

医療経済的見地から精神科救急を考える

津久江一郎

精神科救急 第10巻（2007.5）別冊

日本精神科救急学会

第14回日本精神科救急学会総会 シンポジウムⅢ

特集3 精神科救急の守備範囲は?~精神科チーム医療の実践: 急性期治療から地域支援プログラム作成まで~

医療経済的見地から精神科救急を考える

津久江一郎

医療法人せのがわ瀬野川病院

1. 救急医療の歴史とそのシステム

一般科の救急医療対策は、1963（昭和38）年に初めて救急業務が消防の任務として位置づけられたが、その後昭和40年代の救急車のたらい回し事件が各地で頻発し世論を喚起したあと、1976（昭和51）年に救命救急センター、1977（昭和52）年に救急医療システム事業が開始されている。

広島県（以下当県と略す）においては、広島県精神科病院協会（民間33病院）で精神科においても救急対応が必要なため、独自に1985（昭和60）年から県を東西に2分して輪番制で休祝日の相談業務を立ち上げたことに始まる。

国の対応としては、1995年（平成7年10月27日）に厚生省（当時）局長通知により精神科救急医療整備事業が発令された。当県では1996（平成8）年に精神科救急医療システムが県を東西2つに分け、西部1、東部3病院の輪番業務を発足させた。

これより先に医療経済的には1993（平成5）年4月当県独自に措置入院協力事業助成金、また診療報酬上では1996（平成8）年4月の医療費の改定で“急性期治療病棟”が新しく設置、評価され、これが経済的インセンティブとなっていた。

ついで2001（平成13）年には“精神科救急情報センター”が当県では民間のみの精神科病院協会に委託事業として発足した。

さらに2002（平成14）年診療報酬上、“精神科救急入院料病棟”が新たに設置可能となった。これはソフト・ハード両面でかなり基準の高いものであったが、ある程度一般科の診療報酬に比肩できうるものであり、現在全国で29病院（官民約

同数）をこえる設置がなされ稼動している。

一般科の診療報酬と比肩する入院費（月額100万円）を精神科医療にもち込むのは、われわれの長年にわたる悲願でもあった。

ついで2005（平成17）年には“精神科救急医療センター”なるものが予算化された。2006年11月1日現在当院を含めて全国で4カ所（栃木県・千葉県・神奈川県・広島県）指定されている。この精神科救急医療センターの要件をもう一度整理すると、

- ①精神科救急入院料病棟をもつ施設であること
- ②精神科救急情報センターと密なる連絡をもつこと
- ③後送病院の確保（合併症など併発した場合に備えて複数の総合病院と事前に契約）していること
- ④常時2床の空床確保すること

以上の条件を満たしていることとなっている。

以上、精神科救急システムの当初からの経緯について、若干の経済的側面を附しながら記した。

2. 広島県における精神科救急システムの実施要項

つぎに、当県の実施要項についてまとめると以下のごとくである。

- ①精神科救急医療システム連絡調整委員会
- ②精神科救急医療施設

指定病院・応急入院指定病院のなかから病院群、輪番などにより実施（県・市33,976,600円÷2カ所）。

- ③搬送体制

搬送を必要とする患者は消防機関または精神科救急医療施設の搬送車両などにより行う（医師が乗車した救急車搬送による診療報酬上の評価はすでに1988（昭和63）年よりされている）。

④後方病院の確保

⑤精神科救急情報センター（24時間）

なお、措置入院患者などの搬送業務については毎年年度始めに県・市と委託契約を更新しながら実施されている。

3. 2006（平成18）年4月診療報酬改定のボリシー

かつて1985（昭和60）年の医療法改正で「地域医療計画」ができたが、医療圈ごとの適正配置を目途としたこととは逆に、今後は増床ができるたると、駆け込み増床がかえって相次ぎ、その数は全国で2万床にも上った。

これは明らかに病床数、受診数という量的な拡大の行き過ぎであったり、逆にマンパワーという質の確保を困難にしたことにつながったとわれわれが反省するべきであると思う。

2006（平成18）年度“慢性期医療の見直し”として一般科で療養病床38万床を時間をかけて15万床にするという計画が打って出されたのは上記の経緯からとも推測される。極言すれば“医療を行わない病院はない”ということの裏を返せば、マンパワーを増やすことができなければ、病床を減らすしかないということになるのである。

一般科の一般病床107万床に63万人の看護師という現実に照らすと、次期改正で10：1（1日2：1）→7：1（1日1.4：1）の看護基準にするには、自ずと病床数を2/3に、ついで今後諸外国のように1：1を目指すのであれば1/2に病床数を減じるしかないということになる。

他方、医療・福祉関連に従事している人口は、全人口の8%を占めている。これはわが国の産業としては最大規模の人員を擁しているという別の見方もできる。少子高齢化が進めますます確実な成長が見込まれるのである。

いずれにしろ医療制度改革の真の目的は、過度に進んだ量的拡大を総括して病床数の適正化を図り、質的充実に転換させるための国の政策とわれ

われは真摯に受け止めるべきであろう。

ここで筆者は法令上の病床数の規定を思い切って職員数の規定に置き換えるという発想の転換をすべきとき的到来してきてることをあえて主張したい。そのため、人手で成り立っている医療分野では、まず職員の充実なくして真の患者満足は得られないと思うし、こうした意味で人的資源の充実こそ医療の生命線といえよう。

「親切、素早さ、安全さはサービスの基本でもある」とわれわれ医療人は改めて認識し、マンパワーの充実に努めるべきである。

4. 入院中心から地域医療への精神科医療の対応策（図1）

1) 入院中心から地域医療へ

2004（平成16）年度の厚労省・審議会報告書のなかで「平成16年度診療報酬改定で精神科医療を重点的に評価する」と明記し、具体的に急性期医療と地域への復帰を支援する項目に重点的点数配分（2004（平成16）年改定）がなされた。

さて、実際に自然減も考慮すると、退院・社会復帰に向けた国の方針誘導は実現性が乏しい計画であろうか。

①退院後の受け皿が未整備

②長期入院患者の多くは高齢者

③非定型抗精神病薬の開発と疾患の軽症化とで外

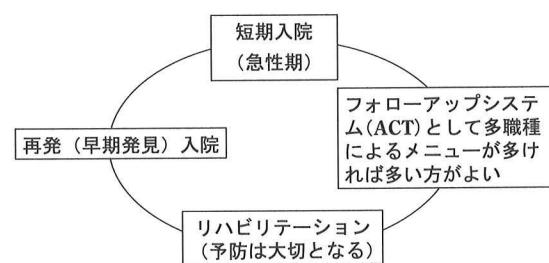


図1 精神科救急医療の守備範囲

精神科救急医療の守備範囲は、急性期から回復した患者を地域ベースのリハビリテーションプログラムへつなげるところで完了する。急性期から回復した患者を、いかに安全に地域社会に戻し、再発を防止しつつ社会機能の回復を図るかが究極の治療目標である（ケアの連続性の確保をそれぞれの自院で行うこと）。

表1 瀬野川病院における部門別入件費比率

	病棟部門				デイケア部門				居宅部門			
	精神科救急入院料病棟	精神科急性期治療病棟1	(看護補助加算6対1)	精神科病棟15対1入院基本料	精神療養病棟	デイ・ナイトケア(70人枠)	デイ・ナイトケア(50人枠)	デイ・ケア(30人枠)	(25人枠)	重度認知症患者デイ・ケア	訪問看護ステーション	ヘルパーステーション
比率 人件費	43.16 %	53.69 %	64.37 %	47.91 %	28.99 %	48.25 %	99.07 %	181.91 %	36.65 %	93.10 %		

SENOGAWA HOSP (2006.6.27)

来対応可能な患者が増加

以上の3点より、また診療報酬という経済的インセンティブからも国の政策誘導は実現すると判断される。

しかも、想像以上のスピードで入院患者は今後減少していくと思われる。

2) 具体的な生き残り策

①まず入り口の問題として救急医療は絶対に必要であり、無視してはいけない。

②病棟の機能分化→自院の各病棟単位の収益率を比較して、今後の方向づけを行う。

瀬野川病院における各部門別入件費比率（表1）

この表からみて診療報酬上大変重大な矛盾に気づく。当院だけのデータではあるが、人件費比率を比較するとさすがに“精神科救急入院料病棟（正看護師の実質配置10：1、精神保健福祉士（PSW）2以上）”については一番低く43.16%となっているが、不思議なことに“精神科急性期治療病棟1（有資格者（看護職員）の実質配置13：1で40%以上が正看護師、看護補助師30：1）”，53.69%，出来高病棟で最高の人員配置である15：1、30：1の精神科病棟64.37%であり、これよりも“精神科療養病棟15：1、50%以上が有資格者でそのうち20%以上が正看護師”的47.91%のほうが低く設定されているという矛盾

である。さらに精神療養病棟は包括病棟であり、これが平均在院日数を長期化させている一つの要因にもなっていると思われる。

早い時期にこの精神療養病棟入院患者の中味の分析を行い、実態を把握するべきであろう。

自立支援法は近い将来介護保険と合流することが自明であるならば、病棟転換型の退院支援施設を日本精神科病院協会がすでに同意している限り、この精神療養病棟に入院している患者のうち、どういった患者が既設の病棟で治療し、施設へ移行できる患者はどういう患者群であるかの実態調査をすみやかに行って、医療から福祉へと切れ目のないケアを目指して、具体的、実際的な案を日本精神科病院協会より提出していく手法をとるのがよいのではなかろうか。

③救急医療を行えば平均在院日数が減少する。そのことは入院時より退院後のフォローアップシステム（たとえば退院前訪問指導を含めて）が必要（ACTといつてもよい）となってこう。自立支援法のうち“精神障害”は疾患を有している障害であり、再発して医療が必要となることもあることを忘れてはならない。

3) 退院した患者の住む場所の確保

これは本当は地方自治体に任せるべきではあるが、何分にもスピードが遅いので、できるだけ自院で行うべきだと思う。このことが“囲い込み”

といわれようが、責任ある治療の連続性のために必要なのである。

各種の中間施設（地域生活訓練施設、福祉ホーム、グループホーム）に加えて、今後ショートステイ、ショートケア的な施設は大変有用になってくると思われる。

4) 外来患者対応

外来対応型に今後軸足を移しながらデイケア、デイナイトケア、ナイトケア、重度認知症患者デイケア、リハビリテーション科を併設してパワー・リハビリテーション（老人対応）を導入すること、また調剤薬局なども重要視するべきである。

5) 訪問看護ステーション

訪問看護のみならず訪問リハビリテーション（OTによる）、訪問薬剤師指導（薬剤師による）、訪問栄養指導（栄養士による）も大切な活動分野となろう。

5.まとめ

今後、短期入院（救急を含めて）が増えれば退院患者のための住居が必要となる。医療から地域ケア（福祉）へのきめ細かい切れ目のないフォローアップシステムとしてのメニューにより、再発、早期発見が可能となると思われる。

万一不幸にして再発し、再入院となっても短期入院で済んでしまうようになんでも長い間には高齢化することは避けられない。そのためには重度認知症患者デイケア（外来対応）も必要になってこよう。

このように国、地方自治体に任せることではなく、自院がそれぞれの得意分野においてキャッチメントエリアで必要とされる医療サービスを行っていく努力が必要となってくると思うのである。