

## 精神科地域医療の再構築の考え方(2)

今回は、X 県の精神科救急医療体制の実績を概観しつつ、X 県の精神科地域医療の再構築の方向性・方策について考えてみます。

### <X 県の精神科救急システムの実績>

精神科救急システムは、休日又は夜間において、精神疾患の急発・急変等により速やかな医療が必要な患者に対して適切な医療を提供する体制づくりのことです。一言で言えば、患者が安心して地域で生活するためのシステムということですが、その意味は多義的です。

病院単体でも、本来的には、時間外診療等を行うべきものですので、これらが適切に機能していれば、地域の救急という意味では、大きな問題は生じません。

かつては精神病床の稼働率が非常に高く、あえて時間外診療等を行わなくても患者確保に支障がなかったことから、精神科救急システム整備の必要性が強調されました。しかし、現在では、病床稼働率も低下し、各病院は新入院患者確保に積極的となっており、精神科救急システムの意味も自ずと異なっているのではないかと考えます。

右上図は、少々古いデータですが、各都道府県の精神科救急システムの受診数と入院率を示したものです。受診数は少ないが概ね入院に至る東京等の地域と、受診数が多く入院に至らない事例が主である岩手等の地域に分かれています。後者の地域の場合には、受診数の多さに起因して精神科救急を担う医療機関の負担が大きいことが容易に想像できますし、このままでは人的な要因からシステム自体を継続することが難しくなるのではないかと考えます。

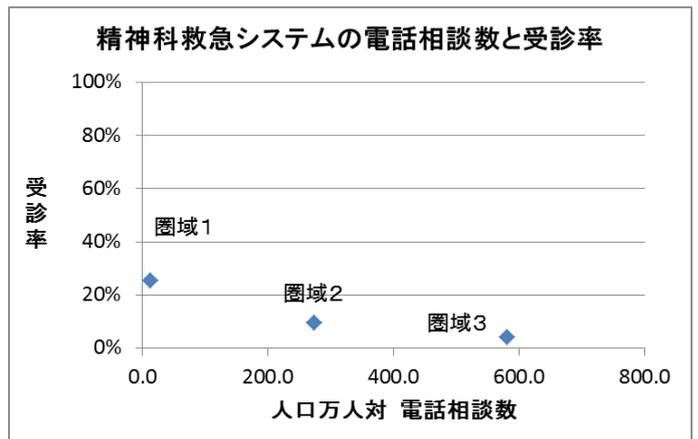
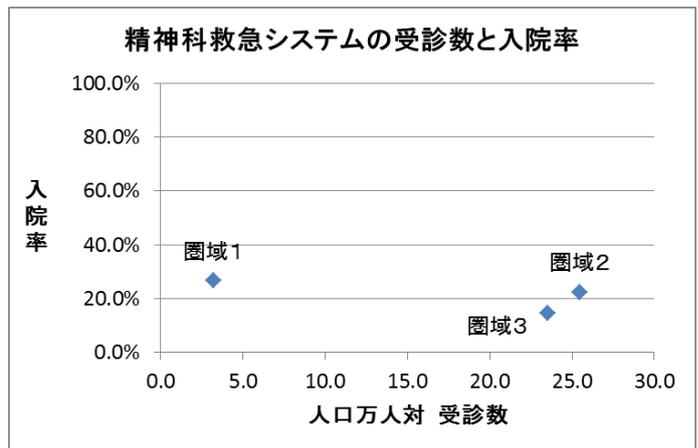
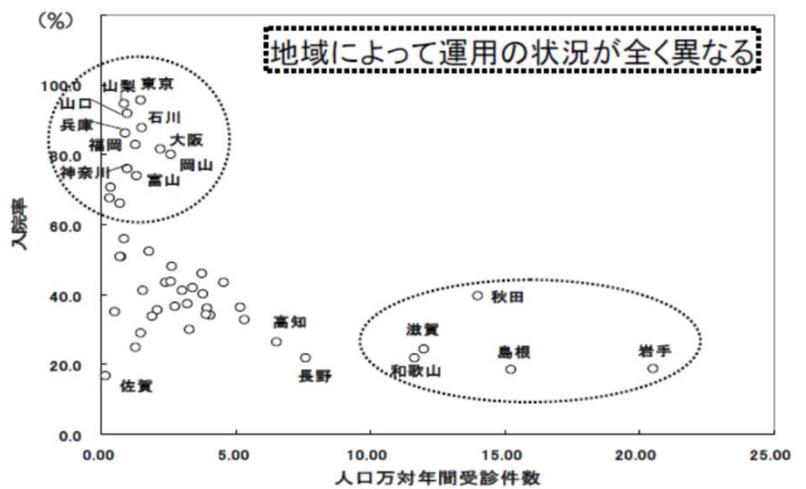
精神病床の稼働率が低下した今、精神科救急システムは、入院につながるようなケースを中心として再構築することが適切でしょう。

右中図は、平成 24 年度における X 県の各圏域の状況を示したものです。各圏域とも入院率が低く、圏域 2、3 では受診数が非常に多くなっています。

X 県の精神科救急医療体制は、比較的資源の多い圏域 1 では民間 5 病院による輪番制、圏域 2、圏域 3 では公的病院 1 か所での対応となっていますが、圏域 1 では、患者確保のため、各病院の時間外診療等が広がっているのかもしれませんが、他の 2 圏域では、本来精神科救急とは言えない自院の患者も精神科救急システムの対象としてカウントしているということではないかと思えます。

これは、右下図の電話相談数と受診率の関係で再確認されます。特に圏域 3 では、電話相談数が非常に多いので再確認したところ、約 9 割は自院の患者とのこと。県が補助を出して行うべき精神科救急システムの運用として適切とは言えないと考えます。

精神科救急医療システム全国状況  
受診件数と入院件数 (2006 年度)



## ＜圏域 2、3 の経営主体の状況＞

圏域 1 は民間病院で担われており、経営面からみて持続性はあると思われませんが、圏域 2、3 の精神科救急システムの主体である公的病院の経営状況は、どうなっているのでしょうか？

圏域 2 は、公立の精神科病院が担っていますが、平成 24 年度では、自治体からの繰入金を除くと約 16 億円の収入～6 億近い赤字であり、この状態は毎年継続～累積赤字は医業収入の 2 倍近くになっています。一方、圏域 3 は、公立（組合）の一般病院の精神病床が担っていますが、平成 24 年度では、自治体からの繰入金を除くと約 107 億円の収入～5 億を超える赤字であり、この状態は毎年継続しています。

いずれも、自治体からの繰入金に経営を依存する状態であり、将来のシステムを担うには、いささか脆弱な経営基盤といわざるを得ません。

この 2 つの病院は、250～300 床の規模ですが、精神病床の病床利用率からみると、実質稼働している病棟は 3～5 病棟です。そのうち急性期の病棟は、新入院患者数や平均在院日数から推測すると 1 病棟であり、その他は慢性期の患者と考えられます。総務省公表のデータを見る限り、慢性期病床の看護配置も手厚いと考えられ、これらが赤字の主要因と思われます。

政策的に退院させるべき患者を囲い込んで赤字を累積させるという悪循環に入っていると判断されます。

ここが再編の切り口と考えられます。

## ＜まずは圏域 2、3 の再編から＞

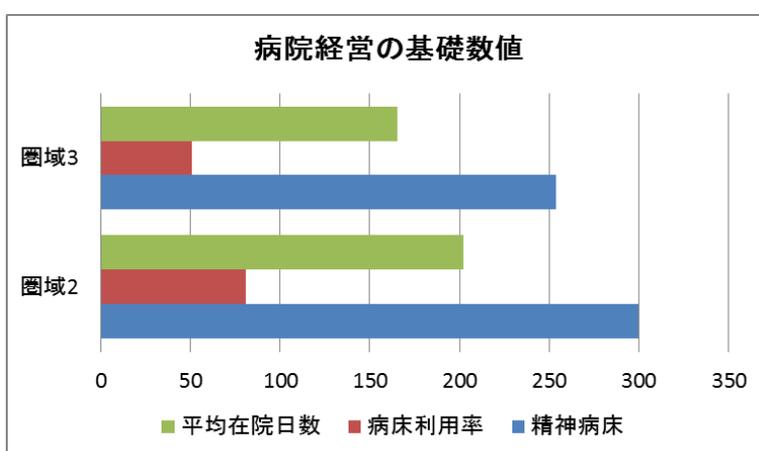
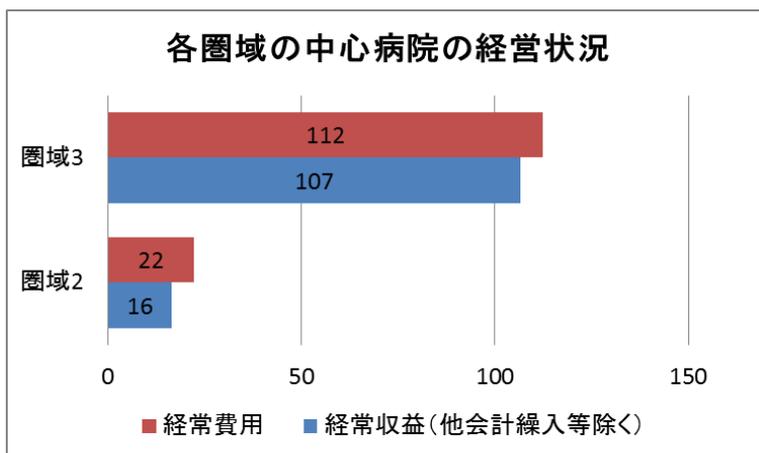
### 1 急性期の必要病床数は 100 床～120 床

X 県全体の年間の新入院患者数は、約 2 千人です。これを精神科救急入院料の平均的な在院日数 45 日を前提に考えると、全県で 250～300 床、圏域 2・3 に限っていえば 100～120 床あれば急性期病床は十分です。

既に 2 つの病院で 2 病棟の急性期病床は持っていると思われるので、数として問題ありませんが、医師数等の問題から圏域 3 を圏域 2 に統合するという案もあるようです。しかし、これからの精神科救急は、精神科単独ではなく地域全体の救急の一部として考えるほうが効果的であり、その意味では、一般病院の精神病床が中心となっている圏域 3 は存続させるほうが、「面白い」と考えられます。どちらかと言えば、圏域 2 の精神科病院のほうが、将来的には救急を担う力が落ちるのではないかと想像（内科医 1 名では、できることには限りがある）します。

なお、最近、精神科救急入院料を算定する病院が全国的に増えたため、一部には新入院患者数を確保できず、平均在院日数を意図的に 60 日以上に伸ばすような病院も出てきています（急性期病院での入院長期化問題）が、X 県でも同様のことが起きていると懸念されます。まずは、こうした運用がなされていないかの点検・改善が必要でしょう。この点に関しては、次の診療報酬改定の課題になるとも考えられます。

その上で、精神科救急システム上の電話相談が非常に多い、時間外外来から入院につながる率が低いという問題への対応ですが、これらには、精神科訪問看護の活用、障害者相談事業者の活用等が効果的と考えられます。入院の必要はないが、何らかの不安を訴えたいという要請に応えるということですから、医師等である必要はありませんし、仮に日中に一定のケアがなされていれば夜の病院への連絡も減ると思われれます。



X 県の圏域 2・3 に、どの程度の精神科訪問看護、障害者相談事業者が存在するのかが不明ですが、病棟閉鎖による余剰人員を活用して各病院への訪問・相談(アウトリーチ)機能を付加・強化することを含め、各圏域の精神科救急システムへの過度の依存をなくす取り組みに、基金の活用等を検討すると良いのではないかと思います。

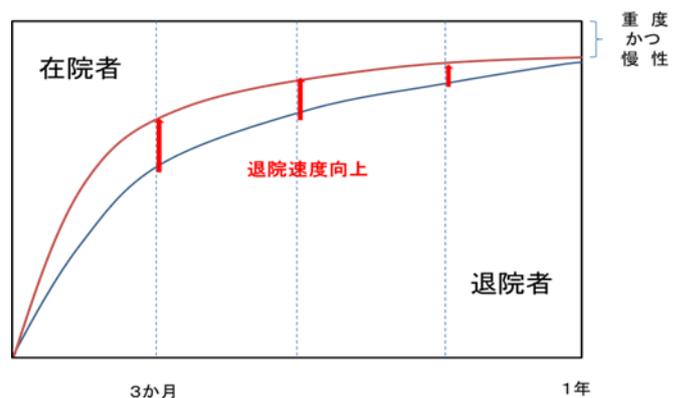
## 2 圏域 2、3 の中心病院の規模を1病院 100 床～120 床程度に

圏域 2,3 の中心病院は、政策的に退院させるべき患者を囲い込んで赤字を累積させる＝多額の自治体繰入という悪循環に入っていると判断されることを踏まえ、慢性期の患者の退院促進を優先的に図り、経営改善も両立させることが重要と考えます。間接部門も含めて、今の規模の半分になれば、常識的に精神病床にかかる赤字は半減することになりますし、他の民間に広めるにも、まずは公的からが常識的な進め方と思います。なお、労働組合の問題はあるでしょうが、そこは行政としては避けて通れないと思うところです。

まず、当該病院で1年以上の継続入院は原則禁止することが第1歩になるでしょう。

右図のような国が考える退院曲線に沿った病棟運用を外部評価の下で透明に進めることができれば割と簡単に実現すると思います。外部評価は、公的病院の性格から受け入れ易いと思いますし、そのメンバーには、地域移行をサポートする地域サービス事業者・福祉事業者の参加もあれば、その移行は円滑に進む可能性も高まります。

仮に1年を超えるような事例があった場合には、その時点での退院可能性のレビューを行い、地域サービス・福祉事業者の協力を得て、退院を試すなどの取り組みを進めることで、入院期間は確実に短くなると考えます。



次に1年～5年の在院患者のピックアップを行い、2年以内の退院計画策定と、これに並行した病棟閉鎖計画を策定し、実施に着手することが考えられます。X 県の平均的な状況を見るに、2病院とも1病棟以上の規模の対象患者がいるのではないかと推測されます。極力、転院等は避けたいところですが、最終的に転院等となっても、病棟閉鎖を優先する姿勢が必要でしょう。病棟を閉めることが、その後の長期入院の再生産、赤字の再生産を予防するからです。これが実現すれば、X 県全体で約400名の1～5年在院患者の最低1/4は削減になります。

そして、最後に5年以上の入院患者の退院に取り組むとなるのでしょうか。5年以上の患者の取り組みには、それなりの時間と手間がかかることはX 県でも実証済みと思われ、短期間で退院実現は難しいでしょうが、毎年の目標数を決めて、それを達成した場合には、空床補償の発想による補助を行う。空床補償が一定規模になれば1病棟を閉鎖と、事業者の経済負担を減らしながらの対応ができれば効果的に進むと思います。

## 3 最終的には、圏域1も輪番から中心病院を整備、民間病院も病棟閉鎖に着手

1、2 が、公的病院でうまく行けば、地域のモデルとなります。それを民間病院に広げるのは、それほど難しいものとは思えません。

行政が音頭をとって、対象となる病院とサポートする福祉事業者の組み合わせを作り、そこに対して基金等の原資を活かして、活動費の補助はもとより、移行途中の空床補償的な補助、空いた病棟を地域の高齢者向けの高齢者住宅等に転換する補助等を設ければ、いくつかの成功例ができるのではないかと思います。

ただし、地域の中心病院を整備するのは難しいかもしれません。それぞれの事業者が競合しているからです。

その場合には、現在検討中と伝えられる「非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)」を活用し、救急急性期は各法人の共同運営とし、慢性医療・地域サービスは各法人独自運営といった役割分担を行うことも一案でしょう。もちろん行政のイニシアティブが不可欠であることは言うまでもありません。

以上、X 県の精神科地域医療を再編するという命題を実現するための私の考えです。

全員が同じ速度ではなく、経営効率の悪い主体から率先して改革するという単純な発想ですが、皆さん どのように考えられるでしょうか？