

3. 薬物依存症治療の医療経済的展望 (保険診療点数の整備)

はじめに

薬物依存症の医療経済について論ずるためには、これに先立ち少なくともこれまでのわが国における医療保険制度の動向について概観し、平成5年4月1日に施行された「良質な医療を効率の良い配分」をキャッチフレーズとした第二次医療法改正による病院の類型化、なかんずく療養型病床群についても充分に理解しておかなければならない。

1. 医療保険制度の動向

a 医療費とは

わが国の平成3年度の総医療費は19兆2千億円であり、これはG N Pの5.6%に相当するもので、大体年々1兆円ずつ伸びてきている現況にある。この医療費が適正な額であるかどうかという判断基準は国によって異なり、その国の国民の生命に対する価値観によって決定される。

筆者は生命は地球よりも重いものであり、これに対していくら医療費に金をかけてもかけ過ぎることはない信じているが、国全体の経済の活性化の維持という観点より考えるならば、各々の財政配分を考慮せざるを得ないのもまた当然のことである。つまり、“福祉”と“経済”は trade off の関係にあり、あまりにも福祉の方に金をかけ過ぎるとその国の経済の活性化ができ難くなるという仕組みとなっていることを理解していただきたい。

b 今なぜ医療費の抑制策なのか

日本の医療というものが、わずかG N Pの5%台で out put されており(ちなみに米国では12~13%)、きわめて効率的なものであることはO E C Dからも高く評価されているのは周知の通りである。

それにもかかわらずなぜ医療費の抑制策を取らねばならないのであろうか。それはわが国における国民医療に影響を及ぼす主要因が、最近の著しい変容の過程にあるわが国の社会環境の変化にあるためである。具体的には近い将来必ず発生してくるであろう年金の成熟度、老齢人口が増えることによる医療費の増大等で、今後の国民負担率(国民の税金+社会保険料を加えたものの対国民所得比)を引き上げる impact は、年金の部門からも医療費の部門をとってもきわめて大きいのである。

これに対応して昭和55年に発足した臨時行政調査会による行政改革の要請があり、特にその第3次答申においては、今まで医療に関しては需要の抑制に重点が置かれていたのを、供給抑制の必要性までここですでに明確化している。この方針を基盤として昭和57年に国民医療適正化総合対策推進本部、昭和62年10月にはその中間報告がなされたのである。ここで初めて慢性病院と急性病院の機能分担の見地からの医療施設の見直しが打ちだされてきた。

以上のことを今少し経時にわが国の国民医療保険制度と厚生省の対応をまとめると、昭和40年代後半は「国民皆保険・皆年金」体制の仕上げの段階であって、昭和45年にはわが国で65歳以上の老人人口が7%を越え、これは「高齢化元年」といわれ、昭和48年を「福祉元年」と称したのである。ところがその直後、皮肉なことに石油ショックといわれる経済恐慌が世界的に到来したため、これを契機としてわが国の経済基調が一変したのである。これより低成長経済への道行きと高齢化テンポが加速する中で、「福祉と経済」との相克が始まったのである。

ところで、張仲景の『傷寒論』の時代に、医師が国手と敬されたのは、一人の医師が一人の患者に相対する、いわば医の原型で、「一人医療」とでもいうべき状態にあっては「医は仁術」といわれたのであるが、その後医療の

概念はしだいに広がってきて、診療所から病院医療へ、そして今や社会全体を視野に含めた医療体制へと外延的な広がりをとってきて、「genuineな医療 needs は国民に確保されるべき civil minimum」という考え方今まで変わってきたのである。つまり「とりあえず必要な医療が国民に対して確保されること」が絶対的必要条件となったわけである。ところが急増する医療費に対して世界の先進国と同様にわが国においても、これを強く抑制する必要に迫られてきたため、医療費の総枠をある程度決めて、配分の理論を行使するためには、前述の「良質の医療の効率の良い医療費の配分」を行うべく今回の第二次医療法改正は病院（棟）の機能分化を主目的としたものといえるのである。

このように社会における医療のあり方はしだいに変化してきており、また医療を受ける側、すなわち患者側でも医療に対する情報量も増えてきて、その needs も高まり、amenity であること、quality of life を高めることを望んでいるのが現状となっている。

2. 診療報酬を組み込んだ精神病院機能分化と医療費

はじめに

平成3年度厚生科学研修班の「今後の精神医療のあり方に関する研究」において報告が提出されたが、その骨子は、保健・医療・福祉の連携を充実させ、チーム医療を推進することにより精神病床数を削減し、良質な医療を確保するために合理的で充分な診療報酬上の評価と施設改善に必要な国庫補助が行われるよう、精神科医療経済の改革が提案された。これを契機としてにわかに精神科領域でも精神病床の機能分化論が具体的に取り沙汰されるようになってきた。

精神病院の機能分化を考えるとき、250床以下の中小規模病院が多く占める民間病院（300床以下の病院が70%強）の今後の方向付けとしては、地域医療にシフトさせ、小振りながら、包括的・総合的機能を有効に発揮できる

ようなシステムが必要となるであろう。このためには現行の施設基準、人的基準をベースとする機能分化に基づく医療費の決定では、特に小規模病院を充分な社会資源として有効利用が得られないと危惧する。

時はまさに良質な医療の確保と、豊かな社会に見合う快適性を求め、かつ効率の良い医療費の配分を求めて（平成5年4月1日より）第二次医療法改正で新たに特定機能病院と療養型病床群が世に出、これに伴う診療報酬が決定されようとしている。精神科はこれに続く第三次医療法改正で検討されると想定されるが、この療養型病床群を充分視野の中に入れながら、複数、選択型の精神科の専門性を充分に生かしたハード、ソフト両面より考慮した診療報酬体系を作り出していくことが必要となってくる。この際、第二次医療法の改正なかんずく療養型病床群を見据えて、大きな潮流・行政の動向を正確に把握し、第三次医療法改正を読み、質の評価に耐えうる、また次代に託すにたる現実的な病院づくりを提案していかなければならない。

ここで精神科における療養型病床群を考慮するためには、新しく整備されてきている老人病院制度（平成4年10月1日より見直し）を充分に理解しておかなければならない。

概略、老人医療は大別すると次の5型に区分されているが、将来的には、これは一本化されるものと思われる。

- A. 入院医療管理料病院（I, II, III型）
- B. 基準看護病院（6区分）
- C. 老人特例看護病院（I, II類）
- D. その他の看護料の算定できる病院（38区分）
- E. 以上に属さない重点指導対象病院

A区分の入院医療管理料病院は診療報酬上では特例許可老人病院（別名、介護力強化病院）であり、定額制で、I, II, III型とある。定額制（マルメ）とはいって、投薬・注射・検査・入院料のうち看護料の4つのみがマルメであり、あとは（処置・手術・画像診断等）は出来高払いである。

I型 40万／月（1日 698点）

表1 老人医療・精神

		痴呆専門棟加算 看 4 人 助 15 人 <u>その他 0.5人</u> 19.5人 33万
老人保健 施設		
特例許可 老人病院	入院医療管理(I) 入院医療管理(II) 入院医療管理(III) 看(6:1) 9人 看(6:1) 9人 看(6:1) 9人 助(4:1) 13人 助(5:1) 10人 助(6:1) 9人 22人 19人 18人 40万 38.7万 37.8万	
療養型 病床群		
精神科 (老人)	老人性痴呆 疾患治療病棟 看(6:1) 9人 部分まるめと 助(5:1) 10人 出来高払いの <u>その他 2人</u> 選択性 21人 35万	
精神科 (一般)		

科医療と療養型病床群

痴呆性老人加算 看 4 人 助 14 人 <u>その他 0.5人</u> 18.5人 32万	看 4 人 助 10 人 <u>その他 0.5人</u> 14.5人 30万	面積広 オール まるめ 食費 自己負担
		面積狭 部分まるめ
		面積広 部分まるめ
老人性痴呆 疾患治療病棟 看(6:1) 9人 助(8:1) 7人 部分まるめ <u>その他 1.5人</u> 17.5人 32.3万		面積広
精神科特1(II) 看 13人 助 4人 17人 31万	精神科基本1 看 9人 助 4人 13人 29万	面積狭 出来高払

表 2 療養型

病床群の看護料体系図

2群 看護料		その他の看護料			療養1群 入院医療管理料			療養2群 入院医療管理料		
療養基本 看護	療養型 病症群 特 定 看護料	療 養	療 養	療 養	I	II	III	I	II	III
II	その他 看護料	その他の 1種	その他 2種	その他 3種						
以上			未満 60%	以上 60%	60%未満			60%以上		
: 1	6 : 1	6 : 1	未満 6 : 1	未満 6 : 1	6 : 1			6 : 1		
3 : 7										
: 1	6 : 1	6 : 1	未満 6 : 1	未満 6 : 1	4 : 1	5 : 1	6 : 1	4 : 1	5 : 1	6 : 1
床群看護料										
		可			不 可					
315	285	210	140	70	688	642	611	698	652	621
		否			可					
※参考										
老人特例許可病院 入院医療管理料		698			652			621		

II型 37~38万／月（1日 652点）

Ⅲ型 33~36万／月（1日 621点）

(Ⅲ型の621点／日のマルメに出来高払い部分を加えると1100～1200点／日となり→1100～1200点×30日で月額33万円から36万円となる)

忘れてはならないものにもう一つ、老人保健施設についてである。このことも常に念頭に置いておかなければならない。老人保健施設はオールマルチであるが食費は自己負担なのである。

老人保健施設（痴呆加算）では、施設療養費252,240円、自己負担基本料（主として食費1200円／日）約50,000円、その他日用品費、石鹼等で月額321,740円となる。

このように療養型病床群をはじめとして長期間治療・施設化に近づくほど定額制（マルメ）化が進んでこようが（例えば給食費），いずれにしても，出来高払い部分は，医師の裁量権として自由裁量部分を少しでも多く残すべきである。

医療審議会の答申に「医療施設機能の体系化を推進する」とあることは、療養型病床群と老人病院はいずれ一本化されるものと思われる。その次にくくるものは老人対応施設の見直しが再度行われ、一般科において生き残れるのは医療の質を確保している病院であり、質の評価に耐えられない病院は老人保健施設や特別養護老人ホームという福祉施設ということになると思われる(表1)。

a 療養型病床群体系図および構造設備全貌

如上のごとく療養型病床群の全貌が明らかになってきた現在（表2，3，4参照），一体精神科においては、療養型病床群をどのように受け止め、評価すべきなのであろうか。医療経済的側面を考慮しながら検討してみる。

療養1群、2群に大別し、それぞれI～III型に分けられている介護力強化型病院（特例許可老人病院、入院医療管理料病院）と同様に、看護料のマルメが入院医療管理料のマルメ（4項目のみマルメ）のどちらかをチョイスす

泰 3 病棟別入院時医学管理料(甲素)

入院期間		一般病棟 老人以外	老人	病人棟 老人以外	精神病棟 老人以外	結核病棟 老人以外	療養型 老人以外	病床群 老人以外	老人收容比率 60%未満	老人收容比率 60%以上	老人以外	老人	診療所 老人
1 週間以内	2 週間以内	521	521	521	465	478	308	295	350	257	350	257	259
	1 月以内	331	331	331	216	300	277	201	220	230	230	230	231
2 週間超	2 月以内	235	235	235	216	201	220	207	230	230	230	230	221
	3 月以内	222	222	222	210	190	211	187	215	210	215	210	222
1 月超	6 月以内	151	151	151	145	120	151	143	151	145	151	145	151
	6 月超	117	115	117	125	100	139	122	139	122	130	125	125
1 年超	1 年 6 月以内	98	90	98	95	69	129	95	125	95	125	95	67
	2 年超	96	80	96			119	119	110		110		65

※療養型病床群施設管理料
600占(月1回) 本来型の²

表4 構造設備

	新築または全面改築の場合	既存病床からの転換からの特例 (全面改築までの間適用)
病室定員	1病室当たり4人以内	5人以上でも可 ※通常の病院は定員の定めなし
病室面積	1人当たり6.4m ² 以上(内法) ※通常の病室の基準(4.3m ² /人)の1.5倍	1人当たり6m ² 以上
廊下幅	片側廊下 1.8m以上(内法) 中廊下 2.7m以上(内法) ※通常の病院の基準の1.5倍	片側廊下 1.2m以上(内法) 中廊下 1.6m以上(内法) ※通常の病院の基準と同じ
機能訓練室	面積40m ² 以上(内法) 必要な器械・器具を備えること	必要な面積を有すること
食堂	療養型病床群入院患者 1人当たり1m ² 以上(内法)	食堂がなくても可 ※通常の病院は食堂の定めなし
談話室	談話を楽しめる広さ。食堂等との共用可	談話室がなくても可 ※通常の病院は談話室の定めなし
浴室	身体の不自由な人が入浴するのに適したもの	浴室がなくても可 ※通常の病院は浴室の定めなし

る仕組みになっており、そのどちらを選ぶかは病院の判断によることになっている。

これは、ほぼ老人医療に見習って、入管料もマルメられて出てきたのである。

この時点で検討すべき点は（少々早計かもしれないが）一体療養型病床群を一般科の病床の中で、厚生省がどのように見なし、位置付けをしようとしているのであろうかということである。

b 療養型病床群小括と新しい精神科医療体系

1) 昭和62年国民医療総合対策本部の中間報告、および、依然として“将来的病院類型”（厚生省研究班（昭和63年））〈大池試案－第17表－〉の思想は脈々と生き続けており、ある意味では、今回の特定機能病院、療養型病床群はこの一部が実現されたとみても過言ではない。

2) 老人病院は複雑であり、介護力強化病院が今のところいかにも良いように経済的誘導されているようであるが、療養型病床群がてきた現在、いずれここに自然に吸収される運命にあると思われる。

3) 一般科における療養型病床群はあくまでも病院部門の中ではレベルの低いものと見なしているようである。

4) したがって、われわれ精神科の療養型病床群がたとえ新しくできたとしても当然、病院機能分化という観点よりみると、精神病院の中でも位置付けは低く見なされるものと思われる。したがって値段の設定も残念ながら今までの低い医療費で行っている実績からして、一般科の療養型病床群よりもさらに低いものとなる可能性も出てくるので、あえてわざわざ精神科版の療養型病床群を作成する必要は認められない。こう考えてくると（表5）のごとく精神病床は将来、大きくA、B、Cの3つに類型化されるよう思われる。

療養型病床群が一般科において低いレベルであると見なされている限り、精神病院サイドとしてもここに重点を置くのは得策でなく、今後の方針としてはあくまで専門病棟（救急、急性、薬物中毒、重症、処遇困難、老人等）のハード、ソフト両部分の案をいち早く提案していく、この部分の大幅な医療費設定を検討していくべきであり、専門病棟としての精神病院の機能分化はあくまで、われわれ精神科独自の専門性を主張していくべきであり、その残りの病床部分が今回発表された療養型病床群となるであろう。

5) ここで初めて以前より主張し続けてきた病棟別基準看護、すなわちケアミックスが精神科においても必要となってくるのである。

では今後新しい精神科医療体系の実施をどの時期に照準を合わせるべきであろうか。つまり第三次医療法の改正はいつであろうか。おそらく平成6年4月には間に合いそうもないで、平成9年4月と思われる。この日程に精神科版を合わせなければなるまい。第三次医療法改正より1～2年遅れて精神科版の整理があると思ってはなるまい。これに乗り遅れるということは、精神科は永久に取り残されてしまうことになる危惧すら感じている。こうなるとターゲットは自ずと決まってくる。

表5 精神病院機能分化と医療費（案）

A. 一般精神科病床群

現行のまま（基準看護、その他1, 2, 3種）

B. 精神療養型病床群

- | | | |
|--------------------------|-----------------|------|
| ・病室——面積 6 m ² | ・廊下——片廊下 1.5m以上 | ・まるめ |
| ——定員 4人以下 | ——中廊下 2.1m以上 | |
| 入院期間は問わない | 経過措置あり | 通減なし |
- (50床に対して)

対入院患者数	看護婦等	介護職員等	
3 : 1(18人)	6 : 1(9人)	6 : 1(9人)	36万円

C. 専門病床群

- | | | |
|------------|--------------------|---------|
| それぞれの治療チーム | イ. 精神科救急 (P I C U) | 現行の基準看護 |
| それぞれの施設基準 | ロ. 重症病床群 | + |
| | ハ. 重症措置病床群 | 1日3万円加算 |
- ニ. 合併症病床群
ホ. アルコール病床群（施設基準あり）
ヘ. 薬物中毒病床群
ト. 老人性痴呆疾患治療病床群
(21人 看6 : 1(9人) その他4 : 1(12人) ……34.9万円)
チ. 老人性痴呆疾患療養病床群
(17.5人 看6 : 1(9人) その他7 : 1(8.5人)……32.7万円)
リ. 児童・思春期病床群
ヌ. 老人病床群

病院は以上のA, B, Cからいずれかを選択することになる。選択の仕方により次のようなパターンができる。

〔パターン〕

- Aのみ • A + B • A + C • Bのみ • B + C • Cのみ • A + B + C

3. 薬物依存症（アルコールを含む）に関する診療報酬改定要望

青少年におけるアルコール、有機溶剤等の薬物乱用は一般化・若年化の傾向を見せ、今後これらの薬物による依存・中毒についての精神保健・精神医療上の問題の増大が予想されている。

しかし、アルコールを含む薬物依存症患者の医療に関しては、その治療および処遇上の困難性のゆえに一般精神医療機関から敬遠されている現状にある。

さらに、現行の診療報酬点数表においては、アルコールを含む薬物依存症の診療に要する多様性と方針の一貫性（治療プロジェクトに基づくチーム医療）、そして治療経過における特異性を考慮して行われている診療に対してその報酬が充分に算定されていないため、薬物依存症の医療には医療経済的にも困難な現状にある。

したがって、今後、一般精神医療機関において、アルコールを含む薬物依存症患者に対する診療の門戸を広げ、しかもその診療が効果的に行われるためには、以下の診療報酬が改定されることが望まれる。

a 基本診療料

1) 入院時医学管理料

〔理由〕：

薬物依存症者の入院期間は概して短期であるが、再入院の事例が多く、退院の日の翌日から起算して比較的早期に再入院する。しかも再入院時の診療には初回入院時と同様の努力を必要とする。

〔要望事項〕：

退院の日の翌日から起算して3ヵ月以上（現行6ヵ月以上）の期間、入院することなく経過した後に再入院した場合は、再入院の日を起算日として入院時医学管理料を算定する。

2) 精神科隔離室管理加算

[理由] :

薬物依存症においては、身体的・精神的中毒症状や退薬症状の軽減後に、かえって薬物への渴求感が強まって、患者のもつ非行歴や反社会的性格傾向を背景とした粗暴的・威嚇的態度が全景にだされるため、処遇上隔離を必要とすることが多く、その期間は入院の日から起算して最低でも14日間は持続することがしばしばである。

[要望事項] :

入院した日から起算して4週間以内の期間に隔離を行った場合は、所定点数に14日を限度として（現行1月に7日を限度として）1日につき200点を加算する。

3) 薬物依存症者の特別看護加算（新設）

[理由] :

薬物依存症者は中毒症状あるいは退薬症状として入院時に激しい被害妄想や意識障害あるいは自律神経症状を伴うことが多く、また骨折などの身体合併症も多いため、入院後の4週間程度は一般精神科患者と比べて摂食・用便・更衣・入浴などは介助を要することが多い。そのため、薬物依存・中毒病棟においては看護婦の傾斜配置を必要としている。

[要望事項] :

入院の日から起算して2週間以内の期間は所定点数と同点数を、2週間を超えて4週間以内は所定点数の0.5倍の点数を特別に加算する。

4) 薬物依存症者の特別監視料加算（新設）

[理由] :

薬物依存症者の第一の治療法は薬物の依存的使用からの脱帽である。そのためには入院治療が効果的である。しかしながら、依存症患者の心理的紐帯により退院した患者が入院中の患者に対しアルコール、シンナー等の薬物を差し入れることがしばしばみられる。これを防止するために、病棟周辺の警

戒監視装置の設置および警戒用具による見巡りが必要となる。現在は事件が発生、または発生の恐れがあるときは日勤看護者が居残り警戒にあたっている。

[要望事項] :

入院の日から起算して3カ月間、1日につき33点を加算する。

b 精神病特殊療法料

1) 入院精神療法 1回 120点

[理由] :

薬物依存症者は任意入院の事例でも、入院の日から起算して3カ月間、そのうち特に4週間以内においては、薬物に対する渴求感に基づく強い焦燥感から入院中の処遇に対する不平不満、治療方針の変更要求などの訴えが多く、その都度、誠意をつくした精神療法が必要とされる。

[要望事項] :

入院の日から起算して4週間以内に行われる場合にあって毎日1回（現行週2回）を、4週間を超えた期間に行われる場合にあっては週2回を限度として（現行入院の日から起算して4週間を超える期間にあっては週1回を限度として）起算する。

2) 家族に対する通院精神療法

[理由] :

薬物依存症者に対し薬物使用による身体的、精神的、社会的問題に直面（底つき体験）させ、その治療意欲を引き出すためには、諸問題を一手に引き受け本人のとるべき責任を肩代わりし支援してきた格好の家族（イネイブラー）を指導して、患者の回復にとってマイナスとなる支援をやめさせていく必要がある。これは同一の日に患者に対する通院精神療法とは独立して行われる療法である。

[要望事項] :

患者に対して通院精神療法を行った日と同一の日に家族に対する通院精神

療法を行った場合における費用は、患者に対する通院精神療法とは別に算定できる（現行患者に対する通院精神療法の費用に含まれる）。

3) 集団精神療法

[理由] :

薬物依存症者に共通して認められる「病気の否認」などの基本的治療課題に対しては、自助グループの活動とならんで、一定の回復プログラムに基づいた医師・看護婦のみならずコメディカルスタッフによる集団精神療法が有効であり、その有効性は外来患者と入院患者の別を問わない。その有効性から専門的治療病院では入院患者に対しても実施されているが、その点数評価がされていない。

[要望事項] :

入院中の患者についても（現行入院中の患者以外の患者について）、入院の日から起算して3ヵ月以内の期間に行われる場合にあっては週2回を限度として（現行4週間以内の期間に行われる場合にあっては週2回を、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合にあっては週1回をそれぞれ限度として）、算定する。

4) 精神科訪問看護・指導料

[理由] :

薬物依存症で入院治療後、退院した患者またはその家族等に対しての訪問看護、社会復帰指導等のアフターケアは重要であるが、通常は医師、保健婦・看護婦等、P SW、臨床心理士等が医療チームを形成してアフターケアにあたっている。

また、薬物依存症の場合、薬物の再使用（スリップ）があると、精神病状が容易に急性再燃するため対応に困難を伴うことが多く、訪問指導が成立しにくい。

[要望事項] :

当該保険医療機関の保健婦・看護婦（正・准共）のみならず当該患者を担

当している診療チームの一員である臨床心理士と同様にP SW等のコメディカルスタッフによる訪問指導をも算定する。また、点数を現行の倍額とする。

5) 電話等による診療チームのアフターケア指導料（新設）

[理由] :

薬物依存症患者の回復途上、薬物の再使用（スリップ）時に医療機関から離れてしまうが、あるいは、すぐに受診するかによってその予後は大いに異なる。しかし、前項において述べた理由により保健婦の訪問指導が成立しにくい。この場合、当該医療機関からの電話等によるアフターケア指導は非常に有効と思われる。

[要望事項] :

精神科医療チームのメンバーが医師の指導の下に、薬物依存症者たる入院中以外の患者またはその家族等の了解を得て、スリップの可能性の多い6月以内に限って2週に1回を限度に、電話によるアフターケア指導を行い、必要により受診を促すとき、その旨を診療録に記載する。この場合アフターケア指導料を算定する。

補 遺

平成6年の医療費の改定は4月、10月の2段階で実施された。

これは平成5年9月病院経営緊急状況調査（厚生省）と平成5年6月医療経済実体調査（中医協）の結果を基にした診療報酬基本問題小委員会（中医協）の報告書が実際には今改定の基本となった。これは昭和33年以来の現行体系を抜本的に改めた大改革であった。

精神医療にとっても、第3次医療法の改正を待たずにはじめて包括医療が取り入れられた。これは将来の方向性を示唆する大改革であると思われるが、主題よりはずれるためここでは割愛する。

とはいえた日本精神病院協会より平成6年医療費改定前に緊急要望書が提出されていたが、要望した8項目のうち全項目が改定に組み込まれたことは特筆すべきであった。

さて前述した肝心の薬物依存症に関する要望に対してはどうであったか。要望して達成されたものは、逐条項目別に比較すると以下のとくであった。

a - 1) 再入院患者の起算日は要望通り

6カ月→3カ月となる

b - 1) 入院精神療法

回数、点数ともに改定される

3) 集団精神療法

外来の期間の延長（3カ月→6カ月）と、入院患者に対する集団精神療法の新設

4) 精神科訪問看護

要望通りP.S.Wが評価される

その他の主な改定

〔4月改定分〕

・精神科特殊療法は精神科専門療法と名称が変更され、目に見えない精神科医の技術が評価されて、包括医療である精神療養病棟（A）、（B）の枠外に出された。

・入院環境料（名称変更）

入院基準寝具の名称が変更され、また1~4種の上記地域加算が加えられた。

・精神療養病棟（A）、（B）（新設）

・診療情報提供料

今までの診療所中心のものから、病院、診療所、社会復帰施設、市町村など相互の連携を合理的機能性を評価した。

・入院生活技能訓練療法（新設）

コメディカルスタッフの評価

・精神科入院精神療法

点数、回数とともに改められた。

〔10月分より〕

・新看護体系（新）

付き添い看護の解消のため看護婦と看護補助者がそれぞれ評価され、対患者2対1を上限とする189通りのマトリックスが新たに算定されるようになり、複雑であるが合理的なものとなった。

・訪問栄養食事指導（新）

・訪問薬剤管理指導（新）

・入院時食事療養費（新）

元来精神病院の建築基準すでに基本事項として、患者の生活的施設の項に食堂の設置が義務づけられていたが、Q.O.L向上のため新たに以下の項目が新規（一部改定）にもうけられた。

特別管理食・医療食・特別食・食堂加算・複数の献立メニューの評価

・精神科デイ・ナイト・ケア（新）

これは精神医療にとって部分入院とでも位置される新しい方向づけでありこれにより社会復帰の促進がより一層行われるような方向に改訂、評価された。

ま と め

本論説の冒頭にわが国の医療費の額が適正であるかどうかは、国民の生命に対する価値観によって決定されるべきものであると述べた。

ということは医療は国民一人ひとりの生命や健康等全般に関わるものであるからひとり専門家のみに医療に対する論議を委ねるべきでないということである。

ところで昭和33年より診療報酬体系は今までにすでに25回の改定が行われてきているが、今回の4月、10月2度にわたって行われた改定は抜本的に基準看護等三基準の見直しをはじめとした社会環境の変化をも踏まえた大改革であったと評価すべきである。

もちろん限りある財源ゆえ、これですべてとは言いがたい。今後これらの

歪みに対しては隨時改定していく必要は残っていると思われる。精神科においては、前述したアルコール等の救急を含む、各種専門病棟等の整備が求められてくる。

結論的に米国においては膨大する国民医療費のため必然的に、これに対する実証的医療経済的研究が進んできたが、これに対してわが国においては医療政策研究が進んでいると評されている。

当然我が国においても今後 cost/benefit という見地から医療経済的研究がより一層必要となってくるであろう。

しかしその結果「研究栄えて政策滅ぶ」と謗られるような研究大国になる愚は厳に避けたい。

これは質の高い、効率の良い医療を提供することはあくまでも国民の健康のためにあるという医師の職業的使命感が大前提であるからである。

(津久江一郎)

第Ⅲ部 薬物依存症の治療・処遇体制の現状と今後の課題