

第 103 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

地方の県立総合病院精神科の現状

吉田 成良 (徳島県立中央病院精神神経科)

I. はじめに

最近小児科や産婦人科において医師不足が深刻で新聞紙上ににぎわし、地方の医療崩壊が叫ばれている。しかしこれは単に小児科や産婦人科のみならず、精神科においても医師不足がすすみ、総合病院・大学病院における精神科病棟の閉鎖や縮小が相次いでおり深刻な状況となっている。このような現象の原因には、初期臨床研修の必修化により医師の偏在化がすすみ、特に地方の病院の医師不足が深刻化していること、病院勤務医のハードな勤務などが総合病院精神科にも及んでいることが考えられるが、総合病院・大学病院の精神科病棟が医療経済的にも十分な評価が行われていないことが大きな原因と考えられる。今回の報告では徳島県の総合病院精神科の現状を整理し、今後の課題について検討した。

II. 徳島県の精神科医療の状況

徳島県の平成 16 年度の人口万対精神科病床数は 51.6 (全国平均 27.8) 床で非常に多いが、一般病院の精神科病床は 7.5 % (全国平均 25.6 %) と非常に少ない。保健医療圏は東部、南部、西部の二次医療圏に分かれていて、徳島市を含む東部医療圏に精神科病院、精神科診療所の施設が集中している。各医療圏には精神科病院はあるが、西部医療圏では総合病院精神科、精神科診療所はない。そのため地元の一般病院で対応困難な身体合併症患者さんは東部医療圏にある、徳島大学病院精神科か徳島県立中央病院精神科 (以下当院) に搬送されているのが現状である。

また南部医療圏を中心に活発に精神科身体合併症の受け入れをしていた徳島日赤病院は精神科関係者等の反対を押し切って平成 12 年から精神科病床を削減した。その前後から同院の精神科医が次々と精神科診療所を開業し、他の精神科病院へかわり、精神科病床は休床になった。一時は 3 人いた常勤医も次第に減り平成 18 年には 1 人になり、結局は同年度末で辞めた。平成 19 年 4 月からは精神科常勤医は居なくなり週 2 回のパート体制で、外来診療もできなくなっている。精神科病床が休床になってからは限られた精神科身体合併症患者さんしか受け入れできなくなっていたが、精神科常勤医がいなくなった現在はそれさえもできなくなっている。

長年公的な単科精神科病院として重要な役割を担ってきた徳島市立園瀬病院は現在改築中の徳島市民病院と平成 19 年度に合併し、新しい市民病院に精神科病床が 40 床で計画されていた。しかし平成 18 年 9 月、合併計画は白紙撤回された。その結果徳島市立園瀬病院は平成 19 年 3 月で病棟閉鎖され医師 3 人も辞めた。現在は外来診療のみ続けられているが平成 19 年度末で廃院予定である。新しい徳島市民病院は精神科病床のある総合病院として徳島日赤病院に代わる役目を期待されていたが、精神科関係者にとっては非常に残念な結果となった。

徳島県でも以上のように精神科病床を持つ総合病院が休床及び閉鎖され、精神科病床を持つ総合病院は徳島大学病院を除けば当院のみとなる。当院も次第に病床が削減されており、来年度からは

60床に減る予定である。したがって徳島県の総合病院の精神科病床は一時の4割に減ることになる。

一方全国的な傾向である精神科診療所の増加は、徳島県でも同じで次第に増えており、昔の5倍位の精神科診療所数となっている。またこのことが、病院勤務医不足に拍車をかけていると考えられる。

III. 徳島県立中央病院精神科の現状

当院精神科は総合病院の一診療科としての役目と徳島県には県立単科精神病院がないためその役目も担っている。

(1) 総合病院精神科の果たすべき役割

総合病院精神科には、一般医療における役割(リエゾン・コンサルテーション精神医療)、精神医療における役割、一般社会における役割が求められている²⁾。これに沿って当院の現状をのべる。

1) 一般医療における役割(リエゾン・コンサルテーション精神医療)

一般科からの紹介数は毎年増えている。平成18年度は423例が紹介され291例(68%)は精神科治療歴がない。平成17年度でも227例(71%)は精神科治療歴がなく、リエゾン・コンサルテーション症例の約70%の症例で初期診断、初期治療をしていることになる。診療科別ではほぼ全科から紹介されているが整形外科、呼吸器内科、内科が多い。精神科疾患別ではF0症状性を含む器質性精神障害が圧倒的に多い。

緩和ケア医療では院内の緩和ケアチームに精神科医1名が加わって、定期的な院内ラウンドに参加している。

2) 精神医療における役割

①精神科救急

徳島県精神科救急医療システムが平成10年11月24日から開始している。東部医療圏の8民間病院が輪番対応し、身体合併症は当院と徳島日赤病院が交代で対応することになっていた。しかし徳島日赤病院が精神科病床を休床にした頃からは実質的には当院が毎日対応している。平成16年

2月1日から東部医療圏ではフルタイム化して、西部医療圏でも4病院で開始する。更に平成18年10月から南部医療圏の2病院で開始し、東部医療圏以外は毎日ではないが、全部の医療圏で精神科救急医療システムがスタートしたことになる。精神科救急システム受診者は少しずつ増えている。平成18年度は311症例が受診し140症例(45%)が入院となっている。平成10年11月以後、精神科救急システム受診症例の45%~55%が入院となっている。

当院は精神科救急医療システムの輪番には加わっていない。しかし当院は三次救命救急センターがあり、365日24時間対応で精神科はオンコール制をとっている。当院で治療中の症例か身体合併症の患者さんを対応することになっているが、その線引きは難しく、警察官に保護されて搬送されることもしばしばである。たしかにアルコール依存症のように検査をしないと身体疾患の程度がわからないのも事実であり、搬送及び受診した患者さんには全て対応している。精神科救急患者数は毎年増加しており、平成18年度は466症例のうち入院は114症例(24%)であった。平成10年以後の救命救急センターを受診した精神科疾患症例の10%~25%が入院となっている。当院では、診察、投薬などの治療を受けて帰宅する症例が精神科救急システム受診症例に比べて多く、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。

我が国の自殺者数が3万人を越え深刻な社会問題となっている。そして自殺対策基本法が平成18年10月に施行され、国家レベルでの自殺予防対策がスタートした。自殺企図歴は自殺の最大のリスクファクターであり、自殺企図の再発防止は自殺者数減少という目標を鑑みて重要な課題である。この自殺企図者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行なうことのできる総合病院精神科の役割が更に大きくなると考えられる。

②身体合併症医療

徳島県においては、精神科病床をもつ総合病院

は、徳島大学病院を除けば当院のみである。そのため当院には全県下から身体合併症患者さんが紹介されている。平成 18 年の精神科入院総数は 388 症例で、うち身体合併症は 195 症例 (50%) であった。その合併症の共診科はほぼ全科に及ぶが消化器科 (42 例)、内科 (36 例)、整形外科 (25 例)、呼吸器内科 (24 例)、外科 (20 例) の順に多い。ここ 3 年間精神科総入院に対する身体合併症の割合は 50% 前後で推移している。精神科病院からの紹介患者数は 100 例前後で少しずつ増えている。他の総合病院、一般病院からの紹介患者数が 60 例前後と増えてきている。またこの 3 年間の手術件数は 40 件、58 件、40 件であった。身体症状が良くなれば、紹介元の病院に転院していただくのが原則で精神科病院ではほとんど引き取っていただける。ただ透析導入患者さんは例外で、透析設備があって、精神科疾患の診られる施設は徳島県では当院以外にはなく、自宅から通院可能な状態でないと、一般の透析施設では受け入れが難しく困っている。

身体合併症の治療は大体において安静を要するが、入院を要する精神疾患患者さんはほとんどといってよいほど、安静がなかなか保てない。そのため点滴などをすぐに抜いてしまい、身体的な治療を継続するためには、看護力などの多大な労力を要するにもかかわらず、精神科病棟で身体合併症治療をした場合には、一般科に比べて非常に安い診療報酬体系になっている。この点を早急に改善しない限り総合病院精神科の閉鎖に歯止めがかからないと思われる。

3) 一般社会における役割

院内職員に対するメンタルヘルスの相談員として精神科医 1 名が加わり活動している。

(2) 県立病院精神科としての役割

1) 措置入院

平成 14 年から平成 18 年の 5 年間の措置入院患者数は 15 例 (男: 11 例, 女: 4 例) である。そのうち 7 例は措置解除し、1 例は措置変更している。平成 18 年度に措置された 4 例を含め 7 例は

現在も措置入院中で、長期措置入院となっている 3 例と合わせて、平成 19 年 4 月現在、当院の措置入院患者数は 10 人となっている。26 条通報の措置患者さんも多く引き受けており、措置解除が困難な重症例が多く、長期入院となっている。

今後、当院の病床も減るため、長期入院となっている措置入院患者さんに対して何らかの対処をしていかないと、病棟運営ができなくなる恐れがある。

2) 医療観察法

当院は鑑定入院医療機関、指定通院医療機関の指定を受けている。徳島県では今までに 5 件 (全て男性) の申し立てが行なわれ、5 件全てが当院に鑑定入院となった。

審判結果は不処遇 1 件、通院処遇 1 件、入院処遇 3 件であった。入院処遇になった 3 件は、名古屋、関東、九州の指定入院医療機関に各々入院している。徳島県で最初に入院処遇となった患者さんがそろそろ通院処遇になる予定であり、その指定通院医療機関として準備をしているところである。

医療観察法では多職種によるチーム医療が行われるので通院処遇では外来診療のほかデイケア、訪問看護等が必要になる。しかし当院ではデイケア、訪問看護もしていないため、他病院との連携が必要になる。院内多職種による会合、他病院との連携、ケア会議と会議が多すぎてなかなか時間の調整ができなくて困っているところである。また司法精神医学の専門的な知識が必要である。

以上のように触法患者さんの数は少ないが、処遇などが色々難しい。ある程度の病床があって、のんびりとした環境での治療が望ましいと思われる。昨今の総合病院精神科のように、毎日のように救急患者さんや身体合併症の患者さんの対応に追われているような状況のなかでの治療環境ではともすると片隅に追いやられてはいないかと危惧している。

IV. ま と め

以上述べてきたように、当院に対する期待は大

きく、またそれぞれの分野で貢献していると自負している。我々は上述したリエゾン・コンサルテーション精神医療、身体合併症治療、精神科救急・急性期治療、緩和医療、触法患者と取り組んできた。しかし総合病院を取り巻く環境は悪化しており、その維持をするのが困難となりつつあるのが現状である。現状を改善するためには、総合病院精神科スタッフの充実が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。

文 献

- 1) 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
- 2) 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