

精神科救急医療体制に関する研究 ～精神科救急急性期医療入院料病棟の入院必要性要件に関する研究～

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ニーズに対応しつつ、持続可能な救急医療体制を整備・維持していくためには、緊急性の高い患者の特徴を把握して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ことが不可欠である。本研究では、高規格病棟の必要性に関する予測因子を特定したうえで、重要度が高い項目の特徴を明らかにし、精度の高い重症度判定が学術根拠に基づいて可能となるよう方策を整えることにより、今後の関連制度の設計や見直しに役立て、医療体制整備に資する成果を得ることを目的とした。

【方法】昨年度までに、全国の精神科救急急性期医療入院料病棟に入院した患者を対象に調査を行い、高規格病棟の必要性に関する変数重要度が高かったのは、臨床プロフィール（状態像）や医学的管理（ケア目的）に関する項目であることを見出し、国際的な医学雑誌に発表した。この結果を受けて、わが国の医療制度の設計に反映できるよう専門家による議論を重ね、高規格病棟への入院必要性判断への「影響度」27項目と、診断名・疾患カテゴリー12項目、および高規格病棟への入院にあたり該当した場合の影響はどの程度増大あるいは深刻であるかの「困難度」18項目を新たに整理しなおし、全国の精神科救急医療施設に従事する専門職を対象に、項目ごとのレーティング（0～3）を依頼するエキスパートコンセンサス調査を行った。調査にあたっては一般社団法人日本精神科救急学会の協力を得て、同会の代議員（117名）宛にはがきで案内し、回答は Web 入力とした。

【結果】88名からの回答が得られた（回答率 75.2%）。制度活用に向け、集約できる項目の調整を行い、恣意的な項目を排除して、最終的に「影響度」11項目、「困難度」17項目を設定した。

【考察】昨年度の研究において、高規格病棟の必要性に関する予測因子の中で変数重要度が高い項目は、患者の臨床プロフィール（状態像）や医学的管理（ケア目的）に関するものであり、年齢と主病名に関する項目よりも、高規格病棟の必要性を決定する上で重要である可能性が判明した。本年度は、実際の医療制度への反映に向け、実用に耐える客観的な項目集として完成度の高い集約を実施できた。今回のような科学的知見を基に、国際的な動向や法改正の主旨を踏まえて現行制度の課題への対応をすることにより、合理性や医療の質を確保しつつ人権擁護に十分配慮した制度設計となることが望まれる。

A.研究の背景と目的

精神科救急医療体制を整備することは、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。1995（平成 7）年に都道府県が

実施する事業として体制整備が始まった精神科救急医療体制整備事業は、精神科における救急医療サービスとして、現在ほぼ国内全域で体制構築された。しかしながら、各地の医療体制には依然地域差が大きく、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。

精神科救急を持続可能な体制として整備・維持していくためには、精神科救急急性期医療入院料病棟（以下、「高規格病棟」）を必要とする患者の特徴を把握して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ことが不可欠である。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高規格病棟必要度評価の手順を確立することが求められる。

このため本研究では、高規格病棟の必要性に関連する要因を特定したうえ、重要度が高い項目の特徴を明らかにし、精度の高い高規格病棟必要度評価が学術根拠に基づいて可能となるよう方策を整えることにより、今後の関連制度の設計や見直しに役立て、医療体制整備に資する成果を得ることを目的として調査を実施した。

B.方法

1. 研究会議の実施および調査票の作成

過去の厚生労働研究（H29-精神-一般-002、19GC1011）や、一般社団法人日本精神科救急学会（以下 JAEP）による「精神科救急医療ガイドライン」を参考に、昨年度の研究（Iwanaga et al., Front. Psychiatry 15, 2024）で得られた成果をもとに、協力研究者ら専門家で構成される研究会議で入念な協議を行い、目的である制度活用を念頭にエキスパートコンセンサス調査のための調査票を作成した（別紙1参照）。

2. 対象

調査時点において一般社団法人日本精神科救急学会の代議員の任にあるエキスパート

（117名）。

3. 調査方法

ウェブサイトを用いたアンケート形式の横断調査を実施した。対象者には案内はがきを郵送して協力を求めた。質問項目として、以下を設定した。

① 回答者の属性

医師資格の有無、勤務場所（病院・診療所・その他）、現在精神科救急業務に従事しているかどうか

② 高規格病棟への入院必要性への影響度

初発、再燃・再発、介護・支援者の危機、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、療養への専念が必要な状況、専門職による24時間体制のケアが必要な状況、確実な投薬管理が必要な状況（通院では見込めない）、特定の治療（mECT、心理教育、治療プログラム等）を行う予定、精緻な診断や迅速な治療効果判定が必要な状況、家人のレスパイト等による家庭機能の保全が必要な状況、特化型設備（保護室等）による安全性確保が必要な状況

③ 疾患名・疾患カテゴリーを重視する程度 F0～F9 および、F0 の場合認知症かどうか、F3 の場合双極症かどうか

④ 該当した場合の影響がどの程度重大あるいは深刻であるかの困難度 精神科重複診断がある、消防（救急隊）・他医療機関経由、キーパーソン不在・関与拒否、整備事業によるトリアージにて来院、妊婦・産褥婦、身元不明・住所不定・未保険、被災者・災害支援者、日本語不可・滞在許可のない外国籍、虐待・DV・犯罪等被害者、遠隔地ケース・他院離院中、保健所・警察介入、2次以上急性期身体合併症、新興感染症など法定伝染病、身体障害者認定・指定難病認定、クロザピン（導入・悪化・副作用）、深刻な履歴あり、医療観察法通院処遇者

上記調査において得られた結果を踏まえ、高規格病棟必要度評価のための項目と、その重みづけにつき検討した。

4. 倫理的配慮

調査にあたり、一般社団法人日本精神科救急学会の協力に関して、同会の理事会にて承認を得た。また倫理的配慮として、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針に基づき、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会の承認（2024-342）を得た。

C.結果／進捗

1. 研究会議等の実施（初年度からの通算）

- ① 2024年4月19日 ミーティング（方針確認） オンライン
- ② 2024年5月15日 第6回研究分担会議 オンライン
- ③ 2024年6月4日 ミーティング（エキスパートコンセンサスアンケートのブラッシュアップ） オンライン
- ④ 2024年10月4日 ミーティング（学会報告に向けての打ち合わせ）
- ⑤ 2024年10月30日 22GC2003 全体会議 オンライン
- ⑥ 2025年2月4日 第4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

2. 調査結果

日本精神科救急学会の代議員 117 名のうち 88 名から回答を得た（回答率 75.2%）。結果を図 1，2 に示す。

3. 高規格病棟必要度評価のための尺度作成に向けた検討

評価に使用する項目については、今後臨床場面で活用することを考慮し、評価者の主観が大きく影響する項目（「恣意性項目」とする）を可能な限り排除した。恣意性項目を除き、再集約した項目を表 1～3 に示す。

D.考察

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位置づけられる。2022（令和 4）年度診療報酬改定では、精神科救急医療入院料が見直され、精神科救急性期医療入院料が新設された。この改定は従来課題を受けた解決策である一方、精神科救急医療を必要としている患者の一部の受け入れが困難となり得ることも懸念されている。すなわち、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が限られるようになったことにより、本来高規格病棟での治療を行うべき病態や重症度の患者が対象外とされ、一部の患者に不利益となる状況が生じることへの懸念である。

これまで研究分担者らは、精神科救急性期入院の対象患者について具体的な客観評価の方法のあり方について、日本精神科救急学会（一般社団法人）とも連携して様々な角度から検討を重ねてきた¹⁻⁸⁾。

ここで、国際的な動向と精神保健福祉法改正に目を向けてみると、国連障害者権利条約に基づき、政府が国連障害者権利委員会に提出した政府報告については、2022（令和 4）年 8 月にスイスのジュネーブ国連欧州本部において第 1 回政府報告審査が行われ、その結果総括所見として政府に示された中では、精神保健福祉法に基づく非自発的入院に対し、明確な懸念が示されている。同年 12 月に改正された精神保健福祉法では、医療保護入院の入院期間に上限が設けられるなどの見直しが行われ、法が求める方向性として、非自発的入院の縮減を目指すものと考えられる。しかしながら現状では、精神科救急性期医療入院料病棟の要件を維持するためには、一定数以上の非自発入院を受け入れる必要があるという矛盾が生じている。

このような状況を踏まえ、どのような患者が高規格病棟を必要としているかについて、診断名や入院形態以外の指標の開発が急務である。こうした諸課題をふまえ、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ことを目指した。

昨年度までに行った 2,000 件を超える全国
の患者調査では、これまで報告されていなか
った高規格病棟の必要性の予測因子の相対的
重要性について、ランダム フォレストモデル
を使用し、最も重要な予測変数が患者の年齢
や診断ではなく、むしろ患者の臨床プロフ
ィール（状態像）やケア目的に関連している
ことを示した。また、感度分析として実行さ
れた線形回帰モデルでは、患者の臨床プロフ
ィール（状態像）に関連する上位項目は高規
格病棟の必要性和有意に関連していたが、年
齢や診断との関連は認められなかった。

こうした知見を踏まえ、本年度は、より臨
床実感を反映した実用的な指標の構築を目的
として、精神科救急の実務に携わる専門職を
対象としたエキスパートコンセンサス調査を
実施した。これは、従来の統計解析によって
明らかとなった高規格病棟の必要性を示す指
標の妥当性を、精神科救急の実務担当者によ
る臨床判断の視点から再評価し、現行制度の
課題に対応するための客観的かつ現実的な基
準を整理しようとする試みである。特に、患
者の状態像や、入院の目的、ケアの必要性と
いった要因に基づいた評価項目を重視した点
が、本研究の特徴である。

調査は、日本精神科救急学会の代議員 117
名を対象として実施され、88 名（回答率
75.2%）から有効回答が得られた。この調査は、
ランダムフォレストや重回帰分析によって導
出された変数群をもとに、「影響度」「困難度」
「重視すべき疾患分類」といった複数の視点
で項目を整理し、それぞれについて高規格病
棟の必要性の判断に与える影響をレーティン
グするよう依頼するものであった。

分析の結果、当初 27 項目に設定された「影
響度」因子は、重複や曖昧な表現、恣意的な評
価となり得る項目を整理・統合したうえで、
最終的に 11 項目に集約された（表 2）。これ
らの項目は、昨年度の研究において高い重要
度を示した項目と重なっており、エビデンス

と現場感覚の整合性が確認されたといえる。

また、「困難度」については、医療・福祉の
連携上の課題や支援体制の脆弱性に着目した
18 項目のうち 17 項目が最終的に評価対象と
された。ここでは、「新興感染症等法定伝染病」
「妊産婦」「深刻な履歴」「身元不明・未保険」
「医療観察法通院処遇者」といった、一般的
な精神科病棟における人員体制では対応が難
しく、特別な安全配慮や制度的手続き、個別
性の高いケアを必要とするケースとして、高
規格病棟での対応が必要と判断される傾向が
明らかとなった。

一方、診断名や年齢が高規格病棟の必要性
判断に与える影響は低く、制度上重要視され
ている項目と、現場の実感との乖離が改めて
明らかとなった。

これらの結果から、現行制度が診断分類や
非自発入院の有無といった形式的な要件を重
視しているのに対し、臨床現場ではそれだけ
では十分に高規格病棟のニーズを捉えること
が困難であると認識されているものと考えら
れる。したがって、こうした現場の知を可視
化し、制度設計にフィードバックしていくこ
とが重要であるといえる。

本研究は、精神科救急医療の現場において、
臨床における実践知と科学的エビデンスに基
づく評価を導入し、個々の患者に最適な療養
環境を提供するうえで意義深い成果を上げた
といえる。今後は、今回抽出された指標群を
定量的に構造化し、臨床現場で活用可能なス
コアリングシステムとして整備していくこと
が求められる。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表

- 1) Iwanaga M, Yamaguchi S, Hashimoto S, Hanaoka S, Kaneyuki H, Fujita K, Kishi Y, Hirata T, Fujii C and Sugiyama N (2024) Ranking important predictors of the need for a high-acuity

psychiatry unit among 2,064 inpatients
admitted to psychiatric
emergency hospitals: a random forest
model. Front. Psychiatry
15:1303189. doi:
10.3389/fpsyt.2024.1303189

2. 学会発表

- 1) 杉山直也：これからの精神科救急医療に求められること～精神保健福祉法改正と身体拘束ゼロ化を中心に～. 特別講演, 第31回日本精神科救急学会学術総会, 2023年10月6日, 山口
- 2) 岩永麻衣, 山口創生, 橋本聡, 花岡晋平, 兼行浩史, 藤田潔, 来住由樹, 平田豊明, 藤井千代, 杉山直也：精神科救急急性期病棟の入院患者における高規格病棟の必要性に関する予測因子の特定：Random Forestを用いた横断研究. 6NC リトリート 2024, 2024年4月13日, 東京
- 3) 岩永麻衣, 山口創生, 橋本聡, 花岡晋平, 兼行浩史, 藤田潔, 来住由樹, 平田豊明, 藤井千代, 杉山直也：精神科救急急性期医療入院料病棟の入院患者 2,064名における高規格病棟の必要性に関する予測因子の特定：ランダムフォレストを用いた横断研究. 第32回日本精神科救急学会学術総会, 2024年10月24日, 盛岡

3. その他

- 1) 杉山直也：精神科救急医療の現状と課題. 第3回精神科救急医療体制整備研修, 2024年2月10日, オンライン

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

特に無し

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, 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

高規格病棟における入院必要性要件に関するアンケート

1. 以下の項目について、高規格病棟（救急・急性期入院料（俗称：スーパー救急））への入院必要性への影響度についてレーティングしてください。（例えば、性別が女性であることや年齢が 30 歳代であること等は入院必要性には直接影響しませんので一般には 0 となります。また、高規格病棟への入院が望ましいが、他の病棟でも対応可能と考えられる場合は、影響度は小さくなります。）

<レーティングの仕方>

0 を「全く影響しない」、3 は「該当すれば決定的」として、0～3 から程度を選んでください

	小←影響度→大		補足。備考
2	0・1・2・3	初発	これまでにこのような事は初めて
3	0・1・2・3	再燃・再発	以前に治療した経緯があり、急に、あるいは次第に悪化した。
4	0・1・2・3	介護・支援者の危機	生活に必要な平時の支援・介護が危急な事情によりできなくなった。
5	0・1・2・3	他害	暴力行為の事実
	0・1・2・3		器物破損の事実
	0・1・2・3		攻撃的・威圧的言動の事実
	0・1・2・3		迷惑行為の事実
6	0・1・2・3	自傷	致死的な手段による自殺企図
	0・1・2・3		非致死的な手段による自傷行為
	0・1・2・3		明確な自殺念慮
	0・1・2・3		漠然とした希死念慮
7	0・1・2・3	自立不全	生活自立機能や自己防衛機能の低下や破綻による摂食・清潔保持、危険回避の困難
8	0・1・2・3	不合理な拒否や援助希求の欠如	不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による生命リスク等の回避困難
9	0・1・2・3	その他の社会生活機能不全	躁状態、混合状態
	0・1・2・3		昏迷状態（亜昏迷や激越・焦燥を含む）
	0・1・2・3		せん妄状態（離脱せん妄を含む）
	0・1・2・3		せん妄以外の意識障害（もうろう状態 等）
	0・1・2・3		認知症状態
	0・1・2・3		持続する入院相当の身体合併症
	0・1・2・3		重大な副作用
10	0・1・2・3	療養への専念が必要な状況	仕事、家事等の役割から離れること等
11	0・1・2・3	専門職による 24 時間体制のケアが必要な状況	
12	0・1・2・3	確実な投薬管理が必要な状況（通院では見込めない）	
13	0・1・2・3	特定の治療（mECT、心理教育、治療プログラム等）を行う予定	
14	0・1・2・3	精緻な診断や迅速な治療効果判定が必要な状況	
15	0・1・2・3	家人のレスパイト等による家庭機能の保全が必要な状況	
16	0・1・2・3	特化型設備（保護室等）による安全性確保が必要な状況	

2. 以下の診断名・疾患カテゴリーについて、高規格病棟への入院にあたり、重視する程度をレーティングしてください。

<レーティングの仕方>

0を「全く重視しない」、3は「決定的に重視する」として、0～3から程度を選んでください

1	0・1・2・3	F0（認知症以外）であること
2	0・1・2・3	F0（認知症）であること
3	0・1・2・3	F1 であること
4	0・1・2・3	F2 であること
5	0・1・2・3	F3（双極性障害以外）であること
	0・1・2・3	F3（双極性障害）であること
6	0・1・2・3	F4 であること
7	0・1・2・3	F5 であること
8	0・1・2・3	F6 であること
9	0・1・2・3	F7 であること
10	0・1・2・3	F8 であること
11	0・1・2・3	F9 であること

3. 以下のうち、高規格病棟への入院にあたり、該当した場合に影響どの程度重大あるいは深刻であるかについてレーティングしてください。

<レーティングの仕方>

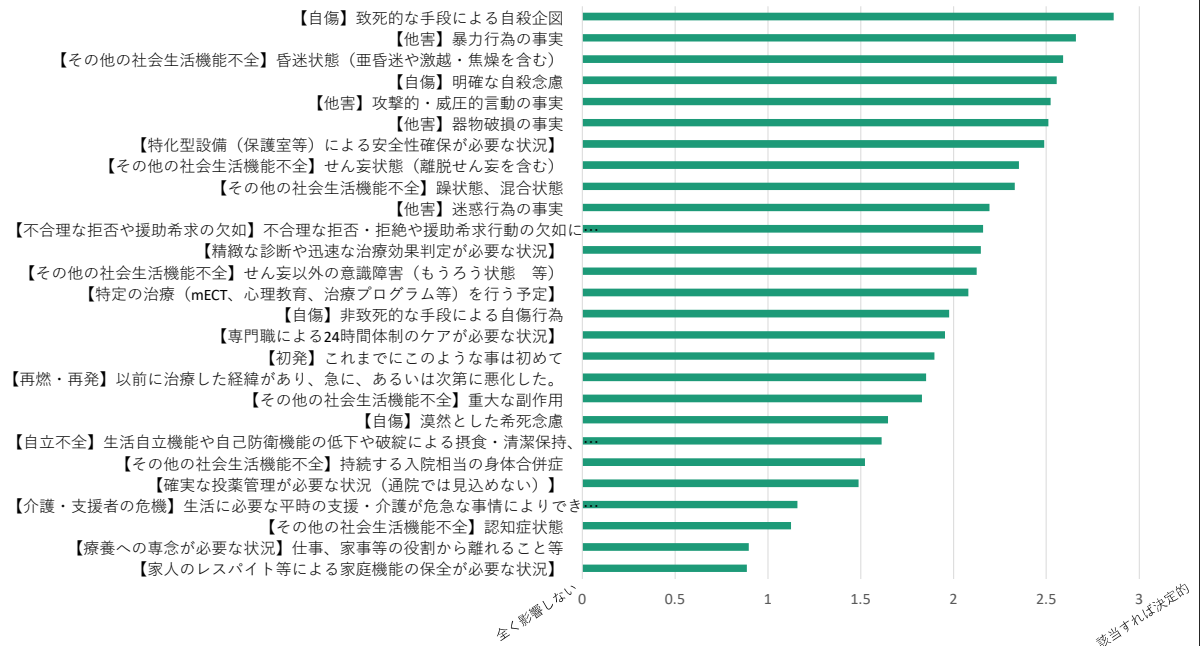
0を「全く影響しない」、3は「該当すれば重大・深刻」として、0～3から程度を選んでください

1	0・1・2・3	精神科重複診断がある。
2	0・1・2・3	消防（救急隊）・他医療機関経由
3	0・1・2・3	キーパーソン不在・関与拒否
4	0・1・2・3	整備事業によるトリアージにて来院
5	0・1・2・3	妊婦・産褥婦
6	0・1・2・3	身元不明・住所不定・未保険
7	0・1・2・3	被災者・災害支援者
8	0・1・2・3	日本語不可・滞在許可のない外国籍
9	0・1・2・3	虐待・DV・犯罪等被害者
10	0・1・2・3	遠隔地ケース・他院離院中
11	0・1・2・3	保健所・警察介入
12	0・1・2・3	2次以上急性期身体合併症（※）
13	0・1・2・3	新興感染症など法定伝染病
14	0・1・2・3	身体障害者認定・指定難病認定
15	0・1・2・3	クロザピン（導入・悪化・副作用）
16	0・1・2・3	深刻な履歴（※※）あり
17	0・1・2・3	医療観察法通院処遇者

※ 2 次以上急性期身体合併症とは、身体科への入院相当の重症度を有す慢性病態でない合併症を指す。
※※ 深刻な履歴とは、障害者総合支援法における医師意見書、生活障害評価（7）社会的適応を妨げる行動（周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動）を指す。

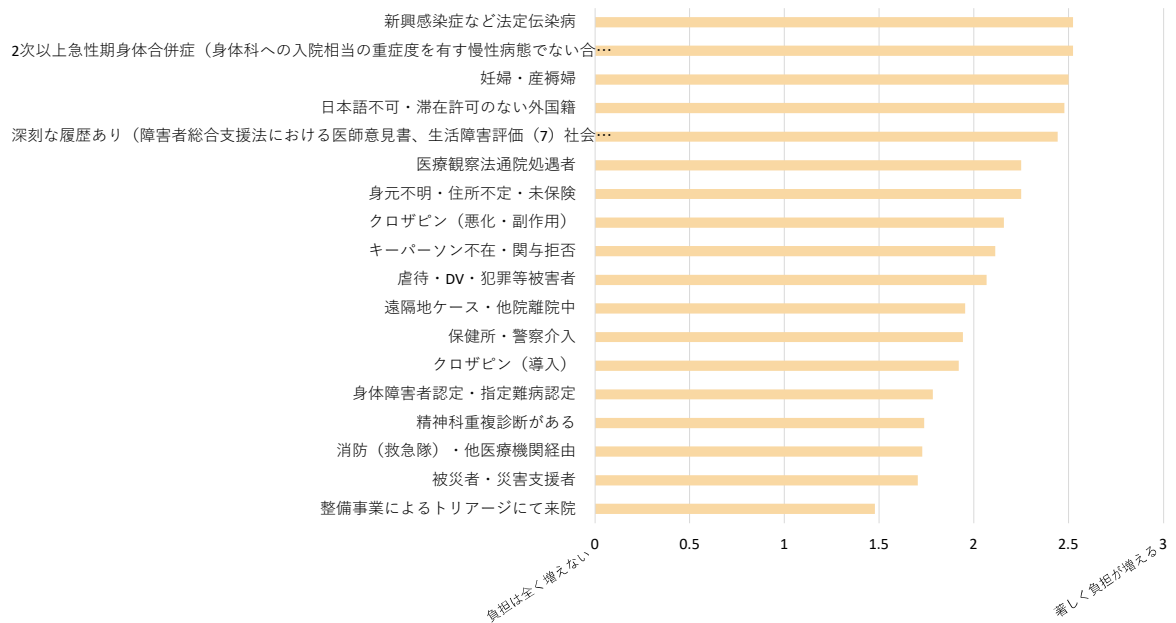
ご協力ありがとうございました。

図1 影響度



1

図2 困難度



2

表1 恣意性項目を除く再集約のプロセス

配点	11項目	※ 旧項目 (※ エキスパートコンセンサス調査から得られた得点 (0: 全く影響しない～3: 該当すれば決定的))
2.5点	1. 自傷・自殺の切迫: (自殺企図の 事実 、自殺の予告や表明の 事実)	2.86 【自傷】致死的な手段による自殺企図 2.56 【自傷】明確な自殺念慮 2.66 【他害】暴力行為の事実 2.52 【他害】攻撃的・威圧的言動の事実 2.51 【他害】器物破損の事実
	2. 他害の 事実 : (暴力行為・威圧的言動・器物破損・迷惑行為の事実)	2.19 【他害】迷惑行為の事実 2.59 【その他の社会生活機能不全】昏迷状態 (亜昏迷や激越・焦燥を含む) 2.35 【その他の社会生活機能不全】せん妄状態 (離脱せん妄を含む) 2.33 【その他の社会生活機能不全】躁状態、混合状態
	3. 昏迷 状態 (亜昏迷、激越焦燥を含む)	2.13 【その他の社会生活機能不全】せん妄以外の意識障害 (もうろう状態 等) 2.16 【不合理な拒否や援助希求の欠如】不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による生命リスク等の回避困難
2.0点	4. 以下のいずれか (せん妄 状態 、躁・混合 状態 、意識障害)	2.15 【精緻な診断や迅速な治療効果判定が必要な状況】 2.08 【特定の治療 (mECT、心理教育、治療プログラム等) を行う予定】
	5. 不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による生命リスク等の回避困難の 事実	1.83 【その他の社会生活機能不全】重大な副作用 1.52 【その他の社会生活機能不全】持続する入院相当の身体合併症
1.5点	6. 鑑定 目的 および入院外では困難な治療手技 (mECT、クロザピン) や検査の実施 目的	1.61 【自立不全】生活自立機能や自己防衛機能の低下や破綻による摂食・清潔保持、危険回避の困難 0.90 【療養への専念が必要な状況】仕事、家事等の役割から離れること等 1.49 【確実な投薬管理が必要な状況 (通院では見込めない)】 2.49 【特化型設備 (保護室等) による安全性確保が必要な状況】
	7. 身体管理 目的 (悪性症候群、急性薬物中毒、BMI: 18以下の摂食障害に限る)	1.16 【介護・支援者の危機】生活に必要な平時の支援・介護が危急な事情によりできなくなった。
1.0点	8. 生活自立機能や自己防衛機能の低下や破綻による摂食・清潔保持、危険回避の困難の 事実	0.89 【家人のレスパイト等による家庭機能の保全が必要な状況】 1.98 【自傷】非致死的な手段による自傷行為 1.65 【自傷】漠然とした希死念慮 1.95 【専門職による24時間体制のケアが必要な状況】 1.90 【初発】これまでにこのような事は初めて 1.85 【再燃・再発】以前に治療した経緯があり、急に、あるいは次第に悪化した。 1.13 【その他の社会生活機能不全】認知症状態
	9. 入院外治療での服薬不遵守・静養環境不適などによる増悪の 事実	
0.5点	10. 重度かつ慢性地域生活者への平時支援が急激に不能に陥った 事実	
	11. 家人のレスパイト等による家庭機能の保全 目的	
0点	12. 非致死的な自傷の事実や漠とした希死念慮の表明	
	13. 24時間の見守り目的	
	14. 初発	
	15. 再燃・再発	
	16. 単なる認知症状態	

3

表2 「影響度」 (再集約した11項目) 得点表

基礎点	
2.5点	1. 自傷・自殺の切迫: (自殺企図の 事実 、自殺の予告や表明の 事実) 2. 他害の 事実 : (暴力行為・威圧的言動・器物破損・迷惑行為の事実) 3. 昏迷 状態 (亜昏迷、激越焦燥を含む)
2.0点	1. 以下のいずれか (せん妄 状態 、躁・混合 状態 、意識障害) 2. 不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による生命リスク等の回避困難の 事実 3. 鑑定 目的 および入院外では困難な治療手技 (mECT、クロザピン) や検査の実施 目的
1.5点	1. 身体管理 目的 (特定の重篤副作用 (※)、摂食障害のるい瘦対応 目的 (BMI: 18以下)) 2. 生活自立機能や自己防衛機能の低下や破綻による摂食・清潔保持、危険回避の困難の 事実
1.0点	1. 入院外治療での服薬不遵守・静養環境不適などによる増悪の 事実 2. 重度かつ慢性地域生活者に対する平時支援の急激な不能の 事実
0.5点	1. 家人のレスパイト等による家庭機能の保全 目的
0点	1. 要保護 2. 初発 3. 再燃・再発

4

表 3 「困難度」得点表

係数	
2.5	新興感染症等法定伝染病
	2次以上急性期身体合併症（身体科への入院相当の重症度を有す慢性病態でない合併症） 妊婦・産褥婦
2.0	日本語不可・滞在許可のない外国籍
	深刻な履歴あり （障害者総合支援法における医師意見書、生活障害評価（7）社会的適応を妨げる行動）
	医療観察法通院処遇者
	身元不明・住所不定・未保険
	クロザピン（悪化・副作用）
	キーパーソン不在・関与拒否
	虐待・DV・犯罪等被害者
1.5	遠隔地ケース・他院離院中
	保健所・警察介入
	クロザピン（導入）
	身体障害者認定・指定難病認定
	精神科重複診断がある
	消防（救急隊）・他医療機関経由
1.0	被災者・災害支援者
	整備事業経由