

図-1:精神医療病棟群の類型のイメージ

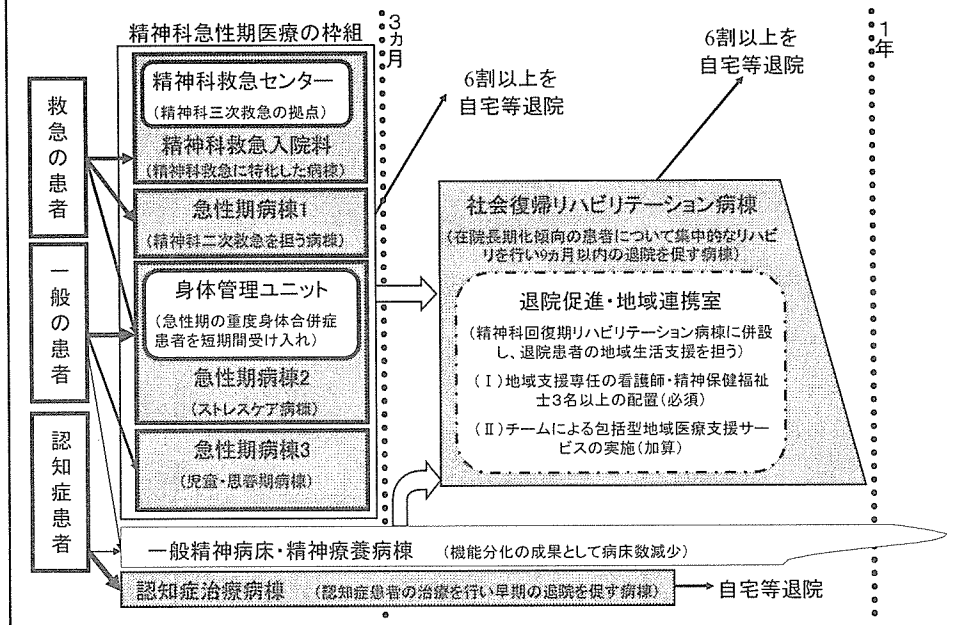
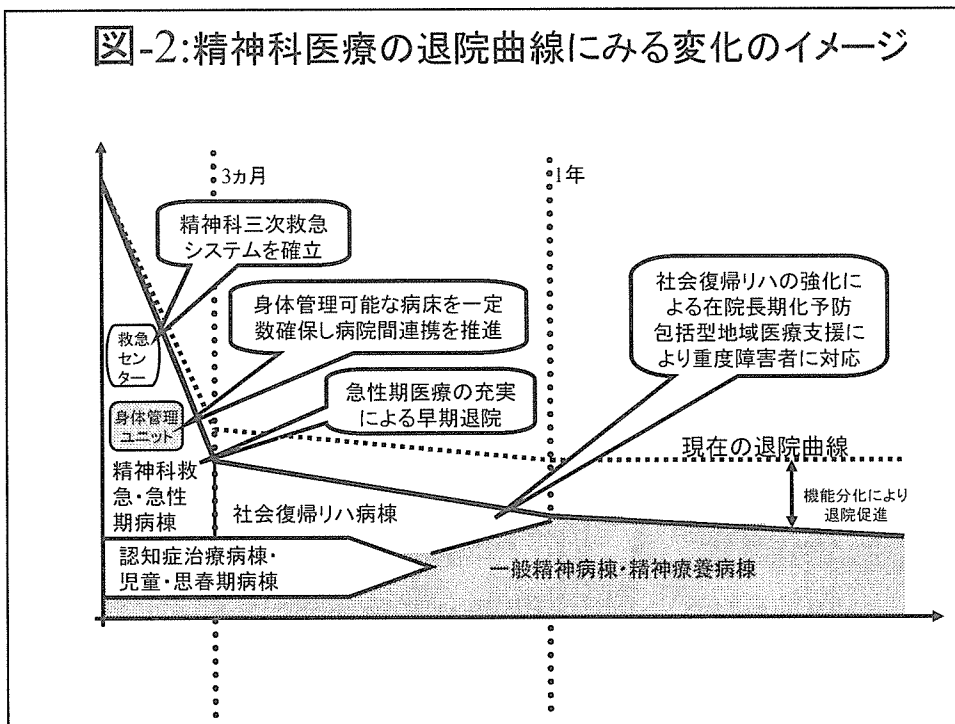
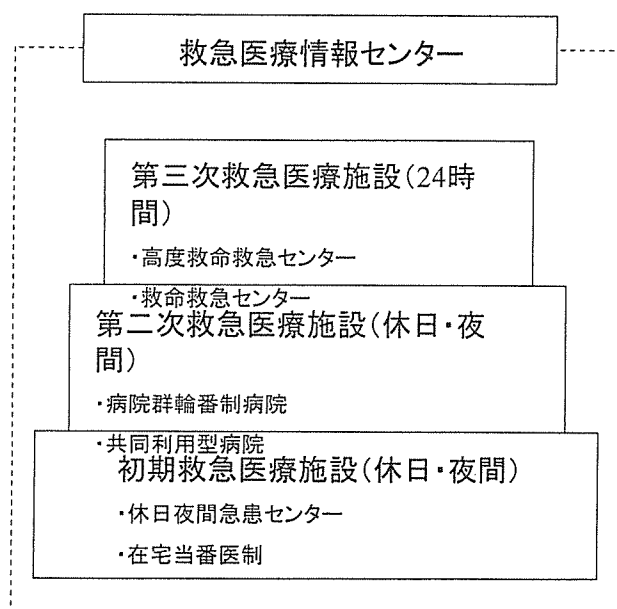


図-2:精神科医療の退院曲線にみる変化のイメージ

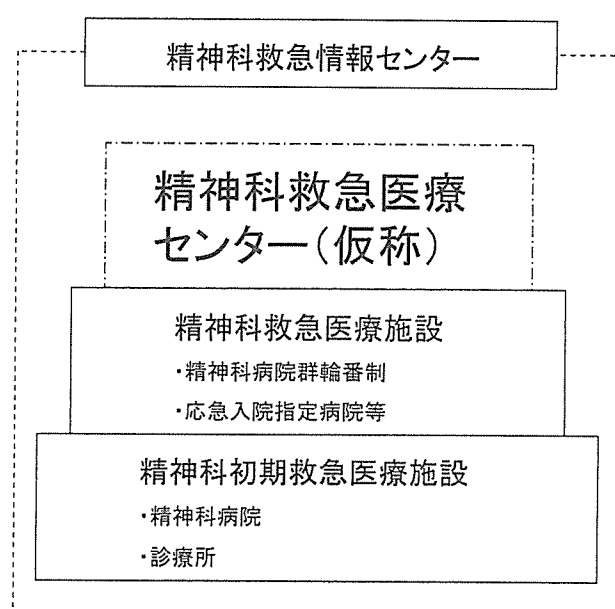


救急医療システムの考え方(案)

一般救急(既存)



精神科救急(案)



第9回「精神病床等に関する検討会」事務局資料

II. 分担研究報告

平成 18 年度厚生労働科学研究補助金（障害保健福祉総合研究事業）

「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」

分担研究報告書

精神科救急病棟の運用実態および身体合併症治療に関する研究

分担研究者 平田豊明（静岡県立こころの医療センター）

研究協力者 市江亮一（山梨県立北病院） 来住由樹（岡山県立岡山病院） 小沼杏坪（せ
のがわ病院） 澤温（さわ病院） 渋谷孝之（千葉県精神科医療センター）
杉山直也（横浜市立大学精神科） 早川達郎（国立精神・神経センター国府台
病院） 藤村尚宏（東京武蔵野病院） 伊藤弘人（国立精神・神経センター精
神保健研究所） 木谷雅彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）

【研究要旨】

目的) 平成 18 年 10 月末現在、精神科救急入院料認可病棟（以下「精神科救急病棟」）は、全国で 25 ヶ所あった。わが国での精神科急性期治療の場を代表するこれらの病棟の運用実態を把握し、今後の治療指針や精神科救急医療システムの改善策を立案するための素材とすることを本研究の目的とした。

方法) 当該病棟をもつ病院を対象として、郵送法による施設調査を実施した。

結果) 調査を依頼した 25 病院のうち、23 病院から回答があった。精神科救急病棟の病床数は平均 46.0 床で、ここに 4.1 人の専任医師と 25.5 人の看護師などを配して、2005 年度は、1 施設平均年間 360.0 人の入院患者を平均 40.3 日で治療し、62.9%を自宅退院としていた。

精神科救急病棟で受け入れ可能な身体救急事例は、一次救急レベルでは 100%可能であったが、二次救急レベルでは半数以下となり、三次救急レベルが受け入れ可能なのは 1 施設のみであった。最近 6 ヶ月間に当該病棟から退院した患者のうち、身体合併症を有する患者 210 例の報告が 10 施設からなされた。糖尿病と循環器系疾患で 6 割を超えていた。

考察) 2003 年から 2005 年までの指標を比べると、平均在院日数の延伸傾向、緊急的入院形態の減少、自宅退院率の上昇などの変化を認め、精神科救急病棟群は、治療の迅速性よりも継続性を重視し、地域ケアの一環としての急性期治療を志向しつつあるように見える。地方都市への展開や民間病院の増加によってこの傾向は強まると予測されるが、精神科マクロ救急システムにおける基幹病院としての機能も再認識されるべきである。

精神科救急病棟に入院してくる患者の約 2%は、一般科もしくは総合病院精神科への転院を要する身体疾患を合併していると推計されたが、精神科単科病院が主体の精神科救急病棟認可病院は、身体管理能力に大きな限界を抱えている。この限界を克服するには、総合病院精神科の拡充もしくは精神科救急と身体救急のリンク強化が必要であるが、精神科救急システムの整備の遅れと地域差がこれを阻んでいるのが現状である。

結論) 精神科救急ケースが心身両面で良質の医療を受けられるためにも、また、近年社会問題化している自殺の防止に寄与するためにも、精神科救急と身体救急システムの連携が急務である。また、補助金に頼る救急システムから、精神科救急病棟など臨床現場を起点に組み立てるシステムへと、精神科医療従事者には発想の転換が求められている。

A. 研究目的

2002年に診療報酬の項目に新設された精神科救急入院料認可病棟（以下「精神科救急病棟」と略記）を有する病院は着実に増加している。とりわけ2006年度は4月から10月までの間に6か所が新たに認可され、10月現在で25施設になる（図1）。この病棟の認可に際しては高規格の施設基準のクリアが求められ、その後の運用上も厳しい条件が課せられているが、医療の内容については、特に指針や条件があるわけではない。

また一般の救急医療との連携や機能分化がこれまで必ずしも明確ではなく、身体合併症のある精神科患者が実際にどちらにどれだけ入院しているのか、実態は明らかではなかった。

本年度は、平成16、17年度に続いて精神科救急病棟運用の概要を調査するとともに、救急のレベルごとの身体合併症患者の対応の可否や患者の入退院の経路を調査し、一般救急との連携システムの構築の素材として活用することを目的とした。

B. 研究方法

1. アンケート調査票の作成

(1) 施設票

A.調査対象病棟の母体病院となる病院全体の概況、B.精神科救急病棟の運用概況という大項目を建て、病棟の設備・人員、診療実績、治療種別に関する設問を配した調査票を作成した（資料1）。

(2) 身体合併症調査票

①精神科救急病棟での身体合併症患者の対応の原則、②精神科、身体科、それぞれの救急レベルに応じた対応（受け入れ）の可否、③回答日現在の身体合併症のある入院患者の内訳、④過去6ヶ月間の「身体合併症」を有する患者の入院および退院転帰の経路を問う

調査票を作成した（資料2）。

2. 調査対象

2006年10月現在、精神科救急病棟は図1に示した以下の25施設に設置されていた。これらの施設に前記の調査票を送付し、調査を依頼した。

〈民間病院〉

旭川圭泉病院
公德会佐藤病院
袖ヶ浦さつき台病院
東京武蔵野病院
沼津中央病院
清水駿府病院
聖隷三方原病院
総合診療センターひなが
さわ病院
せのがわ病院
松山記念病院
土佐病院
のぞえ総合心療病院
新垣病院

〈国公立病院〉

栃木県立岡本台病院
群馬県立精神医療センター
千葉県精神科医療センター
国立精神・神経センター国府台病院
神奈川県立精神医療センター芹香病院
山梨県立北病院
石川県立高松病院
京都府立洛南病院
大阪府立精神医療センター
岡山県精神科医療センター
国立病院機構肥前精神医療センター

C. 研究結果

調査を依頼した25病院のうち、23病院から回答があった。主な調査結果を以下に示す。

1. 病院全体の概況

(1) 病院全体の概況

①設立主体

- ・ 国立・独立行政法人立：2
- ・ 都道府県立：8
- ・ その他の公立：0
- ・ 民間立：13

②一般病床数

1347 床 (5 施設のみ)

③検査体制

(a)血液検査

- ・ 24 時間検査可能：10
- ・ 時間帯により検査困難：12
(無回答 1 施設)

(b)生化学検査

- ・ 24 時間検査可能：10
- ・ 時間帯により検査困難：12
(無回答 1 施設)

(c)X 線単純撮影

- ・ 24 時間検査可能：6
- ・ 時間帯により検査困難：16
(無回答 1 施設)

(d)CT 検査

- ・ 24 時間検査可能：6
- ・ 時間帯により検査困難：15
- ・ 検査設備なし：1
(無回答 1 施設)

④精神科病棟全体の概要

- ・ 精神科病床数平均：321.8 床
- ・ 看護単位数平均：6.5 単位
- ・ 隔離室数平均：19.2 室
- ・ 個室数平均：43.0 (無回答 1 施設)

(2) 職員配置 (回答日現在 1 施設平均)

①常勤医師：13.7 人

うち精神保健指定医：9.6 人

②常勤看護師：169.0 人

うち准看護師：28.6 人

③常勤コメディカルスタッフ

- ・ 精神保健福祉士：10.3 人
- ・ 心理療法士：4.1 人

・ 作業療法士：8.6 人

(3) 診療実績 (平成 17 年度 1 施設平均)

①外来部門

- (a)年間初診患者数 (再来新患と職員を除く)：2248.2 人
- (b)年間外来患者延べ数：76,761.67 人
- (c)うち時間外患者延べ数：1,996.2 人
- (d)診療日 1 日当たり平均外来患者数：271.9 人
- (e)年間訪問看護件数 (診療報酬算定)：2,585.6 件 (無回答 2 施設)
- (f)年間デイケア通所者延べ数：18,117.2 人 (無回答 1 施設)
- (g)1 日平均デイケア通所者数：69.7 人 (無回答 1 施設)

②病棟部門

- (a)年間延べ在院患者数：118,080.1 人
- (b)1 日平均在院患者数：323.5 人
- (c)年間病床利用率：89.1%
- (d)年間入院件数：1527.3 件
- (e)年間退院件数：1535.4 件
- (f)年間病床回転率：4.4
- (g)平均在院日数：145.4 日

(4) 電話相談体制

①精神科救急情報センター (厚労省認可)

- ・ 院内に設置されている：4
- ・ 設置されていない：19

②電話受け付け時間帯

- ・ 24 時間：17
- ・ 時間制限あり：1
- 無回答：5

③電話対応スタッフ

- ・ 原則として精神保健福祉士・看護師など専任スタッフが対応：10
- ・ 原則として医師が対応：5
- ・ その他：3
- 無回答：5

④電話相談件数 (平成 17 年度) 1 施設平均：

3,431.4 件（無回答 9 施設）

(5) 都道府県の精神科救急医療事業への参加状況

①参加状況

- ・ 基幹病院として参加：14
- ・ 輪番病院として参加：8
- ・ その他の形で参加：0
- ・ 参加していない：1

②この事業を経由した診療件数（平成 17 年度）の 1 施設平均数（無回答 6 施設）

総診療件数：344.3 件

うち入院：140.8 件

(6) 行動制限最小化委員会の設置

- ・ 設置しており、月 1 回以上開催している：22
- ・ 設置しており、開催頻度は年間 1～11 回である：0
- ・ 設置しているが、開催していない：1
- ・ 設置していない：0

2. 精神科救急病棟の運用概況（回答日現在の 1 施設平均）

(1) 当該病棟の施設・設備

①病床数：46.3 床

②隔離室：7.5 床（無回答 1 施設）

(a)平均床面積：12.4 平米（無回答 2 施設）

(b)酸素・吸引設備あり：2.3 室（無回答 1 施設）

(c)ステンレス製の便器設置：4.6 室（無回答 1 施設）

③個室：17.7 床

(a)平均床面積：11.6 平米（無回答 2 施設）

(b)酸素・吸引設備あり：4.0 室（無回答 2 施設）

(c)エラストピア：0.9 室（無回答 4 施設）

④多床室：19.5 床

(a) 1 床当たり床面積：10.8 平米（無回答 2 施設）

(b)酸素・吸引設備あり：1.6 室（無回答 1 施設）

⑤当該病棟で利用可能な医療設備（無回答 1 施設）

- ・ 心肺モニター：20
- ・ 心蘇生装置：18
- ・ 人工呼吸器（閉鎖循環式麻酔用）：10
- ・ パルス型電気刺激装置：15
- ・ 輸液加温装置：7
- ・ エアーマット：23
- ・ 下腿マッサージ器：8

(2) 職員配置（回答日現在 1 施設平均数）

①専任医師

(a)配置数：4.2 人

(b)勤務形態

- ・ 原則として他の病棟の入院患者を担当しない：4 施設
- ・ 他の病棟の入院患者を担当する医師も含まれる：17 施設
- ・ その他：0
- ・ 無回答：2 施設

②常勤看護師

25.8 人

（無回答 1 施設）

③常勤コメディカルスタッフ

(a)配置数：3.3 人

(b)勤務形態

- ・ 原則として他の業務を兼務しない：12 施設
- ・ 他の業務を兼任するスタッフも含まれる：11 施設
- ・ その他：0

(3) 当該病棟入院患者に対する電気けいれん療法（平成 17 年度 1 施設平均数）

①年間総件数：190.0 件（無回答 3 施設）

(a)うち修正型：88.1 件（無回答 5 施設）

(b)うち麻酔医立ち合い：79.2 件（無回答 6 施設）

- (c)うちパルス型電気刺激器使用：122.4 件
(無回答 5 施設)
- ②実施患者の実人数：26.4 人(無回答 4 施設)
- (4) 当該病棟の治療プログラム
- ①当該病棟の入院患者に実施している治療プログラム
- ・入院生活技能訓練療法 (SST)：7
 - ・精神科作業療法：15
 - ・心理教育プログラム：15
(無回答 7 施設)
- ②クリニカルパスの活用
- ・実際に患者に用いている：13
 - ・存在しているが現在用いていない：3
 - ・存在しない：5
 - ・無回答：2
- (5) 当該病棟の診療実績(平成 17 年度 1 施設平均数)
- ①当該病棟の運用概況
- (a)年間延べ在棟患者数：14,006.2 人(無回答 2 施設)
- (b)年間病床利用率：85.6%(無回答 1 施設)。
各施設の回転率を単純平均したもの。
- (c)年間病床回転率：9.0 回転(無回答 5 施設)
- (d)平均在棟日数：46.6 日(無回答 1 施設)。
各施設の在棟日数を単純平均したもの。
延べ在棟患者数を年間入退院件数の平均で除した計算では、40.6 日となる。
- (e)新規患者率(述べ在棟患者数に占める新規患者—3ヶ月以内に精神科への入院がない患者—の比率)：78.8%(無回答 3 施設)
- (f)在宅移行率(3ヶ月以内に自宅退院した患者の比率)：66.5%(無回答 5 施設)
- ②年間入院件数：360.0 件(無回答 2 施設)
- (a)院内他病棟からの転入：21.6 人
(無回答 4 施設)
- (b)入院(転入)時の入院形式
- ・緊急措置入院：21.7 件
 - ・措置入院：25.9 件
 - ・応急入院：12.7 件
 - ・医療保護入院：228.9 件
 - ・任意入院：54.8 件
(以上、無回答 5 施設)
 - ・医療観察法に基づく鑑定入院：2.4 件(5 施設のみ回答)
- (c)入院(転入)時の処置
- ・隔離：207.2 件(無回答 5 施設)
 - ・身体拘束：85.3 件(無回答 6 施設)
 - ・静脈麻酔：49.9 件(無回答 6 施設)
- (d)主診断(無回答 7 施設)
- F0(脳器質群)：16.0 件
 - F1(中毒依存群)：27.7 件
 - F2(精神病群)：195.4 件
 - F3(感情病群)：61.7 件
 - F4(神経症群)：17.6 件
 - F5(摂食障害等)：3.5 件
 - F6(人格障害群)：7.2 件
 - その他：18.5 件
- ③年間退院件数：345.7 件(無回答 5 施設)
- (a)自宅退院件数：217.3 件
(無回答 7 施設)
- (b)院内転棟件数：97.4 件(無回答 6 施設)
- (c)他院への転入院件数：33.0 件(無回答 7 施設)
- うち精神科：33.9 件
 - 一般科：8.3 件
3. 精神科救急病棟における身体合併症
- (1) 重篤な身体合併症への対応の原則
- ・当該病棟内で対応：0
 - ・院内他科へ依頼(転科もしくは往診)：3
 - ・提携する他院へ依頼(転科もしくは往診)：16
 - ・その他：1
 - ・無回答：2
(重複回答：1)

(2) 精神科救急病棟内で対応可能な身体合併症患者 (表 1)

身体一次救急レベルにはほぼ 100% 対応可能との回答があったが、二次救急レベルでは 35~45%、三次救急レベルでは 1% にとどまった。

(3) 合併症患者の内訳 (1 施設平均数)
(無回答 5 施設)

- ① 回答日現在の精神科救急病棟在院患者 : 42.7 件
- ② うち、身体合併症 (疥癬など軽微なものを除く) を持つ件数 6.5 件 (在院患者の 15.2%) であった。
- ③ 身体合併症を有する患者の内訳 (表 2)
合併疾患では糖尿病 (36.8%) と循環器系疾患 (24.8%) で 6 割を超えていた。

(4) 身体合併症事例の入退院状況

調査日から過去 6 ヶ月間に退院した患者のうち身体疾患を合併していた事例を入院経路および転帰別に一覧表示したのが表 3 である (回答施設 10)。当該病棟で発生した 6 例は入院後に身体疾患が発症した続発例、それ以外は入院時にすでに身体疾患が併存していた併発例である。

D. 考察

1. 精神科救急病棟の機能評価と推移

今回の調査から得られた精神科救急病棟の運用状況を図 2 に概括表示した。わが国の精神科救急・急性期治療の最前線を担う精神科救急病棟 23 カ所 (1066 床) は、2005 年度、平均病床数が 46.3 床あり、隔離室と個室を併せた個室の比率は 54.4%、1 日平均 38.4 人の患者が在院していた (病床利用率 82.9%)。

この病棟に平均 4.2 人の医師 (1 人当たりの在院患者数 9.1 人)、25.8 人の看護師 (同 1.5 人)、それに 3.3 人のコメディカルスタッフ (同

11.6 人) が配属され、年間 360.0 人の入院患者を平均 40.3 日で治療し、62.9% の患者を自宅に退院させていた。

精神科救急病棟の機能を評価するために、ストラクチャー的な指標として①病室の構成と設備、②検査体制および③医療機器の配備状況、それに④職員配置状況を、プロセスの指標として⑤電気痙攣療法、⑥治療プログラムの実施状況、⑦クリニカルパス実施状況、⑧行動制限最小化委員会の開催状況、それに⑨精神科マクロ救急システムへの参加状況を、アウトカムの指標としていくつかの診療指標をそれぞれ検討し、2003 年度、2004 年度のデータや国公立病院と民間病院の比較などを試みる²⁾³⁾⁴⁾⁶⁾。

なお、回答施設の設立主体は、2003 年度 (精神科救急病棟認可施設 14) は国公立病院 7 対民間病院 5、2004 年度 (同 17) は国公立 8 対民間 6 と国公立が優位であったのに対して、2005 年度 (同 25) は国公立 10 対民間 13 と逆転していた。各指標の年次推移を論ずるに際しては、この点に留意する必要がある。

(1) ストラクチャー

① 病室構成と設備

表 4 に病室構成と設備の状況を示した。2004 年から 2005 年の 1 年間で隔離室の平均数が減少し、代わって個室の平均数が増加したことが示されている。病室の構造については、日本精神科救急学会が示した「精神科救急医療ガイドライン 2003」が推奨する基準を満たしているものと思われる¹⁾。

また、堅固なステンレス便器や可変構造のエラストピア (隔離室仕様から個室仕様まで設備を変えられる個室) の平均数が減少しているのに対して、酸素と吸引のパイピング設備が年とともに充実していること、多床室が広がっていることなど、新しく認可される病棟の構造が、セキュリティ (周囲の安全) 重視からアメニティやセーフティ (患者の安

全)重視にシフトしていることが示されている。

②検査体制

表5に示したように、24時間実施可能な検査種別は、2003年から2004年にかけて急激に減少し、2005年にはやや増加している。とはいっても、精神科救急病棟が精神科単科病院を主体に認可されている現状を反映して、検査体制が弱体であることに変わりはない。

③医療機器の配備状況

表6には、身体管理上に必要な医療機器の配備状況を示した。心肺モニターや心肺蘇生装置を配備していない精神科救急病棟のあることには、驚きを禁じ得ない。修正型電気けいれん療法(m-ECT)が半数以下という現状を反映して人工呼吸器やパルス型電気刺激器の配備が遅れていること、下腿深部静脈血栓予防のためのマッサージ器や低体温対策のための輸液加温装置の配備が4割以下にとどまっていることなど、やはり、精神科単科の病院における身体管理能力に限界のあることが示された。

④職員配置

表7に職員の配置状況を示した。各職種とも、わが国の精神科病院における平均配置密度を大きく上回っていることがわかる。看護体制は夜勤者3人が平均的となっていることから、時間帯別の最低密度に基づく新看護基準に換算すると、13対1以上の看護密度が確保されていることになる。

(2) プロセス

⑤電気けいれん療法の実施状況

表8に電気けいれん療法(ECT)の実施状況を示した。ECTに占めるm-ECTの比率は増加しているものの、未だに過半数のECTが旧来の非修正型であること、すなわち麻酔医の確保が困難な現状が示されている。また、安全管理面で優位なm-ECTの増加に伴って、ECTを実施した患者実数および

年間入院件数に占める比率が増加傾向にあることがわかる。

⑥治療プログラムの実施状況

表9に非生物学的な治療プログラムの実施状況をいくつか示した。これによると、どちらかという陰性症状の改善に主眼を置いたSSTよりも、医療の継続性強化につながる心理教育や急性期からの回復効果が期待される作業療法に比重が傾いていることがわかる。今後は、その治療効果を実証する精神科救急病棟からの研究報告が待たれる。

⑦クリニカルパス実施状況

この項目に回答した21施設の61.9%がクリニカルパスを作成し活用している。時間制限のある精神科救急病棟では、パスが他の病棟に比べて適用しやすいと思われるが、多忙な病棟勤務の中で有用に活用するには相当の工夫が必要であろう。今後はパスのスタイルや活用法が研究課題となる。

⑧行動制限最小化委員会の開催状況

行動制限最小化委員会の開催は、医療保護入院の入院時に医学管理料を算定するために必要な要件であるが、開催実績がないと回答した病院がある。それが事実であり、なおかつ医療保護入院管理料を請求しているとすれば問題となる。また、医療監視など外部監査のあり方も問われることとなる。

2006年10月からは行動制限の一覧表示が義務づけられ、外部監査の項目となったが、行動制限患者が多く、なおかつ刻々に制限内容とレベルが変化する精神科救急病棟では、書面告知やカルテ記載のあり方には検討の余地があると思われる。法令遵守は当然のことながら、あまりに形式的な書類やカルテ記載が増えることに臨床的な意義があるとは思えない。クリニカルパスと並んで研究課題とすべきであろう。

⑨精神科マクロ救急システムへの参加状況

表10に、都道府県が運営する精神科マクロ救急システムへの参加状況とその推移を表示

した。精神科救急情報センターや専任相談員を置く施設は増加傾向にあり、マクロ救急システムへの参加施設および診療件数・入院件数とも増えている。未だにシステムに参加していないと回答してきた公立病院があるが、これは参加の定義に関する認識の誤りであろう。

マクロ救急システムを経由して入院してきた件数は2005年度は140.8件で、全入院件360.0件の39.1%に当たる。ただし、この中に自施設の通院患者を含める施設と含めない施設があることや、システムの運用時間に地域差があることに留意しておく必要がある⁵⁾。

いずれにしても、診療報酬制度によって規定された精神科救急病棟や急性期治療病棟と厚労省通知による精神科救急医療システム整備事業が定義する精神科救急医療施設は、法令上は一致していない。後者は、精神保健福祉法が規定する応急入院指定病院をすべて含むことを要請されているが、精神科病院の3分の2を含む措置入院指定病院にも依存せざるをえない現状がある。精神科救急医療関連施設の関係性が複雑なので、図3に一覧表示しておく。

(3) アウトカム

表11に主な診療指標とその推移を示した。表12は、表7と表11の指標からいくつかを選んで、国公立病院群と民間病院群を比較したものである。

⑩病床利用率

病床利用率が80%台にとどまり、平均6~8床の空床がある現状は、経営的には問題がある。その要因には経営圧力における官民格差が考えられるが、表12によれば官民の有意差はない。

病床利用率が予測よりも低い要因はむしろ、多床室の使いづらさという臨床的な要因にあると推測される。すなわち、敏感で外部刺激に弱い精神科急性期事例は隔離室・個室を必

要とする場合が多く、多床室が敬遠される傾向にある。精神科救急病棟は、ともすると、隔離室・個室は満床なのに多床室には空床が目立つという不合理な状況に陥りやすいのである。

精神科病棟の個室率を上げることは、病床利用率を上げるために必要であるばかりでなく、人一倍敏感な精神科患者が多床室に適應するために鈍感になること(すなわち陰性症状の助長)を阻止するためにも必要といえよう。全ての病室が個室で構成される精神科病棟は、わが国では医療観察法における指定入院医療機関のほか、差額ベッドを基本とする一部のストレスケア病棟でしか実現されていないが、臨床的には精神科救急病棟においてこそ実現されるべきである。

⑪平均在棟日数

表11の平均在棟日数は、年間在棟延べ数と年間の入退院件数から計算し直したものである。これによると、平均在棟日数は延伸傾向にあるが、その要因は、自宅退院率の上昇にあると思われる。表12によると、国公立病院の平均在棟日数が民間病院よりも6日短い、これは、国公立病院の自宅退院率が民間より低く、職員密度が高いことで説明できよう。

すなわち、自宅退院率が低いということは転棟・転院率が高いということであり、病棟の回転率を押し上げて平均在棟日数を短縮する可能性が高い。また、職員密度と平均在院日数が負の相関を示すことはよく知られている。

⑫入院形態

表11の措置・緊急・応急入院率には、これら緊急性の高い入院形態を要する「社会的救急事例」の比率が年々低下していることを示している。また、表12には、その官民格差が明らかである。すなわち、2003年から2004年にかけて、精神科救急病棟の普及が大都市部から地方都市へ、国公立病院主体から民間病院優位へと変化してきたことを反映してい

るものと思われる。

今後、東京都立病院群が精神科救急病棟に参画してくると、多少の揺り戻し現象が起こるかもしれないが、救急病棟が精神科マクロ救急と切り離されたシステムで運用されると、あまり変化はないかもしれない。来年度以降、入院形態比率の動向が注目されることである。

⑬ 自宅退院および転棟・転院状況

表 11 によれば、自宅退院率は年々上昇し、院内他病棟への転棟および他院への転入院の比率は低下している。前述したように、自宅退院率は民間病院が国公立病院よりも高いことが表 12 に示されている。ただし、一般科への転院率には変化がない。これらの現象も、前項と同様の精神科救急病棟の普及状況を反映しているものと思われる。

自宅退院率の上昇という現象を、前述の平均在院日数の延伸傾向や入院形態に見られる入院患者のソフト化と併せて意味づけると、精神科救急病棟の運用が治療の迅速性よりも継続性を重視しつつある傾向を読み取ることができよう。ミクロ救急医療を重視し地域ケアに根ざした精神科救急医療の成熟という観点からは評価されるべき傾向であろうが、前述のように、精神科救急病棟群のマクロ救急システムへの参与という面で問題を残す現象でもある。

2. 身体合併症事例への対応

今年度の研究は、精神科救急病棟における身体合併症事例の現況調査に重点を置いた。

(1) 身体合併症事例の入退院状況

表 3 によれば、精神科救急病棟における 6 ヶ月間の退院者のうち、身体合併症を有していた患者は 210 例（1 施設平均 21.0 例）あった。2005 年度の 1 施設平均退院件数は 345.7 件であるから、1 年間に換算すると、退院患者の 12.1% が身体疾患を合併していたことに

なる。

図 4 に入院経路と転帰との関係を図示した。25 例を一般科から受けて 34 例を一般科に転院としているから、一般科との関係では 9 例の「出超」ということになるが、一般科から受けた 25 例のうち一般科に戻したのは 7 例にすぎず、残りの 18 例中 14 例は精神科救急病棟から退院に至っている。

また、一般科に転院した 34 例に、当該病棟入院中に身体疾患が続発して他院精神科（おそらく総合病院精神科）に転院した 4 例を加えた 38 例（18.1%）は、精神科では対応困難な重症の身体疾患を併発していた事例群と推測される。

以上を総括すると、精神科救急病棟に入院してくる精神科急性患者のうち、約 12% には身体疾患が併存ないし続発し、そのうちの約 18% は身体的に重症であること、すなわち精神科急性患者の約 2% には重症身体疾患が合併し、短期間ではあれ精神科救急病棟で対応しなくてはならないものと推計された。

(2) 身体救急と精神科救急の連携

ところが、ストラクチャーの項でも指摘したように、精神科単科病院が主体の精神科救急病棟群は、ハードウェア面で身体管理能力の限界を露呈している。この限界を克服するためには、総合病院精神科における精神科救急や急性期治療の水準を向上させるか、もしくは精神科救急と身体救急ユニットとの連携を図る必要がある。

しかし、現在、精神科救急病棟を認可された総合病院精神科は国立と民間各 1 施設の計 2 施設を数えるに過ぎず、東京都立病院群以外には、今後も大幅な増加を見込める情勢にはない。主として経営的条件から縮小・撤退の危機に立たされている総合病院精神科病棟は、高い身体管理能力を備えた精神科救急病棟の認可を梃子として反撃に転じることが期待される。

一方、身体救急ユニットと精神科救急システムとのリンケージについても、接点がないに等しい現状にある。主な理由は精神科救急システムの未整備であり、身体救急からは精神科救急の入り口（電話相談窓口）が見えないからである。身体救急ユニットにおける精神科対応の必要性や現状に関する研究を参考としつつ、双方の救急システムの連携を早急に確立しなくてはならない。

E. 結論

全国 25 カ所の精神科救急病棟の運用実態を多角的に検討し、身体合併症への対応の実態を調査した。この病棟が全国展開すれば、精神科医療の構造が、福祉的長期入院主体から、短期集中的入院治療と地域ケアを両輪とした構造に転換するものと期待されるが、指定医や看護師などスタッフの不足が隘路となって、精神科救急病棟の普及が停滞している地域もある。また、現在の精神科救急病棟群も、身体管理や精神科マクロ救急システムへの関与度の面で問題を残している。

精神科救急医療は、迅速な医療サービスの提供によって救急ケースの生命と生活を守るという点において身体救急医療と同質であるが、一方で、意識清明な成人の同意によらない医療が存在し、その手続きが厳密に定められている点で、特異的である。この特異性のために、精神科救急医療システムは身体救急医療システムとは別の領域で展開してきた。精神科ケースの身体合併症問題とは、精神科・身体科双方の医療システムの懸隔を象徴する問題である。

誰もが、いつでも、どこでも、心身両面の良質な医療を受けられるように、精神科と身体科の救急医療システムが互いに連携することが求められている。また、近年、社会問題となっている自殺の防止に寄与するためにも、身体救急と精神科救急との連携強化が急務と

なっている。

1995 年に国策として始まった精神科マクロ救急システムは、2006 年度は約 12 億円の国費とそれとほぼ同額の都道府県費で運営されている。しかし、身体二次救急システムへの国庫補助が 2007 年度に一般財源化され、都道府県単独事業の形になるのに連動して、精神科救急医療システム整備事業も同様の措置がとられる趨勢にある。身体救急システムに比べて整備が遅れ、地域格差が著しい精神科救急システムでは、国に対して一般財源化の遅延を望みたいところであるが、一方、いつまでも補助金に依存するのは健全とはいえない。

救急医療は医療の存在理由の重要な柱であり、医療機関の本来業務である。医療の本来業務を公認する診療報酬制度で定められた精神科救急病棟や急性期治療病棟を核として精神科救急医療システムを組み立てるのが本来の姿である。精神科医療従事者は、そのように発想を転換し、新たな精神科救急医療システムの構築を展望すべきである。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

[参考文献]

- 1) 日本精神科救急学会医療政策委員会：精神科救急医療ガイドライン 2003
- 2) 平田豊明他：平成 16 年度厚生労働科学研究「精神科急性病棟の現状と今後の機能および配置等に関する研究」報告書（総括研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」）. 2005

- 3)平田豊明：精神科急性病棟群の運用実態と機能分化—平成 16 年度厚生労働科学研究速報. 精神科救急 8:78-86, 2005
- 4)平田豊明他：平成 17 年度厚生労働科学研究「精神科救急病棟の運用実態に関する研究」報告書（総括研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」）. 2006
- 5)平田豊明：精神科救急医療システムの全国状況. 精神科救急 9:45-50, 2006
- 6)平田豊明, 市江亮一：精神科救急病棟における治療内容の検討—鎮静法、薬物療法、電気けいれん療法の現状. 臨床精神薬理 9:1343-1353, 2006

表1 精神科救急病棟で対応可能な身体合併症患者
「対応可能」と回答した病院数

		精神における救急のレベル（注）				参考
		外来対応	任意入院	閉鎖病棟・ 多床室	隔離・拘束	
身体 救急の レベル	一 次	(精神:非該当) 7 (※1) (35%)	20 (100%)	20 (100%)	20 (100%)	入院を要しない状態
	二 次	(精神:非該当) 3 (※1) (15%)	7 (※2) (35%)	7 (※2) (35%)	9 (※2) (45%)	入院治療が必要だが一般救 急輪番病院での治療可能な 病状
	三 次	(精神:非該当) 2 (※1) (10%)	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)	救命救急センターでの入院 治療が必要な病状

(20 施設の回答の集計：3 施設は無回答)

20 病院のうち、※1 は無回答の病院が 12、※2 は無回答の病院が 3 あった

表2 身体合併症を有する患者の内訳 (ICD-10)

		精神障害					計
		認知症 (F00-F03)	統合失調 症, 統合失 調症型障害 及び妄想性 障害 (F2)	気分 [感情] 障害 (躁う つ病を含 む) (F3)	神経症性障 害, ストレ ス関連障害 及び身体表 現性障害 (F4)	その他の精 神及び行動 の障害(そ の他のFコ ード)	
身 体 疾 患	感 染 症 (A00-B99)	2人 (1.7%)	2人 (1.7%)	1人 (0.9%)	0人 (0%)	0人 (0%)	5人 (4.3%)
	悪性新生物 (C00-C97)	1人 (0.9%)	2人 (1.7%)	1人 (0%)	0人 (0%)	1人 (0.9%)	5人 (4.3%)
	糖 尿 病 (E10-E14)	1人 (0.9%)	25人 (21.4%)	12人 (10.3%)	1人 (0.9%)	4人 (3.4%)	43人 (36.8%)
	循環器系疾 患(I00-I99)	0人 (0%)	18人 (15.4%)	5人 (4.3%)	1人 (0.9%)	5人 (4.3%)	29人 (24.8%)
	骨 折 (S00-T98)	1人 (0.9%)	2人 (1.7%)	0人 (0%)	0人 (0%)	1人 (0.9%)	4人 (3.4%)
	創 傷 (S00-T98)	1人 (0.9%)	3人 (2.6%)	0人 (0%)	0人 (0%)	1人 (0.9%)	5人 (4.3%)
	その他 (Fコ ードを除く)	2人 (1.7%)	13人 (11.1%)	4人 (3.4%)	1人 (0.9%)	6人 (5.1%)	26人 (22.2%)
	計	8人 (6.8%)	65人 (55.6%)	23人 (19.7%)	3人 (2.6%)	18人 (15.4%)	117人 (100%)

(18施設の回答の集計：5施設は無回答)

表3 過去6ヶ月間の退院患者で「身体合併症」を有する患者の入院経路および退院転帰の内訳

			転帰					計	
			一般科		精神科		外来・地域へ		死亡退院
			自院	他院	自院他病棟	他院			
入院経路	一般科	自院	0人 (0%)	0人 (0%)	1人 (0.5%)	0人 (0%)	0人 (0%)	0人 (0%)	1人 (0.5%)
		他院	1人 (0.5%)	6人 (2.9%)	1人 (0.5%)	2人 (1.0%)	14人 (6.7%)	0人 (0%)	24人 (11.4%)
	精神科	自院 他病棟	0人 (0%)	0人 (0%)	0人 (0%)	0人 (0%)	0人 (0%)	0人 (0%)	0人 (0%)
		他院	0人 (0%)	2人 (1.0%)	2人 (1.0%)	2人 (1.0%)	6人 (2.9%)	0人 (0%)	12人 (5.7%)
	外来・地域より直接入院		7人 (3.3%)	18人 (8.6%)	24人 (11.4%)	15人 (7.1%)	102人 (48.6%)	1人 (0.5%)	167人 (79.5%)
	当該病棟にて発生		0人 (0%)	0人 (0%)	0人 (0%)	4人 (1.9%)	1人 (0.5%)	1人 (0.5%)	6人 (2.9%)
	計		8人 (3.8%)	26人 (12.4%)	28人 (13.3%)	23人 (11.0%)	123人 (58.6%)	2人 (1.0%)	210人 (100%)

(10 病院の回答の集計：13 施設は無回答)

表4 病室

	2003年度	2004年度	2005年度
回答施設数	11	14	23
病床数	40.6床	46.9床	46.3床
隔離室	10.2室	10.9室	7.5床
床面積	13.0m ²	11.3m ²	12.4m ²
パイピング	1.3室	2.3室	2.3室
ステンレス便器	7.8室	6.4室	4.6室
個室	11.8室	17.1室	17.7室
床面積	12.9m ²	11.8m ²	11.6m ²
パイピング	3.4室	2.6室	4.0室
エラストピア	—	1.6室	0.9室
多床室	18.6床	18.8床	19.5床
1床当たり床面積	—	7.3m ²	10.8m ²
パイピング	—	0.3室	1.6室

表5 24時間可能な検査

	2003年度	2004年度	2005年度
回答施設数	12	14	22
血液検査	66.7%	42.9%	45.5%
生化学検査	66.7%	42.9%	45.5%
X線単純撮影	50.0%	14.3%	27.3%
CT検査	50.0%	21.4%	27.3%

表6 医療機器の配備

	2003年度	2004年度	2005年度
心肺モニター	50.0%	92.9 %	90.9%
心肺蘇生装置	41.7%	71.4%	81.8%
人工呼吸器	33.3%	57.1%	45.5%
パルス型電気刺激装置	66.7%	57.1%	68.2%
エアーマット	83.3%	100.0%	100.0%
下腿マッサージ器	33.3%	35.7%	36.4%
輸液加温装置	25.0%	35.7%	31.8%

表7 職員配置

	2003年度	2004年度	2005年度
平均在院患者数	34.3人	38.3人	38.4人
専従医師数	4.4人	4.8人	4.2人
医師1人当患者数	7.8人	8.0人	9.1人
常勤看護師数	25.3人	27.9人	25.8人
看護師1人当患者数	1.4人	1.4人	1.5人
専従コメディカル数	3.0人	3.8人	3.3人
コメディカル1人当患者数	11.4人	10.1人	11.6人

表8 電気けいれん療法

	2003年度	2004年度	2005年
a 実人数	18.0人	25.1人	26.4人
a/年間入院数	5.0%	6.5%	7.6%
b 延べ件数	145.4件	140.1件	190.0件
b/a	8.1回	5.6回	7.2回
c うち修正型	39.3件	57.6件	88.1件
c/b	27.0%	41.1%	46.4%

表9 治療プログラム

	2003年度	2004年度	2005年度
SST	7施設	—	7施設
実施率	58.3%		30.4%
心理教育	7施設	—	15施設
実施率	58.3%		65.2%
作業療法	8施設	—	15施設
実施率	66.7%		65.2%