

民間病院の立場から

牧 武

(牧病院、日本精神病院協会)

1. はじめに

日本の精神病院医療は、昭和63年7月1日、人権尊重と社会復帰の促進を二大柱とする新しい精神保健法が施行されたことにより、その内容に大きな変革がおこって来つつある。病床利用率は(表1)に示したように昭和61年度が平均100.5%であったものが、平成2年度では、96.2%に減少している。これまでの精神病院の経営は100%をこえる病床利用と僅かに定数を下回る常勤医師によって辛うじてバランスを保って来たものが、もはや、そのようなことは許されなくなったのである。

2. 医療費の「抑制」を見直すとき

平成3年2月19日、朝日新聞は(資料1)のように医療費の「抑制」を見直す時、という報道を行った。国民医療費の動向は(表2)に示すとおり国民所得を大きく下回っており、クォリティ・オブ・ライフの向上が言われている時、このような低額な国民医療費ではとてもやれない。国民医療費の国際比較をみてみよう。(図1)

OECD加盟国で、日本の「公的医療費」の対GDP(国内総生産)比は僅か5%で24カ国中19位という低さ。日本より低いのはスペイン、ギリシャ、ポルトガル、トルコの4カ国で、日本は先進国最低である。アメリカも日本より低いが全国民対象の公的保険がないためで例外である。診療報酬、消費者物価、賃金の年次推移をみると(図2)に示すような80年と88年の対比でみると、賃金指数は実に103.6%の上昇、消費者物価指数は、36.3%の上昇であるのに対して診療報酬は、僅か1.2%の上昇に過ぎない。賃金や物価の上昇を吸収しようにもできない診療報酬抑制の姿をはっきり見てとることが出来る。

3. 日本の精神科医療費

日本の精神科病床数は現在34万床で、わが国の全病床数134万床の25%であるにも拘らず、精神科医療費はわが国の総医療費20兆円の約6%にしか過ぎない。内科の入院費は約35万円であるのに対して精神科の入院費は基準看護2類で約22万円、老人保健施設の29万円や特別養護老人ホームよりも安いということはもう既に言い尽くされたことである。アメリカでは(表3)に示したように、急性期は1日500ドルで1カ月232万円、実に日本の10倍である。一般の診療費が抑制されているのに精神科医療費は更にその上の抑制を強いられているのである。

4. 民間精神病院と国公立病院の格差

最近、民間精神病院と国公立精神病院との格差が非常に大きくなっている。平成2年6月における

精神病院実態調査の数値を比較してみると、まず第1にマンパワーでは100床当たり職員総数を開設者別に比較すると、国立57.0人、自治体52.8人、医療法人43.2人、個人45.3人で民間病院は国公立の80%の医療体制で措置入院や医療保護入院患者の約90%を収容している。しかも、正看護婦の高齢化が目立ち、(表4)に示したように私立病院では、50歳代以上が実に60%を占めているが、(表5)に示すように公立病院は60歳以上は0である。第2に、医業経営上の格差であるが、赤字経営病院は、国立100%、自治体97%、医療法人29%個人47%となっている。毎年、国立は、2,500億円の赤字であり、自治体は4,500億円の赤字である。これはわれわれの税金で支払っている。また、100床当りの収支額を開設者別にみると(表6)の通りで補助金がなく、税金のかかる民間病院の経営が危惧される。第3に、人件費のアップについてであるが、人件費率を開設者別にみると、国立120%、自治体102%、医療法人61%、個人49%である。加えて、国家公務員は平成2年4月より5.7%のベースアップが実施され、更に、平成3年4月より3.71%のベースアップが実施されるが、これを医療職てみると、昨年は12.7%、今年は9.1%給与格差は更に拡大している。民間病院においては、現行の医業収入からこれに対応することは全く不可能である。第4に週休2日制導入は優秀な人材を確保するための必須条件である。民間病院においては、週休2日制要員を確保することは現行の医業収入からは極めて困難である。第5に夜勤手当増額の問題である。平成3年度厚生省予算で国立病院の看護婦深、準夜勤手当がそれぞれ600円と500円増額されている。民間病院ではこれに対応する看護料のアップがないと不可能であり、このままでは看護婦確保が更に困難となる。

5. 日精協医療経済委員会における精神病院の機能分化(案)

(表7)の大池試算や表8の「21世紀をめざした医療供給体制のあり方」に示されるような精神病院を一括して特定病院として位置づけ、慢性病院とすることには反対である。日精協医療経済委員会では、精神病床の機能分化(案)を(表9)に示すように作成してみた。①精神科救急病棟は、最急性期の激しい精神病状に対する集中治療を行うもので、期間は1カ月を限度とし月60~70万円。②精神科急性病棟は最急性期経過後の病状が不安定な患者で濃厚な薬物療法、精神療法を行う必要があり期間は6カ月、診療費は月約50万円程度。③精神科回復期病棟は、亜急性期から慢性期に至って軽微な精神症状を残している患者に対し、集団精神療法や生活機能訓練等を行うもので、マルメ+アルファとし、診療費は約40万円程度。④精神科慢性病棟は、種々の陽性症状を残したまま、慢性期に至り、当分退院が見込まれない患者に対する治療及びケアを行うもので、これを精神保健施設とするのかどうか、もう少し議論をすすめる必要があると思われるが、ここでは看護者よりも介護者を多くしたものにしようかと考えているところである。⑤老人性痴呆疾患については、痴呆疾患療養病棟が、老人保健法の中でみられるようになったが、いくらになるのか問題である。それに痴呆性老人の老人保健施設も含めて日精協で老人問題研究会を開き検討しているところである。

6. 次回の医療費改訂に向けて

次回の医療改訂は大変きびしいと言われております。

平成3年4月12日の中医協で次回診療報酬改訂に向け要望書を提示、医科平均で7.13%、病院6.72%、診療所7.87%の引き上げを要求した。一方、四病院団体では、(表10)に示す如く、9.96%の引き上げを要望しているところである。日精協においては(表11)に示す通り改訂を要望しているが、特に、精神科技術料の引き上げ、急性期の入院時医学管理料の引き上げ、措置患者特別管理料、措置患者外出時付き添い看護料、更には精神科チーム医療料として看護婦、准看護婦、介護者及びPSW、

CP、OT等のコメディカルスタッフを含めて治療と保護と社会復帰のための努力をしているので、これを1日1,000点要求している。

7. おわりに

最後には、何よりもマンパワーが問題になる。現在のような極度の人手不足で、3Kである汚い、きつい、危険な業務は嫌われている時に、新しい対応を考えることが必要である。これまでの基準看護の比率5：3：2をいろいろなコメディカルスタッフを含めた新しい精神科チーム医療としなければならぬ。

日本の精神医療は、もはや日本だけで考えている時代は過ぎて、世界の中の日本の精神医療というものを考えていかねばならぬようになった。先日、河崎日精協会長がジュネーブに行かれた際に「日本の精神科医療費はあまりにも安すぎる。これでは充分に患者の人権は守れない」という勧告書をもって帰られ、それを厚生省に渡しておられる。

今後の精神医療を変えるには、官民一体となった努力と思い切った発想の転換が必要ではないか。そうしなければ日本は世界の経済大国と言われるようになったにも拘らず、日本の精神障害者の不幸は、呉秀三先生の時代から一歩も変わらない、ということになるのではないかと思うのである。

表 1. 病床利用率

昭和59年	102%
昭和61年	100.5%
平成元年	97.6%
平成 2 年	96.2%

資料 1. 朝日新聞 1991年（平成 3 年）2 月 19 日 火曜日 12 版 総合 (2)

医療費の「抑制」を見直すとき

数字は怖い。表現の方法、分析の仕方によって、印象がまるで違ってしまふ。

国民医療費に関する数字もそうだ。何と比較して伝えられるかによって、人々の判断は大きく変わる。たとえば厚生省は、この数字を読む「ポイント」を 4 項目の箇条書きにして、記者発表用資料に示した。

「平成 3 年度の国民医療費は 21 兆 7 千億円と見込まれ、年間増加額は 1 兆円を超えている」「2 年度の年間増加額は、やはり 1 兆円を超えている」「元年度は 9 千億円増となっている」

ふつうの人が読めば、「日本の未来が医療費に押しつぶされるのではないかと恐ろしくなってしまうだろう。4 項目に「国民医療費の伸びは、昭和 63 年以降、国民所得の伸びの範囲にとどまるものと見込まれる」とあるのを見て、「やれやれ、よかった」と安心するかもしれない。

同じ数字を諸外国の医療費や他の経済指数と比較すると、たとえば、こうなる。

「日本人 1 人当たりの国民医療費は、先進国水準よりはるかに低い。OECD 加盟国で日本より低いのは、ポルトガル、スペイン、トルコといった国々である」

「昭和 63 年度の国民医療費の伸びは 3.8%、国民所得の伸びは 6.3% だった。以来 4 年、医療費の伸びは国民所得の伸びを下回っている。平成元年のレジャー産業の市場は 63 兆円で前年比 8.1% 増、建設投資は 73 兆円で 9.8% 増」

厚生省は、こうした比較を避けてきた。「豊かになった日本で医療費の伸びだけをなぜ抑えなければならないのだろう」と人々が疑問を抱くのを恐れたのだろうか。

薬価差益をあてにした点滴や不勉強による過剰処方、医学的には必要のない長期入院。こんなことで医療費が増えることはごめんだ。

しかし、それを制裁するという大義名分で医療費全体を抑制してきた結果、たとえば看護婦さんたちの労働条件は、日本の他の職場でもめったにない苛酷で、しかも報酬の少ないものになってしまった。それが、患者の病気の回復を損ね、安らぎを奪うという本末転倒の結果を招いている。

「国民医療費の伸び」を「国民所得の伸び」以下に抑えるという政府の目標は、中身を見直す時期がきていると思われる。

図 1.

OECD 諸国の公的医療対 GDP 費 (国内総生産)
(厚生省の指標91年2月)

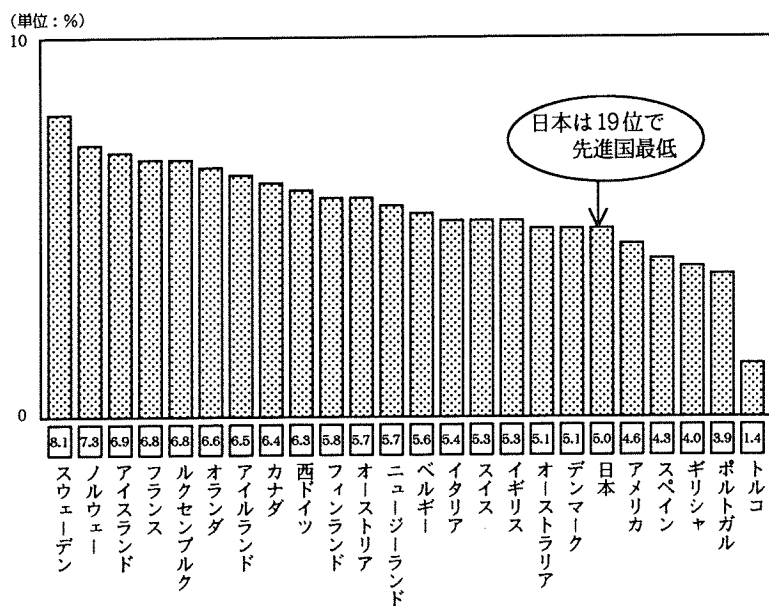
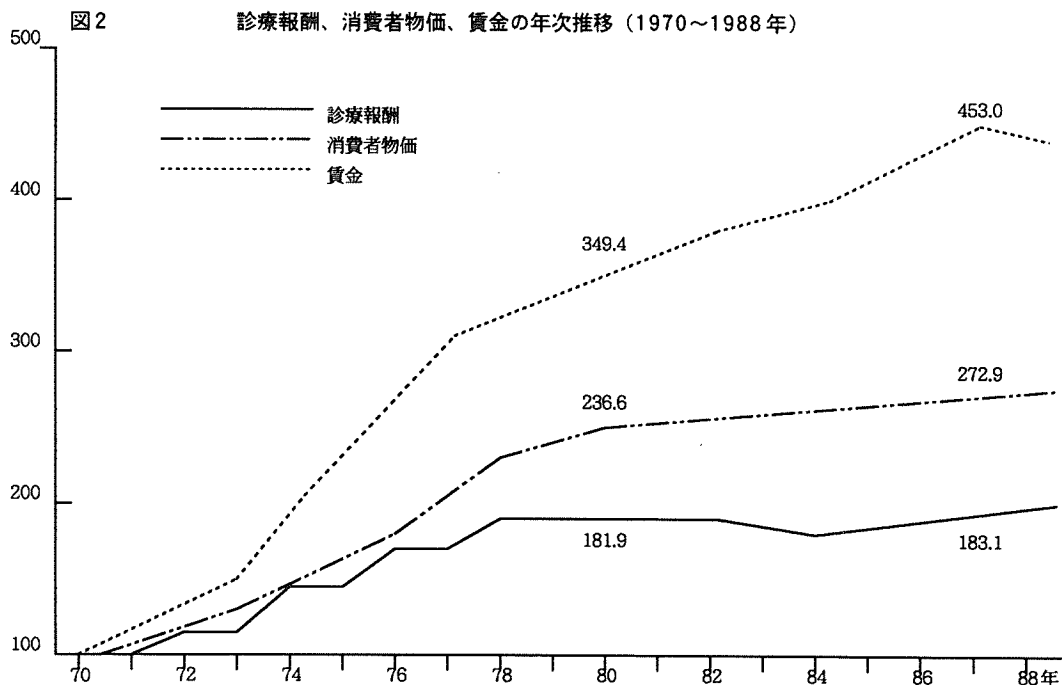


表 2. 国民医療費の動向

	昭和63年度 (実績)	平成元年度 (実績見込)	平成2年度 (推計)	平成3年度 (推計)
国民医療費 (対前年度伸び率)	187,554億円 (3.8)%	196,800億円 (4.6)%	206,900億円 (5.1)%	217,200億円 (5.0)%
国民所得 (対前年度伸び率)	299.4兆円 (6.3)%	318.3兆円 (6.3)%	338.1兆円 (6.2)%	357.5兆円 (5.7)%
国民医療費の対国民所得比	6.3%	6.2%	6.1%	6.1%



注：1) 診療報酬指数は、1970年10月1日-100として、各年10月1日現在（年度中央値）で計算、薬価基準引き下げ分を含む。
 2) 消費者物価指数は、年平均。原資料では、1985年-100。
 3) 賃金は、医療業常用労働者1人平均月間賃金給与額（年平均値）。
 (資料) 「現代日本医療の実証分析」二木立著（医学書院）より。

表3. 米国精神医療施設入院（入所）費用

1989

タイプ	種 別	利用期間	1日当たり	月当たり
A	総合病院精神科	} 短期（14日）	\$ 400~500 (75,000円)	174~232万円
	私立精神病院			
	ハワイ州立病院	短 期	\$ 370 (51,800円)	161万円
B	Napa州立病院	短・長期	\$ 175 (25,000円)	77万円
	Norfolk 州立センター	短・長期	\$ 153 (21,400円)	66万円
	Lincoln 州立センター	短・長期	\$ 136 (19,000円)	59万円
D	Skilled Nursing Home	3カ月	\$ 79.3 (11,000円)	36万円
	I.C.F.(Lodge)	3カ月	\$ 60 (8,400円)	26万円
	痴呆老人用ナーシングホーム	短期（45日）	\$ 95 (13,300円)	40万円
		長期（2年）	\$ 70 (9,800円)	30万円
E	ケアホーム（ハワイ）	長 期	\$ 25 (3,500円)	11万円
	アパート	長 期	\$ 28 (3,920円)	12万円
	ホームレス用ホテル（S.F.） （部屋代のみ）	長 期	\$ 14 (2,000円)	6万円

デイケア \$80/日=11,200円

(仙波)

表4. 看護職員の年齢構成

看護婦（士）（神奈川県精神病院協会）

	20代	30代	40代	50代	60才以上	総計
基準看護承認病院	116	104	86	176	205	687
基準看護非承認病院	27	44	23	98	111	303
全病院	143	148	109	274	316	990

表5.

公的病院	20代	30代	40代	50代	60代
	32	52	27	16	0

表6. 平成2年6月精神病院100床当たり医業収支額（単位千円）

区分	国立	自治体	医療法人	個人
医業収益	24,450	29,133	29,009	24,787
医業費用	35,166	39,233	28,038	25,814
収支差額	▲ 10,716	▲ 10,100	971	▲ 1,027

表7. 大池研究班の中間報告

種別	主なサービス	主な対象	在院日数	職員配置(入院100対)			入院換算患者 患者100人対 総職員数	病院の1床 当り総面積	(参考) 入院1人1日 当り収益	
				医師	看護	介護				相談
特別病院	特別な診断機能 特別な治療機能 診療情報サービス	3次救急対応疾患 専門チームで治療すべき疾患 診断名不明確(重症)	30日以内	9	40	8	*	70㎡以上	25,000円以上	
一般病院(棟)	比較的短期で積極的治療を 要する入院医療	一般的治療の可能な患者	40日以内 最長90日以内 を原則とする	6	25	12	*	55㎡程度	18,000円程度	
特定病院(棟) 特殊専用	伝染、結核、らい その他特殊医療	定められた特殊疾患	特に定めぬ	6	25	10	*	40㎡程度	13,000円程度	
特定病院(棟) 精神専用	精神科医療 社会復帰援助	精神障害	特に定めぬ	3	17	5	2	1	50人程度	8,500円程度
特定病院(棟) 老人専用	老人医療 生活介護 リハビリテーション	老人特有の医療を要する患者及 び慢性期の医療的管理を要する 患者	特に定めぬ	3	17	19	2	2	60人程度	11,000円程度
特定病院(棟) 長期専用	継続的医療管理と生活介護	一般的治療、特別の治療により 改善の見通しがなく、長期間医 療的管理を要する	特に定めぬ	3	25	10	*	35㎡程度	10,000円程度	
診療所	一般診療	一般疾患	---							
参考 (老人保健施設)	入所サービス 在宅支援サービス		---	1	8	20	1	1		

注 職員配置は、入院患者100人対の最低職員数、*は配置が必要なことを示している。なお、入院換算患者100人対総職員数と入院1人1日当り収益については、昭和62年度病院管理研究所(病院経営管理指標の実態分析)を参考にした。

表 8.

「21世紀をめざした今後の医療供給体制の在り方」について	
(1)	二次医療圏単位の保健と医療に関する計画の作成・推進 地域医療のネットワークの強化、医療計画の推進など
(2)	家庭医機能・通院機能の積極的評価 病・診の機能分担・連携及びプライマリーケアの充実
(3)	症状に応じた入院サービスの提供 医療法の改正を行い、病院を機能分類する ①長期療養病院（老人病院、固定費払いを選択的導入） ②高次機能病院（大学病院、国立病院など） ③一般の病院、有床診療所など
(4)	在宅医療の推進 訪問看護・介護の推進、ガイドラインの作成、機器の開発・普及（官民共同作業）などの在宅医療サービスのメニューを充実
(5)	サービスの質の向上 病院給食、寝具などの医療関連サービス業界の指導・育成 ガイドラインの作成
(6)	医業経営基盤の強化 ①会計面の整備 ②税制面からの医療法人化の促進 ③医療機関の継承支援（開業医継承支援事業） ④医療機関の業務範囲の見直し
(7)	医療を支える人の資質の向上 看護婦、OT、PTの必要な量の確保 （看護職員確保緊急5カ年計画）
(8)	適切な医療情報の提供 広告規制の緩和、保健所や地区医師会の医療情報センター的な機能の充実、診療科名の表示など →医療法の改正
(9)	保健所など公的機関の健康相談・教育機能の充実

表 9 . 日精協医療経済委員会における精神病床の機能分化案

精神病床の機能分化 (案)

急性 病棟	①精神科救急病棟 (病室)	最急性期の激しい精神症状に対する集中治療を行なう。 (処理困難例・中毒性疾患を含む)	新措置入院患者、新医療保護入院患者の一部、応急入院者が対象。 (期間は1カ月を限度とする。但し、応急入院は3日)	いわゆるPICU、隔離室(いわゆる保護室)等での治療が主体。 精神科応急入院施設管理料に準じた診療料を設定する。 基準看護が原則。
	②精神科急性病棟	最急性期経過後の症状が不安定な患者、慢性期にあって急性増悪した患者に対する濃厚な薬物療法精神療法等を行なう。 (思春期精神障害も含む)	期間は6カ月。	基準看護が原則。
回復期 病棟	③精神科回復期病棟	亜急性期～慢性期に至って軽微な精神症状を残している患者に対する集団精神療法、生活技能訓練等を行なう。		OT、CP等も配備可能とする。マルメ+アルファ(機能回復訓練、作業療法等に対する分)
慢性 病棟	④精神科慢性病棟	種々の陽性症状を残したまま慢性期に至り、当分退院が見込まれない患者に対する治療及びケアを行なう。		介護者を多くする。
老人性 痴呆疾患 病棟	⑤短期治療病棟	短期集中治療機能 (6カ月)	精神症状や問題行動が特に著しい者。	介護者を多くする。 (介護料等診療報酬上の配慮が必要)
	⑥長期治療訓練	長期治療・介護機能	精神症状や問題行動がある者。 生活訓練機能	

(注) 看護婦等及び看護補助者の傾斜配置を認め、病棟別基準看護料を新設する。

表10. 四病院団体の医療費改訂要望率

週休2日制実施による給与費増加率試算

区 分	勤務時間 変化率	勤務時間減少による 不足人員率（要増加人員率）	増加率
4週4休から 4週8休へ	0.909	$\frac{1}{0.909} - 1 = 0.10011$	10 %

注. 勤務時間変化率（4週4休・週44時間×4週＝176時間である）
4週4休から4週8休へ・176時間－16時間（土曜4回）＝160時間

人件費上昇に対する改訂分 (人件費比率50%)		
	給与改訂 アップ率	補 正 アップ率
平成2年度	3.67%	3.67%
平成3年度(予想)	3.0 %	3.11%
4週8休分	10 %	10.3 %
合 計		17.08%
	(医療費換算)	8.54%

物価上昇に対する改訂分 (諸物価25%)		
	消費者物価指数	補 正
平成2年度	3.3%	3.3%
平成3年度(予測)	2.3%	2.38 %
合 計		5.68 %
	(医療費換算)	1.42 %

医療費改訂要望率 9.96%

表11. 精神科医療費改訂要望書（日本精神病院協会）

1. 精神科初診料加算	300点	14. 精神科生活適応療法（週1回）	50点→100点
2. 入院時医学管理料		15. 集団精神療法病名拡大	
イ. 入院から2週間以内	423点→450点	16. 持続性抗精神病注射薬剤治療指導料	100点→500点
ロ. 2週間を超え1カ月以内	272点→300点	17. 特定薬剤治療管理料	330点→500点
3. 精神科拘束及び隔離室加算10日を限度とし	200点→300点	18. 抗精神薬調剤料	外来 1剤 1点 入院 1日 1点
4. 医療保護患者入院時診察料	800点	19. 電気痙攣療法引上	100点→300点
5. 措置入院患者入院時診察料	1,000点	20. 痴呆患者収容治療料	イ. 180点→300点 ロ. (OTがない)250点
6. 医療保護患者特別管理料 (1日につき)	10点	21. 初老期痴呆患者収容治療料	100点
7. 措置患者特別管理料（1日につき）	50点	22. 重度痴呆患者収容治療料	イ. 6カ月以内 320点→500点 ロ. 6カ月超 200点→320点
8. 措置患者外出付添看護料	800点	23. 精神科デイケア	イ. 大規模 450点→600点 ロ. 小規模 400点→500点
9. 精神科訪問指導料		24. 重度痴呆患者デイケア	イ. 6時間未満 440点→550点 ロ. 6時間以上 660点→770点
イ. 医師	600点	25. 重度痴呆患者デイケア小規模	イ. 6時間未満 500点 ロ. 6時間以上 700点
ロ. 保健婦・看護婦	380点→450点	26. 重度痴呆患者デイケア付添加算	1回 100点
ハ. 准看護婦	380点	27. 精神科チーム医療料	1日 1,000点
10. 精神科退院時指導料	100点→200点		
11. 通院精神療法	病院(250点) 診療所(300点) →350点		
12. 入院精神療法			
イ. 1カ月以内	100点→500点		
ロ. 6カ月以内	100点→300点		
ハ. 6カ月超	60点→200点		
13. 精神科作業療法 (基準看護なしで可)	100点→330点		