

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

高知大学神経精神科医局人事について

加藤 邦夫 (高知大学医学部神経精神科学教室)

高知県は工業よりも農業、林業、漁業などの一次産業に生活の基盤を置いているため、人口に高齢者の占める割合が多く、日本の高齢者社会の先頭を走っている。そのため医療にかかる人口が多く、日本の平均の2倍以上であり、また対人口比病床数も全国1位である。対人口比医師数も全国1位であるが、患者あたりの医師数は決して多いとはいえない。また東西に細長い県であり、多くの人口は高知市などの都市部に集中している。人口過疎地域の医療体制は乏しく、高速道路網が完備していないため救急の対応が時に困難である。精神科は各保健所区域に病院をもつが、公立病院は少ない。全国の自治体病院での精神科の病床削減と期を一にして、高知の自治体病院では精神科病床が廃止され、現在では大学附属病院と県立芸陽病院だけが病床をもっている。この事態に並行して、新研修医制度の到来とともに医師数が減少し、公立病院での外来業務の縮小が起きている。このため高知市から西の幡多および高幡地域では、大学病院より派遣された週に半日1回の外来業務だけが行われている。このような地域の医療過疎や偏在が顕著である地域での医師派遣は現状では困難であるが、公立病院を中心とした地域医療は、大学病院などを主体とした地域の医師派遣システムによって守られなければならない。また新研修医制度が始まってから大学医局への帰属意識が薄れ、地域での医師数の減少とともに将来は大学医局による医師派遣制度の維持が危惧されている。今後は、大学医局の枠を超えて地域の医療は地域で守るという意識のもとに、新研修医制度後の新しい秩序に対応できるような地域医師派遣制度が必要となる時代が目前にせまっている。この認識のもとに当医局では、地域での包括的な人材供給体制の確立ができるような制度を試行錯誤している。

1. 高知県医療の特色

高知県は工業生産の乏しい地域で、一次産業に依拠しているため、県民一人当たりの所得は日本で最も少ない。高齢者人口の多さは秋田、島根について全国3位であり、全世帯に占める65歳以上の単独世帯の割合は鹿児島について全国2位である。長い間人口流出が続いていたが、ここしばらく回復傾向をみせている。総面積は四国の38%を占め、東西は250 kmにわたる細長い地形である。人口の40%は都市部に集中し、地域に多数存在するいわゆる限界集落が問題となっている。入院患者、外来患者ともに全国平均の2倍を数え、

対人口比病院数、対人口比病床数は全国1位であり、特に療養病床数は全国平均の2.6倍であり、ダントツに1位である。一方、老人ホームの定員数や居宅サービス事業者数は、全国平均並にとどまっている。高知県経済において製造業が10.5%に対して、医療は6.8%を占め、医療従事者の数からいっても、医療は最も重要な産業であるといえる。したがって県民一人当たりの医療費は全国3位と大幅に平均を上回っている。

人口10万人あたりの医師数は200人を超え、全国第1位である。看護師の数もまた全国平均の1.7倍で、これもまた全国第1位である。県内の医

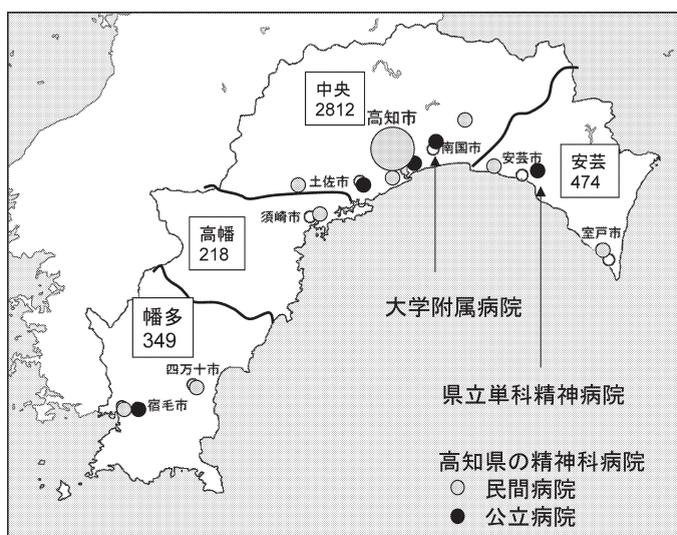


図1 高知県4保健地区の病床数

療従事者数は多いが患者の数も多く、病床数あたりの医師数は全国で41位であり、看護師にいたっては45位とほぼ全国最下位に近い。

2. 高知県の精神科医療の特色

高知県における対人口比精神障害者数は全国第6位であり、それに相応した精神病床数をもつ。精神病床数は平成18年で3,818床を数え、人口当たりの数は全国平均の2.2倍となる。一方、精神病床の利用率は87.8%で全国第41位である。精神病床の平均在院日数は172.8日で全国平均の320.3日をはるかに下回る。県内の全病床数の平均在院日数が全国で最長であることを考えると、精神病床の平均在院日数の短さは特筆すべきものがある。主たる理由は都市部に精神科病床が集中しているため、その中で短期入院患者の移動による見かけ上の平均在院日数の短縮や、認知症など高齢者に特有な精神病患者が多い、などが考えられる。

医療従事者の数は多いがベット数も多いという問題の他に、広範な地域をカバーしなければならないので、医療従事者の地域偏在の問題は深刻である。保健所、福祉地域は、東から安芸地区、中

央（東、西）、高幡、幡多の四地域に分割される（図1）。中央地区は高知市を中心とした人口密集地域で、県の総人口の約70%を占めているが、医師数は80%が集中している。高知市のある中央地区は安芸地区と高幡地区に挟まれている。この両地区では入院患者の60%が地元で入院するが、40%が中央地区に入院する。このため中央地区には相対的に医師数が多くても、それでも医師不足が起きる原因となっている。また中央以外の地区では人口当たりの医師数に比べて地域の広さのため、十分な住民サービスが提供できていない。例えば高知市の西隣に位置する高幡地区の面積は東京都23区の2.5倍、全国で一番小さな香川県の80%である。この地域で従事する精神科医はわずか5名である。また四国の4県の県庁所在地を結ぶ高速道路網はおおむね整備されているが、高知県内の都市間を結ぶ高速道路は35km程度しかない。高速道路整備の遅れなど公共交通機関が充実していないこともあり、高齢者の通院や精神科救急での大きな問題となっている。

3. 公立病院の問題

全国の自治体病院の整備にともなって精神科病

床が減少している。これは自治体病院の独立採算制が強く求められる中で、整備にかかる初期投資に対して精神科病床が不採算部門であることが大きな理由である。また総合病院で勤務する精神科医の不足も理由の一つである。高知県で精神科を標榜する公立病院には、幡多県民病院、土佐市民病院、高知赤十字病院、高知医療センター、県立芸陽病院、高知大学医学部附属病院がある。幡多県民病院は1999年11年に二つの公立病院である西南病院と宿毛病院が統合されてできた自治体病院である。また高知市内では経営主体の異なる県立中央病院と高知市立市民病院が統合されて、高知医療センターができた。これらの合併時に精神科病床が廃止されている。土佐市民病院でも2006年に精神科病床が廃止されている。現在公立病院で精神科病床をもっているのは高知大学医学部附属病院(35床)と、県立芸陽病院(153床)だけである。高知県の全精神科病床数の3853のうち公立病院の精神科病床の占める割合はわずか4.8%である。これらの公立病院では常勤医が勤務して外来機能を維持してきたが、医師不足に伴い、最近では高知医療センター、高知赤十字病院、土佐市民病院、幡多県民病院から常勤医が撤退し、パートの精神科医が週に1日の外来をやっと維持している状態である。

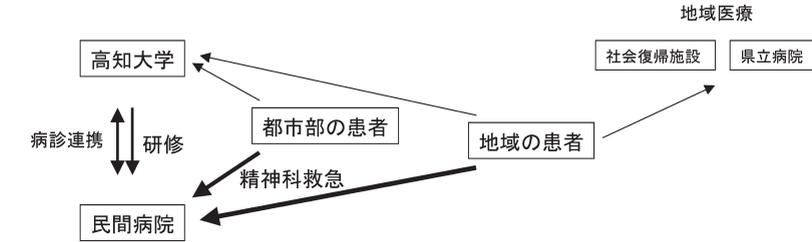
現在公立病院で常勤医が機能しているのは、高知大学医学部附属病院と県立芸陽病院だけになっているが、高知大学医学部附属病院は全開放病棟であり、精神科治療一般に対応していない。県立芸陽病院は単科の精神病院として機能しているが、高知市から離れているため精神科救急の機能を果たせない、という問題点がある。高知県ではこれらの事情により、公立病院が措置入院を手がけるのは年間にわずか1~2例でしかない。他はすべて中央部の民間病院にこれらの公的業務を委ねている。また精神科救急のシステムは民間病院によって運営され、公立病院は参加していない。このように公立病院が公としての義務を果たすことが困難な状況となっている。

4. 県立医療センターにおける精神科統合の構想

安芸地区では、県立安芸病院と芸陽病院の老朽化に伴い、二次医療圏の中核病院としての統合整備が企画されている。単科精神科病院である芸陽病院は、現在高知市より東に40km程度離れたところに設置されているが、中央移転により県立医療センターと統合され、総合病院として、より診療内容の充実がはかられようとしている。安芸地区には、規模をおよそ半分に縮小した精神科病床が残って安芸病院に統合される予定である。これらの移転および統合には以下のような大きなメリットがある。①中央圏に公立の精神科病床が設置される。これによって措置入院などの公的病院としての義務を果たすことができる。②高知市内および近傍には民間の単科の精神病院がたくさんあるが、総合病院との連携が不十分なため、身体疾患をもつ精神科患者の処遇が今まで大きな問題であった。高知県で最強の救急病院である高知医療センターに芸陽病院が移転統合することによって、これらの患者が恩恵を受ける。ある程度重篤な身体疾患をもつ精神病患者に対して、民間病院は不本意ながらも治療を拒んできた歴史があり、一般病院においても身体疾患をもつ精神疾患患者の転院先を探す苦勞がなくなるので、芸陽病院の移転統合はすべての施設から歓迎されている。③精神科救急は前述のようにマンパワーに余裕のある民間病院が受け持ってきたが、移転した芸陽病院が主導権をもって運営にあたることができる。④臨床教育の充実が可能となる。大学附属病院の精神科では、学生臨床研修教育上の大きな制約がある。附属病院では精神科病棟が完全開放であり、入院可能となる患者層が限定されている。また身体疾患の治療のために入院し、精神症状がほとんど目立たない患者が多く、学生にとって典型的な精神疾患の症例について勉強することがしばしば困難となっているが、芸陽病院の移転によって典型的な精神科症例の研修が可能となる。

芸陽病院の中央移転および県立医療センターとの統合はこのようにメリットが多く、県民特に医療従事者から大きな期待が寄せられている(図

現在の精神科地域連携



3年後の精神科地域連携

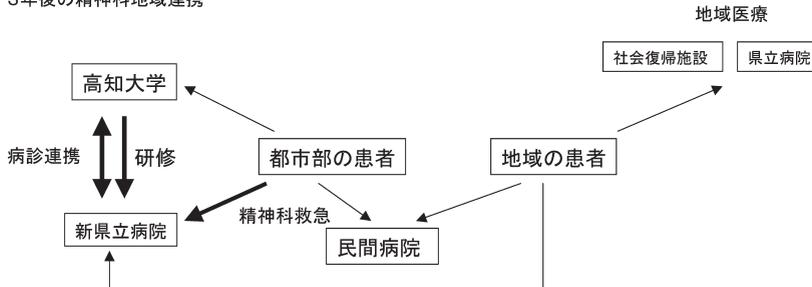


図2

2).

5. 公立病院に対する大学医局の姿勢

高知医科大学（現在は統合されて高知大学医学部）が設立された1980年頃は、民間の単科精神科病院は少なく、公立病院に医師を派遣することが一般的であった。県外の精神科施設に派遣ができていた頃の医局の人材派遣の余裕は、今では想像することもできない。その後民間病院がたくさん設立され、前述のように公立病院が病床を削減ないし廃止するようになり、公立病院への常勤医派遣は県立芸陽病院だけとなった。公立病院は民間に比べて一般的に医師の給料が安く、また公務員としての制約が多いので、最近の入局者にとって魅力的ではないようである。以前は大学の医局入局者にとって、学位を取得すること、公立病院など社会的ステータスの高い病院に勤務すること、などが入局の動機となっていた。最近はこのような動機をもつ卒業生が減少し、公立病院は「仕方がなく赴任する」ものでしかなくなっている。特

に病床がなくなってしまうと医療の幅が制限されるので、研修教育上適当でないということになり、ますます研修医から敬遠される存在となっている。しかしながら、公立病院はある程度医療経済の枠を超えた医療を行う社会的な義務を背負っているため、使命感をもって任にあたる必要があり、ここへの医師派遣は大学の医局でないとできないことである。県民医療のために公立病院を充実させることは大学医局に科せられた使命である。医師不足の折、民間病院からの派遣要請の声は大きいですが、公立病院の公共性を考えれば、大学が積極的にサポートすることには大いに意味があることと思われる。

6. 民主的な大学の医局人事

以前は医局からの医師派遣は、大学教授が主導権をもって地域のバランスを公平に考えることにより、それなりに地域医療が機能していた。これは大学医局が地域医療の中で民間病院も含めて中立的な立場を保つことができるように努力をして

いたからである。しかしながら新研修医制度が始まってから状況は変わりつつある。すなわち、卒業後すぐに入局という習慣がなくなり、一度研修病院で最低二年間のローテーションを経験することになり、その後は大学病院であろうが、民間病院であろうが、好きな形で自分の進路を決めることができるようになったのである。もともと大学医局への入局は、前述のように学位やその後の立身出世が動機となり、そのための権威が後光のようにさしていたのではあるが、世代が交代して価値観が変化するとともに、後光もその輝きを失いつつある。精神保健指定医や専門医を取得するにも大学医局に属する必要はまったくない。給料を考えても実利的なメリットが乏しいとなれば、入局の動機は今後ますます失われていくものと思われる。おそらく「研究をしたい」という動機の他には、「大学では勉強の面倒をみてもらえる」ということが唯一の動機となるので、学生や研修医の教育にはより力をそそがなければ、大学入局者の獲得は今後ますます困難となるであろう。

新研修医制度によって、地域に残る医師数の面で最も影響を受けたのは四国と九州である。四国では卒業後地域に残る医師数が半減し、特に高知大学医学部では大学での研修医数が全体で7名という悲惨な状況に追い込まれた年もある。最近少し復調してきたが、それでも研修医数は20~25名で、新研修医制度前の半分にすぎない。

このような状況を鑑みて、医師派遣のあり方を根本的に考え直す必要がある。すなわち、若手の医師の大学医局への帰属意志がなくても、地域で働く医師としての自覚はあるので、人材派遣を何も大学で行う必要はなく、地域全体で行えばよい。新研修医制度は公の全国的人事派遣制度であるので、地域全体で若手医師の教育や就労の支援をする公平性の担保された人材派遣のシステムを作ることである。問題はこのシステムの担い手をどうするかである。この担い手を行政に委ねることも一つではあるが、官僚主義へと時代を逆行する可能性がある。地域の問題は地域で、という発想は民主主義の根幹であるが、実際の運営は難しい。

1982年のフランスのミッテラン政権では大変重要な政策が行われている。それは中央集権国家の典型であるフランスで、地方分権制度が推進され、さらに地方民主主義として参加型デモクラシーが形成されたことである。多少大げさな比喻になったが、地域の「医師派遣」を、大学からの一方的な派遣ではなく、地域で働く医師あるいは医局関係者が総意で地域の医療体制の決定に参加することが地域医療の活力をうむことにつながる。人事の問題は公共性と公平性が基本であるが、大学医局がこれを代弁できる時代は新研修医制度の到来とともに過ぎ去りつつある。

この観点から大学医局人事に対して、現在以下のような制度の構築の提案を行っている。①若手の教育は大学で行う。これは大学には教育機関として果たしてきた長い歴史があり、また教育のためのインフラや指導者が整っているからである。若手の定義を卒業後5年程度で、精神保健指定医を取得する程度までをめどとする。②それ以降は地域の「医師派遣制度」に人事を委ねて地域への貢献を行う。高知県には最初に述べたように広い過疎地があり、まったく個人の意思にまかせていては精神科無医地域が出かねないので、ある程度の制約を設けて地域での医師分配をはかるべきである。この期間を卒業後10年程度とする。③この地域貢献期間が終了すれば、地域の中で自由に自分の医療を追求できるように地域全体がサポートをする(図3)。

「医師派遣制度」を担う母体はひとまず大学医局関係者で、地域で活躍をして地域医療を総体として考えることのできる人材を中心とする。本来地域民主主義の概念からいえば大学医局関係者である必要は必ずしもない。現在まだ試行錯誤の段階ではあるが、今後地域民主主義、あるいは参加型デモクラシーの概念が、日本で最も前近代的であると揶揄されている大学の医局人事制度の改革に貢献する時代が、早く到来することが切望される。高知でこのシステムを始めて、民間病院の間の人事交流が活発化し、不足しているパート勤務などを互いに都合をつけるなどの柔軟性が生まれ

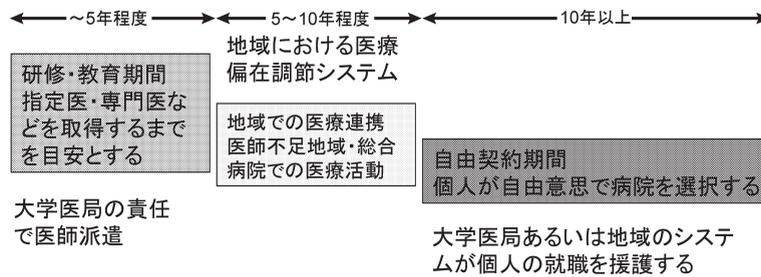


図3 大学医局人事→地域人事

ている。たとえ病院は民間病院が経営しているといえども医療は地域ものであり、医師は地域医療に貢献する公の存在である、という意識は多くの医師が自覚しなければならない。この意思を具現化するためには、大学医局だけではなく、より幅の広い地域に根ざした「新人事制度」の確立が、地域の医師不足あるいは医師偏在を解決してくれるのではないかと思う。

論議はまだ総論的であり、具体的な問題点はこれから山積することであろうが、新研修医制度は旧態然たる大学による地域医療支配に対する黒船である。医師数をむやみに増加させるだけでは地域医療の本質的な解決にはならない。地域で働く医師の中での「参加型民主主義」が地域医療崩壊を救う鍵であろう。