はしていない

〔身体合併症の治療等について、主に転院を受ける側の医療機関については回答不要です〕

②精神科病院から他医療機関への転院を打診する際の連携の課題について、当てはまるもの 最大3つまで 選択して (✓を入れて)ください。 (複数回答)

- 転院を依頼しても精神症状を理由に断られる
- 転院を依頼しても満床を理由に断られる
- 転院を依頼しても入院の適応でないと断られる
- 転院しても病状の回復が不十分なまま早期に逆紹介されてしまう
- その他 →

個数 0

(1) 令和2年9月の1ヶ月間において、精神科単科病院等からの受入、治療等がありましたか。 (択一回答)

あった なかった

→ 「なかった」場合、『1-6.その他』に進んでください。

(2) 身体合併症の治療等のための受け入れの状況

受け入れた患者数 合計(㉑+㉒)	(自動計算)	0	人
(再掲) ㉑ 精神科で受け入れた患者数			人
(再掲) ㉒ 精神科以外で受け入れた患者数			人
(再掲) (㉒のうち、精神科が関わった件数)			人

(3) 治療後の状況 (受け入れ患者の令和2年10月30日時点での転帰)

※2020年9月中の受け入れ患者について

紹介元に逆紹介	人
在宅移行	人
死亡	人
別の医療機関へ転院	人
入院中	人
不明	人

(4) 受け入れにかかわる連携上の課題 (①～③それぞれ最大3つまで選択可)

(複数回答)

① 受け入れ時

- 病床が満床であることが多く、受け入れが困難
- 自院では対応困難な精神症状のある患者の転院が多い
- 入院の適応でない身体症状の転院が多い
- 転院に関する身体的情報提供が不足している
- 紹介元の身体疾患への病態把握が不十分
- 転院に際し、スタッフの同伴がない
- 家族と連絡がついていないなど
- その他 →

個数 0

② 治療中・治療後

- 情報提供よりも精神症状が悪く、対応に困る
- 情報提供よりも身体症状が悪く、対応に困る
- 精神症状の対応等について、紹介元に相談できない
- 手術等の同意など家族の協力が得られない
- その他 →

個数 0

③ その他

- 症状が安定したにもかかわらず、逆紹介をなかなか引き受けてもらえない
- 患者の支払いについて対応に困る
- その他 →

個数 0

後日、身体合併症の治療等に関するヒアリング調査(下記ご参照)に協力して頂けますか。 (択一回答)

はい いいえ

<ヒアリング調査概要>

身体合併症治療・管理の状況、他医療機関との連携の状況(どういう病状までは自院での対応が可能か、あるいはどういう病状では転院を含め他医療機関との連携を図るか、どのような医療機関と連携しているか等)についてヒアリング会を開催しZOOMを用いてご担当者様よりお伺いさせていただきます。

精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者に対する取組の実態調査

医療機関名 記入日 令和2年 月 日
 記入者氏名 職種 (他)

この調査票は病棟毎に作成をお願いします。同じ機能の病棟が複数ある場合、それぞれについてご記入下さい。
 シートが不足の場合、恐縮ですがシートのコピーにてご対応下さい。

〔病棟種別〕 ※同一の病棟が2以上ある場合、右欄を選択してください 1病棟目

2-1. 入院患者の状況等についてご回答ください。(令和2年9月30日現在) 病棟ごとの回答

(1) 入院患者数

〔年齢階級・性別〕

	男性	女性
合計 (各㉑～㉖計) (自動計算)	0 人	0 人
㉑ 39歳以下	人	人
㉒ 40～49歳	人	人
㉓ 50～59歳	人	人
㉔ 60～69歳	人	人
㉕ 70歳以上	人	人

〔入院期間別〕

合計 (㉑～㉖計) (自動計算)	0 人
㉑ 3ヶ月未満	人
㉒ 3ヶ月以上6ヶ月未満	人
㉓ 6ヶ月以上1年未満	人
㉔ 1年以上3年未満	人
㉕ 3年以上	人

(2) 主な精神疾患の状況

合計 (㉗～㉚計) (自動計算)	
	0 人
㉗ F0 症状性を含む器質性精神障害	人
㉘ F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	人
㉙ F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	人
㉚ F3 気分[感情]障害	人
㉛ F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	人
㉜ F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	人
㉝ F6 成人の人格及び行動の障害	人
㉞ F7 知的障害<精神遅滞>	人
㉟ F8 心理的発達の障害	人
㊱ F9 小児(児童)期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	人
㊲ F99 詳細不明の精神障害	人
㊳ てんかん	人
㊴ その他	人

(3) ADLの状況

	できる	何かにつかまればできる	できない
i) 寝返り	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
ii) 移乗	介助なし <input type="text"/> 人	一部介助 <input type="text"/> 人	全介助 <input type="text"/> 人
iii) 口腔清潔	介助なし <input type="text"/> 人	介助あり <input type="text"/> 人	
iv) 食事摂取	介助なし <input type="text"/> 人	一部介助 <input type="text"/> 人	全介助 <input type="text"/> 人
v) 衣服の着脱	介助なし <input type="text"/> 人	一部介助 <input type="text"/> 人	全介助 <input type="text"/> 人
vi) 診療・療養上の指示が通じる	はい <input type="text"/> 人	いいえ <input type="text"/> 人	
vii) 危険行動	ない <input type="text"/> 人	ある <input type="text"/> 人	

(4) 身体合併症の状況

・投薬の有無にかかわらず、疾患名でご記入下さい。
・1名の患者が複数に該当する場合は、該当する項目全てにご記入下さい。

身体合併症を有している患者数	
(再掲) ㉞ 感染症および寄生虫症	<input type="text"/> 人
(再掲) ㉟ 新生物(悪性新生物)	<input type="text"/> 人
(再掲) ㊱ 血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	<input type="text"/> 人
(再掲) ㊲ 内分泌、栄養および代謝疾患	<input type="text"/> 人
(再掲) ㊳ 神経系の疾患	<input type="text"/> 人
(再掲) ㊴ 眼および付属器の疾患	<input type="text"/> 人
(再掲) ㊵ 耳および乳様突起の疾患	<input type="text"/> 人
(再掲) ㊶ 循環器系の疾患	<input type="text"/> 人
(再掲) ㊷ 呼吸器系の疾患	<input type="text"/> 人
(再掲) ㊸ 消化器系の疾患	<input type="text"/> 人
(再掲) ㊹ 皮膚および皮下組織の疾患	<input type="text"/> 人
(再掲) ㊺ 筋骨格系および結合組織の疾患	<input type="text"/> 人
(再掲) ㊻ 尿路性器系の疾患	<input type="text"/> 人
(再掲) ㊼ 妊娠、分娩および産褥	<input type="text"/> 人
(再掲) ㊽ 周産期に発生した病態	<input type="text"/> 人
(再掲) ㊾ 先天奇形、変形および染色体異常	<input type="text"/> 人
(再掲) ㊿ 損傷、中毒およびその他の外因の影響	<input type="text"/> 人
(再掲) ㉀ その他	<input type="text"/> 人

(1) 身体合併症管理加算算定の状況

	治療延べ日数	実人数
① 呼吸器系疾患(肺炎、喘息発作、肺気腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気胸)の患者	日	人
② 心疾患(New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患又はモニター監視を必要とする不整脈)の患者	日	人
③ 手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者	日	人
④ 脊髄損傷の患者	日	人
⑤ 重篤な内分泌・代謝性疾患(インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症)の患者	日	人
⑥ 重篤な栄養障害(Body Mass Index13未満の摂食障害)の患者	日	人
⑦ 意識障害(急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等)の患者	日	人
⑧ 全身感染症(結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期又は敗血症)の患者	日	人
⑨ 中枢神経系の感染症(髄膜炎、脳炎等)の患者	日	人
⑩ 急性腹症(消化管出血、イレウス等)の患者	日	人
⑪ 劇症肝炎又は重症急性膵炎の患者	日	人
⑫ 悪性症候群又は横紋筋融解症の患者	日	人
⑬ 広範囲(半肢以上)熱傷の患者	日	人
⑭ 手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者	日	人
⑮ 透析導入時の患者	日	人
⑯ 重篤な血液疾患(ヘモグロビン7g/dl以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態)の患者	日	人
⑰ 急性かつ重篤な腎疾患(急性腎不全、ネフローゼ症候群又は糸球体腎炎)の患者	日	人
⑱ 手術室での手術を必要とする状態の患者	日	人
⑲ 膠原病(専門医による管理を必要とする状態に限る。)の患者	日	人
⑳ 妊産婦である患者	日	人

(2) 身体合併症管理加算対象患者の転帰

対象患者実数(㉑～㉖計) (自動計算)	実人数
① 治癒	0 人
② 転棟	人
③ 転院	人
④ 在宅移行	人
⑤ 施設入所	人
⑥ 死亡	人

(3) 自院で実施する身体合併症患者への処置等の状況

㊦-1 創傷の処置(褥瘡の処置を除く)	件
㊦-2 褥瘡の処置	件
㊧-1 呼吸管理(酸素投与)	件
㊧-2 酸素投与以外の呼吸管理(呼吸器以外)	件
㊧-3 人工呼吸器による管理	件
㊨-1 点滴ライン(1本)	件
㊨-2 点滴ライン(2本)	件
㊨-3 点滴ライン(3本以上)	件
㊩ 心電図モニターの管理	件
㊪ シリンジポンプ(少量持続点滴を含む)の管理	件
㊫ 輸血や血液製剤の管理	件

(4) 身体合併症管理加算の対象にならないが手がかかる処置について

㊰ 抗悪性腫瘍剤の管理	件
㊱ ステロイドを含む免疫抑制剤の管理	件
㊲ 抗血栓塞栓薬持続点滴の使用	件
㊳ ドレナージの管理	件
㊴ 抗てんかん薬の注射投与	件
㊵ 局所麻酔下での手術の実施	件
㊶ 全身麻酔下での手術(mECT含む)の実施	件
㊷ 導入期以外の血液透析	件
㊸ 半肢未満の熱傷の処置	件
㊹ 低血糖に対するブドウ糖投与	件
㊺ 毎日の血糖測定	件
㊻ 頻回のバイタルチェック	件
㊼ 24時間尿量測定	件
㊽ イレウスの前段階(いわゆるサブイレウス)	件
㊾ 尿閉	件
㊿ 術後管理	件
㊿ 身体疾患での逆紹介後の身体管理	件
㊿ 転倒既往のある患者への転倒予防	件
㊿ 意識障害のない水中毒の対応	件

➡ その他、頻度の高い処置等について、自由にご記入ください。

(5) 他科受診への通院実態について

延患者数	付き添いを要した件数	患者実数
<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

(6) 貴病棟において終末期医療*を実施している患者の人数

*概ね余命3ヶ月以内とされている患者に対する看取りを前提とした医療提供

 人

令和2年度障害者総合福祉推進事業 37 番事業

精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者に対する取組の実態調査ヒアリング

<ヒアリング項目>

1. 貴院での精神症状を抱えた身体合併症治療について、貴院の地域における位置づけや、貴院の特徴について。

2. 貴院で身体合併症を行うにあたっての課題。

3. 身体合併症治療に関して、病病連携についての課題。

4. 精神科救急医療において、入院すべき精神症状があるが重度の身体合併症があるために単科の精神科病院では入院が困難と判断される患者の対応について

①（総合病院精神科の場合）貴院での入院受け入れの体制や状況について。（輪番制のシステムに組み込まれているか、夜間時間外対応をしているか、など）

②（単科精神科病院等の場合）自院での受け入れが困難の場合の対応について。

5.（精神療養病棟を届出している医療機関に対して）当該病棟における身体合併症治療についてのご意見。

令和2年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業

精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者
に対する取組の実態調査
報告書

発行日 令和3年3月

発行 公益社団法人 日本精神科病院協会

会長 山崎 學

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

☎ : 03-5232-3311 📠 : 03-5232-3309

URL : <https://www.nisseikyo.or.jp/>

