

る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること」と規定されている。都道府県の面積や人口にもよるが、複数の市町村を一つの単位として認定され、そのエリア毎に基準病床数などの計画が立てられる。既存の精神科病院が、多様な疾患に対する入院施設としての機能を果たせるようになることが望まれる。

三次医療圏とは、先進的な、高度な技術を提供する特殊な医療を行う医療圏で、発生頻度が低い疾病、救急医療で専門性の高いもの対処するためにある。原則都道府県を一つの単位として認定される。救急医療圏、特に精神科における救急医療圏については、各都道府県の事情により大きく異なる。

②) 障害保健福祉圏域とは

障害保健福祉圏域は、市町村だけでは対応困難な各種のサービスを計画的に整備し、専門的な相談・助言を行い、広域的なサービス提供網を築くため設定された。都道府県の医療計画における二次医療圏や老人保健福祉圏域に配慮し、対応する広域市町村圏、福祉事務所、保健所等の都道府県の行政機関との連携を踏まえ、複数市町村を含む広域圏域とされている。圏域に見合う社会資源の充実が望まれる。

2. 精神科の医療圏について

精神医療は都道府県単位であるために、一般医療と同等な二次医療圏毎の議論がされてこなかった。外来、救急受診施設と入院治療施設が異なり、利用者側からはわかりにくい。今後の計画を進めていく上で、一般医療に連動した仕組みにすることが当面の目標である。また、精神医療と保健、福祉は切り離せないものである。医師数、施設数、受け皿となる社会資源が不足、偏在している地域の解消には、経済的な支援と医療提供体制を見直しが不可欠である。精神医療においても医療対策協議会で議論されることが望まれる。さらに障害保健福祉圏域を踏まえた福祉資源も併行して議論されるべきである。救急医療システムについても、地域差があり、都市と地方で

は事情も異なるが、まずは二次医療圏である程度完結する入院施設の確保が必要である。

1) 精神科医師数と医療圏

精神医療においても供給が受療率を決定することが予想され、精神科医師の供給を需要から推計するのは困難である。一般医療においては、需要と供給を過去と現在の比較や手術件数、分娩件数、救急受診件数などから検討される。しかし、精神医療においては、後述するように、同じ手法ではなく、個別に不足している医療・社会資源、受診や救急システムを機能させるための人数の確保とその連携の方策を検討することになる。

今回の調査では、精神科医師の地域による偏在化は、一般医療よりさらに顕著であった。現在注目されている小児科では、医師数が全体では増加しているものの、平成14年から16年の間では、病院勤務者は0.4%減少しているのに対し、診療所勤務者は3.8%増えている。この病院・診療所間の小児科医の偏在が拡大する傾向¹⁾があり、この部分は精神医療にも該当する。また、産科においては、産婦人科医師数が減っているのに加え、分娩施設も減少しており¹⁾、これは有床総合病院精神科の現状にもあてはまる。精神医療においては病院勤務者として精神科病院と総合病院の2つの立場があることから、問題点は見えにくく、解決しにくい。

一般医療においては地域差がありながら、プライマリケアから救急までのシステムを地域毎に維持している。精神医療においてもニーズに答えるべきである。精神科医師数を都道府県毎に確保するためには、一般医療における医療計画と併行して進めていくべきであり、今後地域医療の義務化や精神保健指定医の資格などにおいて、病院勤務者を維持する手立てを講じる必要がある。

精神科病院従事者、総合病院精神科従事者、精神科診療所従事者が各医療圏に対して、どんな貢献をするべきか、地域性を踏まえて、柔軟に協力する仕組みが必要である。例えば、精神病床の少ない都市部では、診療所の医師

がどのような役割を果たすかが重要な課題である。一定の地域内における勤務医、開業医の連携、協力が不可欠である。

2) 機能の異なった精神病床、専門外来の配置について

一般医療と同様に精神科においても機能分が求められている。神奈川県精神病床、医師数の配置を調査したように、二次医療圏ないし市町村の傾向を明らかにし、さらに具体的にどのような機能、資源が不足しているかを各医療圏毎に検討することになる。そのためには、神奈川県などでは、2次医療圏を基にしながらも、既存の施設を核にして、柔軟に実際的な医療圏をイメージするのが有効である。そのためには、近接した地域からの医師の協力が得られやすくする柔軟な仕組みが必要である。各精神科施設の機能と配置に関しては、入院治療においては、救急、急性期、身体合併症、うつ病、ストレス関連疾患、児童思春期、認知症に対する入院施設、外来治療においては、初診の受け入れ、児童思春期、高齢者、アルコール依存関連疾患等の受診体制（専門外来）、一般病院内リエゾンコンサルテーションなどを指標として当該医療圏に何が不足しているかを把握した上で、近接した医療圏の資源を共有できるかどうかと検討することになる。方向性としては、総合病院に併設した精神科病棟は短期集中治療・身体合併症医療を担い、救急の受け入れを進め、精神科病院は再発、急性期、慢性期の患者の入院治療を担当することが望ましい。いずれにしても議論の端緒となるようなモデル地区を設定したい。

3) 医療圏の人口について

人口を考慮すると人口密度や地域特性に配慮する必要があるが、地方では人口10万人、中、大都市では20万から30万人を1単位とすることが望ましいという見解^{4) 5)}がある。きめ細かいサービスの提供には小さいほど利用しやすいが、それでも北海道のように二次医療圏が広大な地域においては、異なる視点からの検討を要する。精神医療の現状の偏在

化の考えると、救急、急性期入院対応を行なえる精神科医療圏は、神奈川県などの都市部では、一般医療の2倍のエリア位の設定を目標とするのが妥当と考える。

3. 一般医療と連動した受診体制と医療圏

統合失調症を中心とした入院患者の減少、平均在院日数の短縮化、対象とする疾病構造の変化、外来患者数の増加傾向、うつ病、自殺対策の必要性を考慮すると、外来診療、受診システムないし救急システムの機能をいかに円滑にするかが課題である。現状では、一般医療に比べても明らかに偏在しており、それを是正するためには、人員確保、経済効率、利用しやすさを考慮すると一般医療に連動させるシステムを構築することが望ましい。医師数においても医療圏毎に、実人数、人口当たりの差を埋めるべきであるが、現状の人員で連携していく方策を優先するべきである。

以下、いくつかの視点から述べていく。

2) 初診について

基本的にはフリーアクセスであり、地域支援病院、特定機能病院、一部の基幹病院を除いては、地域の住民にとって、ほとんどの診療科を受診したい場合は、その居住する地域で受診が可能である。しかし、精神科においては、初診時にとりわけ時間を必要とすることから、診療所も予約制ですぐに受け入れてもらえないことも多く、改善が望まれる。特定の医療機関、施設において常時受け入れることがわかりやすいが、受診後に入院治療を必要とする事態も想定しなければならない。そのためには、極力狭い一定の医療圏（後述する救急との兼ね合いも含めて）における診療所を中心とした地域における責任制のある受診システムと、入院対応を可能にする医療連携体制を構築していく必要がある。

3) 三浦半島、鎌倉、横浜市の救急体制について

神奈川県三浦半島（横須賀、三浦市、逗子、葉山）、鎌倉市、横浜市における一般救急システムを調査した。精神科においても初期救急については、診療所が受け入れることが望

ましいが、それから先の入院機関をどのように支援するかが問題である。精神科において、三次救急システムは確立されていても、地域医療に関わる、一、二次救急は整備されていないのが現状である。神奈川県が初期救急事業としては、当番の診療所が対応しているが県域が広すぎてアクセスに問題がある。

周産期医療における医療圏を検討する場合、既存の基幹病院を軸に議論したように、精神科

においても現在ある施設をいかに有効に機能させるか利害関係を廃して議論していくべきであろう。協力しやすい仕組みをどうするかが大事であろう。そのためには、地域をさらに小さくとした単位で、既存の一般病院、夜間休日診療所などを利用し、一般医療の救急体制の中で精神科も運営できれば、人員、医療経済的にも条件は整えやすいと考える。

一方、深夜、緊急の救急については、件数の少なさからより、広域な救急医療圏でカバーすることになる。それには、24時間対応の救急情報センターを配置する必要がある。少なくとも地域差を減少させることと同時に、モデルを提示することは可能である。

4) 人員（医師数）について

現状の人員で、どこまでやれるのか。図31、32のように、神奈川県の上三浦半島地区、鎌倉市、横浜南部について、医師数が少ないといわれている小児科、産婦人科医師数を精神科医数と比較した。産科医師数は少なく、医師数は小児科にほぼ並ぶ。神奈川県の上三浦半島地区、鎌倉市、横浜南部を加えた場合、総数にしても決して充足しているとはいえないが、連携、工夫することで救急システム、地域支援体制を確立することは可能と考える。

一部の医療機関ないし、医師に負担のかからないように各医師の認識が変わることを望む。連携さえ組めない地域が存在する現実に対しては、医師確保についての規程（義務年限など）を考慮せざるを得ないだろう。

5) 入院施設について

入院治療は地域との連続性があることで

ある。総合病院や大学病院が果たしてきたうつ病、ストレス関連疾患の入院治療は、精神科病院がアメニティを改善することが必要である。さらに、急性期医療を担う病院の人員不足に対しては、精神科専門医や精神保健指定医が増えていく可能性を考慮すれば、いわゆるドクターフィーによる、開業医の病院勤務、とくに救急や専門外来への協力が実現可能な取り組みといえる。同時に、救急、随時入院受け入れ体制を整えている医療機関への格別な支援が必要である。

6) ヒアリング結果など

以上の見解には表8のようなヒアリングの内容を反映させて述べたが、今後の研究調査を進めるために、継続してアンケートを行ない、実践的なモデルとなるシステムを形成していきたい。

E. 結論

1. 精神医療においても、一般医療と同様の施設、病床、医師配置の偏在化は存在する。
2. 精神医療においても、県単位ではなく、少なくとも二次医療圏毎の調査、検討をするべきである。
3. 現状にある施設や人員をいかに有効に機能させるかが課題である。少なくとも精神科医が増えており、一方では精神保健指定医の病院離れが進んでいる現状を踏まえた早急な対応策が必要である。
4. 課題を把握し、対策を進めていくためには、一般医療と連動させて考える視点がわかりやすい。
5. 地方における医師不足は、医師総数の増加に限界があるかぎり、新たな医師確保の規定を設けることと開業医の加わるシステムを構築することでしか解決しきれないと考える。

F. 健康危険情報

特記すべき情報はなかった。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

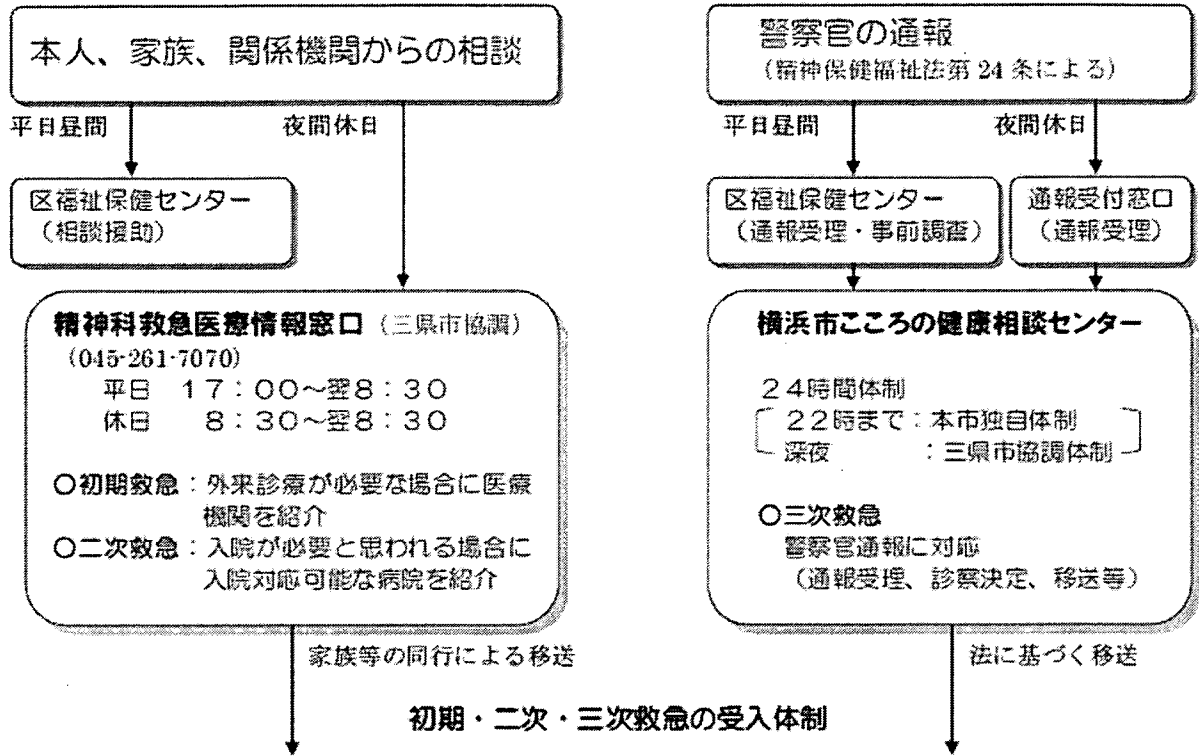
なし

参考文献

- 1 : 栄畑潤 : 「医師不足問題への取り組み－その現状・背景・対応策－」 週間社会保障2431 ; 36－45、2007。
- 2 : 小山明日香・竹島正 : 精神保健福祉白書 ; 157、2008。
- 3 : 平田豊明 : 「精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究」 こころの健康科学研究事業平成19年度総括・分担研究報告書 ; 13、2008。
- 4 : 服部晃 : 「地域医療崩壊の危機から考える、皆保険の対価としての単位医療圏構想」 新潟県医師会報687 ; 36－40、2007。
- 5 : 服部晃 : 「単位医療圏構想その2 地域医療の危機を二次医療圏制度から見る」 新潟県医師会会報693 ; 11－19、2007。

表7 横浜市救急システム

(三縣市協調体制) 平成19年度版※10月改訂



区分	曜日	昼間 8:30 ~ 17:00	夜間 17:00 ~ 22:00	深夜 22:00 ~ 翌8:30
初期救急	平	診療所等の通常診療	準基幹病院 ^{注4} (土曜日除く)	なし
	休	初期救急医療施設 ^{注1} (土曜日は13:00 ~ 17:00)		
二次救急	平	病院の通常診療	準基幹病院 ^{注4} (土曜日除く)	基幹病院 ^{注5} (当番制)
	休	当番病院 ^{注2} (4床/日)		
三次救急 (措置診察)	平	協力病院 ^{注3} (8床/日)	基幹病院 ^{注5}	基幹病院 ^{注5} (当番制)
	休	基幹病院 ^{注5}		



後方移送による基幹病院の空床確保

*身体合併症医療体制：精神科に入院中で、精神疾患及び身体疾患の両面から入院治療が必要な場合に
対応する転院体制（精神科救急医療体制と連携）

- 注1：初期救急医療施設（横浜市単独事業） 情報窓口からの紹介に応じ外来診療を行う施設
- 注2：当番病院 当番で、休日昼間の初期・二次救急の受入を行う精神科病院
- 注3：協力病院 輪番で、平日昼間の三次救急の受入を行う指定精神科病院
- 注4：準基幹病院 当番で、夜間（土曜日除く）の初期・二次・三次救急の受入を行う指定精神科病院
- 注5：基幹病院 夜間休日深夜の二次・三次救急の受入を行う病院。内訳は次のとおり。
 芹香病院 12床 川崎市立川崎病院 2床 横浜市大センター病院 3床
 北里大学東病院 3床 昭和大学横浜市北部病院 3床 横浜市立みなと赤十字病院 3床
 済生会横浜市東部病院 3床 計7病院 29床

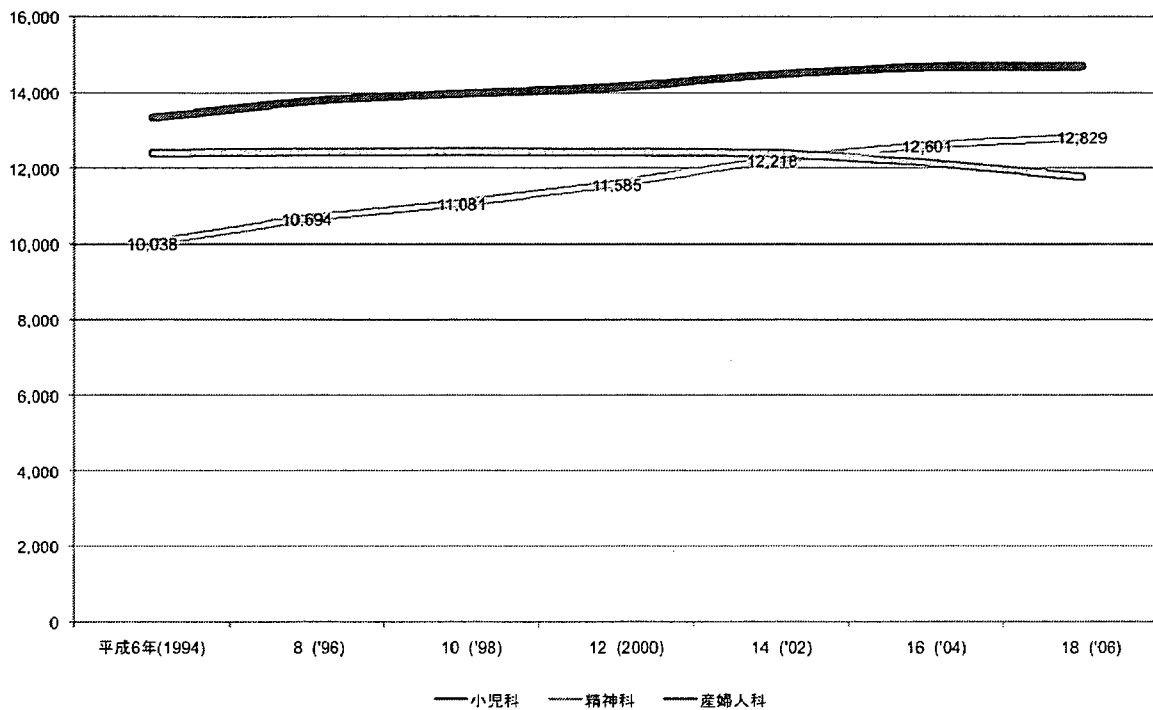
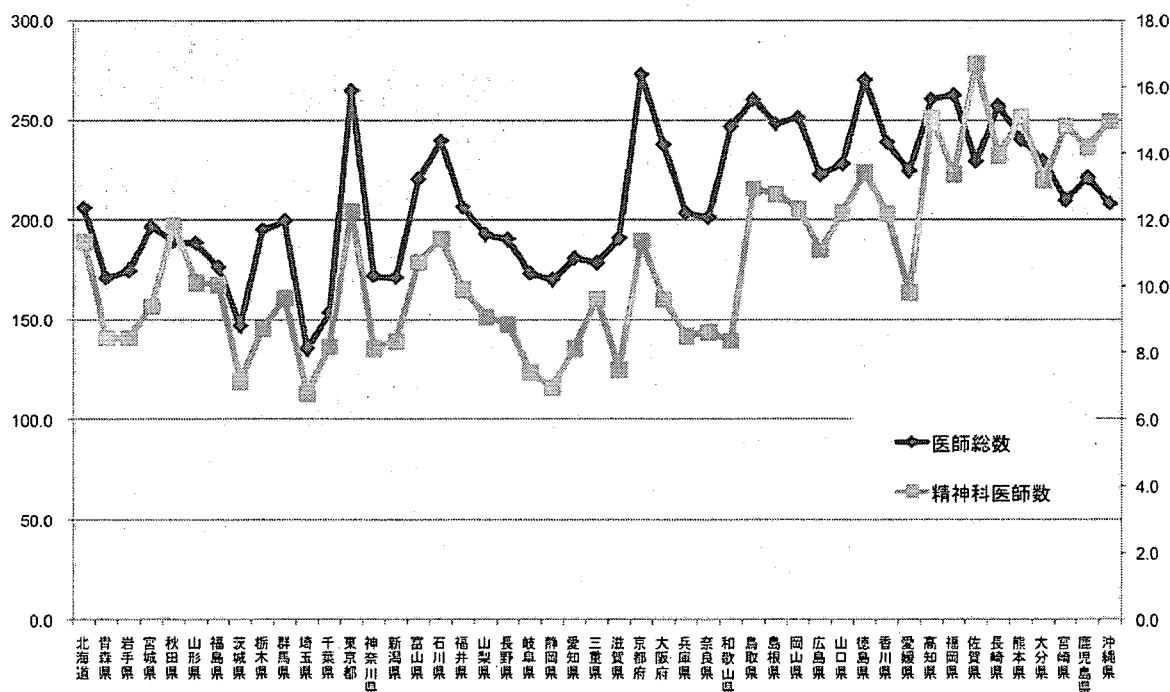


図1 医師数の推移

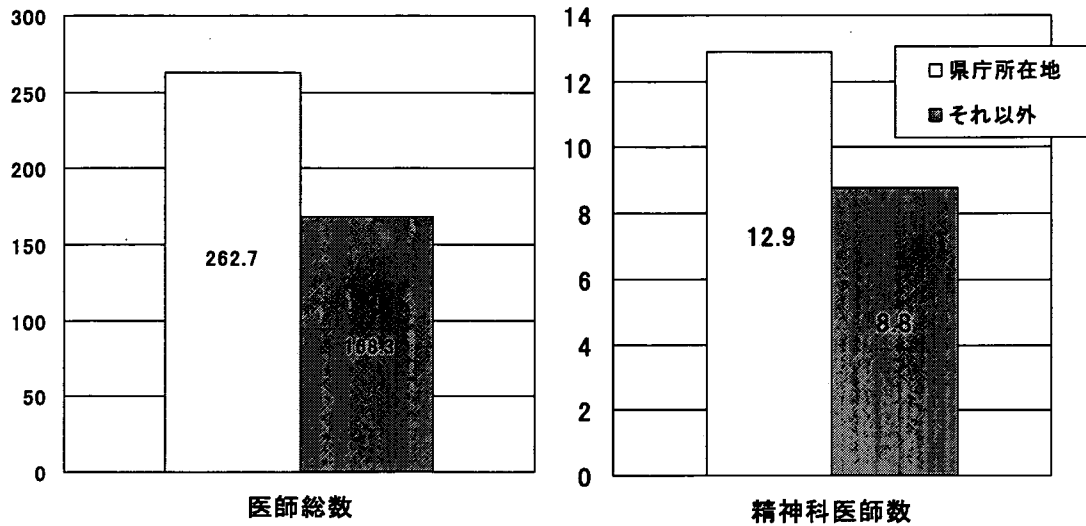
厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査（平成18年）



医師総数・精神科医師数の地域格差は大きく、医師総数では2倍、精神科医師数では2.5倍の差がある

図2 都道府県別医師数(人口10万対)

厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査（平成18年）



県庁所在地を含む二次医療圏とそれ以外の二次医療圏の医師総数と精神科医師の平均を比較すると約1.5倍の格差がある。

図3 県庁所在地を含む二次医療圏とそれ以外の比較(人口10万対)

厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査（平成18年）

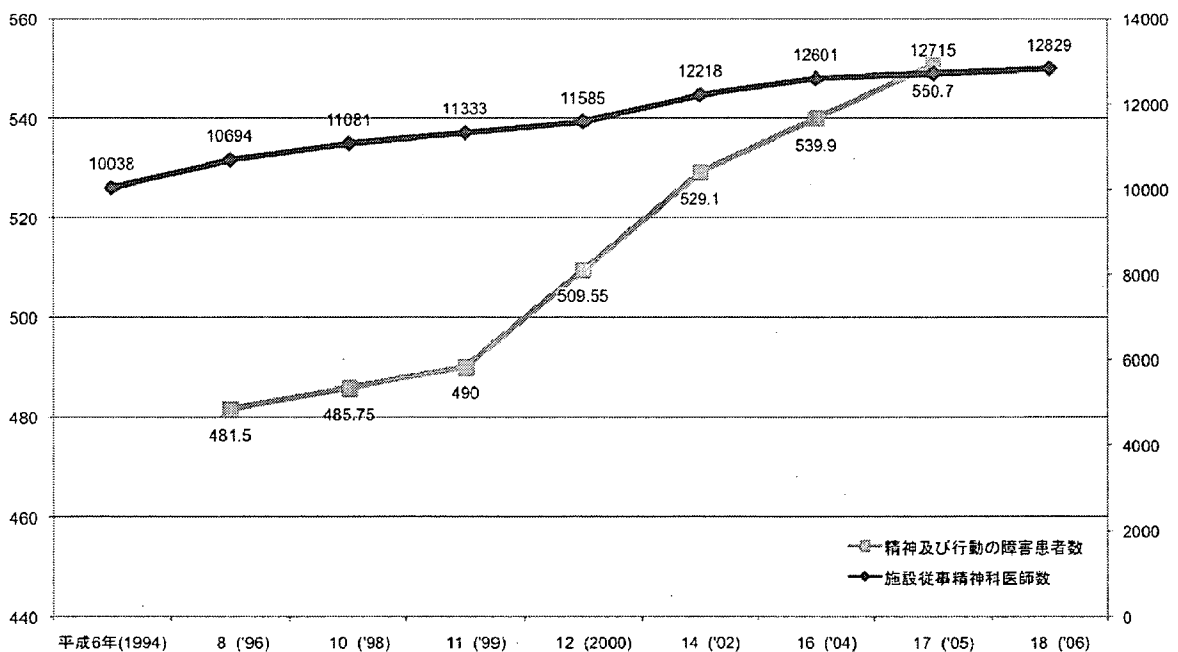


図4 医師数と患者数の推移

厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査（平成18年）
患者調査（平成17年）

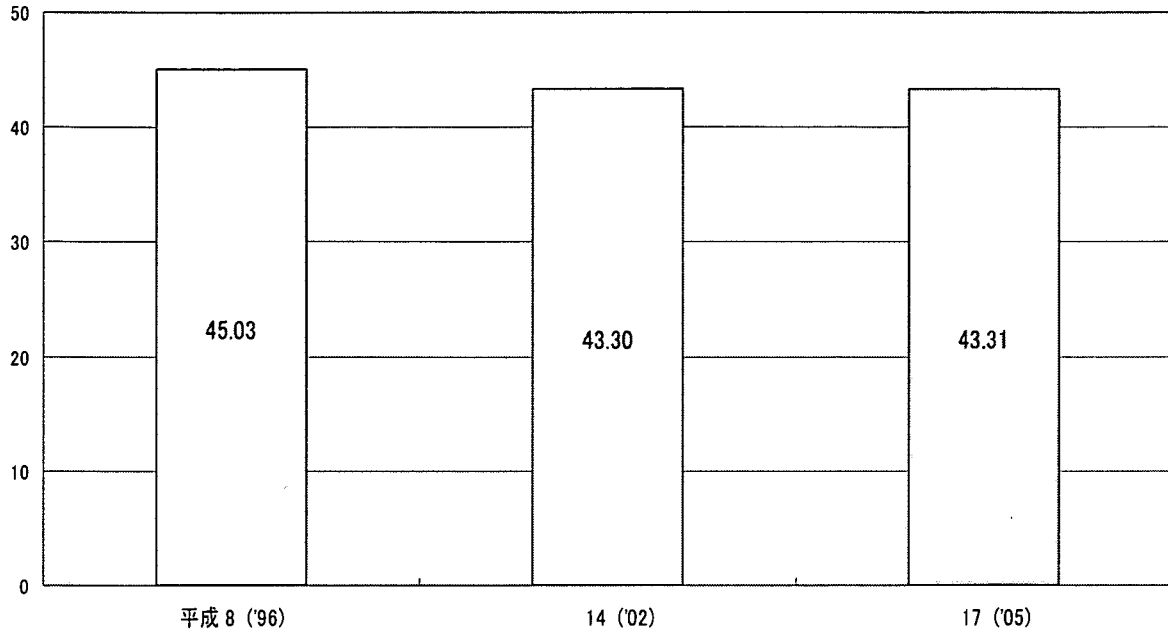
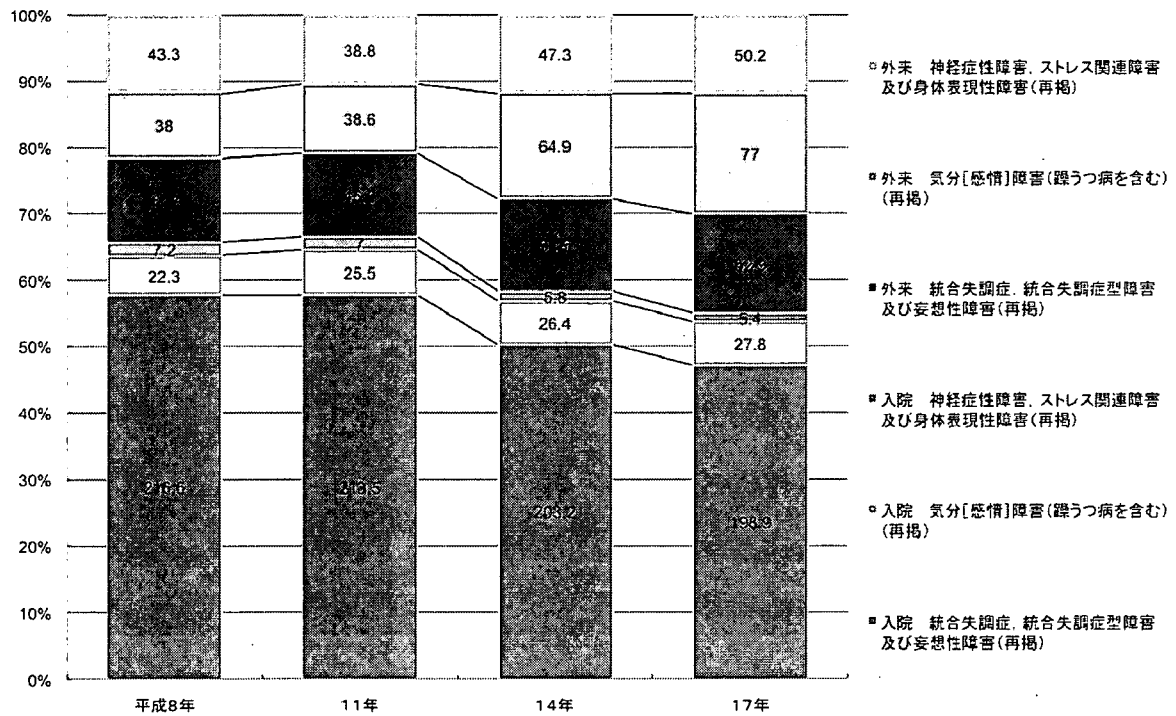


図5 精神科医師1名あたりの患者数

厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査（平成18年）
患者調査（平成17年）



患者数の推移の内訳は統合失調症を中心とした入院治療から、外来中心に移行している。

図6 推計患者数の年次推移

厚生労働省：患者調査（平成17年）

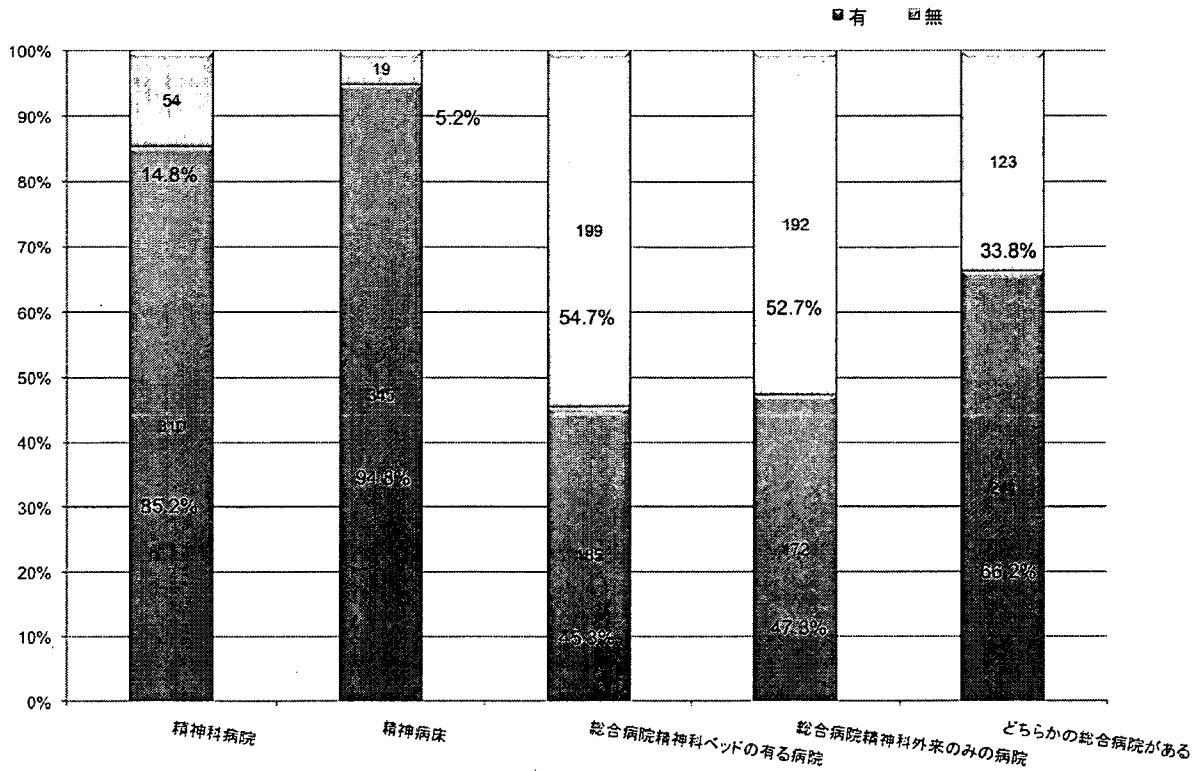


図7 二次医療圏における各要素の有無

厚生労働省：医療施設調査（平成18年）、および独自調査結果

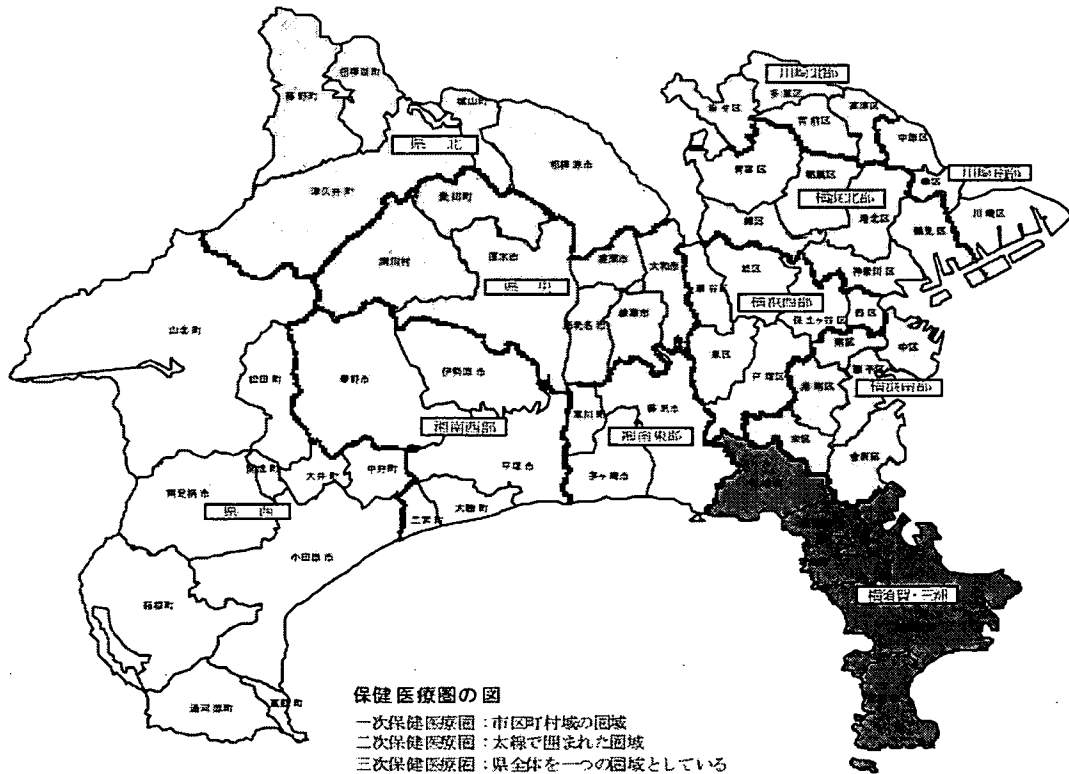


図8 二次保健医療圏名と構成市区町村

表1 二次保健医療圏名と構成市区町村

二次保健医療圏名	構成市区町村
横浜市北部	鶴見区、神奈川区、港北区、緑区、青葉区、都筑区
横浜市西部	西区、保土ヶ谷区、旭区、戸塚区、泉区、瀬谷区
横浜市南部	中区、南区、港南区、磯子区、金沢区、栄区
川崎市北部	高津区、宮前区、多摩区、麻生区
川崎市南部	川崎区、幸区、中原区
横須賀三浦	横須賀市、鎌倉市、逗子市、三浦市、葉山町
湘南東部	藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町
湘南西部	平塚市、秦野市、伊勢原市、大磯町、二宮町
県央	厚木市、大和市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川村
県北	相模原市、城山町、津久井町、相模湖町、藤野町
県西	小田原市、南足柄市、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町
計（11圏域）	（19市17町1村）

表2 二次保健医療圏の概要

二次保健医療圏名	人口	医師数	看護師数	保健師数
横浜市北部	1,460,399	8,294	7,727	916
横浜市西部	1,086,780	7,546	7,352	3117
横浜市南部	1,059,618	6,480	6,982	1431
川崎市北部	780,027	4,187	3,745	1220
川崎市南部	566,553	3,629	5,126	248
横須賀三浦	735,202	5,498	5,336	966
湘南東部	675,841	3,810	3,650	969
湘南西部	592,491	4,402	5,181	1704
県央	826,403	5,430	5,343	1553
県北	703,957	5,857	6,675	1187
県西	360,895	2,855	3,390	954
計（11圏域）	8,848,166	57,988	60,507	14265

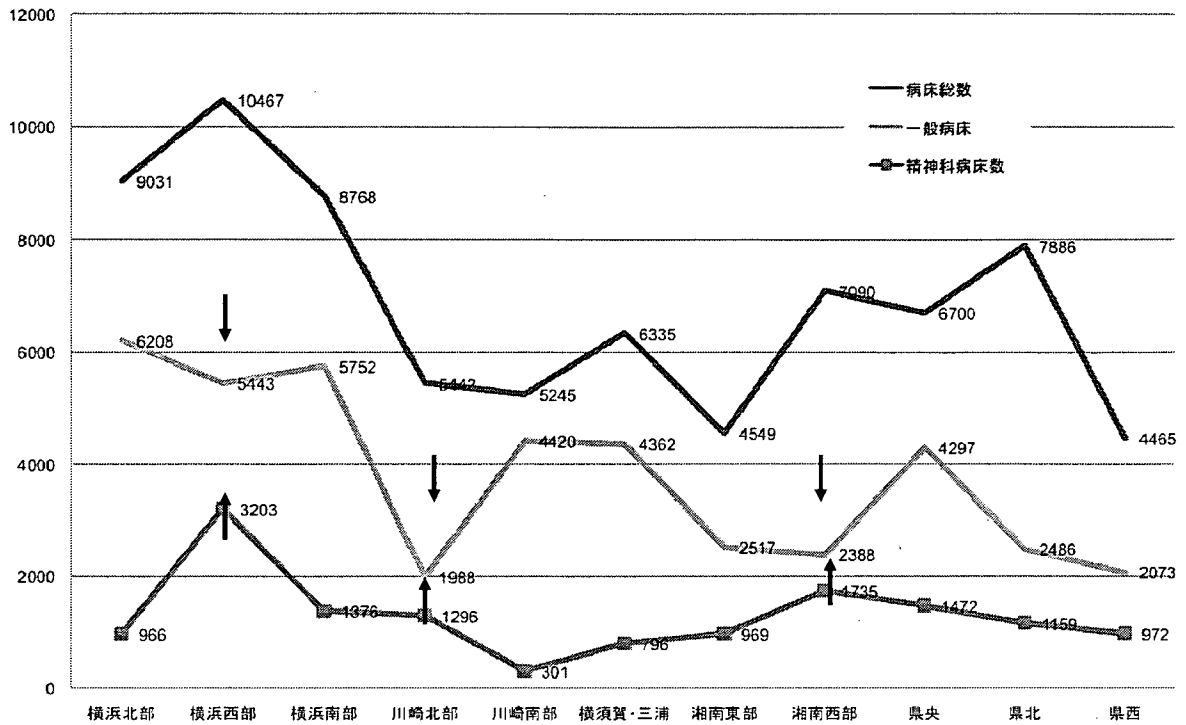


図9 二次医療圏ごとの病床数

厚生労働省：医療施設調査（平成18年）

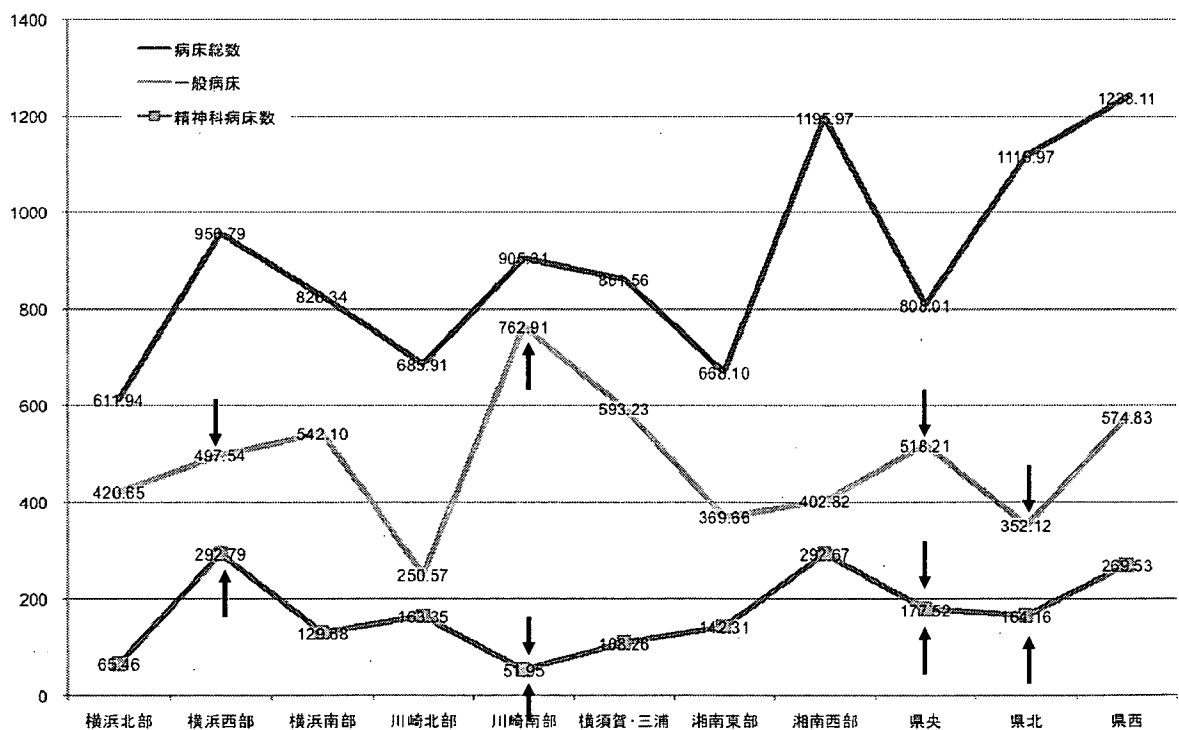


図10 二次医療圏ごとの病床数(人口10万対)

厚生労働省：医療施設調査（平成18年）、都道府県HPより

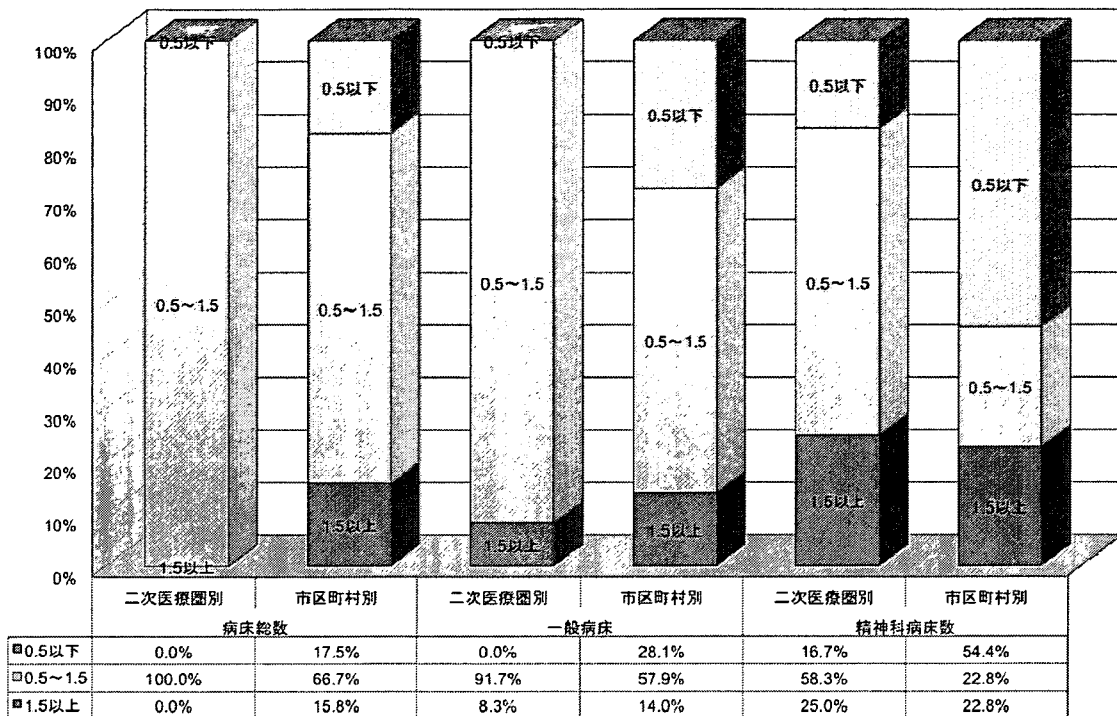


図11 神奈川県平均を1とした時の比較

厚生労働省：医療施設調査（平成18年）

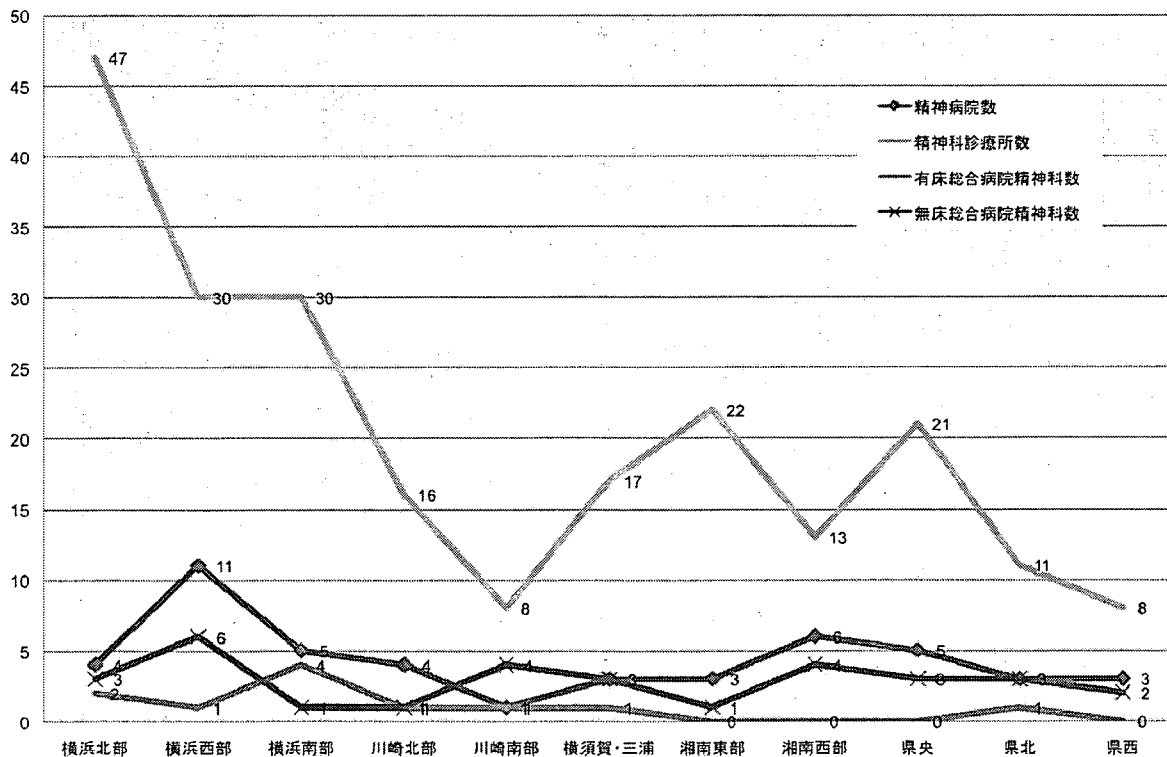


図12 二次医療圏毎の施設数

厚生労働省：医療施設調査（平成18年）、および独自調査結果

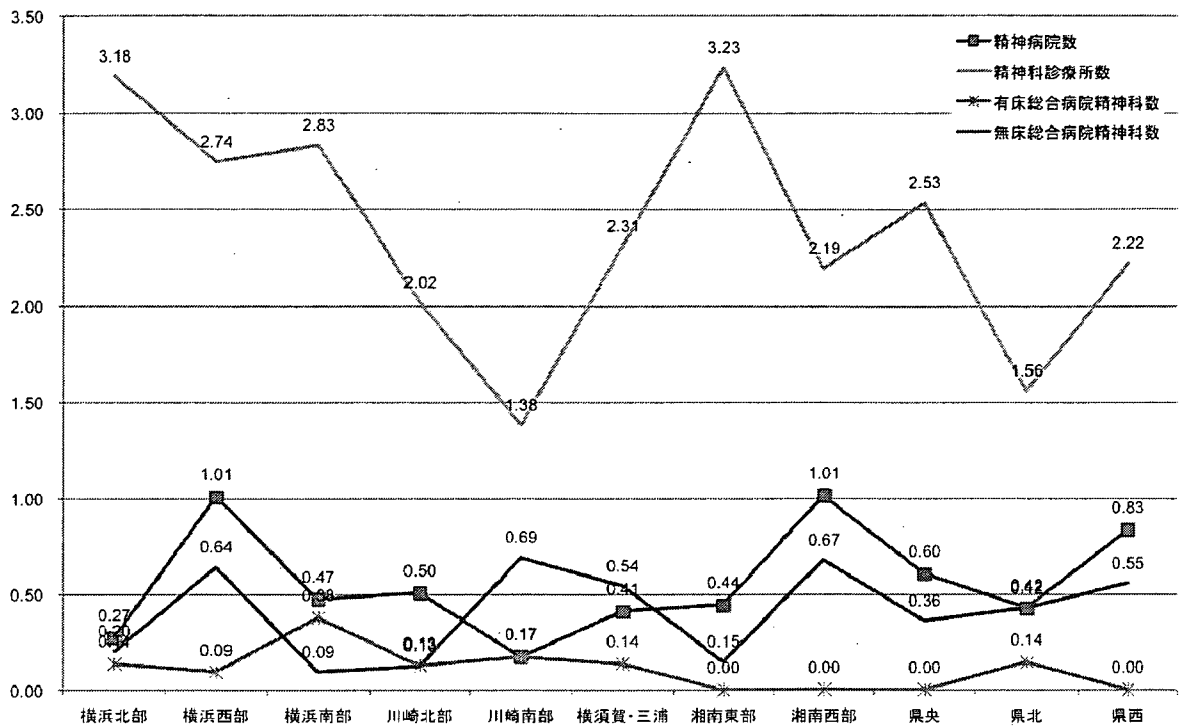


図13 二次医療圏ごとの施設数

厚生労働省：医療施設調査（平成18年）、および独自調査結果

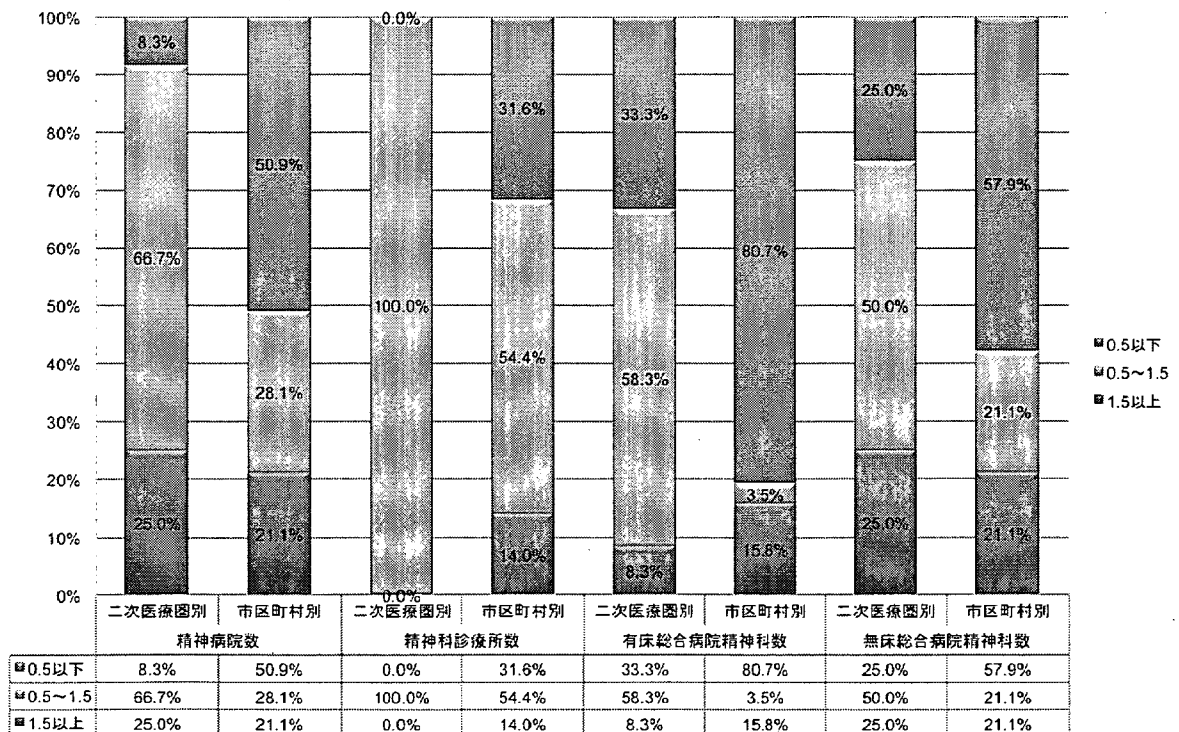


図14 神奈川県平均を1とした時の比較

厚生労働省：医療施設調査（平成18年）、および独自調査結果

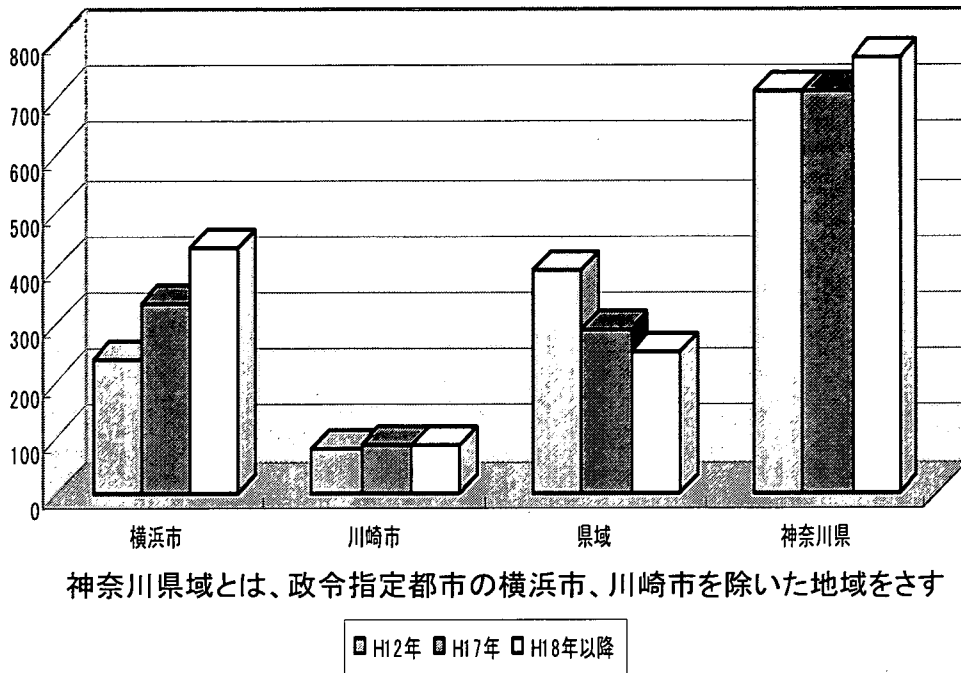
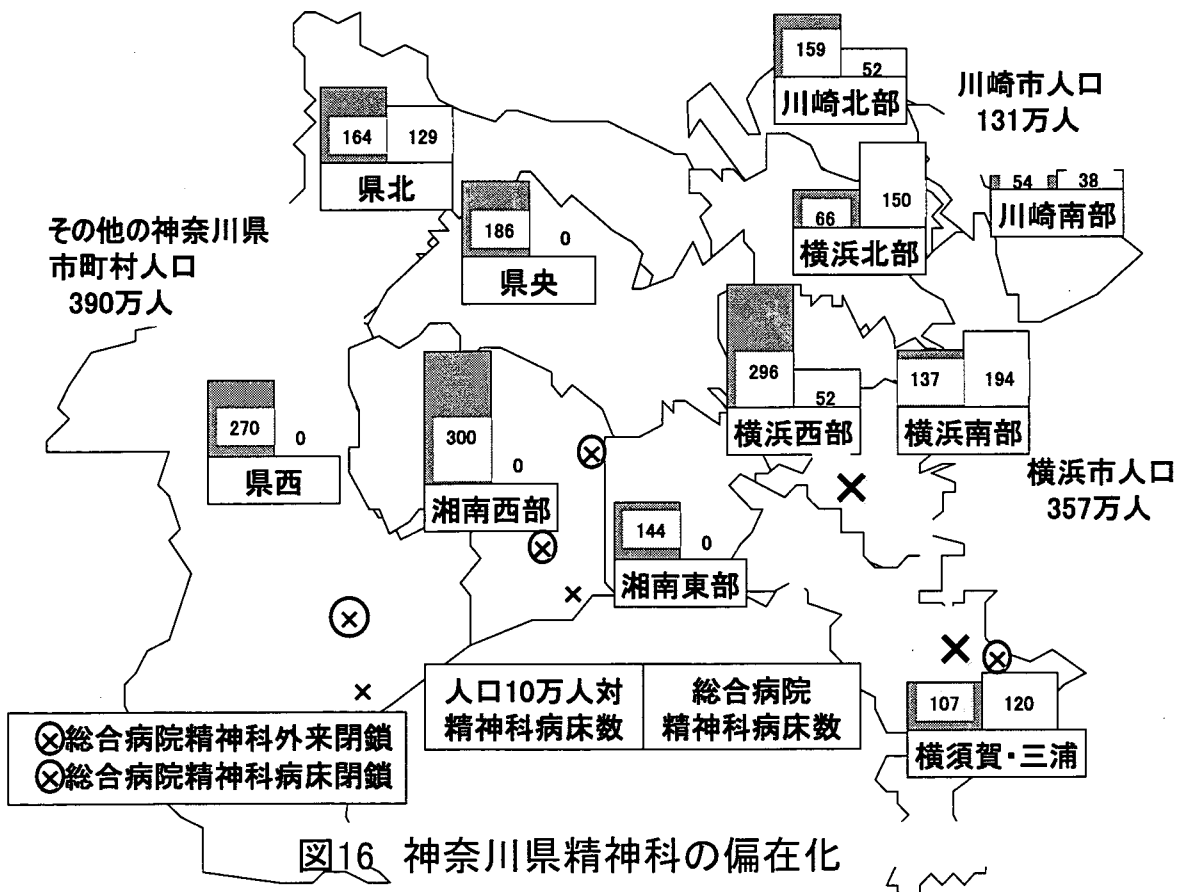


図15 神奈川県総合病院精神科病床の変化



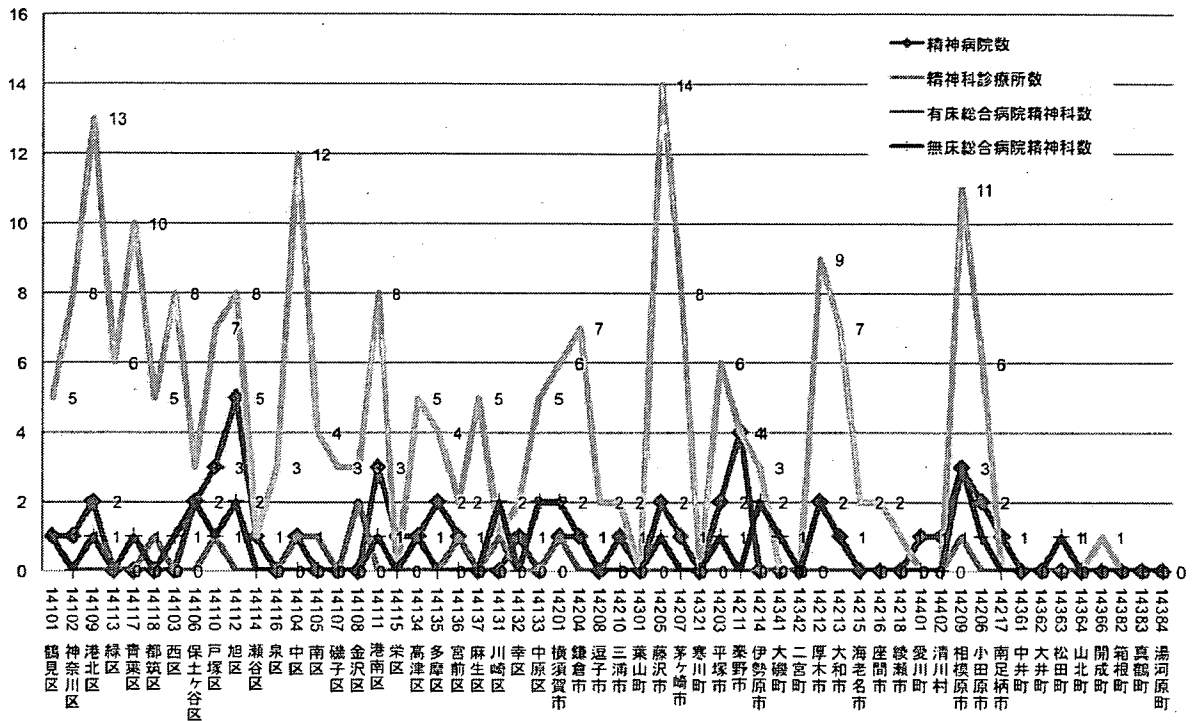


図17 市区町村別の施設数

厚生労働省：医療施設調査（平成18年）、および独自調査結果

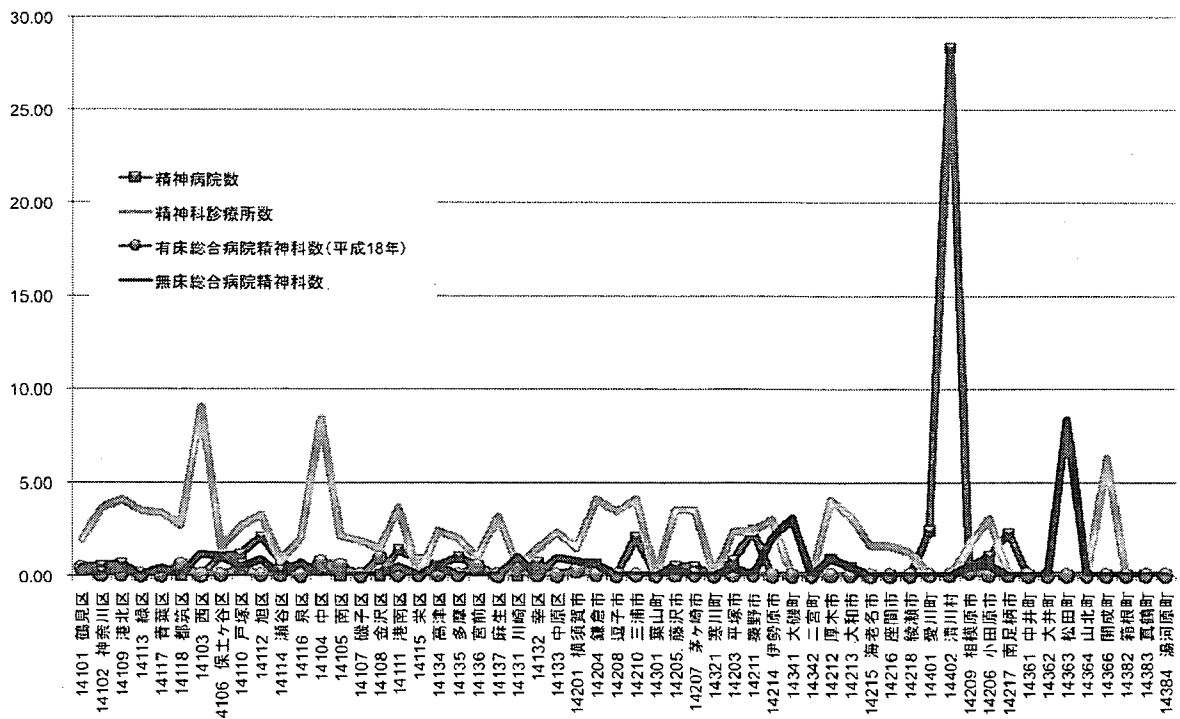


図18 市区町村ごとの施設数(人口10万対)

厚生労働省：医療施設調査（平成18年）、および独自調査結果

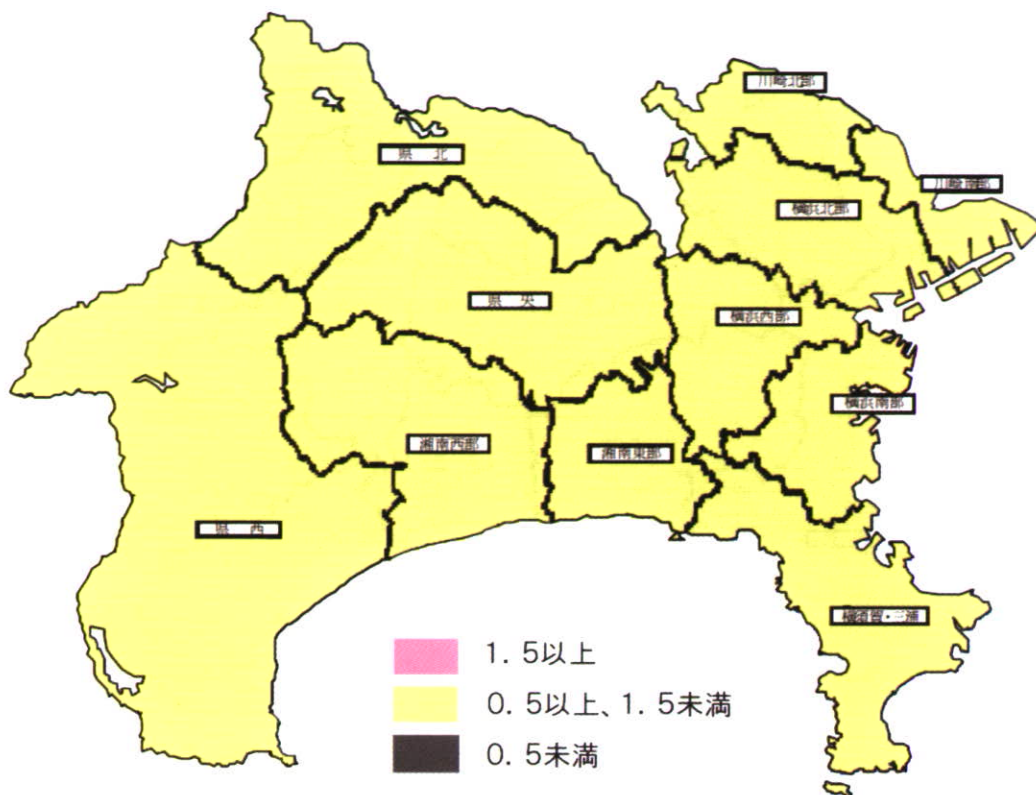


図19 人口10万あたりの病床総数(二次医療圏別)

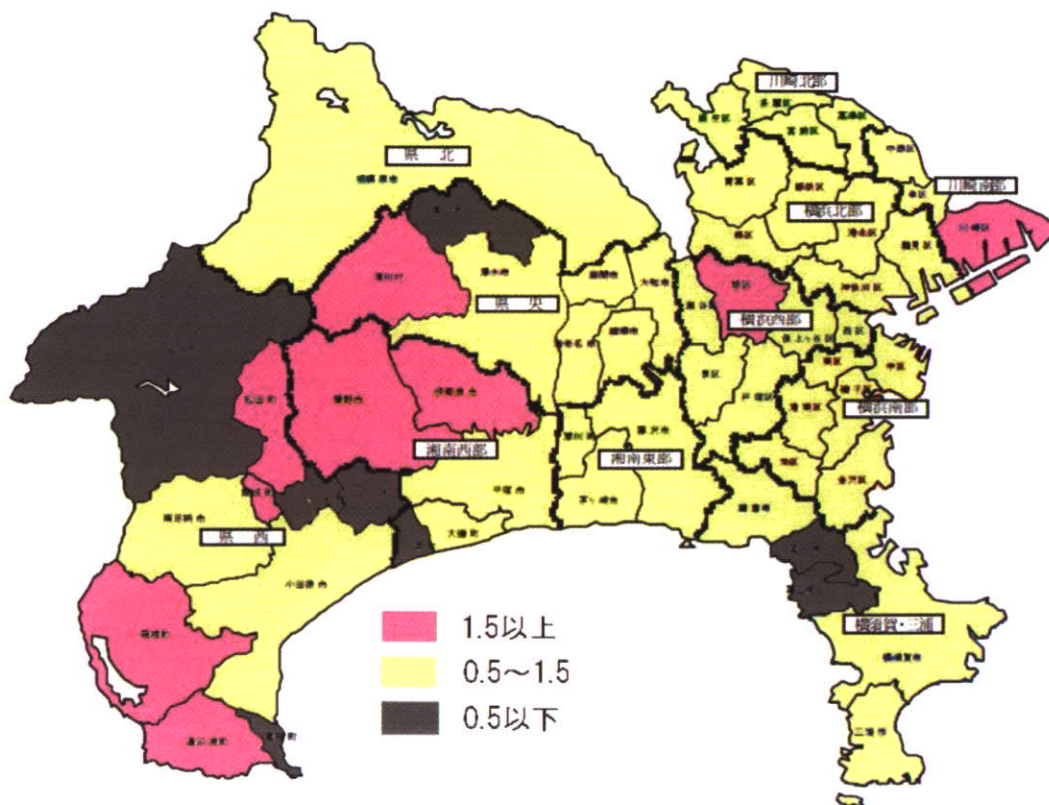


図20 人口10万あたりの病床総数(市区町村別)

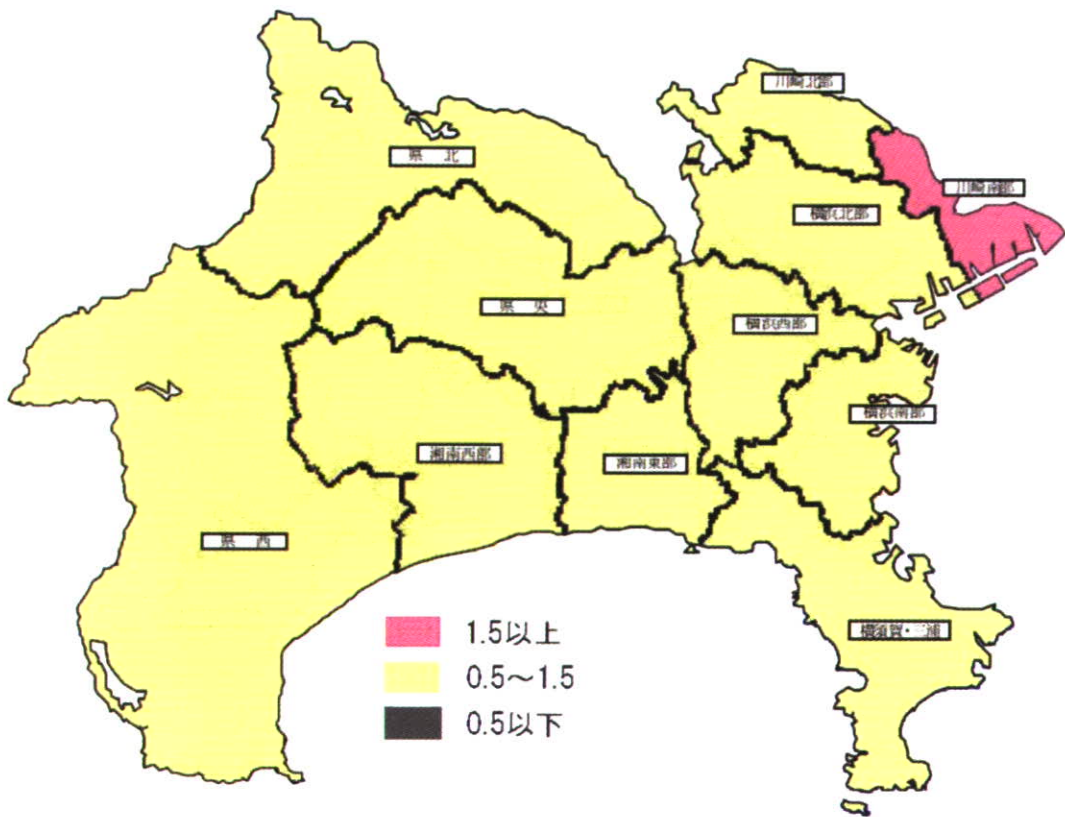


図21 人口10万あたりの一般病床数(二次医療圏別)

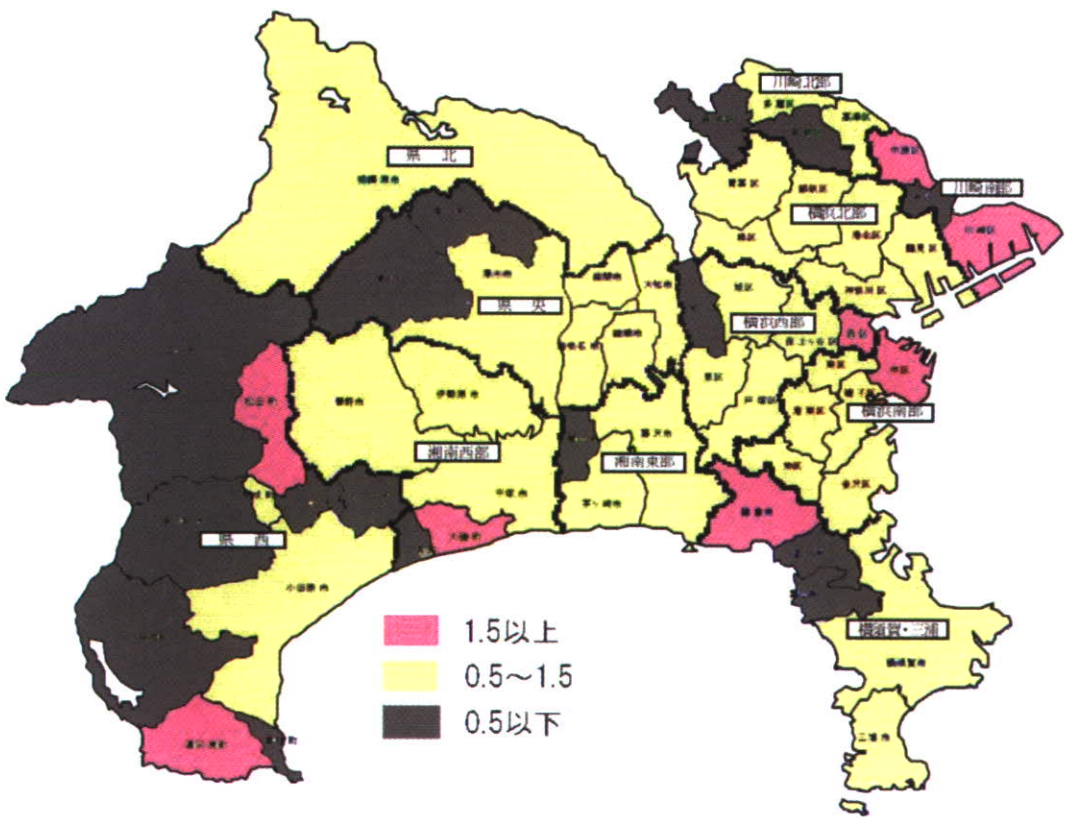


図22 人口10万あたりの一般病床数(市区町村別)

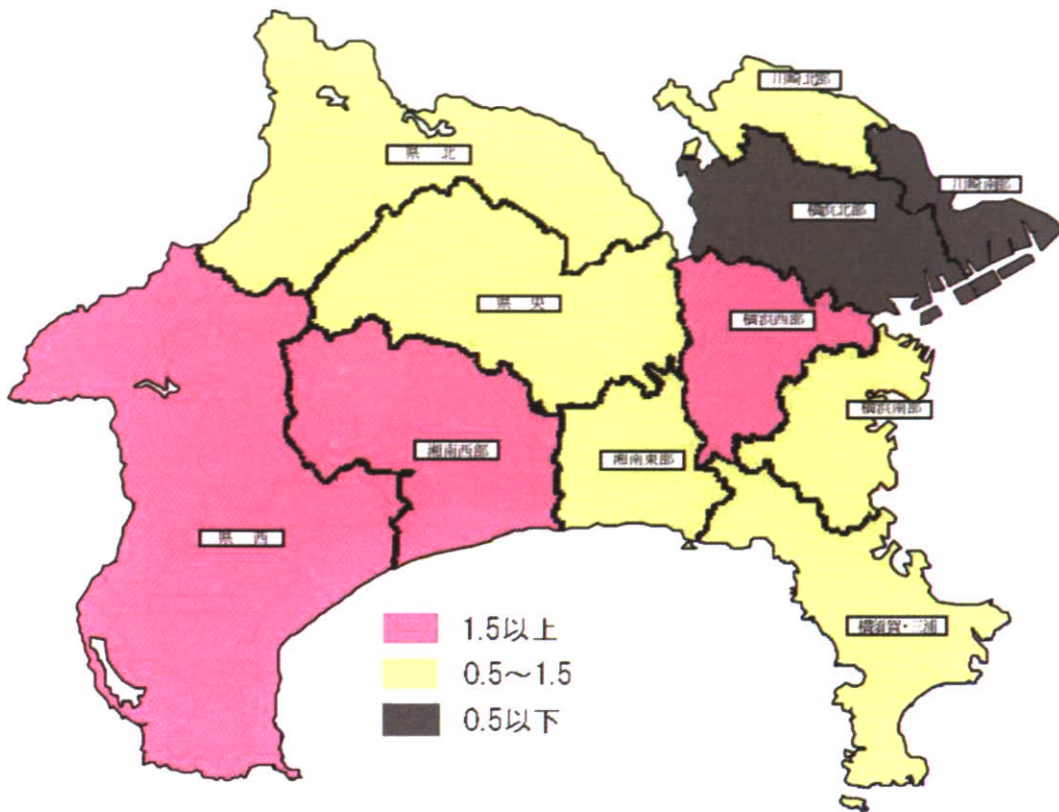


図23 人口10万あたりの精神病床数(二次医療圏別)

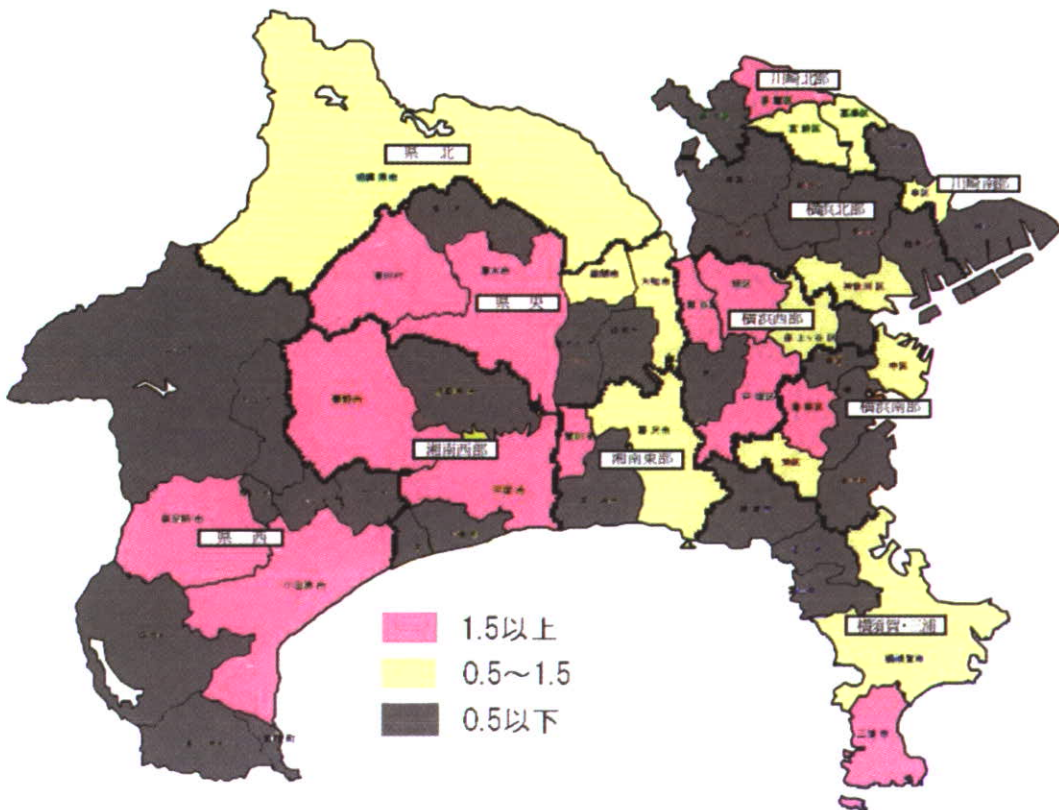


図24 人口10万あたりの精神病床数(市区町村別)

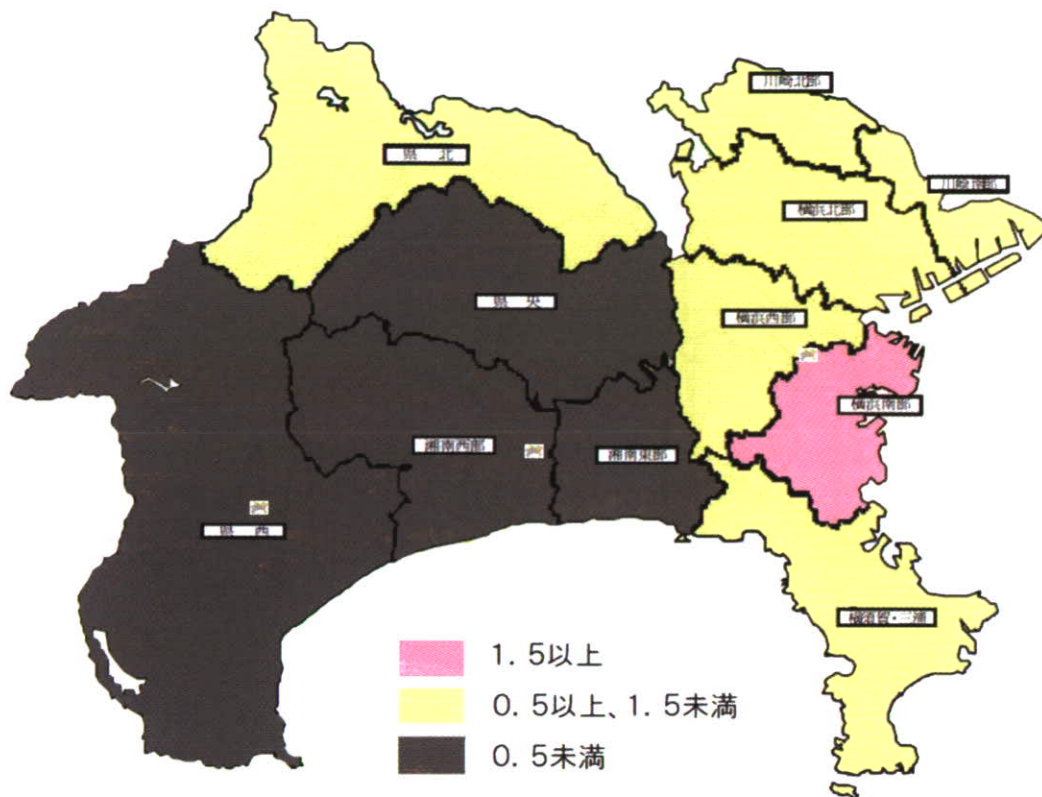


図25 二次医療圏毎の有床総合病院精神科

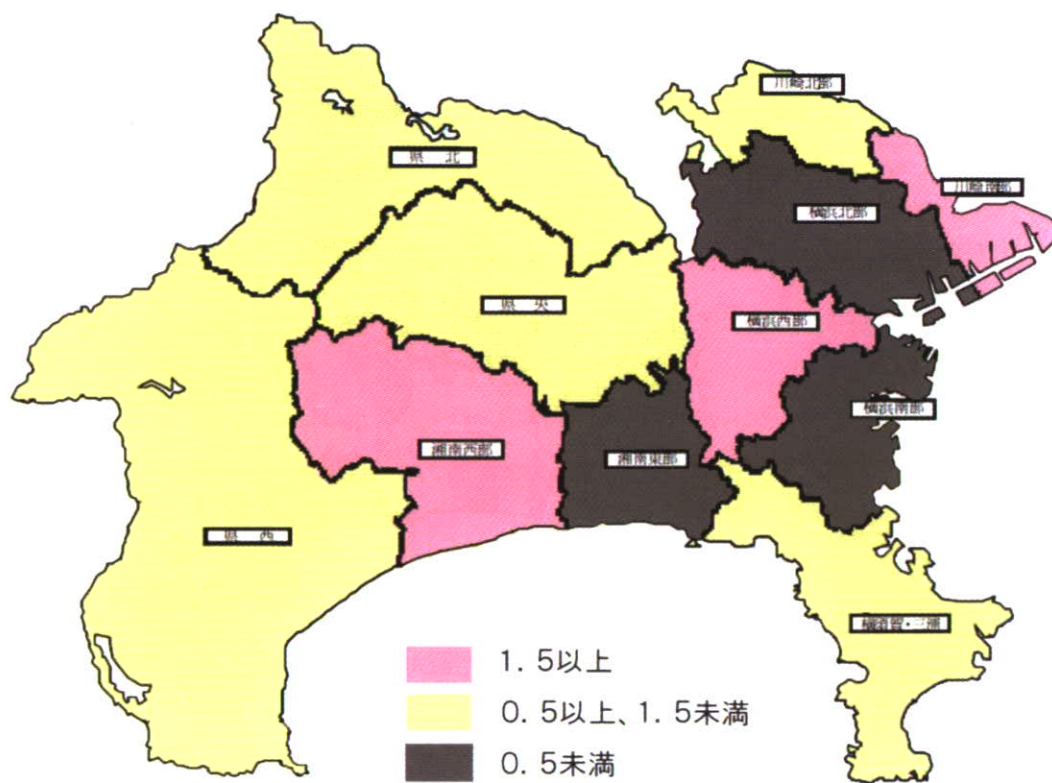


図26 無床総合病院精神科施設(二次医療圏毎)

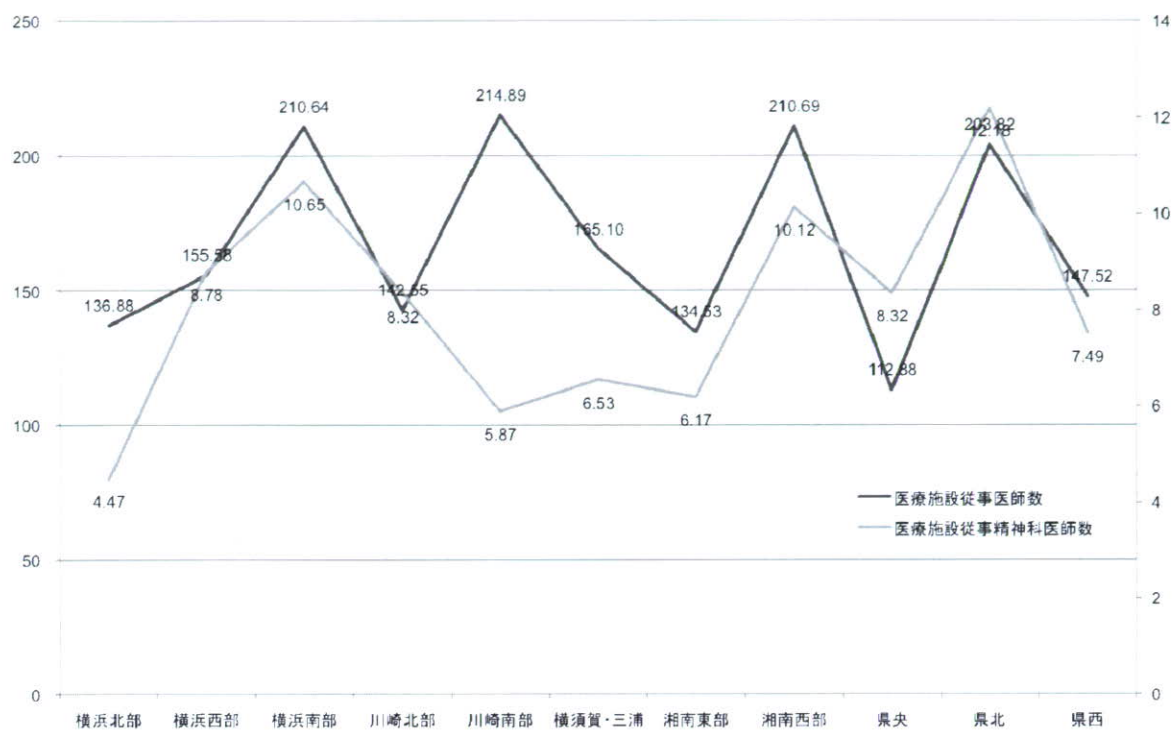


図27 二次医療圏ごとの医師数(人口10万対)

厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査（平成18年）、都道府県HPより

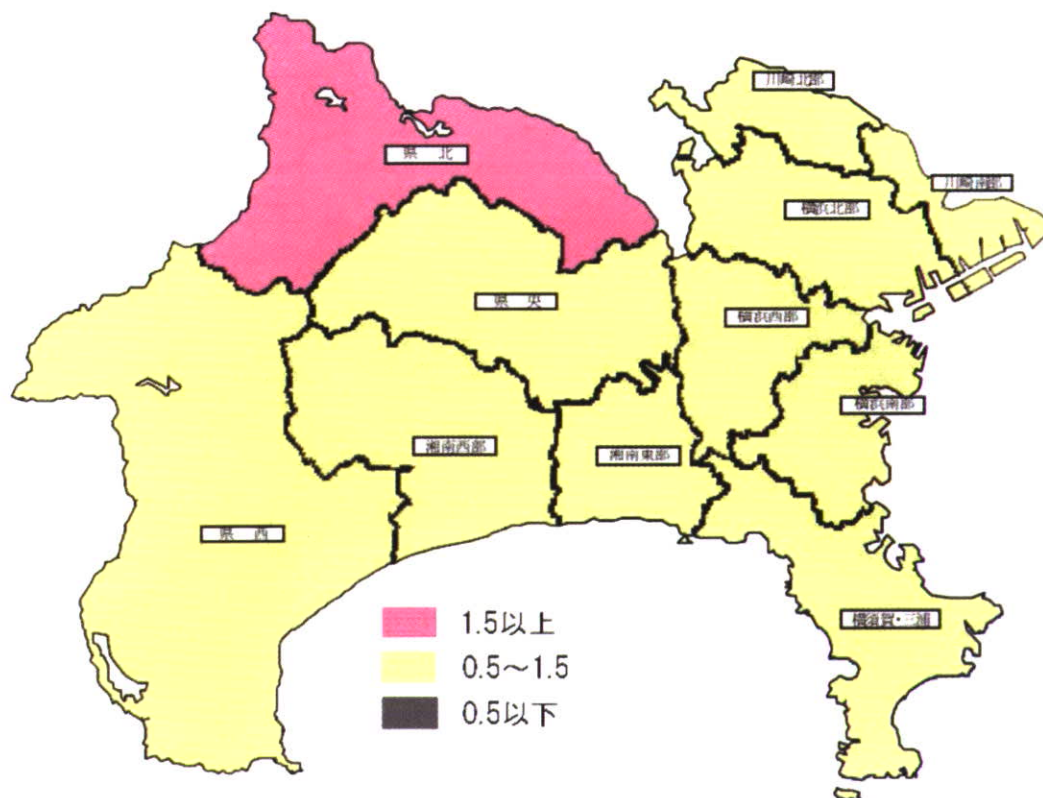


図28 人口10万あたりの医療施設従事精神科医師数(二次医療圏別)