

特集 日本の精神科医療を展望する——精神科救急の立場から——

精神科救急における身体合併症への対応

吉邨 善孝^{1,2)}, 横山 正宗^{1,2)}

総合病院精神科では、精神科救急において身体合併症への対応が求められ、3つのモデルケースが想定される。第一に、身体疾患を有する精神科救急患者への対応である。精神科救急患者の中にはウイルス性脳炎などの器質性精神疾患が紛れ込み、重篤な身体状況にある患者もまれではない。精神疾患の急性期では、衝動行為、暴力行為から外傷を受傷していることもある。また、長期間にわたって、適切な栄養摂取が行われずに、耐糖能異常、電解質異常、低栄養状態などを呈することもある。精神科治療によって、身体合併症が生じることもある。このような場合は、精神科診療のみならず、身体診療科での診療も求められる。第二に、自殺を図り、救命救急センターに搬送された精神疾患患者への対応である。この場合は、身体合併症の原因は精神疾患の希死念慮に基づく行動であり、精神科救急としての対応も求められるが、急性薬物中毒、縊頸、多発外傷などの身体疾患への対応が優先される。第三に、慢性経過をたどるが精神症状や問題行動が顕著である精神疾患患者に、身体合併症が生じ対応に苦慮する場合である。ここでは身体疾患への治療のみならず、精神疾患への対応も求められる。平成20年4月の診療報酬改定で、特定入院料として精神科救急・合併症入院料が新設された。これは、精神科救急および身体合併症医療に対応可能な施設の必要性が認知された結果であると考えられる。救命救急センターを有する総合病院に精神科病棟があり、そこに精神科救急への対応機能も兼ね備わっていれば、身体救急医療も精神科救急も円滑に運営することが可能である。

〈索引用語：精神科救急、自殺、身体合併症、総合病院〉

1. はじめに

済生会横浜市東部病院（以下東部病院）は総病床数554床、16疾患別センター、27の診療科からなるいわゆる総合病院である。開院に際しては、政策医療において、精神科救急医療体制事業の基幹病院としての役割、精神科身体合併症事業の担当病院としての役割が求められた。精神科病棟は50床（保護室は5室、1床室は13室、4床室は8室）である。合併症ユニット10床を有し、平成20年9月からは本邦で初めて、特定入院料として精神科救急・合併症入院料を算定するようになった。精神科救急対応、精神疾患患者における身体合併症への対応、地域中核病院としての精神科

医療の提供が東部病院精神科の主な機能である。

総合病院精神科における精神科救急患者の身体合併症への対応が求められるケースとして、いくつかのモデルケースが想定される。本稿では、東部病院精神科の活動状況を示し、精神科救急患者における身体合併症への対応について述べる。

2. 精神科救急医療体制経由の精神科救急患者が身体疾患を合併し、対応が求められる場合

身体疾患を有する精神科救急患者への対応である。精神科救急患者の中にはウイルス性脳炎などの器質性精神疾患や内分泌疾患などによる症状性精神疾患が紛れ込むこともあり、重篤な身体状況

著者所属：1) 済生会横浜市東部病院精神科

2) 北里大学医学部精神科学

表1 神奈川県精神科救急医療体制（神奈川県，横浜市，川崎市，相模原市協調体制）

病院名	総合病院	対応病棟の算定入院料	(今後の算定予定入院料)
神奈川県立芹香病院（横浜市港南区）		精神科救急入院料	
北里大学東病院（相模原市南区）		精神科急性期治療病棟入院料	精神科救急入院料
横浜市大センター病院（横浜市南区）	該当	精神科病棟入院料 13 対 1	精神科救急入院料
昭和大学横浜市北部病院（横浜市都筑区）	該当	精神科急性期治療病棟入院料	
川崎市立川崎病院（川崎市川崎区）	該当	精神科病棟入院料 15 対 1	精神科病棟入院料 13 対 1
横浜市立みなと赤十字病院（横浜市中区）	該当	精神科救急・合併症入院料	
済生会横浜市東部病院（横浜市鶴見区）	該当	精神科救急・合併症入院料	

(平成 22 年 5 月現在)

基幹病院（対応病床数：29 床）

(平日の準夜帯，深夜帯，休日の日勤帯，準夜帯，深夜帯対応)

にある患者もまれではない。精神疾患の急性期では、衝動行為、暴力行為から外傷を受傷していることもある。また、長期間にわたって、適切な栄養摂取が行われずに、耐糖能異常、電解質異常、低栄養状態などを呈することや入院時の諸検査で偶発的に身体合併症が発見されることもある。精神科治療によって身体合併症が発生することもまれではなく、精神科救急における鎮静法と身体管理に関しては合理的に観察あるいはモニターすることが必要であるとの指摘もある。精神科救急における鎮静の際の注意点として、精神科救急患者に身体的拘束を実施することによる深部静脈血栓症のリスクの増加、薬物による鎮静後に気道分泌の増加や舌根沈下などによる呼吸抑制、抗精神病薬による QT 延長などの不整脈の出現、悪性症候群や横紋筋融解症などの発生の危険性があげられる。このような身体疾患が発生した場合は、精神科診療のみならず、身体診療科での診療が求められる。

各都道府県では地域の実情に応じて精神科救急医療体制が整備されている。東京都や神奈川県などの精神科救急医療体制は総合病院精神科が基幹病院として機能し、主に夜間、休日の措置入院、緊急措置入院に対応している。そのため、必要に応じて身体診療科の協力を得ることが可能である。欧米においては、精神科救急を含む精神科の急性期医療を総合病院精神科が担っている国もある。

神奈川県精神科救急医療体制（神奈川県，横浜市，川崎市，相模原市の 4 県市協調体制）の基幹病院を表 1 に示した。基幹病院のうち、5 つの病院が総合病院に該当する。これらの医療機関は夜間帯および深夜帯の措置入院および緊急措置入院の受け入ればかりでなく、医療機関、患者家族を通じて精神科入院依頼があった場合の受入れも行っている。神奈川県における精神科救急医療体制の概要を図 1 に示した。平成 20 年度の精神科救急医療対策事業実施状況では、686 件の精神保健診察件数が行われ、このうち基幹病院において 341 件 (49.7 %)、東部病院では 49 件 (7.1 %) が行われた。

平成 20 年度、平成 21 年度の 2 年間における東部病院精神科病棟の入院患者数は 646 例、在院日数は 36.8 日 (SD=37.3) であった。このうち、措置入院患者は 80 例 (12.4 %)、在院日数は 16.4 日 (SD=9.7) であった。措置入院患者における身体状況を図 2 に示した。身体的問題があるとみなされるのは 42 例 (52.5 %) であった。入院時に電解質異常、高 CK 血症、白血球増多、QT 延長などの心電図異常、発熱などがみられ、身体的ケアを必要とする症例は 13 例 (16.3 %)、身体疾患を有し、他の診療科への診療依頼が必要な症例は 29 例 (36.3 %) であった。一瀬ら²⁾によると、財団法人東京都保健医療公社豊島病院において、1 年間（平成 11 年 10 月から平成 12 年 9

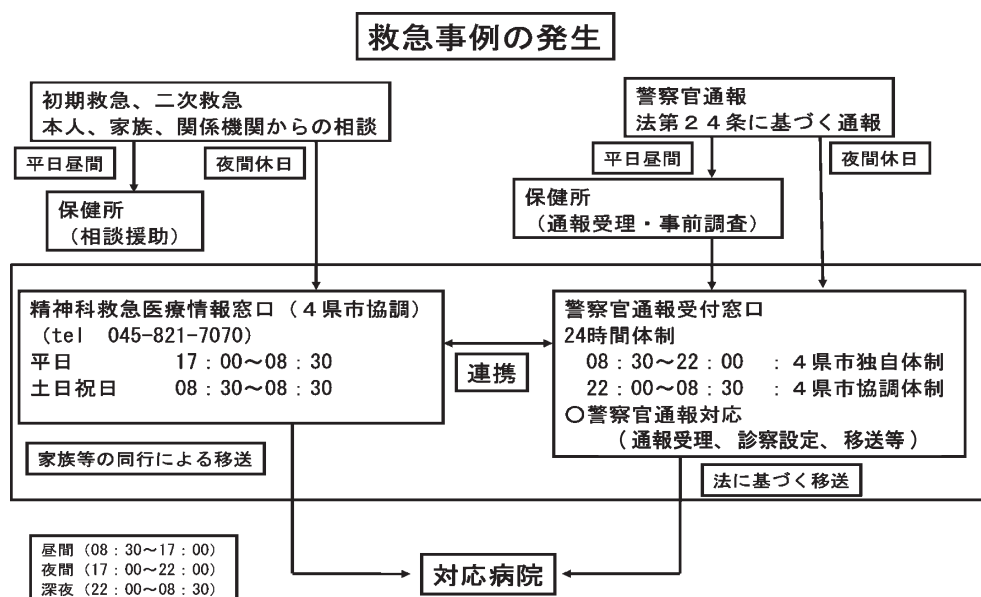


図1 神奈川県精神科救急医療体制（4 県市協調体制）

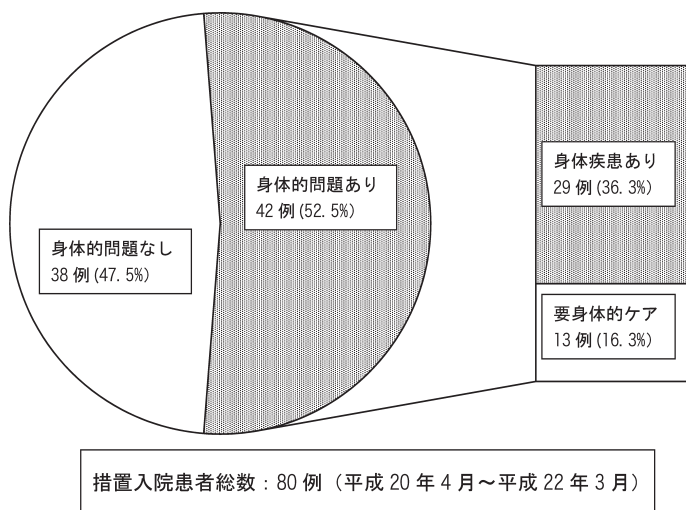


図2 措置入院患者における身体状況

月)の精神科休日夜間救急受診患者 510 名のうち、何らかの合併症を有するものが 203 名、207 件、そのうち処置不要なものが 89 名、精神科で対処可能なものが 44 名、他科への相談が必要であったものが 20 名、他科受診をしたものが 50 名であったという。彼らの報告でも、何らかの合併症を

有する患者は 39.8 % と高率でみられており、精神科救急の現場において身体合併症への対応が求められる頻度は高いと考えられる。

身体診療科受診状況を図 3 に示した。最も診療頻度が高かった診療科は整形外科で 5 件、続いて、泌尿器科、皮膚科、内分泌内科が 4 件であった。

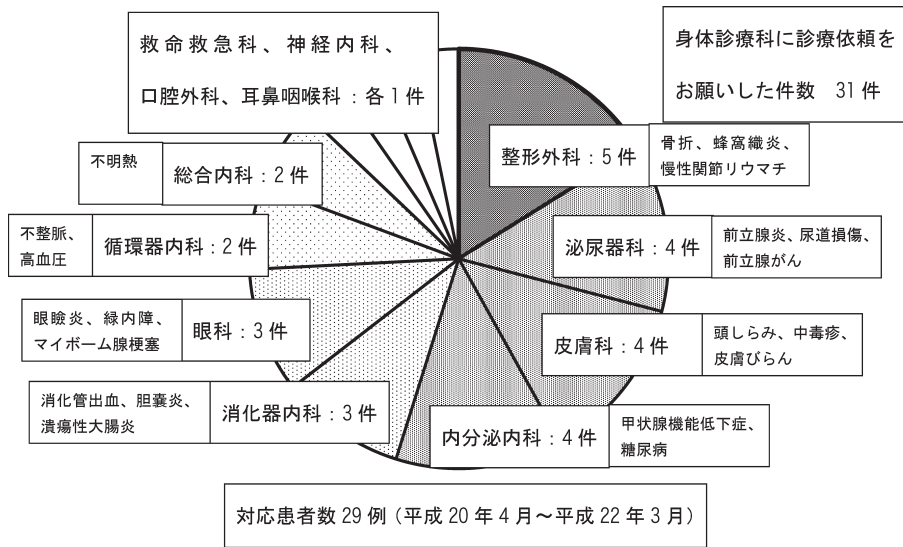


図 3 措置入院患者における身体診療科受診状況

疾患では、骨折、悪性腫瘍、糖尿病、甲状腺機能低下症、消化管出血、潰瘍性大腸炎、不整脈、高血圧、不明熱、眼科皮膚科疾患など多種多様であった。このような疾患に専門診療科での診療が可能となるのは、多くの診療科がある総合病院だけである。精神科病院では、身体合併症への対応が必要となった状況において、十分な身体的治療ができず、他の医療機関で身体疾患への診療を求めることになる。この場合、一般病院では、精神症状から身体的治療が提供できないことが多い。特に、措置入院患者では、移動に制限があるため、さらに、適切な医療が受けられないことになる。神奈川県では、精神科身体合併症事業が実施され、東部病院も担当病院となっている。この事業では、措置入院、緊急措置入院を中心とする精神科救急医療体制事業において精神科診療が行われた精神疾患患者に身体合併症が発生した場合、担当病院に転院し、身体科医療、精神科医療を提供する仕組みが整備されている。措置入院においては、このような医療体制の整備が必要と思われる。一方で、精神科病院に措置入院で入院後に身体合併症への対応がしばしば必要となることを考えると、措置入院の初期を総合病院精神科病棟で実施し、

精神科救急の初期対応、身体疾患のスクリーニングを行った後に、精神科病院で十分な精神科専門治療を継続するのが望ましいとも言える。神奈川県精神科救急情報窓口および警察官通報受付窓口では、身体的合併症を有していることが事前に情報としてあがっている場合、対応病床の確保が可能であれば、5つの総合病院に振り分けられ精神科救急対応が行われている。精神科救急患者の診療に際しては、適切な振り分けが行われ、対応医療機関において、身体疾患の診療が実施される体制整備が望ましいと考えられる。

3. 精神疾患患者が自殺を図り、

救命救急センターに搬送され、

精神科としての対応が求められる場合

自殺を図り、救命救急センターに搬送された精神疾患患者への対応である。この場合は、身体合併症の原因は精神疾患の希死念慮に基づく行動であり、精神科救急としての対応も求められるが、急性薬物中毒、縊頸、多発外傷などの身体疾患への対応が優先される。総合病院精神科では救命救急医に協力しながら、身体疾患の治療過程で適切に精神疾患に関して介入する。精神科病棟を有す

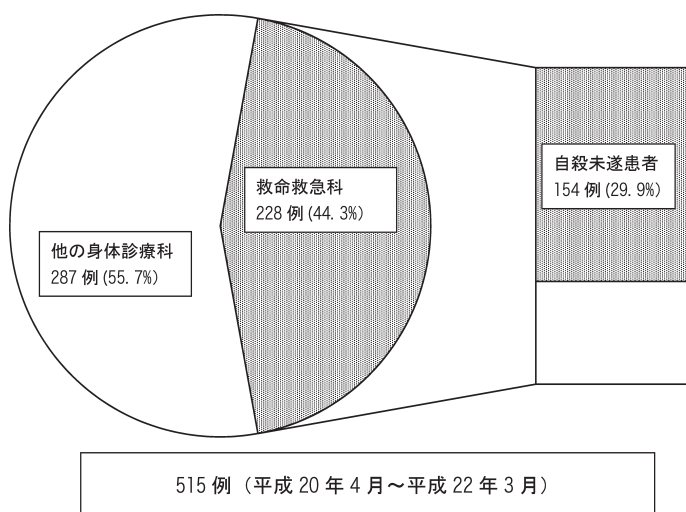


図 4 身体診療科からのリエゾン・コンサルテーション依頼

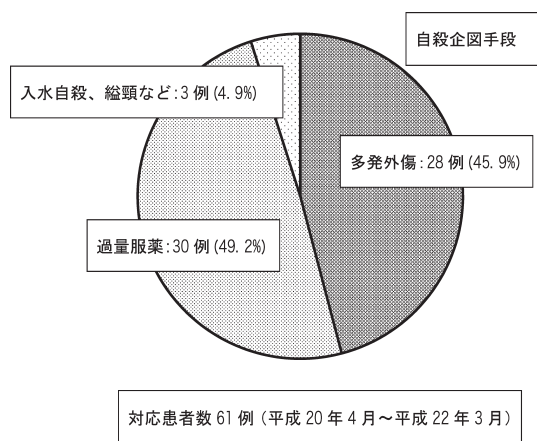


図 5 自殺未遂患者（救命救急センターからの転棟患者）

る場合は、適切に活用し治療にあたることも可能である。

東部病院精神科では、①可能であれば、救命救急センターからの退院を目指し、外来診療につなげる。②救命救急センター空床確保のため、迅速に対応し後方受け入れを行う。③身体疾患、精神疾患の重症度、家族状況、本人および家族の意思などから、救命救急医、身体診療科担当医と相談し入院病棟を決定することを基本に活動している。

身体診療科からのリエゾン・コンサルテーション依頼状況を図 4 に示した。2 年間に 515 例の依頼があり、救命救急科からは 228 例（44.3%）、自殺未遂患者の診療依頼は 154 例（29.9%）であった。このうち、直接救命救急センターから退院もしくは転院、他の病棟に転棟となったのは 93 例（60.4%）、精神科病棟に転棟となったのは 61 例（39.6%）であった。救命救急センターから精神科病棟に転棟となった自殺未遂患者 61 例の自殺企図の方法を図 5 に示した。過量服薬が 30 例（49.2%）と最も多く、多発外傷が 28 例（45.9%）と続いた。救命救急センターから精神科病棟に転棟となった自殺未遂患者の在院日数は 49.9 日（SD=62.7）になり、同時期の精神科病棟の在院日数と比較して長期化していた。過量服薬の入院患者は短期間で退院に結びつくが、多発外傷の入院期間は長期化していた。

近年、自殺者の人数は年間 3 万人を超え、一向に減少の兆しがみえていない。過去に自殺企図歴のある患者は、最終的に自殺既遂に至る場合が多いと言われている。東部病院救命救急センター病棟に入院した自殺未遂患者において、約 2/5 の症例が精神科病棟に転棟していた。このような精神疾患患者に対しては、身体疾患とともに精神症状

表2 精神科救急・合併症入院料の施設基準等

- ・都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している。
- ・精神保健指定医3名以上、精神科医5名以上。
- ・精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急施設（時間外、夜間、休日の診療が年間200件以上）。
- ・精神科救急・合併症医療につき十分な体制、構造整備、実績を有している。
- ・合併症ユニットを有し、当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占める。なお、合併症ユニットの病床は個室として算入できる。合併症ユニットは当該病棟の病床数の2割以上である。
- ・1年間に指定された地域の措置入院、緊急措置入院、応急入院の年間新規入院患者の1/4以上もしくは30件以上の患者を受け入れている。

へのケアも求められる。救命救急センター病棟を有する医療機関では、精神科病棟が整備されることにより、対応の幅が広がり、自殺未遂患者に対して、より効率的に機能することが可能である。

4. 慢性経過をたどるが、精神症状や問題行動が顕著である精神疾患患者において、身体合併症への治療が必要となる場合

身体疾患を合併し、徘徊、治療への抵抗などの問題行動を伴う認知症患者が精神科救急情報窓口を通じて、対応を求められる件数が近年増加している。急性心不全、腎不全、糖尿病、多発外傷などの身体疾患への治療が必要であるが、認知症を合併しているため、一般病院での入院治療に結びつかずに、精神科救急対応となっている。最近、経験した症例を提示する。このような症例は、一般病院において行動制限を行いつつ、身体治療を優先して診療に当たるのが原則と思われる。一方で、対応できる医療機関がなく、患者の利益を第一に考えるのであれば、精神科病棟を有する総合病院での対応が緊急避難的に選択されるのかもしれない。

症例：68歳，男性

X-4年4月，精神科医療機関でピック病と診断された。X-1年，近隣の自動車のドアを叩くなど迷惑行為が出現した。X年2月，食事摂取不良となり，両下肢の浮腫が出現した。A病院救急外来を受診したところ，心房細動，腎不全と診断された。認知症症状が顕著であり，対応できないと，入院加療を断わられ，精神科救急医療情報窓口を通じて，準夜帯に，B病院へ医療保護入院となった。来院時，事前の身体情報よりも身体状況は不良で，さらに増悪したため，翌日にB病院ICUへ転棟したが，2日後に死亡した。

5. さ い ご に

平成20年4月の診療報酬改定で，特定入院料として精神科救急・合併症入院料が新設された。精神科救急・合併症入院料の施設基準³⁾を表2に示した。特定入院料が新設されたのは，精神科救急および身体合併症医療にも対応可能な施設の必要性が認知された結果であると考えられる。一方，施設基準は厳しく，新設され2年が経過しているが，算定している病院はいまだ少ない。救命救急センターを有する総合病院に精神科病棟があり，そこに精神科救急機能も兼ね備わっていれば，身体救急医療も精神科救急も円滑に運営することが可能である。このような施設基準を満たす，精神科病棟が増えることが望ましいと考えられる。

文 献

- 1) 八田耕太郎：精神科救急における鎮静法と身体管理およびその臨床薬理学的背景。臨床精神薬理，4；1275-1281，2001
- 2) 一瀬邦宏，竹林 宏，益富一郎ほか：精神科救急の現状と問題点—東京都夜間・休日精神科救急の実践から—。臨床精神薬理，4；1251-1263，2001
- 3) 社会保険研究所編：医科点数表の解釈，平成22年4月版。社会保険研究所，東京，2010

Management of Physical Complications in Psychiatric Emergencies

Yoshitaka YOSHIMURA^{1,2)}, Masamoto YOKOYAMA^{1,2)}

1) *Department of Psychiatry, Saiseikai Yokohamashi Tobu Hospital*

2) *Department of Psychiatry, Kitasato University, School of Medicine*

Working in a general hospital psychiatry department, the authors treat patients with psychiatric emergencies who also have physical complications. Three primary treatment paradigms exist. The first is the medical management of patients with psychiatric emergencies who also have physical illnesses. Physical complications may occur due to external injury, internal secretions, metabolic disease, and treatment for psychiatric emergencies. In such cases, patients require not only psychiatric treatment but also medical treatment for their physical symptoms or problems. The second pattern is the management of patients brought to the emergency department after a suicide attempt. In this case, the cause of the physical complications is action derived from suicidal ideation, and somatic therapy is given priority. The third pattern is the often difficult management of physical illness in patients who suffer from chronic psychiatric illness. In a general hospital with no department of psychiatry, psychiatric patients with physical emergencies are often unable to obtain appropriate diagnosis and treatment. There is a greater need for general hospitals able to manage psychiatric emergencies and their physical complications during medical treatment.

<Authors' abstract>

<**Key words** : psychiatric emergency, suicide, physical complications, general hospital>
