

称 21 条入院)との棲み分けには地域差がある。今後は、保護者制度や医療保護入院制度の見直し議論の中で、この地域差も再検討される必要がある(1)(2)(3)。

(3) 精神科救急事業の機能評価

表 1～3 に示された精神科救急事業に関する情報は、行政が把握しているものに限られる。本事業の利用者(患者、家族、消防、一般医療機関など)あるいは、精神科救急医療サービスの提供者(精神科救急医療施設)の側から見た場合、本事業に対する評価は一定しない。特に利用者による評価は芳しくない。精神科医療サービスには、もとより地域差があり、同じ地域内においても病院間格差があるのは事実である。さらに、評価する者によってサービスの質に対する評価は様々に分かれる。

このような限界を克服するために、精神科救急事業の機能を多角的に評価する指標が、杉山⁹⁾らによって提示されている(資料 3)。今後も、アウトカム評価や利用者による評価を加味して改訂されるであろう。

2. 精神科救急病棟の運用実態

(1) 精神科救急病棟の展開

平成 22 年 10 月 1 日現在、精神科救急病棟は、図 4 に示す 80 施設で認可されている。国公立系の病院が 28 施設、民間系が 52 施設と、民間優位であるが、その配置には均等性を欠き、複数配置の自治体がある一方で、未だに認可施設のない自治体が 11 を数える。その主たる理由は、医療スタッフ、とりわけ精神保健指定医の確保が困難なことにある。それがまた、わが国における精神科救急医療の進展に立ちほだかる障壁と

なっている。

いずれにせよ、精神科救急病棟と急性期治療病棟を併せたおよそ 2 万床(わが国の精神科病床の約 6%)のベッドは、年間約 8 回転して、16 万件(全入院件数の約 44%)の入院治療に対応している。これらの急性病床群は、わが国の精神科病床の平均在院日数の短縮に寄与すると同時に、患者を押し出す圧力によって、在宅ケアの拡充を要請している。しかし、現実にはその要請に応え切れず、家族に過剰な負担がかかっていることは否めない。

(2) 主な指標の推移

図 7 に、今回の精神科救急病棟調査の結果のうち、調査に回答した 51 施設の主な臨床指標の平均値を表示した。

すなわち、Structure 要素では、平均 45.3 床(うち、隔離室 9.5 床、個室 17.3 床)の病床に医師 5.2 人、看護師 31.8 人、コメディカルスタッフ 4.1 人を配置している。

Process 要素では、入院精神療法 I を平日平均 10.1 件、作業療法を 9.5 件実施し、12.3 人(入院件数の 3.2%)の患者に電気けいれん療法を年間 84.1 件(1 人平均 6.8 回)施行している(修正型は 72.2%)。隔離は 765.7 件、平均 12.8 日、身体拘束は 216.8 件、平均 6.3 日実施されている。年間延べ在院患者数(13,459.7 人)に対する延べ隔離患者数(9,801.0 人)は 72.8%、延べ身体拘束患者数(1,365.8 人)は 10.1%となっている。

Outcome 要素では、年間 379.8 件の入院があり(うち院内他病棟からの転棟が 9.4%)、平均 37.4 日で 64.8%が自宅退院している。入院時の入院形式では、医療保

護入院が 56.6%と最多で、以下、任意入院 20.2%、措置入院 5.2%、応急入院 3.4%、緊急措置入院 3.2%などであった。非自発入院率は 79.8%、緊急措置・措置・応急入院を併せた精神科三次救急ケースの比率は 11.8%であった。院内他病棟への転棟率は 25.1%、他院への転院率は 7.2%（うち一般科への転院は 7.4 件、2.2%）であった。

図 8 は、これまでの調査によって得られた精神科救急病棟の運用データのうち、主な指標を抜粋して経年表示したものである。今回の調査は、平均在棟日数が平成 15 年（2003 年）度と同等水準になったが、他病棟への転棟が減った反面、他院への転院が増加したため、在宅移行率が微減している。また、精神科三次救急患者比率は低下傾向にある。しかし、調査への回答率が 63.8%では、実態を忠実に反映しているとはいえない。年度ごとに行われるこの種のアンケート調査の限界である。この限界を克服するためには、後に述べるような、全国共通のデータベースシステムの構築が必要となる。

（3）身体合併症対応型施設

図 4 によれば、合併症型の精神科救急病棟は 6 施設あるが、今回の調査には 3 施設から回答が寄せられた。全回答施設の平均像と比較すると、合併症型施設は、総合病院に付設されているから、全施設で設問の全検査が 24 時間実施可能など、身体管理体制に優れているほか、電気けいれん療法が全例修正型であった。

また、平均在院日数は 15.9 日と全施設平均（37.4 日）より有意に短かったが、1 日平均在院患者数が 13.4 人（全施設平均では

36.9 人）と少ないためであろう。定床は平均 51.0 床であるから、病床利用率は 26.3%にすぎない。これはおそらく、開棟から日が浅いためと、精神科救急入院料の算定外患者が多いためであろう。後者は精神科病院からの合併症治療目的での転院が相当数に上るためと推測される。年間退院件数 299.0 件に占める精神科への転院 70.0 件（23.4%）という数値（全施設平均では 5.0%）がこの事情を物語っている。

合併症治療目的での転院によって算定外患者比率が低くなる現状は、合併症型救急病棟にとっての理不尽な経営的ハンディキャップである。また、一般科からの転院・転棟には精神科救急入院料が算定されるのに、精神科からの転院は算定外というのは不合理な差別である。精神科救急入院料が精神科入院医療費の中では高水準とはいえず、急性期型の一般病院では一般科入院費の 7 割程度にすぎない。

心身複合救急ケースの入院治療にとって、合併症型の精神科救急病棟は必要不可欠な存在である。主として経営的要因によって総合病院から精神科病床と精神科医師が撤退を余儀なくされる現状に歯止めをかけるためにも、こうした医療費給付上の不合理は、一日も早く是正されなければならない。

（4）全国共通データベース構想

精神科救急病棟における治療の現状と動向を把握し、水準の向上を図るために、いくつかの臨床指標（quality indicators：QI）を設定し、各施設の QI を全国共通のデータベースにしようとする試みが始まっている。すなわち、精神科救急病棟のストラクチャー（構造・設備・人員配置等）、

患者のプロフィール、治療プロセス（行動制限・投薬内容・ECT・作業療法等）、それにアウトカム（平均在棟日数・病状評価尺度の変化・退棟時の転帰・社会資源利用状況等）に関するデータを多職種チームが入力して作られるデータベースである。随時、病院内で点検して治療成績の向上に役立つとともに、各病院のデータを完全に匿名化し、情報管理に厳重に配慮した上で、国立精神保健研究所などのセンターサーバーに集約し、全国比較データを各病院にフィードバックしようとする構想がある⁴⁾。

図9に概要を示したPQR (Psychiatric Quality Registry) システムがその構想で、すでにいくつかの施設で試用され、改訂作業が続けられている。QIの項目を資料4に示した。QIの入力は精神科救急病棟への入棟時と退棟時に集中するが、行動制限に関する部分（eCODO）については、救急病棟以外の病棟も含む全病棟を対象に看護スタッフによって毎日入力され、監査時に必要な一覧性台帳の作成や行動制限最小化委員会での資料作成に活用されて、行動制限の抑止に効果を上げている。

このデータベース登録システムが普及すれば、毎年のアンケート調査という不確実な実態把握作業が不要となり、より確実なデータが集積されるだけでなく、精神科救急病棟における医療の質を担保する有力な手段となるであろう。さらには、こうしたシステムの構築を条件として、精神科救急病棟入院料の増額（＝精神科入院医療費のノーマライゼーション）が図られる必要がある。

精神科救急入院療病棟を一般科並みの医療費水準に引き上げることは、とりわけ、

存亡の危機に立たされている総合病院精神科病床を維持・拡大するための必要条件でもある。ただし、権利と義務の均衡論と同様、医療費の引き上げには、医療水準そのものの引き上げとモニターシステムの連動が不可欠なのである。

3. 新たな精神科救急医療体制の構築プラン

これまでの記述を踏まえて、最後に、近未来に実現可能な精神科救急医療体制の構築プランを地域医療計画の枠組みに沿って提示する。

(1) 電話相談体制

今回の調査からも判明したように、精神科救急情報センター（以下「情報センター」）には多様な電話相談が寄せられている。救急受診を勧めたのは7.9%にすぎなかったが、この受診勧奨が自殺や事件などの不幸な転帰を未然に防止していた可能性もある。また、受診勧奨に至らないまでも、小規模な危機への対応や生活上のストレスへの助言が、救急診療を要する大規模な危機状況を回避していた可能性もある。

情報センターで電話相談に当たる精神保健福祉士や看護師などのスタッフには、危機状況の見立て（評価）や仕分け（トリアージ）、必要ならば手当て（危機介入的対応）を迅速に行うための技術が必要なのである。

このような電話対応機能を備えた情報センターは、全国的にも数えるほどしかない。電話相談は、精神科救急サービスの利用者が最も早い段階でサービスにアクセスできる手段であるから、アクセスポイントはで

きるだけ多い方がよく、都道府県に1カ所の情報センターに限る必要はない。都道府県民に公開された24時間電話相談センターが数カ所あることが望ましい。そのためには、以下のような施策を提案する。

- ① 精神科救急医療施設などに、情報センターの複数設置を認め、以下のような条件を満たす情報センターには、国と都道府県が運営補助金を交付する。
- ② 24時間電話相談に応じられる専任スタッフを配置すること。
- ③ 専任スタッフは、国の機関もしくは日本精神科救急学会などの専門団体が企画する研修コースを受講していること。
- ④ 都道府県内の精神保健福祉関連の社会資源に関する最新情報を把握していること。
- ⑤ いのちの電話や身体救急システムとの相互の電話連絡体制を保っていること。
- ⑥ 情報センターの電話番号は、市町村広報や新聞の医療欄に掲載され、常に都道府県民に公開されていること。
- ⑦ 担当圏域人口に応じて決められた年間電話相談件数を超えていること。
- ⑧ 電話相談に関するデータを精神科救急事業の連絡調整委員会に定期的に報告すること。
- ⑨ 将来的には補助金を減額し、③に記した研修コースを受講した精神科専門職(保健師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士)が、所属施設の通院患者もしくはその家族から電話による救急相談を受けた場合には、一定の電話相談料を診療報酬として請求できるようにする。

(2) 精神科一次救急

表2および図2、3に見るように、現在の精神科救急事業では、救急輪番病院もしくは基幹病院が一次救急(外来診療)から三次救急まで、全てのケースに対応しているが、地域によっては救急施設への負担が大きい。また、図4で要入院ケースにトリアージしている地域では、利用者から見て救急サービスへの敷居が高く、大規模救急の未然防止という観点からも望ましくない。

このような現状を打開するためには、精神科一次救急の機能を一般の一次救急と統合して実施する体制を組むべきである。具体的には、以下のような体制が考えられる。

- ① 医師会などが運用する夜間休日診療所に精神科一次救急を組み込む。
- ② プライマリーケアで対応できる不眠や不安、抑うつなどの精神症状、向精神薬の補充など精神科専門医の診療が不要なケースには身体科の当番医師が対応する。
- ③ プライマリーケアの水準を超えると診察医が判断したケースについては、当日自宅待機している精神科当番医に電話でコンサルテーションを求める。
- ④ 電話コンサルテーションでは対応できないと身体科医師が判断した場合には、精神科医師が診察し必要な精神科的処置を講ずる。
- ⑤ 入院が必要な場合は、患者のかかりつけ病院もしくは精神科救急事業の当番病院に診療を委託する。
- ⑥ クリニックなど夜間休日に休診となる医療機関に通院する患者には、本人の同意を得て、救急診療に際して提示する医

療情報書を携帯してもらう。

- ⑦ 精神科当番医は、精神科診療所開設医をはじめとして、地域医師会に所属する精神科医師が交代で担当する。

(3) アウトリーチ救急サービス

精神科救急ケースの中には、病状や家族状況によって、精神科救急医療にアクセスすることが困難なケースがある。昏迷状態や抑うつ状態のために救助信号が出せない単身ケースがその典型である。精神科医療が有効にもかかわらず、受診を拒否して自宅に引きこもるケースについては、精神保健福祉法 34 条による移送制度があるが、入院が前提であり、手続に時間がかかるため救急ケースには適用しにくい。

このようなケースを中心に、近年、救急医療の一環としてのアウトリーチサービスが注目され、「病院に連れてきてくれれば診察する」という「待ち構える医療」から「届ける医療」への発想の転換が求められている。アウトリーチ救急サービスには、病状や治療の適用をアセスメントするためのプレホスピタル型アウトリーチと、通院患者の危機介入を目的としたポストホスピタル型アウトリーチの 2 タイプが考えられる。以下に、それぞれのタイプに応じたアウトリーチ救急サービスを提案する。

<プレホスピタル型アウトリーチ>

- ① 訪問対象が医療の対象かどうか不明で、保険診療の適応がない可能性もあるため、少なくとも初回訪問は、34 条移送制度に準じた行政サービスとする。
- ② ただし、迅速性を優先するため、受け付け窓口は情報センターとする。

- ③ 精神保健福祉センター、都道府県担当部署等に、精神保健指定医、看護師ないし精神保健福祉士、運転手を基本メンバーとする「メンタルレスキューチーム（仮称）」を設置し、原則として 24 時間、アセスメントと応急処置および処遇決定のためのアウトリーチサービスを提供する。神奈川県、埼玉県、群馬県のアウトリーチ活動がモデルとなる。
- ④ 出動の要否は、原則として、情報センターからの報告を受けたチームリーダーの精神保健指定医が決定する。
- ⑤ 指定医が要入院と判断した場合には、入院形式に応じた手続がとられる。必要に応じて、救急隊や警察官の応援を求めることができるようにする。
- ⑥ 都市部中心に、以上のようなメンタルレスキューチームを都道府県が設置し、国が運営補助金を交付する。常勤の精神保健指定医が確保できない場合は、看護師ないし精神保健福祉士のみが訪問し、必要時に指定医のオンコール体制とする。この場合の指定医は、次項に述べる精神科救急医療施設に所属する指定医もしくは、前項に述べた一次救急を担当する精神医師でもよい。

<ポストホスピタル型アウトリーチ>

- ① ポストホスピタル型アウトリーチサービスの対象は、すでに特定の医療機関と治療関係が作られている在宅患者であるから、医療機関による保険診療で行われる。
- ② モデルは ACT (Assertive Community Treatment)、すなわち、多職種チームによる 24 時間型在宅ケア支援体制である。

- ③ 一定の条件を満たす医療機関(病院もしくは診療所) および、そこと連携を保つ訪問看護ステーションが医療費給付の対象機関となる。
- ④ この機関に所属するチームは、重症患者の在宅ケアを支援する定期的訪問診療に加えて、病状再燃時の迅速な危機介入的訪問も随時行うこととする。
- ⑤ また、行政機関の要請に応じて、プレホスピタル型のアウトリーチも支援する。

(4) 精神科急性型包括病棟の整備と水準向上

精神科救急事業において精神科二次救急(任意入院と医療保護入院ケース) および三次救急(緊急措置入院、措置入院および応急入院ケース) に対応する中核機関が精神科急性型包括病棟(すなわち、精神科救急病棟および精神科急性期治療病棟) である。平成22年度末現在、精神科救急病棟は全国で83施設、精神科急性期治療病棟は約300施設あり、およそ2万床(全精神病床の約6%)のベッドが年間約8回転して、年間およそ16万件(全入院件数の約40%)の入院に対応していると推計される。

しかし、図4にも示されているように、精神科救急病棟の未設置件が11県ある。このうち5県は、精神科急性期治療病棟の認可施設もない。まずは、精神科急性型包括病棟(できれば精神科救急病棟)を全都道府県に普及させることが目標となるが、最大の隘路は、他の診療科と同様、医師(特に精神保健指定医)の不足であろう。正確に言うならば、医師不足ではなく医師配置の不均衡(診療科間、地域間、病診間の不均衡)である。

この問題を解決するには、医師臨床研修制度を含む医師の養成・研修システムの見直しや勤務医の労働条件と待遇の改善など、医師に係る制度の手直しのほか、医療機関の適正配置や集約化など医療政策全般にわたる抜本的な問題解決が必要であろう。精神科救急医療に限局して提案するならば、精神保健指定医や日本精神神経学会専門医の取得要件に精神急性型包括病棟での勤務経験を義務化し、研修段階の医師がこれらの病棟をもつ医療機関に常に配置されるシステムを構築すべきである。

精神科救急病棟は、救急・急性期医療の中核病院であると同時に、わが国の精神科医療全般の水準向上を牽引する先進医療機関でもある。特に急性期重症患者の迅速で安全な治療・看護と慢性化の防止、在宅ケアへの円滑な移行と再発・再入院防止に関する最先端技術を開拓することが要請されている。

この社会的要請に応えるためには、生物学的療法(薬物療法、mECTなど)、心理社会的療法(心理教育、認知行動療法など)の洗練に加えて、前述した施設と治療内容に関するQIの全国共通データベース化システム(eCODO/PQRシステム)の導入が推進されるべきであろう。そのためには医療機関がコスト(ソフトウェア導入の初期費用とシステム運用のための維持費用)を支出しなくてはならないが、当初はこのコストは精神科救急事業の一環として補助金で充填されるべきであり、いずれは、精神科入院医療費のノーマライゼーションの文脈で、診療報酬の中に組み込まれること(すなわち、精神科救急入院料の一般科水準への引き上げ)を提案したい。

(5) 心身複合救急ケースへの対応

心身複合救急ケースの治療は、身体的に重症ならば身体救急が優先的に担うべきであるが、精神症状による安静確保の困難や治療拒否などを伴うケースでは、精神科的対応が同時並行的に必要となることがある。そのためには、身体救急ユニットをもつ総合病院に精神科医が常駐する体制が望ましいが、前述のように、主として経営的理由により、精神科病床と精神科医師は総合病院からの撤退を余儀なくされている。

この状況を打開するのが精神科救急入院料・合併症病棟である。この病棟が全都道府県に少なくとも1カ所設置されることが、心身複合救急ケースへの対応策の理想型である。まずは、現在の同病棟入院料の算定基準の見直し（精神科病院からの転院を算定内とすることなど）を早急に実現することが、理想型に近づく不可欠の条件である。

しかし、理想型に至るまでにはいくつかのステップが必要である。心身複合救急ケースに対応するための応急的プランとしては、以下のようなモデルが考えられる。当面は、地域の医療資源に応じて、様々なモデルの混在を許容せざるをえない。

① 一般病床活用モデル:総合病院に精神科医師を複数配置し、一般病床で身体的治療を受ける患者に対して、副主治医として精神科的に対応する。日本医科大学北総病院、神戸西市民病院、静岡市立静岡病院などがこのモデルである。経営的に負担となる精神科病床をもたずにすむ点や、救急場面に限らず急性期治療がカバーできる点で普及の可能性があり、行動

病理が重いケースには困難である。

② 救急ユニット常駐モデル:一般救急ユニットに精神科医師が常駐して、心身複合救急ケースに随時対応する。北里東病院などが実例である。

③ 相互コンサルテーションモデル:身体救急ユニットと精神科救急医療施設が提携し、身体救急ユニットに入院した心身複合救急ケースに対して、精神科救急医療施設の精神科医師が電話や往診でコンサルテーションを行う。身体的な急性期治療が終了したら精神科救急医療施設に転院として、必要ならば身体科医師によるコンサルテーションを受ける。契約の締結には至らぬまでも、このモデルでギブアンドテイクの関係を保っている病院群はいくつもある。

①②のモデルを、総合病院という同一施設内で心身複合救急ケースに同時並行的に対応する「並列モデル」と呼べば、③のモデルは、身体科救急を優先しつつ精神科救急が確実にフォローアップする「縦列モデル」と呼ぶことができる。身体救急と精神科救急が別立てで運用されてきた歴史と現状を考慮するならば、さしあたって、縦列モデルの拡充を検討するのが現実的であろう⁵⁾。

以上に述べた精神科救急医療システムのプランを図10に示した。また、図11には救急ケース発生から在宅ケアまでのフローチャートを主体に示した。図12には、電話相談から入院治療まで、個別のケースから見た精神科救急医療サービスの提供形態を主体に示した。

E. 結論

精神科救急医療の存在理由は、第1に、精神疾患に起因する自殺や事件などの不幸な事態を未然に防止すること、第2に、急性患者の慢性化を防ぐための質の高い急性期医療を提供すること、そして第3に、迅速な危機介入によって地域社会で生活する精神科医療利用者の在宅ケアを支援することである。

そのためには、個々の医療機関が自発的に提供する救急診療サービスの集合体である精神科ミクロ救急と、これを補完する広域救急診療分業体制—精神科マクロ救急システム（＝精神科救急事業）の双方を拡充しなくてはならない。今回の研究では、精神科救急事業と精神科救急病棟群の運用状況を調査し、課題を指摘した上で、均霑化のための機能評価法を提示した。

今後は、きめの細かい電話相談や身体救急医療に統合された一次救急医療、アウトリーチ救急サービス、高度な急性期治療、そして身体救急と連携した心身複合救急ケースへの対応システムなど、利用者の立場に立った新たな精神科救急医療システムが構築されるべきである。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

論文発表、学会発表ともなし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

[参考文献]

- 1) 平田豊明：「スーパー救急病棟」の運用実態—精神科マクロ救急および地域ケアシステムにおける役割。精神科救急 10:70-76, 2007
- 2) 平田豊明, 分島徹監修：精神科救急医療の現在（いま）。精神科リュミエール 13 巻。中山書店, 東京, 2009
- 3) 平田豊明他：平成 21 年度厚生労働科学研究「精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究」報告書（総括研究「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」）。2010
- 4) 杉山直也、塚本哲司、平田豊明ほか：平成 21 年度障害者程度区分認定事業補助金（障害者保健福祉推進事業）「精神科救急医療の機能評価と質的強化に関する研究」報告書。2010
- 5) 杉山直也、大塚耕太郎、山田朋樹ほか：平成 21 年度厚生労働科学研究補助金（政策科学推進研究事業）「精神科救急医療と一般救急医療の連携体制構築における現状の課題と今後の方向性」報告書（総括研究「小児医療、産科・周産期医療、精神科医療領域と一般救急医療と連携体制構築のための具体的方策に関する研究」）。2010

資料 2 精神科救急入院料病棟の運営に関するアンケート調査票

回答日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(施設名 _____ 回答者名 _____)

I. 貴院の基本情報についてお聞かせ下さい。

1. 貴院の設置主体を以下の選択肢からお選び下さい。

- (1) 国
- (2) 国立系独立行政法人
- (3) 地方公共団体（都道府県・市町村・国民健康保険団体連合会）
- (4) 地方独立行政法人
- (5) 公的団体（日本赤十字社・済生会・全国社会保険協会連合会・厚生年金事業振興団・その他）
- (6) 公益法人（財団法人・社団法人・社会福祉法人）
- (7) 医療法人
- (8) その他（ _____ ）

2. 貴院の病院種別を以下の選択肢からお選び下さい。

- (1) 精神科病院(単科)
- (2) 精神科を主とする病院(複数科)
- (3) 一般病院(総合・複数科・大学病院を含む)
- (4) その他（ _____ ）

3. 貴院の病床数および精神病床数等をお聞かせください。

- (1) 病院全体の病床数 _____ 床
- (2) (1)のうち精神病床数 _____ 床
- (3) (2)のうち医療観察法病床 _____ 床

4. 貴院精神科の病棟種別と病棟数を以下の選択肢からお選び下さい。

- (1) 精神科救急入院料病棟 1 _____ 棟
- (2) 精神科救急入院料病棟 2 _____ 棟
- (3) 精神科救急・合併症入院料病棟 _____ 棟
- (4) 精神科急性期治療病棟 1 _____ 棟
- (5) 精神科急性期治療病棟 2 _____ 棟
- (6) 精神科療養病棟 _____ 棟
- (7) 認知症疾患治療病棟 _____ 棟
- (8) 児童・思春期病棟 _____ 棟
- (9) 医療観察法病棟 _____ 棟
- (10) その他の出来高病棟 _____ 棟

5. 検査体制や設備について教えてください。

(1) 検査体制

(a) 血液検査

- ① 24時間検査可能（検査技師のオンコール体制、当直医による検査を含む）
- ② 時間帯により検査困難

(b) 生化学検査

- ① 24時間検査可能
- ② 時間帯により検査困難

(c) X線単純撮影

① 24時間検査可能 ② 時間帯により検査困難

(d) CT検査

① 24時間検査可能 ② 時間帯により検査困難 ③ 検査設備なし

(2) 精神科救急入院料病棟入院患者に利用可能な医療設備（複数選択可）

①心肺モニター ②AED等の除細動装置 ③人工呼吸器（閉鎖循環式麻酔用）

④パルス型電気刺激装置 ⑤輸液加温装置 ⑥エアーマット ⑦下腿マッサージ器

II. 貴院の精神科救急入院料病棟の概要と診療実績について教えてください。設備・人員については回答日現在、診療実績については2009年度の数値を回答願います。精神科救急入院料病棟が複数ある場合は病棟別にご回答下さい。

<病棟1> 精神科救急入院料認可日 西暦_____年____月____日

1. 病床構成

(1) 病床数 _____床

(2) 隔離室 _____床

(3) 個室 _____床（うちエラストピア _____床）

2. 人員配置

(1) 常勤医師 _____人

(2) 看護師 _____人

看護助手 _____人

(3) コメディカル・スタッフ

精神保健福祉士 _____人

心理療法士 _____人

作業療法士 _____人

3. 年間延べ在棟患者数など

(1) 年間延べ在棟患者数 _____人

(2) 新規患者率 _____%（延べ在院患者数に占める新規患者^{*注1}の比率）

*注1：新規患者とは3ヶ月以内に精神科に入院歴のない患者

(3) 在宅移行率 _____%（3ヶ月以内に自宅退院^{*注2}した患者の比率）

*注2：自宅にはグループホーム、老人施設など福祉施設を含む

4. 当該病棟への年間入院件数 _____件（院内他病棟からの転入も含む）

(1) 院内他病棟からの転入 _____件

(2) 入院（および転入）時の入院形式

① 緊急措置入院 _____件

⑥ 医療観察法鑑定入院 _____件

② 措置入院 _____件

⑦ 医療観察法入院処遇 _____件

③ 応急入院 _____件

⑧ 司法鑑定入院 _____件

④ 医療保護入院 _____件

⑨ その他 _____件

⑤ 任意入院 _____件

(3) 当該病棟入院中に行った処置

① 隔離 _____件（平均 _____日）

② 身体拘束 _____件（平均 _____日）

(4) 主診断の内訳（最終診断）

F0（脳器質群）	_____件	F3（感情病群）	_____件
認知症群	_____件	F4（神経症群）	_____件
認知症以外	_____件	F5（摂食障害等）	_____件
F1（中毒依存群）	_____件	F6（人格障害群）	_____件
F2（精神病群）	_____件	その他	_____件

5. 当該病棟からの年間退院件数 _____ 件（転棟・転院を含む）

- (1) 自宅退院件数 _____ 件（自宅・単身アパート・グループホームなど）
- (2) 福祉的施設への退院件数 _____ 件（高齢者施設・知的障害者施設など）
- (3) 院内転棟件数 _____ 件
- (4) 他院への転入院件数 _____ 件
 - ① うち精神科 _____ 件
 - ② 一般科 _____ 件

6. 電気けいれん療法施行件数

- (1) 年間総件数 _____ 件
 - ① うち修正型 _____ 件
 - ② うち麻酔医立ち会い _____ 件
- (2) 実施患者の実人数 _____ 人

7. 治療プログラム施行件数（保険診療請求件数）

- (1) 入院精神療法 I _____ 件
- (2) 精神科作業療法 _____ 件
- (3) 入院生活技能訓練療法（SST） _____ 件
- (4) 入院集団精神療法 _____ 件
- (5) 退院前訪問看護指導料 _____ 件

ご協力ありがとうございました！

Ⅷ 支援病院						
1 支援病院名						
2 支援病院の機能 (該当する項目をチェックしてください) (上記について補足事項があれば記入ください)		<input type="checkbox"/> 脳神経疾患診療科を維持するための施設買入(買方指定) <input type="checkbox"/> その他()		ある 1	ない 0	
Ⅷ その他						
1 脳病、脳神経疾患発症の者による脳神経診療が実施できる		<input type="checkbox"/> 実施できる <input type="checkbox"/> 実施できない		できる 1	できない 0	
2 脳血管障害診療の72時間以内の再診歴がシステム化されている (該当する項目をチェックしてください) (上記について補足事項があれば記入ください)		<input type="checkbox"/> システム化されている <input type="checkbox"/> 他部署のシステム化されている <input type="checkbox"/> システム化されていない		システム化されている 2	他部署のシステム化されている 1	システム化されていない 0
3 脳神経診療(脳神経系)専攻の診療 (該当する項目をチェックしてください)		<input type="checkbox"/> 診療所あり <input type="checkbox"/> 一部の施設で診療所あり <input type="checkbox"/> 未診療		診療所番号あり 2	診療所番号あり(平成 年度) 1	未診療 0
Ⅷ 課題 買付施設において、脳神経疾患診療科機能にあつての課題についてお答えください						

QIシート

2011.03.08 11:14 現在
病棟 全ての病棟
期間 2011.02.01から1ヶ月
退棟数 0人

入院時		度数 (%), 平均±標準偏差	母数
1	性別	男性	0.0
2	入棟時年齢	平均年齢	0.0 ± 0.0
3	救急医療事業における患者カテゴリ	救急事業ケース	0.0
4	診療報酬における新規入院の該当	新規入院	0.0
5	入棟日時	時間外受入	0.0
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	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0 0.0
7	精神科暫定診断(ICD-10コード)	入棟時診断不明 入棟時最多暫定診断 (ICD分類1桁)	0.0 0
8	入棟時GAFスコア	入棟時平均GAF	0.0 ± 0.0
9	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	0.0 0.0
10	一般科による定期的フォロー	定期的な身体科フォローアップ	0.0
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	0.0 0.0
13	自傷	自傷なし 致死性の高い手段による自殺企図	0.0 0.0
14	他害の危険	他害なし 対人への他害	0.0 0.0
15	アルコール・薬物の依存・乱用	アルコール・薬物の依存・乱用	0.0
16	服薬状況	服薬の不規則	0.0
17	入棟時の処置	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	0.0 0.0
18	入棟時BPRS	入棟時平均BPRSスコア	0.0 ± 0.0
隔離・身体拘束			
19	隔離日数	平均隔離日数	0.0 ± 0.0
20	身体拘束日数	平均身体拘束日数	0.0 ± 0.0
退棟時			
21	在棟日数	平均在棟日数 在棟30日以内	0.0 ± 0.0 0.0
22	退棟時入院形態	退棟時自発入院	0.0
23	退棟時主診断(ICD-10コード)	退棟時最多主診断 (ICD分類1桁) F2診断	0.0 0.0
24	退棟時副診断	重複診断	0.0
25	退棟時副診断(ICD-10コード)	退棟時最多副診断 (ICD分類1桁)	0
26	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	0.0 0.0
27	退棟時GAFスコア	退棟時平均GAF 死亡退院	0.0 ± 0.0 0.0
28	臨床全般改善度CGI	退棟時平均CGI	0.0 ± 0.0
29	退棟時BPRS	退棟時平均BPRSスコア	0.0 ± 0.0
30	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	0.0 0.0 ± 0.0 0.0 ± 0.0
31	自傷インシデント	自傷インシデント 自傷インシデント回数	0.0 0.0 ± 0.0
32	暴力インシデント	暴力インシデント 暴力インシデント回数	0.0 0.0 ± 0.0
33	無断離院	無断離院	0.0
34	薬剤による有害事象	薬剤関連有害事象	0.0
35	治療関連合併症	治療関連合併症・肺炎 肺血栓塞栓症 転倒・転落 褥瘡	0.0 0.0 0.0 0.0
36	その他の重大インシデント	その他の重大インシデント	0.0
作業療法			
37	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	0.0 0.0 ± 0.0 0.0 ± 0.0
訪問看護			
38	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	0.0 0.0 ± 0.0

