

げることにもつながり、患者の幸せにもつながる方法だと考える。

## 6. おわりに

今回の医療費改定は、長期慢性の入院時医学管理料が1年半以上のものが切られ、10点減点された。しかし、精神科においては、ただ漫然と入院させておるのでなく、この中に29条の自傷他害のおそれのある患者も含まれており、また、処遇困難な患者を抱えて四苦八苦しているのである。これらを他科と同じように1年半以上経過したからと言ってペナルティを科し、10点減点したということは遺憾の極みである。

また、この看護不足の厳しい状況の中で、その他1種、2種、3種の看護を設け、精神科には「保護」のため無資格の男子看護補助者などを入れているにも拘わらず、これを人とは認めず、人のいるところに点数をつけるということで、特2、特3に厚くし、その他3種を10点減点したことは憤慨にたえない。早急に措置入院患者の1年半以上の入院患者に対して10点減点を取り消してもらうとともに、措置患者に対する措置患者加算を1日

300点はもらわなくてはならない。

精神科作業療法については、その他1種、2種の病院でも可能とはなったが、実際にはO.T.Rがいないので絵に画いた餅に過ぎない。これを実効あらしめるためには、日精協で養成したO.T.A 2名をもってO.T.R 1名におきかえ、それが居れば作業療法の点数が取れるようすべきである。

なお、看護料についても、男子無資格の看護補助者を加え、P.S.W, C.P, O.T, 准看護婦、正看護婦などを含めた精神科独自のチーム看護料を設立してもらわなければ、いつ迄も基準看護の中に閉じこめられていて、それ以外のマンパワーを擁している精神病院はいつ迄も浮上することは出来ない。

官民格差がこのようについてしまい、民間病院がお互いに血で血を洗うような看護者やO.T.Rの取り合いをしなくて済むような状態に1日も早くもって行くべく、今日只今からでも更なる緊急医療費改定に取り組まねばならない。

(副会長、福岡・牧病院 院長)

## 精神科医療に曙光を求めて

津久江一郎

### I) 改定前夜

すでに当協会雑誌では再三「精神科の医療費」というテーマで特集が組まれた。

比較的、最近では、1985年 Vol.4, No.7 に特集「精神科の医療費」が組まれている。この年には時を同じくして臨床精神医学誌にも「精神科診療と医療保険」1985年 Vol.4, No.2 として特集が組まれている。

次いで1988(昭和63年)年度の医療費の改定後に組まれたが、精神科にとっては同年1988年7月1日、20年振りの精神保健法の改正という重大問題を見越して「法を実施するにあたっての満足するべき効果を期待するための経済的裏付け」を衆参両議院の社会労働委員会で付帯決議がなされていたのを見越したものであったのは特筆されるべ

き改定であったはずである。

つまり、われわれ日精協としては、この精神衛生法改正案を検討し、改正の主旨がどこに力点を置いているか、裏返せば、改正することによって日精協にとってマイナス部分が出てくるはずであり、この点に対しての財政的裏付けを合わせて要望したものであった。

結果は、平均3.4%引き上げ、薬価基準の10.2~10.3%引き下げ、差し引き実質0.5%。これに伴う国庫負担は230億円に止まった。この経緯については日精協誌1988年 Vol.7, No.3, P.24~30、筆者の「精神科診療報酬改定について」に詳細に記述してあるので参考にされたい。

こうした医療保険制度の中でわれわれの医療費改定要望書はさておき、最も注目しておかなければ

ばいけないのは、昭和62年10月（1987年）に出た国民医療総合対策本部（厚生省）よりの中間報告（「中間報告要旨」昭和62年6月26日）なのである。つまり、昭和65年決戦と言われた老人保健法の見直し（需要サイド）と、医療法の見直し（供給サイド）を基本的にターゲットとする抜本的改革案がこの時にすでに打ち出されていたのである。つまり今回の診療報酬の改定の骨子はすべてこの中間報告に先刻織り込まれている。こうした意味では医療法の改正を待たずに抜き打ちに、政策誘導手段として、診療報酬を改定したという誇りはあるにしてもわれわれとしては大筋においては当然予測しておいたものが現実となって出てきたとみるべきである。つまり、今回の診療報酬改定は点数による政策誘導により最も効果的な手段として官僚主導型で、大きく日医という大船の舵取りを思い切って行ったと受け取るべきである。

これが現場の医療にとって実状に則したもので、国民にとって望ましい結果をもたらすかどうかは時間を待つ外はあるまい。とはいって、今回、厚生省は大鉈を振るい、ある意味では大きな賭けを行ったわけであるから、当然あちこちに色々な透き間や矛盾が出てきている。これをどうやってこれから埋めていくのか、われわれがこれにどう機敏かつ柔軟に対応していくかは、われわれ精神科にとって将来を左右するほど、大変重大となってきたいている。

こうした意味で今回の改定は2年に1回の恒例のお手盛りの医療費改定とは全く意味の異なるものであったことを明記すべきである。

## II) “良質で効率の良い医療費の配分”とは

筆者は個人的には、病院経営の余剰とは医業収入と医業費用（勤務医、その他の職員の給与を含む）の差額のことであるが、問題は高い経営余剰とその医療機関の医療サービスの質とが直接結び付くとは思っていない。

例えば、黒字病院（病院の収入は医師個人の所得ではなくて、その医療機関という経営体の所得なのであるが）の医療サービスの質が悪いとは言い切れないし、また相対的に赤字病院の医療サービスの質がそれだけ悪いのかとも言い切れないと

信じており、当然、われわれ民間病院は医療の質を低下させることなく経営余剰を高めるための「経営努力」をすることは当然のことだと思っている。

が、兎にも角にも、今回の改定で精神病院は判然と収入面で二極化されたのが現実である。その要素は、1) 基準看護の有無、2) 作業療法を施行しているかどうか、3) デイケア施設を有しているかどうか、の3点に絞り込まれた。中でも今回の改定は人件費率を大きな目安として行われたことは事実である。こういった型で精神科医療費の改定では“良質で効率の良い医療費の配分”が行われたのである。こうすると公的病院がわれわれ私的病院より圧倒的に有利となってくるという弊害が出てくるのはいなめない。これに対しては平成4年4月1日、4病院団体より声明書が出された。

## III) 今回改定の大いなるミス

これに関してはすでに色々な方より色々な形で論議されているが、今回の1年6カ月を超える精神科入院患者の診療報酬点数の一括引き下げである。これに対し筆者の病院の所属する広島県支部では急遽総会を（平成4年2月21日、平成4年5月12日）開き、請願文を作成し、県議会にこれを提出し、採択されたが、これに添えて総会決議文も同時に提出したので、この全文を披瀝しておく。

### —広島県精神病院協会総会決議文—

#### 序文

昭和63年7月の精神保健法の施行により、精神障害者の人権保護及び社会復帰施策の展開が図られこととなったのは周知のごとくである。一方これに伴って病院の開放化の条件の1つとしていわゆる処遇困難の人々の治療対策を講じる必要が強く認識され、昭和62年から平成元年にかけて「精神科領域における他害と処遇困難性に関する研究」が厚生科学的研究の一環として行われた。

次いで平成3年3月諸外国の実状と多様な施策を調査研究するため4班の調査団が6カ国に派遣され「処遇困難精神障害者治療に関する調査報告

書」がまとめられた。

これらを総合して平成3年7月15日に「処遇困難患者対策に関する中間意見」が公衆衛生審議会より意見書が提出されたが、実状は不幸にして平成2年10月の精神障害者による丹羽元労働大臣刺殺事件をはじめとして、平成3年10月、12月に北海道における入院患者による院長刺殺事件、今年に入っても看護婦の殺人事件等があとをたたず、これに対して参院法務委員会での問題発言まで惹起し、社会的にも大きな問題になっている。その後にも平成4年4月12日、衆議院議員山村新治郎氏の突如遭遇されたご不幸な事件とあとをたっていない。当県においても精神科救急・精神鑑定業務をはじめとして、処遇困難患者のほとんど90%以上を当協会会員が率先して職業的使命感より日夜努力してきていることはご承知のとおりである。一方、日本精神病院協会の調査（加盟1,072病院中939病院からの回答（回答率87.6%））によると、平成4年3月31日現在で、全国では69.4%（174,142名）、当県での33加盟病院の中では67.1%（5,259名）の患者が1年6ヶ月を超えて入院している。そのうち、措置入院患者が2.9%（155名）、処遇困難患者が19.0%（1,000名）、精神症状が消失しないため退院させられない患者が40.1%（2,108名）となっている。こうした長年の努力にもかかわらず、今回の医療費の改定は精神医療の現状を無視したものである。

これに対し、広島県精神病院協会は臨時総会を開き、以下のとく決議した。

### 1. 措置入院患者の処遇について

今回の診療報酬改定により、1年6ヶ月を超える患者に関わる入院時医学管理料を一律に10点減点し119点とした。この中には1年6ヶ月を経てもなお病状が好転せず、処遇困難のまま経過している患者が約半数含まれている。そればかりか措置を解除できない患者もかなりの数、含まれているのである。今回の改定により当協会会員は、このために障害者に対する医療サービス及び質の低下を憂慮するものである。広島県における実数を上述したが、この際1年6ヶ月を超える措置入院患者は、本来的に医療と保護の義務をもつ国・県立病院で引き受けいただきたい。県当局は責任

をもってその実施のため、現場で調整してもらいたい。ついで1年6ヶ月を超えた時点で順次転送することにする。無理に消退届を出して退院させたりすると、どのような不祥事件が起こるかもしれない、われわれは危惧するからである。

### 2. 精神鑑定後の収容について

現状110%から定員まで圧縮しようとすると、新規入院患者の規制をどうしてもせざるを得なくなる。措置入院については入院当月のみ総数に算定しないことになっている。これでは翌月に当然定数が超過し、病院側のみが困ることになるのは判りきっている。これでは新規の措置を引き受けることはできない。例え精神鑑定を引き受けたとしても、その後の収容は県当局で考えてもらいたい。

### 3. 保健行政への非協力について

従来われわれは精神保健対策として精神医療審査会並びに各種審議会委員などを会員から派遣し、行政に協力してきた。これらの委員を6月30日をもってひきあげることとする。

#### 追記)

#### 精神科医療における当県の実状

全国的に措置患者の数は年々著しく減少している。この原因が治療の進歩や医学的知識の普及によるものであれば確かに喜ぶべきことである。しかし実状は病初期の病状が以前より軽く、措置症状を呈することが少なくなったのではないかから、鑑定申請の数は変わらないはずである。当県での実状を調べてみると、次のことが問題であることが判った。まず鑑定申請をしてから鑑定が実施されるまでの手続きが煩雑で時間がかかるようになっている。これは県が行う場合と保健所で行う場合があって、多少の差が生じたのはやむを得ないが、政令市などで保健所から鑑定申請を県へ要請してもなかなか応じてくれない。通常で丸2日はかかる。急性の患者をかかえていて、これでは間に合わないから、何とか先に警察で保護したり病院へ直行して入院することになってしまう。そうすると、もうその状態は保護されているのだから、自傷他害の恐れはないといって鑑定そのものの申請も却下される。入院後の処置については全く無関心である。勢い現場では29条の申請もしな

くなるのである。また入院中の患者が病状が悪化して家族を脅迫して退院を要請したりする。あるいは家族の理解が必ずしも得られない場合もある。こんな時に26条の2項を適用しなければならないのだが、これが殆ど実施されていない。

そもそも鑑定申請は、不時、突発的にでるから、民間病院としては常に緊急に入院を受け入れる用意をしておかなければならぬ。実際に措置の適応となるのは、病状の如何よりも家族の協力の有無を先行するから、措置数を遙かに上回る患者が緊急に入院しているのが現状である。これらの殆どが処遇困難例であるといってよい。官公立病院では、このような患者は受け入れてもらえないから、勢い民間病院が引き受けざるを得ない。処遇困難であるということは慢性化し、長期入院を必要とする例が多いということである。しかも官公立病院からは処遇困難あるいは単に慢性化する可能性があるというだけでわれわれの病院に転送されてくる。従って1年6カ月を超える患者の中には多くの処遇困難例が含まれているし、措置入院患者も含まれているのである。これらの患者は長期化するだけの理由があるのであって、手数がかかることは新規の入院患者に匹敵するものである。1年6カ月を超えるのだから、点数を低く押さえてもいいだろうと考えるのは全く実状に合わない考え方である。

しかし一方、長期入院患者の中に比較的病状が安定して、適當な収容先があれば退院させることのできる患者は確かにいる。この適當なというところが問題なので、今の法規の枠内では民間病院はそのような適當な施設を作りたくても作れないのである。高齢者対策にみられるような各種の施設を民間病院で経営する方法が可能であれば、この問題は一挙に解決する。今のように受け皿もないまま総定員をしづらり、1年6カ月を超える入院費を極端に下げれば、われわれも不本意ながら長期入院患者の処遇をあきらめざるを得ない。

行政側は数字だけみて効果があったと喜ぶかもしれないが、われわれ現場の人間は甚だ不安である。昨今のように新聞紙上をにぎわせる事件が起る度に、自分の病院が関係しているのではないかと恐れるのである。如何に行政の無理解の結果

だといつても、医者の良心としてはそれでは済まされない。従って今回の改定の措置は順序が逆だったと言わざるを得ない。新規入院についてわれわれ民間病院が協力してきたのも同じような理由からである。病状の悪いまま放置するわけにはいかないから、病院の都合など度外視してきたのである。せめて措置入院患者に対する一点単価の特別措置を施行してもいいのではないか。そうでなければ官公立病院に優先的に収容してもらいたい。

繰り返し言及すると、措置患者は非常に危険であり職員の手を煩わすこと、大である。しかるに入院料は医療保護入院や任意入院患者と同じ入院料である。この点非常に矛盾があると思う。如上のことを勘案し、多くの他県においてはすでに以前より措置入院患者の保護費として予算措置がなされており、当県においても長年この点を指摘してきたが、当県は措置入院の保護費を支出していないし、また精神科救急医療に関しても全く県の補助がないままにその殆どがわれわれ民間病院に委ねられている。多くの他県では実施しているのになぜ支給できないのだろうか。多年に亘って再陳情したにも拘わらずまだ何の回答もない。

広島県当局におかれましては速やかに当協会の要望を実現されるよう切望する。

尚、現下の看護婦等の不足は、特に民間精神病院において著しく、関連コメディカルスタッフの充足と相まって、早急にその対策を講じなければ精神病院の経営は危機に瀕し、精神医療の荒廃により県民の保健・福祉に大きな影響を及ぼす事は必至である。

基準看護などの申請・承認に際し、現状に則した柔軟且つ弾力的な指導をされたい。

とはいって、この問題は一県単位で解決し切れない問題を含んでおり、県の対応する範囲を超えるものは当然、国（厚生省精神保健課を通じて）で対応処置していただきたいと思っている。その後この問題は日精協中・四国地区協議会（平成4年6月27日）でも問題となり、決議文が作成された。この決議文を元に、下部組織である各県にフィードバックすることと、また上部団体である日精

協・日医・厚生省にも1つのパワーとなってぶつけようという主旨のものであった。これは精神科治療の本質にかかわる重大な問題であり、平成4年4月1日に作成された4病院団体による「医療費改定に対する声明書」とは一線を画するものであり、むしろ、百姓一揆のごとき悲愴感すら漂ってくる。

#### IV) 精神科医療に曙光を求めての提言

イ) 平成3年度日本医師会医療政策会議報告書(平成4年3月)に診療報酬のあり方(中間報告)が提出されている。この冒頭に診療報酬制度の5つの矛盾が掲げられている。

①各診療科別の不均衡

②診療所と病院の外来点数にかかわるバランス

③公的病院と私的病院における予算補助と税制の問題

④薬価改定と診療報酬改定を通じる医療費のシフト

⑤点数表の性格(技術評価か配分か)

ロ) 最近の厚生省の政策目標として、国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内に留めようとしているところがあるように思われる。確かに平成2年度の国民医療費が厚生省統計情報部より発表されたが、それによると20兆6千億円で、4.5%(8,800億円)の伸びであった。国民所得は昭和63年度より6.3%, 6.7%, 7.7%と毎年高い水準で伸びているので、幸いにして、この厚生省の政策目標は3年間連続で達成されたことになった。

ご存知のように国民医療費の増加の要因は、人口増0.3~0.4%, 人口の高齢化1.3~1.6%, この2つの要因を合わせて2%はここ数年ほとんど変化していないが、これにその他の増として自然増が加わる。診療報酬改定があればこれが加わることになる。

とは言っても、今までのよう有幸にも日本が好況で国民所得が年々数パーセントずつ伸びてきたから、1つの政策目標として国民所得の伸び範囲内で済んだわけであるが、今後この不況下であっては当然、国民所得の伸びは低下してくることが予測される。そうした場合、自然的に医療費

もこれを理由に押さえ込むということになるのであろうか。筆者としては、あまりこれにこだわることなく当然今後も人口増と高齢化増の2%は見込まれているわけであるから、その他の自然増についての効率の良い医療費の配分を検討すべきではなかろうかと思っている。こうした今までの規制の事象にこだわることなく精神科医療について以下のごとく提言するものである。

##### ハ) 今回の診療報酬改定に対する提言

1) 元来、精神科医療は低廉であり、医療費全体からみて総医療費の精神科の占める割合は10年前の7.2%に比較して6%と年々低くなっているのが現状である。さらに病院でありながら老人福祉施設よりも低いという矛盾がある。

今回の改定で老人性痴呆疾患療養病棟、治療病棟が新たに精神科医療で取り組まれたが、これによると療養病棟月約33万円、治療病棟38万円となり、これは一般の精神病院の月平均(1人当たり)20数万円よりもはるかに高い点数である。つまり病院の主たる病棟よりも、これらの新しい病棟はいたずらにケア要員をそろえるのみで、従来の看護婦本来の業務を無視しているにもかかわらず、主客逆転の矛盾を生ずることになった。この矛盾は重症・軽症を問わずいかなる疾患であっても同一の入院治療費であるという矛盾よりももっと奇妙な現象であると言わざるを得ない。

また老人と同じ扱いにある(地域医療計画外)思春期、精神病質、アルコール専門病棟等については、老人医療のみ高額な費用が付いただけで、その他の上述のごとき精神科の専門性に基づいた治療プロジェクトに対しては何ら経済的配慮はなされていない。

2) 精神保健法の第1条に「この法律は精神障害者等の医療及び保護を行い」とあり、従って、他科と異なり精神障害者の起こした自傷(自殺を含む)・他害(他殺を含む)の事件は管理者の責任となり、裁判所等で高額な賠償金の支払いを命ぜられた例は枚挙に暇がなく、莫大な金額が支払われている。つい先日の1992年6月18日の入院患者の離院殺害事件(横浜市)に対する(開放治療中の精神病患者の殺人事件)

## 参考 措置入院患者に対する補助金（全国）

	事業内容	金額(3年度) (千円)	対象
埼玉	措置入院者の収容協力費	300	指定病院(3)
東京	指定病院での措置患者の入院を円滑に進めるため看護体制の確保、充実と空床対策	164,865	指定病院
神奈川	協力医療機関における受け入れ協力、空床確保料等	51,960	指定病院
岐阜	措置入院受け入れに係わる補助金	1,600	指定病院(12)
愛知	措置患者入院に伴う助成金 新入院70,000円、在院20,000円	15,920	
滋賀	管理者賠償責任保険料の補助、レク、通院医療、職員研修の補助	7,965	指定病院(9)
京都	指定病院に対し取り扱い助成金	3,000	指定病院(10)
大阪	措置患者特別看護事業8,203 指定病院事故補償対策事業1,551	4,754	指定病院
兵庫	措置入院患者医療充実費補助	7,218	指定病院(34)
奈良	指定病院事故補償対策補助	319	指定病院(7)
山口	指定病院入院措置助成補助	500	指定病院
沖縄	指定病床及び措置入院患者数を所定の基準による補助	1,903	指定病院

判決では、1億524万余円の損害賠償の支払いが決定したことは目新しい。この判決で病院には患者の予見可能性、保護の義務を有することを明確にしたものである。これは精神保健法で第36条(処遇)に“医療または保護”の表現があり、ここで医療行為と保護することは別行為であることが法文上判然としたことに一致する。

## 3) 公私の問題

我が国における国公立病院の運営は一般会計からの繰り入れで賄われている。ちなみに平成元年度の国公立病院の決算状況をみると、国立病院は2,500億円、公立病院は4,400億円の繰り入れで賄われている。但しこれは運営に限ったものであって、土地や建物、設備など資本に関するものは含まれていない。かくのごとく、国公立病院と民間病院の運営には多大な官民格差が認められる。従って国公立病院の運営に独立採算性を導入すべきである。(病棟の基準看護比率に適合した適正な採用、配置以前の問題で

ある。)公私別建ての診療報酬体系の確立の必要性を強調したい。

以上の基本認識に立って、緊急に下記のごとき項目を要求する。

## i) 精神科保護加算の新設

精神保健法第29条6の2項の適応、第36条(処遇)、両条の項目により保護費を全入院形態に点数をつける。

- ①措置入院 1点20円
- ②医療保護入院 1点15円
- ③任意入院 1点12円

④: ②③については別途、精神保健法による入院患者の保護費として要求する。

## ii) 精神科入院再発加算及び入院精神療法の回数制限撤廃

入院1年を超える患者において自傷他害をはじめとして、妄想・幻覚・不穏・興奮等の精神症状の悪化をきたし、新規入院患者同等

の治療および保護を要する状態になった場合、精神科入院再発加算を算定する。

加算は、再発の時点で、新規入院時医学管理料および新規看護料に準じて計算する。さらに、入院精神療法についても同様の計算をする。なお、入院精神療法の期間については「6カ月以内、6カ月を超える」の期間を撤廃し、回数については週2回とする。

### iii) 「精神科集団生活療法」の新設

「精神科集団生活療法」は精神科を標榜している保健医療機関において、精神科を担当する医師および1人以上の看護婦等の従事者により構成されている2人以上の従事者が1年以上の長期入院患者に対して、社会生活の適応を図るために、1回50人を限度として、週1回を標準として施行する。点数は1日につき250点とする。

### iv) 精神科隔離室加算の撤廃

1週間を上限としているが、この期間の撤廃をし、使用した日数を算定できるようにする。

全国のZelle使用者 6,400人

(平成3年10月30日付)

(総ベッド数の1.8%)

現行 2,000(円)×6,400(人)×7(回)

= 8,960万(円)/月

案 2,000(円)×6,400(人)×30(日)

= 3億8,400万(円)/月

3億8,400万(円)×12(カ月)=47億(円)

47億(円)-10億(円)=37億(円)

(現行)

### v) 入院時医学管理料の期間計算

退院時起算日を6カ月→3カ月とする。

(医療経済委員会担当常務理事、  
広島・瀬野川病院 院長)

## 精神病院経営の今日的戦略

逸見 嘉彦

### 第1部 医療法第2次改正について

#### 〈公的病院と民間中小病院の道は分けられた〉

経済の発展は社会生活のレベルアップ、自己主張の確立をもたらした。贅沢な保健・医療・福祉の流れ。反面で高齢化、出生率低下、人手不足、快楽志向の社会が確実にやってくる。

自由と人権尊重のなかであらゆる日本型管理体制は崩れ将来わずかに、教育・医療・福祉の分野に公的管理体制がしぼりこまれるであろう。こうしたなか民間病院は医療の高度化と低医療費にはさみ打ちされ更に人手不足から苦しい経営に立たされる。遂には慢性病である悪性不治疾患のターミナルケア、老年疾患、慢性精神病、依存症などを受持たざるを得なくなる。これは特定機能病院と療養型病床群にはっきりあらわれている。

#### 〈医療は医師の独占企業ではなくなった〉

サービスの多様化を求める時代はついに保健、福祉(フィットネスクラブ、有料老人ケアホーム)のみが医療の分野(消毒、給食)にまで一般企業の進出を許し、その他正規の診療報酬外の差額私

費による種々のサービスを拡大した。情報公開のため病院の広報広告も規制が緩和され、そのため病院内容紹介や院内の表示サインなどの作成にその方面の専門業者によるファッショナブルな技術で競わざるを得なくなった。

#### 〈近い将来予想される第3次医療法再改正の注目点〉

○政府は、患者の病状に応じて適切な医療を提供することができるよう、総合病院その他の病院及び診療所の在り方、家庭医機能の充実等地域における医療を提供する施設相互間の業務の連携の在り方等医療を提供する体制に関し、引き続き検討を加え、……以下略。

#### ○附帯決議

一、引き続き医療施設の機能の体系化を推進することにより、国民に病状に応じた適切な医療を提供することができる医療供給体制の確立に努めること。また、医療従事者の重要性にかんがみ、その確保に努めること。

二、療養型病床群への患者の入院については、入院日数により一律に取り扱わないものとす