

またそれぞれにおける保護室の割合をみると、より見えるほど高い割合で保護室が設置されているものの、必ずしもスタッフステーションから保護室が見えているわけではなく様々である。内外から施錠可能な個室は、「見える」5%、「少し見える」19%、「見えない」76%とスタッフステーションから見えない配置が多い。鍵のない個室は全てスタッフステーションから見えない配置であった。

b. 精神科急性期病棟

精神科急性期病棟では、全個室 152 室のうち、外から施錠可能な個室が 77%、内外から施錠可能な個室が 15%、鍵のついていない個室が 1%であった。

外から施錠可能な個室のうち「ほぼ全室見

える」が 32%、「半分見える」が 27%、「少し見える」が 4%、「見えない」が 36%で、半数以上はスタッフステーションから視界に入る配置だが、救急病棟と同様に、見えない配置の個室においても隔離を目的とした外から施錠の可能性はあり様々である。それぞれに占める保護室の割合をみると、スタッフステーションからほぼ全室見える個室は保護室が多く、この点では救急病棟と異なっている。一方で、見えない配置にも保護室が設けられていた。内外から施錠可能な個室は全てスタッフステーションから見えないところにあり、鍵の付いていない個室は「半分見える」配置であった。

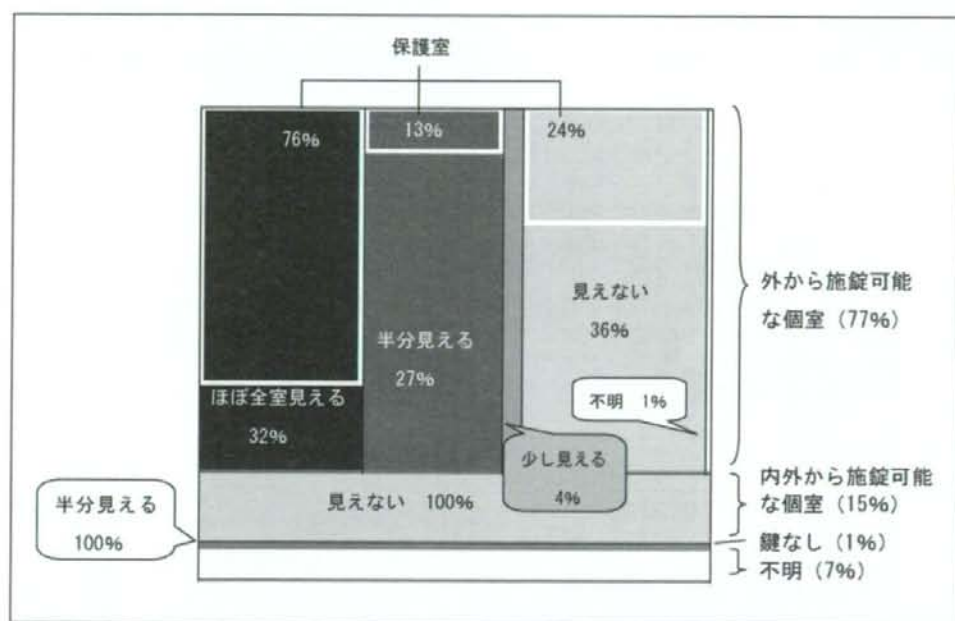


図8. 急性期病棟における個室の鍵の有無とスタッフステーションからの可視性

表5. 保護室を有する35病棟の保護室エリアのしつらえ

	全体	救急病棟 (n=25)	急性期病棟 (n=10)
デイスぺース あり	14病棟	10病棟	4病棟
着席できる人数	2~10人(平均5.6人)	3~10人(平均6.5人)	2~6人(平均3.0名)
スタッフステーションから観察可能	12病棟	9病棟	3病棟
浴室・シャワールーム あり	28病棟	10病棟	4病棟

4) 保護室エリアの空間のタイプとスタッフステーションからの可視性

保護室を有する 35 病棟における、保護室エリア（他の一般病室と空間的に分けられているエリア）のしつらえを表 5 に示す。

保護室エリアにデイスペースを有しているのは、35 病棟のうち 14 病棟（救急 10、急性期 4）で、そのうちの 12 病棟においてはスタッフステーションから観察可能な配置であった。デイスペースで余裕をもって着席できる人数は 2～10 人で平均は 5.6 人であった。保護室エリア専用の浴室・シャワールームがあったのは、35 病棟のうち 28 病棟であった。

保護室エリアの空間のタイプとして、保護室群と他の病室、および保護室群とスタッフステーションとの位置関係という視点で、3 つのタイプに分類できた。それぞれのタイプを以下に記し、そこに属する保護室への可視性を表 6 に示す。

a. 病棟の奥に保護室エリアを配置

保護室エリアが病棟の奥に配置され、スタッフステーションと離れている（図 9）。保護室エリアは一ヶ所の場合が主だが、複数に分散されている場合もあった。このタイプの病棟は 9 病棟で、有する保護室 89 室への可視性については「ほぼ全室見える」が 73% であった。平面図をみると、保護室とスタッフステーションは離れているものの、光庭を挟んだ対面や直線上に設置されるなど可視性へ配慮した病棟も見受けられた。しかしどの程度見えているか疑問の残る場合もあった。

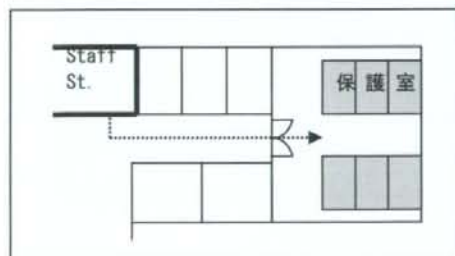


図 9. 病棟の奥に保護室エリアを区分

b. スタッフステーションに隣接して保護室エリアが区分

保護室エリアがスタッフステーションに

隣接している（図 10）。複数のスタッフステーションが保護室エリアを挟むように配置されている場合もあった。このタイプの保護室 113 室への可視性は「見えない」が約 4 割で、保護室エリアとスタッフステーションは隣接してはいるものの、それぞれの居室の見え方にはばらつきがあることが明らかになった。

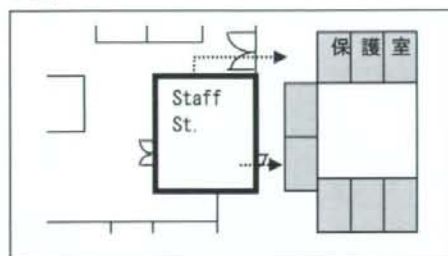


図 10. SS に隣接して保護室エリアを区分

c. エリア区分のない保護室が他病室と隣接

保護室群はエリアとしての区分がなく、他の病室と並列に配置されている（図 11）。この場合保護室は前室を伴い、2 重扉で管理されていた。前室は、保護室 1 室にひとつの場合と、複数の保護室で共用する場合があった。スタッフステーションに近接していることが多いが、離れた位置に分散されていることもあった。このタイプの保護室 68 室への可視性は「ほぼ全室見える」と「見えない」に 2 極化されている。保護室がスタッフステーションに近接している場合と離れた位置にある場合で可視性に違いが表れているといえる。

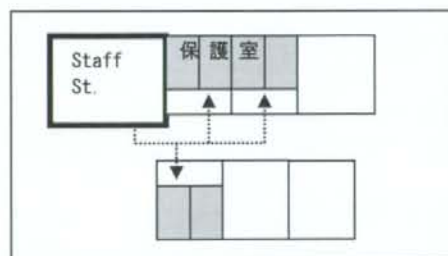


図 11. エリア区分のない保護室が他病室と並列配置

表 6. 保護室エリアのタイプと可視性

保護室(270室)	全室見える	半分見える	少し見える	見えない	不明
病棟の奥に保護室エリアを区分(89室)	73%	20%	0%	7%	0%
SSに隣接して保護室エリアを区分(113室)	7%	28%	23%	42%	0%
エリア区分なし(68室)	60%	3%	0%	22%	15%

7. 個室の性能としつらい

1) 耐破壊・安全性

先述した可視性と同様に、各施設の協力者による自記式の調査票を用いて、それぞれの個室の耐破壊・安全性を「高度」「中等度」「なし」の3段階に分類した。その結果、全個室900室のうち「高度」は355室(39%)、「中等度」は283室(31%)、「なし」は230室(26%)であった。保護室はほとんどが「高度」であり、一般個室でも6割強に耐破壊・安全性が確保されていることがうかがえる。救急病棟と急性期病棟それぞれの、個室全体に占める「高度」「中等度」「なし」の割合は類似していた(表7)。

2) 鍵の有無

全個室900室のうち、外から施錠可能な個室は659室(73%)、内側からも施錠可能な個室は211室(24%)、鍵なしは19室(2%)、不明11室(1%)であった。救急病棟と急性期病棟を比較すると、個室全体のうち外から施錠可能な個室の割合は類似しているが、内側からも施錠可能な個室の割合は救急病棟が多い(表8)。

3) 観察設備

鍵のある個室870室に設置されている、カメラ、マイク、観察廊下、観察窓の有無について表9に示す。外から施錠可能な個室の56%にカメラ、55%にマイクが設置されているのに対して、内外から施錠可能な個室では、カメラが9%、マイクが37%であり、外から施錠可能な個室に重点的に観察設備が設けられていることがわかる。

次に、外から施錠可能な個室の観察設備を、救急病棟と急性期病棟で比較した(表10)。カメラ、マイク、窓については、急性期病棟より救急病棟のほうが設置率が高い。特に一般個室において、急性期病棟ではカメラ17%、マイク27%であるのに対して、救急病棟ではカメラ41%、マイク50%となっている。一方で、観察廊下は急性期病棟に設置率が高く、救急病棟では設置されなくなっていることがうかがえる。なお、急性期病棟の一般個室において25%に観察廊下が設置されているが、この病室はすべて図面上に保護室と明記されていない病室における病室であり、定かではないが保護室と同等の使い方をしている病室と考えられる。

表7. 個室の耐破壊・安全性

	全体 (900室)	救急病棟 (748室)			全体	急性期病棟 (152室)			全体
		観察室 (n=14)	保護室 (n=226)	一般個室 (n=508)		観察室 (n=3)	保護室 (n=42)	一般個室 (n=107)	
高度	355 (39.4%)	0.0%	70.7%	20.0%	40.0%	33.3%	88.1%	25.2%	42.8%
中等度	283 (31.4%)	42.9%	6.4%	42.7%	32.0%	0.0%	11.9%	37.4%	29.6%
なし	230 (25.6%)	57.1%	0.0%	37.4%	26.0%	66.7%	0.0%	27.1%	20.4%
不明	32 (3.6%)	0.0%	7.9%	0.0%	2.0%	0.0%	0.0%	10.3%	7.2%

表8. 個室の鍵の有無

	全体 (900室)	救急病棟 (748室)			全体	急性期病棟 (152室)			全体
		観察室 (n=14)	保護室 (n=226)	一般個室 (n=508)		観察室 (n=3)	保護室 (n=42)	一般個室 (n=107)	
外から施錠可能	659 (73.2%)	71.4%	99.1%	60.8%	72.6%	100.0%	100.0%	66.4%	76.3%
内外から施錠可能	211 (23.4%)	28.6%	0.9%	35.8%	25.1%	0.0%	0.0%	21.5%	15.1%
鍵なし	19 (2.1%)	0.0%	0.0%	3.3%	2.3%	0.0%	0.0%	1.9%	1.3%
不明	11 (1.2%)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.3%	7.2%

表9. 鍵のある個室に設置されている観察設備

観察設備	外から施錠可能な個室				内外から施錠可能な個室			
	観察室 (13室)	保護室 (268室)	一般個室 (378室)	全体 (659室)	観察室 (4室)	保護室 (2室)	一般個室 (205室)	全体 (211室)
カメラあり	23%	83%	38%	56%	0%	0%	10%	9%
マイクあり	62%	69%	46%	55%	50%	0%	38%	37%
観察廊下あり	23%	44%	12%	25%	50%	100%	16%	18%
窓あり	77%	81%	77%	79%	100%	0%	42%	43%

表10. 外から施錠可能な個室に設置されている観察設備

観察設備	救急病棟				急性期病棟			
	観察室 (10室)	保護室 (224室)	一般個室 (309室)	全体 (543室)	観察室 (3室)	保護室 (42室)	一般個室 (71室)	全体 (116室)
カメラあり	20%	82%	41%	57%	33%	88%	17%	50%
マイクあり	60%	68%	50%	58%	67%	71%	27%	44%
観察廊下あり	0%	40%	9%	21%	0%	67%	25%	40%
窓あり	70%	83%	83%	83%	100%	74%	49%	59%

表11. 救急病棟における個室のしつらい

しつらい	観察室 (14室)	保護室 (226室)	一般個室 (508室)			全体 (748室)
			外から施錠可 (309)	内外から施錠可 (182)	鍵なし (17)	
洗面台	71%	20%	20%	54%	0%	29%
浴室・シャワー	0%	0%	1%	1%	0%	0%
扉ありトイレ	21%	20%	26%	26%	0%	23%
扉なしトイレ	29%	81%	24%	10%	0%	37%
収納家具	50%	10%	52%	87%	100%	49%
机	43%	7%	17%	76%	0%	28%

表12. 急性期病棟における個室のしつらい

しつらい	観察室 (3室)	保護室 (42室)	一般個室 (96室)			全体 (141室)
			外から施錠可 (71)	内外から施錠可 (23)	鍵なし (2)	
洗面台	33%	21%	14%	78%	0%	27%
浴室・シャワー	0%	0%	1%	17%	0%	4%
扉ありトイレ	0%	33%	13%	78%	0%	29%
扉なしトイレ	33%	67%	52%	0%	0%	47%
収納家具	0%	0%	49%	83%	100%	40%
机	0%	0%	6%	78%	100%	17%

4) その他のしつらい

救急病棟と急性期病棟それぞれの個室の、「洗面台」「浴室・シャワー」「トイレ」「収納家具」「机」を有する割合を表11、表12に示す。(不明11室を除く)

洗面台については、観察室や、内外から施錠可能な個室に設置率が高く、保護室や外から施錠可能な一般個室では2割以下となっている。

浴室・シャワーの設置された個室は極めて少ない。

トイレは、保護室に100%設置されている。救急病棟、急性期病棟ともに、保護室では扉のないトイレが主流のようである。外から施錠可能な個室にトイレが設置される場合には急性期病棟では扉なしトイレが主で、救急病棟では扉のあるトイレの方が多くなっている。内外から施錠可能な個室となると、急性期病棟では扉の付いたトイレの割合が高い。また、鍵の付いていない個室では、洗面台、浴室・シャワー、トイレのいずれも設置されていなかった。

収納家具は、救急病棟、急性期病棟ともに保護室内に設置される割合は少ないが、一般個室になると「外から施錠可」では約半数、

「内外から施錠可」で8~9割、「鍵なし」で100%と段階的に設置率が高まっているといえる。

机については、内からも施錠できる一般個室に設置されている割合が高かった。

D. 考察

精神科救急・急性期病棟に入院する患者のうち、興奮状態で自分自身をコントロールできず、自傷や他害の恐れが高い場合、言語的介入や薬物による鎮静化とともに行動制限が行われることがある。精神科救急・急性期病棟では、そうした患者が治療に専念でき回復を促進できる環境、そしてスタッフが効率的、効果的にケア提供できる環境が求められており、今回の現状分析からも、手厚い治療・ケアの提供に貢献していると思われる結果がいくつか導き出された。以下に精神科救急・急性期病棟の概要について、特に行動制限との関連を踏まえて考察する。

病棟の規模は救急病棟において小規模化していることが認められた。一般病院でも、入退院が多く重症患者が多い急性期においては患者を十分に把握することが不可欠で

あり、積極的なケアの提供のために病棟は縮小傾向にある。精神科においても同様に、短期間で集中的な治療を行うために、1看護単位を小さく作られる傾向にあると考えられる。

病室構成では、救急病棟の個室の多さが特徴である。鍵や観察設備の設置率も高く、行動制限が必要な患者、常に観察を要する患者への対応が考慮されていると思われる。しかしそれだけでなく、内側から患者自身で施錠可能であったり、重症者の増加や患者の状態悪化を含め、様々な状態の患者に柔軟に対応できるようつくりになっているといえる。全個室病棟の出現は、施設基準による後押しも当然考えられるが、救急・急性期治療における個室へのニーズの高さを表しており、個室環境の治療上の有効性が報告されていることから（吉川・田原・竹本 2004；豊田・三木・藪下・他, 2004）、今後さらに全個室病棟は増えるのではないかと考えられる。ただ全個室病棟の設置主体が都道府県に限られていることは、経営上の問題が関連しているであろう。それに対して急性期病棟の個室率は、平均 27.9%と救急病棟とは大きな開きがある。しかし 2001 年の調査（寛, 2004）によると急性期病棟の個室率は 19.8%であり、若干ではあるが急性期病棟においても個室化がすすんでいるといえる。

スタッフステーションの配置は、規模の大きい救急病棟で分散配置を採用する場合が見受けられる。1か所で運用する場合では中央に配置する病棟が多く、各病室への動線の短縮が図られ積極的な看護アプローチが可能となっていると思われる。そしてスタッフステーションから見える位置に保護室をはじめとした外から施錠可能な個室が配置され、行動制限の可能性のある重症者へ手厚いケアが施されるよう計画されている。

保護室については、他の病室と区別して保護室エリアをゾーニングする傾向がみられる。保護室エリア専用のデイルームを有する病棟もあり、そうした共用空間を経て、段階的に生活の場所を広げられる構成となっている。これまでの「保護室と多床室と広い共用空間」という精神科病棟の一般的な空間構成から離れ、治療過程を考慮した構成といえる。保護室への可視性という点では、スタッフステーションから見えない場合が多くカメラやマイクの設置率も高くなっているが、観察や対応のために頻繁に患者の元に向くのが原則であり、観察設備はあくまでも補助的な役割であろう。

以上のように救急・急性期病棟において、空間構成や各空間の配置、個室の性能・設備は、重症患者、特に行動制限の可能性に配慮されているといえる。これまでの急性期治療においては、保護室や個室が足りないためにやむを得ず多床室へ押し出されたのち状態悪化を招き、保護室に逆戻りするというケースも見受けられたため、治療過程に配慮された空間構成や個室の増加は、今後の治療に大きく貢献できるのではないかと考えられる。ただ逆に、対応できる環境であるが故に行動制限が安易に行われることはあってはならない。本研究では、今後、実際の隔離・身体拘束と関連して分析をすすめる予定であり、病棟の空間構成が行動制限の最小化・最適化へどのように影響しているのか、また治療への貢献性を見出すことが課題である。

本研究では、病棟の空間構成とともに隔離・身体拘束に結び付くと思われる個室の性能・設備について分析をすすめた。しかしながら、スタッフステーションから個室への可視性など、自記式調査票による分類の基準は協力者それぞれの判断に依るため、信頼性・妥当性の確保という点で限界があったと考える。また個室の鍵については、空室の場合や外泊中などに他の患者が勝手に入り込むのを防ぐために用いる場合もある。今回分類した「外から施錠可」の中には、隔離を目的とした場合だけでなく、管理上設置されている場合も混在しているため、「外から施錠可」とされた病室をそのまま隔離部屋として結び付けることには限界がある。また、病棟の建築計画にはその時代の流れが大きく反映しているため、建築年度を含めて分析することでその変遷を追うことができるが、本研究ではその点で分析に限界があったと考える。

E. 結論

精神科救急病棟を有する医療施設 27 施設、精神科救急病棟 30 病棟と精神科急性期病棟 12 病棟の病棟平面図の分析と個室の性能・しつらえに関する質問紙調査より、精神科救急病棟における病棟規模の縮小と個室率の高さ、および急性期治療におけるさらなる個室化の可能性が見出された。また病室の床面積は多様で、個室の9割以上に鍵が取り付けられ様々な患者に柔軟に対応できるつくりであること、そして重症患者へ積極的なケア提供ができるスタッフステーションの配置や、治療過程にともない生活範囲を広げ

られる空間構成が採用されていることが明らかになった。こうした病棟の空間構成、個室の整備が、行動制限や治療にどのように影響しているのかを探ることが今後の課題である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

本研究の一部を、日本医療・病院管理学会誌へ投稿予定としている。

2. 学会発表

本研究の一部を、第46回日本医療・病院管理学会にて口演（日本医療・病院管理学会誌, vol.45, Supplement, p183, 2008）

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

【参考文献】

- 藤井康男（2007）. 新規抗精神病薬の effectiveness と精神科病院のダウンサイジング. 臨床精神薬理, 10(1), 3-20.
- 笈淳夫（2004）. 精神科医療施設の物的環境. 保健医療科学, 53(1), 26-30.
- 豊田由起子・三木明子・藪下祐一郎・鬼塚愛彦（2004）. 精神科急性期病棟での精神疾患患者の考える個室環境の意味. 岡山大学医学部保健学科紀要, 15, 29-37.
- 吉川礼子・田原美和子・竹本智恵美（2004）. 精神科閉鎖病棟における個室環境の有効性 ～ロイ適応看護モデルからみる患者の行動変容～. 病院・地域精神医学, 47(3), 288-289.

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）
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—

医療経済学の観点から

研究分担者 泉田信行 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）を設定するために医療経済学の観点から基礎資料を作成することを目的とし、病院に対して直接ケアにかかる労働投入量を調査し、入院期間別の収支構造を明らかにした上で、得られた費用構造パラメータを利用して精神科急性期治療において平均在院日数を短縮化するための診療報酬体系のあり方について具体的なシミュレーションを行った。

研究方法：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に当たっては、精神科医による患者像を作成し、このような典型事例に対する治療が如何に行われるかについて調査することとした。典型事例は隔離室使用事例と非使用事例のふたつを精神科医に作成を依頼し、重症度の違いによって人的資源の必要度がどの程度異なるのかを把握できるようにした。調査にあたっては、医師だけではなく、看護師、MSW等の患者との関わりを持つ専門職を含んだ治療チームに対して調査を行った。これは職種の違いによる患者への関わり方の違いが調査結果に反映するためである。

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、精神科救急入院科病棟が2ヶ所、精神科急性期治療病棟（I）が1ヶ所であった。調査にあたっては事前に書面にて承諾を得て行った。

結果：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り、看護ケア、薬剤治療の部分で差が発生することが明らかになった。投入時間について病院間の差があり、それにより病院間について、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。重要な点として、記録やカンファレンスの時間が一定時間必要であること、それらの時間は多職種が同時に集まるため短時間でも総時間は長くなることが明らかになった。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さらに明確化された。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。

考察と結論：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。なお、短縮化により実際に患者の QOL が高まることを確認する必要がある。患者の QOL は早期の社会復帰により高まると思われるが、そのために必要な退院調整に必要な資源は調査されていない。この点は今後の課題である。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努力をする必要がある。

A. 研究目的

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。

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。入院期間全体の平均在院日数の短縮化のためには、まず入院早期におけるより密度の高い治療が行われる必要があると考えられた。早期の治療がより適切になれば、その次の期の治療をより早い時期に行えると一般的には考えられるためである。

精神科救急病棟や精神科急性期治療病棟のような急性期の治療を担う病棟に対して、現状では比較的長期間にわたり同一額の 1 日定額が支払われている。医療経済学の立場からは定額支払は過少診療につながる可能性が示唆される（図表 1 参照）。

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（調査プログラムの外観につ

いては、参考資料 1 から 14 を参照）。

調査に当たっては、精神科医による患者像を作成し、このような典型事例に対する治療が如何に行われるかについて調査することとした。典型事例は隔離室使用事例と非使用事例のふたつを精神科医に作成を依頼し、重症度の違いによって人的資源の必要度がどの程度異なるのかを把握できるようにした（参考資料 15、16 を参照）。なお、調査内容は直接的なケアに限定し、平均的な日について質問した。急性期の患者に協力を求めるために多くの時間を必要とする検査等については、『イベント日』のケア内容として別途把握した。

調査にあたっては、医師だけではなく、看護師、MSW 等の患者との関わりを持つ専門職を含んだ治療チームに対して調査を行った。これは職種の違いによる患者への関わり方の違いが調査結果に反映するためである。

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、精神科救急入院科病棟が 2 ヶ所、精神科急性期治療病棟（I）が 1 ヶ所であった。調査にあたっては事前に書面にて承諾を得て行った。

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。

(倫理面への配慮)

該当しない。

C. 研究結果

調査結果の単純集計は以下の通りとなる。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ことを指摘しておく。

個別の項目について、事例1、事例2の順に結果を述べていく。事例1について全体的な治療の流れを隔離室入室状態から「ひとりになるまで」、「原則開放禁止」、「観察下開放」、「時間開放」と区分した(以下、フェーズとよぶ)。隔離室入室期間は9日間ないしは10日間と大きな違いはなかった。ただし、各フェーズへの移行日や期間は異なっている(図表2参照)。病院別に見ると、「ひとりになるまで」、「観察下開放」におけるA病院の労働投入量が突出して多いことがわかる(同図表参照)。

事例2について全体的な治療の流れを「ひとりになるまで」、「病棟内静養」、「院内同伴外出」と区分した。院内同伴外出のフェーズが終了する期間は15日間ないしは30日間と大きな違いがあった。また、院内同伴外出フェーズへの移行日に大きな差があった(図表3参照)。病院別に見ると、「ひとりになるまで」、「観察下開放」におけるA病院の労働投入量が事例1と同様に突出して多いことがわかる(同図表参照)。A病院の労働投入量の多さは、図表4からもわかるように、症状の軽い事例2への労働投入量が事例1に対する他の病院の労働投入量を上回る程である。

時間経過による労働投入量の変化については

病院ごとに図表5~8にまとめられている。これらの図から、1)一定の水準に収束する速度が最も速いのはB病院の4日目であること、2)他方、収束した労働投入量の事例間の差が最も大きいのもB病院であること、がわかる。

事例1における直接ケアに対する投入時間を職種別の側面から見ると、1)投入時間が最も多いのは看護師であること、2)A病院は医師の投入時間も多なこと、3)看護助手を活用しているのはC病院のみであること(これは該当する診療報酬体系の違いによる)、がわかる(図表9~図表11参照)。

看護師や医師の投入時間が長いことが実際に患者のケア時間につながっているのか否かは興味ある点である。事例1についてこの点を検証したところ、1)「ひとりになるまで」において、A病院は外来面接と薬物療法の時間が特に長いこと、2)B病院は総投入時間は短い看護ケアの時間は長いこと、3)C病院はカンファレンスの時間が短いこと、が明らかになった(図表12~図表14参照)。

事例1と事例2の労働投入量の差を経過日数別に比較すると、1)全ての病院について看護ケアで差が出ること、2)A病院は1日目の外来面接と薬物療法、B病院の1日目の薬物療法で差がでること、がわかった(図表15~図表18参照)。

直接ケアに関わる労働コストについても検討を行った。事例1についてはA病院の「ひとりになるまで」のコストが突出しており、1日で8万円を超える水準であった。他方、B、C病院については4万円程度と両者の間に大きな差はなかった。時間開放のフェーズになるとC病院が突出して低く、A病院、B病院の間の差は比較的小さかった(図表19参照)。事例2に関しても

「ひとりになるまで」のA病院の費用は突出しており、1日で6万円程度である一方、他の2病院は2万5千円から3万円の間であった。ただし、病棟内静養以降のフェーズにおけるコストの差は相対的に大きくない(図表20参照)。

事例1のケア内容別の費用構造を観察すると、ほぼ労働投入時間に比例した差が存在し、各病院については看護ケア、A病院については薬物療法及び外来面接、家族面接の部分で費用が増大していることがわかった(図表21～図表24参照)。

「ひとりになるまで」について、事例別のコスト差を病院別に検討したところ、A病院では2万2千円と最も大きい差が存在した。最も小さいのはB病院の1万点差であった(図表25参照)。事例別ケア別のコスト差はほぼ労働投入時間の差を反映したものであった(図表26～図表29参照)。

診療報酬体系から収入について粗い推計を行うと図表30のとおりとなる。これとこれまでの費用推計結果から事例別・フェーズ別に1日あたり収支を推計すると図表31、図表32のとおりとなる。事例1の「ひとりになるまで」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。事例2についてはB、C病院は「ひとりになるまで」から黒字であった。時間経過ごとの収支差は図表33にまとめられる。

D. 考察

これらの推計値を元にして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とすると、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。

さらに、事例1について、6)平均在院日数と隔離室入室期間の間の期間は事例2)の閉鎖病棟に入院するものとし、閉鎖病棟入院期間のコストは事例2の院内同伴外出のコストに等しいと仮定した。7)診療報酬は精神科救急病棟のものを前提とし、1日目は3,500点、2日目～30日は1日3,200点と前提した(事例1は医療保護入院の事例である)。

入院期間別のコストはA～C病院のケースを利用し、終始シミュレーションを行った(その過程の計算は図表34参照)。現状を平均在院日数=80日とすれば、新規入院患者数を2.5倍にした場合(平均在院日数を短縮化させることを含意する)の(在院日数=31日)、収支悪化状況は次の通りとなる。A病院タイプの費用構造では237万円(4万7千円/1病床)、B病院タイプの費用構造では162万円(3万2千円/1病床)、C病院タイプの費用構造では46万円(9千円/1病床)。この結果からわかるとおり、元々の収支構造の差異がシミュレーション結果に当然影響する。しかしながら、いずれのケースでも言えることは、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いことである(図表35参照)。

次に、診療報酬単価を引き上げる場合の結果についてシミュレーションを行った。ベースラインのシミュレーションの前提を引き継ぎつつ、診療報酬点数の構造を1)包括単価を3,200点から3,500点に引き上げるものとした。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結果、新規入院患者数を2.5倍にした場合の(在院日数=31日)、収支悪化状況は次の通りであった。1)A病院タイプの費用構造では237万円(4万7千円/1病床)、2)B病院タイプの費用構造では162万円(3万2千円/1病床)、3)C病院タイプの費用構造では46万円(9千円/1病床)。この結果の含意する内容は、単価を一律引き上げた場合には、平均在院日数=80日の場合でも収益が増加するため、平均在院日数短縮化インセンティブが働かないということである(図表36～図表38参照)。

次に、2)医療保護入院等診療料を300点から600点に引き上げるものとしてシミュレーションを行った。その結果、現状を平均在院日数=80日とすれば、新規入院患者数を2.5倍にした場合の(在院日数=31日)、収支悪化状況は次の通りとなった。1)A病院タイプの費用構造では233万円(4万7千円/1病床)、2)B病院タイプの費用構造では158万円(3万2千円/1病床)、3)C病院タイプの費用構造では43万円(9千円/1病床)。この結果、若干減収分が小さくなるが、初日に300点増加させるだけでは効果が小さすぎ、やはり全ての病院タイプ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いことが明らかとなった(図表39～図表41参照)。

さらに、3)精神科措置入院診療料(2,500点)を医療保護の場合も算定可能にするものとしてシミュレーションを行った。現状を平均在院日数=80日とすれば、新規入院患者数を2.5倍に

した場合の(在院日数=31日)、収支悪化状況は次の通りであった。1)A病院タイプの費用構造では207万円(4万1千円/1病床)、2)B病院タイプの費用構造では132万円(2万6千円/1病床)、3)C病院タイプの費用構造では16万円(3千円/1病床)。このケースではB,C病院タイプでは「ひとりになるまで」が黒字になるが、全体としてはまだ減収である。それゆえ、やはり全ての病院タイプ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いと言える(図表42～図表44参照)。

単価引き上げシミュレーションの最後として、4)隔離室入室初日に2,500点、二日目に1,500点、三日目に500点加算可能としてシミュレーションを行った。現状を平均在院日数=80日とすれば、新規入院患者数を2.5倍にした場合の(在院日数=31日)、収支変化状況は次の通りであった。1)A病院タイプの費用構造では183万円(3万7千円/1病床)の減、2)B病院タイプの費用構造では108万円(2万2千円/1病床)の減、3)C病院タイプの費用構造では8万円(2千円/1病床)の増。この結果、C病院タイプだけが新規入院増加が収支改善をもたらすが、積極的なインセンティブになるとは考えられない(図表45～図表47参照)。

単価引き下げシミュレーションも行った。ベースラインのケースに対して、単価を引き下げることによる影響を検討した。想定した事例は次の2とおりでである。ベースラインのシミュレーションの前提を引き継ぎつつ、診療報酬点数の構造を、5)包括単価を3,200点から2,200点に引き下げ、6)隔離室入室中は報酬体系は不変のまま(ただし最大入室期間は10日まで)、入院11日目からの報酬を3,200点から2,200点に低下させる。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。5)のケースについては推計を行わなかった。病棟全体で減収になること及び1)の結果から、新規入院患者を増加させるインセンティブ効果がないことが明白なためである。6)についてのシミュレーション結果は次のとおりである。なお、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。それが収支差を拡大するためである。現状を平均在院日数=80日とすれば、新規入院患者数を2.5倍にした場合の(在院日数=31日)、収支変化状況は次の通りであった。1)A病院タイプの費用構造では117万円(2万3千円/1病床)の減、2)B病院タイプの費用構造では39万円(8千円/1病床)の減、3)C病院タイプの費用構造では74万円(1万5千円/1病床)の増。ただし、6)の単価設定は長期間入院に対してペナルティを与える形の報酬改定である。全体としては減収(C病院は平均在院日数=80日で1180万円減)となり、新規入院を増加させるインセンティブは存在するが、経営自体は悪化する(図表48~図表50参照)。

以上の結果を組み合わせ、『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。ベースラインのシミュレーションの前提を引き継ぎつつ、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(図表51~図表56参照)。

E. 結論

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り、看護ケア、薬剤治療の部分で差が発生することが明らかになった。投入時間について病院間の差があった。この点については、outcomeの他、患者・家族の居住環境や連携先の医療機関の有無など精神科治療のあり方の地域的差異について影響をより詳細に調べる必要がある。投入時間の差異により病院間について、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。C病院については診療報酬体系が異なることにより看護助手を活用できていると思われる。また、重要な点として、記録やカンファレンスの時間が一定時間必要であること、2)それらの時間は多職種が同時に集まるため短時間でも総時間は長くなること、と考えられた。さらに、事例間

の労働投入量の差は各病院担当者の症状の差の認知を示すと考えられた。

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さらに明確化された。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。なお、短縮化により実際に患者のQOLが高まることを確認する必要がある。

患者のQOLは早期の社会復帰により高まると思われるが、そのために必要な退院調整に必要な資源は調査されていない。この点は今後の課題である。

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努力をする必要がある。

F. 健康危険情報

なし。

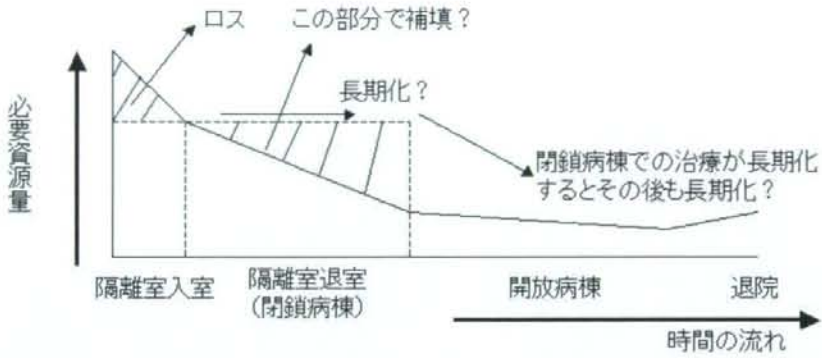
G. 研究発表

（発表誌名巻号・ページ・発行年等も記入）
泉田信行・野田寿恵・伊藤弘人・樋口輝彦(2007)

「英国の保健医療福祉ケア単価推計の日本の精神科医療への意義」『社会保険旬報』, No.2337, 2007年12月21日刊行, pp.20-26.

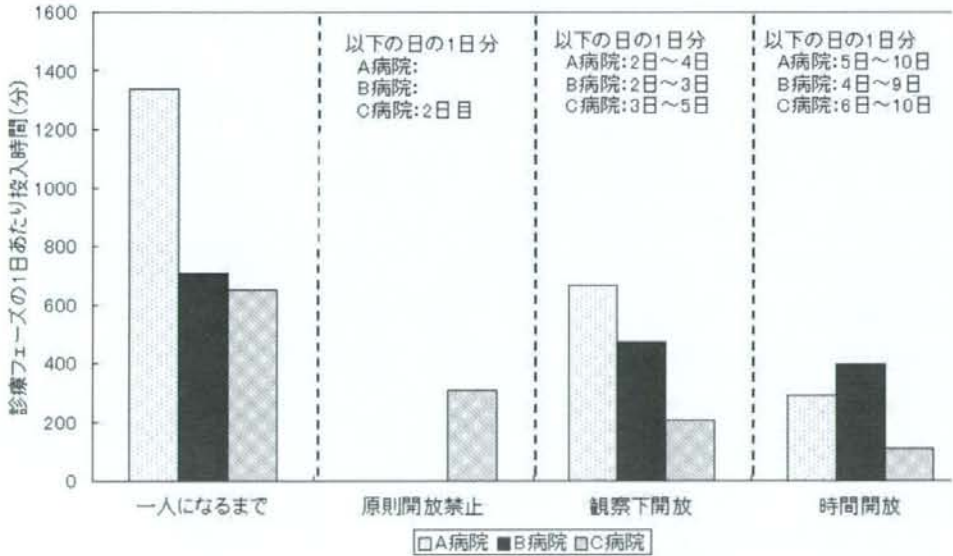
H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）
なし。

図表 1



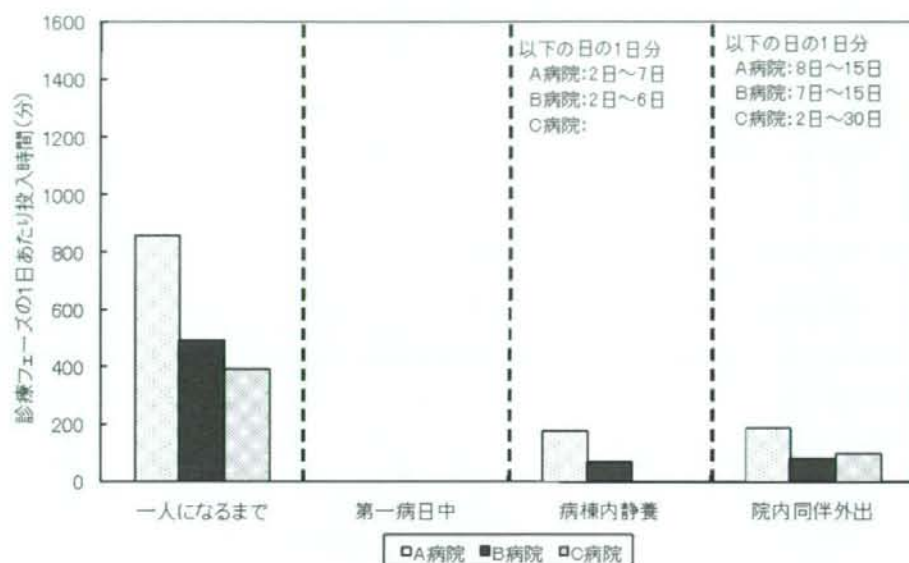
図表 2

フェーズ別人的資源投入量(事例1)



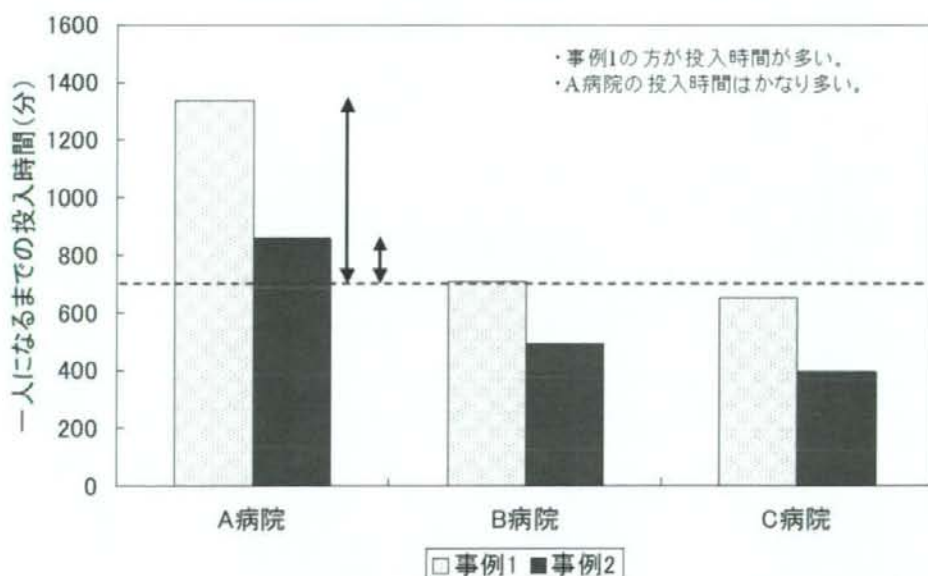
図表 3

フェーズ別人的資源投入量(事例2)



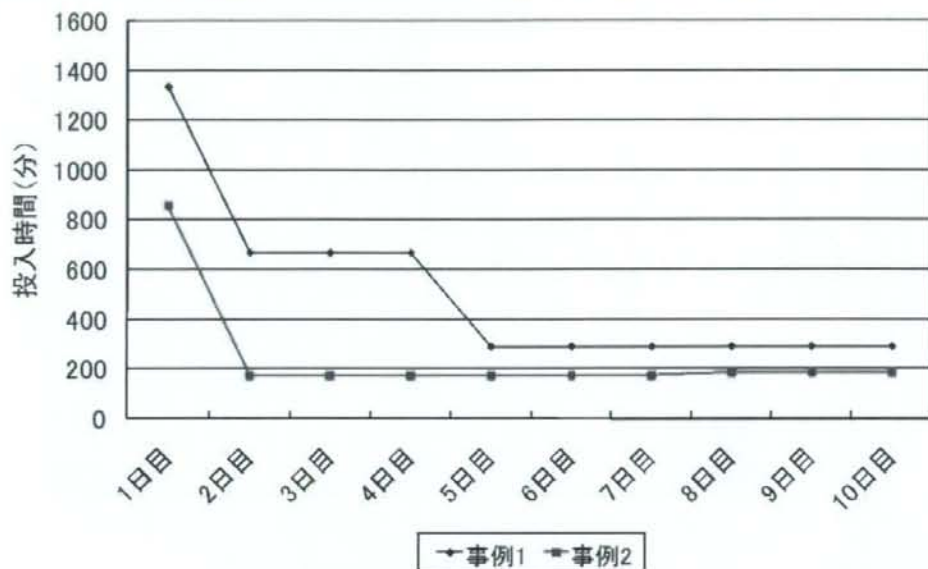
図表 4

事例による投入時間の差(ひとりになるまで)



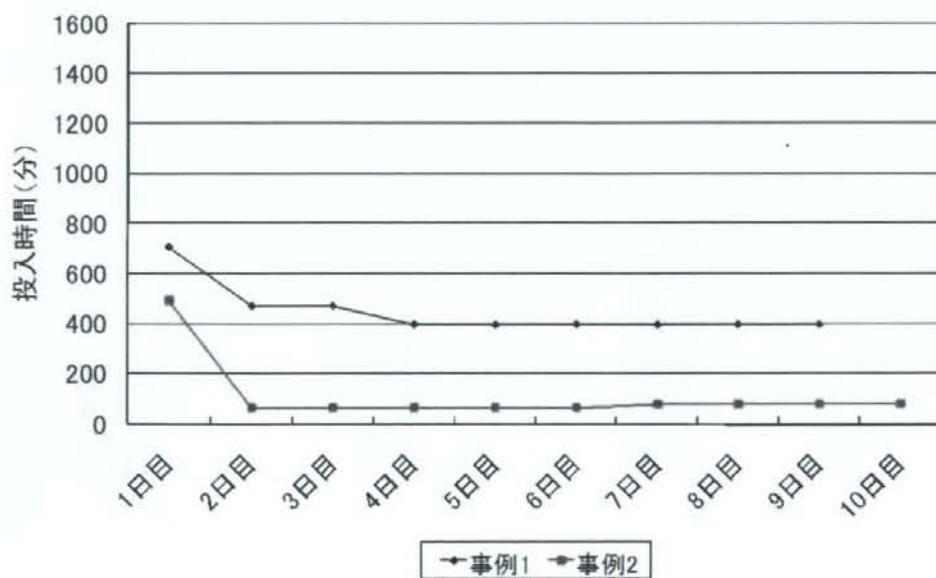
図表 5

経過日・事例別投入時間の差(A病院)



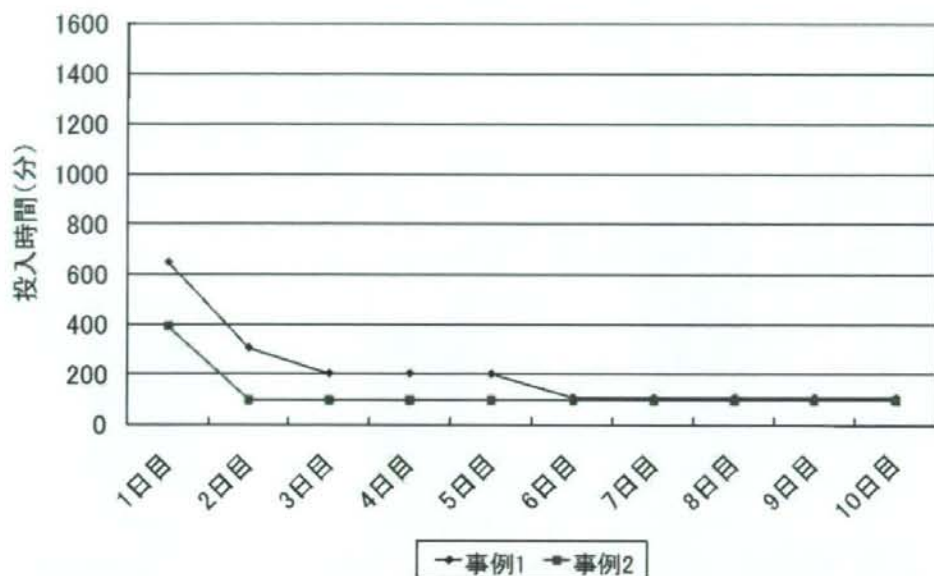
図表 6

経過日・事例別投入時間の差(B病院)



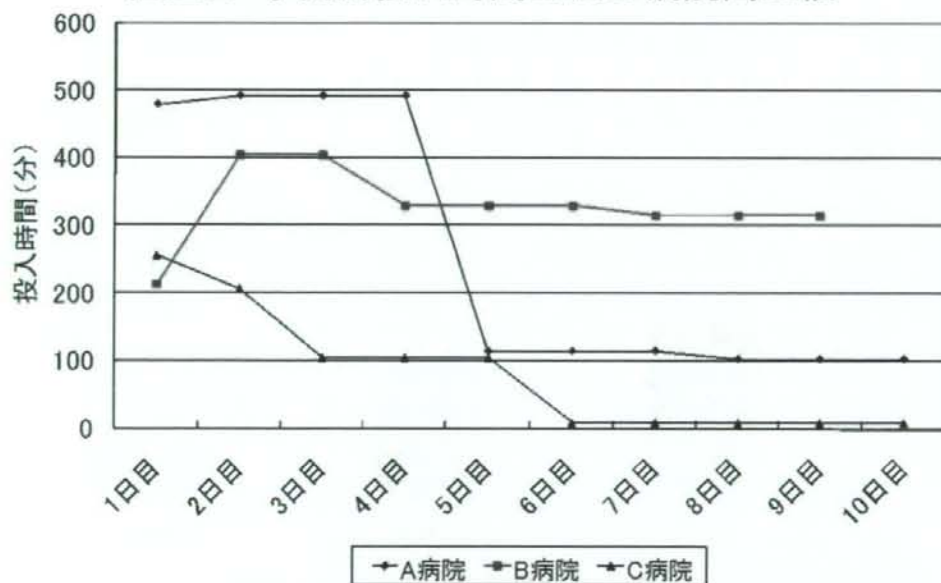
図表 7

経過日・事例別投入時間の差(C病院)



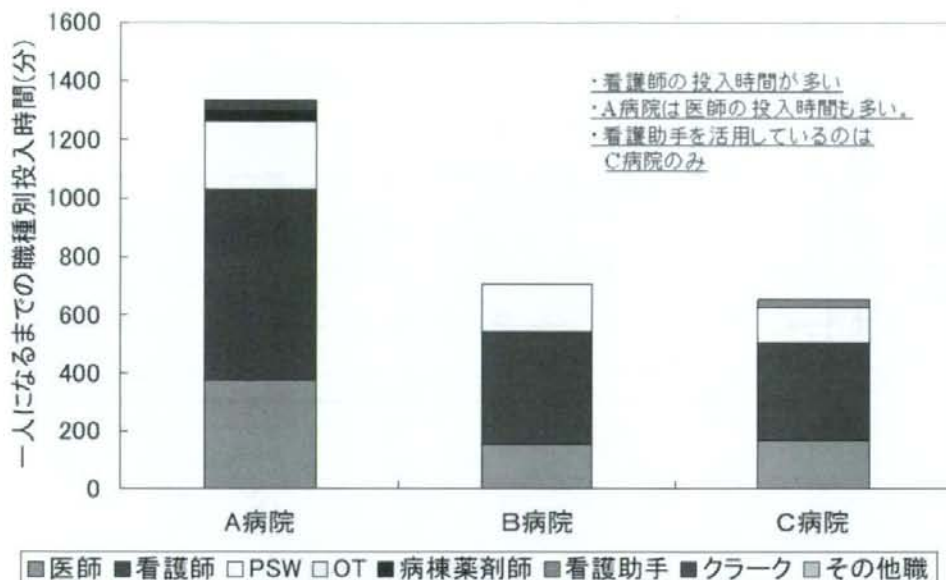
図表 8

経過日・事例別投入時間の差の病院間比較



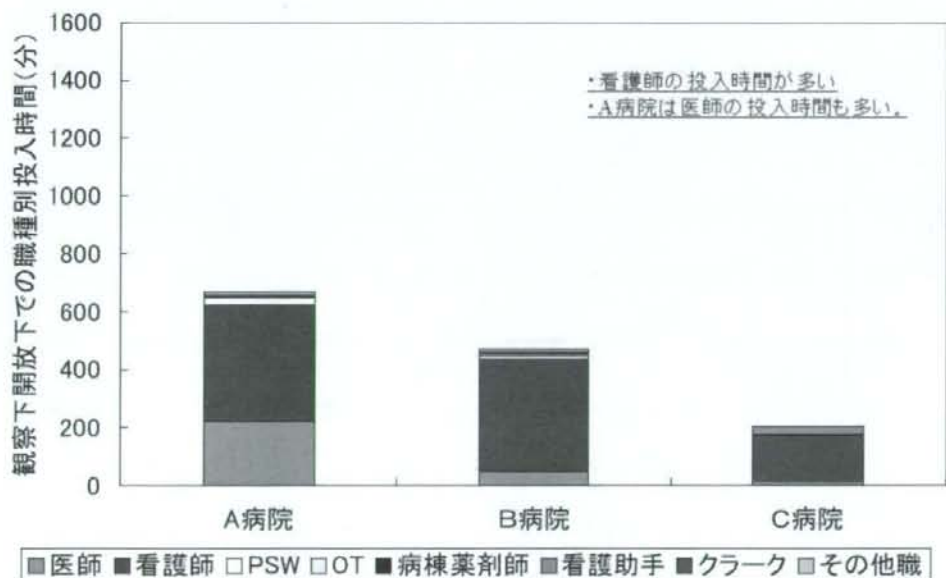
図表 9

職種別投入時間(ひとりになるまで)



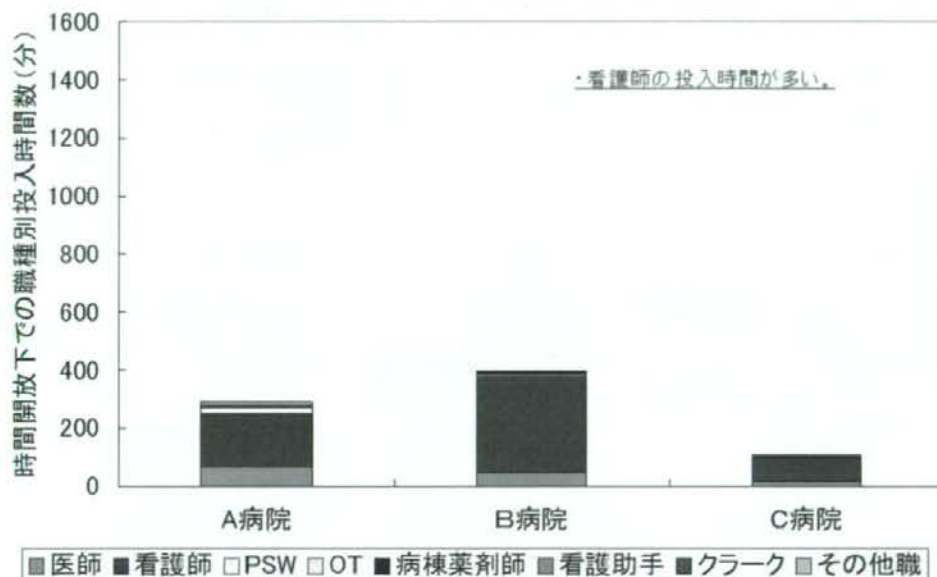
図表 10

職種別投入時間(観察下開放)



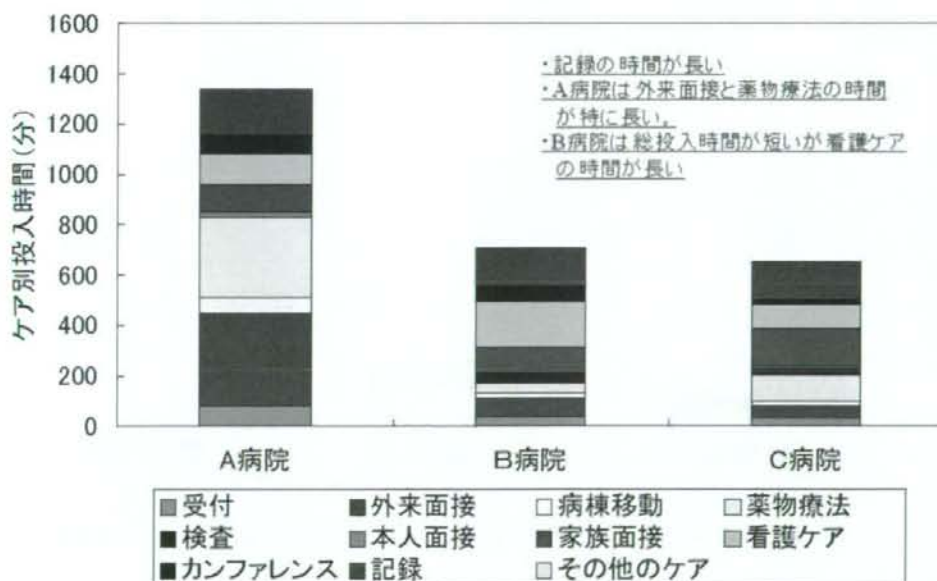
図表 11

職種別投入時間(時間開放)



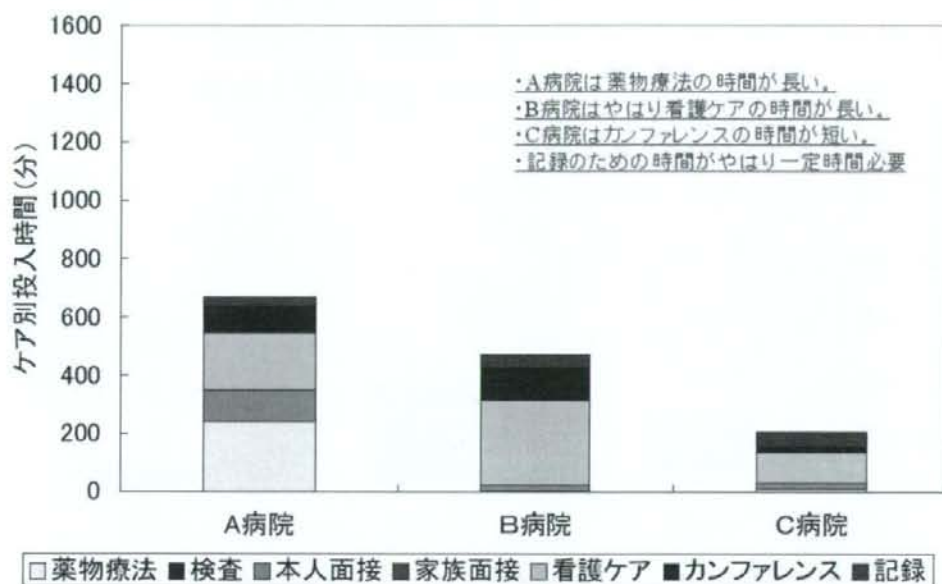
図表 12

ケア別投入時間(ひとりになるまで)



図表 13

ケア別投入時間(観察下開放)



図表 14

ケア別投入時間(時間開放)

