#### 第105回日本精神神経学会総会

# シンポジウム

# 精神科救急・合併症入院料の取得が総合病院精神科の運営に及ぼす効果

斎 賀 孝 久 (成田赤十字病院精神神経科)

当院は、総病床数 719 床の総合病院であり、救命救急センター(第 3 次救急指定)を擁し地域医療支援病院、地域がん診療拠点病院、災害拠点病院、初期臨床研修病院に指定された地域の基幹病院である。精神神経科病棟は平成 4 年 7 月に開設され、これまで精神科救急、身体合併症の治療に取り組んできた。開設以来入院患者 1 人 1 日あたりの収入は他科の 3 分の 1 から 2 分の 1 程度の状況が続いていた。業務は多忙となってきたが医療経済面の理由から 5 名以上の医師の増員は認められなかった。平成 20 年 4 月に精神科救急・合併症入院料が新設され当科では平成 20 年 9 月より算定が可能となり以後は入院患者 1 人 1 日あたりの入院収入はそれまでの 1 万 8000 円台から約 3 万円に増加した。

これにより平成21年4月より後期研修医1名の増員が認められ常勤医師は6名となった。しかし一方で合併症ユニットの身体合併症症例の80%の遵守による病床利用率の低下が認められ,算定できる身体合併症,患者の要件などに問題があると思われた。身体合併症の増加に伴い看護スタッフからは業務負担のみならず心理的負担が増大しているとの意見が出ている。精神科教急・合併症入院料取得が当科の運営に及ぼした効果,問題点について述べた。

### 1. 当院の概況

2009年8月現在の当院の現況について述べると、総病床数は719床であるが今年度から内科医の減少により実動病床は694床となっている。総医師数は165名と増加傾向である。看護師数は651名である。救命救急センター(第三次救急指定病院)、特定・一類感染症病床、透析センターを擁し、地域医療支援病院、災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、初期臨床研修指定病院に指定されている。2008年に日本医療機能評価機構によりVer.5を認定されている。このように当院は病院全体としては千葉県北総地域の中核病院としての役割を担っている。

精神神経科は病棟が平成4年7月1日に開設され男女混合50床の閉鎖病棟である。指定病床は当初3床であったが現在は6床になっている。応急入院指定病床であり、医療観察法指定通院医療機関である。精神神経科常勤医師数は開設時は2名であったが平成13年から5名,平成21年4月

から6名になった。病棟看護師は26名,臨床心 理士は3名,精神保健福祉士は2名である。

平成20年度の入院患者数は366人であり、平均在院日数は47.3日であった。また1日平均外来患者数は141.9人であった。一方精神科デイケアを開設しており定員は24名である。通院期間を最長2年間と設定しており精神保健福祉士1名、看護師1名、作業療法士1名が配属されている。1日平均の利用者は12名、登録者数は40名である。

図1より当院入院患者の7割近くが非自発的入院となっていることがわかる。ICD分類においては統合失調症圏や気分障害の症例が大多数を占めているが近年は認知症の患者の入院数がやや増加しつつある。

#### 2. 当院の精神科救急システム

当科は精神科医が拘束体制で24時間365日精神科救急患者に対応している。当科の拘束体制と

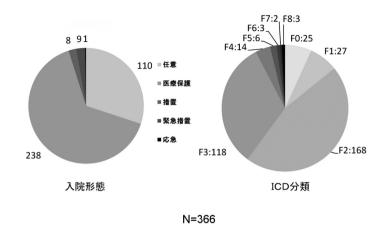


図1 平成20年度入院患者の入院形態及びICD分類

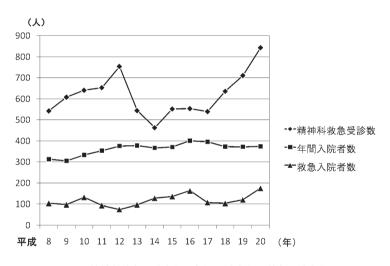


図 2 精神科救急受診者数·年間入院者数·救急入院者数

は平日は午後4時40分の終業時より午後10時までは院内に待機しその後は自宅にて待機するというオンコール体制である。当科勤務の全ての精神科医師は病院から15分で駆けつけることができる地域に居住している。精神科関係の救急患者はすべて当院救命救急センター外来にて対応している。当院の常勤精神科医は6名であるがそのうち精神保健指定医は3名である。精神科担当医が非指定医の場合は指定医が自宅にて二重の待機をしている。1ヶ月平均の担当回数は非指定医が6回,指定医は4回であるが指定医はさらに指定医待機

を月6回ほど行っている。精神科救急受診患者への対応は全て当科の医師が当たっているが,急性薬物中毒の重症例などは当院の救急・集中治療科の医師が対応する。またパニック障害の初診の患者の場合,内科の医師が対応していることがある。なお当院は平成20年9月より千葉県印旛医療圏における精神科救急基幹病院に指定されている。

図2から救急受診患者は年々増加しているが多くは軽症である。ちなみに当院は平成21年度より内科医の減少により、これまで行ってきた内科救急診療体制が組めなくなり、特定療養費として

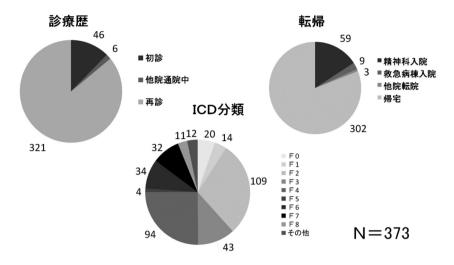


図3 救急・合併症入院料指定後の救急外来受診者の動向(20.10~21.03)

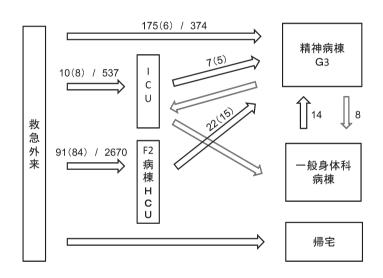


図4 当院における救急患者の入院経路(平成20年)

入院に至らなかった救急患者から5000円を新たに徴収することになったが、これにより救急受診患者数は相当減少し、その影響は精神科救急受診患者にも及んでいる。一方年間入院患者数は360~370人を推移している。救急入院患者数は微増傾向である。

平成20年度下半期の救急受診患者数は373名であった。このICD分類では統合失調症圏の患

者が多いが F4 の神経症圏の患者も多いことがわかる.

救急患者の入院経路について記したのが図4である。数値は平成20年度の実績である。救急外来を受診した患者のうち175名がそのまま精神科病棟に入院となり7人はICUを経て、22名はハイケアユニットのF2病棟を経て入院したことを示している。括弧内の数字は自殺企図の患者の数

である.

精神科救急の現場では救急・集中治療科との連携が欠かせない<sup>3)</sup>。今回のシンポジウムに際して当院の救急・集中治療科の医師に総合病院における精神神経科の存在のメリット・デメリットについて質問したところ、メリットとしては①自傷・自殺企図による入院患者の退院の是非の判断において協力が得られること、②精神科疾患のある入院患者の精神症状の管理を依頼できること、③ICU症候群などのせん妄患者への対応を依頼できること、を挙げた。他方デメリットとしては当院、他院精神科通院中の患者の自殺企図による救急症例が多いことを挙げていた。

#### 3. 精神科救急・合併症入院料取得への経緯

前述のように当科は平成4年7月の開設以来総合病院精神科として精神科教急・身体合併症治療を主体に運営されてきた。しかし診療報酬の面では1人1日あたり入院収入は一般身体科の半分から3分の1という状況が続いていた<sup>2)</sup>。精神科医師は開設時の2名から平成13年には5名まで増員されたがその後は医療経済的な理由から増員は認められなかった。当院では1ヶ月あたりの医師1人当たりの医療収入が1000万円という原則を提示されていた。先行して設けられた精神科教急入院料は病床の半数以上が個室でなければならないという条件があり、これには大規模な病棟改装を要するためこの入院料の取得は不可能であった。

平成20年4月に精神科救急・合併症入院料が新設されたが、この条件については当科でも取得可能であるという見込みが立ったため同年4月より準備に取り掛かった。精神科救急・合併症入院料の取得の条件としてはいくつかあるがまず施設や人員に関する基準について述べる。

「合併症ユニットを含め個室が半数以上」という条件については以前より隔離室が3床,パイピングがされた個室が3床あり,重症観察室として使用している2床室がある。さらにパイピングされているベッドが男女それぞれに2床存在した。施設基準を満たすため男女それぞれにある6床室

などに新たにパイピング工事を施した。合併症ユ ニットは男女の6床室,男女の3床室,重症観察 室2床の合計20床とした。これにより隔離室、 個室,合併症ユニットの合計26床が個室として 計上され基準を満たすようになった、精神科医師 については平成13年より5名となっており、う ち指定医は3名であるためこの要件は既に満たし ていた。また看護師数については正看護師が22 名,准看護師は4名であり要件である10対1以 上の看護基準を満たし、3 交代制、3 人夜勤体制 は既に施行されていた。精神保健福祉士について は平成20年4月より1名を増員した。入院患者 についての要件については「新規患者ののべ入院 日数の割合 (0.4以上) | については既に 0.64 と 満たしており、「3ヶ月以内に退院し在宅に移行 した患者の割合(0.4以上) | についても0.69と なっていた。「非自発的入院の割合(60%以上)」 についても76%であり、これも以前から十分満 たしていた。「圏域における措置・緊急措置・応 急入院の割合(25%以上) | の要件についても55 %と十分条件を満たしているがこれには当院が以 前から管内の印旛保健所と密接な連携をとってお り積極的に措置患者を受け入れてきた経緯があっ た1)。「合併症ユニットに入院する身体合併症患 者の割合(80%以上) | については87%と条件 は満たしたものの, この条件は取得に際してもっ とも困難な条件であった。その件については後述

表1は身体合併症入院患者の精神科救急・合併 症入院料取得前と後における比較である。明らか に増加したのはインスリン注射を要する糖尿病の 患者と大量服薬やアルコール離脱せん妄などの意 識障害の患者である。

#### 4. 精神科救急・合併症入院料の問題点

精神科救急・合併症入院料の取得に関してはいくつかの問題点が挙げられる。まず算定要件の「3ヶ月以内に精神科に入院歴のある患者は算定不能」であるが、この要件があるため精神科病院から転院してきた身体合併症患者は算定対象外と

	19/10~20/3	20/10~21/3
①呼吸器系疾患	1	4
②心疾患		3
③手術又は直達・介達牽引を要する骨折	1	2 (2)
④重篤な内分泌・代謝性疾患	4	10
⑤重篤な栄養障害		1
⑥意識障害	11	26 (12)
⑦全身感染症		1
8急性腹症	1	4
⑨悪性症候群,横紋筋融解症		2
⑩広範囲(半肢以上)熱傷	1	
⑩手術,化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍	6	3
⑫人工透析中または腎不全で透析導入を要する状態	1	3
⑬手術室での手術を要する状態	2	2
④合併症妊娠・出産	1	3
⑤膠原病	3	1
合計	32	65 (14)

表 1 平成 19年と平成 20年の身体合併症入院患者の比較

身体合併症比率

 $19/10 \sim 20/3$  32/182 = 18 %  $20/10 \sim 21/3$  65/170 = 38 %

( ) は自殺企図患者数

なる。また手術目的で総合病院精神科に入院したものの術後の身体管理のためICUなどの一般科に一時的に転科し、精神科に再び転科した患者の場合は算定できないことも不都合である。どの科の患者であっても術後の身体管理や身体疾患の急変などの際にICUに転科することは一般的である。

身体合併症となっている疾患についても改善を 求めたい点がいくつか挙げられる。例えば心疾患 の分類において大動脈解離は対象となっていない。 最重篤期を過ぎた大動脈解離の症例で不穏や重篤 なうつ状態を呈する患者をしばしば経験する。ま た飛び降りなどの自殺企図患者で脊椎損傷をきた した患者や脊椎骨折の患者で手術は要さないもの の長期安静を要する患者も存在する。また悪性腫 瘍が疑われ当科に入院した症例についても精査の 後に悪性腫瘍が否定された場合は算定されない。 さらに抗精神病薬や抗てんかん薬の副作用で顆粒 球減少症を経験するが、この疾患も対象になって いない。輸血を要する重症貧血や血小板減少症な どの血液疾患にも遭遇する場合がある。このよう な症例でも算定されることを希望する。

### 5. 精神科救急・合併症入院料取得後の変化

図5では精神科救急・合併症入院料の取得後患者1人1日当たりの入院収入が算定開始となった平成20年9月よりそれまでの18,000円前後から30,000円前後に増加した。1日平均入院者数は算定直後に減少したがこれは合併症ユニットの80%条件による入院患者の減少があるのではないかと思われる。他方身体合併症例を多く受け入れているため平均在院日数はこれまでの47日前後からやや長くなりつつある。

図6は平成20年8月の当院各診療科の患者1

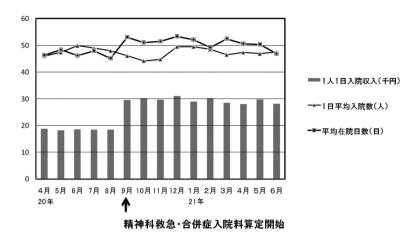


図 5 精神科救急・合併症入院料取得による医療指標の変化

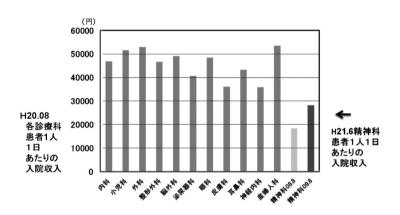


図6 精神科救急・合併症入院料取得の医療経済効果

人1日あたりの入院収入を示している。このように精神科の入院収入は約18,000円で一般他科の2分の1から3分の1程度と低額であることがわかる。20年9月には28,000円まで増加しているが、これでもまだ全科の中で最低額である。

図7は平成21年6月の医師1人当たりの収入と医師1人当たりの外来および入院患者の担当数を示している。精神神経科医師の1人当たりの収入は15診療科のうち6位と医療経済的な面ではある程度の貢献をしていることがわかるが,担当する患者数は入院では脳外科に続き2番目で約8名,外来に至っては20名と最も多くなっている。精神科の収入の増加は依然として過重労働により

成り立っていることがわかる.

# 6. 精神科救急・合併症入院料導入後の 成田赤十字病院精神神経科の変化と問題点

当院での精神科・救急合併症入院料導入後の変化については、①まず前述の様に院内での医療経済的評価が向上したことが挙げられる。これにより平成21年4月より後期研修医1名が増員となり精神神経科医師の1人当たりの仕事量はやや減少した。②看護師は精神神経科病棟での独自採用が認められた。しかし実際にはまだ看護師の応募はない。

問題点としては,合併症ユニット内に占める身

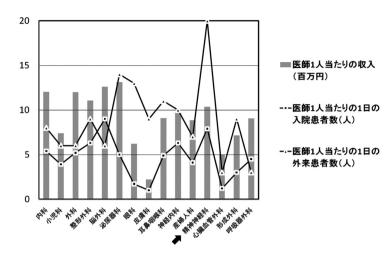


図7 成田赤十字病院(H21.6)各科別医師1人当たり稼働

体合併症患者の割合が80%以上という要件から 病床利用率が低下したことが挙げられる。そもそ も身体合併症として指定されている身体疾患群が かなり限定されていることに加え, 合併症患者数 が少ないときはユニットに入院できる一般患者数 が大幅に制限されてしまうのである。空床がある にもかかわらず身体合併症を伴わない患者を受け 入れられないことが精神科救急を実践している当 院にとってはデメリットであった。また、一般精 神科救急患者への対応はこれまでより低下してい ることが挙げられる、病棟の構造上個室が少ない ことに加え, 合併症ユニットの規定により病床運 用はやや融通がきかないものになった。最後に看 護スタッフの負担の増大が挙げられる。当科の看 護師の大多数は当院の各診療科での経験があるの で身体合併症への対応はできるもののこれまでよ り患者の検査, 他科診療などの業務量が増加して おり肉体的・心理的な負担が増大している.

#### 7. 結 語

当科は平成20年9月に精神科救急・合併症入 院料を取得した。これにより病院内の医療経済上 の問題は改善し後期研修医1名の増員が認められた。一方,身体合併症症例の増加に伴い看護師の肉体的・心理的ストレスは増加している。また本入院料算定の条件や対象となる身体合併症については改善の余地はあるものと考えられる。本入院料は現時点において精神科救急を実践している総合病院精神科の運営の経済的なバックアップとなったが,身体合併症の増加によるスタッフの過重負荷など問題性も抱えており,より総合病院精神科が運営しやすくなるような,更なる診療報酬上の改善が必要である。

## 文 献

- 1) 赤田弘一, 斎賀孝久, 須山 章ほか:当院における措置入院対応の現状. 成田赤十字病院誌, 9; 31-34, 2006
- 2) 藤原修一郎:総合病院精神科の現状をいかに打開するか一基礎調査を踏まえて一。精神経誌,109;262-268,2007
- 3) 斎賀孝久,赤田弘一,竹田修志ほか:精神科救急 診療における救急・集中治療科との連携。成田赤十字病院 誌,7;12-17,2004