

巻頭言

良質かつ適切な精神医療確保の大臣告示と 診断補助的脳機能検査の保険収載

三國雅彦 日本精神神経学会理事
 Masahiko Mikuni

本学会の委員会活動を通じて、厚生労働省保険局医療課や社会援護局精神・障害保健課と交渉してきた経験を踏まえて、本誌110巻1号(2008年)で精神疾患対策基本法の制定の必要性を訴えたが、紆余曲折を経て、頓挫してしまった。しかし、2014年3月の厚労大臣告示「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」では病床機能分化やアウトリーチから精神疾患の分子生物学的研究や臨床診断マーカーの研究の推進までが明示されるなど、国の方針が明確化されてきており、本学会の精神科医療政策に関する委員会が検討していた精神疾患対策改革基本法(案)にほぼ近い内容となっている。この指針をどのように具現化するか大きな課題となるが、2013年4月に各都道府県は精神疾患の医療計画を発表したものの、厚労省が予算化した事業の実施が進んでいる様子はない。厚労省はうつ病における一般かかりつけ医と精神科医の連携のための研修事業、身体合併症対応のための精神科救急事業などを予算化した。国と地方公共団体との50%ずつの負担の事業であり、各都道府県の担当課である医務課が精神医療を管轄していないため、実施しにくい状況にある。平成26年度診療報酬改定に向けてかかりつけ医と精神科医との連携への保険適応の要望を厚労省に提出し、中央社会保険医療協議会に委員を送っている日本医師会に協力を要請したが、精神科のことは精神科の方でやってもらいたいと言われてしまった。それでも中医協の2号委員見解にはこの本学会の要望が取り上げられたが、保険収載には至らなかった。

このように国の指針の方が進んでいて、地方公共団体や専門職団体の方が遅れている状況が厳然としてあるため、精神科医療改革の推進が思うように進まないのは甚だ残念である。それでも、今回の診療報酬改定では精神科急性期医療での患者:医師比率16:1の一般医療と同様の医師配

置が評価されるようになり、精神疾患患者の身体合併症医療にも診療報酬の要件緩和がなされるなどの一定の改善が行われた。また、光トポグラフィー(NIRS)を用いた抑うつ症状の鑑別補助診断が保険収載された。このことは今後の脳形態・機能検査やバイオマーカーを用いた客観的補助診断技術の保険収載に道を拓く、画期的なことであった。10年前から保険局医療課と、うつ病などの精神疾患の客観的補助診断法としてのPET(陽電子放射断層撮影)、MEG(脳磁図)などの保険収載について交渉してきたが、英米独仏で保険収載していなければ無理ですと門前払いされてきた。しかし、NIRSは精神疾患に関する欧文論文約100編のうち、約60編が日本からの報告であり、英米独仏での保険収載の有無の議論が通用せず、2009年に先進医療に承認されたが、5年間の研究的補助検査としての実績が認められて、いよいよ実臨床で補助的診断としての真価が問われることとなった。

ところで、昨年発表されたDSM-5の作成準備作業は1999年からの研究成果のレビューから開始された(DSM-5研究行動計画。Kupfer, D. J.ほか編, 中井久夫ほか訳, みすず書房, 2008)。その結果、SPECT(単一光子放射断層撮影)やPETの研究では前頭前野を中心とした皮質機能が抑うつ症状との負の相関を示す報告が多数あったが、結局、客観的な臨床マーカーの導入は見送られたという。しかし、ディメンショナルな診断が多く取り入れられた操作的診断に、健常者や寛解者との差異を示すうつ状態依存的マーカーを用いた補助的診断を導入することによって診断の精緻化を図ることが可能だったはずである。わが国ではNIRSに比較して、判別率の高い精神疾患の客観的補助診断法を今後確立し、臨床のエビデンスを蓄積して、DSM-6への改訂では日本からのエビデンスが採用され、客観的補助的な診断法を取り入れた診断体系に変革されることを期待したい。