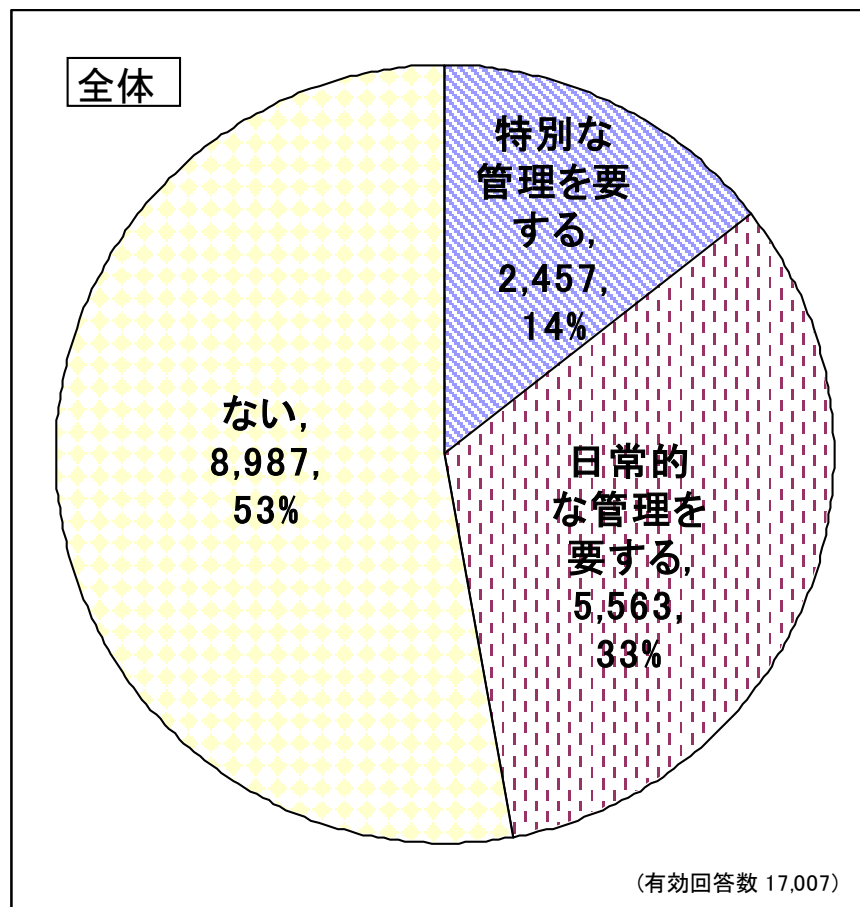


# 身体合併症への対応・ 総合病院精神科のあり方について

## これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)から

- 相談体制、入院医療及び通院・在宅医療のあり方に関する検討や、医療計画制度の見直しを踏まえ、今後の精神医療体制のあり方について検討を行うべきではないか。
  - ・ 精神科救急医療体制の充実について
  - ・ 精神医療における病院と診療所の機能とその分担、連携のあり方について
  - ・ 精神医療体制の制度的な位置付けについて
  - ・ 精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者に対する医療提供のあり方について
  - ・ いわゆる総合病院における精神医療の提供をはじめとした、救急機能を含む一般医療と連携した精神医療の医療提供体制における位置付けについて
  - ・ 精神疾患の重症化の防止を図るための早期支援のあり方について

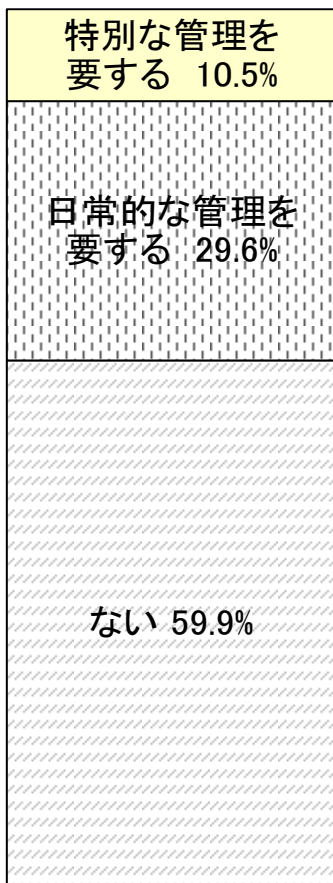
# 精神病床に入院中の患者における身体合併症の有無



特別な管理：入院治療が適当な程度  
日常的な管理：外来通院が適当な程度

# 統合失調症の入院患者における身体合併症(有無・種類)

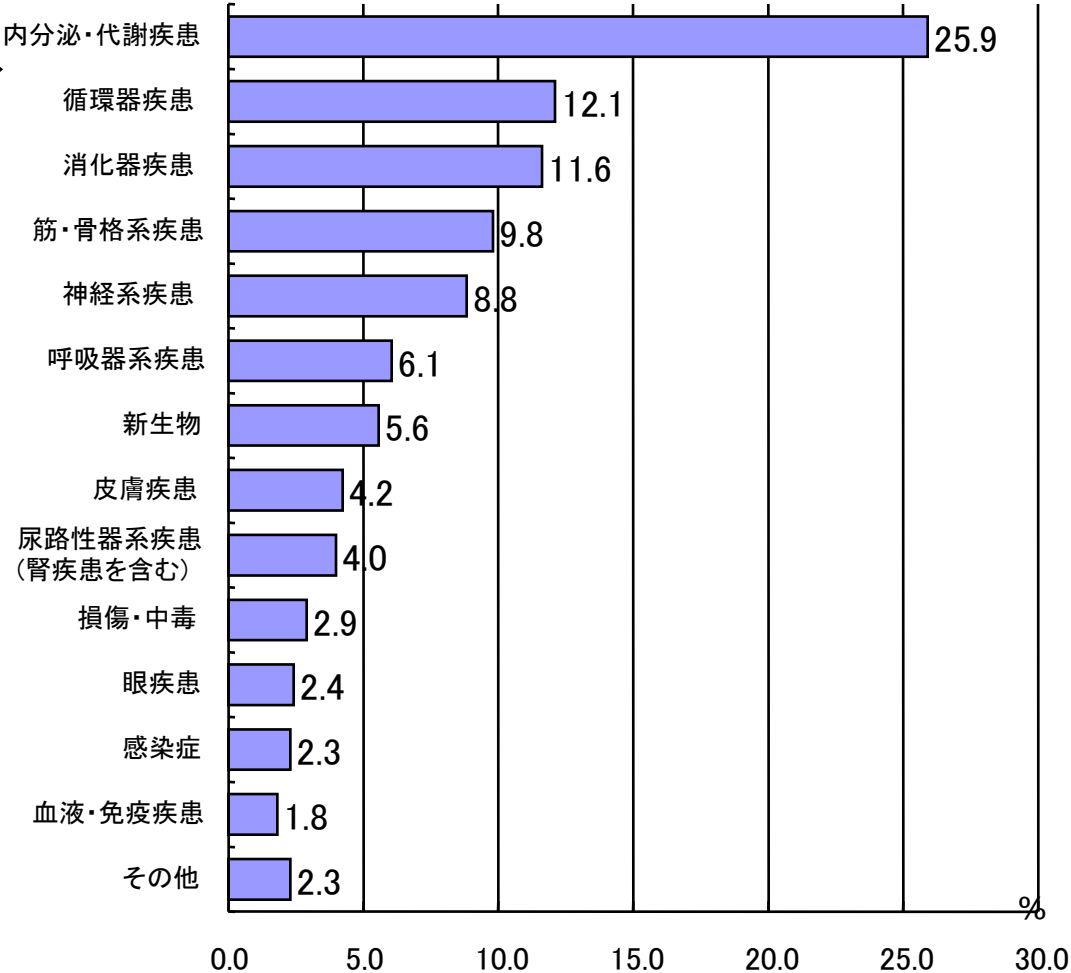
身体合併症を持つ人の割合



(有効回答数 9,781名)

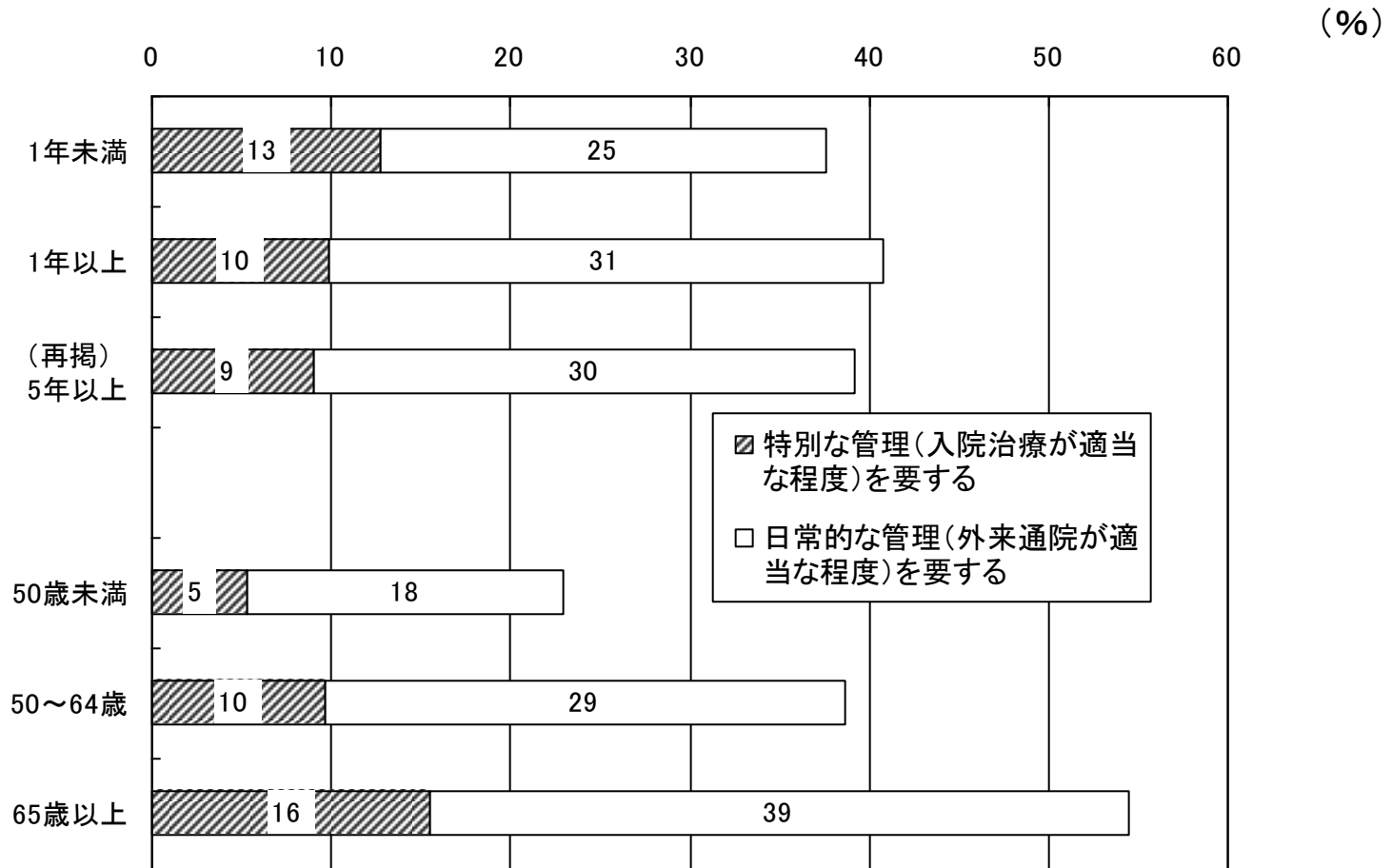
特別な管理: 入院治療が適当な程度  
 日常的な管理: 外来通院が適当な程度

身体合併症の種類



(有効回答数 826名) 3

# 統合失調症の入院患者における身体合併症（入院期間・年齢別）



# 症状性を含む器質性精神障害（主に認知症）の 入院患者における身体合併症の有無

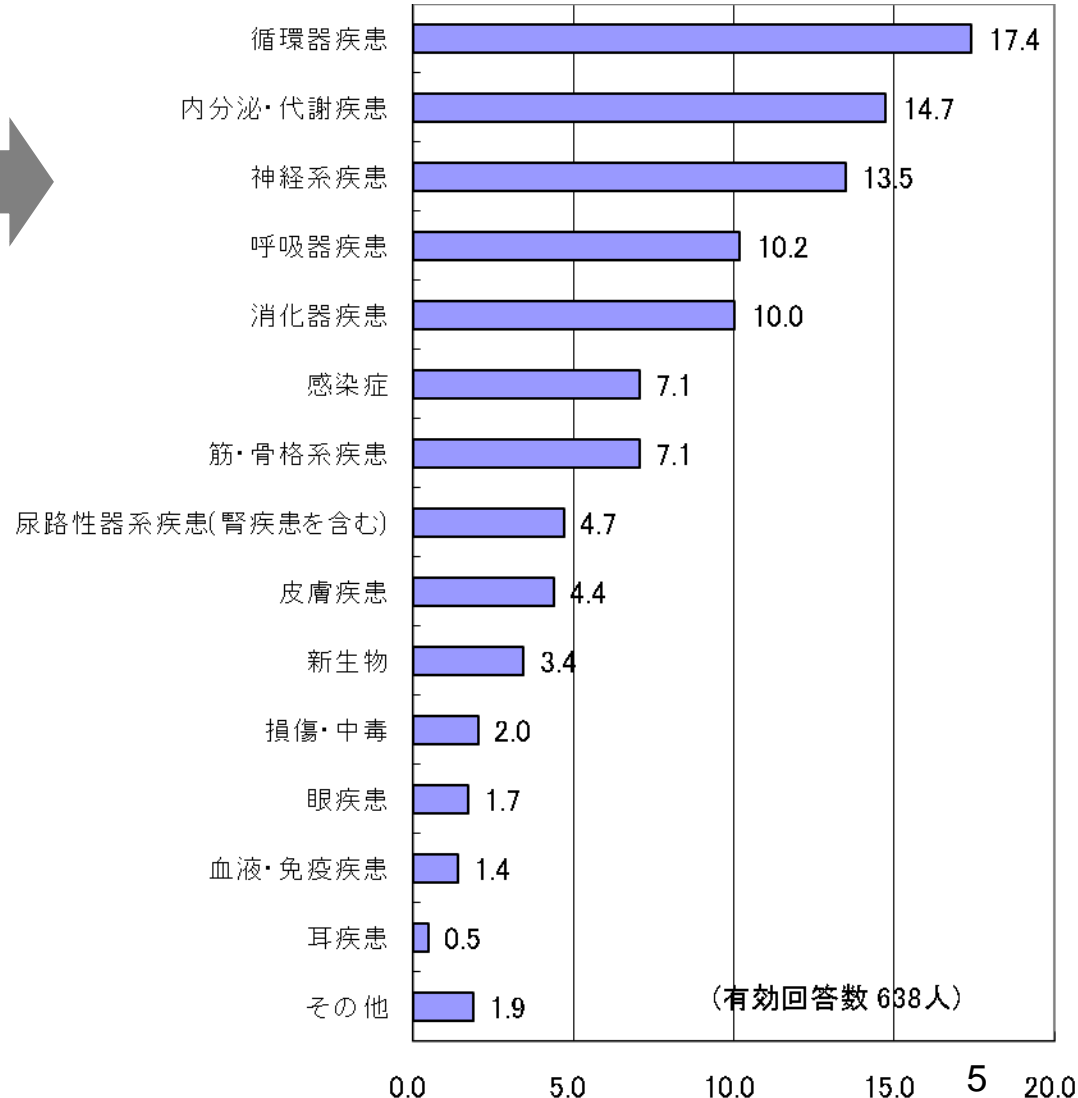
身体合併症を持つ人の割合



(有効回答数 3,376人)

特別な管理: 入院治療が適当な程度  
 日常的な管理: 外来通院が適当な程度

身体合併症の種類

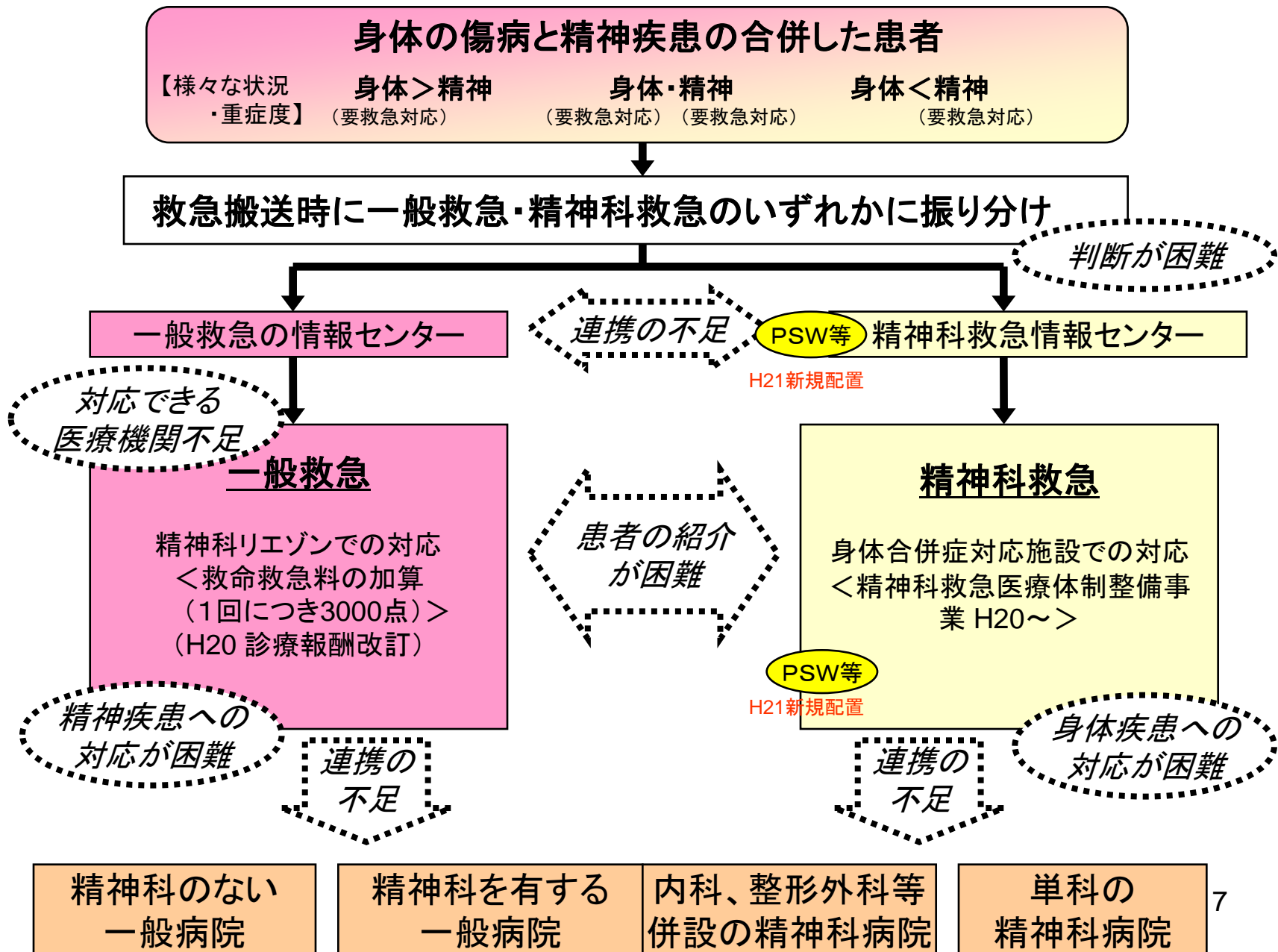


(有効回答数 638人)

# 身体合併症を有する精神疾患患者の疫学

- 救命救急センター入院患者の12.3%に精神医療の必要性があり、そのうち18.5%(全体の2.2%)が身体・精神共に入院治療が必要
  - ・ H18.11.1-H19.1.31における調査、東京都内及び近郊の救命救急センター8箇所で実施、全入院件数3,089件
  - ・ 平成18年度厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」主任研究者;保坂 隆 分担研究者;本間 正人
- 岩手県高度救命救急センターの全受診件数中、9.5%が精神科救急患者、そのうちの45%(全体の4.3%)が自殺企図者
  - ・ H14.4.1-H17.3.31における調査、全受診件数11,348件
  - ・ 丸田 真樹ら: 岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂者の年代による比較検討. 岩手医誌(58)2, 119-131, 2006
- 横浜市立大学高度救命救急センター搬送者の15-18%が自殺企図者
  - ・ 2003年以降の数字
  - ・ 河西 千秋: 救命救急センターにおける自殺未遂者への支援と自殺再企図予防方略の開発. 学術の動向, 39-43, 2008
- 身体疾患、精神疾患共に入院水準の患者の発生(年間): 人口10万対25
  - ・ 東京都の有床精神科総合病院における2ヶ月の調査より推定
  - ・ 平成19年度厚生労働科学研究「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」主任研究者;黒澤 尚 分担研究者;八田 耕太郎

# 一般救急と精神科救急の連携における課題

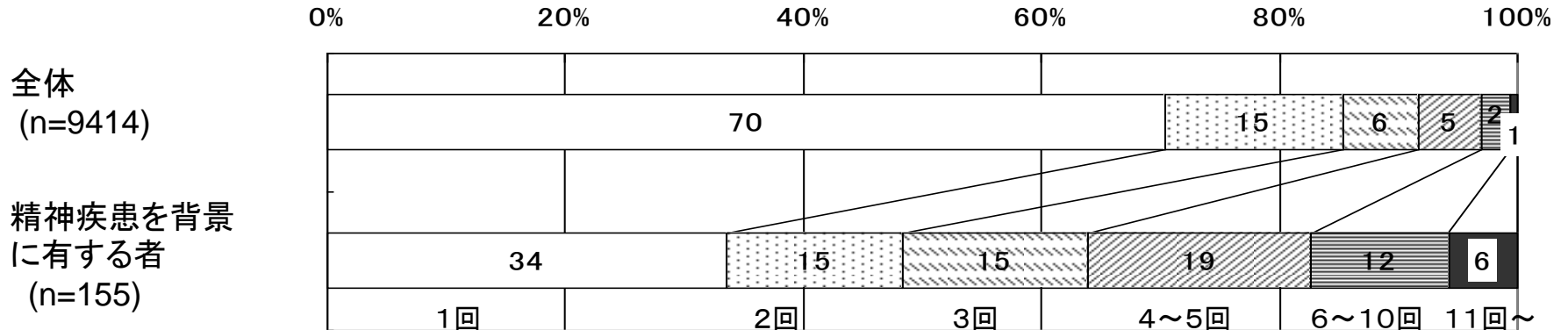


# 救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査結果

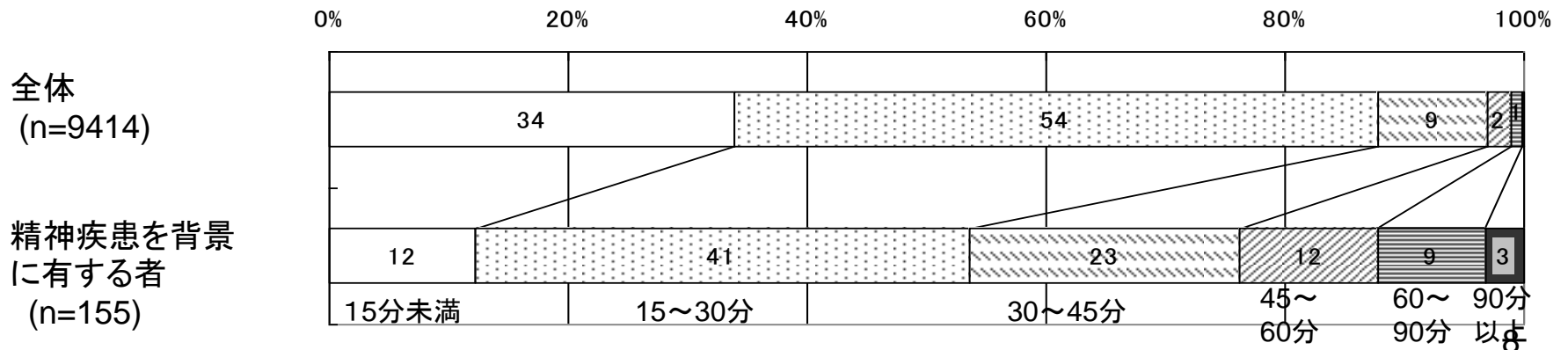
## ○調査対象:

平成20年12月16日(火) 8:30~22日(月)8:29 に東京消防庁管内で救急搬送した全事案(転院搬送除く)  
計9,414件

### 図1. 医療機関に受入の照会を行った回数:



### 図2. 現場滞在時間



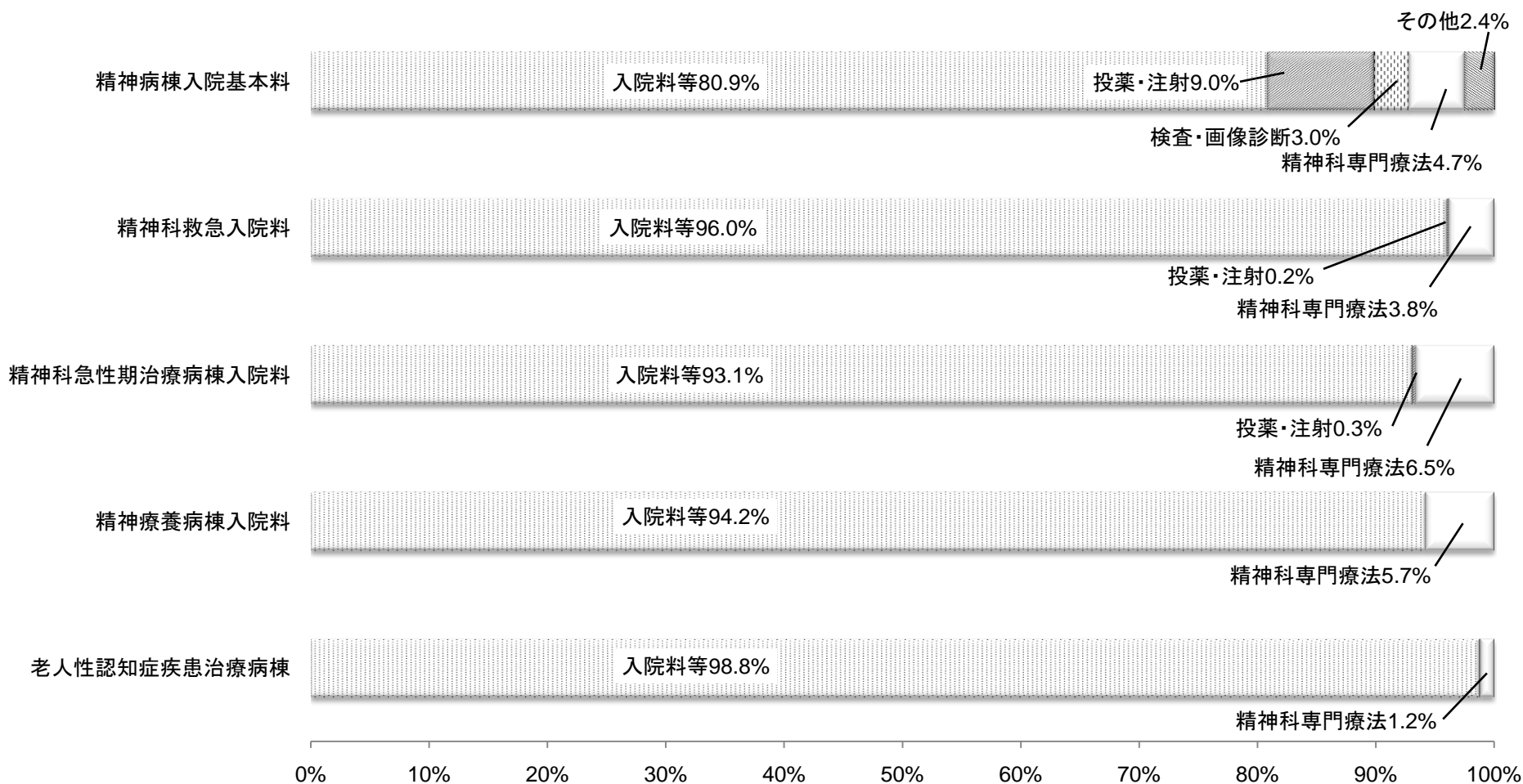
# 精神病床における身体合併症に関する診療報酬と主要要件

	医師の配置	看護職員等の配置	主な特徴	合併症診療に関する体制	合併症診療に対する報酬	診療報酬点数	
精神病棟入院基本料	48:1以上 (16:1以上※ <sup>1</sup> )	看護20:1～10:1以上		(規定なし)	出来高で算定	658点(20:1) 712点(18:1) 800点(15:1) 1,240点(10:1)	身体合併症管理加算(7日まで) 200点
特定機能病院入院基本料(精神病棟)	8:1以上	看護15:1～7:1以上		(規定なし)	出来高で算定	839点(15:1) 1,240点(10:1) 1,311点(7:1)	
精神科救急・合併症入院料	16:1以上 指定医 病棟常勤3人 精神科医 病院常勤5人	看護10:1以上	・時間外診療、措置入院等の受け入れを実施 ・在宅への移行割合を評価	・救命救急センターに併設 ・合併症ユニットが2割以上 ・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	手術・麻酔等(※ <sup>2</sup> )のみ出来高で算定 その他は入院料に包括	3,431点(30日以内) 3,031点(31日以上)	
精神科救急入院料1	16:1以上 指定医 病棟常勤1人 病院常勤5人	看護10:1以上	・時間外診療、措置入院等の受け入れを実施 ・在宅への移行割合を評価	・CT等の検査が速やかに実施できる体制	手術・麻酔等(※ <sup>2</sup> )のみ出来高で算定 その他は入院料に包括	3,431点(30日以内) 3,031点(31日以上)	身体合併症管理加算(7日まで) 300点
精神科救急入院料2		看護10:1以上				3,231点(30日以内) 2,831点(31日以上)	
精神科急性期治療病棟入院料1	48:1以上 指定医 病棟常勤1人 病院常勤2人	看護13:1以上 看護補助者30:1以上	・精神科救急医療体制整備事業に参加 ・在宅への移行割合を評価	(規定なし)	手術・麻酔等(※ <sup>2</sup> )のみ出来高で算定 その他は入院料に包括	1,900点(30日以内) 1,600点(31日以上)	身体合併症管理加算(7日まで) 300点
精神科急性期治療病棟入院料2		看護15:1以上 看護補助者30:1以上				1,800点(30日以内) 1,500点(31日以上)	
認知症病棟入院料1	48:1以上	看護20:1以上 看護補助者25:1以上	・生活機能回復訓練を実施できる設備、人員を規定	(規定なし)	原則として全て入院料に包括	1,330点(90日以内) 1,180点(91日以上)	
認知症病棟入院料2		看護30:1以上 看護補助者25:1以上				1,070点(90日以内) 1,020点(91日以上)	
精神療養病棟入院料	48:1以上 指定医 病棟常勤1人 病院常勤2人	看護30:1以上 看護・看護補助者計15:1以上		(規定なし)	原則として全て入院料に包括	1,090点	

※<sup>1</sup> 内科、外科、産婦人科、眼科、及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院並びに大学付属病院

※<sup>2</sup> 手術、麻酔、精神科専門療法、放射線治療、基本診療料に係る加算の一部

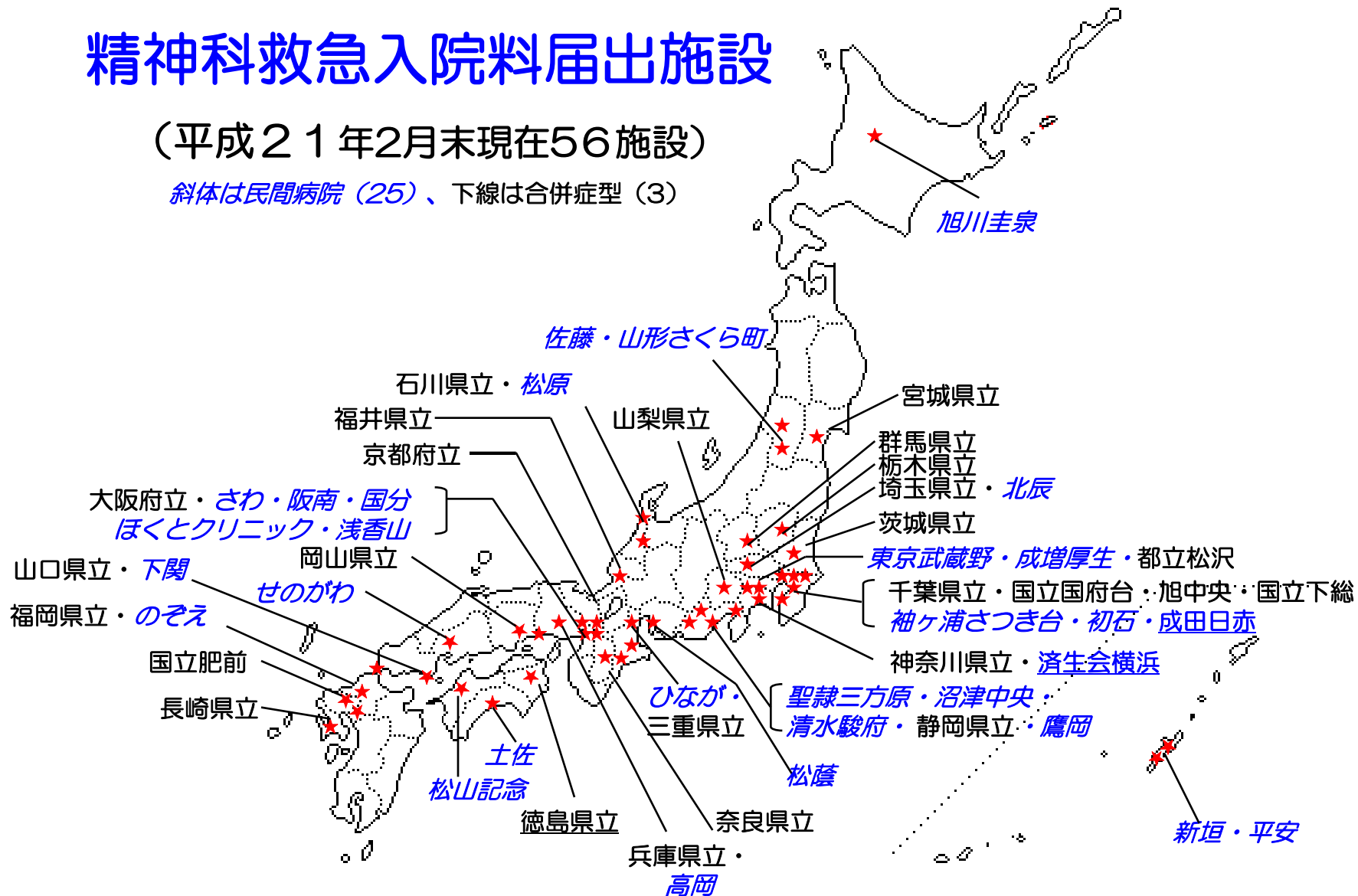
# 精神科関係の入院料を算定している患者における 診療報酬点数の構成割合（平成19年）



# 精神科救急入院料届出施設

(平成21年2月末現在56施設)

斜体は民間病院 (25)、下線は合併症型 (3)



# 精神病床のみを有する病院における他の診療科の標榜状況 (平成19年10月1日時点)

		施設数
精神病床のみを有する病院合計		1,076
うち	精神科・神経科・心療内科以外の科を標榜していない病院 (単科の精神科病院)	294 (27.3%)
	精神科・神経科・心療内科を除く、内科系のいずれかの科を標榜している病院	733 (68.1%)
	外科系のいずれかの科を標榜している病院	69 (6.4%)
		12

# 一般病床における精神・身体合併症の 診療報酬上の取り扱い(主なもの)

- 入院精神療法(Ⅰ) 360点
  - 入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上行った場合に、入院日から3月以内に限り週3回を限度として算定
- 入院精神療法(Ⅱ) 6月以内:150点 6月超:80点
  - 入院中の患者について、精神科担当医師が入院日から4週間以内に行った場合は週2回を、入院日から4週間を超える期間に行った場合は週1回をそれぞれ限度として算定
  - 重度の精神障害者である患者に対して精神保健指定医が必要と認めて行われる場合は、入院期間にかかわらず週2回を限度として算定

入院精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関であれば、精神病床・一般病床を問わず算定可能

- 救命救急入院料の加算 3,000点
  - 救急救命センターに入院する自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有する患者又はその家族等からの情報等に基づいて、精神保健指定医が当該患者の精神疾患に係る診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り救命救急入院料に加算

# 精神疾患患者の一般病床への入院

## ○ 医療法施行規則第10条第3号

**第十条** 病院、診療所又は助産所の管理者は、患者、妊婦、産婦又はじよく婦を入院させ、又は入所させるに当たり、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。ただし、第一号から第三号までに掲げる事項については、臨時応急のため入院させ、又は入所させるときは、この限りでない。

三 精神病患者又は感染症患者をそれぞれ精神病室又は感染症病室でない病室に入院させないこと。

- 医療法施行規則第10条第3号の規定が一般病床における精神疾患患者の受入の妨げになっているという指摘がある。
- 身体合併症については、臨時応急の場合に含まれると解釈している。

※ 医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要項(平成21年4月改正)

項目: 患者の入院状況は定められた基準により適正に管理されているか。

摘要: 「精神病患者又は感染症患者をそれぞれ精神病室又は感染症病室以外の場所に入院させていないこと。(ただし、臨時応急の場合(精神病患者の身体的合併症に対応するため入院させる場合を含む)を除く。)」

# いわゆる「総合病院精神科」とは

- 平成10年の第三次医療法改正まで、医療法に「総合病院」が許可病床数100床以上で主要な診療科(内科、外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科の5科)を含む病院と定義されており、総合病院にある精神科が「総合病院精神科」と呼ばれていた。

総合病院の規定が廃止されて以降も、「総合病院精神科」の呼称が一般に用いられている。

(例)日本総合病院精神医学会

- なお、現行の医療法施行規則には、下記の規定があり、一般病床と同様の医師配置が求められる点で、精神科病院とは区別されている。

大学付属病院、又は百人以上の患者を入院させるための施設を有し、診療科名に内科、外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科を含む病院は、一般病床と同じ医師の配置定員とする。(第43条の2より)  
=かつての「総合病院」の定義と同じ

(参考)医療法の一部を改正する法律等の施行について(平成13年2月22日)

## 第二 人員配置基準及び構造設備基準に関する事項

### 4 精神病床について

精神病床については、大学附属病院及び内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科を有する一〇〇床以上の病院の精神病床については、合併症を持つ患者に対する医療を提供する機能や、地域において単科の精神病院との連携による一体的な精神医療の提供が求められていることなども考慮して、一般病床と同じ基準が定められたこと。

# 総合病院精神科の現状

(1施設あたり)

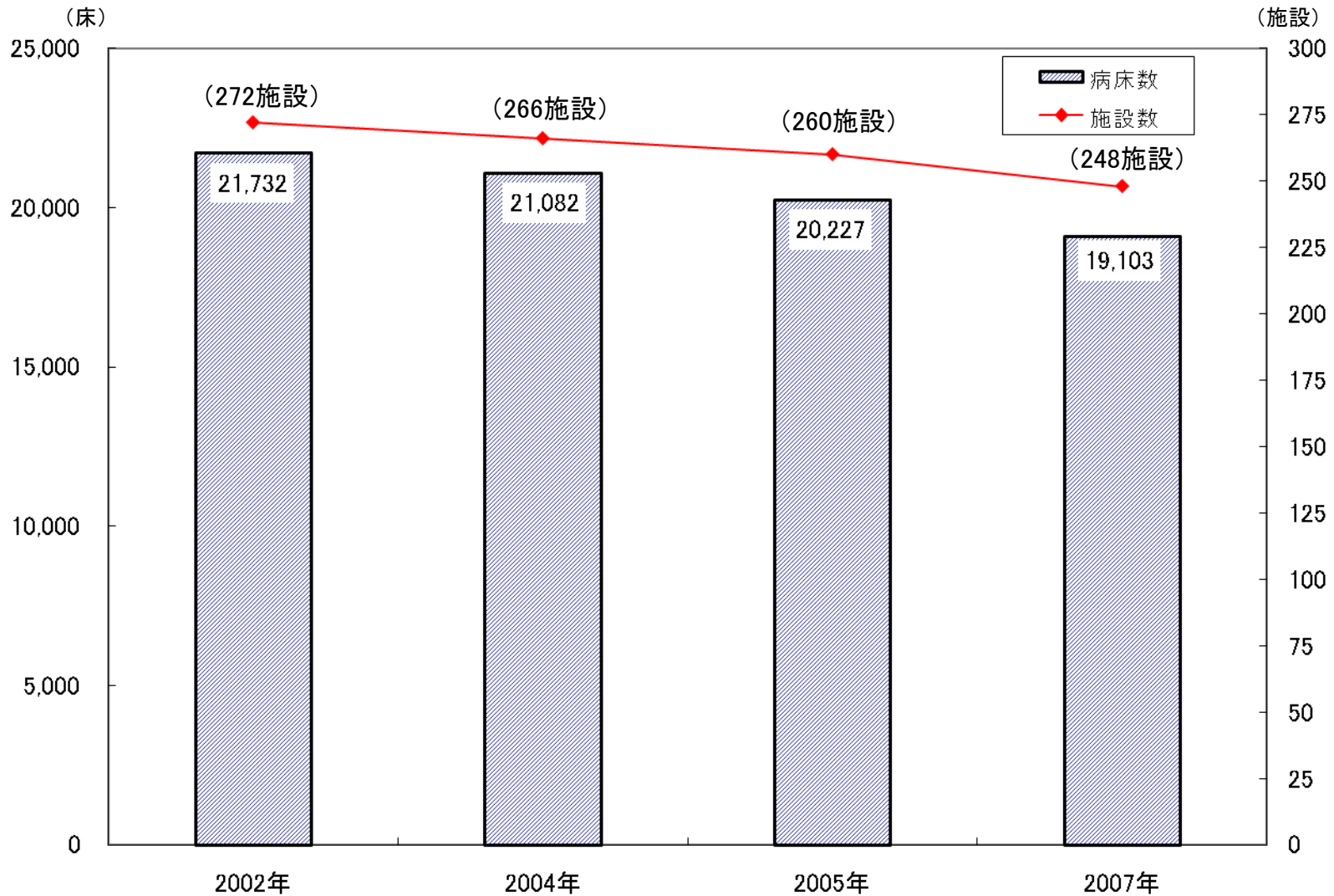
	総病床数 (床)	精神科病床数 (床)	精神科 常勤医師数(人)	精神保健指定医 数(人)
大学病院以外 (n=183)	506.5	86.7	3.7	2.3
大学病院 (n=83)	811.2	45.1	16.1	8.4

(平成19年12月10日現在 日本総合病院精神医学会調べ)

## 総合病院精神科に期待される主な役割

- 地域の基幹病院としての総合的な医療機能における精神医療の提供
- 身体合併症対応
  - 精神科救急(身体合併症対応施設)、急性期対応
  - 認知症疾患医療センター
- コンサルテーション・リエゾン
  - リエゾン(一般病床、救命救急センター等)
  - 緩和ケア
- 教育(研修医、他科医)
- 画像検査
- m-ECT(修正型電気けいれん療法)
- 多様な疾患の短期入院例への対応(うつ病、神経症等)

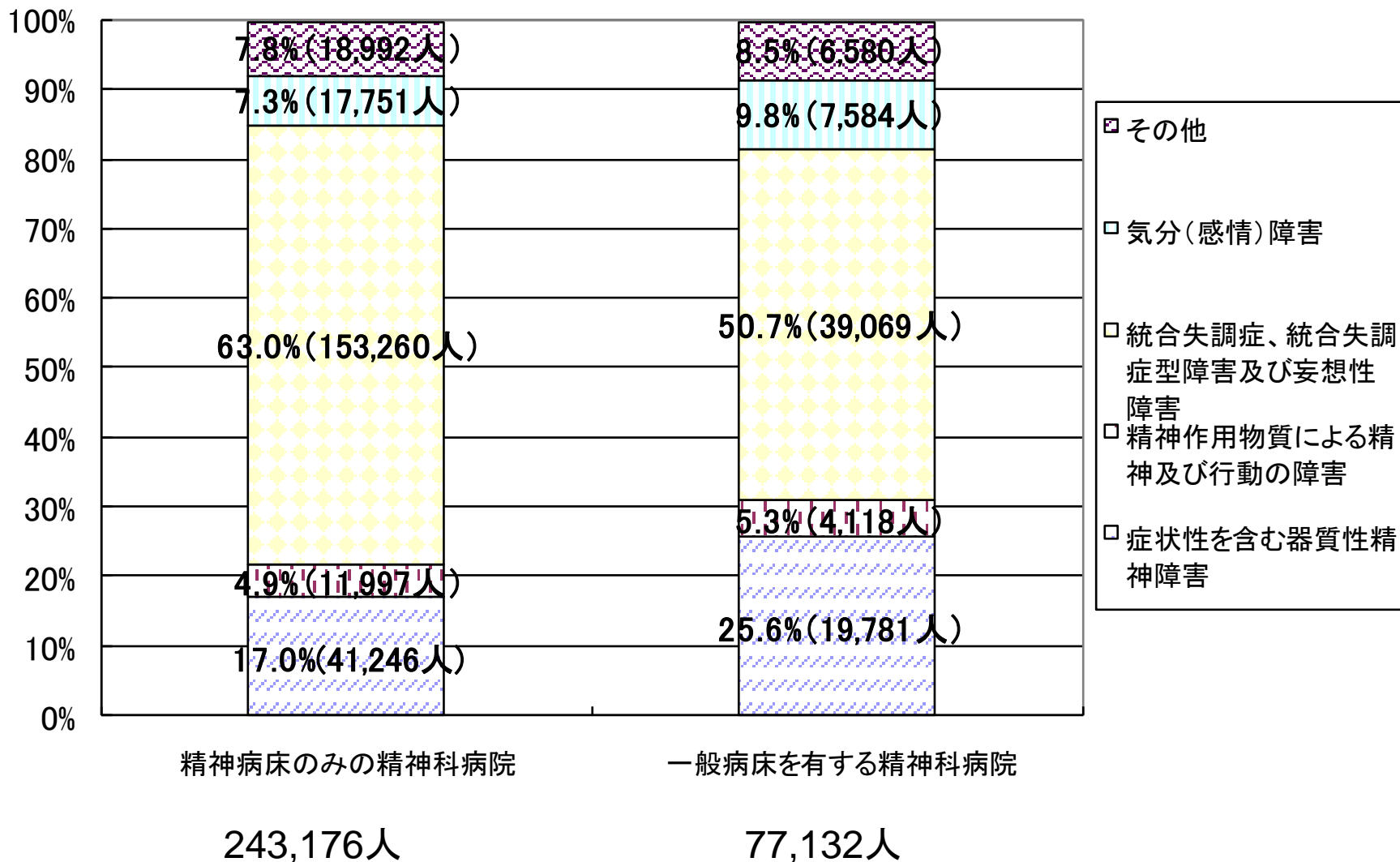
# 総合病院精神科病床の減少



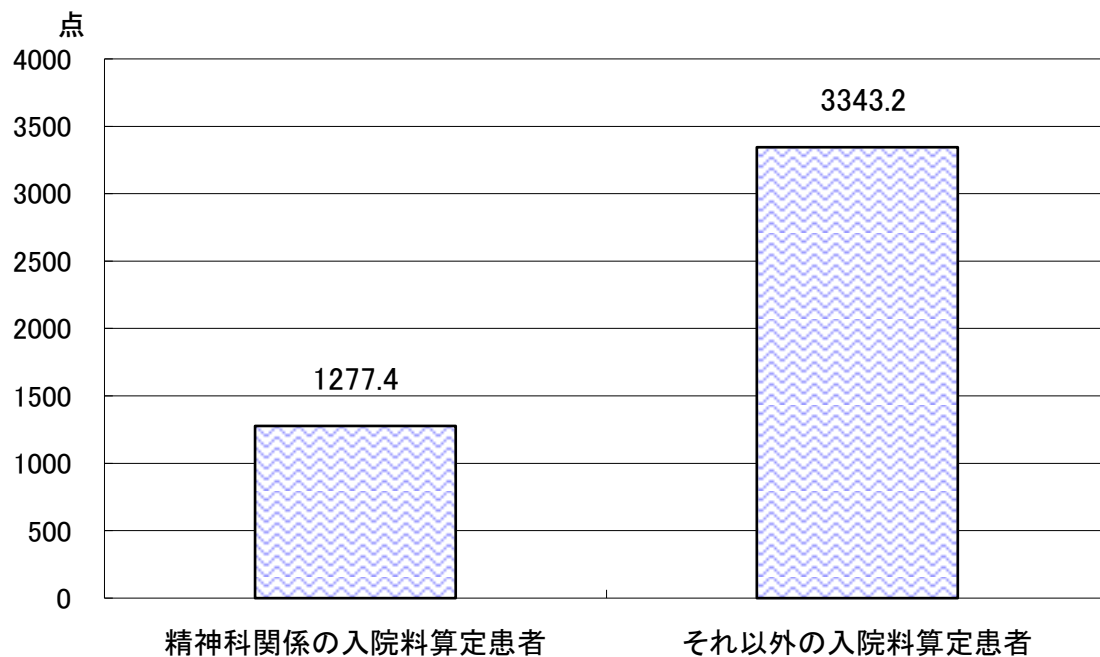
**2007年の病床数は2002年の92.1%に減少**  
**2007年の施設数は2002年の91.2%に減少**

(総合病院基礎調査などから算出)

## 精神病床のみの病院と精神病床と一般病床の両方を有する病院における入院患者の疾患別分布(平成18年)

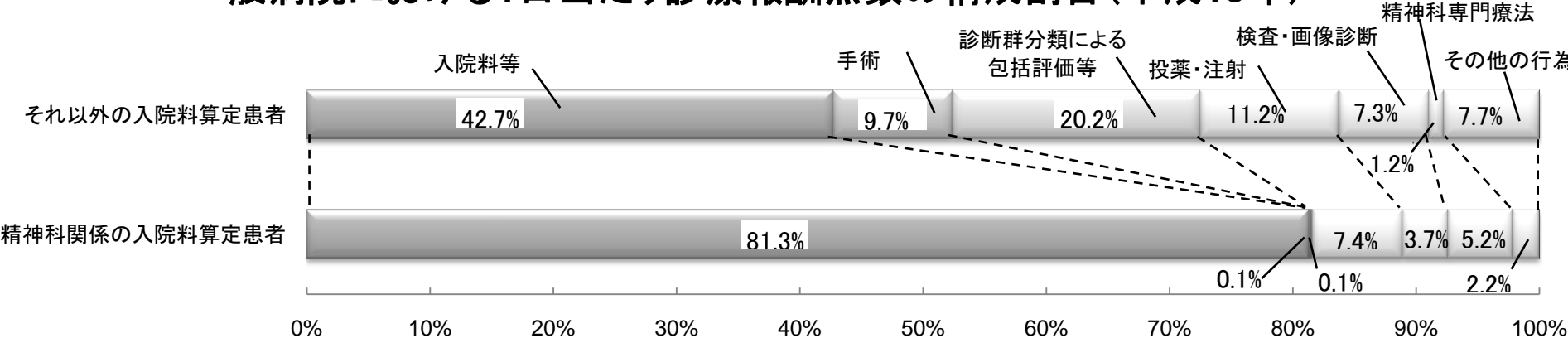


# 一般病院における1日当たり診療報酬点数の比較(平成19年)



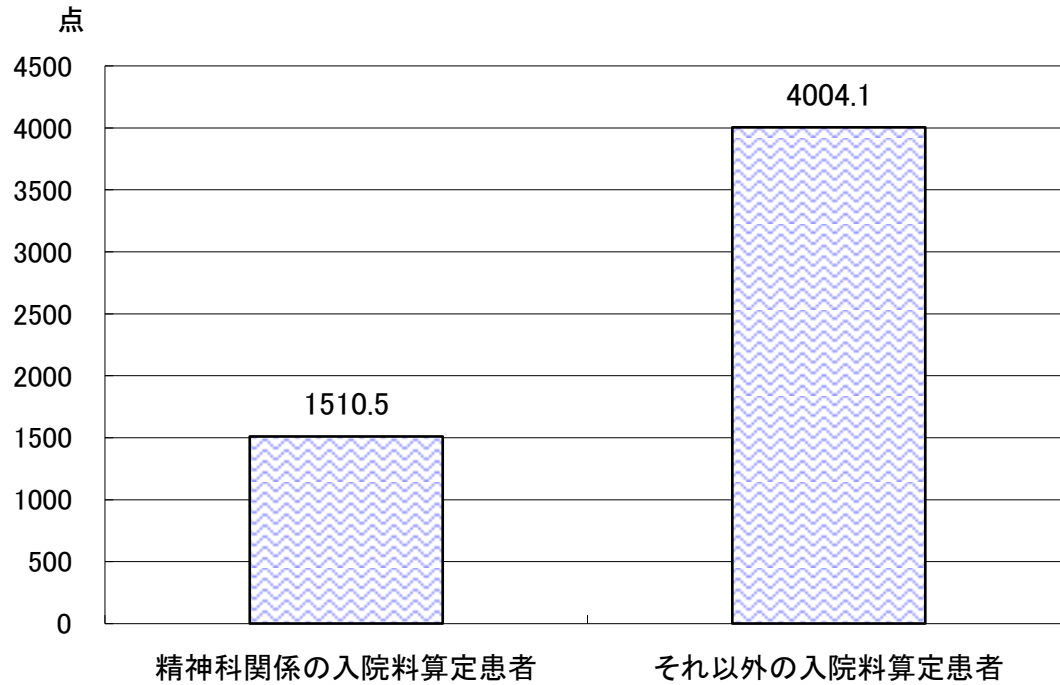
- 【精神科関係の入院料】
- 精神病棟10対1入院基本料
  - 精神病棟15対1入院基本料
  - 精神病棟18対1入院基本料
  - 精神病棟20対1入院基本料
  - 精神病棟特別入院基本料
  - 特定機能病院精神病棟7対1入院基本料
  - 特定機能病院精神病棟10対1入院基本料
  - 特定機能病院精神病棟15対1入院基本料
  - 精神科救急入院料
  - 精神科急性期治療病棟入院料1
  - 精神科急性期治療病棟入院料2
  - 精神療養病棟入院料
  - 老人性認知症疾患治療病棟入院料1
  - 老人性認知症疾患治療病棟入院料2

# 一般病院における1日当たり診療報酬点数の構成割合(平成19年)



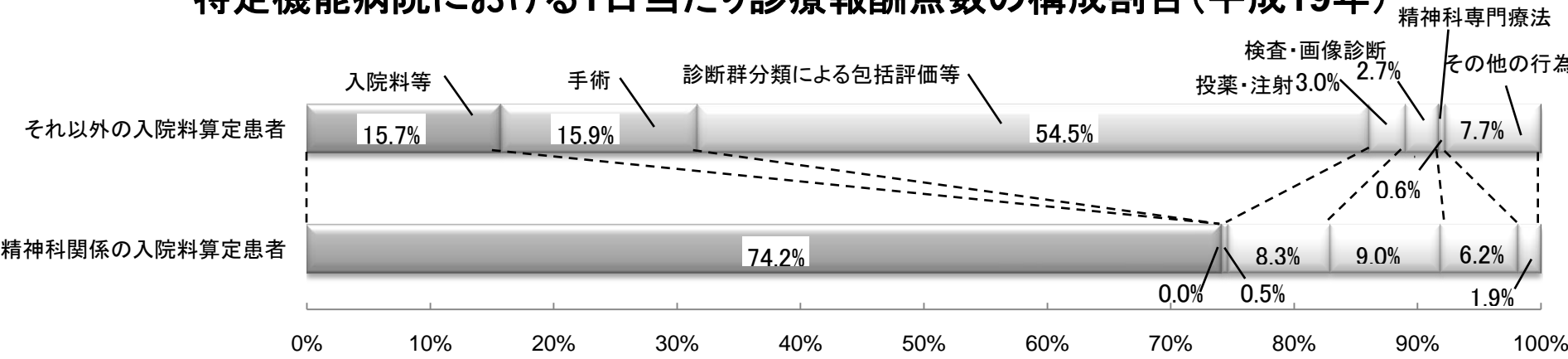
注1: この統計における一般病院とは、「精神病床のみを有する病院、特定機能病院、療養病床を有する病院」のいずれでもない病院  
 注2: 医療機関の収入となる診療報酬点数を単純に比較したもの。実際には、看護職員等の人員基準、平均在院日数、医療行為等が異なっているため、診療にかかるコストにも差があるものと考えられる。

# 特定機能病院における1日当たり診療報酬点数の比較(平成19年)



- 【精神科関係の入院料】
- 精神病棟10対1入院基本料
  - 精神病棟15対1入院基本料
  - 精神病棟18対1入院基本料
  - 精神病棟20対1入院基本料
  - 精神病棟特別入院基本料
  - 特定機能病院精神病棟7対1入院基本料
  - 特定機能病院精神病棟10対1入院基本料
  - 特定機能病院精神病棟15対1入院基本料
  - 精神科救急入院料
  - 精神科急性期治療病棟入院料1
  - 精神科急性期治療病棟入院料2
  - 精神療養病棟入院料
  - 老人性認知症疾患治療病棟入院料1
  - 老人性認知症疾患治療病棟入院料2

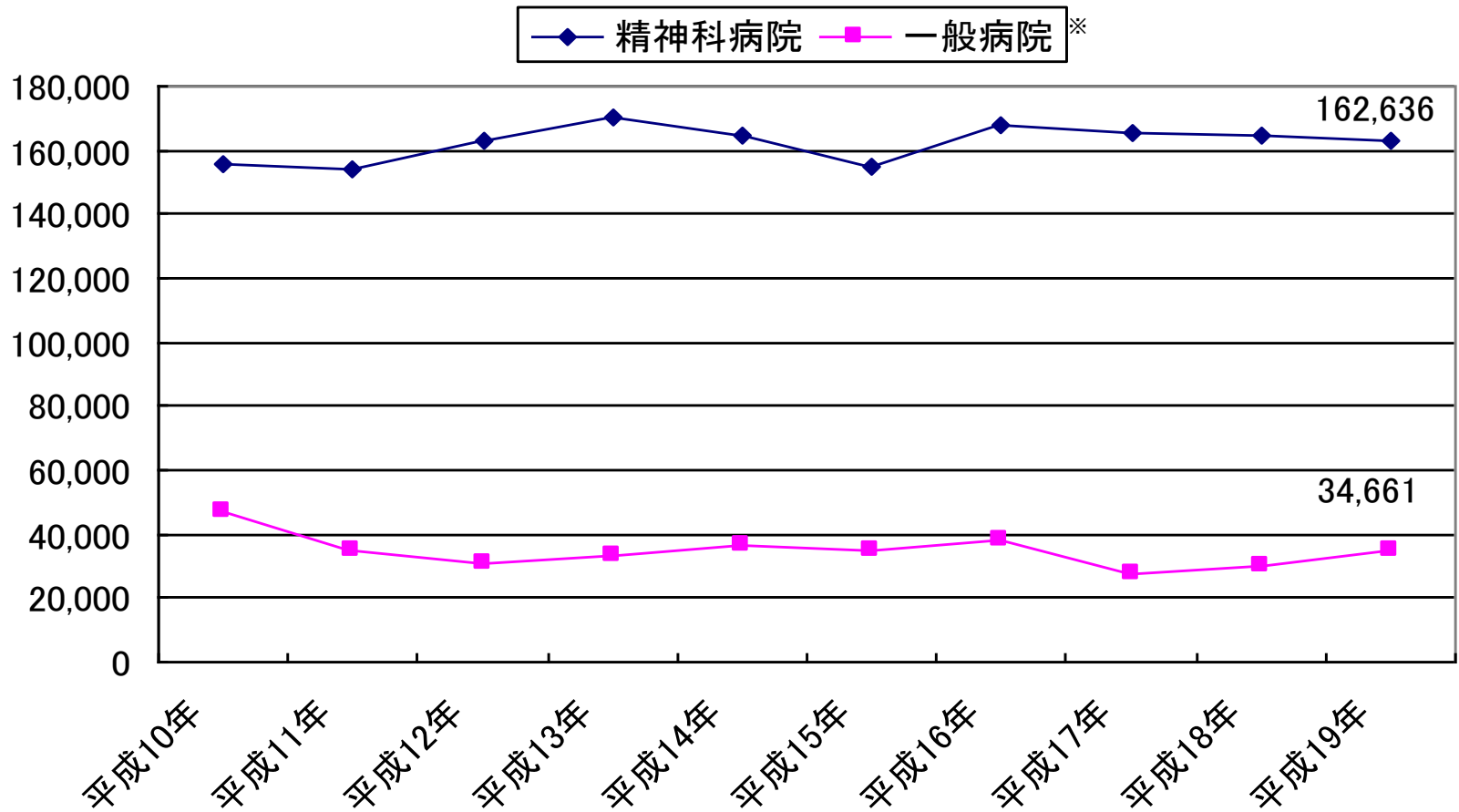
# 特定機能病院における1日当たり診療報酬点数の構成割合(平成19年)



注: 医療機関の収入となる診療報酬点数を単純に比較したもの。実際には、看護職員等の人員基準、平均在院日数、医療行為等が異なっているため、診療にかかるコストにも差があるものと考えられる。

資料: 社会医療診療行為別調査

# 精神科専門療法の実施件数(入院)



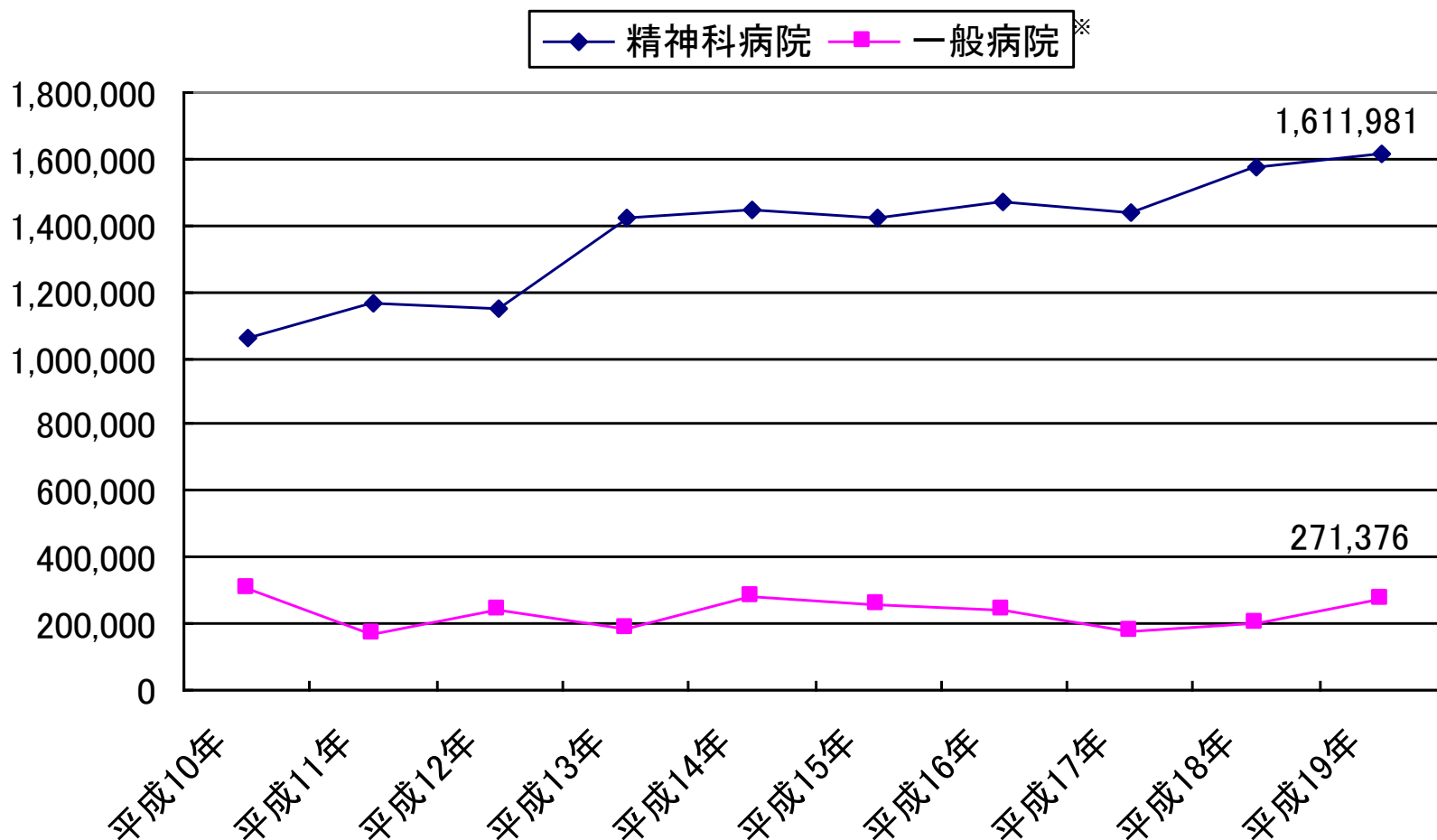
一般病院における専門療法の実施件数(平成19年)中  
精神科関係の入院料算定患者 27,954件  
それ以外の入院料 6,706件

※ 精神科病院:精神病床のみを有する病院

一般病院:「精神病床のみを有する病院、特定機能病院、療養病床を有する病院」のいずれでもない病院

資料:社会医療診療行為別調査

# 精神科専門療法の実施回数(入院)



一般病院における専門療法の実施回数(平成19年)中  
 精神科関係の入院料算定患者 251,749件  
 それ以外の入院料 19,627件

※ 精神科病院:精神病床のみを有する病院

一般病院:「精神病床のみを有する病院、特定機能病院、療養病床を有する病院」のいずれでもない病院

資料:社会医療診療行為別調査

# 課題と検討の方向 ①身体合併症への対応

## 現状と課題

- 精神科患者の高齢化や、自殺企図等の患者に適切な診療が求められる中で、精神・身体合併症に対応する診療機能のニーズが増大している。
- 一般病床、精神病床のいずれにおいても、精神・身体合併症患者への対応が十分でなく、その原因としては、従事者が未習熟、手間がかかる、他科の医師のサポートが得られにくいこと等が指摘されている。なお、平成20年診療報酬改定では、精神病床における身体合併症管理加算の創設等が行われている。
- また、医療法施行規則の、精神疾患患者を精神病床以外に入院させないとする規定のため、精神・身体合併症患者を一般病床に入院させにくいとの指摘がある。
- 急性期の身体疾患の治療後等を含め、身体疾患を有する精神疾患患者の入院を受け入れる医療機関が乏しいとの指摘がある一方、精神科病院の入院患者の高齢化につれ、このような医療のニーズが増大している。

## 検討

- 一般病床における身体合併症患者の診療体制を確保する観点から、急性期の身体疾患に対する精神科リエゾン診療の充実について検討するとともに、医療法施行規則第10条第3号の規定の解釈の周知を図りつつ、規定の見直しの是非についても検討すべきではないか。
- いわゆる総合病院精神科が精神・身体合併症への診療機能を発揮できるよう、その確保・充実を図るべきではないか。(次頁)
- 精神科病院においても、身体合併症について、一定程度の入院医療管理を行う等、その役割を一層発揮できるための方策を検討すべきではないか。

# 課題と検討の方向 ②総合病院精神科

## 現状と課題

- いわゆる総合病院精神科(以下、「総合病院精神科」という。)には、精神・身体合併症の入院診療が期待されるほか、各科連携した総合的な医療機能、m-ECTの実施、教育等、様々な機能を有している。
- 総合病院精神科においては、このような機能を発揮するため、一般病床と同等の医師の配置を行うこととなっている。
- 総合病院精神科における、特に急性期の身体合併症対応機能の充実を図るため、平成20年度の診療報酬改定における救急・合併症入院料の創設等が行われているが、その普及はまだ十分に進んでいない。
- 総合病院精神科は、廃止や病床の縮小が相次いでいる。これは、一般病床との収入差や、勤務の負荷が大きいことを背景とした精神科医の不足等が要因となっているのではないかと指摘がある。

## 検討

- 総合病院精神科においては、精神・身体合併症への診療機能など、総合的な機能を有することを踏まえ、精神病床の確保とともに、その機能の充実を図るための方策について検討すべきではないか。
- 総合病院精神科の維持を図るためには、報酬上の評価だけでなく、事務補助者の拡充など、従事者の負担軽減の方策や、他の医療機関等との連携の拡充についても検討すべきではないか。
- 精神科医師のキャリアにおいても、精神・身体合併症診療の経験が積極的に評価されるよう、学会等との連携が必要ではないか。