

令和3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）  
持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究  
分担研究

良質かつ適切な精神医療の提供の指標に関する研究

報告書（2）

第8次医療計画における精神疾患の医療体制構築にかかる指標例の検討

分担研究者

竹島 正

研究協力者

立森久照（NCNP）、河野稔明（川崎市総合リハビリテーション推進センター）、白田謙太郎（NCNP）、奥村泰之（一般社団法人臨床疫学研究推進機構）、北村立（石川県立こころの病院）、杉山直也（公益財団法人復康会沼津中央病院/NCNP）、高瀬顕功（大正大学）、福田正人（群馬大学）、吉田光爾（東洋大学）、南島和久（龍谷大学）、森隆夫（医療法人愛精会 あいせい紀年病院）、櫻木章司（医療法人桜樹会桜木病院）、辻本哲士（滋賀県精神保健福祉センター）、籠本孝雄（大阪府こころの健康総合センター）、井川大輔（堺市こころの健康センター）、楯林英晴（福岡県精神保健福祉センター）、喜多村祐里（大阪市こころの健康センター）、長島三四郎（大正大学）

研究要旨：【目的】本研究班は、良質かつ適切な精神医療の確保とその促進を図るためのモニタリングと、医療計画における基準病床算定式および指標例を提案することを目的とする。本研究は、研究班全体会議を経て検討した指標例候補についての都道府県の意見を得て、研究班としての指標例案をまとめることを目的とする。【方法】研究班にて取りまとめた指標例候補について各都道府県の精神保健福祉主管課にアンケート調査を実施した。調査期間は2022年2月1日～3月17日で、47都道府県中の41か所（87.2%）から回答があった。その結果をもとに研究班としての指標例案をまとめた。【結果及び考察】(1)「予防・相談支援」「医療」「地域支援」を横軸とする、(2)指標例をとおして精神保健医療の提供体制や提供状況を点検・モニタリングできるようにする、(3)17疾患等をcommon disordersの領域、専門領域、政策領域（自殺対策、災害精神医療など）に大別して、common disordersの領域は身近な医療が確保されていることを確認できるようにする、専門領域と政策領域は都道府県レベルで提供体制の確保が進んでいることを確認できるようにする、(4)指標例候補は、都道府県が保有する情報をできるだけ活用できるようにして情報収集の事務負担を小さくする、(5)ロジック（ストーリー）として、適切な予防・相談支援、適切な地域支援による入院期間は短縮される、地域で孤立しないよう伴走することのできる地域支援体制により自殺死亡率は増加しない、(6)提供される精神医療の内容とし

ては、行動制限を最小にした適切な処遇の促進を挙げ、ストラクチャー、プロセスに組み込むという方向性はおおむね共有されたと考えられた。そのうえでストラクチャー、プロセス指標として「予防・相談支援」として7個、「医療（全般）」として5個、「医療（合併症、リエゾン診療、精神科と一般科の連携）」として4個、「医療（拠点機能、専門医療）」としてその都道府県において必要とするもの、「医療（精神科救急）」として2個、「医療（難治性精神疾患への対応）」として2個、「地域支援」として10個の指標例案をまとめた。またアウトカム指標として5個を取りまとめた。本研究班による指標例案は、都道府県における精神保健医療の提供体制や提供状況を体系的に点検・モニタリングするのに適したものであると考えた。【結論】研究班全体会議を経て検討した指標例候補についての都道府県アンケートをもとに、研究班としての指標例案をまとめた。

## A 目的

本研究班は、良質かつ適切な精神医療の確保とその促進を図るためのモニタリングと、医療計画における基準病床算定式および指標例を提案することを目的とする。

令和2年度研究においては、指標例の方向として、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築と多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築という方向性を踏まえつつ、他の4疾患の指標例の構造に近づけ、「予防・相談支援」「医療」「地域支援」に変更することを提案した。

令和3年度研究においては、研究班全体会議等での検討を重ね、以下の方向で指標例案の候補をまとめることとした。

- 1) 指標例におけるストラクチャー、プロセス、アウトカムの間のつながり（ロジック、ストーリー）をわかりやすくする。
- 2) 他の4疾患の構造に近付け、精神科と精神科以外の診療科の医療機関との連携を含む医療に関する事項の調整・対応の議論をしやすくする。
- 3) アウトカムに入院関連以外の指標を設ける。

さて、第7次医療計画のストラクチャー、プロセス指標は、17疾患等について網羅的にあげられているが、都道府県において採用されているのは多くても半数程度である（令和元年11月28日「第16回医療計画の見直し等に関する検討会」資料による）。研究班として提案する指標例は、都道府県から見て、意義のある、優先度の高いものであって、採用率が高くなることが望まれる。

本研究は、研究班全体会議を経て検討した指標例候補についての都道府県の意見を得て、研究班としての指標例案をまとめることを目的とする。

## B 方法

本研究班においては、研究班全体会議等での検討をもとに、研究班としての指標例の方向性を、下記のとおり決定した。

- 1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築と多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築という方向性を踏まえつつも、他の4疾患の指標例の

構造に近づけ、「予防・相談支援」「医療」「地域支援」を横軸、「ストラクチャー」、「プロセス」、「アウトカム」を縦軸とする。

- 2) 指標例をとおして、都道府県が、精神保健医療の提供体制や提供状況を点検・モニタリングできるようにする。都道府県は、必要に応じて、都道府県をいくつかのブロックに分け、地域精神医療の提供体制や提供状況を確認することができるようにする。
- 3) 第7次医療計画の指標例の17疾患等を common disorders の領域（うつ病、統合失調症、認知症など）、専門領域（依存症、摂食障害、発達障害、児童・思春期など）、政策領域（自殺対策、災害精神医療など）に大別する。そのうえで、common disorders の領域は身近な医療が確保されていることを確認できるようにすることとした。また専門領域と政策領域は都道府県レベルで提供体制の確保が進んでいることを確認できるようにする。
- 4) 指標例候補は、都道府県が保有する情報をできるだけ活用できるようにして、都道府県の情報収集の事務負担を小さくする。
- 5) ロジック（ストーリー）として、(1)適切な予防・相談支援により、精神科医療が必要な場合には、速やかにその導入が行われること、(2)必要な場合に適切な地域支援につなぐことができること、(3)必要な場合に速やかに適切な入院治療が受けられることを想定した。これによって入院が必要となる場合も入院期間は短縮されることになる。このため、ア

ウトカム指標案に、「時点退院率」、「地域平均生活日数」、「『1年未満の在院患者数』に対する『1年以上5年未満の在院患者数』の比」を挙げることにした。また、地域で孤立しないよう伴走することのできる地域支援体制により、自殺死亡率は減少することを挙げることにした。

- 6) 提供される精神医療の内容としては、行動制限を最小にした適切な処遇の促進を挙げ、ストラクチャー、プロセスに組み込むことにした。

この考え方に基づき、下記の構成によるアンケートを作成した（資料1参照）。

- 1) 「予防・相談支援」の指標例候補
  - 2) 「予防・相談支援」の指標例の追加意見
  - 3) 「医療」のうち、全般的状況の指標例候補
  - 4) 「医療」のうち、合併症、リエゾン診療、精神科と一般科の連携の指標例候補
  - 5) 「医療」のうち、拠点機能、専門医療の指標例候補
  - 6) 「医療」のうち、精神科救急の指標例候補
  - 7) 「医療」のうち、難治性精神疾患への対応の指標例候補
  - 8) 「医療」の指標例の追加意見
  - 9) 「地域支援」についての指標例候補
  - 10) 「地域支援」の指標例の追加意見
  - 11) アウトカムの指標例候補
  - 12) アウトカムの指標例の追加意見
- 上記のうち、1)、3)、4)、5)、6)、7)、9)、11)については、「指標例に組み込むことの意義」（大きい、どちらともいえない、小さい）、「指標例としての優

先度」(高い、どちらともいえない、低い)の回答とコメント(自由記載)を依頼した。

2)、8)、10)についてはコメント(自由記載)を依頼した。

研究班事務局より各都道府県の精神保健福祉主管課あてにメール添付にて調査への回答を依頼した。調査期間は2022年2月1日~3月17日で、47都道府県中の41か所(87.2%)から回答があった。回収された調査票は一部の回答が無回答であったため、各質問についての回答数を分母として、「意義が大きい」「優先度が高い」と解答のあった割合を計算した。

(倫理面の配慮)

本調査には個人情報に含まれない。

## C 結果

### 1. 「予防・相談支援」の指標例候補(図1)

「市町村の相談窓口数と相談等の実績」については、「指標例に組み込むことの意義が大きい」(以下、「意義が大きい」と略す)と解答したのは23か所(57.5%)、「指標例としての優先度が高い」(以下、「優先度が高い」と略す)と回答したのは23か所(57.5%)であった。コメントとしては、身近な市町村の相談窓口が設置されていくのは重要、相談実績は評価が困難、精神保健福祉法が改正されて市町村の役割が同法に位置づけられたら指標になる、などであった。

「こころのサポーター養成研修の実施回数と修了者数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ13か所(32.5%)、10か所(25.0%)であった。コメントとしては、新規事業なので指標として足並みをそろえることができる、自殺

対策のゲートキーパー研修などが広く展開されており棲み分けが難しい、などであった。

「精神保健福祉センターにおける教育研修の機会と受講者数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ19か所(47.5%)、17か所(42.5%)であった。コメントとしては、精神保健福祉センターの人材育成や教育研修の機能を高めていく根拠に役立つ、対象とする研修の範囲の設定が困難、などであった。

「自殺未遂者ケア研修の実施回数と受講者数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ17か所(42.5%)、14か所(35.0%)であった。コメントとしては、支援者としての資質向上の参考になる、未遂者支援を積極的に進めていくために必要、医療計画に自殺対策を含めていない、などであった。

「かかりつけ医うつ病対応力向上研修の実施回数と修了者数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ16か所(40.0%)、11か所(27.5%)であった。コメントとしては、一般医療と精神科医療連携の指標になる、現在は開催していない、医療計画に自殺対策を含めていない、などであった。

「かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施回数と修了者数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ13か所(31.7%)、9か所(22.0%)であった。コメントとしては、認知症は高齢者福祉に位置づけられている、などであった。

「精神保健福祉法による警察官通報件数と措置診察実施割合」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ16

か所（39.0%）、15 か所（36.6%）であった。コメントとしては、都道府県によって警察官通報と措置診察に進む基準が異なる、都道府県のばらつきを小さくするために必要、行政の努力や工夫で変わる数字ではない、などであった。

「自損事故による救急出動件数と救急搬送人員数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 6 か所（15.0%）、5 か所（12.5%）であった。コメントとしては、数値の意味づけが難しい、医療計画に自殺対策を含めていない、などであった。

「保健所保健福祉サービス調整会議の開催件数と参加機関・団体数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 12 か所（30.0%）、11 か所（27.5%）であった。コメントとしては、困難事例の検討は通常の保健所のケース対応で行われている、困難事例への支援のデータとしては正確ではない、計上の仕方に差がある、などであった。

## 2. 「予防・相談支援」の指標例の追加意見

保健所と精神保健福祉センターの相談実績、救急医療体制と精神科救急医療体制の連絡会議の開催回数、医療機関の地域精神保健に対する協力度、市町村の精神保健福祉を協議する場、などの意見があった。

## 3. 「医療」のうち、全般的状況の指標例候補（図2）

「精神科もしくは心療内科の外来診療をおこなっている精神病床を有しない医療機関数と6月の自立支援医療（精神通院）の

受診患者実数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 24 か所（60.0%）、22 か所（55.0%）であった。コメントとしては、6月1か月間の実数では不十分ではないか、医療機関の傾向を把握するのであれば有用、などであった。

「精神科もしくは心療内科の外来診療をおこなっている精神病床を有する医療機関数と6月の自立支援医療（精神通院）の受診患者実数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 24 か所（60.0%）、22 か所（55.0%）であった。コメントとしては、医療機関の傾向を把握するのであれば有用、であった。

「20歳未満の通院・在宅精神療法の算定のあった医療機関数（人口10万対医療機関数）と算定のあった患者数（人口10万対患者数）」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 23 か所（57.5%）、17 か所（42.5%）であった。コメントとしては、患者の実数が把握できるとよい、患者の増減での評価は困難、などであった。

「精神病床を有する医療機関数と診断別、年齢階級別、入院形態別の患者数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 31 か所（77.5%）、30 か所（75.0%）であった。コメントとしては、受療状況の現状と傾向を把握できる、医療機関個別のデータがあれば地域移行の促進等データになるため有用、などであった。

「都道府県立精神科病院等の医療機関数と6月30日時点の措置入院患者数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 14 か所（34.1%）、14 か所（34.1%）であった。コメントとしては、

衛生行政報告例による単年の数値のほうが現状を反映している、圏域内の受入率であれば意味があるのかもしれない、などであった。

「指定病院数と6月30日時点の措置入院患者数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ14か所（34.1%）、13か所（32.5%）であった。コメントとしては、衛生行政報告例による単年の数値のほうが現状を反映している、圏域内の受入率であれば意味があるのかもしれない、などであった。

「行動制限最小化のコアストラテジーについての研修を実施した精神病床を有する病院数、その割合と隔離・拘束患者数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ21か所（51.2%）、20か所（50.0%）であった。コメントとしては、行動制限最小化の研修会の開催回数をどのように評価するのか、隔離拘束は病状の影響があるため評価困難、などであった。

#### 4. 「医療」のうち、合併症、リエゾン診療、精神科と一般科の連携の指標例候補（図3）

「精神病床を有する病院のうちの一般病院、地域医療支援病院、特定機能病院の割合」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ11か所（27.5%）、8か所（20.5%）であった。コメントとしては、単科精神科病院が多い地域では指標として難しい、外的要因による影響は少ないので指標と設定する意味は無い、などであった。

「総合入院体制加算（1、2）の届出のある医療機関数」については、「意義が大

きい」「優先度が高い」はそれぞれ10か所（25.0%）、9か所（23.1%）であった。コメントとしては、特定の加算を指標に設定することの説明が必要になる、アウトカム指標との関連性がよくわからない、などであった。

「緩和ケアチーム加算の届出のある医療機関数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ8か所（20.0%）、5か所（12.8%）であった。コメントとしては、アウトカム指標との関連性がよくわからない、などであった。

「6月の精神科によるリエゾン診療（院内他科）に1件以上報告のあった医療機関数と、6月の件数の合計」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ11か所（28.2%）、6か所（15.8%）であった。コメントとしては、限られた施設でしかリエゾン診療は実施されていないと思われる、アウトカム指標との関連性がよくわからない、などであった。

「6月の精神科によるリエゾン診療（救命救急センター）に1件以上報告のあった医療機関数と、6月の件数の合計」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ11か所（27.5%）、7か所（17.9%）であった。コメントとしては、件数が少ない、アウトカム指標との関連性がよくわからない、などであった。

「一般病床における入院精神療法の算定された医療機関数と患者数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ10か所（25.0%）、8か所（20.5%）であった。コメントとしては、一般病床における身体合併症患者の受入状況が把握できる、アウトカム指標との関連性がよくわ

からない、などであった。

「精神科リエゾンチーム加算の算定された医療機関数と患者数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ15か所（37.5%）、9か所（23.1%）であった。コメントとしては、「精神科リエゾンチームを持つ病院数」を使用中、アウトカム指標との関連性がよくわからない、などであった。

「精神病床における精神科身体合併症（精神科救急・合併症入院料/精神科身体合併症管理加算）の算定のあった医療機関数、患者数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ23か所（57.5%）、16か所（41.0%）であった。コメントとしては、医療資源（機能）が限られている地域では対応が困難、アウトカム指標との関連性がよくわからない、などであった。

「一般病床における精神科身体合併症（精神疾患診療体制加算/精神科疾患患者等受入加算）の算定のあった医療機関数、患者数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ22か所（55.0%）、16か所（41.0%）であった。コメントとしては、アウトカム指標との関連性がよくわからない、身体合併症対応施設(特例病床)を使用中、などであった。

#### 5. 「医療」のうち、拠点機能、専門医療の指標例候補（図4）

「依存症専門医療拠点数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ26か所（65.0%）、21か所（53.8%）であった。コメントとしては、依存症支援体制の強化指標につながる、拠点としての

役割や地域偏在や機関の質の問題等もあるため数を増やすことだけが目的にならないように留意が必要、などであった。

「依存症治療拠点数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ26か所（65.0%）、20か所（51.3%）であった。コメントとしては、数を増やすことだけが目的にならないように留意が必要、「依存症等対策推進計画」が策定されているため医療計画に明記することが必要、などであった。

「高次脳機能障害拠点数、そのうちの精神病床を有する医療機関に設置されている数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ17か所（41.5%）、11か所（27.5%）であった。コメントとしては、医療計画に高次脳機能障害施策を含めていない、高次脳機能障害拠点は相談支援事業所となっている、必ずしも精神病床を有する医療機関が望ましいということではない、などであった。

「摂食障害治療支援センター数、そのうちの精神病床を有する医療機関に設置されている数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ12か所（30.0%）、8か所（20.5%）であった。コメントとしては、未整備の県が整備するための指標とすることは意味がある、各医療機関・保健所・精神保健福祉センター等が相互に連携しながら対応しており指定予定はない、などであった。

「てんかん診療拠点数、そのうちの精神病床を有する医療機関に設置されている数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ18か所（45.0%）、12か所（30.8%）であった。コメントとしては、

未整備の県が整備するための指標とすることは意味がある、国の補助金が認められるのは1か所のみなので数を指標にする意味は感じられない、などであった。

「認知症疾患医療センターの指定数、そのうちの精神病床を有する医療機関に設置されている数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ18か所（45.0%）、13か所（33.3%）であった。コメントとしては、病床の有無を指標とする意義は低い（鑑別診断、急性期治療、相談、地域連携の対応が特に重要）、認知症施策については高齢福祉保健課が所管、既に各医療圏に1か所整理済みであるため設置数を指標にする意味が感じられない、などであった。

「発達障害拠点医療施設の指定数、そのうちの精神病床を有する医療機関に設置されている数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ12か所（30.0%）、8か所（20.5%）であった。コメントとしては、発達障害拠点医療機関の指定（発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業）を実施していない、医療計画に発達障害者施策を含めていない、発達障害について医療で対応できる部分は限られる、などであった。

「自殺未遂者支援拠点指定数、そのうちの精神病床を有する医療機関に設置されている数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ13か所（32.5%）、9か所（23.1%）であった。コメントとしては、自殺対策計画の中で進捗管理可、医療計画に自殺対策を含めていない、などであった。

「児童・思春期精神科入院医療管理料の

届出のある医療機関に設置されている数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ18か所（45.0%）、12か所（30.8%）であった。コメントとしては、発達障害や摂食障害等の重なる精神疾患対策との違いを明確にする必要がある、入院受入体制等の現状や課題検討及び体制整備の進捗状況等を管理・促進する上で有益な情報となる、などであった。

「摂食障害入院医療管理料の届出のある医療機関に設置されている数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ14か所（35.0%）、9か所（23.1%）であった。コメントとしては、個別の医療機関毎に把握できるのが望ましい、届出のある医療機関数が増える可能性が低い中で数を指標にする意味が感じられない、などであった。

「認知行動療法の届出のある医療機関数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ14か所（35.0%）、10か所（25.6%）であった。コメントとしては、個別の医療機関毎に把握できるのが望ましい、であった。

「重度アルコール依存症入院医療管理料の届出のある医療機関数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ18か所（45.0%）、13か所（33.3%）であった。コメントとしては、診療報酬が紐づいているため計画等に位置づけるまでもなく一定の増加が見込める、個別の医療機関毎に把握できるのが望ましい、であった。

## 6. 「医療」のうちの、精神科救急の指標例候補（図5）



「精神科救急医療体制整備事業における各類型施設数と相談件数、受診件数、入院件数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 29 か所 (72.5%)、25 か所 (62.5%) であった。コメントとしては、精神科救急システムを考える上で有効、相談件数/受診件数/入院件数の増減をどのように評価するのか、などであった。

「精神科救急入院料の届出を行った精神病床を有する病院数、精神病床を有する病院数に占める割合」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 21 か所 (52.5%)、15 か所 (37.5%) であった。コメントとしては、精神科救急システムを考える上で有効、条件に該当しない医療機関においても新規入院患者の早期退院を目指して取組んでいる場合も考えられるためこれらの医療機関も把握できればより現状を正確に把握できるのではないかと思われる、などであった。

## 7. 「医療」のうちの、難治性精神疾患への対応の指標例候補 (図 6)

「治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した医療施設数、患者数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 19 か所 (46.3%)、17 か所 (41.5%) であった。コメントとしては、使用できる医療機関は限定され使用対象となる患者も限定されることから全ての患者が一律に機会を与えられてはいない、などであった。

「精神科電気けいれん療法実施した病院数のうちの閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気けいれん療法を実施した病院数、および患者の割合」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 14 か所

(35.0%)、13 か所 (32.5%) であった。コメントとしては、医療資源に限られる、などであった。

## 8. 「医療」について、指標例の追加意見

精神科救急情報センターや精神医療相談窓口の相談実績、届出のある医療機関を指標とするのではなく実際に対象となった実患者数等を指標とした方が望ましい、精神保健指定医の派遣の協力医療機関、PTSD に関する指標、精神科専門医数、などの意見があった。

## 9. 「地域支援」の指標例候補 (図 7-1、図 7-2)

「精神病床を有する医療機関のうちの精神保健福祉士を配置している病院の割合、1 施設当たりの平均値、中央値」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 21 か所 (52.5%)、17 か所 (43.6%) であった。コメントとしては、1 病棟当たりや一定の実患者数当たりの人数などにすることが望ましい、常勤配置に絞っての把握が望ましい、圏域ごとの割合も把握する必要がある、などであった。

「精神病床を有しない医療機関のうち、精神保健福祉士を配置している割合、1 施設当たりの平均値、中央値」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 18 か所 (45.0%)、16 か所 (41.0%) であった。コメントとしては、外来機能のみの医療機関を把握するのに有用、常勤配置に絞っての把握が望ましい、圏域ごとの割合も把握する必要がある、などであった。

「精神科デイ・ケア等の届出のある医療機関数」については、「意義が大きい」「優

先度が高い」はそれぞれ 19 か所 (47.5%)、16 か所 (41.0%) であった。コメントとしては、地域支援体制を考える上で有用、圏域ごとの割合も把握する必要がある、精神科デイ・ケア等の利用者数を利用中、などであった。

「6月の精神科訪問診療 1 件以上の施設数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 17 か所 (42.5%)、15 か所 (38.5%) であった。コメントとしては、人口の少ない地域では単月での評価は困難、アウトリーチ機能を有している医療機関がどれくらいあるか把握できる、圏域ごとの割合も把握する必要がある、であった。

「6月の精神科往診 1 件以上の施設数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 18 か所 (45.0%)、14 か所 (35.9%) であった。コメントとしては、アウトリーチ機能を有している医療機関がどれくらいあるか把握できる、圏域ごとの割合も把握する必要がある、であった。

「精神科訪問看護を実施した施設数、利用した患者数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 25 か所 (62.5%)、19 か所 (48.7%) であった。コメントとしては、圏域ごとの割合も把握する必要がある、訪問看護の利用者数を使用中、であった。

「医療観察法における指定通院医療機関数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 11 か所 (27.5%)、8 か所 (20.5%) であった。コメントとしては、整備と体制維持は必要と考える、医療観察法通院処遇対象者の全対象者に対する割合は圧倒的に低いため指標として活用で

きる範囲は限定的、などであった。

「DPAT 先遣隊を登録する医療機関数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 22 か所 (55.0%)、18 か所 (46.2%) であった。コメントとしては、DPAT の整備状況は不要か、ストラクチャーは「災害拠点精神科病院数」の方がよいのではないかと、などであった。

「精神科退院早期のフォロー率」(精神科病床から地域へ退院した統合失調症・双極性障害の患者における、退院 30 日以内に通院・在宅精神療法を算定された割合) については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 14 か所 (41.2%)、12 か所 (34.3%) であった。コメントとしては、地域移行・地域支援の指標としてフォロー率や支援実施者の割合が高くなると考える、診療報酬外のフォローも一定数あることが想定される、などであった。

「措置症状消退届の提出された患者数、退院後支援ガイドラインに基づく退院後支援実施の割合」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 14 か所 (35.0%)、12 か所 (30.8%) であった。コメントとしては、消退届では退院後支援を実施するかどうかは把握できない、ガイドラインに基づく支援実施医療機関数がよい、措置入院患者の入院期間の他の都道府県との比較をみてみたい、などであった。

「居住系障害者施設を有する医療機関の割合」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ 7 か所 (17.9%)、4 か所 (10.5%) であった。コメントとしては、医療機関が地域移行後の施設を併せ持つことを推奨することでよいか、設置主体が医療機関の施設に限定することは地域の

状況を正確に把握していることにならないのではないか、などであった。

「その他の障害者施設を有する医療機関の割合」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ7か所（17.9%）、4か所（10.5%）であった。コメントとしては、設置主体が医療機関の施設に限定することは地域の状況を正確に把握していることにならないのではないか、などであった。

「介護施設を有する医療機関の割合」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ5か所（12.8%）、2か所（5.3%）であった。コメントとしては、設置主体が医療機関の施設に限定することは地域の状況を正確に把握していることにならないのではないか、などであった。

#### 10. 「地域支援」についての指標例の追加意見

自助グループ等の社会資源へのつなぎや自助グループ等の活動に対する支援の指標、保健と医療がつながる指標（精神部署があるか、人的体制はどうかなど）を組み込むといいのではないか、などであった。

#### 11. アウトカムにかかる指標例候補（図8）

「新規入院における3か月、6か月、12か月時点の退院率」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ34か所（85.0%）、32か所（80.0%）であった。コメントとしては、長期入院解消のため必要な指標だと思う、速やかな評価が難しい状況であるなら評価を要する計画の指標としては不適切、などであった。

「地域平均生活日数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ30か所（75.0%）、29か所（72.5%）であった。コメントとしては、地域生活を継続させることは非常に大切である、評価が難しい、地域平均生活日数が短くても精神症状が重症化しないうちに再入院して早期に退院する仕組みづくりが地域にできれば地域移行・定着の推進につながる可能性がある、速やかな評価が難しい状況であるなら評価を要する計画の指標としては不適切、認知症と他の精神疾患は分ける必要があると思われる、などであった。

「精神病床における新規入院患者の平均在院日数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ26か所（65.0%）、24か所（60.0%）であった。コメントとしては、地域平均生活日数に置き換えていいものと思われる、速やかな評価が難しい状況であるなら評価を要する計画の指標としては不適切、などであった。

『1年未満』に対する『1年以上5年未満』の患者数の比については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ20か所（50.0%）、17か所（42.5%）であった。コメントとしては、なぜ「1年未満」と「1年以上5年未満」で年数を区切るのかわからない、などであった。

「自殺死亡率」については、「意義が大きい」「優先度が高い」はそれぞれ19か所（47.5%）、19か所（47.5%）であった。コメントとしては、人口動態統計は結果が公表されるのが遅い、自殺対策計画の中で評価可、自殺死亡率は非常に幅広い社会構造や変化に影響を受けていると考えられる、精神疾患・メンタルヘルスの指標として重

要、などであった。

## 12. アウトカムの指標例の追加意見

最新のデータがすぐに抽出できるようにしてほしい、入院医療を受けずに地域生活をしている方に関する指標の設定も必要、評価指標の測定に利用するデータについては基準の変更等を行わず継続性をもって確認できるデータとしてもらいたい、身近でタイムリーに医療アクセスが可能となるような指標等の設定ができないか、などであった。

なお、NDB データについては、公表時期を早めてほしいというコメントが多数あった。

## D 考察

47 都道府県中 41 か所 (87.2%) から回答があったことから、調査結果をもとに指標例案をまとめることには十分な回答率であったと考えられる。

第7次医療計画の指標例である 17 疾患等を「予防・相談支援」「医療」「地域支援」とすることについての反対意見はなかった。

指標例をとおして、都道府県が精神保健医療の提供体制や提供状況を点検・モニタリングできるようにすること、都道府県が必要に応じて都道府県内をいくつかのブロックに分けて地域精神医療の提供体制や提供状況を確認することができるようにすることについては、コメントから、肯定的に受け止められていると考えられた。ただし、指標に挙げられた数値が、高い方がよいのか、低い方がよいのかという価値判断については慎重にすべきという意見も多

く、指標例提示の際に説明が必要と考えられた。

第7次医療計画の指標例の 17 疾患等を common disorders の領域、専門領域、政策領域に大別し、common disorders の領域は身近な医療が確保されていることを確認できるようにすること、専門領域と政策領域は都道府県レベルで提供体制の確保が進んでいることを確認できるようにすることも、コメントから、肯定的に受け止められていると考えられた。ただし、17 疾患等の中には、医療計画以外の計画に記載することになっていると回答した都道府県もあり、各都道府県において、指標例として採用する対象を選択できるようにすることが適切と考えられた。また、専門領域と政策領域における提供体制は、一定の確保があれば増加していくものではないので、指標例提示の際に説明が必要と考えられた。

指標例に、都道府県が保有する情報をできるだけ活用できるようにして、都道府県の情報収集の事務負担を小さくすることには、反対意見はなかった。

適切な予防・相談支援を受け、適切な地域支援につなぐことによって入院が必要となる場合も入院期間は短縮されることになるという考え方や、アウトカム指標案についてもおおむねの賛同があった。これまでアウトカム指標として馴染みとなったものに比べると、馴染みの少ない『1 年未満の在院患者数』に対する『1 年以上 5 年未満の在院患者数』の比や「自殺死亡率」への肯定的意見（意義が高い、優先度が高い）は少なかったが、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築のアウトカム指標としては重要であり、指標例に挙げる理

由を十分に説明して、医療計画に活用するよう促すことが望ましいと考えられた。

提供される精神医療の内容として、行動制限を最小にした適切な処遇の促進を挙げ、ストラクチャー、プロセスに組み込むことについての肯定的意見（意義が高い、優先度が高い）も半数を超える程度にとどまったが、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」において行動制限の最小化を管理者の責任のもと組織のスタンダードとしていくことが挙げられていることから指標例に組み込むことが望ましいと考えられた。

以上、本研究班の示した指標例の方向性は、都道府県からはおおむね受け入れられる内容であると考えられた。

ここからは「予防・相談支援」「医療」「地域支援」「アウトカム指標」に分けて述べる。

「予防・相談支援」について、研究班の示した指標例は、「市町村における精神保健相談の提供」「相談支援の質の向上」「一般医療と精神医療の連携」「緊急対応」「困難事例への支援」の5種9個であった。

「予防・相談支援」の9問についての回答における（意義が高い、優先度が高い）の割合やコメントを考慮すると、「予防・相談支援」については「市町村の相談窓口数と相談等の実績」「こころのサポーター養成研修の実施回数と修了者数」「精神保健福祉センターにおける教育研修の機会と受講者数」「自殺未遂者ケア研修の実施回数と受講者数」「かかりつけ医うつ病対応力向上研修の実施回数と修了者数」「精神保健福祉法による警察官通報件数と措置診察実施割合」の6つが指標例として採択可

能と考えられた。また追加意見にあった保健所の活動については、「地域保健・健康増進事業報告」の「5(1)精神保健福祉（相談等）」があることから、相談実人員を指標例として組み込むことが適切であろう。「市町村の相談窓口数と相談等の実績」については「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」において市町村等の相談支援体制が議論されているところである。「こころのサポーター養成研修の実施回数と修了者数」については自殺対策におけるゲートキーパー研修等との棲み分けが困難というコメントもあり、指標とする場合の運用に注意する必要がある。「精神保健福祉法による警察官通報件数と措置診察実施割合」については、都道府県の運用のばらつきを指摘するコメントがあるが、指標とすることによって、各都道府県の制度運用の点検が進むことが期待される。

「医療」について、「研究班の示した指標例は、「全般的状況」「合併症、リエゾン診療、精神科と一般科の連携」「拠点機能、専門医療」「精神科救急」「難治性精神疾患への対応」の5種32個であった。

「医療」の32問についての回答における（意義が高い、優先度が高い）の割合やコメントを考慮すると、「全般的状況」については「精神科もしくは心療内科の外来診療をおこなっている精神病床を有しない医療機関数と自立支援医療（精神通院）の受診患者実数」「精神科もしくは心療内科の外来診療をおこなっている精神病床を有する医療機関数と自立支援医療（精神通院）の受診患者実数」「20歳未満の通院・在宅精神療法の算定のあった医療機関数（人口

10万対医療機関数)と算定のあった患者数(人口10万対患者数)」「精神病床を有する医療機関数と診断別、年齢階級別、入院形態別の患者数」「行動制限最小化のコアストラテジーについての研修を実施した精神病床を有する病院数、その割合と隔離・拘束患者数」の5つが指標例として採択可能と考えられた。「精神科もしくは心療内科の外来診療をおこなっている精神病床を有しない医療機関」「精神科もしくは心療内科の外来診療をおこなっている精神病床を有する医療機関」については、630調査とNDBの両方から捕捉可能であるが、地域精神医療の確保を具体的に検討するには630調査を活用することが望ましいと考えた。

「合併症、リエゾン診療、精神科と一般科の連携」については「精神病床を有する病院のうちの一般病院、地域医療支援病院、特定機能病院の割合」「精神科リエゾンチーム加算の算定された医療機関数と患者数」「精神病床における精神科身体合併症(精神科救急・合併症入院料/精神科身体合併症管理加算)の算定のあった医療機関数、患者数」「一般病床における精神科身体合併症(精神疾患診療体制加算/精神科疾患患者等受入加算)の算定のあった医療機関数、患者数」の4つが指標例として採択可能と考えられた。「精神病床を有する病院のうちの一般病院、地域医療支援病院、特定機能病院の割合」については、「意義が大きい」「優先度が高い」という回答は多くはなく、単科精神科病院が多い地域では指標として難しい、外的要因による影響は少ないというコメントがあったが、高齢化の進む中での医療提供体制を把握しておく

ことは重要と考えた。「精神科リエゾンチーム加算の算定された医療機関数と患者数」については、加算の条件を満たしていない中でリエゾン診療をおこなっているという実態があるという。そのギャップを可視化するという意味では、「6月の精神科によるリエゾン診療(院内他科)に1件以上報告のあった医療機関数と、6月の件数の合計」と「精神科リエゾンチーム加算の算定された医療機関数と患者数」を比較検討しておくことが望まれる。

「拠点機能、専門医療」については「依存症専門医療拠点」「依存症治療拠点数」は「意義が大きい」「優先度が高い」という回答が多かった。「てんかん診療拠点」「認知症疾患医療センター」「高次脳機能障害拠点」「児童・思春期精神科入院医療管理料の届出のある医療機関数」「重度アルコール依存症入院医療管理料の届出のある医療機関数」については「意義が大きい」「優先度が高い」という回答はそれより少ないものの全体の中では比較的多かった。これらに比べると「摂食障害治療支援センター数」「発達障害拠点医療施設」「自殺未遂者支援拠点」「摂食障害入院医療管理料の届出のある医療機関数」「認知行動療法の届出のある医療機関数」については、「意義が大きい」「優先度が高い」という回答は少なかった。「拠点機能、専門医療」については、その確保と活動状況を確認する意味で指標例に挙げ、各都道府県において医療計画に位置付けることが必要な場合に採用し、さらに必要に応じてプロセス指標を設定することが適切と考えられた。「精神科救急」については、回答における(意義が高い、優先度が高い)の割合やコ

メントを考慮すると、「精神科救急医療体制整備事業における各類型施設数と相談件数、受診件数、入院件数」「精神科救急入院料の届出を行った精神病床を有する病院数、精神病床を有する病院数に占める割合」を指標例とすることが適切と考えられた。

「難治性精神疾患への対応」については、回答における（意義が高い、優先度が高い）の割合やコメントを考慮すると、「治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した医療施設数、患者数」を指標にすることが適切と考えられた。「精神科電気けいれん療法実施した病院数のうちの閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気けいれん療法を実施した病院数、および患者の割合」はこれよりも（意義が高い、優先度が高い）という回答が少なかったが、医療安全の観点から指標に組み入れるべきと考えられた。

「地域支援」についての 10 問についての回答における（意義が高い、優先度が高い）の割合やコメントを考慮すると、「地域支援」については「精神病床を有する医療機関のうちの常勤精神保健福祉士を配置している病院の割合、1 施設当たりの人数」「精神病床を有しない医療機関のうち、常勤精神保健福祉士を配置している割合、1 施設当たりの人数」「精神科デイ・ケア等の届出のある医療機関数」「精神科訪問診療の実績のある施設数」「精神科往診の実績のある施設数」「精神科訪問看護を実施した施設数、利用した患者数」「医療観察法における指定通院医療機関数」「DPAT 先遣隊を登録する医療機関数」「精神科退院早期のフォロー率」「措置症状消退届の提出された患者数、退院後支援ガイドライ

ンに基づく退院後支援実施の割合」を指標にあげることが適切と考えられた。

「アウトカム」にかかる指標例についての 5 問についての回答における（意義が高い、優先度が高い）の割合やコメントを考慮すると、「新規入院における 3 か月、6 か月、12 か月時点の退院率」「地域平均生活日数」「精神病床における新規入院患者の平均在院日数」「『1 年未満』に対する『1 年以上 5 年未満』の患者数の比」「自殺死亡率」を指標例にあげることが望ましいと考えられた。前の 3 者はこれまでも指標例にあげられているが、後の 2 者については、第 8 次医療計画において指標例に挙げることになる。「『1 年未満』に対する『1 年以上 5 年未満』の患者数の比」は、365 日時点の退院率とこの指標の相関が高いことを考慮すると重要である。「自殺死亡率」については、自殺死亡の多くは、死亡時に精神疾患の診断可能な状態であって、地域で孤立しないよう伴走することのできる支援体制により自殺死亡率は減少することが期待されることを踏まえたものである。

上記をもとに研究班として提示する指標例を表 1、表 2 にまとめた。

本研究班の研究班全体会議のメンバーである南島によるコメントを添付する。重要なのは、地域ごとの精神疾患にかかる医療提供体制が不足に陥ることのないよう、フィードバックループが作動するようなモニタリング体制を構築することであり、本研究の成果がそれに寄与することを祈念する。

## E 結論

研究班全体会議を経て検討した指標例候補についての都道府県アンケートをもとに、

研究班としての指標例案をまとめた。研究班による指標例案は、都道府県における精神保健医療の提供体制や提供状況を体系的に点検・モニタリングするのに適したものである。

#### **F. 健康危険情報**

なし

#### **G. 研究発表**

1.論文発表 なし

2.学会発表 なし

#### **H. 知的財産権の出願・登録状況**

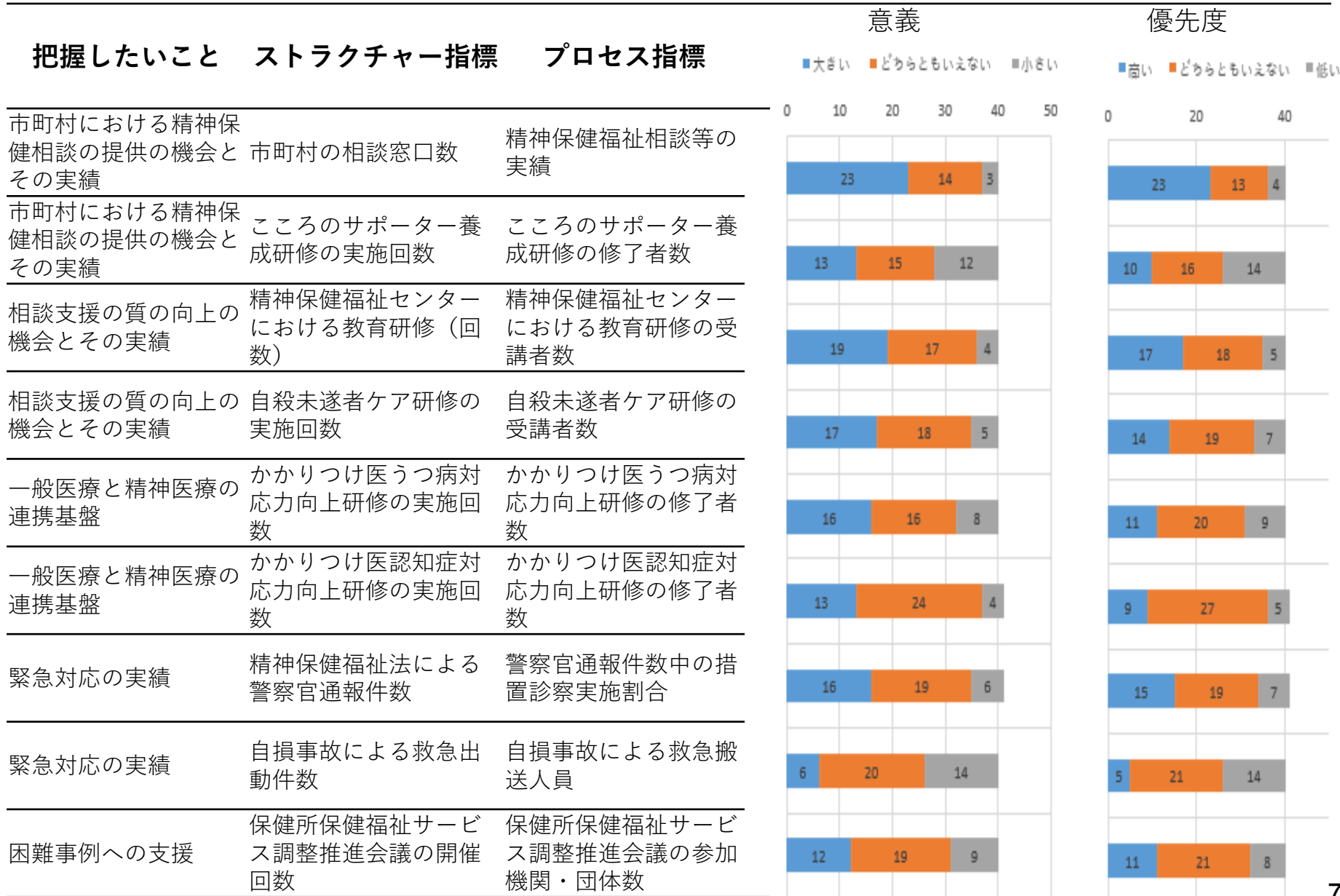
1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

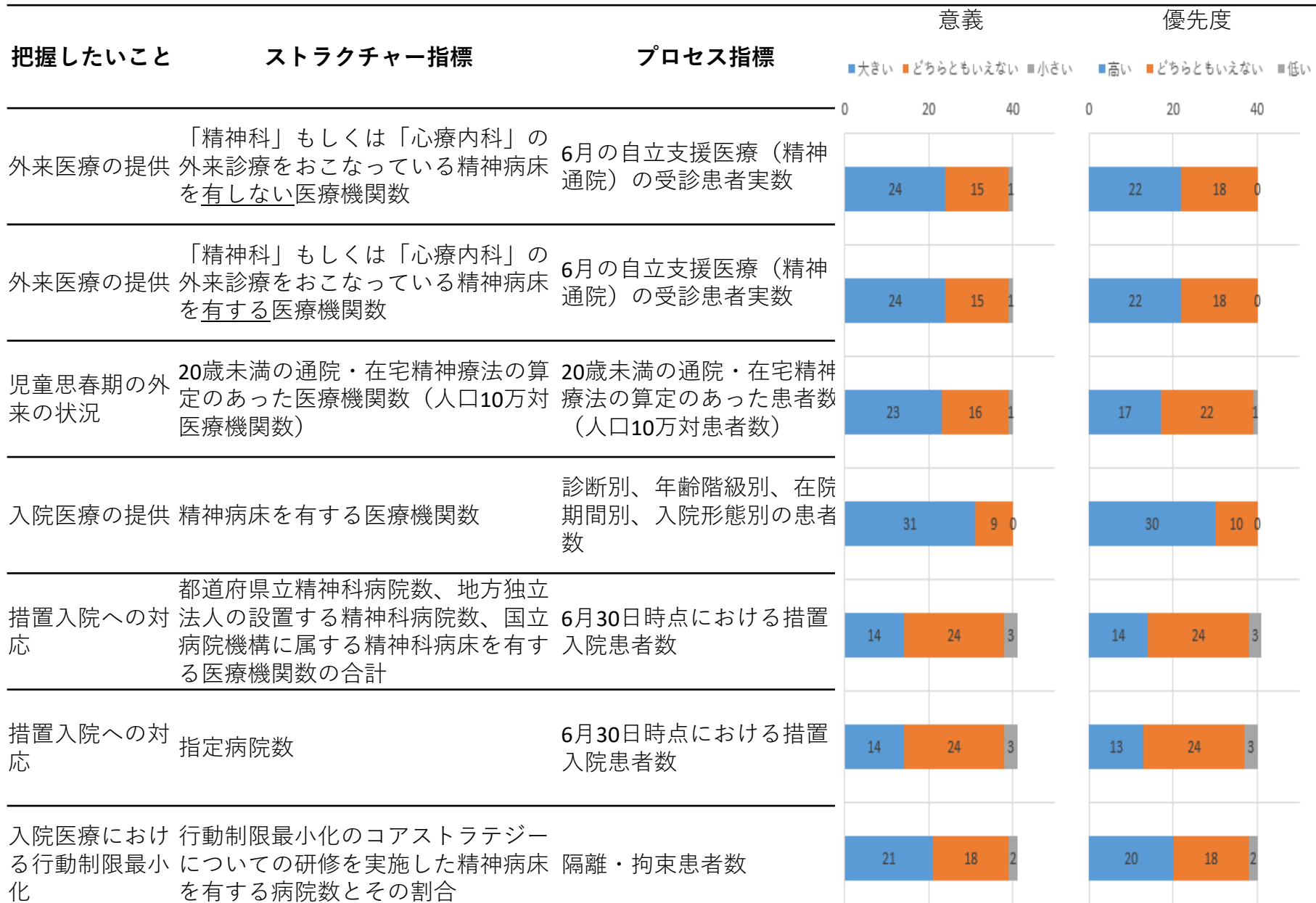
3.その他 なし



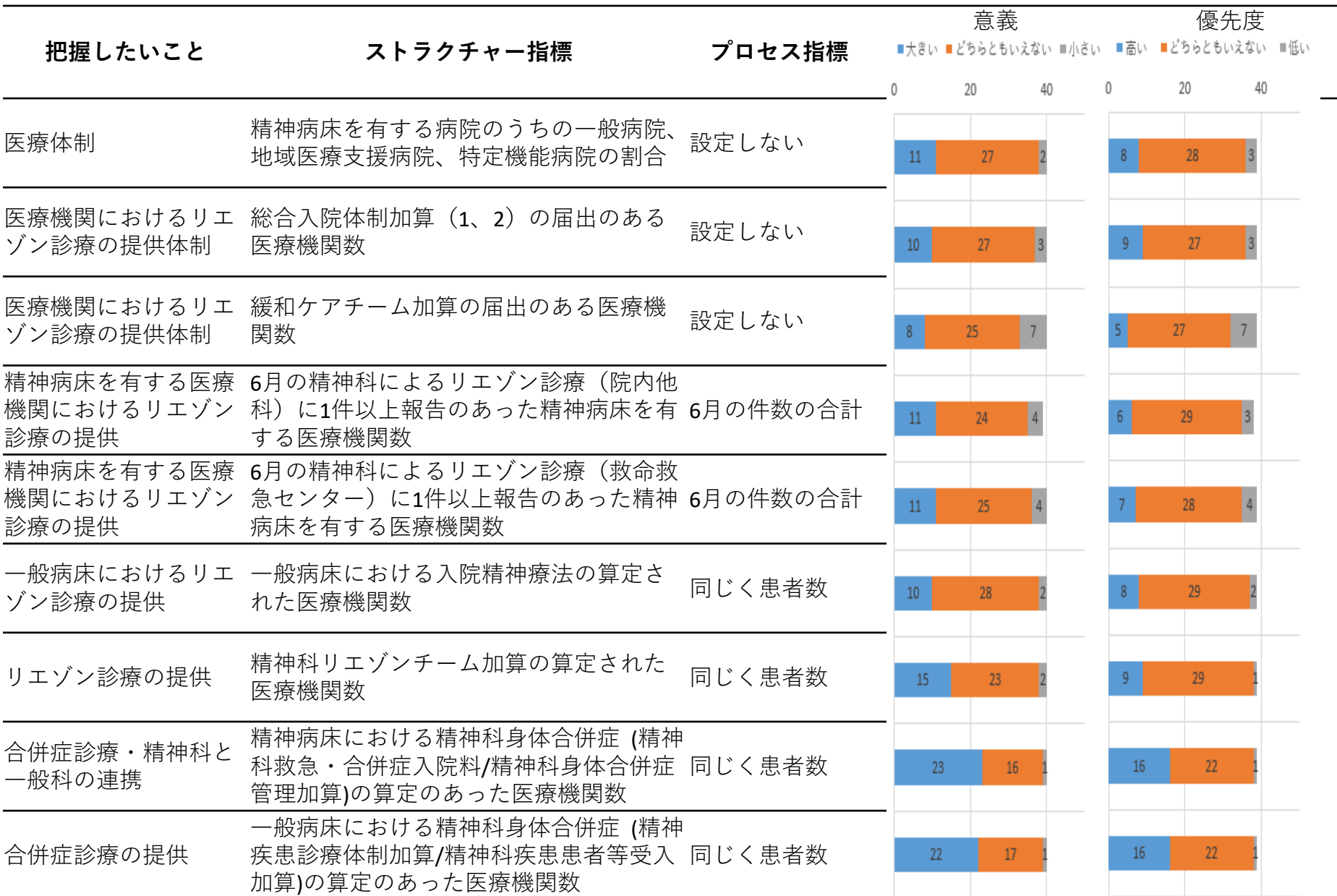
# 図1. 予防・相談支援



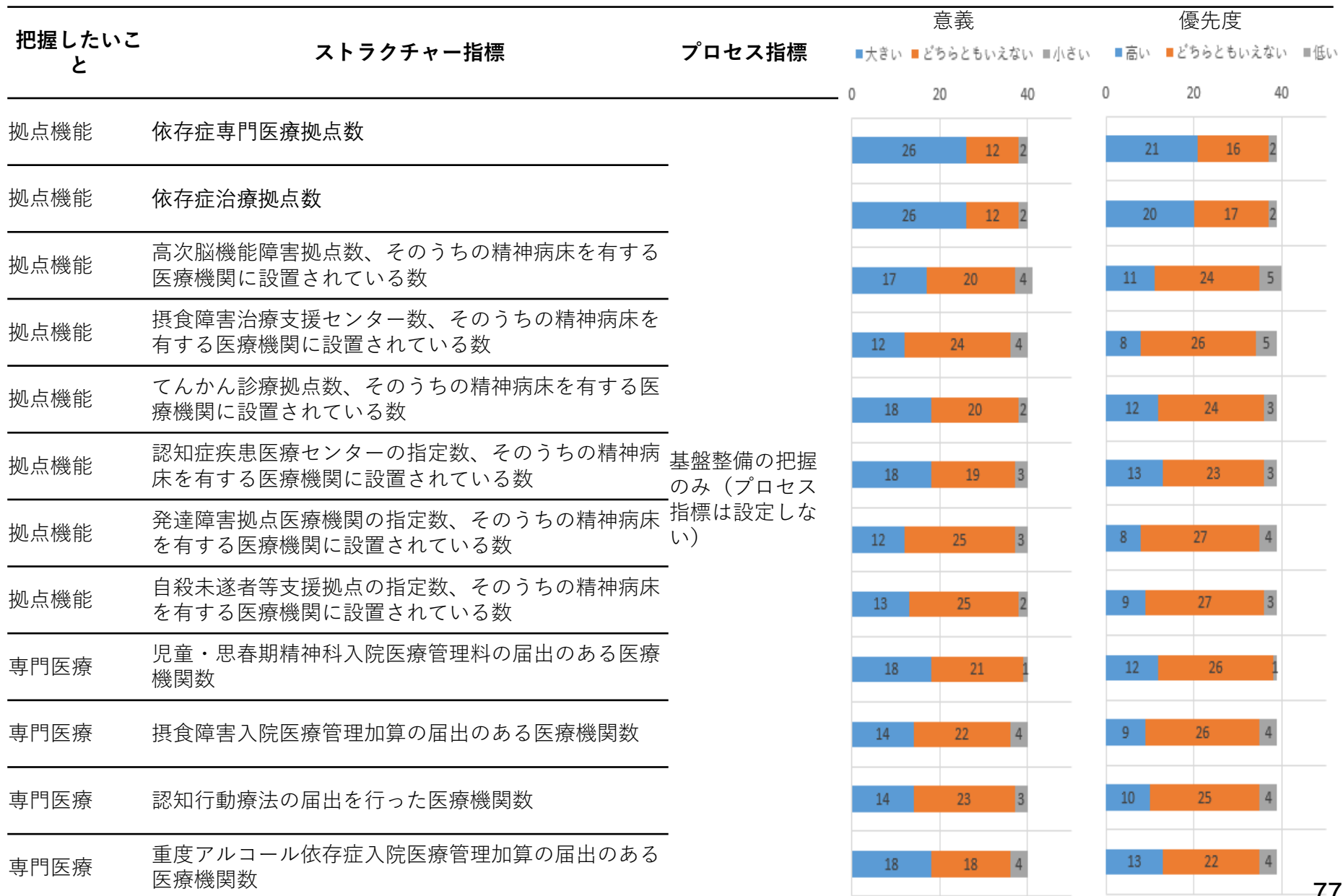
# 図2. 医療（全般的な状況）



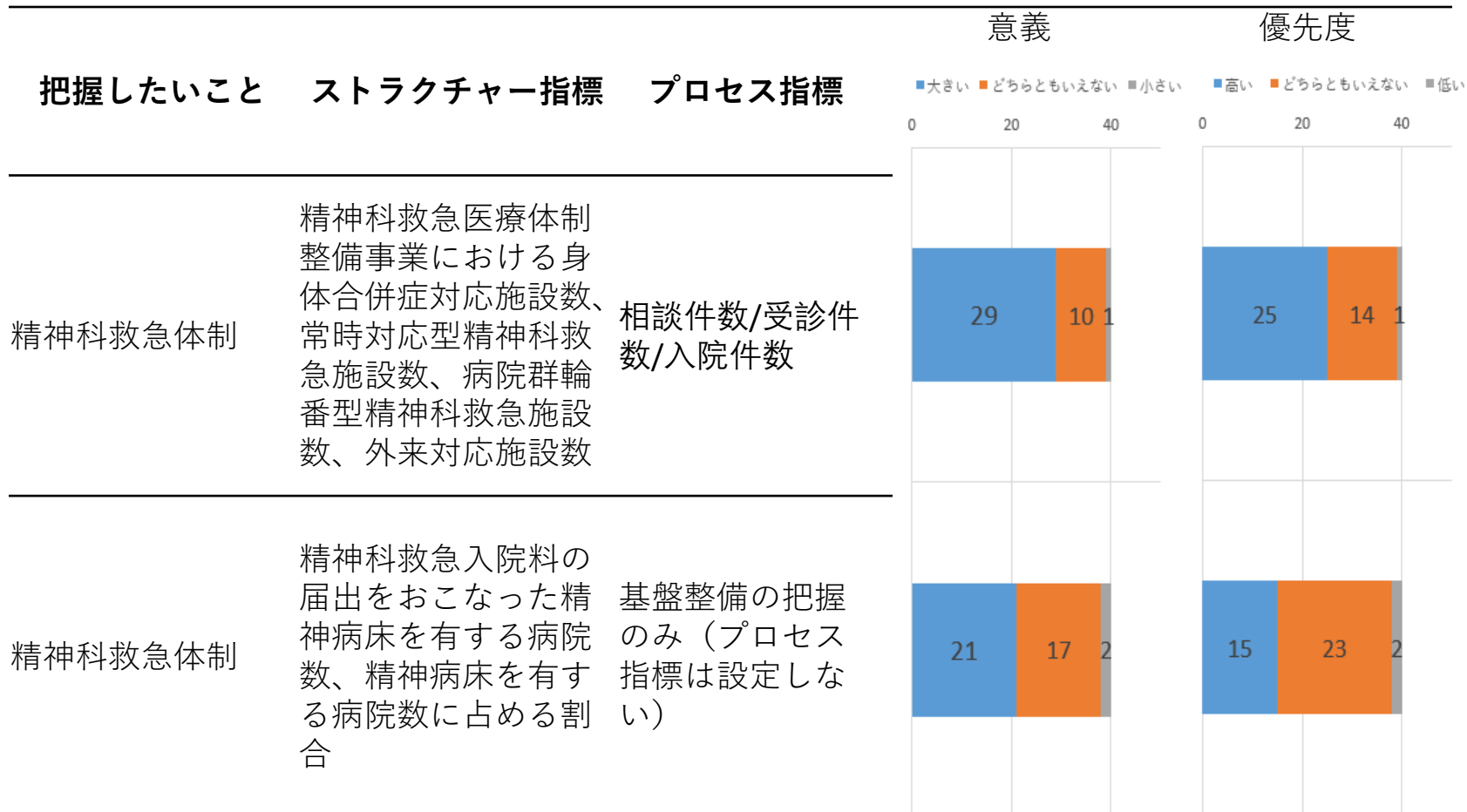
### 図3.医療（合併症、リエゾン診療、精神科と一般科の連携）



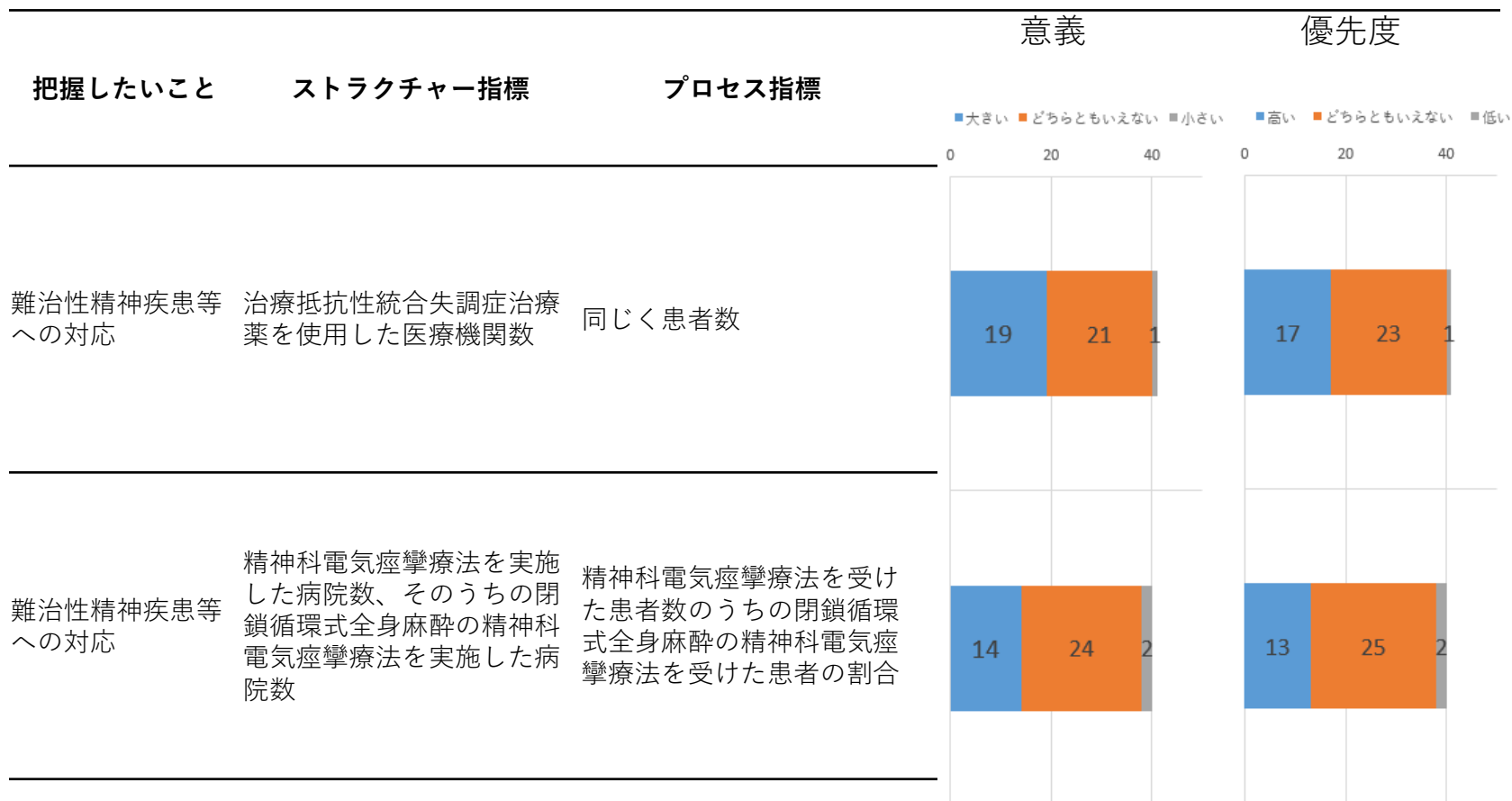
# 図4.医療（拠点機能、専門医療）



# 図5.医療（精神科救急）



# 図6.医療（難治性精神疾患等への対応）



# 図7-1.地域支援(1)

把握した  
こと

ストラクチャー指標

プロセス指標

意義

優先度

地域支援に  
重要な精神  
科医療機能

精神病床を有する医療機関のうち、常勤の精神保健福祉士の配置のある割合

1施設当たりの精神保健福祉士数の平均値、中央値

精神病床を有しない医療機関のうち、常勤の精神保健福祉士の配置のある割合

1施設当たりの精神保健福祉士数の平均値、中央値

精神科デイ・ケア、ショート・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアのいずれかに届出のある医療機関数

基盤整備の把握のみ（プロセス指標は設定しない）

6月の精神科訪問診療1件以上の実績のある施設数（精神病床を有する医療機関、精神病床を有しない医療機関）

基盤整備の把握のみ（プロセス指標は設定しない）

6月の精神科往診1件以上の実績のある施設数（精神病床を有する医療機関、精神病床を有しない医療機関）

基盤整備の把握のみ（プロセス指標は設定しない）

精神科訪問看護を実施した施設数(医療機関数・訪問看護ステーション数)

精神科訪問看護を利用した患者数(医療機関・訪問看護ステーションの患者数)

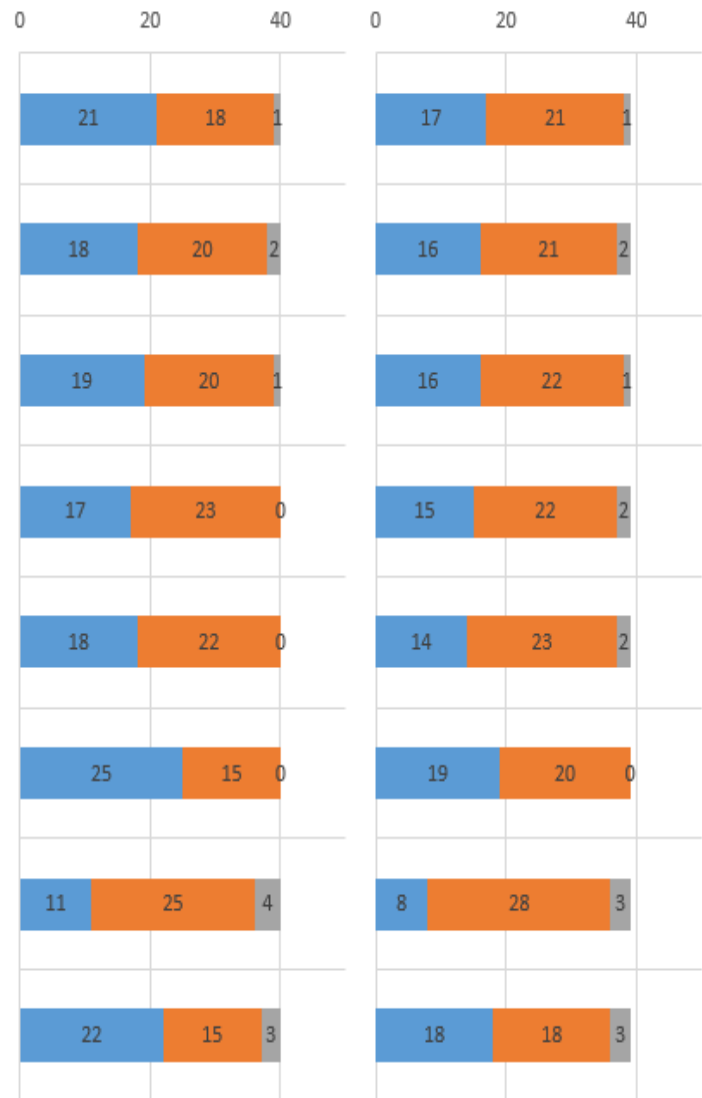
医療観察法における指定通院医療機関数（医療機関数、訪問看護ステーション数、薬局数）

基盤整備の把握のみ（プロセス指標は設定しない）

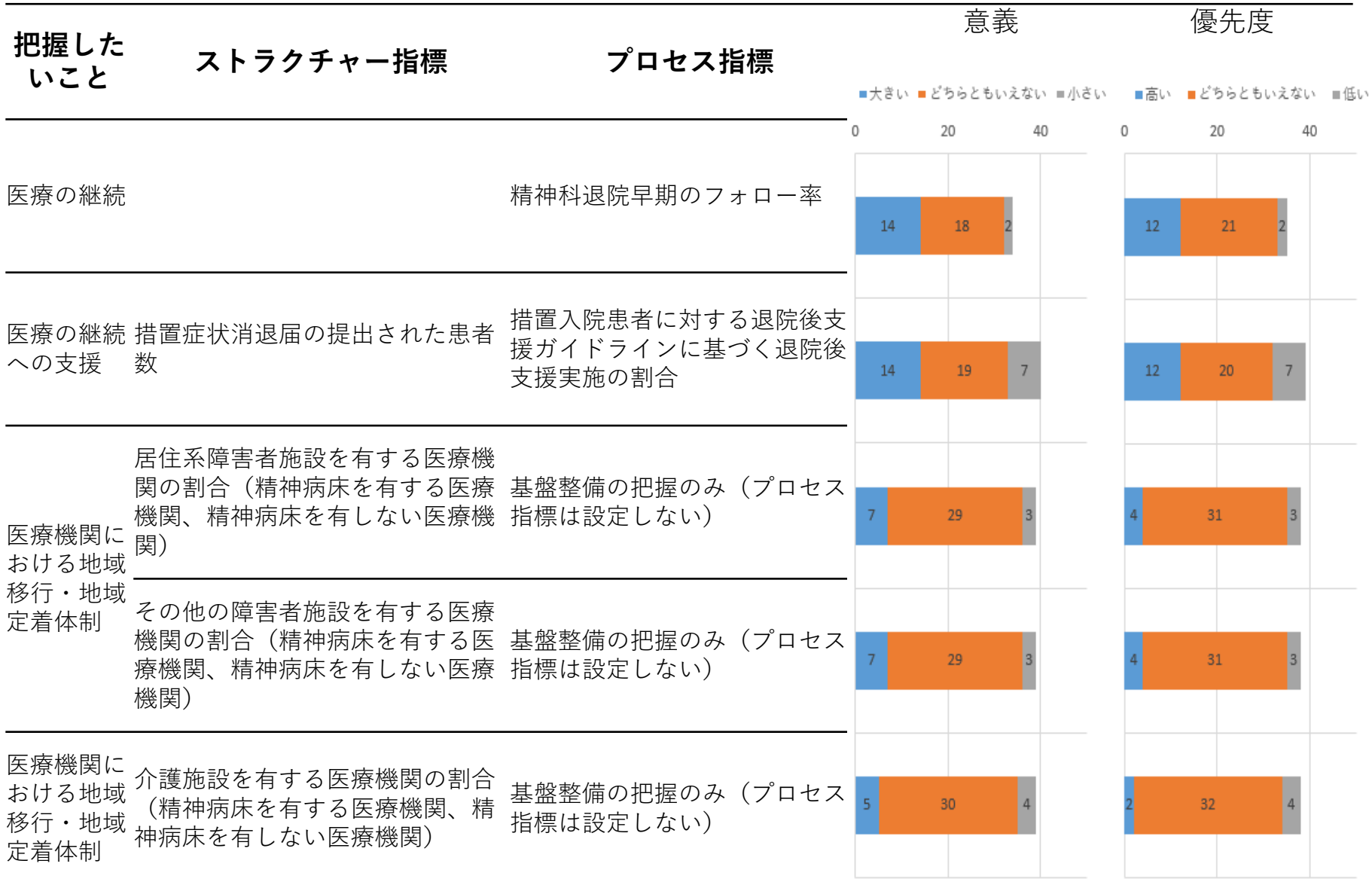
DPAT先遣隊を登録する医療機関数

基盤整備の把握のみ（プロセス指標は設定しない）

■大きい ■どちらともいえない ■小さい ■高い ■どちらともいえない ■低い



# 図7-2.地域支援(2)





# 図8.アウトカム指標

| アウトカム指標例  | 指標例に挙げた理由   | 意義  |           |     | 優先度 |           |    |
|---|---|-----|-----------|-----|-----|-----------|----|
|   |   | 大きい | どちらともいえない | 小さい | 高い  | どちらともいえない | 低い |
| 新規入院における3か月、第7次医療計画のアウトカム指標である。入院の長期化に伴い社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ指標とする。 | 新規入院における3か月、第7次医療計画のアウトカム指標である。入院の長期化に伴い社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ指標とする。         | 34  | 5         | 1   | 32  | 7         | 1  |
| 地域平均生活日数  | 第7次医療計画のアウトカム指標である。新経済・財政再生計画改革に精神障害者が精神科病院から退院後1年以内の地域での平均生活日数の増加が挙げられている。 | 30  | 9         | 1   | 29  | 10        | 1  |
| 平均在院日数  | 第7次医療計画のアウトカム指標である。NDB分析により1日単位の数値が公表されている。都道府県別では12か月時点の退院率との強い相関がある。      | 26  | 13        | 1   | 24  | 14        | 2  |
| 「1年未満」に対する「1年以上5年未満の患者数」の比  | 「1地域移行・地域定着の取り組み推進の指標として設定する。」  | 20  | 19        | 1   | 17  | 22        | 1  |
| 自殺死亡率   | 自殺死亡の多くは、死亡時に精神疾患の診断可能な状態である。地域で孤立しないよう伴走することのできる支援体制により自殺死亡率は減少することが期待される。 | 19  | 18        | 3   | 19  | 17        | 4  |

表1. ストラクチャー、プロセス指標例案一覧

| 予防・相談支援                   |   |      | 備考（データの所在等）  |  |
|---------------------------|---|------|--|--|
| ストラクチャー                   | 市町村の相談窓口数   | プロセス | 市町村の相談等の実績   |  |
|                           | 保健所の相談窓口数   |      | 保健所における相談実人員   | 「地域保健・健康増進事業報告」の「5(1)精神保健福祉（相談等）」に相談実人員あり  |
|                           | こころのサポーター養成研修の実施回数                                      |      | こころのサポーター養成研修の修了者数   |  |
|                           | 精神保健福祉センターにおける教育研修の実施回数                                 |      | 精神保健福祉センターにおける教育研修の機会と受講者数                                 | 衛生行政報告例「第7 精神保健福祉センターにおける技術指導等」に教育研修の延件数、参加延人員あり   |
|                           | 自殺未遂者ケア研修の実施回数  |      | 自殺未遂者ケア研修の受講者数   | 自殺対策計画に基づく事業実績報告   |
|                           | かかりつけ医うつ病対応力向上研修の実施回数                                   |      | かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数                                      | 自殺対策計画に基づく事業実績報告   |
|                           | 精神保健福祉法による警察官通報件数                                       |      | 精神保健福祉法による措置診察実施件数   | 衛生行政報告例「第1 精神障害者申請・通報・届出及び移送の状況」に通報件数、1次診察のみ実施の件数、2次診察実施の件数あり。これらを用いて人口10万対件数を計算。  |
| 医療（全般）                    |   |      | 備考（データの所在等）  |  |
| ストラクチャー                   | 精神科もしくは心療内科の外来診療をおこなっている精神病床を有しない医療機関数                  | プロセス | 精神科もしくは心療内科の外来診療をおこなっている精神病床を有しない医療機関における自立支援医療（精神通院医療）患者数 | 医療機関数については630調査の調査対象施設数、6月の自立支援医療（精神通院医療）患者数を利用する。これによって都道府県をいくつかのブロックに分けた場合の外来診療の確保状況を把握できる。<br>具体的な施設名やブロックに分けた検討が必要ない場合は、NDB分析による「通院・在宅精神療法の算定のあった施設数」「通院・在宅精神療法の算定のあった患者数」が利用可能。 |
|                           | 精神科もしくは心療内科の外来診療をおこなっている精神病床を有する医療機関数                   |      | 精神科もしくは心療内科の外来診療をおこなっている精神病床を有する医療機関における自立支援医療（精神通院医療）患者数  | 同上   |
|                           | 20歳未満の通院・在宅精神療法の算定のあった医療機関数（人口10万対医療機関数）                |      | 20歳未満の通院・在宅精神療法の算定のあった患者数（人口10万対患者数）                       | NDB分析  |
|                           | 精神病床を有する医療機関数   |      | 精神病床を有する医療機関における診断別、年齢階級別、入院形態別の患者数                        | 630調査  |
|                           | 精神病床を有する病院のうちの、行動制限最小化のコアストラテジーについての研修を実施した病院数とその割合     |      | 精神病床の入院患者のうちの隔離患者の割合、拘束患者の割合                               | プロセス指標については630調査   |
| 医療（合併症、リエゾン診療、精神科と一般科の連携） |   |      | 備考（データの所在等）  |  |
| ストラクチャー                   | 精神病床を有する病院のうちの一般病院、地域医療支援病院、特定機能病院の割合                   | プロセス | なし   | 630調査  |
|                           | 精神科リエゾンチーム加算の算定された医療機関数                                 |      | 精神科リエゾンチーム加算の算定された患者数                                      | NDB分析  |
|                           | 精神病床における精神科身体合併症（精神科救急・合併症入院料/精神科身体合併症管理加算）の算定のあった医療機関数 |      | 精神病床における精神科身体合併症（精神科救急・合併症入院料/精神科身体合併症管理加算）の算定のあった患者数      | NDB分析  |

|                        |  |      |  |                               |
|------------------------|--|------|--|-------------------------------|
|                        | 一般病床における精神科身体合併症（精神疾患診療体制加算/<br>精神科疾患患者等受入加算）の算定のあった医療機関数    |      | 一般病床における精神科身体合併症（精神疾患診療体制加算/<br>精神科疾患患者等受入加算）の算定のあった患者数                    | NDB分析                         |
| 医療（拠点機能、専門医療）          |  |      |  | 備考（データの所在等）                   |
| ストラクチャー                | 依存症専門医療拠点数   | プロセス | 医療計画に位置づけられている場合にストラクチャー指標を設定。必要に応じて、相談数、診療数、鑑別診断数、研修実績、連携会議等の実績をプロセス指標に設定 | 各計画、事業に基づく実績報告または630調査        |
|                        | 依存症治療拠点数   |      |  | 各計画、事業に基づく実績報告または630調査        |
|                        | てんかん診療拠点数  |      |  | 各計画、事業に基づく実績報告または630調査        |
|                        | 認知症疾患医療センター数   |      |  | 各計画、事業に基づく実績報告または630調査        |
|                        | 高次脳機能障害拠点数   |      |  | 各計画、事業に基づく実績報告または630調査        |
|                        | 摂食障害治療支援センター数  |      |  | 各計画、事業に基づく実績報告または630調査        |
|                        | 発達障害拠点医療施設数  |      |  | 各計画、事業に基づく実績報告または630調査        |
|                        | 自殺未遂者支援拠点数   |      |  | 各計画、事業に基づく実績報告または630調査        |
|                        | 児童・思春期精神科入院医療管理料の届出のある医療機関数                                  |      |  | 地方厚生局（630調査）                  |
|                        | 重度アルコール依存症入院医療管理料の届出のある医療機関数                                 |      |  | 地方厚生局（630調査）                  |
| 摂食障害入院医療管理料の届出のある医療機関数 | 地方厚生局（630調査）   |      |  |                               |
| 認知行動療法の届出のある医療機関数      | 地方厚生局（630調査）   |      |  |                               |
| 医療（精神科救急）              |  |      |  | 備考（データの所在等）                   |
| ストラクチャー                | 精神科救急医療体制整備事業における各類型施設数                                      | プロセス | 精神科救急医療体制整備事業における相談件数、受診件数、入院件数  | 精神科救急医療体制整備事業の実績報告または630調査    |
|                        | 精神科救急入院料の届出を行った精神病床を有する病院数、精神病床を有する病院数に占める割合                 |      | なし   | 地方厚生局（630調査）                  |
| 医療（難治性精神疾患への対応）        |  |      |  | 備考（データの所在等）                   |
| ストラクチャー                | 治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した医療施設数                                      | プロセス | 治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した患者数  | NDB分析                         |
|                        | 精神科電気けいれん療法実施した病院数のうちの閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気けいれん療法を実施した病院数、および患者の割合 |      | 精神科電気けいれん療法実施した病院数のうちの閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気けいれん療法を実施した患者数、および患者の割合               | NDB分析                         |
| 地域支援                   |  |      |  | 備考（データの所在等）                   |
| ストラクチャー                | 精神病床を有する医療機関のうちの常勤の精神保健福祉士を配置している医療機関の割合、1施設あたりの平均値と中央値      | プロセス |  | 630調査                         |
|                        | 精神病床を有しない医療機関のうちの常勤精神保健福祉士を配置している割合、1施設あたりの平均値と中央値           |      |  | 630調査                         |
|                        | 精神科デイ・ケア等の届出のある医療機関数   |      |  | 地方厚生局（630調査）                  |
|                        | 精神科訪問診療の実績のある施設数   |      |  | 630調査                         |
|                        | 精神科往診の実績のある施設数   |      |  | 630調査                         |
|                        | 精神科訪問看護を実施した施設数  |      | 精神科訪問看護を利用した患者数  | 630調査                         |
|                        | 医療観察法における指定通院医療機関数（病院数、診療所数、訪問看護ステーション数、薬局数）                 |      |  | 指定通院医療機関の指定状況                 |
|                        | DPAT先遣隊を登録する医療機関数  |      |  | 「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」に基づく実績 |

|       |                               |  |
|-------|-------------------------------|--|
|       | 精神科退院早期のフォロー率                 | NDB分析（精神病床から地域へ退院した統合失調症・双極性障害の患者における、退院30日以内に通院・在宅精神療法を算定された割合。地域支援の包括的なプロセス指標） |
| 措置患者数 | 自治体の退院後支援ガイドラインに基づく退院後支援患者の割合 | 事業実績報告   |

表2. アウトカム指標例案一覧

| 指標例案                       | 備考（データの所在等）      |
|----------------------------|------------------|
| 新規入院における3か月、6か月、12か月時点の退院率 | NDB分析            |
| 地域平均生活日数                   | NDB分析            |
| 精神病床における新規入院患者の平均在院日数      | NDB分析            |
| 「1年未満」に対する「1年以上5年未満」の患者数の比 | 630調査            |
| 自殺死亡率                      | 自殺対策計画に基づくモニタリング |