

第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神科救急でのクリニカルパス

橋本 喜次郎 (独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター)

医療の質向上と効率化などを実現するための一つの手段として、クリニカル・パス（以下パス）への関心が高まり既に 10 数年有余が過ぎようとしている。精神科領域にパスはなじまないとされながらも、様々な背景と動機の下に関心が寄せられて、現場への導入は高まってきている。著者は、第 102 回大会のワークショップ¹⁾において、「統合失調症のクリニカルパスから」と題して、複数の展望と課題を報告した。その中で、適正な精神科診療報酬を検討するツールとしてのクリニカルパスの可能性について触れ、これからの医療提供体制において、急性期入院医療は包括払い方式に収斂されていき、平均在院日数はさらに短縮化する方向へ動いていくだろうと述べた。精神科医療における、急性期治療への包括評価払い方法導入の是非とその可能性は、今後無視できない大きな課題であろう。なぜなら、現行の精神科には低い点数表を基にした DPC (Dignosis Procedure Combination) は、精神科急性期診療内容の標準が定まり難い現状では、結局、低い評価のままに成り得る可能性を孕んでいるからである。従って、高い次元での標準化を目指す精神科救急クリニカルパスが果たし得る機能は、医療の質向上と効率化以上に大きな意味合いを持って来たと考えよう。

I. 肥前精神医療センターの救急病棟

肥前精神医療センター（以下、肥前）は、専門機能分化の様々な歴史的変遷を経た結果、子供から大人・老人まで、急性期からリハビリ・慢性期まで、神経症からアルコール・薬物などの嗜癖症まで、そして近年では医療観察法に基づく司法精神治療病棟までと、様々な専門病棟 12 個が集結し²⁾、児童思春期から老人までのあらゆるライフステージの精神疾患に対応できるようになってきた。これは、伊藤³⁾の提唱した精神科入院医療施設モデルに沿って分類すれば、重装備自己完結型に近い（図 1）。これらの専門病棟群の最前線に位置して、24 時間 365 日休むことなく、稼働を使命づけられているのが、精神科救急病棟、いわゆるスーパー救急病棟である。様々な患者ニーズの増加を背景に専門分化を進めてきた病棟機能を維持するには、「どこでも」「だれでも」⁴⁾に加えて、「いつでも」24 時間 365 日対応の救急機能の存在が不可欠である。

この救急病棟の前身は男子の慢性期閉鎖病棟だったが、急性期治療病棟へ一大転換を図るべく病棟の改革を進めてきた。これは、肥前の将来構想計画の一環でもあったと同時に、平成 7 年の精神科救急医療システム整備事業実施要綱から打ち出された政策医療からの影響も少なくはない。その結果、国立の基幹病院としては先駆的に、平成 12 年 9 月に急性期治療病棟 A 基準を取得し、そして平成 14 年の診療報酬改訂で新たに設けられた精神科救急病棟基準（いわゆるスーパー救急）も平成 15 年 3 月には取得した。図 2 で示すようなドラスチックな経過からさらに、平成 19 年度の平均在院日数は 60 日を切って 58.7 日となり 10 年前の約 10 分の 1 に短縮化した。併せて入院退院数もそれぞれ 10 倍を越えるようになった。

非自発入院は 7 割前後で、措置入院数は主たる診療圏である佐賀県の約 5 分の 2 を受け入れている。24 時間 365 日であることから、時間外入院は 4 割近く、また入院者の内 6 人に 1 人は、警

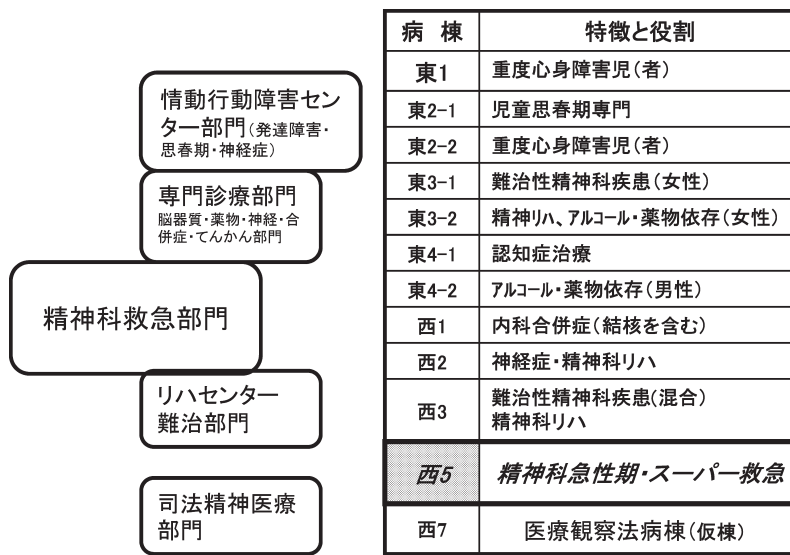


図1 肥前各病棟の専門機能分化

入退院数/日数

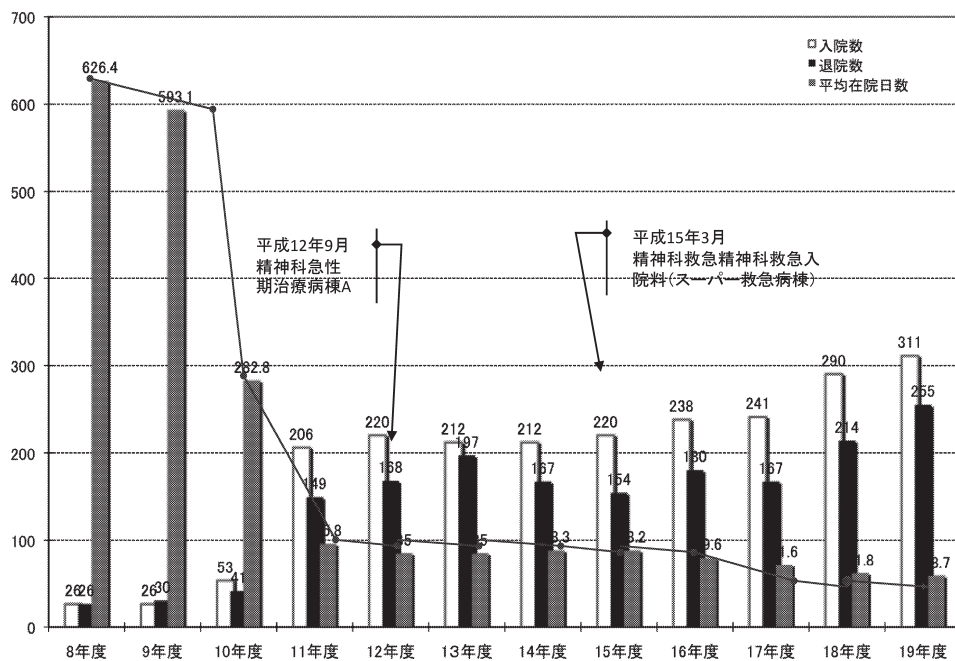


図2 肥前救急病棟患者動態推移

表1 救急病棟運営の柱

I	人	病棟使命（機能）の共有
II	薬物療法	教育・ガイドライン・治験の実践
III	治療戦術（ソフト）	多職種チーム医療
IV	治療環境（ハード）	四段階の治療空間
V	院内連携&地域連携	連携のための共通評価尺度 Locus*での導入：2008より
VI	臨床「研修」の場	多職種の人材育成
VII	臨床研究	治験・自由研究など
VIII	医事動態	医事との連携で基準維持

*Level of Care Utilization System for Psychiatric and Addiction Services

察や救急車が関与した入院である。このようないわゆるハードな精神科救急機能も然ることながら、さらに肥前救急病棟では、刑事訴訟上の精神鑑定入院や医療観察法による鑑定入院も積極的に受け入れて来ており、連年二桁数に達して増加傾向にある。

肥前の各種専門病棟群の前面に位置して、1) 様々な年代の、様々な急性期病態と精神科救急に対応する機能、2) 鑑定入院機能、3) 各種の臨床試験（治験）を、主な病棟機能として掲げている。そして、これらが総じて多職種チーム医療の下に展開されることによって、ベテラン医師から研修医までが互いに切磋琢磨する教育研修病棟の中核となっている。

II. 肥前精神科救急病棟における

クリニカルパス

24時間365日で稼働する救急病棟では、時間帯を選ばずに、様々な病態の患者が、多様な疾患と状態像で入院する。当然、これらに当たるチームスタッフの数と職種も、多種多様にわたる。すなわち、すべての出来事が多様かつ多次元に及ぶので、病棟を運営する基本軸を様々な観点から整理してマネジメントしていく必要がある。さもないと、ただ慌ただしく忙しいだけの、治療的雰囲気にはほど遠い、野戦病院のような病棟になってしまうだろう。表1は、そうしたことから

救急病棟運営の柱を整理した表である。

変化の多い入院経過の中では、何を治療の原則とし、今、何を自分たちは目指していて、どうすべきなのか、などが常々把握できないと治療とはならず、病棟の治療的な環境も創造できない。チームスタッフが理念や使命を共有し、病棟がどのような原理や仕組みで動いているかを意識することは基本であり、そのためには病棟の理念と機能に沿った指標となるべき、もしくは基軸となる治療の流れが明示されることが必要であろう。従って、肥前の救急病棟では、クリニカルパスをこれら8つの柱を束ねるツールとして高く位置づけ、往々にして看護師中心の1ツールとしてみられかねないパスを、一段高い次元で捉えるようにしている。

さらに平成20年度からは、精神科スーパー救急病棟を基軸とした地域精神医療の機能分化を先進的に進めるために、新たなデータベース機能をパスに盛り込んでいる。これは、精神障害者退院促進支援事業が示すように、精神科医療は入院から地域生活中心へ移行し、退院促進を積極的に進める大きな流れが既に始まっており、平成20年の診療報酬改定の中でも、地域移行を支援する取組に係る評価が新設され、地域格差の是正と入院早期からの地域移行支援がさらに重要視されてきている。しかしながら、地域のみならず広域からも急性期患者の治療を請け負う立場の当院は、様々な理由により地域移行へ支障を来す入院患者を抱えて、地域連携が必ずしも円滑に機能しているとは言い難いのが現状である。こうした患者の地域移行や医療連携を阻害する諸要因を明らかにするために、評価尺度 LOCUS (Level of Care Utilization System for Psychiatric and Addiction Services)⁵⁾をパスに導入した。このLocusは1996年に米国地域精神科医師学会から作成されたもので、入院の適応基準のみならず、退院の基準やどの程度の外来治療が必要かを判断する指標基準として、精神疾患の全経過において医療の必要度を判定する際に用いることができるとされている。しかし、日米の地域精神医療の

[illegible]

図3 クリニカルパス多職種共有シート(1ヶ月分)

表2 治療の多次元性比較

治療次元/アプローチ	身体救急	比較	精神科救急	精神科特性
生物的次元	◎	>	◎～×	薬物療法・通電療法
心理的なアプローチ	○～×	≪	◎	医師・看護師・心理療法士・精神社会保健福祉士ほとんどの職種
教育的なアプローチ	○	≪	◎	・心理教育など、病識形成への多大な努力（入り口）が必要
リハビリアプローチ	○～×	<	○～×	・早期介入，個人から集団まで
経済問題へのアプローチ	△～×	≪	◎～○	・精神社会保健福祉士の早期介入
家族へのアプローチ	△～×	≪	◎～○	・家族間調整/介入・家族への心理教育
社会資源への働きかけ	△～×	≪	○～△	・保健所・福祉・警察・救急隊との連携
地域との連携/困難性	△～×	≪	◎～△	・地域への紹介・退院前訪問看護・地域ネットワーク会議
治療への同意性/困難	・ ・ ・ ・	≪	非自発性・同意なき治療の困難	

実情の違いも大きいので、県内の医療事情に併せて修正利用する作業を進めている。そして、肥前救急病棟とそれぞれの地域が相互に、患者の地域移行を効率的に促進する共通指標を有した地域連携パスの作成を目指している。

Ⅲ. 救急病棟クリニカルパスの治療次元

救急病棟に於ける治療的な働きかけの次元を、身体科と精神科とで比較してみた（表2）。この表は筆者の主観的な見方ではあるが、精神科救急では様々なアプローチを必要とされることが改めてわかるだろう。

一般身体科救急では、身体次元すなわち生物的な治療の可否が勝負を決すると言っても過言ではないだろう。しかしながら、精神科救急では身体生物次元はもちろんのこと、その他の様々な面でも多くの働きかけを要する。身体科から紹介された患者が、実はやはり身体病であったりすることにも遭遇するし、薬物療法で急性期症状が治まったとしても、家族関係あるいは社会経済的な退院環境を整えることに、多くの時間と業務を必要とされる場合も少なくない。また、非自発的入院に伴って病識の形成獲得がさらに困難なだけに、心理教育的なアプローチもなおさら欠かすことはできない。このように複数の視点とアプローチが欠

かせない救急の場では、短期間で在宅を目指す為の必要な流れと医療内容を、主治医中心に委ねてしまうことは非効率であり限界がある。チーム医療をよく採らない、治療者個々の力量や経験が主となっている医療は、臨床経過に大幅な損失や不利益を生じかねないし、救急医療が継続的な医療を担保する入り口であるという責任性からも劣る。そして何よりもリスク管理対策上からも望ましくない。このような点から考えると個々の専門職が、それぞれの自律性を下にその専門性を発揮し、救急医療に必要な迅速性、継続性、責任性を担保していく多職種チーム医療を治療戦術の核として、明確に共有することが理に適うことである。そしてこの、多職種チーム医療が備える専門性と自律性を、効率的に束ねてその効果を十二分に発揮するために、基軸となる入院治療のモデルパターン、すなわちクリニカルパスを共有認識しておく必要性が産まれるのである。

Ⅳ. 救急病棟クリニカルパスのコスト？

診療報酬制度上で、精神科診療は他科に比べて、出来高と包括制の両面で共に低く設定されている。そうした中で、平成20年度の診療報酬改定では救急に関して、これまでひとつのカテゴリーであった精神科救急入院料が、在宅移行実績に応じて、

表3 クリニカルパス上で必要なコメディカルの作業

心理療法士	作業療法士	精神保健福祉士	看護師	医 師
各種心理検査 心理評価	作業生活 能力評価	相談・調整 連絡業務	看護評価	訪問指導 地域ネットワーク 会議出席
個人心理教育	個人面接・ 個人作業療法	各種代理行為 個人面接	受け持ち看護面接 様々な代理行為	
棟内学習会	棟内学習会	棟内学習会	棟内学習会	
集団心理教育 (Sc・MDI)	各種小集団療法	家族調整	家族面接・指導	
	デイケアへの導入	退院環境調整 地域調整 訪問指導	訪問指導	

救急入院料1と救急入院料2の2種に分類されて若干ながら点数が上がった。この背景には、精神科救急医療体制の整備促進とその底上げ、そして地域連携の促進とにあらうが、従来の3ヶ月内の在宅退院率4割以上から、6割以上へとハードルを上げられた救急入院料1を取得維持するための病棟運営は、そうそう容易いものではなく、これまで以上の工夫と汗が要るだろう。この救急入院料1の包括診療点数3431点/当初1ヶ月間にしても、ようやく一般科の入院平均費に近づいた程度に過ぎず、24時間365日稼働し、表2で示したような治療の多次元性が要される精神科救急クリニカルパスに見合ったものだと果たして言えるだろうか。

表3に、救急病棟のクリニカルパス上で必要なコメディカルスタッフの作業内容を簡単に列記した。斜体表記は、現行診療報酬制度では算定されない診療活動である。さらに立ち戻って強調したいことは、精神科医療は同意なき治療の要請という他科とは甚だ異なる側面を持つが、救急の現場ではこれがもっとも顕著に現れ、ここから生じる様々な負荷やリスクに対する評価が表にも浮き上がってこないことである。採尿や採血1本で、レントゲン1枚で、介助の1つ1つで、一般科ではとても想像できない苦労に直面することがある。こうした精神科救急の内実をわかりやすく開示して評価を受けるためにも、パスの診療行為の中に

経時的なリスク評価も含めた重症度やケアの必要度を盛り込み精神科救急の特性を伝えていく必要性が生じ、ひいてはここに、適正な精神科診療報酬を検討するツールとしてのクリニカルパスの可能性があるだろう。

こうした中で、平成15年度に特定病院から導入が始まったDPC制度(Dignosis Procedure Combination)は、出来高評価から包括評価制への大転換と同時に、診療情報管理を通して診療の質を評価するツールとして、今後の日本の医療を左右する大きな動きと言えよう。精神科は、この動きから外されて一般科との乖離をますます危惧されているが、精神科七者懇談会医療経済問題委員会のDPC小委員会を中心とした働きかけもあって、ようやくMDC(Major Diagnostic Category)の大分類16から精緻化されて分類17として精神疾患が独立した。筆者の危惧する点は、DPCの仕組みであるホスピタルフィー(包括評価)とドクターフィー(出来高評価)に於いて、もともと一般科より低い精神科の点数表では、DPCが求める生レセプト情報(E, Fファイル)も、結局低いものにしか成り得ない。すなわち、低いままのドクターフィーは低い包括評価に直結するのではないかということである。

図4で示すように、現在、包括支払い額のほうが高いのは当然だが、これがスーパー救急で展開されるパスに投入される資源や汗に見合ったもの

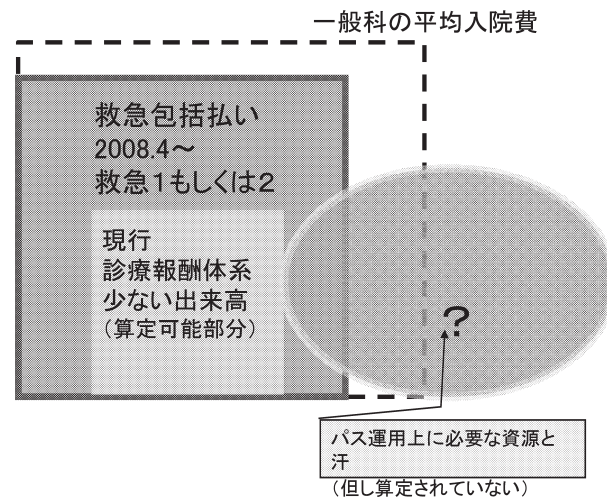


図4 精神科救急病棟クリニカルパスのコスト——コメディカル
フィーを意識した標準化の必要性——

かどうかは疑問であろう。この仕組みがそのままDPCに引き継がれるならば、依然として低い評価に留まることは自明と思われる。少なくとも必要なのは、多職種チーム医療を基軸とした救急病棟運営に不可欠なコメディカルの診療活動を、コメディカルフィーとして認識されるくらいに、高い次元でパスに折り込み、これを精神科救急医療の標準として主張し詰っていくことであろう。

V. ま と め

1) 肥前精神医療センター精神科救急病棟では、病棟運営を束ねる主軸としてクリニカルパスを適用しており、在院日数も短縮化されてきている。

2) これは偏に多職種チームの activity に支えられており、これなくしては精神科救急は機能し得ない。

3) 現行の点数表（包括制評価≫出来高評価）が、当パスの Team Activity をカバーしているものかどうかは疑問である。

4) DPC が要求するレセプト情報は、あくまで現行の点数表を基盤にしているので、当精神科救急パスの activity を評価するマネジメントツールに成り得るかどうかは不明である。

5) ホスピタルフィー、ドクターフィーの低さに対する意見もさることながら、「コメディカルフィー」の必要性を十分に加味し、これらを包含したより高い医療内容を急性期治療と救急医療の標準として主張する方向を目指すべきと思われる。

文 献

- 1) 橋本喜次郎：チーム医療シリーズ「精神科医療とチーム医療を推進するクリニカルパス」—統合失調症のクリニカル・パスから—。精神経誌 (2006 特別号)；S313, 2006
- 2) 橋本喜次郎，中川伸明，岩永英之：基幹精神病院におけるスーパー救急の成果と課題—独立法人国立病院機構肥前精神医療センターから—。臨床精神薬理，9 (7)；1325-1332, 2006
- 3) 伊藤弘人：精神科医療のストラテジー。医学書院，東京，2002
- 4) 澤 温：精神科救急。精神医学，48 (2)；116-117, 2006
- 5) 吉住 昭，岩永英之，八木 深ほか：平成 17-19 年度政策医療ネットワークを基盤とした精神医療のあり方に関する研究（主任研究者 齋藤治）分担研究：政策医療ネットワークを基盤とした精神科救急のあり方に関する研究，研究報告書。2007