

## わが国の精神科医療におけるスーパー救急の意義

澤 温\*

抄録：救急入院料病棟は、かならずしも救急医療に必須ではないが、看護師の数が患者数あたりでは他の診療報酬の基準より高い点では、サービスを提供する側からも受ける側からも、また安全面でも救急医療を行いやすい。ただ他の基準である、自院のエリアでの措置入院、緊急措置入院、又は応急入院入院率などは救急医療への寄与、地域への責任性を課しているようであるが逆に運営する側は常に基準にあうようにいつもモニターする必要がある、医師の自由裁量で治療することを妨げている。救急入院料病棟の問題点として、看護師以外のスタッフ配置、医師の配置、地域責任性を言っているが基準獲得は「早い者勝ち」である点が挙げられる。最後に救急入院料病棟がさらに「スーパー救急」であるための条件としては基準数値にふりまわされず、医療として高い基準を志向し、その基準に向けて常にチェックして高い outcome を得るようにモニターしていく機構が必要である。薬物療法とスーパー救急病棟とは直接の関係はなく、チーム治療で副作用の早期発見、サイコエデュケーションなどが行われることが大切で、そうなることでスーパー救急になると言えるのだろう。

臨床精神薬理 9: 1299-1307, 2006

**Key words :** *psychiatric emergency service, responsibility, quality assurance, team therapy*

### I. はじめに

スーパー救急病棟という名称は誰が言い出したか知らない。診療報酬上は救急入院料病棟であることはご存知の通りである。なにがスーパーかというと、点数が従来の概念からは目が飛び出るほどであるからスーパーといったのだろうか？ しかし効果がスーパーでなければ意味がない。今回の展望のテーマが「スーパー救急における新たな展開と薬物治療の展望」とされているが、スーパー救急病棟という言葉を使う代わりにスーパー救

急という言葉を使うことで、構造のみにとどまらず、機能もスーパーという意味ならまさにわが国の精神医療を変えんということにつながるだろう。そしてそれに伴い薬物治療に変化が来るかということが論じられるであろう。ここではスーパー救急病棟の歴史、基準とその問題点、スーパー救急病棟に期待されるもの、そしてスーパー救急病棟で変化する治療法について概説する。個々の施設からの詳細な報告はそれぞれを参照されたい。

### II. 精神科救急医療の基本的考え

精神科に限らず救急医療は医療の原点であり、本来どの医療機関、医療者にとっても当たり前の義務である。それはこれまで関わってきた通院者に対してであれ、初診患者に対してであれ同じで

The significance of "super-emergency services" in psychiatric services in Japan.

\*さわ病院

[〒561-0803 大阪府豊中市城山町1-9-1]

Yutaka Sawa : Sawa Hospital. 1-9-1, Shiroyamacho, Toyonaka, Osaka, 561-0803, Japan.

ある。しかし現実には①常に応需態勢がとれない、②一時的にしてもあらゆる疾患には対応できない、そして③あらゆる入院形態に対応できないから救急医療システムが必要となり、本来の救急医療に近づくように補完していると言える。ただ救急システムが完成してくると同時に、救急医療にあまり積極的でない医療機関はさらに積極的でなくなり、医療が当然持たねばならない自院責任性までなくなるという皮肉な現象を生み出す。

①の代表はクリニックの増加である。特にいわゆる「ビル診」ははじめから救急診療を考えていない。夜間の施錠、院外処方などはその理由をさらに増大している。夜間の事務、看護態勢もそうであるが、わざわざ「しんどい」思いをしなくても満床が続けば救急はいらないというところでは発達しない。さわ病院付属のクリニックでの夜間救急外来では69.4%が他院に通院中の患者であったことはこのことを物語っている<sup>8)</sup>。②は覚せい剤、アルコールなどは入院後病棟内でのトラブルが多いからお断りだということを認めると、救急医療と言いながらも「つまみ食い」になってしまう。とにかく必要なら一時的にでも入院させて治療を開始し、さらに専門治療施設での治療がふさわしければ転院させるというのであれば、救急の受け入れ義務を果たしたと言える。③は指定医の確保が大きく関係しており、もっとも困難な問題である。毎日救急医療をするには少なくとも8人は指定医を用意しなくてはならず(週1回の当直として)全国的には困難なことが多い。

### Ⅲ. 精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料基準の主要部分とその変遷

#### ①精神科急性期治療病棟入院料

1996年創設

- ・精神科急性期治療病棟 AB
- ・精神保健指定医が病院に2名以上常勤
- ・病棟に精神保健指定医である医師及び精神保健福祉士又は臨床心理技術者が常勤している
- ・全病床の7割以上又は200床以上が精神病床
- ・病床数は、精神病床数が300床以下の場合60床以下であり、300床を超える場合にはその2

割以下とする

- ・1月間の患者の延べ入院日数のうち、5割以上が新患患者の延べ入院日数である
- ・措置入院患者を除いた新規患者のうち5割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行する
- ・看護配置のみAとBで異なる

1998年の改定

- ・1月間の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新患患者の延べ入院日数である
- ・措置入院患者を除いた新規患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行する

2000年の改定

- ・Aは1、Bは2に名称変更
- ・全病床の7割以上又は200床以上が精神病床である若しくは特定機能病院である
- ・精神科救急医療システムに協力している医療機関である

2002年の改定(2004年も同じ)

- ・「精神保健指定医が病院に2名以上が常勤」は削除
- ・病院が精神科救急医療システムに参加していること(2000年の「協力」は「参加」と変わっている)

#### ②精神科救急入院料

2002年に創設(2004年も同じ)

- ・精神保健指定医が病院に5名以上常勤。当該病棟における常勤の医師の数は当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上である
- ・病棟に2名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されている
- ・「全病床の7割以上又は200床以上が精神病床。病床数は、精神病床数が300床以下の場合60床以下であり、300床を超える場合にはその2割以下とする」などはない
- ・1月間の患者の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である(急性期治療病棟と同じ)
- ・措置入院患者を除いた新規患者のうち4割以上

が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行する（急性期治療病棟と同じ）

+

- ・精神科救急医療システム整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のア及びイのいずれをも満たしていること  
ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、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件以上あること  
イ 全ての入院形式の患者受け入れが可能であること
- ・病棟の年間の新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院又は応急入院のいずれかに係るものであること
- ・以下の地域における1年間の措置入院、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以上の患者を当該病棟において受け入れていること  
ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする）  
イ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合には、当該圏域

この基準を見ると、いずれも極めて複雑で承認が受けにくいようになっている。しかも救急入院料病棟は、急性期治療病棟も同様だが、かならずしも救急医療に必須ではない。ただ基準では、看護師の数が患者数あたりでは他の診療報酬の基準より高い点では、サービスを提供する側からも受ける側からも、また安全面でも救急医療を行いやすいのは事実である。ただ他の基準、新患者率、在宅退院率、救急医療への参加（急性期治療病棟では2002年から入ってきた）、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院又は応急入院の入院率、自院のエリアでの措置入院、緊急措置入院、又は応急入院入院率などは救急医療への寄与、地域への責任性を課しているようであるが、逆に運営する側にしてみるとその基準にあうようにいつもモニターしながら患者を動かしていくなど医師の自由裁量で治療することを妨げている。入院期

間については2006年3月までは急性期治療病棟、救急入院料病棟でも高い点数が得られるのは3ヵ月までであるので各医療機関で作られるクリニカルパスは3ヵ月であることが多かったが、2006年4月から1ヵ月毎の通減制が追加された。これにより今後各施設のクリニカルパスが変われば、医療における医師あるいはサービス提供側の独立した裁量権はないことが明らかになり、これは先進諸外国と同様に経済誘導が底辺を支えていることを意味している。

#### IV. スーパー救急病棟の歴史

この病棟基準が千葉県精神科医療センターの病棟をモデルとしていることはよく知られている。そこでこの病棟を発案した計見にこの点について私信で尋ねた（1306～1307頁の資料参照）。

煎じ詰めると、①救急医療を必要とする患者の発生率と用意しうる病床から入院日数が規定されるという点、②計見の提唱する精神病状態からの生物学的回復過程とそれに一致する心理的回復および治療関係の3つのフェーズの展開から隔離室、個室、そして総室が必要ということになるのだろう。彼は著書でも同じことを述べている<sup>4)</sup>。

この2つの点を少し考えると、一定期間に地域で発生する患者の数と用意できるベッド数と入院日数はある関数関係にあり、それは地域によって異なることを意味している。諸外国では7日から12日くらいの入院期間が多いが、病床を制限すれば（行政的基準の場合も保険会社の制限値の場合もある）当然となるのだろう。

もう一点の生物学的および心理的治療過程の点では、中間期に刺激に敏感で脆弱な時期があるとしているが、この時期に個室が必要と計見は言っている。頑丈すぎる隔離室は必要なく、あるいはむしろ自然で違和感のない個室が良いという意味にもなるだろうが、隔離室と個室の比率をどのようにしたらよいのかは各施設での治療内容の影響も受けるだろう。この点筆者の考案したエラストピア（病状対応型フレキシブル保護室）はどちらにも使える点で推奨したい<sup>10)</sup>。

表1 救急入院料病棟と急性期治療病棟両方に勤務した職員へのアンケート調査

| 1) 個室の数の違いについて<br>(①患者さんとの接触, ②密室性への心配, ③動線が長くなる点) |                 |      | 2) 個室の数の違いが患者さんに与える影響                |                            |
|----------------------------------------------------|-----------------|------|--------------------------------------|----------------------------|
| ①患者さんとの接触                                          |                 |      | 男性病棟                                 | 隔離室から多床室への段階的移行 10         |
| 男性病棟                                               | プライバシーが守られる     | 7, 2 |                                      | 隔離室を早期に出られる, 隔離室を有効に使える 1  |
|                                                    | コミュニケーションが図りやすい | 6, 1 |                                      | 刺激に弱い人が多いので有効 6            |
|                                                    | かわりない           | 1, 1 | 女性病棟                                 | 隔離室から多床室への段階的移行 2          |
| 女性病棟                                               | プライバシーが守られる     | 10   |                                      | 隔離室を早期に出られる, 隔離室を有効に使える 5  |
|                                                    | コミュニケーションが図りやすい | 8    |                                      | 刺激に弱い人が多いので有効 5            |
|                                                    | かわりない           | 2    |                                      | 患者さん同士のトラブルが減った 1          |
|                                                    |                 |      |                                      | 多床室から隔離室へ戻る人が減った 1         |
| ②密室での関わりへの心配                                       |                 |      | その他                                  | 引きこもってしまう 2                |
| 男性病棟                                               | 危険, 気を遣う        | 9, 2 |                                      | 死角多く事故発見に影響 3              |
|                                                    | 変わりない           | 1, 1 |                                      | その人の生活が見えにくい 1             |
|                                                    | ドアを開けて対応        | 2, 0 |                                      | 孤立する人はずっと驚る 3              |
| 女性病棟                                               | 危険, 気を遣う        | 1    |                                      | 移るのを嫌がる 2                  |
|                                                    | 抵抗なし            | 13   |                                      | 精神医療のイメージ改革 1              |
| ③動線が長くなる点                                          |                 |      | 3) 看護師の配置基準の違い (救急入院料病棟は准看, 補助を含まない) |                            |
| 男性病棟                                               | 大変              | 5, 2 | 男性病棟                                 | ヘルパー足りない その分看護業務レベルが落ちる 11 |
|                                                    | 仕方ない, 慣れた       | 3, 1 |                                      | 掃除するたびに環境整備の大切さを感じる 1      |
| 女性病棟                                               | 大変              | 6    | 女性病棟                                 | ヘルパー足りない その分看護業務レベルが落ちる 9  |
|                                                    | 仕方ない, 慣れた       | 6    |                                      | 私物管理ができない 3                |
|                                                    |                 |      |                                      | メリットもデメリットもない 4            |
|                                                    |                 |      |                                      | 雑用の中で情報収集もできる 1            |

男性病棟の結果において数字が2つ並んでいるのは男性看護師, 女性看護師の数を表している。

## V. さわ病院の実績から見える 救急入院料病棟の特徴

さわ病院の急性期治療病棟は1996年5月に試行開始し, 9月から本格稼動した。救急入院料病棟は2004年4月から1年実績, 11月から4ヵ月実績に入り2005年3月から本格稼動している。

### 1. 看護師に対するアンケート調査

2006年1月現在, さわ病院の急性期治療病棟と救急入院料病棟の両方に勤務したことのある看護師, 31人を対象に両病棟の比較についてのアンケート調査を施行した。調査対象者は男性病棟勤務者 (男性12人, 女性4人), 女性病棟勤務者

(女性15人) である (複数回答有)。

調査内容は次の3点である。

- 1) 個室の数の違いについて (①患者さんとの接触, ②密室性への心配, ③動線が長くなる点)
- 2) 個室の数の違いが患者さんに与える影響
- 3) 看護師の配置基準の違い (救急入院料病棟は准看, 補助を含まない)

結果は表1に示した。1)-①については男性病棟, 女性病棟いずれにおいてもプライバシーが守られコミュニケーションがとりやすいという点を挙げている。②については男性病棟では危険, 気を遣うとしているが, 女性病棟では1人を除いて抵抗なしとしている。③については大変というほうが多いが, 慣れた, しかたがないという意見もあった。2) については刺激に弱い人が多いので

表2 救急入院料病棟と急性期治療病棟について比較した患者満足度

|                 |           |    |
|-----------------|-----------|----|
| 環境についてどちらがよいか   | 救急入院料病棟   | 13 |
|                 | 急性期治療病棟   | 3  |
|                 | どちらともいえない | 3  |
| 治療内容についてどちらがよいか | 救急入院料病棟   | 7  |
|                 | 急性期治療病棟   | 5  |
|                 | どちらともいえない | 7  |
| 対応についてどちらがよいか   | 救急入院料病棟   | 7  |
|                 | 急性期治療病棟   | 4  |
|                 | どちらともいえない | 8  |

有効という意見が多いが、患者さんに対する影響より、ベッドの運用上有効であるという病棟運営上のメリットを挙げる意見が多かった。3) については、救急入院料病棟は看護師のみの配置が基準であるのでヘルパーが足りない。その分看護業務レベルが落ちるという意見が圧倒的に多いが、中には掃除するたびに環境整備の大切さを感じた、雑用の中で情報収集もできるなどという前向きな職員もいた。しかし実際には、救急入院料病棟では基準外で物品の搬送、書類整理、書類管理のためのクラーク2人を置いている。また最初はヘルパーを入れていなかったが看護師がヘルパー業務までしなければならないという意見が出て、ヘルパー1人を各救急入院料病棟に配置し、共用部分については外部委託の会社からの1人を2病棟に配置している。

## 2. 患者満足度調査

さわ病院の急性期治療病棟と救急入院料病棟のどちらにも入院したことのある患者に2つの病棟の満足度（どちらの病棟が気に入ったか）について聞き取り調査した。調査対象は2006年1月に入院している患者を対象としているので数は少なく男女数の偏りはある。男性8人、女性11人である。当然のことながら救急入院料病棟の入院が後であるのでその点は斟酌しなければならない。また回答を選択した理由がやや不明の患者もいたがそれも含めて集計した。

その結果（表2）、男性は急性期治療病棟の方がよかったという意見の比率が女性より高かった。当院の場合、救急入院料病棟になってから病

院が全面禁煙となったり、新しい救急入院料病棟といっても既存の病棟の改造であったりという点もあるので利用者の視点もこのような因子で左右されやすい。今回の調査は数も少なく厳密なものでないが、このような利用者の視点に立った調査はもっとするべきであろうと考える。

## 3. さわ病院での急性期治療病棟と救急入院料病棟での実績比較

さわ病院では1996年に急性期治療病棟を開始し、2000年に1病棟では救急・急性期患者に対応できないため、2病棟の急性期病棟を作った。但し、急性期治療病棟には奇妙なことに全病床の20%以内という制限があるために、建築構造、人員配置も同じであるが、一方を出来高払いの病棟とした。この時60床2病棟となった。そして2005年に救急入院料病棟（各57床）が2つになった。1997年、2001年、2005年の各6月に入院した患者の転帰を調査した。表3に示すように、1997年では90日未満の退院患者は46人中34人で90日以上は12人（26.1%）であった。2001年では107人中それぞれ83人、24人（22.4%）、2005年では102人中それぞれ83人、19人（18.6%）であった。

90日未満の入院患者の入院日数については表4に示した。いずれの年でも30～35日以内で有意差は認めなかった。

平田<sup>3)</sup>は全国の急性期治療病棟77、救急入院料病棟12についてアンケート調査し、前者の平均在院日数は65.9日なのに対し、後者は41.0日であるとし、救急入院料病棟の在院日数は急性期治療病棟に比べて短いとしている。しかし前者の病床数

表3 さわ病院の急性期治療病棟と救急入院料病棟における入院期間別患者数の比較

|       | 1997年<br>C3病棟 | 2001年<br>C2・C3病棟 | 2005年<br>B3・B4病棟 |
|-------|---------------|------------------|------------------|
| 90日未満 | 34名           | 83名              | 83名              |
| 90日以上 | 12名 (26.1%)   | 24名 (22.4%)      | 19名 (18.6%)      |
| 合計    | 46名           | 107名             | 102名             |

表4 さわ病院の急性期治療病棟と救急入院料病棟における90日未満入院患者の入院日数の比較

|      | 1997年       | 2001年       | 2005年       |
|------|-------------|-------------|-------------|
| 入院日数 | 34.7 ± 25.6 | 31.5 ± 27.0 | 35.0 ± 27.2 |
|      | NS          |             | NS          |

は50.6、後者は40.6床であるのに、入院してくる患者数は逆に前者が在宅から277.9人、後者が352.1人であった。やはり、計見が述べたように入院してくる患者数と病床数と在院日数との間には関数関係があるのかもしれない。その意味でさわ病院では急性期治療病棟であった2001年と、救急入院料病棟になった2005年では、偶然であるが90日未満の入院患者数は同じ83人であり、そのことと入院日数に有意差がなかったことは関係があるのかもしれない。このことから一部の急性期治療病棟では救急入院料病棟に近い機能を持つ可能性もあると言えるのではないかと考える。

このことは入院期間を入れたクリニカルパスについて調査した樋口輝彦班のデータに基づき筆者が集計した時にも、クリニカルパスの日数設定が設置主体、病棟種によって一定の傾向がなかったことからとも言えると考えられる<sup>13)</sup>。

ちなみに筆者はクリニカルパスを考える場合、日数を使ってパスを作るより、治療段階の達成を指標にして作るほうがバリエーションは少ないと考えている<sup>12)</sup>。

## VI. 救急入院料病棟の問題点

救急入院料病棟では先に述べたように、看護師のみの配置であり、それ以上の配置は必要であるが持ち出しとなる。医師の配置は患者16人に1人とされているが、現在は医療法が優先して病院全

体としては48人に1人でよいとされており、他の病棟は相対的に薄くなっても良いことになっている。もちろん救急入院料病棟を持とうとする病院のほとんどは基準以上の医師を配置するであろうが、現在の医師不足では十分には配置できないのが実情であろう。また基準の中には「地域における1年間の措置入院、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以上の患者を当該病棟において受け入れていること」などと地域での貢献が含まれているが、地域責任性をあらわしていると同時に「早い者勝ち」的で、救急医療に貢献しようとするすべての医療機関には承認が受けにくいようにできている。

## VII. 「スーパー救急」であるための条件

「スーパー救急」は「救急入院料病棟」に1:1で対応するものではないと考える。確かに人員配置が高く、それに見合う報酬も高い。しかし、救急入院料病棟の運営において冒頭に述べた精神科救急医療の基本的考えが底辺に流れなくては、単にシンボルの範囲に終わってしまう。特に、基準数値にふりまわされず、医療として高い基準を志向することが大切で、そうになって初めてスーパー救急病棟でなく「スーパー救急（医療）」となるだろう。

日本精神科救急学会は2003年9月に「精神科救急医療ガイドライン」<sup>17)</sup>を発表した。これは精神科

救急医療の均質化、質の向上を目指したものである。このガイドラインは以下のように構成されている。

I. 基本的な考え方, II. アクセスのよさ, III. 患者の人権への配慮, IV. 治療基準, V. スタッフ配置, VI. 施設および設備とともに, 精神科救急医療機関への入院基準, 精神科救急医療におけるインフォームド・コンセントのガイドラインそして鎮静法指針を挙げた。そして各項目において, 最小限必要 (minimum) と思われる項目については「～ねばならない」「～のこと」, 最適 (optimum) と思われる項目については「～が望ましい」, そしてこの2つの中間に属する選択可能 (optional) と思われる項目については「～べきである」として少しでも望ましいものを志向するようにした。

最後に薬物療法とスーパー救急の問題であるが, 非定型抗精神病薬を使うことで入院期間が減ったという報告は多い<sup>1, 2, 6, 11, 14, 15, 16)</sup>。しかしデボ剤の使用でも入院期間も入院回数も減少する<sup>9)</sup>。従って救急入院料病棟と薬物療法との関係が直接あるとは考えにくい。非定型抗精神病薬は確かに錐体外路症状を中心とした副作用が少なくアドヒアランスが高い。このような副作用の早期発見, そしてサイコエデュケーションが再発, 再入院を減少させることは十分考えられ, そのような努力が必要であろう。つまり救急入院料病棟でこのようなチーム治療が行われることで, スーパー救急になると言えるのだろう。但しこの病棟は包括払い病棟で, 薬剤師の服薬指導は点数化されず, サービスであり, また非定型抗精神病薬を使うと高薬価であり, 2004年の診療報酬改定でこの点にわずかに加算されたとは言え, 使えば使うほど経営を圧迫する。医師数についての問題点と並んで挙げねばならない大きな問題点である。

結局, 救急入院料病棟, いわゆるスーパー救急病棟も質の確保をしつかりしないとスーパー救急にならないと言えるだろう。質の確保, 管理において重要なのは構造, 過程, 結果と言われる。救急入院料病棟は構造の一部でしかないのであり, 精神科救急についての基本的考えに基づいた過程を踏んでこそ, スーパー救急といえる結果が得ら

れると考えるべきなのであらうと思う。そしてその過程の中には Plan, Do, Check, Act (計画, 実行, チェック, 見直し) の上昇志向的管理体制を必要とする。そして最後の結果で重要なのは入院期間のみでなく再発率, 再入院率, そして患者の満足度, QOL (quality of life) と言えるだろう。

## 文 献

- 1) Addington, D. E., Jones, B., Bloom, D. et al. : Reduction of hospital days in chronic schizophrenic patients treated with risperidone : a retrospective study. Clin. Ther., 15 : 917-926, 1993.
- 2) Hamilton, S., Revicki, D., Edgell, E. et al. : Clinical and economic outcomes of olanzapine compared with haloperidol for schizophrenia. Pharmacoeconomics, 15 : 469-480, 1999.
- 3) 平田豊明 : 精神科急性期病棟群の運用実態と機能分化—平成16年度厚生労働科学研究速報. 精神科救急, 8 : 78-86, 2005.
- 4) 計見一雄 : 精神救急ハンドブック. 新興医学社, 東京, 1992.
- 5) 計見一雄 : 改訂版精神救急ハンドブック. 新興医学社, 東京, 2005.
- 6) Lynch, J., Morrison, J., Graves, N. et al. : The health economic implications of treatment with quetiapine. an audit of long-term treatment for patient with chronic schizophrenia. Eur. Psychiatry, 16 : 307-312, 2001.
- 7) 日本精神科救急学会 : 精神科救急医療ガイドライン (2003年9月9日版) 新興医学出版社, 東京, 2003.
- 8) 澤 潔, 三浦亜古, 三浦見一郎他 : 夜間休日の精神科初期救急のあり方について—(医)北斗会と大阪市の調査から. 精神科救急, 8 : 57-61, 2005.
- 9) 澤 温, 門矢規久子, 坂元秀実 : 民間精神科病院の中でのデボ剤の役割. 精神科治療学, 11 : 25-31, 1996.
- 10) 澤 温 : これからの精神科病院. 日精協誌, 20 : 61-65, 2001.
- 11) 澤 温 : 民間精神科病院における抗精神病薬治療の変化. 臨床精神薬理, 6 : 411-416, 2003.
- 12) 澤 温, 檜 晋輔, 楠本重信他 : 精神科急性期医療におけるクリティカルパスの試み—病棟や病室の環境レベル及び開放処遇のレベルと GAF スコアおよび病日との関係から. 精神科救急, 6 : 27-34, 2003.
- 13) 澤 温 : 精神科急性期入院医療のクリニカルパ

スに関する調査—入院期間設定の妥当性について、平成15年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学障害保健福祉総合研究事業)分担研究報告書, 197-199, 2004.

- 14) 澤田法英, 藤井康男: 新規抗精神病薬治療と再発・入院期間の変化. 臨床精神薬理, 7: 1453-1462, 2004.
- 15) 澤田法英, 藤井康男, 三澤史斉他: Olanzapine 治療と入院期間減少. 臨床精神薬理, 7: 1629-1635, 2004.
- 16) Spannheimer, A., Reitberger, U., Clouth, J. et al.: Length of hospital stay and associated costs for olanzapine vs. haloperidol in the treatment of schizophrenia relapse in Germany. Eur. J. Health Econom., 4: 85-89, 2003.

## 資 料

### 計見一雄氏からの私信

「精神科救急入院病棟の構造について、昭和60年に考えたこと。40床しか県が認めてくれなかったのだから、この数値は既定。当時千葉県人口500万だから、諸外国の統計資料等で都市部人口10万人に1ベットと言われていたので、ほぼ足りるかという程度。年間何件の救急入院があるか? MAX400/Yearを覚悟した。そうすると、必然的に許容在院日数は年間平均36.5日となる。この日数で片をつけることが公約になる。その対象は地域医療機関で対応できない急性期精神病状態である。県議会での議論でもこのままで通っている。

もう一つの重要な運営上の配慮(とそれによる制約): 救急患者を1~3日診療して後方へ送るシステムでは、医者が来ない。なぜなら、治した実感がなくてなんで激務を続けられるか、である。少なくとも急性期を終了するまで主治医として診療に当たることが出来るような、入院許容期間を設けるべきだ。当時の精神分裂病治療の平均等から、最大3ヵ月としたが、現在では2ヵ月ないしそれ以下でも良いと考える。ただし、診療報酬はこの期間現在の精神科救急入院病棟の2倍程度必要。

対象地域は全県。地域医療機関で対応困難な精神病急性期患者で入院医療が必要なケースは、常時入院治療を行う。これも、議会で承認されたセンターの任務。

以上が基礎条件(初期条件)で、これに従って以下の事柄が生まれる。

精神病状態の患者用入院病室を常時1床以上空けて置かなくてはならない。この病室は隔離室(当時

は保護室)かそれに準ずる治療開始病室である。急性期精神病院運営で最悪なのは、保護室満床&多床室ガラガラである。本務が遂行できない上に、赤字がふくらむ。隔離ないしそれに準ずる病室から開始した急性期治療が滞りなく退院に向けて進行しないと、Verstopfun または Standstill に追い込まれる。流れを止めるな! が至上命令になる。

そうすると、入り口から出口までを3段階程度の治療フェーズに分割して、各フェーズごとの治療の達成目的を設けるが必要になる。そうでないと、急性期を速やかに離脱せしめよというお題目だけが優先して、具体的な仕事の組み立てに入れなくなる。技術論が成立するのは、時間スケールが導入された系においてのみであり、病院という組織で仕事に時間スケールを導入するということは、治療行為の目標とその達成に要する時間を設定することに他ならない。急性期治療を時間スケール導入可能な段階に分割できるかという問題設定になる。

幸いに、精神分裂病を主題とする治療論でも、また臨床場面から帰納されたコンセプトでも、あるいは精神療法理論でも、治療過程を3段階に切り分けることは、日本でも外国でもかなりユニヴァーサルな考え方として通っていた。

精神分裂病その他の精神病急性期では以下の3段階に分けるのが妥当と考えられた。

第1フェーズ: 一言で言えば、メチャクチャな時期。

サーカディアンリズムはメチャクチャ、摂食もメチャクチャ、排泄行動もメチャクチャ、衝動制御不能、対人関係もメチャクチャ、一切の表現がほとんど不可能になった状態ということになる。

別の言い方をすれば、放っておけば死んでしまう状態、誰かが助けなければ自律的生命維持ができない病状。全面依存=全面介助の関係。

これを扱う場; 安全(医療側も患者も)で安心して医療行為のできる物理構造を持った病室。抗破壊性も重視される。音響その他は省略。

回復させる機能; 睡眠リズム、自力摂食、排泄行動の自立、数語でも良いから意志を伝えられること。衝動の直接的発散は無い。特に睡眠の確保~過剰ぐらいな睡眠が得られることが最も重要な指標。

要する時間; 平均1週間程度か?

交感神経の過剰興奮が終熄する時期とも言える。

フェーズ2: 過剰気味の睡眠、食欲の高進など副交感神経優位の時期。攻撃性などは薄れ、ナースともコミュニケーション可能で、病前のストレス要因等について回顧、表現できる。治療スタッフとの敵意のない(可能なら)同盟的な関係が成立する時期で、次の再発再入院の際の決め手になる。「病気



じゃないけど、看護婦さんに助けられた記憶は否定しない」程度が得られることが理想。

ただし、この時期はようやく薄氷が張った程度の病気からの回復なので、極めて脆弱ですぐに以前の精神病状態に転落する。特に他者からの（想像上も含めた）攻撃に弱いので、多床室での療養は危険である（再発しやすい）。安全な個室でひたすら休みたい、寝こけていたい時期である。だから、このフェーズには個室病室が不可欠で、安全にここを通過させることが、入院期間短縮の要点となる。

フェーズ3：社会化、リハビリテーション、退院準備病棟。厳密には上の2段階で精神病急性期治療は終了しているものと見なして良い。このフェーズは、必ずしも病棟である必要はない、ソーシャリゼーション・リハビリテーション・センターである。スタッフも本来的な病院職員にPSWその他の要員や外部関係者の参加も求められるので、ここでは省略する。現行の医療制度、診療報酬制度では精神科病棟にしておくことが人員配置、給付水準等がハイレベルに保持できるので、病棟にした。

当初の考えはこの程度で、これによる実際のハードウェアは以下の通り：

第1病棟（入院受け入れ、治療開始病棟）

保護室8個室8（内一室にパイピング） 計16床  
看護2-8

#### 第2病棟

男；個室2&4床室3、女；個室2&4床室2 計24床 看護2-8、保護室を含む個室数は20室で50%約10年後増築10床。

第1病棟に隔離室2、HCU3増設。保護室エリアにシャワーなどのユーティリティを付加。

精神病急性期治療開始期の多様なニーズに対応するため、いわば多色刷りになった。主には、フィジオロジカルな病状への対応の必要性が大きいことがこれまでに判明したこと。頑丈だけの保護室の必要性はさほど高くはなく、むしろトイレ付き個室である程度のアメニティをも備え、よそからの脅威を防げる安全室の要素を求める傾向が強いこと、等による。

第2病棟に女性用個室3室と4床室2を持ったウイングを張り出し、女性用トイレットの広いものを増設し、29床となる。

理由は、女性患者の増加が主。

この結果、個室数は全体で25室で、従前の50%と変わらず。」