

参考資料：一般救急と精神科医療の連携のあり方(千葉)

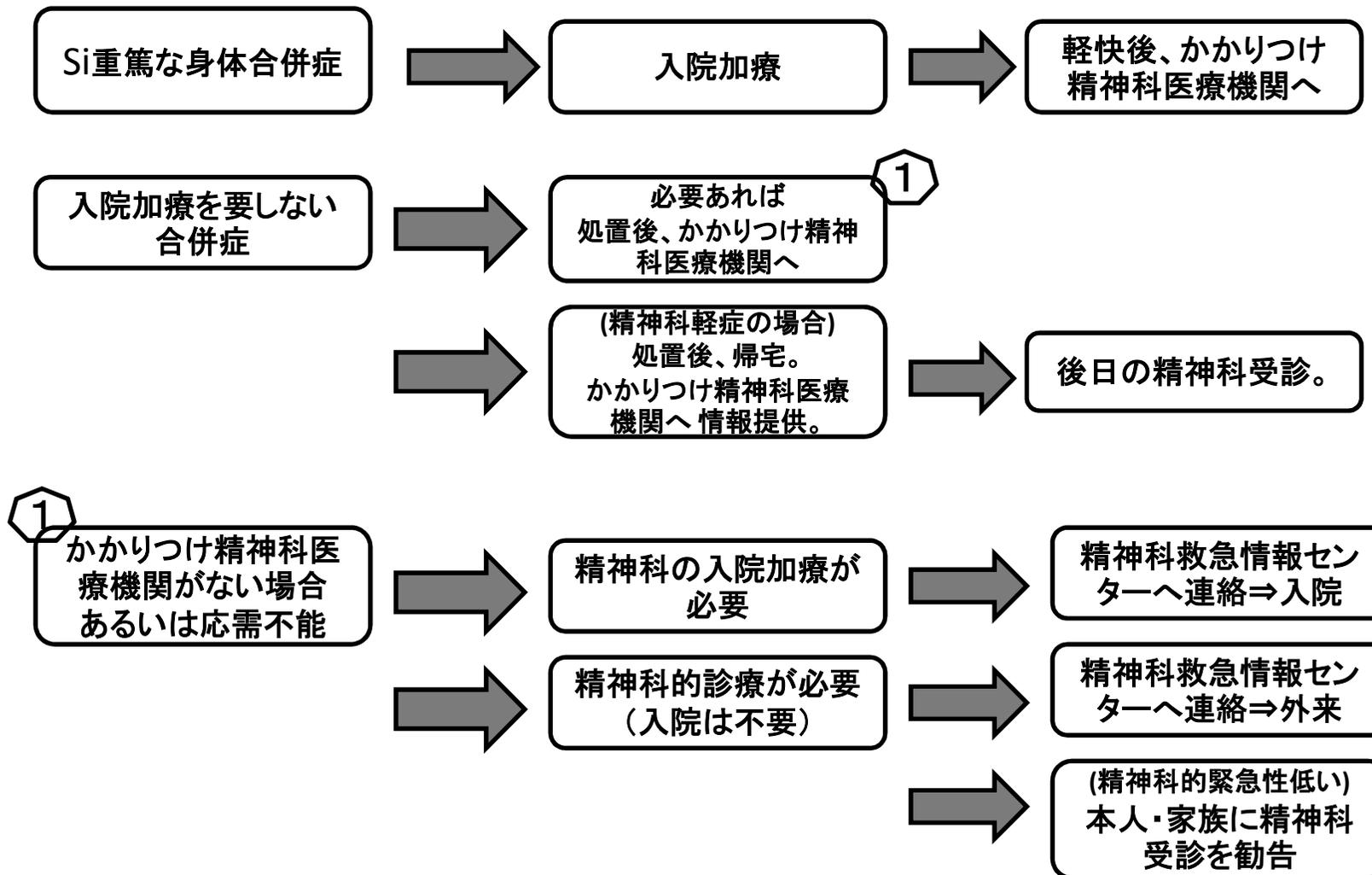
一般救急と精神科救急における 連携と現状の課題(まとめ)

公益社団法人日本精神科病院協会
千葉 潜

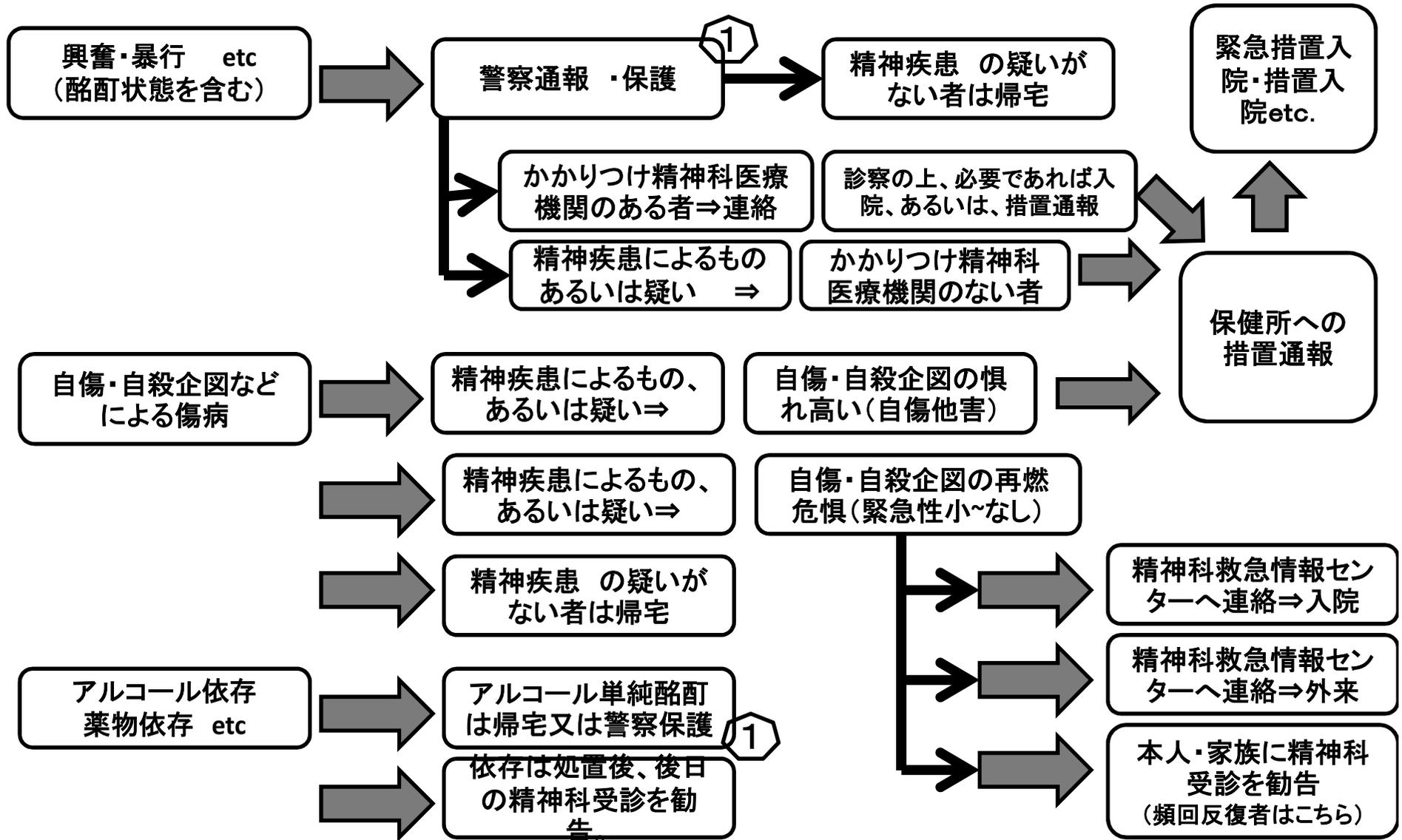
一般救急と精神科救急における 連携の問題点(現在)

- 1 休日夜間に診療応需不能(連絡が取れないを含む)の精神科医療機関がある。(主に精神科診療所)
- 2 緊急重篤でない合併症患者の身体的治療の受け入れが円滑でない。(2次救急病院で)
- 3 (救命救急センターを有する)総合病院において精神科および精神科病棟が設置されていないことで、連携やコンサルテーションが得れない。(並列モデルの整備が必要)
- 4 2次救急病院と精神科病院の地域内病病連携が未整備である。
- 5 精神科救急システムにおいて、情報センターの機能整備が進んでおらず、十分な役割を果たしていない。

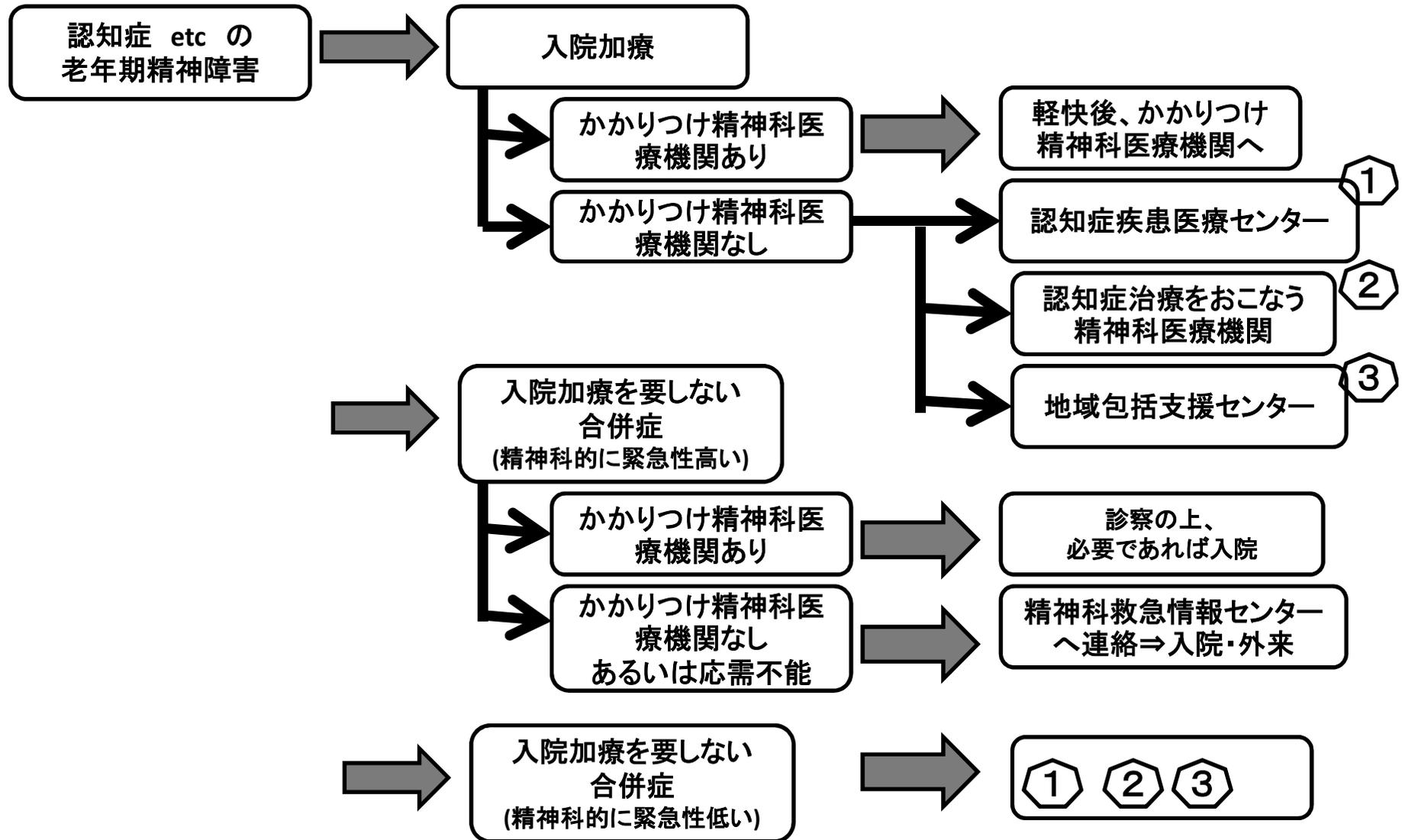
身体疾患治療後の精神医療との連携



問題ケースの対応と精神科救急連携



一般救急受診後の高齢者精神疾患と精神科医療対応



参考資料:一般救急と精神科医療の連携のあり方(千葉)

わが国における精神科救急・ 急性期医療の現状と課題

千葉県精神科医療センター

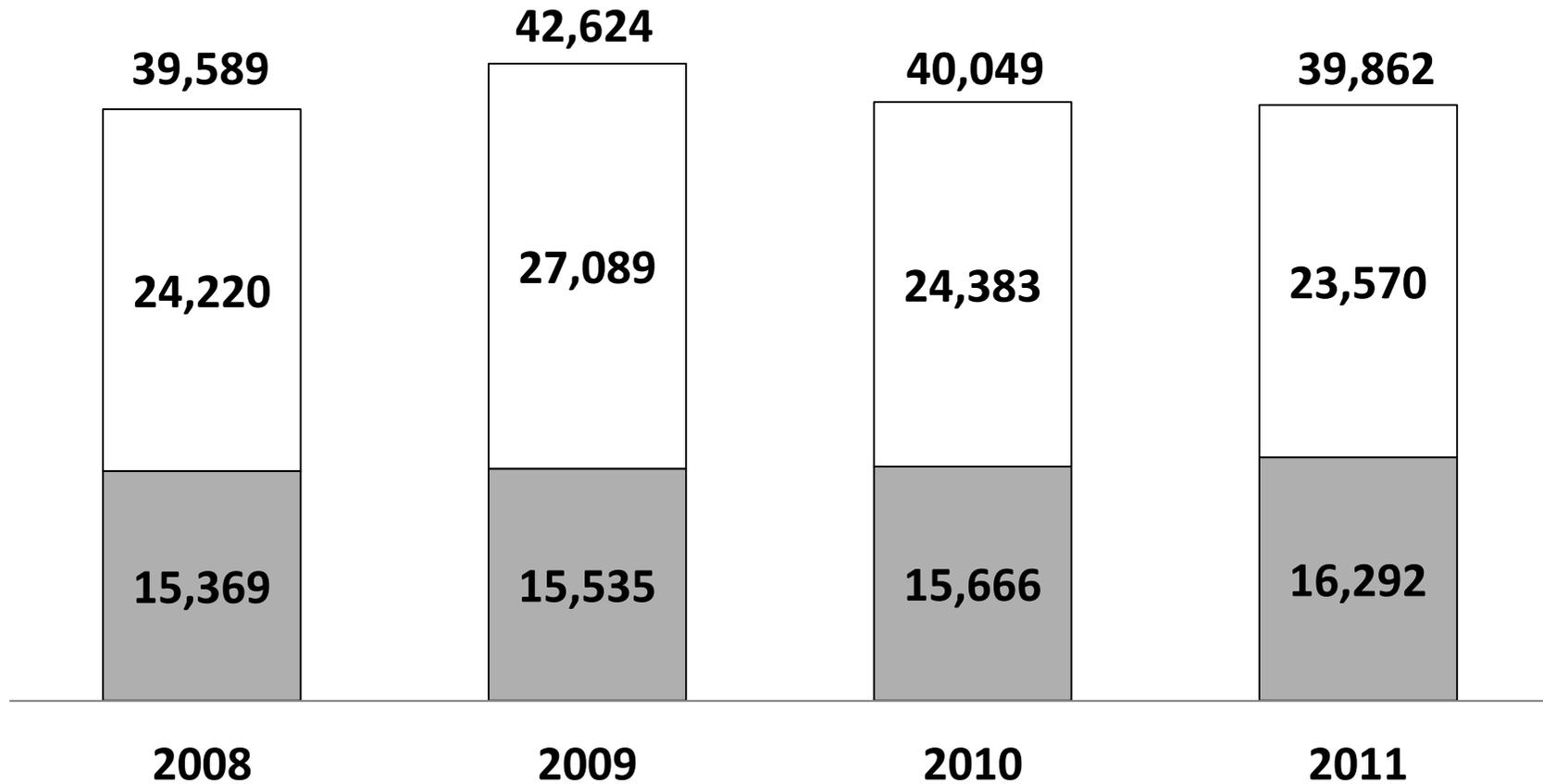
日本精神科救急学会

全国自治体病院協議会

平田豊明

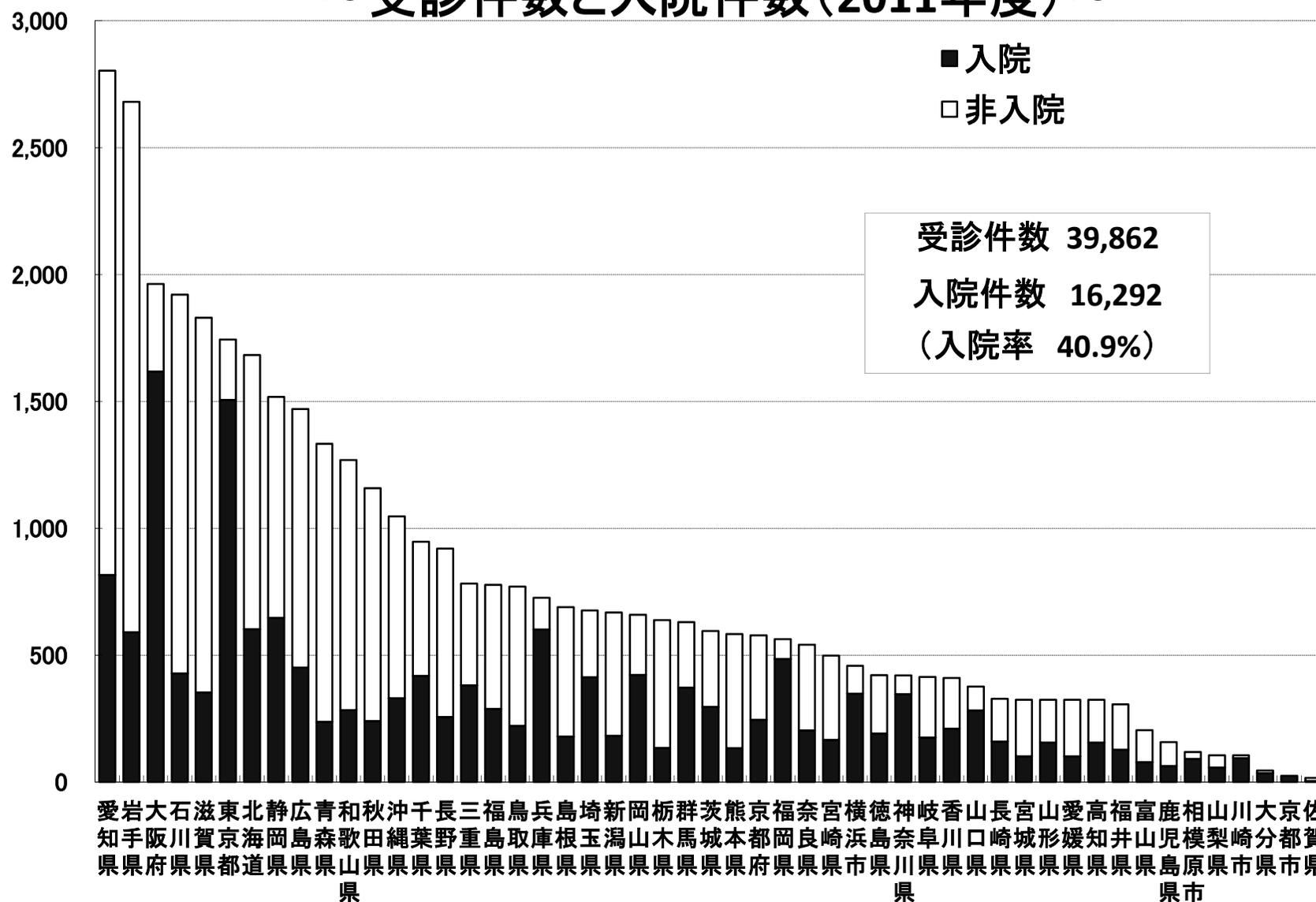
精神科救急医療体制整備事業 ～受診件数と入院件数の推移～

■ 入院 □ 非入院



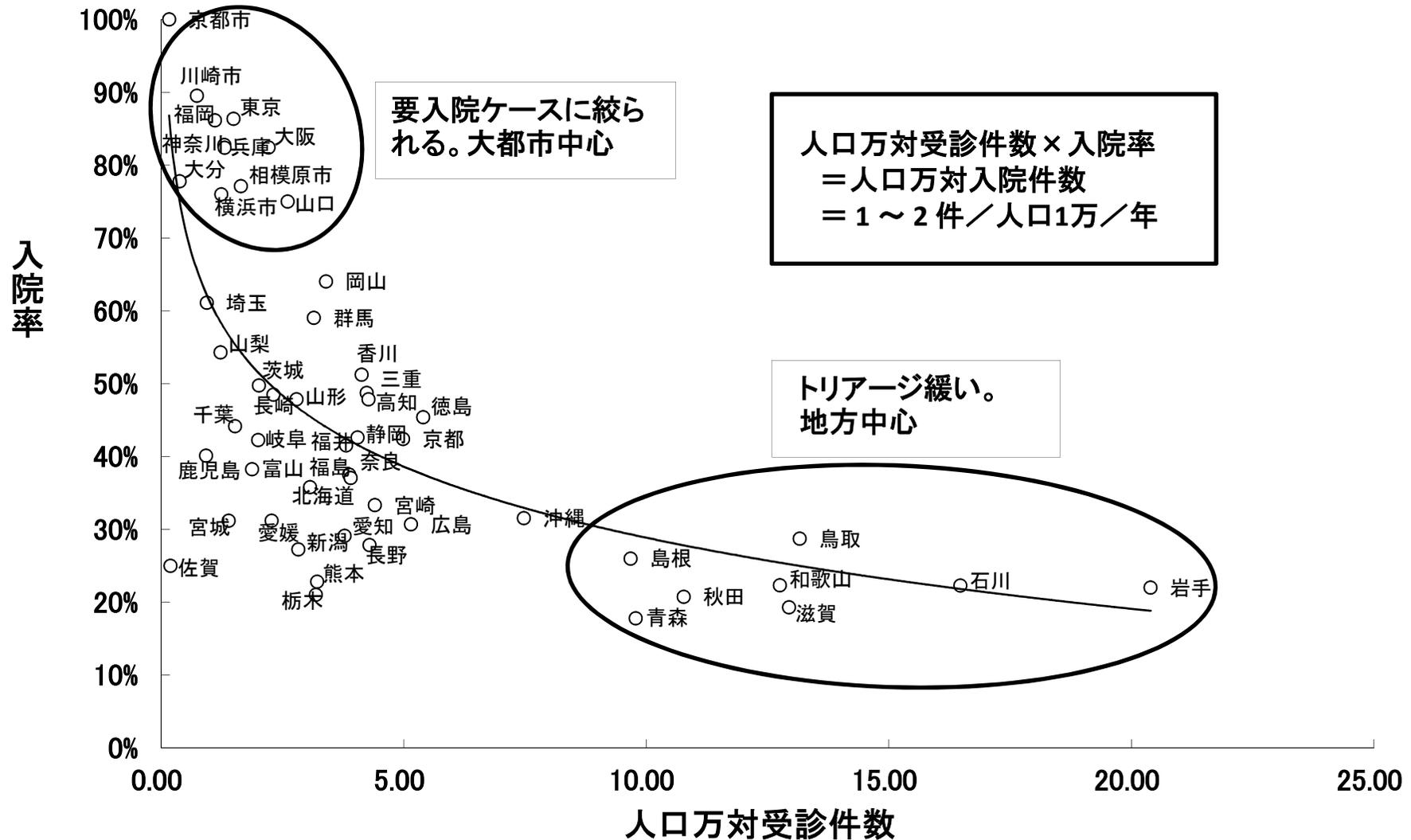
精神科救急医療体制整備事業

～受診件数と入院件数(2011年度)～

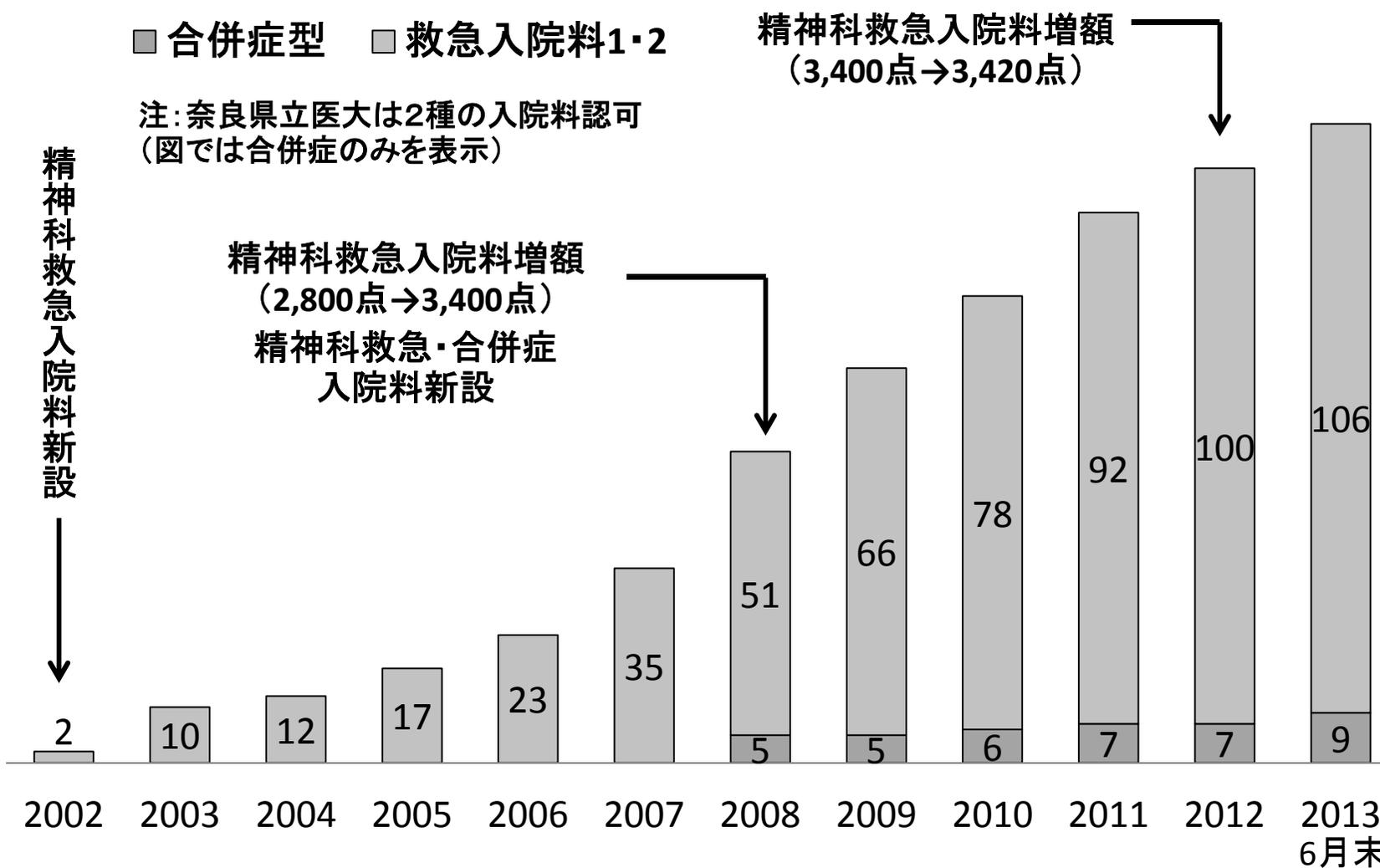


精神科救急医療体制整備事業

～人口万対受診件数と入院率(2011年度)～



精神科救急入院料病棟認可施設数の推移

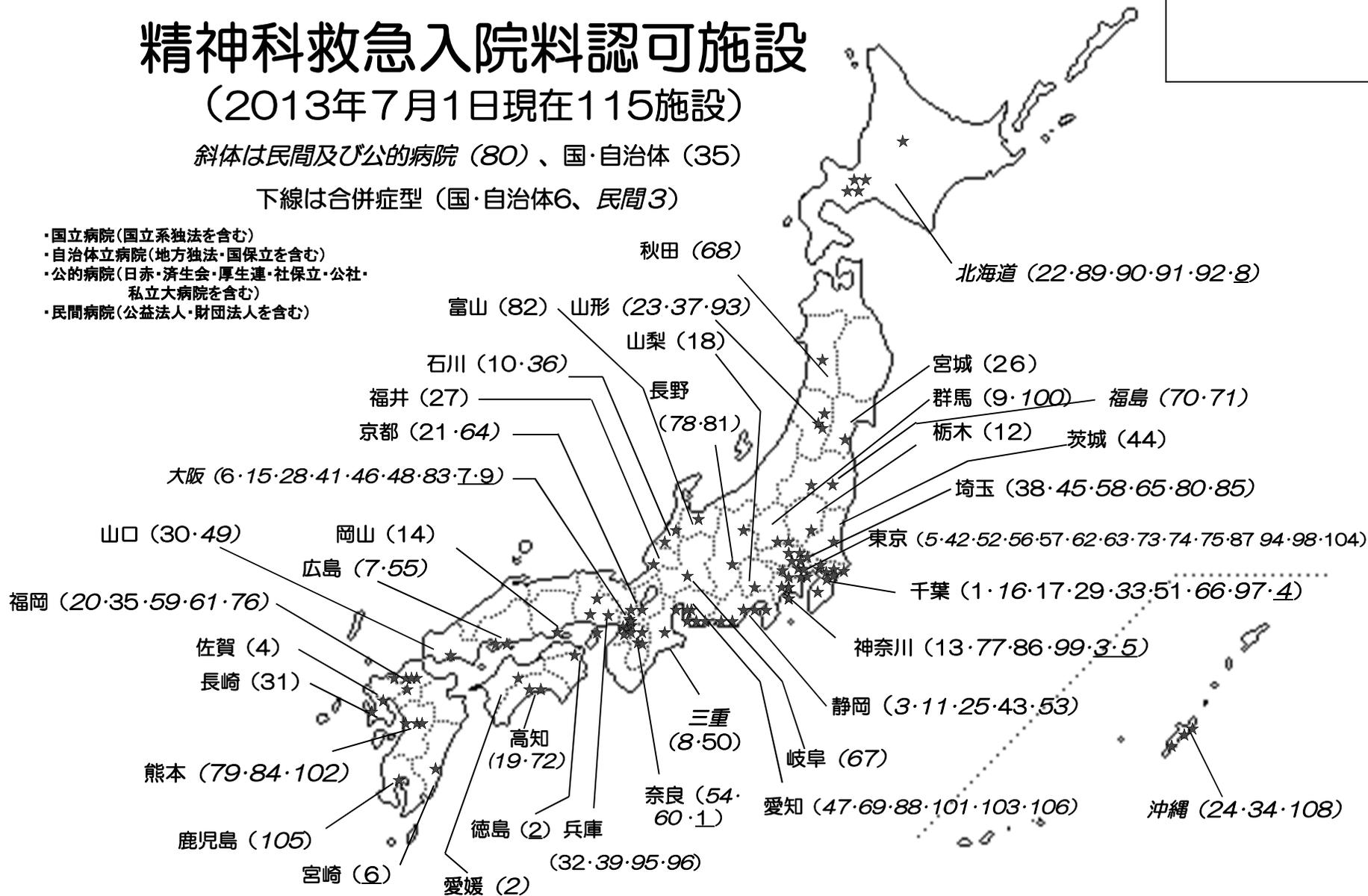


精神科救急入院料認可施設 (2013年7月1日現在115施設)

斜体は民間及び公的病院 (80)、国・自治体 (35)

下線は合併症型 (国・自治体6、民間3)

- ・国立病院 (国立系独法を含む)
- ・自治体立病院 (地方独法・国保立を含む)
- ・公的病院 (日赤・済生会・厚生連・社保立・公社・私立大病院を含む)
- ・民間病院 (公益法人・財団法人を含む)



参考資料:一般救急と精神科医療の連携のあり方(千葉)

総合病院精神科の役割機能と その充実・整備の重要性について

一般社団法人 日本総合病院精神医学会

総合病院精神科の特徴

一般医療と密に連携している

- 精神科診療上の利点

 - 精神疾患と身体疾患の併発ケースの診療

 - 精神疾患の初期診断(身体疾患との鑑別)

- 一般医療との診療連携が取りやすい

 - 一般科医師からの紹介

 - 一般科医師への紹介

➡ 精神科医療と一般医療をつなぐ役割

総務省消防庁が東京消防庁管内で実施した 救急受け入れに関する実態調査

(2008.12.16～12.22)

受け入れ照会が4回以上となるケース(救急搬送困難例)

薬物中毒	50.0%	(実数 29)
未受診妊婦	50.0	(実数 2)
透析中	38.9	(実数 7)
急性アルコール中毒	38.2	(実数135)
精神疾患の患者	36.1	(実数 56)
認知症	18.5	(実数 21)

平均 8.3%

傷病者の搬送及び受け入れの実施基準等に関する検討会報告書(2009年10月)

精神科救急と一般救急の乖離が問題

2010～2011年に各都道府県で精神科救急を含む傷病者搬送基準の見直し

精神科救急医療体制に関する検討会 報告書(2011.9.30)

身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保

【縦列モデル】

精神症状の治療を優先すべき患者は、必要に応じ身体疾患に対応できる医療機関が診療支援しつつ、精神科医療機関が対応することを原則

精神科医療機関と連携医療機関間で転院基準や必要な手続き等についてあらかじめ調整する等により、連携体制を構築

【並列モデル】

精神科を有する救急対応可能な総合病院は、原則、精神・身体症状の両方とも中程度以上の患者等を優先して対応する役割を明確化

精神科を有する救急対応可能な総合病院は、PSW配置の推進、精神科対応の専門チームの配置を検討

並列モデルの充実は総合病院精神科の医療政策的強化により可能

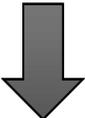
救命救急センターに指定され、かつ精神病棟を有する病院数

	救命救急センター数	内、精神病棟あり	比率 %
全国	227	89	39
北海道	9	5	56
東北	17	9	53
関東	43	13	30
東京	23	14	61
中部	38	12	32
近畿	33	12	36
中国	17	10	59
四国	10	2	20
九州	25	12	48

救命救急センターで精神病棟を有する病院がない府県：
秋田、茨城、群馬、山梨、京都、愛媛、高知、鹿児島

救命救急センターに精神科医がいなければ

40代男性、突然腹部切創



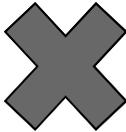
救急車

A総合病院 救命救急センター受診

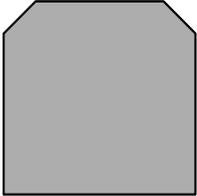


昨年まで精神科医が
1名いたが、今年は
大学からの派遣なく欠員

外科にて緊急手術 → 入院
翌日になり「死なせてくれ」と不穏



B精神科病院



近くの精神科病院に
転院の依頼

外科医がないので
無理です

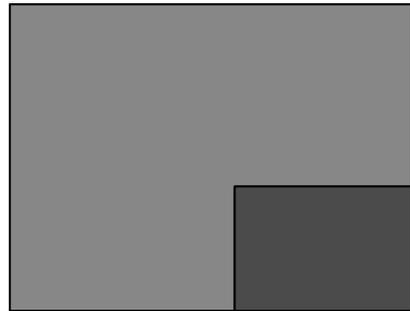
救命救急センターに精神科病棟があれば

40代男性、突然腹部切創



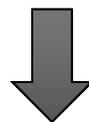
C総合病院 救命救急センター受診

一般医療と精神科医療を
切れ目なく提供できる

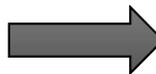


精神科病棟 40床
常勤精神科医 7名

外科にて緊急手術 → 入院
翌日になり「死なせてくれ」と不穏



直ちに精神科医が診察
うつ病の診断

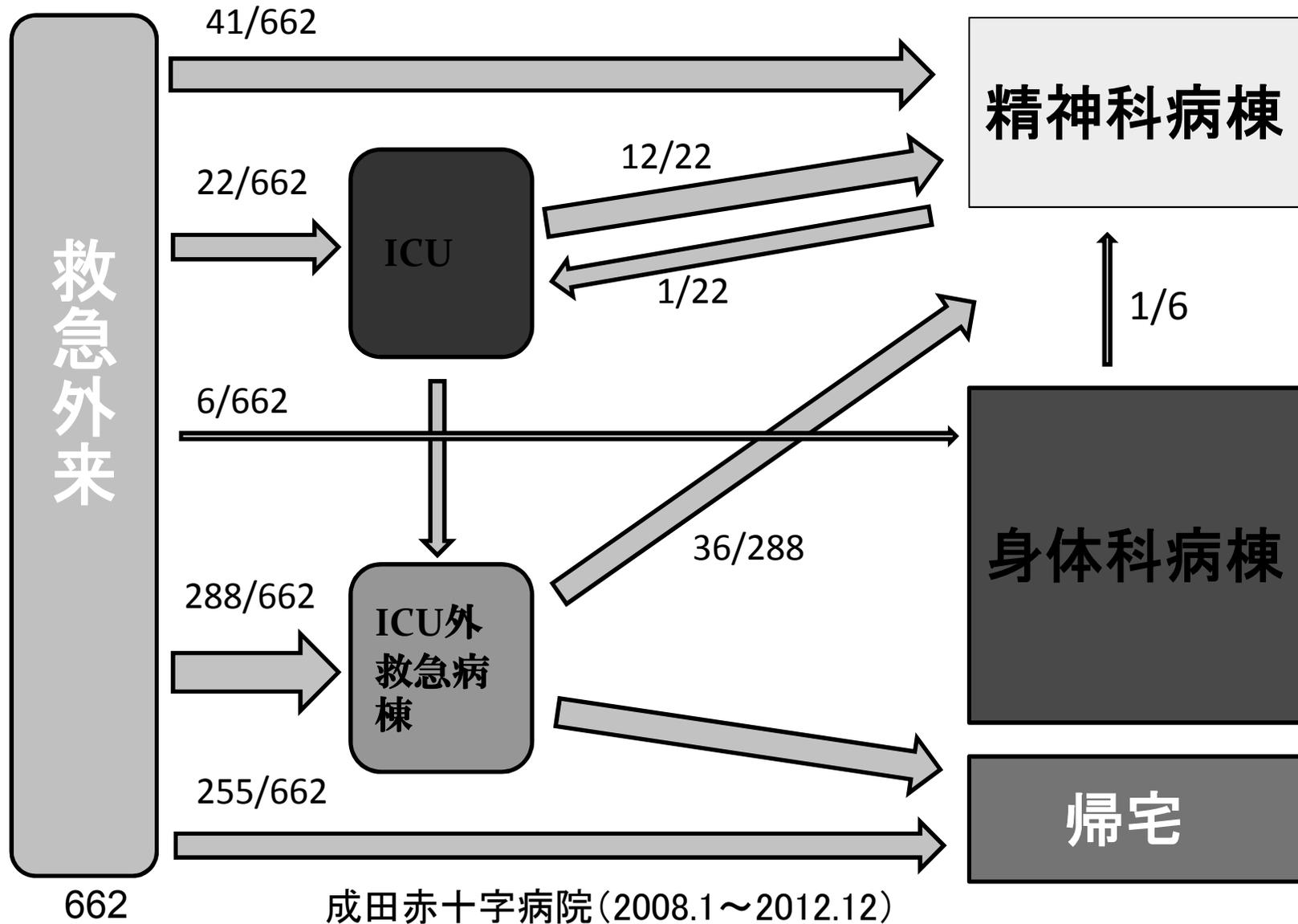


精神科病棟に転棟
外科医が往診し腹部の管理

6週間後、傷もうつ病も癒え
自宅に退院

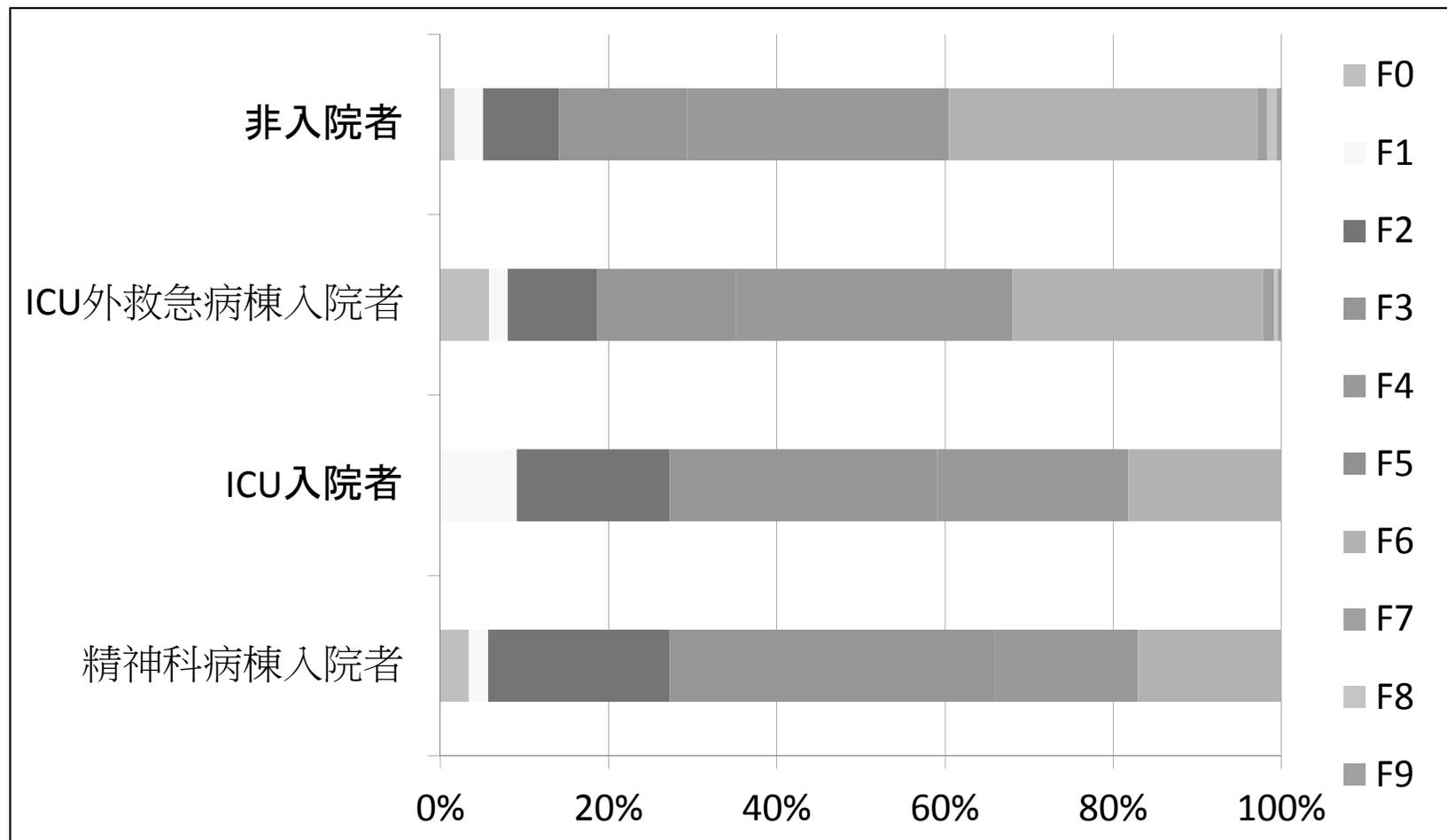


救命救急センター、精神科病棟を有する 総合病院における自殺企図者の処遇



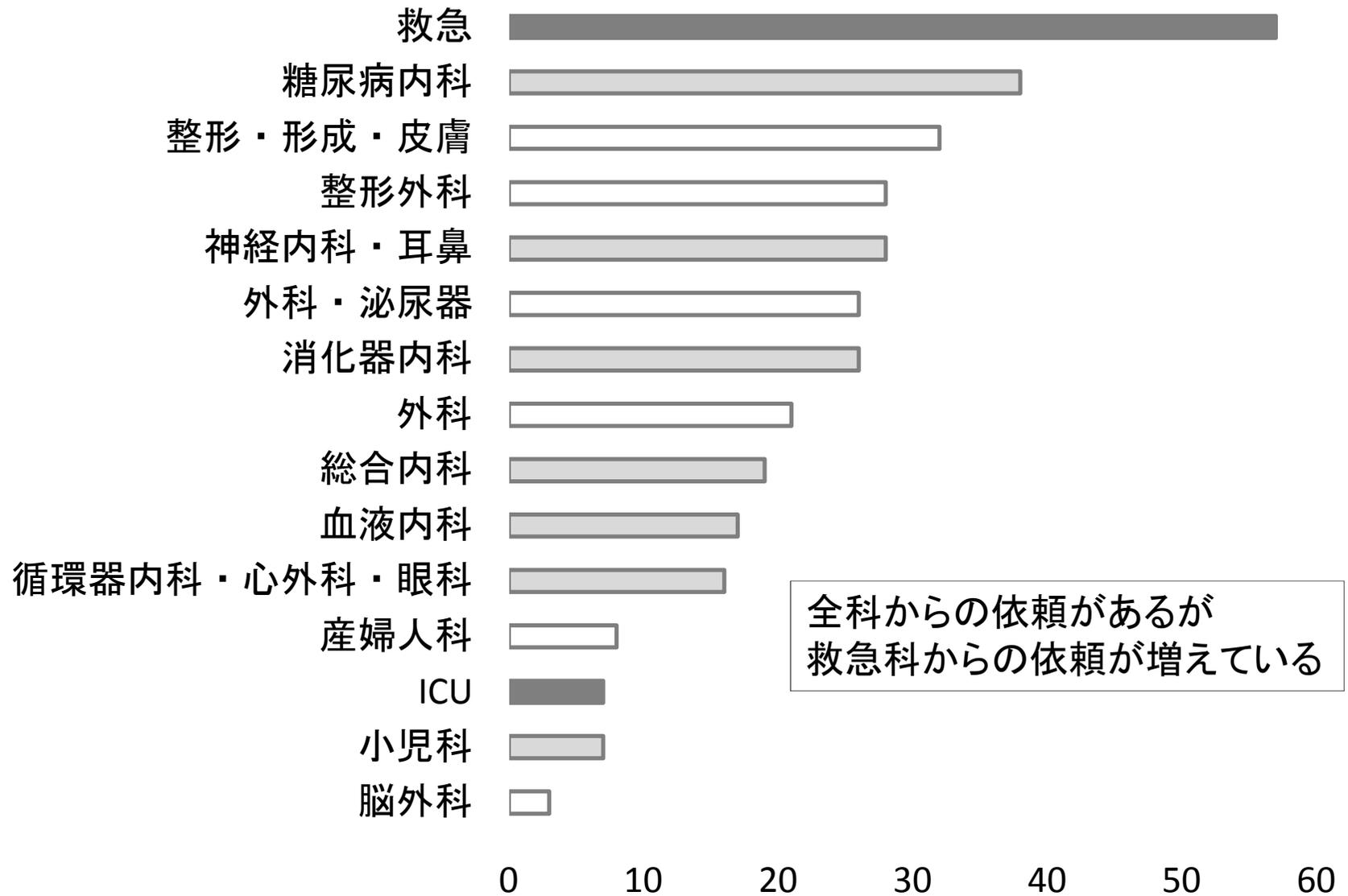
自殺企図者の精神科診断比較

成田赤十字病院(2008.1～2012.12)



F2:統合失調症等、F3:気分障害、F4:適応障害等、F6:パーソナリティ障害

リエゾン・コンサルテーションの依頼病棟



2010.4～2011.3 成田赤十字病院 n=329

精神科病棟に身体合併症患者(統合失調症で大腿骨頸部骨折)が入院すれば

救急外来などで大腿骨頸部骨折の診断は整形外科医が行なう。

手術が必要となれば、画像、血液等(中央放射線室、中央検査部で施行)
検査オーダーは整形外科医
連日、精神科病棟に整形外科医の回診

精神科医は、精神症状の管理、全体的な身体状態の観察

手術は、手術室にて整形外科医が行なう

一般病棟に精神疾患を持つ患者(統合失調症者の大腿骨頸部骨折)が入院すれば

大腿骨頸部骨折の診療は整形外科医が行なう
不穏であれば、連日精神科医が回診

総合病院内では、精神科医は、院内の中央診療設備(放射線、検査、薬局等)を駆使し他科医師と一体となって診療に当たっている。

総合病院精神科の現状(1)

徐々に総合病院精神科が減少している

要因

1) 低い医療経済基盤

不採算部門として切り捨てられる傾向に

2) 医師の偏在化

地方の医師不足

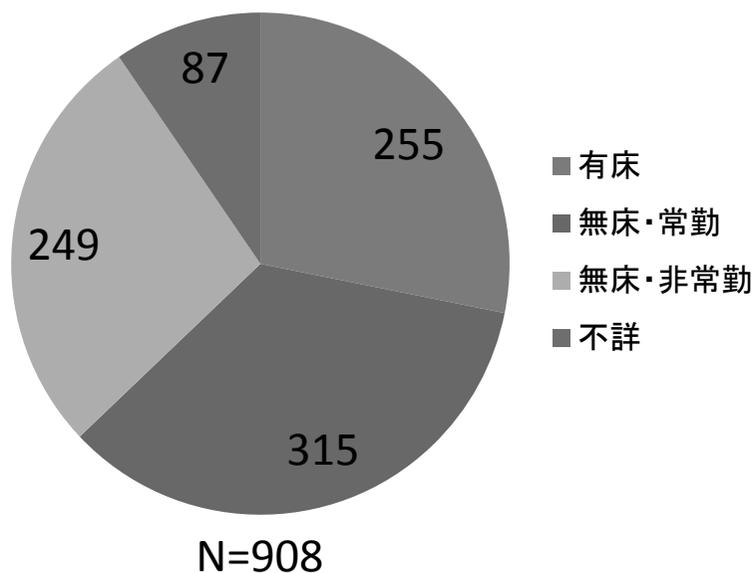
初期研修の自由化

精神科医療の中では敬遠されがち

医師が少ない、忙しすぎる

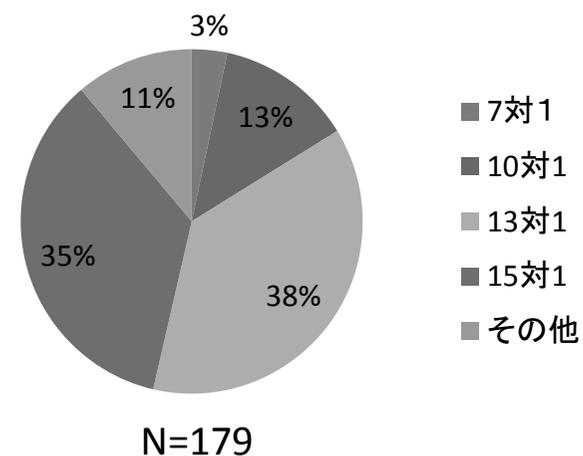
総合病院精神科の現状(2)

精神科を有する一般病院数



有床255病院(16390床)の内 14病院(760床)が休床中

算定入院料



日本総合病院精神医学会 2012総合病院精神科基礎調査などより

その他は、精神科救急・合併症入院料
精神科救急入院料など

総合病院精神科の診療報酬

2008年以前は実質的に15対1精神病棟入院基本料のみしか算定できなかった

1996年：精神科急性期治療病棟入院料新設

8割以上または200床以上の精神病床保有が条件

2002年：精神科救急入院料新設

5名以上の精神保健指定医、半数以上の個室が条件

(小規模総合病院精神病棟にはいずれも不可能または困難)

2008年：精神科救急・合併症入院料新設

2010年：10対1精神病棟入院基本料の要件緩和

平均在院日数要件：25日→40日

13対1精神病棟入院基本料の新設

精神科救急・合併症入院料取得病院

成田赤十字病院(2008.9)
済生会横浜市東部病院
徳島県立中央病院
横浜市立みなと赤十字病院
大阪府立急性期・総合医療センター
宮崎県立病院
奈良県立医大病院
大阪市立総合医療センター
市立札幌病院(2013.4)

* 精神科救急入院料取得病院 (総合病院)

聖隷三方原病院
国立国際医療センター国府台病院
旭中央病院
奈良県立医大病院
竹田総合病院
北里大学東病院
埼玉医科大学病院
富山県立中央病院
横浜市大市民医療センター
東京都保健医療公社豊島病院
東京都立多摩総合医療センター
国立病院機構舞鶴医療センター

11の合併症受入病院の受け入れ実績

(精神科病院に入院中の合併症患者)

	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
A精神科病院	89	77	57	75	127	74	74	73
B精神科病院	51	65	63	53	61	41	45	37
C精神科病院	16	31	25	29	21	16	18	5
府立急性期・総合医療センター	23	21	23	36	92*	108*	111*	102*
D総合病院	6	9	9	0	8	7	9	22
E総合病院	12	5	8	9	9	4	2	5
F総合病院	1	1	3	1	1	0	0	1
G大学病院	5	5	15	9	9	6	8	9
H大学病院	4	4	2	7	3	5	6	5
I大学病院	3	2	6	3	2	3	4	10
J大学病院	0	3	1	4	1	1	1	0
計	210	223	212	226	334	265	278	269

(* : うち約30%がまず救急診療科に入院)

精神科救急・合併症入院料の算定患者と非算定患者の内訳

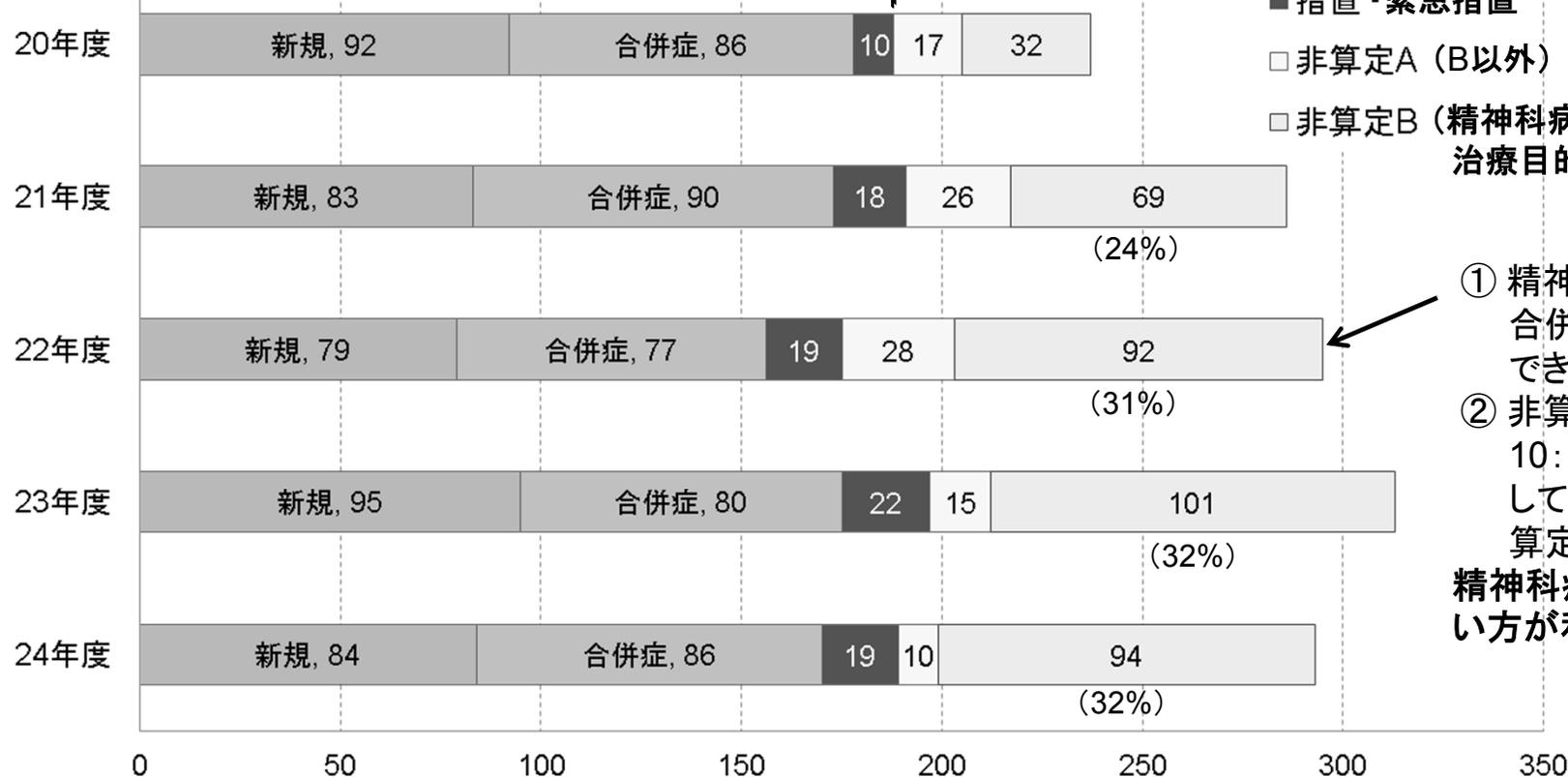
③ 合併症の治療をしてもしなくても、
包括で同じ診療報酬

合併症患者が少ない方が利益が大きい

当科では全体の8割(24年度は9割)が合併症患者

← 算定 非算定(15:1) →

- 新規 (直接精神科病棟に入院)
- 合併症 (一般病院/病棟から転入)
- 措置・緊急措置
- 非算定A (B以外)
- 非算定B (精神科病院から合併症治療目的の転院)



- ① 精神科病院からの合併症患者は算定できない
- ② 非算定の患者は、10:1の基準を満たしていても、15:1で算定
精神科病院から受けない方が利益が大きい

(大阪府立急性期・総合医療センター: 実際に算定したのは、22年度:11ヶ月、23年度:5ヶ月、24年度:3ヶ月)

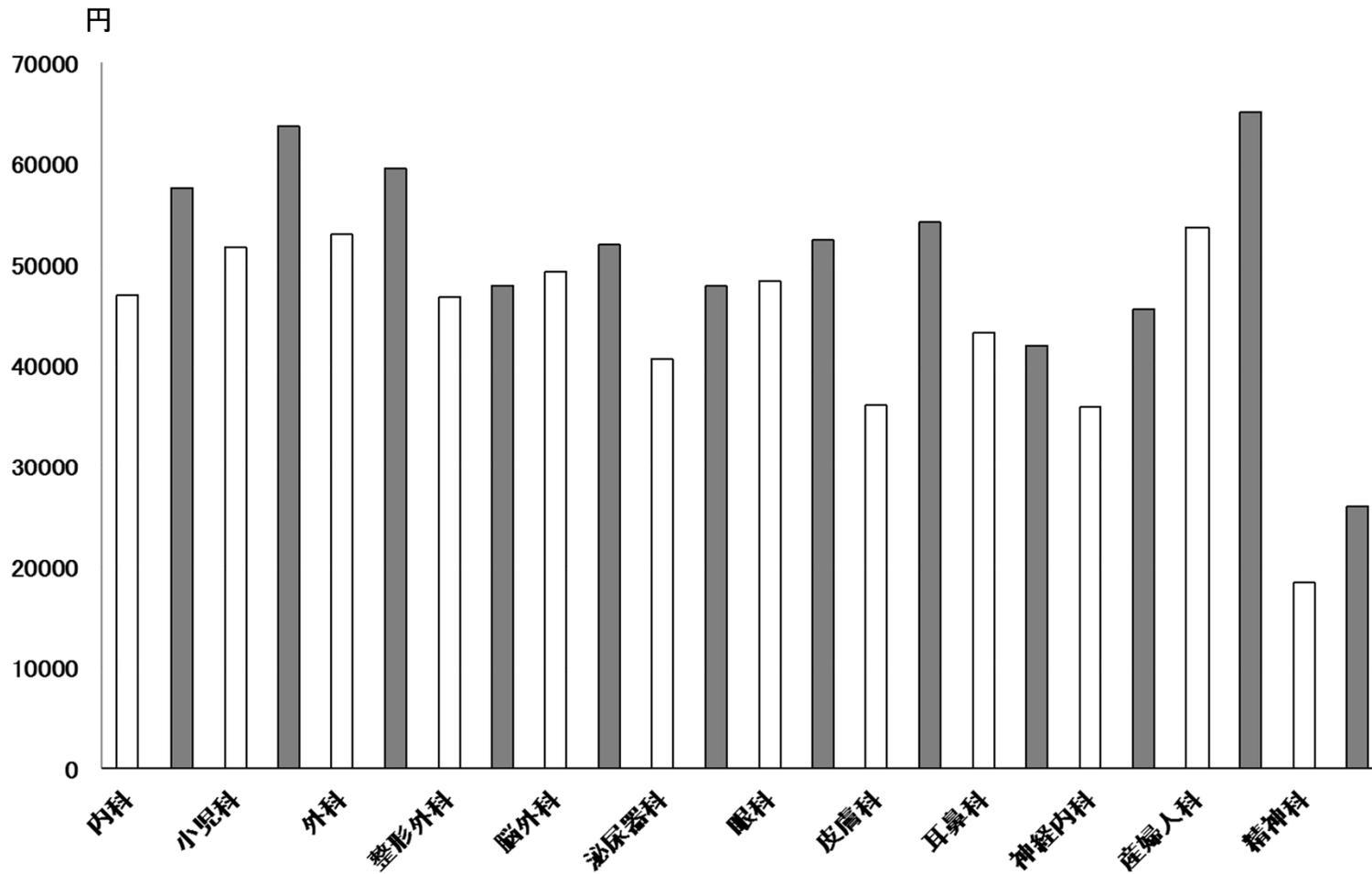
総合病院精神病棟の 入院収入の現状

サンプル調査
(2013年5月分)

精神病棟の1人1日の
入院収入は
一般病棟の1/3～1/2

精神科入院料	精神病 床数	常勤精神科 医数	精神科1人1日 入院収入	一般病棟入院 基本料	一般科1人1日 入院収入	精神/一般
15対1精神病棟	100	5	15,399	7対1	43,189	0.36
入院基本料	70	3	15,631	7対1	68,833	0.23
	70	4	15,791	10対1	46,601	0.34
	92	4	16,534	7対1	51,162	0.32
	50	5	17,323	7対1	47,529	0.36
	40	3	17,679	7対1	46,169	0.38
	46	4	19,279	7対1	55,856	0.35
(平均)			16,805		51,334	0.33
13対1精神病棟	45	4	15,585	7対1	54,627	0.29
入院基本料	67	4	18,579	7対1	58,769	0.32
	41	6	19,452	10対1	64,717	0.30
	50	8	19,603	7対1	66,168	0.30
	48	5	21,043	10対1	61,795	0.34
	51	4	22,710	7対1	42,888	0.53
	28	5	24,491	7対1	79,894	0.31
(平均)			20,209		61,265	0.33
10対1精神病棟	30	4	20,946	7対1	61,200	0.34
入院基本料	34	7	22,457	7対1	68,276	0.33
	50	4	24,573	7対1	47,302	0.52
	50	6	28,729	7対1	66,248	0.43
	38	6	30,879	7対1	71,649	0.43
	33	3	32,004	7対1	65,424	0.49
(平均)			26,598		63,350	0.42
救急・合併症入院料	50	5	25,975	7対1	56,866	0.46
	38	9	28,630	7対1	60,105	0.48
	50	7	32,861	7対1	85,193	0.39
	40	7	36,862	7対1	71,450	0.52
救急入院料	50	11	31,905	7対1	64,929	0.49
(平均)			31,247		67,709	0.46

総合病院内診療科別1人1日あたり入院収入



左:2008.8 右:2013.5

総合病院精神科病棟の診療報酬は いかにあるべきか

基本的には 他診療科と少なくともホスピタルフィーは
同じであるべきではないか

∴ 総合病院においては精神科であろうと、内科であろうと検査、薬局、
栄養課、事務等は共同利用。診療はその科だけで行うことはない。

総合病院においては一般病棟入院基本料と
精神病棟入院基本料に分かれていること自体が不合理

総合病院では精神科病棟も一般病棟入院基本料で
算定できるようにすべきである

日本総合病院精神医学会の平成26年診療報酬改定要望

1. 精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望

看護師要件の改定(専任を専任または専従に、条件の緩和)
増点及び算定可能な回数の増加

2. 精神病棟入院基本料への加算の適応の拡大

医師事務作業補助体制加算
栄養サポートチーム加算
総合入院体制加算

3. 精神科救急・合併症入院料の改定

精神科病院から転院した身体合併症を新規入院扱いに 等

4. 身体合併症管理加算対象疾患・算定期間の見直し

5. 精神病棟の入院料の見直し

精神病棟を一般病棟入院基本料に合算可能とすること
精神病棟入院基本料の要件改定
精神病棟のDPC対象化

6. DPCの調整係数に精神科医療に関わる貢献度を加える

精神病棟入院料に関する要望

1) 精神病棟を一般病棟入院基本料に合算可能としていただきたい

精神病棟は一般病院に併設されていても精神病棟入院基本料で算定し、一般病棟入院基本料では算定されない。他の診療科は全て診療科毎の算定ではなく一般病棟として看護師数、平均在院日数を合算され算定されており、精神病棟だけが合算から除外される合理的根拠はない。少なくとも下記の条件にある精神病棟は一般病棟入院基本料に合算できるようにしていただきたい。

(合算できる精神病棟の要件)

- ① 当該精神病棟が16対1医師配置を行っていること
- ② 看護師配置も合算して一般病棟入院基本料の配置基準を満たすこと
- ③ 精神病棟の病床数が50床以下であること
- ④ 当該精神病棟の平均在院日数が60日以下であること

2) 精神病棟入院基本料のうち10対1入院基本料の平均在院日数要件を40日から60日に改定していただきたい

平成22年改定において10対1精神病棟入院基本料が新設されたが、看護師は確保できても平均在院日数要件からこれを取得できない病院が多い。現在の精神科医療の特性に基づき、平均在院日数要件を40日から60日に変更していただきたい

3) 精神病棟をDPC対象の対象としていただきたい

ほとんどの一般急性期病院はDPC病院となっているが精神病棟だけは除外されている

一般病棟入院基本料と精神病棟入院基本料

入院基本料の比較（平成 24 年 4 月版「医科点数表の解釈」より）

	一般病棟 入院基本料	精神病棟 入院基本料	特定機能病院 入院基本料 (一般病棟の場合)	特定機能病院 入院基本料 (精神病棟の場合)
7 対 1	1,555	-	1,555	1,311
10 対 1	1,300	1,240	1,300	1,240
13 対 1	1,092	920	-	920
15 対 1	934	800	-	839
18 対 1	-	712	-	-
20 対 1	-	658	-	-
加算(～ 14 日)	450	465	712	505
〃 (15～ 30 日)	192	250	207	250
〃 (31～ 90 日)	-	125	-	125
〃 (91～ 180 日)	-	10	-	30
〃 (181 日～ 1 年)	-	3	-	15

精神病棟を合算しても一般病棟入院基本料の 平均在院日数要件はクリアできる

病棟別平均在院日数(成田赤十字病院2013. 5)

A7東	A6西	A5西	A4西	A3西	F3	F4		G3	
血液内科	循環器内科&心血管外科	外科	整形外科	神経内科	小児科	脳外科	一般科 平均	精神科	総平均
28.5	11.6	10.4	20.1	16.7	8.7	27.8	15.3	59.6	16.2

7対1一般病棟入院基本料の平均在院日数要件は18日以内
10対1一般病棟入院基本料の平均在院日数要件は21日以内

新しい総合病院精神科設立の動き

- ・亀田総合病院の精神科病棟の設立(一般862、精神41)(2005)
- ・横浜市における総合病院精神科を中心とした
精神科救急システムの構築(2006)
 - 横浜市大市民医療センター(一般670、精神50)
 - 昭和医大横浜市北部病院(一般561、精神100)
 - 横浜市立みなと赤十字病院(一般584、精神50)
 - 済生会横浜市東部病院(一般460、精神50)
- ・宮崎県立精神科病院の県立宮崎病院への統合(2009.4)
- ・新設国立病機構北海道医療センターに精神科病棟40床(2010.3)
- ・市立札幌病院分院の本院への統合(2012.4)
- ・高知医療センターへの精神科病棟(40床)の新設(2012.4)
- ・新潟市民病院に精神科病棟(16床)の新設(2013年度中)
- ・新 県立奈良病院に精神科病棟(40床)新設予定(2016年度中)
-
-

地域においては総合病院精神科設置のニーズは高い

総合病院精神科が充実すれば

- 1) 一般救急と精神科救急の乖離が解消されるようになる
- 2) 一般医療と精神科医療が融合し、医療連携が円滑となり国民に切れ目のない医療を提供できるようになる
- 3) 精神科医療の専門性が高まり、質の高い精神科医療が提供できるようになり、国民の精神科医療に対する信頼性が増すようになる。