

第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

危機に瀕する北東北の総合病院精神科医療

橋本 誠 (秋田赤十字病院)
 坂本 卓子 (五所川原市立西北中央病院)
 智田 文徳 (岩手医科大学附属病院)
 清水 徹男 (秋田大学医学部精神科学分野)

総合病院精神科が、病床数・精神科医数ともここ数年減少し続けている。この危機的状況の中で、北東北3県(秋田県、青森県、岩手県)が最も危機に瀕しているとされる。その実情を報告し、その内容を検討する。そして、全国的な新臨床研修医の動向を見、意向を推測した上で、総合病院精神科「生き残り」のために一つの提言をした。

1. はじめに

日本総合病院精神医学会第1回総会が、1988年東京で開催され、総合病院精神科は国民の求める精神科医療の要として大いなる未来が待っている、と謳われた。さて、2007年横浜で「有床総合病院精神科フォーラム」が開催され、そのメインテーマは「総合病院精神科の生き残りを考える」だった。

20年間でこの落差が生じた原因を探り、総合病院精神科再生の方法を検討する。そのために、危機に瀕する総合病院精神科医療の中でも、最も危機的状況にあるといわれる北東北の実情を報告し、総合病院の未来を展望するための一端を示したい。

2. 北東北の現状

1) 北東北は広い

北東北3県はその面積が広大である。秋田県で見ると、大瀧村(八郎潟)の中に東京の山手線が

すっぽり入る大きさである。すなわち、それぞれの総合病院がカバーする領域が広いことが特徴である。可住地当たり医師数(人/km²)の少なさでは、第1位の北海道につぎ、2位岩手、3位秋田、4位青森である。

2) 少子高齢化の最先端

3県とも、人口増加率が低く、出生率も低い(ともに1位秋田、2位青森、5位岩手)。すなわち、世界一急速な高齢化社会の日本における、少子高齢化の縮図の地域である。

3) 自殺率

3県とも自殺率の高位の県(図1)でもある。

3. 北東北の総合病院精神科の実情

このような状況の中における総合病院精神科の実情は以下のとおりである。

1) 秋田県

県内の総合病院精神科は、ここ5年間で、3つの総合病院(鹿角組合総合病院、米内沢公立病院、由利組合総合病院——いずれも地域の基幹病院)の精神科病棟が閉鎖となり、常勤精神科医が不在となった。

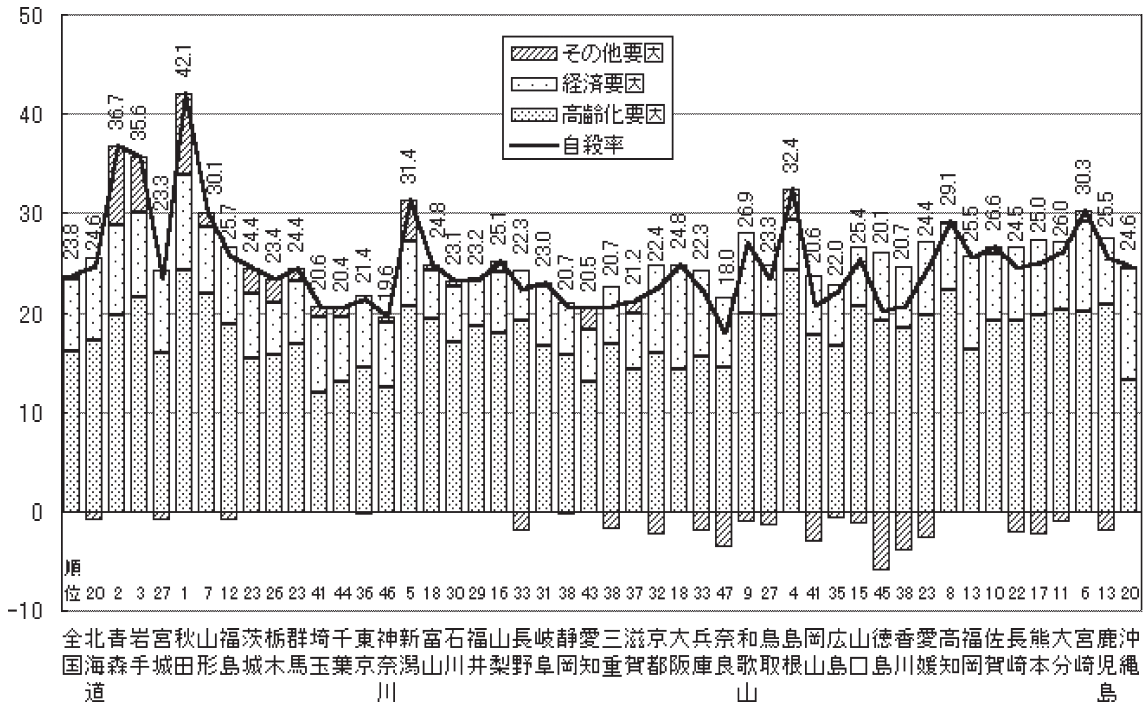


図1 都道府県の自殺率 (2002年)

2) 青森県

県内の総合病院精神科のここ4年間の動向は、表1のとおりである。すなわち、総合病院精神科は閉鎖されない代わりに、各病院の病床数、精神保健指定医が年々減少している（弘前大学病院の精神保健指定医が本年度は5人しかいない）。

3) 岩手県

県全体の精神保健指定医数は変わっていないが、一戸総合病院の精神保健指定医数は減っている（表2）。

4. 検 討

以上、総合病院病床数および医師数の減少に対して、秋田県は、総合病院精神科の数を減らして各病院の病床数と医師数を保つことで対応し、青森県、岩手県は、総合病院精神科の数を保ち各病院の病床数と医師数を縮小することで対応していることになろう。

では実際、精神科医数そのものが減っているのか、秋田県の実例を例に検討してみたい。

1) 秋田県の精神科医数

秋田県における精神科医数は、図2のように着実に増えている。では、なぜ地域医療が崩壊しつつあるのか、その原因はなにか。

- ①秋田市近郊の専門病院勤務医の増加、
- ②総合病院精神科の医師数増加、
- ③開業、

とあげられるが、はたしてこれだけだろうか。

診療科を問わず、医療崩壊の原因として、新臨床研修医制度がやり玉にあがっている。そこで、次に全国の精神科志望医の数と内容を検証したい。

附言すると、新臨床研修医制度で精神科が必修となったことが画期的である。しかも、この制度を作る委員会の審議過程で、市民代表委員が精神科を必修にすることに大きな力となったことは、われわれ精神科医にとって二重に画期的であり、

表 1 青森県総合病院精神科病床数と精神保健指定医数の年度推移

医療圏域	病院名		年度			
			H 17	H 18	H 19	H 20
青森地域 保健医療圏	浪岡病院	病床数	107 床	107 床	107 床	107 床
		精神保健指定医数	1 人	1 人	1 人	1 人
	県立中央病院	病床数	0 床	0 床	0 床	0 床
		精神保健指定医数	1 人	1 人	1 人	1 人
津軽地域 保健医療圏	弘前大学医学部 付属病院	病床数	41 床	41 床	41 床	41 床
		精神保健指定医数	8 人	7 人	7 人	5 人
八戸地域 保健医療圏	八戸市立市民病院	病床数	50 床	50 床	50 床	50 床
		精神保健指定医数	3 人	2 人	1 人	1 人
	八戸赤十字病院	病床数	111 床	60 床	60 床	60 床
		精神保健指定医数	2 人	1 人	1 人	1 人
西北五地域 保健医療圏	西北中央病院	病床数	120 床	120 床	60 床	60 床
		精神保健指定医数	3 人	3 人	2 人	2 人
上十三地域 保健医療圏	十和田市立中央病院	病床数	100 床	100 床	50 床	50 床
		精神保健指定医数	2 人	2 人	1 人	1 人
下北地域 保健医療圏	むつ総合病院	病床数	106 床	106 床	106 床	0 床
		精神保健指定医数	2 人	3 人	3 人	2 → 1 人
合計		病床数 (平成 17 年度比)	635 床	584 床 (-51)	474 床 (-161)	368 床 (-267)
		精神保健指定医数 (平成 17 年度比)	22 人	20 人 (-2)	17 人 (-5)	14 → 13 人 (-9)

表 2 県内北部の中核病院である県立一戸総合病院精神科の 7 年間の動向

年度	岩手県精神保健指定医数	県立一戸総合病院精神科医数 (精神保健指定医数)
H 14	—	8 (7)
H 15	109	6 (5)
H 16	94	5 (4)
H 17	110	5 (5)
H 18	122	6 (5)
H 19	114	6 (5)
H 20	—	5 (4)

人数 精神科医(人)

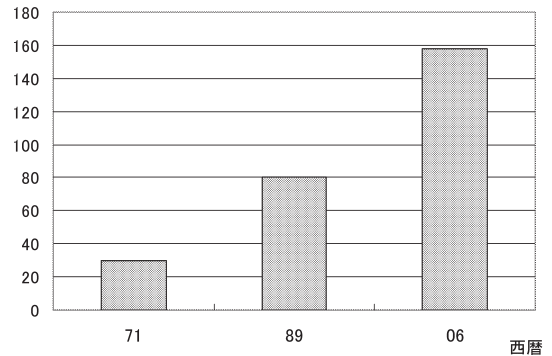


図 2 秋田県内の精神科医数

表3 平成14年 20代医師診療科と後期研修先診療科

平成14年 20代医師診療科			後期研修先診療科		
診療科	人数	割合	診療科	人数	割合
内科	480	14.6%	内科	310	14.4%
外科	293	8.9%	外科	184	8.5%
小児科	247	7.5%	小児科	182	8.4%
消化器科	217	6.6%	整形外科	139	6.5%
整形外科	213	6.5%	麻酔科	137	6.4%
循環器科	207	6.3%	消化器科	132	6.1%
麻酔科	191	5.8%	循環器科	128	5.9%
産婦人科	163	4.9%	産婦人科	103	4.8%
精神科	142	4.3%	精神科	98	4.5%
眼科	131	4.0%	眼科	83	3.9%
皮膚科	131	4.0%	皮膚科	83	3.9%
放射線科	100	3.0%	放射線科	66	3.1%
呼吸器科	92	2.8%	泌尿器科	60	2.8%
泌尿器科	86	2.6%	呼吸器科	58	2.7%
耳鼻咽喉科	84	2.5%	耳鼻咽喉科	46	2.1%

精神科医は世間に対して大きな責任を持つことにもなった。

2) 新臨床研修制度の前後における精神科志望者（厚生労働省 HP から）

表3のように、新臨床研修制度の前後で精神科志望者の数は変わってない。

次に、各診療科を選んだ理由（図3）を見ると、精神科志望者は精神科が好き、ただ、いい指導医がいないということになる。

3) 北東北の新臨床研修医

ひるがえって、北東北3県の研修医数（図4）を見ると、制度導入前後で、全体の研修医数は減ってはいない。すなわち、しばしば言われるとおり、研修先に大学病院が選ばれず、地域の研修病院（主に総合病院）が選ばれているということになる。

表4を見ると、新臨床研修医制度後に落ち込んだ各大学の入局者数は、底を打ったと映る。とす

れば、今後さらに総合病院精神科の役割は大きくなる。

5. 総合病院精神科の現状

1) 初期臨床研修の場としての総合病院精神科利点としては、

①急性期を中心とした、治る医療としての精神科を経験すること、

②うつ病、認知症、身体表現性障害など、精神科以外の診療科でよく遭遇する疾患を経験すること、

③リエゾンの現場としての精神科医療を見聞きすること、

④頼りになる同僚としての精神科医をアピールできること、

欠点としては、

①指導医の多忙による教育力不足、

②統合失調症や認知症の慢性期、とりわけリハビリ、地域支援には弱い、

③無床の場合、精神保健指定医などの資格認定に不利、

などがあげられよう。

2) 総合病院精神科を支える人材の後継者問題
精神科を目指す若手医師の志向をみると

①精神科の患者や精神医学には親和性が高い、

②開業志向、学位に無関心、大学入局の希望が少ない、生活重視、

③じっくり、精神療法やリハビリに従事したい、

④精神医学の王道である統合失調症を中心にみる専門病院に魅力、

⑤専門病院で研修を始めると、総合病院には行きにくい（テンポが違う、リエゾン、当直、多忙など）、

⑥総合病院は忙しすぎるので行きたくない、また大学病院も（総合病院を経験するチャンスがない）、

⑦できれば都市部の専門病院に定着したい、となると、地域の基幹総合病院精神科は彼らの希望の対極となろうか。

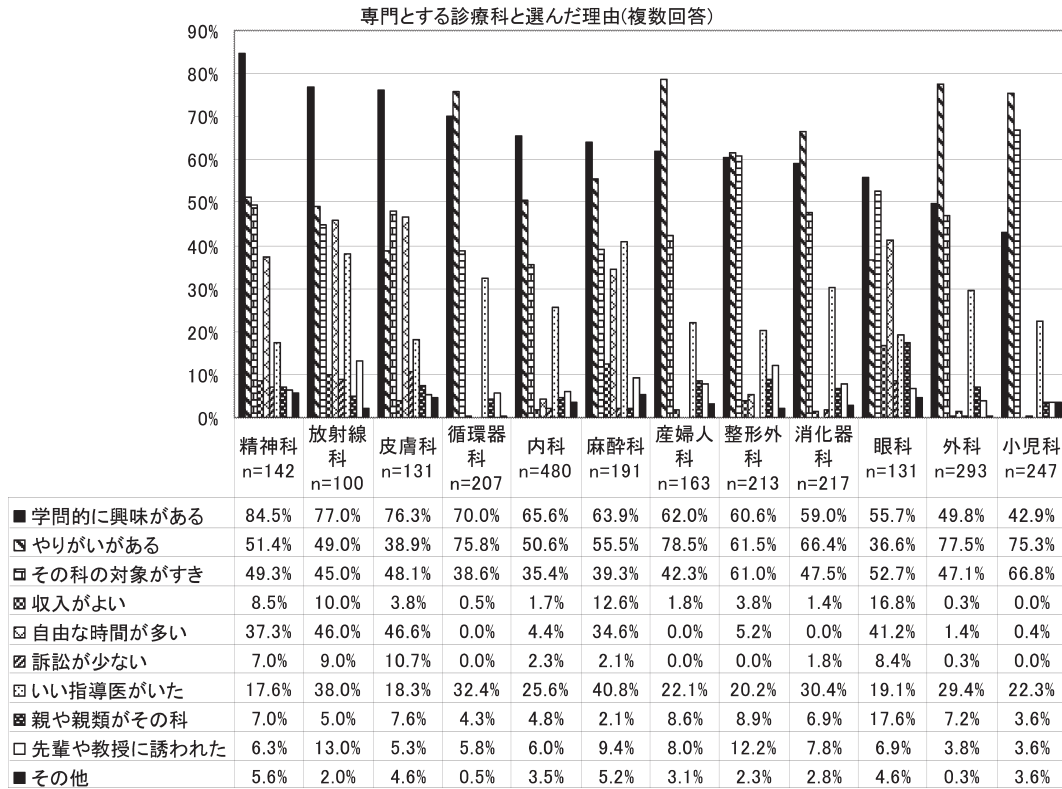


図3 専門とする診療科を選んだ理由 (複数回答)

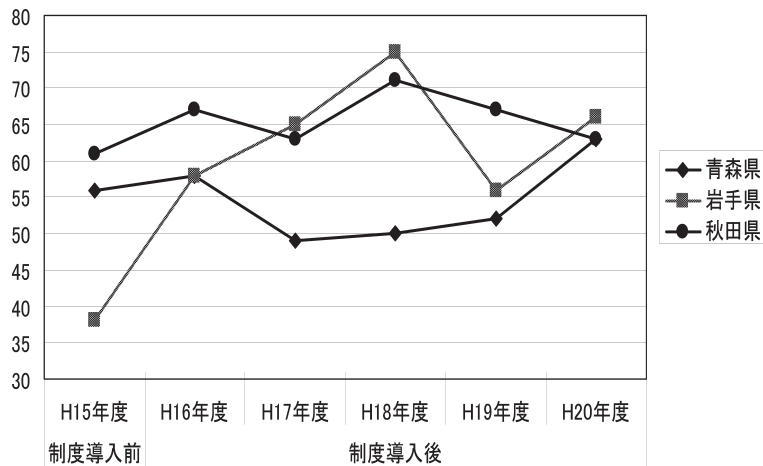


図4 北東北の研修医数

表4 北東北3大学の精神科入局者数

	制度導入前	制度導入後				
	H 15年度	H 16年度	H 17年度	H 18年度	H 19年度	H 20年度
弘前大学	3	2	0	2	1	3
岩手医科大学	2	0	0	2	3	1
秋田大学	8	2	1	4	1	4
合計	13	4	1	8	5	8

(人数)

しかし、ここで①に注目したい。加えて、研修の場としては著しい魅力がある。冒頭にあげた、2007 有床総合病院精神科フォーラムの第一部テーマは「総合病院精神科の多様性と魅力」であり、演題は、「児童・思春期精神科の診療」「摂食障害の入院治療」「リエゾンナースの取り組み」「緩和ケアチームにおける精神科の役割」であった。その他「さまざまな症例」を経験できること、「合併症医療」「トラウマ関連（非常時における正常反応）」「自殺への対応」「(職場の)メンタルヘルス」「児童虐待・ドメスティックバイオレンス・老人虐待」など、臨床の面白さの宝庫である。

6. 提 言

以上を踏まえて、次のような提言をしたい。

まず、今回これほどの数字を調べることに、3県ともに難渋した。県なり大学病院なりどこかで、統計を把握しておくべきではないか。

次に、総合病院精神科（大学病院も含め）の後継者を作るためには、

- ①初期臨床研修の場として必修に、
- ②後期臨床研修も含む専門医研修の場でも必修に、

(以上2つは、専門病院における研修のみでは不十分である)

③精神科特例の対象から除外された、総合病院精神科への診療報酬体系改善、

④無床総合病院精神科に勤務しても資格が取れるよう、資格評価方法の変更を、

⑤他科医・開業医との連携を密に、

- ・自殺防止法による、うつ病と自殺防止に対する精神科医の取り組み（秋田県・青森県・岩手県それぞれの取り組みは全国トップレベル）、
- ・がん対策基本法による、緩和ケアチームに精神科医参加の必修化、
- ・労働衛生法の改正にともなう、職場のメンタルヘルスの義務化、

などの追い風が、医療費削減の中で精神科に吹いている。この追い風が総合病院精神科のマンパワーが最も低下しているときに吹いていることは残念である。というのも、追い風に任せようとする精神科医が次々と燃え尽き、若い精神科医がそうした姿を見て、総合病院勤務を忌避する事態が生じているからである。

市民の期待に応え責任を果たすためには、精神科医が（特に総合病院で）不足していることを、市民・メディアおよび厚生労働省に強くアピールすべきであろう。また、なにより、臨床研修医にこの臨床の面白さを伝えたい。