

日本総合病院精神医学会
平成24年度診療報酬改定要望

平成23年6月7日
日本内科学会会議室

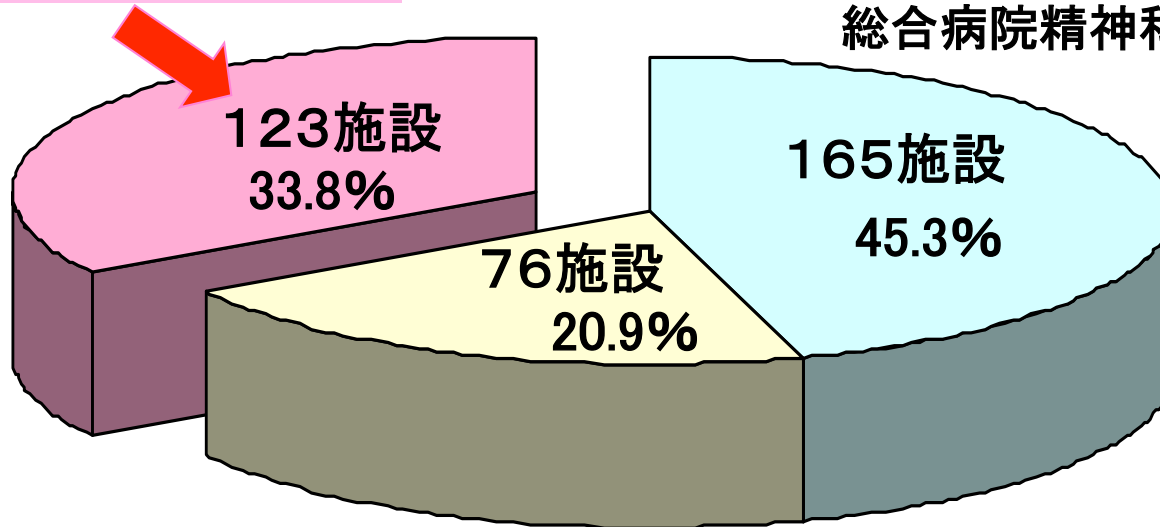
総合病院精神科は精神医療、
急性期医療、地域医療連携に
重要な資源です

病院医療の危機の中で
医療経済・人員配置ともに
極めて厳しい経営状況にあります。

総合病院精神科の現状

総合病院精神科
のない医療圏数

精神病棟を有する
総合病院精神科のある医療圏数



外来のみを有する総合病院精神科
のある医療圏数

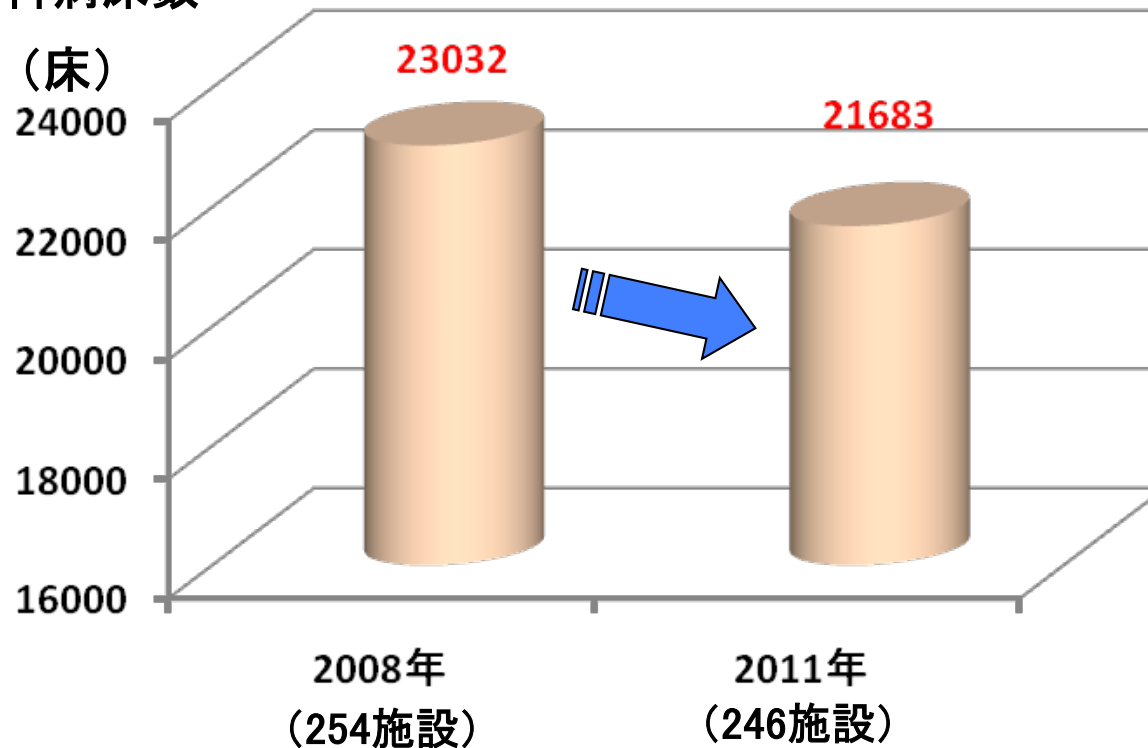
全国都道府県
二次医療圏数
364施設(H18年)

二次医療圏と総合病院精神科

厚生労働省：医療施設調査(平成18年)、総合病院基礎調査、独自調査結果

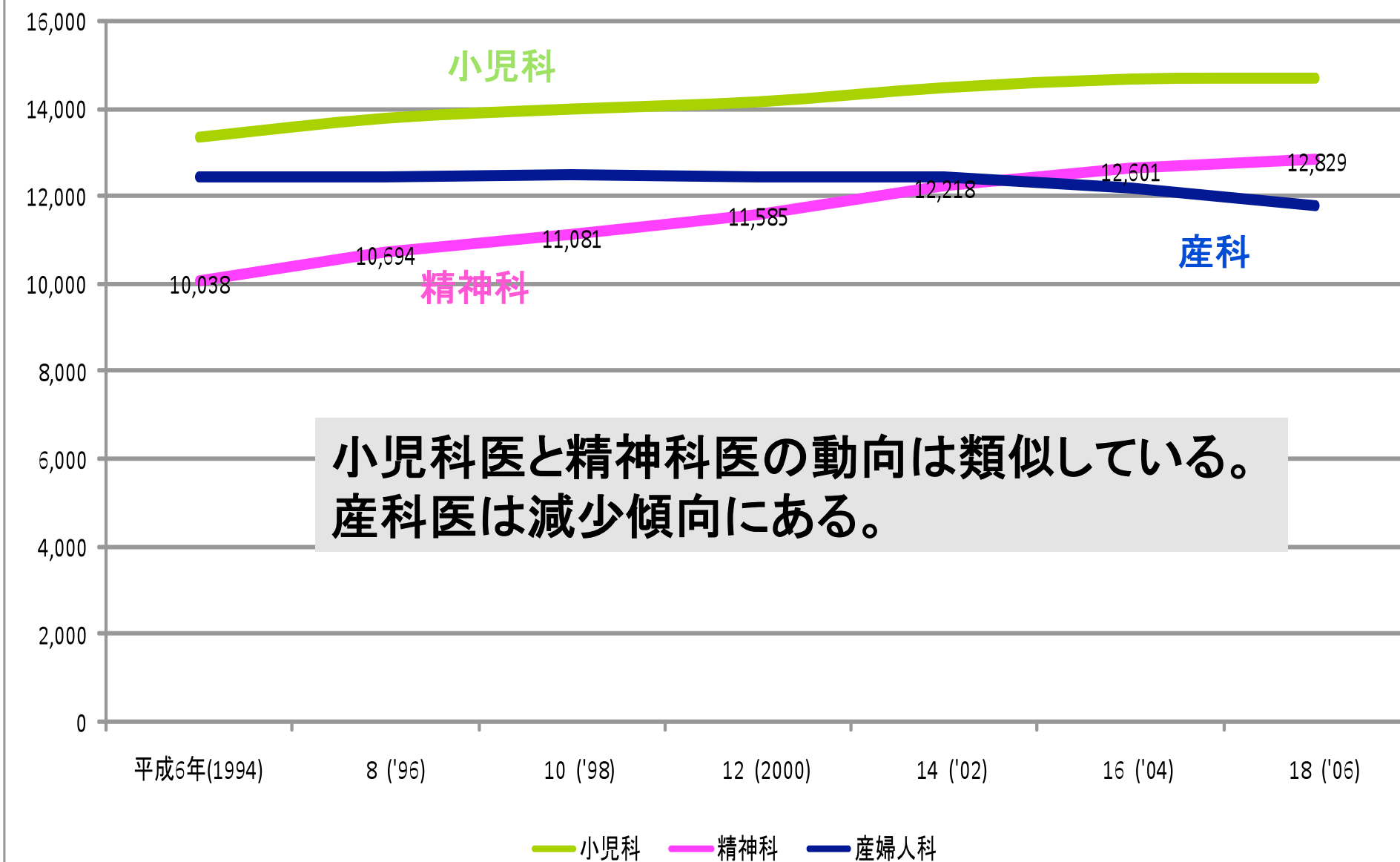
有床総合病院精神科の施設数、病床数の変化

届出精神科病床数

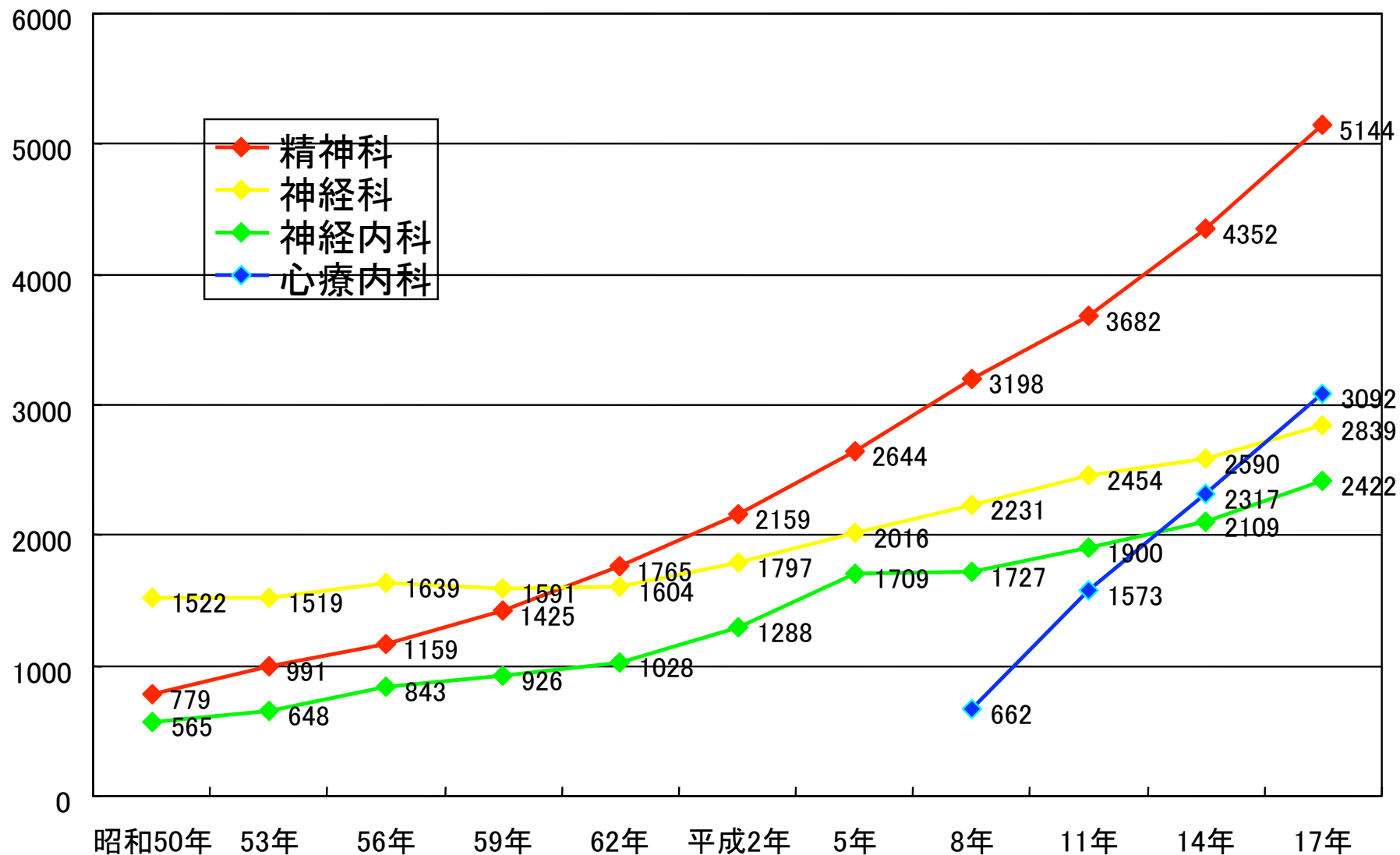


3年間で施設数で8、病床数で1349床(2008年の病床数の5.9%に該当)の減少
常勤医がいなくなった8施設で401床の減少
常勤医のいる246施設で、結果的に948床の減少

小児科医・精神科医は増えています！



精神科における著しい診療所の増加傾向



厚生労働省：平成17年医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況

有床総合病院精神科医師配置調査

	施設数	総病床数	精神科病床数	精神科常勤医師数	精神保健指定医数	一施設あたり			
						総病床数	精神科病床数	精神科常勤医師数	精神保健指定医数
北海道	22	10414	1916	68	40	473.4	87.1	3.1	1.8
東北	30	13809	2621	67	45	460.3	87.4	2.2	1.5
関東	45	25420	4026	258	157	564.9	89.5	5.7	3.5
中部	34	14588	2511	118	77	429.1	73.9	3.5	2.3
近畿	17	11124	2542	77	45	554.4	119.5	4.5	2.6
中国	11	5728	664	30	21	520.7	60.4	2.7	1.9
四国	8	3075	675	22	16	384.4	84.4	2.8	2.0
九州	16	8531	910	45	21	533.2	56.9	2.8	1.3
全国	183	92689	15865	685	422	506.5	86.7	3.7	2.3

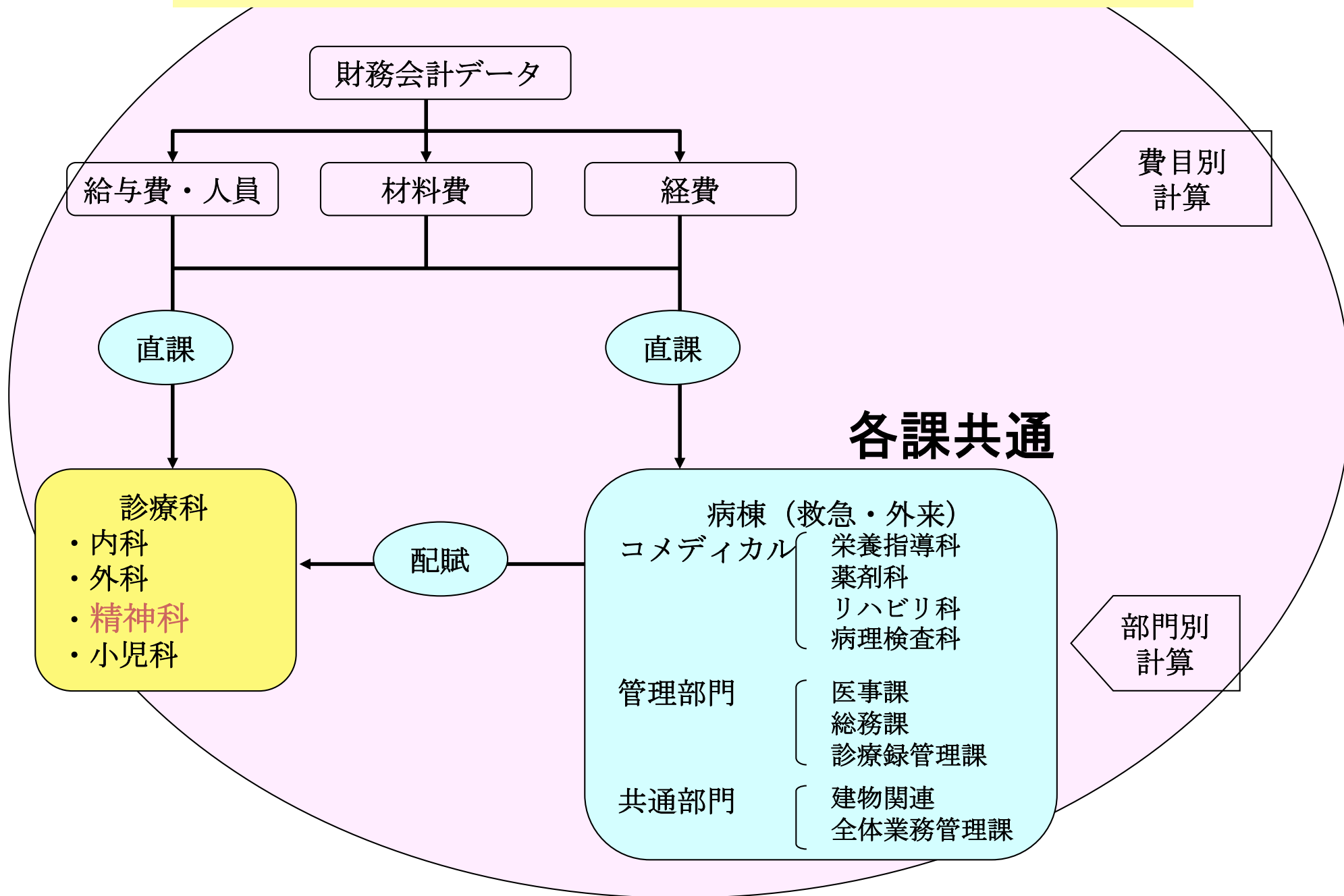
平成19年12月10日時点 大学病院を除く
日本総合病院精神医学会調べ

急性期医療を担う総合病院精神科を
一般診療科と同等評価してください！

医療の質をたかめ
地域におけるセーフティマネージメントの役割を果たす
精神科医療連携の中核である
総合病院精神科の充実が望まれます。

総合病院では、
一般病床と同じ医療の資源を投入
しています！

総合病院入院料(原価の視点から)

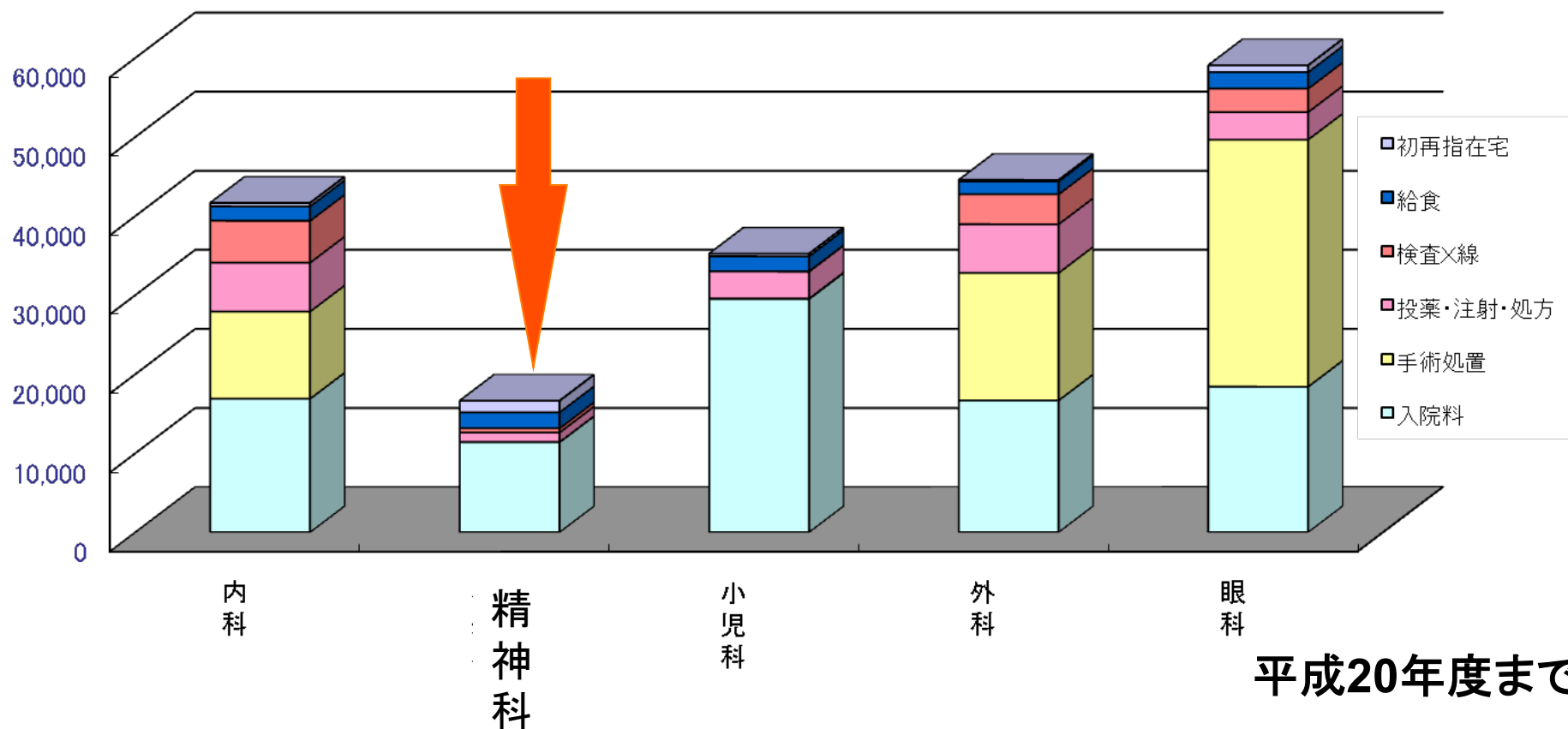


1人1日当たり入院収入内訳

歴然とした格差

(一般診療科の1/2~1/3)

精神科の技術料はほとんど評価がされていません



精神病棟10対1入院基本料の 算定要件の改定(1240点)

算定要件

1) 平均在院日数を25日から40日に緩和

2) 入院患者の重症度の基準

(新規入院患者のうちGAFスコア30以下の割合が5割以上)が導入されます。

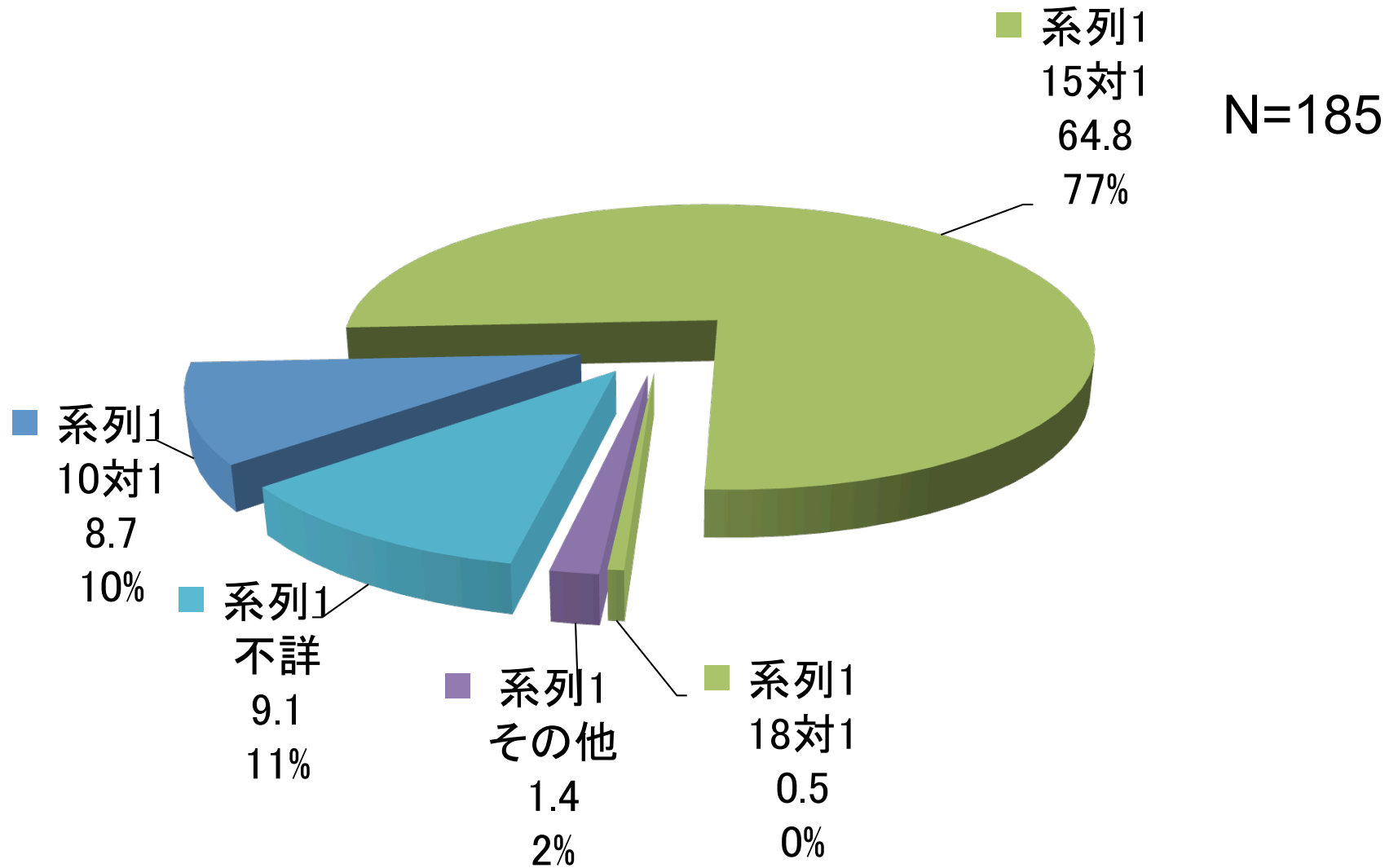
精神病棟13対1入院基本料の新設

精神病棟13対1入院基本料920点

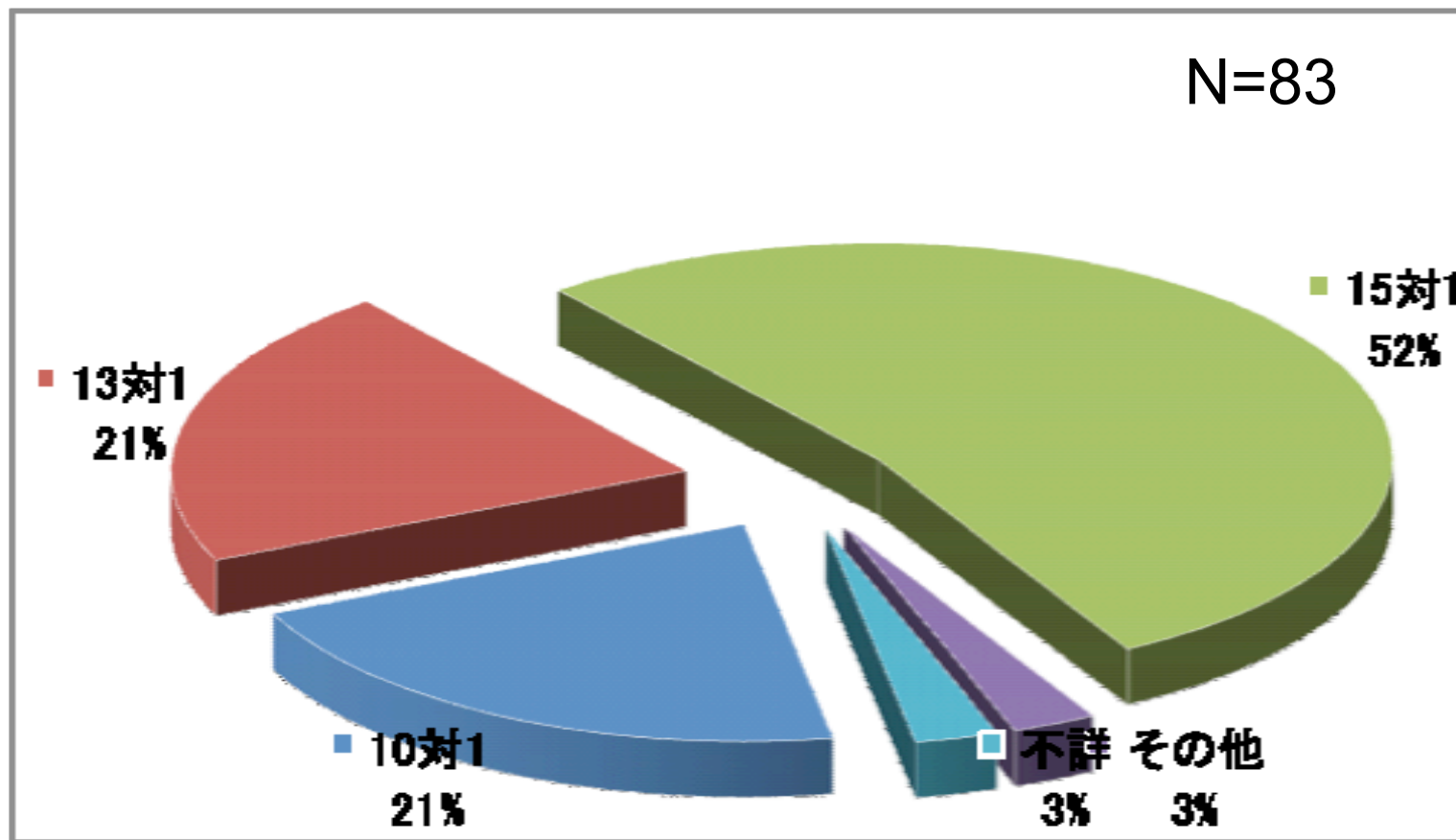
算定要件

- 1) 新規入院患者のうち重症者（GAFスコア30以下
又は身体合併症患者の割合）が4割以上であること
- 2) 平均在院日数80日以下
- 3) 身体疾患への治療体制を確保している医療機関
であること

精神病棟看護配置(2008)



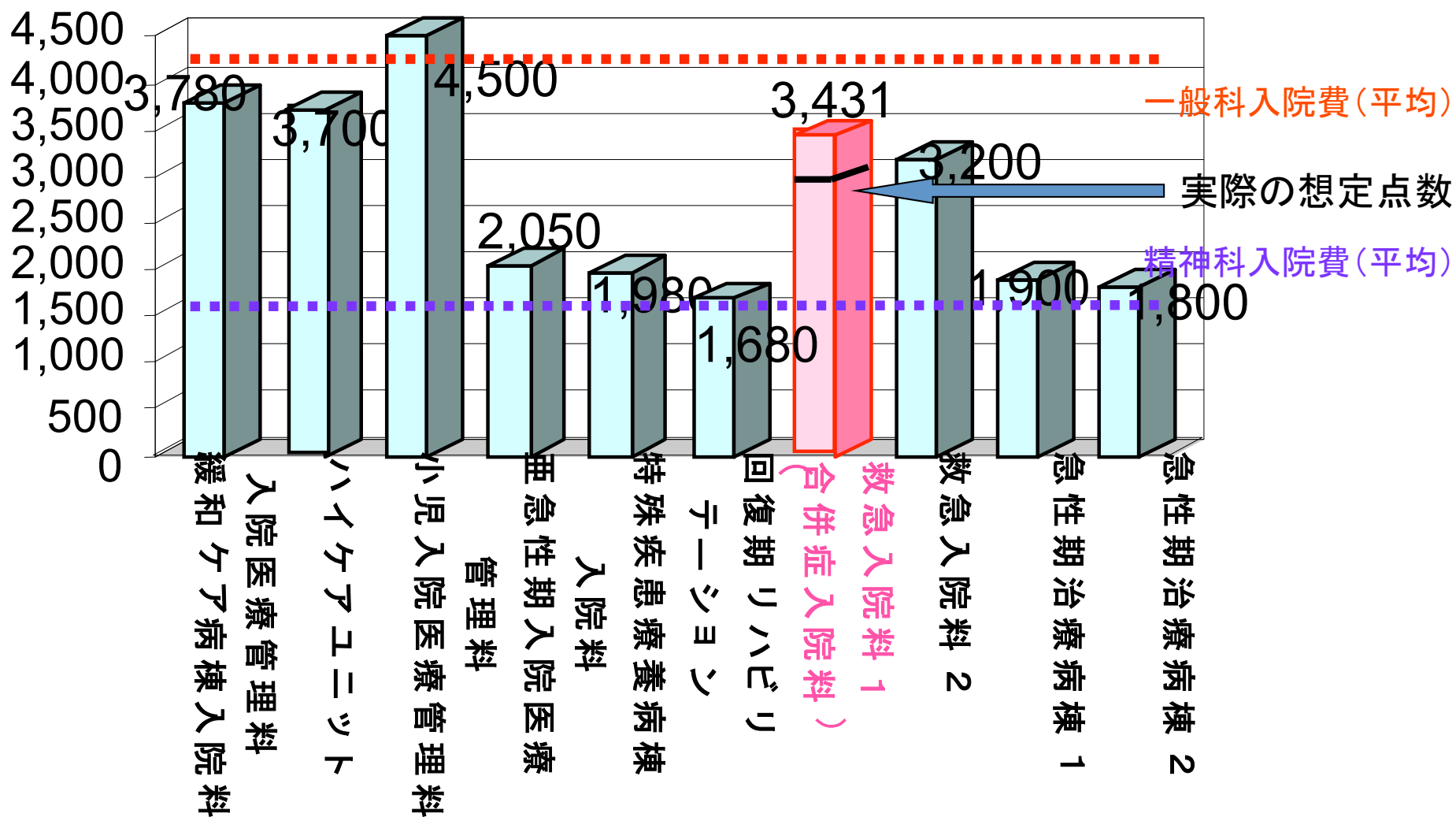
精神病棟看護配置(2010)



10対1, 13対1算定病棟は約40%となりました。

平成22年度

特定入院料等点数比較



診療報酬改定要望について

精神科DPCについて

1. 一般病院精神科病床におけるDPCの導入
(MDC17:精神疾患の分析を進めてください)
2. 機能評価係数における精神科医療の評価
(救急医療体制、リエゾンコンサルテーション等
人員配置、診療実績の評価をしてください)

総合入院体制加算

1. 精神科医療関与の正当な評価を！
2. 精神病床入院者にも算定可能に！

医師事務作業補助体制加算の
精神病棟への適用を！

栄養サポートチーム加算
精神病棟も算定可能に！

精神科救急体制

救急、急性期、身体合併症医療を担う 精神科病棟入院料

精神科救急合併症入院料：算定要件の適正化
7対1，10対1の平均在院日数の適正化

精神科救急合併症入院料

- 看護職員数 常時10対1以上を7対1以上する。
- 措置入院の要件は廃止
- 医師数については常勤医3名、精神保健指定医2名に緩和
但し、非常勤医を含め、毎日の当直または待機診療体制を確保できていることを条件とする
- 施設基準の個室率(合併症ユニットを含む)は4割以上に緩和すること
- 精神病院からの転入院者を算定可能とすること
- 身体合併症の治療のため、ICU等へ一時転棟した患者も算定可能とすること
- 紹介元の精神病院への退院を在宅移行に含めること
- 身体合併症による入院は、新規入院の対象とする

精神病棟10対1入院基本料

1) 精神病棟入院基本料 10対1

平均在院日数要件40日⇒60日

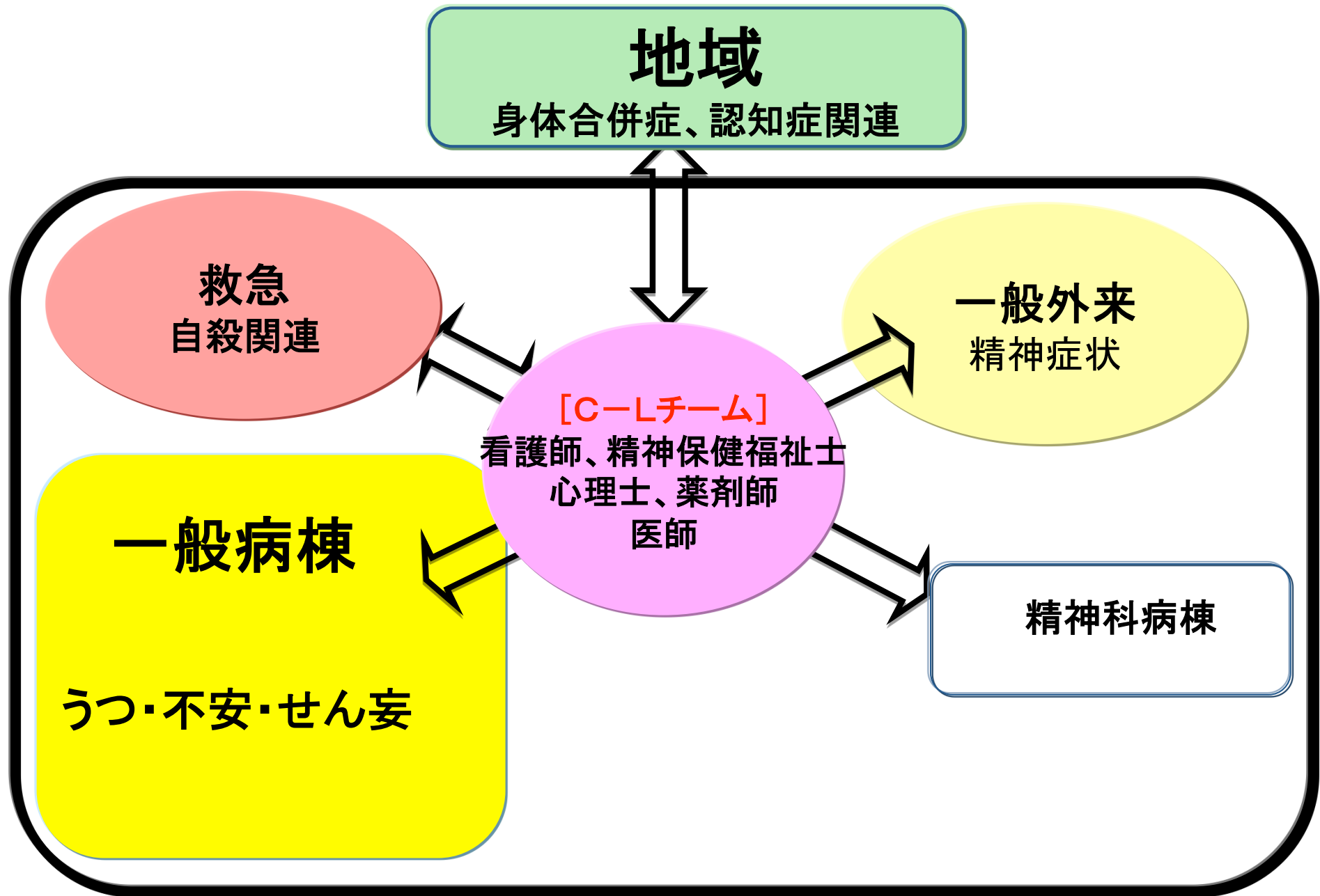
2) 一般病棟と精神病棟の平均在院日数を合算する。

総合病院精神科にチーム医療を

リエゾン・コンサルテーション 診療加算

総合病院においても、精神科チーム医療を！

リエゾンコンサルテーションチームの活動



コンサルテーション・リエゾン チーム診療加算

＜算定基準＞

精神科診療を要する患者に対して、患者の同意に基づき、精神症状緩和に係わる専従チーム(リエゾン・コンサルテーションチーム)による診療が行われた場合に算定

＜対象患者＞

一般病棟に入院する患者のうち、身体症状以外に不安、抑うつ、せん妄などの精神症状を持つ患者

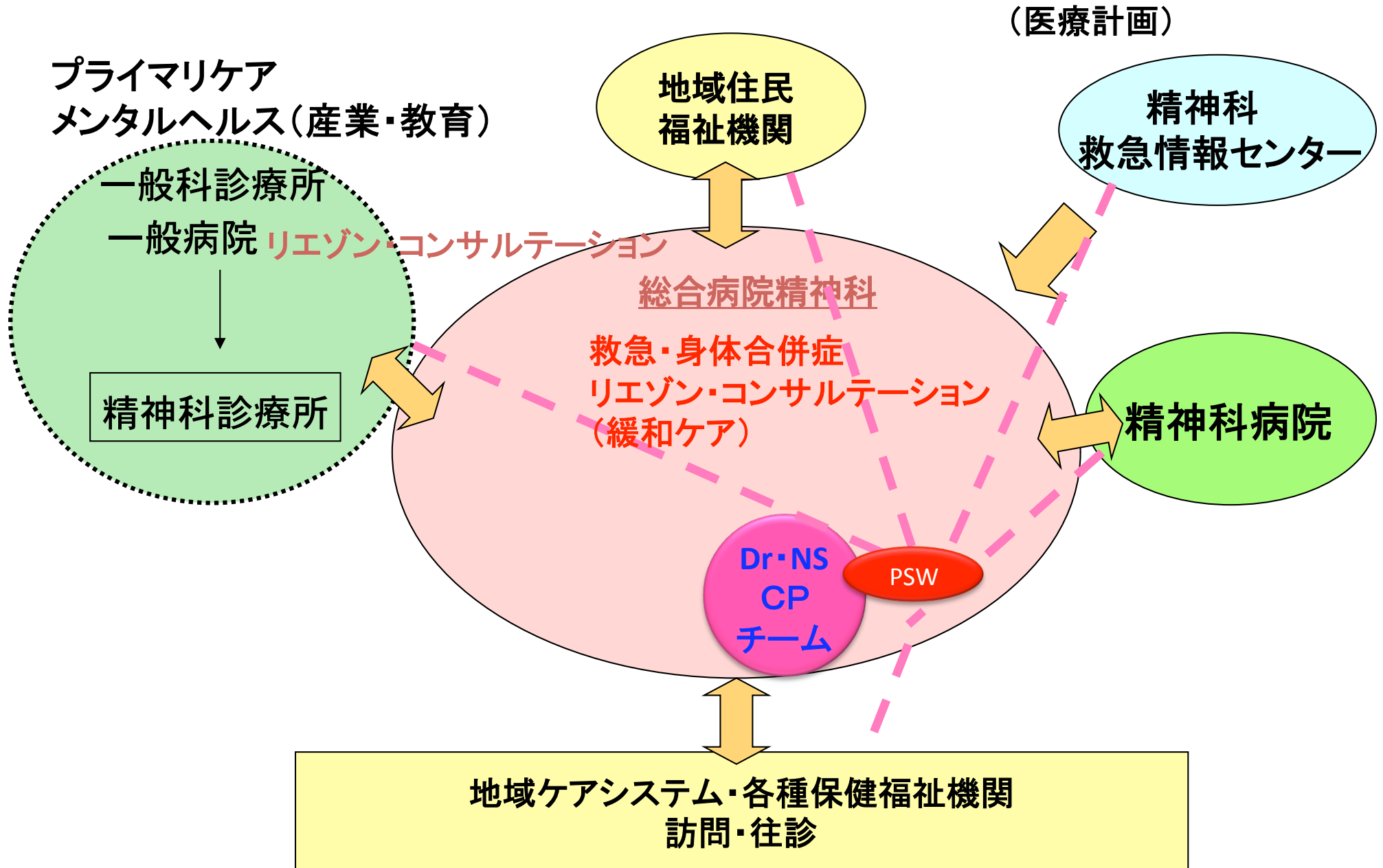
コンサルテーション・リエゾンチーム

＜チーム構成＞

- ・精神科医（一般病院連携精神医学専門医または3年以上経験を有する精神科医）
- ・看護師（精神看護専門看護師、または3年以上精神科医療関連に十時した経験を有する看護師）
- ・精神保健福祉士、社会福祉士（3年以上精神医療に従事した経験を有すること）
- ・臨床心理技術者（3年以上精神医療に従事した経験を有する臨床心理技術者）
- ・薬剤師（服薬指導等精神医療の経験を有する薬剤師）

* 精神科医、薬剤師は専任でも可

二次医療圏+αにおける精神科医療の機能分担



院内医療連携パス(案)

(コンサルテーション・リエゾン パス)

	依頼時	活動開始時	退院時、転院時
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・リエゾンチームの関わりを患者もしくは家人が納得できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・リエゾンチームが関わり、病態診断を受け、精神症状が改善する ・家人が患者への接し方を理解できる ・病棟スタッフが患者への接し方を理解できる ・介護支援体制、医療保健サービスの情報が得られる 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体疾患治療を継続できる ・治癒する ・予防支援が受けられる ・精神科診療が継続できる ・必要時、介護支援が受けられる
評価項目	<ul style="list-style-type: none"> ・リエゾンチームの診療を受けられる ・患者と家人と一緒にリエゾンチームの話を聞ける 	<ul style="list-style-type: none"> ・診療、検査を受けられる ・診断、治療の説明を受け同意する ・説明に対して、患者、家人が具体的な質問をする 	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的な受診をする ・必要に応じて、精神科受診する ・必要に応じて、介護支援、医療保健サービスを依頼する
タスク	<ul style="list-style-type: none"> ・リエゾンチームの関与のメリットを説明する ・患者と家人と一緒に受診するように説明する ・リエゾンチームに診療依頼を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科医が病態診断を行う ・検査を行う ・(患者、家人、病棟スタッフに)病態、治療計画、接し方の説明、必要な指導を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体疾患診療を継続する ・診療方針、予防支援のインフォームドコンセントを得る ・介護支援体制、医療保健サービスの情報の説明を行う