

(株)日本経営による報告書の検討

宮城県精神科病院協会
会長 岩 舘 敏 晴

2023年7月1日の講演内容を一部改変

県が公開した(株)日本経営の資料

日本経営

資料1：仙台医療圏の医療提供体制に関するデータ
分析及び課題の整理(外部環境調査)

資料2：仙台赤十字病院と県立がんセンターの統合
による新病院の具体的な方向性

資料3：東北労災病院と県立精神医療センターの合
築による新病院の具体的な方向性

資料1:精神疾患に関して(p30~34)

【外部環境と課題】

- 単科の病院が算定する回復期・慢性期系入院料での減少が顕著であり、(中略) これは長期療養している入院患者の高齢化に伴う死亡退院の増加が主な要因と考えられる。国においては、(中略)入院患者の高齢化が進んでおり、今後、高齢化に伴う入院患者の身体合併症の対応の必要性が高まることが想定される。
- 精神科急性期の需要が今後も一定程度見込まれる。
- 宮城県には精神科病床を有する一般病院は4病院あるが、そのうちの一つである仙台市立病院は稼働率が低く、かつ4つの病院が全て仙台市内に集中している。
- 児童思春期患者の入院受入れを対応していく必要がある。

【方向性】

- 精神科急性期と精神疾患患者の身体合併症への対応においては、役割分担を検討しながら、24時間365日の医療体制の整備をしていく必要がある。
- 精神疾患患者の身体合併症への対応においては、一般病院と連携のもと対応できる体制づくりが必要と考える。

資料1 p31：高齢化による死亡の増加

日本経営

図3：退院患者の退院事由

| 年度 | 退院患者数 | うち | | うち | |
|--------|-------|---------|-------|-----|-------|
| | | 転院または転科 | 割合 | 死亡 | 割合 |
| 平成25年度 | 6,315 | - | - | 623 | 9.9% |
| 平成26年度 | 6,265 | - | - | 614 | 9.8% |
| 平成27年度 | 6,386 | - | - | 618 | 9.7% |
| 平成28年度 | 6,725 | - | - | 604 | 9.0% |
| 平成29年度 | 6,786 | 895 | 13.2% | 603 | 8.9% |
| 平成30年度 | 7,186 | 869 | 12.1% | 661 | 9.2% |
| 令和元年度 | 6,666 | 821 | 12.3% | 654 | 9.8% |
| 令和2年度 | 6,182 | 753 | 12.2% | 643 | 10.4% |
| 令和3年度 | 6,174 | 737 | 11.9% | 731 | 11.8% |

資料3：再編の必要性

- 急性期の適正化、回復期の整備
- 精神医療センターと一般病院とが一体的な診療が行うことで身体合併症に対応可能な体制構築が必要
- 仙台市一極集中の是正
- 東北労災病院と精神医療センターの経営状況の悪化と施設の老朽化
- 精神医療センターは宮城県から運営費負担金等として約11億円が投入されるとともに、施設の老朽化が著しく、早期の建て替えが必要。

資料3:再編の基本方針

日本経営

| 項目 | 新精神医療センター（富谷市） | 南の外来機能（名取市） |
|-------|--|---|
| 医療需要等 | 【想定患者数】 入院:153人/日、 一般外来:30人/日 | 今後、実績を踏まえて検討 |
| 入院部門 | 救急病棟、救急・急性期の後方支援病棟、児童思春期専門ユニット | なし |
| 外来部門 | 仙台市以北を中心 とした一般外来 全県の児童思春期外来 | 名取市以南を中心 とした一般外来（統合失調症などをメインとする） デイケア・ショートケア及び訪問看護については民間医療機関との役割分担 について検討 |
| 救急対応 | 全県の措置入院、通年夜間の救急入院、 身体合併症を伴う緊急入院(終日) 精神医療相談窓口、精神科救急情報センター | 名取市以南のケースにおける精神医療相談窓口・精神科救急情報センターからの照会対応 |
| 連携体制 | 新精神医療センターから退院した患者の社会復帰 南の新病院へ通院する患者の入院受け入れ 精神医療相談窓口・精神科救急情報センターからの照会対応 | |

※ 赤字は現在と機能が大きく異なる部分（演者着色）

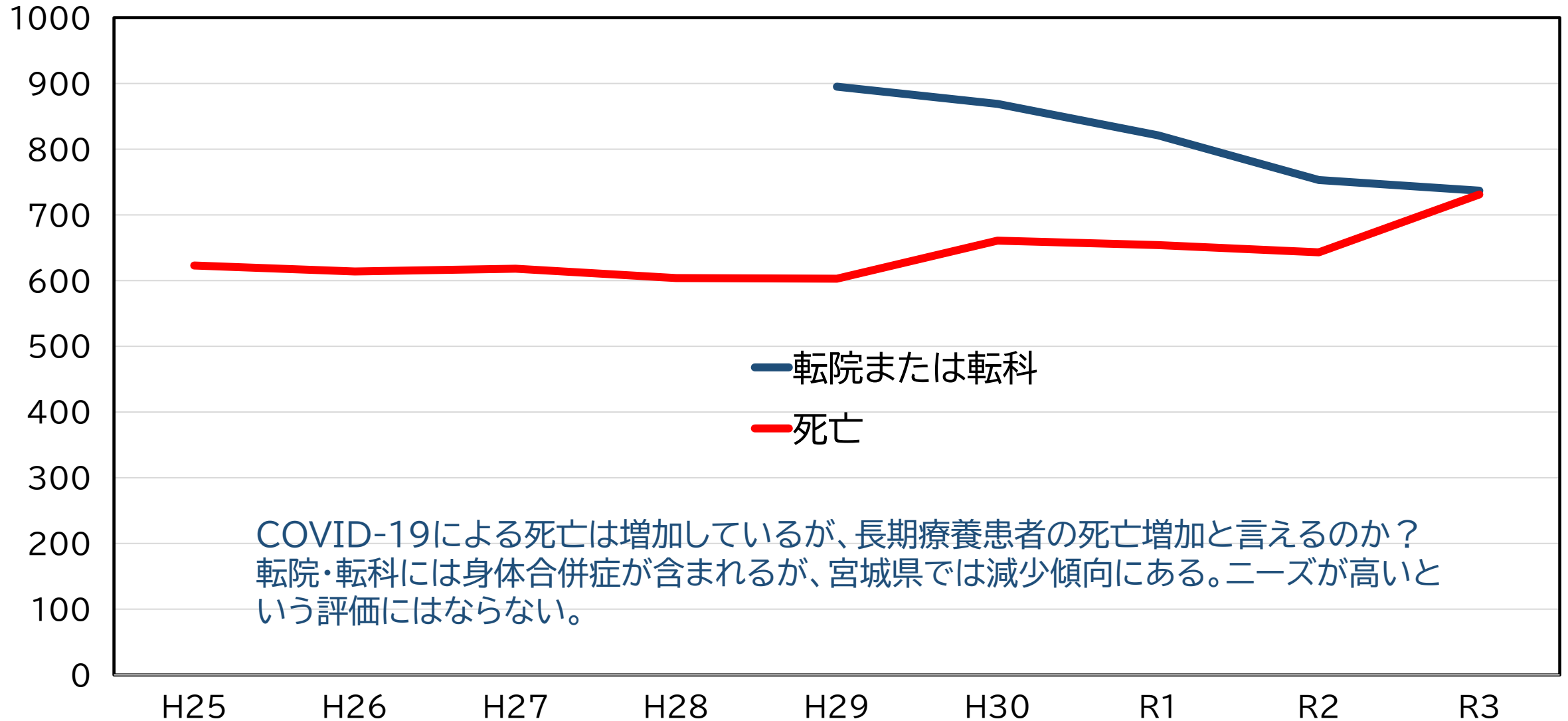
以上の日本経営による報告に対して
宮城県精神科病院協会として独自に
データを分析し問題点を指摘する。

一部は5月31日開催の精神保健福祉審議会に資料として提出済み
宮城県精神科病院協会ホームページ参照
<http://www.miyaseikyo.com/>

資料1 p31：高齢化による死亡の増加

日本経営の数値をグラフ化

日本経営



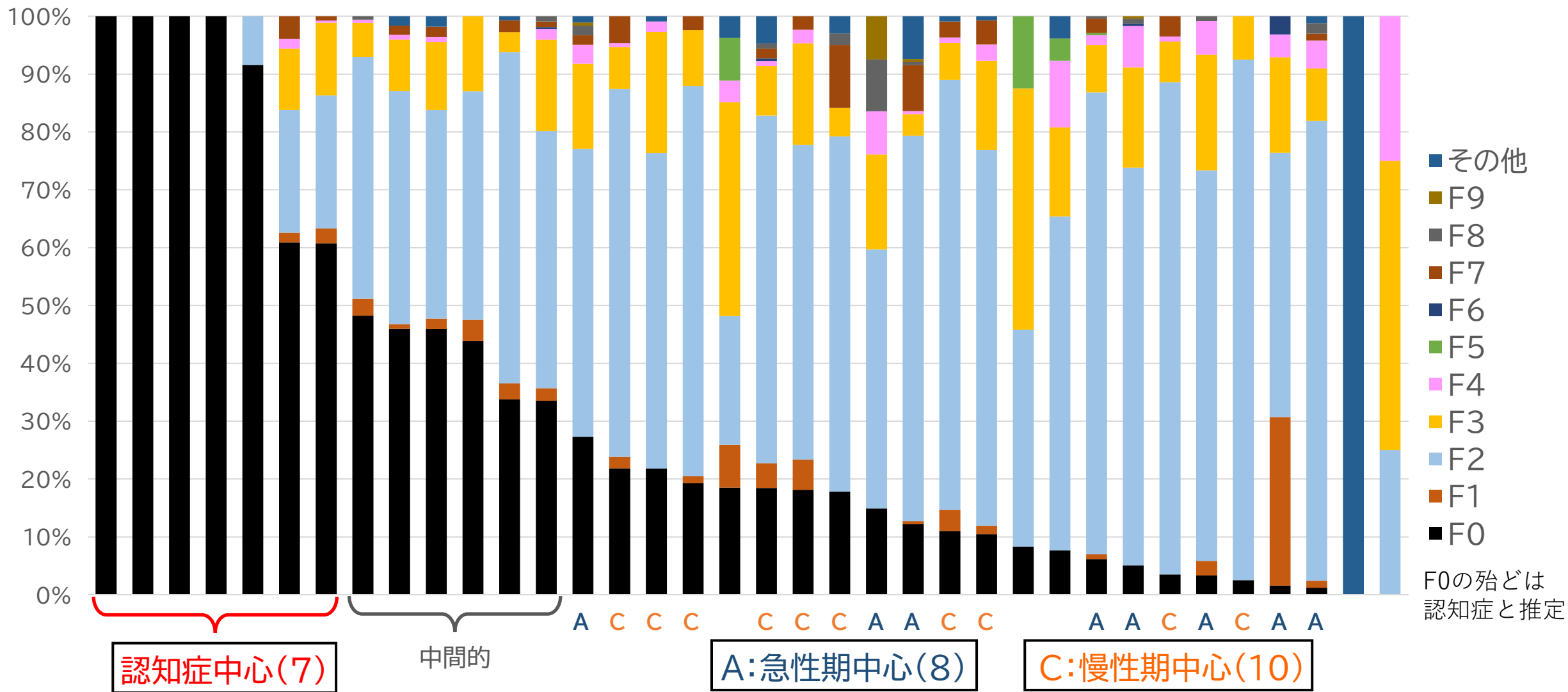
COVID-19による死亡は増加しているが、長期療養患者の死亡増加と言えるのか？
転院・転科には身体合併症が含まれるが、宮城県では減少傾向にある。ニーズが高いという評価にはならない。

長期入院患者減少と死亡退院増加の関係を検証

急性期中心・慢性期中心・認知症中心の3群で比較

(グラフは認知症の多い病院順: 2022年3月31日現在)

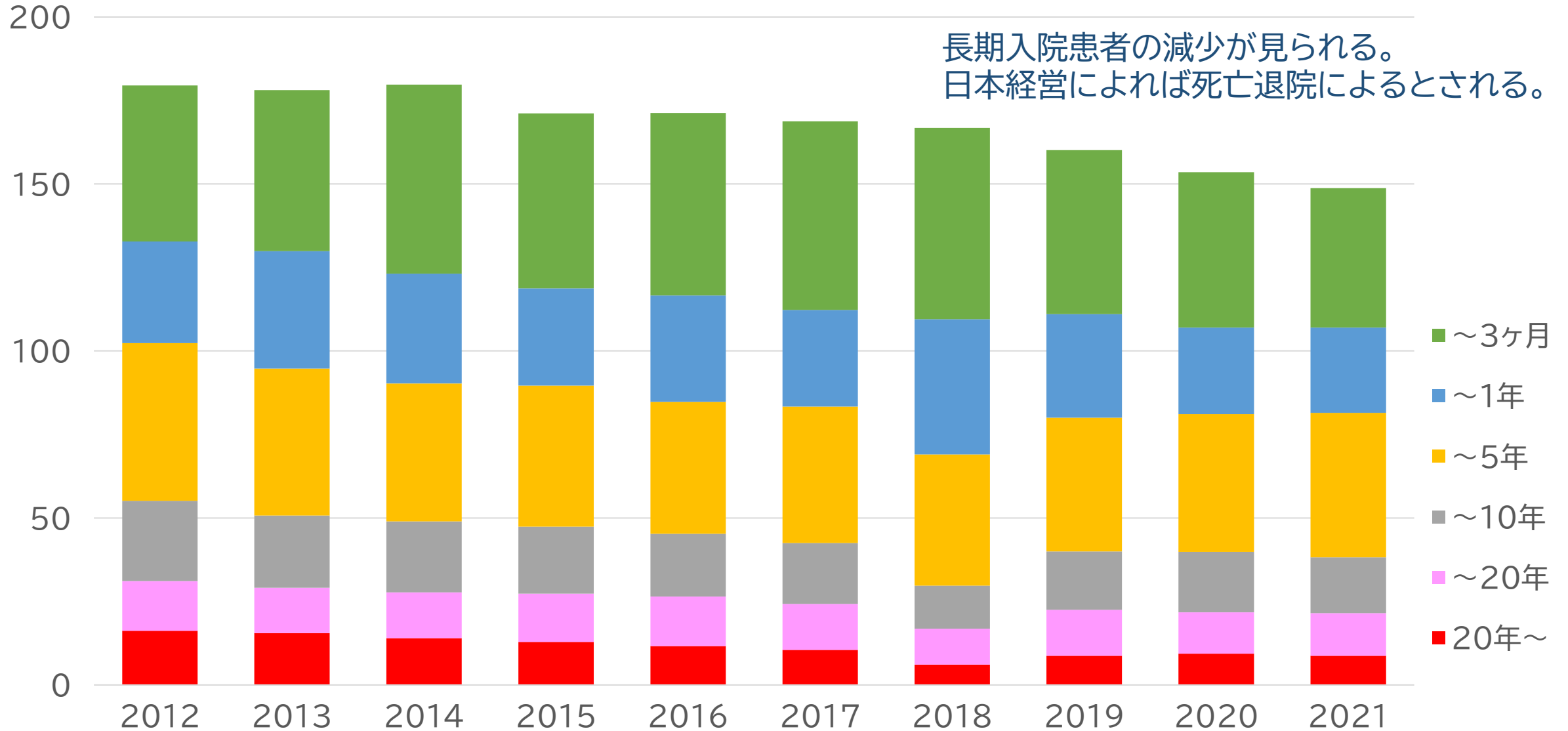
宮精協分析



急性期中心群の入院期間(8病院の平均値)

各年度末在院患者

宮精協分析



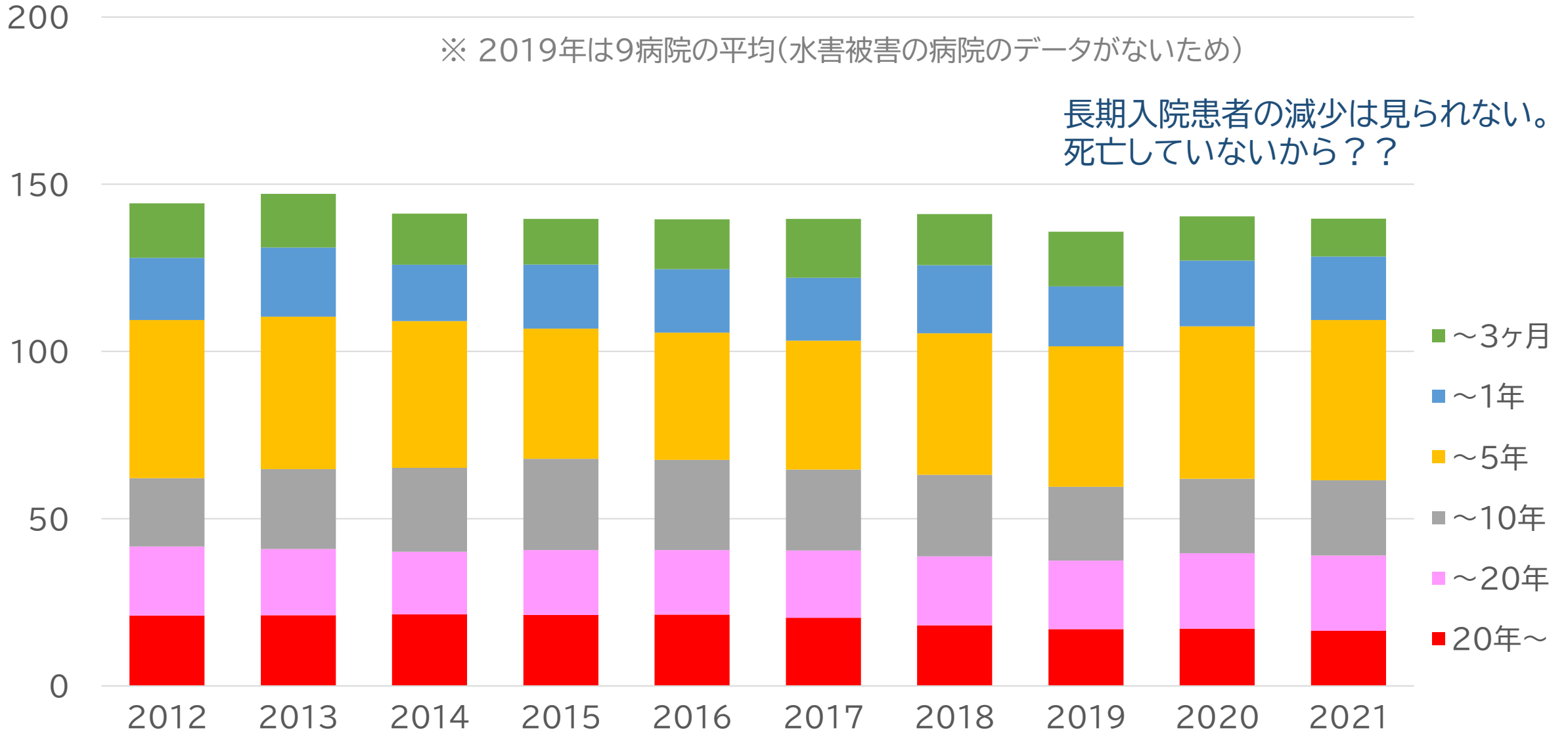
慢性期中心群の入院期間(10病院の平均値)

各年度末在院患者

宮精協分析

※ 2019年は9病院の平均(水害被害の病院のデータがないため)

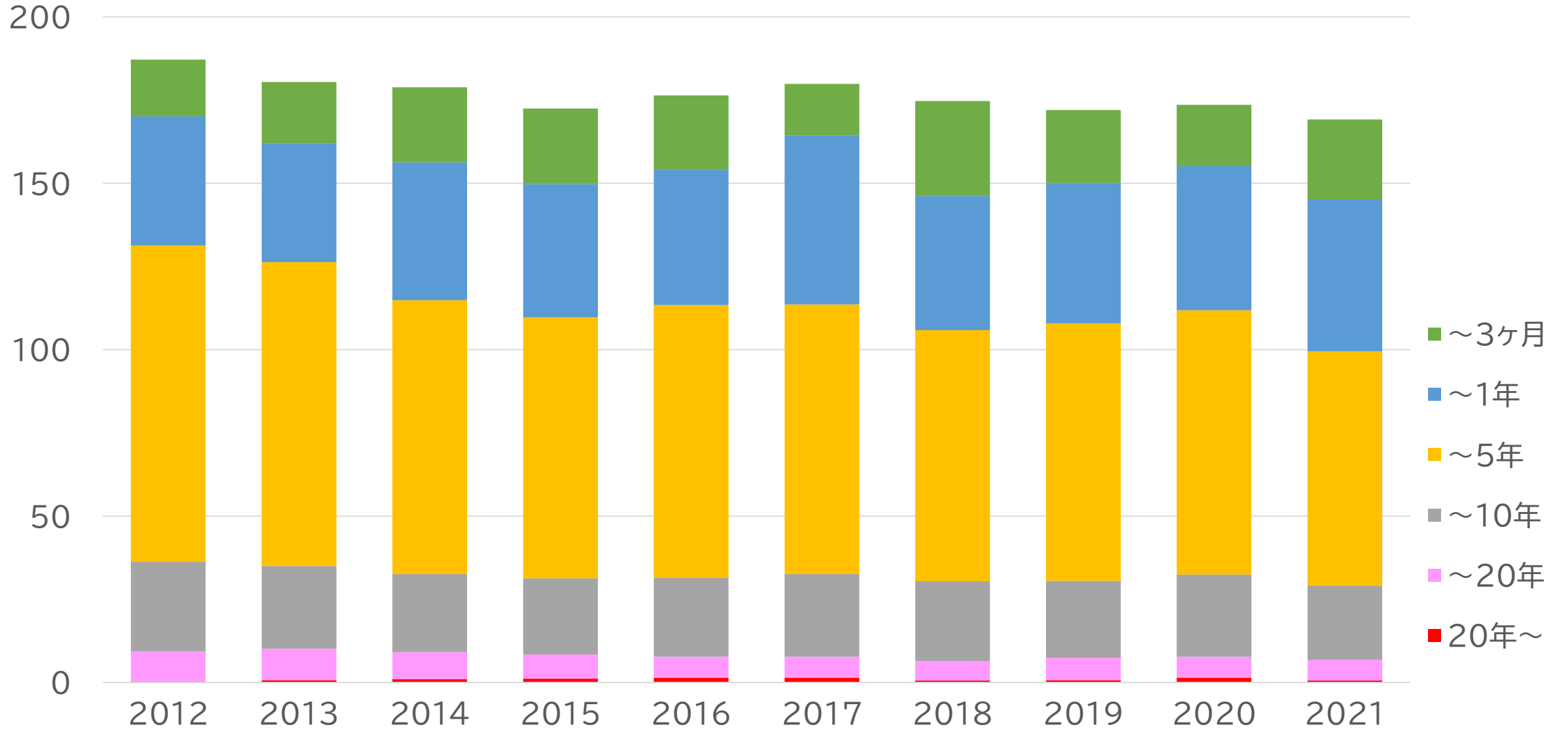
長期入院患者の減少は見られない。
死亡していないから??



認知症中心群の入院期間(7病院の平均)

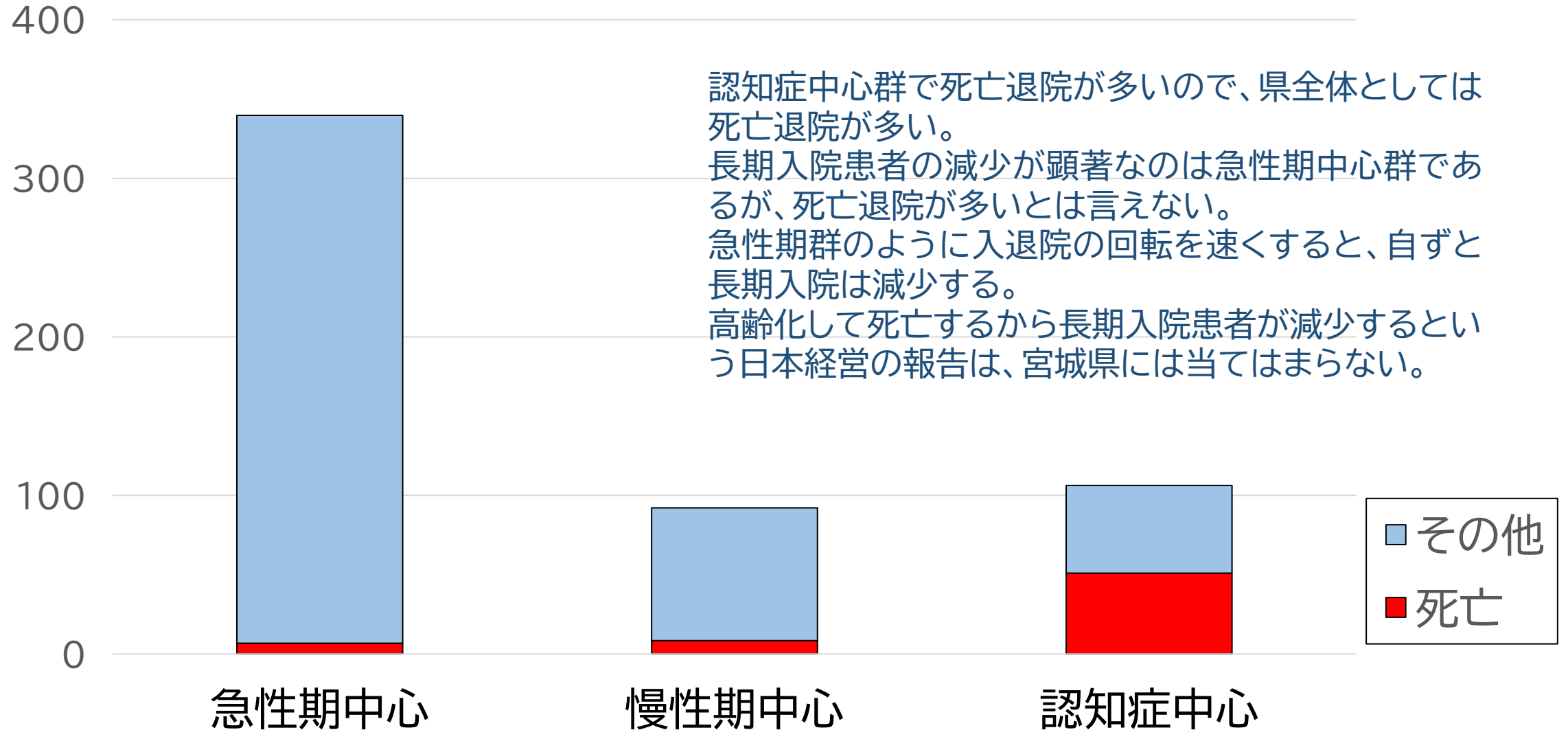
各年度末在院患者

宮精協分析



退院事由(1病院あたり年平均)

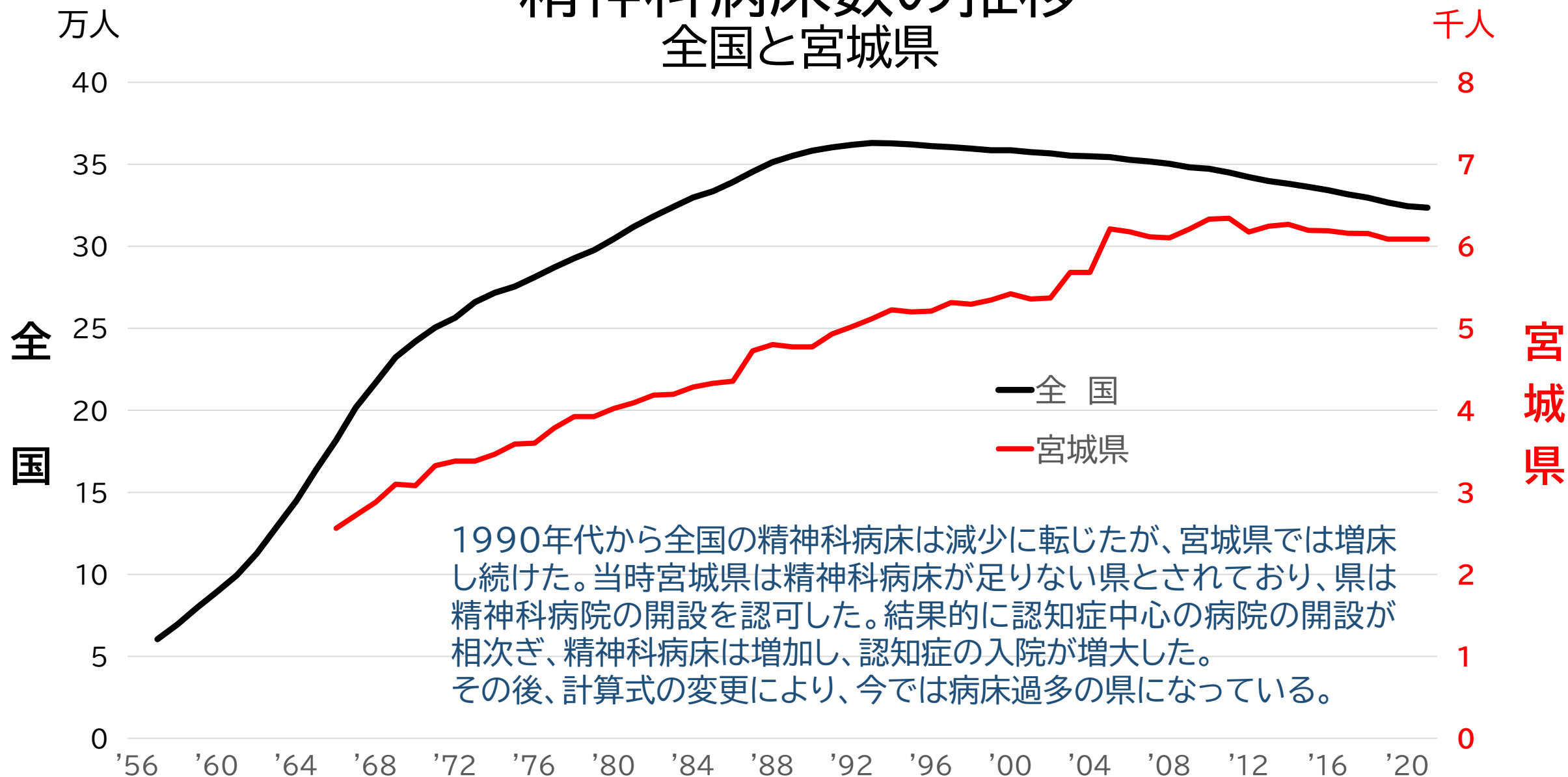
宮精協分析



認知症中心群で死亡退院が多いので、県全体としては死亡退院が多い。
長期入院患者の減少が顕著なのは急性期中心群であるが、死亡退院が多いとは言えない。
急性期群のように入退院の回転を速くすると、自ずと長期入院は減少する。
高齢化して死亡するから長期入院患者が減少するという日本経営の報告は、宮城県には当てはまらない。

精神科病床数の推移

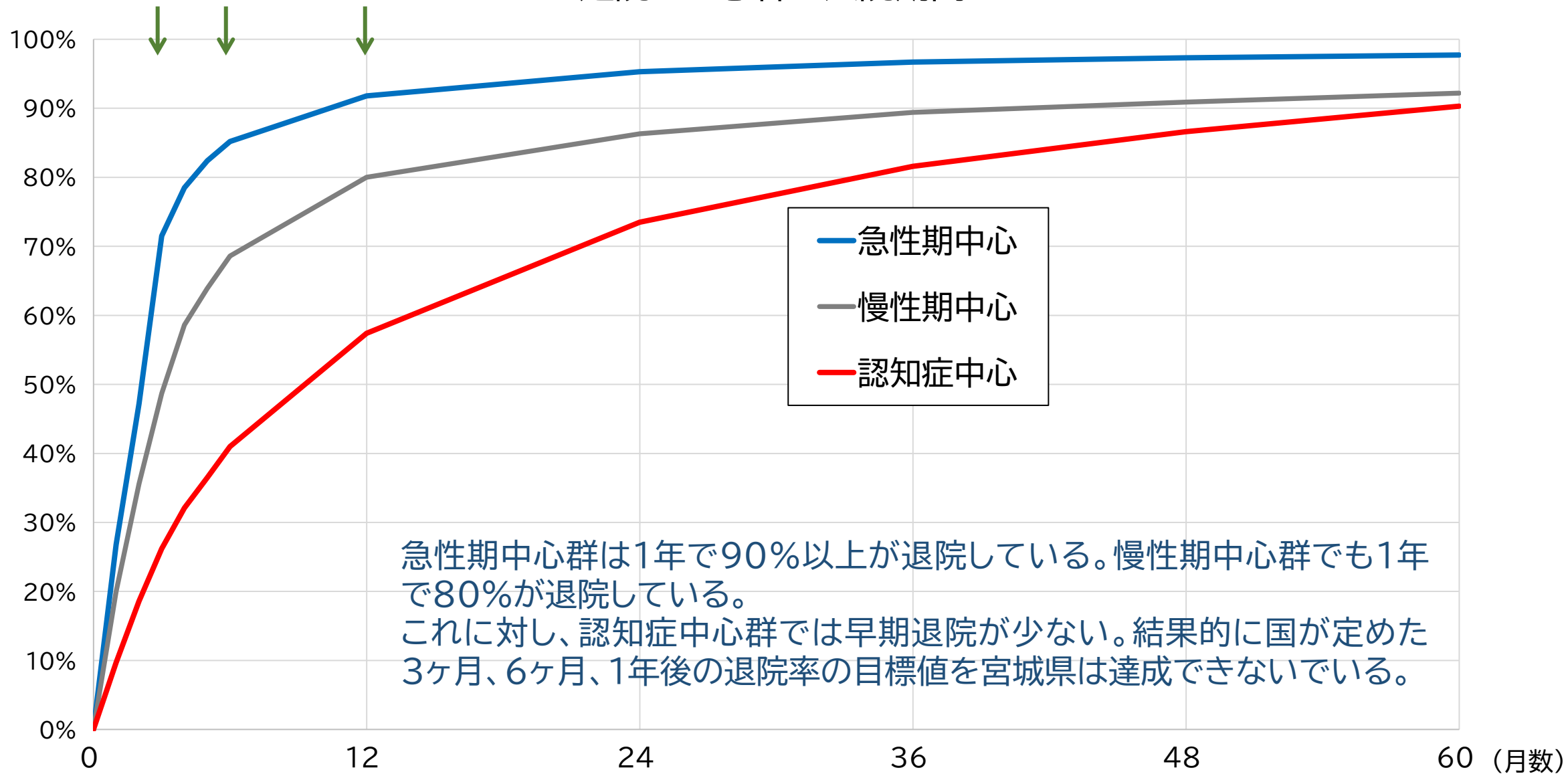
全国と宮城県



1990年代から全国の精神科病床は減少に転じたが、宮城県では増床し続けた。当時宮城県は精神科病床が足りない県とされており、県は精神科病院の開設を認可した。結果的に認知症中心の病院の開設が相次ぎ、精神科病床は増加し、認知症の入院が増大した。その後、計算式の変更により、今では病床過多の県になっている。

退院曲線(1病院平均)

退院した患者の入院期間から



急性期中心群は1年で90%以上が退院している。慢性期中心群でも1年で80%が退院している。
これに対し、認知症中心群では早期退院が少ない。結果的に国が定めた3ヶ月、6ヶ月、1年後の退院率の目標値を宮城県は達成できないでいる。

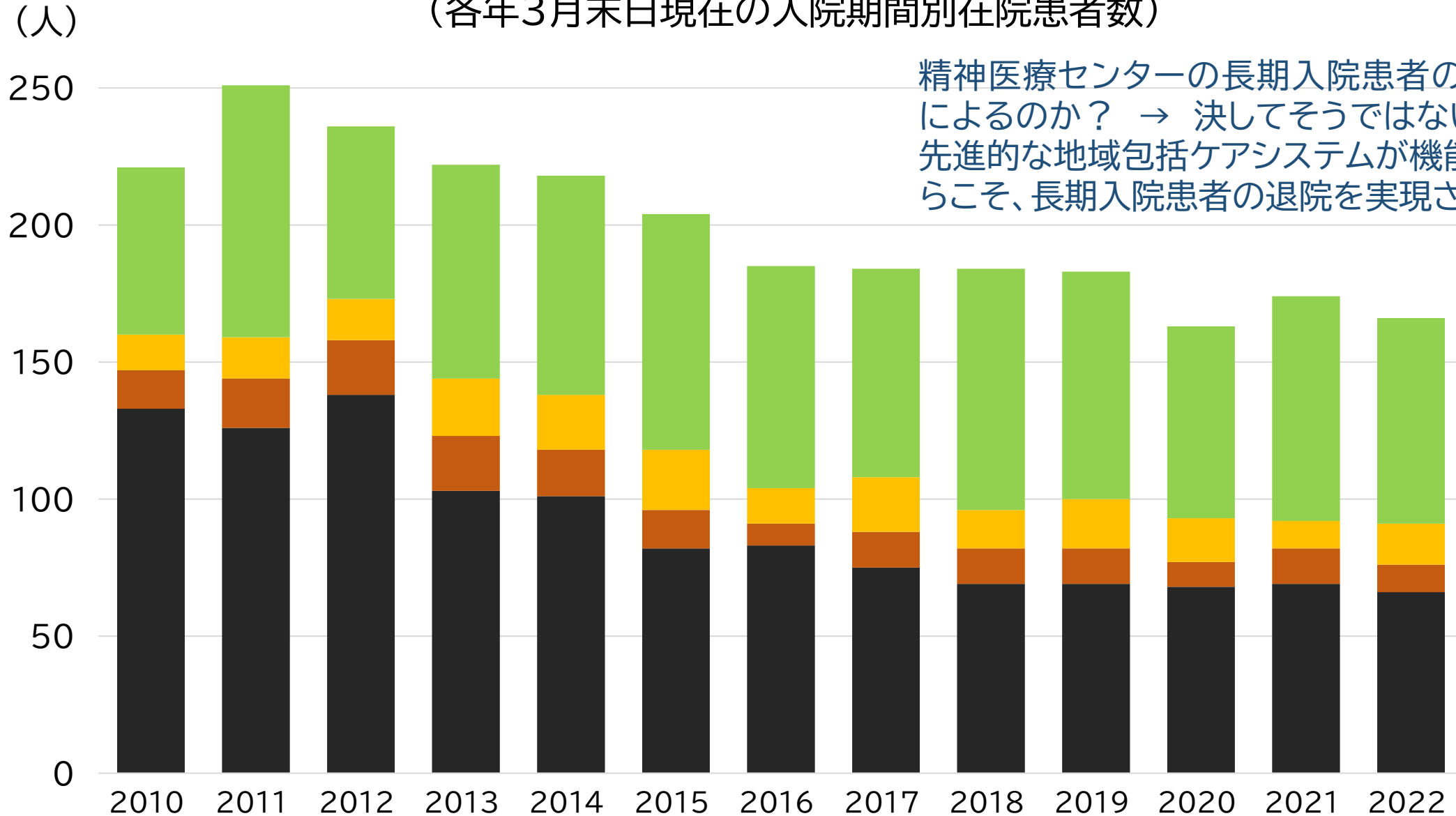
宮城県精神科病院協会による分析結果

- 長期入院患者が減少しているのは、急性期中心の病院群であるが、死亡退院が多い訳ではない。死亡退院が多いのは、認知症中心の病院群である。（※ 宮城県は認知症中心の病院が多いのが特徴。）
- 入退院の回転を速くし、地域移行を推進すれば長期入院は減少するが、日本経営の分析は宮城県特有の実態を理解していない。
- 全国の趨勢は精神科の病床削減であるが、かつて宮城県は関係者が反対したにもかかわらず、精神科病院の新規開設・増床を認可した。結果的に認知症のみ入院させる精神科病院が宮城県では急増した。
- 今や宮城県は精神科病床が多すぎる県になり、国から病床削減を求められている。また、国の退院率の目標値も大幅に下回っている。
- 過去の失政を繰り返さないためにも、県は関係者の意見を真摯に受け止めるべきである。

県立精神医療センター

宮精協分析

(各年3月末日現在の入院期間別在院患者数)



仙台市立病院は身体合併症対応に貢献していないのか？

- 現場感覚では、かなり貢献している。
- 病床稼働率だけの問題ではない。病床回転率は圧倒的に高い。(他の総合病院精神科の2倍以上)
- 精神科以外の病棟に入院している患者の診察にもリエゾン・チームで対応しているが、それは数値に出てこない。
- 精神医療センターも、身体合併症の対応では仙台市立病院に依存している。現在精神科を持たない東北労災病院が仙台市立病院に代わってその任を担えるのか疑問である。
- 一方、身体合併症の治療経験がない精神医療センターも合築によって相当苦勞すると予想される。身体的処置に追われ、本来の精神科看護が手薄になる可能性もある。

フルスペックでない「合築」の問題

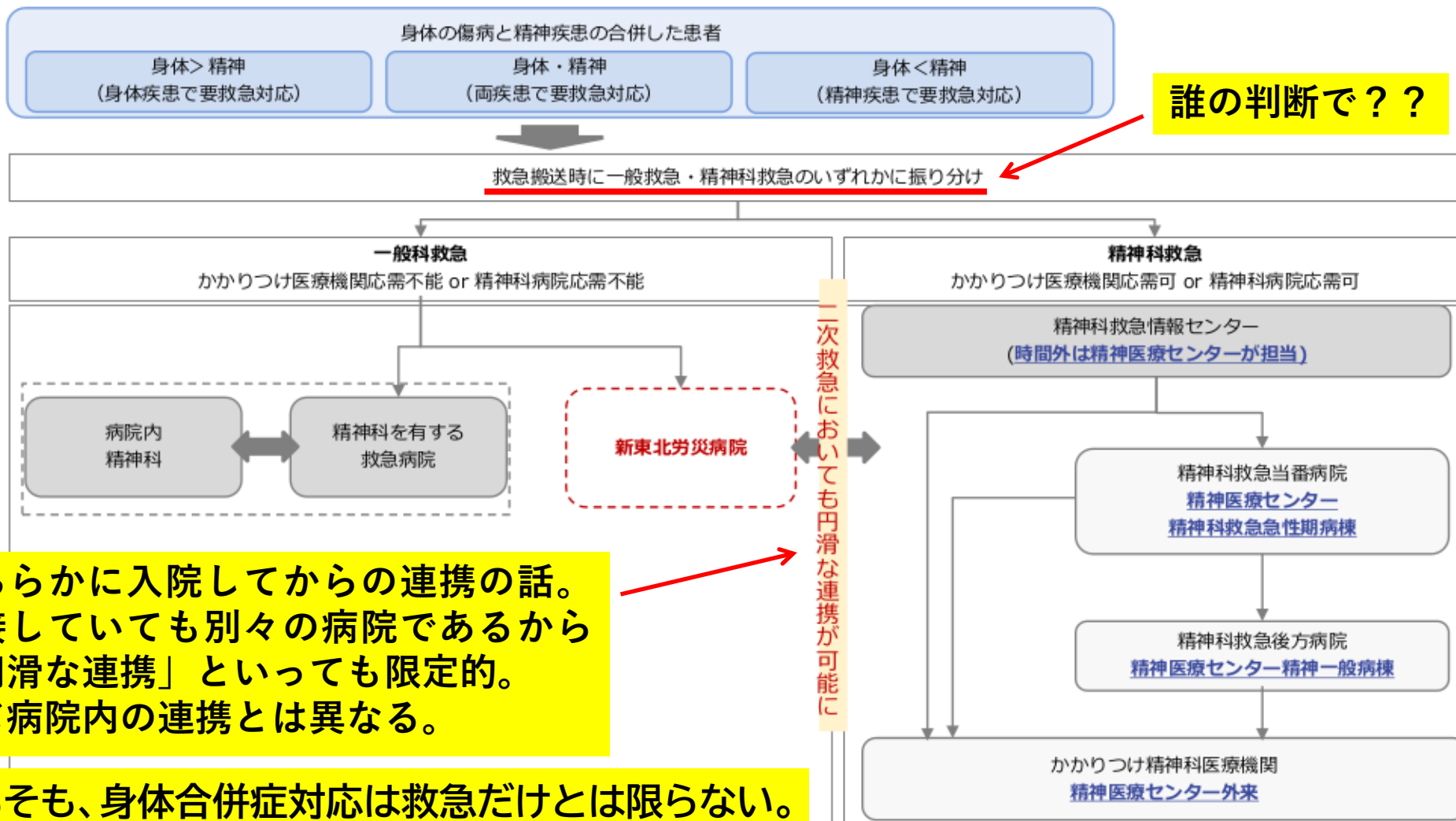
- 同じ病院に精神科病棟も持つ“フルスペック”と、経営母体も病院管理者も異なる“合築”では根本的な違いがある。
- 身体疾患と精神疾患を持つ救急患者が発生した場合、どちらに搬送するのか。フルスペックの病院なら、とりあえず搬送してから院内で協議するが、合築はそもそも別々の病院であるから、**どちらが引き受けるか調整するところがない**。どちらからも断られる可能性がある。⇒ 現状と変わらない。
- フルスペックの病院が仙台市以外に誕生するのではなく、たまたま一般病院と精神科病院が隣り合わせに位置するだけに過ぎない。富谷である必然性はなく、**名取の新病院の隣でも構わない**。
- 同じ病院ではないので、職員の労働環境、労働条件も異なる。互いに往診し合う等、**連携と言っても容易ではない**。

2. 新病院の概観

(6) 一般科救急と精神科救急の初期対応における再編後のイメージ

新東北労災病院と新精神医療センターの連携体制

- 新東北労災病院と新精神医療センターの合築により新病院が整備されることにより、精神科病床を有さない二次救急医療施設と精神科病院の相互の転院調整が円滑になることが期待される。



どちらかに入院してからの連携の話。隣接していても別々の病院であるから「円滑な連携」といっても限定的。同じ病院内の連携とは異なる。

そもそも、身体合併症対応は救急だけとは限らない。

名取の新病院に外来機能を残すというが

- 推定では90人/日の外来数。これに対応する医師の確保は？
- 院内リエゾン業務への対応は？
- 外来診療は実施しても、デイケアは別の民間病院？
- 入院が必要になったら、富谷まで移動？
- 富谷から退院したら、名取の新病院に通院？
- これが地域包括ケアの推進？
- そもそも資料2(名取の合併新病院)には、この記載なし。

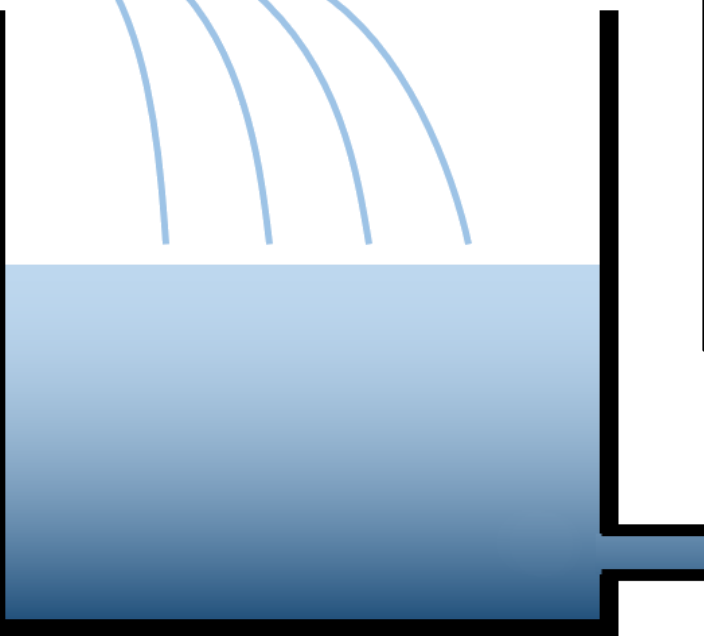
※ 精神科病棟を持たず、精神科外来のみ実施している病院の現状を知るべき。
(大崎市民病院、坂総合病院、JR仙台病院、みやぎ県南中核病院)

果たして経営改善につながるか？

- 一日あたり入院153人を確保するには、相当数の入院がないと困難。それだけの入院を民間病院と競合せずに集められるか？
- 一日あたり外来30人では年間2億5千万円の減収。
- デイケアや訪問看護を実施せず、収益をあげられるのか？
- 病床数が減るので、必要な医師数も減る。しかし、24時間365日の救急を維持するためには、それなりの医師数（特に精神保健指定医）が必要。外部の医師に応援を依頼すれば、人件費率は今以上に高くなる。（医業収益<人件費）
- 土地を無償で提供されるとしても、将来的には経営は悪化すると見込まれる。
- 精神医療センターと周辺民間病院が経営上「共倒れ」になる危険がある。県の施策として好ましくない。

精神医療センターの退院の実績から推定すると

入院



この高さが1日
あたりの入院患
者数に相当。

日本経営は
153人と推定。

1年以上入院している患者70人を連れて
富谷に移転した場合、年間400人
連れて行かない場合、年間600人
の入院が必要になると推定される。

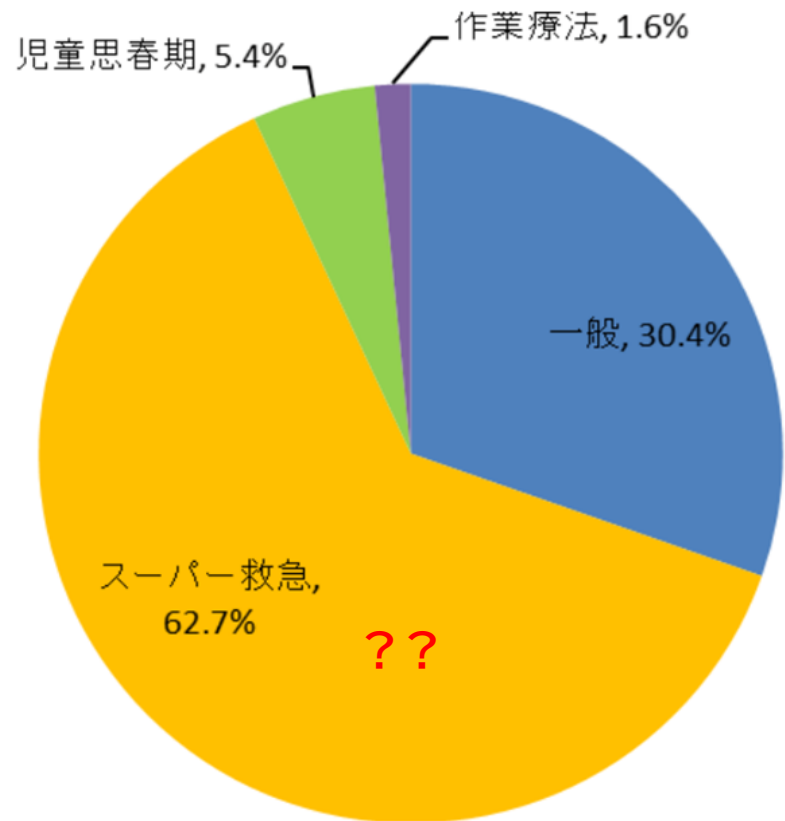
- 入院患者の確保には**競合が避けられない**。
- 患者70人を富谷に連れて行った場合、社
会資源が乏しいので退院は困難になる。

移転後の経営改善は厳しい課題となる。

退院

精神科救急と収益の関係

入院収益診療部門構成比



県立精神医療センター 平成30年度

左図だと、救急で収益が高いように見える。
では、富谷移転後、救急患者を増やせば収益は上がる
のか？ → 答えは“No”

救急患者でなくても、とにかく救急病棟に入院すれば
高額な医療費が得られる。左図は、救急病棟に入院し
た患者から得た収益であって、**救急による収益を意
味しない**。(施設基準に対する医療費の設定だから。)

富谷移転後、救急を受け入れようが受け入れまいが
収益には関係ない。救急病棟の病床数が現在の99床
より多くなるかどうか収益に**関係する**。

意地悪な見方をすると「**救急の全県カバー**」を名目に
救急の病床数を増やせば、あとは救急でない患者を
入院させても高額な医療費が得られる。→ 国の医療
費抑制策とは**逆向き**。

改めて、富谷移転のメリットは何かを考える

資料3のp6 県立精神医療センターのデータ

令和3年度における入院形態・エリア別入院患者数(人/日)

日本経営

| | 措置 | | 医療保護 | | 任意 | |
|---------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| | 仙台市以北 (太白除く) | 太白区+名 取市以南 | 仙台市以北 (太白除く) | 太白区+名 取市以南 | 仙台市以北 (太白除く) | 太白区+名 取市以南 |
| 救急病棟 | 3 | 5 | 29 | 31 | 7 | 9 |
| 精神一般病棟 | 0 | 1 | 36 | 34 | 5 | 9 |
| 児童思春期病棟 | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 0 |

このデータを見る限り、現状でも仙台市以北の患者の入院を十分受け入れている。
それなのに富谷に移転する必要はあるのか。

富谷移転にメリットはあるのか？

- 太白区を除く仙台市以北の患者を既に受け入れているのに、富谷に移転する理由は希薄である。
- 富谷に移転すれば、県南部の急性期治療の基幹的病院が不足し、再編の必要性に書かれた「急性期の適正化」に反する。
- 長年築いてきた県南部の社会資源との連携が途切れる。
- 周辺医療機関との競合により経営改善は期待できない。外来収入も大幅に減収となり、県の財政負担は今以上に増える。
- 国が進める「地域包括ケアシステム」に逆行する。
- 身体合併症の対応も「合築」では限界がある。
- 名取市の児童関連施設との連携がとりにくくなる。
- 最近購入したCTが稼働すれば、合築の意義は薄れる。
- 精神科医療の根幹は救急と身体合併症対策だけではない。根幹を忘れてはならない。

おわりに

- 精神科以外では、急性期病床の過剰、慢性期病床の不足が言われている。しかし、精神科は逆の歴史を辿ってきた。
- 精神疾患は長期療養が当たり前の時代があった。しかし、入院から地域へという発想の転換により、地域で生活することが当たり前になってきた。それに合わせて、慢性期から急性期に転換した病院も多く、それらが県内各圏域で基幹的な役割を果たしている。「急性期の適正化」は既に進んでいる。
- 地域包括ケアに基づいた医療の役割は、各圏域で完結できるような医療体制を構築することである。県南部には外来機能だけ残せばよいという考えは、あまりに安易である。
- しかも、県南部の外来は県立ではない新病院に、デイケアと訪問看護は民間にという発想は無責任な「丸投げ」であり、精神科医療に対する誠実な対応が見られない。

追加：外来診療と入院の関係 （国見台病院のデータから）

| | |
|---------------------------------|---------------|
| 2012年～2021年の10年間に 外来を受診した患者数 | 6,763人（実人数） |
| この間に1度でも入院した患者数 | 1,855人（27.4%） |
| 延べ入院回数 | 4,045回 |
| 1人あたりの平均入院回数 | 2.18回 |

精神医療センター（開設1957年）と国見台病院（同1954年）は比較的似た患者層を診ているので、この数値から類推すると名取に外来機能を残しても**通院患者の4人に1人は入院が必要になる**と想定される。

富谷まで行って入院しろというのは酷な話であり、かつ非現実的である。

（2023/6/30現在、新たに55人加わり、計1,910人が入院している。）

■免責事項

本資料は入手し得る資料及び情報に基づいて作成したものであり、その内容の正確性を保証するものではありません。

また、法律面、会計面、税務面についての検証は行っておりませんので、顧問先(税理士、会計士、弁護士等)へご相談の上、ご判断頂きますよう宜しくお願い申し上げます。

委託された仕事に正確性を保証しないし責任も負わないんだ……。時間とお金の無駄だなあ……。宮城県は今まで展開してきた先進的な地域医療・保健・福祉に誇りをもって、名取残留を早く決断したらよいのに……。

【個人的感想】