

第105回日本精神神経学会総会

シンポジウム

医療経営学の立場から見た総合病院への精神科病棟設置の期待

河 口 豊 (広島国際大学名誉教授)

総合病院併設精神科は精神科医療提供体制において、従来はわき役と考えられていた。しかし、精神科医療技術の進歩や薬の開発、また社会環境の変化などから近年になり、大きく精神科医療提供を取り巻く環境が変化してきている。そこで総合病院併設精神科の新しい動きをとらえてみた。その結果、救命救急センターを有する病院の併設精神科における活動は非常に活発に展開されていた。精神科救急入院料と精神科救急・合併症入院料の施設認可を取得し、精神科医の配置は5~9人、看護体制はもう少し厚くしたいが、またその他の職種も配置されチーム医療の体制が組まれている。その長所は精神科と身体診療科が協働することで救急ばかりでなく一般身体疾患の患者をも精神科が支援できること、逆に精神疾患の患者に精神科救急時の介入ばかりでなく日常的身体管理を身体診療科の医師がすることで診療の向上を期待できることなどが示された。

そこで救命救急センターを有する病院に精神科を併設させることを前提に機能の整理と課題を示した。すなわち、機能としては前線機能、身体合併症対応と身体診療科支援機能、研修機能、地域のコントロールタワー機能、などである。課題としては単科病院や専門診療所などとの連携、関係職員の安定的確保、病院内部の問題として管理者の理解や活動の第三者評価とその一般開示などがあげられた。救命救急センターを有する総合病院に精神科救急や合併症に対応する併設精神科を設けることで、それを中核に地域精神医療提供体制を構築し、新しい精神医療を展開できる可能性があると考えられる。

はじめに

精神科医療技術は関係者の努力、薬の開発も含めて長足の進歩をした。社会の見方も少しずつではあるが改善しつつある。一方、引きこもりやうつ症状などに関わる人が増え、精神科を理解しようとする人が増えた。このような環境の下で精神科医療提供システムが大きく変わりつつある今日、従来は精神科医療提供施設の中ではわき役と位置づけられていた総合病院併設精神科の役割を見直し経営を含めた課題を検討してみたい。併設精神科は精神病床がない病院から一般病床よりも精神病床の方が何倍も多い病院まで様々である。しかし今回のテーマでは1~2病棟の精神科病棟、つまりせいぜい30~100床位の病床を持つ病院を想定するのが妥当と考え、論を進めることとする。なお、総合病院という法的名称は医療法から消え

たが、この論では多くの診療科を持つ病院という意味で「総合病院」の名称を使用する。

1. 従来の総合病院併設精神科

併設精神科は単科病院に比較し、種々の診療科のある総合病院ということから外来患者はアプローチしやすいので早期発見につながる、単科病院の多くが我が国では比較的交通の不便な場所に開設されているに対して、総合病院は地域の中心部に近い位置に立地しているので通院しやすく医療継続しやすい。また入院は身体合併症患者の受け入れや神経症などの平均在院日数が比較的短い患者が主であった。そうでなければ統合失調症の患者が病床を埋め尽くし入退院のあまりない病棟となっていた。

診療報酬点数の評価も低く、経営的にはお荷物

表1 併設精神科の常勤医師数と病床数別病院数

病床数 医師数	なし	～30	～60	～90	～120	その他	計
1	20	—	—	—	—	—	20
2	9	8	8	2	—	—	27
3	7	3	5	1	2	—	18
4	2	—	4	2	—	130 床, 150 床	10
5	—	1	4	2	2	143 床	10
6	—	—	—	—	1	284 床	2
7	—	—	1	—	—	200 床	2
8	—	1	1	—	—	—	2
9	—	1	—	—	—	—	1

大学付属病院・国立国府台病院および精神病床 995 床の病院は除いた。
調査期間は 2001 年 7 月～2002 年 4 月、調査は日本総合病院精神医学会広報委員会による。

出典：総合病院精神科・神経科ガイドプロジェクトチーム編：総合病院精神科・神経科ガイド。星和書店、東京、2002

的に扱う病院も少なくない。総務省の公立病院改革ガイドラインなどでは厳しく問われる対象である。現に有床が無床になり、常勤医が非常勤となり、場合によっては精神科が撤退するという例も少なくない。

表1は7年前に日本総合病院精神医学会広報委員会が作成し、併設精神科の常勤医師数と精神病床数の関係を示したものである。医師1人では病床を持ってないが、2～3人で多くの病床を担当している施設があることがわかる。さらに多くが開放病棟であるが一部の病院では閉鎖病棟を運営しており、単科病院の小型版となっているようだ。かなり医師や看護師に負担がかかっていると思われる。5人でも病棟の夜間管理は困難であり、非常勤医師の応援が必要となろう。7～9人で60床以下の病棟を運営している精神科があるが、これらは精神科救急にも携わっている病院である。

このように併設精神科の機能は、①早期発見、②継続診療、③身体合併症対応、④比較的軽症の開放処遇、などを特徴としていたといえる。しかし、近年精神科救急対応の普及や一般の身体疾患患者の入院期間の短縮化の影響を受け、また社会環境の変化などから大きな変化を見せている。新しく併設精神科病棟を亀田総合病院や横浜東病院が設けた。単科精神病院の再編も見られ宮崎県立

富養園は県立宮崎病院に併設され、09年4月に県立宮崎病院精神医療センターとして救急など32床と子どものこころの診療科10床として再出発している。また高知県立芸陽病院も高知医療センターへ40床の併設精神科病棟と高知県立安芸病院精神科病棟90床として再編成される予定である。安芸病院を除いていずれも救命救急センターを有する総合病院である。

2. 総合病院併設精神科の新しい動き 1

——身体疾患診療科に——

1) 身体救急現場

まず身体救急現場があげられる。救命救急センター制度の普及が定着し、救命率も高まった。しかし、大規模事故被害や意識が戻った時に四肢の一部が欠損していたなど、その中には精神的動揺をきたす患者も多く、それら患者の支援には精神科のアプローチが欠かせない。また自殺企図での大量服薬や飛び降りなどの自殺未遂も多い。これらの患者の行動は繰り返されることが多く、救急医の気持ちを疲弊させる。つまり、救命した数ヵ月後にまた救急車で運ばれてくるのを見ると虚しさを感じるという。精神科医が直接に患者への支援を行うとともに、繰り返しを食い止めることで身体疾患関係の医療職員への支援も果たすことが

できる。救急医からの強い要望でもある。

2) 身体診療科への支援

次に身体診療科への支援があげられる。緩和ケアにおける精神科医の役割は認められ、精神症状の緩和を担当する常勤医師の加わったチームが施設基準の一つとなっている。しかし、近年では患者の高齢化への対応や患者の精神的支援が早期リハビリテーションや退院に結びつくことが知られ、QOLの向上とともに要望の多様化などに精神科の応援が必要となる場面が少なくない。家族間の葛藤から身体症状が出てくるなどもある。かつてはそのまま身体診療科の治療が行われていたが、患者の訴えをよく聞くことが求められており医師が積極的に隠れた原因にアプローチしている。このことは精神科医と身体診療科医との相互理解、交流が以前に比べ活発となってきた結果ともいえる。亀田総合病院の小石川部長は他科へのコンサルテーション機能の重要性とその評価を強く主張している。

3. 総合病院併設精神科の新しい動き 2

——身体疾患診療科から——

1) 精神科救急現場

精神科分野においても救急診療が重要であり、体制が整備されつつある。ようやく一般科と同様に救急診療という考え方が受け入れられてきた。そして精神科救急の現場には身体診療科の医師の介入が欠かせない。何といても生命を守ることが先決であるからである。さらに精神科患者の自殺企図による事故の処置なども身体診療科の医師の応援なくしては困難な場合がある。併設精神科ではまず身体診療科の応援を得て診断・処置をしておくことができる。単科精神科病院では身体治療を優先させる場合は連携病院に移送することとなるが、その間の時間が惜しい場合がある。

2) 身体診療科からの支援

精神疾患の患者に身体合併症が発生したとき身体診療科の医師の診療が欠かせない。特に入院患

者の場合入院の施設に医師が出向くか、患者がその医師のいる施設に移動するかしなければならないが、比較的円滑にその行き来はできるようになった。かつては単科の精神病院からの依頼で手術すると病棟看護師が精神疾患患者を管理できないからといって、手術した翌日に元の病院に帰すようなこともあった。しかし単科病院の患者も長期入院で高齢化してくると多くの身体疾患を併発したり、転倒で骨折したりする。その患者を併設精神科病棟は受けながら身体診療科の医師と共同でみる機会はますます増えてきている。精神科医が身体疾患患者の精神的対応のために一般病棟へ出向く共同診療が身体診療科医の精神科への理解を深め、受け入れが進んでいるともいえる。また、場合によっては精神疾患患者でも合併症治療のために一般病床へ入院し、精神科医が精神疾患の管理をすることも増している。医療法上の縛りによって一般病床利用を妨げている面が残されており、早急に緩和が求められている。さらに精神科患者への身体的管理の良し悪しが精神科の診療に影響をする場合もあると聞くと、なおさら身体的管理に注目しなければならない。

4. 総合病院併設診療科の例

総合病院併設精神科の例5病院を表2に示した。病床は30～50床でいずれも精神科救急入院料あるいは精神科救急・合併症入院料の施設認定を受けており、救命救急センターを有する病院である。病床数に対して医師や看護師、臨床心理士など(兼任が多い)の関係職員が充実しているといえる。これでも精神科救急と救急の合併症の双方を受けると医師のローテーションは応援がないと難しく、また看護体制は十分といえない状況である。

次の表3に示したのは単科病院であるが、小規模で精神科救急を独立して行っている例である。対象人口がある規模以上なくてはならないが経営的には何とか自立できているという。医師数7人はかつての300床前後の単科病院の医師数といえる。しかし、平均在院日数を見れば新入院患者数に関しては300床前後の病院の数倍の機能を発揮

表 2 総合病院併設精神科の例

	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	E 病院
定床	50 床	30 床	36 床	50 床	60 床
稼働	50 床	30 床	34 床	41 床	41 床
性格	救急+合併症	救急+合併症	救急+合併症	合併症(10 床)	合併症
全病床	550 床	476 床	750 床	554 床	896 床
平均在院日数	25 日以下	40 数日	約 40 日	34.3 日	44.1 日
医師数	6+2~3 人	4+4 (週 4 日) 人	7+4 人	7 人	3+2 人
看護師数	10:1	16 人	24 人	22 人	16 人
他職種	臨床心理 (兼務) 2 人 PSW(兼務)	臨床心理(兼務) MSW(兼務)	臨床心理 2 人 MSW(兼務) 5 人	MSW(兼務)	臨床心理 4 人 PSW(兼務) 3 人 MSW(兼務)

表 3 単科病院と併設精神科計画例

	単科病院例	計画例
定床	50 床	100 床
稼働	50 床	100 床
性格	救急	救急 合併・一般
全病床	50 床	522 床
平均在院日数	19.2 日 (4 月)	45 日
医師数	7 人	7 人
看護師数	33 人 (外来・訪問含む)	64 人
他職種	臨床心理 1 人 PSW 5 人 OT 2 人	臨床心理 2 人 PSW 2 人 OT 2 人

し、患者の地域社会での生活を保証していこうという姿勢が見える。

これらの病院の機能の中で注目されるのは研修医の研修機能である。精神科希望の研修医は精神科救急から身体合併症まで、また身体診療科の患者への理解を含めて幅広く研修を受けることができる。身体診療科希望の研修医には身体疾患診療とともに精神科診療を通して精神科患者への理解を深めることができる。これはどちらにとってもその後の身体診療科と精神科との協力を深めることとなり精神科診療分野にとって大きな力となると考えられている。もう一つは計画例であるが、3 看護単位 100 床で救急、合併症、一般の精神科棟としている。経営的には他科への支援活動を評価すれば、収支的に見合い自立できると考える。

ただ、これらの例の不安材料は医師をはじめとする医療職員の安定的勤務体制の維持と単科病院との連携である。さらに病床利用率の低下予想は小規模な病床数であるために少数の患者の増減が病床利用率に響き、経営的に影響を与える要素である。

5. 地域精神科医療施設体系へ

身体疾患の分野では病院完結型から地域完結型の医療へという大きな流れとなっている。やっと地域医療の中に施設が体系化されたという感がするが、実はこれは精神科分野では早くから掲げられていたのである。しかし、施設間の連携は進まず、行政の支援もなく進まなかった。近年になりやっと単科病院によって、多くは施設中心のネットワークづくりではあるが徐々に進められてきた。その後、他の経営主体の施設や機関とも手を組み始めており、他者の目が単科病院の中に入ることになった。日本医療機能評価機構による病院機能評価の影響も少なくなろう。

総合病院併設精神科を考える時に地域精神科医療施設体系を抜きには成り立たない。前述のように身体疾患救急と精神科救急とを組んで行うことが住民のため、すなわち患者のためにもまた医療職員のためにもよい体制となると考えるが、それには単科病院をはじめ他の関係施設や機関との連携によって、多くの患者や地域的な広がりにも対処できることが前提である。入院医療は精神科医

療技術や薬の進歩で短期化に向かっているが、非入院医療や社会生活の保持のための支援は長期で、その仕組みと財政的保証が必要である。北斗クリニック病院の澤院長は患者の居宅や関係施設・機関を含めてバーチャルホスピタルと捉えた地域精神医療を提唱している。

6. 総合病院併設精神科の機能の整理と課題

1) 精神科治療の前線機能

まず発症初期に対応する機能であり、通院診療において精神科診療所との連携が特に重要となる。次に精神科救急を地域の中の最前線で担い、医師をはじめ各職種が参加するチーム医療で早期退院から通院医療へと切り替え、水際戦略の中核となる機能である。地域の状況によっては振り分け機能ともなる。関係施設や機関との連携が焦点となるが、連携はつくるものであり自らが動かなければいつまでたっても組み立てられない。

2) 身体合併症対応機能および身体診療科との共同支援は既述の通りである。

3) さらに研修医への教育機能は長い目で精神科医療の将来を決める機能といえる。

4) 全国の各医療圏にある救命救急センターに精神科救急と合併症を担う併設精神科を設けることにより、新しい精神科医療提供体制が可能となろう。医師をはじめとする関係職員の確保が最大の課題である。

5) 総合病院併設精神科が地域活動のコントロールタワー機能を持つべきである。地域や家族の状況などを総合的にみていける併設精神科は、患者の最適処遇を示すことができると考えるからである。また身体診療科が行っている地域に開かれた症例検討会などを積極的に行うことによって、地域の関係施設・機関と共通の認識を持つことができ、それら関係施設・機関がコントロールタワ

ー機能を容易に理解し連携が進むと考える。

6) 関係者の努力

地域連携が整うよう働きかけることも重要であるがまず、自ずから動く必要がある。その第1は病院管理者が精神科への理解を深めることができるよう絶えず働きかけることである。管理者の理解が得られない状態では併設精神科の発展はありえない。その責任は併設精神科職員にある。続いて職員の数と質の確保することで、身体診療科など周囲の理解を得ようこれも絶えず働きかける必要がある。一方、精神科としての経営目標を毎年見直し、その達成を自ら課さなければならない。そしてそれらの活動を第三者によって評価し、関係施設・機関だけでなく住民も閲覧できるよう一般に開示するべきである。

おわりに

今まで施設や地域医療の面から精神科医療施設の調査、研究をしてきた。また自治体立の精神科病院の基本計画などに携わってきた。その度に周辺の医療施設を含めての連携を前提とした計画をしてきた。しかし、連携はなかなか進まず施設の機能は新しい形にはならなかった。診療報酬点数、医療関係職員、地域の受け入れなどいろいろな問題があったからであるが、それらは少しずつ提供体制の整備に有利に展開しはじめている。この機会を捉えて、住民や生活範囲の広がりなどの地域性と医療施設や職員などの社会資源の双方から、その中核施設として救命救急センターに併設精神科を設けることで新しい精神科医療提供体制の構築を考えたい。むしろ、その他の併設精神科も単科病院・精神科診療所や地域機関とともに連携施設として重要であることはいうまでもない。いずれにしても、精神科は地域を支え、地域に支えられているという認識を皆がもつことが肝要である。