

＝精神病床の分化(2) 政府案で精神科病院はどう動くか＝

今回は、前回に引き続いて、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に関し、今後考えられる精神科病院の経営行動についてです。

精神科病院の経営状況は、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、これを前提に、報告書骨子通りに制度化されれば、各病院は、どのような意識で経営判断し、そして、どのように動くかについて、考えてみます。

<長期入院患者に依存する現在の経営>

現在の精神科病院のほとんどは、その経営原資を、長期入院患者からの保険収入に依存しています。

国全体でも、1年未満の入院患者が約10万人、1年以上の入院患者が約20万人なのですから、平均すると、入院収入の約2/3、外来も含めると約半分が、長期入院患者ということです。

さて、こうした精神科病院の経営行動の特徴は、概ね共通して、次のようなものです。

ア 病床稼働の維持が経営行動の中心

長年、長期入院患者を対象としてきたことから、その経営行動の中心は、病床稼働を高める点が中心です。一部には、退院促進＝新入院確保を中心に考える病院もありますが、数は、それほど多くありません。精神科救急を行うような病院でも、救急病棟は病院の全病棟の1～2割を占めるだけですから、残りの大多数の病棟については、どうしても病床稼働確保のため、入院が長期化する傾向が出ます。

東京で精神科救急の体制強化の検討がなされているようですが、その場で、ある精神科救急を行う民間病院の事務長から、「救急対応のため、数床の病床をあけるより、稼働を確保するほうが大事」という発言があったと聞きました。平均在院日数が長かった10数年前の一般病院の行動と同じであり、他の参加病院から、「化石のようなことを言っているからダメなのだ」との発言があり、その場が、沈黙したとも聞きました。

こうした経営行動が普通の領域(現実には、毎年、病床稼働率は低下していますが...)で、政府案に対して病院が迅速に動けるか...人の意識・考え方の問題でもあり、そう簡単ではありません。

イ 医療連携の意識と経験の不足

アとも関連しますが、こうした病院は、他の医療機関等と連携する意識・力が弱いことが特徴です。

現在は、平均すると、病院あたり毎日1名に満たない新入院患者の数ですので、どうしても新入院患者の確保のための意識が薄れるのでしょうか。

昨年、通信で、ご紹介した一般病床で精神科医療を行う「くじらホスピタル」では、100床に満たない規模ですが、毎月の新入院患者が70～80名で安定しつつあります。その医療連携の部門は、ほぼ一般病院と同じような情報提供・連絡等に追われています。通常精神科病院にはない、本来的な医療連携の実践です。

昨年末に、この病院を厚生労働省の看護部門に紹介し、「どう思うか」と試してみたのですが、思った以上に反応が良かったと感じています。まず、新入院の数に驚き、スタッフの多くが一般医療の経歴が長く、思春期等の患者も多く...など、初めて見るタイプの病院と思われたようです。

報告骨子の急性期対応をするのであれば、こうした枠組みがなければ、経営としては成立しません。どの程度の病院が、こうした対応をできるようになるか...相当難しいハードルです。

ウ スタッフの力量の不足

長らく長期入院の病院で働いてきたスタッフは、急性期病棟での勤務や、地域での訪問看護等に、そのまま移行できません。まじめに、精神科救急を始めるような病院では、看護師長などの主力スタッフのほとんどは、内部ではなく、外部からの登用が多いと聞きます。

一方、地域の福祉側の受け皿も似たようなものが多く、いずれも、その再教育が必要なのではと思いますが、実際、それを行う場がないというのが問題です。

お役所が行う講義等で、変化すればよいのですが、それでは何の役にも立たない...それが現実です。

やはり、病院自らが、スタッフのスキルを上げる研修を地道に積み重ねるしかないのですが、それを実践しているところは、どの程度あるか? それが変わりうる土壌の有無につながります。

＜病院行動を制約する要素＞

さて、こうした基礎的条件の下で、実際に経営行動を変えようとする、病院の内外に、次のような制約があります。

1 内部環境

(1) 債務残高・投資能力

病院は病棟という建物を必要とする装置型の産業ですので、ほとんどの病院は債務を持っています。この債務残高の多寡により、次の経営行動が変わります。

債務残高が多いと、どうしても既存の病床を維持し、稼働を確保しようとするようになります。入院から得られる収入は、やはり通院や福祉事業から得られるものよりは多く、債務返済のためには必須と考える人が多いでしょう。

一方、債務残高が少ないと、病床を減らし、その空き病棟を、サービス付高齢者住宅等に転用するといった投資も可能になり、いわば事業の多角化を進める人も出てくるとは思います。

(2) 新規入院患者の獲得可能性

医療で事業をと考えると、新規入院患者を、どれほど確保できるかにかかります。

精神科にとどまるかどうかは、他の精神科病院との競合(連携体制・内部人材の質など)の状況により、判断は変わるでしょう。地域の人口が少なく、新規入院患者が少ない地域では、病院という形態で存続は無理となります。

精神科以外の領域に移行となれば、病床種別変更が必須となり、行政判断の有無で行動が決まります。なお、これは人材確保の能力面における可能性があることも必要です。

(3) 保有人材の能力・新規獲得の可能性

一般的な状況はともかく、職員研修等を積み重ねたことで在籍する専門職等の能力が高くなっている場合、また、新規採用で新規部門の人材確保ができる場合などは、業種変更などもスムーズにできますが、そうでなければ、どうしても「現状維持の発想」になるでしょう。

2 外部環境

(1) 金融機関の評価

病床が減り、収入単価の比較的少ない他事業が増えるとなると、金融機関の見る目が変わります。金融機関は、過去の実績を重視する傾向が強く、将来対応に向けての行動変容(投資等)に資金を振り向けることに消極的です。こうした金融機関の変化を恐れて、行動変容に踏み切れない病院は、結構あるでしょう。

厚生労働省が、こうした病院に変化を起こしたいのであれば、こういった金融機関との関係にも、既存債務の返済期間の変更(借り換え)、新規投資への利子補給などの政策金融的な「目くばせ」を行うことが必要になるでしょう。

(2) 地域生活による家族負担の上昇

精神科病院には生活保護の利用者が多いですが、もちろん健保・国保の医療保険の加入者もいます。

これら健保・国保の加入者は、家族の被扶養状態になっています。仮に、退院して地域生活に移行すると、住宅費のほか、生活費がかかることになり、入院時の負担からすると額が大きくなります。

健保家族であれば、誰かは働いているので、まだ生活面も安定しているようですが、国保家族になると、親が高齢等で経済的な負担が耐えられない事例が多いと聞きます。特に、都市部では、負担が大きくなりますので、この家族負担の増が、退院の現実的な壁になるでしょう。病院が退院後の生活を考えず、退院させれば良いのなら別ですが、なお、生活保護であれば、こうした問題は生じないので、先行的な展開ができるかもしれません。

(3) 自治体の行動(財政負担を嫌い医療優先に)

自治体の立場からすると、今の負担構造からして、医療で処遇されるほうが自治体(特に都道府県)の負担は少なくなります。このため、地域によっては、長期入院からの移行に対し消極的なところがあります。見て見ぬふりというところでしょうか。

東京などは、グループホーム等の増に消極的ですが、実際に高齢化し長期化している群であれば、単身で住むのは無理でしょうから、こうした住まいの基盤づくりは必須の条件です。

精神科病院ばかりでなく、こうした自治体へ、厚生労働省が、お金を配るだけでなく積極的関与できるか、そして自治体の行動を変えられるかが、病院の行動変容の条件になると考えられます。

<想定される病院行動1 ～病院規模の維持>

債務残高が大きな病院(例えば建替後数年等)は、どうしても病院規模を維持しないと債務返済に苦しむこととなります。こうした病院では、他の医療分野への転身が制限されている以上、患者を何らかの形で「囲い込み」、入院収入を維持・確保しようとするのが想定されます。

1 積極的な囲い込み作戦～地域と病院の往復

新入院患者を新規に確保できそうな病院では、現在の病院規模を維持しつつ、長期入院患者を地域等に移行させることが可能です。これができるのは、都市部等で他との競合が少ないところ、内科等の体制が整い一般病院との連携が可能など、職員の獲得等が可能などなどに限定されるでしょう。

他法人との連携などで、地域のグループホーム・住宅等や、宿泊型訓練施設等の住まいを確保し、通常は、訪問看護、デイケア等の利用を行い、状態が悪くなると入院につなげるという形です。精神科救急等の診療報酬の算定対象となる要件をクリアすることに注意しつつ、実質、地域と病院(入院)との往復が継続することになります。

一部の識者と呼ばれる人は、この形も否定するでしょうが、今の精神科病院の内部環境・外部環境から言えば、実質、最も高い到達点ではないかと考えられます。長期入院患者の年齢は高い群が多くなっており、現実的に、働く等の選択肢は限られていると考えるからです。

ただし、現在のデイケアを見ると、その形態は多様です。年齢別に内容を変えて一定の年齢世代には、就労をはじめとする他の社会活動につなげようとするものから、個別の状況に意を払わず、日々、デイケアへ参加することだけを目的とするものまで。個人的には、デイケアが到達点のような運用は問題だとは思っています。

仮に、今後、地域に長期入院の患者の大多数が出てくると、デイケアの利用者が大幅に増えることとなりますので、政策的には、デイケアの利用実態を見直すことが必要と考えます。年齢や障害状況に応じて、利用期間の制限を加えるなど、入院と同じような発想の見直しがないと、入院と変わらない状態になりかねないことを懸念します。

2 消極的な囲い込み作戦～重度慢性の認定増

新入院確保が望めない病院では、現在の在院患者ができるだけ多く「重度かつ慢性」の対象となるよう、様々な工夫をしましょう。障害状態の認定は簡単ではありません。特に、精神障害では、状態の変動があり、極端に言えば、日々、変化します。こうした認定を短期的な外部評価で完全にチェックすることは現実的には無理です。

診療報酬において、精神療養病床の対象患者についてGAF(The Global Assessment of Functioning Scale=人の機能の全体的な評定尺度)で重度かどうかを判断する仕組みを入れましたが、当然のように、ほとんどの人が、その対象となりました。診療報酬では、事実上、外部チェックはありませんが、今回は、精神医療審査会のチェックが考えられています。これが機能すれば、安易な評価は、診療報酬の違法請求として、保険医療機関の取り消し、報酬の返還(それも数億単位)等の対象になります

本当に機能するか・注目されます。ただ、地域移行により、財政面での自治体負担が減るのであればともかく、増えるのでは、その行動に制約がかかると思うのですが・

3 他の医療分野への転身～医療療養など(政策対応が必要)

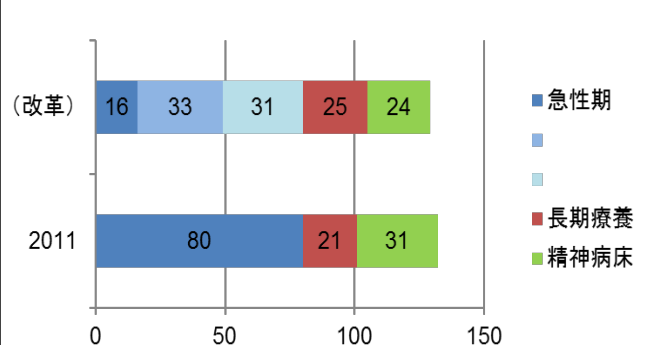
長期在院患者のうち、重度かつ慢性以外の患者が大多数の病院では、新入院患者の増は実質期待できないことから、既存の患者がいなくなる(積極的には地域移行、消極的には死亡)段階で、経営としては終了になります。

この事態を認識した事業意欲の高い事業者であれば、まず、医療者なのでから医療の他分野への移行を考慮しましょう。現在の認知症への対応などは、その一例と考えられます。しかし、実際には、精神病床という制約があり、他への転身の途が、事実上、閉ざされている状態です。

かつて、特例許可老人病院は、存続可能な期間を示されて、自ら転身先を選ばなければならない時代がありましたが、実際には、同時期に制度化された療養病床(療養型病床群)に、大半は移行できました。精神科病院も、一部には、こうした出口を用意することが必要なのではないかと考えます。

右図は、社会保障と税の一体改革で行った医療費推計の基礎となった病床数の変動見込みです。

入院の変化



平均在院日数の短縮で急性期の病床数を増やさないようにしつつ、一方では、その後方支援となる長期療養の病床を4万床増やす試算となっています。

一方では精神病床を減らしつつ、一方では長期療養を増やすということですが、それを廃止・新設では社会コストが高くなります。転用が認められれば、社会コストも低く、早期の体制確保も可能になります。

大都市圏など療養病床が少なく、今後の整備が必要な地域に限り、転用の枠組みを作ることで、現実的な問題解決になると考えますが、皆さん、どう考えるでしょうか？

<想定される病院行動2 ~病院のダウンサイジング+他の分野への転身>

債務残高が少なく、投資余力の高い病院では、病院のベッドを大幅に減らし、入院部分をダウンサイジングし、積極的に、居住支援、訪問看護、デイケア等に事業の中心を移すことが可能です。

しかし、現実的には、こうした積極的な展開を志向する事業者は限られているでしょう。なぜなら、そうした事業者であれば、既に、この数年で着手しているはずだからです。

1 住まいの確保が最大の課題

都市部の病院では、投資余力を活かして、自ら居住の場を確保(グループホーム等)しつつ、そこから精神科デイケア(場合によっては、高齢者デイケア)に通う形式を基本とし、病棟は急性期・リハ目的をあわせて数病棟にする(場合によっては建替え)と考えられます。いわば、入院の場で行われていた、住まいの機能と医療の機能を、地域の中で区分して提供するという事です。

この場合、病院の規模によりますが、100人を超える患者の住まいの確保となると、1事業者で実施するには、相当の困難が伴います。一部は、自らの投資で実現可能でしょうが、そこに住む人は、未来永劫、いるわけではなく、その年齢から、一定の期間に限定されます。したがって、新規投資で住まいを確保するとしても、将来の経営行動としては、一定の限度にとどめることは当然の判断となります。

この結果、多くの人の住まいを確保するには、事業者のみの努力では難しくなります。確保するとした場合には、民間アパート等の民間部門と公営住宅等の公的部門の既存資源活用が必須となります。

民間アパートについては、私の父が保有するアパートを、私の判断で知的障碍のグループホームに提供していますが、当初は、両親も「資産価値が落ちる」「近所で問題になったらどうする」等のネガティブな反応がありました。今でこそ、そうした意見は言わなくなりましたが、これが世の中の普通の認識でしょう。こうした現実をみると、民間部門で、急速に場の提供が進むのは難しいと考えるのが常識です。

その意味では、公的部門の積極的なアプローチ=一定期間を経過した公営住宅等を自治体がサービス付高齢者住宅に改修し、その運営を精神科病院等が引き受けるといった組み合わせができれば、比較的、円滑に進むのではないかと考えます。事業者からみれば、投資額も少なく、リスクを抑えつつ必要な住宅を確保できる、自治体からみても、同じく投資額も少なく、リスクを抑えつつ資産活用ができる・双方にメリットがありますので、こうした仕組みを、国レベルで進めることができると、現場レベルでも進むと思います。厚生労働省の動きに注目です。

2 地方では有床診療所等の小規模な入院の枠組みが必須

地方の病院では、前回の通信で書いたように、有床診療所等の小規模な入院の枠組みを設けないと、ダウンサイジングなどの動きは一切出ないでしょう。急性期化するにも新規入院数が少なく、経営的には、「病院規模維持」しか選択肢として残らないからです。

中期的には、病院では、経営的に急性期もできず、地域の受け皿もなく、患者が右往左往する・こうした事態が生じないような制度的な準備が必要でしょう。

3 既存施設の他用途への転用

入院医療部門を縮小したあとに残る、廃止病棟の施設を活用することを考えるのは当然です。

障碍福祉の世界では、施設を転用した集合型グループホームに対し、極めて強いアレルギーがあります。経済的には、こうした施設を利用して居住部門に変えれば良いのですが、それに対する反発が強いことから、苦肉の策として、今回、1年以上入院患者(重度かつ慢性を除く)について、人員配置の少ない経過的な病床を設けることとしたと考えられます。

仮に、この集合型グループホーム利用ができないとすると、考えられるのは、大規模修繕を行い、サービス付高齢者住宅、介護老人保健施設といった、高齢者一般向けの施設に転用することです。地方では、こうした取り組みは有効と思われますが、都市部では、競合施設が多く、実際には、広く利用者を確保することは難しいでしょう。

そうすると都市部では、宿泊型の自立訓練などの施設に限定されてしまいますが、そうすると、また、福祉側から病院の近くにあるのは「けしからん」と強い反対が出そうです。

このように考えていくと、病院経営者は、既存施設の他用途への転用が進まない＝病棟を減らす判断をしないと成りそうです。病床の減を求めるのであれば、福祉側も譲歩して、経過的な存在（既存施設の存続期間だけ等の制限つき）として、プライバシーを確保する改修等をした上で、居住の場、訓練の場として活用することを認めることが必要と考えます。

私から見れば、病院・施設を非難するグループも、自分の利害に関わることには拘りますので、その意味では、現実的な問題を抱える事業者という立場は同じです。理念も大事とは思いますが、現実を無視して、社会や事業者が動くはずはありません。こうした「現実を動かす」という意思のない空疎な理念は、百害あって一利無しというのが私の考えです。反対するなら、相手が合意できる代案を出せということです。それが大人の社会と思うのですが。

行政側も、事業者の行動変容を促すのであれば、病棟の転用方法について明示するなど、経営判断を容易にする環境作りが必須でしょう。腰が引けては、何も動きません。

<想定される病院行動3 ～行動変容できず既存の延長線でハードクラッシュ>

以上のように考えていくと、大多数の病院は、行動変容ができず、経過的な病床にしがみつ、死亡退院がある程度増えた段階で資金ショート＝倒産＝入院患者が宙に浮く（事業を引き継ぐ人もいない）となる確率が結構高いように考えます。いわば、ハードクラッシュです。

こうならないためには、現実的な選択肢が乏しく、躊躇して動けない経営者の肩を押すべく、報告骨子にない、多くの経営上の選択肢（前回、今回で記載）の拡大や、外部環境の調整を図ることが必要と考えます。

特に大事なものは、次の4つの切り口からの取り組みを、バランスをとって進めていくことではないかと考えますが、皆さんは、どうお考えになるでしょうか？

ア 事業者経営者向け

- ・病棟の転用先（他の病床種別 又は 転用可能な福祉施設等）の整理を明確に
- ・既存債務や新規投資に係る政策的な金融対応を

イ スタッフ向け

- ・既存の病院スタッフ、地域スタッフ双方の効果的・実践的な再教育の枠組み作り

ウ 家族向け

- ・長期入院と地域生活の経済的負担の均衡（国に金はないので長期入院の負担を増やすしかないが・・・）

エ 自治体向け（特に都道府県）

- ・地域全体の資源マネジメントを行うに足る、政治的・経済的なモチベーションを与える
- ・公営住宅等のサ高住への転用・民間運営委託の実施（高齢化した障害者の住まいの確保）

<終わりに>

前回、今回の通信は、コラムで書いた私の後輩に当たるHさんへの私なりの回答です。

昨年末にHさんと飲む機会がありました。彼の成長を喜びつつも、役所時代の私がそうであったように、現実を動かすための条件設定の甘さを感じました（病院経営等をしたことはないのですから、当たり前ですが）。

私自身、病院経営を実践した7年以上の期間を通じて理解したことを、今回、政策論と絡めて整理してみました。いかに過剰なものを円滑にあるべき姿に移行できるか、また、高齢化が急速に進む中、減らすべき精神病床・精神科病院を、いかに他分野での活動に振り向けるかという発想です。

さて、これを彼や彼の後任たちが、どう捉え、理解するか 楽しみなところです。

いずれ、Hさんと また、ゆっくり話す機会もあるでしょうから、その時には、この回答をどう見たか、厳しく批評してもらおうことが楽しみです。こうした建設的なやりとりが、社会の未来を創ると信じています。