

第 103 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

横浜市立大学附属病院神経科の医療の現状 ——精神科救急基幹病院の立場から——

小田原 俊成¹⁾, 杉山 直也¹⁾, 平安 良雄²⁾

1) 横浜市立大学附属市民総合医療センター・精神医療センター, 2) 横浜市立大学附属病院神経科

はじめに

横浜市立大学医学部精神医学教室は、横浜市南部に位置し開放病棟 (30 床) を有する横浜市立大学附属病院神経科 (以下, 附属病院) と横浜市中心部の閉鎖および開放病棟 (閉鎖 22, 開放 28 床) からなる横浜市立大学附属市民総合医療センター・精神医療センター (以下, センター病院) の 2 病院で診療を行っている (図 1)。

神奈川県における精神科救急医療体制は、県と政令指定市である横浜市・川崎市 (3 区市) が協調し、全県が 1 つの二次医療圏を形成することが特徴であり、センター病院は精神科救急基幹病院の 1 つとして主に精神保健福祉法第 24 条に基づく警察官通報を中心とした夜間・休日の措置診療および入院対応 (精神科 3 次救急) を行っている²⁾。本稿では、大学附属 2 病院の診療の概要とともに、精神科救急基幹病院としてのセンター病院が現在抱えている問題点、そして最後に大学病院で精神科救急を行う意義と問題点について述べることとする。

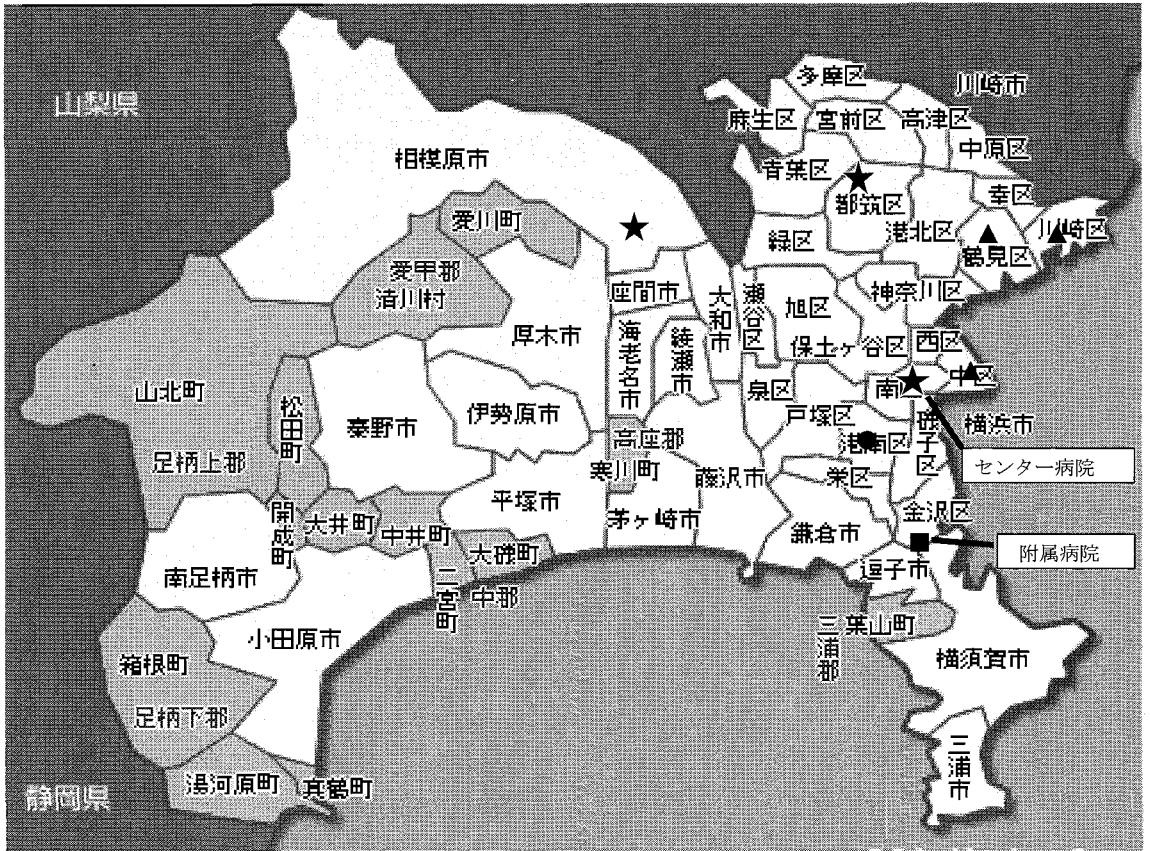
1. 診療の概要

表 1 に附属 2 病院の診療概要を示す。機能は両病院で一般診療とデイケアに加え、小児精神神経科・認知症専門外来を実施しているほか、センター病院ではてんかん専門外来を開催している。附属病院では緩和ケア専任医 (リエゾンコンサルテーション担当医) を配置し、緩和ケア加算を算定

している。センター病院は閉鎖病棟がある点を活かし、精神科 3 次救急 (専用ベッド 3 床) および医療観察法鑑定入院など国や地方自治体から要請された行政医療事業に応需している。また、センター病院の高度救命救急センターには現行で教員 1 名と大学院生 1 名が勤務し、身体救急医として診療業務をこなしながら、本来の専門である精神障害者に対する対応や自殺企図者に対して再企図防止の働きかけを行っている。当直業務は附属病院 1 名、センター病院 2 名 [精神保健指定医 (以下, 指定医) 1 名およびシニアレジデント (以下, レジデント) または初期研修医 1 名] の体制を敷いている。入院治療の特徴として、附属病院では精査・鑑別診断を目的とした短期入院の受け入れ推進とともに、入院初期からのケースワーク強化による在院日数の短縮化を図り、入院基本料 10 対 1 (特定機能病院, 精神病床) の算定を平成 18 年より実施している。センター病院では精神科救急および精神科身体合併症症例の入院受け入れを積極的に行い、患者・地域のニーズと病棟特性に応じた診療体制の機能分化を推進している。

2. 精神科救急基幹病院としての問題点

平成 19 年度の神奈川県および横浜市精神科救急医療体制を図 2 に示す。現在、神奈川県内では県立病院・3 つの大学病院・総合病院の 5 病院 (計 23 床) が基幹病院となり、平日夜間および休日に主として精神科 3 次救急症例の診察と入院対



★ 大学病院 ● 県立病院 ▲ 総合病院 ■ 附属病院

図1 神奈川県内の精神科救急基幹病院と横浜市大附属2病院（平成19年秋より）

応を行っている²⁾。後述するように、3つもの大学病院が救急基幹病院の役割を担っていることが当県の最大の特徴となっている。秋からはさらに横浜市中区と鶴見区に2つの総合病院が基幹病院として加わる予定である（図1）。

3県市の救急体制は入院翌日には転院せずにある程度精神状態が安定した時点で転院するシステムを採用している。平成18年度に横浜市内で発生した救急入院事例の基幹病院から他院転院に要した日数は平均18.2日であった。したがって、現行のシステムでは毎晩深夜帯（22時～8時半）は1基幹病院が輪番で対応しているが、当番病院の救急専用ベッドが満床時は入院に 대응できない

という問題が指摘されていた。今秋より基幹病院の増加に伴い、深夜帯は2基幹病院の輪番体制となることから、空床確保の問題はある程度改善することが期待される。

次に、センター病院の救急専用ベッド運用上の問題点について触れたい。基本的に精神科救急と身体合併症治療は分けて考える必要があるが、現実には措置症例や激しい行動病理を伴う症例の身体合併症治療の受け入れは比較的スタッフ数が確保しやすく各種身体科を擁する大学病院に偏在する傾向がある。センター病院開設以来6年間に受け入れた救急症例339例中65例（19.2%）が積極的な身体合併症治療（軽症は除く）を要したが、

表1 附属2病院の診察概要

	附属病院	センター病院
医師 (人)	14 (指定医 8)	13 (指定医 8) (指定医 2 は医学部籍)
ケースワーカー (人)	3 (PSW 1)	4 (PSW 2)
デイケア部門	あり	あり
緩和ケア専任医	あり (緩和ケア加算)	
精神科 (3次) 救急		あり
(医療観察法) 鑑定入院		あり
パルス式 ECT	あり	(サイン波, パルス式本年購入予定)
当直体制 (人)	1	2
(救命救急センター)		(指定医+レジデント) 指定医 1+大学院生 1
専門外来	老人クリニック (認知症) (小児精神神経科, 診療科として独立)	てんかん 小児精神神経科外来 もの忘れ外来(認知症)

合併症治療を要した症例の平均在院日数 (46.8 日) は合併症のない症例 (16.0 日) に比べ、約 3 倍に延長していた。したがって、精神科 3 次救急レベルの身体合併症症例の受け入れは救急用ベッドの空床確保に支障をきたすこととなり、院内後方移送 (救急専用ベッドから一般入院枠の扱いに変更) 扱いとし、内部運用で対応している。また、院内の問題として、同一病院内であっても措置症例を仮退院扱いとしたり、術後早期に精神病床に引き取り精神科が主科として身体管理を請け負わなくてはならない状況にある。身体管理については 2 年目の初期研修医の貢献が大きい、精神科初期研修の観点からも精神・身体両面の医学的管理を早期に経験することは意義がある。折りしも、6 月より横浜市主導で精神科身体合併症転院事業が開始され、センター病院を含む 3 基幹病院が身体合併症治療を請け負うこととなった。今後このシステムの効率的な運用に期待したい。

3. 大学病院が精神科救急を行う意義と問題点

自治体により精神科救急医療体制は異なり、先述のように神奈川県では 3 つの大学病院が基幹病院として精神科救急医療システムに参画している。現行の県下精神科救急医療体制・精神科身体合併

症治療体制における問題点を抽出するため、神奈川県精神医学会会員の協力を得て、県下精神科医師にアンケート調査を行った。その中から大学病院と精神科救急に関する項目を取り上げ、大学で精神科救急を行う意義と問題点について考察する。

1) 対象と方法

神奈川県精神医学会会員および横浜市立大学精神医学教室所属の精神科医師 400 名に対して「精神科救急・精神科身体合併症に関するアンケート」(自記式の調査票) を郵送で送付し、匿名で回収した。

2) 回答者背景 (図 3)

155 人がアンケートに回答した。回答者の 3/4 が 41 歳以上で、約 8 割が男性であった。指定医取得者は約 9 割を占め、勤務先は診療所、単科精神科病院がそれぞれ 45%、33% と多く、大学病院と総合病院に勤務している者はそれぞれ約 1 割であった。

3) アンケート結果 (図 4~6)

「基幹病院としてふさわしい施設」は、県立病院 (88%)、大学病院 (85%)、総合病院 (61

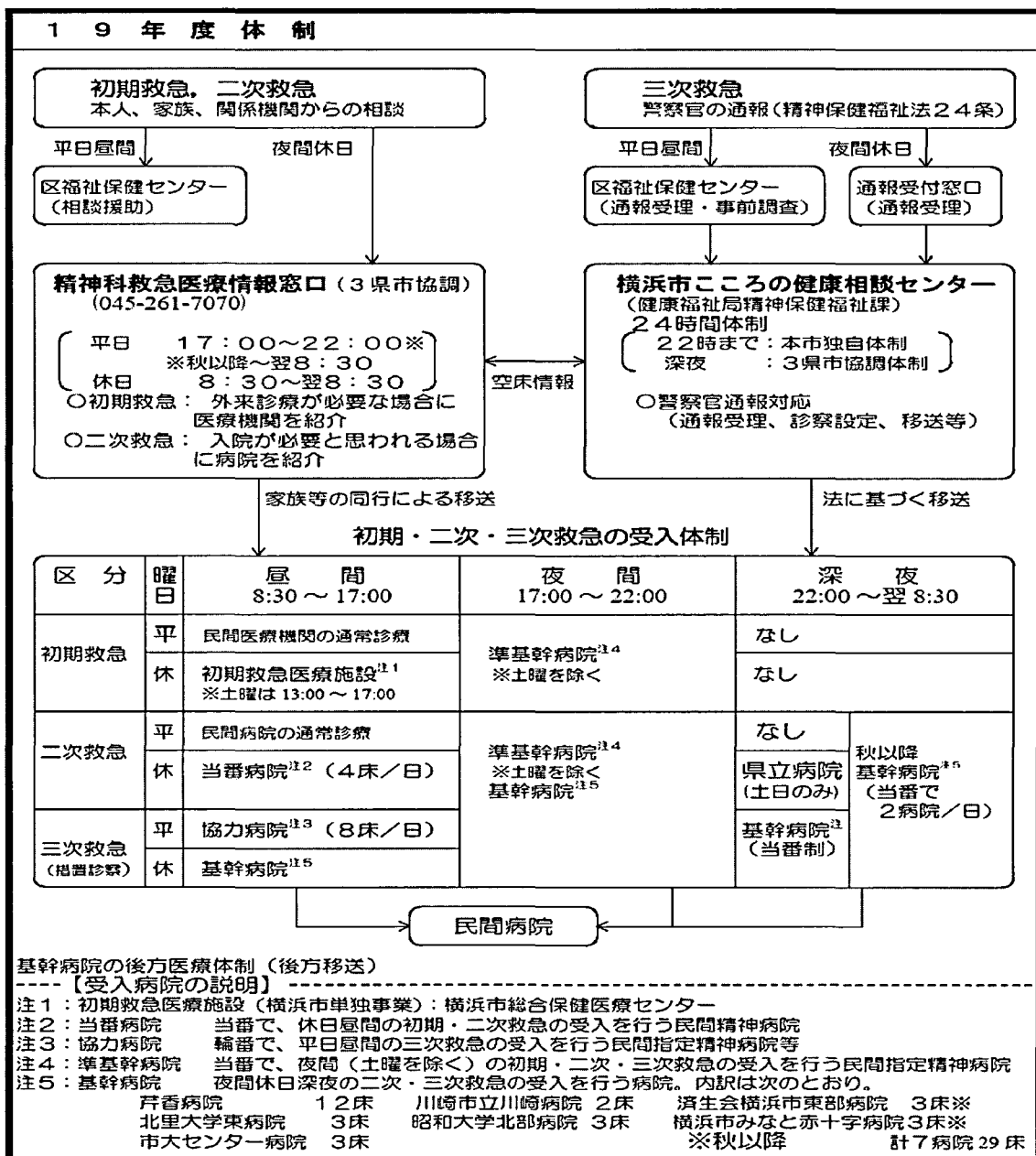


図2 平成19年度神奈川県および横浜市精神科救急医療体制

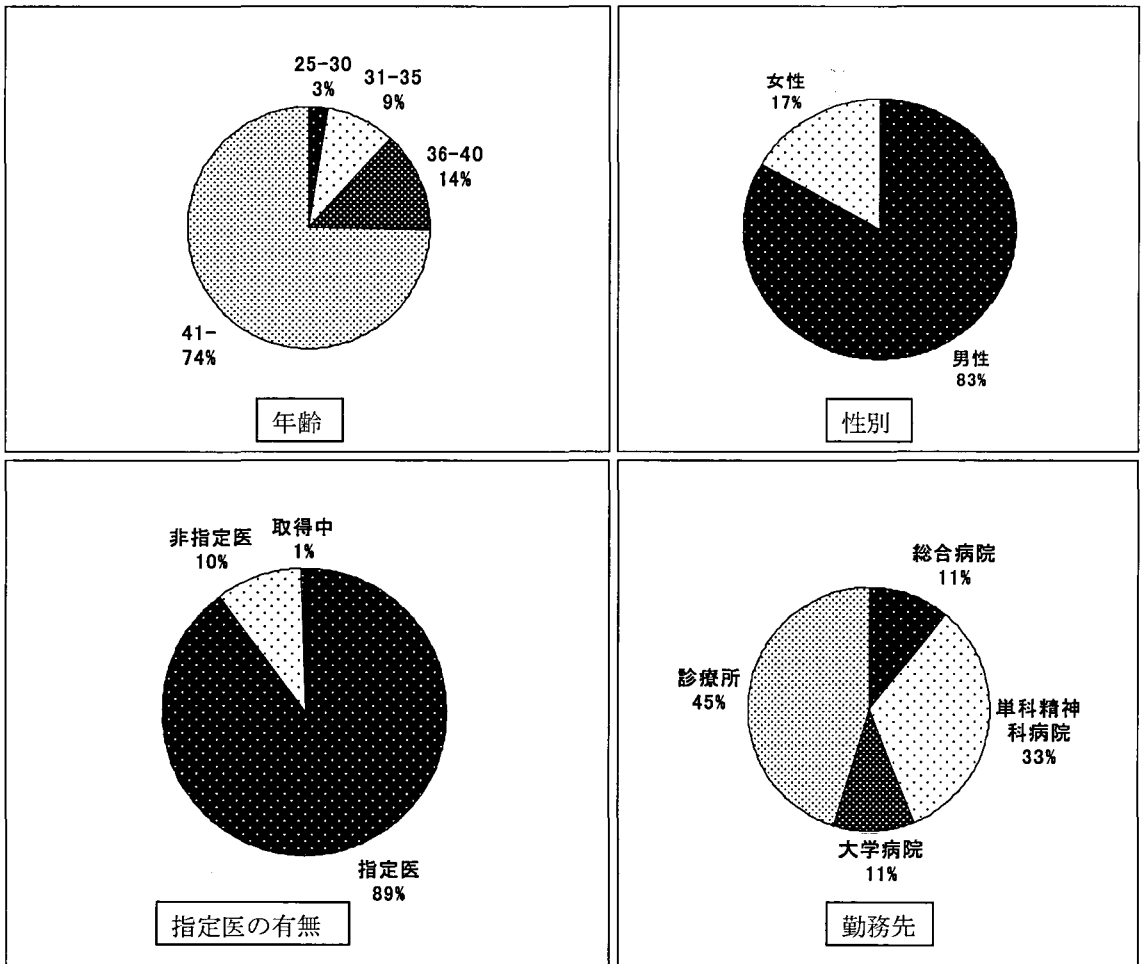


図3 アンケート回答者背景

神奈川県精神医学会会員および横浜市立大学医学部精神医学教室所属の精神科医師 400 人を対象としたアンケート調査 155 人が回答 (神奈川県精神科・心療内科医合計 644 人, 厚生労働省調べ 2005 年)

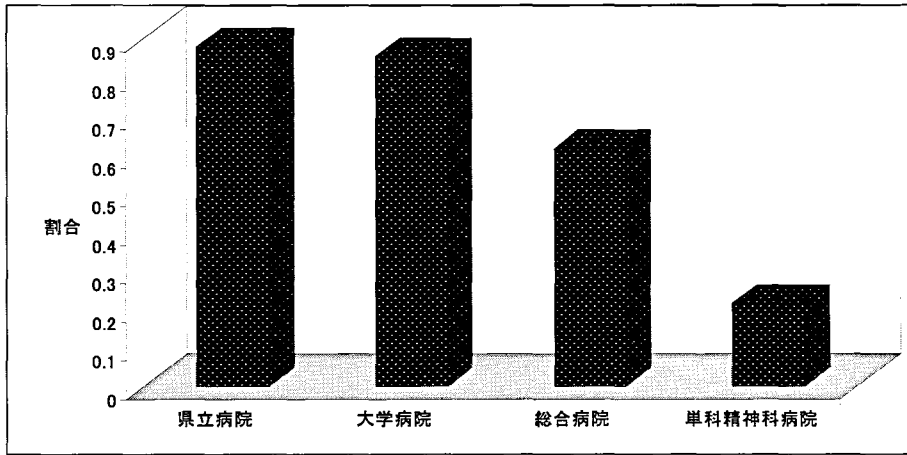
%), 単科精神科病院 (21%) の順に多かった。「研修したい基幹病院」は、大学病院 (80%), 県立病院 (69%), 総合病院 (48%), 単科精神科病院の順に多かった。

現在の救急システムに対する評価として、「機能している」と現行のシステムに一定の評価を与えた者が 56% いる一方で、32% が「機能していない」と回答している。機能していない理由として、「全症例に対応していない」が最も多く (25 人), 「身体合併症への対応が不十分」「2 次救急

への対応が不十分」という理由が続いた。また、少数ではあるが、基幹病院の地域偏在に関する意見もあった。

「大学病院が基幹病院であること」については、99% が「よい」と肯定的意見が大勢を占めた。大学病院が基幹病院である良い点として、「身体合併症への対応」が最も多く、以下「教育」「医師数・指導医数 (が多い)」「研修体制」と続いた。問題点としては、「基幹ベッドが少ない」「スタッフの出入りが多い」「地域連携が悪い」といった

質問1. 基幹病院としてふさわしい施設（複数回答可）



質問2. 研修したい基幹病院（複数回答可）

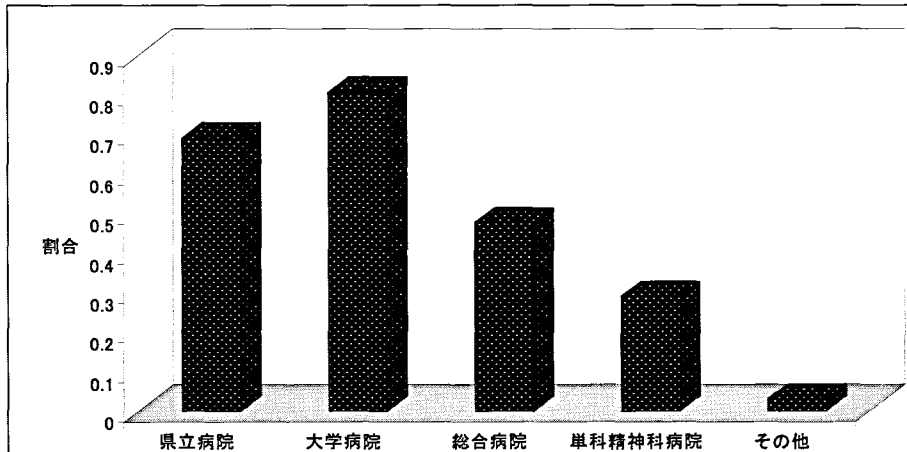


図4 アンケート結果 (1)

理由が多かった。

4) アンケートのまとめ

神奈川県内で働く精神科医の意見として、大学病院で精神科救急事業を行うことが評価されていた。よい点として「身体合併症への対応」、「医学教育・精神科研修における精神科救急の指導」、「医師数の確保が容易」といった項目が評価されているように、身体管理面、教育面、マンパワーにおいて期待が大きいことが確認された。

5) 教育における意義と問題点

採算性を要求される総合病院の精神病床が減りつつあることを考慮すれば、身体管理（鑑別診断）・教育という視点をもちながら大学病院で精神科救急を行う意義は大きいと考える。センター病院では指定医とレジデントが2名当直体制を敷いており、レジデントは当直業務を通じて精神科救急の専門医研修（指定医および日本精神神経学会専門医症例の経験）が実践できる。行動目標として、激しいあるいは急性の精神症状あるいは行

質問 3. 現在の救急システムは機能しているか

質問 4. 大学病院が基幹病院であること

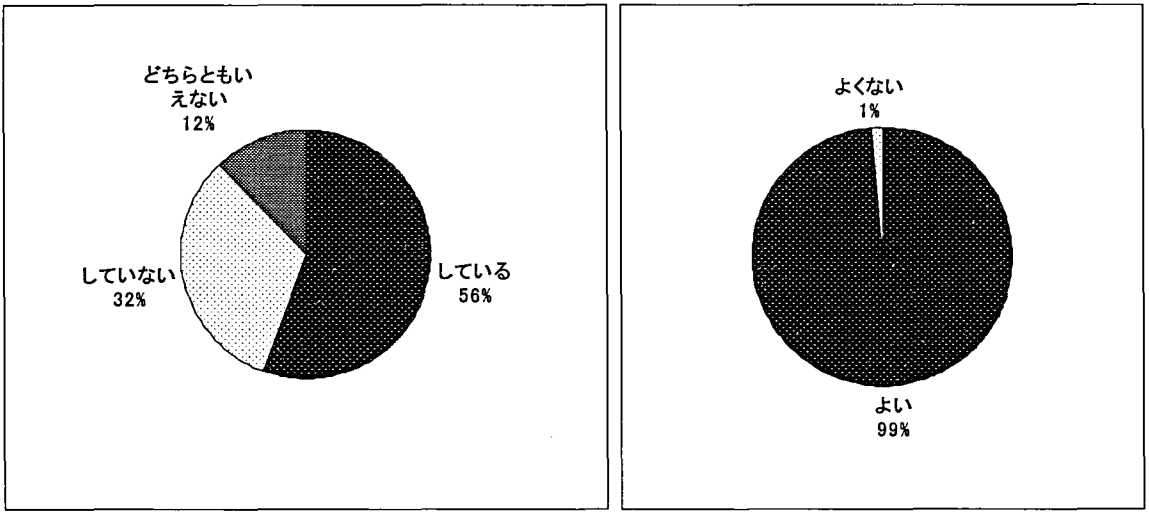


図5 アンケート結果 (2)

動の障害について診断を行い初期対応ができることと、急性期治療や精神保健福祉法について理解することをあげている。初期研修医の研修内容はプライマリーケアに重点を置いたものとなっているが、平成 18 年度に附属 2 病院で研修を修了した初期研修医 75 人に対するアンケート結果では、「当直」や「救急診療」といった精神科救急に関係する指導法も一定の評価を得ていた。詳細な評価内容の検討が必要ではあるが、2 ヶ月以上精神科研修を行う初期研修医は当直業務にも参加するため、鎮静法や落ちつかない患者への対応を通して初期研修に求められる技能や知識の習得に精神科救急が寄与することが期待される。医学生については、横浜市立大学では医学教育において精神医学がコア科目になっていることおよびクリニカルクラークシップ制度を導入していることから、医学生・初期研修医・レジデント・指導医の屋根瓦方式の指導体制¹⁾をとっており、精神科救急症例の症状改善前後の関わりを通じ、精神障害者に対する偏見を払拭できる効果を期待している。しかし、精神科救急の主たる舞台は夜間休日の実習時間外であることから、現在は希望者のみの参加

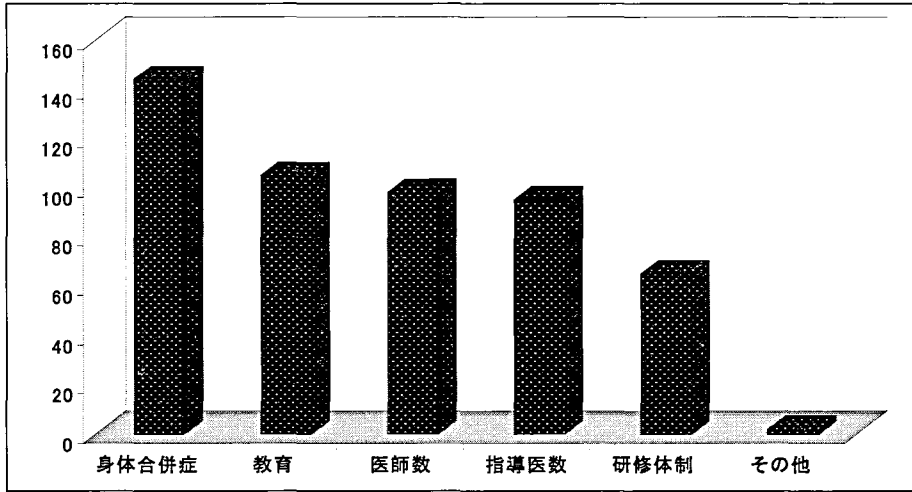
となっている。

現在、3 県市の精神科救急システムが翌日移送方式を採用しないことで、多忙な教員の燃え尽き防止および急性期治療を通じた教育的関与を可能ならしめていることは事実である。しかし、夜間帯の満床を理由とした診察不可の実態が患者ニーズと一致したものではないことを理解し、地域に応じた精神科救急体制を全ての精神科医が参画するようなシステムとして構築していく必要がある。

おわりに

横浜市立大学附属 2 病院神経科の診療の現状について述べた。両病院はそれぞれの特徴を生かして機能分化をはかり、効率的な病棟運営を目指している。センター病院は精神科救急基幹病院として、措置症例や措置レベルの身体合併症症例に対する入院に応需している。大学病院で精神科救急を行う意義として、身体管理面・教育面・マンパワーでの貢献が求められている。特に大学病院は医育機関としての役割があり、医学生・初期研修医・シニアレジデントに対し、連続性のある実地

質問5. 大学病院が基幹病院である
よい点（複数回答可）



問題点（複数回答可）

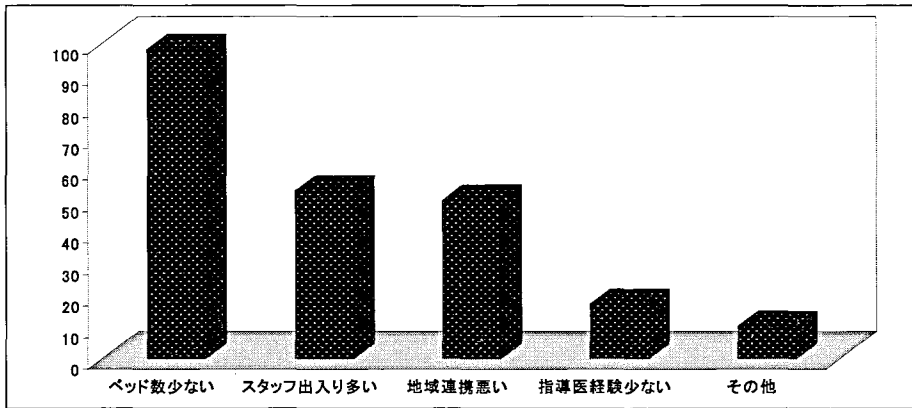


図6 アンケート結果 (3)

臨床教育や指定医症例取得，専門医制度研修への
指導といった教育的配慮が必要である。

謝 辞

この場をお借りして，精神科救急・精神科身体合併症に
関するアンケート調査にご協力いただきました神奈川県精
神医学会会員の皆様に，心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 佐藤玲子，河西千秋，塩崎一昌ほか：横浜市立大
学と関連施設における新しい必修精神科研修への取り組み。
精神経誌，107：841-845，2005
- 2) 杉山直也：精神科救急の即応性と地域展開および
機能分化と連携について。精神経誌，108：1066-1073，
2006