

総合病院精神科 有床基礎調査2022

日本総合病院精神医学会 医療政策委員会

船山道隆

謝辞 および 本データの二次利用の自由について

- みなさまには有床精神科基礎調査2022では多大なご苦勞をいただき、本当にありがとうございました。みなさまのお力で、基礎調査で明らかになった全国231の有床総合病院精神科の中から163病院(70.6%)の精神科責任者から結果を頂くことができました。それぞれの項目の空欄はカウントしていないため、各項目は163以下の回答になっています。以下にまとめた結果を報告させていただきます。
- 推定の数は、おおまかな概算であると考えていただければ幸いです。例えば1か月の身体合併症目的の入院の数を4~6人などと範囲で入力していただいたので、推定の人数を出す場合は平均の5人を取って計算してあります。さらに、データを231病院の割合に換算して直した数値です。
- お時間のない先生方は、次のページがまとめですので、それをご覧いただければ十分だと思います。その後30枚ほど細かいデータを挙げております。最後に統計解析をしております。
- この結果は完全にオープンですので、日本総合病院精神医学会 医療政策委員会 基礎調査2022の出典であるということを記載していただければ、改変も含めた二次利用について、連絡もなしに使っていただいて全く問題ありません (Creative CommonsのCC.BYです)。
- みなさまの発表の際などでPower Pointの現物をそのまま使用した場合は、船山道隆 (mctkfnym@gmail.com) までご連絡いただければ、power pointをそのままお渡しいたします。

総論：極めて高機能である有床総合病院精神科の現状と課題 ～短期入院で最重症の精神疾患の治療から、身体疾患と精神疾患が重複した困難例の治療まで行っているが、収入面の課題が多い～

- 精神科本来の業務（措置入院、クロザピン、ECTなどを含む）と身体合併症を両方こなし、平均在院日数は短い。ただ、大学病院を除いて、稼働率の低値が問題点。
- 有床総合病院精神科数は20年で約15%減少している。収入が少ないことと、地方では医師の確保が困難であることが原因である。1病棟あたりの病床数は20年で32%減少と、ダウンサイズ。
- 病棟の収入を増やすには、新入院数を増やして稼働率を上げて平均在院日数を減らし、医療提供体制を充実させることが極めて重要。
- クラスター分類をすると、有床総合病院間にもかなりな差がある。
- 地域に開けていることは勤務の満足度をプラスに上げている可能性。

※有床総合病院精神科病棟を維持するには病床数を減らすことはやむを得ないが、平均在院日数を減らして単価の高い医療提供体制や急性期医師配置加算などの加算を充実させることが望まれる。

※稼働率を保つには新入院数を上げることが重要であり、①総合病院の利点を生かして入院適応の範囲を広げること、②統合失調症などの重度の精神疾患を持つ患者に対して、入院と退院後の支援を利用して今まで以上に長期に診ていくことなどが考えられる。

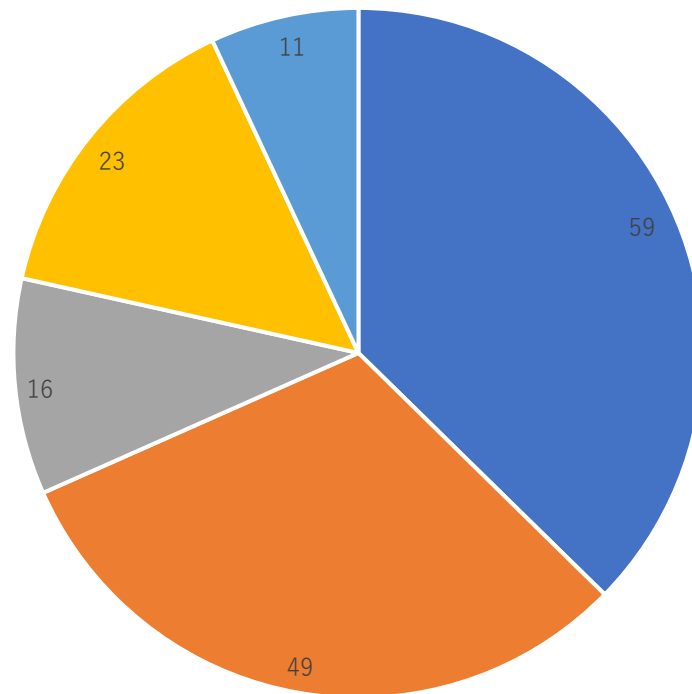
※地方では精神科医師確保が喫緊の課題。

1.最重症の精神疾患に対する中核的な治療（措置入院、クロザピン、ECT）と身体合併症を両方こなし、平均在院日数は短い

- 平均在院日数は極めて短期間
 - 一般的な精神科入院加療の1/5の在院日数
- 医療提供体制（入院基本料）も充実
 - 入院基本料は約9割の病院で特殊入院料、7対1, 10対1, 13対1である
- 措置入院
 - 措置病棟（指定病棟）は半数の有床総合病院精神科で有し、年間500件以上の措置入院患者を治療
- 治療抵抗性の重症統合失調症に使用するクロザピン治療
 - 半数以上の有床総合病院精神科でクロザピン治療
- 治療抵抗性の重症うつ病を中心のとした治療に行う電気けいれん療法
 - 6割以上の有床総合病院精神科で実施

基礎調査2022 有床総合病院精神科 経営母体

病院経営母体



■ 大学 ■ 自治体 ■ 国立 ■ 公立 ■ 私立

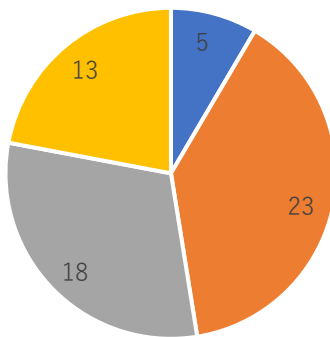
※公立：JCHO, 済生会、厚生連、日赤など

精神科医の総人数 平均9.4人 大学病院は人数が多い (非常勤週1日は0.2人として換算)

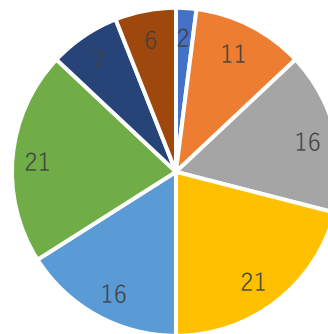
1年前と比較して医師数はほぼ変わらず。
156病院全体で16名減：大学病院全体で15名減少、一般総合病院で1名減少

大学病院精神科医数 16.6 ± 4.1人

一般総合病院精神科医数 5.1 ± 2.4人



■ ~10 ■ 10~15 ■ 15~20 ■ 20~



■ 1~2 ■ 2~3 ■ 3~4 ■ 4~5 ■ 5~6 ■ 6~7 ■ 7~8 ■ 8~

以下、常勤の人数

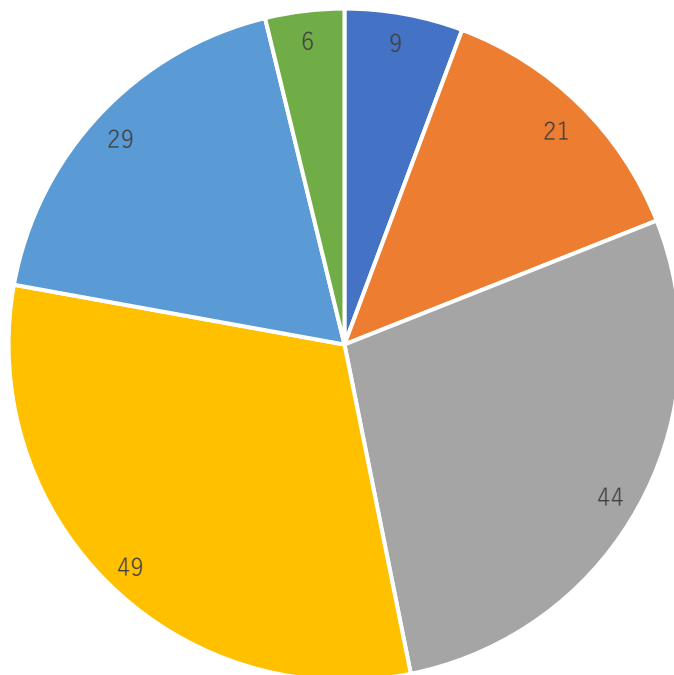
精神保健指定医 5.6 ± 3.8人 (大学病院9.4 ± 2.9人, 一般総合病院3.3 ± 1.9人)

精神科専門医 4.7 ± 3.2人 (大学病院7.8 ± 2.2人, 一般総合病院2.8 ± 2.0人)

総合病院精神科専門医 1.2 ± 1.3人 (大学病院1.8 ± 1.6人, 一般総合病院0.8 ± 1.0人)

病床数：平均47.0 ± 29.1床（実働37.2 ± 26.8床：稼働率79.1%）

病床数



大学病院: 39.7 ± 14.6床
一般総合病院: 51.2 ± 34.2床

実働は、
大学病院: 35.9 ± 25.0床（稼働率90.4%）
一般総合病院: 38.0 ± 27.2床（稼働率74.2%）

一般総合病院精神科病棟で稼働率74.2%と悪い

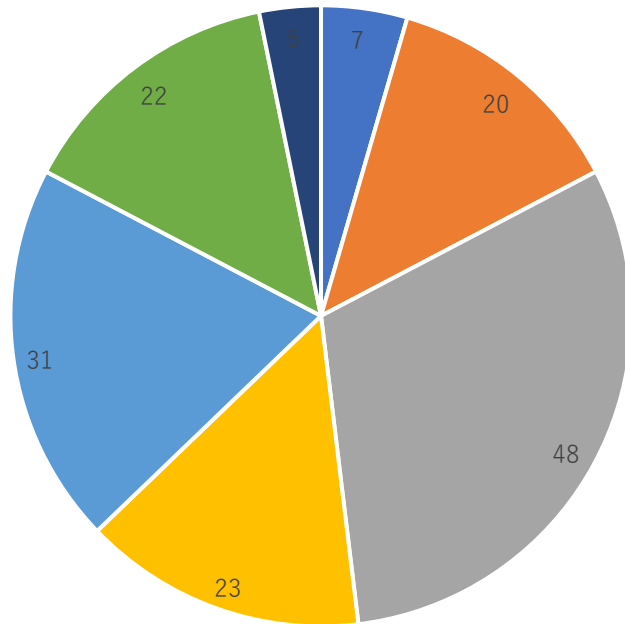
■ 1~10 ■ 11~30 ■ 31~40 ■ 41~50 ■ 51~100 ■ 100~

一般総合病院の稼働率と関連する要因：新入院数の多さは稼働率をプラスに、病床数の多さは稼働率にマイナスに関連

- 方法：稼働率との以下の要因の相関を単回帰分析（病床数、精神科医数、新入院数、クロザピンの治療数、ECT数、身体合併症での入院数、自殺関連行動での入院数、措置入院数、平均在院日数、1日1人当たりの収入、病床数）
- 稼働率を上げる要因
 - 新入院数 ($r=0.21, p<0.05$)
 - 自殺関連行動での入院数 ($r=0.21, p<0.05$)
 - (1日1人当たりの収入 ($r=0.20, p=0.06$))
 - (措置入院数 ($r=0.15, p=0.14$))
- 稼働率を下げる要因
 - 病床数 ($r=-0.24, p<0.05$)
- 多変量解析 (adjusted $R^2=0.19, p<0.01$)を行うと、稼働率の高さには、新入院数がプラスに ($p<0.05$), 病床数の多さがマイナスに ($p<0.01$)、1日1人当たりの収入がプラスに ($p<0.05$)が関連

隔離室数: 平均 3.7 ± 3.3 室

隔離室数

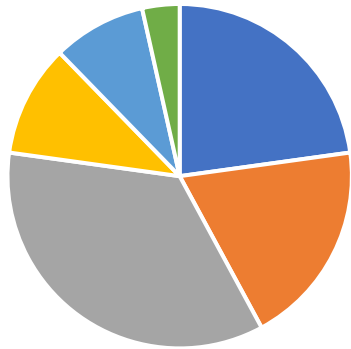


大学病院: 3.3 ± 3.3
一般総合病院: 4.0 ± 3.3

■ 0 ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4~5 ■ 6~10 ■ 11~

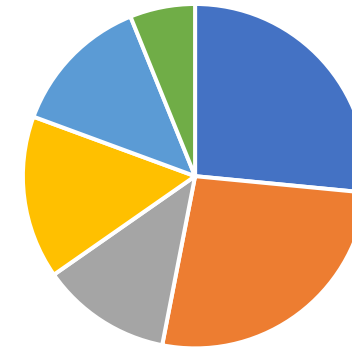
病棟体制: レベルは様々だが、救急に対応している病院が多い

大学病院 病棟体制



- 精神科救急常時対応
- 精神科救急限定対応
- 精神科救急自院対応
- 精神科救急非対応
- 身体合併症特化
- 開放病棟

一般総合病院 病棟の体制

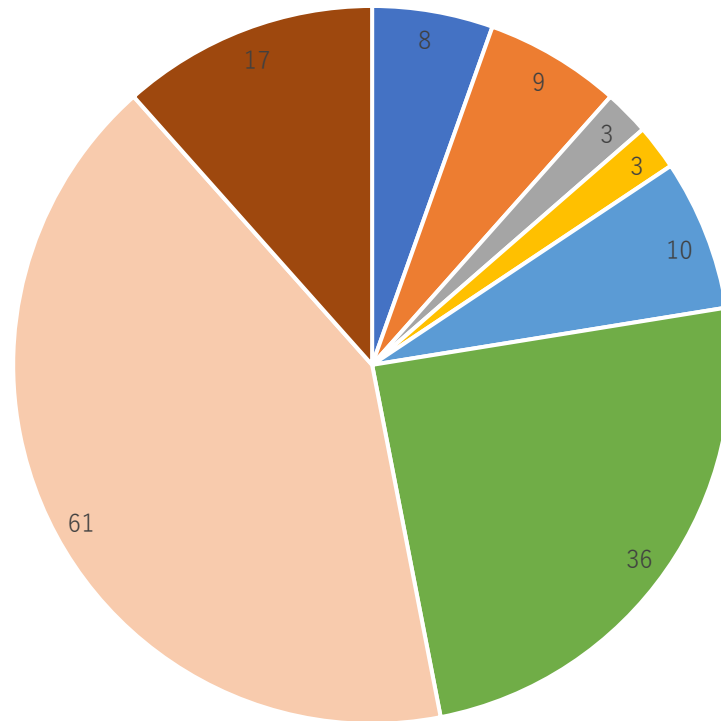


- 精神科救急常時対応
- 精神科救急限定対応
- 精神科救急自院対応
- 精神科救急非対応
- 身体合併症特化病棟
- 開放病棟

- 閉鎖病棟の割合 86.4% (閉鎖病棟は大学病院83.6%、一般総合病院88.0%)
- 個室の割合 30.4% (大学病院 28.5%, 一般総合病院 31.6%)

有床総合病院精神科の医療提供体制は充実している

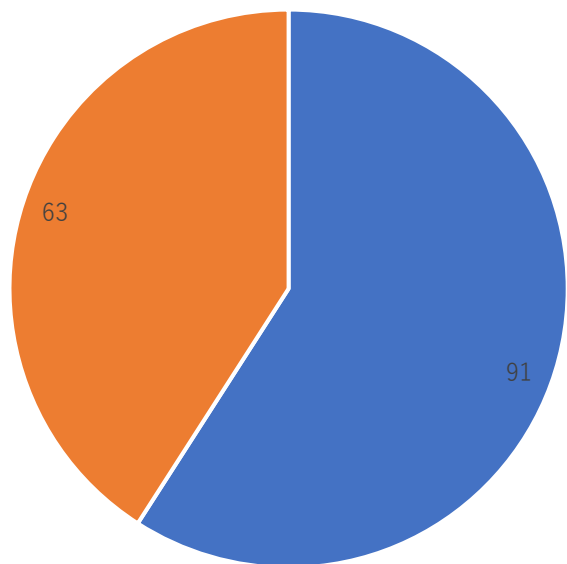
9割程の病棟で特殊入院料、7対1, 10対1, 13対1入院基本料のいずれかを取得
(7対1は大学病院のみ。参考：全国の精神科病院の病棟では15対1が最多)



- スーパー救急病棟
- 救急・合併症
- 精神科救急
- 児童・思春期
- 7対1
- 10対1
- 13対1
- 15対1

急性期医師配置加算の取得：約6割の病棟で取得

急性期医師配置加算 取得



■ 急性期医師配置加算取得 ■ 取得なし

大学病院77.2%
一般総合病院48.5%

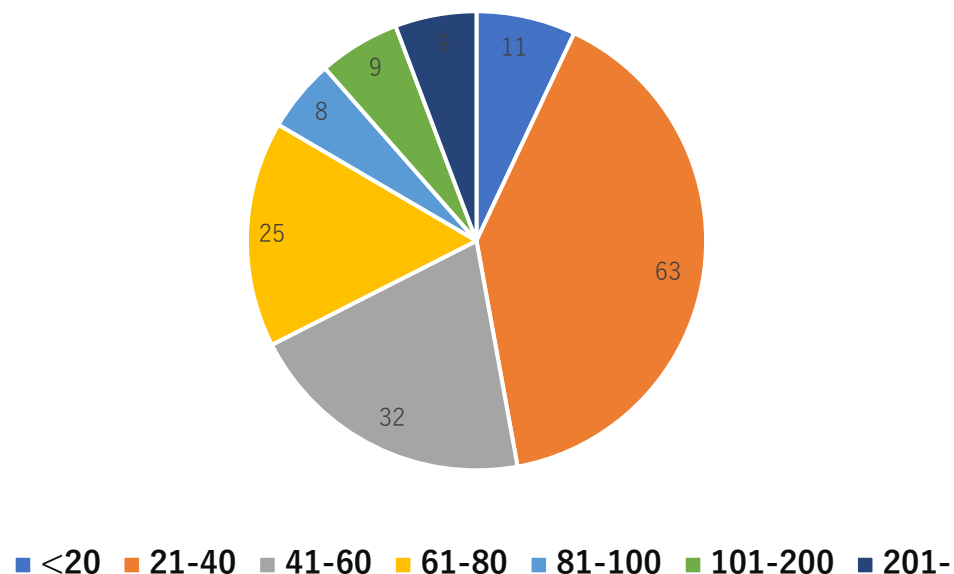
大学病院で取得していることが多い

有床総合病院精神科では極めて短期間の入院加療を行っている

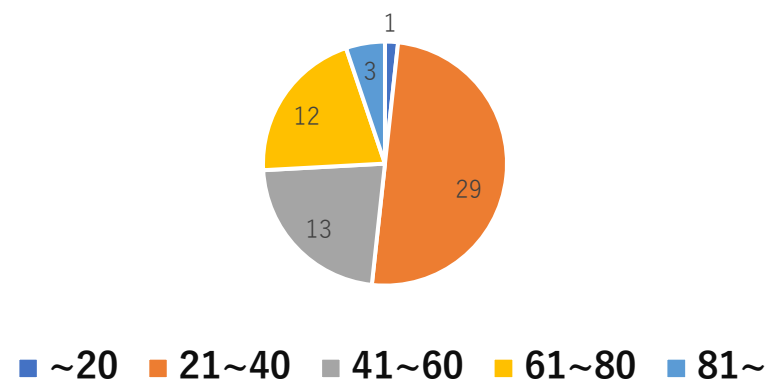
平均在院日数：62.5 ± 60.8日

(大学病院46.3 ± 21.1日, 一般総合病院71.9 ± 73.4日と、特に大学病院で短い。
参考：2020年全国の精神科患者の平均在院日数 294.2日)

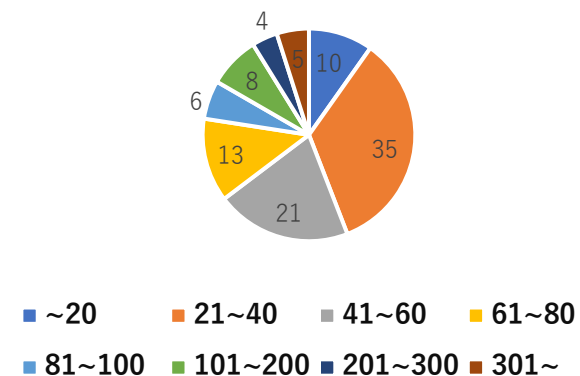
平均在院日数 (日)



大学病院精神科病棟 平均在院日数 (日)

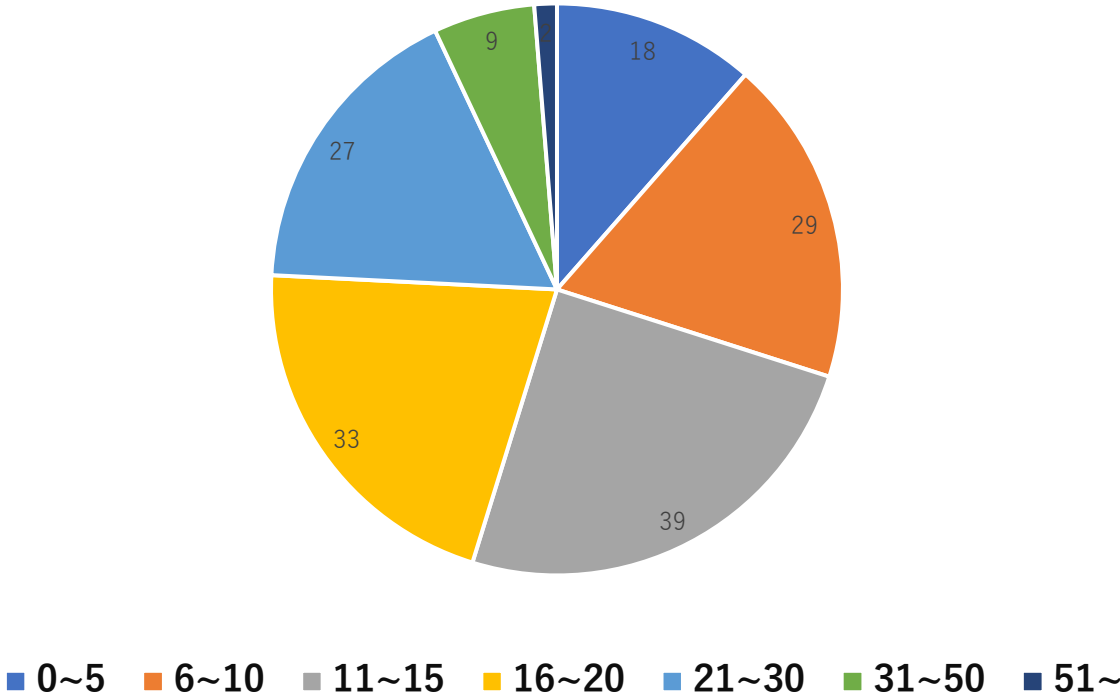


総合病院精神科病棟 平均在院日数 (日)



新入院患者数：平均して月17.0人/月の入院
推定で年間45000人の新たな入院治療を行っている

新入院患者数（人/月）

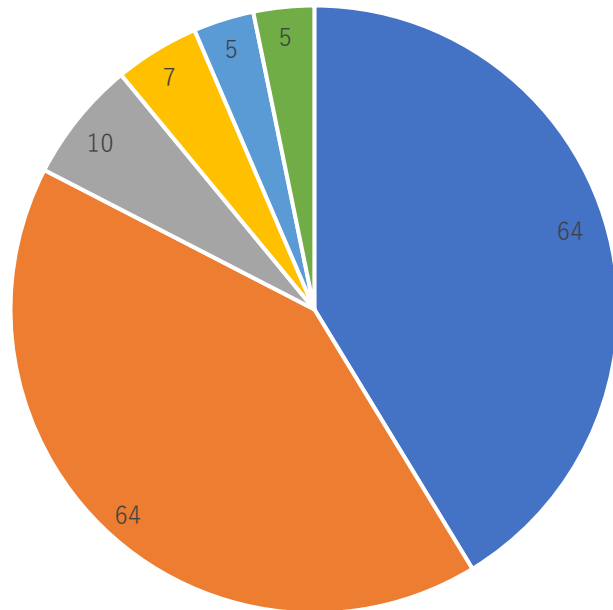


大学病院： 18.1 ± 13.9人/月
一般総合病院： 15.4 ± 10.3人/月

措置入院: 有床総合病院精神科病棟で少なくとも年間561件

(参考: 1年間の日本全国での新たな措置入院は1500件程度。全精神科病床の中の有床総合病院精神科病棟は4%未満。特に、東京、大阪、神奈川、千葉といった人口の多い大都市圏で有床総合病院精神科病棟での措置入院数が多い)

1年間の措置入院数 (人/年)



措置入院: 大学病院の33.9%、一般総合病院の60.4%が措置入院を受け入れる措置病棟 (指定病棟) となっている。一般総合病院精神科病棟で措置の受け入れが多くなっている。

全体で 5.1 ± 10.5 人/年、
大学病院 3.7 ± 8.7 人/年、一般総合病院 6.0 ± 11.3 人/年の措置入院

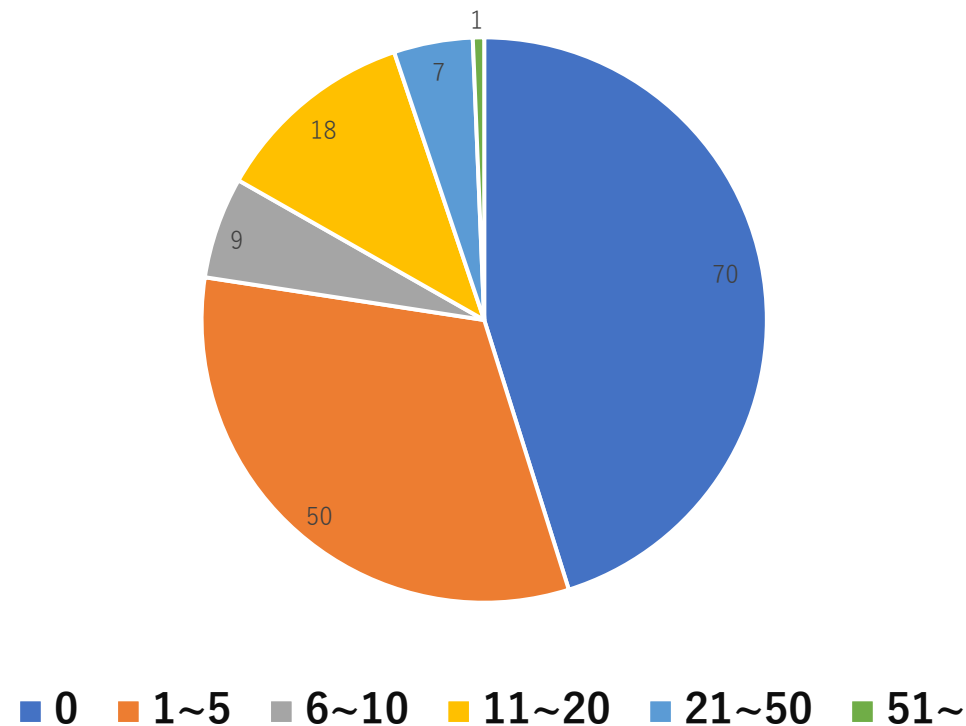
補足

応急入院: 大学病院の32.2%、一般総合病院で44.4%が応急入院を受ける病棟となっている

■ 0 ■ 1~5 ■ 6~10 ■ 11~20 ■ 21~50 ■ 51~

クロザピン治療：半数以上の有床総合病院精神科で施行
推定で1150人が有床総合病院精神科でクロザピン治療中
(参考：2020年では全国のクロザピルの処方量は10,000人ほど。全精神科病床
の中の有床総合病院精神科病床は4%未満)

クロザピンの治療を継続している人数（人）



全体で 5.2 ± 10.0 人のクロザピン治療
大学病院 6.5 ± 8.4 人
一般総合病院 4.3 ± 10.8 人

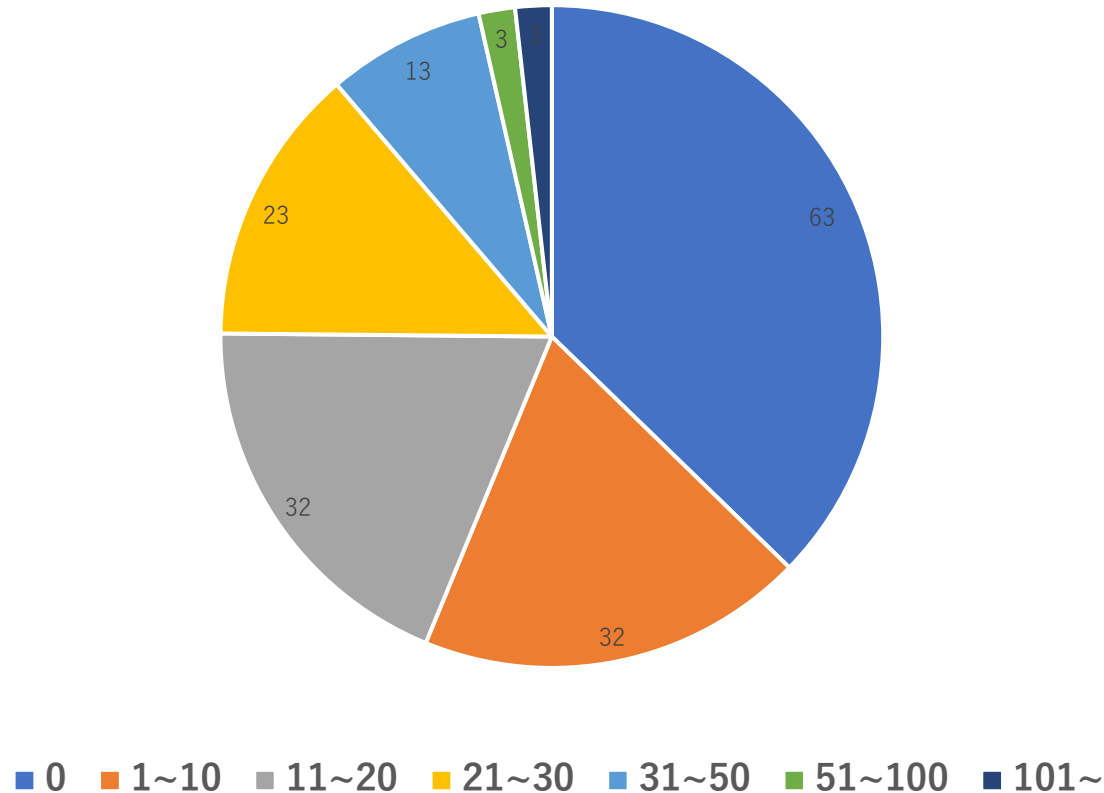
クロザピンを使っている病院と
使っていない病院との差が大きい

ECT: 6割以上の有床総合病院精神科で施行

(12.9 ± 18.7回/月：施行有無の差が大きい)

推定で年間40000件を有床総合病院精神科で行っている

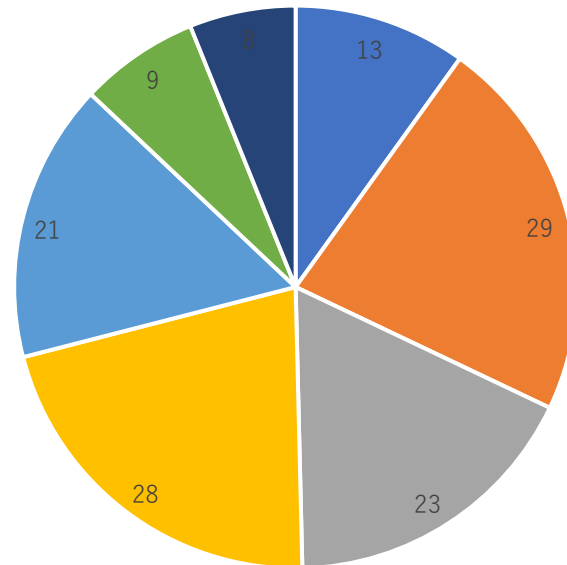
1か月の電気けいれん療法の延べ数（回/月）



大学病院: 17.6 ± 20.7回/月
一般総合病院: 10.0 ± 16.7回/月

病棟収入：1日1人当たり 平均 26038±9676円（個室料を除く）
（一般科のおよそ40%程度、科別では最低ライン）

1日1人当たりの病棟収入（円）



大学病院: 26477 ± 9554円
一般総合病院: 25814 ± 9731円



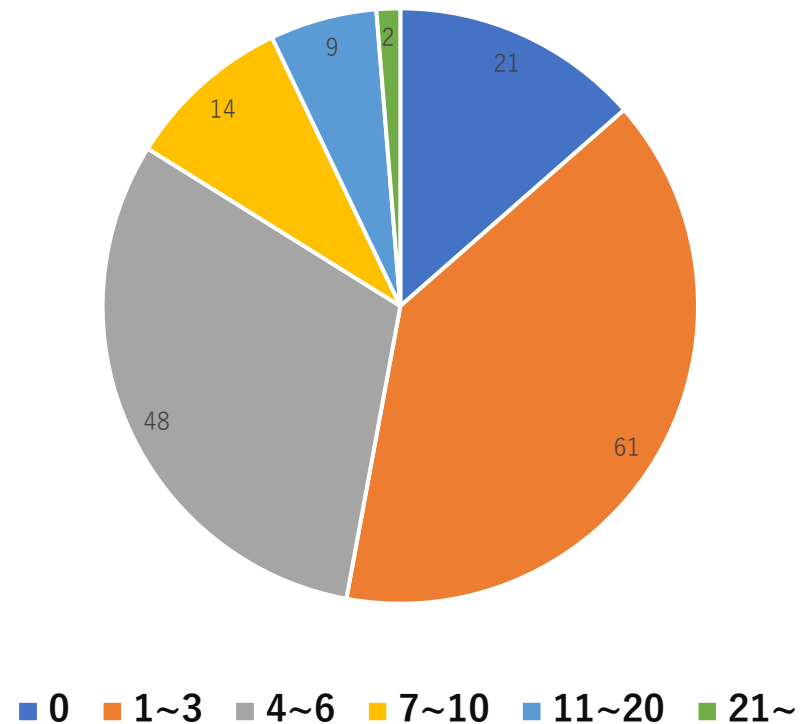
有床総合病院精神科では、身体と精神にまたがる医療で最も困難な病態の治療や対応を的確に行っている

- 精神疾患の身体合併症の入院治療
 - ▶ 一般病棟でも精神科病院でも対応が困難である精神疾患の身体合併症の入院治療をほとんどの病棟で受けている
- 自殺関連行動に対する入院治療
 - ▶ 上記同様に、一般病棟でも精神科病院でも対応が困難である自殺関連行動に関する入院治療をほとんどの病棟で行っている
- 摂食障害、児童・思春期、周産期の治療
- 認知症の鑑別
 - ▶ 認知症の鑑別は治療可能な認知症もあることから極めて重要、多くの有床総合病院精神科での認知症の鑑別を行っている
- 誤診を防いだ例
 - ▶ 精神疾患に誤診されていて精神科医が誤診を防いだ例を多くの有床総合病院精神科で経験

身体合併症治療目的の入院：ほとんどの有床総合病院精神科病棟で施行、平均 4.4 ± 4.6 人/月

推定で年間 11350 件の身体合併症治療目的の入院治療

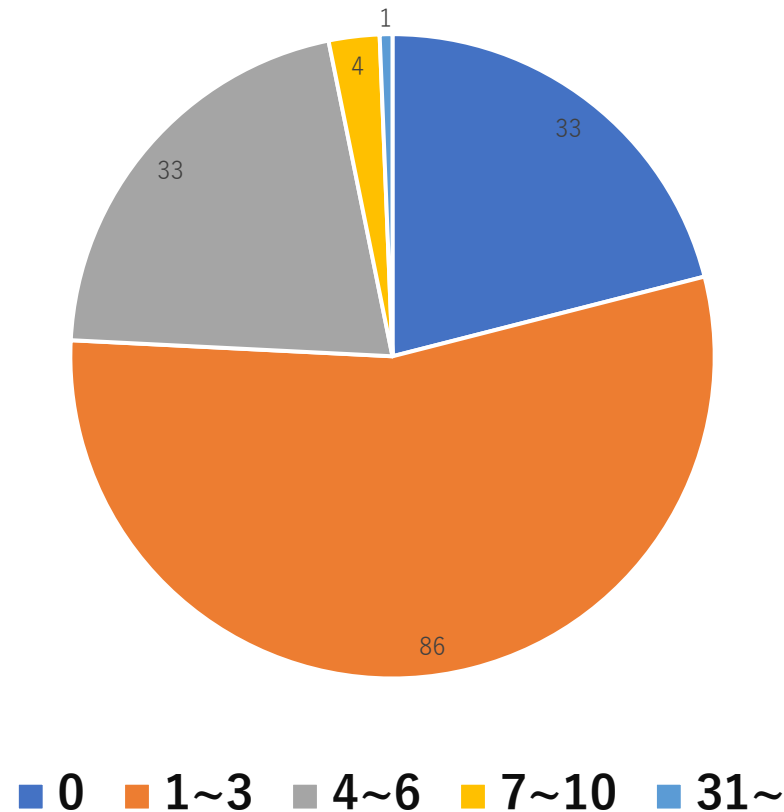
1カ月の身体合併症治療目的の新規入院数（人/月）



大学病院: 4.5 ± 4.6 人/月
一般総合病院: 4.3 ± 4.6 人/月

自殺関連行動による入院：ほとんどの有床総合病院精神科病棟
で施行、平均で 2.5 ± 3.0 人/月
推定で年間7000人ほどの自殺関連行動による入院治療

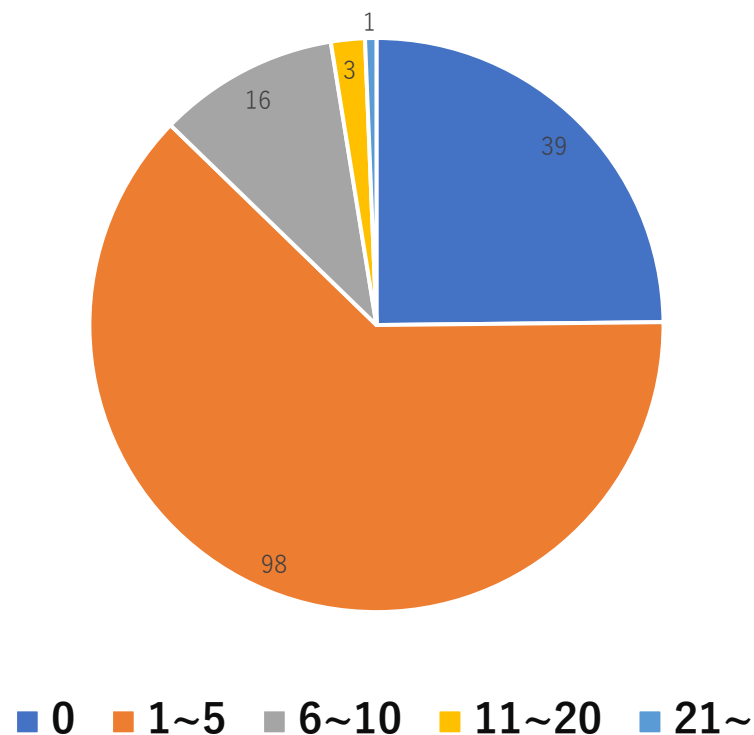
自殺関連行動による精神科病棟への入院数（人/月）



大学病院: 3.2 ± 4.1 人/月
一般総合病院: 2.2 ± 3.0 人/月

認知症のBPSDおよびせん妄による入院：平均 3.1 ± 3.1 人/月

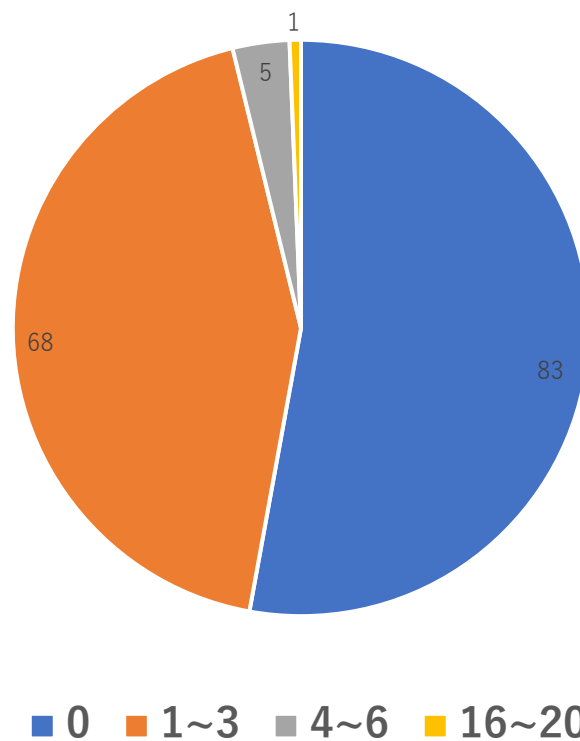
1カ月での認知症のBPSDおよびせん妄による精神科病棟
への新規入院数（人/月）



大学病院: 3.1 ± 3.6 人/月
一般総合病院: 3.1 ± 2.7 人/月

アルコール使用障害の入院 平均 1.1 ± 1.8 人/月

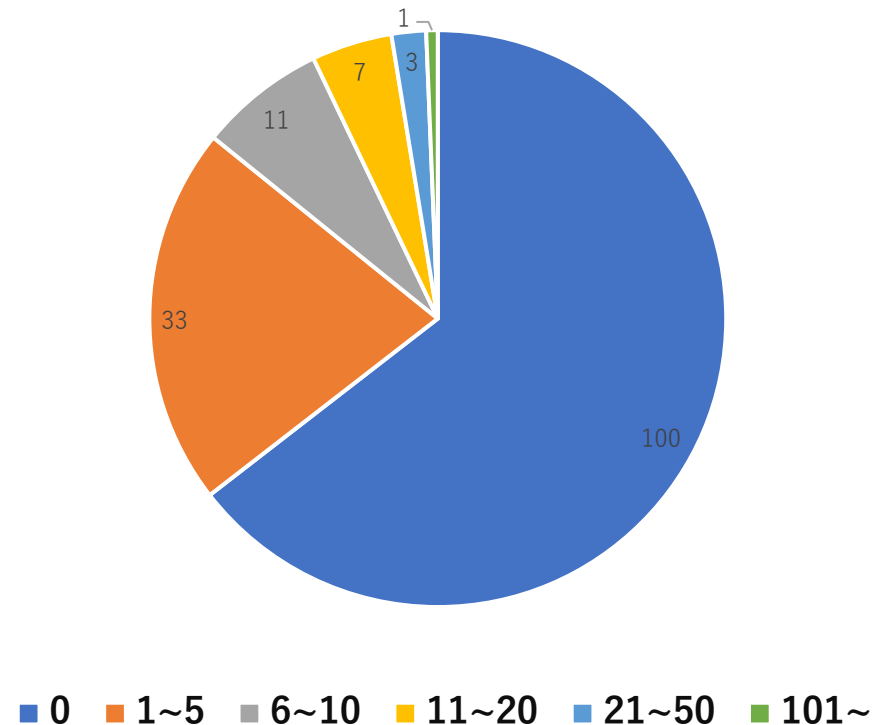
1カ月でのアルコール使用障害の精神科病棟への新規
入院数（人/月）



大学病院: 1.1 ± 2.4 人
一般総合病院: 1.2 ± 1.3 人

COVID-19を精神科病棟内で治療した例：平均 3.2 ± 9.8 人/年
施設間の差が大きく、一部の病院で多くのCOVID-19の患者を治療していた場合が多いと考えられる

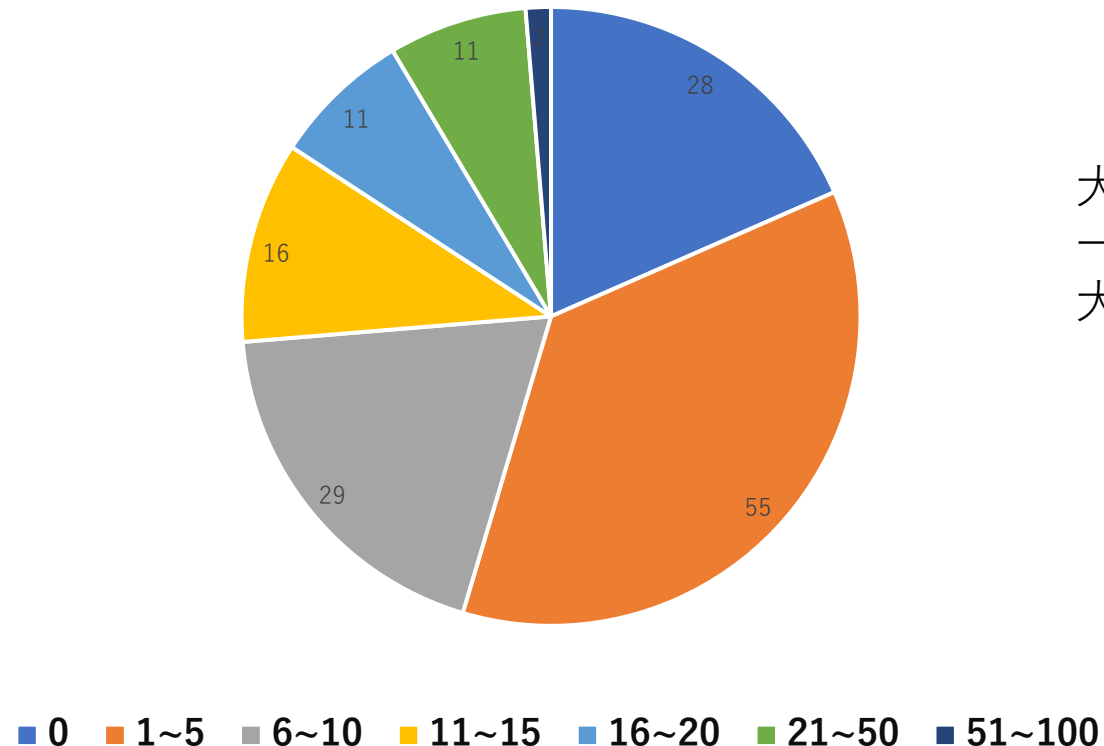
1年間で精神科病棟で治療したCOVID-19の患者数（人/年）



大学病院: 2.6 ± 6.8 人/年
一般総合病院: 3.5 ± 11.3 人/年

摂食障害の入院：
8割以上の有床総合病院精神科病棟で治療、平均 8.8 ± 11.8 人/年
施設間の差が大きい。推定で年間2000人ほどの摂食障害の入院を行っている

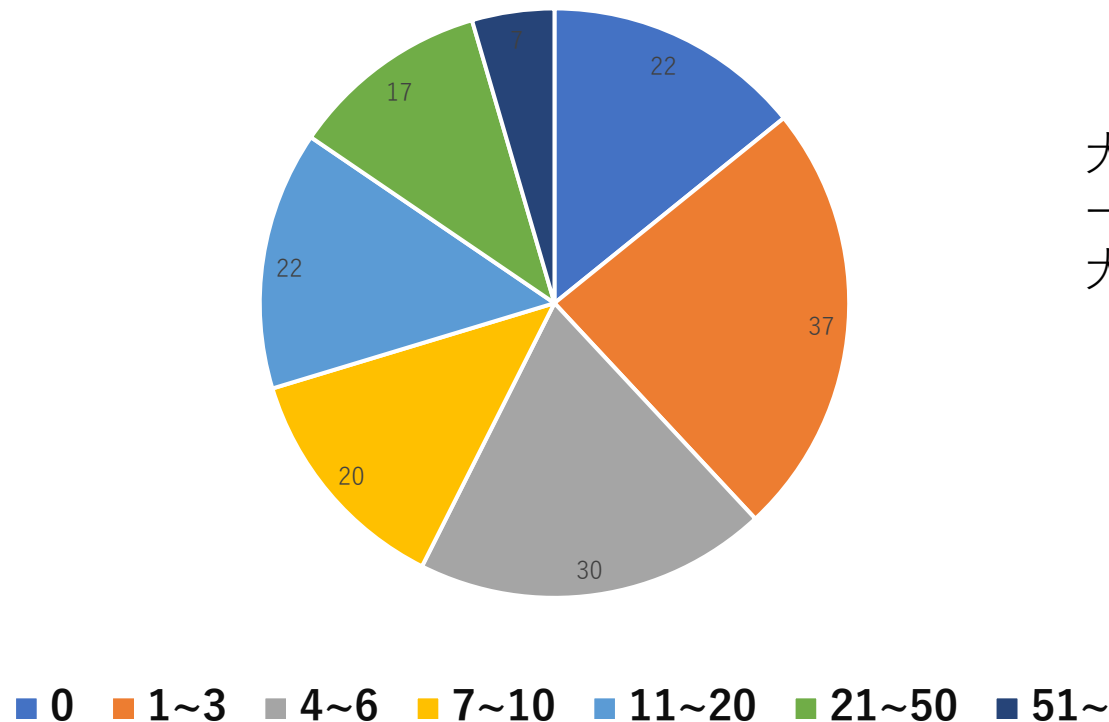
摂食障害の新規入院数（人/年）



大学病院: 15.0 ± 15.4 人/年
一般総合病院: 5.0 ± 6.4 人/年
大学病院での治療が多い

児童・思春期の入院：
ほとんどの有床総合病院精神科病棟で治療、平均 10.9 ± 13.5 人/年
施設間の差が大きい。推定で年間2400人ほどの入院治療を施行。

児童・思春期の新規入院数（人/年）

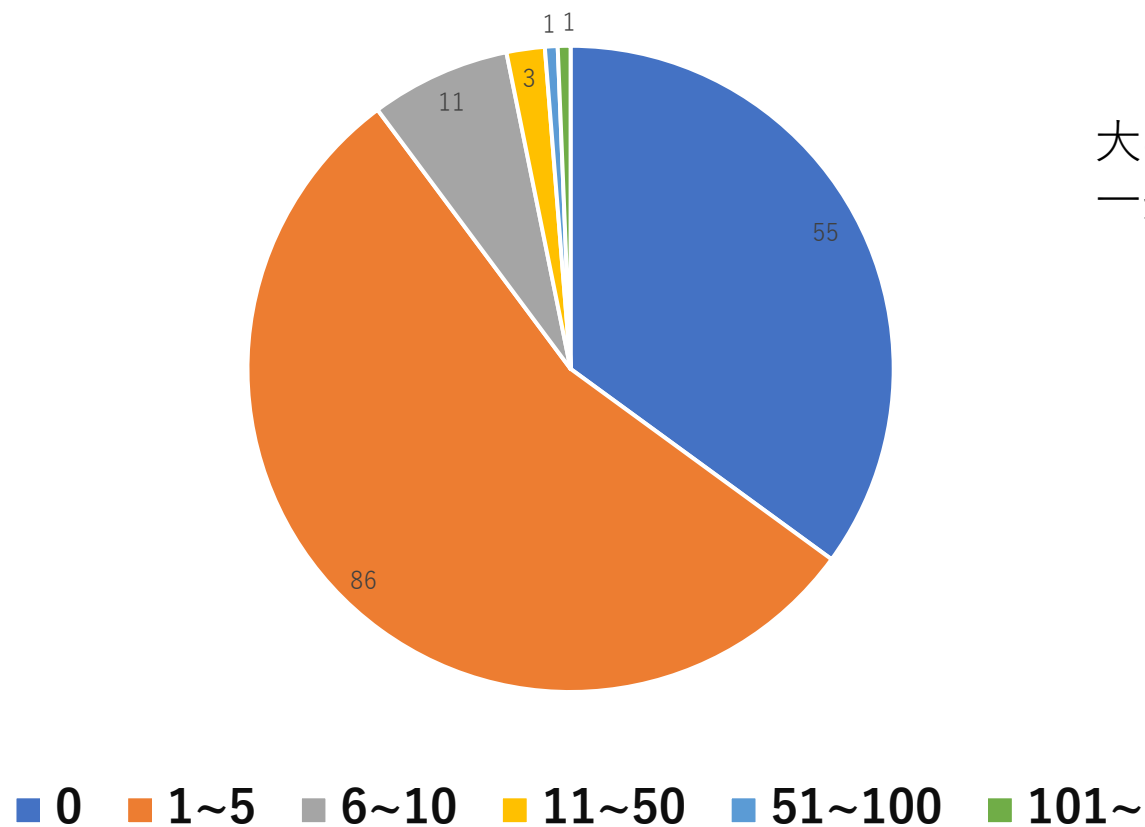


大学病院: 15.1 ± 15.1 人/年
一般総合病院: 7.3 ± 11.0 人/年
大学病院での治療が多い

周産期の入院：

約2/3の有床総合病院精神科病棟で施行、平均 3.9 ± 10.6 人/年
施設間の差が大きい。推定で年間900人ほどの入院治療を施行。

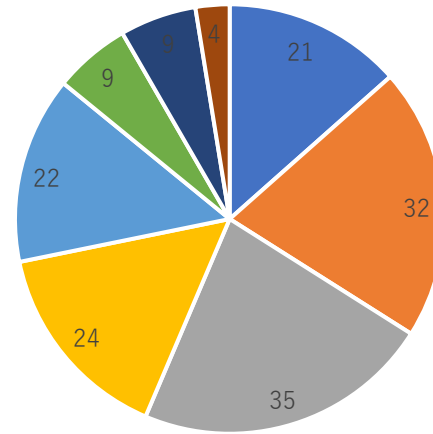
周産期入院数（人/年）



大学病院: 4.0 ± 5.4 人/年
一般総合病院: 3.8 ± 12.7 人/年

外来人数：平均1542±1141人/月
(開院日を月22日とすると、1日約70人の外来人数)

外来人数 (人/月)



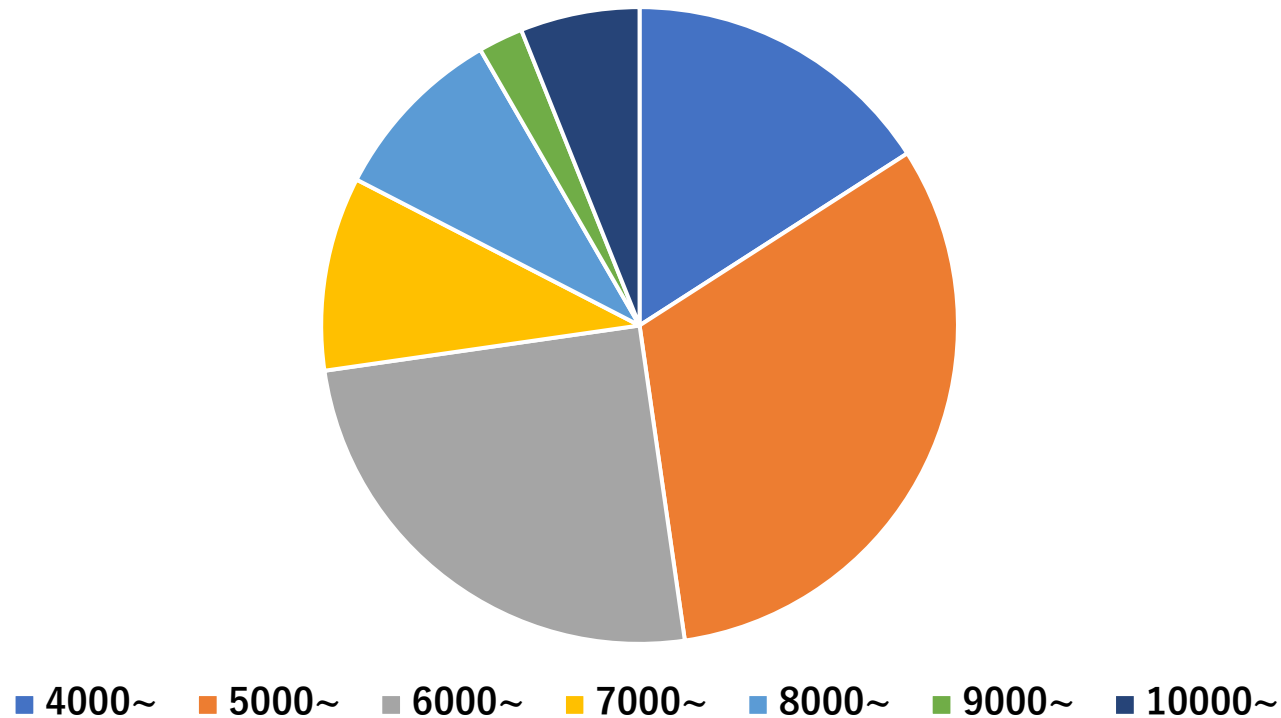
大学病院: 2140±1264人/月
一般総合病院: 1188±889人/月
大学病院で外来人数が多い

- 0~500 ■ 501~1000 ■ 1001~1500 ■ 1501~2000
- 2001~2500 ■ 2501~3000 ■ 3001~5000 ■ 5001~

紹介率67.4% (大学病院76.6%, 一般総合病院61.9%)
逆紹介率47.1% (大学病院44.0%, 一般総合病院48.9%)

外来1人1診察あたりの収入：6424 ± 1530円
入院の収入とともに、科別では最低ライン

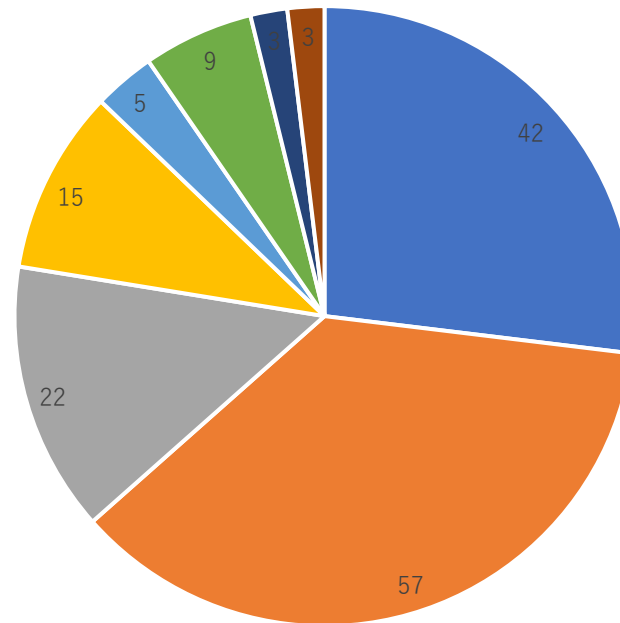
外来1人1診察あたりの収入（円）



大学病院： 6261 ± 1532円
一般総合病院： 6506 ± 1516円

認知症の鑑別：約3/4の有床総合病院精神科で認知症の鑑別をしている
平均 7.2 ± 10.2 人/月、施設間の差は大きいものの、推定で年間20000人の認知症の鑑別をしている

認知症の鑑別（人/月）



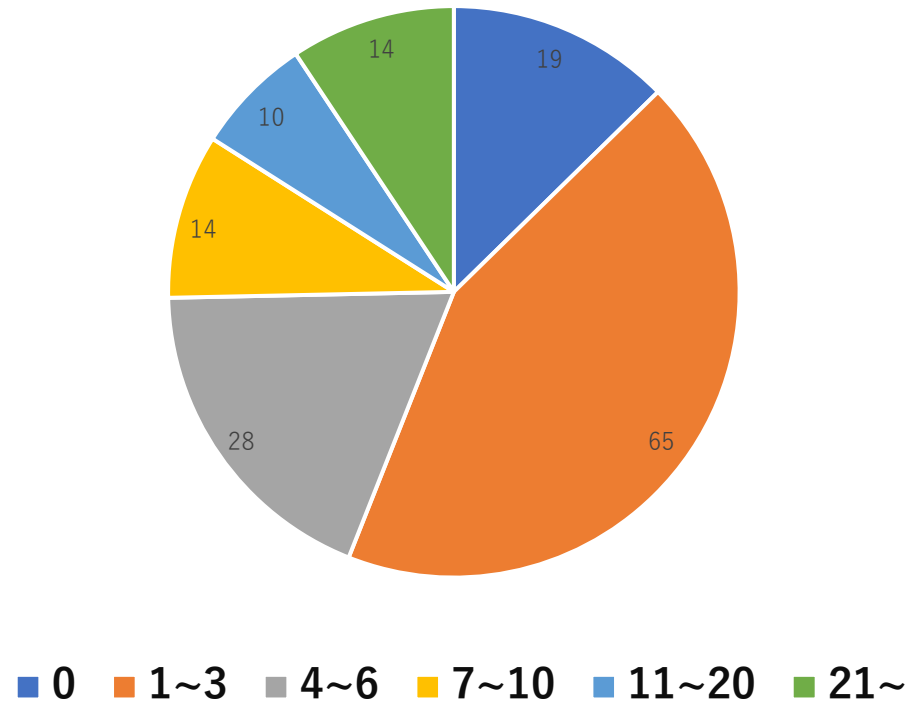
■ なし ■ 1~5 ■ 6~10 ■ 11~15 ■ 16~20 ■ 21~30 ■ 31~50 ■ 51~

認知症の鑑別に関して、
内科や神経内科や脳外科
領域の知識を高めるべき!

大学病院: 6.7 ± 8.8 人/月
一般総合病院: 7.6 ± 10.9 人/月

最初に精神疾患が疑われ精神科医が器質性疾患を診断した例：
多くの病院でこのパターンを経験、平均 5.5 ± 6.1 人/年
推定で年間1100例の鑑別診断をしている

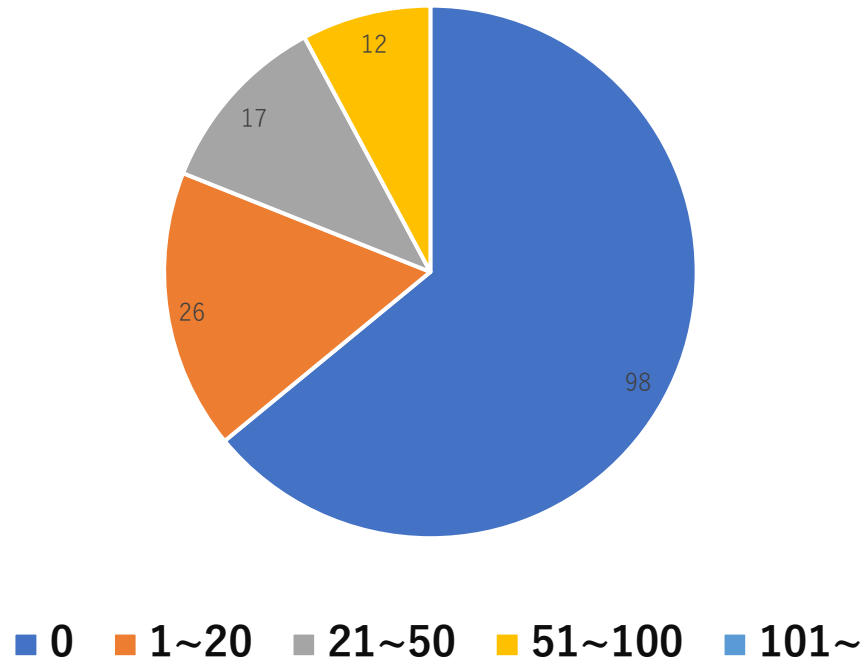
最初に精神疾患が疑われ精神科医が器質性疾患
を診断した例（人/年）



大学病院: 6.6 ± 6.3 人/年
一般総合病院: 4.8 ± 5.9 人/年

デイケア・ショートケア: 全体の36.8%の施設で実施

デイケア・ショートケア (人/週)



大学病院: 28.1%で実施
一般総合病院: 41.2%で実施

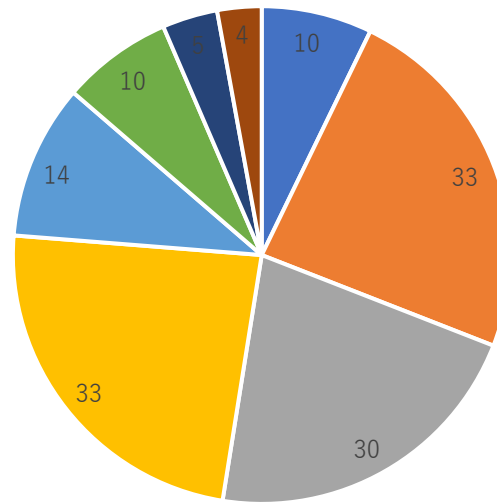
外来看護師・PSW・公認心理士・OTの人数

外来看護師は大学病院で多い傾向($p=0.08$)、公認心理士は大学病院で有意に多い ($p<0.01$)

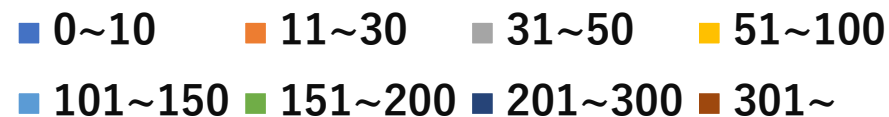
- 専従/専任外来看護師： 1.2 ± 1.4 人 (大学病院 1.5 ± 1.5 人、一般総合病院 1.1 ± 1.3 人)
- 専門看護師※： 1.3 ± 0.9 人 (大学病院 1.2 ± 0.9 人、一般総合病院 1.4 ± 0.9 人)
※リエゾンチーム加算の要件を満たす専門看護師
- 精神保健福祉士： 2.2 ± 1.3 人 (大学病院 2.1 ± 1.1 人、一般総合病院 2.3 ± 1.4 人)
- 公認心理士： 2.5 ± 1.5 人 (大学病院 3.0 ± 1.5 人、一般総合病院 2.2 ± 1.4 人)
- 精神科作業療法士： 1.1 ± 1.1 人 (大学病院 1.0 ± 1.0 人、一般総合病院 1.1 ± 1.1 人)

リエゾン総訪問数 64.5 ± 71.5 回/月
開院日を22日とすると、平均2.9回/日程度

リエゾン総訪問数（加算の有無を問わず）（回/月）

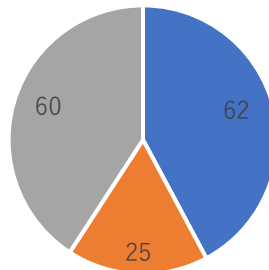


大学病院: 90.1 ± 80.1 回/月
一般総合病院: 49.1 ± 60.8 回/月
大学病院でリエゾン総訪問数が多い



認知症ケア加算は4割程度の病院で、 緩和ケア診療加算は3/4弱の病院で精神科において算定

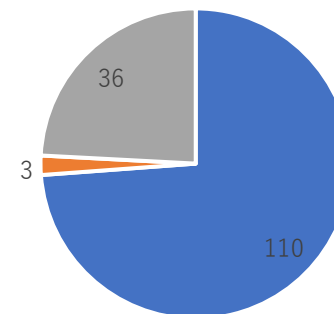
認知症ケア加算 1 の算定



- 精神科で認知症ケア加算
- 他科で認知症ケア加算
- 認知症ケア加算なし

大学病院30.4%、一般総合病院48.9%

緩和ケア診療加算の算定

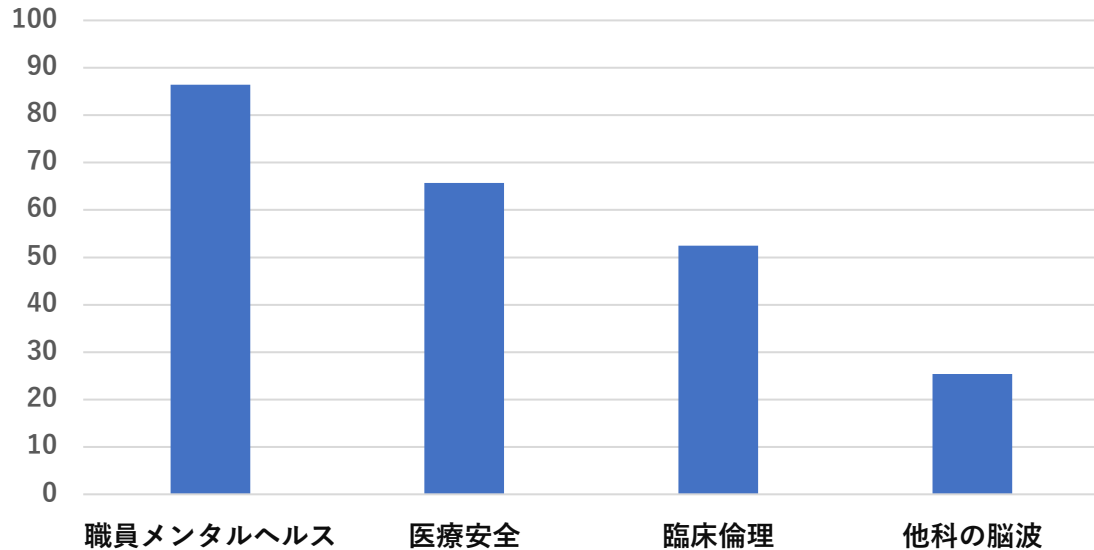


- 精神科医が緩和ケア
- 心療内科が緩和ケア
- 緩和ケアなし

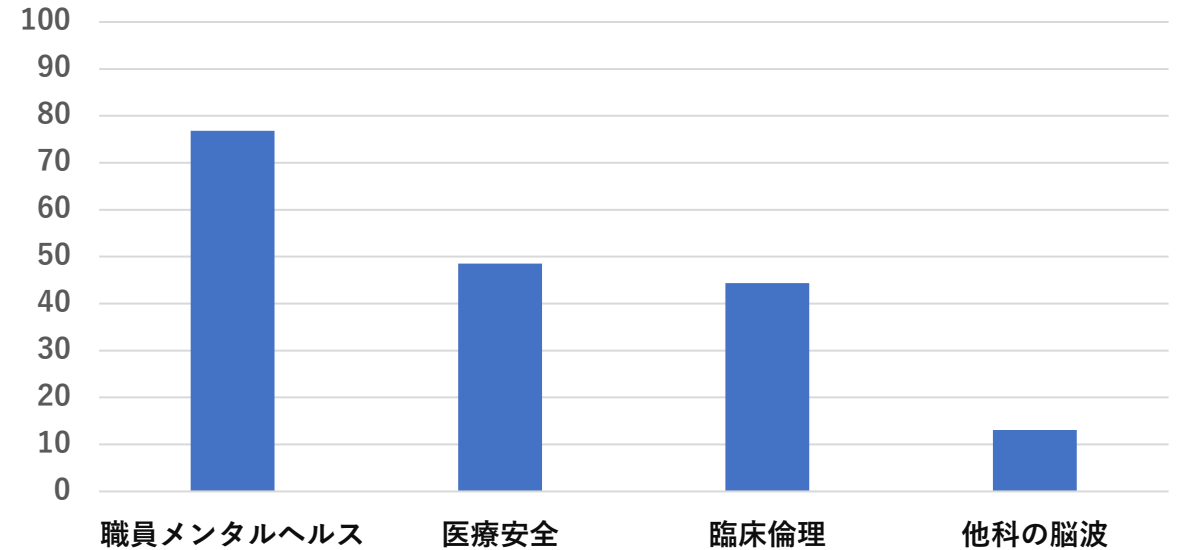
大学病院 87.3%、一般総合病院66.0%

院内活動：
職員メンタルヘルス、安全対策、臨床倫理、他科の脳波の判読

大学病院の院内活動 (%)

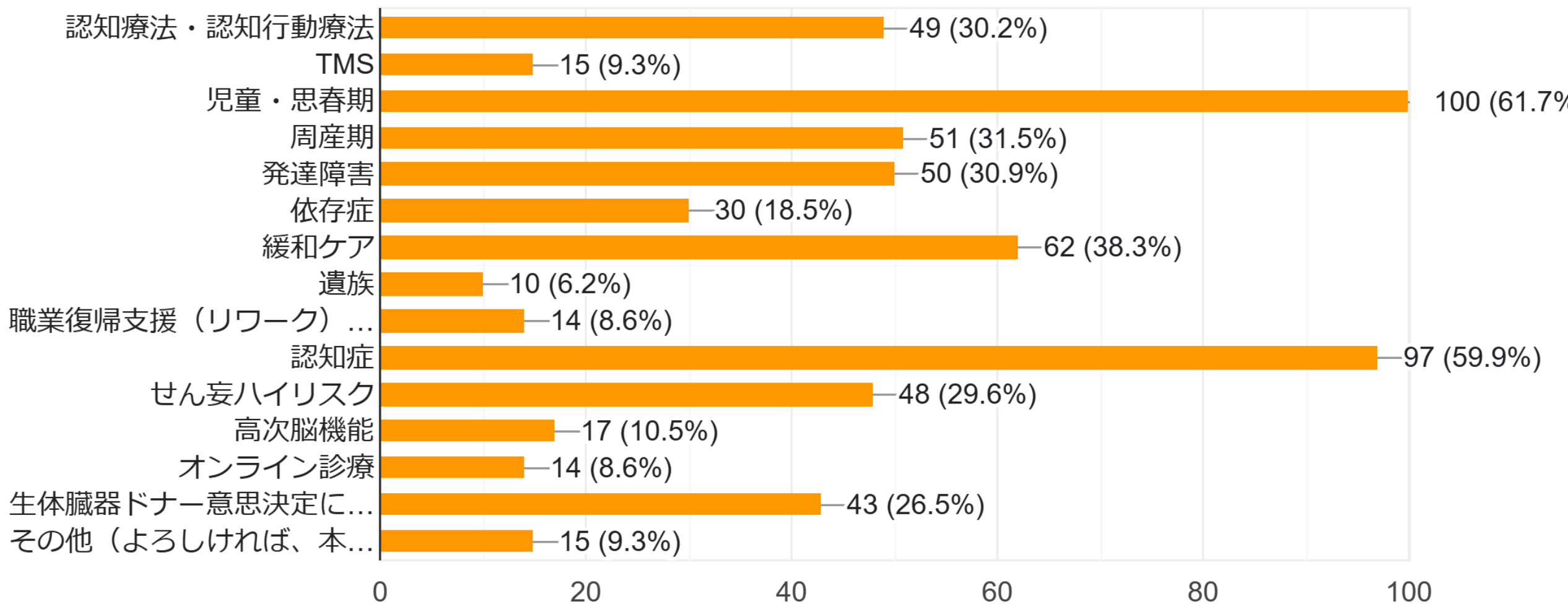


一般総合病院の院内活動 (%)



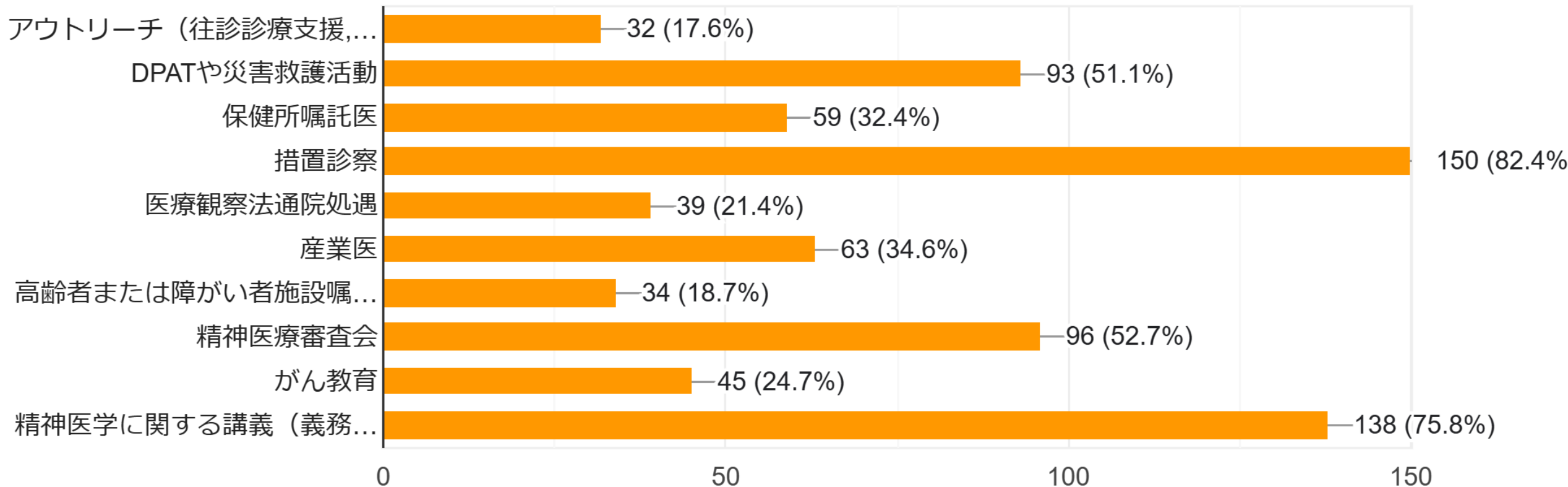
特殊外来や専門的な治療

(今までの統計は重複分を省いていましたが、ここでは省いていません。
同一病院から複数の回答者といった重複が一部あるので、大まかの傾向です)



地域の保健福祉活動の内容

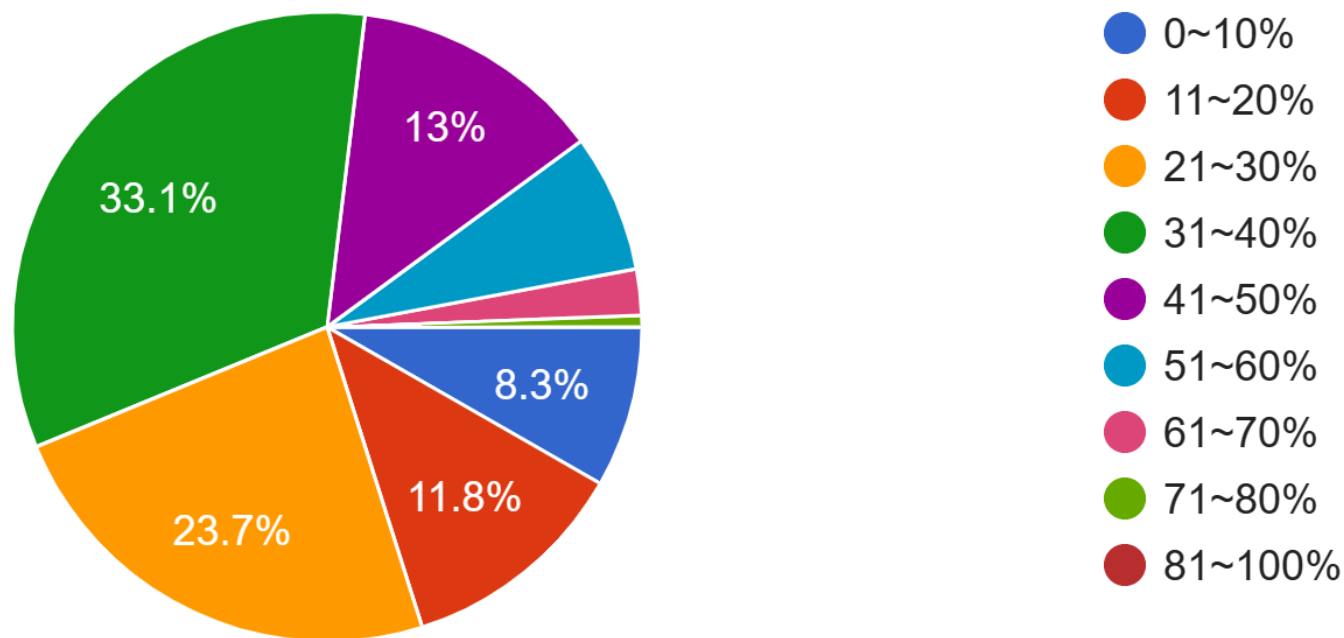
(同一病院から複数の回答者の重複回答も一部あるので、大まかな傾向です)



仕事の中でそれぞれの項目に対する割合

①精神科病棟業務に必要な割合は？（精神科全体の仕事を100%とすると）

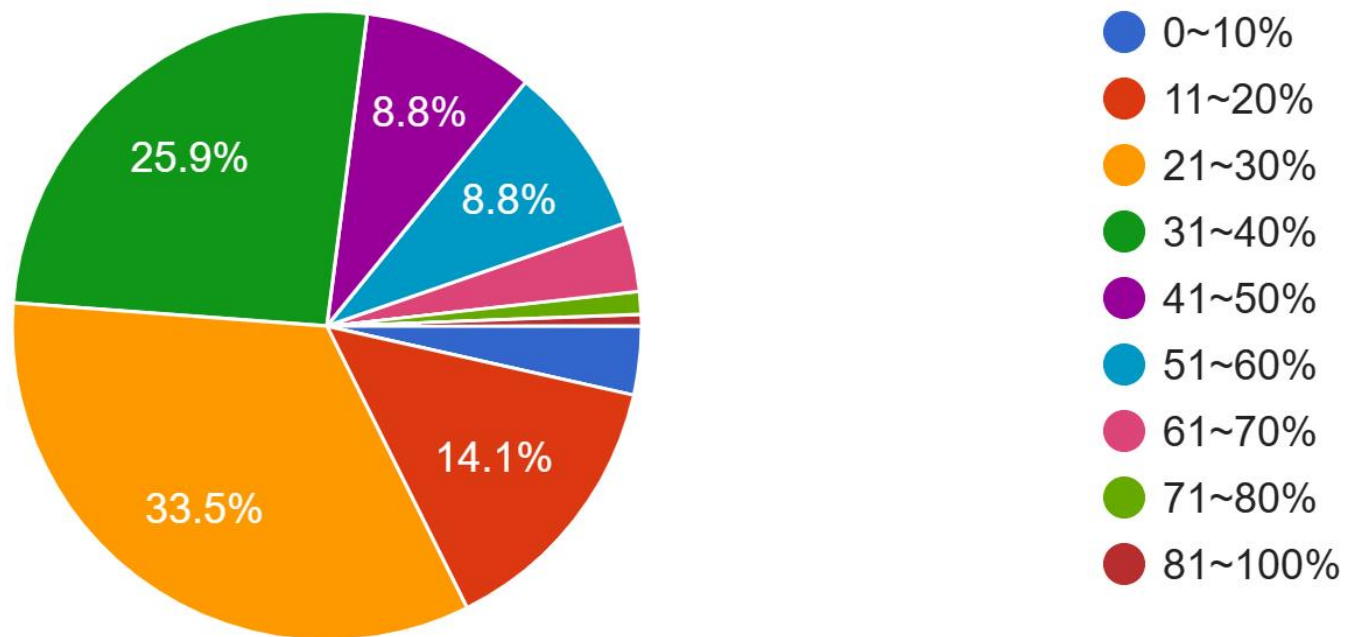
169 件の回答 （同一病院から複数の回答者の重複回答も一部あるので、大まかな傾向です）



②外来業務に必要な割合は？

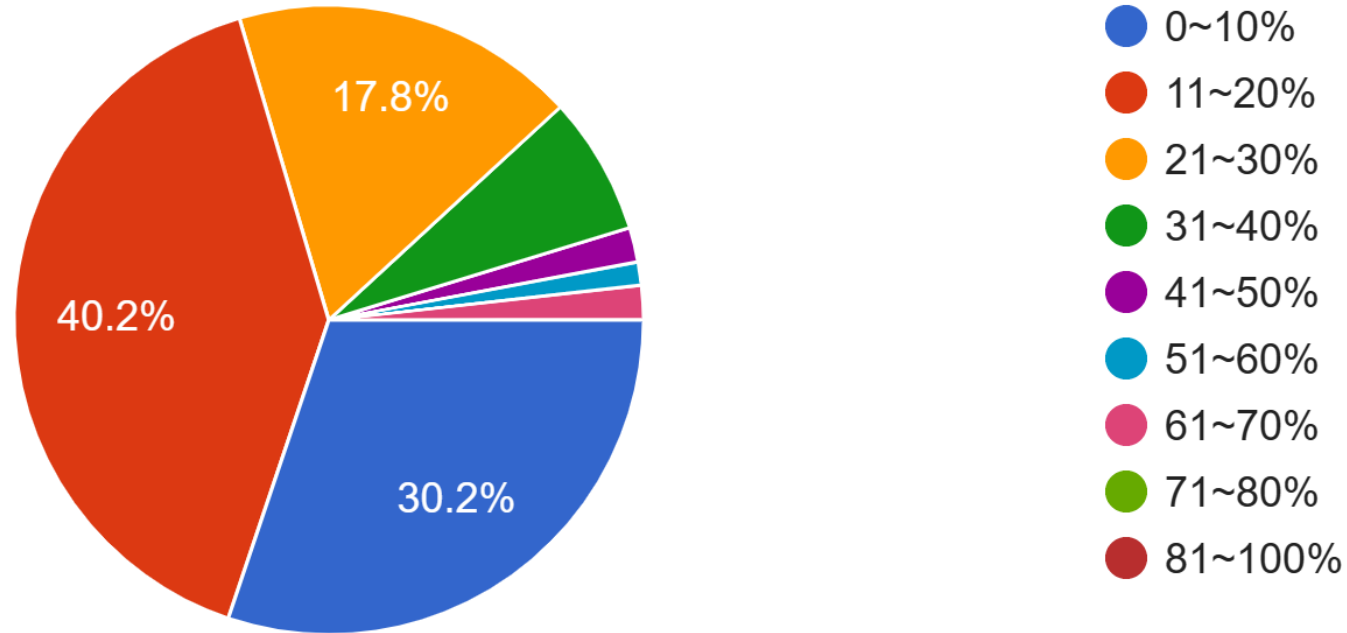
170 件の回答

(同一病院から複数の回答者の重複回答も一部あるので、大まかな傾向です)



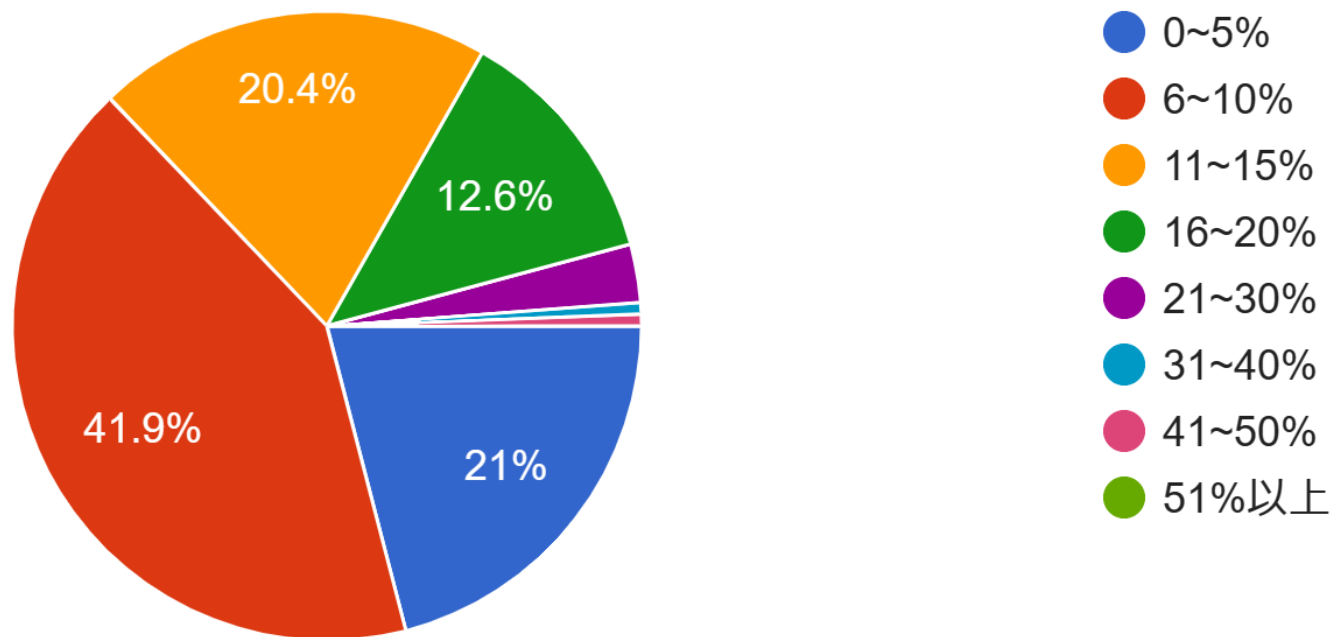
③リエゾンチーム および 病棟依頼の業務に必要な割合は？

169 件の回答 (同一病院から複数の回答者の重複回答も一部あるので、大まかな傾向です)



④医師教育に必要な割合は？（教育的なカンファレンスなど）

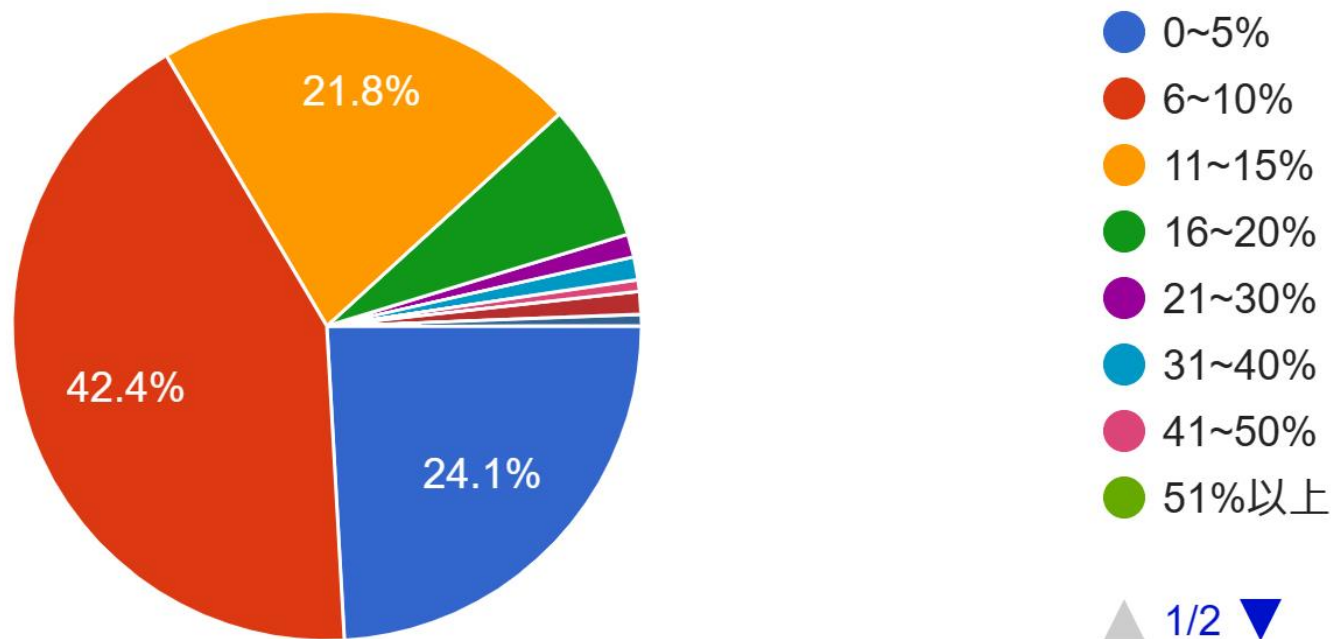
167 件の回答 （同一病院から複数の回答者の重複回答も一部あるので、大まかな傾向です）



回答のあった157病院のうち95.5%が日本精神神経学会専門医制度の基幹施設か連携施設

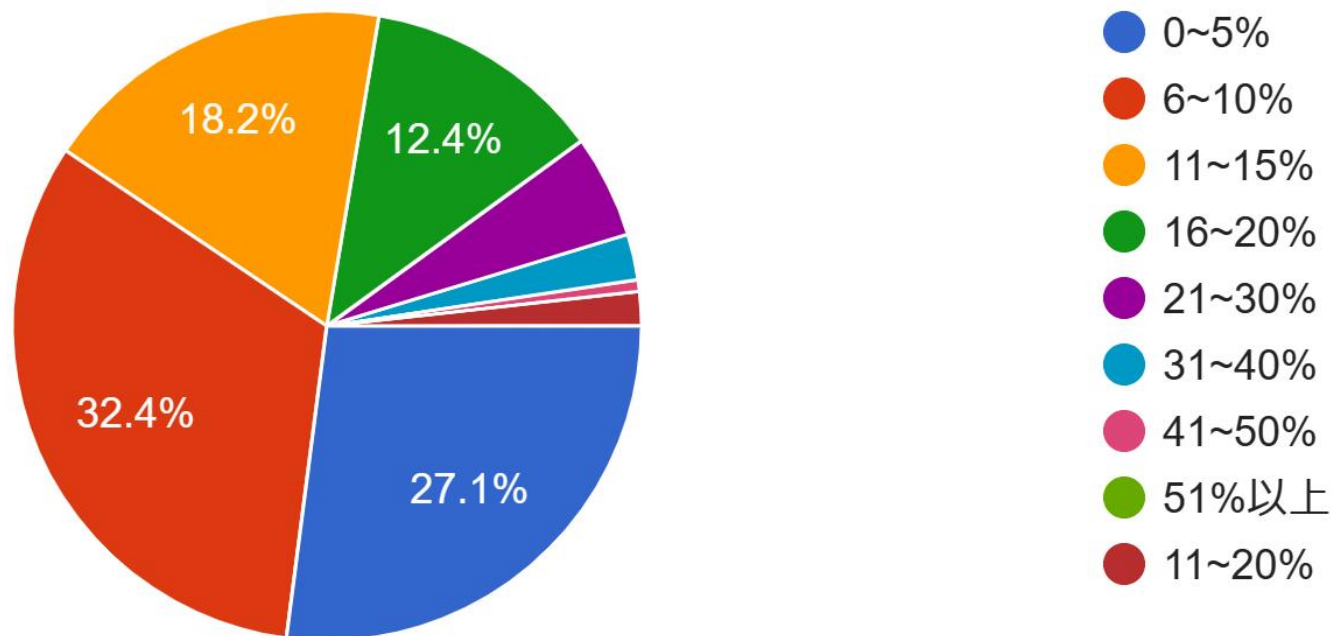
⑤書類作成に必要な割合は？

170 件の回答 (同一病院から複数の回答者の重複回答も一部あるので、大まかな傾向です)



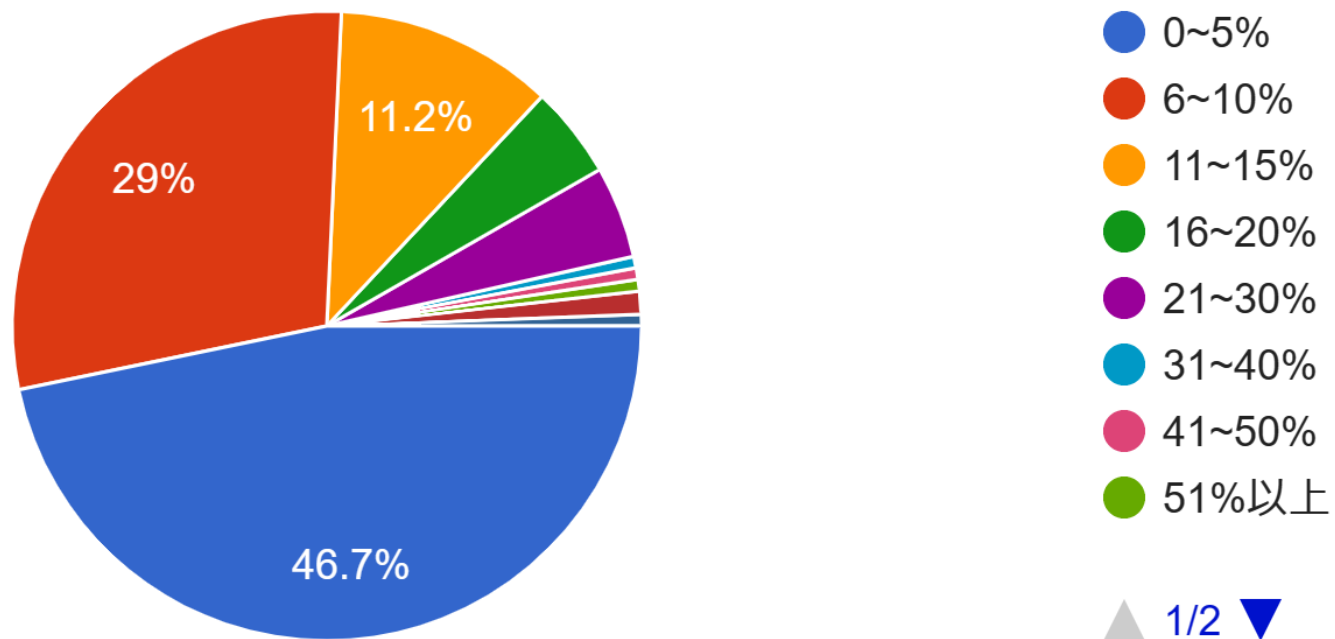
⑥管理業務に必要な割合は？

170 件の回答 (同一病院から複数の回答者の重複回答も一部あるので、大まかな傾向です)



⑦論文作成・学会活動に必要な割合は？

169 件の回答 (同一病院から複数の回答者の重複回答も一部あるので、大まかな傾向です)



本基礎調査2022と過去の基礎調査、さらには追加調査を元に、 過去20年での総合病院精神科病棟と病床数の減少の傾向を提示

Item	2002	2012	2022
Number of psychiatric units in total	273	249	231
Number of psychiatric units depending on hospital types (ratio to the total hospitals %)			
University	83 (30.4 %)	81 (32.5 %)	84 (36.4 %)
Municipal	90 (33.0 %)	77 (30.9 %)	80 (34.6 %)
National	25 (9.2 %)	18 (7.2 %)	17 (7.4 %)
Public†	59 (21.6 %)	55 (22.1 %)	34 (14.7 %)
Private	16 (5.9 %)	18 (7.2 %)	16 (6.5 %)
Number of psychiatric beds in hospital‡	75.5 ± 66.9	65.6 ± 46.9	51.2 ± 35.1

総合病院精神科病棟の数は減少。2022年は2002年の数の約85%。

大学病院と自治体病院や私立病院に比べ、国立と公立病院で減少が目立つ

2022年の1病棟あたりの病床数は2002年の約68%

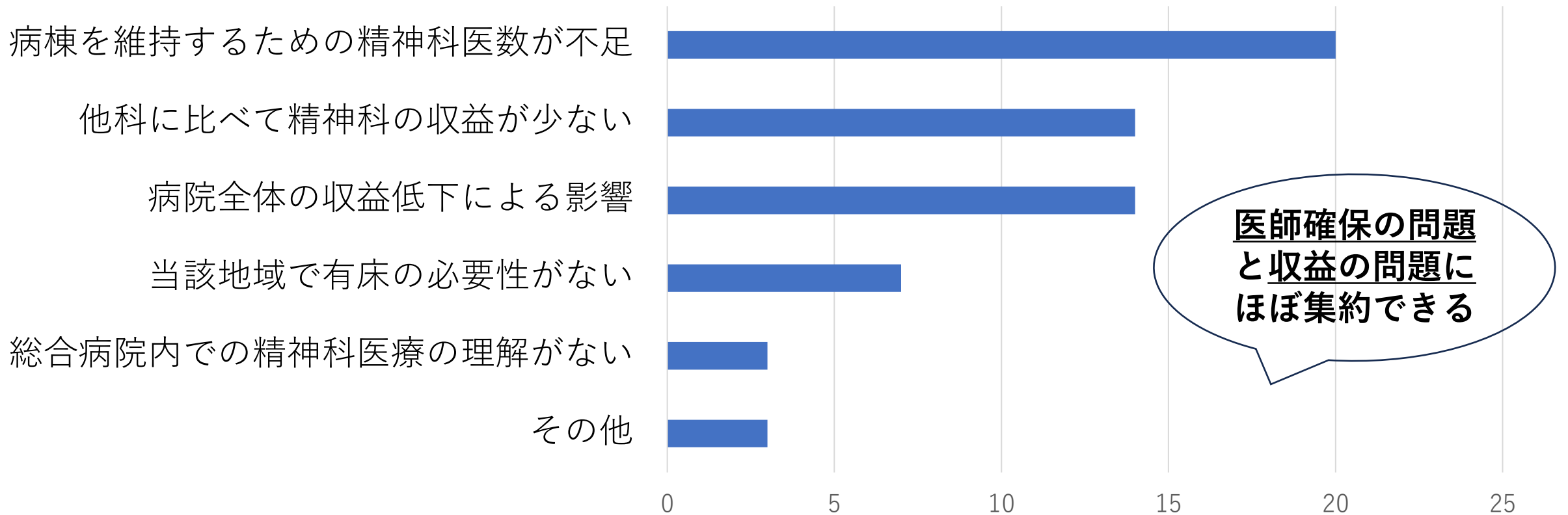
Funayama M, Sato S, Koishikawa H, Satake N, Kato O, Noguchi M, Takata T, Hasegawa Y, Wada H, Akahane T, Tsujino N, Nishimura K.

Resilience in adversity: Navigating financial challenges and closure risks in general hospital psychiatric units - Japanese Society of General Hospital Psychiatry's initiatives.

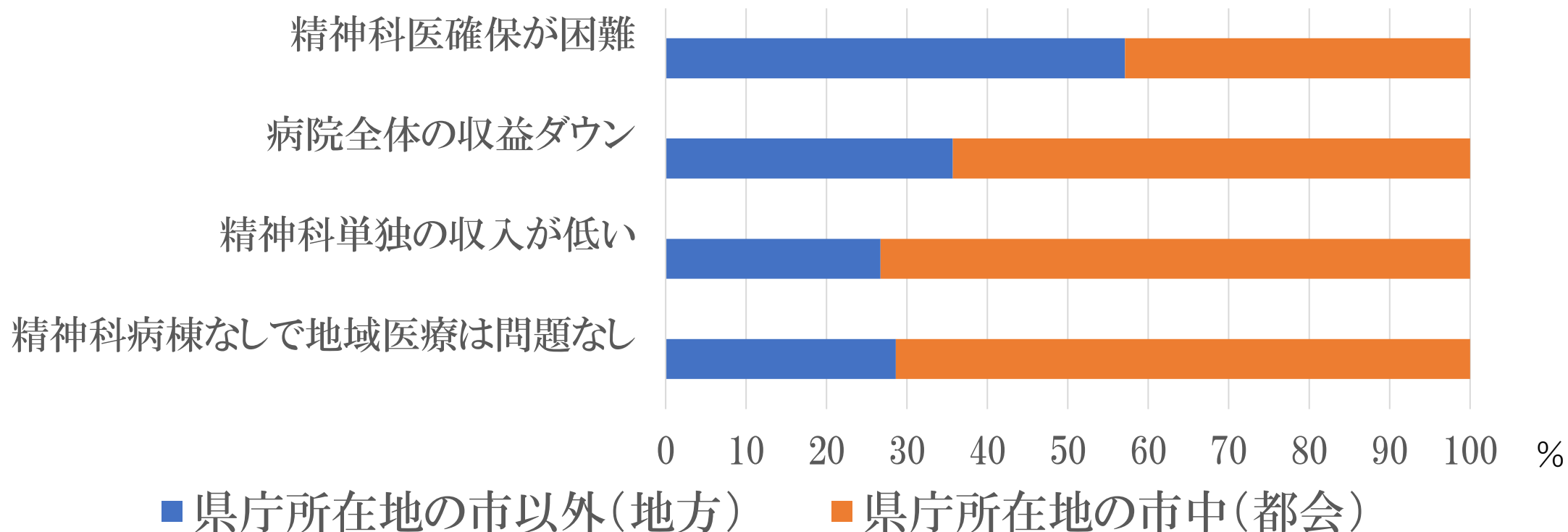
Asian J Psychiatr. 2023 Nov;89:103756.

doi: 10.1016/j.ajp.2023.103756

有床から無床に変更を余儀なくされた経緯（33件の回答） （総合病院精神科 医療政策委員会 無床 基礎調査2022 から）



前述した有床から無床へ余儀なくされた理由:地域別 地方では精神科医確保が困難な可能性



基礎調査2022のデータで以下の解析

1. 病棟 1 人 1 日の収入に影響する因子（大学を除き、重回帰分析）
2. 有床病院精神科の病院の群分け（大学を除き、クラスター分類）
3. 精神科医の満足度に影響する因子（大学を含む、重回帰分析）

1. 収入に影響する因子は？

病棟1人あたりの1日の収入の高さは在院日数の少なさのみ関係

【対象】

大学病院を除いた有床総合病院精神科病棟（N=88, 欠損値があり結局N=81で解析）に絞って解析（大学病院を入れると解析の精度が落ちた）。

【方法】 以下の単回帰分析で $r > 0.14$ の因子とECT, クロザピン治療の9つの説明因子で、病棟収入を説明できるかという**多変量解析**

※被説明因子：病棟1人あたりの1日の収入

※説明因子：医師の数、特定入院料を取得の有無、急性期医師配置加算の有無、身体合併症の受け入れ人数、ECTの試行回数、クロザピン治療の有無、自殺関連の入院数、入院患者数、平均在院日数

【結果】 この多変量解析自体は予測精度は低いが有意な結果となり ($p < 0.01$, Adjusted R-squared: 0.1764)

平均在院日数が少ないことだけが、病棟1人あたりの収入の多さと関連するという結果 ($p = 0.01$)

次に来る因子は、有意ではなかったが、身体合併症の受け入れ人数 ($p = 0.12$)

なぜ在院日数が短いと高収入？

- 10:1看護基準など高い基準の入院基本料の取得、急性期医師配置加算が可能
- 高い入院基本料のまま経過でき、次の入院患者にまた対処できるという好循環
- 検査などさまざまな加算を少ない期間で集中的に取れるので1日の単価が上がる
- メインテナンスECT
- 稼働率が下がる可能性がある一方で、入院患者の確保への努力は必要な場合も

病棟の収入を増やすには？

- 病棟の収入 = 病棟 1 日 1 人あたりの収入 × 稼働率 × 病床数

※ 1 日 1 人あたりの収入 → 在院日数の少なさと関連

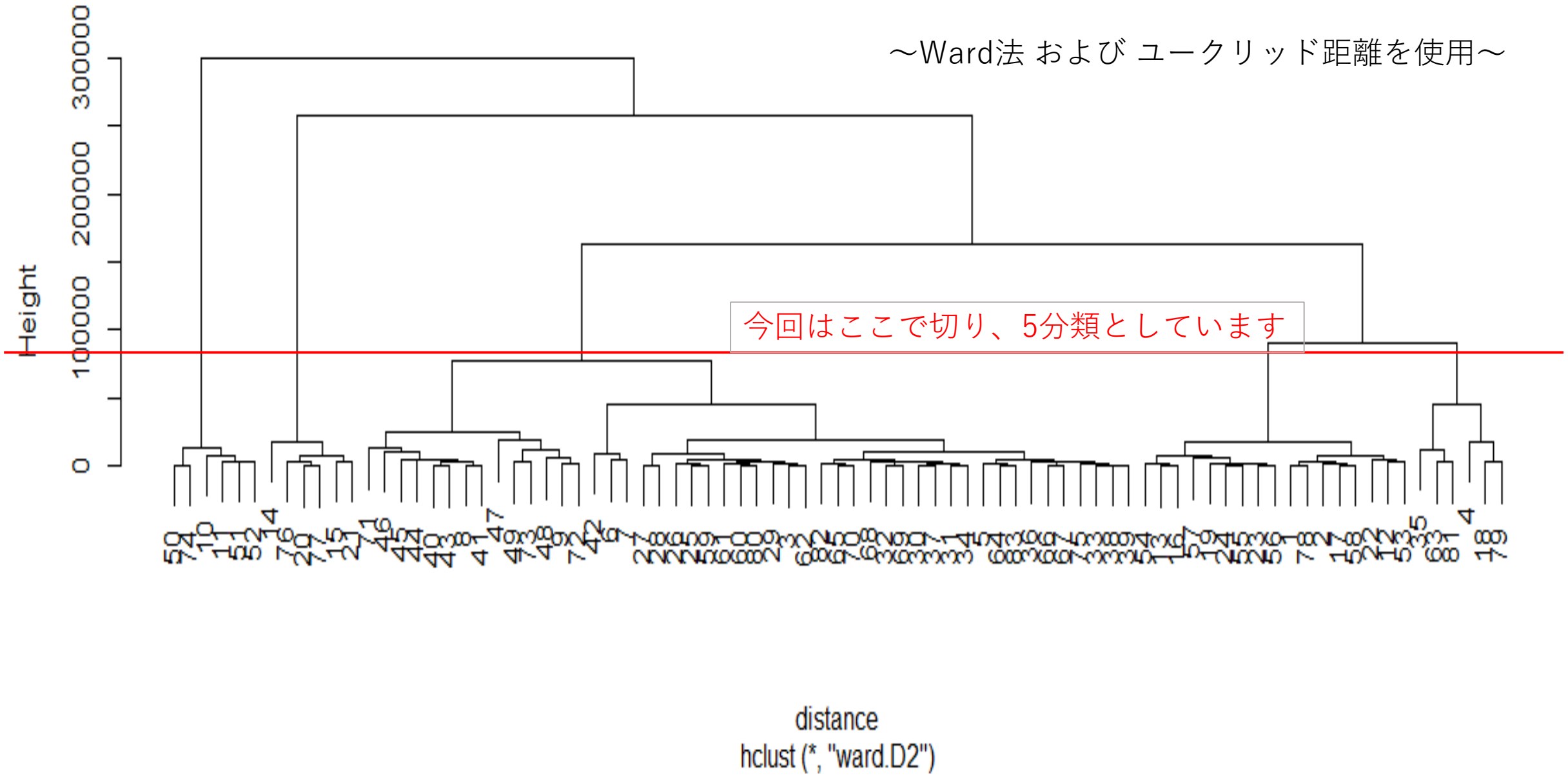
※ 稼働率 → 新入院数の多さと関連



- 病棟の収入は、新入院を多く取り、在院日数を少なくして高収入である入院基本料や加算を取得することで上がる
- 新入院を増やすことが極めて重要

2. 有床の一般総合病院（大学病院を除いた） クラスター分類

Cluster Dendrogram

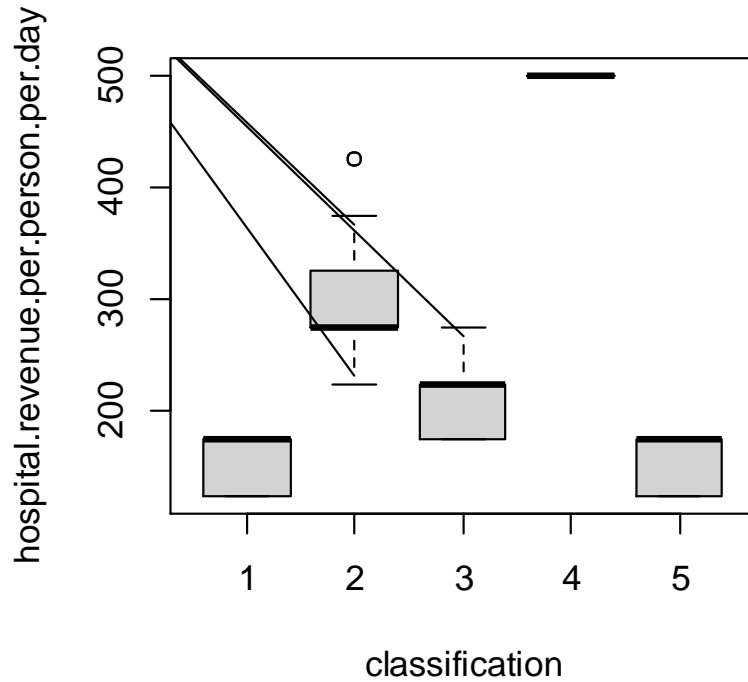


5群の概略

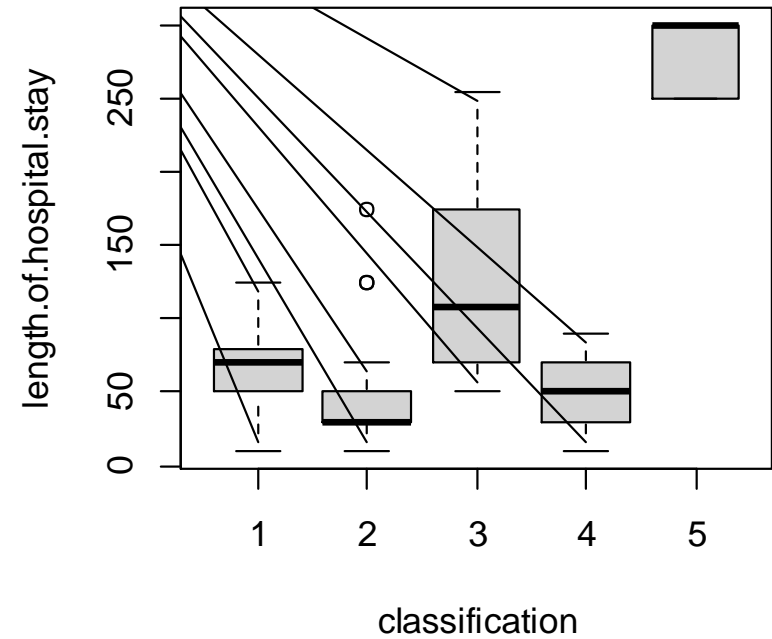
- Cluster1(n = 17) : 標準的な病棟
- Cluster2(n=48): 比較的高機能、短期入院、収入も多い病棟
- Cluster3(n=6) : 病床数が多く、クロザピンの使用が多い病院
- Cluster4(n=6) : 10床未満で、収入50000円を超えている病棟
- Cluster5(n=6) : 在院日数が長い病棟

収入は4群、次に2群も高く、両方とも在院日数は少ない
→在院日数が短いと収入が多い

一日あたりの収益：単位百円（2万から5万）

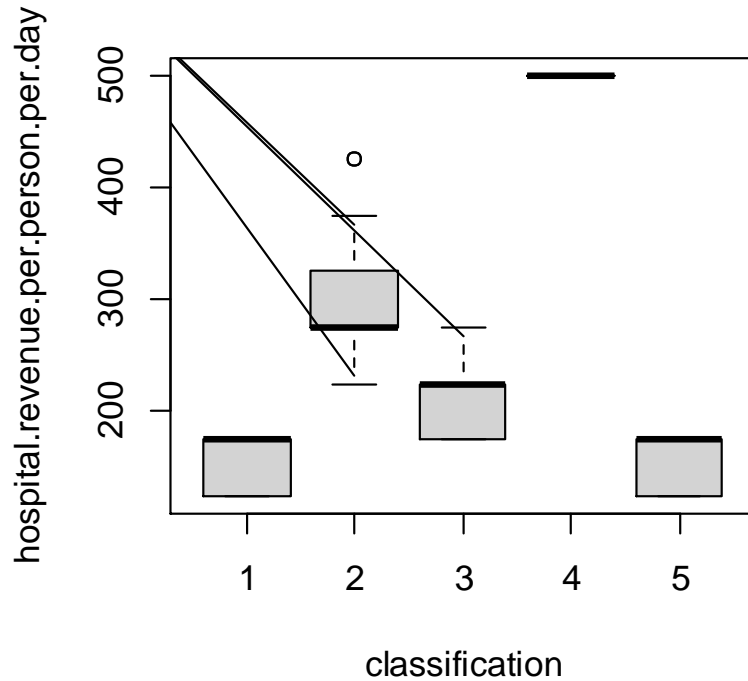


在院日数

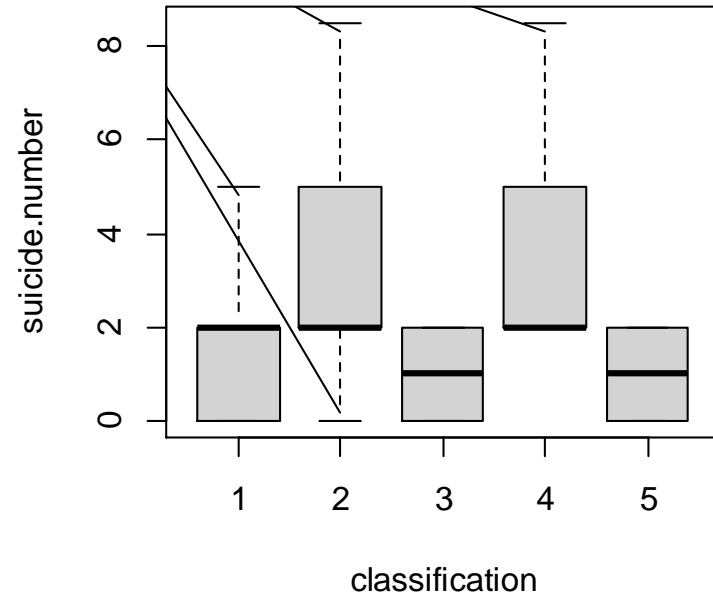


2群と4群はともに収益は高く、自殺関連の患者を多く入院治療している傾向（有意差はないが傾向あり）

一日あたりの収益：単位百円（2万から5万）

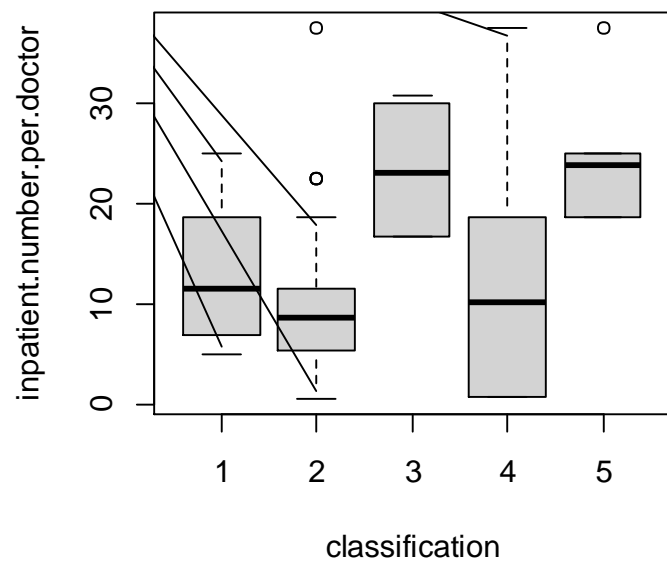


自殺関連の患者の入院者数

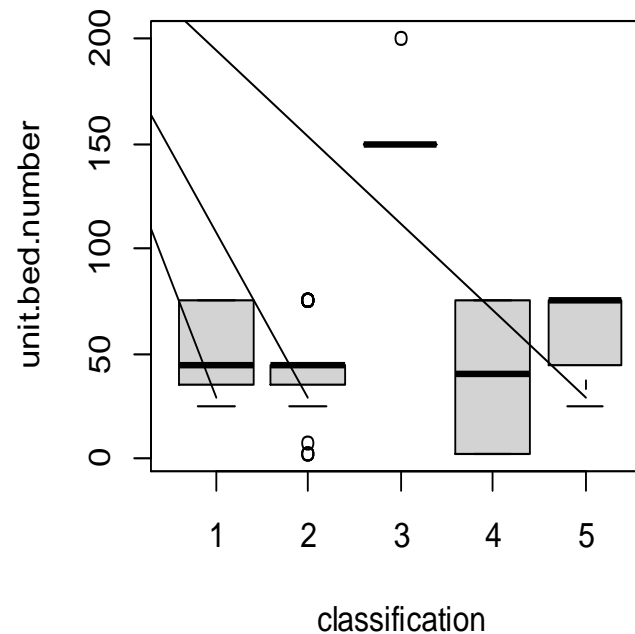


医師一人あたりの患者数は3群と5群で多く、
3群はベッド数が多い

医師ひとり当たりの患者数

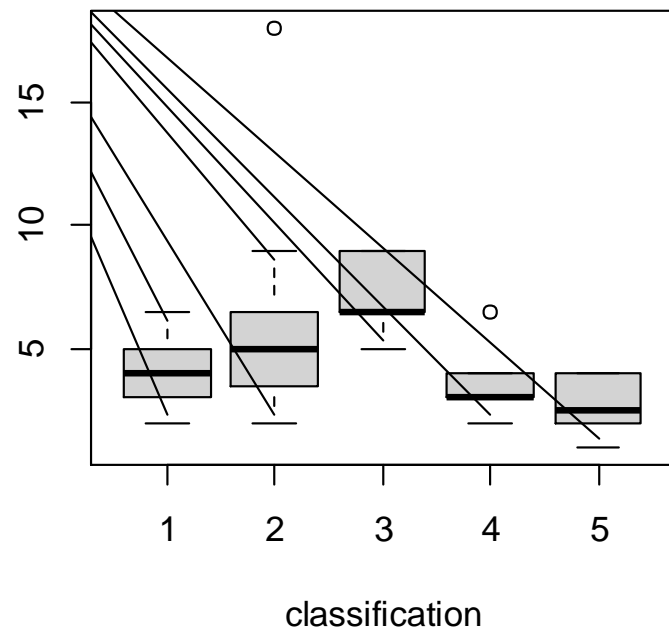


病床数

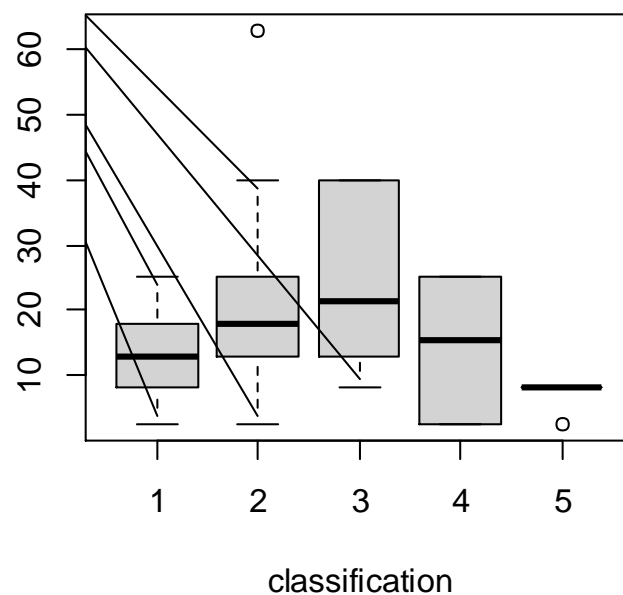


3群は精神科医の人数が多く、新入院数もクロザピン使用数も多い

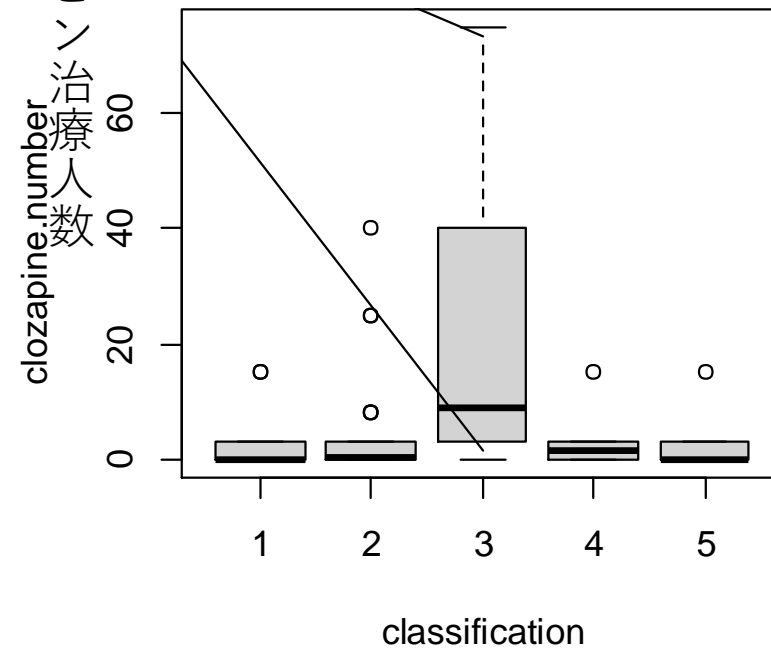
精神科医数
psychiatrist.number



新入院数
new.admission



クロザピン治療人数
clozapine.number



3. 精神科医の満足度にプラスの方向に影響する因子： 地域に開けていること

【方法】

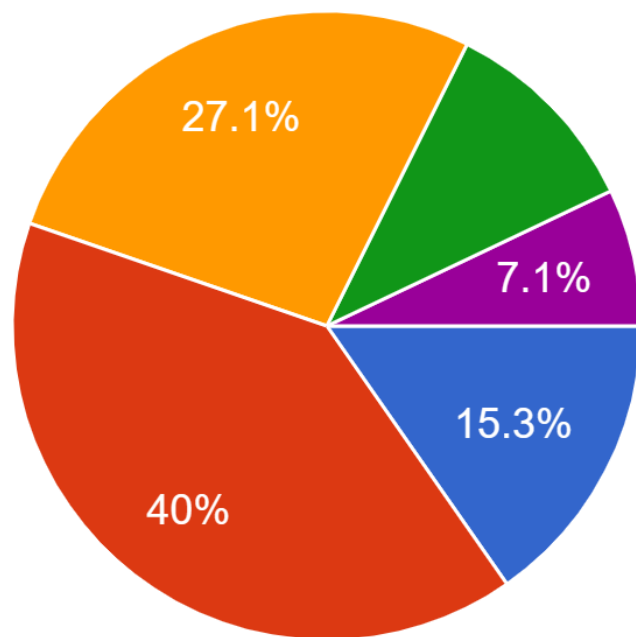
- 有効な121のデータから、勤務の満足度に対して上記の全ての項目の相関を分析し（カテゴリカルデータは χ^2 乗検定）、 $p < 0.1$ であった項目で重回帰分析を行った（Adjusted R-Squared 0.3324, $p < 0.0001$ ）

【結果】

- 勤務の満足度自体は5段階評価（5:とても満足, 4:やや満足, 3:普通, 2:やや不満足, 1:不満足）の 3.5 ± 1.1 （大学病院 3.5 ± 1.1 , 一般総合病院 3.4 ± 1.1 ）、平均するとやや満足から普通という結果
- 満足度を高める方向に有意に関連する因子：地域に開けていること（ $p < 0.05$ ）
- 満足度を低める方向に有意に関連する因子：COVID-19の患者の入院（ $p < 0.05$ ）、給料の低さ（ $p < 0.01$ ）、精神科医の本来の仕事ができないこと（ $p < 0.01$ ）

総合病院精神科で勤務に満足していますか。

170 件の回答



- とても満足
- やや満足
- 普通
- やや不満足
- 不満足

総論：極めて高機能である有床総合病院精神科の現状と課題 ～短期入院で最重症の精神疾患の治療から、身体疾患と精神疾患が重複した困難例の治療まで行っているが、収入面の課題が多い～

- 精神科本来の業務（措置入院、クロザピン、ECTなどを含む）と身体合併症を両方こなし、平均在院日数は短い。ただ、大学病院を除いて、稼働率の低値が問題点。
- 有床総合病院精神科数は20年で約15%減少している。収入が少ないことと、地方では医師の確保が困難であることが原因である。1病棟あたりの病床数は20年で32%減少と、ダウンサイズ。
- 病棟の収入を増やすには、新入院数を増やして稼働率を上げて平均在院日数を減らし、医療提供体制を充実させることが極めて重要。
- クラスター分類をすると、有床総合病院間にもかなりな差がある。
- 地域に開けていることは勤務の満足度をプラスに上げている可能性。

※有床総合病院精神科病棟を維持するには病床数を減らすことはやむを得ないが、平均在院日数を減らして単価の高い医療提供体制や急性期医師配置加算などの加算を充実させることが望まれる。

※稼働率を保つには新入院数を上げることが重要であり、①総合病院の利点を生かして入院適応の範囲を広げること、②統合失調症などの重度の精神疾患を持つ患者に対して、入院と退院後の支援を利用して今まで以上に長期に診ていくことなどが考えられる。

※地方では精神科医師確保が喫緊の課題。