

精神科救急医療体制に関する研究 ～医療提供体制と患者像の相応性の観点による大規模調査～

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 地域精神保健・法制度研究部，公益財団法人復康会沼津中央病院）

研究協力者：兼行浩史（山口県立こころの医療センター），来住由樹（地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター），塚本哲司（埼玉県立精神医療センター 療養援助部），花岡晋平（千葉県精神科医療センター），平田豊明（千葉県精神科医療センター），藤田 潔（藤田こころケアセンター 桶狭間病院）

要旨

【目的】精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において、精神科救急医療体制を整備することは、精神障害を有する方々等の地域生活を支えるための重要な基盤として位置づけられる。時代ごとに多様化する精神科救急のニーズに対応するため、精神科救急医療体制には持続的な体制整備が求められ、緊急性の高い患者の特徴を把握し、サービス対象となる患者像を同定し、医療体制の相応性を検証していく必要がある。本研究の目的は、多様なニーズに対し、精度の高い重症度判定の方策を確立し、医療体制整備に役立てることにある。

【方法】先行研究の成果を基に、新たな評価票をエキスパートコンセンサスによって作成し、全国の精神科救急・急性期入院料を算定する医療機関（N=161）への新規入院ケースについて、各医療施設の上限を30例として回答を求めた。調査にあたって、国立精神・神経医療研究センターの倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】調査票の項目は、背景にICD-10に基づくF分類による主病名、年齢幅を、基本要件に横断面（A）として医学的な重症度、社会や家庭への深刻な影響を、急性の展開であるかどうかに関する時間軸（B）として初発、再燃・再発、介護・支援者の危機、不明を、将来予測（C）として入院治療が必須、入院治療で改善する、を設定した。横断面（A）における具体的な内容について、緊急に医療的介入を要する因子として5項目、将来予測（C）における具体的な内容について、治療の必要性や可能性を具体化する入院目的に関する因子・通院などでは難しい理由として7項目からなる選択肢を設定した。さらに、入院の必要性が高まる特異な事情として、17項目の要配慮因子を設けた。外的基準は、高規格病棟の必要性（相応性）についての non-slider VAS (Visual Analog Scale)、入院形態、行動制限の有無とした。全国81の医療機関より（回答率50.3%）2123件分の調査票が回答され、2024例が解析に進んだ。多くの症例が、高規格病棟の必要性（相応性）についての non-slider VAS における 7/10 以上に該当した。

【考察】目的となる精度の高い重症度判定の方策の確立のため、妥当かつ有用な項目設定と、解析に十分なデータ量を取得できた。今後の解析にあたり、因子の設定について、重複した内容を評価していることに留意する必要があると考えられた。詳細な解析は次年度に行う予定である。

A. 研究の背景と目的

精神科における救急医療サービス、いわゆる精神科救急は、平成 7 (1995) 年に都道府県が実施する事業として体制整備が開始され、現在ではほぼ国内全域で体制構築された。しかしながら、整備が徐々に進んだ各地の医療体制には地域差が大きく、均一でないことが課題とされている。また、精神科救急のニーズは時代ごとに多様化し、医療体制の在り方は常に見直される必要がある。

このような持続的な体制整備のためには、緊急性の高い患者の特徴を把握したうえ、精神科救急医療体制のサービス対象となる患者像を同定し、医療体制の相応性を検証していく必要がある。その方策として、精神科救急医療の特性をカバーし、疾患カテゴリーを問わずあらゆるニーズに活用できる重症度評価の手順を確立することが求められる。

本研究の目的は、これらの課題に取り組んだ先行研究の成果を基に、新たな調査を実施し、より精度の高い重症度判定の方策を確立し、医療体制整備に役立てることにある。

B. 方法

1. 研究会議の実施および調査票の作成

一般社団法人日本精神科救急学会による精神科救急医療ガイドライン 2003 年版、2009 年版、2015 年版を参考に作成された、過去の厚生労働研究成果 (H29-精神-一般-002、19GC1011) における患者調査票をもとに、協力研究者らエキスパートにより構成される研究会議で入念な協議を行い、新興感染症や災害等、新たな時代の要請にも合致するよう、新たな調査票を作成した。

2. 対象

全国の精神科救急・急性期入院料を算定する医療機関 (N=161) において、令和 4 (2022) 年 12 月 8 日付で発送された調査票が到着した日から令和 5 年 1 月 31 日までに入院となった連続症例について、各医療施設の上限を 30 例として、対象とした。

3. 調査方法

対象医療機関に対し、今回作成した調査票等を含む書面 (資料 1~3) を郵送して調査を依頼し、対象患者についての要配慮個人情報が含まれない形に加工された医療情報を取得した。

4. 手続き

調査にあたり、倫理的配慮として、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (令和 3 年 3 月 23 日 (令和 4 年 3 月 10 日一部改正) 文部科学省、厚生労働省、経済産業省) に基づき、国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会による承認を得た (承認番号: A2022-065)。各医療機関において、資料 3 に示す公告文を掲示する手順とした。

C. 結果/進捗

1. 研究会議等の実施

- ① 令和 4 (2022) 年 4 月 29 日 プレミーティング オンライン
- ② 令和 4 (2022) 年 5 月 23 日 第 1 回分担研究会議 オンライン
- ③ 令和 4 (2022) 年 5 月 29 日 第 1 回研究班会議 (全体会議) オンライン
- ④ 令和 4 (2022) 年 7 月 4 日 第 2 回分担研究会議 オンライン
- ⑤ 令和 4 (2022) 年 10 月 22 日 第 3 回分担研究会議 オンライン
- ⑥ 2023 年 2 月 4 日 第 2 回 精神科救急医療体制整備研修 (国立精神・神経医療研究センター主催) オンライン (成果の共有等)
- ⑦ 2023 年 3 月 28 日 第 4 回分担研究会議 オンライン

2. 調査票の作成

方法に記述した手順により、新たな調査個票を完成させた (資料 2)。ICD-10 に基づく F 分類による主病名、年齢幅を背景とし、基本要件には横断面 (A) として医学的な重症度、社会や家庭への深刻な影響を、急性の展

開であるかどうかに関する時間軸 (B) として初発、再燃・再発、介護・支援者の危機、不明を、将来予測 (C) として入院治療が必須、入院治療で改善する、を設定した。横断面 (A) における、より具体的な内容に相当する、緊急に医療的介入を要する因子については、他害、自傷、自立不全、不合理な拒否や援助希求の欠如、その他の社会生活機能不全の 5 項目からなる選択肢を設定した。将来予測 (C) における、より具体的な内容に相当する、治療の必要性や可能性を具体化する入院目的に関する因子・通院などでは難しい理由には、専門職による 24 時間体制のケア、確実な投薬管理、精緻な診断や迅速な治療効果判定、特化型設備による安全性確保、療養への専念 (仕事、家事等の役割から離れること等)、特定の治療 (mECT、Clozapin、心理教育、治療プログラム等)、家人のレスパイト等による家庭機能の保全、の 7 項目からなる選択肢を設定した。さらに、特異な事情によって入院の必要性が高まるニーズが現実的に存在することから、17 項目の要配慮因子を追加的に選択する手順を設けた (資料 2)。

外的基準としては、高規格病棟の必要性 (相応性) についての non-slider VAS (Visual Analog Scale) を採用したほか、結果的な入院形態、行動制限の有無についても確認する様式を確定した。

3. 調査結果

全国 81 の医療機関より (回答率 50.3%) 2123 件の調査票が回答され、欠損データを除いた 2024 例について集計を行った (図 1)。

基礎集計として表 1～6、図 2～9 に示す結果を得た。疾患構成では F2 が最頻で約 40% に上り、次に多いのは F3 であった。F0 のうち認知症は 9.0% であった (表 1、図 2)。年齢分布ではほぼ全年齢層に分布し、ニーズの多様化を示した (表 1、図 3)。入院形態は約 3/4 が非自発入院であり、緊急措置・措

置・応急を併せて 10.4%、医療保護が 63.8% であった (表 6、図 4)。入院時に隔離を要した割合は 48.4%、身体的拘束は 7.3% であった (表 6、図 5)。

基本要件のうち、それぞれの要件への該当は 50～70% であるが、非該当となるのは横断的深刻度で 5.1%、時間軸で 2.3%、医学的将来予測で 5.0% とわずかであった (表 2、図 6)。

緊急に医療的介入を要する因子について、それぞれの因子への該当率は約 25～50% 程度に過ぎないが、回答は多様であり、非該当は 5.7% であった (表 3、図 7)。また具体的な入院目的に関する因子・通院では難しい理由についても回答が多様であり、多いものは 70% が該当し、非該当は 1.7% であった (表 4、図 7)。

要配慮因子は、そのそれぞれが該当する率は低いものの、該当する場合には重大性が著しいような選択肢であり、何らかが該当する割合は約半数であった (表 5、図 8)。

高規格病棟の必要性については表 6、図 9 に示すような分布が得られた。多くは 7/10 以上の評価であり、三峰性の分布を示した。

D. 考察

精神科における救急医療サービス、いわゆる精神科救急は、平成 7 (1995) 年に都道府県が実施する事業として体制整備が開始され、現在ではほぼ国内全域で体制構築された。しかしながら、整備が徐々に進んだ各地の医療体制には地域差が大きく、均一でないことが課題とされている。また、精神科救急のニーズは時代ごとに多様化し、医療体制の在り方は常に見直される必要がある。

昨今の関連動向として、精神科の保健・医療・福祉全体のケア理念として、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が提唱され、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことが

できるような社会の実現が求められている。

この中で、精神科救急医療体制を整備することは、精神障害を有する方々等の地域生活を支えるための重要な基盤の一つとして、誰もが必要な時に適切な精神医療を受けることができる体制を構築する観点から特に求められており、令和2年度に開催された「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」では、いくつかの課題が整理され、体制整備に必要な諸制度による手当を行う必要があるとされた。

令和4(2022)年度診療報酬改定では、精神科救急入院料が見直され、精神科救急・急性期入院料が新設されたことに伴い、同入院料における精神科救急医療体制加算において対象疾患に限られることとなった。これらの高規格病棟に相応の病態や重症度について、かねてより具体的な客観評価の方法論などが論じられてきた経緯があるところ、我々研究担当者らは、本課題に学術団体である日本精神科救急学会(一般社団法人)として取り組むとともに、厚生労働科学研究を通じて検討を行い、種々の成果を上げた¹⁻⁸⁾。また、同加算に連動する、精神科救急医療体制整備事業での精神科救急医療施設型(常時対応型、病院群輪番型)について、今後の都道府県における指定のために関係者協議の中で参考となる基準案を提案することにより、機能の明確化を図った⁹⁾。

今回の研究では、高規格病棟に相応の病態や重症度をさらに明確化すべく、過去の調査研究で用いた手法をブラッシュアップし、より精度の高い重症度判定の方策を確立するため、新たに大規模調査を行った。

結果として、回答率は約半数であり、代表制には一定の課題を残すものの、全国より2,000件を超える回答が得られ、目的とする精度の高い重症度判定の方策の確立にとって必要な解析のために十分なサンプル数を得た。

本年度は、基礎集計までを行ったが、疾患

頻度について、従来精神科救急医療対象の約半数をF2が占めてきたことから、近年は減少と考えられること、しばしば課題が指摘される入院時点での行動制限開始について、隔離が48.4%に上るが、身体拘束は7.3%と決して多くはないこと、想定した基本要件、緊急に医療的介入を要する具体的な因子、具体的な入院目的に関する因子・通院では難しい理由に該当しないケースはわずかであることが観察され、精度の高い重症度判定の方策を確立するために、妥当かつ有用な項目設定ができたと考えられる。

また、多くの症例が、高規格病棟の必要性(相応性)についてのnon-slider VASにおいて7/10以上の必要性に該当した。今後の解析にあたり、因子の設定について、重複した内容を評価していることに留意する必要があると考えられた。詳細な解析は次年度に行う予定である。

E. 健康危険情報

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

特になし

H. 文献

1. 杉山直也：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。平成29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）
（H29-精神-一般-002）総括研究報告書，2018
2. 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29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（H29-精神-一般-002）（研究代表者：杉山直也）分担研究報告書，2018
 3. 杉山直也：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．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））（H29-精神-一般-002）総括研究報告書，2019
 4. 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（H29-精神-一般-002）（研究代表者：杉山直也）分担研究報告書，2019
 5. 杉山直也：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（19GC1011）．平成31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），総括研究報告書，2020
 6. 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．平成31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（19GC1011）（研究代表者：杉山直也），分担研究報告書，2020
 7. 杉山直也：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（19GC1011）．令和2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），総括研究報告書，2021
 8. 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2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（19GC1011）（研究代表者：杉山直也），分担研究報告書，2021
 9. 杉山直也，兼行浩史，来住由樹，塚本哲司，野田寿恵，花岡晋平，平田豊明，藤井千代，藤田潔：精神科医療施設における常時対応型と病院輪番型の機能の明確化．令和3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），精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究（21GC1010）（研究代表者：杉山直也），分担研究報告書，2022

令和4年12月8日

病院長各位

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 地域精神保健・法制度研究部
 部長 藤井 千代
 一般社団法人日本精神科救急学会
 理事長 杉山直也
 (公益財団法人復康会沼津中央病院院長)

研究協力をお願い

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より、厚生労働科学研究にご協力賜り、誠にありがとうございます。

さてこのたび、令和4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）「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）の分担研究「精神科救急医療体制に関する研究」（研究分担者：杉山直也）の一環として、「精神科救急急性期医療入院料病棟における新規入院患者の状態像等の実態把握に関する研究」（研究責任者：岩永麻衣）を実施することとなりました。

本研究は、高規格病棟の必要性の高い患者の状態像、心理社会的背景等を明らかにすることを目的として実施する全国調査です。本研究の結果を踏まえて、次期診療報酬改定における精神科救急急性期入院料の施設要件、患者要件の見直しに関する提言を行うことを検討しております。調査手順は以下の通りです。

<調査手順>

- ① 調査対象は本調査票到着以降、令和5年1月31日までに貴医療機関の精神科救急急性期医療入院料病棟に入院となった患者連続30ケース以内です。（少数でもご協力いただくと大変ありがたく存じます）
- ② お手数ですが、対象となる病棟に、別添の「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針に則る情報公開」文書の掲示をお願いいたします。
- ③ ケース毎に、別添の「患者調査票」の質問に沿ってすべての質問にご回答ください。
- ④ 記入が完了した「患者調査票」を、同封の封筒にて令和5年2月10日までに事務局にご返送ください。
- ⑤ ご不明な点がございましたら、下記の問い合わせ先までご連絡ください。

なお、本研究へのご協力は任意であり、ご協力いただけない場合でも一切不利益はございません。また、各病院の調査協力状況については公表いたしません。研究成果は、厚生労働科学研究報告書に掲載する他、学会発表や論文として公表する予定です。

つきましては、ご多忙中たいへん恐縮ではございますが、精神科救急医療の第一線で日々ご尽力いただいている先生方に、是非とも本研究へのご協力を賜りたくお願い申し上げます。

謹白

【お問い合わせ（調査事務局）】

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
 地域精神保健・法制度研究部
 岩永 麻衣
 電話番号 042-346-2168
 e-mail : maiiwanaga@ncnp.go.jp

(人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針に則る情報公開)

このたび、以下の研究を実施いたします。本研究への協力を望まれない場合は、問い合わせ窓口へご連絡ください。研究に協力されない場合でも不利益な扱いを受けることは一切ございません。

本研究の研究計画書及び研究の方法に関する資料の入手又は閲覧をご希望の場合や個人情報の開示や個人情報の利用目的についての通知をご希望の場合も問い合わせ窓口にご照会ください。情報の提供を望まれない方は入院されている医療機関にお申し出ください。なお、他の研究参加者の個人情報や研究者の知的財産の保護などの理由により、ご対応・ご回答ができない場合がありますので、予めご了承ください。

【研究計画名】

精神科救急急性期医療入院料病棟における新規入院患者の状態像等の実態把握に関する研究

【本研究の目的及び方法】

精神科救急急性期入院料病棟は、精神科において最も手厚い人員配置がされている高規格病棟ですが、そのような病棟での医療・ケアを必要としている方の状態像等は明らかにされていません。そこで本研究では、高規格病棟を必要とする方の状態像等を明らかにし、より適切な資源配置と精神科医療の提供が行える体制を構築するため、精神科救急急性期入院料病棟に新規に入院をした方の状態像や高規格病棟の必要性に関連する要因等の実態把握を目的とした全国調査を行います。調査では、精神科救急入院料病棟認可のある全国約160医療機関のうち、研究協力機関となった各医療機関において、研究対象となる方を診察した医師が、下記の情報を調査票に記入し、主たる研究機関である国立精神・神経医療研究センターに送ります。情報の収集は通常の診察の中で行われ、研究対象となる方に、新たにインタビューやアンケートに答えていただくことはありません。この研究で扱われる情報は匿名化され、個人が特定されることはありません。また本研究で得られるデータは、将来、より詳細なデータ分析などのために二次利用される可能性があります。二次利用する際には、国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部のホームページなどでお知らせいたします。

対象となる方

2022年11月1日～2023年1月31日に精神科救急急性期入院料病棟に入院をした方の中から連続30名以内

利用する情報等

主病名、年齢、性別、介入・入院を要する因子、高規格病棟の必要性、入院形態など

研究期間

2022年12月1日より2027年10月31日まで

【研究責任者】

岩永麻衣（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部）

○問い合わせ窓口

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
所属 地域精神保健・法制度研究部 氏名 岩永麻衣
電話番号 042-346-2168
e-mail: maiwanaga@ncnp.go.jp (「※」を「@」に変更ください。)

○苦情窓口

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会事務局
e-mail: ml_rinrijimu@ncnp.go.jp (「※」を「@」に変更ください。)

表1. ケース背景の基礎集計 (n = 2024)

	n (%)
主病名	
F0	235 (11.6%)
F0のうち認知症	183 (9.0%)
F1	117 (5.8%)
F2	803 (39.7%)
F3	526 (26.0%)
F4	126 (6.2%)
F5	16 (0.8%)
F6	21 (1.0%)
F7	69 (3.4%)
F8	81 (4.0%)
F9	30 (1.5%)
年齢	
0-9	2 (0.1%)
10-19	119 (5.9%)
20-29	224 (11.1%)
30-39	267 (13.2%)
40-49	323 (16.0%)
50-59	374 (18.5%)
60-69	255 (12.6%)
70-79	254 (12.5%)
80-	206 (10.2%)

表 2. 基本要件の基礎集計 (n = 2024)

	n (%)
基本要件 (横断面)	
医学的な重症	
なし	599 (29.6%)
あり	1425 (70.4%)
社会や家族への深刻な影響	
なし	574 (28.4%)
あり	1450 (71.6%)
該当なし	
なし	1920 (94.9%)
あり	104 (5.1%)
基本要件 (時間軸)	
初発	
なし	1603 (79.2%)
あり	421 (20.8%)
再燃・再発	
なし	538 (26.6%)
あり	1486 (73.4%)
介護支援者の危機	
なし	1895 (93.6%)
あり	129 (6.4%)
不明	
なし	1998 (98.7%)
あり	26 (1.3%)
該当なし	
なし	1978 (97.7%)
あり	46 (2.3%)
基本要件 (将来予測)	
入院治療が必須	
なし	647 (32.0%)
あり	1377 (68.0%)
入院治療で改善する	
なし	928 (45.8%)
あり	1096 (54.2%)
該当なし	
なし	1923 (95.0%)
あり	101 (5.0%)

表 3. 緊急に医療的介入を要する具体的な因子の基礎集計 (n = 2024)

	n (%)
緊急に医療的介入を要する具体的な因子	
他害	
なし	1280 (63.2%)
あり	744 (36.8%)
自傷	
なし	1495 (73.9%)
あり	529 (26.1%)
自立不全	
なし	1106 (54.6%)
あり	918 (45.4%)
不合理な拒否や援助希求の欠如	
なし	1539 (76.0%)
あり	485 (24.0%)
その他の社会生活機能不全	
なし	1119 (55.3%)
あり	905 (44.7%)
いずれも非該当	
なし	1909 (94.3%)
あり	115 (5.7%)

表 4. 具体的な入院目的に関する因子・通院では難しい理由の基礎集計 (n = 2024)

	n (%)
具体的な入院目的に関する因子・通院では難しい理由	
専門職による 24 時間体制のケア	
なし	655 (32.4%)
あり	1369 (67.6%)
確実な投薬管理	
なし	672 (33.2%)
あり	1352 (66.8%)
精緻な診断や迅速な治療効果判定	
なし	1452 (71.7%)
あり	572 (28.3%)
特化型設備による安全性確保	
なし	1341 (66.3%)
あり	683 (33.7%)
療養への専念 (仕事、家事等の役割から離れること等)	
なし	1255 (62.0%)
あり	769 (38.0%)
特定の治療 (mECT、Clozapine、心理教育、治療プログラム等)	
なし	1852 (91.5%)
あり	172 (8.5%)
家人のレスパイト等による家庭機能の保全	
なし	1621 (80.1%)
あり	403 (19.9%)
通院でもなんとか治療できる	
なし	1989 (98.3%)
あり	35 (1.7%)

表 5. 要配慮因子の基礎集計 (n = 2024)

	n (%)
精神科重複診断	
なし	1832 (90.5%)
あり	192 (9.5%)
キーパーソン不在・関与拒否	
なし	1873 (92.5%)
あり	151 (7.5%)
妊婦・産褥婦	
なし	2019 (99.8%)
あり	5 (0.2%)
被災者・災害支援者	
なし	2024 (100%)
虐待・DV・犯罪等被害者	
なし	1967 (97.2%)
あり	57 (2.8%)
保健所・警察介入	
なし	1655 (81.8%)
あり	369 (18.2%)
消防（救急隊）・他医療機関経由	
なし	1828 (90.3%)
あり	196 (9.7%)
整備事業によるトリアージ	
なし	2008 (99.2%)
あり	16 (0.8%)
身元不明・住所不定・未保険	
なし	2012 (99.4%)
あり	12 (0.6%)
日本語不可・滞在許可のない外国籍	
なし	2017 (99.7%)
あり	7 (0.3%)
遠隔地ケース・他院離院中	
なし	2013 (99.5%)
あり	11 (0.5%)
2次以上急性期身体合併症	
なし	1950 (96.3%)
あり	74 (3.7%)
COVID-19	
なし	1969 (97.3%)
あり	55 (2.7%)
身体障害者認定・指定難病認定	
なし	2003 (99.0%)
あり	21 (1.0%)
クロザピン（導入・悪化・副作用）	
なし	1997 (98.7%)
あり	27 (1.3%)
深刻な履歴あり	
なし	1757 (86.8%)
あり	267 (13.2%)
医療観察法通院処遇者	
なし	2020 (99.8%)
あり	4 (0.2%)
該当なし	
なし	1030 (50.9%)
あり	992 (49.0%)
欠損	2 (0.0%)

表 6. 高規格病棟の必要性、入院形態、入院時の処遇の基礎集計 (n = 2024)

	n (%)
高規格病棟の必要性	
0 (必要なし)	30 (1.5%)
1	22 (1.1%)
2	68 (3.4%)
3	86 (4.2%)
4	61 (3.0%)
5	202 (10.0%)
6	134 (6.6%)
7	253 (12.5%)
8	418 (20.7%)
9	217 (10.7%)
10 (絶対に必要)	533 (26.3%)
入院形態	
任意入院	488 (24.1%)
医療保護入院	1292 (63.8%)
応急入院	29 (1.4%)
措置入院	118 (5.8%)
緊急措置入院	65 (3.2%)
2種類以上回答	7(0.3%)
欠損	25 (1.2%)
隔離あり	
なし	1038 (51.3%)
あり	980 (48.4%)
欠損	6 (0.3%)
拘束あり	
なし	1870 (92.4%)
あり	148 (7.3%)
欠損	6 (0.3%)

図1

調査概要

調査回答者数：n = 2123

※ 精神科救急急性期医療入院料病棟認可のある全国161医療機関のうち、81医療機関から回答あり（回答率 50.3%）

除外データ (n = 99)

- 「高規格病棟の必要性」に欠損のあったデータ (n = 7)
- ケース背景（主病名、認知症の有無、年齢）に欠損のあったデータ (n = 92)

解析対象者数：n = 2024

疾患構成 (F分類) N=2024

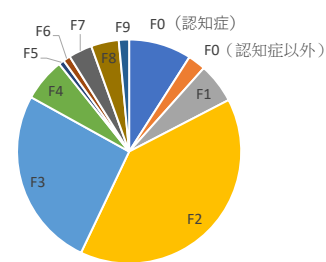


図2

年齢構成 N=2024

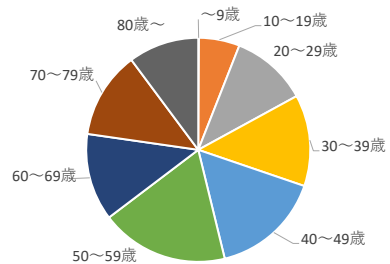


図3

入院形態 N=1992

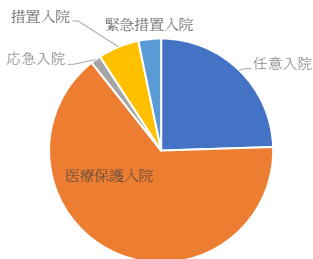


図4

行動制限 N=2018

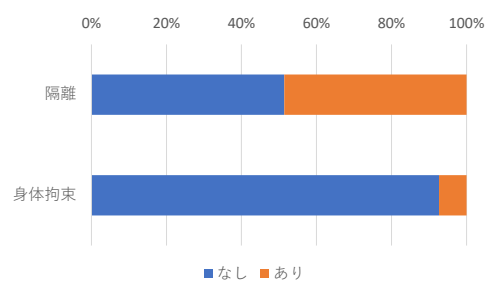
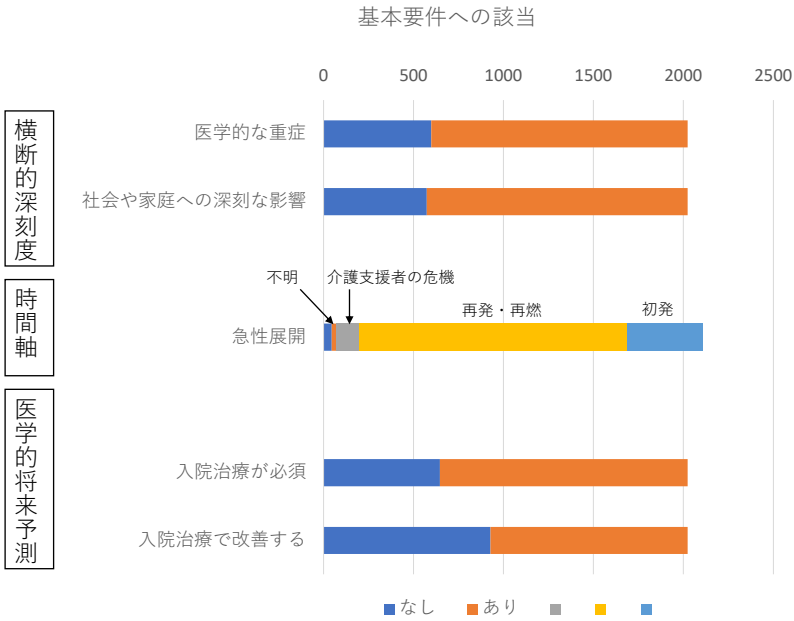


図5

図6



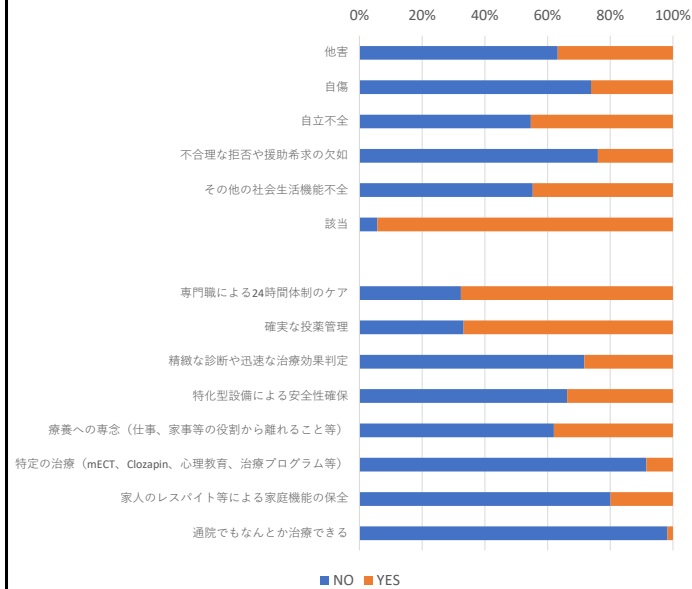
横断的深刻度

時間軸

医学的将来予測

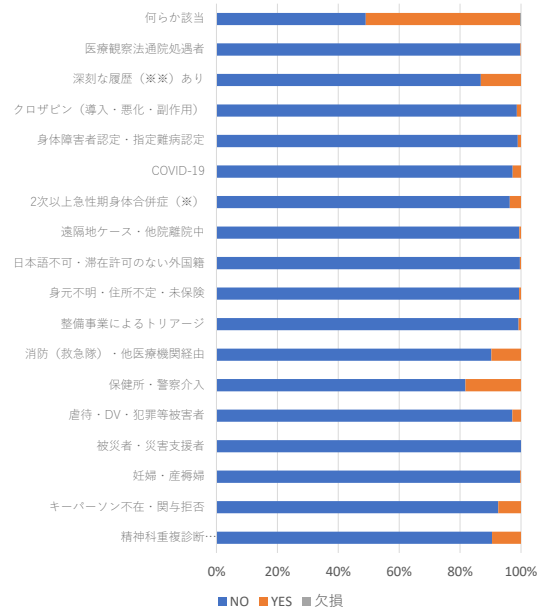
緊急介入因子・入院目的因子

図7

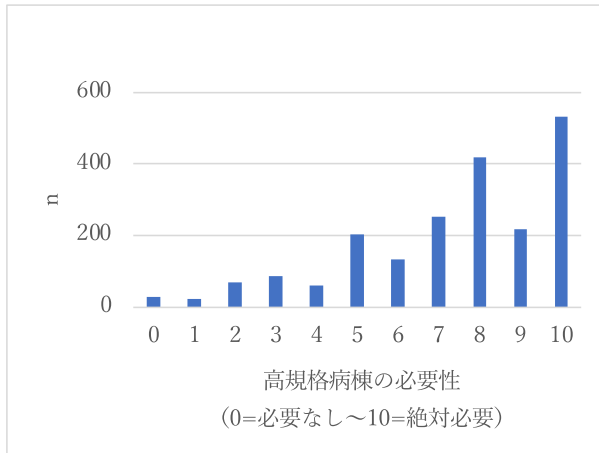


要配慮因子

図8



高規格病棟の必要性 分布



高規格病棟の必要性
 (0 (必要なし) ~10 (絶対に必要) のいずれかに☑)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

必要なし 必ず必要