第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

指定発言

# 急性期精神科医療のあり方と DPC 制度

平川　淳一（医療法人社団光生会平川病院）

DPC が精神科に導入されつつあるが，この新しい診療報酬評価方法については，民間精神科病院としては現行制度での低い評価をさらに落とすものとしての懸念から反対する姿勢をとっている．調整係数の廃止される時期を迎え，今になって精神科に導入することの意味を問う意見もある．しかし，小泉改革によって行われた中医協改革で，改定には常にエビデンスが求められ，このエビデンスの源として DPC が使われている現在，ここに参入しなければ精神科の報酬を正当化する道具を失う可能性があると思われ，危惧をしているところである．適正な評価が得られるまで，可能な限りの主張をしていきたいと考えている．

DPC という診療報酬評価方法が精神科以外に導入され，他科は収入を上げ，わが国の 50 万床程度がすでにこの制度での診療報酬請求を行うようになってきている．新しい制度の導入や普及に伴う経費の調整のために設けられた「調整係数」によって，それまでの収入を保証された結果，結果的に事業成績が上がったこと，さらに，国公立の独立行政法人化などの経済観念の変化が拍車をかけたことなどが急速な変化を生んだと思われる．精神病棟を持つ DPC 参加一般病院でも，精神科部門だけの収入が異常に低く，精神病棟の閉鎖を行うという経営選択をする病院も散見されるようになっている．また，収容主義から地域医療という錦の御旗によって，入院部門より外来部門に診療報酬の評価が厚くなり，入院患者よりも外来患者を診ることが病院経営上有利との判断から，多くの病院（特に総合病院）勤務の精神科医が外来診療に忙殺され，疲弊，意欲喪失となり，退職し開業することを夢見るような事態になっている．まさしく，精神科入院医療の崩壊である．そこで，精神科も DPC に参加すれば収入増加になるのではないかという期待が広がり，実際に平均在院日数を考慮しながら一般病棟に精神疾患を入院させるという違法とも感じる事項を条件に，制度導入を行って努力した結果，収入が増加したという報告もある．しかし一方で，調整係数の廃止論があり，いまさら精神科に DPC を導入しても収入増にはならないという異論もある．

一方，民間精神科病院では，急速な内部変化，機能変化が進行している．厚労省の資料（図 1）でも，精神科の入院医療は，毎年 2 万人ずつ増加し，その 3 分の 2 は 3 ヶ月以内に退院し，残りの 3 分の 1 近くも 1 年以内に退院するようになってきている．資料は平成 16 年のものであるため，現在では，40 万人近くの新規入院患者があり，このうち，35 万人は 1 年以内に退院していることが予想される．しかし反面，長期在院者は，4 万人程度（約 20 %）の出入りがあるにしても，固定的に 23 万程度存在し，高齢化や生活機能障害が重篤で，社会復帰が困難なケースが多く含まれている．DPC は急性期の診療報酬評価であり，比率として長期入院患者を多く抱える民間精神科

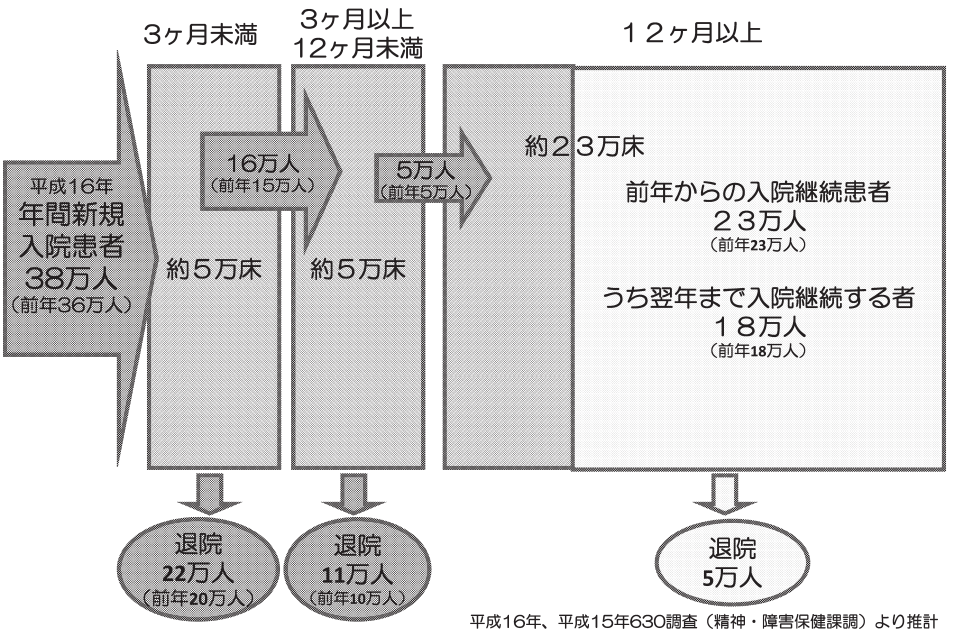


図１　精神病床における患者の動態（厚労省資料）

病院の経営者としては，急性期ばかりに保険料を取られては，慢性期が減らされるという観点から，DPC の導入には，慎重というより反対の立場を取っている．そもそも，DPC 自体，診療報酬抑制策であることには間違いはないのであるから，民間精神科病院の協会でも，「反対」の立場をとっておいた方が協会会員の批判の対象にならずに済むという判断があるように思われる．しかし，図１でもわかるように，急性期の入院患者数の激増は，そこに需要があり，いつまでも急性期は反対という立場ばかりでは先細っていくことは必然であることも事実である．また，DPC 導入によって診療報酬点数が上がるかといえば，そうではなく，現行の出来高払いの点数を基準に評価が決まるため，実は評価は上がらないのである．さらに，精神科のように，元々，診療報酬評価が低い診療科には不利な評価手段であり，本来の評価を上げなければ DPC も上がらない．

一方で，小泉政権によって改革された診療報酬改定の方法は中医協の場でエビデンスが示され，このエビデンスの源は DPC における診療報酬評価の過程で現われる臨床データが使われるようになってしまった．もともと，収入の 90 %を占める入院基本料以外にほとんど評価がない精神科はエビデンスを示しにくい特徴があるが，DPC から外れていることで，さらにこの格差がつく構造となっている．病院協会などで，いくら自腹を切って調査をし，正しいデータを出したとしても，信用されないのが実際である．さらに，診療報酬の総枠である「改定率」を決めているのは内閣であり，診療報酬が上がらない根源はここにある．内閣を動かすには，国民の協力が不可欠である．すなわち，全く事情を知らない国民を如何に納得させるかという課題である．内閣も国民が納得する内容であれば支持せざるを得ないのである．ここに，一般科との共通の土俵で評価される DPC への参加は魅力的に思われてならない．

現在，一般病棟から精神症状のため精神科に転棟した場合の点数は下がってしまう．このことが，院内における人員配置，発言力などにも影響し，

病棟閉鎖などにも追い込まれる状態を引き起こしている．また，精神科単科においても，入退院の増加，精神保健福祉法による指定医業務の煩雑さや，自立支援法などでの文書類作成の時間延長など，本来業務に加えて，さまざまな業務が増加し，これらに診療報酬評価が伴わないため病院精神科医を継続することへのモチュベーションが低下している．このような悪循環を断つためにも，精神科の入院医療についての正当な評価を提言していく必要がある．過去のごとく，精神科特例として，一般科と分離した形で国と交渉していくことも1つのやり方ではあると思われるが，これだけでは問題を打開できそうもない．まずは一般科と同じ土俵で，エビデンスを検討していく必要があると考える．

そもそも，DPCは急性期医療の評価方法として導入されたのであるが，医療の質の担保として，特定機能病院（大学病院）から導入が進んだ経緯がある．しかし，大学病院の機能の本質は，急性期医療ではなく，「教育と研究」こそが大きな役割でなければならないと思う．これを履き違えて，大学の経営陣が，DPCをどう使ったら儲かるかなどと考えること，そこに問題がある．世に役立つ良い医者を育て，難治な病気を治す最先端医療に，大学は全精力を傾けるべきである．医療費抑制策の歪を最先端の成長点で起してはならない．従って暴論かもしれないが，直ちにDPCは大学病院から排除し，別枠で評価すべきと考える．

もちろん，前述したように，精神科にDPCを導入しても不当な診療報酬は変わらない．いままで，目に見えにくい精神科関連の評価は介護保険でも，自立支援法でも低いままである．欠けていたのは，精神科医療そのものの正当な労働評価方法であり，これを開発する必要性は重要である．肉体労働を主に評価するタイムスタディという手法での評価は納得できる結果は得られにくい．精神科労働評価は，肉体労働より，頭脳労働，感情労働であり，このような観点からもデータを積み上げ，現在の報酬が如何に乖離しているかを明らかにし，国民の支持が得られるような体制を構築していきたいと考えている．学会と病院協会は，今こそ協力して進むべきときだと考える．