

## 第104回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

## DPC制度下の特定機能病院一般病床での精神科医療

白川 治<sup>1)</sup>, 人見 佳枝<sup>1)</sup>, 切目 栄司<sup>1)</sup>, 東 睦広<sup>1,2)</sup>

1) 近畿大学医学部精神神経科学教室・附属病院メンタルヘルス科, 2) 日本赤十字社和歌山医療センター精神科

近畿大学医学部附属病院メンタルヘルス科病棟は、2003年4月よりDPC包括評価の適用を受け、一般病床にて精神科医療を行っている。当科での経験を踏まえてDPC導入による課題と今後の方向性について言及した。DPC導入後の診療実績から、1) 外来患者数の増加、特に神経症圏、気分障害圏の増加が目立ち、外来医療へのシフトが顕著となった、2) 減床を余儀なくされるほど病床稼働率の維持が困難となり、その傾向は現在も続いている、3) 一日入院単価はDPC導入前の約1.5倍に上昇した、などを指摘することができる。外来医療へのシフトを加速させた要因として、在院日数の短縮に加えて、精神神経科からメンタルヘルス科への呼称変更、などがその要因として挙げられた。特定機能病院一般病床へのDPCの導入により、医療スタッフのコストへの意識を高め、構造化した治療の重視につながった反面、入院の長期化が予想される入院は避けざるを得ないなど、特に教育研修病院としてその役割・機能を果たす上での課題は少なくない。今後は専門性を重視した特化した医療の提供等に特定機能病院精神科の役割を見出しつつ、精神科医療の適正な評価に基づいたDPCを精神病床への導入により、特定機能病院においても精神科病棟の不採算性解消が望まれる。

<索引用語：DPC, 精神科, 大学病院, 特定機能病院, 一般病床>

### 1. はじめに

近畿大学医学部附属病院メンタルヘルス科病棟は、DPC包括評価適用の一般病床にて精神科医療を行っている数少ない大学病院精神科病棟である。当科病棟にDPC包括評価が導入された経緯を紹介し、現状で特定機能病院の精神科病棟をDPC包括評価適用一般病床として運用するとどうなるか、当科での経験を踏まえて課題と今後の方向性について言及する。

### 2. DPC包括評価導入に至る経緯

近畿大学医学部附属病院精神科病棟は、児童精神医学を専門とした初代岡田幸夫教授（当時）の意向もあり一般病床45床として1977年9月に開棟した。一部（7床）を精神病床として運用した1993年4月から1998年3月までの5年間を除け

ば、基本的に一般病床として運用しており、DPCを受け入れる素地はあったことがわかる。DPC導入前年である2002年のDPC試行期間では、診療部門の呼称を精神神経科からメンタルヘルス科へ変更し、2003年4月よりDPC包括評価の適用を受けた。

### 3. DPC包括評価導入その後

#### 1) 平均在院日数の推移（図1）

DPC導入前の当科病棟の平均在院日数は、60日台～80日台と、大学病院の精神科病棟としてごく平均的な水準にあり、一般病床としての運用ではあったが診療内容は開放処遇の精神病床と大差はなかったと推測される。DPC試行期間である2002年には、29.4日と50%以下に短縮し、導入以降は20日弱で推移していたが、2006年以

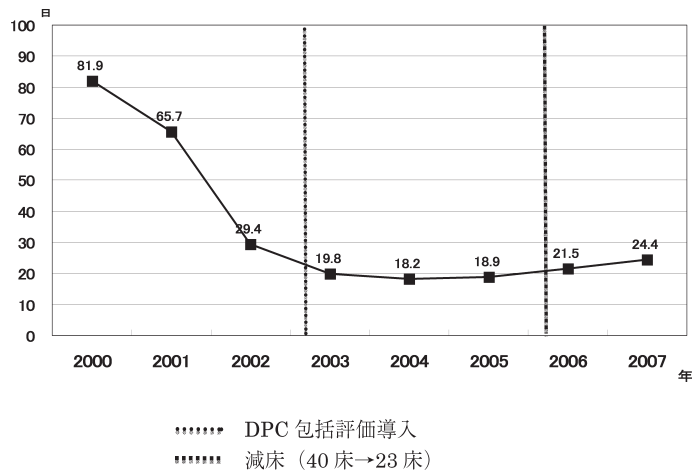


図1 平均在院日数の推移

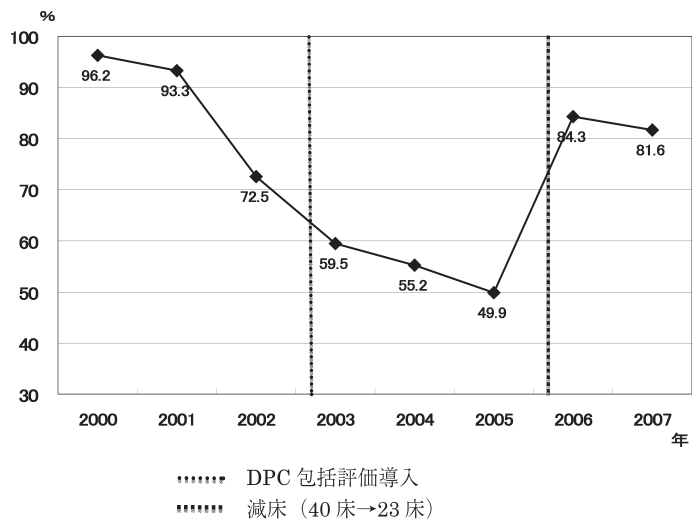


図2 病床稼働率の推移

降は、漸増傾向にある。その原因として、後で述べるように病床稼働率を維持するためには、在院日数はある程度犠牲にせざるを得ないという事情がある。

## 2) 病床稼働率の推移 (図2)

DPC 導入前は 90 % を越えていた病床稼働率は、2002 年の DPC 試行期間には 72.5 % に落ち込み、DPC 導入後は 50 % 前後まで低下しその後も稼働

率の減少に歯止めがかからなくなっていたことがわかる。こうした背景から、2004 年 5 月には、稼働病床を 45 床から 40 床へ、さらに 2006 年 4 月には 23 床と大幅な減少を余儀なくされた。しかし、その後も病床稼働率の維持が容易ではない状況が続いており抜本的な対策を講じることが求められている。在院日数の短縮という縛りが、病床稼働率の維持に与えた影響は少なくないが、何よりも外来患者相の変化 (非精神病圏の増加)

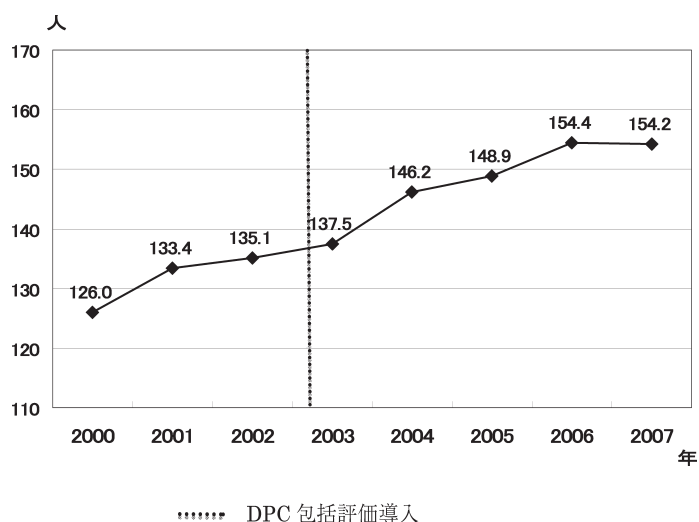


図3 一日平均外来患者数

により（後述）、入院適応となる患者の受療自体が減少してきていることも無視できない。また、院内全面禁煙化も少なくとも一時的には影響を与えたと思われる。さらに、精神科病棟と一般病棟との差異が曖昧となったため、身体合併症のケースは当該科病棟での治療が優先されるという流れができ、リエゾン症例の増加につながっている。

### 3) 入院一日単価の推移

入院一日あたり単価を病院全体と当科で比較すると、DPC導入前の2001年には、当科は病院全体の44.2%だったが、2007年には、52.3%となった。一般科との格差はまだまだ厳然として存在しているが、入院一日単価を2001年と2007年で比較した伸び率をみると、病院全体では28.7%にとどまったのに対して、当科では52.1%とDPC導入による効果が当科においてより顕著にあらわれている。

### 4) 一日平均外来患者数の推移（図3）

一日あたりの外来患者数の推移では、DPC導入前は一日あたり130人台であった外来患者が、DPC導入後は150人台に増加している。一日あ

たりの外来初診の患者数の増加もDPC導入前は、一日あたり4～5人であった初診患者が、DPC導入後はおよそ7人へと増加している。

### 5) 外来患者初診患者の診断別内訳の推移（図4）

外来患者初診患者の診断別内訳の推移では、実数、割合ともに、目立った増加を示しているのは、神経症圏と気分障害圏である。外来患者数の増加と患者相の変化の要因として、精神神経科からメンタルヘルス科への診療部門の呼称変更は見逃せない。外来通院患者における非精神病圏の増加が目立つとともに、重症ないしは長期入院が予想されるケースは当科での通院治療の継続を回避するようになった。このことが外来患者数の増加にもかかわらず入院適応となる患者の減少につながり、病床稼働率の維持を困難としている要因の一つと考えられる。

## 4. 現状の課題と求められる方向性

当科病棟は、2003年4月病院全体へのDPC導入と同時にDPC包括評価の適用を受けた。特定機能病院一般病床としてDPCを導入した当科で

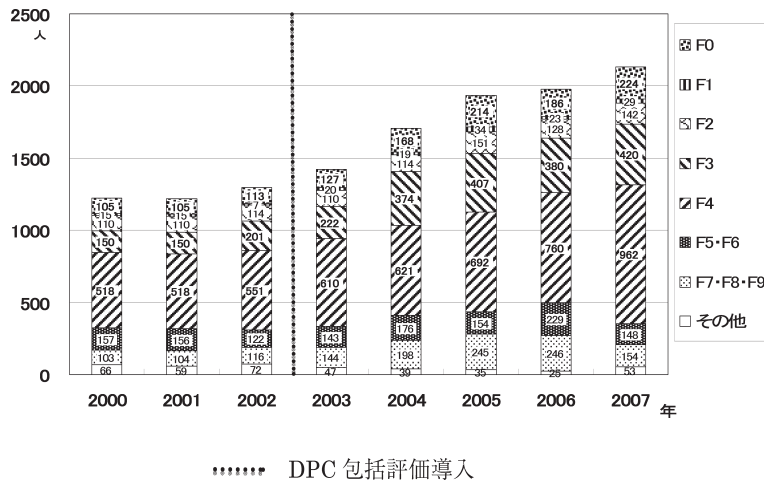


図4 外来初診診断別内訳の推移

の経験から、導入後の診療実績の変遷からその問題点を抽出した。

DPC 導入後の診療実績から、非精神病圏の受療が急増し、外来指向の強い診療体制へのシフトが明らかとなった。重症の精神病圏ないしは長期入院を要するような外来患者の減少が、入院適応となる患者全体の減少にまで波及し、病床稼働率を維持することが難しくなったことがまずあげられる。その対策として、地域の医療機関とのネットワークを強化し一般病床での短期入院という特性を生かした受け入れ体制を整えるとともに、専門性を強化した医療を提供することにより大学病院の特性を發揮していくこと、等が求められている。非精神病圏を対象とする入院として、ストレス・ケア病棟などへの転換をはかることも選択肢としてあげられるが、現在の DPC 包括評価では在院日数の縛りがネックとなる。そもそも急性期医療への指向性が顕著である現行の DPC 包括評価を、一般病床における精神科医療に適用すること自体矛盾を孕んでいると言わざるを得ない。周知の通り精神科における急性期医療では、閉鎖病棟での医療が基本であり、一般病床での対応は困難であることは言うまでもない。

平成 20 年度の診療報酬改定における DPC 制

度運用の見直しで DPC の診断群分類として精神疾患に対して MDC 17 (Major Diagnostic Category) が割り当てられたが、個々の疾患について GAF 40 (Global Assessment of Functioning) を境に分けられている。現行の DPC があくまで一般病床における精神科医療を対象としているため、症状性を含む器質性精神障害、気分障害以外の GAF 40 未満 (重症例) は DPC の対象外とされている。確かに、非精神病圏の (「軽症」であるが故の) 漫然とした長期入院への歯止めとして DPC の導入が機能すると考えられ、クリニカルパスの活用等より構造化された治療への流れをつくっている。診療内容の再点検、効率性・合理性の希求等を通じて医療スタッフのコストへの意識を高めたことも、そのメリットとしてあげることができる。反面、非精神病圏の長期入院に伴う依存、退行、振り回し等に問題については教育・研修の対象としがたいことのデメリットもあろう。また、一般病床では強制入院の存在という精神科医療の特殊性、独自性を経験できないという教育研修上の問題は無視できない。

精神科診療所の急激な増加と精神科病院の整備充実という二極化が進み、多様化、専門化が進んでいる精神科医療のなかで、50 床規模かそれ以上

下の多くの大学病院精神科にとって精神科医療を広くカバーすることは極めて困難である。急性期医療を重視するなら、精神科救急への特化や身体合併症治療への積極的な取り組み等も考慮されるべきだが、むしろ専門性を重視した特化した医療の提供に大学病院精神科の役割を見出すことがで

きるかもしれない。いずれにしても総合病院精神科病棟がその不採算性から次々と閉鎖に追い込まれるなか、精神科医療の適正な評価に基づいたDPCを精神病床へ導入することにより、特定機能病院においても精神科病棟の不採算性の解消が望まれる。

---