

	F. 事務作業が多い（データ分析以外） 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	G. 当該指標が解決すべき医療課題に直結していない 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	H. 指標の達成の評価が困難である 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
指標番号・名称	【指標 S-15】◎精神病床を有する一般病院数(医療施設調査)
当該指標における問題点として、次の各事項につき、最も当てはまるものに○をお付け下さい。	A. 既存の医療機能と指針で求められている医療機能との乖離がある 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	B. 医療圏ごとの医療機能の偏在がある（例えば二次医療圏では求められる医療機能を確保できない） 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	C. 医療機関・関係機関の連携に際してのマネジメント体系構築が不足している 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	D. 分析するデータが多すぎる 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	E. 指標を達成するために必要な予算が不足している 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	F. 事務作業が多い（データ分析以外） 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	G. 当該指標が解決すべき医療課題に直結していない 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	H. 指標の達成の評価が困難である 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない

指標番号・名称	【指標 P-15】◎精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数、入院件数(事業報告)
当該指標における問題点として、次の各事項につき、最も当てはまるものに○をお付け下さい。	A. 既存の医療機能と指針で求められている医療機能との乖離がある 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	B. 医療圏ごとの医療機能の偏在がある（例えば二次医療圏では求められる医療機能を確保できない） 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	C. 医療機関・関係機関の連携に際してのマネジメント体系構築が不足している 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	D. 分析するデータが多すぎる

	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	E. 指標を達成するために必要な予算が不足している
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	F. 事務作業が多い（データ分析以外）
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	G. 当該指標が解決すべき医療課題に直結していない
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	H. 指標の達成の評価が困難である
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
指標番号・名称	【指標 P-16】◎精神科救急情報センターへの相談件数(事業報告)
当該指標における 問題点として、次 の各事項につき、 最も当てはまるも のに○をお付け下 さい。	A. 既存の医療機能と指針で求められている医療機能との乖離がある
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	B. 医療圏ごとの医療機能の偏在がある（例えば二次医療圏では求められる医療機能を確保できない）
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	C. 医療機関・関係機関の連携に際してのマネジメント体系構築が不足している
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	D. 分析するデータが多すぎる
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
E. 指標を達成するために必要な予算が不足している	
5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない	
F. 事務作業が多い（データ分析以外）	
5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない	
G. 当該指標が解決すべき医療課題に直結していない	
5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない	
H. 指標の達成の評価が困難である	
5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない	

指標番号・名称	【指標 P-17】◎年間措置入院患者・医療保護入院患者数(人口10万あたり)(衛生行政報告)
当該指標における 問題点として、次 の各事項につき、 最も当てはまるも	A. 既存の医療機能と指針で求められている医療機能との乖離がある
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	B. 医療圏ごとの医療機能の偏在がある（例えば二次医療圏では求められる医療機能を確保できない）
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない

<p>のに○をお付け下さい。</p>	<p>C. 医療機関・関係機関の連携に際してのマネージメント体系構築が不足している 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない</p> <p>D. 分析するデータが多すぎる 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない</p> <p>E. 指標を達成するために必要な予算が不足している 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない</p> <p>F. 事務作業が多い（データ分析以外） 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない</p> <p>G. 当該指標が解決すべき医療課題に直結していない 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない</p> <p>H. 指標の達成の評価が困難である 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない</p>
<p>指標番号・名称</p> <p>当該指標における問題点として、次の各事項につき、最も当てはまるものに○をお付け下さい。</p>	<p>【指標 P-19】○副傷病に精神疾患を有する患者の割合（患者調査：個票）</p> <p>A. 既存の医療機能と指針で求められている医療機能との乖離がある 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない</p> <p>B. 医療圏ごとの医療機能の偏在がある（例えば二次医療圏では求められる医療機能を確保できない） 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない</p> <p>C. 医療機関・関係機関の連携に際してのマネージメント体系構築が不足している 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない</p> <p>D. 分析するデータが多すぎる 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない</p> <p>E. 指標を達成するために必要な予算が不足している 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない</p> <p>F. 事務作業が多い（データ分析以外） 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない</p> <p>G. 当該指標が解決すべき医療課題に直結していない 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない</p> <p>H. 指標の達成の評価が困難である 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない</p>

<p>指標番号・名称</p> <p>当該指標における</p>	<p>【指標 P-20】○精神科身体合併症管理加算医療機関数(NDB)</p> <p>A. 既存の医療機能と指針で求められている医療機能との乖離がある</p>
--------------------------------	---

問題点として、次の各事項につき、最も当てはまるものに○をお付け下さい。	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	B. 医療圏ごとの医療機能の偏在がある（例えば二次医療圏では求められる医療機能を確保できない）
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	C. 医療機関・関係機関の連携に際してのマネジメント体系構築が不足している
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	D. 分析するデータが多すぎる
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	E. 指標を達成するために必要な予算が不足している
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
F. 事務作業が多い（データ分析以外）	
5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない	
G. 当該指標が解決すべき医療課題に直結していない	
5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない	
H. 指標の達成の評価が困難である	
5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない	

当該指標における問題点として、次の各事項につき、最も当てはまるものに○をお付け下さい。	【指標 0-2】◎精神科病床の退院患者平均在院日数(患者調査)
	A. 既存の医療機能と指針で求められている医療機能との乖離がある
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	B. 医療圏ごとの医療機能の偏在がある（例えば二次医療圏では求められる医療機能を確保できない）
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	C. 医療機関・関係機関の連携に際してのマネジメント体系構築が不足している
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	D. 分析するデータが多すぎる
	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
E. 指標を達成するために必要な予算が不足している	
5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない	
F. 事務作業が多い（データ分析以外）	
5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない	
G. 当該指標が解決すべき医療課題に直結していない	
5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない	
H. 指標の達成の評価が困難である	

5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない

指標番号・名称	【指標 0-3】〇1 年未満及び 1 年以上入院者の平均退院率(精神保健福祉資料)
当該指標における問題点として、次の各事項につき、最も当てはまるものに○をお付け下さい。	A. 既存の医療機能と指針で求められている医療機能との乖離がある 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	B. 医療圏ごとの医療機能の偏在がある(例えば二次医療圏では求められる医療機能を確保できない) 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	C. 医療機関・関係機関の連携に際してのマネジメント体系構築が不足している 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	D. 分析するデータが多すぎる 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	E. 指標を達成するために必要な予算が不足している 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	F. 事務作業が多い(データ分析以外) 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	G. 当該指標が解決すべき医療課題に直結していない 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	H. 指標の達成の評価が困難である 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない

指標番号・名称	【指標 0-4】〇在院期間 5 年以上かつ 65 歳以上の退院患者数(精神保健福祉資料)
当該指標における問題点として、次の各事項につき、最も当てはまるものに○をお付け下さい。	A. 既存の医療機能と指針で求められている医療機能との乖離がある 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	B. 医療圏ごとの医療機能の偏在がある(例えば二次医療圏では求められる医療機能を確保できない) 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	C. 医療機関・関係機関の連携に際してのマネジメント体系構築が不足している 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	D. 分析するデータが多すぎる 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	E. 指標を達成するために必要な予算が不足している 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	F. 事務作業が多い(データ分析以外)

	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
G. 当該指標が解決すべき医療課題に直結していない	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
H. 指標の達成の評価が困難である	5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない

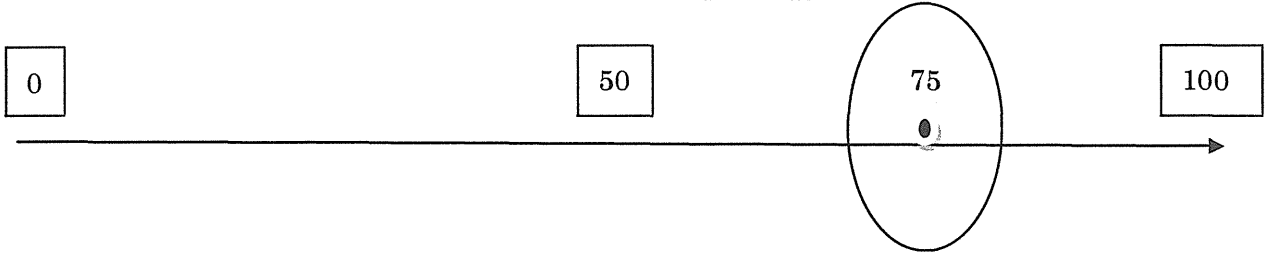
指標番号・名称	【指標 0-5】○3ヶ月以内再入院率(精神保健福祉資料)
当該指標における問題点として、次の各事項につき、最も当てはまるものに○をお付け下さい。	A. 既存の医療機能と指針で求められている医療機能との乖離がある 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	B. 医療圏ごとの医療機能の偏在がある(例えば二次医療圏では求められる医療機能を確保できない) 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	C. 医療機関・関係機関の連携に際してのマネジメント体系構築が不足している 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	D. 分析するデータが多すぎる 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	E. 指標を達成するために必要な予算が不足している 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	F. 事務作業が多い(データ分析以外) 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	G. 当該指標が解決すべき医療課題に直結していない 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	H. 指標の達成の評価が困難である 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
指標番号・名称	【指標 0-6】◎人口10万対自殺死亡率(人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率)
当該指標における問題点として、次の各事項につき、最も当てはまるものに○をお付け下さい。	A. 既存の医療機能と指針で求められている医療機能との乖離がある 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	B. 医療圏ごとの医療機能の偏在がある(例えば二次医療圏では求められる医療機能を確保できない) 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	C. 医療機関・関係機関の連携に際してのマネジメント体系構築が不足している 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない
	D. 分析するデータが多すぎる 5. 大変そう思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. あまりそう思わない 1. 全くそう思わない

E. 指標を達成するために必要な予算が不足している	5. 大変そう思う	4. そう思う	3. どちらとも言えない	2. あまりそう思わない	1. 全くそう思わない
F. 事務作業が多い（データ分析以外）	5. 大変そう思う	4. そう思う	3. どちらとも言えない	2. あまりそう思わない	1. 全くそう思わない
G. 当該指標が解決すべき医療課題に直結していない	5. 大変そう思う	4. そう思う	3. どちらとも言えない	2. あまりそう思わない	1. 全くそう思わない
H. 指標の達成の評価が困難である	5. 大変そう思う	4. そう思う	3. どちらとも言えない	2. あまりそう思わない	1. 全くそう思わない

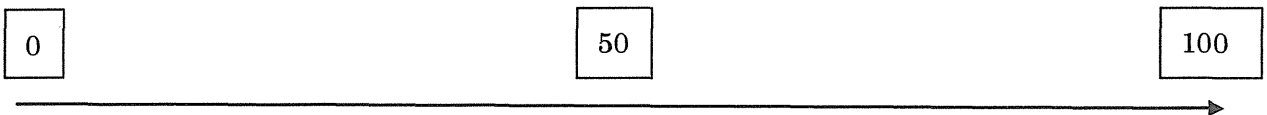
【質問10】策定担当者の感想として、今回の医療計画での精神疾患対策策定にあたっての業務量につき、次の各項目ないし分野について0を（全く負担感はない）、50を（これまで従事した通常業務並の負担感である）、100を（非常に大きな負担感がある）とした場合の0～100までの尺度でお答えください。

回答例

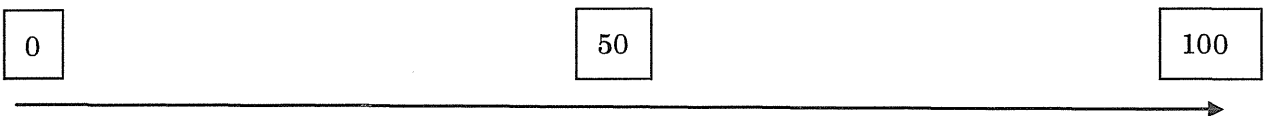
線上に●と数字をご記入下さい



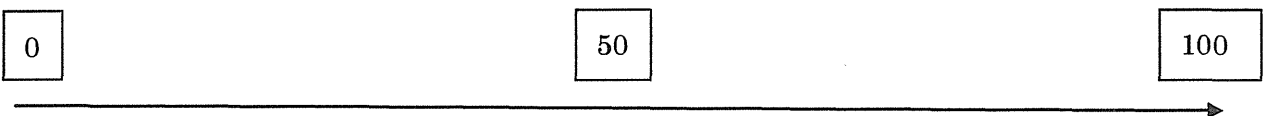
① 課題の抽出



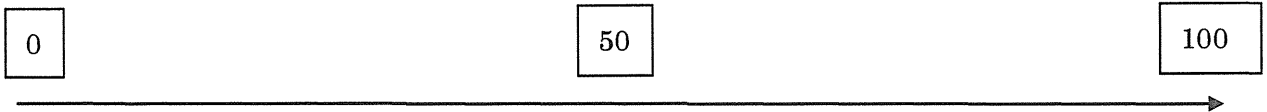
② データ収集・分析



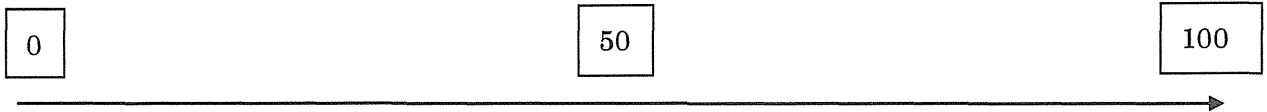
③ 目標設定



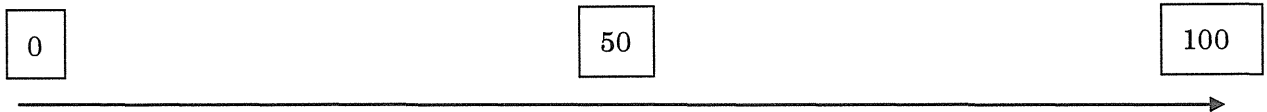
④ 対策に係る事業計画



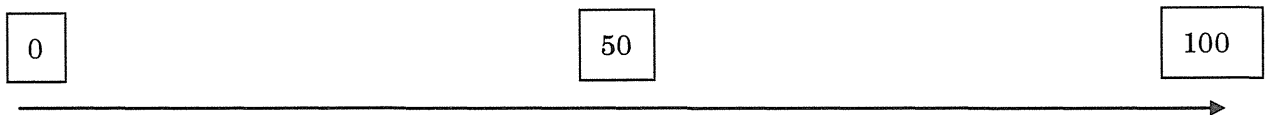
⑤ 対策に係る予算獲得



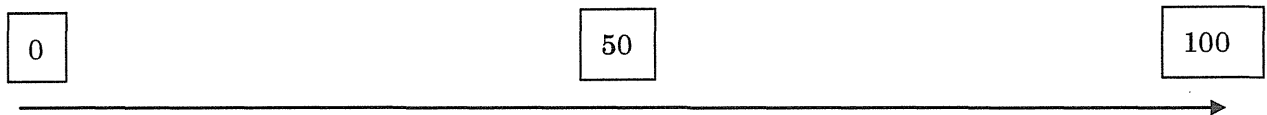
⑥ 施策評価方法の構築



⑦ 関係機関（内部部局）との調整



⑧ 関係機関（医療機関などの外部組織）との調整



アンケートは以上です。ご多忙の中、ご協力いただき大変ありがとうございました。結果を今後の医療計画施策に寄与できるよう有効に活用させていただきます。

研究分担報告

研究分担者：伊藤弘人

国立精神・神経医療研究センター

研究分担報告書

精神医療全般の医療政策立案ならびに精神科医療の評価に資する指標の開発

研究分担者 伊藤弘人 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所社会精神保健研究部部長

研究要旨：医療法に基づき各都道府県が策定する平成 25 年度からの医療計画において、精神疾患を 5 疾病目（がん、急性心筋梗塞、脳卒中、がん、精神疾患）にすることになった。本研究の目的は、都道府県の医療計画の策定と運用に資するために、（1）先進事例の収集を行い、（2）精神科地域連携クリティカルパスをモデル地区で開発することである。**研究方法：**（1）平成 24 年 3 月に策定された医療計画策定指針に基づき、都道府県の医療計画に資する先進事例を収集し、関係者を広く募集して公開の場で共有した。（2）長野県東信地域を地域連携モデル地域として、認知症に関する精神科地域連携クリティカルパスの初案の運用を開始した。**結果：**医療計画を都道府県が策定し実施する上で参考になる先進事例を収集・共有するとともに、長野県東信地域をモデル地域と位置づけて地域連携クリティカルパスの運用を開始した。**まとめ：**本研究成果の一部は都道府県の策定・実施する医療計画の参考事例となる。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
伊澤 敏	佐久総合病院 院長
山田明美	佐久総合病院 副看護部長兼室長
依田尚美	佐久総合病院 看護師長

心筋梗塞、脳卒中、糖尿病）および医療計画全体の見直しと整合性を持ちつつ、実現可能な検討と素案の作成が必要となる。本研究の目的は、都道府県の医療計画の策定と運用に資するために、（1）先進事例の収集を行い、（2）精神科地域連携クリティカルパスをモデル地区で開発することである。

A. 研究目的

医療法に基づき各都道府県が策定する医療計画において、精神疾患を 5 疾病目（がん、急性心筋梗塞、脳卒中、がん、精神疾患）とする指針が、平成 24 年 3 月 30 日に厚生労働省から示された。具体的にどのような医療体制をめざすのか、また地域連携の具体例となる精神科地域連携クリティカルパスは作成できるのか、さらに地域医療計画の評価指標には何か考えられるのか。すでに先行している 4 疾病（がん、急性

B. 研究方法

（1）先進事例の収集と共有

医療計画策定に資する先進事例を紹介・共有するために、精神科医療政策フォーラムを次の要領で開催した。

【フォーラム概要】

テーマ：次期医療計画策定と精神疾患

目的：次期医療計画における精神疾患医療体制策定の先進事例の共有と意見交換を図ること

募集対象者：都道府県医療計画策定担当者等

日時：平成24年7月11日（水）

場所：ホテルマロウド軽井沢（長野県北佐久郡）

【プログラム（敬称略）】

開会挨拶：

安西信雄（厚生労働科学研究主任研究者）

伊澤敏（東信地域精神科地域連携会議会長）

講演

次期医療計画 友利久哉（厚生労働省）

精神保健福祉センターの立場から

小泉典章（長野県精神保健福祉センター長）

グループワークと発表

講演

次期医療計画策定に関する都道府県からの質問と事例 堀口寿広（国立精神・神経医療研究センター：NCNP）

総合病院精神科医療機能の連携（チーム医療）

小石川比良来（亀田メディカルセンター）

精神科地域連携クリティカルパス開発

山田明美（東信地域精神科地域連携会議）

閉会挨拶 眞鍋薫（長野県）

司会：小林一司（佐久保健所）、伊藤弘人

（2）精神疾患地域連携クリティカルパス

日本医療マネジメント学会においてこれまでの経過を発表するとともに、長野県東信地域をモデル地域として、精神科地域連携会議の発足を支援し、精神疾患地域連携クリティカルパスの開発を地域連携会議と共同で開発した。

平成24年

5月 東信地域精神科地域連携パス検討会

7月 精神科医療政策フォーラム合同検討会

9月・12月・平成25年2月：検討会

（倫理面への配慮）

本研究は、専門家との意見交換による成果が中心であり、患者・利用者へ調査を実施するものではない。しかし研究に実施に際しては倫理面へ配慮しながら進めた。

C. 研究結果（図1参照）

（1）精神疾患医療体制イメージと具体例

当初フォーラムでは、精神疾患の医療体制に関して、GP連携（かかりつけ医と精神科医との連携）、地域ケア・アウトリーチ、精神科救急、職域連携、認知症の事例を集めることを目指して準備を行った。しかし、それぞれのテーマにおいて進捗に濃淡があったため、最終的には医療計画策定担当者・関係者グループ、民間医療機関グループ、および合併症医療連携グループで検討することになった。平成24年7月時点での医療計画策定状況は、各地域から始まったばかりであり、具体的事例を集めるというよりは、情報交換の場となった。注目すべきは、地域連携を進める上では、患者のフォローアップする仕組みが必要であることが共通認識とされたことであった。

精神疾患の住民をフォローアップできる先進事例として、和歌山県の保健所での取り組みが紹介された。和歌山県では県内保健所のデータを同じサーバーで管理しているため、県内の情報を統一的に管理することができる。この利点を生かし、入退院連絡票・定期病状報告を県で一元管理できる仕組みをモデル的に開発していた。

(2) 精神科地域連携クリティカルパス

平成23年度に長野県東信地域において発足した精神疾患地域連携会議をベースに開発された認知症地域連携クリティカルパスを、当該地域で運用を開始した。

運用を始める前に、地域医師会などの関連団体に説明を行い、疑問を説明するとともに、要望のうちで対応可能な内容については、運用で盛り込んだ。

D. 考察

本分担研究では、医療計画を都道府県が策定し実施する上で参考になる先進事例を収集・共有するとともに、長野県東信地域をモデル地域と位置づけて地域連携クリティカルパスの運用を開始した。

平成24年3月に平成25年度からの医療計画に5疾病目として精神疾患が加わることになった。しかし、都道府県側には十分な蓄積がないため、その策定は4月、8月および10月に開催された厚生労働省の説明会などを参考に、開発が進められていた。そのため、7月に開催したフォーラムへの参加自治体は限られていたものの、積極的・先進的な自治体の事例を集約することができた。

医療圏を厳格に設定することが難しいわが国において、いかに精神疾患の医療が必要な対象者を追跡していくかが、課題として取り上げられた。その観点からも、多組織で構成される地域連携会議が組織され、地域連携クリティカルパスが開発・運用される重要性が確認されることになった。

平成24年度はモデル地域で認知症の地域連携クリティカルパスを開発した。本年度は一歩進め、東信地域の地域連携会議から各組織に配布

して運用をはじめることができた。また、その後も地域連携会議を開催し、その運用状況について、意見交換を続けた。その結果、地域連携クリティカルパスの発行・運用を確認できるように事務局に登録する必要が明らかになった。どの程度実際に運用されているかが明らかにならないためである。

今後も地域連携クリティカルパスの運用を通じて、その課題をひとつひとつ解決していく予定である。本活動が認知症をはじめ精神疾患の医療体制構築に寄与する事例となることを期待したい。

E. 結論

平成25年度からは、いよいよ都道府県で精神疾患の医療計画の実施が始まる。本研究成果で収集された事例をはじめ、先進事例を収集・共有し、医療体制が構築されることが期待される。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

総説：Ito H, Setoya Y, Suzuki Y. Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry* 11: 186-190, 2012.

書籍：Thornicroft G, Alem A, Drake RE, Ito H, Mari J, Peter McGeorge P, Tara R, Semrau M. *Community mental health: putting policy into practice Globally* (World Psychiatric Association), Wiley-Blackwell, 2012 (British Medical Association, BMA Medical Book Awards 2012 受賞)。

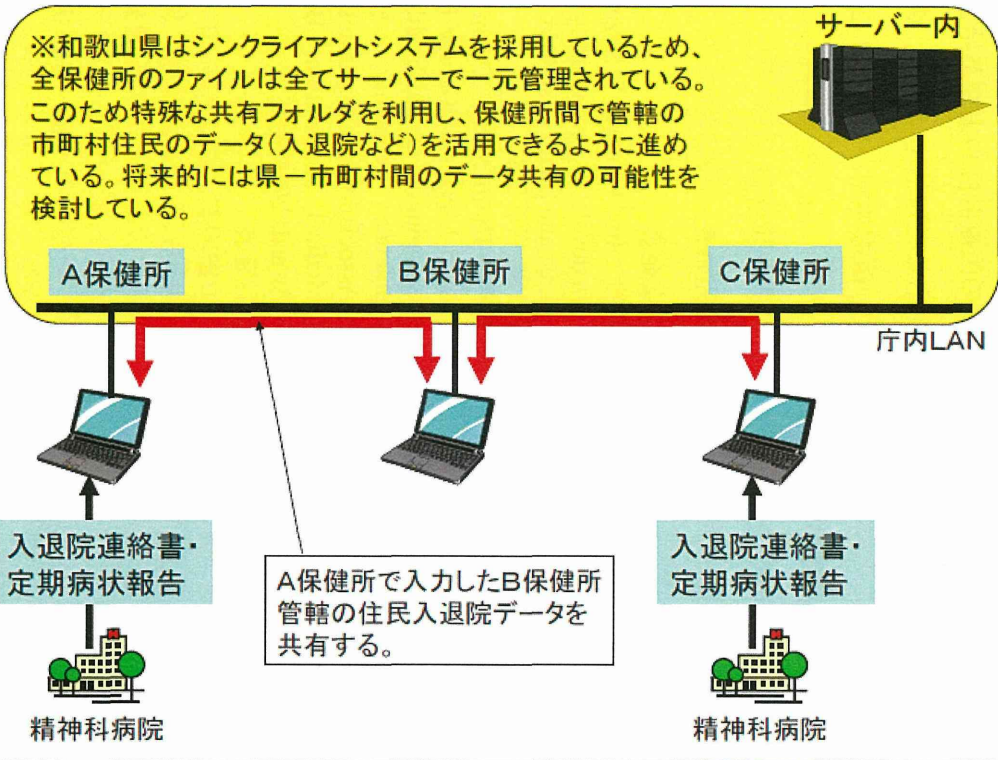
2. 学会発表

山田明美、依田尚美、下村裕見子、大石智、伊藤弘人、武藤正樹. 精神科地域連携クリティカルパスモデル開発. 日本医療マネジメント学会総会、2012 (ポスター賞受賞)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む) なし

図1. 保健所での先進的事例

保健所間のデータ連携



ケース入力画面

検索 クリア 基本情報登録 記録種 1書目 MD 1184 呼出

生年月日 1990(H02)/01/08 年齢 22 対応内容

2012(H24)/05/23 10:10-11:00 医師Dr 心の相談Dr

登録/変更 下書 記録削除

行政報告例用

日々の記録

入力画面は誰でも簡単に入力できるようにシンプルに設計している。一方、データには対応時間を始め、入退院記録・定期病状報告書など、ケースへの対応や統計上必要と思われる情報を網羅している。

ユーザー 山下真史 記録:山下真史

注: 架空の事例

資料提供: 山下真史氏(和歌山県東牟婁振興局健康福祉部:新宮保健所)

研究分担報告

研究分担者：平田豊明

千葉県精神科医療センター

平成 24 年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」分担研究報告書

精神科救急医療からの医療政策に関する研究

分担研究者 平田豊明 (*1)

研究協力者

杉山直也 (*2)、石井美緒 (*3)、伊藤弘人 (*3)、川畑俊貴 (*4)、計見一雄 (*5)、佐藤雅美 (*6)
澤温 (*7)、中島豊爾 (*8)、八田耕太郎 (*9)、原田誠 (*1)、藤田潔 (*10)、渡路子 (*3)

*1 千葉県精神科医療センター、*2 沼津中央病院、*3 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所、
*4 京都府立洛南病院、*5 佐藤病院、*6 東京武蔵野病院、*7 さわ病院、*8 岡山県精神科医療センター、
*9 順天堂大学医学部精神科、*10 桶狭間病院

【研究要旨】

目的) 精神科救急医療体制整備事業（以下「精神科救急事業」）、および精神科救急入院料認可病棟（以下「精神科救急病棟」）の運用実態に関する最新情報などに基づいて、精神科救急医療の観点から今後の精神科地域医療体制の構築プランを提示すること。

方法) ①各都道府県から厚生労働省に報告された平成 23 年度の精神科救急事業運用実績を分析した。②平成 24 年 10 月現在認可されている全国 104 カ所の精神科救急病棟を対象として、その運用実態を WEB 画面にてアンケート調査し、分析した。③精神科救急病棟への入院基準を試作した。以上の調査等により得られた情報に基づき、今後の精神科救急医療体制のあり方を論じた。

結果) ①平成 23 年度、精神科救急情報センターには約 3.4 万件、精神医療相談には約 11 万件的電話相談が寄せられた。精神科救急事業の利用者は、年間約 4 万件のうち約 1.6 万件が入院となっていた。受診者の 3 分の 1 は受診先病院への通院患者であった。入院患者の約 4 分の 1 は精神科三次救急ケースであったが、大都市圏を中心に寡占的分布を示した。②66 カ所（63.5%）の精神科救急病棟認可施設から回答があった。平成 23 年度は、平均 46.4 床の病床に年間 308.8 件の入院があり、平均 48.6 日で 68.3%を自宅退院に結びつけていた。③精神科救急病棟への入院適応を「精神疾患による現実検討の損傷と社会的不利益が最近 1 ヶ月以内に急速に生じており、改善のために迅速な医学的介入が必要かつ有効な患者」と定義し、具体的な病態を精神病理学的に再定義した。

考察) ①電話相談は年々増加しているが、精神科救急情報センターと精神医療相談という 2 つの窓口の定義が自治体によってまちまちであった。大都市圏では情報センターを含む複数の窓口を設け、地方では両者を統合した窓口を人口や面積に応じて複数設置するのが妥当と思われた。②精神科救急事業は、夜間・休日にマイクロ救急が機能しなくなる大都市中心部と人口過疎地区の両極でニードが高い傾向にあったが、依然として大きな地域差の存在が確認された。③精神科救急病棟においても、身体管理能力や患者の診断構成、三次救急比率、平均在棟日数、退院前訪問件数などの活動性指標に施設間格差が認められた。

結論) ここで提唱した基準に当てはまる重症急性患者を迅速・確実に受け入れることを軸に、精神科救急システムの再構築とその中核を担う精神科救急病棟群の均霑化が図られるべきである。

A. 研究目的

精神科救急医療の任務は、第1に、精神疾患に起因する重大事象（自殺や他害行為）を未然に防止すること、第2に、手厚い医療の提供によって重症ケースの慢性化と長期在院を食い止めること、そして第3に、迅速な危機介入によって精神科利用者の在宅ケアを支援することである。これらの任務を達成するためには、個々の精神科医療機関における自発的な救急診療（マイクロ救急）がまず重要であるが、これを制度的にバックアップする社会的セーフティネットとしての精神科救急医療体制整備事業（マクロ救急事業）のあり方も救急医療サービスの質を決定する重要因子となる。

本研究の目的は、精神科救急医療体制整備事業（以下「精神科救急事業」）、およびこれを中核的に担う精神科救急入院料認可病棟（以下「精神科救急病棟」）の運用実態に関する最新情報などに基づいて、精神科救急医療の観点から今後の精神科地域医療体制の構築プランを提示することである。

B. 研究方法

1. 精神科救急事業の運用実績調査

都道府県から厚生労働省に提出された平成23年度精神科救急事業実績年報を集計し分析した。

2. 精神科救急病棟の運用実績調査

平成24年10月1日現在、精神科救急入院料を認可されている104の施設に対して、精神科救急病棟の運用体制や診療実績を問うWEB画面上のアンケート調査票への入力を依頼した。

3. 精神科救急病棟への入院基準の試作

精神科救急病棟への中核的な入院対象を明確化するために、代表的な病態像の記述を試みた。

以上の調査によって得られたデータに基づき、精神科救急医療のエキスパートである研究協力者相互の討論を経て、研究目的の達成を目指した。

なお、今回の調査において個人情報を取り扱うことはなかった。

C. 研究結果

1. 精神科救急事業の運用実績

(1) 電話相談の状況

各都道府県の電話相談事業の実績を表1に示した。図1に精神医療相談、図2には精神科救急情報センターへの電話相談を、件数の多い都道府県順に並べて図示した。表1では、千葉県精神医療相談のうちの電話相談件数が精神科救急情報センターの相談件数と同一であるが、これは同じ電話相談の内訳を別々に表示しただけである。したがって、千葉県精神医療相談件数は図1から除外し、図2にのみ示した。図1では大阪府が、図2では千葉県が突出している。

図3は、精神医療相談者の内訳（利用者本人か家族等か）の比率を電話相談と来所相談とで図示したものである。電話相談では本人からの相談が多く、アクセスの容易さを示すものといえるが、相談受付の窓口は都道府県によって異なると思われる。

図4は精神科救急情報センターへの電話相談者の内訳を図示したものである。緊急性が高いと思われる消防・警察からの電話

が4分の1に上る半面、本人・家族が過半数を占めるなど、情報センターが精神医療相談の機能も相当に担っていることを窺わせる。

(2) 受診および入院の状況

表2に平成23年度の精神科救急事業実績を都道府県別に表示した。受診件数の多い順に並べ替えて、入院件数とともに図示したのが図5である。東京都、大阪府、愛知県など大都市圏を擁する地域のほか、岩手県、石川県、滋賀県、北海道などの地域でも受診件数が多いことが示されている。

受診者のうち約4分の1に当たる16,292件が入院となっている。図6は、入院件数の多い順に都道府県を並べて表示したものであるが、東京都と大阪府という大都市圏が突出するほか、必ずしも人口に併行しない形で入院件数が分布している。

図7に入院形式別の内訳を示した。緊急措置入院、措置入院、応急入院となったケースは緊急性が高いことが予想されるため精神科三次救急ケースと定義するが、ほぼ4分の1が三次救急であった。ただし、三次救急にも地域差があり、図8に示したように、大都市圏の占める比重が大きい。

2. 精神科救急病棟の運用実態

平成24年10月1日現在、精神科救急入院料を認可された施設は104カ所である。

これら104の精神科救急入院料認可施設に対して、同病棟の運用状況に関する調査を依頼したところ、66病院(63.5%)から回答があった。同病棟を複数認可されている施設が11カ所あり、精神科救急入院料病棟は全体で77病棟あった。

以下に、主な調査結果を示す。数値は、小数点以下1桁までで単位の表示があるものが回答日現在の1施設平均値、小数点以下および単位の表示がないものは回答施設数である。

(1) 母体病院精神科の概要(平成23年度)

まず、精神科救急入院料病棟を認可された母体病院精神科66カ所の施設概要と稼働状況に関するデータを示す。

(ア) 施設・設備

①病床数	304.5床
看護単位	6単位
②隔離室	20.2室
③個室	56.0床
うち可変型	2.6室
④認可病棟	
・救急入院料(1)	60
・救急入院料(2)	4
・救急・合併症入院料	3
・急性期治療病棟(1)	25
・急性期治療病棟(2)	1
・療養病棟	29
・認知症疾患治療病棟	16
・児童・思春期病棟	6
・医療観察法病棟	10
⑤検査体制(回答施設66)	

(a) 血液検査

・24時間検査可能	34
・オンコール体制	21
・時間帯により検査困難	11

(b) 生化学検査

・24時間検査可能	33
・オンコール体制	20
・時間帯により検査困難	13

(c) X線単純撮影	・未回答 ----- 1
・24時間検査可能 ----- 21	③ コメディカルスタッフ ----- 28.8人
・オンコール体制 ----- 31	・ソーシャルワーカー ----- 10.5人
・時間帯により検査困難 ----- 14	・心理職 ----- 4.3人
(d) CT検査	・作業療法士 ----- 9.2人
・24時間検査可能 ----- 20	・薬剤師 ----- 4.8人
・オンコール体制 ----- 30	* ソーシャルワーカー当直
・時間帯により検査困難 ----- 16	・あり ----- 15
(e) 心電図	・なし ----- 51
・24時間検査可能 ----- 37	(ウ) 地域精神保健サービス
・オンコール体制 ----- 19	① デイケア
・時間帯により検査困難 ----- 9	・あり ----- 60
・未回答 ----- 1	・なし ----- 5
(f) 超音波検査	・未回答 ----- 1
・24時間検査可能 ----- 13	② 作業療法
・オンコール体制 ----- 28	・あり ----- 61
・時間帯により検査困難 ----- 25	・なし ----- 5
(g) 動脈血ガス分析	③ アウトリーチサービス
・24時間検査可能 ----- 33	・多職種包括的アウトリーチ ----- 22
・オンコール体制 ----- 14	・訪問看護のみ ----- 37
・時間帯により検査困難 ----- 19	・なし ----- 7
(イ) 職員配置	④ 自立支援法日中プログラム
① 常勤医師 ----- 13.8人	・法人内で実施 ----- 21
うち精神保健指定医 ----- 9.7人	・関連法人が実施 ----- 5
特定医師 ----- 1.5人	・必要時に連携する法人あり ----- 9
* 医師当直体制	・なし ----- 30
・指定医常駐 ----- 20	・未回答 ----- 1
・指定医か特定医常駐 ----- 17	⑤ 自立支援法居住プログラム
・指定医オンコール ----- 22	・法人内で実施 ----- 22
・その他 ----- 2	・関連法人が実施 ----- 4
・未回答 ----- 5	・必要時に連携する法人あり ----- 6
② 常勤看護師 ----- 112.7人	・なし ----- 33
* 救急外来専任看護師	・未回答 ----- 1
・あり ----- 8	(エ) 精神科救急事業への関与
・なし ----- 57	

①運営要綱上の役割	・その他 ----- 14
・常時対応施設 ----- 27	・未回答 ----- 5
・病院群輪番施設 ----- 37	
・身体合併症対応施設 ----- 2	(カ) 施設認定
・なし ----- 0	①日本医療機能評価機構
②精神科救急外来体制	・あり ----- 41
・常時診療可能 ----- 59	・なし ----- 25
・時間帯により診療不可 ----- 7	②国際標準化機構 (ISO)
③連絡調整会議への参加	・あり ----- 1
・あり ----- 52	・なし ----- 61
・なし ----- 13	・未回答 ----- 4
・未回答 ----- 1	③日本精神神経学会認定施設
④空床確保数 ----- 1.7床	・あり ----- 54
⑤バックアップ機能担当	・なし ----- 12
・あり ----- 40	(キ) 外来情報
・なし ----- 24	①年間初診者数 (職員を除く) 1047.3人
・未回答 ----- 2	②1日平均再来者数 (デイケアを除く)
⑥27条診察への協力	----- 129.9件
・あり ----- 59	③1日平均デイケア数 ----- 38.5件
・なし ----- 5	④1日平均ナイトケア数 ----- 1.5件
・未回答 ----- 2	⑤1日平均デイナイトケア数 ----- 12.0件
⑦応急入院指定	⑥年間訪問看護件数 ----- 2579.1件
・あり ----- 66	⑦年間時間外診療件数 ----- 497.1件
・なし ----- 0	
(オ) 精神科救急電話体制	(ク) 入退院情報
①精神科救急情報センター併設	①年間延べ在院患者数 ----- 98,812.7人
・あり ----- 13	②1日平均在院患者数 ----- 277.3人
・なし ----- 53	③年間病床利用率 ----- 88.1%
②電話相談受付体制	④年間入院件数 ----- 674.6件
・24時間 ----- 42	⑤年間退院件数 ----- 680.7件
・時間帯制限あり ----- 19	うち精神科救急事業 ----- 133.5件
・未回答 ----- 5	三次救急件数 ----- 63.6件
③電話相談対応者	⑥年間病床回転率 ----- 4.7回転
・専任看護・コメディカル ----- 40	⑦平均在院日数 ----- 143.8日
・医師 ----- 7	

(2) 精神科救急病棟の概要(平成23年度)

次に、精神科救急病棟77の施設概要や稼働状況に関するデータを示す。

(ア) 施設・設備

①病床数	46.4床
②隔離室	7.8室
③可変型個室	1.5室
④一般個室	17.5室
⑤利用可能な医療設備(回答77施設)	
(a) 隔離室配管(酸素・吸引)	
・あり	42
・なし	35
(b) 個室内配管(酸素・吸引)	
・あり	58
・なし	19
(c) 病棟救急カート	
・あり	74
・なし	3
(d) 心肺モニタ	
・あり	70
・なし	7
(e) AED等の除細動装置	
・あり	61
・なし	16
(f) 人工呼吸器	
・あり	11
・なし	64
・未回答	2
(g) パルス型電気刺激装置	
・あり	34
・なし	42
・未回答	1
(h) エアーマット	
・あり	59
・なし	18

(i) 下腿マッサージ器

・あり	29
・なし	48

(イ) 職員配置

①医師	
・病棟専任常勤医師数	4.1人
うち精神保健指定医	2.8人
・病棟兼任常勤医師数	5.9人
②看護師	
・病棟看護師数	25.8人
・準夜勤体制	2.8人
・深夜勤体制	2.8人
③コメディカルスタッフ	
・病棟専属ソーシャルワーカー	4.8人
・他の病棟兼任コメディカル	2.8人

(ウ) 治療プログラム

①入院精神療法I	1982.6件
②入院生活技能訓練法(SST)	55.1件
③電気けいれん療法	100.4件
注) ただし、延べ件数の回答と実人数の回答が混在していた。	
④精神科作業療法	2822.6件
⑤退院前訪問指導	42.4件

(エ) 患者動態(平成23年度)

①年間延べ在棟患者数	14,814.8人
うち新規患者率	81.5%
②年間入院件数	308.8件
年間退院件数	304.5件
平均在棟日数	48.6日
③入院(転入)時の入院形式	
・緊急措置入院	9.4件
・措置入院	16.9件
・応急入院	15.5件