

平成 20 年度障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)

# 『精神科救急医療施設の機能評価に関する研究』

## 報告書

日本精神科救急学会

平成 21 年 3 月

## 担当者一覧

学会理事長	澤 温 (ほくとクリニック病院)
医療政策委員長	平田 豊明 (静岡県立こころの医療センター)
医療政策委員	川畑 俊貴 (京都府立洛南病院)
(あいうえお順)	鴻巣 泰治 (埼玉県立精神保健福祉センター)
	佐藤 雅美 (東京武蔵野病院)
	澤 温 (ほくとクリニック病院)
	白石 弘己 (東洋大学)
	杉山 直也 (横浜市立大学附属市民総合医療センター) ※
	塚本 哲司 (埼玉県立精神保健福祉センター)
	中島 豊爾 (岡山県精神科医療センター)
	八田 耕太郎 (順天堂大学)
	※ 報告書執筆者

## 事業実施機関

日本精神科救急学会

学会事務局：株式会社 春恒社 学会事務部

〒162-0041 東京都新宿区早稲田鶴巻町 519 番地 洛陽ビル 3 階

T E L 03-5291-6231

本調査研究事業の事務局：(独) 静岡県立こころの医療センター医局

〒420-0949 静岡県静岡市葵区与一 4 丁目 1-1 T E L 054-271-1135

**要旨**

【背景と目的】精神障害者の自立と社会参加促進にあつては、医療・福祉資源の充実による地域ケアの推進が重要である。急性増悪期に危機介入の役割を担う精神科救急医療は、精神障害者が安心して地域で暮らすために必要不可欠の医療資源で、その役割が適切に発揮されるためには、地域の介入体制や医療施設が一定の機能を保って標準化される必要があるが、現実態は地域間格差が大きい。本事業では精神科救急医療に求められる機能を明確化し、それを評価する手法を確立することによって、精神科救急医療の均質化ならびに質的強化をはかることを目的とする。平成 19 年度には、地域介入体制および専門医療施設を対象とし、平成 15 年に示した精神科救急学会ガイドラインの内容を軸とした機能評価項目を抽出し、調査を実施するとともに、介入実績の概略を把握する報告システムを提案した。本年度は継続事業として、評価手法の確立に向けた拡大的な調査を行なうとともに、アウトカム評価を含む医療の質管理手法の開発を試みた。

【対象と方法】昨年度事業同様、学会医療政策委員が検討会となり事業を中心的に推進した。本年度は対象を精神科救急医療の全領域に広げ、医療機能の 3 要素のうちストラクチャー、プロセスについて調査を行い、汎用性の高い評価基準を開発するための根拠の確立を目指した。また、精神科救急医療の傾向把握、介入効果検討、アウトカム評価など、専門医学的分析によって質管理を行なう手法として、個々のケースの医療内容にまで踏み込んだデータベースを開発するための予備的な取り組みを行なった。

【事業結果】調査事業においては、全国 47 自治体の 1160 の精神科救急医療施設に質問紙調査を行い、710 施設から回答を得た（回収率 61.2%）。これは、わが国の精神科を診療する全病院の 32.2%、全精神科病床数の 47.5%に相当する。関与するスタッフは精神保健指定医 3558 名、非指定医 1926 名、精神科救急医療事業としての新規入院数（17121）は、平成 19 年度の全精神科入院数の 4.7%に相当した。設立母体別、病院タイプ別、精神科救急医療体制整備事業における役割別に分析を行い、法人立、単科精神科病院、病院群輪番施設がそれぞれ全体の約 8 割を占めた。これら大多数の平均的な医療施設と、その他の特定機能を有す施設ではストラクチャー、プロセスともに 2 極化する傾向が見られた。データベースの開発では、既存のケースシートを参考に入力項目の検討を重ね、職種別の入力形式を採用して診療支援機能を盛り込むとともに、各専門職種の意見を参考にして有用な臨床指標（Quality Indicator）が得られるよう項目を確定し、全体の構造を決定した。

【考察】2 年にわたる調査研究事業により、これまでの基準軸である学会ガイドラインに照らした場合の、現時点における精神科救急医療の地域介入体制と医療施設についての実態の全体像が判明した。機能評価手法は、精神科救急医療の特徴から、地域介入体制を対象とした総論部分と、機能別にいくつかに分類される医療施設に対してそれぞれの水準ごとに基準を示す各論部分に分けることが妥当である。医療施設は全体の約 8 割を占める輪番・法人立・単科の特性を有す平均的な施設と、それ以外のいくつかの特殊機能を有す医療施設、さらにサポート的な機能を有す施設に分かれ、厚生労働省事業要項の分類にそって基準作成することが実質的と思われた。現実態をふまえ、今後の手順としては精神科救急医療の概念や技術についての総合的な基準を示す学会ガイドラインをまず改訂し、その内容を根拠とした具体的な評価基準を確定し、評価手法を確立することが必要である。また医療の質管理のためのアウトカム評価を含むデータベース開発は、各医療施設および精神科救急医療体制全般の継続的な質的強化のために有用であるが、入力への負担や、導入にあたって各医療施設の理解を要すといった課題が考えられ、今後こうした質管理について精神科救急医療体制全体として認識を向上させる必要がある。また、データベースには、チーム強化や診療支援機能といった付加的有用性にも考慮して開発過程を工夫することが有用と思われた。

## 事業背景と目的

精神障害者の自立と社会参加の促進にあつては、医療・福祉資源の充実による地域ケアの推進が重要である。地域で生活する精神障害者は、その疾病特性として、急性増悪や心理社会的危機を来す場合が考えられるが、精神科救急医療はそのような場合に医療的に即時介入する役割を担っている。したがって、精神科救急医療は、精神障害者が地域で安心して暮らしていくために必要不可欠な医療資源である。精神科救急医療がこうした危機介入の役割を適切に発揮するためには、精神科救急医療事業を担当する都道府県行政や精神科救急医療施設が、地域介入体制の機能と専門医療資源の質を一定の水準に保ち、標準化される必要があるが、精神科救急医療の現実態は、これまでの調査報告などから地域間格差が大きく多様であることが判明しており<sup>1-4)</sup>、全国的に整備が行き届いた状況とはいえない。

こうした実情に対し、日本精神科救急学会（以下、当学会）は、これまでさまざまな学術的な活動を通じて、精神科救急医療の技術向上、普及、発展、整備に努めてきた。本事業においては、これまでの当学会における専門的議論をふまえ、精神科救急医療に求められる機能を明確化し、それを評価する手法を確立することによって、精神科救急医療の均質化ならびに質的強化をはかることを目的とする。そして、こうした地域の介入体制や医療資源の充実によって地域ケアを推進し、結果として精神障害者の自立と社会参加の促進に寄与できることを目指す。

## 平成 19 年度事業の概要

本事業は平成 19 年度からの継続事業である。平成 19 年度には、精神科救急医療の機能を評価する手法確立に必要な基本的事項の把握を主な課題とし、種々の検討を行った<sup>5-8)</sup>。事業を円滑に推進するため、専門の検討会を学会内に設置し（医療政策委員会が担当）、関連する議論を集中的に行い、調査を立案して結果を審議する役割を担当した。また、委員長の平

田が所属する静岡県立こころの医療センターに事務局を置き、調査の実施および検討会開催の調整などを担当した。平成 19 年度の事業内容を以下に総括する。

一般に医療機能を構成しているのはストラクチャー、プロセス、アウトカムの 3 要素であり<sup>9)</sup>、これらがすなわち評価の基本項目となる。このうちストラクチャーとプロセスについて、検討会で審議を重ね、求められる基本的な機能項目を抽出し、それらの現況を把握するために精神科救急医療事業を専門的に行なっている事業体を対象として調査を実施した。対象は A: 事業の実施主体である自治体（47 都道府県）と、B: 基幹的役割を担う精神科救急入院料認可病棟を有する 36（当時）の医療機関である。

方法は質問紙の郵送による調査とし、その内容は当学会が 2003 年に刊行した「精神科救急ガイドライン」<sup>10)</sup>を軸に、①検討会であらためて抽出した 5 領域 23 の基本的な機能項目、②同ガイドラインで医療機関に対し要求している 3 水準 53 項目の達成度、③患者移送の実態の 3 種とした。①では対象 A と B の相互評価、②は対象 A の自己評価、③は対象 B へのアンケート調査とした。

その結果、設定した評価項目や方法は、精神科救急医療事業の整備状況や医療施設の体制、現在の課題などを反映した。しかしながら対象が限られたことから、精神科救急医療全般の評価に有用性が確認されないこと、ガイドラインの内容が 2003 年時点の要求事項であり、必ずしも現在の実情にそぐわない可能性があることなどが課題として考えられた。

一方、精神科救急医療体制整備事業としての介入件数や介入形式（相談・受診・入院の別、新規受け入れか後方移送かの別、入院形態など）といった介入実績について、医療施設レベル、地域レベル、都道府県行政レベルでそれぞれ報告を行って、最終的に国（厚生労働省）として精神科救急医療事業全体の把握が可能となるような、報告シートによる評価手法を考案し、この成果は平成 20 年度の精神科救急医療

体制整備事業の実施要綱に採用された。このような情報は、国庫補助による行政医療としての精神科救急医療体制整備事業の実績に対する妥当性根拠として最低限必要なものである。しかしながら、本手法は全体の概略を把握する目的には適すものの、ケースごとの医療的な内容に踏み込んでいないため、精神科救急医療の質的向上や強化には直結しにくいものとして、アウトカム評価など質管理にまで及ぶ、さらなる手法の開発が課題となった。

## 対象と方法

### 1. 調査研究事業

平成 19 年の事業結果である基本的評価軸をふまえて、対象を全国の精神科救急医療施設全般に拡げて行い、精神科救急医療の全国状況を把握するほか、汎用性の高い評価基準を開発するための根拠を確立することを目指した。まず、何らかの形で精神科救急医療体制整備事業に参加している医療施設を全国規模で同定するため、47 都道府県の精神保健福祉担当行政を対象とした予備調査を行い、医療施設リストを作成した後、すべての医療施設を対象に本調査を実施した。

#### 1) 予備調査：全国の精神科救急医療施設の把握

一般に精神科救急医療体制整備事業では、既存の医療資源が参画して病院群を成し、機能的な役割分担を行なってシステムが構築されている。この整備のために、事業の実施主体であると都道府県行政と、医療施設を束ねている病院協会などの団体が委託契約を結び、事業要綱に明記するなどして、協力的な関係にある場合が多い。また病院群の態様には基幹病院制、輪番制などいくつかの機能分担のあり方が存在する。調査を開始するにあたり、精神科救急医療事業の実施主体である自治体と病院協会などのような団体がどのような関係性にあるか、また事業に何らかの役割をもって参加し、医療の提供を行なっている医療施設（以下精神科救急医療施設）について、具体的にどの医療施設が参画し、どう役割分担され

ているかを把握するため、47 都道府県に対し、精神科救急医療施設のリスト作成を依頼する予備調査を行なった。予備調査のために送付した調査票を資料 1 に示す。なお予備調査は厚生労働省による精神科救急医療体制整備事業要綱の改訂以前に計画されたことから、以下に示す予備調査での医療施設の役割分類方法は、本調査で採用したものとは異なっている。

- ア. 基幹的な病院（「精神科救急医療センター事業実施要綱」に定める施設で、精神科救急医療システムにおいて基幹的な役割を果たす病院。基本的に常時、初期の受け入れが可能で、受け入れ先が見つからないときの最終的な受け入れなどを担う病院）
- イ. 輪番病院（当番日に急患の受け入れを行う病院）
- ウ. 後方支援病院（基幹病院の空床確保のために後方転送を受け入れる病院）
- エ. 合併症対応病院（身体合併症を診療する能力を有し、合併症を持つ急患を受け入れる病院）
- オ. その他

#### 2) 本調査：全国の精神科救急医療施設の基本属性・体制・設備・役割（ストラクチャー）と、介入実績および基本機能レビュー（プロセス）

予備調査で得られた精神科救急医療を担う医療施設のすべてに対し、資料 2 に示す質問紙を送付して調査を実施した。本調査では各医療施設における概要・体制・設備といったストラクチャーが中心であるが、プロセスに相当するものとして、実績（介入件数）、および平成 19 年度に実施した精神科救急医療の基本的な機能項目のピアレビュー調査を改訂したものを同時に実施した。調査内容を以下に示す（カッコ内には機能要素である S : Structure、P : Process を示す）。

- ① 基本属性[S]
  - i 設立母体（国立・自治体立・法人立・大学病院の別）
  - ii 病院タイプと標榜科目（総合的な一般病院・少数科を有す一般病院・単科精

- 神病院の別)
- ② 役割と実績[S & P]
  - i 厚労省の精神科救急医療体制整備事業の実施要綱における役割[S]
  - ii 介入実績（新規入院、後方受入）[P]
- ③ 体制[S]
  - i 専門職員数（精神保健指定医、その他の精神科医師、ソーシャルワーカー）
  - ii 精神科救急事例を受け入れる病床の診療報酬区分
  - iii 時間外検査体制（血算生化、レントゲン、CT、血ガス、精神作用物質）
  - iv 合併症対応（院内対応、一般科病院との連携、救命救急センターとの連携、受け入れ病院が決まっていない、その他）
- ④ 設備[S]
  - i 病床数（精神科と一般科）
  - ii 閉鎖病棟と開放病棟の別および各病床数
  - iii 併設施設（社会復帰施設、デイケア等、精神科救急情報センター、救命救急センター、訪問看護ステーション、精神科診療所）
  - iv 精神科救急診察のための設備（専用診察室、十分な広さ、配管設備、救急カート設置）
  - v 隔離室と個室
- ⑤ 基本機能項目のピアレビュー[P]
  - i 精神科救急情報センターとの連携の円滑さ
  - ii 救急医療圏の設定の適切性
  - iii 救急ケースのトリアージの適切性
  - iv かかりつけ医のあるケースの対応の適切性
  - v 医療機関のカバー体制
  - vi 身体合併症対応
  - vii 違法性薬物ケースの対応
  - viii 触法ケースの対応
  - ix 後方転送の円滑さ
  - x システム連絡調整委員会の運営

## 2. PQ データベース (The Database of Emergency Psychiatry for Quality Assurance) の開発

平成 19 年度事業では、介入数や介入形式

といった実績が報告システムによって把握され、最終的に全国的な精神科救急医療事業の概略が認識可能となる仕組みを考案した。

一方、精神科救急医療の傾向把握、介入効果検討、アウトカム評価など、専門医学的な分析によって質管理を行なうためには、個々のケースの医療内容にまで踏み込む必要がある。そのためには介入ケースごとに一定の臨床情報を収集し、解析する機能を有すデータベースの構築が望まれる。このような診療データの管理は、近年医療機関に求められる Quality Assurance にとって必要不可欠なもので、機能要素としては主にプロセスとアウトカムに関する項目を多く含んでいる。データベースを多施設間で共有し、共通フォーマットによって情報を中央集約的に集計・管理することにより、多施設間比較による組織的な振り返りを行なって、精神科救急医療全体としての質的強化をもたらすような効果も期待できる。本年度は、データベースに入力されるべき臨床項目と、それらを解析することによって出力される臨床指標（Quality Indicator）の設定について、検討会等で議論を重ねるとともに、情報工学の専門家を交えてデータベースの構造や機能などについて検討し、設計の予備的な取り組みを行なった。

## 事業結果

### 1. 調査研究事業

#### 1) 予備調査の結果

予備調査は平成 20 年 5 月～6 月に行なわれた。全国 47 都道府県すべての精神保健福祉行政を担当する部署から、回答および精神科救急医療施設のリストの提出を受けた。但し、1 自治体のみ医療機関名を明らかに出来ない旨の回答があり、本自治体については番号によって施設を同定し、その後の作業を進めた。調査結果を表 1 に示す。

#### ① 精神科病院協会都道府県支部等の関与

精神科救急医療事業における病院協会都道府県支部の関与について、委託契約がある自治体は 21 であったが、その他と答えた

うちの 5 自治体は説明記載内容から委託契約と同等の関係にあると考えられ、また他の 2 自治体も「医師会と」、「団体名を特定せず適切な団体と」といった旨の回答であり、合計 28 (59.6%) に上る自治体が何らかの医療機関団体との契約によって事業を展開していた。逆に関与がないとしたのは 10.6%にあたる 5 自治体であった。このように多くの場合で両者は密接な協力関係にあり、精神科救急医療システムの整備において、現状は医療機関団体の影響が大きいと考えられた(表 1)。

## ② 精神科救急医療施設の全容

都道府県の精神科救急医療事業に何らかの形で参画し、役割を担うものとしてリストアップされた医療施設(精神科救急医療施設)の総数は 1160 であった。厚生労働省の資料<sup>11)</sup>によれば、わが国の平成 19 年度における精神科を標榜する医療施設の総数は 2203(一般病院 1530、精神科病院 1073)であり、精神科救急医療施設は精神科を診療する全病院の 52.7%に相当する。その役割の内訳(複数回答)は、基幹的な病院 49 (4.2%)、輪番病院 943 (81.3%)、後方支援病院 295 (25.4%)、合併症対応病院 (8.2%) その他 105 (9.1%) であった。その他とされた医療施設の多くが同時に複数の機能を兼ねていたが、分類に当てはまらない機能の主なものは、いわゆる基幹病院の後方転送受け入れではなく、輪番のバックアップのみを行なう病院、情報センター機能のみを行なう病院、24 条通報のみを受け入れる病院(地域によっては基幹病院としている)などであった。

## 2) 本調査の結果

### 概要

予備調査の結果をふまえ、本調査は平成 20 年 8 月～9 月に行なわれた。回答が得られた医療施設数は 710 施設であり、回答率は 61.2%であった。前出の厚生労働省の資料<sup>11)</sup>によるわが国の平成 19 年度における精神科を診療する全病院(2203)の 32.2%に該当する。精神科病床数で見ると、回答を得た医療施設の全精神科病床数は 166920 (閉鎖 105695、開放 60149、無回答 1076)であり、日本全国の病床数 351188 (一

般病院 92440、精神科病院 258748)の 47.5%にあたる(表 2)。また、関与するスタッフ(常勤換算)は、精神保健指定医が 3558 名、非指定医は 1926 名であった(表 2)。なお精神科救急医療体制整備事業としての新規入院数は 17121 であり、平成 19 年度の全精神科入院数 361715 (一般病院 124465 精神科病院 240535)の 4.7%に相当した。また、後方転送は 1999 であった(表 2)。

## ① 基本属性[S]

### i 設立母体

#### ii 病院タイプと標榜科目

設立母体の内訳としては、国立病院機構 20 (2.8%)、自治体立 84 (11.8%)、法人立 591 (83.2%)、大学病院(国公立・法人立を問わず)が 16 (2.1%) であった(図 1)。病院タイプと標榜科目の内訳は、総合的な一般病院が 97 (13.8%)、少数科を有す一般病院が 44 (6.2%)、単科精神科病院が 569 (80.1%) であった(図 2)。

以上より、精神科救急医療を担う病院の全体像は大半が法人立の単科精神科病院であるという全体像が示された。病院タイプ別に設立母体をみると、総合的な一般病院は自治体立(43.3%)、法人立(33.0%)、大学病院(14.4%)、国立(9.3%)の頻度順で構成されていた。少数科を有す総合病院では 77.3%、単科精神科病院では 92.3%を法人立が占めた(図 3)。逆に設立母体別に病院タイプと標榜科目を見た場合、国立と自治体立は類似のプロフィールを持ち、約半数近くが総合的な一般病院であった。一方、法人立のほぼ 90%は単科精神科病院が占めていた。大学病院は約 90%が総合的な一般病院で法人立と逆転した内訳であり、単科精神科病院は 1 施設もなかった(図 4)。

## ② 役割と実績[S & O]

### i 厚労省の精神科救急医療体制整備事業の実施要綱における役割[S]

厚生労働省は、従来の精神科救急システム整備事業を平成 20 年度から精神科救急医療体制整備事業とし、その要綱の中で病院群における各医療機関の役割を新たに分類した。本調査では、この分類を用いて各医療機関の役割を複数回答で調査した。その結果「外来対応施設」を担当する医療機

関は 110(全体に占める割合として 15.5%)、「病院群輪番施設」571(同 80.4%)、「常時対応施設」105(同 14.8%)、「身体合併症対応施設」57(同 8.0%)であった(表 2)。また、常時対応施設の空床確保のためなどに後方転送を受け入れる「支援病院」は 104(同 14.6%)であった(表 2)。診療報酬における精神科救急入院料病棟の算定基準である「基幹的な病院」は、予備調査では 4.2%(49/1160, 表 1)であったが、本調査においては「基幹的な病院」を意味する「常時対応施設」は同 14.8%(105/710, 表 2)であり、2つの調査で結果が異なることから、両者は別のものと認識されている可能性がある。

役割ごとの内訳を見ると、まず設立母体では、「外来対応施設」・「病院群輪番施設」・「支援病院」が類似の内訳を示し、80~90%を法人立が占め、残りのわずかを自治体立が担当していた。高次の受け入れを意味する「常時対応施設」と「合併症対応施設」では、法人立が占める割合は大きく低下し、約半数を国立・自治体立の公立病院が担っていた。また「合併症対応施設」には大学病院の参加が約 14%に見られた(図 5)。病院タイプ別に見ると、当然ながら「合併症対応施設」ではほとんど一般病院がその役割を担っており(84%)、その他に総合的な一般病院が役割分担している比率が多かったのは、「外来対応施設」と「常時対応施設」であった(図 6)。

#### ii 介入実績[0]

実績としては、新規入院数と後方転送受け入れ数について調査を行なった。今回対象となった医療施設が平成 19 年度の 1 年間に事業として受け入れた新規入院件数は 17063 であり、平成 19 年度の全精神科入院数の 4.7%にあたる。本調査の回答率が 61.2%であることから、精神科の全新規入院者に占める精神科救急医療体制整備事業による介入割合は、推定約 7.7%と計算される。介入件数を 1 病院あたりに均すと、新規入院数は年間 24.0 件となり、各病院が月間 2 名程度受け入れている計算である。しかしながら介入数は当然その医療機関の役割によって大きく異なるため、医療機関

の役割別に介入数をみると、「外来対応施設」の役割を有す施設では年間平均 43.6 件を受け入れ、同じく「病院群輪番施設」16.5 件、「常時対応施設」88.7 件、「身体合併症対応施設」33.5 件、「支援病院」16.3 件となった。

また、後方転送は 1987 であり、「支援病院」が 104 であるから、後方移送の受け入れによる精神科救急事業の支援実績は、1 支援病院あたり年間 19.1 名ということになる(表 2)。

#### ③ 体制[S]

##### i 専門職員数(図 7, 8)

専門職員は、多様な医療機関を対象としていることから、比較検討がしやすい精神科医師(指定医と非指定医)とソーシャルワーカーについて調査した。

全体としてはいずれも 1 病院あたりの平均で、指定医数 5.0、非指定医数 2.7、ソーシャルワーカー 4.8 であり(表 1)、多くを占める法人立の状況を反映した。設立母体別に見ると、大学病院は指定医・非指定医とも医師が多く、逆にソーシャルワーカーは 2.3 名と平均の半分にも満たないという偏在が認められた(表 2、図 7)。また国立で指定医・非指定医とも多めの配置があり、法人立ではソーシャルワーカーが多かった。病院タイプ別では、指定医は総合的な一般病院<少数科を有す一般病院<単科精神科病院の順でわずかな違いがあり、非指定医は総合的な一般病院で多かった。逆にソーシャルワーカーは総合的な一般病院で少なかつた(図 8)。

##### ii 精神科救急事例を受け入れる病床の診療報酬区分

受け入れ病棟の診療報酬区分は、平成 20 年に新設の精神科救急・合併症入院料認可病棟が 2 施設(全体に占める割合 0.3%)、俗に「スーパー救急」と称される精神科救急入院料認可病棟が 42 施設(同 5.9%)、精神科急性期治療病棟 174 施設(同 24.5%)であった(表 2)。複数回答式のため概算になるが、全国で精神科救急ケースを受け入れている病棟のうち、診療報酬区分において救急・急性期に対応する診療報酬基準をもつ病棟は 3 割前後ということになる。他



方、最も多かったのは精神一般で 533 施設（同 75.1%）であった。その他、療養病棟が 152 施設（同 21.4%）、認知症病棟が 83 施設（同 11.7%）で使用されており、ケースによってこうした病棟を活用していることが推定される（表 2）。

#### iii 時間外検査体制（図 9）

時間外検査体制の全体平均は、血算および生化学的検査 35.8%、レントゲン 47.0%、CT スキャン 33.4%、動脈血ガス分析 24.9%、精神作用物質のスクリーニング 9.3%であった（表 2）。これら検査体制は、当然病院全体の機能によるところが大きく、一般身体科を有す施設で充実し、総合病院や大学病院では物質スクリーニングを除き、いずれの検査も 90%以上の施設で体制が整っていた（表 2、図 9）。少数科を有す一般病院になると体制がかなり劣るが、単科病院はさらにそれよりも未整備であった（表 4）。検査体制は総合病院の占める割合によって左右される項目ではあるが、設立母体別で見ると、国立・自治体立の公立施設は大学病院と法人立の中間に位置していた（図 9）。全体の傾向として物質スクリーニングの整備率は低かった（図 9）。

#### iv 合併症対応（図 10）

合併症への対応は精神科救急施設の大きな課題のひとつである。ほぼ院内で対応できる施設は全体の 20.0%であり、国立・自治体立では約半数、法人立はわずかに 12.7%と、多くを占める単科病院の特徴を反映した（表 3）。近隣の一般科病院と連携しているのは 47.0%で、国立と法人立の約半数がこうした体制で即時対応の仕組みを作っていた（表 3、図 10）。一方その都度病院を探す割合は 23.8%にのぼり、自治体立と法人立に多く（図 10）、約 4 分の 1 ものケースでは合併症の適切な対応に不安を残している。

#### ④ 設備 [S]

i 病床数（精神科と一般科）と ii 閉鎖病棟と開放病棟の別および各病床数については概要に既述したとおりである。

#### iii 併設施設

併設施設については、デイケアなどの精神科通所リハビリテーションを併設する施設

が 531（74.8%）と最も多く、次いで入所型社会復帰施設 236（33.2%）、訪問看護ステーション 142（20.0%）、精神科診療所 110（15.5%）、通所型社会復帰施設 94（13.2%）と続いた。このような地域ケアや社会参加を促進するための施設群を併設する精神科救急医療機関の内訳は、設立母体別ではほぼ法人立、病院タイプ別ではほぼ単科精神科病院であり、国立、自治体立、大学病院における取り組みはわずかにデイケアなどを見るのみで、それ以外はほとんどなかった（表 2）。精神科救急情報センターを併設する医療施設は 20（2.8%）であり、その内訳は、国立 1、自治体立 14、法人立 4、大学病院 1 であった（表 2）。また救命救急センターを併設する施設は 27（3.8%）あり、その内訳は国立 1、自治体立 11、法人立 9、大学病院 6、病院タイプはすべて総合的な一般病院であった（表 2）。

#### iv 精神科救急診察のための設備（図 11）

全体の結果は、専用の部屋がある 24.6%、十分な広さがある 68.0%、酸素や吸引の配管がある 40.3%、救急カートが配備されている 45.5%であった（表 2）。設立母体別で見ると、自治体立病院がすべての設備項目で平均を上回った（図 11）。国立病院と大学病院は同じような傾向を示し、どちらも診察室の面積が平均以下であった（図 9）。

#### v 隔離室と個室

隔離室は精神科における救急・急性期治療に欠かせない設備で、異常行動、精神運動興奮、幻覚妄想などの精神病症状への対応機能として、治療の安全性や保護の観点から重要な役割を有す。今回の調査において、精神科救急ケースのために使用しないしは準備されている隔離室の総数は 4063 室であり、1 病院あたりに均すと 5.7 であった（表 2）。

個室は、急性期の回復過程に大きな意義を持ち、対象を単一の病棟のみで受け入れている医療施設に限り、病棟全体の病床数に占める個室の割合として評価した。その結果、全国の救急ケースを受け入れる病床のうち個室が占める割合は 16.2%であった。同じく隔離室は 9.9%であった。

#### ⑤ 基本機能項目ピアレビュー（図 12）

この機能評価法は、平成 19 年度事業において、検討会であらためて抽出した 5 領域 23 の基本的な項目のうち、プロセスに関する重要な 10 項目を抜粋したものである (表 5)。平成 19 年度には、自治体と精神科救急医療機関の相互レビューの形式をとり、そのギャップや一致を見ることで、機能性や課題を検討することが可能であった。今回は対象を精神科救急医療機関全般に広げたことにより、医療施設の設立母体や、病院タイプ、役割別に評価の差違をみて、システム全体の機能性や課題を検討する。

全体の評価について、「全くそう思わない」を 1 点とし、「あまりそう思わない」2 点、以後「そう思う」5 点まで、評価が上がるごとに 1 点加点とし、項目ごとの平均点を算出すると、

- i 精神科救急情報センターとの連携の円滑さ (3. 21)
- ii 救急医療圏の設定の適切性 (3. 19)
- iii 救急ケースのトリアージの適切性 (3. 07)
- iv かかりつけ医のあるケースの対応の適切性 (2. 93)
- v 医療機関のカバー体制 (2. 81)
- vi 身体合併症対応 (3. 07)
- vii 違法性薬物ケースの対応 (2. 76)
- viii 触法ケースの対応 (2. 83)
- ix 後方転送の円滑さ (2. 86)
- x システム連絡調整委員会の運営 (2. 96)

であった (図 12)。vi の身体合併症対応では二峰性の分布を示し、地域や施設によって意見が大きく二分された (図 12)。この全体評価は、設立母体では法人立 (図 13)、病院タイプでは vi 身体合併症対応を除く単科精神科病院 (図 14)、役割では病院群輪番施設 (図 15) といった数の多い一群の意見を大きく反映していた。

設立母体別では、国立・自治体立とも全般に平均より高めの評価を示し、国立では後方転送 (ix)、自治体立ではかかりつけケースの対応 (iv) とシステム調整委員会運営 (x) で平均以下の評価であった。一方大学病院は特異な分布を示し、情報センター連携 (i) と合併症対応 (vi) が高評価

で、かかりつけケース対応 (iv)、カバー体制 (v)、違法性薬物ケース対応 (vii)、触法ケース対応 (viii)、後方転送 (ix) で低い評価であった (図 13)。

病院タイプ別では、総合的な一般病院の評価が全体に平均よりも高く機能的であることを示し、特に合併症対応 (vi) は十分なレベルで対応できているという結果であった。逆に単科精神科病院は施設数の多さで意見の 8 割を占めるにもかかわらず、合併症対応 (vi) の項目のみ平均からの差違を示し、この機能について大きく問題を残すことが考えられる。少数科を有す一般病院は、情報センター連携 (i)、システム調整委員会運営 (x) の低評価ほか、トリアージ (iii)、カバー体制 (v) でも平均よりやや低めの評価がみられ、中間的な機能であることから、期待されるカバー領域と病院機能のギャップなどが推定される (図 14)。

最後に病院の役割別に評価分布を検討したが、「役割」の項目は複数回答であるため、意見が重複していることに注意が必要である (例：外来対応施設と常時対応施設の役割を同時に担っている施設の意見は、両方のデータに反映される)。「常時対応施設」は、情報センター連携 (i)、かかりつけケース対応 (iv)、後方転送 (ix)、システム調整委員会運営 (x) を除き平均より評価が高目で、機能的だが外部連携にやや課題を残す。また「合併症対応施設」は総合的な一般病院の評価と類似し、合併症対応 (vi) の高評価を含め全般に平均以上との意見分布であった。一方「支援病院」は、合併症対応 (vi)、違法性薬物ケース対応 (vii)、触法ケース対応 (viii) といった専門的対応を要求されるケースでの困難さを示し、後方転送 (ix) を平均よりも高く評価している (図 13)。

## 2. PQ データベースの開発

データベースの基本的な考え方は、ケースデータを蓄積して解析することにより得られる何らかの情報や指標が、業務にフィードバックされ有効活用されるという前提である。このため、データベースの最終プ

ロダクトにおいては、特定の有用指標（クオリティインディケータ、以下 QI とする）を算出するために、必要最小限のデータを収集するような設計が求められ、QI に反映されないデータは作業効率としても患者情報の重大性としても収集されるべきではない。また、本データベースの目的が多施設間評価を可能にし、組織的な振り返りをするものであることから、どのような医療施設でも共通となる基本的な項目を設定することが重要であると考えられた。さらに、診療データを入力し登録する作業に伴う業務負担、煩雑さ増大への対策として、職種別の入力画面による診療チームとしての入力方式の採用と、いくつかの付加機能（診療報酬基準を評価する機能、行動制限管理ソフト<sup>12)</sup>との連動、電子カルテなど既存の診療支援ソフトとの互換など）を考慮した。診療チームによる入力方式は、チームメンバーが協力することや、メンバーが同じ指標を共有して目標設定や方針立案できる点から、チーム力強化といったプラスの効果も想定した。なお将来データを登録し、中央集約的に解析を行なってフィードバックする機能を想定した場合に課題となるセキュリティ面の対策は、今後の設計段階において情報工学的に対策が行なわれることを基本とし、今回の入出力情報設定の設計段階では、情報を匿名化することで最大限配慮することとした。

実際の項目設定においては、一部地域（静岡県）で既に実用されているペーパーベースの精神科救急介入ケースシートを基本的な雛形として参照した。同ケースシートで採用されている項目を中心に、臨床的に意義が高いと考えられる項目を検討会において審議・検討し、候補項目を抽出した。候補となる項目の抽出過程においては、職種別の入力形式を考慮し、医師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士といったそれぞれの専門職種の意見を交えて検討した。続いて、抽出された項目から得られる指標（QI）を決定した。ひとつの項目からいくつかの QI が算出されるが（例：入院形態項目からは、措置入院数（率）、非自発入院数（率）、任意入院数（率）…等が算出される）、精神

科救急医療の機能をよく反映するかどうかを重視して QI を決定した。QI の設定ができない項目については、臨床上重要であっても項目からなるべく外す方針とし、入力負担の軽減に努めた。

こうして最終的に確定した入力項目と下位項目、選択肢と QI について、一覧にまとめたものを資料 3 に示す。全項目数は 48、QI 数は 45 である。データベース完成時の入力画面を想定し、全体を職種別、入棟／退棟の別で 10 のセクションに分ける構造とした。各セクションは、

1. 入棟時・クラーク（9 項目、7QI）
  2. 入棟時・クラーク<医師よりの情報提供>（9 項目、9QI）
  3. 隔離拘束中・看護師（2 項目、2QI）
  4. 退棟時・クラーク（4 項目、3QI）
  5. 退棟時・クラーク<医師よりの情報提供>（5 項目、5QI）
  6. 退棟後・薬剤師（3 項目、3QI）
  7. 退棟時・作業療法士（1 項目、1QI）
  8. 退棟時・訪問看護師（1 項目、1QI）
  9. 入棟時・精神保健福祉士（9 項目、9QI）
  10. 退棟時・精神保健福祉士（5 項目、5QI）
- とし、それぞれの職種がそれぞれの業務の中でタイミングを調整しながら入力する形式を想定している。一方出力である QI を一覧表示したものを資料 4 に示す。本シートは実際にデータベースに入力した場合に最終的なアウトカムとなるものに相当する。

## 考察

本事業の直接的な目的は、精神科救急医療に求められる機能を明確化し、客観的に評価する手法を確立して精神科救急医療の質的強化を図ることである。その結果は、地域ケアを推進し、精神障害者の自律と社会参加の促進に寄与できる体制を整えることにつながる。この目的を果たすためには、精神科救急医療に本来求められる機能要素を専門医学的観点から論理的に抽出してリストアップし、理想的な体制を想定することだけでなく、精神科救急医療を実際に担っている現存の地域介入体制や精神科救急医療資源についての実情を把握して、両者を照らし合わせ、現時点および将来的に最

も効率的となるよう基準設定することが必要である。またこうした基準の設定が精神科救急医療の本質的な質的強化や向上に結びつくためには、基準を元にした継続的な評価による質的な管理が求められるため、機能評価の手法にはそのような側面を盛り込む必要がある。これらの観点から、本事業においては、精神科救急医療の実態調査と基準設定、質的管理の手法開発を主な事業内容としている。

### 1. 調査研究事業について

昨平成 19 年度には、地域介入体制と医療資源を対象に、平成 15 度に示した本学会ガイドラインを評価軸として、都道府県行政と精神科救急特化型の専門医療施設において調査を実施した。また本平成 20 年度にはそれを精神科救急医療施設全般にまで広げて実態把握を行なった。これにより、現時点におけるわが国の精神科救急医療の機能面における全体像の概略が把握された。冒頭に述べたように、医療機能はストラクチャー、プロセス、アウトカムの 3 要素で構成され<sup>9)</sup>、これらがすなわち機能評価の基本項目となる。このうち調査事業によって明らかになるのは、ストラクチャーとプロセスが主である。

調査で明らかになった医療資源の概要として、精神科救急医療を担う施設は全精神科医療施設の約半数 (52.7%) であり、その構成の内訳としては、設立母体では法人立が、病院タイプでは単科精神科施設が、役割では「病院群輪番施設」がそれぞれ約 80% を占め、これらは互いに関連していた。つまり、精神科救急医療施設を機能的な側面で見ると、大多数の輪番としてシステムに参加している法人立の単科精神科病院と、その他は少数の特定機能を持った施設という大きな 2 つのカテゴリに大別されることが判明した。またこのことから、現行の地域介入システムの多くが輪番制によって体制整備されていることが推測されるが、事実、平成 19 年度事業において、全国 40 自治体から回答を得た調査結果によれば、87.5% の自治体で輪番制 (基幹病院との混合体制を含む) を採用していた。その他の医療機能としては、「外来対応施設」や後方

転送を受け入れる「支援病院」といったサポート的な役割が存在するが、こうした機能は医療施設がそれに特化しているというより、他の役割も兼ねていることが多かった (「外来対応施設」のうち、そのみが役割である割合は 7.3%、同じく「支援病院」は 36.5%)。特定機能としては、①当番日を決めずに常時受け入れ態勢を整え、精神科救急患者の即時介入に専門特化した施設、②システムのバックアップとして最終的な受け入れを保証する施設、③特定の専門医学的介入が必要なケースを受け入れる施設の 3 つに大別され、いずれも高次対応を行なう機能を備えた高度医療施設と認識することが可能である。

精神科救急医療機関の役割については、これまで基幹病院、後方支援病院、当番病院…などの呼称が各地で独自に使用され、ローカルルール適用が多く見られた。平成 20 年に厚生労働省は精神科救急医療施設を新たに分類しなおしたが、その分類の「常時対応施設」は上記①に、「合併症対応施設」は③に相当する。②については名称が無いが、①や国公立施設、あるいは地域の総合的な一般病院がその機能を兼ねることも多く、従来の「基幹病院」は①や②の機能を持つ場合に呼称されていた。③については身体合併症対応のほか触法事例や規制薬物関連事例なども含まれるが、前者は医療観察法によって対応が整備されつつあり、後者は一般の精神科救急医療施設での介入後に専門医療施設へ医療連携されることが多い。

「常時対応施設」や上記②に相当する施設は地域介入体制の中心的な役割であるため、国公立施設の関与が重要と考えられ、今回の本調査でも「常時対応施設」では他の役割に比べ国立や自治体立が分担する割合が高かった。また情報センターを併設するのは 20 施設であったが、そのうちの 75% にあたる 15 施設が国公立であった。しかし一方で「常時対応施設」の半数は法人立で占められている。地域をカバーすることやアクセスを向上させるために高い機能を有する既存の法人立資源が有効活用されることは合理的といえる。平成 16 年の平田の試

算によれば、「基幹的な病院」の理想的な配置数は人口 100 万人に 20 床とされ、わが国の人口規模である約 1.28 億人（平成 17 年 10 月）から必要病床数を逆算すると 2560 となる。したがって「常時対応施設」がそれぞれ 24.4 床ずつの病床を持てば数字の上では充足していることになり、一般に病棟あたりの病床数はそれを上回るが、実際には医療施設が偏在などから、必ずしも現実に沿った整備ではない可能性も考慮すべきである。また結果の項で述べたように、「基幹的な病院」と「常時対応施設」は別なものと認識されている可能性、さらに後述するように、すべての「常時対応施設」が、診療報酬基準など体制面で十分な水準でない可能性も存在する。

もうひとつの高次対応である「合併症対応施設」は、当然ながら総合的な一般病院で構成され、公立の施設や大学病院の関与が多かった。このような機能を備えた医療施設は、予備調査の結果では現在全国に 95 施設あることになり、本調査で回答があったのは 57 施設であった。これに関連した調査結果として、診療報酬の新基準である精神科救急・合併症入院料を取得しているのは 2 施設、また救命センターを併設している施設は 27 施設であった。この体制が適正であるかどうかについては、施設数のみでは判定できず、それぞれの地域介入体制ごとに配置や連携体制を評価することや、同時にプロセスやアウトカムについての評価を行うことが必要と考えられる。

ストラクチャーにおける違いは、スタッフ構成、検査体制、診療設備などの多くの下位項目においても大きくあらわれていた。人員では、大学病院や総合的な一般病院ではコメディカル数が明らかに少なく、非指定医が多めであった。理由には医師の教育研修機能を有すこと、病院全体の機能の違い、コメディカルに対する認識の違いなどの影響が考えられ、精神科救急医療で重要となる社会的な評価が不十分なまま、社会的調整業務を若手の医師がせざるを得ない実情が推測され、課題のひとつといえそうである。逆に検査体制や設備の面では、法人立や単科精神科病院の平均的な設備は

不十分といわざるを得ない。設備のうち個室については、単一の病棟のみで受け入れている医療施設に限って評価し、個室率は全体で 16.2%であった。個室は精神疾患の急性期からの回復過程において、回復段階に応じたケアを実現するために重要な意義を持つ設備であることが知られ、病棟の半数が個室で占められることは精神科救急入院料の認可条件にもなっている。したがって、指標として意義を持つのは、病棟全体の病床数に占める個室の割合であるが、現状の設備は精神科急性期医療に十分であると必ずしもいえない結果であった。

医療施設の役割や求められる機能に伴う違いは診療報酬基準にもあらわれている。結果の項で述べたように、診療報酬区分において、救急・急性期に対応する機能をもつ病棟は 3 割前後であった。しかも、本来精神科救急医療施設に求められる水準である精神科救急入院料を認可された医療施設は、6.2%（合併症対応含む）で、先の「常時対応施設」の割合を大きく下回っている。他方、精神一般は 533 施設（同 75.1%）と最も多く、現在の精神科救急ケースを受け入れている病棟の全国的な平均がここにあることを示す。

さらに、病院機能の 2 極化は、プロセスの評価においても観察された。ピアレビューによる 10 項目のプロセス評価項目のうち、合併症対応は意見が二峰性であり、設立母体、病院タイプ、役割の各々の下位分類でそれぞれ特徴的な評価パターンを示した。すなわち国公立施設や「常時対応施設」は、平均よりも全般的な高機能の評価傾向を示した。一方同じく高次対応機能を持つ総合的な一般病院や「合併症対応施設」は、合併症対応の突出ほか高評価項目が多めで、違法性薬物対応や触法対応では平均的という評価パターンを示した。そして「病院群輪番施設」はほぼ平均的評価内容、少数科を有す一般病院と「支援病院」は全体的に低評価の傾向で、精神科救急という医療領域で機能的な課題を内包する可能性が考えられた。大学病院は項目によって評価が極端に上下する特異なパターンを示し、機能的な特殊性が考えられる。

以上のように精神科救急医療施設は機能的にいくつかのカテゴリに分類され、それぞれが明確で共通な課題を示している。精神科救急医療の機能評価という意義において、地域介入体制に対しては、総論的な課題として、地域に発生した精神障害者の危機状況への即時介入について体制を整えているか(ストラクチャー)、適切な介入の実施であるか(プロセス)、良好な結果につながっているか(アウトカム)について評価することが求められる。一方各論的な課題である医療施設の機能評価基準については、施設特性に応じいくつかのカテゴリごとに基準を定め、それぞれ求められる役割に応じた体制整備とパフォーマンスの実現によって、機能の3要素をカバーするというレギュレーションが質の維持に重要であると考えられる。これまで本稿ではこの分類を平成20年に厚労省が新たに分類した方法に沿って議論を進めているが、今回の調査結果からもこうした分類は大きく外れてはおらず、これに沿って機能評価基準を設定することは比較的事実的と考えられる。その際それぞれの役割に求められる基準や水準の設定については、これまでの調査結果や考察から、概略として次のように設定されることが妥当と考えられる。

- 常時対応施設は適切な医療圏規模において病院群の中に最低1ヶ所は設置されるべきである。診療報酬区分における精神科救急入院料の基準を軸として体制整備し、それに沿ったアウトカムを実現することが望ましい。
- 合併症対応施設は適切な医療圏規模において最低1ヶ所、総合的な一般病院に設置されるべきである。精神科身体合併症の診療機能を有していれば、専門病棟かリエゾン対応かなどの診療形態は問わず、精神科の他の領域における診療機能についても詳細を問わないが、医療連携を円滑におこなうための専門のソーシャルワーカーを配置した連携部門を有すべきである。
- 上記2つは特定機能施設として位置づけられ、地域介入体制において最終的な受け入れを保証するバックアップ機能を兼ねることが望ましいが、さらに別の施設がこ

の役割を担当して地域介入体制として整備を確保することでもよい。大学病院などの特殊な機能を有す施設がこの役割に参加することも有益と考えられる。

- 病院群輪番施設は、当該地域の精神科救急医療体制整備事業の調整によって、定められた輪番の取り決めに従い、一般的な患者受け入れの役割を担う。受け入れ部門は診療報酬区分における精神科急性期治療病棟の基準を軸として体制整備されることが望ましいが、救急患者受け入れが発生する当番日には少なくとも、相応の診療体制を整えるべきである。

- 外来対応施設や支援病院は、地域特性や病院群の構成や条件などによって必要な場合に地域介入体制の中に整備される。精神科救急医療体制整備事業によって調整され、与えられた役割を担い、それに必要な診療体制を整えるべきである。

- 地域介入体制の全体において、役割を有する医療資源は特定の臨床指標を共有し、共通の目標に向って質的に維持されるべきである。そのためには各医療施設において共通な臨床指標が測定される必要がある。

以上の議論をふまえ、次の段階として医療施設の役割に応じた具体的な機能評価基準を確定していく作業が今後必要となる。本学会では本事業の結果を含めた種々の専門医学的知見をもとに、学会ガイドラインの改訂を次年度中に目指しているが、機能評価基準の確定のためには、まず精神科救急医療の概念や技術面を含めた総合的な標準を示すガイドラインを示し、これを根拠として求められる役割ごとに機能的な要求水準を設定して評価基準を確定し、精神科救急医療の実効的な質的強化に結びつくような評価手法を確立することが求められる。

## 2. データベースの開発

本事業におけるもうひとつの取り組みは、医療の質を継続的に管理する近代的手法を精神科救急医療に適用させることを検討し、アウトカムに関する指標を含む介入ケースごとのデータベース構築を試みたことである。わが国の精神保健福祉領域において、ある時点における横断的調査や、ある期間

における特定臨床指標の変化といった単純な医療統計でなく、介入プロセスとそれに伴う臨床指標群の質的な変動や効果を検討するような評価を、継続的に全国規模で行う取り組みについては、これまでに全く実施されていない。本来の意味で医療機能を評価しそこから実質的な効果につなげる仕組みを構築するにあたっては、臨床介入のパフォーマンス測定が必要と考えられ、単に構造や体制だけを評価することでは質的な向上に結びつきにくい。

今回このような考えのもとに、臨床の質的管理を可能にするデータベース構築のための設計段階の予備的な取り組みを行なった。最終プロダクトであるデータベースそのものは現時点で存在しないため、今回は想定される効果や課題についての考察となる。データベースの導入による効果として先ずあげられるのは、各医療施設が臨床指標をそれぞれ自施設の Quality Assurance に活用できることである。さらに、複数の医療施設が本データベースを導入した場合には、医療施設同士でのデータフォーマットが共通となり、将来的に各医療施設がデータセンターにデータを登録して中央集約的に解析を行うことが実現できれば、その結果を各医療機関にフィードバックして、更なる質向上のための資料とすることも理論上は考えられる。さらに付加的な機能として、本データベースが診療の質的データを収集・解析する特徴から、入力された現在の診療パフォーマンスが精神科救急入院料の算定基準に合致しているかどうかを判定するためのツールとして、あるいは行動制限最小化のためのツールとして、またはデータ活用による学術利用としても有用性が期待され、機能の発展性に特徴を有することが考えられる。

一方課題としては以下のようなものが考えられる。まずこのような仕組みで必ず課題になる事項として入力に伴う労力負担が考えられる。今回のデータベースでは、入力情報を入力タイミングと職種ごとで分類し、医療事務職を活用するなど多職種チームとしての入力方式を採用した。これによって入力負担に対応するとともに、共通の指標

を持つことでの意識共有といったチーム強化のツールとしての効果も期待したい。また、入力情報を診療情報としても活用するためには、既存の電子カルテシステムなどの互換性が課題となるが、これについては今後技術的な設計段階で検討される事項と考えられる。最後にこのような仕組みについて、精神科救急医療施設の理解を得て円滑な導入が実現するかどうかという課題が考慮される。このためには、ある程度こうした質的振り返りについて精神科救急医療体制全体として認識を向上させる必要性があるが、それとともに医療資源にとって中心的な仕事である診療のために役に立つ支援的なツールとして魅力があるかどうかといった点も重要であり、今後の設計段階において、こうした部分にも着目して開発を進める必要があると思われる。

## まとめ

精神科救急医療に求められる機能を明確化し、それを評価する手法を確立するため、従来の学会ガイドラインを軸とした実態調査を行い、全国的な現況を把握するとともに、診療のパフォーマンスやアウトカムを測定し医療の質を管理するデータベースの開発のための予備的な取り組みを行なった。機能のストラクチャーとプロセスについて、評価基準は地域介入体制を対象とした総論部分と、医療施設を対象とした各論部分に分けられる。多様性や不均一性が想定された精神科救急医療施設の現実態は、調査の結果機能的に2極化することが判明し、これらを実評価するための基準は厚生労働省の要項によって類型化された役割ごとに基準設定することが実質的と考えられた。またアウトカムについての評価が同時に必要であり、今後上記のデータベースの開発と導入による質的管理が有用と考えられる。こうした地域介入体制や医療資源の均質化や質的強化は、地域ケアを促進し、精神障害者が安心して暮らせる社会作りを実現し、自立と社会参加の促進に貢献できる可能性がある。

## 参考文献

1. 平田豊明, 恵紙英昭, 川畑俊貴, 小沼杏坪, 佐藤茂樹, 杉山直也, 武井満, 八田耕太郎, 藤村尚宏, 吉住昭. 精神科急性病棟の現状と今後の機能および配置等に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金, 障害保健福祉総合研究事業, 精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究, 平成 16 年度総括・分担研究報告書, 2005
2. 平田豊明, 市江亮一, 岩成秀夫, 小沼杏坪, 澤温, 杉山直也, 中島豊爾, 八田耕太郎, 藤井康男, 武藤岳夫, 吉住昭. 精神科救急病棟の運用実態に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金, 障害保健福祉総合研究事業, 精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究, 平成 17 年度総括・分担研究報告書, 2006
3. 平田豊明, 川畑俊貴, 澤温, 白石弘巳, 杉山直也, 中島豊爾, 八田耕太郎. 精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究. 平成 19 年度厚生労働科学研究補助金, こころの健康科学研究事業, 精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究, 平成 19 年度総括・分担研究報告書, 13-70, 2007
4. 平田豊明, 川畑俊貴, 澤温, 白石弘巳, 杉山直也, 中島豊爾, 八田幸太郎. 精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究. 平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金. こころの健康科学研究事業. 平成 19 年度分担研究報告書, 2008
5. 日本精神科救急学会: 精神科救急医療施設の機能評価項目設定および既存施設の機能評価. 平成 19 年度障害者保健福祉推進事業の調査研究事業報告書, 2008
6. 杉山直也, 平田豊明, 川畑俊貴, 鴻巣泰治, 佐藤雅美, 白石弘己, 中島豊爾, 八田耕太郎, 澤温: 精神科救急医療の機能評価その 1. 行政・医療機関による精神科救急機能のピアレビュー調査. 第 16 回日本精神科救急学会, 京都, 2008, 10
7. 杉山直也, 平田豊明, 川畑俊貴, 鴻巣泰治, 佐藤雅美, 白石弘己, 中島豊爾, 八田耕太郎, 澤温: 精神科救急医療の機能評価その 2 学会ガイドライン項目による精神科救急医療機関のセルフレビュー調査. 第 16 回日本精神科救急学会, 京都, 2008, 10
8. 杉山直也, 平田豊明, 澤温: 非自発的治療の標準化—精神科救急医療の機能評価の観点から—. 日本精神科病院協会雑誌, 28, 55-62, 2009
9. 伊藤弘人: 精神科医療の質とその向上. J. Natl. Inst. Public Health, 53, 21-25, 2004
10. 精神科救急学会. 精神科救急ガイドライン, 2003
11. 平成 19 年医療施設(動態)調査・病報告の概況厚生労働省大臣官房統計情報部. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/07/index.html>
12. 野田寿恵, 山下典生, 杉山直也, 川畑俊貴, 平田豊明, 澤温, 伊藤弘人: 行動制限最適化データベースソフトの開発 - Coercive measure Database Optimizing eCODO (イーコード) - 第 16 回日本精神科救急学会, 京都, 2008, 10



表 1. 調査事業における予備調査の結果

精神科救急医療事業における精神科病院協会との関係性		
委託し要綱への記載がある	21	
依頼し、要綱への明記はない	5	
関与し協力的	8	
関与なし	5	
その他	9	
精神科救急医療機関の役割別医療機関数(割合)		
基幹的な病院	49	(4.2%)
輪番病院	943	(81.3%)
後方支援病院	295	(25.4%)
合併症対応病院	95	(8.2%)
その他	105	(9.1%)

表 2

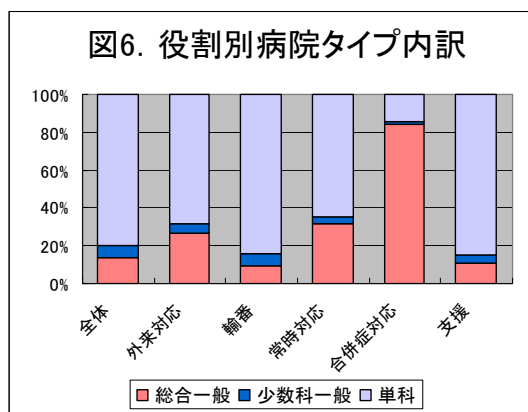
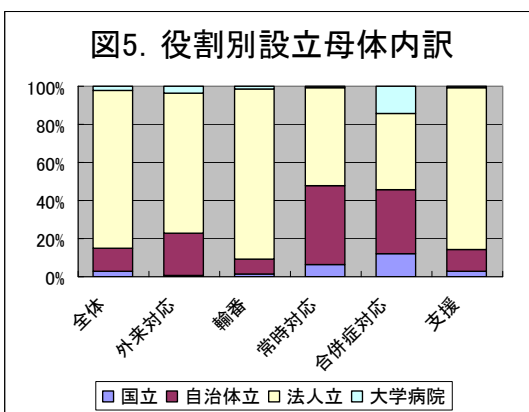
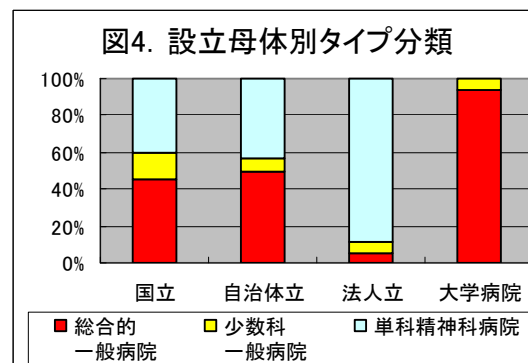
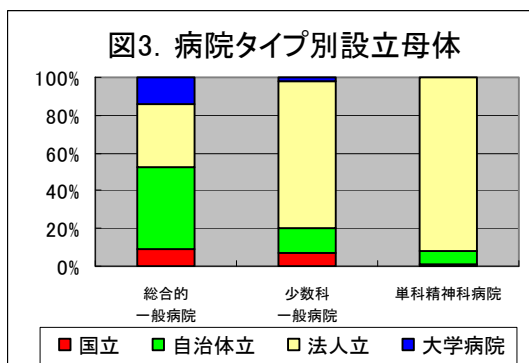
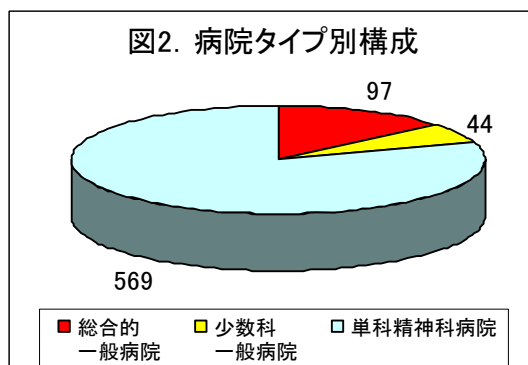
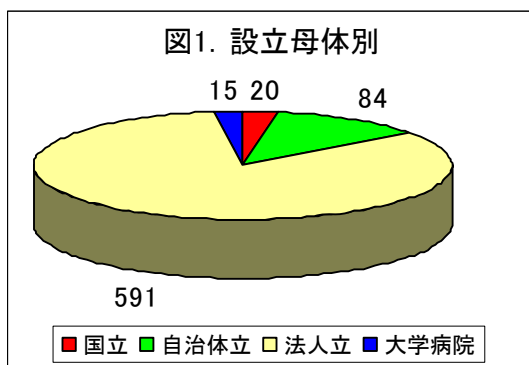
精神科救急医療を担当する医療機関へのアンケート 結果									
	合計	国立	自治体立	法人立	大学病院	総合的 一般病院	少数科 一般病院	単科精神 科病院	
1. 貴院の概略についてお答え下さい。									
1) 設立母体									
<input type="checkbox"/> 国立(独立行政法人国立病院機構を含む)	20	2.8%	20			9	3	8	
<input type="checkbox"/> 自治体立(地方独立行政法人を含む)	84	11.8%		84		42	6	36	
<input type="checkbox"/> 法人立	591	83.2%			591	32	34	525	
<input type="checkbox"/> 大学病院(国公立・民間立を問わず)	15	2.1%			15	14	1	0	
2) 病院タイプと標榜科									
<input type="checkbox"/> 総合的な一般病院	97	13.7%	9	42	32	14	97		
<input type="checkbox"/> 少数科を有する一般病院	44	6.2%	3	6	34	1	44		
<input type="checkbox"/> 単科精神科病院	569	80.1%	8	36	525	0		569	
3) 病床数									
精神科	166920	235.1	3445	14082	148450	943	9702	9860	147358
全病床	222405	313.2	10397	30414	167437	14157	57608	13672	151125
4) 精神科病床内訳									
閉鎖	105695	148.9	2346	9564	93076	709	6542	6421	92732
開放	60149	84.7	1099	4518	54298	234	3160	3439	53550
5) 精神科医師数等(常勤換算)									
指定医	3558	5.0	123.7	390.3	2914.6	129.3	383.6	198.5	2975.8
非指定医	1928	2.7	116.1	210.8	1452.4	146.6	326.3	111.3	1488.2
ソーシャルワーカー	3374	4.8	65.0	251.1	3023.0	35.0	213.5	225.0	2935.6
6) 併設施設(複数可・関連法人運営施設も可)									
<input type="checkbox"/> 入所型社会復帰施設	236	33.2%	0	2	233	1	6	16	214
<input type="checkbox"/> 通所型社会復帰施設	94	13.2%	0	1	92	1	6	4	84
<input type="checkbox"/> 精神科デイ/ナイト/デイトケア/ショートケアのいずれか	531	74.8%	11	59	457	4	45	36	450
<input type="checkbox"/> 精神科救急情報センター(併設に限る)	20	2.8%	1	14	4	1	3	0	17
<input type="checkbox"/> 救命救急センター(併設に限る)	27	3.8%	1	11	9	6	27	0	0
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	142	20.0%	2	7	132	1	22	11	109
<input type="checkbox"/> 精神科診療所	110	15.5%	1	0	109	0	6	3	101
7) 昨年度(平成19年度)の精神科救急医療体制整備事業(以下「精神科救急事業」と略記)の受け入れ患者数をお答えください。									
新規入院 例	17063	24.0	502	6046	10073	442	2928	1294	12841
後方転送受け入れ 例	1987	2.8	140	391	1375	81	159	59	1769
2. 貴院が運営する精神科救急事業についてお答え下さい。									
1) 精神科救急事業における貴院の役割は次のうちどれですか?(複数可)									
<input type="checkbox"/> 外来対応施設(外来診療によって一次救急を担当する医療機関)	110	15.5%	1	24	81	4	29	6	75
<input type="checkbox"/> 病院群輪番施設(当日に救急患者の入院診療に必需する医療機関)	571	80.4%	10	45	507	9	52	38	481
<input type="checkbox"/> 常時対応施設(24時間365日体制で入院診療に必需する医療機関)	105	14.8%	7	43	54	1	33	4	68
<input type="checkbox"/> 身体合併症対応施設(常時対応施設のうち、身体合併症診療に必需する医療機関)	57	8.0%	7	19	23	8	48	1	8
<input type="checkbox"/> 支援病院(後方転送の受け入れによって支援する医療機関)	104	14.6%	3	12	88	1	11	5	88
2) 精神科救急患者を受け入れる病棟のタイプは?(複数可)									
<input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料病棟	2	0.3%	0	0	2	0	2	0	0
<input type="checkbox"/> 精神科救急入院料病棟	42	5.9%	1	18	23	0	7	1	34
<input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟	174	24.5%	6	17	148	3	11	8	155
<input type="checkbox"/> 精神一般病棟	533	75.1%	16	67	437	13	81	36	416
<input type="checkbox"/> 精神療養病棟	152	21.4%	0	3	149	0	3	13	136
<input type="checkbox"/> 認知症病棟	83	11.7%	1	2	80	0	4	6	73
<input type="checkbox"/> その他	8	1.1%	1	2	4	1	3	0	5
3) 精神科救急診療のための設備は?(複数可)									
<input type="checkbox"/> 専用の部屋がある	175	24.6%	7	35	127	6	22	12	141
<input type="checkbox"/> 診察デスク1、椅子3、ベッド1が入る面積がある	483	68.0%	12	67	396	8	59	28	396
<input type="checkbox"/> 酸素や吸引の配管設備がある	286	40.3%	13	54	210	9	68	18	200
<input type="checkbox"/> 救急カートが常設されている	323	45.5%	14	67	232	10	72	18	233
4) 休日・夜間でも可能な検査設備は?(複数可)									
<input type="checkbox"/> 血算・生化学的検査	254	35.8%	14	64	162	14	94	17	143
<input type="checkbox"/> レントゲン単純撮影	334	47.0%	15	59	246	14	94	23	217
<input type="checkbox"/> CTスキャン	237	33.4%	15	57	151	14	92	20	125
<input type="checkbox"/> 動脈血ガス分析	177	24.9%	11	56	96	14	89	15	73
<input type="checkbox"/> 精神作用物質のスクリーニング	66	9.3%	6	28	23	9	35	3	28
5) 身体科専門医の関与が必要な身体合併症の対応は?(1つのみ)									
<input type="checkbox"/> ほば院内で対応できる	143	20.3%	10	44	75	13	93	12	37
<input type="checkbox"/> 近隣の一般科病院と連携している	332	47.0%	8	17	307	0	1	10	321
<input type="checkbox"/> 近隣の救命センターと連携している	49	6.9%	0	6	39	0	0	3	42
<input type="checkbox"/> そのつど病院を探す	168	23.8%	2	16	150	0	0	16	152
<input type="checkbox"/> その他	14	2.0%	0	1	12	1	0	3	11
6) 主な受け入れ病棟の病床数は?									
全病床数	75333	106.1	1222	7094	66351	666	5650	4326	65357
隔離室	4063	5.7	96	550	3356	61	304	278	3481
一般的な個室	7290	10.3	177	949	6109	55	491	324	6475

表 3

設立母体別 まとめ										
	合計	国立	自治体立	法人立	大学病院					
1. 貴院の概略についてお答え下さい。										
1) 設立母体										
%										
<input type="checkbox"/> 国立(独立行政法人国立病院機構を含む)	20	2.8%	20							
<input type="checkbox"/> 自治体立(地方独立行政法人を含む)	84	11.8%		84						
<input type="checkbox"/> 法人立	591	83.2%			591					
<input type="checkbox"/> 大学病院(国立・民間立を問わず)	15	2.1%							15	
2) 病院タイプと標榜科										
%										
<input type="checkbox"/> 総合的な一般病院	97	13.7%	9	45.0%	42	50.0%	32	5.4%	14	93.3%
<input type="checkbox"/> 少数科を有す一般病院	44	6.2%	3	15.0%	6	7.1%	34	5.8%	1	6.7%
<input type="checkbox"/> 単科精神科病院	569	80.1%	8	40.0%	36	42.9%	525	88.8%	0	0.0%
3) 病床数										
平均										
精神科	166920	235.1	3445	172.3	14082	167.6	148450	251.2	943	62.9
全病床	222405	313.2	10397	519.9	30414	362.1	167437	283.3	14157	943.8
4) 精神科病床内訳										
平均										
閉鎖	105695	148.9	2346	117.3	9564	113.9	93076	157.5	709	47.3
開放	80149	84.7	1099	55.0	4518	53.8	54298	91.9	234	15.6
5) 精神科医師数等(常勤換算)										
平均										
指定医	3558	5.0	123.7	6.2	390.3	4.6	2914.6	4.9	129.3	8.6
非指定医	1926	2.7	116.1	5.8	210.8	2.5	1452.4	2.5	146.6	9.8
ソーシャルワーカー	3374	4.8	65.0	3.3	251.1	3.0	3023.0	5.1	35.0	2.3
6) 併設施設(複数可・関連法人運営施設も可)										
<input type="checkbox"/> 入所型社会復帰施設	236		0		2		233		1	
<input type="checkbox"/> 通所型社会復帰施設	94		0		1		92		1	
<input type="checkbox"/> 精神科デイ/ナイト/デイナイトケア/ショートケアのいずれか	531		11		59		457		4	
<input type="checkbox"/> 精神科救急情報センター(併設に限る)	20		1		14		4		1	
<input type="checkbox"/> 救命救急センター(併設に限る)	27		1		11		9		6	
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	142		2		7		132		1	
<input type="checkbox"/> 精神科診療所	110		1		0		109		0	
7) 昨年度(平成19年度)の精神科救急医療体制整備事業(以下「精神科救急事業」と略記)の受け入れ患者数をお答え下さい。										
平均										
新規入院	17063	24.0	502	25.1	6046	72.0	10073	17.0	442	29.5
後方転送受け入れ	1987	2.8	140	7.0	391	4.7	1375	2.3	81	5.4
2. 貴院が運営する精神科救急事業についてお答え下さい。										
1) 精神科救急事業における貴院の役割は次のうちどれですか?(複数可)										
<input type="checkbox"/> 外来対応施設(外来診療によって一次救急を担当する医療機関)	110		1		24		81		4	
<input type="checkbox"/> 病院群輪番施設(当番日に救急患者の入院診療に必需する医療機関)	571		10		45		507		9	
<input type="checkbox"/> 常時対応施設(24時間365日体制で入院診療に必需する医療機関)	105		7		43		54		1	
<input type="checkbox"/> 身体合併症対応施設(常時対応施設のうち、身体合併症診療に必需する医療機関)	57		7		19		23		8	
<input type="checkbox"/> 支援病院(後方転送の受け入れによって支援する医療機関)	104		3		12		88		1	
2) 精神科救急患者を受け入れる病棟のタイプは?(複数可)										
<input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料病棟	2		0		0		2		0	
<input type="checkbox"/> 精神科救急入院料病棟	42		1		18		23		0	
<input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟	174		6		17		148		3	
<input type="checkbox"/> 精神一般病棟	533		16		67		437		13	
<input type="checkbox"/> 精神療養病棟	152		0		3		149		0	
<input type="checkbox"/> 認知症病棟	83		1		2		80		0	
<input type="checkbox"/> その他	8		1		2		4		1	
3) 精神科救急診療のための設備は?(複数可)										
整備率(%)										
<input type="checkbox"/> 専用の部屋がある	175	24.6%	7	35.0%	35	41.7%	127	21.5%	6	40.0%
<input type="checkbox"/> 診察デスク1、椅子3、ベッド1が入る面積がある	483	68.0%	12	60.0%	67	79.8%	396	67.0%	8	53.3%
<input type="checkbox"/> 酸素や吸引の配管設備がある	286	40.3%	13	65.0%	54	64.3%	210	35.5%	9	60.0%
<input type="checkbox"/> 救急カートが常設されている	323	45.5%	14	70.0%	67	79.8%	232	39.3%	10	66.7%
4) 休日・夜間でも可能な検査設備は?(複数可)										
整備率(%)										
<input type="checkbox"/> 血算・生化学的検査	254	35.8%	14	70.0%	64	76.2%	162	27.4%	14	93.3%
<input type="checkbox"/> レントゲン単純撮影	334	47.0%	15	75.0%	59	70.2%	246	41.6%	14	93.3%
<input type="checkbox"/> CTスキャン	237	33.4%	15	75.0%	57	67.9%	151	25.5%	14	93.3%
<input type="checkbox"/> 動脈血ガス分析	177	24.9%	11	55.0%	56	66.7%	96	16.2%	14	93.3%
<input type="checkbox"/> 精神作用物質のスクリーニング	66	9.3%	6	30.0%	28	33.3%	23	3.9%	9	60.0%
5) 身体科専門医の関与が必要な身体合併症の対応は?(1つのみ)										
%										
<input type="checkbox"/> ほほ院内で対応できる	143	20.3%	10	50.0%	44	52.4%	75	12.7%	13	86.7%
<input type="checkbox"/> 近隣の一般科病院と連携している	332	47.0%	8	40.0%	17	20.2%	307	51.9%	0	0.0%
<input type="checkbox"/> 近隣の救命センターと連携している	49	6.9%	0	0.0%	6	7.1%	39	6.6%	0	0.0%
<input type="checkbox"/> そのつと病院を探す	168	23.8%	2	10.0%	16	19.0%	150	25.4%	0	0.0%
<input type="checkbox"/> その他	14	2.0%	0	0.0%	1	1.2%	12	2.0%	1	6.7%
6) 主な受け入れ病棟の病床数は?										
平均										
全病床数	75333	106.1	1222	61.1	7094	84.5	66351	112.3	666	44.4
隔離室	4063	5.7	96	4.8	550	6.5	3356	5.7	61	4.1
一般的な個室	7290	10.3	177	8.9	949	11.3	6109	10.3	55	3.7

表 4

病院タイプ別 まとめ								
	合計	総合的 一般病院	少数科 一般病院	単科精神科病院				
1. 貴院の概略についてお答え下さい。								
1) 設立母体								
<input type="checkbox"/> 国立(独立行政法人国立病院機構を含む)	20	2.8%	9	9.3%	3	6.8%	8	1.4%
<input type="checkbox"/> 自治体立(地方独立行政法人を含む)	84	11.8%	42	43.3%	6	13.6%	36	6.3%
<input type="checkbox"/> 法人立	591	83.2%	32	33.0%	34	77.3%	525	92.3%
<input type="checkbox"/> 大学病院(国公立・民間立を問わず)	15	2.1%	14	14.4%	1	2.3%	0	0.0%
2) 病院タイプと標榜科								
<input type="checkbox"/> 総合的な一般病院	97	13.7%	97					
<input type="checkbox"/> 少数科を有す一般病院	44	6.2%			44			
<input type="checkbox"/> 単科精神科病院	569	80.1%					569	
3) 病床数								
精神科	166920	235.1	9702	100.0	9860	224.1	147358	259.0
全病床	222405	313.2	57608	593.9	13672	310.7	151125	265.6
4) 精神科病床内訳								
閉鎖	105695	148.9	6542	67.4	6421	145.9	92732	163.0
開放	60149	84.7	3160	32.6	3439	78.2	53550	94.1
5) 精神科医師数等(常勤換算)								
指定医	3558	5.0	383.6	4.0	198.5	4.5	2975.8	5.2
非指定医	1926	2.7	326.3	3.4	111.3	2.5	1488.2	2.6
ソーシャルワーカー	3374	4.8	213.5	2.2	225.0	5.1	2935.6	5.2
6) 併設施設(複数可・関連法人運営施設も可)								
<input type="checkbox"/> 入所型社会復帰施設	236		6		16		214	
<input type="checkbox"/> 通所型社会復帰施設	94		6		4		84	
<input type="checkbox"/> 精神科デイ/ナイト/デイナイトケア/ショートケアのいずれか	531		45		36		450	
<input type="checkbox"/> 精神科救急情報センター(併設に限る)	20		3		0		17	
<input type="checkbox"/> 救命救急センター(併設に限る)	27		27		0		0	
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	142		22		11		109	
<input type="checkbox"/> 精神科診療所	110		6		3		101	
7) 昨年度(平成19年度)の精神科救急医療体制整備事業(以下「精神科救急事業」と略記)の受け入れ患者数をお答えください。								
新規入院	17063	24.0	2928	30.2	1294	29.4	12841	22.6
後方転送受け入れ	1987	2.8	159	1.6	59	1.3	1769	3.1
2. 貴院が運営する精神科救急事業についてお答え下さい。								
1) 精神科救急事業における貴院の役割は次のうちどれですか?(複数可)								
<input type="checkbox"/> 外来対応施設(外来診療によって一次救急を担当する医療機関)	110		29		6		75	
<input type="checkbox"/> 病院群輪番施設(当番日に救急患者の入院診療に必需する医療機関)	571		52		38		481	
<input type="checkbox"/> 常時対応施設(24時間365日体制で入院診療に必需する医療機関)	105		33		4		68	
<input type="checkbox"/> 身体合併症対応施設(常時対応施設のうち、身体合併症診療に必需する医療機関)	57		48		1		8	
<input type="checkbox"/> 支援病院(後方転送の受け入れによって支援する医療機関)	104		11		5		88	
2) 精神科救急患者を受け入れる病棟のタイプは?(複数可)								
<input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院科病棟	2		2		0		0	
<input type="checkbox"/> 精神科救急入院科病棟	42		7		1		34	
<input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟	174		11		8		155	
<input type="checkbox"/> 精神一般病棟	533		81		36		416	
<input type="checkbox"/> 精神療養病棟	152		3		13		136	
<input type="checkbox"/> 認知症病棟	83		4		6		73	
<input type="checkbox"/> その他	8		3		0		5	
3) 精神科救急診療のための設備は?(複数可)								
<input type="checkbox"/> 専用の部屋がある	175	24.6%	22	22.7%	12	27.3%	141	24.6%
<input type="checkbox"/> 診察デスク1、椅子3、ベッド1が入る面積がある	483	68.0%	59	60.8%	28	63.6%	396	69.6%
<input type="checkbox"/> 酸素や吸引の配管設備がある	286	40.3%	68	70.1%	18	40.9%	200	35.1%
<input type="checkbox"/> 救急カートが常設されている	323	45.5%	72	74.2%	18	40.9%	233	40.9%
4) 休日・夜間でも可能な検査設備は?(複数可)								
<input type="checkbox"/> 血算・生化学的検査	254	35.8%	94	96.9%	17	38.6%	143	25.1%
<input type="checkbox"/> レントゲン単純撮影	334	47.0%	94	96.9%	23	52.3%	217	38.1%
<input type="checkbox"/> CTスキャン	237	33.4%	92	94.8%	20	45.5%	125	22.0%
<input type="checkbox"/> 動脈血ガス分析	177	24.9%	89	91.8%	15	34.1%	73	12.8%
<input type="checkbox"/> 精神作用物質のスクリーニング	66	9.3%	35	36.1%	3	6.8%	28	4.9%
5) 身体科専門医の関与が必要な身体合併症の対応は?(1つのみ)								
<input type="checkbox"/> ほぼ院内で対応できる	143	20.3%	93	95.9%	12	27.3%	37	6.5%
<input type="checkbox"/> 近隣の一般科病院と連携している	332	47.0%	1	1.0%	10	22.7%	321	56.4%
<input type="checkbox"/> 近隣の救命センターと連携している	49	6.9%	0	0.0%	3	6.8%	42	7.4%
<input type="checkbox"/> そのつど病院を探す	168	23.8%	0	0.0%	16	36.4%	152	26.7%
<input type="checkbox"/> その他	14	2.0%	0	0.0%	3	6.8%	11	1.9%
6) 主な受け入れ病棟の病床数は?								
全病床数	75333	106.1	5650	58.2	4326	98.3	65357	114.9
隔離室	4063	5.7	304	3.1	278	6.3	3481	6.1
一般的な個室	7290	10.3	491	5.1	324	7.4	6475	11.4



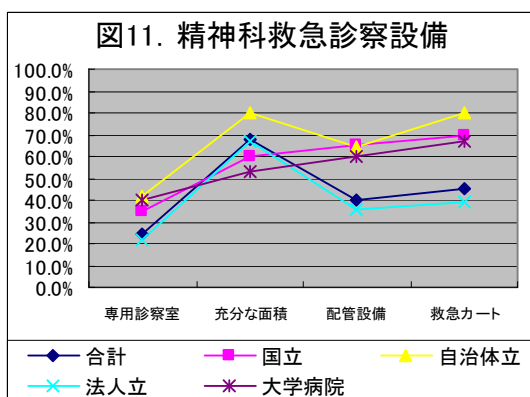
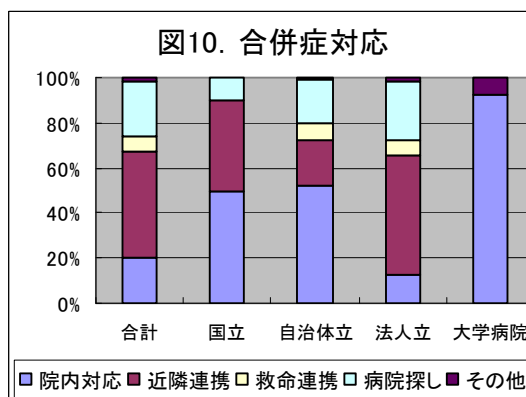
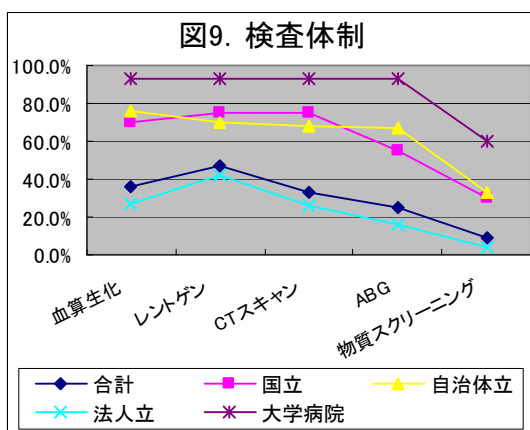
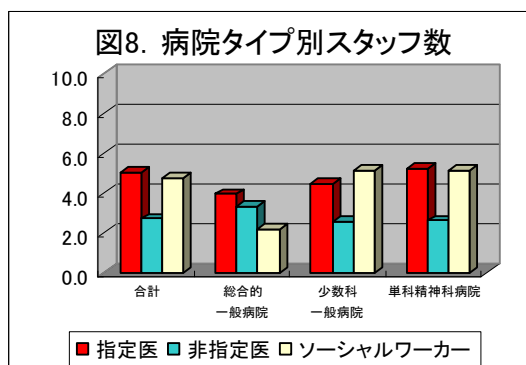
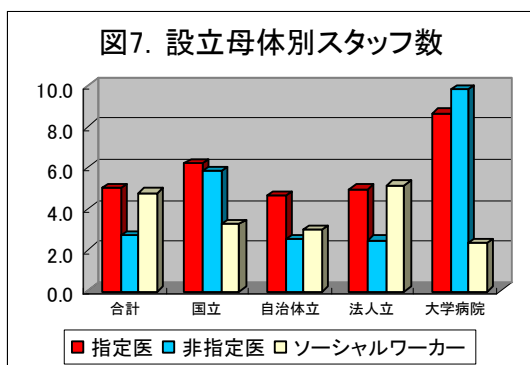
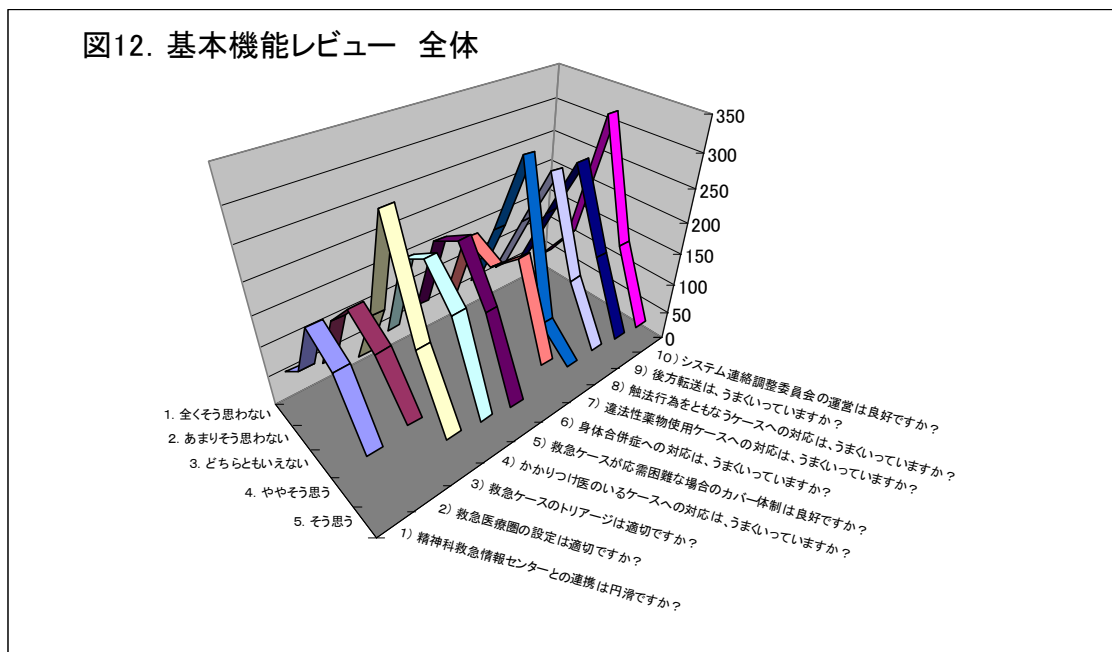


表 5. 基本機能レビュー質問内容

質問
1) 精神科救急情報センターとの連携は円滑ですか？
2) 救急医療圏の設定は適切ですか？
3) 救急ケースのトリアージは適切ですか？
4) かかりつけ医のいるケースへの対応は、うまくいっていますか？
5) 救急ケースが応需困難な場合のカバー体制は良好ですか？
6) 身体合併症への対応は、うまくいっていますか？
7) 違法性薬物使用ケースへの対応は、うまくいっていますか？
8) 触法行為をともなうケースへの対応は、うまくいっていますか？
9) 後方転送は、うまくいっていますか？
10) システム連絡調整委員会の運営は良好ですか？



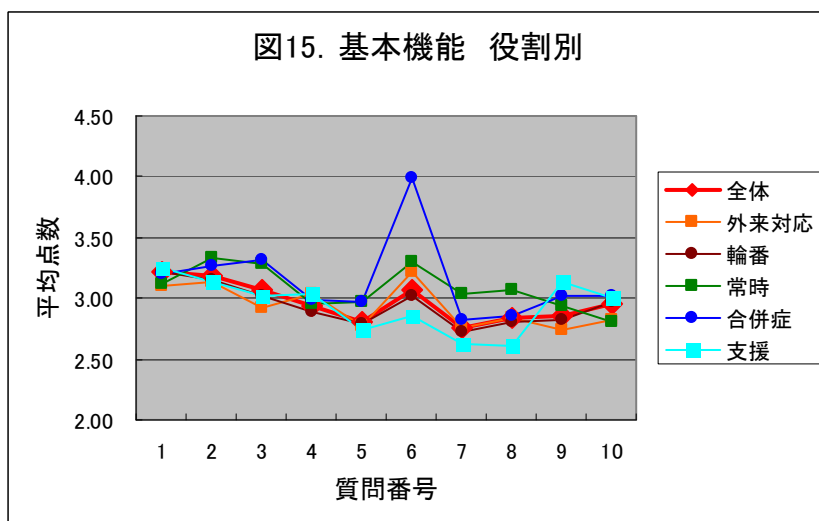
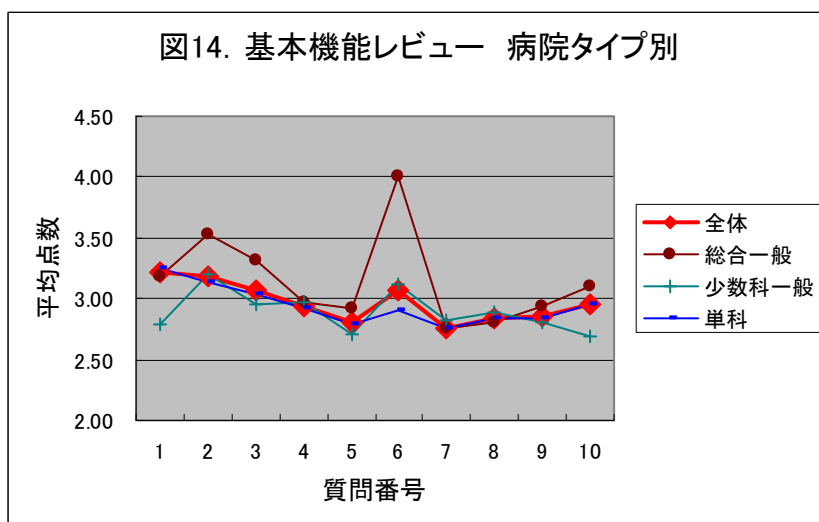
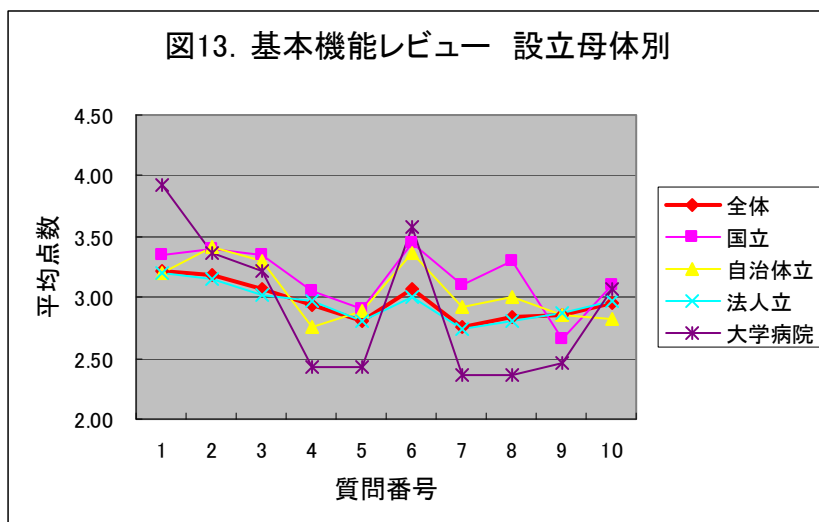


図 10. 基本機能項目のピアレビュー調査



都道府県  
精神保健福祉および精神科救急医療事業 ご担当者様

平成 20 年 5 月 22 日  
日本精神科救急学会  
理事長 澤 温  
医療政策委員長 平田 豊明

拝啓

初夏の候、皆様におかれましては、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。  
平素は当学会に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、精神保健医療福祉の改革ビジョンにおいて、精神科救急についてその評価結果を支援内容に反映する仕組みを設けることが記載されていることを踏まえ、その取組の推進の一環として、当学会は、厚生労働省より平成 19 年度から障害者自立支援調査研究プロジェクトの補助を受けて、「精神科救急医療の機能評価に関する調査研究」（以下「本事業」）を行っております。昨年度は本事業にご協力いただきまして、ありがとうございます。本年度も本事業を継続することとなりましたので、ご協力を賜りたくお願い申し上げます。

本事業は、精神障害者が安心した地域生活を送れるよう、急性増悪期の即時介入の役割を担う精神科救急医療が、その機能をより強化するための調査研究であり、精神保健医療福祉の改革ビジョンに基づく精神科救急機能モニタリング・評価のために、非常に重要な基礎研究として位置づけられております。このため、皆様方におかれましては、大変ご多忙とは存じますが、何卒趣旨をご理解の上、別紙の調査にご協力いただきますよう、重ねてお願い申し上げます。

敬具

【調査内容】

1. 予備調査（今回お願いする調査）
  - ・ 貴自治体における精神科救急医療事業への参加病院を把握するための調査です。
  - ・ 都道府県の精神科病院協会の関与や協力体制についてお示し下さい。
  - ・ 別紙の様式に参加病院をリストアップしてください。
  - ・ 各病院の事業における役割をお示しください。
  - ・ 政令市のある場合は、お手数ながら道府県の情報に包括して下さい。
2. 本調査（本年 8 月以降に実施予定の調査）
  - ・ 各自治体および今回の予備調査でリストアップされた病院を対象として精神科救急医療事業の運用実態に関する調査を行います。

ご多用中大変恐縮ではございますが、平成 20 年 6 月 6 日までに、同封の返信用封筒にてご返送いただくか、もしくは、フォーマットに書き込んだものメール添付し、質問への回答とともに下記あてにメール送信くださいますようお願い申し上げます。フォーマット（ワード）をお望みの方は、同じく下あてに、メールにてご連絡下さい。

静岡県立こころの医療センター医局 杉山明子  
e-mail hpkokoro@vcs.wbs.ne.jp  
TEL 054-271-1135 FAX 054-251-6584

自治体名 \_\_\_\_\_ 都 道 府 県

質問 1

貴自治体の精神科救急医療事業における、都道府県精神科病院協会の関与や協力体制についてご回答下さい。当てはまる番号に○をつけてください。

1. 事業への参加協力病院の調整は、都道府県精神科病院協会に委託し、要項にもその記載がある。
2. 事業への参加協力病院の調整は、都道府県精神科病院協会に非公式に依頼し、特に要項に記載はない。
3. 事業への参加協力病院の調整に、都道府県精神科病院協会は基本的に関与しないが、協力的である。
4. 事業への参加協力病院の調整に、都道府県精神科病院協会は全く関与していない。

5. その他

---

---

---

質問 2.

貴自治体の精神科救急事業に参加している病院を次頁のリストに記入し、それぞれの役割について当てはまる番号をお選び下さい。

なお、リストに書ききれない場合は、恐れ入りますが用紙をコピーするなどしてください。

今回の質問は以上です。本解答用紙とリスト頁を返信用封筒に入れご返送下さい。

ご協力有難うございました。

自治体名 \_\_\_\_\_ 都 道 府 県

病院名	設立母体	住所	電話番号	役割 *注参照 (複数選択可)	備考
	国公・民間			1・2・3・4・5	
	国公・民間			1・2・3・4・5	
	国公・民間			1・2・3・4・5	
	国公・民間			1・2・3・4・5	
	国公・民間			1・2・3・4・5	
	国公・民間			1・2・3・4・5	
	国公・民間			1・2・3・4・5	
	国公・民間			1・2・3・4・5	
	国公・民間			1・2・3・4・5	
	国公・民間			1・2・3・4・5	

\*注) 役割について

1. 基幹的な病院（「精神科救急医療センター事業実施要綱」に定める施設で、精神科救急医療システムにおいて基幹的な役割を果たす病院。  
基本的に常時、初期の受け入れが可能で、受け入れ先が見つからないときの最終的な受け入れなどを担う病院）
2. 輪番病院（当番日に急患の受け入れを行う病院）
3. 後方支援病院（基幹病院の空床確保のために後方転送を受け入れる病院）
4. 合併症対応病院（身体合併症を診療する能力を有し、合併症を持つ急患を受け入れる病院）
5. その他（備考欄に書いてください）

病院  
施設長 様

平成 20 年 8 月 22 日  
日本精神科救急学会  
理事長 澤 温  
医療政策委員長 平田 豊明

拝啓

残暑の候、皆様におかれましては、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

平素は当学会に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

当学会では、平成 19 年度より障害者自立支援調査研究プロジェクトの補助を受け、「精神科救急医療の機能評価に関する調査研究」（以下「本事業」）を実施しています。昨年度の調査では各自治体のご担当部署の皆様、関連医療機関の皆様に多大なご協力を頂き、大変有り難うございました。おかげさまをもちまして、本年度も事業を継続することとなりましたので、あらためましてご協力を賜りたくお願い申し上げます。

さて本事業は、精神障害者が安心して地域生活を送れるよう、急性増悪期の即時介入の役割を担う精神科救急医療が、その機能をより強化するための調査研究です。精神保健医療福祉の改革ビジョンに基づく精神科救急機能モニタリング・評価のために、非常に重要な基礎研究として位置づけられております。皆様方におかれましては、大変ご多忙とは存じますが、何卒趣旨をご理解の上、別紙の調査にご協力いただきますよう、重ねてお願い申し上げます。

敬具

調査内容：質問紙による調査

別紙調査票にご記入ください。すべて簡単な質問で記述項目はありません。

恐れ入りますが調査票は 9 月 12 日までに、同封の返信用封筒にてご返送ください。本研究の結果は、厚生労働省に研究成果として報告されるほか、当学会を中心とした学術集会や学術誌において発表される予定です。その際、病院名などの公表はいたしません。本調査および本事業について不明な点やご質問がある場合は、下記までお問い合わせください。何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

静岡県立こころの医療センター医局 杉山明子

e-mail [hpkokoro@vcs.wbs.ne.jp](mailto:hpkokoro@vcs.wbs.ne.jp)

TEL 054-271-1135 FAX 054-251-6584

## 精神科救急医療を担当する医療機関へのアンケート

都道府県はどちらですか \_\_\_\_\_

## 1. 貴院の概略についてお答え下さい。

## 1) 設立母体

- 国立(独立行政法人国立病院機構を含む)
- 自治体立(地方独立行政法人を含む)
- 法人立
- 大学病院(国公立・民間立を問わず)

## 2) 病院タイプと標榜科

- 総合的な一般病院
- 少数科を有す一般病院
- 単科精神科病院

## 3) 病床数

(精神科 \_\_\_\_\_ 床 / 全病床 \_\_\_\_\_ 床)

## 4) 精神科病床内訳

閉鎖( \_\_\_\_\_ 床) 開放( \_\_\_\_\_ 床)

## 5) 精神科医師数等(常勤換算)

指定医 \_\_\_\_\_ 名, 非指定医 \_\_\_\_\_ 名,  
ソーシャルワーカー \_\_\_\_\_ 名

## 6) 併設施設(複数可・関連法人運営施設も可)

- 入所型社会復帰施設
- 通所型社会復帰施設
- 精神科デイ/ナイト/デイナイトケア/ショートケアのいずれか
- 精神科救急情報センター(併設に限る)
- 救命救急センター(併設に限る)
- 訪問看護ステーション
- 精神科診療所

## 7) 昨年度(平成 19 年度)の精神科救急医療体制整備事業(以下「精神科救急事業」と略記)の受け入れ患者数をお答えください。

新規入院 \_\_\_\_\_ 例  
後方転送受け入れ \_\_\_\_\_ 例

## 2. 貴院が運営する精神科救急事業についてお答え下さい。

- 1) 精神科救急事業における貴院の役割は次のうちどれですか？(複数可)
- 外来対応施設(外来診療によって一次救急を担当する医療機関)
  - 病院群輪番施設(当番日に救急患者の入院診療に応需する医療機関)
  - 常時対応施設(24時間365日体制で入院診療に応需する医療機関)
  - 身体合併症対応施設(常時対応施設のうち、身体合併症診療に応需する医療機関)
  - 支援病院(後方転送の受け入れによって支援する医療機関)
- 2) 精神科救急患者を受け入れる病棟のタイプは？(複数可)
- 精神科救急・合併症入院料病棟
  - 精神科救急入院料病棟
  - 精神科急性期治療病棟
  - 精神一般病棟
  - 精神療養病棟
  - 認知症病棟
  - その他( )
- 3) 精神科救急診察のための設備は？(複数可)
- 専用の部屋がある
  - 診察デスク1、椅子3、ベッド1が入る面積がある
  - 酸素や吸引の配管設備がある
  - 救急カートが常設されている
- 4) 休日・夜間でも可能な検査設備は？(複数可)
- 血算・生化学的検査
  - レントゲン単純撮影
  - CT スキャン
  - 動脈血ガス分析
  - 精神作用物質のスクーリング
- 5) 身体科専門医の関与が必要な身体合併症の対応は？(1つのみ)
- ほぼ院内で対応できる
  - 近隣の一般科病院と連携している
  - 近隣の救命センターと連携している
  - そのつど病院を探す
  - その他( )
- 6) 主な受け入れ病棟の病床数は？
- |        |     |   |
|--------|-----|---|
| 全病床数   | ( ) | 床 |
| 隔離室    | ( ) | 床 |
| 一般的な個室 | ( ) | 床 |

3. 精神科救急事業について、以下の質問にはもっともよく当てはまる選択肢を選んでください。

1. 全くそう思わない  
 2. あまりそう思わない  
 3. どちらともいえない  
 4. ややそう思う  
 5. そう思う

- 1) 精神科救急情報センターとの連携は円滑ですか？ 1・2・3・4・5
- 2) 救急医療圏の設定は適切ですか？ 1・2・3・4・5
- 3) 救急ケースのトリアージは適切ですか？ 1・2・3・4・5
- 4) かかりつけ医のいるケースへの対応は、うまくいっていますか？ 1・2・3・4・5
- 5) 救急ケースが応需困難な場合のカバー体制は良好ですか？ 1・2・3・4・5
- 6) 身体合併症への対応は、うまくいっていますか？ 1・2・3・4・5
- 7) 違法性薬物使用ケースへの対応は、うまくいっていますか？ 1・2・3・4・5
- 8) 触法行為をとまなうケースへの対応は、うまくいっていますか？ 1・2・3・4・5
- 9) 後方転送は、うまくいっていますか？ 1・2・3・4・5
- 10) システム連絡調整委員会の運営は良好ですか？ 1・2・3・4・5

施設名 \_\_\_\_\_

回答者お名前 \_\_\_\_\_

有難う いました。

精神科急性期病棟群 患者データベース

項目番号	必須項目	項目名	下位項目名	入力方法	選択枝	eCOD 0参照	Q1番 号	母数	Q1名	Quality Indicator
<b>1. 入棟時 クラーク</b>										
【1】	<input type="radio"/> 画面表示不要	性別		単一	1 男, 2 女	○	1	退棟数	男性	F/R(1)
【2】	<input type="radio"/> 画面表示不要	入棟時年齢		数値	_____歳, 不明	△	2	退棟数-不明	平均年齢	mean±SD
【3】	<input type="radio"/>	主治医		単一	eCOD0で登録している医師から一人選択	○				
【4】	<input type="radio"/>	プライマリ看護師		単一	eCOD0で当病棟の看護師として登録しているものから一人選択	○				
【5】		救急医療事業における患者カテゴリ		単一	1 救急事業ケース, 2 一般ケース		3	記入数	救急事業ケース	F/R(1)
【6】		診療報酬における新規入院の該当		単一	1 新規入院, 2 新規入院に該当しない		4	記入数	新規入院	F/R(1)
【7】	<input type="radio"/>	入棟日時	日時	数値	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分	△				.
	<input type="radio"/>		時間帯	単一	1 平日日中, 2 土日祝日日中, 3 準夜, 4 深夜		5	登録数	時間外受入	F/R(2+3+4)
【8】	<input type="radio"/>	入棟時入院形態		単一	5 緊急措置入院, 3 措置入院, 4 応急入院, 7 特定医師による応急入院, 2 医療保護入院, 6 特定医師による医療保護入院, 1 任意入院, 8 司法鑑定, 9 医療観察法鑑定, 10 医療観察法病棟入院, 11 その他入院形態	○	6	登録数	緊急措置/措置/応急 医療保護入院 任意入院 司法鑑定入院 医療観察法内入院 特定医師による入院	F/R(5+3+4+7) F/R(2+6) F/R(1) F/R(8) F/R(9+10) F/R(7+6)
【9】	<input type="radio"/>	他院を含む通算入院回数 (今回を含む) (医療保護入院届等に記載する回数を記入してください)		数値	_____回目, 不明		7	登録数-不明	平均入院回数	mean±SD



2. 入棟時 クラーク 医師が記入したA4記入用紙より入力

【10】	○	精神科暫定診断 (ICD-10コード)	単一	0 不明, 1 暫定診断あり	○	登録数	入棟時診断不明	F/R(0)	
	○		文字+数値	_____ (F・G+1桁以上)	○	登録数	入棟時最多暫定診断 (ICD分類1桁)	MF (ICD分類1桁)	
【11】	○	入棟時GAFスコア	数値	_____点	○	登録数	入棟時平均GAF	mean±SD	
【12】	○	身体合併症	有無	0 なし, 1 あり, 2 疑い	○	登録数	入棟時身体合併症あり	F/R(1+2)	
	○		重症度	1 一次レベル, 2 二次レベル, 3 三次レベル	○	登録数	入棟時中等度以上身体合併症	F/R(2+3)	
		診断	単一	0 特定不能, 1 A,B 感染症/寄生虫症, 2 C,D 新生物, 3 D 血液/造血器疾患/免疫機構障害, 4 E 内分泌/栄養/代謝疾患, 5 G 神経系疾患, 6 H 眼/付属器疾患, 7 H 耳/乳様突起疾患, 8 I 循環器系疾患, 9 J 呼吸器系疾患, 10 K 消化器系疾患, 11 L 皮膚/皮下組織疾患, 12 M 筋骨格系/結合組織疾患, 13 N 尿路器系疾患, 14 O 妊娠/分娩/産じょく<褥>, 15 P 周産期に発生した病態, 16 Q 先天奇形/変形/染色体異常, 17 R 症状/徴候/異常所見など分類不可, 18 S,T 損傷/中毒/その他の外因の影響	○				
		疾患名	文字		○				
【13】	○	主病像	単一	1 幻覚・妄想, 2 精神運動興奮, 3 昏迷・亜昏迷, 4 抑うつ, 5 躁, 6 不安・焦燥, 7 せん妄, 8 意識障害, 9 解離, 10 その他	○	登録数	最多主病像	MF (#)	
【14】	○	自殺念慮	単一	0 なし, 1 漠然, 2 明確, 3 評価困難	○	登録数	自殺念慮なし 自殺念慮が明確	F/R(0) F/R(2)	
【15】	○	自傷	単一	0 自傷なし, 1 あり (致死性の低い手段), 2 あり (致死性の高い手段)	○	登録数	自傷なし 致死性の高い手段による自殺企図	F/R(0) F/R(2)	
【16】	○	他害の危険	複数	0 なし, 1 対物, 2 攻撃的言辞, 3 対人	○	登録数	他害なし 対人への他害	F/R(0) F/R(3)	
【17】	○	入棟日の処置	隔離	単一	0 なし, 1 あり	○	登録数	入棟日の隔離	F/R(1)
	○		拘束	単一	0 なし, 1 あり	○	登録数	入棟日の身体拘束	F/R(1)
	○		静脈確保	単一	0 なし, 1 あり	○	登録数	入棟日の静脈確保	F/R(1)
	○		筋肉注射	単一	0 なし, 1 あり	○	登録数	入棟日の筋肉注射	F/R(1)
	○		複数	1 Haloperidol, 2 Levomepromazine, 3 Chlorpromazine, 4 Biperiden, 5 Promethazine, 6 Diazepam, 7 Midazolam, 8 その他	○	ありの数	Haloperidol Levomepromazine Chlorpromazine Biperiden Promethazine Diazepam Midazolam	F/R(1) F/R(2) F/R(3) F/R(4) F/R(5) F/R(6) F/R(7)	
	○	静脈注射	単一	0 なし, 1 あり	○	登録数	入棟日の静脈注射	F/R(1)	
	○		複数	1 Haloperidol, 2 Diazepam, 3 Flunitrazepam, 4 Midazolam, 5 バルビツール酸系, 6 その他	○	ありの数	Haloperidol Diazepam Flunitrazepam Midazolam バルビツール酸系	F/R(1) F/R(2) F/R(3) F/R(4) F/R(5)	
	○	膀胱カテーテル	単一	0 なし, 1 あり	○	登録数	入棟日の膀胱カテーテル留置	F/R(1)	
【18】		入棟時BPRS	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		1. 心気症	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		2. 不安	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		3. 情動的ひきこもり	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		4. 概念の統合失調	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		5. 罪責感	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		6. 緊張	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		7. 奇妙な態度	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		8. 誇大性	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		9. 抑うつ気分	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		10. 敵意	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		11. 猜疑心	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		12. 幻覚による行動	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		13. 運動減退	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		14. 非協調性	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		15. 不自然な思考内容	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		16. 情動の平板化	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		17. 興奮	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		18. 失見当識	単一	1 2 3 4 5 6 7					
		合計得点	数値	_____点 (上記18下位項目の合計を自動計算)	○	記入数	入棟時平均BPRSスコア	mean±SD	
【A】		メモ	テキスト						

3. 隔離拘束中 看護師										
【19】	○ 画面表示不要	隔離日数		数値	_____日	△	17	0日を除く施行者数	平均隔離日数	0を除いたmean±SD
【20】	○ 画面表示不要	身体拘束日数		数値	_____日	△	18	0日を除く施行者数	平均身体拘束日数	0を除いたmean±SD
4. 退棟時 クラーク										
【21】	○	退棟日		数値	_____年 月 日	○				.
【22】	○ 画面表示不要	在棟日数		数値	_____日	△	19	退棟数	平均在棟日数 在棟30日以内	mean±SD F/R(30以下)
【23】	○	退棟時入院形態		単一	1 緊急措置入院, 2 措置入院, 3 応急入院, 4 特定医師による応急入院, 5 医療保護入院, 6 特定医師による医療保護入院, 7 任意入院, 8 司法鑑定, 9 医療観察法鑑定, 10 医療観察法病棟入院, 11 その他入院形態	○	20	登録数	退棟時自発入院	F/R(7)
【24】	○	電気けいれん療法	有無	単一	0 なし, 1 あり			登録数	ECT施行	F/R(1)
			m-ECT回数	数値	_____回		21	1回以上施行者数	修正型平均回数	mean±SD
			n-ECT回数	数値	_____回			1回以上施行者数	非修正型平均回数	mean±SD
5. 退棟時 クラーク 医師が記入したA4記入用紙より入力										
【25】	○	退棟時主診断 (ICD-10コード)		文字+数値	_____ (F・G+2桁以上), 該当なし	○	22	登録数-該当なし	退棟時最多診断 (ICD分類1桁) F2診断	MF (ICD分類1桁) F/R (最初の2文字が「F2」) F/R(1)
【26】	○	退棟時副診断		有無	0 なし, 1 あり	○		登録数	重複診断	F/R(1)
	ありの場合	退棟時副診断 (ICD-10コード)		文字+数値	_____ (F・G+2桁以上)	○	23	ありの数	退棟時最多副診断 (ICD分類1桁)	MF (ICD分類1桁)
【27】	○	退棟時GAFスコア		数値	_____点, 死亡退院	○	24	登録数-死亡退院 登録数	退棟時平均GAF 死亡退院	mean±SD F/R (死亡退院)
【28】	○	身体合併症	有無	単一	0 なし, 1 あり, 2疑い	○	25	登録数	退棟時身体合併症あり	F/R(1+2)
	○	重症度	単一	単一	1 一次レベル, 2 二次レベル, 3 三次レベル	○		登録数	退棟時中等度以上身体合併症	F/R(2+3)
		診断		単一	0 特定不能, 1 A,B 感染症/寄生虫症, 2 C,D 新生物, 3 D 血液/造血器疾患/免疫機構障害, 4 E 内分泌/栄養/代謝疾患, 5 G 神経系疾患, 6 H 眼/付属器疾患, 7 H 耳/乳様突起疾患, 8 I 循環器系疾患, 9 J 呼吸器系疾患, 10 K 消化器系疾患, 11 L 皮膚/皮下組織疾患, 12 M 筋骨格系/結合組織疾患, 13 N 泌尿器系疾患, 14 O 妊娠/分娩/産じょく<褥>, 15 P 周産期に発生した病態, 16 Q 先天奇形/変形/染色体異常, 17 R 症状/徴候/異常所見など分類不可, 18 S,T 損傷/中毒/その他の外因の影響	○				
		疾患名	文字			○				.
【29】		退棟時BPRS	1. 心気症	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			2. 不安	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			3. 情動的ひきこもり	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			4. 概念の統合失調	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			5. 罪責感	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			6. 緊張	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			7. 奇妙な態度	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			8. 誇大性	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			9. 抑うつ気分	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			10. 敵意	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			11. 猜疑心	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			12. 幻覚による行動	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			13. 運動減退	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			14. 非協調性	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			15. 不自然な思考内容	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			16. 情動の平板化	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			17. 興奮	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			18. 失見当識	単一	1 2 3 4 5 6 7					.
			合計得点	数値	_____点 (上記18下位項目の合計を自動計算)		26	記入数	退棟時平均BPRSスコア	mean±SD
【B】		メモ		テキスト						

6. 退棟の翌月末まで 薬剤師									
【30】	○	入棟後 経口初日の向精神薬処方	薬剤名	複数	1 Risperidone, 2 Olanzapine, 3 Quetiapine, 4 Perospirone, 5 Aripiprazol, 6 Blonanserin, 7 その他のSGA, 8 Haloperidol, 9 Chlorpromazine, 10 Levomepromazine, 11 Zotepine, 12 他の抗精神病薬, 13 Fluvoxamine, 14 Paroxetine, 15 Milnacipran, 16 Sertraline, 17 三環系抗うつ薬, 18 その他の抗うつ薬, 19 Lithium, 20 Valproate, 21 Carbamazepine, 22 他の抗てんかん薬, 23 Benzodiazepine系睡眠薬, 24 非Benzodiazepine系睡眠薬, 25 抗不安薬, 26 抗パーキンソン薬, 27 その他の向精神薬, 28 向精神薬の投与なし	27	1から12がチェックされている登録数	入棟時使用抗精神病薬: SGAのみ	(1から12)にチェックがあるうちの、(8,9,10,11,12)にチェックがなく、かつ(1,2,3,4,5,6,7)のいずれかにチェックがある頻度/割合
	○		抗精神病薬数	数値	_____種類		0を除く登録数	入棟時使用抗精神病薬: 単剤 入棟時の平均使用抗精神病薬数	0を除いたうちのF/R(1) 0を除いたmean±SD
	ありの場合		最初の経口内服日	数値	_____年 月 日		登録数-投与なし	内服までの平均病日	病日mean±SD
【31】	○	退棟時 向精神薬処方	薬剤名	複数	1 Risperidone, 2 Olanzapine, 3 Quetiapine, 4 Perospirone, 5 Aripiprazol, 6 Blonanserin, 7 その他のSGA, 8 Haloperidol, 9 Chlorpromazine, 10 Levomepromazine, 11 Zotepine, 12 他の抗精神病薬, 13 Fluvoxamine, 14 Paroxetine, 15 Milnacipran, 16 Sertraline, 17 三環系抗うつ薬, 18 その他の抗うつ薬, 19 Lithium, 20 Valproate, 21 Carbamazepine, 22 他の抗てんかん薬, 23 Benzodiazepine系睡眠薬, 24 非Benzodiazepine系睡眠薬, 25 抗不安薬, 26 抗パーキンソン薬, 27 その他の向精神薬, 28 向精神薬の投与なし	28	1から12がチェックされている登録数	退棟時使用抗精神病薬: SGAのみ	(1から12)にチェックがあるうちの、(8,9,10,11,12)にチェックがなく、かつ(1,2,3,4,5,6,7)のいずれかにチェックがある頻度/割合
	○		抗精神病薬数	数値	_____種類		0を除く登録数	退棟時使用抗精神病薬: 単剤 退棟時の平均使用抗精神病薬数	0を除いたうちのF/R(1) 0を除いたmean±SD
【32】	○	服薬指導	施行有無	単一	0 なし, 1 あり		登録数	服薬指導実施	F/R(1)
	ありの場合		初回施行日	数値	_____年 月 日	29	ありの数	服薬指導開始までの平均病日	病日mean±SD
【C】		メモ		テキスト					
7. 退棟の翌月末まで 作業療法士									
【33】	○	作業療法	施行有無	単一	0 なし, 1 あり		登録数	作業療法実施	F/R(1)
	ありの場合		初回施行日	数値	_____年 月 日	30	ありの数	作業療法開始までの平均病日	病日mean±SD
	ありの場合		施行回数	数値	_____回		ありの数	作業療法平均実施回数	mean±SD
8. 訪問看護									
【34】	○	退院前訪問看護	施行有無	単一	0 なし, 1 あり		登録数	退院前訪問看護実施	F/R(1)
	ありの場合		施行回数	数値	_____回	31	ありの数	退院前訪問看護平均実施回数	mean±SD

9. 退棟の翌月末まで 精神保健福祉士等 入棟時情報									
【35】	○	入棟時居住先		単一	1 自宅（同居者有）、2 自宅（独居）、3 精神障害者施設、4 身体・知的施設、5 老人施設、6 その他社会福祉施設、7 病院（一年以上の入院）、8 住所不定、9 その他、10 不明	32	登録数	入棟時単身生活 入棟時の居住先不明確	F/R(2) F/R(8+9+10)
【36】	○	入棟経路		単一	1 在宅から入院（施設を含む）、2 当院転棟、3 他精神科病院より転院、4 一般病院から転院、5 司法施設から、6 その他	33	登録数	在宅からの入棟 転院受入	F/R(1) F/R(3+4)
【37】	○	入棟前 精神科治療状況	有無	単一	0 精神科治療歴なし、1 通院中、2 治療終了（既往）、3 自己中断、4 精神科入院治療中、5 不明	34	登録数	初回治療 治療中断	F/R(0) F/R(3)
	1の場合		1を選択の場合	単一	1 当院（サテライトクリニックを含む）通院中、2 他院 有床精神科通院中、3 他院 無床精神科通院中		登録数	自施設通院中	F/R(1)
	3の場合			単一	1 最終受診は当院、2 最終受診は他院		登録数	自施設治療中断	F/R(1)
【38】	○	入棟前 在宅支援サービス	有無	単一	0 なし、1 あり、2 不明	35	登録数	入棟時在宅サービス利用	F/R(1)
			サービス内容	複数	1 訪問看護、2 ホームヘルプ、3 デイケア、4 就労継続・移行支援、5 地域活動支援センター、6 相談支援（ケアマネ）、7 その他自立支援法によるサービス、8 その他				
【39】		入棟時 障害年金受給		単一	0 なし、1 1級、2 2級、3 3級、4 不明	36	記入数	入棟時障害年金受給	F/R(1+2+3)
【40】		入棟時 自立支援医療		単一	0 なし、1 あり、2 不明	37	記入数	入棟時自立支援医療利用	F/R(1)
【41】		入棟時 生活保護受給		単一	0 なし、1 あり、2 不明	38	記入数	入棟時生活保護受給	F/R(1)
【42】		主診断の推定罹病期間		単一	1 1年未満、2 1年～5年未満、3 5年～10年未満、4 10年以上、5 不明	39	記入数	入棟時10年以上罹病	F/R(4)
【43】		他院を含む精神科通算入院期間		単一	0 入院歴なし、1 1年未満、2 1年～5年未満、3 5年～10年未満、4 10年以上、5 不明	40	記入数	初回入院	F/R(0)
【D】		メモ							
10. 退棟の翌月末まで 精神保健福祉士等 退棟時情報									
【44】	○	精神保健福祉士の関与		単一	1 第2病日まで、2 第8病日（入院日と同じ翌週の曜日）まで、3 第9病日から退院1週間前（退院日と同じ前週の曜日）、4 退院前7日間、5 関与なし	41	登録数	第2病日までの介入 関与なし	F/R(1) F/R(5)
【45】		入棟中の介入内容	【43】で5以外を選択の場合	複数	1 経済的なこと、2 生活保護申請、3 仕事（就労）のこと、4 家族支援・調整・介入、5 入所・通所施設の利用援助、6 住居に関すること、7 転院に関すること、8 一般科への受診援助、9 その他制度利用援助、10 ケア会議	42	登録数	経済支援 生活保護導入 家族支援・調整・介入 転院調整	F/R(1) F/R(2) F/R(4) F/R(7)
【46】	○	退棟後 精神科治療形態	大分類	単一	1 通院、2 入院、3 治療不要、4 その他	43	登録数	退棟後入院継続	F/R(2)
	1の場合		1を選択の場合	単一	1 当院（サテライトクリニックを含む）通院、2 他院 有床精神科通院、3 他院 無床精神科通院		登録数	退棟後自施設通院	F/R(1)
	2の場合		2を選択の場合	単一	1 当院精神科入院継続、2 他精神科病院へ転院、3 一般科へ転院（当院内転科転棟を含む）		登録数	院内転棟 他精神科転院	F/R(1) F/R(2)
【47】	○	退棟後 在宅支援サービス	有無	単一	0 なし、1 あり	44	登録数	退棟時在宅サービス利用	F/R(1)
			サービス内容	複数	1 訪問看護、2 ホームヘルプ、3 デイケア、4 就労継続・移行支援、5 地域活動支援センター、6 相談支援（ケアマネ）、7 その他自立支援法によるサービス、8 その他				
【48】	○	退棟後 居住先		単一	1 自宅（同居者有）、2 自宅（独居）、3 精神障害者施設、4 身体・知的施設、5 老人施設、6 その他社会福祉施設、7 病院、8 住所不定、9 その他、10 不明	45	登録数	退棟後単身生活 在宅移行	F/R(2) F/R(1+2+3+4+5+6)
【E】		メモ		テキスト					

PQデータベース Quality Indicator

病棟A  
2008年11月 退棟数50人

入棟時		度数 (%), 平均 ± 標準偏差		母数
1	性別	男性	100.0 (100.0)	母数
2	入棟時年齢	平均年齢	100.0 ± 100.0	
3	救急医療事業における患者カテゴリ	救急事業ケース		
4	診療報酬における新規入院の該当	新規入院		
5	入棟日時	時間外受入		
6	入棟時入院形態	緊急措置/措置/応急 医療保護入院 任意入院 司法鑑定入院 医療観察法内入院 特定医師による入院		
7	他院を含む通算入院回数	平均入院回数		
8	精神科暫定診断	入棟時診断不明 入棟時最多暫定診断 (ICD分類1桁)		
9	入棟時GAFスコア	入棟時平均GAF		
10	身体合併症	入棟時身体合併症あり 入棟時中等度以上身体合併症		
11	主病像	最多主病像		
12	自殺念慮	自殺念慮なし 自殺念慮が明確		
13	自傷	自傷なし 致死性の高い手段による自殺企図		
14	他害の危険	他害なし 対人への他害		
15	入棟日の処置	入棟日の隔離 入棟日の身体拘束 入棟日の静脈確保 入棟日の筋肉注射  Haloperidol Levomepromazine Chlorpromazine Biperiden Promethazine Diazepam Midazolam  入棟日の静脈注射  Haloperidol Diazepam Flunitrazepam Midazolam バルビツール酸系  入棟日の膀胱カテーテル留置		
16	入棟時BPRS	入棟時平均BPRSスコア		
隔離・身体拘束				
17	隔離日数	平均隔離日数		
18	身体拘束日数	平均身体拘束日数		
退棟時				
19	在棟日数	平均在棟日数 在棟30日以内		
20	退棟時入院形態	退棟時自発入院		
21	電気けいれん療法	ECT施行 修正型平均回数 非修正型平均回数		
22	退棟時主診断	退棟時最多診断 (ICD分類1桁) F2診断		

# PQデータベース Quality Indicator

病棟A  
2008年11月 退棟数50人

23	退棟時副診断	重複診断 退棟時最多副診断 (ICD分類1桁)		
24	退棟時GAFスコア	退棟時平均GAF 死亡退院		
25	身体合併症	退棟時身体合併症あり 退棟時中等度以上身体合併症		
26	退棟時BPRS	退棟時平均BPRSスコア		
<b>薬剤</b>				
27	入棟後 経口初日の向精神薬処方	入棟時使用抗精神病薬:SGAのみ 入棟時使用抗精神病薬:単剤 入棟時の平均使用抗精神病薬数 内服までの平均病日		
28	退棟時 向精神薬処方	退棟時使用抗精神病薬:SGAのみ 退棟時使用抗精神病薬:単剤 退棟時の平均使用抗精神病薬数		
29	服薬指導	服薬指導実施 服薬指導開始までの平均病日		
<b>作業療法</b>				
30	作業療法	作業療法実施 作業療法開始までの平均病日 作業療法平均実施回数		
<b>訪問看護</b>				
31	退院前訪問看護	退棟前訪問看護実施 退棟前訪問看護平均実施回数		
<b>精神保健福祉 入棟時</b>				
32	入棟時居住先	入棟時単身生活 入棟時の居住先不明確		
33	入棟経路	在宅からの入棟 転院受入		
34	入棟前 精神科治療状況	初回治療 治療中断 自施設通院中 自施設治療中断		
35	入棟前 在宅支援サービス	入棟時在宅サービス利用		
36	入棟時 障害年金受給	入棟時障害年金受給		
37	入棟時 自立支援医療	入棟時自立支援医療利用		
38	入棟時 生活保護受給	入棟時生活保護受給		
39	主診断の推定罹病期間	入棟時10年以上罹病		
40	他院を含む精神科通算入院期間	初回入院		
<b>精神保健福祉 退棟時</b>				
41	精神保健福祉士の関与	第2病日までの介入 関与なし		
42	入棟中の介入内容	経済支援 生活保護導入 家族支援・調整・介入 転院調整		
43	退棟後 精神科治療形態	退棟後入院継続 退棟後自施設通院 院内転棟 他精神科転院		
44	退棟後 在宅支援サービス	退棟時在宅サービス利用		
45	退棟後 居住先	退棟後単身生活 在宅移行		