

巻 頭 言

総合病院における精神医療・児童精神科医療の 担い手の育成：地域医療再生計画に望むこと

尾崎紀夫 日本精神神経学会理事

Norio Ozaki

20年前、名古屋大学病院精神科・親と子どもの心療科(以下、当科)から半径7km以内にある3つの総合病院には精神科病床が計78床あり、常勤精神科医が計10人以上勤務していた。筆者も、そのうちの2つの病院で勤務し、気分障害、統合失調症、摂食障害、児童思春期症例、身体合併症精神科患者などを、精神科病棟で診療するとともに、他科入院患者のリエゾン・コンサルテーション(以下、リエゾン)を経験した。ところが、その後、この3つの総合病院の精神科病床は、病院の意向により全て閉鎖され、精神科医の退職者が相次ぎ、常勤精神科医が全くいないという時期もあった。現在、これら3病院とも、常勤精神科医が1名ずつ勤務しているが、主たる業務はリエゾンである。

全国的に、総合病院の精神科病床数・医師数、精神科を標榜する病院が減っている(総合病院精神医学22(1), p.55-63)。背景として、病院経営が問われる中、収益性が悪いとされた総合病院の精神科、特に精神科病床が矢面に立たされた点大きい。

その後、平成16年、発達障害者支援法が公布され、発達障害児への医療的対応の必要性が増え、加えて、いじめ、自殺の若年化など、子どもの心の問題は重要視されている。児童・思春期の精神疾患患者は、総合病院の小児科から紹介される場合も多く、総合病院精神科医療の大きな役割である。また、平成18年「がん対策基本法」に則り、各地方で「がん拠点病院」の数が増え、緩和ケアに関わる精神科医の需要が増大した。さらに、平成22年「周産期医療体制整備指針」によると、総合周産期母子医療センターにおける母子に対する「こころのケア」が重要視され、臨床心理士の配備が明文化された。周産期に発症する、あるいは再発する気分障害や精神病的障害に対して医療的対応が必要な場合も多く、総合周産期母子医療センターには精神科医が必須との認識が高まりつつある。

日本人のBMIは、男性の全ての年代および女性も40歳代以上で年々増加しているが、20歳代の女性は特異的にBMIが1980年以降減少している。若い女性の「やせ

指向性」もあり、摂食障害患者、特に若年発症例や長期慢性化している症例の増加が指摘されている。中でも神経性食思不振症は10年後死亡率が5%以上に及び、致死性が高い。重度の神経性食思不振症など、身体的な危機に瀕している精神科患者は、精神科医、児童精神科医、臨床心理士に加え、十分な看護師数、身体合併症に対応できる病棟構造、内科・小児科などの協力的体制など、高い専門性と豊富な医療資源を要求する。

総合病院精神科の必要性は極めて高いが、収益性の問題に加え、医療的に対応しきれないと判断した多くの病院は、緩和ケアなどリエゾン以外の機能は持たないという方向性を打ち出している。とはいえ、一旦精神科を閉鎖した総合病院が、リエゾンだけを担う精神科医を再度募集しても、総合病院から一旦離れた精神科医は回帰しがたいのが現状である。

身体的治療と精神医学的治療を並行して行う必要が高い患者が、対応可能な数少ない医療施設に集中するという状況は深刻である。例えば、当科の摂食障害入院患者数は急増し、2007年、3.5人/月が2010年には7.5人/月となり、BMIが13を切る患者が10%、1/3以上を18歳以下の児童・思春期症例が占めており、キャパシティの限界に達している。また、当科の児童精神科の初診予約の待機期間は短縮しつつあるが、「一日でも早く診療を」と願う患者・家族のニーズには十分応えられていない。また、リエゾン医療として、頭頸部ガン、膵ガン、血液ガン(小児と成人)、周産期、肝移植、心不全での対応を当科はここ数年開始したが、いまだ全病院のニーズには対応しきれない。

何より、当科の関係する地域医療に関し、児童精神科医不足、総合病院精神科を担う精神科医の不足は、深刻である。

このような折、政府主導で「地域医療再生計画」の議論が活発化している。身体合併症精神医療、リエゾン精神医療ならびに児童・思春期精神医療、を担ってくれる、精神科医・児童精神科医の養成に、本計画が取り組んでくれることを切に願う次第である。