

特集 病院の医療費体系をどうする
精神病院における入院医療費

津 久 江 一 郎

病 院

第 52 卷 第 9 号 別刷
1993年 9 月 1 日 発行

医学書院

特集

病院の医療費体系をどうする

精神病院における入院医療費

津久江一郎

つくえ いちろう

日本精神病院協会常務理事、瀬野川病院
院長：☎ 739-03 広島県広島市安芸区
中野東 4-11-13

1993年3月19日、日本精神病院協会代議員会において、谷保健医療局長は、医業経営が厳しくなるなどの医療を取り巻く環境が変化していると指摘したうえで、「変わろうとしている医療に精神科医療も乗り遅れないように」と来賓あいさつをし、次いで広瀬精神保健課長は、「この1～2年のうちに考えて行かなければならない」とその時期が早いことを示唆した。これを裏づけるように「わが国の医療供給体制の将来構想」（厚生省健政策局）によると、精神病院においては、「入院患者の病状に応じ、療養型病床群と専門病院に分化する」とある。

確かに「医療施設機能分化と体系化を進め、医療施設機能にふさわしい構造設備、人員配置を定めることにより、患者の病状に応じた良質かつ適切な医療を効率的に提供する」という基本的な考え方が前提となっていることは、周知の通りである。現実に「今世紀最大の改定」と自賛した平成4年4月1日の医療費改定、これに遅れること1年後（平成5年4月1日）の第二次医療法改正は昭和23年以来の大改正であった。

兎にも角にも「良質な医療の効率のよい配分」をキャッチフレーズに、日医という大船の舵取りを、思い切って官僚主導型の政策誘導を行ったと言わざるを得ない。

しかし、これは今後の90年代に不可避な医療機関再編成の入り口に過ぎないと思われる。

かくのごとき厚生省の独走に対して、日本精神病院協会としては、機敏かつ柔軟に対応し、第三次医療法改正に焦点を合わせた、われわれ民間主導型のマスタープランを逸速く作成（中間報告）したので、老人医療、療養型病床群等と比較しながら、ここにその一端を報告する。

精神科入院医療費と問題点

精神科医療費には問題が2つある。

1つは一般科との比較であり、もう1つは精神科における公民間格差の問題である。

ところで本年（平成5年）6月2日の衆議院厚生委員会において古川保険局長は現在実施している医療経済実態調査の結果を踏まえて「精神科医療の特性である目に見えない技術料重視」の考え方に立った評価を行っていくとしながらも、平成3年6月の医療経済実態調査の表面上のみのデータより、一般病院より精神病院のほうが収支状況が良いと説明している。

国立、公的病院のデータを全く欠く精神病院の実態調査と一般病院との比較は全くナンセンスである。医療法人同志の比較を行った場合、結果は逆転するのである（後述）。

比較する客体は揃えるべきであり、かつせつかくの2年1回の調査を行っているのであるから、少なくとも前回（平成1年）との比較をすることによって経時的推移を推し量ることのほうがより正確であり、実際である。

そこで現在施行中の実態調査〔病院経営緊急状況調査（H5.6月）厚生省、第9回医療経済実態調査（H5.7月）中医協〕の結果を待つまでもなく、とりあえず中医協医療経済実態調査のH1年とH3年（6月の1か月間）の比較を精神病院の立場より分析した。

●'89、'91 中医協医療経済実態調査の分析と他科との比較

調査対象となった病院の規模を、1病院当たりの許可病床数、常勤従事者数の視点から、前回調査と比較すると表1の通りである。回答のあ

表 1 調査対象の病院規模

項 目	元年 6 月	3 年 6 月
許可病床数(床)	(274) 267	(282) 264
常勤従事者数(人)	(110.2) 100.8	(114.2) 100.8

()内は医療法人

(注) 常勤従事者数()内の数値は、医療法人だけのデータが公表されていないので「法人・その他」のデータを掲載した。

表 2 取扱い患者数

項 目	元年 6 月 1 カ月間	3 年 6 月 1 カ月間
在院患者延数(人)	8,541.9	8,683.4
病床利用率(%)	98.9	98.8
外来患者総数(人)	1,163.7	986.2
外来入院患者比率(%)	13.6	11.4

(注) 数値はすべて「法人・その他」の数値である。

った病院の規模は、許可病床数でみると総数では 267 床→264 床とやや減っているが、医療法人では 274 床→282 床と逆に増えている。常勤従事者数は総数では同数、医療法人では 110.2 人→114.2 人と増加している。

次に取扱い患者数を前回調査と比較してみた(表 2)。入院患者数は在院患者延数が 141.5 人増えたが、許

表 3 1 病院当たり開設者別収支額

	調査年月	医業収入	医業費用	医業収支差額	経常利益	病院数	許可病床数
公 立	H1.6	84,505	112,992	△28,487	△31,527	10	303
	H3.6	87,335	116,848	△29,513	△33,764	6	283
医療法人	H1.6	71,226	64,646	6,580	6,511	87	271
	H3.6	78,131	74,990	3,141	3,789	84	277
公益法人など	H1.6	109,486	107,556	1,930	2,391	8	419
	H3.6	102,286	103,986	△ 1,700	△ 3,017	11	389
法人・その他 総 数	H1.6	75,283	72,545	2,738	2,430	105	285
	H3.6	81,308	80,634	674	817	101	290

可病床数の規模が 288 人→293 人に増加したため、病床利用率はほとんど同率となっている。また外来患者総数は 177.5 人に減り、その結果、外来入院患者比率が 2.2 ポイントの減少となっている。こうした施設規模や患者数の動向は前回調査と比較する場合に考慮しておく必要がある。

精神病院全体の経営実態を把握するため、1 病院当たりの収支額を開設者別に概観してみる(表 3)。医業収入から医業費用を差し引いた医業収支差額(医業利益)は、すべての開設者においても前回調査を大きく下回り、医業収入に対する割合(医業利益率)もすべて低下している。

医業利益率を開設者別に前回調査と比較すると、公立病院がマイナス 33.7 % からマイナス 33.8 % とほとんど同率、医療法人病院は 9.2 % から 4.0 % と半分以下に大幅低下、「法人・その他」全体で医業利益をみても、額、率とも、大幅に低下している。また、経常利益の落ち込みも医業利益同様である。

次に医療法人を例に民間病院の経営実態を検証してみる(表 4)。今回調査(平成 3 年 6 月)と前回調査(平成元年 6 月)を比較してみると、きわめて大きな特徴は、医業費用の大幅な増加である。特に顕著なのは給与費の増額で、前回より 675 万円増(伸び率は 17.7 %)になっている。

表 4 精神病院・医療法人 1 病院当たり収支額の推移

	金額(千円)			構成比率			増減率		
	①62年11月	②元年6月	③3年6月	62年11月	元年6月	3年6月	②/①	③/②	③/①
I 医業収入	64,385	71,226	78,131	100.0%	100.0%	100.0%	1.106	1.097	1.213
1. 入院収入	59,122	64,748	70,757	91.8	90.9	90.6	1.095	1.093	1.197
2. 室料差額収入	87	125	134	0.1	0.2	0.2	1.437	1.072	1.540
3. 外来収入	4,898	5,648	6,502	7.6	7.9	8.3	1.153	1.151	1.327
4. その他の医業収入	277	705	738	0.4	1.0	0.9	2.545	1.047	2.664
II 医業費用	60,169	64,646	74,990	93.5	90.8	96.0	1.074	1.160	1.246
1. 給与費	35,194	38,032	44,780	54.7	53.4	57.3	1.081	1.177	1.272
2. 医薬品費	7,303	7,681	9,006	11.3	10.8	11.5	1.052	1.173	1.233
3. 給食用材料費	4,154	4,537	5,186	6.5	6.4	6.6	1.092	1.143	1.248
4. 診療材料費・医療消耗器具備品費	497	652	557	0.8	0.9	0.7	1.312	0.854	1.121
5. 経費	8,323	8,635	9,717	12.9	12.1	12.4	1.037	1.125	1.167
6. 委託費	1,481	1,857	2,344	2.3	2.6	3.0	1.254	1.262	1.583
7. 減価償却費	2,122	2,464	2,831	3.3	3.5	3.6	1.161	1.149	1.334
8. その他の医業費用	1,094	786	569	1.7	1.1	0.7	0.718	0.724	0.520
III 医業収支差額(Ⅰ－Ⅱ)	4,216	6,580	3,141	6.5	9.2	4.0	1.561	0.477	0.745
IV 医業外収入	1,892	1,967	2,934	2.9	2.8	3.8	1.040	1.492	1.551
1. 受取利息配当分	909	850	1,447	1.4	1.2	1.9	0.935	1.702	1.592
2. その他の医業外収入	983	1,117	1,487	1.5	1.6	1.9	1.136	1.331	1.513
V 医業外費用	2,045	2,036	2,286	3.2	2.9	2.9	0.996	1.123	1.118
1. 支払利息	1,574	1,746	2,090	2.4	2.5	2.7	1.109	1.197	1.328
2. その他の医業外費用	471	289	196	0.7	0.4	0.3	0.614	0.678	0.416
VI 経常利益(III+IV-V)	4,063	6,511	3,789	6.3	9.1	4.8	1.603	0.582	0.933
稼働病床数	260 床	273 床	277 床						

表5 精神病院・医療法人 100 床当たり収支額の推移

	金額(千円)			構成比率			増減率		
	①62年11月	②元年6月	③3年6月	62年11月	元年6月	3年6月	②/①	③/②	③/①
I 医業収入	25,210	25,970	27,746	100.0%	100.0%	100.0%	1.030	1.068	1.101
1. 入院収入	23,149	23,608	25,127	91.8	90.9	90.6	1.020	1.064	1.085
2. 室料差額収入	34	46	48	0.1	0.2	0.2	1.353	1.043	1.412
3. 外来収入	1,918	2,059	2,309	7.6	7.9	8.3	1.074	1.121	1.204
4. その他の医業収入	108	257	262	0.4	1.0	0.9	2.380	1.019	2.462
II 医業費用	23,559	23,571	26,630	93.5	90.8	96.0	1.001	1.130	1.130
1. 給与費	13,780	13,867	15,902	54.7	53.4	57.3	1.006	1.147	1.154
2. 医薬品費	2,859	2,801	3,198	11.3	10.8	11.5	0.980	1.142	1.119
3. 給食用材料費	1,626	1,654	1,842	6.4	6.4	6.6	1.017	1.114	1.133
4. 診療材料費・医療消耗器具備品費	195	283	198	0.8	0.9	0.7	1.221	0.832	1.015
5. 経 費	3,259	3,149	3,451	12.9	12.1	12.4	0.966	1.096	1.059
6. 委託費	580	677	832	2.3	2.6	3.0	1.167	1.299	1.434
7. 減価償却費	831	898	1,005	3.3	3.5	3.6	1.081	1.119	1.209
8. その他の医業費用	428	287	202	1.7	1.1	0.7	0.671	0.704	0.472
III 医業収支差額(I-II)	1,651	2,399	1,116	6.5	9.2	4.0	1.453	0.465	0.676
IV 医業外収入	741	717	1,042	2.9	2.8	3.8	0.968	1.453	1.406
1. 受取利息配当	356	310	514	1.4	1.2	1.9	0.871	1.658	1.444
2. その他の医業外収入	385	407	528	1.5	1.6	1.9	1.057	1.297	1.371
V 医業外費用	801	742	812	3.2	2.9	2.9	0.926	1.902	1.014
1. 支払利息	616	637	742	2.4	2.5	2.7	1.034	1.165	1.205
2. その他の医業外費用	184	106	69	0.7	0.4	0.2	0.576	0.651	0.375
VI 経常利益(III+IV-V)	1,519	2,374	1,346	6.3	9.1	4.9	1.492	0.651	0.846

表6 規模別1病院当たり収支額の推移(単位:千円)

	調査年月	医業収入	医業費用	医業収支差額	経常利益	病院数
50~99 床	S 62.11	30,567	29,001	1,566	1,749	1
	H 1. 6	21,341	33,746	△12,405	△12,453	2
	H 3. 6	34,433	32,387	2,046	2,515	1
100~299 床	S 62.11	48,109	45,453	2,656	2,607	64
	H 1. 6	54,597	51,686	2,910	2,765	62
	H 3. 6	54,377	52,426	1,951	1,605	56
300~499 床	S 62.11	92,512	87,467	5,046	5,507	28
	H 1. 6	99,069	95,461	3,607	2,970	37
	H 3. 6	102,467	102,802	△ 335	△ 889	36
500 床~	S 62.11	156,798	167,435	△10,637	△15,502	7
	H 1. 6	177,353	177,124	229	237	5
	H 3. 6	180,473	184,367	△ 3,893	2,765	8
総 数	S 62.11	67,975	65,591	2,384	2,143	100
	H 1. 6	75,283	72,545	2,738	2,430	106
	H 3. 6	81,308	80,634	674	817	101

これは前回の給与費の伸び率8.1%と比較しても、きわめて高い伸びとなっている。医療法人1病院当たりの医業収入は、月額にして690万円、率にして9.7%の伸びを示している。これは前回調査の伸び率10.6%を下回っている。医業収入の内訳をみると、入院収入7,076万円、外来収入650万円、構成比率でそれぞれ90.6%、8.3%であり、過去の調査から経年的にみると入院収入の構成比が漸次低減している反面、外来収入が漸増している。また医業費用の

面では、金額で1,034万円、率で16%と、医業収入を上回る伸びを示している。前回調査の伸びが、金額で448万円、率で7.4%であったのとは比べても、2倍以上の伸びであり、その結果、こうした収支の伸びの不均衡が医業収支差額および経常利益にも悪影響を与え、両者とも50%程度減少している。

次に調査対象病院の規模の違いを考慮して100床当たりの数値で医療法人の収支状況を検証してみる(表5)。医業収入は100床当たりでも

6.8%の伸びを示しているが、これは1病院当たりの伸び率9.7%と比べて2.9ポイントも低い結果となっている。一方、医業費用の伸びは13.0%と1病院当たりの伸び率16.0%より3ポイント低下しているが、医業収入の伸び率との対比でみると、逆に100床当たりのほうが高くなっている。医業収支差額、経常利益とも1病院当たりでみた場合と同様、半減しており、経営の厳しさが浮き彫りとなった。

続いて病床規模別の収支状況を検討してみる(表6)。ただしこのデータは医療法人だけのものは発表されていないため、「法人・その他」(国立・公立・医療法人・公益法人など)のデータを用いた。今回調査で医業収支額が赤字となっているのは300床以上の規模の病院であり、経常利益でも赤字になるのは300床~499床規模の病院である。50床~99床規模の病院は前回調査で医業収支差額および経常利益とも赤字に転落したが、今回調査では黒字に回復した。100床~299床規模の病院では、黒字計上しているものの、今回調査結果

表 7 1 病院当たり給料；職種別(単位：千円)

		S62.11	H1.6	H3.6
I 給 料	病院長	2,074	2,130	2,180
	医師・歯科医師	4,450	5,366	5,785
	薬剤師	492	624	671
	看護職員	12,973	14,978	16,592
	医療技術員	1,104	1,466	1,563
	事務員	2,343	2,520	2,815
	技能労務員	4,345	4,604	5,041
	役 員	1,100	1,370	1,204
総 数		28,881	33,059	35,849
II 賞 与		6,935	7,787	8,352
III 退職金		999	911	1,330
IV 法定福利費		3,027	2,934	3,840
計(I+II+III+IV)		39,842	44,791	49,370

では、医業収入は微減、経常利益は4割近く大幅減益となっている。

次に今回調査で大幅な増高がみられた給与費について、いくつかの視点から考察してみる。ここでも医療法人だけのデータがないため「法人・その他」のデータを用いることにした。給与費を1病院当たりの給料・賞与・退職金・法定福利費を合わせた広義の人件費という観点から前回調査と比較してみた(表7)。まず、1病院当たりの給料をみると、総数で279万円(伸び率8.4%)、内訳をみると看護職員の給料が月額161万円、率で10.8%と特に大幅な伸びとなっている。基準看護取得の促進あるいは看護職員の労働市場を考えると、今後ますます増加傾向が現出してくるものと推察される。また給料の増額に伴って、賞与・法定福利費の伸びも顕著で、人件費総額で468万円(伸び率10.5%)となっている。

次に常勤職員1人平均給料月額推移をみてみよう(表8)。調査月(平成3年6月)の病院従事者の平均給料は、医師94万1千円、薬剤師が27万1千円、看護職員が24万1千円、医療技術員が25万円、事務員が24万7千円で、職種別に給料の伸び率をみると、医療技術員、看護職員が特に顕著で、給料の引き上げで人材確保を図っている病院の姿がうかが

える。また病院長、役員の給料が低下しているのは、職員給料の引き上げのための財源を経営者自らの給料を引き下げることによって賄っている苦心の跡がうかがえる。医業費用の中で給与費の占めるウェイトが一番大きいことを考えると、人件費が医業経営を左右する重要なキーポイントに確実になっているといえる。

最後に私病院として医療法人病院を例にとって精神病院と一般病院を比較してみる(表9a,b)。1病院当たりの平均では、医業収入、医業費用とも金額では低いが、医業収支差額、経常利益とも精神病院のほうが高くなっている。この傾向は前回調査でも同様の結果である。しかし1病院当たりの平均値では、施設規模の違いが反映されないので、100床当たりの平均に置き直して比較してみると、また異なった結果が現出してくる(表9c)。医業収入、医業費用のいずれも精神病院が低くなっていることは変わりはないが、ここで医業収支差額も一般病院より低額になっていること、また経常利益が1病院当たりの平均では2.5倍程度高くなっていたのが、100床当たりでみると1.3倍とあまり格差が出てこないことがわかる。次に収支状況の差異を科目別に概観してみると、医業収入、医業費用のいずれも一般病院のほうが2.3倍高くなっている。医業収入

表 8 常勤職員1人平均給料：月額推移(単位：千円)

職 種	金 額			増減率	
	①S62.11	②H1.6	③H3.6	④/①	⑤/②
病院長	2,149	2,304	2,126	1.072	0.923
医師・歯科医師	928	974	941	1.050	0.966
薬剤師	231	258	271	1.117	1.050
看護職員	209	221	241	1.057	1.090
医療技術者	204	206	250	1.010	1.214
事務員	250	244	247	0.976	1.012
技能労務員	160	168	168	1.050	1.000
役 員	647	786	675	1.215	0.859
平 均	250	267	299	1.068	1.120

をその内訳からみると、外来収入の差は患者数の違いからその原因は明らかであるが、入院収入の格差は精神病院の低医療費からくるものであり、今後の診療報酬改定に関しては重要な要素となると考える。給与費については医業収入に対する構成比(人件費比率)では一般病院47.5%、精神病院57.3%と10ポイント近く精神病院のほうが高く、逆に材料費比率は一般病院27.0%、精神病院18.9%と8ポイント近く一般病院のほうが高くなっている。その他の科目については、あまり大差はみられない。

昭和30年代の精神病院新設、増設のラッシュ時代からすでに30年～40年経過していることから医療施設、設備もかなり老朽化が進んでいるものと推察され、昨今のアメニティー・ブームにも拍車がかかり、精神病院も改築、増築の時期が到来してきている。設備投資に伴い減価償却費、支払利息も一般病院の水準に高騰することも予測される。ますます精神病院の収支構造が赤字体質を醸成する方向で加速的变化が生じてくるものと考えられる。

現在H5年7月に急遽行われようとしている医療経済実態調査と比較すれば、上述の傾向はより深刻なものとなるであろう。

こういった医療経営の実態が緊迫した状態の中でH4.4.1の医療費の改定はなされたのである。

表9 1 病院当たりの収支額；収支科目(平成元年6月(a)と平成3年6月(b)
および100床当たり収入額；収支科目(c))

	(a) 平成元年6月		(b) 平成3年6月		(c) 平成3年6月	
	一般病院	精神病院	一般病院	精神病院	一般病院	精神病院
	千円	千円	千円	千円	千円	千円
I 医業収入	83,088	71,226	88,531	78,131	63,539	27,746
1. 入院収入	53,288	64,748	55,535	70,757	39,858	25,127
2. 室料差額収入	1,486	125	1,796	134	1,289	48
3. 外来収入	26,054	5,648	28,637	6,502	20,553	2,309
4. その他の医業収入	2,260	705	2,564	738	1,840	262
II 医業費用	76,957	64,646	85,574	74,990	61,417	26,630
1. 給与費	37,476	38,032	42,028	44,780	30,163	15,902
2. 医薬品費	16,434	7,681	17,329	9,006	12,437	3,198
3. 給食用材料費	2,251	4,537	2,398	5,186	1,721	1,842
4. 診療材料費・医療消耗器具備品費	3,624	652	4,156	557	2,983	198
5. 経費	9,989	8,635	11,575	9,717	8,307	3,451
6. 委託費	2,936	1,857	3,472	2,344	2,492	832
7. 減価償却費	3,387	2,464	3,389	2,831	2,432	1,005
8. その他の医業費用	858	786	1,227	569	881	202
III 医業収支差額(I-II)	6,131	6,580	2,958	3,141	2,122	1,116
IV 医業外収入	1,784	1,967	2,380	2,934	1,708	1,042
1. 受取利息・配当金	540	850	915	1,447	657	514
2. その他の医業外収入	1,244	1,117	1,465	1,487	1,051	528
V 医業外費用	2,891	2,036	3,854	2,286	2,766	812
1. 支払利息	2,527	1,746	3,233	2,090	2,320	742
2. その他の医業外費用	365	289	621	196	446	69
VI 経常利益(III+IV-V)	5,024	6,511	1,483	3,789	1,064	1,346

●'92 医療費改定の精神科における最大の矛盾

この改定で精神科医療において最大の不合理は、1年6か月を過ぎる入院患者に対して、入院時医学管理料が一律に10点減額されたことである。

これは精神疾患の根幹にかかわる重大問題である。

日精協 H 4.3.30 調査によると1年6か月を越える入院患者は実に全入院患者の69%を占めており、そのうちには強制措置入院患者6.2%、処遇困難患者18.4%、精神症状の重症なため退院させられない患者が56.1%含まれている。

つまり退院させようにもさせられない患者が長期入院患者の80%を占めているという精神疾患の特異性を無視したものであった。

これによる減収分は全国で推計年間80億円に相当する。

さて精神科領域においては20年ぶりの精神保健法の改正があり、す

でこの5年後の見直しの時期が来たため、H 5.4.23 一部改正の答申がなされた。

本論文の主旨とはずれるため一部改正が行われるということのみにとどめる。

いずれにしろこの法の骨子は「患者の人権と社会復帰」にあるのは周知の通りである。

この2本の柱を推進させて行くには、まず処遇困難患者の処遇を解決しなければ真の精神病院の解放化はあり得ない。

これに対してH 3年7月15日「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として提出されたが、実情は不幸にして精神障害者による丹羽元労働大臣刺殺事件(H 2.10月)、H 3年10月、12月、北海道で発生した入院患者による院長、看護婦の殺人事件、H 4年4月、山村衆議院議員の突如遭遇された不幸な事件と後を絶っておらず、このため、参議院法務委員会で

の問題発言等社会的にも大きな問題になって来ている。

にもかかわらず、その結果は報告書の提出のみで、具体的には何の策も予算も実行に移されていない。

現在入院中の約2,000名と推定される“重症措置入院患者”の処遇を今どうするのかという現実こそ焦眉の急である。

療養型病床群と精神病院の機能分化

兎にも角にも療養型病床群と特定機能病院はH 5年4月1日よりスタートした。

しかしこのどちらも、それまでは“一般病床”であった。

では“一般”とはどういう意味合いでもって言われるのかというと、精神、結核、伝染病等との対比で一般なのである。しかし一般という機能はいかにあいまいであり、“療養型”との対比で“急性病床”が妥当と思う(社会保険旬報No. 1795 '93.4.1 岡田玲一郎)とある。

さらに結核病床については療養型病床にカウントするべきだと思うとある。

しかし、精神科医療においてはこの考えは当てはまらない。

精神疾患が疾患の性質上長期に亘り治療が必要である疾患であることは否めないが、単に疾患を単純に長期か短期で分けるのではなくて、慢性疾患といえども急性増悪を繰り返すという特徴をもっているのであるから、まず、病状別の機能分化を実践すべきである。

精神科においては、急性・慢性の範疇を超えて、専門性、特化、機能分化でまず病棟を分けるべきである。

●日本精神病院協会マスタープラン

平成5年3月19日、日精協臨時総会において、“将来の精神科医療供給

体制構想（中間報告）”を表示した。

この中で第5章「将来の精神病院機能分化への提案」は主として日精協医療経済委員会において構想を練られたものであった。

この大要は表10のごとくである。現行の診療形態をそのまま維持しながら、(A)一般精神病床群(仮)、(B)療養型病床群(仮)として4型の人的配置に分け、これらを採用するかどうかは選択性とした。それ以外の(C)専門病床群(仮)は特化としてそれぞれのハード・ソフト両面の基準を設けるとした。

●療養型病床群置き換え作業

日精協医療経済委員会ではH4年11月分の診療報酬を実験的に全病床すべて療養型病床Ⅰ群入院医療管理料Ⅲ型に置き換える作業を行ってみた(表11)。さらに老人医療・療養型病床群・精神科医療の比較を表12にしてみた。いかに精神科医療が低廉であるかが判明する。これによると一見すると1人当たりの月収は増加するかのごとく思われるが、実際には病室面積4.3㎡→6.0㎡にすると、3割から4割程度の総病床数の減少につながることになる。

また看護基準類別が上の病院ほど現在の収入と置き換えた療養型病床群との間に逆ざや現象が出てくることが判る。

表10 精神病院機能分化ならびに社会復帰援助施策体系
(‘93日精協マスタープランの一部分)

精神病院	A(仮)一般精神科病床群 現行の基準看護を適用 病状、疾病による複数の病床群に対しては病棟別基準看護を導入。 入院時医学管理料の通減制は要検討。 出来高払い制度とする。
	B(仮)療養型病床群(50床としての人的配置)(40~60床規模) 患者：職員/ 看+准 /その他*/医師 Ⅰ型 {3:1(18人)/6:1(9人)/ 6:1(9人)/1人} Ⅱ型 {4:1(14人)/6:1(9人)/12:1(5人)/1人} Ⅲ型 {4:1(14人)/8:1(7人)/8:1(7人)/1人} Ⅳ型 {5:1(10人)/8:1(7人)/16:1(3人)/1人} 療養型病床群は選択制とする。入院期間は問わない。 まるめと出来払いの選択制、入院時医学管理料の通減制度はなし。 施設基準：定員原則6人以下。 生活療法室、作業療法室、デイルーム、浴室、体育館、農園等は加算の対象とする。 入院費については、Ⅳ型でも老人保健施設の入院費以上とする。 * TSW、CP 加算
	C(仮)専門病床群 それぞれ(施設基準) 精神科救急(PICU) 急性期病床群 重症病床群 重症措置病床群 合併症病床群 アルコール病床群(設備基準のみあり) 薬物中毒病床群 児童・思春期病床群 老人精神病床群：対象としてすべての老人期精神疾患患者を対象とする。 (既)老人性痴呆疾患治療病棟 {看等6:1(9人)、助5:1(10人)、その他(2人)計21人} まるめと出来高払いの選択制、面積広 (既)老人性痴呆疾患療養病棟 {看等6:1(9人)、助8:1(7人)、その他(1.5人)計17.5人} まるめと出来高払いの選択制、面積広

[注] A, B, Cいずれの場合においてもPSW, CP加算を検討

また、基準看護の無い、無類の病院においては、多数の介護職員を必要とすることになるか、30~40%の減床を余儀なくされることになる。この2つの結果と、わが国の精神科の病床利用率が現在97~96%であることより判断しても、一律に病院全体を療養型病床群に変更するのではなくて、まず病院内の病棟別機能分化すなわち病棟別基準看護を行って行くことがとりあえず必要となり、病院の合理化につながっていく

表11 療養型病床群に置き換え(平成4年11月分)(日本精神病院協会医療経済委員会)

病院	病床数	基準看護 類別	11月分総収入(円)	作業療法 あり・なし	11月1人当たり 月収(円)	療養型3型1人当たり 月収(円)	その他
H	254	基のみ		なし	236,770	323,670	
N	446	2類		なし	243,960	335,400	
Y	290	2類	69,056,860	あり	247,080	340,440	
K	515	基本1類		あり	289,180	348,020	
N	278	特1類Ⅱ	101,780,800	あり	335,910		1日当611点-603.2点(4項目)=2.8点
H	358	基本1類	112,140,170	あり	292,030(+) 287,790(-)	326,030	
S	315	基本2類	92,183,000	あり	290,946(+) 284,550(-)	361,500	6㎡にすると57床減
N	67	その他1種	15,822,800	なし	245,699	351,368	6㎡にすると27床減
T	144	基本1類		なし	257,920	322,860	
M	321	その他1種		あり	243,120	345,970	
M	240	特1類Ⅱ	79,955,310	なし	324,120	329,250	
S	189	その他1種		なし			43人 52床減

表 12 老人医療・精神科医療と療養型病床群

老人保健施設	痴呆専門棟加算 看 4人 助 15人 その他 0.5人 19.5人 33万			痴呆性老人加算 看 4人 助 14人 その他 0.5人 18.5人 32万			看 4人 助 10人 その他 0.5人 14.5人 30万			面積広 オール まるめ 食費自 己負担
特例許可老人病院	入院医療管理(I) 看(6:1) 9人 助(4:1) 13人 22人 40万	入院医療管理(II) 看(6:1) 9人 助(5:1) 10人 19人 38.7万	入院医療管理(III) 看(6:1) 9人 助(6:1) 9人 18万 37.8万							面積狭 部分ま るめ
療養型病床群				療養Ⅰ群入管料Ⅲ型						面積広 部分ま るめ
精神科(老人)	老人性痴呆疾患 治療病床 看(6:1) 9人 部分まる 助(5:1) 10人 めと出来 その他 2人 高払いの 21人 選択制 35万			老人性痴呆疾患 療養病床 看(6:1) 9人 部分まるめ 助(8:1) 7人 その他 1.5人 17.5人 32.3万						面積広
精神科(一般)				精神科特Ⅰ(Ⅱ) 看 13人 助 4人 17人 31万			精神科基本Ⅰ 看 9人 助 4人 13人 29万			その他2種 看 7人 助 0人 7人 面積狭 出来高 払

ことが判明する。

良質な医療を確保するためには、今回の第二次医療法改定にそった豊かな社会に見合う快適性と効率のよい医療費の配分のため、この際、療養型病床群精神科導入のためには是非とも、精神病院におけるケアミックスの提案とこれに要する病床の増床ではなく、私的病院改築に対しての補助金、運営費等の低利の融資を国が用意し補償することを提案したい。

次期診療報酬改定 重点要望

●医療経営基盤の安定確保

精神科入院部門における原価補償原則の確立は長年主張し続けている正論である。

とはいえ、病院の Capital cost は、米国のごとく医療費に計上されておらずフロー概念で計上することを原則としている。

しかしながら H 4.4.1 の医療費の改定、これに続いて H 5.4.1 の第二次医療法改正によって患者のアメニ

ティの向上という観点により特に長期間入院患者にとって、談話室、食堂、浴室等、生活関連諸室の評価がなされたのは周知の通りである。

精神病院ではこうした生活空間を従来より重視しており、これに加えて、運動場、農場、体育館、作業場等、広大な生活環境を整えて実践して来ている。

しかしながら、同じ Hospital fee と見なされる入院時医学管理料において一般科(特に老人医療)との格差は著しい。こうした不採算部門に対する適正な評価を期待する。

なお、Capital cost については公私間では全く異なる形態であり、この格差は、医療供給体制において我が国においては民間病院に大きく依存している現状から、公私間格差という不公平な歪みを生み出している。

このことより、“公私間別建ての医療費”“国公立病院の包括払い”という議論も起こっている。

つまり現状の、人の多く配置している所に重点的に診療報酬を上げる

という、今の医療費改定方式では、高い基準看護の、必要以上の看護職員を擁して経営を維持する国公立病院がまた潤い、公私間格差は益々拡大するという矛盾が出てくる。これは、看護の基準に関する厚生省告示による正・准看比率の遵守を怠ることになり、ひいては国民の税金の無駄使いにつながる。会計検査院のチェックの対象になることを危惧する。

このことは、公私の病院の入院患者の処遇の差別となって表れ、精神保健法の患者の人権を尊重するという主旨に悖りかねない。

差し当たりこうした不公平を解消するためには、実情にあった私的病院に対して、公的助成としての補助金(整備費、運営費等)を講ずることが是非とも必要である。

●技術料中心の診療報酬体系の確立

精神科固有の無形専門技術に対して適正な評価、例えば入院精神療法、集団精神療法の入院患者への適応等、現在最も必要とされ、現に精神科治療を実践しているチーム医療に

対しての評価をされたい。

具体的には以下のごとく5項目に集約して要望する。

1) 入院時医学管理料算定方法の改正(措置入院患者、医療保護入院患者について)

同一疾病により、精神病院に入院している患者に対して、法令に基づき都道府県知事に対して措置入院患者は6か月、医療保護入院患者は1年ごとに疾病の病状報告を義務づけられている。

継続して適切な治療を行っているにもかかわらず、措置入院患者では入院6か月目、医療保護入院患者の場合には入院1年目の定期病状報告の時点において引き続き入院治療が必要と認められる場合は、入院の時点に遡って、入院時医学管理料を算定できるものとする。

2) 入院精神療法について

精神科医療にとって短期入院、社会復帰を促進するために最も必要な手法である。入院形態を問わず退院まで週2回とし、入院の日から起算して6か月以内の期間に行った場合は1回300点を、6か月を超えた期間に行った場合は1回200点を算定する。

3) 集団精神療法の入院患者への適応

現在、外来患者についてアルコー

ル依存症または児童・思春期および精神分裂症が認められている。入院治療する上で個人に対する入院精神療法と同様に集団治療することは効果のある手法である。対象疾患は精神疾患を有する者(ただし器質性疾患を除く)とする。

4) 精神科隔離室加算の期間改正

1週間を上限としているが、この期間を2週間までとする。

5) 病棟機能別基準看護制度の導入



まとめ

① '89と'91の中医協医療経済実態調査を分析すると、

イ) 医業費用が医業収入をはるかに超えた伸びを示している。この収支の伸びの不均衡が医業収支差額、経常利益に悪影響を与えている。

ロ) 精神病院(私的)と一般病院を比較するため、100床当たりの平均に置き換えると、医業収入、医業費用のみならず医業収支差額も精神病院が低額となる。

ハ) 一般病院が医業収入、医業費用のいずれも精神病院より2.3倍高く、精神病院の低医療費が浮き彫りにされた。

② '92医療費改定の精神科における最大の矛盾は私的病院にそのほと

んどが治療をゆだねられている処遇困難患者の処遇に全く配慮せず、逆に1年6か月超の入院患者に対して入管料は一律-10点となった。

これは精神疾患の特異性を無視したものである。

③ 日精協“将来の精神科医療供給体制構想”(中間報告)(マスタープラン)では現在の一般精神病床をそのまま維持しつつ、療養型病床群を4型想定してみたが、一般病院における療養型病床群は一般病院の範疇にあるので、精神病院もこれに組するためには、精神科療養型病床群を検討するのではなく、少なくとも療養型病床I群入管料III型に移行することを検討すべき時にあると思う。その他は専門病棟としてそれぞれハード・ソフト両面での基準をもうけ、これに適応した経済的配慮をすべきである。

こうした精神病院の交通整理を行うためにはまず、病棟別基準看護を実施することから機能分化は促進されよう。

④ 第二次医療法改正によるアメニティの向上という観点より、精神病院におけるCapital costに対する原価補償の原則と、公私間の不公平を解消するため、私的病院に対する補助金を講ずることが是非とも必要である。 ■

病院における医療事故紛争の予防

岡田 清・岡井清士・木下健治

●A5 頁288 図19 1993
定価3,708円(税込) 千400
[ISBN4-260-13600-3]

病院内で日常とくに発生しやすい医療事故・紛争の予防と、もし発生した場合の対処の仕方について、Q&A形式をとって、具体的に解説した。著者は、「都立病産院医療事故防止対策推進委員会」の委員で、長年、医療事故・紛争の予防や処理に携わってきた人達である。医師・弁護士共同執筆であることも本書の特色のひとつ。