

第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

総合病院精神科は病床削減により、生き残れるか ——富山市民病院による各種の取り組みと苦悩——

吉本 博 昭 (富山市民病院精神科)

1. はじめに

富山市民病院精神科 (以後、当科) は、地方で見慣れた光景となっている精神科の医師不足に見舞われている。押し寄せる患者診察に追われる外来診察、夜にしか病棟診察に行けない現状、さらに救急、身体合併症治療に忙しく、膨大な書類書きは休みの日という定番が待っている。精神科医師の疲弊は言うまでもない。医師不足も原因の一つであり、従来であればクリニック開業やその他の事情で減ったマンパワー不足を医局からの派遣で補完できたが、現在はその機能が十分に働かない。そんな中で、当科ももがき苦しんでいる。このような現象は私が勤務する病院の出来事だけでなく、全国、特に地方、時には大都市の近郊の総合病院精神科でも医師不足により、総合病院精神科が危機的状況を呈している。

このような状況下で、「危機に瀕する総合病院精神科 再生は可能か」というテーマで語る機会を得たが、当科でも各種の対応策を講じ、生き残りを模索している。その体験を踏まえ、総合病院精神科において病床の削減が全国規模で起こっている現状を示し、次に、著者の住む北陸における総合病院精神科の現状を示したい。さらに、富山市民病院の苦悩とその対策の一端を提示し、最後にオーストラリア精神科医療視察体験を紹介し、日本の精神科医療と比較を行い、国民のためにも総合病院精神科は生き残る必要性が大である点を力説したい。

2. 全国の総合病院精神科の現況

まず、総合病院精神科は、全国規模で病床の削減が起こっている。

日本病院団体協議会 (通称: 日病協) が平成 19 年 8 月～9 月にかけて病院経営の現況調査を行い、その結果が公表²⁾されている。日病協の病院総数は全国病院施設の約 80 % で、ほぼ日本の病院の現況を示すものと考えられる。その結果は、「医師・看護師不足は、結果として病床休止・返還 (521 病院)、診療科休止 (439 病院)、救急指定・救急輪番制取り下げ (109 病院) という形に現れた。特に、産婦人科・小児科を筆頭に合計 622 科の診療休止や、100 を超える病院の救急指定・救急輪番制取り下げは、地域医療の継続・維持を困難にし、病院医療さらに日本の医療提供体制を崩壊してしまうことを強く示唆するものである。」と報告している。その詳細は、平成 16 年度以降の病床休止もしくは返還は、平成 18 年度に急増し、平成 19 年度もその傾向が続いている。各科別に最も多いのは産婦人科 (71 病院)、次いで小児科 (67 病院)、第 3 番目が精神科・神経科 (42 病院) である。産婦人科と小児科の現況はマスコミで大きく取り上げられているが、精神科医療も抜き差しならない状況にあるにもかかわらず国民の認識となっていない。

日本総合病院精神医学会 (有床総合病院精神科委員会) では、2008 年に有床の総合病院精神科の分析を行った。その結果⁶⁾、表 1 のように前回 2005 年に調査した期間と比較すると、2 年 5 カ月

表1 有床の総合病院精神科の施設数・病床数の推移

	精神科施設数	精神科病床数
2005 年	261	21,160
2008 年	248	19,103
減少数 (減少率)	13 (5.0 %)	2,057 (9.7 %)

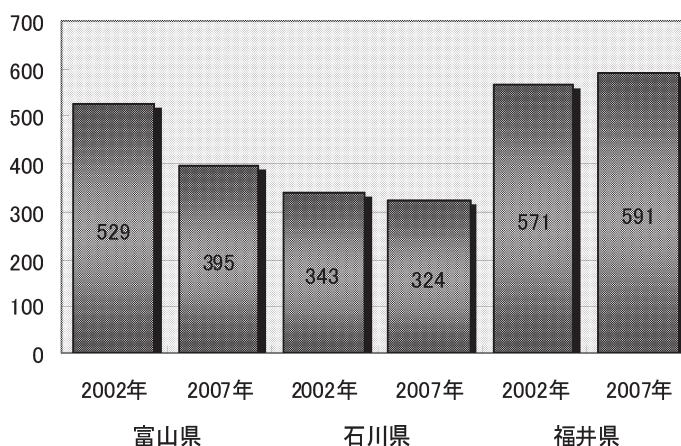


図1 北陸3県の総合病院精神科ベッド数の推移

の間に、全国の有床の総合病院が261施設から今回248施設と13施設(5.0%)の減少を認めた。しかし、地域格差を認め、千葉や神奈川県において施設が増加していた。総合病院精神科の病床数は、前回21,160病床数であったものが、今回は19,103病床数と2,057床(9.7%)の減少を認めた。この結果は、従来の病院の建て替えを契機に精神科病床の減少や病棟廃止というパターンに加え、医局よりの医師派遣が困難となった結果による新しいパターンが全国に出現していることを物語るものと思われる。

さらに、日本総合病院精神医学会の医療問題委員会による「平成18年度総合病院精神科基礎調査」の結果¹⁾は、人口10万対の総合病院病床数は平成14年が21.1床から18年に17.6床と減少を示したが、一方、精神科医師数が減少している総合病院が多い中で、大学病院が比較的医師数の増大を示すなど、有床の病院間による格差も認めた。この結果は、大学医局による関連病院からの

医師引き上げを示す結果で、地方の総合病院精神科の苦境を示すものであり、当科にも当てはまるものである。

3. 北陸における総合病院精神科の現状

北陸3県でも同じような有床総合病院精神科の減少を認めるのか、図1のように平成14年と19年の5年間の施設・病床数の推移を比較した⁷⁾。筆者の住む富山県は、11施設と全国でも稀にみる多施設を有している。総施設数は変化がないが、有床の施設が11カ所から10カ所と減少し、減った施設は無床施設に移行した。総ベッド数は、5年間に529床から395床と大幅に減じ、特に当科が100床から50床に減った。石川県は、施設数の変化なく、総ベッド数は343床から324床とやや減少した。福井県は施設数は変動がなく、総ベッド数は福井県立病院で20床の増床を認め、571床から591床へと増床を認めた。このように、北陸の各県で様相が異なり、従来より総合病院の施

設が多い富山県は施設とベッド数共に減り、逆にもっとも施設数の少ない福井県は施設数の変動がないが、ベッド数が増加を認めた。施設数が3県中、中間に位置する石川県はベッド数のみ減少を認めた。富山、石川県に認めた病床数の減少は全国の現象に一致するが、福井県においては病床数の増加を示した。一方、この現象は地域における公的な精神科病床のニーズの違いによる可能性も考慮し、平成19年度において人口10万人当たりの総合病院精神科のベッド数を調べたが、福井県72.4床(816,183人, 591床)、富山県35.6床(1,110,713人, 395床)、石川県27.6床(1,173,117人, 324床)となり、一番ベッド数が多い福井県で病床が増えていることによりニーズと異なる要因が関与していると思われる。北陸3県の病床や施設の減少は、多くが有床総合病院精神科が他科より不採算による経済的要因や大学よりの医師派遣機能の低下による要因など全国に認める原因と考えられるが、それだけでなく各都道府県独自の要因にも影響されていることが推し量られた。

4. 地方総合病院精神科(富山市民病院)の苦悩とその対策

当院は開院以来、富山市はもとより富山県の中核病院として、特に、がん拠点病院として、「信頼、良質、思いやり、つながり、俊敏」の5つのキーワードを価値観とし、医療を通して健康を守り、豊かな地域づくりに貢献するように活動してきた。

当科は総合病院にある精神科の役割として、一番目は身体疾患を合併した精神科患者の医療、二番目は富山県精神科救急医療への積極的参加と一般救急でのリエゾン活動、三番目は急性期医療への取り組み、四番目が富山県で唯一のアルコール依存症社会復帰プログラムの実施である。その他に、うつ病対策と関係した重症者に対するm-ECT治療の受け入れや、公的病院としての各種の役割を担ってきた。

しかし、上記のような多面的な役割を果たすた

表2 富山市民病院精神科の取り組み

1. 精神科病床数の削減(100床→50床→42床)
2. 地域コミュニティ精神医療への模索(ACT導入)
3. メディカル・クラークの導入
4. ARPの変更(入院→外来)
5. 精神科救急当番回数の削減

めにはそれなりのマンパワーが必要であり、従来は5人の精神科医師で担っていた。しかし、平成16年に中堅医師のクリニック開業、平成19年には病床削減を理由に医局員の引き上げが起り、常勤医師3人となった。従来の機能を少ないマンパワーで維持することはできなくなり、苦悩の始まりとともに、その対策を立てて実行する必要性に迫られた。表2に主な対策を挙げる。

①精神科病床の削減

院長より精神科病床削減案を提示されたことを契機に、平成18年より具体化策を検討した。私自身は、日本総合病院精神医学会作成のネクストステップが示すように、当科は地域の精神病院や精神科診療所などとの連携医療をはかりながら機能分化を推し進める必要があると考える。その為に病床規模は50床程度に縮小し、短期入院化を目ざし、やがて国が本格的に「入院医療中心から地域生活中心へ」舵を切っても生き残れる体制作りをする、今がチャンスでもあると考えた。削減案を実行する際に、開放病棟に入院している患者や家族への不安を軽減することが最大の鍵と考えた。その際に、単に民間病院へ患者を転院させるという安易な方法はなるべく避けるという方針をスタッフと共有した。さらに、家族や患者を対象に「日本の精神科医療の現状と富山県の地域医療・保健・福祉などの各種資源の情報提供」など勉強会を数回開催。後に述べる富山ACTも導入し、患者・家族や他の精神医療機関にも当科の考えを理解していただくように努力した。毎週開催した退院対策委員会も機能し、特に大きな苦情もなく平成19年4月より正式に100床から50床に削減ができた。平成20年9月中には、閉鎖病棟

の改築工事が終了する予定で、その暁には50床から42床にさらに削減し、大部屋が主であったものから個室が主となる予定である。また、保護室がナースセンターの近くに移動するなどハード面の変更により、総合病院精神科としての機能を発揮しやすくなると考えている。

②地域コミュニティ精神医療への模索（ACT導入）

精神科病床削減に際して二つの課題があった。第一は入院患者の行く先は他の精神科病院で良いのか。第二は、廃止する開放病棟の機能を他病院との連携だけで補完できるか。これらの問題の解決策の一つとしてACT（Assertive Community Treatment、包括型地域生活支援プログラム）の導入を思いついた。このACTは、重い精神障害を抱えることで頻回入院や長期入院を余儀なくされていた人々が病院ではなく地域で、できるだけ質の高い安定し自立した生活を続けていけるように、さまざまな職種の専門家から構成されるチームが援助するプログラムを言う。入院期間の減少、居住安定性の改善、サービスに対する満足度の向上のエビデンスがあると言われ、世界各国で取り入れられ、日本でも試行されているが、保険適用となっていない。

そのため、市長、県の厚生部、そして厚生労働省などに思いを伝え実現の可能性を模索したが、平成18年度障害者自立支援調査研究プロジェクトに応募して採用された。平成18年10月より多施設共同で富山ACT事業⁴⁾を当病院を中心に半年間実施した。その後、平成19年4月より当病院単独事業としての富山市民ACT⁵⁾を継続し、今日に至っている。その結果、従来のデイケアや地域資源の活用だけでは支えることができない患者もコミュニティで支えることができ、単に入院期間の短縮というだけでなく、精神科医師や病棟スタッフの活性化と同時に地域で生活する患者の視点で物事を考えることができるなど、多くの利点を見いだすことができた。

③メディカル・クラークの導入

精神科医師の減少は、何とか従来の機能を工夫により維持しようとした際、膨大な書類書きがさらなる医師の疲弊化を助長する。その対策として、まず当院に導入されている電子カルテ上のテンプレートを利用し、各種の書類の省力化を図ろうとした。しかし、紙で書くよりも最初の入力に時間を要したり、テンプレートにできない書類の様式も多く、省力化にほど遠かった。そこで、病院と交渉し当院初のメディカル・クラークの導入を実現した。しかし、当院にはそのような人材がいなかったため、ニチイ学館のスタッフを派遣していただくことになり、何をお願いすれば負担軽減になるのか試行錯誤で行っていた。平成20年度診療報酬改定により病院勤務医負担軽減への対応策として医師事務作業補助体制への加算が認められ、それに基づき、当院で事務職員「医療クラーク」が採用された。ただ、精神科での加算は今回見送られたが、精神科の業務が多いこともあり他科と同じように医療クラークによる事務作業が平成20年4月後半より始まった。医療クラークの技能の上昇に伴い、依頼件数が最近は大幅に増加している。しかし、病院の中で精神科医師が最大の負担軽減対象であるのに精神科が加算から外されたことは理解に苦しむ。是非、次の診療報酬改定では見直しをしてほしいものである。

④アルコール依存症社会復帰プログラム（ARP）の変更

県下唯一のアルコール専門治療機関の機能を維持しながら、医師のマンパワー低下を乗り切るために、アルコール依存症回復プログラムは入院医療からデイケア通所に変更した。解毒やアルコール精神病に限って入院医療とした。これによって、医師の負担を軽減した。

⑤精神科救急当番回数の削減

富山県精神科救急体制への参加は大事と考え、県下で多くの輪番回数をこなしてきた。しかし、こらも見直しが必要と考え、月に9～8回を7～6

回に減らした。医師当たりの月の回数は以前と同様な回数とした。

5. オーストラリア精神医療視察から見えるもの

オーストラリア精神保健・医療システム、特に地域コミュニティ精神医療の視察のために、2007年10月27日～11月1日まで、佐藤茂樹（成田赤十字病院精神科）を中心に5名のメンバーで出かけた。

視察の結果として見えてきたことは、オーストラリアは一見して広い国土と少ない人口、多民族国家と日本と大きく異なる。しかし、2006年の国民一人当たりGNI（国民総所得）はオーストラリア12位、日本14位とほぼ同じで、さらに、瀬戸屋³⁾によると、精神保健予算はオーストラリアが人口一人当たり15,800円に対し日本では15,869円で精神保健予算もほぼ変わりがない。

だが、目に見た光景は日本と大きく異なっていた。第一にオーストラリアの精神科医療は総合病院精神科が名実共に中核的役割を担っている点、第二に先行して精神保健改革が行われ地域コミュニティ精神医療が開花していることである。現場のスタッフからは予算やスタッフが足りないなどの本音も聞かれたが、日本は学ぶべき点が多いと思った。さらに、精神疾患早期介入で世界をリードしているメルボルンの初期精神病予防介入センター（EPPIC）を実践的に支えているORYGEN Youth Healthも見学でき、かの国の意気込みに触れることもできた。また、日本の精神科医師はいろいろな役割を担いすぎている。ACTのようにいろいろな職種の働きを増加させることにより、結果的にトータルの医師の業務軽減に繋がるという感触を得たことが大きな収穫であった。

6. ま と め

総合病院精神科は、救急医療や急性期医療、身

体合併症医療、初期研修の場など多機能を期待されている。しかし、全国で有床の施設が、医療経済的理由や医師の引き上げなどにより施設の廃止や病床の減少が起こっている。北陸においては、各大学を中心に総合病院精神科の機能をなんとか維持しているが、富山県を筆頭に病床減少が起こっている。

富山市民病院も例外ではなく、精神科医師の減少に直面する中、将来への展望を見据えながら、生き残りをかけて苦悩している。その対策として、病床削減により機能特化をはかり、ACTや医療クラークの導入、従来の役割を見直して機能を限定化したりしている。このような厳しい現実があるが、オーストラリアの精神保健・医療システムの視察により、日本の精神科医療改革の必要性とともに、総合病院精神科に未来が見えてこそ日本の精神科医療に未来があると信じる。

文 献

- 1) 小林孝文, 佐藤茂樹, 藤原修一郎: 平成18年度総合病院基礎調査からみた総合病院精神科の現状. 総合病院精神医学, 19; S-185, 2007
- 2) 日本病院団体協議会: 「病院経営の現況調査」報告. 日本病院団体協議会, 2007
- 3) 瀬戸屋雄太郎: オーストラリアおよび近隣諸国における精神保健システム. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究推進事業報告書, 2007
- 4) 吉本博昭: 富山県における先行的ACT導入研究. 平成18年度地域生活支援事業費等補助金及び障害程度区分認定等事業費補助金（障害者就労訓練設備等整備事業及び障害者保健福祉推進事業）の事業実績報告書. 富山ACT運営委員会, 2007
- 5) 吉本博昭: 病床削減を契機にACT導入の試みについて. 総合病院精神医学, 19; S-96, 2007
- 6) 吉本博昭: 有床総合病院精神科委員会報告. 総合病院精神医学, 20 (2); 213, 2008
- 7) 吉本博昭: 総合病院精神科の果たす役割—我々は総合病院の病床減少を看過して良いのか?—. 北陸神経精神医学雑誌, 22 (1); 1-8, 2008