

200801004A (別刷有)

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業

(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20年度

総括・分担研究報告書

研究代表者 樋口 輝彦

平成21(2009)年3月

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業

(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20年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 樋口輝彦 (国立精神・神経センター)

研究分担者 佐藤忠彦 (社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会)

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)

野田寿恵 (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)	

II. 分担研究報告

1. 診療報酬上の包括病棟の動向および退院支援プログラムの検討	15
佐藤 忠彦 (社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協力)	
2. 精神科訪問看護における診療報酬の在り方に関する研究	21
萱間 真美 (聖路加看護大学)	
3. 看護師の頓用薬に関する意識	29
末安 民生 (慶応義塾大学看護医療学部)	
4. 薬剤処方最適化に関する研究	37
伊藤 弘人 (国立精神・神経センター)	
4-1 精神科急性期医療における薬剤師活動状況と今後の課題	41
—精神科急性期医療における薬剤師の薬学的管理実施調査—	
坂田 睦 (井上会篠栗病院)	
4-2 精神科急性期医療における薬剤師管理指導業務の確立	45
—精神科急性期薬剤管理指導プロトコル作成—	
(資料) 薬学的管理シート	
坂田 睦 (井上会篠栗病院)	
5. 行動制限最適化に関する研究	51
野田 寿恵 (国立精神・神経センター)	
5-1 精神科救急入院料病棟を有する施設における隔離・身体拘束施行量の実態調査	55
—行動制限に関する一覧性台帳からの指標を用いて—	
野田 寿恵 (国立精神・神経センター)	
5-2 精神科救急入院料病棟における一覧性台帳を用いた行動制限の実態調査	73
杉山 直也 (横浜市立大学附属市民総合医療センター精神医療センター)	
5-3 行動制限最適化データベースソフト eCODO イーコードの開発	87
(資料) eCODO 入力画面、出力台帳画面、データ定義	
野田 寿恵 (国立精神・神経センター)	

5-4 精神科救急・急性期病棟の建築的空間構成の現状分析	113
渡部 美根 (国立保健医療科学院施設科学部施設環境評価室)	
6. 医療経済学の観点から	127
泉田 信行 (国立社会保障・人口問題研究所)	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	169

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

研究代表者 樋口 輝彦

精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究

研究代表者 樋口 輝彦 国立精神・神経センター 総長

研究要旨：本研究の目的は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月）に盛り込まれた「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」を具体化するために、「退院支援」「地域ケア」および「急性期医療」の質向上を促進する診療報酬の在り方を、医療経済学のアプローチを盛り込みながら検討することである。具体的には、研究1：精神科包括病棟 取得動向調査、研究2：地域連携・退院支援のためのクリニカルパスの開発・作成の実態に関する文献研究、および「退院準備プログラム」による退院支援を行った場合の人的コストの算出、研究3：精神科訪問看護における複数の専門職による同行訪問、退院前訪問、家族ケアの実施状況、研究4：看護師の頓用薬に関する意識、研究5：薬剤師の精神科急性期医療における薬学的管理の実施状況、および精神科急性期薬剤管理指導プロトコル作成、研究6：隔離・身体拘束モニタリング体制の整備とその実態調査、および精神科救急入院料病棟および急性期治療病棟の隔離室等の実態把握、研究7：隔離室使用時の人的投入量調査結果から在院日数適正化へのインセンティブのある支払い方式の開発である。**研究方法**：医学・看護学・薬学・経済学の専門家がそれぞれの研究目的に添ってすすめた。**結果**：研究1：精神科救急入院料病棟の急激な増加、精神科急性期治療病棟、精神療養病棟の増加が認められた。研究2,3：長期入院患者の地域生活への移行と地域生活の継続のための診療報酬算定外の治療ケアの実施の現状を明らかにした。研究4,5,6：薬剤処方最適化については、看護師の薬剤師とのコミュニケーションが多剤大量投与に抑制的に働く可能性を見出した。この結果と平行して薬剤師が精神科急性期医療に参画するためのプロトコルを提案した。行動制限最適化に向けては、一覧性台帳を用いて算出できる隔離・身体拘束施行量の指標を開発し、この指標を用いてモニタリングが行える行動制限最適化データベースソフトを作成した。また隔離室等に関する建築的な基礎資料を得ることができた。研究7：新規入院患者の早期退院の努力を阻害するような経済的インセンティブをもつ診療報酬の要素を確認し、これを改訂するためには『メリハリ型』と言われる包括支払額を一律に引き下げ、入院初期について高く評価する支払体系が短縮化の経済的インセンティブをより強く与え得る可能性を示した。**まとめ**：本研究により長期入院患者の地域生活への移行と地域生活の継続、および急性期医療の質向上と早期退院の促進を具体化するための知見を得ることができた。

分担研究者氏名	所属施設名及び職名
佐藤忠彦	社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会 理事長
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 第一室長
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精神看護学 准教授
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
野田寿恵	国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部 室長

研究協力者氏名	所属施設及び職名
安西信雄	国立精神・神経センター武蔵病院リハビリテーション部 部長
宇佐美しおり	熊本大学医学部保健学科 教授
池淵恵美	帝京大学医学部精神科学教室 教授
佐藤さやか	国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談文 協力研究員
高田耕吉	国立病院機構鳥取医療センター精神科医長
高見 浩	国立病院機構賀茂精神医療センター 精神科医長
水野準也	国立病院機構病院東尾張病院 作業療法士
瀬戸屋 希	聖路加看護大学 准教授
沢田 秋	聖路加看護大学 助教
赤江麻衣子	ハートランドしぎさん
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
井伊久美子	日本看護協会 常任理事
上野桂子	全国訪問看護事業協会 常務理事
澤 温	医療法人社団北斗会さわ病院 理事長
仲野 栄	日本精神科看護技術協会 専務理事
田中美恵子	東京女子医科大学 教授
野中 博	野中医院 院長
羽藤邦利	医療法人社団邦秀会代々木の森診療所 院長
伊藤順一郎	国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部 部長
柳井晴夫	聖路加看護大学 教授
木全真理	全国訪問看護事業協会
立森久照	国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部 室長
瀬尾智美	千葉大学附属病院
船越明子	三重県立看護大学 講師
岡本典子	聖路加看護大学大学院
松本佳子	日本赤十字看護大学 大学院

西田淳志	東京都精神医学総合研究所統合失調症プロジェクト統合失調症研究チーム 研究員
稲垣 中	慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 准教授
坂田 睦	医療法人井上会篠栗病院 薬剤室室長
天正雅美	医療法人社団北斗会ほくとクリニック 病院 薬局長
野田幸裕	名城大学薬学部病態解析学教室 教授
馬場寛子	明照会常盤病院薬剤部 主任
林やすみ	武蔵野中央病院 薬局長
吉尾 隆	東邦大学薬学部医療薬学教育センター 教授
平田豊明	静岡県立こころの医療センター 院長
川畑俊貴	京都府立洛南病院 副院長
杉山直也	横浜市立大学附属市民総合医療センター 准教授
寛 淳夫	国立保健医療科学院施設科学部 部長
渡部美根	国立保健医療科学院施設科学部 研究員
山下典生	国立精神・神経センター病院 放射線診療部 研究員
吉浜文洋	神奈川県立保健福祉大学看護学科 教授
辻脇邦彦	医療法人社団翠会成増厚生病院 看護部 課長補佐
天賀谷 隆	東海大学健康科学部看護学科 准教授
吉川隆博	(現)厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 障害保健専門官
山岡英雄	財団法人創精会松山記念病院 看護師
大山明子	財団法人精神医学研究所東京武蔵野病院 看護師
飯塚香織	財団法人復康会沼津中央病院 救急病棟 課長
富田 敦	財団法人復康会沼津中央病院 看護係長
嘉山一壽	神奈川県精神医療センター芹香病院 看護科長
石田正人	神奈川県精神医療センター芹香病院 看護師

A. 研究目的

わが国の精神保健医療福祉は現在変革期にある。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。

本研究の目的は、これらを具体化するための診療報酬改訂に資する資料を提供するために、「退院支援」「地域ケア」および「急性期医療」の質向上を促進する診療報酬の在り方を、医療経済学のアプローチを盛り込みながら検討することである。研究目的は以下の通りである。

研究1：精神科包括病棟の取得動向の調査（佐藤忠彦分担研究班）

研究2：「退院支援」；地域連携・退院支援のためのクリニカルパスの開発・作成の実態に関する文献研究と、それを踏まえて全24回で構成される「退院準備プログラム」による退院支援を行った場合の人的コストの算出（佐藤忠彦分担研究班）

研究3：「地域ケア」；精神科訪問看護師による複数の専門職による同行訪問、退院前訪問、家族ケアは現在の診療報酬制度で算定されない部分があるものの、利用者の地域生活の継続のために実施されており、その実態調査（萱間真美分担研究班）

研究4：「急性期医療 薬剤処方最適化」；看護師の頓用薬に対する意識の処方に及ぼす影響（末安民生分担研究班）

研究5：「急性期医療 薬剤処方最適化」；薬剤師の精神科急性期医療における薬学的管理の実施状況、および精神科急性期薬剤管理指導プロトコル作成（伊藤弘人分担研究班）

研究6：「急性期医療 行動制限最適化」；隔離・身体拘束モニタリング体制の整備とその実態調査、および精神科救急入院料病棟および急性期治療病棟の隔離室等の実態把握（野田寿恵分担研究班）

研究7：隔離室使用時の人的投入量調査結果から在院日数適正化へのインセンティブのある支払い方式の開発（泉田信行分担研究班）

以上の研究は倫理面に十分配慮しながら実施し、必要な場合は国立精神・神経センター倫理審査委員会の承認を得て行った。

B～D. 研究方法、結果および考察

研究1：精神科包括病棟 取得動向調査

B. 研究方法

調査対象は、精神科包括病棟の届出先である都道府県社会保険事務所である。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。

C. 研究結果

2006年12月現在の各入院料および加算の総数は図1に示すとおりであった。図には当調査結果に加え、2001年鮫島および2003年9月濱野が行った調査結果も加えて示した。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従い分類した。

精神科救急入院料は、2003年9月から2006年12月の約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入院料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。

一方、精神療養病棟入院料は、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。

D. 考察

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沿った動向と考えられる。

図1 精神科包括病棟の取得動向



研究2: 「退院支援」; 地域連携・退院支援のためのクリニカルパスの開発・作成の実態に関する文献研究, および「退院準備プログラム」による退院支援を行った場合の人的コストの算出

B. 研究方法

医学中央雑誌WEB版を用い、1983年～2008年に刊行された論文を対象として文献の抽出を行った。検索語は「精神科」「クリニカルパス」の2語であり、症例報告および会議録を除いて検索を行った。

次に構造化された24回のセッションをもつ「退

院準備プログラム」の準備と実施に必要と思われる作業を一覧にした表を作成し、厚生労働省「退院促進研究班」に参加し退院支援に取り組んでいる国立病院機構病院3病院に対して、作業ごとに必要だった時間(分数)と人数について、職種ごとに記入を求めた。調査から得た職種別に必要であった時間に、日本精神科病院協会による『平成18年度日本精神科病院協会総合調査報告』から得た1分あたりの賃金を乗じることにより労働費用を算出した。

C. 研究結果

検索の結果、150の文献が抽出された。このうちクリニカルパスの開発・作成等を主たる目的としていなかった文献やレビューなど特定の状態や疾患について言及を行っていない文献(63文献)を除いた87の文献についてその対象や目的などによって分類したところ、これらのうち最も多く検討されていたのは、統合失調症患者の退院支援のためのクリニカルパスであり、35件であった。

「退院準備プログラム」に要した人的コストについては、1人につき合計303,204円であった。プログラムの準備と実施に分けた職種別のコストを表1に示した。

D. 考察

クリニカルパスは、医療の内容を分りやすく提示することに加え、泉田分担研究で試みている通

り、人的コスト計算のツールとして利用できる。統合失調症の退院支援のためのクリニカルパスが開発・作成されつつあるという今回の結果は、今後退院支援を標準化して、そのコスト計算から新たな診療報酬を提案できる可能性があることを示している。

「退院準備プログラム」の準備と実施に要した人的コストの合計は303,204円であった。これは一般の入院医療費用の約23日分である(注:平成17年日本精神科病院協会医療経済実態調査報告の13,156円を基準に算出)。今日のわが国の精神科医療の現状に照らし、医療それ自体としての必要性に関連するエビデンスが蓄積されつつある「退院準備プログラム」は、医療経済的な観点からも意義あることを、本分析結果は示していた。

表1 退院準備プログラムに要した人的コスト

	プログラム 実施前準備	プログラム 実施
医師	¥38,619	¥36,343
看護師	¥86,571	¥70,201
精神保健福祉士	¥10,843	¥8,005
作業療法士	¥25,677	¥26,885
	¥161,710	¥141,434
	合計	¥303,144

研究 3：「地域ケア」；精神科訪問看護における 複数の専門職による同行訪問、退院前訪問、家 族ケアの実施状況

B. 研究方法

訪問看護振興財団が平成 17,18 年度に看護協会の委託を受けて行った訪問看護・家庭訪問基礎調査から複数の専門職による同行訪問、退院前訪問の実態を分析、および社団法人全国訪問看護事業協会が委託を受けて行った平成 19 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業の実態調査のうち、精神科訪問看護における家族ケアの実態およびその関連要因について分析した。

C. 研究結果（表 2）

複数の専門職による同行訪問：平成 19 年度調査では、直近に訪問した統合失調症患者への同行訪問の有無を尋ねたところ、訪問看護ステーションでは、同行者ありが 5.7%であったのに対し、病院では同行ありが 44.9%であり、大きな差があった。

退院前訪問：平成 19 年度調査の、病院からの訪問看護について、訪問看護基本療養費（Ⅰ）による利用者で退院前訪問看護を利用していた者は、11 病院で、一カ月平均 2.45 人（SD=1.67）、延べ回数は 3.82 回（SD=3.82）であった。訪問看護基本療養費（Ⅱ）では、8 病院で、一カ月平均 0.63 人（SD=1.65）、延べ回数 0.88 回（SD=2.32）であった。平成 18 年度調査では、精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションのうち 77.8%が精神科を含む退院前訪問を行っていた。

家族ケア：平成 19 年度調査において、訪問看護ステーションが家族に提供する看護援助では、475 名の利用者のうち 237 名（47.9%）が、家族への援助（家族の話聞く、ねぎらう、情報や本

人への接し方を伝える）を、「直接援助を提供した」と回答した。観察・アセスメントの実施を含めると、312 人（63.1%）の利用者で家族への援助が実施されていた。病院からの訪問では、同じく、直接援助が 84 人（24.3%）、観察とアセスメントを含めると、154 人（44.6%）で実施されていた。

D. 考察

病院からの複数名訪問は、約半数のケースで実施されていた。一方で、診療報酬の裏付けがない訪問看護ステーションにおいても、わずかではあるが複数名訪問が実施されており、各事業所が必要に応じ、いわゆる事業所の持ち出しで実施している実態が示された。これは訪問看護ステーションにおいても複数名訪問のニーズがあることを示している。平成 18 年度調査で示されたような、安心感を持って訪問に臨めないような状況が精神科訪問看護を実施している部署のスタッフに起きていたことから、利用者の状態に応じ、同行訪問がしやすくなるような診療報酬体系が、訪問看護ステーションにおいて適用されることが望まれる。平成 18 年度報告書で述べたように、精神科訪問看護において、利用者ケア提供者双方にとって、安心や安全感を確保するためにも、同行訪問の早急な制度整備が求められる。

平成 18 年度調査によると、精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションの 74%で退院前訪問が実施されていた。利用できる制度があれば、退院前から訪問看護を積極的に始めることができるといえる。しかしながら、訪問看護ステーションから退院前訪問看護を実施するには、現状では平成 20 年度の診療報酬改定で創設された「退院時共同指導料」を利用して一回実施するの

が上限であり、今後、制度の充実が望まれる。

訪問看護ステーションで6割、病院で4割の対象者に、「家族への援助」が提供されていた。これは、訪問看護ステーション、病院の各利用者の

同居者がいる者の割合とはほぼ一致しており、同居家族がいる場合、ほとんどのケースでなんらかの家族援助が行われていると考えられる。家族援助のニーズの高さと重要性を示唆させる。

表2 退院前訪問・同行訪問・家族ケア診療報酬と実施状況

■ 現状の診療報酬

	精神科医療機関から	訪問看護ステーションから
退院前訪問	退院に先立って3回 (入院6ヶ月以上は6回まで)	平成20年度から「退院時共同指導料」を利用して1回実施可能
同行訪問	450点の加算	なし
家族ケア	なし	なし

■ 実施状況

	精神科医療機関から	訪問看護ステーションから
退院前訪問	月平均2.45人、のべ3.82回実施 (訪問看護基本療養費(I))	77.8%のステーションが実施
同行訪問	調査時点の訪問 44.9%に実施	調査時点の訪問 5.7%に実施
家族ケア	利用者の63.1%に実施	利用者の44.6%に実施

同行訪問：複数の専門職による同行訪問

研究4:「急性期医療 薬剤処方最適化」;看護師の頓用薬に関する意識

B. 研究方法

看護師の頓用薬に関する意識・態度について、25項目からなる調査票を専門家7名で作成した。調査票は、「定期処方と頓用薬に関する考えについて」「病棟の構造とスタッフ配置について」

「頓用薬使用の状況について」「頓用薬に関する患者との関係について」「専門スタッフとの関係について」「頓用薬に関する経験について」の6つの要素から構成されている。9病院・18病棟の精神科急性期治療病棟・およびそれに準ずる病棟に勤務する看護師323名に調査票を配布し、309

票の回答を得た。回収率は95.67%であった。質問項目の一つである「あなたは医師に、頓用薬の追加を依頼したことがある」の質問項目を従属変数とし、ロジスティック回帰分析を用いて分析した。当調査は国立精神・神経センター倫理審査委員会の承認を得て行った。

C. 研究結果

頓用薬に関する意識・態度調査の結果では、「患者の定期処方について、投与量を増やして欲しいと感じたことがある」「患者との治療関係が構築されていれば頓用薬使用は少なくなると思う」「頓用薬処方についてあなたは医師と

話し合うことができる」に「はい」と答えた看護師は、「医師に頓用薬の追加を依頼したことがある」に「はい」と答える割合が有意に高かった。また逆に「頓用薬の使い方について薬剤師と話し合うことができる」に「はい」と答えた看護師は「医師に頓用薬の追加を依頼したことがある」に「はい」と答える割合が有意に低いことが明らかになった。

D. 考察

抗精神病薬の過剰投与に大きく関与する頓用薬処方をも最小限にするための有効的な戦略として、看護師が薬剤師と話し合うこと・薬剤師とのコミュニケーション・専門家である薬剤師へのコンサルタントであることが明らかになった。チーム医療における多職種との密な連携や話し合いと、そのことを可能にする病棟のあり方に、抗精神病薬の過剰投与を防ぐ可能性があることを示唆していた。

研究5:「急性期医療 薬剤処方最適化」;薬剤師の精神科急性期医療における薬学的管理の実施状況、および精神科急性期薬剤管理指導プロトコル作成

B. 研究方法

精神科救急病棟及び精神科急性期治療病棟を有する病院の薬剤部門責任者を対象とし、230施設へアンケート調査票を郵送し回答を依頼した。96施設より回答があった(回収率42%)。96名中、薬学的管理を実施している69名を分析対象とした。調査内容は、処方内容の確認実施(主剤の確認、向精神薬換算量、気分安定薬の確認)、退院後の処方に関する項目の確認実施(服薬に関する支援体制の確認、退院時処方が生活環境に合致しているかの確認)、評価尺度を用いたモニタリ

グの実施、および薬学的管理を実施する際の薬物療法ガイドラインやスイッチングの方法の参照の有無である。

次に、精神科急性期薬剤管理指導プロトコル作成については、医師、薬剤師で構成される専門家会議を開催し、精神科急性期での薬剤管理指導業務を処方モニタリング、薬学的管理、服薬指導の3点から分析し、薬剤師の役割パス、処方モニタリングシート、薬学的管理確認シートを作成した。次に精神科専門薬剤師セミナーへ参加した薬剤師59名に配布し、実施項目、精神科急性期治療現場での適応について調査した(回収率は27.1%)。調査結果に基づき、シートを改定した。

C. 研究結果

薬学的管理を実施する際に薬物療法ガイドラインやスイッチングの方法を参照している薬剤師は、薬物療法モニタリング時に維持期の薬物療法へ影響すると考えられる主剤や向精神薬投与量の換算値のモニタリングを実施していた。退院後の処方に関する項目や評価尺度を用いたモニタリングの実施率は全般的に低かった。

専門家会議を経て作成した精神科急性期薬剤管理指導プロトコルに対して、現場で実施可能と回答した割合は、役割パスは81.3%、処方モニタリングシートは62.5%、入院時シートは68.8%、薬剤モニタリングシートは62.5%、退院時シートは87.5%、検査・観察シートは31.3%であった。以上の結果を踏まえ、薬学的管理確認シートを次の通りとした。

- ①入院時確認シート：薬物治療歴を主剤、向精神薬の換算値、剤数、投与状況を明確にした。
- ②検査・観察シート：症状・副作用・薬効の確認に客観的な評価方法を導入した。
- ③退院時確認シート：退院後項目を追加した。

D. 考察

実施している薬剤管理指導業務の内容にばらつきがあった。これは精神科急性期医療における薬剤師の業務が確立されておらず、精神科に勤務する薬剤師の知識や意識の差が原因と考えられたことから、標準的な業務を明確にするために、薬学的管理シートを作成した。このシートは入院時確認シートにより入院時から退院後の生活の把握や、患者が受けてきた薬物療法の分析が可能となり、その後提供される薬物療法の基礎情報となると考えられる。「検査・観察シート」では評価のばらつきを少なくするために、客観的な評価方法を導入した。「退院時確認シート」では、入院中に提供された薬物療法の把握となる。「入院時確認シート」は、薬剤情報項目をそろえることにより、入院時、退院時の処方と比較も可能となる。「薬学的管理シート」は入院時、退院時の確認項目を設定し、薬物療法のモニタリングを実施するという緩やかなシートであり、調査結果からも現場での活用も可能と考えられた。

研究6:「急性期医療 行動制限最適化」;隔離・身体拘束モニタリング体制の整備とその実態調査、および精神科救急入院料病棟および急性期医療病棟の隔離室等の実態把握

B. 研究方法

救急入院料病棟を有する対象は2007年10月の精神科救急入院料病棟を有する施設35ヶ所のうち、調査の協力が得られた27施設(77.1%)である。対象施設より2008年2月の「行動制限に関する一覧性台帳」(以下、一覧性台帳)と救急入院料病棟および急性期治療病棟の「病棟平面図」の提出を求め、施設・病棟特性調査票の回答を得た。

一覧性台帳から算出する隔離・身体拘束指標は先行研究を精査し、1ヶ月の台帳という制約の中

で行えるものを開発した。

行動制限最適化データベースソフトは、2006年9月より作成が義務づけられた一覧性台帳を簡便に出力できるとともに、施行量のモニタリングが個人レベル、病棟レベル、施設レベルおよび多施設間で行えるものとして作成した。

なお、本調査は国立精神・神経センター倫理審査委員会の承認を得て行った。ソフト開発においては、十分に倫理的側面を考慮した。

C. 研究結果

隔離・身体拘束施行量を示す指標として「月当たり平均日数」「施行割合」「施行患者割合」「当月入院者のうち当月施行開始割合」の4つがあげられ、各々の有用性が認められた。

これらの指標を用いた実態調査は27施設全体と、同施設内にある30救急入院料病棟で行った。まず全体の結果として27施設197病棟においては、隔離・身体拘束それぞれ「月当たり平均日数」は12.5日、13.2日、「施行割合」は9.0%、4.3%であった。次に30救急入院料病棟においては、「月当たり平均日数」10.4日、7.2日、「施行割合」は24.7%、4.8%であった。施設間および救急入院料病棟ごとに施行量は幅広く分布していた。そして隔離施行割合は施設が担当する医療圏人口と、身体拘束施行割合は年間措置受入数との相関を認めた。

建築的空間構成については、個室数は公立病院において全室個室という病棟もあり、基準より多い個室数を配置しているところがあった。一方で民間病院は基準の個室数が多く、多床室は5ないし6床室が見受けられた。スタッフステーションと病室の配置には「一隅型」「中央型」「分散型」に分けることができ、一隅型では、ステーションから個室が見えにくいことがわかった。保護室エ

リアの空間タイプには、病棟の奥に保護室エリアを区分、スタッフステーションに隣接して保護室エリアを区分、エリア区分のないものに分けることができた。

行動制限最適化データベースソフトについては関連機関との検討を経て、入力データの文言の定義、現行の運用実態に合わせた画面遷移を決定し、出力データについては当分担当で開発した指標をモニタリングできるものとして作成した。eCODO イーコード (Coercive measure Database Optimizing ; 行動制限最適化データベースソフト) と名づけ、2008 年施設への無償配布を開始した。

D. 考察

本研究で開発した隔離・身体拘束施行量を示す指標は、作成が義務づけられている一覧性台帳から簡便に算出できる数値であるため、指標の入手可能性、信頼性、比較可能性が保たれている。妥当性については、先行研究において隔離・身体拘束に関するアセスメント方法を導入したり、ケア内容を改善したりすることによって施行量が減少することが報告されており、当指標が小さくなるのが治療ケアのプロセスの質向上を反映する。以上のように、当指標は医療の質指標としての条件を備えており有用と考えられる。

当指標を用いた実態調査の結果より、海外先進諸国における先行研究と比較することが可能となり、改めて精神科病院における隔離・身体拘束施行量が多いことが確認された。施行量は施設間および救急入院料病棟間において分布に幅があり、医療圏人口が大きく、措置入院患者を多く受け入れている施設において、施行量が多いという結果であった。当報告書にある泉田分担当の研究にあるように隔離にはケア量を多く必要として

おり、身体拘束においても同様のことがいえると考えられる。都市に多くみられる大きな医療圏人口を抱え、措置入院を多く引き受け、隔離・身体拘束施行割合の高い施設においても患者に十分なケアが行き渡る仕組みづくりが必要な可能性がある。

建築的空間構成については救急入院料病棟および急性期治療病棟の隔離室等に関する基礎資料を得ることができた。今後は、空間構成が施行量に与える影響について検討する。

隔離・身体拘束の最適化は喫緊の課題であり、モニタリングのための基盤整備は、臨床実践、調査研究を積み重ねていくために重要である。今後はeCODOを用いて多施設間でのデータ集約が可能となる。

研究 7 : 隔離室使用時の人的投入量調査結果から在院日数適正化へのインセンティブのある支払い方式の開発

B. 研究方法

平均在院日数を短縮化するために必要な施策として、診療報酬体系を再構築することが必要と考えられる。そこで、入院早期におけるより適切な治療を阻害する経済的な要因の有無について事例的調査を行った。すなわち、診療報酬による評価の低さが密度の高い治療を短期間集中的に行わせるインセンティブを阻害している可能性の有無について、人的資源の費用に着目した調査プログラムを開発し、少数の病院にて実査に使用し、その評価を行った

調査対象となった病院は、精神科急性期の診療を行っている病院であり、都外関東地方の病院 1ヶ所、都内 2ヶ所であった (以下、A~C 病院とする)。病棟特性としては、精神科救急入院料病棟が 2ヶ所、精神科急性期治療病棟 (I) が 1ヶ

所であった。

対象病院の医師・看護師・精神保健福祉士からなる治療チームに対して、まず隔離室使用を想定した統合失調症のモデル事例を提示し、次に隔離室使用時クリニカルパスをもとに作成した職種別治療ケア別の人的投入量調査票に、入院初日、原則隔離開放禁、観察下開放可、時間開放可、隔離解除の治療ステージに分けて、標準的な治療ケアを行った場合の職種別のべ人数とのべ時間を答えてもらった。

この調査から1日あたりの労働投入量が得られるが、これに日本精神科病院協会による『平成18年度日本精神科病院協会総合調査報告』から得た1分あたりの賃金を乗じることにより労働費用を算出した。さらに、それらの数値を利用して診療報酬改定の効果についてシミュレーション分析を試みた。

C. 研究結果

隔離室使用事例は「入院初日」については全ての病院で赤字（直接ケアの費用は収入によってカバーされるという意味、以下同じ）であった。ただし、観察下開放まで赤字であったのはA病院のみであった。

人的投入コストの推計値を元にして、現行の診療報酬体系の場合についての簡単なシミュレーションを行った。まずベースとなるシミュレーションとして、病床利用率を一定のまま、新規入院患者数を増大させることによる病院収益への影響を検討した。シミュレーションの前提としては、1)50床の精神科救急病棟、2)病床利用率90%、3)入院と同時に退院が発生、4)1ヶ月=28日=4週×7日、5)想定する平均在院日数=80日（ベースケース）、51日、31日とした。想定される平均在院日数を元にするると、月の新規入院患者数はそれぞ

れ8人、12人、20人となり、週に2人、3人、5人の新規入院があることが前提となる。この結果ではA病院タイプ～C病院タイプの全てで新規入院患者数を増加させる経済的なインセンティブが存在しなかった。

次に、診療報酬単価を引き上げる場合、引き下げる場合のシミュレーションの結果を経て、『メリハリ型』とも呼ぶべき単価変更の結果についてシミュレーションを行った。単価引き上げと単価引き下げをミックスした形であり、その前提は次のとおりとなる。診療報酬点数の構造をa)とb)のとおりそれぞれ変更する。a-1)包括単価を3,200点から2,900点に引き下げ(入院初日から)、a-2)隔離室入室中は初日に6,000点、二日目に5,400点、以下10日目に600点と、額が減少していく形の加算とする。b-1)包括単価を3,200点から3,100点に引き下げ(入院初日から)、b-2)隔離室入室中は初日に2,300点、二日目に2,070点、以下10日目に230点と、額が減少していく形の加算とする。その上で、新規入院患者数を増加させた場合の収益状況を検討した。B病院は隔離室入室期間を9日から10日に延ばすと想定して計算した。ベースラインの平均在院日数=80日の場合と比較すると、ケースa)、b)ともに80日の場合は全病院の収支は悪化した。他方、ケースa)では平均在院日数を短縮化(平均在院日数=51日でも)すると、全病院ともに収支が改善した。ケースb)では、病院Cは51日でも収支がベースライン(80日)よりも改善した。病院Bは31日まで短縮化すれば収支がベースライン(80日)よりも改善した。病院Aは平均在院日数短縮化は収支を悪化させる。平均在院日数=80日のままだとベースライン(80日)の収支よりも悪化した。

D. 考察

3病院について、精神科急性期治療の人的資源投入時間を調査した。調査結果から、経過日数別の人的資源投入時間が明らかになった。病院間によって投入時間の差異があり、それにより入院後の経過日数毎の収支構造に差があることがわかった。

費用に関するシミュレーションの結果から、経営を担保しつつ在院日数を短縮化する場合、診療報酬の適切さは病院間の費用構造の違いに依存することが明確化された。また、診療報酬の改善方法として、経過日数によらず一律に報酬を引き上げる（引き下げる）方法は、医療機関に在院日数短縮化のインセンティブを与えない可能性が高いことが確認された。

包括支払額を一律に引き下げ、入院初期について高く評価する支払体系が短縮化の経済的インセンティブをより強く与え得る可能性が示された。

具体的な診療報酬体系をどのように設計すべきであるかについて今年度の検討から一定の知見が得られたため、専門家などからのヒアリングを踏まえつつ具体的な体系の提案を行うことが必要と考えられる。

なお、調査対象が3病院に過ぎないため、集計結果の一般化は難しいため、今後より調査対象の病院を広げて頑健な推計結果を得るための努力をする必要がある。

E. 結論

当研究班では「退院支援」「地域ケア」および「急性期医療」の医療の質向上を促進させるインセンティブのある診療報酬の在り方を検討した。

長期入院患者の地域生活への移行と地域生活の継続のための要因について分析した。診療報酬算

定外ながらも訪問看護師によって行われている複数の専門職による同行訪問、退院前訪問、家族ケアの実施状況が明らかになった。地域生活の継続のためにこれらの実施について診療報酬制度の整備が求められる。長期在院患者への退院促進のために行われている退院準備プログラムに必要なコストが明らかになり、今後はコスト効果比の検討をすすめていく必要がある。

急性期医療の質向上に寄与する仕組みとしては、薬剤処方の方多剤大量投与を課題とする薬剤処方最適化において、薬剤師と看護師とのコミュニケーションを促進する仕組みが最適化に向けて有効な可能性が明らかになり、この結果と平行し薬剤師の急性期精神科医療への参画が標準的に見えるよう精神科急性期薬剤管理指導プロトコルを作成した。隔離・身体拘束の最適化については、まず施行量の現状が明らかになり、施行割合が施設の担当する地域の人口数と措置入院数と関連することが見出された。隔離・身体拘束施行中には多くのケア量を要するが、施行割合の多い施設でも十分なケアが行き渡る仕組みづくりが必要な可能性を認めた。精神科救急入院病棟および急性期治療病棟の隔離室を中心とした建築的空間構成の基礎資料を作成した。次には隔離・身体拘束施行に影響する建築の在り様について検討することができる。

そして、急性期医療からの早期退院の努力を阻害するような経済的インセンティブをもつ診療報酬の要素を確認し、これを改訂するためには『メリハリ型』と言われる、包括支払額を一律に引き下げ、入院初期について高く評価する支払体系が短縮化の経済的インセンティブをより強く与え得る可能性が示された。

本研究により長期入院患者の地域生活への移行と地域生活の継続、および急性期医療の質向上

と早期退院の促進を具体化するための知見を得ることができた。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 藤田純一, 三澤史斉, 野田寿恵, 西田淳志, 伊藤弘人・樋口輝彦: 精神科医の処方態度に関する予備的研究: 精神医学 50: 159-167, 2008.
- 2) 野田寿恵, 藤田純一, 三澤史斉, 伊藤弘人, 樋口輝彦. 精神科急性期治療における身体拘束と強制投薬の類型化の試み. 精神科治療学 23: 341-345, 2008.
- 3) 三澤史斉, 野田寿恵, 藤田純一, 他. 精神科救急入院料病棟における初期治療の意識調査: 統合失調症精神運動興奮モデル事例から. 臨床精神薬理 11(9), 2008.
- 4) 藤田純一, 小林桜児, 伊藤弘人, 岩間久行, 岩成秀夫. 公立単科精神科病院における頓用薬使用の実態と意識調査. 精神医学 (印刷中).
- 5) 坂田睦, 森川則文, 古賀幸博, 伊藤弘人. メチルフェニデートの適正使用に関する報告: 向精神薬管理への薬剤師への役割. 日精協誌 27: 723-727, 2008.
- 6) 町田いづみ, 藤井彰夫, 井上三男, 佐藤智代. 精神科医療における薬剤師機能の現状と期待: 第1報告. 最新精神医学 13: 364-374, 2008.

2. 学会発表

- 1) 第18回日本臨床精神神経薬理学会・第38回日本神経精神薬理学会合同年会 P2-G2 精神科急性期医療への薬剤師の参画—薬剤師の活動状況調査と今後の課題— (2008年10月東京)
- 2) 日本病院薬剤師会大38回関東ブロック学術大会 シンポジウム 抗精神病薬の適正使用に向けて～薬剤師の関わり方の現状と問題点～ (2008年8月山梨)
- 3) 野田寿恵 他 行動制限一覽性台帳の臨床的活用 その1 - 救急入院料病棟を有する施設における隔離・身体拘束 実態調査 - 第16回日本精神科救急学会総会 2008年10月
- 4) 杉山直也 他 行動制限一覽性台帳の臨床的活用 その2 - 精神科救急入院料病棟における行動制限の実態調査 - 第16回日本精神科救急学会総会 2008年10月
- 5) 野田寿恵 他 行動制限最適化データベースソフトの開発 - Coercive measure Database Optimizing; eCODO (イーコード) - 第16回日本精神科救急学会総会 2008年10月
- 6) 渡部美根 他 精神科救急病棟の建築学的空間構成の現状分析 第46回日本医療・病院管理学会学術総会 2008年11月
- 7) 泉田信行他 社会復帰施設の精神科入院患者の平均在院日数短縮化に与える影響について 104回日本精神神経学会総会 2008年5月

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

なし。

I I . 分担・協力研究報告書

厚生労働省科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（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－

診療報酬上の包括病棟の動向および退院支援プログラムの検討

研究分担者 佐藤忠彦 社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会 理事長
協力研究者 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

研究要旨：精神保健医療における診療報酬の在り方の検討に資するために、精神科包括病棟の取得動向の調査を実施するとともに、わが国での地域連携・退院支援のためのクリニカルパスの開発・作成の実態に関する文献研究を踏まえて、全24回で構成される「退院準備プログラム」による退院支援を行った場合の人的コストの算出を行った。**研究方法**：(1)各都道府県社会保険事務所に対して、「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」の取得動向に関する調査を依頼した。(2)クリニカルパスの開発・作成の実態に関して、医学中央雑誌WEB版を用い、1983年～2008年に刊行された論文を対象として当該文献の抽出を行った。(3)「退院準備プログラム」にもとづいた退院支援を行った場合の人的コストの算出では、実際に「退院準備プログラム」を利用した国立病院機構病院3病院に対して準備や実施に要した時間、人数と職種とを調査した。**結果および考察**：(1)精神科救急入院料は3年間で2倍以上増加し、精神科急性期治療病棟1・2についても3年で約73%増加していた。精神療養病棟も22%増加していたが、老人医療関連病棟は7%の減少がみられた。(2)クリニカルパスの開発・作成の実態に関する文献研究では、検索の結果、150の文献が抽出された。これらのうち最も多く検討されていたのは、統合失調症患者の退院支援のためのクリニカルパスであった。(3)「退院準備プログラム」の準備と実施に要した人的コストは合計303,204円であった。**まとめ**：精神科包括病棟は、特に精神科救急・急性期入院治療病棟の増加が著しく、急性期化が進展していることを示していた。「医療と地域の連携」を意図した活動が精神科においても行われており、そのコスト計算も可能であることが示された。

A. 研究目的

精神保健医療における診療報酬の在り方の検討に資するために、(1)精神科包括病棟の取得動向の調査を実施するとともに、(2)わが国で

の地域連携・退院支援のためのクリニカルパスの開発・作成の実態に関する文献研究を踏まえて(3)、全24回で構成される「退院準備プログラム」による退院支援を行った場合の人的コストの算出を行った。