

平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

地域のストレンクスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究  
分担研究報告書

精神保健医療改革の達成プロセスの円滑化と資源活用に関する研究

研究分担者 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）

研究要旨：

今後の精神保健医療のプロセスと資源活用を考える際、まず精神保健医療の全国的な動向をレビューしておくことは、必要な要素と考え、患者調査の目的外集計を用いて、近年の精神病床の入院患者のトレンドを分析した。その結果、精神病床に入院する患者は高齢化が進んでいること、およそ 60 歳までの若年者では年々入院者数が減ってきていることがわかった。統合失調症患者は特に若年層では全体の傾向を反映していることがわかったが、高齢者においては認知症患者の入院が多いため、全体の傾向を反映しがたいこともわかった。また、統合失調症は過去 1960 - 70 年代の病床増加の時代に入院した 20-30 歳代の者が、そのまま長期入院で経過していることが想定された。一律な地域移行の取組よりも、これら過去の長期在院者と近年の若年者の二群に分けたアプローチが、さらには地域における傾向の把握が、各々のストレンクスを活かした地域精神保健医療のプロセスをより明確にしていくであろうと考えられた。さらに、現状把握のための方策として、全国のレセプトデータベース（ナショナルデータベース 以下 NDB）を用いて、地域ごとの医療特性の描出を行った。

現実のものとなっている高齢化・人口減少・過疎化の中で、長い年月をかけて様々に形成されてきた地域毎の精神医療の成り立ちを踏まえたより現実的かつ効率的な対応が求められる。平成 28,29 年度には、本研究代表者（竹島正）が行った大阪、鹿児島、神奈川における研究会、および研究班会議で話題提供を行い、意見を収集した。

大阪府においては、府内の病床の偏在に起因する、病院所在地だけではわからない医療需要の動向が明確になった。鹿児島県においては、過疎地域を支える小規模病院が点在しており、それらが高齢化した精神障害者の身体医療も担っていることが聞かれた。地域毎の特性に応じて発達し維持されてきた必要な医療機能を抽出し、活かしていくことが必要と思われ、そのために必要なデータ提示をすることが求められる。また、2 次医療圏ごとに示された診療実績データを地域医療計画の企画立案やモニタリングで活用していくために、重層的な研修体制や円卓的なステークホルダーの合意の場が必要であると考えられた。

A. 研究目的

わが国の人口構成は、高齢化が進み、2015 年から減少に舵を切ったといわれている。また社会増減においても、都市部への人口流入が続いている<sup>1</sup>。その環境の中、地域の精神医療を支えてきた医療機関・保健福祉システムも、地域の実情に応じた対応が求められていくことが予測される。

一方で、長い年月をかけて様々に形成され

てきた地域毎の精神医療の成り立ちについては、その理解と配慮を踏まえないと、現実的かつ効率的な対応が難しいとも思われる。

そのような前提の下、地域の精神医療の現状をいかに把握し、理解し、次に進めていくかについて考えるのが本研究班の役割と認識している。その中で精神保健医療の全国的な動向をレビューしておくことは、地域のニーズに対応した地域のストレンクスを活かした

地域精神保健医療の開発プロセスを明らかにするための、前提・コントロールとして必要な要素と考える。

本研究では、患者調査の目的外集計を用いて、近年の精神病床の入院患者のトレンドを分析した。このトレンドを用いて、医療計画における必要病床数の算定における近年の変化を加味した分析を試みることで、精神保健医療改革モデルの達成のためのプロセスモデルを考える提示することに繋がると考える。また、全国のレセプトデータベース（ナショナルデータベース 以下 NDB）を用いて、地域ごとの医療特性の描出を試みることにした。

## B. 研究方法

患者調査の目的外集計では、厚生労働省が実施する「患者調査」の調査票の目的外利用に関して統計法に基づく申請をし、平成8, 11, 14, 17, 20, 23, 26年の病院入院(奇数)票の全ケースにおける一部項目のデータ提供を受けた。

集計方法は、調査日に精神病床に入院する推計患者数を年齢階級（3歳）ごとについて全対象および統合失調症患者ごとに集計した。年齢階級での入院率を算出するため、総務省人口推計から各年10月1日時点の年齢別推計人口を用いた。また、入院率の変化の傾向をみるため、統合失調症に関して、成人における平成26年と20年、20年と14年、14年と8年の年齢階級ごとの入院率の変化を集計し、その年齢階級による直線回帰式を算出した。なお、患者調査は500床未満の病院では生年月日の末尾が奇数の患者を、500～599床の病院の入院・外来患者については生年月日の末尾が1,3,5,7日の患者について、600床以上の病院については生年月日の末尾が3,5,7日の患者について調査されている。各個票に調整係数があり、それを乗することで病院の入院については二次医療圏まで患者数推計ができるとされている。また、主診断はICD-10コード4ケタまで記載されており、統合失調症患者の抽出においては、Fコード200番台をすべて対象とした。

次にNDBにおいては、全国のすべての医療保険を用いた診療行為、投薬、診断等の情報は、医療費支払い機関にレセプト情報として毎月電子的にあげられる。その情報をすべて格納したレセプトデータベースについて、厚生労働省保険局が行政利用・研究目的で、審査の上データ提供している。

本研究では、平成28年9月に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が借り受けた、平成26年1月から27年12月までの精神医療にかかるレセプトデータを利用した研究「厚生労働行政推進調査事業精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究（研究代表者 山之内芳雄）」が公表した成果物を活用した。用いた成果物は、

- 精神病床に入院している患者について、2次医療圏ごとに、平成27年6月30日時点での入院期間1年未満の入院患者数と1年以上の患者数、
  - 平成26年6月入院者の日ごとの退院率と、同月退院者の日ごとの再入院率
  - 地域の精神科入院の状況がわかるべくこれら数値をグラフ上に組み合わせたもの
- である。

また、同研究で行った平成29年630調査の暫定値を用いた市区町村別 x 患者住所値/病院所在地別の入院患者数も提示した。なお、各研究会で表示した図表に関しては、今年度の「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」で報告することとし、本報告書には掲載しない。

これらを用いて、本研究代表者（竹島正）が行った大阪、鹿児島、神奈川における研究会、および研究班会議で話題提供を行い、意見を収集した。鹿児島県で提示した資料を巻末に掲載した。

C. 研究結果全入院患者の年齢階級別分布を図1に示した。調査年を経るごとに、ピークとなる年齢が高くなり、また全体的な高さも低くなっている。ピーク年齢までの若年層

では、年々数が減ってきているが、ピーク年齢以降の高齢者では年々数が増えている。次に、統合失調症におけるものを図2に示した。全患者のものと同様の傾向であり、ピーク年齢後の増え方が大きいように見える。

次に、各年齢階級における人口10万人当たりの入院率を図3,4に示した。高齢者の入院率は、一旦65歳あたりでピークを迎え、その後漸減するものの再び70歳代終盤以降で伸びている。しかし、統合失調症では50-60歳代のピークより高齢では、入院率は下がる。また、50-60歳代までは調査年を経るごとに入院率はほぼ一定に低下している。ピークより高齢では入院率は上昇するが、若年者の低下よりも鈍い。

最後に統合失調症において、統計数が安定している成人における年代別の入院率の変化を集計し図5に示した。平成26年から20年、平成14年から8年の各年齢階級の変化を直線回帰式で示し、回帰式が1倍を交差する年齢を算出した。これによると、およそ60歳までは平成8年以降入院率が減少している傾向が続いている。高齢者では逆に増加傾向であるが、増加に転じる年齢は高齢化してきており、平成8年から14年の変化ではおよそ64歳で増加に転じたものが、平成26年から20年の変化では、およそ74歳に上昇した。

NDBや平成29年630調査の集計値については、各研究会において、NDBデータの信頼性について説明し、次いで前述の項目に関して、全国値と地方値を示した。その上で、各地域におけるデータから見える考察と、今後の地域精神医療の展開に関して意見を聴取した。各回の研究会参加者は、研究代表者の報告書に示してある。

NDBデータの信頼性に関しては、生活保護による医療を受けた者のデータが欠如していること、「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」および本研究での利用を目的に、統計法に基づき厚生労働省大臣官房統計情報部より目的外利用申請をして受領した平成26年患者調査から生活保護者の精神病

床入院者に占める割合を都道府県別に算出して、それを割り戻したことにより、推計したことを報告した。患者調査による精神病床入院患者の生活保護率は全国値で17%であり、NDBによる精神病床に入院する1年以上の患者数は、131,071人であった。このため、按分した推定の1年以上患者数は、157,917人であった。この推定値の大阪府・鹿児島県につき、表1に示した。長期入院者が鹿児島県は全国値と比べて多いことに関して、過疎地域の病院点在、通院交通の不便、身体的な医療も担う傾向にある、届出病床ではなく実入院患者数で見ることの重要性に関する意見を得た。

退院と再入院に関しては、各地域において急性期医療が進んでいる地域では、早期の退院率が高かった。これと再入院率をあわせることで、例えば退院を早期にさせても高い比率で再入院すれば、地域定着が図れていないのではないかと、という問題提起をした。研究会では再入院率に関して、早期退院した者と長期入院の後退院したものを区別して表示したほうが課題解決の手法として望ましい意見を得た。

また、この他大阪府では病院所在地だけでなく、大阪市などの大都市部に所在するサテライトクリニックを加味した医療需要の把握が必要であること、そしてそれは鹿児島県ではほとんど考慮する必要がないことがわかった。

#### D. 考察

本研究では、患者調査の目的外集計を用いて、近年の精神病床の入院患者のトレンドを分析した。図1からわかることとして精神病床に入院する患者は高齢化が進んでいること、およそ60歳までの若年者では年々入院者数が減ってきていることがわかった。図2からは、統合失調症患者は特に若年層で全体の傾向を反映していることがわかったが、高齢者においては認知症患者の入院が多いため、全体の傾向を反映しがたいこともわかった。また、図2,4から統合失調症は過去1960-70

年代の病床増加の時代に入院した 20-30 歳代の者が、そのまま長期入院で経過していることが想定された。図 2 のピークの年代が調査を経るごとに 1 つずつ高齢に移動していることから想定ができる。一方で、病床増加がなくなった 2000 年以降に 20-30 歳代だった者の入院率は、年を追うごとに減ってきている。地域定着が進んだこと、入院しなくてもよくなったことがこういった年代に効果として現れていると考える。

さて、精神医療の改革プロセスを今後検討する際、統合失調症の入院患者の二群に分けた検討が必要ではないかと考える。1960-70 年代に入院した一群の多くは、地域移行の施策が始まる前にすでに長期入院となっており、これらの多くはそのまま入院を続けているのではないかと今回の分析からも考えられたからである。一方で病床増加がなくなった 2000 年以降に成人期を迎えた世代とは異なる入院率の傾向を表していると考えられる。目的外集計の提供データ項目を増やすこと等で、その分析が可能になると考えられ、さらなる分析を試みたい。

最後に、研究会での使用においては、多岐にわたる膨大なデータを理解して傾向を把握するには、インターフェイスの改善とともに、理解を促す研修等の仕組みも必要と考えられた。データの概要を理解した上で、医療プロセスにおける円卓的な話し合いの場が必要であると考えられる。

#### E. 結論

精神保健医療の全国的な動向をレビューしておくことは、地域のニーズに対応した地域のストレングスを活かした地域精神保健医療の開発プロセスを明らかにするための、前提・コントロールとして必要な要素と考え、患者調査の目的外集計を用いて、近年の精神病床の入院患者のトレンドを分析した。統合失調症の長期入院者は 1960-70 年代の病床が増加した時代から長期入院していることが予測され、高齢化が進んでいる。一方で、2000 年以降に 20-30 歳代になった若年層では年々

入院率が減少している。一律な地域移行の取組よりも、これら二群に分けたアプローチが、さらには地域における傾向の把握が、各々のストレングスを活かした地域精神保健医療のプロセスをより明確にしていくであろうと考える。また、地域毎の特性に応じて発達し維持されてきた必要な医療機能を抽出し、活かしていくことが必要と思われ、そのために必要なデータ提示をすることが求められ、重層的な研修体制や円卓的なステークホルダーの合意の場が必要であると考えられた。

#### F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

21 世紀の精神医療の変化: さまざまなデータから: 山之内芳雄: 精神保健研究 62: 7-14, 2016

竹島 正, 立森久照, 高橋邦彦, 山之内芳雄: 精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果と今後の課題. 公衆衛生 80 巻 11 号: 790-796, 201611.

山之内芳雄, 小林美亜: 急性期精神医療に役立つクリニカルパスとは. 精神科救急 vol.19:29-31, 20161125.

松原三郎, 安西信雄, 太田順一郎, 大森哲郎, 小高 晃, 佐藤茂樹, 佐野威和雄, 羽藤邦利, 三國雅彦, 山之内芳雄, 吉住昭, 渡辺義文: 「病床機能分化と地域移行」に関する学会員へのアンケート調査結果報告. 精神神経学会誌

118(9):680-687, 20160925

精神医療・保健福祉システム委員会: 黒田研二, 岩成 秀夫, 太田 順一郎, 根本 康, 吉住 昭, 新垣 元, 安西 信雄, 池田 学, 磯村 大, 一瀬 邦弘, 伊藤 哲寛, 大海 聖子, 大森 哲郎, 岡崎 伸郎, 加藤 春樹, 小高 晃, 佐竹 直子, 佐藤 茂樹, 佐藤 忠彦, 佐野 威和雄, 関 健, 竹島 正, 羽藤 邦利, 松原 三郎, 三國 雅彦, 水野 雅文, 三野 進, 森村 安史, 門司 晃, 渡

辺 義文, 山下 俊幸, 山之内 芳雄:【資料】都道府県による精神疾患の医療計画に関する分析と提言. 精神神経学雑誌 118(4): 199-211, 201604

山之内芳雄: 疾病構造の変化. 新・精神保健福祉士養成講座 1 精神疾患とその治療 第 2 版. 日本精神保健福祉士養成校協会, 東京, pp256-262, 201602

山之内芳雄: 精神疾患の医療計画をめぐる動向. 精神科救急 18 別冊:56-60, 201511

山之内芳雄: 地域医療構想(地域医療ビジョン)策定. 精神保健医療福祉白書2016 精神科医療と精神保健福祉の協同. 精神保健医療福祉白書編集委員会編, 中央法規出版, pp24, 東京, 20151220

山之内芳雄, 松本善郎, 阪内英世, 天賀谷隆, 渡辺純一, 木ノ元直樹, 松田文雄: 病院管理学. 病院管理(中), 公益社団法人 日本精神科病院協会 通信教育分科会, 東京, pp1-6, 20150701

20171110

- H. 知的財産権の出願・登録 (予定を含む)
1. 特許取得           なし
  2. 実用新案登録   なし
  3. その他           なし

## 2. 学会発表

山之内芳雄: 精神疾患の医療計画への追加の意義と効果 地域医療連携の必要性と可能性と効果の観点から考察する, 神奈川, 20140626

山之内芳雄, 佐藤真希子, 平田豊明, 伊藤弘人: 精神科救急病棟における医療の質に関する予備的検討, 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 神奈川, 20140627

山之内芳雄: 精神疾患の医療計画をめぐる動向, 第 22 回日本精神科救急学会学術総会, 北海道, 20140906

山之内芳雄: 医療計画等に関して, 日本精神神経学会, 東京, 20170611

山之内芳雄: インカムにつなげる医療計画の活用, 第 6 回日本精神科医学会学術大会, 広島, 20171012

山之内芳雄: 「次世代の国立病院機構精神科医療」 将来の精神医療の状況, 第 71 回国立病院総合医学会, 香川,

図1 精神病床に入院する患者の年齢階級別患者数の推移

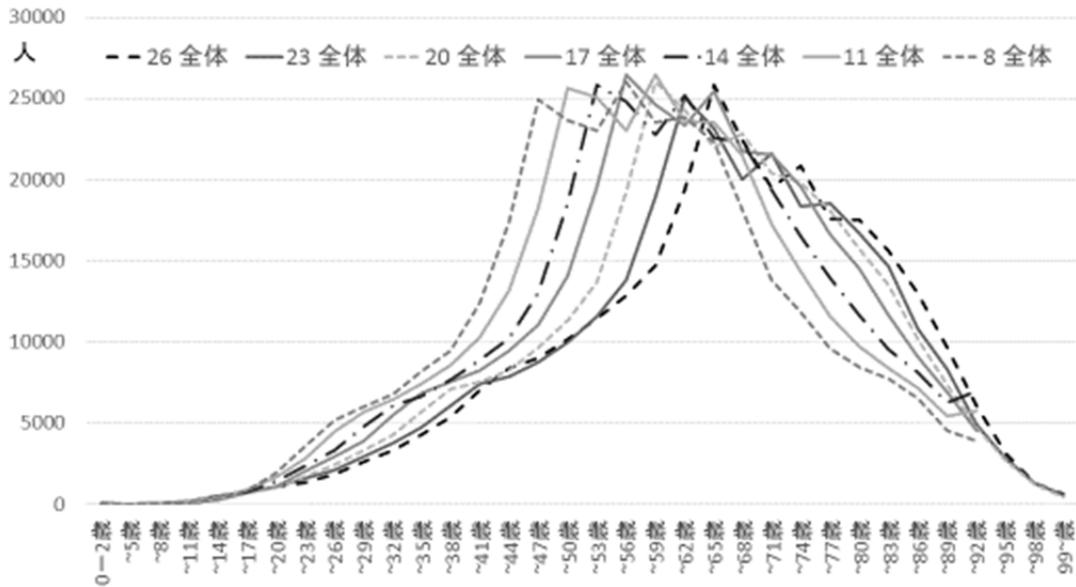


図2 精神病床に入院する統合失調症(F2\*\*)患者の年齢階級別患者数の推移

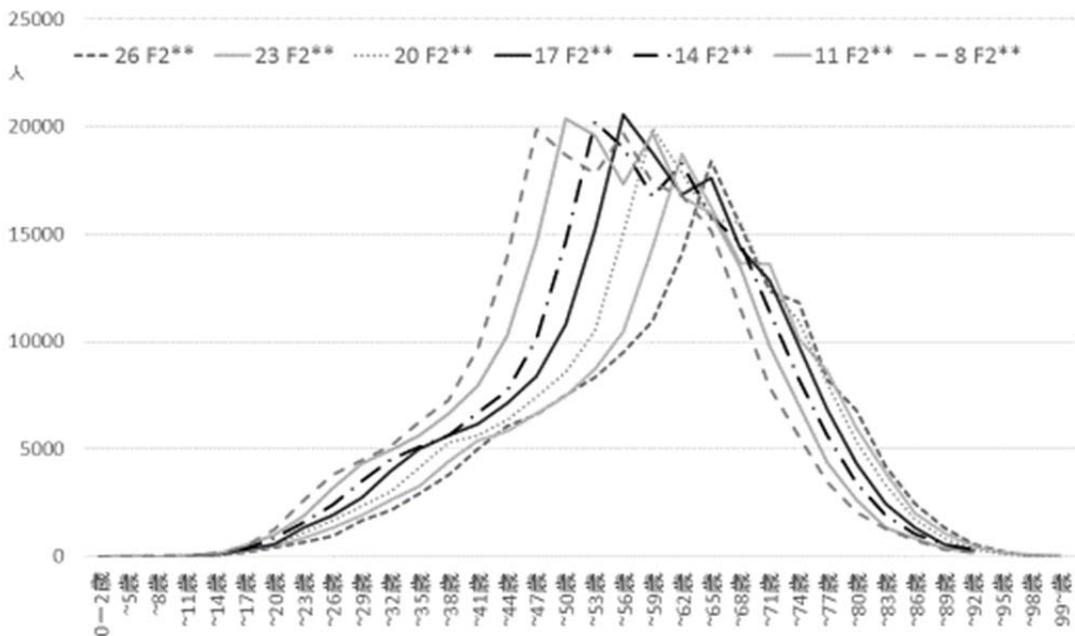


図3 精神病床に入院する患者の年齢階級別入院率の推移

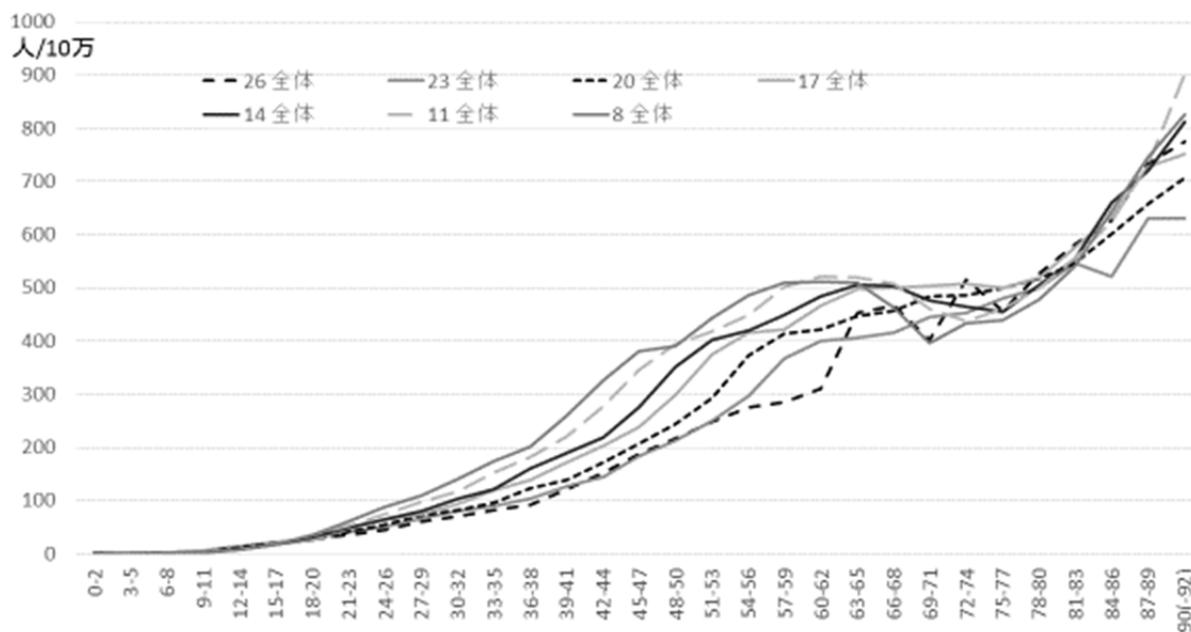


図4 精神病床に入院する統合失調症 (F2\*\*) 患者の年齢階級別入院率の推移

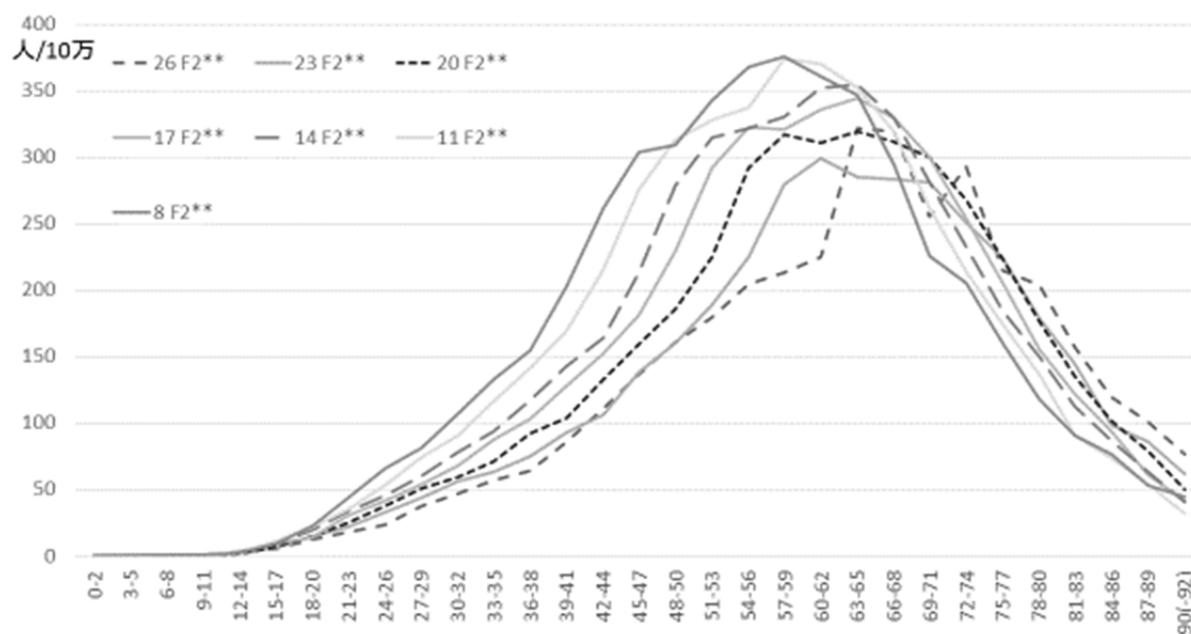
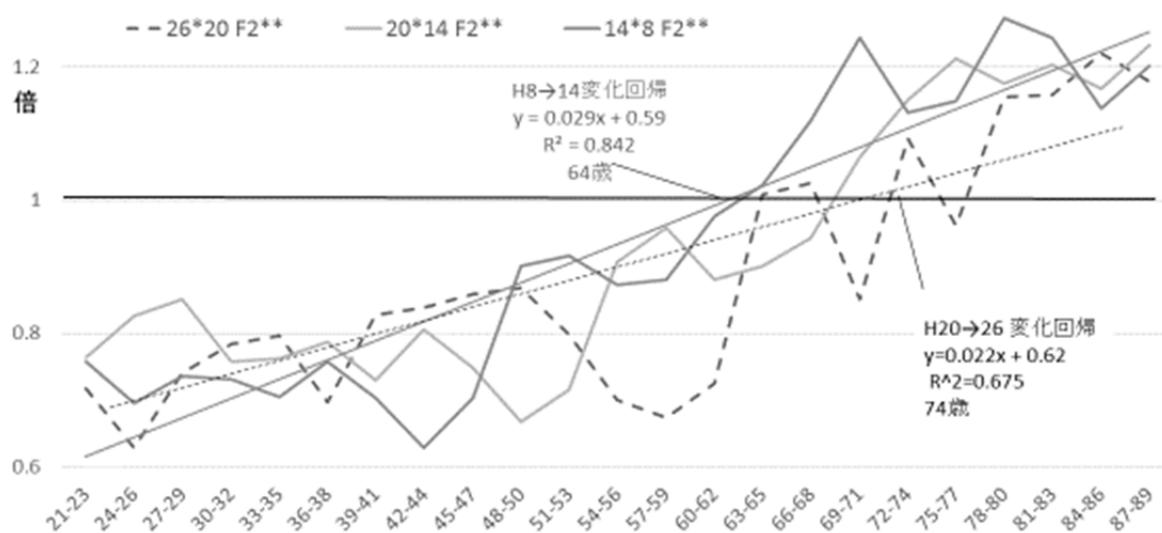


図5 精神病床に入院する統合失調症(F2\*\*)患者の年齢階級別入院率の変化



# 630調査を受けて、協議の場を醸成するための方策 20171004@鹿児島

国立精神・神経医療研究センター  
山之内芳雄

yamanouchi@ncnp.go.jp

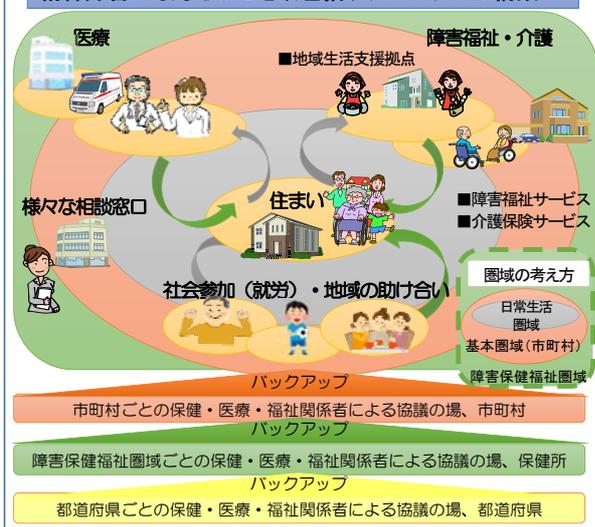
1

## 精神疾患の医療体制

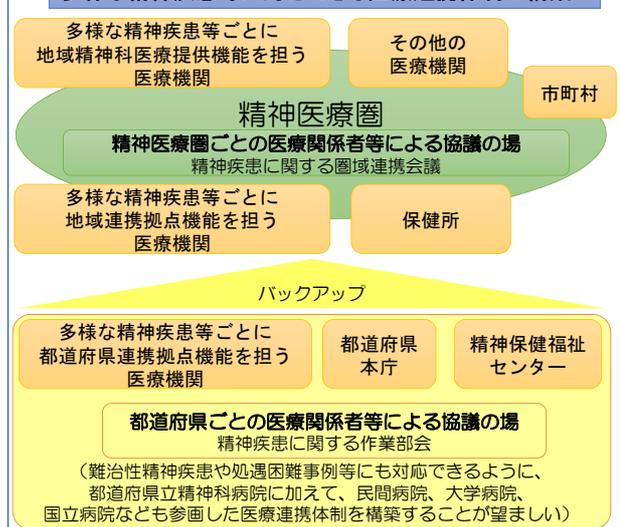
### 【概要】

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す。このため、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)の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら基盤整備を推し進める。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの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、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。

### 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



### 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



2

# 1. 精神疾患に関する医療連携を推進する精神医療圏の検討①

〇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。



※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。  
 ※2 医療計画作成指針に基づく協議の場  
 ※3 精神科救急医療体制整備事業実施要綱に基づく協議の場

## 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

# 1. 精神疾患に関する医療連携を推進する精神医療圏の検討②

(平成28年10月31日現在)

都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数	都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数
北海道	21	21	9	21	21	179	滋賀県	7	7	3	7	7	19
青森県	6	6	6	6	6	40	京都府	6	1	2	6	6	26
岩手県	9	9	4	9	9	33	大阪府	8	1	12	18	8	43
宮城県	4	1	1	7	7	35	兵庫県	10	-	5	10	10	41
秋田県	8	5	5	8	8	25	奈良県	5	-	1	5	1	39
山形県	4	4	3	4	4	35	和歌山県	7	-	1	8	7	30
福島県	7	-	4	7	7	59	鳥取県	3	3	3	3	3	19
茨城県	9	9	2	9	9	44	島根県	7	7	7	7	7	19
栃木県	6	1	3	6	5	25	岡山県	5	-	2	5	5	27
群馬県	10	-	1	10	10	35	広島県	7	1	2	7	7	23
埼玉県	10	1	2	10	10	63	山口県	8	1	3	8	8	19
千葉県	9	-	4	16	9	54	徳島県	3	1	3	3	6	24
東京都	13	-	4	1	13	62	香川県	5	1	2	5	5	17
神奈川県	11	1	1	8	8	33	愛媛県	6	6	1	6	6	20
新潟県	7	-	5	7	7	30	高知県	4	4	1	5	4	34
富山県	4	2	1	4	4	15	福岡県	13	-	4	13	13	60
石川県	4	1	3	4	4	19	佐賀県	5	1	1	5	5	20
福井県	4	-	2	4	4	17	長崎県	8	8	8	8	8	21
山梨県	4	1	1	4	4	27	熊本県	11	11	2	11	11	45
長野県	10	4	4	10	10	77	大分県	6	6	1	6	6	18
岐阜県	5	-	2	5	5	42	宮崎県	7	1	3	7	8	26
静岡県	8	8	4	8	8	35	鹿児島県	9	9	4	7	9	43
愛知県	12	-	3	12	12	54	沖縄県	5	-	4	5	5	41
三重県	4	4	2	9	4	29	全国	344	147	151	354	343	1,741

(出典) 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ 4

# 1. 精神疾患に関する医療連携を推進する精神医療圏の検討③

## 論点

- 二次医療圏と同一とするのか？
- 複数の二次医療圏を組み合わせるのか？
- 三次医療圏と同一とするのか？

### 全域=精神医療圏

	統合失調	うつ	**	依存症	災害
全域医療機関数	25	34		2	1

広い県内を見渡せば、どこかの医療機関が、何かやっているから、県民は移動すればよい

現実性のある医療計画か??

- すべての疾患・領域で「ゼロ」の医療機能がないため、課題を見出し難い
- 多数の医療機関がある疾患・領域では、域内連携構築の書き込みが複雑になる

### 複数2次医療圏の組み合わせ

	統合失調	うつ	**	依存症	災害
全域	25	34		2	1
A域	5	15		1	1
B域	16	16		1	0
C域	4	3		0	0

過疎のC地域は麓町の圏域に合わせて考えよう。協議の場合は麓町でやろう。

- 多数の患者がいる主要疾患は、圏域内でカバーできることが、視覚的にわかる
- まれな疾患・領域では圏域間の連携様式を容易に把握できる

### 2次医療圏=精神医療圏

	統合失調	うつ	**	依存症	災害
全域	25	34		2	1
P圏	2	8		0	0
Q圏	3	7		1	1
R圏	5	5		1	0
S圏	11	9		0	0
T圏	0	2		0	0
U圏	4	3		0	0

過疎地域では一般的な疾患もカバーできていないことがわかる

圏域間連携の必要性を示せる

- いくつかの領域で「ゼロ」の医療機能があるため、課題が増える
- 既存資源の活用が容易(医師会、保健所等)
- 圏域間の連携様式がより多くの疾患で作ることができ明確になる

## 2次医療圏ごとの各疾患領域の外来継続している患者数など 確定値 平成26年度 NDB

都道府県番号	都道府県名	二次医療圏番号	二次医療圏名	統合失調	うつ・躁うつ病	認知症外来患者数(継続)(精神療法に限定)	認知症外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)	20歳未満の精神疾患外来患者数(継続)	知的障害外来患者数(継続)	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された患者数	発達障害外来患者数(継続)(精神療法に限定)	発達障害外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)
				P	P	P	P	P	P	P	P	P
46	鹿児島県	4601	鹿児島	7,572	13,878	1,210	12,083	1,010	46	0-9	648	3,246
46	鹿児島県	4603	南薩	1,397	1,574	368	3,868	45	0-9	0-9	34	600
46	鹿児島県	4605	川薩	1,295	1,296	625	3,050	39	0-9	0-9	0-9	242
46	鹿児島県	4606	出水	651	772	305	1,925	10	0-9	0-9	0-9	88
46	鹿児島県	4607	始良・伊佐	2,081	3,469	575	5,017	88	0-9	0-9	80	951
46	鹿児島県	4609	曾於	340	306	133	1,892	0-9	0-9	0-9	0-9	27
46	鹿児島県	4610	肝属	1,399	2,298	340	4,176	91	0-9	0-9	41	696
46	鹿児島県	4611	熊毛	309	356	172	825	0-9	0-9	0-9	0-9	106
46	鹿児島県	4612	奄美	1,256	1,243	159	1,957	38	0-9	0-9	40	292
46	鹿児島県	4699		0-9	0-9	0-9	200	0-9	0-9	0-9	0-9	0-9



アルコール依存症外来患者数(継続)	重度アルコール依存症入院医療管理加算された患者数	依存症集団療法を外来で算定された医療機関数	薬物依存症の精神病床での入院患者数	薬物依存症外来患者数(継続)	依存症集団療法を受けた外来患者数	ギャンブル等依存症外来患者数(継続)	PTSD外来患者数(継続)	高次脳機能						
								高次脳機能障害支援拠点機関数	摂食障害入院医療管理加算を算定された病院数	摂食障害の精神病床での入院患者数	摂食障害外来患者数(継続)(精神療法に限定)	摂食障害外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)	摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数	
P	P	S	P	P	P	P	P	S	S	P	P	P	P	
339	154	算出予定	0-9	16	算出予定	12	127	算出予定	0-2	78	208	826	0-9	
162	83	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-2	18	11	256	0-9	
41	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-2	0-9	11	333	0-9	
32	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-2	17	0-9	142	0-9	
95	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	11	算出予定	0-2	28	18	536	0-9	
20	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-2	0-9	18	213	0-9	
61	19	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	22	算出予定	0-2	23	39	495	0-9	
10	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-2	0-9	0-9	19	0-9	
63	10	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-2	0-9	0-9	141	0-9	
0-9	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-2	0-9	0-9	11	0-9	

2次医療圏ごとの政策的に重点を置く領域における研修・診療体制の構築状況 平成29年6月 暫定値

都道府県	二次医療圏	二次医療圏番号	医療機関数	研修							
				診療報酬で算定される精神科専門療法「認知療法・認知行動療法」の施設基準に定められている研修			平成28年度診療報酬改定で新設された「依存症集団療法」の施設基準に定められている研修		救急患者精神科継続支援料の施設基準に定められた研修		
				研修有の病院数	受講した医師数	受講した看護師数	研修有の病院数	受講した医師数	研修有の病院数	受講した職員*数	
*医師、常勤看護師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士、常勤臨床心理技術者、常勤社会福祉士											
鹿児島県	鹿児島	4601	53	7	6	1	0	0	3	6	
	南薩	4603	11	2	1	0	0	0	0	0	
	川薩	4605	3	0	0	0	0	0	0	0	
	出水	4606	5	0	0	0	0	0	0	0	
	始良・伊佐	4607	13	1	1	2	1	6	0	0	
	曾於	4609	2	0	0	0	0	0	0	0	
	肝属	4610	7	0	0	0	0	0	0	0	
	熊毛	4611	3	1	2	0	0	0	0	0	
	奄美	4612	11	2	2	0	0	0	1	3	
二次医療圏				届出							
				認知行動療法の届出有りの病院数	重度アルコール依存症入院医療管理加算の届出有りの病院数	依存症集団療法の届出有りの病院数	摂食障害入院医療管理加算の届出の有りの病院数	精神科救急・急性期入院料の届出の有りの病院数			
	鹿児島			7	3	0	0	1			
	南薩			1	1	0	0	0			
	川薩			0	0	0	0	0			
	出水			0	0	0	0	0			
	始良・伊佐			0	1	0	0	0			
	曾於			0	0	0	0	0			
	肝属			0	1	0	0	0			
	熊毛			1	0	0	0	0			
	奄美			0	0	0	0	1			

暫定値



## 2. 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②

### 医療計画上の多様な精神疾患等ごとの医療機能の明確化のイメージ

圏域	医療機関	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
全域	A病院	☆	☆		☆	☆	☆				☆			☆	☆
	B病院	☆	☆		☆	☆	☆	☆	☆						
	C病院			☆						☆		☆	☆		
〇〇圏域	A病院			◎									◎		
	D病院	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
	E病院	◎	◎		◎	○	○	○				○		○	
	F診療所	○	○	○	○								○		
	G診療所	○	○					○	○	○		○		○	○
	H訪看ST	○	○			○						○			
△△圏域	B病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎		◎	◎	◎	◎
	I病院	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎		◎				
	J病院	◎	○	○		○		○	○	○	○		○	○	
	K病院	○	○		○			○		○				○	
	L診療所	○	○								○				
	M診療所	○						○					○		
◆◆圏域	C病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	N病院	◎	◎		○	○		◎		○	○	○		○	
	○診療所	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、○：地域精神科医療提供機能を担う医療機関													

## 2. 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③

### 論点1 対象とする領域の検討

- 課長通知に明記されている15領域とするのか？
- 地域の実情を踏まえ削除又は追加するのか？

### 論点2 医療機能(特に連携機能)の検討

- 課長通知の記載をそのまま活用するのか？
- 地域の実情を踏まえ変更するのか？

### 論点3 医療機能一覧表の作成方法の検討

- 病院団体、診療所団体、訪問看護ST団体にとりまとめを依頼するか？

### 精神保健福祉資料

これらデータを都道府県ごとにひとつのエクスセルファイルにして、公表します

都道府県全域のシート

精神医療圏ごとのシート

### 診療実績シート

- 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。

連携拠点機能をもつ医療機関の選定には協議が求められる

### 医療機能一覧表

都道府県の精神医療機関一覧、疾患ごと精神医療機能

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

都道府県全域のシート

個々の医療機関の名称・数値は出ない

個々の医療機関・訪看ST・630調査：名称・政策機能の一部が把握可能  
⇒提出調査票の閲覧を推奨

### 3. 精神病床に係る基準病床の算定①

新たな精神病床における基準病床数の算定式は、平成30年度から開始する第7次医療計画と第5期障害福祉計画が連動するように、第5期障害福祉計画の最終年度である平成32年度末の精神病床における入院需要(患者数)との整合性を図る。

#### 現状・課題

- 現行の精神病床の基準病床数の算定式は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン(平成16年)」における精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である、①平均残存率(1年未満群)24%以下、②退院率(1年以上群)29%以上を前提としていることから、新たな目標値との整合性の図られた算定式へと見直す必要がある。
- この際、平成30年度から開始する医療計画と障害福祉計画が連動するように、第5期障害福祉計画の最終年度である平成32年度末の精神病床における入院需要(患者数)との整合性を図る必要がある。

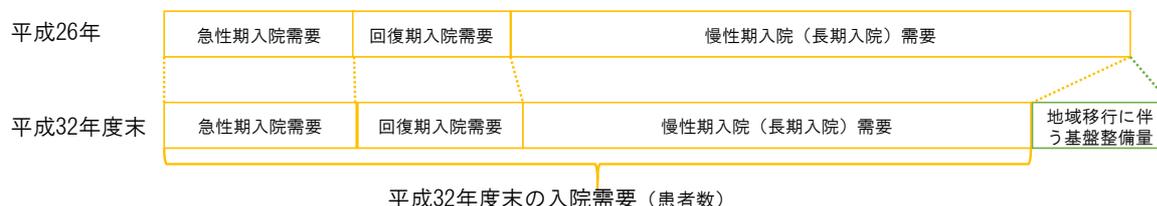
#### 対応方針(新たな算定式への見直し)

○ 平成30年度から開始する医療計画では、精神病床における基準病床数の算定式を以下の通り見直す。

##### 新たな精神病床における基準病床数

$$= (\text{平成32年度末の入院需要(患者数)} + \text{流入入院患者} - \text{流出入院患者}) \div \text{病床利用率}$$

急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院



※第7次医療計画の中間年において、第6期障害福祉計画と整合性が図られるように基準病床数を見直す。13

### 3. 精神病床に係る基準病床の算定②

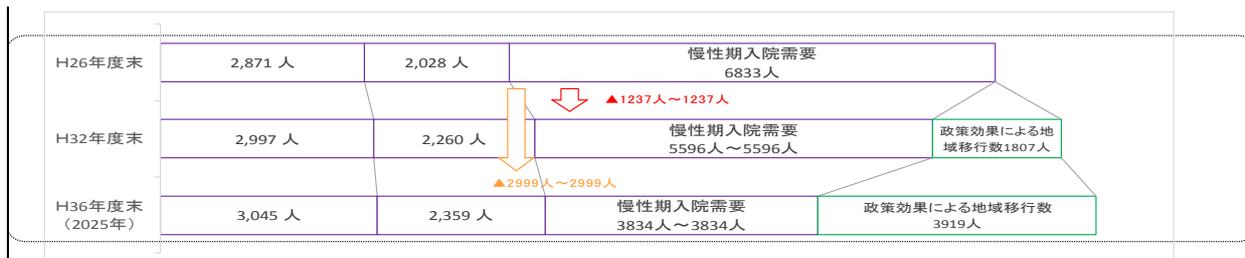
#### 論点1 平成32~36年度末における入院需要+地域移行に伴う基盤整備量

- $\alpha$  (地域移行を促す基盤整備)の設定をどうするか?
- $\beta$  (治療抵抗性統合失調症治療薬の普及)の設定をどうするか?
- $\gamma$  (認知症施策の推進)の設定をどうするか
- ※  $\alpha$  は障害福祉と介護との調整が必要、 $\beta$  は医療計画で担う、 $\gamma$  は介護との調整が必要

#### 論点2. 県外への流出・県外からの流入状況

- 患者調査で現状を確認 モニタリングは630調査で可能に

都道府県推計ワークシートに都道府県別に計算結果が描出される⇒協議の場での活用へ



#### 平成36年度末(2025年)までの政策効果の見込みの内訳

政策	地域移行する長期入院患者数の見込み(政策効果)	
① 地域移行を促す基盤整備	継続的な入院治療を要する長期入院患者(認知症除く)以外(長期入院患者(認知症除く)の30~40%)	6.2~4.7万人
② 治療抵抗性統合失調症治療薬の	継続的な入院治療を要する長期入院患者(認知症除く)の25~30%	2.8~2.7万人
③ 認知症施策の推進	認知症による長期入院患者の13~19%	114
		2.8~2.7万人

市町村別の住所地ベース・医療機関所在地ベースでの1年以上入院患者数 平成29年6月30日現在 暫定値

都道府県	市区町村	1年以上入院患者数			
		患者の住所地での		病院の所在地での	
		65歳未満	65歳以上	65歳未満	65歳以上
鹿児島県	鹿児島市	631	1058	692	1222
鹿児島県	鹿屋市	113	163	172	240
鹿児島県	枕崎市	34	55	28	68
鹿児島県	阿久根市	30	90	25	126
鹿児島県	出水市	30	76	8	41
鹿児島県	指宿市	83	144	119	200
鹿児島県	西之表市	23	40	31	48
鹿児島県	垂水市	37	53	0	0
鹿児島県	薩摩川内市	100	206	93	156
鹿児島県	日置市	70	134	56	53
鹿児島県	曾於市	47	100	0	0
鹿児島県	霧島市	139	282	181	356
鹿児島県	いちき串木野市	48	82	25	74
鹿児島県	南さつま市	75	163	79	198
鹿児島県	志布志市	32	52	34	53
鹿児島県	奄美市	73	72	92	78
鹿児島県	南九州市	79	164	79	126
鹿児島県	伊佐市	17	57	4	14
鹿児島県	始良市	66	130	117	135
鹿児島県	三島村	0	0	0	0
鹿児島県	十島村	0	1	0	0
鹿児島県	さつま町	28	61	31	84

都道府県	市区町村	1年以上入院患者数			
		患者の住所地での		病院の所在地での	
		65歳未満	65歳以上	65歳未満	65歳以上
鹿児島県	長島町	12	45	0	0
鹿児島県	湧水町	6	47	4	98
鹿児島県	大崎町	14	23	0	0
鹿児島県	東串良町	14	21	0	0
鹿児島県	錦江町	14	23	0	0
鹿児島県	南大隅町	13	15	0	0
鹿児島県	肝付町	24	44	0	0
鹿児島県	中種子町	11	15	0	0
鹿児島県	南種子町	1	9	0	0
鹿児島県	屋久島町	16	15	0	0
鹿児島県	大和村	3	5	0	0
鹿児島県	宇検村	6	3	0	0
鹿児島県	瀬戸内町	60	53	61	59
鹿児島県	龍郷町	7	6	0	0
鹿児島県	喜界町	14	8	0	0
鹿児島県	徳之島町	0	3	0	0
鹿児島県	天城町	3	2	0	0
鹿児島県	伊仙町	2	1	0	0
鹿児島県	和泊町	2	0	0	0
鹿児島県	知名町	1	1	0	0
鹿児島県	与論町	3	3	0	0

暫定値