

精神病院における医療の現状と 今後のあり方

津久江一郎

医療に影響を及ぼす主な要員として第1にあげられるのは、我が国における社会環境の変化、つまり臨時行政調査会（1980年）に端を発している。特にその第3次答申においては、それまでは医療に関し需要抑制に重点が置かれていたのを、供給抑制の必要を明確化している。

これに対応して厚生省は、国民皆保険、福祉元年（S.48）からの経時的な転換策であろう。

最近の施策を列記してみても、国民医療総合対策本部の中間報告（S.62.6.26）、これを踏まえて診療報酬合理化のための検討事項（S.62.10.16）が出された。この時すでに、ここで患者サービスの向上と長期入院の是正という戦略的思想が打ち出されて来ている。我々としても「量から質への転換」と率直に受け止めたい。

精神科としてもう一つ画期的な事象として精神保健法の改正（S.63.7.1）が行われた。法改正の原点は人権尊重と社会復帰の推進であった。果たしてこの法の精神を生かすための経済的裏付けはなされたのであろうか。

さて、平成2年1月には「21世紀を目指した今後の医療供給体制の在り方」が発表された。ここで、精神科については触れないとながらも、（長期）療養型病床群が問題になってきたのである。

果たして大池私案（厚生省科学研究班）のように単に平均在院日数を中心として医療施設を類型化して良いものであろうか。筆者は平均在院日数に注目し、「精神医療の医療経済研究（厚生省研究班）」の班員として、第1部 入院期間と社会復帰している期間との相関について、日本精神病院協会医療経済委員会の実態調査に基づき検討し、第2部では病院医療の今後の在り方として精神病院の機能分化について言及した。

第1部 入院患者の予後

入院期間と社会復帰している期間との相関

医療経済委員会において、委員の属する7府県

にわたる9病院における入退院患者の実態調査を行った。

この調査はS.62.1.1～S.62.12.31の1年間に入院した全患者について実施し、追跡したものであり、H.1.6.30現在で、その予後の判定をし、結果を集計したものである。

調査にあたり疾患分類は便宜的に1. 精神分裂症、2. 老人性精神疾患、3. 中毒性精神障害（依存症を含む）、4. その他の疾患の4群に分けた。

対象病院は第1表のごとくである。調査結果は第2～第6表のごとくであった。

ところで予後を判定する場合、退院時の寛解状態のみならず、退院後の環境、外来通院、服薬の有無等で多分に左右されるのは当然のことであるが、今回は横断的側面の考察を捨てて、入院から社会生活期間、再発時期という縦断的データのみで判断したことをあらかじめことわっておく。

「データの解析」

第1表

調査時点でのこの9病院の総許可病床数は2,732床であった。調査対象期間（1カ年間）の総入院患者数は1,886名であり、これを病床数に単純に対比してみると69.0%となっている。そのうち初回入院患者は908名であり、1年間の延べ入院患者数の48.1%に当たっている。許可病床数に対する入院患者の割合は病院によっては6倍近くの差がある病院もある。このことは対象病院が色々な特徴をもっていることを示しているともいえる。

第2表

昭和62年に入院した入院患者の入院回数の分布状態は第2表の通りであり、入院回数の平均値および標準偏差はそれぞれ2.96回および3.49回であった。入院回数を約10回を超えると入院回数の割合は同程度にみえるが、これは年齢および性別

第1表 昭和62年1月1日～昭和62年12月31日までの入院患者数調査

病院名(県名)	許可病床数	昭和62年入院患者数		
		合計	男子	女子
A(神奈川)	330	154	86(55.8%)	68(44.2%)
B(神奈川)	350	145	77(53.1%)	68(46.9%)
C(愛知)	208	124	76(61.3%)	48(38.7%)
D(愛知)	514	384	192(50.0%)	192(50.0%)
E(大阪)	278	209	96(45.9%)	113(54.1%)
F(広島)	296	532	422(79.3%)	110(20.7%)
G(福岡)	370	120	50(41.7%)	70(58.3%)
H(福岡)	210	165	81(49.1%)	84(50.9%)
I(大分)	176	53	27(50.9%)	26(49.1%)
合計	2,732	1,886	1,107(58.7%)	779(41.3%)

などによって調整を行ってみる必要がある。ここでは資料が不完全なため詳細な調整は行っていない。

第3表

第3表は対象病院間の対象期間内の年齢分布を性別に表したものである。男女間および年齢間の

第2表 昭和62年入院患者の入院回数分布

回数	人 数	%
1	908	48.1
2	328	17.4
3	187	9.9
4	124	6.6
5	91	4.8
6	60	3.2
7	44	2.3
8	30	1.6
9	16	0.8
10	15	0.8
11	9	0.5
12	11	0.5
13	14	0.7
14	12	0.6
15	4	0.2
16+	33	1.7
計	1,886	100.0

第3表 病院間の入院患者の年齢分布

病院名	年齢								計
	10代以下	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上	
A	14 (9)*	42 (29)	34 (20)	32 (16)	16 (8)	12 (1)	4 (3)	- (-)	154 (86)
B	4 (3)	21 (11)	32 (14)	37 (19)	22 (16)	17 (9)	6 (4)	6 (1)	145 (77)
C	7 (6)	26 (20)	28 (18)	25 (15)	13 (6)	7 (3)	13 (7)	5 (1)	124 (76)
D	17 (10)	59 (33)	108 (49)	99 (47)	61 (35)	33 (18)	6 (-)	1 (-)	384 (192)
E	3 (-)	48 (28)	41 (19)	44 (21)	43 (20)	15 (5)	8 (2)	7 (1)	209 (96)
F	36 (15)	87 (66)	129 (104)	167 (142)	90 (80)	15 (10)	5 (4)	3 (1)	532 (422)
G	3 (-)	15 (4)	32 (19)	27 (12)	26 (1)	9 (1)	7 (3)	1 (-)	120 (50)
H	13 (8)	49 (29)	36 (16)	30 (14)	24 (10)	10 (4)	3 (-)	1 (-)	165 (81)
I	2 (2)	4 (2)	7 (3)	9 (4)	4 (2)	6 (3)	15 (8)	6 (3)	53 (27)
合計	99 (53)	351 (222)	447 (262)	470 (290)	299 (188)	124 (54)	67 (31)	29 (7)	1,886 (1,107)
%	5.2	18.6	23.7	24.9	15.9	6.6	3.6	1.5	100.0

*カッコ()内の数は女性を表し、内数である。

第4表 今回入院日数

日数	30日以下	31~90日	91~180日	181~365日	366日以上
人数	407	676	427	269	350
%	19.1	31.8	20.1	12.6	16.4

第6表 初回入院の平均入院日数（単位：日）

疾患名	分裂病	中毒症	その他	全 体
平均入院日数 (患者数)	235.0 (423)	93.6 (280)	149.9 (267)	181.0 (1,030)

第5表 前回入院日数別、疾患別 平均社会復帰期間

前回 入院日数	疾 患 名				合 計
	分裂病	中毒症	老 人	その他の	
59以下	718.5 (130)	391.8 (68)	9.0 (1)	745.2 (90)	647.5 (289)
60~179	810.9 (196)	393.6 (94)	231.0 (8)	745.7 (85)	681.9 (383)
180~364	955.9 (94)	311.8 (17)	20.0 (2)	693.8 (28)	812.9 (141)
365以上	913.1 (131)	850.4 (12)	145.0 (3)	603.4 (19)	858.9 (165)
合 計	838.1 (551)	414.4 (191)	166.6 (14)	726.8 (222)	720.5 (978)

*カッコ()内の数値は患者数である。

調整をせずに単純に入院年齢をみると30代および40代が多い。また、許可病床数に対する期間中の入院患者の割合は約69%であり、これを病院間で比較すると約6倍の違いが生じている。これは入院患者の疾患の違いならびに病院の特性が著明に現れているものと思われる。

第4表

今回行った調査方法では平均在院日数を正確には得ることはできないので、本報告では対象期間の入院患者の関連資料項目のみに対する報告となっていることに注意する必要がある。

第5表

- ・分裂病では前回入院日数が長ければ、社会復帰期間の平均値も長い。
- ・全体としても前回入院日数が長ければ、社会復帰期間の平均値も長い傾向がある。
- ・中毒症では、前回入院日数が半年より短い場合には、社会復帰期間の平均は概ね390日であり、半年を超えて入院をしていると、社会復帰期間は745日となっている。

以上のこととは患者の状態などを考慮せずに全体に対する傾向である。この表からは前回入院日数別に分類したため初回入院患者の社会復帰期間の傾向を擱むことはできない。

第6表

初回入院患者1,030名の平均入院日数は181.0日であったが、これは調査終了日にまだ引き続き入院していた患者に対しては初回入院期間は調査を強制的に打ち切った。第7表の前回入院日数の平均入院日数と初回入院日数を比較すると初回入院日数の方が短くなっているように見える。これは初回平均入院日数が実際に短いのではなくて、追跡調査の強制打ち切りにより見かけ上、平均値として短くなっている。(つまり初回入院の全期間ではない。)

第7表

例えばこの表の今回入院回数が第2回目の入院患者に対する初回入院の入院期間の平均日数を表している。分裂病についていえば入院回数の増加に伴って平均入院期間が短くなっている。一方、中毒症に対しては入院回数を重ねると、伴って平均入院日数が増加している傾向がある。これを第8表の社会復帰平均日数と比較すると分裂病と中毒症では異なった傾向がうかがえる。

第8表

今回入院回数2回目の入院患者に対応する社会復帰平均日数は初回の社会復帰期間の平均日数を表している。分裂病では入院回数が増加するに

第7表 今回入院回数別前回入院の平均入院日数

今回 入院回数	疾患名			
	分裂病	中毒症	その他	全体
2	659.4(160)	115.0(69)	192.7(87)	418.8(328)
3	476.8(107)	126.5(33)	151.4(45)	332.8(187)
4+	351.5(284)	185.7(89)	254.2(90)	300.7(463)
合計	465.2(551)	149.9(191)	209.3(222)	346.4(978)

*カッコ()内の数値は人数である。

第8表 今回入院回数別社会復帰平均日数

今回 入院回数	疾患名			
	分裂病	中毒症	その他	全体
2	1,137.0	606.9	988.3	949.4
3	897.0	280.4	729.7	742.1
4+	647.6	314.9	472.5	549.6
合計	838.8	414.4	726.8	720.5

伴って、平均入院日数は減少すると共に社会復帰平均日数も減少している。一方、中毒症では入院回数の増加に伴って平均入院日数は増加するが社会復帰平均日数は減少する傾向にある。疾患全体をみると入院回数の増加に伴って平均入院日数および社会復帰平均日数も減少している。

まとめ

- 分裂病では前回入院日数が長ければ、社会復帰期間も長い。全体としても、前回の入院日数が長ければ社会復帰期間の平均値も長い傾向にある。(第7表)
- 分裂病では入院回数の増加に伴って平均入院期間が短くなっている。一方、中毒症では入院回数を重ねると逆に平均日数は増加する傾向がある。(第7表)
- 分裂病では入院回数が増加すると平均入院期間が短くなると共に、社会復帰期間も短くなっていることが判る。(第8表)

一方、中毒症では入院回数が増えると逆に入院期間が増加するが、社会復帰期間は(分裂病と同様に)短くなる傾向にある。

疾病全体でみると、入院回数が増加すると平均入院日数および社会復帰期間も減少している。

考察

最近の医療費抑制政策により、効率のよい医療費の配分という錦の御旗に、病院治療における平均在院日数を低下することがあたかも近代的な良質な医療であるかのごとく喧宣されているくらいがある。この伝から精神科治療をみると、精神病という疾病的性質により、当然入院期間は他科に比べて著しく長期に亘ることは致し方ないことがある。とはいえ、これが精神病(主として精神分裂病)が慢性疾患であると決めつけてはなるまい。当然、疾病罹患に際しては、われわれ専門家として初期介入、初期治療が最も患者にとって大切なことであり、その後の一生を左右するほど、予後に影響することくらい、専門家であれば誰しも重要なポイントになることは常々承知していることである。

つまり、精神病にとって昨今、予後、特に社会参加、社会復帰が最も大切なこととして取り上げられているが、それと同様に精神病の急性期における治療が大切なことは論を待たない。

そこで、当医療経済委員会においては、主題の精神障害者が入院している期間と、その患者が社会復帰している期間との間の相関の有無について検討するために本調査を行ったのである。

すなわち、陳旧性長期入院患者と思われる患者群、つまり調査対象期間(S.62.1.1~S.62.12.31の1年間)内で入退院をしていない患者群はこの資料には現れていない。つまり、この資料の患者群は比較的短期間に入退院を繰り返す傾向のある患者群についてである。それゆえ調査期間中に入退院のなかった患者に関する情報は殆ど含まれていないことを充分に考慮して解析する必要がある。

とはいえ、平均入院日数は入院回数の増加と共に減少しており、前回入院日数が長ければ社会復帰期間も長くなるという事実が判明した。このことは、精神科治療においてはいたずらに入院日数を減ずることだけに注目し過ぎると社会復帰期間が多分に短くなることを窺わせる。精神科医は入

院日数にとらわれることなく、個々の患者に合った最も望ましい充分な治療を行い、社会復帰（期間）を向上させるよう努力したいものである。

第2部 病棟機能分化

[I] 大規模病院の機能分化

先に厚生省より発表された第2次医療法改正案において、初めて（長期）療養型病床群というものが提示された。今回は特に精神病院について具体的なものが明らかにされたわけではないが、実際に平均在院日数は一般科と比べると著しく長いのが現実である以上、精神病院の将来構想を考える時、避けて通れない重要な問題である。

さて、精神病院の病棟構造を考える時、経過の各時期の治療をいかに有効に機能せしめるかということが主目的でなくてはならない。これはその病院の当事者が精神病をいかにとらえているかということであるから、それぞれの病院の運営にある医師の理念が具体化されたものでなければならぬ。従って、画一的な基準というものを設けて、行政側でこれを押し付けるということはあってはならないと思っているが、自ら一定の幅というものは生まれて来るものであろう。この意味で大別して、急性病棟、亜急性病棟、慢性病棟という3つに分けることについて、その期間をどのくらいにするかはさて置き、大方の意見は一致している。これに依存症を専門に治療しようとする考え方や、老人を対象にした特殊病棟を考えると、先に出た仙波試案にあるごとく、ある規模の病床を有する病院では、このような型にならざるを得ないし、事実、そのように運営されている病院も現存する。このように判然と各病棟の機能を明確にすると、どうしても今度は限定されることによって硬直化をきたし、病院全体の運営が難しくなる恐れも出てくる。このことは、仙波案でも指摘されているごとくである。病棟の機能に合わせた設備や人員配置を判断とさせ、特色を出そうとするなどしてもある種の格差を生じ、そのことがかえって人員配置の上で問題を生じることになるのはよく経験されるところである。

一般科に比べて精神病院は人的資源の確保に困難を生じるものだが、精神病院内においても機能

分化するに当たり、院内でも同じような現象が発生してくるのである。これを防ぐには急性期の病棟や亜急性でも、処遇困難な病棟には、多くの看護人員を配置し、その代わりに慢性病棟や、社会復帰病棟、いわゆる保養棟（病棟名はともかくとして）といったものには、OT, PSW, 看護補助者、介護者等を多く充足して対応したいと思う。そうすると、基準看護の承認に問題を生じるし、保養棟などといわないで、一挙に施設にしてしまえという議論も出てくる。確かに院内と院外を問わず、社会復帰施設を置くことは必要なのであるが、経過が長いから、あるいは治療効果が早急に期待されないからといって、慢性の患者を直ちに施設に送ることが良いことではない。患者の人権とからめて論じられる向きもあるが、入院すなわち人権の制限といった考え方は事実に即したものとは思わない。

以上のようなことが問題になるのは、精神病院の機能を画一的に一くくりするから起こるのであって、もし、病棟の機能分化を本当に効率よく進めようと思えば、病棟別の看護基準の傾斜配置を是非とも考えねばならない。現行の基準によつても病棟ごとの基準規定ができるれば、もっと有機的な人員の配置ができ、実体にそくした勤務体制が運営できるようになるであろう。現行のように単科の精神病院では基準看護の場合は、すべての看護単位で病院全体に同一の基準を揃えようとすると、機能別な分類が難しくなる。一般科においては、ICUなどの特殊病棟の基準は別のものを認められているのだから、精神科にもこのような病院内での弾力的な配置ができるものであろうか。それでは繁雑だというなら、総定員で基準を満たせば、あとは各病院で独自の配分をしていいようにすればどうであろうか。この点を改善すれば病棟の機能別な特色が自然に出てくると思う。

以上のようなことはある程度の規模を有している病院で可能なことであって、200床以下の小規模病院ではかえって弾力性を失ってしまう。従って小規模の病院の病棟の構造は別途に考えるとして、先に大規模病院について述べてみよう。

1) 急生病棟

急性病棟など必ずしも必要でない、あるいは単に病床のみで対応できるという考え方もあるようだが、大規模な病院で500床前後も単科で備えているところは、地域でのあらゆる必要性に対応できる機能を持つべきであると思う。従って、各種の薬物依存症の急性中毒や離脱期また精神病の急性増悪、精神運動性興奮等の急性期等いかなる時でも対処できるようにしておかなければならない。この病棟は24時間、外来に対しても開かれているべきである。このような精神科救急医療が一般外来と区別される方が便利なことは、総合病院の例をみても明らかであると同時に、一般の救急医療施設に精神科をすべて備えるのは人的にも経済的にも大変なことである。つまり、精神科の救急外来は、一般科のそれと比べればやはり数が少ないから、設計上、救急外来と急性病棟が兼用し得るような型にしておくとよい(世にいう P.I.C.U である)。場合によっては入院を必要と思われる場合でも、直接この外来を通すようにした方が便利かもしれない。従ってこの病棟の基準は少なくとも特1類以上であることが望ましい。全体に占める割合は病院病床の約10%程度と思われる。500床なら50床でちょうどよいのだが、200床になると、20床になってしまい、病棟の人的配置からも非効率的である。そのほか病院の立地条件によって、この数は大きく左右されることになるだろう。この病棟はリカバリーの機能も兼ね備えているから、合併症の増悪した場合など、院内からの要請で転棟されて来る場合も考えられる。各種の救命設備、緊急検査など、一般科の救急病棟の設備も必要である。配置する医師も精神科のみならず、一般診療科の医師も常駐させたいものである。

以上のような機能をもつ病棟を考えると、一般科のICUまでいかなくとも、かなりな特別加算を考えなければならない。試算では1日800点位(2週間限度)程度の経済的配慮が必要と思われる。

2) 亜急性病棟

精神病院では大抵の場合、この病棟が全病床の大部分を占めており、従来の型の病棟を指してい

る。看護基準は1類程度でよい。処遇困難例を別病棟に分けることができるのなら、治療病床は別として、生活部門や娯楽施設などは共有のものを設備することができる。作業療法よりはレクリエーション活動に重点を置かれるであろう。この病棟からは医師や看護婦の集団的なケアも可能になる。在棟期間は3カ月から長くとも1年を越えることはないようにしたい。この病棟から直接退院する例も多いだろう。

3) 慢性病棟

病状が完全に固定化し、いわゆる欠陥状態に至った場合と、社会復帰を前提とする人達と両方含んでいる。混在していてもそれ程処遇に不自然を感じないことは経験しておられる方も多いだろう。ここは開放病棟とし、看護は3類以下でもよい。その分、補助者で補えばよい。ただ、OTやPSW、CPも配置したい。この分も定員化して、基準の条件にすれば、より手厚い処遇が可能になる。コスト面での配慮も必要で、いわゆる保養病棟基準といったものを別に考えて加算すればよい。

4) 社会復帰施設

これは社会的要因により、退院先が急に見つからない人達の施設である。不幸にも発病前の家庭や職業に戻れない例であるから、新たに自立の道を探さなければならない。そのためには授産施設も必要である。一方、元々長期間入院の必要があったケースが多いのだから、医療面の配慮も必要である。そのためには通常の外来患者のように患者が自主的に受診するというのではなく、医師、看護婦が常に精神症状の観察にあたらねばならないケースもある。しかし、職業訓練も必要だから、外部の職場にも出て社会適応を試してみたい。そのためには慢性病棟では不便なので、このような中間的な施設がほしい。従って、この施設は院内にあるものと、院外に設けるものと、2通りあることが望ましい。その費用面では院内施設の場合でも、通常の医療体系でなく、マルメにしてもいいと思う。院内に置く理由は、医療について医師がよりよく指導する必要があり、今後の生活についても病院側が種々相談相手になってやり、場合によっては裁量権を任されていなければならな

い。そうでないと退院後の生活の指導ができなくなるからである。これとは別に、既にその配慮が必要でなくなった人達に対しては全くの院外施設で、患者が自主的に希望して入所できればよい。とはいってもこれは従来もあった型であり、残念ながらあまりうまく機能しなかった。精神病の回復期の社会復帰という重要な医学的な仕事に、医師が積極的に介入しなかったからである。病院と切り離した形で作った施設に入所した人達が、必ずしも予後がよくないのが多いが、この点の詰めが足りないことによると思う。従って、入院形態のひとつに思い切って施設を加え、費用の面では医療費の体系外に置き、しかも必要に応じて医療を充分受けられるような施設が必要ではなかろうか。このような型にしておけば、社会復帰訓練もより容易になるから、施設は回転もよくなり、入所している人も活発に意欲を見せるようになるだろう。この発想を持たないと、このような施設はいわゆる行く場のない人の溜り場になってしまう。

5) その他、各種の特殊疾患、例えばアルコール依存症専門や老人専門の病棟をこの他に設ける。これらの疾患も上記のように経過によって処遇を変えることができれば、更に結構である。

以上のように、ある程度の規模の病院では比較的機能別に病棟を分類運営していくことは容易であるし、既に実践しておられる病院も実在している。従って、この型の場合は人員の配置面で行政的な配慮をすれば、あとは各病院で個々に対応していくことができるであろう。もし、抜本的な改正が難しいなら、各段階にそれぞれ別の加算を考えればよいのだが、それではかえって医療費は増えることになるし、第一それだけ人員を揃えることは大変難しい。

〔II〕 小規模病院の病棟機能分化

日本精神病院協会会員病院の平均病床数は200床である。これは全国における精神病院の平均病床271床に比べてかなり小規模となっている。現実にこれら小規模病院における病棟の機能分化を考えなければ多数の会員の同意は得られないものである。さて、200床以下の病院でいかに病棟の機

能を効率良くするかは大変種々の問題を論じなければならない。この型の病院は殆ど個人開業医の有床診療所から拡大していったものが多い。これが日本の精神医療をこれまでこの規模の病院によって支えてきたのである。この歴史的事実を無視してはなるまい。とはいっても、その過程で種々の医療上の問題もまた多く生じてきたのである。いわゆる大規模な病院が運営上有利なことは自明であるから、自他共々拡張することによって効率化を計るとしてきた経緯があるのもまた事実である。しかし、筆者はこの小規模の病院の現状をみると、まだまだわが国特有の医療の場がここには存在しているように思うのである。

わが国の医療を批判する人達からはこれまでわが国の医療を後進性と言つて批判され、欧米の病院や医療制度を見習うべきだと思われてきた。筆者の体験でも成程一部の病院をみると目を見張るばかりの設備や羨ましいばかりの卒後教育の場がある。社会資本の投下の規模もまた、各種の寄附等の額にもわが国のそれとは違う。特に宗教団体の活動は、そればかりやっているのではないかと思われる位の取り組み方である。しかし、注意してみては医師と患者の間の関係が良好なことはわが国の方がずっと勝っていることが判る。これは国情の違いはあるが、いわゆるストリートピープルの大集団などはわが国には存在しない。また一見してそれと判る薬物中毒症者が街でごく当たり前に見受けられるのはわが国にはない光景である。この人達自身をも含めてその国の社会が幸福であるとは筆者は思わない。それよりも医療のすべてが訴訟の対象になることを前提として考えられていることにもっと衝撃を受けるのである。

また、医療国営を目指してきた英國の現状をも見習いたくはない。この国の保健婦がわが国の医師より優れていると言うのなら別である。老人福祉の理想と言われる北欧の老人の生活は果たして幸福だろうか。日常生活も不自由で1人ぼっちで部屋の中でテレビを見ている老人は押しつけのボランティアや官僚的なワーカーに対して心を開いているのだろうか。少なくとも地方の町村の開業医と老人とのコミュニケーションはわが国では独特のものがある。この扱いはわが国の医療の延長

線上にはまだまだ残すべきものが多くあるのである。何といってもわが国の医療は善意で成り立っている。感情の共有をもって倫理的な裏付けを求める人間関係の濃密さといったものは欠点と言われてはきたが、少なくとも他人の痛みを感じないということはわが国では悪徳である。

今後も医療の効率を考える時、この事をすべての前提としたいものである。とはいえる一方ではこの様な深い関係は時として数々の副作用を生む事もまた事実である。欠点の大部分もまた、この閉鎖的な地域性にあることも否めない。医師がその中に埋没し保守的になっていき、世の中の進歩からとり残されて行く危惧も出てくる。精神病の慢性化についてもこの事はあてはまるかも知れない。例えば、医師が地域に密着していると退院してからの処遇も他人事でなくなるから、その対応につい遅れがちになることがある。薬物依存症者の予後にはこのためにいろいろのトラブルを抱え込むことにもなる。この様に、地域性の強い病院で規模が小さいと医師個人の資質に負うところが甚だ大きくなるのは前述した通りである。しかしその結果はすぐ眼前に顕れるから、どうしても医師自らの努力によって対応せざるを得ないのである。従って大切なことは常に保守性を克服し、マンネリ化を防ぐことに注意すべきである。この様な病院では院長は経営者であり、技術者であり、且つ社会の動向を理解する知識人でなければならない。

小規模病院についての前置きが長くなつたが、日精協会員の70%が小規模と呼ばれるわが国の現状を見る時、精神病院の諸問題の美点も欠点もこの中に内包されていると思われるからである。さて、この種の病院では急性期の患者はおよそ1割程度と考えられる。これは総入院患者数から逆算して、200床なら10~20名程度が扱い得る限度とみられるからである。中小病院で入院を申し込んでもたらい廻しされるのを避けるためには、この程度の急性病棟を用意することが必要になってくる。しかしこれは現在の医療費の配分からみると病棟単位としては経済的効率が悪く、犠牲の大きい方法である。少ない病床に看護者を集中することになり、病院全体の配置から考えると無理が生

じる。しかしこれからもなお、これら小規模病院によって精神医療の多くの部分を受け持たなくてはならない。病床数が少ないと、急性期や慢性期の各時期に合わせて病棟の特色のある機能をもたせることが難しくなる。そこで主治医が直接、個々の患者の経過に合わせて処遇をかえざるを得なくなる。実数は少ないのでそれはそれでうまくいくことが多いが、各時期の患者が混在すると、急性期の患者の対応に手をとられるケースが多くなる。

また、回復期の患者でもっと開放的に社会訓練を行うつもりでも、病棟全体の運営のために足を引っ張られることがある。このために筆者は例え100床程度の病院でも、入院初期の患者のためには、特別の病床を設けた方がいいように思う。これは従来の保護室に隔離するものとは違って、もっと身体病的なケア等総合的に取り扱いできる病床を考えるといいと思う。詰所に近い場所で直接観察が容易な構造を作れば可能であると思う。病初期に濃密な治療管理をすることは、以後の対人関係に良い影響を与えることが多い。従って、小規模の病院でも特別な病床の配分を急性期の患者に割り当てるべきであろう。そのためにはやはり、この病床には特別加算を付けるだけの施設基準をもたせなければならない。筆者の試算では、定床100床の病院で5床、150床なら10床程度は必要であり、この病床の基準看護だけはせめて1類から特1類はほしい。この病床の属している病棟の総定員からみれば、こういう配置も可能であろう。

慢性病棟については、その病院の実情によって多少の差が生じる。しかし、少なくともよいからやはり基準の違う開放病棟はもちたいと思う。全病棟の回転がよいところでは、慢性病棟の割合が少なくなるであろう。慢性病棟はなるべく開放的処遇にしたい。病床数が少ないのであるから、急性、亜急性病棟が主となり、慢性欠陥状態の患者を多数抱え込むわけにはいかない。上記のごとく、小規模の病院は地域性が高いから、かえって社会復帰への取り扱いが容易になることが多い。従って、在院日数はこの慢性病棟の方が少なくて済むはずである。この病棟の割合は10%から20%を超

えることはないであろう。これにとてかわり例え病院の病床数が少なくとも、中間施設、社会復帰施設をもつことは、これから的精神医療の方向からいって、是非共必要なことだと思う。事情が許せば、郊外など広い敷地を持って、このような施設を運営したい。しかし、個々の病院ではなかなか難しいから、有志の病院が協同経営するような案はいかがであろうか。数は少くとも理念を同じくする医師が集まって、各自の夢を実現するようにすればおもしろいと思うのだが、これは筆者の夢であろうか。以上のように主として精神病の各時期にいかに病棟の構造を合わせていくかについて考えてみた。するとどうしても急性期、慢性期の病棟に重点を置いて考えなければならないし、またそれには抜本的な看護体制の改正も必要であることが判ってきた。このような人の配置や考え方を中心に置けば、病棟の構造は自然といかにあらなければならぬか導き出されるであろう。

[III] まとめ

以上、主として300床を超える比較的大規模病

院と、日本精神病院協会会員病院の7割が300床以下の病院である現実を踏まえて、比較的小規模の病院に分けて病棟の効率の良い機能分化を考えてみた。

1. 比較的大病院において、病院全体での患者対看護者の総数を満たしておれば、各病院で独自の傾斜配置を許可し、実践することが病棟機能別の特色を引き出すことになる。
2. 昨今、救急医療は頓に脚光を浴び、重要視されているが、一般科と同一施設に精神科救急を備えるのは人的にも経済的にも大変に非合理的であり、精神病院の急性病棟の一部に救急外来を兼用し得るようにする（いわゆるP.I.C.Uの活用）。
3. 社会復帰施設は病院内、外、いずれにあっても今後必要となってくるが、大切なことは医療の傘にかぶさっていることである。つまり医師が患者に責任を持つことが結局入所者の予後の好結果につながるであろう。
4. 小規模病院にあっても、入院初期の急性期の患者の対応は大切であり、特例を設け、全病床数の1割程度の病床の配分を必要とし、特別なそのための医療費の加算が必要である。

（広島・瀬野川病院 院長）

お知らせ

〈代議員変更〉

山内育郎（愛媛）



植田孝一郎

〈住所変更〉

財団法人 慈愛会 谷山病院

〒891-01 鹿児島市上福元町1787



〒891-01 鹿児島市小原町8-1

〈病院名変更〉

青梅保養院



医療法人 社団 幸悠会 鈴木慈光病院

（〒198 青梅市長瀬5-1086）

〈基準看護承認病床及び類別変更〉

医療法人(社団)恵松会 河渡病院

基準看護承認病床及び類別 基本2



基本1

(H2.12/1より)

お詫びと補足

本誌第2号72頁「講演・米国における精神病者の物質濫用と反薬物濫用運動」の特別講演者リン博士とあるのは

ニューヨーク州精神保健局長兼N.Y.州立大学教授
Alice P. Lin 博士

のことです。お詫びして補足申し上げます。