

中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会（第2回）  
議事次第

平成17年12月7日（水）  
第一ホテル東京「ラ・ローズⅡ」

議 題

- 平成16年度改定の結果の検証について

中医協 検-1-1  
17. 12. 7

「精神科医療に係る平成16年度診療報酬改定の影響に  
関する調査研究」報告書

平成17年3月  
(社) 日本精神科病院協会

## 序 文

平成16年度診療報酬改定の重点課題として精神科医療が挙げられ改定が行われたが、本調査はその事後の影響について、厚生労働省から日本精神科病院協会（以下：日精協）が委託を受けて調査したものである。

5年前にさかのぼるが、平成11年度の精神保健福祉法の改正は精神保健指定医の業務の増加など、精神科医療、特に入院医療を担う病院にたいへん大きな影響を与えた。しかし、過去2回の診療報酬改定においては、全く評価をされないまま経過してきた。

しかし近年、国会でも精神科医療の質の向上が議論され、これからの精神保健福祉の施策が具体的に推進されようとしている。また一方で医療制度改革では、今までの構造や面積、人員配置などを中心に診療報酬を評価する方法から、医療必要度、難易度、アウトカムなどに注目した評価方法に大きく転換しようとしている。

このような中で、平成16年度の診療報酬改定では、新しい評価方法であるDPC（診断群別包括払い制度）と、経済的底上げが必要とされてきた小児医療と精神科医療が重点課題となり、着実に施策が推進しているようにも思える。具体的な改定内容は、精神保健福祉法改正に関わる医療保護入院診察料や、地域支援という視点でのチーム医療など、新しい方向性を示す項目が加わった。しかし、ゼロ改定の中でたいへん予算規模の小さい改定となり、経済的には不十分な結果となった。

平成16年度の改定が診療報酬上どのような影響を与え、また、この改定を日精協会員病院がどのように受け止め、対応したかを明らかにすることが本調査の目的である。

本調査結果が、次期18年度改定における参考資料として十分に活用され、これからの精神科医療の経済的基盤に寄与することを期待したい。

最後に、本調査にご協力いただいた施設、企画委員の方々に深謝する。

社団法人 日本精神科病院協会  
会 長 鮫 島 健

## I 調査研究概要(エグゼクティブ・サマリー)

### 1. 調査目的

本調査研究は、今後の診療報酬議論の一助とすることを目的に、平成 16 年度の診療報酬改定項目(精神科退院前訪問指導、精神科訪問看護・指導、精神科デイ・ケア等、医療保護入院等診療料、特定抗精神病薬治療管理加算 表1参照)に関する病院の対応実態を明らかにするものである。

表1 平成 16 年度診療報酬改定項目

項目	内容	変更点	
		旧	新
精神科退院前 訪問指導料	退院前に家族等に訪問指導を実施した場合に入院中、3回まで算定可	1回まで可 (380点)	3回まで可 (380点×3 =1140点)
	複数職種で共同して実施した場合に加算 (同一職種は不可)	なし (単独分の算定のみあり)	新設 (320点を加算)
複数による 精神科訪問看護・ 指導料	患者宅への精神科訪問看護・指導に複数名で訪問したときに加算	なし (単独分の算定のみあり)	新設 (450点を加算)
精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ ケア	当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える場合、週5日を限度として算定	回数制限なし	週5日に制限
医療保護入院等 診療料	措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院に係る患者について、常勤の指定医が1人以上配置されていること、行動制限最小化委員会を月1回以上開催することなどを条件に、1入院につき1回に限り算定	なし	新設 (300点を入院中、 1回限り算定可)
特定抗精神病薬 治療管理加算	非定型抗精神病薬を投与している統合失調症患者に対して算定	なし	新設 (1日につき10点)

### 2. 調査方法

アンケート調査では、病床数、入退院の状況、診療報酬改定項目に関する病院の取組状況を調査した。

タイムスタディ調査では、医療保護入院を開始してからの一定期間において、当該患者にどのような職種からどのような業務がどのくらい提供されるのかを調査した。

#### (1) アンケート調査

##### 1) 調査対象

日本精神科病院協会(以下、日精協)の会員 1,217 病院に悉皆調査を行った。調査回答者は、病院の診療報酬改定に関する経営方針など(調査票 A)について

は病院長とし、病院の診療報酬改定項目に関する、診療報酬算定状況や退院前訪問指導回数などの実務的対応(調査票 B)については事務長とした。

**2) 調査時期、方法**

平成 17 年 2 月 10 日～3 月 2 日

郵送で発送、回収

**3) 回収率**

70.2% (854 件/1,217 件)

**(2) タイムスタディ調査**

**1) 調査対象**

- ・ 日精協会員のうち、タイムスタディ調査に協力意向を示してくれた以下 3 病院。
  - 病院 I (病床数 400 床台)
  - 病院 II (病床数 400 床台)
  - 病院 III (病床数 600 床台)
- ・ 上記 3 病院の職員のうち、下記に示す医療保護入院患者に関わる全職員。

**2) 調査方法、調査期間**

- ・ 平成 17 年の一定期間中、各病院に医療保護入院をした患者を入院順に 3 名特定した。
- ・ 上記患者にかかる職員全員の自記式によるタイムスタディ。
- ・ 調査期間は指定医が患者に医療保護入院を告知してから 2 週間。

### 3. 調査結果

#### (1) アンケート調査

本研究では、平成16年度に一部項目について診療報酬が改定されたが、その結果、①改訂前の平成15年度と比較して、病院行動にどのような変化が見られたか、②診療報酬改定について、経営者層は収益およびケアの質の面でどう評価しているか、③新設された診療報酬項目について診療サービスを提供しない（算定しない）病院が存在するが、その阻害要因は何か、④今回、改定ないし新設された診療行為に要する人員、時間、人件費の実態、⑤従来の収容中心の医療から地域におけるケアへの転換のためには、連携が欠かせないが、精神科病院における連携への取組はどのようなものか、を調査した。

アンケート調査の結果、回答を寄せた病院においては、社会復帰促進を目指し、当該診療行為の増加が望まれる項目に関する算定数や実施件数、実施患者数は大きく伸びたことが判明した。

次にこれら診療報酬改定の収益面への影響をみると、経営者層は精神科退院前訪問指導料については厳しいとの受け止め方が多かったが、精神科訪問看護・指導料については、評価する病院の方が多かった。他方、これら改定項目が及ぼすケアの質への影響については、プラスに寄与すると評価する病院がほとんどであった。

一方、新設された診療報酬項目を算定しない病院も存在した。新設された診療報酬項目実行にあたっての阻害要因としては、トップに人不足が挙げられた。

各サービスに要する人員、時間、人件費を見ると、複数職種による精神科退院前訪問指導については平均2人によって行われ、1人当たり101.1分を要し、当該訪問指導に直接かかる人件費は合計9,511円だった（訪問前後の準備、記録時間などは含まれていない）。複数による精神科訪問看護・指導については平均2人によって行われ、1人当たり68.7分を要し、当該訪問指導に直接かかる人件費は合計6,484円であった（訪問前後の準備、記録時間などは含まれていない）。行動制限最小化委員会については平均8.8人で行われ、委員会開催時間48分、当該委員会に直接かかる人件費は合計28,615円であった（会議のための資料作成などの準備時間は含まれていない）。これらは全て直接業務にかかる人件費だけのコストであり、業務遂行には物件費、間接業務の人件費が別途かかることに注意を要する。

近年の精神科医療の流れに退院促進、地域ケアの実践が指摘されるが、そのためには地域連携が重要である。ただ、現在これについての診療報酬上の算定はない。このような中、回答を寄せた病院の大半が、連携のための何らかの部署を設置し、患者の退院を促進するために1病院当たり平均7.1機関と連絡を取るなど退院促進、連携に努めている姿がはっきりと見られた。なお他機関と主に連絡を取っている職種は、精神保健福祉士であった。

これらについてやや詳しく述べると以下の通りである。

### ① 診療報酬改定前後で比較した病院行動の変化

診療報酬改定前後(平成15年度と平成16年度の2年間)における、診療報酬改定項目に関する病院の動きをみた。

- ・ 回答を寄せた病院のうち、精神科退院前訪問指導料を算定した病院は、4割以上も増加した(表2)。精神科退院前訪問指導料を算定した病院のうち、新設された複数職種による精神科退院前訪問指導を提供した病院は7割以上と、ほとんどの病院で実施していた(表3)。
- ・ 精神科訪問看護・指導料を算定した病院は1割近くの増加を示した(表2)。精神科訪問看護・指導料を算定した病院のうち、新設された複数によるサービスを提供した病院は7割以上と大半であった(表4)。
- ・ 新設の医療保護入院等診療料については、回答を寄せた病院の7割以上と大半の病院が算定した(表2)。
- ・ 次に算定件数の増減率を見てみると(表5)、精神科退院前訪問指導料については単一職種・複数職種を合わせた件数が100%も増加、患者の実人数も約6割増加した(平成16年度分は、アンケートの実施時期より平成16年7月～12月分の件数しか採れなかったことより、年度比較をするため当該半年分の数値を2倍にして試算した)。うち平成16年度の複数職種だけによる算定について、平成15年度の算定と比較しても、件数が6割以上も増加、患者の実人数も約3割増加した。精神科訪問看護・指導料をみると、件数が1割以上、患者の実人数が2割以上増加した。
- ・ 精神科デイ・ケア等(精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア)については、平成16年度の診療報酬改定において週5日以下に制限されたため、週6日以上サービスを受けた患者は約5割減少したが、それでも残り半分の患者は従前通り週6日以上サービスを受けた(表6)。再燃・増悪の防止など、毎日の精神科デイ・ケア等が必要な患者もおり、病院の負担でそれらへの対応がなされている様子が見える。
- ・ 新設の特定抗精神病薬治療管理加算については、加算対象となる特定入院料の病棟を有する病院が58.0%であり、そのうち91.6%が特定抗精神病薬治療管理加算を算定した(表7、表8)。
- ・ 特定抗精神病薬治療管理加算をしている病院では、非定型抗精神病薬への切替の促進を指示している病院が2割近くあった(表9)。
- ・ 以上みてきたように、社会復帰促進を目指し、当該診療行為の増加が望まれる精神科退院前訪問指導、精神科訪問看護・指導、医療保護入院等診療料、特定抗精神病薬治療管理加算、に関する算定数や実施件数、およびサービスを受ける患者数は大きく伸びたことがはっきりと読み取れた。

表2 診療報酬改定前後における算定病院の増減率

		平成15年度		平成16年度		増減率 %
		件数	%	件数	%	
精神科退院前 訪問指導料注)	算定した	233	27.9	340	40.7	+45.9
	算定しなかった	602	72.1	495	59.3	-17.8
	合計	835	100.0	835	100.0	
精神科訪問看護 ・指導料注)	算定した	381	57.3	413	62.1	+8.4*)
	算定しなかった	284	42.7	252	37.9	-11.3
	合計	665	100.0	665	100.0	
医療保護入院等 診療料	算定した	-	-	621	73.4	
	算定しなかった	-	-	225	26.6	
	合計	-	-	846	100.0	

\*) 訪問看護STを所有  
していない病院にのみ  
尋ねた

注) 増減率をみるため、平成 15、16 年度の両年度に関し回答した病院のみが対象

表3 精神科退院前訪問指導料算定病院における、複数職種による算定の有無

	件数	%
算定した	250	74.0
算定しなかった	88	26.0
合計	338	100.0

注) 精神科退院前訪問指導料を算定した病院のみが対象

表4 精神科訪問看護・指導料算定病院における複数による算定の有無

	件数	%
算定した	310	74.3
算定しなかった	107	25.7
合計	417	100.0

注) 精神科訪問看護・指導料を算定した病院のみが対象

表5 診療報酬改定前後における算定件数の増減傾向

		平成15年度 (A)	平成16年度 (半年間分×2) 単一・複数職種の合計 (B)	増減率 (B/A× 100%- 100%)	平成16年度 (半年間分×2) 複数職種のみ (C)	増減率 (C/A× 100%- 100%)
		精神科退院前 訪問指導料	訪問件数	8.3件	16.6件	+100.0%
患者の実人数	7.4人		11.6人	+56.7%	9.6人	+29.7%
精神科訪問 看護・指導料	訪問件数	628.8件	719.8件	+14.5%	338.4件	-46.2%
	患者の実人数	128.4人	156.0人	+21.1%	80.6人	-37.2%



表6 週6日以上の精神科デイ・ケア等を実施した患者の有無

	平成15年度 注1)		平成16年度 注2)		増減率 %
	件数	%	件数	%	
該当患者がいた	84	84.8	44	44.4	-47.6
該当患者がいない	15	15.2	55	55.6	266.7
合計	99	100.0	99	100.0	

注1)平成15年4月～平成16年3月に週6日以上精神科デイ・ケア等を開催していた病院のみが対象

注2)平成16年7月～12月に週6日以上精神科デイ・ケア等を開催していた病院のみが対象

表7 特定抗精神病薬治療管理の加算対象となる特定入院料の病棟の有無

	件数	%
病棟がある	487	58.0
病棟がない	352	42.0
合計	839	100.0

表8 特定抗精神病薬治療管理加算の算定の有無

	件数	%
算定した	446	91.6
無回答	41	8.4
合計	487	100.0

注)特定抗精神病薬治療管理の加算対象となる特定入院料の病棟を有する病院のみが対象

表9 投薬への影響

		件数	%
非定型抗精神病薬への切替指示	切替の促進を指示	91	16.8
	切替の抑制を指示	7	1.3
	変わらない	445	82.0
	合計	543	100.0

注)特定抗精神病薬治療管理加算を算定した病院のみが対象

## ② 診療報酬改定に対する経営者層の評価など

以上のような診療報酬改定が経営面でどのような影響があったかを、実際に各診療報酬項目を算定している病院長に尋ねた。

- ・ 精神科退院前訪問指導料については、収益に貢献しているとする病院は約3割であったのに対し、貢献していないとする病院は約5割に達した。複数職種による訪問についても、収益に貢献しているとする病院が、貢献していないとする病院よりも少なく、収益的にはプラス効果が出ていない様子が推測された(表 10)。
- ・ 精神科訪問看護・指導料については、単独訪問よりも複数による訪問が収益に貢献しているとする病院は約5割、貢献していないとする病院が約2割と、収益面を評価する病院が多かった(表 10)。
- ・ 医療保護入院等診療料については、従来何も算定されていなかったところに300点がついたため、その点だけをみれば収益にプラスだが、行動制限最小化委員会の開催などの要件がある。そこで、行動制限最小化委員会設置による経営面に関する影響をきいたところ(複数回答)、収益の改善を挙げる病院は5.2%、収益の悪化を挙げる病院は1.1%と、収益面への影響は大きくないようであった(表 11)。
- ・ 特定抗精神病薬治療管理加算については、その過半が加算をしても収益については変わらないと答えた(表 12)。
- ・ 一方、これら新設された診療報酬改定項目のサービスを実施することによるケアの質の面に関する影響を、実際に各診療報酬項目を算定している病院長にきいてみたところ、大半の病院がケアの質の向上に役立つと答えた(表 13、表 11)。
- ・ ただし精神科デイ・ケア等の回数制限については、回答を寄せた病院の半数近くが妥当ではないと答えた(表 14)。その理由として、社会復帰の妨げ、症状悪化を防止できないことを挙げる病院が8割以上であった(表 15)。
- ・ 毎日、精神科デイ・ケアを受けていた患者では、再燃・増悪するケースも懸念され、今後、回数制限については継続調査が必要である。

表 10 精神科退院前訪問指導、精神科訪問看護・指導の収益への貢献について

			収益に貢献 していると 考える	収益に貢献 していると 考えない	わからない	合計
精神科退院前 訪問指導料	単独・複数訪問	件数	104	166	65	335
		%	31.0	49.6	19.4	100.0
	複数訪問	件数	116	142	77	335
		%	34.6	42.4	23.0	100.0
精神科訪問看 護・指導料	単独・複数訪問	件数	214	104	90	408
		%	52.5	25.4	22.1	100.0
	複数訪問	件数	170	70	63	303
		%	56.1	23.1	20.8	100.0

注)各診療報酬項目を算定している病院のみが対象

表 11 行動制限最小化委員会設置による病院への影響(複数回答)

	件数	%
職員の人権意識の高まり	521	79.8
隔離や身体拘束の減少	352	53.9
委員会の準備、開催等による時間的余裕の減少	300	45.9
影響なし	71	10.9
収益が改善	34	5.2
収益が悪化	7	1.1
その他	12	1.8

注)医療保護入院等診療料を算定している病院のみが対象

表 12 特定抗精神病薬治療管理加算の収益への影響

	件数	%
改善した	108	20.1
悪化した	41	7.6
変わらない	280	52.1
わからない	108	20.1
合計	537	100.0

注)特定抗精神病薬治療管理加算を算定している病院のみが対象

表 13 精神科退院前訪問指導、精神科訪問看護・指導のケアの質への影響について

				考える	考えない	わからない	合計	
精神科退院前 訪問指導料	単独・複数訪問	円滑な退院に役立つ	件数	297	15	28	340	
			%	87.4	4.4	8.2	100.0	
	複数訪問	患者宅へ行きやすくなる	件数	262	46	26	334	
			%	78.4	13.8	7.8	100.0	
		効果的な指導ができる	件数	299	16	22	337	
			%	88.7	4.8	6.5	100.0	
精神科訪問看護・指導料	単独・複数訪問	疾病再燃・増悪防止に役立つ	件数	383	7	20	410	
			%	93.4	1.7	4.9	100.0	
		定期的服薬の維持に役立つ	件数	388	7	15	410	
			%	94.6	1.7	3.7	100.0	
		生活技術(料理・掃除等)の維持向上に役立つ	件数	349	21	39	409	
			%	85.3	5.1	9.6	100.0	
		社会資源や福祉制度の情報提供に役立つ	件数	362	19	28	409	
			%	88.5	4.7	6.8	100.0	
		家族教育に役立つ	件数	324	17	68	409	
			%	79.2	4.2	16.6	100.0	
		複数訪問	スタッフの安全確保・事故防止に役立つ	件数	293	5	8	306
				%	95.8	1.6	2.6	100.0
	患者宅への行きやすさに役立つ		件数	269	11	23	303	
			%	88.8	3.6	7.6	100.0	
	社会資源や福祉制度の情報提供に役立つ		件数	240	19	48	307	
			%	78.2	6.2	15.6	100.0	
	家族教育に役立つ		件数	233	15	57	305	
			%	76.4	4.9	18.7	100.0	
	生活技術(料理・掃除等)の維持向上に役立つ	件数	233	24	47	304		
		%	76.6	7.9	15.5	100.0		
疾病再燃・増悪防止に役立つ	件数	223	23	61	307			
	%	72.6	7.5	19.9	100.0			
定期的服薬の維持に役立つ	件数	216	23	65	304			
	%	71.1	7.6	21.4	100.0			

表 14 精神科デイ・ケア等の回数制限について

	件数	%
週5日以下の制限は妥当	231	28.4
週5日以下の制限は妥当でない	365	44.8
わからない	218	26.8
合計	814	100.0

表 15 精神科デイ・ケア等の回数制限を妥当と思わない理由

		思う	思わない	わからない	合計
社会復帰促進の妨げになる	件数	300	36	20	356
	%	84.3	10.1	5.6	100.0
症状悪化を防止できない	件数	294	24	39	357
	%	82.4	6.7	10.9	100.0

注)精神科デイ・ケア等の回数制限を妥当と思わないと答えた病院のみが対象

### ③ 阻害要因

- ・ 一方、新設された診療報酬項目を算定しない病院に、その理由を尋ねたところ、精神科退院前訪問指導料、精神科訪問看護・指導料とも、トップは人不足であった(表 16)。日精協会員の複数の病院へのヒアリングによると、訪問指導の場合、病棟での業務と比べて一層、患者や家族の状況把握や連携の構築など多様な能力が求められ、相応の経験が必要になるという。算定しなかった理由に挙げられている「スタッフが揃わない」や「訪問指導のノウハウがない」は単なる人不足だけではなく、上述のような人材を揃えることが困難であることが推測される。
- ・ 医療保護入院等診療料を算定しなかった病院は 26.6%を占めていたが(表2)、算定していなかった病院にその理由を尋ねたところ、トップは算定要件である行動制限最小化委員会開催の時間的余裕がない(52.9%)、次に診療報酬上評価が低い(39.3%)であった(表 17)。時間的余裕がない点については、人不足と同じ意味に解され、医療保護入院等診療料普及の第一の阻害要因は、精神科退院前訪問指導料および精神科訪問看護・指導料普及の阻害要因と同様に、経験豊富な人材が不足していることだと推測される。

表 16 新設の診療報酬項目を算定しない理由 上位3位(複数回答)

		件数	%
精神科退院前訪問指導料	スタッフが揃わない	223	57.6
	対象患者がいない	107	27.6
	訪問指導のノウハウがない	97	25.1
精神科訪問看護・指導料	スタッフが揃わない	151	61.1
	訪問指導のノウハウがない	81	32.8
	対象患者がいない	69	27.9

注)各診療報酬項目を算定していない病院のみが対象

表 17 医療保護入院等診療料を算定しない理由(複数回答)

	件数	%
行動制限最小化委員会の準備、開催等の時間的余裕がない	101	52.9
診療報酬上評価が低い	75	39.3
対象患者が少ない	64	33.5
治療計画、患者に対する説明の要点等の診療録への記録ができない	21	11.0
その他	34	17.8

注) 医療保護入院等診療料を算定していない病院のみが対象

#### ④ 各サービスに要する人員、時間、人件費

- ・ 新設の複数職種による精神科退院前訪問指導、複数による精神科訪問看護・指導、医療保護入院等診療料の要件である行動制限最小化委員会は、どのような職種が何人、どの程度の時間を要するのか、直接かかる人件費はどの程度かを調べたところ、次のとおりであった。
- ・ 複数職種による精神科退院前訪問指導・・・保健師または看護師、精神保健福祉士の3職種のうち平均2人によって、指導時間 65.7 分、移動時間 35.4 分、合計 101.1 分(1人当り)、1ヶ月平均 2.7 件実施(表 18)。当該訪問指導に直接かかる人件費は合計 9,511 円(訪問前後の準備、記録時間などは含まれていない)(表 19)。
- ・ 複数による精神科訪問看護・指導・・・保健師または看護師、精神保健福祉士の3職種のうち平均2人によって、指導時間 44.1 分、移動時間 24.6 分、合計 68.7 分(1人当り)、1ヶ月平均 38.0 件実施(表 20)。当該訪問指導に直接かかる人件費は合計 6,484 円(訪問前後の準備、記録時間などは含まれていない)(表 21)。
- ・ 行動制限最小化委員会・・・1 回当り医師2人、看護職 4.4 人、精神保健福祉士 1.2 人、薬剤師 0.2 人、その他1人など合計 8.8 人。委員会開催時間 48.1 分、1ヶ月平均 1.1 回開催(表 22)。当該委員会に直接かかる人件費は合計 28,615 円(会議のための資料作成などの準備時間は含まれていない)(表 23)。

表 18 複数職種による精神科退院前訪問指導に関わる職種と所要時間(1件当平均)

		1件当平均	
職 種	保健師・看護師	1.00	人
	准看護師	0.07	人
	精神保健福祉士	0.90	人
	作業療法士	0.06	人
	その他	0.01	人
	合計	2.04	人 (104病院)
時 間	指導時間	65.7	分
	移動時間	35.4	分
	合計	101.1	分 (91病院)
実施件数(1ヶ月あたり)		2.7	件

注)平成 16 年 7 月～12 月に複数職種による算定をした病院のみが対象

表 19 複数職種による精神科退院前訪問指導に直接かかる人件費

	人数(A)	時給(B) <sup>注1)</sup>	指導・移動時間 (C)	人件費 <sup>注2)</sup> (A×B×C)/60
	(人)	(円)	(分)	(円)
保健師・看護師	1.00	3,019	101.1	5,087
准看護師	0.07	2,363	101.1	279
精神保健福祉士	0.90	2,530	101.1	3,837
作業療法士	0.06	2,541	101.1	257
その他 <sup>注3)</sup>	0.01	3,019	101.1	51
合計	2.04	—	—	9,511

注1)「平成 14 年日本精神科病院協会総合調査報告」(日本精神科病院協会)より年俸を引用し、週5日間8時間を労働時間として時給を試算した

注2)「注 1」により試算した時給、看護師 3,019 円、准看護師 2,363 円、精神保健福祉士 2,530 円、作業療法士 2,541 円を元に算出した

注3)その他についてはデータがないため看護師 3,019 円を用いた

表 20 複数による精神科訪問看護・指導に関わる職種と所要時間(1件当平均)

		1件当平均	
職 種	保健師・看護師	1.19	人
	准看護師	0.21	人
	精神保健福祉士	0.57	人
	作業療法士	0.04	人
	その他	0.01	人
	合計	2.02	人 (297病院)
時 間	指導時間	44.1	分
	移動時間	24.6	分
	合計	68.7	分 (274病院)
実施件数(1ヶ月あたり)		38.0	件

注)平成16年7月～12月に複数による算定をした病院のみが対象

表 21 複数による精神科訪問看護・指導に直接かかる人件費

	人数(A)	時給(B) <sup>注1)</sup>	指導・移動時間(C)	人件費 <sup>注2)</sup> (A×B×C)/60
	(人)	(円)	(分)	(円)
保健師・看護師	1.19	3,019	68.7	4,114
准看護師	0.21	2,363	68.7	568
精神保健福祉士	0.57	2,530	68.7	1,651
作業療法士	0.04	2,541	68.7	116
その他 <sup>注3)</sup>	0.01	3,019	68.7	35
合計	2.02	—	—	6,484

注1)「平成14年日本精神科病院協会総合調査報告」(日本精神科病院協会)より年俸を引用し、

週5日間8時間を労働時間として時給を試算した

注2)「注1」により試算した時給、看護師 3,019 円、准看護師 2,363 円、精神保健福祉士 2,530 円、

作業療法士 2,541 円を元に算出した

注3)その他についてはデータがないため看護師 3,019 円を用いた



表 22 行動制限最小化委員会の職種別出席状況、開催時間、対象患者数(1 回当平均)

	1回当平均	
医師	2.0人	
看護職	4.4人	
薬剤師	0.2人	
精神保健福祉士	1.2人	
その他	1.0人	
合計	8.8人	(613病院)
開催時間	48.1分	(607病院)
対象患者数	16.4人	(584病院)
実施回数(1ヶ月あたり)	1.1回	

表 23 行動制限最小化委員会に直接かかる人件費

	平均人数 (A)	時給 (B)注1)注2)	開催時間 (C)	人件費 (A×B×C)/60 注3)
	(人)	(円)	(分)	(円)
医師	2.0	7,869	48.1	12,617
看護職	4.4	3,019	48.1	10,649
薬剤師	0.2	3,087	48.1	495
精神保健福祉士	1.2	2,530	48.1	2,434
その他	1.0	3,019	48.1	2,420
合計	8.8	—	—	28,615

注1)「平成 14 年日本精神科病院協会総合調査報告」(日本精神科病院協会)より年俸を引用し、

週5日間8時間を労働時間として時給を試算した

注2)医師については指定医、看護職・その他については看護師の時給を用いた

注3)「注1」により試算した時給、指定医 7,869 円、看護師 3,019 円、薬剤師 3,087 円、

精神保健福祉士 2,530 円を元に算出した

### ⑤ 連携への取組

- ・ 精神科医療では、従来の収容中心の医療から地域におけるケアへの転換が図られているが、精神病患者を地域へ帰すには、就労、住居、家庭環境など様々な課題があり、退院促進や地域ケアを実践するためには、各機関との連携が欠かせない。
- ・ 一方、現在、精神科病院における地域連携についての診療報酬上の算定はない。
- ・ そのような中、地域連携室や地域生活支援室の有無を尋ねたところ、それらを設置している病院は約3割だが、代替部署を設置しているところを含めると、8割以上が、地域連携の部署等を有した(表 24)。
- ・ さらに患者の退院を促進するために1病院当り平均 7.1 機関と連絡を取っており(表 25)、精神科病院の患者の退院にあたっては、多機関と連絡・連携を取っていることが判った。
- ・ 他機関と主に連絡を取っている職種は、精神保健福祉士が8割以上と、圧倒的に多く、次に医師が約1割であった(表 26)。多くの病院において、精神保健福祉士が連携の中心的役割を担っていることが判った。

表 24 地域連携室や地域生活支援室の有無

		件数	%	
設置している		238	29.3	} 地域連携の 部署等設置 83.7%
設置していない	代替部署あり	442	54.4	
	代替部署なし	132	16.3	
合計		812	100.0	

注)無回答を除いて表示した

表 25 患者の退院時に連絡を取る相手先(複数回答)

	件数	%
市町村	586	88.8
保健所・保健センター	522	79.1
精神保健福祉センター	174	26.4
社会福祉協議会	187	28.3
地域生活支援センター	338	51.2
生活訓練施設(援護寮)	320	48.5
福祉ホーム	178	27.0
グループホーム	369	55.9
授産施設・共同作業所	335	50.8
福祉工場	36	5.5
在宅介護支援センター	237	35.9
居宅サービス事業者	192	29.1
ケアマネジャー(介護保険)	312	47.3
精神科の診療所	414	62.7
他科の病院・診療所	420	63.6
その他	46	7.0
	平均7.1機関	

表 26 患者の退院時に他機関と連絡を取る主な職種

	件数	%
医師	57	10.1
看護職	21	3.7
精神保健福祉士	475	84.2
その他	11	2.0
合計	564	100.0

## (2) 医療保護入院患者にかかるタイムスタディ調査

アンケート調査では、新設された診療報酬項目を算定する阻害要因として、人不足がトップに挙げられていた。そこで本調査では、医療保護入院について、入院を開始してから(医療保護入院を指定医が患者に告知してから)2週間において、当該患者にどのような職種からどのような業務がどのくらい提供されるのか、その人件費はどの程度かを調査した。

### ① 対象患者

対象患者の入院時のICD10、GAF、性別、身長、体重、年齢等は以下のとおり(表 27)。

表 27 対象患者の状況

	病院Ⅰ			病院Ⅱ			病院Ⅲ		
	患者A	患者B	患者C	患者D	患者E	患者F	患者G	患者H	患者I
ICD10	F12.71	F20.0	F20.0	F20	F20	F32	F20	F20.0	F20
GAF	27	25	30	20	20	20	40 - 31	22	-
性別	女性	女性	男性	男性	男性	女性	女性	男性	男性
身長	161cm	150cm	175cm	170cm	170cm	145cm	147cm	174cm	175cm
体重	63kg	47kg	60kg	72kg	59kg	41kg	38.7kg	64.9kg	65kg
年齢	24才	30才	23才	21才	53才	69才	51才	40才	61才
備考				12日目に退院					くも膜下出血のため意識障害あり

注 1) ICD10は国際疾病分類(第10版)である。

F12.71(患者A)は、大麻類使用による精神および行動の障害

F20.0(患者B、C、H)は、妄想型の統合失調症

F20(患者D、E、G、I)は、統合失調症

F32(患者F)は、うつ病

注 2) GAFは、機能の全体的評定尺度であり、最低1～最高100までランク付けされる。

「11-20」(患者D、E、F)は

自己または他者を傷つける危険がかなりあるか、時には最低限の身の清潔維持ができない、または、意思伝達に粗大な欠陥がある状態。

「21-30」(患者A、B、C、H)は、

行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または意思伝達が判断に粗大な欠陥がある状態。

「31-40」(患者G)は、

現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での粗大な欠陥がある状態。

「-」(患者I)は情報不十分

対象患者に対する看護配置基準は以下のとおり(表 28)。

表 28 看護配置基準

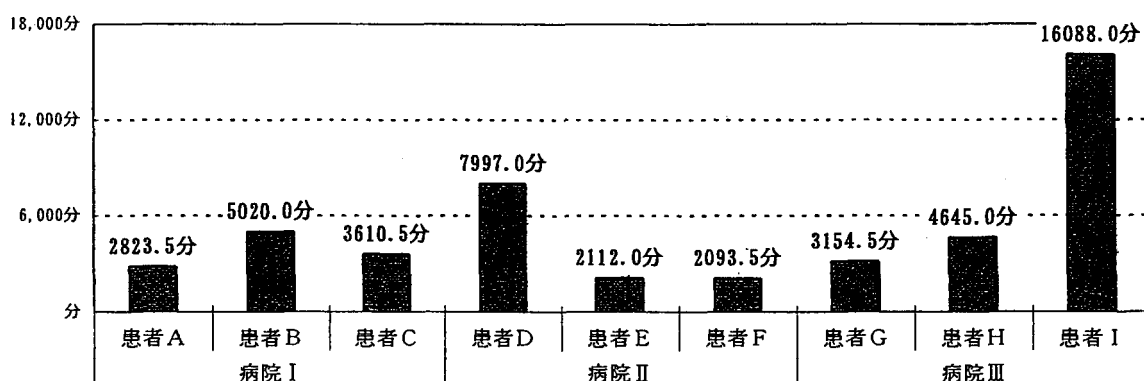
	病院Ⅰ			病院Ⅱ			病院Ⅲ		
	患者A	患者B	患者C	患者D	患者E	患者F	患者G	患者H	患者I
看護配置	3 : 1			2.5 : 1			2 : 1	2.5 : 1	3 : 1

## ② 医療保護入院患者にかかる職種別の業務量

医療保護入院患者に対して、告知日から2週間で、全職種がかけた業務量は以下のとおり(図1)。最大は16088.0分(268時間8分)、最小は2093.5分(34時間53分30秒)と大きな格差があった。

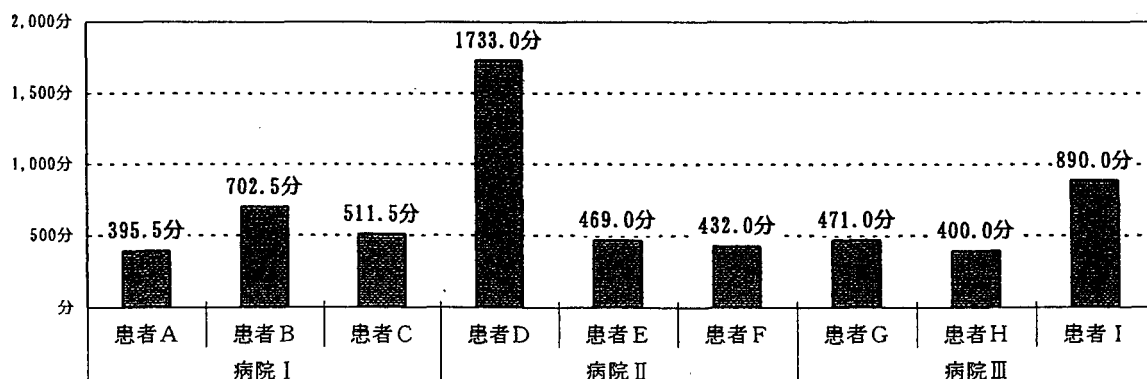
例えば病院Ⅱでは、患者D、EはいずれもICD10でF20に分類され、GAFが20で同じ程度の重症度であっても、業務量は2112.0分から7997.0分まで3倍以上の差があるなど、医療保護入院と一言でいっても、その内容は患者により多様であることがうかがえる。

図1 全職種の業務量



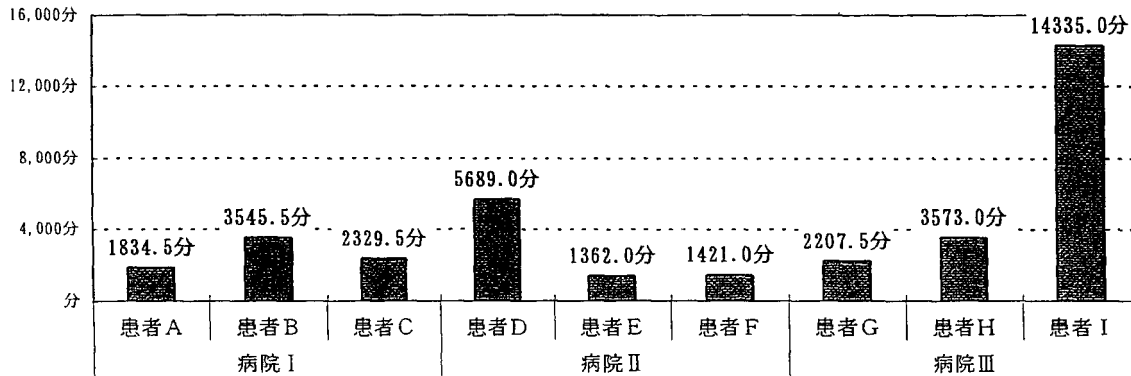
医師(指定医、指定医以外医師、精神科以外医師の合計)がかけた業務量は以下のとおり(図2)。最大は1733.0分(28時間53分)、最小は395.5分(6時間35分30秒)。

図2 医師の業務量



看護職(看護師、准看護師、看護補助者の合計)がかけた業務量は以下のとおり(図3)。最大は14335.0分(238時間55分)、最小は1362.0分(22時間42分)。

図3 看護職の業務量

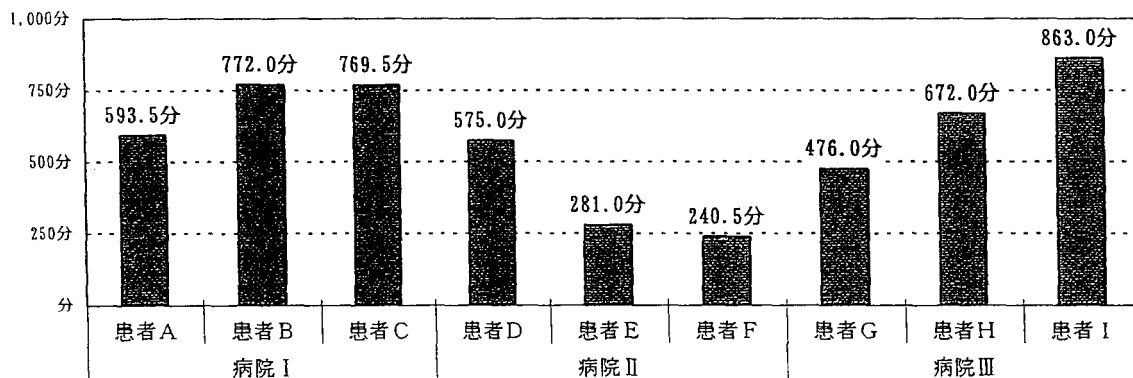


その他職種(薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者、臨床検査技師、放射線技師、栄養士、事務職員の合計)がかけた業務量は以下のとおり(図4)。

職種毎の業務量は表 29(P21)参照。

最大は863.0分(14時間23分)、最小は240.5分(6時間0分30秒)。

図4 その他職種の業務量



### ③ 医療保護入院患者にかかる業務量の経過

医療保護入院患者に対して、告知日から2週間で、全職種がかけた業務量は以下のとおり(図5、6、7)。3病院の9人の患者全てにおいて、初日に最も時間を多く要し、その後、次第に落ち着いていく傾向が見られた。

病院Ⅰの患者Bについては、3日目の業務量が初日並みに多いが、これは3日目に入院当初と比べ症状が悪化し、特に看護職を中心に業務が発生したことによる。

病院Ⅱの患者Dについては、5日目に業務量が増加しているが、この日に家族が病院に来て、家族との打合せを行ったことや、4日目まで行っていた身体拘束を解除したことなどが要因である。

図5 病院Ⅰの業務量の経過

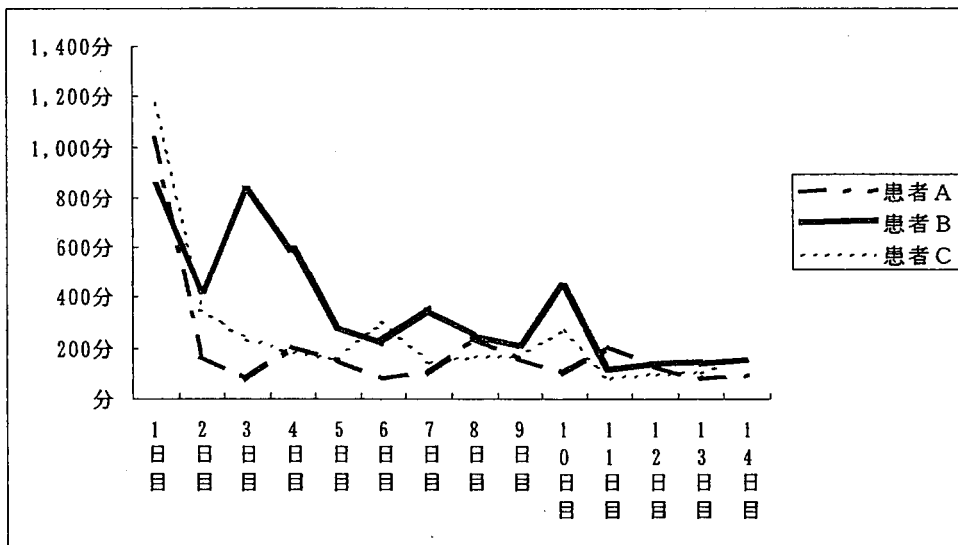


図6 病院Ⅱの業務量の経過

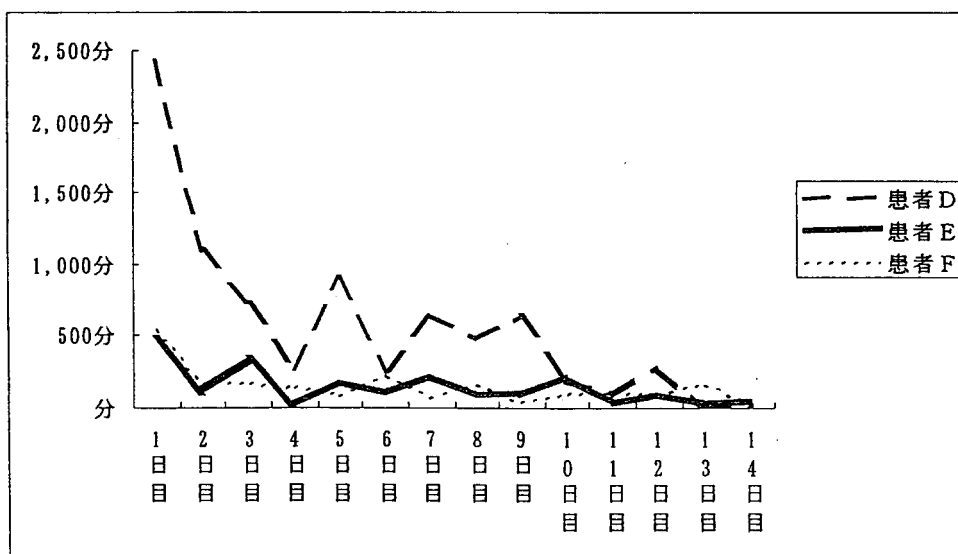
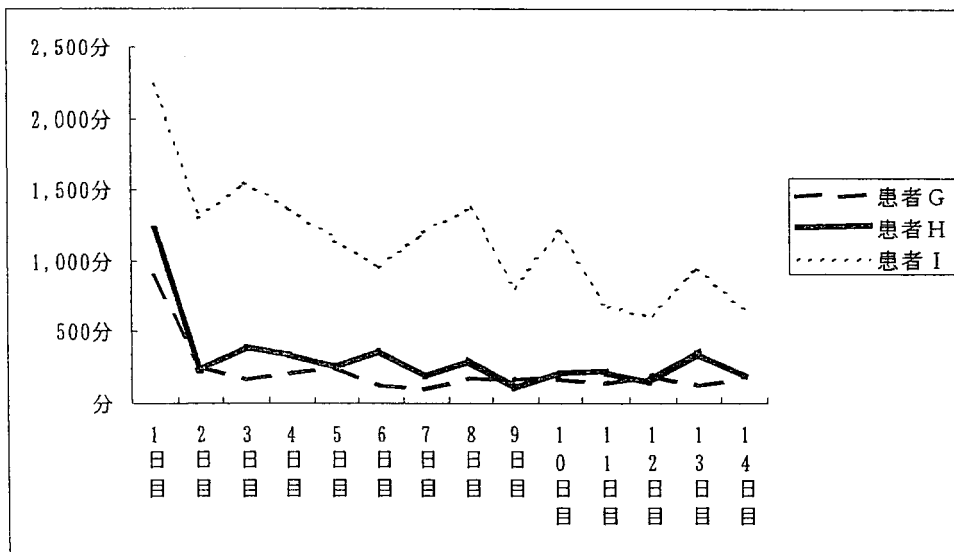


図7 病院Ⅲの業務量の経過



④ 医療保護入院患者にかかる職種別の人件費

医療保護入院患者に対する職種毎の業務量(表 29)に、時給(表 30)を掛けて、全職種の人件費を計算した(図8)。最大は 806,881 円、最小は 121,584 円であった。

表 29 職種毎の業務量

(単位：分)

	病院Ⅰ			病院Ⅱ			病院Ⅲ		
	患者A	患者B	患者C	患者D	患者E	患者F	患者G	患者H	患者I
医師									
指定医	371.5	678.5	70.5	1606.0	74.0	152.0	441.0	357.0	20.0
指定医以外	24.0	24.0	441.0	37.0	395.0	280.0	0.0	43.0	870.0
精神科以外	0.0	0.0	0.0	90.0	0.0	0.0	30.0	0.0	0.0
看護職									
看護師	1580.5	3192.5	1869.5	1387.0	451.0	559.0	1890.5	2679.5	10691.0
准看護師	179.0	245.0	382.0	3930.0	426.0	454.0	2.0	346.5	2082.0
看護補助者	75.0	108.0	78.0	372.0	485.0	408.0	315.0	547.0	1562.0
薬剤師	45.5	86.0	79.0	207.0	23.0	48.0	48.0	50.0	333.0
精神保健福祉士	239.5	222.0	242.0	45.0	34.0	5.0	117.0	235.0	182.0
作業療法士	2.0	6.0	98.0	0.0	0.0	0.0	28.0	101.0	23.0
臨床心理技術者	53.5	183.0	138.5	20.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0
臨床検査技師	126.0	135.0	63.0	114.5	108.0	65.0	211.0	261.0	134.0
放射線技師	41.0	41.0	38.0	81.5	45.0	29.5	15.0	0.0	110.0
栄養士	0.0	0.0	0.0	40.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0
事務職員	86.0	99.0	111.0	67.0	51.0	43.0	57.0	25.0	81.0
総合計	2823.5	5020.0	3610.5	7997.0	2112.0	2093.5	3154.5	4645.0	16088.0

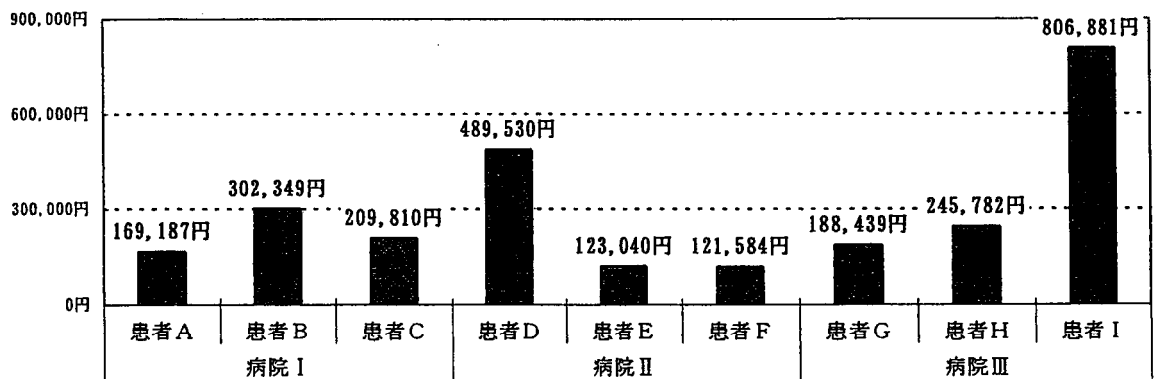


表 30 職種毎の時給

職種	日本精神科病院協会調査 (注1)		
	時給 円	年俸 千円	労働時間 (1ヵ月) 時間
医師			
指定医	7,869	15,108	160
指定医以外	7,211	13,845	160
精神科以外	7,211	13,845	160
看護職			
看護師	3,019	5,796	160
准看護師	2,363	4,536	160
看護補助者	1,367	2,624	160
薬剤師	3,087	5,927	160
精神保健福祉士	2,530	4,857	160
作業療法士	2,541	4,879	160
臨床心理技術者	2,623	5,036	160
臨床検査技師	3,367	6,464	160
放射線技師	3,369	6,469	160
栄養士	3,408	6,544	160
事務職員	3,538	6,793	160

(注) 年俸については、『平成14年日本精神科病院協会総合調査報告』  
(日本精神科病院協会) P77を引用  
労働時間については、週5日間8時間として計算

図8 医療保護入院当初2週間における総人件費



## ⑤ 診療報酬請求額との比較

指定医が患者に医療保護入院を告知してから2週間分の人件費と、当該患者に関する当該期間の診療報酬請求額を比較したのが、表 31 である。

これによると、診療報酬請求額に対する人件費比率は最小が 42.5%、最大が 238.0%と大きなバラツキがみられる。

精神科病院における人件費比率は一般的に 60%程度といわれているが、9件中6件が 60%を越えていた。さらに、各病院においてタイムスタディ開始時より入院順で調査対象患者とし、特に重症度の重い患者を選んだわけではないにも関わらず、人件費だけで診療報酬請求額を超える(人件費比率が 100%を超える)ケースが全ての病院で生じ、3病院中2病院では人件費が診療報酬請求額の2倍以上にもなっていた。これらから、サンプルが少ないものの、医療保護入院は診療報酬点数と比べ、特に人件費がかかるケースが多い可能性が示唆されたといえよう。

医療保護入院という同じ入院形態でも、このように患者の容態などによってそのコストは大きく異なる。収容型施設だけの機能から、退院促進、在宅支援、急性期への対応など地域支援機能をより充実させ、精神科病院が地域ニーズに合った運営をし地域財産として機能するためにも、診療報酬点数では足りないコストを病院側だけに負担させるのではなく、重症度やコストの実態を反映した診療報酬点数の検討が望まれる。

表 31 診療報酬請求額と人件費

【単位:円(割合は%)】

内訳			病院Ⅰ			病院Ⅱ			病院Ⅲ			
			患者A	患者B	患者C	患者D	患者E	患者F	患者G	患者H	患者I	
人件費(A)			169,187	302,349	209,810	489,530	123,040	121,584	188,439	245,782	806,881	
診療報酬請求額計(B)			278,020	294,820	297,720	239,500	272,900	270,950	443,700	292,300	338,986	
基本診療料	入院料等	入院基本料、特定入院料	非定型抗精神薬治療管理加算	1,400	200	100	0	0	0	0	0	0
			褥瘡患者管理加算	0	0	200	0	0	0	0	0	0
		入院基本料等加算	初診、紹介加算	0	0	0	0	0	4,050	0	0	0
			第1種地域加算	2,520	2,520	2,520	2,160	2,520	2,520	0	0	0
		—	—	229,600	229,600	229,600	197,500	231,000	231,000	392,920	230,520	194,140
	—	—	診察料	0	0	0	0	0	0	0	0	2,950
特掲診療料	注射	—	—	0	0	0	0	0	0	0	11,206	
	投薬	—	—	0	0	0	0	0	0	0	7,630	
	処置	—	—	0	0	0	0	0	0	0	5,660	
	検査	—	—	0	0	0	0	0	0	0	48,730	
	画像	—	—	0	0	0	0	0	0	0	37,420	
	精神科専門療法	精神科専門療法	—	0	18,000	21,600	10,800	6,000	0	17,400	28,400	17,400
			精神科作業療法	0	0	2,200	0	0	0	0	0	0
医療保護入院等診療料			3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000
厚生労働省告示	入院時食事療養費	—	38,700	38,700	35,900	26,040	30,380	30,380	30,380	30,380	10,850	
		特別管理加算	2,800	2,800	2,600	0	0	0	0	0	0	0
人件費率(A)/(B)			60.9%	102.6%	70.5%	204.4%	45.1%	44.9%	42.5%	84.1%	238.0%	
(参考)看護配置			3:1			2.5:1			2:1	2.5:1	3:1	