

第102回日本精神神経学会総会

シンポジウム

大学精神科医療問題——DPC導入を中心に——

三 國 雅 彦 (群馬大学大学院医学系研究科脳神経精神行動学分野)

鹿 島 晴 雄 (慶應義塾大学医学部精神医学講座)

小 島 卓 也 (大宮厚生病院)

岡 崎 祐 士 (東京都立松沢病院)

1. はじめに——DPC導入への対応の経緯——

厚生労働省によるDPC (Diagnosis Procedure Combination: 診断群分類) の基礎調査が平成17年7月から10月まで特定機能病院などのDPC対象病院の精神科退院者について初めて実施され、平成20年度を目前に精神科にもDPCが導入されようとしている。

このDPCは特定機能病院と一部のDPC適応病院の一般病床に適応されている包括払い制度のための診断群分類のことであり、急性期治療の機能向上と分化を図ることを目標に導入されている。570余疾患を年齢・意識障害の有無・手術・処置・副傷病の有無・重症度などで3100に分類しているが、このうち、症例数が20症例未満、在院日数のばらつきが大きいものを除き、1700余分類について14桁の番号で表し、それぞれに包括の点数化がなされている。この診断群分類の妥当性や包括払い制度に関する調査、及び、再入院・医療連携・患者満足度・看護の必要度などの特別調査を従来は毎年7月から10月の4ヵ月間(今年は7月から12月までの6ヵ月間)の退院患者について実施し、正確なデータの蓄積と適切な診療報酬などに反映させることを可能にするようにしている。

精神医学講座担当者会議DPC委員会では導入のメリット・デメリットについて議論を重ねたが、以下の4点が確認され、総会の決議でDPC化を

推進することになった。(1)特定機能病院などのDPC化に伴い、一般科(身体科)では退院者の基礎調査を厚生労働省が解析しており、DPC導入は一般科医療の透明化と標準化にインパクトを与えている。ところが、米国ではDPCと類似の包括化制度に精神科が含まれていないため、精神疾患に対するevidence basedの支払いシステムが機能しなくなり、医療費抑制政策のなかで精神科医療の保険額は10年間で55%減額となり、一般医療の12%減額に比して大幅であったといい、精神医療の質の低下を招いていると指摘されていること(岸ほか, 2003)、(2)医療法で一般病床と精神病床とが区別されていることが精神科の医療費を抑制し、精神科医療の質の向上を阻害していると考えられるが、DPCの精神科への適応は、一般科と精神科との差別をなくす、絶好の機会であり、精神科医療費の適正化・増額を図る好機ととらえるべきであること、(3)在院日数の極端な短縮で精神医療・精神医学教育ができなくなるという懸念があるが、必要な在院日数のevidenceを出すことで対処すべきであること、(4)この包括払いは保険診療点数を基礎にするので、低く設定されないかという懸念もあるため、精神科の補助診断としての画像や内分泌検査の保険点数化並びに身体合併症を有する精神疾患医療への診療加算などの診療報酬の改正を働きかけていくべきであること、の4点が確認された。

表1 ICD-10 カテゴリー別退院者数およびGAF 平均値

ICD-10 カテゴリー	総数	入院時	20点以下の人数	退院時
F0 症状性を含む器質性精神障害	98	37.5	15	45.8
F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害	35	26.5	15	53.8
F2 統合失調症, 統合失調型障害および妄想性障害	235	36.3	33(14%)	52.7
F31 双極性感情障害	58	41.3	5	63.0
F32 他 気分(感情)障害 (F31を除く)	228	44.8	15	62.8
F4 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害	152	43.5	7	57.0
F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	46	42.3	4	56.4
F6 成人の人格および行動の障害	14	47.0	0	62.3
F7 精神遅滞	8	41.9	2	47.3
F8 心理的発達の障害	6	26.2	1	32.3
計	880		97(11%)	
G4 てんかん, 睡眠障害 他	10	48.8	1	58.7

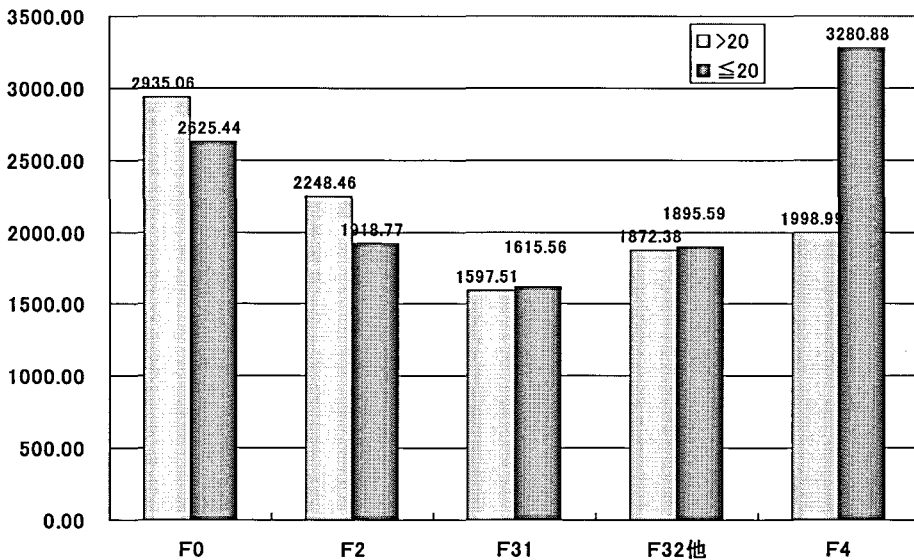


図1 主要精神疾患のGAF 別平均医科点数/日

平成17年度の厚生労働省の基礎調査は傷病名、入院形態と入院時のGAF得点のみであるので、このDPC導入を円滑にするために、入院者の実態、精神科医療の実態を明確にする必要があり、講座担当者会議では各大学の倫理委員会の承諾を得て協力の得られる大学の退院者のデータを収集して、独自の疫学調査を実施した。表1のように、

F0の症状性を含む器質性精神障害は退院時のGAF得点が入院時とほとんど変わらず、一方、感情障害は20点以上改善して退院しているが、図1のように平均医科点数はF0が最も高く、F3が最も低いことが明らかになっている。また、入院時のGAF得点20点以下が11%おり、F2では14%と高率で、隔離・拘束が約60%に実施

されているが、その平均医科点数は2248点で、精神科スーパー救急の3200点には遠くおよばないことが明らかになっている。この約900症例の解析の結果に基づいて、平成18年度の厚生労働省の基礎調査には新たに、退院時GAF得点、隔離・拘束の日数、退院先などの調査項目が追加されるようになった。また、これらの調査をもとに、DPC樹形図を作成する準備がなされている。

2. DPC導入と精神科急性期医療

身体疾患のDPCは主要診断群(MDC1~16)に分かれているが、精神疾患もMDC17として同様に14桁の診断群分類とし、診療内容について実態を調査し、一般科並の診療報酬上の評価をしてもらいたいという願いがある。急性期の一般科医療について医療行為の標準化、公開性を図ることがこのDPC制度のメリットであるといわれており、それらの実績が集積されつつあるように見受けられる。一方、精神科医療の急性期医療としては自傷他害の疑いのある精神病状態に対応する精神科救急、いわゆるスーパー救急が確立し、医療保険制度上も包括化されているが、大学病院や総合病院などの一般科への入院が必要な身体疾患を有し、GAF得点が20点以下で自身の身体疾患から自からを守ることができない精神病状態に対応する精神科救急については医療保険上の評価が全くなされていないのが現状である。

これまでの大学病院精神科の医療経済問題に関する問題点を時系列でまとめると、平成11年から精神科入院基本料の看護基準が当時の2:1や2.5:1であっても、平均在院日数がそれぞれ33日や36日以内でないと、3:1の看護基準の入院基本料しか請求できないという制度が特定機能病院にも適応されるようになった。しかも、医療法で一般病床と精神病床とが区別されているので、病院全体の在院日数ではなく、精神科単独でこの基準を満たさなければならない。このため、在院日数を減らすと、診療・教育・研修に支障をきたし、減らさないと、看護師が減らされる事態となった。精神医学講座担当者会議では大学病院問題

委員会を設置し、精神科七者懇談会(七者懇)とともに、また独自に厚生労働省に改善策を申し入れてきた。平成12年の第四次医療法改正の時には一般科の病床が急性期病床(患者16:医師1)と療養型病床(48:1)に区別されるので、精神病床についても同様に16:1の急性期病床と48:1の療養型病床に分ける案を要望したが、七者懇での一致が実現しなかった。平成13年1月の厚生労働省令によって、特定機能病院や旧総合病院の精神科は16:1医師配置が義務付けられたが、平成14年以降での保険点数改定ではその経済的基盤の保障は全くなされていない。また、一般科への入院が必要な身体合併症を有する精神障害者が一般科での入院困難なために精神科に入院し、一般科の治療も円滑に進めている合併症医療について、保険点数の加算を求めた申請がなされているが全く認められていない。

3. 精神科DPCと一般科DPCとの整合性

急性期の一般科医療をDPC化することによって、医療行為の標準化、公開性を図ることができている諸外国でも、急性期と中長期的医療が混在する精神科医療をDPC化する試みはまだ模索の段階である。フランスは一般科DRG/PPD(diagnosis related group/prospective payment system, 本邦のDPCに相当)とは別の評価基準や制度で急性期と中長期的精神科医療とを一体としてDPC化している(松田, 2004)。そこで、わが国でも急性期と中長期的医療が混在する精神科医療をDPC化する試みの検討がなされつつある。しかし、一般科の急性期医療のDPC化と同様に、14桁の同じ診断群分類にし、診療内容について実態を調査してもらうことによって、一般科並の診療報酬上の評価をってもらうためには、急性期と中長期的医療を混在させたままのDPC化は好ましくないと考える。また、対象病院は特定機能病院が主であり、一般科とのリエゾン精神医療が含まれているので、一般科DPCとの整合性、連続性の確保が重要である。フランスの精神科DPCは一般科DPCとは別のものであり、医療制

度も本邦とは全く異なるので、参考にするのは適当ではない。医療法上、一般病床と精神病床とが区別されている弊害を DPC で払拭すべきであり、「精神科はやはり特殊」として DPC も別立てとすることには反対である。

実際、精神科 DPC が導入された段階で、一般科の入院を要する程度の傷病を負った精神疾患患者が一般科での入院治療が困難で精神科に入院した場合には DPC はどうなるのであろうか？乳がんの手術が必要な統合失調症の精神科病院長期入院患者が「がんではない、手術の必要はない」と繰り返しているため、大学病院の腫瘍外科への入院は不可能で精神科病棟に入院し、抗精神病薬を取り換えながら、心理教育を行い、手術に同意してもらって、手術に成功し、ICU を経て精神科に再び転科となり、単科精神科病院への転院が可能になった症例がごく最近もあったが、最も医療資源を投入した疾患は乳がんであり、手術が実施されたので、その一般科の DPC で、精神科に入院していても請求でき、統合失調症は合併症となると考えるのが合理的である。しかし一方、最も医療資源を投入した疾患は乳がんであっても入院しているのは精神科病棟であるので、統合失調症の DPC で点数化され、手術は出来高となることもあり得ないことではない。後者であるとする、一般科と精神科との医療法上の区別がやはり厳然と存在し、精神科 DPC の診療報酬も低く設定される可能性が高いと危惧される。また、前者であっても、自身の身体疾患から自分を守れない、要手術乳がん患者の精神症状の治療、心理教育についての保険点数上の評価がなく、外科入院と同じ包括点数というのはおかしいと言わざるを得ない。

この点に関連してわれわれは医学部長・病院長会議に対し、平成 18 年診療報酬改定に向けての DPC 関係の要望「一般科（身体科）の DPC の副傷病名として精神疾患の追加ならびに精神科入院の際の特定入院料加算について」を以下のように提出した。現在の身体疾患の DPC 制度においては、副傷病名として精神疾患は認められていない。身体疾患に譫妄やうつ病などの精神疾患が合

併すると（譫妄とうつ状態はそれぞれ約 20 % に認められると報告されている）、治療拒否により身体疾患そのものの治療が困難となることが多く、転倒・転落などにより身体疾患がさらに合併することもあり得るし、また治療意欲の低下により服薬遵守やリハビリテーションへの協力が得られなくなるなどのために、治療が困難となる場合も実際多い。この精神疾患を的確に診断しすみやかに治療することで、身体疾患の回復が早まり、在院日数の短縮化や後遺症の軽減を図ることができる（Saravay, et al., 1994）。しかし、現状の DPC 制度においては、身体疾患の副傷病名として精神疾患は認められていないため、精神疾患が存在する場合もしない場合も同等に扱われている。そこでこの点を改善するために、頻度の高い主要な身体疾患で脳機能に影響をおよぼす疾患、譫妄をきたすことが多い疾患、手術を伴う疾患について、副傷病として精神疾患を認めることとし、副傷病の有無により別コードとすることを要望した。また、身体疾患の治療をその精神症状のために継続できずに精神科に転科した場合には、現行では包括からはずれて精神科入院基本料となり、一般科といっしょに治療を継続しながら精神疾患の治療を行うにもかかわらず著しく保険点数が減額されることになるので、特定入院料を加算するように要望した。しかし、その後の DPC に関する国の施策では考慮された気配が全くないのは残念である。従来のデータでも身体疾患合併症を有する精神疾患患者の診療実態についての解析は可能であると七者懇 DPC 委員会に出席した厚労省係官は述べていたので、是非解析してほしい。

4. 精神科への DPC 導入に

あたったの留意点、修正点

われわれにすぐできることは精神症状を伴う一般科疾患の DPC での副傷病名に F コードの記入を徹底するとともに、GAF の得点も記入することである。一般科入院中の精神症状を伴う身体疾患患者を往診する際には、必ず GAF 得点を記入し、これらを今後の DPC の基礎調査項目に追加

してもらえるように申請するようにすべきである。こうすることで、精神症状を伴う身体疾患患者の診療実態を明らかにし、精神症状を伴わない同一疾患の診療実態との比較が可能となり、精神的な介入の有用性の評価になる。このような調査は救命救急センター（大学病院での救急部、ICU、ハイケア病床も含めて）においても実施することにより、精神科救急対応についての有用性の評価に結びつけることができる。

精神科救急としてはいわゆるスーパー救急病棟が自傷他害の恐れの高い精神病状態の患者に対する専門性が認められて、施設基準が整えば包括化されている。平成18年度のDPC基礎調査を単科精神科病院のスーパー救急病棟退院者について実施するか否かの検討が中央医療保険協議会（中医協）で進んでおらず、厚生労働省のDPC研究班の松田班がDPC基礎調査に準じた調査をこの単科精神科病院のスーパー救急病棟について実施することになり、16病院が参加することになっている。この決定で、急性期精神科医療のDPC化という道筋が少し明確になったといえる。

次に、現行のMDC1~16にある診断群分類のうち、以下の疾患については精神症状の有無で分けるか、副傷病名に精神疾患を加えるかのいずれかを要望していくことが重要である。

- 1) アルツハイマー型認知症（痴呆）の樹形図ではBPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) を伴うもの・伴わないものに分ける。
- 2) 認知症（痴呆）（アルツハイマー以外）の樹形図ではBPSDを伴うもの・伴わないものに分ける。
- 3) てんかんの樹形図では精神病症状を伴うもの・伴わないものに分ける。

また、以下の身体疾患は精神科薬物療法に関連する疾患であるが、Fコードには分類できないので、薬物中毒（抗精神病薬）のうちの悪性症候群やセロトニン症候群、また、脳の障害（脳浮腫）のうちの水中毒を樹形図としては分けるように要望していく。こうすることで、Fコードの疾患と、

それ以外の身体疾患で精神症状を呈する場合とで相互乗り入れ可能な樹形図にしていくことができるのではないかと考えている。

5. 問題の所在と今後の対応

小児科や産科とともに、精神科も人材不足であり、児童思春期精神医学・医療、総合病院精神科医療、精神科救急医療、司法精神医学・医療などに人材が不足しており、また、大学精神科にとっては精神疾患の難治化の病態解明、その治療法に関するEBM蓄積などのための研究をする担い手の育成が急務となっている。精神科医師の後継者をいかに増やすかが今後の精神科医療の発展の鍵であり、医育機関の情熱と一層の努力が必要であること、その責任の重さについてはよく理解しているつもりであるが、医療経済的な基盤を整備することも重要である。本年4月、文部科学省は小児科医と子どものこころの診療医（精神科医）、PTSDの診療医（精神科医）の育成のための支援費を国立大学法人病院に22億円以上手当てしたが、このような特定の診療科のための支援費を文科省が出したことはこれまではなく、その社会的ニーズの高さがこのような施策となったと考えられる。しかし、この支援費が十分活用される状況には各国立大学病院はなっていないことが指摘されている。この問題の根底にはコメディカルなども含めた医療者多数の手のかかる小児科や精神科の医療技術評価の低さと関連しており、厚生労働省が設置している精神保健福祉対策本部を中心に文部科学省とも連携して、国民の安心・安全を保障するために精神科医療を変革し、十分な医療費を精神科に投入していることを目に見えるようにして、精神科医師の後継者を増やす施策を是非とも実施していただきたいと期待している。

以下に退院者の詳細調査にご協力いただいた大学名を記し、ご理解いただいた講座担当の先生方と実務を担当いただいた教室員の皆様に感謝を表したい。

北大、筑波大、群馬大、東京女子医大、信州大、藤田保健衛生大、滋賀医大、阪大、大阪市大、関西医大、鳥取大、高知大、産業医大、福岡大、久留米大、鹿児島大

文 献

- 1) 岸 泰宏, ロジャー・ケーソル: 精神科に DRG (DPC) を免除することの問題点. 社会保険旬報, 2187; 16-21, 2003
 - 2) 松田晋哉: フランスにおける精神医療を対象とした診断群分類の開発. 社会保険旬報, 2210; 12-19, 2004
 - 3) Saravay, S.M., Lavin, M.: Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. A critical review of outcome studies. Psychosomatics, 35; 233-252, 1994
-