

平成 21 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）

『精神科救急医療の機能評価と質的強化に関する研究』

報告書

日本精神科救急学会

平成 22 年 4 月

担当者一覧

日本精神科救急学会（※執筆担当者）

学会理事長	澤 温（ほくとクリニック病院）
医療政策委員長	平田 豊明（静岡県立こころの医療センター）
医療政策委員	川畑 俊貴（京都府立洛南病院）
（あいうえお順）	鴻巣 泰治（埼玉県立精神保健福祉センター）
	佐藤 雅美（東京武蔵野病院）
	白石 弘己（東洋大学）
※	杉山 直也（沼津中央病院）
※	塚本 哲司（埼玉県立精神保健福祉センター）
	中島 豊爾（岡山県精神科医療センター）
	八田 耕太郎（順天堂大学）

協力研究者

（あいうえお順）	伊藤 順一郎（国立精神神経センター精神保健研究所）
	伊藤 弘人（国立精神神経センター精神保健研究所）
	奥村 泰之（国立精神神経センター精神保健研究所）
	笥 淳夫（国立保健医療科学院）
	加藤 文美（静岡県立こころの医療センター）
	澤野 文彦（沼津中央病院）
	佐竹 直子（国立精神神経センター国府台病院）
	瀬戸屋 雄太郎（国立精神神経センター精神保健研究所）
	野田 寿恵（国立精神神経センター精神保健研究所）
	深井 敬子（沼津中央病院）
	水野 拓二（鷹岡病院）
	吉尾 隆（東邦大学薬学部）

事業実施機関

日本精神科救急学会

学会事務局住所：株式会社 春恒社 学会事務部 〒169-0072 東京都新宿区大久保 2 丁目
4 番地 12 号 新宿ラムダックスビル 10 階 電話：03-5287-6157 FAX：03-5291-2176

本調査研究事業の事務局住所：県立こころの医療センター医局 〒420-0949 静岡県静岡市
葵区与一 4 丁目 1-1 054-271-1135

研究協力

国立精神神経センター精神保健研究所

要旨

【背景と目的】精神障害者の自立と社会参加促進にあつては、医療・福祉資源の充実による地域ケアの推進が重要である。急性増悪期に危機介入の役割を担う精神科救急医療は、精神障害者が安心して地域で暮らすために必要不可欠の医療資源で、その役割が適切に発揮されるためには、地域の介入体制や医療施設が一定の機能を保って標準化される必要があるが、現実態は地域間格差が大きい。本事業では精神科救急医療に求められる機能を明確化し、それを評価する手法を確立することによって、精神科救急医療の均質化ならびに質的強化をはかることを目的とする。平成 19～20 年度の事業では、日本精神科救急学会（当学会）のガイドラインに示された内容を吟味して機能評価項目の検討を行い、これを基準とした評価を試みて一定の成果を得るとともに、アウトカム評価のための患者データベースの原案を並行して作成した。これをふまえ、本年度の事業では、精神科救急医療の機能評価のための実用的な手法開発を目的とし、まず基準となるべき学会ガイドラインを改訂し、それを根拠とした評価手法として、対象別に評価表(案)を作成するとともに、診療のパフォーマンスやアウトカムを測定して医療の質を管理するため、昨年度事業で原案をまとめた患者データベースをもとに、実用化版としての患者レジストリと専用ソフトウェアの開発を目指した。

【対象と方法】方法は、エキスパートで構成される専門検討会の開催、全学会員を対象としたさまざまな調査などを行った。対象は、地域介入体制としての自治体による精神科救急医療事業と、医療資源としての精神科救急医療機関とし、後者では厚生労働省の精神科救急医療体制整備事業要綱に示された「常時対応施設」を対象とした。また、患者レジストリ開発では、専門業者に委託してウェブ上の検討機会を常時開設し、臨床精神薬理学や精神保健福祉領域の専門家を新たに協力研究者として招いて議論を重ね、専用ソフトウェア開発と将来のセンター・サーバー化に向けた準備までを併せて行った。

【事業結果と考察】改訂版ガイドラインは所定のプロセスを経て、平成 21 年 12 月に刊行された。新たなガイドラインを基に作成した評価表（案）は、主に構造（Structure）と過程（Process）についての評価を中心とし、地域介入体制と常時対応施設を対象として作成した。一方の患者レジストリは、構造、過程のほか、アウトカム（Outcome）についての情報を含め、クオリティ・インディケーターを用いて医療の質が計測できるように構築するとともに、臨床活用など日常業務への有用性を付加して操作者負担を軽減し、導入によるインセンティブにも配慮した。

評価手法は、その作成プロセスから内容妥当性の担保された手法ではあるが、妥当性についてさらなる検討を行ったところ、常時対応施設の評価表は調査の結果が正規性を示したものの、外的基準との相関は弱く、課題が残った。以上より、評価表単一での評価は一定の意義を有するものの、総合的な評価法としては課題を残す可能性が示唆された。評価表が機能の 3 要素のうち 2 要素のみであることを考え合わせると、精神科救急医療の機能評価においてはアウトカムを含めた総合的な評価が本来的であり、患者レジストリを導入することが相補的かつ必要と考えられた。

また、地域介入体制の評価表については、概念的・構造的に不均一で地域格差が大きい実態、また精神科救急情報センターの職員体制やトリアージ機能の脆弱性、さらに多くの自治体で精神科救急医療体制整備事業についてのアウトカム（Outcome）測定という視点が欠如していることを鮮明化することに、一定の成果があった。今後、精神科救急医療体制整備事業における評価基準を洗練するとともに、評価基準を各自治体における当該事業の整備基準とすることで、精神科救急医療体制の均質化と質的強化が図られるものと考えた。

今回開発を行った評価手法の確立によって、実際の精神科救急医療の場面に活用することができれば、地域介入体制や医療資源の均質化や質的強化につながる可能性がある。そして、それに伴って地域ケアを推進し、精神障害者が安心して暮らせる社会作りが実現できれば、彼らの自律と社会参加の促進の促進に貢献できる可能性が考えられる。

事業背景と目的

精神障害者の自立と社会参加の促進にあつては、医療・福祉資源の充実による地域ケアの推進が必須である。地域で生活する精神障害者には、その疾病特性によって、急性増悪や心理社会的危機を来すことが考えられるが、精神科救急医療はそのような場合に医療的に即時介入する役割を担っている。したがって、精神科救急医療は、精神障害者が地域で安心して暮らしていくために必要不可欠な医療資源である。精神科救急医療がこうした危機介入の役割を適切に発揮するためには、事業を担当する都道府県行政や、医療を実践する病院等の医療施設が、機能と質を一定の水準に保ち、標準化される必要がある。しかしながら、精神科救急医療の現実態は地域差が大きく、多様で不均一であることが先行研究等で繰り返し示されている¹⁻⁵⁾。このような実情に対し、日本精神科救急学会（以下 当学会）は、さまざまな学術活動を通じて、これまで医療技術の向上、普及、発展、整備に努めてきた。平成 19-20 年度からは、障害者保健福祉推進事業として、精神科救急医療に求められる機能を明確化し、それを評価する手法を確立することによって、精神科救急医療の均質化ならびに質的強化をはかることを目的とした研究を行ってきた。通算 3 年目となる平成 21 年度事業においては、より具体的で実用的な評価手法の開発を目的とする。そして、こうした取り組みを通じて、地域の危機介入体制や医療資源を充実することによって地域ケアが推進され、精神障害者の自立と社会参加の促進に寄与できることを目指すものである。

平成 19-20 年度事業の概要

平成 19 年度事業「精神科救急医療施設の機能評価項目設定および既存施設の機能評価」、ならびに 20 年度事業「精神科救急医療施設の機能評価に関する研究」では、精神科救急医療の機能を評価する手法を確立するために必要な事項の把握を主な課題として、種々の検討を行ってきた⁶⁻¹¹⁾。表 1 にこれまでの事業内容を示す。

一般に評価を行うためには、対象が何であつてもその基準となるべき標準的な概念や枠組みの設定が必要である。今回の精神科救急医療の評価手法を確立する一連の取り組みでは、学会が制定するガイドラインを標準としての軸に置くことを基本的な方針としてきた。このため平成 19-20 年度には、精神科救急医療ガイドライン 2003 年度版¹¹⁾の内容に照らして、地域介入体制（各都道府県における精神科救急医療事業）と精神科救急医療施設（病院等の医療資源）を対象に大規模な実態調査を行って、わが国の精神科救急医療の全体像を把握するとともに、ガイドラインの妥当性について網羅的に検討を行った。その結果、用いた手法や抽出された評価項目は、現時点における精神科救急医療の課題を反映し、一定の有用性が考えられた⁶⁻¹¹⁾。しかし一方で、調査によって我が国の精神科救急医療体制が不均一であることが再度浮き彫りとなり、精神科救急医療施設では、構造的・機能的に民間・単科・輪番担当の特徴を持つ約 8 割の医療施設と、その他の 2 割の特定の機能を有する医療施設、という大きな 2 極分化が明らかであった。このため機能評価項目や要求すべき事項は、その医療機関が精神科救急医療において求められている役割

を考慮しながら設定していくことが妥当と考えられた^{7,10,11)}。より具体的に言えば、ちょうど平成 20 年度に改訂された厚生労働省の精神科救急医療体制整備事業要綱に示された施設の役割分類を用いて、求められる医療水準を設定したうえ評価基準を設定することが実効的と思われた。

他方、都道府県や政令市が実施する精神科救急医療事業、すなわちマクロシステムを主体とする地域介入体制についても、先行研究等¹⁻⁵⁾からその実態が不均一であることが示されている。地方によってその人口、街の規模、文化的背景、キャッチメント・エリアの広さ、医療施設の状況等が異なるため、ある程度の多様性は自然なことではあるが、実際には予想を上回る不均一が存在し、精神科救急情報センターの有無から、病院の役割分担、用語の意味に至るまで各地でまちまちである。しかしながら、事業が国庫からの助成を受けて行われるものである以上、一定の標準化は必要である。平成 20 年度には各都道府県事業としての精神科救急医療介入件数の登録・報告制が全国的に導入された。そして今後マクロシステムとしての機能をより標準的に評価するためには、医療施設と同様にガイドラインを軸とした評価システムの開発が必要であると考えられる。

さらに、一般に医療機能の評価にはストラクチャー、プロセス、アウトカムの 3 要素が必要とされる¹³⁾。しかし、上に述べたガイドラインを軸とする評価基準や既存の調査や研究はほとんど前二者に集中している。本来的に精神科医療を客観的に評価し、質を強化していくためには、こうした既存の方法論に加え、クリニカル・インディケー

ターを用いて患者アウトカムを測定することが必須である。このため、平成 20 年度事業においては患者データベースの構築に取り組み、項目の抽出とそれぞれの項目から導き出されるクリニカル・インディケーターの同定までを終えた。

平成 21 年度事業における目標設定

平成 21 年度は精神科救急医療の質的強化のための機能評価手法について、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの 3 要素につき、地域介入体制レベル・医療施設レベルの両面で、あるいはマクロ・ミクロの両面で具体的に評価できる手法を確立することを目指し、実用化に向けた取り組みを行った。

本事業における具体的なアクションは次の 3 つに分けられる。

1. 精神科救急医療ガイドラインの改訂

精神科救急医療の概念や技術的側面を標準的かつ総合的に示すガイドラインを改訂する。

2. 評価表の作成

新たなガイドラインを根拠として、評価対象ごとの基準に沿って評価表を作成する。

3. 患者レジストリの開発

医療の質を反映するクオリティ・インディケーターを用いた患者レジストリを作成し、専用のソフトウェアの開発を行って、将来のセンター・サーバー化（施設データを中央集約してフィードバックして質向上に活用するシステム）の準備を行う。

1. 精神科救急医療ガイドラインの改訂

上述したように、機能評価手法の根幹を

成すのは「標準」の設定であり、本事業では当学会のガイドラインをその標準としての軸に置く方針を取ってきた。既に報告したように、2003 年度版のガイドライン¹²⁾については、全国の実際の医療現場における浸透度、達成度の調査を終えている。2003 年度版ガイドラインを 53 の具体的な項目に分解して行ったアンケート調査において、基幹的な役割を有する精神科救急医療施設では 80%を超える達成度が得られた^{6,9)}。そして、これを元にした実態調査は現在の精神科救急医療の機能がある程度反映するものであった⁶⁻¹⁰⁾。しかしながら、2003 年度版のガイドラインは制定から既に年余を経ており、今後に向けての評価手法を確立するにあたり、精神科医療の進歩や制度改革をふまえて内容をアップデートする必要がある、これが急務と考えられた。

2. 評価表の作成

評価基準および評価表は、「平成 19-20 年度事業の概要」で述べたように、評価対象ごとに求められる役割をふまえて基準を設定し、作成する必要がある。対象は大きく分けて、

- ① 地域介入体制としての都道府県および政令指定都市単位での精神科救急医療事業
- ② 精神科救急を担当する医療施設の二つであり、後者については平成 20 年度に改訂された厚生労働省の精神科救急医療体制整備事業要綱に示された施設の役割分類に基づいて、それぞれの役割について求められる医療水準を設定したうえで評価の基準を設定する必要がある。本年度はこのうち「常時対応施設」についての評価表作成を目的とした。

3. 患者レジストリの開発

昨年度までの患者データベースでは、採用する臨床項目の抽出と、クオリティ・インディケーターの設定までを終えた。本年度は、包括的なクオリティ・インディケーターの管理のための専用ソフトウェア The Registry of Inpatient Indicators in Emergency and Acute Psychiatry Settings for Quality Assurance (品質保証を目的とした精神科救急及び急性期病棟群入院患者指標レジストリ)の開発を目指し、まずは施設内のデータ管理までが可能となるようなスタンド・アローン型のソフトウェアの開発を目的とした。クオリティ・インディケーターの多施設比較によるデータフィードバックは、医療の質管理においてさらに重要かつ本来的であるが、今回の患者レジストリ専用ソフトウェアでは、こうしたシステムを可能にする将来の多施設参加型のセンター・サーバー化を見据えた形で開発を目指した。

対象と方法

平成 19 年度から、事業を円滑に推進する目的で、エキスパートらで構成される専門の検討委員会を学会内に置き (医療政策委員会が担当)、関連する議論を集中的に行い、調査を立案して結果を審議する役割を担当した。この体制は本年度事業でも踏襲した。

1. 精神科救急医療ガイドラインの改訂

2003 年度版ガイドラインの調査結果をふまえ、上記のエキスパートらで構成される検討委員会での審議、当学会の全会員を対象としたアンケート、学会総会にけるガイドライン改訂案の公開およびディスカッション、公表物へのパブリックコメント募集、

などの方法を随時取り入れ、内容妥当性ととも実用性を兼ね備えたガイドライン作成のためのプロセスを踏んだ。アンケートでは、各項目に対して 2003 年度版で採用された 3 段階の推奨度（表 2）についての意見を募る目的の調査を実施した。

2. 評価表の作成

① 地域介入体制としての精神科救急医療体制整備事業

各都道府県（指定都市）の精神科救急医療体制の現状と準備状況を把握するとともに、精神科救急医療体制を評価すべく、学会ガイドラインを軸として、検討委員会で審議を行って評価表（案）を作成した（表 3）。評価表（案）から、評価基準を除いたものをアンケート調査用紙とし、精神科救急医療体制整備事業の実施主体である、都道府県及び指定都市を対象とし、郵送による調査を行った。なお、回答は平成 21 年 6 月 30 日時点の状況について求めた（相談件数等については、平成 20 年度実績について回答を求めた）。

② 精神科救急医療を担当する医療機関

学会ガイドラインを軸として、検討委員会で審議を行って評価表（案）を作成した（表 4）。これを用いて、実際の医療機関を対象とした調査を実施した。評価表（案）の作成にあたっては、既に実用化されている一般科医療における救命救急センターの評価表に倣った。調査対象は、今回作成する評価基準の対象が「常時対応施設」であることから、2009 年 6 月 30 日時点で精神科救急入院料を有す全国 63 の医療機関とした。方法は、各対象病院にログイン ID とパスワードを配布し、学会ホームページからアクセスして質問項目に入力を行う WEB

アンケート式とした。

得られた結果は、国立精神神経センター精神保健研究所に依頼し、合計得点の正規性の検定を行うとともに、評価表（案）の妥当性について、他の研究⁴⁾から得られた外部指標を用いるなどして統計学的な解析を行った。

3. 患者レジストリの開発

ソフトウェアの開発にあたっては、昨年度の段階から、別途並行的に開発を進めている類似のソフトウェア（行動制限最適化データベースソフト Coercive measure Database Optimizing eCODO-）^{14,15)}と協働し、専門業者を選定して行ってきた（株式会社マリニアソシエイツ）。同社の技術提供によりウェブ上に専用サイトを開設し、開発関係者らが常時広く意見交換を行う機会と環境を整えるなどの手法を活用し、円滑な開発作業に努めた。

平成 20 年度事業において、クリニカル・インディケーターの設定までを行ったプロトタイプでは入力オペレータの職種ごとに患者基本情報、薬剤情報、作業療法情報、訪問看護情報、精神保健福祉情報といったカテゴリに項目が振り分けられているが、今回の開発ではこれに事務管理部門の入力権限を追加し、施設情報のカテゴリを新たに設けた。また、各項目はエキスパートらで再度審議し詳細に検討するとともに、薬剤情報、精神保健福祉情報については領域の専門家を新たに協力研究員に招いてより一層の検討を重ねた。

またセンター・サーバー化に向けては、協働開発している行動制限最適化データベースソフトとともに、準備的な作業を行った。

事業結果

1. 精神科救急医療ガイドラインの改訂

精神科救急医療ガイドラインの改訂プロセスを時系列によって表5に示す。2003年度版ガイドライン¹²⁾の調査結果をふまえて、検討委員会で項目の追加・削除・修正を行った結果、106の項目が抽出された(資料1)。この106項目について、当学会の全会員(当時の会員数740名)を対象にアンケート(資料1)を実施して推奨度を調査したところ、248名の会員からの回答があった(回収率33.5%)。その結果を表6に示す。

続いて、再び検討委員会で審議を行い、各項目の推奨度を調整のうえ決定した。推奨度は、アンケート結果をもとに、最も多かった意見に沿って設定したが、いくつかの項目は審議の中で変更を行った。変更のあった項目はすべて地域介入体制に関する「基本的な機能」に属す項目であり、例えば、「すべての圏域をカバーしている」、「病院群による救急患者受け入れ態勢が構築されている」、「電話相談、外来、入院治療までのレベルに応じた適切な対応が迅速に提供される」といった項目については、「～べきである」と表現される optional 水準の意見が多かったが、精神科救急医療体制にとって本来的に必要であると考えられたため、水準は「～ねばならない」の minimum (最小限必要) に引き上げられた。また、厚生労働省の精神科救急医療体制整備事業要綱に示された施設の役割分類における「常時対応施設」、「輪番施設」、「合併症対応施設」といった病院の役割に応じ、各項目の推奨度を調整した。

その後106の断片化項目は文章として統

合され、こうして出来上がったガイドライン案は、2009年9月に行われた日本精神科救急学会山形大会の特別シンポジウムにて公開・提示され¹⁶⁻²⁰⁾、パブリックコメントの募集を経て、検討委員会で最終的な修正を加えたうえ、平成20年12月9日に刊行された(資料2)²¹⁾。

完成したガイドライン第1巻(資料2)²¹⁾は、冒頭の「今回の改訂作業の経過」に示されるように、本学会ガイドラインにとっての包括的な作業として、他の改訂活動と並行して行われた。ガイドライン全体は3冊組みで、第一巻:「総論」および「興奮攻撃性への対応」、第2巻:「薬物療法」、第3巻:「自殺未遂者への対応」よりなる。本事業の調査や審議の結果は主に第1巻「総論」の部分に反映させた。

2. 評価表の作成

① 地域介入体制としての精神科救急医療事業

精神科救急医療体制整備事業の評価表(案)の評価項目は、「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」(平成20年5月26日付障発第0526001号厚生労働省障害保健福祉部長通知「精神科救急医療体制整備事業の実施について」参照)にある事業内容に若干の項目を加え構成した。

評価基準は、学会ガイドライン(2003年版)で提示した、精神科救急医療体制整備事業が担うべき機能、すなわち迅速性、全域性、最適性、責任性、連続性及び柔軟性に着目し、検討委員会で審議し、最終的に26項目を設定した(表3)。項目は構造(Structure)25項目、成果(Outcome)1項目からなっている。

調査票郵送方式により、すべての都道府

県及び指定都市の精神保健福祉主管課長あてに調査を依頼したところ、44 都道府県 11 指定都市から回答が得られ結果を表 7 に示す。

なお、移送体制の整備以外の事業について、すべて単独で運営していた指定都市はなかったことから、アンケート調査結果については都道府県からの回答について集計を行った。

評価基準は総得点を 46 ポイントと設定したが、最高 35 ポイント最低 3 ポイントと大きな格差が生じていた。

事業の対応時間及び事例について、「全日全時間すべての事例に対応」11 自治体、「夜間休日全時間すべての事例に対応」12 自治体、「夜間休日全時間対象事例を限定」12 自治体であった。

24 時間精神医療相談窓口の整備は、20 自治体に止まっていた。

事業実績管理と情報公開に関しては、「事業実績が一元的にデータ管理され、且つすべての事業実績をホームページ等で情報公開している」自治体は皆無であった。

精神科救急医療体制連絡調整委員会は、6 自治体で設置されておらず、設置されていても平成 20 年度開催されていない自治体が 5 自治体あり、十分機能しているとはいえない状況であった。

精神科救急医療体制の根幹である、精神科救急情報センターの設置は 33 自治体に止まり、夜間休日であっても開設時間が限定されている自治体が 11 あった。職員体制は、常勤職員のみで対応している自治体は皆無であり、常勤職員に加え兼務職員若しくは非常勤職員で対応している自治体も 5 自治体にすぎなかった。さらにトリアージ

基準や対応手順の明文化がなされていない自治体が 14 あり、また精神科医のコンサルテーションが常時受けられない自治体も 5 ヶ所あった。平成 20 年度における人口万対相談件数は 127.8 件から 0.5 件と 255.6 倍、相談件数に対する精神科救急医療対象事例の割合は 55.2%から 0.9%と 61.3 倍の差が自治体間にみられた。さらに同年度における精神科救急医療対象事例の医療機関紹介率についても、100%から 19.3%と大きな差がある。精神科救急事例であったにもかかわらず、精神科救急医療体制要因により医療機関紹介できなかった事例も散見された。

精神科救急医療施設の状況は、常時対応施設の 1 施設もない自治体が 28、精神科救急入院料算定施設がない自治体が 17、精神科救急・合併症入院料算定施設若しくは身体合併症対応施設がない自治体が 30 あり、その脆弱性が確認された。

搬送体制については、精神保健福祉法第 29 条の 2 に基づく移送実施体制が未整備である自治体が 15、精神保健福祉法第 34 条に基づく移送実施体制が未整備である自治体は 19 であった。

支援病院が確保されていない自治体は 21 であった。

「常時、精神保健指定医 2 名による精神保健診察ができない」と回答した自治体が 27、緊急措置入院事例の 72 時間以内の再診察がシステム化されていない自治体は 26 であった。出張診療（移動救急）事業について整備予定の自治体はなかった。

② 精神科救急を担当する医療機関

常時対応施設の評価表（案）は、新たな学会ガイドラインの作成過程において抽出された 106 の項目をもとに、重要度や推奨

度などを考慮して検討委員会で審議し、最終的に別途 44 項目の評価基準案として集約・整理された（表 4）。項目は構造（Structure）15 項目，過程（Process）28 項目（うち 7 項目は公的役割，8 項目は院内中央体制，10 項目は院内臨床体制，3 項目は診療数に関するものである），成果（Outcome）1 項目から成る。選択枝は 2 段階のもの 29 項目，3 段階のもの 11 項目，4 段階のもの 1 項目であった。

WEB アンケート方式により、全国の精神科救急入院料認可施設（n=63）を対象に調査を行ったところ、47 施設（64.4%）より回答を得た。結果を表 8、図 1 に、またヒストグラムを図 2 に示す。回答が得られた全 47 施設の合計得点の平均は 30.3 点（最高 44，最低 15）（46 点満点、設定上の最低点は-11）、であった。47 施設の合計得点について Shapiro-Wilk の正規性検定を行ったところ、有意確率が 0.149 と 5%以上であったため、正規分布に従うことが示された。

さらに今回の評価表（案）の妥当性について、統計学的解析を行い、その結果を以下の 1)～5)に示す。なお、今回の基準の対象が厚生労働省の精神科救急医療体制整備事業要綱に示された施設の役割分類における「常時対応施設」であることから、機能的に大きく異なると考えられる総合病院 6 施設は、今回の解析対象から除外した。総合病院については、事業要綱にある「身体合併症対応施設」としての役割が期待される。

1) 外的基準

まず、妥当性の検討を行うための比較対象としての外的基準について、別途行った厚生科学研究調査⁴⁾から、2008 年度診療パ

フォーマンスにおける、平均在棟日数、新規患者率、在宅移行率、電気けいれん療法件数、三次救急比率、三次救急入院数、精神科救急病棟への年間入院件数を、47 施設のうち 31 施設より得た。

次に、総合病院 6 施設を除いた 41 施設について、エキスパートらによって優（excellent）13 施設と可（average）28 施設に分けた。

2) 通過率を用いた質問項目の削除

44 項目のうち 2 段階の選択枝をもつ 29 項目について、1-0 データの平均値を求め 10%未満、90%超であった項目番号 1, 4, 7, 12, 20, 25, 27, 31, 40 の 9 項目を分析から除外した（表 4）。これによって、過程（Process）21 項目（うち 4 項目は公的役割，6 項目は院内中央体制、9 項目は院内臨床体制、2 項目は診療数に関するものである）、成果（Outcome）1 項目が残った。

3) 3 および 4 段階の選択枝で回答を求めた結果を 2 段階にまとめる

次に、選択枝が 3 段階および 4 段階の項目については、度数分布をみて、より分布に偏りが無い 2 段階にまとめた。

4) 主成分分析（表 9）

構造（Structure）13 項目について主成分分析を行った。第一成分の寄与率は 20.0%、項目番号 16, 15, 14, 17, 9 が第一主成分を作成する主要な変数であった（医師配置と身体管理）。

過程（Process）公的役割 4 項目の主成分分析では、第一成分の寄与率 40.0%で、項目番号 5, 6 が第一主成分を作成した（地域バックアップ）。

過程（Process）院内中央体制 6 項目の主成分分析では、第一成分の寄与率は

31.5%、項目番号 24, 30 が 2 第一主成分を作成する主要な変数であった(教育・委員会等の体制整備)。

過程 (Process) 院内臨床体制 9 項目の主成分分析では、第一主成分の寄与率は 24.3%、項目番号 34, 43, 42, 41, 33 が第一主成分を作成する主要な変数であった(多職種アプローチ)。

以上の分析結果を用い、機能要素の細分類別に各医療施設の順位を示したものを表 10 に示した。この表から判るように、ある機能項目で優れた施設は、必ずしも他の機能項目においても優れるという傾向はみられない。

5) 外的基準と機能要素の細分類それぞれの関連の検討

4 つに再分類された機能要素の第一主成分と、2008 年度の診療パフォーマンスデータとの相関係数を求め(表 11-1)、次に専門家によって分けられた優と可の 2 群における 4 つの第一主成分得点の平均と、t 検定の結果を表 11-2 に示した。

診療パフォーマンスデータとの検討では、在宅移行率と院内中央体制、三次救急入院数と構造、精神科救急病棟への年間入院件数と過程 (Process) 公的役割がそれぞれ相関を示し、各機能において優れた評価がハイパフォーマンスに連動する結果であったが、ローデータにおいては外れ値がみられ、いずれの相関も強いものではなかった。また、平均在院日数と過程 (Process) 院内臨床体制は、院内臨床体制が整っているほど平均在院日数が長い傾向を示した。また、その他の多くの組み合わせでは相関が得られなかった。

専門家によって施設を優と可の 2 群に分

けた場合の外的基準検討では、構造 (Structure) のみ、優の施設が有意に高得点を示し、過程 (Process) 公的役割では優の施設が高い値を示したものの、優位差は認められなかった。過程 (Process) 院内中央体制、過程 (Process) 院内臨床体制では逆に可の施設が高得点を示しており、4 要素が一貫した傾向を示さなかった。

3. 患者レジストリの開発

昨年度の事業において作成したプロトタイプ of 患者データベースを基に、登録項目やクリニカル・インディケーターを再検討(削除・新設)し、表 12 に示す患者レジストリの仕様書を作成した。新設項目として、新バージョンではアウトカムを重視して、インシデントに関する項目を充実させた。また薬剤情報においては単剤化率、クロルプロマジン換算投与総量、併用薬剤の状況など、薬剤に関する質的指標をより綿密に示せるような改良を行った。また、精神保健福祉情報として、精神障害者の主要アウトカムである地域生活における生活環境や社会参加、支援体制についても着目し、精神保健福祉的な視点でのアセスメント、エンゲージメント、各種介入(エンパワーメントやケアマネジメント)に関する項目を新設するとともに、初期アセスメント手法であるケアマネジメントスクリーニングチェックリスト(表 14-6;) ²²⁾ の機能を盛り込み、このスクリーニングの結果によって QI を対比させるアイデアを取り入れた(表 14-7)。以上の入力機能を反映させたレジストリの専用ソフトウェアは専門業者に依頼して開発を進めた。入力画面の一部を図 3 に示す。

一方出力としては、組織としての診療の

質管理を目的としたクオリティ・インディケータを中心とした出力様式のほか、臨床活用のための患者個票、および毎年のように行われている厚生労働科学研究などの全国調査への回答が省力化出来るよう、数種類のものを設定した。レジストリ上の出力画面の例を図 3-11、出力様式の一覧を表 13、具体的なアウトプット例を表 14-1～7 に示す。

考察

昨年度までの事業結果をふまえて、本年度の事業では、精神科救急医療の機能評価のための実用的な手法開発が主な目的となった。そのために、まず「標準」的な概念や枠組みを示すガイドラインのアップデートが必要であった。この改訂作業は、平成 19-20 年度から行ってきたガイドラインの妥当性検証などの取り組みから連続的に行われ、エキスパートによる継続的な審議、大規模な調査、パブリックコメントの募集といった綿密なプロセスを経て、「興奮・攻撃性への対応」「薬物療法」「自殺未遂者への対応」といった他の重要事項とともに 3 部作のガイドラインにまとめられた。2009 年度版のガイドラインは、こうした過程を経ていることから、現時点の我が国における状況に適合した標準として、内容妥当性を有しており、実現性を兼ね備えた水準に調整されている。一般的なガイドラインの宿命として、医学の進歩や理念の変革、社会状況の変化等により、たびたび改訂を要することは通例であるが、少なくとも今回の改訂によって基準となるべき枠組みが示されたことにより、この内容を軸に置いた評価手法の開発が可能となった。

先ず、地域介入体制としての精神科救急医療体制整備事業を対象とした評価基準については、「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」の事業内容に対して、評価基準を策定していることから、評価基準が構造 (Structure) に重点が置かれ、アウトカム (Outcome) 指標を欠くという課題を内包している。しかし今回のアンケート調査は、概念的・構造的に不均一で地域格差が大きい実態、また精神科救急情報センターの職員体制やトリアージ機能の脆弱性、さらに多くの自治体で精神科救急医療体制整備事業についてのアウトカム (Outcome) 測定という視点が欠如している実態を鮮明化することに、一定の成果があったと言えよう。

今回のアンケート調査でアウトカム (Outcome) に関する問題点が抽出されたが、このことを改善するための取り組みとして、厚生労働省が都道府県及び指定都市に報告を求めている精神科救急医療体制整備事業実施要綱別紙様式 1～5 について、アウトカム (Outcome) 測定という視点をより強化する必要があるだろう。従来の別紙様式 5 「精神科救急電話相談事業累積月報」は、各月の相談件数、相談者内訳 (再掲)、救急受診勧奨件数について報告を求めているのみだが、「トリアージの結果、精神科救急事例と判断した件数」、救急受診勧奨件数 (受診するようすすめた件数) ではなく「精神科救急医療施設等紹介件数 (精神科救急情報センターが精神科救急医療施設等から受入の承諾を得た件数)」とすべきである。また、トリアージの結果精神科救急事例と判断した件数の内、「医療機関紹介ができなかった件数」についてその理由を求め、医療機関紹介できなかった理由が、自治体の精神科

救急医療体制にあるか否かを明らかにすべきであろう。

さらに、精神科救急情報センターの職員体制やトリアージ機能の脆弱性が明らかになった。トリアージ基準や対応手順の明文化は、アカウンタビリティ(accountability)を明らかにするためにも、またリスク回避のためにも必要不可欠なことであり、その整備に取り組むべきであろう。

精神障害者の急性増悪期に危機介入の役割を担う精神科救急医療は、精神障害者が安心して地域生活を送るために必要な医療資源である。各自治体で多様な制度設計がなされている現状において、精神科救急医療が安定的にその役割を発揮するためには、求められる標準的機能を明確化し、それを評価するための手法確立による均質化が望まれる。今後、精神科救急医療体制整備事業における評価基準を洗練するとともに、評価基準を各自治体における当該事業の整備基準とすることで、精神科救急医療体制の均質化と質的強化が図られるものと考えられる。

次に、医療施設を対象としたものとして、新たな学会ガイドラインを軸に、「常時対応施設」の評価基準の作成を試みた。昨年度の研究結果から、わが国の精神科救急医療資源の構造的特徴を考慮すると、機能や役割ごとに基準を設けることが実効的で、それは厚生労働省の精神科救急医療体制整備事業要綱に示された施設の役割分類に沿って行われることが妥当と考えられ、本年度はまず精神科救急医療事業の中で最も中心的な役割を果たす「常時対応施設」についての基準を作成することとなった。

今回作成された評価基準および評価表は、

その採用項目について入念に吟味検討された経緯を持ち、作成プロセスを考慮すれば、内容妥当性が確保された基準と考えることができる。しかしながら、その得点の合算値が総合評価としての意義を持ち、施設の充実段階を裏付けるかどうかについては相応の根拠が求められる。こうした点は、既存の救命救急センターの基準を参考にした経緯によるところが大きい。また、本基準においては、評価内容が構造(Structure)、過程(Process)の2点に重点が置かれ、アウトカム(Outcome)指標を欠くという課題も内包している。そして今回分析のための調査を行った施設は、既に診療報酬における精神科救急入院料を認可された施設であることから、全国の医療施設に評価基準をあてはめた場合に、本評価表におけるカットオフ値をどのように設定するかを決めることには慎重さが必要である。ただ、充実度の高い施設のみを対象とした調査であったことから、最低限のクリア条件を示した結果と考えることができるかもしれない。

続けて行った妥当性の検証では、本評価表の結果と診療パフォーマンスやエキスパートによる評価といった外的基準との相関は弱く、評価基準として課題が残る結果であった。こうした特徴から、本評価表は一定の査定機能を有すものと考えられるが、本評価法のみで施設の充実度を測ることも、アウトカム指標を含む何らかの別の方法を組み合わせて評価することが本来的と考えられる。

他の医療領域や欧米諸国において、診療の質を強化するための方法として、クリニカル・インディケーターが注目され始めている。一般科領域では、がんの治療におい

て病院が手術成績や生存率を公表して診療の質を示すことが通例となりつつあることは周知のとおりである。精神科においてはまだこうした取り組みは少ないものの、既にいくつかの報告が見られている^{23,24)}。また海外では精神科領域におけるクリニカル・インディケーターの公表が既に実施されている国もみられる²⁵⁾。この方法の最大の利点は、前出の評価基準では測れないような診療パフォーマンスやアウトカム (outcome) を評価できることにあり、両者は補完しあう性質のものであると考えられる。したがって、やはり本来的な評価手法にはクオリティ・インディケーターを用いた手法がどうしても必要で、今回の事業においては、その測定のための手法開発を併せて行ってきた。

包括的なクオリティ・インディケーターの管理のための専用ソフトウェア The Registry of Inpatient Indicators in Emergency and Acute Psychiatry Settings for Quality Assurance (品質保証を目的とした精神科救急及び急性期病棟群入院患者指標レジストリ) は、昨年度の成果物であるプロトタイプとなる精神科救急医療患者データベースをもとに発展的に開発された。種々の臨床情報を病棟への入棟時と退棟時の2点で拾い上げ、多職種が同時に参加してデータを整える方式をとり、このため精神科チーム医療の推進効果も期待される。また本年度からは施設部門のデータも入力できるようにして、病院組織として包括的な診療の質管理が可能となるよう設計を行うとともに、各種の業務支援機能(後述)を付加した。今回採用されたインディケーターのラインアップは、他国のものと比較しても充

実度が高く、各施設での綿密な診療の質管理が期待される。一方の課題として、数多くの情報を入力するためのオペレーションの負担やシステム導入のための費用負担等が考えられる。このため、導入によってあらゆるインセンティブを実現することが重要であるが、今回開発したソフトウェアでは、臨床的な有用性を含めた各種の業務支援機能を付加する目的で、本来のクオリティ・インディケーターを自施設で管理する目的のほか、データを各施設で自由に分析できるようなCSV形式の出力機能、診療に活用できる患者個票の出力機能、厚生労働科学研究を中心とした多施設調査の省力化機能、精神科救急入院料の基準に合致しているかどうかを自動判定する機能などを搭載した。さらに、こうした診療の質向上に積極的に取り込む姿勢を評価し、システムの導入に対して精神科救急医療事業における助成対象とすることは今後の精神科救急医療の質的強化に有用と考えられ、このような各種のインセンティブの導入が連動することにより、近年資格化が話題となっている医療クラークの活用などが可能になれば、入力負担についての課題も見通しが開ける可能性がある。現在類似のシステムとして、精神科では対象外となっている診療報酬におけるDPC (Diagnosis Procedure Combination, 診断群別包括評価制度) があるが、これにかかる入力作業は本レジストリと類似しており、十分現実的と考えられる。

今回開発を行ったレジストリは、セキュリティを施したうえ、国内の多施設でデータを登録するセンター・サーバーとしての機能を想定したものである。将来的にセン

ター・サーバー化され、多施設参加型のシステムとして稼動が実現すれば、参加施設へのデータフィードバックなどが可能となり、より大規模な診療の質管理の効果も期待できると考えられる。

まとめ

精神科救急医療に求められる機能を明確化し、それを評価する手法を確立するため、基準となるべき学会のガイドライン改訂し、それを軸とした評価手法として、評価対象別に評価表を作成するとともに、診療のパフォーマンスやアウトカムを測定し医療の質を管理する患者レジストリの開発を行なった。評価表は、主に構造（Structure）と過程（Process）についての評価が中心であり、地域の介入体制としての精神科救急医療事業と、精神科救急医療施設を対象とし、後者について本年度は厚生労働省の精神科救急医療体制整備事業要綱に示された施設の役割分類における「常時対応施設」を対象とした評価表（案）の作成を試みた。一方の患者レジストリは、構造、過程のほか、アウトカム（Outcome）についての情報を含むよう、クオリティ・インディケーターを用いて医療の質が計測できるように構築するとともに、臨床活用など日常業務への有用性を付加して、操作者負担を軽減し、導入によるインセンティブにも配慮した。評価手法の妥当性について検討したところ、常時対応施設の評価表単一での評価は一定の意義を有するものの、総合評価としては課題が残る可能性が示唆され、アウトカムを含めた本来的な評価のために、患者レジストリ的手法を取り入れることが相補的かつ必要と考えられた。

また、地域介入体制の評価表は概念的・構造的に不均一で地域格差が大きい実態、精神科救急情報センター機能の脆弱性、さらにアウトカム（Outcome）測定という視点が欠如していることを鮮明化させた。

こうした評価手法の確立によって、実際の精神科救急医療の場面に活用することができれば、地域介入体制や医療資源の均質化や質的強化につながり、それに伴って地域ケアを推進し、精神障害者が安心して暮らせる社会作りの実現とともに、彼らの自立と社会参加の促進の促進に貢献できる可能性が期待される。

参考文献

1. 平田豊明, 恵紙英昭, 川畑俊貴, 小沼杏坪, 佐藤茂樹, 杉山直也, 武井満, 八田耕太郎, 藤村尚宏, 吉住昭. 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
2. 平田豊明, 市江亮一, 岩成秀夫, 小沼杏坪, 澤温, 杉山直也, 中島豊爾, 八田耕太郎, 藤井康男, 武藤岳夫, 吉住昭. 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
3. 平田豊明, 川畑俊貴, 澤温, 白石弘己, 杉山直也, 中島豊爾, 八田耕太郎. 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
4. 平田豊明, 川畑俊貴, 澤温, 白石弘己, 杉山直也, 中島豊爾, 八田幸太郎. 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費補助金. こころの健康科学研究事業. 平成 20 年度分担研究報告書, 2008
5. 平田豊明, 川畑俊貴, 鴻巣泰治, 佐藤雅美, 澤温, 白石弘己, 塚本哲司, 杉山直也, 中島豊爾, 八田耕太郎. 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」分担研究報告書, 2009
6. 日本精神科救急学会: 精神科救急医療施設の機能評価項目設定および既存施設の機能評価. 平成 19 年度障害者保健福祉推進事業報告書, 2008
7. 日本精神科救急学会: 精神科救急医療施設の機能評価に関する研究. 平成 20 年度障害者保健福祉推進事業 (障害者自立支援調査研究プロジェクト) 報告書, 2009
8. 杉山直也, 平田豊明, 川畑俊貴, 鴻巣泰治, 佐藤雅美, 白石弘己, 中島豊爾, 八田耕太郎, 澤温: 精神科救急医療の機能評価その 1. 行政・医療機関による精神科救急機能のピアレビュー調査. 第 16 回日本精神科救急学会, 京都, 2008, 10
9. 杉山直也, 平田豊明, 川畑俊貴, 鴻巣泰治, 佐藤雅美, 白石弘己, 中島豊爾, 八田耕太郎, 澤温: 精神科救急医療の機能評価その 2 学会ガイドライン項目による精神科救急医療機関のセルフレビュー調査. 第 16 回日本精神科救急学会, 京都, 2008, 10
10. 杉山直也, 平田豊明, 澤温: 非自発的治療の標準化ー精神科救急医療の機能評価の観点からー. 日本精神科病院協会雑誌, 28, 55-62, 2009
11. 杉山直也: 精神科救急医療の現在 (い

- ま), 制度としての精神科救急医療, わが国の精神科救急医療体制, 精神科救急事業の機能とその評価. 専門医のための精神科臨床リュミエール. 中山書店、2010、東京
12. 日本精神科救急学会. 精神科救急医療ガイドライン, 2003
 13. 伊藤弘人: 精神科医療の質とその向上. J. Natl. Inst. Public Health, 53, 21-25, 2004
 14. 野田寿恵, 山下典生, 杉山直也, 川畑俊貴, 平田豊明, 澤温, 伊藤弘人: 行動制限最適化データベースソフトの開発 - Coercive measure Database Optimizing eCOD0 (イーコード) - 第 16 回日本精神科救急学会, 京都, 2008, 10
 15. 野田寿恵: 行動制限最適化データベースソフト eCOD0 イーコードの開発. 平成 20 年度厚生労働科学研究補助金 (政策科学総合研究事業) 精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究報告書, 樋口輝彦 (主任研究者)
 16. 平田豊明: 新しいガイドラインについて (総論). 第 17 回日本精神科救急学会, 山形, 2009, 9
 17. 大塚耕太郎: 自殺未遂者対応. 第 17 回日本精神科救急学会, 山形, 2009, 9
 18. 佐藤雅美: 激越・攻撃性 (agitation) への対応・心理的介入. 第 17 回日本精神科救急学会, 山形, 2009, 9
 19. 杉山直也: 激越・攻撃性 (agitation) への対応・行動制限の適正化. 第 17 回日本精神科救急学会, 山形, 2009, 9
 20. 八田耕太郎: 激越・攻撃性対応の薬物療法および急性期薬物療法への展開. 第 17 回日本精神科救急学会, 山形, 2009, 9
 21. 日本精神科救急学会. 精神科救急医療ガイドライン (1) 総論および興奮・攻撃性への対応, 2009
 22. 瀬戸屋雄太郎, 佐竹直子, 佐藤さやか, 前田恵子, 高原優美子, 高橋誠, 伊藤順一郎: 精神科急性期病棟群におけるケアマネジメントのニーズについて - 入院時データより - 「地域中心の精神保健医療福祉」を推進するための精神科救急及び急性期医療のあり方に関する研究班報告会 (主任研究者伊藤順一郎). 平成 21 年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費精神疾患関係研究班報告会. 市ヶ谷, 2009. 12.
 23. 野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴, 平田豊明, 伊藤弘人: 精神科救急入院料病棟を有する施設における隔離・身体拘束施行量の実態調査. 一行動制限に関する一覧性台帳からの指標を用いて - 精神医学, 51, , 2009
 24. 杉山直也, 野田寿恵, 川畑俊貴, 平田豊明, 伊藤弘人: 精神科救急病棟における行動制限一覧性台帳の臨床活用. 精神医学, 印刷中
 25. The Australian Council on Healthcare Standards: Australasian clinical indicator report 2001-2007

表

1. 平成 19～20 年度事業の概要
2. ガイドラインにおける推奨度
3. 地域介入体制（精神科救急医療事業）評価表（案）
4. 常時対応施設評価表（案）
5. ガイドライン作成プロセス
6. ガイドライン（案）106 項目推奨度調査結果
7. 地域介入体制（精神科救急医療事業）評価表の調査結果
8. 常時対応施設評価表（案）の調査の結果
9. 主成分分析結果
10. 機能要素の細分類別の順位表
11. 外的基準との相関
12. 患者レジストリのデータ仕様
13. レジストリ出力様式一覧
14. レジストリ出力様式（例）

表 1. 平成 19～20 年度事業の概要

	事業内容	対象
19 年度	専門家らの意見に基づいてガイドラインから抽出した 5 領域 23 項目の基本機能に関する相互レビュー	1. 精神科救急医療事業担当行政（47 都道府県） 2. 基幹的役割を担う全国 36 の精神科救急入院料病棟を有する医療機関
	ガイドラインが要求する 3 水準 53 項目に関する達成度調査	基幹的役割を担う全国 36 の精神科救急入院料病棟を有する医療機関
	マクロシステムにおける患者移送の実態調査。	精神科救急医療事業担当行政（47 都道府県）
20 年度	基本機能に関する大規模調査	精神科救急医療を担当する全国の医療機関
	患者データベースの構築	精神科救急医療を担当する全国の医療機関

表 2. ガイドラインにおける推奨度

	推奨度	表記
1	最小限必要（minimum）	「～ねばならない」「～のこと」
2	最適（optimum）	「～が望ましい」
3	以上の中間に属する選択可能（optional）	「～べきである」

表3. 地域介入体制（精神科救急医療事業）評価表（案）

日本精神科救急学会医療政策委員会									
精神科救急医療体制整備事業実施状況アンケート調査・評価基準(2010.03.27版)									
記入者御所属:									
記入者御名前:									
電 話 番 号:									
E-mail:									
I 基本事項									
1 都道府県(指定都市)名									
2 推計人口 万人									
3 事業名									
4 事業開始年 平成 年 月									
5 指定都市(都道府県)との共同運営 (該当する項目をチェックしてください)									
☐ 有り ☒ 全部 ☐ 一部() ☐ なし									
6 事業の対応事例 (該当する項目をチェックしてください)									
☐ 365日、外来レベルから措置入院までのすべての精神科救急医療事例に対応している ☐ 平日日中は措置事例のみ、夜間休日については外来レベルから措置入院までのすべての精神科救急医療事例に対応している ☐ その他()									
7 24時間精神医療相談窓口 (該当する項目をチェックしてください)									
☐ 精神科救急情報センター等で24時間精神医療相談窓口を実施している ☐ 保健所及び精神科救急情報センターを併せて24時間精神医療相談窓口を実施している ☐ 24時間精神医療相談窓口は未整備									
(上記7について補足事項があればご記入ください)									
8 事業実績管理と情報公開 (該当する項目をチェックしてください)									
☐ 事業実績が一元的にデータ管理されている ☒ すべての事業実績をホームページ等で情報公開している ☐ 一部の事業実績をホームページ等で情報公開している ☐ 事業実績をホームページ等で情報公開していない ☐ 事業実績が一元的にデータ管理されていない									
(上記8について補足事項があればご記入ください)									
II 精神科救急医療体制連絡調整委員会									
1 設置状況 (該当する項目をチェックしてください)									
☐ 設置済み ☐ 未設置									
2 開催状況(平成20年度の開催回数)									
☐ 回									
3 委員数 名									
4 委員構成 (委員の所属機関・団体にチェックをしてください)									
☐ 医師会 ☐ 警察 ☐ 精神科病院協会 ☐ 消防 ☐ 精神神経診療所協会 ☐ 保健所長会 ☐ 自治体立精神科病院 ☐ 精神保健福祉センター ☐ 大学病院 ☐ 家族会 ☐ 常時対応施設 ☐ 当事者団体 ☐ 身体合併症対応施設 ☐ 常時対応施設以外の精神科救急入院料算定医療機関 ☐ 身体合併症対応施設以外の精神科救急・合併症入院料算定医療機関 ☐ その他()									
(上記4について、重複する場合、例えば大学病院が常時対応施設であるなど等について、お手数ですがその旨ご記入ください)									
5 その他の精神科救急医療体制を検討する会議等の設置 (該当する項目をチェックしてください)									
☐ 有り ☐ なし									
(1) 会議等の名称									
(2) 会議等の開催状況(平成20年度の開催回数)									
☐ 回									
(3) 会議等の構成 (メンバーの所属機関・団体にチェックをしてください)									
☐ 医師会 ☐ 警察 ☐ 精神科病院協会 ☐ 消防 ☐ 精神神経診療所協会 ☐ 保健所長会 ☐ 自治体立精神科病院 ☐ 精神保健福祉センター ☐ 大学病院 ☐ 家族会 ☐ 常時対応施設 ☐ 当事者団体 ☐ 身体合併症対応施設 ☐ 常時対応施設以外の精神科救急入院料算定医療機関 ☐ 身体合併症対応施設以外の精神科救急・合併症入院料算定医療機関 ☐ その他()									
(上記(3)について、例えば大学病院が常時対応施設である場合等について、お手数ですがその旨ご記入ください)									
6 事業実績が定期的に上記の委員会や会議等に報告されていますか。 (該当する項目をチェックしてください)									
☐ 報告されている ☐ 報告されていない									

Ⅲ 精神科救急情報センター																																																												
1 設置状況 (該当する項目をチェックしてください)	☐ 設置済み → 設問Ⅲ-2へ ☐ 未設置 → ☐ 設置予定あり(平成 年設置予定) → 設問Ⅳへ ☐ 設置予定なし				設置 3		未設置 0																																																					
2 開設年月	平成 年 月																																																											
3 設置場所 (該当する項目をチェックしてください)	☐ 自治体立病院 ☐ 大学病院 ☐ 民間病院 ☐ 自治体直営 ☐ 委託(委託先:) ☐ 精神保健福祉センター ☐ 身体科救急医療情報センターに併設 ☐ その他()																																																											
4 運営方法 (該当する項目をチェックしてください)																																																												
5 開設時間 (該当する項目をチェックしてください)	☐ 24時間365日開設 ☐ その他 平日 : ~ : 休日 : ~ :				全日全時間 開設 3	夜間休日 全時間開設 2	夜間休日 限定開設 1																																																					
6 電話回線の設置状況 (該当する項目をチェックしてください)	一般住民等回線 ☐ 設置 → 回線数: 回線 ☐ 電話番号公開 ☐ 電話番号非公開 ☐ トリオフォン契約 ☐ 未設置 公開方法: ☐ 自治体広報誌 ☐ 新聞 ☐ ホームページ ☐ リーフレット ☐ ポスター ☐ 車内広告 ☐ その他() その他の専用回線 ☐ 設置 → 回線数: 回線 対象機関: ☐ 警察 ☐ 消防 ☐ 医療機関 ☐ その他() ☐ 未設置				設置 番号公開 2	設置 番号非公開 1	未設置 0																																																					
7 職員体制 (該当する項目をチェックしてください)	☐ 常勤職員 名 ☐ 兼務職員 名 → 兼務職員の勤務先: ☐ 自治体立精神科病院 名 ☐ 精神保健福祉センター 名 ☐ 保健所 名 ☐ その他() 名 ☐ 非常勤(嘱託)職員 名 合計 名				常勤職員のみ で対応 2	常勤職員+非 常勤or兼務 1	常勤職員 な し 0																																																					
* 都道府県と指定都市が共同運営している場合には、それぞれの職員数を合算してください。																																																												
(上記7について補足事項があればご記入ください)																																																												
8 時間帯別職員配置状況	<table border="1"> <thead> <tr> <th>時間帯</th> <th>配置職員数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平日日中</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>平日夜間</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>休日日中</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>休日夜間</td> <td>名</td> </tr> </tbody> </table>				時間帯	配置職員数	平日日中	名	平日夜間	名	休日日中	名	休日夜間	名																																														
時間帯	配置職員数																																																											
平日日中	名																																																											
平日夜間	名																																																											
休日日中	名																																																											
休日夜間	名																																																											
* 都道府県と指定都市が共同運営している場合には、それぞれの職員数を合算してください。																																																												
(上記8について補足事項があればご記入ください)																																																												
9 職員の職種 (該当する項目をチェックしてください)	☐ 精神科医師 名 ☐ 看護師 名 ☐ 保健師 名 ☐ 作業療法士 名 ☐ 精神保健福祉士 名 ☐ 心理職 名 ☐ 福祉職 名 ☐ 事務職 名 ☐ その他() 名																																																											
* 都道府県と指定都市が共同運営している場合には、それぞれの職員数を合算してください。																																																												
10 トリアージュの基準や対応手順が明文化されている (該当する項目をチェックしてください)	☐ 明文化されている ☐ 明文化されていない				明文化されて いる 1	明文化されて いない 0																																																						
11 精神科救急情報センター職員が必要に応じて、精神科医のコンサルテーションを受けられる (該当する項目をチェックしてください)	☐ 常時精神科医のコンサルテーションを受けられる ☐ 一部の時間帯(: ~ :)のみ精神科医のコンサルテーションを受けられる ☐ 受けられない				常時受けられ る 2	時間帯によっ て可能 1	受けられない 0																																																					
12 対応対象と対応件数(平成20年度実績)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>件数</th> <th>措置入院のための移送に関する事前調査件数(再掲)</th> <th>精神保健診察実施件数(再掲)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐精神保健福祉法第23条申請事例</td> <td>件</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>☐精神保健福祉法第24条通報事例</td> <td>件</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>☐精神保健福祉法第25条通報事例</td> <td>件</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>☐精神保健福祉法第25条の2通報事例</td> <td>件</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>☐精神保健福祉法第26条通報事例</td> <td>件</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>☐精神保健福祉法第26条の2通報事例</td> <td>件</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>☐精神保健福祉法第26条の3通報事例</td> <td>件</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>☐精神保健福祉法第34条事例</td> <td>指定医の診察に係る事前調査件数</td> <td>指定医の診察実施件数(再掲)</td> <td>応急入院指定病院への移送件数(再掲)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>件</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>☐一般住民等(警察官職務執行法第3条に基づく保護事例及び救急隊事例を除く)の相談事例</td> <td>件</td> <td>医療機関紹介件数(再掲)</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>☐警察官職務執行法第3条に基づく保護事例</td> <td>件</td> <td></td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>☐救急隊事例</td> <td>件</td> <td></td> <td>件</td> </tr> </tbody> </table>					件数	措置入院のための移送に関する事前調査件数(再掲)	精神保健診察実施件数(再掲)	☐ 精神保健福祉法第23条申請事例	件	件	件	☐ 精神保健福祉法第24条通報事例	件	件	件	☐ 精神保健福祉法第25条通報事例	件	件	件	☐ 精神保健福祉法第25条の2通報事例	件	件	件	☐ 精神保健福祉法第26条通報事例	件	件	件	☐ 精神保健福祉法第26条の2通報事例	件	件	件	☐ 精神保健福祉法第26条の3通報事例	件	件	件	☐ 精神保健福祉法第34条事例	指定医の診察に係る事前調査件数	指定医の診察実施件数(再掲)	応急入院指定病院への移送件数(再掲)		件	件	件	☐ 一般住民等(警察官職務執行法第3条に基づく保護事例及び救急隊事例を除く)の相談事例	件	医療機関紹介件数(再掲)	件	☐ 警察官職務執行法第3条に基づく保護事例	件		件	☐ 救急隊事例	件		件				
	件数	措置入院のための移送に関する事前調査件数(再掲)	精神保健診察実施件数(再掲)																																																									
☐ 精神保健福祉法第23条申請事例	件	件	件																																																									
☐ 精神保健福祉法第24条通報事例	件	件	件																																																									
☐ 精神保健福祉法第25条通報事例	件	件	件																																																									
☐ 精神保健福祉法第25条の2通報事例	件	件	件																																																									
☐ 精神保健福祉法第26条通報事例	件	件	件																																																									
☐ 精神保健福祉法第26条の2通報事例	件	件	件																																																									
☐ 精神保健福祉法第26条の3通報事例	件	件	件																																																									
☐ 精神保健福祉法第34条事例	指定医の診察に係る事前調査件数	指定医の診察実施件数(再掲)	応急入院指定病院への移送件数(再掲)																																																									
	件	件	件																																																									
☐ 一般住民等(警察官職務執行法第3条に基づく保護事例及び救急隊事例を除く)の相談事例	件	医療機関紹介件数(再掲)	件																																																									
☐ 警察官職務執行法第3条に基づく保護事例	件		件																																																									
☐ 救急隊事例	件		件																																																									
(上記12以外の対応対象等がありましたら、ご記入ください)																																																												
13 トリアージュの結果精神科救急事例と判断されたが、医療機関紹介ができなかった事例(平成20年度実績)	事例 → 事例 ☐ 受入医療機関なし 事例#1 ☐ 身体合併症事例 事例#2 ☐ 処遇困難等(外国人・触法・ADL) 事例#3 ☐ 医療費の支払い能力がない 事例 ☐ 搬送できない 事例 ☐ 保護者等が同伴できない 事例 ☐ その他() 事例 ☐ 不明 事例				医療体制要因 のために紹介 できなかった事 例はない 3	医療体制要因 のために紹介 できず(SUM#1 ~#3)/救急対 象事例=0.05未 満 2	医療体制要因 のために紹介 できず(SUM#1 ~#3)/救急対 象事例=0.05~ 0.1未満 1	医療体制要因 のために紹介 できず(SUM#1 ~#3)/救急対 象事例=0.3以 上もしくは未集 計 0																																																				
(該当する項目をチェックしてください)																																																												

表4. 常時対応施設評価表

	SPO	設問	選択肢	配点
1	P_Pu	事業の連絡調整会議への参加	参加している 参加していない	0 -1
2	P_I_ad	院内の精神科救急の運営・機能に関する委員会の設置	ある ない	1 0
3	P_Pu	空床確保数 (事業要綱に規定された救急時間帯（例：当番日の17時～翌朝9時等）における救急患者の受け入れ可能な病床を指す）	2床以上 1床	1 0
4	P_Pu	精神保健福祉法における指定病院	空床確保できない日が年間1日以上ある（前年度実績） 応急指定病院である 応急指定病院でない	-1 0 -1
5	P_Pu	病院群輪番施設や他の常時対応施設が受け入れできない場合のバックアップ (条件：事業要綱に記載されていること)	バックアップ機能を担当している バックアップ機能を担当していない	1 0
6	P_Pu	情報センターとの連携	多職種（医師・看護師・PSW）で対応できる 医師が対応している	1 0
7	P_Pu	精神保健福祉法第27条の措置診療への協力	協力している 協力していない	1 0
8	P_I_cl	アウトリーチ（訪問看護、往診、包括的な訪問診療）の実施	多職種による包括的な訪問診療の実施 精神科訪問看護や往診など単一職種での実施 アウトリーチサービスが無い	2 1 0
9	S	救急診療室設備 (条件：診療机1と椅子3、ベッド2を設置できる広さを持ち、医療ガスアウトレット、心肺モニター、救急カートを常備する)	専用の設備があり、全ての条件設備を有す 専用の設備があるが、条件設備全ては満たさない 専用の設備が無い	1 0 -1
10	S	臨床検査の設備・体制 (条件：血算・生化学・レントゲン単純撮影・CT・心電図の全検査について)	常時可能 オンコールにて可能 ある時間帯にできない検査がある	1 0 -1
11	S	個室率 (条件：受入病棟の半数以上が個室（隔離室を含む）)	条件を満たす 条件を満たさない	1 0
12	S	隔離室配置	ナースステーションに近接している ナースステーションから離れている	0 -1
13	S	隔離室設備 (条件：11㎡以上で、清潔・堅牢・快適な便器（例：ステンレス製等）の設置がある)	条件を満たす 条件を満たさない	1 0
14	S	身体管理のための設備 (条件：専用病室、医療ガスアウトレット、心肺監視装置、救急カートの整備)	条件を満たす 条件を満たさない	1 0
15	S	電気けいれん療法 (条件：修正型を行える設備、人員（麻酔医の確保）、基準がある)	条件を満たす 条件を満たさない	1 0
16	S	当直精神科医師数	精神科医2名以上 精神科医1名 精神科医でない場合がある	1 0 -1
17	S	精神保健指定医・特定医師による対応体制	指定医が全時間帯に常駐 指定医もしくは特定医師が全時間帯に常駐 指定医のオンコール体制で全時間帯をカバー 対応できない時間帯がある	2 1 0 -1
18	S	救急外来対応専任看護師の勤務 (病棟部長管理当直等可)	あり なし	1 0
19	S	PSW当直	あり なし	1 0
20	S	十分な医師密度 (条件：受入病棟において、患者16名に対し専任医師1名以上、兼任の場合には3名で専任1名として計算)	条件を満たす 条件を満たさない	0 -1
21	S	院内の指定医数	病院全体で8名以上 病院全体で5名以上 病院全体で5名に満たない	2 1 0
22	S	十分な看護密度	7対1以上の看護人員 10対1以上7対1未満の看護人員 10対1に満たない看護人員	1 0 -1
23	S	受入病棟の専任コメディカルスタッフ (条件：2名以上)	条件を満たす 条件を満たさない	1 0
24	P_I_ad	教育体制 (条件：医師・看護師・コメディカル（PSW・OT・CP・薬剤師）ごとに教育プログラムを有す)	条件を満たす 条件を満たさない	1 0
25	P_I_ad	医師臨床研修指定病院 (協力型でも可)	指定あり 指定なし	1 0
26	P_I_ad	看護とコメディカルの実習受入	両方の受け入れがある 片方のみ受け入れ、あるいは受入なし	1 0
27	P_I_cl	隔離・身体拘束の使用 (条件：院内基準、最小化委員会、一時的台帳整備、研修会開催のすべてを有す)	条件を満たす 条件を満たさない	0 -1
28	P_I_ad	患者のプロフィールや治療成績に関するデータ管理 (条件：診断別患者数、入院形態、合併症の有無、GAFの改善度、転帰等に関する病棟データが揃っている)	条件を満たす 条件を満たさない	1 0
29	P_I_cl	身体合併症対応 (条件：速やかにコンサルテーションを依頼できる)	院内連携によって条件を満たす 院外連携によって条件を満たす 条件を満たさない	2 1 0
30	P_I_ad	診療上倫理的に問題となりやすい事項への対応 (信仰に関すること、終末期医療、同意能力がない場合の身体合併症治療)	指針と倫理委員会の整備がある 対応体制の整備が無い	1 0
31	P_I_ad	医療安全とリスク管理の仕組み (条件：報告システム、マニュアル整備、委員会開催、定期講習会の開催の全てがある)	条件を満たす 条件を満たさない	1 0
32	P_I_cl	入院時の主要なリスク評価 (条件：転倒転落、誤嚥、褥瘡の3項目について全て整備されている)	条件を満たす 条件を満たさない	1 0
33	P_I_cl	精神科に特有のリスクの評価・対応手順 (条件：無断離院、院内自殺、患者暴力の3項目について全て整備されている)	条件を満たす 条件を満たさない	1 0
34	P_I_cl	入院時PSWによる社会背景のスクリーニング (条件：全例に行っている)	条件を満たす 条件を満たさない	1 0
35	P_I_cl	身体拘束時の深部静脈血栓症・肺血栓塞栓症のリスク管理	院内基準を有す 院内基準を有さない	1 0
36	P_I_ad	患者の要望や意見を把握し、回答する仕組みを有する	あり なし	1 0

37	P_A	年間の時間外診療件数	300以上	2
			200以上300未満	1
			200未満	0
38	P_A	新規患者の割合	60%以上	2
			40%以上60%未満	1
			40%未満	0
39	O	3か月以内の自宅退院移行	60%以上	2
			40%以上60%未満	1
			40%未満	0
40	P_A	年間の措置入院・緊急措置入院・応急入院の患者数 (条件: 30以上あるいは当該圏域の25%以上のシェア)	条件を満たす	1
			条件を満たさない	0
41	P_I_cl	地域移行に向けての多職種カンファレンスの実施 (条件: 病棟の医師・看護師に加え院外・病棟外の地域ケア担当スタッフが参加するもの。40%以上のケースで実施)	条件を満たす	1
			条件を満たさない	0
42	P_I_cl	薬剤指導の実施 (条件: 40%以上で実施(診療報酬で確認))	条件を満たす	1
			条件を満たさない	0
43	P_I_cl	当該病棟での作業療法	実施している	1
			実施していない	0
44	P_Pu	院内完結	後方移送をしない	1
			後方移送をする	0
S: 構造, P_Pu: プロセス公的役割, P_I: プロセス院内体制, P_I_cl: プロセス院内臨床体制, P_I_ad: プロセス院内中央体制, P_A: プロセス診療数, O: アウトカム				

略語解説＜各評価項目における機能要素の細分類＞

S	Structure	構造
P_Pu	Process	過程
P_I_cl	Process	過程
P_I_ad	Process	過程
O	Outcome	アウトカム
		Public
		Clinical
		Administrative
		公的役割
		院内中央体制
		院内臨床体制

表 5. ガイドライン作成プロセス

プロセスの内容	方法	時期
2003 年度版ガイドラインを 53 項目に分解	委員会担当者	
精神科救急入院料の認可を持つ全国 31 施設を対象とした達成度調査	アンケート	平成 20 年 2 月
調査結果をふまえ項目の追加と削除を行い、新たに 109 項目を設定	委員会審議	平成 20 年冬
学会員を対象とした全項目の推奨度調査	アンケート	平成 21 年 3 月
調査結果をふまえ採用項目と推奨度を決定	委員会審議	平成 21 年 3 月
断片化された項目をガイドライン（案）として文章に統合	委員会担当者	平成 21 年 6 月
ガイドライン（案）の公示と討論会の開催	学会特別シンポジウム	平成 21 年 9 月
パブリックコメントの募集	公募	平成 21 年 11 月
パブリックコメント検討、最終調整	委員会審議	平成 21 年 12 月
ガイドライン確定、発行		平成 21 年 12 月

表 6. ガイドライン（案）106 項目の推奨度調査結果

精神科救急医療ガイドライン改訂に関するアンケート調査(1/4)		1.最小基準「～ねばならない」「～のこ	2.推奨基準「～べきである」	3.最適基準「～が望ましい」
I 精神科救急医療事業に関する項目				
A 基本的な機能				
1	精神科救急医療体制整備事業(以下「本事業」)が整備されている	138	81	27
2	本事業に関する要綱が整備され、必要事項が取り決められている	129	91	28
3	本事業の対象患者と受診の優先順位について基準がある	67	127	53
4	すべての圏域をカバーしている	68	95	84
5	病院群による救急患者受け入れ態勢が構築されている	83	110	54
6	電話相談、外来、入院治療までのレベルに応じた適切な対応が迅速に提供される	93	100	54
7	すべての入院形態に対応している	146	56	45
8	危機介入のみならず、入院から退院まで、ケアの一貫性を重視している	46	103	95
9	担当施設は治療を自己完結する能力をもつか、完結困難な場合は、バックアップするシステムがある	112	90	45
10	身体合併症ケースに対応できるシステムがある	51	114	82
11	最終的に責任をもって診療を受け入れる医療機関が明確に存在する	117	97	33
12	地域や時代のニーズに応じて事業のあり方や要綱が定期的に見直されている	104	114	30
13	関係機関が一同に会する連絡調整委員会が定期的開催されている	101	105	41
14	事業実績がデータ収集され、関係機関にフィードバックされる仕組みがある	88	118	41
B アクセスのよさ				
精神科救急医療情報センター(以下「情報センター」)の機能				
1	情報センターが補助金事業として設置されている	125	94	27
2	精神保健福祉士等の常勤専門職を配置している	147	70	30
3	救急患者のトリアージについての基準が定められ、対応手順が明文化されている	109	103	35
4	電話番号が公開されている。あるいは、あらゆる窓口からの電話相談が最終的に情報センターにアクセスできる仕組みを有している	165	60	23
5	24時間対応である	169	54	24
6	緊急性、即刻受診の必要性、翌日通常診療時間でも可能か否か、等の判定業務が可能である	151	70	26
7	必要に応じ、精神科医等のコンサルテーションが得られる	139	69	40
8	電話カウンセリングの機能がある	85	78	82
9	即刻受診可能な病院の所在その他、必要情報を提供できる	154	67	26
10	翌日受診先の紹介が可能である	132	79	36
11	無料で利用できる救急搬送手段を紹介できる	97	66	82
12	電話の内容は適切に記録され保存される(電話相談者の氏名等、日付と時刻、相談内容、指示・助言事項、相談受け付けスタッフの名前など)	175	49	24

救急搬送・出張診療				
13	適法で安全な搬送もしくは出張診療の手段が講じられる	119	79	50
14	精神保健福祉法34条の移送制度が活用されている	63	123	62
15	救急搬送手段については、一般救急と同様、救急車が活用される	40	151	57
16	救急隊の判断によって、警察官の同乗が要請される	58	139	51
17	警察署に保護された救急ケースは、警職法および精神保健福祉法に則って、速やかに自治体の車両もしくは警察車両によって医療機関に搬送される	77	146	25
18	法的に問題のある民間救急車の活用には慎重である	70	133	43
19	出張診療（移動救急）サービスの活用が検討されている	19	136	93
20	出張診療は必ずしも入院を前提としたものではなく、外来診療の提供を原則とする	31	154	62
精神科救急医療ガイドライン改訂に関するアンケート調査（2／4）				
Ⅱ 精神科救急医療施設に関する項目（1）				
A 施設及び設備				
救急外来部門				
1	患者の安全とプライバシーに配慮され、身体医学的対応が可能な救急診察室がある	169	47	32
2	救急診察室は十分な面積（少なくとも診察机1と椅子3、ベッド2を収容できる）がある	145	70	33
3	医療ガスアウトレット（酸素・吸引）、心肺監視装置を備える	153	66	29
4	救急カートを備える	200	35	13
検査体制（常時、以下の検査が可能）				
5	血算	100	116	31
6	生化学的検査	102	114	31
7	レントゲン単純撮影	79	131	38
8	CT検査	67	100	80
9	心電図	114	108	26
病棟部門				
10	定床の半数以上は個室（隔離室を含む）で占められる	137	60	51
12	個室群には、酸素・吸引の設備がある	120	76	51
13	個室（隔離室を含む）はナースステーションに近接して配置されている	74	136	38
14	隔離室はベッドを設置しても処置を行うのに十分な広さ（11平米以上）がある	94	130	25
15	隔離室には安全かつ快適な便器が設置されている	115	116	17
16	可変型の個室（エアストピア）が設置されている	10	71	157
17	病棟には、鎮静処置を講じた患者や身体的問題を有する患者の身体管理のために設備や器具を備える	119	109	18
18	心肺監視装置を備える	116	111	21
19	救急カートが常設され定期的に点検されている	191	48	9
20	身体拘束の器具は、末梢循環障害等の防止に配慮されたマグネット式等の専門器具を使用している	190	45	13
21	修正型電気けいれん療法が施行できる	28	89	131

B スタッフ配置				
救急外来部門のスタッフ配置				
1	精神保健指定医が常駐している	129	97	23
2	救急外来専任の看護師が常駐している	71	136	41
3	PSWが常駐している	54	128	66
4	通訳が用意できる	8	24	214
病棟部門のスタッフ配置・外部スタッフとの連携				
5	入院患者16人に1以上の専任精神科医師が配置されている	71	93	84
6	7対1体制の看護密度が確保されている	49	74	122
7	10対1体制の看護密度が確保されている	79	101	62
8	病棟専任2名以上のコメディカルスタッフが配置されている	66	88	93
9	入院直後から、退院後のケアを考慮して、精神保健福祉士や保健師等、関連機関所属スタッフとの連携を構築している	154	65	28
職員の研修体制				
11	医師・看護師・コメディカルへの教育体制が整備されている	101	124	23
12	医師・看護師・コメディカルに対し専門の研修プログラムが準備されている	74	136	38
13	職員に研修の受講を義務づけている	68	114	66
14	院外の研修機会等への参加について、支援する仕組みがある	83	122	43
精神科救急医療ガイドライン改訂に関するアンケート調査(3/4)				
II 精神科救急医療施設に関する項目(2)				
C 診療体制				
精神科救急医療事業(以下「本事業」)への参加				
1	本事業に輪番病院として参加している	117	93	30
2	本事業に常時対応型病院として参加している	44	107	92
初診および入院時に診療録に記載すべき情報(カルテ開示にも備えて)				
3	バイタルサインと身体状況	214	22	12
4	家族歴、家族構成	196	36	16
5	生活歴(教育歴、職歴、配偶歴など)	193	38	17
6	身体的・精神的既往歴	204	32	12
7	現病歴(精神症状発現の時期やストレス要因の同定、物質乱用歴を含む)	213	24	11
8	社会心理的背景(経済状況、対人ネットワーク、社会資源利用状況など)	167	56	25
9	精神医学的現症、身体医学的現症(判明している検査結果なども含む)	214	23	10
10	暫定診断(ICDもしくはDSMの最新版に準拠していること)	197	34	16
11	現実検討能力ないし判断能力	186	47	15
12	治療形態の決定(外来治療・他医療機関紹介・入院とその形態等)	212	24	12

13	受診時や入院時の医学的処置(処方・処置内容・精神療法の内容等)	215	23	10
14	治療に対する患者本人の意見や態度	179	54	15
15	治療に対する代諾者の同意や考え	175	58	15
16	病状説明、治療方針、契約事項などの内容	168	62	17
治療基準				
17	入院ないし転院に際して、鎮静処置が必要と判断されたときは、必要にして十分な鎮静手段を講じ、患者および医療従事者の安全が確保される	194	42	13
18	入院の適応基準が明確化されている	165	59	24
19	薬物療法についてエビデンスに基づいた一定の院内基準がある	98	96	53
20	電気けいれん療法についてエビデンスに基づいた一定の院内基準がある	74	108	66
21	隔離・拘束の基準および解除の基準が明文化されている	147	66	35
22	入院患者のプロフィールや治療成績等に関するデータベースが作成されている	60	110	77
身体管理				
23	身体的に重篤な問題が生じた際、精神科単科病院の場合は、速やかにコンサルテーションを依頼できるか、搬送を受け入れてくれる近在の一般病院がある。総合病院精神科の場合は速やかに他科に委託できる。	85	139	24
24	救命救急センターと連携している	32	96	120
精神科救急医療ガイドライン改訂に関するアンケート調査(4/4)				
Ⅱ 精神科救急医療施設に関する項目(3)				
D 患者の人権への配慮				
1	受診・入院手続き・入院中の処遇について関連法規が遵守されている	211	18	4
2	救急医療におけるインフォームドコンセントが適切である	186	37	10
3	院内の行動制限の現況を把握するための手法があり、データ管理されている	139	72	22
4	患者の行動制限が常に適正に行なわれるための、専門の基準や審査委員会 など仕組みが設けられている	116	80	37
5	前記の審査委員会には弁護士や市民等、外部からの参加者が含まれる	17	55	159
6	患者の個人情報保護に関する規定がある	128	80	25
7	倫理的に問題となりやすい事項(信仰に関すること、終末期医療、同意能力がない場合の身体合併症治療など)についての指針がある	59	113	61
E 医療安全とリスクマネジメント				
1	医療安全とリスク管理に関わる事例の情報を集積する仕組みがある	127	82	24
2	医療安全とリスク管理の会議が定期的に行われている	133	76	24
3	医療安全とリスク管理に関わる事例の解決策が周知される仕組みがある	114	93	26
4	入院時に主要なリスク(転倒転落、誤嚥、褥創など)を評価する仕組みがある	111	95	27
5	身体拘束時の深部静脈血栓症・肺血栓塞栓症のリスク管理の手順が明確である	113	100	20
6	精神科に特有のリスク(無断離院・院内自殺・患者暴力など)に関するリスク評価と対応手順が整備されている	107	103	23
7	事故発生時の対応手順が明確である	152	65	15
8	医療安全に関する研修や講習の機会がある	120	89	23
9	患者の要望や意見を把握し回答する仕組みがある	106	101	25

表 7-1. 地域介入体制（精神科救急医療事業）評価表の調査結果①（全評価）

都道府県 (指定都市)	Ⅰ基本事項				Ⅱ精神科救急医療体制運営委員会					Ⅲ精神科救急情報センター							Ⅳ精神科救急医療施設				Ⅴ搬送体制		Ⅵ支援病院		Ⅶその他				合計	
	指定都市との 運営関係 (移送体制 を除く)	事業の対応事 例	24時間相 談窓口	事業実績 管理と情 報公開	設置状況	開催状況	その他の 検討会議 等設置状 況	その他の 検討会議 等開催状 況	事業実績 報告状況	設置状況	開設時間	一般住民 等回線設 置状況	他専用回 線設置状 況	職員体制	トリアー ジュ基準や 対応手順の 明文化	精神科医 のコンサル テーション	精神科救急 医療体制要 因医療機関 紹介出来ず	精神科救急 医療体制の 地域カバー 状況	常時対応 施設の状況	精神科救急 入院料算定 施設の状況	精神科救急 ・合併症入院 料算定施設の 状況	法29条の2 に基づく移送 実施体制	法34条に基 づく移送実施 体制	支援病院の確 保状況	精神保健診 察のための精 神指定医の確 保状況	緊急措置入院 事例の再診察 のシステム化	出張診療(移動 救急)事業の 整備			
1 北海道 (札幌市)	一部	1	0	1	1	1	0	0	1	未設置 未回答							1	0	1	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	12
2 青森県	—	1	0	0	1	1	1	0	0	1	未設置							未回答				0	1	0	1	0	0	0	7	
3 岩手県	—	2	0	0	1	1	1	1	1	3	1	2	0	0	1	2	未集計	1	2	0	0	2	2	1	1	0	0	0	25	
4 宮城県 (仙台市)	全部	0	0	1	0	0	0	0	0	3	1	2	1	0	1	2	未集計	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	
5 秋田県	—	1	0	1	1	1	0	0	1	3	1	2	1	0	0	0	3	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	18		
6 山形県	—	0	0	1	0	0	0	0	0	未設置 未設置							1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	
7 福島県	—	2	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	未集計	1	0	0	0	2	2	1	1	0	0	13		
8 茨城県	—	0	0	0	1	0	0	1	1	3	3	2	1	0	1	2	0	1	1	1	0	2	2	1	0	1	0	24		
9 栃木県	—	2	0	2	1	1	0	0	1	3	2	2	0	0	0	2	0	1	2	2	0	2	0	1	1	2	0	27		
10 群馬県	—	2	0	0	1	1	0	0	1	3	3	2	1	0	0	2	0	1	2	2	0	2	0	1	1	2	0	27		
11 埼玉県 (さいたま市)	全部	2	1	2	1	0	1	1	1	3	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	0	1	0	0	0	1	0	29		
12 千葉県 (千葉市)	全部	2	1	0	1	1	1	1	1	3	3	2	1	0	0	2	3	1	1	2	1	1	2	0	0	1	0	31		
13 東京都	—	2	1	0	1	1	1	1	1	3	2	2	1	0	1	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	2	0	28		
14 神奈川県 (横浜・川崎市)	一部 全部	1 1	1 2	2 2	1 1	1 1	0 0	0 1	1	3 3	3 2	1 1	1 1	0 1	1 1	2 2	0 0	1 2	2 2	2 2	2 2	2 2	2 2	1 1	1 1	2 2	2 2	0 0	36	
15 新潟県 (新潟市)	一部	1	0	0	1	1	1	1	1	未設置							1	0	2	1	0	2	2	1	0	0	0	15		
16 富山県	—	3	0	0	1	1	0	0	1	(3)	(3)	(1)	(1)	(0)	(0)	(2)	(3)	新潟県参照				(2)	(2)	新潟県参照	(0)	(0)	(0)	25		
17 石川県	—	2	1	1	1	1	0	0	1	3	3	2	0	0	0	2	未集計	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	21		
18 福井県	—	1	0	1	1	1	0	0	0	未設置							1	0	1	2	0	2	0	1	0	0	11			
19 山梨県	—	1	1	0	1	1	1	1	1	3	1	2	0	0	1	1	3	1	0	0	0	2	2	0	1	0	24			
20 長野県	—	3	0	1	1	1	0	0	1	3	1	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	2	0	1	2	0	22		
21 岐阜県	—	2	1	0	0	0	0	0	0	3	3	2	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	14			
22 静岡県 (静岡市・浜松市)	全部	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2	0	0	0	2	3	1	2	2	1	1	1	0	0	2	0	33		
23 愛知県 (名古屋市)	全部	3	1	1	1	1	0	0	1	3	3	2	0	0	1	2	2	1	0	1	0	2	2	0	0	1	0	30		
24 三重県	—	2	1	0	0	0	0	0	0	3	3	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	14			
25 滋賀県	—	3	0	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	2	21年度設置	1	0	0	0	2	2	1	0	2	0	28		
26 京都府 (京都市)	一部	3	1	0	1	1	1	1	1	3	2	2	0	0	1	2	照会中未回答	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	24		
27 大阪府 (大阪市・堺市)	一部	2 3	京都府参照 1	0 1	1 1	1 1	京都府参照 1	1 1	1	3 3	2 2	2 2	1 1	1 1	1 1	2 2	照会中未回答	1 1	1 2	2 1	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	27		
28 兵庫県 (神戸市)	全部	3	1	1	1	1	0	0	1	3	3	2	1	0	1	2	3	1	1	1	0	2	2	0	0	1	0	31		
29 奈良県	—	2	1	1	1	0	1	1	1	3	3	2	0	0	1	2	照会中未回答	1	2	0	0	2	2	0	0	0	0	26		
30 和歌山県	—	3	1	1	1	1	0	0	1	未設置 未回答							1	0	1	0	2	2	1	0	0	0	15			
31 鳥取県	—	未回答				未回答				未回答							未回答				未回答		未回答		未回答					
32 島根県	—	3	1	1	1	0	1	1	1	3	3	2	1	0	0	2	3	1	0	1	1	2	2	0	1	2	0	33		
33 岡山県 (岡山市)	全部	3	0	1	1	1	0	0	0	3	1	2	0	0	1	2	0	1	0	0	0	2	2	0	2	0	0	22		
34 広島県 (広島市)	全部	0	1	1	1	1	0	0	1	3	3	2	0	1	0	2	未集計	1	1	1	1	0	2	1	0	0	0	24		
35 山口県	—	照会中未回答	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2	1	0	0	2		1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	23		
36 徳島県	—	2	0	1	1	1	0	0	1	未設置							1	0	0	1	2	0	1	0	0	0	11			
37 香川県	—	0	0	1	1	1	0	0	1	3	1	2	0	0	0	2	未集計	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	14		
38 愛媛県	—	3	0	1	0	0	0	0	0	3	1	2	0	0	0	2	3	0	0	1	0	1	1	0	1	2	0	21		
39 高知県	—	未回答				未回答				未回答							未回答				未回答		未回答		未回答					
40 福岡県 (福岡市・北九州市)	全部	1	0	0	0	1	1	1	1	3	2	2	1	0	1	0	3	1	0	0	0	2	2	1	0	1	0	25		
41 佐賀県	—	0	0	0	0	0	0	0	0	未設置							1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3		
42 長崎県	—	照会中未回答	1	0	1	0	0	0	0	3	3	2	0	0	1	2	照会中未回答	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	16		
43 熊本県	—	1	0	1	1	1	0	0	1	未設置							1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7		
44 大分県	—	1	0	1	1	1	0	0	1	3	1	2	0	0	1	2	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	17		
45 宮崎県	—	1	0	1	1	1	0	0	1	未設置							1	0	0	0	2	2	1	2	0	0	12			
46 鹿児島県	—	1	0	1	1	1	0	0	1	3	1	2	0	0	0	2	未集計	0	0	1	1	未回答		未回答		未回答				15
47 沖縄県	—	未回答				未回答				未回答							未回答				未回答		未回答		未回答					

表 7-2. 地域介入体制（精神科救急医療事業）評価表の調査結果②（Ⅰ基本事項）

都道府県 (指定都市)		Ⅰ 基本事項				小計
		指定都市との 運営関係(移送 体制を除く)	事業の対応事 例	24時間相 談窓口	事業実績 管理と情 報公開	
1	北海道 (札幌市)	一部	1	0	1	2
			未回答			
2	青森県	－	1	0	1	2
3	岩手県	－	2	0	0	2
4	宮城県 (仙台市)	全部	0	0	1	1
			宮城県参照			
5	秋田県	－	1	0	1	2
6	山形県	－	0	0	1	1
7	福島県	－	2	0	1	3
8	茨城県	－	0	0	0	0
9	栃木県	－	2	0	2	4
10	群馬県	－	2	0	0	2
11	埼玉県 (さいたま市)	全部	2	1	2	5
			埼玉県参照			
12	千葉県 (千葉市)	全部	2	1	0	3
			未回答			
13	東京都	－	2	1	0	3
14	神奈川県 (横浜市)	一部	1	1	2	4
	(川崎市)	一部	神奈川県参照			
		全部	神奈川県参照			
15	新潟県 (新潟市)	一部	1 (3)	0 (0)	1 (0)	2
16	富山県	－	1	1	1	3
17	石川県	－	2	1	1	4
18	福井県	－	1	0	1	2
19	山梨県	－	1	1	0	2
20	長野県	－	3	0	1	4
21	岐阜県	－	2	1	0	3
22	静岡県 (静岡市)	全部	3	1	1	5
	(浜松市)		静岡県参照			
			未回答			
23	愛知県 (名古屋市)	全部	3	1	1	5
			未回答			
24	三重県	－	2	1	0	3
25	滋賀県	－	3	0	1	4
26	京都府 (京都市)	一部	3	1	0	4
			(2)	京都府参照		
27	大阪府 (大阪市)	一部	3	1	0	4
	(堺市)		大阪府参照			
			未回答			
28	兵庫県 (神戸市)	全部	3	1	1	5
			兵庫県参照			
29	奈良県	－	2	1	1	4
30	和歌山県	－	3	1	1	5
31	鳥取県	未回答				
32	島根県	－	3	1	1	5
33	岡山県 (岡山市)	全部	3	0	1	4
			未回答			
34	広島県 (広島市)	全部	0	1	1	2
			広島県参照			
35	山口県	－	照会中未回答	1	1	2
36	徳島県	－	2	0	1	3
37	香川県	－	0	0	1	1
38	愛媛県	－	3	0	1	4
39	高知県	未回答				
40	福岡県 (福岡市)	全部	1	0	0	1
	(北九州市)		福岡県参照			
			未回答			
41	佐賀県	－	0	0	0	0
42	長崎県	－	照会中未回答	1	0	1
43	熊本県	－	1	0	1	2
44	大分県	－	1	0	1	2
45	宮崎県	－	0	0	1	1
46	鹿児島県	－	1	0	1	2
47	沖縄県	未回答				

表 7-3. 地域介入体制（精神科救急医療事業）評価表の調査結果③（Ⅱ連絡調整委員会）

	都道府県 (指定都市)	Ⅱ精神科救急医療体制連絡調整委員会					小計
		設置状況	開催状況	その他の検討会 議等設置状況	その他の 検討会議 等開催状 況	事業実績 報告状況	
1	北海道 (札幌市)	1	1	0	0	1	3
		未回答					
2	青森県	1	1	0	0	1	3
3	岩手県	1	1	1	1	1	5
4	宮城県 (仙台市)	0	0	0	0	0	0
		宮城県参照					
5	秋田県	1	1	0	0	1	3
6	山形県	0	0	0	0	0	0
7	福島県	1	1	0	0	1	3
8	茨城県	1	0	0	1	1	3
9	栃木県	1	1	0	0	1	3
10	群馬県	1	1	0	0	1	3
11	埼玉県 (さいたま市)	1	0	1	1	1	4
		埼玉県参照					
12	千葉県 (千葉市)	1	1	1	1	1	5
		未回答					
13	東京都	1	1	1	1	1	5
14	神奈川県 (横浜市) (川崎市)	1	1	0	0	1	3
		神奈川県参照					
		神奈川県参照					
15	新潟県 (新潟市)	1	1	1	1	1	5
		新潟県参照					
16	富山県	1	1	0	0	1	3
17	石川県	1	1	0	0	1	3
18	福井県	1	1	0	0	0	2
19	山梨県	1	1	1	1	1	5
20	長野県	1	1	0	0	1	3
21	岐阜県	0	0	0	0	0	0
22	静岡県 (静岡市) (浜松市)	1	1	1	1	1	5
		静岡県参照					
		未回答					
23	愛知県 (名古屋市)	1	1	1	0	1	4
		未回答					
24	三重県	0	0	0	0	0	0
25	滋賀県	1	1	1	1	1	5
26	京都府 (京都市)	1	1	1	1	1	5
		(1)	(1)	京都府参照			
27	大阪府 (大阪市) (堺市)	1	1	1	1	1	5
		未回答					
		大阪府参照					
28	兵庫県 (神戸市)	1	1	0	0	1	3
		兵庫県参照					
29	奈良県	1	0	1	1	1	4
30	和歌山県	1	1	0	0	1	3
31	鳥取県	未回答					
32	島根県	1	0	1	1	1	4
33	岡山県 (岡山市)	1	1	0	0	0	2
		未回答					
34	広島県 (広島市)	1	1	0	0	1	3
		広島県参照					
35	山口県	1	1	1	1	1	5
36	徳島県	1	1	0	0	1	3
37	香川県	1	1	0	0	1	3
38	愛媛県	0	0	0	0	0	0
39	高知県	未回答					
40	福岡県 (福岡市) (北九州市)	1	1	1	1	1	5
		福岡県参照					
		未回答					
41	佐賀県	0	0	0	0	0	0
42	長崎県	1	0	0	0	0	1
43	熊本県	1	1	0	0	1	3
44	大分県	1	1	0	0	1	3
45	宮崎県	1	1	0	0	1	3
46	鹿児島県	1	1	0	0	1	3
47	沖縄県	未回答					

表 7-4. 地域介入体制（精神科救急医療事業）評価表の調査結果④（Ⅲ精神科救急情報センター（1））

都道府県 (指定都市)	Ⅲ精神科救急情報センター								小計
	設置状況	開設時間	一般住民 等回線設 置状況	他専用回 線設置状 況	職員体制	トリアー ジュ基準 や対応手 順の明文 化	精神科医 のコンサル テーション	精神科救急医 療体制要因医 療機関紹介出 来ず	
1 北海道 (札幌市)	未設置 未回答								0
2 青森県	未設置								0
3 岩手県	3	1	2	0	0	1	2	未集計	9
4 宮城県 (仙台市)	3	1	2	1	0	1	2	未集計	10
5 秋田県	3	1	2	1	0	0	0	3	10
6 山形県	未設置								0
7 福島県	未設置								0
8 茨城県	3	3	2	1	0	1	2	0	12
9 栃木県	3	2	2	0	0	0	2	未集計	9
10 群馬県	3	3	2	1	0	0	2	0	11
11 埼玉県 (さいたま市)	3	2	2	1	1	1	2	1	13
12 千葉県 (千葉市)	3	3	2	1	0	0	2	3	14
13 東京都	3	2	2	1	0	1	2	0	11
14 神奈川県 (横浜市)	3	3	2	1	1	1	2	0	13
15 新潟県 (新潟市)	(3)	(3)	(1)	(1)	(0)	(0)	(0)	(3)	(11)
16 富山県	3	3	2	0	0	1	2	3	14
17 石川県	3	3	2	0	0	0	2	未集計	10
18 福井県	未設置								0
19 山梨県	3	1	2	0	0	1	1	3	11
20 長野県	3	1	2	0	0	1	0	0	7
21 岐阜県	3	3	2	0	0	0	2	0	10
22 静岡県 (静岡市)	3	3	2	0	0	0	2	3	13
23 愛知県 (名古屋市)	3	3	2	0	0	1	2	2	13
24 三重県	3	3	2	0	0	0	0	0	8
25 滋賀県	3	1	2	1	1	1	2	21年度設置	11
26 京都府 (京都市)	3	2	2	0	0	1	2	照会中未回答	10
27 大阪府 (大阪市)	3	2	2	1	1	1	2	照会中未回答	12
28 兵庫県 (神戸市)	3	3	2	1	0	1	2	3	15
29 奈良県	3	3	2	0	0	1	2	照会中未回答	11
30 和歌山県	未設置								0
31 鳥取県	未回答								
32 島根県	3	3	2	1	0	0	2	3	14
33 岡山県 (岡山市)	3	1	2	0	0	1	2	0	9
34 広島県 (広島市)	3	3	2	0	1	0	2	未集計	11
35 山口県	3	3	2	1	0	0	2		11
36 徳島県	未設置								0
37 香川県	3	1	2	0	0	0	2	未集計	8
38 愛媛県	3	1	2	0	0	0	2	3	11
39 高知県	未回答								
40 福岡県 (福岡市)	3	2	2	1	0	1	0	3	12
41 佐賀県 (北九州市)	福岡県参照 未回答								0
42 長崎県	3	3	2	0	0	1	2	照会中未回答	11
43 熊本県	未設置								0
44 大分県	3	1	2	0	0	1	2	0	9
45 宮崎県	未設置								0
46 鹿児島県	3	1	2	0	0	0	2	未集計	8
47 沖縄県	未回答								

表 7-5. 地域介入体制（精神科救急医療事業）評価表の調査結果⑤（Ⅲ精神科救急情報センター（２））

		精神科救急情報センター設置状況	Ⅲ－12 一般	医療機関紹介	Ⅲ－12 警察	医療機関紹介	Ⅲ－12 消防	医療機関紹介	相談件数	人口万対 相談件数	要救急事 例と判断	要救急事 例/相談 件数	医療機関 紹介件数	紹介件数 /相談件 数（％）	紹介できず	紹介率％	体制要因 による紹 介でき ず％
1	北海道	未設置															
2	青森県	未設置															
3	岩手県	設置	417	未集計	1	未集計	0	未集計	417	3.1	未集計	未集計	22	5.3	未集計		
4	宮城県	設置	4475	未集計	18	未集計	173	未集計	4666	20.0	未集計	未集計	未集計		未集計		
5	秋田県	設置	114	23	1	1	2	2	117	1.1	26	22.2	26	22.2	0	100	0
6	山形県	未設置															
7	福島県	未設置															
8	茨城県	設置	212	80	10	8	12	6	234	0.8	94	40.2	94	40.2	未集計		
9	栃木県	設置	1200	未集計	302	未集計	90	未集計	1592	8.0	未集計	未集計	未集計	未集計	未集計		
10	群馬県	設置	582	未集計				未集計	582	2.9			未集計		未集計		
11	埼玉県	設置	5914	309	326	63	281	48	6521	8.7	494	7.8	420	6.4	74	85.0	5.0
12	千葉県	設置	2293	未集計	319	未集計	424	未集計	3036	4.9	959	31.3	959	31.3	0	100.0	
13	東京都	設置	11100	未集計	対象外		718	未集計	11818	9.1	2301	19.5	444	3.8	1857	19.3	35.3
14	神奈川県	設置	8230	432	141	13	221	7	8592	9.6	716	8.3	452	5.3	264	63.1	15.5
15	新潟県	未設置															
	新潟市	設置	2	2	7	6	0	0	9	0.1	9	100.0	8	88.9	1	88.9	0.0
16	富山県	設置	1595	未集計	65	未集計	68	未集計	1728	15.9	291	16.8	291	16.8	0	100.0	0.0
17	石川県	設置(20年9月開設)	76	未集計	3	未集計	0	0	79	0.7	4	5.1	4	5.1	未集計		
18	福井県	未設置															
19	山梨県	設置	290	57	10	5	14	10	314	3.6	72	22.9	72	22.9	0	100.0	0.0
20	長野県	設置(20年9月開設)	106	3	対象外		対象外		106	0.5	6	5.7	3	2.8	3	50.0	50.0
21	岐阜県	設置	305	0	0	0	0	0	305	1.5	未集計		0	0.0	医療機関紹介していない		
22	静岡県	設置	1405	374	5	5	17	13	1427	3.8	392	27.5	392	27.5	0	100.0	
23	愛知県	設置	1871	748	対象外		18	15	1889	2.6	766	40.6	763	40.4	3	99.6	0.4
24	三重県	設置	1303	81	対象外		1	1	1304	7.0	82	6.3	82	6.3	未集計		
25	滋賀県	設置(21年度設置のため、データなし)															
26	京都府	設置															
27	大阪府	設置	1280	未集計	507	未集計	1444	未集計	3231	3.7	1784	55.2	1784	55.2	未回答		
28	兵庫県	設置	2306	279	368	149	135	34	2809	5.0	462	16.4	462	16.4	0	100.0	0.0
29	奈良県	設置	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答
30	和歌山県	未設置															
31	鳥取県	未回答															
32	島根県	設置	9065	未集計	107	未集計	32	未集計	9204	127.8	322	3.5	322	3.5	0	100.0	0.0
33	岡山県	設置	3369	未集計	16	未集計	24	未集計	3408	17.6	118	3.5	101	3.0	17	85.6	14.4
34	広島県	設置	908	未集計	4	未集計	11	未集計	923	3.2	未集計		未集計		未集計		
35	山口県	設置															
36	徳島県	未設置															
37	香川県	設置	未集計	未集計	4	0	5	0	未集計		未集計		未集計		未集計		
38	愛媛県	設置	409	113	11	5	3	3	423	3.0	121	28.6	121	28.6	0	100.0	0.0
39	高知県	未回答															
40	福岡県	設置	1473	171	103	31	138	44	1714	3.4	246	14.4	246	14.4	0	100.0	0.0
41	佐賀県	未設置															
42	長崎県	設置	803	220	0	0	6	0	809	5.7	220	27.2	220	27.2			
43	熊本県	未設置															
44	大分県	設置	764	6	0	0	5	0	769	6.5	7	0.9	6	0.8	1	85.7	14.3
45	宮崎県	未設置															
46	鹿児島県	設置	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答	未回答
47	沖縄県	未回答															

表 7-6. 地域介入体制(精神科救急医療事業)
評価表の調査結果⑥(Ⅳ精神科救急医療施設)

	都道府県 (指定都市)	Ⅳ精神科救急医療施設				小計
		精神科救急医療体制の地域 cover状況	常時対応 施設の状況	精神科救急入院料 算定施設の 状況	精神科救急・合併 症入院料 算定施設 等の状況	
1	北海道 (札幌市)	1	0	1	0	2
2	青森県	未回答				
3	岩手県	1	2	0	0	3
4	宮城県 (仙台市)	1	0	0	0	1
5	秋田県	1	0	0	1	2
6	山形県	1	0	1	0	2
7	福島県	1	0	0	0	1
8	茨城県	1	1	1	0	3
9	栃木県	1	2	2	0	5
10	群馬県	1	2	2	0	5
11	埼玉県 (さいたま市)	1	2	2	0	5
12	千葉県 (千葉市)	1	1	2	1	5
13	東京都	1	1	1	0	3
14	神奈川県 (横浜市) (川崎市)	1	2	2	2	7
15	新潟県 (新潟市)	1	0	2	0	3
16	富山県	1	0	1	0	2
17	石川県	1	0	1	2	4
18	福井県	1	0	1	2	4
19	山梨県	1	0	0	0	1
20	長野県	1	0	0	0	1
21	岐阜県	1	0	0	0	1
22	静岡県 (静岡市) (浜松市)	1	2	2	1	6
23	愛知県 (名古屋市)	1	0	1	0	2
24	三重県	1	0	1	0	2
25	滋賀県	1	0	0	0	1
26	京都府 (京都市)	1	2	2	0	5
27	大阪府 (大阪市) (堺市)	1	1	2	1	5
28	兵庫県 (神戸市)	1	1	1	0	3
29	奈良県	1	2	0	0	3
30	和歌山県	1	0	1	0	2
31	鳥取県	未回答				
32	島根県	1	0	1	1	3
33	岡山県 (岡山市)	1	0	0	0	1
34	広島県 (広島市)	1	1	1	0	3
35	山口県	1	1	1	1	4
36	徳島県	1	0	0	1	2
37	香川県	1	0	0	0	1
38	愛媛県	0	0	1	0	1
39	高知県	未回答				0
40	福岡県 (福岡市) (北九州市)	1	0	0	0	1
41	佐賀県	1	0	1	1	3
42	長崎県	1	0	0	0	1
43	熊本県	1	0	0	1	2
44	大分県	1	0	0	0	1
45	宮崎県	1	0	0	0	1
46	鹿児島県	0	0	1	1	2
47	沖縄県	未回答				

表 7-7. 地域介入体制(精神科救急医療事業)
評価表の調査結果⑦(Ⅴ搬送体制)

	都道府県 (指定都市)	Ⅴ搬送体制		小計
		法29条の 2の2に基 づく移送実 施体制	法34条に 基づく移送 実施体制	
1	北海道 (札幌市)	2	2	4
2	青森県	0	1	1
3	岩手県	2	2	4
4	宮城県 (仙台市)	0	0	0
5	秋田県	(0)	(0)	(0)
6	山形県	0	0	0
7	福島県	2	2	4
8	茨城県	2	2	4
9	栃木県	2	0	2
10	群馬県	2	0	2
11	埼玉県 (さいたま市)	1	0	1
12	千葉県 (千葉市)	(2)	(1)	(3)
13	東京都	1	2	3
14	神奈川県 (横浜市) (川崎市)	1	1	2
15	新潟県 (新潟市)	2	2	4
16	富山県	(2)	(2)	(4)
17	石川県	2	0	2
18	福井県	0	0	0
19	山梨県	0	2	2
20	長野県	2	2	4
21	岐阜県	2	2	4
22	静岡県 (静岡市) (浜松市)	0	0	0
23	愛知県 (名古屋市)	1	1	2
24	三重県	(1)	(1)	(2)
25	滋賀県	0	0	0
26	京都府 (京都市)	0	0	0
27	大阪府 (大阪市) (堺市)	2	2	4
28	兵庫県 (神戸市)	(2)	(2)	(4)
29	奈良県	2	2	4
30	和歌山県	2	2	4
31	鳥取県	未回答		
32	島根県	2	2	4
33	岡山県 (岡山市)	2	2	4
34	広島県 (広島市)	(2)	(2)	(4)
35	山口県	0	0	0
36	徳島県	2	0	2
37	香川県	0	0	0
38	愛媛県	1	1	2
39	高知県	未回答		
40	福岡県 (福岡市) (北九州市)	2	2	4
41	佐賀県	(2)	(2)	(4)
42	長崎県	0	0	0
43	熊本県	0	0	0
44	大分県	2	0	2
45	宮崎県	2	2	4
46	鹿児島県	未回答		
47	沖縄県	未回答		

表 7-8. 地域介入体制（精神科救急医療事業）
評価表の調査結果⑧（Ⅵ支援病院）

都道府県 (指定都市)	Ⅵ支援病院 支援病院の確保 状況	小計
1 北海道 (札幌市)	1 未回答	1
2 青森県	0	0
3 岩手県	1	1
4 宮城県 (仙台市)	1 宮城県参照	1
5 秋田県	1	1
6 山形県	0	0
7 福島県	1	1
8 茨城県	1	1
9 栃木県	1	1
10 群馬県	1	1
11 埼玉県 (さいたま市)	0 埼玉県参照	0
12 千葉県 (千葉市)	0 未回答	0
13 東京都	1	1
14 神奈川県 (横浜市) (川崎市)	1 神奈川県参照 神奈川県参照	1
15 新潟県 (新潟市)	1 新潟県参照	1
16 富山県	1	1
17 石川県	0	0
18 福井県	0	0
19 山梨県	0	0
20 長野県	0	0
21 岐阜県	0	0
22 静岡県 (静岡市) (浜松市)	0 静岡県参照 未回答	0
23 愛知県 (名古屋市)	1 未回答	1
24 三重県	1	1
25 滋賀県	1	1
26 京都府 (京都市)	0 京都府参照	0
27 大阪府 (大阪市) (堺市)	0 未回答 大阪府参照	0
28 兵庫県 (神戸市)	0 兵庫県参照	0
29 奈良県	0	0
30 和歌山県	1	1
31 鳥取県	未回答	
32 島根県	0	0
33 岡山県 (岡山市)	0 未回答	0
34 広島県 (広島市)	1 広島県参照	1
35 山口県	1	1
36 徳島県	1	1
37 香川県	0	0
38 愛媛県	0	0
39 高知県	未回答	
40 福岡県 (福岡市) (北九州市)	1 福岡県参照 未回答	1
41 佐賀県	0	0
42 長崎県	1	1
43 熊本県	0	0
44 大分県	0	0
45 宮崎県	1	1
46 鹿児島県	未回答	
47 沖縄県	未回答	

表 7-9. 地域介入体制（精神科救急医療事業）
評価表の調査結果⑨（Ⅶその他）

都道府県 (指定都市)	Ⅶその他 精神保健 診療のた めの精神 指定医の 確保状況	緊急措置 入院事例 の再診察 のシステ ム化	出張診療 (移動救 急)事業 の整備	小計
1 北海道 (札幌市)	0 未回答	0	0	0
2 青森県	1	0	0	1
3 岩手県	1	0	0	1
4 宮城県 (仙台市)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0
5 秋田県	0	0	0	0
6 山形県	1	0	0	1
7 福島県	1	0	0	1
8 茨城県	0	1	0	1
9 栃木県	1	2	0	3
10 群馬県	1	2	0	3
11 埼玉県 (さいたま市)	0 埼玉県参照	1	0	1
12 千葉県 (千葉市)	0 未回答	1	0	1
13 東京都	1	2	0	3
14 神奈川県 (横浜市) (川崎市)	1 (1) (0)	2 (2) (2)	0 (0) (0)	3
15 新潟県 (新潟市)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0
16 富山県	0	0	0	0
17 石川県	0	0	0	0
18 福井県	1	0	0	1
19 山梨県	0	1	0	1
20 長野県	1	2	0	3
21 岐阜県	0	0	0	0
22 静岡県 (静岡市) (浜松市)	0 (0)	2 (0)	0 (0)	2
23 愛知県 (名古屋市)	0 未回答	1	0	1
24 三重県	0	0	0	0
25 滋賀県	0	2	0	2
26 京都府 (京都市)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0
27 大阪府 (大阪市) (堺市)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	1
28 兵庫県 (神戸市)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1
29 奈良県	0	0	0	0
30 和歌山県	0	0	0	0
31 鳥取県	未回答			
32 島根県	1	2	0	3
33 岡山県 (岡山市)	1 未回答	0	0	1
34 広島県 (広島市)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0
35 山口県	0	0	0	0
36 徳島県	0	0	0	0
37 香川県	1	0	0	1
38 愛媛県	1	2	0	3
39 高知県	未回答			
40 福岡県 (福岡市) (北九州市)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1
41 佐賀県	0	0	0	0
42 長崎県	1	0	0	1
43 熊本県	0	0	0	0
44 大分県	0	0	0	0
45 宮崎県	1	0	0	1
46 鹿児島県	未回答			
47 沖縄県	未回答			

表 8. 常時対応施設評価表（案）の調査の結果

順位	施設 ID	合計点	順位	施設 ID	合計点	順位	施設 ID	合計点
1	35	44	17	3	33	31	36	29
2	22	40	17	27	33	31	59	29
3	21	38	17	39	33	35	13	28
3	18	37	20	5	32	36	16	27
3	45	37	20	20	32	37	34	26
3	49	37	20	41	32	38	29	25
7	30	36	23	40	31	39	37	24
7	44	36	23	55	31	40	42	23
7	56	36	23	61	31	41	8	22
10	19	35	26	11	30	41	12	22
10	23	35	26	48	30	43	24	20
10	54	35	26	51	30	44	38	19
10	58	35	26	52	30	44	43	19
14	6	34	26	53	30	46	63	18
14	9	34	31	7	29	47	57	15
14	15	34	31	31	29			

表 9. 主成分分析結果

項目番号	構造 (Structuer)	項目番号	過程 (Process) 公的役割	項目番号	過程 (Process) 院内中央体制	項目番号	過程 (Process) 院内臨床体制
	第一主成分		第一主成分		第一主成分		第一主成分
Q16	0.782	Q5	0.872	Q24	0.786	Q34	0.670
Q15	0.612	Q6	0.612	Q30	0.775	Q43	0.547
Q14	0.609	Q3	0.462	Q2	0.587	Q42	0.531
Q17	0.603	Q44	0.301	Q28	0.425	Q41	0.518
Q9	0.564			Q36	0.360	Q33	0.517
Q10	0.450			Q26	0.116	Q35	0.444
Q13	0.375					Q8	0.441
Q21	0.265					Q29	0.356
Q22	0.025					Q32	0.318
Q19	0.009						
Q11	-0.135						
Q18	-0.244						
Q23	-0.254						
寄与率	20.0%	寄与率	40.0%	寄与率	31.5%	寄与率	24.3%

表 10. 機能要素の細分類別の順位表

病院 ID	構造		過程 公的役割		過程 院内中央体制		過程 院内臨床体制	
	第1主成分得点	順位	第1主成分得点	順位	第1主成分得点	順位	第1主成分得点	順位
19	1.770	1	-0.086	22	-0.615	27	0.338	19
35	1.591	2	1.286	1	1.322	1	0.344	18
48	1.514	3	-1.287	35	1.322	1	1.125	5
39	1.443	4	0.862	10	0.692	11	0.093	21
6	1.391	5	0.862	10	0.493	17	-1.131	36
41	1.349	6	0.652	13	-0.300	25	-1.839	40
22	1.344	7	1.286	1	1.322	1	0.647	12
16	1.185	8	-0.550	25	0.692	11	-0.195	23
21	1.177	9	0.862	10	-0.137	22	1.001	7
9	1.147	10	0.652	13	-0.969	33	0.243	20
49	1.147	10	-0.086	22	1.322	1	0.672	10
3	0.784	12	-1.498	38	0.054	20	1.001	7
56	0.672	13	1.286	1	0.692	11	-0.628	34
55	0.224	14	-0.973	30	1.161	9	-0.393	29
57	0.050	15	-1.498	38	-1.545	39	-3.115	41
52	0.027	16	0.228	18	-0.915	32	-0.151	22
51	0.019	17	-1.498	38	-0.969	33	0.771	9
30	-0.052	18	1.286	1	0.214	18	1.529	1
12	-0.060	19	-1.287	35	-1.607	40	-1.649	38
23	-0.190	20	1.286	1	1.322	1	-0.587	32
43	-0.193	21	-0.550	25	-0.817	31	-0.206	24
61	-0.242	22	1.286	1	-0.615	27	-0.260	27
36	-0.298	23	-0.086	22	-1.447	37	-0.519	30
54	-0.395	24	0.652	13	0.585	15	1.125	5
53	-0.403	25	-0.973	30	0.214	18	0.498	16
5	-0.417	26	0.652	13	0.531	15	-0.741	35
44	-0.431	27	-0.550	25	0.844	10	1.175	3
45	-0.626	28	0.085	20	1.322	1	1.175	3
20	-0.626	28	0.085	20	0.012	21	0.676	10
7	-0.644	30	-1.287	35	-0.716	30	-0.206	24
34	-0.664	31	0.228	18	-0.615	27	-0.206	24
38	-0.700	32	-1.498	38	-2.183	41	-0.610	33
40	-0.735	33	1.286	1	-0.137	22	0.647	12
31	-0.832	34	-0.864	29	-0.969	33	-0.569	31
58	-0.869	35	1.286	1	1.322	1	0.647	12
11	-0.861	35	-0.550	25	0.692	11	-0.369	28
8	-1.049	37	-0.973	30	-0.969	33	-1.145	37
27	-1.244	38	1.286	1	1.322	1	0.363	17
13	-1.628	39	-0.973	30	-1.447	37	1.529	1
59	-1.670	40	0.652	13	-0.339	26	0.647	12
24	-2.003	41	-0.973	30	-0.140	22	-1.726	39

表 11-1. 外的基準（第一主成分得点と 2008 年度診療パフォーマンスデータの相関）との相関 n=28

	平均在棟 日数	新規患者率	在宅移行率	電気けいれ ん療法件数	三次救急 比率	三次救急 入院数	精神科救急 病棟への年 間入院件数
構造 (Structure)	-0.077	-0.278	0.259	0.213	0.253	0.326 [†]	0.241
過程 (Process) 公的役割	0.015	0.162	0.169	0.184	-0.092	0.095	0.353 [†]
過程 (Process) 院内中央体制	-0.227	-0.134	0.332 [†]	0.032	-0.115	0.003	0.248
過程 (Process) 院内臨床体制	0.341 [†]	0.085	0.091	0.134	-0.043	0.042	0.224

[†] : p<0.1

表 11-2. 外的基準（エキスパートによる優可の施設別，第一主成分得点の平均）との相関

	優 n=13	可 n=28
構造 (Structure)**	0.621	-0.288
過程 (Process) 公的役割	0.326	-0.151
過程 (Process) 院内中央体制	-0.001	0.982
過程 (Process) 院内臨床体制	-0.026	1.120

** : p<0.01

表 12. PQ レジストリ データ仕様

精神科急性期病棟群 入院患者指標レジストリ (P/Q registry) The Registry of Inpatient Indicators in Emergency and Acute Psychiatry Setting fot Quality Assurance												
項目番号	必須項目	項目名	下位項目名	入力方法	選択枝	eCDD 参照	QI# 指標 情報	科 研 調 査	診療 報酬	母数	QI名	Quality Indicator
1. 入棟時 クラーク												
【1】	○ 画面表示不要	性別		単一	1 男、2 女	○	1			退棟数	男性	F/R(1)
【2】	○ 画面表示不要	入棟時年齢		数値	_____ 歳、不明	△	2			退棟数－不明	平均年齢	mean±SD
【3】	○	主治医		単一	eCDD0で登録している医師から一人選択	○						
【4】	○	プライマリ看護師		単一	eCDD0で当病棟の看護師として登録しているものから一人選択	○						
【5】		救急医療事業における患者カテゴリ		単一	1 救急事業ケース、2 一般ケース		3	○		記入数	救急事業ケース	F/R(1)
【6】		診療報酬における新規入院の該当		単一	1 新規入院、2 新規入院に該当しない		4	☆	☆	記入数	新規入院	F/R(1)
【7】	○	入棟日時	日時	数値	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分	△	5			登録数	時間外受入	F/R(2+3+4)
	○		時間帯	単一	1 平日日中、2 土日祝日日中、3 半夜、4 深夜							
【8】	○	入棟時入院形態		単一	1 緊急措置入院、2 措置入院、3 応急入院、4 特定医師による応急入院、 5 医療保護入院、6 特定医師による医療保護入院、7 任意入院、8 司法鑑 定、9 医療観察法鑑定、10 医療観察法病棟入院、11 その他入院形態	○	6	○	○	登録数	緊急措置/措置/応急 医療保護入院 任意入院 司法鑑定入院 医療観察法内入院 特定医師による入院	F/R(1+2+3+4) F/R(5+6) F/R(7) F/R(8) F/R(9+10) F/R(4+6)

2. 入棟時 クラーク 医師が記入したA4記入用紙より入力												
【9】	○	精神科暫定診断（ICD-10コード）		単一	0 不明、1 暫定診断あり	○	7			登録数	入棟時診断不明	F/R(0)
	○			文字+数値	(F・G+1桁以上)	○				登録数	入棟時最多暫定診断（ICD分類1桁）	MF（ICD分類1桁）
【10】	○	入棟時GAFスコア		数値	点	○	8			登録数	入棟時平均GAF	mean±SD
【11】	○	身体合併症	有無	単一	0 なし、1 あり、2 疑い	○				登録数	入棟時身体合併症あり	F/R(1+2)
	○		重症度	単一	1 一次レベル、2 二次レベル、3 三次レベル	○				登録数	入棟時中等度以上身体合併症	F/R(2+3)
			診断	単一	0 特定不能、1 A.B 感染症/寄生虫症、2 C.D 新生物、3 D 血液/造血器疾患/免疫機構障害、4 E 内分泌/栄養/代謝疾患、5 G 神経系疾患、6 H 眼/付属器疾患、7 H 耳/乳様突起疾患、8 I 循環器系疾患、9 J 呼吸器系疾患、10 K 消化器系疾患、11 L 皮膚/皮下組織疾患、12 M 筋骨格系/結合組織疾患、13 N 尿路性器系疾患、14 O 妊娠/分娩/産じょく<褥>、15 P 周産期に発生した病態、16 Q 先天奇形/変形/染色体異常、17 R 症状/徴候/異常所見など分類不可、18 S.T 損傷/中毒/その他の外因の影響	○	10					
			疾患名	テキスト		○						
【12】	○	一般科による定期的フォロー		単一	0 なし、1 あり		9			登録数	定期的な身体科フォローアップ	F/R(1)
【13】	○	主病像		単一	1 幻覚・妄想、2 精神運動興奮、3 昏迷・重昏迷、4 抑うつ、5 躁、6 不安・焦燥、7 せん妄、8 意識障害、9 解離、10 その他		11			登録数	最多主病像	MF(＃)
【14】	○	自殺念慮		単一	0 なし、1 漠然、2 明確、3 評価困難		12			登録数	自殺念慮なし 自殺念慮が明確	F/R(0) F/R(2)
【15】	○	自傷		単一	0 自傷なし、1 あり（致死性の低い手段）、2 あり（致死性の高い手段）		13			登録数	自傷なし 致死性の高い手段による自殺企図	F/R(0) F/R(2)
【16】	○	他害の危険		複数	0 なし、1 対物、2 攻撃的言辞、3 対人		14			登録数	他害なし 対人への他害	F/R(0) F/R(3)
【17】	○	アルコール・薬物の依存・乱用		有無	0 なし、1 あり		15			登録数	アルコール・薬物の依存・乱用	F/R(1)
【18】	○	服薬状況		単一	0 規則的、1 不規則		16			登録数	服薬の不規則	F/R(1)
【19】	○	入棟日の処置	隔離	単一	0 なし、1 あり					登録数	入棟日の隔離	F/R(1)
	○		拘束	単一	0 なし、1 あり					登録数	入棟日の身体拘束	F/R(1)
	○		静脈確保	単一	0 なし、1 あり					登録数	入棟日の静脈確保	F/R(1)
	○		筋肉注射（デボ剤を除く）	単一	0 なし、1 あり					登録数	入棟日の筋肉注射	F/R(1)
	○			複数	1 Haloperidol、2 Levomepromazine、3 Chlorpromazine、4 Biperiden、5 Promethazine、6 Diazepam、7 Midazolam、8 その他		17			ありの数	Haloperidol Levomepromazine Chlorpromazine Biperiden Promethazine Diazepam Midazolam	F/R(1) F/R(2) F/R(3) F/R(4) F/R(5) F/R(6) F/R(7)
	○		静脈注射	単一	0 なし、1 あり					登録数	入棟日の静脈注射	F/R(1)
	○			複数	1 Haloperidol、2 Diazepam、3 Flunitrazepam、4 Midazolam、5 バルビツール酸系、6 その他					ありの数	Haloperidol Diazepam Flunitrazepam Midazolam バルビツール酸系	F/R(1) F/R(2) F/R(3) F/R(4) F/R(5)
	○		膀胱カテーテル	単一	0 なし、1 あり					登録数	入棟日の膀胱カテーテル留置	F/R(1)
【20】		入棟時BPRS	1. 心気症	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			2. 不安	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			3. 情動的ひきこもり	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			4. 概念の統合失調	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			5. 罪責感	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			6. 緊張	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			7. 奇妙な態度	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			8. 誇大性	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			9. 抑うつ気分	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			10. 敵意	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			11. 猜疑心	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			12. 幻覚による行動	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			13. 運動減退	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			14. 非協調性	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			15. 不自然な思考内容	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			16. 情動の平板化	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			17. 興奮	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			18. 失見当識	単一	1 2 3 4 5 6 7							
			合計得点	数値	点（上記18下位項目の合計を自動計算）					記入数	入棟時平均BPRSスコア	mean±SD
【21】		メモ		テキスト								
3. 隔離拘束中 看護師												
【22】	○	画面表示不要	隔離日数	数値	_____日	△	19	○		0日を除く施行者数	平均隔離日数	0を除いたmean±SD
【23】	○	画面表示不要	身体拘束日数	数値	_____日	△	20	○		0日を除く施行者数	平均身体拘束日数	0を除いたmean±SD

4. 退院時 クラーク												
【24】	○	退院日		数値	年 月 日	○						
【25】	○ 画面表示不要	在院日数		数値 (4桁)	_____日	△	21	○		退院数	平均在院日数 在院30日以内	mean±SD F/R(30以下)
【26】	○	退院時入院形態		単一	1 緊急措置入院, 2 措置入院, 3 応急入院, 4 特定医師による応急入院, 5 医療保護入院, 6 特定医師による医療保護入院, 7 任意入院, 8 司法鑑 定, 9 医療観察法鑑定, 10 医療観察法病棟入院, 11 その他入院形態	○	22			登録数	退院時自発入院	F/R(7)
5. 退院時 クラーク 医師が記入したA4記入用紙より入力												
【27】	○	退院時主診断 (ICD-10コード)		文字+数値	_____ (F・G+2桁以上) , 該当なし	○	34	○		登録数-該当なし	退院時最多診断 (ICD分類1桁) F2診断	MF(100分類1桁) F/R (最初の2文字が「F2」)
【28】	○	退院時副診断		有無	0 なし, 1 あり	○				登録数	重複診断	F/R(1)
	ありの場合	退院時副診断 (ICD-10コード)		文字+数値	_____ (F・G+2桁以上)	○	25			ありの数	退院時最多副診断 (ICD分類1桁)	MF(100分類1桁)
【29】	○	身体合併症	有無	単一	0 なし, 1 あり, 2疑い	○				登録数	退院時身体合併症あり	F/R(1+2)
	○		重症度	単一	1 一次レベル, 2 二次レベル, 3 三次レベル	○				登録数	退院時中等度以上身体合併症	F/R(2+3)
			診断	単一	0 特定不能, 1 A B 感染症/寄生虫症, 2 C D 新生物, 3 D 血液/造血器 疾患/免疫機構障害, 4 E 内分泌/栄養/代謝疾患, 5 G 神経系疾患, 6 H 眼/付属器疾患, 7 H 耳/乳様突起疾患, 8 I 循環器系疾患, 9 J 呼 吸器系疾患, 10 K 消化器系疾患, 11 L 皮膚/皮下組織疾患, 12 M 筋 骨格系/結合組織疾患, 13 N 泌尿器系疾患, 14 O 妊娠/分娩/産後 <病>, 15 P 周産期に発生した病態, 16 Q 先天奇形/変形/染色体異 常, 17 R 症状/徴候/異常所見など分類不可, 18 S,T 損傷/中毒/その他 の外因の影響	○	26	○				
【30】	○	退院時GAFスコア	疾患名	テキスト	_____点, 死亡退院	○				登録数-死亡退院	退院時平均GAF	mean±SD
【31】	【30】が死亡退院の 場合	院内自殺 (完遂)	有無	単一	0 なし, 1 あり	○	27			登録数	死亡退院	F/R (死亡退院)
【32】	○	臨床全般改善度CGI		単一	1 著明改善, 2 中等度改善, 3 軽度改善, 4 不変, 5 軽度悪化, 6 中等 度悪化, 7 著明悪化		28			登録数-死亡退院	退院時平均CGI	mean±SD
【33】		退院時BPRS	1. 心気症	単一								.
			2. 不安	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			3. 情動的ひきこもり	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			4. 概念の統合失調	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			5. 罪責感	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			6. 緊張	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			7. 奇妙な態度	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			8. 誇大性	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			9. 抑うつ気分	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			10. 敵意	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			11. 猜疑心	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			12. 幻覚による行動	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			13. 運動減退	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			14. 非協調性	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			15. 不自然な思考内容	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			16. 情動の平板化	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			17. 興奮	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			18. 失見当識	単一	1 2 3 4 5 6 7							.
			合計得点	数値	_____点 (上記18下位項目の合計を自動計算)					記入数	退院時平均BPRSスコア	mean±SD
【34】	○	電気けいれん療法	有無	単一	0 なし, 1 あり		23	○		登録数	ECT施行	F/R(1)
	ありの場合		m-ECT回数	数値 (2桁)	_____回			○		1回以上施行者数	修正型平均回数	mean±SD
	ありの場合		n-ECT回数	数値 (2桁)	_____回			○		1回以上施行者数	非修正型平均回数	mean±SD
【35】	○	自傷インシデント	有無	単一	0 なし, 1 あり		30			登録数	自傷インシデント	F/R(1)
	ありの場合		回数	数値 (2桁)	_____回					自傷インシデント回数	mean±SD	
【36】	○	暴力インシデント	有無	単一	0 なし, 1 あり		32			登録数	暴力インシデント	F/R(1)
	ありの場合		回数	数値 (2桁)	_____回					暴力インシデント回数	mean±SD	
【37】	○	無断離院	有無	単一	0 なし, 1 あり		33			登録数	無断離院	F/R(1)
【38】	○	薬剤による有害事象	有無	単一	0 なし, 1 あり		34				薬剤関連有害事象	F/R(1)
	ありの場合		内容	テキスト								
【39】	○	治療関連合併症	嚥下性肺炎	単一	0 なし, 1 あり						治療関連合併症・肺炎	F/R(1)
	○		肺血栓塞栓症	単一	0 なし, 1 あり						肺血栓塞栓症	F/R(1)
	○		転倒・転落	単一	0 なし, 1 あり						転倒・転落	F/R(1)
	○		褥瘡	単一	0 なし, 1 あり						褥瘡	F/R(1)
【40】	○	その他の重大インシデント	有無	単一	0 なし, 1 あり		36				他の重大インシデント	F/R(1)
	ありの場合		内容	テキスト								
【41】		メモ		テキスト								

6. 入院時処方後1週間まで 薬剤師												
【1】	○	入棟後 経口初日の処方	精神神経用剤	薬剤	薬剤マスタより選択	<1>	抗精神病薬剤数（内服・デボ）	剤	精神科暫定診断がF2で、抗精神病薬を投与されているケース数（デボ剤を含む）	抗精神病薬数（内服・デボ）	<1>mean±SD	
【2】	○					<2>	第一世代抗精神病薬剤数	剤		単剤率	R(<1>=1)	
【3】	○					<3>	第二世代抗精神病薬剤数	剤		第二世代のみ処方率	R(<2>=0 and <4>=0)	
【4】	○					<4>	第一世代デボ剤数	剤		デボ剤処方率	R(<4>or<5>+0)	
【5】	○					<5>	第二世代デボ剤数	剤		クロルプロマジン換算用量（デボ剤含む）	<6>mean±SD	
【6】	○					<6>	クロルプロマジン換算用量（デボ剤含む）	mg		抗パーキンソン薬剤数、併用率	<7>mean±SD、R(<7>+0)	
【7】	○					<7>	抗パーキンソン薬剤数	剤		ビペリデン換算用量	<8>mean±SD	
【8】	○					<8>	ビペリデン換算用量	mg		気分安定薬剤数、併用率	<9>mean±SD、R(<9>+0)	
【9】	○					<9>	気分安定薬剤数	剤		抗不安薬・睡眠薬剤数、併用率（母数F2）	<11>mean±SD、R(<11>+0)	
【10】	○					<11>	抗不安薬・睡眠薬剤数	剤		登録数－薬剤投与なし	抗不安薬・睡眠薬処方率	R(<11>+0)
【11】	○		<10>	ジアゼパム換算用量	mg	ジアゼパム換算用量	<10>mean±SD					
【12】	○		<12>	抗うつ薬剤数	剤	登録数－薬剤投与なし	抗うつ薬剤数、処方率	<12>mean±SD、R(<12>+0)				
【13】	○	その他の精神神経用剤	単一	0 なし、1 あり			登録数－薬剤投与なし	身体疾患治療薬併用率	R(1)			
【14】	○	身体疾患治療薬	単一	0 なし、1 あり			登録数－薬剤投与なし	下剤併用率	R(1)			
【15】	○	下剤	単一	0 なし、1 あり			登録数－薬剤投与なし	排尿障害治療薬併用率	R(1)			
【16】	○	排尿障害治療薬		0 なし、1 あり			登録数－薬剤投与なし	持参薬なし 持参薬あり薬剤師関与あり 持参薬あり薬剤師関与なし	F/R(1) F/R(2) F/R(3)			
【17】	○	持参薬管理	単一	0 持参なし 1 あり（薬剤師関与あり） 2 あり（薬剤師関与なし）			登録数－薬剤投与なし	内服までの平均病日	病日mean±SD			
【18】	○	最初の経口内服日		数値		年 月 日	登録数－薬剤投与なし	服薬自己管理、 服薬援助（与薬） 強制服薬（経管）	F/R(1) F/R(2) F/R(3)			
【19】	○	服薬管理形態		単一	1 自己管理、 2 援助（与薬） 3 強制（経管・強制経口）		登録数－薬剤投与なし					
【20】		メモ		テキスト								
7. 退棟の翌月末まで 薬剤師												
【21】	○	退棟時 処方	精神神経用剤	薬剤	薬剤マスタより選択	<13>	抗精神病薬剤数（内服・デボ）	剤	精神科暫定診断がF2で、抗精神病薬を投与されているケース数（デボ剤を含む）	抗精神病薬数（内服・デボ）	<13>mean±SD	
【22】	○					<14>	第一世代抗精神病薬剤数	剤		単剤率	R(<13>=1)	
【23】	○					<15>	第二世代抗精神病薬剤数	剤		第二世代のみ処方率	R(<14>=0 and <16>=0)	
【24】	○					<16>	第一世代デボ剤数	剤		デボ剤処方率	R(<16>or<17>+0)	
【25】	○					<17>	第二世代デボ剤数	剤		クロルプロマジン換算用量（デボ剤含む）	<18>mean±SD	
【26】	○					<18>	クロルプロマジン換算用量（デボ剤含む）	mg		抗パーキンソン薬剤数、併用率	<19>mean±SD、R(<19>+0)	
【27】	○					<19>	抗パーキンソン薬剤数	剤		ビペリデン換算用量	<20>mean±SD	
【28】	○					<20>	ビペリデン換算用量	mg		気分安定薬剤数、併用率	<21>mean±SD、R(<21>+0)	
【29】	○					<21>	気分安定薬剤数	剤		抗不安薬・睡眠薬剤数、併用率（母数F2）	<23>mean±SD、R(<23>+0)	
【30】	○					<23>	抗不安薬・睡眠薬剤数	剤		登録数－薬剤投与なし	抗不安薬・睡眠薬処方率	R(<23>+0)
【31】	○		<22>	ジアゼパム換算用量	mg	ジアゼパム換算用量	<22>mean±SD					
【32】	○		<24>	抗うつ薬剤数	剤	登録数－薬剤投与なし	抗うつ薬剤数、処方率	<24>mean±SD、R(<24>+0)				
【33】	○	その他の精神神経用剤	単一	0 なし、1 あり			登録数－薬剤投与なし	身体疾患治療薬併用率	R(1)			
【34】	○	身体疾患治療薬	単一	0 なし、1 あり			登録数－薬剤投与なし	下剤併用率	R(1)			
【35】	○	下剤	単一	0 なし、1 あり			登録数－薬剤投与なし	排尿障害治療薬併用率	R(1)			
【36】	○	排尿障害治療薬	単一	0 なし、1 あり			登録数－薬剤投与なし					
【37】	○	処方推移			<25>	抗精神病薬変化数	<13>－<1>	抗精神病薬変化数	<25>mean±SD			
【38】					<26>	CP換算変化量	<18>－<6>	CP換算変化量	<26>mean±SD			
【39】					<27>	BPD換算変化量	<20>－<8>	BPD換算変化量	<27>mean±SD			
【40】					<28>	DZP換算変化量	<22>－<10>	DZP換算変化量	<28>mean±SD			
【41】					<29>	スイッチング	0 なし、1 あり	スイッチング	F/R(1)			
【42】	○	服薬管理形態		単一	1 自己管理、 2 援助（与薬） 3 強制（経管・強制経口）		登録数－薬剤投与なし	服薬自己管理、 服薬援助（与薬） 強制服薬（経管）	F/R(1) F/R(2) F/R(3)			
【43】	○	服薬指導	施行有無	単一	0 なし、1 あり		登録数－薬剤投与なし	服薬指導実施	F/R(1)			
	ありの場合	初回施行日	数値		年 月 日		ありの数	服薬指導開始までの平均病日	病日mean±SD			
	ありの場合	指導回数	数値		回数		ありの数	平均指導回数	指導回数mean±SD			
【44】		メモ		テキスト								

10. 退後の翌月末まで 精神保健福祉士等 退後時情報												
【53】	○	精神保健福祉士等の関与への早さ		単一	1 1週間以内、2 1週間以上 3 関与なし		47			登録数	1週間以内の介入 関与なし	F/R(1) F/R(3)
【54】	○	精神保健福祉士等の関与の深さ		複数	1 相談・情報提供を実施 2 外部の関係機関と連絡調整を実施 3 同行訪問 など地域や自宅へのアウトリーチを実施		48			登録数	1 相談・情報提供 2 外部関係機関との連絡調整 3 地域や自宅へのアウトリーチ	F/R(1) F/R(2) F/R(3)
【55】	○	心理社会的アセスメント	有無	単一	0 なし、1 あり					登録数	心理社会的アセスメントの実施	F/R(1)
	1 ありの場合		把握したニーズ	複数	0 なし 1 住居確保 2 日中の居場所の確保 3 家族支援および調整 4 就労支援 5 制度利用 6 金銭管理 7 生活全般の改善をめざす相談 8 その他		49			登録数	0 なし 1 住居確保 2 日中の居場所の確保 3 家族支援および調整 4 就労支援 5 制度利用 6 金銭管理 7 生活全般の改善をめざす相談 8 その他	F/R(0) F/R(1) F/R(2) F/R(3) F/R(4) F/R(5) F/R(6) F/R(7) F/R(8)
【56】	○	ケアプランの作成	有無	単一	0 なし、1 あり		50			登録数	ケアプランの作成	F/R(1)
【57】	○	入院中の直接のサポート内容		複数	0 なし 1 住居確保 2 日中の居場所の確保 3 家族支援および調整 4 就労支援 5 制度利用 6 金銭管理 7 生活全般の改善をめざす相談 8 その他		51			登録数	0 なし 1 住居確保 2 日中の居場所の確保 3 家族支援および調整 4 就労支援 5 制度利用 6 金銭管理 7 生活全般の改善をめざす相談 8 その他	F/R(0) F/R(1) F/R(2) F/R(3) F/R(4) F/R(5) F/R(6) F/R(7) F/R(8)
【58】	○	サービス調整会議の実施	有無	単一	0 なし、1 あり		52			登録数	サービス調整会議の実施	F/R(1)
【59】	○	ケア会議の実施	有無	単一	0 なし、1 あり		53			登録数	ケア会議の実施	F/R(1)
【60】	○	退院後のケアマネジャー確保	有無	単一	0 なし、1 あり					登録数	退院後のケアマネジャー確保	F/R(1)
	1の場合		主たるケアマネジャー	複数	1 院内スタッフ、2 院外スタッフ		54			記入数	ケアマネジャーが院外スタッフ	R(2)
【61】	○	退後後 精神科治療形態	大分類	単一	1 通院、2 入院、3 治療不要、4 その他					登録数	退後後入院継続	F/R(2)
	1の場合		1を選択の場合	単一	1 当院（サテライトクリニックを含む）通院、2 他院 有床精神科通院、3 他院 無床精神科通院、4 一般科への通院、5 通院先の特定なし		55			登録数	退後後自施設通院 退後後診療所通院	F/R(1) F/R(3)
	2の場合		2を選択の場合	単一	1 当院精神科入院継続、2 他精神科病院へ転院、3 一般科へ転院（当院内 転科転様を含む）					登録数	院内転院 一般科転院	F/R(1) F/R(3)
【62】	○	退後後 在宅支援サービス	有無	単一	0 なし、1 あり					登録数	退後時在宅サービス利用	F/R(1)
	1 ありの場合		サービス内容	複数	1 訪問看護、2 ホームヘルプ、3 精神科デイケア、4 就労継続・移行支 援、5 地域活動支援センター、6 相談支援（ケアマネ）、7 ピアサポ ート、8 自助グループ、9 介護保険、10 その他		56			登録数	1 訪問看護 2 ホームヘルプ 3 精神科デイケア 4 就労継続・移行支援 5 地域活動支援センター 6 相談支援（ケアマネ） 7 ピアサポート 8 自助グループ 9 介護保険 10 その他	F/R(1) F/R(2) F/R(3) F/R(4) F/R(5) F/R(6) F/R(7) F/R(8) F/R(9) F/R(10)
【63】	○	退後後 居住先		単一	1 自宅（同居者有）、2 自宅（独居）、3 精神障害者施設、4 身体・知的 施設、5 高齢者施設、6 その他社会福祉施設、7 病院（病院に住所を置く 場合）、8 住所不定、9 その他、10 不明		57			登録数	退後後単身生活 退後後施設入所	F/R(2) F/R(3+4+5+6)
【64】		メモ		テキスト								
2. 入後後3ヶ月時点以降の1週間以内 転職を問わず												
【65】	【6】=1 か【8】 =3か4か5か6か7の場 合	入後後3ヶ月時点での転帰 ①【61】が2以外で【63】が1か2か3の場合は1（在宅移行）を自動選択 ②【61】が2以外で【63】が1か2か3以外の場合は2（在宅移行以外の退院）を自動選 択 ③【61】が2で、下位項目が2か3の場合は2（在宅移行以外の退院）を自動選択 ④【61】が2で、下位項目が1の場合は選択肢から該当するものを選択して入力 ④3か月経過で未退後の場合は3を自動入力		単一	1 在宅移行、2 在宅移行以外の退院、3 入院中			☆	☆	記入数	新規入院者の在宅移行率	F/R(1)

精神科急性期病棟群 施設情報 病院管理部門 前年7月1日から本年6月30日までのデータを、本年7月1日以降に記入して下さい（1年間に限り修正可能です）。

項目番号	必須項目		下位項目名	入力方法	選択枝	eCO DO 参照	Q1# 病棟 情報	科研 調査	診療 報酬	母数	Q1名	Quality Indicator
病院パート												
[1]	○	設立主体・病院の種類	設立主体		1 国立・独立行政法人、2 都道府県立・地方独立行政法人立、3 その他公立、4 民間			○				
[2]	○		病院の種類		1 一般病院、2 精神科単科病院			○				
[3]	○	病床数	全病床数	数値（4桁）	床			○				
[4]	○		一般科病床数	数値（4桁）	床			○				
[5]	○		精神科全病床数	数値（4桁）	床			○				
[6]	○		隔離室	数値（2桁）	室			○				
[7]	○		可変個室	数値（2桁）	室			○				
[8]	○		一般個室	数値（3桁）	室			○				
[9]	○	看護単位数		数値（2桁）	単位			○		登録施設数	看護単位数	mean±SD
[10]	○	病棟種別	救急入院科Ⅰ	数値（2桁）	病棟			○		登録施設数	精神科救急入院科Ⅰ	mean±SD
[11]	○		救急入院科Ⅱ	数値（2桁）	病棟			○		登録施設数	精神科救急入院科Ⅱ	mean±SD
[12]	○		救急・合併症入院科	数値（2桁）	病棟			○		登録施設数	精神科救急・合併症入院科	mean±SD
[13]	○		急性期治療病棟(1)	数値（2桁）	病棟			○		登録施設数	精神科急性期治療病棟入院科(1)	mean±SD
[14]	○		急性期治療病棟(2)	数値（2桁）	病棟			○		登録施設数	精神科急性期治療病棟入院科(2)	mean±SD
[15]	○		療養病棟	数値（2桁）	病棟			○		登録施設数	精神科療養病棟入院科	mean±SD
[16]	○		認知疾患治療病棟（包括）	数値（2桁）	病棟			○		登録施設数	認知疾患治療病棟（包括）	mean±SD
[17]	○		認知疾患治療病棟（出来高）	数値（2桁）	病棟			○		登録施設数	認知疾患治療病棟（出来高）	mean±SD
[18]	○		児童・思春期病棟（包括）	数値（2桁）	病棟			○		登録施設数	児童・思春期病棟（包括）	mean±SD
[19]	○		医療観察法病棟	数値（2桁）	病棟			○		登録施設数	医療観察法病棟	mean±SD
[20]	○		その他の出来高病棟	数値（2桁）	病棟			○		登録施設数	その他の出来高病棟	mean±SD
[21]	○	検査体制	血算	単一	0 不可・時間帯により不可、1 オンコール体制、2 24時間可能			○	○	登録施設数	血算(不可・時間帯により不可) 血算(オンコール) 血算(24時間可能)	R(0) R(1) R(2)
[22]	○		生化学的検査	単一	0 不可・時間帯により不可、1 オンコール体制、2 24時間可能			○	○	登録施設数	生化学(不可・時間帯により不可) 生化学(オンコール) 生化学(24時間可能)	R(0) R(1) R(2)
[23]	○		X線単純撮影	単一	0 不可・時間帯により不可、1 オンコール体制、2 24時間可能			○	○	登録施設数	単純XP(不可・時間帯により不可) 単純XP(オンコール) 単純XP(24時間可能)	R(0) R(1) R(2)
[24]	○		CTスキャン	単一	0 不可・時間帯により不可、1 オンコール体制、2 24時間可能			○	○	登録施設数	CT(不可・時間帯により不可) CT(オンコール) CT(24時間可能)	R(0) R(1) R(2)
[25]	○		12誘導心電図	単一	0 不可・時間帯により不可、1 オンコール体制、2 24時間可能				○	登録施設数	ECG(不可・時間帯により不可)ECG(オンコール) ECG(24時間可能)	R(0) R(1) R(2)
[26]	○		超音波検査	単一	0 不可・時間帯により不可、1 オンコール体制、2 24時間可能					登録施設数	US(不可・時間帯により不可) US(オンコール) US(24時間可能)	R(0) R(1) R(2)
[27]	○		動脈血ガス分析	単一	0 不可・時間帯により不可、1 オンコール体制、2 24時間可能					登録施設数	ABG(不可・時間帯により不可) ABG(オンコール) ABG(25時間可能)	R(0) R(1) R(2)
[28]	○		電子カルテシステム	単一	0 両方なし、1 オーダリングのみ、2 電子カルテ					登録施設数	電子カルテ オーダリングシステム	R(2) R(1)
[29]	○	医師配置	常勤精神科医師数	数値（2桁）	名			○		登録施設数	常勤精神科医師数	mean±SD
[30]	○		うち精神保健指定医数	数値（2桁）	名			○	○	登録施設数	常勤指定医数	mean±SD
[31]	○		うち特定医師数	数値（2桁）	名			○		登録施設数	常勤特定医師数	mean±SD
[32]	○		うち精神保健判定医	数値（2桁）	名			○		登録施設数	常勤判定医数	
[33]	○		非常勤精神科医師数	数値（2桁）	名			○		登録施設数	非常勤精神科医師数	mean±SD
[34]	○		うち指定医数	数値（2桁）	名			○		登録施設数	非常勤指定医数	mean±SD
[35]	○		当直帯精神科医師数	数値（2桁）	名			○		登録施設数	当直帯精神科医師数	mean±SD
[36]	○		当直医体制	単一	1 指定医常駐、2 指定医か特定医師が常駐、3 指定医オンコール、4 その他				○	登録施設数	当直指定医体制	R(1) R(2) R(3)
[37]	○	[2] が2の場合	一般科常勤医師数	数値（2桁）	名			○		登録施設数	一般科医師数	R(0)
[38]	○	[2] が2の場合	一般科非常勤医師数	数値（2桁）	名			○		登録施設数	非常勤一般科医師数	R(0)
[39]	○	看護師配置	常勤精神科看護師数	数値（3桁）	名			○		登録施設数	常勤精神科看護師数	mean±SD
[40]	○		非常勤精神科看護師数	数値（3桁）	名			○		登録施設数	1看護師あたり病床（患者）数	病床数/入力値
[41]	○		救急外来専任看護師	単一	0 なし、1 あり			○	○	登録施設数	非常勤精神科看護師数	mean±SD
[42]	○	コメディカル	ソーシャルワーカー	数値（2桁）	名			○		登録施設数	救急外来専任看護師	R(1)
[43]	○		臨床心理士	数値（2桁）	名			○		登録施設数	施設内ソーシャルワーカー数	mean±SD
[44]	○		作業療法士	数値（2桁）	名			○		登録施設数	施設内臨床心理士数	mean±SD
[45]	○		薬剤師	数値（2桁）	名			○		登録施設数	施設内作業療法士数	mean±SD
[46]	○		当直ソーシャルワーカー	単一	0 なし、1 あり			○		登録施設数	施設内薬剤師数	
										登録施設数	ソーシャルワーカー当直	R(1)

[47]	○	地域精神保健サービス	デイケア等（含ナイト、ショート等）	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	デイ・ナイト・ショートケア	R(1)
[48]	○		作業療法	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	作業療法	R(1)
[49]	○		アウトリーチサービス	単一	0 なし、1 訪問看護のみ、2 包括的アウトリーチ（多職種）		○	登録施設数	訪問看護 包括的アウトリーチ	R(1) R(2)
[50]	○		自立支援法の日中活動プログラム	単一	0 なし、1 法人内で実施、2 関連法人が実施、3 必要時に連携する法人あり		○	登録施設数	日中活動プログラム	R(1+2+3)
[51]	○		自立支援法の居住プログラム	単一	0 なし、1 法人内で実施、2 関連法人が実施、3 必要時に連携する法人あり		○	登録施設数	居住プログラム	R(1+2+4)
[52]	○	精神科救急システムへの関与	要綱上の役割	単一	0 なし、1 常時対応施設、2 身体合併症対応施設、3 病院群輪番施設		○	登録施設数	常時対応施設 身体合併症対応施設 病院群輪番施設	F/R(1) F/R(2) F/R(3)
[53]	○		精神科救急外來の体制	単一	0 時間帯により診療不可、1 常時診療可能		○	登録施設数	精神科救急外來体制	F/R(1)
[54]	○		連絡調整会議への参加	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	連絡調整会議参加	R(1)
[55]	○		空床確保数	数値（2桁）	床		○	登録施設数	確保病床	mean±SD
[56]	○		バックアップ機能の担当	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	バックアップ機能	F/R(1)
[57]	○		27条診察への協力	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	27条診察協力	R(1)
[58]	○		精神保健福祉法指定病院	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	精神保健福祉法指定病院	F/R(1)
[59]	○		応急指定	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	応急指定	F/R(1)
[60]	○	精神科救急電話体制	精神科救急情報センター併設	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	精神科救急情報センター併設	F/R(1)
[61]	○		電話相談受付時間帯	単一	0 時間制限あり、1 24時間		○	登録施設数	電話相談受付時間帯	R(1)
[62]	○		電話相談対応者	単一	1 専任の看護師・コメディカルスタッフ、2 医師、3 その他		○	登録施設数	電話相談対応者	R(1) R(2)
[63]	○	施設認定	日本医療機能評価機構	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	日本医療機能評価機構認定	F/R(1)
[64]	○		国際標準化機構（ISO）	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	ISO9001認定	F/R(1)
[65]	○		日本精神神経学会認定施設	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	JSPN認定	F/R(1)
[66]	○	外来情報	年間初診数（職員を除く）	数値（4桁）	性		○	登録施設数	年間初診数	mean±SD
[67]	○		1日平均再来数（除デイケア等）	数値（3桁）	性		○	登録施設数	1日平均再来数（除デイケア等）	mean±SD
[68]	○		1日デイケア数（含ショーケア）	数値（3桁）	性		○	登録施設数	1日デイケア数	mean±SD
[69]	○		1日ナイトケア数	数値（3桁）	性		○	登録施設数	1日ナイトケア数	mean±SD
[70]	○		1日デイナイトケア数	数値（3桁）	性		○	登録施設数	1日デイナイトケア数	mean±SD
[71]	○		年間訪問看護件数	数値（4桁）	性		○	登録施設数	年間訪問看護件数	mean±SD
[72]	○		年間時間外診療件数	数値（4桁）	性		○	登録施設数	年間時間外診療件数	mean±SD
[73]	○	入院情報	年間延べ入院患者数	数値（4桁）	名		○	登録施設数	年間延べ入院患者数	mean±SD
[74]	○		1日平均入院患者数	数値（4桁）	名		○	登録施設数	1日平均入院患者数	mean±SD
[75]	○		年間病床利用率	数値（4桁/小数点以下1桁）	%		○	登録施設数	年間病床利用率	mean±SD
[76]	○		年間入院件数	数値（4桁）	性		○	登録施設数	年間入院件数	mean±SD
[77]	○		うち精神科救急事業の件数	数値（3桁）	性		○	登録施設数	精神科救急事業による入院数	mean±SD
[78]	○		措置、緊急措置、応急入院件数	数値（3桁）	性		○	登録施設数	精神科3次救急入院数	mean±SD
[79]	○		年間退院件数	数値（4桁）	性		○	登録施設数	年間退院件数	mean±SD
[80]	○		年間病床回転率		回転（2桁、小数点以下1桁）		○	登録施設数	年間病床回転率	mean±SD
[81]	○		平均在院日数	数値	日（3桁、小数点以下1桁）		○	登録施設数	平均在院日数	mean±SD
病棟パート										
[82]		病棟ID	テキスト	(SRD情報の流用)		○				
[83]		保険診療上の区分	単一	(SRD情報の流用)		○				
[84]	○	病床数	当該病棟の病床数	数値（2桁）	床		○	○	病床数	mean±SD
[85]	○		隔離室	数値（2桁）	室		○	○	隔離室数	mean±SD
[86]	○		可変型個室	数値（2桁）	室		○	○	病状対応型個室数	mean±SD
[87]	○		一般個室	数値（2桁）	室		○	○	一般個室数	mean±SD
[88]	○	病棟内医療設備	隔離室配管（酸素・吸引）	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	隔離室配管（酸素・吸引）	R(1)
[89]	○		個室内配管（酸素・吸引）	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	個室内配管（酸素・吸引）	R(1)
[90]	○		病棟救急カート	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	病棟救急カート	R(1)
[91]	○		心臓モニター	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	心臓モニター	R(1)
[92]	○		AEDを含む除細動機	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	AEDを含む除細動機	R(1)
[93]	○		人工呼吸器	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	人工呼吸器	R(1)
[94]	○		パルス型電気刺激装置	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	パルス型電気刺激装置	R(1)
[95]	○		エアマット	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	エアマット	R(1)
[96]	○		間欠的空気圧迫法装置	単一	0 なし、1 あり		○	登録施設数	間欠的空気圧迫法装置	R(1)
[97]	○	病棟医師配置	病棟専任常勤医師数	数値（2桁）	名		○	○	病床数	mean±SD
[98]	○		うち指定医数	数値（2桁）	名		○		1医師あたり病床（患者）数	病床数/入力値
[99]	○		病棟兼任常勤医師数	数値（2桁）	名		○		病棟専任指定医	mean±SD
[100]	○		うち指定医数	数値（2桁）	名		○		病棟兼任精神科医師	mean±SD
[101]	○	病棟看護師数	病棟看護師数	数値（2桁）	名		○	○	病床数	mean±SD
									1看護師あたり病床（患者）数	病床数/入力値
[102]	○		準夜勤体制	数値（2桁）	名		○		病床数	mean±SD
									準夜勤帯1看護師あたり病床（患者）数	病床数/入力値
[103]	○		深夜勤体制	数値（2桁）	名		○		病床数	mean±SD
									深夜勤帯1看護師あたり病床（患者）数	病床数/入力値
[104]	○	病棟コメディカル	病棟専属ソーシャルワーカー	数値（2桁）	名		○	○	登録施設数	mean±SD
[105]	○		他の病棟専属コメディカル	数値（2桁）	名		○		登録施設数	mean±SD
[106]	○	年間専門治療件数	入院精神療法Ⅰ	数値（4桁）	性		○		登録施設数	mean±SD
[107]	○	（対象期間の診療報酬請求数を記入）	生活技能訓練法（SST）	数値（4桁）	性		○		登録施設数	mean±SD

表 13. 患者レジストリ出力様式一覧

PQR出力コード			PQレジストリー 出カ一覧						
出力の名称	略称	出力ボタン	ログインユーザ制限	PDF出力	CSV出力	内容	対象単位	絞込条件	
pqr-out1	QIシート	QIシート	全て	PDF サンプル作成済		インディケータの一覧	病棟単位	病棟 (単一選択): 全病棟合算, 各病棟 集計単位: 1ヶ月から12ヶ月 集計開始月: 年月	
pqr-out2	QI期間別シート	QI期間別シート		Quality Indicator Accordion 1:「QI シート」		CSV-A	任意の月数ごとの病棟のインディケータ一覧	任意月数ごとの 病棟単位	病棟 (複数選択): 全病棟合算, 各病棟 集計単位: 1ヶ月から12ヶ月 期間: 年月指定 (〇年〇月～〇年〇月, ただし集計単位の 倍数) 表示項目: 1 PQ基本情報 入棟時, 2 PQ基本情報 退棟時, 3 薬剤情報 入棟時, 4 薬剤情報 退棟時, 5 作業療法情報 6 訪問看護情報, 7 精神保健福祉情報 入棟時, 8 精神保健 福祉情報 退棟時, 9 ケアマネジメントスクリーニングチェッ クリストから複数選択, ただし256列以内まで
pqr-out3	PQRデータ患者一覧	PQR患者一覧		Quality Indicator Accordion 2:「PQR データ患者一覧」		CSV-Aサンプル作成済	抽出した患者のPQRデータ一覧	患者単位	病棟 (複数選択): 各病棟 期間: 退棟ないし入棟を任意で選択し, その年月日 (〇年〇 月〇日～〇年〇月〇日) 表示項目: 1 PQ基本情報 入棟時, 2 PQ基本情報 退棟時, 3 薬剤情報 入棟時, 4 薬剤情報 退棟時, 5 作業療法情報 6 訪問看護情報, 7 精神保健福祉情報 入棟時, 8 精神保健 福祉情報 退棟時, 9 ケアマネジメントスクリーニングチェッ クリストから複数選択, ただし256列以内まで
pqr-out4	精神科救急医療に関するアンケート調査票 病院パート	アンケート病院パート		Quality Indicator Accordion 3:「精神 科救急医療に関す るアンケート調査 票」	PDF サンプル作成済	CSV-Aサンプル作成済	施設情報のうちの病院全体に関する情報、および一 部のインディケータ(プロセス情報)	年度ごとの病院 単位	期間: 年度指定 (PDF出力は単年度, CSV-A出力は複数年 度)
pqr-out5	精神科救急医療に関するアンケート調査票 病棟パート	アンケート病棟パート			PDF サンプル作成済	CSV-Aサンプル作成済	施設情報のうちの病棟に関する情報、および一部の インディケータ(プロセス情報)	年度ごとの病棟 単位	病棟 (PDF出力は単一選択, CSV-A出力は複数選択): 各病 棟 期間: 年度指定 (PDF出力は単年度, CSV-A出力は複数年 度)
pqr-out6	精神科救急入院料等 認可基準適合判定表	救急病棟判定表	管理者のみ	PDF サンプル作成済	CSV-B (≒PDF)	入力情報のうち、精神科救急入院料基準で求められ る項目の抜粋	病棟単位 (一部病院単 位)	病棟 (単一選択): 各病棟 期間: 任意の開始月から1年間	
pqr-out7	患者サマリーシート	患者サマリーシート	PQ患者一覧	全て	PDF サンプル作成中		特定の一患者に関するPQRデータの一覧	患者単位	患者: 入棟した特定の一患者
pqr-out8	ケアマネジメントスクリーニングチェックリスト (CMSC)	CMSC	ケアマネスクリーニ ングチェックリストと PQ患者一覧		PDF サンプル作成済 (資料41)		特定の一患者に関するCMSCの結果	患者単位	患者: 入棟した特定の一患者
pqr-out9	ケアマネジメントスクリーニングチェックリスト (CMSC) 評価に よるリスク別QI対比表	CMSCリスク別QI表	Quality Indicator Accordion5: 「CMSCシート」		PDF サンプル作成済 (資料40)	CSV-A サンプル作成済 (資料40)	CMSC得点からハイリスク群とローリスク群に分け た特定のインディケータの対比	1ヶ月ごとの病棟 単位	病棟 (PDF出力は単一選択, CSV-A出力は複数選択): 全病 棟合算, 各病棟 期間: 年月指定 (PDF出力は単年月, CSV-A出力は複数年 月)
pqr-out10	ケアマネジメントスクリーニングチェックリスト (CMSC) 患者一 覧	CMSC患者一覧				PDF サンプル作成済 (資料42)		抽出した患者のCMSCデータと一部のPQRデータ	患者単位

表 14-1. 患者レジストリ 出力様式 (例), QI (Quality Indicator) シート

QIシート			全ての病棟 2010年02月 退棟数2人	
入棟時			度数(%), 平均±標準偏差	母数
1 性別	男性		000.0	(000.0%)
2 入棟時年齢	平均年齢		000.0 ±	00.0
3 救急医療事業における患者カテゴリ	救急事業ケース		000.0	(000.0%)
4 診療報酬における新規入院の該当	新規入院		000.0	(000.0%)
5 入棟日時	時間外受入		000.0	(000.0%)
6 入棟時入院形態	緊急措置/措置/応急		000.0	(000.0%)
	医療保護入院		000.0	(000.0%)
	任意入院		000.0	(000.0%)
	司法鑑定入院		000.0	(000.0%)
	医療観察法内入院		000.0	(000.0%)
	特定医師による入院		000.0	(000.0%)
7 精神科暫定診断 (ICD-10コード)	入棟時診断不明		000.0	(000.0%)
	入棟時最多暫定診断 (ICD分類1桁)			
8 入棟時GAFスコア	入棟時平均GAF		000.0 ±	00.0
9 身体合併症	入棟時身体合併症あり		000.0	(000.0%)
	入棟時中等度以上身体合併症		000.0	(000.0%)
10 一般科による定期的フォロー	定期的な身体科フォローアップ		000.0	(000.0%)
11 主病像	最多主病像			
12 自殺念慮	自殺念慮なし		000.0	(000.0%)
	自殺念慮が明確		000.0	(000.0%)
13 自傷	自傷なし		000.0	(000.0%)
	致死性の高い手段による自殺企図		000.0	(000.0%)
14 他害の危険	他害なし		000.0	(000.0%)
	対人への他害		000.0	(000.0%)
15 アルコール・薬物の依存・乱用	アルコール・薬物の依存・乱用		000.0	(000.0%)
16 服薬状況	服薬の不規則		000.0	(000.0%)
17 入棟日の処置	入棟日の隔離		000.0	(000.0%)
	入棟日の身体拘束		000.0	(000.0%)
	入棟日の静脈確保		000.0	(000.0%)
	入棟日の筋肉注射		000.0	(000.0%)
	Haloperidol		000.0	(000.0%)
	Levomepromazine		000.0	(000.0%)
	Chlorpromazine		000.0	(000.0%)
	Biperiden		000.0	(000.0%)
	Promethazine		000.0	(000.0%)
	Diazepam		000.0	(000.0%)
	Midazolam		000.0	(000.0%)
	入棟日の静脈注射		000.0	(000.0%)
	Haloperidol		000.0	(000.0%)
	Diazepam		000.0	(000.0%)
	Flunitrazepam		000.0	(000.0%)
	Midazolam		000.0	(000.0%)
	バルビツール酸系		000.0	(000.0%)
	入棟日の膀胱カテーテル留置		000.0	(000.0%)
18 入棟時BPRS	入棟時平均BPRSスコア		000.0 ±	00.0
隔離・身体拘束				
19 隔離日数	平均隔離日数		000.0 ±	00.0
20 身体拘束日数	平均身体拘束日数		000.0 ±	00.0
退棟時				
21 在棟日数	平均在棟日数		000.0 ±	00.0
	在棟30日以内		000.0	(000.0%)
22 退棟時入院形態	退棟時自発入院		000.0	(000.0%)
23 退棟時主診断 (ICD-10コード)	退棟時最多診断 (ICD分類1桁)		000.0	(000.0%)
	F2診断		000.0	(000.0%)
24 退棟時副診断	重複診断		000.0	(000.0%)
25 退棟時副診断 (ICD-10コード)	退棟時最多副診断 (ICD分類1桁)		000.0	(000.0%)
26 身体合併症	退棟時身体合併症あり		000.0	(000.0%)
	退棟時中等度以上身体合併症		000.0	(000.0%)
27 退棟時GAFスコア	退棟時平均GAF		000.0 ±	00.0
	死亡退院		000.0	(000.0%)
28 臨床全般改善度CGI	退棟時平均CGI		000.0 ±	00.0
29 退棟時BPRS	退棟時平均BPRSスコア		000.0 ±	00.0
30 電気けいれん療法	ECT施行		000.0	(000.0%)
	修正型平均回数		000.0 ±	00.0
	非修正型平均回数		000.0 ±	00.0
31 自傷インシデント	自傷インシデント		000.0	(000.0%)
	自傷インシデント回数		000.0 ±	00.0
32 暴力インシデント	暴力インシデント		000.0	(000.0%)
	暴力インシデント回数		000.0 ±	00.0
33 無断離院	無断離院		000.0	(000.0%)
34 薬剤による有害事象	薬剤関連有害事象		000.0	(000.0%)
35 治療関連合併症	治療関連合併症・肺炎		000.0	(000.0%)
	肺血栓塞栓症		000.0	(000.0%)
	転倒・転落		000.0	(000.0%)
	褥瘡		000.0	(000.0%)
36 その他の重大インシデント	他の重大インシデント		000.0	(000.0%)

作業療法					
37	作業療法	作業療法実施	000.0		(000.0%)
		作業療法開始までの平均病日	000.0	±	00.0
		作業療法平均実施回数	000.0	±	00.0
訪問看護					
38	退院前訪問看護	退院前訪問看護実施	000.0		(000.0%)
		退院前訪問看護平均実施回数	000.0	±	00.0
薬剤 入棟時					
39	入棟後 経口初日の処方	抗精神病薬数(内服・デポ)	000.0	±	00.0
		単剤率	000.0		(000.0%)
		第二世代のみ処方率	000.0		(000.0%)
		デポ剤処方率	000.0		(000.0%)
		クロルプロマジン換算用量(デポ剤含む)	000.0		(000.0%)
		抗パーキンソン薬剤数	000.0	±	00.0
		併用率	000.0		(000.0%)
		ビペリデン換算用量	000.0	±	00.0
		気分安定薬剤数	000.0	±	00.0
		併用率	000.0		(000.0%)
		抗不安薬・睡眠薬剤数	000.0	±	00.0
		併用率(母数F2)	000.0		(000.0%)
		抗不安薬・睡眠薬処方率	000.0		(000.0%)
		ジアゼパム換算用量	000.0	±	00.0
		抗うつ薬剤数	000.0	±	00.0
		処方率	000.0		(000.0%)
		身体疾患治療薬併用率	000.0		(000.0%)
		下剤併用率	000.0		(000.0%)
		排尿障害治療薬併用率	000.0		(000.0%)
40	最初の経口内服日	内服までの平均病日	000.0	±	00.0
41	服薬管理形態	服薬自己管理	000.0		(000.0%)
		服薬援助(与薬)	000.0		(000.0%)
		強制服薬(経管)	000.0		(000.0%)
薬剤 退棟時					
42	退棟時 処方	抗精神病薬数(内服・デポ)	000.0	±	00.0
		単剤率	000.0		(000.0%)
		第二世代のみ処方率	000.0		(000.0%)
		デポ剤処方率	000.0		(000.0%)
		クロルプロマジン換算用量(デポ剤含む)	000.0	±	00.0
		抗パーキンソン薬剤数	000.0	±	00.0
		併用率	000.0		(000.0%)
		ビペリデン換算用量	000.0	±	00.0
		気分安定薬剤数	000.0	±	00.0
		併用率	000.0		(000.0%)
		抗不安薬・睡眠薬剤数	000.0	±	00.0
		併用率(母数F2)	000.0		(000.0%)
		抗不安薬・睡眠薬処方率	000.0		(000.0%)
		ジアゼパム換算用量	000.0	±	00.0
		抗うつ薬剤数	000.0	±	00.0
		処方率	000.0		(000.0%)
		身体疾患治療薬併用率	000.0		(000.0%)
		下剤併用率	000.0		(000.0%)
		排尿障害治療薬併用率	000.0		(000.0%)
43	処方推移	抗精神病薬変化数	000.0	±	00.0
		CP換算変化量	000.0	±	00.0
		BPD換算変化量	000.0	±	00.0
		DZP換算変化量	000.0	±	00.0
		スイッチング	000.0		(000.0%)
44	服薬管理形態	服薬自己管理	000.0		(000.0%)
		服薬援助(与薬)	000.0		(000.0%)
		強制服薬(経管)	000.0		(000.0%)
45	服薬指導	服薬指導実施	000.0		(000.0%)
		服薬指導開始までの平均病日	000.0	±	00.0
		平均指導回数	000.0	±	00.0

精神保健福祉 入棟時				
46	入棟時居住先	入棟時単身生活	000.0	(000.0%)
		入棟時の居住先不明確	000.0	(000.0%)
47	入棟経路	在宅からの入棟	000.0	(000.0%)
		転院受入	000.0	(000.0%)
48	入棟前 精神科治療状況	初回治療	000.0	(000.0%)
		治療中断	000.0	(000.0%)
		自施設通院中	000.0	(000.0%)
		診療所通院中	000.0	(000.0%)
		自施設治療中断	000.0	(000.0%)
49	入棟前 在宅支援サービス	入棟時在宅サービス利用	000.0	(000.0%)
		1 訪問看護	000.0	(000.0%)
		2 ホームヘルプ	000.0	(000.0%)
		3 精神科デイケア	000.0	(000.0%)
		4 就労継続・移行支援	000.0	(000.0%)
		5 地域活動支援センター	000.0	(000.0%)
		6 相談支援(ケアマネ)	000.0	(000.0%)
		7 ピアサポート	000.0	(000.0%)
		8 自助グループ	000.0	(000.0%)
		9 介護保険	000.0	(000.0%)
		10 その他	000.0	(000.0%)
50	入棟時 制度利用	入棟時制度利用	000.0	(000.0%)
		1 障害年金	000.0	(000.0%)
		2 生活保護	000.0	(000.0%)
		3 自立支援医療	000.0	(000.0%)
		4 精神障害者保健福祉手帳	000.0	(000.0%)
		5 その他	000.0	(000.0%)
51	他院を含む通算入院回数(今回を含む)	平均入院回数	000.0	± 00.0
	(医療保護入院居等に記載する回数を記入)	初回入院	000.0	(000.0%)
52	他院を含む精神科通算入院期間	入棟時1年未満罹病	000.0	(000.0%)
		入棟時1年以上～10年未満罹病	000.0	(000.0%)
		入棟時11年以上罹病	000.0	(000.0%)
53	主診断の推定罹病期間	入棟時1年未満罹病	000.0	(000.0%)
		入棟時1年以上～10年未満罹病	000.0	(000.0%)
		入棟時10年以上罹病	000.0	(000.0%)
精神保健福祉 退棟時				
54	精神保健福祉士等の関与への早さ	1週間以内の介入	000.0	(000.0%)
		関与なし	000.0	(000.0%)
55	精神保健福祉士等の関与の深さ	1 相談・情報提供	000.0	(000.0%)
		2 外部関係機関との連絡調整	000.0	(000.0%)
		3 地域や自宅へのアウトリーチ	000.0	(000.0%)
56	心理社会的アセスメント	心理社会的アセスメントの実施	000.0	(000.0%)
		0 なし	000.0	(000.0%)
		1 住居確保	000.0	(000.0%)
		2 日中の居場所の確保	000.0	(000.0%)
		3 家族支援および調整	000.0	(000.0%)
		4 就労支援	000.0	(000.0%)
		5 制度利用	000.0	(000.0%)
		6 金銭管理	000.0	(000.0%)
		7 生活全般の改善をめざす相談	000.0	(000.0%)
		8 その他	000.0	(000.0%)
57	ケアプランの作成	ケアプランの作成	000.0	(000.0%)
58	入院中の直接のサポート内容	0 なし	000.0	(000.0%)
		1 住居確保	000.0	(000.0%)
		2 日中の居場所の確保	000.0	(000.0%)
		3 家族支援および調整	000.0	(000.0%)
		4 就労支援	000.0	(000.0%)
		5 制度利用	000.0	(000.0%)
		6 金銭管理	000.0	(000.0%)
		7 生活全般の改善をめざす相談	000.0	(000.0%)
		8 その他	000.0	(000.0%)
59	サービス調整会議の実施	サービス調整会議の実施	000.0	(000.0%)
60	ケア会議の実施	ケア会議の実施	000.0	(000.0%)
61	退院後のケアマネジャー確保	退院後のケアマネジャー確保	000.0	(000.0%)
		ケアマネジャーが院外スタッフ	000.0	(000.0%)
62	退棟後 精神科治療形態	退棟後入院継続	000.0	(000.0%)
		退棟後自施設通院	000.0	(000.0%)
		退棟後診療所通院	000.0	(000.0%)
		院内転棟	000.0	(000.0%)
		一般科転院	000.0	(000.0%)
63	退棟後 在宅支援サービス	退棟時在宅サービス利用	000.0	(000.0%)
		1 訪問看護	000.0	(000.0%)
		2 ホームヘルプ	000.0	(000.0%)
		3 精神科デイケア	000.0	(000.0%)
		4 就労継続・移行支援	000.0	(000.0%)
		5 地域活動支援センター	000.0	(000.0%)
		6 相談支援(ケアマネ)	000.0	(000.0%)
		7 ピアサポート	000.0	(000.0%)
		8 自助グループ	000.0	(000.0%)
		9 介護保険	000.0	(000.0%)
		10 その他	000.0	(000.0%)
64	退棟後 居住先	退棟後単身生活	000.0	(000.0%)
		退棟後施設入所	000.0	(000.0%)
65	入棟後3ヶ月時点での転帰	新規入院者の在宅移行率	000.0	(000.0%)

表 14-2. 患者レジストリ 出力様式 (例), 精神科救急医療に関するアンケート調査表 病院パート

精神科救急医療に関するアンケート調査票 病院全体情報		
項目名	下位項目名	回答
設立主体		
病院の種別		
病床数	全病床数	
	一般科病床数	
	精神科全病床数	
	隔離室	
	可変型個室	
	一般個室	
	個室率	
看護単位数		
病棟種別		
検査体制	血算	
	生化学的検査	
	X線単純撮影	
	CTスキャン	
	12誘導心電図	
	超音波検査	
	動脈血ガス分析	
電子カルテシステム		
医師配置	常勤精神科医師数	
	うち精神保健指定医数	
	うち特定医師数	
	うち精神保健判定医	
	非常勤精神科医師数	
	うち指定医数	
	当直常勤精神科医師数	
	当直医体制	
	一般科常勤医師数	
	一般科非常勤医師数	
看護師配置	常勤精神科看護師数	
	非常勤精神科看護師数	
	救急外来専任看護師	
コメディカル	ソーシャルワーカー	
	臨床心理士	
	作業療法士	
	薬剤師	
	当直ソーシャルワーカー	
地域精神保健サービス	デイケア（含ナイト、ショート等）	
	作業療法	
	アウトリーチサービス	
	自立支援法の日中活動プログラム	
	自立支援法の居住プログラム	
精神科救急システムへの関与	要綱上の役割	
	精神科救急外来の体制	
	連絡調整会議への参加	
	空床確保数	
	バックアップ機能の担当	
	27条診察への協力	
	精神保健福祉法指定病院	
	応急指定	
電話相談体制	精神科救急情報センター併設	
	電話相談受付時間帯	
	電話相談対応者	
施設認定	日本医療機能評価機構	
	国際標準化機構 (ISO)	
	日本精神神経学会認定施設	
外来情報	年間初診数 (職員対応を除く)	
	1日平均再来数 (除デイケア等)	
	1日デイケア数 (含ショートケア)	
	1日ナイトケア数	
	1日デイナイトケア数	
	年間訪問看護件数	
	年間時間外診療件数	
入退院情報	年間延べ在院患者数	
	1日平均在院患者数	
	年間病床利用率	
	年間入院件数	
	うち精神科救急事業による入院件数	
	措置、緊急措置、応急入院件数	
	年間退院件数	
	年間病床回転率	
	平均在院日数	

表 14-3. 患者レジストリ 出力様式, 精神科救急医療に関するアンケート調査表 病棟パート

精神科救急医療に関するアンケート調査票 病棟情報		
病棟ID:		
項目名	下位項目名	回答
病床数	当該病棟の病床数	
	隔離室	
	可変型個室	
	一般個室	
	個室率	
医療設備	隔離室配管（酸素・吸引）	
	個室内配管（酸素・吸引）	
	病棟救急カート	
	心肺モニター	
	AEDを含む除細動機	
	人工呼吸器	
	パルス型電気刺激装置	
	エアマット	
	間欠的空気圧迫法装置	
	医師配置	病棟専任常勤医師数 医師一人当たりの患者数
うち指定医数		
病棟兼任常勤医師数		
うち指定医数		
看護師配置	病棟看護師数 看護師一人あたりの患者数	
	準夜勤体制 看護師一人あたりの患者数	
	深夜勤体制 看護師一人あたりの患者数	
	病棟専属ソーシャルワーカー 他の病棟専属コメディカル	
専門治療件数	入院精神療法Ⅰ実施件数	
	年間生活技能訓練法件数	
	電気痙攣療法	
	作業療法件数	
	退院前訪問看護実施件数	
前年度患者動態	年間のべ在棟患者数	
	新規患者率	
入院形態	年間入棟件数	
	緊急措置入院数	
	措置入院数	
	応急入院数	
	医療保護入院数	
	任意入院数	
	司法鑑定による入院数	
	医療観察法鑑定入院数	
	医療観察法指定入院数	
	その他入院数	
	行動制限	隔離件数
身体拘束件数		
診断カテゴリ	F0	
	F1	
	F2	
	F3	
	F4	
	F5	
	F6	
転帰	その他	
	在宅移行率	
	院内転棟数	
	他院への転入院件数(精神科)	
	他院への転入院件数(一般科)	

表 14-4. 患者レジストリ 出力様式 (例), 精神科救急入院料等 認可基準判定表

精神科救急入院料等 認可基準適合判定表					
No	要求項目	I	II	合	貴施設の状況
1	院内の常勤の精神保健指定医数	5		3	以上
2	当該病棟の＜病床数：常勤医師数＞比率	16対1			以上
3	当該病棟の精神保健指定医数	1			以上
4	当該病棟専属の常勤精神保健福祉士数	2			以上
5	当該病棟の看護職員数	10対1			以上
6	日勤帯以外の時間帯の看護師数	2			以上
7	1看護単位当たりの病床数	60			以下
8	隔離室を含む病棟の個室割合	50%			以上
9	常時精神科救急外来診療が可能	可			
10	院内において必要な検査及びCT撮影が速やかに実施できる	可			
11	1月間の精神科病床延べ入院日数のうち、新規入院患者の延べ入院日数の割合	40%			以上
12	時間外診療件数(1年間) ＜右記のいずれか＞	200			以上
		(当該圏域人口万対2.5件)			以上 注1
13	精神保健福祉法に規定された全ての入院形式(医療観察法を除く)の患者受け入れ	可			
14	年間新規患者のうち、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院、医療観察法入院の割合	60%			以上
15	1年間の措置、緊急措置、応急入院の新規入院患者受入数 ＜右記のいずれか＞	30			以上
		(当該圏域の25%)			以上 注1
16	医保・応急・任意の新規入院患者のうち3月以内に退院し、在宅移行する割合	60%	40%		以上
総合判定		精神科救急入院料 I			
		精神科救急入院料 II			
		精神科救急・合併症入院料			注2
	備考 I：精神科救急入院料 I の基準 II：精神科救急入院料 II の基準 合：精神科救急・合併症入院料の基準 注1) () で示した条件は本レジストリでは計算できません。 注2) 精神科救急合併症入院料の基準には別途合併症患者の要件確認が必要です				

表 14-5. 患者レジストリ 出力様式, 患者サマリーシート

精神科急性期病棟群 入院患者指標レジストリ (P/Q registry) 患者シート			
患者名			
項目名	下位項目名	入棟時	退棟時
性別			
入棟時年齢			
主治医			
プライマリ看護師			
救急医療事業における患者カテゴリ			
診療報酬における新規入院の該当			
入棟日時/退棟日	日時		
	時間帯		
在棟日数			
入院形態			
入院時暫定診断			
主診断 (ICD-10コード)			
退棟時副診断			
退棟時副診断 (ICD-10コード)			
GAFスコア			
一般科かかりつけ医によるフォロー			
身体合併症	有無		
	重症度		
	診断		
	疾患名		
主病像			
自殺念慮			
自傷・入院中自傷インシデント			
	回数		
院内自殺 (完遂)	有無		
他害の危険・入院中暴力インシデント	有無		
	回数		
アルコール・薬物の依存・乱用			
アドヒアランス不良			
隔離 (入棟時: 有無, 退棟時: 日数)			
身体拘束 (入棟時: 有無, 退棟時: 日数)			
静脈確保			
筋肉注射	有無		
	投与薬剤		
静脈注射	有無		
	投与薬剤		
膀胱カテーテル			
電気けいれん療法	有無		
	m-ECT回数		
	n-ECT回数		
無断離院	有無		
薬剤による有害事象	有無		
	内容		
治療関連合併症	嚥下性肺炎		
	肺血栓塞栓症		
	転倒・転落		
	褥瘡		
その他の重大インシデント	有無		
	内容		
臨床全般改善度CGI			
入棟時BPRS	1. 心気症		
	2. 不安		
	3. 情動的ひきこもり		
	4. 概念の統合失調		
	5. 罪責感		
	6. 緊張		
	7. 奇妙な態度		
	8. 誇大性		
	9. 抑うつ気分		
	10. 敵意		
	11. 猜疑心		

	1 2. 幻覚による行動		
	1 3. 運動減退		
	1 4. 非協調性		
	1 5. 不自然な思考内容		
	1 6. 情動の平板化		
	1 7. 興奮		
	1 8. 失見当識		
	合計得点		
精神神経用剤	抗精神病薬数		
	第一世代抗精神病薬数		
	第二世代抗精神病薬数		
	デポ剤の数		
	クロルプロマジン換算用量		
	併用抗パーキンソン剤数		
	ピペリデン換算用量		
	併用感情安定剤数		
	ジアゼパム換算用量		
	抗不安薬・睡眠薬数		
身体疾患治療薬			
下剤			
排尿障害治療剤			
最初の経口内服日			
服薬管理形態			
服薬指導 有無			
初回施行病日			
回数			
作業療法	施行有無		
	初回施行日		
	施行回数		
退院前訪問看護	施行有無		
	施行回数		
入退棟時居住先			
入棟経路			
精神科治療			
	通院中医療機関/退棟後医療機関		
	中断の場合/入院継続の場合		
在宅支援サービス	有無		
	サービス内容		
制度利用			
	利用制度		
他院を含む通算入院回数（今回を含む）			
他院を含む精神科通算入院期間			
主診断の推定罹病期間			
精神保健福祉士等の関与	早さ		
	深さ		
心理社会的アセスメント	有無		
	把握したニーズ		
ケアプランの作成			
入院中の直接のサポート内容			
サービス調整会議の実施			
	本人参加		
ケア会議			
	本人参加		
退院後のケアマネージャー確保			
	主たるケアマネージャー		

表 14-6. 患者レジストリ 出力様式 (例), ケアマネジメントスクリーニングチェックリスト (CMSC)

患者ID: _____ 患者氏名: _____ 入力日: _____ 出力日: _____			
ケアマネスクリーニングチェックリスト			
項目	内容	回答	得点
治療の困難性	年齢が65歳以上である	はい	2
	過去2年間における入院回数が、 今回で3回目以上である	いいえ	0
	前回退院から3カ月以内の再入院である	はい	2
	定期的な服薬ができていなかった(初発の場合も含む)	はい	1
	本人が外来受診しない(初発の場合も含む)	いいえ	0
	重複診断がある (知的障害・認知症・アルコール/薬物など)	いいえ	0
	身体合併症がある	いいえ	0
	近隣でのトラブルがある。警察介入あるいは保健所介入がある	はい	1
	措置入院・鑑定入院である	いいえ	0
経済的な問題	経済的理由で、日用品の準備ができない	いいえ	0
	本人・家族から入院費の相談がある	いいえ	0
家族・支援者状況	入院当初で、帰る場所が見当たらない (ホームレスや、迷惑行為があり追い出された、など)	いいえ	0
	家族または支援者が入院時に同行しなかった (保健所などの同行ははいを選択)	はい	1
合計得点		7 点	
※6点以上で入院早期よりケアマネジメント導入を推奨			
入院後1カ月経っても退院の目処が立たない場合はケアマネ導入を検討する			

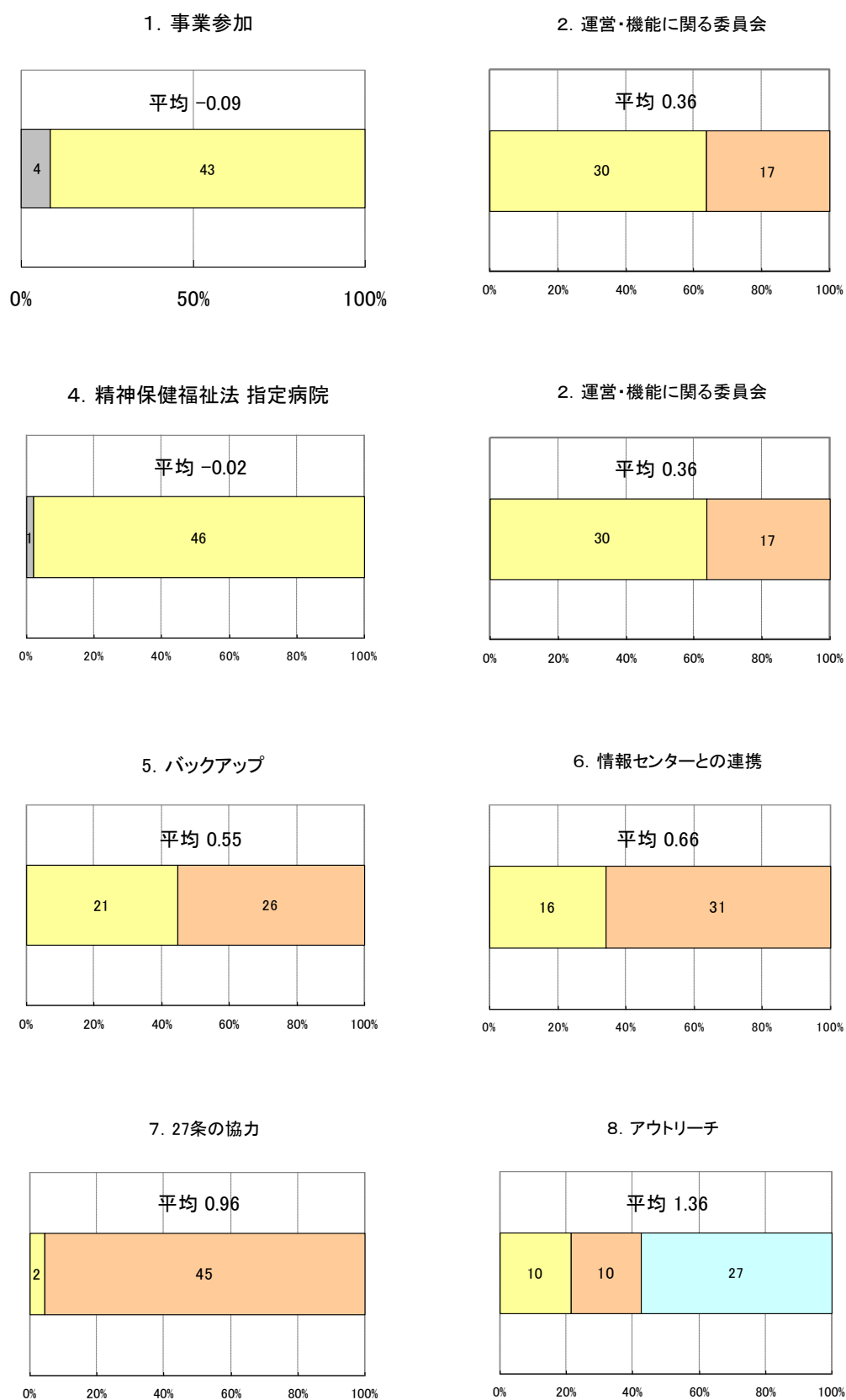
表 14-7. 患者レジストリ 出力様式 (例), ケアマネジメントスクリーニングチェックリスト (CMSC) 評価によるリスク別 QI 対比表

	病院名		病棟名						
			〇〇年〇月分						
QI番号	QI名	全体	ハイリスク群		ローリスク群				
21	在棟日数	平均在棟日数	000.0	± 00.0	000.0	± 00.0	000.0	± 00.0	00.0
		在棟30日以内	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
55	精神保健福祉士等の関与への早さ	1週間以内の介入	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		関与なし	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
56	精神保健福祉士等の関与の深さ	1 相談・情報提供	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		2 外部関係機関との連絡調整	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		3 地域や自宅へのアウトリーチ	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
57	心理社会的アセスメント	心理社会的アセスメントの実施	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		0 なし	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		1 住居確保	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		2 日中の居場所の確保	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		3 家族支援および調整	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		4 就労支援	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		5 制度利用	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		6 金銭管理	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		7 生活全般の改善をめざす相談	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		8 その他	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
58	ケアプランの作成	ケアプランの作成	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
59	入院中の直接のサポート内容	0 なし	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		1 住居確保	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		2 日中の居場所の確保	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		3 家族支援および調整	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		4 就労支援	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		5 制度利用	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		6 金銭管理	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		7 生活全般の改善をめざす相談	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		8 その他	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
60	サービス調整会議の実施	サービス調整会議の実施	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
61	ケア会議の実施	ケア会議の実施	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
62	退院後のケアマネジャー確保	退院後のケアマネジャー確保	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		ケアマネージャーが院外スタッフ	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
63	退棟後 精神科治療形態	退棟後入院継続	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		退棟後自施設通院	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		退棟後診療所通院	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		院内転棟	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		一般科転院	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
64	退棟後 在宅支援サービス	退棟時在宅サービス利用	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		1 訪問看護	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		2 ホームヘルプ	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		3 精神科デイケア	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		4 就労継続・移行支援	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		5 地域活動支援センター	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		6 相談支援（ケアマネ）	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		7 ピアサポート	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		8 自助グループ	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		9 介護保険	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		10 その他	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
65	退棟後 居住先	退棟後単身生活	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
		退棟後施設入所	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)
66	入棟後3ヶ月時点での転帰	新規入院者の在宅移行率	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	000.0	(000.0%)	(000.0%)

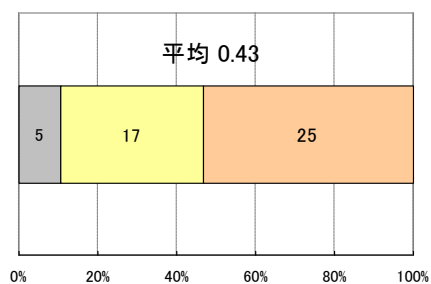
図

1. 常時対応施設評価表（案）調査結果：項目別得点分布
2. 常時対応施設評価表（案）結果：ヒストグラム
3. 患者レジストリ入力画面（例）

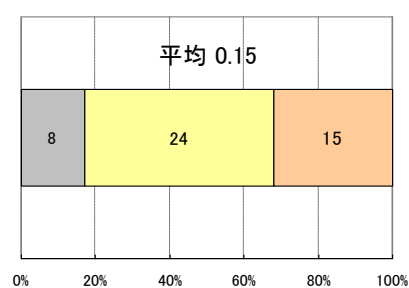
図1. 常時対応施設（案）調査結果：項目別得点分布



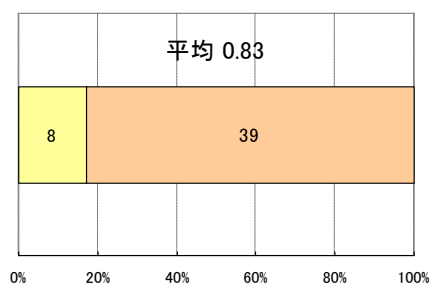
9. 救急診察室施設



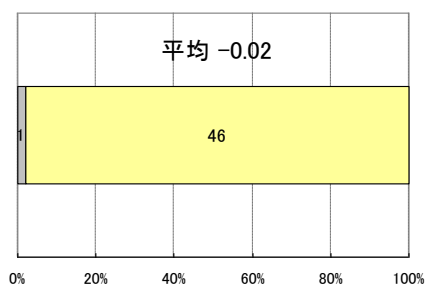
10. 臨床検査設備・体制



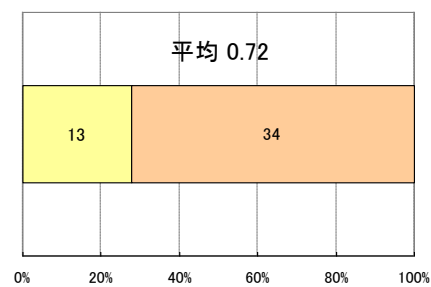
11. 個室率



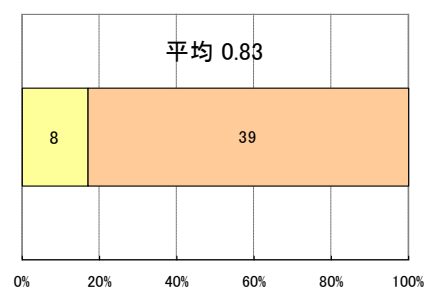
12. 隔離室配置



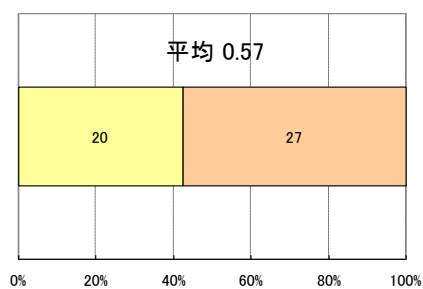
13. 隔離室設備



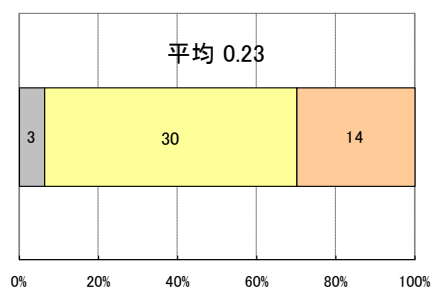
14. 身体管理のための設備



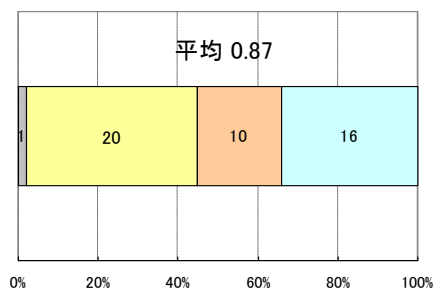
15. 電気けいれん療法



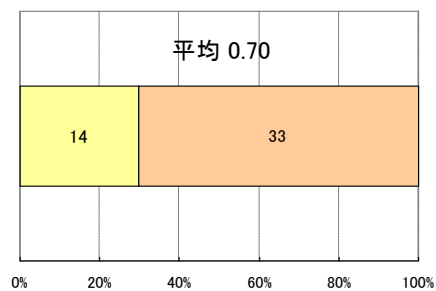
16. 当直精神科医師数



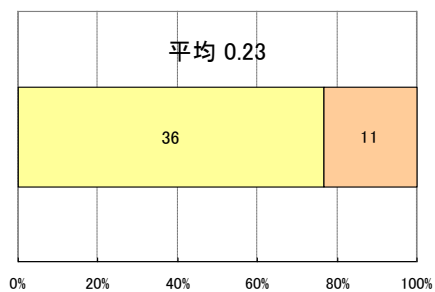
17. 精神保健指定医による体制



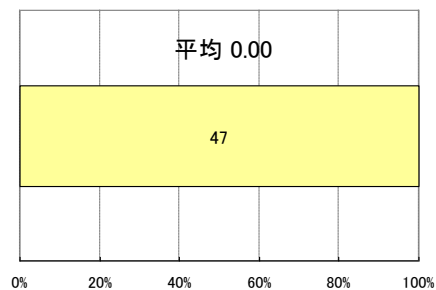
18. 救急外来専任看護師の勤務



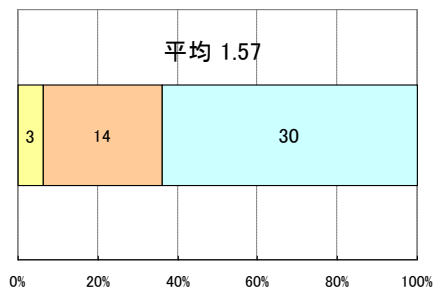
19. PSW当直



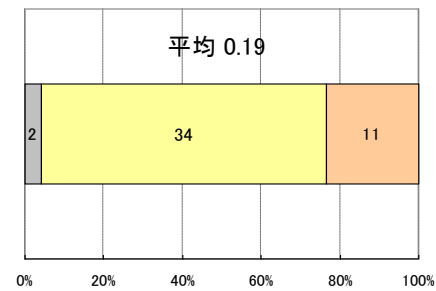
20. 十分な医師密度



21. 院内の指定医師数

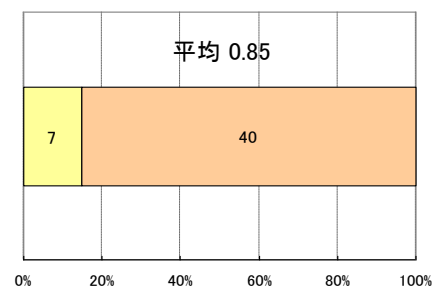


22. 十分な看護密度

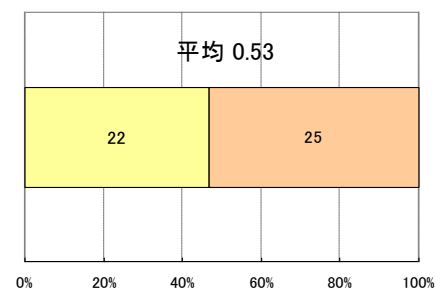


(図-3)

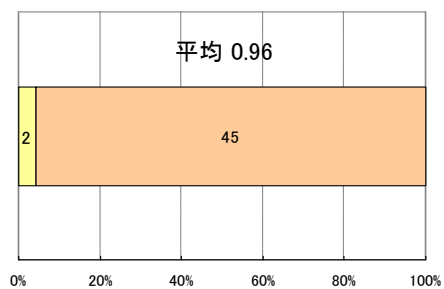
23. 専任コメディカルスタッフ



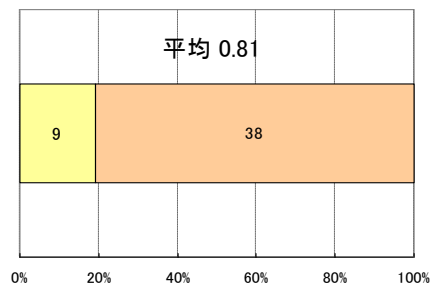
24. 教育体制



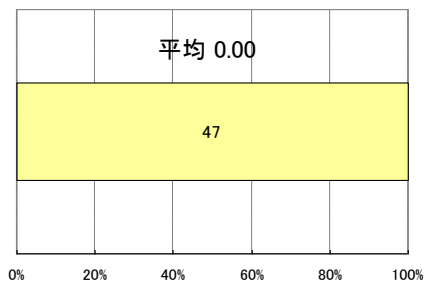
25. 医師臨床研修指定病院



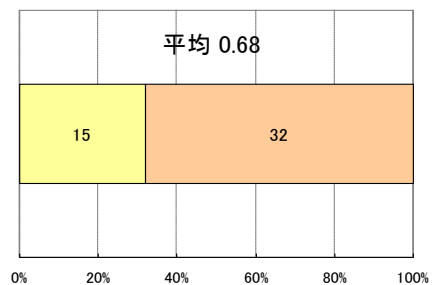
26. 看護とコメディカルの実習受入



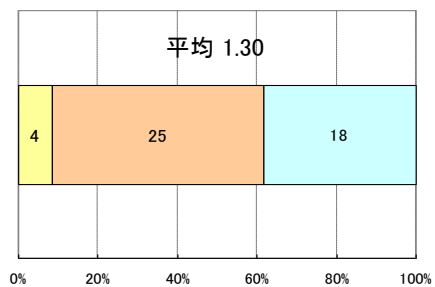
27. 隔離・身体拘束の使用



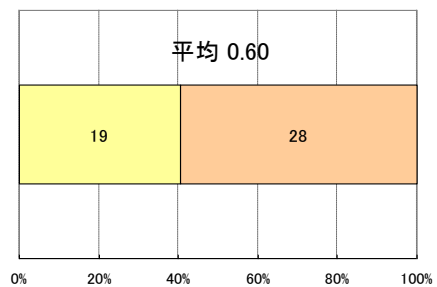
28. 患者のデータの管理



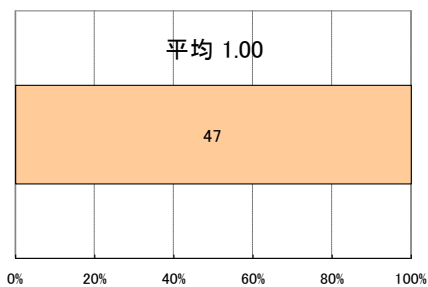
29. 身体合併症対応



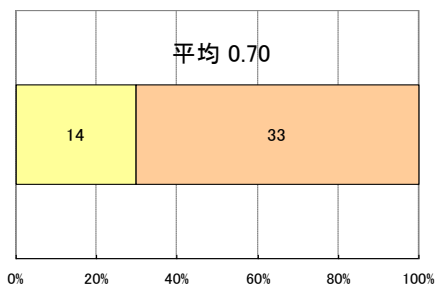
30. 倫理的問題となりやすい事項



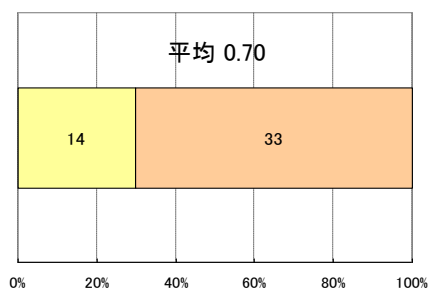
31. 医療安全と、リスク管理



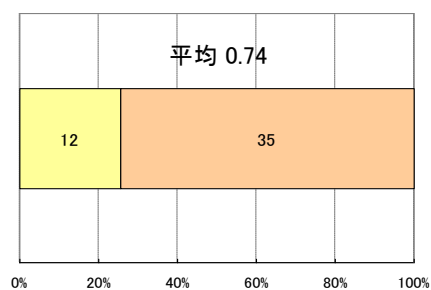
32. 入院時の主要リスク評価



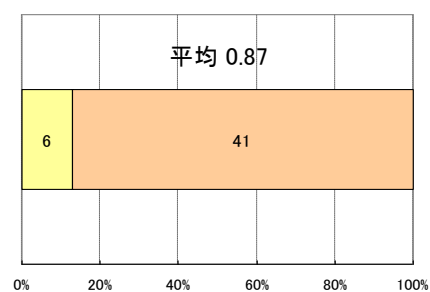
33. 特有のリスクの評価対応手順



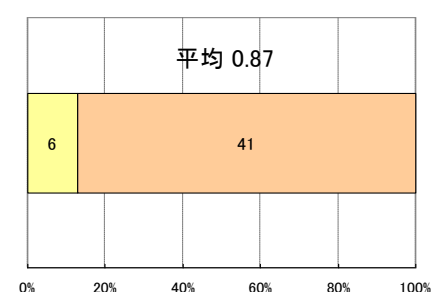
34. 入院時PSW スクリーニング対応手順



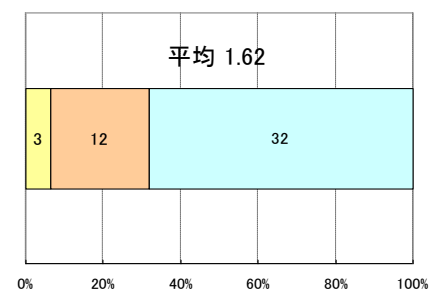
35. 身体拘束時のリスク管理



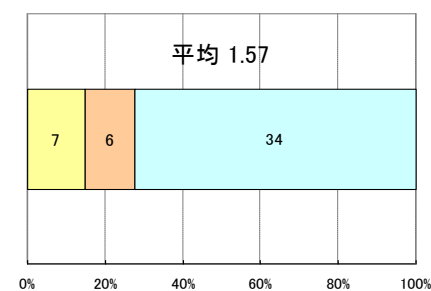
36. 患者の要望や意見の把握 回答



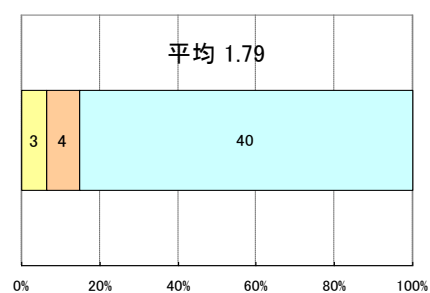
37. 年間時間外診療件数



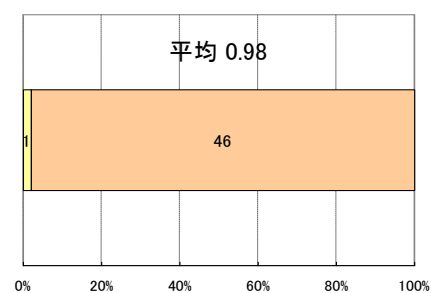
38. 新規患者の割合



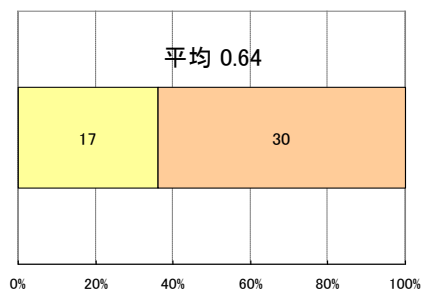
39. 3か月以内の自宅退院移行



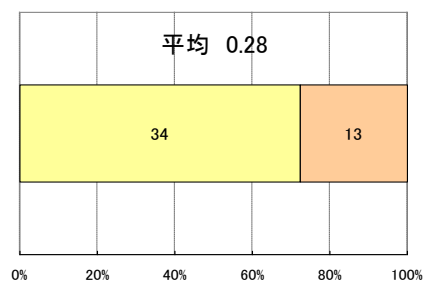
40. 年間の措置入院患者数



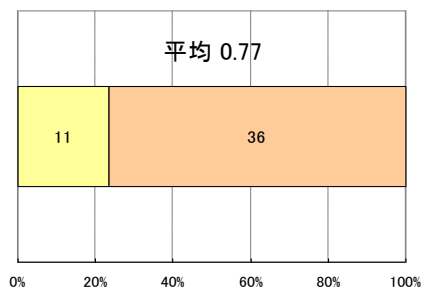
41. 地域移行 多職種カンファレンス



42. 薬剤指導の実施



43. 当該病棟での作業療法



44. 院内完結

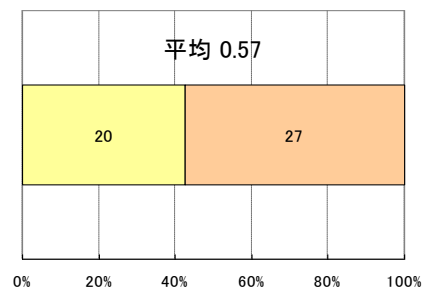
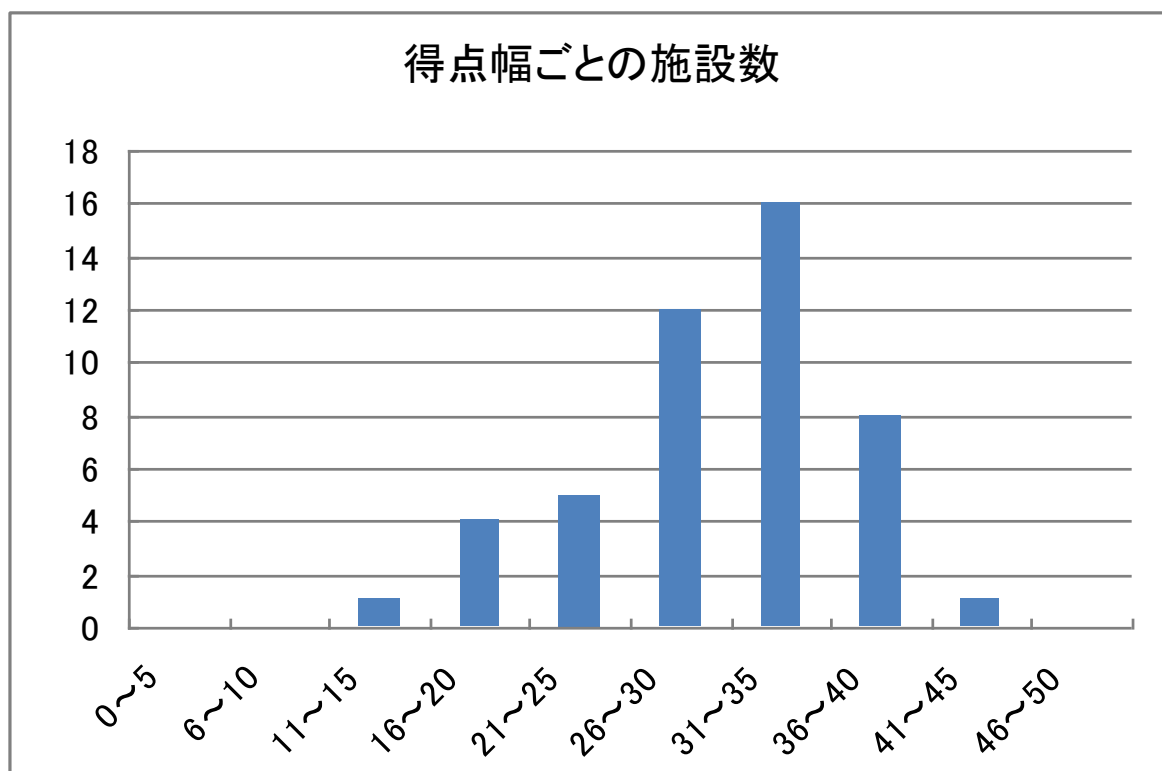


図 2. 常時対応施設評価表（案）調査結果：ヒストグラム



The slide features a blue background with a pattern of small, light blue circles. In the center, the text "eCODO" is displayed in a large, metallic, 3D font, with "2.1" in a smaller font to its right. Below the text is a white rectangular box. At the bottom, there is a row of eight decorative icons: a stylized plant, a heart, a swirl, a knot, a cross, a person, a person with arms raised, and a flower.[illegible]

図 3-3 患者レジストリ入力画面：PQ レジストリ 患者基本情報 入棟時画面

入棟時情報 - 作成

患者太郎 男(63才) 2010/02/24退棟

主治医 中井和哉

プライマリ看護師 平田広明

救急医療事業における患者カテゴリ

診療報酬における新規入院の該当

入棟日時 2010/02/22 時 分

☐ 平日日中 ☐ 土日祝日日中 ☐ 準夜 ☐ 深夜

入棟時入院形態 緊急措置入院

精神科暫定診断 ☐ 不明 ☒ 暫定診断あり F00.2

入棟時GAFスコア 22

身体合併症 ☐ なし ☐ あり ☐ 疑い

重症度 一次レベル

診断 J 呼吸器系疾患

疾患名 疾患名A

一般科による定期的フォロー ☐ なし ☐ あり

主病像

自殺意欲

自傷

他害の危険 ☐ なし ☐ 対物 ☐ 攻撃的言辭 ☐ 対人

アルコール・薬物の依存・乱用 ☐ なし ☐ あり

服薬状況 ☐ 規則的 ☐ 不規則性

入棟時の処置

薬睡 ☐ なし ☐ あり

拘束 ☐ なし ☐ あり

静脈確保 ☒ なし ☐ あり

筋肉注射 ☒ なし ☐ あり

※デボ剤を除く

静脈注射 ☒ なし ☐ あり

膀胱カテーテル ☐ なし ☐ あり

入棟時BPRS

心気症	不安	情動的ひきこもり	概念の統合失調	罪責感	緊張	奇妙な態度	誇大性	抑うつ気分	敵意	猜疑心	幻覚による行動	運動減退	非協同性	不自然な患者内容	情動の平板化	興奮	失礼当道
-----	----	----------	---------	-----	----	-------	-----	-------	----	-----	---------	------	------	----------	--------	----	------

合計得点 未入力

メモ

登録 戻る

退様時情報 - 作成

厚生太郎 男(63才) 2010/02/24退様

退様日 2010/02/24 印刷

退様時入院形態 医療観察法指定

退様時主診断 F21 (S) ※2桁以上選択

退様時副診断 ☐ なし ☐ あり

身体合併症 ☐ なし ☐ あり ☒ 疑い

重症度 二次レベル ?

診断 C_D 新生物 ?

疾患名 疾患名B

退様時GAFスコア 22 ? ☐ 死亡退院

院内自殺(完遂) ☐ なし ☐ あり

臨床全般改善度CG 著明改善

退様時BPRS

心気度	不安	情動的ひきこもり	概念の統合失調	罪責感	緊張
奇妙な態度	誇大性	抑うつ気分	敵意	猜疑心	幻覚による行動
運動減退	非協調性	不自然な思考内容	情動の平板化	興奮	失礼当議

合計得点 未入力

電気けいれん療法 ☐ なし ☐ あり

自傷インシデント ☐ なし ☐ あり ?

暴カインシデント ☐ なし ☐ あり ?

無断離脱 ☐ なし ☐ あり

治療関連合併症

- 糖下性肺炎 ☐ なし ☐ あり
- 肺血栓塞栓症 ☐ なし ☐ あり
- 転倒・転落 ☐ なし ☐ あり
- 褥瘡 ☐ なし ☐ あり
- その他の重大インシデント ☐ なし ☐ あり

メモ

薬剤入棟時情報 - 作成

厚生太郎
男(63才)
2010/02/24退棟

入棟後 経口初日の処方

精神神経用剤	薬効分類	薬剤	投与量(mg)	数算値	集計結果
	第一世代抗精神病薬	レボメプロマジン	26	26	抗精神病薬剤数 (内服・デポ) 1 剤
					第一世代抗精神病薬剤数 1 剤
					第二世代抗精神病薬剤数 0 剤
					第一世代デポ剤数 0 剤
					第二世代デポ剤数 0 剤
					クロルプロマジン数算用減 (デポ剤含む) 2.6 mg
					リパーキン用量 0 剤
					ピバリデン数算用量 0.0 mg
					気分安定薬剤数 0 剤
					抗不安薬・睡眠薬剤数 0 剤
					ジアゼパム数算用量 0.0 mg
					抗うつ薬剤数 0 剤

決定(集計)

その他の精神神経用剤

☐ なし
☐ あり

身体疾患治療薬

☐ なし
☐ あり

下剤

☐ なし
☐ あり

排尿障害治療剤

☐ なし
☐ あり

持参薬管理

☐ 持参なし
☐ あり(薬剤師関与あり)
☐ あり(薬剤師関与なし)

最初の経口内服日

服薬管理形態

☒ 自己管理
☐ 援助(与薬)
☐ 強制(経管・強制経口)

メモ

登録

戻る

図 3-6. 患者レジストリ入力画面：PQ レジストリ 薬剤情報 退棟時画面

薬剤退棟時情報 - 作成

厚生太郎 男(63才) 2010/02/24退棟

退棟時 処方

薬効分類	薬剤	投与量(mg)	換算値	累計結果
第一世代抗精神病薬	フロクロルペラジン	3	20.0	抗精神病薬剤数(内服・デブ)
第一世代抗精神病薬	クロルプロマジン	1	1.0	第一世代抗精神病薬剤数
第二世代抗精神病薬	オランザピン	10	400.0	第二世代抗精神病薬剤数
第一世代デブ剤	ハロペリドール	4.3	14.3	第一世代デブ剤数
抗パーキンソン薬	トリヘキソフェニジル	5	2.5	第二世代デブ剤数
抗うつ剤	ミルナシプラン	5		クロルプロマジン換算用量(デブ剤含む)
				抗パーキンソン薬剤数
				ピペリデン換算用量
				気分安定薬剤数
				抗不安薬・睡眠薬剤数
				ジアゼパム換算用量
				抗うつ薬剤数

決定(保存)

その他の精神神経用剤 ☐ なし ☐ あり

身体疾患治療薬 ☐ なし ☐ あり

下剤 ☐ なし ☐ あり

排尿障害治療剤 ☐ なし ☐ あり

処方推移

抗精神病薬変化数

CP換算変化量

BPD換算変化量

DZP換算変化量

スイッチング ☐ なし ☐ あり

服薬管理形態 ☐ 自己管理 ☐ 援助(与薬) ☐ 強制(経管・強制経口)

服薬指導 ☐ なし ☐ あり

メモ

登録 戻る

図 3-7. 患者レジストリ入力画面：PQ レジストリ 精神保健福祉情報 退棟時画面

PSW入棟時情報 - 作成

厚生太郎 男(63才) 2010/02/24退棟

入棟時居住先

入棟経路

入棟前 精神科治療状況

入棟前 在宅支援サービス ☐ なし ☐ あり

入棟時 制度利用 ☐ なし ☐ あり

他院を含む通算入院回数(今回を含む) 回目 ☐ 不明 ※医療保護入院等に記載する回数を記入

他院を含む精神科通算入院期間

主診断の推定罹病期間

メモ

登録 戻る

図 3-8. 患者レジストリ入力画面：PQ レジストリ 精神保健福祉情報 退棟時画面

PSW退棟時情報 - 作成

厚生太郎 男(63才) 2010/02/24退棟

精神保健福祉士等の関与への早さ 1週間以内 ▼

精神保健福祉士等の関与の深さ ☐ 相談・情報提供を実施
☐ 外部の関係機関と連絡調整を実施
☐ 同行訪問など地域や自宅へのアウトリーチを実施

心理社会的アセスメント ☐ なし ☐ あり

ケアプランの作成 ☐ なし ☐ あり

入院中の直接のサポート内容 ☐ なし ☐ 家族支援および調整 ☐ 金銭管理
☐ 住居確保 ☐ 就労支援 ☐ 生活全般の改善をめざす相談
☐ 日中の居場所の確保 ☐ 制度利用 ☐ その他

サービス調整会議の実施 ☐ なし ☐ あり ?

ケア会議の実施 ☐ なし ☐ あり ?

退院後のケアマネジャー確保 ☐ なし ☐ あり

退棟後 精神科治療形態 ▼

退棟後 在宅支援サービス ☐ なし ☐ あり

退棟後 居住先 ▼

メモ

登録 戻る

図 3-9. 患者レジストリ入力画面：PQ レジストリ 施設情報 病院パート

精神科急性期病棟群 施設情報（病院パート） - 作成					
2009年 MSA開発施設					
設立主体・病院の種別 設立主体 ☒ 国立・独立行政法人 ☐ 都道府県立・地方独立行政法人立 ☐ その他公立 ☐ 民間 病院の種別 ☐ 一般病院 ☐ 精神科単科病院					設立主体・病院の種別 病床数 看護単位数 病棟種別 検査体制 電子カルテシステム 医師配置 看護師配置 コメディカル 地域精神保健サービス 精神科救急システムへの関与 精神科救急電話体制 施設認定 外来情報 入退院情報
病床数 全病床数 床 一般科病床数 床 精神科全病床数 床 隔離室 室 可変型個室 室 一般個室 室					
看護単位数 看護単位数 単位					
病棟種別 救急入院料Ⅰ 病棟 救急入院料Ⅱ 病棟 救急・合併症入院料 病棟 急性期治療病棟(1) 病棟 急性期治療病棟(2) 病棟 療養病棟 病棟 認知疾患治療病棟（包括） 病棟 認知疾患治療病棟（出来高） 病棟 児童・思春期病棟（包括） 病棟 医療観察法病棟 病棟 その他の出来高病棟 病棟					
検査体制 血算 ☐ 不可・時間帯により不可 ☐ オンコール体制 ☐ 24時間可能 生化学的検査 ☐ 不可・時間帯により不可 ☐ オンコール体制 ☐ 24時間可能 X線単純撮影 ☐ 不可・時間帯により不可 ☐ オンコール体制 ☐ 24時間可能 CTスキャン ☐ 不可・時間帯により不可 ☐ オンコール体制 ☐ 24時間可能 12誘導心電図 ☐ 不可・時間帯により不可 ☐ オンコール体制 ☐ 24時間可能 超音波検査 ☐ 不可・時間帯により不可 ☐ オンコール体制 ☐ 24時間可能 動脈血ガス分析 ☐ 不可・時間帯により不可 ☐ オンコール体制 ☐ 24時間可能					
電子カルテシステム 電子カルテシステム ☐ 両方なし ☐ オーダリングのみ ☐ 電子カルテ					
医師配置 常勤精神科医師数 名 うち精神保健指定医数 名 うち特定医師数 名 うち精神保健判定医 名 非常勤精神科医師数 名 うち指定医数 名 当直帯精神科医師数 名 当直医体制 ☐ 指定医常駐 ☐ 指定医か特定医師が常駐 ☐ 指定医オンコール ☐ その他					
看護師配置 常勤精神科看護師数 名 非常勤精神科看護師数 名 救急外来専任看護師 ☐ なし ☐ あり					

コメディカル

ソーシャルワーカー 名

臨床心理士 名

作業療法士 名

薬剤師 名

当直ソーシャルワーカー ☐ なし ☐ あり

地域精神保健サービス

デイケア等（含ナイト、ショート等） ☐ なし ☐ あり

作業療法 ☐ なし ☐ あり

アウトリーチサービス ☐ なし ☐ 訪問看護のみ ☐ 包括的アウトリーチ（多職種）

自立支援法の日中活動プログラム ☐ なし ☐ 法人内で実施 ☐ 関連法人が実施 ☐ 必要時に連携する法人あり

自立支援法の居住プログラム ☐ なし ☐ 法人内で実施 ☐ 関連法人が実施 ☐ 必要時に連携する法人あり

精神科救急システムへの関与

要綱上の役割 ☐ なし ☐ 常時対応施設 ☐ 身体合併症対応施設 ☐ 病院群輪番施設

精神科救急外来の体制 ☐ 時間帯により診療不可 ☐ 常時診療可能

連絡調整会議への参加 ☐ なし ☐ あり

空床確保数 床

バックアップ機能の担当 ☐ なし ☐ あり

27条診療への協力 ☐ なし ☐ あり

精神保健福祉法指定病院 ☐ なし ☐ あり

応急指定 ☐ なし ☐ あり

精神科救急電話体制

精神科救急情報センター併設 ☐ なし ☐ あり

電話相談受付時間帯 ☐ 時間制限あり ☐ 24時間

電話相談対応者 ☐ 専任の看護師・コメディカルスタッフ ☐ 医師 ☐ その他

施設認定

日本医療機能評価機構 ☐ なし ☐ あり

国際標準化機構 (ISO) ☐ なし ☐ あり

日本精神神経学会認定施設 ☐ なし ☐ あり

外来情報

年間初診数（職員を除く） 件

1日平均再来数（除デイケア等） 件

1日デイケア数（含ショートケア） 件

1日ナイトケア数 件

1日デイナイトケア数 件

年間訪問看護件数 件

年間時間外診療件数 件

入退院情報

年間延べ在院患者数 名

1日平均在院患者数 名

年間病床利用率 %

年間入院件数 件

年間退院件数 件

うち精神科救急事業の件数 件

措置、緊急措置、応急入院件数 件

年間病床回転率 回転

平均在院日数 日



図 3-10. 患者レジストリ入力画面：PQ レジストリ 施設情報 病棟パート

精神科急性期病棟群 施設情報 (病棟パート) - 作成

2009年 MSA開発施設 救急病棟D

病床数

当該病棟の病床数 床

隔離室 室

可変型個室 室

一般個室 室

病棟内医療設備

隔離室配管 (酸素・吸引) ☐ なし ☐ あり

病室内配管 (酸素・吸引) ☐ なし ☐ あり

病棟救急カート ☐ なし ☐ あり

心肺モニター ☐ なし ☐ あり

AEDを含む除細動機 ☐ なし ☐ あり

人工呼吸器 ☐ なし ☐ あり

パルス型電気刺激装置 ☐ なし ☐ あり

エアマット ☐ なし ☐ あり

腿欠の空気圧迫装置 ☐ なし ☐ あり

病棟医師配置

病棟専任常勤医師数 名 うち指定医数 名

病棟兼任常勤医師数 名 うち指定医数 名

病棟看護師数

病棟看護師数 名

準夜勤体制 名

深夜勤体制 名

病棟コメディカル

病棟専属ソーシャルワーカー 名

他の病棟専属コメディカル 名

年間専門治療件数

入院精神療法 I 名

生活技能訓練法 (SST) 名

登録 戻る

図 3-11. 患者レジストリ入力画面：PQ レジストリ 出力画面

PQ患者一覧 PQ基本情報 薬剤情報 作業療法情報 訪問看護情報 精神保健福祉情報 施設情報 PQR出力

Qシート

Qシート

病棟 * 全病棟合算

期間 * 2010年 (平成22年) 1月 から 1ヶ月 単位

QI期間別シート

病棟 *

☐ 全病棟合算

☐ 救急病棟D

☐ 救急病棟E

期間 * 2010年 (平成22年) 1月 ~ 2010年 (平成22年) 1月

表示項目 *

☐ PQ基本 入 ☐ PQ基本 退

☐ 薬剤 入 ☐ 薬剤 退

☐ 作業療法 ☐ 訪問看護

☐ PSW 入 ☐ PSW 退 ☐ CMSC

出力列数

Qシート

CSV QI期間別シート

PQRデータ患者一覧

精神科救急医療に関するアンケート調査票

精神科救急入院料等 認可基準適合判定表

QI出力履歴

資料

1. ガイドライン（案）106 項目推奨度調査の調査票
2. ガイドライン「総論」
3. 地域介入体制（精神科救急医療事業）評価表（案）の調査依頼書
4. 常時対応施設評価表（案）の調査依頼書

日本精神科救急学会会員各位

平成 21 年 3 月 19 日

日本精神科救急学会

理 事 長 澤 温

医療政策委員長 平田 豊明

緊急アンケート調査のお願い

会員の皆様には精神科救急をはじめとする臨床業務にお忙しい日々をお過ごしのことと拝察いたします。

さて、当学会医療政策委員会は、2003 年 9 月 9 日に「精神科救急医療ガイドライン 2003」を発刊し、5 年を目途に改訂するとしておりましたが、延び延びになっておりました。このたび遅ればせながら、当委員会の最終改訂案がまとまりましたので、全会員にご意見を伺うためのアンケート調査を行うことといたしました。その結果を受けて、「精神科救急医療ガイドライン 2009」を完成させ、第 17 回山形学会において会員各位に配布する予定です。

同封の「精神科救急医療ガイドライン改訂に関する調査」票は、2003 年版のガイドラインに記述された内容を要素別に分解したうえ、この 6 年間の精神科医療の進歩や制度改革を踏まえて各要素を改訂・追加して再構成し、会員各位のご意見を伺うものです。

各項目につき、1. 最小基準（本文中では「～ねばならない」「～のこと」と表現されます）、2. 推奨基準（同じく「～べきである」と表現されます）、それに 3. 最適基準（同じく「～が望ましい」と表現されます）の 3 選択肢の中からひとつを選んで、回答欄に丸印を記入してください。最小基準の項目が多いほどガイドラインの要求水準と格調は高くなりますが、反面、達成率が下がり、医療事故に係る訴訟などにおいて医療機関が不利になることも想定されます。この点にご留意の上、ご回答下さい。

なお、調査票には、ご参考までに、2003 年版の水準を 3 段階で示し、今回新たに追加した項目には「N」の記号を記してあります。また、昨年度、当委員会で実施した全国の精神科救急入院料病棟を対象とした「ガイドライン 2003 年版」の達成度調査の結果から、すでに達成済みの回答率（A 達成率）と概ね達成済みの回答率（B 達成率）を併記してあります。これらの情報を参考にしてご回答願います。

また、今回は、国と都道府県が運用する精神科救急事業に対する会員各位の所属施設および会員個人の参加状況などを併せて調査させていただくことといたしました。これが、同封の「精神科救急医療事業への参加状況に関する調査」票です。

年度末のご多忙の折、誠に恐縮ではありますが、わが国の精神科救急医療の水準向上と診療報酬（社会的技術評価）上における精神科医療の地位向上のために、是非ともご協力を賜りたく、ここにお願ひ申し上げる次第です。

お手数ながら、2 通の調査票にご回答の上、平成 21 年 4 月 3 日までに、下記あてに返信いただけますようご高配願います。ご不明の点も下記あてにお問い合わせ下さい。

静岡県立こころの医療センター医局秘書 杉山明子

〒420-949 静岡市葵区与一 4-1-1

電話 054-271-1135

FAX 054-251-6584

e-mail hpkokoro@vcs.wbs.ne.jp

精神科救急医療ガイドライン改訂に関するアンケート調査(1/4)							
I 精神科救急医療事業に関する項目		2003年版の 最小基準=1 推奨基準=2 最適基準=3 Nは今回追加した項目	2008年の救急 入院科病棟調査 での達成度 A: 達成済み B: 概ね達成		1. 最小基準 「～ねばなら ない」 「～のこと」	2. 推奨基準 「～べきであ る」	3. 最適基準 「～が望まし い」
A 基本的な機能		要求水準	A達成度	B達成度	解答欄		
1	精神科救急医療体制整備事業（以下「本事業」）が整備されている	N					
2	本事業に関する要綱が整備され、必要事項が取り決められている	N					
3	本事業の対象患者と受診の優先順位について基準がある	N					
4	すべての圏域をカバーしている	N					
5	病院群による救急患者受け入れ態勢が構築されている	N					
6	電話相談、外来、入院治療までのレベルに応じた適切な対応が迅速に提供される	N					
7	すべての入院形態に対応している	1	87.1%	100.0%			
8	危機介入のみならず、入院から退院まで、ケアの一貫性を重視している	N					
9	担当施設は治療を自己完結する能力をもつか、完結困難な場合は、バックアップするシステムがある	1	64.5%	93.3%			
10	身体合併症ケースに対応できるシステムがある	N					
11	最終的に責任をもって診療を受け入れる医療機関が明確に存在する	1	58.1%	90.0%			
12	地域や時代のニーズに応じて事業のあり方や要綱が定期的に見直されている	N					
13	関係機関が一同に会する連絡調整委員会が定期的開催されている	N					
14	事業実績がデータ収集され、関係機関にフィードバックされる仕組みがある	N					
B アクセスのよさ							
精神科救急医療情報センター（以下「情報センター」）の機能							
1	情報センターが補助金事業として設置されている	N					
2	精神保健福祉士等の常勤専門職を配置している	1					
3	救急患者のトリアージについての基準が定められ、対応手順が明文化されている	N					
4	電話番号が公開されている。あるいは、あらゆる窓口からの電話相談が最終的に情報センターにアクセスできる仕組みを有している	1					
5	24時間対応である	1					
6	緊急性、即刻受診の必要性、翌日通常診療時間でも可能か否か、等の判定業務が可能である	1					
7	必要に応じ、精神科医等のコンサルテーションが得られる	1					
8	電話カウンセリングの機能がある	1					
9	即刻受診可能な病院の所在その他、必要情報を提供できる	1					
10	翌日受診先の紹介が可能である	1					
11	無料で利用できる救急搬送手段を紹介できる	1					
12	電話の内容は適切に記録され保存される（電話相談者の氏名等、日付と時刻、相談内容、指示・助言事項、相談受け付けスタッフの名前など）	1					
救急搬送・出張診療							
13	適法で安全な搬送もしくは出張診療の手段が講じられる	1					
14	精神保健福祉法34条の移送制度が活用されている	N					
15	救急搬送手段については、一般救急と同様、救急車が活用される	2					
16	救急隊の判断によって、警察官の同乗が要請される	2					
17	警察署に保護された救急ケースは、警職法および精神保健福祉法に則って、速やかに自治体の車両もしくは警察車両によって医療機関に搬送される	2					
18	法的に問題のある民間救急車の活用には慎重である	2					
19	出張診療（移動救急）サービスの活用が検討されている	2					
20	出張診療は必ずしも入院を前提としたものではなく、外来診療の提供を原則とする	2					

精神科救急医療ガイドライン改訂に関するアンケート調査(2/4)							
Ⅱ 精神科救急医療施設に関する項目(1)		2003年版の 最小基準=1 推奨基準=2 最適基準=3 Nは今回追加した項目	2008年の救急 入院科病棟調査 での達成度 A: 達成済み B: 概ね達成		1. 最小基準 「～ねばならない」 「～のこと」	2. 推奨基準 「～べきである」	3. 最適基準 「～が望ましい」
A 施設及び設備		要求水準	A達成度	B達成度	解答欄		
救急外来部門							
1	患者の安全とプライバシーに配慮され、身体医学的対応が可能な救急診療室がある	1					
2	救急診療室は十分な面積(少なくとも診療机1と椅子3、ベッド2を収容できる)がある	1	83.9%	96.8%			
3	医療ガスアウトレット(酸素・吸引)、心肺監視装置を備える	1	67.7%	87.1%			
4	救急カートを備える	1	93.5%	100.0%			
検査体制(常時、以下の検査が可能)							
5	血算	2	48.4%	96.8%			
6	生化学的検査	2	48.4%	96.8%			
7	レントゲン単純撮影	2	19.4%	83.9%			
8	CT検査	N					
9	心電図	2	32.3%	83.9%			
病棟部門							
10	定床の半数以上は個室(隔離室を含む)で占められる	1	93.5%	100.0%			
12	個室群には、酸素・吸引の設備がある	1	45.2%	77.4%			
13	個室(隔離室を含む)はナースステーションに近接して配置されている	2	51.6%	83.9%			
14	隔離室はベッドを設置しても処置を行うのに十分な広さ(11平米以上)がある	2	83.9%	96.8%			
15	隔離室には安全かつ快適な便器が設置されている	2	77.4%	100.0%			
16	可変型の個室(エラストピア)が設置されている	N					
17	病棟には、鎮静処置を講じた患者や身体的問題を有する患者の身体管理のために設備や器具を備える	2					
18	心肺監視装置を備える	2	80.6%	93.5%			
19	救急カートを常設され定期的に点検されている	N	93.5%	100.0%			
20	身体拘束の器具は、末梢循環障害等の防止に配慮されたマグネット式等の専門器具を使用している	1	96.8%	100.0%			
21	修正型電気けいれん療法が施行できる	N					
B スタッフ配置							
救急外来部門のスタッフ配置							
1	精神保健指定医が常駐している	2	74.2%	100.0%			
2	救急外来専任の看護師が常駐している	2	80.6%	100.0%			
3	PSWが常駐している	2	25.8%	64.5%			
4	通訳が用意できる	3	16.1%	51.6%			
病棟部門のスタッフ配置・外部スタッフとの連携							
5	入院患者16人に1以上の専任精神科医師が配置されている	3	35.5%	93.5%			
6	7対1体制の看護密度が確保されている	3	45.2%	100.0%			
7	10対1体制の看護密度が確保されている	N					
8	病棟専任2名以上のコメディカルスタッフが配置されている	3	83.9%	100.0%			
9	入院直後から、退院後のケアを考慮して、精神保健福祉士や保健師等、関連機関所属スタッフとの連携を構築している	1	77.4%	96.8%			
職員の研修体制							
11	医師・看護師・コメディカルへの教育体制が整備されている	N	51.6%	96.7%			
12	医師・看護師・コメディカルに対し専門の研修プログラムが準備されている	N	29.0%	90.3%			
13	職員に研修の受講を義務づけている	N	48.4%	90.3%			
14	院外の研修機会等への参加について、支援する仕組みがある	N	64.5%	100.0%			

精神科救急医療ガイドライン改訂に関するアンケート調査(3/4)							
Ⅱ 精神科救急医療施設に関する項目(2)		2003年版の 最小基準=1 推奨基準=2 最適基準=3 Nは今回追加した項目	2008年の救急 入院科病棟調査 での達成度 A: 達成済み B: 概ね達成		1. 最小基準 「～ねばならない」 「～のこと」	2. 推奨基準 「～べきである」	3. 最適基準 「～が望ましい」
C 診療体制		要求水準	A達成度	B達成度	解答欄		
精神科救急医療事業（以下「本事業」）への参加							
1	本事業に輪番病院として参加している	N					
2	本事業に常時対応型病院として参加している	N					
初診および入院時に診療録に記載すべき情報(カルテ開示にも備えて)							
3	バイタルサインと身体状況	1	87.1%	100.0%			
4	家族歴、家族構成	1	77.4%	100.0%			
5	生活歴(教育歴、職歴、配偶歴など)	1	77.4%	100.0%			
6	身体的・精神科的既往歴	1	80.6%	100.0%			
7	現病歴(精神症状発現の時期やストレス要因の同定、物質乱用歴を含む)	1	80.6%	100.0%			
8	社会心理的背景(経済状況、対人ネットワーク、社会資源利用状況など)	1	61.3%	96.8%			
9	精神医学的現症、身体医学的現症(判明している検査結果なども含む)	1	83.9%	100.0%			
10	暫定診断(ICDもしくはDSMの最新版に準拠していること)	1	83.9%	100.0%			
11	現実検討能力ないし判断能力	1	64.5%	96.8%			
12	治療形態の決定(外来治療・他医療機関紹介・入院とその形態等)	1	90.3%	100.0%			
13	受診時や入院時の医学的処置(処方・処置内容・精神療法の内容等)	1	87.1%	100.0%			
14	治療に対する患者本人の意見や態度	N	83.9%	100.0%			
15	治療に対する代諾者の同意や考え	N	77.4%	100.0%			
16	病状説明、治療方針、契約事項などの内容	N	77.4%	100.0%			
治療基準							
17	入院ないし転院に際して、鎮静処置が必要と判断されたときは、必要にして十分な鎮静手段を講じ、患者および医療従事者の安全が確保される	1	80.6%	96.8%			
18	入院の適応基準が明確化されている	1	64.5%	100.0%			
19	薬物療法についてエビデンスに基づいた一定の院内基準がある	1	48.4%	87.1%			
20	電気けいれん療法についてエビデンスに基づいた一定の院内基準がある	N					
21	隔離・拘束の基準および解除の基準が明文化されている	N					
22	入院患者のプロフィールや治療成績等に関するデータベースが作成されている	N					
身体管理							
23	身体的に重篤な問題が生じた際、精神科単科病院の場合は、速やかにコンサルテーションを依頼できるか、搬送を受け入れてくれる近在の一般病院がある。総合病院精神科の場合は速やかに他科に委託できる。	2	51.6%	80.6%			
24	救命救急センターと連携している	3	19.4%	51.6%			

精神科救急医療ガイドライン改訂に関するアンケート調査(4/4)							
II 精神科救急医療施設に関する項目(3)		2003年版の 最小基準=1 推奨基準=2 最適基準=3 Nは今回追加した項目	2008年の救急 入院科病棟調査 での達成度 A:達成済み B:概ね達成		最小限必要 minimum 「～ねばなら ない」 「～のこと」	選択可能 optional 「～べきであ る」	最適 optimum 「～が望まし い」
D 患者の人権への配慮		要求水準	A達成度	B達成度	解答欄		
1	受診・入院手続き・入院中の処遇について関連法規が遵守されている	1	96.8%	96.8%			
2	救急医療におけるインフォームドコンセントが適切である	1	87.1%	100.0%			
3	院内の行動制限の現況を把握するための手法があり、データ管理されている	N	87.1%	100.0%			
4	患者の行動制限が常に適正に行なわれるための、専門の基準や審査委員会 など仕組みが設けられている	3	93.5%	96.8%			
5	前記の審査委員会には弁護士や市民等、外部からの参加者が含まれる	3	6.5%	22.6%			
6	患者の個人情報保護に関する規定がある	N					
7	倫理的に問題となりやすい事項(信仰に関すること、終末期医療、同意能力がない場合の身体合併症治療など)についての指針がある	N					
E 医療安全とリスクマネジメント							
1	医療安全とリスク管理に関わる事例の情報を集積する仕組みがある	N					
2	医療安全とリスク管理の会議が定期的に行われている	N					
3	医療安全とリスク管理に関わる事例の解決策が周知される仕組みがある	N					
4	入院時に主要なリスク(転倒転落、誤嚥、褥創など)を評価する仕組みがある	N					
5	身体拘束時の深部静脈血栓症・肺血栓塞栓症のリスク管理の手順が明確である	N					
6	精神科に特有のリスク(無断離院・院内自殺・患者暴力など)に関するリスク評価と対応手順が整備されている	N					
7	事故発生時の対応手順が明確である	N					
8	医療安全に関する研修や講習の機会がある	N					
9	患者の要望や意見を把握し回答する仕組みがある	N					
ご協力ありがとうございました！							

精神科救急医療 ガイドライン（１）

（総論及び興奮・攻撃性への対応）

2009年12月9日版

**Guidelines
for Psychiatric
Emergency Treatment(1)
(General Principles,
Management of Agitation and
Aggression)
Version 2009**

日本精神科救急学会

精神科救急医療ガイドラインの2009年版発行にあたって

日本精神科救急学会の精神科救急ガイドラインは、2001年にアメリカ精神科救急医学会の基準を見て、アメリカと日本とは医療制度、法的規制、人的配置などが大きく違うものの、日本でも同様の基準が必要であると考え、当時の医療政策委員会のメンバーを中心に2年をかけて作った。アメリカの基準(Standards for Psychiatric Emergency Care)はAccessibility、Staffing、Management、Facility-Equipmentで構成されていた。2003年版では、それを参考にして、総論はⅠ基本的な考え方ⅡアクセスのよさⅢ患者の人権への配慮Ⅳ治療ガイドラインⅤスタッフ配置Ⅵ施設および設備から構成されている。総論に続いて入院基準、精神科救急医療におけるインフォームド・コンセント、鎮静法で構成した。

前版の【まえがき】に、計見前理事長は次のように述べている。

「(略) 精神科医療の質的向上を目指し続けることが本学会の使命であるという共通認識を基に、共通の質的基準を設けたいという希望から本ガイドラインは作成された。「基準 (standard)」という用語そのものを使用しなかったのは、次の理由による。

- ①わが国全体の精神科医療水準が均一とはいえない現状にあり、画一的基準が適合する状況にない。
- ②臨床実務の条件・状況に関わりなく遵守すべき定則のように理解され、医療裁判等で誤用されるおそれがある。
- ③精神科医療を取り巻く状況、精神医学の技術水準、診療報酬制度、精神科救急へのアプローチ等々は時とともに変化するので、固定的な「基準」と称するよりも、変化の可能性を包含しつつ現在と近未来を導く指針のイメージを重視した。

このため、各項目は、以下のような三段階にランク付けして記載されている。現実の医療資源で可能な水準を追究する仕事を評価するとともに、現状に自足することなく、さらに上質の精神科医療を構築しようとする努力を求めるためである。

- (1) 最小限必要 (minimum) と思われる項目。「～ねばならない」「～のこと」と表記。
- (2) 最適 (optimum) と思われる項目。「～が望ましい」と表記。
- (3) 以上の中間に属する選択可能 (optional) と思われる項目。「～べきである」と表記。」

この3ランクはその後踏襲され2007年に精神科救急医療ガイドライン(規制薬物関連精神障害)が発行された。今回は2003年のガイドラインの総論および薬物療法を大幅に変えた。総論は急性期治療病棟や救急入院料病棟の増加に伴って基準をランクアップし、医療の質をさらに向上させ、常時型救急医療施設の基準を決めていく準備となっている。また薬物療法は次々と新しい非定型抗精神病薬が出てきて、ガイドラインを変える必然性から生まれている。これは今後も早期に改訂が出されるであろう。その他に、興奮・攻撃性への対応と自殺未遂者対応の項目も追加している。

特に総論は初版の基準をランクアップする方向で、そして薬物療法の基準は非定型抗精神病薬の利用についての多施設共同研究より得られた結果で構成されている。作成に当たって詳細の方針は医療政策委員会の各委員が、平田委員長の下で案を作成し、最終的に全会員の意見を聞き、それを取り入れて修正し改訂された。

おりしも「精神保健福祉の更なる改革に向けて」(今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書)が2009年9月に出て、その中の精神医療の質の向上の中で診療ガイドラインの作成・普及がうたわれている。精神科救急医療も精神保健医療体系の再構築の中で大きな位置を占めている。精神科救急医療が地域支援の大きな位置を占めていると国も認識しているということである。今後も改訂を重ね、スタンダードに近づくことを会員全員の努力で行いたいものと思っている。

2009年障害者の日に
日本精神科救急学会
理事長 澤 温

今回の改訂作業の経過

今回の改訂作業の起点となったのは、2007 年度に障害者自立支援調査研究プロジェクトの補助金を受けて行われた「精神科救急医療の機能評価に関する調査研究」である。この調査では、「精神科救急医療ガイドライン 2003 年版」に示された精神科救急医療施設の施設基準を 52 項目の要素に分解し、全国の精神科救急入院料病棟（いわゆる「スーパー救急病棟」）認可施設を対象として、各項目の達成度を問うた。例えば、「救急処置室に酸素・吸引、心肺監視装置を備えている」という項目に対して、「当てはまる」「ほぼ当てはまる」「当てはまらない」のいずれかを選択してもらうというものである。その結果、「ほぼ当てはまる」という回答が 80%を超えた項目が 41 項目あった。

2008 年度の調査では、知事の指定する精神科救急医療施設（1,089 施設）と 47 都道府県の担当部局を対象として、精神科救急医療体制整備事業（以下、「精神科救急事業」）の運用状況に関する調査を行った。その結果、いくつかの項目で、両者の評価に開きがあった。

これらの調査を通じて、精神科救急事業と精神科救急医療施設の機能を評価するための指標が再検討され、ガイドラインをより緻密なものとするための設計図が練られていった。そして、2009 年 3 月、当学会の全会員を対象として、「精神科救急医療ガイドライン改訂に関するアンケート調査」が実施された。この調査では、精神科救急事業に関する 34 項目、精神科救急医療施設に関する 75 項目について、最小基準（～ねばならない）、推奨基準（～べきである）、最適基準（～が望ましい）の 3 階層のいずれに位置づけるべきかを問い、245 通の回答を得た。

医療政策委員会では、その結果が検討され、各項目の階層が決定された。概ね調査結果に従ったが、項目によっては水準を引き上げることとした。例えば、精神科救急事業において「連絡調整委員会が定期的に開催されている」という項目は、現状を反映してか、推奨基準が最多票を得たが、討論の結果、最小基準に引き上げられた。ガイドラインは現状を追認するものではなく、水準向上を目指すものであるという認識に立つてのことである。以上の作業によって、「精神科救急医療ガイドライン 2009 年版」の「総論」に関する原案が作成された。

ガイドライン 2003 年版は、総論的な記述の後に、各論として「鎮静法指針」を提示しているが、薬物療法に焦点化されているため、今回の改訂では、「興奮・攻撃性への対応」という章を建て、薬物療法以外の鎮静指針（行動制限を含む）を追加することとした。

一方、これらの改訂作業とは独立に、医療政策委員会の一員である八田委員のリードのもと、厚生労働科学研究事業の助成を受けて、2007 年度から、薬物による鎮静化や急性期治療に関する無作為比較対照試験（Randomized Controlled Trial）が多施設で継続され、世界的に見ても価値のあるデータが得られている。八田委員の好意により、その成果の一部を、ガイドライン改訂版に反映させて頂くこととした。

また、2008 年度の厚生労働科学研究「精神科救急医療施設における自殺防止ガイドラインに関する研究」からは、「自殺未遂者への対応ガイドライン」が、当学会の大塚会員らのご尽力によって紡ぎ出された。これは、救命救急センターでの実践に基づいて記述されているため、精神科単科病院でも利用できるように、医療政策委員会のもとに設置されたワ

ーキンググループが修正を行ったうえで、ガイドライン改訂版に加えることとした。

以上のような同時並行的な複数の調査研究や討論の成果物として、「精神科救急医療ガイドライン 2009 年版」の原案が組み立てられ、2009 年 9 月の第 17 回日本精神科救急学会（山形大会）において、参加会員に提示された。さらに、全会員に原案を郵送し、およそ 1 ヶ月にわたって、この原案に対するコメントを募った。そして、寄せられたコメントをできるだけ反映させるように原案の表現を修正したうえで、ようやくにして本ガイドラインの上梓にこぎつけることができた。

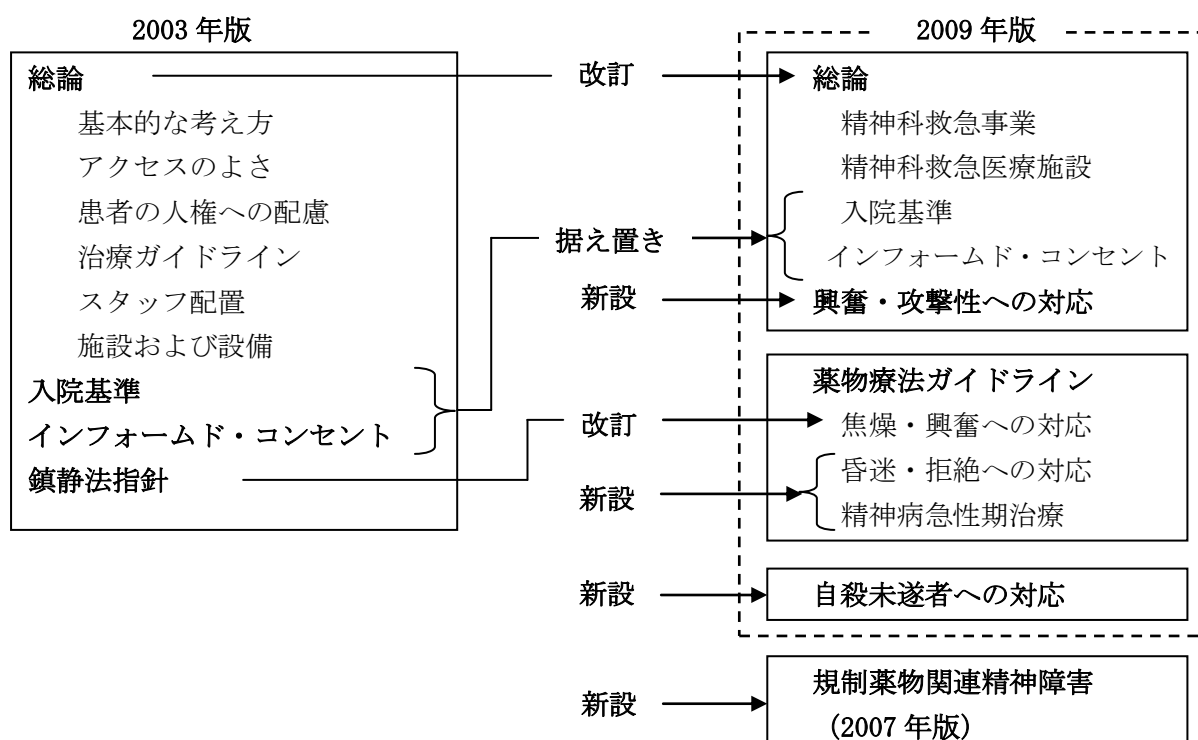
本ガイドラインは、3 部からなる。第 1 部が「総論」と「入院基準」「インフォームド・コンセント」それに、「興奮・攻撃性への対応」からなる母船である。これに、技術論として、第 2 部の「薬物療法」と第 3 部の「自殺未遂者への対応」が伴走する。「薬物療法ガイドライン」は、母船よりも機動性の高い（つまり改訂頻度の高い）高速艇である。「自殺未遂者対応ガイドライン」は、単独航海が可能な（つまり単行本にもなる）クルーザーである。これらの船団に、2007 年に就航した「規制薬物関連精神障害ガイドライン」というクルーザーを加えた 4 部作が、当学会による「精神科救急医療ガイドライン」最新版の全容である。2003 年の初版と最新版の対応関係を下図に示した。

本ガイドラインは、多くの人々の共同作業によって生み出されたものであり、精神科救急医療に関しては、現時点における最新の叡知の結晶である。コメントを贈って頂いた会員諸氏をはじめ、共同作業に参画して頂いた方々に対し、ここに改めて謝意を表したい。

2009 年 12 月 9 日

日本精神科救急学会医療政策委員長

平田 豊明



目次

第一部 総論編

《総論》

はじめに	1
I. 精神科救急医療体制整備事業	2
1. 基本的な機能	2
2. 精神科救急医療へのアクセス手段	3
II. 精神科救急医療施設	5
1. 施設及び設備	5
2. スタッフ配置	6
3. 診療体制	6
4. 患者人権への配慮	7
5. 医療安全とリスク管理	8
III. 精神科救急医療施設への入院基準	9
IV. 精神科医療におけるインフォームド・コンセント	11

第二部 各論編

《興奮・攻撃性への対応》

はじめに	15
本ガイドラインを使用するにあたって	15
I. 興奮・攻撃性の定義	16
II. 興奮・攻撃性への対応に関する基本的な考え方	16
III. 興奮・攻撃性の予防	17
1. 環境整備	17
2. 攻撃性・暴力の予測	18
3. 職員の研修・トレーニング	21
IV. 攻撃性・暴力への介入	23
1. 心理的介入	23
2. 薬物療法	25
3. 身体的介入	26
4. 行動制限	27
V. 暴力インシデント発生後の対応	32
1. 感染防止	32
2. インシデントの報告および情報共有	32
3. インシデントのレビュー	32
4. 事故後のサポート	33
5. 加害患者への対応	35

《薬物療法》別冊—精神科救急医療ガイドライン 2009 年版（2）

《自殺未遂者への対応》別冊—精神科救急医療ガイドライン 2009 年版（3）

《規制薬物関連精神障害（2007 年版）》別冊

はじめに

精神科救急医療は、地域社会で生活する精神科利用者の在宅医療を支援するために必要不可欠な存在である。現代のわが国では、したがって、精神科救急医療のニーズは、全国どの地域にも普遍的に存在する。そして、精神科救急医療サービスの提供スタイルは、電話相談（ホットラインサービス）に始まって、往診や訪問看護（アウトリーチサービス）、救急外来診療、急性期入院治療に至るまで多様化しつつある。個々の精神科医療施設単位で行われるこうした救急・急性期医療の実践は、精神科マイクロ救急医療と総称することができる。これが精神科救急医療の基本単位である。

一方、新規発症や医療中断ケースのように、特定の医療機関と治療関係のない救急ケースに対応できる社会的セーフティネットとしての機能も、精神科救急医療には求められる。とりわけ、地域住民の地縁・血縁的結びつきが希薄で、夜間は精神科医療過疎地と化す大都市の人口密集地区、あるいは、その対極にある精神科医療施設に乏しい人口過疎地区の双方では、セーフティネット機能へのニーズが高い。また、行政機関の関与を要する緊急措置入院ケースなど、マイクロ救急医療だけでは対応しきれないケースに対しては、複数の医療機関が広域単位で救急診療を分担する体制が必要となる。

このような広域の分業システムを精神科マクロ救急医療と呼ぶことができる。わが国では、精神科救急医療体制整備事業が、これに当たる。わが国の精神科救急医療は、ここでいうマイクロ救急医療を横糸、マクロ救急事業を縦糸として織りなされているといつてよい。

全国に普及しつつある精神科救急入院料病棟は、重症患者の急性期入院治療に責任をもつ医療施設として、マイクロ・マクロ双方の救急システムにとって中核的機能を果たしてきた。同時に、低規格に抑えられてきたわが国の精神科入院医療の水準を引き上げる牽引役ともなってきた。とはいえ、一般医療と比較すれば、設備・人員・技術の水準においても医療費給付水準においても、依然として大きく水を開けられている。

本ガイドラインは、精神科医療の質を一般医療に肩を並べる水準にまで引き上げ、患者の尊厳とスタッフの誇りを取り戻すことを目標に作成された。総論では、まず、制度としての精神科救急医療体制整備事業の歴史と現状を概観し、この事業が備えるべき機能に関する日本精神科救急学会としての指針を示す。次いで、この制度を担う精神科救急医療施設が備えるべき陣容と機能に関する指針を示す。これによって、精神科救急医療の領域のみならず、わが国における精神科医療全般の均霑化（きんてんか＝均質化と水準向上）に資することをめざすものである。

I.

精神科救急医療体制整備事業

1. 基本的な機能

1) 精神科救急医療体制整備事業の歴史と現状

精神科救急医療体制整備事業（以下「精神科救急事業」もしくは「本事業」と略記）は、東京都などの先行事業をモデルとして、1995年に立ち上がった厚生労働省による国庫補助金事業である。本事業の認可に当たって、各都道府県および政令指定都市には、事業運営要綱および関係諸機関による連絡調整委員会を設置し、行政圏域を複数の精神科救急ブロックに分割して、各ブロックに精神科救急医療施設を常時確保することが求められた。

その後、本事業には、電話相談窓口である「精神科救急医療情報センター」や、あらゆるケースに常時対応可能な「精神科救急医療センター」の設置、移送制度の活用、初期救急医療体制の整備などが盛り込まれた。2008年度からは、入院医療施設が「常時対応施設（精神科救急医療センターの発展的解消）」、「病院群輪番施設」、「合併症対応施設」に3類型化され、精神科診療所などの外来医療施設に対しても、救急外来診療や救急患者に関する情報提供、それに、精神科救急病院への指定医当直支援などが要請された。また、これに連動して、診療報酬制度においても、高規格の精神科救急病院の増設を促し、合併症対応を強化する改訂が行われた。

精神科救急事業は、2002年度末までに、形の上では全都道府県に普及した。2008年度には、空床確保料を中心に、およそ17億円の国費、都道府県負担分を併せると、34億円近い公費が投入されている。本事業の利用件数も年々増加して、2008年度には4万件近くが受診し、4割近くが入院となっている。しかし、その実績には地域差が著しい。また、過半数の自治体では精神科救急医療情報センターが未設置であり、初期救急医療や移送制度、合併症対応のシステムをもつ自治体は数えるほどしかない。いつ、どこで、どの医療施設に救急受診となるかによって、利用者が受けられる医療の内容は大きく異なる。これが、わが国の精神科救急医療の現状である。

2) 精神科救急医療体制整備事業が担うべき機能

日本精神科救急学会（以下「本学会」と略記）は、わが国の精神科救急医療の現状を踏まえ、これを改善するために、精神科救急事業が担うべき機能について、以下のような指針を提示する。

- ① 迅速性：本事業の利用を要する精神科救急ケースに対して、必要にして十分な医療サービスが迅速に提供されなければならない。
- ② 全域性：本事業が責任を持つ全圏域において、精神科救急医療があまねく提供されなければならない。
- ③ 最適性：電話相談や救急外来診療において、本事業利用者の緊急度や最適の医療形態が、全域に共通の基準に基づいて判別され、振り分けられるべきである。

- ④ 責任性：非自発入院を要するような重症ケースに対しては、本事業が責任をもって必要な医療施設を確保しなければならない。また、精神科的にも身体的にも入院を要する重症合併症ケースへの医療提供にも、本事業が責任をもつべきである。
- ⑤ 連続性：本事業では、電話相談から救急診療、入院治療、退院後の在宅ケアに至るまで、医療サービスの一貫性が重視されるべきである。一施設で完結できない場合には、それをバックアップするシステムがなければならない。
- ⑥ 柔軟性：地域や時代のニーズ、そして精神科治療技術の進歩に応じて、本事業の運用は柔軟に見直されなければならない。そのためには、本事業に係る連絡調整委員会が少なくとも1年に1回は開催され、本事業の運用に関する情報を関係者が共有したうえで、本事業の機能を向上させる方向で意見交換を行わなければならない。

2. 精神科救急医療へのアクセス手段

1) 精神科救急医療情報センター

精神科救急医療への速やかなアクセスを保証するために、精神科救急事業においては、全圏域の電話相談を受け付ける精神科救急医療情報センター（以下「情報センター」）が設置されなければならない。本学会は、情報センターの陣容や機能について、以下のような指針を提示する。

- ① 電話番号の公開：情報センターの電話番号が公開されているか、あるいは、あらゆる窓口からの電話相談が最終的に情報センターにたどり着く仕組みがなければならない。
- ② 運用時間：24時間365日の対応ができなければならない。
- ③ 職員配置：精神保健福祉士等の専門職が常時配置されなければならない。
- ④ 情報収集機能：救急ケースに関する情報が迅速かつ的確に収集されなければならない。そのためには、情報カードなどに電話相談者の氏名・続柄、受け付け時刻、相談内容、指示・助言事項、対応スタッフ氏名などを記録し、一定期間保存しなければならない。
- ⑤ トリアージ機能：即刻の受診が必要か、翌日の通常診療でも可能か等、相談ケースの緊急度を判定し、仕分けする機能が備わっていなければならない。必要に応じて、精神科医のコンサルテーションが受けられるべきである。
- ⑥ 情報提供機能：即刻の受診が可能な精神科救急医療施設、翌日に利用可能な関連施設など、必要な情報が提供できなければならない。
- ⑦ 連絡調整機能：救急搬送機関や身体救急医療施設、福祉施設など、関連諸機関を紹介し、必要ならば直接依頼するなどの連絡調整機能をもたなければならない。
- ⑧ カウンセリング機能：電話相談によって当面の危機を緩和し、救急受診を回避することもできる。情報センターは、電話によるカウンセリングの技術をもつべきである。

2) 救急搬送

精神科救急患者の搬送は、大半が家族によって行われているが、公共機関による搬送が必要となることもある。その現状と本学会の指針を、根拠法令に沿って以下に示す。

① 消防法

消防法は、消防署救急隊が、精神科・身体科を問わず、救急患者を医療機関に搬送することを義務づけている。患者・家族もまた、公共機関による搬送としては、救急車による搬送を最も望んでいる。一方、救急隊員は、患者による搬送拒否や搬送中の不測の事態に不安を感じ、受け入れ先の確保や搬送距離の長さにも負担を感じている。こうした不安や負担を解消するためには、必要であれば警察の協力も得て、できるだけ迅速かつ安全に精神科医療機関に搬送される必要がある。いずれにせよ、受け入れ先医療施設の確保が大前提である。

② 警察官職務執行法（警職法）

警職法第 3 条は、自傷他害リスクの高い精神科救急ケースを保護し、適切な医療機関に搬送することを義務づけている。また、同法第 5 条は、行政機関などの要請に基づいて、精神科救急ケースの搬送に協力できることを規定している。安全な救急搬送のために、警察官の協力は欠かせない。

③ 精神保健福祉法

精神保健福祉法は、保健所などの行政機関による地域精神保健活動の一環として、精神科ケースの受診勧奨を規定している。自傷他害リスクが低ければ、この規定を活用した搬送が推進されるべきである。精神保健指定医の立ち会いが必要なケースに対しては、同法第 34 条に基づく移送制度も活用されるべきである。また、措置診察が必要と判断された救急ケース、および措置入院が決定したケースを適切な医療機関に搬送することも、行政機関の任務である。これらの任務を常時遂行できる体制の整備が望ましい。

以上のような公共機関による救急搬送は、搬送様態や料金設定に疑問のある民間の救急搬送を抑止し、適正化するためにも、積極的に活用されるべきである。ただし、公共的な搬送の目的外使用を抑止するための方策も検討されるべきである。

3) アウトリーチサービス

精神科医療機関による往診や訪問看護などのアウトリーチサービスは、いわば、移動する救急処置室である。したがって、それは、必ずしも入院を前提としてはいない。精神科救急ケースとその家族にとって、アウトリーチサービスは、医療機関への搬送に伴う物理的・心理的な負担を軽減する救急診療の形でもある。医療機関にとっても、生活現場の詳細な情報を入手し、直ちに危機介入を行うことができるという利点がある。

II. 精神科救急医療施設

精神科救急事業は、主として、知事が指定する精神科救急医療施設に患者が到達するまでのプロセスを規定している。一方、臨床的には、医療施設に到達してからのプロセスが重要である。本学会は、わが国における精神科救急医療と急性期医療の質を確保するために、精神科救急医療施設（病院）が兼ね備えるべき陣容や機能について、以下のような指針を提示する。

1. 施設及び設備

1) 救急外来部門

精神科救急医療施設には、患者の安全とプライバシーに配慮され、身体医学的対応も可能な、十分な面積（少なくとも診察机 1 と椅子 3、ストレッチャーとベッドとを同時に収容できる）をもつ救急処置室を備えなければならない。また、そこには、医療ガスアウトレット（酸素・吸引）、心肺監視装置、救急カートを常備しなければならない。

2) 検査体制

以下の臨床検査について、合併症対応施設においては常時可能でなければならない。その他の精神科救急医療施設においても、できるだけ可能であるべきである。

血算

生化学的検査

レントゲン単純撮影

CT 検査

心電図（常時対応施設では常時可能であること）

3) 病棟部門

常時対応施設と合併症対応施設では、受け入れ病棟の定床の半数以上が個室（隔離室を含む）であることを要する。病院群輪番施設でも、同様の個室率を有すべきである。

個室群（隔離室を含む）は、ナースステーションに近接して配置されているべきであり、酸素・吸引を備えた病室が少なくとも 1 室はなくてはならない。

隔離室は、ベッドを設置しても処置を行うのに十分な広さ（11 平米以上）をもつべきであり、安全かつ快適な便器が設置されていることを要する。

個室の整備は、単に部屋数が多いだけでなく、数種類の段階的な個室を整備することや、可変型の個室を導入することなどによって、急性期患者の回復過程に応じた対応が工夫されることが望ましい。

病棟には、薬剤による静穏化処置を行った患者や身体的問題を有する患者の身体管理のための設備や器具を備えなければならない。合併症対応施設では心肺監視装置を備えることを要し、

その他の施設でも整備されるべきである。いずれの施設であっても救急カートは常設され、定期的に点検されなければならない。

身体拘束の器具は、末梢循環障害等の防止に配慮されたマグネット式等の専門器具を使用しなければならない。

電気けいれん療法の場合には、修正型のための設備が望ましい。

2. スタッフ配置

1) 救急外来部門

救急患者の外来対応のため、精神保健指定医が常駐（オンコール体制可）していなければならない。救急外来専任の看護師が常駐しているべきで、精神保健福祉士（PSW）もできれば常駐が望ましい。また、通訳の用意あるいは外国語への対応ができることが望ましい。

2) 病棟部門

常時対応施設と合併症対応施設では、入院患者 16 人に 1 以上の専任精神科医師を配置しなければならない。その他の精神科救急医療施設でも同配置がなされるべきである。

看護密度は 7 対 1 体制が望ましく、10 対 1 が確保されているべきである。

常時対応施設では、病棟専任 2 名以上のコメディカルスタッフが配置されていることを要する。合併症対応施設でも同配置があるべきで、その他の精神科医療施設でもそれが望ましい。

入院直後から、退院後のケアを考慮して、精神保健福祉士や保健師等、関連機関所属スタッフとの連携を構築しなければならない。

3) 職員研修

医師・看護師・コメディカルスタッフへの教育体制と専門の研修プログラムが準備され、全職員に研修の受講を義務づけるべきである。また、院外の研修機会への参加について、支援する仕組みをもつべきである。

3. 診療体制

1) 診療録

初診および入院時には、以下に示した情報が診療録に記載されなければならない。それはまた、診療録開示を前提とする必要がある。

- ① バイタルサインと身体状況
- ② 家族歴、家族構成
- ③ 生活歴（教育歴、職歴、配偶歴など）
- ④ 身体的・精神科的既往歴

- ⑤ 現病歴（精神症状発現の時期やストレス要因の同定、物質乱用歴を含む）
- ⑥ 社会心理的背景（経済状況、対人ネットワーク、社会資源利用状況など）
- ⑦ 精神医学的現症、身体医学的現症（判明している検査結果なども含む）
- ⑧ 暫定診断（ICD もしくは DSM の最新版に準拠していること）
- ⑨ 現実検討能力ないし判断能力
- ⑩ 治療形態の決定（外来治療・他医療機関紹介・入院とその形態等）
- ⑪ 受診時や入院時の医学的処置（処方・処置内容・精神療法の内容等）
- ⑫ 治療に対する患者本人の意見や態度
- ⑬ 治療に対する代諾者の同意や考え
- ⑭ 病状説明、治療方針、契約事項などの内容

2) 治療基準

各精神科救急医療施設においては、入院の適応となる基準が明確化されなければならない（後の章に詳述）。

入院ないし転院に際して、薬剤による静穏化の処置が必要と判断されたときは、適切な方法によって必要十分な手段を講じ、患者および医療従事者の安全が確保されなければならない（詳細は別冊を参照）。

薬物療法については、一定の院内基準があるべきである。

電気けいれん療法についても、エビデンスに基づいた一定の院内基準があるべきである。

隔離・拘束の開始および解除の基準が明文化されていることを要する。

入院患者のプロフィールや治療成績等に関して、データ管理が行われるべきである。

3) 身体管理

身体的に重篤な問題が生じた際は、病院の機能に応じて適切な対応が必要となる。合併症対応施設では、自施設内での対応ができることを要する。常時対応施設が精神科単科病院の場合には、速やかにコンサルテーションを依頼できるか、搬送を受け入れてくれる近在の一般病院があることを要する。病院群輪番施設においても、そのような体制が構築されているべきであり、いずれの施設においても、救命救急センターと連携していることが望ましい。

4. 患者の人権への配慮

精神科救急医療の実践においては、入院となる対象の多くが非自発的治療の適応であることから、患者人権の尊重については特段の配慮が求められる。

受診および入院の手続き、入院中の処遇について、関連法規が遵守され、医療の提供に際してのインフォームドコンセントが適切でなければならない。

行動制限に関しては、院内における現況を把握するための手法を有し、データによって管理

されることを要する。また、患者の行動制限が常に適正に行なわれるよう、専門の基準や審査委員会などの仕組みが設けられなければならない。このような審査委員会には弁護士や市民等、外部からの参加者が含まれることが望ましい。

患者の個人情報保護に関する規定を整備しなければならない。
診療上倫理的に問題となりやすい事項（信仰に関すること、終末期医療、同意能力がない場合の身体合併症治療など）についての指針をもつべきである。

5. 医療安全とリスク管理

精神科救急医療は、患者情報が不足しがちで、激しい行動面や情動面の症状を伴いやすく、身体的問題を伴いやすい、などの条件のため、特有のリスクを内包している。精神科救急医療施設においては、医療安全に関する以下のような仕組みが整備されていなければならない。

- ① 医療安全とリスク管理に関わる事例の情報を集積する仕組みがあること。
- ② 医療安全とリスク管理の会議が定期的に行われること。
- ③ 医療安全とリスク管理に関わる事例の解決策が周知される仕組みがあること。
- ④ 入院時に主要なリスク（転倒転落、誤嚥、褥瘡など）を評価する仕組みがあること。
- ⑤ 身体拘束時の深部静脈血栓症・肺血栓塞栓症のリスク管理の手順が明確であること。
- ⑥ 精神科に特有のリスク（無断離院、院内自殺、患者暴力など）に関する評価と対応手順が整備されていること。
- ⑦ 事故発生時の対応手順が明確であること。
- ⑧ 医療安全に関する研修や講習の機会を有すること。
- ⑨ 患者の要望や意見を把握し、回答する仕組みを有すること。

III.

精神科救急医療施設への入院基準

1. 措置入院・緊急措置入院

- 1) 「精神病状態 (psychotic state)」にあると診断される (定義は解説参照)。
- 2) そのために、自傷他害に至る衝動をコントロールすることが困難である。
- 3) 1) 2) のために、自傷他害の事実ないし切迫を認める。

2. 医療保護入院

- 1) 「精神病状態 (psychotic state)」にあると診断される
- 2) 直ちに治療する必要があり、治療を開始しなければ回復する見込みが乏しい。
- 3) 治療の必要性を説明しても、患者がこれを理解できず、治療にも協力できない。
- 4) 判断能力のある保護者もしくは扶養義務者の入院同意がある。

3. 応急入院

- 1) ～ 3) 同上
- 4) 保護者もしくは扶養義務者が不明、あるいは連絡不能である。

4. 任意入院

- 1) 精神疾患 (mental disorder) があると診断される。
- 2) 入院治療が最適の治療的選択肢と判断される。
- 3) 入院治療について十分な説明がなされ、患者がこれを理解できる。
- 4) 患者本人の自由意志に基づく入院治療への文書同意が得られる。

以上のことがカルテに記載されなければならない。特に非自発入院の場合は、少なくとも、1) ～ 3) の根拠となる具体的事実が記載されなければならない。

【解説】

精神保健福祉法には、自発入院として任意入院、非自発入院として、措置入院とその緊急形態としての緊急措置入院、医療保護入院とその緊急形態としての応急入院、計 5 種類の入院形式が規定されている。医療保護入院は、さらに、保護者の同意 (親族の場合と市区町村長の代行の場合がある)、扶養義務者の同意の 2 形態に下位分類される。

このうち、措置および緊急措置入院は、「ポリスパワー」 (police power) による非自発入院、すなわち、精神障害に起因する自傷他害行為を公権力が防止するための入院であり、医療保護および応急入院は、「パレンスパトリエパワー」 (parens patriae power) ないしパターンナリズムによる非自発入院、すなわち、精神障害に起因する不利益から患者本人を守るための入院と位置づけられる。ともに行動制限を含む市民権の制限を伴うから、入院患者には不服請求権 (精

神医療審査会への退院請求等の権利)が代償的に保障されている。

近年では、強制的治療に対する不服請求権のほかに、適切な治療を受ける権利(受療権)も、市民権の制限を代償する患者の権利として保障すべきであるという議論が起こっている。この理念に従えば、特に医療保護入院と応急入院に際しては、非自発入院という権利制限に見合うだけの治療的な利益が見込まれることを入院要件とすべきである。

精神科救急医療機関への非自発入院の適応は、狭義の精神疾患(具体的には、統合失調症をはじめとする精神病、感情病、中毒性精神病、脳器質性ないし症候性精神病)による精神病状態(具体的には、幻覚妄想状態、精神運動興奮状態、昏迷状態、滅裂状態、重症の躁おおよびうつ状態、せん妄状態等の意識障害など)に限定されるべきである。神経症圏や人格障害については、自殺や自傷行為が切迫しているケースに限定して慎重に適応されるべきであり、他害行為を伴う場合に、非自発入院を社会的隔離の手段として安易に発動してはならない。

これらの病態上の限定条件に、精神疾患のために現実検討能力ないし判断能力が著しく損なわれていることを加え、措置・緊急措置入院の基準には、自傷他害行為の事実もしくは切迫という入院要件を、医療保護・応急入院の基準には、入院によらなければ患者が重大な不利益を被る可能性がある一方、入院による治療的利益が対価的に期待するという入院要件を加えるべきである。

これに対して、任意入院は、入院対象の精神疾患を非自発入院より広く規定してよいが、精神科救急医療機関への入院なのであるから、やはり救急状態(直ちに医療的介入を必要とする状態)という要件は外せない。また、原則としてインフォームド・コンセントの成立を要請すべきである。すなわち、判断能力の保持、十分な情報提供と自由意志による同意などが入院要件となる。ただし、安易な入院を防止するために、入院治療が必要かつ最適な治療法であることをカルテに記載することを要請すべきである。

参考文献

- 1) 金子晃一, 伊藤哲寛, 平田豊明, 川副泰成編: 精神保健福祉法—その理念と実務. 星和書店, 2002
- 2) 平田豊明: 人格障害ケースの措置入院を考える. 精神科治療学, 16(7), 669-673, 2001

IV.

精神科救急医療におけるインフォームド・コンセント

1. 自ら希望して来院した患者の場合

- 1) 来院した時間帯、医療機関の状況を勘案し、提供可能な治療を直ちに行うことを伝え、その内容について理解と同意を得た上で治療を行う。その際、説明内容と同意が得られたことをについて診療録に記載する。

また、必要に応じて、以下の行為を行う。

- ① 今後の治療の要否について、意見を伝える。
- ② 今後治療を継続する場所などについて、意見を伝える。
- ③ 今後治療を継続する医療機関宛の紹介状を発行する。

- 2) 以下のような場合には、特別の配慮を要する。

- ① 自ら希望して来院した患者が同意能力を欠くと判断される場合。

例えば、認知症患者、幻覚妄想状態など精神病状態にある患者、未成年者。これらの事例については、本人が説明した治療を実施することに反対していない場合でも、保護者ないし扶養義務者に対し、同様の説明を行い同意を得るようにする。

- ② 自ら希望して来院した患者が医師の提示する治療に同意しない場合。

例えば、医師が入院を勧めても同意しない場合、特定の薬物療法などの治療法に同意しない場合、あるいは不適切な特定の薬物投与だけを主張する場合。これらの場合については、医師はインフォームド・コンセントに基づく医療が行える状況にないことを患者に告知する。その状況や患者の主張、医師の勧めた治療を患者が拒否したことなどについて診療録に記載する。また、告知した結果、生じる事態について、必要に応じて対処し、その結果を診療録に記載する。

2. 警察等に保護され、精神保健福祉法第 29 条、第 29 条の 2 に基づく精神保健診察が行われる場合

- 1) 精神保健指定は、精神保健診察における自らの職務、精神保健診察の目的などについて伝え、診察を行う。その結果、措置入院となる場合には、知事等の代行政員が精神保健福祉法に記載された告知義務を遂行する。
- 2) 精神保健指定医は、患者の病状等を勘案し、可能な範囲で病状と措置入院が必要である理由について説明する。また、入院後も担当医によって治療方針、治療法、治療の見通し等について説明する機会が設けられ、患者の理解と同意が得られるよう配慮がなされることを明言する。
- 3) 以上の告知行為や説明行為を行ったときは、その内容と、それに対する患者の意見や態度等について診療録に記載しておく。

3. 家族等第三者により受診させられた受診意思のない患者の場合

1) 外来で診察を行い、以下の評価を行う。

- ① 家族等第三者が受診させた理由について、精神科的疾患によるものか、また治療の必要性があるのか、さらには、来院した時間帯、医療機関の状況を勘案し、今すぐに提供可能な治療が存在するのか、などについて判断する。
- ② 併せて、患者の受診意思について、同意能力を欠く状況にあるものか、あるいは別の理由で受診を拒否しているのかを判断する。

2) 以上の結果に基づき、以下のような方針で対処する。

- ① 直ちに治療を行うことが必要かつ可能であり、患者が同意能力を有している場合。
「1. 自ら希望して来院した患者の場合」に準じて、治療内容について理解と同意を得た上で治療を行うようにする。
- ② 直ちに治療を行うことが必要かつ可能であるが、患者が同意能力を有していない場合。
保護者ないし扶養義務者の同意を得て治療を行う。その際、患者に対して、可能な範囲で病状と治療の目的、治療法などについて説明を行う。なお、医療保護入院になるときには、上記に加え、精神保健福祉法に記載された告知義務を遂行する。場合によっては、隔離・拘束の必要性を説明しなくてはならない。また、患者に対して、今後、折にふれ、継続的に説明する機会を設け、理解と同意が得られるように配慮することを明言する。こうした行為を行った場合は、その際の説明内容、患者の意見や態度等について、診療録に記載しておく。
- ③ これ以外の場合には、直ちに治療を行う必要がないことを、患者及び受診させた家族等第三者に伝える。その際、その説明と患者及び家族等第三者の意見や態度を診療録に記載しておく。

参考文献

- 1) 日本精神神経学会インフォームド・コンセント検討作業部会：「精神科におけるインフォームド・コンセント—治療者のガイドライン（提言）—」．精神神経誌，101，465-469，1999
- 2) 松下正明，高柳功，中根允文，斉藤正彦：インフォームド・コンセントガイドランス．精神科治療編，先端医学社，東京，1999
- 3) 高柳功，白井素子：精神科医療におけるインフォームド・コンセント．臨床精神医学講座，22，240-260，中山書店，東京，1997
- 4) 丸山英二：インフォームド・コンセントの法理の法的諸問題．臨床精神医学講座，22，225-239，中山書店，東京，1997

精神科救急医療ガイドライン「総論編」（日本精神科救急学会）

監修

澤 温（理事長・医療政策委員）

平田豊明（理事・医療政策委員長）

執筆

澤 温（理事長・医療政策委員）

白石弘巳（監事・医療政策委員）

杉山直也（理事・医療政策委員）

平田豊明（理事・医療政策委員長）

執筆協力

川畑俊貴（理事・医療政策委員）

鴻巣泰治（評議員・医療政策委員）

佐藤雅美（理事・医療政策委員）

塚本哲司（評議員・医療政策委員）

中島豊爾（理事・医療政策委員）

八田耕太郎（理事・医療政策委員）

（アイウエオ順）

平成 21 年 9 月 日

各都道府県
精神保健福祉主管課長 様
各指定都市

平成 21 年度障害者保健福祉推進事業
「精神科救急医療の機能評価と質的強
化に関する研究」
代表者 澤 温
(日本精神科救急学会理事長)

精神科救急医療体制整備事業実施状況アンケート調査のお願い

貴職におかれましては、精神科救急医療体制整備につきまして多大なる御尽力を賜り、深甚なる謝意を表します。

さて、精神科救急医療体制につきましては、各自治体におかれまして鋭意その整備に取り組んでいただいているところです。しかしその結果、わが国の精神科救急医療体制は自治体ごとにその運用が大きく異なることとなっております。

つきましては、各自治体の精神科救急医療体制の運用状況を把握するとともに、精神科救急医療体制のメルクマール (Merkmal) を抽出することを目的として、平成 21 年度障害者保健福祉推進事業「精神科救急医療の機能評価と質的強化に関する研究」の一環として標記アンケート調査を実施することといたしました。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、平成 21 年 10 月 15 日 (木) までに御回答くださるようお願い申し上げます。

なお、E-mail での御回答を希望される場合には、お手数ですがその旨を下記担当まで御連絡下さい。

担当
静岡県立こころの医療センター
医局 杉山明子
〒420-0949 静岡市葵区与一 4-1-1
電話 054-271-1135
FAX 054-251-6584
E-mail : hpkokoro@vcs.wbs.ne.jp

平成21年 10 月 日

精神科救急医療を担当されている医療機関の皆様

平成 21 年度障害者保健福祉推進事業
「精神科救急医療の機能評価と質的強化に関する研究」

日本精神科救急学会

理事長 澤 温

医療政策委員長 平田 豊明

精神科救急医療体制整備事業における施設基準案の事前調査のお願い

秋冷の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。平素より精神科救急学会(当学会)に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

当学会では、平成19年度より障害者自立支援調査研究プロジェクトの補助を受け、精神科救急医療の機能評価に関する調査研究を実施しています。3 年目となる本年は、厚生労働省の要綱に定められた精神科救急医療施設の類型ごとの機能の評価を行えるような、学会指針を基とした評価基準を検討しております。

貴施設におかれましては、精神科救急医療事業についての多大なる貢献と、活発な医療活動があることと存じますが、その実績等をふまえ、今回学会として作成いたしました評価基準案につきまして自己レビューをしていただき、本案の妥当性の検討にご協力いただきますようお願い申し上げます。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、平成 21 年 月 日()までに御回答くださるようお願い申し上げます。

担当

静岡県立こころの医療センター

医局 杉山明子

〒420-0949 静岡市葵区与一4-1-1

電話 054-271-1135

FAX 054-251-6584

E-mail: hpkokoro@vcs.wbs.ne.jp

事業概略書

事業名	精神科救急医療の機能評価と質的強化に関する研究
事業目的	精神障害者の急性増悪期に危機介入の役割を担う精神科救急医療は、精神障害者が安心して地域で暮らすために必要不可欠の医療資源で、その役割が適切に発揮されるためには、地域の介入体制や医療施設が一定の機能を保って標準化される必要があるが、現実態は地域間格差が大きい。本事業では精神科救急医療に求められる機能を明確化し、それを評価する手法を確立することによって、精神科救急医療の均質化ならびに質的強化をはかることを目的とする。
事業概要	平成 19～20 年度の事業結果をふまえ、精神科救急医療の機能評価のための実用的な手法開発を目的とし、まず基準となるべき学会ガイドラインを改訂し、それを根拠とした評価手法として、対象別に評価表を作成するとともに、診療のパフォーマンスやアウトカムを測定し医療の質を管理するための患者レジストリおよびその専用ソフトウェアの開発を目指した。
事業実施結果 及び効果	改訂版ガイドラインは所定のプロセスを経て、平成 21 年 12 月に刊行された。新たなガイドラインを基に作成した評価表（案）は、主に構造と過程についての評価を中心とし、地域介入体制と常時対応施設を対象として作成した。患者レジストリは、構造、過程のほか、アウトカムの情報を含め、クオリティ・インディケーターを用いて医療の質が計測できるよう構築するとともに、臨床活用などへの有用性を付加して操作者負担を軽減し、導入によるインセンティブに配慮した。評価表は、内容妥当性の担保された手法だが、外的基準との相関は弱く、妥当性での課題が残った。また、地域介入体制の評価表は概念的・構造的に不均一で地域格差が大きい実態、精神科救急情報センター機能の脆弱性、さらにアウトカム（Outcome）測定という視点が欠如していることを鮮明化させた。以上より、アウトカムを含めた総合的な評価が本来的であり、患者レジストリを導入することが相補的かつ必要と考えられた。精神科救急医療の実用的な機能評価手法を開発して質的強化を図り、地域で生活する精神障害者が安心して暮らせる地域体制を確立することによって、彼らの自立と社会参加を促進できる可能性がある。
事業主体	日本精神科救急学会 学会事務局住所：株式会社 春恒社 学会事務部 〒169-0072 東京都新宿区大久保 2 丁目 4-12 新宿ラムダックスビル 10 階 電話：03-5287-6157 FAX：03-5291-2176 本調査研究事業の事務局住所：（独）静岡県立こころの医療センター医局 〒420-0949 静岡県静岡市葵区与一 4 丁目 1-1 電話：054-271-1135