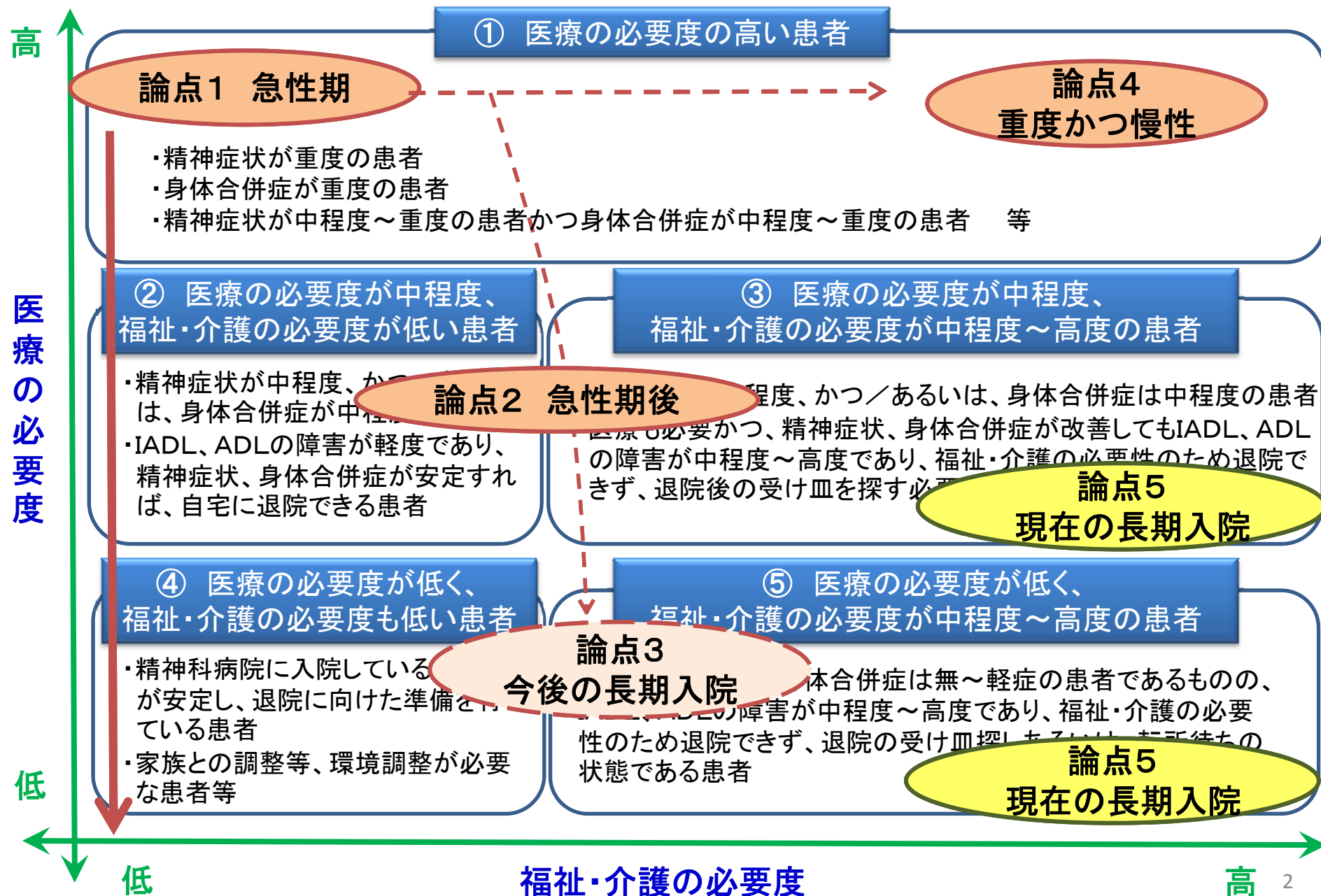


精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会（第5回）

平成24年5月31日

精神病床に入院している多様な患者状態像



論点1 急性期（3ヶ月未満）

- ① 精神症状が活発な患者に対して、適切に医療・看護ケアを提供し、隔離・拘束をできる限り短期間にすることが望まれる。このため、医師・看護師について、医療法上、一般病床の配置基準と同様の配置にするべきではないか。
- ② 早期退院のためには、退院支援等が必要であり、精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援のための人員についても、医療法上の配置基準を設けるべきではないか。

これまでの議論の整理

○患者像に関する意見

- ・精神症状が活発で、入院治療が必要な患者

○人員配置・療養環境に関する意見

- ・精神病床は医療を提供するのであるから、一般病床と同等の配置が必要（堀江構成員、広田構成員、樋口構成員、長野構成員）
- ・入院生活は濃密な体制で行うべき。病室は個室を基本とし、ユニット単位での配置も認めるべき。医療観察法水準とまではいかなくても、それを目指すべき（千葉構成員）
- ・高齢化により医療ニーズの高い患者が多くなることを考えれば看護職の配置は一般病床と同じにするべき（小川構成員）
- ・精神保健福祉士は、各病棟1名以上の配置が望まれる（日本精神保健福祉士協会）
- ・作業療法士は、作業療法士1名で1日に患者50人までとされているが、実態に合わせて患者20～25人程度を担当するような配置が望まれる（日本作業療法士協会）
- ・自宅への退院を目指すことを治療の目標とすべきであり、精神保健福祉士等の地域に退院させるための人員も必要（計見参考人）
- ・急性期病棟にはさまざまな患者がいるので、患者の状態に応じた治療ができるよう個室も必要（計見参考人）
- ・身体疾患を合併する患者を受け入れるためには、保護室だけでなく、重症患者や感染症患者向けの個室の環境も必要（武川参考人）
- ・身体疾患を合併する患者を受け入れる精神病床は、一般病床の人員配置をベースに、さらに精神医療のスタッフを追加する必要がある（平安構成員）

論点2 急性期後（1年未満）

- ① 急性期の症状はある程度改善したものの、日常生活能力の低下が著しく、リハビリテーションや生活環境調整等に少し時間をかけて（例えば、1年未満で）退院を目指すべき患者もいるのではないか。
- ② このような患者に対しては、急性期のような看護中心の配置ではなく、リハビリテーションや地域移行支援のための精神保健福祉士等も含めた「多職種」での人員配置（看護師以外の職種を含めて3：1の人員配置とする等）を考えるべきではないか。
- ③ 医師については、現状の精神病床の配置基準と同様の配置でよいのか。

これまでの議論の整理

○患者像に関する意見

- ・急性期の症状はある程度改善しているが、日常生活能力の低下が著しく、それへの治療、リハビリテーション、退院後の生活環境調整等に時間を要するような患者
- ・1年未満の退院を目指す患者で、救急病棟のような落ち着かない環境ではなく、生活の場に近い環境で治療が必要な患者

○人員配置・療養環境に関する意見

- ・1年未満で退院させることが、症状を慢性化させないために非常に重要（日本精神保健福祉士協会、川崎構成員）
- ・新たな長期入院患者を作らないことが重要（千葉構成員、川崎構成員）
- ・新たな長期入院患者を作らないことがまず重要であり、それと現状の長期高齢入院患者にどう対応するかは分けて考えるべき（長野構成員）
- ・生活支援などの精神科ケアの特性を考えれば、看護職だけでなく多職種での配置基準を考えていくべき（佐々木構成員、中島構成員）
- ・生活を立て直すための様々な支援が必要であり、多職種が関与できるような人員配置が必要。入院中から支援者が病棟に入っていける環境が必要（川崎構成員）
- ・自宅への退院を目指すことを治療の目標とすべきであり、精神保健福祉士等の地域に退院させるための人員も必要（計見参考人）〔再掲〕
- ・閉鎖病棟や保護室等があるような病棟ではなく、退院を目指せるような、生活の場に近い開放的な環境が必要（山本深雪参考人）
- ・退院に向けて地域とのつながりを構築できるよう、ピアサポーター、地域関係者、相談支援専門員などが自由に出入りできる環境（山本眞理参考人）

論点3 今後の長期入院（１年以上）

- ① １年以上の長期入院者は現在約２０万人いるが、今後、新たな長期入院を生じさせないよう「重度かつ慢性」のような継続的に医療の必要性が高い患者を除き、一定の入院期間（例えば、１年）を経過した後は、入院外治療へ移行させるべきではないか。

これまでの議論の整理

○患者像に関する意見

- ・入院治療ではなく、入院外治療や地域移行支援・地域定着支援等により地域生活の中でみていくべき患者

○人員配置・療養環境に関する意見

- ・１年未満で退院させることが、症状を慢性化させないために非常に重要（日本精神保健福祉士協会、川崎構成員）[再掲]
- ・新たな長期入院患者を作らないことが重要（千葉構成員、川崎構成員）[再掲]
- ・新たな長期入院患者を作らないことがまず重要であり、それと現状の長期高齢入院患者にどう対応するかは分けて考えるべき（長野構成員）[再掲]
- ・今の長期入院者は、これからであればそうはならなかったはずの人たちであり、より積極的な解決を図ることが必要（長野構成員）
- ・治療抵抗性の患者を除き、１２ヶ月を超える新たな長期的治療患者を入院処遇しないシステムが必要（千葉構成員）

論点4 重度かつ慢性

- ① 精神医療としては、早期退院を目指すとしても、これらの患者については、適切な体制で入院を継続し、ある程度の期間がかかっても退院を目指していくべきではないか。
- ② ただし、新たな長期入院者を増やすことのないよう、重度かつ慢性の患者像を明確にすべきではないか。
- ③ これらの患者は、継続的に医療の必要性が高い患者と考えるのであれば、その人員配置は、急性期と同様に、医療法上、一般病床の配置基準と同様とすべきではないか。

これまでの議論の整理

○患者像に関する意見

- ・単に精神症状が重度というだけでなく、その精神症状が治療によっても改善しない治療抵抗性の患者(千葉構成員)
- ・専門施設における集中治療によっても、幻覚や妄想等の精神症状が改善しない状態(千葉構成員)
- ・重症で長期治療が必要な患者がいる一方、精神症状は変化するものでもあるので、「重度」や「慢性」という状態像について、基準を明確にする必要がある(計見参考人、中島構成員、千葉構成員)

○人員配置・療養環境に関する意見

- ・治療効果のない重症者は医療機関にいてもいいと思うが、それ以外の患者はなるべく地域で、訪問支援によってみていくことが望ましい方向(川崎構成員)
- ・医療観察法病棟の手厚い人員体制でも退院できない患者が僅かに存在しているのは事実であるが、そのような重度・慢性の患者を、病院か、アウトリーチか、どこでみるのかよく議論する必要がある(樋口構成員)
- ・精神病床は医療を提供するのであるから、一般病床と同等の配置基準が必要(堀江構成員、広田構成員、樋口構成員、長野構成員)[再掲]
- ・高齢化により医療ニーズの高い患者が多くなることを考えれば看護職の配置は一般病床と同じにすべき(小川構成員)[再掲]
- ・精神保健福祉士は、各病棟1名以上の配置が望まれる(日本精神保健福祉士協会)[再掲]
- ・作業療法士は、作業療法士1名で1日に患者50人までとされているが、実態に合わせて患者20～25人程度を担当するような配置が望まれる(日本作業療法士協会)[再掲]

論点5 現在の長期入院者

- ① 現在の長期入院（１年以上）者についても、できる限り地域移行を目指した取り組みを進めるべきではないか。
- ② その上で、現在の長期入院者について、より生活支援を重視した人員配置や療養環境を、具体的にどのような基準で、どのように確保していくべきか。
- ③ 現在の長期入院者のうち、高齢で要介護度が高い者を、精神科病院の病棟を介護老人保健施設に転換して、処遇するとの提案について、どのように考えるか。

これまでの議論の整理

○患者像に関する意見

- ・重症ではないが、生活障害が重く、継続的な精神科医療が必要なため、退院先となる適切な施設が見つからない患者（千葉構成員）
- ・現状の長期高齢入院患者についても、できるだけ退院を目指していくことが重要（長野構成員）

○人員配置・療養環境に関する意見

- ・今の長期入院者は、これからであればそうはならなかったはずの人たちであり、より積極的な解決を図ることが必要（長野構成員）
- ・現状の長期高齢入院患者のうち、要介護度の高い患者の受け皿としては、介護療養型老人保健施設とほぼ同様の配置の介護精神型老人保健施設（仮称）を検討すべき（千葉構成員）
- ・病床転換による施設は精神科病院に併設とし、新たな患者は受け入れない、サンセット型の仕組みとするべき（千葉構成員）
- ・現在の精神療養病棟入院患者のうち65歳以上が4割で、そのうち要介護度が高い人はさらに少ない。転換型老人保健施設で対応すべきものなのかどうか、よく分析する必要がある（三上構成員）
- ・長期入院者は、ひとりひとり移行先を探すことはできるが、病棟ごとごっそり介護保険の施設として対応するのは難しいのではないかと（長野構成員）
- ・長期療養患者をみる病棟では、隔離や身体拘束等はいらないので、精神保健指定医よりも、退院支援の観点から精神保健福祉士を配置すべき（山崎構成員）
- ・生活支援などの精神科ケアの特性を考えれば、看護職だけでなく多職種での配置基準を考えていくべき（佐々木構成員、中島構成員）[再掲]
- ・閉鎖病棟や保護室等があるような病棟ではなく、退院を目指せるような、生活の場に近い開放的な環境が必要（山本深雪参考人）[再掲]
- ・退院に向けて地域とのつながりを構築できるよう、ピアサポーター、地域関係者、相談支援専門員などが自由に出入りできる環境（山本真理参考人）[再掲]

その他の意見

○人材の質に関する意見

- ・人員配置は、単に人を増やせばよいということではなく、配置される人材が、当事者の目線になれる者であることが大事(堀江構成員)
- ・人が多ければよいということではない。医療の質をよくする必要がある(山本眞理参考人)
- ・専門職は病院内だけではなく、地域に出て役割を担っていくべき。専門職のスキルアップが重要(堀江構成員、広田構成員)

○機能分化の進め方に関する意見

- ・病棟別の機能分化だけではなく、病床数が少なくても機能分化できるような方法もなければ、地方の精神科医療は崩壊してしまう(長野構成員)
- ・精神病床の人員配置を充実させる方向性を進めるためには、それに見合う診療報酬が必要(平安構成員、武川参考人)
- ・人員配置の充実が必要だが、限りある財源の中で、短期的に実現するためには、機能分化が必要であり、慢性期病棟から、急性期病棟や外来医療への人材の再配置を考える必要がある(福田構成員)
- ・病床削減が先か受け皿整備が先かという議論はやめ、腹をくくって、必要なサービスがあるなら自立支援協議会で協議を進めながら整備を進めるべき(伊澤構成員)

参考資料

病院に関する主な構造設備の基準及び人員の標準

	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
定 義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床
			1)大学病院等※1	1)以外の病院		
人員配置標準	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※2 4:1 看護補助者※2 4:1 理学療法士及び作業療法士 病院の実情に応じた適当数	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※3 4:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 4:1
	(各病床共通) ・歯科医師 歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者に対し、16:1 ・栄養士 病床数100以上の病院に1人 ・診療放射線技師、事務員その他の従業者 病院の実情に応じた適当数 (外来患者関係) ・医師 40:1 ・歯科医師 病院の実情に応じた適当数 ・薬剤師 外来患者に係る取扱処方せん75:1 ・看護職員 30:1					

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 平成30年3月31日までは、6:1でも可

※3 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1

平成22年12月2日社会保障審議会医療部会資料を一部改変

病院・診療所・主な高齢者関連施設の比較

※ 人員配置は、いずれも入院・入所者数に対する比率。なお、診療所の一般病床には特段の定め無し。

		病院・診療所			介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
		一般病床	療養病床			
			医療保険	介護保険		
主な人員配置※	医師	16:1	(病院) 48:1 (診療所) 1以上		常勤1以上 100:1以上	必要数 (非常勤可)
	看護	3:1	医療法施行規則本則上は4:1。ただし平成30年3月までは6:1。 診療報酬では療養病床入院基本料2として25:1(医療法方式では5:1に相当)まで評価。	指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準で6:1と規定。	3:1 うち、看護が2／7以上	看護・介護職員が3:1以上 うち、看護は以下の通り。 0～30(入所者数。以下、同じ。):1以上 31～50:2以上 51～130:3以上 131以上:3+50:1
	看護補助・介護	—	同上	同上		
	OT、PT	—	(病院)適当数 (診療所) —	(病院)適当数 (診療所) —	PT又はOTが 100:1以上	—
	機能訓練指導員	—	—	—	—	1以上
	生活(支援)相談員	—	—	—	100:1以上	常勤1以上 100:1以上
	ケアマネージャー	—	—	常勤1以上 100:1以上	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準
	居室面積	(病院)6.4㎡/床※	・6.4㎡以上	・6.4㎡以上	・8㎡以上	・10.65㎡以上

※ 診療所と平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている病院の場合は、以下のとおり。

患者1人を入院させる病室: 6.3㎡/床 以上

患者2人以上を入院させる病室: 4.3㎡/床 以上

平成22年12月2日社会保障審議会医療部会資料を一部改変

介護保険施設等の概要

		介護老人福祉施設(特別 養護老人ホーム)注1)	老人保健施設	介護療養型 医療施設	特定施設(有料老人 ホーム、ケアハウス等) (注1)	認知症高齢者 グループホーム
基本的性格		要介護高齢者の ための生活施設	要介護高齢者が 在宅復帰を目指す リハビリテーション施設	重医療・要介護高齢者 の長期療養施設	要介護高齢者も含めた 高齢者のための生活 施設	認知症高齢者のため の共同生活住居
医療	外付	・一部の医学管理 ・検査、投薬、注射 ・処置、手術	・一部の検査、投薬、注 射 ・一部の処置、手術	・専門的な投薬、注射 ・一部の処置、手術	・医学管理(在宅末期 医療総合診療料を除 く) ・検査、投薬、注射 ・処置、手術	・医学管理 ・検査、投薬、注射 ・処置、手術
	内付	・一部の医学管理	・一部の検査、投薬、注 射 ・一部の処置、手術	・基本的な検査、投薬、 注射 ・一部の処置	—	—
人員配置	医師	必要数	100:1 (常勤1以上)	3人以上 (48:1以上)	—	—
	看護職員	0~30:1以上 31~50:2以上 51~130:3以上 131以上:3+50:1	3:1で看護・介護職員を 配置(うち7分の2程度を 標準)	6:1以上	50:1 (1以上)	—
	介護職員	看護・介護職員を3:1以上 で配置	看護・介護職員を3:1以 上で配置(うち7分の5程 度を標準)	6:1以上	看護・介護職員を3:1 以上で配置(1以上)	3:1以上 (夜間1人以上)
施設数		6,015	3,500	2,252	2,617	9,292
定員数		422,703	319,052	99,309	97,645 (注2)	132,069 (注2)

(注1) 介護老人福祉施設及び特定施設の施設数及び定員数(利用者数)は、地域密着型施設を除いた数字である。

(注2) 認知症高齢者グループホーム及び特定施設については定員数ではなく利用者数を記載している。

(資料出所) 施設数、定員数(利用者数)については、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成20年10月1日時点)。

(第27回社会保障審議会介護保険部会資料を一部改変)

精神科入院に係る診療報酬と主な要件①

(平成24年)

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数
精神科救急入院料1	指定医 病棟常勤1名 病院常勤5名 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2名	・隔離室・個室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の6割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置・ 応急入院患者	3,462点(～30日) 3,042点(31日～)
精神科救急入院料2				・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行		3,262点(～30日) 2,842点(31日～)
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤3名 精神科医 病院常勤5名 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2名	・合併症ユニットが2割以上 ・隔離室・個室又は合併症ユニットが半数以上 ・救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置・ 応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者	3,462点(～30日) 3,042点(31日～)
精神科急性期治療病棟入院料1	指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名 医師 48:1	看護 13:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1名	・隔離室を有する ・1看護単位60床以下	・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例	1,931点(～30日) 1,611点(31日～)
精神科急性期治療病棟入院料2		看護 15:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1名				1,831点(～30日) 1,511点(31日～)
急性期入院対象者入院医学管理料	指定医 病院常勤2名 病棟常勤1名 医師 8:1 過半数は常勤	看護(※) 日中1.5:1(概ね) 夜間6:1(最低3名以上) OT、PSW、臨床心理技術者 病棟常勤5:1(概ね)	(病床数が33床の場合) ・病床は全て個室(10㎡以上) ・診察室(最低2力所) ・処置室(酸素吸入装置・吸引装置等設置) ・保護室(10㎡以上)等	・倫理会議、治療評価会議、外部評価会議、運営会議等の設置と定期的な開催 ・情報管理 ・地域との連携体制 ・保護観察所等との連携 ・危機管理体制	・医療観察法により入院している者	6,680点(～90日) 5,510点(91日～1年) 4,920点(1年～)
回復期入院対象者入院医学管理料						4,920点(～9月) 4,820点(9月～)
社会復帰期入院対象者入院医学管理料						5,820点(～180日) 5,510点(181日～1年) 4,920点(1年～1年180日) 4,420点(1年180日～)

※看護師数は、当該病棟の入院対象者の数に1.3を乗じた数に4を加えた数

精神科入院に係る診療報酬と主な要件②

(平成24年)

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数	
精神病棟入院基本料	医師 48:1	看護 7:1 (特定機能病院のみ)	・特記なし	・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下	・精神疾患を有する患者	1,322点	※初期加算 465点 (～14日) 250点 (15～30日) 125点 (31～90日) 10点 (91～180日) 3点 (181日～1年) ※重度認知症加算 100点 (～3月) ※救急支援精神病棟 初期加算 100点 (～14日)
		看護 10:1		・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下		1,251点	
		看護 13:1		・病棟の平均在院日数80日以内 ・新規入院患者の4割以上がGAF30以下又は身体合併症患者 ・身体疾患への治療体を確保		931点	
		看護 15:1 (特定機能病院)	・特記なし	811点 (850点)			
		看護 18:1		723点			
		看護 20:1		669点			
		特別入院基本料 (看護 25:1)		550点			
		精神療養病棟入院料	指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名 医師 48:1	看護 30:1 看護・看護補助者を合わせて15:1 OT又は経験看護師 1名		・病室5.8㎡以上 ・1看護単位60床以下 ・1病室6床以下	
認知症治療病棟入院料1	病院常勤1名 医師 48:1	看護 20:1 看護補助者 25:1 OT1名	・病棟18㎡/床以上を標準 ・デイルーム等 ・生活機能回復訓練室	・病院にPSWまたは臨床心理技術者常勤	・集中的な治療を有する認知症患者	1,761点(～30日) 1,461点(31～60日) 1,171点(61日～)	※夜間対応加算 84点 (～30日)
認知症治療病棟入院料2		看護 30:1 看護補助者 25:1 OT又は経験看護師 1名				・病棟18㎡/床以上を標準 ・生活機能回復訓練室	
児童・思春期精神科入院医療管理料	小児医療及び児童思春期の精神医療の経験を有する常勤医師2名 (1名は指定医) 医師 48:1	看護 10:1 PSW及び臨床心理技術者 病棟常勤それぞれ1名以上	・浴室、デイルーム、食堂等を当該病棟の他の治療室と別に設置	・20歳未満の精神疾患を有する患者を概ね8割以上入院させる病棟又は病室	・20歳未満の精神疾患を有する患者	2,911点	

14