

＝精神病床の分化(1) 政府案を「現実」にどう適用するか＝

昨年6月に、精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会の報告がとりまとめられました。

過去の例であれば、その後、厚生労働省としての方針案がまとめられ、改正作業へと動くのですが、今回は、政治状況もあり、省の案のとりまとめもなく、いきなり改正案を作成する手順のようです。

今回と次回は、昨年の報告書を元に、それを現実に応用するとした場合のポイント、そして事業者がどう動くかについて、考えてみます。

<検討会報告の骨子>

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会の報告は、精神病床の必要病床数の算定式の考え方を基礎に構築されています。

この算定式は、約30万の在院患者を、1年以内入院群と1年以上入院群に分け、前者を今後の精神科医療を良くするもの、後者を過去の清算をするものと考え、それぞれ別のアプローチをするというものです。この算定式に係るエピソードは、既に1月のコラム(Episode37 新しい機軸を考える その実現は難しいが達成感も格別)で紹介したところですが、当時は、いずれこの仕組みの意味を分かる人が出てくれば、きっと、これを道具として使う人が出るだろうと期待していました。今回、これを使ってもらえて、個人的には、率直にうれしく思っています。

さて、この報告の骨子は下記のとおりです。(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ea3j-att/2r9852000002ea7d.pdf>)

① 新たな入院患者への精神科医療(約10万人)

ア 3か月未満(現状は新入院の6割が退院)

- ・医師配置は一般病床と同等(16:1)、看護師のほか精神保健福祉士、作業療法士等を規定

イ 3か月以上1年未満(現状で新入院の9割が退院)

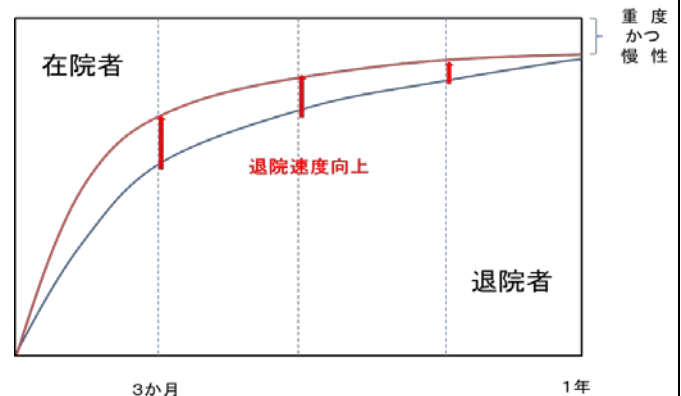
- ・医師配置は現状維持(48:1)、看護配置は3:1を基本とし、一定割合は精神保健福祉士、作業療法士等も可

ウ 重度かつ慢性(1年以上群の一部)

- ・対象患者の基準は、調査研究等を通じて明確化(新たな長期在院患者を増やさないよう限定的)
- ・対象患者には、新たな治療やアウトリーチ(訪問支援)などにより地域移行を可能にするモデルを検討
- ・人員体制は、アとイの両論併記

エ 医療保護入院の見直し

- ・1年目の医療保護入院の手続きを厳格化し、1年以内での退院を促す環境を整える



② 現在の長期患者への対応(約20万人)

- ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準
- ・看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、介護職員等の多職種で3対1の配置基準
- ・アウトリーチ(訪問支援)やデイケアなどの外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じる
- ・要介護度が高い高齢者は、精神疾患のある人でも、退院して介護サービス等が使いやすくなるような方策

概括的に言えば、次のような考え方です。

① 新たな入院患者への精神科医療は、

- ・精神科入院医療は3か月以内を基本とし、その間は、一般病院と同じ体制を確保する。
- ・その後1年までは、リハビリテーション期間として、一般医療のリハ専門病院と同等の配置で対応する。
- ・どうしても長期化する群(重度かつ慢性)は、安易な入院継続とならないよう基準を制限的にする
- ・精神科入院医療の過半を占める医療保護入院について1年以内の終了を徹底することで退院促進を促す

② 現在の長期患者は、

- ・従前あったような老人許可特例病院のように、人員配置を落とし、周辺環境を整えることで、利用者の移行や、病棟の移行を進める

精神科病院の将来については、平成 23 年 10 月 15 日の通信「Vol.21 精神科医療と精神科病院(2) (<http://humancare-sys.jp/newsletter/files/2011/11/hc021.pdf>)」に詳述していますが、これも踏まえて、今回の報告骨子について、政策的な視点から見ると、実際の事業ベースに落とすには、次のような論点があります。

<新たな精神科医療にかかる政策的な視点>

1 3つの機能をどのように配置するか

急性期、リハビリ、重度慢性の3つの精神病床の機能が明示されましたが、その機能の各医療資源への配分は、「複数の病院で分担して持つ方法」と、「1 病院で全て持つ方法」の 2 つがあります。新入院患者の多い一般医療では、リハビリテーション専門病院が多数あるなど、前者が中心であり、地方の新入院の少ない地域では、後者のケアミックス(急性期と療養の併存)の病院も存在しています。

さて、今回の骨子を見る限りは、「連続した 1 入院」として考えているようですから、想定しているのは、1 病院で 3つの機能を全て持つ方法と思われる。しかし、これによる方法は、いくつかの弊害・課題が考えられます。

- ア 各機能を担う専門職の技能・モチベーションが異なり、事業体としての統合が難しく、専門性も上がらない
- イ 事業規模維持・病床稼働維持が経営行動の中心(一般と比べると旧態依然の行動)となっている精神科病院では、3つの機能間で、患者の長期入院を促す行動が出やすい。
- ウ 一般救急等との連携を行う際には、精神科スタッフ以外の人材も必要であり、こうしたスタッフを持つには、精神科病院では限界があり、体制整備が進まない。

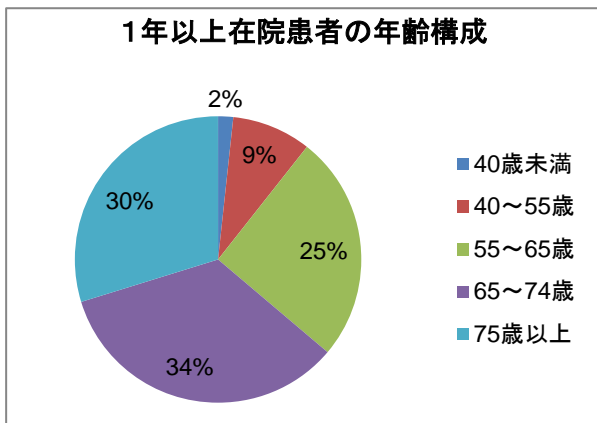
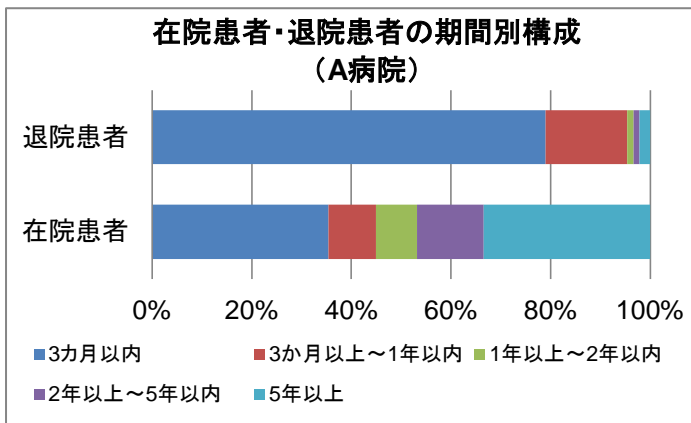
こうした弊害を考えると、次のような政策的な対応をすると、地域によっては(特に都市部)、面での機能整備がスムーズに進むと思われます。急性期専門の病院、精神科リハ専門病院などに病院機能が分化するということです。急性期に純化した病院が増えれば、自ずと、中途半端な病院・病床はなくなるはず。次のステップかもしれません。

- ① 少なくとも都市部は、3つの機能を同時にではなく個別に持つことを促す仕組みとし
- ② 急性期とされる当初3か月に対応する病床は一般病床、リハビリに対応する病床は療養病床に転用した上で、一般病床における強制入院(強制できる病床の指定制度)を設け、
- ③ 当該病床では、強制入院と任意入院の2種類のみに対応(医療保護入院の要件の一部を措置入院に含め、医療保護入院は廃止)とし、
- ④ 診療報酬上の精神科救急病棟、急性期治療病棟等の保有比率が高い病院の経済評価を高くし(現在は、逆に急性期治療病棟は、全病床数に対し2割以内の保有制限がある)、精神科リハ専門の入院料を設ける。
- ⑤ 当然、急性期に特化したものは、一般病院となり、一般救急連携のための内科等のスタッフを集めやすくなる(はずと考える)

下図は、東京で精神科救急を実施する A 病院(精神病床に限って言えば 450 床程度)の現実の患者動態です。

この病院は、数年前前に建て替えに着手し、その際に、数病棟分を縮小し地域移行を促した歴史があります。現在、退院患者の約 80%が3か月以内、95%が 1 年以内と急性期化を進めることに成功しました。1 年以上を経て退院する患者は約 5%ですが、それに対応する 1 年以上の在院患者は全体の 6 割近くを占め、そのうち半数以上は 5 年以上の在院期間です。1 年以上の在院患者のほとんどは、統合失調症で、年齢は 65 歳以上の介護保険給付対象の世代ですので、介護サービスへの移行などを考えていく群です。

今後、一定の重度かつ慢性を考えても、将来的には、約半数の病床が不要となりますので、急性期の病床を更増やし、新入院患者を倍増するなど、東京の地の利を生かした、急性期に特化した病院へと、さらに変わっていくことが考えられます。それでも 100 床程度は、閉鎖となりますが。



2 地方での急性期対応をどう仕組むか

平成 23 年の精神科病院の新入院患者数は、月 30 日で約 21 千人(病院報告)、精神科病院 1 か所平均で、20 人にもならない数字です。

骨子が考える 3 か月入院上限であれば、この新入院規模では、精神科病院の数を維持すると仮定すると、各病院 1 病棟 50 床もあれば、十分な数字となります。急性期を過ぎて、その一部がリハビリとして 1 年以内入院になっても、あわせて 2 病棟 100 床もいらないでしょう。これは、今の精神科病院の平均規模を 1/3 程度の規模にすることを意味します。全国数字では、約 10 万床です(過去の通信で、別の考え方で示した必要病床数に一致)。

しかし、大都市圏ではともかく、地方では、1 病棟にも満たない新入院患者しかいないところも多くあります。これらの地域では、今回の中心である急性期対応が、経営的にできなくなります。

逆に、地方では、その規模に見合った新入院数を達成するため、認知症患者の緊急入院を増やし、事実上、全員が認知症という、変な精神科救急病棟も既に生まれています。これは、緊急入院数を精神科救急病棟の要件に追加したことを逆用したのですが、本来的には、地方では、1 病棟でも、新入院患者数からみて、規模が大きいという現実を背景にしていると考えます。

こうした現実をクリアして、地方に健全な急性期の受け皿を作るためには、次のような仕組みが必要と考えます。

なお、リハビリ、重度慢性は、既存の病院のダウンサイジングで対応可能と考えられます。また、こうした枠組みができれば、それぞれの地域で試行的に進めている ACT(Assertive Community Treatment～精神障害者に対して地域生活を持続させるため多職種チームにより行う支援プログラム)なども、この有床診療所を基地にすれば、サービスも経営も安定するものと考えられます。

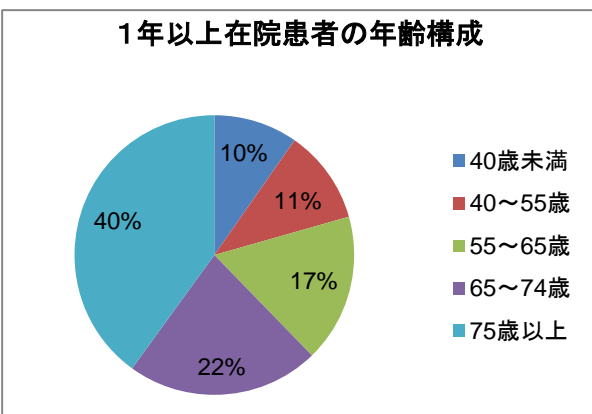
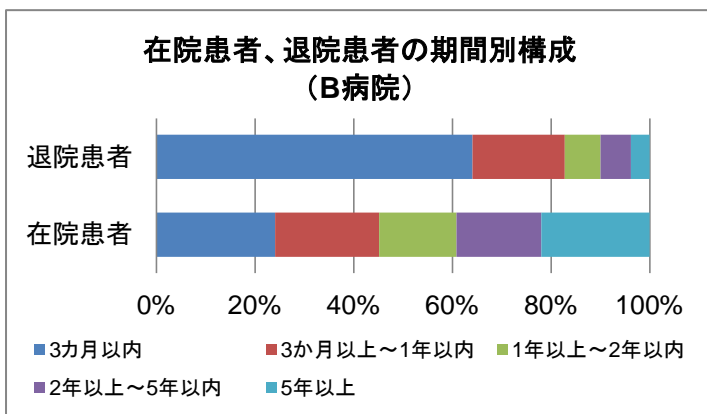
- ① この 10 年、減少の一途の有床診療所を、精神科医療分野では、再度、地方の精神科救急の受け皿として活用する枠組みを整える
- ② この有床診療所は、現在、病院に限定されている措置入院の受け皿として指定するとともに、
- ③ 訪問看護等のアウトリーチ、一時的な休息(レスパイト)入院の機能を保有するものとする。
- ④ 入院時の看護体制は、病棟とは異なり、入院時に必要な体制が、訪問看護等の部門の活用により対応できる柔軟な仕組みとする

下図は、地方の B 精神科病院(精神病床に限って言えば 300 床程度の規模 平均的な精神科病院の規模の 1.5 ～2 倍程度、既に急性期の病棟を 1 病棟保有)の現実の患者動態です。

この病院は、今後、建て替えが計画されている病院です。現在、退院患者の約 64%が 3 か月以内、83%が 1 年以内と、A 病院に比べて短期の入院の比率が 10 ポイント以上低くなっています。また、在院患者のうち、1 年以内の患者の比率は A 病院と同じですが、3 か月以内の比率は約半数であり、3 か月～2 年以内の患者が約 2 倍と、病床稼働を維持するために、入院が長期化している傾向が伺えます。さらに、1 年以上の在院患者は、統合失調症と認知症の患者が、それぞれ半数であり、病床稼働の低下を、入院長期化のほか、認知症患者でカバーする地方の精神科病院の典型例と言えます。

在院患者の 2/3 以上は、65 歳以上の介護保険給付対象の世代であり、また、一定の重度かつ慢性を考えると、今後、A 病院と同じような急性期対応(早期退院)を図ると、2 病棟でも病床が余る可能性があります。既に他事業との競合で認知症を含めて新入院確保が厳しい現状からみても、病床数に見合った患者確保は難しく、地域サービスを充実しても、国の考える経過的な病床を抱えて人件費を削減していくという選択肢しか今は考えられません。

報告書が示す方針以外の選択肢があれば、こうした病院も、既存の資源を生かして、積極的変化を考えることはできますが、今のところは、何もできずに先細り～問題先送りとなる可能性大です。



3 認知症患者、重度かつ慢性の患者をどう位置付けるか

この仕組みは、入院期間で整理していますが、現実的な患者像をイメージすると、いくつかの問題が生じます。

特に、これから急増する認知症については、一部から、「人権的に問題のある精神科病院への入院は問題」と、認知症だけをとりあげて批判があります(個人的には、精神科病院の全てが、人権的な問題があるとも思っていませんが、もし、批判者が、精神科病院＝人権的に問題がある施設と考えるのであれば、なぜ、認知症だけをとりあげるのか不思議でなりません)。

確かに、精神科病院では、認知症患者の受け入れが増えてきています。しかし、これは患者・家族側が受け入れ先に困っているという現実を反映してのものです。通信 Vol.21 に既述のように、最終的には、精神科病院のスタッフ体制の問題、競合先の増加の問題で、それほど広がらないと考えています。

東京での精神科病院グループとのお付き合いの中で、認知症患者を抱える家族が、受け入れ先を探して右往左往する姿はよく聞きます。福井でも、もし仮に、私の両親、親類縁者が認知症になったら、きっと受け入れ先に右往左往するものと考えます。姉を通じて知った、地域の福祉部門の力量不足が明確だからです。

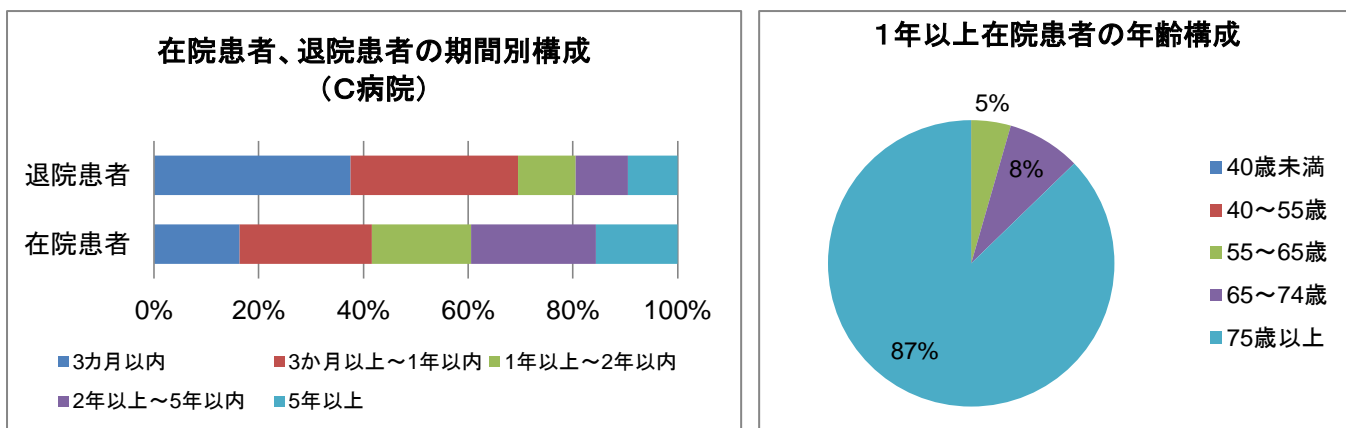
さて、こうした前提で、報告骨子は、認知症患者は精神疾患として受け入れるものとしていると思いますが、1年を経過した段階で、どう扱うかは不明です。また、一般病床で認知症を受け入れる病院も増えていますが、これも1年を経過したら退院を促進するののかも不明です。

診療科は違えども、同じ病院ですから、取り扱いは同じになるのでしょうか？ これも重要なポイントです。

さて、下図は、首都圏に所在する認知症を専門とするC精神科病院(精神病床に限って言えば300床弱の規模)の現実の患者動態です。

この病院は、現在、全ての病棟が認知症治療病棟として運用されています。現在、退院患者の約38%が3か月以内、70%が1年以内と、B病院に比べても、短期の入院の比率が10~25ポイント以上低くなっています。また、在院患者のうち、1年以内の患者の比率はB病院より4ポイント低いなど、B病院以上に入院が長期化していることがわかります。さらに、1年以上の在院患者の87%は75歳以上と、家族の高齢化等も想定され、退院後、在宅等に直接、行くことが想定される患者は少ないと考えられます。地域の受け皿の充足の有無で、退院等が進むかどうかが変わるでしょう。

さらに、在院患者の95%は、65歳以上の介護保険給付対象の世代であり、また、一定の重度かつ慢性を考えると、今後、新入院患者が現在数であれば、病床は約3~4割過剰となります。都市部にあることから、認知症患者の増に応じて新入院患者増えることは想定され、現在の新入院患者の5割以上の確保ができれば病床規模の維持が可能で、既存の長期患者の退院(死亡)にあわせて、順次、急性期化を図ることは可能と考えられます。



認知症の問題については、退院後の受け皿づくりなくして、乱暴なことはできないでしょう(3年後の介護保険事業計画で受け皿の整備を明示することとされています)が、果たして、短期間で受け皿をどう作れるのか…注目です。問題なのは、数の不足を解消すべく特養、認知症グループホーム等を、新規に作っても、そのスタッフに十分な実力が無いと思われる点です。どのように育成するのか、誰が育成できるのか、どのような時間軸を設けるのか…課題は山積です。

これに対する具体的な解決策も示さず、ただ、「精神病床への認知症入院は反対」と言う一部識者は、無責任と思うのは私だけでしょうか？ 本当に困るのは、認知症の配偶者、親を抱える家族と思うのですが。

また、認知症も含まれるのですが、「重度かつ慢性」をどのような基準で認定するかも現実的な問題です。研究班で・・・と、骨子報告はしていますが、最終的には、厚生労働省が、現実社会と、どう向き合うかという問題です。

本来的には、新規入院患者の長期化群に対する基準ですが、最初に適用されるのは、既に長期入院群となっている約 20 万人の在院患者です。理論的には同一の基準と考えるべきですが、実際の病院の行動変容の時間を考えると、二重の基準も、現実的には考える必要があるのでしょうか。一部識者からの厳しい批判はあるでしょうが・・・

長期入院患者については、在院 1 年を少し超えた人と、5 年、10 年を超えた人では、医学的な障害程度は同じでも、社会に適応する能力は著しく違ってきます。常識的に言って、長期入院の人は、地域に移行するにしても長期間かかると考えられます。既存の在院患者に「重度かつ慢性」を適用するには、こうした違いを反映することが必要でしょう。逆に、こう考えないと、「重度かつ慢性」の範囲が大きく広がり、今後の精神科医療の方向をまた誤ることになるでしょう。

一方、精神科病院の行動変容についても、今回の通信で詳述しますが、どう考えても、行動変容(人員減、人員配置転換、地域の住宅確保など)には、早くても数年はかかります。いきなり、大多数の在院患者が、報酬水準の低下を招くのでは、経営が成立しません。段階的に報酬水準が下がる対象が拡大していくなどの、経過的な措置を講じつつ、急性期の比率の高い病院の経済評価を高めるなどしないと、かえって変化は生じないでしょう。

経営者の思考が止まってしまうからです。

無責任な立場の私であれば、右図のように、研究班で作成される「本来基準」とは別に、既存在院患者向けの経過的な基準を設けることを考えるでしょう。

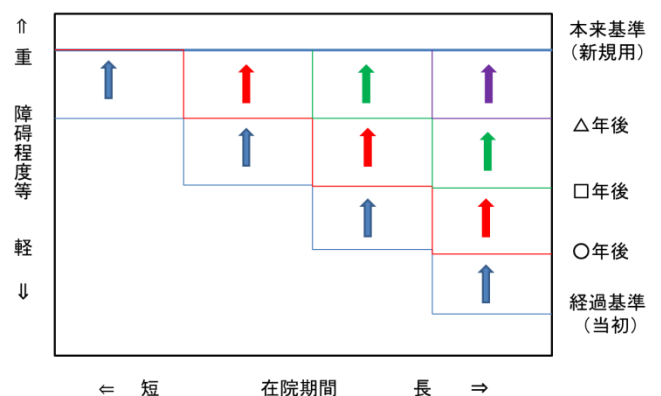
比較的入院期間の短い患者には「本来基準」に近い基準を、長い患者には緩い基準を当初設け、時間経過とともに、既存患者に適用される基準が本来基準に近づくという発想です。在院期間の長い人ほど、社会性が失われ、その獲得・モチベーションの向上には、一定の時間を要すると考えるからです。

これが現実的とは思いますが、批判と不信だけが渦巻く、精神保健医療福祉の世界で受け入れられるかどうかは、わかりません。しかし、形式的な対応で、「過去債務の清算」ができないことだけは確実です。

ぜひ、政策担当者には、こうした現実との接合を考えてもらいたいものです。

今回は、政策的視点だけでしたが、今回は、これらの分析も踏まえて想定される病院の経営行動についてです。

長期在院患者に適用する「重度かつ慢性」の経過基準 (イメージ)



ヒューマンケア・システム研究所 代表 北川博一