

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）
良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究
分担研究報告書

良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究

研究代表者・研究分担者：○西 大輔¹⁾

研究協力者：立森 久照²⁾, 藤井 千代¹⁾, 久我 弘典³⁾, 臼田 謙太郎¹⁾, 黒田 直明¹⁾

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
- 2) 国立精神・神経医療研究センター 病院
- 3) 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター

研究要旨

【目的】第 8 次医療計画策定に向けて、都道府県による良質な精神保健医療福祉の提供体制構築に活用可能なモニタリング指標、および基準病床算定式を提案することを目的として研究を行った。

【方法】第 8 次医療計画指標案の検討については、前研究班での提案、「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」での議論の結果、研究班内でのエキスパートコンセンサスを踏まえて、第 8 次医療計画指標案の検討を進めた。基準病床算定式の見直しについても、本研究では前研究班の議論に基づき、新算定式のパラメータの設定および、病床利用率を提案した。パラメータ(慢性期患者数へかかる係数 m が認知症以外、同じく慢性期患者数へかかる d が認知症に対応)の算出にあたり、2029 年の人口あたりの慢性期（認知症、認知症以外）の推計入院患者数 (X) と一定の水準 (A) を比較した。

【結果】第 8 次医療計画指標は、第 7 次医療計画の指標を基本としつつ、17 の領域に分かれていたストラクチャとプロセスを 4 領域に整理した（「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」）。また、それぞれの領域においてそれぞれ新規指標を提案した。新算定式では、2029 年の人口あたりの慢性期の推計入院患者数 (X) と一定の水準 (A) を比較してパラメータを算出した。最終的にパラメータ m と d は 0 から 0.1 の間の値をとり、各都道府県の値は「 $X \leq A \rightarrow$ パラメータは 0」「 $X > A$ かつ $(X - A) / X$ が 0.2 未満 $\rightarrow (X - A) / X$ を更に半分した値をパラメータに設定」「 $X > A$ かつ $(X - A) / X$ が 0.2 以上 $\rightarrow 0.1$ をパラメータ」として、達成目標が現在の指標の値から大きく乖離した非現実的なものにならない範囲に設定した。また、病床利用率は前回医療計画時の設定を踏襲して 0.95 を提案した。

【考察】第 7 次医療計画の指標と比較して領域の数を整理したことにより包括的な概念で各指標をカテゴリー化できるようになったため、各指標の位置づけが明確化しやすくなったと考える。また「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めるうえで必要な、予防、アウトリーチ等の視点を加えた提案指標になったと考える。新算定式では従来式よりも、患者の年齢構成の変化を考慮し、また都道府県ごとの施策の状況（外来医療の整備や福祉・介護等の基盤に基づく受け皿の充実等）をパラメータで調整できることにより、より都道府県の実情に合わせた必要病床数を算出することが可能になると考える。

A.研究の背景と目的

第8次医療計画策定に向けて、都道府県による良質な精神保健医療福祉の提供体制構築に活用可能なモニタリング指標、および基準病床算定式を提案することを目的として研究を行った。指標については各都道府県の精神保健医療福祉行政における体制構築、事業推進等の取組（ストラクチャ・プロセス）と成果（アウトカム）のつながりを理解しやすく、変化のモニタリングが可能な指標の提案が求められていた。そのため、指標の分類の見直しと、データの整理を行い、指標案の整理を行うことを目指した。また、基準病床算定式については、近年の精神病床数のトレンドを踏まえた新たな基準病床算定式を提案する必要があった。

B.研究方法

1) 第8次医療計画指標案の検討

患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から、『「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」の段階ごとに、ストラクチャ、プロセス、アウトカムの各指標例を、第7次医療計画における指標例を含めて定めるべきである』という「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」の結果（令和4年6月9日資料 第13回 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報告書（案）¹⁾）を基本方針とした。指標の活用状況の分析、代替可能なデータソースの検討、エキスパートコンセンサスを経て、研究班より第8次医療計画指標案を提案した。具体的なプロセスは以下のとおりであった。

- ① これまでの研究経緯の把握：「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）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」（研究代表者：竹島正、以降：前研究班）²⁾のを研究班内で共有し、方向性を協議
- ② 第7次医療計画指標例の活用状況の評価：「第16回医療計画の見直し等に関する検討会」（令和元年11月28日）資料の第7次医療計画の「各都道府県における指標例の採用状況」（医政局の調査より）³⁾と前研究班の総括研究報告書²⁾を参照し、第7次医療計画の各指標の各都道府県における採用状況および前研究班提案の指標例案に対する都道府県のアンケート結果を勘案し、各指標の重要度について研究班内で検討
- ③ 第7次医療計画指標例の選択：各都道府県の指標活用状況の調査²⁾より、全ての指標例がいずれかの都道府県で使用されていたこと、また適切な代替指標を悉皆データから算出することが現在利用可能なデータソースからは困難であること、「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」¹⁾での『第7次医療計画指標を含めて定めるべき』という基本方針に沿って、研究班としても第7次医療計画指標の大部分は残すことが妥当と判断
- ④ 追加指標の選定：各指標案について、各領域の専門家と個別に議論を行い、エキスパートコンセンサスを形成し、特に「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」に関する指標の拡充を図るべく指標案を作成

2) 基準病床算定式の見直し

医療計画指標と同様に、基準病床算定式も「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」¹⁾にて『近年、精神病床における入院患者数は減少傾向にあることを勘案したものとする必要があった。その際には、政策効果（例：精神科医療の進展、地域における基盤整備の進展）、政策効果以外（例：患者の年齢構成の変化、疾病構造の変化）の両者の影響を勘案できるものとするべきである』（令和4年6月9日資料第13回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 報告書（案）より）という方針が示され、慢性患者数の推計値を都道府県ごとに補正するパラメータを含む算定式の提案を行った。

1. 基準病床算定式の見直しに用いたデータソース

前研究班²⁾が算出した「患者調査」⁴⁾の特別抽出データを用いた推計患者数（2014年→2017年の入院患者数の変化を踏まえた、2029年までの推計入院患者数）を用いた。その際、患者調査⁴⁾がサンプリング調査であることを勘案し、対象抽出に伴う誤差を「病院報告」⁵⁾の精神病床における「1日平均在院患者数」で補正した（補正の方法の詳細については前研究班の報告書を参照²⁾）。変化率の算出は、2014年「患者調査」⁴⁾と2017年「患者調査」⁴⁾の間の変化率とし、その変化率を2020年「患者調査」⁴⁾にかけることで推計入院患者数を算出した。また、在院患者の流出入を勘案した数値を用いるため患者調査⁴⁾の特別抽出データは、施設所在地ベースのデータ

を用いた。

また、慢性患者数の減少見込みを表すパラメータ（mが認知症以外、dが認知症に対応）を設定する際は、患者調査⁴⁾の特別抽出データおよび2020年の人口推計⁶⁾を用いた。また、認知症について人口あたりの数値を求める場合は65歳以上人口を使用した。

2. 算出までのプロセス

以下、算出プロセスを記載する。

なお、以下①～③のプロセスは使用したデータの時点は異なるが、算出方法は前研究班と同一である²⁾。

- ① 基準病床算定式の分子となる入院患者数について、患者調査⁴⁾の特別抽出データ（施設所在地ベース）を用いて推計を行った。入院患者数の推計は4つの入院患者数（急性期、回復期、認知症以外の入院患者（慢性期）、認知症の入院患者（慢性期））*1に分けて行い、それぞれについて、年齢階級別の増減率を見込んだ将来推計値を算出
- ② 推計には、2014年および2017年の患者調査⁴⁾の特別集計を用い、「患者調査」⁴⁾の対象抽出に伴う誤差を補正するために「病院報告」⁵⁾の1日平均在院患者数を使用
- ③ 2014年「患者調査」⁴⁾と2017年「患者調査」⁴⁾の間の変化率を求め、その変化率を2020年「患者調査」⁴⁾にかけることで2023年、2026年、2029年それぞれの年齢階級別の増減率を見込んだ全国の推計患者数を算出
- ④ 2029年の人口あたりの都道府県ごとの慢性期（認知症、認知症以外）の推計入院患者数（X）と一定の水準（A）

*1 急性期:3ヶ月未満入院、回復期:3~12

ヶ月未満入院、慢性期:12ヶ月以上入院

*2を比較

- ⑤ 上記プロセスを経て、全国、都道府県別に推計入院患者数、パラメータ m 及び d 、病床利用率の値を提案

C.結果／進捗

1) 第 8 次医療計画指標案の検討

第 7 次医療計画の指標を基本としつつ、17の領域に分かれていたストラクチャとプロセスを 4 領域に整理し、第 7 次医療計画の各疾患、各領域の指標は、『診療機能』の中に包括して配置した。また、いくつかの新たな指標を追加案として提案した（表 1）。具体的にはストラクチャ指標の『普及啓発、相談支援』の領域に「保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数」「都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数」「心のサポーター養成研修の実施回数」、『地域における支援、危機介入』の領域に「在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数」「精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている「施設数」、『診療機能』の領域に「認知症ケア加算を算定した医療機関数」をそれぞれ新規指標として提案をした。プロセス指標は『普及啓発、相談支援』の領域に「保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数」「都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数」「心のサポーター養成研修の修了者数」「かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数」「かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数」、『地域における支援、危機介入』の領域に「在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管

理料を算定した患者数」「精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数」、『診療機能』の領域に「隔離指示件数」「身体的拘束指示件数」、『拠点機能』の領域に「指定通院医療機関の患者数」「てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数」「依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数」「摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数」をそれぞれ新規指標として提案をした。

アウトカム指標は第 7 次医療計画の指標例を踏襲した。

※各指標のデータソースについては表 2 を参照

2) 基準病床算定式の見直し

以下、本研究で行ったパラメータ設定について示す。

パラメータ m と d の算出にあたり、2029年の人口あたりの慢性期の推計入院患者数 (X) と一定の水準 (A) を比較した。最終的にパラメータ m と d は 0 から 0.1 の間の値をとり、各都道府県の値は「 $X \leq A \rightarrow$ パラメータは 0」「 $X > A$ かつ $(X - A) / X$ が 0.2 未満 $\rightarrow (X - A) / X$ を更に半分した値をパラメータに設定」「 $X > A$ かつ $(X - A) / X$ が 0.2 以上 $\rightarrow 0.1$ をパラメータ」とした。これは、現状で既にその水準を達成している都道府県があることから、その基準を他の都道府県が達成することは可能だが、その水準と乖離が大きい都道府県がこの数年でその水準に達成することを目標とすると、目標が非現実的で意味を成さない懸念があったこと、また急激に減少させることでそ

*2 一定の水準 (A) は、現在 (2020 年) の人口あたりの入院患者数が上位 10%の都

道府県 (上から 4 番目の都道府県) が達成している値とした。

の地域の精神科医療供給体制に影響が生じることが想定されるため、一定緩やかにすることが必要と考えた。そのため達成目標が現在の指標の値から大きく乖離した非現実的なものにならないように設定した。また、病床利用率については基準病床数に基づいて病床を整備した際に病床が不足することでその県の精神科医療の提供体制に問題が生じないための役割を持つ数値であるとの考えから、前回医療計画時の設定を踏襲して0.95を提案した。具体的なパラメータ値の設定および病床利用率を確定するまでのプロセスは以下の通りである。

- ① 新規算定式でのパラメータ m 及び d の意味としては、人口あたりの慢性期の入院患者数の将来推計値が、現時点（2020年）で人口あたりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県の水準に満たない県は、よりその水準に近づける方向で将来推計値を調整（ m が認知症以外、 d が認知症に対応）。
- ② 人口あたりの病床が少なくなりすぎることによってその地域の精神科医療に不都合が生じることを避ける観点から、現状でその水準を達成している県の値を基準にするのは合理性があると考えて設定
- ③ 2029年の人口あたりの慢性期の推計入院患者数（ X ）と一定の水準（ A ）を比較し、最終的にパラメータ m と d は0から0.1の間の値をとり、各都道府県の値は「 $X \leq A \rightarrow$ パラメータは0」「 $X > A$ かつ $(X - A) / X$ が0.2未満 $\rightarrow (X - A) / X$ を更に半分した値をパラメータに設定」「 $X > A$ かつ $(X - A) / X$ が0.2以上 \rightarrow 0.1をパラメータ」として、達成目標が現在の値から大きく乖離した非現実的なものにならないように設

定

- ④ 病床利用率については、基準病床数に基づいて病床を整備した際に病床が不足することでその県の精神科医療の提供体制に問題が生じないための役割を持つ数値であるとの考えから、前回医療計画時の設定を踏襲して0.95として提案

※ 本研究班から提案した基準病床算定式は図1を参照

D. 考察

1) 第8次医療計画指標案の特徴

第7次医療計画の17軸を4軸の包括的なカテゴリーに整理し直したことにより、計画上の各指標の役割が明確になった。加えて、精神科医療機関に関する指標に偏らず、より幅広い領域の指標を提案したことは特徴の1つである。令和3年12月の障害者部会で「精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが、制度の狭間に残されることなく、安心して自分らしく暮らすことができるよう、高次脳機能障害や発達障害を含め、多様な障害特性に配慮しながら、『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』の構築に向けた検討を進めるべきである」と示されたように、『にも包括』の方向性をより具体化した医療計画を各都道府県が策定可能とする必要がある。そこで、普及啓発や人材育成を目的とする研修、受診前相談・入院外医療、精神科救急医療体制と一般の救急医療体制との連携等を指標に包摂した。

具体例としてアウトリーチ系の支援として「在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数」「在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数」「精神科訪問看護・指導料を

算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数」「精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数」を新たな指標案に加えている。また「メンタルヘルスやこころの病気への正しい知識と理解を持ち、メンタルヘルスの問題を抱える家族や同僚等に対する、傾聴を中心とした支援方法の習得」を目指した「心のサポーター養成研修」の「実施回数」「修了者数」の指標を入れるなど広く地域住民への普及啓発を行うことで地域住民の理解や支えの広がりについてもモニタリングできる指標を追加したことも特徴の1つである。

さらに、障害者権利条約やこれまでの検討会での具体の方策を踏まえ、精神病床における「隔離指示件数」「身体的拘束件数」を指標案に導入した。一般に医療サービスの質を評価指標で比較するには比較集団間で患者重症度が同等であることが必要である。したがって精神医療サービス環境の地域特性の異なる都道府県や機能の異なる病院間の比較にそのまま用いることはできない。行動制限の量は精神症状の重い患者の割合との相関関係が強いと考えられ、この点の留意が特に必要である。都道府県が行動制限の減少に取り組む上での現状把握と経時変化のモニタリングを目的として活用することが望ましいと考える。

なお、各領域の想定する評価軸は以下の通りである。

<普及啓発・相談支援>

普及啓発や人材育成を目的とする研修等の実施回数、受診前相談・入院外医療の充実

<地域における支援、危機介入>

都道府県等における精神科救急医療体制と

一般の救急医療体制との連携等の指標

<診療機能>

第7次医療計画の指標を中心とした各疾患・各領域における疾患に関する医療機能

<拠点機能>

多様な精神疾患等ごとに地域連携拠点機能を担う医療機関

2) 基準病床算定式の見直し

新規算定式でのパラメータ m 及び d は、人口あたりの慢性期の入院患者数の将来推計値が、現時点（2020年）で人口あたりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県の水準に満たない県は、よりその水準に近づける方向で将来推計値の調整（ m が認知症以外、 d が認知症に対応）を行った。これは人口あたりの病床が少なくなりすぎることによってその地域の精神科医療に不都合が生じることを避ける観点から、現状でその水準を達成している県の値を基準にするのは合理性があると考えた設定である。新算定式では従来式よりも、患者の年齢構成の変化を考慮し、また都道府県ごとの施策の状況（外来医療の整備や福祉・介護等の基盤に基づく受け皿の充実等）をパラメータで調整できることにより、より都道府県の実情に合わせた必要病床数を算出することが可能になると考える。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表 なし

2.学会発表 なし

G. 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

引用文献

- 1) 令和4年6月9日 第13回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（資料）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報告書
- 2) 竹島正,立森久照：第8次医療計画における算定式と指標例の検討及び精神保健医療福祉のモニタリングの改善について.令和3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）.良質かつ適切な精神医療の提供の指標に関する研究.令和3年度分担研究報告書（1）
- 3) 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（参考資料1）各都道府県における指標例の採用状況
- 4) 厚生労働省：患者調査
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>
- 5) 厚生労働省：病院報告
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/80-1.html>
- 6) 総務省統計局：人口推計
<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/>

表1 本研究班より提案した第8次医療計画指標案

	普及啓発、相談支援	地域における支援、危機介入	診療機能	拠点機能
ストラクチャー	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数	各疾患、領域【※】それぞれについて、入院診療を行っている精神科床を持つ医療機関数	てんかん支援拠点病院数
	● 都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専任している職員数	● 精神科救急医療機関数（病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設）	各疾患、領域【※】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関の数
	心のサポーター養成研修の実施回数	DPAT先遣隊登録機関数	● 精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数	● 摂食障害支援拠点病院数
	認知症サポート医養成研修修了者数	救命救急入院科精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数	● 精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した医療機関数	● 指定通院医療機関数
		精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数	● 精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数	● 高次脳機能障害支援拠点機関数
		在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数	● 閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数	● 認知症疾患医療センターの指定医療機関数
		精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数	● 認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数	
プロセス	保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数	精神科救急医療体制整備事業における入院件数	各疾患、領域【※】それぞれについての入院患者数	認知症疾患医療センターの鑑別診断数
	● 都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数	精神科救急医療体制整備事業における受診件数	各疾患、領域【※】それぞれについての外来患者数	指定通院医療機関の患者数
	心のサポーター養成研修の修了者数	救急患者精神科継続支援料を算定した患者数	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数	てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数
	かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数	救命救急入院科精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数	● 精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数
	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数	● 精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数	摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数
		● 精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数	● 閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数	
		● 精神疾患の救急平均搬送時間	● 認知療法・認知行動療法を算定した患者数	
アウトカム	●	精神科床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率		
	●	精神障害者の精神科床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)		
	●	精神科床における急性期・回復期・慢性期入院患者数（65歳以上・65歳未満別）		
	●	精神科床における新規入院患者の平均在院日数		

（●は重点指標）

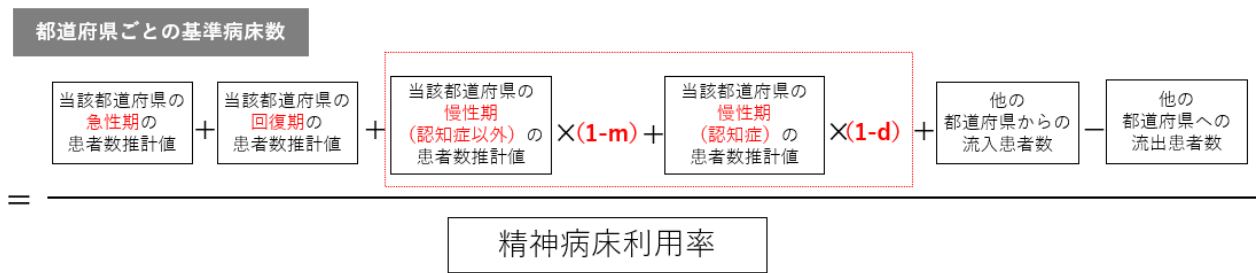
【※】統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん

表2 第8次医療計画指標一覧とデータソース

ID	ストラクチャ(S) プロセス(P) アウトカム(O)	カテゴリ	項目	データソース
1	S	普及啓発、相談支援	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告
2	S	普及啓発、相談支援	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数	「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
3	S	普及啓発、相談支援	心のサポーター養成研修の実施回数	こころのサポーターHPや報告書から把握
4	S	普及啓発、相談支援	認知症サポート医養成研修修了者数	※厚生労働省老健局調べ
5	S	地域における支援、危機介入	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数	NDB
6	S	地域における支援、危機介入	精神科救急医療機関数(病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設)	精神科救急医療体制整備事業の実績報告
7	S	地域における支援、危機介入	DPAT先遣隊登録機関数	※DPAT事務局調べ
8	S	地域における支援、危機介入	救命救急入院科精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数	NDB
9	S	地域における支援、危機介入	精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数	NDB
10	S	地域における支援、危機介入	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数	NDB
11	S	地域における支援、危機介入	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数	NDB 厚生労働省地方厚生局定例報告
12	S	診療機能	各疾患、領域【※】それぞれについて、入院診療を行っている精神病床を持つ医療機関数	NDB
13	S	診療機能	各疾患、領域【※】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数	NDB
14	S	診療機能	精神科救急・合併症入院科又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数	NDB
15	S	診療機能	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した医療機関数	NDB
16	S	診療機能	精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数	NDB
17	S	診療機能	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数	NDB
18	S	診療機能	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数	NDB
19	S	診療機能	認知症ケア加算を算定した医療機関数	NDB
20	S	診療機能	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数	NDB
21	S	拠点機能	てんかん支援拠点病院数	てんかん地域診療連携体制整備事業報告書
22	S	拠点機能	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関の数	NDB
23	S	拠点機能	摂食障害支援拠点病院数	摂食障害治療支援センター設置運営事業報告書
24	S	拠点機能	指定通院医療機関数	※心神喪失者等医療観察法の医療機関等の状況
25	S	拠点機能	高次脳機能障害支援拠点機関数	※国立障害者リハビリテーションセンター調べ
26	S	拠点機能	認知症疾患医療センターの指定医療機関数	※厚生労働省老健局調べ
27	P	普及啓発、相談支援	保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告
28	P	普及啓発、相談支援	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数	「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
29	P	普及啓発、相談支援	心のサポーター養成研修の修了者数	こころのサポーターHPや報告書から把握

ID	ストラクチャ(S) プロセス(P) アウトカム(O)	カテゴリ	項目	データソース
30	P	普及啓発、相談支援	かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数	※各都道府県への問い合わせ
31	P	普及啓発、相談支援	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数	※各都道府県への問い合わせ
32	P	地域における支援、危機介入	精神科救急医療体制整備事業における入院件数	NDB
33	P	地域における支援、危機介入	精神科救急医療体制整備事業における受診件数	NDB
34	P	地域における支援、危機介入	救急患者精神科継続支援料を算定した患者数	NDB
35	P	地域における支援、危機介入	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数	NDB
36	P	地域における支援、危機介入	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数	NDB
37	P	地域における支援、危機介入	精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数	NDB
38	P	地域における支援、危機介入	精神疾患の救急車平均搬送時間	※消防庁救急搬送人員データ
29	P	診療機能	各疾患、領域【※】それぞれについての入院患者数	NDB
30	P	診療機能	各疾患、領域【※】それぞれについての外来患者数	NDB
31	P	診療機能	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数	NDB
32	P	診療機能	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数	NDB
33	P	診療機能	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数	NDB
34	P	診療機能	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数	NDB
35	P	診療機能	認知療法・認知行動療法を算定した患者数	NDB
36	P	診療機能	隔離指示件数	630調査
37	P	診療機能	身体的拘束指示件数	630調査
38	P	診療機能	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数	NDB
39	P	診療機能	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	NDB
40	P	拠点機能	認知症疾患医療センターの鑑別診断数	厚生労働省老健局
41	P	拠点機能	指定通院医療機関の患者数	厚生労働省 心神喪失者等医療観察法 指定通院医療機関の指定状況
42	P	拠点機能	てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数	てんかん地域診療連携体制整備事業報告書
43	P	拠点機能	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数	事業報告書
44	P	拠点機能	摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数	事業報告書
45	O		精神病床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率	NDB
46	O		精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)	NDB
47	O		精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数(65歳以上・65歳未満別)	630調査
48	O		精神病床における新規入院患者の平均在院日数	NDB

【※】統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患(知的障害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん



急性期：3か月未満
 回復期：3か月以上1年未満
 慢性期：1年以上

m：認知症以外の慢性期入院病床に係る係数
 （地域移行を促す基盤整備や治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等に関する政策効果）

d：認知症の慢性期入院病床に係る係数（認知症施策の推進等に関する政策効果）

精神病床利用率：現行の算定式と同様に新算定式においても0.95を用いる

図1 本研究班より提案した基準病床算定式と各値の定義