

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

## 単科精神科病院(精神科救急入院料許可施設)から総合病院精神科への要望 —— 3 年間に入院した身体合併症状況を踏まえて ——

杉山 一 (埼玉県立精神医療センター)

平成 2 年に 120 床の病床で開設した埼玉県立精神医療センター (以下当センター) は、平成 18 年 4 月から急性期病棟として全室個室の 50 床 (内 20 床が保護室) の病棟 (以下第 6 病棟)、児童思春期病棟 30 床を増築し 200 床の単科精神科病院となった。平成 19 年 5 月からは、第 6 病棟が精神科救急入院料許可施設の認可を受けた。

今回、平成 18 年 4 月から平成 21 年 3 月末までの 3 年間に第 6 病棟に入院し身体合併症の有無が判明できた 892 名のうち、身体合併症のために転院を必要とした 16 名に関して報告した。個々の症例を振り返ることで精神障害者の身体合併症がどの時点で存在していたかを明らかにして、身体合併症を有する精神障害者は、精神科のある総合病院で診療した上で単科精神科に転送して治療を継続すべきであると考え、そのことを含めて総合病院精神科への要望をまとめた。

精神障害者が単科精神科に入院すると、身体合併症が出現したときに一般科の診療を受診させることは簡単ではない。また、精神症状が激しい精神科救急対象の精神障害者は情報不足や情報錯誤などが目立つこともあるため、単科精神科病院に入院する前は総合病院精神科で検査をして身体合併症がないことを確認すべきである。たとえば身体合併症の診断や治療の方向付けができていれば、単科精神科病院でも多くの精神障害者の治療に協力が可能になるのではないかと考える。

二次救急、三次救急を担当する総合病院には、有床の精神科病棟が必要であり、診療報酬上でも、入院基本料に加算をつけて総合病院精神科病棟を増加させることが必要と考える。

### はじめに

埼玉県の概況をホームページから調査すると、人口 715 万人で全病院数は 359 病院で、人口 10 万あたり 5.1 病院と全国 41 位であり病院数が少ない。医師数も人口 10 万に対して 135.5 人と全国最下位である。精神科病院数は 48 病院、約 15,000 床である。また、有床の精神科を併設している総合病院は、県内に 3 カ所しか存在しない。そのために、精神障害者が身体疾患を併発すると、病院を探すことが非常に困難である。

埼玉県の交通網としては、南北方面には新幹線や JR 線などが比較的発達しているが、荒川を境にしているところもあり、東西を行き来しようとすると時間がかかる。第 1 医療圏、第 2 医療圏の

分け方もそれにしただがっていると思う。

### 1 埼玉県立精神医療センターの変遷

埼玉県立精神医療センター (以下当センター) は、県内唯一の県立精神科病院であり、平成 2 年 4 月に 120 床 (合併症病棟 30 床、依存症病棟 40 床、急性期病棟 50 床) で開設した。当初から相談部門と社会復帰部門を併設しており、埼玉県立精神保健総合センターと称していた。しかし、平成 14 年 4 月に地方公営企業法全部適用により、病院事業管理者統括の企業会計である当センターと知事部局管理の一般会計である精神保健福祉センター (以下当・福祉センター) に分離した。相談部門と社会復帰部門が当・福祉センターとなり、

表1 入院機能

第1病棟	合併症精神科	30床	精神症状と身体症状を合併している患者の治療を行う専門病棟。結核を合併した患者を治療する専門病室を整備。
第2病棟	依存症精神科	40床	アルコール依存症・薬物依存症の治療を行う専門病棟。依存症治療の動機づけや断酒・断薬を継続するための集団プログラムの実施。自助グループやリハビリテーションを活用し回復のための援助を行う。
第3病棟	回復期精神科	50床	患者の社会復帰を促進していく病棟。医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士などの医療チームが患者に合った生活指導を実施しながら、地域との連携を図る。義務教育終了後の未成年者の治療も実施。
第5病棟	児童思春期精神科	30床	児童・思春期の精神疾患患者の治療を行う専門病棟。岩槻養護学校からの訪問教育を行う。医療・教育・保健・福祉などの各機関と連携し、治療の継続性を図る。
第6病棟	急性期精神科	50床	埼玉県精神科救急医療システム整備事業の補完的役割を担っている。主に急性期の集中的な治療を要する精神疾患患者を対象に、早期に急性期症状の改善を図り、自宅退院に向けた治療を行う。

同一施設内に当センターと当・福祉センターが存在している。また、平成15年5月に当・福祉センター内に精神科救急情報部を開設した。

平成8年頃から、当センターの病床利用率が常に90%以上となり、急性期病棟の入院待機者も多くなり、緊急時の入院が不可能なことが目立った。そのために、平成11年頃から増床計画が始まり、平成18年4月に全室個室の急性期病棟(第6病棟)50床(内保護室20床)と児童思春期病棟30床(全室個室、内保護室4床)を増床して200床の単科精神科病院(表1)となった。以前の急性期病棟は、回復期病棟(第3病棟)として社会復帰を目指している長期入院患者を中心に治療することで役割を区別した。そして、第6病棟には埼玉県内の精神科救急輪番システムを補完するために、夜間の緊急入院を積極的に受け入れることとなった。

平成19年5月には、埼玉県内で最初の精神科救急入院料許可施設と認定された(平成21年8月現在4施設に増加)。さらに平成21年4月には、埼玉県を南北に分けて、埼玉医科大学病院精神科と当センターが常時対応施設に認定された。前述のように交通事情も加味されている。

## 2 精神科救急入院料許可施設(第6病棟) 入院患者の身体合併症状況について

平成18年4月から平成21年3月末までの3年間に当センターに入院した患者数は2320名であった。その内第6病棟の入院患者数は921名(39.7%)であった。その中で合併症の有無が判明した患者892名に対して身体合併症状況の対象とした。今回は、この892名に関して、後方視的に身体合併症があると判明した350名(39.2%)について検討した。

合併症の程度を、処置不要な合併症、精神科で対処可能な合併症、身体科に相談した合併症、他科受診や治療を要した合併症に分類したところ、それぞれ91名、188名、13名、58名であった。他科受診や治療を要した合併症58名の内訳を科別に分類すると、内科疾患(糖尿病、高血圧、不整脈など)25名、外科疾患(消化器がん、切創など)10名、整形外科疾患(骨折、リストカットなど)9名、皮膚科疾患(褥瘡など)7名、脳神経外科疾患・神経内科疾患(転移性脳腫瘍、脳出血など)6名、眼科疾患1名であった。

他科受診や治療を要した合併症58名に関して、入院の原因になった合併症について検討したところ、身体疾患による精神症状(たとえば転移性脳腫瘍による脳器質性精神障害)9名、精神症状に

表2 入院時間帯と入院経路

入院時間帯	平日日中		夜間休日	
	予約入院	予約外入院	精神科救急 情報部経由	精神科救急情 報部経由以外
第6病棟全入院患者数 892名	12% 108	31% 276	36% 321	21% 187
他科受診・要治療の合併症 58名	10% 6	31% 18	35% 20	24% 14
転院を要した合併症患者 16名	0% —	19% 3	25% 4	56% 9

よる身体合併症（たとえば自傷行為によるリストカット・大量服薬など）19名、純粋な身体疾患の合併（たとえば腎不全、脳梗塞など）30名であった。これらの合併症がどの時点で発覚したかを調べると、入院当時から身体合併症の存在を認識していたもの35名、入院後に存在が発覚したものの23名であった。その対応に関しては、当センターで対応できたものが42名、対応できずに転院を要したものの16名であった。

これら第6病棟に入院した892名、他科受診や治療を要した合併症を有した58名、治療のため転院を要した16名の入院時間帯と入院経路を表2に示した。入院時間帯は、平日日中（9時から21時）と夜間（21時から9時）・休日（24時間）に分類すると、入院患者892名の57%が夜間か休日入院であった。また他科受診や治療を要した合併症の58名の59%、さらに転院を要した合併症16名は81%が夜間か休日入院であった。平日日中よりも夜間休日入院が多いため、当然合併症の割合も夜間休日の方が多くなった。

転院を必要とした合併症の16名を表3にまとめた。さらに、転院を必要とした理由を元に合併症を3つのタイプに分類した。入院時点で合併症があると判明していて入院後に悪化して余儀なく転院した事例（Aタイプ）は4事例であった。入院当時は合併症の存在は不明であったが入院後に全身状態が悪化した事例（Bタイプ）は6例、入院時点で合併症はなかったが入院後に身体合併症が発生した事例（Cタイプ）は6例であった。

### 3 ま と め

平成18年4月から平成21年3月末日までの3年間に、当センターに入院した2320名の内で精神科救急入院料許可施設である第6病棟（全室個室の50床）に入院したのは921名であった。その内で身体疾患合併症の有無が確認できた892名に対して後方視的に調査を行った。その結果、350名（39%）に何らかの身体合併症が存在していた。合併症は内科系疾患が多いものの外科系疾患、皮膚科疾患など多岐にわたっていた。

合併症の中で、他科受診や治療を要した合併症患者は58名（16.5%）であった。さらに当センターでは対処できずに身体科に転院した事例は58名中16名（26.7%）であった。その16名のうち、4名は入院時点で身体合併症があることが判明していたが、入院を受けざるを得なかった。入院後に身体症状が悪化して転院となった。また、入院後に合併症が判明した事例が6名あり、軽度の意識障害を精神障害と診断され当センターに入院した事例が複数例存在した。

当センターは埼玉県精神科救急システムの補完的役割を担っており、第6病棟の約6割が22時以降の夜間入院か休日入院であり、得られる情報も限られている。また、当福祉センター内に常設する精神科救急情報部でも身体疾患が疑われる事例に関しては身体科の受診を促すトリアージュ機能が十分に発揮しているとは言い難い。これらの要因のために、当センターに入院後に短期間で転院を要する身体合併症の事例が夜間休日に入院

表3 転院を要した症例

精神疾患	入院形態	年齢代	合併症	原因要因	紹介元	在院日数	転院先	合併症タイプ
F0 せん妄	夜間 医保	70	高Na血症	不明	総合 病院	2日	上尾 総合	A
F0 脳腫瘍	夜間 応急	50	転移性 脳腫瘍	子宮 がん	救急 情報部	1日	埼玉 医大	B
F0 妄想症	夜間 緊措	30	脳梗塞	不明	24条 通報	8日	埼玉 日赤	C
F0 A1依存	夜間 医保	50	蜂か織炎	不明	診療所	7日	伊奈 病院	B
F0 けいれん	夜間 医保	30	けいれん 重積	脳炎	総合 病院	1日	埼玉 日赤	A
F1 A1離脱	日中 医保	40	脳出血	不明	総合 病院	0日	埼玉 日赤	B
F2 妄想型	夜間 措置	60	不整脈	QT 延長	24条 通報	8日	埼玉 医大	C
F2 妄想型	夜間 医保	50	下腿部 壊死	不明	救急隊	5日	富田 病院	B
F2 妄想型	夜間 医保	30	鉄道飛込	自殺 企図	総合 病院	43日	総合 病院	C
F2 破瓜型	夜間 緊措	30	虫垂炎	純粹 合併	24条 通報	7日	埼玉 医大	C
F2 緊張型	夜間 緊措	50	腎不全	徘徊	24条 通報	1日	埼玉 医大	A
F3 うつ病	夜間 医保	60	腎不全	既往歴	当院 外来	2日	上尾 総合	B
F3 うつ病	夜間 医保	60	脳梗塞	不明	当院 外来	1日	埼玉 日赤	B
F3 うつ病	日中 医保	50	縊首	自傷 行為	総合 病院	1日	埼玉 日赤	C
F3 躁病	夜間 医保	50	肺塞栓症	鎮静 拘束	当院 外来	9日	上尾→ 自治医	C
F6 人格障害	日中 医保	30	心肺停止	大量 服薬	診療所	4日	埼玉 日赤	A

A 入院時点で合併症の存在が判明したが、入院後に増悪した対応困難例

B 入院時点で合併症が存在するか否か特定できず、入院後に全身状態増悪例

C 入院時点で合併症は存在しないが、入院後に身体合併症の発生病例

する確率も増加せざるを得ない。

以上のことを踏まえると、県内で精神科病床を備える総合病院が3施設、精神科病床213床（指定病床30床）では、あまりにも貧弱であるとし

か言いようがない。精神科病床を有する総合病院が設置しやすいような施設基準や医療費政策を要求していく。

#### 4 考 察

昨今、総合病院精神科の衰退は目に余る状況である。それを危惧して今回のシンポジウムが開催された。精神科の診療報酬が低くて総合病院では不採算部門となる診療報酬上の問題もあるが、総合病院精神科と単科精神科病院との機能分化の検討も必要ではないかと問題提起した。特に、精神科有床の総合病院が少ない地域にとっては、普段から合併症の診療には気を遣っていることもあり、救急時となればなおさら役割分担をしていく必要があると考える。

今回、当センターの急性期病棟3年間の入院患者動向の分析で、単科精神科病院が精神科救急医療を行うときに、合併症の取り扱いが難しいことがわかる。単科精神科病院の機能にもよるが、合併症があればすべて診療が困難ということではなく、自院の診療能力に基づくトリアージが必要である。トリアージ先の整備が急務である。

入院患者の39%に合併症が認められ、内科系疾患を主として多岐にわたっていた。多くは当センターで診療可能な合併症であったが、他科受診を要するものも少なからず存在し、特に夜間や休日の緊急入院では、意識障害を精神症状と診断して入院依頼があり、より慎重な診察が要求される。

表3の在院日数の欄を見ると、長短はあるものの、半数が入院当日から2日までの間に転院している。入院から7~10日前後に転院したものが約半数であった。つまり、入院する前から合併症の存在がわかっている、当センターでの入院継続が無理かもしれないと思いつつ、時間的なことや診断的なことで、無理な入院であったと言わざるを得ない。少なくとも16名の入院患者に関しては、有床の総合病院で最初から入院治療をすることが

必要であり、患者にとっても経済的なことにとっても有益で余分な労力や時間や医療費を抑制できる。また、どの時点で合併症が判明したかを基準として合併症のタイプわけをしたが、タイプCは単科精神科病院が受けざるを得ないが、AとBに関しては、あらかじめ有床の総合病院での入院治療が可能であった。

埼玉県では、有床の総合病院は3施設しかなく、しかも第2医療圏にあり、当センターからは遠方である。したがって、埼玉県精神科救急システム委員会でも合併症治療のシステムが懸案事項であるが、県内の単科精神科病院とその周辺の一般病院とが病連携を取りつつ合併症患者を診療している。当センターでも周辺の数カ所の一般病院と連携を取ってはいるものの、夜間休日入院が6割を占めるため、タイムリーに合併症の診療ができにくい環境となっている。勤務している当直医師にも精神的な負担がかかり、医師不足に拍車がかかる危険性もはらんでいる。一方、千葉県や石川県などの精神科有床総合病院が豊富な地域では、連携が密にできているようである。

すべての総合病院が精神科病棟を持つ必要があるとは思わないが、地域格差が存在しない工夫は必要である。平成20年度から精神科救急・合併症入院料が算定できるようになったものの、施設基準を満たし算定している施設は全国で3カ所しかない。これでは、地域格差も解消できないし、合併症治療も進んでいかない。精神科の診療報酬を増額することだけではなく、精神科を設置していれば、看護基準だけで差別化されている入院基本料そのものに、精神科設置料が加算される仕組みを検討すべきである。