

巻 頭 言

医療法施行規則第10条三の廃止とその後の展開への期待

三國雅彦 日本精神神経学会理事
Masahiko Mikuni

医療法施行規則第10条三「精神病患者を精神病室でない病室に入院させないこと」を廃止し、一般科医療と精神科医療の格差を是正することをめざして、とりあえず患者：医師比が16：1の急性期精神科医療とDiagnosis Procedure Complex (DPC；急性期入院医療の定額報酬算定制)適用病院の精神病床のDPC化並びに精神疾患の診断補助としての客観的な脳機能評価やバイオマーカーの保険適用を要望して、学会活動を進めてきた。しかし、精神科急性期医師配置加算とうつ症状の鑑別補助としての近赤外線スペクトロスコーピーの保険取載くらいしか実現できず、忸怩たる思いである。

ところで、近年の厚生労働省はこの医療法に反する施策をいくつか、すでに実施している。平成19年秋の中央社会保険医療協議会(中医協)では、これまでDPCの基礎となる主要疾患群分類(MDC)における精神疾患がMDC16の外傷などに混じって、「精神と行動の障害」の1病名であったものを、精緻化することになり、精神疾患をMDC17として独立させた。しかし、あくまでも一般病床に入院した患者の医療資源を最も要した疾患が精神疾患の場合に適用されるという理由で、われわれの提案した樹形図から非自主的入院の部分は削除されてしまい、不完全な樹形図が中医協で承認され、平成20年4月から適用されている。つまり、一般病床に身体合併症ではない精神疾患患者を入院させることを前提に、DPCは実施されている。また、平成28年度診療報酬改定では、身体合併症を有する精神疾患患者の一般病院での受け入れを評価する精神疾患診療体制加算が新設されている。このこと自体は望ましいが、これも医療法に反することになる。しかし、精神疾患患者が精神科医のいない一般科病院で身体合併症の治療を受ける場合には大きな心理的負担を負うことになるので、小生が昨年4月から勤務している精神科病院のように、内科、外科の専門医が常勤し、二次救急も担当している一般

病床を100床以上有している精神科病院で、一般身体科医と精神科医が協働して精神疾患患者の身体合併症診療にあたることができるようにすべきではないか、また総合入院体制加算をとっている総合病院には精神科病床の設置を必須とすべきではないかと考えている。これらが実現すると、一般病床と精神病床の区別が消滅し、一般科医療における非自主的治療の実施や身体拘束をどうするか、の課題が精神科の経験を生かして検討されることになり、あらゆる患者の権利擁護が担保される医療を実現するための医療法の改正に向かうものと期待される。

内科系学会社会保険連合(内保連)は外科系の外保連がすべての手術の難易度を数値化することで、診療報酬の引き上げを図っていることに刺激されて、MDCで分類されている内科系全疾患の診断、治療方針決定の難易度をA(臨床経験2~4年の一般臨床医レベル)からE(臨床経験15年、普通の専門医より高度な技能の専門医のうちさらに特殊な技能を有する専門医レベル)に評価し、診療報酬に反映させる戦略を進めており、平成28年9月の内保連総会で各関連委員会案が承認された。しかし、精神疾患のMDC分類は前述のごとく不完全であるので、内保連委員会の了承を得て、非自主的入院も含めたMDCの分類案を本学会医療経済委員会でも検討し、難易度評価を行った精神科関連委員会案が平成28年9月の内保連総会で承認された。神経内科がMDCのてんかんの評価をB(内科認定医レベル)としたのに対し、われわれはてんかんでも精神発作など特殊な発作型の場合はEと評価しており、再分化されたてんかん医療の評価が内保連で承認されたことになる。

精神科の経験が非自主的治療などに関する医療法の改定に結びつき、一般科医療を改善していく流れを作ることができるように、地の塩の役割を果たせるか、精神科の真価が問われている。