

病棟転換型 退院支援施設への 医療経済的検討

精神療養病棟の今後

医療法人せのがわ 瀬野川病院 理事長・院長 津久江一郎

病棟転換型 退院支援施設への 医療経済的検討

精神療養病棟の今後

医療法人せのがわ 瀬野川病院

理事長・院長 津久江一郎

I

はじめに

これまでの経緯について少し振り返つてみると、精神障害者プラン7カ年計画が終了する時（平成14年2月25日），“第二次障害者プラン”ともいるべき今後の精神保健医療福祉施策の総合計画を策定すると発表された。

この総合計画は6つの項目よりなっていたが、問題は「社会復帰施設の充実」という項であった。その具体策として「社会復帰施設整備促進のため、既存の精神病棟の転換等の手法を検討」が提案されていたのである。

聞けば、具体的には病棟転換型の社会復帰施設の策定として福祉ホームB型等を想定しているとのことであった。日精協としても平成14年4月24日付で問題点を提出し、見解を述べているが、これは一見して社会復帰施設促進の名を借りた病床削減案であることは自明であった

ので、筆者はかつて「既存の精神病棟の転換案を批判する」という論文を記して反論した（医療経営最前線 経営実践編 2002年7月5日号）。

そこでは、精神科の中間施設を考える時、福祉面からのみ考案するのでは不十分であり、病棟転換型の中間施設であるならば、単に生活介護面のみではなく医療的ケア、医療的色彩を加えて病院外の社会復帰施設とは一味違った、異なるものでなくてはならないと指摘した。

しかし、それ以前より、医療費抑制策すなわち病床削減案は再三ささやかれてきていたのは周知のとおりであったが、実際に具体的な数字が出されたのは「今後の精神医療のあり方に関する研究（平成3年度厚生科学研究）」であったようと思う。この中で今後の実施すべき施策として「精神病床について入院医療のニーズを勘案し、今後5～10年間で約9万床削減する」と具体的な数値目標が明記されて、大変な物議を醸したのを思い出す。

こうした経緯を経て平成14年12月、厚生労働省において大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部が立ち上がり、これが改革のグランドデザイン案となり、三障害一緒になることの議論がないまま、むしろ強引に障害者自立支援法（平成18年4月開始）へと結実していったのである。

これは介護保険における要介護認定、一般科療養病床における医療区分、ADL区分と同様の手法で、自立支援法においても障害程度区分によって評価されることになり、施設基準ではなく、各重症度により、報酬が決定されることとなった。さらに病棟設備転用型としての地域移行型ホーム、退院支援施設というカテゴリーが提出され、日精協はこれをすでに了解している。

さて、先の医療制度改革という名のもとに一般科においては平成24年までに療養病床38万床を15万床にするという、療養病床の再編を突如敢行したのである。次に、精神療養病棟を対象としているのは明らかである。

このような退院促進・地域ケアに向けた自立支援法施行に対して、日精協誌第26巻・第4号（2007年4月）に「障害者自立支援法の施行とその功罪」という特集が編まれている。

この発表者等の意見を分析すると、その大半が自立支援法施行前後の解説に終始している。次いでその問題点を指摘し、最後にわずかではあるが、その解決策というか、今後の入院医療にこだわり、自前の解決策を記述しているにすぎない。

この解決策について概略すると、「国の施策から撤退を考慮せざるを得ない」とか「精神病床から“福祉的”，“保護”機能を精算し、医療機能に集約せよ」という極端なものから、現状を冷静に判断して退院可能群、退院予備群の多くが高齢化傾向が増加し、介護力を重視した居住施設の需要が高まるため、多機能型の複数種類のサービスの組み合わせの必要性を説いているものまで、その反応はいろいろであった。

いずれにしろ、①自立支援法施行までの準備期間が不足であったこと、②これまで受けてきたサービスがむしろ後退するのではないかという不安、③今回の法施行による各種支援サービスの充実を図ることと、これが長期入院の解決に繋がるのかという危惧等が主流であったようだ。

しかし残念ながら、これらの論旨の根拠は、あくまでも自立支援法施行後の状況を判断しながらの論説であり、実際のデータに基づく科学的根拠によるものではなかった。

II

広島県における精神療養棟

1 障害程度区分調査

広島県において精神療養棟を運営している民間の精神科22病院中20病院2,504床中2,200人の調査を平成18年8月5日～9月19日に施行した。障害程度区分判定ソフトにより1次判定を行った。さらに二軸評価（能力障害評価・精神症状評価）、生活障害評価を行った。

資料1 施設別、1次判定、2次判定、二軸評価目安および生活障害評価

病院	精神療養病棟定床数	調査患者数	非該当	1次判定						2次判定			
				1	2	3	4	5	6	非該当	1	2	3
A	60	60	0	6	29	13	1	7	4	0	5	24	12
B	46	37	1	20	13	3	0	0	0	0	10	19	8
C	240	118	30	34	46	4	2	1	1	30	13	43	27
D	158	96	3	14	29	27	5	5	13	2	13	24	22
E	156	152	2	41	47	40	8	7	7	0	25	41	47
F	60	58	1	15	10	19	9	3	1	1	15	10	19
G	60	60	0	20	26	9	3	1	1	0	20	30	5
H	120	86	3	29	44	8	1	0	1	1	14	29	32
I	180	163	9	54	51	29	8	10	2	2	14	54	47
J	94	94	8	22	28	11	7	7	11	8	20	25	15
K	106	106	0	6	28	36	9	17	10	0	1	5	11
L	120	110	1	33	50	20	4	2	0	1	33	50	20
M	180	174	9	61	71	30	1	0	2	0	32	71	53
N	120	105	17	29	24	23	4	4	4	13	23	29	18
O	100	100	5	15	43	26	4	4	3	2	16	28	30
P	101	101	16	31	43	9	0	1	1	16	20	29	25
Q	155	149	15	42	55	25	3	6	3	4	10	35	32
R	119	118	10	35	28	15	10	15	5	0	14	35	25
S	161	151	9	32	35	33	15	9	18				
T	168	162	4	28	51	57	9	9	4	0	3	29	52

2次判定は「市町村審査会委員マニュアル・市町村審査会における2次判定について」に準拠し、19病院定床2,353床中2,049人に対して施行した。これに準拠すれば、実際には市町村審査会における各合議体においても評価の差異が出ることであり、各当該病院間の差異は同様の範囲で特に問題ないと考えた。

調査の習熟、正確を図るため、先行して2回にわたり、審査経験のある市町村審査会委員により、障害程度区分および判定ソフトの説明会を行った。さらに正確を期するために2,200人の調査のうち約1割に相当する219例（4病院の各精神療養棟）に対して、平成19年3月5日から3月16日の間、24時間タイムスタンディを行い、1次判定・2次判定の分析を試

みた。

2 | 障害程度区分調査結果

平成18年8月5日～9月19日の調査における各病院の1次判定および2次判定と二軸評価目安および生活障害評価の結果を資料1に示す。

各病院の2次判定における障害程度区分変更率（資料2）は変更割合のバラツキが各病院間で大きいが、これは、患者構成の違いによるもの、また、審査会委員マニュアルの区分変更の説明が抽象的であること、典型的な区分変更の例もその変更のロジックが分かりにくいこと等によると思われる。2病院は変更の理解が不十分であるとの理由から変更していない。変更していない2病院を除外した

			2 軸評価目安												生活障害評価		
4	5	6	1	1～2	2～3	3～4	4	4以上	4～5	5	5以上	6	2以上	3以上	4以上		
7	4	8	0	0	10	4	16	0	0	12	1	17	1	18	41		
0	0	0	10	7	10	3	1	0	0	3	3	0	5	5	18		
3	1	1	30	18	34	9	15	0	2	2	6	2	9	17	34		
17	5	13	7	8	18	1	12	3	0	10	2	35	6	7	81		
21	11	7	0	1	14	2	20	0	0	29	30	56	6	13	115		
9	3	1	3	1	11	8	10	0	0	11	8	6	11	6	36		
3	1	1	0	0	8	6	11	1	0	13	8	13	5	11	44		
8	1	1	7	3	32	7	13	0	0	10	6	8	11	21	37		
29	15	2	3	10	24	27	12	0	1	19	20	47	15	20	105		
8	7	11	3	10	25	15	3	0	3	6	5	24	17	28	43		
51	12	26	2	1	29	8	28	0	0	2	10	26	5	12	88		
4	2	0	3	9	52	8	11	0	0	16	4	7	10	15	72		
15	1	2	0	1	16	1	23	0	0	28	49	56	13	23	106		
14	5	3	33	8	28	5	5	1	1	3	7	14	19	12	48		
14	6	4	0	1	10	15	3	0	3	12	6	50	12	6	66		
9	1	1	5	21	31	4	8	2	0	9	8	13	5	20	63		
14	31	23	13	10	44	3	20	0	0	22	18	19	19	24	29		
16	10	18	10	14	28	9	2	1	5	9	4	36	14	12	67		
			5	8	29	10	8	0	1	13	19	57	15	14	104		
56	9	13	0	1	8	2	20	0	0	24	29	78	5	15	136		

資料2 1次判定→2次判定変更率

病院	変更率	病院	変更率
A 病院	31.7%	K 病院	83.0%
B 病院	45.9%	L 病院	0%
C 病院	39.0%	M 病院	58.0%
D 病院	22.9%	N 病院	28.6%
E 病院	41.4%	O 病院	39.0%
F 病院	0%	P 病院	44.6%
G 病院	6.7%	Q 病院	83.2%
H 病院	66.3%	R 病院	87.3%
I 病院	79.1%	T 病院	96.9%
J 病院	8.5%	平均 (F, L を除く)	55.9%

全体の変更率の平均は 55.9% であった。

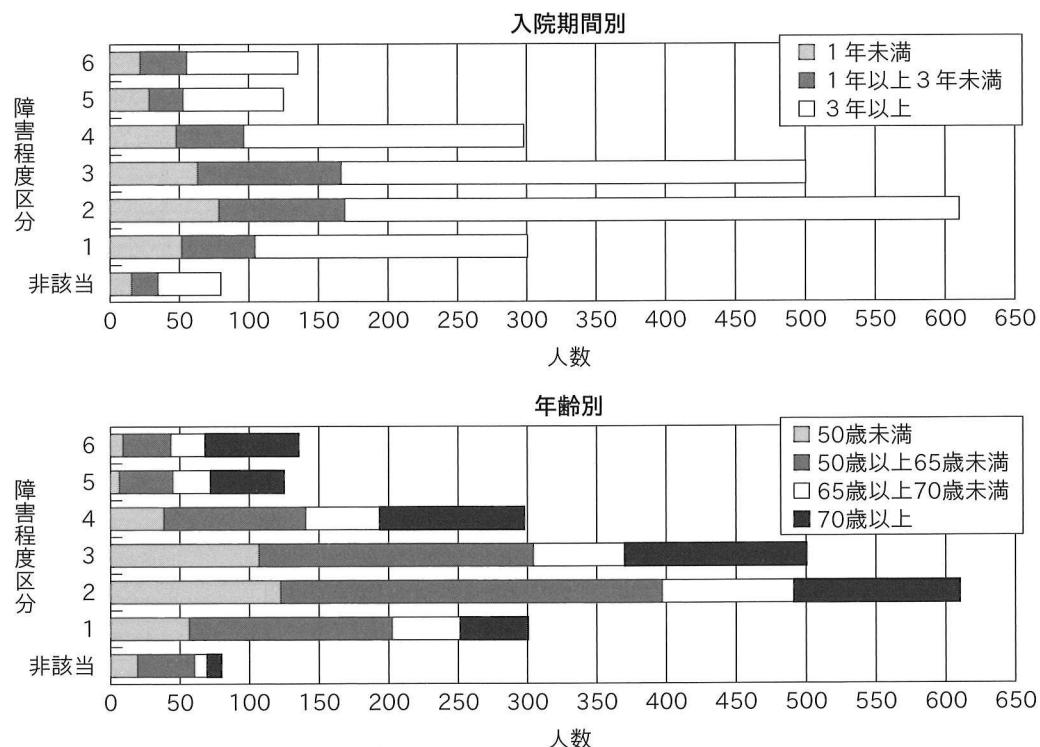
各判定の評価割合をみると、1次判定のピークは区分2、2次判定のピークも区分2にあり、二軸評価目安のピークは区分6、生活障害評価では4以上が最多数を占めた。

2次判定区分と二軸評価目安を区分ごとにパーセンテージを比較すると、二軸評価目安では区分6に該当する割合が最も多く、区分5以上が49%となる。これに対し、障害程度区分の2次判定では区分2にピークがみられ、区分5以上の重

資料3 障害程度区分・2次判定 集計結果

程度区分	合計	50歳未満	50歳以上 65歳未満	65歳以上 70歳未満	70歳以上	1年未満	1年以上 3年未満	3年以上
非該当	80	19	42	8	11	15	20	45
1	301	57	145	49	50	52	53	196
2	610	123	274	94	119	79	90	441
3	500	107	197	66	130	63	103	334
4	298	39	102	52	105	48	49	201
5	125	7	38	27	53	28	25	72
6	135	9	35	24	67	22	34	79
合計	2,049	361	833	320	535	307	374	1,368

資料4 入院期間別及び年齢別障害程度区分 (n = 2,049)



度の割合は13%にすぎない。障害程度区分と二軸評価目安・生活障害評価に大きな乖離がみられる。

障害程度区分・2次判定の集計結果が資料3、入院期間別・年齢別の結果を加えた集計結果が資料4である。年齢は50歳未満から10歳ごとに70歳以上までの4つの階層で示した。入院期間は1年未

満、1年以上3年未満、3年以上、に分けて調査した。

ピークは区分2にある。年齢層としては50歳以上65歳未満層が最も多く、入院期間別には3年以上層が最多であった(資料4参照)。

入院期間別には、今までみてきたように3年以上群が最も多かった。3年以上

資料 5-1 調査対象施設と患者数

病院名	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院
調査対象の精神療養病棟	院内 3 力所（閉鎖病棟 1, 開放病棟 2）のうち, 開放病棟の中から 1 病棟	院内 1 力所の開放病棟	院内 2 力所（閉鎖病棟 2）のうち, 1 病棟	院内 2 力所（閉鎖病棟 1, 開放病棟 1）のうち, 開放病棟
対象患者数	59 人	60 人	50 人	50 人

資料 5-2 対象施設の病院特性

病院名	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院
病床数	405 床	405 床	386 床	325 床
診療報酬体系 入院基本料 特定入院料	精神病棟入院基本料 15 対 1 60 床 特殊疾患療養病棟 2 45 床 精神科急性期治療病棟 1 60 床 老人性認知症疾患治療病棟 60 床 精神療養病棟入院料 180 床	精神病棟入院基本料 15 対 1 245 床 精神療養病棟入院料 60 床 老人性認知症疾患治療病棟 50 床 老人性認知症疾患治療病棟 50 床 精神療養病棟入院料 180 床	精神病棟入院基本料 15 対 1 50 床 精神療養病棟入院料 100 床 老人性認知症疾患治療病棟 96 床 老人性認知症疾患治療病棟 50 床 療養病棟入院基本料 (内科) 48 床 介護療養病床 42 床	精神病棟入院基本料 15 対 1 105 床 精神科救急入院料病棟 60 床 精神科急性期治療病棟 59 床 精神療養病棟入院料 101 床
平均在院日数	病院全体 282.0 日 該当病棟 3,675 日	病院全体 1,491 日 該当病棟 3,700 日	病院全体 390.5 日 該当病棟 441.1 日	病院全体 131.8 日 該当病棟 270.4 日
診療科目	精神・神経科, 内科	精神・神経科, 内科, 呼吸器科, 歯科	精神・神経科, 内科, 胃腸科, 呼吸器科, リハビリテーション科, 神経内科, 心療内科 歯科	精神・神経科, 内科, 放射線科, 歯科

群の中でも区分 2 が最も多かった。1 年以上 3 年未満群では区分 3, 1 年未満群では区分 2 が最多であった。年齢別には 50 歳以上 65 歳未満群が最も多かった。70 歳未満の全年齢群で区分 2 が最も多くみられた。70 歳以上群は区分 3, 区分 2, 区分 4 の順であった。区分 5, 区分 6 も 9% と 12% であり、他の年齢層に比べて重度者の割合が多くみられた。70 歳以上の割合は区分 5 の層の中においては 42%, 区分 6 の層の中においては 49% を占めていた。これは、障害程度区分評価が介護保険要介護認定調査項目を基本的評価の

ツールとしているため、高齢者層においては、より実態に近い正確な評価に近づいているものと思われた。

※ 状態像調査、タイムスタディ施行対象施設

本研究の調査対象施設は、4 病院から病棟単位で 1 カ所ずつ抽出した開放病棟 3 カ所、閉鎖病棟 1 カ所である（資料 5-1）。また、4 病院の施設基準等特性は資料 5-2 のとおりである。

詳しくは、平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金「障害者自立支援法の導入に

おける退院・社会復帰促進等の円滑化のための実証的研究」報告書（平成19年3月）に譲るが、今回は仮にD病院にある精神療養棟101床を退院支援施設に移行した場合の医療経済的側面より検討してみた。

III

『退院支援施設の病棟設備を転用する場合』の転換の試み

自立支援法による精神障害者退院支援施設の病棟転換・新規設置の2パターンがあるが、今回は特にD病院の精神療養病棟101床の判定を行い対象患者を病棟転換型退院支援施設へ移行した場合の経費のうち人件費の分析を中心に行ってみた。

1 | 分析

今回は精神療養病棟を退院支援施設に移行し、人員配置の基準による人件費が影響を及ぼす収益の比較を行った。

【試案-1】 現状のD病院48床の転換シミュレーションを行ってみたが、D病院自体の既存の人員配置が基準以上に高い配置を行っているため、人件費の比率だけで移行後と比較をすれば、現状49.53%・移行後40.14%となる。

その比較部分の収益部分の比較では、現状128,220千円で移行後59,053千円となり、人件費の比率は下がるが、しかし一方では収益は現状の2分の1以下とい

う結果となった。

【試案-2】 試案-1では現状のD病院の人員配置で転換シミュレーションを行つてみたが、試案-2ではD病院48床を精神療養病棟の施設基準人員配置による転換シミュレーションを行つてみると、人件費の比率は現状40.03%・移行後40.14%となる。収益部分の比較では、現状152,340千円・59,053千円となり、93,000千円以上の収入減に繋がる結果となつた。

【試案-3】 D病院の今回の調査（自立支援法による）で障害程度区分の2以下および非該当合わせて63人のうち、仮に60人に対する転換シミュレーションを行うと、人件費の比率は現状49.53%・移行後37.76%となる。収益部分の比較では現状128,220千円・移行後75,916千円となり、50,000千円以上の収入減という結果になつた。

（D病院の障害程度区分調査は全体の101人で行っているため、対象者は63人となるが、病棟そのものは48床のため、基本の病棟転換の対象者は48人となる。）

※今回のシミュレーションを行つたD病院の精神科療養病棟は、施設基準の人員配置より看護職の配置が厚いため、基準の精神療養病棟より人件費が膨らんでいる。

※病棟を移行し転用した場合には、精神障害者退院支援施設加算(I)・(II)が選択し加算できるが、今回は加算項目の人員配置が不明なため収入に入れていない。

※施設転換の施設整備費等に関する項目の分析は、条件が異なるため今回は削除する。

	精神科療養病棟			退院支援施設（病棟転換・生活訓練）		
	収入	人件費	人件費比率	収入	人件費	人件費比率
試案-1	254,040,000	125,820,000	49.53%	98,652,960	39,600,000	40.14%
試案-2	254,040,000	101,700,000	40.03%	98,652,960	39,600,000	40.14%
試案-3	254,040,000	125,820,000	49.53%	123,316,200	47,400,000	38.43%

資料 6-1 【試案-1】現状の D 病院の現状の人員配置による移行（病院設備を転用する場合）

●現在の D 病院の人員配置 ※精神療養病棟 48 床		
医師数（必要最低）	1.0 人	※病床数 ÷ 48 指定医
看護師数	2 人	※ A ÷ 6 (6 : 1 以上) 看護師 2 割以上
准看護師数	16 人	※ A ÷ 6 (6 : 1 以上)
作業療法士	1 人	
精神保健福祉士	1 人	
看護補助者数	4 人	※ A ÷ 6 (6 : 1 以上)

● D 病院の職種別平均人件費	
医師	20,340,000 円
看護師	6,040,000 円
准看護師	4,510,000 円
看護補助者	2,990,000 円
作業療法士	5,380,000 円
精神保健福祉士	3,900,000 円
生活支援員	3,900,000 円
サービス管理責任者	4,500,000 円

●移行後の状況		※退院支援施設（病棟転換・生活訓練）
医師数	0.0 人	※病床数 ÷ 48
看護師数	0 人	※ A ÷ 6 (6 : 1 以上)
准看護師数	0 人	※ A ÷ 6 (6 : 1 以上)
看護補助者数	0 人	※ A ÷ 6 (6 : 1 以上)
生活支援員	8 人	※ G ÷ 6 (6 : 1 以上)
サービス管理責任者	1 人	
夜間生活支援員	1 人	※別途採用で勤務については日勤者とローテーション
積算日数	365 日	
訓練日数	269 日	※ 1 月 (-8 日)

●現状医療収入				
	診療点数	日数（日）	人数（人）	医療収入（円）
現在の入院収入（19 年 8 月分）	1,450	365	48	254,040,000

※ 19 年 8 月分診療行為別集計表より算出

●自立支援法よりの収入（宿直体制の選択）				
	報酬単位	日数（日）	人数（人）	収入（円）
宿直体制	115	365	48	20,148,000
夜勤体制	180	365	48	
生活訓練サービス費（I）(41 ~ 60 人以下)	608	269	48	78,504,960
総額（宿直体制の場合）				98,652,960

※移行を 48 床としているので、生活訓練サービス費は、60 人以下の 1 単位としている。

●現在の人事費 (円)	
医師給与総額	20,340,000
看護師給与総額	12,080,000
准看護職員給与総額	72,160,000
作業療法士	5,380,000
精神保健福祉士	3,900,000
看護補助者給与総額	11,960,000
総額	125,820,000

- 夜勤手当含
- 夜勤手当含

●転換後の人件費 (円)	
医師給与総額	
生活支援員	35,100,000
サービス管理責任者人件費	4,500,000
	39,600,000

- 夜間支援員を 1 人の常勤換算とする。

	パーセント (%)	収入一人件費 (円)
精神療養病棟（現在）	49.53	128,220,000
退院支援施設に移行した場合	40.14	59,052,960

※現在の D 病院の人員配置は施設基準以上有資格者（看護職）の配置を行っているため、人件費率が高くなっている。

資料6-2 【試案-2】精神療養病棟の施設基準による人員配置(最小)の移行 (病院設備を転用する場合)

● D 病院の施設基準人員配 ※精神療養病棟 48床 置の場合		
医師数 (必要最低)	1.0人	※病床数 ÷ 48 指定医
看護師数	2人	※ A ÷ 6 (6:1以上) 看護師 2割以上
准看護師数	8人	※ A ÷ 6 (6:1以上)
作業療法士	1人	
精神保健福祉士	1人	
看護補助者数	8人	※ A ÷ 6 (6:1以上)

● D 病院の職種別平均人件費	
医師	20,340,000円
看護師	6,040,000円
准看護師	4,510,000円
看護補助者	2,990,000円
作業療法士	5,380,000円
精神保健福祉士	3,900,000円
生活支援員	3,900,000円
サービス管理責任者	4,500,000円

●移行後の状況		※退院支援施設 (病棟転換・生活訓練)
医師数	0.0人	※病床数 ÷ 48
看護師数	0人	※ A ÷ 6 (6:1以上)
准看護師数	0人	※ A ÷ 6 (6:1以上)
看護補助者数	0人	※ A ÷ 6 (6:1以上)
生活支援員	8人	※ G ÷ 6 (6:1以上)
サービス管理責任者	1人	
夜間生活支援員	1人	※別途採用で勤務については日勤者とローテーション
積算日数	365日	
訓練日数	269日	※1月 (-8日)

●現状医療収入				
	診療点数	日数(日)	人数(人)	医療収入(円)
現在の入院収入 (19年8月分)	1,450	365	48	254,040,000

※19年8月分診療行為別集計表より算出

●自立支援法よりの収入 (宿直体制の選択)				
	報酬単位	日数(日)	人数(人)	収入(円)
宿直体制	115	365	48	20,148,000
夜勤体制	180	365	48	
生活訓練サービス費(1)(41~60人以下)	608	269	48	78,504,960
総額(宿直体制の場合)				98,652,960

※移行を48床としているので、生活訓練サービス費は、60人以下の1単位としている。

●施設基準の場合 (円)	
医師給与総額	20,340,000
看護師給与総額	12,080,000
准看護職員給与総額	36,080,000
作業療法士	5,380,000
精神保健福祉士	3,900,000
看護補助者給与総額	23,920,000
総額	101,700,000

- 夜勤手当含
- 夜勤手当含

●転換後の人事費 (円)	
医師給与総額	
生活支援員	35,100,000
サービス管理責任者人件費	4,500,000
	39,600,000

- 夜間支援員を1人の常勤換算とする。

	パーセント(%)	収入一人件費(円)
精神療養病棟(施設基準の場合)	40.03	152,340,000
退院支援施設に移行した場合	40.14	59,052,960

資料 6-3 【試案-3】今回の障害程度区分調査結果による移行（病院設備を転用する場合）

● D 病院の施設基準人員配 症状の場合は（今回調査による）		
医師数（必要最低）	1.0 人	※病床数 ÷ 48 指定医
看護師数	2 人	※ A ÷ 6 (6 : 1 以上) 看護師 2 割以上
准看護師数	16 人	※ A ÷ 6 (6 : 1 以上)
作業療法士	1 人	
精神保健福祉士	1 人	
看護補助者数	4 人	※ A ÷ 6 (6 : 1 以上)

● D 病院の職種別平均人件費	
医師	20,340,000 円
看護師	6,040,000 円
准看護師	4,510,000 円
看護補助者	2,990,000 円
作業療法士	5,380,000 円
精神保健福祉士	3,900,000 円
生活支援員	3,900,000 円
サービス管理責任者	4,500,000 円

● 移行後の状況		※退院支援施設（病棟転換・生活訓練）
医師数	0.0 人	※病床数 ÷ 48
看護師数	0 人	※ A ÷ 6 (6 : 1 以上)
准看護師数	0 人	※ A ÷ 6 (6 : 1 以上)
看護補助者数	0 人	※ A ÷ 6 (6 : 1 以上)
生活支援員	10 人	※ G ÷ 6 (6 : 1 以上)
サービス管理責任者	1 人	
夜間生活支援員	1 人	※別途採用で勤務については日勤者とローテーション
積算日数	365 日	
訓練日数	269 日	※ 1 月（-8 日）

● 現状医療収入				
	診療点数	日数（日）	人数（人）	医療収入（円）
現在の入院収入（19 年 8 月分）	1,450	365	48	254,040,000

※ 19 年 8 月分診療行為別集計表より算出

● 自立支援法よりの収入（宿直体制の選択）				
	報酬単位	日数（日）	人数（人）	収入（円）
宿直体制	115	365	60	25,185,000
夜勤体制	180	365		
生活訓練サービス費（1）（41～60 人以下）	608	269	60	93,131,200
総額（宿直体制の場合）				123,316,200

※移行を 48 床としているので、生活訓練サービス費は、60 人以下の 1 単位としている。

● 施設基準の場合（今回調査による）	
人件費	（円）
医師給与総額	20,340,000
看護師給与総額	12,080,000
准看護職員給与総額	72,160,000
作業療法士	5,380,000
精神保健福祉士	3,900,000
看護補助者給与総額	11,960,000
総額	125,820,000

- 夜勤手当含
- 夜勤手当含

● 転換後の人件費（円）	
医師給与総額	
生活支援員	42,900,000
サービス管理責任者人件費	4,500,000
	47,400,000

- 夜間支援員を 1 人の常勤換算とする。

	パーセント（%）	収入一人件費（円）
精神療養病棟（施設基準の場合（今回調査による））	49.53	128,220,000
退院支援施設に移行した場合	38.43	75,916,206

※現在の D 病院の人員配置は施設基準以上有資格者（看護職）の配置を行っているため、人件費率が高くなっている。

最近になって、今後、精神療養病棟が存続できるのか否かの憶測というよりは、将来とも精神療養病棟を残してほしいという願望が医療者側に根強く存在してきている。

しかし、すでに退院に向けての地域移行型ホーム、退院支援施設が新しく設定されており、その中でも精神病棟転換によって設置が決まっている現状と今回の調査結果より、精神療養病棟存続という願望は矛盾しており、介護認定手法の是非を論じる以前の問題であることが判明した。

なぜならば、入院中の患者である限り、医（medication）・食・住が当然手当てされており、その人たちには入院の長・短期にかかわらず精神症状を有し、治療が必要であるグループ（治療が必要で退院できない人たち）は当然ながら医師、看護師等を現行の医療法上を満足させるだけのマンパワーで対応するべきである。これが精神療養病棟を存続させる唯一の条件であることは自明である。

次いで、自立支援法として退院支援施設に移行させるグループは、上述の医療行為を行うグループとは自ずと異なるグループであり、この人たちの施設、在宅のケアをどう行うのがよいかという議論がここで初めて成り立つのである。

とはいっても、社保審・障害者部会第25回（平成17年4月26日）でも「障害者に対する要介護認定基準の有効性について」にもあるごとく「精神障害に関する

今回の調査結果からも明らかのように、訓練、就労支援などの身体介護以外のサービスが必要であり、こうしたサービスの必要性を判定するための指標の開発を合わせて進めていくことが必要」と結論している。3障害一緒のサービスの一元化を今後目指すことは必要であろうが、精神障害者が地域生活に定着させるためには他の2障害と異なり、精神障害者には生涯服薬を遵守するという必要性がある限り、医療者と福祉サイドが協調して、医療的ケアと福祉サービスを包括する手法を模索していくべきであろう。

このように、今後、精神療養病棟で医療を必要とするグループは医療法上のルールで対処し、病棟施設を転用する場合に対しては、精神障害者の障害程度区分の決定をどのように改良すべきかということに目を向けすぎたきらいがあつたが、もっと前向きに検討していかねばなるまい。

また、地域にあっても精神症状が悪化、再燃した場合、いかに医療にのせるシステムをつくるかということもまた大切になってくると思われる。

1 母集団の相違

- 精神療養病棟に入院する患者は、介護保険サービスの対象となる65歳以上の者が約3分の1しかいない。また、基礎疾患をみても、施設間の差はあるものの、統合失調症が大部分を占めている。
- すなわち、これらは、加齢を起因とするADL低下や脳卒中後遺症、認知症等により要介護状態となる集団とは全く異

なる集団と考えるのが普通である。

- そのため、同一の指標を用いて要介護状態を評価しようとしたこと自体に根本的な無理があるのでなかろうか。

2 | ケアの内容

- 職員のタイムスタディの結果をみると、精神療養病棟におけるケアは、介護施設におけるケアとは全く異質のものである。
- すなわち、食事、入浴、排泄といったような生活支援的介護はあまり必要とされていない代わりに、対象者に直接かかわらない業務や医療、機能訓練的ケアが必要とされている。
- 特に、対象者に直接かかわらない業務（大分類0）のケア延べ時間の割合が、4施設のうち3施設で55～86%を占め、他の1施設では13%を占めている。すなわち、対象者に直接かかわらないが、対象者に関する連絡調整、記録・文書作成、病棟等環境整備・掃除、物品管理（物品購入を含む）、あるいは巡回、見渡しの間接ケアに多くの時間が費やされている。
- そのため、これらの入院患者が在宅生活を送るために、介護保険で定める生活支援的な介護サービスでは不十分であり、より医療面や精神面での支援を重視したサービス体系の構築が求められる。

3 | 評価方法

- 精神療養病棟の入院患者の障害および要介護状態を評価するための指標としては、1次、2次判定の変更率を見る限

り、現在の認定システムではきわめて不十分といわざるを得ない。

- 特に、60%を超える患者がより高いランクに変更されている現状は、精神療養病棟の入院患者の要介護状態を低く評価しているといわざるを得ない。
- 障害程度区分や二軸評価目安・生活障害評価はそれなりに意義のある評価であろうが、それだけでも十分とはいえない。
- 施設間の個々の患者で著しくケアニーズが異なる状況をみると、タイムスタディのみで精神障害者の評価を行うのは無理があるのでないか。

4 | 施設間格差

- 今回の調査で明らかになったことは、精神療養病棟という入院機能の一分類ではあるが、各施設における入院患者の実態（年齢、病態、障害程度区分、ケアの量、職員の業務内容等）はかなり異なることが明らかになった。
- そのため、病棟区分による患者の実態の評価は、必ずしも正確な実態を評価するとはいえない場合があることに留意すべきである。

すなわち、現在の精神療養病棟には入院期間の新旧のみならず、若年者から老人まで年齢も雑多で、しかも多様な疾患が混在した病棟であることが判明した。

そこで、医療の必要性のある患者グループと施設でケアするグループをまず選別することが肝要となる。

こうした選別が効率のよい、質の高い医療を目指すことになり、ひいては脱入

院し、施設ケアを行うことにも繋がり社会的入院の解消になるものと思われる。

しかし、今回の分析結果では、現状の入院施設（精神療養病棟）の設備を退院支援施設に転用する場合で収入に対する人件費の及ぼす影響度を分析してみたが、確かに人件費の比率という点での数字だけの分析では、若干の減少を見るが、実際では収益の点では約50%以上の減収になる。過去の病院経営の中で設備投資を行って銀行借入金などを行っている各病院においては、深刻な問題点（資金繰りなど）として浮かび上がってくることと予測できる。

また、人件費の比率が下がるということは現状のスタッフ削減という点も容易に予測されるし、患者サービスの質の低下に繋がっていくであろう。

V

結語

2008年の診療報酬改定を直前に控えて、わが国にとって2007年はすべてにおいて大変革の始まりでもあると思われる。これまで日本を支えてきたシステムが通用しなくなっている現在、われわれ精神科医療においても入院医療から地域ケアへという大きな流れは変えようがない。古い体質を変えて新しいものをつくることにより、われわれ医療界の再編も断行を迫られていることを自覚したい。

また、今回は筆者の経営する病院で、精神科療養病棟を自立支援の枠組みの中での退院支援施設（病棟設備を転用する場合）転換型でシミュレーションを行ったが、元来、精神療養病棟は平成6年4

月1日より、「主として長期にわたり療養が必要な慢性の精神障害者が入院する施設」として認められたものであった。

ところが、今回の調査によると各施設間の入院患者の実態（二軸評価目安、生活障害評価、1次判定から2次判定の変更率、障害程度区分、年齢、病状、平均在院日数等）で大きく異なった障害者が在院しており、また、タイムスタディでも判明したように、施設間の差によりケアニーズ（ケアの量）が著しく異なる状況となつたと思われる。

精神療養病棟の患者はまず治療の必要な慢性患者に限定しなければなるまい。

こうした原点に戻つてはじめて自立支援法として退院支援施設に移行させるグループが自ずと振り分けられてくると思われる。

- すでに国のモデル調査（社会保障審議会・障害者部会（平成17年12月5日）で変更率が50%を超えており、1次判定ロジックは精神障害者の要介護度を正しく反映しておらず、2次判定時の変更率がきわめて高い（62.1%）。
- 一般的な要介護認定手法は精神障害者には不適切であるが、障害程度区分や二軸評価目安を加えても十分とはいえない。ただし、2次判定のプロセスにより障害者程度区分を決定するロジックの実証的研究が比較的その正当性を明確化しつつある現在、二軸評価目安、生活障害評価の手法に関してもさらなる内容的検討が必要である。
- 精神障害者が在宅において求めるケアは、従来の介護保険に基づく在宅サービスではきわめて不十分である。医

療的ケアと福祉的ケアの両者のマッチングしたサービスが精神障害者に対する福祉なかんずく在宅ケアにとって必要である。

- 「受け入れ条件が整えば退院可能」な精神患者が退院後に必要なサービス量の算定方法については、必要なケアの量的推計および判定ロジックの研究のみならず、社会への能動的定着および社会の受け入れ要素解析等を検討事項として加えることが必要である。

しかし、次期診療報酬改定は目の前に迫り、待ったなしの制度改革も同時に迫ってきている。これからは各経営者（理事長・院長）が、自院の方向づけは各部門の収益の比率を比較しながら、少しづつ軸足を移し変えていくべきであり、その場合のメニューは多ければ多いほどよ

いと思われる。自己判断・決定し、自助努力を惜しまず、その結果は自己責任であることは自由主義国家の原則であろう。

質の高い、付加価値の高いものは競争に勝つことができると信じている。ただし、時間はもう残り少ないことをお忘れなく。

[参考文献]

- 津久江一郎：「既存の精神病棟の転換案」を批判する。医療経営最前線 経営実践編 2002年7月5日
- 津久江一郎（主任研究員）：「障害者自立支援法の導入における退院・社会復帰促進等の円滑化のための実証的研究」報告書 平成18年度厚生労働科学研究費補助金 2007年3月
- 特集「障害者自立支援法の施行とその功罪」 日本精神科病院協会誌第26巻・第4号 2007年4月

参考 D 病院の職種別人件費の算出根拠

年間総支給額は、D院の平成19年5月の職種別の常勤者の基本給と総支給額から算出した。

総支給額には、役職手当、免許手当、夜勤手当、交通費等が含まれている。

※ 常勤者のみで計算

$$\text{年間平均給与額} = (\text{総支給額} \times 12 \text{カ月}) + (\text{賞与} : \text{基本給} \times 4.3 \text{カ月})$$

- 看護職員の入件費は、年間総支給額を看護師 604万円、准看護師 451万円、看護補助者 299万円、精神保健福祉士 390万円、作業療法士 538万円で試算。

(	年間の平均給与額	+	法定福利加算	+	退職金加算	)	=	年間総支給額の見積額
看護師	5,208千円	×	(1 + 13%)	+	(217千円 × 75%)	)	=	6,041千円
准看護師	3,881千円	×	(1 + 13%)	+	(165千円 × 75%)	)	=	4,509千円
看護補助者	2,566千円	×	(1 + 13%)	+	(121千円 × 75%)	)	=	2,990千円
精神保健福祉士	3,358千円	×	(1 + 13%)	+	(134千円 × 75%)	)	=	3,895千円
作業療法士	4,620千円	×	(1 + 13%)	+	(215千円 × 75%)	)	=	5,382千円

注1) 法定福利加算とは、健康保険料、厚生年金保険料、雇用保険料の事業主負担分
劳災保険、児童手当拠出金（全額事業主負担）

注2) 退職金加算 基本給（月額）× 75%

- 医師給与は、年俸制のため、精神科医師 2,034万円で計算

(	年間の平均給与額	+	法定福利加算	)	=	年間総支給額の見積額
精神科医師	18,000千円	×	(1 + 13%)	)	=	20,340千円