

特集

新たな精神科保険診療のベストプラクティス

The best practice of new psychiatry health insurance

精神科救急 (精神科救急入院料の改定, 精神科急性期治療病棟入院料の改定, 看護職員夜間配置加算など)

澤 温*

Key Words 精神科救急 (psychiatric emergency services), 精神科救急入院料 (psychiatric unit for emergency), 精神科急性期治療病棟 (psychiatric unit for acute state), 診療報酬基準 (insurance standard)

抄録：精神科を含めて、救急・急性期医療の本質は「待たせない」「断らない」医療であり、できるだけ早く、速く対応し、患者を本来の「生活者」に戻すことが第一であるが、2018年4月の診療報酬改定がそれを支援しているとはいえない。精神科救急入院料では、①時間外等の診療件数は緩和され、精神疾患に係る時間外等の入院件数は厳しくなった。また複数病棟を持つところでは算定が病棟単位となって厳しくなった。②その他、精神科救急入院料の病床数に制限が設けられ、在宅移行率の要件の見直し、再入院した患者についても自宅等へ退院した患者として計上できることになった。精神科急性期治療病棟入院料の改定では、在宅移行率については、救急入院料と同様の要件の見直しが行われた。精神科救急入院料等における看護職員夜間配置加算の新設は、一定の施設基準の下で、入院した日から起算して30日を限度として、加算がつけられた。緩和したり厳しくしたりしても、現代的問題に対応したものとはいえずさらなる改定が要求される。

● はじめに

本特集で与えられた課題は「精神科救急(精神科救急入院料の改定, 精神科急性期治療病棟入院料の改定, 看護職員夜間配置加算など)」とされているが、単に精神科救急入院料の改定, 精神科急性期治療病棟入院料の改定, 看護職員夜間配置加算などについて書いても不十分である。精神科救急・急性期医療とそれらは無縁ではないが、精神科救急・急性期医療の本質を論じるには全く不足しているからである。最初に、精神科救急・急性期医療についての筆者の考え

方を述べ、それに対して診療報酬上の精神科救急入院料, 精神科急性期治療病棟入院料の問題点, そして前述の今回の課題について論じる。

● 精神科救急・急性期医療

救急医療は医療の原点であるとは誰もが昔からいっており、精神科も例外ではない。しかし救急医療において効率、コストパフォーマンスを第一に考えることほど悪いものはない。

救急医療と急性期医療との関係については、救急医療は治療開始の時間的視点に立った治療で、急性期医療は病状に立った治療である。

精神科急性期治療病棟入院料の新設は1996年、精神科救急入院料の新設は2002年であったが、「時間的視点」「病状」を意識している人はほとんどいない。医療にはhard ware, soft ware, human wareの整備が必要であるが、精神科救急入院料と精神科急性期治療病棟入院料ではいずれにも設置基準の違いがあり、当然救急入院料の方がハードルは高い。それゆえ診療報酬も精神科救急入院料の方が高く設定されている。そして多くの関心が診療報酬の違いに向いてしまっている。

救急入院料でも急性期治療病棟入院料でも、soft wareにあたる診療報酬上のさまざまな基準は、救急・急性期の治療に必須とはいえない。いずれの病棟を運営する人でも、基準だけ満たして、効率、コストパフォーマンスを上げることが第一に考えるのはそれほど難しいことではない。しかし、救急・急性期医療の本質は「待たせない」「断らない」医療⁸⁾であり、医療はできるだけ早く、そして速く対応し、患者を本来の「生活者」に戻すことが第一に求められていると考えるべきだが、そのためにはいつも空床を確保しておく必要がある。この立場を守ろうとすると、効率、コストパフォーマンスは下がるだろう。それで十分成り立つように設定された診療報酬ならよいのだが、ぎりぎりまで設定されているためにどうしても現実と使命的な目標との間にせめぎ合いが生じる。

さらに精神科では、1988年の精神保健法施行以来、入院医療に必須のhuman wareとして精神保健指定医を配置していなければあらゆる入院形態に対応することができない。特に救急に対応する夜間休日は精神保健指定医の配置が困難なのであるが、早くても30歳にならないければ精神保健指定医として働くことができないため人手が足りないことや、最近の「働き方改革」で「使命ある医師より労働者としての医師」が主張されることもあり、精神科救急医療は行いにくくなっている。そして国は1995年に全国で精神科救急医療システムを整備するとしたもの

の各都道府県での夜間休日の輪番を推進し、それが救急告示病院にも規定され、診療報酬の精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料も輪番で行いうるようになった。

● 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料の問題点

精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料はいずれも特定入院料で、いわゆる包括払いである。国が医療経済計画を立てるのにはよいだろうが、疾患の特性を無視したものである。したがってクリニカルパスを作るという考えと連動しやすいが、バリエーションが多いという問題がある。2000年の診療報酬改定で詳細な入院診療計画として院内クリニカルパスが保険収載されたが日本精神科救急学会では基本的には推奨していない²⁾。そしていずれの入院料も3か月で包括払いから出来高となるが、平田の研究によれば精神科救急入院料病棟での平均在院日数は50.1日であり、3か月は長すぎるといえるだろう¹⁾。

2018年に厚生労働省は精神科救急医療体制整備事業について、常時対応型と輪番型に分けるとの通知を出した³⁾。しかし常時対応型はほとんど実現しないままであり、月1回の輪番に手をあげるだけで救急の基準を満たすことができ、また満床なら断っても基準に抵触しないなどと問題が多い。

高齢化に伴い高齢精神障害者の救急・急性期症例も多いが、その中には当然身体合併症を持つ患者も多い。2009年の消防法改正では身体合併症を持つ精神障害者については身体科との連携が非常に重要とされた。しかし、身体科に入院していた患者の転院を受け入れると新規入院となるが、身体疾患の治療のために精神科のある総合病院の精神病床に入院していた患者を転院で受け入れると、これは新規入院とは認められない。これでは新規率が下がるばかりである。2012年の改定においては、精神科に新規で入院したが手術等の目的で一時的に転棟あるいは転

院した後、当該病棟に再入院した場合は再算定(新規)が可能となった。ただし起算日は最初の入院日となるので、再入院までに時間がかかると診療報酬も出来高になるなど、まだ問題は多い。

● 2018年の精神科救急入院料の改定、精神科急性期治療病棟入院料の改定、看護職員夜間配置加算など

本特集の主題に移る。

1. 精神科救急入院料の改定

＊件数は入院料1(入院料2)と記載

1) 時間外等における診療件数および精神疾患に係る時間外等における入院件数

改定前(抜粋)

ア 精神疾患に係る時間外等における診療件数が年間200件以上、又は地域における人口万対2.5件以上。

イ 精神疾患に係る時間外等における入院件数が年間20件以上。

新規入院患者のうち6(4)割以上が入院日から起算して3か月以内に退院し、在宅へ移行すること。なお退院後に医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行したものとして計上しない。

改定後(抜粋)

ア 精神疾患に係る時間外等における診療件数の実績が年間150(120)件以上、又は地域における人口万対1.87(1.5)件以上。そのうち初診患者(精神疾患について過去3か月間に当該医療機関に受診していない患者)の件数が30(25)件以上又は2割以上。

イ 精神疾患に係る時間外等における入院件数の実績が年間40(30)件以上、又は地域における人口万対0.5(0.37)件以上。そのうち8(6)件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター、他の医療機関、都道府県、保健所、警察等からの依頼。

ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイの年間実

績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たす。

文書ではないが、精神科救急入院料の病棟を複数有し、同じ精神科救急入院料病棟間で転棟した場合の入院料について近畿厚生局へ問い合わせたところ、入院から3か月以内であればそのまま精神科救急入院料を算定できると回答された。また、たとえば精神病棟15対1入院基本料(出来高)算定病棟に入院日を含め2日以内に救急入院料病棟に転棟した場合は精神科救急入院料で算定可だが、2日以内になら転棟しなかった場合は、出来高算定となる。

ア、イでは緩和されたところと厳しくなったところがあり、医療機関によってとらえ方は違うだろう。ウは複数病棟を持つところでは病棟単位となって厳しくなったといえる。いずれにしても精神科救急・急性期医療にとって本質ではなく、救急医療を適切にしているところを評価するとしつつ、どの医療機関でも認可を受けることはできないようにしているにすぎない。

新規入院患者のうち6(4)割以上が入院日から起算して3か月以内に退院し、自宅等へ移行すること、となって、これまでの「在宅」が「自宅等」へ変更となった。これは自宅等に介護老人保健施設が含まれるようになったためである。

新規入院患者のうち6(4)割以上が入院日から起算して3か月以内に退院し、在宅へ移行することとなっているが、退院後に入院期間が通算される再入院をした場合は、移行したものとして計上しないとされた。これは再入院患者が退院率の足を引っ張らなくなった点で評価される変化ではある。

2) 精神科救急入院料の病床数に制限を設けた

精神科救急入院料の病床数に上限が設けられた(当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下)。ただし経過措置として、2018年3月31日に現に当該基準を超えて病床を有する場合、当該時点で届け出ている病床数を維持することができる。

本来、精神科救急入院料の認可を得られるかは、各医療機関がその地域でどれだけの救急患者を受けているかによるべきで、総病床数とは全く関係がない。急性期治療病棟の基準ができたときに、全く同じ制限を課したとき、どれだけの患者を受けているかによると反論して、救急入院料では課してこなかったが、担当者が変わり、制限を加えるのを第一とした行政は以前の基準をあてはめたといえる。

3)在宅移行率の要件の見直しについては、精神科入院患者の高齢化が進んでいることをふまえ、移行先に介護老人保健施設および介護医療院が追加された。

この点は地域に帰す地域は何を指すのかということによるが、一応運用に困っていた点は解決されたといえる。

4)再入院した患者についても自宅等へ退院した患者として計上できることになった。

身体合併症などで他院に転院し、治療終了後再入院したりする患者の受け入れがスムーズになった点は評価できる。また、退院をさせても再入院する可能性がありそうだと過度に防衛的、慎重になり退院が遅れることはなくなると評価できる。

5)クロザピンの薬剤料は包括範囲から除外。また、当該入院料の非定型抗精神病薬加算の対象からクロザピンによる治療を行っている患者は除外される。

日本では、クロザピンの対象患者は主に「重度かつ慢性」患者であり、初回入院で3か月間にガイドラインに従って、2種類以上の抗精神病薬を4週以上ずつ使って、反応性不良と判断してクロザピンを使い出すと、最短でも3週を要し、クロザピン使用に救急入院料が適しているとは到底考えられない。

2. 精神科急性期治療病棟入院料の改定

1)在宅移行率の要件の見直し(精神科入院患者の高齢化が進んでいることをふまえ、移行先に介護老人保健施設および介護医療院が追加された)。

これは救急入院料と同様評価できるだろう。

2)クロザピンの薬剤料は包括範囲から除外。また、当該入院料の非定型抗精神病薬加算の対象からクロザピンによる治療を行っている患者は除外される。

救急入院料で述べたと同様、急性期治療病棟も3か月の縛りがあり、クロザピン使用は期間的にも、疾患の状態からみても本病棟でクロザピン開始が適しているとは考えられない。

3)精神科救急入院料と違って、急性期治療病棟では再入院した患者は自宅等へ退院した患者として算定できないままである。

救急入院料で述べたが、再入院を恐れて退院を遅らせることのないようにするには、救急入院料と差をつけることは理解しがたい。

3. 精神科救急入院料等における看護職員夜間配置加算の新設

精神科救急入院料または精神科救急・合併症入院料を算定する病棟において、夜間に看護職員の手厚い配置をし、身体的拘束等の行動制限を最小化するとともに、夜間における看護職員の負担軽減に資する取り組みを行っている場合の評価が新設された。内容は、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算55点(1日につき)がつけられた。施設基準としては、①夜勤を行う看護職員の数、常時16対1以上であること。②行動制限最小化委員会を設置していること。③夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。具体的には夜間の看護師の最小必要数を超えた看護職員3名以上が必要である。

手厚い人員配置が、行動制限を減らすことは十分理解できるが、次に述べるように、看護師でなくても常に見守る人がいれば、その関わりの中で行動制限を減らしていくための情報を得ることは難しくない。交代で巡視して情報を得ても患者の治療への協力、ひいては行動制限を減らす情報は得にくい。筆者は以前から「皆が見ているは誰も見ていないに等しい」⁵⁾といっ

きたが、そのとおりにになってしまう可能性がある。

● 今後求められる救急・急性期病棟基準

救急・急性期治療の本質からみるなら、常時対応であること、つまり24時間365日対応することが求められる。そのためには指定医か特定医師が常に対応できる体制を確保している必要がある。そして「断らない」「待たせない」ことが評価されるようにすべきである。それにはたとえば機関のホームページなどで救急を常時受けることをアナウンスしているなら、受け入れを断ったときは日時、理由などを記録として残すことを義務づける必要があるであろう。

また先に述べたように、精神科救急入院料病棟の平均在院日数は50.1日であるのだから、60日とする病棟でよいだろう。

さらに身体科との連携を密にして、筆者がこれまで主張してきた「地域は総合病院⁶⁾」「機能的総合病院⁴⁾」を実現するため、地域の身体科病院と契約書を交わし、リエゾンアウトリーチも当たり前にする必要がある。

あるいは精神科病院でも身体科医師を常勤あるいは常勤換算で毎日1人以上配置し、検査結果はCPK、Dダイマーを含め1時間以内に得られ、さらに画像診断は転送、他科受診を含めて3時間以内に診断結果が得られるよう整備することも必要だろう。

Hard wareの整備としては病室の半数以上を個室とし、さらにその半数以上に酸素や吸引の配管を必須とすべきであろう。

隔離拘束にあたっては、eラーニングなどで疾患、障害、治療、人権、安全性などの教育を受けたスタッフ(サンフランシスコのLPT: Licensed Psychiatric Technicianのような資格を持つスタッフ)を、たとえば隔離拘束中の患者3人に1人以上、日中8時間以上配置するなどのconstant observationあるいはcontinuous observation下において、常に行動制限を減らすための情報を看護師さらに担当医に報告するといっ

た仕組みを取り入れることが必要であろう。

今後の精神科救急医療においてこれらの対策が実現されること、そしてそれが適切に評価されて診療報酬に反映されることは極めて重要である。

● 最後にまとめとして

1996年に新設された精神科急性期治療病棟入院料にしても、2002年に新設された精神科救急入院料にしても、精神医療の進歩に大きく貢献したかについては疑問がある。最初に述べたように、救急医療とは精神科に限らず医療の原点であり、医療を必要とする患者に24時間365日、待たせず、断らず、外来であれ入院であれ医療サービスを提供することであり、それにより早く元の生活に戻って社会生活・地域生活を取り戻せるということに尽きるはずである。

地域によって救急の発生頻度も発生する状態も異なるが、これを全国一律に規定するのは全くの机上の空論である。また医療を行うことよりも、「効率よく」「コストパフォーマンス」を第一に考えて救急をするのでは、患者をベッドを埋めるためだけのcollectionツールとみているといわざるを得ない⁷⁾。このような医療経営体が精神科救急入院料あるいは精神科急性期治療病棟入院料の病棟を運営するなら、その基準を満たすようにいつも病床をモニターするであろう。入院を希望する患者を待たせたり、無理に患者を退院させるなどして常に満床になるよう操る(毎日入院してくる患者数で当該病棟の病床数を徐した日数を基準として退院させると、最も「効率よい」運営ができる)ことは恐ろしい事態であり、またそのような仕組みが成り立ってしまう現在の基準が一人歩きしていることも非常に恐ろしいといえるだろう。10:1の看護体制では平均在院日数が40日に規定されており運用はしにくいだが、15:1の出来高病棟であっても、適切な設備と適切な医療への考えがあれば救急医療は行えるということを再度肝に銘じるべきである。

文献

- 1) 平田豊明：平成 25～27 年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」分担研究報告書「自治体病院協議会傘下の精神科病院における重症患者の調査研究」, 2016
- 2) 平田豊明, 杉山直也, 佐藤雅美：急性期治療の戦略とクリティカル・パス, 日本精神科救急学会監修：精神科救急医療ガイドライン 2015 年版, pp16-21, 2015
- 3) 厚生労働省社会・援護局：精神科救急医療体制整備事業の実施について, 障発 0329 第 7 号通知, 2018
- 4) 澤 温：大阪府の精神科スーパー救急医療－さわ病院の取り組み－, 臨床精神医学 41: 407-413, 2012
- 5) 澤 温：Q52 訪問看護・訪問介護との連携のポイントは？, 日本デイケア学会編：新・精神科デイケア Q&A, 中央法規出版, 東京, pp244-245, 2016
- 6) 澤 温：精神病院における外来, 現代のエスプリ 486: 64-73, 2008
- 7) 澤 温：精神科救急－Fashion, Collection, Mission－, 精神医学 48: 116-117, 2006
- 8) 澤 温：精神科救急医療施設（スーパー救急）, 救急医学 36: 787-790, 2012

*

*

*

☒ 学術集会告知板

第六回 公益財団法人 こころのバリアフリー研究会総会

開催日：2019 年 5 月 25 日（土）26 日（日）

時 間：25 日（土）午後受付開始 26 日（日）午前受付開始

会 場：NTT 東日本関東病院 本棟 4 階 カンファレンスルーム 地階 ボヤール

テーマ：「生きやすさへのヒントとしての関係性」

どなたでもご参加いただけます。プログラム詳細・お申込みにつきましては研究会ホームページをご覧ください。（<http://jsbfm.com/>）

参加費用 医師：6,000 円, 非医師専門家：4,000 円, 当事者・家族・非専門家・学生：2,000 円

事務局：公益財団法人 こころのバリアフリー研究会

〒141-8625 東京都品川区東五反田 5-9-22

NTT 東日本関東病院 精神神経科 医局内

FAX：03（3448）6507 / E-MAIL：jsebmh2013@gmail.com