

第 102 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

総合病院精神科の現状をいかに打開するか ——基礎調査を踏まえて——

藤原 修一郎 (横浜南共済病院神経科)

はじめに

総合病院精神科はかつてないほど危機的な状況にある。精神科 (外来, 病棟) を閉鎖せざるを得ない施設が増えつつあり, 精神科救急, 身体合併症医療, 院内リエゾン, 地域精神医療に大きな支障をきたしている。診療所開設の増加, 病院勤務医不足は, 加速度を増しており, 小児科, 産婦人科だけでなく, 精神科も地域による医師不足, 偏在化は深刻な状況にある。現時点で総合的な対策を講じなければ立て直す機会を失うのではないかと危惧している。日本総合病院精神医学会を中心に, 基礎調査等によるエビデンスから, 基盤となる正当な経済的評価がされるよう改善策を提案してきたが, 全く適切な対応がなされないままに今日に至っている。今回の報告では, 総合病院精神科の現状で問題となっている点と課題を整理し, 今後の方向性について検討した。

I. 総合病院精神科関連調査 (表 1)

この報告は 2002 年 3 月に施行した精神疾患の必要入院日数に関する調査と, 2004 年 10 月に施行した総合病院精神科基礎調査の結果をもとにしている。必要入院日数調査とは, 2002 年 3 月の一ヶ月に退院した 992 名を対象とした調査で, 疾患毎の入院日数を, 診断名, 身体合併症 (診断名), 人員配置, 病床数などで比較分析したものであり, 通常使用される平均在院日数の計算式と異なり, 個別に必要入院日数を把握し, 疾患毎及び全体の平均入院日数を算出している。人員配置

が手厚いほど入院日数が短縮化される傾向があった (表 2)。

基礎調査は隔年に日本総合病院精神医学会が行なっている全国総合病院精神科併設施設へのアンケート調査であり, 母体病院病床数, 精神科病床数, 人員配置, 治療内容 (デイケア, 作業療法, SST, m-ECT, 緩和ケア) などを定期的に調査し, 全国的な傾向, 概要を把握している。

II. 診療報酬上の矛盾

1. 入院基本料における入院日数の問題

第 4 次医療法改正において, 精神科特例が廃止

表 1 総合病院精神科関連調査

* 精神疾患の必要入院日数に関する調査
2002 年 3 月総合病院精神科 (47 施設, 992 人退院者, 回答率 51.8%)
医療経済調査, 施設調査 (設立母体, 病床数, 人員配置など)
個別在院日数調査 (1 ヶ月間)
診断, 入退院状態像, 入院経路, 在院日数, 合併症, 退院先など
* 総合病院精神科基礎調査
2004 年 10 月総合病院精神科 680 施設の状況 (166 施設, 回答率 24.4%)
施設調査
設立母体, 病床数, 人員配置など
精神科の施設構造や診療体制
精神科的治療 (デイケア, 作業療法, m-ECT) の実施状況,
救急, 身体合併症医療, 緩和医療への対応など
診療統計
入院患者数, 外来患者数, 平均在院日数など

表2 精神疾患の標準的な入院日数

医師配置	看護配置	F 20-29		F 30-39		全平均		合併症	
		人数	平均 在院日数	人数	平均 在院日数	人数	平均 在院日数	人数	平均 在院日数
16:1 達成病院	2.0対1以上 6病院	31	45.4	34	53.2	119	55.5	44	50.9
	2.5対1以上2対1未満 9病院	81	141.0	51	83.6	200	94.8	120	68.4
	3対1以上2.5対1未満 8病院	67	55.0	48	51.9	211	85.8	217	345.1
16:1 達成病院 短い順 95%	2.0対1以上 6病院	28	33.2	32	43.1	113	37.9	44	50.9
	2.5対1以上2対1未満 9病院	74	61.8	48	69.5	190	58.8	118	61.1
	3対1以上2.5対1未満 8病院	67	55.0	48	51.9	200	59.6	203	63.3

病床の機能分化が進むことで、達成可能な入院日数 (2002年必要入院日数調査)

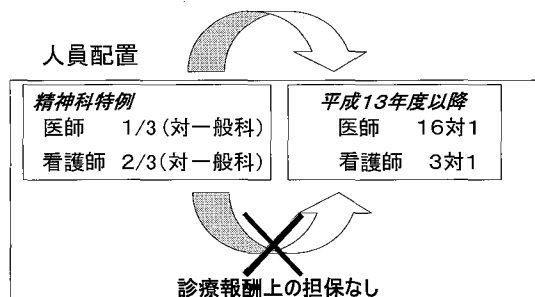


図1 第4次医療法改正(平成13年度)

された。「一般病院や特定機能病院の精神病床」と「その他の精神病床」に機能区分され、「一般病院や特定機能病院の精神病床」においては、一般病床と同様の医師配置16対1、看護配置3対1以上の人員配置基準が策定された(図1)。また、総合病院内の一診療科として、検査部、薬剤部、放射線部、栄養部などを共有しているにもかかわらず、診療報酬表の較差が残され、精神病棟入院基本料は変わらなかった。何ら診療報酬上は担保されぬまま、実質的には医療経済的な負担が大きくなってしまった。

さらに精神病棟入院基本料1及び精神病棟入院

基本料2には平均在院日数要件があり(基本料1=25日, 基本料2=28日), エビデンス(表3)とはかけ離れた短い入院期間となっている。一般病床では大部分の病院が一般病棟入院基本料1および2(基本料1=21日, 基本料2=26日)を取得できているが、総合病院精神病棟で精神病棟入院基本料1及び精神病棟入院基本料2を取得できない病院は極めて少ない。入院基本料が、平均在院日数と看護配置がセットで設定されているため、実看護配置2:1, 2.5:1であっても平均入院日数要件のため精神病棟入院基本料1及び精神病棟入院基本料2を取得できない病院が多い。また逆に精神病棟入院基本料3しか取得できないために、実看護配置を3:1以下に抑えられている病院も多く、総合病院精神科として必要な身体合併症医療や急性期医療に支障を来している精神科も多い。

2. 施設基準の問題(表4)

総合病院精神科では、救急入院料病棟とほぼ同等の診療実績があるにもかかわらず⁴⁾、以下のような理由で特定入院料を取れないのが現状である。

表3 入院料と平均在院日数

一般科			精神科		
	看護配置	平均在院日数		看護配置	平均在院日数
入院基本料 1	2:1以上 (10対1)	21日以内	入院基本料 1	2:1以上 (10対1)	25日以内
入院基本料 2	2.5:1以上 (13対1)	26日以内	入院基本料 2	2.5:1以上 (13対1)	28日以内

↑

多くの一般(急性期)病床で達成可能
精神疾患では達成困難

*平成18年度より、一般科は1.4対1(7対1)で、19日以内、1555点となりさらに手厚い看護が評価されている。一方、精神科においては、入院基本料2は削除された。

表4 特定入院料施設基準

精神科急性期治療病棟入院料

病床に占める精神病床数
全病床数の7割以上又は200床以上が精神病床の病院
 もしくは特定機能病院
 新規入院患者
 一ヶ月間の当該病棟新規入院延べ日数/一ヶ月間の当該病棟全入院延べ日数が4割以上←身体合併症の転院者がカウントされない

精神科救急入院料

病室・隔離室
 隔離室含む半数以上が個室
 新規入院患者
 措置・緊急措置・応急入院(原則、都道府県等地域の年間新規入院患者の4分の1以上)

1) 精神科急性期治療病棟入院料の施設基準について

総合病院精神科においても、地域における救急・急性期医療を担っている病院があるにもかかわらず、急性期治療病棟入院料の施設基準として、「病院に占める精神病床数が7割以上又は200床以上が精神病床の病院もしくは特定機能病院」とされているために、総合病院精神科の多くを占める精神病床50床程度の総合病院精神科において精神科急性期治療病棟入院料を取得することができない。そもそもこの施設基準(全病床の7割以上もしくは200床以上が精神病床の病院)には何ら根拠がないと考えられ、変更が必要である。

2) 精神科救急入院料の施設基準について

総合病院精神科においても、措置入院等を受け

入れ精神科救急を担当している病院があるが、「隔離室を含む個室が半数以上」という施設基準により精神科救急入院料を算定できない病院が多い。精神科救急医療は一般救急と連動可能な総合病院精神科において行うことが最も効果的と言われており、この意味でもこの施設基準を満たさない病院の救済が必要である。

3) 平成18年度の診療報酬改定について(表5, 図2)

平成18年度の診療報酬改定で急性期の特定入院料の初期を手厚くし、漸減制にしていくのは理にかなったこととはいえ、多くの総合病院精神科が取得している入院基本料3については、全く取り残されたままになってしまった。さらに、他の診療科の特定入院料を比較すると、精神科医療に対する評価が明らかに低すぎる事が一目瞭然である。

3. 身体合併症医療の不採算

精神科入院基本料が低いために、身体疾患のみにより一般病棟に入院した場合に比べ、身体疾患に精神症状が加わり、明らかに必要な看護度が増しているにもかかわらず、精神病床に入院した場合の入院料の逆転現象が起きている。非常に不合理である。

また、救急入院料病棟や急性期治療病棟で、身体合併症診療を行ったとすると入院初期の一ヶ月までは持ち出しが多くなると考えられる^{1,3)}。

表5 精神科入院料（平成18年度）

精神病棟	看護職員 実質配置	基本点数及び 看護配置加・ 減算点数	平均 在院日数	在院期間（初期加算点数）					
				14日 以内	30日 以内	60日 以内	90日 以内	180日 以内	1年 以内
加算				(459)(+20)	(242)	(125)	(20)(-20)	(10)(-15)	
入院基本料1	10:1以上	1,037	25日以内	1,496(+20)	1,279	1,162	1,057(-20)	1,047(-15)	
入院基本料2	13:1以上	940	28日以内	1,399(+20)	1,182	1,065	960(-20)	950(-15)	
入院基本料3	15:1以上	812	規定なし	1,271(+20)	1,054	937	832(-20)	822(-15)	
精神科救急入院料	10:1以上	3,200(+400)	規定なし	3,200(+400)		2,800	840	825	
精神科急性期治療 病棟入院料(1)	13:1以上	1,900(+260)	規定なし	1,900(+260)		1,600(-40)			
精神科急性期治療 病棟入院料(2)	15:1以上	1,800(+220)	規定なし	1,800(+220)		1,500(-80)			

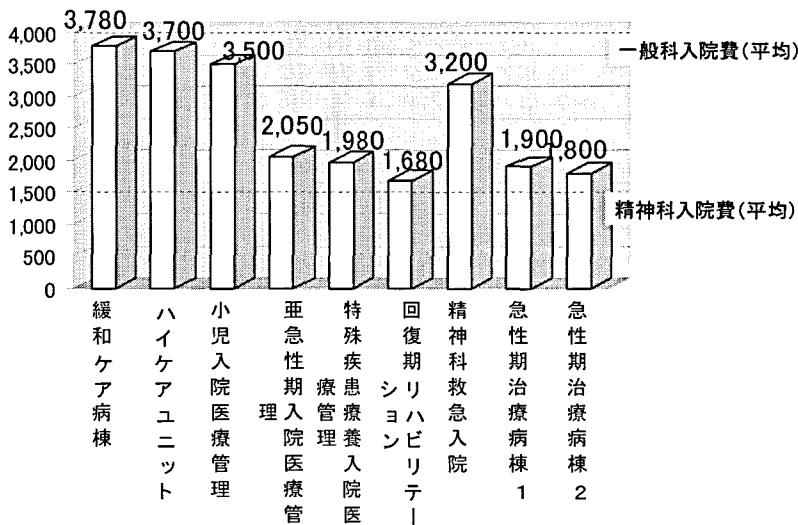


図2 特定入院料包括点数比較（平成18年度）

Ⅲ. 総合病院精神科のマニパワーについて

1. 大学病院，総合病院精神科人員配置

2004年度総合病院基礎調査によると，図3に示すように80床以上の大規模病床では，医師数16対1以上を満たしているところは20%，看護配置3対1以上は45%であった。大規模病床が地方に多いことを考慮すると，医療経済的な要因と人員確保との両面から困難であることが背景になっている。

一方，50床以下の病床に限ると，図4に示したように医師数が7名以上の施設はほとんどが大学病院である。大学病院では研究，教育を両立した上での救急は困難であるし，一般病院では救急，身体合併症を行なうための人員を確保できるところは少ない。基礎調査（2004年）の結果では救急や身体合併症を担う有床総合病院精神科で，前年度に比べて約30%の施設において，医師数が減少しており由々しき事態である。

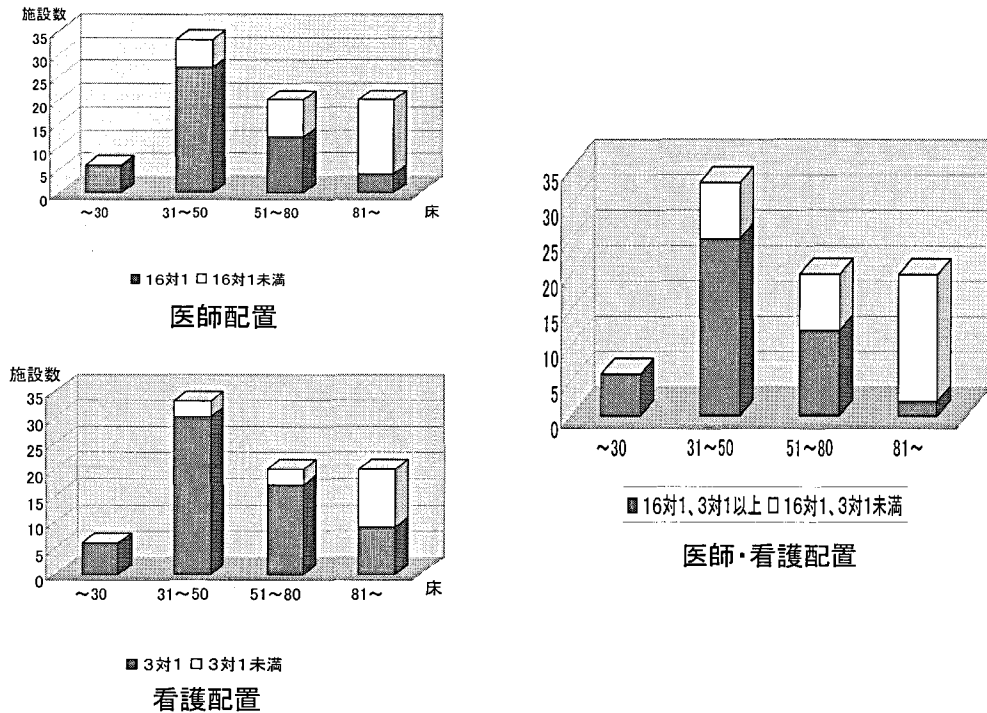


図3 人員配置と病床数

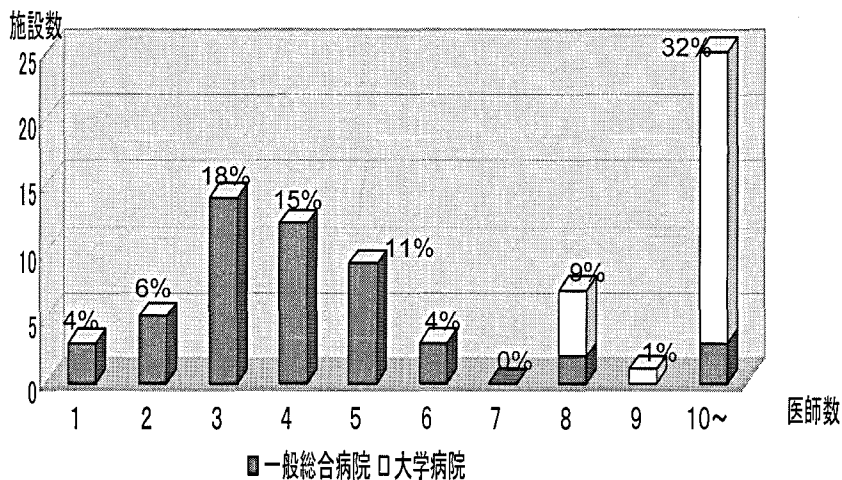


図4 50床以下の病床の医師数 (2004年基礎調査より)

また、精神保健福祉士は小規模精神科病床ではほとんど配置されていないが、機能分化を進め、入院期間を短縮化するためには必要な人材である

と考える。

表6 総合病院精神科の役割と課題

	外来・C-L 医療	身体 合併症	ソフト サイカイアトリー	精神科 急性期	リハビリ テーション	課題
大規模病床	++	+++	++	+++	++	機能分化・ 病床削減 救急急性期 の受け入れ
小規模病床(閉鎖)	++	+++	+	+++	±	
小規模病床(開放)	++	++	+++	+	±	リエゾン優先
無床	++	+	++	±	-	

一般医療における役割（病院内でのアピール）

急性期・救急・身体合併症医療における役割(機能分化)

(行政・中医協へのアピール)

(2002年有床総合病院精神科フォーラム, 佐藤スライド改変)

IV. 総合病院精神科の役割と課題

1. 総合病院精神科の役割 (表6)⁵⁾

総合病院精神科の役割は、病院の診療方針、病床の有無、地域によって異なる。院内におけるリエゾン、ソフトサイカイアトリーから、精神科救急と身体合併症、リハビリテーションまで様々である。どこに力点をおくべきか議論すべきことであるが、少なくとも病床の機能分化と医療経済的な改善を目指すには、救急と身体合併症医療に力をいれるべきであろう。

2. 総合病院精神科における課題

総合病院精神科で働くことは、院内、院外の連携を密にしながら、様々な病態、疾患を診療の対象とすることが多く、充実感や達成感、連帯感をもてる、やりがいのある職場である。しかし、現実には①医療経済的評価の低さ、②人員配置の薄さ、③精神科救急、身体合併症医療システムの不備、④勤務医、スタッフの多忙さと消耗(理不尽さ)、⑤指定医不足(開業志向)、⑥地域における生活支援体制、連携体制の不足、⑦大規模病床と小規模病床の抱える問題の相違、地域差など多くの課題に直面し、図5にあるような悪循環に陥っている。

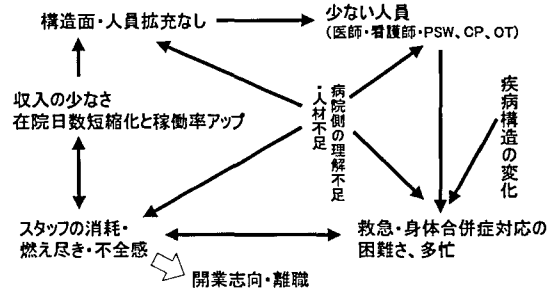


図5 総合病院精神科の悪循環

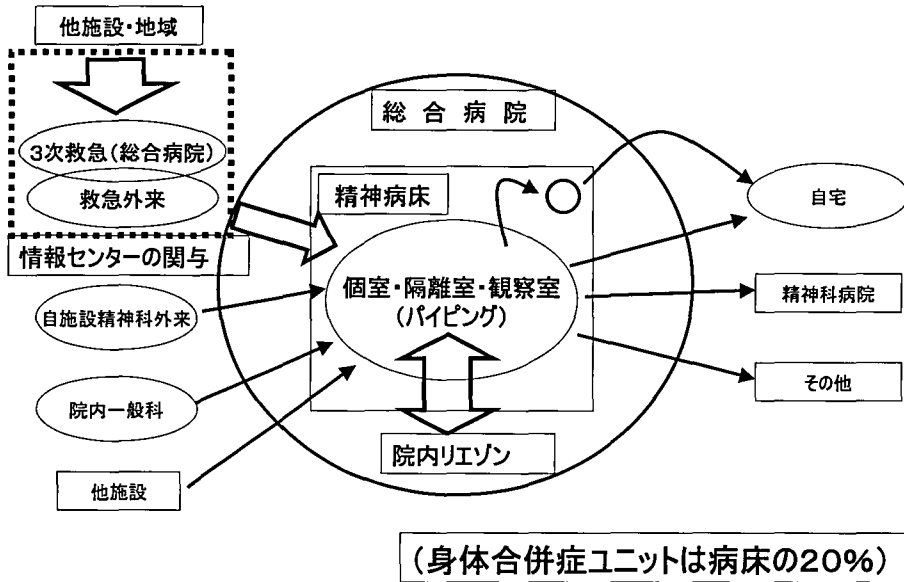
V. 今後の打開策

1. 救急と身体合併症医療への関与 (図6)

精神科救急、身体合併症における総合病院精神科の存在は必要不可欠である。そこを突破口に診療報酬上の正当な評価を望みたい。救急、急性期、身体疾患の診療を十分に機能させるには、情報窓口の強化及び、身体合併症ユニットの設置などのプランが有効と考える²⁾。

2. 一般医療との協調

今後精神科においては、一般診療科と同様の議論を展開する必要がある。そのためにも、一般医療の方向性を十分に理解した上での提言をするべきである。具体的には、①わかりやすい精神科救



(身体合併症ユニットは病床の20%)

図6 精神科救急における総合病院精神科(身体合併症診療)

急と身体合併症システム, ②救急, 急性期, 重症者の診療, 看護における技術料の評価, ③病床機能分化, 在院日数の短縮化, 病床削減, 精神科DPCの導入, ④地域連携(病病, 病診, 地域施設), ネットワークなどを中心に議論する中で, 総合病院で現在行なっている医療や将来像を明確に提示することである。

VI. ま と め

1. 診療報酬では, 平均在院日数, 人員配置, 施設基準など, 総合病院精神科は正当に評価されていない。
2. さらに人員の確保は困難な状況にあり, スタッフも消耗し, 悪循環に陥っている。
3. 改善するためには, 機能分化における総合病院精神科の救急, 急性期, 身体合併症診療における役割を明確にし, 一般医療と同等に技術料, 施設構造が評価されるよう要望していくことが必要である。

医療改革がかつてないほど急激に進められてい

る中で, 精神医療も大きな転換を求められている。本来手厚い医療として必要としているところが正しく評価されるよう提言を続けていきたい。

文 献

- 1) 恵紙英昭, 田中みとみ, 丸岡隆之ほか: 大学病院精神科急性期治療病棟における合併症治療の現状と課題。九州神経精神医学別冊, 50 (1), p. 24-40, 2004
- 2) 藤原修一郎: 身体合併症病棟に関する研究。平成16年度障害保健福祉総合研究事業「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」。p. 88-98, 2005
- 3) 藤原修一郎: 身体合併症病棟に関する研究。平成17年度障害保健福祉総合研究事業「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」。p. 59-69, 2006
- 4) 平田豊明: 精神科急性期病棟の現状と今後の機能および配置等に関する研究。平成16年度障害保健福祉総合研究事業「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」。p. 15-51, 2005
- 5) 佐藤茂樹: 総合病院精神科の役割と課題。精神看護エキスパート3, 身体合併症の看護。中山書店, 東京, p. 144-159, 2004