

第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

総合病院精神科再生の処方は可能か？

藤原 修一郎 (日本総合病院精神医学会)

はじめに

医療崩壊は、総合病院精神科においても進んでいる。ここ数年間で精神科病棟及び外来の閉鎖は加速度を増している。救急、身体合併症医療、リエゾン・コンサルテーション、緩和ケア、自殺対策など多方面において、地域の基幹病院の一診療科として重要な役割を果たしているにもかかわらず、危機感が共通の認識にされていないため、なら打開策も講じられてこなかった。

一般医療では、第5次医療法の改正により、医療計画のもとに各都道府県に医療対策協議会が設置され、医療圏毎の医療提供体制が議論されている。マスコミが積極的に報道することにより、特に小児科、産科、救急医療に対する問題意識は国民に共有されている。しかし、平成19年の日本病院会の調査では、一般病院で閉鎖される診療科の第3位に精神科が位置づけられているにもかかわらず、精神科医療問題が取り上げられないのは何故だろうか？ 精神科医療は極めて病床数が多く、しかも、もともと二次医療圏が設定されておらず、施設・病床が偏在化していることや機能分化が進んでいないことなど精神科固有の難題を抱えていることも原因である。そこで、問題解決のためには、有床総合病院精神科に限定した人員調査が必要と考えた。

本稿では、全国の有床総合病院精神科の人員配置(常勤医、精神保健指定医)を把握するために、日本総合病院精神医学会として行った緊急の全国的調査の結果を報告する。そのデータをもとに現状を明らかにして、今後の再生への処方について

論ずる。

なお、本稿における総合病院という用語は、旧医療法に基づいて使用した。

1. 調査方法について

人員は流動的であるので、平成19年12月10日時点での人員を正確に把握するために以下のように、重層的に情報を得た。

①特定の日本総合病院精神医学会員に直接依頼して、県下あるいは近隣の施設の情報を収集する。さらに会員が把握している施設があればそのデータも追加する。②過去の総合病院精神医学会基礎調査のデータと照合する。③ホームページ及び関係者からの情報を得る。④疑問がある場合は直接電話等で問い合わせをする。

2. 結 果

1) 全国調査結果

全国の有床大学病院精神科、総合病院精神科は247施設あり、総精神病床数17,381床であった。精神科常勤医師数は1,946人、精神保健指定医は1,073人であった。一施設の平均総病床数は603.3床、精神病床数は71.8床であった(表1)。また、大学、総合病院医師数の都道府県別の調査結果では、精神科常勤医師数は東京都288人、神奈川県107人、併せて395人で、全国の21.6%、精神保健指定医師数は、東京179人、神奈川59人、併せて238人で全国の23.8%であり、全国の有床大学病院、総合病院精神科医の約1/5、精神保健指定医の約1/4が東京、神奈川に集中して

表1 全国調査結果

	全体	大学病院	総合病院
総病院数	247	84	163
総病床数	151079	67333	83746
総病床数（平均）	603.3	818.8	509.7
精神病床数	17381	3705	13676
精神病床数（平均）	71.8	45.2	84.2
精神科常勤医総人数	1946	1322	624
精神保健指定医総人数	1073	690	383
一施設あたりの精神科医師数	7.5	15.7	3.8
一施設あたりの精神保健指定医数	4.1	8.3	2.3
精神科病床数/精神科常勤医	19.8	3.2	26.5
精神科病床数/精神保健指定医数	31.9	6.2	43.0

表2 有床総合病院精神科

	病院数	精神科 常勤医 師数	精神科 常勤医 師数 (平均)	精神保 健指定 医師数	精神保 健指定 医師数 (平均)	総病床 数	一般 病床数	精神 病床数	精神科 病床数/ 精神科 常勤医	精神科 病床数/ 精神保 健指定 医数
北海道	22	68	3.1	40	1.8	473.4	341.4	87.1	31.5	52.3
東北	27	67	2.5	45	1.7	470.9	360.1	95.2	48.9	64.2
関東	36	180	4.9	114	3.1	551	451.3	58.7	11.1	20.7
中部	20	74	3.7	42	2.1	463.1	376.3	87.9	31	50.7
北陸	13	46	3.5	37	2.8	491.5	394	87.6	24.5	32.4
近畿	14	75	5.4	43	3.1	651.8	461.9	146.1	24.6	44.8
中国	10	30	3	21	2.1	539.1	459.2	61.4	22.2	40
四国	7	39	4.9	20	2.5	389.3	296.9	68.8	19.9	29.8
九州沖縄	14	45	3.2	21	1.5	557.3	470.4	65	24.3	52.2
総合病院平均	18		3.8		2.3	509.7	401.3	84.2	26.5	43

いることになる。

2) 有床総合病院精神科

総合病院精神科（大学病院は除く）は全体で163施設、平均総病床数509.7床、総精神病床数は13,676床、平均精神病床数は84.2床、精神科常勤医師数624人、精神保健指定医数383人、一施設の平均は精神科常勤医師3.8人、精神保健指

定医2.3人であった。地域差があり、常勤医師数の少ない東北では、平均常勤医師数2.5人（平均病床数95.2床）、ついで中国地方3.0人、精神保健指定医師数の少ない地域は、九州・沖縄地方の1.5人、ついで東北地方1.7人、北海道1.8人であった。最も多い、関東、近畿地方でも、それぞれ常勤医師数4.9人、5.4人、精神保健指定医は共に3.1人であった（表2）。

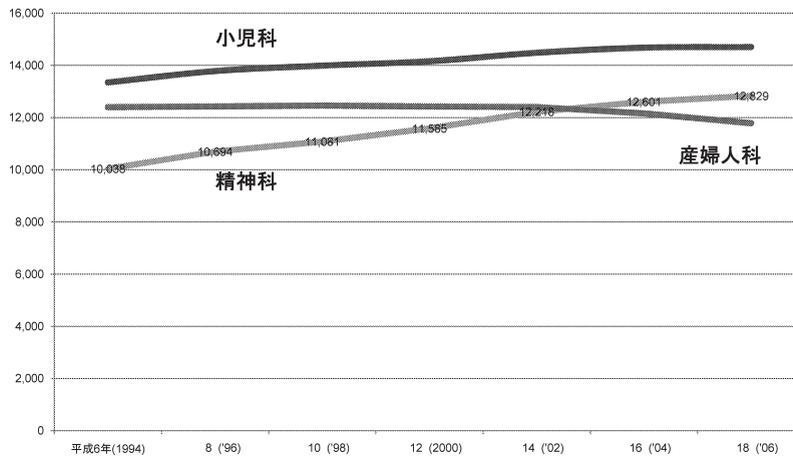


図1 医師数の推移

小児科医と精神科医の動向は類似している。

産科医は減少傾向にある。

厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査（平成18年）

3. 再生に向けての考察

1) 総合病院精神科の医師数について

総合病院で働く精神科医師数3.8人（平均）、精神保健指定医師数2.3人（平均）では外来、入院診療だけでも忙殺されるのは当然である。さらに実際の業務はリエゾン・コンサルテーション、救急、時間外外来、当直、待機、地域との連携、研修医指導、院内委員会、会議、科内のミーティングなどが加わるのである。これらを円滑に行うには、相当な労力を要し、時間外労働が増えるのは当然である。使命感や意欲、体力を必要とするため、人材の確保は非常に困難である。図1に示したように、厚生労働省の医師、歯科医師、薬剤師調査では精神科医師数は微増し、平成18年現在12,829人と考えられ、年間約100人の精神科医が増えている。その傾向は小児科医と類似している。一方では、図2に示したように、精神科関連の診療所の開設数は、著しい増加傾向にある。したがって、今後の医師数の増加を見越しても、病院勤務医の確保は、非常に厳しい課題である。

地方の総合病院精神科における医師数の減少は、もはやデフレスパイラルに陥っている。いかにして人員を確保するかは、医療全体でおきている病

院医療の危機と同様で喫緊の課題である。

なお、今回の調査においては、特定医師数についても行ったが、特定医師の定義についての問い合わせや空欄、認識違いの施設も多く、実際には精神科救急、行動制限等において十分に機能せず、精神保健指定医の負担が相当大きくなっていることが懸念される。

2) 診療報酬上の改善

精神科の入院医療費は極めて低額に抑えられていることの理不尽さは、特に総合病院では日々実感する。突き詰めれば、すべて医療経済問題に辿りつく。

現状では多くの病院ではいずれも精神科は不採算とみなされている。精神科入院医療費は図3に示したように、一般診療科平均の約1/3である。入院基本料と技術料が低いことが問題である。一般医療と同様の機能分化が求められている以上、総合病院精神科の役割は救急、急性期、身体合併症医療が中心である。しかし、精神科救急、急性期医療の評価も一般医療の包括点数と比較すると、精神科における急性期の診療技術、看護必要度がほとんど評価されていないために、明らかに低額

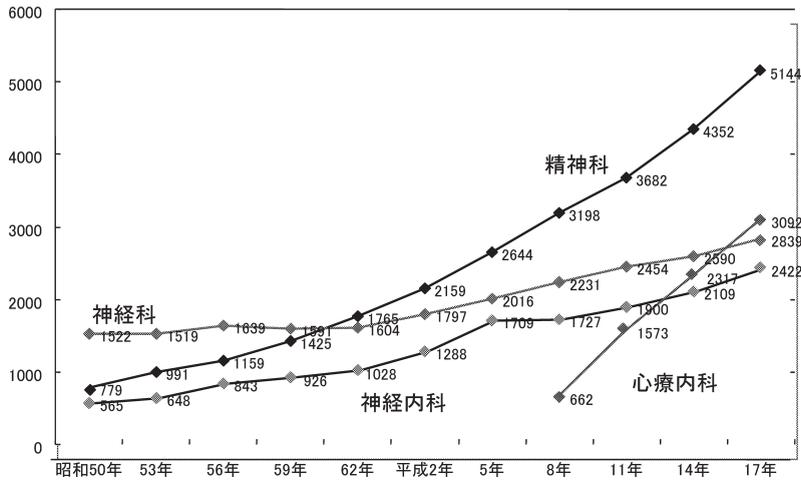


図2 精神科における著しい診療所の増加傾向
厚生労働省：平成17年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況。診療科目別にみた一般診療所数・歯科診療所数の年次推移（重複計上）

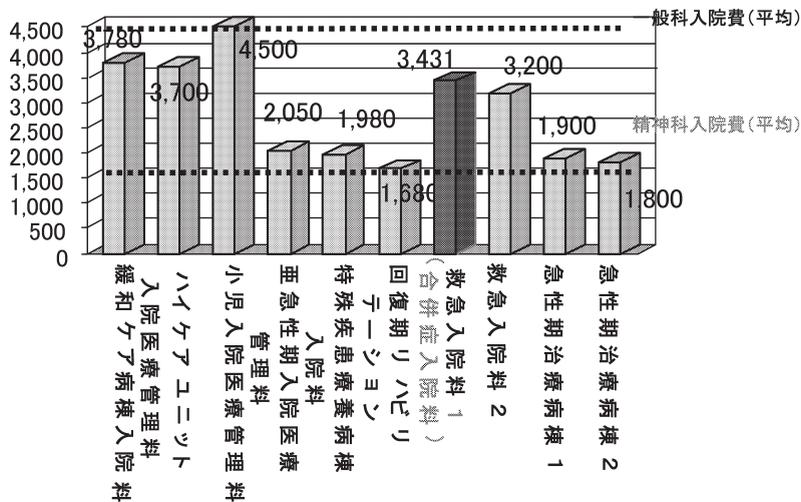


図3 入院費比較（一般科・精神科・包括診療）：平成20年診療報酬改定後

であることがわかる。総合病院精神科の人員配置を改善するためには、診療報酬上の手当てが急務である。現状では、診療報酬上あるいは病院管理者側の評価は、内科、外科、小児科、産科以外の診療科は一部の例外を除いて、同列に扱われ、一診療科では2~4人の医師数のところが多い。現状の人員で、救急、急性期、身体合併症医療を行

うことは可能であろうか？ 病院側と交渉しても、ほとんどの勤務医は尋常でなく多忙であり、精神科の診療の実情は伝わりにくい。精神科医特有の診療上の負担は、切実なものとして伝わらないだけでなく、むしろ、救急、リエゾンにおける役割を十分に果たしていないという批判をされることもある。そうした中で、院内で人員増を要望する

表3 推計精神科医不足数

	精神科常勤医師数	常勤精神科医必要医師数*1	不足数	精神保健指定医師数	精神保健指定医師必要医師数*2	不足数
北海道	68	110	- 42	40	66	- 26
東北	67	135	- 68	45	81	- 36
関東	180	180	± 0	114	108	+ 6
中部	74	100	- 26	42	60	- 18
北陸	46	65	- 19	37	39	- 2
近畿	75	70	+ 5	43	42	+ 1
中国	30	50	- 20	21	30	- 9
四国	39	35	+ 4	20	21	- 1
九州沖縄	45	70	- 25	21	42	- 21
全病院合計	624	815	-191	383	489	-106

* 1 常勤精神科医師数を1病院あたり5人とした時の必要医師数

* 2 精神保健指定医師数を1病院あたり3人とした時の必要医師数

ことは徒労におわり、不公平感を感じながら、日常診療に追われ、疲弊していくのである。

3) 精神科医不足

診療報酬だけではなく、人員確保は早急に対策が必要である。人員配置として、一施設で少なくとも、常勤医師5人、精神保健指定医3人は確保する評価や病院外の医師の協力が得られるような仕組みが必要である。

実情としては表3にあるように不足している人員を各地域毎に推計すると、精神科常勤医師数5人を必要とすると全国では191人、特に北海道42人、東北は68人不足している。精神保健指定医師数3人を必要と推計すると、北海道26人、東北36人不足となり、全国で106人は不足している。この不足分を補う上で、受け皿となる病院の経営に対して負担にならぬような診療報酬改善が不可欠であるが、さらに、人材確保のためには次項のような方策を併行するべきである。

4) コメディカルの充実

コメディカルの充実、一般診療科と同様の医師、看護師、事務作業補助者等の人員評価と精神

科特有の精神保健福祉士、作業療法士、心理技術者等の評価が必要である。医療経済的理由、病院側からの支援、理解不足などもあって、現状では、十分に配置されていない。チーム医療を行うための人材の採用は精神医療の質を高め、早期退院、社会復帰へとつながる。具体的には、①看護師の配置：人員配置7対1、10対1、13対1、15対1に対する評価、②精神保健福祉士、作業療法士、心理技術者の配置への評価、心理技術者の国家資格化、③医師事務作業補助体制の評価、④薬剤師、栄養士、理学療法士の配置などのチーム医療への評価が望まれる。総合病院で評価されにくかったコメディカルの力量があがることで、魅力のある、施設の特性にあつたダイナミックな医療を提供できると考える。

4. 医療提供体制の中での精神医療

精神医療提供体制を検討する上で、実態の把握が第一歩である。しかし、厚生労働省の調査でも、総合病院精神科、精神科病院、精神科診療所の精神科医、特に精神保健指定医配置の実態は、未だに不明確である。医療計画の中で、産科、小児科、救急医療など不足している診療科に対して、国民

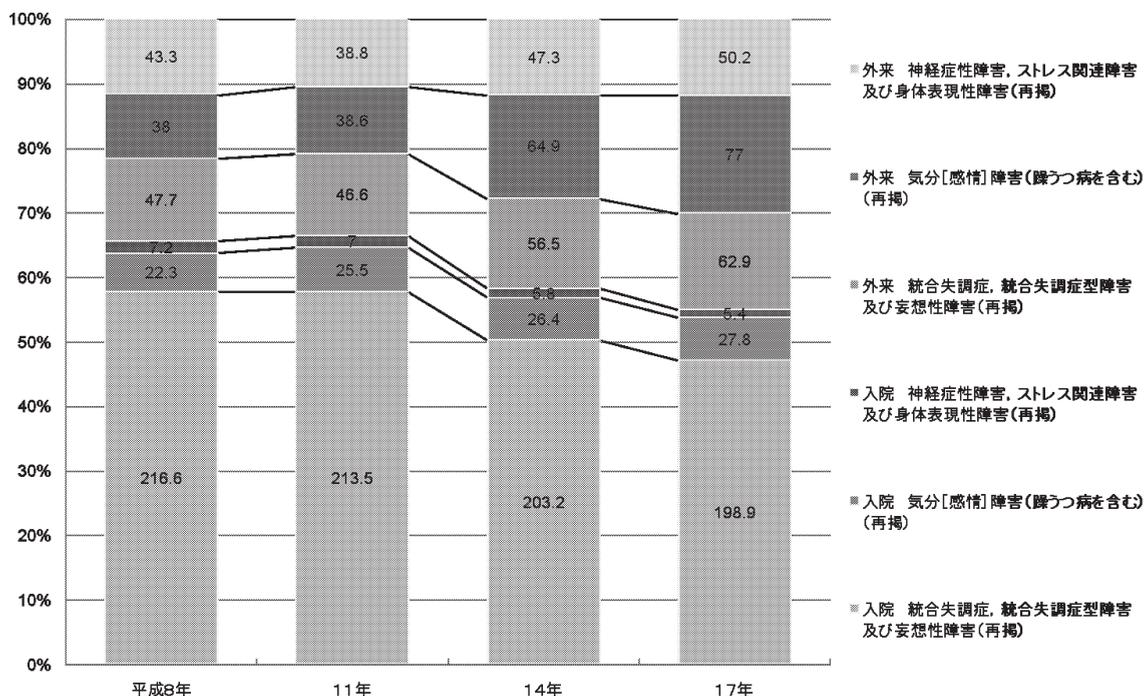


図4 推計患者数の年次推移
厚生労働省：患者調査（平成17年）

的な課題として、マスコミでも頻繁に取り上げられ、各都道府県において、医療対策協議会が設置され、細かく分析され、改善策が議論されている。ここにおいても、精神科の窮状は伝わらず、何が問題であるかの認識が不十分である。精神医療においても、診療体制、特に救急医療の整備を中心に、医療連携できるように広く議論をする必要がある。

1) 受診動向

精神科固有の問題がある以上、精神科における受診動向の検討を要する。厚生労働省の患者調査及び、医師・歯科医師・薬剤師調査から推計すると、統合失調症を中心とした入院患者は減少傾向にあるが、外来受診患者数は増加している。精神科医一人当たりの患者数（入院、外来合計）は約45人であり、大きな変化はないが、実際には気分障害、神経症性障害にシフトした外来患者数が

増加していることがわかる（図4）。診療所の関わる患者数が多くなっていると思われる。救急、入院を請け負う総合病院の人員が減少していく中で、新たなシステムを模索しなければならない。

2) 精神科医の偏在化

県庁所在地とそれ以外の地域における医師数及び精神科医師数は、人口10万人に対して医師全体262.7人対168.3人、精神科医12.9人対8.8人とほぼ同様に1.5倍の格差がある（図5）。さらに、医療施設の比較においては、二次医療圏での比較では、総合病院精神科の有床施設が全二次医療圏の45.3%、無床施設が47.3%、精神科を標榜している施設が66.2%であり、二次医療圏内で総合病院精神科にアクセスできない医療圏は33.8%も存在している（図6）。施設調査だけでなく、今後さらに地域ごとの精神科医師配置調査も詰めていかなければならない。そのためには医

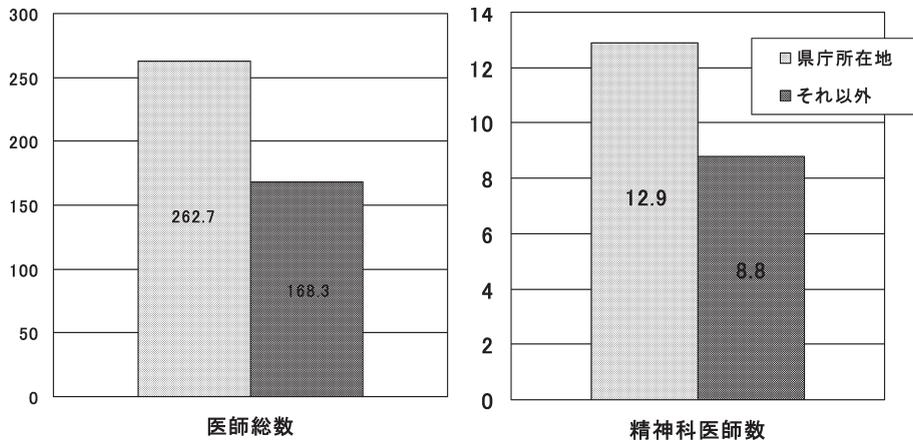


図5 二次医療圏（県庁所在地対それ以外の地域）（人口 10 万対）
 県庁所在地を含む二次医療圏とそれ以外の二次医療圏の医師総数と精神科医師の平均を比較すると約 1.5 倍の格差がある。
 厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査（平成 18 年）

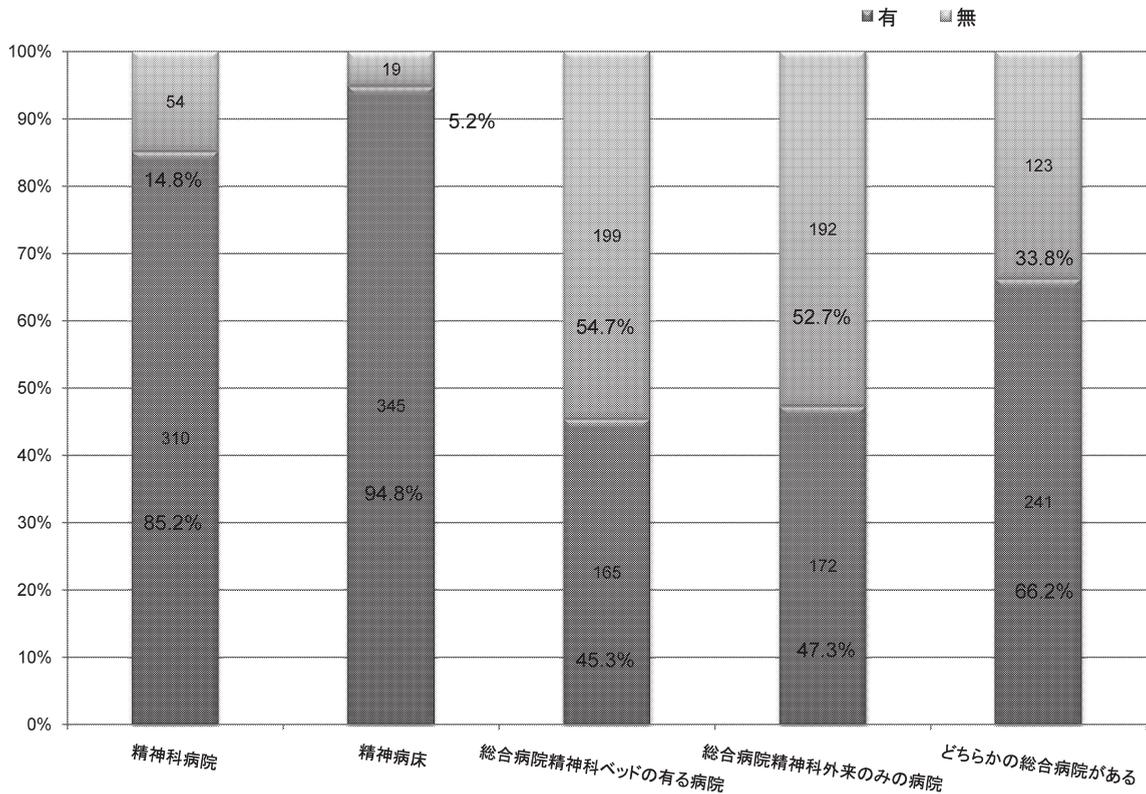


図6 二次医療圏における各施設・病床の有無
 厚生労働省：医療施設調査（平成 18 年），および独自調査結果

療計画の中で各都道府県毎に調査、検討されることを望む。

3) 受診・救急体制

一般診療科において、初診を予約制にしているところはどの程度あるだろうか？ 初診を予約制としている施設の多さは精神科が際立っている。はじめてその診療科に受診する人がそのルールを知らないのは当然である。結果的に精神科においては、どこに相談してよいか迷うことになり、問題点を指摘する声は多い。さらに、一般診療科では救急体制は整っていて、行政が関与しつつ、各医療機関、地域の医師会も責任を自覚してシステムに参加している。ところが精神科においては、一、二、三次救急に対する考え方は不十分なまま放置されている。早急に対策を検討すべきである。

医療圏毎に分析していくと、地域の精神科医師

数は産科、小児科に比較してみると、決して不足しているわけではなく、人数としては当直体制、待機、電話相談体制などが組める可能性があり、今後さらに、いかなる連携が可能か詰めていく必要がある

5. ま と め

有床総合病院精神科の実態（人員配置）の把握を行った。その上で、再生への処方としては、「診療報酬上の適正な評価」「コメディカルの充実（理想的なチーム医療）」「精神科医療提供体制の検討（一般医療・診療所医師・精神科病院との問題共有）」「柔軟な連携（とくに救急システム）」などが考えられる。さらに最も重要なことは、総合病院精神科の充実と魅力であり、そのためにも人員確保に重点を置いた労働環境の整備（臨床、教育、指導、研究）が望まれる。