

第5回これからの精神科病院を考える会
TKPガーデンシティPREMIUM品川HERT8階

民間精神科病院は生き残れるか？ —地域精神医療における民間精神科病院の役割—

さわ病院
澤 温

COI

- ありません

私に与えられたテーマ

- 民間精神科病院は生き残れるか？—地域精神医療における民間精神科病院の役割—
- いつもきついタイトルをもらう 他の方は精神科救急・急性期医療の役割、回復期・長期入院医療の問題点と対策、退院後の支援のあり方について、精神科病院における認知症医療
- いずれも素直なタイトル⇒私だけ人を煽るか不安にさせるタイトル
- 以前も先生が監修の本の一部を担当させてもらったがタイトルは「独自の社会復帰」
 - 独自の社会復帰 精神障害者のリハビリテーションと社会復帰“V. 精神障害者の社会復帰(退院促進)の実際”専門医のための精神科臨床リュミエール4 2008 松原三郎編
 - 独自なんてあるわけない
- ハラスメントと違うか？ しかし今回も乗ってしまったから文句は言えないが

結論から言うと 精神科病院は今後どうなる？

「どうなる」より「どうする」

増やしたい、減らしたくないもOK

減るのが自然だからそれに任せるのもOK

しかし経営者がどうのより、最終的には厚労省の胸三寸

建て前と本音があるが

厚労省のうらに財務省

ある精神保健福祉課長就任時、私的な話し合いでの嘆き

「自分も課長になって諸外国から後ろ指さされない良い医療

にしたいが、財務省に安けりゃいいじゃないと言われたら

何もできない」と

知らんけど！

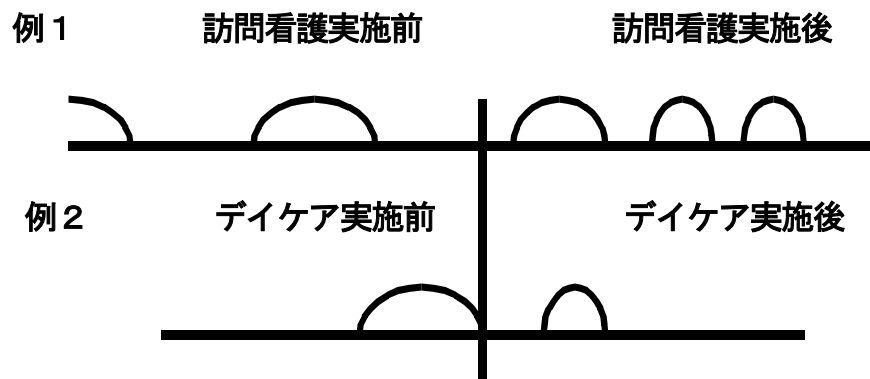
改めて依頼の整理

- 民間精神科病院が生き残る
- 地域精神医療における民間精神科病院
- **地域精神医療**は誰もが言うように「住み慣れた場所で精神科医療を受けられる」
- 地域精神医療に**民間精神科病院**と公的精神科病院の差はない。あるのは医療観察法と経済的背景（独立行政法人になっても経済背景は違う）
- **精神科病院が生き残る**必要があるか **大問題**

精神科病院の悩み

- ベッドが埋まらんというなげきを聞くが滑稽
- 埋まらんとなって初めて夜間休日の救急をやるのはもっと滑稽
 - そういうところはベッドが埋まったら救急はしない。⇔待合や外来のベッドに寝かしても朝まで見るのが救急(私の持論)
- どうしても埋めたければ入院のメリットを増やし外来のメリットを減らせばよい
 - 入院のメリットを増やす
 - 患者がいつまでもいたい環境 アメニティ 立派な開放病棟
 - さわ病院は1993年9病棟の内開放病棟は3つ⇒今は全部
 - 閉鎖病棟で開放処遇のみ(603床(1983)⇒455(2008)約3/4に
 - 外来のメリットを減らす??
 - 訪問看護やデイケアを減らす?
 - クロザピン LAI GrHもやめる
 - 最終は薬の処方量をinadequate doseに下げる??
- 国は退院促進のメニューを増やすとしているが 多職種の会議だけのアリバイ作り

訪問看護とデイケアの社会復帰への効果



調査2の調査方法

デイケアか訪問看護を実施する前に入院のあった患者について、退院後デイケアか訪問看護を実施した期間（2ヶ月以内の空白は連続と見なした）と同じ期間を実施前に遡って、実施前後の入院期間合計、入院回数、1回当りの入院期間を数え、各人の入院期間合計、入院回数あるいは1回当りの入院期間について実施前の値に対する実施後の値を比で出し平均値と標準誤差を求めた（但し実施後入院の無かった患者については1回当りの入院期間を0日とした）。

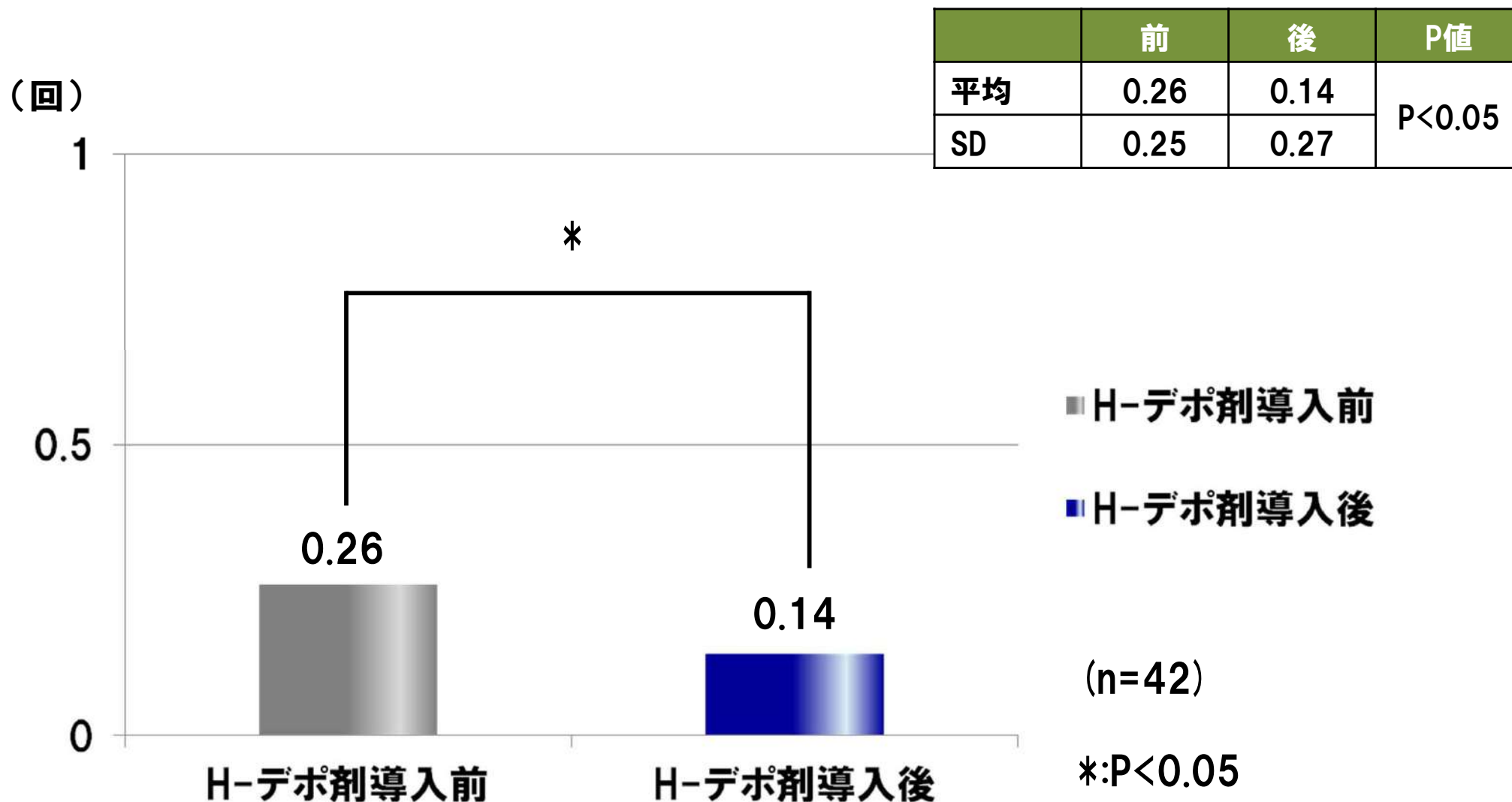
調査2結果

	件数	入院日数計	入院回数	入院日数/回
デイケア	128	0.67±0.19*	0.55±0.08**	0.48±0.13**
訪問看護	113	0.17±0.06**	0.32±0.06**	0.14±0.04**

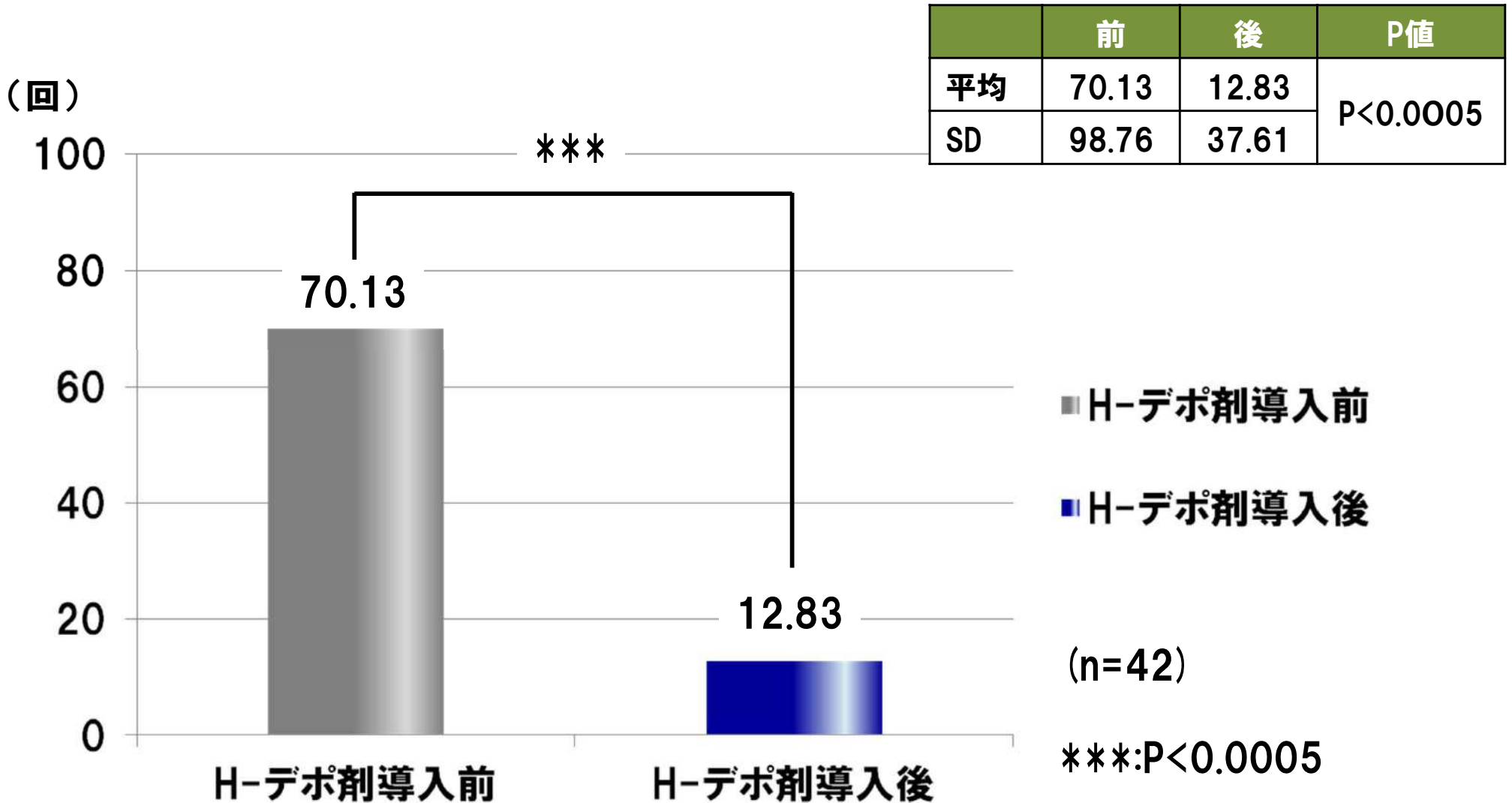
*p<0.05 **p<0.01 Mean±SEM

澤 温、精神経誌、93:1042-1052、1991

haloperidolデポ剤導入前後の入院回数の比較(さわ病院)

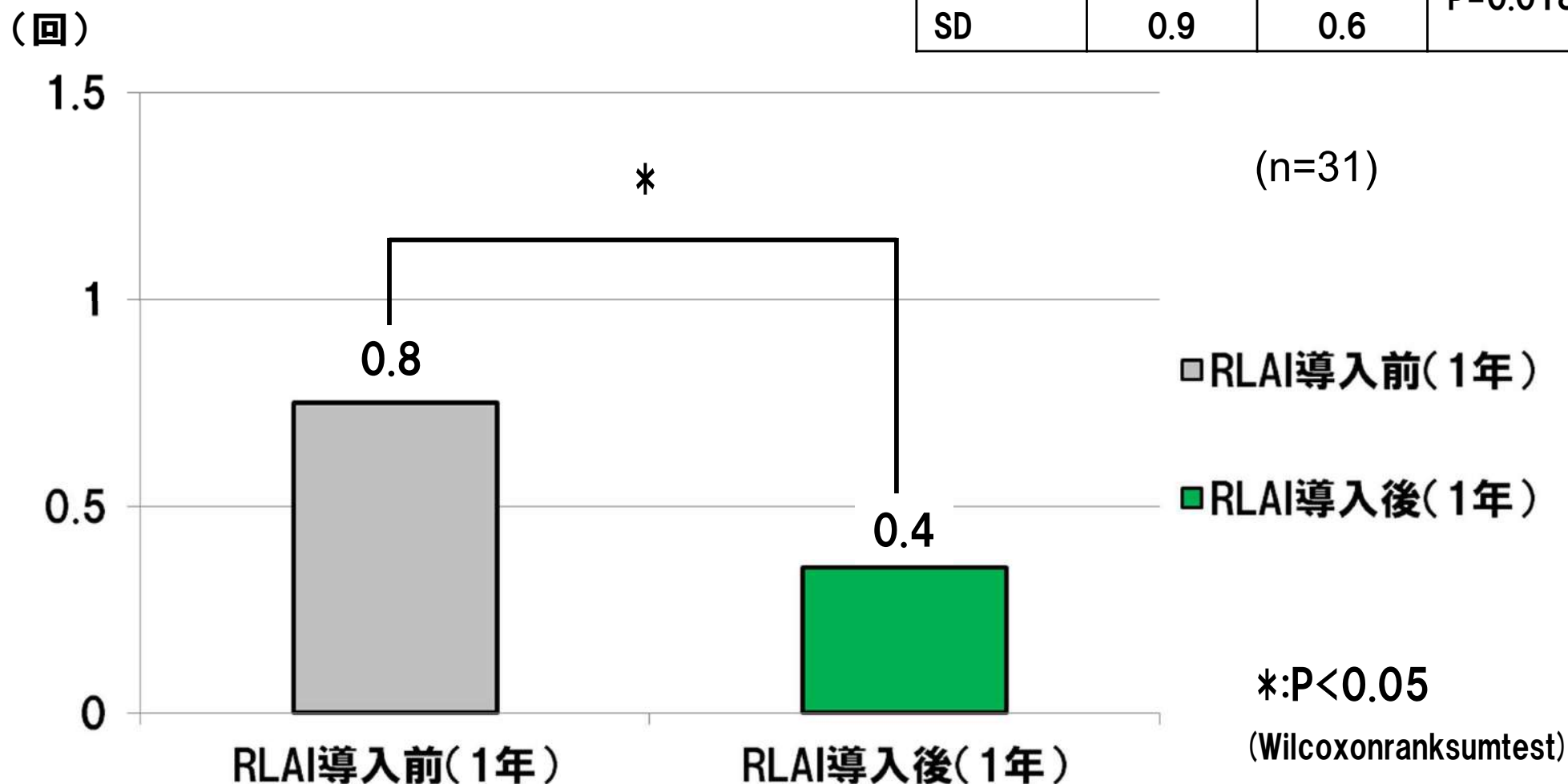


haloperidolデポ剤導入前後の入院日数の比較(さわ病院)



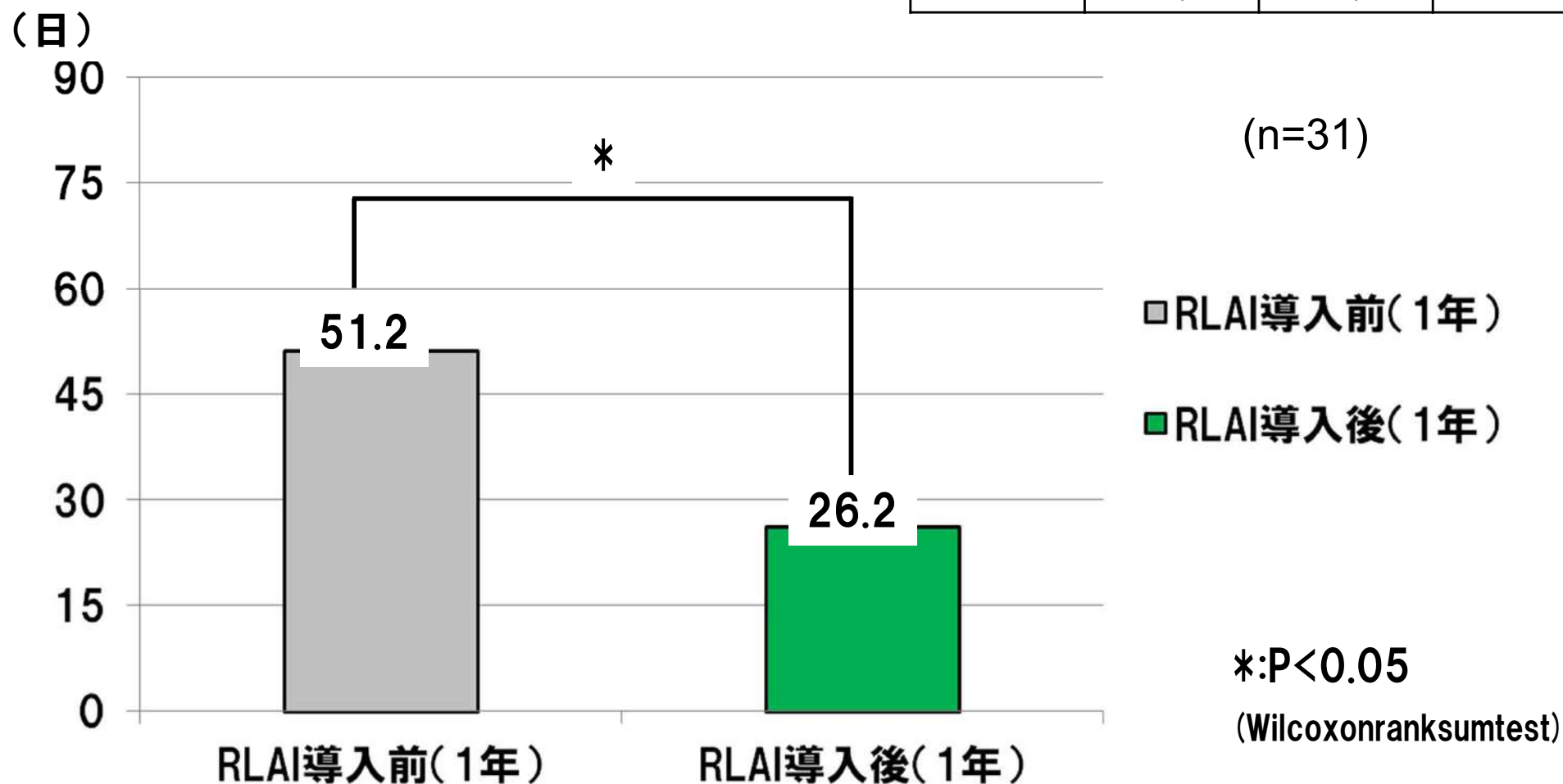
RLAI導入前後1年の入院回数の比較

	前	後	P値
平均	0.8	0.4	P=0.018
SD	0.9	0.6	



RLAI導入前後1年の入院日数の比較

	前	後	P値
平均	51.2	26.2	P=0.038
SD	81.7	65.9	



地域精神医療（1）

- 言われて長いがなにか？ ⇒いわゆる「にも包括」
- 入院医療を含めて住み慣れたところで治療が完結するのが地域医療
 - 医療観察法の初期は遠島 私は反対に回った 今ようやく地域医療に近づいたが病院のない県もある 山梨はハイブリッド
 - 大阪精神医療センターの医療観察病棟は33床だが現在27床、その内府内の患者は全部でないのに、32人が全国の指定病院にいる =全く地域精神医療の考えはない
- 詭弁的だが日本は人口12000万に1200の病院＝人口10万に1病院は地域医療的。しかし現在のままでは本質は嘘
 - 救急も慢性も合併症も診れてこそ地域医療
 - 実際は救急は不十分で、たらいまわしが横行

地域精神医療 (2)

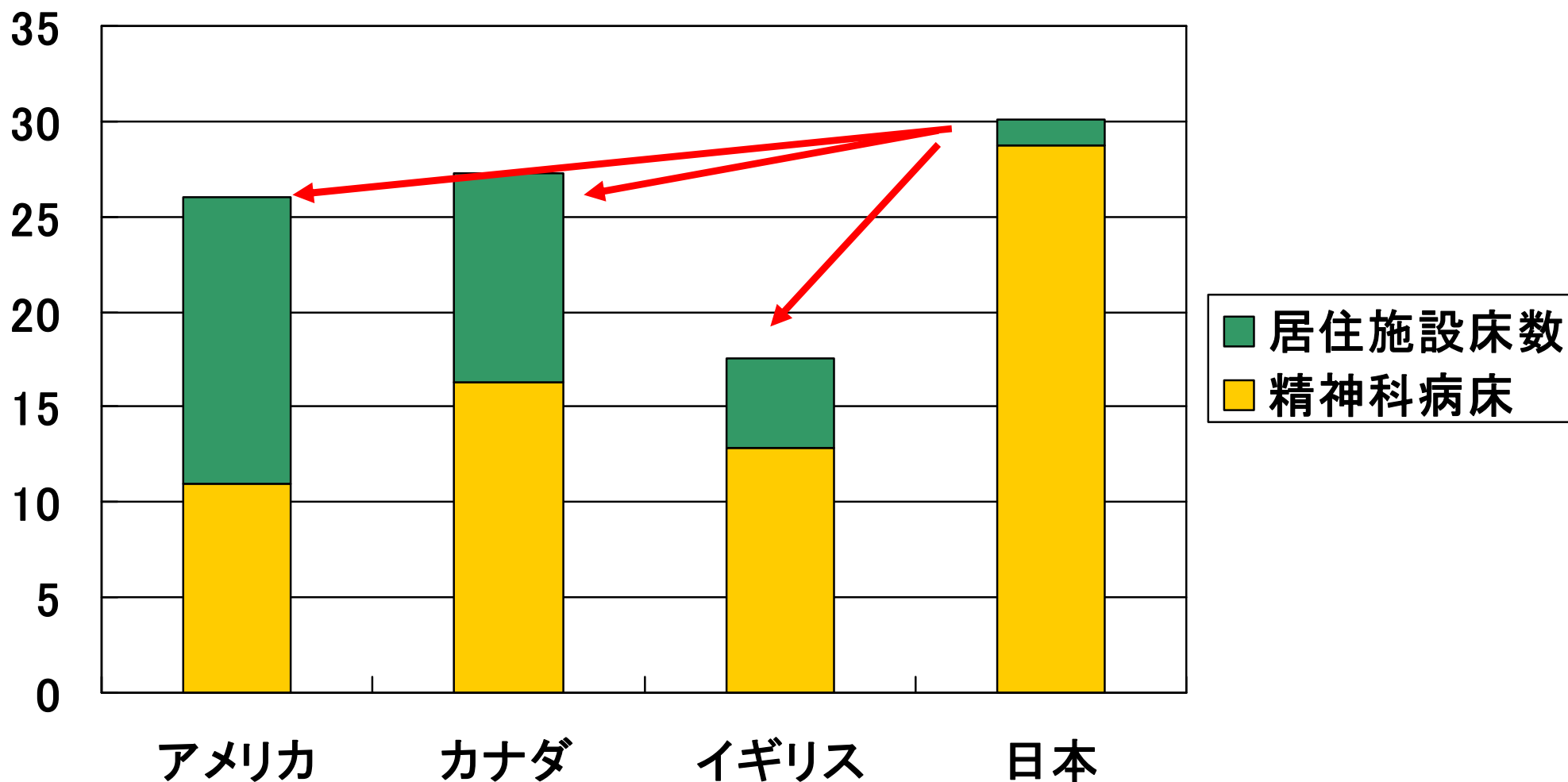
- 医療と介護と福祉の住み分けと言っても介護福祉施設で合併症が出たら大変
- 介護医療院は精神療養病棟の看板の架け替え？ともいえるが、否定はできないか
- 日本で入院ベッドが多いのは、以前は医療が介護と福祉の混合丸抱え⇒分離独立⇒後述の連携
- 患者数は増加しても入院は減少＝医療ニーズは高まっても入院医療ニーズは高まっていない→ベッドを減らせばよい
- これは社会の変化と医療及び医学の進歩によるもの
 - 結核は医学の進歩で激減
 - ハンセン病も激減したが偏見に支えられて？継続
 - 精神はこれからも偏見に支えられて存在するのか？
- 地域精神福祉で有名なゲールの里親も本質は「遠島」で地域医療ではないと考える
 - GrHを作った時遠方の患者家族から頼まれたが断った

改めて病院が病院であること

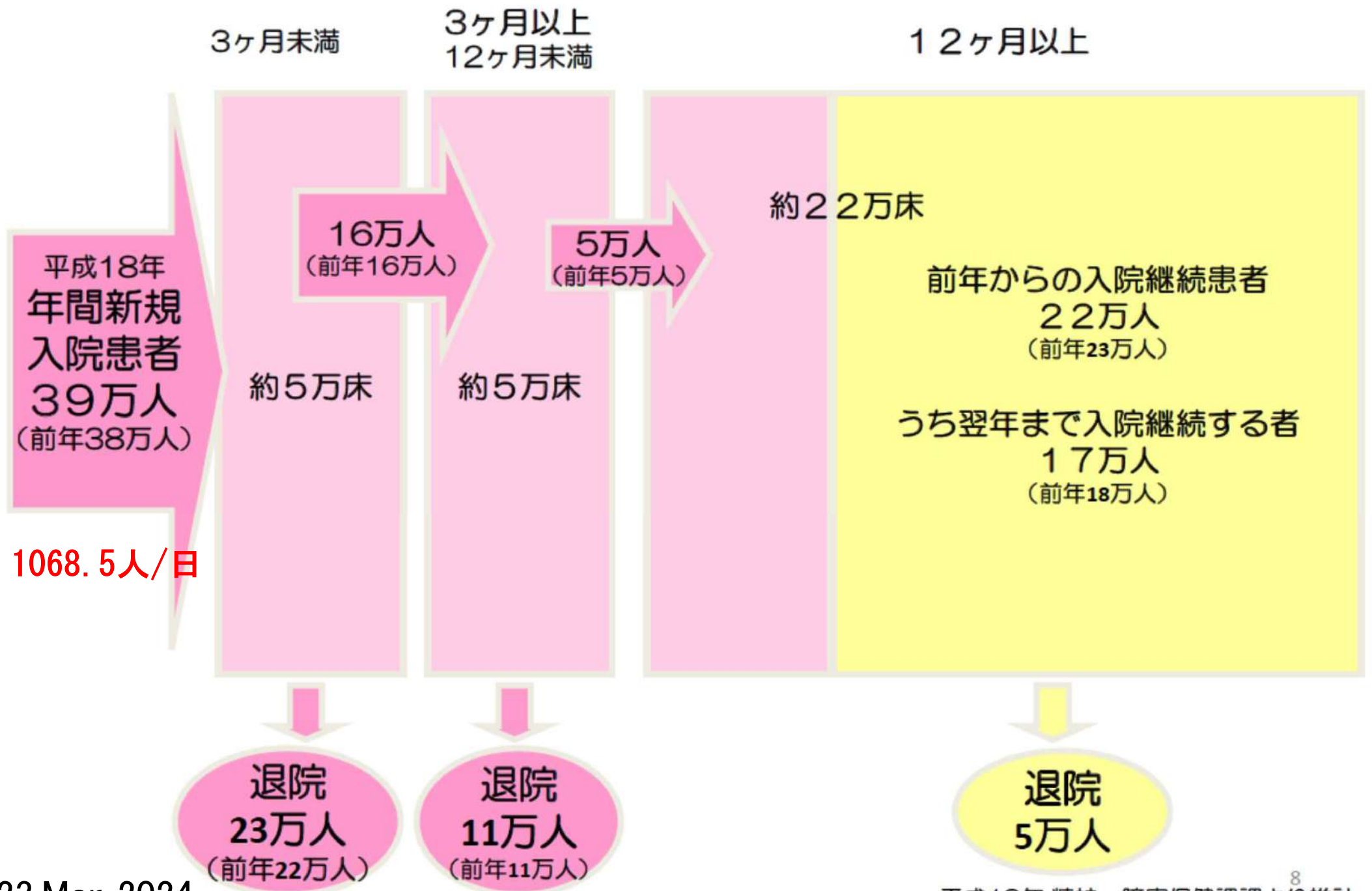
- 人手が24時間365日いる
 - しかし外来でも1:1配置なら要らないかもしれない
 - 現場的には屈強な兄が病気で年老いた母とか弱い妹のみなら1:1でも無理で病院が必要 逆なら在宅で可能
- 「入院ができる」だけのこと
 - 当番に限らず24時間365日受けられるように
 - しかし、いつでも救急を断らないようにベッドを空けておくこと経営には差しつかえるように仕組みられている
 - 予約主義で待たせる、検査も必要なものがすぐできないのは病院か疑問
 - 断る自由もあるが、断る理由はいくらでも探せる
 - 入院する目的が終わったら退院して在宅にすればよい
- 生き残るには準備次第
 - ハードウェア、ソフトウェア、ヒューマンウェア

外国における精神科病床と居住施設入居者数 — 浅井の法則 —

床／人口万



精神病床における患者の動態



精神病床における患者の動態

3ヶ月未満 3ヶ月以上
12ヶ月未満 12ヶ月以上

平成18年
年間新規
入院患者
39万人
(前年38万人)

1068.5人/日

在院日数 = 関係病床 / 1日に入院してくる患者数
必要病床数は

1ヶ月なら 32055床
2ヶ月なら 64110床
3ヶ月なら 96165床

+ 重度かつ慢性で退院の可能性がない人
しかし精神のみの重度かつ慢性の人は外国では国公立で手厚くみると聞いている

退院
23万人
(前年22万人)

退院
11万人
(前年11万人)

退院
5万人

厚労省の退院促進阻止のエール

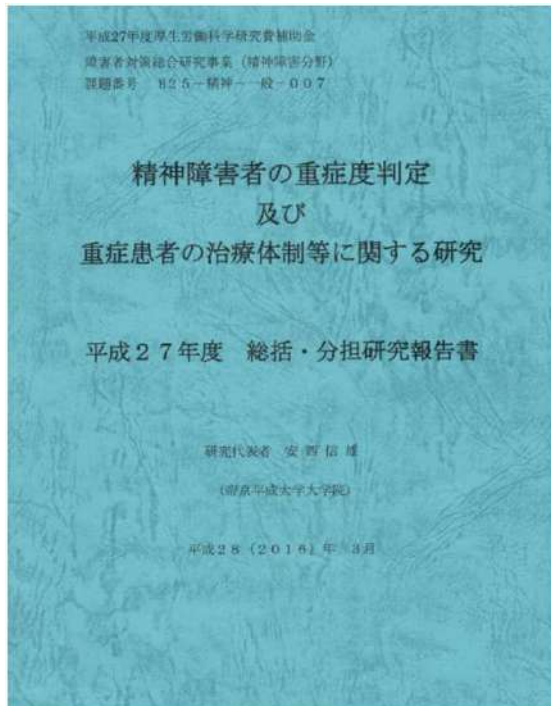


表4 重症患者における心理社会的治療／方策と退院率

治療／方策(実施した患者数)	実施された患者の退院率	実施されなかった患者の退院率	p値
個人精神療法(N=205)	77.0%	62.2%	0.002**
認知行動療法(N=4)	75%	70.6%	1.000
行動療法(N=20)	40%	72.4%	0.004**
作業療法(N=249)	68.6%	75.9%	0.169
集団精神療法(N=38)	75%	70.2%	0.700
心理教育(N=35)	80%	69.6%	0.244
SST(特定)(N=20)	65%	71.0%	0.615
SST(一般)(N=20)	60%	71.3%	0.314
退院前訪問指導(N=62)	85.5%	67.6%	0.005**
服薬管理(N=99)	82.9%	66.0%	0.002**
連絡調整会議(N=139)	66.9%	73.0%	0.236
ケア会議(N=85)	77.6%	68.5%	0.134
障害福祉サービス導入(N=49)	85.7%	68.2%	0.011*
介護福祉サービス導入(N=31)	83.9%	69.4%	0.102

* p<0.05, ** p<0.01

全重症患者での退院率=70.6%

個人精神療法、行動療法、退院前訪問指導、服薬管理、障害福祉サービス導入で有意差を持って退院と関連。ただし行動療法は逆の関係。また介護福祉サービス導入は障害福祉サービスと同様の傾向がある。

- 30分以上の個人精神療法は退院を促進



- 現在の点数は30分以上の個人精神療法をする気にさせない意味で、**ベッド削減を阻害する厚労省からの大きなエールだろう**

ちなみに

入院精神療法Ⅱ-口（6カ月以上） の過去の点数

- 精神科入院患者の半年越えの入院精神療法
 - 精神科専門医と精神保健指定医を持っていても、
 - 認められるのは週1回のみで、何回おこなったとしても算定できるのは800円のみ。1992年は600円（60点）
1994年～現在 800円（80点）

CF: 整復に3秒とかからない 肩関節脱臼の整復18,000円、肘内障整復15,600円

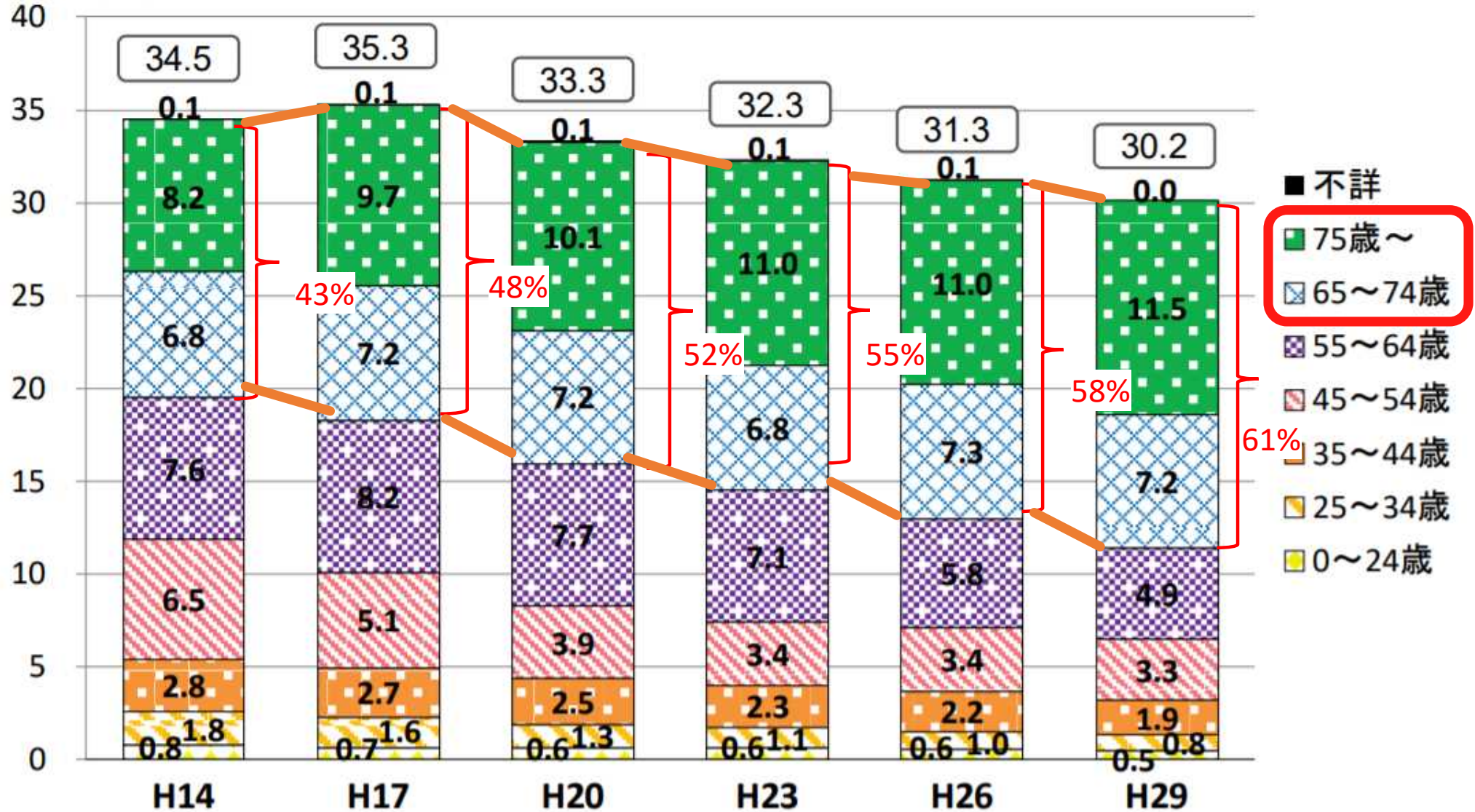
- ~~労働と対価は一致すべきというのは常識。労働基準法第11条に「この法律で賃金とは、賃金、給料、手当、賞与その他名称のいかんを問わず、労働の対償として使用者が労働者に支払うすべてのものをいう。~~
- 昔、入院患者に対しては「睡眠良好、食欲良好、気分良好、排便良好、その他の訴えなし」が面接での最低限のチェック項目であったが、800円ならこれで十分か……。それ以上はやることは、対価に合わない過剰サービスと言える??
- この不思議さを強く問題視しない日精協は、何と評すればいいのだろう。

精神科の高齢入院患者の特徴

- 対象者は一人でも、医療、介護、福祉の3分野は絡み合い、また身体疾患は次々と出てくると医療と医療の連携も必要
 - 他施設と連携だと、印鑑持参、保険証提示、契約・同意手続き、保証金、病歴聴取などで何度も呼ばれ、家族負担は大きい
 - 演者の個人的な経験だが、少しずつ認知症も出てきた母を自院で看取った。高齢者はもう要らんというのでないなら本当の意味での包括ケア病棟が良い
 - 西欧は18才を過ぎたら1人の大人だから家族など呼ばないと聞く
- 一方、在宅だ、地域医療だといっても訪問・在宅医療は検査も迅速にはできない
 - 在宅で医療・介護・福祉が連携していると言っても、「みんなで見ているは誰も見ていない」に陥りやすい
- 精神科ベッドが空いたから認知症高齢者で埋めているという批判もあるが、結核病棟が要らなくなって精神科病棟に転換した歴史もある。新たな介護医療院を作るのもありだが、精神科病院で認知症高齢者を受け取るのも悪くはないか
- 私は答えを用意していない

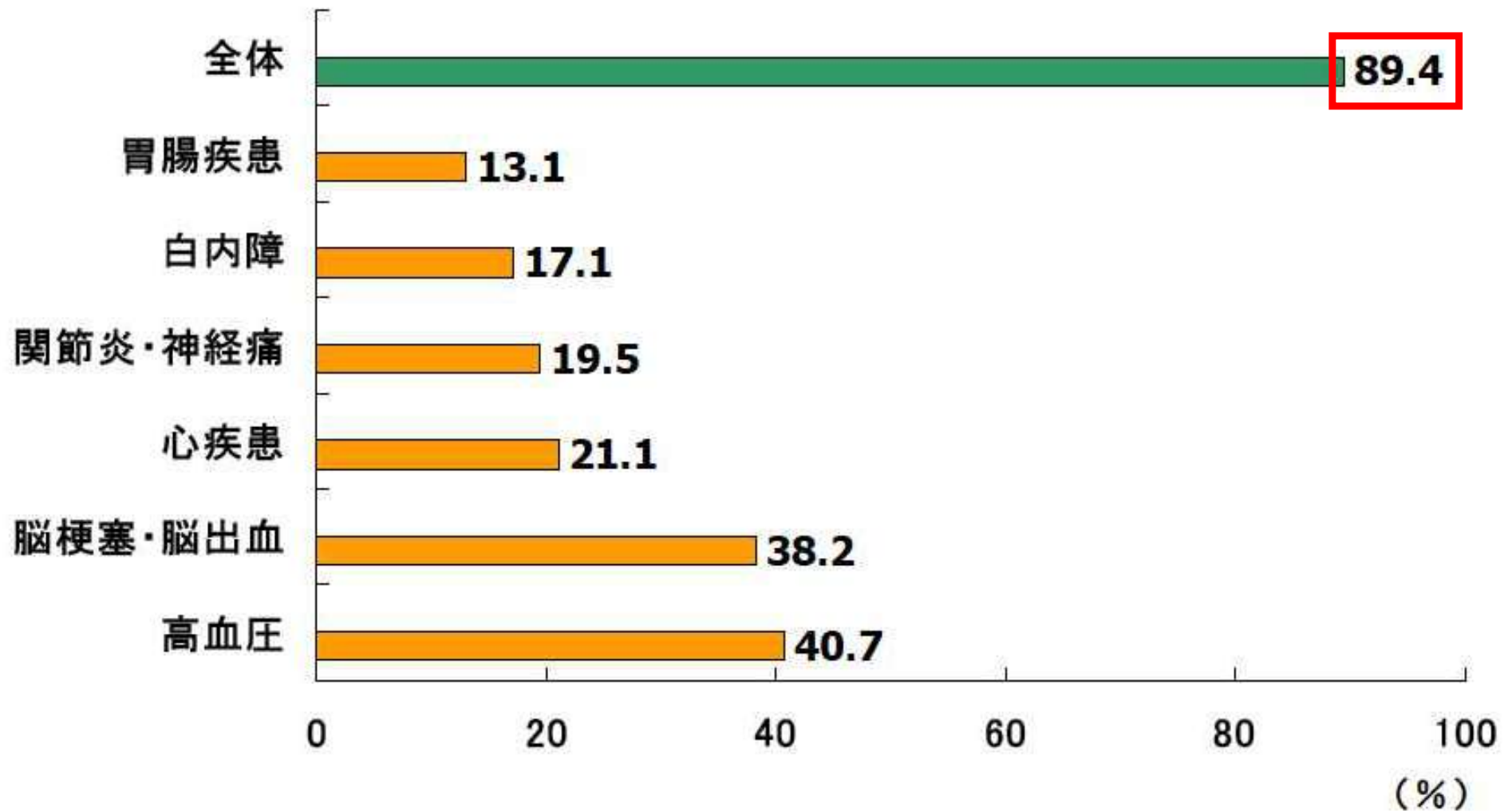
精神疾患を有する入院患者数の推移 (年齢階級別内訳)

(単位:万人)



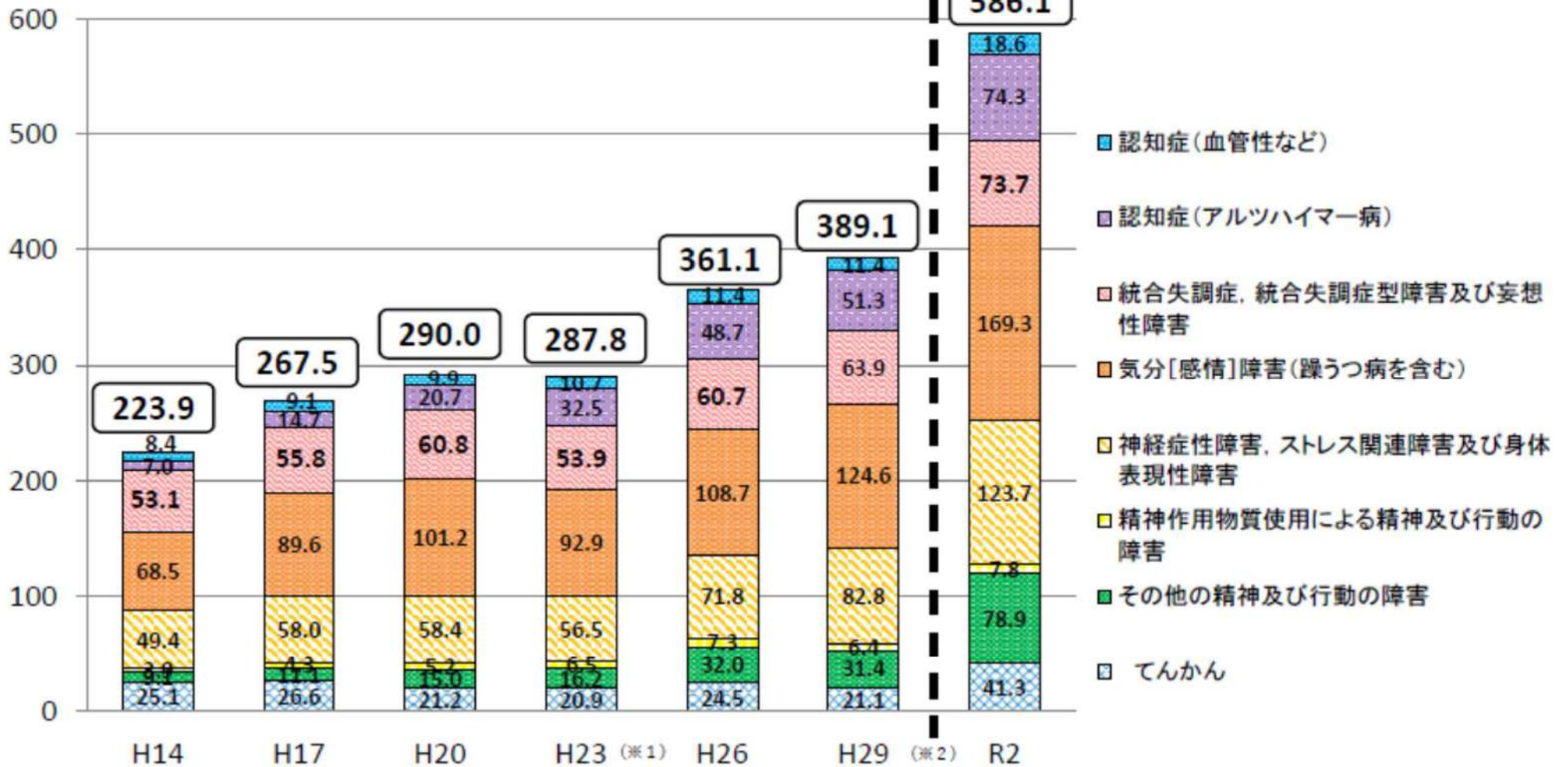
※図表4・5、いずれもH23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

認知症に伴う身体合併症の割合 (10%以上の疾患)



精神疾患を有する外来患者数の推移(疾病別内訳)

(単位:万人)



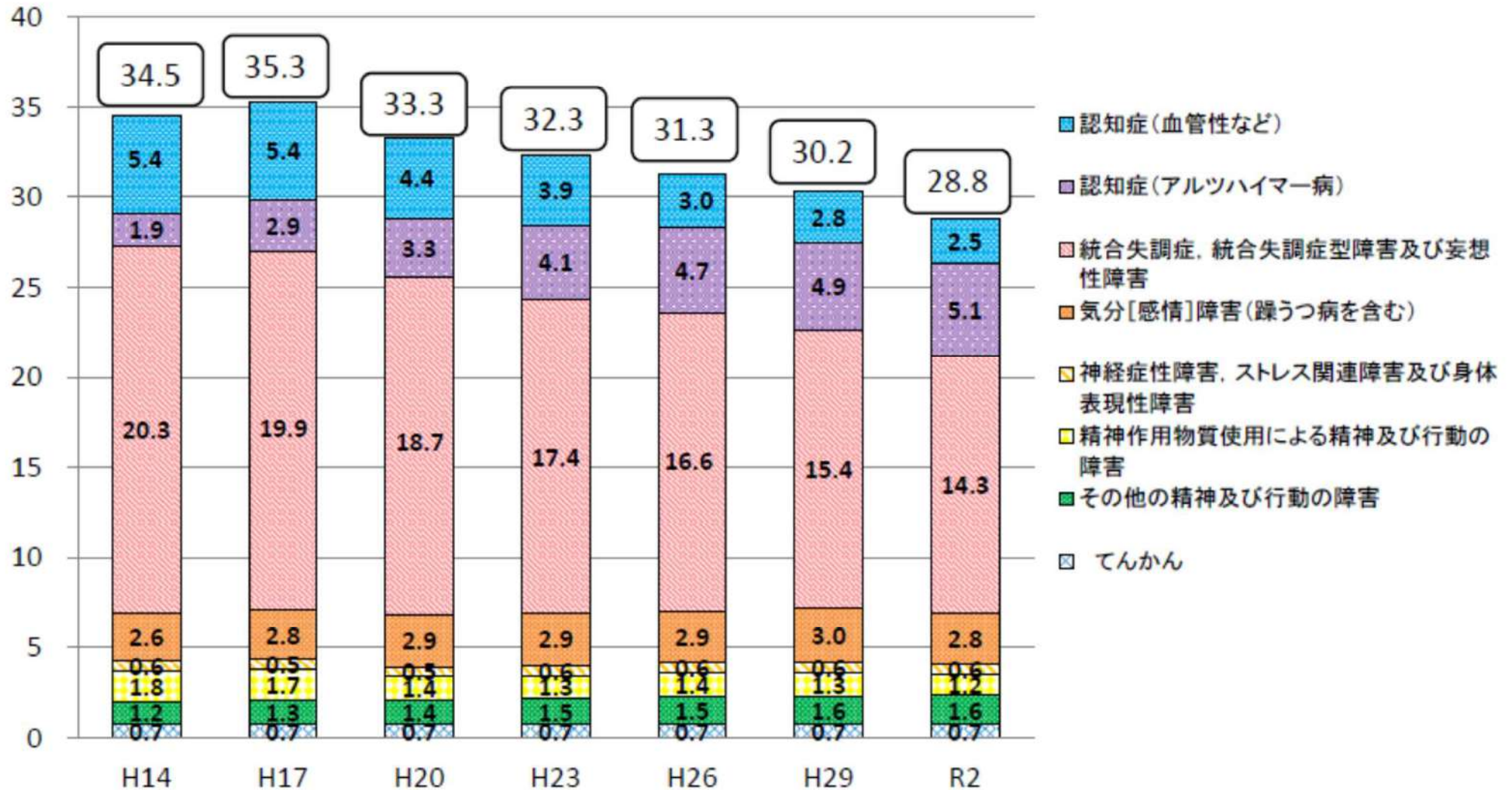
※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している (H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出)。

資料：厚生労働省「患者調査」より作成

精神疾患を有する入院患者数の推移(疾病別内訳)

(単位:万人)



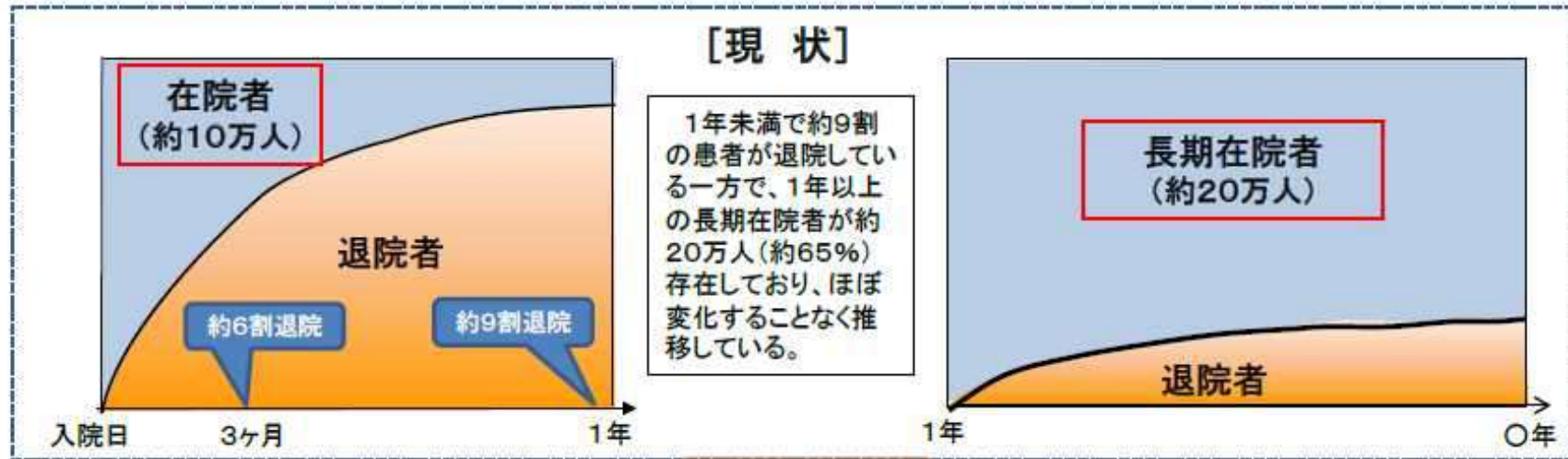
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より作成

精神病床の現状と今後の方向性

精神病床の今後の方向性

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の状態像や特性に応じた精神病床の機能分化を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。



今後の新たな入院患者への精神科医療

- ・精神科入院医療の人員体制を充実する
- ・退院支援のための人員体制を充実する
- ・重度かつ慢性の患者を除き、できるだけ早期に退院し、新たな長期入院者をつくらない

- ・重度かつ慢性の患者には、質の高い医療を提供する

現在の長期入院者への対応

- ・住居の整備等、地域移行の取組を重点的に推進する
- ・退院支援、生活支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域移行を進めるため、より地域生活に近い療養環境とする

上記の機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

「重度かつ慢性」の基準案について

- 平成24年度に「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)において長期入院患者の実態調査を実施。
- 平成25年度から「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」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)を実施し、平成25年度には「重度かつ慢性」暫定基準案を作成。
平成27年度において、「重度かつ慢性」暫定基準案の妥当性の検証等の研究を実施し、「重度かつ慢性」基準案を作成。

「重度かつ慢性」基準案

精神病棟に入院後、適切な入院治療を継続して受けたにもかかわらず1年を越えて引き続き在院した患者のうち、下記の基準を満たす場合に、重度かつ慢性の基準に満たすと判定する。ただし、「重度かつ慢性」に関する当該患者の医師意見書の記載内容等により判定の妥当性を検証し、必要な場合に調整を行う。

精神症状が下記の重症度を満たし、それに加えて①行動障害 ②生活障害のいずれか(または両方)が下記の基準以上であること。なお、身体合併症については、下記に該当する場合に重度かつ慢性に準ずる扱いとする。

1. 精神症状

BPRS総得点45点、または、BPRS下位尺度の1項目以上で6点以上

注)BPRSはOverall版(表1※)を用いる。その評価においては「BPRS日本語版・評価マニュアル(Ver.1)」に準拠する。

2. 行動障害

問題行動評価表(表2※)を用いて評価する。1～27のいずれかが「月に1～2回程度」以上に評価された場合に、「問題行動あり」と評価する。

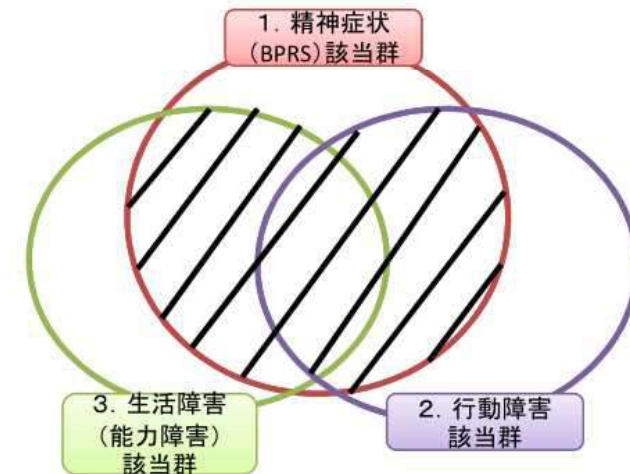
3. 生活障害

障害者総合支援法医師意見書の「生活障害評価」(表3※)を用いて評価する。その評価に基づいて、「能力障害評価」を「能力障害評価表」の基準に基づいて評価する。「能力障害評価」において、4以上に評価されたものを(在宅での生活が困難で入院が必要な程度の)生活障害ありと判定する。

4. 身体合併症

精神症状に伴う下記の身体症状を入院治療が必要な程度に有する場合に評価する。

- ①水中毒、②腸閉塞(イレウス)、③反復性肺炎
- ④その他(退院困難と関連するものがあれば病名を書いてください:_____)



※表1～3については研究報告書参照のこと

出典:厚生労働科学研究「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」平成25年度～27年度 総合研究報告書の結果を基に作成

重度かつ慢性は長期OKで身体合併症も理由となる

医療と介護の連携の推進（イメージ）

- これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関 【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

- ・ **介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化**
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- ・ **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- ・ **介護保険施設等連携往診加算の新設**
入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- ・ **介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- ・ **協力対象施設入所者入院加算の新設**
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

地域包括診療料等を算定する医療機関

- ・ **地域包括診療料等の算定要件の見直し**
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じることを追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

●：診療報酬 ■：介護報酬

(1) 平時からの連携
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- 協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定
- 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
- 協力医療機関連携加算の新設
- 高齢者施設等感染対策向上加算の新設

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- 介護保険施設等連携往診加算の新設
- 医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

(4) 入院調整

- 協力対象施設入所者入院加算の新設
- 退所時情報提供加算の見直し

(5) 早期退院

- 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

- ・ **診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化**
以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
①入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
②診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
③入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- ・ **協力医療機関連携加算の新設**
介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- ・ **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**
感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- ・ **退所時情報提供加算の新設**
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- ・ **早期退院の受入れの努力義務化**
退院が可能となった場合の速やかな受入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

- ・ **入院時情報連携加算の見直し**
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- ・ **通院時情報連携加算の見直し**
算定対象に歯科医師を追加

今後の精神科病院

- 外来化する流れがあっても、日本では入院の方が安上りで外来化の方が高額になる
- 民間精神科病院 生かすも殺すも行政の胸三寸
- 外国のように精神医療は公的だけでよいとなれば別
 - アメリカの1963年のケネディの大統領教書の裏と表
 - 表はノーマライゼーション
 - 裏は医療費削減
- 日本では民間の方が経済的には効率が良い
 - 例:大阪精神医療センター
- 身体合併症対応を含めて、高齢精神障害者対応を適正にすることが重要

大阪精神医療センター

■ 主な項目の推移

(億円)

	2年度	3年度	4年度	増減
医業収益	805.5	840.5	846.7	6.2
運営費負担金収益	81.1	80.7	70.4	▲10.3
補助金等収益	92.2	114.5	86.2	▲28.3
営業収益	984.3	1043.6	1010.7	▲32.9
給与費	422.2	430.1	438.2	8.1
材料費	247.6	260.0	269.1	9.1
減価償却費	86.4	85.4	88.5	3.1
経費	130.7	149.7	158.9	9.2
医業費用	895.7	934.4	963.5	29.1
営業費用	906.3	942.4	972.4	30.0
営業損益	78.1	101.1	38.3	▲62.8
営業外収益	7.6	8.0	8.6	0.6
財務費用[利息]	2.5	2.2	2.2	0.0
控除対象外消費税	38.9	40.2	43.1	2.9
営業外費用	45.9	47.2	50.1	2.9
経常損益	39.7	61.9	▲3.1	▲65.0
臨時利益	0.0	0.0	6.7	6.7
臨時損失	1.5	0.7	9.8	9.1
当期総損益	38.2	61.1	▲6.2	▲67.3

精神医療への中央の対応

- 行政は手続きの整備、悪く言うとペーパー主義ばかりで現実に即応していない
 - 退院で生活できるかは、多職種ミーティングがあればよいというが、それより試せばよいはず
 - 外出訓練、外泊訓練などトライアルアンドエラーである方が良いが、外泊させると点数が下がるなど実行しにくい
 - 医療観察鑑定入院で、通院処遇か入院処遇かの判断のため同伴外泊したがとんでもないという判断。それでいて「遠島」扱いの対象者の退院に向けての外泊には職員を複数付けるなど無駄が多い
- ちなみに医療観察法が制定されて20年。20年経っても附則は見向きもされない。
 - 障害者基本法ができて自立支援法という障害者施策がはじまるのに11年もかかった。
 - それを思えば附則の実現なんてあり得ないか。

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律 (平成十五年=2003年) 附則抄

(精神医療等の水準の向上)

- 第三条 政府は、この法律の目的を達成するため、指定医療機関における医療が、最新の司法精神医学の知見を踏まえた専門的なものとなるよう、その水準の向上に努めるものとする。
- 2 政府は、この法律による医療の対象とならない精神障害者に関しても、この法律による専門的な医療の水準を勘案し、個々の精神障害者の特性に応じ必要かつ適切な医療が行われるよう、精神病床の人員配置基準を見直し病床の機能分化等を図るとともに、急性期や重度の障害に対応した病床を整備することにより、精神医療全般の水準の向上を図るものとする。
- 3 政府は、この法律による医療の必要性の有無にかかわらず、精神障害者の地域生活の支援のため、精神障害者社会復帰施設の充実等精神保健福祉全般の水準の向上を図るものとする。

ご清聴ありがとうございました