

第 103 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

総合病院精神科の有用性と新たな活動領域の可能性——民間の大規模総合病院に新たに病棟を立ち上げた経験を通して——

小石川 比良来 (亀田総合病院心療内科・精神科)

はじめに

亀田総合病院は、千葉県の南東部に位置し、総病床数 862 床を有する民間総合病院であり、南房総地域一帯の第三次救急医療を担っている。同じ法人が併設するクリニックには、全診療科で 1 日平均約 2500 人の外来通院者がある。診療圏としては、安房保健所が管轄する人口約 15 万人の二次医療圏域を中心に、君津・木更津・夷隅の各隣接圏域も含まれている。また亜急性期医療に従事する亀田リハビリテーション病院や幕張クリニックなどを含めて亀田メディカルセンターを構成している。

従来当院には精神科病棟はなく、併設するクリニックの心療内科で外来部門のみを稼働させると共に病院でのコンサルテーション活動も行ってきたが、新医師臨床研修制度の施行に伴い、研修制度を充実させると共に大規模総合病院としての機能の一層の充実・発展を目指して平成 17 年 7 月 19 日より精神神経科病棟を新たに立ち上げ運営してきたのでその経験から得られたものを報告する。

1. 赴任時 (平成 15 年 10 月 1 日) の千葉県安房地区の状況

有床総合病院精神科が皆無であり精神疾患患者の合併症治療施設が欠如していた。また精神科救急医療体制が十分機能しておらず、長期療養型の病院のみが存在し機能分化が殆ど実現できていなかった。単位人口対病床数は人口千対 5.1 と他地

域に比較して多く、また高齢人口比が高いため老年期精神疾患の治療に対するニーズも極めて高かった。

精神科病棟が開棟する以前は外来での入院対象患者は殆ど全て周辺の精神科病院へ紹介し、合併症患者は各科ごとに対応し精神科医がコンサルテーションに応じていたが、入院中に急激に精神症状が増悪し精神科病院に転院を余儀なくされる場合には速やかな対応が困難であった。また当院の救命救急センターは三次救急施設として極めてアクティブに活動していたが、その中に紛れ込む重度の精神疾患の患者 (例えば緊張病性昏迷) に速やかな対応ができず、三次救急施設としては不十分であるという印象を免れなかった。

2. 精神神経科病棟開設に当たっての障害と追い風

開設に当たっての障害の面からいえば、まず医療スタッフ及び他の従業員の精神科に対する偏見の問題が第一に挙げられるであろう。それはスタッフを集めるに当たっての困難、特に看護スタッフをいかに確保するかという問題とも深く絡み合った。次に病棟を設置する場所を確定するのが困難であったという問題がある。新たに病棟を建設するスペースは確保できず既存の病棟の一部を閉鎖病棟として転用することになったが、最終的に確定した場所が内科病棟であったため、精神科の治療空間をデザインする上で多くの困難を伴った。最後に極めて大きな問題として、現在の保険診療

報酬制度では精神科の入院基本料が一般科に比較して極めて低く設定されていることから、病棟を開設した場合かなりの赤字となると危惧されたことが挙げられる。

逆に開設に当たっての追い風として働いた事としては新医師臨床研修制度下での精神科研修の必修化が開始されたことが大きい。当院のように臨床研修に極めて大きなウェイトを置いている病院では精神科病棟を持って初めて十全に機能できるのだという社会的認知が生まれたのである。次に周辺地域で精神科救急医療&合併症診療を担える場所に乏しく、公的な意味での要請が強かったことが挙げられる。最後に開設に当たって経営陣と協議し続けたが、一貫して亀田という総合病院に精神科病棟を開設する意義を理解し、援助を惜しまなかった点が大きな支えとなった。

3. 病棟開設までの経過

平成 15 年 10 月 1 日に筆者を含めて指定医 2 名が着任し、外来診療とコンサルテーション・リエゾン活動を行いながら病棟開設の準備を進め、スタッフの募集や病院内の職員への啓蒙活動を経て、最終的に平成 17 年 7 月 19 日に精神神経科の閉鎖病棟をスタートさせた。千葉県から許可された病床数は 60 床であったが種々の制約から稼働病床数は 41 床となった。開始時点でのスタッフは常勤医師 4 名（内指定医 2 名、シニア・レジデント 2 名）、看護師 14 名、臨床心理士常勤 2 名（クリニックでの勤務を兼任）、PSW（総合相談室所属）1 名であった。このスタッフで当初から精神科救急に 365 日 24 時間対応していった。

4. 病棟の構造

病棟の構造設計に当たっては以下の様な基本理念を掲げた。すなわち

- ①急性期の患者様にとってアメニティの高い治療空間の確保、
- ②合併症対応が可能、
- ③個々の患者様のプライベート空間を快適にすること、

④電子カルテの導入による病棟運営、である。

実現された内部構造の特徴としては、閉鎖病棟（稼働病床数 41 床、但し許可病床は 60 床）で保護室は 4 室ありそのうち 2 床はエラストピアと呼ばれる、精神病急性期の状態像の変化に応じて自在に内部空間を変換できる新しいタイプの保護室を導入した。個室 4 室は主として合併症患者用にあてることとした。その他に 3 床室が 12 室あり全ての病床に TV と小型冷蔵庫が収められたユニット家具が併置された。精神科病棟運営は当院で採用されている電子カルテシステムを使用して行われた。

5. 開棟後と活動の実際

入院病棟が開設されて現在は 2 年目を迎えているが、開棟当初は精神科での経験が初めての看護スタッフが多かったこともあり混乱する面も多かったが問題に直面する度に諸職種間のミーティングを活発に行い具体的な病棟運営方針を定めていった。時間的経過とともに多様な患者様の入院要請が更に増加し、精神科応急入院指定病院となったこともあり臨床活動は繁忙を極めるようになっていった。具体的な数値として 2006 年 1 月 1 日から 12 月 1 日までの診療実績を以下に掲げる。

1) 外来部門

外来患者数（亀田クリニック）は 1 日平均 100 人を越え、多い日は 180 人近くに達した。この他、病棟からのコンサルテーションを受ける患者様の診療が 1 日平均 2 名以上あり、多い日では 4 名を越えることもある。順調に患者数を伸ばし、2006 年度終了時点で 1 日平均外来患者数は病棟依頼を除いても約 105 人に達した。

対象となる患者様の内訳は、年齢的には地域特性を反映して比較的高齢者の数が多かったが、連携する臨床心理士の体制の充実を反映して思春期・青年期の患者様の数が増加していった。疾患内容としては従来からうつ病などの気分障害やパニック障害などの神経症性障害が多かったが、病棟が稼働していくとともに精神病圏の患者様の割

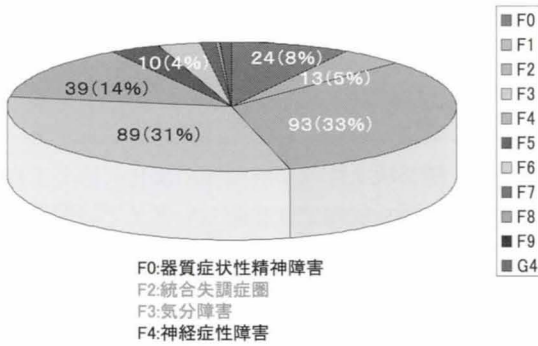
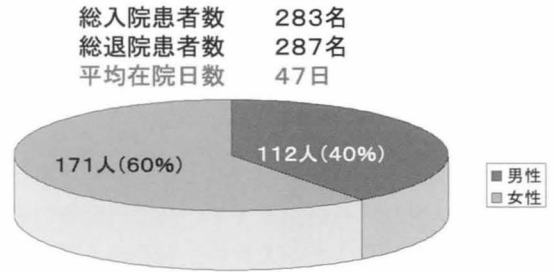


図1 診断別分類 (ICD-10)



* 他にKタワーでの入院(9人)も存在

図3 入院患者総数&男女比

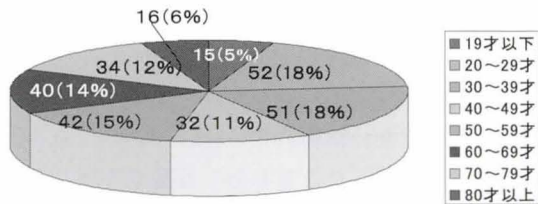


図2 年齢階層別分類

合が増していった。即時入院治療が必要な患者様が来院された場合、迅速に診察評価を行い病棟での治療へと導入している。境界例などの人格障害圏の患者様や小児の解離性障害など複雑な病態と背景を持った患者様も増加し、体制が充実してきた臨床心理室と密接な連携を取って診療にあたり、必要な場合には入院治療も行っている。それを反映して臨床心理士が実施するカウンセリングや心理検査などの諸検査の実施数の増加は著しく、一層質の高い精神医療の提供が可能となってきた。

2) 病棟部門

開棟後5ヶ月が経過した2006年1月1日から12月1日までの入院患者総数は283名(Kタワーという名で呼ばれる極めてアメニティの高い一般病棟での入院者9名を加えると292名)に達し、平均在院日数は約47日であった(ちなみにわが国の平均は338日)。

- ①疾患別統計 (図1参照) : F2 (統合失調症) が最も多く93名 (33%) を占め、以下 F3 (気分障害) が89名 (31%)、F4 (神経症圏の障害) が39名 (14%) と続いている。総合病院の精神科病棟という性格を反映して、F0 (器質症状性精神障害) も24名 (8%) を占める。前年度に比して統合失調症などの精神病圏の患者様の割合が増加し気分障害の患者様の割合を上回ったが、多種多様な疾患を引き受けているのは同様であり、当院の精神科救急部門への積極的な対応が反映されてきたと考える。
- ②年齢階層別統計 (図2参照) : 20歳台が52名 (18%) と最も多く、以下30歳台が51名 (18%)、50歳台42人 (15%) と続く。また19歳以下の入院も15人 (5%) と多く、80歳以上の16名 (6%) も含めてあらゆる年齢層の患者様がさほどの偏りなく入院してきているのは注目すべきことであると考え
- ③男女別統計 (図3参照) : 他の総合病院同様女性が多く171名 (60%) を占め、男性は112名 (40%) で男女比はほぼ前年と同様であった。
- ④入院形態別統計 (図4参照) : 非自発入院である医療保護入院は112名 (40%)、任意入院は171名 (60%) を占めており、前年度に比較し医療保護入院の割合が増加した。

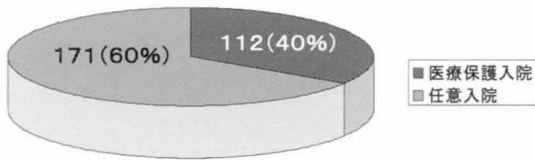


図4 入院形態別分類

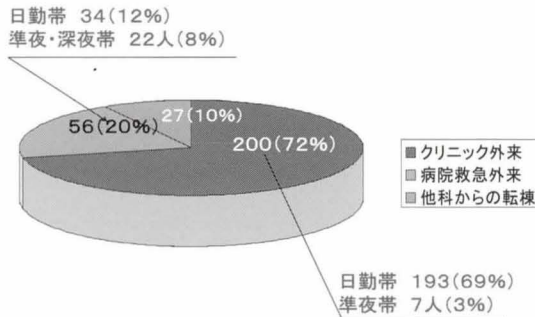


図5 入院経路別分類

⑤入院経路別統計（図5参照）：亀田クリニック外来からの紹介入院が200名（72%）と大半を占めたが、総合病院救急外来からの入院も56名（20%）を占め、特に緊急性を帯びる準夜・深夜帯での入院は22名（8%）を占めた。また院内の他病棟からの転棟は27名（10%）であった。

開棟以来千葉県精神科救急輪番体制の一員となり積極的に救急体制を担い、指定病院として措置入院の受け入れの体制も整えてきたが、2006年8月から県下でも数少ない応急入院対象病院に指定され更なる精神科救急医療の受け皿としての役割を期待されている。

6. 病棟開設後の変化

1) 診療活動への影響

外来で入院を必要とする患者様に速やかな対応が可能になると共に他の病院からの入院依頼が顕著となり、精神的にも身体的にも重度の患者様の依頼が時間と共に増加していった。また救命救急

センターからの依頼に迅速に対応し必要と判断すれば直ちに病棟に入院できるようになったことで、当院の三次救急施設としての機能が活性化された。

また他の病棟から依頼されたコンサルテーション・リエゾン患者様に対し最も適切で迅速な形での対応が可能となり、他科との連携が緊密化し時代の要請にかなうものとなった。具体的な一例を挙げれば産婦人科・小児科との連携を深めることで、妊娠・出産を希望する精神疾患の患者様の要望に対する的確な対応が可能となり、更に児童思春期の困難な症例に対しても入院治療を含めより効果的な診療が可能となっている。実際に思春期発症の統合失調症の患者様やアスペルガー障害などの発達障害の方の入院例も多い。

2) スタッフや研修医の意識変化とその影響

病院スタッフの意識変化が確実に進み「精神疾患の患者様を実際に治療する場ができその様子を目で見ることができる」ことの意義は大きいと改めて感じさせられた。若い研修医の意識変化の問題も大きく精神科という領域の面白さを肌で理解し、患者様が現実に戻って行く過程をその場で見るができるという教育的効果が大きく、彼等が実際に個別の科に回ったときに連携が容易になると思われる。こうした変化の中で全体として総合病院としての機能が活性化され、あらゆる疾患や病態への対応が可能となっている。

3) 精神科&臨床心理室の拡充による他科との連携の強化～新しい活動領域の展開

総合病院の精神科閉鎖病棟の機能として従来から精神科救急および合併症患者への対応があげられてきたが、当院の基本的方針として医療構造の複雑化・高度化に伴って不可避的に生じてくる一般臨床科における精神科的問題に対応すべく医師及び臨床心理士が協力して他科と治療連携を深めることを重視してきた。実際の連携は下記のごとくなる（図6）。

①緩和ケアチームへの参加（医師&臨床心理士）

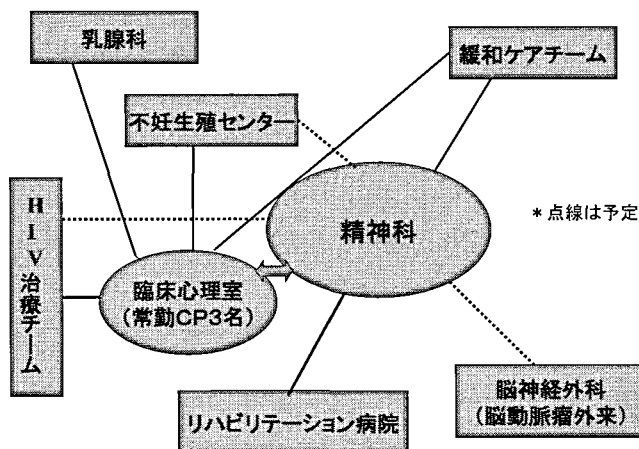


図6 連携の模式図

- ②乳腺科との連携 (臨床心理士)
- ③不妊生殖センターとの連携 (臨床心理士)
- ④ HIV 治療チームとの連携 (臨床心理士)
- ⑤脳外科との連携 (医師)：未破裂脳動脈瘤問題へ関わることで「新医療難民」へ対応できるシステムの構築を目指している
- ⑥リハビリテーション病院との連携 (医師)

今後も他科との連携の強化が進むほど精神科領域のスタッフの員数を増大させることが必要となるが、その方向性は医療の高度化に伴って必然的に生じてくるものであるのに対し、大きな障害となるのが日本において心理的・社会的サポートに対する診療報酬が極めて低いという問題である。広井が明確に指摘しているように「医療における心理的・社会的サポートに対するニーズが現在の日本で非常に大きくなっているにもかかわらず、それに対する対応が遅れ、ニーズと実際の医療の間のギャップが極めて大きなものになっている」²⁾のであり早急な制度の改変整備が待たれる所以である。

4) 病棟開設後の変化～負の側面

第一に、時間の経過と共に患者の重症度が増しスタッフへの負荷が増しているが、看護スタッフ

が少なく、燃え尽き現象が起りつつあることが挙げられる。入院基本料の絡みで実配置が15対1 (旧3対1) であるが、総合病院精神科病棟の活動性を実質的に担保するためには10対1 (旧2対1) が必要であると考えられる。

また現在の活動度を安定した形で維持するためには常勤医6名を必要とするが現在の診療報酬体系を前提とする限り困難であり、一つ間違えると雪崩現象が起りかねないという現実も挙げておかなばならない。

ところで2007年5月現在でのスタッフ数は医師はスタッフ医師が3名 (内指定医3名)、シニア・レジデントが3名 (7～9月は2名) である。看護師は2007年4月から17名に増員され苦境を脱することができた。臨床心理士は常勤が3名となり非常勤の2名と合わせてメディカルセンター内部の広範な需要に対応している。PSWは総合相談室に所属する形で2名が機能している。今後このスタッフを維持して行くことができるかが大きな課題となる。

7. ま と め

亀田総合病院という民間の大規模総合病院に精神科閉鎖病棟を立ち上げた経過について報告した。

種々の困難はあったものの、全体として総合病院としての機能が活性化され、あらゆる疾患や病態への対応が可能となった。採算の面でもまずまずの成果があげられており、今後精神科臨床において総合病院精神科の病床を確保していくことの重要性が確認できたと思われる。重要になるのがスタッフの確保であり、特に医師の確保に関しては後期研修を含めた医師の臨床研修プログラムの充実が重要であると思われた。

結論的に言えば、Alliance（連携）とFlexibility（活動の柔軟性）を重視しながら、「最後の砦」としての精神科を充実させることで総合病院の機能の活性化が実現され時代の要請への即応性

を獲得できるようになり、医療全体の質的向上に繋がっていくと思われた。活気にみち人をひきつける力のある総合病院精神科の活動を実現していくことが急務であるというのが現時点での切実な感想である。

文 献

- 1) 藤原修一郎：総合病院精神科の危機をいかに打開するか—基礎調査をふまえて—。精神経誌, 109: 262-268, 2007
- 2) 広井良典：生命の政治学。岩波書店, 東京, p. 115-132, 2003