

精神科地域医療の再構築の考え方(1)

一般病床・療養病床の地域単位での再構築(面整備)は、国の新制度の下で動き出しますが、精神病床に関しては、国全体の一般論はあるものの、一般病床等のような地域単位で考え行動する枠組みはありません。今後定める「地域医療ビジョン」には、精神科医療も含める」との考えもあるようですが、各都道府県の政策担当者は、難しい判断を求められることになるでしょう。

こうした背景の中で、先月、ある県の政策担当者の方から、「精神科地域医療の再構築をどのように考えるか」等について、意見を聴かれましたので、今回と次回(2回)にわたり、私なりの考えを示したいと思います。

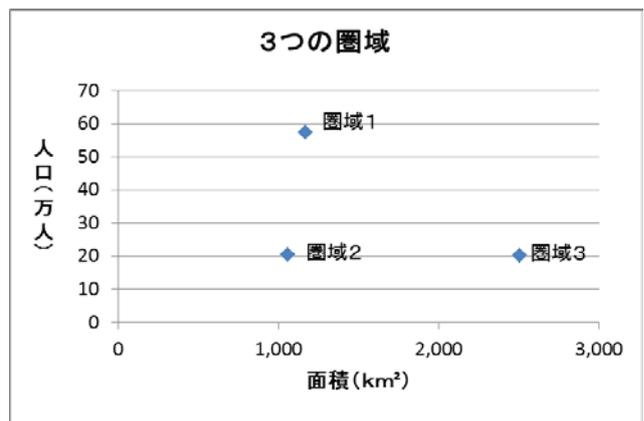
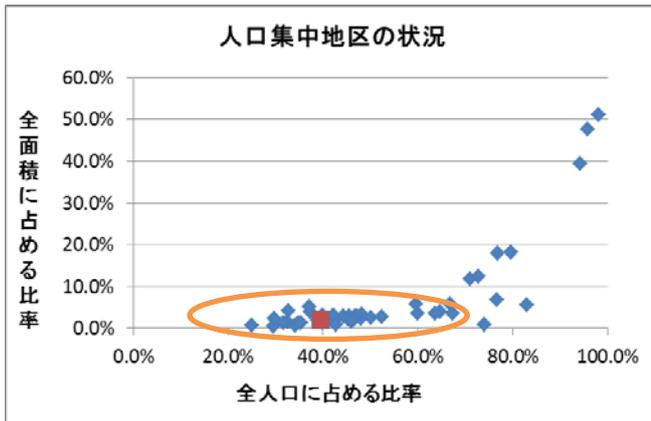
<X県の概況～地域ビジョンを考える前提>

1 人口等

X県は、総人口 100 万人程度であり、その 4 割弱は県庁所在地に集中しています。

人口集中地区(DID)では、全人口の約 4 割が、2%程度の面積に住んでいる(下左図)・・逆に言えば、全人口の約 6 割が、県内各地域に拡散して住んでいるということになります。こうした状況は、地方の県に、よくある状況であり、実際に、47 都道府県のうちの約 2/3 が、X県と似た状況です。

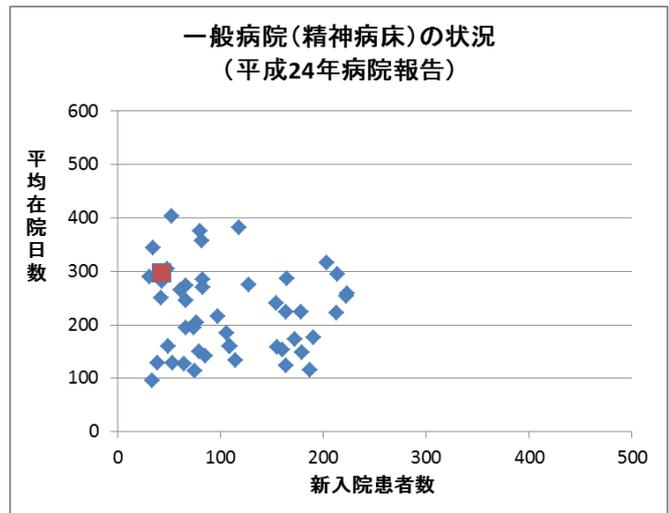
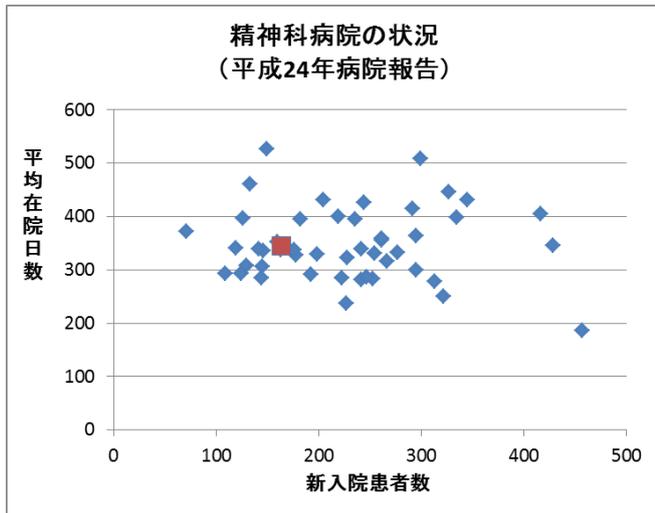
しかし、人口分布は偏在していることが通常であり、X県の場合も特定の地域に問題が集中します。X県では、2次保健医療圏では7つに分割し、これらを精神科救急システムでは3つに統合していますが、この精神科救急の3圏域の人口と面積(下右図)には、大きな差異があります。これを見るだけで、人口が少なく面積が大きい圏域3への対応が大きな課題であることがわかります。



2 新入院患者数・平均在院日数

X県全体の精神病床(精神科病院+一般病院精神病床)への新入院患者数(人口 10 万人あたり)は、200 人程度であり、全国平均の 2/3 の水準です。一方、平均在院日数は、下図のように、精神科病院は 350 日(約 1 年)、一般病院精神病床も約 300 日(約 10 か月)と長い期間であり、特に一般病院精神病床の長さが目立ちます。

この背景としては、短期退院+状況が悪くなれば再入院という、現在では普通となった入院パターンに移行していないこと、及び過剰な病床数であるにもかかわらず稼働率を維持しようとする病院の無理な経営行動の 2 点があるのではないかと考えられます。



3 病床数・医師数

X県の精神病床は、人口10万人当たりで240床を下回り(右図)、全国平均より少ない水準です。

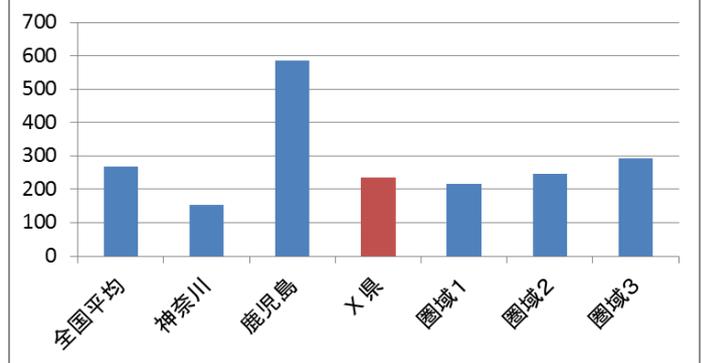
国の考える方針及び現在高齢の患者の死亡等を考えると、全国の精神病床の少なくとも半分は不要になります(通信49等を参照)が、その最終水準は、現在人口10万人当たりの病床数が最も少ない神奈川程度です。したがって、X県も、平成24年段階の精神病床数のうち約1/3は10年程度で減少させることが必要となりますが、鹿児島等の精神病床が非常に多い地域と比較すると、その削減の難しさは少ないと思われますし、現に、X県では、ここ数年継続して精神病床数は減少しているようです。

しかし、圏域に区分すると、圏域3の病床数の多さが目立ちます。こうした特定圏域の病床数の多さも、長期入院を過度に生み出していると思像されます。

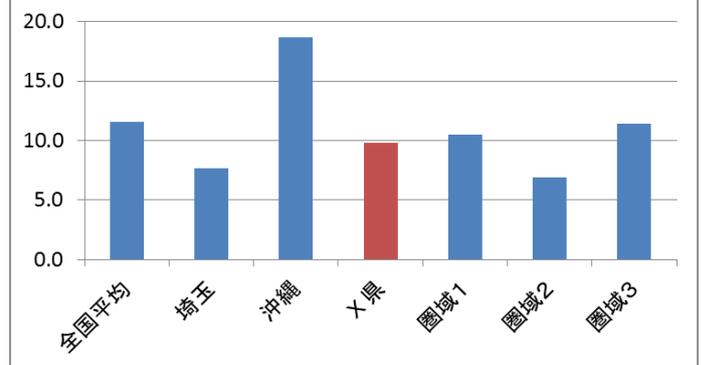
また、X県の精神科医等数は、人口10万人当たりで10人程度であり、全国平均より2名程度少ない水準です。病床の多寡にかかわらず、入院であろうと通院・訪問であろうと、必要な精神科医等の数は、大きく異なることはないはずであり、県全体でみると、医師確保が課題であることは間違いありません。

一方、圏域別では、圏域3の病床数の多さに比例してか精神科医師数も多くなっており、地域としては、比較的余裕があるようにも見えます。ただ、こうした地域では医師の年齢が高く、実際には急性期精神科医療を担い切れない事例が多いので、医師の年齢・医療内容等をよく見る必要があります。

人口10万人当たりの精神病床数
(平成24年医療施設調査から)



人口10万人当たりの精神科医数
(平成24年医師・歯科医師・薬剤師調査から)



<精神科医療の地域ビジョンづくりとは>

精神科医療の地域ビジョンを仮に作るとした場合、数値目標等は簡単に作れるでしょうが、実効性のあるものにしてしまうと、「できれば現状から動かたくない事業者を動かせるもの」であることが必要となります。

前半で、X県では過剰な病床数であるにもかかわらず稼働率を維持しようとする病院の無理な経営行動が強いとの指摘をしましたが、これはX県に限らず、通信Vol.50に示したように、経営者の意識に関わることであり、診療報酬や補助等の財政誘導で変わることは現実的には難しいでしょう。仮に、短期退院+状況が悪くなれば再入院という入院パターンが変われば、今の診療報酬体系でも入院当初の収入単価が高いことから、病床の稼働数が落ちて、高単価の新入院患者が増えることで一定の収支は確保できますが、これで動かない事業者には、通常の財政誘導では効果がないと考えるのが普通です。

今以上、報酬水準を上げるという考えもあるでしょうが、既に急性期化で利益確保している事業者をさらに増収させる必要があるのかは疑問ですし、逆に、長期入院に対して懲罰的な水準の低単価にすることは、合意形成を前提とする診療報酬では、現実的な選択肢にはなりません。

では、どのような手順・方法を考えると可能性が生まれるのでしょうか。

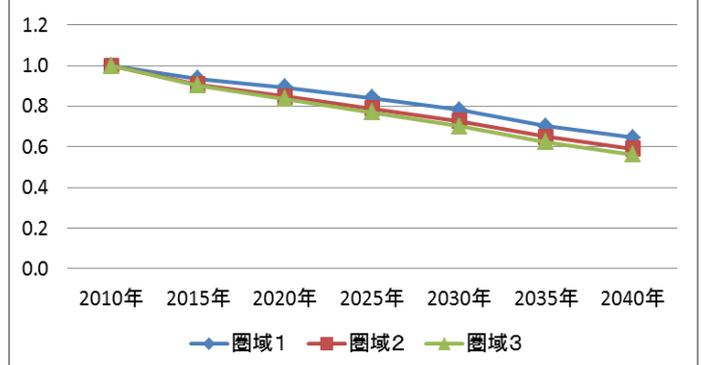
1 従事者の確保可能性から考える

現在、病床削減等を進める地域・事業者もありますが、彼らには、地域移行という「表舞台」の考えもあるのですが、足元では職員確保等が難しくなり、「現在の規模は維持できない」というリアルな現実判断に基づく点が大いのではないかと思います。

したがって、X県における精神病床の削減も、こうした人材確保の可能性の文脈の中で理解を促すことが第一歩ではないかと考えます。

X県の3圏域の現役世代の人口変動をみる(右図)と、今後10~20年で概ね1割から2割減ることになります。既に、最も病床の多い圏域3では、今でも一般病院でも看護師確保が難しくなっていると聴きます。

X県の人口変動
(20歳~59歳)



特に、X 県のような地方では、「現実に確保可能な人材数にあわせて、事業の規模・形態を考える」という切り口を提示することが大事だと思います。行政として、人口変動にあわせて確保可能な専門職等の数を示し、その前提で、経営者に自らの方針を考えるという環境づくりができて初めて、地域全体を考える～必要な資源等を、どう再配置するかという議論のテーブルに乗ってくるのではないと思います。

2 在院患者の在院期間・年齢から考える

以下は、あくまで現在把握できる数字に基づく話ですので、一度、県内の救急・急性期治療病棟等の退院速度を確認し検証して欲しいと思います。

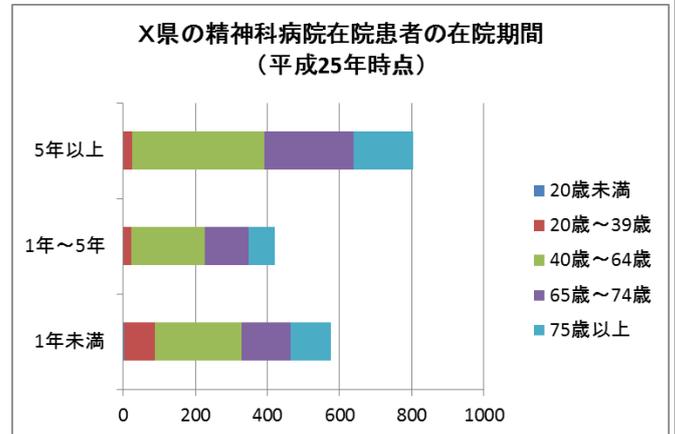
(1) 急性期の力をつける。

X 県の年間の新入院患者数は約 2 千人であり、そのうち精神科病院は約 1.6 千人(毎月約 130 人)です。

毎月 130 人の新規入院患者が発生し、時間経過とともに退院していくことが繰り返されますが、全員が 1 か月等の短期間で退院しないことから、右図の分布になっています。

最初に X 県で注目すべきは、1~5 年の区分でしょう。4 年の期間で 420 人ということは、最低でも毎月 10~20 人ずつは新たに在院期間 1 年(又は 5 年)を超えるということですが、これは毎月の新入院患者の 1 割以上の数値となります。

1 年経っても退院出来ない人が 1 割以上いる・明らかに急性期医療の力が弱いと思いますが、量の面では、精神科救急・急性期治療の病床数は全病床の 1 割程度あり、全国的にみても比率は低くありません。したがって、質(効率性)の面で問題があるのではないかとこの帰結になります。

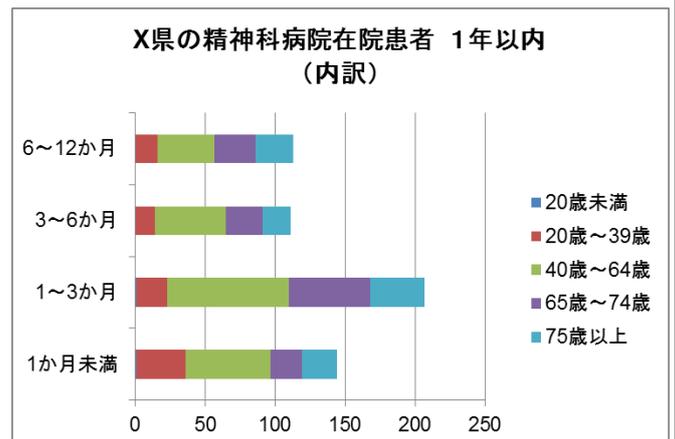


さて、1 年以内の在院患者の在院期間を示す右図からは、3 か月以内の在院患者が 350 人程度であることがわかります。新入院が月 130 人とすれば、ほぼ全員が 3 か月は入院していることとなります。急性期の病床・病棟でも稼働率を上げるために退院時期を調整する傾向があり、ここにメスを入れることが必要と考えられます。

次に 3 か月以降でも、3~6 か月は 1 か月平均約 40 人、6~12 か月は 1 か月平均 20 名と、それぞれ新入院患者の 30%、15%と、高い数値となっている点も課題でしょう。

急性期を終了して 30%も入院継続するというのは、地域の精神科医療体制としては不十分と言わざるを得ません。

この急性期の力の弱さが、1~5 年の慢性期の在院患者数を増やしている要因であり、まずは、急性期治療体制の再構築が医療面での第一の課題と考えられます。(具体案は次回に)



(2) 慢性期の地域移行対象群を明確にする

全体の在院患者のうち、5 年以上の在院患者が半数近くおり、さらにその半数が 65 歳未満というのが現状です。

現在の X 県の医療計画では、「在院期間 5 年以上かつ 65 歳以上の退院者数」の目標が示されていますが、「65 歳以上の長期入院が解消しても、それと同数の現在の 65 歳未満がそのまま残り」、「さらに数年で 400 人の規模で 5 年以上の在院期間になることが確実」という条件下の X 県の場合、今の医療計画の目標だけで、累積する長期入院患者が減るとは思えません。長期入院が再生産されるからです。

まずは 1~5 年の既存の在院患者の退院促進を第 1 の目標とすることが大事なのではないかと思えます。

既に長期化した人の対策より、5 年以上の長期化予備軍を解消することが実施しやすいという発想です。実際に、5 年も入院を継続すると家庭や地域の基盤が完全になくなり、地域移行といっても、現実的には関係者の理解を得ることは難しいと思われますが、1~5 年の群であれば、家庭や地域の基盤もある程度は残っており、本人の意欲もある程度は期待できます。

次に考えるのは、5 年以上入院の 65 歳未満の群でしょう。まだ、家族等の年齢も若い可能性があり、本人も十分に働ける世代で、地域移行後の成長等も期待されるなどの可能性が考えられるからです。

こうした対象を明確にしたうえで、病院と福祉事業者を組み合わせることで協働で働ける仕組みを設ければ、今よりは、実効性のある地域移行ができるのではないかと思います。(具体案は次回に)