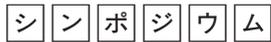


## 第 105 回日本精神神経学会総会



## 民間精神科病院の立場から

平川 淳一 (医療法人社団光生会平川病院)

## 1. はじめに

現在、日本国内の児童・青年期精神科専門病棟は、全国で約 800 床があると思われる。当院の所在する東京では、都立梅ヶ丘病院 (病床数 264 床) があり、全国の 4 分の 1 を占める。しかし、この梅ヶ丘病院は、平成 22 年 3 月に都立清瀬小児病院、都立八王子小児病院とともに現在の都立府中病院隣接地に移転統合し、「こころ」から「からだ」に至る総合的で高度・専門的な医療を提供する「小児総合医療センター」として開院予定である。病床数は 220 程度に減少し、小児精神科救急事業をその事業の柱としている。当然、今後は新しい枠組みでの役割を担っていくものと思われるが、その展望についての地域でのコンセンサスはまだ確立していないのが現状である。このような地域事情の中で、東京の民間精神科病院では、この分野に積極的に取り組もうとする動きは今のところない。公的な病院の充実を図り、民間はここには着手しない方向性も暗に示されているとも感じていた。しかし、圧倒的な児童・青年期

精神科医療の量的な不足があり、またさらに、後述する地域の事情が発生したため、民間においてもこの分野における必要性を認識しはじめる結果となった。診療報酬など、病院経営の観点を踏まえて、民間病院としての当院の考えをまとめてみたい。

## 2. 現状把握について

表は、平成 18 年の 630 調査である。全入院患者数に対する 20 歳未満の入院患者数の割合は、国立病院が最も多く、次いで大学病院、都道府県立病院の順で、独立行政法人病院や指定病院、非指定病院などでは低い割合になっている。独立行政法人化によって、急激に採算性を求められるようになった病院で、20 歳未満の割合が少ないことは、診療報酬や独立行政法人の制度の歪みを象徴しているようにも見てとれる。しかし、患者実数としては、指定病院 888 名、都道府県立病院 531 名、非指定病院 284 名の順であり、実数的には民間病院が最も多く対応しており、地域医療の

表 精神科病院在院患者の状況

	大学病院	国立病院	独立行政法人病院	都道府県立病院	指定病院	非指定病院	合計
病床数	4,616	6,783	5,040	14,535	250,344	73,926	355,244
20 歳未満 (男)	64	37	30	272	382	118	903
20 歳未満 (女)	152	29	33	259	506	166	1,145
合計	216	66	63	531	888	284	2,048
年度総数	3,683	794	3,894	10,917	233,660	67,360	320,308
20 歳未満割合	5.86 %	8.31 %	1.69 %	4.86 %	0.38 %	0.42 %	0.64 %

厚生労働省資料 (平成 18 年)

中で、その役割を果たしていることが読みとれる。また、指定病院に多くの入院があることについては、医療資源の不足に加えて、地域での対応システムが十分機能していないために、なんらかのトラブルから警察などが関与し措置入院に至ってしまうケースが想像され、ここにも問題点があると思われる。

### 3. 八王子市の事情

平成16年4月、当院のある東京都八王子市は、不登校となった児童・生徒のための小・中一貫校、八王子市立高尾山学園を開校した。このことで、全国から不登校という悩みを抱えた家族が八王子市に移住してくるようになり、地域での児童・青年期の精神科医療の充実が求められるようになった。また、地区医師会で精神科担当理事であった当院理事長の存在もあり、この学園の責任者から設立に当たって、当院に対して全面的な支援を依頼された。当時から、東京都内の児童・青年期の専門医療機関では、外来初診の予約に数か月、入院に至っては半年待ちのこともあり、その不足が問題視されていた。専門病院との連携の形で、民間精神科病院でも、この分野への参入を検討せざるをえない状況にあると認識した。

そこで、当院では院内に設置したカワノ精神医学研究所に指示し、平成17年11月、地域の児童・青年期精神科医療に関わる機関の調査を行い、医療ニーズや今後の問題点について検討した。方法は、市内にある児童・青年期精神科医療に関わる機関名を市の広報・インターネットから抽出、調査した上で、直接のインタビューなどにより情報収集し、集計した。その結果、八王子市には児童・青年期精神科医療に関わる機関が、医療・教育・行政・福祉・非営利団体を含めて38か所あり、そのほとんどが市街地に集中していた。また、それぞれの機関で利用できる人的資源として、児童精神科医、臨床心理士など、31職種が存在し、それぞれの役割、機能を果たしていた。しかし、多機能のサービスは存在するが、これらのサービスの効果的な周知が不十分であること、そして、

それぞれの機関間の連携・継続機能が不足していることが問題点として明確になった<sup>1)</sup>。すなわち、地域のネットワークを充実させ、各機関の情報を地域に周知し、機関間の連携を図れるシステムがあれば、専門病院ではなく一般民間病院であっても、地域で役割を果たせる可能性があることが確認できた。

### 4. 当院としての取り組み

地域ニーズが確認されたため、児童・青年期に専門性がない当院としては、児童・青年期精神科専門病棟勤務経験者、またはこの分野に興味のある看護師を受け入れてみた。しかし、経験者は民間病院での勤務経験がなく、公立病院とは風土や習慣が異なる中、職種の専門性や他職種との役割の境界ばかりを苦痛として訴え、民間精神科病院の雰囲気順応するより、これを変えようとした。また、児童・青年期専門病棟といっても、それぞれの専門病院ごとに特徴があり、個々が別々の専門病院のイメージを保持しているために、ばらばらに雇用しても統一した方向性が形成されないなど、病棟運営上で問題が吹きあがった。さらに、子供をみたいと興味だけで集まったスタッフは、未整備な現実と直面し、諦めて定着しないなど、病棟の人材確保の難しさを痛切に感じるに至った。

また、医師の確保については、いくつもの大学や専門病院を回って医師派遣を依頼したが、一般の精神科医師の確保さえ困難な状態であり、児童・青年期精神科専門医を常勤医として確保することはできなかった。なんとか母校の教授の温情で週1回の専門医の確保をすることができたが、週1回では病棟担当というわけにもいかず、専門外来の担当として勤務することになった。しかし、当院が市街地から遠いことから、利用者の利便性からサテライトである駅前診療所で専門外来を開設ことにした。その結果、たいへん評判がよく、間もなく予約はパンク状態となり、3か月待ちとなった。しかし、当院への入院実績はなく、患者家族は、地理的に近い当院よりも、遠方では

あるが権威のある大学病院への入院を希望した。当院としては目論見が外れ、残念な結果となったが、地域での大きな助けとなっていることは確かであり、この事業の意味はあると考えている。その後も専門医を常勤として受け入れる努力をしたが、専門医として経験がある医師の確保は困難であり、何人かに面接はできたが、それぞれの医師の意向が異なり、地域ニーズや当院の病棟事情には合わなかった。また、面会した医師の多くはあまりに多忙で疲労困憊しており、新たに民間病院で活動することを依頼する余力が残っていないように思えた。さらに、この間に、当院内で入院した児童が起こしたさまざまな経験から、運動や遊びのための広い空間が必要であること、暴れた場合の被害も大人の場合とは量的にも質的にも大きく異なり、ベッドなどの家具を含め、重く、頑丈な特注品が必要であること、そして、壁、ガラスなども被害を受けるため頻回な張り替えを要するなど、予想外の経費がかかることもわかった。さらに、当院の対応の遅れが原因の本質とは思われるが、当初、問題提起となった高尾山学園からの入院依頼も今のところは1件もなく、経営者としては、このまま事業を進めるべきか思案しているところである。

## 5. 経済的側面

公的病院が赤字の場合、一般財源からの補填があり倒産することはないが、民間病院は個人財産を含めてすべてを失うリスクを背負っている。医療費抑制策が継続し、病院経営が困難な中、安易な新規分野への参入は命取りになりかねない。前述したさまざまな状況の中で、平成20年度の診療報酬改定が行われた。20歳未満の通院・在宅精神療法の算定期間の延長や、入院でも児童・思春期精神科入院医学管理加算が1日350点から650点と大幅な増点され、ユニット単位の取得も可能になり、参入へのハードルが下がったような説明が厚労省からなされた。しかし、現実的には、直近1か月の入院患者の概ね8割以上が20歳未満の精神疾患を有する患者であることという算定

要件が継続されており、1年中、これを満たすことは到底不可能と思われる。

看護配置は10:1の基準であるが、実際の病棟運営は平均在院日数の規定があるため、そのまま10:1では請求はできず、平均在院日数の制限のない15:1での請求となる。また、夜勤2名では児童・青年期患者の看護は厳しいため、3名とすると小規模の病棟では10:1以上の配置となり、これも現状費用では維持できない。さらに、大規模な60床にもなる病棟を8割を20歳未満の患者で運営することは、地域のシステムなどの特別な条件がなければ困難である。

ユニット単位を想定して人件費だけの簡単な試算をしてみても、入院精神療法Iを小児の100%加算をして720点、これで入院患者が常に3か月以内で退院し、精神療法を月4回算定したとして、年間34,560点(最高回数の月12回とすると年間最大で103,680点)、児童・思春期精神科入院医療管理加算が650点×365日で237,350点となり、年間1人当たり合計2,719,100円(最大3,410,300円)が大人の精神科病棟に入院した場合より増える計算となる。一方、人件費として、医師配置1名分1,200万円、看護師の配置5名分2,000万円(400万×5名分)、臨床心理技術者専従350万円、精神保健福祉士専従350万円で、合計3,900万円となる。この増員分を児童・思春期の加算での増加分で割ると、人件費を埋めるだけでも14.3人(最大値では11.4人)の患者確保が必要となる。運営上の経費や看護師、心理技術者等の専門職確保の経費、研修など切りつめても、最低15~20人程度の子供の患者を常に維持しなければ赤字となる。これは、いままでの当院の1年分の入院患者数より大きい数であり、児童・青年期病棟を現行の診療報酬制度の中で行うことは不可能という結論である。また、診療報酬上、病棟内のプログラムを評価する仕組みがないため、これはすべて持ち出しになってしまう。さらに、安全管理上、これだけの患者をユニットという特殊な病棟運営形態で見ていかなければならないこともリスクが大きい。単純計算でさえ危険な運営

であり、さらに診療報酬上でも不可能に近い評価や基準となれば、民間病院がこの分野へ参入することについては事実上制限されていると言わざるを得ない。

また、児童・青年期の診療報酬を見ていく中で不思議な事実遭遇した。歴史的な意味はわからないが、小児科の特定入院料である小児入院医療管理料4でも、この算定が可能であるということである。これならば、15:1の入院基本料に比べて1日1300点も多くなり、年間1床当たり4,745,000円も違う計算になる。本来の精神科の診療報酬評価が小児科に劣るとは不思議極まりない話である。さらに、ここは精神科病床ではない。この小児科病棟に算定要件を満たす患者を入院させた場合、医療法施行細則第10条3の「精神障害者を精神病室以外の病室に入院させないこと」という規定に違反することになるのではないかと思うのである。この項目については第4次医療法改正時にもかなり討議があり、「精神障害者についてはその医療と保護を適切に図る観点から、一定の行動制限を受けることがあるため設けられており、合併症を有する患者など、合理的な理由がある場合には、一般病室に入院することを認める」と整理された。この問題は結論には至っておらず、今後も検討すべき項目であると思うが、現行制度を遵守するという原則からいえば違反は違反である。医療法違反の可能性がある病棟の評価の方が高いという不可思議な現実、これも大きな問題として指摘したい。

## 6. 現時点での当院の考え方

当院では急性期治療病棟で児童・青年期の患者を受け入れており、原則的には短期で入院治療を終結させて自宅退院することが目標である。したがって、現状では小児精神科医療に協力できることには限りがある。統合失調症の急性期や摂食障害の身体的危機などの速やかな保護と医療の提供が必要な場合は積極的な対応は可能である。これは、成人の急性期医療と同様に行えるからである。また、医療と養育の境界にあるようなケースで、

小児精神科外来を受診した方が良いような場合、外来初診の予約に何か月も待たなければならない現状を考慮すれば、地域で待機しているこのようなケースに対して、ひとまず外来初診で見立てをつけて環境調整などを行い、必要に応じて小児精神科専門病院や施設へ紹介していくという役割も負うことができるのではないかと考える。しかし一方で、長期的入院が必要になるようなケースを受け入れていくことは難しい。長期的な入院が児童・青年期の患者に与えるストレス、生活リズムの変化などを考えると、成人主体の病棟で長期に療育していくことは無理がある。小児の生活リズム、団体生活を前提とした専門病棟、小児精神科医療に精通した看護スタッフが必要になる。また、患者の教育を受ける権利を奪わないために院内学級も必要になってくる。これらを一般精神科病院に期待することは困難と言わざるを得ない。

## 7. まとめ

民間病院で児童・青年期専門病棟が運営できない理由としては、以下のような問題があるとまとめられた。

- ①経済的理由として、診療報酬評価が低い、算定要件が厳しい
- ②利用者の理由：利用者の数が少ない、利用したい理由など
- ③人材確保の理由：専門性、公私の意識格差など
- ④所在地の理由：精神科病院の所在は立地が悪い
- ⑤社会的システムの問題
- ⑥担当している医療関係者の疲弊

以上のような理由で、民間としての児童・青年期入院医療の分野への参入は困難であるが、最低でも以下の条件が必要と考える。

- ①診療報酬を正当なレベルに上げ、条件を緩和すること
- ②人材確保は専門性が高く、医師も看護師も確保が難しいため、公的機関による何らかの人材育成対策
- ③社会的なシステムの整備

日本精神科病院協会でも、児童・青年期にかか

わることができる医療機関を増やすために、「こころの健康対策事業：思春期健康保健対策に関わる研修会」を開催しているが、多くの根本的矛盾を抱えている現在、早急に社会全体で解決策を話し合い、格差を埋めていかなければ溝は深まるばかりである。このまま放置されれば、将来大きな問題を抱える結果になると危惧する。

---

#### 文 献

- 1) 佐々木郁子, 川野雅資, 青木 忍ほか: フォーカスグループインタビューにみる八王子市における児童青年精神医療システムに関する研究. 東京精神科病院協会学会誌, 105-108, 2006