

巻 頭 言

対策基本法の制定を目指す

三國雅彦 日本精神神経学会理事
Masahiko Mikuni

精神科医療のあり方について考える委員会活動を通じて痛感することは行政機関とわれわれとの間の協議機関がないことである。もちろん行政は審議会などの場で専門家や当事者の意見を聴いて政策実現していくことが通常であるが、その審議会の多くは行政の決めている着地点を肯定する役割を担うことになる。その着地点をどうするかについて協議したいのであるが、厚生労働省保険局のある担当課長に「この実現につき協議したい」とうっかり発言したところ、「ご意見や陳情は聞くが、協議するのは精神保健課である」といわれたことがある。そうであれば、われわれが協議できる国立の研究所を設置してもらって、精神医療のあり方、行うべき医療水準を提示する、各医療機関の治療成績等の実態を公表する、費用対効果を検証するようにしてほしいものである。

振り返ってみると、一般科と精神科の診療報酬の格差を一挙に是正すべく、3年前から準備してきたDPCの精神科への導入は平成20年度の保険点数改定では担当課の反対で絶望的となった。急性期医療についての主要疾患群分類ごとの包括支払い制であるDPCは医療機関の診療実績、医療資源の投入状況の基礎調査を繰り返し行って施行されているが、精神科には導入されていない。この導入の意義については小生らの論文(109巻269-274頁, 2007)や清水理事による巻頭言(109巻507頁, 2007)で述べられているとおりである。

総合病院精神科を有床化して、精神障害の身体合併症やソフト救急に対応しようとする年来の計画も頓挫し、逆に総合病院精神科医療を縮小せざるを得ない状況となっている。総合病院に勤務する精神科医不足が拍車をかけているが、精神科病床が地域医療計画をオーバーしていることを理由に厚生局に拒否されることにもよる。これでは、市民のニーズに対して二次医療圏ごとに精神科ソフト救急に対応することも、長期在院者の地域移行後の医療ニーズにすばやく対応する仕

組みを作ることもできない。

児童精神医学・医療の進歩・充実が数十年来求められ、叫ばれてきているが、実現の見通しは立っていない。ある保険局の課長補佐は「自治体が政策的にすべき部分もあるので、すべて保険でニーズに応えることには疑問がある」といい、文部科学省高等教育局のある課長は「児童精神科医を育てる仕組みは国立大学法人化した大学が考えること」というのみである。児童青年期のこころの診療センターは一部の大学病院にも設置されるようになったが、精神医学講座とは別に児童青年期精神医学講座を有する大学は一校もなく、研究体制は整備されていない。児童青年期の専門病床も全国でわずかに1000床程度しかなく、診療報酬上の手当てもほとんどなされていない。

ところで、がん医療を考えてみると、昭和30年代からの国立がんセンターや県立がんセンターの設立、対がん10ヵ年計画の継続、がん特別科学研究費などに支えられ、発がん遺伝子と抑制遺伝子の発見、発がん機序の解明と目覚ましい発展を遂げている。その上、一昨年にがん対策基本法を制定し、各都道府県の二次医療圏ごとにがん拠点病院を設けて、全国どこでも一定水準のがん医療をうけることができるように整備しており、これらの病院では緩和ケアもサイコオンコロジーも必須と認められている。

平成15年7月に成立した医療観察法附則3条では「精神医療及び精神保健福祉全般の水準の向上を図ることが政府の責務である」と規定し、この法案の衆議院通過を受けて平成14年12月には厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部を設置したが、ブランドデザインを作った後は機能しているとは思えない状況にある。われわれも「精神疾患対策基本法」や「児童青年期精神医療対策基本法」を制定して、あるべき精神科医療を実現し、また、児童青年期精神科医の育成、医療の確保を推進できるように結束する必要があるのではないかと考える。