

第102回日本精神神経学会総会

シンポジウム

地域精神医療における総合病院精神科の役割と課題

小林 孝文 (島根県立中央病院精神神経科)

はじめに

平成16年9月に提示された精神保健福祉の改革ビジョンにおいては、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めていくためには、国民各層の意識の変革や精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を進めるとともに、精神病床の機能分化、地域生活支援体制の強化などが不可欠であるとされている。歴史的にみれば、日本における精神医療は民間の単科精神科病院が中心となって行われてきた。総合病院精神科は病床数も少なく、またその施設形態も多岐にわたり、果たすべき役割に関する認識も曖昧であったため、必ずしも十分な評価がされているとはいえない状況で推移してきた。しかし、上記のような精神保健福祉施策の変更などに伴って、総合病院精神科には、精神科領域のみならず多岐にわたる分野での貢献¹⁾が期待されるようになってきた。例えば、①一般医療における役割(プライマリ・ケアにおける役割、自殺企図をはじめとする救命救急医療における役割、高齢者医療への関わり、リハビリテーション医療への関わり、緩和ケア医療、高度先進的医療への関わり、臨床研修制度への参加など)、②精神医療における役割(精神科救急・精神科急性期医療の分担、初期診断・初期治療、身体合併症治療など)、③一般社会における役割(メンタルヘルスの啓発活動、地域精神保健福祉活動との連携など)が挙げられているが、それぞれの機能を充実させることができれば、精神医療を含めた医療の質的向上に寄与することも可能であると考えられている。しかし、地域によ

ては精神科医の確保が困難となりつつあり、また医療経済的にも十分な評価が行われていない²⁾ため、その役割が十分には果たせなくなる可能性もあることが懸念されている。

本稿では、主に地域生活支援という観点から見て、総合病院精神科がどのような役割を果たしているか検討し、今後の課題についても概括する。

総合病院精神科の病床数と分布状況

厚生労働省医療施設調査によれば、平成13年10月1日現在の精神病床数は357385床であった。このうち、総合病院精神科の病床数は23681床であり、全精神病床の6.6%を占めていた。Kurokiら³⁾の報告によれば、総合病院精神科の分布には地域格差が大きく、二次医療圏の37%には総合病院精神科が存在しないとされている。総務省統計局の国勢調査報告などによる平成14年の人口と総合病院精神科病床数から算出すると、各都道府県の人口10万人あたりの総合病院精神科病床数⁴⁾は2.5~69.0(平均18.6)床であり、有床総合病院精神科1施設あたりの平均病床数は25.5~142.8(平均86.4)床となっていた。このような地域格差を是正するためには、一般医療における二次医療圏程度の圏域内に、有床総合病院精神科を含む種々の精神科関連施設が整備されることが望まれるが、現状の医療経済的背景などを考えれば、その実現はきわめて困難である。

地域精神保健福祉を充実させるための方略
地域精神保健福祉を充実させるためには、長期

入院患者の退院促進、在宅支援が重要であることは言うまでもないが、地域におけるネットワーク構築も不可欠である。平成15年～平成17年度にかけて、出雲保健所を中心にして、「精神障害者の在宅支援ネットワークの構築に関する企画研究」(厚生科学研究)¹¹⁾が行われたが、そのなかで、退院促進に関連する事項(長期入院患者の事例検討、退院促進マニュアルの作成、地域支援員や生活サポーターの配置、高齢者施設の実態調査など)、在宅支援に関連する事項(居宅生活支援事業の推進、啓発活動、研修会の開催、生活マップの作成など)、精神科救急医療体制に関連する事項(生活サポーターなどによる支援、施設整備、地域支援ネットワークの構築、身体疾患への適切な対応など)が多方面から検討された。そのなかで、総合病院精神科は身体合併症への対応も含む精神科救急医療体制の充実を果たす役割が大きいと考えられており、それを通じて地域精神医療の充実に寄与することが期待される。

精神科救急

精神科救急に関する医療機関の機能分化と連携に関して、林ら³⁾は、総合病院では幅広く患者を受け入れ、身体疾患と精神疾患との鑑別や合併する身体疾患の治療を行うことが期待されており、単科精神科病院では身体的にあまり問題のない精神疾患患者の活発な精神症状に対応することが期待されていると報告している。鳥根県では、平成7年と平成13年に精神科救急受診患者の実態調査¹²⁾を行っているが、出雲圏域での結果⁹⁾をみると、6年間で時間外救急受診患者数は429名から900名へと約2.1倍に増加していた。平成6年には全体の82.3%、平成13年には83.0%が総合病院受診となっていた。複数回受診者は総合病院で多かったが、特に年間5回以上救急受診した頻回受診者が総合病院で増加(3.6%→6.6%)していた。精神科受療状況をみると総合病院、単科精神科病院ともに当該病院で治療中の症例が約70%を占めていたが、平成13年には初診患者の占める割合が増加していた。救急受診

時の対応としては、診察、投薬などの治療を受けて帰宅する症例が総合病院、単科精神科病院ともに増加しており、精神科入院となった症例の割合は減少していた。このことから、主に危機介入的な対応がなされていることがわかる。しかし、精神科入院となった症例では非自発的入院(医療保護入院、措置入院)が19.5%から29.4%へと増加しており、特に単科精神科病院でこの傾向が強くなっていた。精神科救急は、行動制限を必要とする精神症状の治療から合併する身体疾患の治療に至るまで多岐にわたっており、単独の精神科医療機関のみで十分な対応を行うことは困難である。このため、医療機関の機能分化と密接な連携が必要であるが、その重要性が示唆される結果であり、かつ林ら³⁾の報告した機能分化の妥当性が示された結果であると考えられる。

日本総合病院精神医学会が平成16年に施行した総合病院精神科基礎調査⁹⁾によると、夜間・休日の精神科診療は精神病床を有する総合病院精神科が中心となって行われており、24時間365日対応可能な施設は一般総合病院有床の46.4%、大学病院有床の35.7%であった。都道府県で策定されている精神科救急医療システムに参加している施設は、一般総合病院有床の60.7%、大学病院有床の17.9%であり、一般総合病院有床の参加が多くなっていた。このように、精神病床を持つ総合病院が中心となっているが、精神病床を持たない総合病院精神科でも、一般の救急医療の中で対応している施設は少なくない。

精神科救急医療といえば、非自発的入院を中心とするハードな救急に注目が集まりやすいが、地域での生活を支援するためには危機介入的な対応もこれに劣らず重要である。自殺企図の増加などとも関連して、精神科救急と身体合併症の治療を統合的に行うことの重要性が増しつつあり、総合病院精神科の役割はさらに大きくなるものと考えられる。

身体合併症治療

鳥根県においては、精神科領域での身体合併症

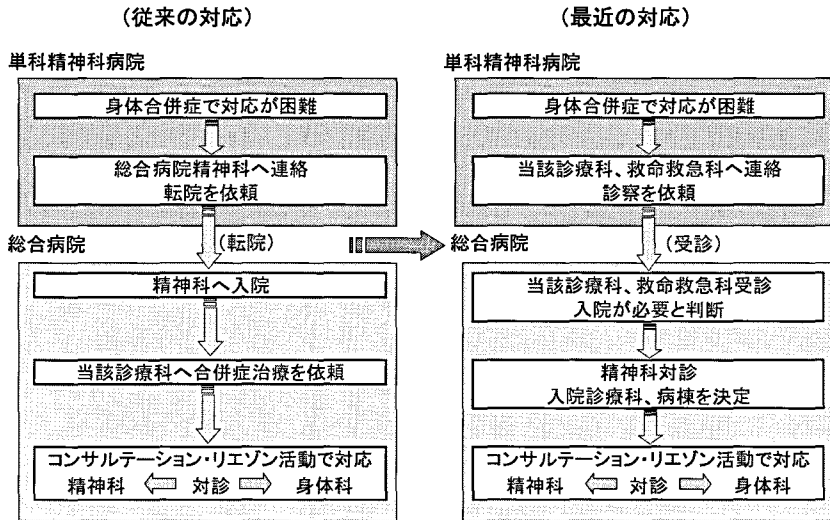


図1 身体疾患合併症例への対応の変化

に対応するための公的なシステムはなく、個々の地域や医療施設での取り組みに任されている。身体疾患合併症例への対応に関して、当科が行っている精神科医療施設および院内他科との連携の概略を図1に示す。単科精神科病院で身体合併症への対応が困難になり、早急な対応が必要と判断されれば、当院救命救急センターに連絡し、救急受診となる。救命救急科でトリアージし、当該診療科にも診療が依頼される。身体疾患に関して入院が必要と判断されれば、精神症状の評価および対応について精神科に意見が求められ、入院診療科や病棟が決定される。その後はコンサルテーション・リエゾン活動で対応することになり、精神症状のために一般病棟での対応が困難であれば、精神科へ転科転棟することが考慮される。当院での身体疾患治療継続が必要でなくなれば、原則として転院元の精神科医療機関に転院することになる。

平成11年8月1日から平成14年8月31日までの約3年間に当院救命救急センター受診し、身体疾患治療のために入院が必要となった出雲圏域の単科精神科病院2施設(計475床)の入院患者90名(男性66名、女性24名、平均年齢62.6歳)を対象とした検討⁵⁾では、救急受診時の入院

診療科は内科(消化器科、呼吸器科、循環器科など)が33%で最も多く、次いで救命救急科24%、精神科16%、外科9%、整形外科8%、神経内科6%の順になっていた。合併症治療を受けた病棟をみると、身体科病棟のみで最後まで治療を継続した症例が68%と最も多く、身体科病棟から精神科病棟に転棟となった症例が19%、逆に精神科病棟から身体科病棟に転棟となった症例が4%となっていた。精神科病棟で最後まで治療を受けた症例は9%に過ぎなかった。退院先としては、転院元の精神科病院が87%で圧倒的に多く、自宅が9%、身体科医療施設が3%、老人施設が1%となっていた。このような結果は、上記のような対応をしてきたことを反映していると考えられる。

身体疾患合併症例は基本的には一般病棟で治療されるべきだが、一般病棟で管理困難な場合は精神科病棟において一般病棟と同等な治療が行われるという条件で担当するべきである。身体的および精神的な重症度に応じて適切な治療環境を提供するという観点からみて、精神科病棟における身体疾患への対応能力を向上させ、更に他の診療科との連携を緊密にすることが重要なのは言うまでもな

い。精神病床の機能分化という観点からみても、合併症治療病棟（ユニット）の位置づけを明確にし、それが普及するような医療経済的配慮などを行うことも必要¹⁾である。また、医療法施行規則第10条第3号（精神病患者又は感染症患者をそれぞれ精神病室又は感染症病室でない病室に収容しないこと）の運用に関連した論議も続ける必要があると考えられる。

精神科医師数の減少

精神科医の偏在、特に地方における医師数の著しい減少が指摘されているが、島根県においても、精神科診療所の増加、勤務医（特に公立、公的病院）の減少がめだってきている。卒後臨床研修制度が変更された前後で比較すると、精神病床をもつ総合病院精神科6施設のうち、5施設で医師数が減少しており、平成13年には常勤医29名であった精神科医が、平成17年には常勤医22名となっている。同様の期間内で、単科精神科病院では常勤医が60名から59名になっているにすぎない。前述したように、この間に精神科救急受診者は倍増しており、特に総合病院受診者が多いことなどをあわせて考えると、精神科医、特に総合病院に勤務する精神科医の確保に関する早急な対応が必要であると考えられる。個々の精神科医療施設での取り組みには限界があるため、島根県では、「しまね地域医療支援センター」を設置して、大規模病院連携による専門医（産婦人科、精神科、総合診療科）確保策を行っている。県内の大規模病院の協力を得ながら、専門診療科の医師を全国から募集し、地域の中小病院での勤務を組み合わせた専門医養成プログラムを提供することになっており、その概要は島根県医療対策課のホームページで閲覧可能である（<http://www.wah.pref.shimane.jp/Contents/7D22CB0B02DD/tiiki/taisaku/taisaku.html>）。平成17年度には精神科での研修を希望する2名の医師の応募があり、現在当院で研修中である。

日本総合病院精神医学会が平成16年に施行した総合病院精神科基礎調査⁸⁾によると、回答のあ

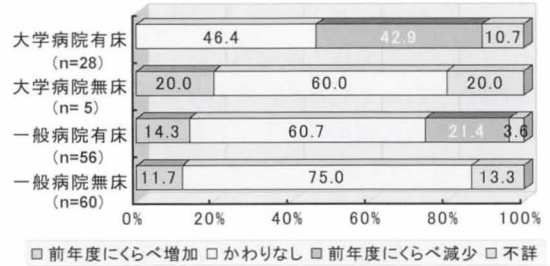


図2 精神科医師数の変化
(平成16年 総合病院精神科基礎調査)

った149施設中24施設（16.1%）で、前年度に比べ精神科の医師数が減少していた（図2）。医師が減っているのは、大学病院、一般病院ともに有床施設であり、それぞれ42.9%、21.4%の施設で減っていた。医師数減少施設の50.0%は、365日24時間対応で精神科救急を行っており、また50.0%は精神科救急医療システムに何らかの形で関与していた。医師数減少施設の58.3%は身体疾患合併症例を可能な限り受け入れているし、さらに41.7%も症例を選べば対応可能であり、受け入れが困難な施設はなかった。さらに、医師数が減った施設の87.5%は卒後臨床研修病院に指定されていた。

精神科病床を持つ総合病院の精神科医師数が減少することにより、これらの施設の負担がこれまで以上に大きくなるため、精神科救急医療、身体合併症治療、卒後臨床研修など、重要な課題に支障が出る懸念される。

総合病院精神科に関するニーズ調査

一般の人を対象として総合病院精神科に何を期待しているのか調査した報告は少ない。地域を限定した報告としては、出雲地域における事業所従業員2623名を対象にしたうつ病に関する意識調査⁷⁾があるが、うつ病が発症していると考えられる状況では、総合病院精神科受診希望者が最も多く、また単科精神科病院や精神科診療所、保健所や地域生活支援センターなどに比べて設置場所を含めた施設の認知度が高くなっていった。Kishi

ら⁴⁾は、会社員など1000名を対象にして、精神科的な救急対応を要する状況下での行動に関する意識調査を行っているが、それによると救急受診時に選択する医療機関としては総合病院精神科が最も多くなっていた。

一般的には、総合病院精神科はそのアクセスの良さが大きな特徴とされており、精神科受診に関する閾値が低いと考えられている。その一方で、精神科受診に関する心理的抵抗の大きさ⁷⁾も示唆されており、精神疾患に関する知識や対応の仕方を学習するだけでは、その軽減は困難であると考えられる。安心して受診や相談ができる体制づくりが必要であり、精神医療のイメージを変える取り組みも必要となってくる。そのためにはそれぞれの症例に関して適切な対応をすることが重要であり、特に受診希望の多い総合病院精神科での対応能力の向上をはかるためのスタッフ充実が不可欠である。

ま と め

以上、述べてきたように、総合病院精神科に対する期待は大きく、それぞれの分野で貢献しているのは事実である。地域精神医療における連携と機能分化という観点からみれば、精神科医療施設相互の連携と機能分化（精神科救急、身体合併症医療などの充実）、一般医療（院内、院外）との連携と機能分化（コンサルテーション・リエゾン活動、卒後臨床研修などの充実）ともに、総合病院精神科が存在することで有効になるということが重要である。身体と精神の状態を勘案し、最適な治療を提供することの必要性は言うまでもないが、このことは一般医療、精神医療における安全確保、危機管理という面からも重要であり、主に総合病院精神科での研修や勤務経験をとおして習得できることも多いため、総合病院での臨床経験は精神科医の資質向上に寄与できるものと考えられる。

精神疾患に関する知識の普及のみならず、精神医療のイメージを変えるような取り組みも必要であり、治療方法の標準化、エビデンスに基づいた

対応、危機管理能力の向上など、総合病院精神科に期待される役割は大きい、取り巻く状況は悪化しており、その維持が困難となりつつある。現状を改善するためには、総合病院精神科のスタッフが充実可能となるような施策が必要であり、少なくとも人的配置や他の診療科との連携などが今以上に評価されるような診療報酬体系が整備される必要がある。そのためには、精神科的な関わり必要性、有効性について、精神医療以外の分野でもある程度の理解が得られることが不可欠であり、主に医療施設内での有効性を示す指標だけでなく、他領域での活動も反映可能なクリニカルインディケータを策定することも考える必要がある。

文 献

- 1) 恵紙英昭, 田中みとみ, 丸岡孝之ほか: 大学病院精神科急性期治療病棟における合併症治療の現状と課題. 九州神経精神医学, 50; 24-40, 2004
- 2) 藤原修一郎: 精神科診療報酬問題の現状(DPC). 総合病院精神医学, 17; s-71, 2005
- 3) 林 芳成, 小林孝文, 竹下久由ほか: 島根県における精神科救急医療の現状—地域格差と総合病院精神科の役割—. 精神医学, 41; 537-545, 1999
- 4) Kishi, Y., Kurosawa, H., Iwasaki, Y., et al.: Access to the emergency psychiatry system in Japan. General Hospital Psychiatry, 19; 130-137, 1997
- 5) 小林孝文, 松崎太志, 上垣 淳ほか: 総合病院における身体疾患合併症例への対応—他院入院治療中に救急受診した症例を対象にした検討—. 病院・地域精神医学, 47; 147-148, 2004
- 6) 小林孝文, 松崎太志, 上垣 淳ほか: 出雲地域における精神科救急医療の現状—精神科救急医療システム構築前後での比較検討—. 病院・地域精神医学, 47; 301-303, 2004
- 7) 小林孝文: 事業所従業員を対象としたうつ病に関する意識調査. 島根県精神科医懇話会, 出雲市, 2006年1月
- 8) 小林孝文: 総合病院精神科の現状と問題点. 臨床精神医学, 35; 501-509, 2006
- 9) Kuroki, N.: A critical evaluation of the current status of general hospital psychiatry in Japan. Jpn

J Gen Hosp Psychiatry, 15; 19-24, 2003

10) 日本総合病院精神医学会：総合病院精神科のネクストステップ。総合病院精神医学, 15; ss1-1-ss1-10, 2003

11) 新田則之：平成16年度厚生科学研究「精神障害者の在宅支援ネットワークの構築に関する企画研究」報告書（分担研究者：新田則之）。2005

12) 山本素子，小林孝文：精神科救急医療における総合病院精神科の役割—単科精神病院との連携と機能分化という観点からの検討—。第25回日本社会精神医学会総会，東京，2006
