

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会(第6回)

＜今後の方向性に関する意見の整理＞

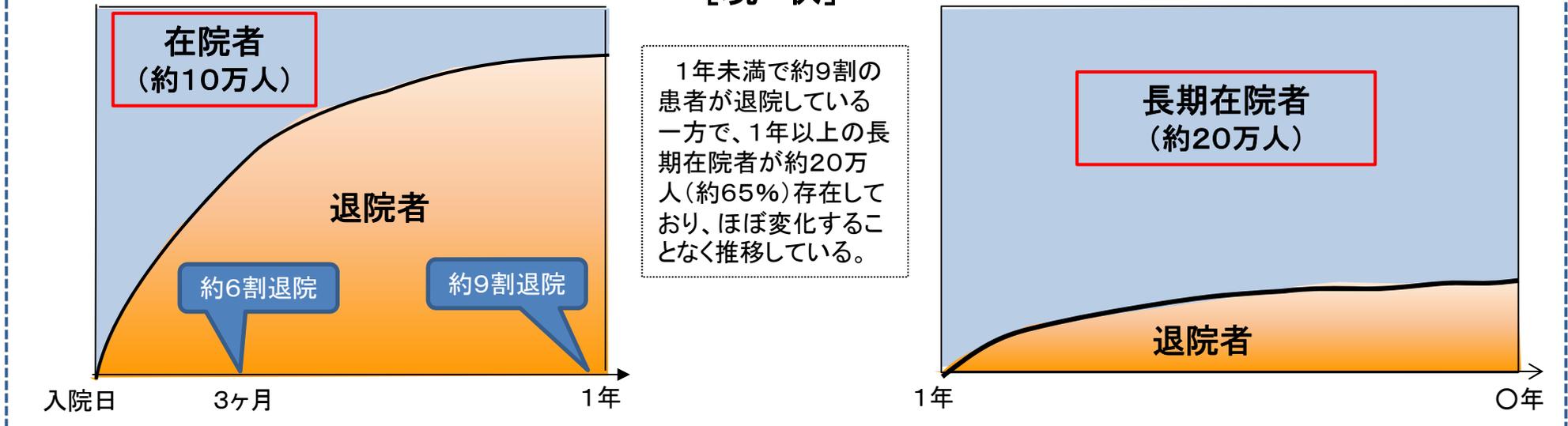
平成24年6月13日

精神病床の現状と今後の方向性

精神病床の今後の方向性

- 3か月未満、3か月～1年未満、重度かつ慢性、現在の長期入院、の状態像に応じた機能分化を進める。
- 機能分化に当たっては、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療の充実も推進する。
- 段階的に機能分化を進め、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。

[現 状]



新たな入院患者への精神科医療

- ・精神科入院医療の人員体制の充実
- ・退院支援のための人員体制の充実
- ・重度かつ慢性の患者を除き、できるだけ早期に退院し、新たな長期入院をつくらない

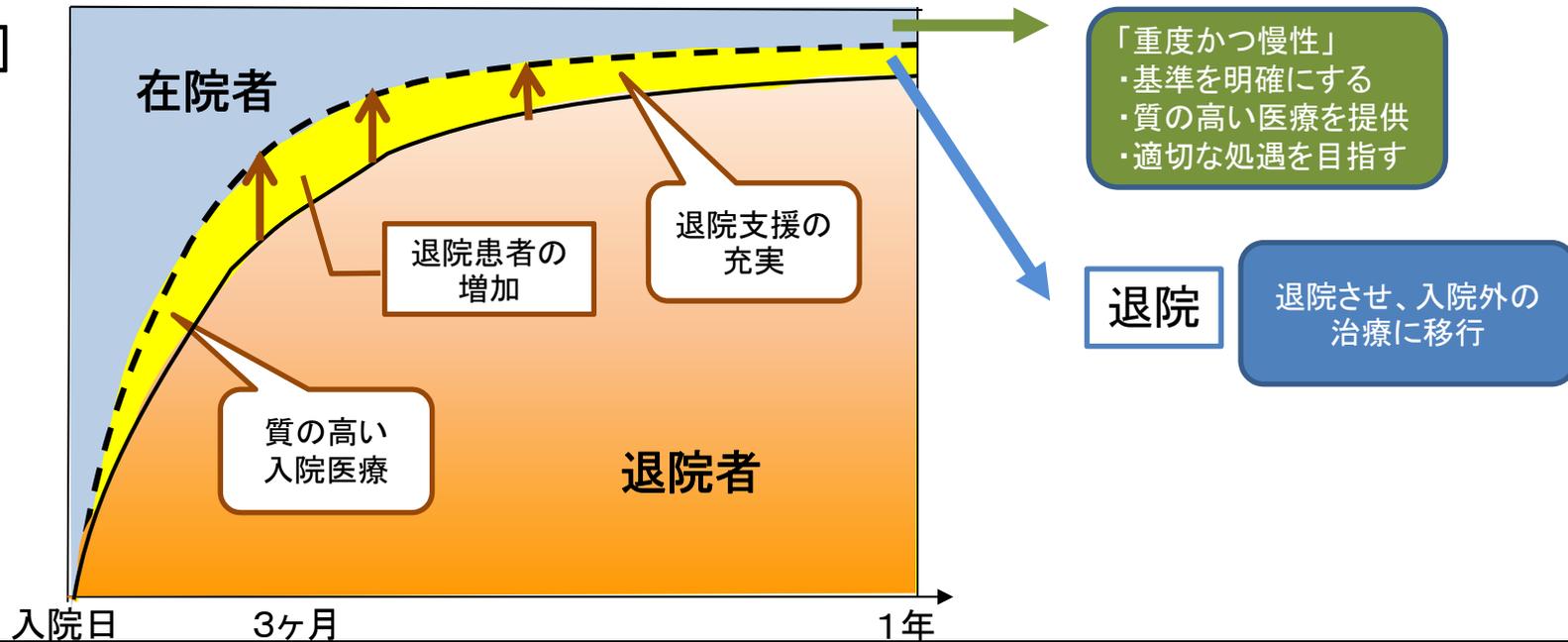
- ・重度かつ慢性の患者には、質の高い医療を提供

現在の長期入院者への対応

- ・地域移行の取組を推進する
- ・生活支援、退院支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域生活に近い療養環境とする

新たな入院患者への精神科医療

[今後]



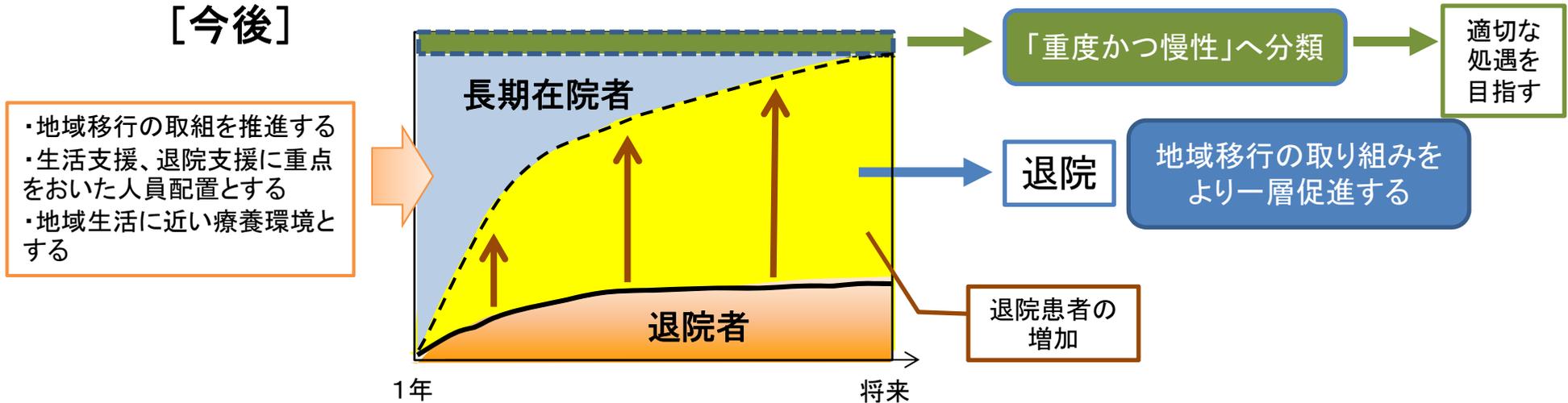
	3か月未満	3か月～1年未満	重度かつ慢性
人員体制、地域移行の取組など	<ul style="list-style-type: none"> ○安全で質の高い入院医療を提供できるようにするため、医療法施行規則上、 ・医師・看護師について一般病床と同等の配置とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する 	<ul style="list-style-type: none"> ○生活機能の向上などの退院支援をより充実させる観点から、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床と同様、 ・看護師と精神保健福祉士や作業療法士等を併せて3対1の人員配置とする 	<ul style="list-style-type: none"> ○「重度かつ慢性」の患者の基準については、 ・調査研究等を通じて明確化する ・新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取り扱いとする ○「重度かつ慢性」の患者については、新たな治療やアウトリーチなどにより地域移行を可能にするモデルを検討する ○人員体制については、以下のような意見があった ・一般病床と同様の配置にすべきとの意見 ・多職種で3対1の人員配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべきとの意見
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○機能分化は、実現可能な方策を講じながら、段階的に進めていく ○機能分化を進みやすくするため、一つの病棟で複数の状態像の患者のミックスが可能となるような仕組みを検討する ○新たな長期在院者を作らないための取組を推進するため、「重度かつ慢性」を除き、入院医療は1年を上限にする ○重度かつ慢性については、質の高い医療を提供し、適切な処遇を目指す 		

新たな入院患者への対応に関する主な意見

	3ヶ月未満	3ヶ月～1年未満	重度かつ慢性
人員体制、地域移行の取組など	<ul style="list-style-type: none"> ・身体管理など医療を提供する観点から、一般病床と同等の配置が必要(堀江構成員、樋口構成員、長野構成員、川崎構成員、小川構成員、天賀谷構成員) ・看護師は最低でも一般科と同じ3対1は必要(佐々木構成員) ・精神医療は一般医療と異なるので、多職種あわせて3対1の人員配置基準にするべき(山崎構成員、千葉構成員、三上構成員) ・多職種での人員配置基準は反対。看護配置3対1で、多職種は上乗せして配置するべき。医師は16対1必要(長野構成員) ・看護師配置と多職種配置は分けて考えるべき(小川構成員、菊池代理人、広田構成員) ・精神保健福祉士や臨床心理技術者等の多職種を配置基準に入れてほしい(門屋構成員) ・早期の退院のためには、急性期から退院支援にかかわる精神保健福祉士や作業療法士等の職種を配置し、精神保健福祉士の担当患者は10人までとするべき(長野構成員) ・退院調整は看護師ではなく、精神保健福祉士等が行うべき(山崎構成員) ・急性期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、武川参考人) 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援の観点では、多職種で3対1の人員配置にするべき(千葉構成員、山崎構成員、佐々木構成員) ・看護配置3対1とした上で、退院支援などの多職種を上乗せして配置すべき。医師は16対1を目指すべき(中島構成員) ・症状が不安定な場合にも対応できるように、看護配置3対1は必要(天賀谷構成員、菊池代理人) ・財源や人員に限りがある中で、精神病床全てを看護師3対1にするのは短期的には無理であり、まずは多職種で3対1とするべき(千葉構成員) ・患者の状態により必要な支援が異なるため、看護師だけではなく、多職種による支援が必要(千葉構成員) ・看護師配置と多職種配置は分けて考えるべき(小川構成員、菊池代理人、広田構成員)【再掲】 ・多職種による退院支援と地域でのサポートが連携し、できるだけ早く退院させ、1年で地域移行すべき(川崎構成員、小川構成員、長野構成員、門屋構成員) ・外部から病院に支援が入る仕組みを考える必要がある(長野構成員、門屋構成員) ・患者の状態に応じた受け皿が必要(樋口構成員) 	<ul style="list-style-type: none"> ・重複障害や重度の精神障害のある患者と考えれば、一般病床と同等の配置が必要(樋口構成員) ・現在は人員が不十分なため保護室が利用されている面もあり、1対1で人員がつくような配置にする必要がある(長野構成員) ・海外の長期重症病棟は、急性期に準ずる看護師中心の配置である(佐々木構成員) ・重度かつ慢性でも、精神疾患と身体疾患で状態像が異なるため分けて考えるべきで、身体は看護師3対1、精神は多職種で3対1の配置とするべき(三上構成員) ・重度の患者をみるためにはある程度の抑止力が必要なため、看護師だけではなく、多職種で3対1の配置が必要(千葉構成員) ・重度かつ慢性の患者には手厚い人員体制が必要であり、看護配置は最低3対1必要(天賀谷構成員) ・財源や人員に限りがある中で、精神病床全てを看護師3対1にするのは短期的には無理であり、まずは多職種で3対1とするべき(千葉構成員)【再掲】 ・医師は16対1を目指すべき(中島構成員) ・重度かつ慢性には重複障害(知的障害等)が含まれるが、長期の対応が必要であり、アウトリーチでの対応も必要(樋口構成員)
	<ul style="list-style-type: none"> ・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) ・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) 		
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・人材が不足しており、新しい人員配置にするためには十分な移行期間が必要。医療法でやるのか診療報酬でやるのか、地域で考えるときには整理が必要。(中沢構成員) ・機能分化を進める際、小さい病棟は複数に分けられないので、ひとつの病棟で複数の患者をミックスさせ人員を傾斜できるような仕組みを検討する必要がある(千葉構成員、佐々木構成員、長野構成員) ・現在人員は限られており、現実的な人員配置にするべき(菅間構成員) ・財源や人員に限りがある中で、人員体制の充実を実現するためには、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) 		

現在の長期在院者への対応

[今後]



	現在の長期在院者(「重度かつ慢性」を除く)
地域移行の取組	<ul style="list-style-type: none"> ○長期在院者の地域移行を推進するため、 <ul style="list-style-type: none"> ・できる限り、退院、地域移行が進むような取組を重点的に行う ・外来部門にも人員を再配置していけるよう地域移行のための人材育成を推進する ・高齢者で要介護度が高い場合に、精神疾患のある人でも、退院して介護サービス等が使いやすくなるような方策を検討
人員体制	<ul style="list-style-type: none"> ○退院支援や生活支援などの患者像に応じた支援を提供できるよう、 <ul style="list-style-type: none"> ・看護師、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者などの多職種で3対1の基準とする ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする
療養環境	<ul style="list-style-type: none"> ○長期の療養や地域移行のためには、より地域生活に近い環境が適切であるとの観点から、 <ul style="list-style-type: none"> ・開放的な環境を確保する ・外部の支援者との関係を作りやすい環境とする
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・地域移行を進めるためには、選択肢が多い方がよいとの意見があった。 ・地域の受け皿として、医療と福祉のサービスを複合的に提供できるような新たな仕組みを検討すべきとの意見があった。 ・長期高齢の在院者の受け皿として、精神病床でも介護老人保健施設に転換できるようにすべきとの提案があった。これに対して、精神疾患があるということではなく、介護保険の対象かどうか、状態像に応じて個別に判断すべき、介護保険の対象にならない者は引き続き医療で対応すべき、などの意見があった。

現在の長期在院者への対応に関する主な意見

現在の長期在院者	
地域移行の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・3年くらいで地域移行させるべきと考えるが、介護の受け入れ体制の整備等を考慮しても、長くても5年くらいで地域移行させるべき(堀江構成員) ・地域移行を行った後も病院が24時間対応できるような体制にするべき(中島構成員) ・地域移行を進めるという点はゆるがない方針として、そのための選択肢は多い方が良い(長野構成員) ・今の長期入院者は、これからであればそう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) ・地域移行を進めるためには、医療と福祉を総合的に提供できるような新たな仕組みを作る必要がある(千葉構成員) ・介護施設でないことだけでなく、在宅型の施設やアパートなどに退院させていくことを考えるべき(中島構成員)
人員体制	<ul style="list-style-type: none"> ・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) ・患者の状態により必要な支援が異なるため、看護師だけではなく、多職種による支援が必要(千葉構成員) ・重度の生活障害を持つ入院患者に対し、作業療法士の果たす役割は大きい(中島構成員) ・急性期や亜急性期は一般病床に近づけるとして、ここは過渡的なものとして療養病床の配置を踏襲するべき(小川構成員) ・介護が必要な者は介護施設でみるべきだが、そのような人は多くはない。介護の対象でないが医療が必要な人を想定し、医師100対1など、介護施設の配置を加味した類型を医療で作るべき(三上構成員)
療養環境	<ul style="list-style-type: none"> ・療養環境を整えるために、必要な情報を入院患者に十分に伝えることができるような人員配置にするべき。院内スタッフだけではなく、病院の外部からも支援者が関われる環境が必要(伊澤構成員) ・本人の意向が大切であり、そのために選択肢を示すこと、様々なサービスの情報が伝わること、体験することが重要である(野澤構成員) ・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) ・退院に向けて地域をつながり構築できるよう、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が必要(山本眞理参考人)
その他	<p>【介護老人保健施設への転換について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の長期高齢患者の受け皿として、精神医療と介護の両方に対応できるような施設(転換老健)を作ることについて検討するべき(千葉構成員) ・介護が必要な者は介護施設でみるべきだが、そのような人は多くはない。介護の対象でないが医療が必要な人を想定し、例えば医師100対1など、介護施設の配置を加味した類型を医療で作るべき(三上構成員)【再掲】 ・海外でも転換型の施設を作っている国はあるが、介護保険でみている国もあれば医療保険でみている国もあり、どちらでもよい。入院患者の高齢化も進んでおり、転換老健も選択肢のひとつとして考慮する必要があるのではないか(佐々木構成員) ・結局、患者を施設に閉じ込めるようなものであれば、転換老健には反対(広田構成員)