

地域精神医療の変遷と今後の展開

溝部 宏二

1. はじめに

追手門学院大学大学地域支援心理研究センターは2004年4月に文部科学省私立大学高度化推進事業の中のオープンリサーチセンターに選定され、設立された。設立の趣旨は、「心理学の地域社会に対する貢献を目指して、①地域社会・家族・家庭の教育力の解明と地域への支援ネットワーク構築の方法の開発、②個人の臨床心理学的問題の解決のための支援方法の解明と個人への支援ネットワーク構築の開発の2つの課題を設定して研究を行うこと。」である¹⁾。これらの研究を行うに当たって、心理学が地域に貢献する為には、近接領域である精神医学が地域に於いて果たしてきた役割の変遷と今後の展開について考察するのもあながち的はずれとは言えないと考える。

この小論では、平成16年度に導入された新医師臨床研修制度によって、それまで地域精神医療を支えてきた、所謂「医局システム」が崩壊の危機に瀕しており、新たな地域医療システムの構築の必要性について述べたものである。

政府は、平成19年5月31日に「医師確保対策に関する協議会」を開き、医師不足地域に対する「緊急臨時的医師派遣システムの構築」などの対策を決めた。対策は6項目で、地方の医師不足を招いたとされる臨床研修制度に関し、研修医が集中する大都市圏の定員を減らし、若手を僻地勤務へと誘導することなど

が目玉である。6月には「経済財政運営と構造改革に関する基本方針」（骨太の方針）に盛り込んだうえで、与党の参院選公約とした。

臨床研修制度は、研修医と厚生労働省の指定病院の双方の希望が一致して研修先が決まる。平成18年の場合、定員1万1,306人に対し、研修先が決まったのは8,094人。受け入れ枠が上回り、地方には1人もいない指定病院もあった。このため、大都市圏の枠を減らす案が浮上。政府・与党は僻地の研修医に対し、将来進みたい分野に行けるよう留学の機会を与えたり、収入加算などの優遇措置を設ける意向が示された。

また医師、看護師、助産師の業務分担の見直しも打ち出した。日本医師会などの反発を避けるために明記は避けたものの、医師の業務の一部を看護師らに権限委譲し、医師の負担軽減を図る。また、医師が集中している地域の拠点病院に医師バンクを設置、都道府県に医師不足地域への医師派遣をさせる一方、対応できない県の救済のため、国レベルで全国に医師を派遣できる体制を整備することを明記した。

このほか、大学医学部定員の「地域枠」拡充、女性医師の働きやすい環境整備なども盛り込んだ。

このように、政府主導で「地方における医師の確保」が法案として決定せざるを得ないほど、ここ数年の地方での医師不足の問題は深刻化している。そのような状況になった最大の原因が新臨床研修制度であることは論を待

たないが、この研修システムが開始される以前から進行していた、「大学医局システムの崩壊」の関与も否めない。今回の研修制度で、その大学医局システムの崩壊に拍車がかかったとも言える。この小論では、「大学医局システム」が、地方における医療、とりわけ精神医療にどのように関与していたかということを検証してみたい。

2. 新臨床研修システムと地方医療

平成18年4月から新医師臨床研究研修制度（前期研修）の初めての修了者が、2年間の研修を終え、後期研修に入っている。今回導入された新研修制度は、「すべての医師にプライマリケアに対応できる初期臨床能力を涵養する」「研修医に対する処遇を確保する」を主な目的として導入されたもので、その理念は大変素晴らしいものである。しかし、本制度の導入以降に研修医の大学離れが加速しており、医局員の減少から大学医局の医師引き上げや派遣の中断が生じ、その結果として、深刻な地域の医師不足と地域医療の崩壊を招いている。都市部においても地方ほどではないにせよ、診療科の偏在や身体的に負担が大きい診療科に対する研修希望者の減少が生じている²⁾。

日医NEWS第1077号（平成18年7月20日）によると、「平成18年5月に開催された全国医学部長病院長会議の定例総会において、全国医科大学を対象とした後期研修に関するアンケート調査結果が発表された。それによると、平成18年に初期研修を終えて大学での後期研修を開始した医師は、卒業生の51.2%で、制度導入2年前（平成14年度）の大学での研修希望者の割合72.1%に比べ、20.9ポイントの減少となっている。地域別に見ると、四国では43.2%減、北海道では42.3%減、中国37.1%減、東北31.0%減の順で、過疎地域での減少が著しい傾向にあった。」

また厚生労働省が発表したデータによると新臨床研修制度に参加した84,094人の研修先は大学附属病院の占める割合は48.8%で市中病院の51.2%を下回っていた。研修終了時に行われたアンケート調査では、研修医のプログラム満足度においても、大学附属病院では、満足している：39.25%、満足していない：47.1%であり、市中病院は、満足している：65.5%、満足していない：23.1%であった。今後大学附属病院での初期研修者数はますます減少することが予想される。

精神医療においてはどうかであろうか。この影響は過疎地である山陰両県では、早くも出現している。決して数が多いとはいえないこの地域の自治体病院のうちの2病院（鳥取県1、島根県1）が平成19年4月には完全閉鎖および病棟閉鎖するに至った。ひとつの僻地公立病院の例について記載すると、「ひとり医長」として長年勤務してきた精神科医が都会の病院へ転出し、病棟に入院患者を抱えながら数年間にわたって常勤医が不在の状況が続いていた。これまで山陰地方の精神病院の多くを鳥取大学医学部出身の医師が担ってきたという実績もあり、かなり無理な状況でも地域医療を支えてきたのであるが、鳥取大学医学部精神科自体の医師数も減少しており、常勤医を派遣するに能わず、常勤医が赴任するまでの間、パート医を週に3人派遣しながら病棟を支えてきた。しかし、常勤医が赴任する目処が立たず、パート医が夜間や休日に呼び出され1時間以上かけて出勤し対応する場合もあり、責任が取れないという理由で病棟を閉鎖して頂いたのである。

鳥取大学医学部附属病院での初期研修者数の推移を表1に示すが、研修希望者数が漸減しているのが見て取れる。また平成18年度に鳥取大学医学部附属病院での初期研修修了者は全体で34人（36人の採用者のうち2名は病気のため研修延長）で、終了後に鳥取大学医学部の研究施設に所属した者（いわゆる入局

表1 鳥取大学医学部附属病院での初期研修者数および後期研修者数の推移

初期研修者数

人	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度
募集人数	43	50	50	43	43
応募者数	96(16)	77(11)	78(8)	65(2)	58(4)
採用人数	38(7)	25(7)	19(6)	14(1)	?

()は他大学出身者数、平成20年度は集計中(平成20年1月現在)

後期研修者数

人	平成18年度	平成19年度	平成20年度
募集人数	60	60	60
応募人数	23(5)	32(13)	26(11)
採用人数	23(5)	32(13)	?

()は他病院研修修了者数、平成20年度は集計中(平成20年1月現在)

者)は、28人である。鳥取大学医学部附属病院で後期研修を開始した者は23人(鳥取大学での初期研修終了後、引き続き後期研修に移行した者18人)存在するが、後期研修は他病院へ出た者が6人であった。他の施設で初期研修を終了して鳥取大学で後期研修を開始した者5人のうち4人は山陰両県(鳥取・島根)の病院での初期研修を終了した者、1人は他大学出身者であるが地元が鳥取県であった。つまり平成18年度は、初期研修を終えた者は後期研修で更に都会の病院へ転出し、外部からの転入が少ないという状況であった。しかし、平成19年度と平成20年度の結果を見る限り、後期研修で多少地方への回帰傾向を認めているとも言えるかも知れない。今後の動向を見ていく必要があるであろう。

こうした現状を踏まえて鳥取県では、県内における医師の確保を図るため、鳥取大学医学部の「地域枠推薦入学」の制度と連携して、将来、県内の病院等において医師の業務に従事しようとする学生を対象とした奨学金制度を設けている。島根県になるとこの試みはより積極的となる。「島根の医師確保対策」として様々な対応がなされており、特定診療科

(産婦人科、精神科など)の専門医と、総合医を目指す医師を全国から募集している。ここでは、大規模病院と地域の中小病院での勤務を組み合わせ、比較的長期の勤務ローテーションとなる専門医養成プログラムを提供し、安定的な医師の確保を目指している。

3. 医局システム

前述の様に、新しい研修制度では、半数以上の医師が大学ではなく、一般病院での研修を選択した。また初期研修を市中病院で研修を行った医師の多くは大学に戻らず市中病院での研修を続けている。つまり大学での新規医局員である、後期研修医が減少していけば、必然的に大学の医局員は減少していく。医局システムを維持するためには、地域の病院から大学へ、医局員である医師引き上げや派遣の中断が生じ、その結果として、深刻な地域の医師不足と地域医療の崩壊を招いている。

そうした医師の派遣を、日本ではいわゆる医局システムが担ってきた訳であるが、日本における医局というシステムはどの様なものであるのか検証したい。

日本の医師の集団にみられる特徴の一つには、欧米諸国において顕著に見られるような専門医と一般医の区別が曖昧である点である。欧米では、専門医と一般医を身分的に分離し、一般医を一次医療に特化させることで、医療内容の違いに対応している。これらは、それぞれ医籍への登録後初期から、異なったプログラムの下で養成され、したがって異なったキャリアパスをたどる。欧米では、類似してはいるが異なる医師身分を形成している³⁾。この違いは、「専門医制度」という資格により制度化されている。これに対し、日本では医師免許取得後、「医局システム」という大学医学部を中心とするインフォーマルな卒業後教育制度の下で、将来勤務医になる者も開業医になる者も、区別無く同じキャリアパスをたどり、勤務医を継続するか開業医となるかを決定する分岐点まで、基本的には同質な技術や知識を身につけていることになる。勤務医と開業医を分けるものは、資格による身分的なものや技能的なものではなく、各個人の自由意志や個々の事情に下づくものである。日本でも多くの診療科で専門医制度が普及しており、精神科でも平成19年度より精神科専門医制度が発足した。しかし、この日本型の専門医制度は身分分離的な内容を持っていないため、欧米諸国における専門医制度とは大きく異なる⁴⁾。

この様に日本では、欧米と異なり、医局システムが医師の教育制度であった訳であるが、医局は、診療科の診療方針全般及び関連病院の人事について決定権を持つため、治療薬の選択、医療機器の導入、各医学部による関連病院の実質的な支配など大きな利権が生じる余地があると長年批判の対象となってきた。なかでも昭和30年代後半から吹き荒れた、インターン制度撤廃運動や医局講座制解体闘争などで、その存続を否定されていた。精神科におけるその趣旨は、教授による医師支配が研究至上主義によって貫かれながら、民間精

神病院に寄生しつつ存在していることが、抑圧的精神医療と構造的に結びついていたことによるものであった。その行動は、東京大学精神科病棟の自主管理闘争という形で30年にわたり試みられてきたが、平成8年に教室の組織として統合され、医局解体の一つの試みが終焉した^{5) 6)}。

しかし、近年になり医局システムについての問題点としての「医師の名義貸し」が取りざたされ、大学院生の収入の減少につながり、さらに、国立大学の独立法人化に伴い、大学においても研究より臨床を充実せざるを得ない状況となった。かつて医局システムが、教授を頂点としたピラミッド構造を呈し、教育の名目で医局員や民間病院から搾取しているといわれた時代から、多くの大学病院のホームページでも見て取れるように、大学の医局自体が「医局員に何を提供してくれる組織なのか」と変化しているようである。

4. 精神医療における地域医療の位置づけ

医局システムと地域の精神医療の関連を述べる前に、地域精神医療の動向を概説する。現在の精神医療の方向性は、精神科リハビリテーションを進めていくための心理社会的治療が、薬物身体療法・精神療法と並んで、一つの治療法と認知され、今後その比重が増していくものと考えられる。従来わが国では、精神科治療は薬物身体療法・精神療法・生活療法に分けられてはきたが、生活療法は主たる治療法とは認識されてこなかった。昭和35年頃の精神病院の役割は、治安・隔離・収容を支える構造として、精神障害者を「社会への適応」ではなく「病棟への適応」を目指してきたからである⁷⁾。しかし、最近の傾向としては生活療法をより地域社会的観点から捉えなおした心理社会的治療が重視されることで、ようやく治療のバランスが取れてきたものと考えられる。次に上述の内容と関連して

表2 欧米諸国における精神科医療の場（人口1万対資源）

	計	精神病院	一般病院	その他
日本	28.4	20.6	7.8	
米国	9.5	3.5	2.0	4.0
カナダ	19.4	9.1	5.1	5.2
イタリア	1.7	0.0	0.8	0.9
オーストラリア	4.0	1.8	1.5	0.7
フランス	12.2	7.7	2.3	2.2

日本の一般病院には、80%以上が精神病床の精神病院を含む
 出典 WHO : Atlas, country profiles on mental health resources, 2001

地域精神医療がさかんに取りざたされるようになってきた点があげられる。地域精神医療は、病院ケアと地域ケアに大別されるが、地域ケアの占める割合が増加してきている。脱施設化が進む欧米諸国では、病院ケアと地域ケアのバランスをどこに置くかが模索されている。日本では表2に示すように、精神障害者の医療現場は、精神病院に頼っているのが現状である。

最近でこそ、精神障害者に対して地域でのケアという考えが浸透してきたが、明治33年に施行された「精神病者監護法」は、いわゆる社会防衛的動機によって制定されて、医療的配慮は全くと言ってよいほど考慮されていなかった。昭和25年に、ようやく欧米並みに入院制度を備えた精神衛生法が制定され、病院を増やすことと医療費の軽減が目指された。昭和29年の第六次精神衛生法改定で、民間精神病院へ国庫補助、昭和36年には第九次改正で措置入院費の国庫補助率の引き上げなどで、精神科病床は飛躍的に増加した。しかし、精神病院の現状は措置と医療扶助という公費で、精神障害者を隔離収容する施設となっていた。昭和44年の金沢での日本精神神経学会総会では、演題発表が中止され、日本の精神医療の現場がいかに悲惨であり、そのような精神病院を支配し寄生していた大学精神医学体制、医局講座体制への告発がなされた。そし

て昭和56年の国際障害者年と昭和58年から始まった国際障害者の10年は精神障害者福祉に大きな影響を与えた。ノーマライゼーション理念の普及や機能障害・能力障害・社会的不利という新しい障害者概念の精神障害者への適応が、精神障害者への視線の転換へとつながった。これにより、精神障害者の地域生活への復帰の足がかりが構築された。以後、精神障害者のノーマライゼーションが国の基本政策にも謳われている。平成8年に厚生省が示した「精神障害者地域生活支援事業要綱」によると、その事業内容は①日常生活の支援、②相談等、③地域交流等であり、国と都道府県で補助金を出し、精神障害者の生活支援へ目を向けた⁸⁾。さらに平成18年4月1日に障害者自立支援法が制定され、10月1日から施行された。様々な問題が山積しているが、「障害者の自立を支援する」法律を明文化し「バリアフリー」「ノーマライゼーション」という考え方を広く浸透させ、障害者が健常者と同じように暮らせる社会を目指しており、その目的が保護から自立へ向けた「障害者の自立」であると謳う理念は評価されよう。

また、社会保障審議会障害者部会精神障害分科会が平成14年12月19日に公表した報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」においては、「入院医療主体から地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換

表3 人口対精神病床数と平均在院日数 (OECD, 1996)

精神病床数/1万		平均在院日数	
日本	29床	日本	330.7日
英国	11	英国	86.4*
米国	4	米国	8.5
ドイツ	11	ドイツ	40.2
カナダ	4	カナダ	29.2
フランス	13	フランス	7.3
スウェーデン	8	スウェーデン	28.2

*1993年

する」という基本的な考え方にに基づき、具体的な施策の進め方を提言している。同報告書では、精神医療のあり方について、諸外国に比べ精神病床数が多いこと、精神病床数に地域偏在がみられること、最近の精神科診療所の増加傾向等の実情や、精神病床の機能分化が成熟していないこと等を踏まえ、精神医療における地域医療のあり方、精神病床の機能分化等の課題について、検討会を設置して検討を進める必要があるとしているところである。このため、有識者等からなる検討会において、これらの課題について検討を行っているが、表3に示すように、日本では、欧米諸国に比べ人口当たりの精神病床数が多く、10年間で7万床の削減も取りざたされている。以上の流れから、精神医療の方向は、欧米諸国の例に倣い、精神障害者に対し、病院に入院して診ていくのではなく地域での支援施設の充実を図ることで地域において支えるというように、保護的政策から自立を促す政策へと転換していくのであろう。

そうなるのであれば、精神科病床が削減方向へ向かい、精神障害者を地域の支援施設で看る割合が増加するであろう。必然的に地域で多くの精神障害者を入院させて診ていた精神病院は整理統合され、幾つかの拠点病院が中心となり地域社会で生活している精神障害者を急性増悪時のみ病院に入院させるシステム

が構築される可能性がある。つまり「急性期の医療をチームで担う拠点病院づくり」が進められ、いわゆる集約化・重点化の推進が行われる。しかし、人口の集約度が低い地方都市では中心部の空洞化が見られ、郊外化が進んでいるのが現状であり、郊外に大規模拠点病院が出現しても、交通の便が悪い地方では高齢者や精神障害者は医療の恩恵を受けにくくなる。そうした課題を解消するためには、都市郊外化・スプロール化を抑制し、市街地のスケールを小さく保ち、歩いてゆける範囲を生活圏と捉え、コミュニティの再生や住みやすいまちづくりを目指そうとするコンパクトシティ構想などの住居を含めた生活環境の変化が、精神医療を含めた地域医療の整備に必要となると考えられる⁹⁾。

また、病院の整理統合が進めば、関連病院維持のために多くの医局員を抱える必要のなくなった大学では、卒前教育や研修、医学研究に特化した施設へと新たな整理統合が進んでいくのかもしれない。

5. おわりに

政府は、平成19年5月31日に、国は医師の緊急派遣制度を設け、国立大学や地域の拠点となる民間病院などに派遣機能を担わせ、国が都道府県からの求めに応じて各地の自治体

病院などに派遣することを決定した。最初のケースとして、北海道、岩手、栃木、和歌山、大分にある6病院に3～6ヶ月間、7人の医師を派遣する。しかし、その決定がなされた直後の7月1日には、北海道の医師不足を解消するために、北海道大学と札幌医大、旭川医大は、道内の都市部以外の病院で2年間働くことを条件に医師の資格がある大学院生に奨学金を支給する制度を連携して創設することを決定した。これは国の決定に対し、派遣する側の医療機関から「医局員の人数が少なく、継続して派遣できるか疑問である」との声も聞かれており、そうした現場の声を反映して、国の政策とは別個に上述したシステムを北海道の3大学は立ち上げたものと考えられる。

このように、最近の地方医療を巡っての混乱はその度合いを増している感がある。地域に対する医師派遣機能を持っていた医局システムが崩壊しつつある現在、精神医療においてだけでなく地域における継続的医師派遣機能の整備が待たれる。

今回は敢えて言及しなかったが、上記問題は「医療経済」を含めた「医療の効率化」と関連している事は言うまでもない。こうした医療の混乱が増している現在、政府は日本の医療制度にアメリカの医療保険制度である「マネージドケア」を導入する可能性もあるであろう。マネージドケアとは、従来医師が決定していた医療を、医療費支払者である保険会社が決定するというシステムである。つまり、病院で行われた医療行為であろうとも、保険会社が不必要と判断すれば、その行為に対する金銭の支払いが医療機関に行われないのである。従って、治療効果の確立していない行為は医療機関で執り行われなくなるのである。多くの精神療法などはその最有力候補に挙げられるであろう。実際に治療効果が分かり難いがゆえに、保険対象とは見なされない力動精神医学が、アメリカで廃れていった

のが良い例であると言われている。また、病院が集約化すれば大勢の患者を如何にケアするかという課題に直面することとなり、患者の個別性は無視され、より操作的な処遇(treatment)が幅をきかすようになるのは考えに難くない。治療効果が分かりやすい薬物療法の興隆と相まって、患者の生活史に遡って現在ある「病の意味」を見いだそうとする治療(therapy)は、精神医療の現場でますます力を失うものと考えられる。医療経済上精神医療が放棄せざるを得ないこの分野に、保険行政の蚊帳の外にあるからこそ、心理領域が地域社会に貢献し得る場のひとつを確保できる可能性があると考えている。

文献

- 1) 井上知子：地域支援心理研究センター紀要の創刊に期待する。追手門学院大学地域支援心理研究センター紀要2004；1：2-3
- 2) 溝部宏二，中込和幸：大学病院での精神科研修プログラム—鳥取大学の場合—。臨床精神医学2007；36：261-268
- 3) D. Allen. イギリスの医療：M. W. Raffel編：先進14カ国の医療システム。東京：毎日新聞社；1990. p. 170-174
- 4) 猪飼周平. 日本における医師キャリア—医局制度における日本の医師卒業教育の構造分析—。社会保障研究2000；36：269-278
- 5) 森山公夫. 東大闘争と東大精神科：「東京大学精神医学教室120年」編集委員会編。東京大学精神医学教室120年。東京：新興医学出版社；2007. Pp. 228-233
- 6) 富田三樹生. 自主管理闘争の私的回顧：「東京大学精神医学教室120年」編集委員会編。東京大学精神医学教室120年。東京：新興医学出版社；2007. Pp. 234-240.
- 7) 井上新平：精神科リハビリテーションと地域精神医療との関係。：井上新平編。臨床精神医学講座第20巻。東京：中山書店；1999. Pp. 3-22,
- 8) 桑原治雄：日本における地域精神医療の歴史。：松下正明編。臨床精神医学講座S1。東京：中山書店；1999. Pp. 367-383
- 9) 中込和幸：現在の精神保健福祉活動における人材供給における問題点—大学病院精神科医の

溝部 宏二：地域精神医療の変遷と今後の展開

視点から. 心と社会；2007；38；10-14