特集 一般医療と連携する精神科医療(総合病院精神科)の新しい動向

県立精神科病院の総合病院への統合

橋口 浩志

県立宮崎病院精神医療センターは、前身の県立精神科病院であった富養園から総合病院の一診 療科へダウンサイジングされ、精神科救急や合併症等の医療を提供するように急激な変化を遂げ た。平成14年に宮崎県精神保健福祉審議会に諮問されたことから始まり、2年間の協議の末答 申が出され、県民へのパブリックコメントを経て、平成18年3月に整備計画が知事決定された。 その内容は、宮崎県の精神医療の現状を分析した上で、医療機能としては、民間精神科医療機関 との機能分担,高度医療・政策医療の観点から(1)急性期治療,(2)難治性疾患・医療観察法通院治 療、(3)児童思春期治療、(4)身体合併症治療、(5)高次救急医療を担うこととされ、そのために、成 人および児童思春期病棟の2病棟2看護体制をとり、別棟・3階建てのセンターを建設するもの であった。しかしながら、平成18年4月に病院事業に地方企業公営法を全部適用し、病院局を 置くという組織改編があり、その直後に病院局単独で整備計画が改悪された。その主たる変更内 容は、2病棟で1看護体制を縮小し、センターも2階建てとするものあった。平成16年8月に 機能整備方針が決定されてから、それまで在職していた医師の退職が相次いだ。さらに病院局と 富養園職員での施設設計・人員配置および運用などの話し合いでは、現場の様々な職種から多数 の意見が出されたが、現場の意見はほとんど反映されなかった。さらには、開所前の県立宮崎病 院医局や病院局との話し合いも、数回のみで各々の視点の違いが表面化し、引き渡し直前の施設 には多数の改善項目が存在したが、平成21年4月7日、精神医療センターの診療が開始された。 平成21年度実績は、病床稼働率70%前後、平均在院日数は40日程度、1ヶ月間の平均外来新 患数は成人50名,児童思春期が25名程度であった。平成22年4月1日からは、救急・合併症 加算が許可され,現在に至っている.

<索引用語:精神科病院,統廃合,精神病院精神科,機能整備>

はじめに

今回のシンポジウムで、精神科病院から総合病院内での精神科となった過程とその問題点について発表するように依頼を受けた。宮崎県では足かけ7年間の期間をかけて、精神科病院を廃止して総合病院内の一診療科としたが、筆者は、新築移転後に赴任したため、移転までの過程はそれまでの関係各位から話を伺った。筆者と同じ立場の医師からの伝え聞きが主となっているが、現在まで様々な問題点が存在している。宮崎県立富養園が閉園となるまでの経緯、移転建設計画の変遷および運用1年後の状況と若干の考察を報告する。

1. 宮崎県立富養園の沿革

県立宮崎病院精神医療センター(以下,センター)の前身となる宮崎県立富養園(以下,富養園)の沿革を示す。

富養園は開設時には、慶應義塾大学より初代園 長である矢野正敏先生が就任された。その後、昭 和47年までに6病棟、391床という規模となり、 その後はデイケアを開始するなど機能面の充実と なった。小児病棟は当時西日本で最初の情緒障害 児病棟であり、その院内学級であったルピナス学 園が開設された。矢野先生は昭和45年8月まで 就任され、設立以来の富養園を支えてこられた。

著者所属:県立宮崎病院精神医療センター

表1 宮崎県立富養園の沿革

昭和 27 年 10	月	宮崎県児湯郡新富町に開園
昭和 36 年 11	月	同町内の航空自衛隊基地の騒音防止
		などの為全面改築着工
昭和41年3	月	総病床 291 床となる
昭和43年6	月	小児精神病床(100 床)竣工
		ルピナス学園開設
昭和54年4	月	児湯養護学校開校
		ルピナス学園を廃止
平成 8年 4	月	児童思春期外来を開始
平成 14 年		精神保健福祉審議会に諮問
平成 16 年 6	月	同審議会より答申
8	月	機能整備方針が決定
平成 17 年		2,7病棟(100床)休床
平成 18 年 3	月	こころの医療センター整備基本計画
		が決定
平成 18 年 4	月	県立病院課が宮崎県病院局として独
		立
平成 18 年 6	月	「こころの医療センター」基本計画
		を変更。3病棟休床
平成 19 年 3	月	児童思春期外来および小児病床休床
		(担当医師退職のため)
平成 21 年 3	月	閉園

昭和45年9月から2代目の園長として近間悟先 生が就任, 医師派遣も熊本大学となった, 昭和 58年から3代目の園長として津嘉山隆先生が就 任され、平成3年まで勤務されたが、その後3年 間、 園長不在となり、ようやく、 平成6年から 16年まで4代目の園長として上田啓司先生が、 平成16年から19年まで、最後の園長として杉本 隆先生が就任された。杉本先生は平成3年から3 年間, 園長代理で富養園に勤務されて, その後, 県内各地の保健所所長として県の保健福祉行政に 携わられて再度富養園の園長となった。平成16 年に機能整備方針が決定される頃から, それまで 富養園に勤務されていた医師が退職し始め, 平成 18年より宮崎大学からの医師派遣が始まり、平 成20年4月から8割の医師が宮崎大学からの派 遣となり、同年10月には園長代理も退職し、す べての医師は宮崎大学からの派遣となった。

2. 精神保健福祉審議会からの答申と 機能整備方針

精神保健福祉審議会の答申を受けて、平成16 年8月に機能整備方針が決定され、新しい施設の 名称が県立宮崎病院こころの医療センターである ことなどが富養園の医局などの職員に説明された. 新病院は、精神疾患に関する全県レベルの中核病 院として位置づけることとして, 民間精神医療機 関との機能分担の観点から、民間精神医療機関で は対応困難な次の5つの高度医療,政策医療,す なわち①急性期治療機能:発症して間もない頃の 症状変化の著しい時期(急性期)に短期集中的に 行う治療,②難治性疾患治療機能:自傷他害のお それの強い患者や触法行為をした患者などの治療, ③児童思春期治療機能:児童思春期における精神 やこころの問題 (いわゆる発達障害、神経症性障 害、精神病性障害など)を抱えた患者等の治療、 ④身体合併症治療機能:精神疾患と身体疾患を併 せ持つ患者の治療,⑤高次救急医療機能:民間精 神病院では対応困難な重度の救急患者の治療, を 担うこととされた。

この時、成人・児童思春期の2病棟2看護体制、 建物は3階建ての設計が提示された。その後も不 定期に整備計画に対する会議が行われた。 平成 18年4月、県立病院課が宮崎県病院局となり、 突然, 2病棟1看護体制, 2階建てとなったこと が, 富養園現場に通達された。この変更は, 病院 局の基本的な考えが、富養園の累積赤字を解消す ることや移転後の赤字増大をいかに最小限に抑え るかを最優先とした結果と思われた、この変更前 まで専門の児童思春期病棟の必要性を訴え続けた 担当医師の「変更しないように」という申し立て に対して,病院局は不採算を理由に「以前の計画 に戻すことはできない | と文書回答している。平 成19年4月以降の富養園と病院局の会議では、 病院局の示す図面に対して様々な意見が出たが 「意見は伺いましたができません」式の回答が多 く, さらに, 児童思春期病棟に関しては, 文書回 答を不服とする担当医師の退職のため, 医師から の意見はなく,病院局職員の先進地視察などの結

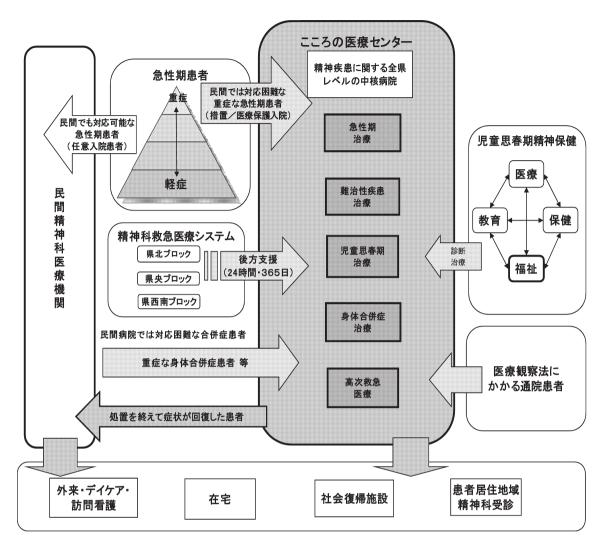


図1 センター機能の概要図

果で設計された。この間,富養園では,閉園までのロードマップに従い,退院促進による在院患者のスリム化と,高齢職員の自発的退職や配置転換による人員削減が行われた。図2に,平成20年度までの収支決算の推移を示すが,54年間の歴史を閉じた富養園の累積赤字は,約55億円であった。

3. (仮称) 県立宮崎病院こころの 医療センターの開所まで

平成16年から、県立宮崎病院敷地内での用地の検討がなされ、複数箇所の候補があったが、平成17年までに現在の県立宮崎病院南側(正面玄関の裏)に用地が設定され、平成18年から設計が始まった。医師側との話し合いは、施工までに10数回に及んだが、病院局担当との意見交換のみで、建築担当職員や設計業者との直接の意見交換はなかった。職員全体参加の話し合いは2度ほ

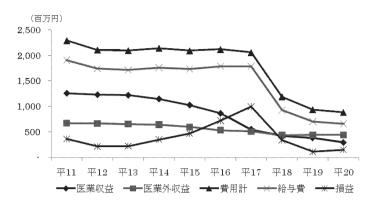


図2 県立富養園の収益の推移

ど行われたが意見がまとまらず、富養園各部署と病院局担当者の個別の話し合いで要望を集約していった。当時の園長が精神保健福祉センター長に異動になったため、その後の園長代理は結局、まとめ役の病院局担当者との話し合いに終始することとなった。

また,病院局は,当センターと本館との渡り廊 下を設置することで, 県立宮崎病院の外来や病棟 から, 患者さんがセンターに来ることができると 発言してきたが, 時期不明ながら県立宮崎病院と 病院局との話し合いで,渡り廊下を精神科患者さ んの通路とすることに反対され、急遽、センター 外来の入口を作るため, 別棟を追加建設すること となった。なお、実際の建設終了、引き渡しが終 わるまで, 富養園職員とは何の話し合いもなかっ た。平成20年1月に筆者が赴任することが決ま り、引き渡し直前のセンターを富養園の看護師長 や園長代理とともに見学したが、外観には「ルー バー | と称する閉鎖的で目立つ鉄枠が据え付けら れ,内部にも患者さんに危険な箇所など改修が必 要な箇所が多数存在したため, その旨, 文書にて 改修の要望書を提出した。加えて、県立宮崎病院 本体との全体会議は1回も開かれず,医局との話 し合いも5回程度であった。名称に関しては、行 政機関では仮称がそのまま正式名称になることが 多いと聞いていたが,病院局との協議の末に正式 名称は、県立宮崎病院精神医療センターと決定さ れた。筆者は、平成21年4月1日に赴任したが、 7日の開所式までに一般の新任者のオリエンテー ションしかなく, センタースタッフとの運営など の話し合いの時間も取れなかった。加えて、宮崎 病院事務局からの本館業務の説明などもなかった。 建設の総費用は約13億円であるが、開所前のテ レビ報道で病院局職員が「相応の資金を使い、立 派な建物が完成し, 県内の精神科医療の中核病院 が完成した。それに相応しい機能も充実し、特に, 目玉はこどもの心の診療科が用意できたこと | と 話しているのを見て,何か,物悲しい気分であっ た、筆者は、建物自体の矛盾や準備不足から開所 式はできないなどと発言していたが、結局、一旦 はできないと拒否した建物改修の話し合いを続け るなどと病院局が約束して,病院局のスケジュー ル通りの開所となった。しかし、センター医局で は、病院局の公表していた5つの機能を、この人 員で遂行することはできないと考え, 救急, 合併 症, 小児の3つの機能に絞って運用することとし た。

4. センター開所後の経過

センターの開所時の概要を述べる。全病床とも 閉鎖病棟、全室個室で、42 床あり、その内訳は、 準集中治療室(ハイケアユニット;HCU)2 床、 成人32 床、小児10 床であった。成人病床は、保 護室2 床、保護室転用室4 床、準保護室4 床、一

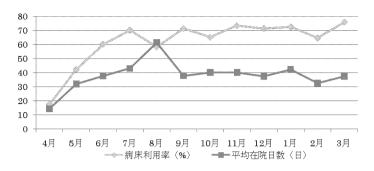


図3 病床利用率および平均在院日数

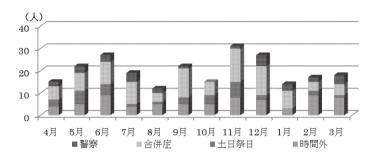


図 4 救急・合併症入院状況 (実人数)

般病床20床で、小児病床は、保護室2床、保護 室転用室 3 床、準保護室 5 床であった。保護室転 用室は、保護室より狭く2重扉で監視カメラがあ り, 準保護室は監視カメラがない保護室転用室で ある。人員配置は、医師8名(指定医4名、特定 医師 3 名, レジデント 1 名), 看護師総数 33 名で, 病棟に24名(うち男性16名),外来6名(うち デイケア・訪問看護部門に2名),看護補助員が 3名であった。臨床心理士は常勤1名、作業療法 士は常勤2名(病棟・外来に各1名),ケースワ ーカー4名(常勤1名,非常勤3名)という構成 であった。筆者自身が、小児の外来を担当したた め,外来業務がすぐに多忙となり,各部門や職員 とのコミュニケーション不足に陥った。 各々の部 門とは、診療をしながらの事後相談で枠組みを決 定せざるを得なかったが、富養園から異動した医 師や看護スタッフ,ケースワーカーなど職員一丸 となっての運用であった。

実際の運用状況については、図3~6を参照し

ていただきたい。病床稼働率は70%前後、平均 在院日数は40日程度である。1看護体制での患 者看護は、開所当初、成人および小児担当の2グ ループ体制であった。しかしながら、小児病棟は 男女混合であり、約半数が児童相談所からの入院 依頼であった。男児患者が性的問題行動の主訴で 入院となると,同時期に女児患者が入院した場合 には, 女児1人のみ小児病棟での入院となったり, 隔離・拘束あるいは合併症患者が増加すると、小 児への対応が困難となるなど1看護体制の問題が 表面化したり, センター全体の病床利用率への影 響が大であった。成人病棟だけの病床利用率は 80%以上となっている。2年目となった平成22 年4月以降は、成人とそれ以外というグループ編 成となったものの, 小児患者の入院対応は, 他の 入院状況を見ながらの受け入れとなっている。な お、救急・合併症については、順調に受け入れて おり、基準緩和があった総合病院内の救急・合併 症加算の要件を満たしたため、平成22年4月か

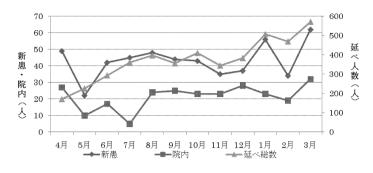


図 5 月別成人外来状況



図 6 月別小児外来状況

ら. 救急・合併症加算が許可された。

おわりに

筆者が体験したのは当センターが開所した後のみで、移転前の状況は伝聞や富養園年報、50周年記念誌を参考とした。開所後には、病院局と改修の話し合いを行い、報告書も作成された。完成したばかりの建物を改修するなど、非現実的で無駄な話し合いかとも考えたが、新たに設置された宮崎県病院局が従来通りの行政機関でしかなく、精神科医療への理解が不十分であったことなどを考えるといくばくかの問題提起となったかと考えた。筆者としては、赴任前はセンターに関して、建設される前からできない方が良いのではないかと考えていた時もあった。病院局主導であるのは当然ながら、精神科医療に関する理解が不十分で、そのビジョンが集約されず、各個別の話し合いとなり、現場は各個撃破状態で病院局に降参し、担

当者などの考えが主となった継ぎ接ぎだらけの建 物となってしまった、その原因は、移転までの数 年間園長が不在となり、閉園・移転・開所までの 過程で、現場と病院局をまとめる人がおらず、良 好なコミュニケーションが取れなかったこと,こ れまでの膨大な赤字が目立ち、それをなくすこと が最優先事項となったこと,本館とセンターの渡 り廊下が、結局、患者さんが使えなかったなどの 県立宮崎病院と病院局との意思疎通が不足してい たことなど、様々な要因が積み重なった結果と考 えた。このシンポジウムに当たり、筆者自身がセ ンターを運用する意味を深く考えずに赴任し,こ の1年間を振り返り、反省するよい機会にもなっ た、今後も、精神科病院から総合病院の一診療科 となる病院を計画される向きもあると思われるが、 宮崎のような状況に陥らないように、参考として いただけると幸いである。