

原 著

# 昭和大学附属烏山病院精神科救急病棟 (スーパー救急病棟) における 入院患者の傾向

昭和大学医学部精神医学講座

原田 敦子\* 山田 浩樹 笹森 大貴  
船古 崇徳 横山佐知子 吉澤 徹  
清水 勇人 田中 宏明 峯岸 玄心  
常岡 俊昭 高塩 理 岩波 明

抄録：精神科救急入院料算定病棟（スーパー救急病棟）は、多くの義務を課せられている半面、治療における具体的指針は示されておらず、各現場において短期間での改善を目指すための計画性と臨機応変な対応の両立を求められる。スーパー救急病棟における治療の質的な向上のために、実情と問題点を明らかにしていく必要があると考え、われわれはスーパー救急病棟2病棟を有す昭和大学附属烏山病院の2010年から2015年における診療録調査を実施した。患者の総数は1,899名（平均年齢は46.9±17.6歳）であり、入院患者の年齢層、非自発的な入院率、高い女性比率などは4年間で大きな傾向の違いはなかった。在棟期間が90日以内での退院者は1,650人（86.9%）、スーパー救急病棟から自宅に退院した患者は1,322名（69.6%）であった。診断別でみると、統合失調症は823人（62.3%）でありその他の疾患と比較して入院期間は長かった。双極性障害は入院回数が多く、大うつ病は平均年齢が高い傾向があった。短期集中的で効率的な入院治療と再発予防を考慮した地域移行を両立させることが、今後の精神科治療では重要になると思われる。

キーワード：診断、精神科救急医療、統合失調症、気分障害、再発予防

## 緒 言

### 1. はじめに

精神科救急入院料算定病棟（以下、スーパー救急病棟）が2002年4月に診療報酬体系に新設され、10年以上が経過した。精神科救急医療と急性期治療を行うユニットとしてハード面、人員面、運用面などに多くの義務を課せられている反面、治療方針についての具体的な明記はなく、さまざまな特徴を有す患者の個別性に留意した治療方針の選択が求められる。そして運用基準が存在するため急性期治療から疾病教育、外来治療への移行までを限られた期間の中で行わなければならない。

昭和大学附属烏山病院（以下、当院）は大学附属病院でありながらスーパー救急病棟2病棟（A3病

棟・A4病棟）を有し、単科精神科病院としての臨床業務と大学附属病院としての研究・教育等を両立しながら運用されている。大学病院におけるスーパー救急病棟は比較的重症度が高い患者が非同意的な入院で高頻度に入院してくるため、重症度についてバイアスがかかりにくいこと、大学病院であるために一定数の医師が確保され病棟医長を含め異動が多いため、医師の好みによる薬剤の選択など治療法の偏りが比較的少ないと思われること、一定の期間で退院あるいは転棟していくため短期間での入院治療の結果が得られることなどといった利点があるという報告もみられ<sup>1)</sup>、急性期治療の実態を把握するには理想に近い環境にあると考えられる。また、スーパー救急病棟の現状を把握することで、多くの運用条件を課せられたスーパー救急病棟での急性期

\*責任著者

治療における問題点や課題を見出し、急性期治療における治療技術の向上を目指した検討を行うことは、精神科における急性期治療の理想と現実の相違を補完するためには重要であると思われる。当院では山田らが、当院スーパー救急病棟のうちの1つであるA4病棟における2010年から2012年の3年間の入院患者742名の患者背景について報告を行っているが<sup>10)</sup>、今回われわれはこの調査をさらに推し進め、スーパー救急病棟2病棟、2010年から2013年の入院患者1,899名についての集計し実数を示した。さらに今後これらをもとに行っていく疾患別の傾向の分析の第一報として、スーパー救急病棟では数が少ないがスーパー救急病棟での療養が難しく、他の疾患と転帰が異なることが予想される認知症とそれ以外の患者の背景の相違、患者数が多く繰り返し入院し、治療困難になるケースが比較的多い統合失調症とそれ以外の患者の背景の相違、ICD-10上はF3の気分障害で包含されて両者の特徴が相殺されてしまうものの、背景や臨床経過が異なることが予想される双極性障害と大うつ病の患者背景の相違について統計学的な検討を行った。

## 2. 昭和大学附属烏山病院およびスーパー救急病棟の沿革

当院は東京都世田谷区に位置し、大学附属病院ではあるものの、他の診療科の総合体である昭和大学附属病院とは直線距離で10 km以上離れており、常勤内科医は配置されているものの合併症病棟に対応できる病棟は設置されておらず、病院としての機能は基本的に民間の単科精神科病院と大差はない。当院は1926年（大正15年）に開設され、1951年（昭和26年）に昭和医科大学附属烏山病院となった経緯があり、2002年（平成14年）までは慢性期の統合失調症治療を主体とした単科の精神病院であった。しかし、精神科救急の需要の多い都区部に位置する数少ない病院の一つとして、スーパー救急病棟の開設、慢性期病棟の閉鎖、特別病棟（療養病棟）の開設などの取り組みを行い、病院全体の急性期化とダウンサイジングを行ってきた<sup>12)</sup>。また、2007年に大学本体から精神医学講座が当院に移転し、2012年に臨床薬理研究所、2014年に発達障害治療研究所および脳画像研究センターが開設されるなど、今日では本学の精神医学における教育、研究部門の中心も当院が担っている。

当院は2016年9月30日現在296床の病床数を有し、スーパー救急病棟2病棟（A3病棟46床、A4病棟48床：計94床）、亜急性期病棟（B3病棟：60床）、慢性期閉鎖病棟（B4病棟：58床）、認知症疾患治療病棟（C3病棟：50床）、特別病棟（C4病棟：34床）の6病棟から構成されている。スーパー救急病棟は1か月間の病棟の延べ入院日数のうち4割以上が新規患者であること、措置入院、「医療観察法」鑑定入院を除いた新規患者のうち6割以上が入院日より3か月以内に在宅退院すること、時間外・休日診療件数が年間200件以上であること、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、応急入院、鑑定・医療観察法入院であること、年間の措置入院が20件以上、病院全体で夜間、休日の入院が年間20件以上（2014年3月31日までは措置入院が30件以上）であることといった運用における義務を課されている<sup>3)</sup>。当院では、2008年4月よりA3病棟、2010年4月よりA4病棟がスーパー救急病棟として認可された。このため、2010年1月以降はA3病棟、A4病棟の2病棟がスーパー救急病棟としての運用基準を保ちつつ運用されている。また、2013年は病棟の拡張工事が約半年間行われたため（工事以前はA3、A4病棟いずれも39床、計78床）、入院患者数が一時的に減少した。現在A3病棟が8床、A4病棟が9床の保護室を有し、大学病院であるため医師の異動が多いものの概ね5～6名の医師が常時勤務しているほか、スーパー救急病棟の運用基準に沿った10対1の看護師の配置、2名の精神保健福祉士の配置などが行われている。2016年度は病院全体では90%以上、スーパー救急病棟2病棟の稼働率は92%～95%程度で推移している。

## 研究方法

今回われわれは、2010年1月1日から2013年12月31日に当院スーパー救急病棟に入院した患者の診療録を全数調査した。診療録からの情報を基に、年齢、性別、ICD-10（表1）による診断、臨床診断、罹病期間、入院時状態像、精神保健福祉法における入院時形態、在棟期間、入院回数、隔離・電気けいれん療法（Electro Convulsive Therapy：ECT）、点滴治療の有無、スーパー救急病棟入院時初回処方、スーパー救急病棟における最終処方などを記録した

表 1 ICD における疾病分類を示す

ICD-10 精神および行動の障害	
F0	症状性を含む器質性気分障害
F1	精神作用物質による精神および行動の障害
F2	統合失調症, 統合失調症型障害および妄想性障害
F3	気分(感情)障害
F4	神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害
F5	生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
F6	成人のパーソナリティおよび行動の障害
F7	精神遅滞〔知的障害〕
F8	心理的発達の障害
F9	小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害

表 2 2010年1月1日～2013年12月31日に当院スーパー救急病棟に入院した患者の全体、年度別の背景を示す

	全体	2010	2011	2012	2013
患者数 (人・男/女)	1,899 (828/1,071)	489 (205/284)	484 (224/260)	487 (203/284)	439 (196/243)
平均年齢 (歳)	46.9 ± 17.6	47.2 ± 17.2	46.8 ± 17.2	46.9 ± 17.6	46.5 ± 18.3
平均入院回数 (回・不明除く)	3.1 ± 3.5	3.0 ± 3.1	3.0 ± 3.2	3.3 ± 3.8	3.2 ± 3.7
スーパー救急 在棟日数 (日・不明除く)	54.0 ± 36.0	50.9 ± 33.3	52.8 ± 35.4	52.8 ± 34.1	60.2 ± 40.6
基準内退院	66.6%	64.6%	63.2%	69.2%	69.8%

\*p < 0.05 一元配置分散分析

データベースを作成し、これより入院患者の背景について検討した。平均年齢、罹病期間、在棟期間、入院回数の有意差検定にはt検定を、基準内退院率の有意差検定にはカイ二乗検定を用い、有意水準はp < 0.05とした。本研究は昭和大学附属烏山病院倫理委員会の承認を得て行われた。

### 結 果

患者の総数は1,899名であり、2013年は増床工事の影響で入院患者数が少なかった。4年間の入院患者の平均年齢は46.9 ± 17.6歳、入院回数は3.1 ± 3.5回、スーパー救急病棟での平均在棟日数は54.0 ± 36.0日であった。スーパー救急2病棟での運用が開始された2010年から2012年と比較すると、2013年は60.2 ± 40.6日と有意に長かった(表2)。4年間

の入院患者の年齢層は30代、40代、60代が多かった(図1)。入院時の精神保健福祉法による入院形態は任意入院が363人(19.1%)、医療保護入院が1,209人(63.7%)、措置入院は311名(16.3%)、応急入院が6名(0.3%)であり、非同意的な入院が8割以上を占めていた(表3)。スーパー救急病棟における在棟期間は、30日以内での退院が583人(30.7%)、31～60日が572人(30.1%)、61～90日が495人(26.1%)であり、91日を超えてもスーパー救急病棟にて治療を継続した患者は249人(13.1%)であった(図2)。他院での入院を含めた入院回数は初回入院の患者が745人と最も多く、入院回数が増加するにつれて人数が減少していく傾向があるものの、全体では複数回の入院を繰り返す患者は多く、10回以上の入院を経験している患者もみられた(表4)。スーパー

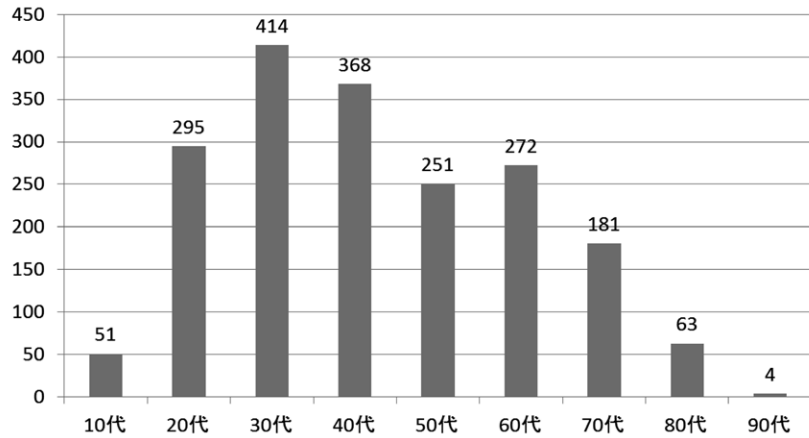


図 1 2010年1月1日～2013年12月31日に当院スーパー救急病棟に入院した患者の年代別の入院患者数を示す

表 3 精神保健福祉法による入院形態別の入院患者数を示す

	全体	任意	医療保護	措置	応急
人数 (人)	1,899	363 (19.1%)	1,219 (63.7%)	311 (16.3%)	6 (0.3%)

表 4 入院患者の入院回数別の人数を示す

全体	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11～20	21～	不明	
人数	1,899	742	363	239	154	108	59	31	33	19	21	59	15	53

表 5 2010年～2013年の入院患者の転帰を示す

	全体	退院	転棟	転院 (精神)	転院 (身体)	死亡
人数 (人)	1,899	1,322 (69.6%)	496 (26.1%)	54 (2.8%)	24 (1.3%)	3 (0.2%)

表 6 ICDによる診断別の入院患者数 (2010年～2013年) を示す

全体	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	G4	
人数 (人)	1,899	92 (4.8%)	109 (5.7%)	949 (50.0%)	440 (23.2%)	108 (5.7%)	16 (0.8%)	88 (4.6%)	25 (1.3%)	54 (2.8%)	12 (0.6%)	6 (0.3%)

救急病棟から自宅に退院した患者は1,322名(69.6%)であり、スーパー救急病棟から自宅退院に至らず継続的な治療や処遇検討のために後方病棟に転棟した患者は496人(26.1%)、入院の長期化やかかりつけ病院での治療継続のため精神科病院に転院した患者は54人(2.8%)、身体合併症治療のため他

科の病院に転院した患者は24名(1.3%)であった(表5)。ICD-10による診断別の患者背景においては、患者数は人数の少ないF7圏、F8圏、F9圏では年度によって多少のばらつきがあるものの、年度による比率の傾向に大きな差はみられず、F2圏が949人(50.0%)と最も多く、ついでF3圏が440人(23.2%)

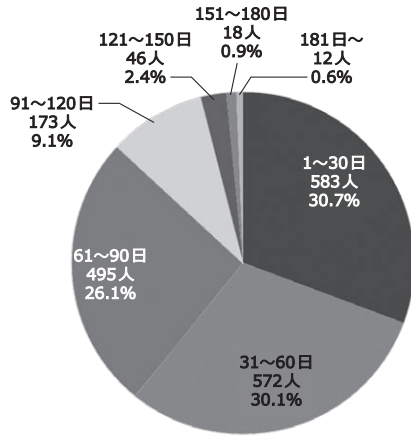


図 2 入院患者のスーパー救急病棟在棟日数 (日), 人数 (人), 比率 (%) を示す

表 7 認知症と認知症以外の患者の背景比較を示す

	認知症以外	認知症
人数 (人)	1,849	50
平均年齢 (歳)	46.1 ± 17.0	75.4 ± 10.7*
罹病期間 (年・不明除く)	14.1 ± 12.2	2.7 ± 3.5*
在棟期間 (日)	54.5 ± 35.9	37.8 ± 35.6*
入院回数 (回・不明除く)	3.2 ± 3.5	1.3 ± 0.6*
基準内退院率	66.6%	28.6%#

\*p < 0.05 t 検定  
#p < 0.05 カイ二乗検定

であった (表 6)。認知症と認知症以外の患者背景を比較すると、認知症は年齢が有意に高く、罹病期間、在棟期間は有意に短く、回数は有意に少なく、運用基準内の自宅退院率は有意に低かった (表 7)。統合失調症と統合失調症以外の患者背景を比較すると、統合失調症は年齢が有意に低く、罹病期間、在棟期間は有意に長く、入院回数は有意に多く、運用基準内の自宅退院率は有意に低かった (表 8)。F3 の気分障害圏における双極性障害と大うつ病の比較においては、年齢は大うつ病が有意に高く、罹病期間は双極性障害が有意に長く、入院回数は双極性障害が有意に多かった (表 9)。

表 8 統合失調症と統合失調症以外の患者背景の比較を示す

	統合失調症以外	統合失調症
人数 (人)	1,076	823
平均年齢 (歳)	49.2 ± 19.3	43.8 ± 14.4*
罹病期間 (年・不明除く)	11.3 ± 10.8	17.3 ± 13.0*
在棟期間 (日)	49.5 ± 35.0	59.9 ± 36.4*
入院回数 (回・不明除く)	2.6 ± 2.9	3.8 ± 4.1*
基準内退院率	73.4%	58.2%#

\*p < 0.05 t 検定  
#p < 0.05 カイ二乗検定

表 9 双極性障害と大うつ病の患者背景の比較を示す

	双極性障害	大うつ病
人数 (人)	221	214
平均年齢 (歳)	51.1 ± 17.4	61.2 ± 16.9*
罹病期間 (年・不明除く)	14.6 ± 11.3	9.5 ± 10.7*
在棟期間 (日)	55.7 ± 30.5	60.6 ± 33.4
入院回数 (回・不明除く)	3.2 ± 2.8	1.8 ± 1.3*
基準内退院率	76.9%	71.7%

\*p < 0.05 t 検定

## 考 察

2010 年 1 月から 4 年間で当院スーパー救急病棟では 1 か月あたり各病棟約 20 人程度の入院に対応していたことが示された (実際は他病棟での増悪患者をスーパー救急病棟に転棟させ治療の立て直しをはかることがあるため、さらに多くの患者に対応していた)。2013 年に入院患者数が減少した要因については、増床工事に伴って病棟の一部が使用できない期間が約半年ほど続いた結果と考えられた。平均在棟日数は倉田らの報告と比較すると若干長く<sup>5)</sup>、さらに 2010 年から 2012 年に比べ 2013 年は有意に長く、これは病院全体の稼働率の上昇と重なることから、後方病棟の空床が減少し、転棟に時間を要し

ていたことが一因として推測された。このような傾向が持続した場合は緊急時に対応できる空床が減少する可能性も示唆され、スーパー救急本来の可能な限り常時入院を受け入れるという目的を十分に果たせなくなる可能性があることにも注意する必要があると思われた。スーパー救急の基準に従って運用された結果、任意入院が少なく医療保護入院、措置入院が多くを占め、その比率も藤村らの報告とほぼ同率であった<sup>2)</sup>。さらに措置入院患者の総数も基準を大きく上回っていたことから、自らの意思で入院を判断することが難しい患者を多数受け入れており、全体の重症度は比較的高いことが推測された。また3か月を大幅に超えてもスーパー救急病棟での治療継続を余儀なくされるケースも見受けられ、後方病棟での治療に移行できない病状が長期に渡る患者もいることが示された。26.1%の患者がスーパー救急病棟からの自宅退院とならず転棟し治療が継続されていた。この点については、当院ではスーパー救急病棟の運用基準を維持しつつ、3か月の入院治療を行っても不十分な寛解にとどまっている患者や環境調整に長期間を要する患者は原則的には亜急性期病棟・慢性期病棟へ転棟させ、スーパー救急病棟の空床を確保しながらこれらの患者に対して継続的な治療と環境調整を行うことで治療や処遇が不十分な状態で無理な退院とならないように工夫している結果が反映したと考えられ、三澤らの報告と同様に後方病棟の存在が当院でのスーパー救急病棟運用のために重要な役割を果たしていると考えられた<sup>8)</sup>。ただし身体治療のための転院も一定数認められており、単科精神科病院であり身体的治療が行えない当院の弱点も見出された。これらのことから当院のような単科精神科病院におけるスーパー救急病棟を効率よく運用するには、病院全体の支援や他病棟との連携、身体科を含めた他病院の協力と、稼働率と空床確保のバランスを常に考えた綿密なベッドコントロールが不可欠であると考えられた。入院患者は初回入院の比率が最も高く回数が増加するごとに人数は減少するものの、全体では複数回入院の患者も多く、スーパー救急病棟においても再発防止に向けた取り組みを早期から行う必要があると考えられた。ICD診断別にみると、入院患者の比率で最も高かったのはF2圏であり、次いでF3圏が多く、これと比較してF0、F1、F4～F9、G4圏は少なかった。こ

れらの比率については、東京都内で精神科救急を担う民間病院における藤村らの報告、精神科救急を担う公立精神科病院における小原らの報告とほぼ一致していた<sup>2,6)</sup>。認知症とそれ以外の比較においては、認知症は有意に平均年齢が高く、罹病期間が短く、入院回数が少なかった点については疾患の特性から当然であると思われた。在棟期間が有意に短く、運用基準内の自宅退院率が低かった点については、当院が認知症病棟を有していること、認知症患者が一般の病室で療養することが難しいことから、入院後安定してから早期に認知症病棟への転棟をはかり、疾患の特性に合わせた治療につなげているという当院の運用の影響が大きいと考えられたため、スーパー救急病棟の運用には各々の病院が持つ機能によって、疾患ごとに転帰が変わってくる可能性が示唆された。統合失調症とそれ以外の疾患の比較においては、統合失調症患者は有意に平均年齢が低く、罹病期間が長く、在棟日数が長く、入院回数も多く、さらに基準内退院率が低く60%を下回っていた。これは統合失調症が比較的若年発症であることに加え、多くの報告で指摘されるように統合失調症は入院が長期化するリスクが高いことが反映していると推測され<sup>1,4,9)</sup>。スーパー救急病棟においては統合失調症の治療技術の向上と再発、再入院防止のための地域連携の強化や疾病教育などの方策の検討が重要な課題であることが改めて示唆された。気分障害以外の患者との相違は検討しなかったものの、双極性障害と大うつ病の比較においては、年齢は大うつ病の方が有意に高く、罹病期間は双極性障害が有意に長く、入院回数は双極性障害が有意に多かったため、状態像が似ていることもある両疾患において、双極性障害の場合は寛解に至っても再発する可能性が高い点に注意する必要がある<sup>10)</sup>。大うつ病の場合は器質的問題の有無など高齢者のうつ病特有の問題への対処が必要であると考えられた<sup>7)</sup>。

今回の調査はあくまで大学附属病院であるが単科精神科病院である当院の入院患者4年分を集計し横断的な検討を行ったにすぎず、本調査における入院患者の傾向を全国のスーパー救急病棟全体の傾向として一般化することは困難であるが、当院のスーパー救急病棟における課題として、①稼働率とタイムリーな受け入れを行うための空床確保の両立、②身体的問題への対応のための連携強化、③再発、再入

院防止のための早期からの対策の強化などが考えられた。スーパー救急病棟の運用には首都圏、地方といった地域性による相違、大学病院、民間病院での相違、公立病院、私立病院による相違、総合病院の中でのスーパー救急病棟と精神科病院の中でのスーパー救急病棟の相違、病院・病棟の個別性による相違などがあることが予想され、入院患者の傾向には病院によってさまざまな差異が認められる可能性があるため、多くのスーパー救急病棟がそれぞれの入院患者の傾向を調査し、現在のスーパー救急の実態と課題を明らかにしていくことが重要であると考えられた。

病棟や人的資源の配置において、精神科病棟としては高規格化されているスーパー救急病棟は、多くの運用条件を維持するなかで一定期間における治療のアウトカムを得られることから、急性期治療の実態を調査するには望ましい環境であり、正確な診断を行い定期的な症状評価を行いつつ治療を行えば、急性期治療におけるさまざまな知見が得られる病棟であると考えられた。

## 結 語

スーパー救急病棟は重症で非同意的入院の患者が数多く入院し、さまざまな疾患や状態像の患者に対する対応を求められ、さらに一定の期間における自宅退院を目指さなければならないため、精神科病院の急性期治療の実態を反映する可能性がある。本調査によって当院スーパー救急病棟には多様な患者が入院し、疾患によって背景や転帰に違いがあり、疾患の特性や病院のもつ機能による運用の仕方などによって背景や転帰に違いがあることが示唆され、今後も当院スーパー救急病棟の膨大なデータをさまざまな角度から分析することで、急性期病棟における運用の実態やさまざまな疾患の背景、治療などについて膨大な知見が得られると考えられた。

人的資源が限られ、精神科入院治療における医療経済上のさまざまな問題が指摘されている現状において、短期集中的で効率的な入院治療と再発予防を考慮した地域移行を両立させることが今後の精神科治療では重要になると思われる。調査を継続し、

スーパー救急病棟がどのような役割を果たすべきであるのか、精神科治療の中でスーパー救急病棟をより効率的に生かすべき方法を検討し続ける必要があると考えられる。

## 利益相反

特記すべきことなし。

## 文 献

- 1) Chang G, Brenner L, Bryant K. Factors predicting inpatient length of stay in a CMHC. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42:853-855.
- 2) 藤村尚弘, 岡崎公彦. 東京都内民間精神科病院におけるスーパー救急病棟の現状. *臨精薬理*. 2006;9:1309-1314.
- 3) 平田豊明. 精神科後期研修で何を学ぶか? 精神科救急. *精神*. 2010;16:299-304.
- 4) Huntley DA, Cho DW, Christman J, *et al*. Predicting length of stay in an acute psychiatric hospital. *Psychiatr. Serv*. 1998;49:1049-1053.
- 5) 倉田健一, 津久江一郎. 地方民間精神科病院におけるスーパー救急の成果と課題. *臨精薬理*. 2006;9:1315-1323.
- 6) 小原喜美夫, 二宮英彰. 福岡県立精神医療センター太宰府病院のスーパー救急病棟および急性期病棟における1年間の処方調査から見えること Aripiprazoleを中心に. *臨精薬理*. 2010;13:2305-2314.
- 7) 三村 将, 仲秋秀太郎, 古茶大樹編. 老年期うつ病ハンドブック. 東京: 診断と治療社; 2009.
- 8) 三澤史斉, 藤井康男. 精神科急性期病棟における入院長期化の問題. *臨精薬理*. 2006;9:1355-1362.
- 9) Stevens A, Hammer K, Buchkremer G. A statistical model for length of psychiatric in-patient treatment and an analysis of contributing factors. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103:203-211.
- 10) Tohen M, Waternaux CM, Tsuang MT. Outcome in Mania. A 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:1106-1111.
- 11) 山田浩樹, 吉澤 徹, 峯岸玄心, ほか. 精神科救急病棟(スーパー救急病棟)における入院患者の傾向 昭和大学附属烏山病院 A4 病棟入院患者診療録調査から. *臨精医*. 2015;44:891-898.
- 12) 吉村直記, 山田浩樹, 加藤進昌. 単科精神科病院における精神科スーパー救急医療. *臨精医*. 2012;41:401-406.

INPATIENT CHARACTERISTICS AT THE PSYCHIATRIC EMERGENCY  
UNIT OF KARASUYAMA HOSPITAL

Atsuko HARADA, Hiroki YAMADA, Daiki SASAMORI,  
Takanori FUNAKO, Sachiko YOKOYAMA, Akira YOSHIZAWA,  
Hayato SHIMIZU, Hiroaki TANAKA, Genshin MINEGISHI,  
Toshiaki TSUNEOKA, Osamu TAKASHIO and Akira IWANAMI

Department of Psychiatry, School of Medicine, Showa University

**Abstract** — There remain many issues in both optimal planning and flexibility for short-term improvement coping with diagnosis at the psychiatric emergency hospital. The objective of this study was to clarify the reality of the inpatient situation in the psychiatric emergency service in Japan and to resolve various problems. We retrospectively reviewed 1,899 medical records of inpatients at the psychiatric emergency unit in Showa University Karasuyama Hospital between January 2010 and December 2013 to evaluate outcomes. The same trend was seen each year regarding age distribution (average age:  $46.9 \pm 17.6$  years old), the ratio of male to female (1 : 1.29) and the proportion of patients within the involuntary hospitalization according to law (80.9%). Our psychiatric emergency treatment was generally in compliance with the regulations for factors, such as the proportion of patients within a 90-day hospitalization period (86.9%) and directly discharge from our emergency service ward to home (69.6%). Hospitalization period of inpatients with schizophrenia was longer than others. Bipolar disorder patients were repeatedly hospitalized and depression cases were older than others. Therefore, emergency treatment of mood disorder made it difficult to comply with administrative requirements. These results indicate that it is important for psychiatric emergency in Japan to maintain balance between short-term intensive and efficient care for inpatients and smoothly switching over to outpatient treatment for the prevention of recurrence.

**Key words:** diagnosis, psychiatric emergency unit, schizophrenia, mood disorder, prevention of recurrence

[受付 : 9 月 29 日, 受理 : 12 月 18 日, 2017]