

■ 編集だより

編集後記

診療報酬改定から総合病院精神科外来の方向性を考える

平成26年度の診療報酬改定にあたり、精神科でもっとも話題になったのが多剤併用に対する減算処置であろう。これについては学会のe-ラーニングなどを受けて、とりあえず今まで通りの処方ができるかと安堵した人もいるかもしれないが、一方で、専門医こそ多剤併用はしてはならないのではないかと批判する人も多い。また、精神科病院の入院などについても大きな変更がなされているが、ここでは現在あまり話題にはなっていない総合病院での精神科外来への影響について考えてみたい。

筆者の勤務先は500床を超える地域の中核的な総合病院である。がん診療連携拠点病院の指定も受けており、いわゆる典型的な急性期病院である。今回の診療報酬改定では、このような大規模急性期病院に対して要請される条件がいつそう厳しくなっている。厚生労働省の目指すところは、急性期病院は重症患者をすぐに受け入れ、治療した後はすぐに地域に戻す役割に徹しろということである。ここでは紹介率・逆紹介率という数値目標が決められている。紹介率は紹介患者数と救急患者数の和を初診患者数で割ったものなので、つまりは分子を増やせということである。しかも、この数値目標を達成できないときは、薬を30日以上処方する再来患者が多いと、これも今後減算の対象となるという。しかし、初診の紹介患者を増やそうにも、ご存じの通り総合病院の外来は再来患者でいっぱいである。これ以上医師の勤務時間を増やせないとすれば、長期処方している再来患者を地域に紹介して減らしていかなければならない。どこの総合病院でも同様であろうが、当院では循環器内科や消化器内科がとくに外来患者数が多く、いつも診療は夕方すぎまで終わらない。そこで本年度から、まずこれらの科から症状の安定した患者を積極的に地域に紹介する動きが始まった。精神科は例外だと、筆者は対岸の火事のように思っていたのである。しかし、気づくとそれらの患者は精神科にもついでに(?)受診していたのである。症状の安定している認知症の患者や筆者が赴任する以前からずっと抗不安薬や睡眠薬をもらいに来ている患者などである。結局他科との共同歩調をとるためには、当方も精神科クリニックに紹介していかなければならない。

この状況がさらに進んでいくとどうなるのかを考えてみた。おそらく今後の診療報酬改定でこの方針はより強化されていくのであろう。病院の管理者によると、この紹介率・逆紹介率の数値目標はずっと努力していないと維持できないそうである。総合病院の精神科も、身体合併症などの理由で総合病院でなければ対処しにくい患者を地域から紹介されたり、救急医療で遭遇する精神科患者に対応したりすることなどがいつそう求められてくるのであろう。そして、これらの患者は治療し安定した後はまた紹介元に帰ってもらわなければならない。あるいは外来をより専門化するか規模を縮小するという作戦もあるかもしれない。つまり外来よりも病院内の活動を増やすということである。がんの緩和ケアや精神科リエゾンチーム活動に対して、わずかとはいえ加算がつけられたのはその意味もあるであろう。総合病院の精神科外来はほとんど患者でいっぱい、夕方近くまで診察が続き、そのあとにリエゾン活動や事務処理が残されるという。若手精神科医が総合病院に勤務したがるに十分な理由がある。しかし、このような仕事の仕方は、今後の急性期病院のあり方は明らかにずれている。地域ごとに事情は大きく異なるが、少なくとも都市部の総合病院の精神科外来は、総合病院ならではの活動をすべきである。院内で孤立し、まるで院内に精神科個人クリニックがあるような姿は望ましくないのではないか。もちろんそのためには精神科の診療収入が他の科と比べて少なくとも同じ勤務時間でれば同等となることが前提であろう。

仙波純一