

第 103 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

地域において大学精神科が果たすべき機能

朝田 隆 (筑波大学臨床医学系精神医学)

I はじめに

本稿では地域医療が崩壊しつつある現状に鑑みて、「地域において大学精神科が果たすべき機能」について論じる。このような機能のうち最重要課題が地域医療の担い手を養成することにあるのは言うまでもない。これを実現するためには、都道府県など地方自治体との連携は不可欠である。一方で精神科医についても、全国的にみるとその偏在ぶりが指摘されている。それだけに精神科医が少ない地域ほど懸命に医師獲得の努力を継続している。このような最近の実情を踏まえて論じる。

次に少子高齢化社会の進行とともに、精神医療において認知症は避けて通れない課題になっている。しかしそれに対する報酬は削減の一途を辿っている。そこで日本老年精神医学会では診療報酬検討委員会を立ち上げ、この問題を継続的に検討してゆくことになった。その経緯と活動内容についても紹介する。

まずは茨城県の地域精神医療と筑波大学精神科の実情を一例としてあげる。

II 茨城県の地域精神医療と大学精神科

1. 茨城県の特殊性

1) 総合的な特徴

30 余年前に筑波大学が開学するまでは、県内に医科大学はなかった。本県は人口 300 万、人口当たりの医師数はワースト 3 に入る。歴史のある県立精神科病院があり、かつて医師は、東大、千葉大、医科歯科大などから主に派遣されていた。しかし近年はこうした他県にある大学からの派遣

が途絶えつつあった。

2) 公立の精神科機関と精神科医数

精神科を有する 3 つの国公立病院がある。まず県立友部病院の医師数は 13 名（このうち当グループから 7 名）であり、水戸医療センター精神科は 3 名（全員）、霞ヶ浦医療センターも 3 名（全員）である。

3) 筑波大学精神科の現状分析

いわゆる入局者数は、2001~2007 年（04, 05 年の移行期を除き）の間は 5~8 人であった。精神科講座担当者会議の調査をみると、こうした数字は平均値か、それより幾分高いと思われる。

歴史が浅い大学精神科なので、他大学に比べるとグループ員医師のうち開業する者はまだ多くなく、勤務医が多い。こうしたところから大学病院精神科は何とかやってゆけるので、国公立病院、地域医療に熱心な民間病院を支援したいという考えを持ってきた。

4) 国公立の精神科機関の特徴と問題点

特に関連性の深い 3 病院の現時点での問題点を整理する。

県立友部病院については、累積赤字に加えて精神科救急などの政策医療にできていないという評価があった。そこで平成 18 年度から本格改革が始まり、19 年度からは再出発している。

水戸医療センター精神科には、精神保健福祉法下の精神科病棟でないという特殊性がある。救急も充実し、活気がある病院なので臨床経験は積めるのだが、そこで働く若手の医師にとっては指定医のレポートが書けないという不満がある。

霞ヶ浦医療センターは、県下全域をネットする精神科患者の身体合併症治療機関という特徴を有している。ところが最近の地域医療全般に共通する一般診療科の撤退がここでも起こっている。そのため医師不足となって、精神科医が一般救急の対応までやらざるを得ないという不満がある。

5) 県内の精神科医療の課題

従来から精神科救急医療体制整備には遅れがあると指摘され続けてきた。措置入院数は右肩下がりであり、上述の友部病院の課題と表裏のものとして論じられ、平成19年4月1日から24時間、365日体制で措置診察に臨むことになった。

その一方で民間病院における慢性的な常勤医不足は改善されないままである。

6) 公立の精神科機関の問題点とその対応

友部病院では、地方公営企業法を全面適用し、平成18年度には県病院局が新設され、病院事業管理者の下に「県立友部病院の運営とあり方についての検討会」が設置された。そこで歴史的な反省に立って新たに求められる政策医療レベルの課題が明らかにされた。平成19年4月には新院長を迎えて新体制がスタートしている。新体制の基本は措置入院の充実の他に、小児、薬物依存への重点化にある。

水戸医療センター精神科では一般科の3次救急における精神科の寄与に取り組んでいる。全国規模で実施中の戦略研究としての自殺予防コホート(ACTION-J)にも参加し熱心な取り組みを始めている。

霞ヶ浦医療センターでは、上述のような動きの中で労働環境・条件に若い医師の不満がある。そこで以前にも増して、院長・看護部長との連絡・連携を密にしている。

7) 民間精神科病院の課題と対応

既述のように県下全域の精神科救急医療体制整備には遅れがあった。友部病院の救急充実には大学精神科はもとより、県保健福祉部、精神科病院協会との協同作業が不可欠である。同時に一般救急には民間病院が輪番制で対応してきたところから、この面への支援も求められる。そこで勤務医

不足という現状があるので、大学のレジデントそして2国立病院機構の医師らが中心となって土日の診療体制を多少とも支援している。

8) 民間総合病院精神科の課題と対応

医師の派遣要請は多い。病院長の多くは精神科診療による利益を期待しているわけではなく、広く医療サービスの一環ととらえておられる。しかし筆者は従来の経験から、「疲労困憊する1人医長は作りたくない、やるなら複数の医師で焦点を絞った精神医療を」と考えている。ところが精神科の診療報酬の低さに由来して資金的な制約もあり、こちらが希望する2人以上の精神科医師体制には容易に応じてはもらえない。

しかし1つの総合病院無床精神科において、医師3人体制という新たな試みをしている。ここでは、一般精神外来の機能に加えて高次脳機能障害ならびに若年性認知症に特化したものを含む精神科デイケアの運営を開始させていただいている。

2. 大学精神科としての方針と対応

筑波大学病院に対して、県の病院総務部からの「医師派遣依頼に係る対応」として派遣の公平化・透明化が求められている。これに応じて大学病院は、外部からの医師派遣要請対応プロセスをオープンに検討する委員会が設置された。外部評価委員会もあり、県の保健福祉の担当者も委員となる。これを踏まえて、精神科医派遣の優先順位の透明性の基準も考えている。例えば地域医療への貢献度協力度を評価することも考慮している。こうした背景の下に各論的にポイントを述べる。

1) 救急医療ができる医師の育成

こうした領域では定評のある千葉県精神科医療センター、栃木県岡本台病院に対してレジデントの研修を平成18年度から依頼している。既に友部病院に戻って大いに活躍している医師もいて、早くも効果がみられる。

2) 政策医療推進への寄与

既述のように水戸医療センターは戦略研究ACTION-Jに参加しており、筑波大学近辺でもグループ員の医師が中核病院である病院を舞台に参

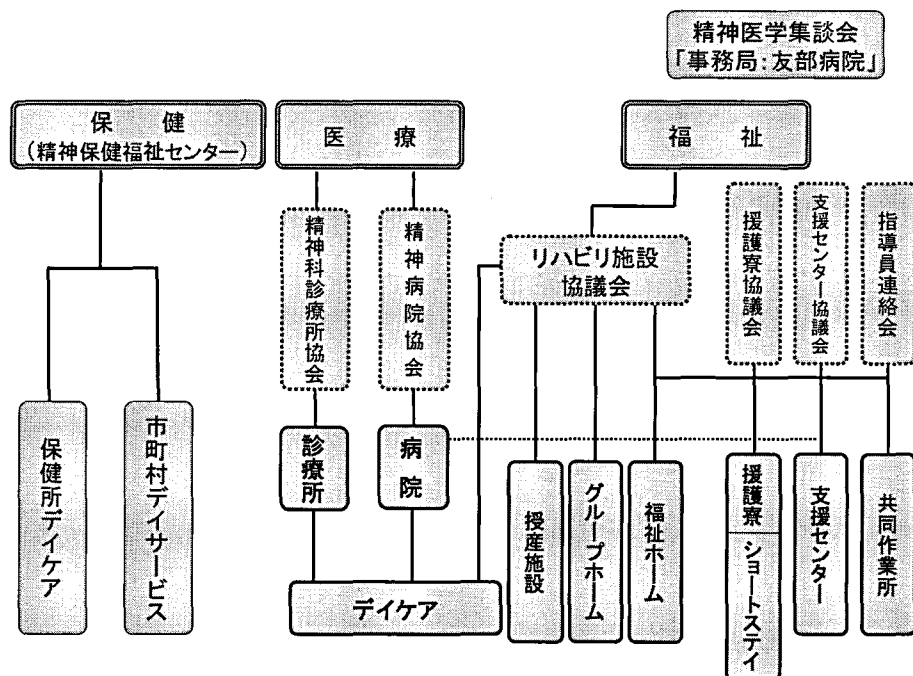


図1 精神医療・保健・福祉ネットワーク概念図

加してきた。

また小児精神医療への注目も今日では不可欠である。筑波大学内では、以前から小児科、身障学系などと学際的交流を継続しつつ紹介患者に限った外来診療を行ってきた。外部では都立梅が丘病院、国立精神神経センター国府台病院などで研修させていただいている。平成19年度には、都立梅が丘病院で2年間の研修を終えた医師がチーフレジデントとして戻ってきた。また文部科学省による医師不足分野等教育指導推進経費により、病院医師（かつての助手相当の身分）として一人の小児精神医療の専門家にも加わってもらった。

3) 精神医療関連機関との連合

平成15年に精神医療関連機関の私的な連絡会が立ち上がった。精神科医療とその関連分野で今何が必要とされるかについて、現場感覚あふれる意見を出してゆこうという趣旨の会である。ここには医療のみならず社会復帰施設や県の職員も参加している、これがNPO法人茨城県精神医療・

保健・福祉ネットワーク「Iネット」として認可された。「手をつなごう!」という精神で、発足以来2ヶ月に1度会合をもっている。

組織図を図1に示す。

4) 若手医師への対応と説明

筑波大学は、卒後3~6年目はレジデントとして院内・院外で研修する制度を持っている。既述のように大きく諸制度が動いている今日、レジデントからの理解と協力が得られるように努めなくてはならない。そこでレジデントの医師には、年1~2回集合してもらおう試みを開始した。主たる話題は、医師募集のある機関を示すことにある。そこでは、勤務先の選択は原則として本人の希望によるが場合によって、合議、抽選等で決定している。不満ながらも赴任した者に対しては、来年度の優先順位を上げる方法を採用している。

III 島根県に倣う行政との協同

既述のように精神科医が少ない地域ほど懸命に

医師獲得の努力を継続している。そのような一例として島根県の活動を紹介します。島根県では、人口当たりの医師数は全国平均よりもやや高い。しかし医師の地域偏在があり、精神科を含む専門領域によっては中核病院でも医師不足がある。そこで以下に述べる様々な方法によりこれに対応している。

目的とする即戦力になる医師の確保を実現するための基本方略として、研修病院ならびに島根大学医学部との連携・協力を置いている。地域勤務医師10人の枠を確保するために勤務医の国内研修や代診医の確保に努め、これらに1億200万円の予算を措置している。また島根県の地域医療に興味を持つ医師等を登録し、情報交換等を行う「赤ひげバンク」というネットワーク活動も行っている。平成14年から17年の4年間に15名の医師確保の実績を上げている。一方医学生に対しても島根大学医学部の学生を対象に、年間150万円の奨学金制度も実施している。同時に地域医療に情熱・使命感を持たせる卒前・卒後教育を重視している。

IIで述べたことと島根の活動から今後の課題として以下のことに注目し努力すべきであると考えている。

- (1) 各精神科医が、やり甲斐・生き甲斐をもてる職場環境をいかに提供するか。
- (2) 地域精神医療を長期的に守る。

これらを実現するには、学外の一流専門機関で専門トレーニングを受けることは重要と思われる。そこからモチベーション、自信の向上につなげたい。

また多くの若手医師には、レジデント期間内に専門医のみならず指定医も取得したいという希望がある。これを実現するには、必要レポートを全て書けるように職場配置を考える必要がある。さらにできれば博士号も希望する者が少なくない。日本の大学では数年後に論文博士がなくなり、全て過程博士になる。こうした情勢も踏まえると、教育と臨床研修体制の融合はさらに重要な課題となる。

IV 日本老年精神医学会診療報酬検討委員会

1. 発足の趣旨

認知症に対しては介護保険関連が医療以上に重視されている。認知症医療における診療報酬は廉価な上に、認知症患者在宅療養指導管理料は平成18年度から廃止され、認知症性疾患センターも19年度から実質的に廃止となった。このような逆風ばかりが目立つ現状だからこそ、認知症医療のもつ様々な技術性を評価して欲しいという願いから本委員会が発足した。

2. 具体的な活動

まず平成20年度からの新診療報酬制度に向けて提言をすることが目的になる。関連学会や組織との共同や厚労省の関係官僚などとの勉強会も行いながら、調査・試行などを含め継続的に活動することを考えている。

3. 具体的な注目点

医療と介護とが相補的に機能することは、認知症への対応において基本である。認知症医療における高い専門性は2つに大別できる。まず初期例や若年例の診断、認知症の基礎疾患の診断という要素である。次に暴言・暴力や徘徊に代表されるBPSD (Behavioral Psychological Symptoms of Dementia) の治療がある。

前者の実現により、患者・家族のQOLを高め、要介護状態になる時期を遅らせられる。また認知症が進行してくるとBPSDを制御することなくして介護の実践は不可能である。これらの2点に対する新たな診療報酬案を提言することにした。

1) 初診料の申請

初診では、一般的な診察以外に、上記の診断とBPSDに関する要因への注目が重要である。望ましい診療を実現する基礎は、医師の高い知識と診断技術にある。そのような医師による診療には、心理学的評価と生活実態や家族背景の把握が不可欠である。これらがあいまって初めて有効な治療が可能になる。こうした考えから2つの案を厚労省に提出することにした。

2) 再診料に関して

認知症患者の生活改善：記憶障害の代償、ADL・BPSD への対応等について具体的なアドバイスを教示、指導すること。また家族へのカウンセリング：家族の心理的ストレスに対応すること。以上の2点について新規の請求をすべく検討した。

3) BPSD ゆえに入院せざるを得ないケース

BPSD のために在宅や介護施設での生活継続が困難な認知症患者を対象とする加算である。原則として専用病棟で加療し、標的となる BPSD を軽減して、元の生活の場に戻すことを前提にする。認知症疾患治療病棟との相違点は、

- ・一定の施設基準、スタッフの配置
 - ・入院期間の制限
 - ・緊急措置入院的な受け入れ体制
- などに置くべきと考えている。

いずれにせよこうした診療報酬に関わる活動は、エビデンスをもって請求すべく、調査・試行などを含めた継続的な活動を行うことが重要と考えられる。

V ま と め

地域において大学精神科が果たすべき機能を論じ、日本老年精神医学会が立ち上げた診療報酬検討委員会の経緯と活動内容についても紹介した。