

表3 2.6 NHS病院 精神科急性期病棟でのサービス

費用と単位評価	2005/2006価格	備考
資本費用 (A, B&C) A. 住宅、間接費	£ 11/ベッド一日	精神病床新規開設分。病床利用率は考慮されている。資本費用は60年間にわたって3.5%で割引かれ、年額換算される。
B. 地代	£ 2.00/ベッド	副首相府の情報に基づき60年間にわたって3.5%で割引かれる。
C. 備品、耐久財		情報なし
収益費用 D. 賃金、物品、サービス費用	£ 141/日	収益費用は病院会計から情報を得ており、賃金、物品、サービス、諸経費に分けられる。賃金費用は医療、臨床支援サービスを含む。この投入資本は病棟単位で確認できないので、1.33の乗数が看護(75%)、医療、臨床支援(25%)の配分で計算された。賃金が一日の総費用の66%を占める。
E. 一般諸経費	£ 47/日	
利用者による施設利用	365.25日/年	
病床利用率	95%	ロンドンにおける病床利用率は102%と見積られる。病床利用率はベースデータと同じ引用元から得ている。
ロンドン乗数	1.20×A 2.53×B 1.11×D 1.15×E	ロンドンの相対費用は各費用要素におけるベースデータの情報と同じ引用元から得ている。もし利子が技術や価格の効果と同じ効果を持てば、賃金、物品、サービス費用に使用される乗数は1.19となる。土地価格指数の前年の上昇はODPMの価格動向の修正によるものである。
2005/2006で利用可能な単位費用		
£ 201/入院患者一人一日 (AからEを含む)		

表4 2.7 NHS病院：精神科慢性期病棟でのサービス

費用と単位評価	2005/2006価格	備考
資本費用 (A B C) A. 住宅、間接費	£ 23/ベッド一日	精神病床新規開設分。病床利用率は考慮される。資本費用は60年間にわたって3.5%で割引かれ、年額換算される。
B. 地代	£ 2.30/ベッド一日	副首相府の情報に基づき60年間にわたって3.5%で割引かれる。
C. 備品、耐久財		情報なし
収益費用 D. 賃金、供給、サービス費用	£ 99/日	収益費用は病院会計から情報を得ており、賃金、物品、サービス、諸経費に分けられる。賃金費用は医療、臨床支援サービスを含む。この投入資本は病棟単位で確認できないので、1.33の乗数が看護(75%)、医療、臨床支援(25%)の配分で計算された。賃金が一日の総費用の54%を占める。
E. 一般諸経費	£ 54/日	資本・収益費用の合計は、一週あたりの居住費用である。この居住費用に加えて「ケアパッケージ」費用がある。この追加分は個人消費、生活費、病院、地域医療・社会サービスの利用が含まれる。
その他費用 F. 個人生活費用	£ 16.40/週 (£ 2.30/日)	
利用者による施設利用	365.25日/年	
病床利用率	83%	ロンドンにおける病床利用率は93%と見積られる。病床利用率はベースデータと同じ引用元から得ている。
ロンドン乗数	1.20×A 2.53×B 1.32×D 1.11×E	ロンドンの相対費用は各費用要素におけるベースデータの情報と同じ引用元から得ている。もし利子が技術や価格の効果と同じ効果を持てば、賃金、物品、サービス費用に使用される乗数は1.19となる。土地価格指数の前年の上昇はODPMの価格動向の修正によるものである。
2005/2006で利用可能な単位費用		
£ 181/入院患者一人一日あたり (AからFを含む)		

下位25%は429ポンド以下、上位25%は600ポンド以上であったとされている。表2での費用はHCHS賃金・物価指数で物価上昇等を反映された数値となっている。なお、ロンドンには特に費用が高い地域であるため、推定値からロンドンでの費用を算出するためロンドン乗数が設定されている。

表3のNHS病院精神科急性期病棟でのサービスについては、原文によれば、8つの地区保健当局(district health authority)における居住ケアの調査で対象となった25の精神科急性期病棟サンプルによる研究(注4)が元となっている。全ての費用は1995/1996の数値に基づいており、適切

なHCHSデフレータを使用して修正されているとされている。表2の精神科集中治療室では1日単価が528ポンドであったが、表3の精神科急性期病棟では1日単価が201ポンドとなっており、4割程度となっていることがわかる。

表4の元論文は表3のものと同様である。8つの地区保健当局(district health authority)にわたる19の慢性期精神科病棟のサンプルに基づいた数値となっている。推計された1日単価は181ポンドであり、精神科集中治療室と急性期病棟の間のコスト差よりも急性期病棟と慢性期病棟のコスト差の方が小さいことがわかる。

表1 UCHSC第2章の内容

節	タイトル
2.1	地方自治体による精神科居住ケア (staffed hostel)
2.2	地方自治体による精神科居住ケア (group home)
2.3	民間非営利団体による精神科居住ケア (staffed hostel)
2.4	民間非営利団体による精神科居住ケア (on call staff)
2.5	民間営利団体による精神科居住ケア (group home)
2.6	精神科急性期入院 (NHS病院)
2.7	精神科長期入院 (NHS病院)
2.8	精神科集中治療室 (NHS病院)
2.9	デイ・ケア (NHS病院)
2.10	デイ・ケア (地方自治体による社会サービス)
2.11	デイ・ケア (民間非営利団体)
2.12	シェルター (Sheltered work schemes)
2.13	認知行動療法
2.14	長期入院後退院者への継続的精神的ケア:独立居住
2.15	長期入院後退院者への継続的精神的ケア:評価センター
2.16	長期入院後退院者への継続的精神的ケア:ケアホーム

掲載されている表の最下段に、006で利用可能な単位数として推定値が掲載されている。表の最下段に、006で利用可能な単位数として推定値が掲載されている。表の最下段に、006で利用可能な単位数として推定値が掲載されている。

for people with mental health problems) はほぼまとめられている。2006年版では表1のとおりとなる。
表1の第2章の内容のうち、以下では、精神科のおよその診療順序にそつ NHS 病院精神科集中治療室(注1)、NHS 病院精神科急性期病棟、NHS 病院精神科慢性期病棟、民間非営利部門による精神科デイケア、長期入院後退院者への継続的精神的ケア・独立居住、について紹介していく(注

2)。
表2は NHS 病院における精神科集中治療室での治療サービスのコストを示している。推計値は1993年に実施されたマンチェスターの Withington Hospital の精神科集中治療室の研究(注3)に基づいている。費用は、資本費用、地代費用、備品・耐久財費用、賃金費用、物品とサービス費用、諸経費、その他費用、に分類されている。また、関連指標として利用

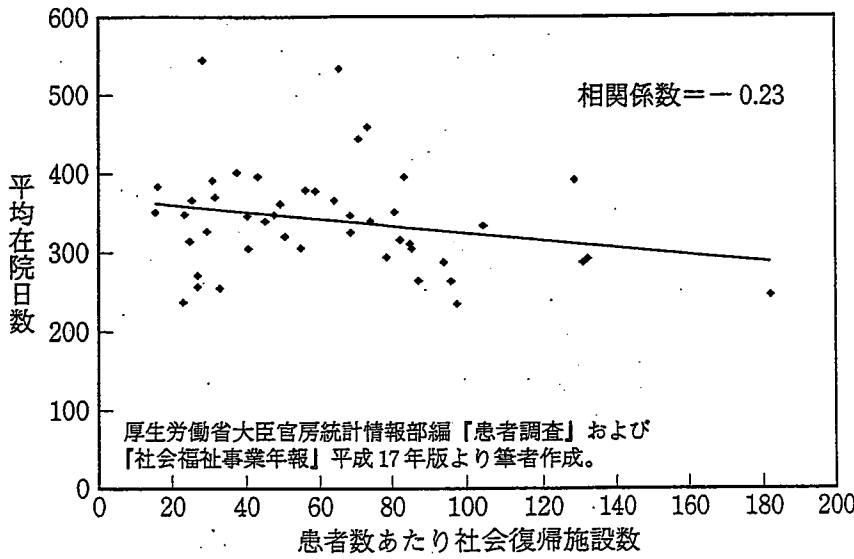
表2 2.8 NHS病院 精神科集中治療室

費用と単位評価	2005/2006価格	備考
資本費用 (ABC)	£ 35 / 患者一日	NHS精神科病棟の評価は60年で3.5パーセント割引、病床利用率を考慮した年額換算値。
A. 住宅、間接費		
B. 地代	£ 3.50 / 患者一日	副首相府の情報に基づき60年で3.5パーセント割引。
C. 備品、耐久財		情報なし
収益費用		
D. 賃金費用	£ 360 / 患者一日	スタッフの費用はHCHS賃金指数で、薬品の費用はHCHS物価指数、そして全ての他の費用は両者を組み合わせた指数でデフレートされていた。収益費用は、暴力事件を処理するために他病棟からのオン・コールを含む。当該研究では、可変費用は固定費用と区別される。これらは総費用(資本も含む)の7%を構成し、特別看護の額を超えない。
E. 物品とサービス		
- 薬品	£ 25 / 患者一日	
- その他	£ 2.20 / 患者一日	
F. 諸経費	£ 98 / 患者一日	当該研究では一般病院諸経費は総費用の22%を構成していた。
その他費用		
G. 患者の怪我	3.90 / 患者一日	攻撃的行動の結果、大きな怪我を被った患者の世話にかかる費用 (HCHS賃金・物価指数を使ってデフレートされている。)
利用者による施設利用	12.3日	平均在院日数
病床利用率	55%	研究期間中の病床利用率
高度依存		極端に動揺し暴力的になっている患者
ロンドン乗数	1.2×A 3.06×B	費用はマンチェスターの一ユニットのものによる。
2005 / 2006 で利用可能な単位費用		
£ 528 / 患者一日 (A から G を含む) ; 平均在院日数では £ 6,494		

いる。以下の表もほぼ同じ構成となる。それぞれの項目についての2005/2006年価格は原則として備考に書かれている方法にそつて算出されている。表2の例ではAからGまで足しあげると患者一日当たり528ポンドという最下段の数値が得られる。これに利用

者による施設利用(平均在院日数) 12.3日 を乗じると6494ポンドという数値を得ることになる。
1日あたりの額については、保健省 (www.doh.gov.uk/nhsxec/feecosts.htm) の参照費用を用いると、前年の地域精神科集中治療室の平均コストは495ポンド、

図1 社会復帰施設の充実と精神科の平均在院日数の相関



今後、精神科における平均在院日数を短縮していくためには、入院から社会復帰の流れをいかにスムーズに構築できるかが重要である。そのためには、医療セクターのみならず医療セクターとその他の側の社会福祉セクターとの密接な連携が重要になる。さらに、医療と福祉の連携を適切に構築する

ためには、共通のコスト指標を作成し、どちらのセクターでどのようなサービスを提供することが費用の面で効果的か、という点まで明らかにされる必要がある。しかしながら、現在の診療報酬体系では、医療・福祉・介護のサービスとコストの評価がそれぞれ独立してなされており、包括的にすなわち利用者の一連の利用の流れから検討されているとはいえない。

英国ケント大学に設置されている Personal Social Services Research Unit では保健医療福祉ケア単価推計 (Unit Costs of Health and Social Care: UCHSC) を毎年公表している。この報告書は我々の問題意識と極めて自然に合致するものである。そこで、本稿はこれを紹介し、日本の精神保健医療福祉改革への含意を検討することを目的とする。

2 保健医療福祉ケア単価推計とは

保健医療福祉ケア単価推計は保健省補助事業として英国ケント大学に設置されている Personal Social Services Research Unit (PSSRU) が行っている事業である。その内容は、PSSRUのホームページ (<http://www.pssru.ac.uk/>) にて閲覧・ダウンロードすることが可能である。2006年度版で14年目になるとのことであるが、毎年その内容に改定・追加が行われている。

保健医療福祉ケア単価推計はその目的として、「研究資料が利用可能になればそれを利用し、進行中の研究や特別に委託されたものも含みつつ、それらの出所や仮定を引用しながら可能な限り詳細かつ包括的に単位費用の推計値情報を提供することおよびそれを継続的に改善することによりユーザーが自身の目的に合わせてこれらの情報を利用できるようにすること」を掲げている。

内容は大きく分けて5部から構成される。第一部は利用者属性別のサービスの単位費用、第二部は

地域医療従事者の単位費用、第三部は地域社会サービス従事者の単位費用、第四部は病院の医療従事者の単位費用、第五部はその他の項目に当てられている。

この内容からもわかるとおり、NHSの枠組みで提供されているサービスのみならず、ボランティアセクターや民間 (Private) セクターで提供されているサービスまで費用が示されていることになる。費用は日額や週額などの共通の基準で表示されているが、様々な研究から得られた数値を利用しているのでサービスごとの費用を比較する際には注意が必要である。また、精神科に特化した内容ではなく、医療や福祉の広範な範囲の数値が提供されている。それゆえ、本来は精神科にのみ特化して紹介するべきではないかもしれないが、次節では保健医療福祉ケア単価推計について精神科の内容を事例的に翻訳して紹介したい。

3 いくつかの事例

保健医療福祉ケア単価推計の内容のうち、精神科に特に関連する部分は、第一部第2章、Services

英国の保健医療福祉 ケア単価推計の 日本の精神科医療へ の意義

泉田信行*1 野田寿恵*2
伊藤弘人*3 樋口輝彦*4

*1 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第一室長、*2 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部社会福祉室長、*3 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部部長、*4 国立精神・神経センター総長

はじめに

精神科医療制度は、精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）の報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月）（<http://www.mhlw.go.jp/top-ics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>）お

よびそれに続く「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」（同年10月）に基づいて、制度を変化させてきた。その基本的方向性は、「新規入院患者は、医療の質等の向上を図り、できる限り1年以内の退院」を目指し、「既に長期に入院している患者については、本人の病状や意

向を踏まえ医療と福祉の連携のもと、段階的・計画的に地域生活に移行促進する」というものである。すでに新規入院患者の平均在院日数は60日程度であり、この急性期医療を一層充実させつつ、長期入院患者が地域生活へ移行するよう進めるということになる。

平成18年の診療報酬改定においても、中協ではまず「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に基づいた議論から始めた。改定内容も（1）精神科救急入院料や精神科急性期治療病棟における30日以内の点数が増額され、（2）精神病棟入院基本料の91日以降の加算の評価を引下げ、一方で重症精神障害者を念頭においた精神科ショートケアを新設したり精神科訪問看護指導料の算定回数の上限が緩和されるなど、その方向性は一貫している。

このように、精神科の分野においても平均在院日数の適正化施策が近年実施されつつある。平均在院日数の適正化は診療報酬（体系）の変更によって主に行われる。しかしながら、この適正化は、①診療報酬が診療原価を下回ると病院経営に影響を与え、患者に対す

る治療に大きな影響を与える可能性があること、②平均在院日数の抑制により医療費が必ずしも低下しない場合もあり得ること、などから慎重に実施される必要がある。また、そもそも精神科に長期入院していた患者が社会生活を取り戻すには医療セクターと福祉セクターを通じた段階的な準備が必要である。それゆえ、平均在院日数を短縮化するためには、入院中からの福祉との連携、退院してからの福祉と医療の連携が不可欠である。連携のひとつに入院医療と社会復帰をつなぐ社会復帰施設がある。

図1は都道府県別の精神科疾患患者1人当たりの社会復帰施設数と精神科疾患入院患者の平均在院日数の関係を見たものである。この図から、弱いながらも両者の間に負の相関関係があることがわかる。都道府県間の横断的な関係を観察しているため、平均在院日数が短縮したために社会復帰施設が充実したという「逆」の関係が成立することを必ずしも否定できないが、平均在院日数と社会復帰施設数の間に何らかの関連があることがわかる。