

柏木構成員 提出資料

精神障害者に対する医療の提供を確保 するための指針等に関する検討会 ヒアリング資料

2013年8月27日

公益社団法人日本精神保健福祉士協会

会長 柏木 一恵

本指針に求めること

- ◆ 医療計画、障害福祉計画、介護保険事業計画等と連動し実効性のある指針となること。
- ◆ 精神病床については、急性期医療を端緒に段階的措置を講じつつ、一般病床と同等またはそれ以上の人員配置体制を確保するとともに、国の責任において財政的裏付けを伴う計画的な精神病床の削減と地域精神保健医療福祉体制の構築を図ること。
- ◆ 早期退院と地域生活中心の精神保健医療福祉を実現するために、多職種によるチーム医療と地域連携を基本とした精神科医療への転換を図ること。
- ◆ 現在の「社会的入院」の解消と新たな「社会的入院」を生み出さないために、居住資源の整備と地域生活支援サービスを担う人材の充実強化を優先的に講じること。
- ◆ 病院が地域に対して開かれた存在となるために、相談支援専門員や介護支援専門員、障害福祉サービス事業者などの地域の支援者と積極的な連携が図られるための仕組みを講ずること。
- ◆ 多職種チームにあって病院の精神保健福祉士は、入院、外来にかかわらず精神障害者本人の意思決定支援と望む暮らしの実現に向けたマネジメントやコーディネート、環境調整等の役割を果たすこと。

1. 今後の新たな入院患者への精神医療について

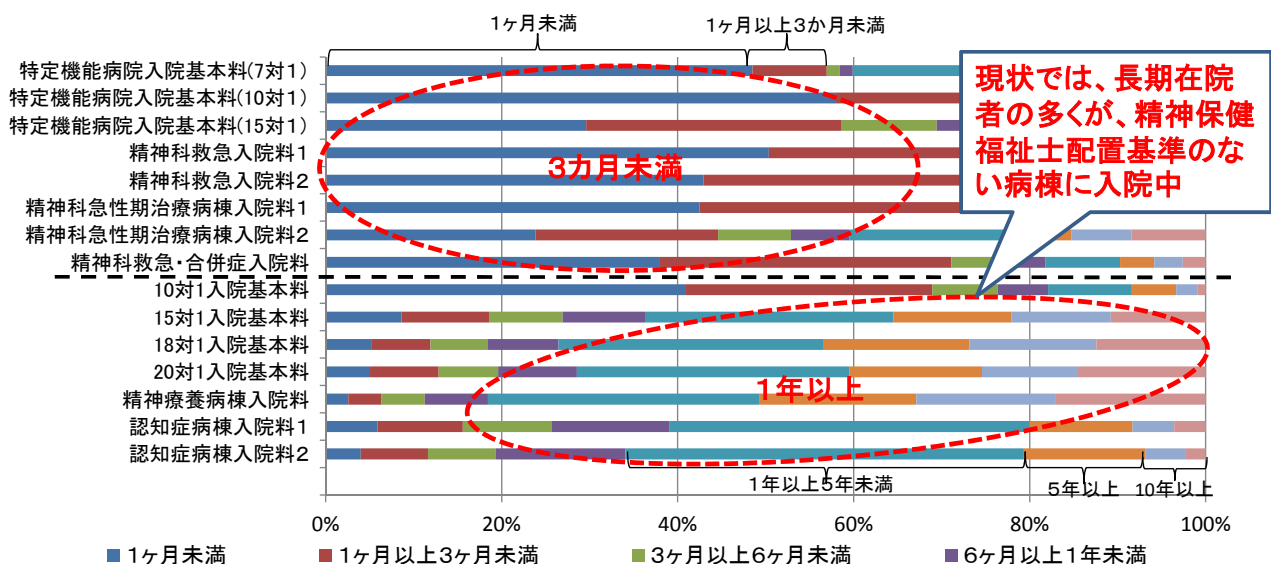
- 1年以上の入院を防ぎ早期退院を図るため、どの病棟にも専従する精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置が必要である。
- 24時間365日のケアを担う看護職員と、精神保健福祉士及び作業療法士等の役割・機能が明らかに違うことから、看護職員の配置基準にコメディカル職種を含めないことを基本とするべき。

【入院3カ月未満】	【入院3カ月～1年未満】
<p>現行での主な対応病棟</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 精神科救急入院料 (PSW2名) ● 精神科救急・合併症入院料 (PSW2名) ● 精神科急性期治療病棟 (PSWorCP1名) <p>➢ 急性期は一般医療と同等の医師・看護師の人員とし、更に退院支援に携わるコメディカル職種配置を規定すること。</p> <p>➢ これらには、診療報酬上の施設基準に精神保健福祉士の配置規定があるが、十分ではない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 短期間での退院支援に一定程度の効果があるが、適切な地域移行・定着支援が不足し、回転ドア現象が課題。 ● ケアが途切れないう、転棟先病棟に引き継ぎ支援提供が可能な人員体制がないと入院が長期化する実態がある。 	<p>現行での主な対応病棟</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 精神科入院基本料 (PSWは配置基準なし) ● 精神科療養病棟入院料 (病院に常勤PSWorCPがいればよい) <p>➢ 診療報酬上の施設基準に精神保健福祉士の配置がないことから、兼務や病院独自の努力により配置。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 入院長期化に伴い家族調整や居住資源調整、体験機会の確保、経済的支援など退院支援に必要なソーシャルワーク業務は増えると共に、本人の意欲喚起や自己決定支援に時間を要する。 ● 病棟専従化により、専門性による観察やアセスメント等の関わりを通じてタイムリーな介入機会が得られる。 <p>※対象者には引き続き手厚い医療的ケアを必要とする者が多く含まれており、看護職員は独立した配置基準を設定すべき。</p>

2. 現在の長期在院者への対応

- 長期入院により低下した社会生活能力回復のための体験機会の創出、居住資源確保、種々の資源開拓、本人サポート態勢強化のための家族支援、地域で孤立している家族への支援、地域支援体制の構築等、支援課題は多い。
- 長期在院者が多い病棟に、上記の支援課題に対応する精神保健福祉士の配置は必須。可能なら2人以上の配置が望ましい。

平成23年6月30日現在の病棟別・在院期間別患者数の割合



(精神・障害保健課調べ)

3. 重度かつ慢性について

- 今後入院する患者についても、既に入院が長期化している患者についても、「重度かつ慢性」については、限定的な定義とすること
- 身体合併症や重篤な精神症状を有する患者に対しては、総合病院の精神科の充実強化など一般医療との連携も含めて手厚い医療提供体制を確保すること
- 各種調査で退院困難な要因に挙げられているIADLやADLの課題を有する人については、居住資源の確保と訪問看護やヘルパー等の障害福祉サービスによる地域生活支援が充実すれば十分に地域で対応が可能な人がいる
- そのためにも、地域移行を推進する過程で必要な支援ニーズを確認し、在宅等の地域生活が可能となるよう、国や都道府県は多様な資源を集中的に整備すること

- 地域生活に近い環境を体験できる機会において地域移行に関する支援課題を確認できるよう、入院中から利用できるショートステイや体験入所などの仕組みを財政措置とともに講じることが求められる。

4

4. 病床機能と併せ、外来機能の充実強化も不可欠

- 入院と外来、病院と地域をつなぎ、地域生活維持や支援に資する精神科医療展開のために、アウトリーチおよび諸制度の利用支援や就労、社会参加支援、家族支援、多機関連携を担う精神保健福祉士の外来専従や外来多職種チームの配置が必要であり、可能とする診療報酬評価が求められる。

◆ 病院の現状

- 精神科病院に従事する精神保健福祉士のうち、外来専従者（訪問部門を含む）は5.5%に過ぎない。
（出典：日本精神保健福祉士協会・2012年度業務実態調査速報値、n=1,060）
- 外来多職種チームとしては、精神障害者アウトリーチ推進事業と医療観察法上の指定通院医療機関においてわずかに機能しているのみ。

◆ 診療所の現状

- デイケアを行っていない精神科診療所では、精神保健福祉士の配置が平均0.26人と極端に少ない。
（出典：日本精神神経科診療所協会、平成19年度障害者保健福祉推進事業「精神科医療の機能強化に関する調査研究」）

◆ 参考：精神科医療機関（病院、診療所）の外来専従精神保健福祉士は平均0.57人、専従配置なしは78.1%

（出典：厚生労働科学研究費補助金事業「精神科医療機関における精神保健福祉士の業務実態に関する研究」精神科外来に係る精神保健福祉士の業務実態調査報告書（第1報））

- ◆ 参考：病院の外来に関する看護人員基準は30人又端数を増すごとに1を加えた数である。

5

5. 精神科医療のチームアプローチ実現のための 精神保健福祉士の適正な配置

- 施設基準の配置人員に規定する
(病棟という箱にチーム構成員としての専門職種が存在していることの重要性)
- 在宅医療を提供するケアチームの一員として動ける業務の規定のあり方を共有
(必ずしも医療機関内完結型チームでなくてよい)
- 業務に関する標準化とスキルアップ
(スタッフ交代や異動によっても最低限の質の担保を図る)
- チームアプローチにとって有効なツールの開発と、評価検証方法の確立

- 入院時から、多職種チームが協働して計画的に退院支援に携われるよう、各職種の記録様式(方式)とともにクリティカルパスのようなチームで共有するツールが必要。
- 各職種の専門性の向上と共に、多職種が同じテーブルを囲み、相互専門性の理解と協働方法やポイントを学ぶ研修など、人材育成の仕組みと研修実施が必要。
- 医療機関や法人ごとの研修にのみ任せず、障害者総合支援法における各種研修のような業務に関する必須研修を国主体で多様な団体委託等により実施し、必須研修受講数の配置に対する加算等を検討するなどインセンティブを図る。

6

6. チーム医療、多職種連携の要諦

- 一定程度の質が担保されている医療機関ではチーム医療が推進できる。
- 機関ごとや分野領域ごとの境界を横断的に動き、連携や調整を可能とするよう機関を超えた地域の資源人材への評価上の仕組みが必要。機関を超えて動く人材は、自ずと医療機関の地域内資源としての位置付けを高める役割も担うこととなる

- チーム医療推進のためには、病院全体の治療の質を高めることとセットで考えるべき
- チーム医療に対して各職種が専門性を相互に理解できている土壌が必要
- 人材育成の重要性が理解され、研鑽機会が保障されていること
- 特に改正法における退院後生活環境相談員の役割と責務、質の担保のための研鑽内容や仕組み、実地指導の対象とするなどの評価検証方法など、全国的な配置人数等の推計に基づき規定の検討が必要
- 認定制度なども検討課題(報酬加算などの制度検討)

7

7. 地域連携の推進

- すべての入院患者を対象に、必要に応じて地域の支援者が病院と協働して退院支援に関与できる仕組みが必要。
- 「社会的入院者」への退院支援は、病院の精神保健福祉士による支援だけでは限界があり、院内多職種チームによるかかわりと地域の支援者が介入できる仕組みが必要。
- 精神保健福祉相談員等公的機関の職員が、一定期間ごとに入院の適切性だけでなく、連携実態についても評価および関与する仕組みが望まれる。

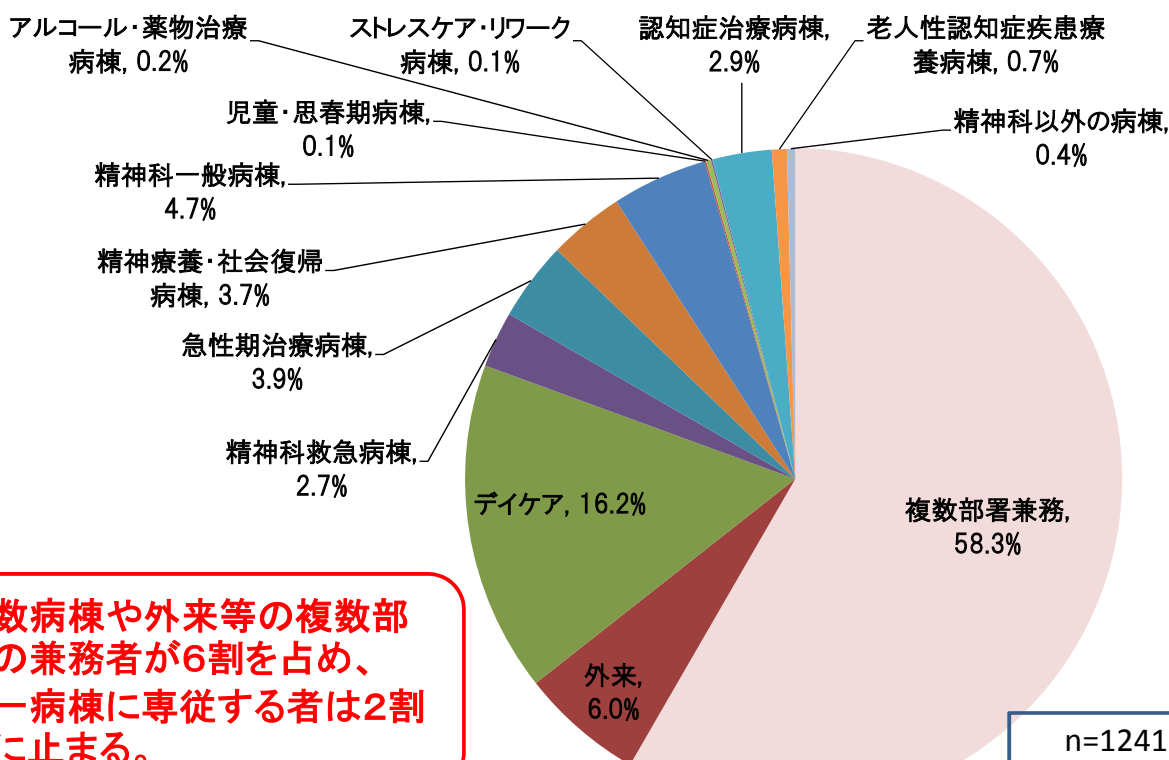
◆ 現状

- 精神保健福祉法改正により医療保護入院者については、地域移行推進のため地域援助事業者との連携が規定されたものの、任意入院者等には地域の支援者がかかわる根拠が希薄。病院や地域事情に委ねられてしまう。
- 地域移行支援・地域定着支援の個別給付化は実現したものの、病院と相談支援専門員等の連携が進まない地域もある。理由は、圏域内資源不足や病院内支援者の地域資源活用能力、連携意識の希薄さ、報酬体系などが挙げられる。
- 退院前の丁寧な地域移行や地域定着支援を提供することが困難な事例については、支援が途切れてしまうことがあり、精神保健福祉センターや保健所等公的機関の精神保健福祉相談員等が支援調整や連携体制構築に関与する仕組みが望まれる。

8

資料1-1

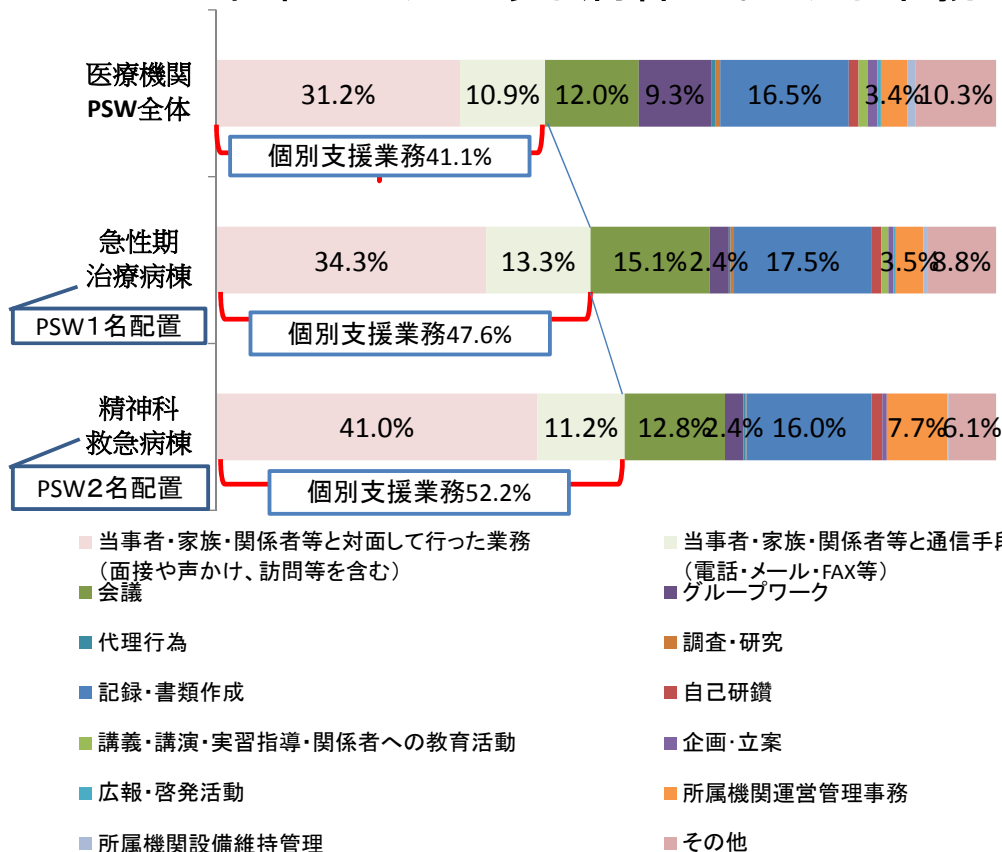
精神病床を有する医療機関に所属する 精神保健福祉士の専従・兼務状況



複数病棟や外来等の複数部署の兼務者が6割を占め、単一病棟に専従する者は2割弱に止まる。

資料：日本精神保健福祉士協会・2012年度業務実態調査速報値より

施設基準に常勤精神保健福祉士の位置づけがある病棟における業務内容



※1病棟当たりのPSW数が多いほど業務全体に占める個別支援の割合が高くなる。
↓
患者1人あたりの支援量(時間)が増え、入院期間短縮に寄与できる。

資料: 日本精神保健福祉士協会・2012年度業務実態調査速報値より

A病院 スーパー救急病棟の精神保健福祉士業務

8:25	医療相談課で朝の申し送りに参加(ベッド状況、入退院・転院の確認、医療保護33-②の切替期限の確認)
8:45	ナースステーションで夜勤帯からの申し送り参加、PSW同士で予定確認や申し送り
9:00	病棟内3ユニットに分かれて申し送り
9:30	午前の業務(入院対応、面談、病棟レク、行政等との連絡調整 etc...)
12:00	昼休み(1時間)
13:00	ベッド調整会議に出席(病棟課長・係長が不在時はベッド状況を確認してPSWが病棟を代表して出席)
13:10	PSWが病棟を代表してベッド調整に参加した場合は病棟へ戻りベッド調整の報告
13:20	午後の業務(入院対応、面談、病棟レク、行政等との連絡調整 etc...)
16:00	北側ナースステーションで夜勤者への申し送り(PSWは必要時のみ参加) PCIに業務日誌入力、各種記録作成
17:00	勤務終了

- 1. 朝のミーティング、各申し送り**
朝・昼・夕など適宜、多職種の申し送りにPSWも参加し、必要な情報収集・情報提供を行う。
- 2. 救急病棟PSWミーティング**
週1日、救急病棟PSW3名のミーティングを行う。3名の予定で日程調整し、可能であればPSW主任も参加。①1週間の入院者の情報共有、②各担当ケースの確認、③退院者の確認、④ケース検討、⑤選任期限の確認、⑥その他検討事項、を話し合う。
- 3. 処遇カンファレンス**
毎週木曜日午前中、処遇カンファレンス実施。対象者は入院一週間以内の患者、措置入院患者について、医師、心理士、看護師、薬剤師、PSWなどで治療方針や方向性について検討する。
- 4. 入院業務**
 - (1) 入院診察立会い、書類作成**
初診かつ初回入院以外のケースの入院診察には基本的に病棟PSWが立会い、家族及び行政職員等の対応や必要書類の作成及びチェックを行う。他業務を考慮しながら3名が交代で入院対応するようにし、原則として対応したPSWがその後も担当。ただし、担当件数、医療保護入院33-②、措置入院、人格障害、処遇困難と思われるケース等偏らないよう担当を配分。
また、入院時よりケースの抱える諸問題(家族関係、地域性、社会資源、経済問題など)を把握し、今後の方向性についての見立てを行い、ケースの概要と合わせて病棟へ情報提供する。
 - (2) 入院オリエンテーション**
入院後、家族や行政職員の対応をする。PSWから家族に一連の流れを説明してから入院時オリエンテーションを行うが、その場の状況に合わせ、医師や看護師と状況確認をしながら家族に負担をかけないように行う。家族が疲れている場合などは当日必要な手続きのみで、後日対応など。
 - (3) 入院時カンファレンス**
・医師、看護師、心理士、薬剤師、PSWなど多職種にてカンファレンスを行い、今後の方針を立てる。『入院時カンファレンス用紙』に情報提供したい内容を記入(PSWは主に経済根拠について)し、押印する。
・救急病棟は基本的に3ヶ月の入院見込みで進展が早いこともあり、またどうしても医療中心になりがちなので、病状より環境調整などが必要なケースは、入院時よりケースワークで行いたいことを主治医や病棟に周知させる意味も含めて方向性を見立てを行う。
・入院前にデイケアや訪問看護など社会資源を利用しているケースは、関係者からの情報収集(入院前の状況、今後の希望や協力体制など)を行い、その内容を病棟にも知らせる。

5. 入院中及び退院時の業務

(1) 患者及び家族への関わり

- ・患者本人や家族の悩みを傾聴し、解決に向けてともに考えていく。
- ・一人20人までの担当受け持ちとするが、入退院が激しい時期などは全ての患者に深い関わり合いをするのは困難な為、入院時より見立てをすることで優先順位をつけ関わっていく。
- ・病棟は医療中心になりやすいからこそ、PSWが配置されている存在理由を忘れず、患者の権利擁護や生活者としての視点を大切にしながら、医療チームの一人として関わっていく。
- ・病状改善だけで退院を考えるのではなく、家族関係や経済事情、家の状況など退院後の生活でどのようなサポートが必要か、調整にどれだけ時間が必要か等を主治医や病棟に説明し、入院中に可能な限りのケースワークを行ない次に繋げていく。
- ・単なる交通整理になってはいけませんが、患者本人の病状や家族の意向も踏まえた上で、社会資源を利用して調整を行う。
- ・あらゆる知識を持って、患者本人や家族に対して、必要なサービスの提供が行き届くよう説明してサポートしていく。

(2) 中間カンファレンス、引継ぎ

- ・入院後3ヶ月を経過しても退院の目安が立たない場合は、現在の問題点の把握、今後の方向性再検討の為、担当者らで中間カンファレンスを行う。『中間カンファレンス用紙』にPSWの把握している情報(主に家族関係や経済事情などの問題点、今後利用できそうな社会資源など)を記載する。
- ・基本的には3ヶ月経過すると、他病棟へ転棟する為、外来地区担当PSW(医療相談課)に引き継ぐ。

(3) 退院時カンファレンス

- ・基本的には外泊訓練が開始した頃に、退院後のフォロー体制について検討する為、担当者らで退院時カンファレンスを行う。
- ・『退院時カンファレンス』に情報(退院後のキーパーソン、利用する社会資源と手続き状況など)を記載する。
- ・退院後、訪看やデイケアなどを利用する場合は、関係部署や地区担当PSW(医療相談課)、クリニックPSWに引き継ぎを行なう。

(4) 外出、他科受診付添い

- ・医療保護入院中は患者が外出する際は家族または職員の付き添いが必要。
- ・措置入院中の患者は保健所へ連絡を入れ、他科受診となった場合、『措置入院患者の外出について(事務連絡)』を提出し、職員2名以上の付き添いで受診となる。
- ・単身者や家族が遠方で外出付添いが困難な場合、他科受診や外出の際にPSWが付き添うことがある。
- ・PSWが付き添う場合、病棟PSWが不在にならないように日程を調整する。どうしても不在になる場合は医療相談課長に相談をして、入院などがある場合には対応してもらえるように依頼をする。

(5) 退院手続き

- ・原則として退院日に入院費の全額清算が必要な為、退院が決まったら、家族には入院費の目安を事務所で確認するように伝える。支払が厳しい場合は、事前に事務員にも相談しておく。
- ・PSWは退院がほぼ確定した時点で、自立支援医療の情報提供を行い、希望があれば診断書の作成をDrに依頼する。

(6) 入院費滞納者への対応

- ・入院費の支払いが履行されているか否かの確認や家族への支払い依頼の連絡などは事務所(入院担当)の業務だが、経済難ケースで貸付制度利用などを勧めたい場合や生活保護申請が必要なケースなどはPSWも対応に協力する。
- ・退院時に全額清算できない場合、1F事務所(入院担当)にて『支払い誓約書』を家族と取り交わすが、必要に応じてPSWも同席する(障害年金からの定期支払方法や期限を設定する)。
- ・PSWは入院費支払いの件で、患者本人や家族を追い詰めたり、取立て役になることは決してしない。

(7) 各種制度の説明、申請

- (障害年金、精神保健福祉手帳、自立支援医療、訪問看護、OT、デイケア、障害者自立支援サービス、介護保険サービス)
- ・入院中もしくは退院の目安が立った頃、各種制度の説明をして申請のサポートを行う。特に初回入院ケースなどは患者や家族はほとんど制度などを知らないため、DrやNsとも相談をしながら必要な情報を提供していく。
- ・単身者で、患者だけでの手続きが困難と判断された場合外出して手続きのサポートをする場合がある。

資料3-1

B病院における精神科チーム医療の実際

医師	治療の導入・各種検査診断 ／当面の治療方針の決定	薬物療法・精神療法 本人・家族への経過説明と指導	薬物療法・精神療法 (外来主治医への紹介)	入院	退院
看護師	安心できる療養環境の提供 ／症状観察／セルフケア援助	症状観察／対人関係の支援／ 服薬管理／セルフケアの援助	対人関係の支援／服薬の自主 管理・治療継続への意識づけ ／退院前訪問看護／SST・グ ループワーク		
精神保健 福祉士	<アセスメント> 本人・家族への導入面談／ 生活歴等の聴取／患者の課題・ ニーズの把握／経済的 問題の把握と対応／家族と の関係性の把握／社会資源 の利用状況の把握	<本人・家族面談> 社会資源の情報提供と支援 (ニーズに合わせた活用準備) ／退院後の課題整理／今後の 不安などへのフォロー／家族 への情報提供と心理的支援 ／退院前訪問看護	<退院準備> 退院後の地域支援とのつなぎ ／地域支援者を含めたカンファ レンス／社会資源の活用支援 (具体的手続き等)／治療環境 の調整／退院前訪問看護／家 族心理教育・家族教室の運営		
臨床 心理士	心理検査・診断補助	入院に伴う不安・不満のフォロー 検査結果のフィードバック／外 来でのカウンセリングの検討 パントリー(ゆとりの時空間での健康なコミュニケーションの保障)			
作業療法士		病棟OT／病棟内個別OT	個人OT／グループOT		
薬剤師		(個別服薬指導)	(個別服薬指導)		
事務員	救急算定要件の確認		退院時算定要件の確認		

チームカンファレンス

医師・看護師・精神保健福祉士・
作業療法士・臨床心理士等が参加

心理教育(集団精神療法)

勉強会形式 患者3~4名とスタッフ3~4名
臨床心理士・精神保健福祉士・看護師・薬剤師・医師

B病院における精神科救急病棟と 精神科急性期治療病棟の現況

	精神科救急A病棟 (52床) 看護職員10対1(看護師 10割)、PSW2名	精神科救急B病棟 (50床) 看護職員10対1(看護師 10割)、PSW2名	精神科急性期C病棟 (60床) 看護職員13対1(看護師 4割以上)、PSW1名
平均在院日数	50.9日	50.8日	44.6日
2013年4月入院者	30名	25名	45名
うち65歳以上	10名(33.3%)	6名(24%)	22名(48.9%)
うち3か月以内退院	24名(80%)	21名(84%)	37名(82.2%)
入院継続者内訳	・救急病棟継続 3名 ・転棟 3名	・救急病棟継続 1名 ・転棟 3名	・転棟 8名(療養病棟2、認知症 治療病棟5、合併症病棟1)
入院継続理由	・症状不安定 5名 (うち支援調整1名) ・合併症併発 1名	・症状不安定 2名 (うち家族の反対1名) ・支援調整 2名	・症状不安定 1名 ・支援調整 2名・認知症 3名 ・合併症1名・本人希望 1名
PSWの関与契機	入院時アセスメントより 25名	入院時アセスメントより 15名	入院時アセスメントより 37名
入院中の関与	本人相談対応	29名(96.7%)	32名(71.1%)
	家族相談対応	18名(60%)	16名(35.6%)
	制度利用支援	14名(46.7%)	4名(8.9%)
	他機関紹介	13名(訪問看護3 就労支援 センター4 介護関係5 アル コール作業所1)(43.3%)	2名(保健所1名、訪問リハ1 名)(8%)
退院前訪問指導	1回のみ3名(PSW,Ns) 2回1名(PSWのみ)	1回のみ1名(PSW,Ns) 2回1名(PSWのみ)	1回のみ1名(PSWのみ) 14

B病院における精神療養病棟の現況 (2013年8月1日現在)

		精神療養D病棟(60床) 看護職員30対1(看護師2割以上) PSW配置基準なし ※一部を亜急性期病棟として利用
平均在院日数		268.2日
在院者数		57名
在院期間別	90日未満	11名(19.3%) ※90日未満の再入院者。精神科救急算定外。
	90日以上1年未満	29名(50.8%)
	1年以上5年未満	12名(21%)
	5年以上	5名(8.8%)
90日以上1年未満の入院継続理由	A(症状不安定)	9名(31%)
	B(支援調整)	3名(10.3%)
	C(家族等の反対)	0名(0%)
	A+B	9名(31%)
	A+C	2名(6.9%)
	B+C	3名(10.3%)
	A+B+C	1名(3.4%)
D(その他、合併症等)		2名(6.9%)

B病院における多職種連携・地域連携による地域移行の取り組み

地域移行プロジェクトチームの設置 (2009年～)

- チーム構成
精神科医、看護師、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士、医療事務、堺市精神保健福祉課職員・復帰協職員(年1回)
- チームの取り組み
 1. 地域移行支援候補者フェイスシート作成
 2. 支援状況一覧作成
 3. 定期報告書作成
 4. 退院促進支援事業実績報告・活用よびかけ
 5. 地域移行関連の情報提供
 6. 事例報告・検討
 7. 院内研修

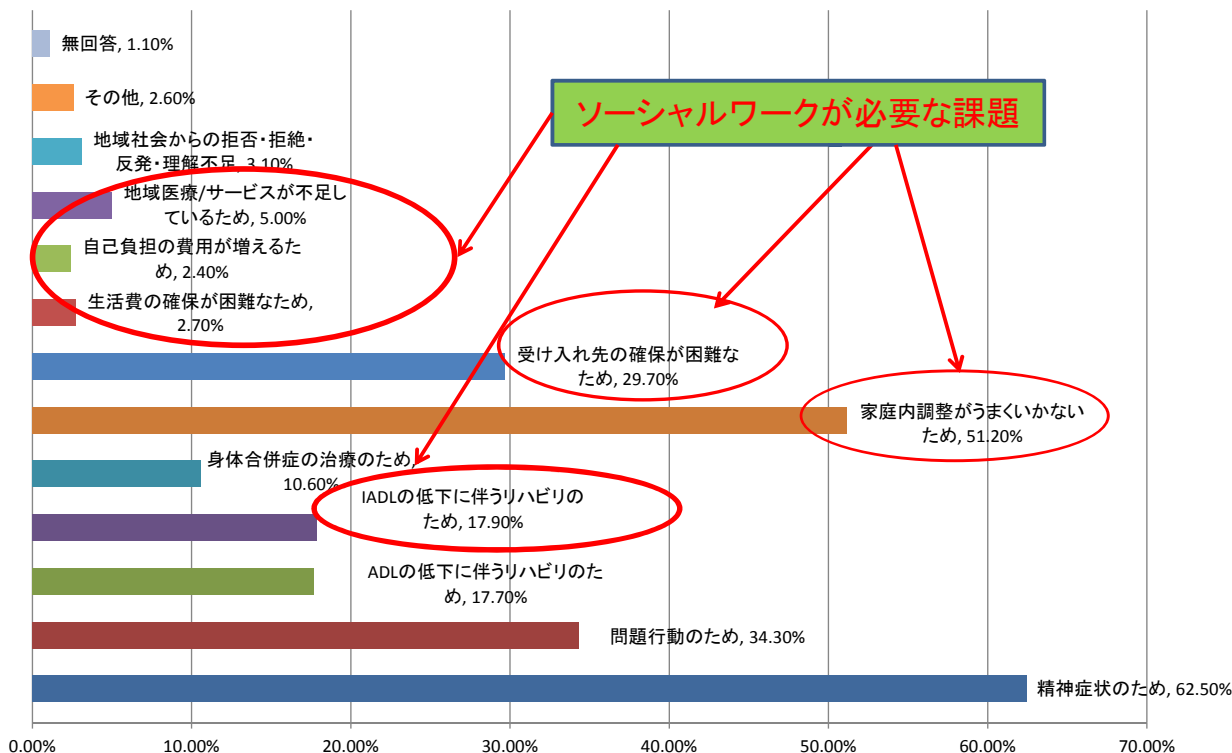
チーム全体が共通認識を持って地域移行支援に取り組む場となっている

地域移行プロジェクトチームの実績 (2010年)

支援候補者	47名
年齢	平均61.7歳(40歳～86歳)
入院期間	平均17年(6年～56年)
退院者数	15名
退院者年齢	平均64.1歳(51歳～85歳)
支援期間	平均12.2か月(3か月～17か月)
退院先	自宅7名、高齢者住宅6名、認知症GH1名、有料老人ホーム1名
退院後利用サービス	訪問看護4名、介護保険7名、障害福祉サービス3名、作業療法1名
支援中断	3名
死亡中断	1名

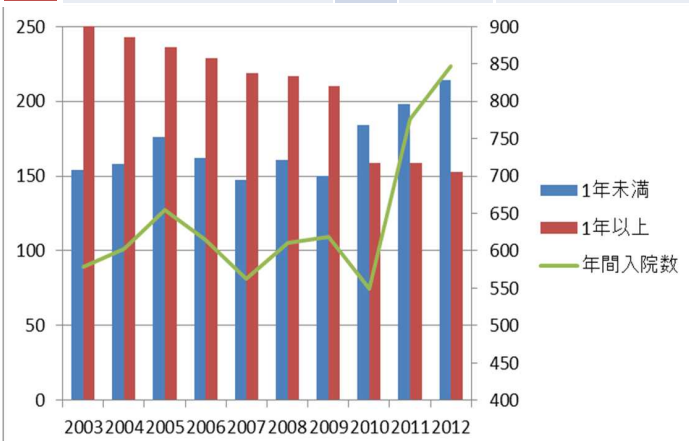
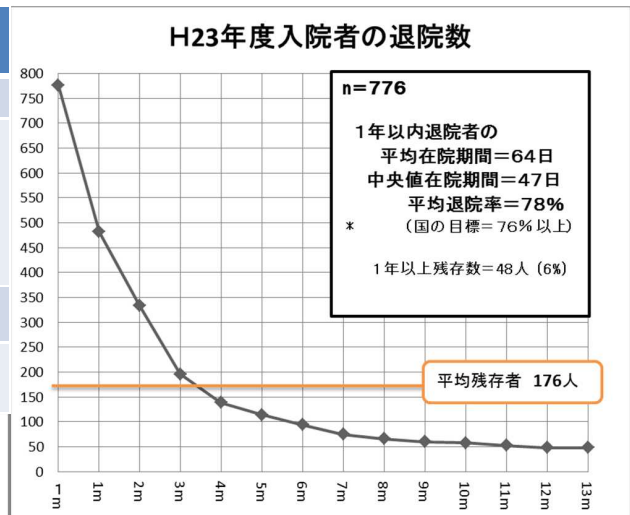
1年以内に退院できなかった理由

出典：平成24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」追加報告書より作成



東京都 C病院のPSW配置・業務と医療動態

PSW配置状況	病床数		PSW配置数	配置率 (PSW1対病床数)
	全病床数	396	14	28.3
	精神科救急病棟	48	2.5	PSWが施設基準に入っている
	急性期治療病棟	50	1.5	
	大規模デイケア	—	3	
	出来高病棟(5病棟)	298	5	59.6
	病棟と外来・地域連携等		2	42.6 (施設基準除く)



PSW配置増により1年以上在院者減少、新規入院増加

C病院はこの10年、急性期からスーパー救急届出の一方、グループホームの拡充・居住資源開拓・地域支援センターとの協働などによる長期在院者の地域移行を積極的に進め、その結果、1年以上在院者は100名減少した。一方、受け入れ機能を高めたことで、年間250件以上の新規入院が増加。全体の患者は50人減少となっている。

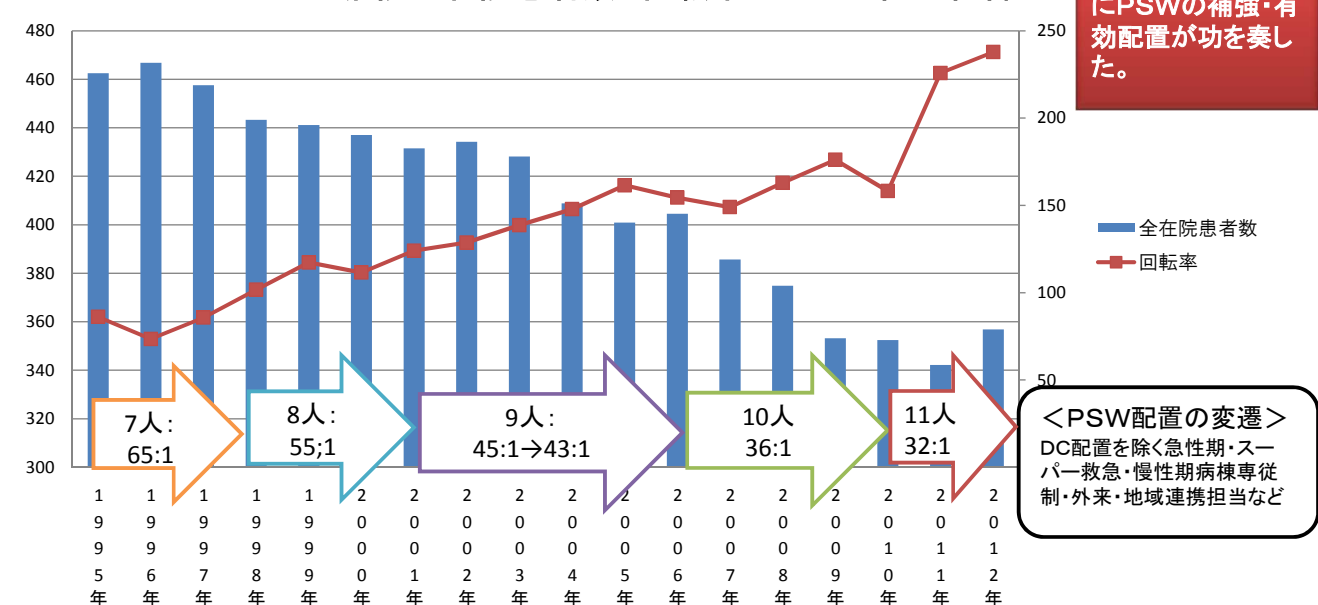
上記活動性を作り出すのに、先行的にPSWの配置を積極的に行ってきた。特に慢性期病棟では、地域との連携も進めながら、病棟に専従で関われないと、埋もれがちな患者へのアプローチは持続的にできない。得てして、急性期後のまだ入院が必要な患者に注力することに追われがちとなる。また、外来専従を配置し、訪問やアウトリーチ支援、機関連携の対応強化。

18

民間病院PSWが専門性を発揮することで促進できる入院の短期化(早期退院+地域移行)のための配置

このことに添った診療報酬が今こそ求められている

C病院の在院患者数と回転率:PSW配置の経緯



長期在院者の減少にPSWの補強・有効配置が功を奏した。

精神保健福祉士の当面望ましい配置について

入院料の種類	現行のPSW配置要件	望ましいPSW配置要件	病棟数※1 (2011年6月現在)	必要なPSW数
精神科救急入院料1・2	病棟常勤2名	病棟常勤3名	114	342
精神科救急・合併症入院料	病棟常勤2名	病棟常勤3名	10	30
精神科急性期治療病棟入院料1・2	病棟にPSW又は臨床心理技術者 常勤1名	病棟常勤2名	330	660
児童・思春期精神科入院料※2	病棟又は治療室に専従常勤1名以上	病棟常勤2名	22	44
認知症治療病棟入院料1・2	病院に専従常勤	病棟常勤2名	624	1,248
精神療養病棟入院料	病院にPSW又は臨床心理技術者 常勤	病棟常勤1名	1,856	1,856
精神病棟入院基本料	規定なし	病棟常勤1名	3,096	3,096

※1. 病棟数は、平成23年度630調査の結果(精神保健福祉資料より)

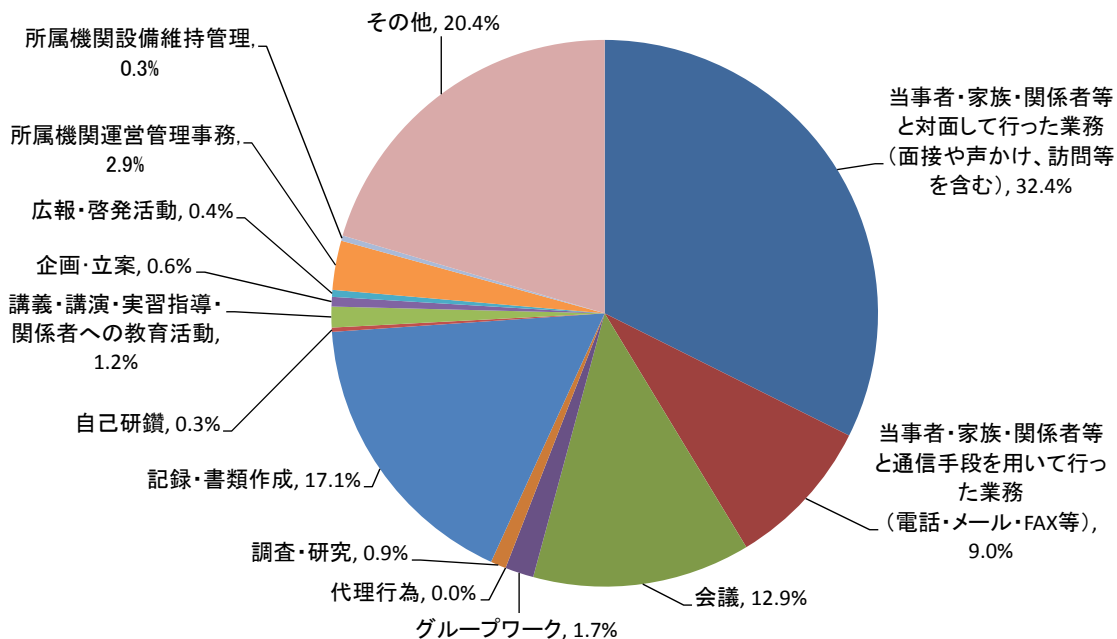
※2. 2011年7月時点の児童・思春期精神科入院医療管理加算の届出医療機関数から推計(中医協総会(第233回)資料より)

精神科病棟には、最低でも約7,300人の精神保健福祉士が必要

20

精神科病院における外来専従(訪問部門を含む)の精神保健福祉士の業務

「その他」のうち半分は、業務に付随する移動



出典: 日本精神保健福祉士協会・2012年度業務実態調査速報値より

日本精神保健福祉士協会診療報酬改定要望

- 1) 1年以上在院患者の地域移行を評価する精神科地域移行実施加算2の新設
- 2) 1年未満在院患者の退院率(残存率)を評価する精神病棟入院基本料初期加算2の新設

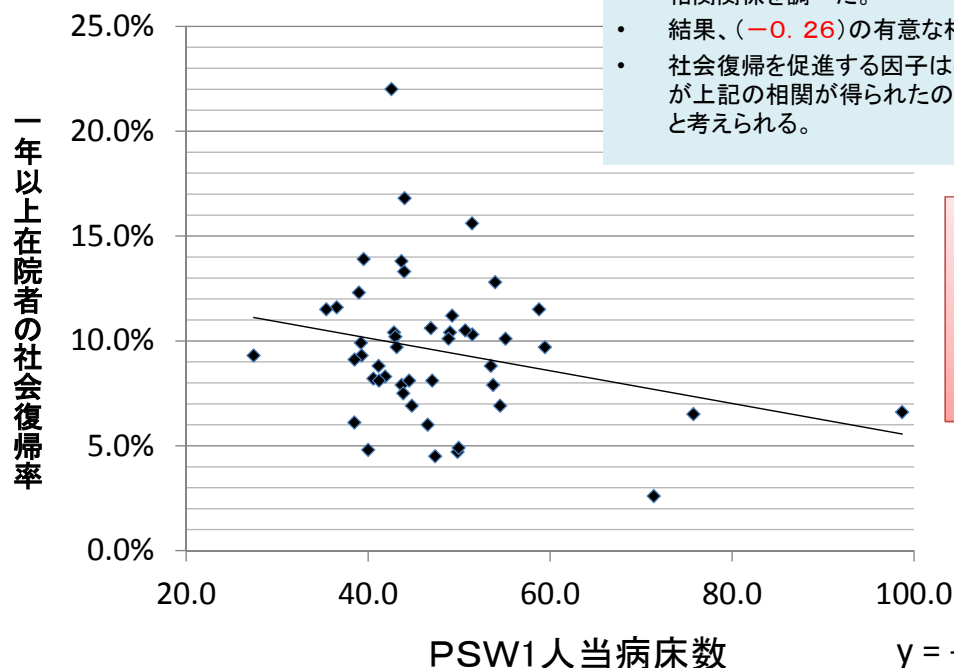
日本精神保健福祉士協会の要望重点2項目)

(H24.628「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」まとめ「今後の方向性に関する意見の整理」)を踏まえて

- 1年以上入院者の10%が地域移行した場合(参考:全国平均9.3%)
⇒「地域移行実施加算Ⅱ」として入院患者に1日10点の加算
- 入院から1年目の残存率が10%以下の場合(参考:全国平均12.2%)
⇒「入院基本料初期加算Ⅱ」として、初期加算(現行)にそれぞれ10点上乗せ
- いずれも、病床50に対し1名以上の精神保健福祉士(PSW)配置を施設基準とする。

- 3) 精神科継続外来支援・指導料における療養生活環境整備支援加算の単独化
- 4) 訪問看護ステーションにおける精神保健福祉士の単独訪問の評価
(精神科訪問看護基本療養費の算定職種に精神保健福祉士を追加)

22

PSWの社会復帰貢献度に関するエビデンス(1)
全国版都道府県別 PSW配置状況と
1年以上在院者の社会復帰率

- 各都道府県におけるPSW一人当たり精神科病床数を割り出した。
- 次に、PSW対病床数と都道府県別(社会復帰率)との相関関係を調べた。
- 結果、(-0.26)の有意な相関が得られた。
- 社会復帰を促進する因子は様々である中で、若干弱い上記の相関が得られたのは、精神科医療政策上重要と考えられる。

相関係数
-0.26
弱い相関あり

PSWの社会復帰貢献度に関するエビデンス(2) 自治体内における個別精神科病院の活動性分析から

大阪府：平成22年630調査より山本深雪氏の厚労省検討会ヒアリング時提出資料

- 基礎データは大阪府の平成22年度630調査表から、49病院、18,609床を母数として、精神保健福祉士の配置数と在院期間との相関を分析されている。

東京都：平成22年630調査を基に62病院対象

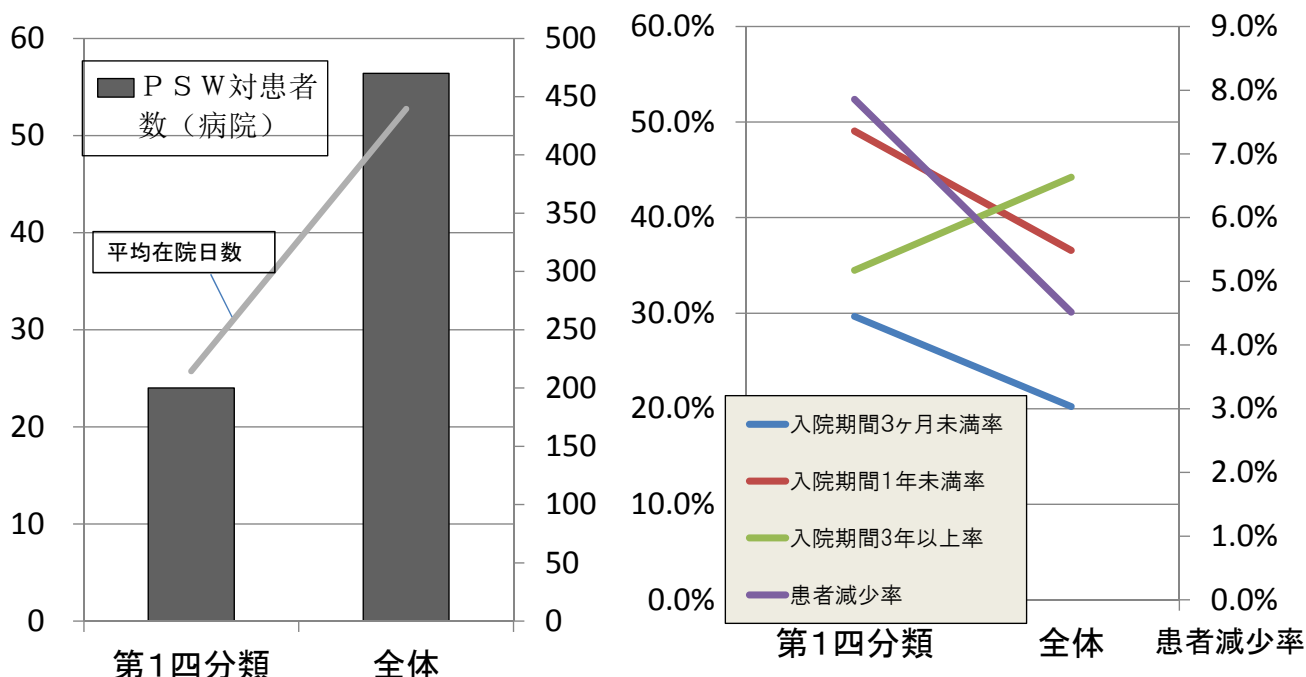
- 基礎データは都の平成22年度630調査表(115病院、23,868床)を、東京都地域精神医療業務研究会が情報開示請求により入手整理したものから、大学病院や総合病院等を除き、かつ在院患者に占める高齢者(65才以上)が70%以上を「老人病院」として除いた、「単科精神科病院」について、精神保健福祉士の配置状況と医療活動性に着目して、本協会診療報酬委員会委員が分析した
- 精神保健福祉士を配置していない病院、および、データに誤記内容があると思われる病院も除外した結果、母数は62病院19,865床となり、全体の83%を占める病床についての分析である。

各分析の期間設定は異なるが、全体として、精神保健福祉士配置数と患者在院期間や医療活動性に相関がみられたことから、地域の社会資源と連携して退院を支援し、長期在院者数の減少を進めるために、精神保健福祉士をさらに充足させることが求められる。

24

グラフ：PSW配置率と患者在院期間 第1四分類(上位15病院)対62病院全体

東京都



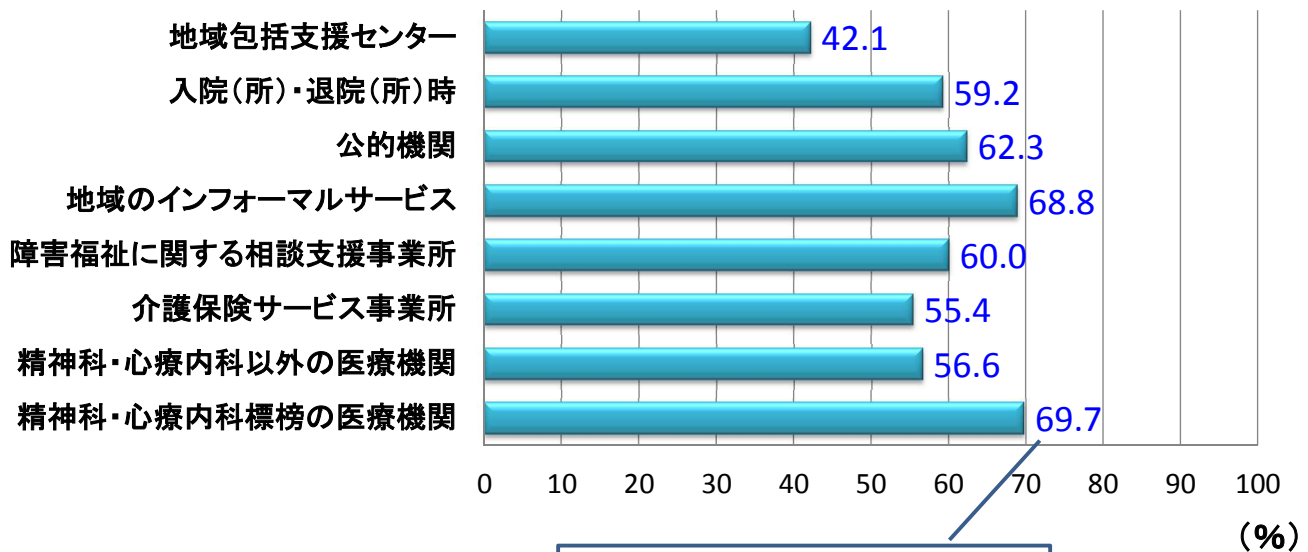
PSWの充足率が高い第1四分類(上位15病院)の平均値と62病院全体の医療動態を比較したところ、上記のような有意な結果が得られた。

25

居宅介護支援事業所の多くが認知症支援等において 精神科医療機関との連携に課題があると考えている

質問項目：関係機関との連携に課題はありますか？

「課題あり」と回答した事業所の割合



出典：厚生労働科学研究費補助金事業「精神保健福祉士の活動評価及び介入方法の開発と普及に関する研究」介護班の調査結果(速報値)

精神科・心療内科標榜の
医療機関が最も多い