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――

精神科救急医療の目指す地平

平田 豊明

精神科救急医療サービスの提供形態には、電話相談に始まって、救急外来、アウトリーチサービス、入院治療に至るまでいくつかの段階があるが、最終目標は在宅ケアの維持と利用者の生活の質の改善である。これらのサービスを病院単位で提供することをミクロ救急、広域単位で複数病院が救急診療を分担するシステムをマクロ救急システムと呼ぶ。前者を基本単位とし、後者がこれを支援するのが本来のあり方である。

マクロ救急事業 (精神科救急医療体制整備事業) の公式データからは、地域格差が大きく、サービスが標準化されていない現状が浮かび上がる。公式データのないミクロ救急についても同様と推測される。こうした問題点を克服するために、日本精神科救急学会は精神科救急医療ガイドラインを改訂し、マクロ救急事業と救急病院の機能評価尺度を作成している。

精神科救急医療は、利用者のニードに応えるだけでなく、病院の活性化にも寄与する。これを、筆者の所属する静岡県立こころの医療センターにおける近年の変革を紹介することによって示した。同院は救急医療を中心路線に据えることによって、平均在院日数を短縮しただけでなく、病床利用率と入院単価を引き上げ、病院開設53年目にしてはじめて、経常収支を黒字化するという経営改善効果もあげている。

救急・急性期医療は精神科医療全般の水準向上を牽引するが、そのためには、救急医療の現場 に医師を確保することが不可欠である。ここでは、指定医などの資格取得要件に精神科救急病院 での勤務経験を加えることや日本精神科救急学会認定医構想の実現、それに、増加し続ける精神 科診療所の医師が、指定医資格を社会に生かすために救急診療を支援し、病院勤務医も診療所を 支援するなどの病診連携強化モデルを提示した。

Key words: emergency psychiatry, acute psychiatry, guidelines for emergency psychiatry, assessment scale of emergency psychiatry>

1. はじめに

精神科救急医療の任務は、急性患者を迅速に医療へ導入し、手早く治して社会に戻し、在宅ケアで支えることである。これによって、精神疾患の予後と患者のQOL(生活の質)を改善し、精神科病院を収容施設から治療施設へ、治療の場を病院から地域へと構造転換することが、精神科救急医療の目指す地平である。

ここでは、わが国における精神科救急医療の現状を概観したのち、その水準向上を図るために日本精神科救急学会が作成した精神科救急医療ガイ

ドライン 2009 年改訂版および精神科救急医療関連の機能評価尺度を示す。そして、救急医療が精神科医療を構造転換する一例として、静岡県立こころの医療センターにおける変革の試みを紹介し、最後に、中堅医師の病院離れ(=医師だけの脱入院化)が進む精神科医療の現場に救急医を確保するための方略を提案する。

2. わが国における精神科救急医療の現状

(1) ミクロ救急とマクロ救急 精神科救急医療サービスの提供手段には、電話

著者所属:静岡県立こころの医療センター

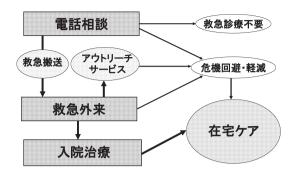


図1 救急医療サービスの提供形態

相談から入院治療に至るまで、図1に示したようなタイプがある。各段階で緊急度が評価され、治療・処遇形態が決定されるが、いずれのサービスも在宅ケアの支援が最終目標である。最近では、救急外来診療をいわば宅配するアウトリーチサービスの意義が論じられている。

これらのサービスを病院単位で提供するのがミクロ救急診療であり、その集合体がミクロ救急システムと呼ばれる。在宅患者が通院先の病院で電話相談や時間外診療を受けるのが代表例である。アクセス面では手軽で迅速であるが、サービス内容は病院の個別事情に縛られる。ベッドが空いてなければ、診療を断られることもある。

こうしたミクロ救急の弱点を補うために、複数の医療機関が救急診療を交代制などで分業するのが、広域単位のマクロ救急システムである。わが国では、国と県が費用を折半して運営される精神科救急医療体制整備事業(以下「精神科救急事業」と略記)に同義である。精神科救急システムというと、通常はこの事業を指すが、本来はミクロ救急が精神科救急の基本単位であり、マクロ救急事業はこれを補完するセーフティネットであるべきである」。

(2) 精神科マクロ救急事業の運用実態

とはいえ,データが残されるのは精神科救急事業だけであるから,まずは,この事業の運用実態を概観する.

図2は、2008年度における本事業の実績を受診件数の高い都道府県順に表示したものである. 入院件数は、大阪府、東京都、神奈川県、愛知県と大都市圏を擁する自治体に多いが、受診件数の多い自治体には、大都市圏と並んで、岩手県や長野県、北海道、秋田県といった人口過疎地区を抱える自治体も混じる。大都市と人口過疎地に共通するのは、精神病床が少ないことである。後者は医療機関そのものが少ないが、前者は平日の日中は精神科クリニックが賑わう反面、夜間休日には人口過疎地と同様の精神科医療過疎地となる。すなわち、夜間休日には双方の地域とも精神科ミクロ救急が機能しない。このため、マクロ救急事業への依存度が高くなるものと推測される。

ただし、マクロ救急事業の利用件数が少ないほどミクロ救急が活発とは限らない。相関があるのは、地域人口に対する利用件数が高いほど入院率が低いという点である。いずれにせよ、ミクロ・マクロ双方を含めて、精神科救急医療サービスの地域差が大きく、いつ、どこで急性精神疾患が発症・再燃するかによって、受けられる医療サービスの質が大きく異なるのが、わが国の精神科救急医療における最大の問題であろう。

3. 精神科救急医療のガイドラインと機能評価

この問題点を克服するために、日本精神科救急 学会は、会員の意見を反映させた精神科救急医療 ガイドラインを作成し、マクロ救急事業と精神科 救急病院の機能評価尺度を試作してきた.

(1) 精神科救急医療ガイドライン 2009 年改訂 版

日本精神科救急学会は,2003年にガイドラインを出版し,精神科救急医療の均てん化を目指した。これを改定した2009年版では,総論編で精神科救急事業と救急医療施設が備えるべき要件を最低基準,推奨基準,最適基準に3層化して示した²⁾。

また,各論編では,興奮・攻撃性への対応,薬物療法,自殺未遂者への対応の3領域について指

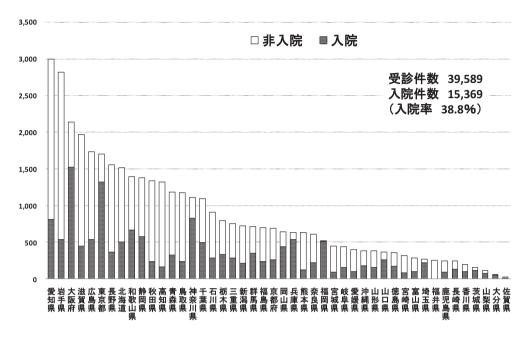


図2 精神科救急事業実績(2008年度)

針を示した。薬物療法は改訂速度が高いと判断して、自殺未遂者対応は独立性が高いと判断して、それぞれ分冊とし、3分冊構成とした。これに2007年に出版した規制薬物関連精神障害ガイドラインを併せて、日本精神科救急学会の最新ガイドラインは4分冊構成となった。今後も、治療技術の進歩や制度の改定に連動して、随時改訂してゆく方針である。

(2) 精神科救急医療の機能評価尺度

前記のガイドラインを参照しながら,日本精神 科救急学会は,精神科救急事業と救急施設の機能 を評価する基準を作成した³⁾.救急事業について は,電話情報センターや搬送体制,支援病院,連 絡調整委員会の機能など 27 項目を採点し,全国 の事業をランク付けした。アウトカム評価は,図 2 の基本となったデータによってなされる。

精神科救急施設については、個室率や人員配置など44項目で構造を評価し、年間入退院件数や病床回転率、入院形式、在宅移行率などでアウトカム評価するよう設計されている。この評価尺度

を用いて常時対応施設を認定し、国から補助金を 支給するプランも検討されている。将来的には、 病院だけでなく、入院患者も全国共通のデータベ ースに登録し、治療技術の均てん化を図る構想も 示されている。

4. 精神科救急医療の目指す地平

精神科救急医療は、いざというときに作動する安全装置にとどまらない。精神科医療の構造転換をも要請する。

(1) 救急医療が精神科医療を構造転換する

1996年に診療報酬上の技術料として認可された精神科急性期治療病棟入院料,2002年にこれをグレードアップした精神科救急入院料(いわゆる「スーパー救急病棟」)という精神科の急性型包括病棟群が登場して以来,精神科における平均在院日数の短縮が加速されてきた。急性型病棟では、タイムリミットが常に意識され,長期在院者の再生産を抑止する駆動力が働くため,病棟は全体としてダウンサイズされる。

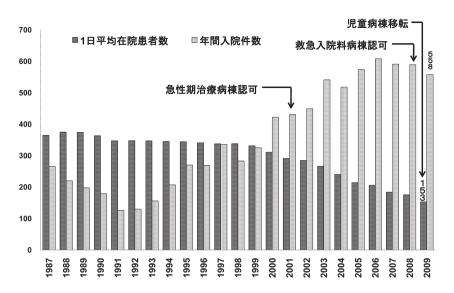


図3 在院患者数と入院件数の推移~静岡県立こころの医療センター~

また、患者は早めに在宅医療へと移行し、しかも、早期の再入院を回避しなければならないから、必然的に在宅ケアの水準向上が要請される。すなわち、急性型病棟群の普及は、精神科病棟を収容施設から治療施設へと転換し、わが国の精神科医療の重心を入院医療から在宅ケアへとシフトさせる強力な牽引力となっている。

(2) 静岡県立こころの医療センターの変革

こうした変化の具体例を静岡県立こころの医療センター(以下「当院」)に求めてみる。当院は、半世紀を超える歴史をもつ県立精神科病院である。伝統的な県立精神科病院の多くがそうであったように、当院も、静岡県における精神科医療の「最後の砦」であることを長らく基本方針としてきた。すなわち、他の精神科病院が対応に苦慮するケースの受け入れを第一義的任務とし、救急医療は、電話情報センターの受託以外は、民間病院に委ねる方針をとってきた。このため、「スーパー救急病棟」の認可は民間3病院が先行していた。一方で、措置入院は年間数例しか受け入れず、薬物依存治療も民間委託という一貫性のなさを抱え、児童病棟が看板というポリシー不明瞭な病院であっ

た。

それでも、図3に示したように、今世紀に入ってからは、病棟のダウンサイズと回転率の向上が加速し、平均在院日数は、1992年(病棟全面改築時)の992日から着実に短縮し続けてきた。また、通院患者の実数も約2,200人と県下では常にトップを走り、年間約1,500件の訪問看護を実施するなど、在宅ケアへのシフトも進んでいた。

2006年7月に赴任した筆者は、こうした当院の脱入院化傾向を加速し、救急・急性期医療を病院の中心路線に据えることによって、病院の活性化と慢性的な赤字経営からの脱却を目指した。最初に手掛けたのは、遅まきながら、静岡県の精神科救急事業の輪番病院に加わることであった。次いで、6病棟のうち病床利用率の低い3つの病棟群を2つに圧縮し、看護密度を上げながら5病棟に縮小した。そして、空き病棟の1つを改装し、2008年8月に「スーパー救急病棟」認可を取得した。さらに、毎日昼休みに幹部職員を医局に集めてベッド調整会議を開催し、救急ベッドを常に2床確保することを通じて、全部署間での患者情報の共有化とセクショナリズムの解消を図った。

この流れの中で,2009年4月,県立3病院が

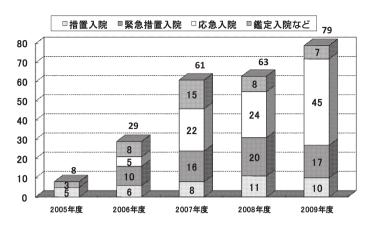


図4 精神科三次救急などの件数~静岡県立こころの医療センター~

独立行政法人(非公務員型)へと再編され、児童病棟がこども病院に移転して、病棟部門は、かつての7病棟350床から4病棟180床へとダウンサイズされた。そして、2009年8月には「スーパー救急病棟」を補完する精神科急性期治療病棟が認可され、半数の病棟が急性型包括病棟となった。ほぼ同時期に麻酔医を招聘して、電気けいれん療法を従来型から修正型へと改善した。

こうした作業を一貫した基本方針は、構造面では個室率とスタッフ密度を上げること、運用面では措置入院・鑑定入院と救急受診の要請を断らないこと、というシンプルなものであった。その結果、時間外の入院件数が増加し、精神科三次救急と鑑定入院も増えた(図4)。個室率は2006年7月の21.7%から2010年4月には31.1%に上昇し、常勤精神科医師1人当たりの在院患者数は平均17.8人から12.9人、看護師1人当たりの患者数は1.52人から1.49人に減少、精神保健福祉士などの精神科コメディカルスタッフは8人から16人(平成22年4月1日現在)へと増員されるなど、スタッフ密度が上昇した。

また,実働の病床利用率は74.8%から85.0% に上昇,病床回転率も2.27から3.65へと上昇して,平均在院日数は160.7日から100.1日に短縮した。そして,病棟の高規格化によって平均入院単価は31%上昇し,ダウンサイズによるコスト の削減と相まって、2005年度に4億7千万円の 赤字であった経常収支は、2008年度、わずかと はいえ黒字に転じ、2009年度には1億9千万円 の黒字を計上した。診療活動の活性化と経営改善 が表裏一体であることが実証されたといえる。

(3) 精神科救急医の確保のために

当院が救急・急性期医療を軸に変革できた最大の要因は、スタッフ、特に医師が確保できていたことである。図5に、わが国における精神科医療施設の機能分担を図式化したが、GHP(総合病院精神科)とAnstalt(精神科病院)からの医師離れと開業指向が年々強まっており、まさに「医師だけの脱入院化」の様相を呈している。このため、地方都市を中心に精神科救急医療がミクロ救急・マクロ救急ともに弱体化している。この現象は精神科に限らない。地方の中小公立病院は医師不足により軒並み閉鎖・縮小に追い込まれ、地域医療は崩壊の危機に瀕している。

瀕死の救急医療を救うために,筆者は,精神科 医の確保に関する提案をいくつかしたい。

第1に,精神保健指定医や日本精神神経学会専門医といった主要な専門医資格の取得要件に精神科救急医療施設(できれば精神科急性型包括病棟群)での一定期間の勤務経験を義務づけることである。第2に,日本精神科救急学会認定医制度を

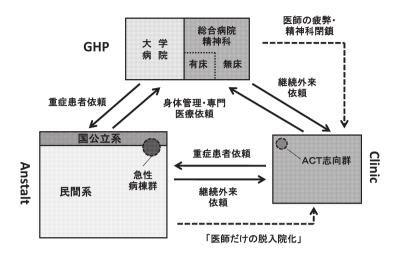


図5 わが国における精神科医療施設の機能分担

立ち上げ、その認定医の配置と研修施設への指定を,「スーパー救急病棟」の認可要件とすることである。これらの施策によって,精神科救急医療の最前線に若手・中堅医師を確保するとともに,病院の医療水準と医師の技術水準をも維持・向上させることができる.

そして、第3に、病診連携の強化である.具体的には、増加する精神科診療所の指定医が一般救急ユニットにオンコール体制で参与し、あるいは、かつて勤務経験のある精神科救急病院の指定医当直をバックアップすること(オンコールでも可)、代わりに、診療所のオーナー医師の学会出張や体調不良に際して精神科救急病院の勤務医がバックアップすることなどである。精神保健指定医資格は(実は医師免許も)、社会全体の共有財産である。指定医個人の業務形態を問わず、救急医療や措置診察の場面でこの財産を活用する方向へと、発想を転換すべき秋(とき)ではなかろうか。

5. おわりに

救急医療は医療の存在理由のひとつである。身体救急の領域では、30年以上前から体制の整備が進められ、三次救命センターの展開をはじめとして、全国どこでもほぼ均質の救急医療サービスが受けられるようになっている。そのために莫大

な公金も投入されてきた.

精神科救急医療は、それに比べれば、はるかに立ち後れている。行政の責任もあろうが、何よりも医師の救急医療に対する認識と努力の不足に依るところが大きい。どこにどれくらいの資金を投じたら最も効果が上がるのか、効果判定の指標は何か、といった政策課題に対して、医師は専門家としてもっと説得力のある発言をしなくてはならない。

筆者は、本シンポジウムにおいて、精神科救急 医療の進展が、利用者のニードに応えるだけでな く、医療機関の活性化にも資することを、一公立 病院の改革を例にとって論証した。今後の議論の 素材となれば幸甚である。

文 献

- 1) 平田豊明, 分島 徹監修:精神科救急医療の現在. 精神科臨床リュミエール 13. 中山書店, 東京, 2010
- 2)日本精神科救急学会医療政策委員会編:精神科救 急医療ガイドライン 2009 年 12 月 19 日版 (1) \sim (3)。情報 開発,大阪,2009
- 3) 日本精神科救急学会医療政策委員会編:精神科救 急医療施設の機能評価項目設定および既存施設の機能評価。 平成20年度障害者程度区分認定等事業補助金。障害者保 健福祉推進事業報告書。2009