



## この年の動き

理事 犬飼 邦明

今年も2年に一度の診療報酬改定の年、くわえて精神保健福祉法や医療法の改正もあり、厚労省の担当課もさぞや大変だったことでしょう。新年度が始まったというのに次々と疑義解釈などが発送され、細かい通知や修正文などが届いてきます。最近インターネットメール1本で瞬時に全国津々浦々の関係機関に文書が行き届くので誤謬訂正も容易になったのですが、それにしても十分に推敲されたとは思えないところもあり、準備不足が目につきます。第一、法律というものがそれほど定期的に改正しなければならないものなのか、と不思議に思うこともあります。時代の変化に法がついていけなくなったり、供給体制が現実にはそぐわなくなったのであれば改正も致し方ないと思うのですが、数年程度で医療需給関係が変化するとは考えにくく、むしろ法改正の意図通りに世の中が動かなかつたために、より規制を強化し、経済誘導を図ることで医療政策を進めようという意図が見え隠れします。

平成16年から開始された精神保健医療福祉の改革ビジョン、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策は相当力が入った政策と考えられていました。基本方針に基づきいくつもの法律が施行されては改正され、相応の診療報酬や補助金が使われましたが、10年経った今、どの程度実現できたのでしょうか。最近流行のPDCAサイクルで検証してみたらどうでしょうか。立案から実行まで相当の無理があり、時間も予算もまったく足りなかったということになるのではないのでしょうか。これらの政策は医療費を含めた福祉財源の切りつめという視点で構築されているのですから、国民のニーズから乖離していくのは当然といえば当然です。企画立案する優秀な官庁職員も、従来のように予算をとり配分することで政策の実現を図り、もって国民に歓迎された時代とはまるで逆の流れなのですから。

国民のニーズという場合、私たちは患者家族の視点で捉えるのですが、政策を進めていく側にとっては超高齢社会や景気動向などの外部要因が大きく影響し、結果的には納税者と支払い側と医療提供者という3者関係で捉えることになり、えてして受益者、すなわち利用者側の視点が不足しがちになります。もう1つ気になるのは、政策執行のための管理体制が強化されるということです。政策実現には予算管理を伴うことは当然ですが、管理のための監視強化が優先される結果、肝心の政策実現の足を引っ張ってしまうことになりかねません。その結果、法改正の都度規制は強化され、供給者は萎縮し、政策は国民ニーズからかけ離れ、管理のためのコスト増という妙な歪みが生じているのではないのでしょうか。

現場では、仕事の中で書類作成や記録に割く時間が増え、ますますベッドサイドにいる時間がとれなくなりそうです。国民からの期待度が高まる一方でわれわれの裁量範囲は狭められ、マスコミを中心に医療の評価が厳しさを増すなかでは、医療従事者のストレス蓄積はとどまるところを知りません。必要なのは役人の数ではなく、現場のスタッフの数なのです。それでも今回の改正にはいくつかの朗報がありました。医療法施行規則の中で外来患者数と常勤医師数の換算割合が緩和されたこと、精神療養病棟常勤配置医の基準が明確になったことなどです。現場ではまだまだたくさんの不合理な規制や、基準が曖昧のために地方厚生局の指導や指摘に統一性がなく、医療機関の自主規制や自主返還という名のペナルティーがまかり通っています。官民格差という点でいえば、国公立病院職員に対する一般会計からの人件費補助や共済保険制度はその額を公開し、真の医療コストを明らかにすべきで、くわえて民間医療機関のみ存在する事業継承のための課税を廃止すること、医師や医療有資格者の養成や就労機会の公平化を

図り、地域格差や官民格差を解消することなど、国民の目線に立った法整備を期待したいと思います。

つい最近飛び込んできた情報が「医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度（平成26年度904億円）」です。当初、この財政支援制度の仕組みは明瞭で、消費税を財源とすること、対象事業は、①病床の機能分化・連携、②在宅医療の推進・介護サービスの充実、③医療従事者の確保・養成の3区分と明記されていました。国が都道府県、市町村段階での事業者からの申請をもとに交付しようというもので、現場や地域の柔軟なアイデアが活かされる可能性が期待できました。しかし本誌が発行される頃には、精神科医療現場では本制度に対する不満と失望の声が上がっているかもしれません。話が中央から地方に降りてくるに従い、本来の趣旨が姿を変え、いつの間にか政策も使途も訳のわからないものに雲散していくおそれがあります。

雲行きが怪しくなったのは、交付条件や留意事項、そして地方に出された「例示」にさまざまな解釈や恣意が入ることが前提となつてからです。たとえば国と地方の負担割合2/3、1/3は「都道府県の予算範囲内」とされ、消費増税分を財源とする基本方針が制限付きになっています。また「診療報酬や他の補助金などで措置されているものは対象外」となると、医療現場に還元されるルートがなくなってしまう。注目すべきは国が対象事業（案）として「○」をつけ例示しているところで、精神科に関連すると思われるものは、①区分：○長期療養者の地域移行を進め、病床削減に資するため、デイケア施設や地域生活支援事業への移行を促進する施設・設備整備、②区分：○早期退院、地域定着支援のための医療機関内委員会への地域援助事業者の参画支援、○認知症ケアパスの作成など医療介護連携体制整備、○認知症疾患医療センター診療所型における鑑別診断の実施、などが挙げられています。

私は③区分が最も重要と思うのです。それは病床機能分化を進めるにしろ、在宅医療体制の強化を図るにしろ、マンパワーがなければどうしようもないからです。将来の人口動態を見ると、わが国の人口は確実に減少していきます。とくに、一般科と異なり医療と福祉、疾病と障害の両側面を

もつ精神科の現場では、たとえば国が描くような社会的入院とされる7万人の地域移行者の生活を、誰がどこで、どのようにして支えていけばよいのでしょうか。そもそも904億円のうち、一体どれくらいが地方の、また精神科医療の現場に配分されるのか皆目わからず、これではアイデアの出しようがありません。都道府県の人口割、精神・一般病床数による配分などと明示されればわかりやすいわけで、仮に私ども熊本県で試算すると、概算額は毎年904億円×181/1億2,800(万人)×9,013/3万5,842(床)で約3.2億円となります。これなら精神科医療現場でもいろんな事業計画が出てくるでしょう。

これらを考え合わせて、日精協および各支部レベルで以下のことを念頭に交渉に当たることを提案します。

- (1) まず、各都道府県で精神科医療現場に配分される総額を明確にし、その事業は入院患者や在宅患者が安心して医療の提供を受け、生活の維持ができる内容を含み、永続可能なものであること。本来診療報酬の中で手当てされるべき財源であるので、他会計などの補助に流用されないこと。ただし事業主が希望すれば併給は可能とする。
- (2) 事業は、これまで会員病院がやりたくてもできなかった内容で会員病院全体の負担軽減に役立つこと。たとえば入り口では精神科救急医療センターを設立し、ソフト救急対応の充実を図る。夜間休日の精神科外来機能、短期入院機能が充実すれば、各病院に絶対的に不足している指定医問題が解決するだろう。出口ではある程度の医療機能をもった社会復帰施設の整備を図ること。病床削減を前提とするのではなく、事業の結果として病棟機能分化や地域移行が可能になり、結果的に入院患者が減少するという長期的展望に立つこと。
- (3) 精神科医療保健福祉の基本はマンパワーの確保であり、その人材の育成確保に有用な事業を優先する。現在、看護師をはじめとする医療スタッフの不足は深刻であり、将来の人口減、医療従事者減を念頭に精神科医療福祉モデルを重視した有資格者養成機関の設立、とくに多職種、外国人研修も可能とすることが必要である。