

精神医療は変わったか／私達は変わったか

必要とされる費用とマンパワー

民間病院の立場から

牧 武（牧病院・日本精神病院協会）

1. はじめに

新しい精神保健法が施行されたことにより、任意入院が増加し、医療保護入院が減少し、病床利用率が減少して来ている。（表1）

2. 医療費の「抑制」を見直すとき

平成3年2月19日、朝日新聞は医療費の「抑制」を見直すときという報道を行い、日本人1人当りの国民医療費は先進国水準よりはるかに低い。豊かになった日本で医療費の伸びだけをなぜ抑えねばならないのだろうかと書いている。（資料1）

3. 日本の精神科医療費

日本の精神科病床数は現在34万床で、わが国の全病床数134万床の25%であるにも拘わらず、精神科医療費はわが国の総医療費20兆円の約6%にしか過ぎない。内科の入院費は約35万円であるのに対して、精神科の入院費は基準看護2類で約22万円、老人保健施設の29万円や特別養護老人ホームよりも安いということは、もう既に言い尽くされたことである。アメリカでは仙波先生によると（表3）に示したように、急性期は1日400ドルから500ドルで1ヶ月174万円から232万円、実に日本の10倍である。長期のものでも1ヶ月77万円と約3倍であり、スキルド・ナーシングホームでさえ1ヶ月36万円と日本の精神病院よりはるかに高額である。

4. 民間精神病院と国公立病院の格差

最近、民間精神病院と国公立精神病院との格差が大きくなっていると言われている。

- 1) マンパワーについて (表4)(表5)
- 2) 医業経営上の格差について (表6)
- 3) 人件費のアップに伴う問題について
- 4) 週休2日制実施要員の確保に伴う問題について
- 5) 夜勤手当増額に伴う問題について

5. 日精協医療経済委員会における精神病院の機能分化(案)

大池試案に示されるような精神病院を一括して特定病院として位置づけ、慢性病院とすることには反対であり、また、病院を急性病院、慢性病院と区分けし、精神病院を慢性病院として位置づけることに反対である。日精協医療経済委員会では、精神病院の機能分化(案)を(表)に示すように作成してみた。(表9)

- 1) 精神科救急病棟
- 2) 精神科急性病棟
- 3) 精神科回復期病棟
- 4) 精神科慢性病棟
- 5) 老人性痴呆疾患病棟

6. 次回の医療費改定に向けて

平成3年4月12日の中医協の全員懇で、日医委員5名が次回診療報酬改定に向け要望書を提示、医科平均で7.13%、病院6.72%、診療所7.87%の点数引き上げを要求した。一方、四病院団体(日病全日病、医療法人、日精協)では(表10)に示すごとく9.96%の引き上げを要望しているところである。日精協においては(表11)に示す通り改定を要望しているところであるが、特に、精神科技術料の引き上げ、措置患者特別管理料、措置患者外出時付き添い看護料、更には精神科チーム医療料としてその中に、その他の看護料140点、及び作業療法料100点を含み、看護婦、准看護婦、介護者及びPSW、CP、OT等、コメディカルスタッフを含めて治療と保護を行い、社会復帰のために努力しているので、これを1日1,000点要求している。

7. おわりに

最後には、何よりもマンパワーが問題になる。現在のような極度の人手不足で、3Kである汚い、きつい、危険な業務は嫌われている時に新しい対応を考えることが必要である。

これまでの基準看護の比率5 : 3 : 2をやめ、2 : 3 : 5としなければならない。

日本の精神医療は、もはや日本だけで考えている時代は過ぎて、世界の中の日本の精神医療というものを考えて行かねばならないようになった。

日本の精神医療を考え、新精神保健法の精神である人権を尊び、社会復帰に努めるためには、われわれだけの力ではどうにもならず、官民一体となった努力と、思い切った発想の転換が必要ではないか。そうしなければ、日本は世界の経済大国と言われるようになったにも拘わらず、日本の精神障害者の不幸は呉秀之先生の時代から一步も変わらないということになるのではないかと思うのである。

表1. 病床利用率

昭和59年	102%
昭和61年	100.5%
平成元年	97.6%
平成2年	96.2%

資料1.

年月 日 薬 院

1991年(平成3年)2月19日 火曜日

12版 総合 (2)

医療費の「抑制」を見直すべき

数字は怖い。表現の方法、分析の仕方によって、印象がまるで違ってしまふ。

国民医療費に関する数字もそうだ。何と比較して伝えられるかによって、人々の判断は大きく変わる。たとえば厚生省は、この数字を説く「ポイント」を四項目の側面図きにして、記者発表資料に示した。

「平成三年度の国民医療費は二十一兆七千億円と見込まれ、年間増加率は一兆円を超えている」「二年度の年間増加額は、やはり一兆円を超えている」「二年度は九千億円増となっている」

ふつうの人が認めるは、「日本の未来が医療費に押しつぶされるのではないか」と恐ろしくなってしまうだろう。四項目に「国民医療費の伸びは、昭和六十三年以降、国民所得の伸びの範囲にとどまるものと見込まれる」とあるのをみて、「やれやれ、よかった」と安心するかもしれない。

同じ数字を諸外国の医療費や他の経済指標と比較すると、たとえば、こうなる。

「日本人一人当たりの国民医療費は、先進国水準よりはるかに低い。OECD加盟国で日本より低いのは、ポルトガル、スペイン、トルコといった国々である」

「昭和六十三年度の国民医療費の伸びは三・八％、国民所得の伸びは六・三％だった。以来四年、医療費の伸びは国民所得の伸びを下回っている。平成元年のレジヤナンスの市場は六十三兆円と前年比八・一％増、建設投資は七十三兆円と九・八％増、厚生省は、こうした比較を避けてきた。

「我かに戻った日本で医療費の伸びだけをなせ抑えなければならぬのだらう」と人々が疑問を抱くのを恐れたのだらうか。医療費を減らした点や不勉強による過剰処方、医学的には必要のない長期入院、こんなことで医療費が増えることは認めないだ。

しかし、それを抑制するという大義名分で医療費全体を抑制してきた結果、たとえば習理婦さんたちの労働条件は、日本の他の職場でもめつたにない過酷で、しかも報酬の少ないものになってしまった。それが、患者の病気の回復を阻む、安らぎを奪うという本来転倒の結果を招いている。「国民医療費の伸び」を「国民所得の伸び」以下に加えるという政府の目標は、中身を見直す時期がきていると思われる。

図 1 .

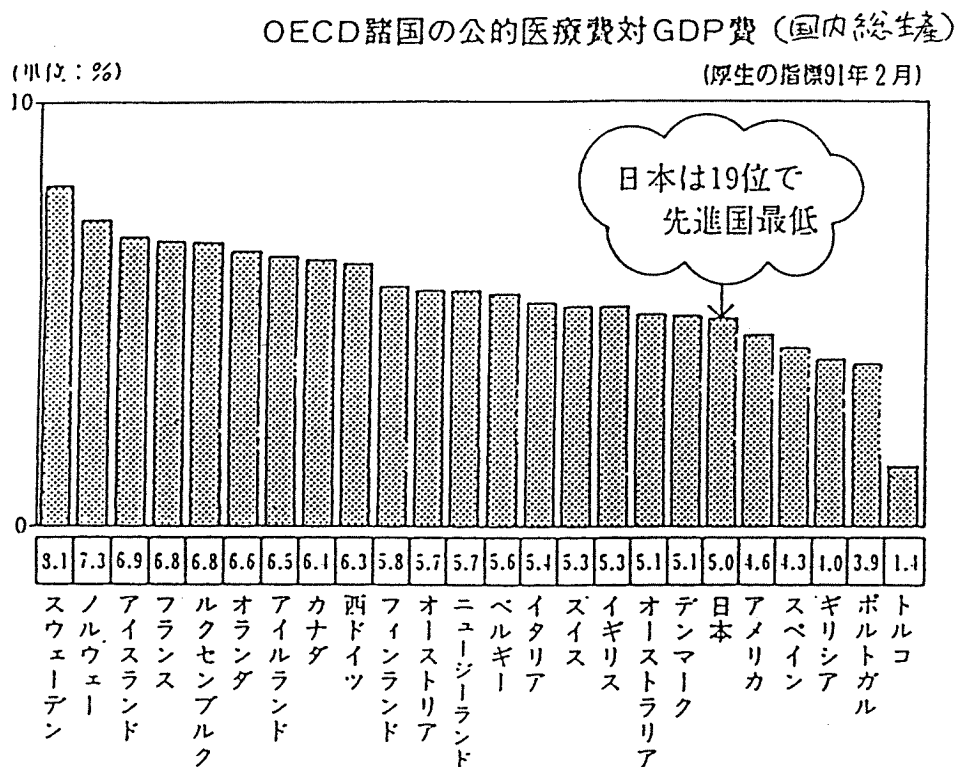
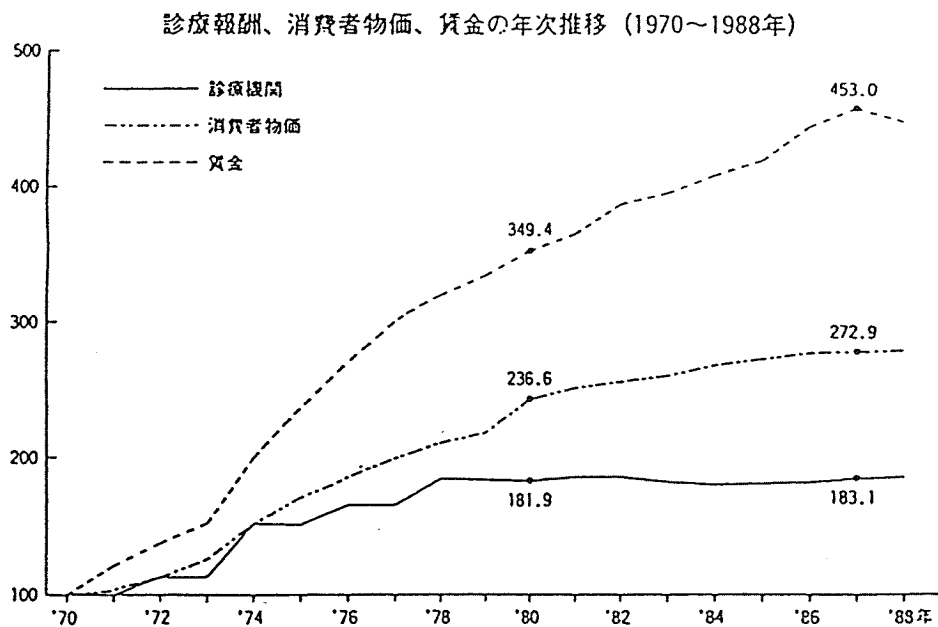


表 2 .

国民医療費の動向

	昭和63年度 (実績)	平成元年度 (実績見込)	平成2年度 (推計)	平成3年度 (推計)
国民医療費 (対前年度伸び率)	187,554 億円 (3.8%)	196,800 億円 (4.6%)	206,900 億円 (5.1%)	217,200 億円 (5.0%)
国民所得 (対前年度伸び率)	299.4 兆円 (6.3%)	318.3 兆円 (6.3%)	338.1 兆円 (6.2%)	357.5 兆円 (5.7%)
国民医療費の対国民所得比	6.3%	6.2%	6.1%	6.1%

図 2 .



注：1) 診療報酬指数は、1970年10月1日＝100として、各年10月1日現在(年度中央値)で計算、係数基
引き下げ分を含む。

2) 消費者物価指数は、年平均。原資料では、1985年＝100。

3) 賃金は、医療従事者1人平均月間賃金給与額(年平均値)。

(資料)「現代日本医療の実証分析」二木立著(医学書院)より。

表3.

米国精神医療施設入院（入所）費用

1989

タイプ	種 別	利用期間	1 日当たり	月当たり
A	総合病院精神科 私立精神病院 ハワイ州立病院	} 短 期 (14日)	\$400～500 (75,000円)	174 ～232 万円
		短 期	\$370(51,800円)	161万円
B	Napa州立病院 Norfolk 州立センター Lincoln 州立センター	短・長期	\$ 175(25,000円)	77万円
		短・長期	\$ 153(21,400円)	66万円
		短・長期	\$ 136(19,000円)	59万円
D	Skilled Nursing Home I.C.F(Lodge)	3ヵ月	\$ 79.3(11,000円)	36万円
		3ヵ月	\$ 60 (8,400 円)	26万円
	痴呆老人用ナーシングホーム	短 期 (45日)	\$ 95 (13,300円)	40万円
		長 期 (2 年)	\$70 (9,800円)	30万円
E	ケアホーム（ハワイ） アパート ホームレス用ホテル（S.F.） （部屋代のみ）	長 期	\$25 (3,500円)	11万円
		長 期	\$28 (3,920円)	12万円
		長 期	\$14 (2,000円)	6万円

（仙波）

デイケア \$80/日 =11,200円

表4.

看護職員の年齢構成

看護婦（士）（神奈川県精神病院協会）

	20 代	30 代	40 代	50 代	60才以上	総 計
基 準 看 護 承 認 病 院	116	104	86	176	205	687
基 準 看 護 非 承 認 病 院	27	44	23	98	111	303
全 病 院	143	148	109	274	316	990

表5.

公 的 病 院	20 代	30 代	40 代	50 代	60 代
	32	52	27	16	0

表6.

平成2年6月精神病院100床当たり医業収支額（単位千円）

区 分	国 立	自 治 体	医 療 法 人	個 人
医業収益	24,450	29,133	29,009	24,787
医業費用	35,166	39,233	28,038	25,814
収支差額	▲10,716	▲10,100	971	▲1,027

表 7.

大池研究班の中間報告

医療施設類型化に関する水準値等についての一試案

種 別	主 な サ ー ビ ス	主 な 対 象	在宅日数	職員配置(入院100対)				入院換算患者 患者100人対 総職員数	病院の1床 当り総面積	(参考) 入院1人1日 当り収益
				医 師	看 護 師	介 護 士	リ ハ ビ リ テ ィ ー シ ョ ン			
特 別 病 院	特別な診断機能 特別な治療機能 診療情報サービス	3次救急対応疾患 専門チームで治療すべき疾患 診断名不明確(重症)	30日以内	9	40	8	*	*	70㎡以上	25,000円以上
一般病院(棟)	比較的短期で積極的治療 を要する入院医療	一般的治療の可能な患者	40日以内 最長90日以内 を原則とする	6	25	12	*	*	55㎡程度	18,000円程度
特定病院(棟) 特殊専用	伝染、結核、らい その他特殊医療	定められた特殊疾患	特に定めない	6	25	10	*	*	40㎡程度	13,000円程度
特定病院(棟) 精神専用	精神科医療 社会復帰援助	精神障害	特に定めない	3	17	5	2	1	35㎡程度	8,500円程度
特定病院(棟) 老人専用	老人医療 生活介護 リハビリテーション	老人特有の医療を要する患者及 び慢性期の医療的管理を要する 患者	特に定めない	3	17	19	2	2	35㎡程度	11,000円程度
特定病院(棟) 長期専用	継続的医療管理と生活介 護	一般的治療、特別の治療により 改善の見通しがなく、長期間医 療的管理を要する	特に定めない	3	25	10	*	*	35㎡程度	10,000円程度
診 療 所	一般診療	一般疾患	—							
参 考 (老人保健施設)	入所サービス 在宅支援サービス		—	1	8	20	1	1		

注 職員配置は、入院患者100人対の最低職員数、*は配置が必要なることを示している。なお、入院換算患者100人対総職員数と入院1人1日当り収益について
は、昭和62年度病院管理研究所の(病院経営管理指標の実態分析)を参考にした。

表 8.

「21世紀をめざした今後の医療供給体制の在り方」について	
(1) 二次医療圏単位の保健と医療に関する計画の作成・推進	地域医療のネットワークの強化、医療計画の推進など
(2) 家庭医機能・通院機能の積極的評価	病・診の機能分担・連携及びプライマリーケアの充実
(3) 症状に応じた入院サービスの提供	医療法の改正を行い、病院を機能分類する ①長期療養病院（老人病院、固定費払いを選択的導入） ②高次機能病院（大学病院、国立病院など） ③一般の病院、有床診療所など
(4) 在宅医療の推進	訪問看護・介護の推進、ガイドラインの作成、機器の開発・普及（官民共同作業）などの在宅医療サービスのメニューを充実
(5) サービスの質の向上	病院給食、寝具などの医療関連サービス業界の指導・育成 ガイドラインの作成
(6) 医療経営基盤の強化	①会計面の整備 ②税制面からの医療法人化の促進 ③医療機関の継承支援（開業医継承支援事業） ④医療機関の業務範囲の見直し
(7) 医療を支える人の資質の向上	看護婦、OT、PTの必要な量の確保 （看護職員確保緊急5ヶ年計画）
(8) 適切な医療情報の提供	広告規制の緩和、保健所や地区医師会の医療情報センター的な機能の充実、診療科名の表示など →医療法の改正
(9) 保健所など公的機関の健康相談・教育機能の充実	

表 9 .

日精協医療経済委員会における精神病床の機能分化案

精神病床の機能分化（案）

急性 病 棟	①精神科救急病棟 (病室)	最急性期の激しい精神症状に対する集中治療を行なう。 (処理困難例・中毒性疾患を含む)	新措置入院患者、新医療保護入院患者の一部、応急入院者が対象。 (期間は1ヶ月を限度とする。但し、応急入院は3日)	いわゆるPICU、隔離室（いわゆる保護室）等での治療が主体。 精神科応急入院施設管理料に準じた診療料を設定する。 基準看護が原則。
	②精神科急性病棟	最急性期経過後の症状が不安定な患者、慢性期にあって急性増悪した患者に対する濃厚な薬物療法、精神療法等を行なう。 (思春期精神障害も含む)	期間は6ヶ月。	基準看護が原則。
回復期 病 棟	③精神科回復期病棟	亜急性期～慢性期に至って軽微な精神症状を残している患者に対する集団精神療法、生活技能訓練等を行なう。		OT、CP等も配備可能とする。マルメ+アルファ（機能回復訓練、作業療法等に対する分）
慢性 病 棟	④精神科慢性病棟	種々の陽性症状を残したまま慢性期に至り、当分退院が見込まれない患者に対する治療及びケアを行なう。		介護者を多くする。
老人性 痴呆 疾患 病 棟	⑤短期治療病棟	短期集中治療機能 (6ヶ月)	精神症状や問題行動が特に著しい者。	介護者を多くする。 (介護料等診療報酬上の配慮が必要)
	⑥長期治療訓練	長期治療・介護機能	精神症状や問題行動がある者。 生活訓練機能	

(注) 看護婦等及び看護補助者の傾斜配置を認め、病棟別基準看護料を新設する。

表10.

四病院団体の医療費改訂要望率

週休2日制実施による給与費増加率試算

区 分	勤務時間 変化率	勤務時間減少による 不足人員率（要増加人員率）	増加率
4週4休から 4週8休へ	0.909	$\frac{1}{0.909} - 1 = 0.10011$	10%

注．勤務時間変化率（4週4休・週44時間×4週＝176時間である）

4週4休から4週8休へ・176時間－16時間（土曜4回）＝160時間

人件費上昇に対する改訂分 (人件費比率50%)		
	給与改訂 アップ率	補正 アップ率
平成2年度	3.67%	3.67%
平成3年度(予想)	3.0%	3.11%
4週8休分	10%	10.3%
合 計		17.08%
	(医療費換算)	8.54%

物価上昇に対する改訂分 (諸物価25%)		
	消費者物価指数	補正
平成2年度	3.3%	3.3%
平成3年度(予想)	2.3%	2.38%
合 計		5.68%
	(医療費換算)	1.42%

医療費改訂要望率

9.96%

表11.

精神科医療費改訂要望書（日本精神病院協会）

1. 精神科初診料加算	300点	14. 精神科生活適応療法（週1回）	50点→100点
2. 入院時医学管理料		15. 集団精神療法病名拡大	
イ. 入院から2週間以内	423点→450点	16. 持続性抗精神病注射薬剤治療指導料	100点→500点
ロ. 2週間を超え1ヶ月以内	272点→300点	17. 特定薬剤治療管理料	330点→500点
3. 精神科拘束及び隔離室加算10日を限度とし	200点→300点	18. 抗精神薬調剤料	外来 1剤 1点 入院 1日 1点
4. 医療保護患者入院時診察料	800点	19. 電気療法治療法引上	100点→300点
5. 措置入院患者入院時診察料	1,000点	20. 痴呆患者収容治療料 イ. 180点 → 300点 ロ. (OTがない) 250点	
6. 医療保護患者特別管理料 （1日につき）	10点	21. 初老期痴呆患者収容治療料	100点
7. 措置患者特別管理料（1日につき）	50点	22. 重度痴呆患者収容治療料 イ. 6ヶ月以内 320点→500点 ロ. 6ヶ月超 200点→320点	
8. 措置患者外出付添看護料	800点	23. 精神科デイケア イ. 大規模 450点→600点 ロ. 小規模 400点→500点	
9. 精神科訪問指導料 イ. 医師 600点 ロ. 保健婦・看護婦 380点→450点 ハ. 准看護婦 380点		24. 重度痴呆デイケア イ. 6時間未満 440点→550点 ロ. 6時間以上 660点→770点	
10. 精神科退院時指導料	100点→200点	25. 重度痴呆患者デイケア小規模 イ. 6時間未満 500点 ロ. 6時間以上 700点	
11. 通院精神療法 病院（250点）診療所（300点）→350点		26. 重度痴呆患者デイケア付添加算 1回 100点	
12. 入院精神療法 イ. 1ヶ月以内 100点→500点 ロ. 6ヶ月以内 100点→300点 ハ. 6ヶ月超 60点→200点		27. 精神科チーム医療料 1日 1,000点	
13. 精神科作業療法 （基準看護なしで可）	100点→330点		