

平 田 構 成 員 提 出 資 料

わが国における精神科救急・ 急性期医療の現状と課題

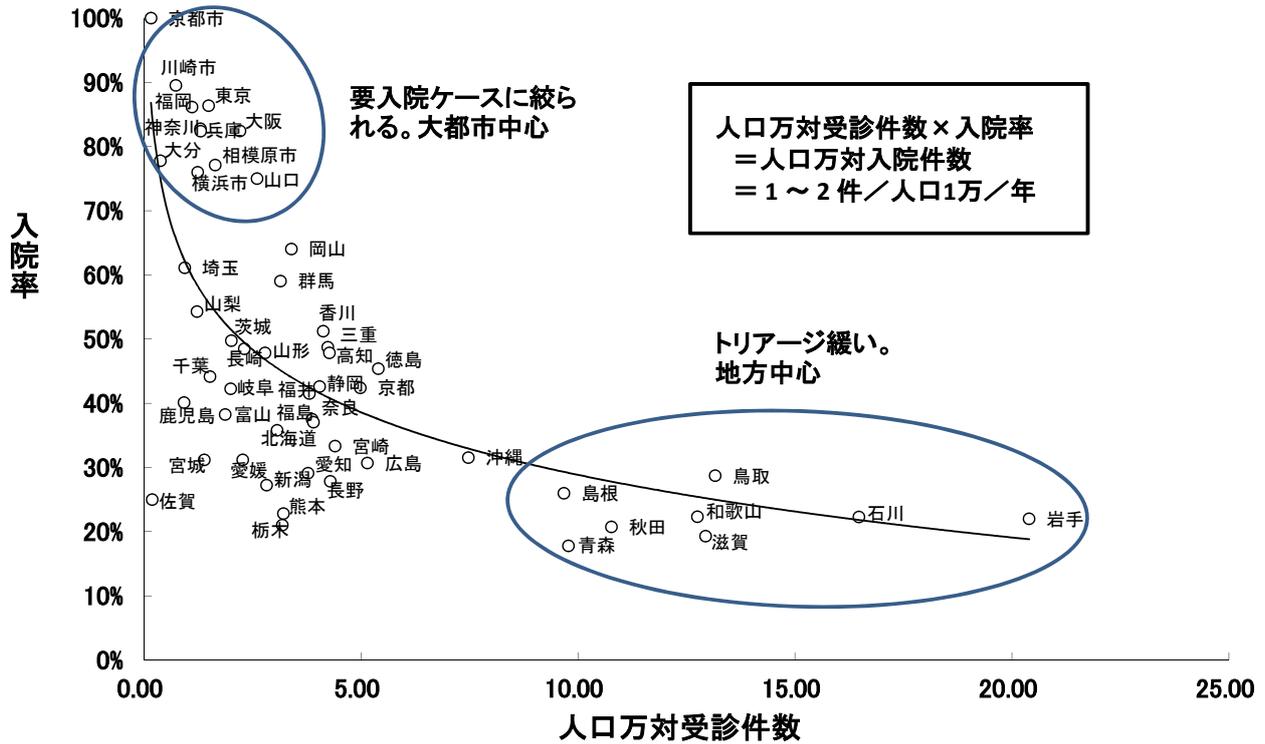
平成25年8月9日
千葉県精神科医療センター
日本精神科救急学会
全国自治体病院協議会
平田豊明

精神科救急医療の任務

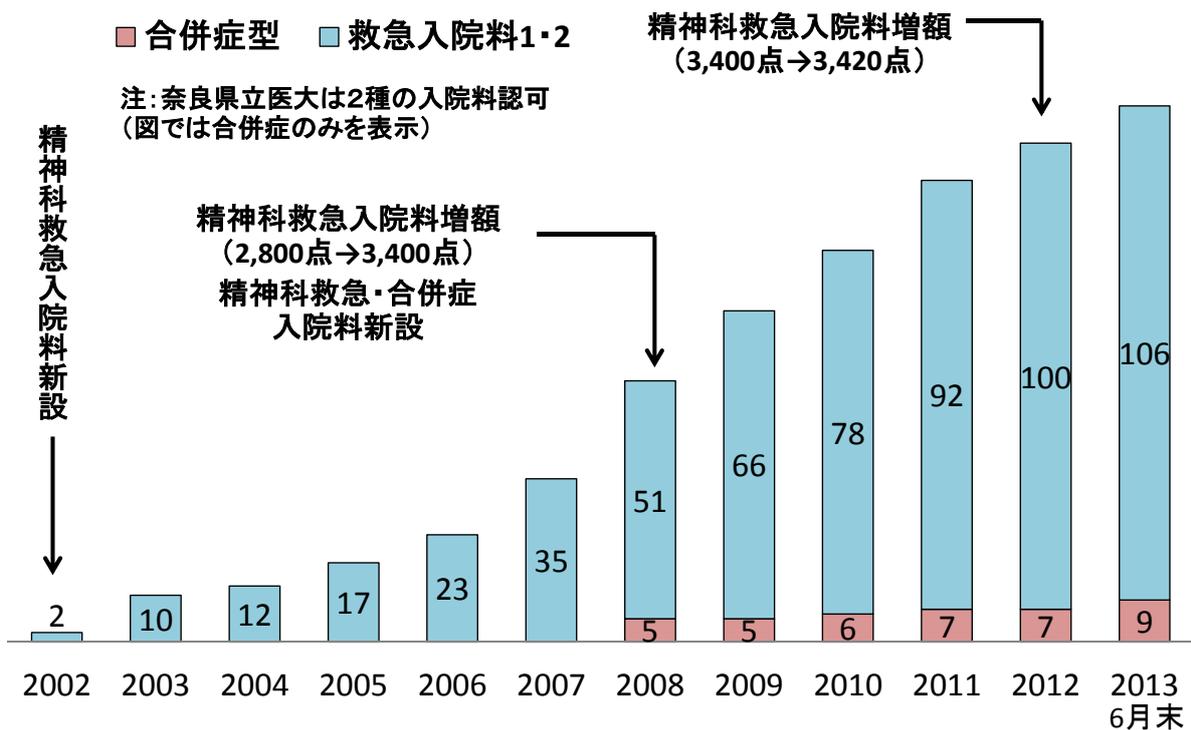
1. 精神科的な危機状況に迅速に対応し、
 - (1) 不幸な事象を未然に防止すること
 - (2) 精神科利用者の在宅ケアを支援すること
2. 重症患者に手厚い医療を提供し、慢性化と長期在院を防止すること

精神科救急医療体制整備事業

～人口万対受診件数と入院率(2011年度)～



精神科救急入院料病棟認可施設数の推移



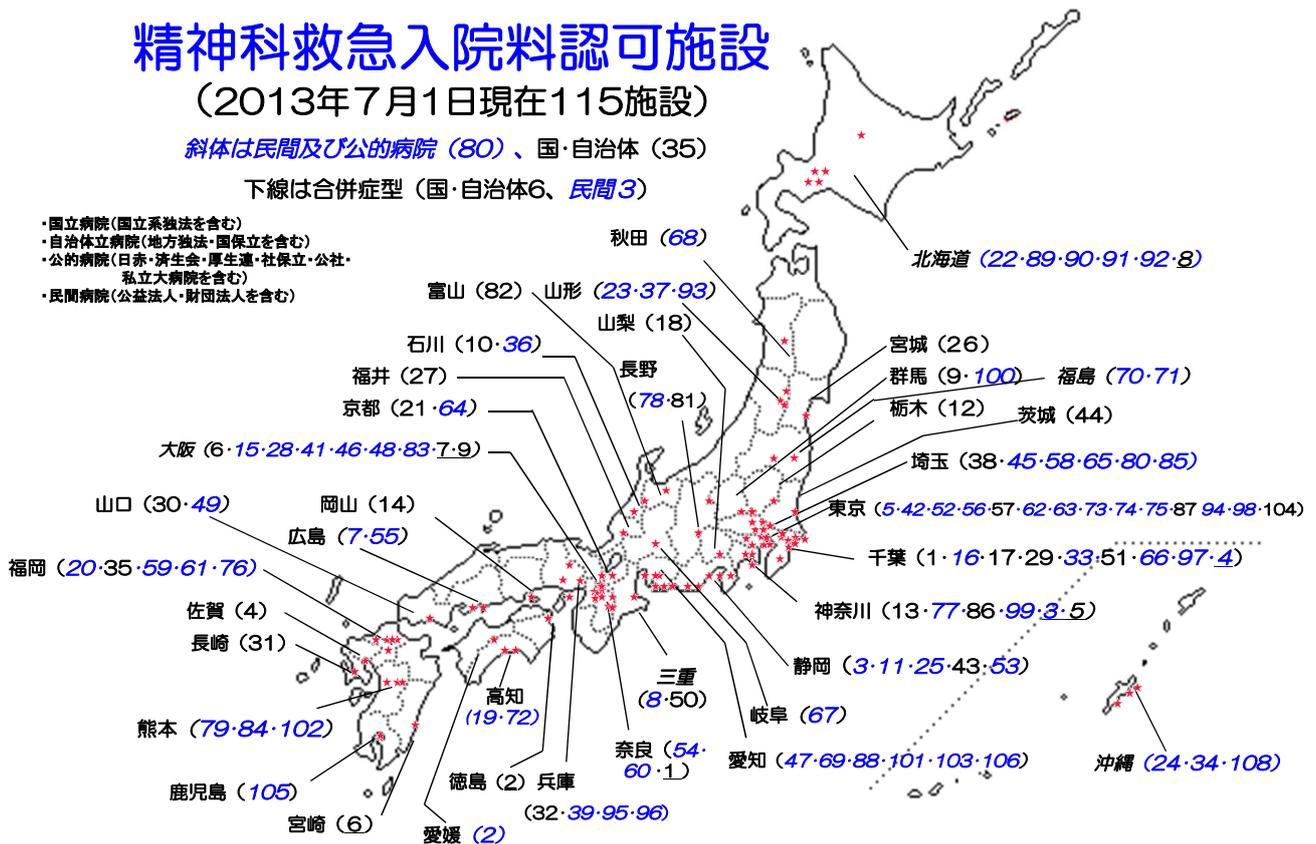
精神科救急入院料認可施設

(2013年7月1日現在115施設)

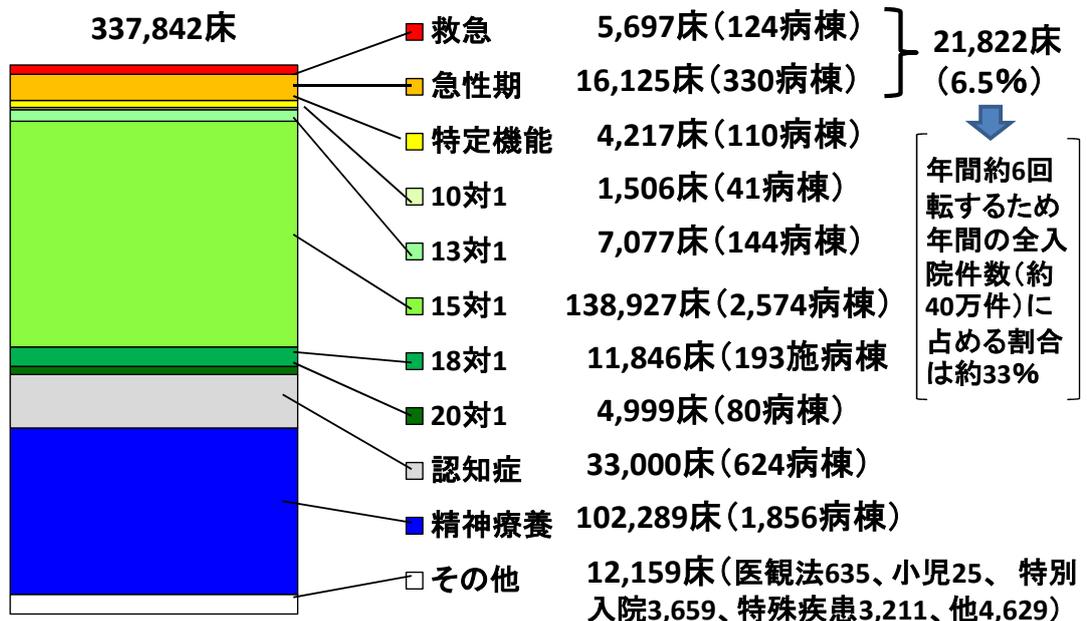
斜体は民間及び公的病院(80)、国・自治体(35)

下線は合併症型(国・自治体6、民間3)

- ・国立病院(国立系独法を含む)
- ・自治体立病院(地方独法・国保立を含む)
- ・公的病院(日赤・済生会・厚生連・社保立・公社・私立大病院を含む)
- ・民間病院(公益法人・財団法人を含む)

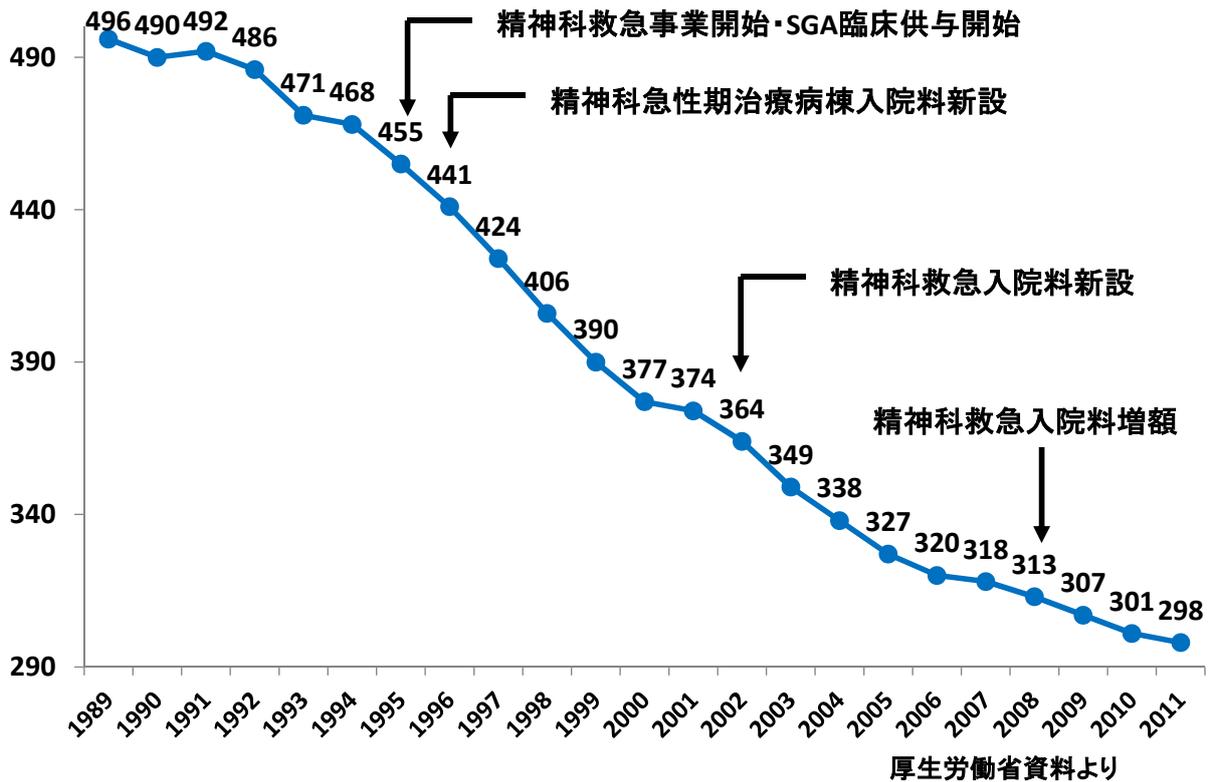


精神病床の内訳(2011年6月末)



精神保健福祉資料より

わが国の精神科平均在院日数の推移



千葉県精神科医療センター

- 設立 1985年6月
- 定床 50床(精神科救急入院料病棟1号店)
- スタッフ 94人
 - 医師 14(指定医10)
 - 看護師 46
 - 保健師 7
 - 精神保健福祉士 11
 - 作業療法士 2 など



当センターの基本方針

1. 即応医療(immediate care)

← 24時間の電話相談(全県の精神科救急情報センターを兼務)と救急外来

2. 集中医療(intensive care)

← 個室の多い小規模病棟と高密度のスタッフ配置

3. 継続医療(continuous care)

← 退院患者の6割が継続外来(デイホスピタルとアウトリーチの追加で在宅ケア支援)

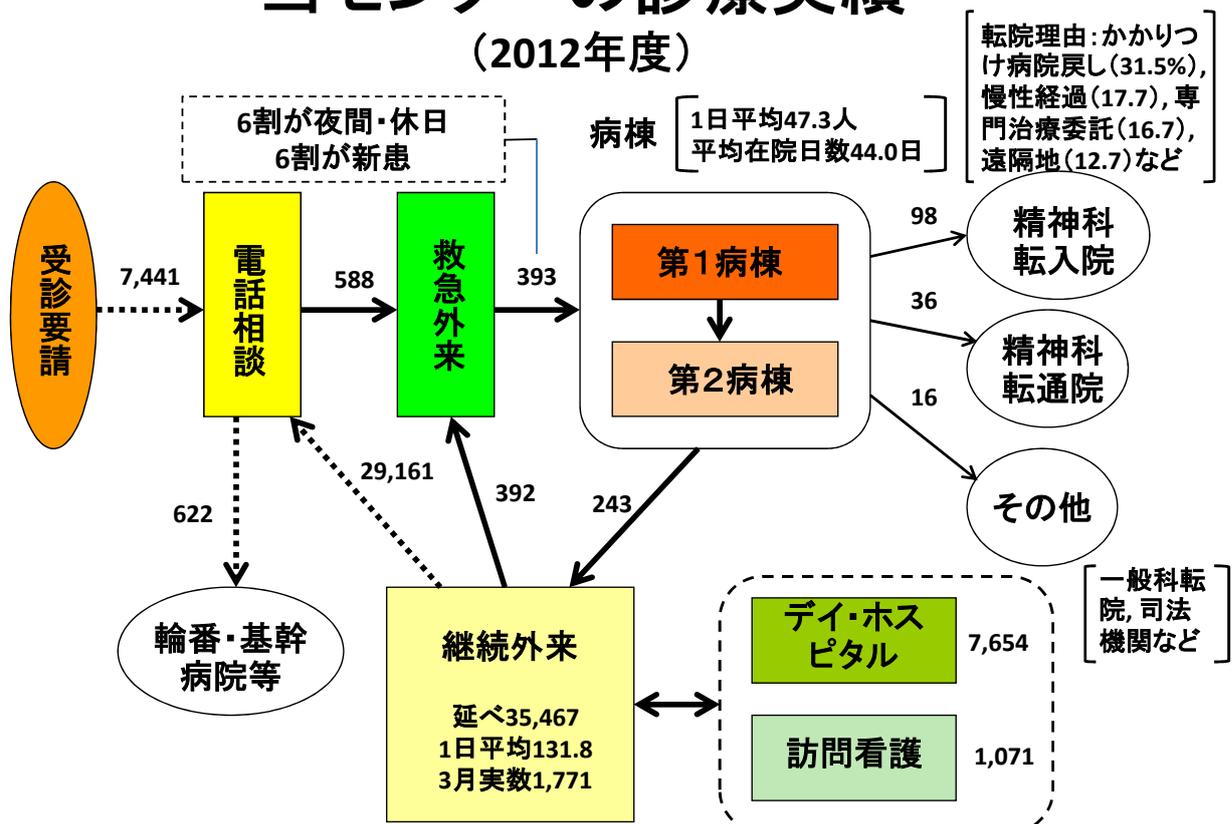
4. 包括医療(comprehensive care)

← 病院は小さく、ネットワークは広く

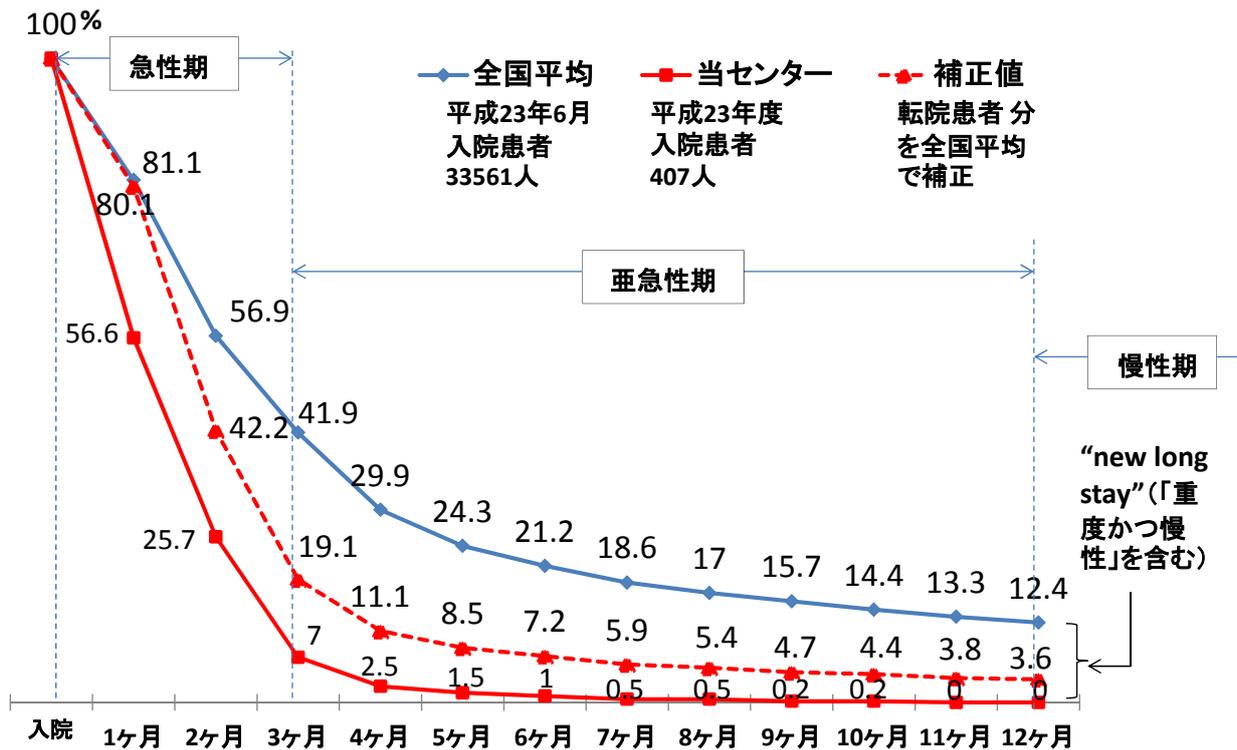
急性患者を速やかに受け入れ、
手早く治して社会に戻し、地域で支える

当センターの診療実績

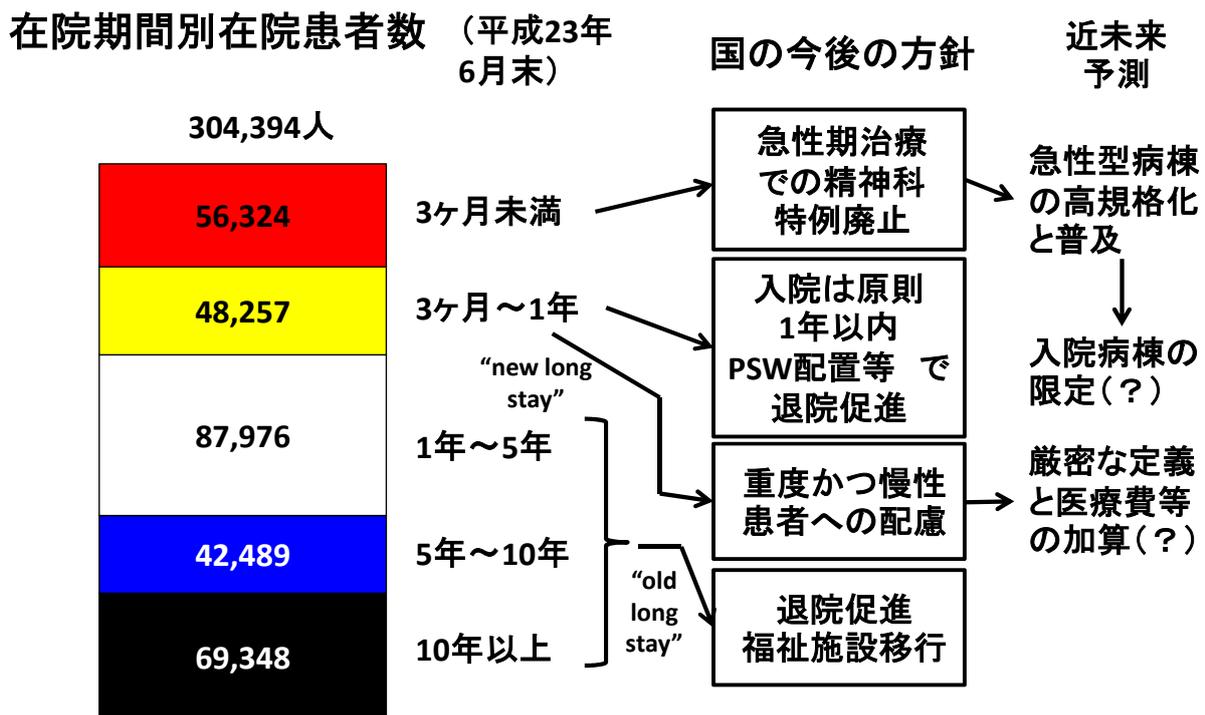
(2012年度)



入院患者残留曲線



在院患者の現状と今後の方針



わが国の精神科救急医療の主な問題点

1. ミクロ救急の弱体化とマクロ救急事業の地域差

- ・大都市中心と人口過疎地区は夜間休日にミクロ救急が機能しない
- ・つまり、マクロ救急事業が活発な地域で利用者が幸福とは限らない

2. 救急医療へのアクセスが容易でない

- ・電話相談窓口の機能も地域差が大きい
- ・民間救急を抑止する移送制度(34条)はほとんど機能していない

3. 身体救急と精神科救急の連携が未整備

- ・総合病院有床精神科(並列モデル)の苦戦
- ・病病連携(縦列モデル)の未整備

4. 精神科救急入院料病棟での医療が不均質

- ・経営優先の「スーパー救急病棟」運用
- ・「算定外」患者の切り捨て



患者の「流民化」
慢性病棟への「沈殿」

精神科救急医療の改革指針案

1. アクセシビリティの向上

- (1) 電話相談窓口の拡充
- (2) 精神科診療所の一次救急参加(夜休診など)
- (3) アウトリーチの展開(移動救急室)

2. 身体合併症対策の推進

- (1) 「一般病床+リエゾンチーム」の普及(並列モデル)
- (2) 「互恵的病病連携」の追求(縦列モデル)

3. 救急病棟における医療水準の向上

- (1) 全国共通患者データベース(eCODO)の普及
- (2) ピアレビューの導入
- (3) 病棟認可基準と医療費給付のグレードアップ

★将来的には新規の非自発入院は高規格病棟に限定