

平成 28 年 10 月 1 日

「精神科入院医療の質的向上を図るための方策に関する提言」に対する意見

国立病院機構熊本医療センター  
精神科 橋本聡

平成 28 年久留米大会にて採択される予定である上記提言について反対し、その論拠をまとめましたので提言自体の取り下げをご検討頂けますようお願い申し上げます。

平田理事長を始め、提言案を出された計見先生他の諸先生方は、当学会の草創期から深く関わり、当学会を代表し、時代の先陣を切って様々な問題に取り組んでこられた方々ばかりです。若輩者の意見ではございますがご一読いただけますよう何卒お願い申し上げます。

1. 提言への反対

- (ア) 既に実態として精神科救急入院料病棟への患者誘導は出来ているため、現時点では拙速に制度化を急ぐべきではありません。
- (イ) まずは精神科救急病棟がどの程度患者利益につながっているのか検証すべきであります。
- (ウ) 制度化の意味を明確にすべきで、法的整備であれば重大な問題をはらみまずし、地域医療計画への反映を求めるのであれば方法論が誤っていると考えます。
- (エ) このような観点から提言に反対しますし、撤回もしくは修正を求めます。
- (オ) 修正案の第一として、会員施設における初発症例レジストリ制度の提唱、第二には、精神科医療施設の管轄を医政局へ移行することの提案をあげます。

2. 反対理由の詳細

(ア) すでに具現化されていることである

すでに全国各地の地域医療計画内で精神科医療も計画や検討のうちに入っています。そして、各地の精神科病院が努力することですでに精神科救急入院料病棟（以下救急病棟）、精神科急性期治療病棟（以下急性期病棟）への非自発的入院患者の誘導は実現できているところです。

2016 年 2 月 15 日付平田理事長作成の「意見募集の呼びかけ」2 頁目にデータがあります。救急病棟と急性期病棟とを合わせた病床数は全精神科病床の 6.7%を占めていますが、推計で全年間入院件数の 37%を担っています。示されたデータからは、救急病棟では推計年 39,606 件、急性期病棟では推計年 35,400 件の非自発入院を受け入れ、これは精神科病院に入院する全非自発入院

の 48.6%をも占めるものです。

このようにすでに具現化しているものについて制度化を求めることは不自然です。今以上の集約には何が必要かといえば、啓蒙です。精神科医が地元医師会の集まりに顔を出す、各地域にあるメディカルコントロール協議会に参加する等、行政、病院前救護、救急医療施設、一般医などに早期からの手厚い治療の必要性を説き、理解と協力を求めればよいと考えられます。制度化で方がつけられるのは精神科医療の中だけであり、JAEP が患者利益を考えるなら基本的に地道な努力を推奨すべきです。

#### (イ) 精神科救急病棟は患者利益につながっているのか？

地域医療計画のなかで、初発患者の治療を誘導していくために JAEP が発信するとなれば、そのための良質なエビデンスを揃えるべきです。まずそこから取り組むべきです。

精神科救急入院料自体が「新規入院した患者で入院期間が 3 か月以内の患者」に限定されるわけですから、当然、新規 1 年以上長期在院が少なくなって当然です。また、退院する代わりに関連施設（グループホーム他）へ“収容”するような対策も無視できないでしょう。

そして、措置入院・緊急措置入院・応急入院等々が減少している現在、精神科疾患そのものが軽症化している可能性があり、新規 1 年以上長期在院が減ったとしても治療病棟のせいではないかも知れません。そこには治療薬やガイドラインの進歩による治療の効率化も影響しているでしょう。

1 年後の生活機能（GAF、就労状況、患者の幸福感他）を調査するなど、出来れば RCT に準じた調査研究を実施すべきです。JAEP がまず行うべきはそこだと思われまます。

身体疾患治療を例にとりて考えますと、当院では急性期脳梗塞に対して rt-PA 療法が実施可能です。rt-PA（アルテプラゼ）静注療法適正治療指針第二版（<http://www.jsts.gr.jp/img/rt-PA02.pdf>）もご覧ください。まず、この治療薬について強力なエビデンスの蓄積があり、それを実施可能な施設基準があり、それを満たして初めて当院はこの治療に取り組んでいます。だからといって、当院は rt-PA 療法が出来るからと地域医療計画に入れろと強弁することはありません。行政職、病院前救護、救急病院をとりまとめるメディカルコントロール協議会などが、患者の利益のために当然検討しなければいけないものとして理解し、地域医療計画のなかに取り入れられる結果で当院が選ばれています。これが自然な流れと考えます。

#### (ウ) 制度化の意味を明確にすべきである

精神科救急入院料が制度化されている現時点ですでに施策化は済んでいます。初発患者の治療を誘導するところまで制度化するという事は、以下の問題を含みます。

① 法制化を目指すことの問題

今回提言は病院前からの患者誘導を意図しているものにも読めます。そして、この提言が法制化を目指すものだとなれば、それは間違った方向を目指しています。

患者・家族の選択する自由を阻むだけの根拠は何もありません。現実、多くの場合において初発症例は精神科救急システムにのり、医療資源があるなら精神科救急病棟の受診を推奨されるでしょう。しかし、あくまで推奨に対して患者そして家族がそれを受け入れた時に精神科受診が成立します。彼らには、当然、精神科治療を選ばないという決定権も残されるべきで、エホバの証人が輸血を拒否できるのと同様です。

精神保健福祉法を病院外にまで拡張して適用し、精神科疾患が疑われるということだけで区別・差別を試みると、そのように誤解され得る提言は厳に慎むべきと考えます。

② 地域医療計画内での制度化を目指す不自然さ

2 (ア) で述べましたが、すでにシステムとして具現化しています。次は自分達自身で検証すべき時期であり、そこを経たうえでの提言でなければ方法論を間違っています。

3. 医療予算上の問題

少し今回の議題から逸れますが、学会等々でよく耳にするこのテーマにも少し触れます。

要請があれば必要とされる診療を行う。この当然のことを達成するために、一般医療病棟に比べ、一般精神科病棟における人員配置と医療費が3分の1に抑えられている、「福祉規格」としての精神科病棟という立ち位置には個人的に怒り・憤りを覚えますし、改革が急務だと考えています。しかしながら、一点忘れてはいけない視点もあります。それは、例え精神科救急のシステムに乗った患者であっても、必要とされる診療は精神科医療だけとは限らないことです。24時間365日、患者・家族が困ったと救急車要請をするとき、身体面も含めて即応できる精神科施設は幾つあるでしょうか。

JAEPとしてはこの問題にも取り組む必要があると思います。真に救急を冠するのであれば、病院前救護、救急病院の時間間隔にキャッチアップし、地域医療のなかで連動性を持って機能し、救急病院としての基本的緊急検査については24時間365日遅滞なく実施でき、急なバイタルサイン変化にも即応でき治療も出来る施設

である必要があるでしょう。そうであってこそ、これ以上の高規格化を目指せると考えます。

現在、ほとんどの精神科救急病院はフィジカル面の対応に消極的です。そのような施設では精神科薬の投与と精神科リハビリテーションが主な仕事となります。現在、精神科救急入院料1は30日以内1日あたり3,557点が計算されます。

身体科では急性期治療を終えた患者さんが自宅復帰を目指すため地域包括ケア病棟へ転院していかれます。地域包括ケア病棟入院料1は60日以内1日あたり2,558点がとれます。医療資源のロスが多い身体救急に手を出さないのであれば現在の評価は適切であると意見されても仕方ありません。

JAEPとして、フィジカルにも対応できるさらなる高規格病棟を創設すべきであると、日本総合病院精神医学会とも協力して主張・提言すべきだと考えます。

#### 4. 学会への提案

##### (ア) 防ぎえる生活機能障害 (Preventable Impairment in activities of daily living : PI-ADL) レジストリの提唱

今回の提言を取り下げ、JAEPとしては、本邦における初発精神病患者（統合失調症、躁病エピソード、重症うつ病エピソード）の患者登録制度を会員施設の中で開始し、退院時、可能であれば退院1年後の機能予後を調査し、予後に大きな影響を与える因子を明らかにする取り組みを提言してほしい。

外傷データベースに倣った考え方ですが、このことで会員施設の治療成績の透明性を高めることが出来、予後そのものに重要な因子を発見することが出来ます。この取り組みの結果、自然に初発精神病患者の取り扱いがどうなるべきか明らかになり、適切な制度設計を促すことが可能となります。

##### (イ) 精神科医療の管轄を医政局へ移行する提言

今回の提言を取り下げ、JAEPとしては、精神科急性期医療を担う病床もしくは病院について、従来の社会援護局管轄ではなく、医政局管轄へ移行することを提言してほしい。

「福祉規格」の精神科病床を作ったのは、収容を前提とした社会風潮があり、厚生労働省社会援護局で精神科医療が管轄されることとなった。収容から地域へのスローガンが広まり、今後、社会的認知も高まっていくことが考えられるため、本来的な医療の枠組みで、身体医療とも整合性のある急性期活動を実施できるようになることは、患者の治療的利益にも大きく貢献すると考えられます。

<橋本 聡先生のご意見に対して平田理事長より返信>

国立熊本医療センター

橋本 聡先生

このたびは、表記提言案につき、貴重なご意見をお寄せ頂き、ありがとうございます。  
います。

さて、今回の先生のご意見について、私見を述べさせていただきます。

(ア) について

「すでに実態として精神科救急入院料病棟への患者誘導は出来ている」ということを裏付けるデータを私は存じません。制度上、救急病棟への入院は「新規入院4割以上」とされていますが、ご存じのように、ここでいう新規患者とは、3ヶ月以内に精神科への入院がない患者というにすぎず、実際には再入院患者が相当数（当センターでも約4割）含まれます。昨年度の科研（重度かつ慢性患者関連）によれば、精神科救急入院料病棟への初回入院は約3割（再入院が7割）です。

さらに、診療報酬表への新設後14年を経た現在もなお、精神科救急入院料病棟の空白県が5県（青森、鳥取、香川、大分、鹿児島）あります。岩手は最近ようやく1施設で認可されましたが、「救急基幹病院でないため三次救急比率の分母は全県とする」という理不尽な条件が付きまして。つまり、救急病棟の認可基準が都道府県によってばらついており、意図的に認可を抑制している自治体もあるようです（業界団体の圧力が推測されます）。地域医療計画についても同様で、精神科急性期治療の要である救急入院料病棟も、それを補完する急性期治療病棟および高機能の総合病院精神科病棟も、配置は病院任せというのが実情です。現状維持を優先し、行政としての理念や矜持が感じられない自治体も少なくありません。このような現状を踏まえて「制度化」を提唱しているのです。

(イ) について

精神科救急入院料病棟の治療成績を検証する仕組みがない現状については、先生のご意見に賛同します。先生が提唱されるレジストリ制と治療成績のデータベース化についても、10年以上前から、当学会がリードする科研や国の検討会などを通じて、救急病棟の認可基準に含めるよう提案してきました。しかし、これまでは国としても救急病棟の普及を優先してきたためか、私たちの提案は

実現していません。急性期病棟の運用実態を把握するための毎年の施設調査でも、回答率は7割未満です。

ただ、7割未満の回答の分析を通じてすら、救急病棟の施設間格差が目立ちます。F2圏の患者比率（新規入院）は1割台から7割台まで、平均在棟期間は30日台から70日台まで、転棟・転院率も数%台から30%台まで、かなりばらつきます。ピアレビューの提案も、学会発表以外には実現していません。件数は多くないものの、救急患者を選び好みしたり、救急入院料「算定外」の患者を敬遠する病院があるため、医療難民化しているケースもあるようです。複雑な救急患者は敬遠し、経営優先と思しき運営をしている「救急病院」もあります。

こうした現状への疑問が、今回の提言に対する反対意見の基底にあると考えられます。この点を認識した上で、理事長最終案を提案したつもりです。

#### （ウ）について

制度化の意味については、私の中間見解（本年4月20日付で当学会ホームページにアップしたもの）にもありますように、もっとも重要なテーマです。つまり、「重症患者に手厚い医療を」という医療の常識が精神科では常識でない現実を変えようというのが、この提言の根幹にある意図です。急性精神病（殊に予後に大きく関わる初発の場合）は、急性脳梗塞に匹敵する脳内環境の激変病態と私は思うのですが、脳梗塞急性期の患者が内科の一般病棟あるいは療養病棟に入院するに等しい事態が、精神科では日常的に起きています。こうした現実を変えるために、身体救急システムと同様、初発の重症ケースの入院は高規格病棟に限定する制度を提案しているのです。

私事で恐縮ですが、精神科救急・急性期医療の領域をライフワークにしようと私が30年前に決意したモチベーションもここにあります。私の医師としてのキャリアは、40年前に地方都市の一般病院精神科からスタートしていますが、「同じ重症患者なのに、精神科と身体科では何でこうも医療や処遇に違いがあるのか」という素朴な義憤にしばしば駆られました。これが私の精神科臨床の原点です。

ところで、高規格病棟への限定といっても、治療の継続性が優先ですから、治療関係を見捨てた入院先の指定は行うべきではありません。かかりつけ優先です。再入院についても同様です。現状の精神科救急病棟の配置では、遠隔地への入院を余儀なくされるケースも生じますから、今すぐ制度化せよなどと乱暴なことを言うつもりもありません。提言は、あくまで到達目標です。

また、児童・思春期ケースや認知症、物質依存、摂食障害、強迫性障害、そして高度な身体管理を要するケースなどは、救急・急性期病棟での治療の対象と

なるステージがあるにせよ、拠点的な専門病棟での治療が優先です。こうした具体的な取り決めは、メインロードが描かれてから整えるべき事項と考えます。

なお、入院先の限定は、患者や家族による入院先の決定権を剥奪するという反対意見もありますが、現状の精神科救急事業においても、多くの自治体では受診先や入院先は当日の当番病院に指定されており、利用者側に選択権があるのは、かかりつけ病院への受診などに限られます。利用者側に選択権がなくても、良質で安全な救急・急性期医療が担保されるシステムを精神科においても構築する必要があります。そのための制度化なのです。

(オ) について

以上からご理解頂けるように、会員施設における初発症例レジストリ制度については大賛成です。患者プロフィールや治療成績を救急入院料病棟とそれ以外の病棟とで恒常的に比較し、いずれは DPC/PDPS への参画も目指すべきです。ただ、前述のように、このシステムの構築は容易ではありません。当学会によるデータベース作成作業に先生が参加して頂けたら、大幅なパワーアップにつながります。ぜひご検討願います。

精神科医療施設の国の管轄部署を社会援護局から医政局へ移管することについても、基本的に賛同します。ただし、今回の学会提言にも増して、内部議論が必要と思います。医療法精神科特例に象徴される精神科の制度的隔離を脱却することは、半面で、独立性ないし特権性の喪失を覚悟するということでもあります。私たち精神科医(特に精神科単科病院に長年身を置く精神科医)には、精神科が制度的に差別されていると文句を垂れつつ、一方でぬるま湯的状况に浸かってきた歴史があります。この二面性を踏まえた議論をしないと、外部からは都合のいい主張とみなされるのではないのでしょうか。

精神科救急医療を医療全体のパースペクティブで展望する視点は、当学会に欠如しがちな視点です。総合病院をフィールドとされる先生からのご指摘は、当学会が医療界全体の中で生き延びる上で不可欠の養分と考えます。当学会は、そうした普遍性と精神科固有のディープな論題の双方を尊重しながら、議論と現状改革を進めていきたいと考えています。

今回の提言に反対の意志表明をされる会員の方々に共通するのは、現状の精神科救急システムおよび救急入院料病棟の運用実態への批判であり、この現実を放置して「高規格病棟」へ入院先を限定することへの批判であると感じます。その基底にあるのは、新規患者を奪われるという経営的な危機感などではなく、先生がご指摘されるように、この提言が患者や家族の利益になるのかという臨床家としての真っ当な懐疑であると思います。今回の当学会の提言は、自らの

臨床を含めて、現状を直視し変革する決意表明と私は捉えています。

きれい事の羅列になったのではないかという一抹の危惧を覚えつつ、先生の真摯なご批判への私のお答えとさせていただきます。今後とも、当学会の活動に積極的にご参与されるよう、お願い申し上げます。長文になって申し訳ありませんでした。

日本精神科救急学会  
理事長 平田 豊明  
(千葉県精神科医療センター)