

2章 分担研究報告書

精神科救急医療ニーズの多様化に向けた医療の質向上と医療提供体制の最適化に資する分担研究

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），奥村泰之（公益財団法人東京都医学総合研究所 精神行動医学研究分野）

【要旨】精神疾患にも対応した地域包括ケアシステムの構築をふまえ、精神科急性期医療ニーズに対応する地域の医療提供体制の相応性を検証するため、多様化する精神科医療ニーズの重症度や医療必要度を評価する指標の開発を行い、実際の入院症例を対象に医療必要度を評価し、現行のケア提供状況の妥当性を検討した。

方法：2017-2018年度に行われた「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」において、非自発入院の医療判断プロセスの標準化や妥当性根拠として有用性が確認された指標を用いて、重症度を反映する評価方法を開発した。同時に、診療報酬制度における精神科救急入院料を算定する病棟に新たに入院した症例を調査し、開発された評価手法の妥当性を確認するとともに、医療提供された入院症例の全体像について客観評価した。

結果：2種類の評価法が開発された。5つの基本要件を指標とするレーダーチャートは、その表示面積が医療導入時に発生する制限性を反映した。各因子の医療判断への影響度を考慮して開発されたスコアリングでは、非自発入院の必要性判断のカットオフポイントが示されるとともに、最終的な医療判断（転帰）毎にヒストグラムのパターンが異なり、いずれも重症度を反映した。新たな入院症例調査では76の医療機関（回答率47.5%）から1515例のデータが収集され、前記手法を用いた解析の結果、同一条件では再現性が確認され、評価方法の妥当性が示された。入院ニーズの分類は救急医療におけるカテゴリにほぼ当てはまるものの、時間外ニーズとは別の集約が必要であった。精神科救急入院料病棟における現行のケア提供状況の全体像は、夜間・休日を救急受診した非自発入院症例とほぼ同等の重症度と考えられ、医療提供体制の相応性が示された。

考察：国民に提供される医療ケアは、当該ニーズに過不足のない相応性が求められ、重症度や医療必要度を客観的に示す根拠が必要である。精神科領域ではこれを示す評価手段が存在しなかったが、今回の取り組みによって一定の方法論が開発され、同時に現行の医療体制の相応性が示されたことは意義深い。しかしながら、回答率の低さから、全体像を十分に示す結果とはいえ、判断には保留余地が残るほか、重症度や医療必要度の評価では必然的に主観や恣意性が含まれることから、制度化という点では大きな課題がある。次年度には追加的な解析を行い、医療機関ごとの評価などによって全体像の詳細把握に取り組んで、地域の医療提供体制の最適化への具体的方法、および地域包括ケアシステムに資する精神科救急医療政策の提言の取りまとめに活用していく予定である。

A. 研究の背景と目的

国民の医療ニーズに提供される医療ケアは、診療科を問わず、当該ニーズに十分な対応となるよう、同時に限りある医療資源・医療提供体制が確保されるよう、過不足のない相応性が求められる。医療資源の投入量は一般に重症度に応じており、重症であるほど集中的なケア、すなわち人的資源や物的資源の投入が必要となる。この相応性を客観的に検証できるよう、重症度や医療・看護必要度および医療資源投入量の測定は標準化される必要があるが、医療ニーズは多様化しており、どのようなニーズにも適用できる重症度の判定は常に課題である。

一般の医療分野では、地域医療構想により治療期ごとの必要病床数が設定され、各地域の調整会議によって必要な医療提供体制が議論されている。また医療機関は、標準化された評価法に基づき、医療・看護必要度を測定し、届出病床機能ごとに提出する仕組みが定着している。

これに対し、精神科疾患では、明確な生物学的マーカーが存在しないことから、従来その重症度を客観的に評価することは困難とされてきた。また精神科の医療提供体制は、歴史的事情など種々の理由から一般的な医療とは一線を画す特殊な状況にある。どのような精神科ニーズにも適用できる重症度、あるいは医療・看護必要度の測定ツールは未開発で、医療提供体制の相応性根拠を示すことが困難な状況にある中、精神科の医療ニーズはますます多様化が著しく、課題が増大している。

そのほかにも、精神科においては、本人の治療同意を伴わない措置入院や医療保護入院等の非自発入院（精神保健福祉法）を選択せざるを得ない状況があり、その場合の当事者の権利の制限幅が一般的な医療に比べ大きくなることから、どのような状態にどのような治療を適用させるかの判断は、検証が可能な水準で標準化されなければならない。本研究班ではこうした実情を踏まえ、2017～2018年度に実施した厚

生労働科学研究において、非自発的入院等の医療判断のための指標を開発した¹⁾。

2019～2020年度に行われる本研究では、開発された重症度指標を用い、評価の精度をさらに高めるための追加解析を行ったうえ評価手法を考案した。そのうえで現行の一般的な精神医療サービスにおいて最高規格水準とされる精神科救急入院料を算定する病棟に新たに入院した患者群を対象として照合を行い、本指標が急性期治療の医療必要度の判断ツールになりえるのかについて再検証するとともに、実際に入院となったケースがどのような医療ニーズであるのかを評価し、医療提供体制の妥当性について検討した。

本分担研究を統括する「精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究」の目的は、多様化する精神科救急医療ニーズに対応するため、精神科救急医療体制整備事業の運用実態とニーズの変化を把握し、課題の抽出・整理等を行って、包括的ガイドラインとして取りまとめるための最新知見を明確化することである。

「地域包括ケアシステムの構築」において、急な病状悪化や心理社会的危機にも適時・適切な支援やケアを安定的に提供する精神科救急医療体制は欠かせない。その実態モニタリングや評価等、医療の質を保つ仕組みが必要であり、研究年度ごとの具体的目標が以下のように設定されている。

〔2019年度〕

- ① 精神科救急病棟の運用実態、医療ニーズ変化等の把握と課題の整理
- ② 精神科救急医療における最新の科学的知見の集積
- ③ 地域包括ケアシステムにおける、精神科医療、一般救急医療、行政等の連携体制に関する調査研究
- ④ 精神科救急体制整備事業の質向上についての提言取りまとめ
- ⑤ 精神科救急医療に関する既存ガイドライン

の効果検証
〔2020 年度〕

- ⑥ 精神科救急医療における臨床指標の検討、医療提供体制の最適化への具体的方法の提示
- ⑦ 地域包括ケアシステムに資する精神科救急医療政策の提言取りまとめ

このうち本分担研究は、他の研究班とともに①、⑥を担当したうえ、研究終了時には⑦に必要な知見を提供することを目指す。

B. 研究方法

1. 2017 データの追加解析

1) 対象

2017-2018 年度に行われた「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」にて報告された 509 例（2017 データ）。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、調査期間中、時間外（夜間・休日）に救急受診した症例である。

2) 方法

上記研究では、有用な臨床指標として、

- ① 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）
- ② 病態の定性評価（状態像）（意識障害（せん妄、急性中毒、その他）、幻覚・妄想、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（説明記載）

- ③ 緊急に医療的介入を要する因子（以下、緊急医療介入因子）（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。）

の 3 カテゴリが確認された。これらの重症度指標を活用し、評価の精度をさらに高めるための方法を研究班内のエキスパートによって協議し、別記の追加解析を行って評価手段の信頼性や妥当性を検証した。

3) 尺度

上記研究では、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」をもとに、当該分担研究班内のエキスパート・コンセンサスによって修正等を加えて作成した調査個票（資料 1）が用いられた。

4) 期間（研究スケジュールなど）

2019 年度内

5) 手続き

特になし

6) 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）。

7) 統計解析／分析方法

2) に示した各指標について、それぞれの特徴（独立因子かどうか、単一選択肢かどうか：表 1）を考慮し、以下に示す 2 通りの評価手段を検討し、そのそれぞれについて 509 例の既存データを用いて信頼性妥当性を検証した。

表 1. 指標の特徴

	独立性	単一性
主診断名	独立	ほぼ単一
基本要件	非独立	重複該当
状態像	独立	ほぼ単一
緊急医療介入因子	ほぼ独立	重複該当

① レーダーチャート

転帰や医療判断の違いにより、それぞれの指標の該当率が異なり、重症度を反映する。このうち、基本要件は互いに影響しあう非独立因子で複数因子の該当も多いことから、基本要件を評価軸とした多軸評価を、レーダーチャートとして表示することが有用と考えられた。

② スコアリング

複数因子の該当を特徴とする指標カテゴリ（基本要件と緊急医療介入因子）において、各因子の該当することによる転帰や医療判断への影響の度合いはそれぞれの因子で異なる。この特徴を用いて、それぞれの因子について影響度を示す係数であるスコア（重み）を求め、それぞれの因子が該当する場合にスコアを乗じた数値をその因子の得点とし、各因子の得点を足し上げた合計得点を当該カテゴリにおける評価指標とするスコアリングの開発を行った。本年度は基本要件についてスコアリングを試みた。

509 例の既存データを訓練データ（254）と検証データ（255）に二分し、前者に対して従属変数を非自発入院、独立変数を 5 つの指標として、ロジスティック回帰分析によりモデルの回帰係数を推定し、回帰係数より各指標のスコア（重み）を作成した。

続いて算出されたスコアを検証データに投入し、指標の合計点からカットオフ値ごとに診断精度の指標を算出し、最終的に非自発入院の必要性を判断するカットオフ値を決定した。

2. 精神科救急入院料病棟に入院する患者の全体像に関する調査

1) 対象者

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 160 の医療機関のうち、協力が得られた医療機関の当該病棟に入院した連続症例（最大 20 例）。

2) 方法

1)に記載した対象医療機関に対し、3)に記載した調査票及び関連資料を送付し、設定した期間内に当該病棟に入院となった連続症例（最大 20 例）について調査を行った。

得られたデータ（2019 データ）は本研究によって新たに考案された方法を用いて評価し、本指標が急性期治療の医療必要度の判断ツールになりえるのかについて、ツールの妥当性を確認するとともに、実際に入院医療を提供された症例の重症度を全体像として客観評価し、医療提供体制の妥当性について検討した。

また、状態像については 2017-2018 年度研究で時間外受診が 16 のニーズに集約されることが判明したため、この整理が妥当であるかどうかを新たに収集された 2019 データで照合し、妥当性と普遍性を検討した。

3) 尺度

2017-2018 年度研究で用いた調査個票について、同研究結果から得られた見解を加

味し、さらなる修正を加えた新たな調査個票（資料2）を作成した。

調査の項目は、以下の通り。

- a. 基本情報（入院時間帯（平日日中／夜間・休日）、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（緊急措置入院・措置入院、応急入院、医療保護入院、任意入院、その他）
 - c. 基本要件
 - d. 状態像
 - e. 緊急医療介入因子
- 4) 期間（研究スケジュールなど）
- 調査対象期間：2019年9月1日～10月30日
- 返送期限：2019年11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500円分の謝礼を対象医療機関に送付
- 6) 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（令和元年7月18日開催）にて承認を得た（同19日）。同倫理指針によれば、オプトアウトは不要だが、研究実施を伝える掲示を送付し、適宜の活用を促した。
- 7) 統計解析／分析方法
- ① 概況および既存データとの比較
- 今年度調査にて回収された結果全ケースを対象としてa～e各項目の該当群について、それぞれの占める割合を算出し、概況を確認した。

既存データとの比較については、以下の2種類のデータセットを作成し、

a. 基本情報記入欄から得られた入院時間帯と 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

【データセット C】

主に、入院時間帯を分ける要因の解析を実施（以下 C セット） C1: 平日日中入院群 質問紙の設問1において、症例が入院した時間帯を尋ねる問いがあり、「平日日中」時間帯に入院と回答した群 C2: 夜間・休日入院群 設問1において、「夜間休日」時間帯に入院と回答した群。

- ② レーダーチャート、スコアリングに関する検証

2017-2018年度研究における調査結果をもとに作成・検証がなされた2つの評価指標（レーダーチャート、スコアリング）を用いて、2019年度調査で回収された症例の評価を実施した。

両調査に共通条件となる時間外入院について評価を行い、再現性によって評価手法の検証を行った。

- ③ 医療提供体制の妥当性評価

妥当性が確認されたレーダーチャート、スコアリングを用い、新たに集積さ

れた入院症例の全体像を評価し、その重症度が現行の医療提供体制にとって過不足ないかどうかを検討した。

C. 研究結果/進捗

1. 2017 データの追加解析

当該研究における 509 例の転帰概要を図 1 に示す。治療形態の内訳は非自発入院 220/自発入院 52/入院外医療 237 であった。入院要否判断の内訳は要入院 281/入院不要 203 (要否不明 25) であった。

それぞれの転帰や医療判断ごとの各指標 (基本要件、状態像、緊急医療介入因子) は図 2 の通りであり、既に当該研究報告書で報告した。

このうち、基本要件を評価軸とした多軸評価は、レーダーチャートとして提示した場合、非自発入院/自発入院/入院外医療の順に、すべての要件 (評価軸) で該当割合が少なく、表示される 5 角形の面積がそのまま一目で医療導入時に発生する制限性を反映した (図 3)。

各因子の医療判断への影響度を考慮して開発されたスコアリングでは、基本 5 要件を因子とし、訓練データにてそれぞれの因子におけるスコア (重み) が決定され、検証データを投入してカットオフ値 (≥ 7) を得た (図 4)。本解析の結果は、非自発入院者の 86% が 7 点以上に該当 (感度)、非自発入院以外の 80% が 7 点未満に該当 (特異度)、7 点以上では 72% が非自発入院と判定される (陽性的中率)、7 点未満では 90% が非自発入院しな

いと判定される (陰性的中率) となる。すなわち、7 点以上であれば 72% の確率で非自発入院が必要であるかどうかを判断でき、7 点未満では 90% の確率で非自発入院不要を判断できる、ということが示唆された。

この係数を用いたスコアリングを全 509 例に投入し、ヒストグラムを作成したところ、3 点と全項目該当の満点 (13 点) がピークとなる二峰性を示した (図 5)。なお、5 点、11 点、12 点については、合計点がこれらの得点に計上される該当パターンが他の得点に比べ少ないため、滑らかな移行曲線を示さなかった。

最終的な医療判断 (転帰) 毎に比較を行ったところ、二峰性を示すのは最終転帰が非自発入院のケース群であり、ヒストグラムの特徴が重症度を反映した。 (図 6)

2. 精神科救急入院料病棟に入院する患者の全体像に関する調査

76 施設から 1,515 例のデータ送付が得られた (回答率 47.5%)。得られたデータのうち、入院時間帯や主診断、転帰情報といった主要情報が欠落している、または本研究の対象外であるケース計 22 例を除外した 1493 例を分析対象とした (2019 データ)。全体の概要を図 7~16 に示す。

2017-2018 年度研究の結果から、状態像は「その他」を含む 16 のニーズに集約されることが見込まれており、今回の調査では 16 のニーズを回答項目に加え調査を実施した。結果、「その他」を除く 15 のニーズに全体の 95% 以上のケースの状態像が該当した (図

12)。また、「その他」に該当する自由記述を参照したところ、15のニーズに分類できるケースも多数存在していた。これにより、精神科救急医療における状態像は、本研究班で提案するニーズカテゴリにほぼ集約されるという仮説を支持する結果であったが、救急医療以外、日中平時のニーズを含めて全体をカテゴライズするためには、別途表2のように集約することが妥当と考えられた。

今回得られたデータのうち、2017データと比較できる共通条件として、夜間・休日に入院となったケースを抽出して比較を行ったところ、レーダーチャートでは2017データ(N=272)に比べ、2019データ(N=380)のほうが各因子の該当割合が全体にやや高いものの、概ね類似した結果であり、再現性が確認された(図17)。スコアリングを用いて比較してみると、二峰性特徴やピークのスコアなどは概ね再現された(図18)。以上より、評価方法は一定の妥当性が示された。

なお、転帰ごと(データセットA)の各因子の該当状況についても、2017データ、2019データの比較を行い、データの再現性が確認された(データ非表示)。

2019データの全体像を2つの評価方法で評価したところ、レーダーチャートにおいて、各要因の該当割合は図19に示したとおりであり、医学的な重症性において該当率が2017データにおける非自発入院群、要入院群より少ないものの、その他の要因では同等ないし上回る該当を呈した。同入院外医療群や入院不要群はもとより、自発入院群に対しても明ら

かに各要因の該当は高く、休日夜間における要入院症例とほぼ同等であった。

スコアリングを用いたヒストグラムでは3点と13点(満点)にピークを示す二峰性特徴であり、要入院群の特徴に類似した。カットオフとなる7点を越えた症例は886例(59.3%)に上った。

以上より、今回調査対象となった救急入院料病棟への入院症例の全体像は相応の重症度を呈し、同病棟が有している高規格に相応であることが示された。

D. 考察

国民に提供される医療ケアは、当該ニーズに過不足のない相応性が求められ、重症度や医療必要度を客観的に示す根拠が必要である。精神科領域ではこれを示す評価手段が存在しなかったが、今回の取り組みによって一定の方法論が開発され、同時に現行の医療体制の相応性が示されたことは意義深い。

2017データの追加解析では、夜間・休日を緊急受診した509例の精神科救急患者群について、判明している転帰(医療判断)ごとの特徴を、各指標を手掛かりに追加解析したところ、非自発入院/自発入院/入院外医療の順、すなわち医療導入時に発生する制限性で示される重症度を反映する、2種類の評価手段が開発された。これらは臨床実感に見合うものであったが、元となる基準に採用された項目が日常臨床実感から抽出された因子であることが関連していると思われる。もっぱら文脈として表現され、数値化されにくいとされてきた精神科の重症度が客観評価できるよう

になったことは意義があるといえる。スコアリングにあたり、該当しにくい点数が発生したことや、各因子が診察医師の主観を含む可能性があることは課題といえる。

精神科救急入院料病棟に入院する患者の全体像に関する調査では、診療報酬制度における均一の医療提供体制における、比較的大規模な入院症例が収集された。

状態像の解析では救急医療ニーズにおける16カテゴリーの分類がほぼ妥当であることが確認されたが、救急以外を含めた入院全体ではやや異なるニーズが含まれ、表2に示す18カテゴリーが新たに提案された。

全体像の解析で、医療提供体制に見合う重症度が確認できたことは、ニーズと提供される医療ケアに過不足のない相応性を客観的に示せたものと考えられる。

しかしながら、回答率の低さから、全体像を十分に示す結果とはいえ、判断には保留余地が残るほか、重症度や医療必要度の評価では必然的に主観や恣意性が含まれることから、制度化に適した評価法という点では大きな課題がある。次年度には追加的な解析を行い、医療機関ごとの評価などによって全体像の詳細把握に取り組むことで、地域の医療提供体制の最適化への具体的方法、および地域包括ケアシステムに資する精神科救急医療政策の提言の取りまとめに活用していく予定である。

E. 結論

精神科救急医療ニーズにおける医療判断の妥当性根拠となる指標を用いて、重症度を反

映する評価方法を開発した。実際に提供されている医療体制との相応性が示されたことは意義深い。しかしながら、重症度や医療必要度の評価では必然的に主観や恣意性が含まれることから、制度化という点では大きな課題がある。

次年度には追加的な解析を行い、地域の医療提供体制の最適化への具体的方法、および地域包括ケアシステムに資する精神科救急医療政策の提言の取りまとめに活用していく予定である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. なし

2. 学会発表

- 1) 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同行の検討—. 第26回日本精神科救急学会学術総会, 2018.10.11, 沖縄
- 2) 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. シンポジウム7「精神科救急・急性期医療と地域包括ケア～厚生労働科学研究の成果～」, 第115回日本精神神経学会学術総会, 2019, 6, 20, 新潟
- 3) 塩澤拓亮, 藤井千代, 平田豊明, 兼行浩史,

野田寿恵, 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. 第27回日本精神科救急学会学術総会, 2019.10.19, 仙台

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. なし

I. 文献

1. 杉山直也、兼行浩史、藤井千代、平田豊明、野田寿恵：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（研究代表者：杉山直也），2019
2. 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

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	1・2・3・4・5・6・7	1 症状なし
2	不安	1・2・3・4・5・6・7	2 ごく軽度
3	情動的ひきこもり	1・2・3・4・5・6・7	3 軽度
4	概念の統合失調	1・2・3・4・5・6・7	4 中等度
5	罪責感	1・2・3・4・5・6・7	5 やや重度
6	緊張	1・2・3・4・5・6・7	6 重度
7	奇妙な態度	1・2・3・4・5・6・7	7 最重度
8	誇大性	1・2・3・4・5・6・7	
9	抑うつ気分	1・2・3・4・5・6・7	
10	敵意	1・2・3・4・5・6・7	
11	猜疑心	1・2・3・4・5・6・7	
12	幻覚による行動	1・2・3・4・5・6・7	
13	運動減退	1・2・3・4・5・6・7	
14	非協調性	1・2・3・4・5・6・7	
15	不自然な思考内容	1・2・3・4・5・6・7	
16	情動の平板化	1・2・3・4・5・6・7	
17	興奮	1・2・3・4・5・6・7	
18	失見当識	1・2・3・4・5・6・7	

精神科救急入院料病棟 入院患者 調査個票

7. 基本情報 (該当項目に☑)

入院時間帯: 平日日中 夜間・休日年齢: _____ 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

8. 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 その他 ()

9. 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10. 病態の定性評価 (優先的に該当する状態像あるいはニーズを1つだけ選び☑) 意識障害 (せん妄、 急性中毒 その他) 幻覚・妄想 精神運動興奮状態 抑うつ状態 躁状態 解離状態 昏迷・亜昏迷状態 認知症状態 (BPSD を除く) 残遺状態 不安・焦燥 行動異常 副作用 身体合併症 不眠 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 (簡単に具体的な状況をご記載ください ())

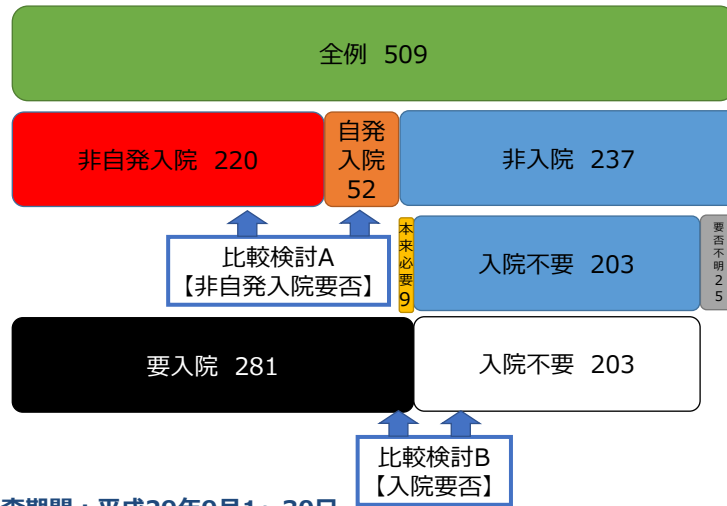
11. 緊急に医療的介入を要する因子 (該当項目に☑)

 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) 入院判断に影響する身体合併症があった

個別症例における医療判断の横断面調査の結果 対象転帰の概要

図1

対象：精神科救急入院料病棟を算定する全国134の医療機関のうち54病院（回答率40.3%）を時間外受診した509例



調査期間：平成29年9月1～30日

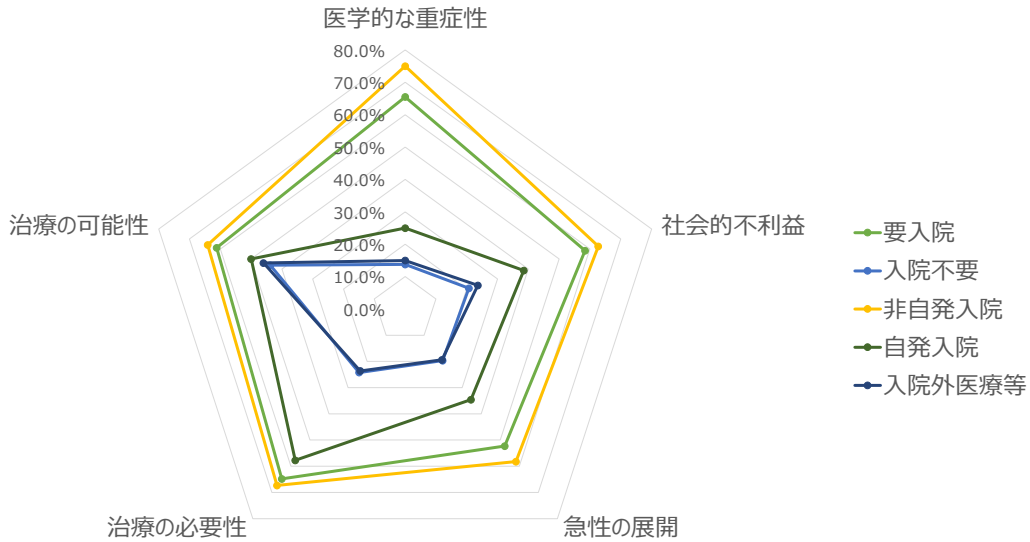
医療判断に影響する要因

図2

【基本要件】	医療判断毎の該当割合					各要因が該当する場合の医療判断				
	要入院	入院不要	非自発入院	自発入院	入院外医療等	要入院	入院不要	非自発入院	自発入院	入院外医療等
医学的な重症性	65.5%	13.8%	75.0%	25.0%	15.0%	88.8%	13.2%	76.7%	6.0%	17.3%
社会的不利益	58.4%	20.7%	62.7%	38.5%	23.6%	78.6%	21.4%	66.7%	9.3%	24.0%
急性の展開	92.9%	19.7%	98.2%	94.6%	19.4%	85.9%	34.1%	51.1%	9.4%	39.5%
治療の必要性	64.8%	24.2%	67.3%	57.7%	23.6%	79.6%	20.4%	64.5%	12.8%	22.7%
治療の可能性	61.2%	49.8%	64.1%	50.0%	46.0%	79.5%	20.5%	63.2%	9.4%	27.4%
【病態】	医療判断毎の該当割合					各要因が該当する場合の医療判断				
重症度 (BPRS 点数)						70.4%	29.6%	57.3%	10.7%	32.2%
定性評価						70.4%	29.6%	57.3%	10.7%	32.2%
意識障害	39.9%	19.2%	37.3%	28.8%	19.8%	72.1%	27.9%	56.9%	10.4%	32.7%
幻覚・妄想状態	25.6%	10.3%	30.9%	5.8%	10.1%	77.4%	22.6%	71.6%	3.2%	25.2%
精神運動興奮状態	25.6%	27.1%	20.0%	50.0%	28.3%	58.7%	43.3%	32.1%	19.0%	48.9%
けいこ状態	7.1%	0.5%	7.7%	5.8%	0.4%	85.2%	4.8%	81.0%	14.3%	4.7%
解離状態	1.1%	3.9%	0.5%	3.8%	3.4%	27.3%	72.7%	9.1%	18.2%	72.7%
躁鬱状態										
その他	18.5%	39.9%	18.2%	17.3%	38.8%	39.1%	60.9%	28.4%	6.4%	65.2%
【緊急に医療的介入を要する因子】	医療判断毎の該当割合					各要因が該当する場合の医療判断				
被害	54.1%	17.1%	59.2%	25.0%	19.8%	91.4%	8.6%	82.8%	6.0%	11.2%
行動因子										
自傷	29.0%	28.6%	25.8%	47.2%	32.6%	78.7%	21.3%	54.3%	17.2%	28.3%
自傷不全	28.6%	54.1%	28.8%	30.6%	47.7%	85.8%	34.2%	54.4%	9.7%	36.3%
サボト因子										
抑鬱	18.9%	15.8%	27.7%	34.6%	15.8%	82.4%	37.8%	38.2%	20.2%	41.6%
医療関係性因子										
中絶例	38.8%	20.0%	40.5%	20.0%	21.4%	79.1%	26.9%	63.0%	3.7%	33.3%
かかりつけ医が対応できない	16.3%	0.0%	19.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
時間因子										
平日診療時間内であれば入院せずに済んだ	44.9%	77.1%	40.5%	80.0%	76.2%	44.9%	55.1%	32.1%	7.5%	60.4%
身体合併症因子										
入院判断に影響する身体合併症があった	1.4%	2.5%	1.4%	1.9%	3.0%	44.4%	55.6%	27.3%	9.1%	63.6%

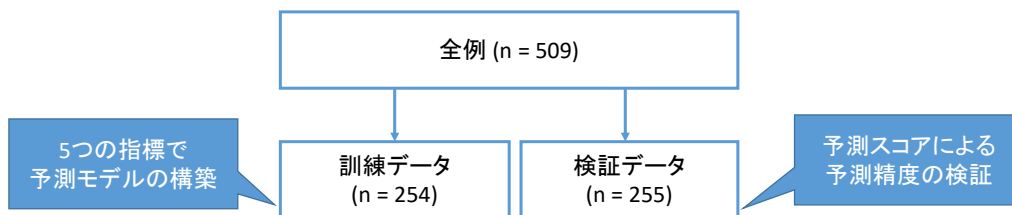
各医療判断における基本要件の該当状況

図3



救急受診者における非自発入院の予測スコア

図4



指標	オッズ比	回帰係数	スコア	カットオフ	感度	特異度	陽性適中率	陰性適中率
医学的な重症性	8.64	2.16	4	≥1	50%	100%	100%	17%
社会的不利益	2.51	0.92	3	≥2	57%	95%	97%	40%
急性の展開	3.30	1.19	3	≥3	60%	85%	90%	50%
治療の必要性	1.53	0.43	2	≥4	72%	84%	83%	74%
治療の可能性	0.43	-0.84	1	≥5	79%	81%	77%	84%
				≥6	80%	81%	77%	84%
				≥7	86%	80%	72%	90%
				≥8	84%	75%	63%	90%
				≥9	84%	72%	57%	91%
				≥10	84%	71%	55%	91%
				≥11	88%	67%	43%	95%
				≥12	88%	67%	43%	95%

注) 切片 = -1.96; AUC=0.84

図5

スコアリングを用いたヒストグラム（全体）

N=509

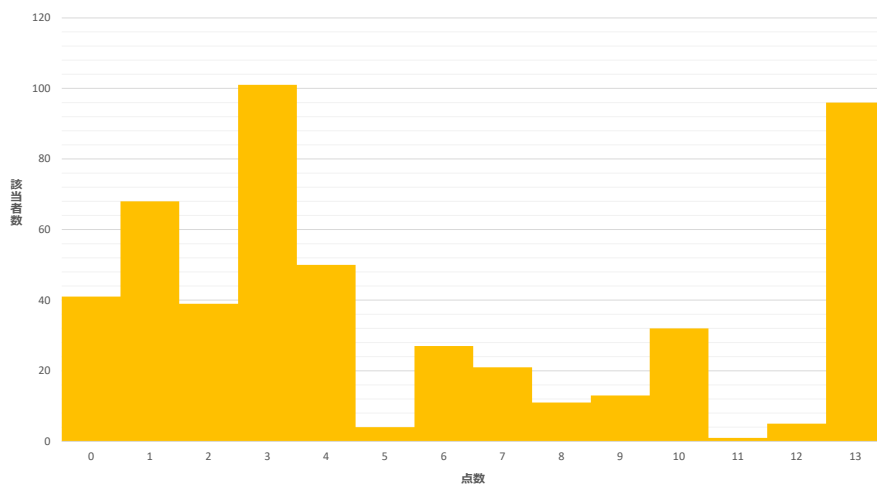
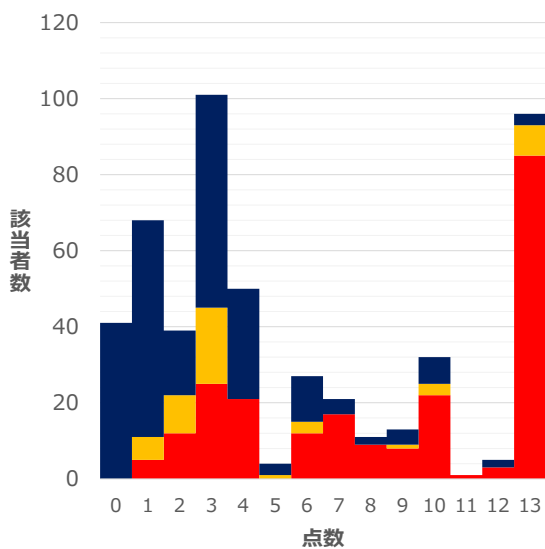


図6

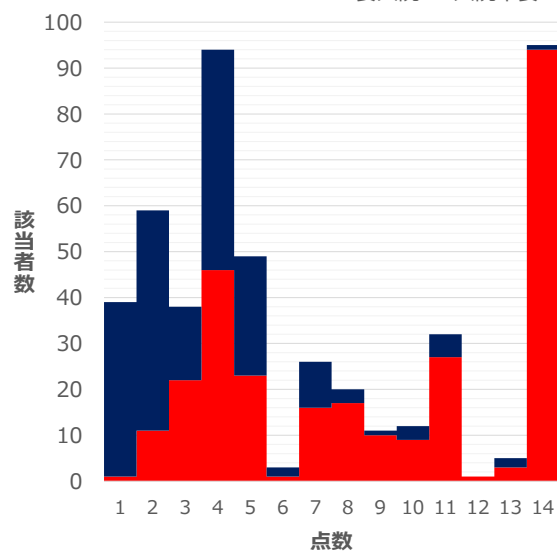
予測スコア

■非自発 ■自発 ■非入院



予測スコア

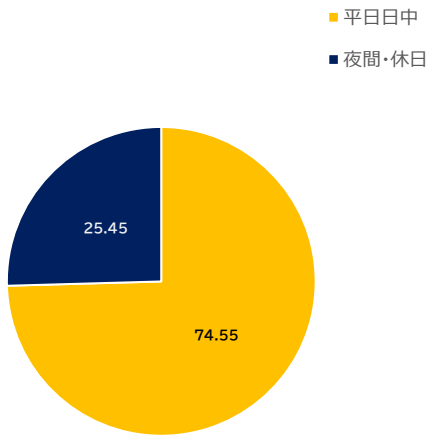
■要入院 ■入院不要



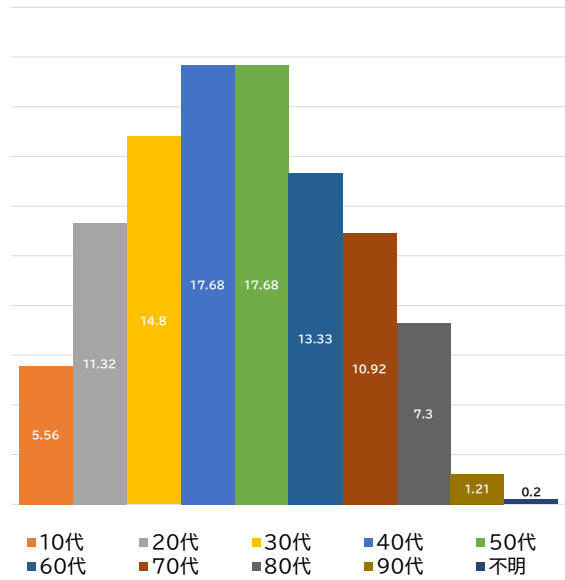
2019年度データ結果 基本情報

図7

【入院時間帯】



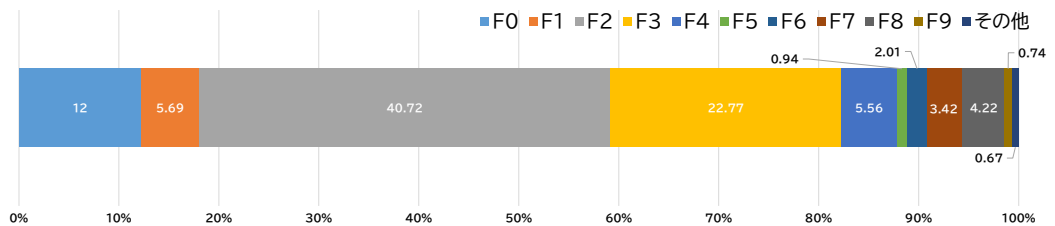
【年代】



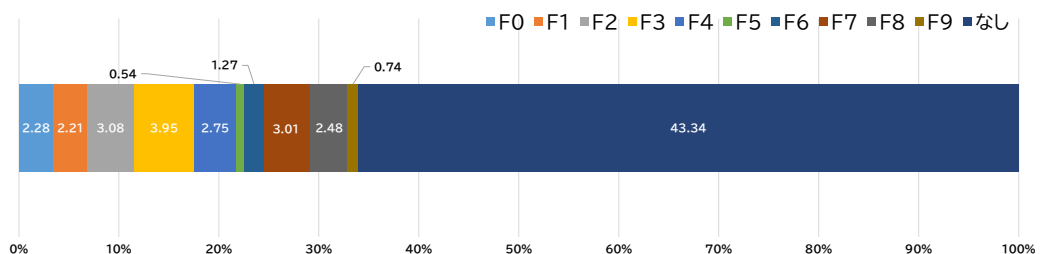
2019年度データ結果 基本情報

図8

【主診断】

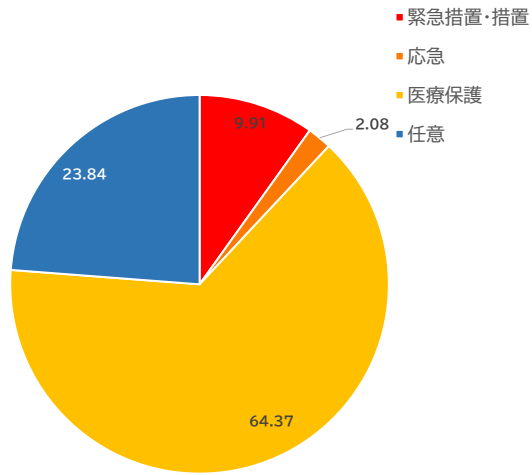


【副診断】



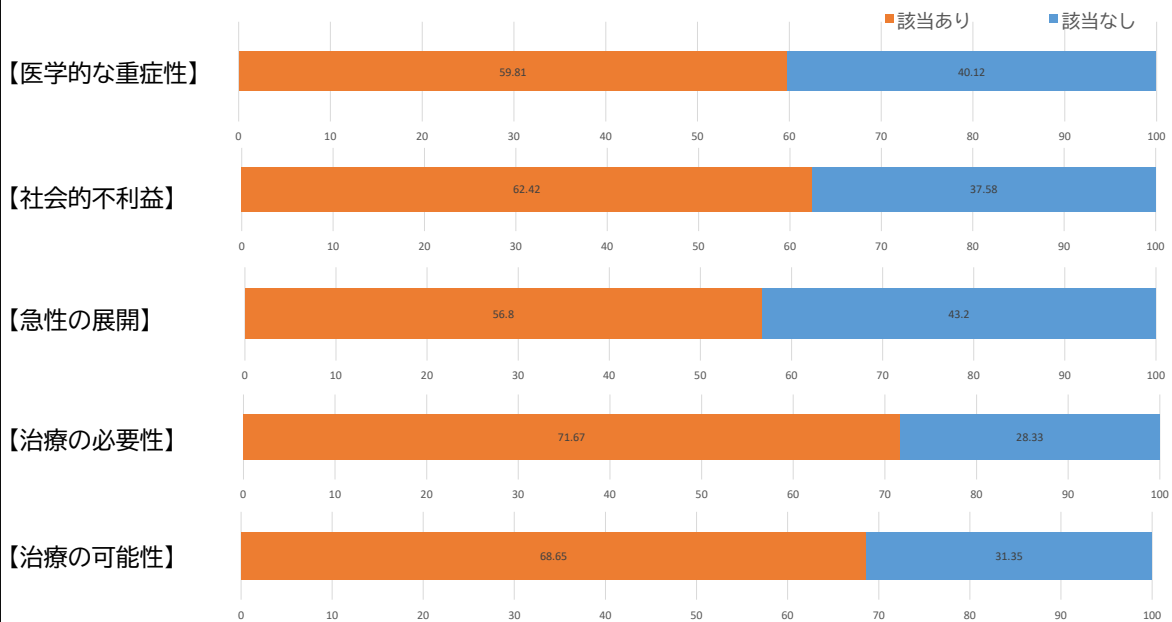
2019年度データ結果 転帰情報

図9



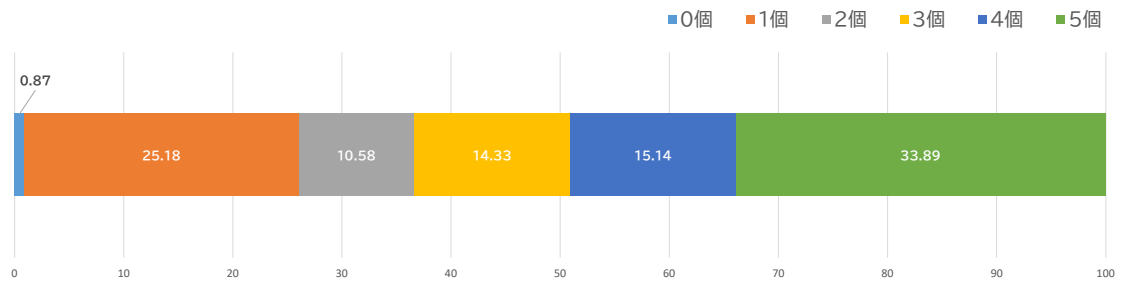
2019年度データ結果 基本要件

図10



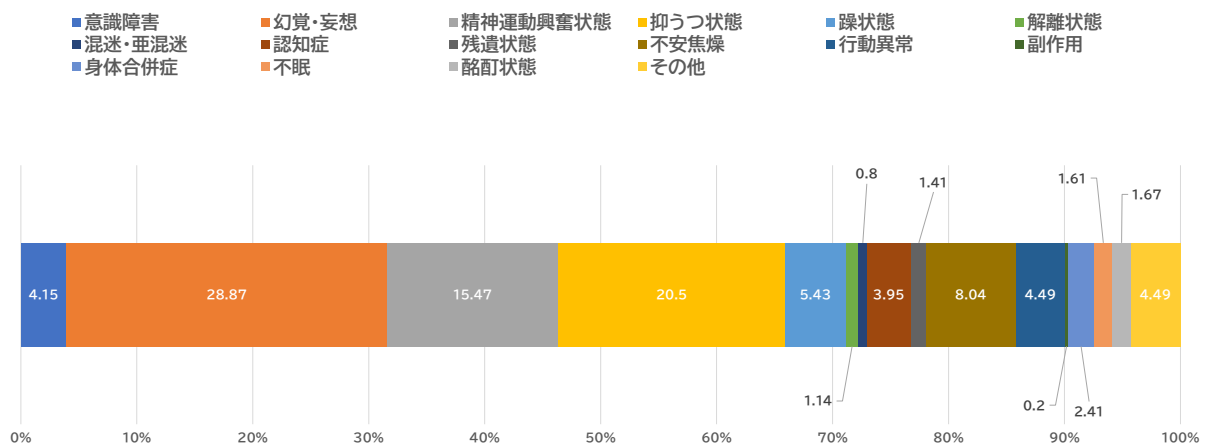
2019年度データ結果 基本要件該当数

図11



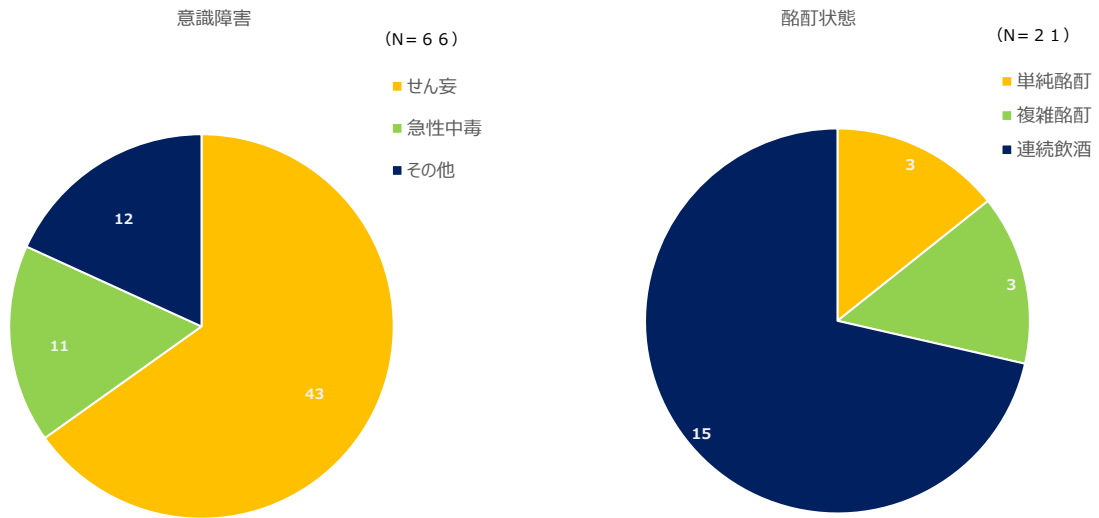
2019年度データ結果 状態像

図12



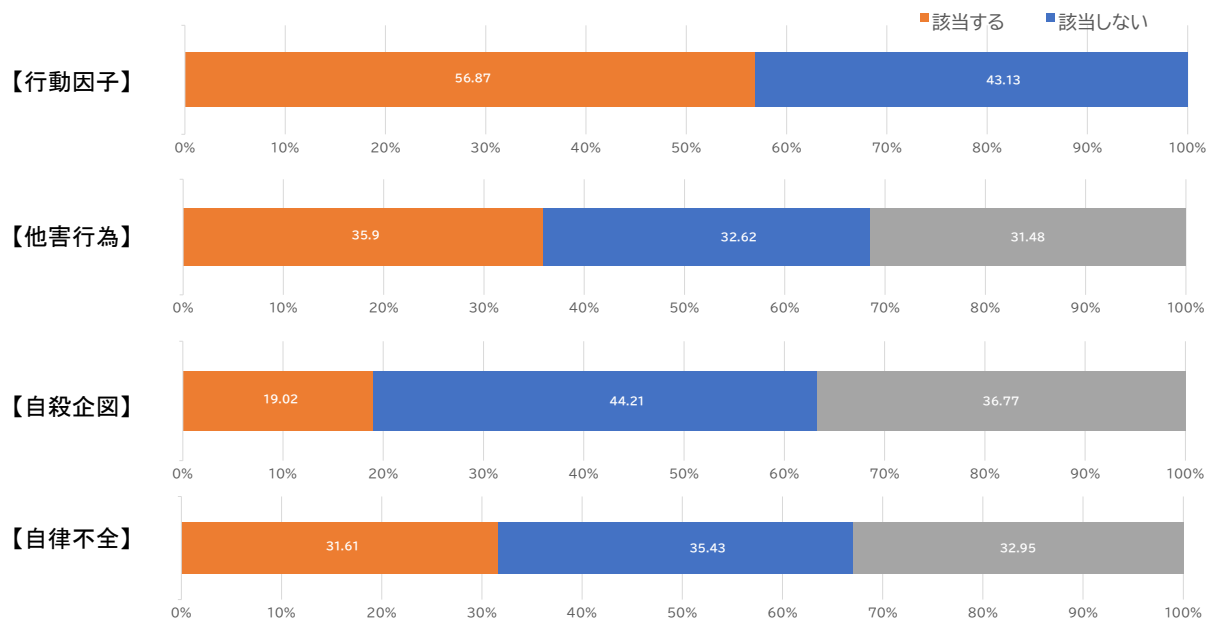
2019年度データ結果 状態像

図13



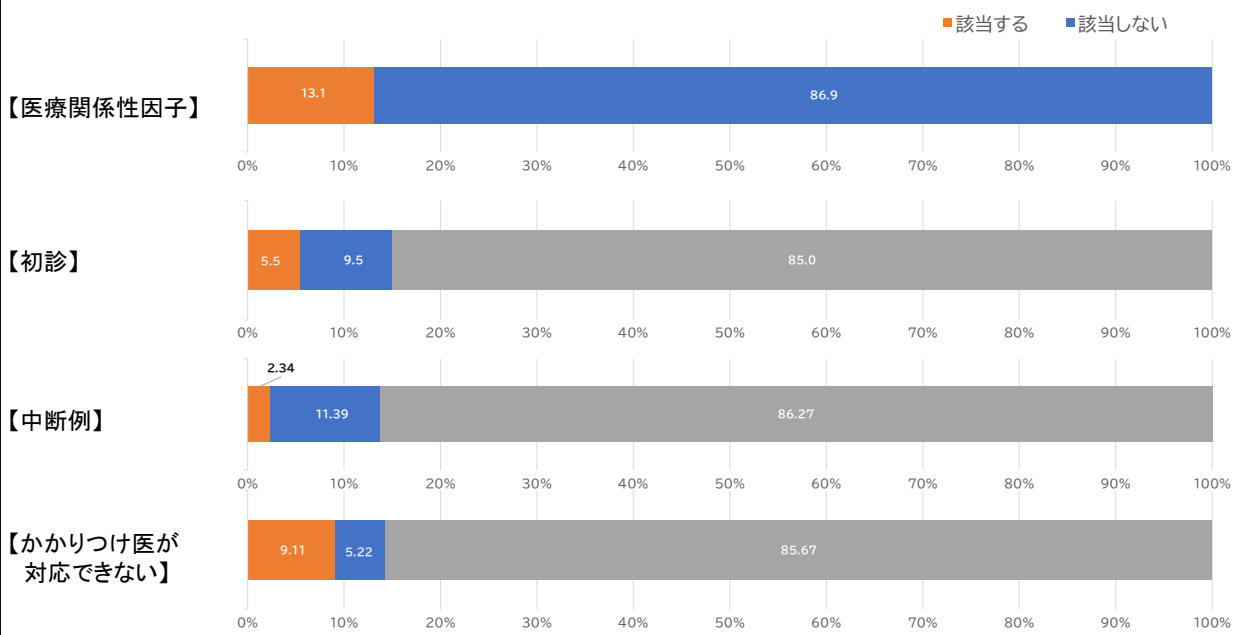
2019年度データ結果 緊急に医療的介入を要する因子

図14



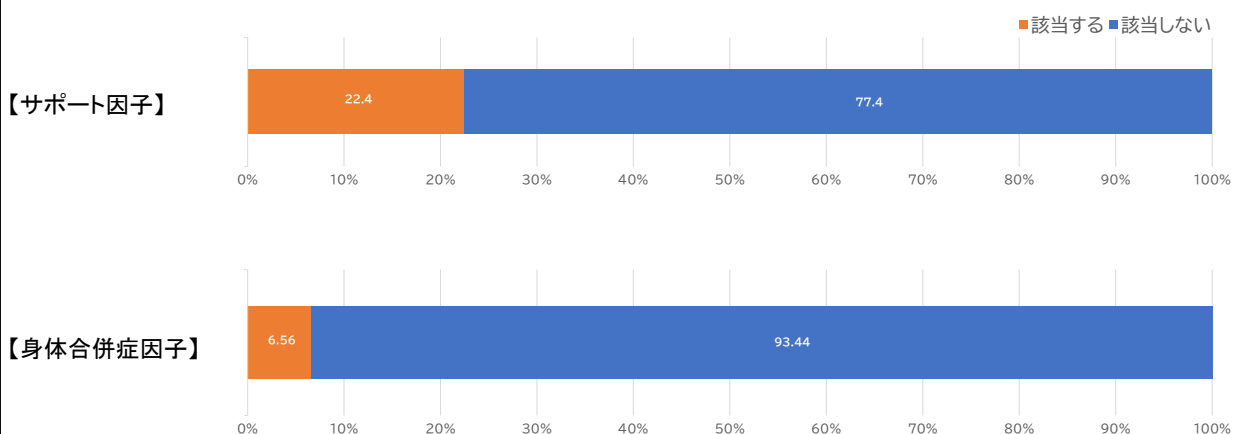
2019年度データ結果 緊急に医療的介入を要する因子

図15



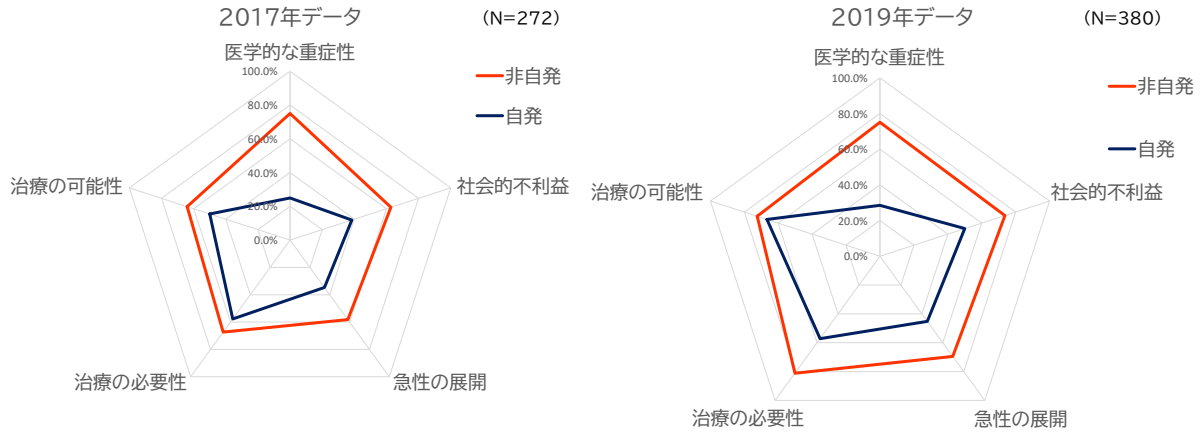
2019年度データ結果 緊急に医療的介入を要する因子

図16



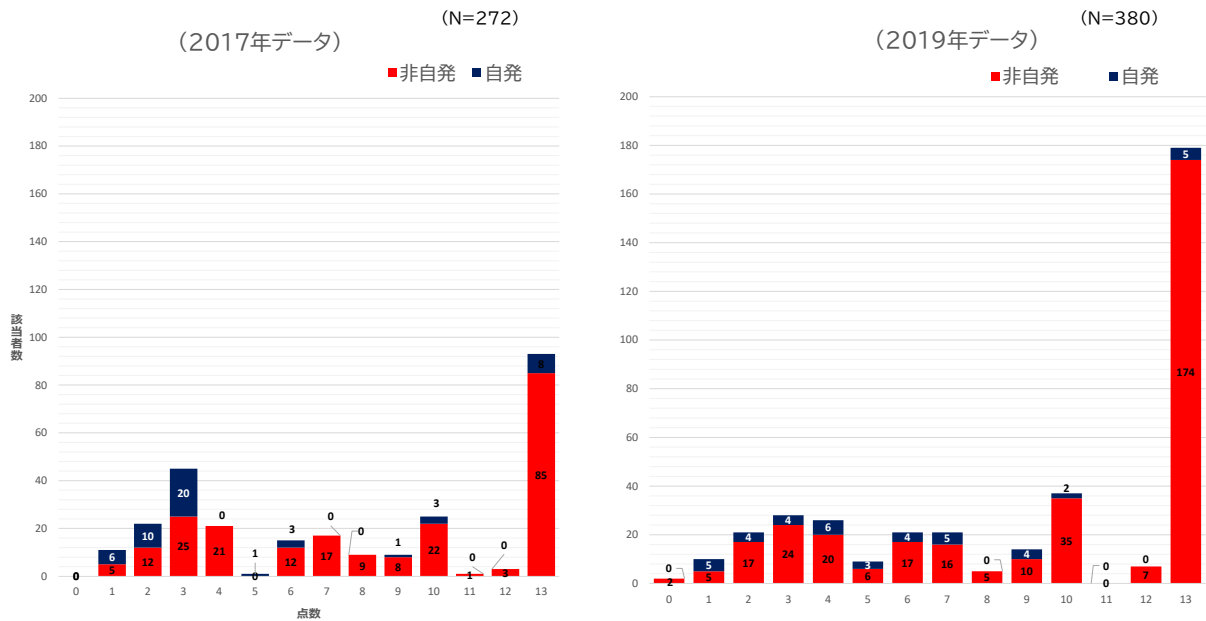
5要件該当割合

図17



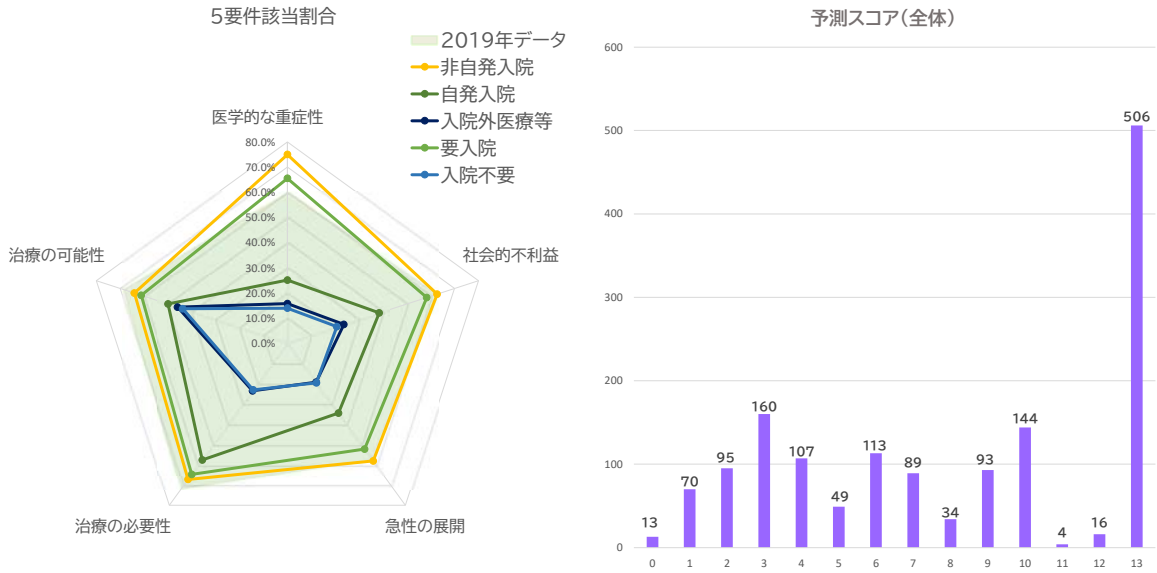
予測データ

図18



2019年度データ結果 5要件該当割合およびスコアリング

図19



入院ニーズ 18カテゴリ

表2

意識障害（せん妄、急性中毒、その他）、	幻覚・妄想
精神運動興奮状態	抑うつ状態
躁状態	解離状態
昏迷・亜昏迷状態	認知症状態（BPSDを除く）
残遺状態	不安・焦燥
行動異常 （食行動、強迫症状、状態像を特定できない攻撃性・破壊行為、自殺・自傷）	副作用
不眠	身体合併症
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）	依存症状態
レスパイト、休息目的	その他