

第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

のぞえ総合心療病院における救急病棟（医療）の現状と課題 ——福岡県のマクロ救急と当院のミクロ救急について——

堀 川 公 平（医療法人コミュノテ風と虹ののぞえ総合心療病院）

I. はじめに

当院（150 床）は福岡県筑後地方（人口約 90 万）の中心都市、久留米市郊外にある。今回のシンポジウムのテーマに沿い、福岡県のマクロ救急の実態と当院のミクロ救急の在り様について、特に救急病棟（現、40 床）に焦点をあて、その成り立ち、平成 19 年度の診療実績、それを支える当院の治療ハード、ソフト、システム、スタッフについて報告し、考察を加える。

II. 当院の概要および救急病棟の成り立ちと役割

平成 6 年 8 月より、短期入院、外来中心の精神科医療への転換を目指し、「治療共同体に基づく力動的チーム医療」（以下「力動的チーム医療」）を新たに開設したデイケアに導入²⁾、その後入院など医療部門全域に、さらには社会復帰部門（住居施設、通所授産施設）をも加え、法人全般で展開してきた。これにより、平成 19 年度の入院患者は 788 名（定床の 5.3 倍）を数えるまでになり、当初 2156.2 日あった平均在院日数は今や 69.0 日（平成 19 年度末現在）と激減した（図 1）。

同時に、1 年以上の長期入院患者もわずか 9 名となり、外来患者数も外来リハビリテーション部門の開設（デイケア、デイナイトケア、ナイトケア、外来 OT、訪問看護からなる地域生活支援組織）や紹介患者などの増加により、一日 9.2 名から 260.3 名と増えた。

これら精神科医療改革の原動力を「力動的チーム医療」とすれば、その推進力は平成 7 年 12 月

より病棟の機能分化の一つとして始めた「短期入院治療病棟」（42 床）であった²⁾。3 ヶ月以内での入院治療を目指したこの病棟が、翌平成 8 年 4 月の診療報酬制度改定で即「精神科急性期治療病棟」（42 床）となり、現在（60 床）に至っている³⁾。

この流れの中、救急病棟（現 40 床）は地域のニーズである精神科救急医療に対応すべく、またスタッフや施設等の充実のための財源確保を目的とし、平成 17 年 4 月の病院全面建て替えを機に施設基準（病床の半数以上が個室）を整え、1 年間のランニング期間を経て平成 18 年 5 月に誕生した⁷⁾。

III. 診療実績について

救急病棟を中心に、精神科の救急医療を積極的に行なっている病院であれば、県（行政）レベルの救急システムを介したマクロ救急だけでなく、病院レベルのミクロ救急に関しても迅速かつ適切な対応が求められる。そこで、平成 19 年度の当院全体および救急病棟のマクロ救急とミクロ救急の診療実績について述べる。

i) 当院とマクロ救急医療について

福岡県のマクロ救急システムは平成 10 年度より、県精神科病院協会の全面的協力の下、福岡県（人口約 504 万）を 4 区分し、情報センターを中心に 77 輪番病院により年中無休で稼働している（図 2）。

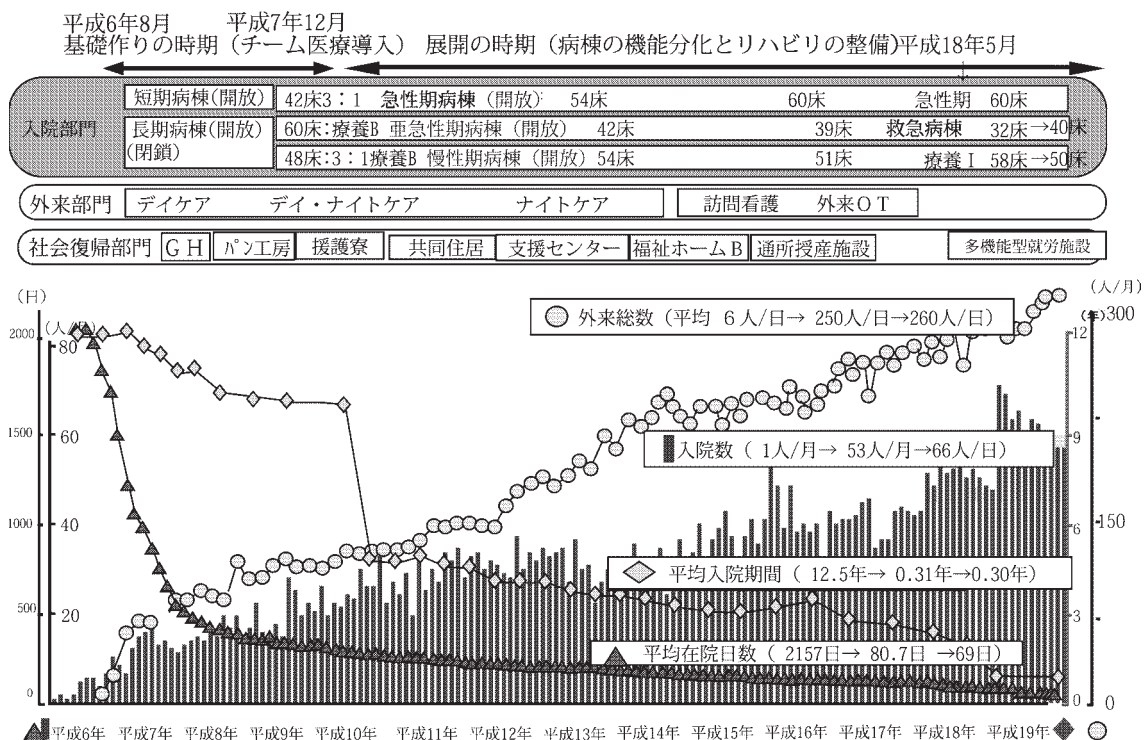


図1 当院の精神科医療改革と救急病棟（医療法人コミュノテ風と虹のぞえ総合心療病院，平成19年3月）

当院が属する筑後地区（人口約90万，輪番病院23）におけるこの10年間の利用総件数は1,747件（全県の約1割）で，内入院が552件（内措置15.4％）であった．一方，当院の同総件数は209件で地区の12％，入院件数は134件で24.3％を占めた．因みに，救急病棟認可後の輪番日が週2日（月，土）となった19年度の当院の対応件数は38件で地区の38.7％を占め，入院件数は25件で特に措置関係は14件（当該地区外の福岡地区から4件）と65.5％を占めた．

ii) 当院のマイクロ救急医療について

マイクロ救急の活動実態をいかなる指標により示すかは難しいところであるが，精神科的危機介入（多くは入院）目的の紹介患者をいかに適切に対応できているかが指標の一つとなろう．

そこで平成19年度の初診について調べたところ，年間1,069名の初診の内，紹介患者は569名

（53.2％）と約半数を占めることがわかった．内訳は精神科クリニックなどの医療機関400名（70.3％），救急システム25名（6.3％）などであった．そこで，この紹介患者569名の初診時の転帰を調べてみると（図3），内368名（64.9％）が入院で，内訳は医療機関が400名中283名（70.7％），救急システムは25名中24名（96.0％）が即日入院であった．以上の結果は当院のマイクロ救急医療がそれなりに機能していることを示すものと考えられる．

次いで，平成19年度の当院全入院件数を調べてみると（図4），年間789名（定床の5.3倍）の入院があった．内，新規入院患者は681名（85.0％）で，他の15.0％が非新規入院患者であった．また，3ヶ月以内の当院患者の再入院率は7.7％であった．経路別分類では紹介が377名（47.8％）で，内訳は先述の医療機関が283名（75.1％）と最も多く，救急システムは24名

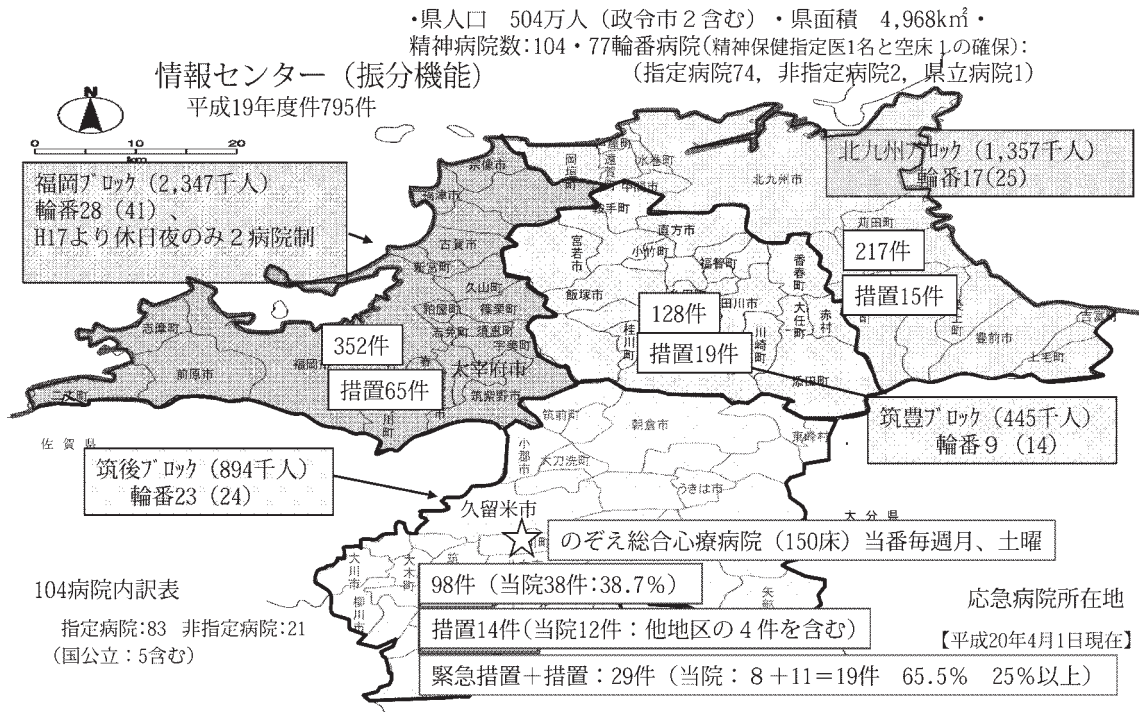


図2 当院とマクロ救急システム——平成19年度福岡県精神科救急医療システム
相談・診察・入院受け入れ実績総括より——

(6.4%)であった。一方、当院は412名(52.2%)で、内訳は狭義の外来が208名(50.5%)とデイケアの204名(49.5%)をわずかに上回っていた。

また、救急医療の重要な役割である夜間外来件数は、多くが当院の外来患者であったが、先の救急システムからの患者25名を含め年間計1,002件に上った。また平成19年10月、この多忙さに対応すべく外来看護者1名、精神保健福祉士1名の計2名から成る救急情報室を当院内に設けた。その結果、電話対応だけでも毎晩約20件あることが判明した。

iii) 救急病棟について

平成19年度の当救急病棟の診療実績に関しては、全入院患者数789名の内261名(33.1%)を受け入れた。入院形態別割合は、措置11名

(緊急措置を含む)(4.2%)、医療保護入院184名(70.5%)、任意入院65名(24.9%)と、当病棟における年間の措置および医療保護入院患者数割合は76.0%であった。

新規入院率に関しては、入院時は100%であったが、年間に延べると92.8%となった。これは、措置患者は3ヶ月を過ぎても例外的に新規患者(救急病棟加算が可能な患者)とみなされるとの「思い込み」から転棟させずにいた患者11名の存在による。

一方、救急病棟の退院患者の転帰別分類では(図5)、入院患者261名中、直接退院できた者は215名(82.4%)であったが、新規退院率となると75.0%と減少した。これは、前述の3ヶ月を超えて退院した措置患者の存在による。なお、退院患者の平均入院期間は49.9日であった。

ICD-10による疾患別割合では、統合失調症

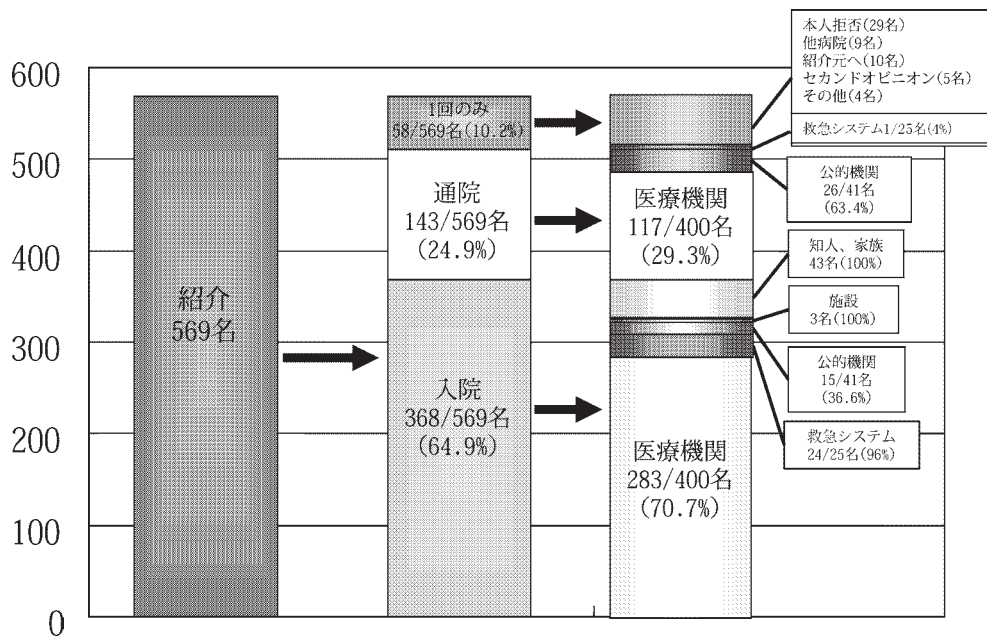


図3 当院のマイクロ救急について——平成19年度紹介患者初診時の転帰から——

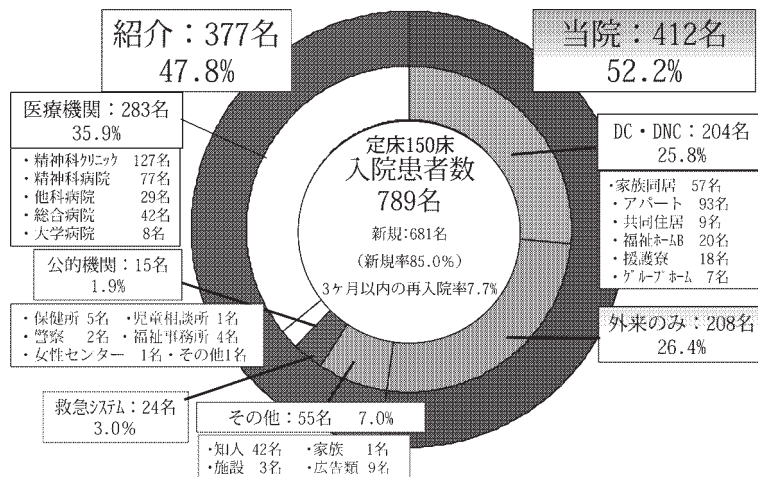


図4 平成19年度全入院患者の経路別分類（医療法人コミュノテ風と虹のぞえ総合心療病院）

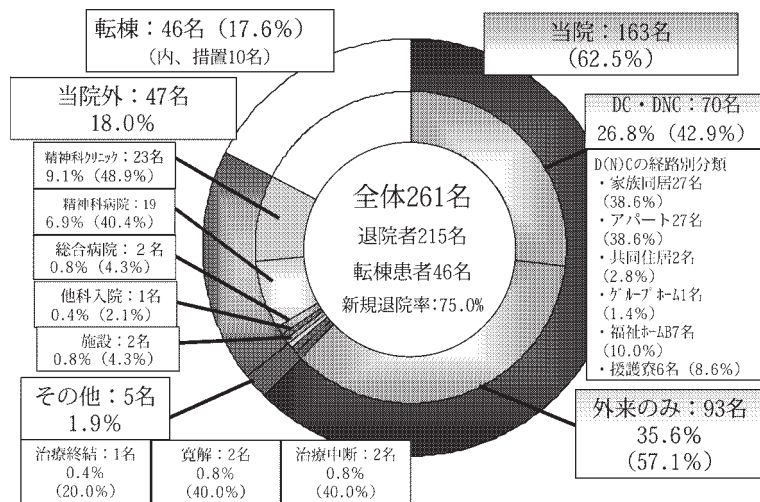


図5 平成19年度救急病棟患者の転帰別分類 (医療法人コミュニテ風と虹のぞえ 総合心療病院, 平成20年3月31日)

39.4%, 感情障害 20.7%, 中毒性障害 13.8%, 自傷, 自殺企図を認める神経症性障害 8.1%, 人格障害 5.4%等であった。急性期病棟に比べ統合失調症の割合が10%程多いが, その分, 感情障害や神経症性障害や人格障害が少なかった。

IV. 当院, そして救急病棟を支える治療ハード, ソフト, システムそしてスタッフ

上記のごとく平成19年度の診療実績を示したが, これらは種々の臨床上の工夫に負うところが多い。そこで以下, それらについて述べる。

i) ハード面について (病棟機能分化と病棟内機能分化)

当院150床では, 3病棟を新規患者の内, 主に医療保護, 緊急措置, 措置, 応急入院対応の救急病棟40床 (危機介入・特別病棟) と, 主に任意入院対応の急性期病棟 (ストレスケア病棟) 60床, さらに非新規入院患者および救急, 急性期病棟からの転棟患者を受け入れる療養病棟50床に機能分化させている。このように各病棟の役割を明確にし, 連携を密にすることで厄介なベッドコントロールに対応している (病棟機能分化)。

さらに各病棟は, 診療報酬制度上の条件から生じる問題点 (40~60床の大病棟に多様な疾患, 病勢期患者の混在) を解決すべく, 集団力動論的観点, 精神発達論的観点から4つのゾーンに分けている (病棟内機能分化)⁶⁾。これは入院直後の不安定な患者から退院間近の安定した患者まで同一病棟で治療せねばならぬことや, 日勤, 夜勤に最低限必要な看護師数20名を確保するには一病棟最低でも40床が必要 (救急病棟の場合) といった我が国特有の制度から生じる治療管理上の問題点を解決せんがための工夫である。

そこで, 救急病棟40床を例にとれば (図6), 詰め所を中心に絶対的依存期と解する超急性期患者 (主に自傷患者) の安全感確保を重視した詰め所に隣接する観察室2床 (新生児期: ゆりかご想定), 相対的依存期と解する急性期患者に必要な家族のような小集団での密なスタッフと患者どうしの関わりを重視したPICU6床 (乳児期的: 家庭想定), まだスタッフの保護を必要とする回復途上の患者のための閉鎖ゾーン22床 (幼児期: 幼稚園想定), 退院後の生活を重視した開放ゾーン12床 (児童: 学校想定) の4つに分化させている。

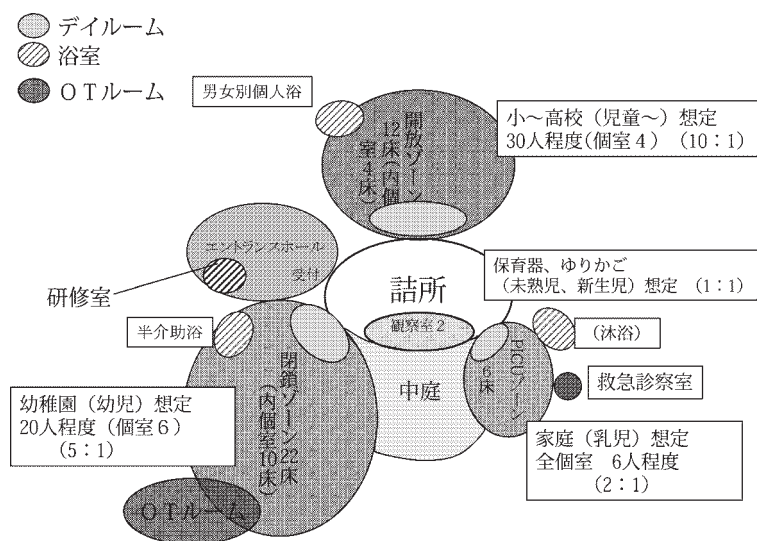


図6 当院が考える病棟内機能分化——救急病棟（40床）について——
（ ）内は患者、スタッフ比

各ゾーンにはそれぞれ詰め所に接したデイルーム（居間）があり、風呂も PICU の完全介助（沐浴）を可能にしたものから、閉鎖ゾーンの半介助風呂、さらには開放ゾーンの男女別の個人風呂など、患者の回復（成長）段階に合わせ設けている。また閉鎖ゾーンに作業療法室を設けることで患者の OT への導入を容易にするばかりか、スタッフが離院などの心配をすることなく関わられるように配慮している。

また病棟入り口には閉鎖ゾーンと開放ゾーンとをつなぐエントランスホールを設けることで外来との緩衝地帯を設け、家族の待合ロビーとし、またそこに隣接して研修室を置くことでスタッフのみならず家族や患者の心理教育などにも利用できるようにしている。さらに救急診察室を外部（院内道路）とPICUに隣接して設けることで、救急診察前後の円滑な治療導線確保している。

ii) 治療ソフト面について（治療共同体に基づく力動的チーム医療）

前述のごとく、当院の特徴は我が国では稀有な「力動的チーム医療」を外来（デイケアも含む）、

病棟，社会復帰施設において展開していることであろう⁴⁾。これは，患者にも責任能力，援助能力があるという治療共同体の想定の下，先輩・後輩患者からなる患者チームと多職種からなるスタッフチームとの個人および種々の集団レベルでの治療的交流により治療を行なうものである。

具体的には、院長、副院長、統括部長、病棟医
長、主治医による毎朝の回診に始まり、その後午
前・午後行なわれる作業療法に加え、患者・スタ
ッフミーティング（週1回、10名ほどの患者と
担当多職種スタッフとで行なう小集団精神療法）
やコミュニティミーティング（2週に1回の各
ゾーン毎の患者とスタッフの大集団精神療法）、
さらには必要に応じて参加が求められる疾患・課
題別集団精神療法、主治医による週2回の診察
（個人精神療法）など、構造化された治療プログ
ラムにより治療は進められる（図7、8）。

これにより患者はむしろスタッフの不要な退行は回避され、1～2ヶ月ほどの入院期間でも退院が可能となり、退院後の地域生活もより円滑になっていると考える。

	月	火	水	木	金	土
8:00	回診と検温	回診と検温	回診と検温	回診と検温	回診と検温	回診と検温
9:30	病棟・中央OT 個人面接	病棟・中央OT 個人面接 (アルコールミーティング)	病棟・中央OT 個人面接 (うつ病グループ)	病棟・中央OT 個人面接 (アルコールミーティング)	病棟・中央OT 個人面接	(新入院患者 ミーティング)
11:30	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食
13:30	患者スタッフミーティング	患者スタッフミーティング	患者スタッフミーティング	患者スタッフミーティング	患者スタッフミーティング	
14:30	病棟・中央OT	病棟・中央OT (社会復帰フォーラム)	病棟・中央OT 第2・4週 コミュニティーミーティング	病棟・中央OT (摂食障害グループ)	病棟・中央OT 第3週 院内スタッフ大会	
16:30		(ACグループ)	(ウィメンズグループ)	(薬物勉強会)		
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
22:00	消灯					

() は、疾患・課題別治療専門グループ

図7 短期入院治療を支えるソフト——「治療共同体」想定下、極力、退行させぬ治療プログラム——

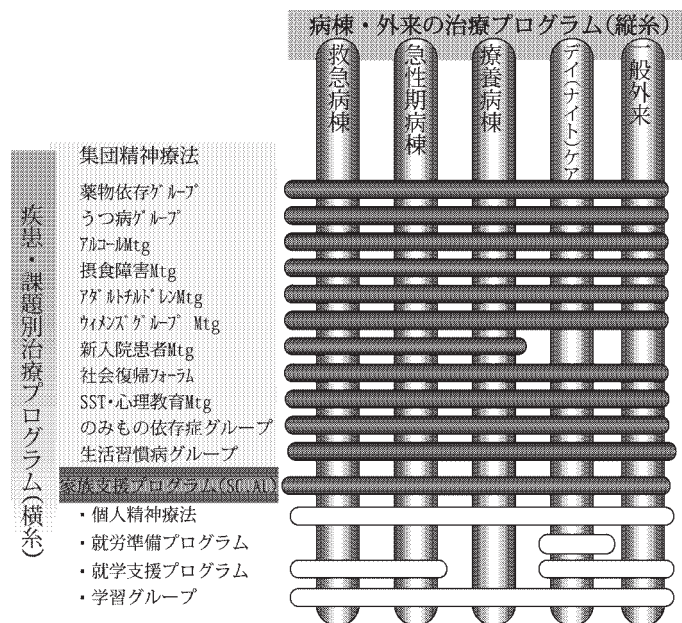


図8 多岐疾患患者の治療を支えるソフト

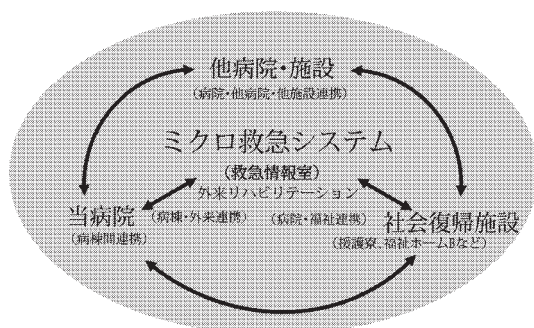


図9 当院のマイクロ救急システム

iii) システムとしての救急医療、救急病棟

救急病棟の存在だけでは救急医療は完結できぬ。システムという限り、マクロ救急同様、マイクロ救急にもシステム論的視点が必要となる。よって、当院では前述の情報室を中心に、受け入れに関しては各病棟間、病棟・外来間といった各医療部門間の連携だけでなく、法人の福祉ホームBや看護寮、共同住居などといった社会復帰部門との、さらには他の精神科病院や障害者施設との連携を重視したマイクロ救急システムを形作っている（図9）。

なぜなら、150床と我が国では小規模病院とされる当院にあっては、いずれの病棟も満床である場合が多く、医療部門間連携だけでは到底救急対応は困難であり、であれば法人の社会復帰部門（看護寮、福祉ホームB、共同住居など）だけでなく、他の病院や施設をも巻き込む以外に術がないからである⁹⁾。

このような自転車操業的方法で日々の入退院を行なっているが、3ヶ月以内の再入院率は前述のごとく平成19年度も7.7%と10%を切っている。この結果を見る限り、今のところ問題はないように思う。そればかりか、これらの結果は従来の病識の出現を重視した伝統的精神医学モデルではなく、生活モデルによる新たな退院判断基準の設定の可能性、必要性を示唆するものと考えている。

a) 上位、同位、下位システムとの交流

こうしたマイクロ救急システムを有機的に機能さ

せるためには情報はむろん、スタッフの情緒的交流が不可欠となる。よって、当院では電子カルテ、法人内LANシステムにより情報を共有するだけでなく、それらを用いた月曜から土曜日の毎朝1時間、法人の上位、同位、下位システムにある関係者が一同に会するスタッフミーティングを行っている。（図10）。

iv) スタッフについて

以上のごとき治療ソフトやシステムを支えているのが、常勤の精神科医にしろ、看護師にしろ、精神保健福祉士にしろ、作業療法士にしろ、いずれの職種も規定の数を大きく上回るスタッフ数（総員207名）である。各職種とも、規定を超えるマンパワーがあつてこそ当院のシステムは支えられ、有機的に稼働できていると言える。

V. 考察——「多さ」「複雑さ」の対応——

以上のごとく、当院が属する福岡県のマクロ救急および当院のマイクロ救急の実態、そしてそれを支える治療ハード、ソフト、システム、さらにはスタッフについて述べてきた。

当院の平成18年度の診療実績もほぼ同様な結果であることを踏まえ⁷⁾、今後の課題を考えれば、県のマクロ救急にしろ、当院のマイクロ救急システムにしろ、現在抱える問題点を分析し、解決に向けた努力をするほかにない。著者は、救急医療が抱える問題は「多さ」と「複雑さ」に集約されると考える。

「多さ」とは、診るべき患者の多さであり、関わるスタッフの多さであり、仕事の量であり、処理すべき情報量である。一方、「複雑さ」とは、多岐にわたる患者そのものであり、崩壊した家族であり、さらに立場や組織の在り方が異なる行政や警察や保健所や消防署、さらには利害関係が絡む他精神科病院との関わりであり、当院にあっては部署、職種の違いから生じるものである。これら「多さ」と「複雑さ」が絡まることにより、救急医療は益々困難になる。

この「多さ」については、当院が行なっている

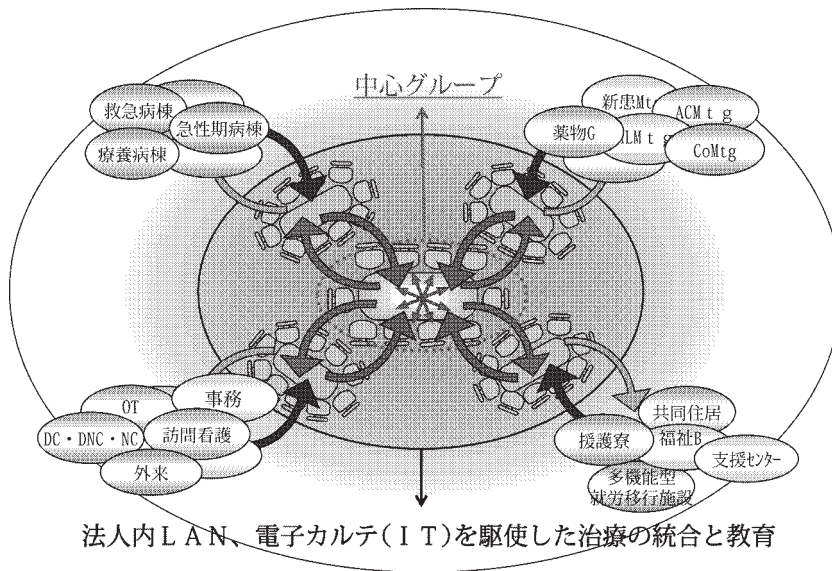


図10 当院における毎朝の全体スタッフ会議

ごとく、スタッフを増やすことで一人にかかる負担を減らすことであろうが、これとて一人ひとりの能力を高めていかなければ「複雑さ」の誘因となりかねない。要は有能なスタッフを増やすしかないのであるが、卒前教育に期待できない現状では現場で教育し、育てていくしかない。これも重要な課題である。

また処理すべき情報量の多さに関しては、精神保健福祉法や診療報酬制度から規定される書類、カルテ上の重複作業など、無駄な労力を減らすことが肝要である。これについては先述のごとくITを駆使するしか術はなかろう。情報および情緒の共有に関しては、各病院独自のマイクロ救急システムを構築し、できればIT化により上位、下位、同位システム間の情報共有を図るとともに、当院で毎朝行なっているように、常日ごろから密にミーティングを行なうなどして良好な部署間、異職種間、スタッフ間の人間関係を作っておくことが一つの方法と考える。

こうした視点から県のマクロ救急システムを見直せば、ことは容易には運ばぬ。システムそのものは良くできていると考えるが、その後のメイン

テナンスはどうであろうか。行政や警察や保健所や消防署や輪番病院が一堂に会する機会は、各ブロック毎に年1回開かれる関係者連絡会議だけである。これでは情報の共有も、関係部署間、関係者間の良好な関係など築けまい。

また本システムの要となる情報センターの在り方はどうであろうか。振り分け機能を行なうスタッフとなる条件はないに等しいし、困った時に相談する支援体制も育成する研修体制も整っていない。システムも人の成長同様、教育、補正、修正されて完成されていくものとの見解に立ち、対応していくことが肝要と思われる。

おわりに

まだ十分とは言えぬ我が国の精神科救急医療、その要となるものが精神科救急病棟であることに違いはない。しかし、母体病院が輪番病院であれ、中核病院であれ、有機的に救急病院として機能するためには母体病院のマイクロ救急システムの充実が一層不可欠となろう。であればこそ、平田が指摘するごとく¹⁾、マクロ救急システムはあくまで

もミクロ救急医療を支援するものであって欲しい。そうした日が来ることを期待しつつ本論を終える。

稿を終えるにあたり、資料提供に協力していただいた福岡県精神科病院協会鯉島事務局長に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 平田豊明：精神科救急についての施策。リハ研究，117；2-8, 2003
- 2) 堀川公平：コミュニティケアの核としてのデイケア—野添病院における9年間の精神科医療改革を通して—。日本デイケア学会誌「デイケア実践研究」，8；54-60, 2004
- 3) 堀川公平，堀川百合子，連理貴司：野添病院精神

科急性期治療病棟のその後。日精協誌，18(2)；19-23, 1999

4) 堀川公平：力動的チーム医療が病院精神科医療を変える。日精協誌，22；458-445, 2003

5) 堀川公平：長期入院患者の退院，地域生活を可能にするシステムとは。日精協誌，26；220-227, 2007

6) 堀川公平，堀川百合子：精神発達論，集団力動論から見た「病棟内機能分化」の提唱。病院・地域精神医学，49；122-124, 2007

7) 堀川公平：のぞえ総合診療病院の救急急性期医療と福岡県精神科救急医療システム。精神科救急，11；58-61, 2008