

(2) 職員配置		応急入院	15.9 (4.7%)
① 専任常勤医師	4.3	医療保護入院	217.0 (64.7%)
② 専任常勤指定医	2.9	任意入院	66.0 (19.7%)
③ 兼任常勤医師	3.6	医療観察法鑑定入院	1.2 (0.3%)
④ 兼任常勤指定医	2.2	医療観察法指定入院	0.0 (0.0%)
⑤ 看護師	26.2	司法鑑定入院	0.8 (0.2%)
⑥ 準夜勤看護師体制	3.1	⑨ 行動制限件数	
⑦ 深夜勤看護体制	3.5	隔離	861.1
⑧ 専属ソーシャルワーカー	2.3	身体拘束	256.7
⑨ 他の専属コメディカル	1.7	⑩ 主診断 (重複あり)	
(3) 病棟で利用可能な医療設備		F0	52.6 (15.7%)
① 隔離室配管	17 (54.8%)	F1	22.4 (6.7%)
② 個室配管	22 (71.0%)	F2	236.9 (70.7%)
③ 病棟救急カート	31(100.0%)	F3	80.7 (24.1%)
④ 心肺モニター	26 (83.9%)	F4	19.7 (5.9%)
⑤ 除細動装置 (AED 含む)	28 (90.3%)	F5	4.0 (1.2%)
⑥ 人工呼吸器	2 (6.5%)	F6	7.7 (2.3%)
⑦ パルス型電気刺激装置	14 (45.2%)	その他	16.5 (4.9%)
⑧ エアマット	20 (64.5%)	⑪ 年間退院件数	
⑨ 間欠的空気圧迫装置	13 (41.9%)	自宅退院件数	220.2
(4) 治療プログラム (平成 22 年度実施数)		院内転棟件数	84.2
① 入院精神療法 I	2721.7	精神科他院への転入院件数	13.4
② 生活技能訓練療法 (SST)	17.2	一般科他院への転入院件数	11.5
③ 電気けいれん療法	84.4		
④ 精神科作業療法	3245.0		
⑤ 退院前訪問指導	43.7		
(5) 診療実績 (平成 22 年度)			
① 年間延べ在棟患者数	16096.8		
② 新規患者率	81.9%		
③ 一日平均在院患者数	44.1		
④ 年間平均病床利用率 (平均病床数に対する一日平均在院患者数の比率)	80.8%		
⑤ 年間入院件数	337.0		
⑥ 年間病床回転率 (年間入院件数を一日平均在院患者数で除した数値)	7.6		
⑦ 年間平均在院日数 (365 日を年間病床回転率で除した数値)	47.8		
⑧ 入院形態			
緊急措置入院	9.8 (2.9%)		
措置入院	22.4 (6.7%)		

3. eCODO を用いた臨床指標の有用性調査

eCODO 稼働施設における、各臨床指標の総括を資料 1 に示す。本データは、平成 23 年 2 月から 12 月までの 9 ヶ月間に、対象施設の精神科救急入院料病棟を退棟した 275 名を母数とし、eCODO システムに搭載された集計機能を用いて算出され、3 枚の A4 シートに PDF 形式で出力された QI シートである。特に意義の高い臨床指標を抜粋し、その経時的な動向を月毎に示したデータ集を資料 2 に示す。

主な患者背景としては、41.1%が男性で、平均年齢は 50.7 歳であった。入院形態では緊急措置・措置・応急を併せた 3 次救急が 7.3%、医療保護入院 80.7%、任意入院 12.0%であり、本施設では全国平均 (3 次 23.4%、医療保護 48.3%、任意 27.4%) に比べ医療保護入院のニーズが多かった。入棟時点で 45.1%に何らかの合併症がみられ、そのうち 5.5%は一般科での入院が必要な中等症以

上であった。また、普段から定期的な一般医のフォローアップを受けていたのは29.1%で、約15%は精神科救急を受診して初めて合併症に気づかれる状況と考えられた。自殺念慮は35.3%にみられ、それが明確であったのは11.6%に上った。自傷は16%にみられ、6.9%では致死性の高い手段を用いていた。他害を示さないケースは38.5%で、15.6%では他害行為が物でなく人物に及んでいた。入棟時のGAFの平均は21.5で退棟時には46.3にまで改善、一方BPRSは入棟時に50.6、退棟時に31.8まで低下した。入棟時の処置として、隔離は85.8%、身体拘束は22.2%に適用されていた。入棟時点で直ちに静脈確保され、抗精神病薬が投与されたのは2.2%、筋肉注射による静穏化が行われたケースは9.5%であった。これらの処置の頻度は月毎でわずかな変動がみられたが、明らかな増加や減少の傾向は見られなかった。平均在棟日数は49.2日であり、38.9%が30日以内に退棟した。退院時点で最も多かった診断分類はF2圏であり、その割合は52.7%であった。重複診断は20.4%にみられた。在棟中のインシデントの発生は、自傷3.3%、暴力2.5%、無断離院0.0%、薬剤有害事象12.0%、肺炎1.8%、肺血栓塞栓症0.0%、転倒・転落4.0%、褥瘡0.4%であった。作業療法は24.0%、退院前訪問看護は4.0%に実施された。

薬剤では、F2診断のみを母数として、入棟時の抗精神病薬数は平均1.8剤、退棟時は同2.2剤であった。単剤率では入棟時の53.8%から退棟時は30.8%まで低下した。第2世代のみの使用は入棟時53.8%、退棟時46.9%であった。クロルプロマジン換算用量の平均値では入棟時659.5mgから、退棟時は1,014.3mgまで、在院中に平均347.2mg増量されていた。その他抗パーキンソン薬、気分安定薬、抗不安薬・睡眠薬、身体疾患治療薬、下剤、排尿障害治療薬などの投与量・併用割合等も指標として入退棟時の2点で呈示された。服薬指導については77.6%のケースで実施され、退棟時に自己管理に移行できたのは41.2%であった。

精神保健福祉情報としては、入棟時点での単身者は14.5%、居住先不明者は4.4%であった。退棟時に単身生活に戻ったのは9.5%、施設入所と

なったのは6.2%であった。今回の入院が初回治療になるケースは9.5%であり、治療中断による介入は12.7%であった。また自施設に通院していた割合は54.2%、精神科クリニック（診療所）に通院していたのは13.8%であった。精神保健福祉サービスでは、入棟時に27.6%のケースで利用があった状況が、入院中にサービス導入・調整がなされ、退棟時には38.2%まで増えた。内訳では訪問看護（7.6%→7.3%）、ホームヘルプ（2.2%→1.5%）、精神科デイケア（5.1%→5.5%）、就労支援（1.5%→3.3%）、地域生活支援センター（4.0%→4.7%）、相談支援（ケアマネージャー）（2.5%→12.0%）介護保険（7.6%→7.6%）、とサービスの種類で変化の程度が異なっていた。また、入棟時には27.6%のケースで制度利用があり、その内訳は障害年金（25.1%）、生活保護（10.2%）、自立支援医療（36.4%）、障害者福祉手帳（13.5%）であった。精神保健福祉士は92.7%のケースに対して1週間以内の介入を始めており、3.3%では関与を要さなかった。関与の深さとしては、外部関係機関との連絡調整を必要としたケースは69.5%あり、8.9%では地域や自宅へのアウトリーチを実施した。入棟中にサービス調整会議（院内の関係多職種者が集まる会議）が開催されたのは26.5%、ケア会議（地域の関係者が集まる会議）は16.7%、退棟後のケアマネージャーが確保されたのは53.8%であった。入棟後3カ月以内に在宅移行してきた新規入院者の割合は64.0%であった。精神保健福祉に関する臨床指標は変動が大きく、ニーズの多様さが反映された。

D. 考察

1. 精神科救急事業の運用実態調査

(1) 「精神医療相談事業」と「精神科救急情報センター」

厚生労働省が示す「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」には「精神医療相談事業」と「精神科救急情報センター」の2つが明記され、それぞれに国庫補助が割り当てられている。前者の「精神医療相談事業」は休日、夜間に当事者からの相談に対応する目的で24時間精神医療相談窓口を置き、疾病の重篤化を軽減する観点から、症状の

緩和が図れるよう適切に対応するとともに、必要に応じて医療機関の紹介や受診指導を行うものとされている。つまりトリアージよりもコンサルテーション機能が重視されている。

一方の「精神科救急情報センター」は、身体的疾患を合併している者も含め、緊急な医療を必要とする精神障害者等の搬送先となる医療機関との円滑な連絡調整機能や移送の実施のための連絡調整等を担うとされ、より高次のトリアージやプレホスピタルにおけるコーディネーション的役割が期待されている。しかしながら、実際に事業として行っている電話相談の内訳は、警察から10.1%、消防は7.0%と低率であり、ほぼ「精神医療相談事業」で対応するコンサルテーションのニーズがほとんどを占めていると思われる。精神科救急情報センターが多機関の仲介としてコーディネーション機能を果たせるかどうかを調査した別の研究でも、それが困難である現実が判明しており²⁾、こうした相談業務はニーズの実態に応じて一般の医療機関でも実施が可能な「精神医療相談事業」に大きく重点をシフトさせることが現実的かもしれない。

(2) 受診実績の地域差

精神科救急医療の地域差は、図5に示したように、特定の緩い法則性をもって現れる。そしてそれは2次医療圏の人口規模など、都市部であるかどうかと関連する。すなわち、都市部では精神科救急の受診件数は人口規模に比べると少なく、受診したケースの多くは入院に至る。逆に散布図の右下にプロットされる都道府県は地方であり、人口規模にしては受診が多く（受診率が高い）、ほとんどのケースは入院に至らない。その特徴を示すもう一つの所見は、入院件数を多い順に追うと（図4）大都市を有す地域が上位にランクされるのに対して、受診件数の順位（図3）では必ずしもそうした特徴がみられないことで、都会では救急件数が多いはずだという一般感覚とは異なっている。受診率が低く入院率が高い都会型では、重症者だけをトリアージして対応せざるを得ない現実的な実情が見て取れるが、多くを占めると

推測される中等・軽症者の対応が不十分となる可能性も考慮される。平成24年度に改定される精神保健福祉法には都道府県が夜間休日の精神科救急医療体制の整備を図るよう努めることが明記される。またその整備にあたっては、精神科医療施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる、とされていることから、診療所を含めた体制整備も想定されていると考えられる。精神科1次（初期）救急、或いはさらにその事前の電話相談では、多くのニーズに対して軽症のうちに介入することで症状を緩和して悪化を防止し、限られた医療資源の有効活用によって有用であることが論じられており、このような点を踏まえた体制作りが求められ、この部分では診療所の協力も有用となる可能性がある。また逆に、受診率が高く入院率が低い地域では、いわゆる救急医療のコンビニ化の可能性を示唆する。限られた医療資源を有効活用して、救急医の疲弊を防止するためにも、やはり適切なトリアージのシステム構築が必要であると考えられる。

図5の散布図では、受診率と入院率の間に緩い非線形の関係が認められるものの、対数近似曲線から外れる都道府県も多く、やはり不均一であることを示唆する。このうち、右上に位置する場合は一定の受診率と入院率があることを示し、精神科救急医療がある程度機能的であることを示すと考えられる。一方左下に外れる場合は、一定程度の発生が想定される受診率にも入院率にも届いておらず、精神科救急医療自体の活動が需要に達していない可能性を示唆する。

このように、精神科救急医療のパフォーマンスは、ニーズの差による特徴の他にも、整備状況による活動の差が影響する。このため、今後さらなる標準化・均霑化が求められるであろう。

なお、診療所の精神科救急医療体制整備への協力については、診療参加協力の他にも、もうひとつ重要な点として、診療情報提供方策の構築が強く求められる。救急医療においては情報不足の中での安全性の確保が大きな課題のひとつであり、適切な情報が提供されることで治療の有効性や

安全性を高め、診療の質に大きく向上させる効果を発揮できる可能性が高い。頻回受診者の対応や既往歴、薬剤処方、禁忌などの情報について、個人情報に関するセキュリティ対策を同時に兼ねた何らかの手法（例えば「お薬手帳」の携帯など）によって、コミュニケーションの向上や連携の工夫をすることが、より良質な医療に実現に寄与するものと思われる。

(2) 三次救急の地域差

精神科救急事業の地域差は、受診件数や受診率のほか、三次救急ケースの割合にも表れる。3次救急ケースは大都市圏に多いが、そのうち神奈川県だけは緊急措置入院ではなく、措置入院が多くを占める特徴があり、これは夜間休日でも2名の指定医を確保する体制が反映されたものと考えられる。このように精神科医療の不均一さは、ニーズの違いによるものというよりも、医療体制の違いを反映した場合も多い。

2. 精神科救急病棟の運用実績調査

本年の調査実施時点で、精神科救急病棟は表3・図6に示すように95施設であり、昨年よりも15施設増加、認可施設が一か所もない都道府県は昨年の11から9に減少した。精神科救急医療は依然地域格差が大きい領域ではあるが、一方ではこのように精神科医療の救急・急性期へのシフトが進行しており、徐々に整備が進みつつある。精神科救急や急性期医療への積極的な取り組みは、わが国の精神科病床の在院期間短縮や地域ケアの推進に大きな役割を果たし、精神障害者の機能向上や社会参加の促進にも寄与できる重要な意義を持つ。

本年度の精神科救急病棟の運用実態調査における例年との決定的な違いは、回答数の少なさである。昨年の同調査の回答率は63.8%で、全体を反映しているとは言い難い状況であったが、本年度はさらに限定的なデータであることを踏まえた考察とせざるを得ない。

構造(Structure)要素では、精神科救急病棟の1ユニットの平均値として、病床数45.9床(うち隔離室9.3床、個室15.8床)に専任常勤医師4.3人(うち専任常勤指定医2.9)と兼任常勤医師3.6人(うち指定医2.2)、看護師を26.2人、コメ

ディカルスタッフ4.0人(うちソーシャルワーカー2.3)を配し、昨年とほぼ同様であった。

一方夜勤体制は当直帯医師数1.5名と複数当直の実施が広がっており、6割を超える病院では指定医か特定医師が常駐、救急外来専任看護師を備える病院は18.5%、夜勤者は準夜深夜ともに3名強、ソーシャルワーカー当直も29.6%で実施されており、夜間であっても多職種による踏み込んだ診療業務が行えるよう、手厚く人員配備される傾向が示唆された。恐らくは救急医療の特徴としての、リソースを急性期部分に集中的に投入することで、有効性と安全性を共に向上させ、結果的に人的資源の効率的な活用と医療の質の改善につながるといった効果が、現場の体制整備に浸透しつつあることが考えられる。

過程(Process)要素では1ユニットあたり1日平均7.5件の入院精神療法I、8.9件の作業療法を行い、年間84.4件の電気けいれん療法を実施している。隔離は年間861.1件、身体拘束は同じく256.7件であり、昨年より精神療法が減少して作業療法がほぼ同数であった以外は増加しており、より急性期の身体治療や管理にシフトしている可能性を示唆する。厚生労働省が毎年発表する精神保健福祉資料³⁾においても、行動制限量は次第に増加傾向にあり、社会の高齢化と精神医療の急性期へのシフトがその要因とされている。しかしながら、今回の調査客対数が極めて低率であることから、こうした考察も限定的とせざるを得ない。

アウトカム(Outcome)要素では、年間337.0件の入院があり、転帰では平均47.8日で66.9%が自宅退院、25.6%が院内転棟、一般科と精神科の病院へ転院となるのはいずれも4%前後であり、昨年よりも入院数が少なく、自宅退院率はほぼ同率、平均在院日数は延長していた。回転率は7.6であり昨年よりもわずかに低下した。このように、年次比較では診療パフォーマンスがやや低調に見えるが、やはり調査数の不足があり、結果については慎重に考察せざるを得ない。いずれにしても、脱施設化と地域ケアの推進を軸とする近代精神医療の構築にとって、精神科救急病棟がその原動力の大きな一端を担う必要があり、今後さらな

る均霑化や標準化が進められるべきであることは明白である。また、その推進と良質な医療の提供のために、これを実現し得る合理的な診療報酬設定なども考慮されるべきであろう。

調査における困難性は、その方法の限界にも要因が求められる。調査対象者の負担を軽減しながら同時に正確な実態把握をする必要があり、その両立のためには、医療の質の向上にも大きな効果や意義のあるeCODOセンターシステムの構築などの仕組みが推進・整備されることが求められる。

3. eCODOを用いた臨床指標の有用性調査

今回の報告では、臨床指標を分析可能な状況まで提示できたのはたった1施設のみであったが、その総合的な情報の質と臨床的意義は、これまでに例をみない視点を生み、秀逸した内容であった。特に、基本情報における、救急入院となった危機介入ケースにおける自殺念慮や自傷・他害の割合、合併症に関する情報などは、これまでにあまり明確にされておらず、そうした領域の認識を深められる点で極めて臨床的意義が高い。また、プロセス指標としての薬剤プロフィール、アウトカム指標としてのインシデント数や精神保健福祉の視点から見た転帰やサービス形態などを示すことが可能であり、医療の質を包括的に反映できる点も有用性が高い。さらにeCODOシステムにデータの集約と出力機能が搭載されていることから、期間や病棟などを区切って容易に臨床指標を算出できる点も、これまでに類のないシステムとして大変有用である。本誌システムは精神科急性期医療の質を透明化し、広く一般にその内容を実証できることから、今後は診療報酬の根拠としても期待される。

一方の課題としては、現場のスタッフにとって入力負担が大きく、それを解析することにも多大な労力を要す点があげられる。今後は、電子カルテシステムとの連動や、一般的な領域等についての自動解析機能の付加などが検討される必要があると考えられる。

今後は本システムをさらに活用し、多施設間比較を可能にするセンターシステムの構築を行うことで、広く業界全体の質向上を図るといった有用性も期待できるが、このためには、内外の理解

と協力が求められるであろう。

E. 結論

精神科救急医療体制整備の各事業は各都道府県で解釈が異なり、不均一が常態化しており、さらなる均霑化が求められる。医療相談と情報センターの2事業は役割の明確化とニーズの実態に応じた事業の見直しが考慮される。入院率と受診率の2変数により地域の特徴と整備の方向性が示され、次年度の精神保健福祉法改正に向け、特に一次（初期）救急についての診療所の役割等を考察した。全国精神科救急病棟は増加傾向にあり、徐々に急性期を中心とした医療体制にシフトしている。調査では多職種対応の傾向等が示唆されたが、回答率は低く、調査方法自体に課題が残った。今後eCODOセンターシステムの活用などにより、調査対象の負担軽減を兼ねた実態把握方策の構築が求められる。eCODOによる臨床指標の検討は新たな評価視点を生み、医療の質が包括的に評価されることで有用性が示された。センターシステムの構築による多施設間評価では、さらなる有用性が期待される。

以上より、今後精神疾患による自殺や事件の防止、良質な精神科急性期治療の提供、脱施設化と地域ケアの推進を軸とする近代精神医療の構築を図るために、精神科救急医療体制の効率的な整備と標準化、それを可能にする方策の確立などによる均霑化が必要不可欠である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録
なし
3. その他
特になし

参考文献

1. 精神科救急医療体制に関する検討会報告書.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001q5su-att/2r9852000001q5y7.pdf>
(平成 23 年 12 月 5 日アクセス)
2. 杉山直也：精神科救急医療と一般救急医療の連携体制のあり方に関する研究. 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金. 地域医療基盤開発推進研究事業. 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の連携体制構築のための具体的方策に関する研究 (研究代表者：宮坂勝之), 平成 22 年度総括・分担研究報告書, 2011
3. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健計画研究部: 精神保健福祉資料.
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/630datahtml>.
(平成 24 年 1 月 28 日アクセス)

表1 平成22年度 精神医療相談及び精神科救急情報センター事業年報

都道府県名	精神医療相談							精神科救急情報センターへの相談等								
	電話相談件数			来所相談件数			救急受診 勧奨件数	合計	救急隊	一般救急 の情報セ ンター	医療機関 (精神科)	医療機関 (精神科 以外)	警察	保健所	その他	
	合計	本人	家族・その他	合計	本人	家族・その他										
北海道	4155	1853	2302	0	0	0	533	4155	436	5	56	100	162	25	3371	
青森県	未実施															
岩手県	未実施								650	1		不明	21	11	28	589
宮城県	4977	3882	1095	0	0	0	457	515	156	不明	37	53	41	135	93	
秋田県	未実施								118	3	0	8	5	1	3	98
山形県	未実施															
福島県	未実施								133	1	0	1	0	1	0	130
茨城県	264	22	242	0	0	0	71	58	0	0	0	0	58	0	0	
栃木県	未実施								1517	119	5	27	43	223	206	894
群馬県	77	37	40	11	1	10	0	176	6	0	75	0	32	42	21	
埼玉県	6207	3297	2910	0	0	0	321	6671	415	174			575	17	5490	
千葉県	1986	948	1038	0	0	0	1135	1405	401	0	128	86	451	167	172	
東京都	未実施								13334	0	508	106	179	327	0	12214
神奈川県	7753	3612	4141	0	0	0	669	1188	0	0	0	0	887	3	298	
新潟県	641	不明	不明	788	不明	不明	不明	未実施								
富山県	1804	1315	489	206	206	0	206	257	45	0	50	39	44	66	13	
石川県	225	131	94	0	0	0	34	16	0	0	0	0	2	0	14	
福井県	678	429	249	0	0	0	80	332	36	0	68	17	134	41	36	
山梨県	未実施								377	11	0	3	12	9	19	323
長野県	217	112	105	0	0	0	21	29	6	0	8	0	3	0	12	
岐阜県	269	140	129	0	0	0	34	171	5	0	7	6	3	0	150	
静岡県	292	277	15	0	0	0	18	1747	11	24	15	18	9	7	1663	
愛知県	3361	2326	1035	0	0	0	1401	512	17	0	44	144	30	6	271	
三重県	1629	1463	166	0	0	0	122	158	0	0	1	1	0	0	156	
滋賀県	308	184	124	0	0	0	22	79	23	0	15	10	28	1	2	
京都府	186	186	0	0	0	0	186	2602	42	0	123	0	178	7	2252	
大阪府	31245	24695	6550	0	0	0	1261	3654	1236	0	0	0	757	0	1661	
兵庫県	2130	870	1260	0	0	0	185	1164	124	0	0	0	642	0	398	
奈良県	未実施								767	28	0	0	0	27	0	712
和歌山県	未実施															
鳥取県	1844	1596	248	6	4	2	79	未実施								
島根県	7300	6829	471	252	194	58	141	408	15	0	84	27	92	44	146	
岡山県	50	10	40	0	0	0	26	1597	3	0	9	12	13	5	1555	
広島県	901	585	316	0	0	0	78	42	2	0	8	14	8	2	8	
山口県	2403	1802	601	0	0	0	44	294	78	2	28	33	42	66	45	
徳島県	未実施															
香川県	未実施								13	3	0	0	1	3	1	5
愛媛県	121	42	79	0	0	0	37	94	6	13	14	9	27	13	12	
高知県	未実施															
福岡県	未実施								2321	153	0	274	0	111	297	1486
佐賀県	106	82	24	1	1	0	22	未実施								
長崎県	40	16	24	14	3	11	29	984	12	0	9	14	12	2	935	
熊本県	未実施															
大分県	未実施								1483	1	0	1	8	2	0	1471
宮崎県	未実施								165	16	不明	不明	不明	2	不明	147
鹿児島県	未実施								34	3	1	1	3	7	1	18
沖縄県	2517	1665	852	0	0	0	540	558	47	0	172	147	75	81	36	
合計	83,686	58,406	24,639	1,278	409	81	7,752	49,778	3,461	732	1,372	1,002	5,029	1,285	36,897	

北海道：札幌市実施。別々の集計は不可能。全体件数は、4155件。 埼玉県：重複あり。全体の件数は、6671件

表2 平成22年度 精神科救急体制整備事業累積

都道府県名	受診件数	受診者のうちの入院者								
		うち精神科 救急情報セ ンター經由	うち自院 通院中	入院件数	入院形式					
					緊急措置	措置	応急	医療保護	任意	その他
北海道	1,489	415	0	509	9	3	3	287	207	0
青森県	1,345	1	738	245	0	1	1	126	110	13
岩手県	2,873	2	2,051	633	1	0	4	183	402	43
宮城県	361	217	132	126	0	20	4	78	24	0
秋田県	1,301	0	1,011	235	0	5	0	108	120	2
山形県	491	未設置	400	205	1	11	8	78	107	0
福島県	673	不明	250	235	2	31	3	122	77	0
茨城県	122	122	0	87	35	3	0	39	10	0
栃木県	660	400	260	149	84	1	1	63	0	0
群馬県	666	162	243	395	55	13	7	236	84	0
埼玉県	655	651	11	324	44	82	13	164	21	0
千葉県	917	917	25	405	90	10	22	256	27	0
東京都	1,427	1,427	0	1,217	1,061	0	6	150	0	0
神奈川県	1,014	702	0	810	71	459	3	255	22	0
新潟県	788	0	不明	232	0	9	1	166	56	0
富山県	203	199	4	81	0	1	0	61	19	0
石川県	1,391	21	1,220	347	2	10	12	248	73	2
福井県	320	63	115	140	8	11	4	65	45	7
山梨県	100	88	12	62	3	7	0	40	12	0
長野県	726	70	506	220	27	28	7	85	71	2
岐阜県	567	8	306	219	1	1	9	138	70	0
静岡県	1,479	13	540	647	34	7	40	386	166	14
愛知県	2,836	641	368	792	15	2	12	488	273	2
三重県	760	0	96	333	20	4	14	179	116	0
滋賀県	2,653	38	0	559	63	3	1	279	213	0
京都府	603	281	322	267	41	5	25	178	18	0
大阪府	2,284	2,284	0	1,641	275	0	189	779	393	5
兵庫県	690	690	27	573	41	1	27	380	124	0
奈良県	577	74	88	212	28	2	16	128	38	0
和歌山県	1,330	未設置	1,006	268	6	9	4	135	114	0
鳥取県	686	0	561	153	0	4	3	68	77	1
島根県	537	180	415	163	6	12	1	79	64	1
岡山県	643	27	302	413	1	10	45	152	204	1
広島県	1,599	20	889	527	10	35	13	285	184	0
山口県	408	215	0	307	0	38	8	203	58	0
徳島県	367	0	78	182	1	1	2	68	110	0
香川県	490	1	150	160	1	6	1	31	67	54
愛媛県	363	74	288	95	1	1	2	64	27	0
高知県	495	未設置	168	159	2	7	10	108	32	0
福岡県	569	569	28	505	154	16	6	246	83	0
佐賀県	21	0	0	8	0	0	0	5	2	1
長崎県	347	不明	169	171	3	16	1	79	72	0
熊本県	612	未設置	不明	147	0	0	0	69	73	5
大分県	62	不明	不明	53	30	15	0	7	1	0
宮崎県	301	18	111	79	2	0	1	31	45	0
鹿児島県	200	3	0	80	0	0	0	39	41	0
沖縄県	1,048	558	616	296	0	9	0	148	137	2
合計	40,049	11,151	13,506	15,666	2,228	909	529	7,562	4,289	155

表3. 全国の精神科救急入院料認可施設一覽(平成24年1月10日時点)

No.	都道府県	施設名	取得年月	タイプ	総病床数	病棟病床数		No.	都道府県	施設名	取得年月	タイプ	総病床数	病棟病床数
1	北海道	医療法人社団 旭川圭泉会病院	2006年8月	1	360	60	民間病院	51	高知	医療法人須藤会 土佐病院	2006年	1	201	36
2	秋田	社会医療法人興生会 横手興生病院	2010年3月	1	383	46		52	高知	特定医療法人仁生会 細木ユニティ病院	2010年4月	1	285	40
3	山形	社会医療法人 公德会 佐藤病院	2006年?月	1	316	60		53	福岡	医療法人コミュニテ風と虹 のぞえ総合心療病院	2006年5月	1	150	116
4	山形	医療法人 二本松会 山形さくら町病院	2008年4月	1	339	48		54	福岡	雁の巣病院	2009年7月	1	356	96
5	山形	社会医療法人 若宮病院	2011年8月	1	113	59		55	福岡	医療法人社団豊永会飯塚記念病院	2010年8月	1	400	56
6	福島	医療法人安積保養園 あさかホスピタル	2010年4月	1	571	60		56	福岡	医療法人恵愛会 福岡病院	2009年6月	1	500	40
7	福島	財団法人竹田総合病院	2010年4月	2	204	48		57	熊本	医療法人芳和会菊陽病院	2010年12月	1	315	46
8	埼玉	医療法人 秀峰会 北辰病院	2008年8月	1	238	56		58	熊本	特定医療法人佐藤会弓削病院	2011年4月	1	160	32
9	埼玉	埼玉医科大 毛呂病院	2009年4月	1	801	33		59	宮崎	医療法人如月会 若草病院	2011年8月	1	182	48
10	埼玉	社会福祉法人 シナプス 埼玉精神神経センター	2009年4月	1	361	50		60	沖縄	医療法人(社団)卯の会 新垣病院	2005年10月	1	273	50
11	埼玉	財団法人 西熊谷病院	2011年5月	1	408	48		61	沖縄	医療法人へいあん 平安病院	2007年11月	1	309	42
12	埼玉	医療法人大社会久喜すずのき病院	2009年	1	442	112		1	宮城	宮城県立精神医療センター	2007年3月	1	345	54
13	千葉	医療法人社団 さつき会 袖ヶ浦さつき台病院	2005年6月	1	218	52		2	栃木	栃木県立岡本台病院	2008年1月	2	249	41
14	千葉	医療法人社団 柏水会 初石病院	2011年12月	1	868	45		3	群馬	群馬県立精神医療センター	2003年8月	1	265	35
15	千葉	医療法人静和会浅井病院	2009年11月	1	378	60		4	埼玉	埼玉県立精神医療センター	2007年5月	1	271	50
16	東京	財団法人 精神医学研究所附属 東京武蔵野病院	2003年4月	1	637	87		5	茨城	茨城県立友部病院	2008年8月	1	547	67
17	東京	医療法人社団翠会 成増厚生病院	2008年6月	1	536	100		6	千葉	国立国際医療研究センター国府台病院	2005年9月	1	135	42
18	東京	医療財団法人 青溪会 駒木野病院	2009年5月	2	500	48		7	千葉	千葉県精神科医療センター	2002年5月	1	50	50
19	東京	社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院	2010年8月	1	642	47		8	千葉	総合病院 国保旭中央病院	2007年7月	1	220	60
20	東京	昭和大学付属嵐山病院	2009年2月	1	454	78	9	千葉	国立病院機構下総精神医療センター	2008年12月	1	492	40	
21	東京	医療法人社団薫風会 薫風会山田病院	2009年10月	1	326	47	10	東京	東京都立松沢病院	2009年5月	1	1198	46	
22	東京	医療法人財団厚生協会 東京足立病院	2010年5月	1	378	38	11	神奈川	神奈川県立精神医療センター	2004年4月	1	308	60	
23	東京	医療法人社団碧水会 長谷川病院	2010年8月	1	492	42	12	神奈川	横浜市立大学附属市民総合医療センター	2011年5月	1	726	50	
24	東京	医療法人社団一陽会 陽和病院	2011年8月	1	389	48	13	山梨	山梨県立北病院	2005年10月	1	191	39	
25	東京	大泉病院	2011年9月	1	240	48	14	石川	石川県立高松病院	1998年2月	1	400	99	
26	神奈川	北里大学東病院	2010年7月	1	428	50	15	福井	福井県立病院こころの医療センター	2007年5月	1	400	57	
27	石川	医療法人財団松原愛育会 松原病院	2008年1月	1	433	48	16	長野	県立こころの医療センター駒ヶ根	2011年1月	1	129	40	
28	長野	医療法人芳州会 村井病院	2010年12月	1	215	48	17	静岡	静岡県立こころの医療センター	2008年6月	1	340	40	
29	岐阜	社団法人岐阜病院	2009年12月	1	598	45	18	三重	三重県立こころの医療センター	2008年11月	1	400	46	
30	静岡	医療法人社団宗美会 清水駿府病院	2007年1月	1	160	40	19	京都	京都府立洛南病院	2006年6月	1	256	72	
31	静岡	社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院聖隷三方原病院	2003年12月	1	104	44	20	大阪	大阪府立精神医療センター	2003年4月	1	583	32	
32	静岡	財団法人 復康会 沼津中央病院	2003年1月	1	286	60	21	奈良	奈良県立医大付属病院精神医療センター	2008年4月	1	110	50	
33	静岡	財団法人 復康会 鷹岡病院	2009年2月	1	189	34	22	兵庫	兵庫県立光風病院	2007年10月	1	495	24	
34	愛知	医療法人生会 松蔭病院	2008年10月	1	669	59	23	岡山	地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター	2005年1月	1	252	50	
35	愛知	医療法人静心会 桶狭間病院藤田こころケアセンター	2010年3月	1	315	97	24	山口	山口県立こころの医療センター	2007年8月	1	178	78	
36	三重	社会医療法人居仁会 総合心療センターひなが	2003年5月	1	550	60	25	福岡	福岡県立精神医療センター大宰府病院	2007年12月	2	300	30	
37	京都	医療法人栄仁会 宇治黄檗病院	2009年10月	1	412	53	26	佐賀	独立行政法人 国立病院機構 肥前精神医療センター	2008年6月	1	557	50	
38	大阪	医療法人北斗会 さわ病院	2005年3月	1	455	114	27	長崎	長崎県立精神医療センター	2007年8月	1	141	45	
39	大阪	医療法人 杏和会 阪南病院	2007年5月	1	690	99	28	富山	富山県立中央病院	2011年4月	1	735	50	
40	大阪	医療法人 養心会 国分病院	2008年4月	2	267	48	身体合併(宮)	1	神奈川	済生会横浜市東部病院	2007年8月	合	556	50
41	大阪	財団法人浅香山病院	2008年10月	2	948	52		2	神奈川	横浜市立みなと赤十字病院	2010年1月	合	634	50
42	大阪	医療法人社団 北斗会 ほくとクリニック病院	2008年9月	1	50	50		3	千葉	成田赤十字病院	2008年8月	合	719	50
43	大阪	医療法人爽神堂 七山病院	2011年4月	2	650	50		4	大阪	大阪府立急性期総合医療センター	2010年	合	768	34
44	兵庫	医療法人 恵風会 高岡病院	2008年4月	2	485	42		5	徳島	徳島県立中央病院	2008年11月	合	500	60
45	奈良	医療法人平和会 社団吉田病院	2009年4月	2	213	29		6	宮崎県	県立宮崎病院	2010年4月	合	651	42
46	奈良	財団法人 信貴山病院 ハートランドしぎさん	2009年7月	1	653	36				精神救急 I	80	合計	5096	
47	広島	医療法人せのがわ 瀬野川病院	2003年4月	1	325	108				精神救急 II	9	平均	53.6	
48	広島	医療法人社団更正会 草津病院	2009年4月	1	429	40					6			
49	山口	財団医療法人 水の木会 下関病院	2008年10月	1	291	46				合計	95			
50	愛媛	財団法人創精会松山記念病院	2002年10月	1	743	39								

図5 受診率と入院率の関係(平成22年度)

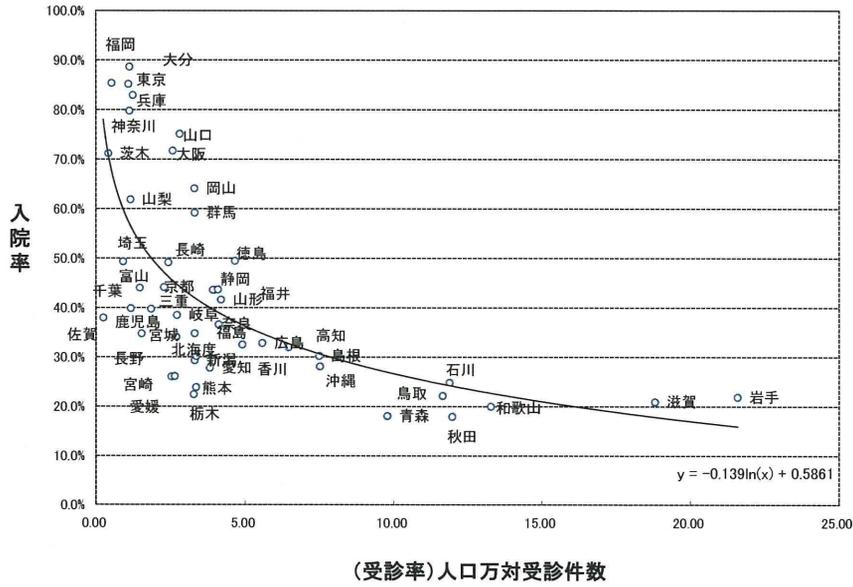
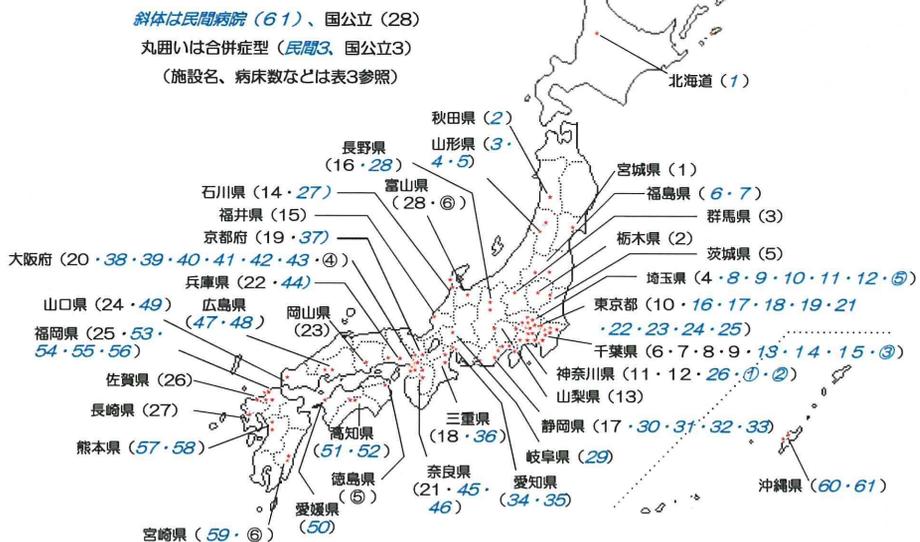


図6. 精神科救急入院料認可施設
(2012年1月10日現在95施設)



資料 1

(QI シート)

入院時		度数 (%), 平均±標準偏差		母数
1	性別	男性	113.0 (41.1%)	275
2	入棟時年齢	平均年齢	50.7 ± 17.3	275
3	救急医療事業における患者カテゴリ	救急事業ケース	111.0 (40.4%)	275
4	診察報酬における新規入院の該当	新規入院	248.0 (90.2%)	275
5	入棟日時	時間外受入	93.0 (33.8%)	275
6	入棟時入院形態	緊急措置/措置/応急	20.0 (7.3%)	275
		医療保護入院	222.0 (80.7%)	
		任意入院	33.0 (12.0%)	
		司法鑑定入院	0.0 (0.0%)	
		医療観察法内入院	0.0 (0.0%)	
		特定医師による入院	0.0 (0.0%)	
7	精神科暫定診断 (ICD-10コード)	入棟時診断不明	0.0 (0.0%)	275
		入棟時最多暫定診断 (ICD分類1桁)	F2	275
8	入棟時GAFスコア	入棟時平均GAF	21.5 ± 10.1	275
9	身体合併症	入棟時身体合併症あり	124.0 (45.1%)	275
		入棟時中等度以上身体合併症	15.0 (5.5%)	275
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	80.0 (29.1%)	275
11	主病像	最多主病像	1	10
12	自殺念慮	自殺念慮なし	178.0 (64.7%)	275
		自殺念慮が明確	32.0 (11.6%)	
13	自傷	自傷なし	231.0 (84.0%)	275
		致死性の高い手段による自殺企図	19.0 (6.9%)	
14	他害の危険	他害なし	106.0 (38.5%)	275
		対人への他害	43.0 (15.6%)	
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	22.0 (8.0%)	275
16	服薬状況	服薬の不規則	141.0 (51.3%)	275
17	入棟時の処置	入棟日の隔離	236.0 (85.8%)	275
		入棟日の身体拘束	61.0 (22.2%)	275
		入棟日の静脈確保	6.0 (2.2%)	275
		入棟日の筋肉注射	26.0 (9.5%)	275
		Haloperidol	25.0 (96.2%)	26
		Levomopromazine	2.0 (7.7%)	
		Chlorpromazine	0.0 (0.0%)	
		Biperiden	0.0 (0.0%)	
		Promethazine	20.0 (76.9%)	
		Diazepam	0.0 (0.0%)	
		Midazolam	0.0 (0.0%)	
		入棟日の静脈注射	6.0 (2.2%)	275
		Haloperidol	4.0 (66.7%)	6
		Diazepam	1.0 (16.7%)	
		Flunitrazepam	0.0 (0.0%)	
		Midazolam	0.0 (0.0%)	
		バルビツール酸系	0.0 (0.0%)	
		入棟日の膀胱カテーテル留置	12.0 (4.4%)	275
18	入棟時BPRS	入棟時平均BPRSスコア	50.6 ± 16.2	275
隔離・身体拘束				
19	隔離日数	平均隔離日数	18.4 ± 21.0	245
20	身体拘束日数	平均身体拘束日数	12.0 ± 19.4	111
退棟時				
21	在棟日数	平均在棟日数	49.2 ± 35.2	275
		在棟30日以内	107.0 (38.9%)	
22	退棟時入院形態	退棟時自発入院	52.0 (18.9%)	275
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	275
		F2診断	145.0 (52.7%)	
24	退棟時副診断	重複診断	56.0 (20.4%)	275
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)		56
26	身体合併症	退棟時身体合併症あり	137.0 (49.8%)	275
		退棟時中等度以上身体合併症	22.0 (8.0%)	
27	退棟時GAFスコア	退棟時平均GAF	46.3 ± 16.9	275
		死亡退院	0.0 (0.0%)	275
28	臨床全般改善度CGI	退棟時平均CGI	2.4 ± 0.9	275
29	退棟時BPRS	退棟時平均BPRSスコア	31.8 ± 11.9	275
30	電気けいれん療法	ECT施行	18.0 (6.5%)	275
		修正型平均回数	5.8 ± 1.3	5
		非修正型平均回数	7.8 ± 4.8	14
31	自傷インシデント	自傷インシデント	9.0 (3.3%)	275
		自傷インシデント回数	5.1 ± 7.2	9
32	暴力インシデント	暴力インシデント	7.0 (2.5%)	275
		暴力インシデント回数	2.0 ± 1.0	7
33	無断離院	無断離院	0.0 (0.0%)	275
34	薬剤による有害事象	薬剤関連有害事象	33.0 (12.0%)	275
35	治療関連合併症	治療関連合併症・肺炎	5.0 (1.8%)	275
		肺血栓塞栓症	0.0 (0.0%)	275
		転倒・転落	11.0 (4.0%)	275
		褥瘡	1.0 (0.4%)	275
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	3.0 (1.1%)	275
作業療法				
37	作業療法	作業療法実施	66.0 (24.0%)	275
		作業療法開始までの平均病日	36.0 ± 18.3	66
		作業療法平均実施回数	7.8 ± 5.5	66
訪問看護				
38	退院前訪問看護	退棟前訪問看護実施	11.0 (4.0%)	275
		退棟前訪問看護平均実施回数	1.4 ± 0.7	11

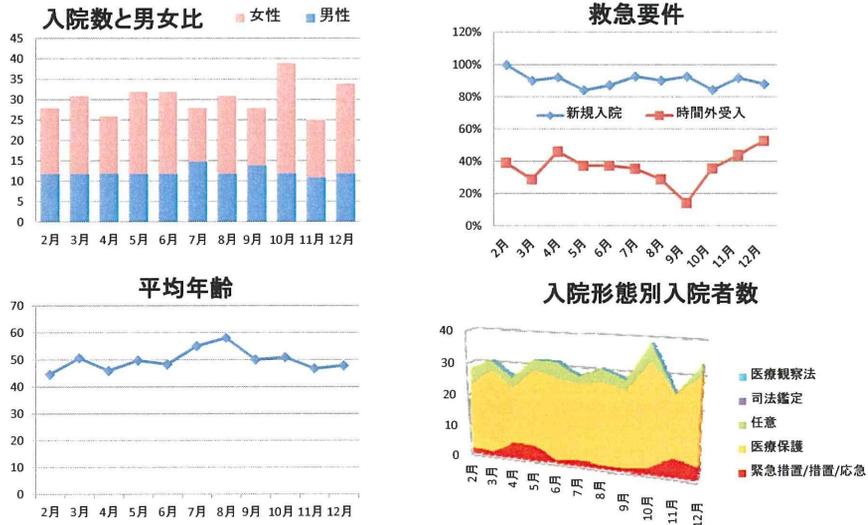
薬剤	入棟時		度数 (%), 平均±標準偏差		母数
39	入棟後 経口初日の処方	抗精神病薬数 (内服・デボ)	1.8 ±	1.1	145
		単剤率		(53.8%)	145
		第二世代のみ処方率		(57.9%)	145
		デボ剤処方率		(9.0%)	145
		クロルプロマジン換算用量 (デボ剤含む)	659.5 ±	553.9	145
		抗パーキンソン薬剤数	0.6 ±	0.7	145
		併用率		(49.7%)	145
		ピペリデン換算用量	1.6 ±	2.3	145
		気分安定薬剤数	0.4 ±	0.7	145
		併用率		(33.1%)	145
		抗不安薬・睡眠薬剤数	7.6 ±	8.7	145
		併用率 (母数Γ2)		(70.3%)	145
		抗不安薬・睡眠薬処方率		(72.6%)	270
		ジアゼパム換算用量	1.2 ±	1.1	270
		抗うつ薬剤数	0.3 ±	0.6	270
		処方率		(20.0%)	270
			身体疾患治療薬併用率		(32.2%)
	下剤併用率		(28.1%)	270	
	排尿障害治療薬併用率		(2.6%)	270	
40	持参薬管理	持参薬なし	159.0	(58.9%)	270
		持参薬あり薬剤師関与	111.0	(41.1%)	270
		持参薬あり薬剤師関与なし	0.0	(0.0%)	270
41	最初の経口内服日	内服までの平均病日	-0.2 ±	3.0	270
42	服薬管理形態	服薬自己管理	1.0	(0.4%)	270
		服薬援助 (与薬)	264.0	(97.8%)	270
		強制服薬 (経管)	5.0	(1.9%)	270
薬剤	退棟時		度数 (%), 平均±標準偏差		母数
43	退棟時 処方	抗精神病薬数 (内服・デボ)	2.2 ±	1.2	143
		単剤率		(30.8%)	143
		第二世代のみ処方率		(46.9%)	143
		デボ剤処方率		(9.8%)	143
		クロルプロマジン換算用量 (デボ剤含む)	1,014.3 ±	704.5	143
		抗パーキンソン薬剤数	0.8 ±	0.7	143
		併用率		(67.1%)	143
		ピペリデン換算用量	2.1 ±	2.2	143
		気分安定薬剤数	0.7 ±	0.8	143
		併用率		(49.7%)	143
		抗不安薬・睡眠薬剤数	10.6 ±	16.5	143
		併用率 (母数F2)		(79.7%)	143
		抗不安薬・睡眠薬処方率		(77.9%)	272
		ジアゼパム換算用量	1.5 ±	1.2	272
		抗うつ薬剤数	0.4 ±	0.7	272
		処方率		(26.1%)	272
			身体疾患治療薬併用率		(41.9%)
	下剤併用率		(49.6%)	272	
	排尿障害治療薬併用率		(4.4%)	272	
44	処方推移	抗精神病薬変化数	0.4 ±	1.0	143
		CP換算変化量	347.2 ±	554.4	143
		BPD換算変化量	0.4 ±	1.7	143
		DZP換算変化量	2.9 ±	14.7	143
		スイッチング	41.0	(28.7%)	143
45	服薬管理形態	服薬自己管理	112.0	(41.2%)	272
		服薬援助 (与薬)	158.0	(58.1%)	272
		強制服薬 (経管)	2.0	(0.7%)	272
46	服薬指導	服薬指導実施	211.0	(77.6%)	272
		服薬指導開始までの平均病日	26.8 ±	23.5	211
		平均指導回数	3.0 ±	2.7	211

精神保健福祉 入棟時		度数 (%), 平均±標準偏差	母数	
47	入棟時居住先	入棟時単身生活 入棟時の居住先不明確	40.0 (14.5%) 12.0 (4.4%)	275
48	入棟経路	在宅からの入棟 転院受入	254.0 (92.4%) 17.0 (6.2%)	275
49	入棟前 精神科治療状況	初回治療 治療中断 自施設通院中 診療所通院中 自施設治療中断	26.0 (9.5%) 35.0 (12.7%) 149.0 (54.2%) 38.0 (13.8%) 9.0 (3.3%)	275 275 275 275 275
50	入棟前 在宅支援サービス	入棟時在宅サービス利用 1 訪問看護 2 ホームヘルプ 3 精神科デイケア 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 ピアサポート 8 自助グループ 9 介護保険 10 その他	76.0 (27.6%) 21.0 (7.6%) 6.0 (2.2%) 14.0 (5.1%) 4.0 (1.5%) 11.0 (4.0%) 7.0 (2.5%) 0.0 (0.0%) 0.0 (0.0%) 21.0 (7.6%) 21.0 (7.6%)	275 275 275 275 275 275 275 275 275 275 275
51	入棟前 制度利用	入棟時制度利用 1 障害年金 2 生活保護 3 自立支援医療 4 精神障害者保健福祉手帳 5 その他	76.0 (27.6%) 69.0 (25.1%) 28.0 (10.2%) 100.0 (36.4%) 37.0 (13.5%) 29.0 (10.5%)	275 275 275 275 275
52	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)	平均入院回数 初回入院	3.4 ± 5.5 92.0 (34.2%)	269 269
53	他院を含む精神科通算入院期間	入棟時1年未満罹病 入棟時1年以上～10年未満罹病 入棟時10年以上罹病	157.0 (57.1%) 65.0 (23.6%) 51.0 (18.5%)	275 275 275
54	主診断の推定罹病期間	入棟時1年未満罹病 入棟時1年以上～10年未満罹病 入棟時10年以上罹病	66.0 (24.0%) 100.0 (36.4%) 105.0 (38.2%)	275 275 275
精神保健福祉 退棟時				
55	精神保健福祉士等の関与への早さ	1週間以内の介入 関与なし	255.0 (92.7%) 9.0 (3.3%)	275 275
56	精神保健福祉士等の関与の深さ	1 相談・情報提供 2 外部関係機関との連絡調整 3 地域や自宅へのアウトリーチ	267.0 (97.1%) 191.0 (69.5%) 22.0 (8.0%)	275 275 275
57	心理社会的アセスメント	心理社会的アセスメントの実施 0 なし 1 住居確保 2 日中の居場所の確保 3 家族支援および調整 4 就労支援 5 制度利用 6 金銭管理 7 生活全般の改善をめざす相談 8 その他	242.0 (88.0%) 0.0 (0.0%) 81.0 (29.5%) 107.0 (38.9%) 209.0 (76.0%) 26.0 (9.5%) 164.0 (59.6%) 98.0 (35.6%) 169.0 (61.5%) 117.0 (42.5%)	275 275 275 275 275 275 275 275 275 275
58	ケアプランの作成	ケアプランの作成	6.0 (2.2%)	275
59	入院中の直接のサポート内容	0 なし 1 住居確保 2 日中の居場所の確保 3 家族支援および調整 4 就労支援 5 制度利用 6 金銭管理 7 生活全般の改善をめざす相談 8 その他	18.0 (6.5%) 76.0 (27.6%) 97.0 (35.3%) 224.0 (81.5%) 21.0 (7.6%) 168.0 (61.1%) 91.0 (33.1%) 169.0 (61.5%) 119.0 (43.3%)	275 275 275 275 275 275 275 275 275
60	サービス調整会議の実施	サービス調整会議の実施	73.0 (26.5%)	275
61	ケア会議の実施	ケア会議の実施	46.0 (16.7%)	275
62	退院後のケアマネジャー確保	退院後のケアマネジャー確保 ケアマネジャーが院外スタッフ	148.0 (53.8%) (35.3%)	275 275
63	退院後 精神科治療形態	退棟後入院継続 退棟後自施設通院 退棟後診療所通院 院内転棟 一般科転院	78.0 (28.4%) 152.0 (55.3%) 23.0 (8.4%) 58.0 (21.1%) 8.0 (2.9%)	275 275 275 275 275
64	退棟後 在宅支援サービス	退棟時在宅サービス利用 1 訪問看護 2 ホームヘルプ 3 精神科デイケア 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 ピアサポート 8 自助グループ 9 介護保険 10 その他	105.0 (38.2%) 20.0 (7.3%) 4.0 (1.5%) 15.0 (5.5%) 9.0 (3.3%) 13.0 (4.7%) 33.0 (12.0%) 0.0 (0.0%) 1.0 (0.4%) 21.0 (7.6%) 55.0 (20.0%)	275 275 275 275 275 275 275 275 275 275 275
65	退棟後 居住先	退棟後単身生活 退棟後施設入所	26.0 (9.5%) 17.0 (6.2%)	275 275
66	入棟後3ヶ月時点での転帰	新規入院者の在宅移行率	176.0 (64.0%)	275

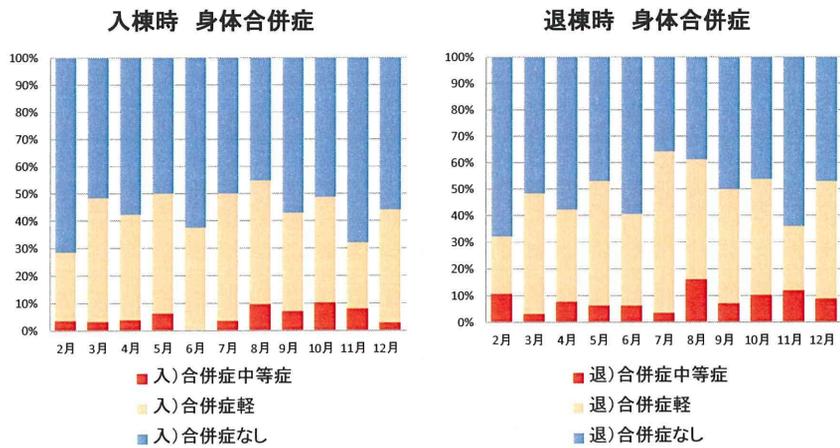
資料 2

(eCODO でみる月例データ)

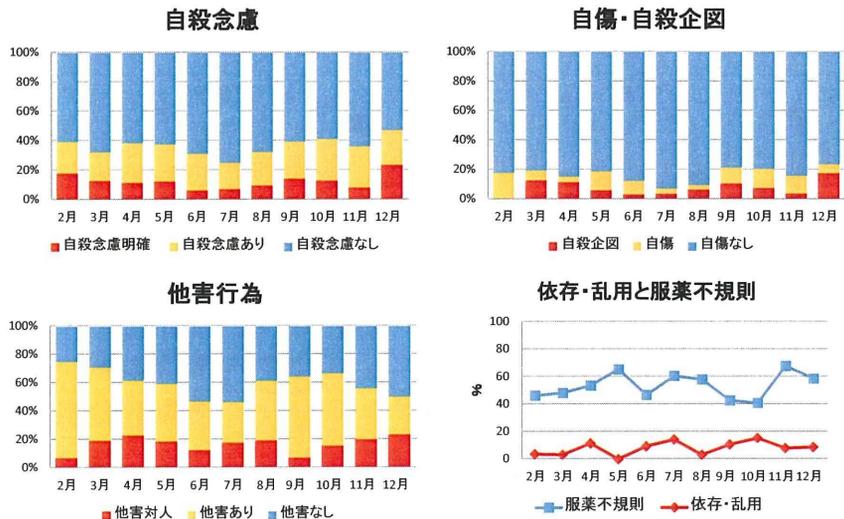
eCODOでみる月例データ (基本データ)



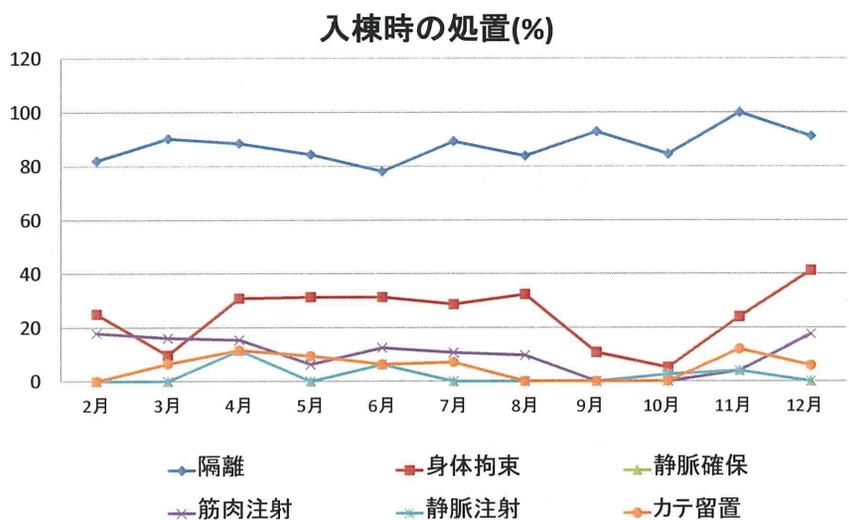
eCODOでみる月例データ (身体合併症)



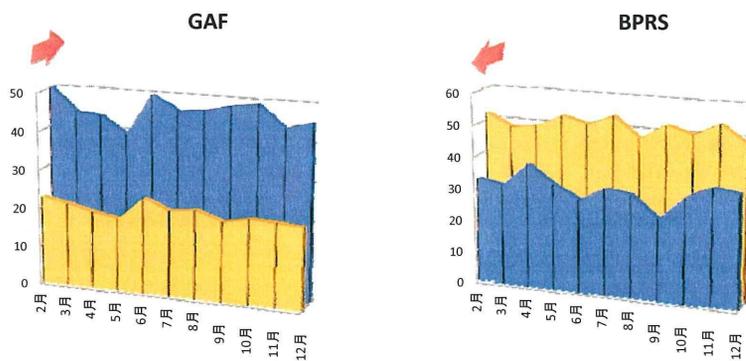
eCODOでみる月例データ (特異的行動)



eCODOでみる月例データ (入院時処置)



eCODOでみる月例データ (症状スコア)



eCODOでみる月例データ (治療合併症)

有害事象・インシデント(%)

