2024年診療報酬トピックス～精神科地域包括ケア病棟、精神科入退院支援～

社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ理事　武藤正樹

我が国の精神病床数は約 30 万床で先進各国の中でも人口当たりの精神病床数は世界一、日本だけで世界全体の精神病床数の 2 割を占めているといわれるほどの精神病床大国だ。またその在院日数も 270 日と、先進各国の 20 日以下に比べて極端に長い。

こうした中、2024 年診療報酬改定で精神科患者の地域移行に対して二つの新設項目が飛び出した。それは「精神科地域包括ケア病棟」の新設と「精神科入退院支援」への評価だ。

精神科地域包括ケア病棟は精神疾患患者の地域移行・地域定着を推進する観点から、「多職種の重点的な配置、在宅医療の提供実績、自宅等への移行率の実績、診療内容に関するデータの提出等の施設基準を設定した病棟」を新設するとしている。また今回、精神科入院に対して初めて「精神科入退院支援加算」が新設された。その要件は退院困難な要因を有する精神科入院患者であって、在宅での療養を希望とする者に対して入退院支援を行った場合だ。また同加算の具体的な施設基準としては、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の精神保健福祉士が配置されていることだ。

さて現在の精神科患者の地域移行については、以下の３つのポイントを押さえておくべきだ。ひとつは長期入院の実態、二つ目は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築、そして三つ目は多様な精神疾患等への対応である。

まず長期入院の実態を見ていこう。2008 年時点で、精神科病院への年間の新入院患者は 37.8 万人、そのうち 1 年以上入院を継続する患者が 4.7 万人（12%）いた。そしてその時点で 1 年以上入院の患者数は、それまでの累積を含めると 20.7 万人で、病床数 33 万床の 63%を占めていた。これらの長期入院患者の地域で受け入れる基盤整備がまず必要となる。それが精神科疾患に対応した地域包括ケアシステムの構築だ。

2018 年からスタートした第 7 次医療計画では、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指すこととした。そしてこうした基盤整備のために圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による「協議の場」を通じて、精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築することとした。

また精神疾患の多様性にも同時に目を向ける必要がある。多様な精神疾患とは統合失調症、認知症、児童・思春期精神疾患、精神科救急、身体合併症、自殺未遂、うつ、PTSD、依存症、てんかん、高次脳機能障害、摂食障害、災害医療、医療観察など。これらに対して、都道府県拠点機能、地域連携拠点機能、地域精神科医療提供機能が階層化することとした。

こうした精神疾患の課題のポイントを押さえながら、今回の精神科地域包括ケア病棟や精神科入退院支援に対応していく必要がある。精神科患者の地域移行は一筋縄ではいかない。入り組んだ課題にひとつづ向き合いながら取り組みたいものだ。