

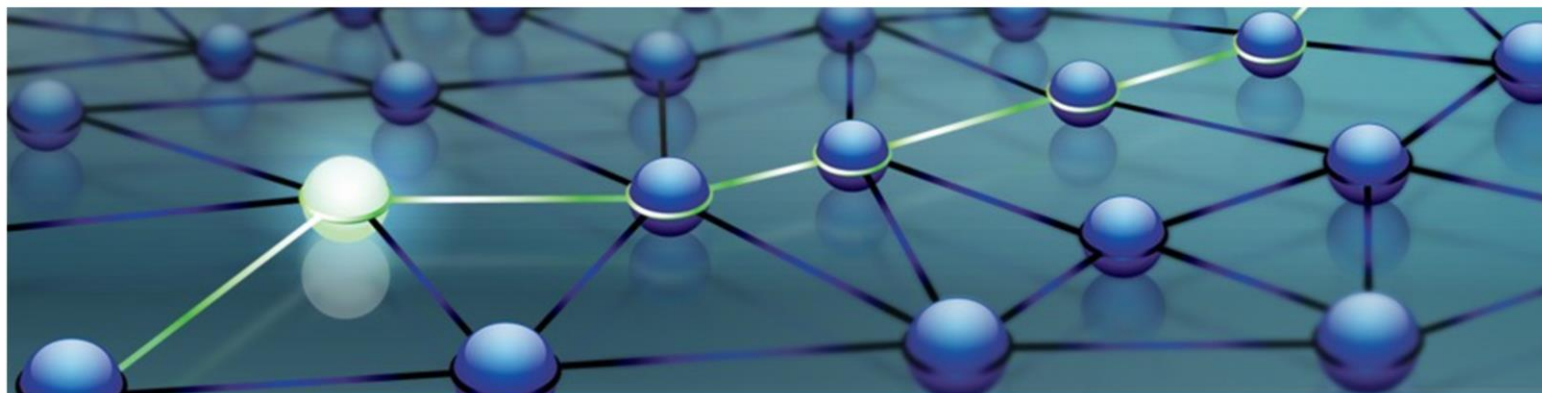
平成28年度「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」報告書より

研究代表者 山之内芳雄(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部)

630@ncnp.go.jp

精神疾患医療計画等の策定とフォローアップのための調査・データについて

2017年4月



新しい精神保健福祉資料と目標値設定ツールの公表

NCNP精神保健計画研究部ホームページ <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku>

都道府県全域のシート



都道府県のすがた
都道府県の精神医療機関一覧、疾患ごと精神医療圏ごとの医療機関数・患者数・拠点機関の一覧

H29年初回公開版では、2次医療圏ごと。数値データは26年。
圏域設定、拠点の指定状況をH29末にうかがいます。



(参考資料)
その他集計値

都道府県・精神医療圏の現況散布図

- ・(*)急性期の退院率と早期の再入院率の関係の全国・全域との比較
- ・整備すべき地域資源量と現状の長期患者数の関係の全国・全域との比較

H29/5版では、(*)のみ提示します

都道府県全域のシート

精神医療圏ごとのシート

都道府県・精神医療圏の現況


- ・2年分の疾患ごと入院/外来ごとの医療機関数、患者数等
- ・2年分の病院設置地/患者住所ごとの長期入院者数グラフ
- ・1年以内退院率、1年以内再入院率のグラフ

H29年初回公開版では、2次医療圏ごと。26年度データ。長期患者は25,26年で、住所地集計はありません。

精神保健福祉資料
これらデータを都道府県ごとひとつのエクセルファイルにして、公表します



医療計画・障害福祉計画のH32,36年目標値設定ツール
エクセルファイルで公表
αβ値の入力だけで、地域基盤整備量を算出します



医療計画・障害福祉計画のH32,36年目標値設定ツール

項目	2025年	2032年	2036年
急性期退院率
早期再入院率
長期患者数
地域基盤整備量

医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画の策定とフォローアップに活用しやすいデータを、今年度から精神保健福祉資料を大幅に見直すことで提供します。

新しい精神保健福祉資料の概要

- 精神疾患の医療計画、それに関係する障害福祉計画、介護保険事業計画の策定とフォローアップに必要な数値を提供します
- NCNP精神保健研究所精神保健計画研究部HPから自由にダウンロード
- 1都道府県1ファイルのエクセル様式

内容

- 医療機能一覧表: 各都道府県が策定する医療計画に明記される医療機能の一覧をそのまま表示
- 診療実績シート:
 - ・主にレセプトデータベース(NDB)から算出された、都道府県全域・精神医療圏ごと15の疾患等領域ごとの診療実績値 (ストラクチャ*・プロセス)
 - ・NDBと630調査から算出された、新入院患者の退院状況・退院者の再入院状況・急性～慢性の入院者数 (アウトカム**)
- アウトカム指標の2次元散布図: アウトカム指標値を組み合わせ得られた、急性期の入退院バランス・慢性期の目標達成モニタの散布図
- 630調査の集計値などその他データ

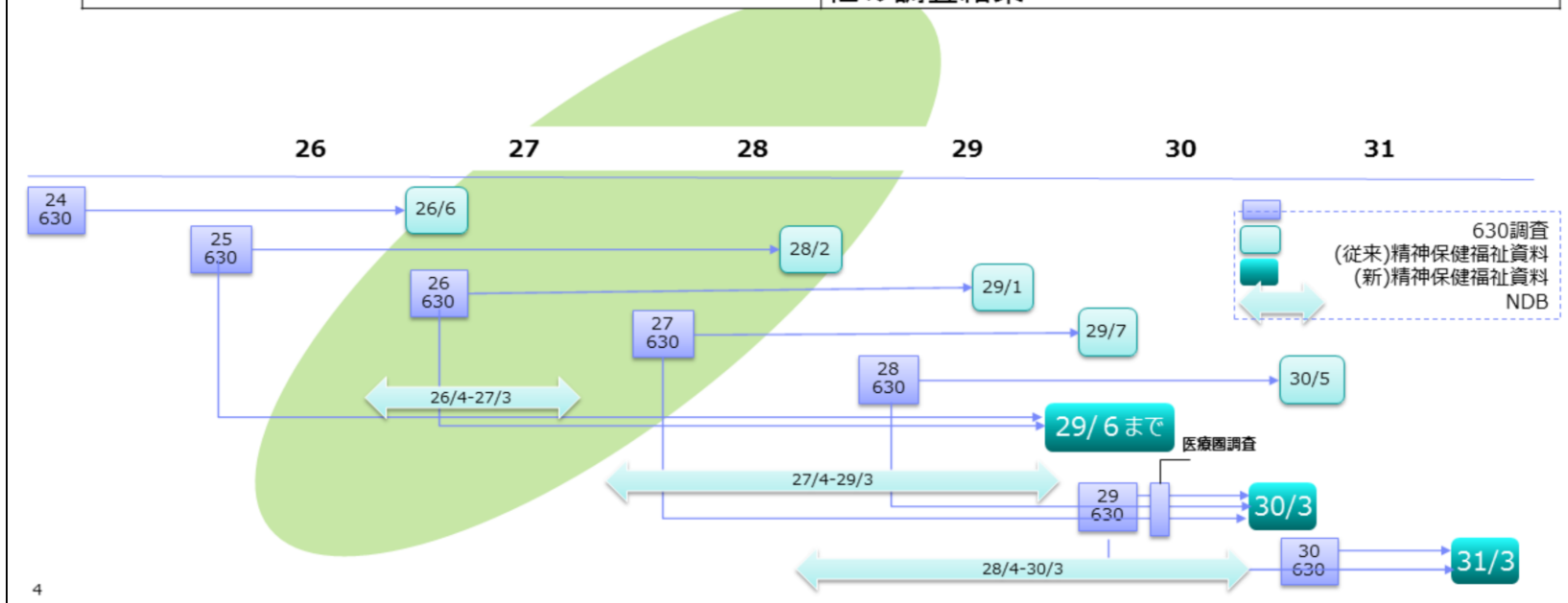
*疾患等領域ごと圏域ごとの医療機関数が医療計画での重点指標として通知されている

**3,6,12か月の退院率・再入院率、急性期・回復期・慢性期の入院患者数が医療計画での重点指標として通知されている

新しい「精神保健福祉資料」は、都道府県ごとに独立した1つのエクセルファイルとしてHPに掲載し、エクセルのタブを選択することによって、当該都道府県内で設定いただいた精神医療圏ごとのデータなどを閲覧することができます。初版は29/6までに公表予定で、誰でも自由にダウンロードすることができます。それ以降は、毎年度末に前年度の全国のレセプトデータ(NDB) 値と当該年度の630調査値を公表します。

630調査・精神保健福祉資料の公開スケジュール

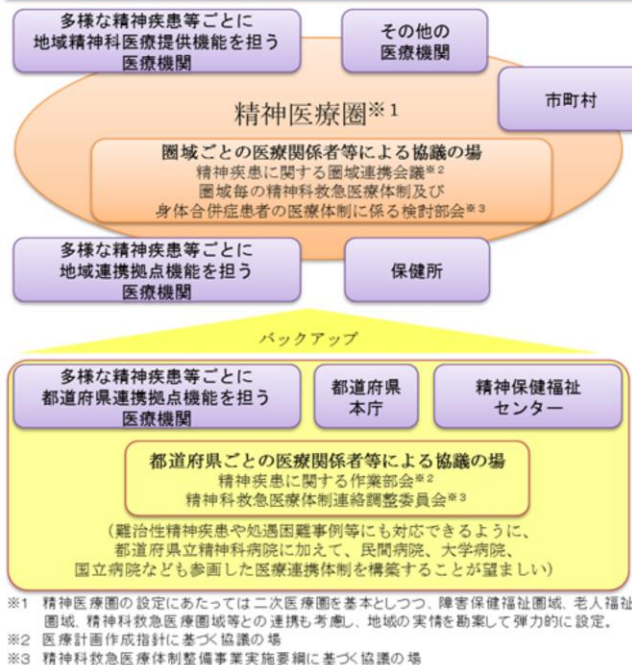
平成28年度までの精神保健福祉資料	平成29年度からの精神保健福祉資料
630調査結果	630調査結果 NDBの分析結果 他の調査結果



今までの精神保健福祉資料は630調査の集計のみを掲載し、調査から数年後の発行でしたが、新しい精神保健福祉資料では、NDBなどの必要データを追加して、630調査の実施年度の内に集計して公表することを目指します。630調査は、より早く、より正確に、実態を把握できるように大幅に見直します。

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制（イメージ）

○多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能を明確にし、役割分担・連携を推進する。



精神医療圏における関係機関の役割

- 【圏域ごとの医療関係者等による協議の場の役割】
 圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場（特に、圏域内の病院・病院間連携および病院・診療所間連携の深化を図る）
 〈地域精神科医療提供機能を担う医療機関の主な役割〉
 地域精神科医療の提供
 〈地域連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉
 ①医療連携の地域拠点、②情報収集発信の地域拠点
 ③人材育成の地域拠点、④地域精神科医療提供機能支援
 〈市町村の主な役割〉
 精神保健福祉相談、在宅医療介護連携推進の総合調整
 〈保健所の主な役割〉
 圏域内の医療計画の企画立案実行管理
 圏域内の医療関係者間の総合調整

三次医療圏における関係機関の役割

- 【都道府県ごとの医療関係者等による協議の場の役割】
 都道府県内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場（特に、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能の明確化を図る）
 〈都道府県連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉
 ①医療連携の都道府県拠点、
 ②情報収集発信の都道府県拠点、
 ③人材育成の都道府県拠点、④地域連携拠点機能支援
 〈精神保健福祉センターの主な役割〉
 保健所、市町村への専門的支援（個別相談、人材育成等）
 〈都道府県本庁の主な役割〉
 都道府県全体の医療計画の企画立案実行管理
 都道府県全体の医療関係者間の総合調整

さて、平成30年度からの第7次医療計画においては、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築が目指すべき方向性として掲げられました。精神疾患には、さまざまな専門的な領域があり、これが15領域に分類されています。医療機関ごとに、領域ごとの医療機能を明確化することが求められています。

また、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担と医療連携を推進するための精神医療圏の設定が求められています。精神医療圏内で、主要な精神疾患への医療を完結できるように、精神医療圏ごとに設置される協議の場を通じて、医療連携を推し進めることが重要です。

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化について①

○平成30年度からの第7次医療計画では、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機能を明確化する。

現状・課題

○平成30年度からは、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画の3計画が新たに開始することから、それぞれの計画が連動するように、同一の理念を共有する。また、改正精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

対応方針（多様な精神疾患等ごとに医療機能の明確化）

医療機能	役割要件	統合失調症	認知症	児童・思春期精神疾患	精神科救急	身体合併症	自殺未遂	うつ	PTSD	依存症	てんかん	高次脳機能障害	摂食障害	災害医療	医療観察	
都道府県拠点機能	役割 要件 (例)	①医療連携の都道府県拠点、②情報収集発信の都道府県拠点、③人材育成の都道府県拠点、④地域連携拠点機能支援														
地域連携拠点機能	役割 要件 (例)	①医療連携の地域拠点、②情報収集発信の地域拠点、③人材育成の地域拠点、④地域精神科医療提供機能支援														
地域精神科医療提供機能	役割 要件 (例)	①医療連携への参画、②情報発信への参画、③人材育成への参画、④地域精神科専門医療の提供														

多様な精神疾患等ごとの都道府県拠点機能、地域連携拠点機能、地域精神科医療提供機能に関する医療機能の要件は、都道府県ごとに設置される協議の場を通じて、地域の実情を勘案して個別に設定し、医療計画に明記すること。

※疾患等ごとに都道府県拠点機能を担う医療機関を、少なくとも1カ所医療計画に明記。複数明記する場合は、一体的に機能できるように考慮すること。
 ※疾患等ごとに地域連携拠点機能及び地域精神科医療提供機能を担う医療機関を、精神医療圏ごとに1カ所以上医療計画に明記するのが望ましい。7

医療機能は、①都道府県連携拠点機能、②地域連携拠点機能、③地域精神科医療提供機能に区分されます。それぞれの医療機能に求められる事項については、精神疾患の医療体制の構築に係る指針を踏まえつつ、都道府県ごとの地域の実情を考慮しながら、関係者との協議を通じて合意形成を図る必要があります。

その上で、病院、診療所、訪問看護ステーションごとに、領域ごとの医療機能を明確化することによって、以下の効果が期待できます。

- ①患者にとって、どの医療機関を受診すれば良いか分かりやすくなる。
- ②医療機関にとって、どの医療機関と連携をすれば良いか分かりやすくなる。
- ③行政にとって、地域に不足している医療機能が明確になり優先順位をつけながら対策を検討しやすくなる。

地域の実態を把握する指標として、退院率・長期入院患者数があげられた。
あわせて患者の地域定着度を測る、再入院率も算出した。

あり方検討会資料

12月22日あり方検討会資料

医療計画、障害福祉計画におけるアウトカム指標の見直しについて①

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が連動するように、より速やかに地域の実態を把握することのできる都道府県単位及び二次医療圏単位の共通のアウトカム指標を設定する。

現状・課題

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が連動するように、都道府県単位及び二次医療圏単位の共通のアウトカム指標を設定する必要がある。
- 精神保健福祉資料（630調査）を用いた指標は、現時点で入手可能な最新のデータは3年前（平成25年度）となっており、計画の進捗管理に課題がある。このため、より速やかに地域の実態を把握できるように、630調査の改善を図るとともにNDBを用いて、新たなアウトカム指標を設定する必要がある。

対応方針（新たな指標への見直し）

	指標	早期退院支援の取組状況を評価する観点	地域移行の進捗状況を評価する観点
現状	医療計画	1年未満入院患者の平均退院率【630調査】 退院患者平均在院日数【患者調査】	3か月以内再入院率【630調査】 在院期間5年以上65歳以上の退院患者数【630調査】 認知症新規入院患者2ヶ月以内退院率【630調査】
	障害福祉計画	入院後3か月時点の退院率【630調査】 入院後1年時点の退院率【630調査】	長期在院患者数の減少割合【630調査】
H30から	医療計画	入院後3か月時点の退院率【※】	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの進捗状況を評価する観点
	障害福祉計画	入院後6か月時点の退院率【※】 入院後1年時点の退院率【※】 ※630調査/NDB	精神病床における1年以上長期入院患者数【※】 精神病床における65歳以上1年以上長期入院患者数【※】 精神病床における65歳未満1年以上長期入院患者数【※】 ※630調査/NDB

1. 2. 3. ※3ヶ月以内再入院率を含めモニタリングに有用な指標の活用を検討する 9

地域の実態を把握する指標

1.退院率




2.長期入院患者数

3.再入院率

これまで医療計画と障害福祉計画で異なるアウトカム指標が用いられていましたが、平成30年度からの医療計画及び障害福祉計画では、同一のアウトカム指標を採用することになりました。具体的には、早期退院支援の取組状況を評価する観点から、新入院患者の3,6,12ヶ月時点の早期退院率が採用されました。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの進捗状況を評価する観点から、1年以上の長期入院患者数が採択されています。1年以上長期入院患者数については、さらに65歳以上と65歳未満に区分して評価することになっており、このことは精神障害にも対応した介護サービス・障害福祉サービスの基盤整備の状況、精神科医療と障害福祉・介護の連携の度合いを評価するのに活用できると考えます。

この他、医療計画では基盤整備の成果として、患者の地域定着度を測るために、再入院率もみることとなりました。

医療計画において1.重点指標、2.参考指標を定義。

指標の分類	医療計画で定義 指標の目的	各種指標	指標イメージ
1.医療計画指標：重点指標●	各都道府県が医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療体制構築の参考とする。	<ul style="list-style-type: none"> 各精神疾患に対応する医療機関数 アウトカム指標(退院率など) 	
2.医療計画指標：参考指標	必要に応じて上記指標の理解を深めるために参照する。	<ul style="list-style-type: none"> 各精神疾患の患者数 精神医療圏ごとの医療機能一覧 二次元散布図 I. 3ヶ月退院率×3ヶ月以内再入院率 II. 長期入院患者率×将来入院需要推計 	
3.その他	その他精神医療の課題に対する検討を行う。	<ul style="list-style-type: none"> 630調査結果 隔離拘束調査結果 など 	

8

医療計画では、指標の目的に応じて、重点指標と参考指標に区分されます。重点指標は、圏域単位での領域ごとに診療実績のある医療機関数、地域包括ケアの進捗状況を評価するアウトカム指標などが該当します。参考指標は、領域ごとの患者数などが該当します。

「精神保健福祉資料」には、重点指標、参考指標以外にも、施策の検討に必要なデータが含まれます。これらのデータを、都道府県ごとに独立した1つのエクセルファイルとして公表します。

医療計画 –精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/

新しい精神保健福祉資料と目標値設定ツールの公表

NCNP精神保健計画研究部ホームページ <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku>

The screenshot displays several key components of the mental health planning tool:

- 都道府県全体のシート** (Prefecture-wide sheets): Multiple spreadsheets for regional data.
- 精神保健福祉資料** (Mental Health Welfare Data): A central data hub with a green 'X' icon.
- 医療計画、障害福祉計画の13、16年目標値設定ツール** (Tool for setting target values for medical and disability welfare plans for 13 and 16 years): A yellow-highlighted tool for setting goals.
- 精神保健福祉資料の現状** (Current status of mental health welfare data): A section detailing data collection methods and categories.



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

テーマ別に探す | 報道・広報 | 政策について

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療 > 医療計画

健康・医療 | 医療計画

通知

医療計画関連通知

【第7次医療計画】

- 医療計画について[417KB]
(平成29年3月31日厚生労働省医政局長通知)
- (別添)地域医療構想策定ガイドライン[4,097KB]
- 医療計画について(新旧対照表)[797KB]
- 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について[775KB]
(平成29年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)
- (別添)医療計画において定める数値目標[50KB]
- (別添)医療体制構築に係る現状把握のための指標例[490KB]
- 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(新旧対照表)[1,178KB]

■(省令・告示)

医療計画の指標は、厚生労働省のHPより確認することができます。

指標・目標が、精神保健福祉資料にどのように反映されるかを示しました。

通知の別表に記載の指標は、精神保健福祉資料に反映されます。また、精神疾患のみに定められた別添の数値目標に関しては、推計ワークシートが活用できます。

疾患等領域ごとのストラクチャー・プロセス、および共通のアウトカムを定義。

別添1 精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

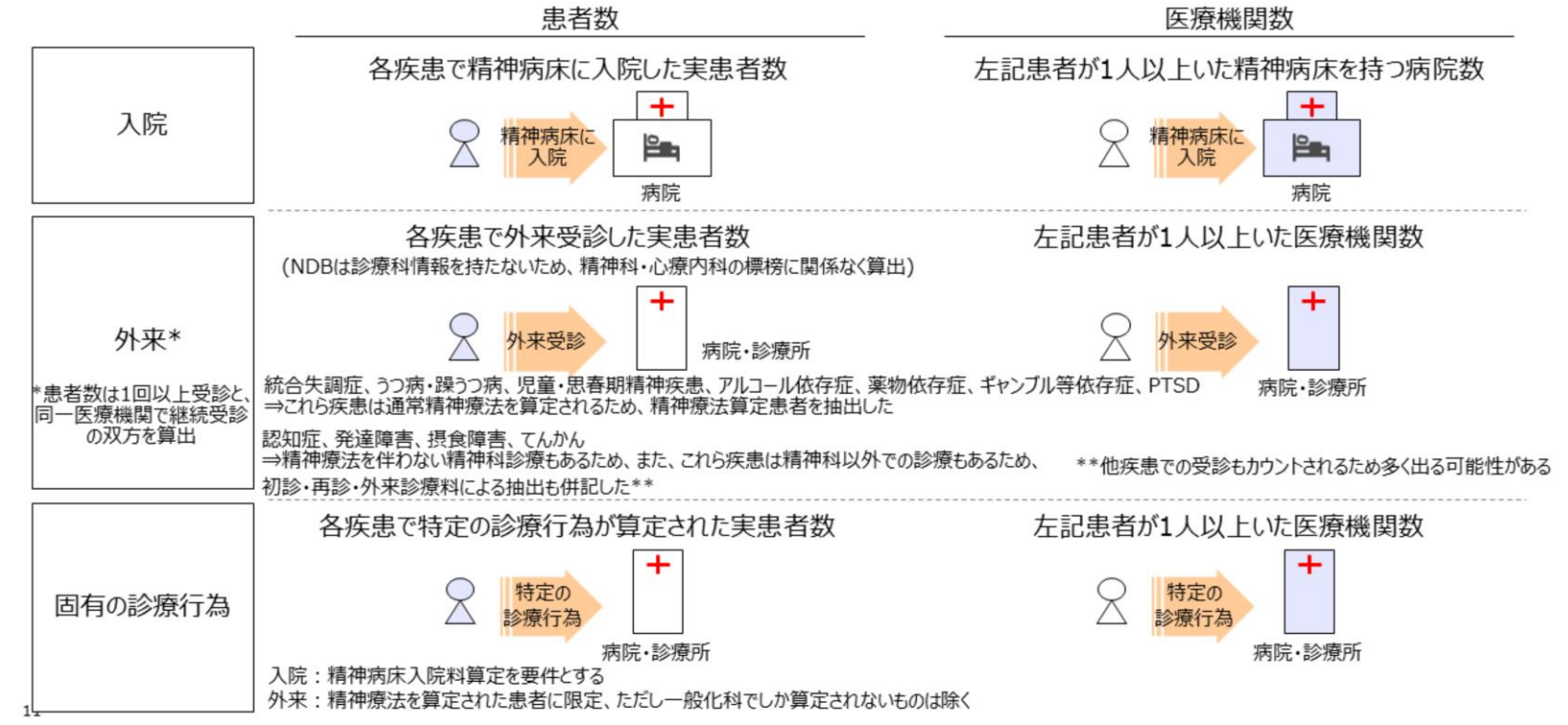
別添1	統合医療	うつ病うつ病	認知症	児童・若年層 精神疾患	発達障害	アルコール依存症	薬物依存症	パニック等 気分障害	PTSD	高次脳機能障害	双極性障害	統合失調症	てんかん	精神系疾患	身体合併症	自殺対策	災害時対応	医療機関
ストラ クチャー	統合医療を人 間関係として 推進する	統合医療を人 間関係として 推進する	認知症を人 間関係として 推進する	児童・若年層の 精神疾患を人 間関係として 推進する	発達障害を人 間関係として 推進する	アルコール依存 症を人間関係 として推進す る	薬物依存症を 人間関係とし て推進する	パニック等 気分障害を人 間関係として 推進する	PTSDを人 間関係として 推進する	高次脳機能 障害を人間関 係として推進 する	双極性障害を 人間関係とし て推進する	統合失調症を 人間関係とし て推進する	てんかんの 人間的な側面 を推進する	精神系疾患 の身体的合併 症を推進する	身体合併症 の予防・治療 を推進する	自殺対策を 推進する	災害時対応 を推進する	医療機関 の連携を 推進する
	統合医療を 推進する	統合医療を 推進する	認知症を 推進する	児童・若年層 の精神疾患 を推進する	発達障害を 推進する	アルコール依 存症を推進 する	薬物依存症 を推進する	パニック等 気分障害を 推進する	PTSDを 推進する	高次脳機能 障害を推進 する	双極性障害 を推進する	統合失調症 を推進する	てんかんの 推進する	精神系疾患 の身体的合併 症を推進する	身体合併症 の予防・治療 を推進する	自殺対策を 推進する	災害時対応 を推進する	医療機関 の連携を 推進する
	統合医療を 推進する	統合医療を 推進する	認知症を 推進する	児童・若年層 の精神疾患 を推進する	発達障害を 推進する	アルコール依 存症を推進 する	薬物依存症 を推進する	パニック等 気分障害を 推進する	PTSDを 推進する	高次脳機能 障害を推進 する	双極性障害 を推進する	統合失調症 を推進する	てんかんの 推進する	精神系疾患 の身体的合併 症を推進する	身体合併症 の予防・治療 を推進する	自殺対策を 推進する	災害時対応 を推進する	医療機関 の連携を 推進する
	統合医療を 推進する	統合医療を 推進する	認知症を 推進する	児童・若年層 の精神疾患 を推進する	発達障害を 推進する	アルコール依 存症を推進 する	薬物依存症 を推進する	パニック等 気分障害を 推進する	PTSDを 推進する	高次脳機能 障害を推進 する	双極性障害 を推進する	統合失調症 を推進する	てんかんの 推進する	精神系疾患 の身体的合併 症を推進する	身体合併症 の予防・治療 を推進する	自殺対策を 推進する	災害時対応 を推進する	医療機関 の連携を 推進する
プロ セス	統合医療を 推進する	統合医療を 推進する	認知症を 推進する	児童・若年層 の精神疾患 を推進する	発達障害を 推進する	アルコール依 存症を推進 する	薬物依存症 を推進する	パニック等 気分障害を 推進する	PTSDを 推進する	高次脳機能 障害を推進 する	双極性障害 を推進する	統合失調症 を推進する	てんかんの 推進する	精神系疾患 の身体的合併 症を推進する	身体合併症 の予防・治療 を推進する	自殺対策を 推進する	災害時対応 を推進する	医療機関 の連携を 推進する
	統合医療を 推進する	統合医療を 推進する	認知症を 推進する	児童・若年層 の精神疾患 を推進する	発達障害を 推進する	アルコール依 存症を推進 する	薬物依存症 を推進する	パニック等 気分障害を 推進する	PTSDを 推進する	高次脳機能 障害を推進 する	双極性障害 を推進する	統合失調症 を推進する	てんかんの 推進する	精神系疾患 の身体的合併 症を推進する	身体合併症 の予防・治療 を推進する	自殺対策を 推進する	災害時対応 を推進する	医療機関 の連携を 推進する
	統合医療を 推進する	統合医療を 推進する	認知症を 推進する	児童・若年層 の精神疾患 を推進する	発達障害を 推進する	アルコール依 存症を推進 する	薬物依存症 を推進する	パニック等 気分障害を 推進する	PTSDを 推進する	高次脳機能 障害を推進 する	双極性障害 を推進する	統合失調症 を推進する	てんかんの 推進する	精神系疾患 の身体的合併 症を推進する	身体合併症 の予防・治療 を推進する	自殺対策を 推進する	災害時対応 を推進する	医療機関 の連携を 推進する
	統合医療を 推進する	統合医療を 推進する	認知症を 推進する	児童・若年層 の精神疾患 を推進する	発達障害を 推進する	アルコール依 存症を推進 する	薬物依存症 を推進する	パニック等 気分障害を 推進する	PTSDを 推進する	高次脳機能 障害を推進 する	双極性障害 を推進する	統合失調症 を推進する	てんかんの 推進する	精神系疾患 の身体的合併 症を推進する	身体合併症 の予防・治療 を推進する	自殺対策を 推進する	災害時対応 を推進する	医療機関 の連携を 推進する
アウ トカム	統合医療を 推進する	統合医療を 推進する	認知症を 推進する	児童・若年層 の精神疾患 を推進する	発達障害を 推進する	アルコール依 存症を推進 する	薬物依存症 を推進する	パニック等 気分障害を 推進する	PTSDを 推進する	高次脳機能 障害を推進 する	双極性障害 を推進する	統合失調症 を推進する	てんかんの 推進する	精神系疾患 の身体的合併 症を推進する	身体合併症 の予防・治療 を推進する	自殺対策を 推進する	災害時対応 を推進する	医療機関 の連携を 推進する
	統合医療を 推進する	統合医療を 推進する	認知症を 推進する	児童・若年層 の精神疾患 を推進する	発達障害を 推進する	アルコール依 存症を推進 する	薬物依存症 を推進する	パニック等 気分障害を 推進する	PTSDを 推進する	高次脳機能 障害を推進 する	双極性障害 を推進する	統合失調症 を推進する	てんかんの 推進する	精神系疾患 の身体的合併 症を推進する	身体合併症 の予防・治療 を推進する	自殺対策を 推進する	災害時対応 を推進する	医療機関 の連携を 推進する
	統合医療を 推進する	統合医療を 推進する	認知症を 推進する	児童・若年層 の精神疾患 を推進する	発達障害を 推進する	アルコール依 存症を推進 する	薬物依存症 を推進する	パニック等 気分障害を 推進する	PTSDを 推進する	高次脳機能 障害を推進 する	双極性障害 を推進する	統合失調症 を推進する	てんかんの 推進する	精神系疾患 の身体的合併 症を推進する	身体合併症 の予防・治療 を推進する	自殺対策を 推進する	災害時対応 を推進する	医療機関 の連携を 推進する
	統合医療を 推進する	統合医療を 推進する	認知症を 推進する	児童・若年層 の精神疾患 を推進する	発達障害を 推進する	アルコール依 存症を推進 する	薬物依存症 を推進する	パニック等 気分障害を 推進する	PTSDを 推進する	高次脳機能 障害を推進 する	双極性障害 を推進する	統合失調症 を推進する	てんかんの 推進する	精神系疾患 の身体的合併 症を推進する	身体合併症 の予防・治療 を推進する	自殺対策を 推進する	災害時対応 を推進する	医療機関 の連携を 推進する

10

これが精神疾患における医療計画の指標のすべてです。通知の別表にはその概略版が掲載されています。この指標の数値は、すべて精神保健福祉資料に掲載されます。都道府県ごと、精神医療圏ごとに、それぞれの指標の数値を確認することができますようになります。29年6月までに公開予定のデータでは、2次医療圏ごとにデータを公表します。精神医療圏を設定する際の参考にしていただければと思います。

指標の算出方法

圏域および都道府県ごとに、各疾患等ごとに前年度(4月から3月)の患者数と医療機関数を算出。



ここから3枚のスライドは指標の算出方法についての説明です。

患者数と医療機関数のNDBからの抽出のルールです。

NDBデータ特性および集計方法の注意点

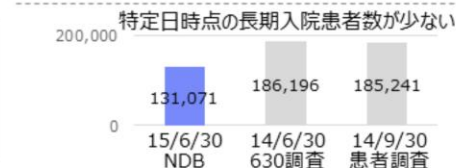
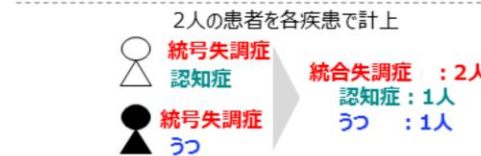
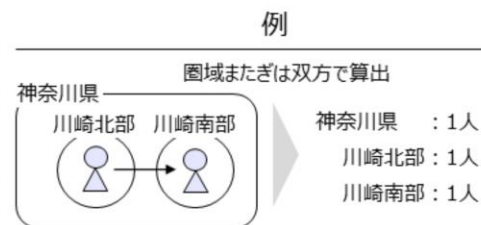
1.背景

2.考え方

3.方法

①圏域またぎ ②疾患名 ③対象患者 ④少ない数値の表示 の4点にご注意いただきたい。

項目	注意点
①圏域またぎ	同一患者が期間内に 圏域をまたいで複数医療機関を受診した場合、双方で算出。 ⇒各2次医療圏(あるいは精神医療圏)の合計値と都道府県の値は異なる。 *複数都道府県受診も同様の考え方
②疾患名	複数の疾患名 がついた患者は、 すべての疾患で算出。 ⇒患者数は多く算出されます
③対象患者	全額公費等の診療は記載されていないため、 生活保護医療等の値は算出されない。 ⇒患者数は少なく算出されます
④少ない数値の表示	医療機関数が0~2ヶ所、患者数が0~9人の場合は特定数の表示が不可。 ⇒630調査で別途0と集計されたもの限り、0*値を表示する。



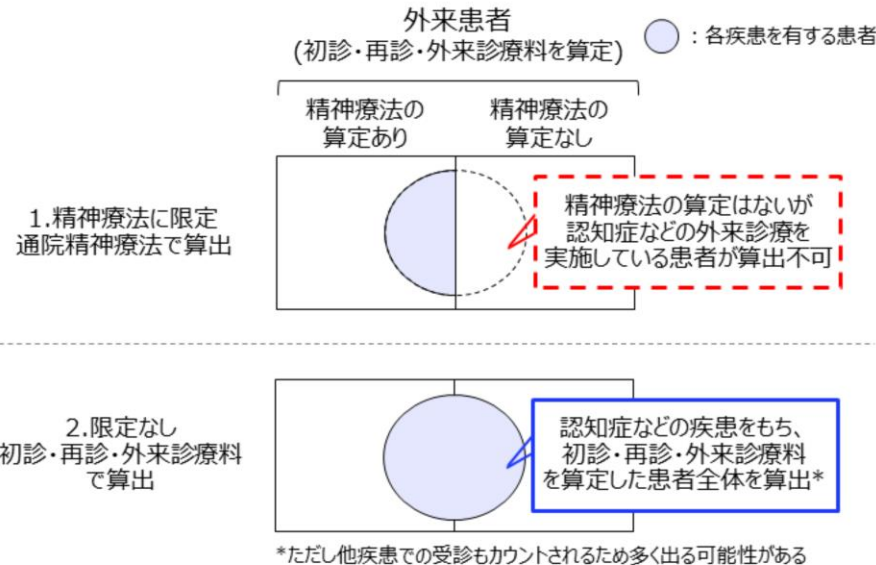
指標名	数値
xx患者数	30
xx医療機関数	10
yy患者数	0-9
yy医療機関数	0-2
Zz医療機関数	0*

12

NDBデータの特性・使用時の制約から、いくつかの限界・注意点があります。これらの点に留意して、データを見ていただきますようお願いいたします。

認知症、発達障害、摂食障害、てんかんの外来は精神療法が算出されないケースもあるため、精神に限定せず初診、再診、外来診療料でも算出。

外来を受診した患者の算出方法



各定義での算出結果*

*2015/2-2015/3の2ヶ月分のNDBデータを用いて算出

精神療法に限定した患者数は4疾患の外来診療の実態よりも少ない恐れがある

外来1回以上 受診した患者数	認知症	発達障害	摂食障害	てんかん
1.精神限定	298,588	169,597	25,207	370,823
2.限定なし	1,545,213	428,318	98,913	1,263,432

精神療法が算出されない各疾患の患者数も算出可能

13

認知症、発達障害、摂食障害、てんかん

については、精神科だけでなく内科や小児科など様々な診療科で医療が提供されています。

このため、精神科で一般的に提供される精神療法に着目した集計値と、限定しない集計値の、2パターンの値を表示します。

限定しない方法では、例えば、一般病院の内科で認知症が診られているものは反映されますが、一方で、その認知症の患者さんが同じ病院の整形外科で腰痛の診療を受けたものも反映されてしまうため、過大に集計されます。

一方で、この患者さんの場合、精神療法はどちらでもとられていませんので、精神療法着目定した集計ではもれてしまうため、過小に集計されます。

医療機能一覧表

医療計画上の多様な精神疾患等ごとの医療機能の一覧表

☆：都道府県連携拠点機能を担う医療機関 ◎：地域連携拠点機能を担う医療機関、○：地域精神科

圏域	医療機関	統合失調症	うつ・躁うつ病	認知症	児童・思春期 精神疾患	発達障害	アルコ 依存症	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症
全域	A病院	☆	☆		☆	☆				☆	☆
	B病院	☆	☆		☆	☆					
	C病院			☆				☆			
	病院数	10	10	6	5	4			0-2		
	患者数	100	40	70	60	40			10		
〇〇圏域	A病院	◎	◎	◎							
	D病院	○	○			◎		◎			
	F診療所	○									
	H訪看ST	○				○		○			

	病院数	10	3	6	5	4			0-2		
	患者数	100	40	70	60	40			0-9		
△△ 圏域	B病院	◎	◎	◎	◎	◎		◎			
	I病院	◎	◎		◎	◎					
	J病院	◎	○	○	○			○	○	○	
	M診療所	○							○		

	病院数	10	3	6	5	4			0-2	5	0-2
	患者数	100	40	70	60	40			0-9	10	0-9
	患者数										20

Sample

29年初回公開版は表示されません。30年3月版から提出いただいた都道府県は表示(任意)

29年度10月までに

- 圏域の設定、疾患等領域ごとの連携拠点機能を担う医療機関を明確化いただく
- 所定のフォーマットに入力いただきNCNPのHPにアップロードすると、公開されます(任意)

30年3月に

- 28年度の医療機関数・患者数をつけて、このような表で公開以降630調査のタイミングで
- 圏域数、医療機能の調査をします

ここから5枚のスライドは、新しい「精神保健福祉資料」のエクセルシートの説明です。

医療機能一覧表は、各都道府県が策定する医療計画に明記される医療機能を表示します。都道府県担当者の皆様には、精神医療圏域の区割り、①都道府県連携拠点機能、②地域連携拠点機能、③地域精神科医療提供機能をもつ医療機関をご報告いただければ、そのまま掲載いたします。10月までに登録いただけるようお知らせいたします。また、こちらで集計した精神医療圏ごと15領域ごとの医療機関数と患者数を追加掲載します。

診療実績シート(都道府県全域・精神医療圏ごと)

ストラクチャ・プロセス指標について

疾患ごとの診療実績

疾患区分	項目	●:重点指標	SP	H26年度
統合失調症	統合失調症を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	S	6
	統合失調症を外来診療している医療機関数	●	S	40
	治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数		S	0-2
	治療抵抗性統合失調症治療薬を外来で使用した医療機関数		S	0-2
	統合失調症の精神病床での入院患者数		P	899
	統合失調症外来患者数(1回以上)		P	7,093
	統合失調症外来患者数(継続)		P	5,487
	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数(精神病床)		P	0-9
	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数(1回以上)		P	0-9
	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数(継続)		P	0-9
うつ・躁うつ病	統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率		P	別データより算出予定
	うつ・躁うつ病を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	S	6
	うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数	●	S	39
	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気虚寒療法を実施する病院数		S	0-2
	認知行動療法を外来で実施した医療機関数		S	0-2
	うつ・躁うつ病の精神病床での入院患者数		P	518
	うつ・躁うつ病外来患者数(1回以上)		P	13,501
	うつ・躁うつ病外来患者数(継続)		P	10,127
	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気虚寒療法を受けた患者数		P	0-9
	認知行動療法を外来で実施した患者数(1回以上)		P	0-9
認知行動療法を外来で実施した患者数(継続)		P	0-9	

- 15の疾患等領域ごとの医療機関数・患者数を表示
 - 29年初回公開版では26年度の実績を集計
 - 30年3月以降版は、前年度・前々年度2年度分の実績を表示
 - 入院/外来それぞれを表示
 - 入院: 圏域内の精神病床が対象
患者数は1年間の実人数
 - 外来: 圏域内のすべての医療機関が対象なので、精神科以外での実績も表示される
 - 1回以上の患者数は、1年間で1回でも受診した患者実人数
 - 2回以上の患者数は、同一医療機関に1年間で2回以上受診した患者実人数
 - 認知症・発達障害・摂食障害・てんかんは、精神療法算定外の受診が多いため、精神療法算定者としての外来受診者の2種類を表示
- 29年初回公開版は2次医療圏ごとで表示します

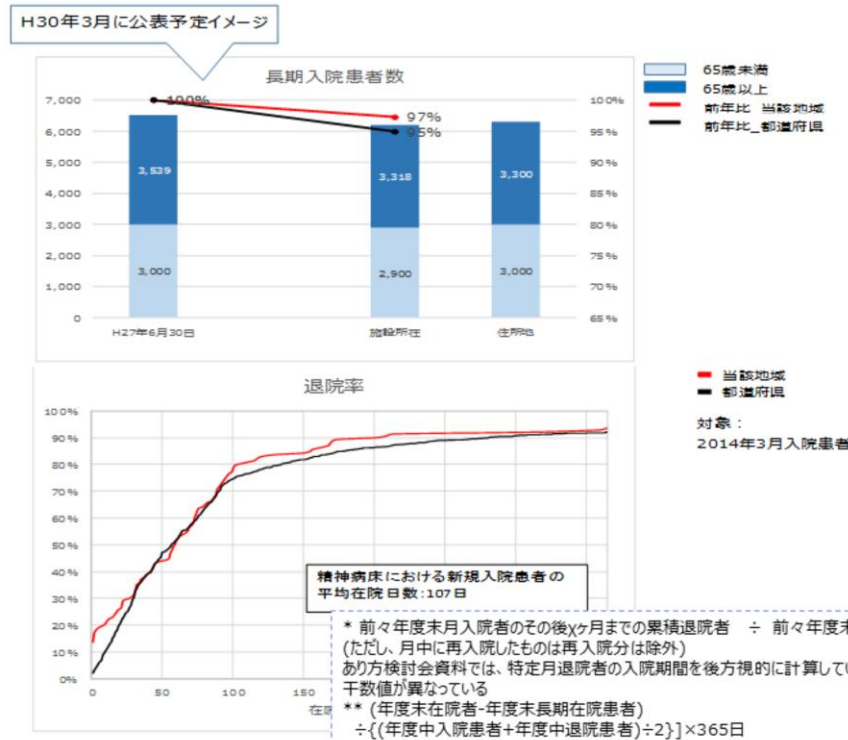
利用についての考え方例

- 圏域で医療機関がゼロ、ごく少数である領域の同定
- 広域で医療提供体制を考慮するような疾患等領域の同定
- 精神科でない医療機関の潜在的な診療実績の同定

診療実績シートは、都道府県全域、精神医療圏(29年初回公開版では二次医療圏で集計)ごとにシートを分けて表示します。15領域ごとに医療機関数・患者数が分かります。重点指標は●で表記します。

診療実績シート(都道府県全域・精神医療圏ごと)

アウトカム指標について①



- 29年初回公開版にはありません
- 30年3月版以降の公開
- 地域での必要基盤整備のモニタとして活用できる

- 施設所在地と患者住所地ベースの両者を表示するため630調査から算出します
- 当年度と前年度の6/30時点の慢性患者(在院1年超)の実数を、65歳以上と未満で表示
- 前年からの増減を折れ線で表示し、当該精神医療圏と都道府県値を比較できます
- 29年5月版は2次医療圏ごと
- 精神→精神の転院は、連続した入院とみなし、転院先圏域で表示されます

- 29年初回公開版から表示します
- 前々年度末月に入院した患者の、その後1年間の退院率を表示*
- 29年公開版: 26年3月入院者
- 30年公開版: 28年3月入院者
- 1年未満入退院者の平均在院日数**も表示
- 3,6,12か月時点の退院率数値は別枠に表示
- 当該精神医療圏と都道府県値を比較できます
- 29年5月版は2次医療圏

16

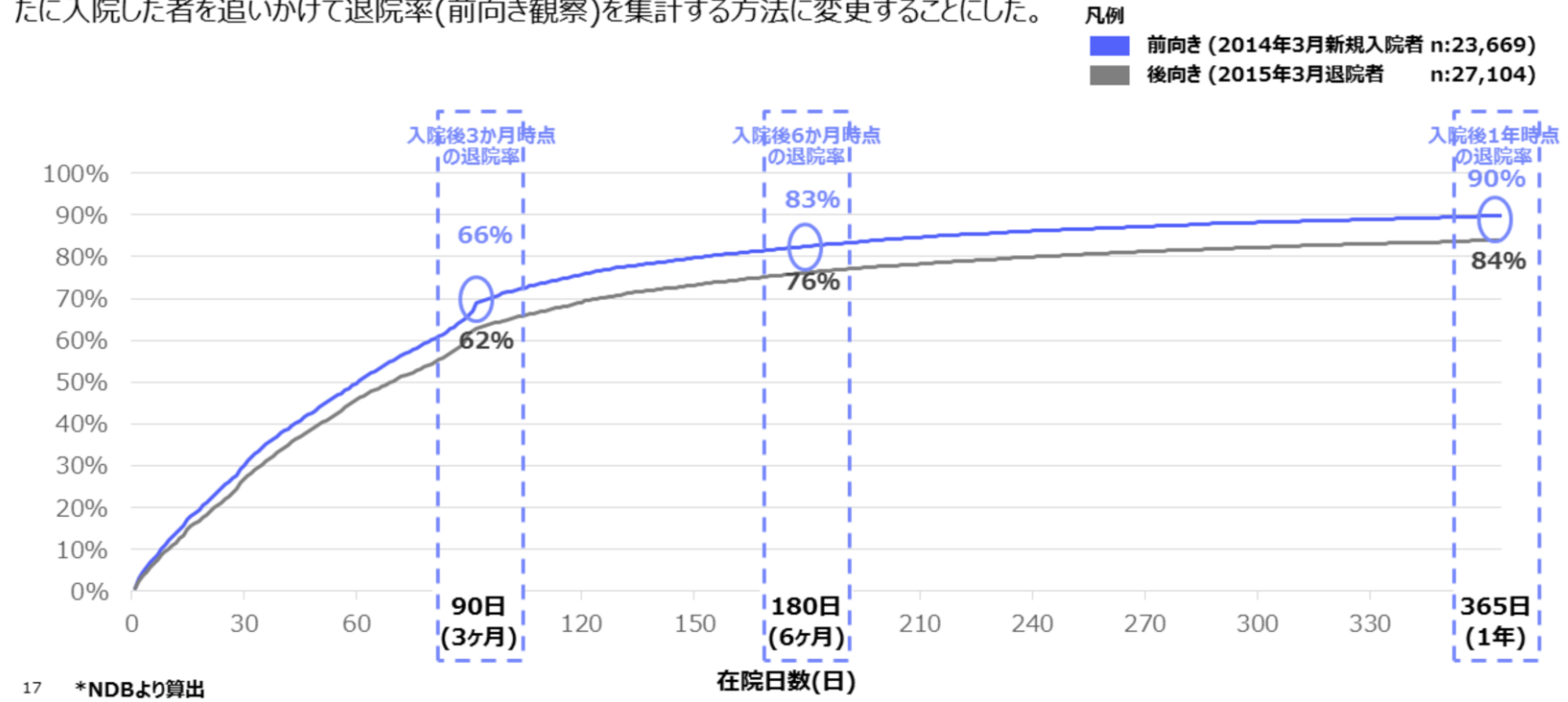
診療実績シートには、アウトカム指標のグラフも表示します。

1年以上の入院患者数は、医療機関所在地ベースに加え、住所地ベースも表示できるようにします。医療機関所在値ベースは、都道府県単位と精神医療圏単位で集計して表示します。住所値ベースは、都道府県単位と精神医療圏単位と市町村単位で集計し公表します。これにより、自治体の地域移行に対する取組状況を評価できると考えます。

1年以内の退院率は、あり方検討会では、後ろ向きで集計していましたが、よりの確に早期退院支援の取組状況を評価できるように、前向きで集計するように見直しました。

新入院者の1年以内の退院率について

あり方検討会では、ある期間に退院した者の入院日数に基づき退院率を集計(後ろ向き観察)した。この集計方法では、長期入院患者の退院者数の影響を受けるため、早期退院の取組状況を的確に評価する観点からは課題があった。このため、ある期間に新たに入院した者を追いかけて退院率(前向き観察)を集計する方法に変更することにした。



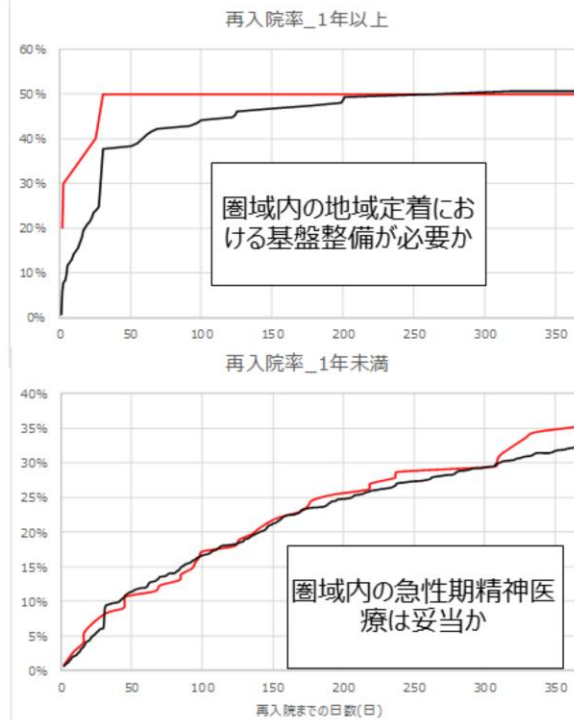
あり方検討会では、ある期間に退院した者の入院日数に基づき退院率を集計(後ろ向き観察)していました。この集計方法では、長期入院患者の退院者数が増えると、早期退院率が低下する関係にあり、早期退院支援の取組状況を的確に評価する観点から課題がありました。

このため、ある期間に新たに入院した者が、入院後何日間で退院したかを分かるようにデータを整理した上で、退院率(前向き観察)を集計する方法に変更しました。これにより、よりの確に早期退院支援の取組状況を評価できるようになりました。

各都道府県は、障害福祉計画において早期退院率の目標値を定める際には、現状の退院率を把握し、他県との比較をした上で、今後の意気込みを勘案して設定することが適切です。

今後定期的に早期退院率を公表していくので、医療計画、障害福祉計画のモニタリング指標として活用して下さい。

アウトカム指標について②



■ 当該地域
■ 都道府県
対象：
2014年3月退院患者のうち
1年以上在院した患者

■ 当該地域
■ 都道府県
対象：
2014年3月退院患者のうち
1年未満在院した患者

圏域内の地域定着における基盤整備が必要か

圏域内の急性期精神医療は妥当か

- 29年初回公開版から表示します
- 前々年度末月に退院した患者のその後1年間の再入院を表示(退院地ベース)
29年公開版: 26年3月退院者
30年公開版: 28年3月退院者
- 1年以上在院後の退院者と未満退院者を分けて表示します(主に、1年以上者は地域移行、未満者は急性期医療提供の質に関連すると考えられます)
- 3,6,12か月時点の再入院率数値は別枠に表示
- 当該精神医療圏と都道府県値を比較できます
29年5月版は2次医療圏

18

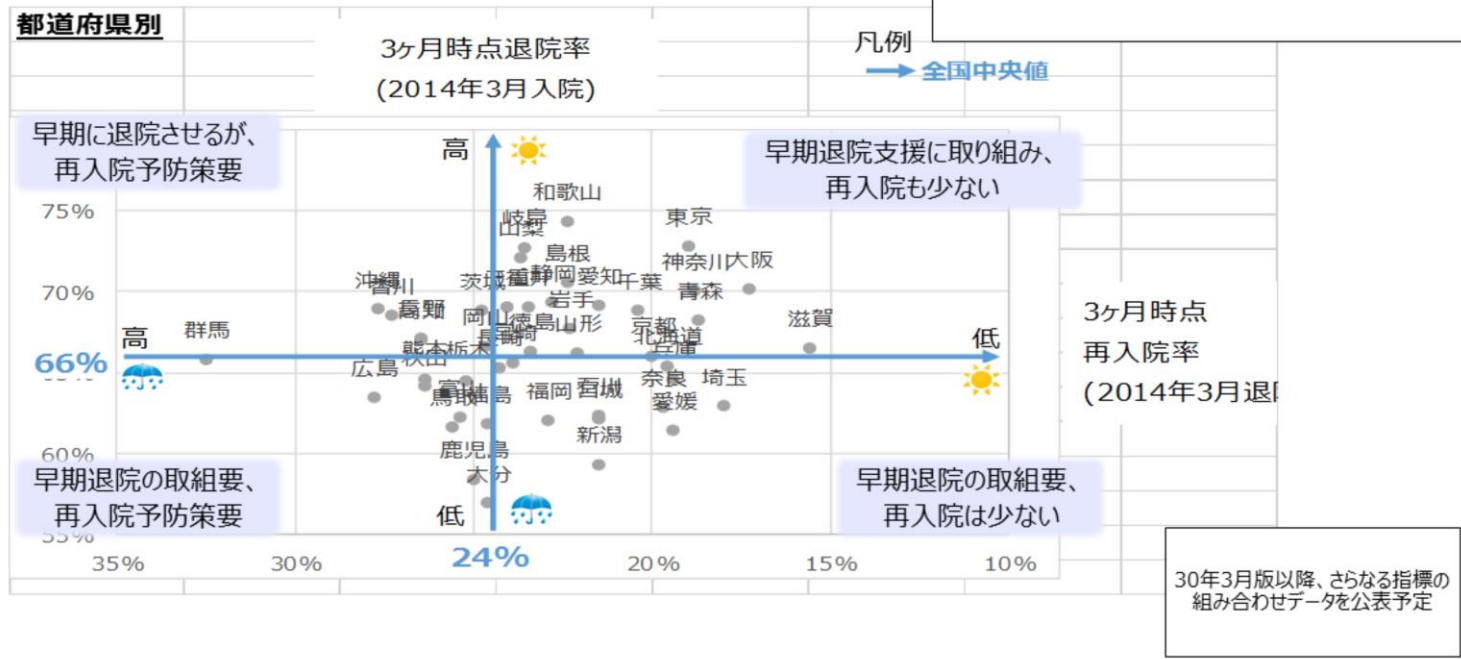
診療実績シートには、再入院率も表示します。

再入院率は、1年以内の退院率と同様に、前向き観察での集計とします。

再入院率は、1年以内に退院した患者と、長期入院から退院した患者に区分して集計値を表示します。地域生活の支援体制の状況をモニタリングする指標として活用して下さい。

アウトカム指標の2次元散布図

- 29年初回公開版から表示します
- アウトカム指標である、3か月時点の退院率と、3か月時点の再入院率(1年未満患者)の2次元散布図
- 都道府県別版と、都道府県内精神医療圏別版を表示

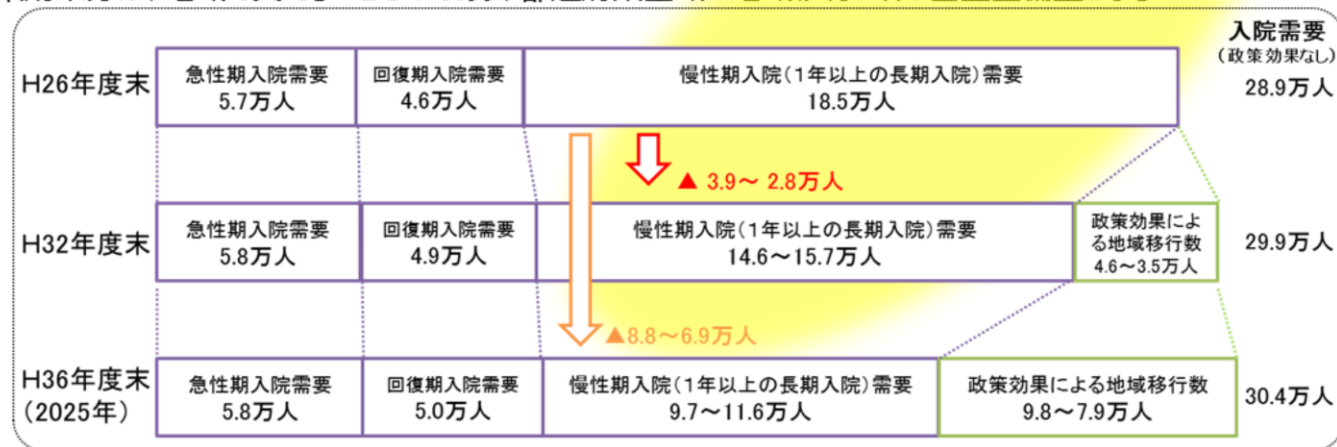


アウトカム指標を組み合わせた2次元散布図も表示します。

自身の地域のアウトカム指標と、他の都道府県や精神医療圏のアウトカム指標を比較することによって、地域の抱える課題が見える化し、関係者と問題意識を共有しやすくします。

地域基盤整備量算出のための推計ワークシート

- 医療計画(別表)の数値目標、障害福祉計画の数値目標の算出に利用できる
- まず、平成26年患者調査値をベースに、平成32年・36年度末の政策効果を見込まない入院患者数を推計
- そこから①「地域移行を促す基盤整備」、②「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及」、③「認知症施策の推進」による政策効果を差し引いて、入院需要の目標値を設定
- この入院需要目標値は、都道府県単位での基準病床数になる
 - 基準病床数は全域単位であり、精神医療圏とは関係ない
- 政策効果分は、地域で支えるべきものであり、都道府県全域の地域移行に伴う基盤整備量となる



20

つぎに、地域における基盤整備量を算出するための推計ワークシートの紹介です。これは、医療計画のみならず障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画を策定する際に活用いただきたいものです。入院需要や地域移行に伴う基盤整備量の将来目標値を算出する際に活用できます。また、精神病床の基準病床数を算定する際に活用いただけます。

都道府県における平成32.36年度末の入院需要の目標値の考え方は、①「地域移行を促す基盤整備」、②「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及」、③「認知症施策の推進」を推し進めることによって達成することができる水準になります。①②③の合計が、地域移行に伴う基盤整備量になります。

あり方検討会資料

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値①

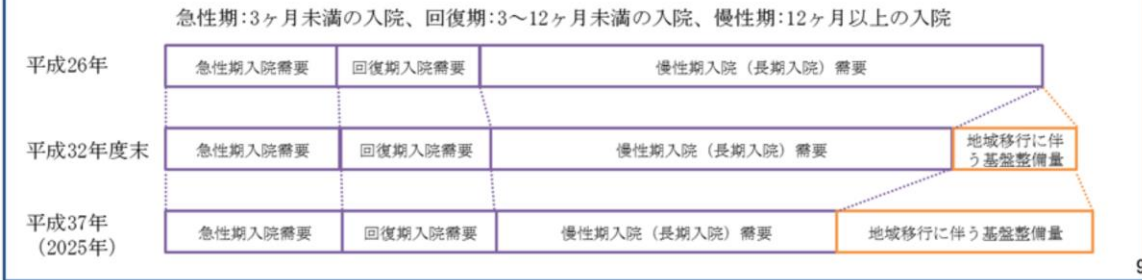
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画に基づき基盤整備するため、平成32年度末・平成37年の精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の目標値を設定する。

現状・課題

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン(平成16年)」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念のもと、退院率等の目標値を掲げ、この達成により10年間で約7万床相当の精神病床数の減少が促されるとした。結果は、平成14年から平成26年で、精神病床1.8万床(入院患者3.6万人)減少した。地域移行を進めるためには、新たな目標設定が必要。
- 「重度かつ慢性」に関する研究班より、長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であると示唆された。このような研究成果等を踏まえつつ、平成32年度末・平成37年(2025年)の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を各都道府県ごとに算出することのできる推計式を開発する必要がある。

対応方針(推計式の開発)

- 平成37年までに重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行を目指す(※)とともに、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及や認知症施策の推進による地域精神保健医療福祉体制の高度化を着実に推し進めることを目標とした推計式を開発する。この際、人口の高齢化による影響も勘案する。
- ※平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)の時点では、重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行の半分を目指す。



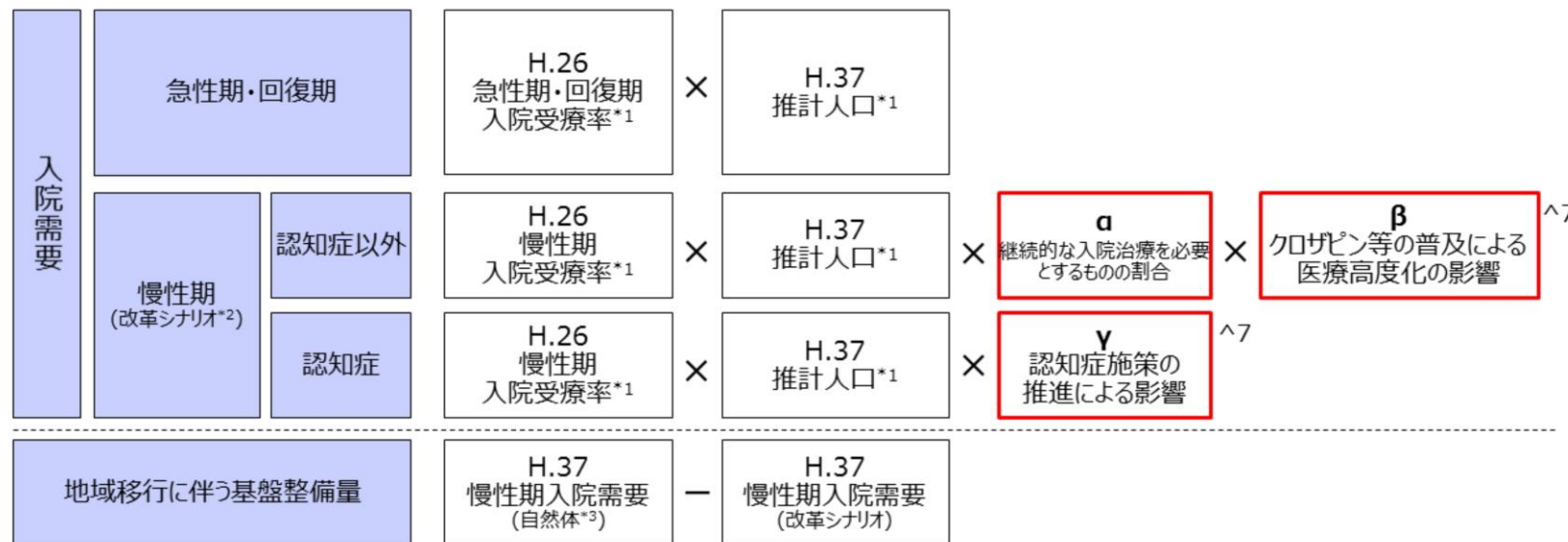
これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会資料から、基盤整備量の考え方の資料です。

目標値を算出する推計式

入院需要と基盤整備量の目標値は、下記の算出式にて求める。

2月班会議資料

精神病床における入院需要及び基盤整備量の目標値(H37年)の算出式



*1: 性・年齢階級別

*2: H26年の入院受療率に加え、医療高度化などによる更なる減少を見込んだ入院需要

*3: H26年の入院受療率を用いた場合の入院需要

目標値の算定式です。

α:継続的な入院治療を必要とするものの割合

1.背景

2.考え方

3.方法

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値③

○「重度かつ慢性の割合」の算出について

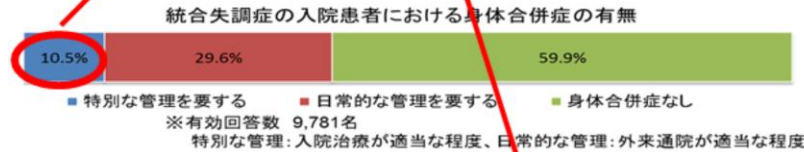
⇒「重度かつ慢性」に関する研究班の成果、身体合併症に関する調査結果を勘案し、各都道府県の実情を踏まえて、**6～7割**で設定（推奨）

➢ 精神病床における1年以上長期入院患者（慢性期入院患者）のうち厚生労働科学研究班の策定した「重度かつ慢性」の基準を満たす患者は、概ね**60%**程度である。

在院日数	1年 ～1年6ヶ月	1年6ヶ月 ～3年	3年 ～5年	5年 ～10年	10年 ～20年	20年～	合計
調査対象者数	355	734	740	1045	1005	1095	4934
該当者数	209	414	431	664	659	710	3095
該当割合	58.9%	56.4%	62.7%	63.5%	65.6%	64.8%	62.7%

出典：第2回新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会 安西 信雄氏 ヒアリング資料から一部改竄

➢ 統合失調症の入院患者のうち、入院治療が適当な程度の身体合併症を有する患者の割合は、10.5%である。



出典：「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚生科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

あり方検討会資料

平成**36**年度末(2025年)までに7年間かけてその基盤整備を行うこととした場合
⇒医療計画の中間年である平成**32**年度末までに、その半分の基盤を計画的に整備する
⇒認知症以外の慢性期入院患者の入院受療率は現在の**8～8.5割**に低下する

23

都道府県が、地域の実情を踏まえ、関係者との協議を通じて設定する3つの変数について説明します。このスライドは、1年以上の長期入院者のうち「継続的な入院治療を必要とするものの割合」についての考え方です。

平成32年度末におけるαの推奨値は、慢性期入院患者の実態を勘案し、0.8から0.85としています。この考え方は、以下の通りです。

厚生労働科学研究によると、

- ① 認知症以外の慢性期入院患者の6割以上が、当該研究において策定した重症度を医学的に評価する基準に該当する(精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究(平成25～27年度))
- ② 統合失調症の慢性期入院患者の1割が、入院治療が適当な程度の身体合併症を有している(精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究)

研究(平成19～21年度))との報告があります。

この研究結果を踏まえると、①②に該当しないような患者については、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能となると考えられ、この結果、認知症以外の慢性期入院患者の入院受療率は現在の6～7割に低下することが見込まれます。

平成36年度末(2025年)までに7年間かけてその基盤整備を行うこととした場合には、医療計画の中間年である平成32年度末までに、その半分の基盤を計画的に整備することによって、結果として認知症以外の慢性期入院患者の入院受療率は現在の8～8.5割に低下することが見込まれます。

あり方検討会資料

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値④

○治療抵抗性統合失調症治療薬の普及による効果を勘案した「1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響【β】」の算出について

⇒ 2025年までに治療抵抗性統合失調症治療薬を国内全体に普及することを目指し、各都道府県の実情を踏まえて、βを95～96%※で設定（推奨） ※25～30%程度普及した場合に相当

- 先行している国では、統合失調症患者のうち治療抵抗性統合失調症治療薬の使用割合は、25～30%程度である。

クロザピン処方率	
ドイツ2004(外来患者)	14%
中国2004(入院患者)	24.6%
オーストラリア2007(外来患者)	26%
ニュージーランド2004(外来患者)	32.8%
日本	0.6%

出典:厚生労働省平成25年度障害者総合福祉推進事業「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方に関する実態調査について」平成26年3月公益社団法人全国自治体病院協議会

- 国内で先行している医療機関における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用実績を踏まえると、統合失調症で入院している患者のうち治療抵抗性統合失調症治療薬を継続している割合は、20～40%程度である。

継続投与人数(割合)	
A病院	30人 (31%)
B病院	46人 (41%)
C病院	37人 (22%)

出典:それぞれの病院からの報告

「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及による医療高度化」に関する考え方です。

βの推奨値は、平成30年度から7か年かけて、平成36年度末に治療抵抗性統合失調症治療薬の処方率を、諸外国や先行している医療機関並みの25～30%まで普及を目指すとした場合に、1年当たりの影響値が、 $(1 - 36\text{年度末における普及率})$ の7乗根によって計算でき、その結果95～96%になるという考え方です。

なお、平成32年度末の目標を計算する際には、当初の治療抵抗性統合失調症治療薬の普及速度を考慮して、βを3乗して調整係数0.95で除することになります。

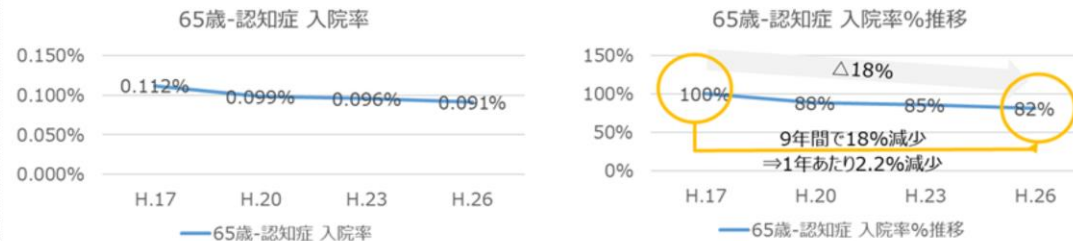
この治療抵抗性統合失調症治療薬の処方率は、参考指標であるプロセス指標のひとつになっています。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値⑤

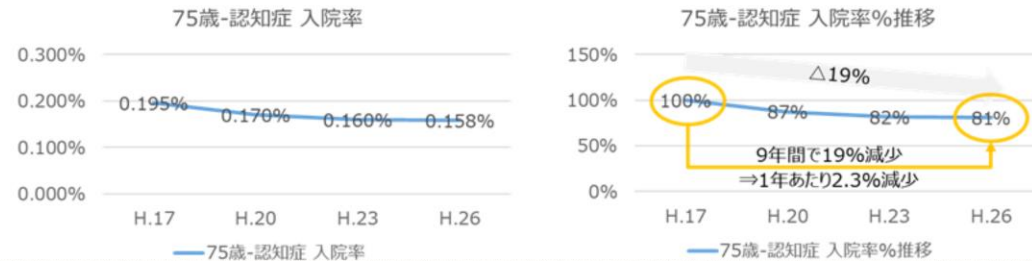
○これまでの認知症施策の実績を勘案した
「1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響【γ】」の算出について

⇒これまでの実績を勘案し、各都道府県の実情を踏まえて、γを97~98%で設定（推奨）

➤ 65歳以上の慢性期入院受療率（認知症）は、H.17~H.26で18%減少。1年あたり2.2%減少。



➤ 75歳以上の慢性期入院受療率（認知症）は、H.17~H.26で19%減少。1年あたり2.3%減少。



「認知症施策の推進」についての考え方です。

精神病床に入院している認知症の患者数は近年横ばいですが、1年以上の慢性期入院受療率は低下傾向にあります。平成17年からの9か年の実績を踏まえると、全国では1年当たり2%程度減っています。1年当たりの影響値は、(1-1年当たりの慢性期入院受療率の減少率)から計算できます。

γの推奨値は、全国値に幅を持たせ、97~98%としています。認知症施策の推進による実績は、都道府県ごとに機械的に計算することができるので、これからの認知症施策の推進の意気込みを加味して設定することが適当です。

推計ワークシートの利用法

ワークシートの将来入院需要、基盤整備量の値をもとに、都道府県の担当者が医療計画を検討。

都道府県選択

入院患者数推計一覧

都道府県を選択してください。
都道府県:

○平成26年の入院受療率を用いた場合(現状投影)

	平成26年		平成32年度末	平成36年度末
	住所地ベース	施設所在地ベース		
総数	16,314	16,254	17,019	17,287
0~3月	3,364	3,357	3,440	3,462
3~12月	2,792	2,789	2,879	3,092
1年以上	10,158	10,128	10,600	10,733

○改革シナリオに基づく入院需要の推定推計(目標値)

α: 0.80 β: 0.95 γ: 0.97

※ αは0.8~0.85を原則 ※ βは0.95~0.98を原則 ※ γは0.97~0.98を原則

	平成32年度末	平成36年度末
	総数	14,498
0~3月	3,440	3,462
3~12月	2,979	3,092
1年以上	8,079	5,460

改革シナリオに基づく追加の基盤整備量(目標値)

都道府県: シート「1.入院患者数推計一覧_都道府県」にて選択

平成32年度末 α: 0.80 β: 0.95 γ: 0.97 (単位:人)

年齢区分	平成32年度末における改革のための追加の必要整備量		(参考)平成32年度末における長期入院患者の内訳(改革シナリオ)		(参考)平成32年度末における長期入院患者の内訳(H26現状投影)	
	認知症	認知症以外	認知症	認知症以外	認知症	認知症以外
40歳未満	1	95	1	11	1	11
40~64歳	5	928	5	53	5	53
65~74歳	29	721	29	53	29	53
75歳以上	160	602	160	53	160	53
合計	195	2,326	195	2,040	195	2,040

平成36年度末 α: 0.60 β: 0.95 γ: 0.97 (単位:人)

年齢区分	平成36年度末における改革のための追加の必要整備量		(参考)平成36年度末における長期入院患者の内訳(改革シナリオ)		(参考)平成36年度末における長期入院患者の内訳(H26現状投影)	
	認知症	認知症以外	認知症	認知症以外	認知症	認知症以外
40歳未満	2	183	2	11	2	11
40~64歳	11	1,860	11	11	11	11
65~74歳	54	1,281	54	11	54	11
75歳以上	409	1,473	409	11	409	11
合計	475	4,798	475	2,000	475	2,000

告示範囲で入力

- ・α: 地域移行を促す基盤整備
- ・β: 治療抵抗性統合失調症治療薬の普及
- ・γ: 認知症施策の推進

32年度末の年代別・認知症/認知症以外の、地域基盤整備量

36年度末の年代別・認知症/認知症以外の、地域基盤整備量

推計ワークシート インプット 都道府県 担当者 アウトプット 医療計画
障害福祉計画
介護保険事業計画

26

推計ワークシートの使用方法です。

エクセルに計算式が組み込まれていますので、都道府県を選択し、黄色いセルに都道府県が定めるα、β、γの変数を入力することによって、平成32年度末、平成36年度末における入院需要や地域移行に伴う基盤整備量の目標値が簡単に算出できます。それぞれ年齢区分ごとに計算することも可能です。

地域移行に伴う基盤整備量は、関係者との協議を通じながら、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画に反映させることが重要です。

平成32年度末の入院需要は、このたび精神病床の基準病床を算定する際に必要となります。

平成29年度末からは、住所値ベースの入院患者数について、精神保健福祉資料の診療実績シートのグラフ(p16)でモニタリングできるようになります。

新630調査 -改善の方向性

1.630調査回収・集計フローの改善 2.630調査項目の簡易化 3.NDBの活用により即時性を高める。

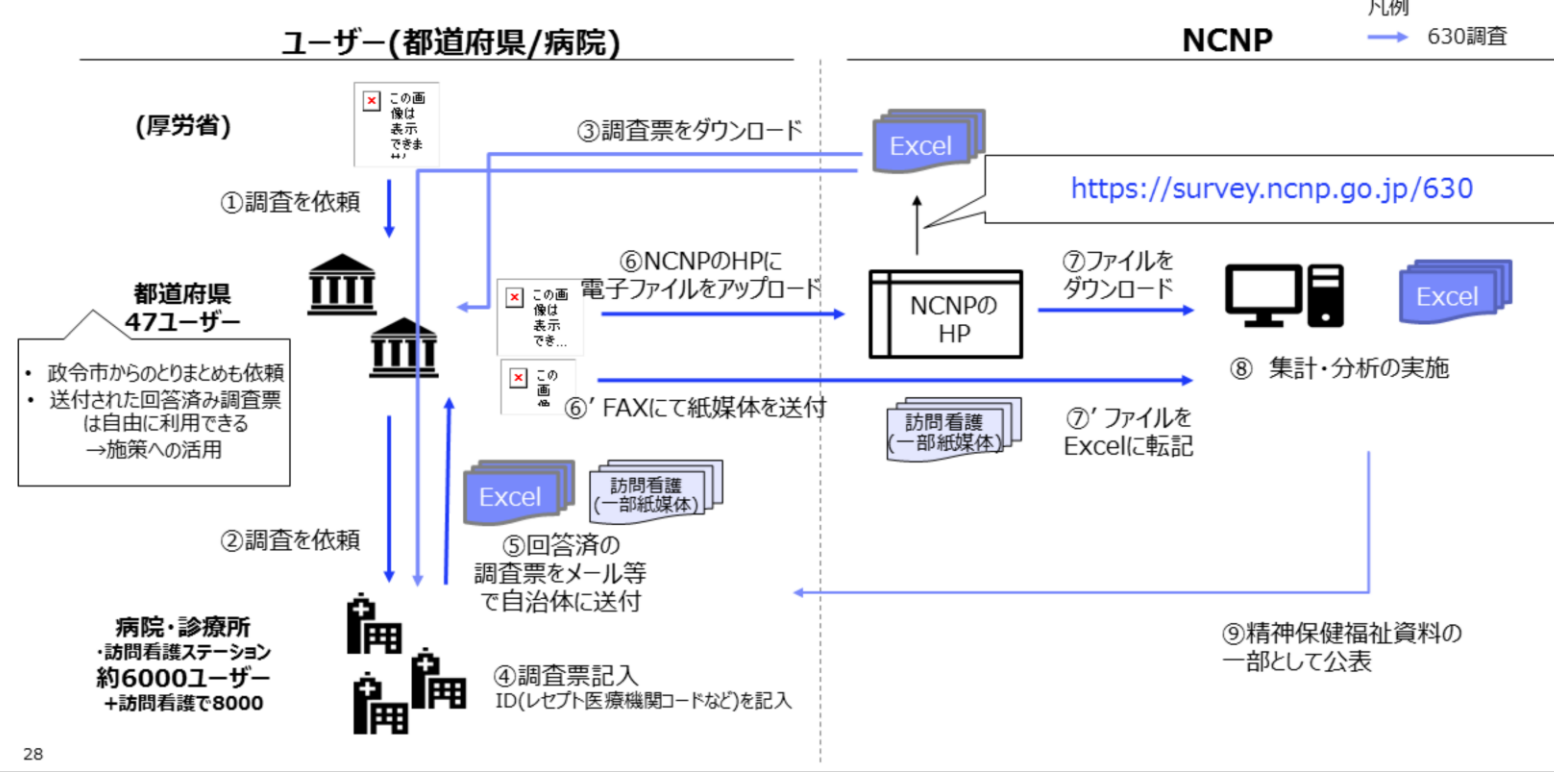


27

最後に、新しい630調査に関する説明です。

新630調査 - 調査票の配布・回収方法

調査票は、6月中に厚労省より都道府県、都道府県から医療機関に配布し、7月から8月にかけて下記流れで回収を行う。



28

今年度からの630調査のフローです。クラウドサーバーからエクセルのダウンロード、アップロード、メール送付で行います。都道府県等は、医療計画等の企画立案のため、集約した各医療機関データを活用することを前提として、調査を行います。精神保健福祉資料では、都道府県単位、精神医療圏単位、(平成29年6月までに公表するものでは)二次医療圏単位で集計して、所定のルール (p12)に基づき公表します。また、市町村単位で、住所地ベースの1年以上入院者数について、65歳以上と65歳未満に区分して集計し、公表します。

また従来、政令市は独立して調査を依頼していましたが、医療計画が都道府県単位であることから、政令市で取りまとめたものを都道府県を経由してアップロードいただくことにしました。

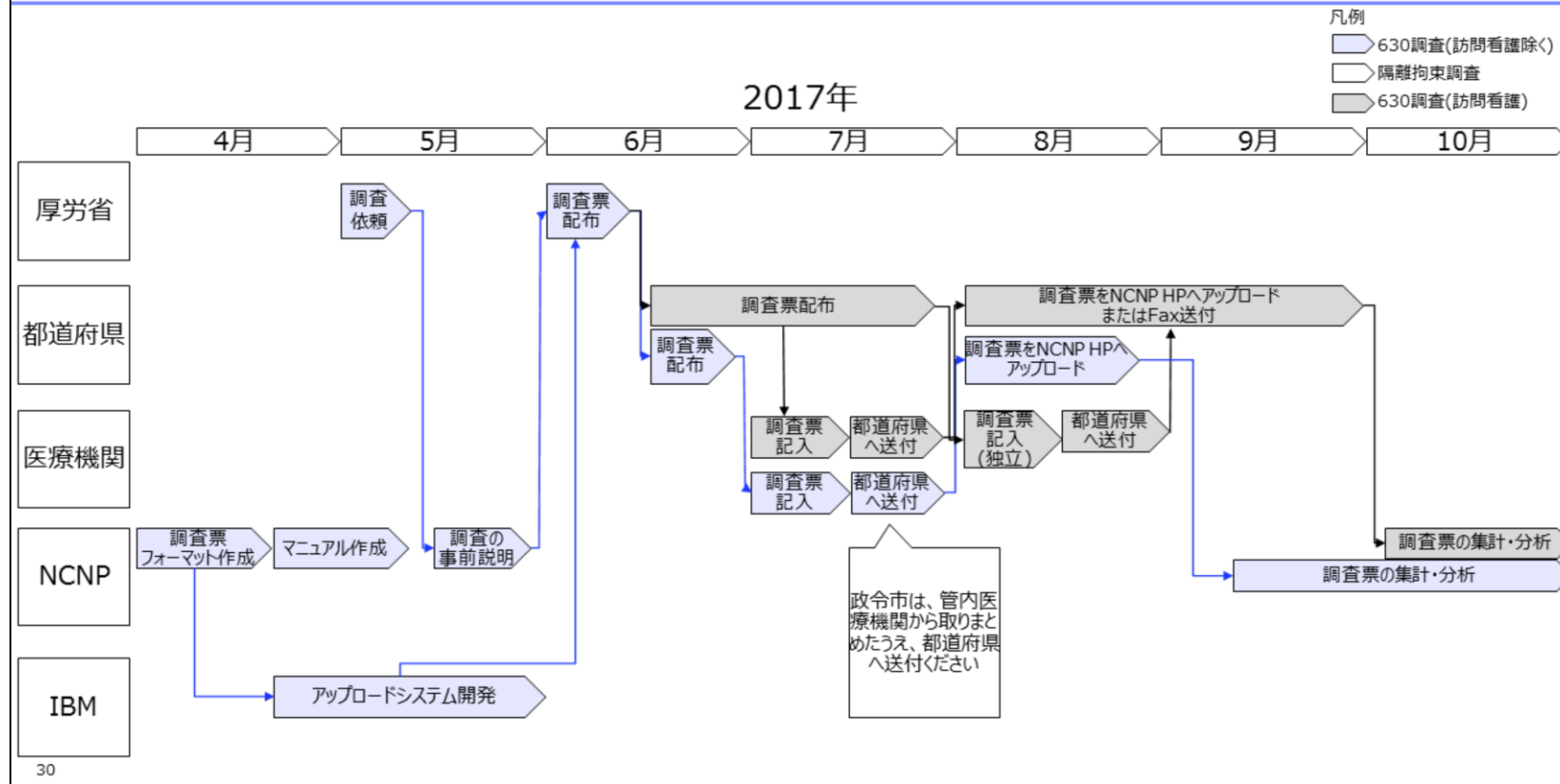
新630調査項目

- 医療機関対象 エクセルのみ
 - 精神病床を持つ病院、精神科・心療内科を標榜する診療所
 - 施設の調査: 部門・病棟など、職員数・施設できる個室数、届出診療料・研修受講職員数、関連施設など
 - 入院患者票: 6/30 深夜0時時点の入院患者の年代・性別・診断・入院日入院形態・行動制限有無・入院前住所など
 - 1年前の医療保護入院者の退院状況
 - 訪問看護部門: 数、頻度、届出状況
- 訪問看護ステーション対象 エクセル版、紙版
 - 精神実施に係わらずすべての訪問看護ステーション
 - 精神科患者への訪問看護の実施の有無（無のところは無の回答のみで状況は調査しない）
 - 精神科患者への訪問看護の状況(数、頻度、届出状況)
- 都道府県対象 エクセルのみ
 - 各医療圏数、医療機関・訪問看護ステーション数
 - 非同意入院の届出書類: 入院形態・入退院日・性別・年代・診断・受理までの日数など

29

調査項目の概要です。都道府県対象の調査票では、新たに医療保護入院や措置入院などの届出の調査もあります。また、都道府県内の対象となる医療機関などの数を登録いただきます。これにより、回収率がわかりやすく把握できるよう工夫します。調査票はすべてエクセルですが、訪問看護ステーションはメールができない環境も想定して、紙の調査票をFAX送受信で回収するオプションも設けます。FAXの送受信をお願いすることになります。FAX用紙はそのまま郵送いただけるようにします。

新630調査 -実施スケジュール



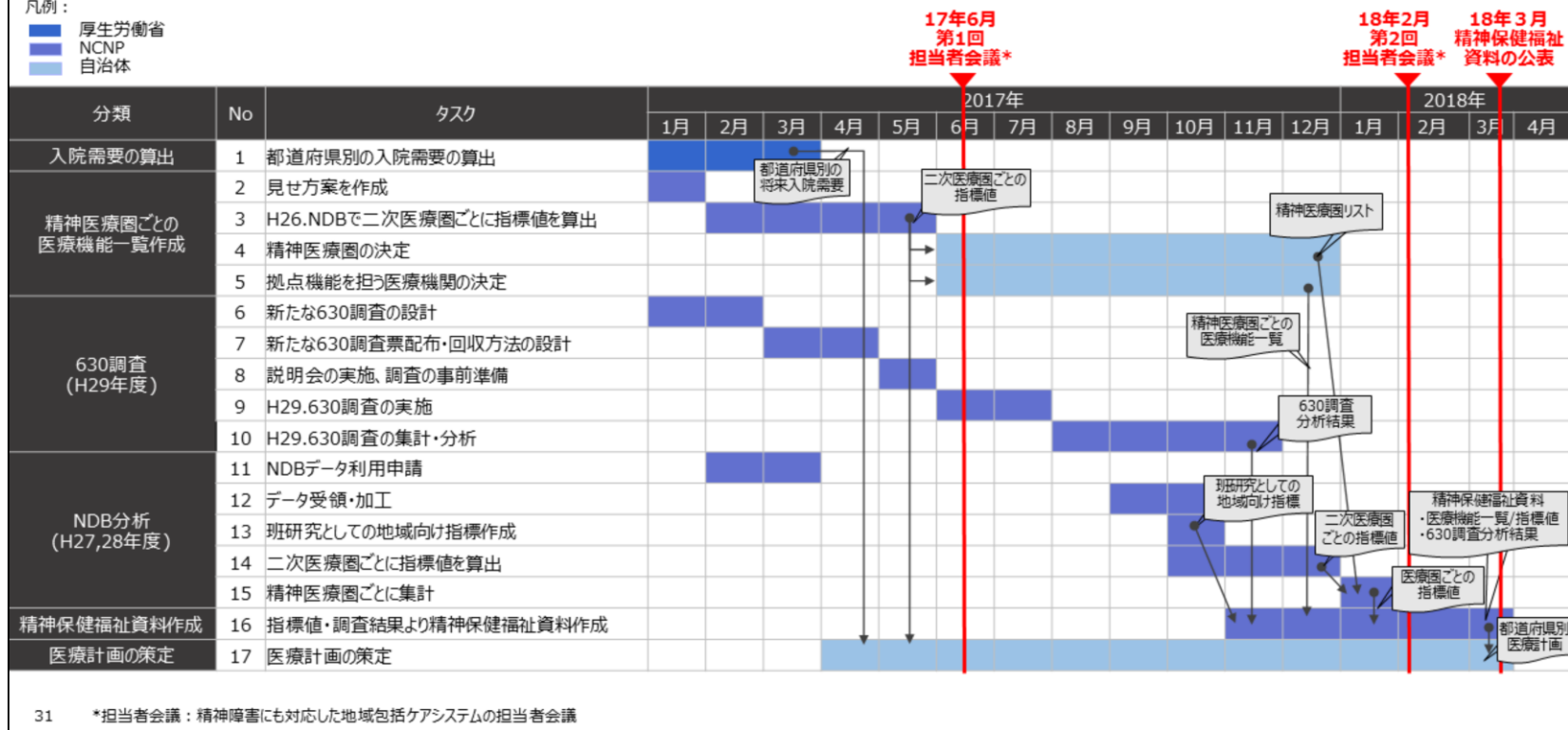
実施スケジュールです。年度内に公表できるようにするため、調査票の提出期限は8/31(訪問看護調査票は9/30)とし、締め切り厳守でお願いします。調査の精度を明らかにするため、都道府県別の回収率も明らかにする予定です。

29年度のスケジュール

随時最新情報をHPに掲載します <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku>

凡例：

- 厚生労働省
- NCNP
- 自治体



当研究班では、都道府県・市町村が主体的に作成する医療計画・障害福祉計画・介護保険事業(支援)計画の企画立案実行管理について、NDB、新630調査等によるデータ分析を通じて、全面的にバックアップします。ご不明な点があれば、いつでも当方までお問い合わせ下さい。

問い合わせ 630@ncnp.go.jp

最新情報 <https://www.facebook.com/seishinhokenkeikakukenkyubu>

平成28年度 精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究班

研究代表者	山之内芳雄	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神保健計画研究部
研究分担者	河原 和夫	東京医科歯科大学医学部大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野
	来住 由樹	岡山県精神科医療センター
	宮岡 等	北里大学医学部精神科学
	橋本喜次郎	国立病院機構 肥前精神医療センター
	安西 信雄	帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科
研究協力者	藤井 千代	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部
	上ノ山一寛	医療法人遙山会 南彦根クリニック
	大塚 俊弘	国立精神・神経医療研究センター
	河崎 建人	医療法人河崎会 水間病院
	竹島 正	川崎市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
	村上 優	国立病院機構 榊原病院