

# 精神病院における保険医療の問題点

津久江 一郎

---

臨床精神医学 第22巻 第10号 別刷

国際医書出版



## 精神病院における保険医療の問題点

津久江 一郎\*

**Key words:** insurance, medical fee, drug dependence,  
Japanese association of psychiatric hospitals

### はじめに

「公が謀りて私が贖う」

“今世紀最大の改定”と自賛した医療費の改定は果たして成功したのか。

昨年、米国の医療費総額は前年比13.2%増の8,390億ドルであった。これはGNPの14%（カナダ9%，日本6%台）に達した。

3,700万人ともいわれる無保険者を解消して、国民皆保険を目指す米大統領の方針は、言い換えれば、今までの“個人の自由の尊重”から今後“平等”への社会福祉型の医療への変換であり、これを国民が受け入れるかどうかは興味のあるところである。

いずれにしろ、医療費が米国の財政を飲み込むブラックホールのような存在になりつつあることは事実である。

一方、わが国においては、今世紀最大の大改革であった（平成4年4月1日）医療費改定は、厚生官僚をして「今までうまくいくとは思わなかった」と言わしめている。

これに遅れること1年後（平成5年4月1日）の第2次医療法改正は、昭和23年以来の大改正であり、“良質な医療を提供する”という理念に基づいたものであった。これは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いわざるを得ない。

古来より民の側の実情などを無視した苛烈誅求を言外に意味した言葉に“公が謀りて私が贖う”というのである。

兎にも角にも“良質な医療の効率の良い配分”をキャッチフレーズに大改正は行われた。そのため、とりあえず特定機能病院、療養型病床群という医療施設の体系化がなされたのである。

しかし筆者は、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っている。かくのごとき厚生省の独走に対して、日本精神病院協会は機敏かつ柔軟に対応し、第3次医療法改正に焦点を合わせた民間主導型のマスタープランをいち早く作成し、これを世に問う必要に迫られている時にみると判断している。

### I. 療養型病床群をどう精神病院に取り入れるべきか

1. 平成5年3月19日、日本精神病院協会臨時総会において、“将来の精神科医療供給体制構想”（中間報告）を公表した。

この第5章“将来の精神病院機能分化への提案”は、主として日本精神病院協会の医療経済委員会において構想は練られたものであった。この大要は表1のごとく現行の形態をそのまま維持しながら、1) 一般精神科病床群（仮）、2) 療養型病床群（仮）として4型の人的配置に分け、これを採用するかどうかは選択制とした。それ以外の3) 専門病床群（仮）は特化としてそれぞれのハード、

Ichiro Tsukue: Suggestions to the medical insurance system from the mental hospital

\*瀬野川病院 [〒739-03 広島市安芸区中野東 4-11-13]

**表 1 精神病院機能分化ならびに社会復帰援助施策体系**  
('93年日精協マスター・プランの一部分)

精神病院	<p>—A (仮) 一般精神科病床群</p> <p>現行の基準看護を適用</p> <p>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</p> <p>入院時医学管理料の通減制は要検討</p> <p>出来高払い制度とする</p> <p>—B (仮) 療養型病床群 (50床としての人的配置) (40~60床規模)</p> <p>患者: 職員 / 看+准 / その他* / 医師</p> <p>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}</p> <p>療養型病床群は選択制とする。入院期間は問わない</p> <p>まるめと出来高払いの選択制、入院時医学管理料の通減制度はなし</p> <p>施設基準: 定員原則 6人以下</p> <p>生活療法室、作業療法室、デイルーム、浴室、体育館、農園などは加算の対象とする</p> <p>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</p> <p>*PSW, CP 加算</p> <p>—C (仮) 専門病床群それぞれの (施設基準)</p> <p>精神科救急 (PICU)</p> <p>急性期病床群</p> <p>重症病床群</p> <p>重症措置病床群</p> <p>合併症病床群</p> <p>アルコール病床群 (設備基準のみあり)</p> <p>薬物中毒病床群</p> <p>児童・思春期病床群</p> <p>老人精神病床群: 対象としてすべての老人期精神疾患者を対象とする (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性、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</p>
------	--

(注) A, B, C いずれの場合においても PSW, CP 加算を検討

ソフト両面の基準を別にもうけるとした。

## 2. 療養型病床群置き換えと今後の日精協方針

日精協医療経済委員会では、平成4年11月分の診療報酬を全病床をすべて療養1群入院医療管理料Ⅲ型における置き換え作業を行った。これによると、一見すると1人当たりの月収は増加しているかのごとく思われたが、実際には病室面積が4.3 m<sup>2</sup>から6.0m<sup>2</sup>になれば、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。こうな

ると、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ぎや現象が発生することになる。

では基準看護のない、無類の病院においてはどうかというと、今以上に多数の介護職員を必要とすることになるか、または減床を覚悟しなければならない。この2つの結果より判断しても、一律に病院全体を変更するのではなくて、まず病院内の病棟別機能分化を促進していくことがより実際

的であることが判明する。

ところで、すでに“今後の精神医療のあり方にに関する研究”（厚生省研究班、平成3年）において、良質な精神医療を求めていろいろな提案がなされているが、その骨子の1つに「5～10年の期間で9万床精神病床数を減少する」というのがあるが、病棟機能分化を促進するという点においてのインパクトを惹起したという評価はあるにしても、現実を直視していない暴論であることには変わりがない。

つまり、一般科においては100床以下の病院の病床利用率は62%であり、精神病院の平均病床利用率は96～97%なのである。この事実を踏まえれば、今後の日精協のとるべき方針は自ずと決まってくるのである。

1) 病床削減することは、精神科において現時点では不可能であり、社会復帰施設の推進と同時に病棟の機能分化を図るべきである。

2) 当座一般精神科のスタイルをそのまま継承しつつ、あくまで精神科の専門性（救急、急性、重症、薬物中毒、処遇困難、老人など）のハード、ソフト両面の日精協案をいち早く提案し、良質な医療を確保するために、この部分の大幅な医療費設定を検討していくべきである。

3) 良質な医療の確保をするためには、いま一つ、今回の第2次医療法改正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、療養型病床群実現のためにはぜひともケアー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、運営費などと低利の融資を国が用意し補償することを提案する。

## II. 精神科医療に関する医療費の矛盾

今世紀最大といわれた平成4年4月1日の医療費の改定は、あまりにも経済誘導的であり、精神科医療においての最大の不合理は、1年6カ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。

日精協の平成4年3月30日調査によると、1年6カ月以上の入院患者は、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%，精神症状の重症な患者56.1%が含まれているのである。つまり退院させようにもさせられない患者たちが長期入院患者の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。これに対しては、いち早く日精協各県支部でそれぞれの方法で対処した。ちなみに、筆者の所属する県においては、請願文を提出し、平成5年度より措置入院患者に対する補助金を交付していただくことが県議会で採択され決定した。日精協全体としての対応としては、平成4年9月18日の総会で決議文を作成し、厚生大臣あてに提出した。

さて、精神科領域においては20年振りの精神保健法改正があり、すでに5年後の見直しの時期を迎える、平成5年4月23日精神保健法の一部改正の答申がなされた。このことに関しては、本論文の主旨とそれるため一部改正されたということのみに止める。

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とおりである。この2本の柱を推進させていくには、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。そこで精神科領域において、“処遇困難精神障害者対策”は昭和62年厚生科学研究の一環として行われ、さらに平成3年3月には諸外国の実情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」がまとめられている。これらを総合して、平成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月に入っても北海道で発生した入院患者による院長刺殺事件、看護婦の殺人事件などが後をたたず、これに対して参議院法務委員会での問題発言まで惹起した。その後、平成4年4月12日衆議院議員・山村信治郎氏の突如遭遇された不幸な事件と後をたっておらず、社会的にも大きな問題になってきている。にもかかわらず、その結果は報告書の提出のみに止まり、具体的には何の策も予算

表2 平成3年度措置入院発生件数（瀬野川病院：広島県）

( ) 内は1次鑑定

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
広島県	11	16	16	14	15	10	9	8	13	7	7	14	140
瀬野川病院	0	2	7(1)	6	5	4	3	3	5	2	5	5	47(33.6%)*
時間外入院	0	1	0	2	3	0	0	0	0	0	1	1	8(17.4%)**
土日祝日入院	0	0	2	1	1	0	0	1	3	1	0	2	11(23.9%)**

\* 広島県における総発生数に対する比率 \*\* 瀬野川病院における総発生数に対する比率

☆時間外入院と土日祝日入院は瀬野川病院での発生数

☆時間外入院は平日の午前9時より前、もしくは午後5時を過ぎてよりの入院

も実行に移されていない。

患者が処遇困難なのではなく、「今まで放置していた精神医療の貧困」の方が処遇困難とも言える。当院の所属する広島県における現状を表として参考提出し、大多数の処遇困難患者が民間病院で曲りなりにも処遇されている現状を指摘しておきたい。一方、平成4年6月18日、岩手県における強制措置入院患者の離院殺害事件においては、当該病院が管理責任を問われ、損害賠償1億5千万円余の支払いが命ぜられた。この判決で精神病院には治療のみでなく、患者の事故の予見性、保護義務を有することが明確にされた。

とは言え、昭和62年、すでに厚生省の国民医療総合対策本部より出されている“良質な医療の効率の良い配分”を意図する今回の医療費の改定に対しては、政策誘導のそりがあるにしても正論であり、大筋においては強い賛同の意を表するものである。ただあまりにも一度にメリハリを効かせたために、あちこちに隙間や歪みが出来ることは否めない。

その1つの例が、精神科においては1年6カ月を超える入院患者における入管料の一括10点減額の問題であるといえよう。これによる減収分は、推計で年間で約80億円に相当する。現在、全国で7,000名余の措置入院患者のうち、中間意見のいいう“重症措置入院患者”を今どうするのかという現実こそ焦眉の急ではなかろうか。

### III. 精神障害治療プロトコール

最近のわが国における医療費改訂で、薬価を下

げてその分技術料を評価するというのがルールとされてきたはずであった。しかし現実には技術を評価することは大変難しく、勢い目に見える“人と物”に対しての評価が主となざるを得なかった。

精神科における医療行為を配分の理論と医療費として、保険でどこまでみるかということになると、目にみえない技術料に対して点数をつけるという作業では、他科に比べて精神科は極めて劣勢となる。現に、総医療費の精神科の占める割合は、10年前の7.2%から、現在6.0%にまで年々下がってきてている。これは精神科医に対する差別ではなくて、精神病者に対する差別であると言わざるを得ない。

とは言え確かに、従来の精神科医療は、患者のその時々の症状に左右され、ややもすると主治医の経験と直感（観）に頼り、治療の一貫性を欠くべきであった。わが医療経済委員会では、医療行為をプロトコールとして、さらにこれに基づき疾患別治療プログラムを作成し、より計画的に治療を行うように検討している。

さて、現在の精神科医療を行う過程で最も重要なのはチーム医療であろう。このチームにあって、オピニオンリーダーとしての医師の役割を再確認し実践することで、チーム医療がより有機的・効果的に機能すると確信する。

実際に作成した治療プログラムは、ICD-10-CMにより取りあえず10の疾患群について作成した。さしあたって前章の処遇困難患者の治療関連問題を受けて、当院で実践している“1. アルコー

ル依存症治療プロトコール”および“2. 人格関連障害治療プロトコール”の二者について“治療プログラムに基づいたチーム医療におけるコストの試算”を報告し、現在の精神科医療が診療報酬という形でいかに低い評価を受けているかを探ってみた。

現在アルコールを含む薬物依存症および人格関連障害患者の治療経過において、その特異性を考慮して行われており、なおかつ効果を期待できる治療法は、薬物依存症に対しては集団療法を基礎としたチーム医療であり、人格関連障害に対しては厳重な危機管理の上に成り立ったチーム医療である。この医療チームには医師、看護婦、作業療法士(OT)、臨床心理士(CP)、精神科ソーシャルワーカー(PSW)など患者の治療に関わるすべての職種が投入される。これらの実際に目にみえてこない治療に対して、患者1人に要した人的コストを平成5年2月の瀬野川病院において、医療チームを構成するスタッフが実際に患者に関わった時間とそれらスタッフの時給から試算した。

具体的な結果としては、表面に現れてこないこれらの医療サービスに、多大な時間と労力を要しており、しかもそれらが精神科治療において患者の回復に欠かせないものであるにもかかわらず、治療困難性に加えて正当な診療報酬を受けておらず、薬物依存症および人格障害の診療において、非採算部門のため、病院経営上、これ以上専門病棟として継続することが困難で、ひいてはこれが治療者の志気、チーム医療の解散、病棟を閉鎖しかねないところまで追い詰められている状況(実際に2、3の他の病院では専門病棟閉鎖の憂き目をみている)にあることを憂慮する。

### 1. アルコール依存症治療プログラム

治療プログラムは全経過が平均12週である。4週を第1期・離脱期、その後の8週を第2期・回復期とする。コミュニケーションカルスタッフの投入は第1期の経過において、第2期への導入が可能になった時点で行う。医療チームは精神科医師、内科医師、看護婦、CP、OT、PSWで構成される。

#### 第1期・離脱期

①離脱に対する集中管理：精神運動興奮を伴う離脱せん妄・情動不穏に対しての隔離室使用、身

体合併症の重篤さに応じた集中治療室の使用、解毒に対しての解毒室の使用。

②離脱に対する一般管理：集中管理に引き続き心身の安静をはかり、身体合併症の治療と体力の回復、入院に対する不安の解消と依存症への認識をつけ、治療意欲を高める。

③第2期への導入：依存症の予後を決定する重要な作業である。

#### 第2期・回復期

集団療法：依存症の治療において最も効率的かつ効果的な療法と言われる、回復期全般に流れる基本的治療構造といつてもよい、全医療スタッフを投じて入院中のあらゆる場で行われる。

当院において、このアルコール依存症治療に投入されるスタッフが1人の患者にかかわった平均的所用時間を表3に示した。所用時間の総計とそのスタッフの維持に要した人件費を時間時給積で求め表4に示した。この結果、月平均で1人の患者に46万7千円要している。

### 2. 人格関連障害治療プログラム

治療プログラムは、危機介入のみであれば数日から1カ月で終了するが、他の目標を設定するならば3カ月から数年を要する。主に隔離室と閉鎖病棟において24時間の厳重な危機管理を必要とする。

独自の治療契約を結び、支持的、洞察的精神療法を行う。集団内の対人関係における問題点を明確にして助言を与え、病態水準の異なる他の集団へ参加させることはあるが、人格関連障害の患者のみの集団療法は原則として行わない。当院において、この人格関連障害治療に投入されるスタッフが1人の患者にかかわった平均的所用時間を表5に示した。所用時間の総計とそのスタッフの維持に要した人件費を時間時給積で求め表6に示した。この結果、月平均で1人の患者に80万6千円要していることが明らかとなった。

### 3. 現行の診療報酬との比較

当院の平成5年2月分診療行為別集計を表7に示した。表4および表5で試算した医療行為に対して診療報酬として実際に評価され支払われた行為は、入院時医学管理料、基準看護加算、精神科隔離室管理加算、室料および入院精神療法、作業

表3 アルコール依存症治療に必要とした所用時間

治療および管理項目	職種	時間	回/日	日	所用時間
第1期治療・離脱期(4週)					
①入院時離脱チェック	D I N	0.5	1	1	0.5
②離脱に対する集中管理(1週)	D	0.5	2	7	7.0
	I	0.5	1	7	3.5
	N	24.0	1	7	168.0
③離脱に対する一般管理(3週)	D	0.5	1	6	3.0
	I	0.5	1	3	1.5
	N	0.5	3	21	31.5
④第2期治療への導入	D	1.0	1	1	1.0
第2期治療・回復期(8週)					
①アルコール勉強会	D I	1.0	1	2	2.0
	N C O P	1.0	1	1	1.0
②集団精神療法	D N C O P	1.0	1	8	8.0
③個人精神療法	D	1.0	1	16	16.0
④カウンセリング	C	1.0	1	8	8.0
⑤生活指導	N P	0.5	1	8	4.0
⑥運動レク作業療法	N O P	2.0	1	40	80.0
⑦自助グループの導入	D P	1.0	1	1	1.0
⑧スタッフミーティング	D I N C O P	1.0	1	8	8.0

(注) 職種:D:精神医 I:内科医 N:看護婦 C:CP O:OT P:PSW

時間:1回の所用時間 回/日:1日当たりの回数 日:要した日数

療法などの精神病特殊療法であり、患者1人当たりの2月分の報酬は19万3千円(基本1類看護)であった。表8に表4および表5で試算したコストとの比較を示した。

薬物依存症については、青少年におけるアルコール、有機溶剤などの薬物乱用は一般化・若年化的傾向をみせ、今後これらの薬物による依存、ないしは中毒についての精神保健・精神医療上の増大が予想されている。現在の依存に対しての治療において、最も効果的かつ効率的な治療技法は、集団療法的チーム医療であることは、過去精神科医療機関の実績で明らかとされたところである。

人格関連障害の治療においては、その危機的状況への対処の困難さゆえに、精神医療ベースに乗りにくい状況にある。しかし、その困難を克服して、患者の対人関係処理能力を高め社会復帰を達成するためには、現在各精神病院で行われている精神病患者の社会復帰へのトータルリハビリテーションに危機管理能力を加えたチーム医療が最

表4 アルコール依存症患者治療に必要とした人件費  
(単位:千円)

職種	延べ所用時間	時給	人件費
D:精神医	46.5	6.4	298
I:内科医	15.5	6.4	99
N:看護婦	301.0	1.9	572
C:CP	25.0	1.7	43
O:OT	97.0	1.7	165
P:PSW	102.0	2.2	224
12週合計			1,401
月平均			467

(注) 人件費=時給×時間

適であると考える。しかるに、今回の治療に要した人件費のみの試算においてすら、現行の診療報酬点数表では、アルコール依存症および人格関連障害の特異的診療行為に対して、その評価は20%ないし40%に止まっている。したがって、今後一般精神医療機関において薬物依存症および人格関

表 5 人格関連障害患者治療に必要とした延べ所用時間

治療および管理項目	職種	時間	回/日	日	所用時間
管理					
①集中管理(4週)	D	1.0	1	28	28.0
	N	24.0	1	28	672.0
②特別管理(8週)	N	0.5	3	56	84.0
治療プログラム					
①治療契約	D	1.0	1	1	1.0
②診断面接	D	1.0	1	1	1.0
③個人精神療法	D	1.0	1	16	16.0
④カウンセリング	C	1.0	1	8	8.0
⑤集団精神療法	DNCOP	1.0	1	8	8.0
⑥生活指導	N P	1.0	1	8	8.0
⑦運動レク作業療法	N O P	2.0	1	48	80.0
⑧家族療法	D C	1.0	1	8	8.0

(注) 職種: D: 精神医 N: 看護婦 C: C P O: O T P: P S W  
時間: 1回の所用時間 回/日: 1日当たりの回数 日: 要した日数

表 6 人格関連障害患者治療に必要とした人件費  
(単位: 千円)

職種	延べ所用時間	時給	人件費
D: 精神医	62.0	6.4	397
N: 看護婦	852.0	1.9	1,619
C: C P	24.0	1.7	41
O: O T	88.0	1.7	150
P: P S W	96.0	2.2	211
12週合計			2,417
月平均			806

(注) 人件費=時給×時間

表 8 チーム医療に必要とした人件費と診療報酬との比較  
(単位: 千円)

	診療報酬	人件費	診療報酬/人件費
アルコール依存症	193	467	41.3%
人格関連障害	193	806	23.9%

連障害のみならず、広く精神疾患に対して行われている集団療法などの特異的チーム医療がその効果をあげ、患者の社会復帰が円滑に行われるため、以下の診療報酬が改訂されることが望まれる。

表 7 平成5年2月分診療行為別集計(瀬野川病院)  
(単位: 千円)

行為	金額	行為	金額
初診・再診	67	(その他)	
投薬	4,873	精神療法	* 1,080
注射	1,671	作業療法	* 2,728
処置	1,705	心理テスト	* 7
手術	25	(入院費)	
検査	4,026	室料	* 14,325
レントゲン	1,149	看護料	* 28,571
		給食料	17,307
		特別食加算	714
		医療食加算	1,283
		医学管理料	* 14,991
		隔離室	* 604

合計収入	95,126	* 63,462
平均収入	290	* 193

(注) 平均収入=合計収入/延べ入院患者(9,189人)/28日

\*は今回試算した行為に対して支払われたと考えられる収入

### 1) 基本診療料

#### a. 入院時医学管理料の1

理由: 薬物依存症患者の入院治療は、医師、看

護婦、CP、OT、PSW の医療チームが相互に機能的に関われば、短期間で治療効果があり、地域ケアにつなげることができる。しかし疾患自体の難治性のため、比較的早期に再発し救急の解毒を必要とする例も多く、しかも再入院時の診療には初回入院時と同様の努力を必要とする。

**要望事項：**退院の翌日から起算して 3 カ月以上（現行 6 カ月以上）の期間入院することなく経過した後に再入院した場合は、再入院の日を起算日として入院時医学管理料を算定する。

#### b. 入院時医学管理料の 2

**理由：**人格関連障害患者の入院治療において、その疾患により引き起こされる危機状況は、疾患が慢性の経過を経ている場合も、その頻度および重篤性には変化がない。したがって医学的管理は、長期入院を要する場合においても、入院初期に求められる必要性と同等である。

**要望事項：**入院の日から起算して 3 カ月を超えた期間を 6 カ月以内 151 点とする。

#### c. 精神科隔離室管理加算

**理由：**薬物依存症においては、身体的中毒症状や退薬症状の軽減後に、かえって薬物への渴望感・探索行動にみられる精神依存が悪化し、患者のもつ非行などにみられる反社会的性格傾向を背景とした粗暴・威嚇的態度が前景に出されるため、処遇上隔離を必要とする場合が多く、その期間は入院の日から起算して最低でも 14 日間は持続することがしばしばである。

**要望事項：**入院した日から起算して 4 週間以内の期間に隔離を行った場合は、所定点数は 14 日を限度として（現行 1 カ月に 7 日を限度として）1 日につき 200 点を加算する。

#### d. 薬物依存症患者の特別看護料加算（新設）

**理由：**薬物依存症患者は、中毒症状あるいは退薬症状として入院時に激しい幻覚妄想、情動不穏、意識障害あるいは自律神経症状を伴うことが多く、骨折などの身体合併症も多いため、入院後の 4 週間程度は一般精神病患者と比べて摂食、用便、更衣、入浴などは介助を要することが多い。そのため、薬物依存・中毒病棟においては看護婦の傾斜配置を必要としている。

**要望事項：**入院の日から起算して 1 週間以内の

期間は所定点数と同点数を、1 週間に超えて 4 週間以内は所定点数の 0.5 倍の点数を加算する。

#### e. 人格関連障害患者の特別監視料加算

**理由：**人格関連障害患者の治療において重要なのは、人格の偏りのゆえに引き起こされる種々の対人上の問題点を患者自身に洞察させることである。そのためには、患者の粗暴的・威嚇的態度などの反社会的行動を防止するため常時監視監督する必要がある。そのため人格関連障害治療病棟においては、看護婦の傾斜配置を必要としている。

**要望事項：**1 日につき 33 点を加算する。

#### 2) 精神病特殊療法料

##### a. 入院精神療法

**理由：**薬物依存症患者および人格関連障害患者は、任意入院の事例でも、入院の日から起算して 3 カ月、そのうち特に 4 週間以内においては、薬物に対する渴望感および人格の偏りに基づく強い焦躁感から、入院の処遇に対する不平不満、治療方針の変更要求などの訴えが多く、そのつど誠意を尽した精神療法が必要とされる。3 カ月を過ぎてもなお慎重な精神療法を必要とすることが多い。

**要望事項：**入院の日から起算して 4 週間以内に行われる場合にあっては入院形態にとらわれず、毎日 1 回（現行週 2 回）を、4 週間を超える場合にあっては週 2 回を算定する 120 点（現行週 1 回、6 カ月を超えた期間に行った場合 60 点）。

##### b. 家族に対する通院精神療法

**理由：**薬物依存症患者に対し薬物使用による身体的、精神的、社会的問題に直面（底つき体験）させ、その治療意欲を引き出すためには、諸問題を一手に引き受け、本人のとるべき責任を肩代わりし、支援してきた格好の家族（イネイブラー）を指導して、患者の回復にとってマイナスとなる支援をやめさせていく必要がある。これは同一の日に患者に対する通院精神療法とは独立して行われる療法である。

**要望事項：**患者に対して通院精神療法を行った日と同一の日に家族に対する通院精神療法を行った場合における費用は、患者に対する通院精神療法とは別に算定する（現行患者に対する通院精神療法の費用に含まれる）。

### c. 集団精神療法

**理由：**薬物依存症患者に共通して認められる“否認”などの基本的治療課題に対しては、自助グループの活動と並んで、一定の回復プログラムに基づいた集団療法が有効であり、その有効性は外来患者と入院患者の別を問わない。その有効性から専門的治療病院（または棟）では、多数のスタッフを投入し実施している。

**要望事項：**入院中の患者について（現行入院中の患者以外の患者について）、入院の日から起算して3ヵ月以内の期間に行われる場合にあっては、週2回を限度とし、3ヵ月を超える期間にあっては週1回を限度として（現行4週間以内の期間に行われる場合にあっては週2回を、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合にあっては週1回をそれぞれ限度として）算定する。

### d. 精神科訪問看護・指導料

**理由：**薬物依存症で入院治療後、退院した患者もしくはその家族に対する訪問看護、社会復帰指導などのアフターケアは、その再発防止に極めて重要であるが、通常は医師、経験のある看護婦などの有資格者、PSW、CPが医療チームを形成して行っている。薬物依存症の場合、薬物の再使用（スリップ）があると、精神病状が容易かつ重篤に急性再燃するため対応に困難を伴うことが多く、保健婦のみでの訪問指導が成立しにくい。

**要望事項：**当該保険医療期間の医師、経験のある看護婦などの有資格者、PSW、CP（現行保健婦、看護婦など）による訪問看護、指導を週2回を限度として算定する。

### e. 電話などによる診療チームのアフターケア指導料（新設）

**理由：**薬物依存症患者の回復途上、薬物の再使用（スリップ）時に医療機関から離れてしまうか、あるいは直ちに受診するかによってその予後はおおいに異なる。しかし前項に述べた理由により、保健婦などの訪問指導は成立しにくい。この場合、当該医療機関からの電話などによるアフターケア指導は非常に有効と思われる。

**要望事項：**当該保険期間のチームのメンバーが医師の指導の下に、入院中の患者以外の患者またはその家族などの了解を得て、スリップの可能性の高い退院後6ヵ月以内に限り、2週間に1回を限度として、電話などによるアフターケア指導を行い、必要により受診を促す場合、アフターケア指導料を算定する。

## ま と め

1. I. では、民間精神病院で療養型病床群をいかに取り入れるか、日本精神病院協会の先日発表したマスタープランを参考にして考察した。

2. II. では、精神科医療において診療報酬、特に平成4年4月1日改訂による矛盾を取り上げ、その中で特に処遇困難患者に焦点をあてた。

3. III. では、前章を受けて、当院において実践しているアルコールを含む薬物依存症と人格関連障害患者の治療プログラムで実際に治療にかかわっていた医療従事者に対するタイムスタディを時給で計算し、当院の平成5年2月分の診療報酬と比較してみた。これにより、具体的に今後の診療報酬改訂の要望を提案した。

4. その他医療保険制度の動向、医療報酬の構造、医師の正当な収入、病院のキャピタルコスト、一般病床との比較、公私間格差等々問題は山積するが、これらについては別稿に譲りたい。