

平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費（障害者政策総合研究事業）
「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」
総括研究報告書

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）
研究分担者 竹島 正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
来住 由樹（岡山県精神医療センター）
宮岡 等（北里大学医学部 北里大学東病院）
橋本 喜次郎（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）
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）

研究要旨：

昨年度に引き続き、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）や 630 調査等をあわせた総合的な精神科医療実態把握のためのデータセットの作成と地域医療計画の進捗管理に資するツール作成を行い、「平成 29 年度精神保健福祉資料」として公表した。また、これら推計やプロセスの中身となる施策推進等で生じた新たな諸課題に対しては、課題ごとの分担研究班において従来の取組みや調査等のレビューを通じ下記を実施した。

○ 平成 27,28 年度の NDB データ、29 年度 630 調査の一部等に基づいた診療実績データを平成 30 年 4 月に公表した(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaaku/data/>)。公表されたデータはダウンロード可能なエクセルシートであり、医療計画における疾患等 15 領域ごと、全国・都道府県ごと・二次医療圏ごと、入院・外来ごとの医療機関数・年間受診患者実数を算出した。また、全国・都道府県ごと・二次医療圏ごとの、前年度 3 月入院者のその後 1 年間の退院率、前年度 3 月退院者のその後 1 年間の再入院率（在院 1 年未満・在院 1 年以上）を算出しグラフ表示した。また、同時期に平成 28 年までの 630 調査と同様の集計様式について公表した。

引き続き、平成 31 年 1 月には、平成 29 年 630 調査の集計値を用いて、入院患者の 31 種類の組み合わせ集計と、訪問看護に関する集計を公表できた。また集計データの一部は、平成 30 年度「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」において構築した ReMHRAD（地域精神保健医療福祉資源分析データベース）に提供した。

平成 30 年 630 調査の粗集計データと平成 29 年度の NDB データを借り受け、集計作業を行ったが、本年度の公表には至らなかった。

またこれら公表された集計データの活用について、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所で 3 回、厚生労働省「平成 30 年度精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」において 3 回の計 6 回、自治体職員等に研修を行った。

○ 医療計画見直しに向けて、効果的かつ実践可能な指標案を検討すべく、神奈川県・滋賀県・大阪府・鹿児島県の 4 府県において、行政と精神医療の組織トップ層等の参加による研究会を開催した。医療計画の策定には、日常的な協議の場を持つこと、それに利用可能な資料類を整備することが何より大切であり、精神医療、一般医療、介護保険、障害保健福祉、行政、研究者等による協議の場の普及が望まれる。また、第 7 次医療計画における精神疾患の記載について全都道府県の記載を取りまとめ、第 6 次医療計画との差異について検討したところ、大半の都道府県でこの 2 つの計画の記述内容の変化が認められなかった。

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する取り組みを行う精神科病院について、好事例になるべくプロセス要素について調査しとりまとめた。
- 精神病床における身体合併症患者に対する医療提供体制構築において、自治体・精神科病院が取り組むために参照できるツールについて、自治体が活用しやすいような類型化を行い、プロセスを明確化した。
- 「精神科病棟における安心安全な医療を提供するための研修」を1日研修形式で開催した。さらに一般科の暴力等実態において CVPPP の理論や技術を活かし一般科向け研修を開発し、実践した。
- 隔離拘束の実態調査に関して昨年度中断となり、平成30年10月に調査を中止した。その際課題となった、客観的かつ記憶に頼らない事実に基づいた形での調査様式の検討を引き続き行い、新たな調査票案について最低限のものを作成したものの、調査実施には至らなかった。
- 「平成30年度重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究-関連研究班の統括・調整研究」班にて、重度かつ慢性であろう患者が地域定着でき、また重度な患者が慢性に至らないような入院治療方策について実践ガイドを作成するにあたり、昨年提供した好事例病院を選択するための基準について公表データから集計解析結果について情報提供を行った。また、実践ガイドの作成過程について、国立病院機構・全国自治体病院協議会・日本精神科病院協会に説明・修正・合意を本研究班の場で得た。
- 精神医療における身体的拘束に関する G7 諸国における制度比較を行った。
- 新しい精神保健指定医の資格審査のあり方について検討し、ケースレポートの様式・文字数・評価基準等の見直しについて提言をとりまとめた。また研修会受託団体が参照できるよう、告示に基づいた教授科目について、研修シラバスとキースライドを作成した。

アドバイザー	井川 大輔	堺市こころの健康センター
上ノ山一寛	医療法人 南彦根クリニック	生野 弘道 弘道会
大江 浩	新川厚生センター	池田俊一郎 関西医科大学精神神経科
竹島 正	川崎市精神保健福祉センター	石神 弘基 岡山県精神科医療センター
中込 和幸	国立精神・神経医療研究センター	石田 展弥 琵琶湖病院
中島 豊爾	岡山県精神科医療センター	市川 朝洋 日本医師会
平賀 正司	東京都福祉保健局 精神保健福祉センター	市村 春嘉 日本 IBM 株式会社
森 隆夫	医療法人愛精会あいせい紀年病院	伊東千絵子 奈良県精神保健福祉センター
村上 優	独立行政法人 国立病院機構 榊原病院	稲垣 真澄 国立精神・神経医療研究センター
		今雪 宏崇 北里大学医学部/北里大学東病院
		岩井 一正 神奈川県立精神医療センター
		岩田 和彦 地方独立行政法人 大阪精神医療センター
研究協力者		
青木 裕見	聖路加国際大学大学院精神看護学	上島 雅彦 一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院
浅田留美子	大阪府健康医療部地域保健課	
阿部 未怜	日本 IBM 株式会社	臼杵 理人 国立精神・神経医療研究センター
尼子友香理	日本 IBM 株式会社	臼田謙太郎 国立精神・神経医療研究センター
荒木 勇雄	滋賀県南部健康福祉事務所草津保健所	宇田 英典 鹿児島県伊集院保健所
新垣 元	新垣病院	江澤 和彦 日本医師会
安藤 哲也	国立精神・神経医療研究センター	江原 良貴 財団法人江原積善会 積善病院
		大井 健 滋賀県立精神医療センター

大石 智	北里大学医学部精神科学	高橋 美久	株式会社 MARS・当事者
大久保圭策	大久保クリニック	高橋 邦彦	名古屋大学大学院医学系研究科
大迫 充江	肥前精神医療センター	竹内 知夫	愛光病院
大塚 俊弘	川崎市こども未来局児童家庭支援・虐待対策室/川崎市精神保健福祉センター	武田龍太郎	武田病院
大鶴 卓	国立病院機構琉球病院	竹中 秀彦	京ヶ峰岡田病院
大野 美子	愛知県健康福祉部障害福祉課	竹之内 薫	鹿児島県精神保健福祉センター
小澤 一世	日本 IBM 株式会社	立森 久照	国立精神・神経医療研究センター
籠本 孝雄	大阪精神医療センター	田巻 龍生	医療法人緑光会 東松山病院
加藤 温	国立国際医療センター精神科	檜林理一郎	湖南クリニック
萱間 真美	聖路加国際大学大学院精神看護学	月江ゆかり	国立精神・神経医療研究センター
河崎 建人	水間病院	辻井 誠人	桃山学院大学社会学部社会福祉学科
神庭 重信	九州大学精神科	辻本 哲士	全国精神保健福祉センター長会
木村 大	医療法人学会 木村病院	角田 秋	聖路加国際大学大学院精神看護学
桐原 尚之	全国「精神病」者集団・運営委員・当事者	長尾真理子	埼玉県立精神医療センター
窪田 幸久	日本精神科診療所協会理事 中央公園クリニック	中島 公博	五稜会病院
栗山 健一	滋賀医科大学精神医学講座	永田 雅子	医療法人慈和会 大口病院
柑本 美和	東海大学法学部	長野 敏宏	公益財団法人正光会御荘診療所
高妻 美樹	聖路加国際大学大学院精神看護学	名雪 和美	地方独立行政法人国保旭中央病院
古茶 大樹	聖マリアンナ医科大学神経精神科	西 大輔	東京大学大学院医学系研究科
小林 和人	医療法人山容会 山容病院	西園マーハ文	白梅学園大学
小原 圭司	島根県立心と体の相談センター	西谷 博則	国立病院機構 榊原病院
五明佐也香	獨協医科大学埼玉医療センター	二宮 貴至	全国精神保健福祉センター長会
斎藤 庸男	さいとうクリニック&デイケア	野木 渡	浜寺病院
齊藤万比古	愛育病院	野田 龍也	奈良県立医科大学公衆衛生学講座
笹井 康典	大阪府こころの健康総合センター	橋本喜次郎	肥前精神医療センター
佐野 亘	地方独立行政法人岡山県精神科医療センター	橋本 壘	国立精神・神経医療研究センター
澤 滋	社会医療法人北斗会さわ病院 院長	羽澄 恵	国立精神・神経医療研究センター
澤田 智彦	日本 IBM 株式会社	長谷川 洋	長谷川診療所
宍倉久里江	相模原市精神保健福祉センター	福生 泰久	神奈川県立精神科医療センター
下田 和孝	獨協医科大学精神神経医学	福迫 剛	谷山病院
白川 教人	横浜市こころの健康相談センター	古野 考志	国立精神・神経医療研究センター
杉山 直也	公益財団法人復康会 沼津中央病院	堀切 靖	鹿児島県立始良病院
関 英一	地方独立行政法人岡山県精神科医療センター	本屋敷美奈	国立精神・神経医療研究センター
瀬戸屋 希	聖路加国際大学大学院精神看護学	松井 隆明	三善病院
外岡 資朗	鹿児島県こども総合療育センター	松下 兼介	福山病院
		松下 幸生	久里浜医療センター
		松田ひろし	柏崎厚生病院
		松永 絹子	鹿児島県障害福祉課
		松本 俊彦	国立精神・神経医療研究センター
		松本 英夫	東海大学医学部専門医療系精神科
		松本 悠貴	国立精神・神経医療研究センター

三木 和平 三木メンタルクリニック
水野謙太郎 医療法人如月会 若草病院
光石 雅 肥前精神医療センター
南島 和久 新潟大学
宮岡 等 北里大学東病院
三宅 美智 岩手医科大学
武藤 岳夫 国立病院機構肥前精神医療センター
村田 昌彦 国立病院機構 榊原病院
八木 深 国立病院機構花巻病院
八尋 光秀 西新共同法律事務所

山田 晶子 岡山県精神科医療センター
山田 正夫 神奈川県精神保健福祉センター
山畑 良蔵 鹿児島県立始良病院
山本 輝之 成城大学法学部
杠 岳文 国立病院機構肥前精神医療センター
吉野 祥一 大阪市こころの健康センター
四方田 清 順天堂大学
和田 清 埼玉県立精神医療センター
渡邊 博幸 医療法人学会 木村病院

A. 研究目的

本研究の目的は、医療計画・障害福祉計画・介護保険事業計画が、平成30年度に同時に改訂されることを踏まえ、自治体・医療関係機関等がその着実な策定と確かなモニタリングに関する方策を提示するものである。平成29年2月にとりまとめられた「これからの精神保健医療福祉に関する検討会」の、新たな地域精神保健医療体制のあり方の構築に関する議論を受け、地域で効果的に展開するための具体的かつ実現可能な方法を提示することである。そのために、総合的な精神科医療実態把握のためのデータセットの作成と地域医療計画の進捗管理に資するツール作成・公表し、その使用について普及することであった。これら推計やプロセスの中身ともなる施策推進等で生じた新たな諸課題に対しては、課題ごとの分担研究班において従来の取組みや調査等のレビューを通じた知見を創出することが目的であった。

これら本研究により得られた知見をもとに、全体研究会にて地域精神保健医療福祉に係る組織・団体間の合意形成を行うことにより、実効性のある精神障害者施策に反映させる。これらは医療計画が実行力のあるものであるために必要な要素であり、根拠に基づいた将来予測と諸課題におけるプロセスモデルを提示することは、自治体や医療機関にとって必要なものと考えている。

このような課題に対応すべく、分担班として以下の構成とした。今年度は、新しい隔離・身体的拘束調査の調査票案を作成するにあたり、精神科医療安全の分担研究班で行っていたものから行動制限に関する分担研究班を独立させ、検討を行った。

- A 総合的な精神保健医療データセット・データツールによる、精神科医療のニーズ推計とプロセス提示に関する研究
- B 医療計画のモニタリングに資する指標の検討に関する研究
- C 病院の構造改革に関する好事例モデルとそのプロセスの検討に関する研究
- D 身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究
- E 精神科医療における医療安全に関する研究
- F 精神病床における行動制限に関する検討
- G 重度かつ慢性の精神障害者の医療提供体制に関する研究
- H 精神保健医療に関する制度の国際比較に関する研究
- I 精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究

B. 研究方法

各研究班は独立して研究を実施し、調査・

知見の創出を行う。これらの成果を合わせる目的で、全体班会議を実施し、各分担班の知見に加え精神保健医療に精通した医療関係団体・全国保健所長会・全国精神保健福祉センター長会等、複数のアドバイザーの意見も交えて可能な限りの合意形成を図り、成果を実効性のある政策提言につなげられるよう努める。各分担班の研究計画は以下の通りであった。

A 総合的な精神保健医療データセット・データツールによる、精神科医療のニーズ推計とプロセス提示に関する研究

わが国の精神科医療の実態を把握すべく、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「政策の企画立案実行管理に資する精神科医療の実態把握のための研究」として平成28年4月と平成29年7月に申請し受領した、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）の精神医療に関する特別抽出データ、630調査等をもとに、第7次医療計画で策定された15の疾患等領域における、二次医療圏ごとの診療実績のある医療機関数、年間受診患者実数等、および短期入院患者の年間の退院率、長期患者数、長期・短期入院退院者の再入院率を算出した。また、このデータセットに掲載されないそのほかの630調査のデータについては、平成28年までの630調査と同様の集計様式と、新たに集計可能な方式について集計を行った。新たな集計方式は、従来毎年6月30日時点の入院患者の状況について、固定された9つの集計表方式で医療機関からデータ提供を受けていたが、これを年代・性別・主診断分類・入院期間・入院形態・行動制限有無・住所地と病院所在地の異同において、31通りの組み合わせを作成できるよう調査票の様式を変更した。また、29年から前年6月の医療保護入院者の退院状況と退院支援委員会の開催や地域援助事業者との連携等を聞いており、その集計を行い公表様式をグラフィックにすることとした。また、従来訪問看護ス

テーションと医療機関での訪問看護が別々の調査で行われたものが統一され、その集計が行われたものを公表様式にとりまとめた。これら630調査の企画・実施は平成30年度「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのモニタリングに関する政策研究（研究代表者：馬場俊明→臼杵理人）」によって行われ、その祖集計データの提供を受け、公表に足りうる様式に集計した。

また集計データの一部は、平成30年度「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）において構築したReMHRAD（地域精神保健医療福祉資源分析データベース）に提供した。

また、自治体における医療計画・障害福祉計画の実施とモニタリングの新たなデータセットの理解促進のため研修等での後方の機会を国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の研修で3回、厚生労働省「平成30年度精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」において3回、計6回実施した。

B 医療計画のモニタリングに資する指標の検討に関する研究

平成33年度の医療計画見直しに向けて、都道府県の医療計画策定に係る効果的プロセスを提示することを目的とした。また、計画のモニタリングに資する効果的かつ実践可能な指標案を提示することを目的とし、神奈川県、滋賀県、大阪府、鹿児島県の4府県において、行政と精神医療の組織トップ層等の参加による研究会を開催し、精神医療マップ、『平成29年度新精神保健福祉資料』の全国一覧（平成28年度NDBベース）（以下、NDBデータという）、行政職員への体感アンケート等の利用可能性、医療計画策定に係る効果的プロセス、及び計画のモニタリングに資する指標案の検討を行った。

また、精神科領域の医療計画の記述内容の問題点を明確にし、今後の医療計画の改善に資する基礎資料を提供することを目的とし、

47 都道府県を対象に第 6 次医療計画と現在実施されている第 7 次医療計画の精神医療領域のうち、「身体合併症」、「精神科救急」、「認知症」に関するそれぞれの医療計画の記述内容を比較した。

医療計画見直しに向けて、効果的かつ実践可能な指標案を検討すべく、神奈川県・滋賀県・大阪府・鹿児島県の 4 府県において、行政と精神医療の組織トップ層等の参加による研究会を開催した。医療計画の策定には、日常的な協議の場を持つこと、それに利用可能な資料類を整備することが何より大切であり、精神医療、一般医療、介護保険、障害保健福祉、行政、研究者等による協議の場の普及が望まれる。また、第 7 次医療計画における精神疾患の記載について全都道府県の記載を取りまとめ、第 6 次医療計画との差異について検討したところ、大半の都道府県でこの 2 つの計画の記述内容の変化が認められなかった。

新たなデータセットに基づいた医療計画の策定を支援するため、過去の基金等の活用事例に基づき、都道府県での効果的な企画立案について提言する。

C 病院の構造改革に関する好事例モデルとそのプロセスの検討に関する研究

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する取り組みを行う精神科病院について、好事例になるべくプロセス要素について調査した。

D 身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究

身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制には課題が多いが、医療提供体制構築に関与する自治体担当者には、その職種の出自や自治体の管轄上の課題等々の理由から、地域の救急医療、精神科医療関係者との関係構築に困難さも抱かれやすい現状がある。このため、自治体担当者が身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築することへの支援が求められる。本研究で

は、自治体担当者が各地域で身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築することへの支援ツール開発を目的とした。

平成 28 年度、平成 29 年度に本研究班で得られた自治体、精神科病院の取り組みについて、医師、看護師、心理士で構成されたグループの中で課題の類型分類を行い、地域特性、取り組みを構成する要素を整理した。この整理に基づいて、自治体担当者が身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築することを支援するツールを作成した。

E 精神科医療における医療安全に関する研究

平成 30 年度も「精神科医療体制確保研修（精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修）」に、日本精神病院協会（以下日精協）と国立病院機構（以下 NHO）の両団体が応募した。28、29 年度の反省を踏まえ、①広報の協力②プログラムは双方独自③受講対象は幅広く④アンケートは同一を用いる等とし、日精協は 3 ヶ所（大阪・長野・東京）、NHO は 8 ヶ所（花巻・茨城・東京・小諸・岡山・福岡・鹿児島・肥前）で全国展開した。

1. 対象者

精神科病院その他に勤務する医療従事者

2. 調査様式

導入 1 日研修受講前後に、自記式アンケート調査法を行った。

また、CVPPP は、実績と一定の評価を得ながらも、「真に安全・安心の医療環境を確保し得る」というエビデンスは未だ明らかでは無い。初年度は、CVPPP 導入 1 日研修を 4 病院の職員に行った。最終年度は、研修受講 6 ヶ月後の病棟勤務者の、暴力についての意識を追跡調査した。

1. 調査対象者

研究参加の承諾がとれた 4 施設に勤務する医療従事者に対して、CVPPP トレーナー研修（4 日間）と 1 日研修を受講してもらい、受講後 6 ヶ月間病棟勤務を行った時点で

の安心・安全に関する自記式質問紙調査票を実施した。

2. データ収集方法

調査内容

1) 年齢、性別

2) 職種、職業経験年数、CVPPP 受講経験

(1日研修、トレーナー4日研修)

3) 受講後、6ヶ月間臨床現場での暴力に対応する自信度(8項目)、病棟勤務における安心感・安全感、CVPPP活用度(倫理的配慮)

無記名調査で個人情報を扱わず、任意自由参加であること。辞退しても不利益のないこと、調査票の記載の所要時間は5~10分程度であり心理的苦痛は伴わない。データ処理は回収後外部とつながらないコンピュータで統計的に行った。なお、肥前精神医療センターの研究倫理委員会に審査申請し研究実施を承諾されている。

F 精神病床における行動制限に関する検討

平成11年に隔離・身体的拘束の大規模実態調査が厚生労働科学研究(研究代表者:浅井邦彦)で行われて以降、630調査で件数は把握されているものの、近年、隔離・身体的拘束の件数が増加している現状において、その要因分析などの検討を行うことは重要な課題である。そこで本研究では、隔離・身体的拘束の件数の増加要因などについて明らかにすることを主な目的とし、当事者・弁護士・医療関係者(昨年度から一部変更)で構成された研究分担班会議を、平成30年7月26日と平成31年2月28日の2回開催し、昨年度から中断している調査について、隔離・身体的拘束の増加要因調査を実現するために議論した。

G 重度かつ慢性の精神障害者の医療提供体制に関する研究

「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書(平成29年2月8日)により、「重度かつ慢性」に該当する症

状をもつ患者でも退院できる、あるいは「重度かつ慢性」を予防できるようにするための治療と支援に関する研究の必要性が指摘された。本研究はこの方向に沿い、「重度かつ慢性」患者への包括支援において成果をあげている好事例病院の選択基準を明確化することを目的として本研究を実施した。

昨年度の本分担研究班の検討により、①新規の1年以上在院患者(NLS)の発生が少ない、②既に在院1年以上になっている患者(OLS)の退院率が高いという2つの基準があげられた。今年度は「重度かつ慢性」患者の包括的支援の実態を明らかにするため実施された第一次アンケート(52病院から回答)の集計結果にもとづき、全国集計値を踏まえた好事例病院選択基準の検討を行った。

H 精神保健医療に関する制度の国際比較に関する研究

我が国において隔離・拘束を最小化していくうえで考慮すべき課題を検討するための資料として、先進諸外国の精神科医療における隔離・拘束を実施するうえでの手続きや外部評価の仕組み等を明らかにすることである。精神科医療における隔離・拘束に関する文献レビュー、インターネット上で公開されている法律、ガイドライン等の資料、及び現地の精神科医療の実態をよく知る協力者からの情報により、18の共通項目について調査を行った。

I 精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究

平成27年の精神保健指定医の不正取得事案を契機に精神保健指定医の資格審査と研修のあり方が見直されることになったことを受け、本研究班は昨年度に引き続き精神保健指定医の資格審査及び研修方法等について検討した。

各専門家によって行われた計10回の会議にて、①あらたな評価基準案、②ケースレポートの要件、③ケースレポートの様式案、④口頭試問の方法、⑤各研修会で教授すべき内

容、⑥研修会の質を向上させる仕組みについて、議論および補助資料作成が行われた。

(倫理面への配慮)

本研究の実施にあたっては文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守する。また当該研究に該当する案件については、データ収集に先立ち、国立精神・神経医療研究センター等での倫理委員会の承認を得た(E班)。このほか、統計法やレセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドラインを遵守した(A,G班)。

C. 研究結果

各研究班は随時個別に連携して研究を実施してきた。30年度は年2回の全体班会議を実施した。各分班の研究結果は以下の通りである。

A 総合的な精神保健医療データセット・データツールによる、精神科医療のニーズ推計とプロセス提示

平成27,28年度、29年度630調査の一部等のNDBデータに基づいた診療実績データを平成30年4月に公表した(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaaku/data/>)。公表されたデータはダウンロード可能なエクセルシートであり、医療計画における疾患等15領域ごと、全国・都道府県ごと・二次医療圏ごと、入院・外来ごとの医療機関数・年間受診患者実数を算出し公表した(図1)。また、全国・都道府県ごと・二次医療圏ごとの、前年度3月入院者のその後1年間の退院率前年度3月退院者のその後1年間の再入院率(在院1年未満・在院1年以上)を算出しグラフ表示した。29年精神保健福祉資料では、前年度比較と、それら増減があった場合に色分け表記をした。これによると、全国的に発達障害の受診者数と、精神疾患患者を受け入れられる一般病院の体制が整ってきていることが分かった(図1に○囲みで記載)。また、1年以内退院率、再入院率に関しては、ごくわずかで

あるが退院率の減少と再入院率の増加がみられた。しかしながら、この変化は微小であり経年変化を長期的に見ないとわからない。1年以上在院者数は前年比4%減少し、65歳以上が61%を占めていた。

引き続き、平成31年1月には、平成29年630調査の集計値を用いて、入院患者の31種類の組み合わせ集計と、訪問看護に関する集計を公表できた(図2)。

さらに、平成30年630調査の粗集計データと平成29年度のNDBデータの提供を受け、集計作業を行ったが、NDBデータの提供が平成31年3月と遅延したため、本年度の公表には至らず、引き続き2019年度での集計公表が望まれるところである。

さらに、上記資料作成のために大量に生成される中間集計物の一部について、政策医療的な見地から薬物処方データの一部に関してガイドラインに準拠した公表確認を厚生労働省保険局から得た。公表確認を得たデータに関しては、誰でも閲覧することが可能であるため、向精神薬の多剤処方の実態に関して、平成30年度「向精神薬の処方実態の解明と適正処方を実践するための薬物療法ガイドラインに関する研究(H29-精神一般-001)(研究代表者:三島 和夫)」において活用された。

さて、昨年度から公表している再入院率に関しては、短期のレスパイト再入院や、疾患領域においては定期的かつ短期間の入院を繰り返すことで、その人全体として地域生活を維持している事例も少なからずあるが、再入院率の算出はこれらの考慮がされていないのではないかといった指摘があった。このため、再入院率に関して見直し検討を行った。結果、ある時期に退院した人がその後1年間どのくらい地域に滞在できているかの延べ日数である「地域滞在日数」について検討した。また、地域全体において退院者のバイアス除去のため、地域滞在日数の延べ日数を退院者が発生した時点の入院者で除する形で、「地域平均生活日数」を算出することとし(図3)、公表には至らなかったが今年度その集計に着手した。

B 医療計画のモニタリングに資する指標の検討に関する研究

精神医療マップ、NDB データ、行政職員への体感アンケート等は、医療計画の検討に活用可能であることが示された。NDB データについては、特に外来患者数の過大または過少の可能性のあるものの、その精査によって利用価値は高まるものと思われた。アウトカム一覧表については、入院に関係しないものや、本格的な人口減少と高齢化を迎える中で、地域精神医療の確保あるいは体制整備に関する視点からアウトカム指標を設定することが必要と考えられた。都道府県の医療計画策定に係る効果的プロセスとしては、(1) 精神医療マップを持続可能なものにする、(2) NDB データの外来患者数の利用可能性を高めること、(3) 満たされていないニーズを含めての精神医療ニーズについての「体感アンケート」のボトムアップのプロセスへの活用が考えられた。また、指標に利用可能な資料類を整備するという観点から、(1) 都道府県ごとの精神医療マップを作成し、その分析を文章化し、公表すること、(2) NDB データの診断分類の集計表について、人口万対または十万対数を、第一四分位数以下、四分位範囲、第三四分位数以上を明示し、複数年にわたって第一四分位数以下の場合に医療供給の不足の有無を検討すること、(3) 人口減少社会における医療確保の指標あるいは注意喚起情報を組み込み、モニタリング可能にすること、(4) 精神医療圏の設定状況と、介護、一般医療（救急を含む）との連携状況、(5) 地域精神医療の充実に向けてのボトムアッププロセスの存在、(6) 地域ネットワークの可視化と数値化、(7) 協議の場の存在、をまとめた。

医療計画の記載は、全体的に各都道府県とも共通する表現や事業内容が多いが、それは前述のように国が提示している補助金による既存事業を柱にして記述していることによると考えられる。

C 病院の構造改革に関する好事例モデルとそのプロセス

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資するような好事例病院において、それぞれの地域においてそれぞれの課題意識を持った、テーマを持った取り組みをしている。その要素を紹介し、一般化可能性について検討を加えた。

D 身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築

課題は「身体疾患で身体科病院入院中の患者が身体科病院内で精神疾患に対応する上での課題」と、「精神疾患で精神科入院中の患者が精神科病院内で身体疾患に対応する上での課題」の二つに分類された。自治体、精神科病院の取り組みが、どの課題を解決しようとしているかを同定し、各取り組みに関して自治体担当者の関与の仕方、連携体制の仕組み、医療提供体制を構築する手順、円滑な合意形成のための手法、連携ツール、医療提供体制の質評価指標、医療提供体制構築による波及効果が明らかとなった。この結果をもとに、自治体担当者が各地域で身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築することを支援するツールについて検討し、Webで閲覧可能な媒体を念頭に置いたツールを作成した。

課題と医療資源には地域差がある。自治体担当者の課題意識、解決のための外部支援へのニーズにも地域差があるだろう。作成された支援のためのツールを公開するだけでは、解決のために外部支援を利用したいと考えている自治体担当者にはツールは届きにくいし、ツールだけで各自治体の取り組みが進むかどうかという点でも懸念は残る。今後は自治体担当者の課題や解決に関する意識を調査するとともに、解決のために外部支援を利用したいと考えている自治体に対して、どのように支援を届けるかを検討する必要がある。

E 精神科医療における医療安全

日精協と NHO の両団体が、本年度も事業を展開した。前者は、利便性のよい都会の大会場で行い、3年間で1838名の受講者を産み出した（大都市圏会場集合普及方式と仮称する）。後者は、コンパクトながら開催地を地方含めて1047名の受講者を産んだ（地域ブロック普及育成密着方式と仮称）。座学にも時間を割り、精神医療現場未体験者をも幅広く視野に置いた日精協と、現役を対象に、理念と実際的な技術にも時間を当てたNHO方式には、それぞれに違いと特徴はあるも（NHO方式は総受講者数では劣るも、石川県と高知県のみを残して万遍なく受講者が日本全国に広がっている）、アンケートの結果では、主観的な感想ながら、いずれも自己効力感上昇の実感、研修の必要性等で同様な回答結果が得られている。このことは、本事業が現場の要請に応えた研修内容であり、継続する必要性に疑問の余地はないと思われる。

実際、日精協主催の受講者に、追跡アンケートが為された結果を見ると（3年間の受講1838名 回答率80.3%）、

実際の現場での効果を、半数以上の者が効果を実感しているとする驚きの結果が見られている。これは、主観的なアンケート調査法には限界があり、研修の有効性を客観的に示す evidence ではないが、その一方で暴力件数の変化、隔離・拘束の減少等の客観的な数字で研修の有効性を evidence として示すことは、暴力の背景に様々な因子が絡みあっているだけに、方法的には困難であろう。この点で、課題を残しており、研修の有効性を evidence として示すには、課題Ⅱのような長期的な変化を追う手法が現実的かと思われる。

F 精神病床における行動制限に関する検討

隔離拘束の実態調査に関して、昨年度中断となったが、平成30年10月に調査を中止した。2回の班会議での議論の中で抽出された隔離・身体的拘束の増加要因の仮説について、臨床現場の認識を明らかにするため世論調査

を実施する方向で調査表（案）まで作成したが、これまでの課題でもあった回答者の記憶に頼る設問には変わりはなく、客観性が担保できないという点は払拭されなかった。そこで、これらの課題を払拭するため、過去に遡っても診療録等に残されている、隔離・身体的拘束の告示上の要件等、客観的な事実を伺う調査の実施を決定し、調査項目（案）とそれに基づいた最低限度の調査票（案）まで作成したが、研究期間内の実施には至らなかった。

G 重度かつ慢性の精神障害者の医療提供体制

第一次アンケートの結果から1年を超えて在院した後に退院した797人の退院先は、転院が357人(44.8%)、死亡が140人(17.6%)を占め、地域への居宅系退院は279人(35.0%)であった。好事例の検討に当たっては居宅系退院（自宅、アパート、グループホーム、福祉系施設、介護系施設への退院を含む）に基づいて検討することが適切と考えられた。上記の②について居宅系退院に絞って第一次アンケートに基づき検討したところ該当する病院は少数であった。分担研究班で検討の結果、長期在院患者の退院促進に取り組んだ結果、長期在院患者がいなくなっている病院の状況を考慮することが必要と考えられた。そこで好事例病院の選択基準として、A BにC項を加えることになった。

H 精神保健医療に関する制度の国際比較

隔離・拘束についての考え方の原則は我が国も先進諸外国と同様であるが、その手続きについては、我が国と比較して先進諸外国においてはより厳密な手続きがとられており、また拘束中の観察に関するルールについてもより詳細に定められている傾向が認められた。病棟の人員配置も、先進諸外国では我が国と比較して手厚い配置がなされていた。「患者の人権」と「安全」の両立は、精神科医療に内在するジレンマの象徴ともいえる課題であり、

スタッフ個人や病院個々の行動制限最小化に向けての取り組みをさらに強化するのみならず、人権擁護の仕組みの強化等も含め、国の施策として取り組むべき課題であると考えられた。

I 精神保健指定医研修・審査のあり方

①ケースレポートと口頭試問で共通の評価基準案を新たに作成した。ケースレポート症例のうち満たすことが“のぞましい”要件について検討し、望ましいとされるケースレポートを提出していない者は口頭試問で一般的留意事項を問うことを提案した。また、審査者に法律家等を入れるべきとの意見や、口頭試問の対象を受験者全員とするべきであるとの意見も出された。②ケースレポートの要件に関し、上記に述べた“望ましい”症例については、症例数が少ない一方で重要性の高い児童・思春期症例および、多様な精神科医療のニーズに対応するうえで重要な退院移行後に外来診療している症例と任意入院に入院形態を変更した症例の3症例とする提案がなされた。③ケースレポートの様式案に関し、医療や法律に係る判断の根拠についてレポートに明記すべきとの意見が聞かれた。文字数については専門家間で見解の相違等も議論されたが、現行の1200～2000字を維持する結論に至った。④口頭試問においては、申請されたケースレポート症例及び精神保健福祉法に対する理解の程度等を評価することが重要とされた。また、評価の均一化のため、評価基準に基づいた質問リスト等の作成の必要性も挙げられた。⑤研修会で教授すべき内容について議論された。特に、精神保健福祉法についての理解の促進、医療観察法、児童思春期症例、社会復帰等については入念に検討された。⑥研修の質を向上させる仕組みに関し、教授者が参照できるようにシラバスという形式で教授内容をまとめ、研修目的と目標も定義した。また、研修用キースライド等の研修補助資料も作成した。

D. 考察

1) 達成度について

A班においてデータ公表様式の企画・作成・取りまとめは順調に進行し、データ公表を行うことができています。MDB データ提供の遅延があり、本年度中に公表すべき平成30年度精神保健福祉資料を公表することができなかった。また、隔離拘束調査の実施に至らなかった。またA班でのデータセットやD班での身体合併症医療連携体制構築資料に関して、医療計画の考え方について自治体の理解を促す必要性を強く感じている。

各課題に対する検討について、B班ではA班で作成されたデータセット構造について、医療計画を担う自治体関係者からの幅広い意見を伺うことができた。これら意見を尊重した形での今後の取り組みが肝要である。その他分担班においては、課題について計画の進行はおおむね達成できた。

概ね計画通り進捗した。

2) 研究成果の学術的意義について

NDB データ活用による公表を2年継続して行い、同じ条件下での医療実態の比較が可能になった。また、すでに出た指標の再入院率の課題等も明らかになり、見直しに着手することができた。

3) 研究成果の行政的意義について

都道府県の医療計画・障害福祉計画・介護保険事業計画の策定企画において、データ提供と策定支援を実施できた。しかしながら、自治体等における活用について、研修等の機会提供の必要性、データ表出のわかりやすさ等の課題も明らかになった。

E. 結論

昨年度に引き続き、レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) や 630 調査等をあわせた総合的な精神科医療実態把握のためのデータセットの作成と地域医療計画の進捗管理に資するツール作成を行い、「平成29年度精神保健福祉資料」として公表した。また、これら推計やプロセスの中身とな

る施策推進等で生じた新たな諸課題に対しては、課題ごとの分担研究班において従来の取り組みや調査等のレビューを通じ下記を実施した。一方、データ公表による理解促進やデータ表出の課題も生じた。また、隔離拘束調査においては、最低限度の調査票案までの作成にとどまったこと、精神保健指定医の補助教材の実効性の検証、好事例病院のストレングスの一般化や身体合併症地域連携方策の普及、重度とされる患者が慢性化することなく地域生活ができる方策の普及など、本研究のさまざまな成果物を生かし、引き続きの継続的な進展が望まれるところである。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Fukasawa M, Miyake M, Suzuki Y, Fukuda Y, Yamanouchi Y. :Relationship between the use of seclusion and mechanical restraint and the nurse-bed ratio in psychiatric wards in Japan: International Journal of Law and Psychiatry 60:57-63, 2018.9

2. 学会発表

うつ病の疫学に関する研究・調査の理解とその活用～NDBの理解と活用～) 第38回日本社会精神医学会. 東京, 2019. 3. 1

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

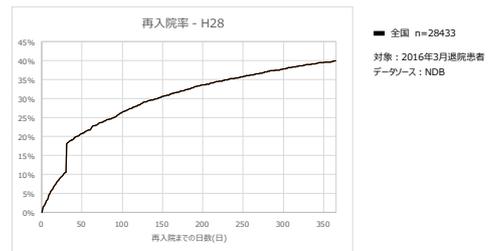
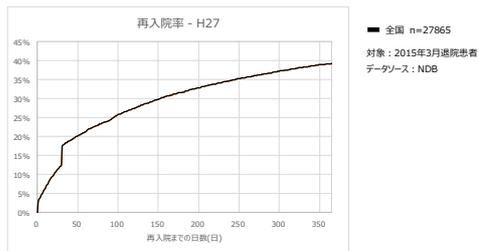
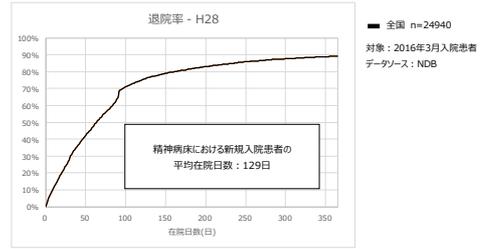
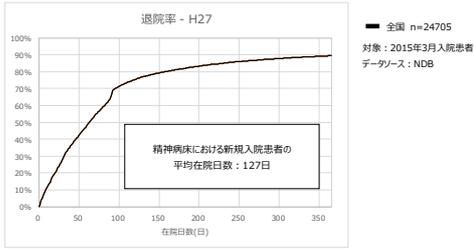
図1 資料: 平成29年新精神保健福祉資料全国版

都道府県: 全国		*指標値が数値のものの変動の割合、指標値が%のものの変動の数値を記載。 小数点以下は四捨五入して表示。						
疾患ごとの診療実績								
疾患区分	項目	●重点指標	S-P分類 (structure/process)	ターゲット	H27年度	H28年度	H27・28年度の推移*	H28年度 人口千人あたりの指標値
統合失調症	統合失調症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	1,604	1,597	100%	0.013
	統合失調症を外来診療している医療機関数	●	S	NDB	7,792	7,949	102%	0.063
	治療抵抗性統合失調症治療薬を精神科病棟の入院で使用した病院数		S	NDB	168	172	102%	0.001
	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	NDB	141	172	122%	0.001
	統合失調症の精神科病棟での入院患者数 ……(A)		P	NDB	338,240	339,070	100%	2.668
	統合失調症外来患者数(1回以上) ……(B)		P	NDB	1,583,052	1,611,119	102%	12.677
	統合失調症外来患者数(継続)		P	NDB	1,500,423	1,528,139	102%	12.024
	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数(精神科) ……(C)		P	NDB	1,157	793	69%	0.006
	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) ……(D)		P	NDB	1,027	1,286	125%	0.010
	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	NDB	1,010	1,271	126%	0.010
	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(C+D)/(A+B)		P	NDB	0.11%	0.11%	-0.01%	-
うつ・躁うつ病	うつ・躁うつ病を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	1,603	1,596	100%	0.013
	うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数	●	S	NDB	8,549	8,725	102%	0.069
	脳神経刺激全身麻酔の精神科電気刺激療法を実施する病院数(うつ・躁うつ病に限定しない)		S	NDB	291	299	103%	0.002
	認知行動療法を外来で実施した医療機関数(うつ・躁うつ病に限定しない)		S	NDB	246	240	98%	0.002
	うつ・躁うつ病の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	192,182	196,770	102%	1.548
	うつ・躁うつ病外来患者数(1回以上)		P	NDB	3,098,966	3,171,355	102%	24.953
	うつ・躁うつ病外来患者数(継続)		P	NDB	2,813,680	2,886,544	103%	22.712
	脳神経刺激全身麻酔の精神科電気刺激療法を受けた患者数(うつ・躁うつ病に限定しない)		P	NDB	5,761	6,041	105%	0.048
	認知行動療法を外来で実施した患者数(1回以上)(うつ・躁うつ病に限定しない)		P	NDB	9,918	10,239	103%	0.081
	認知行動療法を外来で実施した患者数(継続)(うつ・躁うつ病に限定しない)		P	NDB	6,411	6,577	103%	0.052
	認知症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	1,591	1,587	100%	0.012
認知症を外来診療している医療機関数(精神科に限定)	●	S	NDB	6,719	6,847	102%	0.054	
認知症を外来診療している医療機関数(精神科法に限定しない)	●	S	NDB	59,549	59,940	101%	0.472	
認知症実態医療センターの指定数		S	厚生労働省老健局調べ	366	384	105%	0.003	
認知症サポーター養成研修修了者数		S	厚生労働省老健局調べ	-	1,623	-	0.013	
かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数		S	厚生労働省老健局調べ	-	5,332	-	0.042	
認知症の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	135,014	138,908	103%	1.093	
認知症外来患者数(1回以上)(精神科法に限定)		P	NDB	499,600	512,009	102%	4.029	
認知症外来患者数(継続)(精神科法に限定)		P	NDB	427,858	438,642	103%	3.451	
認知症外来患者数(1回以上)(精神科法に限定しない)		P	NDB	2,480,047	2,538,803	102%	19.976	
認知症外来患者数(継続)(精神科法に限定しない)		P	NDB	2,167,880	2,211,307	102%	17.399	
認知症実態医療センターの認知診断数		P	厚生労働省老健局調べ	-	113,336	-	0.892	
20歳未満の精神疾患を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	979	975	100%	0.008	
20歳未満の精神疾患を外来診療している医療機関数	●	S	NDB	7,085	7,244	102%	0.057	
知的障害を入院診療している精神科病棟を持つ病院数		S	NDB	396	372	94%	0.003	
知的障害を外来診療している医療機関数		S	NDB	2,382	2,579	108%	0.020	
児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された精神科病棟を持つ病院数		S	NDB	28	32	114%	0.000	
20歳未満の精神疾患の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	7,047	6,811	97%	0.054	
20歳未満の精神疾患外来患者数(1回以上)		P	NDB	408,633	441,128	108%	3.471	
20歳未満の精神疾患外来患者数(継続)		P	NDB	251,994	281,187	112%	2.212	
知的障害の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	869	899	103%	0.007	
知的障害外来患者数(1回以上)		P	NDB	53,131	59,815	113%	0.471	
知的障害外来患者数(継続)		P	NDB	36,780	41,506	113%	0.327	
児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された患者数		P	NDB	342	374	109%	0.003	
発達障害を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	1,198	1,254	105%	0.010	
発達障害を外来診療している医療機関数(精神科法に限定)	●	S	NDB	6,119	6,473	106%	0.051	
発達障害を外来診療している医療機関数(精神科法に限定しない)	●	S	NDB	26,659	27,551	103%	0.217	
発達障害の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	9,312	11,840	127%	0.093	
発達障害外来患者数(1回以上)(精神科法に限定)		P	NDB	334,135	421,581	126%	3.317	
発達障害外来患者数(継続)(精神科法に限定)		P	NDB	274,934	347,615	127%	2.735	
発達障害外来患者数(1回以上)(精神科法に限定しない)		P	NDB	815,965	945,741	116%	7.441	
発達障害外来患者数(継続)(精神科法に限定しない)		P	NDB	670,839	779,067	116%	6.130	
アルコール依存症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	1,486	1,477	99%	0.012	
アルコール依存症を外来診療している医療機関数	●	S	NDB	5,362	5,471	102%	0.043	
重症アルコール依存症入院医療管理料を算定された精神科病棟を持つ病院数		S	NDB	201	201	101%	0.002	
アルコール依存症の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	25,654	25,654	100%	0.201	
アルコール依存症外来患者数(1回以上)		P	NDB	94,217	95,537	101%	0.752	
アルコール依存症外来患者数(継続)		P	NDB	81,649	83,411	102%	0.656	
重症アルコール依存症入院医療管理料を算定された患者数		P	NDB	9,127	8,133	89%	0.064	
薬物依存症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	503	487	97%	0.004	
薬物依存症を外来診療している医療機関数	●	S	NDB	1,721	1,745	101%	0.014	
依存症集団療法を外来で算定された医療機関数		S	NDB	-	5	-	0.000	
薬物依存症の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	1,437	1,431	100%	0.011	
薬物依存症外来患者数(1回以上)		P	NDB	6,321	6,458	102%	0.051	
薬物依存症外来患者数(継続)		P	NDB	5,166	5,373	104%	0.042	
依存症集団療法を受けた外来患者数		P	NDB	-	57	-	0.000	
キャンセル依存症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	90	88	98%	0.001	
キャンセル依存症を外来診療している医療機関数	●	S	NDB	432	474	110%	0.004	
キャンセル依存症の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	243	261	107%	0.002	
キャンセル依存症外来患者数(1回以上)		P	NDB	2,652	2,929	110%	0.023	
キャンセル依存症外来患者数(継続)		P	NDB	1,683	1,963	117%	0.015	

PTSD	PTSD入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	252	280	111%	0.002
	PTSD外来診療している医療機関数	●	S	NDB	2,664	2,888	108%	0.023
	PTSDの精神科病棟での入院患者数		P	NDB	449	524	117%	0.004
	PTSD外来患者数(1回以上)		P	NDB	11,597	12,693	109%	0.100
	PTSD外来患者数(継続)		P	NDB	9,648	10,723	111%	0.084
高次脳機能障害	高次脳機能障害支援拠点機関数	●	S	国立障害者リハビリテーションセンター調べ	-	100	-	0.001
摂食障害	摂食障害を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	1,168	1,172	100%	0.009
	摂食障害も外来診療している医療機関数(精神療法に限定)	●	S	NDB	5,010	4,985	100%	0.029
	摂食障害も外来診療している医療機関数(精神療法に限定しない)	●	S	NDB	20,214	20,413	101%	0.161
	摂食障害入院医療管理加算を算定された病院数		S	NDB	53	47	89%	0.000
	摂食障害の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	9,994	10,204	102%	0.080
	摂食障害外来患者数(1回以上)(精神療法に限定)		P	NDB	41,315	40,394	98%	0.318
	摂食障害外来患者数(継続)(精神療法に限定)		P	NDB	35,157	34,659	99%	0.273
	摂食障害外来患者数(1回以上)(精神療法に限定しない)		P	NDB	222,744	217,758	98%	1.713
	摂食障害外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)		P	NDB	175,829	172,324	98%	1.356
	摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数		P	NDB	467	396	85%	0.003
てんかん	てんかん入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	1,598	1,594	100%	0.013
	てんかん外来診療している医療機関数(精神療法に限定)	●	S	NDB	7,239	7,412	102%	0.058
	てんかん外来診療している医療機関数(精神療法に限定しない)	●	S	NDB	53,257	54,051	101%	0.425
	てんかん精神科病棟での入院患者数		P	NDB	114,768	114,773	100%	0.903
	てんかん外来患者数(1回以上)(精神療法に限定)		P	NDB	519,559	530,672	102%	4.175
	てんかん外来患者数(継続)(精神療法に限定)		P	NDB	477,643	489,272	102%	3.850
	てんかん外来患者数(1回以上)(精神療法に限定しない)		P	NDB	1,876,396	1,892,939	101%	14.894
	てんかん外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)		P	NDB	1,695,484	1,710,187	101%	13.456
	深夜・休日に精神科入院した病院数	●	S	NDB	-	101	-	0.001
深夜・休日に精神科入院した患者数		P	NDB	-	247	-	0.002	
精神科救急	精神科救急の救急車平均搬送時間		P	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査	H30年秋に算出予定	H30年秋に算出予定	H30年秋に算出予定	H30年秋に算出予定
	身体合併症を診療している精神科病棟を持つ病院数(精神科救急・合併症入院科+精神科身体合併症管理加算)	●	S	NDB	1,002	1,022	102%	0.008
身体合併症	精神科救急の受け入れ体制を持つ一般病院数(精神疾患診療体制加算+精神疾患患者受入加算)	●	S	NDB	550	991	180%	0.008
	精神科リハビリテーションを持つ病院数	●	S	NDB	74	142	192%	0.001
	精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患者数(精神科救急・合併症入院科+精神科身体合併症管理加算)		P	NDB	36,976	38,377	104%	0.302
	体制を持つ一般病院で受け入れられた精神疾患の患者数(精神疾患診療体制加算+精神疾患患者受入加算)		P	NDB	3,177	925	375%	0.094
	精神科リハビリテーションを算定された患者数		P	NDB	12,213	19,211	158%	0.152
	自殺対策	救急搬送入院科 精神疾患診断治療初回加算を算定された一般病院数	●	S	NDB	91	88	97%
救急搬送精神科継続支援科を一般病院数		●	S	NDB	-	11	-	0.000
救急搬送入院科で精神疾患診断治療初回加算を算定された患者数			P	NDB	351	400	114%	0.003
救急搬送精神科継続支援科を受けた患者数			P	NDB	-	85	-	0.001
災害精神医療	DPAT先進医療診療医療機関数	●	S	DPAT事務局調べ	-	37	-	0.000

アクトカム指標 *指標が数値の場合は変動の割合、指標が%の場合は変動の数値を記載、小数点以下は四捨五入して表示。

指標	●重点指標	H27年度	H28年度	H27・28年度の変移*
精神科における入院後3ヵ月時点の退院率	●	65%	65%	-1%
精神科における入院後6ヵ月時点の退院率	●	82%	82%	0%
精神科における入院後12ヵ月時点の退院率	●	90%	89%	0%
精神科における新規入院患者の平均在院日数		127	129	102%
精神科における入院後3ヵ月時点の再入院率		24%	25%	1%
精神科における入院後6ヵ月時点の再入院率		32%	32%	1%
精神科における入院後12ヵ月時点の再入院率		39%	40%	1%
精神科における入院後3ヵ月時点の再入院率(1年未満入院患者)	●	19%	21%	2%
精神科における入院後6ヵ月時点の再入院率(1年未満入院患者)	●	28%	29%	1%
精神科における入院後12ヵ月時点の再入院率(1年未満入院患者)	●	36%	38%	1%
精神科における入院後3ヵ月時点の再入院率(1年以上入院患者)	●	46%	49%	3%
精神科における入院後6ヵ月時点の再入院率(1年以上入院患者)	●	49%	51%	2%
精神科における入院後12ヵ月時点の再入院率(1年以上入院患者)	●	51%	53%	2%
指標	●重点指標	H29年度***	***H29年度(30調査結果)の暫定値、1-患者所在地、4630調査で患者住所地が不明の場合は集計に含まれない。	
精神科における急性期入院患者数(65歳以上)-施設所在地	●	-	22,188	
精神科における急性期入院患者数(65歳未満)-施設所在地	●	-	25,823	
精神科における回復期入院患者数(65歳以上)-施設所在地	●	-	36,200	
精神科における回復期入院患者数(65歳未満)-施設所在地	●	-	24,904	
精神科における慢性期入院患者数(65歳以上)-施設所在地	●	-	106,246	
精神科における慢性期入院患者数(65歳未満)-施設所在地	●	-	68,046	
精神科における急性期入院患者数(65歳以上)-患者所在地		-	22,157	
精神科における急性期入院患者数(65歳未満)-患者所在地		-	25,774	
精神科における回復期入院患者数(65歳以上)-患者所在地		-	36,131	
精神科における回復期入院患者数(65歳未満)-患者所在地		-	24,822	
精神科における慢性期入院患者数(65歳以上)-患者所在地		-	105,966	
精神科における慢性期入院患者数(65歳未満)-患者所在地		-	67,862	



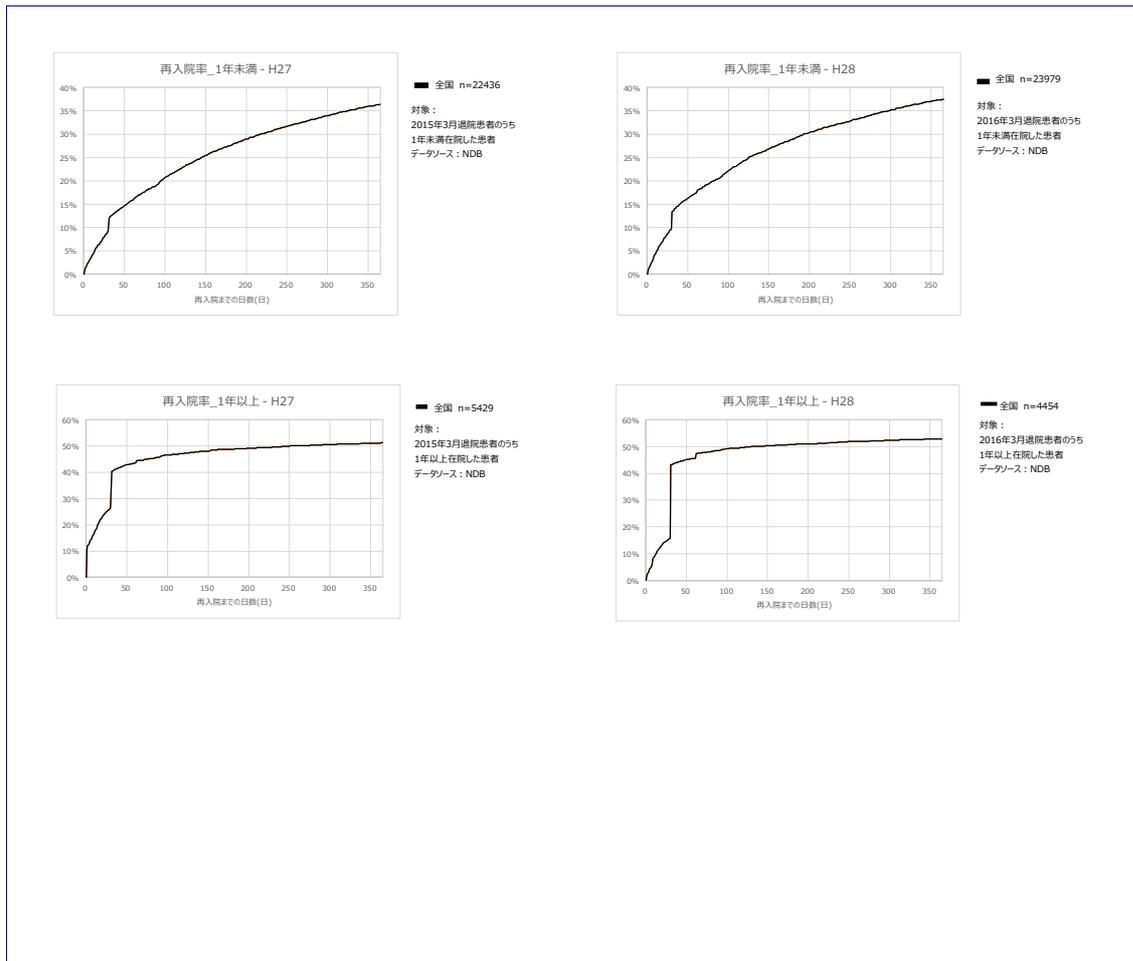


図 2 630 調査集計公表されたデータについて

平成29年度データ（公表済みデータ）について

平成29年度630調査結果①（平成30年4月16日公開分）

全国

1. 精神科病院の状況
 - (1) 病院数・病床数・病棟数
 - (2) 入院料等の届出状況（病棟数）（病床数）
2. 精神科病院在院患者の状況
 - (1) 在院患者数（疾患分類×年齢階級・入院形態×性）
 - (2) 在院患者数（入院形態×年齢階級×在院期間）
 - (3) 在院患者数（開放区分・入院料等の届出状況×年齢階級・在院期間）
 - (4) 医療観察法病棟の対象者数（疾患分類別×年齢階級×性）
 - (5) 医療観察法病棟の対象者数（年齢階級×在院期間別）

都道府県

1. 精神科病院の状況
 - (1) 精神科病院の概況
 - (2) 病床数・病棟数
 - (3) 入院料等の届出状況（病棟数）
 - (4) 入院料等の届出状況（病床数）
2. 精神科病院在院患者の状況
 - (1) 在院患者数（入院形態×処遇）
 - (2) 在院患者数（年齢階級・入院形態×性）
 - (3) 在院患者数（疾患分類×年齢階級・入院形態）
 - (4) 在院患者数（入院料等の届出状況別）
 - (5) 在院患者数（入院期間×住所地・施設所在地）
3. 認知症治療病棟の状況
 - (1) 在院患者数（在院期間別）、平成29年6月在院患者数

従来の630調査をベースとした集計データの公表

平成29年度データ（公表済みデータ）について

平成29年度630調査結果②（平成31年1月15日公開分）

自治体集計（都道府県）

- 精神科救急圏域数
- 2次医療圏の圏域数
- 障害福祉圏域数
- 精神医療圏の圏域数
- 精神科または心療内科を標榜する病院数
- 精神科または心療内科を標榜する病院数のうち、精神病床を有する病院数
- 精神病床を有する病院数のうち、精神科病院数
- 精神科または心療内科を標榜する診療所数
- 非同意入院の入院届集計
- 非同意入院の退院届集計

医療機関集計（都道府県）

- 病棟数
 - 病床数
 - 患者数
 - 個室数
 - 職員数
- ※全病院・公的病院・指定病院・非指定病院ごと
- 医療保護入院患者の状況
- ※全国と都道府県別

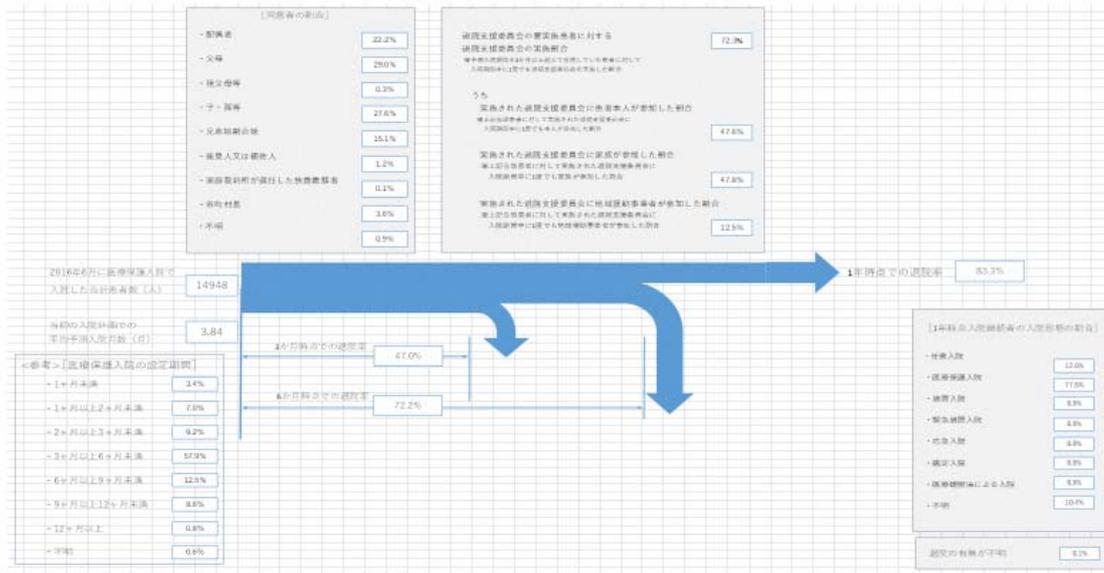
訪問看護集計（都道府県と全国）

自治体による各圏域数集計（都道府県）

都道府県番号	都道府県	精神科救急圏域数	2次医療圏の圏域数	障害福祉圏域数	精神医療圏の圏域数
1	北海道	8	21	21	21
2	青森県	6	6	6	6
3	岩手県	4	9	9	9
4	宮城県	1	4	7	1
5	秋田県	5	8	8	5
6	山形県	3	4	4	4
7	福島県	4	7	7	-
8	茨城県	2	9	9	1
9	栃木県	1	6	6	1
10	群馬県	1	10	10	-
11	埼玉県	2	10	10	1
12	千葉県	12	9	16	9
13	東京都	4	13	1	0
14	神奈川県	1	11	8	1
15	新潟県	-	-	-	-
16	富山県	1	4	4	2
17	石川県	3	4	4	1
18	福井県	2	4	4	-
19	山梨県	1	4	4	1
20	長野県	4	10	10	4
21	岐阜県	1	5	5	5
22	静岡県	6	8	8	8
23	愛知県	3	12	12	1
24	三重県	-	-	4	9
25	滋賀県	-	-	7	7
26	京都府	-	-	6	6
27	大阪府	-	-	12	8
28	兵庫県	-	-	5	10
29	奈良県	-	-	1	5
30	和歌山県	-	-	3	7
31	鳥取県	-	-	3	3
32	島根県	-	-	7	7
33	岡山県	-	-	2	5
34	広島県	-	-	2	7
35	山口県	-	-	3	8
36	徳島県	-	-	3	3
37	香川県	-	-	2	5
38	愛媛県	-	-	1	6
39	高知県	-	-	1	5
40	福岡県	-	-	4	13
41	佐賀県	-	-	1	5
42	長崎県	-	-	6	8
43	熊本県	-	-	-	10
44	大分県	-	-	1	6
45	宮崎県	-	-	3	7
46	鹿児島県	-	-	4	9
47	沖縄県	-	-	4	5
	全国	150	337	335	136

※都道府県からの精神科もしくは心療内科を標榜する診療所の申告数

医療保護入院患者の状況（全国）



平成29年度データ（公表済みデータ）について

平成29年度630調査結果③（平成31年1月15日公開分）

[入院患者情報に関する1×1のクロス集計表](#)（8指標についての全組み合わせ）

・各項目の組み合わせごとに集計したファイル

Step1. 絞込みの中で見たい項目をクリックしてください。

絞込み: **主診断** **病院所在地と患者住所地** **性別** **在院期間**
入院形態 **年齢** **病棟入院料** **隔離拘束指示**

Step2. 見たい項目と都道府県を選択して、「excel」ボタンを押してダウンロードしてください。

主診断×病院所在地と患者住所地 × 全国 excel

平成29年6月30日時点の全国の医療機関を対象とした調査をデータソースとし、「全国」「都道府県」の各項目を軸として組み合わせた集計資料になります。

図 3 地域平均生活日数について

地域での平均生活日数について試行

精神科急性期医師配置加算の有無	地域生活総日数 (A) *	急性期入院患者実人数 (B) **	地域での平均生活日数 (A / B)	201604退院患者実人数 (C) ***	平均地域滞在日数 (A / C)
加算有	723,017	7,638	94.7	2,369	305.2
加算無	530,872	6,261	84.8	1,758	302.0

* 2016年4月に精神科急性期治療病棟入院料が算定され、2016年4月に精神科急性期医師配置加算が算定されたことのある・ない患者のうち、2016年4月中の退院後335日を追跡した地域での生活日数の総和[(335 - 精神科病棟への入院日数)の総和]。2016年4月に複数回の退院がある患者は、その初回の退院から追跡。

** 2016年4月に精神科急性期治療病棟入院料が1以上算定され、2016年4月に精神科急性期医師配置加算が算定されたことのある・ない患者数。

*** 2016年4月に精神科急性期治療病棟入院料が1以上算定され、2016年4月に精神科病棟から退院した患者数。

※ 精神科病棟からの退院は、「診療行為マスタ」シートの「精神科病棟への入院」列に1の記載がある入院料の算定が終了ことと定義。ただし、同日に転院・転科があった場合はひとつながりの入院とみなしている。精神科急性期治療病棟入院料は、同シートの「精神科急性期治療病棟入院料」列に1の記載があるもの、精神科急性期医師配置加算は、同シートの「精神科急性期医師配置加算」列に1の記載があるものを解析に使用。