

200601042A

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金

政策科学推進研究事業

精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究

平成 18 年度

総括・分担研究報告書

平成 19 (2007) 年 3 月

主任研究者 樋口 輝彦

平成18年度厚生労働科学研究費補助金

政策科学推進研究事業

## 精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究

平成18年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 樋口輝彦（国立精神・神経センター武蔵病院）

分担研究者 佐藤忠彦（桜ヶ丘記念病院）

泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部）

萱間真美（聖路加看護大学精神看護学）

末安民生（慶應義塾大学看護医療学部）

伊藤弘人（国立精神・神経センター精神保健研究所）

# 目 次

## I. 総括研究報告

- 精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究…………… 1  
樋口 輝彦 (国立精神・神経センター武蔵病院)

## I I. 分担研究報告

1. 診療報酬上の精神科包括病棟の動向に関する研究…………… 9  
佐藤忠彦 (桜ヶ丘記念病院)
2. クリニカル・パス調査データによるコスト計算の可能性について…………… 17  
泉田信行 (国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部)
3. 精神科訪問看護の実態に関する研究—同行訪問と退院前訪問に焦点をあてて—…………… 29  
萱間真美 (聖路加看護大学精神看護学)
4. 精神科の薬物処方・行動制限における看護職の役割に関する研究…………… 41  
末安民生 (慶應義塾大学看護医療学部)
5. 精神科における薬剤処方・行動制限最適化に関する研究…………… 71  
伊藤弘人 (国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部)
- 5-1. 精神科急性期治療における身体拘束の適切性の判断…………… 77  
野田寿恵 (伊藤分担班研究協力者：国立精神・神経センター精神保健研究所社会  
精神保健部)
- 5-2. 精神科救急および急性期における医師の処方態度に関する調査…………… 83  
藤田純一 (伊藤分担班研究協力者：神奈川県立精神医療センター芹香病院 医師)
- 5-3. 精神科救急入院料病棟における初期治療の現状— 統合失調症精神運動興奮モデル事例から —  
…………… 91  
三澤史斉 (伊藤分担班研究協力者：山梨県立北病院 医師)
- 5-4. いかにより薬剤師が急性期医療にかかわるか— 薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト (3) —  
…………… 95  
馬場寛子 (伊藤分担班研究協力者：明照会常盤病院 薬局主任)

## III. 資料

- 薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト 研修会資料…………… 101

# I. 総括研究報告書

精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究

主任研究者 樋口 輝彦

## I I . 分担・協力研究報告書

## 精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究

主任研究者 樋口 輝彦 国立精神・神経センター武蔵病院 院長

研究要旨：精神保健医療体制等の再編と基盤整備の必要性を示した「精神保健医療の改革ビジョン」を実現するために、(1)「退院支援」、(2)「急性期医療」および(3)「地域ケア」の評価方法を確立し、精神保健医療の質的向上に資する支払方式を開発することを目的とした。研究方法：診療報酬上の精神科包括病棟の動向に関する研究、クリニカル・パス調査データによるコスト計算の可能性についての研究、精神科訪問看護の実態に関する研究、精神科の薬物処方・行動制限における看護職の役割に関する研究、精神科における薬剤処方・行動制限最適化に関する研究の5つの分担研究班を組織し、研究を行った。結果：H18年の診療報酬改定後に病院で提供されている医療および地域で提供されるサービス（主に訪問看護）の実態について実態を把握すると同時に、クリニカル・パス調査データによるコスト計算の可能性と精神科救急・急性期医療に関する研修会を行うことで、精神科救急・急性期医療についての医療従事者の意識、態度、提供するサービスの質の向上が可能であるとの示唆を得た。まとめ：本研究班は初年度であるため、本年度は主に実態把握と研究遂行のためのチーム作りが重要なテーマであったが、これが完遂されたことで次年度以降の土台づくりをすることができた。本研究の成果が結実することにより、精神科領域における医療機関と社会復帰施設等とのシームレスかつ継続的な連携の実現に寄与し、「制度の枠組みを超えた」サービス提供者の連携を促すシステムの開発が可能であるとの手ごたえを得た。本研究で得られた成果が制度改正に反映されれば、社会保障制度の一体的な効率性の追求にも大きく資するものと考えられる。

### 分担研究者氏名 所属施設名及び職名

樋口 輝彦	国立精神・神経センター武蔵病院 院長
佐藤 忠彦	桜ヶ丘記念病院 院長
泉田 信行	国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部室長
萱間 真美	聖路加看護大学精神看護学教授
末安 民生	慶應義塾大学看護医療学部助教授
伊藤 弘人	国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部部長

### 研究協力者氏名 所属施設名及び職名

瀬戸屋 希	聖路加看護大学 講師
赤江麻衣子	聖路加看護大学大学院
佐藤美穂子	訪問看護振興財団 常務理事
田久保恵美子	訪問看護振興財団 事業部長
吉武久美子	訪問看護振興財団 主任研究員
仲野 栄	(社)日本精神科看護技術協会 常任理事
吉浜 文洋	富山大学医学部看護学科 助教授
辻脇 邦彦	翠会成増厚生病院 教育師長
青木 典子	総合心療センターひなが 看護師
渡辺とよみ	八幡浜医師会立双岩病院看護課長
東 美奈子	愛命会泉原病院 看護師
井上有美子	京都大学医学部附属病院病棟師長
塩田 宗光	NPO法人色えんぴつ 理事長

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
片山 郁子	南部町国民健康保険西伯病院精神科医長
高田 久美	同 認定看護師
島内 美月	八幡浜医師会立双岩病院 総務部係長
野田 寿恵	NTT 関東病院精神科 医師 国立精神・神経センター 精神保健研究所社会精神保健部協力研究員
藤田 純一	神奈川県立精神医療センター芹香病院 医師
三澤 史斉	山梨県立北病院 医師
馬場 寛子	明照会常磐病院薬局主任薬剤師
佐藤さやか	国立精神・神経センター 精神保健研究所社会精神保健部流動研究員

そこで本研究では、診療報酬改定と利用状況の変化および精神障害者への訪問看護の状況およびニーズ（「診療報酬影響研究」）を明らかにするとともに、退院促進、精神科における薬剤処方・行動制限最適化、および再入院の抑制に資する診療報酬上の評価（「これからの診療報酬に関する研究」）を提案する。さらに英国の Personal Social Services Research Unit (PSSRU) のコスト計算モデルを参考にわが国のモデルを提示する。これらの提案を行うことによって「精神保健医療の改革ビジョン」を実現するために、精神保健医療の質的向上に資する支払方式を開発することを目的とする。

## A. 研究目的

現在わが国の精神保健医療は変革期にある。厚生労働大臣が本部長である精神保健福祉対策本部が、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を示し（平成 16 年 9 月）、「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」（同年 10 月 12 日）において、改革ビジョンの内容が盛り込まれた。すなわち「長期入院患者の段階的・計画的な地域生活への移行」と「新規入院患者の早期退院」を促進すること等である。

これまで精神科入院医療に関する診療報酬は、包括病棟等を創設することにより、一定の成果をあげてきた。しかし長期在院者数が十分に減少しない一方で急性期患者が増加しているなど、精神科医療における支払方式のあり方を、再検討する時期にきている。すなわち、将来的な診療報酬改定に資するように、(1)「退院支援」、(2)「急性期医療」および(3)「地域ケア」の評価方法を開発することが求められている。

## B. 研究方法

本研究では研究目的に照らし、下記の研究班を組織した。診療報酬上の精神科包括病棟の動向に関する研究（佐藤分担研究班：分担研究 1）、クリニカル・パス調査データによるコスト計算の可能性についての研究（泉田分担研究班：分担研究 2）、精神科訪問看護の実態に関する研究（萱間分担研究班：分担研究 3）、精神科の薬物処方・行動制限における看護職の役割に関する研究（末安分担研究班：分担研究 4）、精神科における薬剤処方・行動制限最適化に関する研究（伊藤分担研究班：分担研究 5）である。また、特に伊藤分担研究班は研究対象が広汎な領域におよぶことから各領域の専門家を研究協力者とし、それぞれに研究を実施、成果を報告することとした。

### 1. 対象および調査方法

1) 診療報酬上の精神科包括病棟の動向  
各都道府県社会保険事務所に郵送による調

査を依頼した。

調査内容は、平成18年12月現在の「精神科急性期治療病棟入院料(1.2)」、「精神療養病棟入院料」、「精神科救急入院料」、「老人性認知症疾患治療病棟入院料」、「児童・思春期精神科入院医療管理加算」の取得動向である。

各入院料および加算について申請されている病床の総数について、2003年に実施された先行研究と比較を行った。また、都道府県ごとの病床の総数について2001年に実施された先行研究と比較を行った。

## 2) パスによるコスト計算方法の開発

厚生労働科学研究費障害保健福祉総合研究事業『精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究』（主任研究者樋口輝彦）によって既に調査されている臨床・パス調査の情報（35病院分）を分析の対象とした。

大うつ病性障害急性期の想定例に対して一定の達成目標に到達するために行われている診療行為を12週退院群と8週退院群を比較した。記述的な分析を行いその過程における条件を検討することにより臨床・パス調査のデータからコスト計算が可能であるか否かについて試行的に分析した。

## 3) 精神科訪問看護の実態に関する研究

訪問看護振興財団が看護協会の委託を受けて実施した平成17、18年度の訪問看護・家庭訪問基礎調査(全国の550訪問看護ステーション、350病院に配布)データを分析の対象とした。

精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションでの、同行訪問の実施状況、同行訪

問の理由、退院前カンファレンスへの参加状況、退院日の訪問の実施状況についての実態を調査した。

精神科訪問看護を行っている訪問看護ステーションと、精神科訪問看護を行っていない訪問看護ステーションで、調査内容について比較した。

## 4) 薬物処方・行動制限における看護職の役割

### ①臨床・パスに関する調査

臨床・パスを導入しており、調査に協力の得られた3施設の医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士に調査者がインタビューを実施した。

主な調査内容は、パスの活用の現状、パスの効果と限界に対する対策、パスのチーム医療での有効性、パスの成果と評価、およびパスのコスト計算についての現状認識である。インタビューに対する回答を記述し、質的な検討を行った。

### ②チーム医療と退院促進に関する調査

入院患者の退院に向けた方針決定に際して、複数の職種による退院支援のためのカンファレンスを行っている2病院の医師、看護師、精神保健福祉士調査者がインタビューを実施した。調査内容は次の通りである。インタビューに対する回答を記述し、質的な検討を行った。

(1) 過去3年間にカンファレンスが行われた患者の実数と、医療従事者の決定のみによって退院した患者の実数。

(2) カンファレンスが行われることになった患者の代表的な3事例の概要(年齢、病名、入院期間、カンファレンスを提案した人、患者の退院の意思の変



化、家族の反応、退院を困難にさせている理由、プランの要約と最優先課題、カンファレンス後の展開、他)。

(3)カンファレンスが行われたときの主だった参加者の職種。

(4)カンファレンス開催前の準備担当者

(5)カンファレンスのイニシアチブをとったのは誰か。印象的な会話はあるか。

(6)カンファレンスの具体的な課題としてよくみられるものはなにか。

(7) 家族に対して行われるかかわり

(8)カンファレンスにおける服薬調整の取り上げ方。

(9)カンファレンスの記録、伝達、調整の担当者。

(10) 再度、カンファレンスが必要になったときの理由と対処。

(11) その他

### ③薬物療法に関する看護者の関心等の意識

2007年1月26日～27日に本研究班が主催して開催された薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト研修会に参加した看護者の所属医療機関10施設の看護師153名に郵送にて調査を実施した。調査内容は、薬物療法に関する看護者の関心についてなどである。

調査項目に対する回答の度数とパーセント値を算出し、図示した上で検討を行った。

5) 薬剤処方・行動制限最適化に関する研究  
わが国で診療報酬上の精神科救急入院料病棟を取得もしくは取得予定である25ヶ所、および急性期治療病棟187ヶ所に対して、本研究への協力をかねた研修会と会議への参加を依頼した。その結果精神科救急入院料病棟21

病棟および精神科急性期治療病棟28病棟から協力可能な回答を得た。実務的に運営可能な規模を考慮し、今年度は精神科救急入院料病棟との研修会・会議を実施した。

### ①行動制限の最適化に関する研究

行動制限の最適化に関する研究では、精神科急性期治療における身体拘束の適切性の判断に関する調査を49病院の医師に対して実施した。

### ②医師の処方態度に関する調査

処方や行動制限のばらつきの要因のひとつと考えられる医師の処方態度尺度を開発することを目的として調査を行った。47名の医師から回答が得られた。

### ③統合失調症精神運動興奮への初期治療

精神運動興奮を示す統合失調症への初期治療を把握することも目的に、モデル事例に対する治療方針を調査した。対象は、精神科救急入院料病棟を有する医療機関に勤務する医師20名である。

### ④急性期医療への薬剤師の関与

急性期医療への薬剤師の関与の可能性を明らかにするために、薬剤師への調査を実施した。対象は、精神科急性期病棟を持つ病院で勤務する薬剤師11名である。

## C. 研究結果

### 1. 診療報酬上の精神科包括病棟の動向

精神科救急、急性期病棟は全国的に急速な増加を遂げており、精神科療養病棟と児童思春期精神科入院医療管理加算は微増の傾向にあった。老人関連病棟は漸減しているものの、都道府県によっては全体に占める割合の高い県も見られた。

## 2. パス調査によるコスト計算の可能性

分析の結果、12週退院群では状態によってmECTを考慮すると答えた病院の比率が高く、看護ケアに関する書き込みが多かった。また、12週退院群では作業療法の導入比率が低かった。

## 3. 精神科訪問看護の実態に関する研究

精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションでは、82.2%が複数の看護師による同行訪問を実施し、その理由として、ケア対象者の安全確保に加え、暴力行為があることが挙げられた。また、訪問看護ステーションの多くで、退院前訪問および退院前カンファレンスへの参加を行っていた。

## 4. 薬物処方・行動制限における看護職の役割

パスの活用が継続されていないのは、チーム医療の確保が難しいことが原因であるという意見がある。また、パスを活用しなくとも退院支援カンファレンスによって有効な治療継続していることが明らかになった。薬物療法の調査では急性期治療病棟の看護師の88.2%は処方に関心があり、88.8%が受け持ちあるいは入院直後の患者の処方を把握していた。看護師の情報が処方に影響を及ぼすと考えている割合は72.5%であるが、医師に情報提供を積極的に行っているのは28.1%であった。

## 5. 精神科における薬剤処方・行動制限最適化

### ①行動制限の最適化に関する研究

身体拘束の適切性の判断は「きわめて不適切」から「きわめて適切」まで「ばらつき」が認められた。投与経路についても「ばらつき」

が認めら、その中で、身体拘束と持続点滴静注の適切性判断に強い相関を認めた。

### ②医師の処方態度に関する調査

医師を取り巻く環境、医師と患者、家族、スタッフなど周囲の人々との関係性、医師自身の特性といった3つの要素に関して一定の傾向が示された。結果からは対象者の精神科治療に関する意識はある程度高いことが伺えた。しかし16項目の質問において標準偏差が1点以上の回答のばらつきを認め、これらのばらつきをある程度均てん化していく必要が示唆された。

### ③統合失調症精神運動興奮への初期治療

抗精神病薬の主剤としてはリスペリドンを11名(55%)、ハロペリドール注射液を9名(45%)が選択し、ほぼ同数の2群に分かれた。両群の総クロロプロマジン換算量(平均±標準偏差)はリスペリドン群 653.6±146.7 (mg/day)、ハロペリドール注射液群 1951.4±162.2 (mg/day)であった。

### ④急性期医療への薬剤師の関与

急性期から薬剤師が係ることが必要だと考えている薬剤師は11名中9名だった。実際に入院時から係っている薬剤師は3名いた。しかし、医師や看護師と薬物療法について話し合いをしているのはおよそ半数にとどまった。

## D. 考察

### 1. 診療報酬上の精神科包括病棟の動向

2006年4月の診療報酬改定後における全国精神科包括病棟の取得動向が明らかとなった。その全般的な結果は入院から地域へという国の施策の方向性に沿う形であった。ただし、現状はまだ発展途上にあるとあって差し支えない、「入院から地域へ」を実効性のあるもの

にするため、方法論の整備構築とそのためのコストを精査し、かつ、個々の患者の退院後転帰や当事者のいわゆる「満足度」をいずれ調査し、事例研究を積み上げることも求められよう。

## 2. パス調査によるコスト計算の可能性

12週退院群と8週退院群では行う診療行為に違いがある。平均在院日数を抑制するためには、極めて単純に考えれば、12週退院群が8週退院群と同じ行動をとるように診療行為を評価すれば良い。しかしながらそのような結論を導くためには本研究は様々な制約条件に直面している。これらの点は次年度の検討課題である。

## 3. 精神科訪問看護の実態に関する研究

精神科訪問看護における同行訪問は、利用者とケア提供者双方の安全感を保障し、訪問ケアによって対応可能な対象者の症状のレベルを広げることができる手段であると言える。訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の適応が広がっている現状を考えると、訪問看護ステーションからの同行訪問が診療報酬化される必要性は極めて高いといえる。

また、退院から地域ケアの移行を円滑に進めるためには、訪問看護ステーションの看護師が退院前訪問を積極的に行うことが必須であり、訪問看護ステーションからの退院前訪問は、精神科入院患者の退院促進を行ううえで重要であるといえる。

以上の精神科訪問看護の実態から、訪問看護ステーションからの同行訪問と退院前訪問が診療報酬化されることは、精神障害者の退院促進を行う上で必須であるといえる。

## 4. 薬物処方・行動制限における看護職の役割

パスに取り組んでいる病院が少ない原因は、パスを展開する過程においてチームで共有する機能が働きにくいとため、その代替機能として退院支援カンファレンスが重視されていた。退院までの支援の中で重要な位置づけとなる服薬管理については、看護師は受身的で積極的な役割の遂行ができていない現状が明らかになった。その原因の1つに専門職間のコミュニケーション不足があげられた。今後、精神科治療における薬剤処方の最適化を進めていくためには、医師、薬剤師、精神保健福祉士、看護師等が効果的なコミュニケーション方法の確立を目指した取り組みを行うことが必要である。現状のままでは退院促進機能の充実は困難であり、その改善のためには精神科治療チームによる退院支援カンファレンスの診療報酬上の評価が必須であるといえる。

## 5. 薬剤処方・行動制限最適化

### ①精神科における行動制限の最適化

海外での大規模実態調査において、地域・病院による身体拘束使用頻度に「ばらつき」があることが示されている。日本においても同様のことが生じている可能性が考えられた。欧米では急性期精神科治療において、静脈ルートからの投薬はまれとされている。日本では身体拘束と持続点滴静注がセットと行われている可能性が考えられた。

### ②医師の処方態度に関する調査

今回の研究で精神科救急・急性期病棟の医師の処方態度の特性とばらつきが一部明らかになったが、今後はそれをさらに深めて医師の処方態度評価尺度として改定を進める予定である。

### ③統合失調症精神運動興奮への初期治療

精神運動興奮状態にある統合失調症の急性期治療技法は、中等量用量のリスペリドンと高用量のハロペリドール注射液を主剤する2群に分かれていることが示唆された。このような治療技法の差が生じる原因を探り、同時にどちらの群が効果的であるかを比較していく必要がある。

### ④急性期医療への薬剤師の関与

現状で急性期にかかわっている薬剤師はまだまだ少ないが、今回参加した薬剤師は必要性を感じていることはわかった。提示したツールや、ワークショップあるいは講演で得た知識をもとに今後積極的に急性期治療にかかわり、より効率的で安全な薬物療法を実践し、薬剤処方・行動制限の最適化に貢献してくれるものと考ええる。

## E. 結論

本研究により、精神科包括病棟の取得状況や精神科訪問看護の実態、また精神科の薬物処方・行動制限に対する医師・看護職・薬剤師の意識や態度が把握されるとともに、クリニカル・パス調査データを用いた精神科におけるコスト計算の可能性が提案された。今後は本年度に得られた基礎データと来年度以降追加して収集するデータを元に、診療報酬改定等の制度改革に寄与するエビデンスの集積を行う。本研究の成果が結実することにより、精神科疾患患者の早期退院・早期社会復帰に不可欠である医療機関と社会復帰施設等とのシームレスかつ継続的な連携の実現に寄与し、従来「医療」と

「福祉」（もしくは「病院」と「地域）」という「制度の枠組みを超えた」サービス提供者の連携を促すシステムを開発を目指したい。本研究で得られた成果が制度改革に反映されれば、社会保障制度の一体的な効率性の追求にも大きく資するものと考えられる。

## F. 健康危険情報 なし

## G. 研究発表

- 1) 野田寿恵他 行動制限の最適化に関する研究 第103回日本精神神経学会総会 2007年5月 発表予定
- 2) 藤田純一他 精神科救急および急性期における医師の処方態度に関する調査 103回日本精神神経学会総会 2007年5月 発表予定
- 3) 三澤史斉他 精神科救急入院料病棟における初期治療の現状-統合失調症精神運動興奮モデル事例から- 103回日本精神神経学会総会 2007年5月 発表予定
- 4) 馬場寛子他 いかに薬剤師が急性期医療にかかわるか 103回日本精神神経学会総会 2007年5月 発表予定
- 5) 佐藤さやか他 H18年改定後の診療報酬上の精神科包括病棟の動向に関する研究 第45回日本病院管理学会学術総会 2007年10月 発表予定

## H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

厚生労働省科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

分担研究報告書

—精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究—  
診療報酬上の精神科包括病棟の動向に関する研究

分担研究者 佐藤 忠彦 社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会桜ヶ丘記念病院 院長

研究要旨：平成18年4月の診療報酬改定によって、これまでもその必要性が指摘されてきた精神科医療の入院中心から地域中心への転換が診療報酬上でもより鮮明になった。今後ともこの転換を施策として精神科医療を展開していくためには、基礎的な資料として精神科包括病棟の取得動向を把握することは重要な意義がある。そこで本研究では以下の方法で調査を実施し、検討と考察を行うことを目的とした。研究方法：（1）平成18年12月現在の「精神科救急入院料」、「精神科急性期治療病棟入院料1、2」、「精神療養病棟入院料」、「老人性認知症疾患治療病棟入院料」、「児童・思春期精神科入院医療管理加算」の取得動向について、各都道府県社会保険事務所に調査を依頼した。（2）各入院料および加算が申請されている病床の総数について、2003年に実施された先行研究と比較し、考察を行った。（3）同様に都道府県ごとの病床の総数について、2001年に実施された先行研究と比較し、考察を行った。結果および考察：精神科包括病棟は「入院から地域へ」という精神科医療の流れに沿う役割を果たしているが、一方これまでのデータをさらに分析しその現状と課題を明らかにすることが求められる。まとめ：本研究結果は、今後我が国の精神科病床数の算定のあり方を検討するための基礎的情報として有意義である。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

佐藤さやか 国立精神・神経センター  
精神保健研究所社会精神保健部  
流動研究員

で1.36%、薬価等の改定を含めると、合計で3.16%のマイナス改定となり、精神科医療に与える影響も大きなものであった。鷺見(2006)は、精神保健福祉施策の観点からみた今回の改定の大きな柱は1)急性期医療の評価、および2)退院促進の評価、の2つであると述べている。すなわち、これまでも必要性を指摘されてきた精神科医療の入院から地域中心への転換を、診療報酬上も鮮明にする内容であった。

このような改定をうけて、今後この転換に

A. 研究目的

近年、我が国の精神科医療は障害者自立支援法や心神喪失者等医療観察法など大きな動きを見せている。このような状況のもと平成18年診療報酬改定が行われた。今回の診療報酬改定は「過去最大の引き下げ」として診療報酬本体

沿った施策により精神科医療を展開していくために、精神科包括病棟の取得状況を把握することは、基礎的資料の集積という点から意義があることと考えられる。このような調査は日本精神科病院協会（以下、日精協）や厚生労働省精神保健福祉課が実施している。しかし日精協の調査においては当然のことながら調査対象は協会に加盟している病院のみであり、厚生労働省の調査では都道府県および政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長経由で各精神科病院に調査を依頼するという調査手法から、回収率や調査結果に若干のゆらぎがみられる。そこで本研究では、濱野（2003）にならない都道府県社会保険事務所に対して直接「精神科救急入院料」、「精神科急性期治療病棟入院料 1、2」、「精神療養病棟入院料」、「老人性認知症疾患治療病棟入院料」、「児童・思春期精神科入院医療管理加算」の 5 種類の入院料および加算についての調査を行うことにより、全国を網羅した診療報酬上の取得動向を明らかにし、先行研究と比較し、検討を行うことによって、今後の精神保健医療福祉分野の施策を展開する上での一助とすることを目的とする。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

調査対象は、それぞれの病棟の届出先である都道府県社会保険事務所とした。調査内容は 2006 年 9 月から 12 月にかけての精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料 1、2、精神療養病棟入院料、老人性認知症疾患治療病棟入院料、および児童・思春期精神科入院医療管理加算の取得動向である。なお、濱野（2003）においては老人医療に関連する病棟の届け出期間は都道府県庁であったが、平成 18（2006）年 4

月に、これら老人医療関連の病棟の届け出も都道府県社会保険事務所に移管されている。

## 2. 調査方法

2006 年 9 月に調査票を郵送し、FAX または郵送にて回収した。社会保険事務局からの回答率は 100%であった。調査にあたって行政文書開示請求が必要な場合には、必要な手続きを経て調査票を回収した。

## C. 研究結果

### 1. 全国病床総数について 2003 年調査との比較

2003 年 9 月および 2006 年 12 月現在の各入院料および加算の総数は表 1、表 2 のとおりであった。なお、老人医療関連病棟については 2003 年と 2006 年では入院料の枠組みが大幅に変更されたためその時点ごとの入院料にしたがって分類を行った。

表 1. 本調査の結果と濱野(2003)の比較 1

	2003年	2006年
精神科救急入院料	463	1138
精神科急性期治療病棟入院料1	5147	8883
精神科急性期治療病棟入院料2	581	408
精神療養病棟入院料1	74478	93152
精神療養病棟入院料2	1677	130
児童・思春期精神科入院医療管理加算	561	631

表 1 から、精神科救急入院料は濱野（2003）による 1996 年 4 月から 2003 年 9 月までの病床増加数毎月 81.7 床にはおよばないものの、3 年で 2 倍以上（675 床）の急激な増加を見せている。また精神科急性期治療病棟 1.2 についても 3 年で約 73%（3736 床）増の伸び率となっている。

表2. 本調査の結果と濱野(2003)の比較 2

2003年		2006年	
老人性痴呆疾患 治療病棟	9879	老人性認知症疾患 治療病棟入院料1	21096
重度痴呆患者 入院治療料	1882	老人性認知症疾患 治療病棟入院料2	5853
老人性痴呆疾患 療養病棟入院料 (医療保険適応)	12774		
老人性痴呆疾患 療養病棟入院料 (介護保険適応)	4515		
合計	29050	合計	26949

一方、精神療養病棟は、そのうち1については、22% (18674 床) の増加がみられ、老人医療関連病棟は7% (2101 床) の減少がみられた。さらに児童・思春期精神科入院医療管理加算は12% (70 床) の増加であった。これらのことから、従来からあった地域中心の精神科医療への流れが、2006年4月に診療報酬が改定されたことにより、救急・急性期病棟が大幅に増加したため、退院促進の側面で加速したと考えられる。その一方、精神療養病棟1が減少せずに微増している点については、一部は診療報酬改定によって大きく変わった老人医療関連の病棟が精神療養病棟に変更された影響もあると考えられる。さらに児童・思春期精神科入院医療管理加算については、元々運営の難しい加算である上に今回の診療報酬改定では小児に対する心身療法を評価する形になっていることから、病床数の増加には結びつかなかったものと思われる。

## 2. 都道府県別病床総数について 2001年調査との比較 (資料1~3)

本調査のデータを都道府県別に分類し、同様のデータを得ている鮫島(2001)と比較を試みた。この結果、まず精神科急性期治療病棟1.2について、2001年のデータでは病床が0の県が

全国19県に上っていたのに対し、2006年では0床の県は5つのみとなっており、精神科急性期治療病棟の設置が特定の地域に偏っているのではなく、全国的な広がりであることが明らかとなった。また精神療養病棟と老人医療関連病棟については、各都道府県の全国の病床に占める割合が2001年と2006年とではほぼ同じような分布となっており、2006年12月現在においても従来指摘されているように西高東低の分布になっている。精神療養病棟や老人医療関連病棟が多い地域は、郊外地域における医療や地域ケアへのアクセサビリティなどその地域独自の困難を抱えている場合も多い。今後地域中心の精神科医療を展開して行くためには、訪問看護などのアウトリーチサービスの充実をはじめとしたさまざまな地域支援が必要となってくるが、どのような方法をとるのかは、それぞれの地域特性を勘案し地域の弱点を補強する施策を計画して、地域のシステムを構築していく必要がある。

## D. 考察および今後の研究について

以上の結果が明らかにした、2006年4月の診療報酬改定後における全国の精神科包括病棟の取得動向は、精神科医療の近年の新たな流れを表していると考えられる。すなわち、精神科救急入院料と精神科急性期治療病棟1.2の急速な増加は、精神科病院が入院から地域へという精神科医療の望ましい形を整えつつあることを示している。また、精神療養病棟の増加も精神医療現場ではその施設基準自体により退院促進の効果をもたらしてきており、これもまた、入院から地域への流れに則しているといえる。

しかし、一方、本調査の数量把握では必ずしも明らかとなっている訳ではないが、これら各

種の精神科包括病棟ではこれまでに経験が積み重ねられてきたことにより、そのいわば「光と影」の「影」の部分指摘されるようになってきた。すなわち、精神科急性期治療病棟 1.2 は、入院期間が一義的に基準となっていることから、疾患別の治療プログラムの維持発展が可能か、

「人間の人格、意思に最も深く関わる疾病」と言われる精神疾患の固有の特性（「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書」より）は担保されるか、退院後の地域支援は保証されているか、等の懸念が払拭しきれない。また、精神療養病棟についても、病棟の開棟時の一定時期を除き、病棟自体の機能と病院全体の中での役割から退院促進が停滞する等の懸念が生じている。さらにまた、この両者とも、身体合併症、精神疾患の複数並存、介護度、発達上の課題や生活歴や家族歴上の困難さ等の重症度や難易度が評価されていないことも課題である。いずれにしても、一定の経験が集積されてきており、事例に即して医療と地域における生活の質を検証することが肝要である。

老人性認知症疾患治療病棟は、近年の高齢者に関する医療機関、介護施設や地域の居住施設の多様化と、高齢者医療制度の変化の影響を視野に入れながら、さらに調査と分析を継続する必要がある。

児童・思春期精神科入院医療管理加算の現状は、その必要性が年々高まっているにも拘わらず、病床数は増加しているとはいえないため、

診療報酬の側面でも検討が求められる。それは病棟単位の施設基準を対象とした加算だけではなく、例えば 1 人の事例やあるいは少人数のユニットで採算が可能となるような診療報酬上の工夫により、医療的対応の裾野を広げることを考慮することもひとつの方法と思われる。

「入院から地域へ」という命題は、まだまだ発展途上にあるとあって差し支えない。これをより実効性のあるものにするためには、方法論の研究とそのためのコストを精査し、かつ、個々の事例の退院後転帰や当事者の「満足度」をも調査し、事例研究を積み上げることが求められるよう。

#### E. 結論

本研究結果から、2006 年 4 月の診療報酬改定後における全国の精神科包括病棟の取得動向が明らかとなった。その結果は入院から地域へという国の施策の方向性に沿う形であった。今後は既存データの分析方法を精緻化し、また地域移行等に関連する新たなデータを加え、精神科病床の診療報酬のあり方について提言を行う予定である。

#### F. 研究発表

未定



資料 1. 精神科急性期治療病棟の都道府県別取得状況 (2001 年および 2006 年の比較)

県別	2001年				2006年			
	精神科急性期治療 1	精神科急性期治療 2	精神科急性期治療 病床合計	全国の病 床数に占 める割合 (%)	精神科急性期治療 1	精神科急性期治療 2	精神科急性期治療 病床合計	全国の病 床数に占 める割合 (%)
北海道	106	58	164	3.88	307		307	3.30
青森					60		60	0.65
岩手								
宮城	107		107	2.53	107		107	1.15
秋田	38		38	0.90	88		88	0.95
山形	179		179	4.24	114		114	1.23
福島	106		106	2.51	196		196	2.11
茨城					89		89	0.96
栃木					129		129	1.39
群馬	105		105	2.49	105		105	1.13
埼玉					429	108	537	5.78
千葉	210	60	270	6.39	390	99	489	5.26
東京	371	33	404	9.56	715	81	796	8.56
神奈川	107		107	2.53	402		402	4.33
新潟	57		57	1.35	106		106	1.14
富山					40		40	0.43
石川	50		50	1.18	90		90	0.97
福井					60		60	0.65
山梨								
長野	40	55	95	2.25	182		182	1.96
岐阜					91		91	0.98
静岡	60		60	1.42	185		185	1.99
愛知	215		215	5.09	533	60	593	6.38
三重	88		88	2.08	154		154	1.66
滋賀					100		100	1.08
京都	136		136	3.22	200		200	2.15
大阪	460	60	520	12.31	833	60	893	9.61
兵庫		80	80	1.89	354		354	3.81
奈良	48		48	1.14	85		85	0.91
和歌山								
鳥取								
島根					81		81	0.87
岡山	64		64	1.51	119		119	1.28
広島	110		110	2.60	164		164	1.76
山口	147		147	3.48	112		112	1.21
徳島					60		60	0.65
香川					26		26	0.28
愛媛	100		100	2.37	129		129	1.39
高知	60		60	1.42	137		137	1.47
福岡	448	60	508	12.02	872		872	9.38
佐賀								
長崎					265		265	2.85
熊本	166		166	3.93	216		216	2.32
大分					54		54	0.58
宮崎	45		45	1.07	86		86	0.93
鹿児島					30		30	0.32
沖縄	196		196	4.64	391		391	4.21
合計	3,819	406	4,225	100	8886	408	9294	100

資料2. 精神療養病床の都道府県別取得状況（2001年および2006年の比較）

県別	2001年				2006年			
	精神療養 1 病床数	精神療養 2 病床数	精神療養 病床数合 計	全国の病 床数に占 める割合 (%)	精神療養 1 病床数	精神療養 2 病床数	精神療養 病床数合 計	全国の病 床数に占 める割合 (%)
北海道	3,734	229	3,963	5.55	5336	0	5336	5.72
青森	341	186	527	0.74	757	0	757	0.81
岩手	60		60	0.08	60	0	60	0.06
宮城	1,110	458	1,568	2.20	1711	0	1711	1.83
秋田	446	186	632	0.88	896	0	896	0.96
山形	624		624	0.87	618	0	618	0.66
福島	549	287	836	1.17	1478	0	1478	1.58
茨城	1,305	2,093	3,398	4.76	1963	0	1963	2.10
栃木	1,719	661	2,380	3.33	2415	0	2415	2.59
群馬	990	231	1,221	1.71	1953	0	1953	2.09
埼玉	195	1,560	1,755	2.46	3154	66※	3154	3.38
千葉	3,092	835	3,927	5.50	5587	0	5587	5.99
東京	1,870	933	2,803	3.92	3670	0	3670	3.93
神奈川	4,625	0	4,625	6.48	3472	0	3472	3.72
新潟	967	554	1,521	2.13	1482	0	1482	1.59
富山	282	296	578	0.81	927	0	927	0.99
石川	888	241	1,129	1.58	1834	0	1834	1.97
福井	393		393	0.55	641	0	641	0.69
山梨	435		435	0.61	693	0	693	0.74
長野	627	245	872	1.22	1255	0	1255	1.35
岐阜	1,479		1,479	2.07	959	0	959	1.03
静岡	627	390	1,017	1.42	2447	0	2447	2.62
愛知	1,265	173	1,438	2.01	3602	0	3602	3.86
三重	497	295	792	1.11	1480	0	1480	1.59
滋賀	588		588	0.82	732	0	732	0.78
京都	231	183	414	0.58	621	0	621	0.67
大阪	2,789	180	2,969	4.16	5518	0	5518	5.92
兵庫	1,901	114	2,015	2.82	2656	0	2656	2.85
奈良	652		652	0.91	822	0	822	0.88
和歌山	169	448	617	0.86	929	0	929	1.00
鳥取	515		515	0.72	793	0	793	0.85
島根	612		612	0.86	940	0	940	1.01
岡山	1,175	354	1,529	2.14	1431	64※	1431	1.53
広島	1,632	851	2,483	3.48	2572	0	2572	2.76
山口	2,203		2,203	3.08	1887	0	1887	2.02
徳島	297	120	417	0.58	1204	0	1204	1.29
香川	733	222	955	1.34	1147	0	1147	1.23
愛媛	615	151	766	1.07	1493	0	1493	1.60
高知	1,101	119	1,220	1.71	1615	0	1615	1.73
福岡	4,338	69	4,407	6.17	5940	0	5940	6.37
佐賀	446	123	569	0.80	734	0	734	0.79
長崎	1,637	340	1,977	2.77	3034	0	3034	3.25
熊本	1,756	53	1,809	2.53	2573	0	2573	2.76
大分	998	257	1,255	1.76	1722	0	1722	1.85
宮崎	1,592	449	2,041	2.86	2124	0	2124	2.28
鹿児島	1,280	526	1,806	2.53	2289	0	2289	2.45
沖縄	1,624		1,624	2.27	1986	0	1986	2.13
合計	57,004	14,412	71,416	100	93152	130	93282	100

※現在確認中

資料3. 老人医療関連病棟の都道府県別取得状況（2001年および2006年の比較）

	2001年							2006年			
	治療病棟 病床数	重度痴呆	療養1	療養2	介護保険 適用病床	痴呆病床 全体	全国の病床 数に占める 割合(%)	老人性認 知症患者 治療病棟 入院料1	老人性認 知症患者 治療病棟 入院料2	老人医療 関連病床 合計	全国の病 床数に占 める割合 (%)
北海道	216	151	504	0	84	955	4.00	1135	399	1534	5.69
青森	60		55	0	144	259	1.09	228	0	228	0.85
岩手		45	38	0	12	95	0.40	50	0	50	0.19
宮城	105		108	0	0	213	0.89	454	94	548	2.03
秋田	100		80	0	20	200	0.84	200	50	250	0.93
山形			237	0	48	285	1.19	403	0	403	1.50
福島	251	50	264	0	0	565	2.37	277	246	523	1.94
茨城	100		274	0	0	374	1.57	391	0	391	1.45
栃木	50		110	0	0	160	0.67	110	50	160	0.59
群馬			0	40	20	60	0.25	103	40	143	0.53
埼玉	434		899	0	48	1,381	5.79	1159	1006	2165	8.03
千葉	142	69	266	0	112	589	2.47	352	0	352	1.31
東京	150	260	717	0	133	1,260	5.28	506	449	955	3.54
神奈川	428	44	885	0	260	1,617	6.77	508	624	1132	4.20
新潟	385		376	93	234	1,088	4.56	861	0	861	3.19
富山	245		67	0	76	388	1.63	438	96	534	1.98
石川	74	50	166	50	100	440	1.84	260	152	412	1.53
福井	136		48	40	57	281	1.18	254	0	254	0.94
山梨	98		40	0	20	158	0.66	104	60	164	0.61
長野	90	50	0	15	81	236	0.99	140	0	140	0.52
岐阜			168	0	0	168	0.70	313	108	421	1.56
静岡	50		270	0	0	320	1.34	224	447	671	2.49
愛知		50	120	0	0	170	0.71	133	120	253	0.94
三重	92		50	0	0	142	0.59	419	0	419	1.55
滋賀	50		32	0	28	110	0.46	98	120	218	0.81
京都	163		8	0	52	223	0.93	116	60	176	0.65
大阪	327		827	0	160	1,314	5.51	1097	460	1557	5.78
兵庫	256	50	169	160	176	811	3.40	747	116	863	3.20
奈良	97		150	47	50	344	1.44	147	0	147	0.55
和歌山						0	0.00	0	0	0	0.00
鳥取	100	54				154	0.65	388	0	388	1.44
島根	210		90	0	20	320	1.34	216	0	216	0.80
岡山	282		340	0	256	878	3.68	739	0	739	2.74
広島	491		208	0	177	876	3.67	1033	54	1087	4.03
山口	198		267	0	46	511	2.14	505	260	765	2.84
徳島	95		48	0	60	203	0.85	95	0	95	0.35
香川	95		36	50	84	265	1.11	174	0	174	0.65
愛媛	108	148	202	0	50	508	2.13	580	0	580	2.15
高知			99	0	0	99	0.41	266	96	362	1.34
福岡	900	320	336	0	120	1,676	7.02	1853	180	2033	7.54
佐賀	200	150	12	0	48	410	1.72	274	220	494	1.83
長崎	100		101	0	0	201	0.84	369	120	489	1.81
熊本	110	143	322	0	201	776	3.25	792	0	792	2.94
大分	310		324	0	126	760	3.18	868	0	868	3.22
宮崎	95	50	60	0	110	315	1.32	363	0	363	1.35
鹿児島	216		709	40	74	1,039	4.35	844	226	1070	3.97
沖縄	410		160	0	102	672	2.82	510	0	510	1.89
合計	8,019	1,684	10,242	535	3,389	23,869	100.00	21,096	5,853	26,949	100.00

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）

分担研究報告書

－精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究－

クリニカル・パス調査データによるコスト計算の可能性について

分担研究者 泉田信行 所属 国立社会保障・人口問題研究所室長

**研究要旨：**本研究では、精神科病院における平均在院日数適正化のためには適切なインセンティブ（＝診療報酬）を設定するための基礎資料を作成することを目的として、クリニカル・パス調査データによるコスト計算の可能性を検討した。

**研究方法：**対象は厚生労働科学研究費障害保健福祉総合研究事業『精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究』（主任研究者樋口輝彦先生）によって既に調査されているクリニカル・パス調査の情報（35病院分）を用いた。記述的な分析を行いその過程における条件を検討することによりクリニカル・パス調査のデータからコスト計算が可能であるか否かについて試行的な分析を行った。大うつ病性障害急性期の想定例に対して一定の達成目標に到達するために行われている診療行為を12週退院群と8週退院群を比較することにより検討した。診療行為の実施に伴う労働投入量に関する情報が入手できないため、実施された診療行為のみを比較した。

**結果：**分析の結果、次の点が明らかにされた。（1）12週退院群では状態によってmECTを考慮すると答えた病院の比率が高い。（2）12週退院群では看護ケアに関する書き込みが多い。（3）12週退院群では作業療法の導入比率が低い。

**まとめ：**12週退院群と8週退院群では行う診療行為に違いがある。平均在院日数を抑制するためには、極めて単純に考えれば、12週退院群が8週退院群と同じ行動をとるように診療行為を評価すれば良い。しかしながらそのような結論を導くためには本研究は様々な制約条件に直面している。これらの点は次年度の検討課題である。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名  
仲野栄（日本精神科看護技術協会）  
未安 民生（慶應義塾大学看護医療学部）

診療報酬）を設定するための基礎資料を作成すること

B. 研究方法

厚生労働科学研究費障害保健福祉総合研究事業『精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究』（主任研究者樋口輝彦先生）によって既に調査されているクリニカル・パス調査の情報（35病院分）を用いた。記述的な分析を行いその過程における条件を検討することによりクリニカル・パス調査のデータからコスト計算が可能であるか否かについて試行的な分析を行った。大うつ病性障害急性期の想定例に対して一定の達成目標に到達するために行われている診療行為を12週退院群と8週退院群を比較することにより検討した。診療行為の実施に伴う労働投入量に関する情報が入手できないため、実施された診療行為のみを比較した。

A. 研究目的

本研究では、精神科病院における平均在院日数適正化のためには適切なインセンティブ（＝