

巻 頭 言

「押し出す力」と「支える力」

松原三郎 日本精神神経学会理事
Saburo Matsubara

平成16年に精神保健医療福祉の改革ビジョンで「入院中心から地域生活中心へ」の基本方針が示されて10年を経たにもかかわらず、多くの精神障害者が長期入院を余儀なくされている。平成20年にまとめられた「精神病床の利用状況調査」では、1年以上の長期入院患者のうち、そのまま退院が可能なる人は24%に過ぎず、退院しても生活障害や精神症状などのために夜間も含めた手厚い援助が必要な人は20%、日常生活動作(ADL)の低下や慢性身体合併症のために退院が困難な人達24%、そして、比較的精神症状が重度であるために退院が困難と判定された人達が32%であった。また、受け入れ条件が整えば退院可能とされた人達の多くが食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理などの手段的日常生活動作[IADL (instrumental activities of daily living)]が低下しているために、退院ができそうにみえて、結局できないで終わっていることが示され、そして、いわゆる hospitalism も入院の長期化とともに進行していることも明らかとなった。

精神症状が一定程度に改善したときには、できるだけ早期に退院し、地域社会の中で回復を図ることが重要である。このことはわかっているが、地域の中でその人の医療と生活を支えるシステムが十分に整備されていないために、退院が実現しないまま長期入院が増大してしまってきている。このような状況を許してきた一因として、安易に増大してしまった慢性期病床の存在も見逃せない。「入院中心から地域生活中心へ」の実現では、地域における医療と生活支援を充実させることと並行して一定数病床を削減することも必要である。

いまだに「入院から地域への流れ」が確立していない。「ニューロングステア」を作らないためには、特に入院から1年以内の退院を強力で推し進めるシステムを構築することが重要であるが、PSWの配置を認めるだけにとどまっておらず、その方策はほとんど進んでいないといえる。今回の診療報酬の改定では、地域

での精神科医療として「精神科重症患者早期集中支援管理料」が導入された。医師を含む支援チームの活動が保険診療の枠組みの中で認められたことは評価したい。しかし、内容的には対象となる患者要件の厳しさや報酬が一般科で認められている総合診療加算に比較してあまりに廉価であることに愕然とする。地域の中で「支える力」はなかなか育ちそうにない。

他方、指定医事項が除外されたにもかかわらず精神療養病床の診療報酬がそのまま温存されたことは、精神医療改革には病床削減が必要であるという観点からすれば問題である。温存された理由として、長期入院患者の症状評価が確定されていないことが挙げられる。「重度かつ慢性」など入院の継続が必要な人達の切り分けができないために、いたずらに旧態然とした長期入院が行われているのが現状である。このために入院から「押し出す力」が働かない状況が続いている。

「押し出す力」と「支える力」のいずれも、診療報酬の影響を大きく受ける。いずれも財源的な措置なしでは実現しない。諸外国では、入院医療の削減と地域医療の充実とが連動した財政政策がとられてきている。それに対して、わが国では医療保険財源は中医協を中心とする診療報酬バランスのもとで決定されてきており、常に「チョビチョビ型」の改革で済まされてきた。このような方式の中では、たとえ病床削減で財源が得られたとしても、それが地域精神医療にまわされるという保証は全くない。あえていえば、わが国の精神保健医療福祉の改革が進まない理由の1つには、このような診療報酬決定に関わる構造的な問題があることを指摘したい。この問題を解決するために、精神保健福祉法の中に「指針」という形で政策方針を入れ込んで、財源確保も含めて改革を進めようとしたが、効果は十分とはいえなかった。精神保健医療政策は、財源も含めて改革の意識の高い精神科専門集団のもとで検討されるべきである。