

診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向に関する全国調査

ハマノ 濱野 ツヨシ 強* ミヤモト 宮本 ユキ 有紀^{2*} イトウ 伊藤 ヒロト 弘人^{3*}

目的 精神科入院医療の急性期化の進展を明らかにすることを目的として、診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向について全国調査を実施した。

方法 調査対象は、社会保険事務局（47局）と都道府県庁（47庁）である。前者には診療報酬上の精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟、児童・思春期精神科入院医療管理加算病棟（以下、3つの病棟を「精神科急性期・救急病棟」とする）、精神療養病棟を有する病院を、後者には老人性痴呆疾患治療病棟、重度痴呆患者入院治療病棟（以下、両病棟を「老人性痴呆疾患治療病棟」とする）、老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院を列挙し、調査内容について記入することを依頼した（回収率100%）。調査内容は、診療報酬上の精神科包括病棟の届出を行っている医療機関名、病床数、算定開始年月日および辞退年月日である。在院日数に制限がある精神科急性期・救急病棟、老人性痴呆疾患治療病棟を「急性期型病棟」、在院日数に制限がない精神療養病棟、老人性痴呆疾患療養病棟を「長期療養型病棟」に分類し、各病棟の病床数（2003年9月現在）ならびに病床増加数について分析を行った。

結果 1) 精神科急性期・救急病棟は6,752床であり、毎月81.7床ずつ増加していた。老人性痴呆疾患治療病棟は11,761床であり、毎月102.5床ずつ増加していた。ただし、各病棟は都道府県ごとで整備状況に地域差がみられた。

2) 精神療養病棟は76,155床であり、2001年6月以前は毎月779.1床ずつ、同月以降は毎月286.4床ずつ増加していた。老人性痴呆疾患療養病棟は17,289床であり、毎月211.8床ずつ増加していた。

3) 急性期型病棟の病床増加数は長期療養型病棟に比べて少ないことが示された。

結論 診療報酬上では、急性期型病棟の病床は毎月増加していることが明らかとなった。今後は、都道府県による整備状況の差や長期療養型病棟の増加とのバランスを考慮した上で、急性期型病棟を整備していく必要がある。

Key words：精神科，急性期入院医療，診療報酬，包括病棟，時系列変化

1 はじめに

欧米先進国では、脱施設化の方向と地域精神保健医療福祉への転換が国策として行われてきた¹⁾。わが国でも、これまでの入院医療主体から地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方への転換が示され²⁾、精神医療改革や地域支援体制の整備が段階的に進められている³⁾。

地域精神保健医療福祉への転換に伴って、米国

等の諸外国においては、精神科入院医療が急性期化したことが報告されている^{1,4)}。したがって、諸外国の動向を踏まえると、わが国の精神科入院医療は長期療養ケアに比べて急性期医療が増加していることが考えられる。

精神科における急性期入院医療の仕組みは、在院日数に制限を設けた診療報酬上の包括病棟を中心として整備がなされている⁵⁾。現在、急性期の機能を担う包括病棟として精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟が存在している。また、高齢者ケアの急性期入院医療に対応した包括病棟としては、老人性痴呆疾患治療病棟が存在している。

わが国では、近年の地域精神保健医療福祉への転換に伴い、欧米諸国の変化と同じように、精神

* 国立保健医療科学院経営科学部

^{2*} 東京大学大学院医学系研究科精神看護学

^{3*} 厚生労働省大臣官房厚生科学課

連絡先：〒351-0197 埼玉県和光市南 2-3-6

国立保健医療科学院経営科学部 濱野 強

科急性期の包括病棟は増加しているのであろうか。長期療養の機能を担う包括病棟として、在院日数に制限のない精神療養病棟、老人性痴呆疾患療養病棟が存在しているが、これらの病棟の増加と比較して精神科急性期の包括病棟の伸びはどの程度であろうか。これらの疑問に関しては、これまで精神科包括病棟の動向に関する調査が系統的に行われてこなかった。

そこで本研究では、急性期病棟の進展の程度を明らかにすることを目的として、診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向について分析を行ったので報告をする。

II 研究方法

1. 診療報酬上の精神科包括病棟

入院医療における現行の診療報酬体系は、入院基本料による支払体系の病棟（出来高支払病棟）と特定入院料による支払体系の病棟（以下、包括病棟）に大別される。出来高支払病棟では、入院基本料（入院医療の基本的な体制を評価する点数）に加えて、すべての特掲診療料を出来高で算定する。一方、包括病棟は病棟の特定の機能に応じた入院料であり、入院基本料と入院基本料加算などの大半およびほとんどの特掲診療料が1日あたりの

の点数として包括化されている。

表1に示す通り、2004年3月現在、精神科の包括病棟には精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料1、精神科急性期治療病棟入院料2、精神療養病棟入院料1、精神療養病棟入院料2、老人性痴呆疾患治療病棟入院料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料（医療保険適応病床、介護保険適応病床）が導入されている。本論ではこれらの病棟をまとめて「精神科包括病棟」と総称する。

なお、児童・思春期精神科入院医療管理加算、重度痴呆患者入院治療料については包括病棟ではない。しかし、本研究では在院日数に制限を設けた急性期病棟の進展が論点であることから、時間軸が導入されている両病棟を精神科包括病棟に含めて論じることとする。

2. 対象

調査対象は、それぞれの病棟の届出先である都道府県庁および社会保険事務局である。精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料1、精神科急性期治療病棟入院料2、精神療養病棟入院料1、精神療養病棟入院料2、児童・思春期精神科入院医療管理加算については、都道府県の社会保険事務局（47局）を対象とした。老人医療に関連する老人性痴呆疾患治療病棟入院料、重度痴呆患

表1 診療報酬上の精神科包括病棟の概要

新設時期	名 称	点数/1日あたり	看護職員数
2002年	精神科救急入院料	2,800点	看護師2:1以上
2002年	児童・思春期精神科入院医療管理加算 ¹⁾	350点	看護師2:1以上
1996年	精神科急性期治療病棟入院料1	1,640点	2.5:1 (4割以上看護師)
	精神科急性期治療病棟入院料2	1,580点	3:1 (4割以上看護師)
1996年	老人性痴呆疾患治療病棟入院料 ²⁾		
	90日以内	1,290点	6:1以上 (2割以上看護師)
	90日超	1,180点	最小必要数の半数以上は、精神科病棟勤務経験者
1996年	老人性痴呆疾患療養病棟入院料 (医療保険・介護保険適応病床)	1,120点	
1996年	重度痴呆患者入院治療料 ^{1,2)}		6:1以上 (2割以上看護師)
	3カ月以内	365点	最小必要数の半数以上は、精神科病棟勤務経験者
	3カ月超	260点	
1994年	精神療養病棟入院料1	1,090点	6:1以上 (2割以上看護師)
	精神療養病棟入院料2	600点	6人以上

¹⁾ 特定入院料でないもの

²⁾ 1989年から医学管理科として算定されていた

者入院治療料，老人性痴呆疾患療養病棟入院料（医療保険適応病床，介護保険適応病床）については，都道府県庁（47庁）を対象とした。

3. 調査方法

2003年5月に調査票を郵送し，FAXまたは郵送にて回収した。調査票は，診療報酬上の精神科包括病棟の届出を行っている医療機関名，算定開始年月日，病床数から構成されている。また，精神科包括病棟の届出を辞退した医療機関については，辞退年月日についても記入を依頼した。

都道府県庁からの回答率は100%，社会保険事務局からの回答率は80.9%（38局）であった。回答が得られなかった社会保険事務局（9局）については，再度の依頼および行政文書開示請求を行い，最終的にすべての社会保険事務局から回答を得た。

4. 分析方法

精神科救急入院料，精神科急性期治療病棟入院料1，精神科急性期治療病棟入院料2，児童・思春期精神科入院医療管理加算を「精神科急性期・救急病棟」，精神療養病棟入院料1，精神療養病棟入院料2を「精神療養病棟」に分類した。高齢者ケアに関する包括病棟については，老人性痴呆疾患治療病棟入院料，重度痴呆患者入院治療料を「老人性痴呆疾患治療病棟」，老人性痴呆疾患療養病棟入院料（医療保険適応病床，介護保険適応病床）を「老人性痴呆疾患療養病棟」に分類した。そして，在院日数に制限がある精神科急性期・救急病棟，老人性痴呆疾患治療病棟を「急性期型病棟」，在院日数に制限がない精神療養病棟，老人性痴呆疾患療養病棟を「長期療養型病棟」とし，各包括病棟の病床数と取得動向の分析を行った。

病床数の分析は，都道府県庁，社会保険事務局から得られた結果について単純集約を行った。取得動向の分析は，診療報酬の算定開始年月を第一月として調査終了時（2003年9月）までの月数を独立変数，病床数を従属変数として単回帰分析を行い，1か月あたりの病床増加数（以下，病床増加数）を算出した。単回帰分析は，つぎに示す回帰方程式を用いた。

$y = ax + b$ （ y ：病床数， x ：算定開始年月からの月数， a ：病床増加数， b ：切片）

なお，医療機関が包括病棟を辞退した場合の病床数については，辞退年月日が該当する月の合計

病床数から辞退時の病床数の差を求め算出した。

ただし，精神科急性期治療病棟入院料2については病床数が少ないため，入院料1と入院料2を合計して精神科急性期治療病棟入院料として取得動向の分析を行った。また，重度痴呆患者入院治療料についても病床数が少ないため，老人性痴呆疾患治療病棟に含めて取得動向の分析を行った。

III 研究結果

1. 精神科包括病棟の都道府県ごとの現況

包括病棟の都道府県ごとの医療機関数ならびに病床数を表2に示した。精神科急性期・救急病棟は，全国平均が1.9%（範囲：0.0%～5.3%）と小さい値であり，12県において全く整備されていなかった。老人性痴呆疾患治療病棟についても全国平均は3.3%（範囲：0.0%～8.5%）と低く，4県において未整備であった。一方，精神病床数に占める割合が最も高かったのは精神療養病棟であり，全国平均は21.5%（範囲：1.2%～42.1%）であった。

2. 急性期型病棟の取得動向

1) 精神科急性期・救急病棟

(1) 精神科急性期・救急病棟の全体の取得動向
精神科急性期・救急病棟は，1996年4月に精神科急性期治療病棟入院料が新設されて以降，病床数は増加を続けていた（図1）。なお，1996年4月～2003年9月の病床増加数は，毎月81.7床（ $r^2 = .980$ ， $P < 0.001$ ）であった。調査時点での病床数は，6,752床であった。

(2) 各病棟の取得動向

精神科急性期治療病棟入院料は，1996年4月に新設されて以降，病床数は増加を続けていることが示された（図1）。なお，1996年4月～2003年9月の病床増加数は，毎月74.6床（ $r^2 = .983$ ， $P < 0.001$ ）であった。調査時点での病床数は，5,728床（精神科急性期治療病棟入院料1が5,147床，精神科急性期治療病棟入院料2が581床）であった。

精神科救急入院料と児童・思春期精神科入院医療管理加算についても，2002年4月に新設されて以降，病床数は増加傾向にあることが示された（図1）。なお，2002年4月～2003年9月の病床増加数は，精神科救急入院料が毎月27.2床（ $r^2 = .844$ ， $P < 0.001$ ），児童・思春期精神科入院医療

表2 精神科包括病棟の都道府県ごとの現況

都道府県	急性期型病棟										長期療養型病棟										精神科包括病棟			
	精神科急性期・救急病棟					老人性痴呆疾患治療病棟					精神療養病棟					老人性痴呆疾患療養病棟					病床数 合計	% ²⁾		
	病床数 ¹⁾	医療機関数	病棟数	病床数	% ²⁾	医療機関数	病棟数	病床数	小計	% ²⁾	医療機関数	病棟数	病床数	小計	% ²⁾	医療機関数	病棟数	病床数	小計	% ²⁾			医療機関数	病棟数
北海道	21,637	4	0	0	1.2	251	0	28	0	193	374	3	567	2.6	38	4,736	21.9	16	1,007	4.7	6,561	30.3		
北海	4,695	0	0	0	0.0	0	0	120	0	0	120	0	120	2.6	6	631	13.4	5	424	9.0	1,175	25.0		
青森	4,890	0	0	0	0.0	0	0	50	1	45	50	1	95	1.9	1	60	1.2	1	50	1.0	205	4.2		
岩手	5,579	2	0	0	1.9	107	0	0	0	0	215	0	215	3.9	10	1,391	24.9	2	210	3.8	1,923	34.5		
宮城	4,520	1	0	0	0.8	38	0	0	0	0	100	0	100	2.2	5	616	13.6	3	150	3.3	904	20.0		
秋田	3,423	3	0	0	1.3	180	0	0	0	0	200	0	200	4.5	8	684	20.0	6	345	10.1	1,209	35.3		
山形	8,083	3	0	0	5.7	136	1	6	1	50	311	1	361	4.5	14	1,149	14.2	5	264	3.3	1,910	23.6		
福島	7,825	0	0	0	0.0	0	0	0	0	0	100	0	100	1.3	13	3,291	42.1	5	274	3.5	3,665	46.8		
茨城	5,501	1	0	0	0.7	40	0	0	0	0	50	0	50	0.9	16	2,169	39.4	2	110	2.0	2,369	43.1		
栃木	4,988	2	0	0	1.8	138	2	0	0	0	0	0	138	2.8	11	1,521	30.5	1	60	1.2	1,719	34.5		
群馬	12,704	4	0	0	2.7	217	0	86	1	518	518	0	518	4.1	16	3,706	13.4	12	1,267	10.0	3,708	29.2		
埼玉	13,224	6	317	1	3.4	453	3	2	69	214	1.6	24	214	1.6	24	3,988	30.2	8	553	4.2	5,208	39.4		
千葉	25,775	6	442	1	7.48	748	2.9	236	5	260	496	1.9	24	2,462	11.1	19	2,242	15.8	18	1,274	9.0	4,171	29.3	
東京	14,226	3	143	0	1.3	183	1.3	9	44	428	1	44	472	3.3	19	2,242	15.8	18	1,274	9.0	4,171	29.3		
神奈川	7,242	3	0	0	1.3	97	1.3	9	493	0	0	0	493	6.8	13	1,485	20.5	12	651	9.0	2,796	37.6		
新潟	3,623	0	0	0	0.0	0	0	0	0	0	285	0	285	7.9	9	1,236	34.1	4	203	5.6	1,724	47.6		
富山	3,952	1	44	0	2.2	88	2.2	5	285	134	1	50	184	4.7	8	960	24.3	5	386	9.8	1,618	40.9		
石川	2,409	0	0	0	0.0	0	0	0	0	0	140	0	140	5.8	4	400	16.6	2	145	6.0	685	28.4		
福井	2,580	0	0	0	0.0	0	0	0	0	0	98	0	98	3.8	5	487	18.9	1	60	2.3	645	25.0		
山梨	5,481	2	95	0	1.7	95	1.7	3	138	1	50	0	188	3.4	11	973	17.8	2	156	2.8	1,412	25.8		
長野	4,391	0	0	0	0.0	0	0	0	0	0	92	0	92	2.1	5	779	17.7	4	260	5.9	1,131	25.8		
岐阜	7,147	3	150	1	2.7	196	2.7	1	50	0	0	0	196	0.7	15	1,684	23.6	6	648	9.1	2,578	36.1		
愛知	13,988	6	307	0	2.2	307	2.2	1	40	1	50	0	307	0.6	19	2,526	18.1	1	120	0.9	3,043	21.8		
三重	5,148	1	33	0	1.7	85	1.7	3	140	0	0	0	140	2.7	7	730	14.2	1	50	1.0	1,005	19.5		
滋賀	2,345	0	0	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0	
京都	6,655	4	201	0	3.0	201	3.0	1	116	0	0	0	116	1.7	6	792	33.8	2	120	5.1	1,335	20.1		
大阪	20,264	12	793	1	4.6	936	4.6	8	436	0	0	0	436	2.2	28	4,469	22.1	14	1,177	5.8	7,018	34.6		
兵庫	11,820	2	112	0	0.9	112	0.9	7	456	0	0	0	456	3.9	20	2,525	21.4	6	505	4.3	3,598	30.4		
奈良	2,985	3	135	0	4.5	135	4.5	2	97	1	50	0	147	4.9	4	822	27.5	1	200	6.7	1,304	43.7		
和歌山	2,617	0	0	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	7	563	21.5	0	0	0.0	563	21.5		
鳥取	1,840	0	1	35	1.9	35	1.9	2	100	1	56	0	156	8.5	5	515	28.0	0	0	0.0	706	38.4		
島根	2,659	1	30	0	2.3	62	2.3	4	209	0	0	0	209	7.9	7	831	31.3	2	120	4.5	1,222	46.0		
岡山	6,062	1	64	0	1.1	64	1.1	5	282	0	0	0	282	4.7	11	1,440	23.8	9	584	9.6	2,370	39.1		
広島	9,633	1	60	1	1.2	120	1.2	12	615	0	0	0	615	6.4	21	2,457	25.5	8	471	4.9	3,663	38.0		
山口	6,299	1	45	0	0.7	45	0.7	4	198	0	0	0	198	3.1	10	1,137	18.1	7	433	6.9	1,813	28.8		
徳島	4,340	0	0	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	7	934	21.5	2	168	3.9	1,197	27.6		
香川	4,102	0	0	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	9	1,005	24.5	4	170	4.1	1,270	31.0		
愛媛	5,088	2	104	1	2.8	143	2.8	2	108	3	148	0	256	5.0	8	930	18.3	5	252	5.0	1,581	31.1		
高松	4,021	3	137	0	3.0	137	3.0	0	0	0	0	0	0	0.0	15	1,416	35.2	3	151	3.8	1,704	42.4		
福岡	21,905	14	660	0	3.0	660	3.0	19	1,060	9	474	0	1,534	7.0	49	5,244	23.9	11	571	2.6	8,009	36.6		
佐賀	4,487	0	1	50	1.1	50	1.1	3	200	2	150	0	350	7.8	6	524	11.7	1	60	1.3	3,084	21.9		
長門	8,356	2	100	0	1.2	100	1.2	4	210	0	0	0	210	2.5	23	2,554	30.6	3	161	1.9	3,025	36.2		
熊本	8,912	6	263	0	3.0	263	3.0	2	110	3	143	0	253	2.8	27	2,180	24.5	13	683	7.7	3,379	37.9		
大分	5,415	1	54	0	1.0	54	1.0	5	374	0	0	0	374	6.9	15	1,299	24.0	8	514	9.5	2,241	41.4		
宮崎	6,257	1	45	0	0.0	45	0.0	0	0	1	50	0	185	3.0	15	2,028	32.4	3	170	2.7	2,428	38.8		
鹿児島	9,998	0	0	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	18	1,400	14.0	13	819	8.2	2,435	24.4		
沖縄	5,630	5	231	0	4.1	231	4.1	9	460	0	0	0	460	8.2	16	1,880	33.4	2	214	3.8	2,785	49.5		
合計	354,721	110	5,728	11	463	8	561	6,752	1.9	181	9,879	36	1,882	11,761	3.3	636	76,155	21.5	249	17,289	4.9	111,957	31.6	

1) 病床数は精神保健福祉資料(平成14年度6月30日調査の概要) 2) 割合(%)は全病床に占める各病棟の病床数 3) 児童・思春期精神科入院医療管理加算病棟の略

管理加算が毎月11.2床 ($r^2 = .934, P < 0.001$) であった (図1)。調査時点での病床数は、精神科救急入院料が463床、児童・思春期精神科入院医療管理加算が561床であった。

2) 老人性痴呆疾患治療病棟

老人性痴呆疾患治療病棟は、1996年4月に新設されて以降、病床数は増加を続けていることが示された (図2)。なお、1996年4月~2003年9月の病床増加数は、毎月102.5床 ($r^2 = .993, P < 0.001$) であった。調査時点での病床数は、11,761床 (老人性痴呆疾患治療病棟入院料が9,879床、重度痴呆患者入院治療料が1,882床) であった。

3. 長期療養型病棟の取得動向

1) 精神療養病棟

(1) 精神療養病棟の全体の取得動向

精神療養病棟は、2001年6月頃に病床数の増加速度にピークが示された (図3)。なお、1994年4月~2001年5月と2001年6月~2003年9月の病床

増加数を比較すると、前者の毎月779.1床 ($r^2 = .947, P < 0.001$) は、後者の毎月286.4床 ($r^2 = .940, P < 0.001$) の約2.7倍であった。調査時点での病床数は、76,155床であった。

(2) 各病棟の取得動向

精神療養病棟入院料1は、1994年4月に新設されて以降、病床数は増加を続けていることが示された (図3)。なお、1994年4月~2003年9月の病床増加数は、毎月738.3床 ($r^2 = .953, P < 0.001$) であった。

精神療養病棟入院料2は、2002年4月以降著しく減床していることが示された (図3)。なお、1994年4月~2002年3月と2002年4月~2003年9月の病床増加数の比較においても、前者は毎月162.1床 ($r^2 = .989, P < 0.001$)、後者は毎月-217.7床 ($r^2 = .858, P < 0.001$) であった。

さらに、2002年4月~2003年9月の間に精神療養病棟入院料2を辞退した医療機関は118施設であり、そのうち精神療養病棟入院料1に変更を行ったのは57 (48.3%) 施設であった。

調査時点での病床数は、精神療養病棟入院料1が74,478床、精神療養病棟入院料2が1,677床であった。

2) 老人性痴呆疾患療養病棟

老人性痴呆疾患療養病棟の病床数は、1996年4月に新設されて以降、増加を続けていることが示された (図4)。なお、1996年4月~2003年9月の病床増加数は、毎月211.8床 ($r^2 = .985, P < 0.001$) であった。調査時点での病床数は、17,289床 (医療保険適応病床が12,774床、介護保険適応病床が4,515床) であった (図4)。

図1 精神科急性期・救急病棟

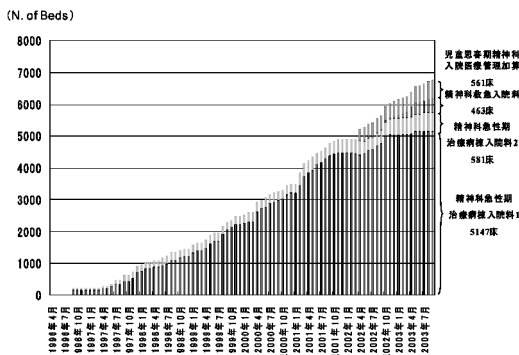


図2 老人性痴呆疾患治療病棟

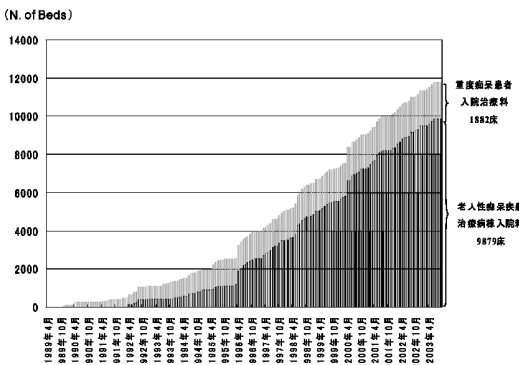


図3 精神療養病棟

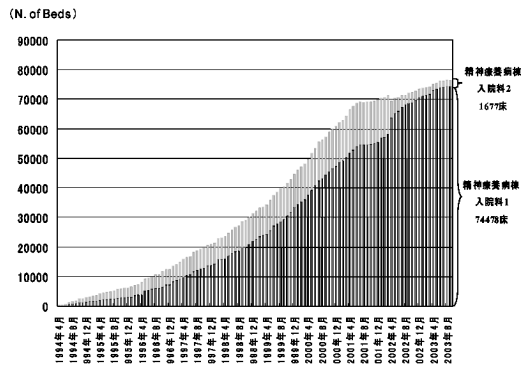
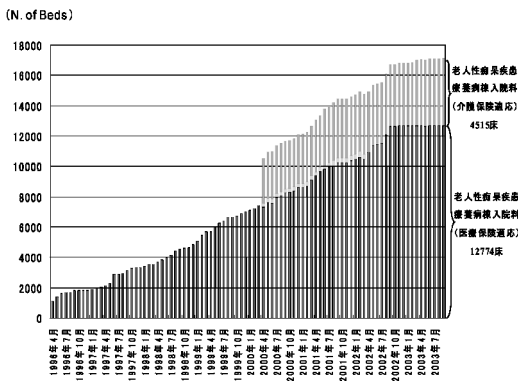


図4 老人性痴呆疾患療養病床



IV 考 察

本調査より、診療報酬上の急性期型病床は増加していることが示された。しかしながら、都道府県ごとでみると整備状況には地域差がみられた。また、急性期型病床の病床増加数は長期療養型病床に比べて少ないことが示された。これまで診療報酬上の精神科包括病床の現状については、厚生労働省保険局医療課調べだけでなく、厚生労働省精神保健福祉課と国立精神・神経センター精神保健研究所において毎年6月30日に実施している全国実態調査⁶⁾、日本精神科病院協会が実施している調査等により一定の知見が得られている。しかし、診療報酬上の精神科包括病床の動向に関する全国調査は、筆者の知る限り行われてない。したがって、精神科包括病床の動向に関する情報は不十分な現状にあり、本研究はわが国で初めての精神科包括病床の取得動向に関する結果とすることができる。

近年、精神科入院医療において短期入院患者は増加傾向にあり⁷⁾、新規入院患者の約50%が3か月、約70%は6か月で退院している⁸⁾。急性期型の各病床が増加しているのは、ニーズに対応している一端を示している結果であると考えられる。ただし、都道府県ごとでみると、整備状況にばらつきが示された。これは、各都道府県のこれまでの歴史的経緯や精神科入院医療への依存度、社会復帰施設の充実度等が影響していることが考えられる。

また、急性期型病床の病床増加数は長期療養型病床に比べて少ないことが明らかとなった。この

理由は、本調査だけでは明らかでないが、在院日数に制限が設けられている急性期型病床の運営は難しいために^{9~11)}、施設基準がより緩やかな長期療養型病床を選択する医療機関が多いと考えることも出来る。なお、一方で、精神療養病床の病床数の増加速度は2001年6月以降減速していた。

精神科入院医療は、経済的なインセンティブに影響を受けやすい¹²⁾。2002年度の診療報酬改定後に精神療養病床入院料2は大幅に減床し、届出を辞退した医療機関の48.3%がより診療報酬点数の高い入院料1へ届出を変更していた。この結果は、診療報酬の改定に対して各医療機関が柔軟かつ迅速に対応していることを示唆している。したがって、新たに診療報酬上の仕組みを整備することは、急性期入院医療の充実や長期在院者の退院促進のための一つの方策として考えられる。

本研究の限界としては、まず、得られた算定開始年月日が医療機関の最新の届出である可能性があげられる。したがって、同一の病棟内で増床の届出が行われた場合、増床以前からあった病床も増床時点が算定開始年月日として分析が行われている。そのような医療機関については、都道府県庁ならびに社会保険事務局に対して再度問い合わせを行い、可能な限り情報を精査した。しかしながら、実際の動向は図で示された推移よりも早い時点において増加している可能性が考えられる。また、本研究は診療報酬上での包括病床のみに着目した結果であり、今後は出来高支払い病棟についても検討していく必要がある。

V おわりに

本研究では、急性期病棟の進展の程度を明らかにすることを目的として、診療報酬上の精神科包括病床の動向について調査を行った。その結果、急性期型病棟は増加していることが明らかとなった。ただし、都道府県単位でみると整備状況にばらつきが示された。今後は動向を参考にしつつ、都道府県ごとで地域の実態を十分に分析した上で、急性期型病棟を整備していく必要がある。そのためにも、精神科包括病床の月別都道府県別推移に関する迅速かつ正確な情報の提供体制の整備が望まれる。

(障害保健福祉総合研究事業)「精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究(主任研究者:岩崎榮)」による研究成果の一部である。本調査にご協力いただきました全国の社会保険事務局と都道府県庁の担当者の皆様に深く感謝申し上げます。

(受付 2004. 3.29)
(採用 2004.11.15)

文 献

- 1) 新福尚隆, 浅井邦彦編. 世界の精神保健医療. 東京:へるす出版, 2001; 19-158.
 - 2) 厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害者分会. 今後の精神保健医療福祉施策について. 2002.
 - 3) 厚生労働省精神保健福祉対策本部. 精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向. 2004.
 - 4) 伊藤弘人. 米国の民間病院は支払い方式の変化にどのように対応してきたか. 日本精神科病院協会雑誌 2002; 21: 587-591.
 - 5) 伊藤弘人. 精神科医療のストラテジー. 東京:医学書院, 2002. 10-17.
 - 6) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課, 国立精神・神経センター精神保健研究所. 精神保健福祉資料(平成14年度6月30日調査の概要). 2004.
 - 7) 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成11年患者調査(全国版). 東京:厚生統計協会.
 - 8) 日本精神科病院協会. これからの精神医療のあり方基本計画. 2003.
 - 9) 黒川洋治. 精神科急性期治療病棟の現状と課題. 日本精神科病院協会雑誌 1999; 18: 109-114.
 - 10) 堀川公平, 堀川百合子, 連理貴司. 野添病院精神科急性期治療病棟のその後. 日本精神科病院協会雑誌 1999; 18: 115-119.
 - 11) 池田英世. 精神科急性期治療病棟を考える. 日本精神科病院協会雑誌 1999; 18: 125-130.
 - 12) 伊藤弘人. 日本の精神科医療と医療経済. こころの科学 2003; 109: 77-81.
-