

大阪府の精神科スーパー救急医療

—さわ病院の取り組み—

澤 温*

Key Words 精神科スーパー救急病棟, 身体合併症

はじめに

与えられたテーマは「大阪府の精神科スーパー救急医療—さわ病院の取り組み—」であるが、大阪府の精神科救急、大阪府の精神科スーパー救急、さわ病院の取り組みそれぞれに課題があるので分けて述べたい。そしてその中で全国の問題につながるものと、大阪府、あるいはさわ病院に特化したものについても論述する。

精神科救急

精神科救急は元来、特別扱いするものでなく、単なる地域精神医療を補完するだけのものではない²⁾。以前なら自院の患者は夜間休日でも診ていたが、精神科救急システムができて精神科救急が特別扱いされてからは、自院責任性⁴⁾を捨てて今日は当番でないからと断わる病院まで出ている。

精神科病院に限定されず、有床診療所でも精神保健福祉法が適用されれば、精神科救急医療も大きく変わるはずである。あとは医師のやる気にかかっている。

最近精神科救急事例が増えているが、ここで夜間休日の精神科救急事例が少ない理由を整理

してみると、①発生が少ないほど健康②発生してもアクセスしづらい、③発生しているがどこに相談していいかわからない、④発生しているが情報センターが受診抑制している、⑤発生しても救急事例化しないうちにかかりつけの医療的対応で対処、⑥発生しても救急事例化しないうちに非医療的対応で対処、⑦救急事例化してもかかりつけの医療機関が対応、⑧救急事例化しても日中で対応など理由はさまざまである。このような考えで各地域の精神科救急のあり方を考えていくべきであると考えている。

精神科救急とスーパー救急病棟

救急は、極端に言えば緊急避難であるから、診療所でも興奮が激しく、疎通が取れず、危険が予想されれば、非自発的処置(強制的投薬、注射あるいは拘束)も可能であろう。これが常態になっては問題である。職員も安心して仕事ができ、救急状態にふさわしい環境、安全管理システムが用意されるために、継続して使える適切な環境を用意する必要がある。これが「適切な精神科救急病棟」である。では精神科救急入院料病棟、(誰が言ったかわからないが、通称スーパー救急病棟)はこれに当たるかといえば、

*"Super" psychiatric emergency services in Osaka

* SAWA Yutaka 医療法人北斗会さわ病院 [〒561-0803 大阪府豊中市城山町 1-9-1]

その基準にある人員配置などは評価できるが、「延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院日数」、「精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療(電話再診を除く)件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上」、「地域における1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上、又は30件以上の患者を当該病棟において受け入れている」、「新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行」などは精神科救急の質を上げるものでは一切無い。だから筆者は精神科救急医療とスーパー救急病棟との間に本質的な関係はないと考えている。むしろ精神科救急の本質でない基準があるために、「基準に合わせた救急医療」が行われているという問題が現れてきている。依頼されたテーマのスーパー救急医療がスーパー救急病棟のことであれば上述の通りであるが、スーパー救急医療を、対応の仕方も対応の設備も対応の人員配置も最高レベルで、救急治療を必要とする患者にすぐに対応できることと定義するのならば意味があるだろう。

大阪府の精神科救急医療

大阪府の精神科救急医療は第一期から第四期に分けられた。最近問題になっている身体科救急を伴う精神科救急への対応が新たに2012年に仕組みが始まるのでこれは第五期といえるだろう。第一期から四期までは以前にほかに述べた⁵⁾ので要約する。ただしスーパー救急医療という定義が曖昧なので単に救急医療として述べる。なぜなら大阪府ではスーパー救急病棟を持つ病院が7病院あるが、それ以外の病院の参画を得て精神科救急は運営され、輪番制を基本とするため、1カ月の輪番コマ数、緊急輪番計60～62、救急輪番計40のうち、緊急輪番をとる病院は1～60(月により62)回/月、救急輪番をとる病院は1～36回/月とばらついている。スーパー救急病棟を持つ病院でさえ月1回

の参画のところもあり、スーパー救急病棟の基準を満たすため参画しているともみられるケースもある。奇妙なことに、精神科単科病院と精神科救急・合併症入院料病棟をもつ府立病院はいずれも救急輪番に参画していない。

1. 第一期

大阪府の精神科救急システムは1991年にはじまった。すなわち一次、二次救急は夜間通しの救急医療とし、三次救急の緊急措置制度は22時で終わっていた。大阪府の当時の二次医療圏は4つで大阪市と府下の3圏域であった。大阪市には当時は措置診療できる医療機関がなかったので残りの3圏域に一つずつの病院が基幹病院として指定されていた。府立の中宮病院(現在の府立精神医療センター)はこの3つのうちの1つで、残りの民間病院2つと同列で自己の圏域の患者に対応した。

救急医療は大阪精神科病院協会に委託されていたが、48病院のうち最大で34病院が「手上げ方式」で参加していた。

大阪府には11基本保健医療圏があり、大阪市の4基本医療圏を除いて7基本医療圏があった。2次医療圏は4医療圏であったが、大阪を除くと3つの2次医療圏で、この3つにそれぞれ2病院が当番に割り当てられていた。その後大阪を除いて、大阪府下の7基本保健医療圏は2次医療圏となったため、7つの2次医療圏があり、1998年10月からはそれぞれに1病院が割り当てられた。その後も毎日目標の7床が確保できない日が続き、輪番予定表にはアリバイ的に府立精神医療センターが対応と書かれていても機能していなかった。

精神障害者の身体的合併症の受け入れについては大学病院を含む11病院が指定されていたが、外からの救急受け入れはほとんどできず、これが後に述べる第五期の仕組みに至った理由となっている。

国が1995年に精神科救急システム要綱を制定し、その中に救急情報センターの項を設けたが、府では従前のまま、前月に輪番予定表を決

め、救急隊に知らされ運営されていた。2002年3月、情報センター機能の中に24時間精神医療相談が規定され、府は7月から「こころの救急相談」として当事者からの「急を要する悩みの受付」を始めた。筆者は2回この事業にも参加してみたが、日常生活の愚痴などの相談も多かった。この番号は公開されていたが、1回線しかなく、救急隊や医療機関からの受け付けはしていなかった。

精神科救急に補助金が出ているのに受け入れている件数と、交付される補助金の関係が病院によって差が大きすぎると報道され、さらに大阪府医師会からは一般科から精神科患者で身体疾患をもった人がきても後の引き受けがないと問題にされ、大阪府医師会が大きく動いて第二期を迎える。

2. 第二期

それまでの「こころの救急相談」と別に、2005年9月におおさか精神科救急医療情報センターが設置された。センターは非公開の電話番号で救急隊、警察には周知された。第五期のはじまる現在においても、一般身体科の医療機関に知らされていない点が問題となっている。新しいシステムでは、疾患を選ばず、男女や隔離室の確保ができないといわせないようになり、使われたベッドの状況がわかるようになった。しかしこれまで認められた自院通院中の患者の受け入れはカウントに入れさせないこととなり、病院側はベッドコントロールが困難になった。これによりベッドの状況はわかったが参画する病院が17病院に激減した。当番病院のベッドを確保するため、最初は後送を原則としたが、開始半年で、「後送しないを原則」に変えた。

同じ9月から、大阪精神科診療所協会および大阪市総合医療センター、筆者の法人のほくとクリニックが輪番で、固定した場所でなく、20時から23時までの精神科一次救急を開始した。

3. 第三期

緊急措置は1991年以来22時で終了し、本来なら措置診察を受けるべき人が警察にとどめ置

かれるか、警察では無理と考えられると通常の二次救急へまわされる状態であった。これは人権侵害であるとマスコミに取り上げられ、2007年4月から24条通報の緊急措置診察が休日夜間通しとなった。この時同時に堺市が政令市になり、緊急措置の窓口は精神科救急医療情報センターとは別に大阪府庁の一室に大阪府、大阪市、堺市の合同で設置された。同年9月にはこころの救急相談(夜間)および精神科救急情報センターは大阪市こころの健康センターに移転した。

4. 第四期

措置診察および措置入院は行政責任であることからこの時かなりの予算が確保され、東京ほどではないがかなりの補助金を得られるようになった。2008年10月からは参画数も26病院に増え、輪番希望が多く、希望の日に救急輪番に参画できない状況がみられ、「量から質への転換」ができたともいえる状況となった。年間通して各曜日の責任をもてる病院が手を上げた。2010年度の実績で、各1床を用意していた輪番の6救急医療機関が満床になったことが年20回以上あったため、2011年度から平日夜間は7救急医療機関が各1床用意することとなった。

一次救急は、大阪精神科診療所協会に委託され、現在も平日17時から23時まで、休日は10時から16時まで、大阪市こころの健康センターにおいて、市内発生 of 患者で(周辺はよいとされているが)外来受診希望者に救急医療が提供されている。実績は3日に1人弱である。2012年の診療報酬改定で、診療所の精神保健指定医は救急に参画していなければ初診時の精神療料は減額されることとなったが、病院で救急のために当直している精神保健指定医と同じ負担感の業務がどの程度かについて、厚生労働省と診療所の医師が真剣に考えてもらいたい内容である。また橋下市長がこの実績を評価するかも今後の問題であろう。

5. 第五期

リストカットなどの自損や過量服薬、さらに

飲酒状態、認知症そして救急隊による曖昧な分類だけ精神疾患ありという5つの状態が、救急隊による搬送困難事例にあげられている。このような精神科救急と身体科救急の両方を必要とする人への対応には、身体科救急医療機関と精神科救急医療機関の連携が必須である。このため消防法が改正され、2009年10月30日に施行された。その中で搬送困難事例に対して、①救急搬送・受け入れに関する協議会の設置②救急搬送・受け入れの実施基準の策定が各都道府県に義務付けられた。

大阪府では2011年に1月から12月まで7回、「精神科疾患・身体疾患合併症救急搬送患者の受入体制に関する検討ワーキンググループ」(筆者が座長)が開催された。公立私立の精神科単科病院、二次身体救急病院、救命救急センターの身体科および精神科担当者そして行政担当で協議した。身体科救急医療機関と精神科救急医療機関それぞれで、精神科に送り出したい基準、精神科で受け入れられる基準についてアンケート調査をし、案を策定し、2012年3月から開始する。

アンケート調査では、身体科救急病院が転院させたいと状態と精神科救急病院が受け入れる状況に「深く巾広い溝」があるということがわかった。つまり、身体科救急は意識がさめないうちに受け取ってもらいたいが精神科救急病院は意識がさめてから受け取りたい、また身体科救急は呼吸循環維持の点滴中でも転院させたいが、精神科救急病院としては、すべてはずれてから受け取りたいといった差である。

これに対して、筆者が主張してきた、「地域は総合病院だ、病院は病棟だ、町中リエゾンだ」という連携モデル(図1)³⁾、「戻しあり」¹⁾の搬送が取り入れられた。この連携モデルは、精神科救急病院と身体科救急病院とは総合病院の精神科病棟、身体科病棟のように機能し、あわせて(機能的)総合病院となるというものである。これを推進するのは顔の見える関係を育てる新臨床研修システムであると考えている。

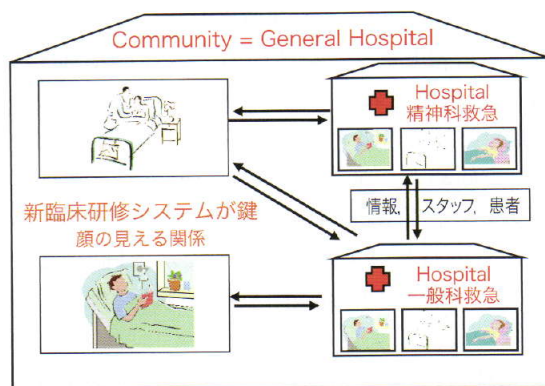


図1 精神科救急病院と身体科救急病院の連携

新しい案では、①固定あるいは輪番の二次身体科救急病院は救急隊からの要請があれば上記患者を受け入れる、②身体的に問題が無くなれば、ペアとなっている精神科単科病院が対応する。③対応には(i)電話対応(ii)スタッフが診察に行く(対診) (iii)患者は転院する、④もし身体的にまた問題があれば必ずもとの病院で対応する(戻しあり)、⑤①あるいは④で二次身体救急病院の受け入れが困難であれば三次救命救急センターが対応する。全国的なモデルになるものと考えている。

国から予算が出ているため、身体科救急病院には医療専門家でなくてよいから見守り役を置くことで解決しようとしている(図2-aと図2-b)。

対診については、救命救急センターに精神保健指定医が行けば診療報酬でカバーされるが、二次身体科救急では現在のところ経済的裏づけはない。精神科救急病院としては、自院を利用している患者であれば受け取るのは当然だろうが、ほかの医療機関に通院している人であれば、そっちで診てもらいたいというのが本音だろう。

● 現在大阪で新たに議論になって いる精神科救急の問題点

現在増え続けている認知症患者の救急状態

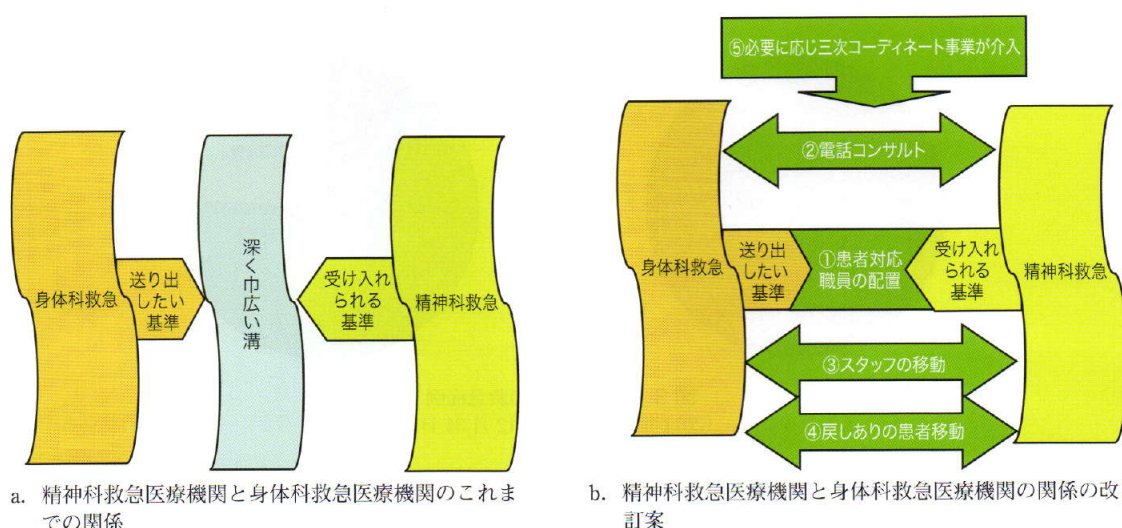


図2 精神科救急における救急身体合併症への対応

(BPSDやせん妄を中心)の受け入れである。2009年から3年間の厚生労働科学研究に参加し、2011年に認知症を担当する病院にアンケート調査した⁶⁾。その結果、さわ病院認知症疾患医療センターの管轄する地域に限定した範囲内では、さわ病院以外に夜間・休日時間帯でBPSDに対応する医療機関がないことが判明した。また、大阪府下の病院にアンケート調査をしたところ、精神科救急システムの枠外で夜間・休日時間帯において、かかりつけ以外の患者を入院も含めて対応できる病院は5箇所しかなかった。しかも大阪府下の認知症疾患医療センターのうち、夜間休日時間帯に全く機能していないところも複数あることが判明した。しかし、これは老人性痴呆疾患センターとしてスタートした1989年には夜間・休日の救急対応(常時1床空床確保)が義務づけられていたが、2008年認知症疾患医療センターとして再スタートした時、平日、週5日の稼働でよいとされたことと関係している。ただ基幹型センターは身体合併症に対する救急医療機関としての機能についてはこの規定が適用されないが、地域型センターではすべて平日、週5日の稼働を原則としてよいとされた。ちなみに大阪府には基幹型のセンターは一つもない。

さわ病院での精神科救急の現状と問題

筆者がさわ病院に関わるようになったのは1977年からであるが、当時でもさわ病院では夜間休日も含め毎日救急対応をしていたが、精神保健法施行前であったので、医師であれば、当時の非自発的入院である同意入院は指示できたし、院内での行動制限も指示できた。だから基礎系の研究者である医師の当直もいれて夜間態勢が組まれていた。精神保健法になってから精神保健指定医の指示なしでは上記の対応ができなくなり、すべて精神保健指定医で行わなければならなくなった。

さわ病院は現在455床で、2004年に作った57床のスーパー救急病棟が2病棟ある。またその後、数的にスーパー救急病棟で受けきれなくなり、スーパー救急病棟をもう一つ作るには容積率的に面積的に増やすことができないため2009年に急性期治療病棟(58床)を作った。この急性期治療病棟は、隔離を必要としない程度の新入院患者を中心に受け入れている。認知症を除くほとんどの入院受け入れはこの病棟で行っている(残念ながら「基準を守るため」一部の再入院患者はほかの病棟で受け入れている)。

データの的には、昨年の入院受入数は1,746人

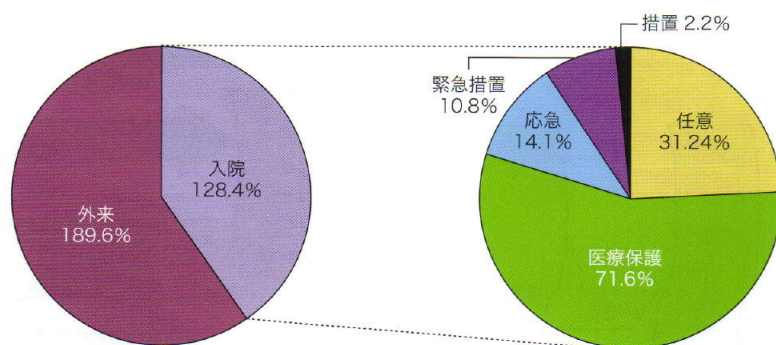


図3 夜間・休日の救急症例
(2011年10月1日～12月31日)

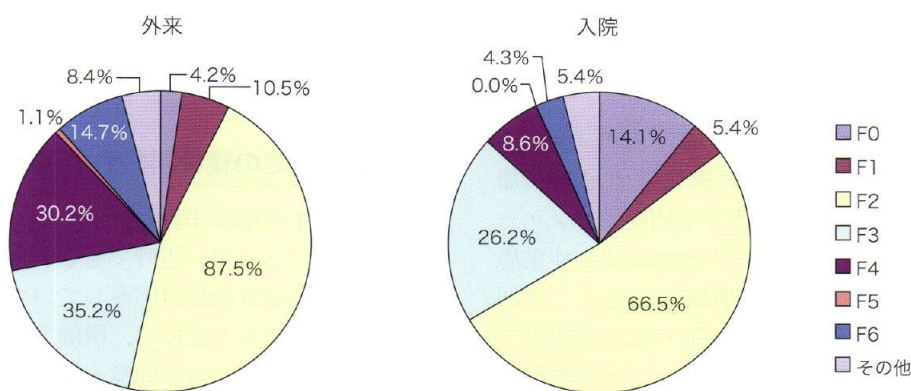


図4 夜間休日の救急外来および入院患者の疾患比率
(2011年10月から12月)

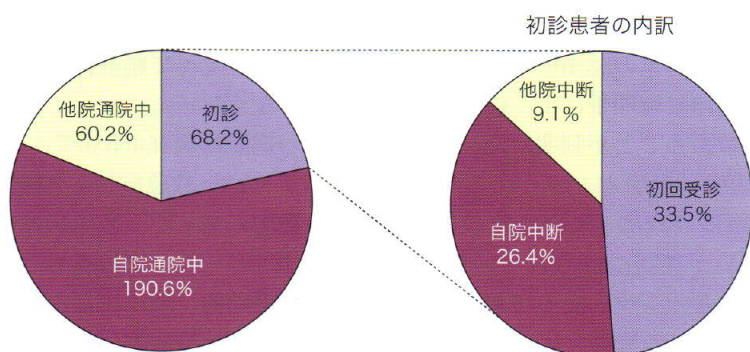


図5 夜間休日の救急受診者の受診状況比率
(2011年10月から12月)

で、その内夜間休日に679人であった。679人の内救急隊搬送が186人、警察搬送が124人でそれ以外は家族同伴あるいは本人単独である。

それ以外に夜間休日の外来患者が697人いた。

2011年10月1日～12月31日までの3カ月に関して、レトロスペクティブな詳細な調査をし

た(図3～5)。現在、もっと長期間について、プロスペクティブな調査を行っている。夜間休日の入院患者は128人(41%)、外来患者は189人(59%)であった。入院患者128人の入院形態では医療保護入院が71人(55%)、任意入院が31人(24%)、応急入院が14人(11%)緊急措置入院が10人(8%)であった。措置入院2人は、日中鑑定が行われ措置該当と判断されたが入院になった時刻が夜間となった例であった。

外来の患者のうち留置人診察が12人いたのが目立ったがこれは警察との協議を要すると思われた。外来患者のうち医療外の対応があれば精神科救急を利用しないでもよいと思われた患者が29人(15.3%)いた。薬切れで来院(正式には救急受診で無く時間外受診)した24人の患者のうち、統合失調症などの再燃防止でやむを得ないと考える患者5人のほかに19人は翌日もよいと考えられる患者がいた。この薬切れの患者を含めて夜間休日の救急時間帯を利用して当然だった患者は113人(60.0%)で、本人や家族の都合などで救急時間帯に来院した患者が76人(40.0%)もいた。この点は大阪府の精神科救急医療情報センターはセンター自身でトリアージせず、家族や本人が外来希望、入院希望と言うとそれに従って医療機関を探すことも関係していると思われ今後検討する必要があると思われた。

疾患比率の特徴としては入院外来ともにF2が半数を占め、F3が約1/3を占めた。外来ではF4のパニック障害を中心とする患者が16%、入院患者の特徴は、認知症を中心とするF0が11%、外来ではみられなかった覚せい剤、アルコール依存を中心とするF1が4%を占めた点であろう。

317人中、救急処置を要する合併症で救急外来からすぐに身体科救急病院に転院した患者は2人(血小板減少症と急性腹症)であったが、そのほか救急来院時、悪性症候群、脱水の鑑別、末期がんなどの併発で緊急検査を要した各1人

いた。稀に脳炎もみられ鑑別あるいは転院の対応が必要になる場合があるが、調査した3カ月にはみられなかった。

●まとめ

精神科救急システムがはじまった時から、厚生労働省は1995年に出した精神科救急医療システム整備事業実施要綱において「精神科医療施設の分布状況等を勘案し、地域の実情に応じて実施できることとし、…」とした。精神科救急に限らず、医療は地域のニーズを読み取り、適切にサービス提供がなされることが求められている。大阪でも地域の精神科医療機関の配置、救急医療を必要とする人の状況を読み取り、システムが作られてきた。利用する人が必要な時に必要なだけ利用できるように、人的および経済的資源を整備し、有効に使ってもらえることが必要であるが、救急医療の性質上、最大利用を標準にして、利用者が救急医療を受けられないことのないように準備することが求められている。

文献

- 1) 大阪府救急医療機関連絡協議会：二次救急医療機関と精神科救急医療機関との座談会―「戻し有り」へのチャレンジャー、大阪救急(別冊)、74-79, 2010
- 2) 澤 温：精神科救急の問題、日精協誌 26: 6-12, 2007
- 3) 澤 温：精神病院における外来、現代のエスプリ 486: 64-73, 2008
- 4) 澤 温：長期入院を防ぐための精神科救急医療サービス、精神科臨床サービス 9: 385-389, 2009
- 5) 澤 温：大阪府 (B. 各地の精神科医療体制)、精神科救急医療の現在(専門医のための精神科臨床リュミエール 13)、中山書店、東京、pp26-33, 2010
- 6) 澤 温：精神科救急におけるBPSDに関する研究、厚生労働科学研究(厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業：主任研究者 数井裕光、印刷中、2012)