

2 章 分担研究報告書

精神科救急及び急性期医療サービスにおける医療判断やプロセスの 標準化と質の向上に関する研究

研究分担者： 杉山直也（公益財団法人復康会 沼津中央病院）

研究協力者： 兼行浩史（山口県こころの医療センター）、藤井千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、平田豊明（千葉県精神科医療センター）、野田寿恵（公益財団法人復康会 あたみ中央クリニック）

【要旨】精神科医療では、疾患特性によって当事者本人の現実的な判断力や検討力等が限定されることから、非自発入院を適応させなければならない場面が多い。この判断は、当事者の権利制限を伴う重大な決定であり、指定医資格による法を根拠とした手続きを経て、慎重かつ一定の妥当性をもって行われなければならない。他方実際の医療判断においては、臨床ニーズの多様性をふまえる必要がある。この両立について、危機介入を高頻度に扱う精神科救急医療の現場では、時間外の脆弱な医療体制下に、危急な事態に対応しながら、限られた少ない情報から、種々の可能性を冷静に見越して、その時点における最良の判断を迅速かつ的確に行うという極めて困難な作業が求められ、その判断の根拠や過程には一定の標準化が求められる。

方法：これまでに報告された精神科救急医療の過去の都道府県実績について再解析を行い、医療判断の経時的地域動向を検討するとともに、分析データを都道府県に供覧し、セルフレビューによって影響要因の探求を行うためのアンケート調査を実施した。また、医療判断の実態について、精神科救急入院料病棟を有する医療機関を休日・夜間に受診したケースを対象とし、過去の厚生労働科学研究成果である「精神科における「急性かつ重症の患者」の診断基準」を用いて、その判断過程、根拠および影響要因を明らかにするための横断面調査を実施した。加えて、大都市圏を中心に精神科初期救急医療システムに関する自治体への聞き取り調査を実施し、精神科診療所の精神科救急医療資源としての活用可能性等を検討した。

結果：自治体セルフレビューでは 36 自治体から回答があった。実績変動の主な理由は制度や資源の変更によるもので、今後「人口万対時間外入院数」等の指標が地域の医療体制や医療判断の傾向を間接的に反映する一指標になると考えられた。非自発入院の判断に関する横断面調査では、精神科救急入院料病棟を運営する全国 134 の医療機関のうち 54（40.3%）施設から回答が得られ、最終的に転帰不明例を除いた 509 例を解析した。要入院との専門医学的判断にもかかわらず、制度上の理由（非同意）により導入できないケースが 1.2%程度発生していた。転帰（A:非自発入院 / 自発入院 / 非入院、あるいは B:要入院 / 入院不要）に応じて群間比較を行った結果、重症度以外にも以前策定した診断基準における多くの項目が入院要否判断、非自発入院判断に影響していた。基本 5 要件（医学的な重症性、社会的不利益、急性の展開、治療の必要性、治療の可能性）はすべて要入院判断に関連し、前 3 者は非自発入院の必要性と関連していた。A1：非自発入院の判断は重症度、精神運動興奮状態、解離状態、5 つの基本要件すべて、行動因子、行動因子のうち他害、B1：要入院の判断は重症度、精神運動興奮状態、

幻覚妄想状態、躁状態、解離状態、基本要件のうちの医学的な重要性、社会的不利益、急性の展開、医療関係性因子のうち中断例、A2：自発入院の判断は抑うつ状態、行動因子のうち自傷、サポート因子、B2：入院不要判断は医療関係性因子のうちかかりつけ医が対応できない、の因子がそれぞれ該当する場合に影響が考えられた。精神科救急医療における時間外受診の需要（ニーズ）は16の代表的状況に分類された。今後、非自発入院の医療判断における標準化のための有意義な調査結果と考えられる。初期救急医療体制については、5自治体において体制整備が確認され、それぞれの特徴を明らかにして好事例としてまとめ、課題や利点を考察した。

今年度の結果をふまえ、平成30年度にはエキスパートによる協議を実施し、非自発入院の判断のための標準化策を検討・提案するとともに、医療の質を反映する臨床項目について追加検討を行い、信頼性の高い臨床指標を開発するための基礎データを構築したうえ、ガイドラインに反映させるべき推奨事項を定める予定である。

A. 研究の背景と目的

精神科医療では、その治療対象となる疾患特性によって当事者本人の現実的な判断や検討等を行う機能が限定されることから、当該疾患の増悪等に伴う健康被害を拡大させぬよう、随伴する社会的不利益を被らぬよう、または合理的な疾患予防策や治療方策を提供して健康増進を実現できるよう、非自発入院を適応させなければならない場面が多々遭遇する。この際、当事者には一定程度の権利制限が必然的に発生することから、その判断は法を根拠とした行政処分や代諾等の手続き、指定医といった法内専門資格にもとづき、慎重かつ一定の妥当性をもって行われなければならない。

このうち、精神科救急医療では、時間外の脆弱な医療体制下に、危急な事態に対応しながら、限られた少ない情報から、種々の可能性を冷静に見越して、その時点における最良の判断を迅速かつ的確に行うという極めて困難な作業が求められる。

実際の臨床場面は実に多様で、ケースの個別事情等によって様々に複雑化していることが通例である。日本精神科救急学会編「精神科救急医療ガイドライン（2015年版）」では、危機状況への影響要因として 病状因子、行動因子、サポート因子、時間帯因子、

治療関係因子の5軸をあげており、精神科救急医療の対象範囲は、これらの因子の重なり

り合いによって特徴づけられる多元的なものと説明されている。すなわち、危機介入の必要性とは、種々の要因を症例ごとに個別勘案して統合的に検討されるものであり、医療判断における多くの部分は医療者にその際量が委ねられていることになる。

このように、精神科における医療判断は、一方では当事者の権利制限を伴う等の重大性から、明確な医学的根拠に基づいた一定の標準的診療過程を経つつも、他方では多様性への柔軟な対応を要するという複雑な両立が求められている。特に精神科的危機状況を多数扱い、迅速な判断が求められる精神科救急医療の現場においてこのような判断場面が多い。

本分担研究を統括する「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究」の目的は、現在運用に大きな地域差がある精神科救急医療体制整備事業（地方自治体）の実態と、医療機関間で多様性がある精神科救急及び急性期の医療内容を把握し、課題の抽出を行って標準化を推進するための諸策を指針としてまとめ、提言することである。

報告者らは、これまでに前出の日本精神科救急学会編「精神科救急医療ガイドライン」を策定し、地域体制整備、受診前相談、医療判断、ケアプロセス、薬物療法、自殺未遂者対応等に関する集約的な標準化を試みてきた。

本分担研究では、精神科救急医療体制整備事業における非自発入院を中心とした時間外

受診の実態を再精査するとともに、実際診療の中で行われた個々の医療判断の根拠や過程について調査を行うことによって、影響要因等を明らかにし、より適切な標準的医療判断のあり方や手順を提示することを目的としている。また、精神科初期救急医療体制（必ずしも入院を要しないと考えられる軽症の時間外受診への対応体制）については、これまでに調査が行われた経緯が見当たらず、精神科診療所等の精神科救急医療における医療資源としての活用可能性等を明らかにする目的で予備的調査を実施した。

得られた知見は「精神科救急医療ガイドライン」の次期改定に反映させて推奨し、これら重大な臨床判断が妥当かつ合理的なものとして広く国内で運用されることを目指し、研究を実施するものである。

B. 方法

1. 精神科救急医療体制整備事業実績の後方視調査

1) 研究方法（調査方法）

事業実施要綱変遷一覧年表

2010（平成22）年度から2017（平成29）年度までの精神科救急医療体制整備事業実施要綱の内容を精査し、その記載内容の変遷を比較参照可能な一覧表形式にまとめた。実際の事業実績や動向を分析・解釈するための参考資料とした。

事業実績変遷の可視化

2004（平成16）年度～2015（平成27）年度の間、精神科救急医療体制整備事業によって報告された都道府県ごとの時間外診療実績について、「人口万対時間外受診件数」を横軸、「受診したうちの入院率」を縦軸とした散布図を年度ごとに整理し直し、一連の連続資料とした。また、単一自治体ごとの事業変遷が可視化できるよう、同じ指標を縦軸と横軸に、都道府県別の個別グラフを作成、整理し、後述のセルフレビューに活用した。

さらに、時間外入院は夜間休日にやむを得

ず入院を余儀なくされるケースに相当し、必ずしも全てが非自発入院ではないが、非自発入院の判断実態をある程度反映すると考えられるため、「人口万対時間外受診件数（横軸）×「受診したうちの入院率」によって得られる「人口万対時間外入院数」の年次変化および変動幅を算出し、このような危急な介入の臨床判断の経年動向について検討した。

自治体によるセルフレビュー調査

都道府県動向や年次動向に影響した要因を個別に探求するため、グラフによって可視化した事業実態の変遷（上記の資料）を都道府県の事業担当者へ送付し、セルフレビューによって遡るアンケート調査を実施した。

2) 対象

2010（平成22）年～2017（平成29）年度の精神科救急医療体制整備事業実施要綱

2004（平成16）年～2015（平成27）年までの精神科救急医療体制整備事業実績報告（文献1～13）

47都道府県の事業担当者

3) 尺度

なし

なし

別紙アンケート用紙（参考資料1）

4) 期間（研究スケジュールなど）

平成29年度内

平成29年度内

調査期間：平成29年9月（調査票発送）～11月30日（返送期限）

5) 手続き

特記事項なし

6) 統計解析／分析方法

本年度は行わなかった。

7) 倫理的配慮

文部科学省・厚生労働省発「人を対象とす

る医学系研究に関する倫理指針(平成29年2月28日一部改正)」を参照したうえ、対象は既に公表された資料であり、特段の手続きを行わなかった。

2. 個別症例における医療判断の横断面調査

1) 研究方法(調査方法)

実際の精神科救急医療の診療場面において、非自発入院等の医療方針がどのように決定されるのかについて、判断の根拠や過程を明らかにするため、実際の時間外受診ケースを対象として、過去の厚生労働科学研究(文献10)にて策定した「精神科における『急性かつ重症の患者』の診断基準」を用い、同基準への合致状況と転帰を横断面にて調査した。

2) 対象

下記の期間に、わが国の診療報酬制度において精神科救急入院料を算定する全国134の医療機関うち、協力が得られた医療機関を、時間外(夜間・休日)に救急受診した症例。各医療機関の先着10ケース以内。

3) 尺度

2014に策定した「精神科における『急性かつ重症の患者』の診断基準」について、分担研究班内のエキスパート・コンセンサスによってあらためて見直しを行い、本研究の目的に見合うよう、修正等を加えて新たに調査個票(参考資料2)を作成し、これを質問紙とした。

調査の項目は、以下の通り。

- 基本情報(年齢、性別、主診断(F分類)、副診断(あり/なし、ありの場合F分類))
- 転帰情報(非自発入院、自発入院、非入院、非入院については本来入院が必要であったか、不要であったかどうか)
- 基本要件(医学的な重症性、社会的不利益、急性の展開、治療の必要性、治療の可能性)
- 状態像(意識障害(せん妄、急性中毒、その他)、幻覚・妄想状態、精神運動興奮状

態、抑うつ状態、躁状態、解離状態、酩酊状態(単純酩酊、複雑酩酊、連続飲酒、シンナー・大麻・医薬品などによる酩酊、その他)、その他(認知症状態、統合失調症残遺状態等))

e. BPRS

f. 緊急に医療的介入を要する因子(行動因子(他害、自傷、自律不全)、サポート因子、治療関係性因子(初診、中断例、かかりつけ医が対応できない)、時間帯因子、身体合併症因子)

4) 期間(研究スケジュールなど)

調査対象期間:平成29年9月1日~30日
返送期限:平成29年10月30日

5) 手続き

回収率向上目的にて、協力調査個票1枚につき、クオカード1000円分の謝礼を対象医療機関に送付

6) 統計解析/分析方法

データセットの設定

分析を行うにあたり、以下の2種類のデータセットを作成し、b.転帰情報記入欄から得られた実際の転帰ごとに、回収された症例を各群に分類した。

【データセットA】

主に非自発入院と自発入院を分ける要因の解析を実施(以下Aセット)

A1: 非自発入院群

設問2において、「緊急措置入院」、「措置入院」、「応急入院」、「医療保護入院」のいずれかに該当した群

A2: 自発入院群

設問2において、「任意入院」に該当した群

A3: 非入院群

設問2において、「入院せず」に該当した群

【データセットB】

主に、時間外の入院の要否を分ける要因の解析を実施(以下Bセット)

B1：入院必要群

質問紙の設問2において、非入院のうち本来は入院が必要であったが何らかの理由により入院しなかったケースへの該当を尋ねる問いがあり、これに該当したケースと実際に入院したケースを併せた群

B2：入院不要群

入院しなかったケースのうち、設問2において入院不要にチェックがあったもの

B3：(非入院のうち)要否不明群

入院しなかったケースのうち、設問2において本来は入院必要にも入院不要にチェックがなく要否不明であった群。群間比較の対象には含めなかった。

群間比較

a、c、d、e項目において、A1・A2各群およびB1・B2各群の該当あり/なし割合について、 χ^2 二乗検定を用いて検定した。

f項目について、A1・A2・A3各群のBPRS総得点の平均を一元配置分散分析、B1・B2群間のBPRS総得点の平均をt検定を用いて検定した。多重比較検定としてはSheffe法を用いた。

7) 倫理的配慮

文部科学省・厚生労働省発「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(平成29年2月28日一部改正)」を遵守し、公益財団法人復康会倫理審査委員会(平成29年6月15日開催)にて承認を得た(同16日)。

3. 初期救急医療体制好事例調査

1) 研究方法(調査方法)

初期救急医療体制の実態について、大都市圏を中心に任意の自治体を選定し、精神科救急医療体制整備事業を担当する都道府県及び政令指定都市担当者への電話ヒアリングにより、予備調査として実施した。

2) 対象

精神科初期救急医療を実施運営する主に大

都市圏の自治体。実施が無いと回答した自治体は対象としなかった。

3) 尺度

特定の適した尺度はなく、以下の項目について聞き取りを行った。

実施圏域(精神科救急医療圏)、推計人口、診療所数、精神科救急医療体制整備事業の運用時間帯(365日24時間or夜間休日)、初期救急実施時間帯、初期救急実施場所(自院or特定施設)、体制スキーム(輪番型or常時型orその他)、体制スキーム(委託先等)、体制スキーム(参加診療所数と医師数)、予算措置状況(国庫補助金の活用)、受診までの流れ、実績、入院が必要な場合の流れ、実績について、連絡会議(連絡調整委員会)の開催状況、課題、強み、診療所医師の精神医療審査会参加状況、診療所医師の措置診察協力状況、診療所医師の夜間休日連絡先登録状況。

4) 期間(研究スケジュールなど)

平成29年度内(平成30年1月~3月)

5) 手続き

電話で調査趣旨について説明のうえ、可能な範囲で回答を得た。

6) 統計解析/分析方法

特定手法による分析は行わなかった。

7) 倫理的配慮

自治体としての機微情報の取り扱いについては対象自治体の判断を要請し、結果公表は可能な範囲とした。

C. 結果/進捗

1. 後方視調査(通称10年分調査)

1) 事業実施要綱変遷一覧年表

表1のようにまとめた。のセルフレビューの参照資料として活用した。

注目すべき転機(大きな動向)として以下を

抽出した。

平成 25 年度の変更

法改正（体制整備の努力義務化）に伴う追記がなされた

- 医療連携に係る研修会等運営事業が新設された（結局実施されずに平成 27 年に削除された）
- 精神科救急医療圏域の概念が初めて登場した。
- 一旦削除された常時型外来対応施設が復活した。
- 身体合併症救急医療確保事業整備促進のための緩和措置が加わった
- ミクロ救急体制確保事業が新設され、かかりつけ患者の時間外診療を事業に含め、診療責任の明確化と評価を行った。

平成 27 年度の変更

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会の機能が拡大され、心身連携の推進、事業の周知・評価・検証が加わった。
- 身体合併症の病病連携円滑化における情報センターの活用強化が加筆された。
- ミクロ救急体制確保事業が削除された

平成 28 年度の変更

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会の機能が強化され、圏域毎の評価・検証・体制整備・相互理解の深化、研修事業が加筆された。
- 病院群輪番型、常時対応型の条件が緩和され、病床確保要件が削除、対応体制がオンコール可となった。
- 身体合併症の病病連携円滑化における情報センターの活用が削除され、連絡調整委員会で圏域ごとに整備促進される方向性となった
- 身体合併症救急医療確保事業に設定されていた具体的施設の設定や条件が削除され、連絡調整委員会で圏域ごとに整備促進される方向性となった。

平成 29 年度の変更

- 重症度ごとの対応体制整備の提案が加筆

された

2) 事業実績変動の可視化（図 1～25）

全国の各都道府県実態の散布図を年度ごとに整理し直した一連の連続データでは、「人口万対時間外入院数」（「人口万対時間外受診件数」（横軸）×「受診したうちの入院率」（縦軸））が一定となる双極線に近似する傾向が継続的に観察された。

都道府県ごとの年次変動は、自治体によって多様であり、特定年度に全国的に共通の変動等は観察されなかった。どのような理由によって変動したのかを客観的に判断することは困難であった。結果は のセルフレビューの主資料とした。

「人口万対時間外入院数」（「人口万対時間外受診件数」（横軸）×「受診したうちの入院率」（縦軸））の年次変化は漸次僅かに増加傾向にあり、その平均値はここ 12 年間で 1.0～2.0 の間であった。

3) 自治体によるセルフレビュー調査（図 26～72）

47 都道府県のうち、36 自治体からの回答を得た（76.6%）。うち、変動があったと回答したのは 23 都道府県で、その理由（1 件の複数回答あり）は、a. 人口規模による影響（0）、b. 国の要綱改訂の影響（3）、c. 圏域内医療資源の増減による影響、（3）d. 都道府県内での運用取り決めの変更による影響（9）（d1. 事業メニューの開始や終了があった（6）、d2. 圏域の変更があった（0）、d3. 件数のカウントの仕方が変わった（1）、d4. 担当者が代わって数字の解釈が変わった（0）、d5. その他（1）、e. その他（1）、f. わからない（11））であった。自由記載を含めると、変動理由は医療資源や人材の不足や充足などによる事業内容の縮小や拡大、補助状況等システムの変更による影響が主と考えられた。

極端で不自然な変動がある場合、件数カウントの仕方の変更などが考えやすいが、その

ように返答があったのは1自治体のみであった。変動を自認しつつも、わからないという自治体は11に上った。

2. 個別症例における医療判断の横断面調査

1) 結果の概要

対象134医療機関のうち67施設(50.0%)からの意思表示返答があり、54施設(41.0%)の協力表明があった。実際は、協力表明があった4病院からデータ送付が得られず、他方別の4病院からは意志表示がないままデータ送付があった。最終ケース数は516ケースに上った。このうち、転帰不明を除いた509例が解析に進んだ。

2) データセットの内訳(図73)

【データセットA】

A1: 非自発入院群(N=220)

A2: 自発入院群(N=52)

A3: 非入院群(N=237)

【データセットB】

B1: 入院必要群(N=281)

B2: 入院不要群(N=203)

B3: (非入院のうち) 要否不明群(N=25)

3) 本来入院が必要だが非入院となる状況について(表2)

本来入院が必要であったにも関わらず非入院となったケースは9例あり、うちインフォームド・コンセントが成立しなかった経緯が類推されるものは6例であった。1例は身体科が優先され他院に入院し、病床確保困難が1例発生していた(その後の最終的な結着等は不明)。

4) 非自発入院、時間外入院の要否に影響する要因(図74~135)

a. 基本情報

年齢(図74、75)について、各症例の年齢を10~90代の年代に分け分析を実施した。

Aセットでは、A2群がA1群より有意

($p<0.05$)に50代が多く、A1群がA2群より有意($p<0.05$)に80代が多かった。

Bセットでは、B1群がB2群より有意($p<0.01$)に80代が多かった。

性別(図76、77)について、AセットBセットとも、群間による性別の割合に有意差はなかった。

主診断(図78、79)についてAセットでは、群間による主診断の割合に有意差はなかった。

Bセットでは、B1群がB2群より有意($p<0.05$)にF0が多く、B2群がB1群より有意($p<0.01$)にF4が多かった。

副診断(図80~83)について、副診断がない症例も含めて分析を行った結果、AセットではA2群がA1群より有意($p<0.05$)にF5が多かったが、Bセットでは群間による副診断の割合の有意差はなかった。

副診断がない症例を除外し、副診断がある症例のみで分析を行った結果、AセットBセットとも、群間による副診断の割合の有意差はなかった。

c. 基本要件(図84~97)

医学的な重症性は、AセットではA1群がA2群より有意($p<0.01$)に該当割合が高く、BセットではB1群がB2群より有意($p<0.01$)に該当割合が高かった。

社会的不利益は、AセットではA1群がA2群より有意($p<0.01$)に該当割合が高く、BセットではB1群がB2群より有意($p<0.01$)に該当割合が高かった。

急性の展開は、AセットではA1群がA2群より有意($p<0.01$)に該当割合が高く、BセットではB1群がB2群より有意($p<0.01$)に該当割合が高かった。

治療の必要性は、Aセットでは群間における該当割合の有意差はなかったが、BセットではB1群がB2群より有意($p<0.01$)に該当割合が高かった。

治療の可能性は、Aセットでは群間における該当割合の有意差はなかったが、Bセット

では B1 群が B2 群より有意 ($p<0.01$) に該当割合が高かった。

基本要件 5 要件の平均該当数は、A セットでは、A1 : 2.27 項目 (SD:1.71) A2 : 2.06 項目 (SD:1.53) A3 : 1.28 項目 (SD:1.05) であり、B セットでは、B1 : 3.02 項目 (SD:1.71) B2 : 1.21 項目 (SD:0.98) であった。

基本要件 5 要件すべてが該当する症例は、A セットでは、A1 : 85 件 (38.64%) A2 : 8 件 (15.38%) A3 : 3 件 (1.27%) であり、B セットでは、B1 : 94 件 (33.45%) B2 : 1 件 (0.49%) B3 : 1 件 (4.00%) であった。

d. 状態像 (図 98 ~ 111)

幻覚・妄想状態は、A セットでは群間における該当割合の有意差はなかったが、B セットでは B1 群が B2 群より有意 ($p<0.01$) に該当割合が高かった。

精神運動興奮状態は、A セットでは A1 群が A2 群より有意 ($p<0.01$) に該当割合が高く、B セットでは B1 群が B2 群より有意 ($p<0.01$) に該当割合が高かった。

抑うつ状態は、A セットでは A2 群が A1 群より有意 ($p<0.01$) に該当割合が高く、B セットでは群間における該当割合の有意差はなかった。

躁状態は、A セットでは群間における該当割合の有意差はなかったが、B セットでは B1 群が B2 群より有意 ($p<0.01$) に該当割合が高かった。

解離状態は、A セットでは A1 群が A2 群より有意 ($p<0.05$) に該当割合が高く、B セットでは B1 群が B2 群より有意 ($p<0.05$) に該当割合が高かった。

その他の状態像として、自由記載内容を分類したところ、「不安・焦燥」「副作用」「身体合併症」「認知症」「残遺」「行動異常」「不眠」「その他」に集約された。これに今回選択項目として設定した「意識障害」、「幻覚・妄想」、「精神運動興奮」、「抑うつ」、「躁」、「解離」、「酩酊」の状態像を併せ、さらに「昏迷・亜

昏迷」を加えた 16 の状況が精神科救急医療における時間外受診の需要 (ニーズ) として代表的な分類に相当すると考えられた (表 3)。

なお、その他の中でさらにその他に分類された事案の多くは具体的記述が無く受診理由不明であり、明確な受診要請として判明したのは「留置前診察」、「病気がどうかの判定 (結果的に「病気でない」と記載あり)」、「救急システムからの (何らかの) 要請」、「薬剤紛失に対する処方」、「亜昏迷状態」であった (表 3)。

意識障害 (表 4) は 28 例 (5.50%) に認められ、せん妄が 12 例 (意識障害のうち 42.86%) を占め、全てが非自発入院であった。急性中毒は 6 例であり、半数が入院、うち 1 例が非自発入院であった。

酩酊状態 (表 5) は 16 例 (3.14%) であり、アルコールによるものが 12 例を占めた。連続飲酒の 2 例は入院をせず、うち、1 例は本来入院が必要であった。単純酩酊 12 名のうち 6 例が入院しており (表 6)、うち 5 例が非自発入院、入院例のほとんどが基本要件を複数満たし、社会的不利益への該当が高率 (4/6)、緊急に医療的介入を要す因子において行動因子の該当が高率 (5/6) であった。また、2 例はかかりつけ医がその時間に対応できないことによる治療関係性因子が該当していた。

e. 重症度 (図 112、113)

BPRS 総得点の平均を比較した結果、A セットでは A1 : 52.75 点 (SD:13.49) A2 : 42.76 点 (SD:12.74) A3 : 38.26 点 (SD:12.71) であり、A1 群が A2 群、A3 群両群に対し有意 ($p<0.01$) に平均点が高かった。

B セットでは B1 : 50.10 点 (SD:14.04) B2 : 38.14 点 (SD:12.33) であり、B1 群が B2 群に対し有意 ($p<0.01$) に平均点が高かった。

f. 緊急に介入を要す因子 (図 114 ~ 135)

緊急に医療的介入を要す因子のうち、行動因子は、A セットでは A1 群が A2 群より有意 ($p<0.01$) に該当割合が高く、B セットでは

B1 群が B2 群より有意 ($p<0.01$) に該当割合が高かった。

行動因子のうち他害は、A セットでは A1 群が A2 群より有意 ($p<0.01$) に該当割合が高く、B セットでは B1 群が B2 群より有意 ($p<0.01$) に該当割合が高かった。

行動因子のうち自傷は、A セットでは他害とは逆の結果となり A2 群が A1 群より有意 ($p<0.01$) に該当割合が高く、B セットでは群間における該当割合の有意差はなかった。

行動因子のうち自律不全は、A セットでは A1 と A2 群間における該当割合の有意差はなかった。B セットでは他害や自傷と異なり、B2 群が B1 群より有意 ($p<0.01$) に該当割合が高かった。

緊急に医療的介入を要す因子のうち、サポート因子は、A セットでは A2 群が A1 群より有意 ($p<0.01$) に該当割合が高く、B セットでは群間における該当割合の有意差はなかった。

緊急に医療的介入を要す因子のうち、医療関係性因子で、いずれのセットにおいても群間における該当割合の有意差はなかったが、下位項目では以下のような所見が得られた。

医療関係性因子のうち初診は、いずれのセットにおいても群間における該当割合の有意差はなかった。

医療関係性因子のうち中断例は、A セットでは A1 と A2 群間における該当割合の有意差はなかった。B セットでは B1 群が B2 群より有意 ($p<0.05$) に該当割合が高かった。

医療関係性因子のうちかかりつけ医が対応できないは、A セットでは A1 と A2 群間における該当割合の有意差はなかった。B セットでは B2 群が B1 群より有意 ($p<0.01$) に該当割合が高かった。

緊急に医療的介入を要す因子のうち、時間帯因子、身体合併症因子は、いずれのセットにおいても群間における該当割合の有意差はなかった。

3. 初期救急医療体制好事例調査 (表 7)

大都市圏の 5 自治体に精神科初期救急医療体制が確認された。

運用としては全てが国庫補助利用で、基幹型を実施しているのは大阪市のみ、その他は輪番型、協力団体は診療所協会、医師会、有志の診療所等であった。運用時間は平日の準夜帯～休日日中とまちまちで、深夜帯の実施はなかった。医療サービスの流れは全ての自治体で精神科救急情報センター・医療相談窓口からの要請で、確保事業 (病院群輪番型や常時対応型医療機関) によるカバーを体制の一部として認識している例もあった。体制スキーム、運用時間、受診の流れに関する具体的な内容は、自治体間で多様であった。

聞き取り調査を行ったすべての対象自治体で、連絡調整会議に診療所協会等、診療所の代表者の参加があった。措置診察への協力や年末年始、5月連休時の対応も一定程度あり、診療所医師のこれら行政事業への貢献について実態が確認された。

D. 考察

精神科医療における非自発入院の医療判断では、一方で当事者の権利制限を伴う等の重大性から医学的根拠に基づいた一定の標準的診療過程が求められつつも、他方では多様性への柔軟な対応可能性をも残すという複雑な両立必要性が存在している。

危機状況を多数扱い、このような複雑な判断を迅速に行うことが求められる精神科救急医療では、その体制整備事業の運用に大きな地域差があると言われるが、直近の過去 12 年間の実績を再分析したところ、「人口万対時間外受診件数」を横軸とし、「受診したうちの入院率」を縦軸とした都道府県実績の散布図において、確かにこの 2 つの指標には地域差があり、地域における受診トリアージの多様性が観察された。すなわち、座標上の左上に位置する場合は人口に対し時間外受診のトリアージが高く、重症例のみが受診し、入院率

が高いことを示す。逆に右下の場合にはトリアージが緩く、時間外受診が手軽で、軽症者も増えるため入院率は高くないということになる。しかしながら一方で、散布図はどの年度であっても双曲線への近似を示した。これは、両者を掛け合わせて得られる「人口万対時間外入院数」、すなわち、このような危急な入院介入の実施は、全国において概ねある一定の範囲内にあることを示している。

「時間外入院」とは夜間診療のことではなく、「緊急やむを得ず入院する状況」に相当する「予定外」の入院を指す。したがって、結果的に自発（任意）入院となることも当然にあり、必ずしも全てが非自発入院ではないが、夜間休日にやむを得ず入院を余儀なくされるケースに相当し、非自発入院の判断実態をある程度反映する。以上を考え併せると、直近12年の都道府県事業実績から、時間外の非自発入院について、例外はありながらも、概ねある一定の範囲内で判断されている可能性が考えられた。なお、この規則性は、各地域で確保されている空床数によって上限があることも影響すると考えられた。

このような分析によって得られるもう一つの意義は、各都道府県の実績が座標上、双曲線上のどの位置にあるのかによって、事業の運営状況や特色がその自治体ごとに判明することであり、こうした情報は、各自治体が事業運営状況を自ら客観評価するのに有用と考えられる。

都道府県ごとの年次データ変動については種々の要因が考えられるため、どのような要因が影響したのかを第三者的にデータのみで判断することは困難である。上述したデータの活用意義をふまえ、今回初の試みとして各自治体にデータをフィードバックし、セルフレビューを実施した。その際に参照資料として、年代ごとの精神科救急医療体制整備事業実施要綱の変遷を一覧年表として提供したが、事業全体がどのような変遷を辿ったのかを再認識するのに役立ち、今後の事業の適切なあ

り方を検討するためにも有益と考えられる。

セルフレビューの結果、協力的な回答が多々得られたものの、単年度の試みであり、データ活用の意義までを明確に見出すことは困難であったが、行政医療については自治体担当者の人事異動等により連続性がしばしば課題とされ、これらの連続データを追跡することが将来的に各都道府県単位での検証に役立つ可能性は十分にあると考えられる。

「人口万対時間外入院数」は、年次漸増しており、時間外の危機介入が僅かずつ多くなっていることが示される。このような変化を、救急医療の機能的発展、すなわち本来の即応性が発揮されたと考えるのか、介入促進傾向であるのかは、どの水準が適切であるかの標準設定が困難であるため、数値だけで判定することはできない。

今回の再解析によって「人口万対時間外受診件数」と「受診したうちの入院率」、両者を掛け合わせて得られる「人口万対時間外入院数」といった主要指標の意義は十分に示された。今後の課題として、本データをさらに解析し、過去12年間としての「人口万対時間外入院数」の代表的な数値（中央値や平均値）を算出し、それを一定の基準に（標準偏差等で設定される）一定幅で双極性を描き、現況との比較によって、活動性をさらに詳細評価できる方策の確立等は有用性が考えられる。すなわち、「人口万対時間外入院数」が上方にシフト（グラフでは右上に偏移）した場合は、何らかの事情による時間外ニーズの増加等活発な救急医療実態の反映あるいは積極的な介入等の可能性が考えられる。逆に下方にシフト（グラフでは左下に偏移）した場合は、何らかの事情による時間外ニーズの減少等による穏やかな救急医療実態の反映あるいは慎重な介入等の可能性となる。いずれの場合も妥当かどうかについては他の要因を勘案したより詳細な評価が必要になるため、別の視点からの自治体ごとの独自解析が必要である。

他方、非自発入院率はその地域のトリアー

ジレベルを反映する指標としての可能性が考えられる。上述したように時間外入院には自発入院が含まれ、その程度は地域によって異なることが考えられる。影響要因として医療資源の充実度などが代表的であり、非自発入院率が高い場合は医療確保の不足や入院医療判断閾値の上昇、逆に低い場合は安易な時間外診療や入院医療判断閾値の低下等が考えられ、この妥当性についても一概に判断できないが、何らかの示唆を与える指標となり得る可能性がある。

非自発入院の判断に関する横断面調査では、精神科救急入院料病棟を運営する全国 134 の医療機関のうち 55 (41.0%) 機関から 509 例の時間外受診ケースの医療判断実態に関する回答を得た。対象を非自発入院 (A1)、自発入院 (A2)、非入院 (A3)、要入院 (B1)、入院不要 (B2) 等の転帰に応じて各群に分類し、過去の厚生労働科学研究成果である「精神科における『急性かつ重症の患者』の診断基準」を用いて患者背景、基本要件、状態像、重症度、緊急に医療的介入を要する因子について、群間比較等の分析を行った。

その結果、入院医療必要との専門医学的判断にもかかわらず、制度上の理由により導入できないケースが 1.2% 程度発生していたことが確認された。

重症度を BPRS 総得点にて比較したところ、非自発入院、要入院の判断となった群は有意に重症であり、これらの医療判断に際し、臨床実感通り重症度が判断根拠の大きな一要因となることが示された。

5 つの基本要件 (医学的な重症性、社会的不利益、急性の展開、治療の必要性、治療の可能性) のうちすべての要因が要入院判断に関連し、前 3 者は非自発入院の必要性と関連していた。基本要件の該当数は、入院が必要な群 (B1) は不要な群 (B2) に比べ多く、非自発入院となった群 (A1) は自発入院となった群 (A2) よりも多く、自発入院となった群では非入院 (A3) より多かった。基本要件が

全て該当するにも関わらず入院に至らなかったのは 1% 強であり、入院不要と判定されるケースは 1% 未満であった。

状態像では、精神運動興奮状態と解離状態は非自発入院、要入院判断の両方に影響があった。一方、幻覚妄想状態と躁状態は要入院判断に影響したが非自発入院判断の根拠としては有意でなかった。対照的に、抑うつ状態では自発入院の判断が有意に多かったが、入院要否への影響はなかった。

緊急に医療的介入を要する因子のうち、行動因子は、非自発入院、要入院の判断に影響していた。行動因子のうち他害では非自発入院、要入院と判断されることが多かったが、自傷では自発入院と判断される割合が高く、入院要否判断への影響はなかった。行動因子のうち危険回避や最低限の清潔保持困難等自己防衛機能および自律性の著しい低下を示す自律不全が該当する場合は、入院の非自発 / 自発を区別する要因とはならず、入院不要と判断されることの方が多かった。サポート因子は自発入院の該当割合が高く、非自発入院や入院判断をする要因ではなかった。医療関係性因子や時間帯因子、身体合併症因子はいずれも群間比較の有意差なく非自発入院や入院判断をする要因ではなかった。ただし、医療関係性因子のうち中断例では要入院判断が多く、かかりつけ医が対応できない場合は入院不要判断が多くなるという結果であった。

群間比較の考察をまとめると、

A1 : 非自発入院の判断 : 重症度、精神運動興奮状態、解離状態、5 つの基本要件すべて、行動因子、行動因子のうち他害

B1 : 要入院の判断 : 重症度、精神運動興奮状態、幻覚妄想状態、躁状態、解離状態、基本要件のうちの医学的な重要性、社会的不利益急性の展開、医療関係性因子のうち中断例

A2 : 自発入院の判断 : 抑うつ状態、行動因子のうち自傷、サポート因子

B2 : 入院不要の判断 : 医療関係性因子のうちかかりつけ医が対応できない

がそれぞれ該当する場合に影響が考えられた。

以上のように、過去の政策研究においてエキスパート・コンセンサスによって策定した「急性かつ重症」患者の診断基準項目の多くが、非自発入院や要入院の判断に影響し、各項目がそれぞれどのような判断に影響するのかについても明らかとなった。ただし、特に緊急に医療的介入を要する因子のうち行動因子以外の因子は、全体の受診ニーズに対する該当が多くなく、該当する場合にはどのように医療判断に影響するのかについては、さらに検討の余地があると考えられる。

個別のケースにおける医療判断は単に重症度のみならず、多因子が影響していることが示された。今後さらに分析や考察を深めて要因を整理し、医療判断の客観性と妥当性を向上できるよう、標準化のための根拠とできる可能性がある。

今回の調査では時間外の精神科受診ニーズがどのように集約されるのかについても根拠が得られ、16の代表ニーズに集約される提案が示された。標準化のための大きな所見となった可能性がある。

また、今回の調査では医療判断が制度上の制約によって実際の医療導入に反映されない事態の発生及びその頻度が確認され、新たな発見となった。課題が抽出された形となり、この点についても今後法律家や行政担当者を含めたさらなる総合的議論が必要と考えられる。

初期救急医療の体制について、悉皆調査ではないものの、初めての調査となり、主に大都市圏について代表的な実態を把握し、比較検討できる形までの成果となった。今回はあくまで予備調査であり、体制整備の実態を有す積極的な自治体から得られた情報であることから包括的な考察は難しい。

得られた調査結果から考察できることとしては、こうした体制の実施が全国的な展開とは言えないこと、その実施実態は多様なことが挙げられ、一部の特定の熱意ある診療所医

師の善意や自発的な献身性に支えられたものであることは特筆される。担い手の診療協力参加は高く評価されるが、反面地域の医療体制として安定的とは言えない。全域、全時間帯をカバーすることは難しく、限定的な対応に留まらざるを得ず、好事例であってもアクセスや即応性等に一定の課題を残す。

医療資源不足を課題とする地域は多く、入院応需の当番病院が軽症の初期救急にまで対応せざるを得ないといった非効率から、初期救急医療の機能分化は、診療所医師の活躍の場を拓ける機会としても切望される体制であるかもしれない。しかしながら、その整備を困難なものとする最大の要因はやはり医療資源、すなわち担い手の不足である。一般に精神科において診療所協会等による診療所の組織化は十分でなく、診療所の本来機能は決して救急医療に親和的でない。実際診療所の多くが救急医療に積極的でないことは既にコンセンサスで、診療報酬上のインセンティブがあっても診療所の救急医療への参加が促進されなかった経緯を考慮すれば、全国的な事業によって体制を規定しても、構造的な課題を自ずと内包することが予測される。他方、少ない例ではあるが、夜間診療などが実施されている地域も確認され、実際には多様性が存在し、行政事業による体制整備ばかりが方策ではないのかもしれない。

なお、「外来のみで十分対応が可能と思われるニーズ」をどう判断するのかは、容易ではなく、特に当事者がそれを自ら判断することはできない。今回の調査対象自治体はすべて24時間医療相談窓口や精神科救急情報センターといった受診前相談機能を経由する体制であり、「初期」を称していることと併せ2重のトリアージを経ての受診となる。実際に受診してみても要入院であった場合には、当番病院があらためて対応する手順で、こうした連携の流れは順当な機能分化の下に実施されていた。

初期救急を独立体制として機能分化させる

ことは、正確なトリアージを経るなど質の向上や効率性の向上にはつながるものの、一方で重症度によって対応機関、すなわち受診先が異なることはサービスとしては複雑であり当事者にとって親切とはいえない側面がある。

このように、初期救急医療は公的サービスとしての運営維持や運用に課題を残すが、全体の体制に連動的に組み込まれることで、地域としてのトリアージスキルの精度向上、正確なトリアージの実施、限られた医療資源の有効活用、さらには地域の医療連携における促進的作用等の有用性も可能性として考えられる。

本研究の成果が精神科救急医療現場における臨床判断や判断過程の標準化に有効活用され、より均霑（てん）化がはかれることによって入院医療の適正化が全国規模で推進されるならば、入院長期化のさらなる防止や、全体システムとしての「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築にも寄与が大きいと考えられる。

E. 健康危険情報

特記事項なし

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 特記事項なし

文献

1. 平田豊明：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：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：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：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. 平田豊明：精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究（第 2 報）平成 20 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 20 年度分担研究報告書、2009
6. 平田豊明：精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究（第 3 報）平成 21 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 21 年度分担研究報告書、2010
7. 平田豊明：精神科救急医療からの医療政策に関する研究。平成 22 年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）、新しい精神科地域医療体制とその評価の在り方に関する研究、分担研究報告書、2011
8. 平田豊明：精神科救急医療からの医療政策に関する研究。平成 23 年度厚生労働科学

- 研究補助金・障害者対策総合研究事業・新しい精神科地域医療体制とその評価の在り方に関する研究, 分担研究報告書, 2012
9. 平田豊明: 精神科救急医療からの医療政策に関する研究・平成 24 年度厚生労働科学研究補助金・障害者対策総合研究事業・新しい精神科地域医療体制とその評価の在り方に関する研究, 分担研究報告書, 2013
10. 平田豊明: 自治体病院協議会傘下の精神科病院における重症患者の調査研究. 平成 25 年度厚生労働科学研究補助金 (障害者対策総合研究事業) 「精神障害者の重度判定及び治療体制等に関する研究」分担研究報告書, 2014
11. 平田豊明: 自治体病院協議会傘下の精神科病院における重症患者の調査研究・平成 26 年度厚生労働科学研究補助金 (障害者対策総合研究事業) 「精神障害者の重度判定及び治療体制等に関する研究」(研究代表者: 安西信雄), 分担研究報告書, 2015
12. 平田豊明: 自治体病院協議会傘下の精神科病院における重症患者の調査研究・平成 27 年度厚生労働科学研究補助金 (障害者対策総合研究事業) 「精神障害者の重度判定及び治療体制等に関する研究」(研究代表者: 安西信雄), 分担研究報告書, 2016
13. 日本精神科病院協会: 精神科救急医療体制の実態把握及び措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究 (平成 28 年度厚生労働科学研究補助金 (障害者総合福祉推進事業)) 報告書, 2017

参考資料 1

アンケート

Q1：自治体名 ご担当者名

_____ 都・道・府・県 人口 _____ 万人（平成 29 年 4 月 1 日現在）
部署名 _____
ご担当者名 _____
ご連絡先 _____
メールアドレス _____

Q2：貴自治体の平成 16（2004）年～平成 27（2015）年の経時変化について、変動がありますか？
ある Q3へ ない Q8 に移動

Q3：変動した年度は？

Q4：変動がみられる場合、以下に示す何らかの要因がありましたか？（該当するものに○をしてください）

- a. 人口規模による影響 b. 国の要綱改訂の影響 c. 圏域内医療資源の増減による影響
d. 都道府県内での運用取り決めの変更による影響
1. 事業メニューの開始や終了があった 2. 圏域の変更があった
3. 件数のカウントの仕方が変わった 4. 担当者が代わって数字の解釈が変わった
5. その他 _____
e. その他 _____
f. わからない

具体的な状況について記載してください。複数の変動がある場合にはここに解説してください。

Q5：24時間精神医療相談窓口について教えてください。

（1）24時間精神医療相談窓口の設置状況（該当するものに○をしてください）

- a. 設置済み b. 未設置 c. 設置予定（平成 _____ 年度）

（2）24時間精神医療相談の実施状況（該当するものに○をしてください）

- a. 精神科救急情報センターと一体となって実施している
b. 精神科救急情報センターと機能分離して実施している（設置機関）
c. 保健所及び精神科救急情報センターを併せて実施している
d. 委託している（委託先：_____）

（3）平成 28 年度の相談件数を教えてください。

総数 _____ 件

Q6：精神科救急情報センターについて教えてください。

- (1) 精神科救急情報センターの設置状況（該当するものに○をしてください）
a. 設置済み b. 未設置 c. 設置予定（平成 年度）
- (2) 精神科救急情報センターの設置機関を教えてください（該当するものに○をしてください）
a. 自治体立病院 b. 大学病院 c. 民間病院 d. 精神保健福祉センター
e. 身体科救急医療情報センターに併設
f. その他 _____
- (3) 精神科救急情報センターの運営方法を教えてください（該当するものに○をしてください）
a. 自治体直営 b. 委託（委託先 _____）
- (4) 平成 28 年度の相談件数等を教えてください。

総数 件
精神科救急事例と判断した件数（再掲） _____ 件
医療機関紹介件数（再掲） _____ 件
医療機関紹介できなかった件数（再掲） _____ 件

Q7：貴自治体の精神科救急医療体制整備事業実施要綱上(運用上)の対象について教えてください。

- (該当する に✓してください)。
(物質関連障害を含む)すべての精神疾患を対象としている
対象としていない疾患がある。
どのような疾患を除外していますか _____

Q8：貴自治体の精神科救急医療体制について、自由にご記載ください。

自負していること

課題と思われること

自由意見

以上です。

ご協力有難うございました。

参考資料 2

施設ID：

No. 1

時間外受診患者 調査個票

1. 基本情報（該当項目に☑）

年齢： _____ 歳，性別： 男性・ 女性

主診断 F0 F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F9 その他・
不明
副診断 F0 F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F9 副診断なし

2. 転帰情報（該当する入院形態等に☑）

- 緊急措置入院・措置入院
- 応急入院
- 医療保護入院
- 任意入院
- 入院せず（ 入院不要 本来は入院必要（非入院の理由） _____ ）

3. 基本要件（該当する場合☑）

- 医学的な重症性： 精神疾患によって現実検討（reality testing）が著しく損なわれている
- 社会的不利益： 社会生活上、自他に深刻な不利益をもたらす状況が生じている
- 急性の展開： 最近3ヶ月以内に、このような事態が出現もしくは悪化している
- 治療の必要性： 迅速な医学的介入なしには、この事態が遷延ないし悪化する可能性が高い
- 治療の可能性： 医学的介入によって、このような病態の改善が期待される

4. 病態の定性評価（優先的に該当する状態像を 1つだけ 選び☑）

- 意識障害（ せん妄、 急性中毒 その他）
- 幻覚・妄想状態
- 精神運動興奮状態
- 抑うつ状態
- 躁状態
- 解離状態
- 酩酊状態（ 単純酩酊 複雑酩酊 連続飲酒 シンナー・大麻・医薬品などによるその他）
- その他（ 認知症状態、統合失調症残遺状態等）

簡単に具体的な状況をご記載ください

5. 病態の定量評価（別紙マニュアルを参照し、裏面の18項目を評価し合計点を記入してください）
BPRS _____ 点

6. 緊急に医療的介入を要する因子（該当項目に☑）

- 以下のいずれかを認める

- 他害行為、器物破損行動、もしくは制止不能な他者への威圧的・攻撃的言動や迷惑行為
- 自殺企図、自傷行為、もしくは制御困難な自殺念慮
- 危険回避や最低限の清潔保持困難等、自己防衛機能および自律性の著しい低下を示す
- 個人的な見守りができる家族、同居者、友人などがいない
- 他の対応者がいない： 初診 中断例 かかりつけ医が対応できない（遠方、クリニック等）
- 平日診療時間内であれば入院せずに済んだ
- 入院判断に影響する身体合併症があった

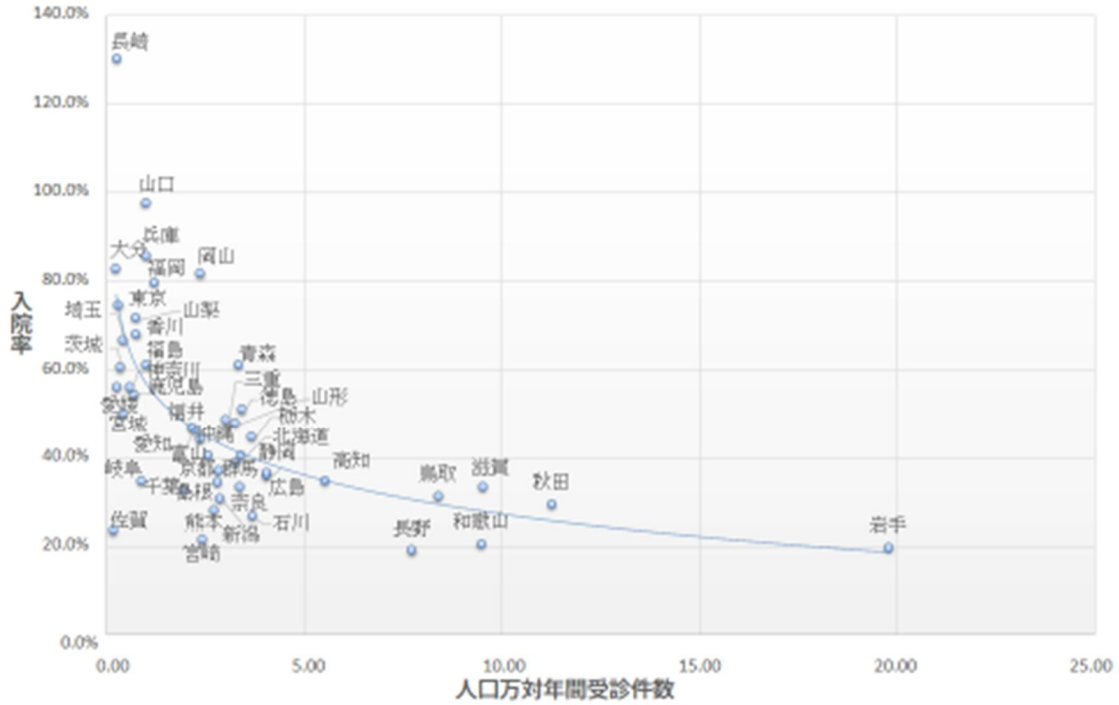
BPRS 記入表

BPRS下位項目		チェック欄	評価目安	
1	心気症	現在の身体の健康状態についての関心の程度。患者が自分の健康についてどのくらい問題と受けとめているかの程度を患者の訴えに相当する所見の有無に関わらず評価せよ。	1・2・3・4・5・6・7	1 症状なし
2	不安	現在又は未来に対する心配、恐れあるいは過剰なこだわり。患者自身の主観的体験についての言語的訴えのみに基づいて評価せよ。身体徴候や神経症的防衛機制から不安を推測してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	2 ごく軽度
3	情動的ひきこもり	面接者と面接状況に対する交流の減少。面接状況において患者が他者との感情的接触に障害があるという印象を与える程度のみを評価せよ。	1・2・3・4・5・6・7	3 軽度
4	概念の統合失調	思考過程の混乱、弛緩あるいは解体の程度。患者の言語表出の統合の程度に基づいて評価せよ。思考機能レベルに対する患者の自覚的印象に基づいて評価してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	4 中等度
5	罪責感	過去の言動についての過剰なこだわり又は自責感。相応する感情を伴って語られる患者の主観的体験に基づいて評価せよ。抑うつ、不安あるいは神経症的防衛機制から罪責感を推測してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	5 やや重度
6	緊張	緊張、神経過敏、あるいは活動のレベルの高まりによる身体と運動機能における徴候。身体徴候や行動、態度のみに基づいて評価すべきであり、患者の訴える緊張についての主観的体験に基づいて評価してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	6 重度
7	奇妙な態度	奇妙で不自然な行動と態度。健常人の中では目立つような種の精神病者の行動と態度の類型。動作の異常のみを評価せよ。単なる運動性亢進はこの項目では評価しない。	1・2・3・4・5・6・7	7 最重度
8	誇大性	過大な自己評価と並はずれた才能や力を持っているとの確信。自分自身についての、又は他者との関係における自己の立場についての患者の陳述のみに基づいて評価せよ。面接状況における患者の態度に基づいて評価してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	
9	抑うつ気分	意気消沈と悲哀。落胆の程度のみを評価せよ。いわゆる制止や身体的愁訴に基づいて抑うつが存在を推測して評価してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	
10	敵意	面接状況ではないところで、他者に対する憎悪、侮辱軽蔑、好戦性あるいは尊大。他者の対する患者の感情や行動の言語的訴えのみに基づいて評価せよ。神経症的防衛機制、不安、あるいは身体的愁訴から敵意を推測してはならない。（面接現在又は以前に患者に対して他者からの悪意や差別があったという(妄想的あるいは非妄想的)確信。言語的訴えに基づいて、それが存在した時期に関わらず、現在認められる猜疑心のみを評価せよ。	1・2・3・4・5・6・7	
11	猜疑心	通常の外界の刺激に対応のない知覚。過去1週間以内に起こったと患者が訴える体験のみを評価せよ。それらの体験は健常人の思考や表象過程と明らかに区別できるである。	1・2・3・4・5・6・7	
12	幻覚による行動	緩徐な動きによって示されるエネルギー水準の低下。患者の行動観察のみに基づいて評価せよ。自己のエネルギー水準についての患者自身の自覚的印象に基づいて評価してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	
13	運動減退	面接者に対する抵抗、非友好性、易怒性の徴候あるいは協調的態度の欠如、面接者と面接状況に対する患者の態度と反応のみに基づいて評価せよ。面接状況ではないところでの易怒性や非協調性の情報に基づいて評価してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	
14	非協調性	普通ではない、風変わりな、異様なあるいは奇怪な思考内容。ここでは不自然さの程度を評価し、思考過程の程度を評価してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	
15	不自然な思考内容	感情的緊張度の低下。正常の感受性や興味・関心の明らかな欠如。	1・2・3・4・5・6・7	
16	情動の平板化	感情的緊張度の高揚。焦燥感あるいは反応性亢進。	1・2・3・4・5・6・7	
17	興奮	人、場所あるいは時についての適切な関連性の混乱又は欠如。	1・2・3・4・5・6・7	
18	失見当識			

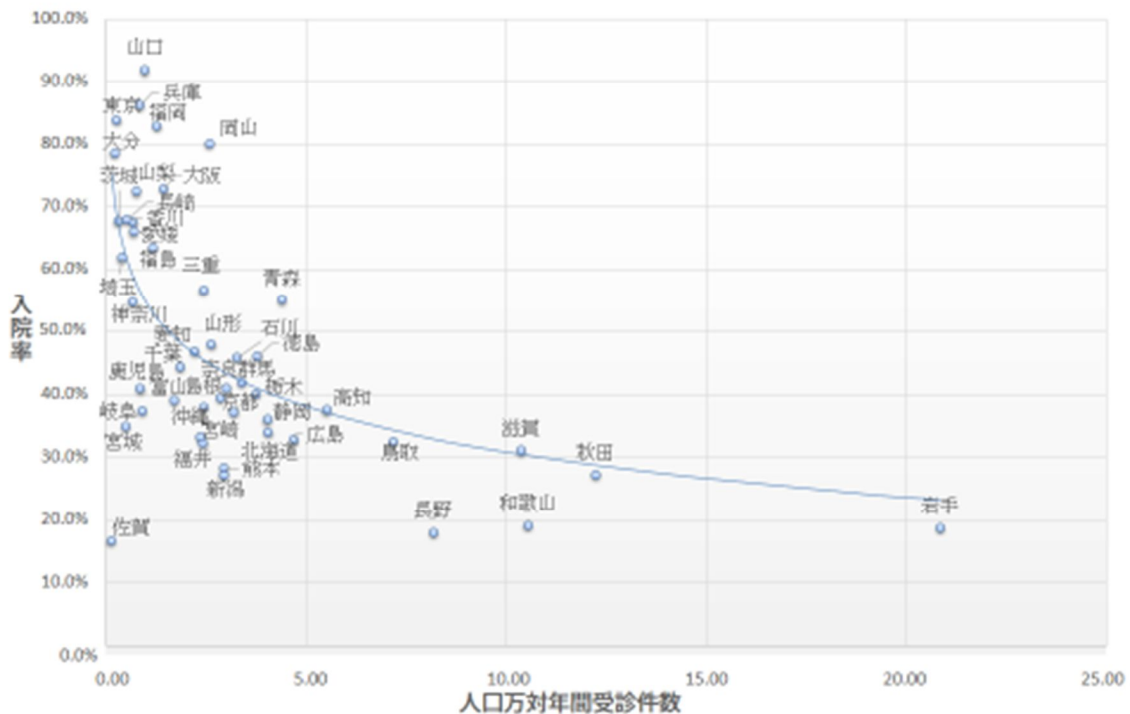
表 1-2

	H26(変更点)	H27(変更点)	H28(変更点)	H29(変更点)
1. 目的			【変更】精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）が一部改正され→精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号、以下「法」という。）の一部改正あり。 【変更】精神科救急医療体制連絡調整委員会→精神科救急医療体制連絡調整委員会等	
2. 事業の実施主体		調整委員会機能の拡大 ・心身連携推進 ・事業の周知・評価・検		
3. 事業の内容				
(1)精神科救急医療体制連絡調整委員会		【追加】「精神障害者等の移送の委託体制」や「身体科と精神科との連携体制の構築」を含む、十分な連携及び評価を要すること。 【追加】「調整を要すること」また、「適正な業務に関する周知及び事業の評価・検証を行い、精神科救急医療体制の整備を図ること」。	【変更】精神科救急医療体制連絡調整委員会→精神科救急医療体制連絡調整委員会等 【変更】「調整を要すること」また、「適正な業務に関する周知及び事業の評価・検証を行い、精神科救急医療体制の整備を図ること」。 【追加】「関係者間の相互理解を深めること」また、「特定の医療機関に負担が集中しないよう」また、「例えば、夜間休日における精神科救急外来（初級救急外来）と精神科救急入院（第一次救急医療、第三次救急医療）を区分して受入体制を構築すること」また、「地域の実情を踏まえて連携体制を検討すること」。	
2)精神科救急相談事業		【削除】(2) 医療連携に係る研修会等運営事業	連絡調整委員会機能の強化 ・圏域ごとの強化（評価・検証・体制整備・相互理解の深化） ・研修事業	重症度ごとの機能分化の提案 例：1次～2・3次
ア 24時間精神医療相談窓口				
イ 相談体制				
ウ 精神科救急相談窓口の周知				
③精神科救急情報センター				
ア 最近乳児医療機関の紹介、一般救急システムとの連絡調整				
イ 移送の実施のための連絡調整				
ウ 精神科救急情報センターの周知				
(4)搬送体制				
5)精神科救急医療確保事業		病院軍用搬送型の条件緩和 ・1床確保を削除 ・対応体制の確保をオンライン可に		
ア 精神科救急医療施設				
ア) 病院群輪番型				
イ) 常時対応型				
イ 外来対応施設		身体合併症の病棟連携 指円消化における情報センターの活用強化		
6)身体合併症救急医療確保事業				
ア 身体合併症対応施設				
イ 地域搬送受入対応施設				
ウ 身体合併症等後方搬送事業				
(7)支援病院の確保		【削除】(8) ミクロ救急体制確保事業		
4. 報告				
5. 経費の負担				
その他				

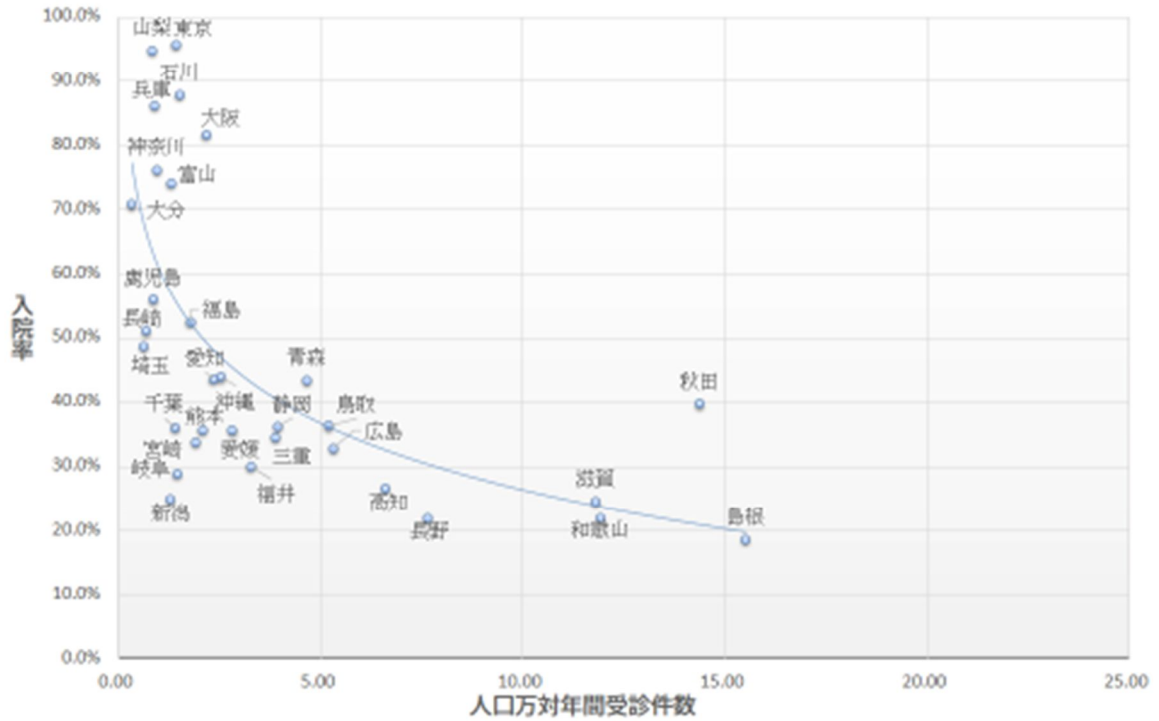
**図1 人口万対受診件数と入院率の相関
2004年度**



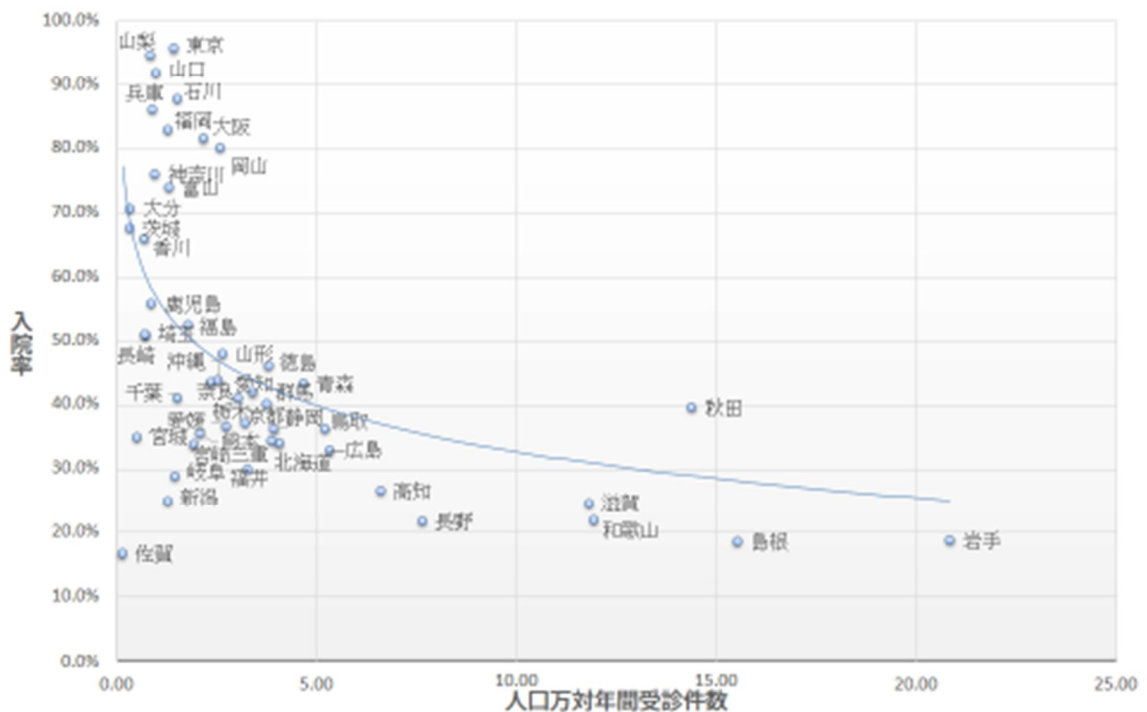
**図2 人口万対受診件数と入院率の相関
2005年度**



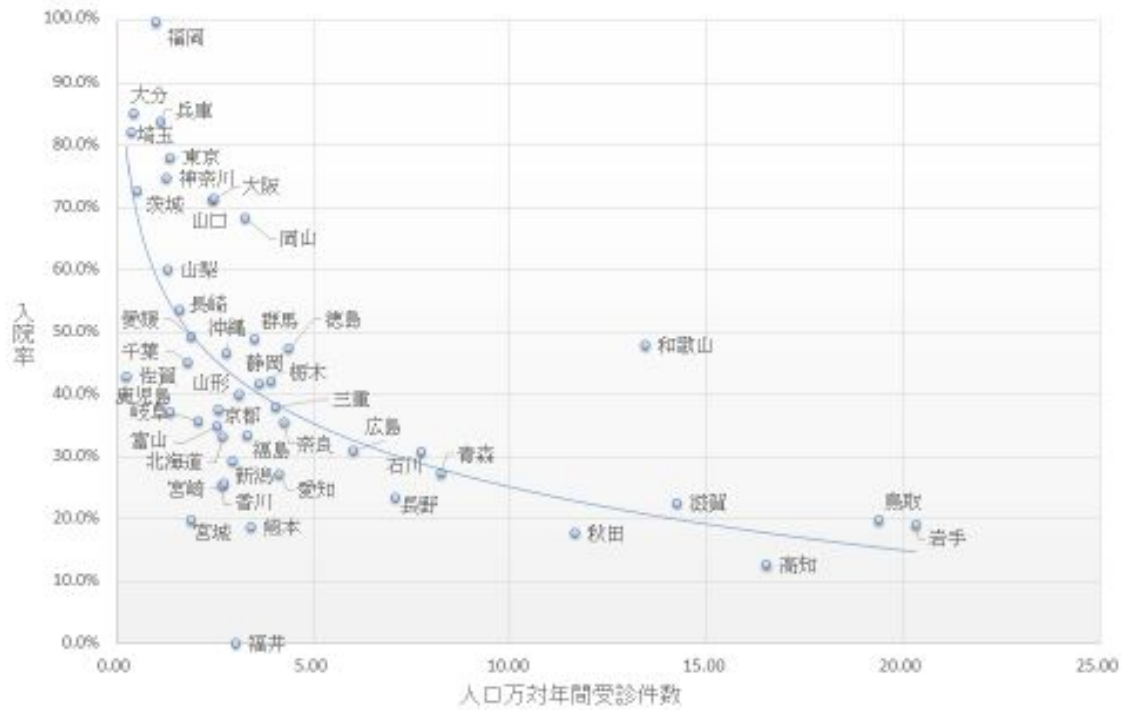
**図3 人口万対受診件数と入院率の相関
2006年度**



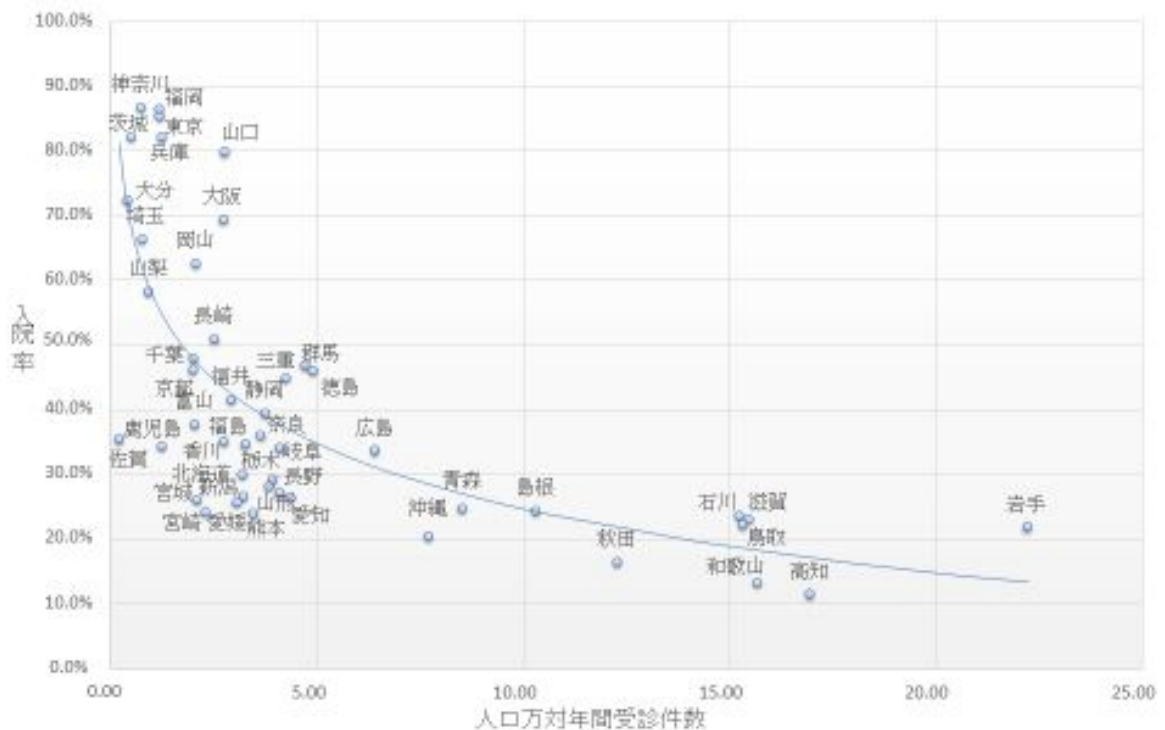
**図4 人口万対受診件数と入院率の相関
2007年度**



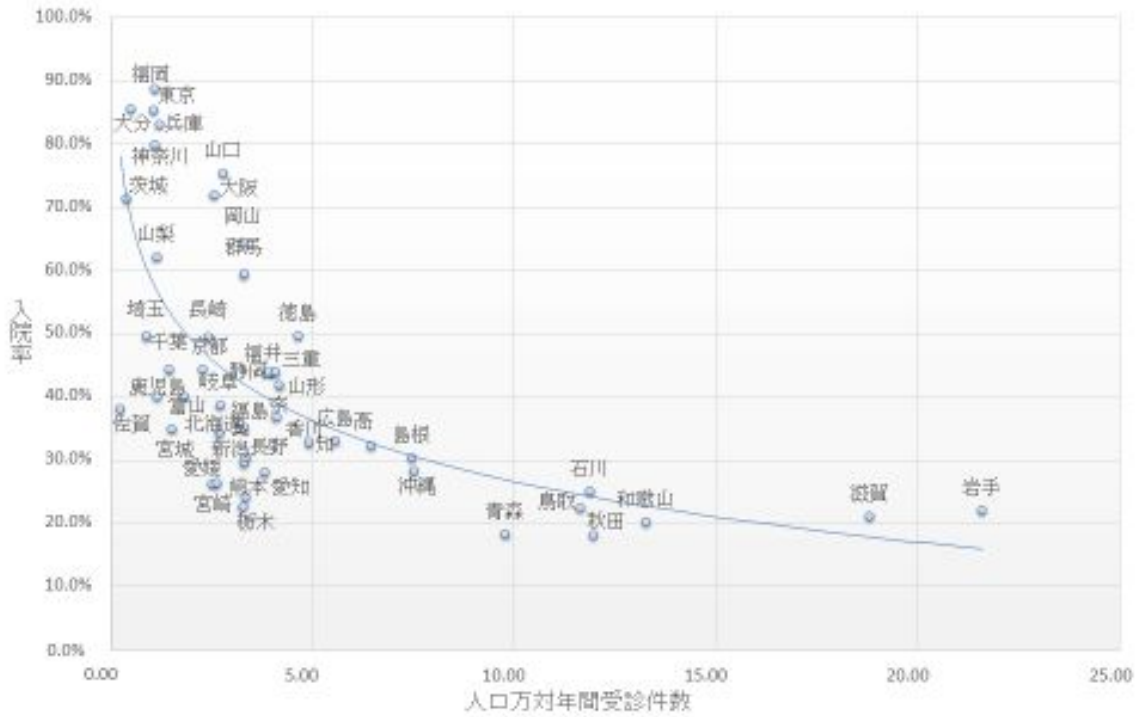
**図5 人口万対受診件数と入院率の相関
2008年度**



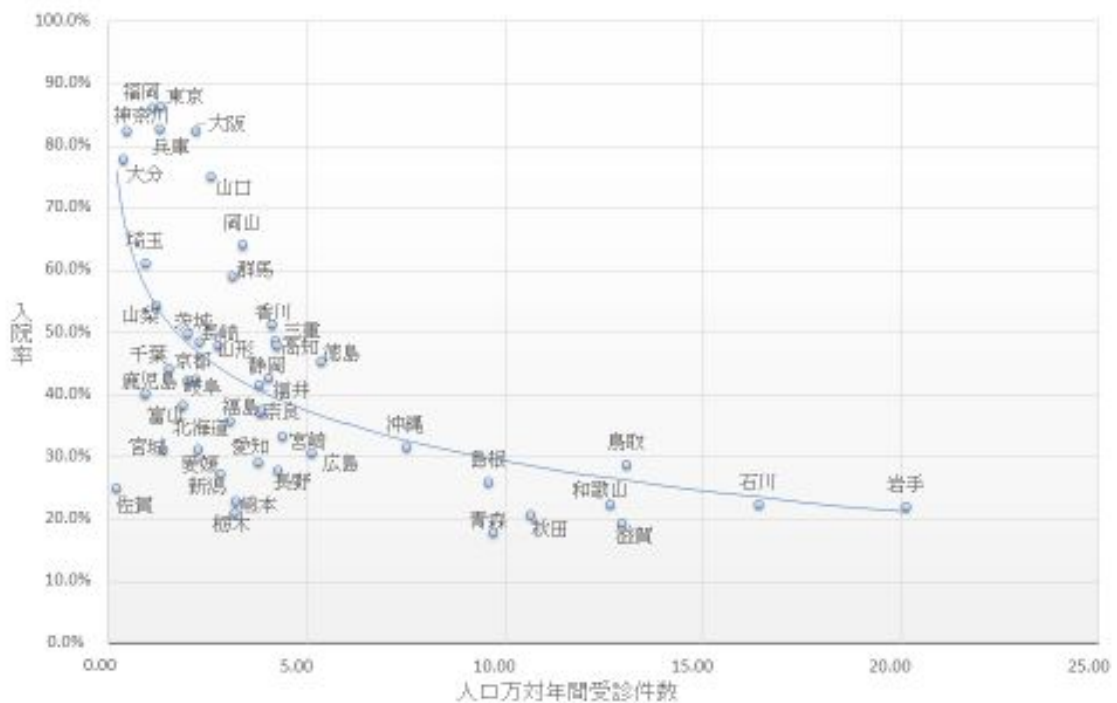
**図6 人口万対受診件数と入院率の相関
2009年度**



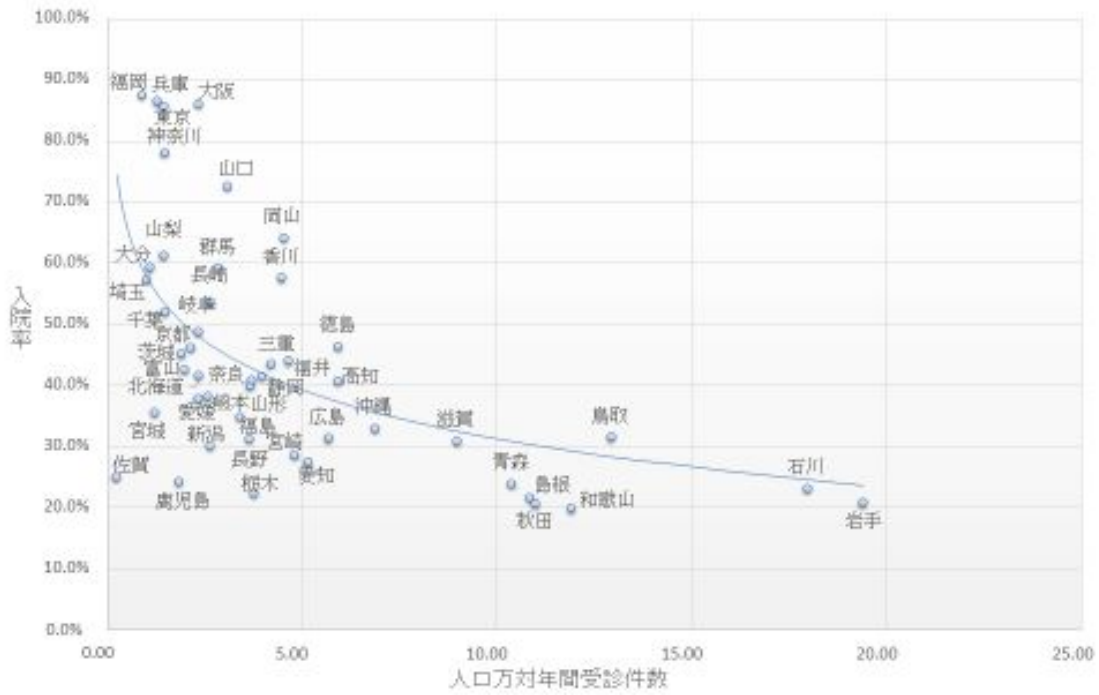
**図7 人口万対受診件数と入院率の相関
2010年度**



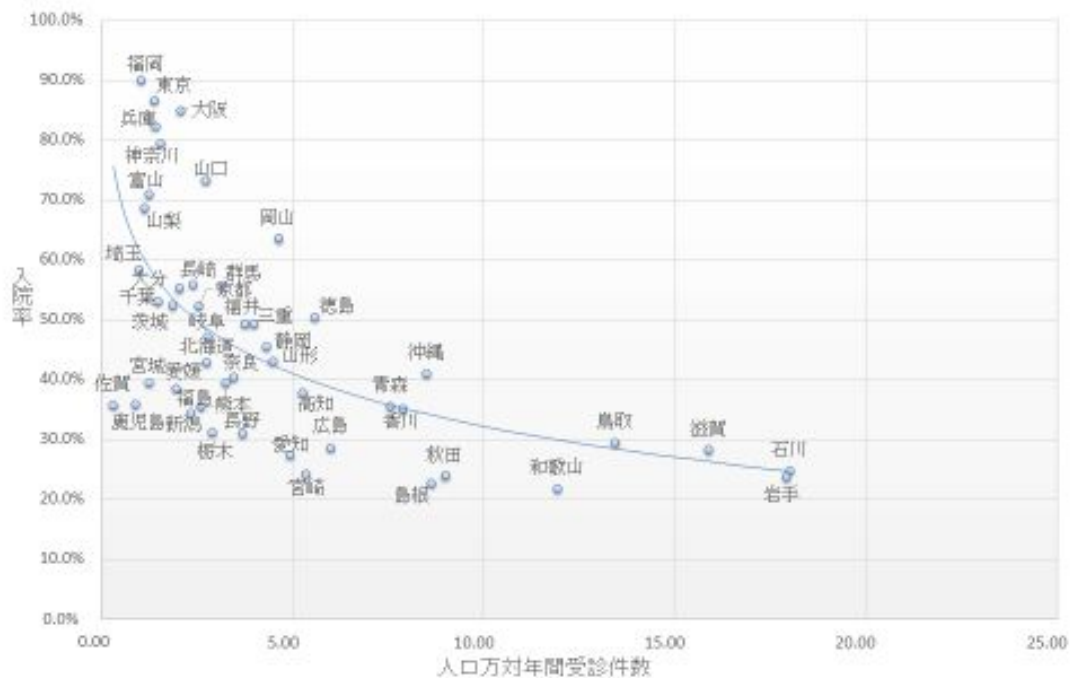
**図8 人口万対受診件数と入院率の相関
2011年度**



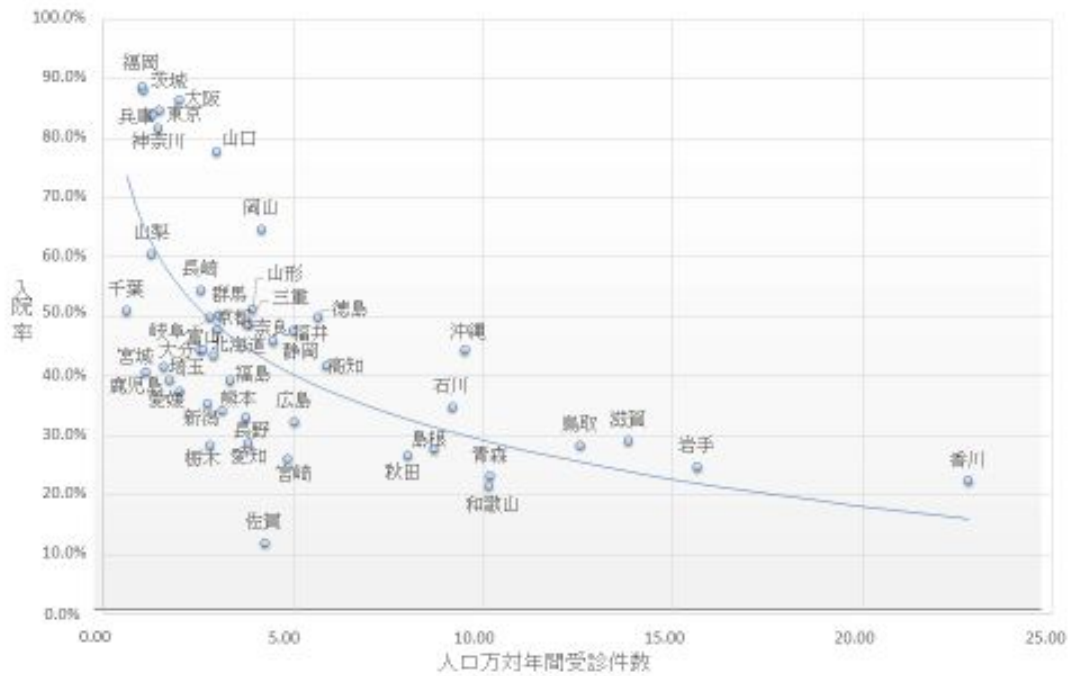
**図9 人口万対受診件数と入院率の相関
2012年度**



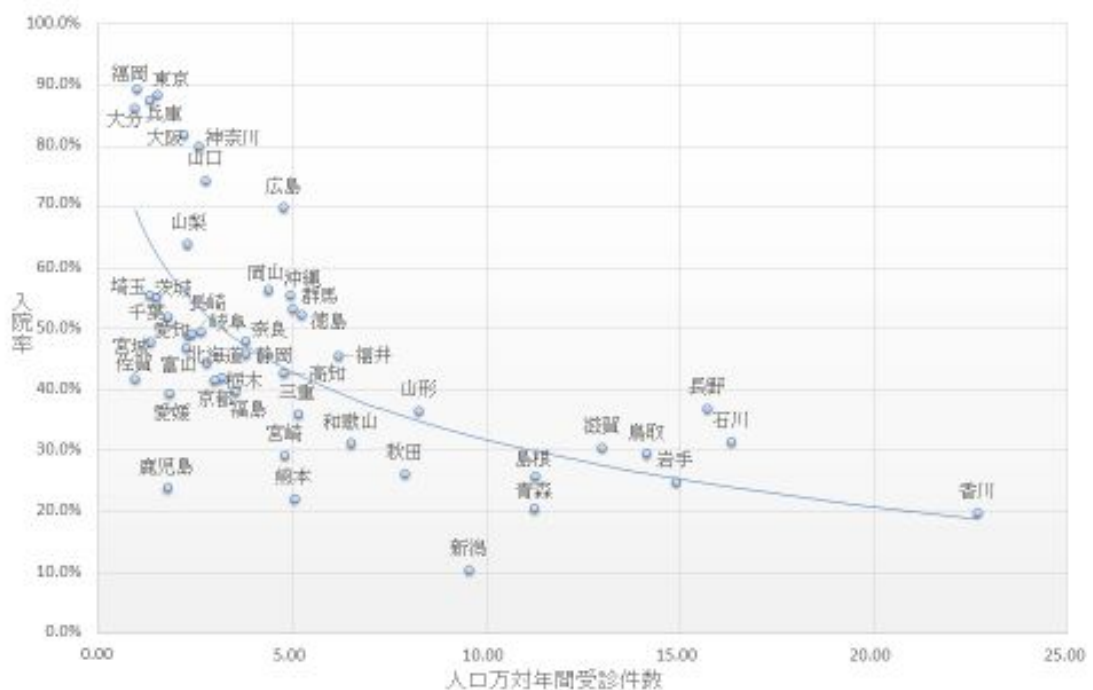
**図10 人口万対受診件数と入院率の相関
2013年度**



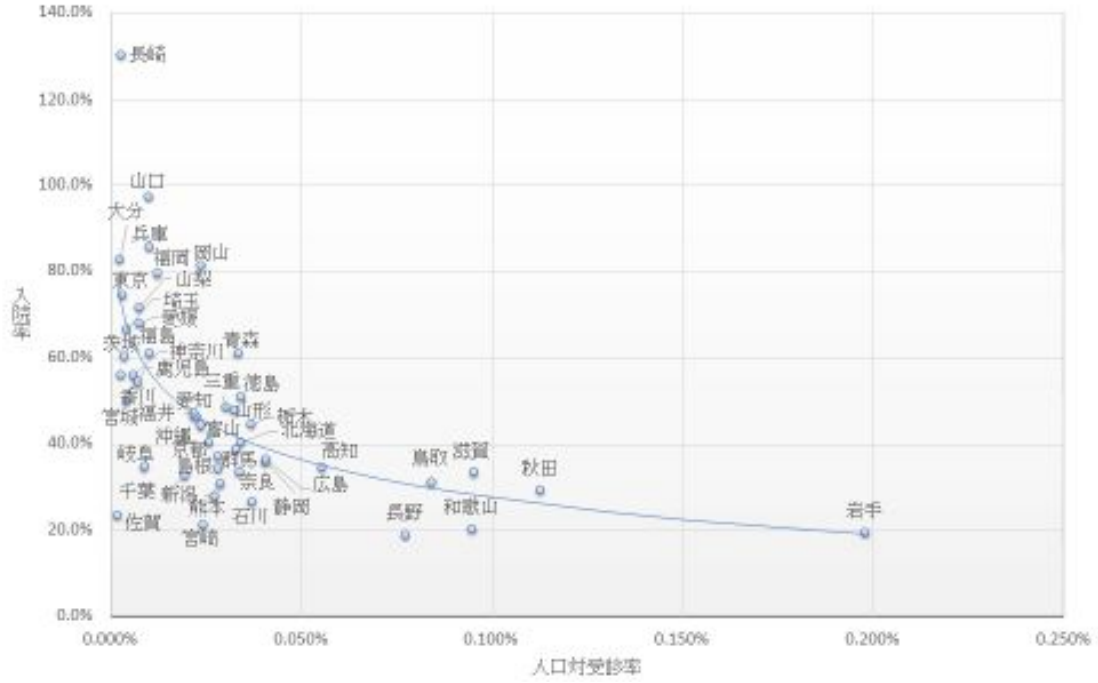
**図11 人口万対受診件数と入院率の相関
2014年度**



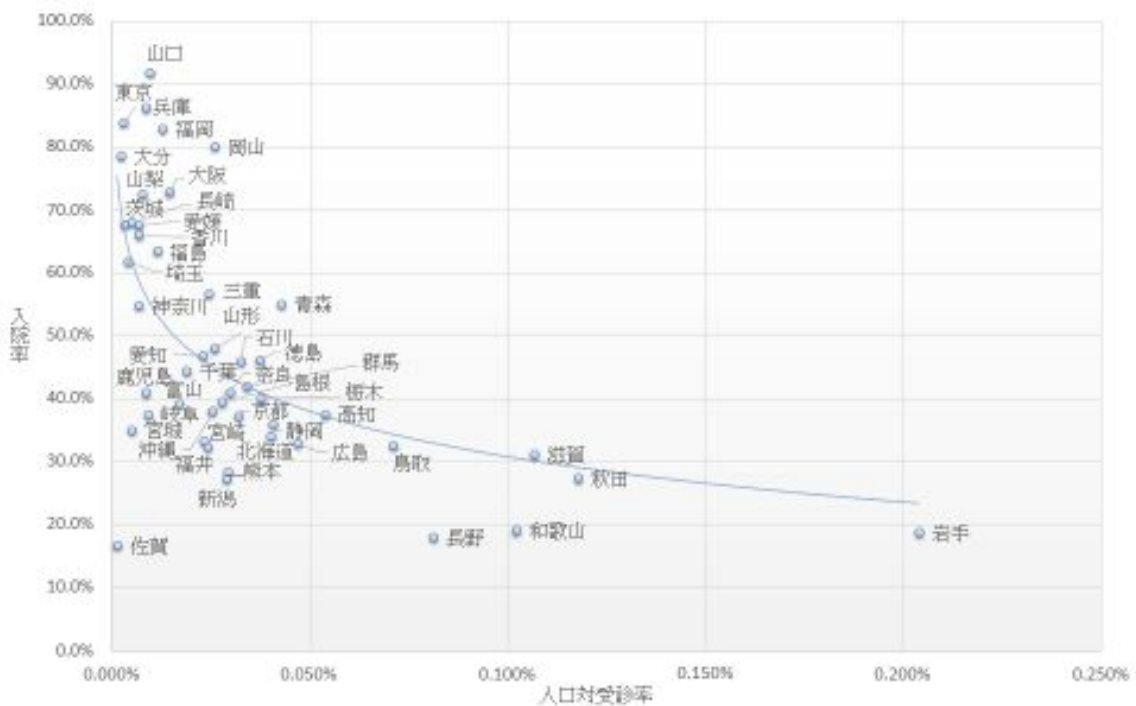
**図12 人口万対受診件数と入院率の相関
2015年度**



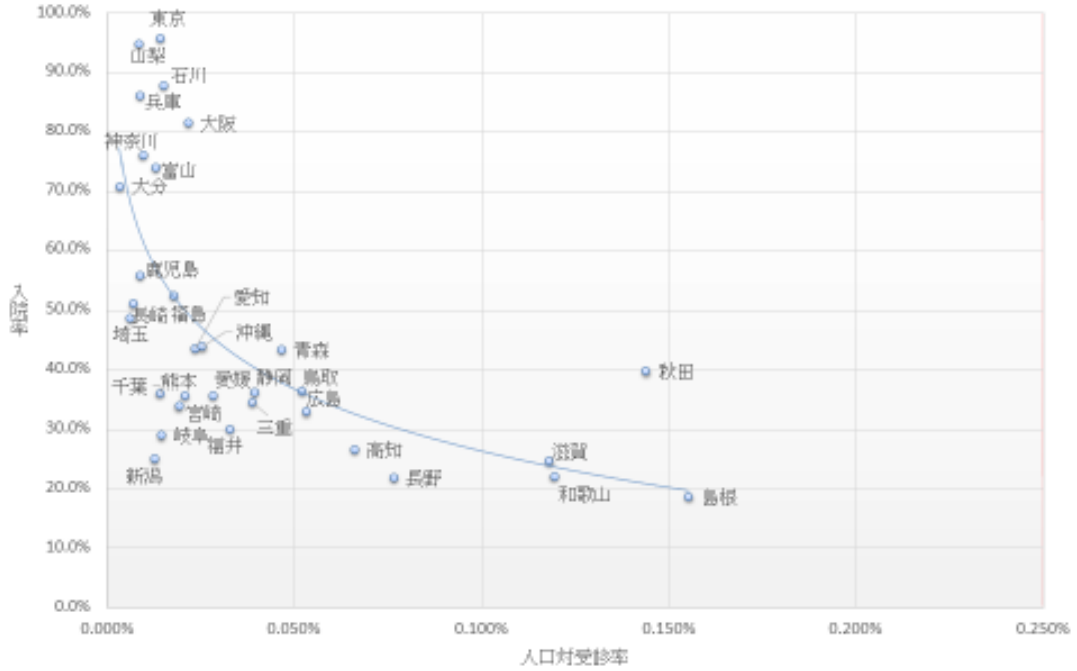
**図13 人口対受診率と入院率の相関
2004年度**



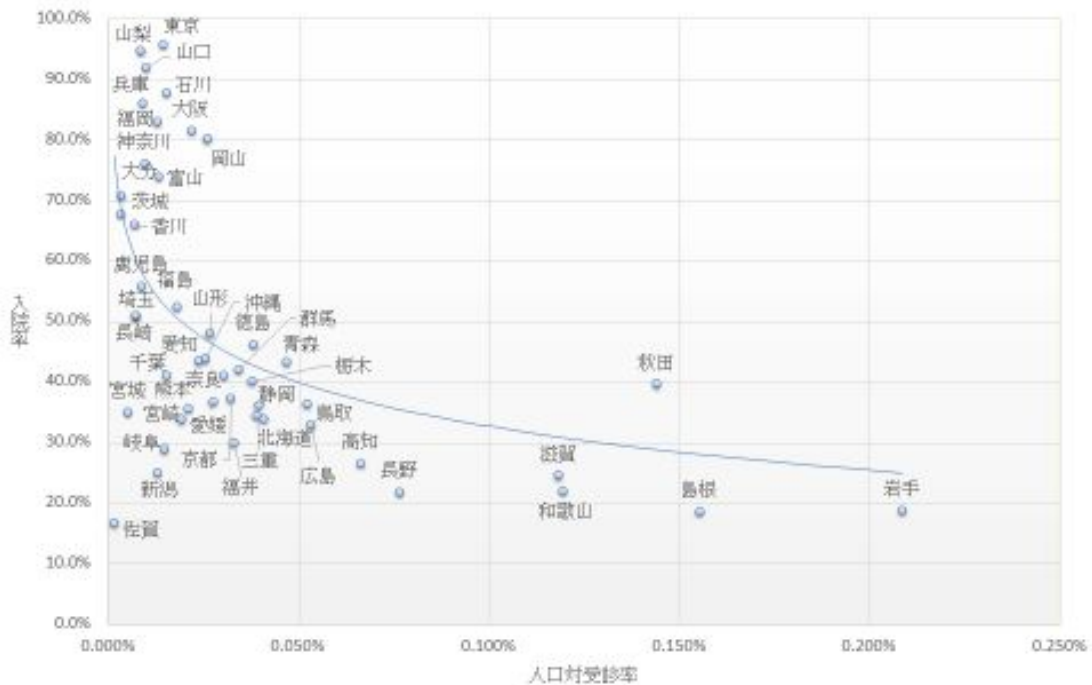
**図14 人口対受診率と入院率の相関
2005年度**



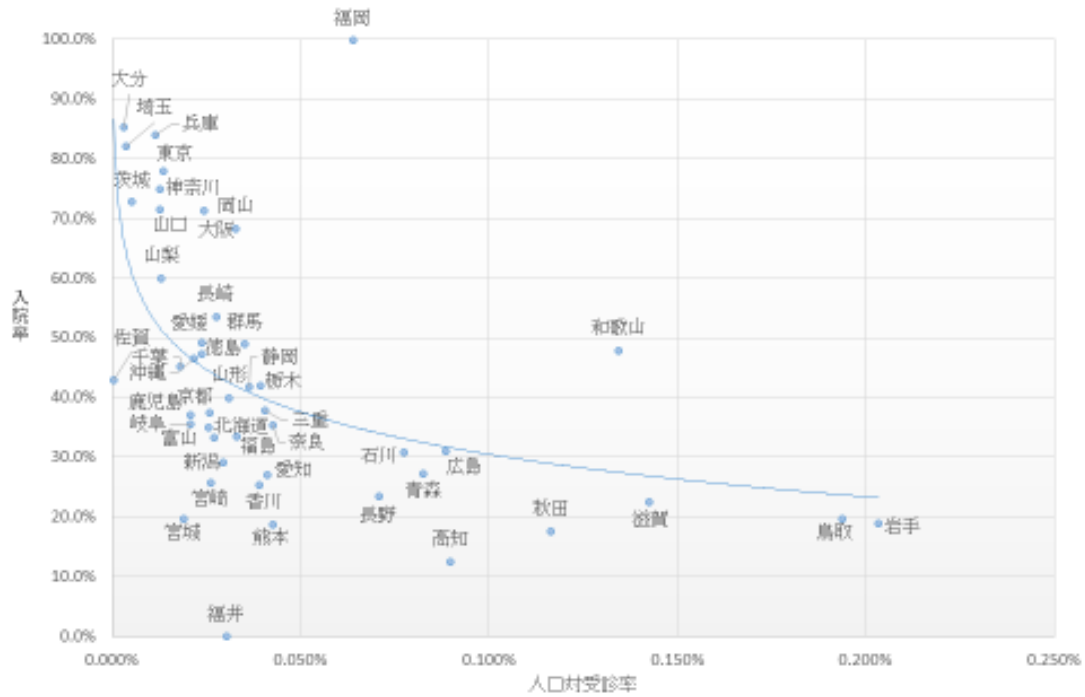
**図15 人口対受診率と入院率の相関
2006年度**



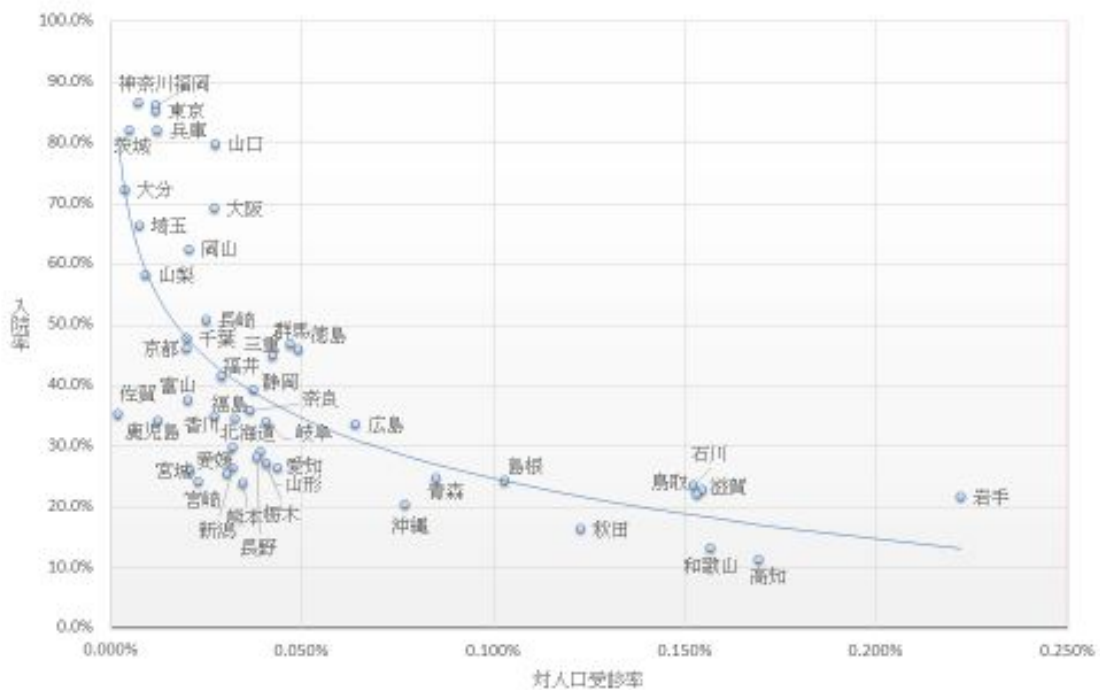
**図16 人口対受診率と入院率の相関
2007年度**



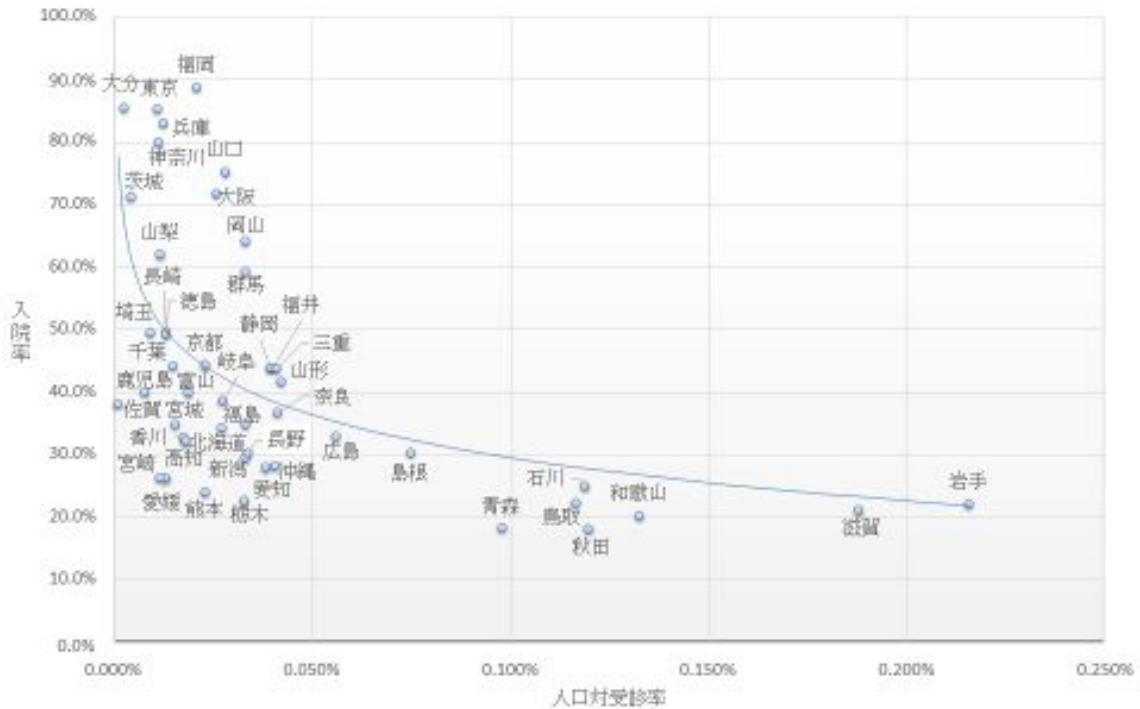
**図17 人口対受診率と入院率の相関
2008年度**



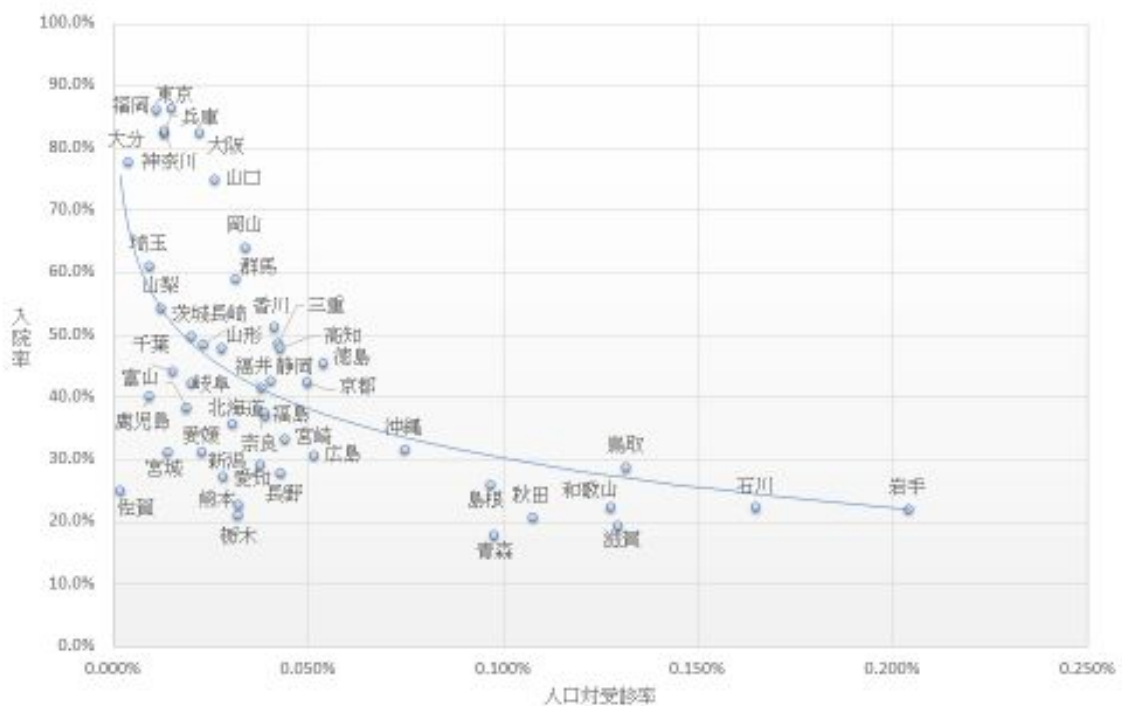
**図18 人口対受診率と入院率の相関
2009年度**



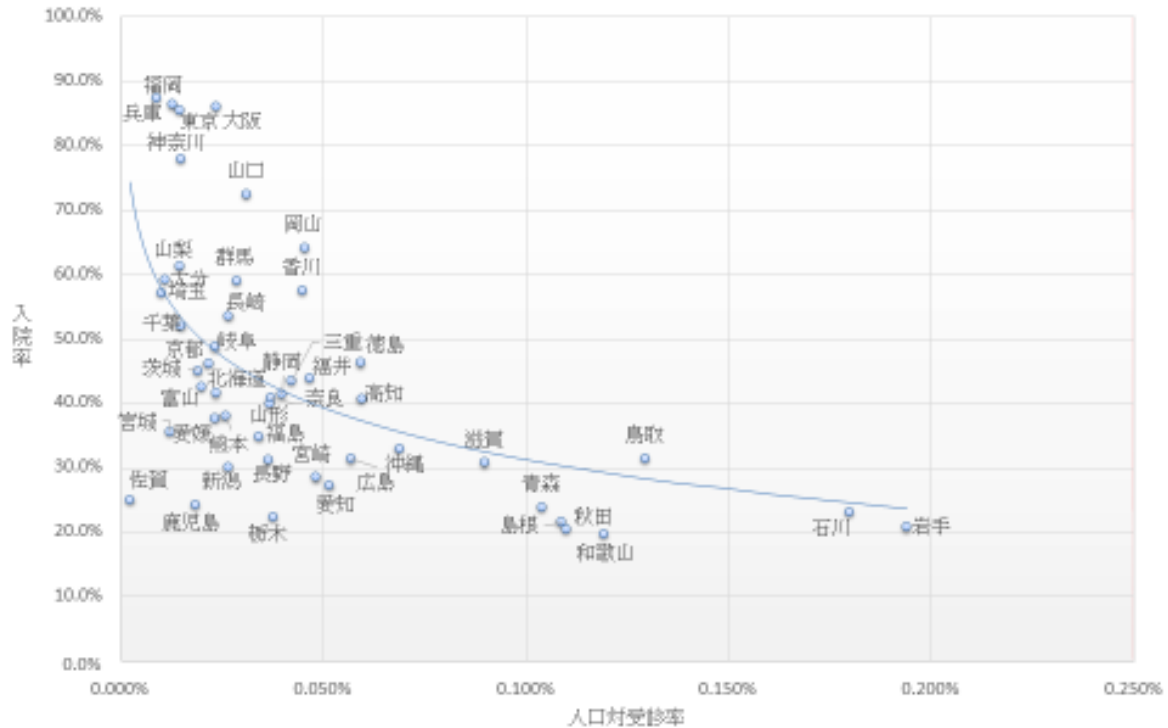
**図19 人口対受診率と入院率の相関
2010年度**



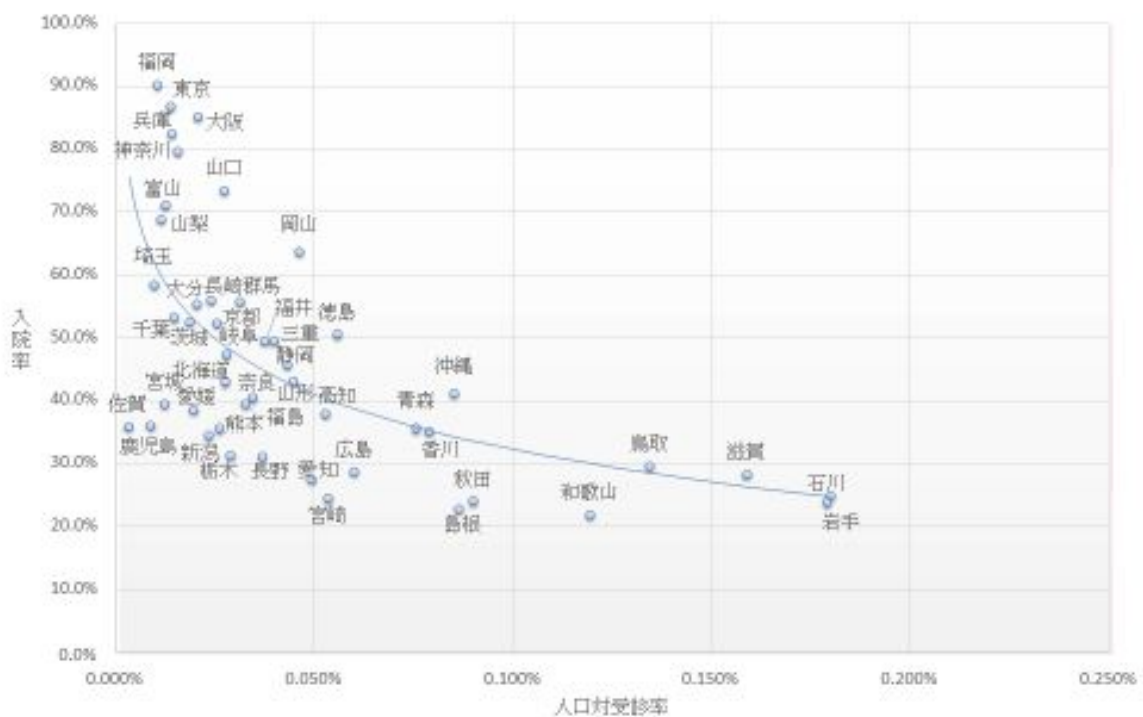
**図20 人口対受診率と入院率の相関
2011年度**



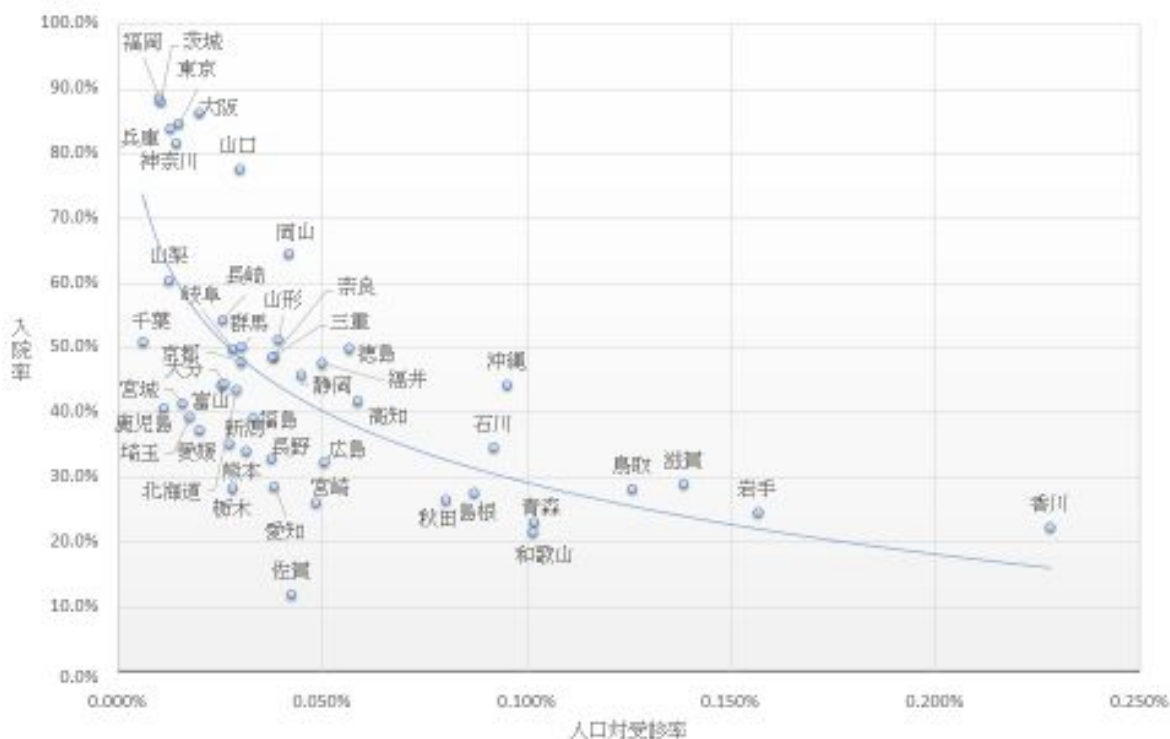
**図21 人口対受診率と入院率の相関
2012年度**



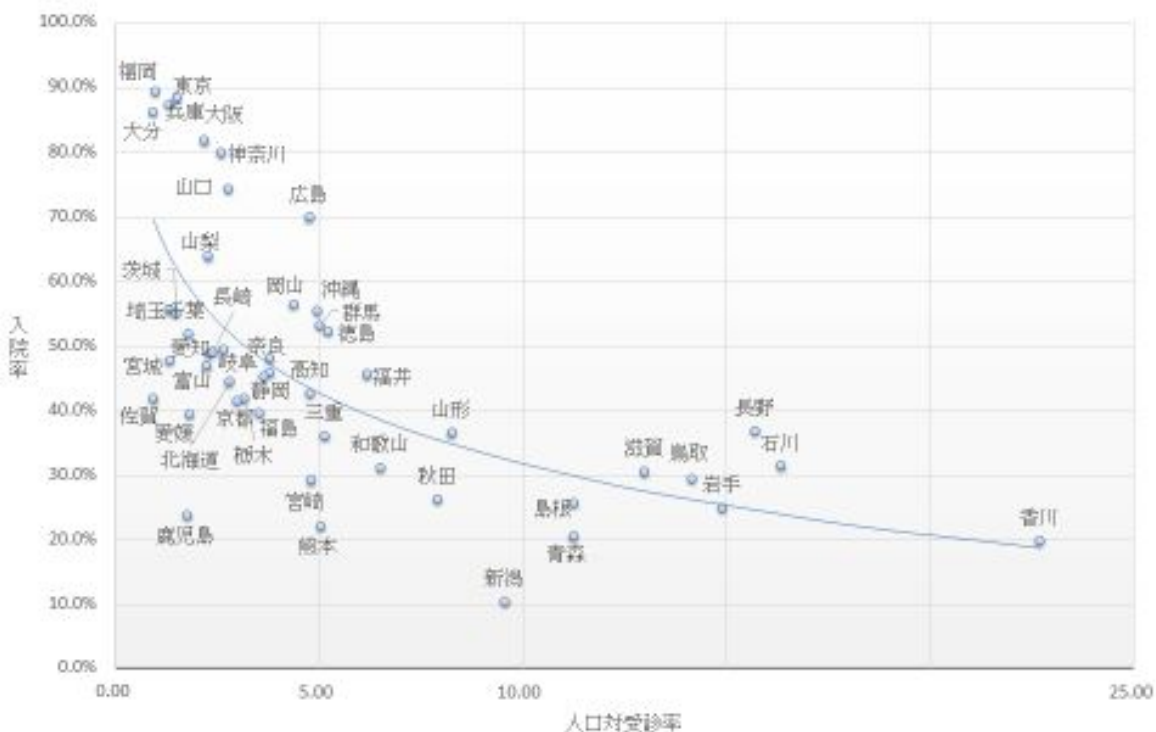
**図22 人口対受診率と入院率の相関
2013年度**

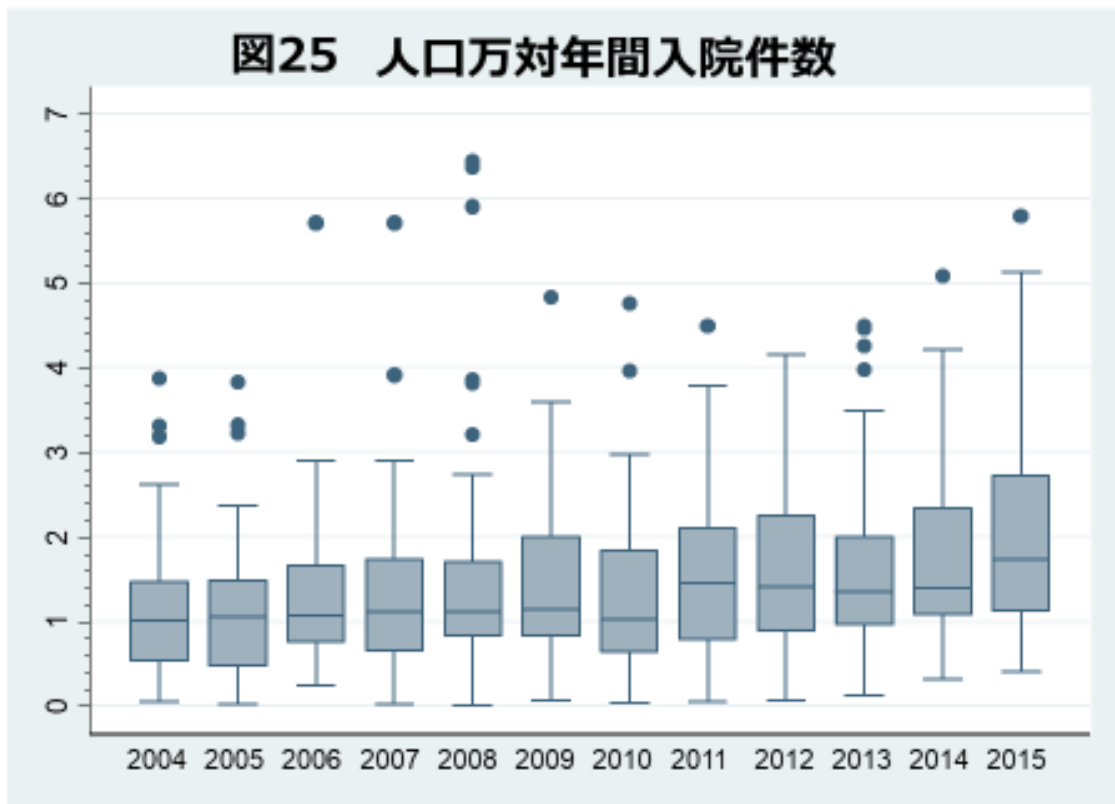


**図23 人口対受診率と入院率の相関
2014年度**

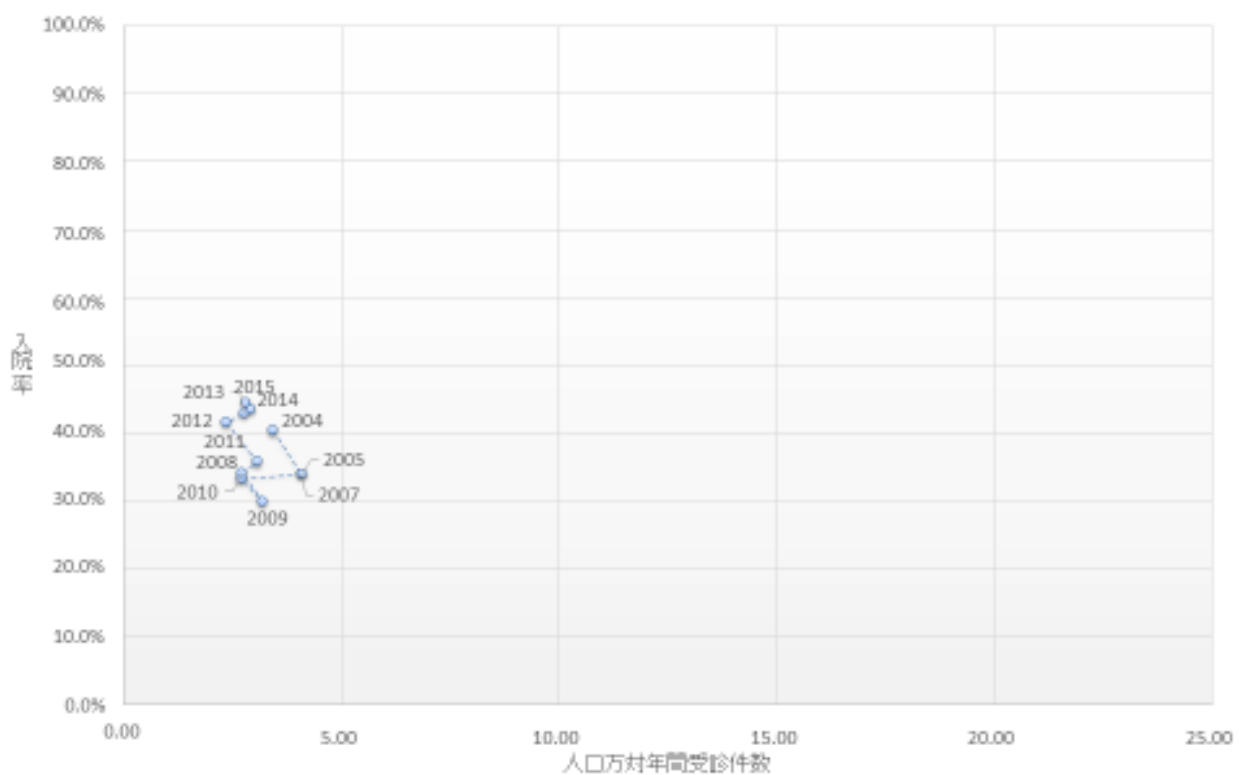


**図24 人口対受診率と入院率の相関
2015年度**

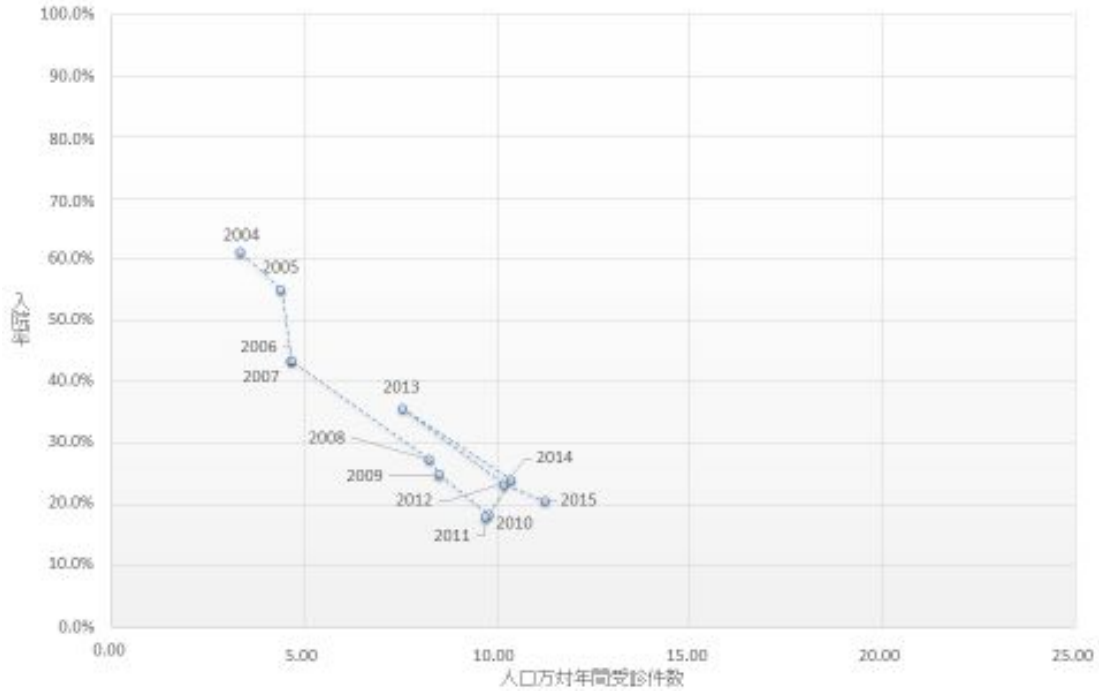




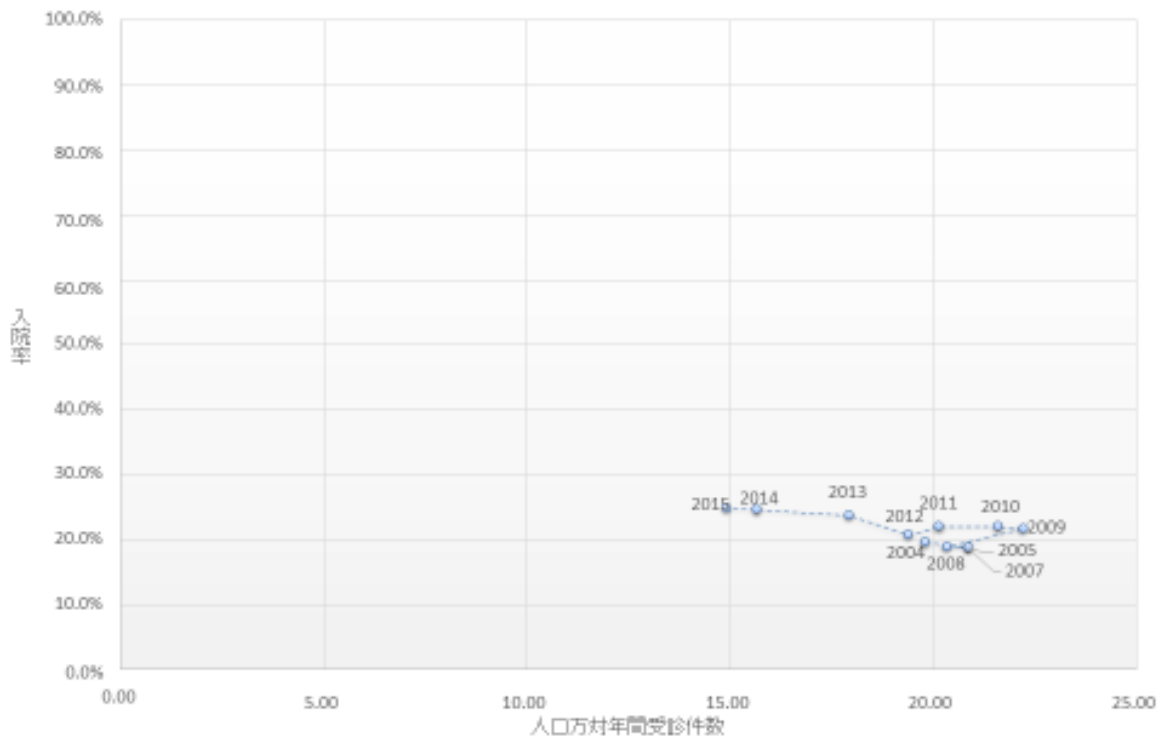
**図26 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(北海道)**



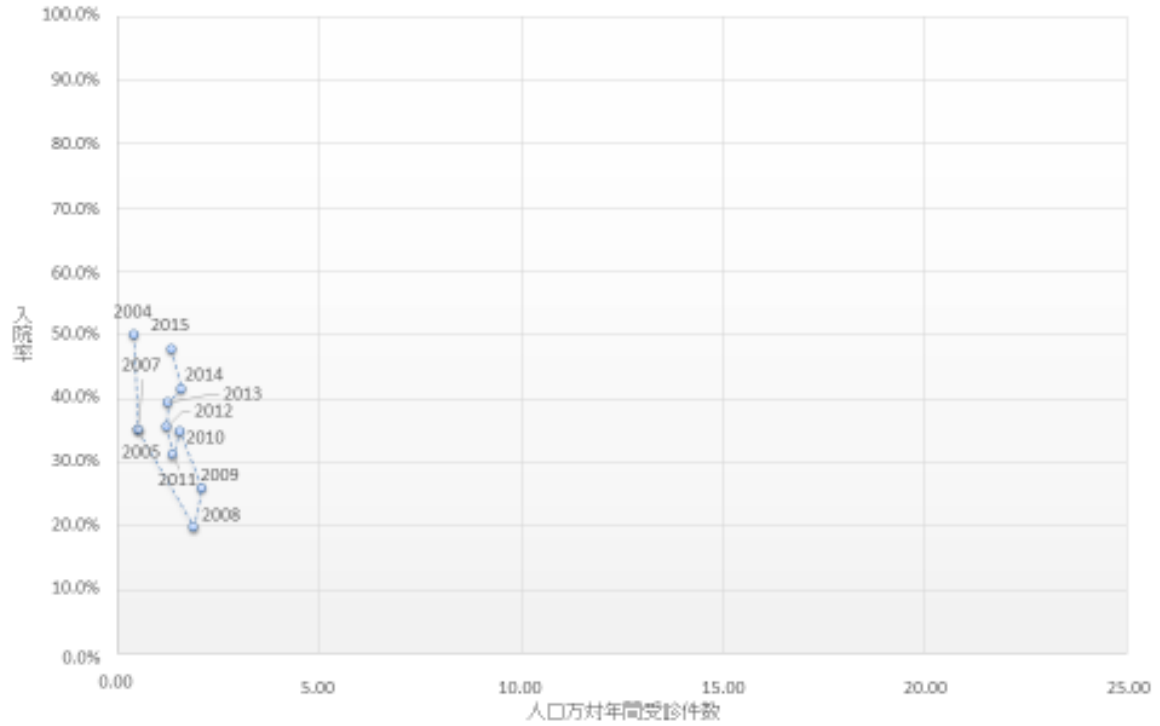
**図27 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(青森)**



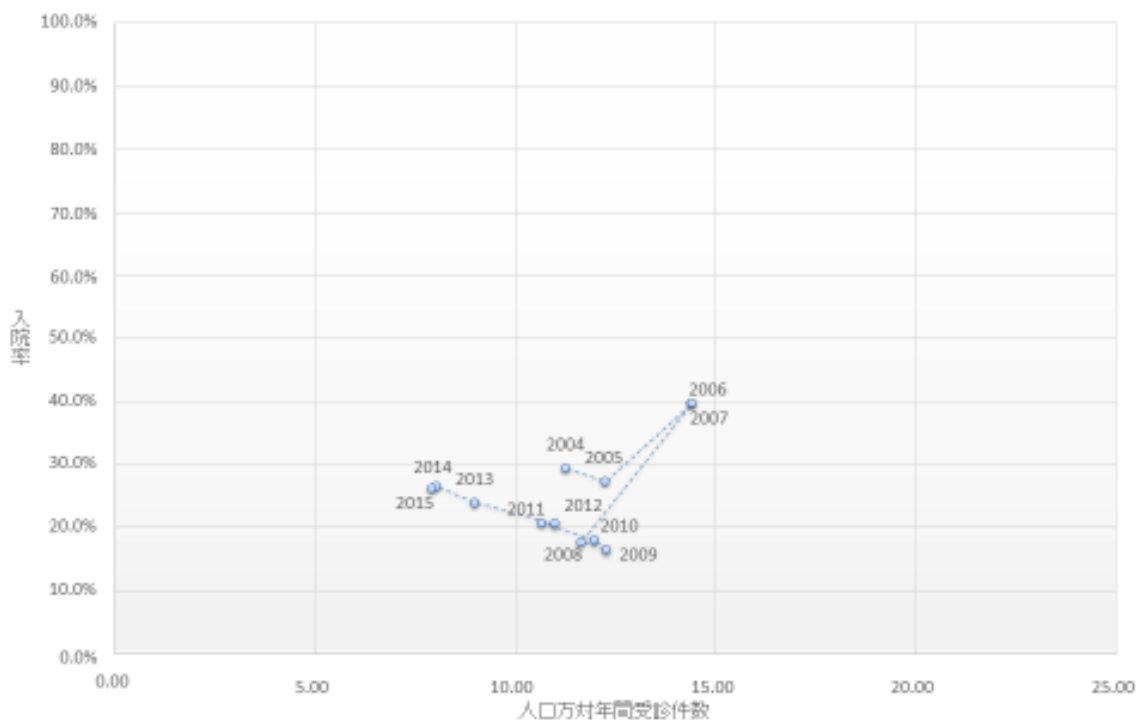
**図28 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(岩手)**



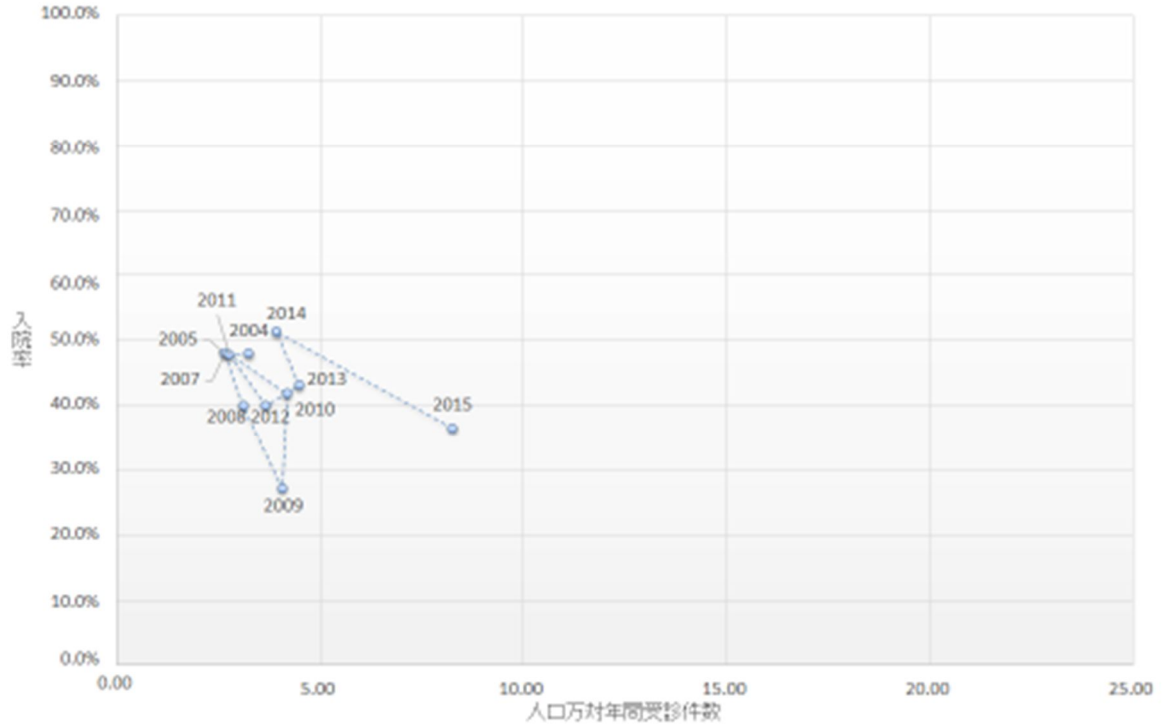
**図29 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(宮城)**



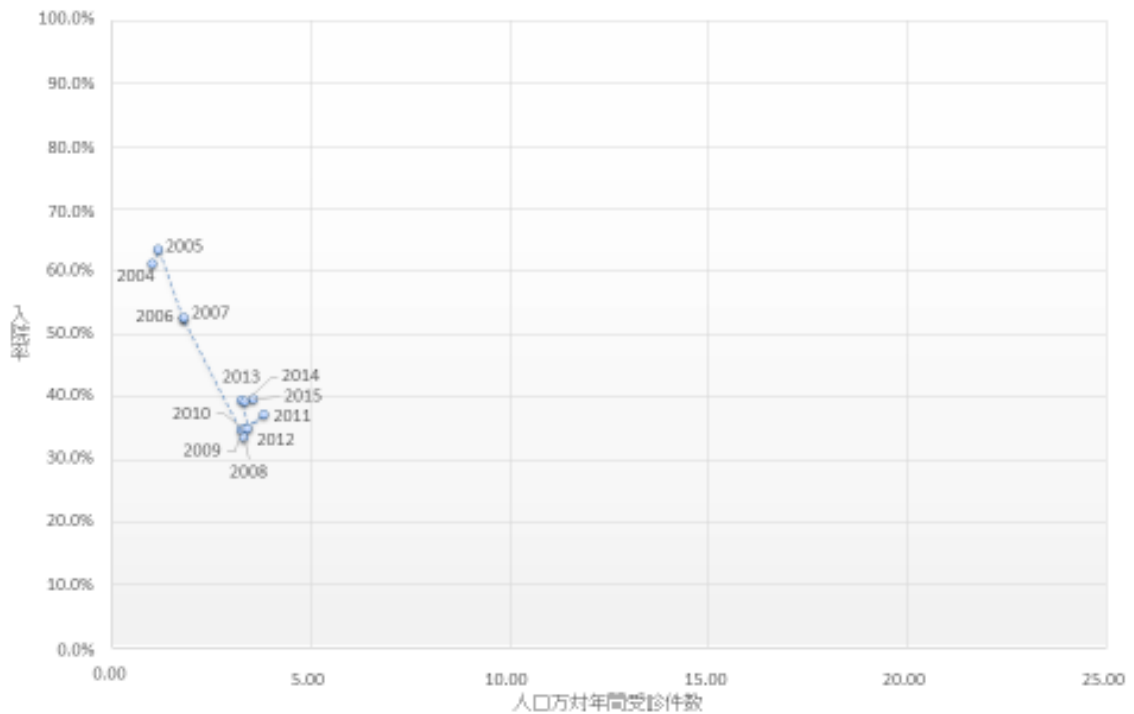
**図30 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(秋田)**



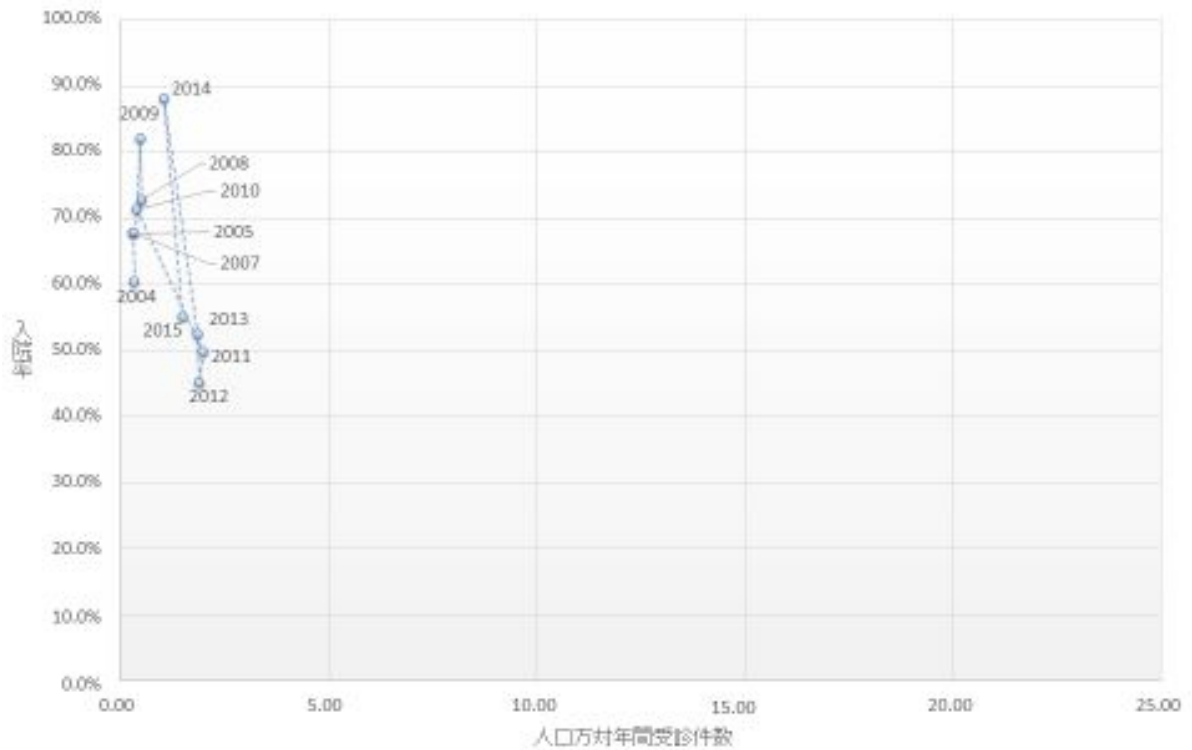
**図31 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(山形)**



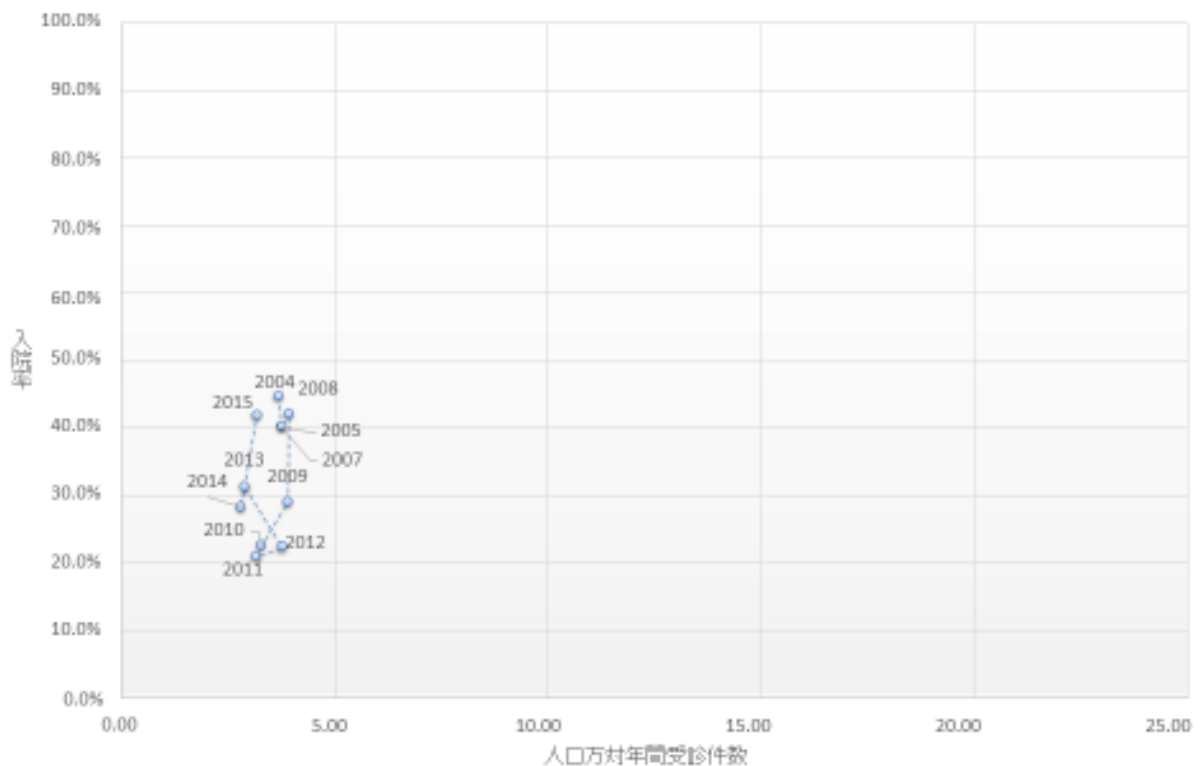
**図32 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(福島)**



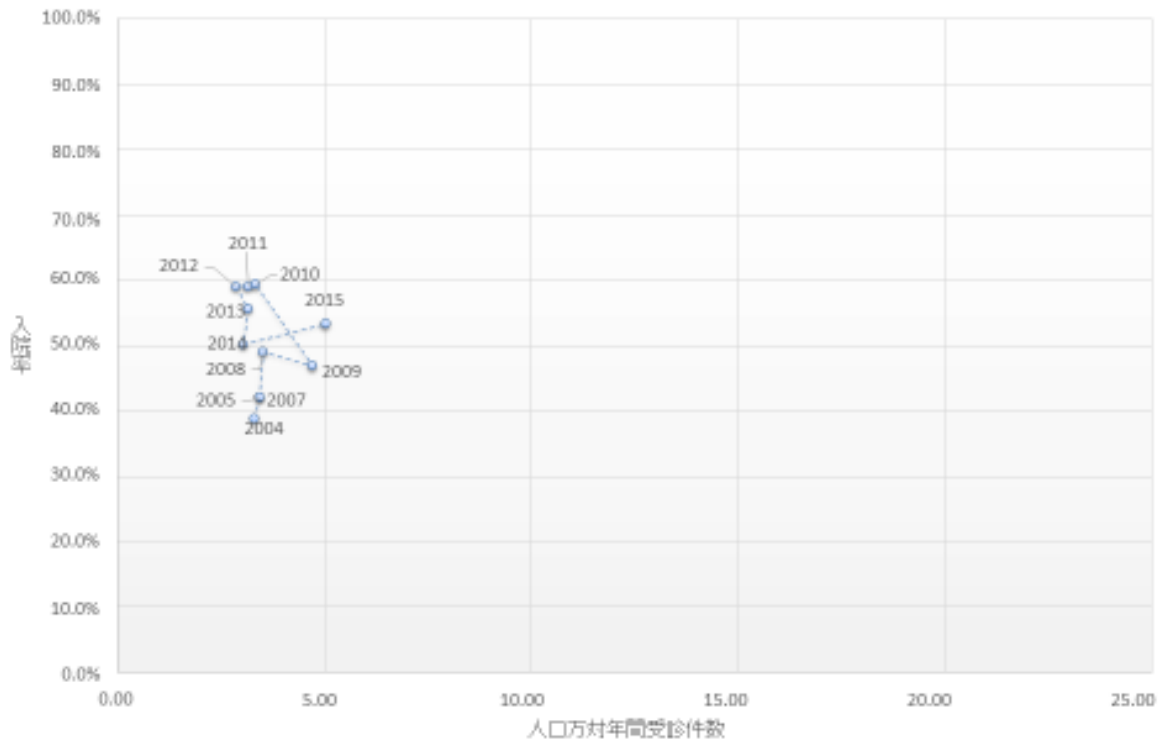
**図33 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(茨城)**



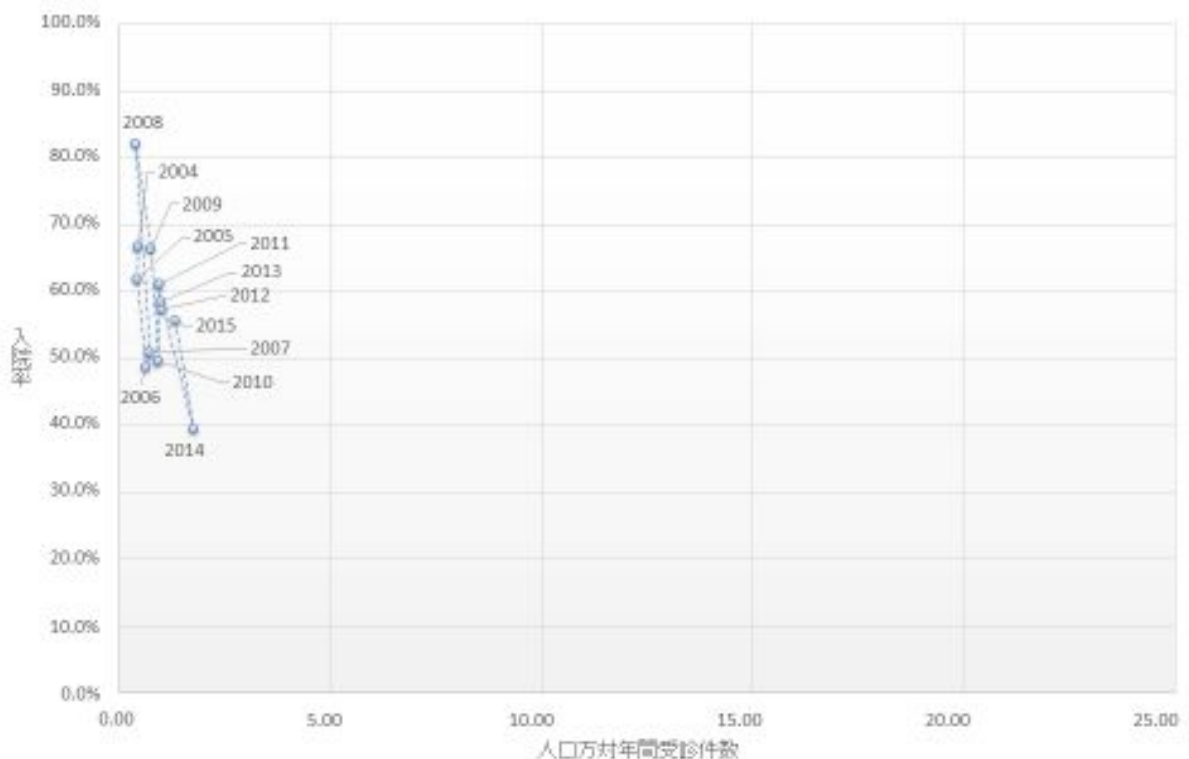
**図34 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(栃木)**



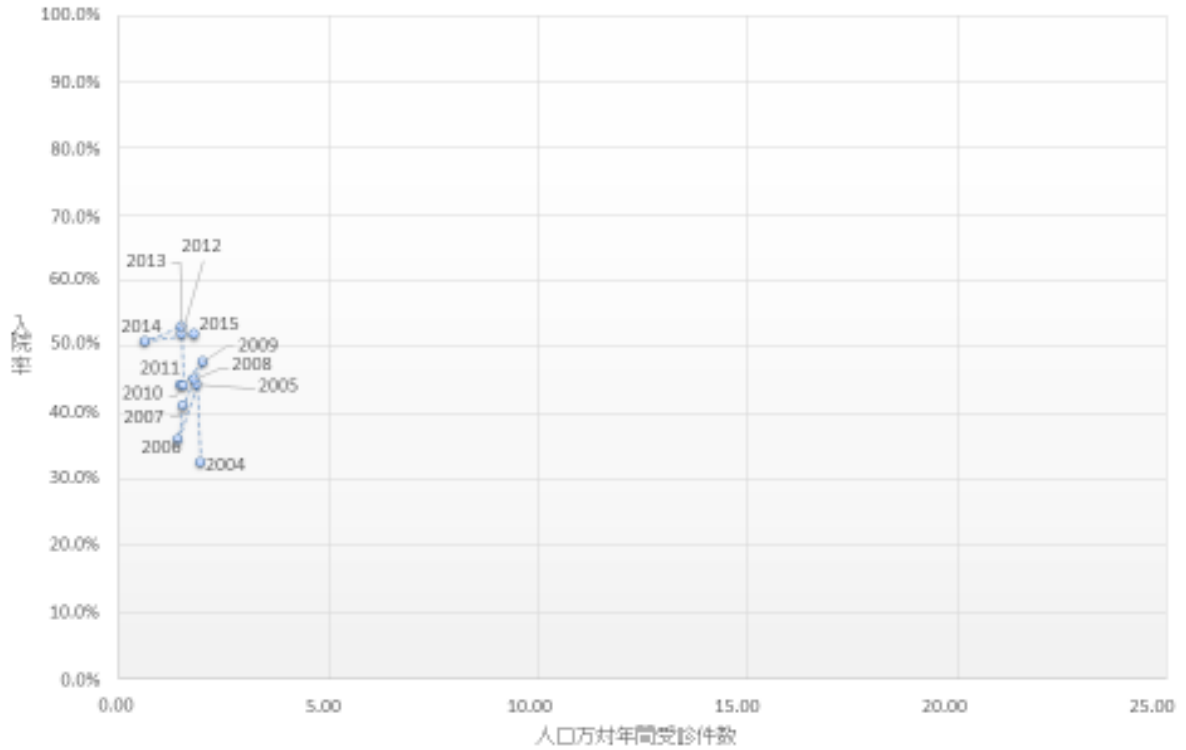
**図35 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(群馬)**



**図36 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(埼玉)**



**図37 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(千葉)**



**図38 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(東京)**

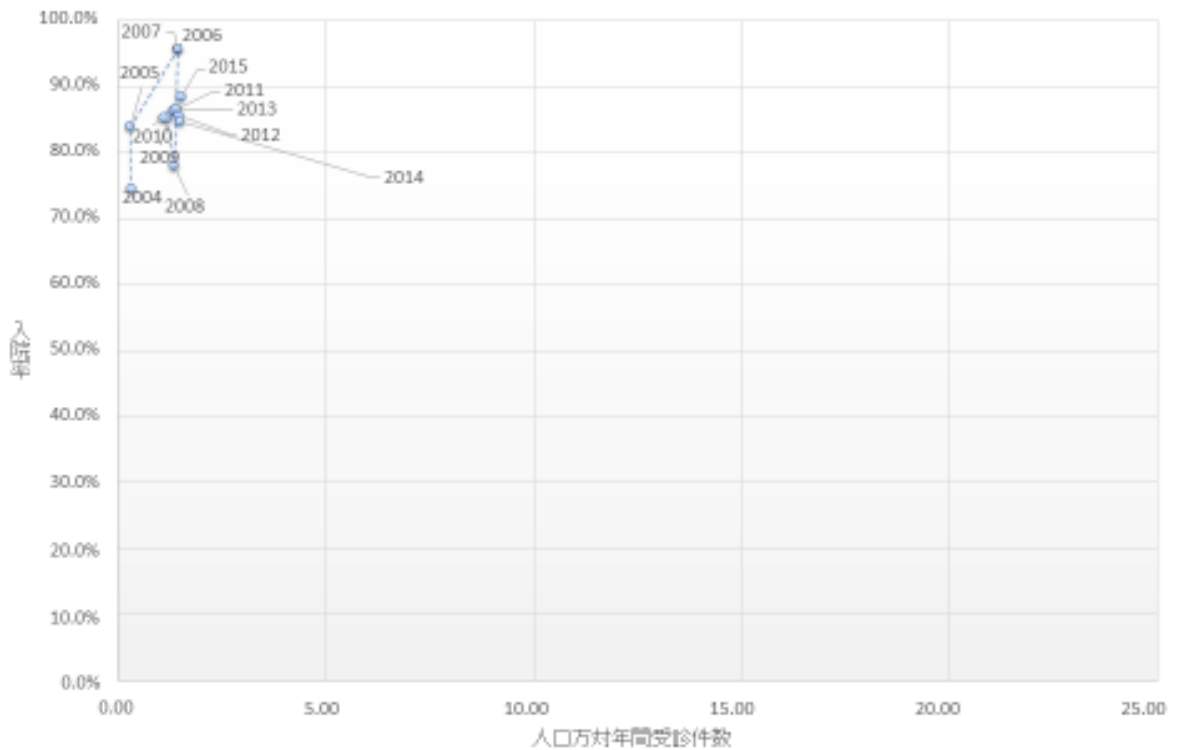


図39 人口万対受診件数と入院率の相関と推移（神奈川）

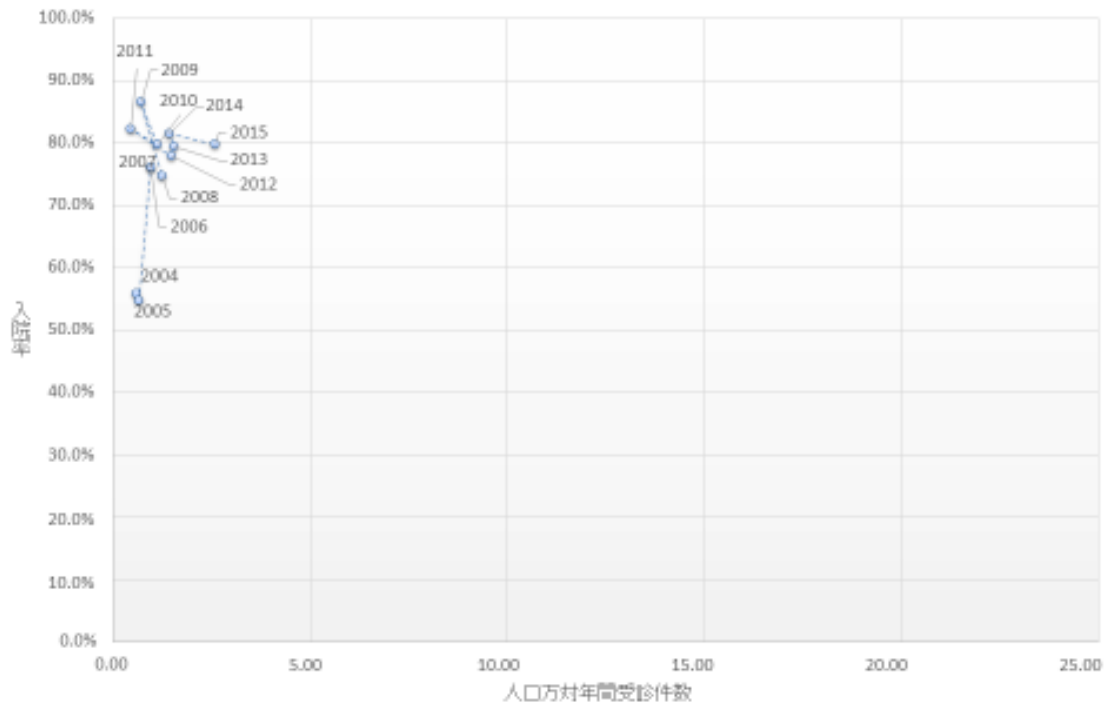
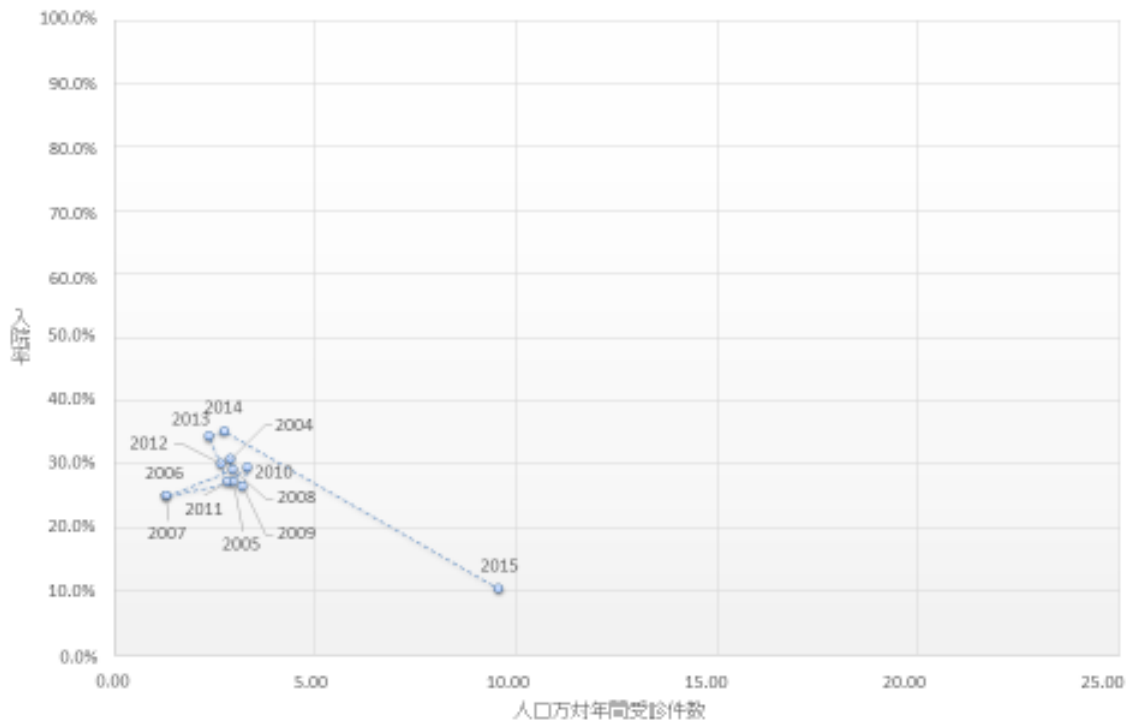
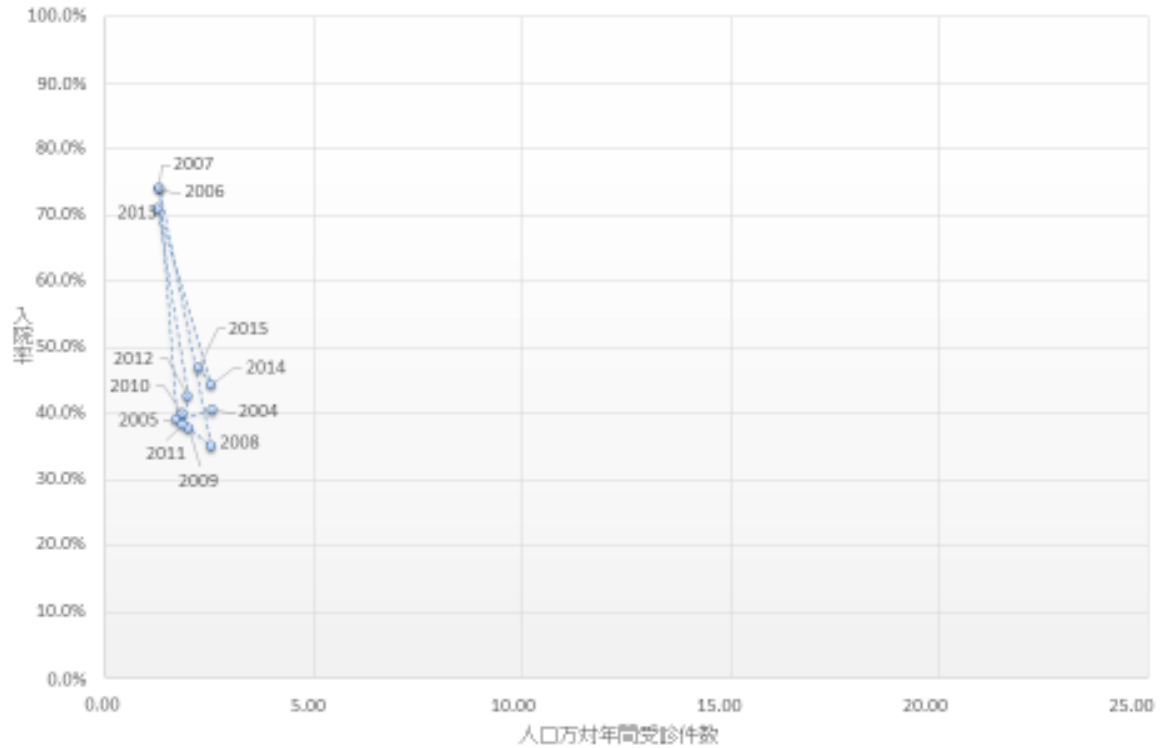


図40 人口万対受診件数と入院率の相関と推移（新潟）



**図41 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(富山)**



**図42 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(石川)**

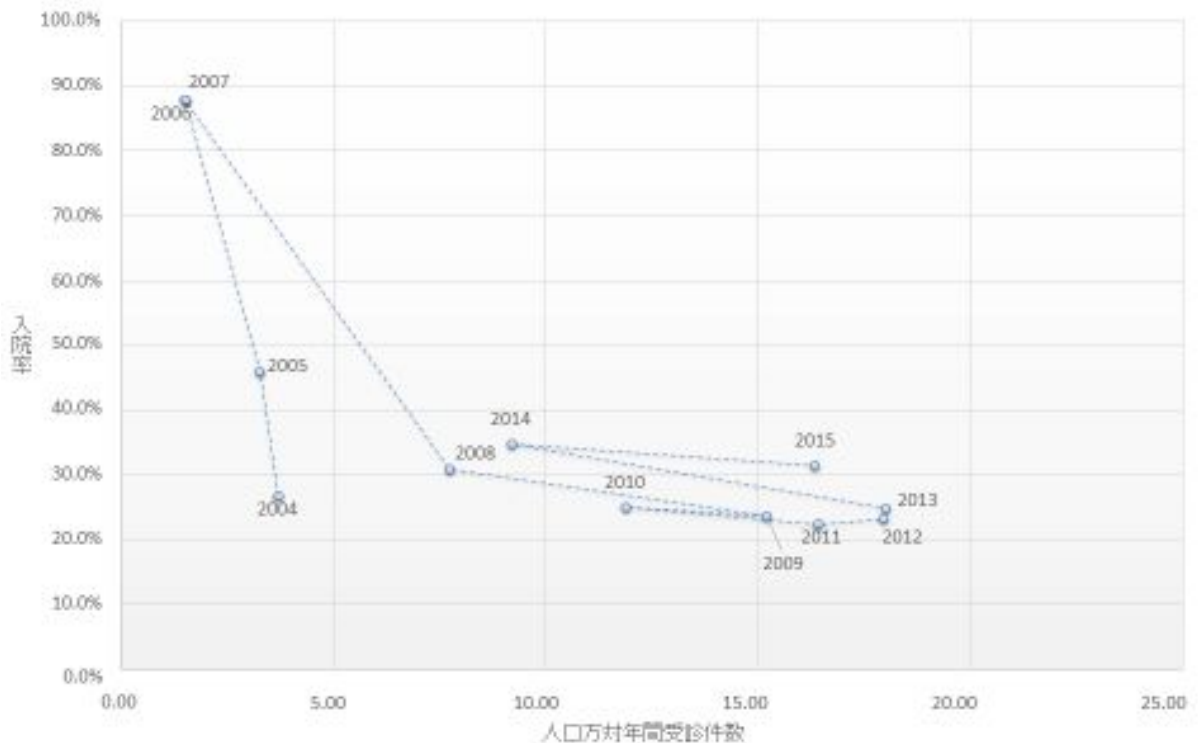


図43 人口万対受診件数と入院率の相関と推移（福井）

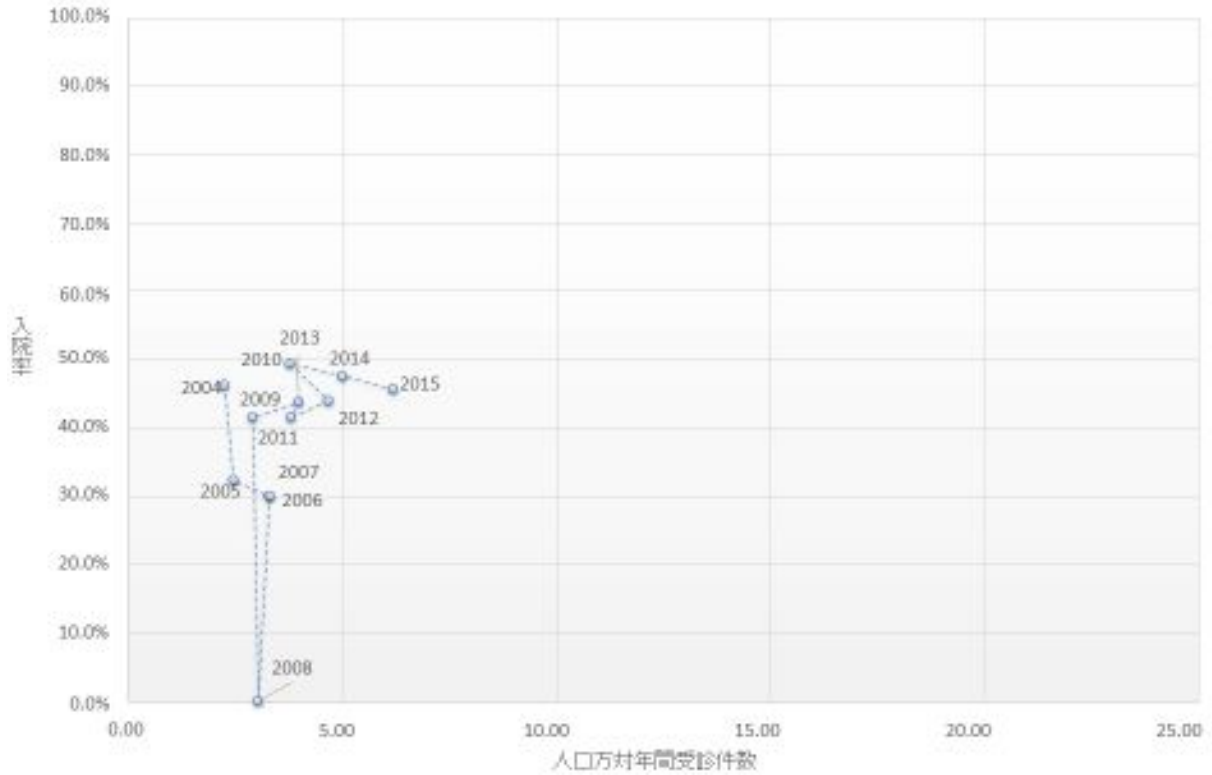
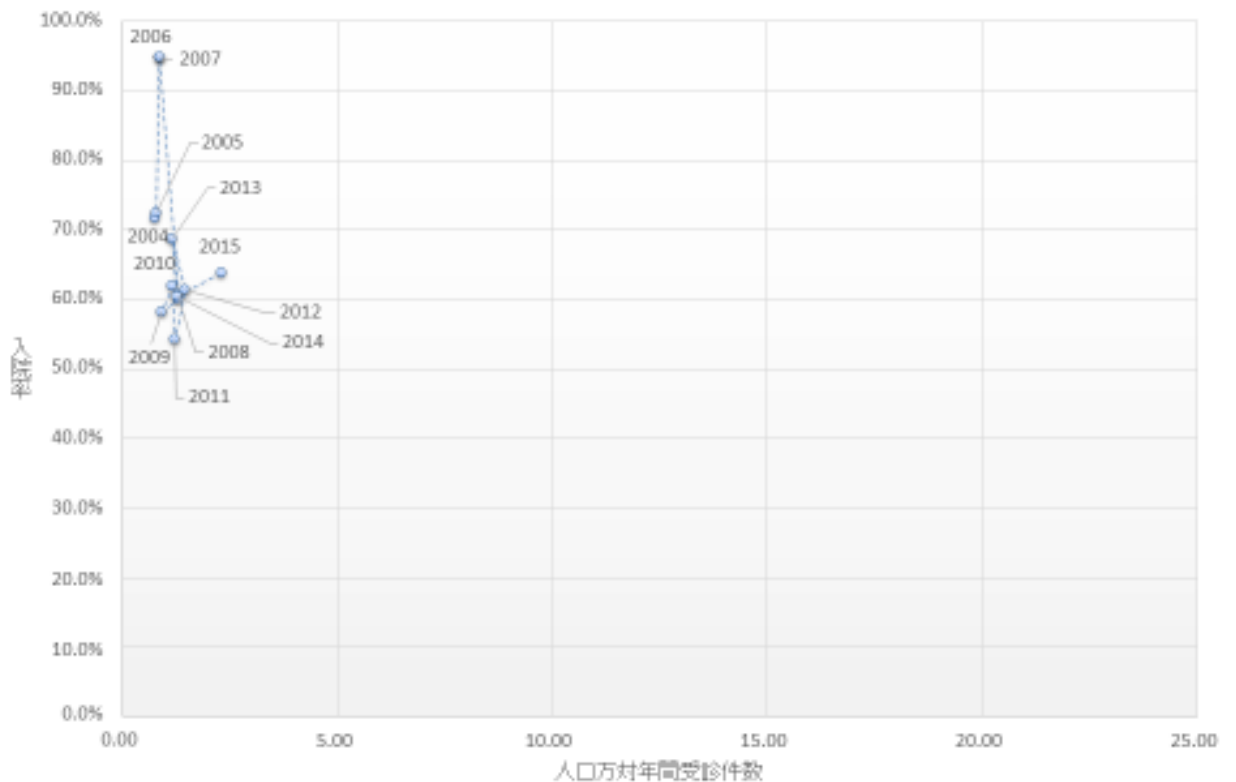
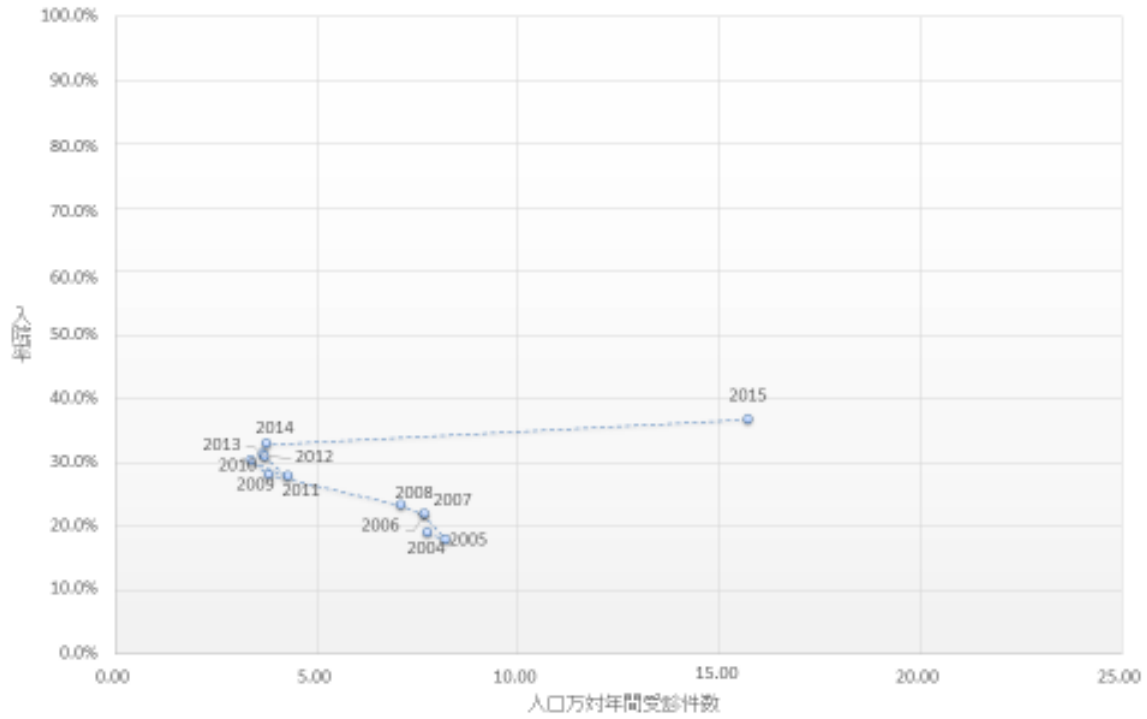


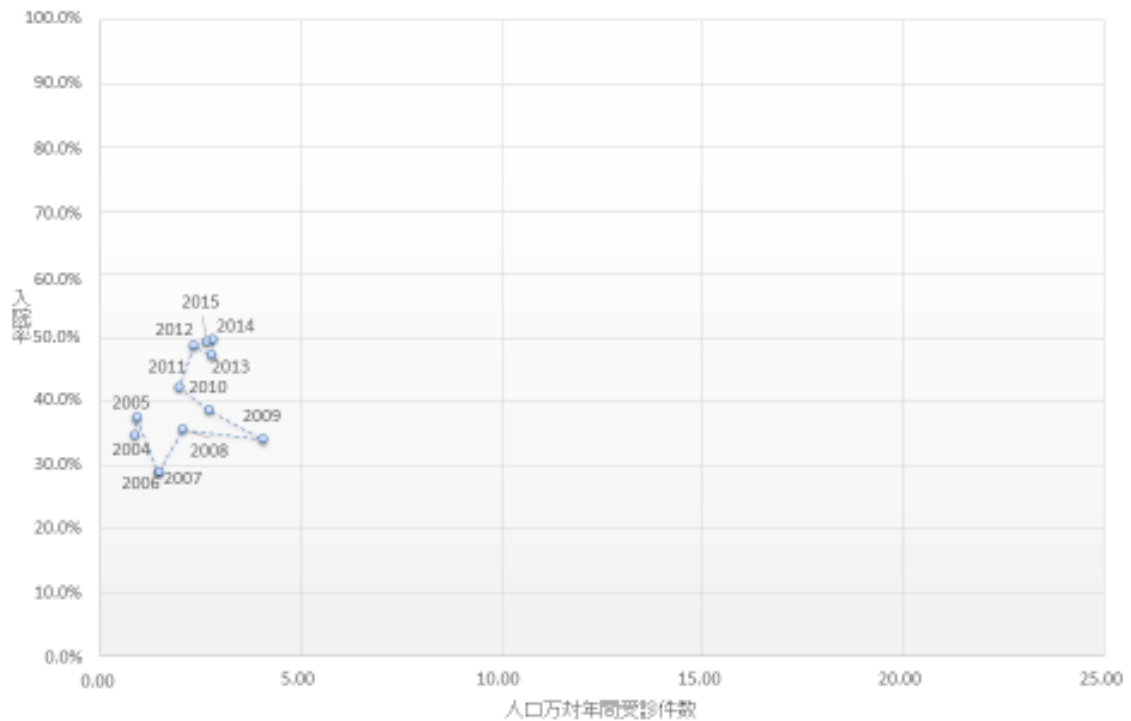
図44 人口万対受診件数と入院率の相関と推移（山梨）



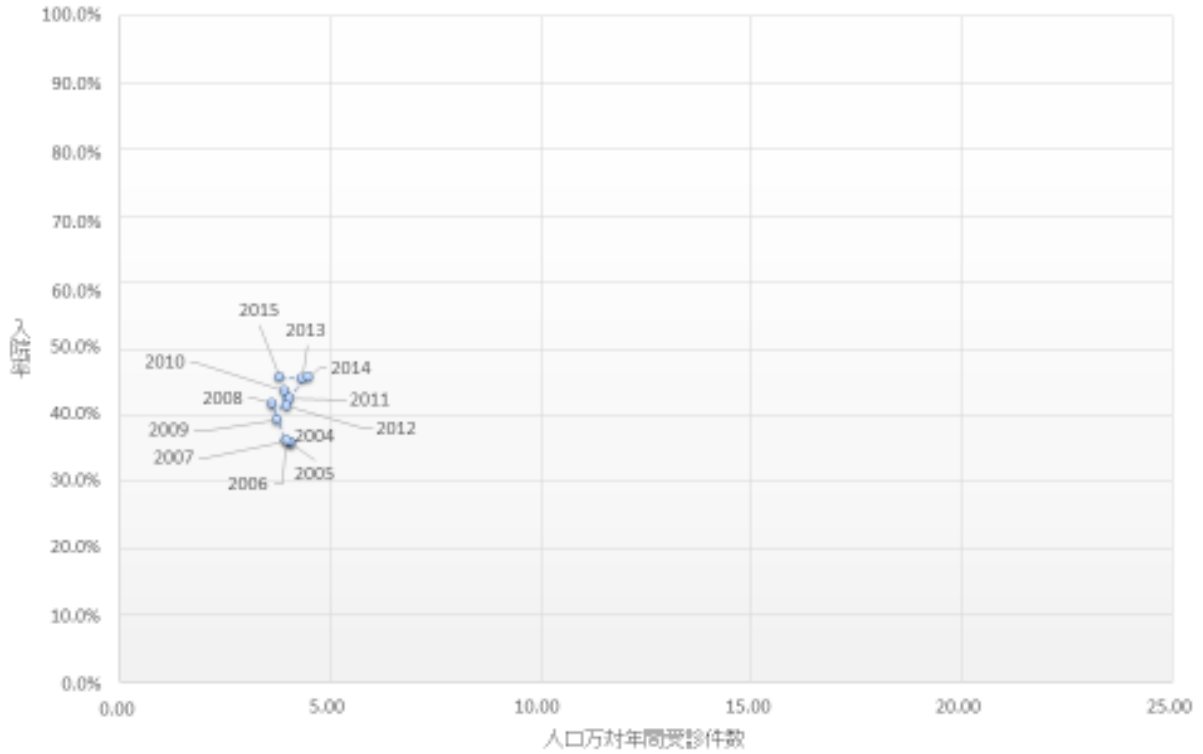
**図45 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(長野)**



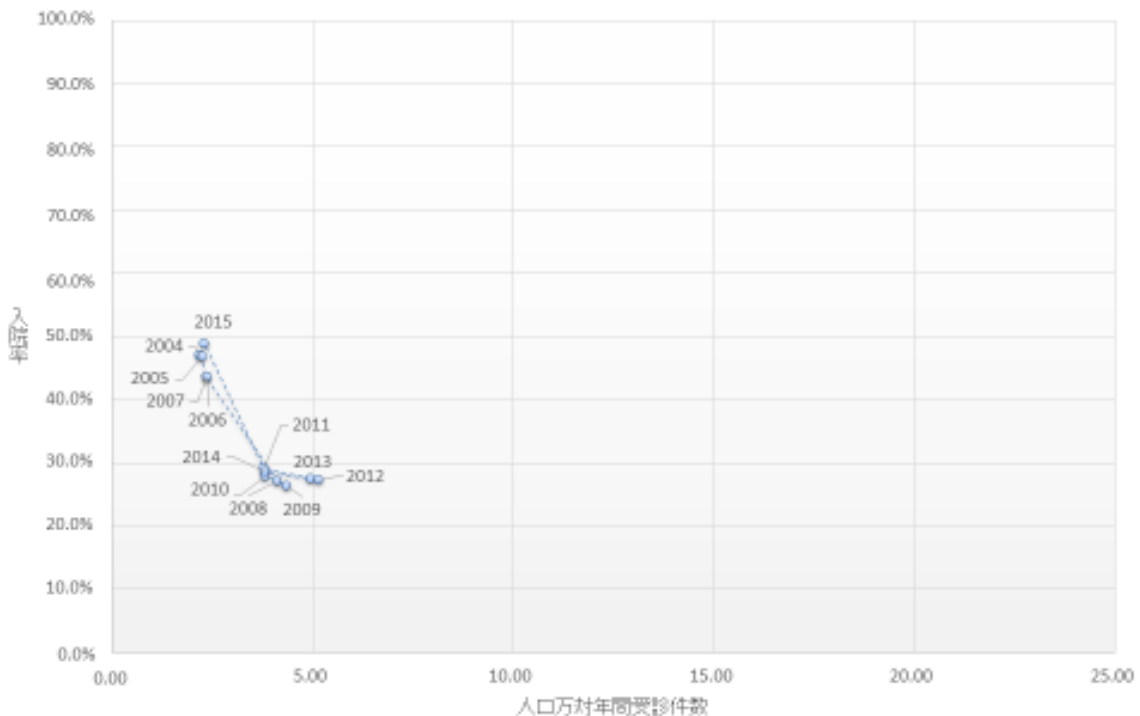
**図46 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(岐阜)**



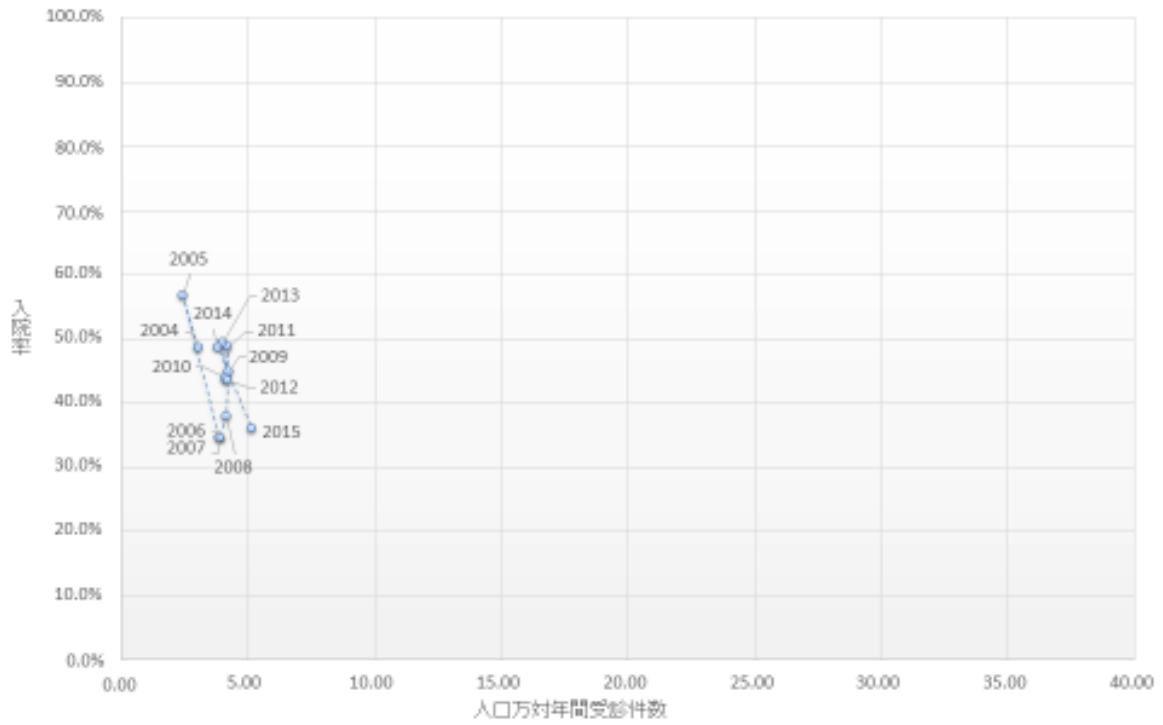
**図47 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(静岡)**



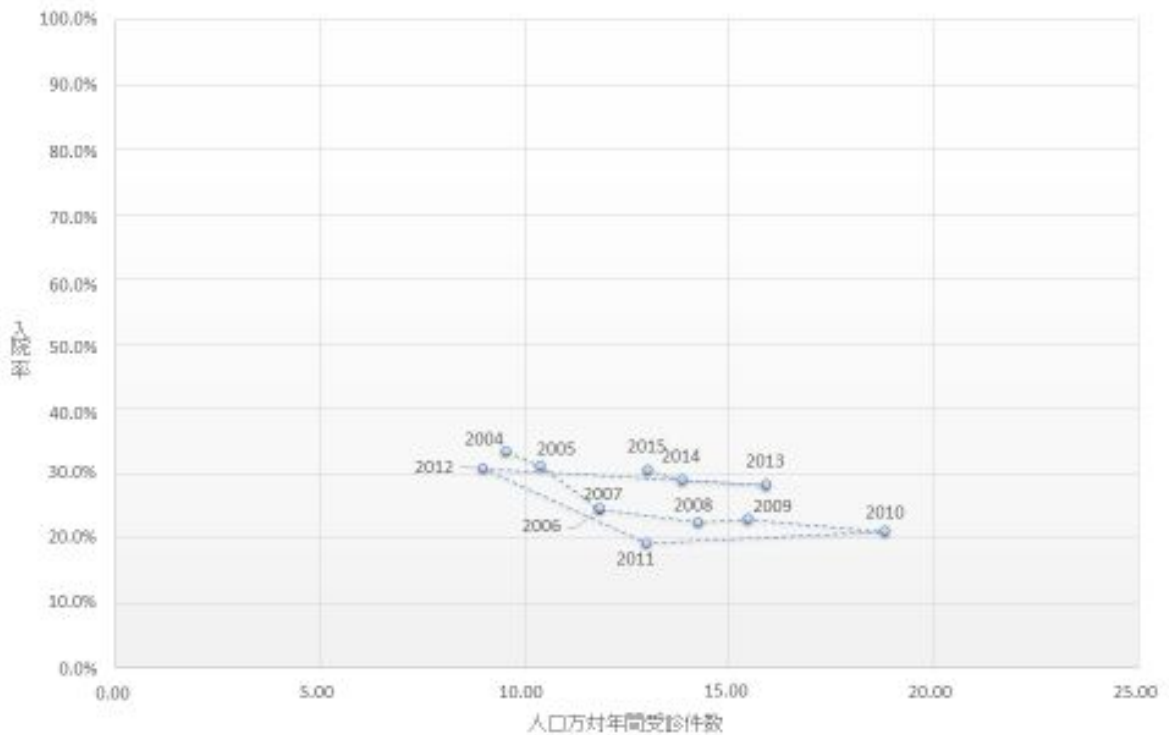
**図48 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(愛知)**



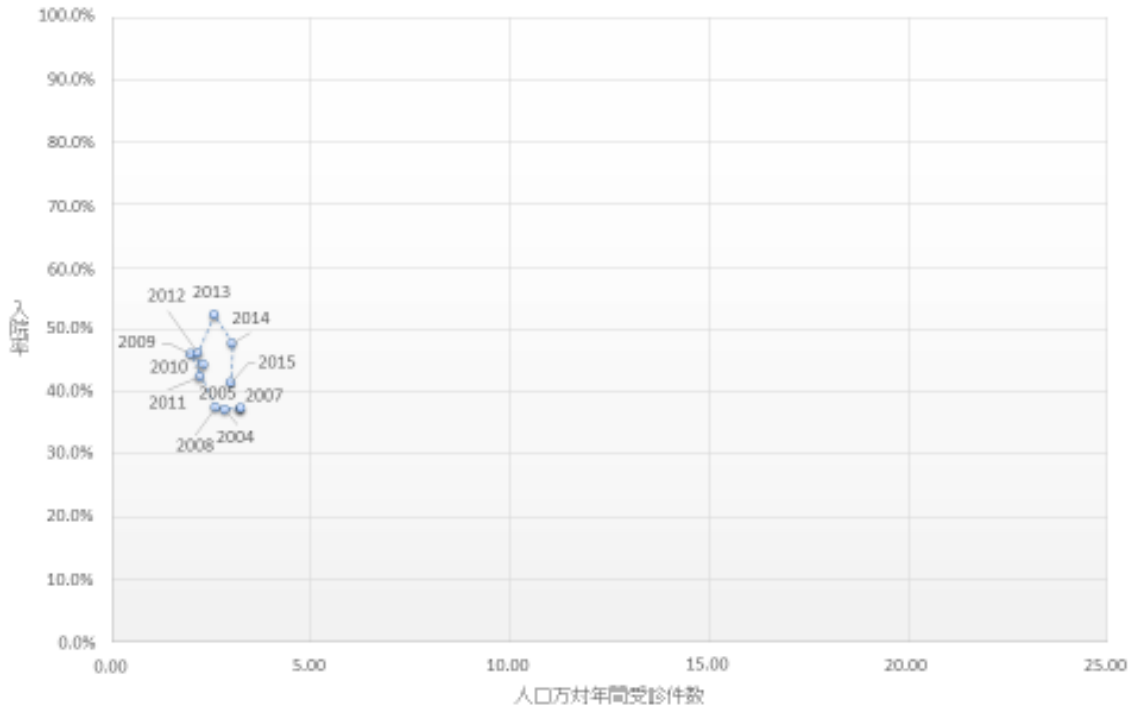
**図49 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(三重)**



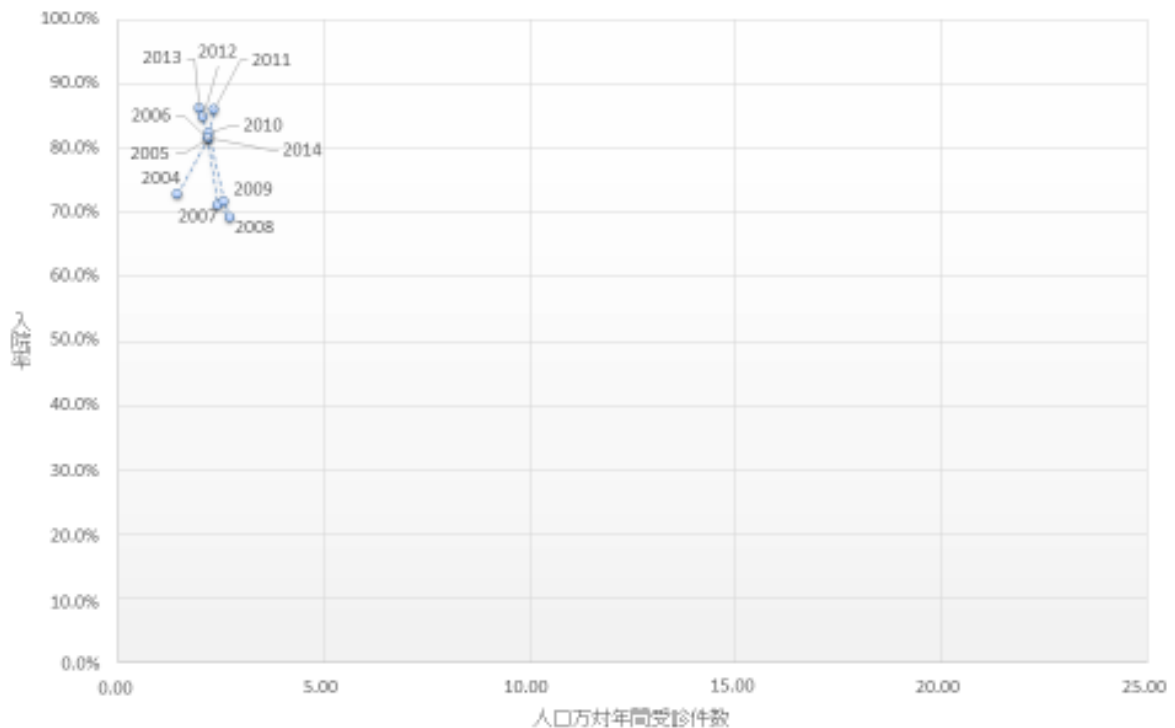
**図50 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(滋賀)**



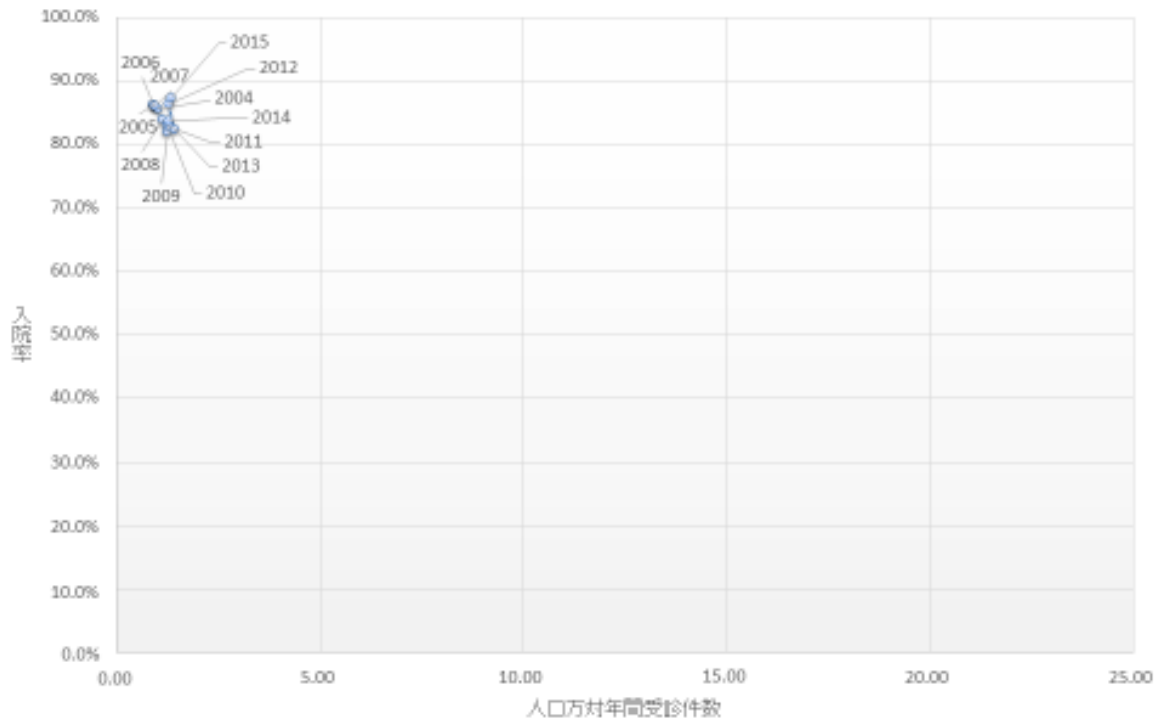
**図51 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(京都)**



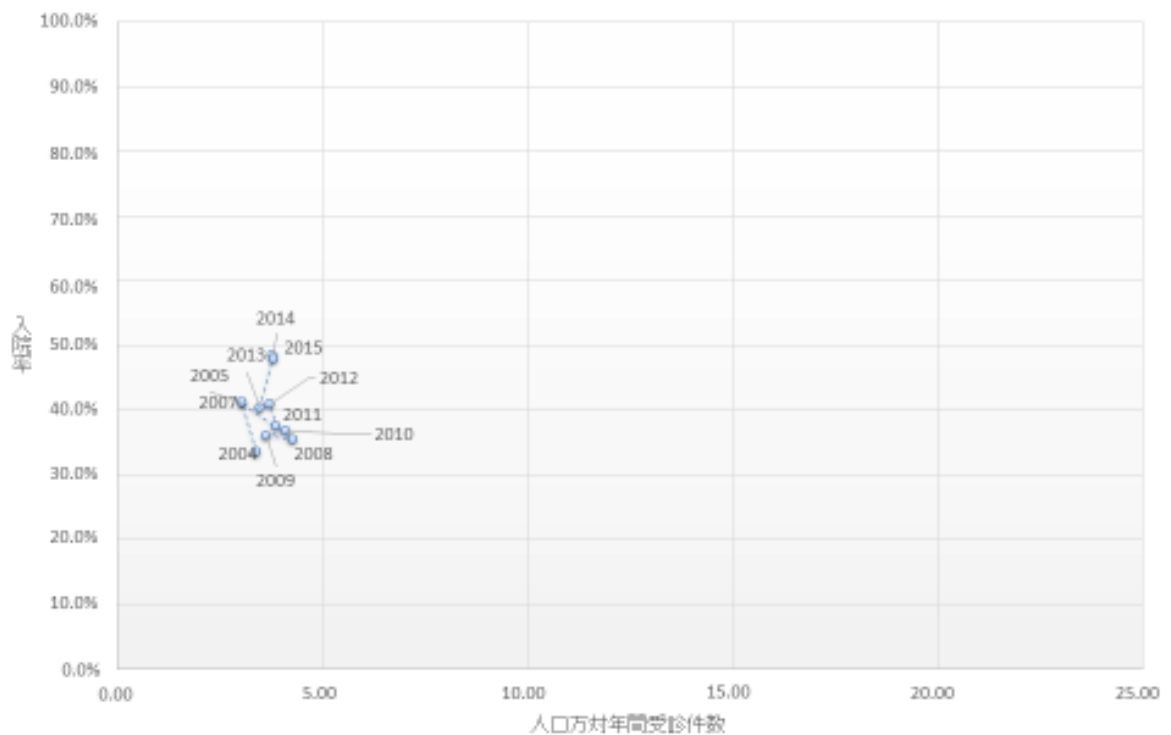
**図52 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(大阪)**



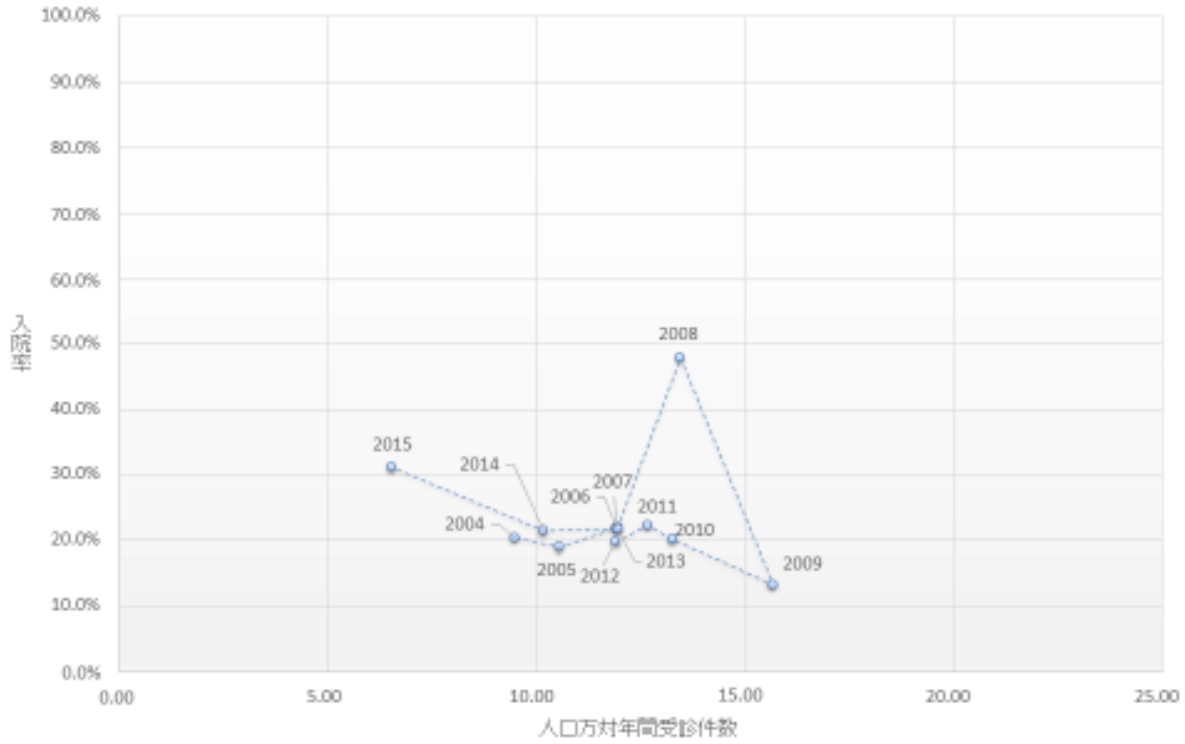
**図53 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(兵庫)**



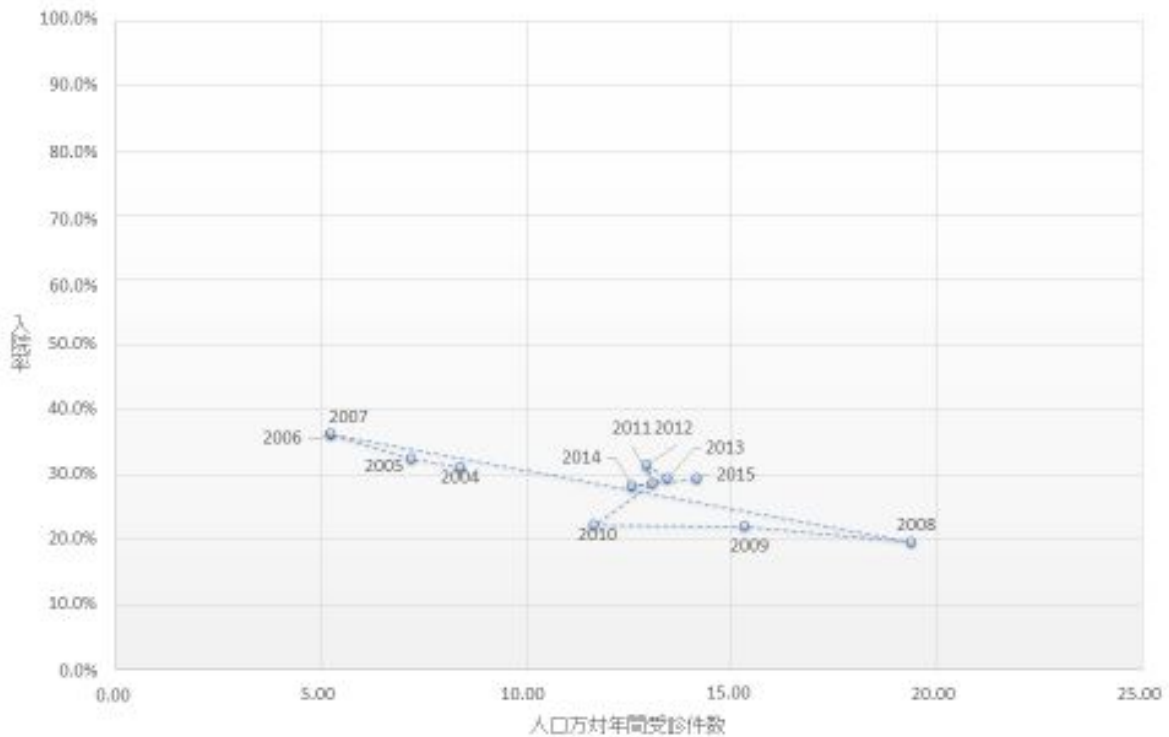
**図54 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(奈良)**



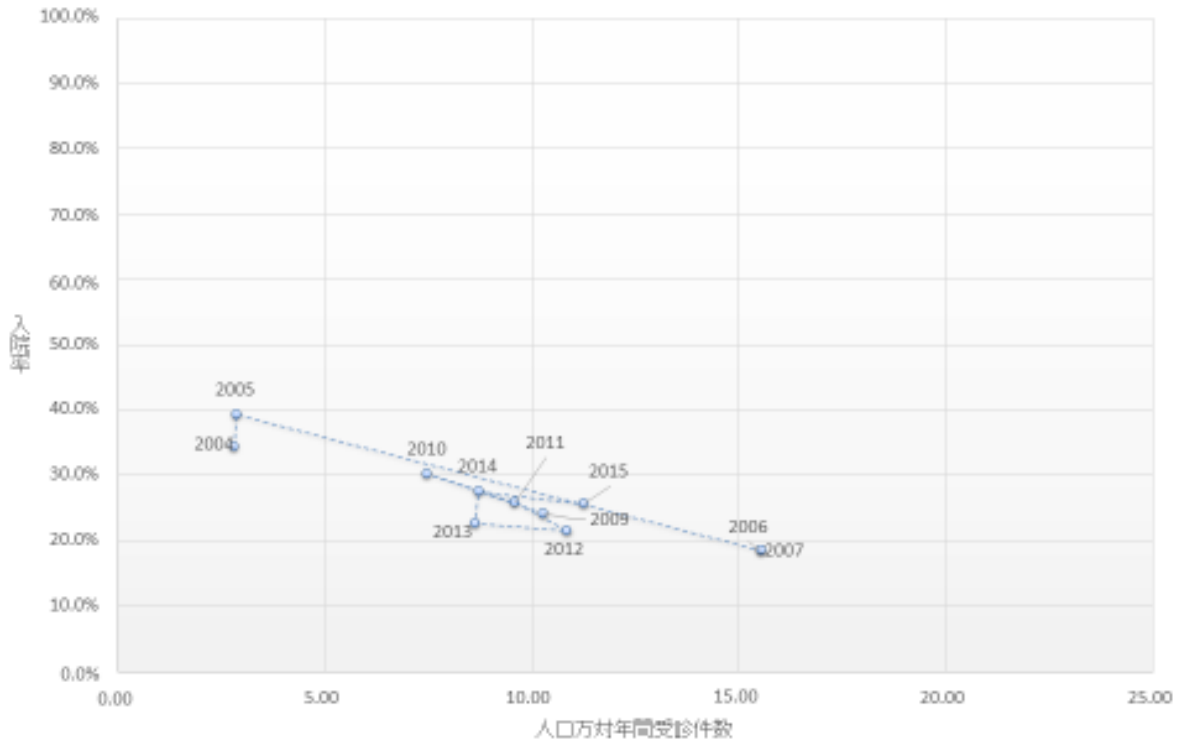
**図55 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(和歌山)**



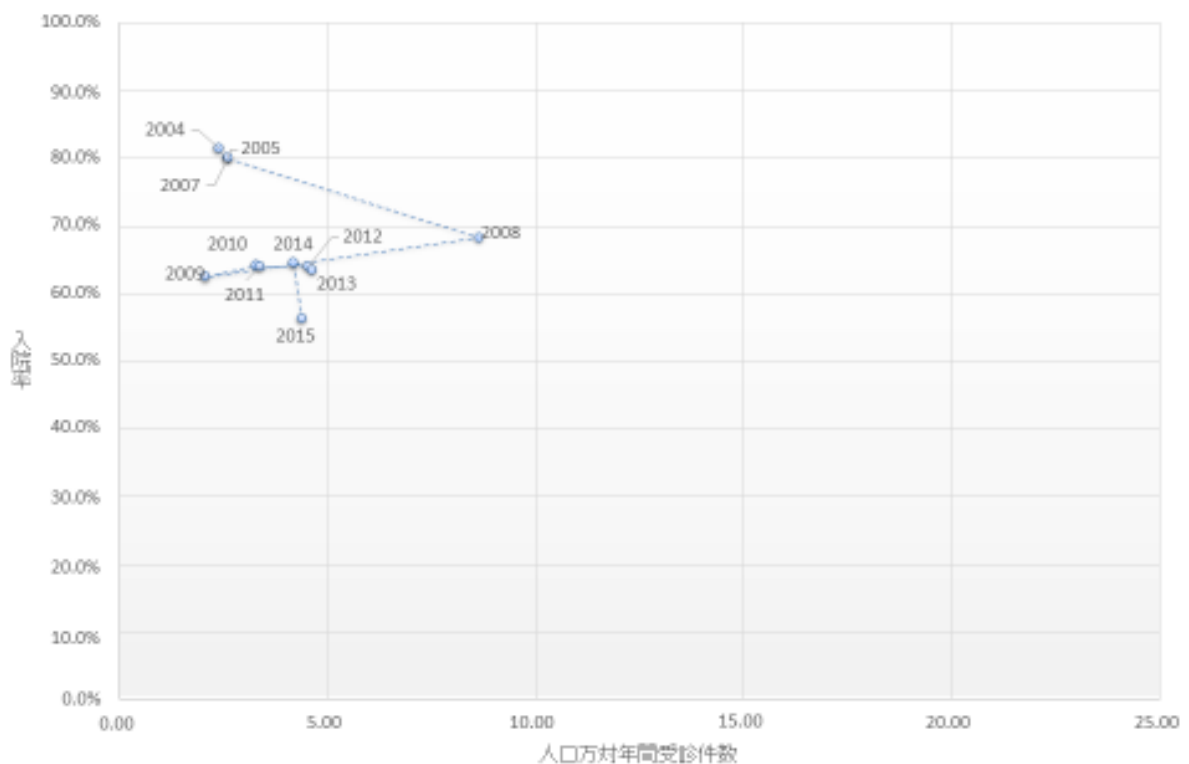
**図56 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(鳥取)**



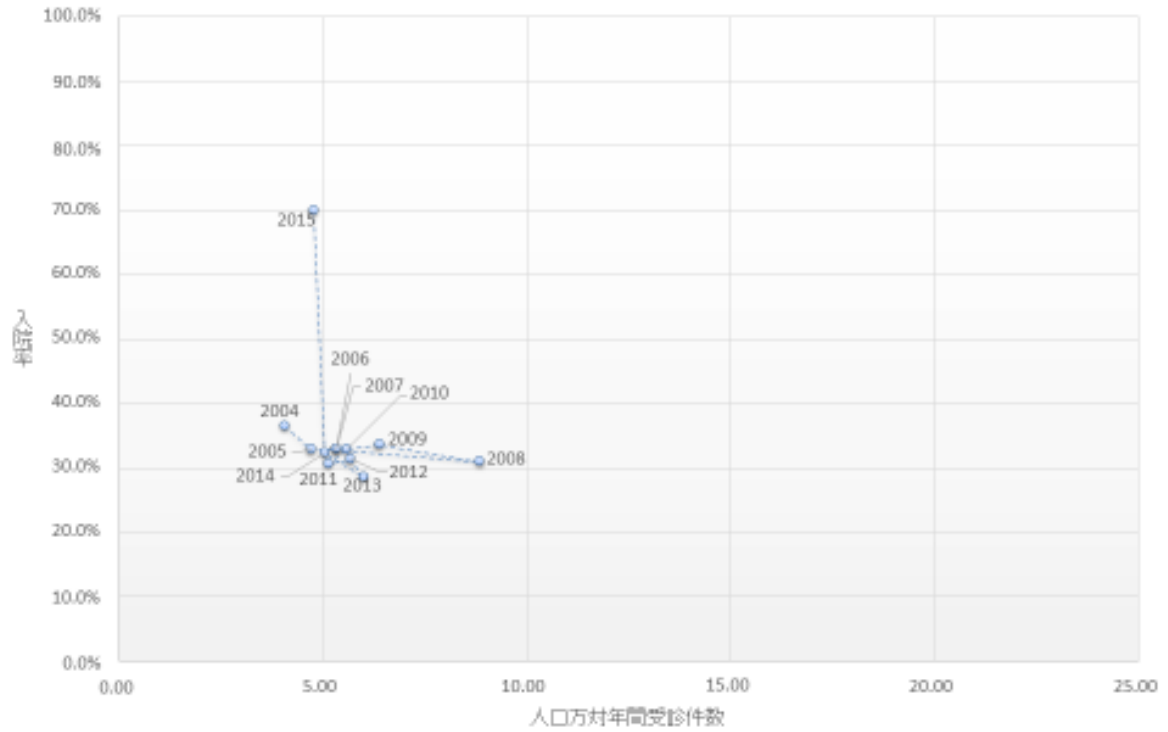
**図57 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(島根)**



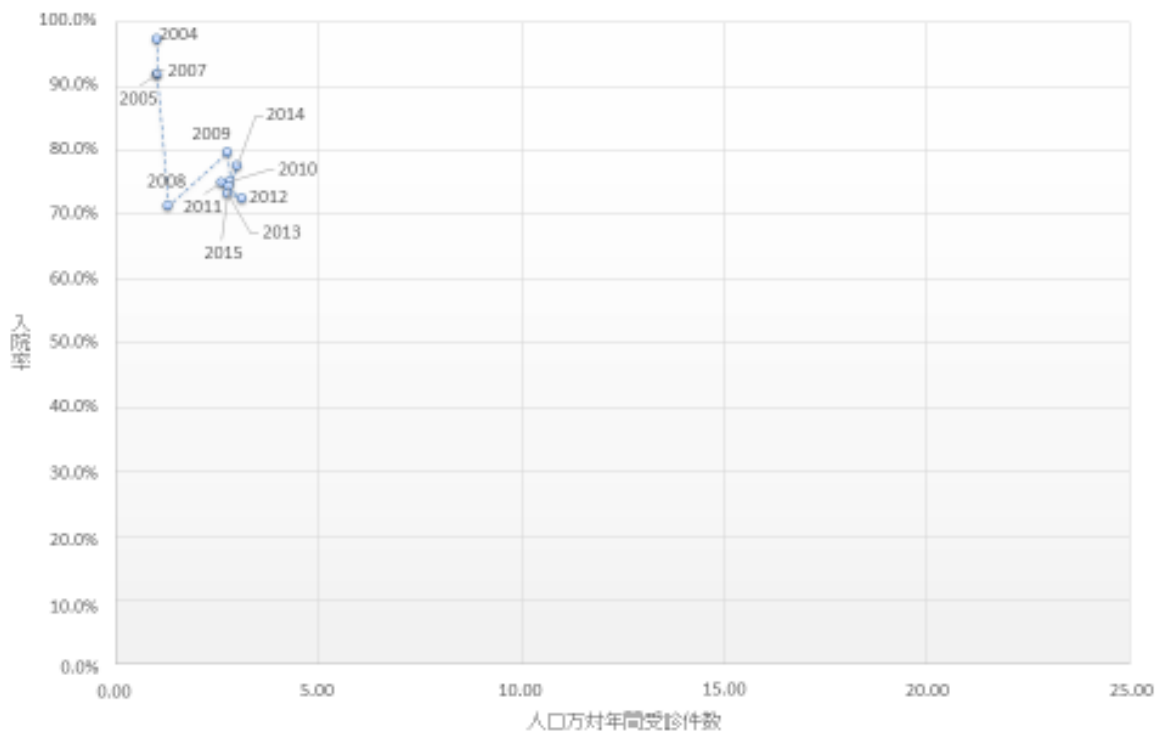
**図58 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(岡山)**



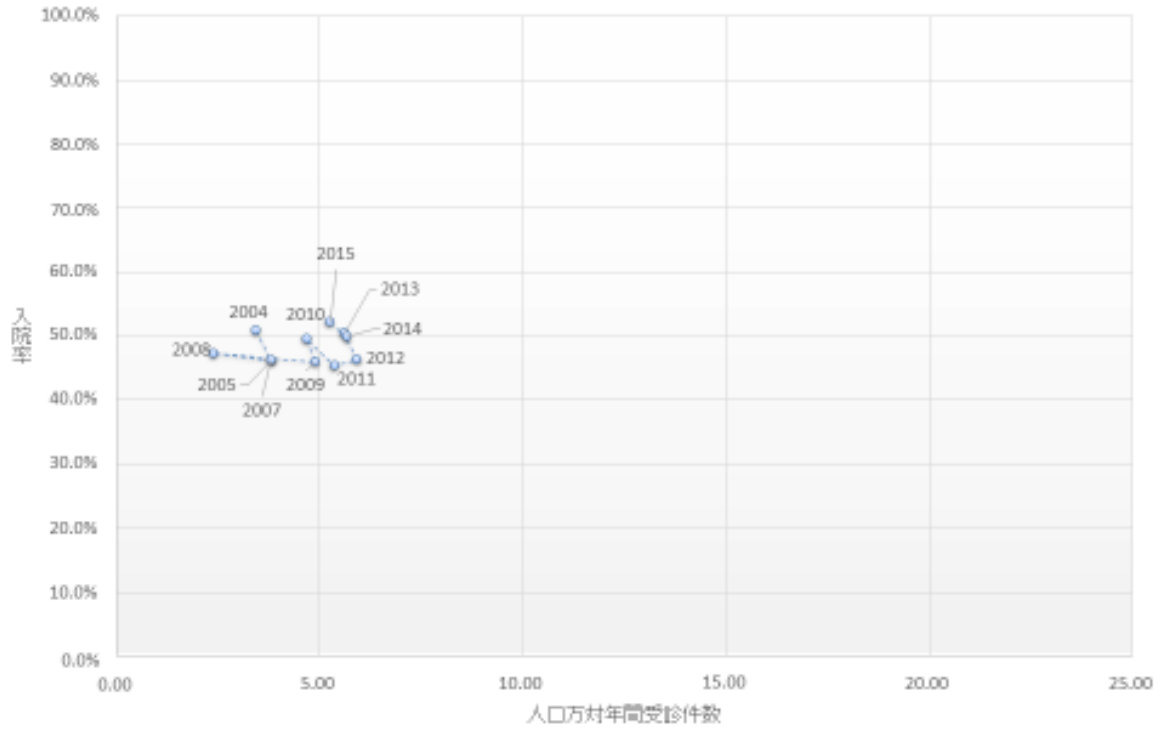
**図59 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(広島)**



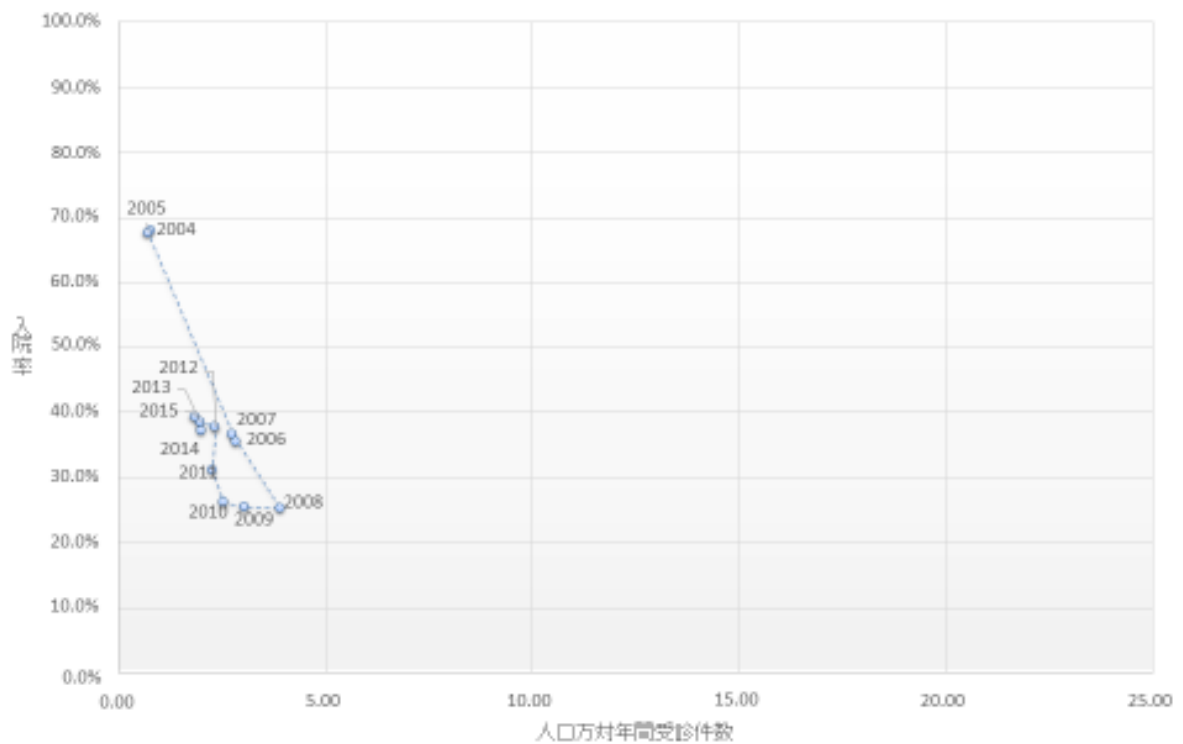
**図60 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(山口)**



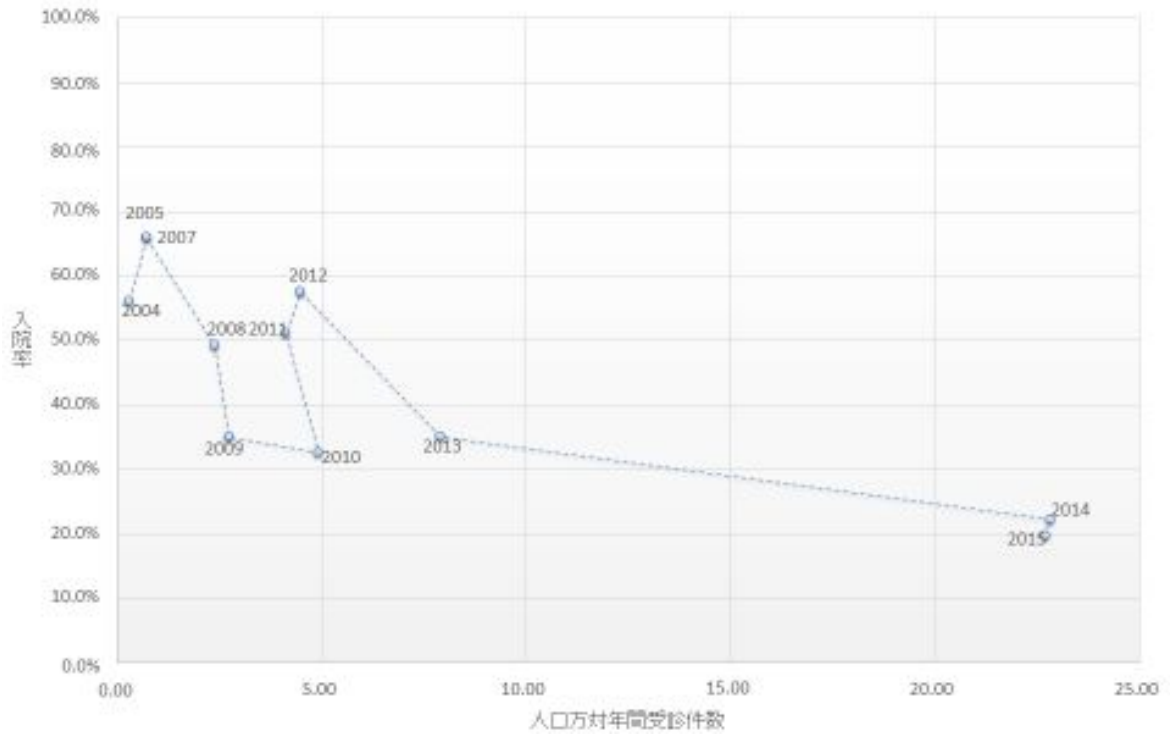
**図61 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(徳島)**



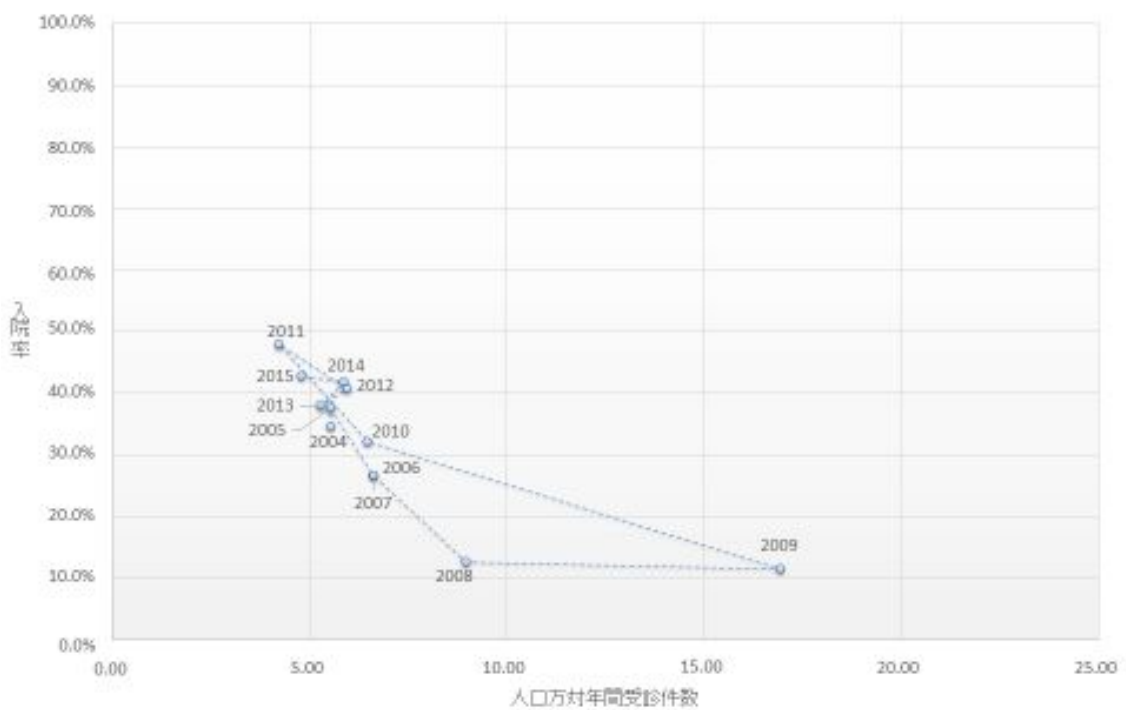
**図62 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(愛媛)**



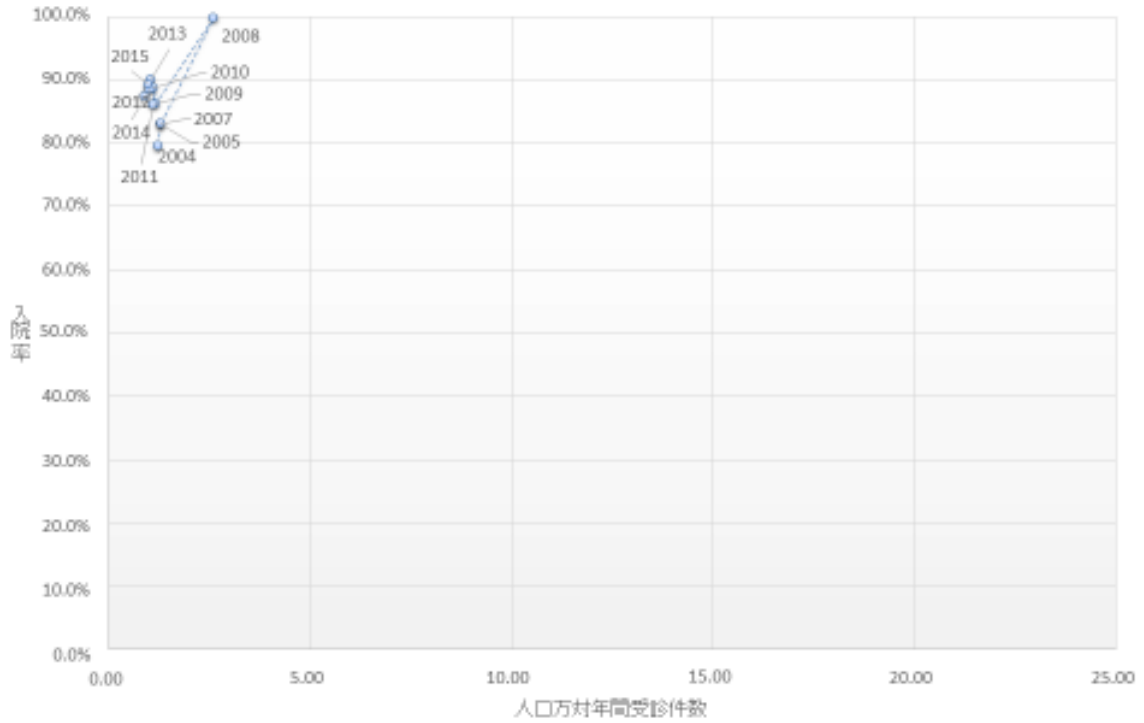
**図63 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(香川)**



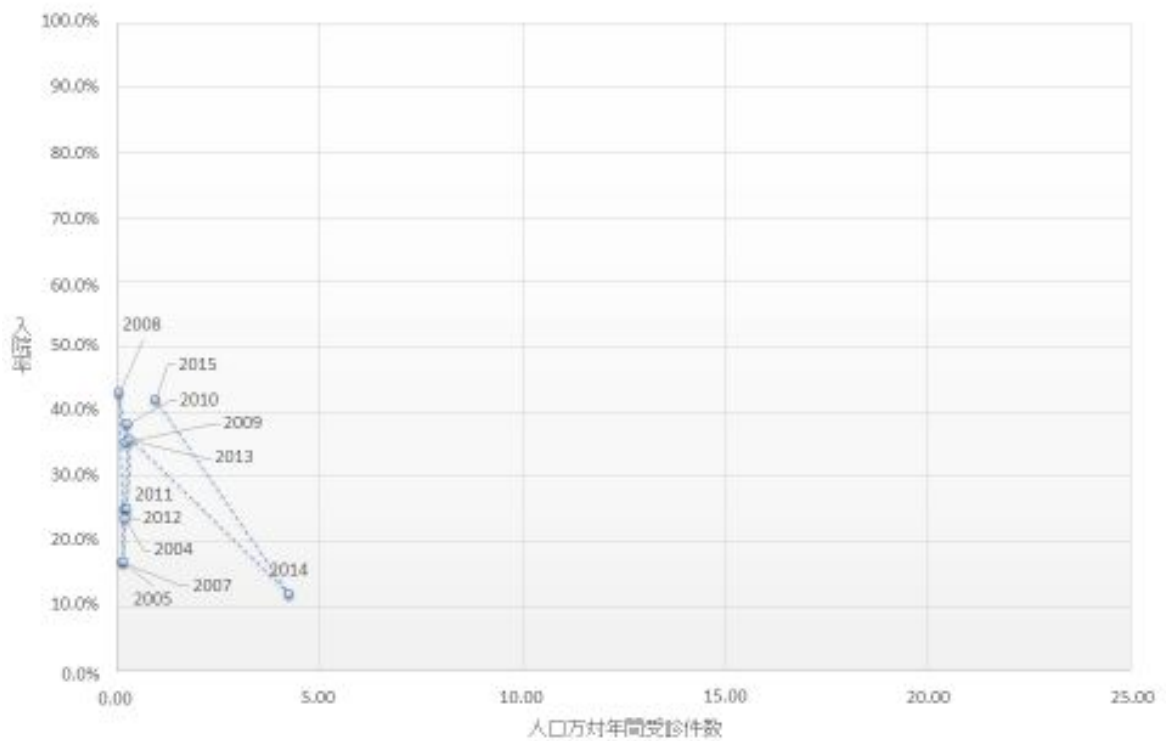
**図64 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(高知)**



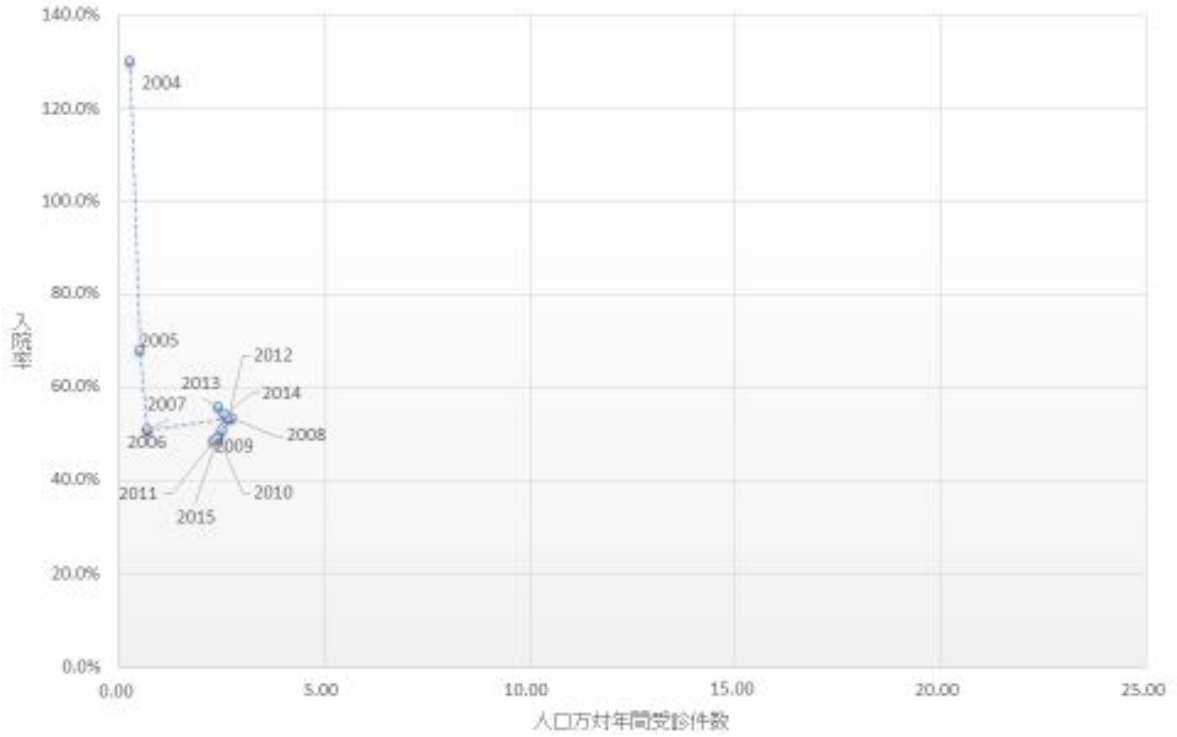
**図65 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(福岡)**



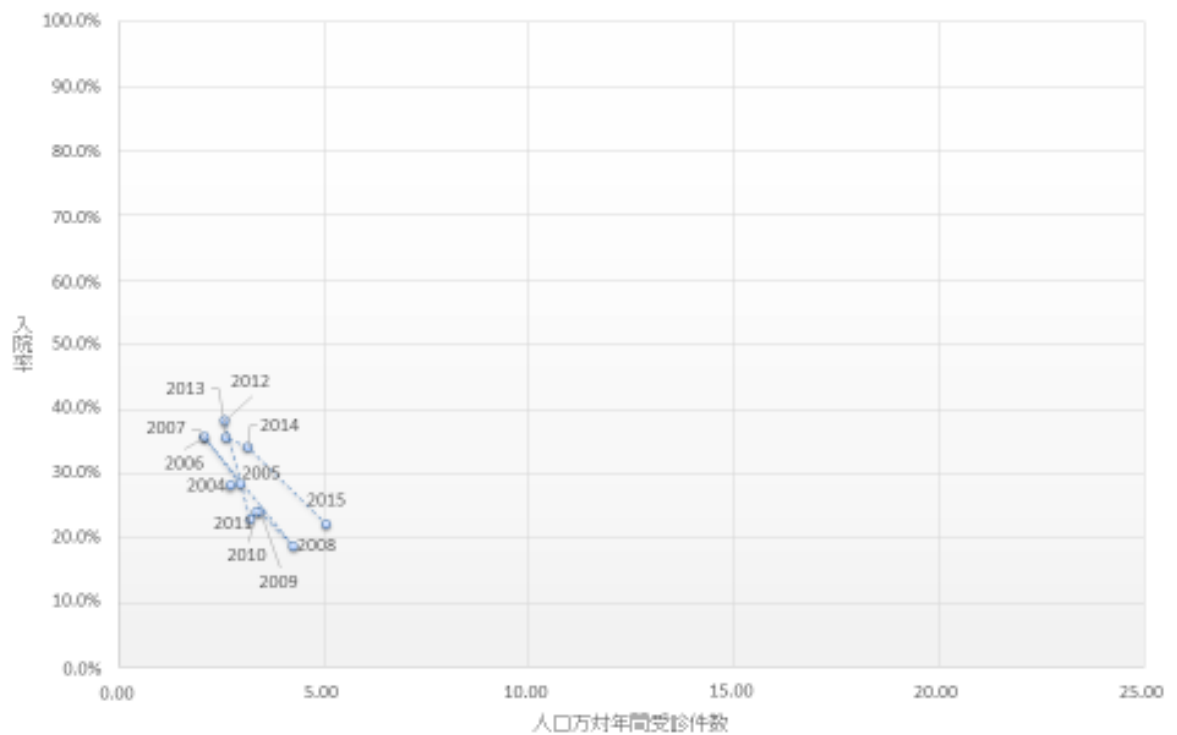
**図66 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(佐賀)**



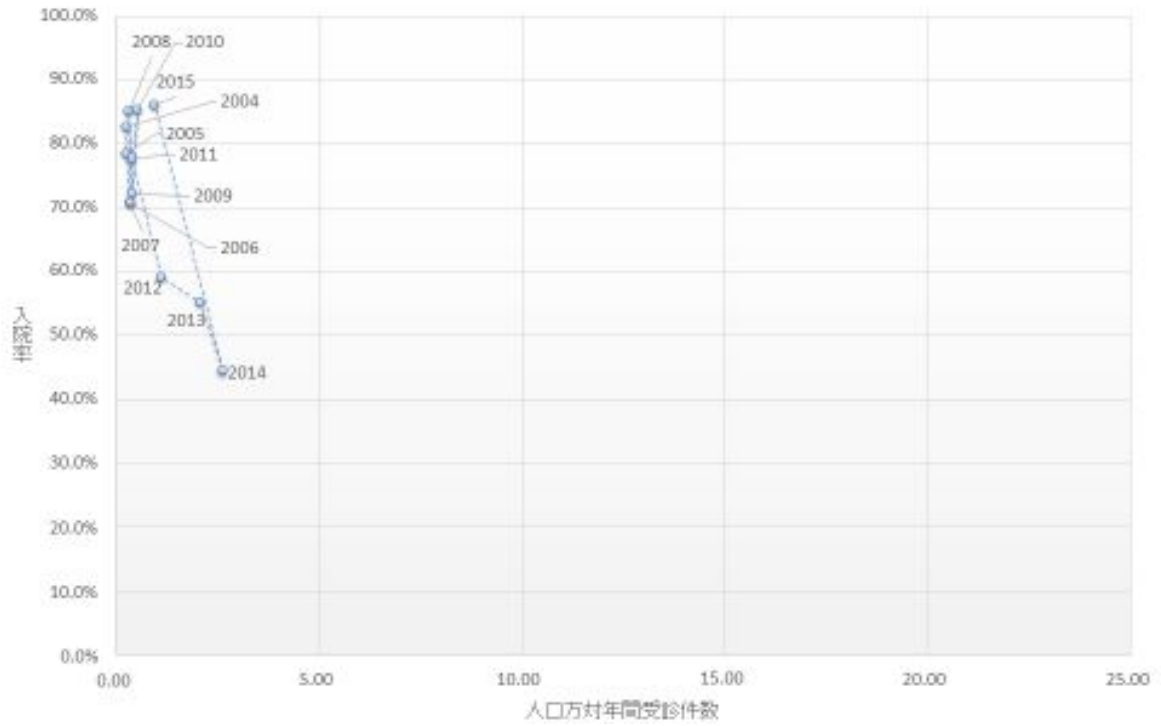
**図67 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(長崎)**



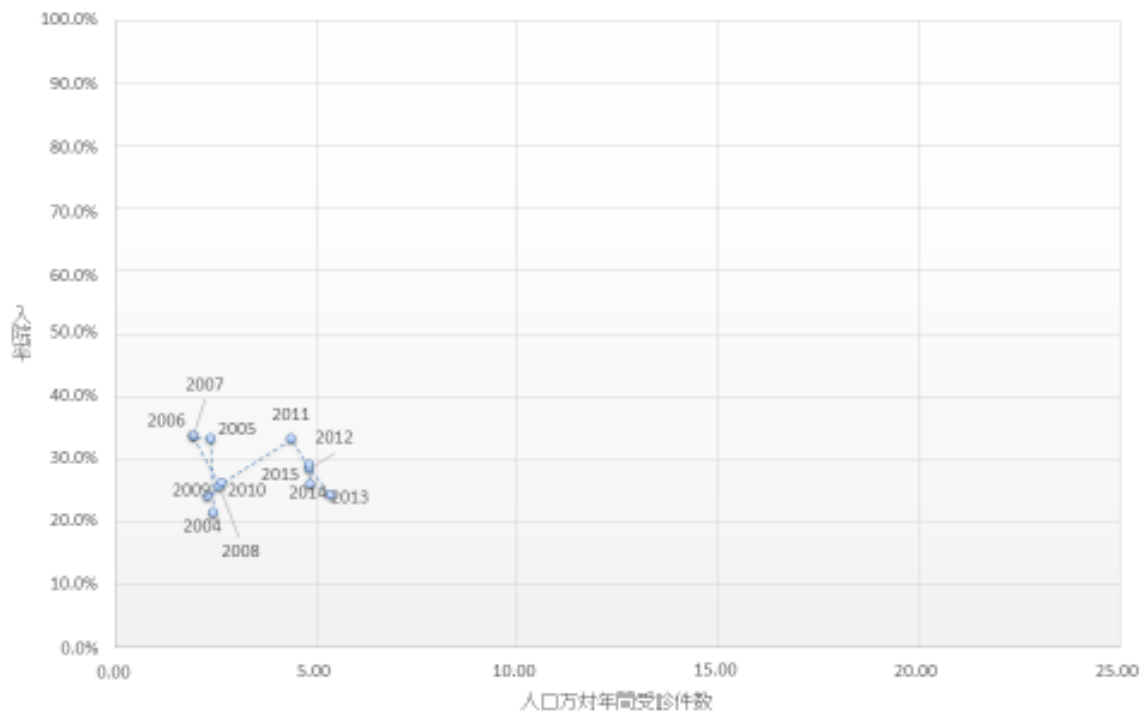
**図68 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(熊本)**



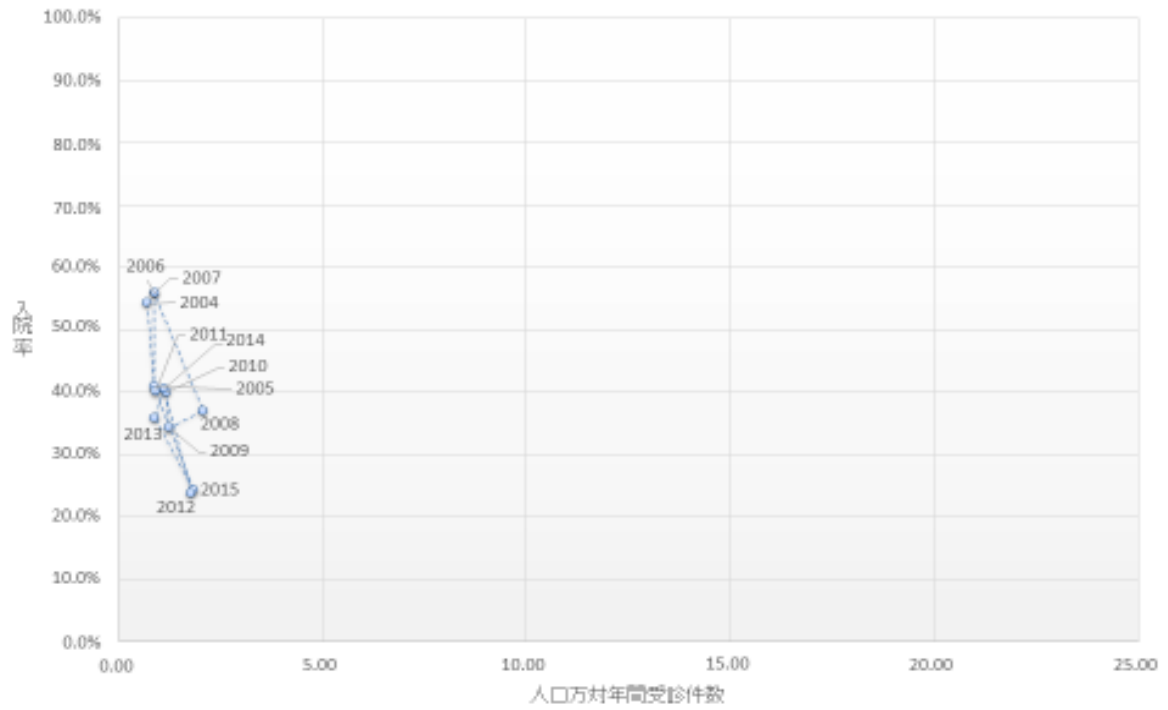
**図69 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(大分)**



**図70 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(宮崎)**



**図71 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(鹿児島)**



**図72 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(沖縄)**

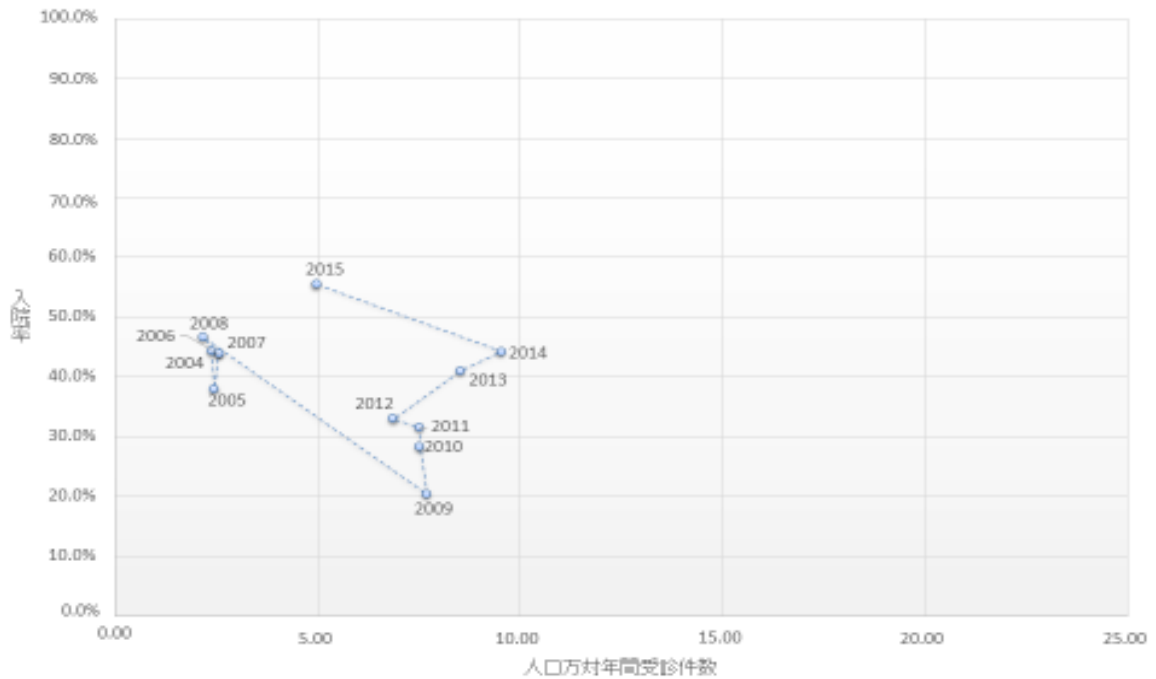


図73 「医療判断やプロセスの標準化と質の向上に関する調査」

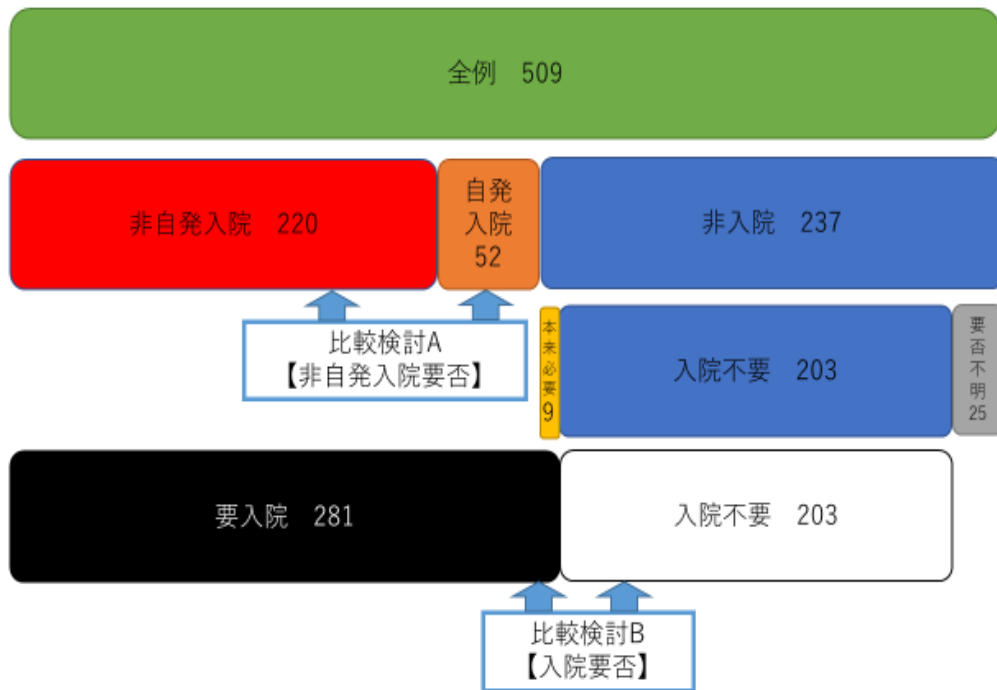


表 2

本来入院必要だが非入院となったケースの内容	
妄想幻覚状態	
精神運動興奮↑であるが、診察中に途中で打ち切り帰宅された。母親同伴。	(IC)
家族の同意得られず	(IC)
家族が関与	(IC)
家族・本人が拒否	(IC)
救急センターに入院	
家族の意向が不明	(IC)
ベッド調整できず	
不調の為、注射希望	(IC)

図74 年齢分布（Aセット）

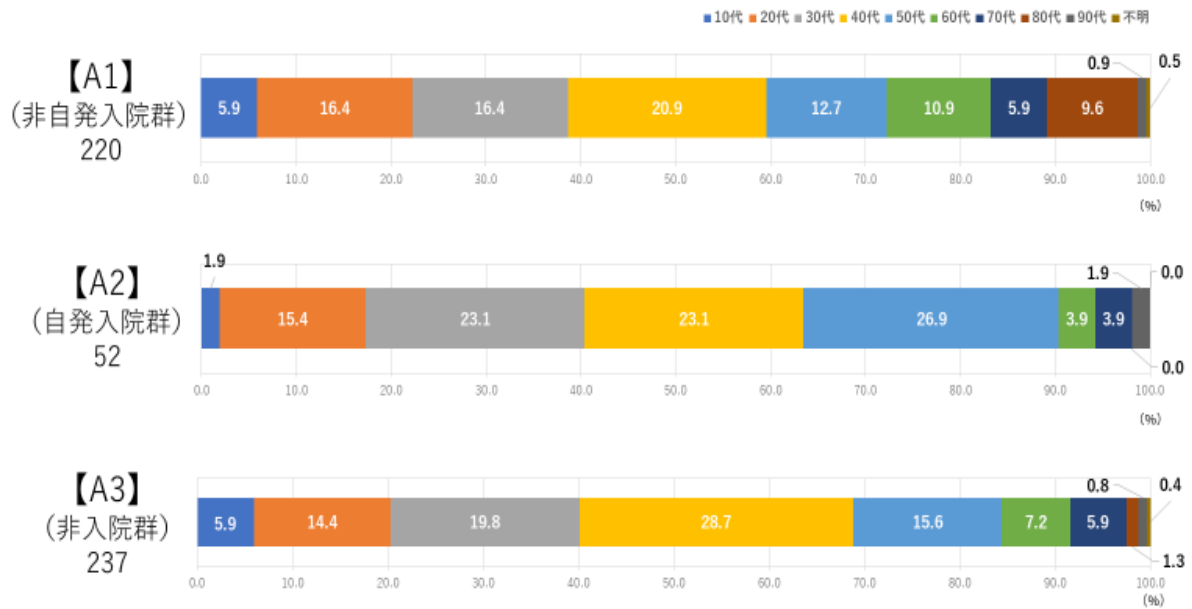


図75 年齢分布（Bセット）

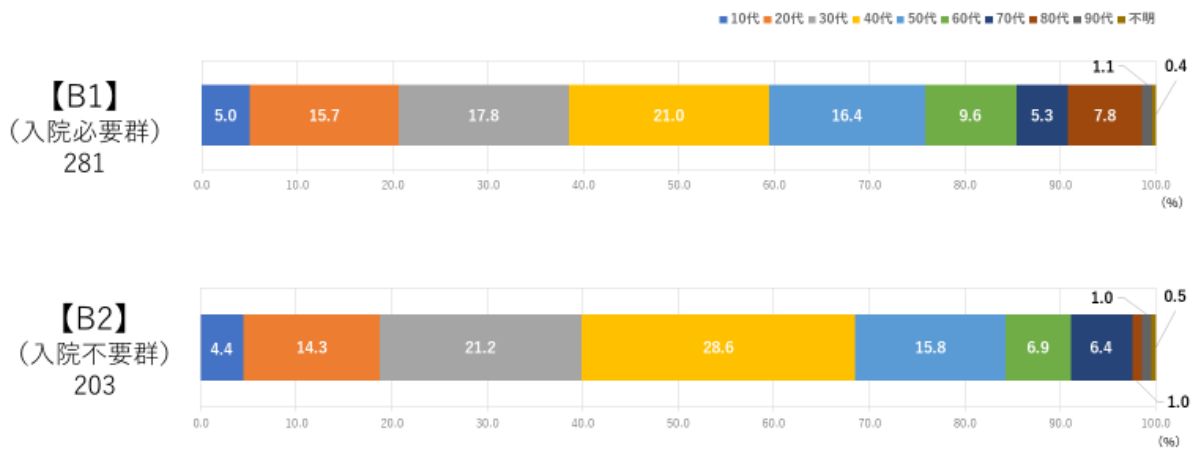


図76 性別（Aセット）



図77 性別（Bセット）



図78 主診断（Aセット）
($P^{**} < 0.01, 0.01 \leq P^* < 0.05$)

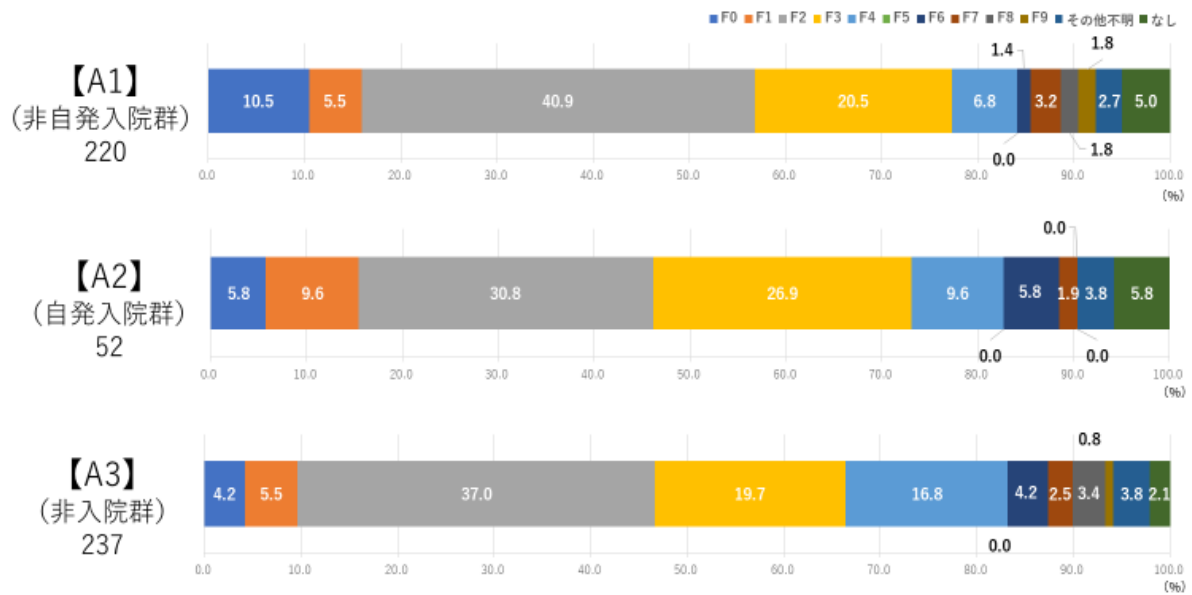


図79 主診断（Bセット）
($P^{**} < 0.01, 0.01 \leq P^* < 0.05$)

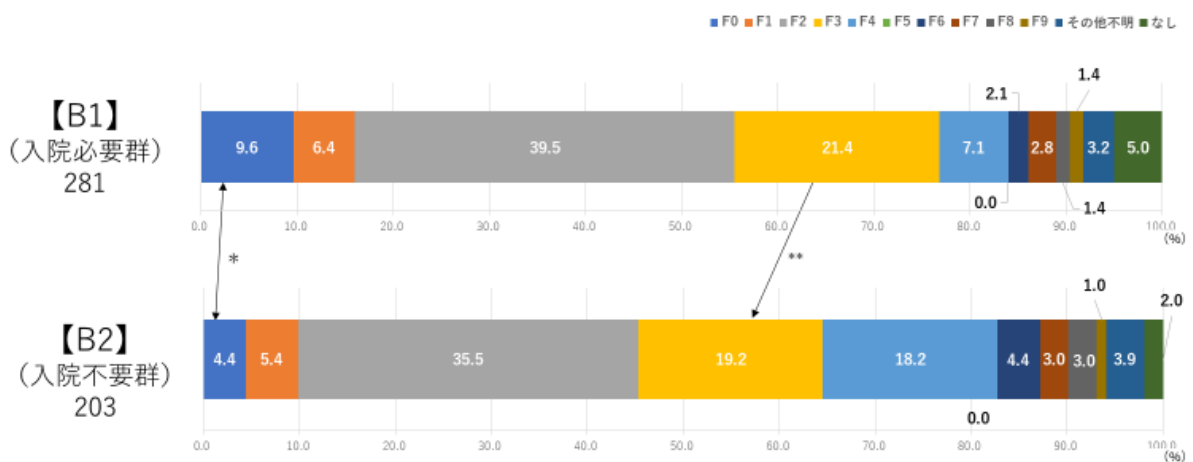


図80 副診断（Aセット）

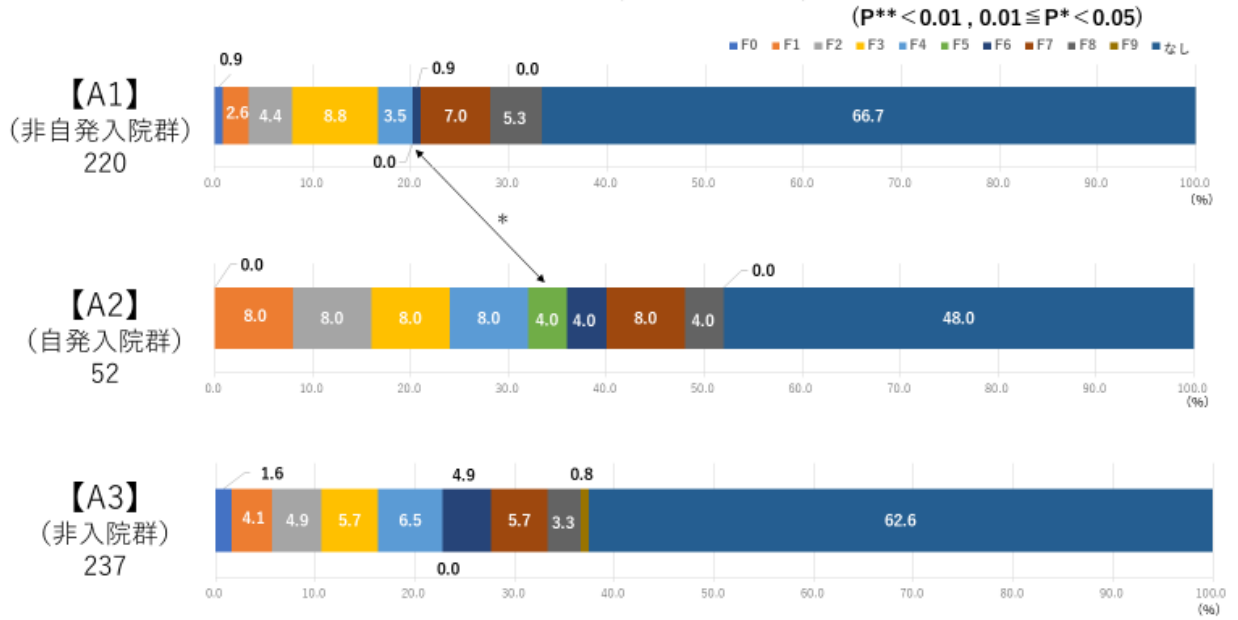


図81 副診断（Bセット）

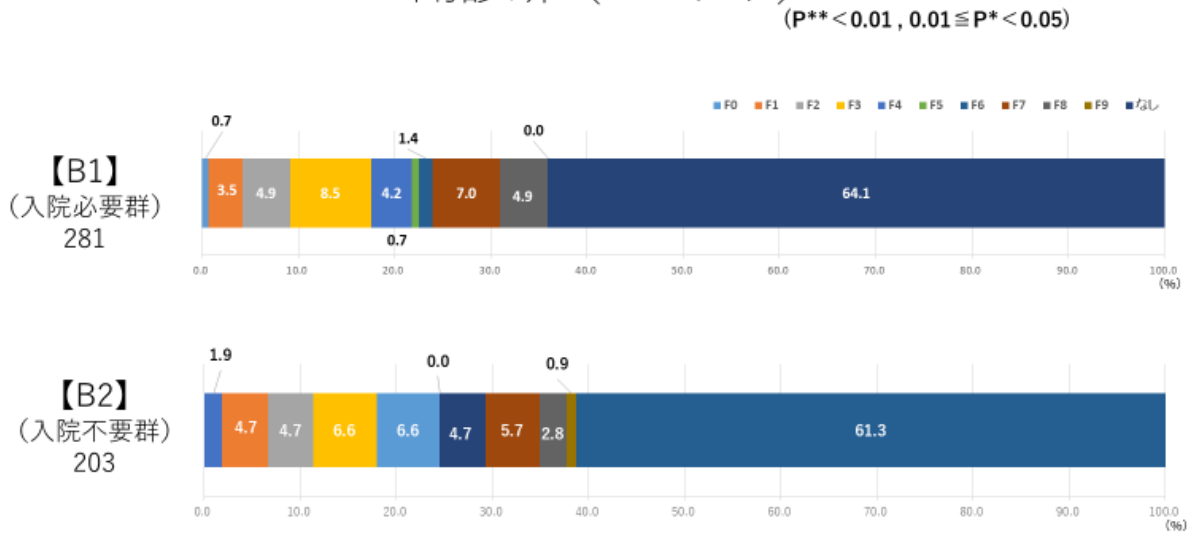


図82 副診断（Aセット「なし」抜き）

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

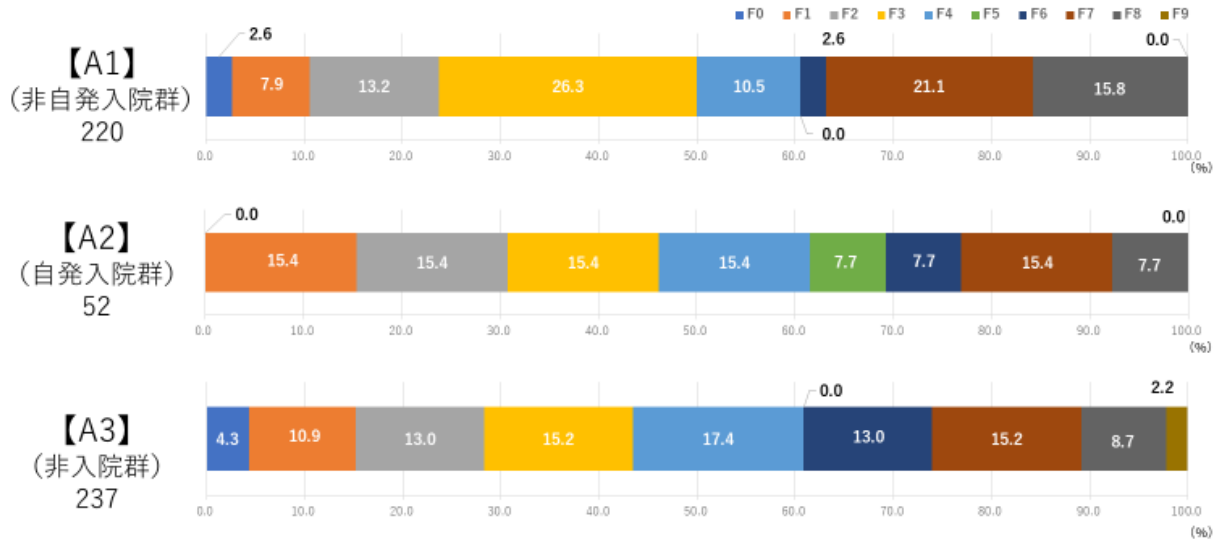


図83 副診断（Bセット「なし」抜き）

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

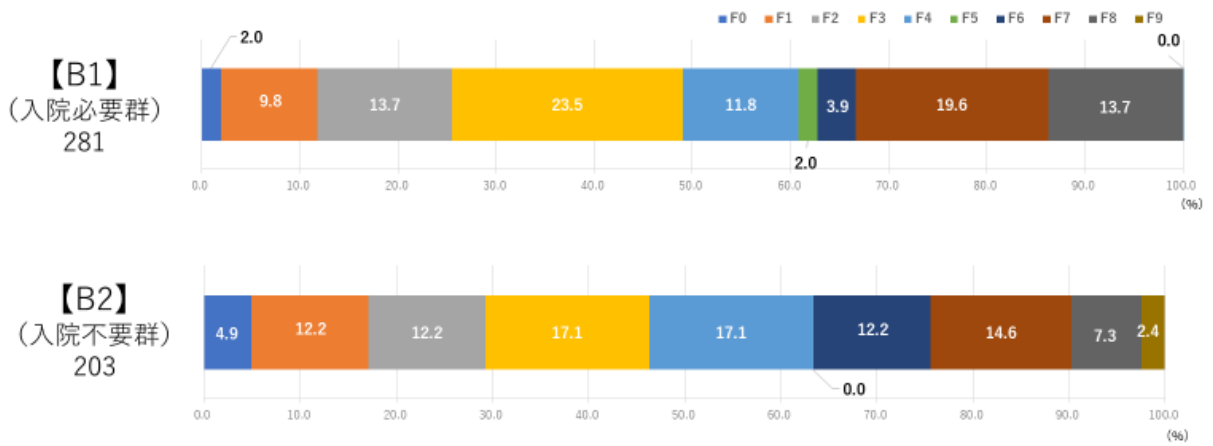


図84 基本要件（医学的な重症性） 【Aセット】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)



図85 基本要件（医学的な重症性） 【Bセット】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

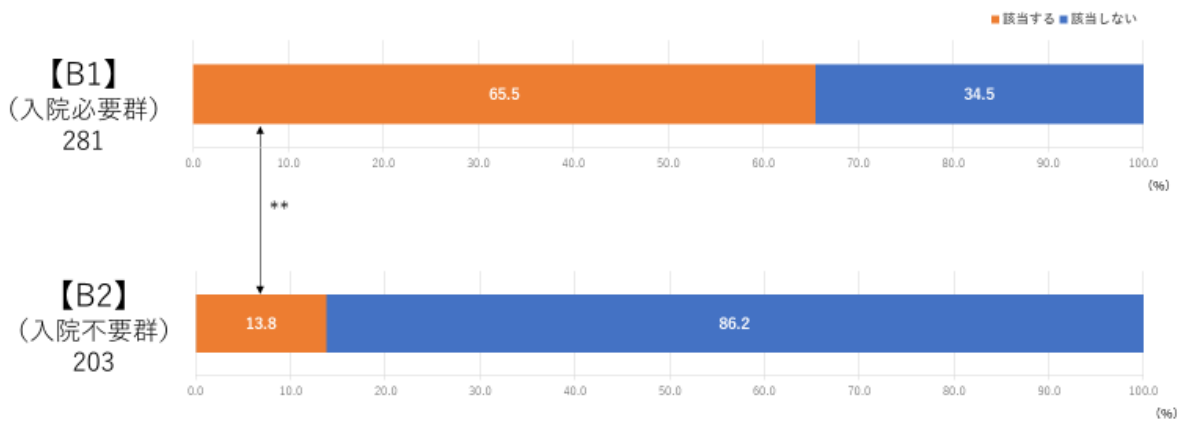


図86 基本要件（社会的不利益） 【Aセット】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

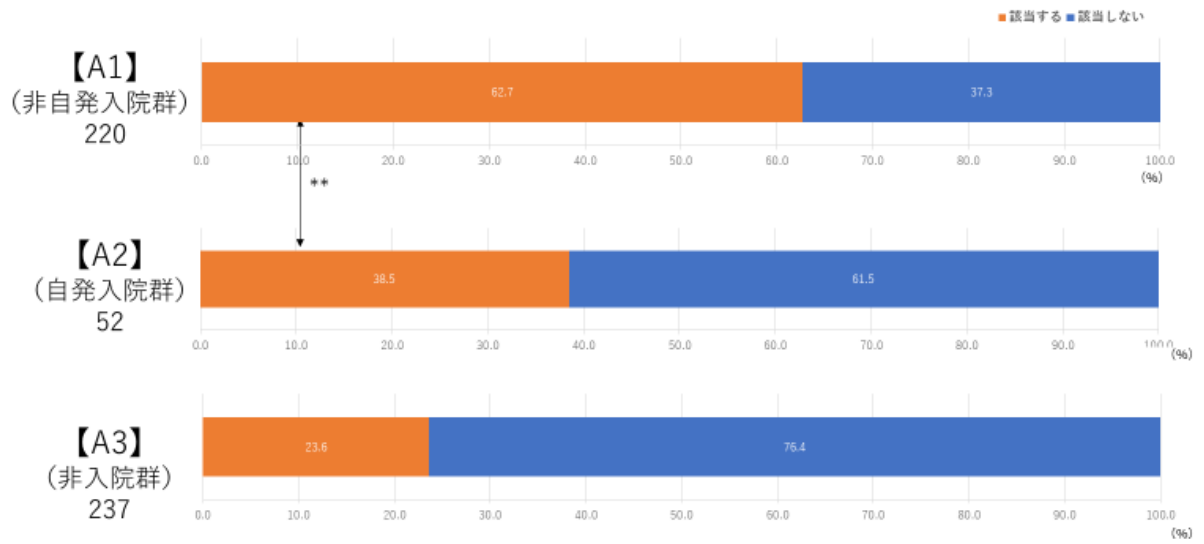


図87 基本要件（社会的不利益） 【Bセット】

【Bセット】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

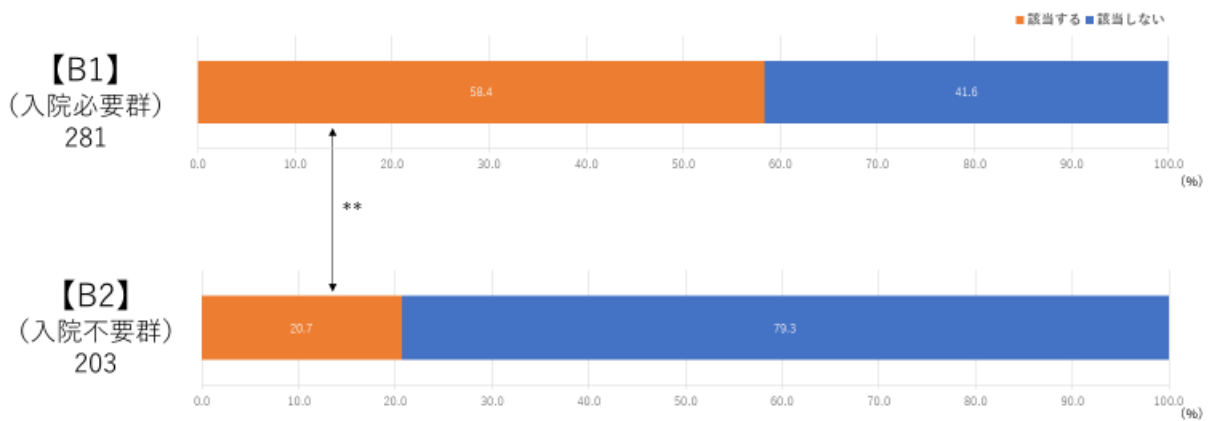


図88 基本要件（急性の展開） **【Aセット】**

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

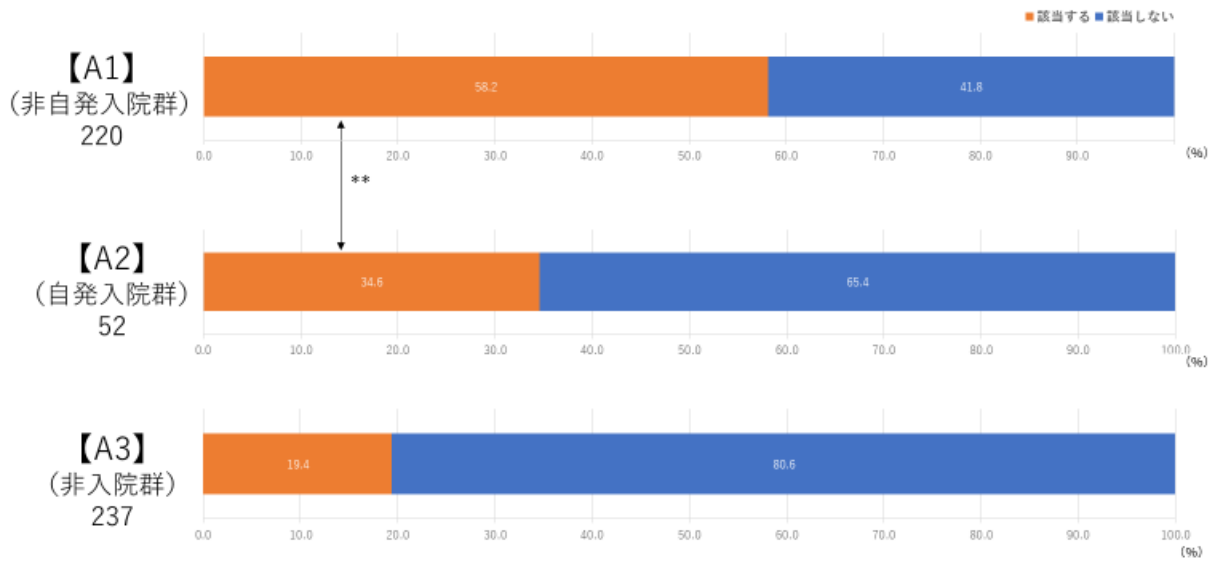


図89 基本要件（急性の展開） **【Bセット】**

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

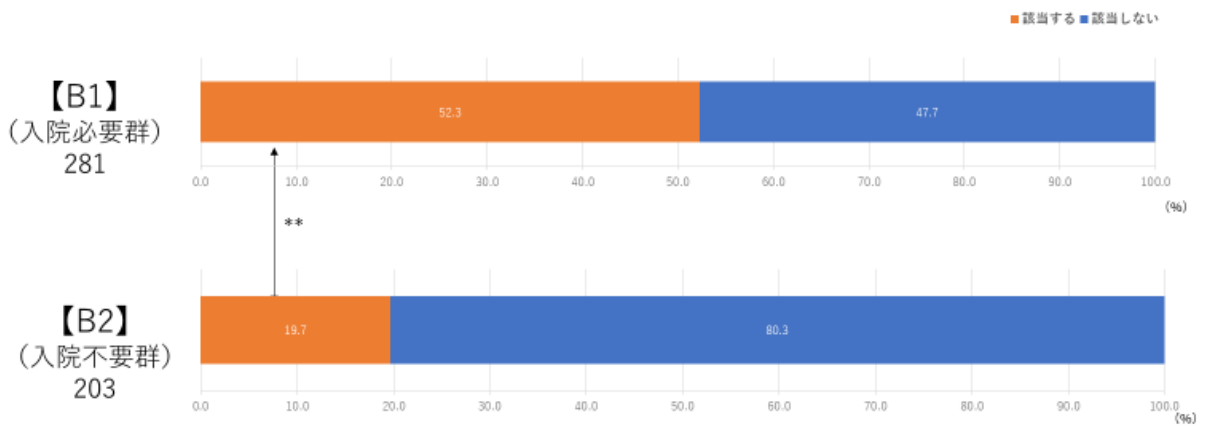


図90 基本要件（治療の必要性） 【Aセット】
 (P** < 0.01, 0.01 ≤ P* < 0.05)

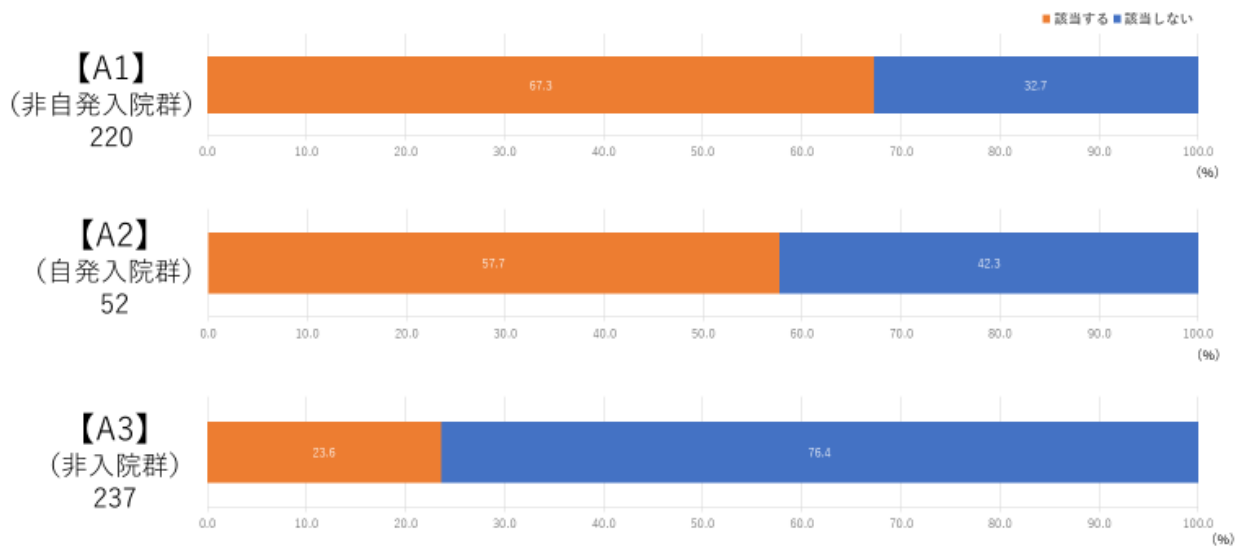


図91 基本要件（治療の必要性） 【Bセット】
 (P** < 0.01, 0.01 ≤ P* < 0.05)

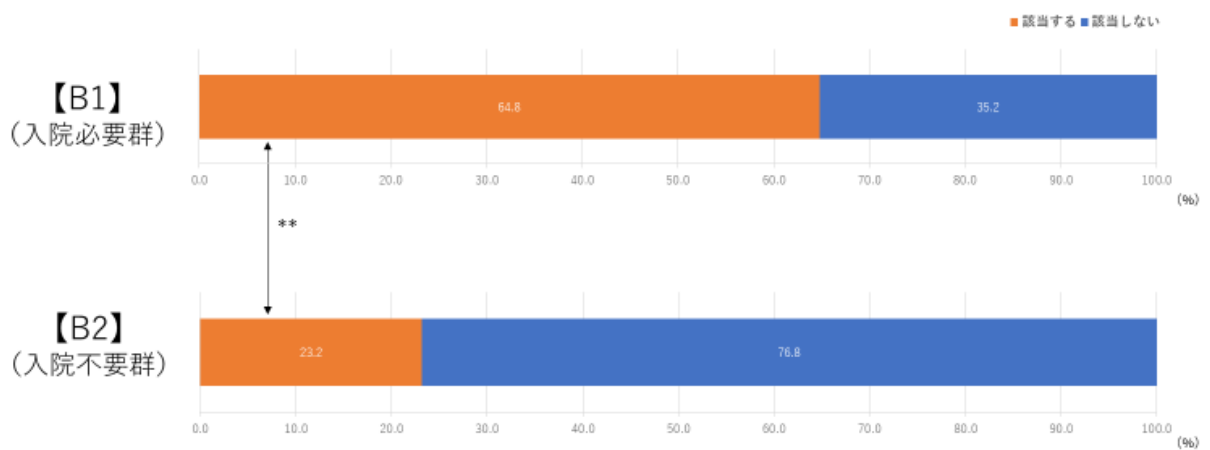


図92 基本要件（治療の可能性） 【Aセット】

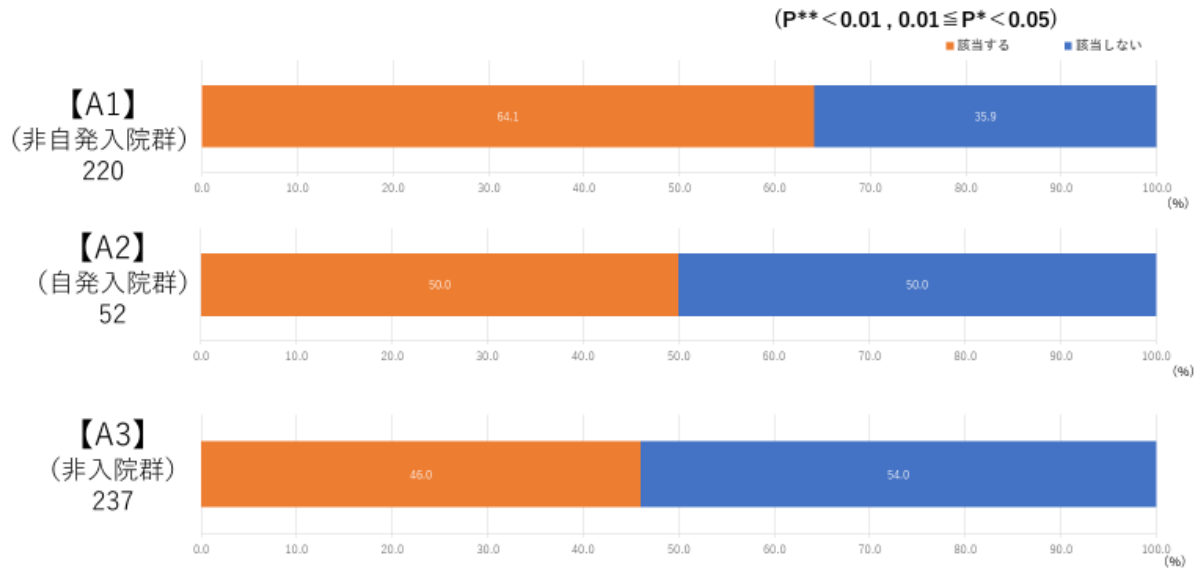


図93 基本要件（治療の可能性） 【Bセット】

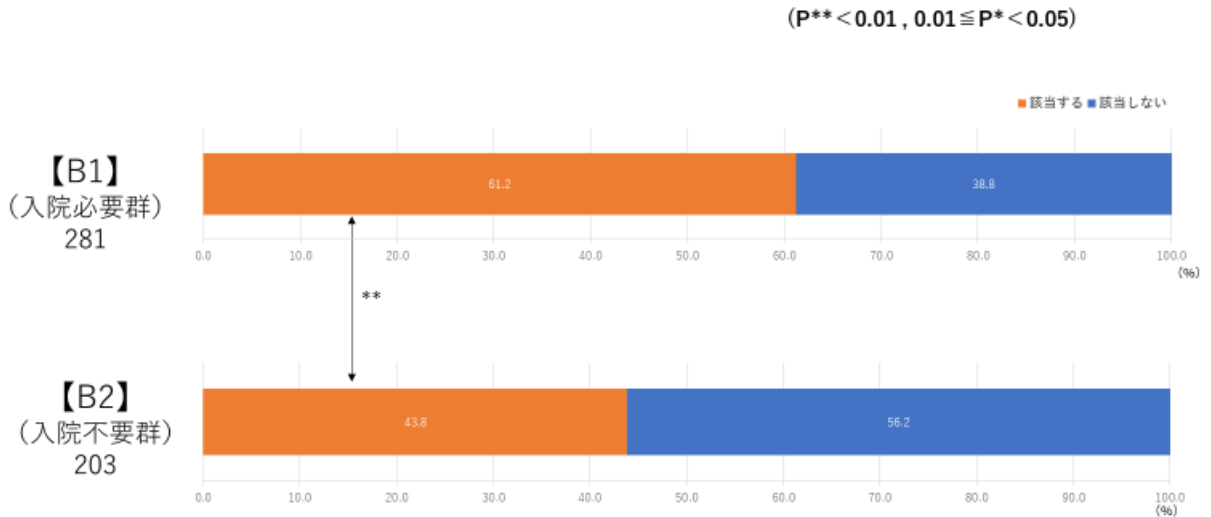


図94 基本要件（全要件該当） 【Aセット】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

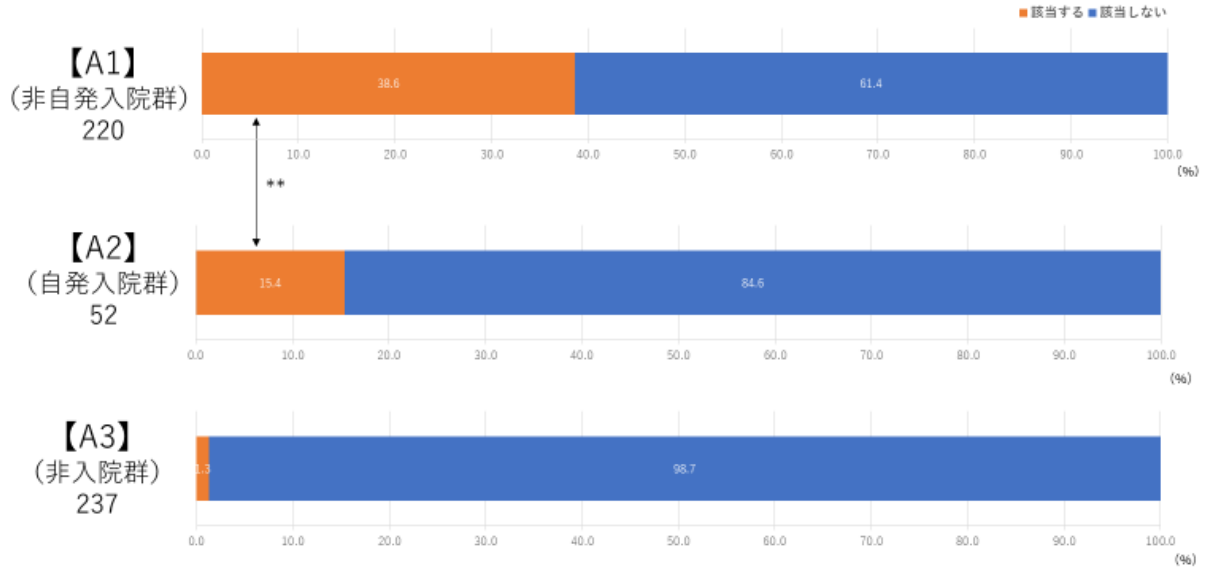


図95 基本要件（全要件該当者数） 【Bセット】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

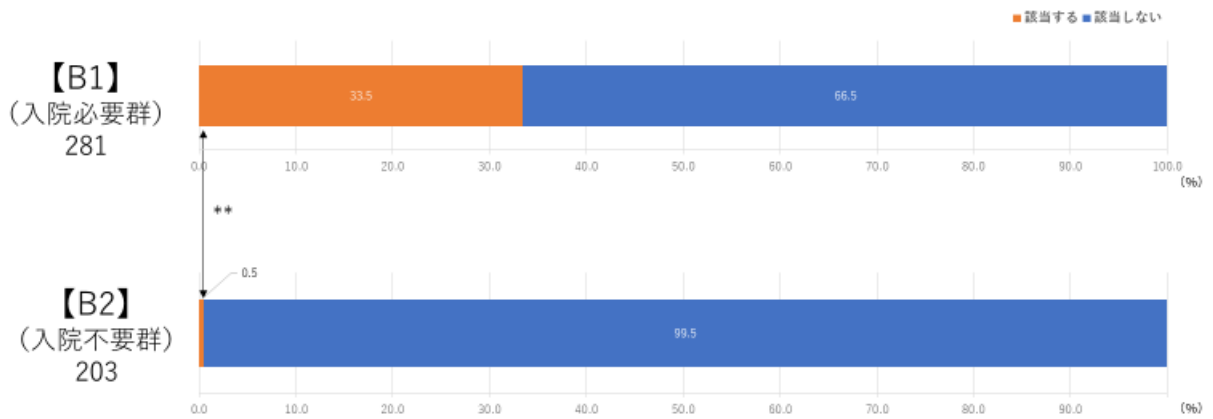


図96 基本要件該当数 【Aセット】

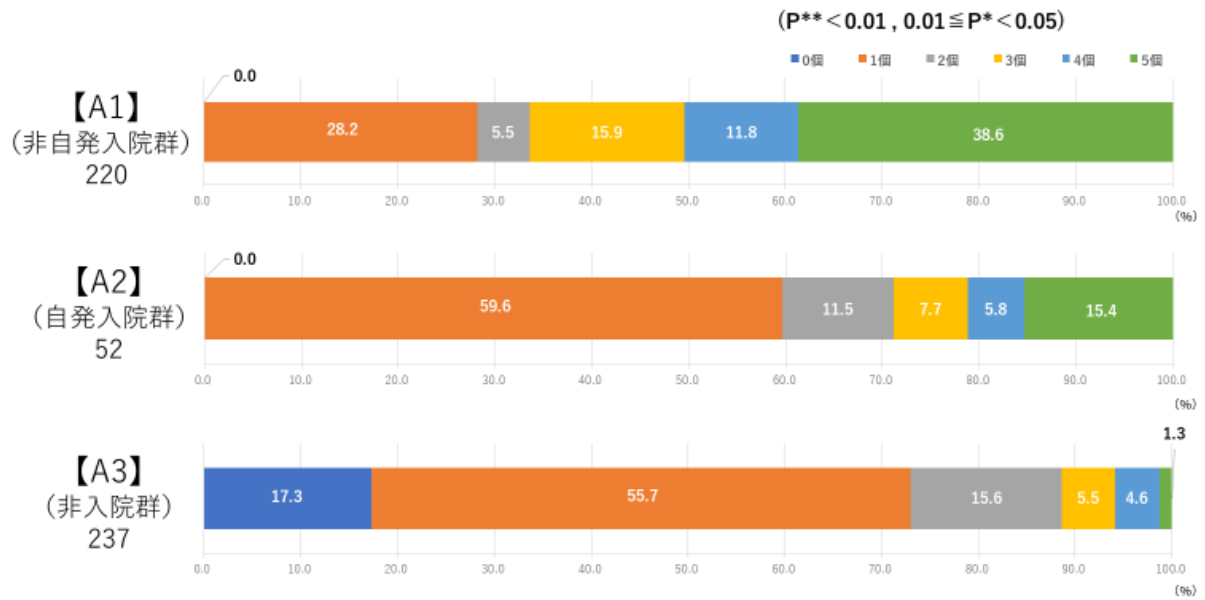


図97 基本要件該当数 【Bセット】

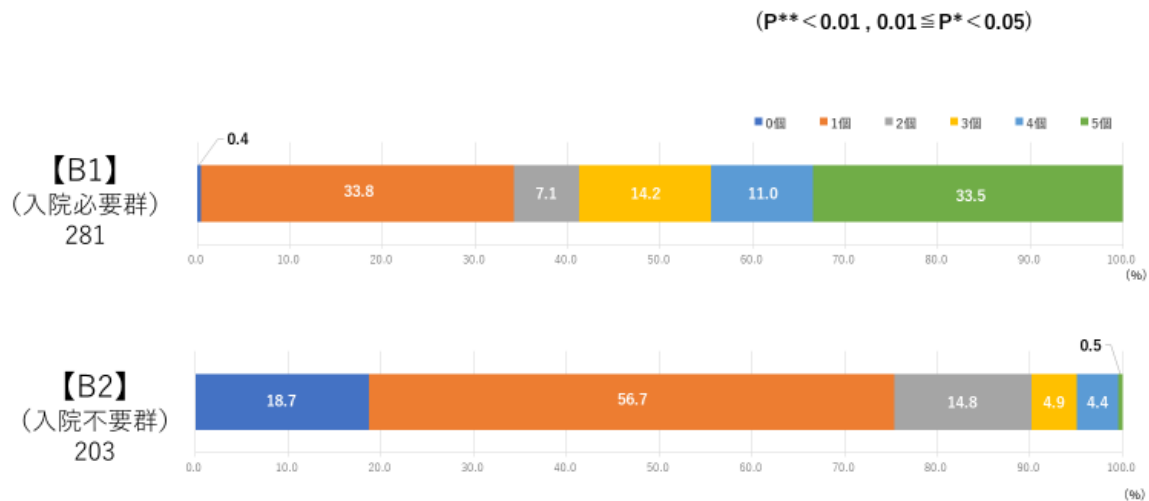


図98 状態像 【Aセット】

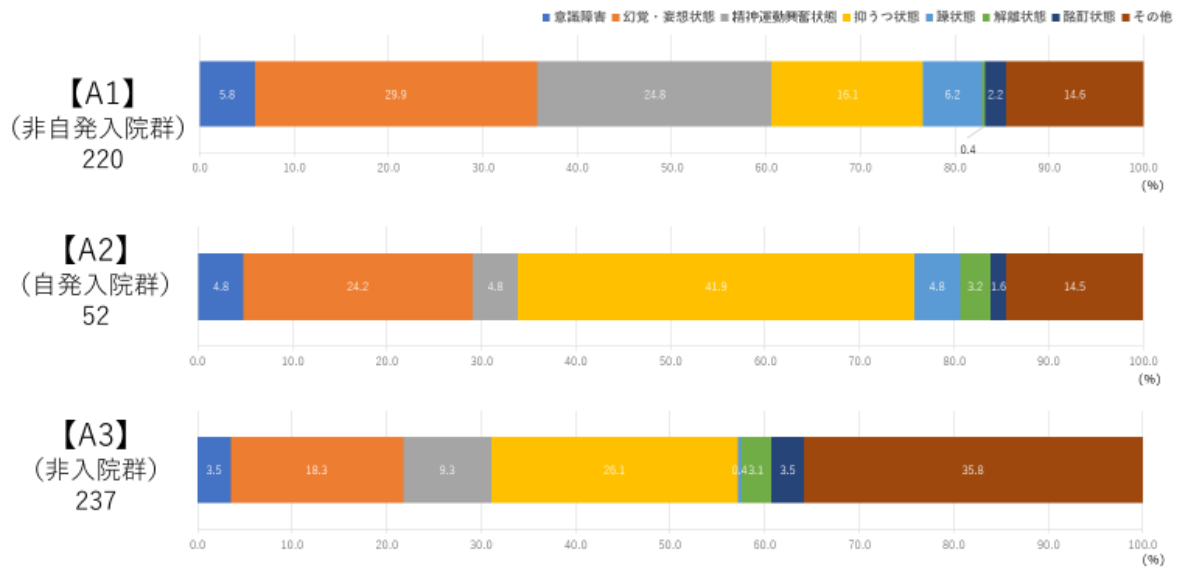


図99 状態像 【Bセット】

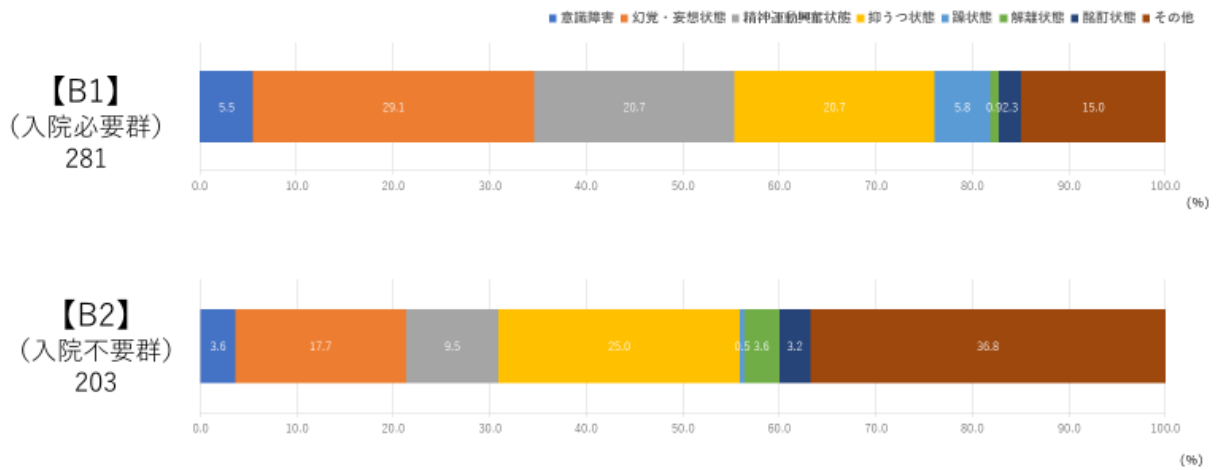


図100 状態像（幻覚・妄想状態） 【Aセット】
 (P** < 0.01, 0.01 ≤ P* < 0.05)

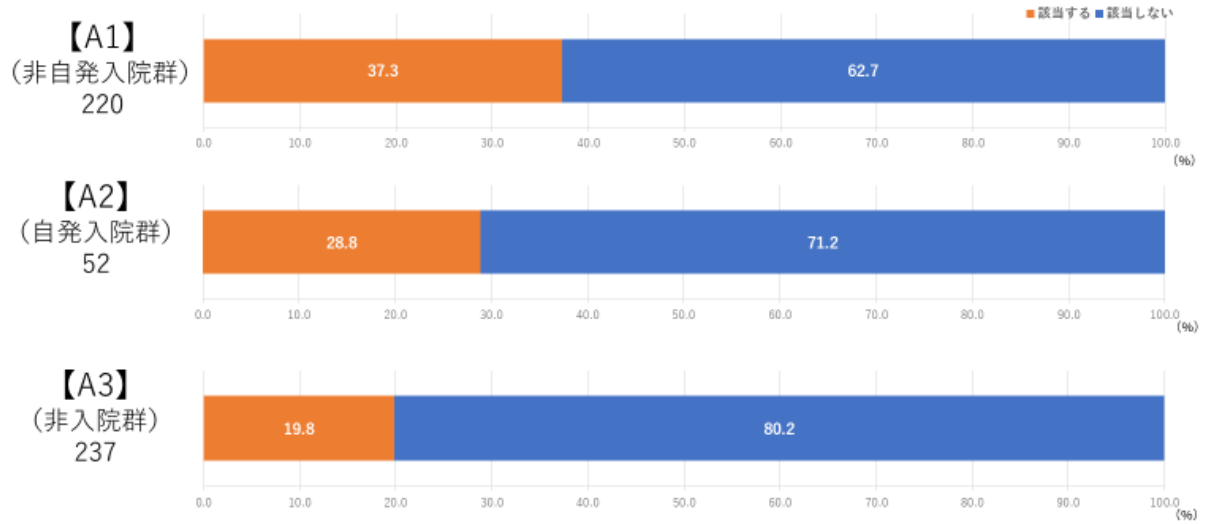


図101 状態像（幻覚・妄想状態） 【Bセット】
 (P** < 0.01, 0.01 ≤ P* < 0.05)

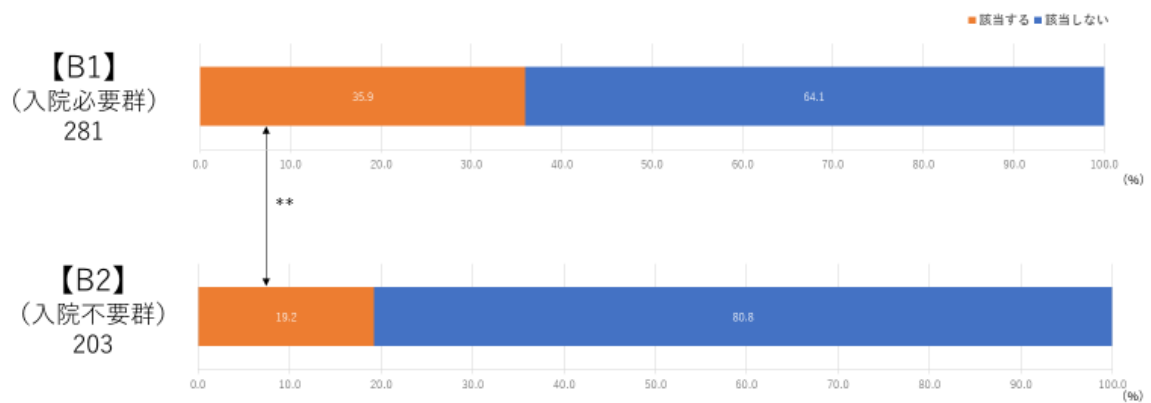


図102 状態像（精神運動興奮状態） 【Aセット】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)



図103 状態像（精神運動興奮状態） 【Bセット】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

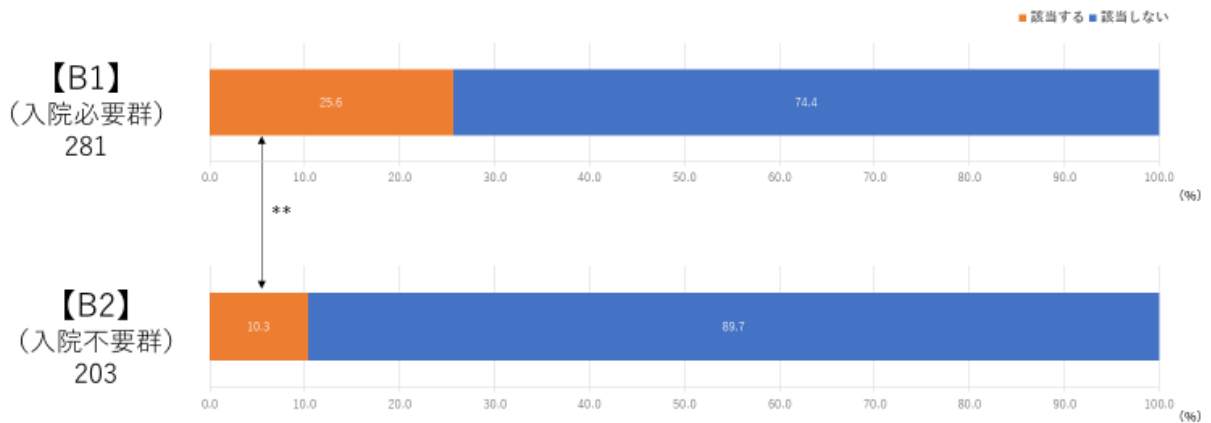


図104 状態像（抑うつ状態） 【Aセット】

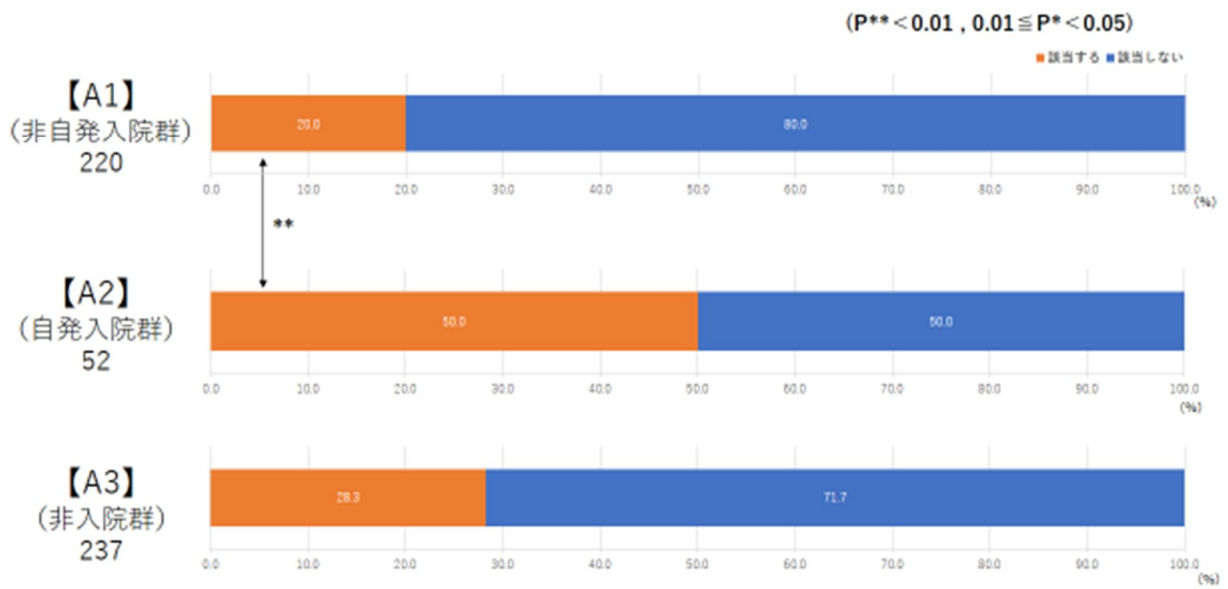


図105 状態像（抑うつ状態） 【Bセット】

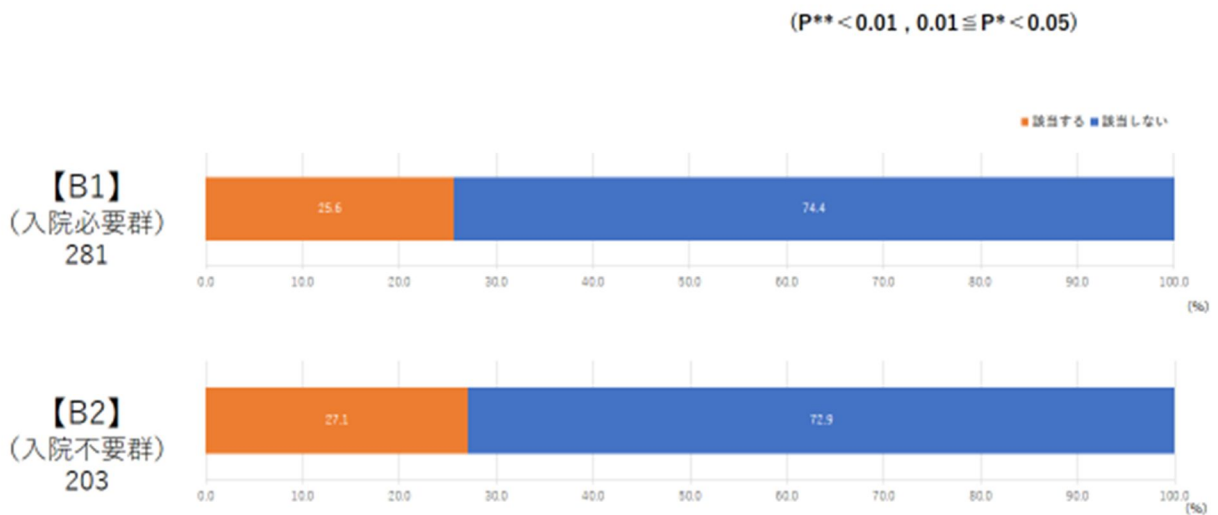


図106

状態像（躁状態） 【Aセット】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)



図107

状態像（躁状態） 【Bセット】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

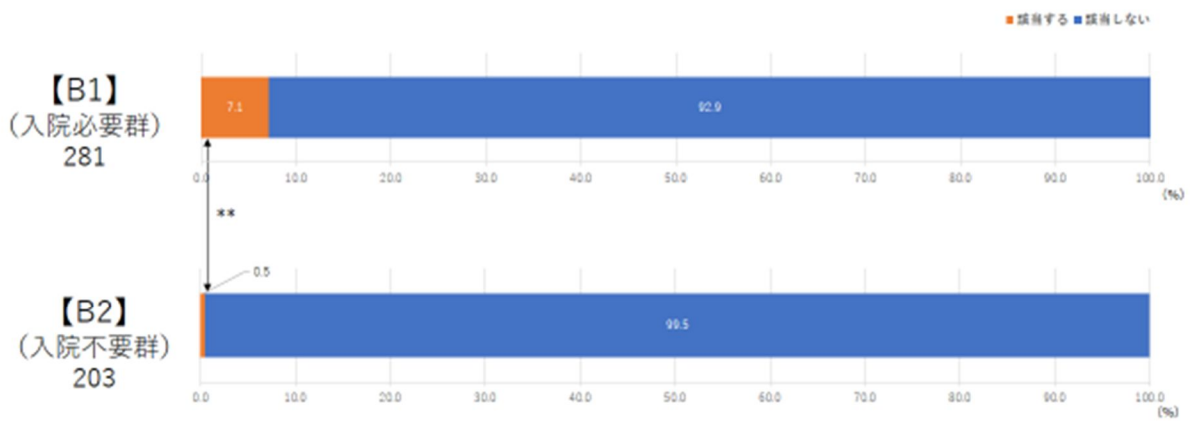


図108

状態像（解離状態） 【Aセット】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)



図109

状態像（解離状態） 【Bセット】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

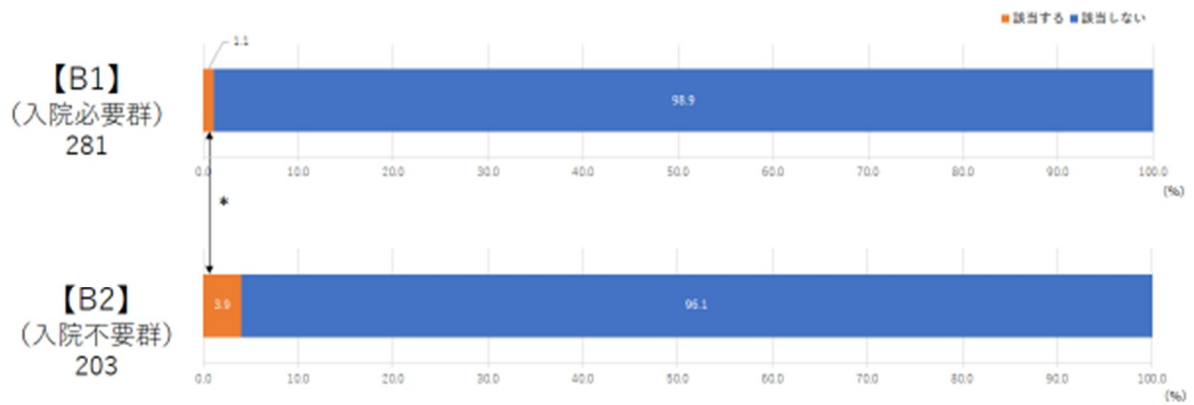


図110 状態像（その他） 【Aセット】



図111 状態像（その他） 【Bセット】

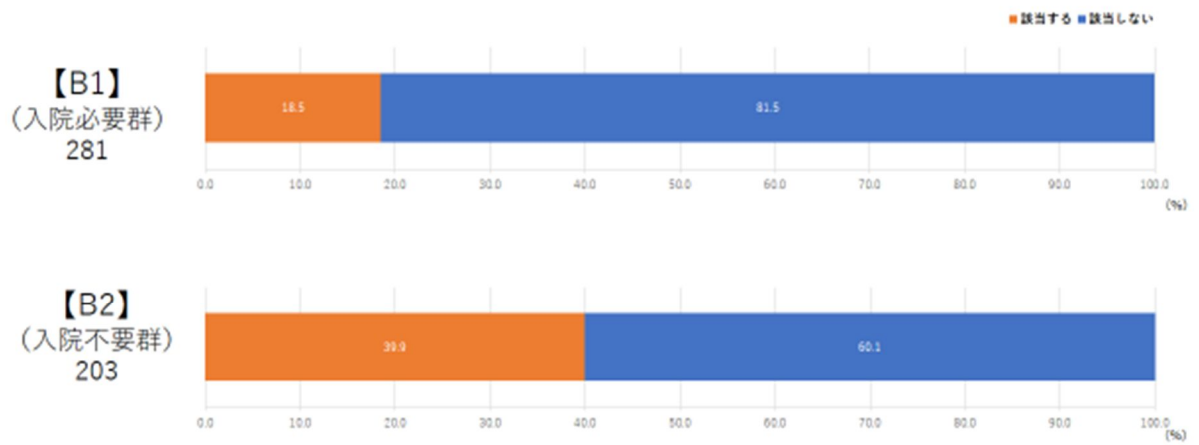


表3 精神科救急医療における時間外受診の需要（ニーズ）として代表的な16の状況

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 意識障害 • 幻覚・妄想 • 精神運動興奮 • 抑うつ • 躁 • 解離 • 酩酊 • 昏迷・亜昏迷 | <ul style="list-style-type: none"> • 不安・焦燥 • 副作用 • 身体合併症 • 認知症 • 残遺 • 行動異常 • 不眠 • その他 | <ul style="list-style-type: none"> • その他の中でさらにその他に分類された事案の多くは具体的記述が無く受診理由不明 • 明確な受診要請としては <ul style="list-style-type: none"> • 留置前診察 • 病気かどうかの判定（結果的に「病気でない」と記載あり） • 救急システムからの（何らかの）要請 • 薬剤紛失に対する処方 |
|---|---|--|

表4 意識障害【Aセット】

	非自発入院(A1)	自発入院(A2)	非入院(A3)	Total
せん妄	12	0	0	12
急性中毒	1	2	3	6
その他	3	1	6	10
Total	16	3	9	28

表5 酩酊状態【Aセット】

	非自発入院(A1)	自発入院(A2)	非入院(A3)	Total
単純酩酊	5	1	6	12
複雑酩酊	0	0	0	0
連続飲酒	0	0	2	2
シンナー・大麻	1	0	0	1
その他	0	0	1	1
Total	6	1	9	16

表6 単純酩酊で入院となったケース

年齢	性別	主診断 (F)	副診断 (F)	転帰	医学的 重症性	社会的 不利益	急性 展開	治療 必要性	治療 可能性	酩酊以 外の状 態像	EPRES 総得点	行動 因子	他害 行為	自殺 企図	自律 不全	サポー ト 因子	治療 関係性 因子	初診	中断	かかりつけ 医 対応不可	時間帯 因子	身体 合併症
45	女性	7	不明	応急	0	0	0	0	1	なし	33	1	0	0	1	0	0				0	0
65	不明	その他・不明	なし	医療保護	0	1	0	0	0	抑うつ	45	1	1	0	0	0	0				0	0
32	男性	1	不明	任意	0	1	0	0	0	なし	35	1	0	0	1	0	0				0	0
58	男性	0	不明	医療保護	0	1	0	1	1	抑うつ	24	1	1	1	0	0	0				0	0
44	女性	1	4	医療保護	1	0	1	0	0	抑うつ	31	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
34	男性	その他・不明	不明	医療保護	0	1	1	0	1	幻覚妄想	33	0				0	1	0	0	1	0	0
46.3	50.0%				16.7%	66.7%	33.3%	16.7%	50.0%		33.5	83.3%	40.0%	40.0%	40.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%

図112 重症度因子：BPRS総得点【Aセット】

【A1】

平均値：52.7
中央値：52
最小値：20
最大値：85



【A2】

平均値：42.8
中央値：39
最小値：22
最大値：78



【A3】

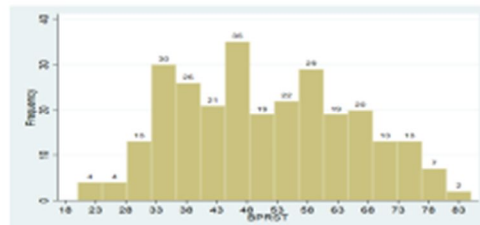
平均値：38.3
中央値：36
最小値：18
最大値：85



図113 重症度因子：BPRS総得点【Bセット】

【B1】

平均値：51.0
中央値：50
最小値：20
最大値：85



【B2】

平均値：38.1
中央値：36
最小値：18
最大値：72

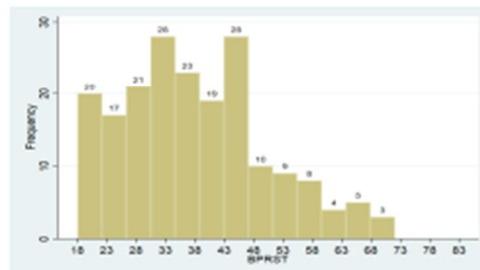


図114 行動因子 【Aセット転帰別】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

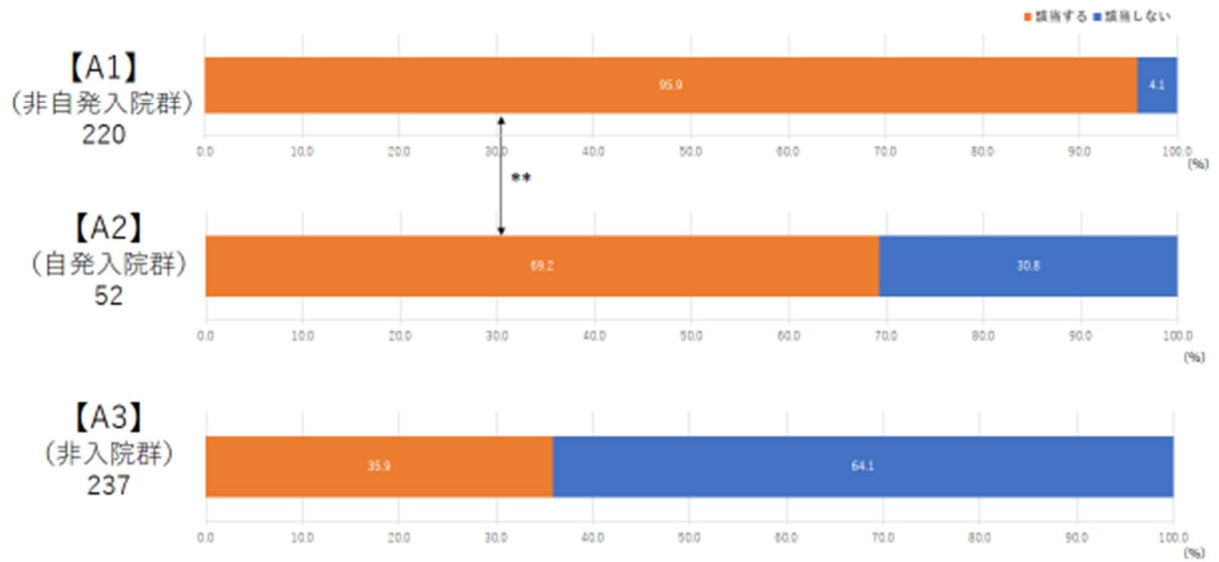


図115 行動因子 【Bセット転帰別】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

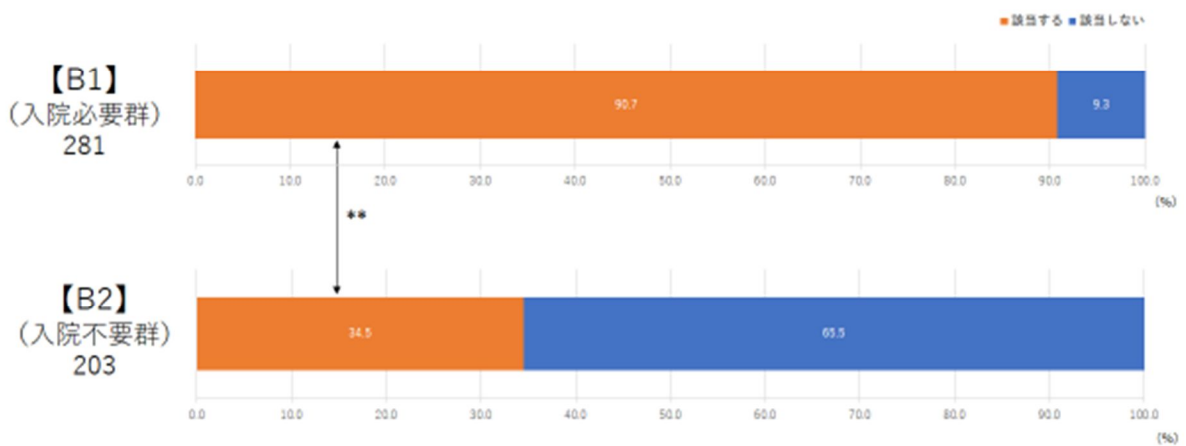


図116 行動因子下位分類：他害のおそれ 【Aセット転帰別】

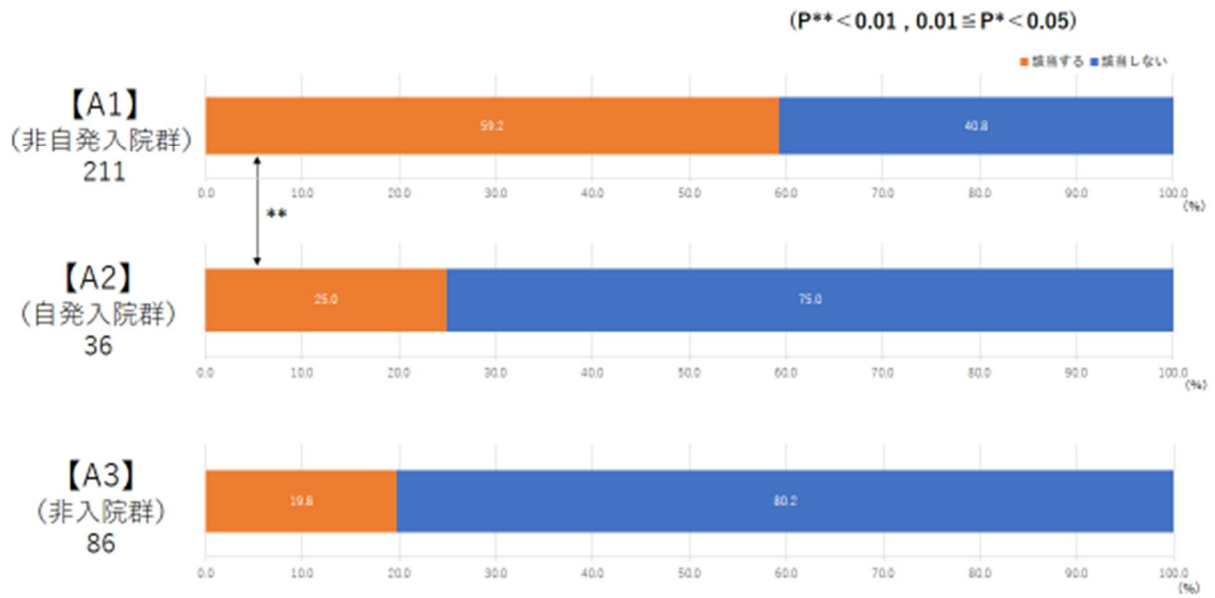


図117 行動因子下位分類：他害のおそれ 【Bセット転帰別】

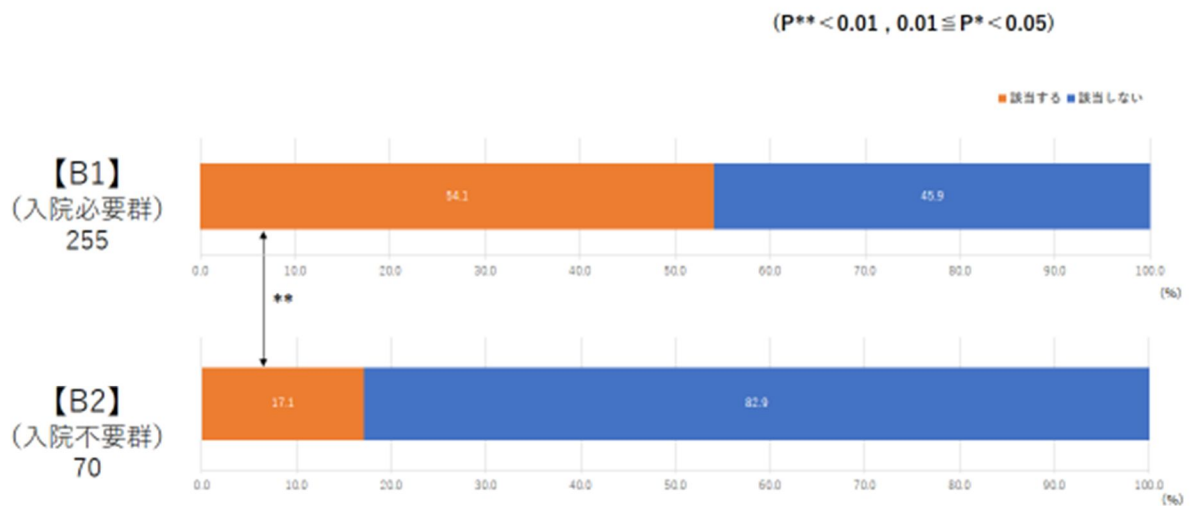


図118 行動因子下位分類：自傷のおそれ 【Aセット転帰別】

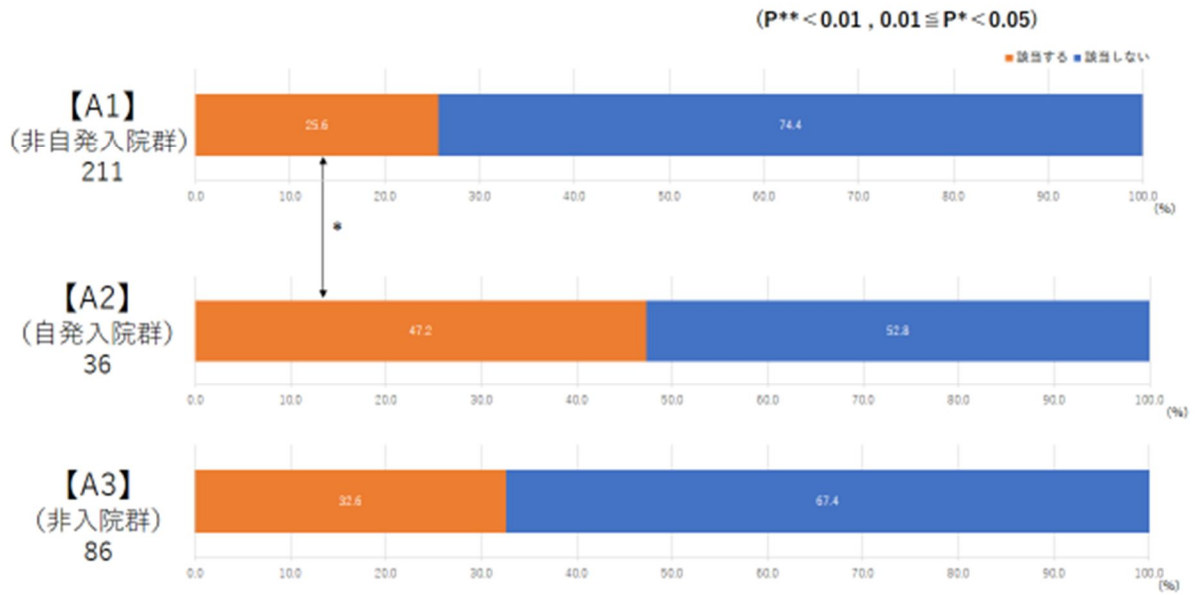


図119 行動因子下位分類：自傷のおそれ 【Bセット転帰別】

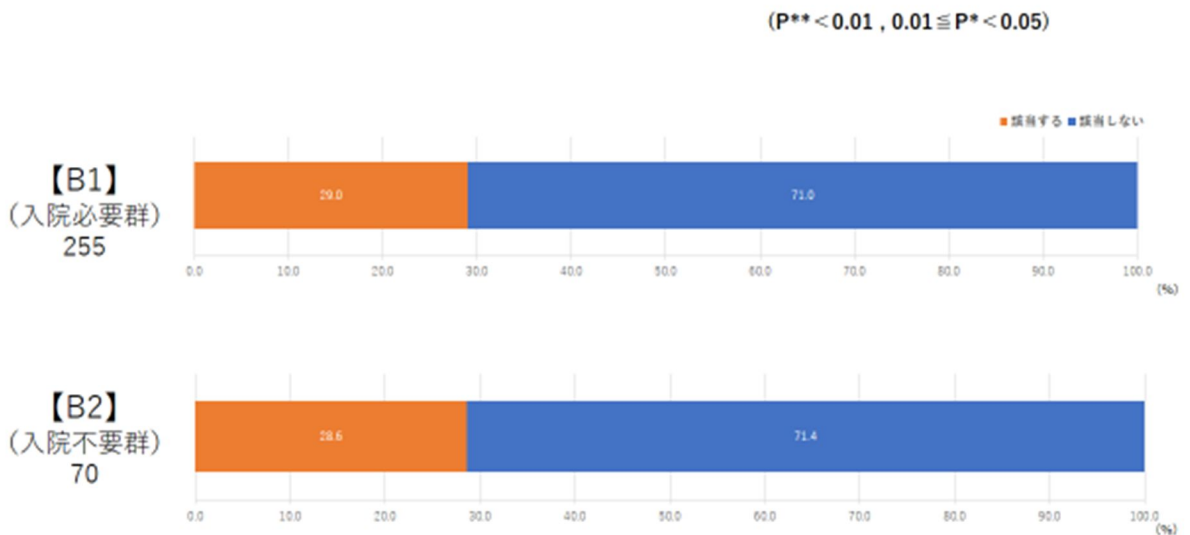


図120 行動因子下位分類：自律不全 【Aセット転帰別】

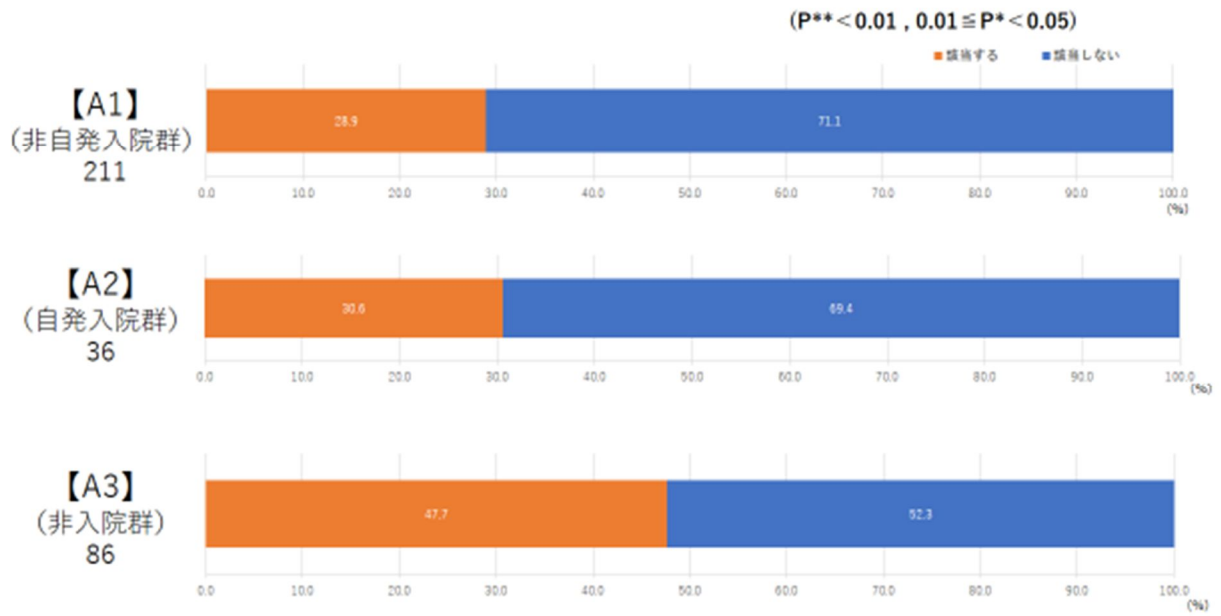


図121 行動因子下位分類：自律不全 【Bセット転帰別】

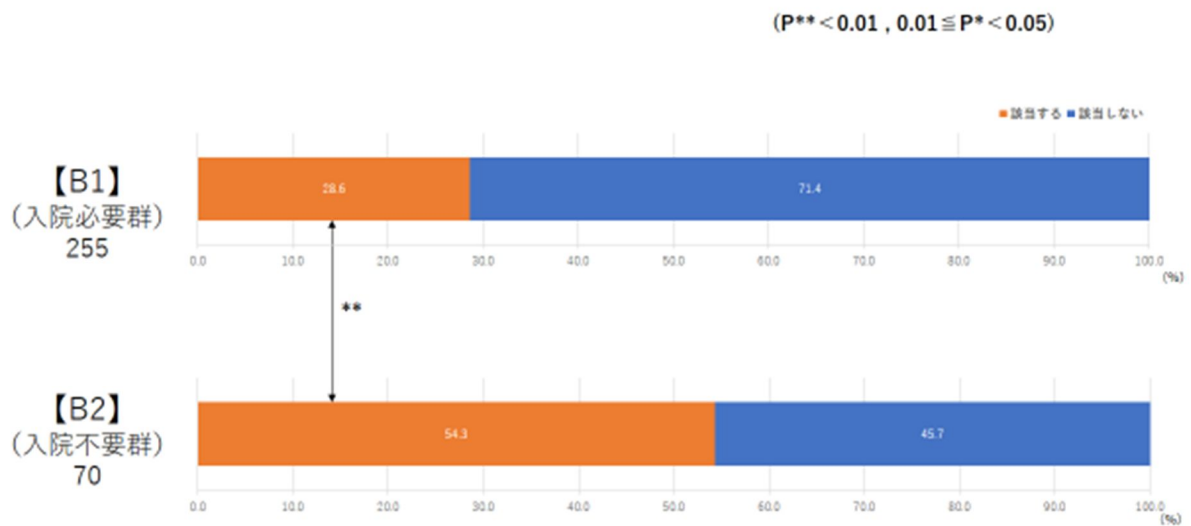


図122 サポート因子 【Aセット転帰別】

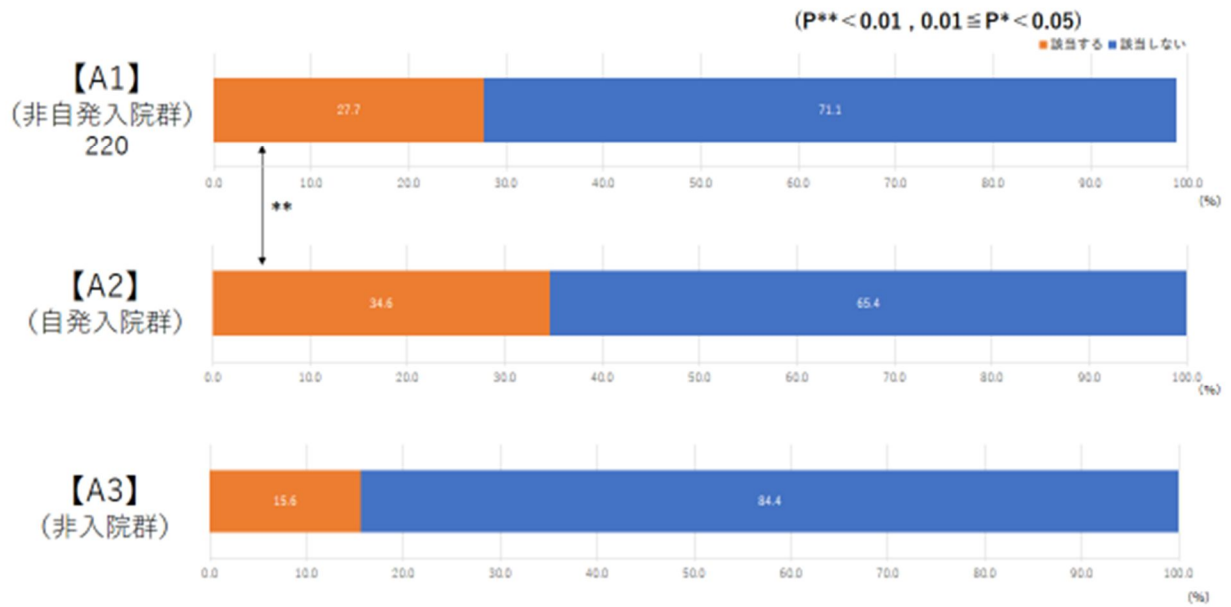


図123 サポート因子 【Bセット転帰別】

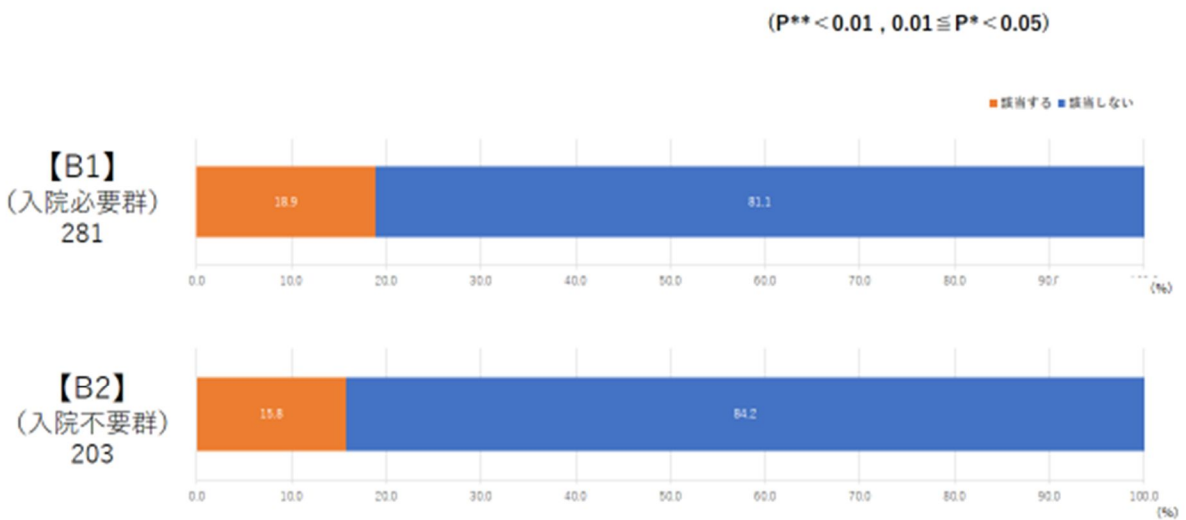


図124 医療関係性因子 【Aセット転帰別】

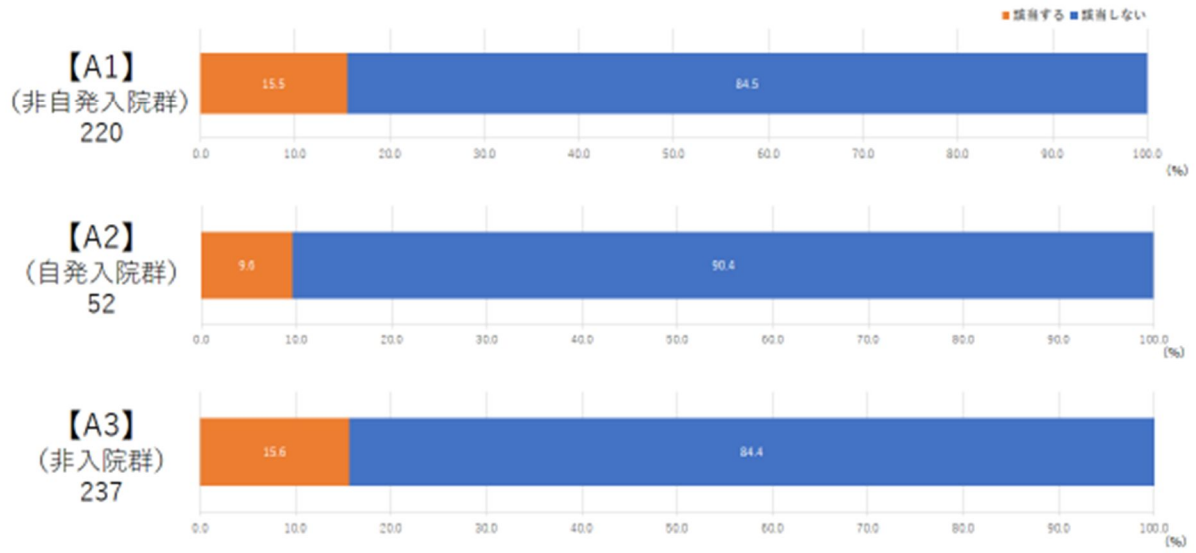


図125 医療関係性因子 【Bセット転帰別】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

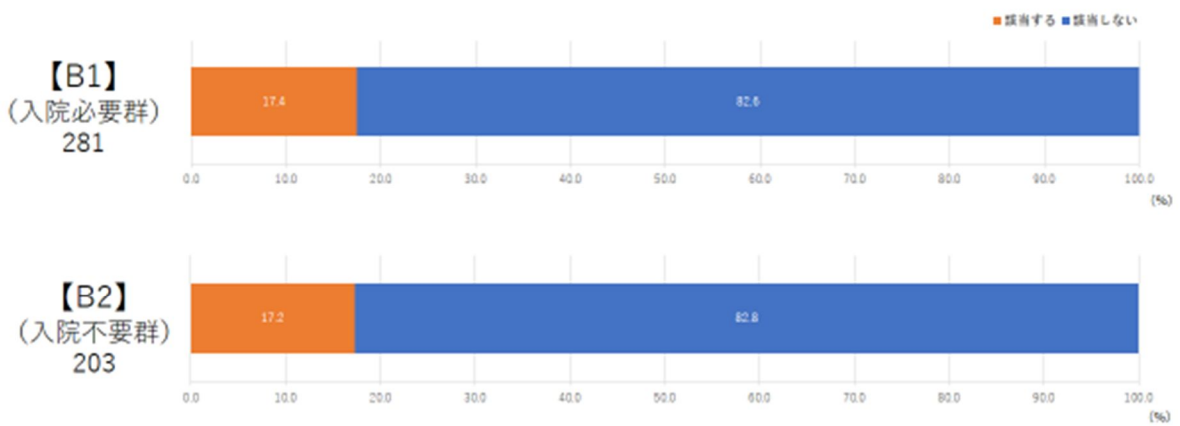


図126 医療関係性因子下位項目：初診 【Aセット転帰別】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

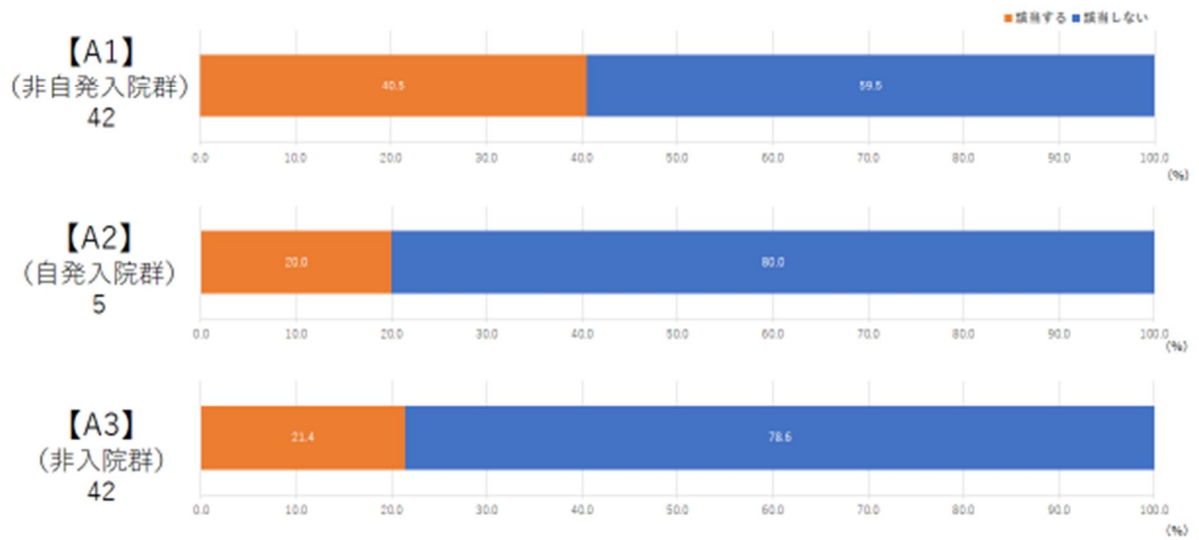


図127 医療関係性因子下位項目：初診 【Bセット転帰別】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

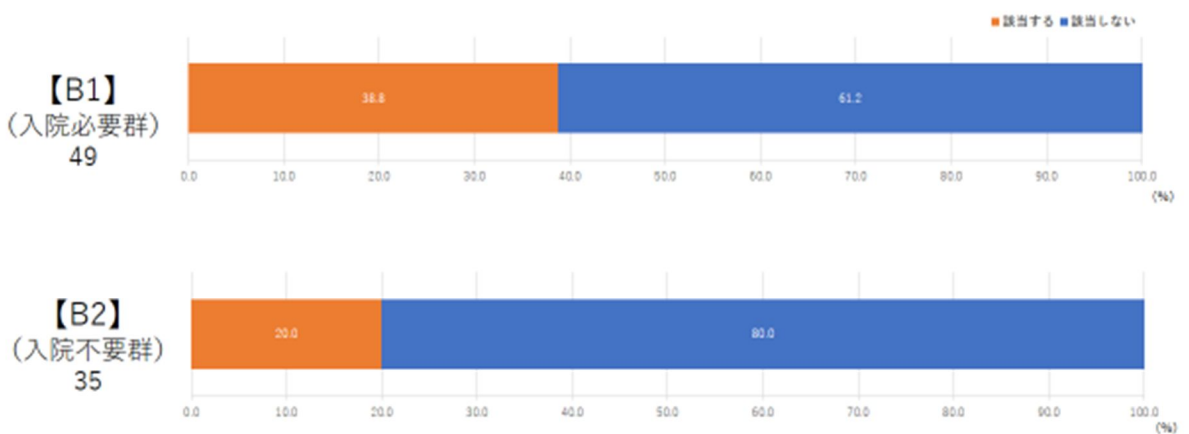


図128 医療関係性因子下位項目：中断例 【Aセット転帰別】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)



図129 医療関係性因子下位項目：中断例 【Bセット転帰別】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

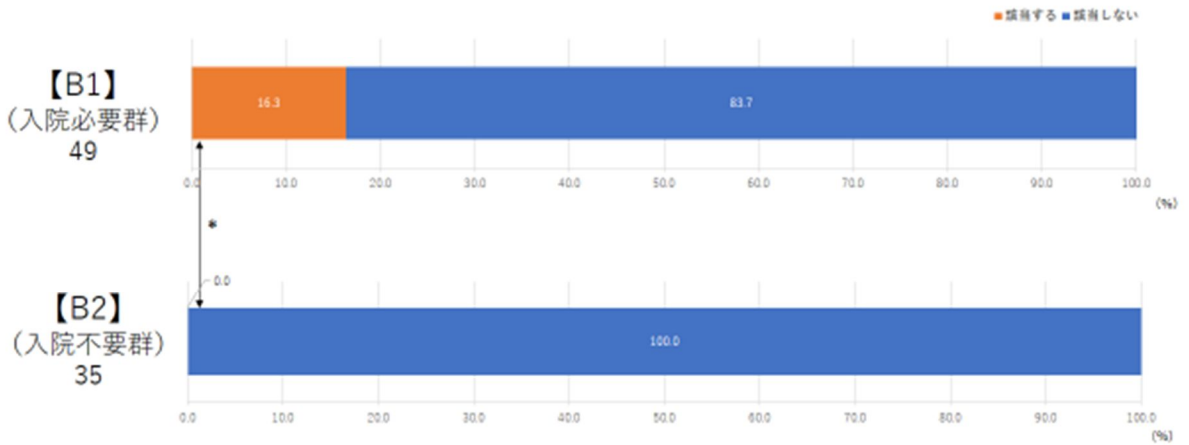


図130 医療関係性因子下位項目：かかりつけ医が対応できない
【Aセット転帰別】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

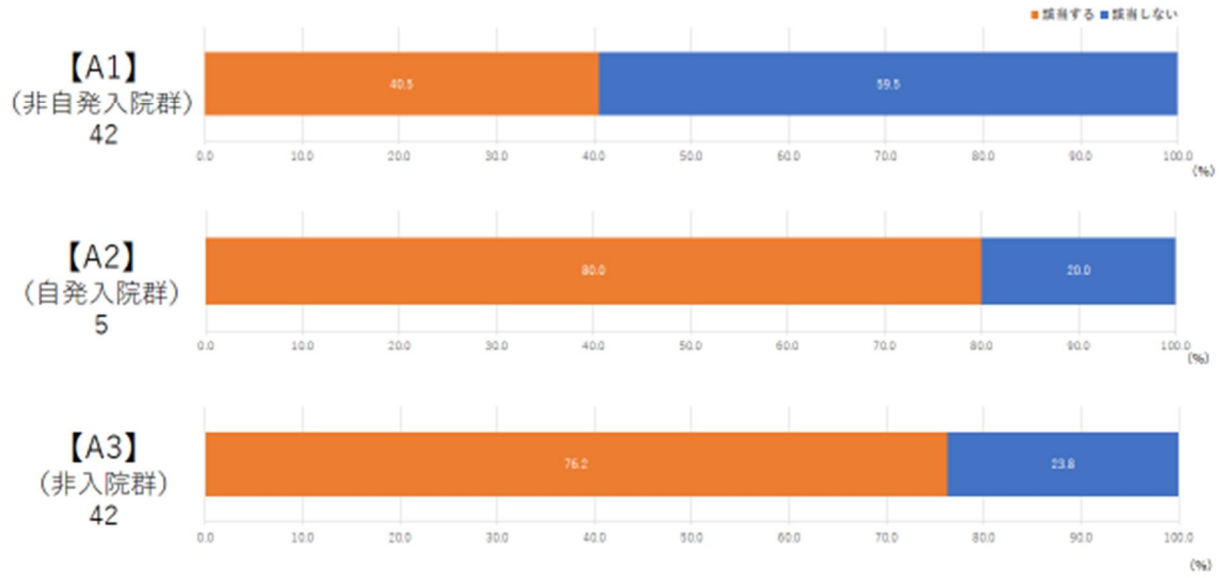


図131 医療関係性因子下位項目：かかりつけ医が対応できない
【Bセット転帰別】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

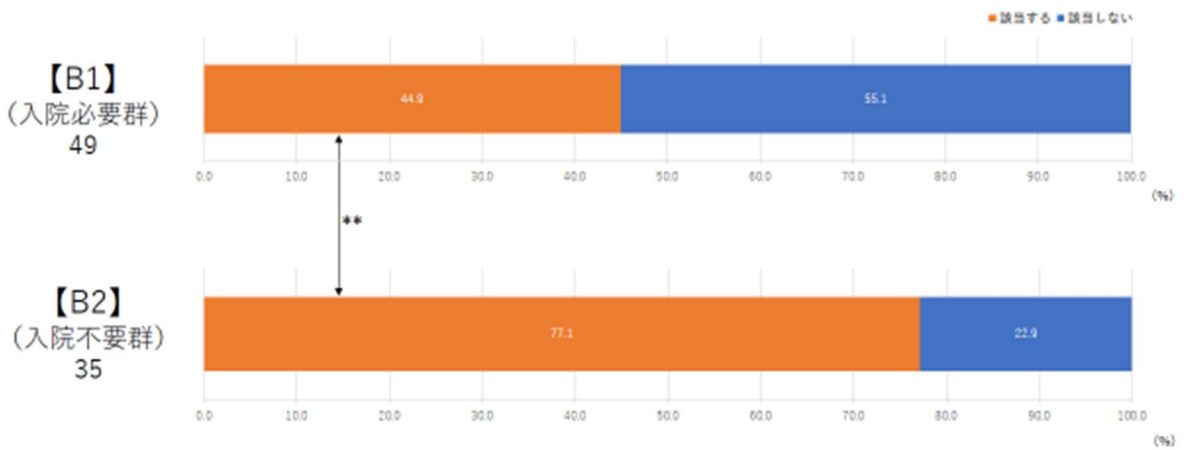


図132 時間帯因子 【Aセット転帰別】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)



図133 時間帯因子 【Bセット転帰別】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

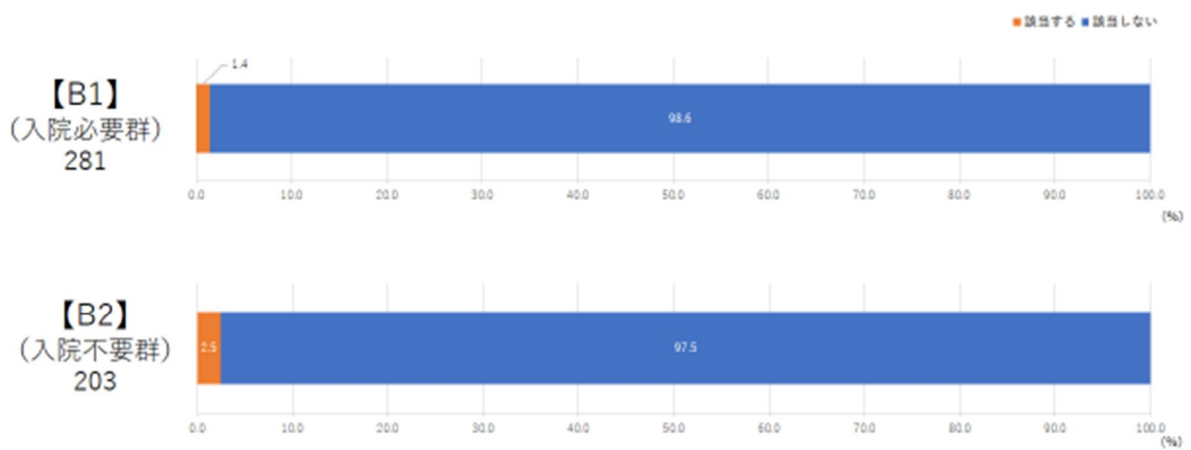


図134 身体合併症因子 【Aセット転帰別】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)



図135 身体合併症因子 【Bセット転帰別】

($P^{**} < 0.01$, $0.01 \leq P^* < 0.05$)

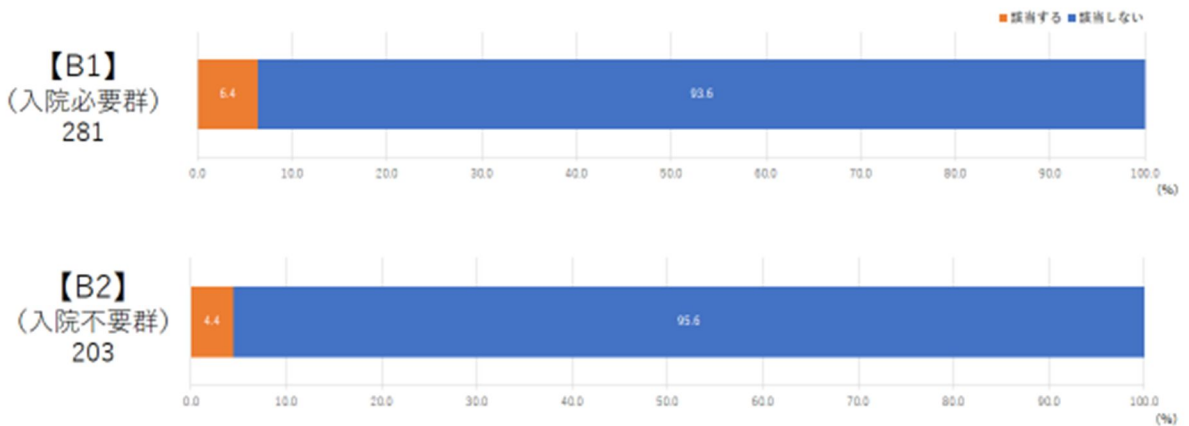


表7

自治体名	大阪府	東京都	宮城県	埼玉県	神奈川県
実施地域（精神科救急医療圏）	大阪府、大分府、堺市、それ以外の府全域の3圏域	23条通線については4ブロック制、その他は全都下1圏域	1圏域	2圏域	4県市協同 全県1圏域
推計人口	2713157(2017年10月1日)	13742906(2017年10月1日)	2321860(2017年12月1日)	7307579(2017年10月1日)	9161139(2017年10月1日)
圏域内病床数	大阪市内240床でそのうち単科は50床	22375床	6151床(2017年9月30日)	不明	不明
診療所数	標準数として290程	診療所数の把握は困難	不明	不明	夜間・休日
精神科救急医療体制整備事業の運用時間等(365日24時間or夜間休日)	夜間・休日	夜間17時～22時、東立精神医療センター 土曜9時～17時、1床×1病院 休日9時～17時、1床×2病院	夜間17時～22時、東立精神医療センター 土曜9時～17時、1床×1病院 休日9時～17時、1床×2病院	夜間17時～22時、1床×2病院 休日9時～17時、2床×2病院	県：日初と年末年始(計72日) 横浜：土13時-17時、日祝9時-17時 川崎：平日17時-20時、火曜日まで土は全曜日 相模原：5月連休以外の日祝9時-17時
初期救急実施時間等	平日夜間：20時-23時30分 休日：10時-16時	平日土曜：15時-22時 休日9時-17時	上記精神科救急医療体制整備事業の運用時間 帯で実施	平日17時-22時	県：それぞれの当番診療所 横浜：特定施設 川崎：それぞれの当番診療所 相模原：特定施設
初期救急実施場所(自院or特定施設)	大阪市精神保健福祉センター内に固定 大阪市精神科一時救急診療所	1診療所&2病棟の3カ所体制 2病棟は2カ輪番を兼ねる 当番診療所を案内して受診	上記当番病棟のほか県で指定した5診療所	当番となっている各診療所(1カ所/県)	県：それぞれの当番診療所 横浜：特定施設 川崎：それぞれの当番診療所 相模原：特定施設
体制スキーム 輪番型or常時型orその他	常時型	輪番型	その他(症例ごとに依頼)	輪番型	輪番型
体制スキーム 委託先等	診療所協会 当番医師は診療所協会が調整している 1人につき年2回(5日以内)当たるらしい	都の診療所協会 協会が調整して1年分の当番表を作成している 手上げにより約50診療所が参加している	宮城県医師会委託	診療所協会委託	県：5カ所の診療所が任意参加 調整団体会なし 横浜：拠点型 横浜市総合保健医療財団へ委託(指定管理) 川崎：輪番型 民間クリニックによる輪番 相模原市：拠点型 医師会に委託
体制スキーム 参加診療所数と連絡数	診療所医師、総合病院医師、大学病院医師で構成される	手上げにより約50診療所が参加している	県で5診療所を指定 情報センターから都度の依頼で応需可能な機関	約40カ所	川崎市：輪番型 民間クリニックによる輪番 相模原市：拠点型 医師会に委託
予算措置状況(国庫補助金の活用)	国庫補助あり「常時型外来対応施設」	全府市協同の精神科救急医療相談窓口でのトリアージを認める。 多い時は220件/年 次第に増りつつありH28は133依頼案件のうち66例が受診	国庫補助あり 外来対応施設	国庫補助あり 外来対応施設	医療情報窓口(24時間精神医療相談窓口)が案内する 平成28年度 案内件数133 受診114 平成28年度リフト入院件数291 [医療係置2.64+任意2.7]
受診までの流れ 実施について	府市協同の精神科救急医療相談窓口でのトリアージを認める。 多い時は220件/年 次第に増りつつありH28は133依頼案件のうち66例が受診	都下のトリアージを認めること、微妙な場合は輪番病棟が並列対応していることにより、入院になることはおそろしくほとんどないと思われる。	東京精神科救急医療情報センターから症例発生毎に個別依頼	精神科救急情報センター経由で案内する	医療情報窓口(24時間精神医療相談窓口)が案内する 平成28年度 案内件数133 受診114 平成28年度リフト入院件数291 [医療係置2.64+任意2.7]
入院が必要な場合の流れ	府の精神科救急情報センターに依頼して空床を調整してもらって身体科が必要などときには119通報	都下のトリアージを認めること、微妙な場合は輪番病棟が並列対応していることにより、入院になることはおそろしくほとんどないと思われる。	各医療機関の調整	精神科救急情報センターと相談の上、病床調整	医療情報窓口(24時間精神医療相談窓口)に充当して病床調整
連絡会議(連絡調整委員会)の開催状況	府で開催 診療所の代表が参加している	都下での開催は1回/年 診療所協会代表者が出席	1回/年 診療所協会代表者の参加あり	1回/年 診療所協会代表者が出席	1回/年 診療所協会代表者が出席
課題	診療所協会委員でないクリニックの方が多い 診療所協会委員は電話を登録しているが、つながらないこともある 予備線も大きく維持できるか不透明 件数も減りつつある一方で関係者から低活動の指摘がある	特に問題化していることはない 一般科や救急隊の対応では、一般的な連携課題がある。	全県一区なのでアクセスに課題がある 一般救急等域からはクリニック通院者の対応について意見が出ることもある	全県一区なのでアクセスに課題がある 一般救急等域からはクリニック通院者の対応について意見が出ることもある	かかりつけ医との連携の強化 全県一区なのでアクセスに課題がある
強み	夜遅くまで診療している診療所がある 合併症対応を主とする連携協議の場がある	件数が多い中、トリアージは正確 不明	不明	大きな混乱はない 協力あり	大きな混乱はない 協力あり
診療所医師の研修会参加状況	参加している	不明	不明	不明	不明
診療所医師の指導診療能力状況	診療所協会から対応可能研修の提出があるが、短い時間の時間であり、なかなか実働にならない	かなり多くの先生が時間内の措置診療に協力していると思う (医療機関ごとではなく個人登録なので診療所かどうかはわからない)	当番表なし	一部あり	5月連休、年末年始の当番に入っている 普段は当番表が無いので随時依頼しており協力実態はあると思う(精度不明)
診療所医師の夜間休日連携先要請状況	協会委員であれば登録されている	ある、どれほどの診療室が登録されているかは不明	診療所によってはあり	一部あり	なし