

総合病院精神医学会の立場から

守屋 裕文

(東京都立広尾病院)

総合病院精神医学会は、これまで一年半以上にわたって医療法改正における地域医療圏問題、医療施設機能の類型化問題、精神保健法見直しの問題について検討を加えてきた。今回のフォーラムでは、これらの問題に対する本学会としての基本的見解を述べてみたい。

1. 地域医療圏問題

近年、医療の進歩と高齢化社会への移行に伴い、国民の医療に対するニーズも変化してきている。精神科においても、精神分裂病のみでなく他の精神疾患群（神経症、思春期精神障害、軽症うつ病、老年期精神障害、脳器質性精神障害など）の受診加療が増加する傾向にあり、これまで以上に幅広く、きめの細かい多様な対応が望まれている。一方、我が国の精神医療が閉鎖性、拘禁性、人権軽視、長期在院化の傾向などから、国際的批判を浴びたことは記憶に新しい。とくに、長期にわたる精神病院入院治療が大きな比重を占め、上に述べた精神疾患の多様性に対応してゆくためには非常に不十分な医療体制にしかないことが指摘されてきた。

平成2年に、我々が総合病院精神科（538施設中、回収242施設）に対して行ったアンケート調査では、70%の施設が「総合病院精神科が扱う疾患のうち、最も多いのは分裂病圏ではなく、神経症圏やうつ病圏の疾患である」と回答し、対象となる精神疾患が変化してきていることが示された。また、1年間の初診患者が年間300名以上あると回答した施設も70%に及び、さらに34%の施設が身体科から精神科に診察依頼があった患者は初診患者の1/4以上あると答えている。一方、全国の総合病院精神科の外来統計調査をみても、全外来患者に対する精神分裂病患者の割合は10~20%であり、身体科からの依頼患者の割合は20~50%、身体科に入院中の患者で精神科の治療を受けている併診患者は常時20~50名いると報告されている。これらの結果は、精神科が全体の医療ならびに精神医療の中で精神病のみを対象としていたのでは、もはや国民のニーズに答えきれないことを示すものといえよう。

総合病院精神科の受診者がこのように多く、また身体科の中に精神科治療が必要な患者が少なからずいるにもかかわらず、実際の医療体制は極めて貧弱である。すなわち、全国の総合病院（1,073施設）のうち精神科が設置されているのは、約47%しかなく、さらに有床の精神科をもつ総合病院はわずか22%にすぎない。

ところで医療法では、一般病床については2次医療圏が定められているが、精神病床については都道府県単位の、より広い医療圏となっている。地域に結びついた精神医療の発展のためには、精神病床についても一般医療と同じ2次医療圏を設定し、きめの細かい精神医療システムの配置が望まれる。それを早急に実施することが困難であれば、精神医療機関の過疎地域には既存の総合病院に精神病床を設置することが急務で、それなくして日本の精神医療は「地域精神医療を軸とすべき」とする世界

の大勢に再び遅れを取ることにならう。現在、総合病院精神科は地域の中核的機能を担いつつあり、これらを軸として地域精神医療の再編を行い、国民のニーズに合った精神医療の提供を目指すことが、現実的な解決策のひとつといえる。

2. 医療施設機能の類型化問題

国会で継続審議となった「医療法の一部を改正する法律案要綱」によると、一般病床に関しては特定機能病院及び療養型病床群の制度を設ける方向で検討されている。一方、精神病床の機能類型化については、精神科独自に模索されているのが現状ですが、この問題に対する我々の考え方をここで明らかにしておきたい。

第一の点は、特定機能病院の設置基準のひとつとして、精神科設置が盛り込まれなければならないということである。特定機能病院は高度な診断機能、特別な治療、診療情報を主なサービスとし、その主たる対象疾患は3次救急対応患者、専門家チームで治療すべき疾患などとなっている。上記の対象疾患の中には急性薬物中毒の患者、心筋梗塞の急性期の患者、腎移植などの臓器移植の患者、悪性腫瘍の患者などが少なからず含まれることは当然予想される。一方、これらの疾患に対する精神医学的関与が強求められてきていることは、近年のリエゾン精神医学の急速な発展が証明している。我々の調査によれば、都内のA大学病院では身体科に入院中の患者で精神科の治療を受けている併診患者が常時50名ほどおり、また都内のB総合病院（全450床）精神科では他診療科からの依頼患者は年間235名、C大学病院（全947床）精神科では808名もおり、高次機能をもつ病院ほど院内での精神科の需要は増加傾向にある。このような状況を踏まえれば、より高次の機能を課せられる特定機能病院に精神科が必要であることは明らかであろう。

第二の点は、既存の総合病院が一般病院として届け出、その中に療養型病床群を申請した場合、総合病院精神科病床は現在の診療報酬のもとではその採算の低さから療養型病床群のひとつになる危惧がつきまとう。昭和62年度の関西労災病院における金子の調査によれば、精神科入院の単価は1日11,292円であり、病院全科の平均23,252千円に比較して最も単価が低くなっている。すなわち、1床当りの収入は悪く、同数の病床をもつなら内科病床をもつ方が採算に合うというのが現状である。このような精神科の不採算性の問題と、他科に比べて入院期間が長いという精神科の特徴を併せ考えると、病院経営者が精神科をよりマンパワーが少なく済み、しかも長期の入院が前提となる療養型病床群として位置づけてくることは想像に難くない。一方、総合病院精神科は開放病棟が多く、急性期の患者や身体合併症患者を多く抱えている。そのため、高い精神医療の質を確保するためには、少なくとも内科病棟と同程度のマンパワーが保証されなければならない。総合病院精神科には、単科の精神科または精神科主体の病院が中心となって検討されるであろう精神科における医療類型化についての諸問題とは別の、こうした要素があることを提示しておきたい。

3. 精神保健法見直し問題

ところで、精神保健法改正にあたって検討すべき事項は、精神障害者の定義、保護義務者問題をはじめ数多くあるが、ここでは精神保健法48条（以下48条と略す）、いわゆる収容外禁止事項について触れておきたい。48条で「精神障害者は、精神病院又この法律若しくは他の法律により精神障害者を収容することの出来る施設以外の場所に収容してはならない」とうたわれている。この法律条項は旧精神病患者監護法において認めていた私宅監置制度を廃し、精神障害者の医療及び人権確保を図る趣旨で作られたものといわれている。しかし、時代の変遷とともに48条の存在する理由も薄れ、今ではこの

条文は精神障害者を治療してゆく上で、障害にすらなっている。昨年度の我々の調査では、精神障害者を入院させている総合病院117のうち33病院（28%）で精神科の患者と他科の患者を一緒に入院加療する、いわゆる混合病棟の形態をとっていた。この病棟形態は、独立した精神病床をもちにくい現状においては、今後も増加してゆくことが予想される。ところで48条が厳密に適用されると、一般病棟での精神障害者の入院治療は困難となる。また合併症患者の一般病棟での治療についても、我々の調査で、この法律を理由に難色を示されたことがあるとの報告もみられた。このような状況では、精神障害者が真に必要とする医療を十分に受けることができないと思われる。我々はこの問題を解決してゆくために、「48条」が精神医療の現状に適合すべく、速やかに改正され、精神障害者がその病状に合った適切な治療を受けることのできる、よりふさわしい治療環境が保証されることを切望する。