

第104回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神科救急病棟の今後

川畑 俊貴（京都府立洛南病院）

当院の精神科救急病棟（X病棟）の経年的変化を分析し、さらに、同病棟がほとんど同じ病棟構造で医療を行った二つの時代（急性期治療病棟時代・精神科救急病棟時代）の比較を試みた。その結果、精神科救急病棟の入院受け入れ機能の低下は見られなかった。しかし、再入院率と転棟・転院率を指標として、治療機能の評価を行った結果、精神科救急病棟の治療機能は低下していることがわかった。

治療機能低下の実体は、「再入院がないところまで、しっかりと患者を治せない」ことであった。急性期治療病棟との比較から、その原因は、医師の入れ替わりによる経験不足と、看護師数の相対的減少にあると推察された。これらを突き詰めると、精神科救急病棟は、薬物療法で事足りない難しい患者に、医師・看護師がしっかりと関わることができない環境にあることに行き着いた。今後は「転棟をできるだけ避けつつ、再入院のない状態までの治療を目指す」ことを多面的に追及することが、精神科救急病棟を生かす道である。

<索引用語：精神科救急病棟，急性期治療病棟，転院・転棟，再入院，入院受け入れ機能，治療機能，医師経験年数，精神科救急専門医制度>

1. はじめに

行政が様々な施策を試みてきたにもかかわらず、日本の精神科病床数は今も高止まりの状態にある。病床削減はぜひとも達成しなければならない課題であるが、あまり急速に進めると、精神障害者の生活を悪化させたり、形式的な削減にとどまったりする心配がある。あくまでも病床削減は、精神科医療が改善された結果、ゆっくりと達成されていくのが理想である。

精神科医療の改善による病床削減策は、大きく分けて二つの方向がある。ひとつは、長期入院者が地域で生活できる条件を整えて地道に退院を促進していく方向で、もうひとつは、急性期治療を充実させて、長期入院者の再生産を低く抑えていく方向である。前者は、医療のみならず福祉も関係する問題である。しかし、後者は純粋に医療の問題であり、私たちは「長期入院者をつくらない

急性期治療」の実現に、大きな責任を負っている。

精神科救急病棟は、精神科救急システムに参加することが義務付けられ、夜間休日でも緊急性の高い入院を受けている。これは、精神科救急病棟の価値ある一面である。しかし、その精神科救急病棟から多くの長期在院者が生じるとなれば、精神科救急病棟の価値も半減する。精神科救急病棟は、緊急入院を受け入れながらも長期入院化率を低い水準に保ってこそ、価値あるものとなる。

入り口は精神科救急病棟、出口は社会復帰病棟という具合に分業して、入院長期入院化率を低い水準に保とうという考えもある。こういった手法が、必ずしもよくないとはいえない。しかし、転棟となれば、医師と精神保健福祉士は替わらなくても看護師の顔ぶれは変わる。治療の連続性が完全に保証されることはない。また、転棟が多すぎると、スタッフのモチベーション維持が難しくな

表1 夜間休日の診療実績 (2006年度)

	システム	病院直接	合計
外来	80	312	392
入院	206	124	330
入院	措置	1	4
	緊急措置	27	2
	応急	29	7
	医療保護	145	93
	任意	4	18
電話相談で完結	131	173	304
合計	417	609	1026

ることが懸念される。急性期初期を乗り越え、やっと関わりが持てだしたところで転棟ということが積み重なると、精神科救急病棟に長く留まり、この仕事を極めていこうという気持ちになれないのではないか。精神科救急病棟の進歩には、技術と経験の蓄積が不可欠である。スタッフがモチベーションを維持できずに数年単位で入れ替わるようでは、病棟に技術と経験が蓄積しない。ひいては、精神科救急病棟の治療力は、いつまでたっても上がらないということになる。

このように考えると、「緊急入院を受けながらも転棟・転院させずに治療を終え、患者を家庭・地域・社会に帰していく精神科救急病棟」の姿が、ひとつの理想として浮かび上がる。当院のX病棟は、1996～2001年まで急性期治療病棟として、2002年以後は、精神科救急システムの基幹病院となり、事実上、精神科救急病棟として稼動してきた。本論ではまず、精神科救急病棟(X病棟)の経年的変化を分析する。さらに、同病棟がほとんど同じ病棟構造で医療を行った二つの時代(急性期治療病棟時代・精神科救急病棟時代)の比較を試みる。これらの結果をもとに、精神科救急病棟が、今後どのような方向を目指していけばよいのかを考察する。

2. 当院の精神科救急病棟の現状と 精神科救急病床数

京都府の精神科救急システムは、北部・南部の2圏域に分けられていて、当院は南部圏域に属する。京都府南部圏域は、人口230万人で面積が小さく、比較的まとまりのよい医療圏域である。京都府南部圏域には、政令指定都市である京都市が含まれ、精神科救急システムは、京都府と京都市が協力して運営している。

精神科救急情報センターは京都市の施設に設置され、基幹病院とは完全に独立して稼動している。夜間休日に2名のスタッフが常駐して対応に当たっている。緊急入院の受け入れは、京都府の施設である当院が受け持っている。緊急入院の受け入れを補完する「輪番制」や、長期化する入院患者を転院させる「後方転送システム」はない。いわゆる完全基幹病院制である。

京都府南部圏域の精神科救急システムは、面積が広すぎないので、搬送に苦勞することはほとんどない。人口規模も標準的で、地方都市を含む医療圏域の典型例である。当院はここで、単独で基幹病院を担っているため、人口当たりどの程度の精神科救急病床が必要かを知る実際的な目安となる。

表1は、平成18年度の当院の夜間休日の診療実績である。年間約1000件の夜間休日対応を行っており、このうち3割が入院、4割が外来のみの対応、残りの3割は電話のみの対応となっている。受け入れる救急病棟は2単位(36床×2)あって、男性と女性で使い分けている。2つの病棟をあわせて、年間530～560名の入院を受けていて、非常に忙しい病棟になっている。

図1は、当院の精神科救急病棟からの退院状況を示したものである。退院者と転棟・転院者は色で区別している。退院者はさらに、新規入院であった者と再入院であった者を色で区別した。「再入院1ヶ月」とは、同病棟を退院してから1ヶ月以内の再入院であった者で、「実質退院」は、過去1年間、同病棟に入院していなかった者である。「実質退院」は病棟が、再発しない程度まで治療

を完遂できた患者数であり、病棟の治療機能を表す指標と考えられる。

図1を見ると、入院者が一定数を越えると、その分だけ転院・転棟が増加していることがわかる。これは、病棟の治療機能には一定の限界があることを示唆している。この容量を越えて入院を受けても、結局は転院・転棟という結果になり、治療を完遂することはできていない。

現在当院の救急病棟では、年間530～560名の入院を受けているが、これは平日昼間の入院を断り、緊急性のやや小さいケースをできるだけ次の日にまわした結果である。おそらくこれらを積極的に引き受けると、650～700名の救急入院があると予想される。一方、入院を受けた530～560名のうち、転棟などをさせずに治療を完遂できたのは、450名程度にとどまる。すなわち、治療の連続性を保障しながら救急入院を受けるには、当院の72床の救急病床では足りないことがわかる。様々なファクターをすべて切り捨てた想定上の概算に過ぎないが、京都府南部圏域では、あと

30～40床規模の精神科救急病床が必要という計算になる。すなわち、少なく見積もっても人口100万に対して50床の精神科救急病床が必要ということである。

3. 救急病棟の機能低下と医師の問題

図1からは、もうひとつの重要な経年的変化が見て取れる。転院・転棟を除いた退院患者数はどの年度もおよそ一定であるが、そのうち再入院者の占める割合がしだいに増加していることである。これは病棟が、「再入院のない状態までしっかりと治療する力」を失いつつあることを示唆していると考えられる。治療力低下の原因を一面的に語ることはできないが、少なくとも看護師は少しずつ経験と技術を蓄積している。医師たちは相変わらず熱心で、精神保健福祉士の数や作業療法士の力量も確実に上がっている。また、情報センターのトリアージ機能は年々洗練され、救急が始まった2002～2004年当時と比べると、治療目標を持っていない問題患者は大きく減少した。2006年以後は、民間病院が敬遠する難しい患者の平日昼間の受け入れを完全に断っているので、治療困難な症例も減少している。入院患者は、明らかに組みやすいものとなっている。こういった好条件にもかかわらず、再入院が増加し続ける原因のひとつは、医師が激しく入れ替わって、経験を蓄積できないことにあると考えられる。

表2は、再入院率と医師の当該病棟への着任後の年数を示したものである。急性期治療の経験が少なくても、転院・転棟を駆使して入院患者の処理はできている。しかし、医師の経験年数が少な

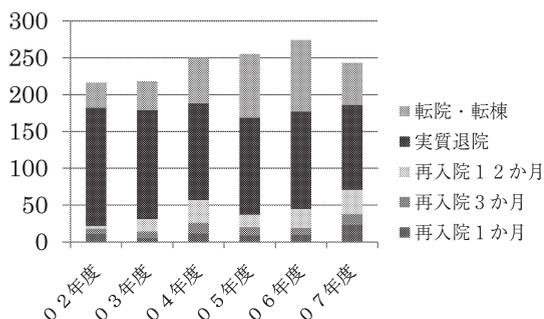


図1 精神科救急病棟における退院実態の経年変化

表2 再入院率と医師の着任後年数

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
医師平均経験年数	4.0年	4.3年	3.4年	3.3年	1.5年	2.0年
再入院率	12.1%	17.3%	22.8%	21.9%	25.4%	38.2%
入院患者数	216名	218名	250名	255名	274名	243名

(注) 医師平均経験年数：担当患者数の多かった4名の医師が、当該病棟に着任してから経過した年数の平均

いほど再入院率が上がる傾向が明らかに見て取れる。再入院がないようにしっかりと治療するためには、医師の経験が必要であると考えられる。

4. 急性期治療病棟と精神科救急病棟の比較

現在、精神科救急病棟として稼働している X 病棟は、1996 年から 2001 年までは救急システムとは関係のない単なる急性期治療病棟であった。

表 3 は急性期治療病棟時代と精神科救急病棟のスペックの違いを示したものである。精神科救急病棟（正確には精神科救急システムの基幹病院）になってから、回転病床数と入院者数はちょうど

2 倍になっている。これは、病棟の受け入れ機能が 2 倍になったことを意味する。同時期に、医師数、精神保健福祉士数、保護室と個室の数なども 2 倍以上になっている。これらを見れば、精神科救急病棟は好条件に恵まれて、入院機能が 2 倍になったかのように見えるが、これは入院の受け入れ機能に限った話である。病棟の機能を評価するには、入院者数だけでなく、入院させた患者をどこまで治療できたのかを見る必要がある。

図 2 は、急性期治療病棟時代と精神科救急病棟になって以後の退院の実態を、年度ごとに示したものである。急性期治療病棟時代の特徴は、転院・転棟が少ないことである。その結果、再入院がない状態までしっかりと治療できた患者の割合が高くなっている。時代背景や治療環境が違うので単純に比較はできないが、実質的退院機能（再入院がないところまでしっかりと治療して退院させる機能）については、精神科救急病棟は急性期治療病棟の 1.3~1.4 倍にとどまることがわかる。この原因を、再び表 3 に戻って考えれば、精神科救急病棟は、以下の 3 点で急性期治療病棟に劣っていることがわかる。

- ①総入院患者数の増加（忙しすぎることを意味する）
- ②相対的看護師数の減少（入院患者 1 人あたりの看護師数は減少）

表 3 急性期治療病棟と精神科救急病棟の比較

	急性期治療病棟	精神科救急病棟
病床数	42 床	36 床
回転病床数	17~20 床	36 床
医師	2 名	4.5 名
平均入退院数	122 名	242.7 名
医師平均経験年数	8 年	3.1 年
看護師	18 名	21 名
精神保健福祉士	0.5 名	2 名
隔離室	7 室	14 室
個室	0 室	4 室

(注) 回転病床数：病床数から長期入院者の占める病床数を差し引いたもの

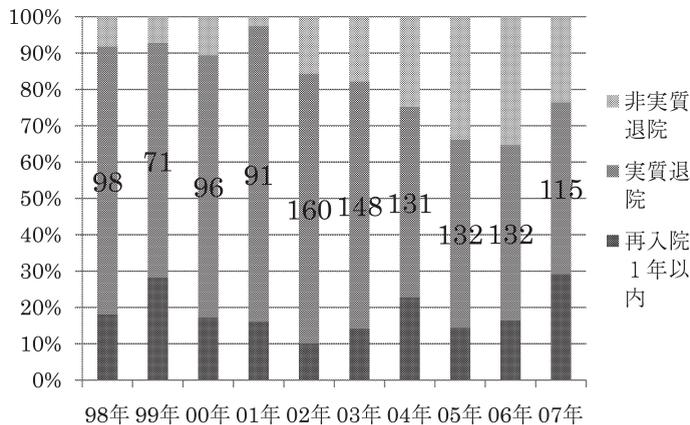


図 2 急性期治療病棟および精神科救急病棟における退院実態の経年変化

③医師経験年数の低下（当院だけの事情とは考えにくい）

急性期治療病棟の時代に、重症度の高い統合失調症患者に深く関わって、何とか退院まで持ち込むのに大きな役割を果たしたのは、看護師の力であった。精神科救急病棟になって業務が2倍になったにもかかわらず、看護師の増員はわずかであり、患者にじっくりと関わることができなくなった。看護業務の中心は、患者との関わりから、身体管理と症状評価へと変化した。この変化は、看護師数の絶対的不足から起こったものであり、努力と工夫で乗り越えられることではない。このように当院では、看護師に余裕がなくなったことが、転院・転棟を増加させ、実質的退院機能を低下させる原因のひとつになっている。

5. 精神科救急病棟に勤務する医師の問題

精神科救急病棟に医師が定着しないことが、病棟機能低下の一因となっていることはすでに述べた。ここでは、医師が定着しない原因を探る。

すでに述べたように、当院は京都府南部圏域の精神科救急システムの中で、単独の基幹病院として稼動している。輪番制を併用していないので、夜間休日に発生する患者の入院は絶対に断れない。急性期治療病棟の時代は、満床になれば入院を断ることができたので、入院患者の治療に集中することができた。しかし精神科救急病棟（救急システムの基幹病院）になってからは、医師はベッドコントロールや入院受けに振り回されて、「患者を治す」ことに集中できなくなっている。ただ忙しいだけなら、モチベーションの持ち方で乗り越えることも可能である。しかし、治療に集中できない構造があるとなれば、嫌気がさすのは当然のことであろう。もっと入院患者が多くなれば、医師の対応は治療の色合いを失い、患者処理的にならざるを得ない。患者処理は、数年もすれば飽きてしまうほど底の浅いものであり、仕事を続ける気になれないのも無理はない。

精神科医の成長には、治療の難しい患者に粘り強く取り組む経験が必要である。その技術も、難

しい患者の治療に挑戦していくことによってはじめて深化する。そして、精神科医の本当の面白さはここにあるといってもよいだろう。精神科救急病棟は、医師労働力の多くを若手医師に頼らざるを得ない。ところが、精神科救急病棟が、精神科医としての本当の面白さを知る前に、若い医師たちに飽きられてしまうという悪循環に陥っているとすれば、構造的に考え直す必要がある。

根本的な対策は二つの方向しかない。一つは忙しさを少なくすることであり、もう一つは経験ある医師の割合を増やすことである。前者は、院内で解決できることではない。基本的には、医療圏域で十分な救急病床数を確保することが必要である。後者は、医師養成を、しっかりとしたポリシーをもって数年がかりで計画的に行うしかないが、精神科救急病棟に経験医を配備するような制度的後押しも必要であろう。

6. 考 察

当院の精神科救急病棟では、入院の受け入れ機能は維持されているものの、実質的な治療機能が低下している。原因は、医師の激しい入れ替わりと看護師数の相対的減少にある。

経験ある医師は、救急病棟の治療機能維持には不可欠である。高規格の精神科救急病棟を生かすためにも、たとえば精神科救急専門医制度を新設して、経験ある医師が確実に配備されるような制度を設けるなどの施策が必要である。同時に、救急医療の現場が忙しすぎて治療が上滑りにならないように、各医療圏域で、十分な精神科救急病床を確保する必要もある。

看護師数は、急性期治療病棟に比べて、相対的に減少している。急性期治療病棟で威力を発揮した看護師の治療的関わりは、現在の精神科救急病棟では期待することはできない。基準のグレードアップが望まれる。

精神科救急病棟は、以下の2点を基本的目標として運営しなければ、治療機能の低い患者受け入れ専門施設に墮してしまう懸念がある。

①できるだけ転棟・転院に逃げない。

②できるだけ再入院を減らす。

そもそも転棟・転院に逃げざるを得ない患者や、再入院しやすい患者は、薬物療法に限界のある難しい患者である。彼らの治療は、結局のところ、スタッフが深く関わることでしか完遂できない。病院には、精神科救急病棟の中で患者に深く関わろうとする医師・看護師を、どれだけサポートできるかが問われている。しかしこれは、院内努力だけで達成できるものではない。医療圏域全体で

救急体制を強化することや、経験医確保のための制度的後押しも今後は考えていく必要があるだろう。

精神科救急医療は、患者の人生の最大の苦境に寄り添い、彼らの力になれる「場」である。これほどやりがいのある「場」は他にない。このことを現場のスタッフが実感できるように体制を整えることができれば、精神科救急病棟の未来は明るい。