

## 民間精神科病院は生き残れるか？

### —地域精神医療における民間精神科病院の役割—

さわ病院  
澤 温

#### 松原先生からの依頼

- ・多くの民間病院と精神科クリニックの全てがこれから生き残れるとは思っていませんが、夫々が質の高い精神科医療を提供できて、その地域のメンタルヘルスを支える存在に変われば、素晴らしと思ってきました。
- ・そういった意味では第 7 次医療計画では、それぞれの医療機関が持つ診療の機能を明らかにするという方向性は正しと思います。
- ・しかし、いつまでこのような精神医療と福祉サービスが解離した状況はが続くのでしょうか？
- ・一般科では在宅時医学総合管理料を元に介護保険制度を利用しながら地域医療が広がっていますが、精神科の病院やクリニックが訪問診療等を行いながら地域医療に参画しても、採算が得られるのは退院後 6 カ月だけで、訪問看護だけが伸びて行く現状があります。地域への出口を塞がれている感があります。
- ・このような問題について、澤先生からご意見を

#### 私に与えられたテーマ

- ・民間精神科病院は生き残れるか？—地域精神医療における民間精神科病院の役割—
- ・いつもきついタイトルをもらう 他の方は精神科救急・急性期医療の役割、回復期・長期入院医療の問題点と対策、退院後の支援のあり方について、精神科病院における認知症医療
- ・いずれも素直なタイトル⇒私だけ人を煽るか不安にさせるタイトル
- ・以前も先生が監修の本の一部を担当させてもらったがタイトルは「独自の社会復帰」  
—独自の社会復帰 精神障害者のリハビリテーションと社会復帰“V. 精神障害者の社会復帰(退院促進)の実際”専門医のための精神科臨床リュミエール 4 2008 松原三郎編  
—独自なんてあるわけない
- ・ハラスメントと違うか？ しかし今回も乗ってしまったから文句は言えないが

## 結論から言うと

### 精神科病院は今後どうなる？

「どうなる」より「どうする」

増やしたい、減らしたくないも OK

減るのが自然だからそれに任せるのも OK

デイケア 訪問系サービス クロザピン LAI GrH

しかし経営者がどうのより、最終的には厚労省の胸三寸

建て前と本音があるが

さらに厚労省のうらに財務省

ある精神保健福祉課長就任時、私的な話し合いでの嘆き

「安けりゃいいじゃないと財務省に言われたら何も言えない」と

**知らんけど！**

### 改めて依頼の整理

- ・民間精神科病院が生き残る
- ・地域精神医療における民間精神科病院
- ・**地域精神医療**は誰もが言うように「住み慣れた場所で精神科医療を受けられる」
- ・地域精神医療に民間精神科病院と公的精神科病院の差はない。あるのは医療観察法と経済的背景(独立行政法人になっても経済背景は違う)
- ・**精神科病院が生き残る必要があるか 大問題**

### 精神科病院の悩み

- ・ベッドが埋まらんというなげきを聞くが滑稽
- ・埋まらんとなって初めて夜間休日の救急をやるのはもっと滑稽
  - そういうところはベッドが埋まったら救急はしない。⇔待合や外来のベッドに寝かしても朝まで見るのが救急(私の持論)
- ・どうしても埋めたければ入院のメリットを増やし外来のメリットを減らせばよい
  - 入院のメリット
    - 患者がいつまでもいたい環境 アメニティ 立派な開放病棟
    - さわ病院は 1993 年 9 病棟の内開放病棟は3つ
    - 今は全部閉鎖病棟で開放処遇のみ
    - 603 床(1983)⇒455(2008) およそ 1/4 減床
  - 外来のメリットを減らす
    - 訪問看護やデイケアを減らす？
    - 最終は薬の処方量を inadequate dose に下げる??
- ・国は退院促進のメニューを増やすとしているが 多職種の会議だらけの

## アリバイ作り

- ・退院を急ぎ増やすなら

試験外出 試験外泊をもっと促進すると生活をイメージしやすくなって進むが嫌ならやめたらよい

## 地域精神医療(1)

- ・言われて長いがなにか？ ⇒いわゆる「にも包括」

- ・入院医療を含めて住み慣れたところで治療が完結するのが地域医療

-医療観察法の初期は遠島 私は反対に回った 今ようやく地域医療に近づいたが病院のない県もある 山梨はハイブリッド

-大阪精神医療センターの医療観察病棟は 33 床だが現在 27 床、内府内の患者は全部でないので、32 人が全国の指定病院にいる =全く地域精神医療の考えはない

- ・詭弁的だが日本は人口 12000 万に 1200 の病院=人口 10 万に1病院は地域医療的。しかし現在のままでは本質は嘘

-救急も慢性も合併症も診れてこそ地域医療  
-地域医療のようできて救急はない、たらいまわし

## 地域精神医療(2)

- ・医療と福祉の住み分けと言っても合併症が出たら「他の科を受診しますから」「他の病院に転院しますから、当日は仕事を休んできてください」→家族は堪んない(西欧は 18 才を過ぎたら1人の大人だから家族など呼ばない)

- ・介護医療院は精神療養病棟の看板の架け替え？ともいえるが、否定はできないか

・日本で入院ベッドが多いのは、以前は医療が介護と福祉の混合丸抱え⇒分離独立⇒後述の連携

・患者数は増加しても入院は減少=医療ニーズは高まっても入院医療ニーズは高まっていない→ベッドを減らせばよい

- ・これは社会の変化と医療及び医学の進歩によるもの

- ・地域精神福祉で有名なゲールの里親も本質は「遠島」で地域医療ではないと考える

- ・GrHを作った時遠方の患者家族から頼まれたが断った

## 病院が病院であること

- ・人手が 24 時間 365 日いる

-しかし外来でも 1:1 配置なら要らないかもしれない

-現場的には屈強な兄が病気で年老いた母とか弱い妹のみなら 1:1 でも無理で病院が必要  
逆なら在宅で可能

- ・「入院ができる」だけのこと

-当番に限らず 24 時間 365 日受けられるように

しかし、いつでも救急を断らないようにベッドを空けておくのと経営には差しつかえるように組まれている

-予約主義で待たせる、検査も必要なものがすぐできないのは病院か疑問

-断る自由もあるし、断る理由はいくらでも探せる

-入院する目的が終わったら退院して在宅にすればよい

・生き残るには準備次第

-ハードウェア、ソフトウェア、ヒューマンウェア

・とは言ってもそう簡単でない

-特に高齢者の場合、目的の治療が終わってもまた次が出やすい⇒前述のようにそのたびに家族は呼ばれ翻弄される

### ちなみに 入院精神療法Ⅱ-口(6 カ月以上)の過去の点数

・精神科入院患者の半年越えの入院精神療法

-精神科専門医と精神保健指定医を持っていても、

-認められるのは週 1 回のみで、何回おこなったとしても算定できるのは 800 円のみ。

1992 年は 600 円(60 点)

1994 年～現在 800 円(80 点)

CF: 整復に 3 秒とかからない 肩関節脱臼の整復 18,000 円、肘内障整復 15,600 円

・労働と対価は一致すべきというのは常識。労働基準法第 11 条に「この法律で賃金とは、賃金、給料、手当、賞与その他名称のいかんを問わず、労働の対償として使用者が労働者に支払うすべてのものをいう。

・昔、入院患者に対しては「睡眠良好、食欲良好、気分良好、排便良好、その他の訴えなし」が面接での最低限のチェック項目であったが、800 円ならこれで十分か……。それ以上はやることは、対価に合わない過剰サービスと言える??

・この不思議さを強く問題視しない日精協は、何と評すればいいのだろう。

### 精神科の高齢入院患者の特徴

・医療、介護、福祉と分けるが、対象者一人でも、身体疾患は次々と出て、出ると家族について行ってくれでは家族も持たない

-演者の個人的な経験だが、少しずつ認知症も出てきた母を自院で看取った。高齢者はもうイランというのでないなら本当の意味での包括ケア病棟が良い

-在宅だ、地域医療だといっても訪問・在宅医療は検査も迅速にはできない

-在宅で医療・介護・福祉が連携して「みんなで見ているは誰も見ていない」に陥りやすい

・精神科ベッドが空いたから認知症高齢者で埋めているという批判もあるが、結核病棟がイランとなって精神科病棟に転換した歴史もあるし、現在新たな介護医療院を作るか精神科病院

で認知症高齢者を受けるのも悪くはないか

・答えは用意していない

### 今後の精神科病院

- ・外来化する流れがあっても、日本では入院の方が安上りで外来化の方が高額になる
- ・民間精神科病院 生かすも殺すも行政の胸三寸
- ・外国のように精神医療は公的だけでよいとなれば別
  - アメリカの 1963 年のケネディの大統領教書の裏と表
  - 表はノーマライゼーション
  - 裏は医療費削減
- ・日本は民間が経済的には効率が良い
  - 例:大阪精神医療センター
- ・身体合併症対応を含めて、高齢精神障害者対応を適正にすることが重要
  - 本人だけでなく家族への負担の軽減を含めて
  - 他施設と連携だと、保険証提示、契約・同意手続き、補償金、病歴聴取などが何度もあつて、家族負担は大きい

### 地域精神保健・医療・福祉のスローガン

- ・地域は病院だ
- ・家庭は病室だ
- ・町中開放病棟だ

【澤 温、外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか、日本外来精神医療学会誌、3:7-16、2003】

【澤 温、地域精神医療と精神科病院ー地域に開かれた精神科病院ー、Schizophrenia Frontier、VOL5・NO2、87-93、2004】

### 精神医療への中央の対応

- ・行政は手続きの整備、悪く言うとペーパー主義ばかりで現実に即応していない
  - 退院で生活できるかは、多職種ミーティングがあればよいというが、それより試せばよいはず
  - トライアルアンドエラーでする方が良いが、外泊訓練すると点数が下がるなど実行しにくい
  - 医療観察鑑定入院で、通院処遇か入院処遇かの判断のため同伴外泊したがとんでもないという判断。それでいて「遠島」扱いの対象者の退院に向けての外泊には職員を複数付けるなど無駄が多い
- ・ちなみに医療観察法が制定されて 20 年。20 年経っても附則は見向きもされない。
  - 障害者基本法ができて自立支援法という障害者施策がはじまるのに 11 年もかかった。

-それを思えば附則の実現なんてあり得ないか。

## 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成十五年=2003年)附則抄

(精神医療等の水準の向上)

- ・第三条 政府は、この法律の目的を達成するため、指定医療機関における医療が、最新の司法精神医学の知見を踏まえた専門的なものとなるよう、その水準の向上に努めるものとする。
- ・2 政府は、この法律による医療の対象とならない精神障害者に関しても、この法律による専門的な医療の水準を勘案し、個々の精神障害者の特性に応じ必要かつ適切な医療が行われるよう、精神病床の人員配置基準を見直し病床の機能分化等を図るとともに、急性期や重度の障害に対応した病床を整備することにより、精神医療全般の水準の向上を図るものとする。
- ・3 政府は、この法律による医療の必要性の有無にかかわらず、精神障害者の地域生活の支援のため、精神障害者社会復帰施設の充実等精神保健福祉全般の水準の向上を図るものとする。