

2章 分担研究報告書

平成30年度 厚生労働科学研究費補助金
障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
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

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（国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部），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合理性に基づいた一定の標準的診療過程が求められつつも、他方では社会的生活背景や治療環境など、ケースの多様性にも現実的配慮が必要となる。危機状況を多数扱い、このような複雑な判断を迅速に行な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。実際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な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：平成 29 年度中に、過去に報告された精神科救急医療体制整備事業実績について再集計を行い、医療判断の全国的な年次傾向を解析するとともに、集約データを各都道府県に供覧してセルフレビューアンケートを実施したほか、実際の医療判断について、精神科救急入院料を算定する医療機関を時間外（休日・夜間）に受診したケースを対象とし、先行研究成果である「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、個別の判断過程や影響要因を明らかにする横断面調査を実施した。平成 30 年度には、これら集約データの追加解析を行い、医療判断の傾向を反映する指標を開発するとともに、他の分担班が開催した全都道府県の事業担当者が集まる「ヒアリング」にて、指標に関する議論を行って、これを確定させた。

結果：精神科救急医療体制整備事業実績の再集計では、①人口万対時間外受診数、②入院率、その積によって得られる③人口万対時間外入院数、が指標として有力であった。指標①と②は各都道府県の時間外医療を特徴づけるトリアージ状況を反映し、指標③は非自発入院の判断傾向を反映した。指標③の年次変化は僅かに増加傾向にあり、中央値は 2004～2015 の 12 年間で 1.01～1.74 であった。ヒアリングを通じ、これら 3 指標が全て全国動向と比較できる形で表示される散布図及びその経時変化図は説得力を有すフィードバックとして確認された。精神科救急入院料を有する全国 134 医療機関のうち 54（回答率 40.3%）施設を時間外に受診した 509 例の解析では、主診断が F4 の場合に、要入院・非自発入院判断となる可能性のオッズ比が有意に低かった。基本 5 要件では、治療の可能性を除く 4 要因（医学的な重症性、社会的不利益、急性の展開、治療の必要性）が両判断にとって有意に高く、医学的重要性が最も影響が大きかった。状態像では、両判断において躁状態、精神運動興奮状態、意識障害、幻覚妄想状態、抑うつ状態の順に有意であった。緊急に医療介入を要する因子のうち、行動因子の該当が最も非自発入院判断の可能性が高く、続いて医療関係因子（初発、中断）が有意であった。サポート因子（家族、同居者等の有無）や身体合併症因子の該当は要入院判断の可能性が有意に高く、自発入院が選択される可能性を示唆した。行動因子のうち他害のおそれがある場合の非自発入院可能性は有意に高く、自傷のおそれや自律不全では有意に低かった。医療関係性因子のう

ち、初診の場合の要入院判断は70%超、そのほとんどが非自発入院であったが有意所見ではなかつた。中断例は全例が要入院しており、非自発入院判断可能性が有意であった。

考察：平成29年度の調査結果の追加解説を行い、医療判断について個別視点、巨視的視点の2側面から検討し、エキスパートや関係者による協議を経て、非自発入院判断の標準化、妥当性向上のための信頼性の高い臨床指標の開発を行った。行政指標としての「人口万対時間外受診数」、「入院率」、「人口万対時間外入院数」、個別指標としての「基本5要件」、「重症度と状態像」、「緊急に医療介入を要する因子」はいずれも有力であり、医療判断の特徴の推移や動向、トレンドを反映する指標を見出すとともに、指標の意味づけがなされた。今後の診療ガイドラインに反映させるべき推奨事項の基礎資料となる有意義な見識と考えられる。

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に多々遭遇する。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、その判断は当然ながら臨床医学的合理性を前提としつつ、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。

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)（文献1）では、危機状況への影響要因として①病状因子、②行動因子、③サポート因子、④時間帯因子、⑤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裁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、法を根拠とした手続きを経つつ、明確な科学的根拠に基づいた一定の標準的診療過程による臨床医学的合理性を前提に、多様性や社会的諸因子にも柔軟な対応を行う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、迅速性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く、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。

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ために有意義な指標を開発することを目的とした。

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）

①事業実績変遷の再解析と可視化

平成 29 年度までに、精神科救急医療体制整備事業における実績報告に基づき、2004（平成 16）年度から 2015（平成 27）年度までの直近 12 年分について、都道府県ごとの時間外診療実績の可視化と再解析を行った。「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、同年度に実施したセルフレビュー調査の資料として活用した。

「人口万対時間外受診件数」（横軸）と「受診したうちの入院率」（縦軸）の積によって得られる「人口万対時間外入院数」は非自発入院の判断実態をある程度反映すると考えられ、この変数を基に危急な介入の臨床判断の経年動向について検討した。

②追加解析と指標開発

解析およびセルフレビューの結果から、エキスパート・コンセンサスによる議論を行い、指標となり得る「人口万対時間外受診件数」、「受診したうちの入院率」、「人口万対時間外入院数」について、その意義と有用性を

検討して再解析し、指標の開発を行った。

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「人口万対時間外入院数」については、年次変化および変動幅をあらためて算出し、それら数値を自治体における危急な介入の臨床判断の基準とする試みを行った。

③指標の有用性検討

他の分担班（精神科救急及び急性期医療における自治体及び医療機関の連携等の地域体制のあり方に関する研究（分担研究者：塙本哲司））が開催した全都道府県の事業担当者が集まる「ヒアリング」にて、指標を提示し、意義や課題などに関する議論を行った。

2) 対象

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 2～14）

3) 尺度

なし

4) 期間（研究スケジュールなど）

平成 30 年度内

5) 手続き

特記事項なし

6) 統計解析／分析方法

②において、「人口万対時間外入院数」の直近データを暫定的な基準値とするため、あらためてその中央値や分散を算出し、③において散布図にその範囲をスーパーインポーズしてフィードバックする手法案を開発するため、5, 25, 50, 75, 95 パーセンタイルを求めた。

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）

平成 29 年度までに、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 11）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。

平成 30 年度は、基準における各項目（後述の a～f）を目的変数、転帰を説明変数として追加解析し、本基準の有用性や意義について、臨床指標開発の観点からエキスパート・コンセンサスによって議論し、総合的に検討した。

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 の医療機関のうち、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 年に策定した「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、本研究のために見合うよう、修正等を加えて新たに調査個票（参考資料 1）を作成し、これを質問紙とした。

調査の項目は、以下の通り。

- a. 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））
- b. 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）
- c. 基本要件（医学的な重症性、社会的不利性、急性の展開、治療の必要性、治療の可能性）
- d. 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

追加解析および検討期間：平成 30 年度

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

① 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合わせがあり、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。

② 各項目が該当する場合の転帰の比較

平成29年度は、A1・A2各群およびB1・B2各群における、a、c、d、f項目の該当あり／なし割合について、 χ^2 二乗検定を用いた検定により群間比較を行った。

平成30年度は説明変数と目的変数を入れ替え、a、c、d、f項目の該当群における、A1・A2+A3群およびB1・B2群の転帰の差について、項目ごとにそれぞれの占める割合を算出するとともに、多重ロジスティック回帰分析を実施した。

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）。

C. 結果

1. 精神科救急医療体制整備事業実績の後方視調査

① 事業実績変遷の再解析と可視化

平成29年度までの解析で、「人口万対年間時間外受診件数」（横軸）と、「受診者の入院率」（縦軸）による全国の各都道府県実態の散布図は、その座標位置が、各都道府県の時間外医療を特徴づけるトリアージ状況を反映すると考えられた（文献番号15）。

各年度の散布図において、「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が、その全国的な年次変化は僅かに増加傾向にあった。

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、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。変動理由を客観的に判断することは困難で、自治体のセルフレビューで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が、わからないとの回答も多かつた。

② 追加解析と指標開発（図1～49）

セルフレビュー調査やエキスパート・コンセンサスによる議論では、「人口万対時間外受診数」、「受診したうちの入院率」およびその積によって得られる「人口万対時間外入院数」は指標として有力であった。

「人口万対年間時間外入院数」の全国的な中央値は2004～2015の12年間で1.01～1.74であった（図1）。この数値を基準として、その幅を散布図にスーパーインポーズすることにより、すべての3指標について、単一の散布図上に全国水準との比較が可能なスタイルで、各都道府県における事業特徴と非自発入院判断の動向を客観的かつ具体的に示すことが可能となった（図2～48）。

これにより、散布図の座標位置が、各都道府県の精神科救急医療体制整備事業を客観的に特徴づけ、経年変化も可視化できることからも、自治体への事業実績フィードバックの例として適切と考えられた。

以上の解析結果により、座標位置から推定される事業や地域における精神科救急医療実践の特徴を解説したマトリックス（図49）を作成し、自治体へのフィードバック案に組み入れた。

③ 指標の有用性検討

②に示した3指標全てを同時に可視化した

散布図およびマトリックスのフィードバック案を、全都道府県の事業担当者が集まる「ヒアリング」にて提示したところ、自治体のセルフレビューにとって有用であり、説得力を有すフィードバックツールとして確認された。

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。最終ケース数は 516 例で、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 50)

【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) 時間外の入院、非自発入院の要否に影響する要因

a. 基本情報 (主診断) (図 51~52)

診断カテゴリーが F0 である症例群での要入院判断は 75.0%、非自発入院判断は 63.9%、入院したうち非自発入院率は 88.5% であった。

診断カテゴリーが F1 である症例群での要入院判断は 62.1%、非自発入院判断は 40.0%、入院したうち非自発入院率は 70.6% であった。

診断カテゴリーが F2 である症例群での要入院判断は 60.7%、非自発入院判断は 46.4%、入院したうち非自発入院率は 84.9% であった。

診断カテゴリーが F3 である症例群での要入院判断は 60.6%、非自発入院判断は 42.5%、入院したうち非自発入院率は 76.3% であつた。

た。

診断カテゴリーが F4 である症例群での要入院判断は 35.1%、非自発入院判断は 25.0%、入院したうち非自発入院率は 75.0% であった。

診断カテゴリーが F6 である症例群での要入院判断は 40.0%、非自発入院判断は 18.8%、入院したうち非自発入院率は 50.0% であった。

診断カテゴリーが F7 である症例群での要入院判断は 57.1%、非自発入院判断は 50.0%、入院したうち非自発入院率は 87.5% であった。

各診断カテゴリーが該当する場合の転帰について、非自発入院 (A1) か否 (A2 および A3) か、要入院 (B1) か否 (B2) かの 2 変数によってロジスティック回帰分析を行い、主診断として F4 が該当する場合、要入院・非自発入院判断となる可能性のオッズ比が有意に低かった (表 1~2)。

c. 基本要件 (図 53~54)

医学的な重症性が該当する症例群での要入院判断は 86.8%、非自発入院判断は 76.7%、入院したうち非自発入院率は 92.7% であった。

社会的不利益が該当する症例群での要入院判断は 79.6%、非自発入院判断は 64.5%、入院したうち非自発入院率は 87.3% であった。

急性の展開が該当する症例群での要入院判断は 78.6%、非自発入院判断は 66.7%、入院したうち非自発入院率は 87.7% であった。

治療の必要性が該当する症例群での要入院判断は 79.5%、非自発入院判断は 63.2%、入院したうち非自発入院率は 83.1% であった。

治療の可能性が該当する症例群での要入院判断は 65.9%、非自発入院判断は 51.1%、入院したうち非自発入院率は 84.4% であった。

ロジスティック回帰分析による結果では、「治療の可能性」を除く 4 要因全てが両判断において有意に高いオッズ比を示し、その影響の程度は「医学的な重症性」(オッズ比 : 非

自発入院、要入院の順に 8.22 および 6.05) で最も顕著、続いて「社会的な不利益」(同 2.36 および 3.28)、「急性の展開」(同 2.31 および 2.21) 「治療の必要性」(同 1.97 および 3.39) であった(表 3~4)。

d. 状態像(図 55~56)

意識障害である症例群での要入院判断は 70.4%、非自発入院判断は 57.1%、入院したうち非自発入院率は 84.2% であった。

幻覚・妄想状態である症例群での要入院判断は 72.1%、非自発入院判断は 56.9%、入院したうち非自発入院率は 84.5% であった。

精神運動興奮状態である症例群での要入院判断は 77.4%、非自発入院判断は 71.6%、入院したうち非自発入院率は 95.8% であった。

抑うつ状態である症例群での要入院判断は 56.7%、非自発入院判断は 32.1%、入院したうち非自発入院率は 62.9% であった。

躁状態である症例群での要入院判断は 95.2%、非自発入院判断は 81.0%、入院したうち非自発入院率は 85.0% であった。

解離状態である症例群での要入院判断は 27.3%、非自発入院判断は 9.1%、入院したうち非自発入院率は 33.3% であった。

状態像がその他に分類された症例群での要入院判断は 39.1%、非自発入院判断は 28.4%、入院したうち非自発入院率は 81.6% であった。

ロジスティック回帰分析による結果では、躁状態がどちらの判断でも最も高いオッズ比(非自発入院、要入院の順に 14.40 および 48.02) を示し、突出した影響であった。精神運動興奮状態がそれに続き(同 9.4 および 8.49)、意識障害(同 6.36 および 7.65)、幻覚妄想状態(同 5.43 および 7.22)、抑うつ状態(同 2.07 および 3.98) であった(表 5~6)。

f. 緊急に医療介入を要する因子(図 57~62)

行動因子が該当する症例群での要入院判断は 78.5%、非自発入院判断は 63.6%、入院したうち非自発入院率は 85.4% であった。

行動因子のうち他害のおそれが該当する症例群での要入院判断は 91.4%、非自発入院判断は 82.8%、入院したうち非自発入院率は 93.3% であった。

行動因子のうち自傷のおそれが該当する症例群での要入院判断は 78.7%、非自発入院判断は 54.5%、入院したうち非自発入院率は 76.1% であった。

行動因子のうち自律不全が該当する症例群での要入院判断は 65.8%、非自発入院判断は 54.0%、入院したうち非自発入院率は 84.7% であった。

サポート因子が該当する症例群での要入院判断は 62.4%、非自発入院判断は 38.2%、入院したうち非自発入院率は 65.4% であった。

医療関係性因子が該当する症例群での要入院判断は 58.3%、非自発入院判断は 47.2%、入院したうち非自発入院率は 89.4% であった。

医療関係性因子のうち初診が該当する症例群での要入院判断は 73.1%、非自発入院判断は 63.0%、入院したうち非自発入院率は 94.4% であった。

医療関係性因子のうち中断が該当する症例群での要入院判断は 100.0%、非自発入院判断は 100.0%、入院したうち非自発入院率は 100.0% であった。

医療関係性因子のうちかかりつけ医が対応できないが該当する症例群での要入院判断は 44.9%、非自発入院判断は 32.1%、入院したうち非自発入院率は 81.0% であった。

時間帯因子が該当する症例群での要入院判断は 44.4%、非自発入院判断は 27.3%、入院したうち非自発入院率は 75.0% であった。

身体合併症因子が該当する症例群での要入院判断は 66.7%、非自発入院判断は 40.7%、入院したうち非自発入院率は 64.7% であった。

ロジスティック回帰分析による結果では、非自発入院判断において行動因子(35.28) と医療関係性因子(1.91) が、要入院判断において

て行動因子（24.55）、サポート因子（2.70）、合併症因子（3.20）がそれぞれ有意に高いオッズ比を示し、両判断で行動因子が突出して高い影響であった。行動因子の中で、他害行為は両判断において有意に高いオッズ比（非自発入院、要入院の順に2.89および3.06）を示したが、自殺企図は非自発入院において（0.63）、自律不全は両判断において（0.53および0.37）有意に負の影響を示した。医療関係性因子のうち、中断は非自発入院判断に高いオッズ比（8.16）を示し、有意な影響が観察されたが、要入院判断では有意でなかった（5.72）。他方、かかりつけ医が対応できないは、両判断可能性において有意に低かった（非自発入院、要入院の順に0.17および0.22）（表7～8）。

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合理性に基づいた一定の標準的診療過程が求められつつも、他方では社会的生活背景や治療環境など、ケースの多様性にも現実的配慮が必要となる。

危機状況を多数扱い、このような複雑な判断を迅速に行な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。

同事業の直近の過去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、地域間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し、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理解が可能である。

どちらの場合も優れた側面と課題があり、より適切な方向性については言及しがたく、

この2変数で示される座標位置は該当自治体における受診トリアージの特徴を示すものと解釈される。

より具体的に延べれば、座標位置が【左上】にある「厳しいトリアージ」の優れた点は、

- 限られた医療資源の有効活用
- であり、課題は

- 医療確保の不足
- 初期診療の不足

座標が【右下】にある「緩いトリアージ」の優れた点は、

- 優れたアクセシビリティ
- 良心的医療

であり、課題は

- 安易な時間外診療
- 過剰医療

と評価される。

他方、散布図はどの年度であっても双曲線への近似を継続的に示した。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」が概ね一定であることを示す。「時間外入院」は、必ずしも全てが非自発入院ではないが、夜間休日に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ことが考えられる。各地で確保されている空床数の上限があるため、これが数値に影響するものの、非自発入院の判断は概ねある一定の範囲内である可能性が示された。

「人口万対時間外入院数」の年次推移は漸増である。時代とともにニーズの増加があるのか、整備状況が向上して医療サービス提供の利便性や活動性が上向きであるのかは不明であるが、概ね一定であるはずの非自発入院の判断にも、トレンドや影響要因があることが示唆される。

以上の観察所見から、平成29年度の考察では、上記3変数が有力な指標となり得ること、これらを可視化してフィードバックし、事業実績が座標上、双曲線上のどの位置にあるのかを認識することで、運営状況や特色を

各都道府県が自ら客観評価できることの有用性が考えられた。

平成 30 年度には「人口万対時間外入院数」の中央値や分散をあらためて解析し、この基準幅を近似双曲線の帯として示すことで、散布図上に全国水準との比較が可能なスタイルで、非自発入院判断の動向を客観的かつ具体的に示すことが可能となった。

すなわち、座標位置が【左下】にある場合は、

- ★ 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介入過少等の可能性

【右上】にある場合は

- ★ 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介入過多等の可能性

が示唆される。

このように、全国的な動向と比較できる形式で 3 変数を同時に可視化する様式（図 2～48）が開発されたことから、上記考察に沿って、座標軸の位置によってどのような特徴や課題などが考えられるのかを整理したマトリクスが設定された（図 49）。当然ながら、どのような実態が理想的という結論はできない。

これらの様式について、エキスパート・コンセンサスによる検討を重ね、他の分担班が開催した全都道府県の事業担当者が集まる「ヒアリング」の場で検討することで、指標としての意義、フィードバック方法としての有用性を検証したところ、「人口万対時間外受診件数」、「受診したうちの入院率」、「人口万対時間外入院数」は各自治体の精神科救急医療体制整備事業や非自発入院における医療判断の実態をよく反映し、指標として有用であることが考えられた。

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 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（基本情報）、基本要件、状態像、重症度、緊急に医療的介入を要する因子との関連等を検討した。

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 2.1% 程度発生していたことが判明した。また、時間外の精神科受診ニーズは、主要状態像を含め 16 の代表ニーズ（表 9）に集約されることが示された。なお、他の状態像について、さらに「その他」に分類されたのは、具体的記述が無く受診理由不明、「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」、「亜昏迷状態」であり、多様性が著しいため、その転帰判定を一括して論じることは臨床的意義を有さないと考えられた事案である。

これらの副次的な所見は、標準化のための大きな見識となった可能性があると同時に、制度上の課題が抽出され、今後の法律家や行政担当者を含めたさらなる総合的議論の必要性が示唆された。

群間比較では、BPRS 総得点は非自発入院、要入院の判断となった群は有意に高得点であり、医療判断において重症度が大きな要因となることがまず示された。

各項目について、非自発入院の判断（A1）では、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、要入院の判断（B1）では、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、自発入院の判断（A2）では抑うつ状態、行動因子のうち自

傷、サポート因子、入院不要の判断（B2）では、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。

平成30年には、説明変数と目的変数を入れ替え、各項目が該当する場合の転帰を比較した。

その結果、時間外受診時の診断カテゴリーでは、F0である症例群で最も要入院判断となる割合が高く、75.0%に上った。続いてF1、F2、F3、F7であり、いずれのカテゴリーも6割ほどが要入院判断となった。非自発入院判断も同様傾向にあり、F0が最も多かった。要入院判断がほぼ同水準の4カテゴリーのうち、非自発入院の比率は多い順にF7、F2、F3、F1であった。要入院判断となりにくくF4とF6では、F6のほうがより非自発入院判断が少なく（自発入院が選択されやすく）、非自発入院と自発入院が同率であった。

一方、これらの観察所見をロジスティック回帰分析によって検討したところ、有意差を示したのはF4のみで、負の影響、すなわちF4が該当する場合、非自発入院の適応外、入院不要と判断されやすいことが示された。

基本要件では、いずれの要件も該当した場合は高率に要入院（65.9～86.8%）、非自発入院（51.1～76.7%）判断となることが示されたが、ロジスティック回帰分析を行ったところ、そのオッズ比において有意な影響を示したのは「治療の可能性」以外の4要因であった。その影響の程度はいずれの判断においても、「医学的な重要性」が突出して高く、非自発入院では統いて社会的不利益＝急性の展開＝治療の必要性>治療の可能性の順、要入院判断では治療の必要性＝社会的不利益＝急性の展開>治療の可能性の順であった。

状態像では、躁状態が突出して要入院・非自発入院判断となりやすく、その著しさはロジスティック回帰分析においても再確認された。統いて両判断とも精神運動興奮、意識障害、幻覚・妄想、抑うつ状態の順であり、解

離では影響がなかった。抑うつや解離では、他の状態像に比べ、自発入院（A2）が選択されることが多くみられた。

緊急に医療的介入を要する因子では、行動因子が該当する場合に最も非自発入院判断が多く、医療関係性因子がそれに続き有意であった。一方、要入院判断でも、行動因子が該当する場合に最も多く、いずれの判断も行動因子の影響は突出していたが、身体合併症、サポート因子の順に有意で、両判断での所見が一部異なっていた。このことから、身体合併症、サポート因子では自発入院が選択される可能性が示唆される。行動因子うち、他害のおそれが該当する場合の要入院判断

（91.4%）、非自発入院判断（82.8%）は極めて高く、すべての因子の中でも顕著であった。統いて自傷のおそれ、自律不全の順に、該当する場合の要入院判断は高率であったが、自傷のおそれでは自発入院が選択されることが比較的多かった（全体で10.8%のところ17.2%）。ロジスティック回帰分析の結果では、他害のおそれの該当が両判断に強い影響を示すことが再確認されたが、その他2要因は影響がない、あるいはむしろその判断を回避する要因という結果であった。医療関係性因子は、初診・中断が含まれ、要入院判断、特に非自発入院判断に結びつきやすいと考えられた。特に中断例は、調査期間中の全例が非自発入院判断であった。逆にかかりつけ医が対応できいための救急受診では、入院判断（44.9%）、非自発入院判断（32.1%）となることは多くなく、ロジスティック回帰分析では両判断を回避する要因との結果であった。時間帯因子で非自発入院判断となるのは27.3%で、平日日中であれば入院せずに済んだという場合、実際に入院となることはそれほど多くなく、影響は小さいと考えられた。

以上のように、診断カテゴリー、基本5要件、状態像、緊急に医療的介入を要する因子のいずれもが、結果としての要入院判断や非

自発入院判断において特徴的な観察所見を示しており、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、精神科救急医療場面における医療判断の過程がどのような臨床評価によって行われるのかを示唆する所見が多く得られた。

平成 29 年度の解析と併せ、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ほか、他の臨床場面での判断過程と同じ方法で明らかにすることにより、精神医療全体の臨床作業を客観評価できる可能性が考えられる。

E. 結論

医療判断について個別視点、巨視的視点の 2 側面から検討し、エキスパートや関係者による協議を経て、非自発入院判断の標準化、妥当性向上のための信頼性の高い臨床指標の開発を行った。行政指標としての「人口万対時間外受診数」、「入院率」、「人口万対時間外入院数」、個別指標としての「基本 5 要件」、「重症度と状態像」、「緊急に医療介入を要する因子」はいずれも有力であり、医療判断の特徴の推移や動向、トレンドを反映する指標を見出すとともに、指標の意味づけがなされた。今後の診療ガイドラインに反映させるべき推奨事項の基礎資料となる有意義な見識と考えられる。

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）化がはから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。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

塩澤拓亮、藤井千代、野田寿恵、杉山直也：精神科救急医療体制整備事業の実態把握－後方視調査による経年動向の検討－. 第 26 回日本精神科救急学会学術総会, 2018.10.11, 沖縄

H. 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

I. 文献

1. 日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン 2015 年版（平田豊明、杉山直也監修）. 2015
2. 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
3. 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
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
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. 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
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
7. 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
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
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
10. 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
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
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
13. 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
14. 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
15. 杉山直也：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。平成29年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業），精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究，分担研究報告書，2018

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

酗釈状態 (単純酔釈 複雑酔釈 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問わらず評価せよ		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。身体徵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徵候。身体徵候や行動、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ある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	意氣消沈と悲哀。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の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)		1・2・3・4・5・6・7	
11 猜疑心	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問わらず、現在認められる猜疑心のみを評価せよ。		1・2・3・4・5・6・7	
12 幻覚による行動	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	
13 運動減退	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	
14 非協調性	面接者に対する抵抗、非友好性、易怒性の徵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	
15 不自然な思考内容	普通ではない、風変わりな、異様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	
16 情動の平板化	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	
17 興奮	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	
18 失見当識	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	

図1 人口万対年間入院件数

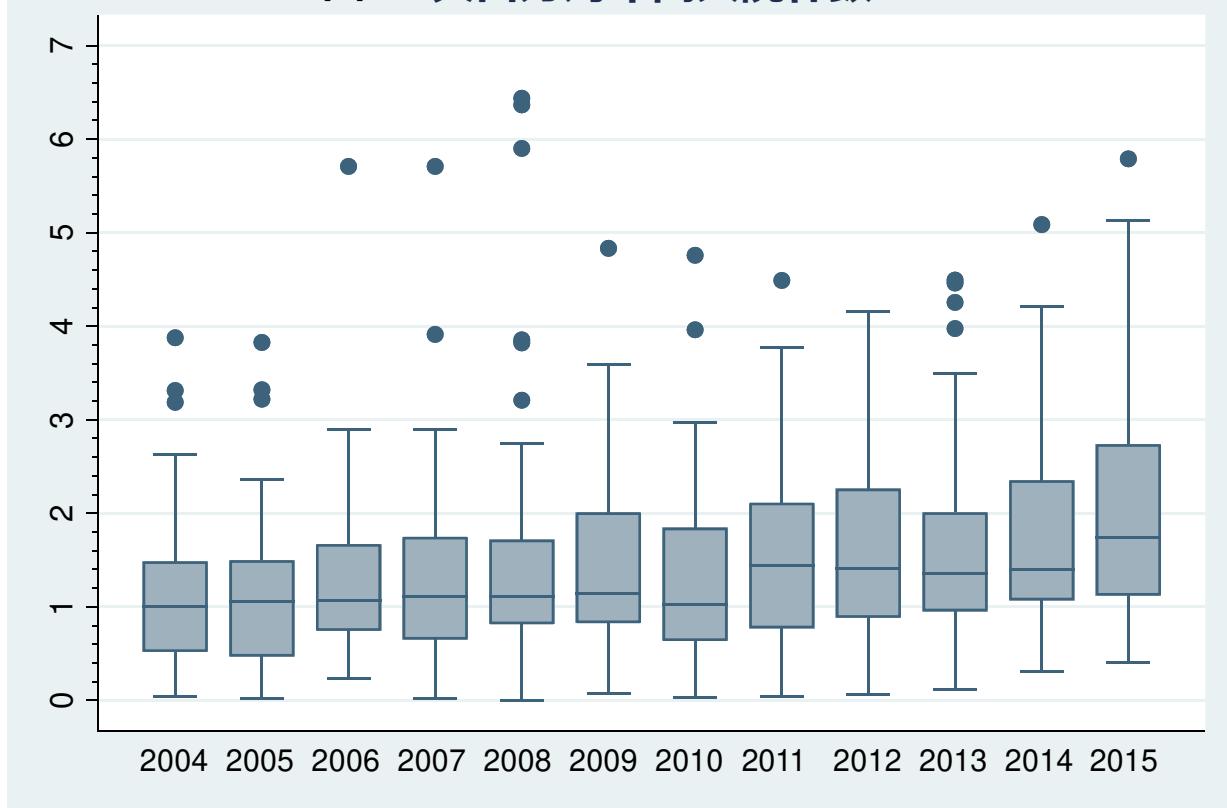
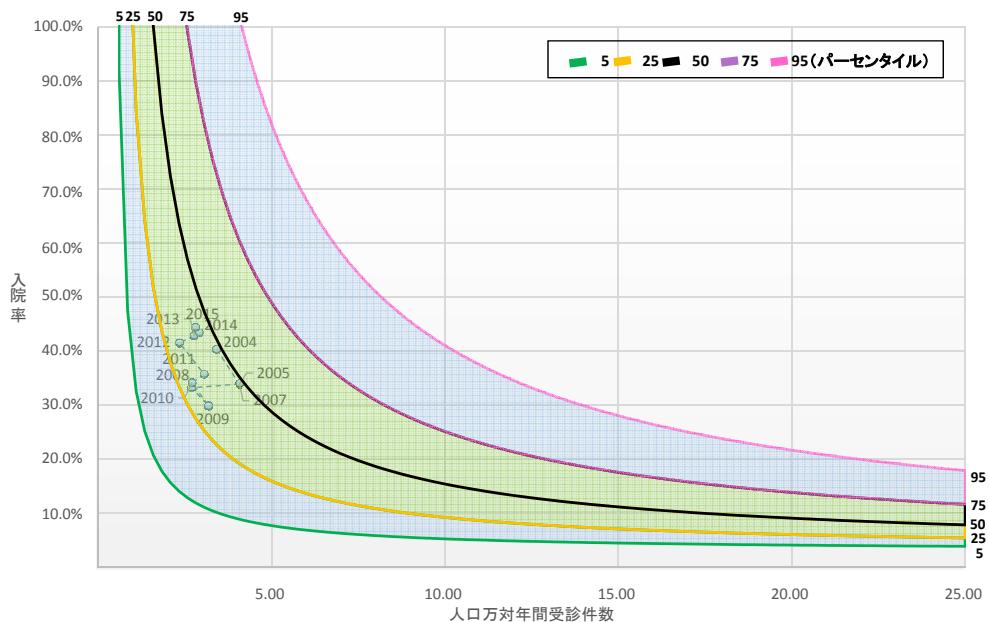
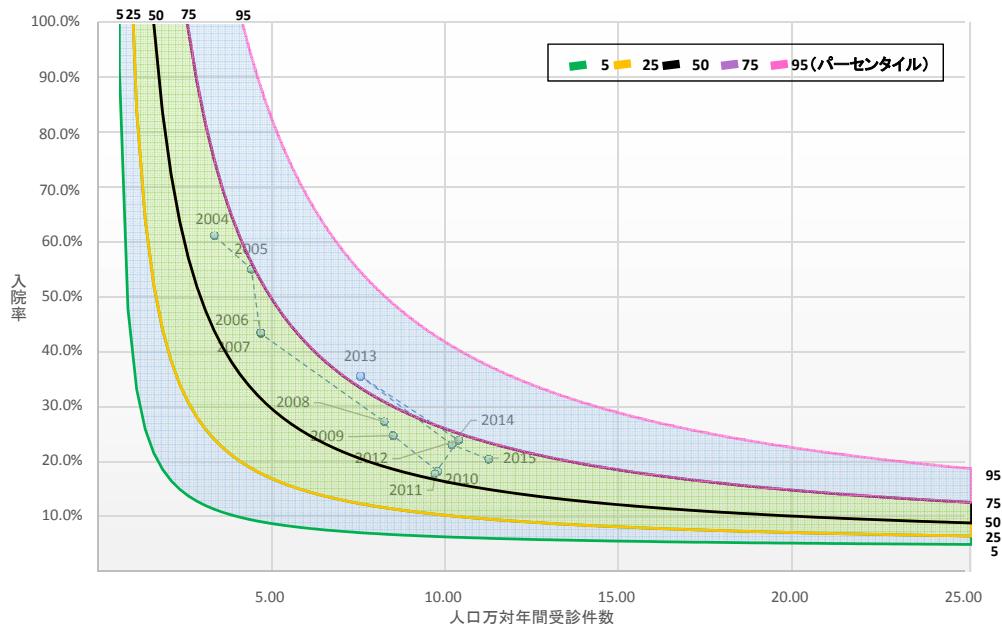


図2 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(北海道)



**図3 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(青森)**



**図4 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(岩手)**

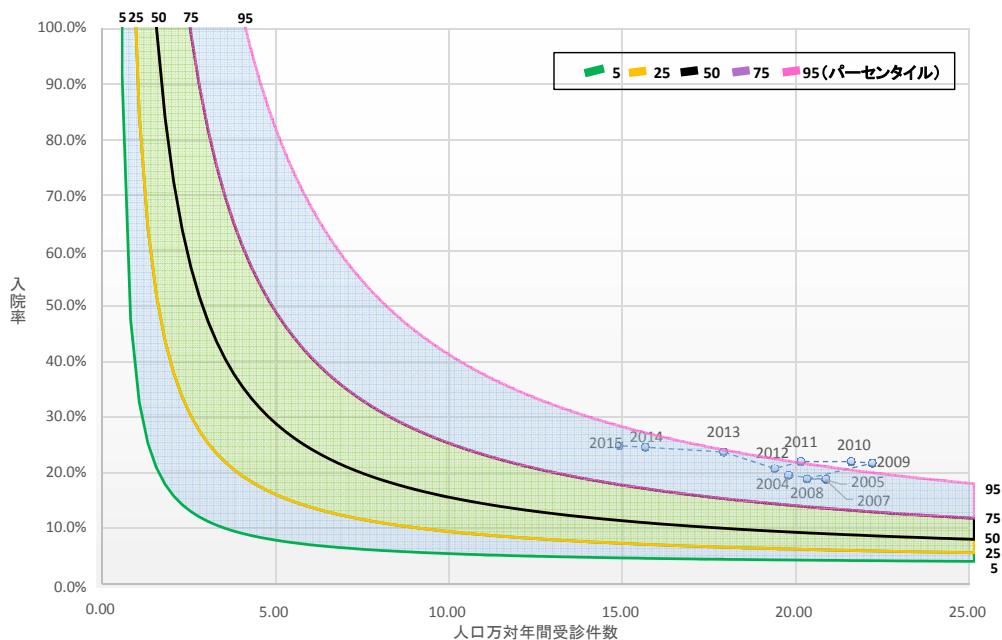


図5 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(宮城)

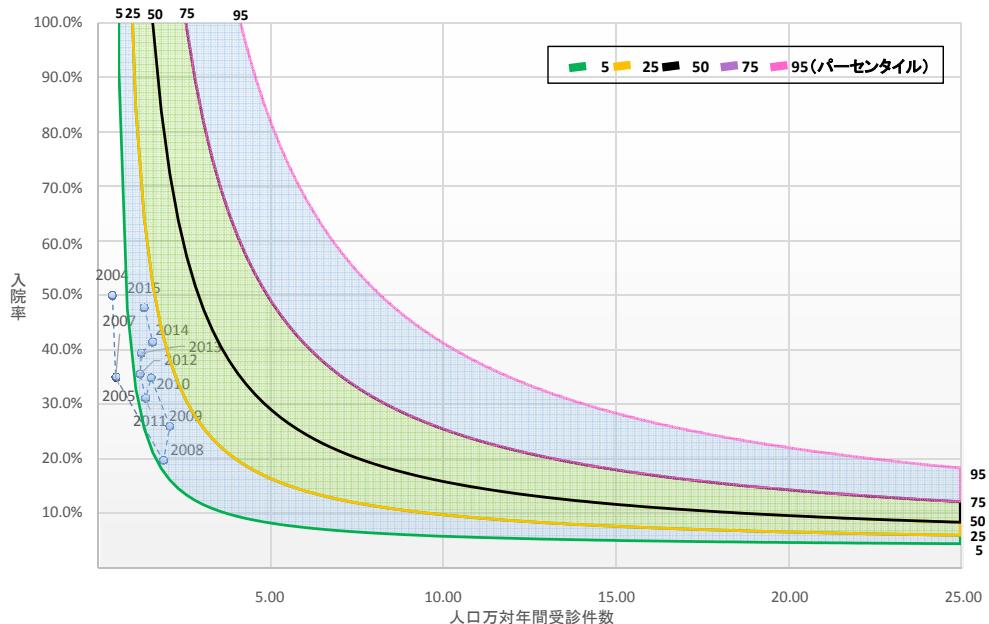
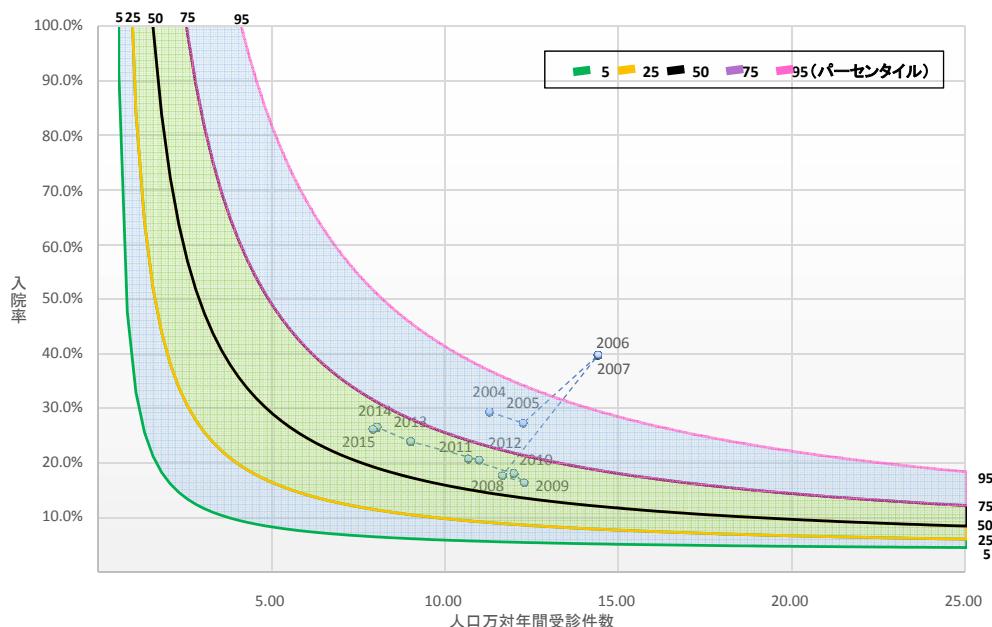
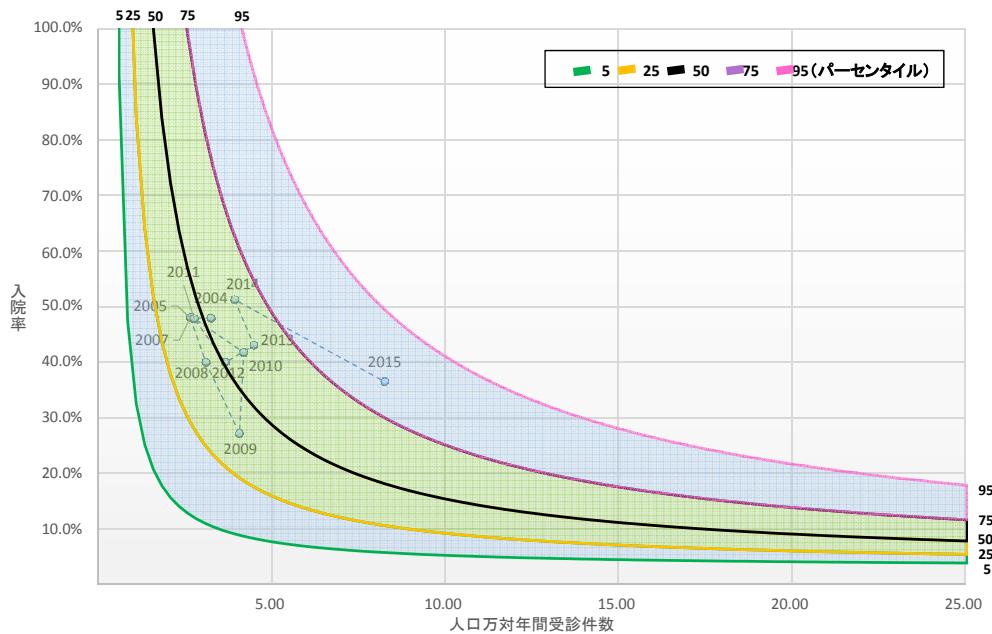


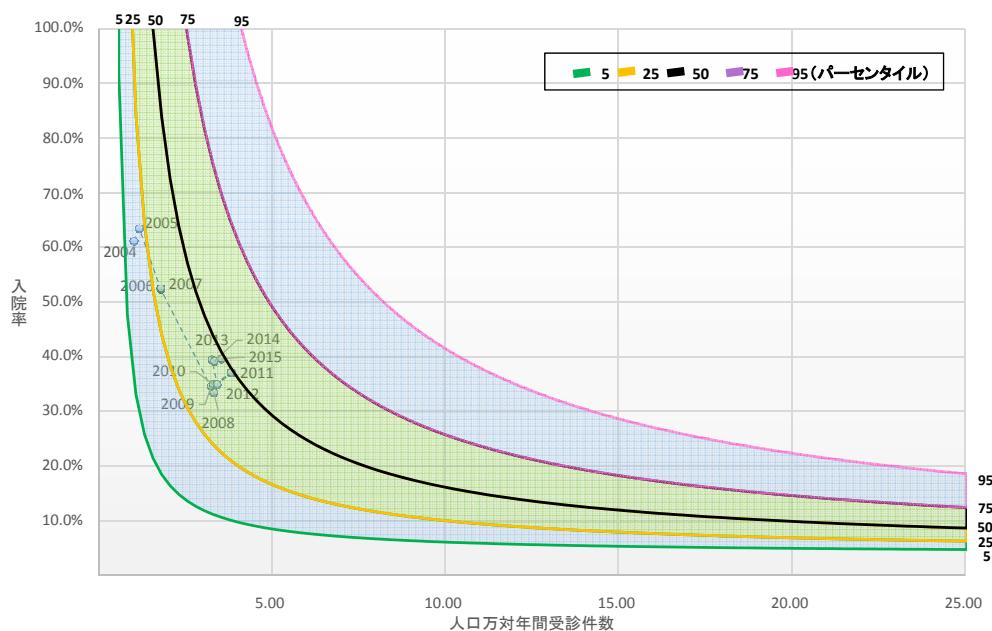
図6 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(秋田)



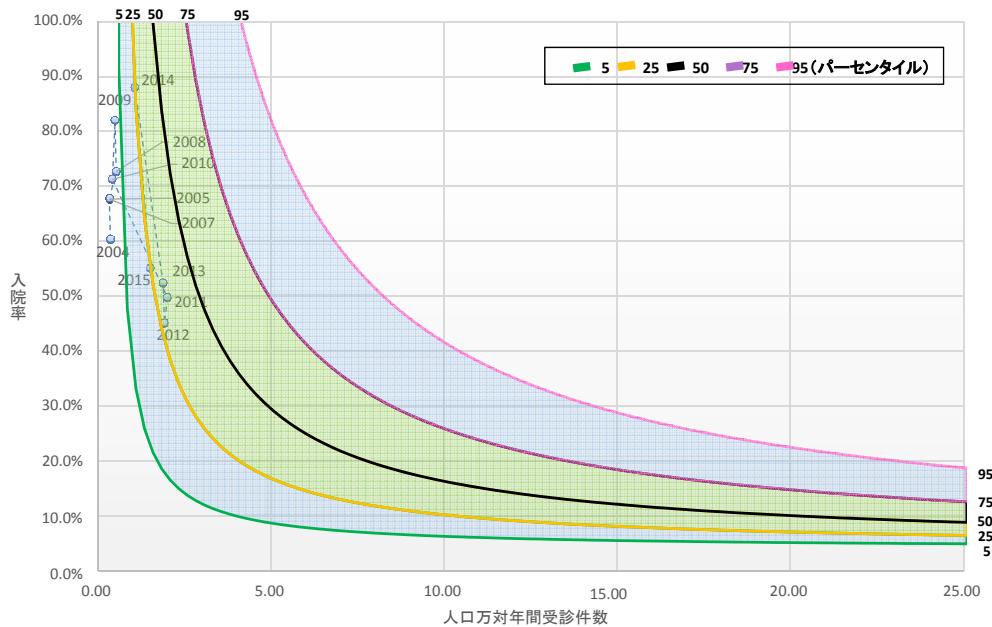
**図7 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(山形)**



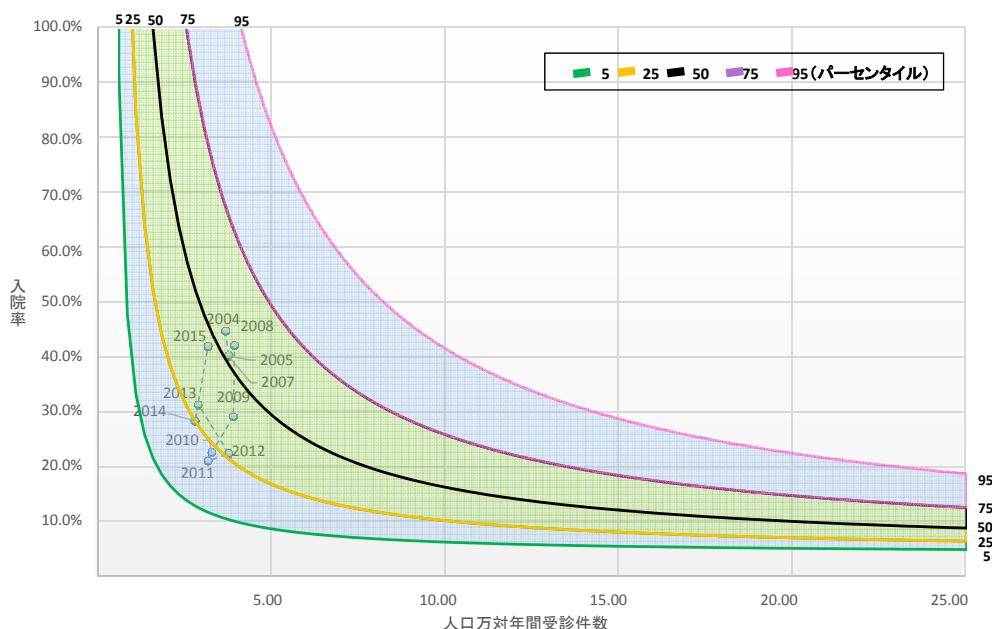
**図8 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(福島)**



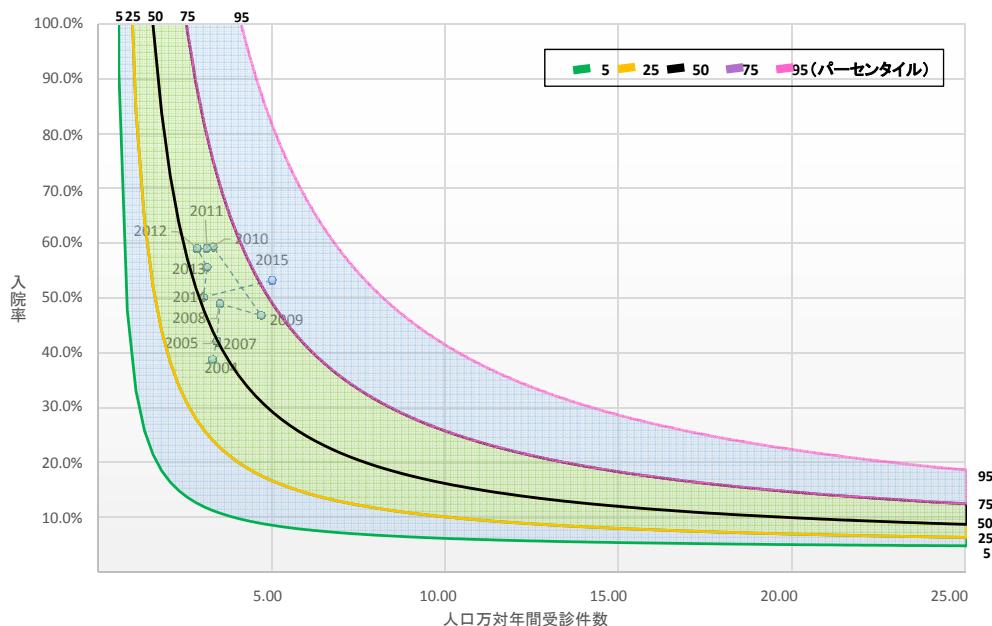
**図9 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(茨城)**



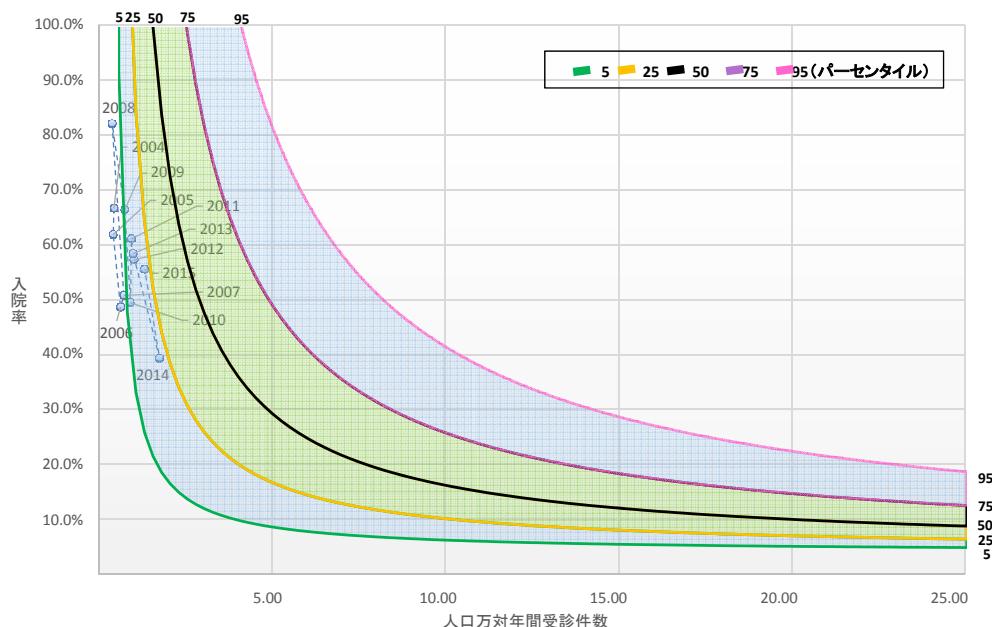
**図10 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(栃木)**



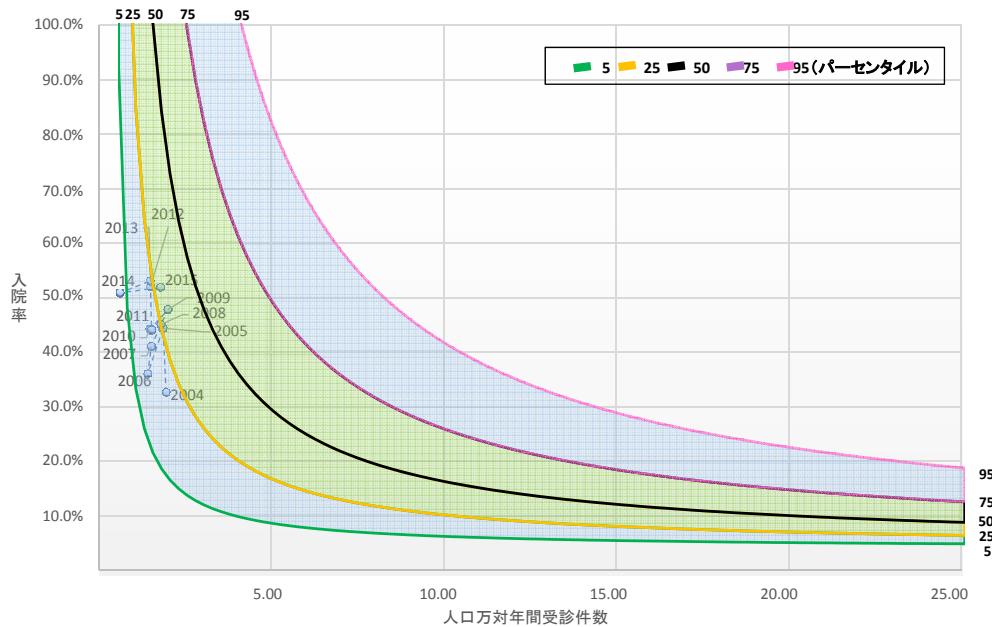
**図11 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(群馬)**



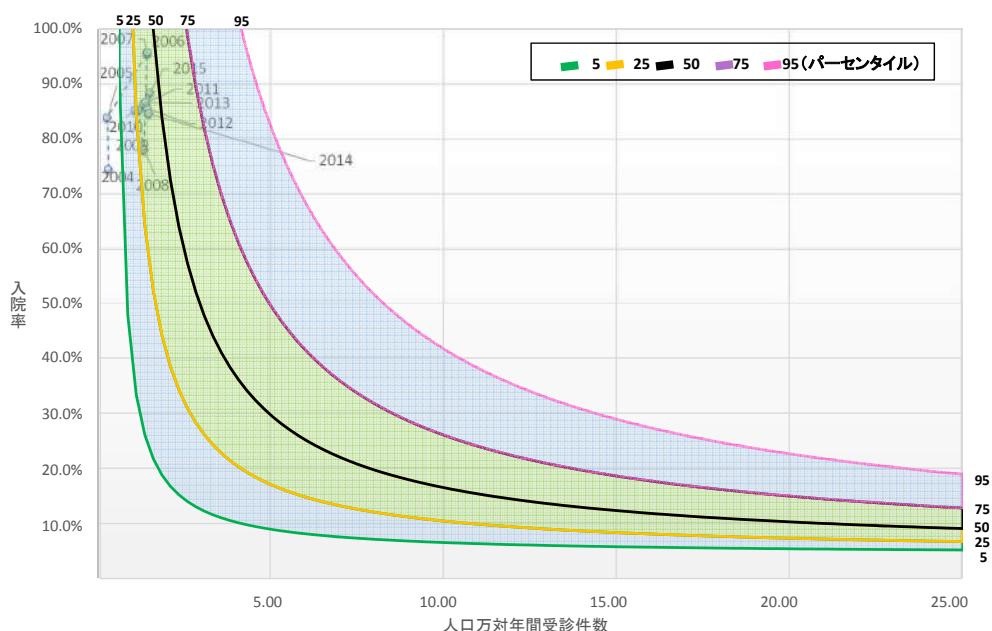
**図12 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(埼玉)**



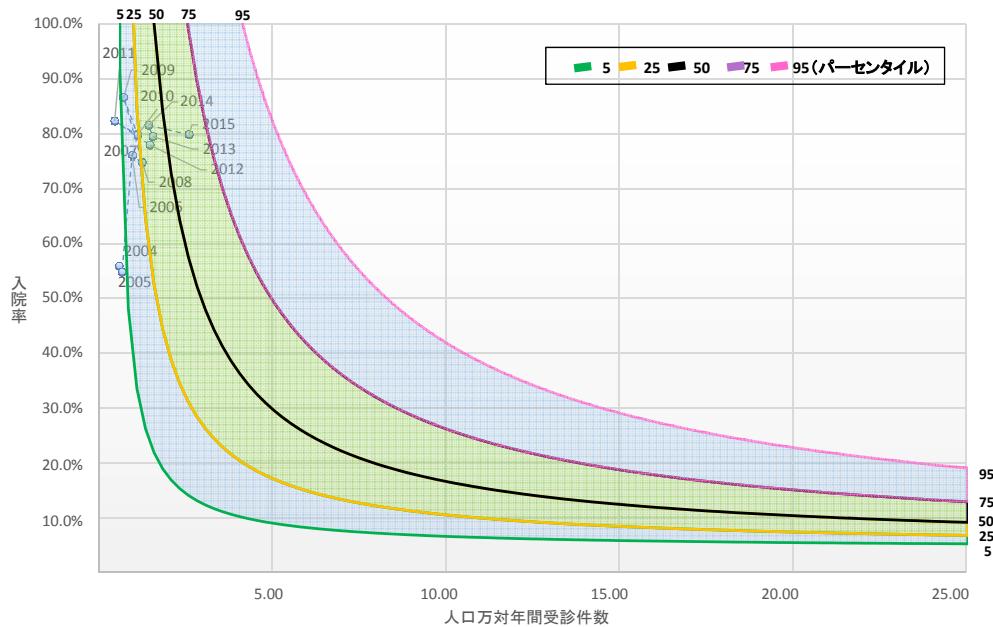
**図13 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(千葉)**



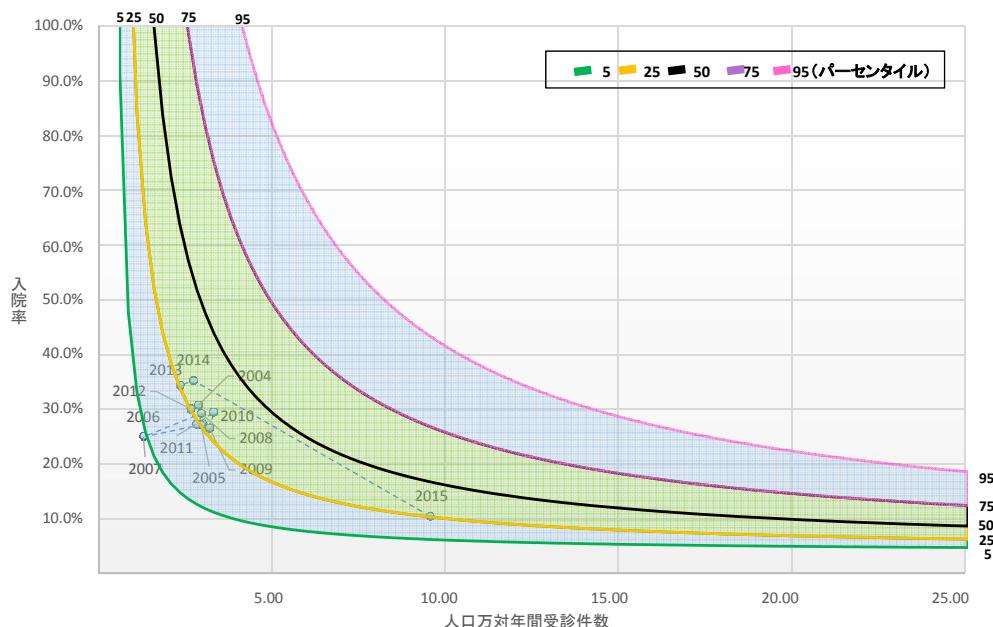
**図14 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(東京)**



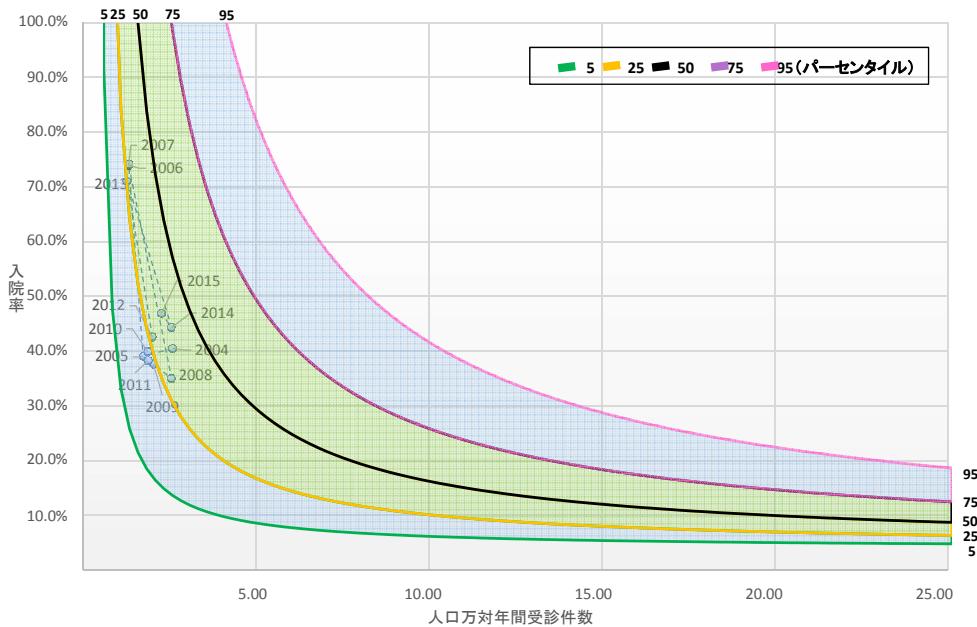
**図15 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(神奈川)**



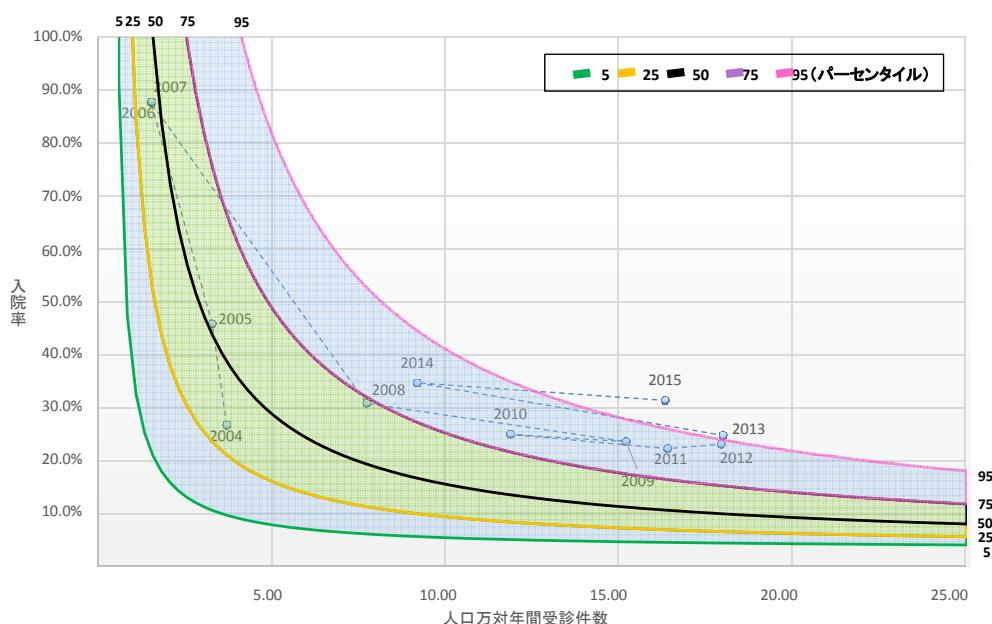
**図16 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(新潟)**



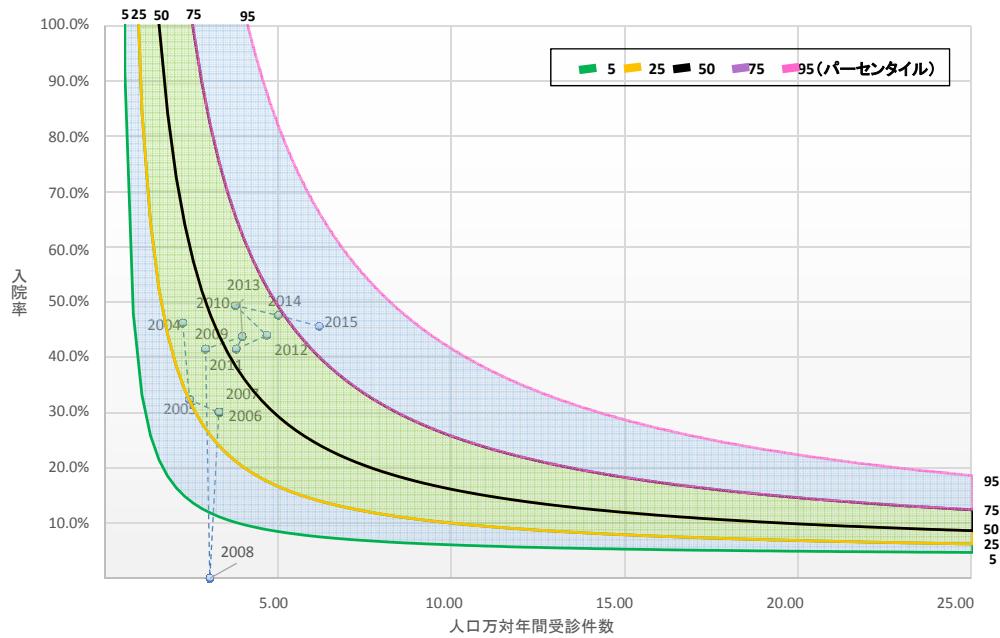
**図17 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(富山)**



**図18 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(石川)**



**図19 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(福井)**



**図20 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(山梨)**

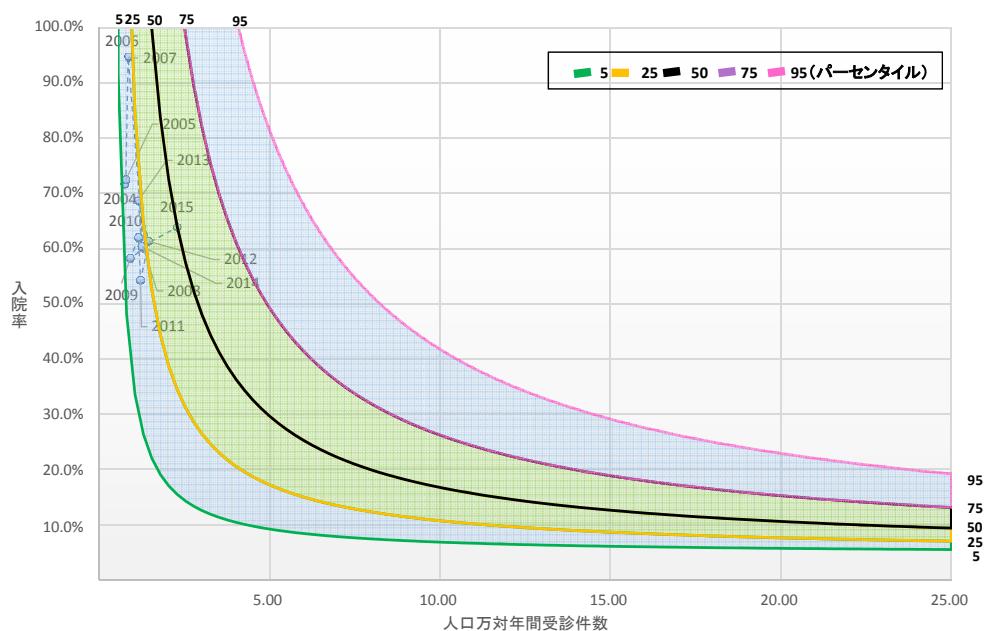


図21 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(長野)

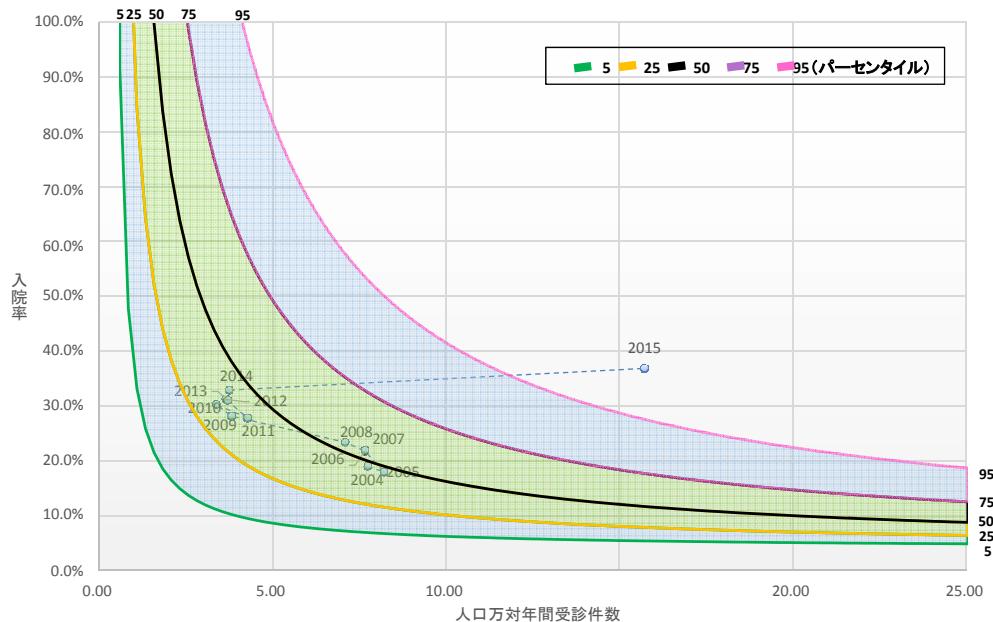
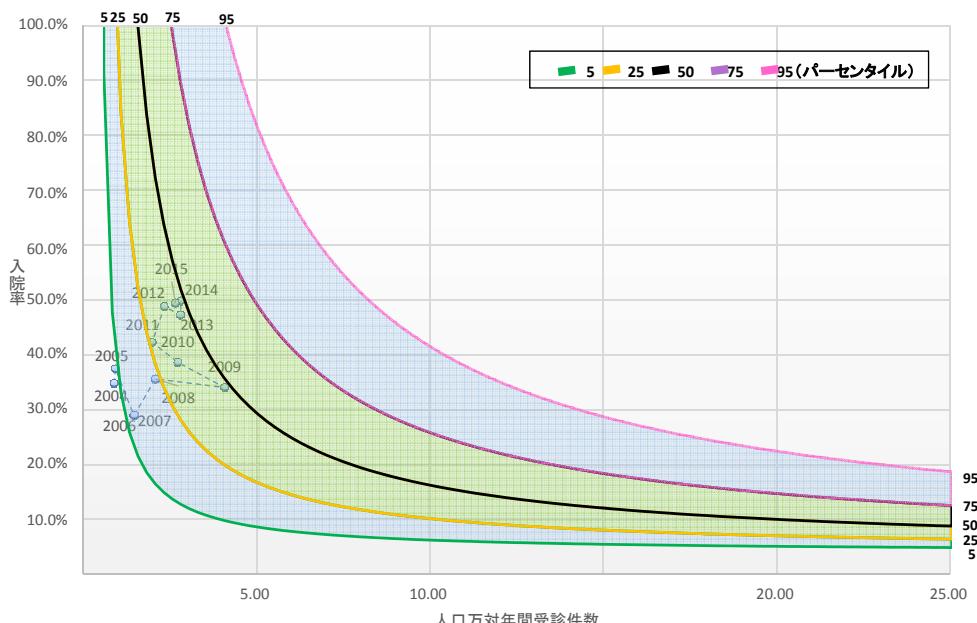
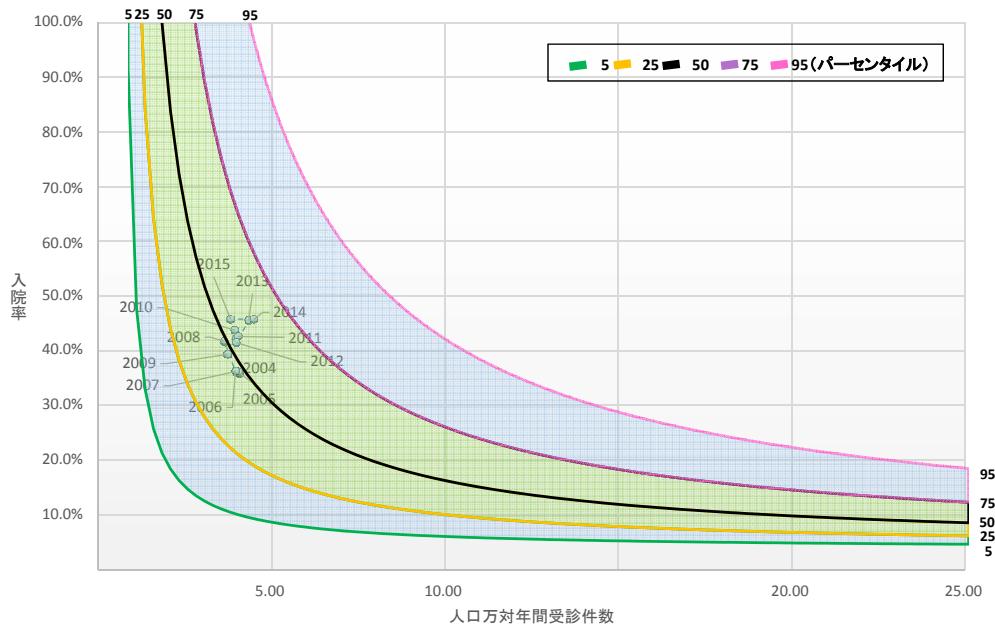


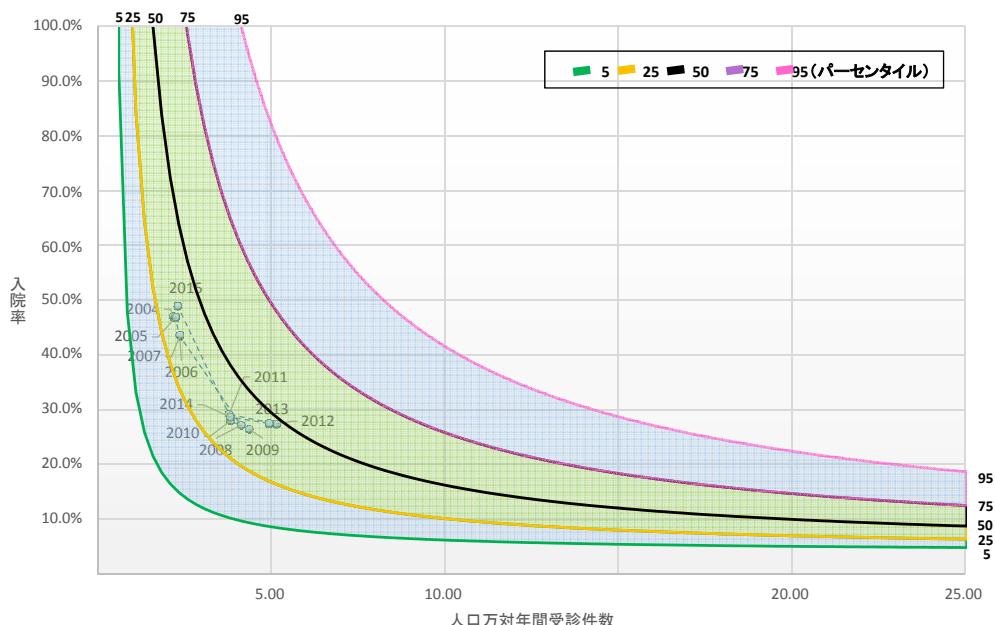
図22 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(岐阜)



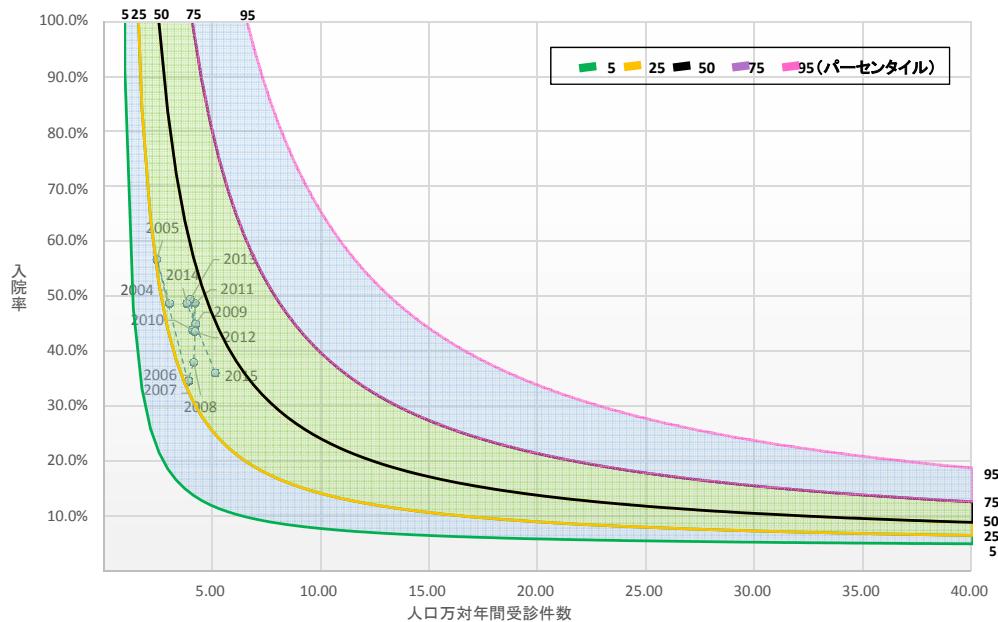
**図23 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(静岡)**



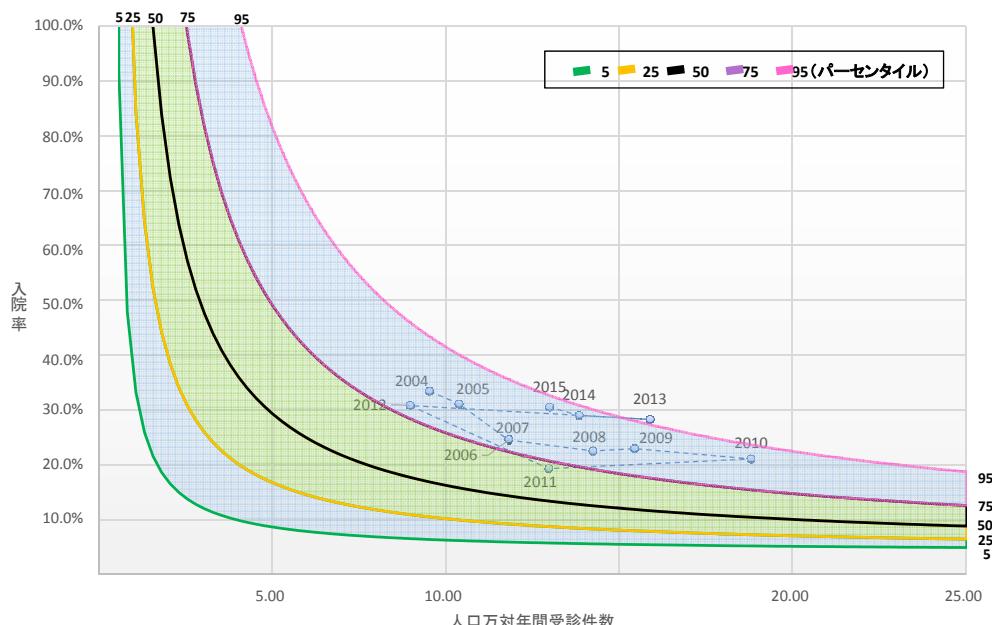
**図24 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(愛知)**



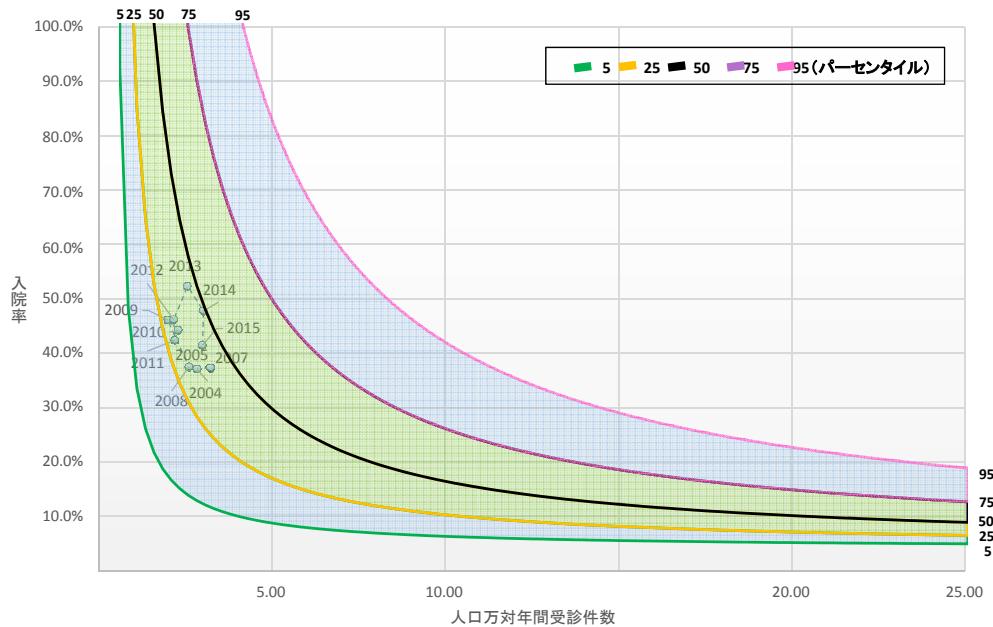
**図25 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(三重)**



**図26 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(滋賀)**



**図27 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(京都)**



**図28 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(大阪)**

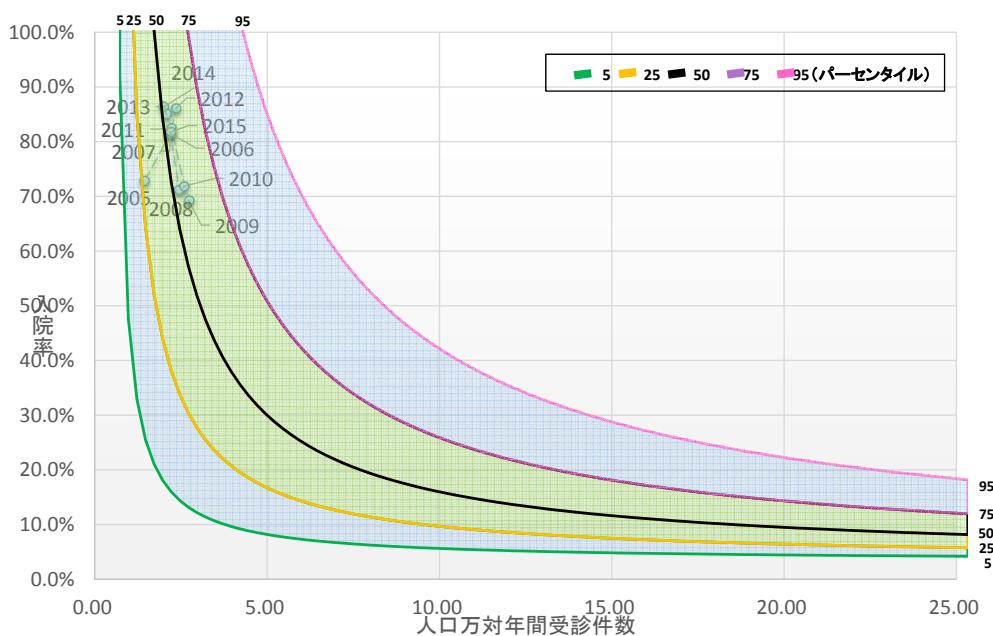


図29 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(兵庫)

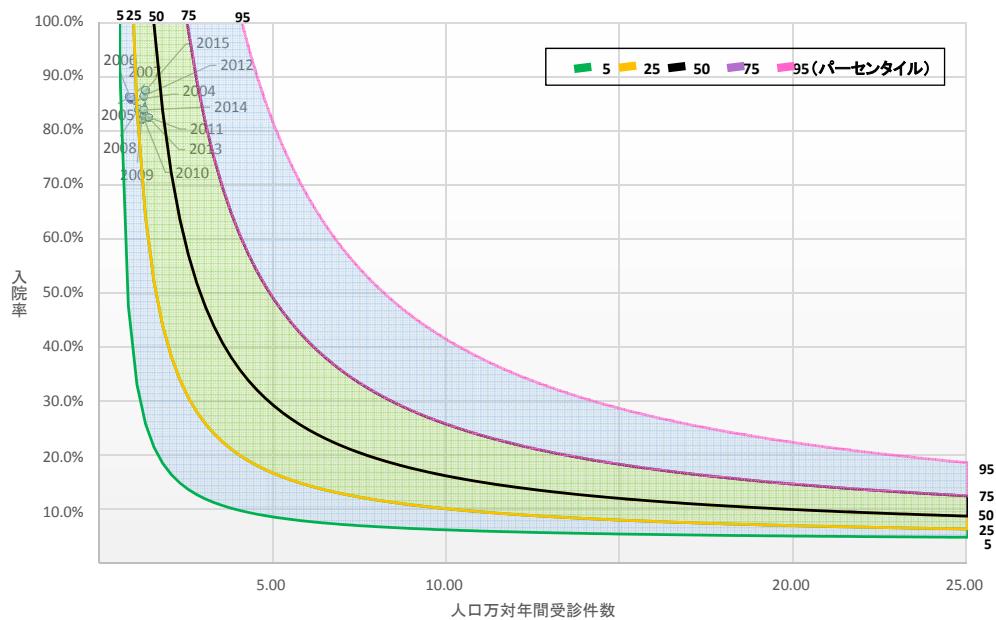


図30 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(奈良)

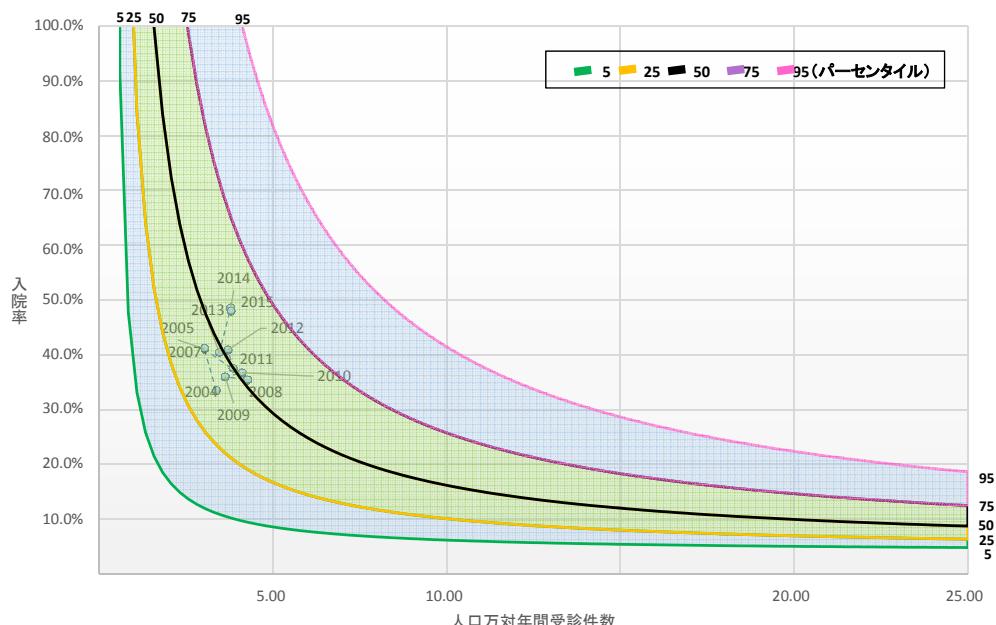


図31 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(和歌山)

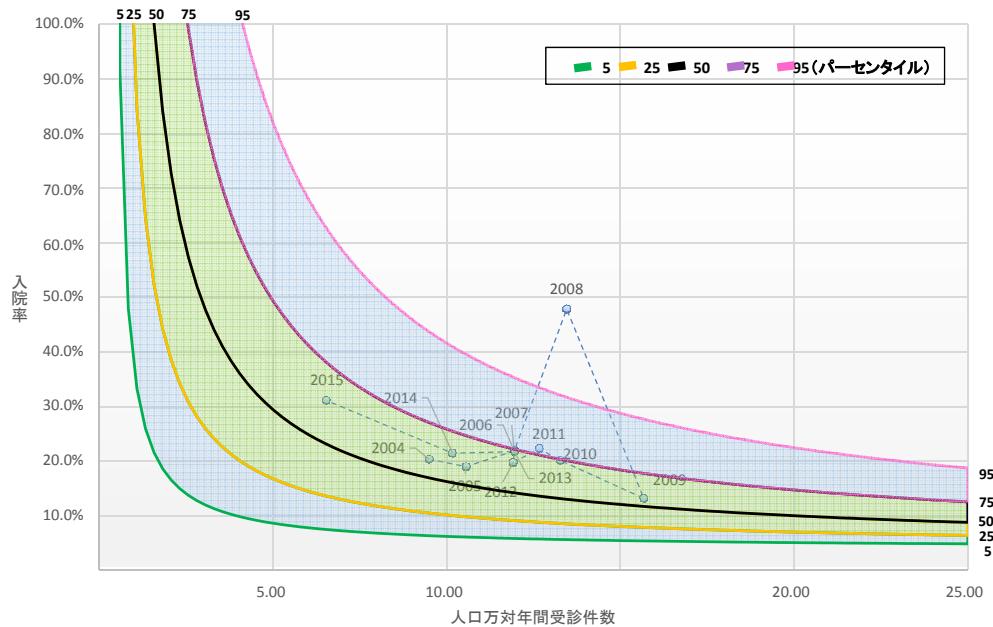


図32 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(鳥取)

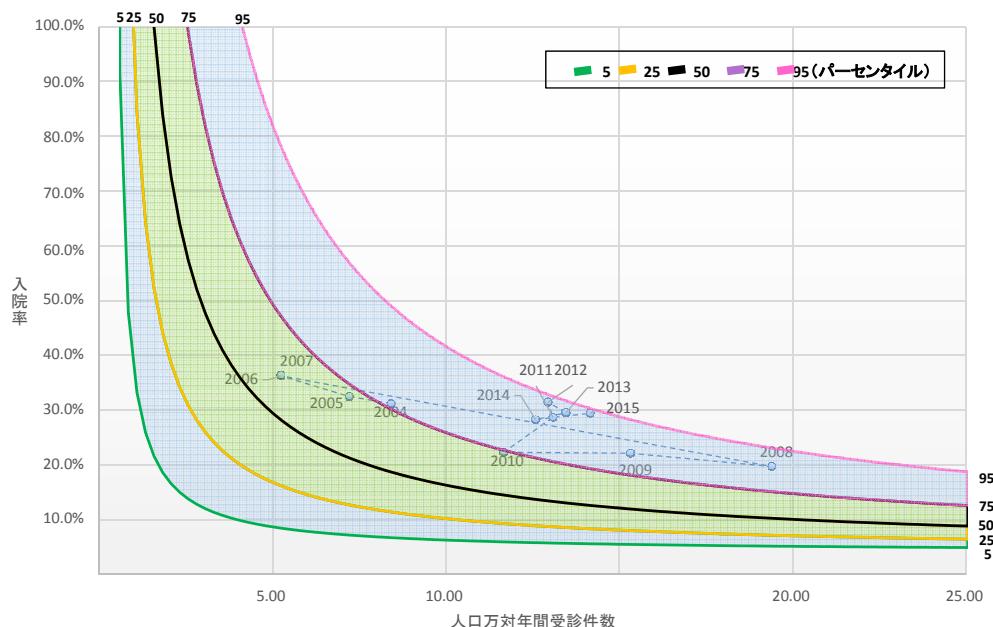


図33 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(島根)

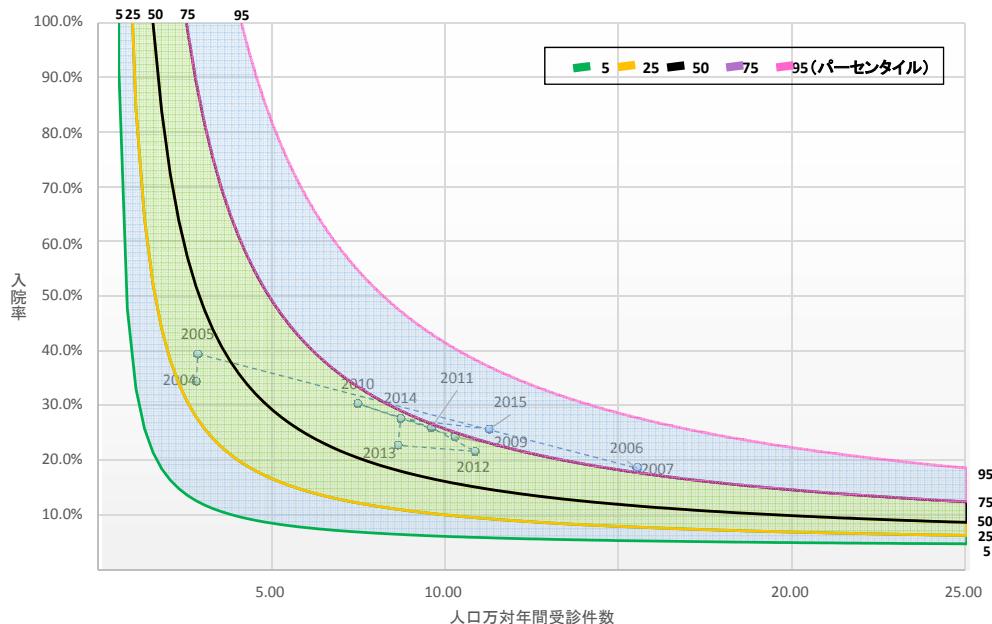
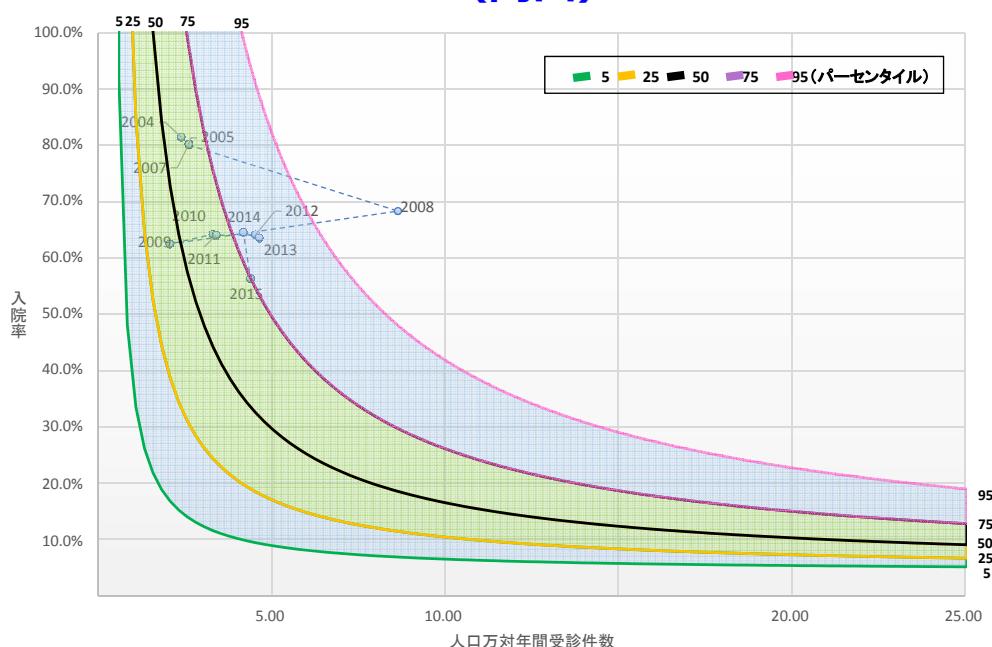
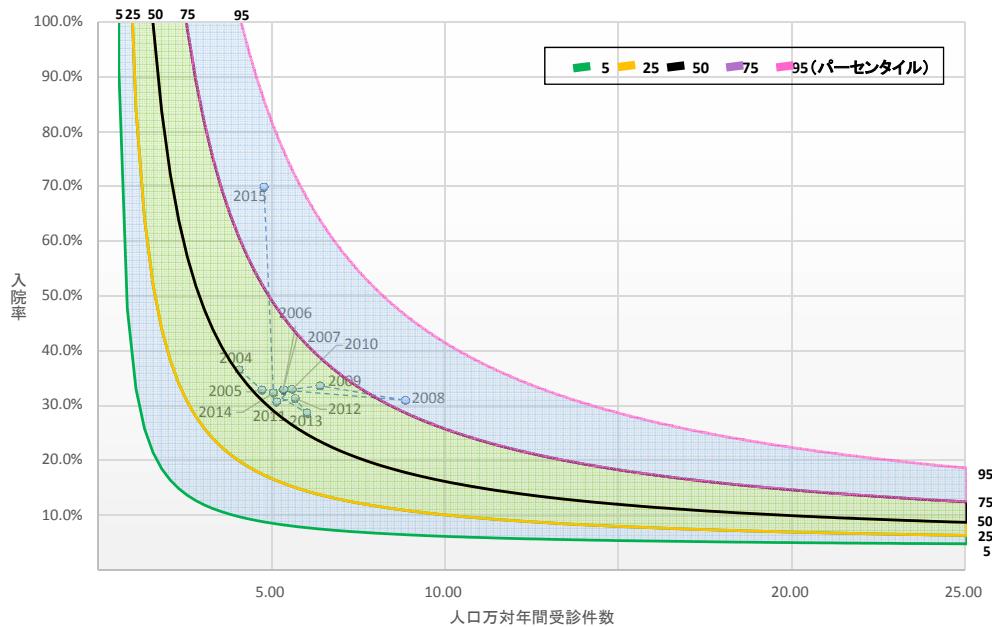


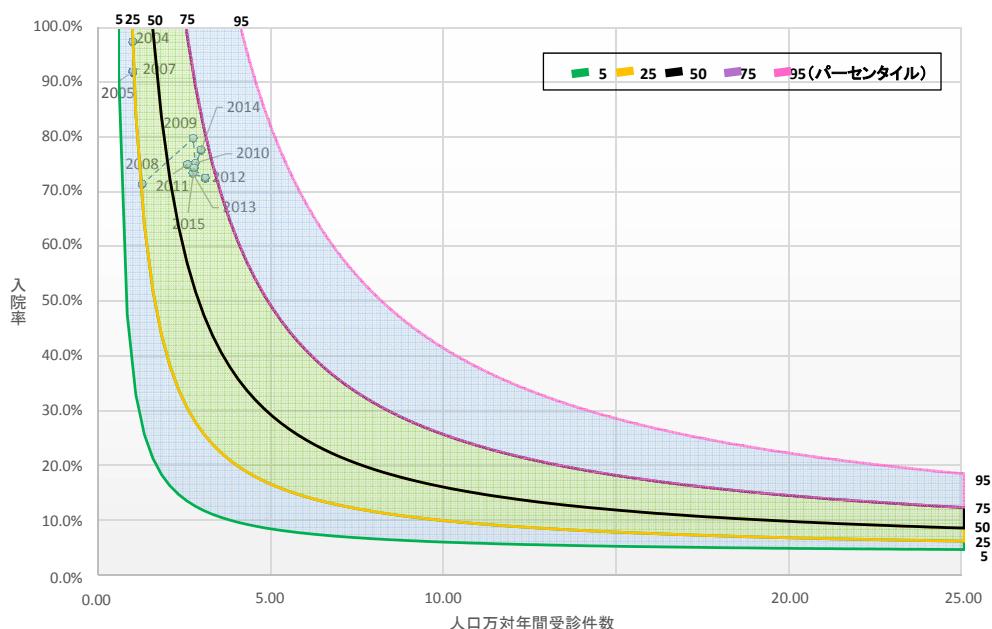
図34 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(岡山)



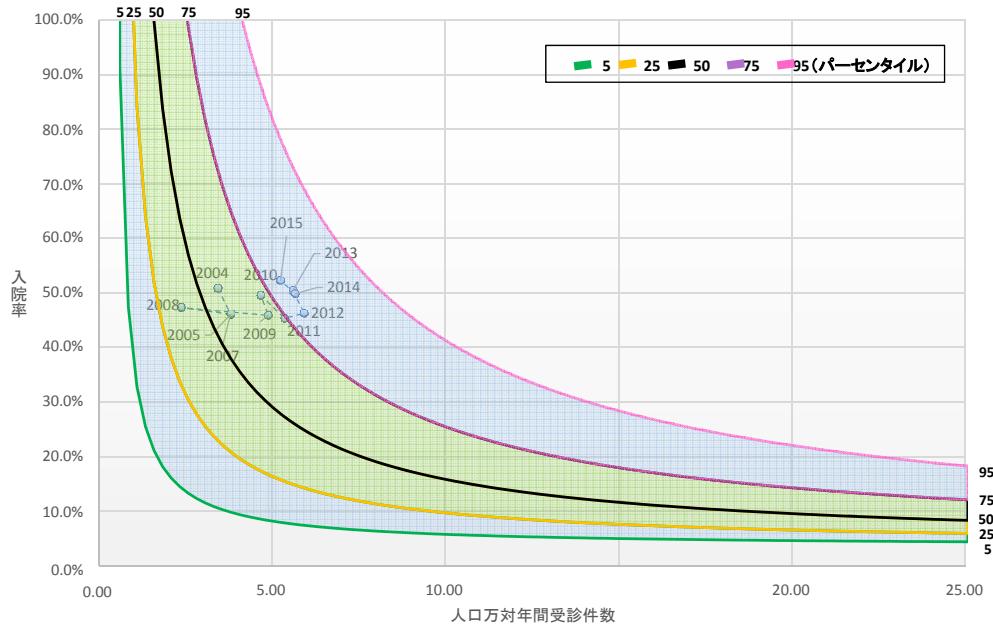
**図35 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(広島)**



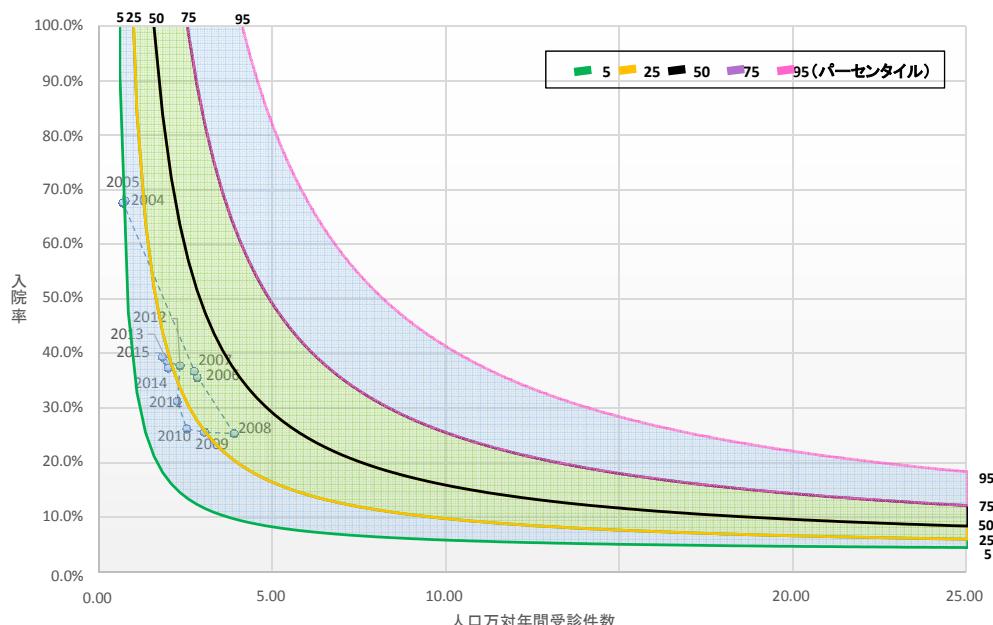
**図36 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(山口)**



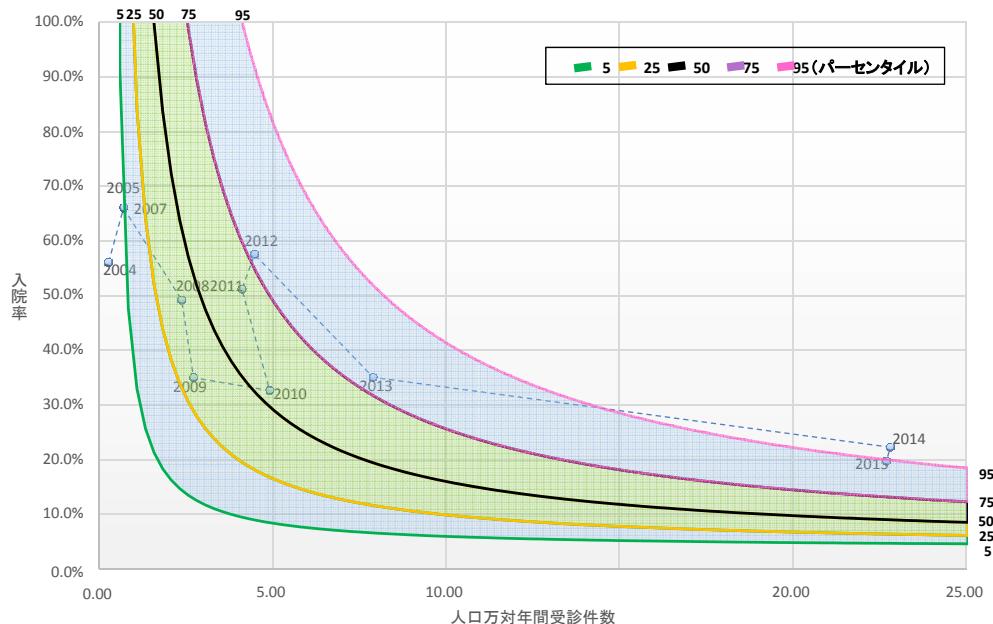
**図37 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(徳島)**



**図38 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(愛媛)**



**図39 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(香川)**



**図40 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(高知)**

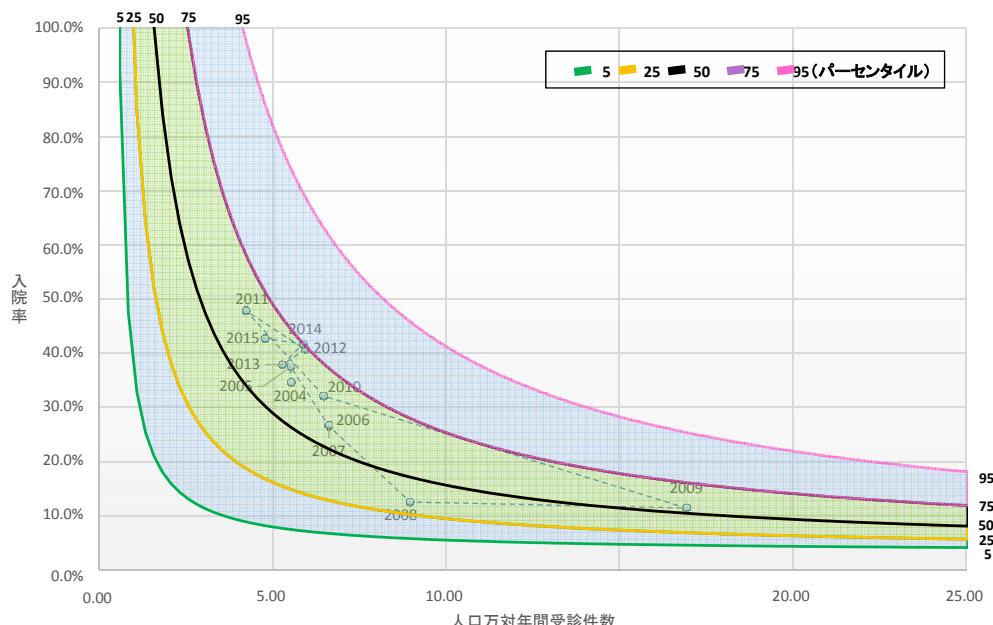


図41 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(福岡)

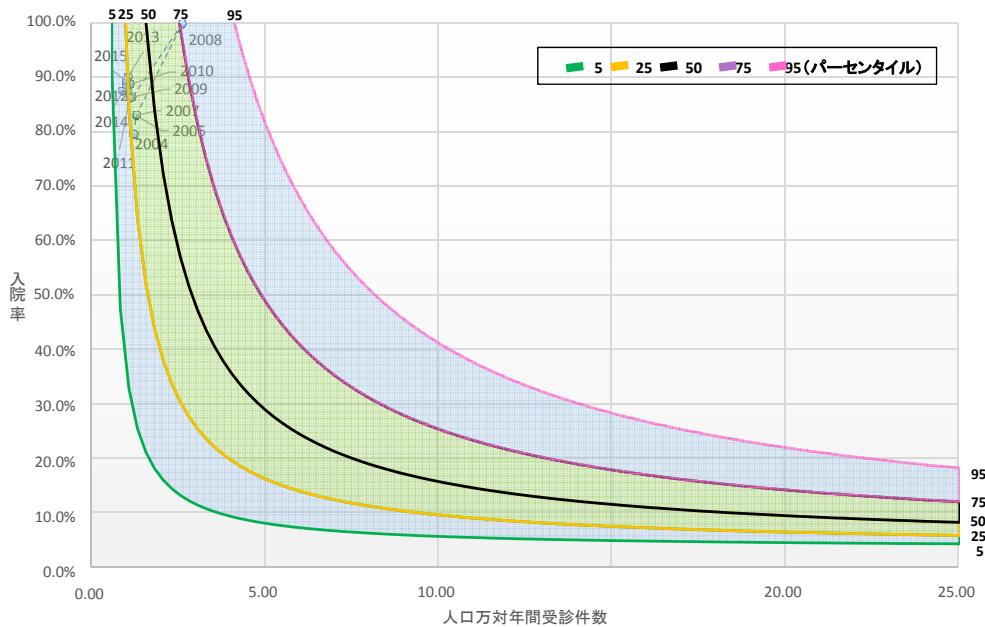
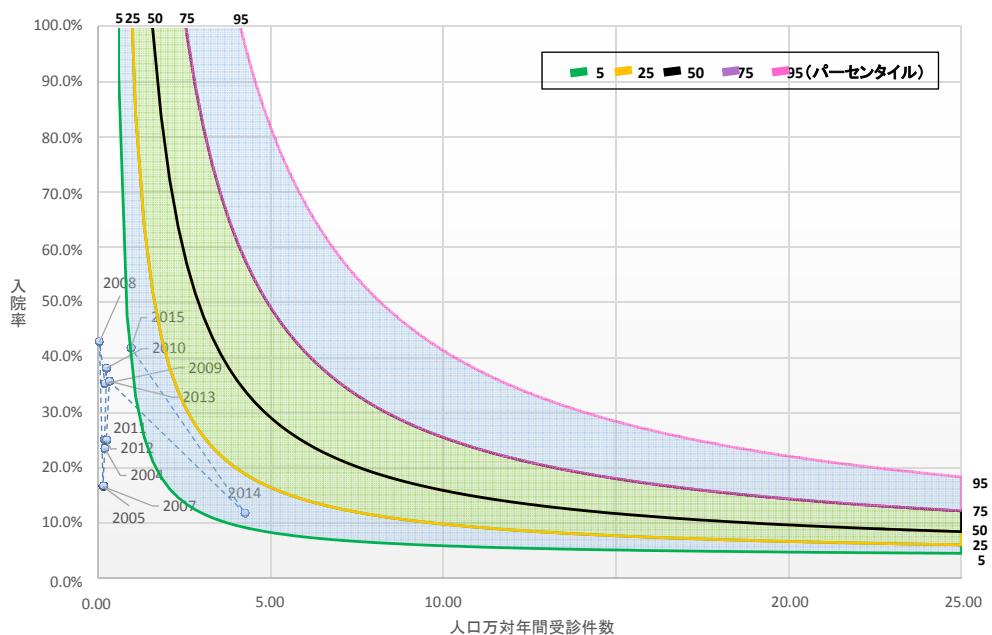
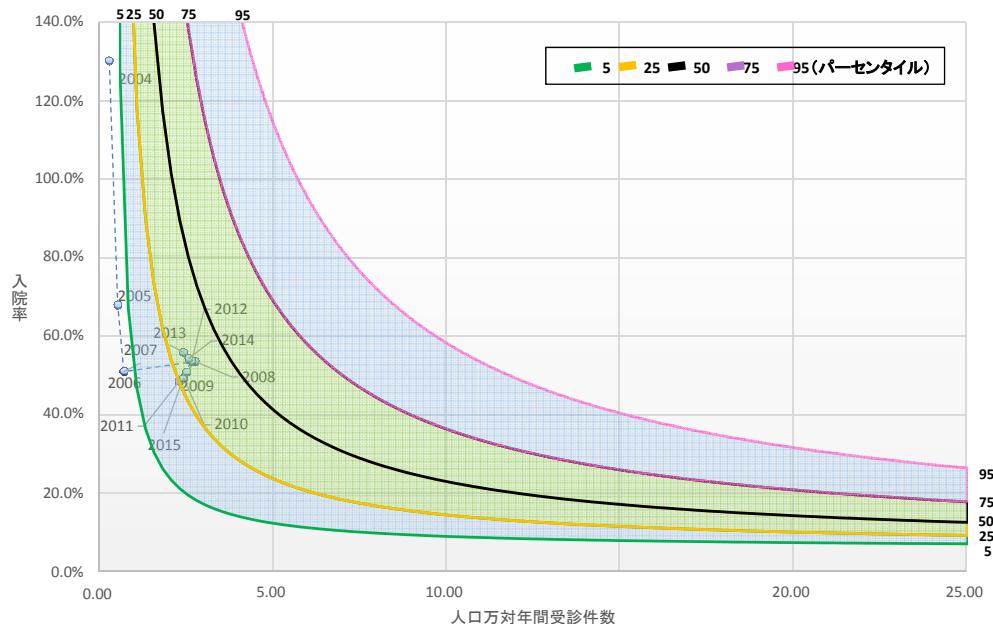


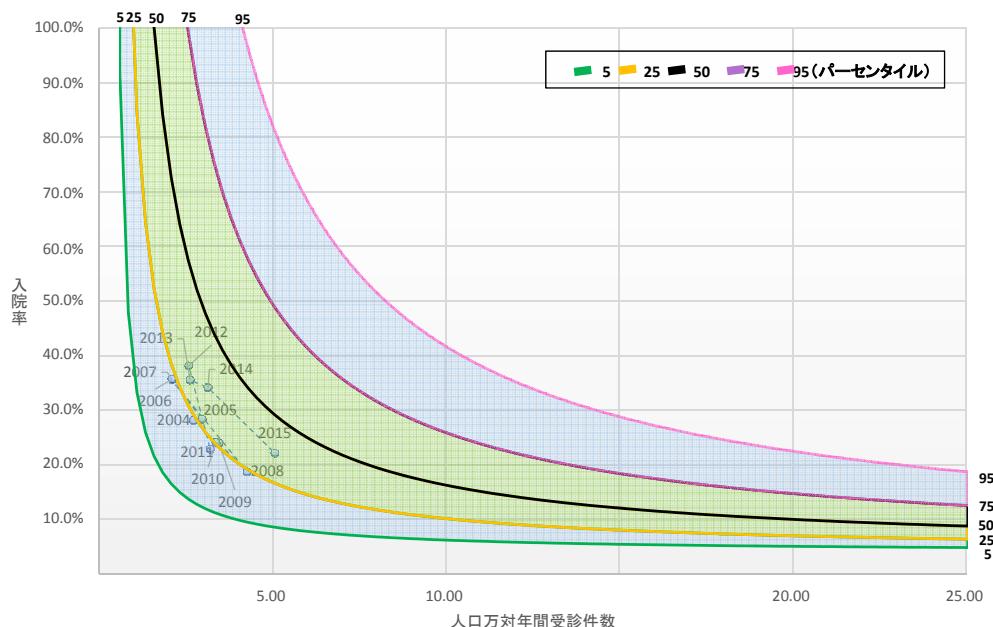
図42 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(佐賀)



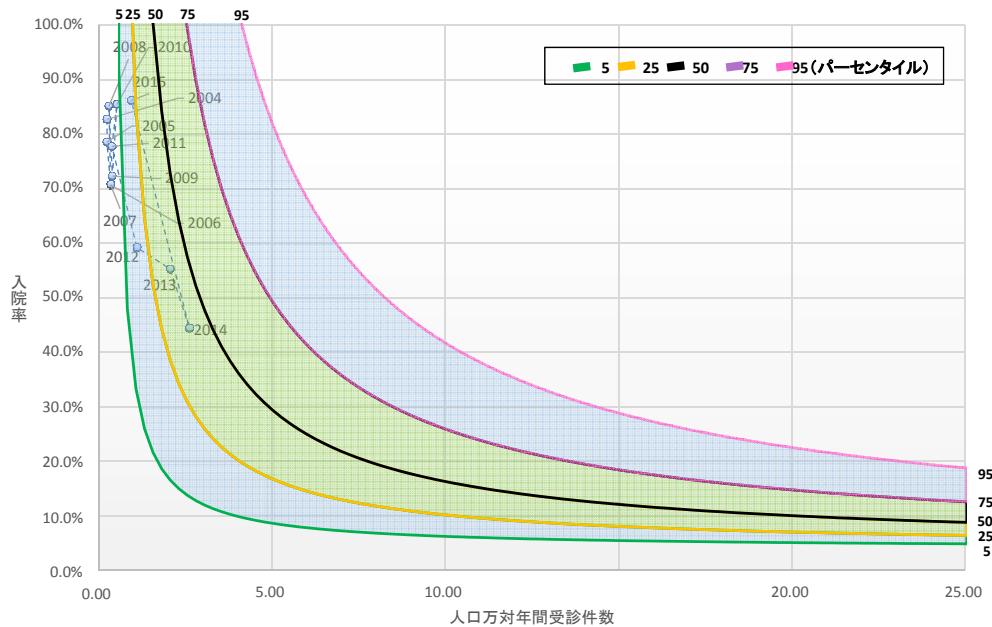
**図43 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(長崎)**



**図44 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(熊本)**



**図45 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(大分)**



**図46 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(宮崎)**

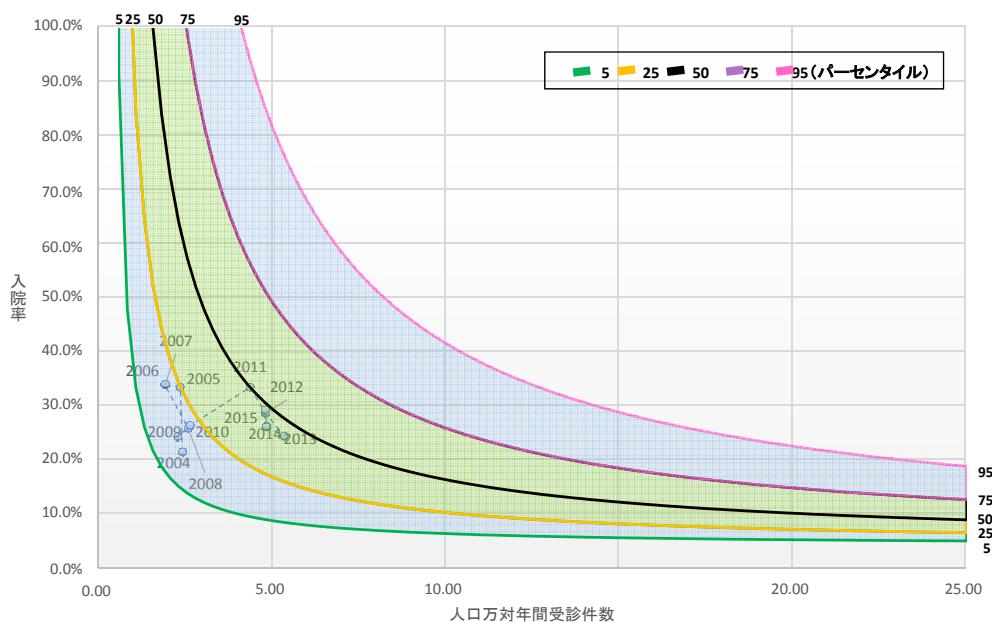


図47 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(鹿児島)

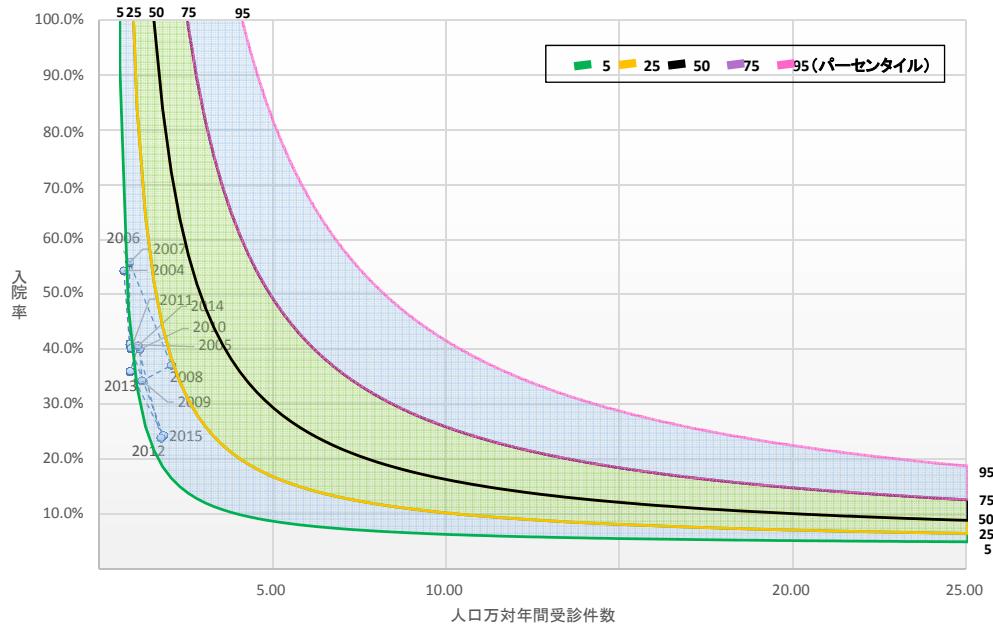


図48 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(沖縄)

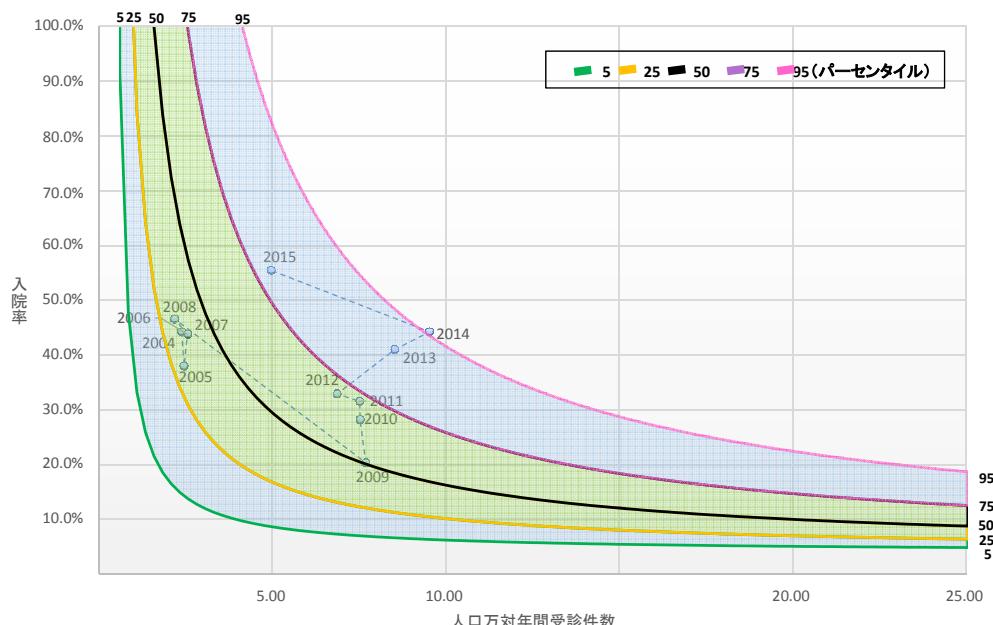


図49 マトリックスによる解釈

限られた医療資源の有効活用 医療確保の不足 初期診療の不足	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介入過多等の可能性
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介入過少等の可能性	優れたアクセシビリティ 良心的医療 安易な時間外診療 過剰医療

図50 「医療判断やプロセスの標準化と質の向上に関する調査」

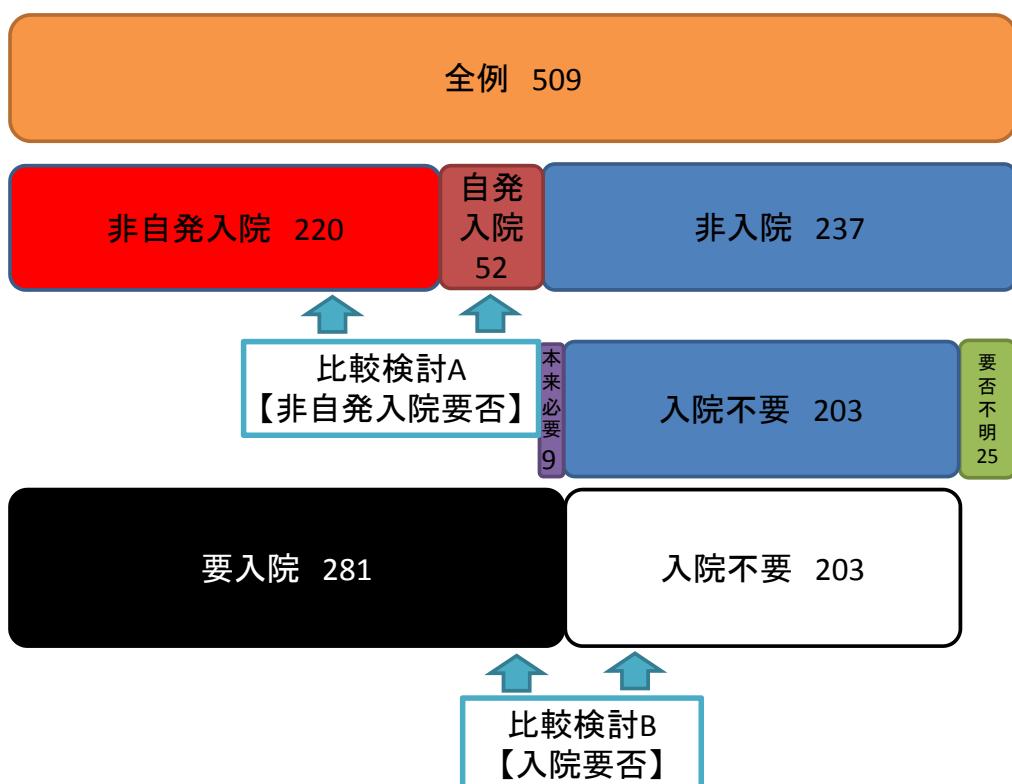


図51 主診断(Aセット)

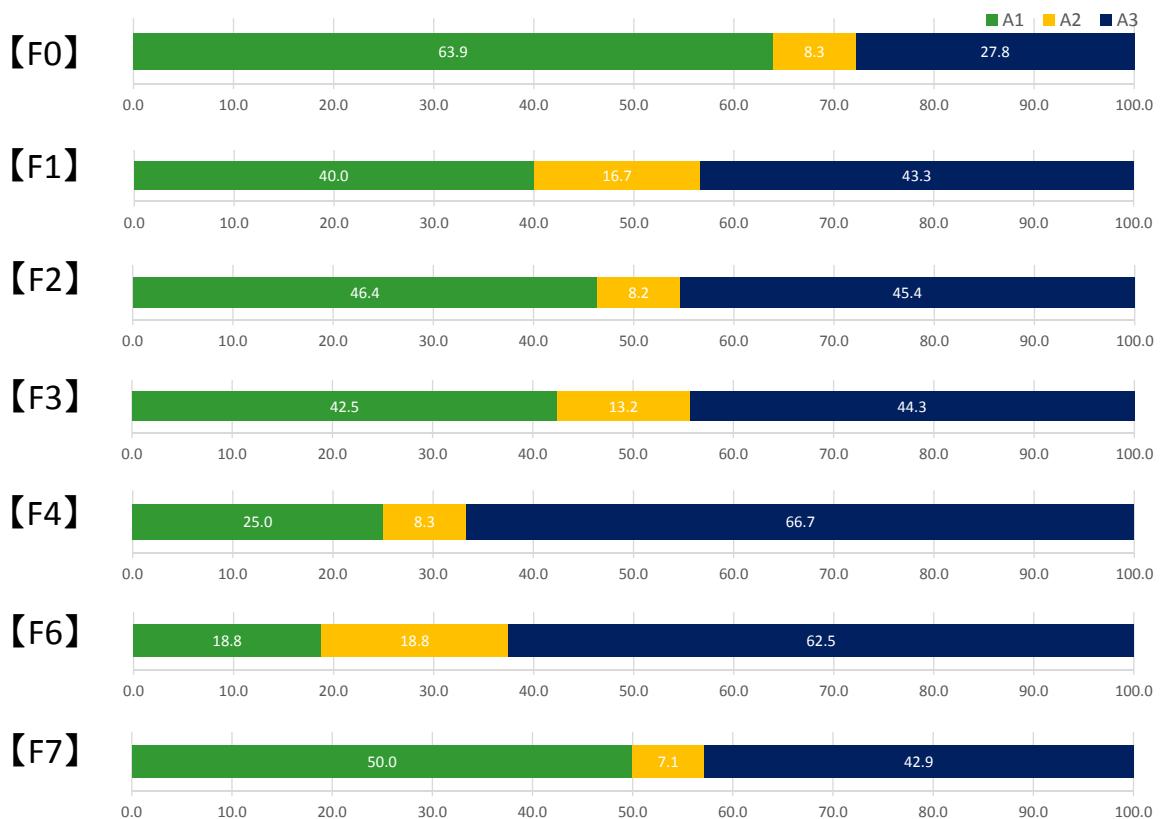


図52 主診断(Bセット)



図53 基本要件 【Aセット因子別】



図54 基本要件 【Bセット因子別】

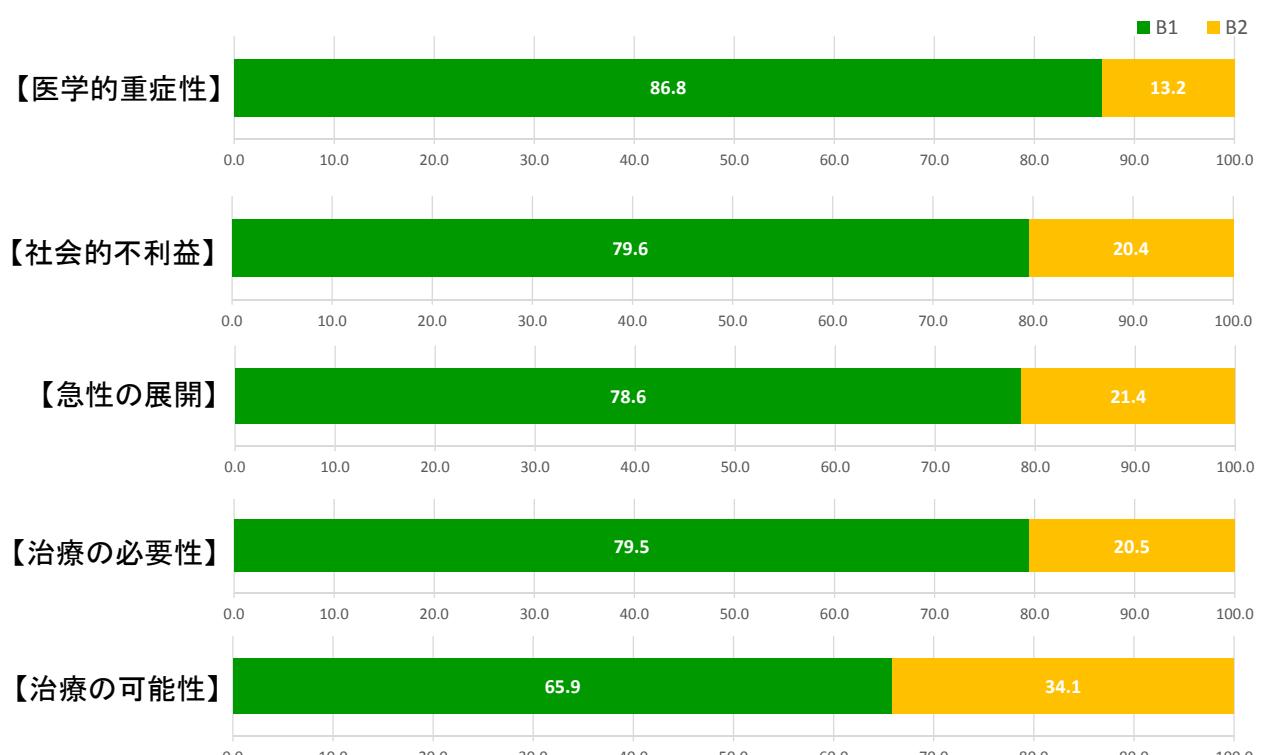


図55 状態像 【Aセット因子別】



図56 状態像 【Bセット因子別】



図57 緊急に医療介入を要する因子 【Aセット因子別】

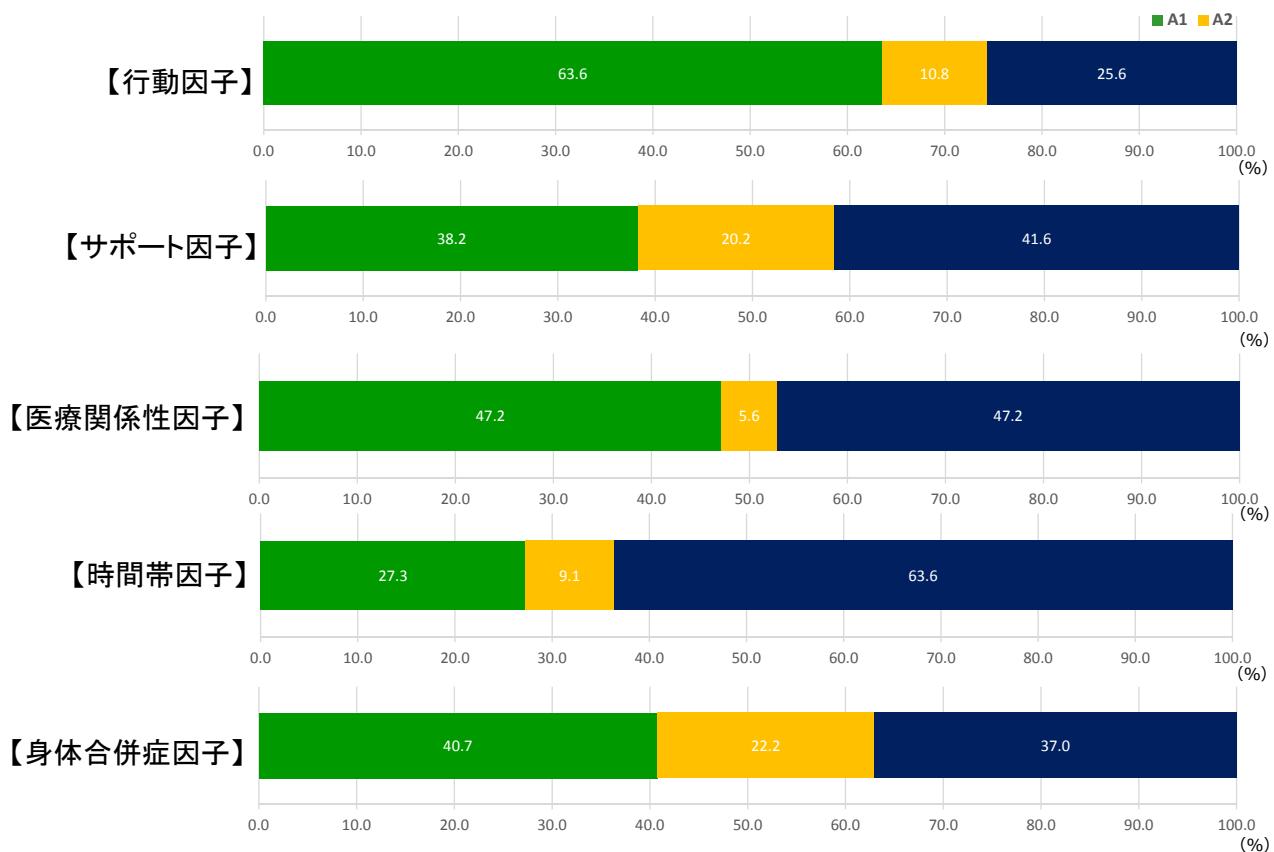


図58 緊急に医療介入を要する因子 【Bセット因子別】

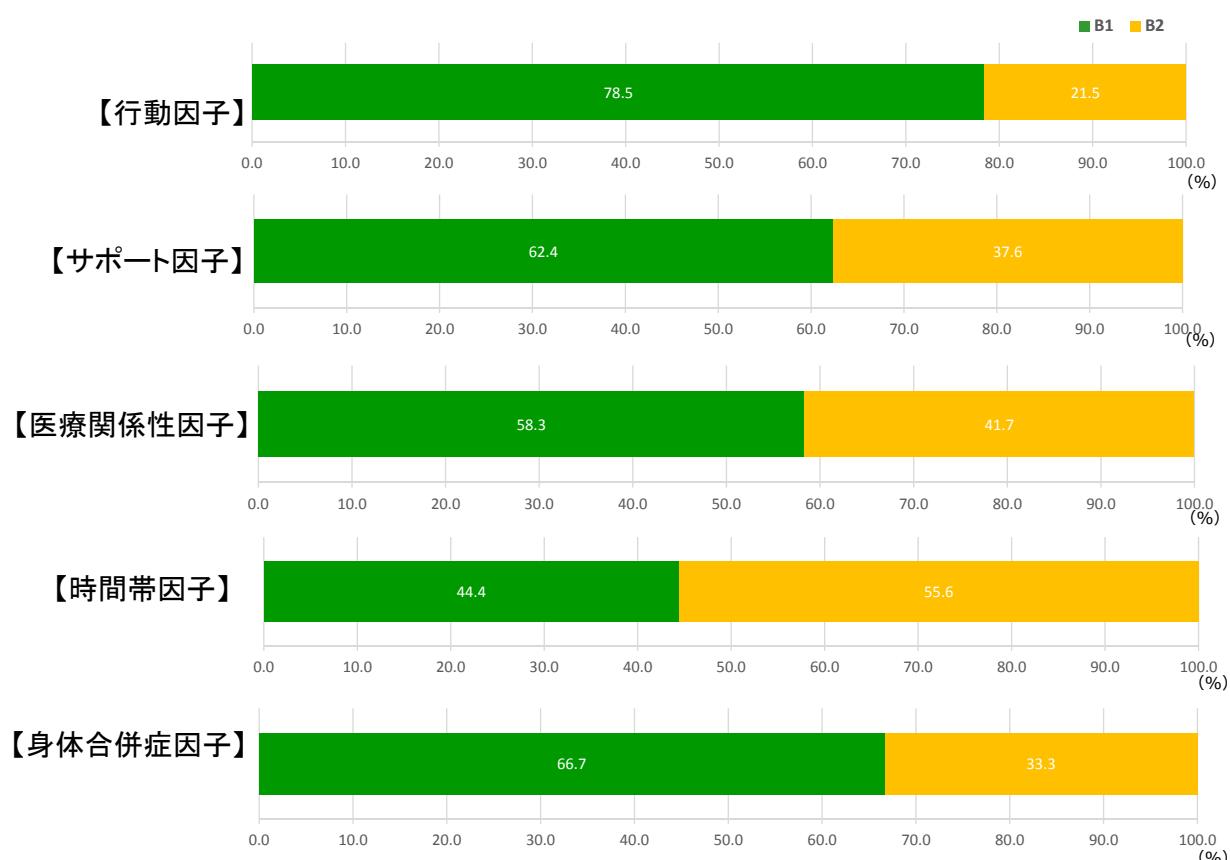


図59 行動因子: 下位分類 【Aセット因子別】

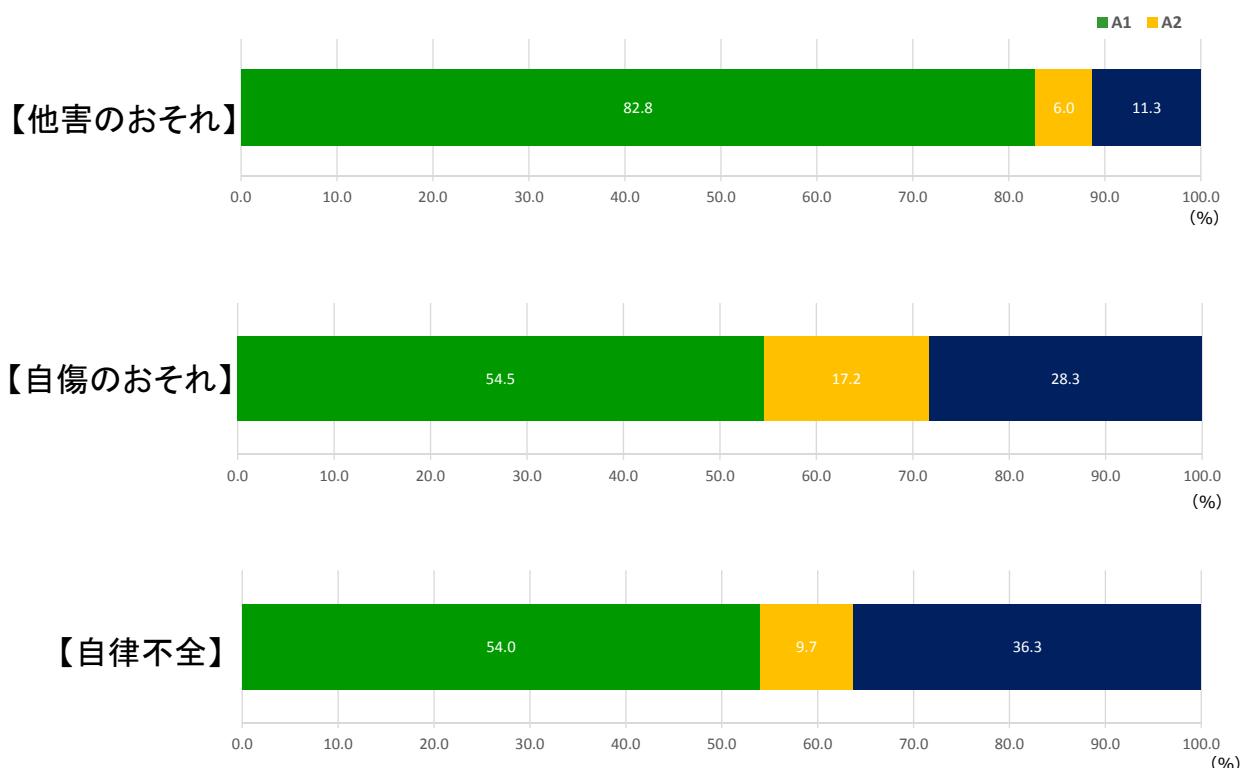


図60 行動因子: 下位分類 【Bセット因子別】

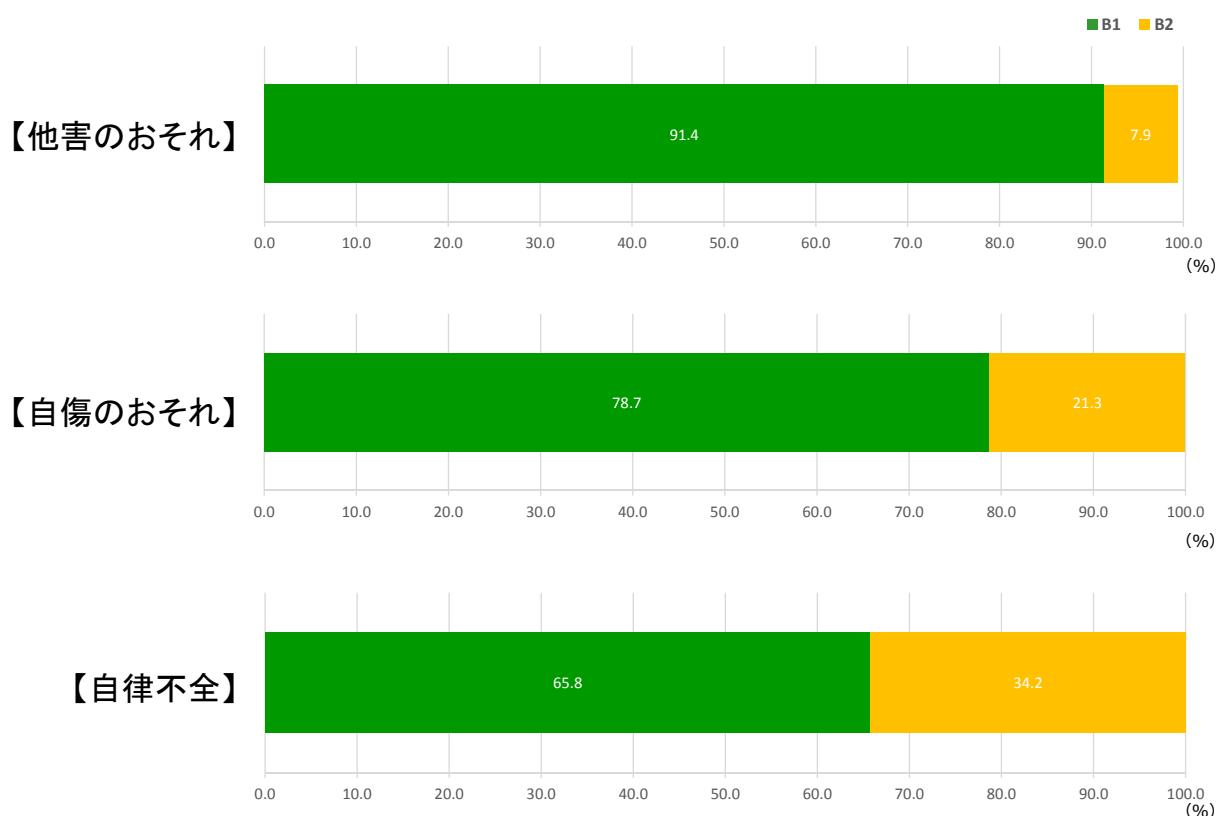


図61 医療関係性因子: 下位分類 【Aセット因子別】

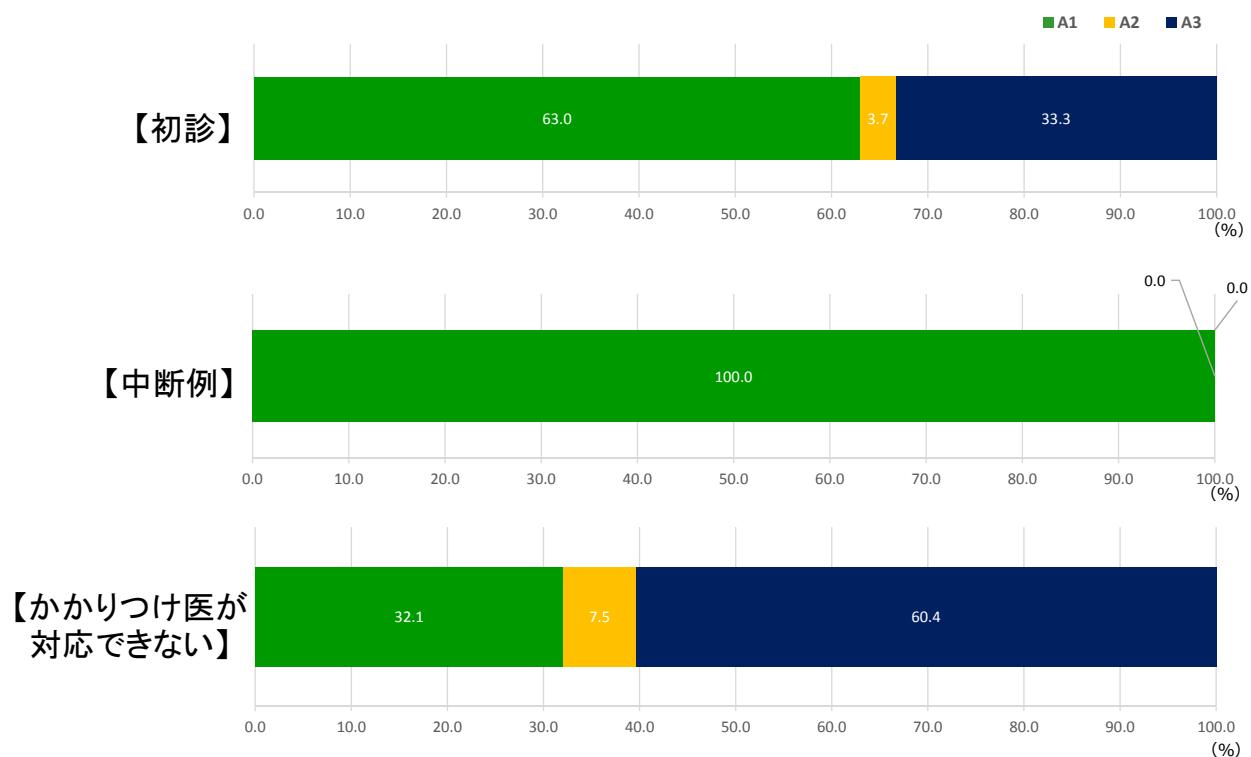


図62 医療関係性因子: 下位分類 【Bセット因子別】



表1 A1, or Not での多重ロジスティック回帰分析(主診断)

A1	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
主診断_F0	2.10	0.9285943	1.68	0.093	0.883119	4.996016
主診断_F1	0.79	0.3660811	-0.51	0.613	0.3197036	1.959496
主診断_F2	1.03	0.3179403	0.09	0.930	0.5601919	1.884326
主診断_F3	0.90	0.3022294	-0.31	0.759	0.4678647	1.739564
主診断_F4	0.40	0.1593535	-2.3	0.021*	0.1802871	0.8716055
主診断_F6	0.27	0.1908611	-1.86	0.063	0.0699428	1.073217
主診断_F7	1.19	0.7130844	0.29	0.775	0.3658339	3.852925

(P**<0.01 , 0.01≤P*<0.05)

表2 B1, or Not での多重ロジスティック回帰分析(主診断)

B1	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
主診断_F0	1.94	0.932411	1.38	0.167	0.758021	4.97668
主診断_F1	1.06	0.506727	0.12	0.904	0.414892	2.705224
主診断_F2	1.00	0.323748	-0.01	0.995	0.528548	1.884843
主診断_F3	1.00	0.348967	-0.01	0.995	0.502792	1.980377
主診断_F4	0.35	0.138457	-2.65	0.008**	0.161169	0.759955
主診断_F6	0.43	0.259002	-1.4	0.161	0.133142	1.399208
主診断_F7	0.86	0.527899	-0.24	0.810	0.260367	2.862

(P**<0.01 , 0.01≤P*<0.05)

表3 A1, or Not での多重ロジスティック回帰分析(基本要件)

A1	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
q3_医学的な重症性	8.22	2.005573	8.63	0.000**	5.093961	13.25887
q3_社会的不利益	2.36	0.569635	3.57	0.000**	1.474089	3.79096
q3_急性の展開	2.31	0.591954	3.27	0.001**	1.399839	3.81887
q3_治療の必要性	1.97	0.523587	2.56	0.011*	1.171709	3.318054
q3_治療の可能性	0.62	0.166716	-1.78	0.075	0.365387	1.049648

(P**<0.01 , 0.01≤P*<0.05)

表4 B1, or Not での多重ロジスティック回帰(基本要件)

B1	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
q3_医学的な重症性	6.05	1.574266	6.92	0.000**	3.634337	10.07623
q3_社会的不利益	3.28	0.824024	4.72	0.000**	2.000103	5.362739
q3_急性の展開	2.21	0.590691	2.96	0.003*	1.307121	3.730144
q3_治療の必要性	3.39	0.863409	4.79	0.000**	2.05694	5.583847
q3_治療の可能性	0.71	0.1773	-1.38	0.167	0.432403	1.155735

(P**<0.01 , 0.01≤P*<0.05)

表5 A1, or Not での多重ロジスティック回帰分析(状態像)

A1	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
q4_意識障害	6.36	3.024434	3.89	0.000**	2.507657	16.15319
q4_幻覚妄想状態	5.43	1.771647	5.19	0.000**	2.866625	10.29404
q4_精神運動興奮状態	9.4	3.40639	6.22	0.000**	4.651057	19.14605
q4_抑うつ状態	2.07	0.704926	2.13	0.033*	1.058479	4.032365
q4_躁状態	14.40	9.134933	4.2	0.000**	4.151319	49.92995
q4_解離状態	0.21	0.232459	-1.41	0.157	0.024758	1.817257
q4_その他	0.86	0.238889	-0.54	0.587	0.498945	1.482322

(P**<0.01 , 0.01≤P*<0.05)

表6 B1, or Not での多重ロジスティック回帰分析(状態像)

B1	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
q4_意識障害	7.65	3.901274	3.99	0.000**	2.812329	20.78495
q4_幻覚妄想状態	7.22	2.482389	5.75	0.000**	3.677428	14.1623
q4_精神運動興奮状態	8.49	3.275894	5.55	0.000**	3.988356	18.08805
q4_抑うつ状態	3.98	1.391069	3.95	0.000**	2.004988	7.894802
q4_躁状態	48.02	51.36897	3.62	0.000**	5.898835	390.8585
q4_解離状態	0.52	0.394661	-0.87	0.387	0.115031	2.311252
q4_その他	0.87	0.251249	-0.49	0.621	0.490698	1.529478

(P**<0.01 , 0.01≤P*<0.05)

表7 A1, or Not での多重ロジスティック回帰分析(緊急医療介入要因)

A1	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
行動因子	35.28	12.95517	9.7	0.000**	17.17854	72.46072
サポート因子	1.08	0.3348682	0.25	0.802	0.5889765	1.983794
医療関係性因子	1.91	0.6010638	2.07	0.039*	1.034562	3.542244
時間帯因子	0.63	0.5483239	-0.53	0.595	0.1141222	3.471214
合併症因子	1.15	0.5813257	0.27	0.787	0.4247993	3.097218
他害行為	2.89	0.522287	5.88	0.000**	2.029514	4.119874
自殺企図	0.63	0.103361	-2.82	0.005**	0.455956	0.86816
自律不全	0.53	0.092063	-3.66	0.000**	0.375814	0.743741
初診	0.70	0.380641	-0.66	0.512	0.24126	2.032124
中断例	8.16	7.71499	2.22	0.026*	1.281276	52.02976
かかりつけ医が対応 できない	0.17	0.092514	-3.28	0.001**	0.060278	0.493517

(P**<0.01 , 0.01≤P*<0.05)

表8 B1, or Not での多重ロジスティック回帰分析(緊急医療介入要因)

B1	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
行動因子	24.55	6.896343	11.39	0.000**	14.15255	42.57278
サポート因子	2.70	0.925831	2.89	0.004**	1.378006	5.286823
医療関係性因子	1.41	0.462688	1.04	0.297	0.739897	2.681518
時間帯因子	0.62	0.580256	-0.51	0.609	0.09879	3.884496
合併症因子	3.20	1.797024	2.07	0.039*	1.062096	9.620689
他害行為	3.06	0.7168	4.76	0.000**	1.928948	4.838833
自殺企図	0.85	0.168963	-0.84	0.4	0.571319	1.250713
自律不全	0.37	0.075559	-4.87	0.000**	0.251946	0.555922
初診	0.80	0.444167	-0.4	0.688	0.26965	2.375045
中断例	5.72	5.394272	1.85	0.065	0.899724	36.33219
かかりつけ医が対応 できない	0.22	0.116584	-2.84	0.005**	0.075165	0.62209

(P**<0.01 , 0.01≤P*<0.05)

表9 精神科救急受診の基本16ニーズ

1. 意識障害	9. 不安・焦燥
2. 幻覚・妄想	10. 副作用
3. 精神運動興奮	11. 身体合併症
4. 抑うつ	12. 認知症
5. 躁	13. 残遺
6. 解離	14. 行動異常
7. 酗酔	15. 不眠
8. 昏迷・亜昏迷	16. その他