

ヒューマンケア通信 (Vol.21 H23年10月15日)

= 精神科医療と精神科病院 (2) =

今回は、前回に引き続き、精神科病院の経営・将来性について考えてみます。

<精神病床・精神科病院の基礎的な状況>

主要な病床である一般病床・療養病床・精神病床の合計は2009年で159万床であり、このうち精神病床は22%にあたる34.8万床です。

精神病床は10年前と比較すると、約3%、1万床程減少しましたが、それでも前回示したように、日本で最も多い入院患者の受け皿となっています。

精神病床の約9割は民間病院であり、病院の病床全体では民間の割合が約7割と比較すると民間の割合が高くなっているのが特徴です。

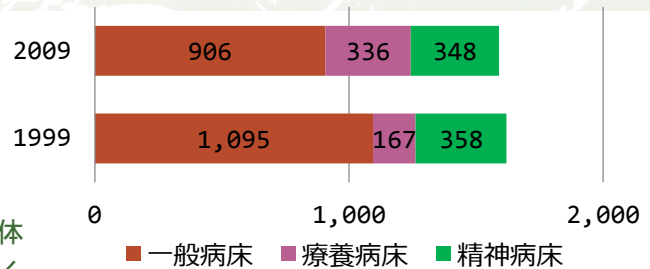
また、これらの精神病床のうち、約3/4が精神科病院の経営に関わるものです。この10年間で精神科病院では約1%の病床減少、一般病院の精神病床では約8%の減少と、精神科病院のウエイトが高まっています。

これらを反映して、精神科病院の数は、全体の病院数が減少する中、この10年で精神科病院数は2%増加し、2009年で1,083か所になっています。

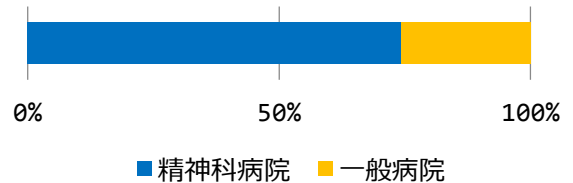
実際の病床稼働・患者動態では、一般病床では平均在院日数の低下等により平均的な病床利用率は一貫して減少し76%程度になっています（現時点では一般病床数は過大）が、精神病床は療養病床と並んで91%程度の利用率を維持しています。精神科病院に限って言えば、90%を切る水準になりましたが。

この病床利用率の格差には、新入院・退院の速度の違いがあります。一般病床では、1日の100床あたりの平均的な新入院数は5人（20日で一巡）を超えていますが、精神病床では、年々増加しているとは言っても、未だ、高齢者の長期入院を前提とする療養病床の7割水準である0.22人（450日で一巡・新入院は5日に1人）でしかありません。精神病床全体では、未だ長期入院を前提とした経営モデルのままと考えられます。

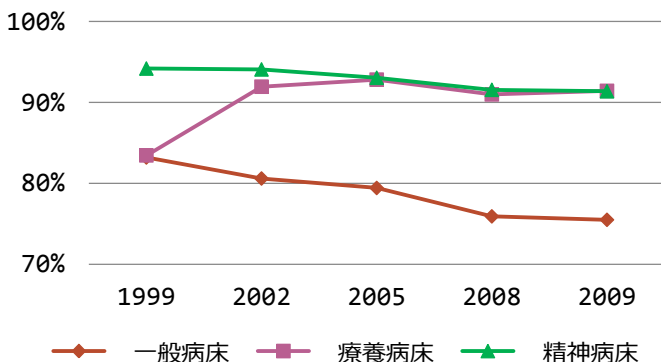
病床数の推移 (単位: 千床)



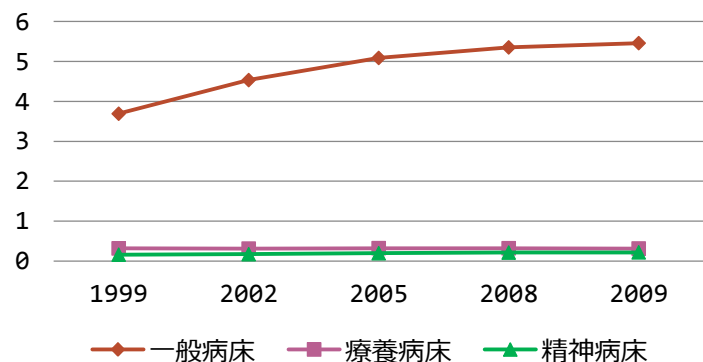
精神病床の内訳



病床利用率の推移



100床あたりの新入院数 (1日平均)

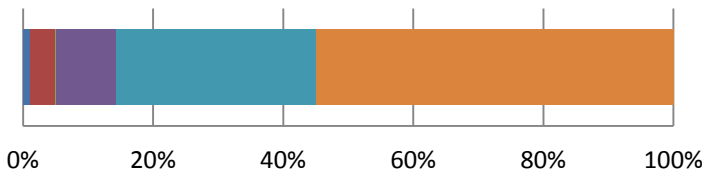


＜精神科病院の経営状況＞

まず、精神科病院の収入は、ほぼ入院料（食事含む）です。したがって、病院として、どのような入院料を算定するかで、ほぼ収入額は決まります。診療報酬上で実際に算定している区分をみると、現状では概ね5%が急性期対応可能な病床（看護、看護補助者で10：1以上の配置の病床）であり、95%が慢性期対応の病棟です。これでも急性期対応可能な病棟は、2003年から見ると、約3倍弱＝約1万床は増えてはいます。（なお、これら病棟の平均的な入院期間は30日を超えており、一般病床との比較では、純粋な急性期というよりは亜急性期を含む期間であり、一般ほどの単価水準にはなっていません。）

しかし、最も増加が目立つのは入院料の単価としては最も水準の低い精神療養病棟です。2003年からは約1.4倍＝2.7万床の増加です。この病棟は単価は低いのですが、人員配置を加味した生産性では極めて高い水準にあります。昨年、民間精神科病院の経営分析を行う機会があり、医師を除く病棟スタッフが勤務1時間当たりの入院料収入（時間収入）と1時間当たり給与費（時給）を病棟別で調査し、粗利益率を（時間収入－時給）／（時間収入）で計算し比較したところ、医師数が多く必要な精神科救急が約80%なのを除くと、精神療養が約70%、急性期治療・認知症が約60%、精神病棟入院基本料が50%前後の数値と、精神療養の条件の良さが際立ちました。この精神療養の生産性の高さが、長期入院モデルの維持を可能とする要因と考えられます。

診療報酬上の入院料の構成比(2009年)



- 精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料
- 精神科急性期治療病棟入院料
- 入院基本料(10:1以上)
- 認知症病棟入院料等
- 精神療養病棟
- 入院基本料(15:1以下)

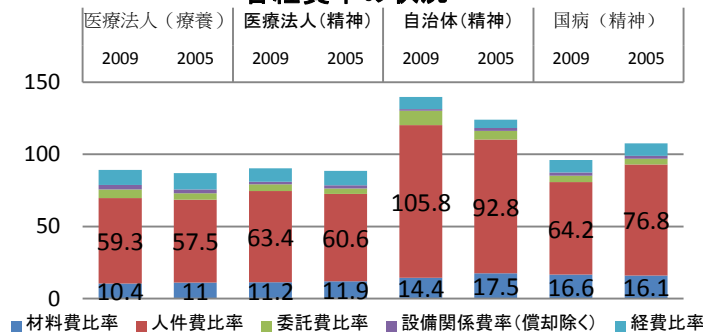
厚労省の研究事業である「経営管理指標」は抽出調査ですが、各タイプの病院の設置主体別・規模別の状況が分かります。まず、医療法人の療養型の病院と精神科病院の利益・費用構造はよく似ています。償却前医業利益率は9～10%前後（設置主体により建設投資の額が違うので償却前で比較しています）であり、人件費比率も6割前後です。

精神科病院の設置主体別では、人件費も賄えない自治体病院の大幅な赤字は別として、国立病院機構では、医療観察法病棟・急性期病棟への資源投入・慢性期病棟の縮小という改革で、償却前では医業利益は黒字化しました。国病の人件費水準では、慢性期病棟の収入では利益が出ないことが確実だったからです。

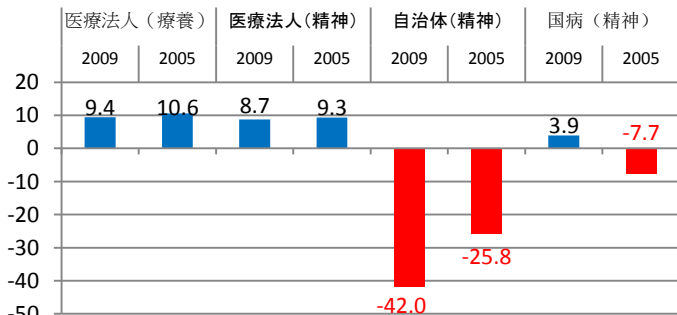
一方、医療法人では、看護師比率の上昇、職員の平均年齢の上昇等により、着実に人件費比率が上昇している中で、利益率を維持できているのは、国病のような急性期志向ではなく、経営条件の良い精神療養病棟＝慢性期への特化等が増加していることが背景と考えられます。

昨年行った民間病院経営グループの分析でも、精神療養の比率が高いものが経営実績が高くなっていました。これを背景に、前回の診療報酬改定では、精神療養に一定の措置（基本額減＋重度加算）が講じられましたし、今回も話題になるでしょう。

各経費率の状況



償却前医業利益率



＜現在赤字の民間精神科病院の要因と今後の予測＞

病院管理指標では民間精神科病院のうち1割弱が赤字ですが、概ね2つのグループに分類されます。

① 建設設備投資が過剰

第1の類型は、減価償却費が高い病院です。黒字の精神科病院では減価償却費は概ね4%前後ですが、この2倍を超える水準となっている病院は概ね赤字となっています。

ちなみに、翠会において建替終了した病院では、これを上回る水準になっていますが、病床の3割以上を高単価の病棟にし、かつ稼働を95%近くに維持することで、償却後の利益率が黒字になっています（しかし、他の建替前の病院の利益率よりは低い水準）。

建替をどう実施するか、その後の病棟機能をどうするかは大きな要素となります。

② 人件費比率が高い

第2の類型は、人件費比率が高い病院です。人件費比率が高くなる要因を見ると、これらの病院では、医師・看護師1人当たりの給与費は同一ブロック内では低い水準であり、スタッフ数が主要因です。病床利用率の低下又は急性期化対応での人員の過剰配置のいずれかに起因していると考えられます。

さて、精神病床・精神科病院の病床利用率が低下していることは既に説明したとおりですが、その要因は、歪んだ在院患者の年齢構成と平均在院日数の年齢別の違い（資料は前回号に）にあります。

平均在院日数が1,200日を超える65歳以上の高齢の統合失調症の長期入院患者が退院（死亡を含む）した場合、同じ病床利用率を維持するためには、年齢層の若い世代の入院が中心となりますが、その世代の平均在院日数は50日～100日程度となっている

ため、概ね退院数1人に対して、10倍から20倍の新入院数が必要になります。しかし、実際には、新規入院患者数は限られていますから、病床利用率の低下傾向は強まる方向に動いています。

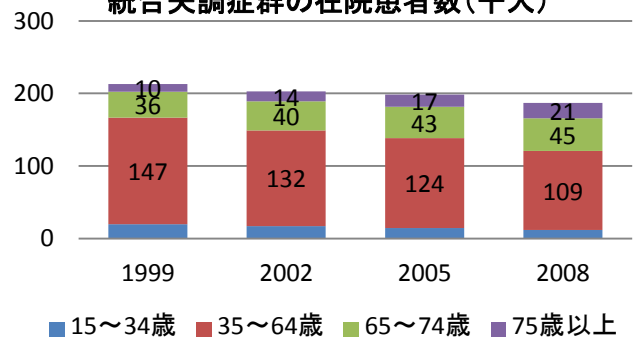
現在（2008年）、精神病床から退院する人は1日平均1,025名で、新規で入院する人は1,012名です。仮に、これらの新規入院患者が10代の平均在院日数と同じ50～60日程度とすると、急性期系の病床は、6～7万床で足りることになります。また、慢性期系の病床数が急性期系の4割程度（一般病床と療養病床の比率に相当）と仮定すると2～3万床となり、あわせて10万床もあれば対応できるはずです。いわば、現実の患者動態から推計する患者数と、実際の患者数とは、20万人以上の差異があることとなります。国では、7万人在院患者の減という数値目標を持っていますが、これは今の統合失調症の患者動態からは、単なる通過点でしかありません。

現在のところ、2002年からの6年間で、統合失調症の在院患者は、1.6万人の減少にとどまっていますが、今後、その数は急激に減っていくはずですが、積極的に言えば、団塊の世代以上の長期在院の統合失調症の患者の地域移行により、消極的に言えば、これら世代の高齢化による死亡退院によってです。

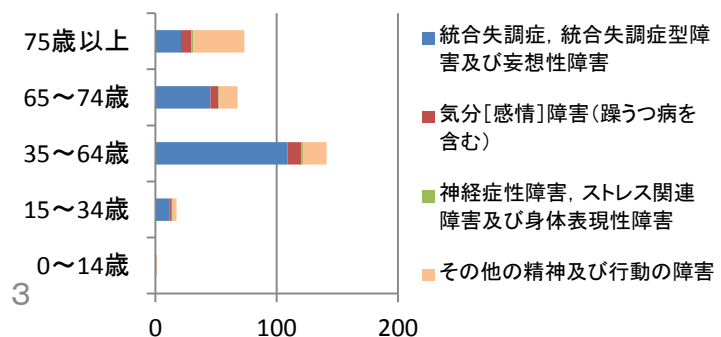
さて、これまでの精神科病院経営における長期入院モデルを維持するため、統合失調症群の減少を認知症患者でカバーする動きが強まっています。家族が支援先の確保に苦労する実情と病院側の事情が一致してのことです。

しかし、この傾向は、病床利用率を維持する＝最終的には20万床を埋めるまでには、2つの要因から実現しないものと考えられます。

統合失調症群の在院患者数(千人)



年齢別在院患者数(2008年)



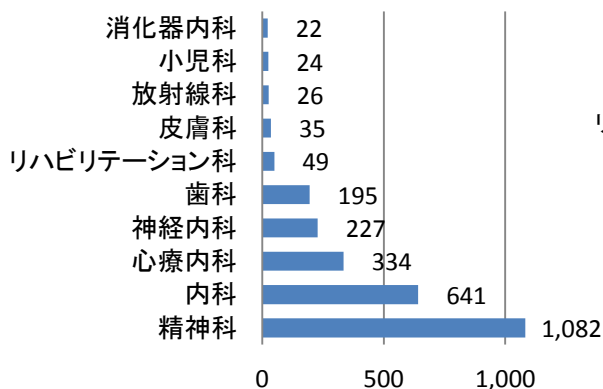
一つには、現在の精神科病院の体制です。

まず、病棟の人員配置が15：1に満たないものが250病院、約4万床ありますが、これらは病院として存続する意味は乏しく、他の経営形態を目指すことが必要でしょう。また、この他の精神科病院も標榜科を見ると診療体制が偏っており、現に精神科病院における1か月の医療内容を、療養病床を持つ一般病院と比較する（社会料診療行為別調査から）と、検査・画像診断・処置など、高齢者では比較的实施数が多くなるべき基礎的なサービスの実施状況が、精神科病院では低くなっています。

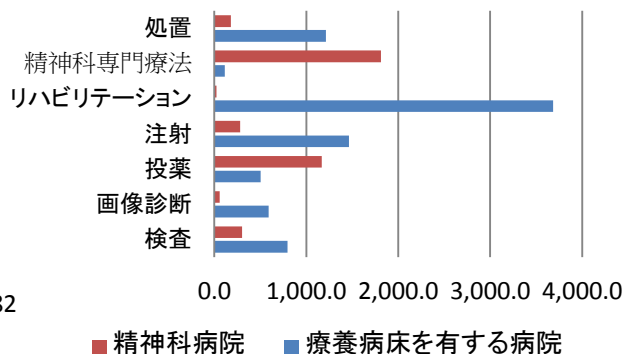
これらからすると、認知症への適切な医療提供を行えるものは、精神科病院の一部に限られていると考えられます。もっと言えば、これらの精神科病院では、既に進行している統合失調症群の高齢化に伴う、合併症対応は極めて不十分な対応になっていると推測されます。

精神科病院共通の課題として、医療体制自体の強化（内科等）が、今後の存続の条件になるはずですが、

精神科病院の 標榜科



レセプト1件当たりの医療内容



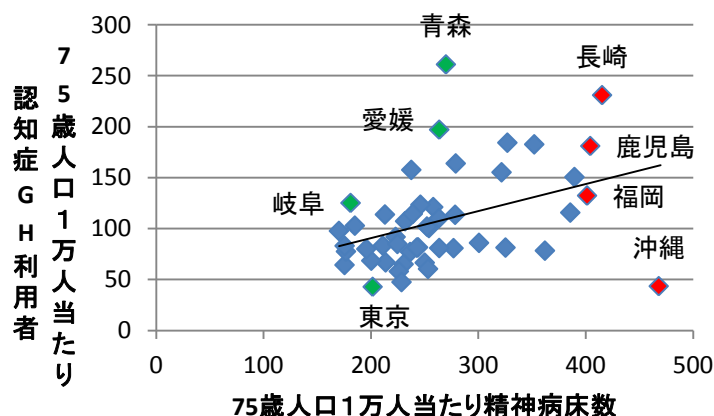
もう一つは、地方自治体の認知症対応の体制づくりの差異です。

75歳以上に係る地域資源として認知症グループホーム（GH）と精神病床を考え、それぞれの75歳以上人口1万人当たりの数を都道府県別の分布を確認すると、精神病床数が多いからといって認知症GHが少ないという関係を見ることはできません。どちらかと言えば精神病床が多い所で認知症GHが多くなります。

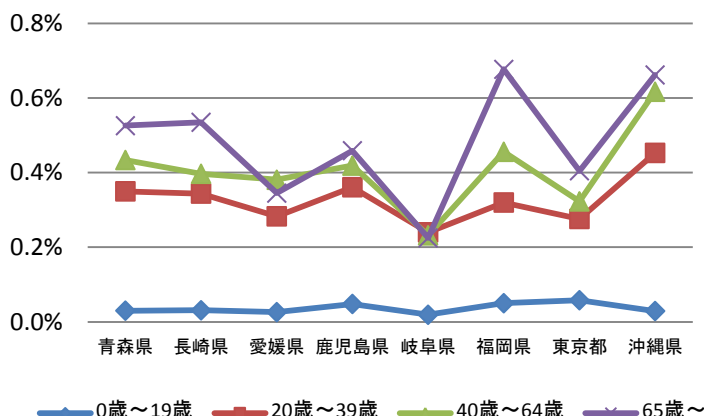
また、認知症GHの数が同じで精神病床の数が違う4つの組み合わせ（青森・長崎）（愛媛・鹿児島）（岐阜・福岡）（東京・沖縄）を選んで、年齢別の精神病床への新規入院率（精神病床の基準病床数を計算する際の前提となる入院実態の数）の違いをみてみます。

（青森・長崎）（愛媛・鹿児島）ではあまり差異はありませんが、（岐阜・福岡）（東京・沖縄）では大きな違いがあります。福岡・沖縄では、特に高齢者の入院率の水準が高くなっており、仮に認知症GH等の整備が進むと、こうした入院率は適正水準に落ち着き、精神病床の利用率が低下すると考えられます。

75歳人口1万人当たりの資源数



年齢別の精神病床への新規入院率



一方、長崎・鹿児島は、精神病床の少ない青森・愛媛と、新規入院率が同じであることから、一入院の長さで病床数の多さをカバーしていると考えられます。こうした地域では、入院期間の適正化・他サービスへの移行を促す仕組みがないと、長期入院が増えるだけになる可能性が高くあります。

国では、今回、精神病床における認知症患者の退院速度に関する方針・誘導措置を決めたようですが、こうした地域では、この方針が有効に働く仕組みが整備できるかどうかのポイントになります。

単純化すると、福岡等は介護サービスの資源整備の速度という要因で精神病床の稼働が低下し、長崎等は精神病床の退院速度を速める対策次第で精神病床の稼働が低下することになります。

<精神科病院の将来性>

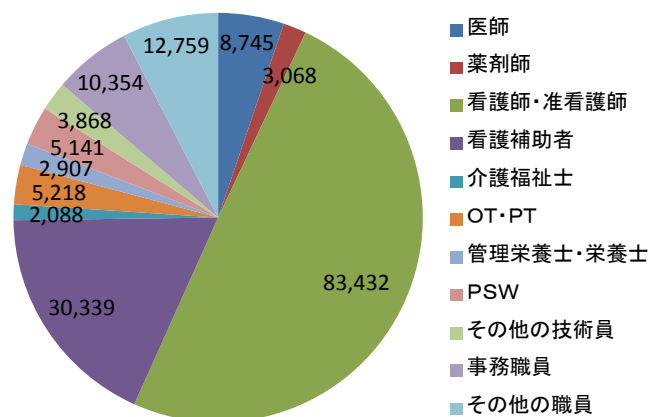
まず、5年程度の時間軸で考えると、認知症の入院患者の確保が、精神科病院の病床稼働のための対策となり、経営的な面での安定化につながるかもしれません。しかし、単なる問題の先送りに過ぎないように考えます。病床利用率を維持するだけの方策は、かえって将来への準備を遅らせるだけになる可能性大です。ちなみに、10年程度の時間軸で考えれば、次のように考えます。

- 1 本来的精神科医療として必要な病床は入退院数からみて10万床もあれば十分であり、一定規模があり規模縮小が可能な病院であって、かつ既に急性期対応を始めている病院以外は、余程の特徴ある精神医療を展開し、人材確保に困らない病院しか生き残れない可能性が高い。
- 2 100床程度の規模であれば、今後医療密度を高めることが求められる一般急性期病院（精神病床を持たない）の連携病院として、精神科合併症対応の病院として生き残れる可能性はある。
- 3 認知症ケアに対する社会資源は現時点で不足していることは明確であるが、今後、拡充される重点分野とすれば、多数の競合事業者が参入するはずであり、現在の精神科病院の人的資源・療養環境では、競争力が乏しく、第2選択・第3選択となる可能性が高く安定した稼働は確保しにくい。
- 4 国の政策も認知症に関しても入院期間を短縮するような方針が順次強化されることが予測され、一方では、患者家族の要求水準も上がることから、今のままでは、先細りになるだけと考えられる。ただし、土地の高い大都市圏では新規参入が難しい場合もあり、時間的な余裕があると考えられる。

また、経営者として将来設計を考えるとしたら、既に建設投資（建替）を終えたか、これからかは大きな制約条件になると考えます。既存債務が完済されるまでは、どうしても規模の維持を考えざるを得ませんので、将来の選択肢、先行投資は制限されたものになり、行動変容が遅れます。このため、読者の方の意見のように、政策的には、歴史的長期在院者の地域移行を「旗」に、既存病床の削減のための減反政策（削減補助金）も考えられますが、入院医療費が年間約1.6兆円、仮に売上の6割（健全な水準）の借入金存在とすると、総額約1兆円規模になります。さらに、地域移行後も、同水準の人件費・生活費は必要でしょうし、通常は新規の建築費も必要になるはずですので、1兆円を大きく超える追加費用投入が必要になります。

これは、低コストの漸進的な変化か、高コストの急激な変化が政治的な決断の問題にも見えますが、実際には、この政策選択はいずれも机上の話でしかなく、精神科病院に勤務する約17万人の再教育・再配置等の具体的なプランがなければ、いずれも実現しないのではないかと考えます。

精神科病院の職員数の構成比(常勤換算)



＜最大の課題は人材の再教育＞

前回の通信に対するコメントして、「『ある病院長は「病床は削減していいと思う。ただ、雇用している看護師の首を切れない』と嘆いておられました。」というものがありません。まじめな精神科病院経営者の悩みだと思います。私は、看護職員の不足が叫ばれる中、こうした雇用問題を心配する背景には、技術的な面でスムーズに移行できないと考えているのだろうと理解しました。私の知り合いの精神科病院に勤務する看護師（優秀な人だと思います）も、「やはり身体管理的な処置等については、精神科が長いので技術的に不安がある」と正直に言われています。

こうした現実的な悩みに対応し、再教育機会を作っていくこと・それを受けることを積極的に考える意識改革を進めることは、人材移動を円滑に進める環境づくりとして、公的部門が担うべき分野かもしれません。他産業でも、産業構造が変わってもとスムーズに人材移動が起きません。スキルやマインドが違うからです。このため、再教育等の枠組み作りが労働施策として少しずつは進みつつあります。

人材移動の難しさは、医療や介護も同じです。介護職等への人材移動を積極的に進めたいと国は考えているようですが、効果的に進んでいるとは言えないようです。離職等は、給与等の待遇の問題に要因は帰せられますが、経営改善等を進めてきたものとして、あまり問題はそこにはないと感じています。やはりスキルとマインドの問題が大きいと思います。これまで日本が得意としてきた製造業と対人サービス業では、大きく違うことは明確です。

この精神の問題も、最終的には、医療内での人材移行の問題ですが、他産業から介護への移行以上に難しいと考えています。診療科の違い、病院と地域の違い等は、医療専門職にとっては相当大きな心理的な「壁」があります。例えば、看護の世界でも、看護協会とは別に、精神科独自の団体があり、ソーシャルワーカーの世界でも、精神保健福祉士協会があるように。

この職能団体の「プライド」が、たぶん人材移動を円滑にする施策の最大の障碍になると思います。「なぜ、私達が、そんな再教育を受けなければいけないのか！」と……しかし、いずれ余剰人員なる10万人もの人材を、みすみす放置しておくことは、社会的には大きな損失です。相も変わらず、ベッド数減・地域移行が主題の精神の世界ですが、「人的サービスは人が行う」という本質に立ち返り、再教育に金をかけたいものです。ベッド数削減に金をかけても何も生まれませんが、人材教育に金をかけると何かが生まれると期待します。

国の施策としても、10年後をイメージして、精神問題に関わる人の意識を変えるという視点から、

- ① 精神病床・精神科病院の枠組みをやめる
- ② 本来的な精神科医療を担う病床は一般病床に（6～7万床）
- ③ 認知症を担う病床は環境改善を進め療養病床に（3万＋α床）
- ④ それ以外は、既存職員を再活用して 本格的に進む高齢化対応サービスに展開

といった再編の枠組みを示すことも大事かと思います。地域移行を柱にした掛け声では、産業構造としての変化は期待できません。意識の変化には、まず、外観や行動等の大きな変化が必要だからです。

しかし、残念ながら、ここ数年の政治姿勢は、与野党を問わず、マスコミの皆さんを含め、口ではともかく、大きな変化が起きると「落ち度を問う」姿勢であり、ベクトルとしては、大きな変化を否定する方向に動いていますので、実現性は乏しいのですが、これくらいは、言わないと手遅れになりそうです。

「古き良き」自分の経験で言えば、10年以上前に、各病院の目指す出口を示す診療報酬上の枠組みを作り、それが起点となって10年間で大きな変化が生じたように、精神科病院も方針が明確であれば10年で変われると思います。国は削減目標を示すことよりは、将来の必要数を示すこと・人材移動のための機会提供が求められているはずです。誰もが「過去清算」より「未来開拓」のほうが、やる気が出るものです。

病院・地域の無意味な2分法から早く離脱して、限られた人材を、これからの時代に向け、どのように再配置するかという前向きな議論が始められる環境になることを祈るばかりです。この環境づくりに向けた問題提起は、これからは、実施部門とされたお役所ではなく、実は、マスコミや研究者が担うべき仕事なのだと考えます。病院の経営改善もこれを動かす「触媒」がないと進みません。

誰か 適切な人はいませんか？

ヒューマンケア・システム研究所
代表 北川博一