

巻 頭 言

精神科 DPC 導入検討に理解を

清水達夫 日本精神神経学会理事
Tatsuo Shimizu

DPC (Diagnosis Procedure Combination) は我が国で開発された「診断群分類」で2003年4月から包括払いが適用され、06年4月改定で16主要診断群(MDC), 2,347分類(うち包括1,440分類)に改められている。06年6月現在、全国82特定機能病院、DPC 試行的適用病院62施設、05年度まで調査協力病院228施設のうち、06年度より包括払いを希望した216施設の360病院が「DPC対象病院」となり病床数約18万床となっている。さらに06年7月より新たにデータ提供を上げた375病院(DPC準備病院・包括払いなし)が、07年7月の調査参加より仮にDPC包括払いが認められると、合計約30万床となる。しかしながら、精神病棟にしる精神病床にしる、現在この支払い方式の対象になっていない。このまま精神科が除外されていることが良いという意見もあるが、DPC支払い方式の対象となっていないことで、精神科の将来を危惧する。

昨今、医療費の中身に国民の関心が高まっており、殊に医療の質、医療のコストについては強い関心があり、国民にわかりやすい形での医療の標準化と透明化が求められている。したがって医療内容の透明化、情報開示、それを説明する義務、説明責任が求められている。「どのような傷病にどのような治療行為を行ったか」という診断名と治療行為の組み合わせによって、行われた医療の行為の均質性を条件に分類された患者群ごとに標準的な支払額を設定するDPC包括払い方式が現時点では最も適切なものと思われる。

ではなぜ精神科へDPC導入が必要か——1) 診療報酬において同じ病気なら医療費を定額にする「包括払い」の流れは止まらない。2) 一般診療科と精神科の格差を正確に検証するため一般診療科と共通の土俵に立って、診療報酬の適正な評価を確立する必要がある。DPC支払方式開始後、一般科と精神科の医療費

の格差がさらに拡大し、精神科の低医療費(低収入)がこれまでより顕著となり、DPC対象病院の中で精神科医師は他科に対し肩身の狭い思いをしているやに聞いている。これらの病院で精神科の低収入、不採算から経営上精神科病棟閉鎖ということが現実に行われており、大学病院や総合病院で精神科病棟の閉鎖が続けば、臨床研修、医師養成における教育の歪み、精神科診療はもとより、重い合併症を持ち併診を必要とする精神疾患患者に極めて不幸な事態が生じることになる。さらに病院精神医療の誤った運営、延いては精神科医療崩壊が加速する。3) 今後、医療費の再分配ということが起こり得る可能性がある。中医協の診療報酬調査専門組織が医療機関の部門別収支に関する調査研究に於いて、診療報酬改定に当たった政策立案の基礎資料をDPC対象病院より抽出するという話もある。DPCに参加していないと中医協で今後精神科医療費の評価がされないおそれがある。4) 米国において精神科医療がDRGより除外されたが、その結果今日、精神科医療が医療保険の枠外となったとしかえしのできない現実がある。

05年3月中医協・DPC評価分科会のMDC作業班・班会議で「精神と行動の障害」について主要診断群「MDC16」より分類を精緻化し、独立したMDCを設定する必要との報告があり、4月に学会を中心に精神科七者懇談会医療経済問題委員会の中にDPC検討小委員会を立ち上げた。小委員会より厚生労働省保険局医療課への要望で、現行DPCの様式1(診療録情報)に入退院時のGAF、精神保健福祉法に基づく隔離・拘束日数等が追加されている。学会診療報酬問題委員会においても、小委員会と共に現行のDPCと同一体系の下で連続性・整合性のある精神科DPCの作成と早期導入について検討している。