

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（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）

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 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（あたま中央クリニック）

【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討するため、多様化する精神科医療ニーズについて、既存の指標を用いて新たな評価手法の開発を行った。

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」において有用性が確認された指標を用いた。同研究（2017 年調査）で収集した 509 例と、本研究（2019 年調査）で得られた 1502 例をデータ源とした。2 つの統合解析データセットを作成し、基本要件として測定した①医学的な重症性、②社会的不利益、③急性の展開、④治療の必要性、⑤治療の可能性、の 5 項目を用い、ロジスティック回帰分析および機械学習によって非自発入院の予測モデルを構築した。予測精度を高める目的で、2019 年調査のデータセットを用い、項目を拡大して予測モデルを構築した。2019 年調査のデータを基に、基本要件と⑥措置・応急入院、⑦中核傷病の 7 項目にて潜在クラス分析にて入院需要のセグメンテーションを行い、医療提供体制の相応性について検討した。本研究は倫理委員会の承認を得た。

結果： 2 つの統合解析データセットを用いた非自発入院の予測モデルで、内的妥当性データの陽性的中率 80%、陰性的中率 79%を得たが、外的妥当性では 91%と 40%であった。情報量を拡大した 2019 年データによる予測モデルが予測精度を向上させることはなかった。入院需要のセグメンテーションでは、解釈可能性から 9 クラスモデルが採用され、各項目の反応率から、①中核群、②相対的入院適応群、③社会的不利益突出群、④治療可能性突出群、⑤非定型入院適応群、⑥治療必要性突出群、⑦医学的重症性突出群、⑧急性の展開突出群、⑨公権力発動介入群と命名された。

考察： 精神科救急医療における実際のニーズについて、大規模サンプルを収集し、非自発入院に係る医療判断の客観的予測の可能性、医療提供体制の相応性の検討を行った。医療判断予測では高い陽性的中率が得られたが、陰性的中率の予測精度は十分でなく、一定の有用性が考えられるがその意義は限定的にとどまった。また、今回の指標を用いた評価方法は、時期や対象を超えた普遍性には限界があると考えられた。医療提供体制の相応性を検証するための入院需要のセグメンテーションでは、臨床実感に合致するクラス分類が可能で、地域医療計画や政策立案のツールとしては限界があったが、議論や検討のために参考となる興味深い情報を提供できる意義はあると考えられた。

得られた知見は今後、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や、精神科救急医療に関する包括的ガイドライン等に活用できる可能性がある。

A. 研究の背景と目的

国民の医療ニーズに対する医療ケアの提供体制は、診療科を問わず、当該ニーズに十分な対応となるよう整備されなければならない。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、過不足のない当該ニーズとの相応性が求められる。個々のケースにおけ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討できるよう、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。

一般病床と療養病床では、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も関連し、従来その重症度について、精度の高い客観的な評価が困難とされてきた。また精神科の医療提供体制に関する施策は、一般的な医療とは独立した状況にある。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、どのような状態に非自発入院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、非自発入院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. データ源

1) 2017 年調査

2017-2018 年度「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」¹⁾において報告した、郵送調査のデータを用いた。調査対象は、精神科救急入院料の届出病棟を有する 134 病院であった。2017 年 9 月 1 日から 9 月 30 日の間に、時間外（夜間・休日）に救急受診した 10 名について、資料 1 の調査票に回答するよう求めた。

2) 2019 年調査

2019 年度「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」²⁾において報告した、郵送調査のデータを用いた。調査対象は、精神科救急入院料の届出病棟を有する 160 病院であった。2019 年 9 月 1 日から 10 月 31 日の間に、精神科救急入院料病棟に入院した 20 名について、資料 2 の調査票に回答するよう求めた。

2. 倫理的配慮

本研究の研究計画は、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）。

3. 非自発入院の予測モデルの構築

1) 従属変数

転帰情報として「緊急措置入院・措置入院」「応急入院」「医療保護入院」と回答された場合に「非自発入院」と分類した。

2) 主要な独立変数

基本要件として測定している、①医学的な重症性、②社会的不利益、③急性の展開、④治療の必要性、⑤治療の可能性、の 5 項目を主要な独立変数とした。

3) 探索的な独立変数

年齢、性別、主診断、副診断、病態の定性評価（ろ過項目の場合は、下位項目を使用）、緊急に医療的介入を要する因子（ろ過項目の場合は、下位項目を使用）、の 57 変数を探索的な独立変数とした。

4) 2017/2019 年調査の統合解析データセットの作成

転帰情報に回答がない症例、転帰情報が「その他」のみに該当し自発入院あるいは非自発入院の区別がつかない症例、基本要件の回答に不備がある症例を除いた。

2017 年調査の解析対象集団をランダムに、80%を訓練データ、20%を内的妥当性データの患者として、従属変数の分布が2つのデータセットで等しくなるように割り当てた。また、2019 年調査の解析対象集団を100%、外的妥当性データの患者として割り当てた。

5) 2019 年調査の解析データセットの作成

転帰情報に回答がない症例、転帰情報が「その他」のみに該当し自発入院あるいは非自発入院の区別がつかない症例、基本要件、性別、年齢の回答に不備がある症例を除いた。

2019 年調査の解析対象集団をランダムに、80%を訓練データ、20%を内的妥当性データの患者として、従属変数の分布が2つのデータセットで等しくなるように割り当てた。

6) 2017/2019 年調査の統合解析データセットにおける予測モデルの構築

主要な独立変数と従属変数の訓練データに対して、ロジスティック回帰分析、ランダムフォレスト、サポートベクターマシン、ニューラルネットワークにより推定した。機械学習のハイパーパラメータは、10 分割交差検証により、最適なモデルを探索した。訓練データから学習したモデルを用いて、内的妥当性

データに対してイベント発生（非自発入院）の予測を行った。

Area Under the Curve (AUC)、正答率、感度、特異度により全てのモデルの判別能を評価した。

内的妥当性データにおいて、予測値により患者を5群に分類して、実際のイベント発生（非自発入院）割合をプロットすることにより較正を評価した。外的妥当性データにおいて、予測値により患者を10群に分類して、実際のイベント発生（非自発入院）割合をプロットすることにより較正を評価した。

訓練データのロジスティック回帰分析の結果に基づいて、リスクスコアを作成した。内的妥当性データと外的妥当性データにおいて、リスクスコアの精度を、感度、特異度、陽性適中率、陰性適中率により評価した。

7) 2019 年調査の解析データセットにおける予測モデルの構築

主要な独立変数、探索的な独立変数と従属変数の訓練データに対して、ロジスティック回帰分析、ランダムフォレスト、サポートベクターマシン、ニューラルネットワークにより推定した。機械学習のハイパーパラメータは、10 分割交差検証により、最適なモデルを探索した。訓練データから学習したモデルを用いて、内的妥当性データに対してイベント発生（非自発入院）の予測を行った。

Area Under the Curve (AUC)、正答率、感度、特異度により全てのモデルの判別能を評価した。

内的妥当性データにおいて、予測値により患者を5群に分類して、実際のイベント発生（非自発入院）割合をプロットすることにより較正を評価した。

4. 入院需要のセグメンテーション

1) 研究法

2019年調査のデータを基に、転帰情報あるいは基本要件の回答に不備のある症例、その他の入院形態を除外した症例を解析対象集団とした。

基本要件として測定している、①医学的な重症性、②社会的不利益、③急性の展開、④治療の必要性、⑤治療の可能性、の5項目を従属変数とした。さらに、⑥措置・応急入院と⑦中核傷病（主傷病がF1/F2/F3/F6）を従属変数とした。

2) 潜在クラスの推定

潜在クラス分析により、従属変数の反応パターンをセグメンテーションを行った。基本要件5項目を用いたものを主解析とした。基本要件と措置・応急入院の6項目を用いたものを感度分析とした。さらに、基本要件、措置・応急入院と中核傷病の7項目を用いたものを感度分析とした。

クラス数は1-11とし、各変数セットについて推定した。推定に伴う最大の反復推定回数は20000回、モデルの推定回数は30回とした。モデルの選択は、Akaike Information Criterion (AIC) と Bayesian Information Criterion (BIC) により行った。選択されたモデルについて、クラスごとの構成率と従属変数の反応率を記述した。解釈可能性から、1

つのモデルを採用し、クラス別に主傷病、副傷病、自発入院の割合を求めた。

C. 研究結果

1. 非自発入院の予測モデルの構築

1) 2017/2019年調査の統合解析データセットにおける予測モデルの構築

408例の訓練データ、101例の内的妥当性データ、1502例の外的妥当性データを用いて、非自発入院の予測モデルを構築した（図1）。外的妥当性データは、訓練データと内的妥当性データと比較すると、60歳以上が多く、F4が少なく、該当する基本要件は多かった（表1）。

判別能の評価結果を表2に示す。AUCを確認すると、訓練データと検証データでは、大きな差がなかった。一方で、外的妥当性データのAUCは、訓練データと検証データと比較して、小さな値になっていた。4つのモデルと比較すると、ロジスティック回帰分析とニューラルネットワークのAUCが高かった。

較正の評価結果を図2に示す。内的妥当性データにおいては、ロジスティック回帰分析の予測値は実際のイベント発生率に近いことが明らかになった。一方で、外的妥当性データにおいては、実際のイベント発生率の方が予測値よりも高いことが示された。つまり、予測モデルは、イベント発生を過小評価することが示された。

訓練データのロジスティック回帰分析の結果を基に、回帰係数の2倍の値の整数値を重みとし、マイナスのリスクスコアを避けるため、切片の値-1.966を利用して、各変数の重

み付き合計値に 2 を加えた値を、リスクスコアとした（下表）。

変数	回帰係数	重み
医学的な重症性	2.177	4
社会的不利益	0.926	2
急性の展開	0.810	2
治療の必要性	0.594	1
治療の可能性	-0.432	-1

切片 = -1.966

リスクスコアの判別能を表 3 に示す。内的妥当性データでは、カットオフ値が 7 点以上のときに、Youden Index の観点より、最適なカットオフ値となった。カットオフ値が 7 点以上の場合、陽性適中率は 80%、陰性適中率は 79%であった。外的妥当性データにおいても、カットオフ値が 7 点以上のときに、Youden Index の観点より、最適なカットオフ値となった。ただし、カットオフ値が 7 点以上の場合、陽性適中率は 91%に達するが、陰性適中率は 40%に過ぎなかった。

2) 2019 年調査の解析データセットにおける予測モデルの構築

1085 例の訓練データ、270 例の内的妥当性データを用いて、非自発入院の予測モデルを構築した（図 3、表 4）。

判別能の評価結果を表 5 に示す。判別能として AUC を確認すると、訓練データと比較して、検証データの値が低くなっていた。内的妥当性データにおいて 4 つのモデルを比較すると、ニューラルネットワークの AUC と正答率が最も高かったが、モデル間で大きな差は認められなかった。特異度は、ロジスティック回帰分析とニューラルネットワークが相対的に最も高かったが、50%に過ぎなかった。

較正の評価結果を図 4 に示す。ニューラルネットワークは、イベント発生率を過小評価する傾向があることが示された。ロジスティック回帰分析は、予測モデルでイベント発生率が 25%程度と期待されるグループ（下位 2 位の群）で、実際のイベント発生率が 50%を超えることが示された。

2. 入院需要のセグメンテーション

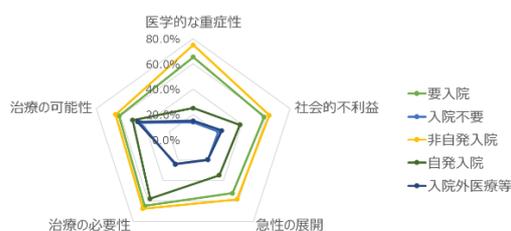
潜在クラス分析の結果、AIC と BIC により、基本要件の 5 項目では 5 クラス（表 6）、基本要件と措置・応急入院の 6 項目では 7 クラス（表 7）、基本要件、措置・応急入院と中核傷病の 7 項目では 7 クラスあるいは 9 クラス（表 8）が支持された。解釈可能性から、基本要件、措置・応急入院と中核傷病の 7 項目による 9 クラスモデルを採用した。各々のクラスは、各項目の反応率から、①中核群、②相対的入院適応群、③社会的不利益突出群、④治療可能性突出群、⑤非定型入院適応群、⑥治療必要性突出群、⑦医学的重症性突出群、⑧急性の展開突出群、⑨公権力発動介入群と命名した（表 9）。クラス別の主傷病名、副傷病名と自発入院の割合を表 10 に示す。

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、医療提供体制の適正な整備のためには、個々のニーズの重症度や医療必要度を客観的に示す根拠が必要であるが、精神科領域ではこれを示す評価手段が存在しなかった。今回、通算 4 年を

かけ、本研究活動にて方法論の開発を試みたところ、一定の成果を得たことは意義深い。

2017年度調査では、夜間・休日を緊急受診した509例の精神科救急患者群において、基本要件として測定した①医学的な重症性、②社会的不利益、③急性の展開、④治療の必要性、⑤治療の可能性、の5項目への当てはまり率は、転帰である入院外医療・自発入院・非自発入院の順に大きくなる傾向があり、レーダーチャートを用いると、5要件で示される重症性が医療判断時に発生する制限性の違いと連動することが可視化された（下図）。



これらは臨床実感に見合うものであったことから、より精度の高い非自発入院の予測モデルを目指した。2017/2019年調査の統合解析データセットにおける予測モデルの構築を試みたところ、内的妥当性データではロジスティック回帰分析の予測値が、実際のイベント発生率に近くなったものの、外的妥当性データは過小評価となった。内的妥当性データは2017年調査、外的妥当性データは2019年調査として行われており、2017年調査の訓練データを用いて構築した予測モデルに2019年調査を外挿して評価検討することは困難であったことから、今回の指標を用いた評価方法の普遍性には限界があると考えられた。

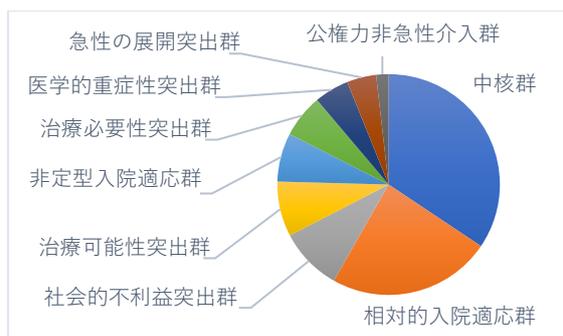
次に、訓練データのロジスティック回帰分析の結果をもとに、リスクスコアの作成を試みたところ、非自発入院を予測するカットオフ値が設定された。その精度について、外的妥当性データにおいて、91%という高い陽性的中率を示したが、陰性的中率が40%に過ぎず、有用性は限定的であった。内的妥当性データでは陽性/陰性的中率が共に約80%であり、前述の予測モデルと同様、調査時期や対象の違いが影響した可能性が否定できない。個々のケースにおいて、7点以上のスコアを記録した場合、非自発入院の代表格である医療保護入院の判定を90%まで予測できるが、6点以下であった場合の医療保護入院非該当（通院や任意入院）については予測できず、その他の要因や臨床的文脈が大きく関与する対象と考えられる。

2017/2019年調査の統合解析データセットにおける予測モデルの精度が不十分であったことから、主要な独立変数に加えて、探索的な独立変数を活用することで2019年調査の解析データセットにおける予測モデルの構築を試みた。しかしながら、精度が向上することはなかった。

以上の解析結果を踏まえ、従属変数である転帰への着目によらない発想として、潜在クラス分析による入院需要のセグメンテーションを試みた。解釈可能性から、基本要件、措置・応急入院と中核傷病の7項目による9クラスモデルが採用され、各々のクラスは、各項目の反応率の特徴から、①中核群、②相対的入院適応群、③社会的不利益突出群、④治療可能性突出群、⑤非定型入院適応群、⑥治療必要性突出群、⑦医学的重症性突出群、⑧

急性の展開突出群、⑨公権力発動介入群と命名することができた。

クラスの頻度は中核群が最も多く 34.4%、次点が相対的入院適応群 23.8%で、他の7クラスはいずれも 10%に満たなかった（下図）。



それぞれのクラス特徴について、臨床的文脈として整理し（表 11）、エキスパートオピニオンによりディスカッションしたところ、臨床的な実感を伴う妥当な分類として支持された。

今回の調査に協力した全国の精神科救急入院料の届出病棟を有する 76/160 病院について、それぞれの連続 20 症例のクラス構成は、サンプルサイズの限界からその施設を代表できるものではなく、医療機関の特徴について論じることは適切ではないと考えられた。

さらに、今回の解析は、調査に協力的な病院からの回答のみによって行われ、病院数としては全体の半数以下に過ぎなかった。非参加病院の実態が反映されないことによる限界は大きいと考えられ、適切な政策立案のためには、今後救急受診した患者について、データ提供を求める仕組みの構築等が求められる。そのさい一般科で行われているデータ提供可算等が参考になるかもしれない。

このクラス分類を活用し、ニーズと医療提供体制の相応性を客観的に示せるのかどうかについて、いずれも入院医療ニーズとして合理的な対象であり、多様性への対応を目標として掲げる現政策下に、医療提供体制の妥当性について基準等を示すことは困難と思われたが、クラスごとの重症度や頻度が異なり、議論や検討のために参考となる興味深い情報を提供できる意義はあると考えられた。

E. 結論

精神科救急医療における実際のニーズについて、大規模サンプルを収集し、非自発入院に係る医療判断の客観的予測の可能性、医療提供体制の相応性の検証を行った。基本要件として測定した①医学的な重症性、②社会的不利益、③急性の展開、④治療の必要性、⑤治療の可能性、の5項目および措置・応急入院と中核傷病等を指標とした。医療判断予測では高い陽性的中率が得られたが、陰性的中率の予測精度は十分でなく、一定の有用性が考えられるがその意義は限定的にとどまった。また、今回の指標を用いた評価方法は、時期を超えた普遍性には限界があると考えられた。医療提供体制の相応性を検証するための入院需要のセグメンテーションでは、臨床実感に合致するクラス分類が可能で、地域医療計画や政策立案のツールとしては限界があったが、議論や検討のために参考となる興味深い情報を提供できる意義はあると考えられた。

得られた知見は今後、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や、精神科救急医療に関する

包括的ガイドライン等に活用できる可能性がある。
ある。

けた医療の質向上と医療提供体制の最適化に資する研究. 第 28 回日本精神科救急学会学術総会, 2020, 10, 9, 高知 (WEB 開催)

F. 健康危険情報

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. なし

2. 学会発表

- 1) 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
- 2) 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
- 3) 杉山直也: 医療資源とニーズの相応性について～科研成果等より. シンポジウム 2「精神科救急と高規格病棟～現状とあり方, その役割について～」第 28 回日本精神科救急学会学術総会, 2020, 10, 9, 高知 (WEB 開催)
- 4) 塩澤拓亮, 藤井千代, 阿部真貴子, 平田豊明, 兼行浩史, 野田寿恵, 奥村泰之, 杉山直也: 精神科救急医療ニーズの多様化に向

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), 分担研究報告書, 2019
2. 杉山直也, 兼行浩史, 藤井千代, 平田豊明, 野田寿恵, 奥村泰之: 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. 令和元年度 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 (研究代表者: 杉山直也), 分担研究報告書, 2020

表 1. 2017/2019 年調査の統合解析データセットの背景要因

背景要因	訓練データ (n = 408)	内的妥当性データ (n = 101)	外的妥当性データ (n = 1502)
年齢区分, n (%)			
0-19	23 (5.6)	5 (5.0)	84 (5.6)
20-39	141 (34.6)	32 (31.7)	386 (25.7)
40-59	163 (40.0)	42 (41.6)	513 (34.2)
60-79	54 (13.2)	18 (17.8)	352 (23.4)
≥80	25 (6.1)	4 (4.0)	127 (8.5)
欠測	2 (0.5)	0 (0.0)	40 (2.7)
性別, n (%)			
男性	173 (42.4)	35 (34.7)	653 (43.5)
女性	220 (53.9)	64 (63.4)	741 (49.3)
欠測	15 (3.7)	2 (2.0)	108 (7.2)
主傷病, n (%)			
F0	31 (7.6)	5 (5.0)	181 (12.1)
F1	26 (6.4)	4 (4.0)	87 (5.8)
F2	154 (37.7)	40 (39.6)	612 (40.7)
F3	83 (20.3)	24 (23.8)	343 (22.8)
F4	48 (11.8)	12 (11.9)	82 (5.5)
F5	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (0.9)
F6	14 (3.4)	2 (2.0)	30 (2.0)
F7	13 (3.2)	1 (1.0)	51 (3.4)
F8	11 (2.7)	1 (1.0)	63 (4.2)
F9	5 (1.2)	1 (1.0)	11 (0.7)
その他	10 (2.5)	7 (6.9)	11 (0.7)
副傷病, n (%)			
F0	3 (0.7)	0 (0.0)	35 (2.3)
F1	5 (1.2)	5 (5.0)	33 (2.2)
F2	9 (2.2)	4 (4.0)	46 (3.1)
F3	17 (4.2)	2 (2.0)	59 (3.9)
F4	13 (3.2)	1 (1.0)	40 (2.7)
F5	1 (0.2)	0 (0.0)	8 (0.5)
F6	7 (1.7)	1 (1.0)	19 (1.3)
F7	13 (3.2)	4 (4.0)	45 (3.0)
F8	9 (2.2)	2 (2.0)	37 (2.5)
F9	1 (0.2)	0 (0.0)	11 (0.7)
基本要件, n (%)			
医学的な重症性	170 (41.7)	45 (44.6)	900 (59.9)
社会的不利益	170 (41.7)	44 (43.6)	940 (62.6)
急性の展開	148 (36.3)	44 (43.6)	854 (56.9)
治療の必要性	187 (45.8)	47 (46.5)	1077 (71.7)
治療の可能性	217 (53.2)	59 (58.4)	1033 (68.8)
病態の定性評価, n (%)			
意識障害	23 (5.6)	5 (5.0)	67 (4.5)
幻覚・妄想	115 (28.2)	29 (28.7)	434 (28.9)
精神運動興奮状態	79 (19.4)	16 (15.8)	233 (15.5)
抑うつ状態	111 (27.2)	26 (25.7)	308 (20.5)
躁状態	12 (2.9)	9 (8.9)	83 (5.5)
解離状態	9 (2.2)	2 (2.0)	17 (1.1)
酩酊状態	12 (2.9)	4 (4.0)	25 (1.7)
その他	113 (27.7)	28 (27.7)	387 (25.8)
緊急に医療的介入を要する因子, n (%)			
自傷・他害・自律性の低下	266 (65.2)	67 (66.3)	1240 (82.6)
インフォーマルヘルプがない	69 (16.9)	20 (19.8)	336 (22.4)
プロフェッショナルヘルプがない	71 (17.4)	18 (17.8)	249 (16.6)
身体合併症	20 (4.9)	7 (6.9)	99 (6.6)

注) 病態の定性評価の項目は、調査間で等しくなるように、2019 年度に新設された選択肢は、その他の項目として整理した。ろ過項目については、下位項目に選択がある場合は、上位項目に選択があるとみなして整理した。

表 2. 2017/2019 年調査の統合解析データセットにおける判別能

モデル	AUC (95% CI)	正当率 (95% CI)	感度 (95% CI)	特異度 (95% CI)
訓練データ				
LR	0.858 (0.821, 0.894)	0.801 (0.759, 0.839)	0.744 (0.673, 0.807)	0.845 (0.792, 0.889)
RF	0.854 (0.816, 0.892)	0.806 (0.765, 0.844)	0.767 (0.698, 0.827)	0.836 (0.782, 0.881)
SVM	0.785 (0.738, 0.833)	0.794 (0.752, 0.832)	0.744 (0.673, 0.807)	0.832 (0.777, 0.878)
NN	0.857 (0.820, 0.894)	0.797 (0.754, 0.835)	0.761 (0.691, 0.822)	0.823 (0.768, 0.870)
内的妥当性データ				
LR	0.854 (0.779, 0.928)	0.792 (0.700, 0.866)	0.773 (0.622, 0.885)	0.807 (0.681, 0.900)
RF	0.836 (0.758, 0.915)	0.782 (0.689, 0.858)	0.773 (0.622, 0.885)	0.789 (0.661, 0.886)
SVM	0.779 (0.681, 0.876)	0.792 (0.700, 0.866)	0.773 (0.622, 0.885)	0.807 (0.681, 0.900)
NN	0.854 (0.779, 0.928)	0.782 (0.689, 0.858)	0.773 (0.622, 0.885)	0.789 (0.661, 0.886)
外的妥当性データ				
LR	0.757 (0.729, 0.785)	0.716 (0.692, 0.738)	0.707 (0.679, 0.733)	0.745 (0.697, 0.790)
RF	0.739 (0.711, 0.767)	0.708 (0.684, 0.731)	0.719 (0.692, 0.745)	0.672 (0.621, 0.721)
SVM	0.696 (0.665, 0.727)	0.710 (0.687, 0.733)	0.703 (0.676, 0.729)	0.734 (0.685, 0.779)
NN	0.753 (0.725, 0.781)	0.727 (0.704, 0.749)	0.762 (0.736, 0.786)	0.616 (0.564, 0.667)

AUC = area under the curve; CI = confidence interval; LR = logistic regression; NN = neural network; RF = random forest; SVM = support vector machine.

表 3. リスクスコアの判別能

カットオフ値	感度	特異度	陽性適中率	陰性適中率
内的妥当性データ				
≥1	1.000	0.000	0.436	NA
≥2	0.977	0.211	0.489	0.923
≥3	0.977	0.491	0.597	0.966
≥4	0.932	0.544	0.612	0.912
≥5	0.773	0.789	0.739	0.818
≥6	0.773	0.789	0.739	0.818
≥7	0.705	0.860	0.795	0.790
≥8	0.614	0.877	0.794	0.746
≥9	0.523	0.930	0.852	0.716
≥10	0.500	0.930	0.846	0.707
外的妥当性データ				
≥1	1.000	0.000	0.762	NA
≥2	0.978	0.126	0.782	0.643
≥3	0.965	0.190	0.793	0.630
≥4	0.899	0.336	0.813	0.508
≥5	0.775	0.571	0.853	0.442
≥6	0.740	0.639	0.868	0.433
≥7	0.621	0.807	0.912	0.399
≥8	0.590	0.835	0.920	0.388
≥9	0.458	0.888	0.929	0.338
≥10	0.431	0.894	0.929	0.329
≥11	0.013	0.997	0.938	0.240

表 4. 2019 年調査の解析データセットの背景要因

背景要因	訓練データ (n = 1085)	内的妥当性データ (n = 270)
年齢区分, n (%)		
0-19	57 (5.3)	22 (8.1)
20-39	291 (26.8)	70 (25.9)
40-59	380 (35.0)	94 (34.8)
60-79	268 (24.7)	66 (24.4)
≥80	89 (8.2)	18 (6.7)
性別, n (%)		
男性	511 (47.1)	128 (47.4)
女性	574 (52.9)	142 (52.6)
主傷病, n (%)		
F0	0 (0.3)	0 (0.3)
F1	0 (0.2)	0 (0.2)
F2	444 (40.9)	119 (44.1)
F3	264 (24.3)	52 (19.3)
F4	55 (5.1)	18 (6.7)
F5	8 (0.7)	3 (1.1)
F6	21 (1.9)	5 (1.9)
F7	40 (3.7)	7 (2.6)
F8	34 (3.1)	19 (7.0)
F9	6 (0.6)	3 (1.1)
その他	9 (0.8)	1 (0.4)
副傷病, n (%)		
F0	25 (2.3)	8 (3.0)
F1	22 (2.0)	6 (2.2)
F2	29 (2.7)	9 (3.3)
F3	46 (4.2)	9 (3.3)
F4	31 (2.9)	7 (2.6)
F5	7 (0.6)	1 (0.4)
F6	14 (1.3)	2 (0.7)
F7	29 (2.7)	7 (2.6)
F8	29 (2.7)	7 (2.6)
F9	6 (0.6)	4 (1.5)
基本要件, n (%)		
医学的な重症性	655 (60.4)	154 (57.0)
社会的不利益	677 (62.4)	172 (63.7)
急性の展開	646 (59.5)	134 (49.6)
治療の必要性	796 (73.4)	183 (67.8)
治療の可能性	756 (69.7)	178 (65.9)
病態の定性評価, n (%)		
意識障害	47 (4.3)	14 (5.2)
せん妄	32 (2.9)	6 (2.2)
急性中毒	5 (0.5)	6 (2.2)
その他	10 (0.9)	2 (0.7)
幻覚・妄想	310 (28.6)	87 (32.2)
精神運動興奮状態	160 (14.7)	39 (14.4)

抑うつ状態	237 (21.8)	52 (19.3)
躁状態	65 (6.0)	9 (3.3)
解離状態	13 (1.2)	3 (1.1)
昏迷・亜昏迷状態	8 (0.7)	4 (1.5)
認知症状態	41 (3.8)	8 (3.0)
残遺状態	18 (1.7)	2 (0.7)
不安焦燥	81 (7.5)	20 (7.4)
行動異常	50 (4.6)	15 (5.6)
副作用	1 (0.1)	1 (0.4)
身体合併症	30 (2.8)	5 (1.9)
不眠	18 (1.7)	5 (1.9)
酩酊状態	21 (1.9)	0 (0.0)
単純酩酊	3 (0.3)	0 (0.0)
複雑酩酊	3 (0.3)	0 (0.0)
連続飲酒	11 (1.0)	0 (0.0)
他の薬物	3 (0.3)	0 (0.0)
その他	42 (3.9)	18 (6.7)
緊急に医療的介入を要する因子, n (%)		
自傷・他害・自律性の低下	889 (81.9)	226 (83.7)
他害行為	381 (35.1)	101 (37.4)
自殺企図	207 (19.1)	56 (20.7)
清潔保持困難	349 (32.2)	78 (28.9)
インフォーマルヘルプがない	237 (21.8)	63 (23.3)
プロフェッショナルヘルプがない	187 (17.2)	43 (15.9)
初診	61 (5.6)	15 (5.6)
中断例	25 (2.3)	5 (1.9)
かかりつけ医が対応できない	102 (9.4)	25 (9.3)
身体合併症	76 (7.0)	19 (7.0)

注) ろ過項目については、下位項目に選択がある場合は、上位項目に選択があるとみなして整理した。

表 5. 2019 年調査の解析データセットにおける判別能

モデル	AUC (95% CI)	正当率 (95% CI)	感度 (95% CI)	特異度 (95% CI)
訓練データ				
LR	0.871 (0.847, 0.896)	0.841 (0.817, 0.862)	0.932 (0.913, 0.948)	0.553 (0.491, 0.615)
RF	0.908 (0.887, 0.928)	0.771 (0.745, 0.796)	0.998 (0.991, 1.000)	0.061 (0.035, 0.097)
SVM	0.861 (0.834, 0.888)	0.836 (0.813, 0.858)	0.962 (0.947, 0.974)	0.439 (0.378, 0.501)
NN	0.937 (0.918, 0.956)	0.912 (0.894, 0.929)	0.968 (0.954, 0.979)	0.737 (0.679, 0.789)
内的妥当性データ				
LR	0.808 (0.747, 0.868)	0.804 (0.751, 0.849)	0.898 (0.848, 0.935)	0.508 (0.381, 0.634)
RF	0.810 (0.745, 0.875)	0.763 (0.708, 0.812)	1.000 (0.982, 1.000)	0.015 (0.000, 0.083)
SVM	0.803 (0.742, 0.863)	0.804 (0.751, 0.849)	0.937 (0.894, 0.966)	0.385 (0.267, 0.514)
NN	0.814 (0.752, 0.876)	0.811 (0.759, 0.856)	0.898 (0.848, 0.935)	0.538 (0.410, 0.663)

AUC = area under the curve; CI = confidence interval; LR = logistic regression; NN = neural network; RF = random forest; SVM = support vector machine.

表 6. 基本要件 5 項目に対する潜在クラス分析の
情報量規準

クラス数	BIC	AIC
1	9,753.9	9,727.3
2	8,390.4	8,332.0
3	8,386.8	8,296.4
4	8,373.6	8,251.4
5	8,372.8	8,218.7
6	NA	NA

AIC = Akaike Information Criterion; BIC =
Bayesian Information Criterion.

注) 6 クラス以上は自由度がマイナスとなるため
推定できなかった。

表 7. 基本要件と措置・応急入院 6 項目に対する潜在クラス分析の情報量規準

クラス数	BIC	AIC
1	10862.5	10830.6
2	9491.1	9422.1
3	9488.9	9382.6
4	9484.0	9340.5
5	9486.3	9305.6
6	9479.3	9261.4
7	9467.5	9212.4
8	NA	NA

AIC = Akaike Information Criterion; BIC = Bayesian Information Criterion.

注) 8 クラス以上は自由度がマイナスとなるため推定できなかった。

表 8. 基本要件、措置・応急入院と中核傷病 7
項目に対する潜在クラス分析の情報量規準

クラス数	BIC	AIC
1	12668.6	12631.4
2	11270.6	11190.9
3	11265.8	11143.6
4	11253.7	11089.0
5	11262.7	11055.4
6	11253.2	11003.4
7	11237.3	10945.0
8	11274.5	10939.7
9	11310.5	10933.1
10	11355.2	10935.3
11	11404.5	10942.1

AIC = Akaike Information Criterion; BIC =
Bayesian Information Criterion.

表 9. クラス別の反応率

クラス	人数 (構成率)	人数 (反応率)						
		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	措置・応急入院	中核傷病
中核群	517 (34.4)	513 (99.2)	517 (100.0)	517 (100.0)	517 (100.0)	517 (100.0)	98 (19.0)	405 (78.3)
相対的入院適応群	357 (23.8)	197 (55.2)	149 (41.7)	204 (57.1)	345 (96.6)	325 (91.0)	0 (0.0)	303 (84.9)
社会的不利益突出群	138 (9.2)	21 (15.2)	138 (100.0)	0 (0.0)	25 (18.1)	0 (0.0)	11 (8.0)	62 (44.9)
治療可能性突出群	121 (8.1)	24 (19.8)	26 (21.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	111 (91.7)	3 (2.5)	107 (88.4)
非定型入院適応群	107 (7.1)	38 (35.5)	84 (78.5)	64 (59.8)	68 (63.6)	61 (57.0)	17 (15.9)	0 (0.0)
治療必要性突出群	95 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	95 (100.0)	0 (0.0)	10 (10.5)	63 (66.3)
医学的重症性突出群	76 (5.1)	75 (98.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (11.8)	60 (78.9)
急性の展開突出群	64 (4.3)	9 (14.1)	8 (12.5)	64 (100.0)	0 (0.0)	3 (4.7)	5 (7.8)	45 (70.3)
公権力発動介入群	27 (1.8)	23 (85.2)	18 (66.7)	5 (18.5)	27 (100.0)	16 (59.3)	27 (100.0)	27 (100.0)

表 10. クラス別の主傷病名、副傷病名と自発入院の割合

	全体	中	相	社	可	非	必	重	急	公
主傷病, n (%)										
F0	181 (12.1)	58 (11.2)	28 (7.8)	23 (16.7)	3 (2.5)	38 (35.5)	18 (18.9)	7 (9.2)	6 (9.4)	0 (0.0)
F1	87 (5.8)	32 (6.2)	22 (6.2)	4 (2.9)	16 (13.2)	0 (0.0)	5 (5.3)	4 (5.3)	1 (1.6)	3 (11.1)
F2	612 (40.7)	263 (50.9)	154 (43.1)	30 (21.7)	47 (38.8)	0 (0.0)	34 (35.8)	36 (47.4)	29 (45.3)	19 (70.4)
F3	343 (22.8)	106 (20.5)	115 (32.2)	23 (16.7)	41 (33.9)	0 (0.0)	24 (25.3)	20 (26.3)	13 (20.3)	1 (3.7)
F4	82 (5.5)	14 (2.7)	13 (3.6)	10 (7.2)	5 (4.1)	28 (26.2)	4 (4.2)	5 (6.6)	3 (4.7)	0 (0.0)
F5	14 (0.9)	3 (0.6)	5 (1.4)	1 (0.7)	2 (1.7)	2 (1.9)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
F6	30 (2.0)	4 (0.8)	12 (3.4)	5 (3.6)	3 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.1)	4 (14.8)
F7	51 (3.4)	12 (2.3)	5 (1.4)	16 (11.6)	1 (0.8)	13 (12.2)	2 (2.1)	2 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
F8	63 (4.2)	16 (3.1)	2 (0.6)	19 (13.8)	1 (0.8)	13 (12.2)	5 (5.3)	2 (2.6)	5 (7.8)	0 (0.0)
F9	11 (0.7)	4 (0.8)	0 (0.0)	3 (2.2)	0 (0.0)	3 (2.8)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
その他	11 (0.7)	1 (0.2)	0 (0.0)	2 (1.4)	1 (0.8)	6 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.6)	0 (0.0)
副傷病, n (%)										
F0	35 (2.3)	14 (2.7)	4 (1.1)	1 (0.7)	5 (4.1)	2 (1.9)	5 (5.3)	0 (0.0)	3 (4.7)	1 (3.7)
F1	33 (2.2)	8 (1.5)	11 (3.1)	1 (0.7)	4 (3.3)	3 (2.8)	2 (2.1)	1 (1.3)	2 (3.1)	1 (3.7)
F2	46 (3.1)	10 (1.9)	7 (2.0)	9 (6.5)	2 (1.7)	6 (5.6)	8 (8.4)	2 (2.6)	1 (1.6)	1 (3.7)
F3	59 (3.9)	17 (3.3)	15 (4.2)	5 (3.6)	8 (6.6)	8 (7.5)	2 (2.1)	1 (1.3)	3 (4.7)	0 (0.0)
F4	40 (2.7)	12 (2.3)	8 (2.2)	3 (2.2)	4 (3.3)	9 (8.4)	2 (2.1)	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (3.7)
F5	8 (0.5)	3 (0.6)	5 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
F6	19 (1.3)	5 (1.0)	5 (1.4)	3 (2.2)	2 (1.7)	2 (1.9)	0 (0.0)	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (3.7)
F7	45 (3.0)	11 (2.1)	9 (2.5)	8 (5.8)	4 (3.3)	10 (9.3)	1 (1.1)	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (3.7)
F8	37 (2.5)	10 (1.9)	8 (2.2)	7 (5.1)	2 (1.7)	4 (3.7)	1 (1.1)	4 (5.3)	0 (0.0)	1 (3.7)
F9	11 (0.7)	2 (0.4)	4 (1.1)	2 (1.4)	0 (0.0)	2 (1.9)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
入院形態, n (%)										
自発入院	357 (23.8)	37 (7.2)	121 (33.9)	36 (26.1)	73 (60.3)	28 (26.2)	30 (31.6)	13 (17.1)	19 (29.7)	0 (0.0)
非自発入院	1145 (76.2)	480 (92.8)	236 (66.1)	102 (73.9)	48 (39.7)	79 (73.8)	65 (68.4)	63 (82.9)	45 (70.3)	27 (100.0)

中 = 中核群; 相 = 相対的入院適応群; 社 = 社会的不利益突出群; 可 = 治療可能性突出群; 非 = 非定型入院適応群; 必 = 治療必要性突出群; 重 = 医学的重症性突出群; 急 = 急性の展開突出群; 公 = 公権力発動介入群.

表 11. クラスの臨床的解釈

クラス	名称	略称	構成率	解説
1	中核群	中	34.4%	5要件がほぼ全て該当する中核ニーズ。非自発入院水準が想定され、約2割が措置・応急、約8割が中核傷病に該当
2	相対的入院適応群	相	23.8%	5要件の該当はクラス1より低いが治療の必要性／可能性は高い。自発入院水準が想定され、措置・応急は非該当、約8割が中核傷病に該当
3	社会的不利益突出群	社	9.2%	5要件のうち、社会的不利益が突出して入院根拠となっているニーズ。措置・応急も含まれるが比較的軽～中等症で中核傷病は約半数
4	治療可能性突出群	可	8.1%	5要件のうち、治療可能性が突出して入院根拠となっているニーズ。治療可能であれば入院は妥当。軽症であり、措置・応急はほぼ非該当、中核傷病を多く含む
5	非定型入院適応群	非	7.1%	中核傷病に該当しないものの、5要件がある程度該当する周辺ニーズ。措置・応急の該当は比較的高い
6	治療必要性突出群	必	6.3%	5要件のうち、治療必要性が突出して入院根拠となっているニーズ。治療可能性もなく社会ニーズに近い。措置・応急も一定程度含まれ、中核傷病は約7割
7	医学的重症性突出群	重	5.1%	5要件のうち、医学的重症性が突出して入院根拠となっているニーズ。治療の必要性／可能性に乏しく、難治か。措置・応急も一定程度含まれ、中核傷病は約8割
8	急性の展開突出群	急	4.3%	5要件のうち、急性の展開が突出して入院根拠となっているニーズ。短期介入等に適応か。措置・応急は少なく、中核傷病は約7割
9	公権力非急性介入群	公	1.8%	措置・応急かつ中核傷病だが、急性の展開ではないニーズ。突発した救急ではないが慢性的に相当に困っていて、行政医療等でないと介入できない

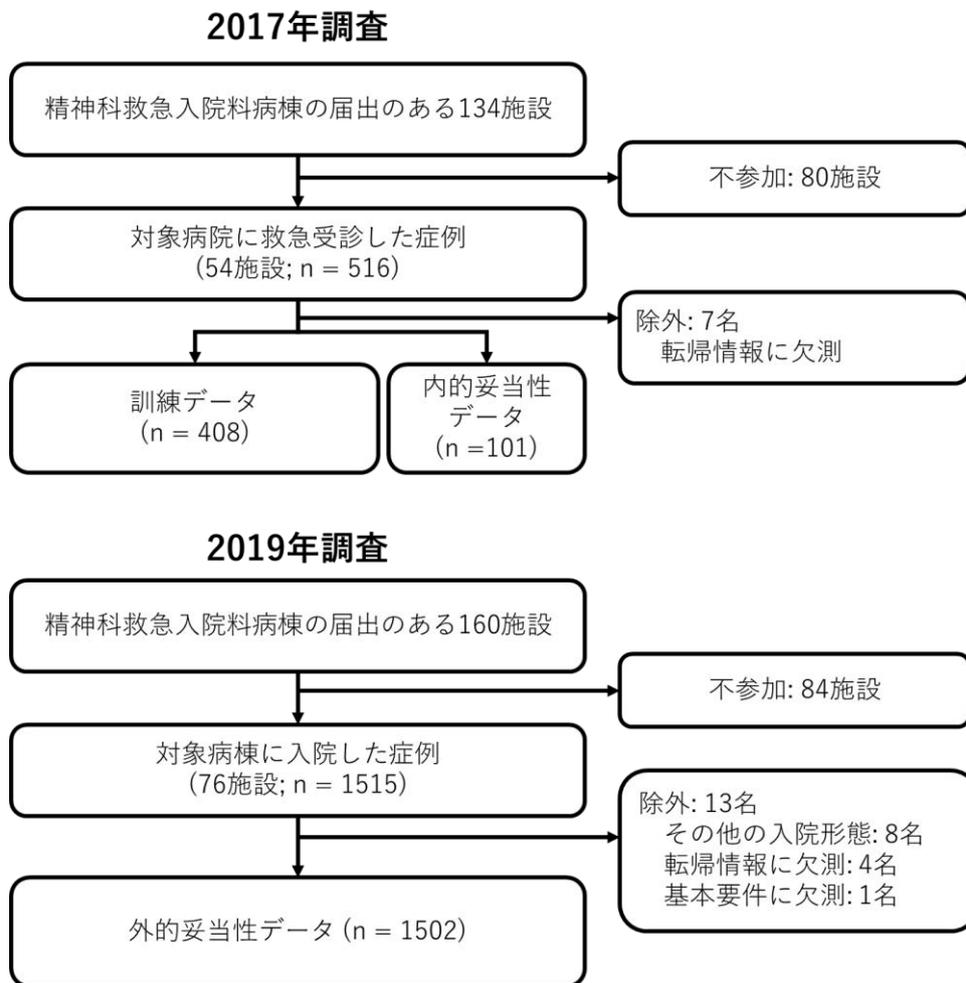


図 1. 2017/2019 年調査の統合解析データセットの流れ図

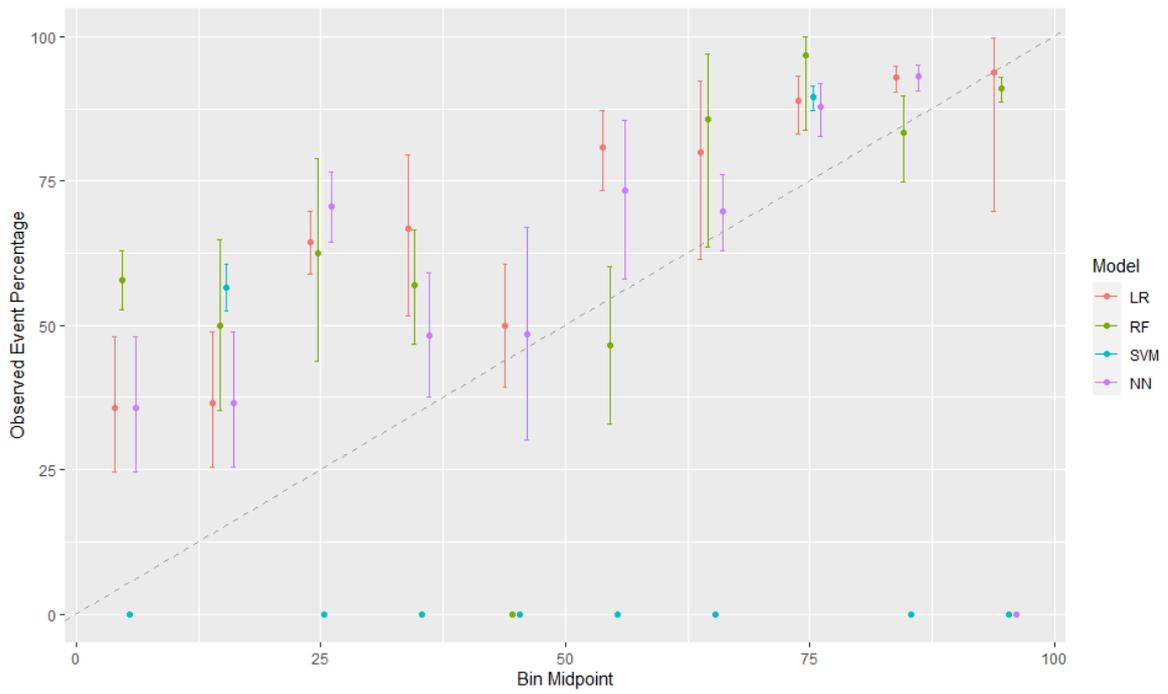
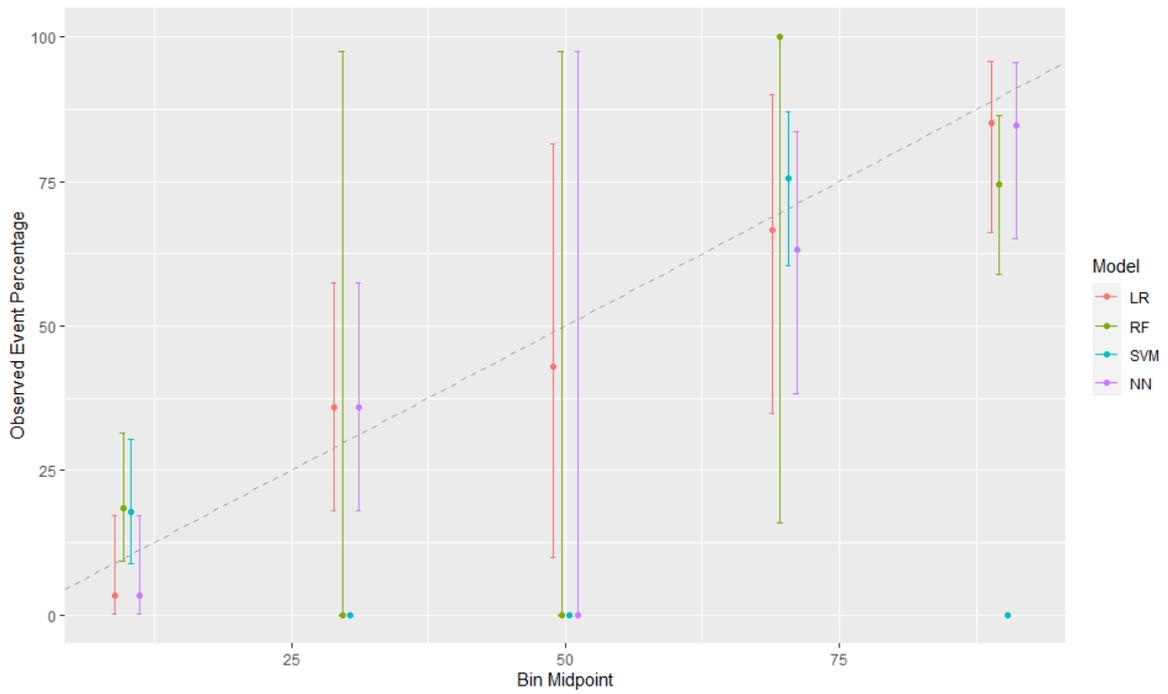


図 2. 2017/2019 年調査の統合解析データセットの較正（上図：内的妥当性データ，下図：外的妥当性データ）

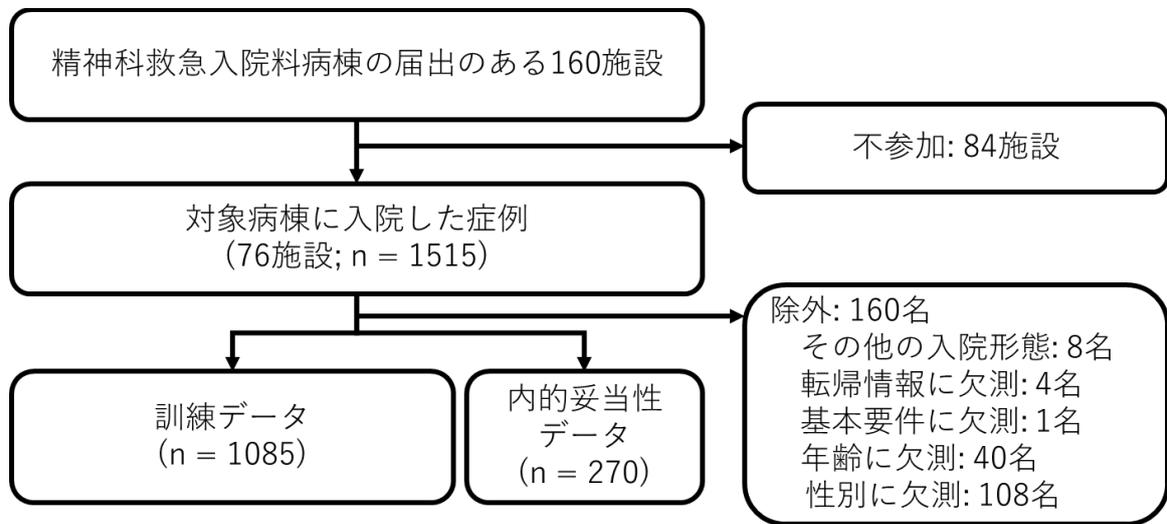


図 3. 2019 年調査の解析データセットの流れ図

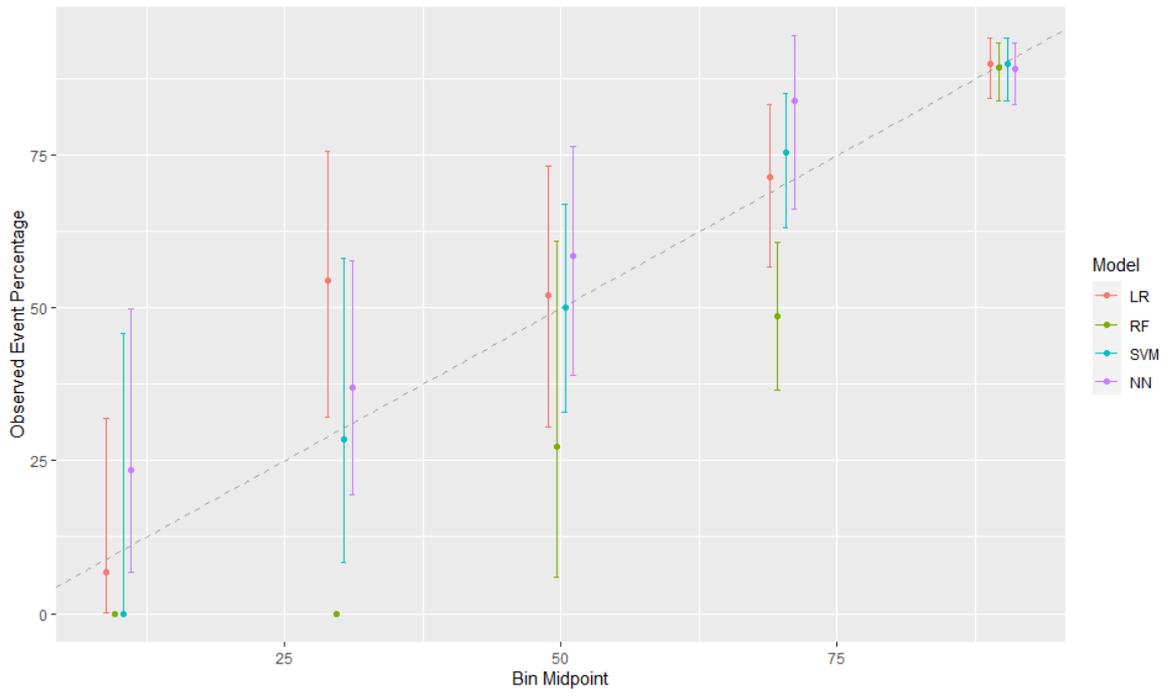


図 4. 2019 年調査の解析データセットの較正

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。健康人の中では目立つような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の、他者に対する憎悪、侮蔑軽蔑、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		
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。それらの体験は健康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		
15	不自然な思考内容	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		
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		

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