

特集 高度急性期精神科医療の将来像

精神科急性期包括入院料病棟の現状と将来展望

平田 豊明

精神科急性期包括入院料病棟（救急入院料病棟および急性期治療病棟）は、精神科病棟を収容施設から治療装置に変換することをめざした千葉県精神科医療センターをモデルとして、1996年に制度化され、高規格化されてきた。現在、これらの病棟は、全精神科病床の8%を占めるにすぎないが、高回転することによって年間の精神科入院件数の41%を担っている。このため、2012年までに精神科平均在院日数を3分の2に短縮し、在院患者数を11%減らすことに貢献した。国は将来、精神科病床を救急・急性期・回復期・重度慢性の4つに類型化し、長期在院者を減らす構想を示している。実現の鍵を握るのが、重症急性期患者の治療成績向上である。そのために、本稿では、総合病院への精神科救急病棟の増設、精神科専門医研修における救急病棟勤務の必修化、救急病棟への新規非自発入院の限定化という3つのプランを提案した。制度化されれば、医療の継続性・責任性を保ちながら、脱入院化を促進することが可能となろう。

＜索引用語：精神科救急入院料病棟，精神科急性期治療病棟，非自発入院，脱入院化＞

はじめに

急性期精神科医療の高度化を阻む最大の要因は、一般医療から精神科医療が「隔離」されてきた歴史にある。源流をたどれば、精神科病院の生い立ちにまでさかのぼるが、わが国では1958年の厚生省（当時）通知以来存続してきた医療法上の精神科特例措置が、結果的には「隔離」を固定化する桎梏（拘束具）となった。精神科の医療者自身がこの桎梏に長く慣れ親しんだために、外されては困る人々も少なくなかろう。

こうした屈辱的状况を打開するために、1980年代から総合病院精神医学の潮流が生まれ、10年ほど遅れて精神科救急医療が分化した。前者は精神科と身体科のリエゾン（連結）による同列化をめざし、後者は精神科領域での救急・急性期医療の高度化をめざした。ここでは、後者の立場から、わが国の精神科急性期医療を概観し、近未来への提案をしたい。

I. わが国の精神科医療の長期在院構造

1. 精神科入院患者の動態

わが国では、毎年40万人近くが精神科に入院し、約35万人が1年以内に退院するものの、約5万人が1年以上の長期在院に移行する。このため、1年超の長期在院者からも5万人ほどの退院があるにもかかわらず、30万人を超える精神科在院患者は遅々として減少しない。しかも、在院者の約3分の2は1年超の長期在院者であり、退院患者の約3%（1.3万人）は死亡退院である^{6,7)}。

このように、長期在院に依存する構造から離れてきていないのが、わが国の精神科医療の現実である。精神科病院に強い「引力圏」が形成され、患者も職員も、在院が長引くほど、そこから脱出することが困難になるからである³⁾。

2. 精神科病院の引力圏

精神科病院に引力圏が形成され維持される要因

表 1 精神科急性期包括入院料病棟 (2014 年 4 月)

種別 項目		精神科救急入院料病棟			精神科急性期治療病棟		
		1	2	合併症	1	医師加算	2
施設・設備		60 床以下, CT 検査可能 隔離室・個室が過半数		救命センター or 合併症 ユニット併設	60 床以下 (300 床未満) 2 割以下 (300 床以上)		
職員配置	専任医師	16 対 1, 指定医 1 (全施設で 5)		16 対 1 指定医 3	指定医 1 (全施設 2)	16 対 1 指定医 1	指定医 1 (全施設 2)
	看護師	10 対 1			13 対 1		15 対 1
	PSW 等	2			1		
運用条件	救急事業	常時対応病院		合併症型	輪番病院以上		
	救急外来	年間 200 (or 2.5/圏域人口 1 万)+入院 20			—	年間 20 +入院 8	—
	新規患者	4 割		合併症治療 転院を含む	4 割		
	非自発入院	6 割			—		
	三次救急	年間圏域内措置 1/4 or 三次救急 20			—		
	自宅退院	6 割	4 割	6 割	4 割	6 割	4 割
医療費日額 (点)		3,557 (～30 日) 3,125 (～3 月)	3,351 (～30 日) 2,920 (～3 月)	3,560 (～30 日) 3,128 (～3 月)	1,984 (～30 日) 1,655 (～3 月)	+500	1,881 (～30 日) 1,552 (～3 月)
認可施設数		115*1	1*1	9*1	280*2	—	37*2

*1: 2014 年 10 月末現在の施設数. 救急入院料 1 と合併症型の併設施設 1 あり *2: 2012 年 6 月末現在

は, 以下の 5 点に集約されよう.

第 1 は, 医療の質や人権の擁護よりも精神科病院への「安価な収容」を優先させてきた国の政策である (政策因子). 医療法の精神科特例がその象徴である.

第 2 に, 病床利用率の確保に依存しがちな病院経営がある (経営因子). 公立病院でさえ, あまりに空床が目立つと管理者は蒼ざめる.

第 3 は, 人や情報の出入りに乏しい閉鎖系を作りやすい精神科病院の体質である (施設因子). 変化を嫌う「慣性の法則」といってもよい.

第 4 に, 治療技術の遅れと地域や病院, 医師による技術水準の不均質がある (治療因子). 医療者の治療的ニヒリズムも根強い.

そして第 5 に, 地域社会による排除圧がある (地域因子). 精神科関連施設の新設などを企てると, にわかに顕在化する因子である.

II. 精神科急性期包括入院料病棟の展開と効果

1. 急性期包括病棟のタイプ

精神科病院の引力圏に患者が取り込まれる前に退院をめざすことを意図して, 精神科急性期包括入院料病棟 (以下「急性期包括病棟」と略記) が創られた. ここでいう急性期包括病棟とは, 表 1 に示す 6 タイプの病棟を指す.

このうち, 最初に診療報酬表に掲載されたのは, 1996 年認可の精神科急性期治療病棟入院料で, 千葉県精神科医療センターが施設基準や医療費給付額のモデルになった. 包括医療費はいまだに日額 2 万円に届かない水準であるが, 精神科領域で急性期治療が初めて治療技術として認知されたという意味で画期的であった.

その後, 2002 年に急性期治療病棟入院料がグレードアップする形で, 精神科救急入院料が新設された. 2008 年には日額の上限が 2.8 万円から 3.4

万円に大幅増額されるとともに、合併症型の救急入院料が新設され、総合病院精神科病棟の経営的支援も可能になった。2014年の診療報酬改定では、急性期治療病棟1の医師密度を一般科並みにするなどの条件が満たされれば、日額5千円が加算されることとなった。

2. 急性期包括病棟の展開と問題点

こうした医療経済効果もあって、急性期包括病棟群は着実に増加し、2014年10月末現在、精神科救急入院料認可病棟（以下、救急病棟）をもつ施設は全国で124病院（7,256床）、精神科急性期治療病棟（以下、急性期病棟）をもつ施設は2012年6月末現在、317病院（16,882床）となった。

ただし、普及のパターンは均質ではない。急性期病棟の未認可県はないが、救急病棟の空白県は6県ある。一方で、複数の救急病棟をもつ病院が25ヵ所あり、4つの救急病棟を有する病院もある。また、同じ救急病棟といっても、年間入院件数や診断構成など、各病棟の機能には相当のばらつきがある¹⁾。

3. 急性期包括病棟の普及による効果

増加したとはいえ、急性期包括病棟のベッド数がわが国の精神病床数に占める割合は、2014年10月現在、約8%にすぎない。しかし、研究報告書¹⁾によれば、平均すると年に6.8回転するから、急性期包括病棟群への推計年間入院件数は $(7,256 + 16,882) \times 6.8 = 164,138$ である。すなわち、年間の全入院件数約40万件のうち41%を、この8%のベッドが受け入れ、平均54日で退院させていることになる。

精神科に急性期病棟が出現した1996年から2012年までの17年間に、わが国の精神科平均入院日数は、441日から292日へと3分の2に短縮された。在院患者数も、約34万人から約30万人へと11%減少した。構造的変化とはいえないまでも、これらの変化は、入院の短期化と病院のダウンサイズを促す急性期包括病棟群の普及なしには語れない。

Ⅲ. 千葉県精神科医療センターの実践

急性期包括病棟のモデルになったのは千葉県精神科医療センター（以下、当センター）である。その設立理念や診療活動には精神科救急・急性期医療のエートスが体现されていると思われるので、ここで紹介しておきたい。

1. 病院の陣容と創設理念

当センターは、1985年、千葉市の東京湾岸埋め立て地に設立された。精神保健福祉法に定められた県立精神科病院ながら百貨店型ではなく、救急・急性期医療と在宅ケアを両輪として高回転する専門店型の病院である。ベッドは50床しかもたず、ここに、2015年7月末現在、医師15名（指定医10名）、看護師56名、精神保健福祉士11名など、高密度のスタッフを配している。

このような陣容で当センターがめざしたのは、治療装置としての精神科病院である。重症患者といえども、急性期に手厚い医療を提供すれば、長期在院を抑止し、予後を改善できるという仮説を実証する実験的施設でもあった。重症の救急患者を年間400件以上受け入れることをタスク（業務課題）とし、逆算して平均入院日数は45日程度、入院期間を3ヵ月以内と設定した。

経験則によれば、この期間内に精神病を治しきすることは不可能にせよ、長期在院歴などによって精神機能が摩耗していない限り、地域ケアに移行させることはできる。長い経過をたどる重症の精神疾患でも、入院によらなければ治療できない期間は工夫しだいで切り詰められるはずである。そのために、各スタッフが今やるべきことは何か。これを考えながら仕事をするのが求められた。チーム医療やクリティカル・パス、アウトリーチなどの方法論は、外部から輸入するまでもなく、日常業務の必要から自然発生した^{4,5)}。

2. 治療成績

図1に、当センターの2014年度における主な診療統計を示す。入院件数は400に届かなかったが、「救急患者を速やかに受け入れ、手早く治して社

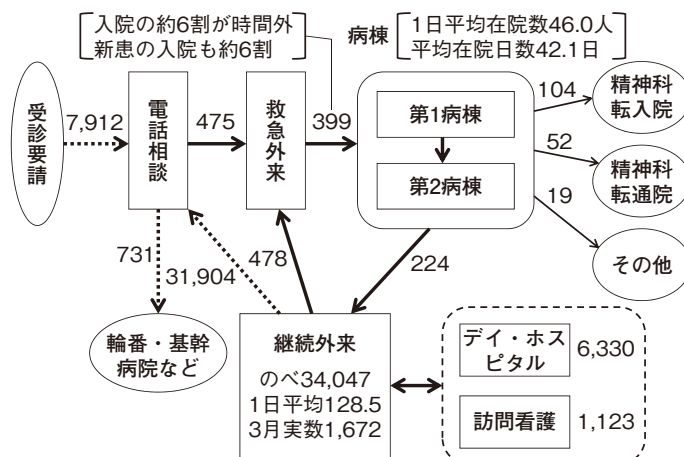


図1 千葉県精神科医療センターの診療実績 (2014 年度)

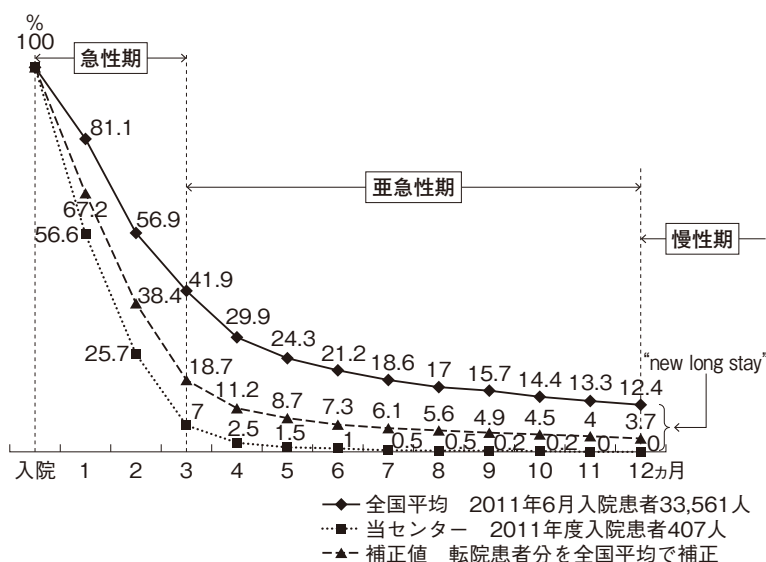


図2 千葉県精神科医療センターの入院患者残留曲線と全国平均 (2011 年度)

会に戻し、地域で支える」という当センターの診療方針は維持されていると考えられる。

図2に、2011年度の入院患者残留曲線を全国平均とともに示した。平均在院日数からみて、2014年度も大きくは変わらない。この図にみると、当センターの残留曲線は、全国平均に比べると下方に圧縮され、新たに在院1年を超える患者 (new long stay) は発生しない。3割近くの転院

患者が転院先で全国平均並みに残留したと仮定して補正しても、new long stayの発生を3分の1以下に抑えられることがわかる。

すなわち、急性期に医療資源を集中的に投入すれば長期在院を抑止できるという仮説は実証されたといえる。

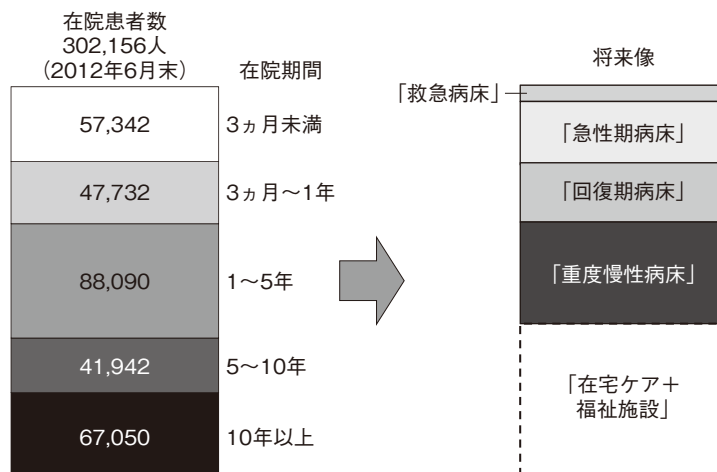


図3 在院期間別患者数と将来像（左図は文献7，右図は文献8より作成）

Ⅳ. 精神科入院医療の近未来展望と提案

国は将来、一般病床にならって、精神病床を「救急」「急性期」「回復期」「重度慢性」に4類型化し、20万人近い1年超の長期在院者を在宅もしくは福祉施設に移行させる構想を打ち出している⁸⁾。図3に、在院期間別の入院患者構成の現状を示し、将来像を並べた（将来像の病床割合は著者の見解）。

この構想を踏まえて、わが国の精神科医療が長期在院構造から脱却し、水準向上するための基本戦略と制度改革案を提案したい。

1. 長期在院構造からの脱却のために

1) 急性期医療の高度化

国の将来構想を画餅に終わらせないためには、まず急性期の治療成績を上げて、new long stayの発生を減らすことが医療の使命（ないし存在理由）である。ここが構想実現の鍵を握る。重症急性患者の治療を急性期包括病棟の第一義的な任務とし、入院の短期化や予後改善の技術を競い合うシステムを構築すべきである。

2) 回復期プログラムの強化

3ヵ月以内には在宅ケアの条件が整わないものの、数ヵ月の時間が追加されれば退院できる患者はいる。そのようなケースに対しては、支援チー

ムや居住プログラムの強化によって地域移行が図られるべきである。3ヵ月を超えたら激減する（救急病棟では約3分の1になる）今の医療費給付のあり方は、医療の連続性を断ち切る要因になるので、検討を要する。

3) 重度慢性患者のケア

現代の医学・医療では歯が立たない重症患者もいる。そのような人々が冷遇されるのは文明国とはいいがたい。重度心身障害者病棟並みの規格と給付で運営される重度慢性病棟、もしくは特別養護老人ホームを超える規格の福祉施設において手厚くケアされるべきである。ただし、重度慢性患者の定義や処遇条件は、厳しく吟味されなくてはならない。

2. 精神科医療の水準向上のために

最後に、精神科救急・急性期医療の観点から、精神科医療の水準向上に資する制度改革を3つ提案したい。

1) 総合病院における精神科救急病棟の普及

精神科救急医療のアキレス腱ともいえる身体管理能力を向上させ、一般医療からの精神科の「隔離」を解除するための戦略として、総合病院への精神科救急病棟の付設がある。都道府県に1ヵ所以上が目標であるが、2015年7月末現在、合併症

型の救急病棟をもつ総合病院は9施設、合併症型でない救急病棟を含めても18施設にすぎない。

そこで、総合病院への精神科救急病棟設置を促進する制度改革を提案したい。例えば、合併症病棟での精神科三次救急比率や合併疾患種別の見直し、小規模の精神科救急ユニットの新設などである。実現すれば、総合入院体制加算1の認可をめざす総合病院も増えるであろう。

ただし、規制緩和によって医療の質を下げてはならない。DPCへの参入も視野に入れて、全ての精神科救急病棟では、共通データベースを用いた治療成績のモニタリングを行うべきである。

2) 医師研修制度上の改定案

精神科救急病棟をもつ病院には、短期間のうちに多彩で重篤な精神疾患が集まる。急性期治療の技術とともに、チーム医療や地域連携が欠かせない医療現場でもある。したがって、精神科専門医をめざす若い医師にとっては、絶好の研修の場である。

ここでの勤務経験なくして精神科専門医を名乗るのでは、専門医制度の質が問われるであろう。精神科救急病棟での6ヵ月程度の勤務経験を、精神保健指定医と精神科専門医の取得条件とするよう提案したい。

3) 新規非自発入院先の限定制度

新規の非自発入院を高規格病棟に限定するのは、世界標準である²⁾。身体的重症患者がICUやCCUを備える高規格病院で治療されるのと同様である。精神科救急病棟が重症精神疾患の長期入院を抑止するエビデンスも示されている。

そこで、わが国でも、新規の非自発入院は、精神科救急病棟をはじめとする高規格病棟に限定するよう法制化することを提案したい。これによって、新たな長期入院が抑制され、医療の継続性や責任性を犠牲にしない形での脱入院化が促進され

るであろう。精神科急性期包括病棟群の普及状況からみて、決して実現不能のファンタジーではない。地域医療計画も、このような前向きのプランを実現するためにはあるはずである。

おわりに

わが国の精神科医療が長期在院構造と医療界での屈辱的な地位から脱却する上で、急性期医療の高度化が最も重要かつ有効な手立てであることを論じた。本稿が、高度化促進のための議論を喚起し、精神科利用者の福利と尊厳の向上に資することができれば幸いである。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 平田豊明, 杉山直也, 澤 温ほか:平成25年度厚生労働科学研究「自治体病院協議会傘下の精神科病院における重症患者の調査研究」報告書(総括研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制に関する研究」の分担研究). p.25-66, 2014
- 2) 平田豊明:精神科救急医療のコアと近未来. 精神科治療学, 30;223-228, 2015
- 3) 平田豊明:巻頭言「精神科救急医療が目指す地平」. 精神医学, 57;328-329, 2015
- 4) 計見一雄:精神救急ハンドブック改訂版. 新興医学出版社, 東京, 1992
- 5) 計見一雄:急場のリアリティ. 医療文化社, 東京, 2010
- 6) 厚生労働省精神・障害保健課, 国立精神・神経医療研究センター編:精神保健福祉資料(平成23年6月30日調査の概要). 2013
- 7) 厚生労働省精神・障害保健課, 国立精神・神経医療研究センター編:精神保健福祉資料(平成24年6月30日調査の概要). 2014
- 8) 厚生労働省精神・障害保健課:長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性. 2014

Psychiatric Emergency/Acute Care Wards in Japan : Present and Future Perspectives

Toyoaki HIRATA

Chiba Psychiatric Medical Center

The prospective payment system in the psychiatric acute care ward began in 1996 in Japan. This was up-graded to the psychiatric emergency ward in 2002. Chiba Psychiatric Medical Center, the model institute of these wards, has been leading the transformation from asylums to therapeutic apparatus. Although emergency/acute care wards occupy only 8% of the total psychiatric beds in Japan, they cover 41% of annual admissions onto psychiatric wards because of their high bed turnover rate. Therefore, they contributed to reduce the average length of stay to two-thirds, and for the numbers of inpatients to decrease by 11% up until 2012.

The Ministry of Health, Labor and Welfare presented an image of future types of psychiatric bed—emergency, acute, recovery, and severe chronic beds, and a plan to reduce long-stay patients. Outcomes and improvements of patients with severe mental illness in the emergency/acute care wards may be a determinant of the future design. We propose three plans to turn it into reality : increasing the number of psychiatric emergency wards/units in general hospitals, requiring some residency program in emergency wards to become a certified psychiatric specialist, and limiting new admissions onto psychiatric emergency wards to involuntarily hospitalized patients. These plans could facilitate deinstitutionalization in Japan, sustaining the provision of continuous and responsible care.

< Author's abstract >

< **Keywords** : psychiatric emergency ward, psychiatric acute care ward, involuntary admission, deinstitutionalization >
