

第28回日本精神科救急学会学術総会

# 救急入院料病棟の問題点

社会医療法人北斗会

澤 温

# COI

- 特にこの演題に関わり報告するCOIはありません

# 日本精神科救急学会設立の趣旨

- 日本精神科救急~~医~~学会
- 
- 精神科急性期治療の技術を向上し、精神疾患による長期入院の必然性を減少させる。
- ユーザーに対して、生活支援の一環としての精神科救急医療サービスの提供を広める。
- 以上の二点を充実させるための議論の場を提供し、情報を交換する。
- つまり、もともと、今でいう地域包括ケアの中の支援の一つが救急という考え

# 精神科医療施設の歴史 1

1994	精神療養病棟	看護師 30:1
1985	千葉県精神科医療センター	
1995	精神科救急医療システム整備事業	「地域の実情に応じて」を明記
1995	医療観察法施行	医療観察法附則(精神医療等の水準の向上) 第三条2 政府は、この法律による医療の対象とならない精神障害者に関しても、この法律による専門的な医療の水準を勘案し、個々の精神障害者の特性に応じ必要かつ適切な医療が行われるよう、 <b>精神病床の人員配置基準を見直し病床の機能分化等を図るとともに、急性期や重度の障害に対応した病床を整備することにより、精神医療全般の水準の向上を図るものとする。</b>
1996	精神科急性期治療病棟	当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下である (発足当初から)

# 急性期治療病棟への批判

1999 精神科急性期治療病棟の基準の  
矛盾、問題点とさわ病院の現状  
(澤 温、溝端直子：日本精神  
病院協会雑誌18：136-  
143, 1999)

以前から筆者は主張しているのだが「当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下である」とはなんの意味があるのだろうか。急性期治療の必要性はそのような患者がどの程度いるか、つまり急性期治療が必要な患者の出入り数によるべきであって、総病床数とはなんの関係もないのである。たとえば総病床数が300床で月120名の入退院で60床までしか作れない、600床で月120名の入退院で120床まで持てて、900床で月60名の入退院でも180床まで持てるという例を見れば、この基準がおかしいのは明らかであろう。筆者はかねてから1カ月の入退院数の2倍までといった基準が適当であると主張している。この基準は病床削減へのインセンティブを低くし、精神医療のあるべき姿にブレーキをかける基準であるといってよい。ちなみに当院は87年には603床であったが、外来数は増えているものの入院ベッドはすでに534床まで減らしている。2病棟持って、さらに総病床数を減らそうとすれば、関係ない急性期治療病棟のベッドまで減らさなければならないという矛盾にぶつかるのである。

# 精神科医療施設の歴史2

## 救急入院料病棟の新設

- 細かい基準がつけられ、患者のためでなく基準を守るための医療になるような側面もあるが、95年以来、国が「地域の実情に応じた精神科救急」というだけで、**病床制限は付けなかった**
- 一方、2008年以来「**輪番型**」と「**常時対応型**」の**救急入院医療施設**を国は言ってきたが、その体制を取っていても、都道府県が指定するという制限がかかりその体制を取るところは報いられなかった
- 1995年10月発出の通知「精神科救急医療システム整備事業の実施について」以来書かれている「地域の実情に応じた精神科救急医療体制」と、いわゆる救急告示病院では、いくつかの科とならんで精神科は輪番で良いということが、例外でなく本体となってしまう。

# 精神科医療施設の歴史3

届出時に、稼働率が90%に満たない病院は病床削減を求められるとともに、1年あたり当該病棟の届出病床数の20%を削減することが求められる

2016	地域移行機能強化病棟	看護職員、作業療法士、精神保健福祉士および看護補助者を15:1
2018	診療報酬改定 唐突に、救急入院料病棟について、急性期治療病棟同じ300床以下なら60床まで、300床を越えると20%までと出され、その後「減床すると救急入院料病棟も減床するのはおかしい」という質問に答えることも無く施行。「[経過措置]2018年3月末時点で当該基準を超えている医療機関では、その病床数を維持することができる」とあるのみで期間はなかった	(問4) 精神科救急入院料の病床数の上限について、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができることとなっているが、4月1日以降に他の病床を減少させた場合においても引き続き病床数は上限数を超えて維持することは可能か。(例:平成30年3月31日時点で精神病床数400床、そのうち精神科救急病棟を100床の届出しており、4月1日以降に精神科救急病棟以外の病棟を50床減らした場合でも100床そのまま維持が可能か。)(答)可能である。

日精協が厚労省と折衝して出されたQ&A

# 精神障害にも対応した 地域包括ケアシステム

2018	「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築	住む場所を中心に障害福祉・介護と医療（病院：急性期、回復期、慢性期）
------	---------------------------	------------------------------------



# 精神科医療施設の歴史4

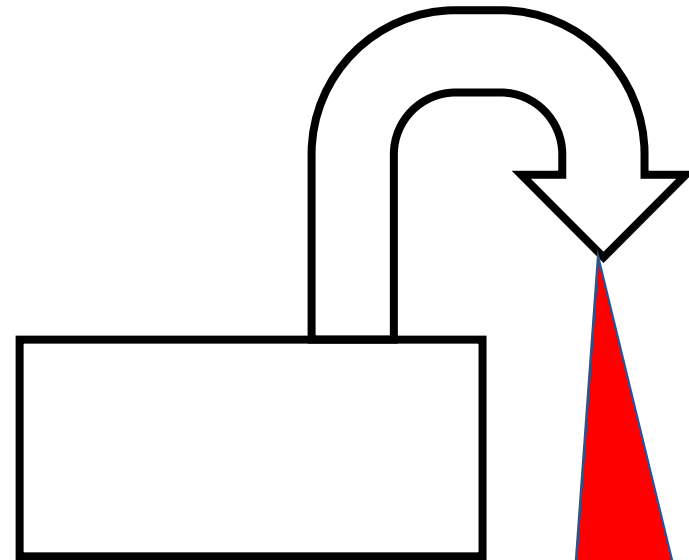
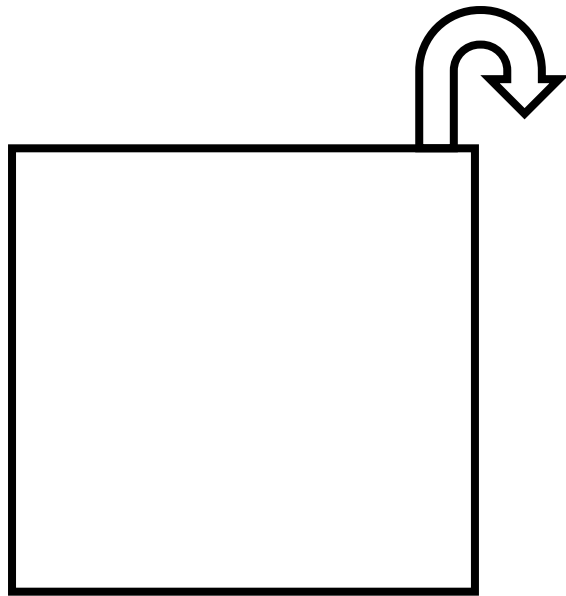
2020	<p>診療報酬改定 当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和4年3月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。</p>	唐突に経過措置に期限を付けてきた
------	--	------------------

# 現在の精神科救急入院料病棟

現在精神科救急入院料病棟は全国で160施設余あるが、今回の基準に抵触する医療機関は公（9）私（30）合わせて39施設あり、現在国が推進している地域包括ケアや地域移行し減床することにブレーキをかけ、特に、2016年新設された地域移行機能強化病棟では『(1)(2)略、(3)当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。』とあり、減床活動と相反する状態が発生し現場は混乱している。

# 今後の方向性

この点ももう一度振り返って常時対応型も規定した新たな基準の病棟を考えるべきだろう。急性期治療病棟の規定にあって、これでは地域移行して減床するのにブレーキがかかると批判し（、救急入院料病棟では外されたのに、過去の経緯を知らない厚労省の担当者が以前の規定を単に意味のない模倣してしまった。再度例えるなら、水槽に水を入れるのに、水槽の大きさは水の出し入れのスピードとは無関係と言えればわかりやすいかもしれない。精神科病院の今、そしてこれから（医師の立場から）（澤 温：日本病院・地域精神医学会誌、62：2020）



これが  
救急・急性期  
医療

# 振り返って良質な精神科救急

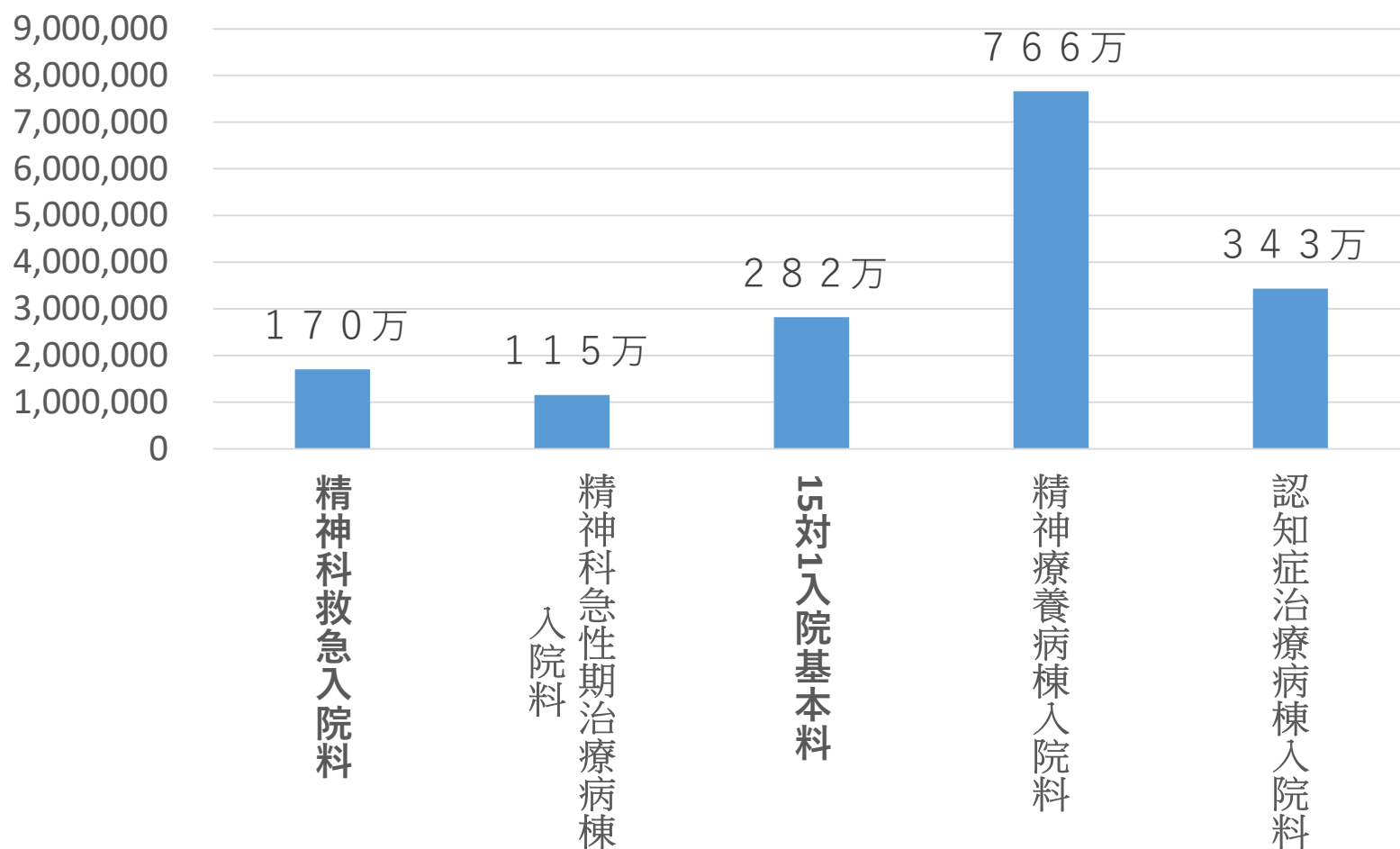
- 安全
- 待たせない
- 断らない
  
- これを守るには十分な人員が必要
  - 昔は旧6:1でもしてきた。応急入院の条件で4:1、そしてようやく2:1（現在の10:1）に来たが、医療観察法のレベルには行っていない
- しかも救急は、いつも満床であるはずがないし、院内で手が取られても、救急依頼があれば診るには十分な人手が必要
- 当然それに見合った人件費が補償される必要がある

# 間違ってはならないのは

- 高利益を得るために救急入院料病棟を作っているとい  
う見方
- 救急病棟が他より多いなら隔離や拘束が多いかという  
バ力げた質問：人員配置が高いから隔離や拘束を減ら  
せるのは自明
- 先に述べた95年の医療観察法の付帯決議にある1:1  
の看護です。25年経つと、精神科救急医  
療を知らない人の考え
- まして地域移行機能強化病棟をもって減床させよう  
とする「両方取って減床させようとする切  
る行政とはなにか

# 1人当たりの退院までの入院医療費

単位：円



某精神科病院提供

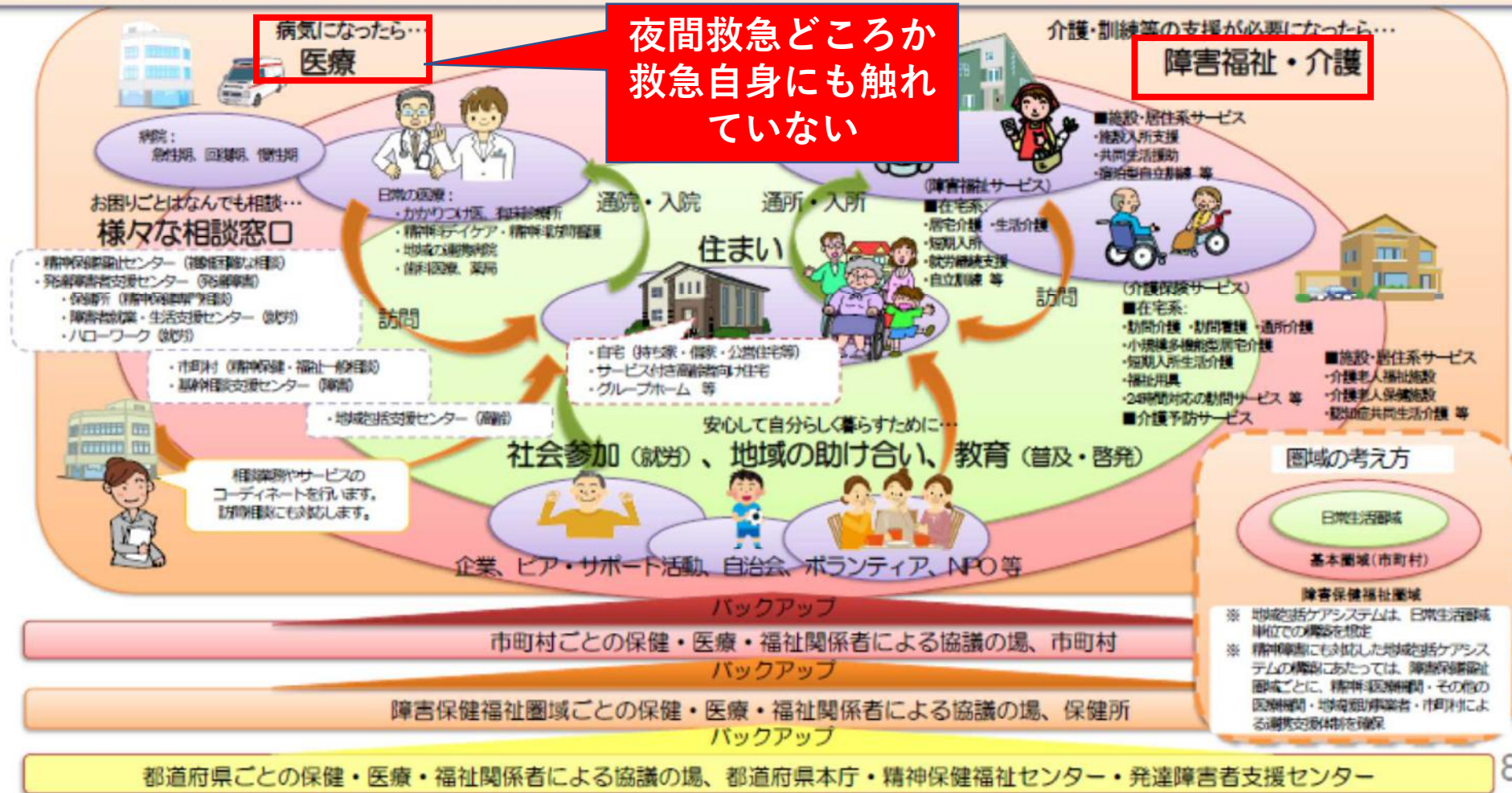
# 間違っではないのは

- 高利益を得るために救急入院料病棟を作っているという見方
- 救急病棟が他より多いなら隔離や拘束が多いかというバ力げた質問：人員配置が高から隔離や拘束を減らせるのは自明
- 先に述べた95年の医療観察法の精神を付帯療現外議底のこ上げをろか救急1：1とげ医の看護と知らない人の歴史考え
- まして地域移行機能強化病棟を盾か減床さよせよとる行政と取っはなにか



# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



重症な人も地域で見ると＝地域包括ケア なら救急医療の質を落とすことは考えられない

本日16:20-18:20シンポ2「精神科救急と高規格病棟～現状とあり方、その役割について～」の前座でした

ご清聴ありがとうございました