

令和元年度 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）
「医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究」
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 臼杵 理人 （国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
吉田 光爾 （学校法人東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科）
米田 博 （学校法人大阪医科大学医学部総合医学講座神経精神医学教室）

研究要旨：

平成 28～30 年度に行われた「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」等で構築した、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に関して、それらの普及と見直しを図りつつ、令和 3 年度からの第 7 次医療計画見直しと第 6 期障害福祉計画の策定に向けた諸課題に対応した。以下 5 つの研究分担班において、上記課題に取り組んだ。

A 班: 第 6 期障害福祉計画策定に向けての地域包括ケアの成果目標の検討、医療計画に資するデータベース作成

本分担班の成果目標は、第 6 期障害福祉計画において具体的な成果目標となり得る指標を提言することと、医療計画に資するデータベースの作成、必要な見直しを図りつつ行うことであった。障害福祉計画の成果目標指標は、班会議の中や各関連団体・精神保健医療福祉分野のステークホルダー等と意見交換を行い、障害福祉計画の目標となる指標の提案を行った。630 調査の改訂は、Excel マクロを搭載した調査票の開発など、昨年度までの調査票にさらに技術的な更新を図り、より効率的で正確なデータ収集に努めた。結果として、第 6 期障害福祉計画の成果目標指標の一つの案として、班会議の中で「精神障害者の精神病床から退院後 1 年以内の地域における平均生活日数」の考え方を示した。また、630 調査の改訂は昨年を上回る回答を得、一定の質を担保しながら集計から公表までのさらなる迅速化を行った。

B 班: 第 7 次医療計画見直しに向けた統合的指標に関する検討

第 7 次医療計画における精神疾患の指標例は、100 を超える指標数の多さや構造の複雑さ等から、指標の解釈・活用が困難であるとの課題が指摘されてきた。そこで、これらの課題についての論点整理を行った。また、抽出された論点に対して専門家的見地からの議論を行い、第 7 次医療計画中間見直しへの提言（指標の考え方の整理、現状で活用困難な指標の削除・変更、重点指標の変更、国の事業に基づく拠点機能に関する指標の追加）を取りまとめた。更に、今後の第 8 次医療計画に向けて、予防・治療・地域支援の三つのステージから成る、指標例素案の作成を行った。

C 班: 効果的でわかりやすい精神保健福祉資料の改善 ReMHRAD の開発に関する研究

平成 28～30 年度「精神障害者の地域生活支援の在り方とシステム構築に関する研究」における、市区町村による精神保健医療福祉資源整備進捗の Web データベースシステムの

構築に関する研究成果を活用し、より洗練された形での「見える」化システムを開発することを目的とし、Regional Mental Health Resources Analyzing Database (ReMHRAD)を開発した (<https://remhrad.ncnp.go.jp>)。前年度までに開発されたコンテンツを整理し、①第7次医療計画における「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」の表示、②630調査で把握された精神科病院への入退院者の状況、③地域包括ケアのための資源の状況(訪問看護・障害福祉)、④社会資源マップの4つの内容で表示した。なお、ReMHRADの市区町村の精神障害保健担当課における認知度は約5割を超え、徐々にではあるが認知度が高まっていることが推察された。

D 班: 精神病床における行動制限に関する検討

本研究は、精神病床における隔離・身体的拘束件数が増加していることを受け、身体的拘束ならびに隔離の増加要因を探索すべきという要請に基づき行われたものである。その増加要因を探索するためには、現在のみならず過去の隔離・身体的拘束に関しても調査する必要があることから、本研究では令和元年を基準とし、10年前の平成21年もしくは5年前の平成26年の隔離・身体的拘束に関して、件数のみならず、診療録に記載のある年齢・性別、主診断、病棟入院料、指示期間、精神保健福祉法における隔離・身体的拘束の要件(該当要件)に関して調査を実施した。また、同時に隔離・身体的拘束を削減させるための組織的な取り組みを調査すべきであるとの意見に基づき、令和元年11月末より、全国の精神病床をもつ医療機関を対象に本調査を行った。

全国の精神病床を有する医療機関1,625施設を対象に調査協力依頼し、313施設(19.3%)から回答を得た。隔離・身体的拘束指示患者増加に影響すると考えられる属性因子の1つとして、急性期系の病棟入院料を算定する病床の増加が挙げられた。しかしながら、特に平成21年と令和元年の比較はサンプル数が少なく、結果を一般化することが困難であると考えられたため、参考データとして記載するにとどめた。そして、隔離・身体的拘束は本調査の調査年(平成21年もしくは平成26年)より以前の方が顕著に増加していることが630調査の件数の推移から明らかになっており、今回調査した10年前以前の大幅な増加時期については本調査の対象に含まれていない。5年以上前の診療記録の保管義務はないことから、遡って調査が可能な最大の期間を10年前として実施した調査であったが、過去のデータを遡って増加要因を明らかにするという目的で行われた本調査デザインの制約は大きかったと考えている。一方で、患者属性のみならず該当要件・期間を総合的に調査できた初めての調査でもあった。

本調査の結果、深夜0時でも開放観察されていると思われる事例が全体の1割弱みられ、正午では少なくとも1/4以上が開放観察とみられる状況であったことが推察された。隔離・身体的拘束の指示期間においては、隔離・身体的拘束の1/2以上は1週間未満であるが、1か月以上の指示期間の患者も1割以上いることも明らかとなった。

今後、急性期型治療の普及、身体合併症を持つ高齢者の増加、精神保健指定医をはじめ医療人材不足の中、現場の運用努力だけに頼らない、さらなる検討が求められよう。さらに、こういった医療環境の変化は精神病床だけの問題でもないと思われる。本調査の実施までの会議の間に議論にもあがった一般病床も含めた検討も今後必要であると考えられる。

E 班: 届け出病棟ごとの客観的で検証可能な重症度等の把握

現在の精神科入院医療は、平成 22 年度からの GAF の導入以後「患者の重症度に応じて相応の診療報酬が支払われる」という前提に基づいているにも関わらず、現状の重症度指標は GAF や入院形態など、医療側が主導的に選択できる指標とならざるを得なくなっている。それは重症度を妥当に表現しているかどうか検証されていない。これを受け本研究では、精神科領域における重症度の「指標」はもとより「定義」自体を見直し、客観性・妥当性・計測容易性・検証可能性等を考慮したうえで、医師だけでなく看護・介護等も含めた重症度評価の指標策定を目的とした。一般病棟における重症度・医療・看護必要度を踏まえたうえで精神科独自の重症度指標案の策定に取り組んだ。結果、「重症度」を統合的に考えることには限界があり、あくまで適切な医療資源の分配の立場に立った指標案の検討を行った。策定した指標案については、客観性・妥当性・計測容易性・検証可能性などを臨床研究にて実証せねばならず、それが実行されれば 実用性を検討したうえで、それらを踏まえた提言を行っていくことになっている。

アドバイザー (五十音順)

中島 豊爾 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター
村上 優 独立行政法人国立病院機構さいがた医療センター
森 隆夫 医療法人愛精会あいせい紀年病院

研究協力者 (五十音順)

青木 達之 医療法人社団青樹会青和病院
赤羽 華珠 国立精神・神経医療研究センター
阿部 未怜 日本アイ・ビー・エム株式会社
尼子友香理 日本アイ・ビー・エム株式会社
新垣 元 医療法人卯の会新垣病院
安西 信雄 帝京平成大学大学院臨床心理学研究科
臼田謙太郎 国立精神・神経医療研究センター
江澤 和彦 日本医師会
大江 浩 富山県新川厚生センター
大下 知樹 株式会社アクセライト
大塚 恒子 一般財団法人仁明会精神衛生研究所
大橋 りな 日本アイ・ビー・エム株式会社
大村 重成 医療法人緑心会福岡保養院
岡山 達志 国立精神・神経医療研究センター
奥村 泰之 公益財団法人東京都医学総合研究所
萱間 真美 学校法人聖路加国際大学大学院看護学研究科
吉川 隆博 学校法人東海大学健康科学部
桐原 尚之 全国「精神病」者集団
櫻木 章司 医療法人社団桜樹会桜木病院
澤田 智彦 日本アイ・ビー・エム株式会社

嶋森 好子 学校法人岩手医科大学看護学部
 杉山 直也 公益財団法人復康会沼津中央病院
 瀬戸屋 希 学校法人聖路加国際大学
 竹子 清楓 日本アイ・ビー・エム株式会社
 竹島 正 川崎市精神保健福祉センター
 月江ゆかり 国立精神・神経医療研究センター
 野田 龍也 公立大学法人奈良県立医科大学医学部
 橋本 壘 国立精神・神経医療研究センター
 原田 元気 株式会社アクセライト
 平田 豊明 千葉県精神科医療センター
 藤田 潔 医療法人静心会桶狭間病院藤田こころケアセンター
 古野 考志 国立精神・神経医療研究センター
 三宅 美智 学校法人岩手医科大学看護学部
 宮田 量治 地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立北病院
 八尋 光秀 西新共同法律事務所
 杠 岳文 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター

A. 研究目的

平成30年度から始まった第7次医療計画・第5期障害福祉計画において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が掲げられ、指標案や目標値等が定められた。これらを推進するために、平成28～30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」等で精神医療・障害福祉に関する総合的なデータセットとして新精神保健福祉資料を公表した。

多様な精神疾患に対応した医療連携の必要性や退院後の安定した地域生活維持が把握できるようなデータを示すことができたが、それらを容易に把握できるようなデータの見せ方や集約方式に課題が残った。また、地域包括ケアシステムの構築には、保健・医療・福祉それぞれの役割とそれらの連携が必要であるものの、現在の指標では1年以上入院患者数や新規入院後の退院率といった医療関連指標のみが障害福祉計画の目標値になっている等、それらを妥当に表しているかについても課題が生じた。

また、これら疫学的な集計データだけでは、精神医療のケア負担や医療安全に配慮した適切な需要が測れず、患者の重症度や行動

制限に関するデータの補完は、今後の精神医療政策の立案上必須のものである。行動制限のデータにおいては、身体的拘束の近年の増加に対する課題の抽出と対応方策についても求められている。

これら、精神医療の外形を俯瞰できるデータに、医療内容を表現できるデータを補完することにより、モニタリング可能な精神医療にも対応した地域包括ケアシステム構築に資することを目的とし、以下の5つの分担班で研究を行った。

A 班: 第6期障害福祉計画策定に向けての地域包括ケアの成果目標の検討、医療計画に資するデータベース作成

B 班: 第7次医療計画見直しに向けた統合的指標に関する検討

C 班: 効果的でわかりやすい精神保健福祉資料の改善 ReMHRAD の開発に関する研究

D 班: 精神病床における行動制限に関する検討

E 班: 届け出病棟ごとの客観的で検証可能な重症度等の把握

B. 研究方法

現在の医療計画指標例の課題については、

検討の重点課題として、1)自治体が理解しやすく、活用しやすい指標とすること 2)多すぎる指標を整理していくこと 3)整理において一定の方向性を示すことを提示し、その上で班会議による議論を複数回行い、抽出された論点を取りまとめた(B班)。今後の第6期障害福祉計画において具体的な成果目標となり得る目標指標を提言することについては、「医療・保健・福祉の連携状況を総合的に把握できること」と「各都道府県が目標としてわかりやすい指標」を重視して班会議などで議論を行った(A班)。

630調査の改訂については、昨年の630調査の調査票をベースとしつつも、精神医療審査会項目の修正、「精神病床をもつ医療機関用調査票」において、令和元年6月退院者の転帰に関する調査の追加、「精神病床をもつ医療機関用調査票」において医療機関内にて集計表の形式にしたものが提出できるようシステムの改良等の修正追加を行った(A班)。

これら結果を示す Regional Mental Health Resources Analyzing Database (ReMHRAD) に関しては、平成28～30年度「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」で開発されたが、その研究成果を活用しつつ、分担研究者と協議の上、より視覚的に把握しやすいデータベースシステムを構築した(C班)。またこれらの活用を目的に、自治体職員、精神保健福祉センター等への研修活動を行った(B班)。

精神病床における行動制限に関する検討では、精神病床における隔離・身体的拘束件数が増加していることを受け、隔離ならびに身体的拘束の増加要因を探索するために、現在値である令和元年と、過去である平成21年もしくは平成26年の6月に精神病床に入院していた隔離・身体的拘束の指示が出されていた患者を対象に、その属性、精神保健福祉法における隔離・身体的拘束の要件(該当要件)、期間、隔離・身体的拘束を減少させるための組織的取り組みを調査する目的で、令和元年11月末より、全国の精神病床をもつ

医療機関1,625施設を対象に調査協力依頼し、「精神病床における隔離・身体的拘束に関する実態調査」を行った(D班)。

最後に、届け出病棟ごとの客観的で検証可能な重症度等の把握においては、限られた医療費が適切な形で医療機関に分配されるために、重症度の「指標」はもとより重症度の「定義」自体の見直しを行い、重症度指標の前提と方向性の確認を行った。そのうえで、精神科重症度指標の「項目」と「指標内容」に関する具体的な案を練った。その際に一般科における重症度、医療・看護必要度を取り入れるという点に関して、精神科における運用性や必要性について議論を重ね、一般科における重症度、医療・看護必要度項目と精神科独自の重症度指標案を融合した案を作成した(E班)。

(倫理面への配慮)

「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を念頭に置き、個人情報保護等について十分に検討した上で、調査事務局として調査を企画・実施した。なお、630調査は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」には該当しない研究のため、付議不要の調査・研究であるという回答を、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会より得て実施している調査である。

C. 研究結果

現在の医療計画指標例の課題については、精神疾患は他疾患と比較して「疾患概念が多様であり、政策的なニーズも多岐にわたること」が指摘された。そのため、他医療計画や地域医療構想との整合性は考慮しつつも、精神疾患特有の現状を鑑みながら、「第7次医療計画中間見直しにおける目標」と「第8次医療計画に向けての目標」に分けて議論を行った。

「第7次医療計画中間見直しにおける目標」として、研究班で議論を行い、以下のように取りまとめを行った。

① 指標の考え方を整理し、かつ地域医療計画において活用しやすくするため、各指標の考え方（診療提供機能、医療高度化、拠点機能）を示し、医療高度化・拠点機能と、国の事業の関係性を明示してはどうか。

② 現状で活用困難な指標（深夜・休日に初診後に精神科入院した病院数、深夜・休日に初診後に精神科入院した患者数）を削除・変更してはどうか。

③ ①の考え方に即し、新たに活用可能な指標、特に地域の医療高度化に資するような拠点機能に関する指標（依存症治療拠点機関数、依存症専門医療機関数、摂食障害治療支援センター数、てんかん診療拠点機関数、等）を追加してはどうか。

④ ①の考え方に即し、重点指標をより活用しやすい指標に変更してはどうか。

「第8次医療計画に向けての目標」として以下の5つの考え方が提案された。

1) ストラクチャー、プロセス、アウトカムの連続性を、より明確にすべきではないか。

2) 指標数については多くとも50個以内におさめるべきではないか。

3) 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の推進を鑑み、大枠を「予防」「治療」「地域支援」に分け、保健・医療・福祉の流れの重要性を強調すべきではないか。

4) 「治療」は、これまでの議論における「医療提供機能」「医療高度化」「拠点機能」の考え方をもとに、「アクセシビリティ」「専門医療」「特に必要な分野の精神医療」の、3つに整理してはどうか。

5) 「多様な精神疾患等へ対応できる医療体制の充実」においては、多様な精神疾患等への対応が重要であるとの方針は残しつつも、自治体が必要な指標をより選択しやすくすべきではないか。

そして、これらの考え方に基づき、今後の議論の叩き台となるべく、第8次医療計画における指標例の素案を作成した。

今後の第6期障害福祉計画において具体的な成果目標となり得る目標指標を提案するこ

とについては、1)第6期障害福祉計画策定に向けての地域包括ケアの成果目標の検討にて検討を行った。その結果、第6期障害福祉計画においての具体的な成果目標案の一つとして、「精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数」という考え方を、班会議の中で提案した。この指標は1年間(365日)の間に、精神科も含む病院のベッド以外で生活できた日数をカウントするものである。この指標は、実日数の平均が都道府県ごとに算出されるために比較もしやすく、全都道府県のなかでの位置づけもわかるため、目標としやすい指標であると考えられる。

630調査の改訂については、基本の調査方法は例年通り行ったため、ほぼ例年通りの結果が得られた。令和元年度に収集したデータは全国47都道府県、全国20政令指定都市すべての自治体、全国の精神科・心療内科を標榜する医療機関:6512施設(精神病床を有する医療機関数:1577、精神病床をもたない医療機関数:4935施設)、全国の訪問看護ステーション:7464施設であった。回収率については、自治体票は100%、病院票は精神病床を有する医療機関が98.0%、精神病床をもたない医療機関が60.7%、訪問看護ステーションが66.5%であった。この結果は平成29年度、平成30年度をわずかながら上回るほぼ同等の結果であった。各調査票の結果は「精神保健福祉資料」として国立精神・神経医療研究センターのHPから閲覧でき、都道府県・政令指定都市別に調査項目ごとのクロス集計された調査票をダウンロード可能となっている。

また、630調査で得られたデータを地理情報も含め、視覚的にわかりやすく示すべく、地域精神保健医療福祉社会資源分析データベース(Regional Mental Health Resources Analyzing Database: ReMHRAD)にも活用し、地図上に反映した。主に以下の4つのタブにわかれたコンテンツに再構成した。

1) 多様な精神疾患の指標(医療計画)

ReMHRADでは、「精神保健福祉資料」のデータを二次利用し、各都道府県における指標

状況を閲覧できるようにした（なお本データベースの情報は全て匿名化された公表データの二次利用である）。

サマリーの画面では、指定した都道府県において算出された指標の状況を総覧できる。領域ごとに色が塗られており、全国の都道府県を数値の多寡に応じて分布させた場合、下位四分位以下、上位四分位以上であった場合には、パネルの色が、青から赤へとグラデーションで濃くなる様式になっている。このマトリックス表を見ることで、指定した都道府県が、全国と比較した場合に、どの指標で偏りがあるのかわかるようになっている。さらに各都道府県内において各指標の状況を、二次医療圏域毎に閲覧することもできる。ReMHRAD では地域内のより詳細な情報を表示し、対策を講じるべきなのか検討するための材料を提供した。

2) 入院者の状況

このタブでは「630 調査」で把握された精神科病棟への入院者の状況についてのデータを二次利用し、(1)患者の入院前住所地および(2)病院の所在地をもとに表示した。「患者の住所ベースで表示」を選択した場合、患者の入院前の住所地の住民が、どのエリアの精神科病院に630 調査時点で入院しているかを表示することができる。例えば精神科病院をもたない東京都江戸川区の住民が1年以上入院している場合、どこに入院しているのだろうかをわかるようにした。「病院の所在地ベースで表示」を選択した場合、指定したエリアの精神科病院に630 調査時点で入院している患者が、どの市区町村から入院しているか、を表示することができる。例えば東京都八王子市の病院に1年以上入院している患者は、どこから入院してきているのだろうかをわかるようにした。このようにReMHRADを活用することで、退院支援の際に連携すべき市区町村を具体的に把握することが可能になった。

3) 地域包括ケアのための資源の状況（訪問看護・障害福祉）

「630 調査」及び独立行政法人福祉医療機

構(WAMNET)「障害福祉サービス事業所情報」をもとに、訪問看護ステーション・障害者総合支援法上の各社会資源の多寡を表示した。こうした表示は、訪問看護ステーションおよび障害者総合支援法の各種サービスについて表示可能であり、障害福祉計画の立案や、地域課題の把握の基礎資料として、活用されることが期待される。

4) 各社会資源のマッピング

1.~3.のデータに日本医師会 地域医療情報システム (<http://jmap.jp/>) の情報を加え、精神医療保健福祉に関する社会資源を、実際の位置情報をもとに地図上にマッピングした。社会資源のマップは、地域での偏在を把握するためにも有用である。また行政資料や、社会資源を紹介する支援場面などでしばしば活用されるが、自治体や支援機関が個々に独自にまとめるのは煩雑な事務作業を要する。自治体内の情報のとりまとめや、臨床活動での活用、また利用者や家族が近隣の社会資源を探す際にも利用されることが期待される。

またこれらの活用を目的に、自治体職員、精神保健福祉センター等への研修活動を行った。「精神保健指導課程研修」として、令和元年7月7日と10月4日において、それぞれ研修を実施した。精神保健福祉資料の活用手法として、精神保健福祉資料の構造、ReMHRAD の使い方、訪問看護データの見方とデータの紹介、医療の高度化と地域包括ケアの考え方等について講義が行われた。また、事前に配布した課題に基づき、自治体ごとの地域におけるデータの確認と解釈に関する演習を行い、各自治体からの参加者はその結果を発表して共有した。また全国精神保健福祉センター長会の協力を得て、「地域精神保健医療福祉の企画立案におけるReMHRAD等の活用に関する研究会」を計画したが、新型コロナウイルス感染症対策にて各種会議の実施が困難となったため、本研究会についてはやむを得ず中止となった。

全国の精神病床をもつ医療機関に対して行った「精神病床における隔離・身体的拘束に

関する実態調査」では、313 施設（19.3%）から回答を得た。その結果、隔離・身体的拘束指示患者増加に影響すると考えられる属性因子の1つとして、急性期系の病棟入院料を算定する病床の増加がみられた。平成21年と令和元年の比較はサンプル数が少なく、結果を一般化することが困難であると考えられたため、参考データとして扱っている。隔離・身体的拘束は本調査の調査年（平成21年もしくは平成26年）より以前の方が顕著に増加していることが630調査の件数の推移から明らかになっており、今回調査した10年前以前の大増大時期については本調査の対象に含まれていない。

本調査の結果、深夜0時でも開放観察されていると思われる事例が全体の1割弱みられ、正午では少なくとも1/4以上が開放観察とみられる状況であったことが推察された。隔離・身体的拘束の指示期間においては、隔離・身体的拘束の1/2以上は1週間以内であるが、1か月以上の指示期間の患者も1割以上いることも明らかとなった。

最後に、届け出病棟ごとの客観的で検証可能な重症度等の把握においては、まず定義を恣意性・客観性をふまえ「患者にかかる人的コスト」とした。ただし、本研究では、各医療機関が重症患者に「適切な医療がなされたか否か」「効果があったか否か」「分配された資源が適切に使用されたか否か」という視点は取り扱わず、あくまで「重症度の定義および指標の見直し」のみに焦点を当てることとした。

重症度指標作成の際の前提としては、容易に判定・カウント・評価が可能であり、検証可能性・実現可能性を重要視すること、指標の方向性としては、急性期・慢性期ともに医療資源の必要性からみた重症度の評価を議論していくこととした。

次に一般科で使用されている重症度、医療・看護必要度の開発経緯を顧みたと、1996年に「看護量測定のための方法論に関する研

究」が開始され、以降業務量調査のためのタイムスタディや評価者のための研修等を繰り返し行い、評価の妥当性や運用の適切性の検証をしたうえで見直しを頻回に行うなど、綿密な研究を重ね作成されたことが判明した。ただ、現場から運用が厳しいとの意見があることや、現在のC項目である「手術等の医学的状況」は上記のような手続きを経て検証されていないこと、など問題点も挙げられた。そのため、一般科の重症度、医療・看護必要度項目を精神科の重症度指標として用いることに疑義が生じる可能性があるが、「精神科において、どの程度人的コストを予測するのか」というデータを臨床研究によって取得しておくことは、その判断の妥当性を対外的に示す根拠として活用できる可能性があると考えられた。

一方、我が国の精神医療における重症度、医療・看護必要度指標策定の取り組みを振り返ると、1996年に社団法人日本精神科看護技術協会が「精神科看護度」を検討・作成したが、研究班では恣意性が高く、客観性の担保が十分ではないため、普及しなかったという意見が出された。また、2006年に京都大学附属病院で精神科病棟における看護必要度の活用について報告しているが、「精神科病棟では予防的なかかわりを持つことで、逸脱行動はもちろん、抗精神病薬の副作用の出現を未然に防ぐために看護を行うので、実質的に得点されることが少ない」といった点や、「患者とかかわりをもつことで患者の安全が確保されるのだが、看護必要度にはその看護が一切反映されない」といった問題点が挙げられていた。平成19年～21年年度の厚生労働科学研究の分担研究の一部として、精神科病棟において身体合併症患者の「看護必要度」の実態調査が行われているが、その報告の中で、精神科病棟での看護必要度の評価基準を開発する際には、精神科に特徴的な治療に係る看護行為をどう換算するかが検討課題となると指摘されていた。直近では2013年に、中嶋・萱間らが精神科入院治療における看護ケア量の測

定方法に関する研究を行い、現行の看護必要度とメンジャー患者分類表を比較し、看護必要度をそのまま精神科に導入すると、適切に看護ケア量を評価できないことを示している。

これらを踏まえ、精神科独自の項目として、「ケアマネジメントに係る状況」と「入院後の事象」の2項目を策定した。「ケアマネジメントに係る状況」は当初ケアマネジメントスクリーニングチェックリスト（以下、CMSC）を基に作成した。CMSCは、入院の長期化を予防する資料として作成された経緯があるので、「入院長期化＝人的コストがかかる」と捉えていかに判断するため、沼津中央病院の行動制限等最適化データベース eCODO のデータ分析を行い、CMSC 各項目の該当／非該当と支援の発生状況の関係について調べた。結果、CMSC の各項目は予測変数として使用困難であることが判明した。しかし、CMSC は今回のような解析を目的に作成されたものではなく、解析条件の設定など手順の課題も考えられ、包括的支援マネジメントスクリーニングシート(ICMSS)の有用性や CMSC との類似性を考慮した場合、結果は CMSC の有用性を否定するものではなく、依然有用である可能性もあり、今後より綿密に検討を行う必要がある。検証可能性を大切に考えながら項目を工夫したうえで、該当患者が入院（評価）時点から約1ヶ月の期間、入院長期化のみならず、人的コストをどれくらい消費したのかを問うタイムスタディを行い、項目指標を策定していく予定とした。

「入院後の事象」に関しては、班員からの意見を中心に作成した。すでに診療報酬で担保されている項目や逆に加算が与えられていない項目の検証を行いつつ、恣意性・客観性の担保（例：“不穏”という状態をどのように担保するか）や文言の定義（例：“観察”の定義をどうするか）に対して議論を重ねた。特に“不穏”という状態に関しては、客観性と検証可能性を十分に考慮する必要があるため、観察方法や人的コストがかかっている状態をどのように担保するかなど検討をしたうえで、

“継続的な注意を要する状態”とし、そういった状態を担保する基準を設けた。

以上をふまえ、一般科の重症度、医療・看護必要度項目である「モニタリング及び処置等」「患者の状況等」「手術等の医学的状況」と精神科特有項目である「ケアマネジメントに係る状況」「入院後の事象」を融合し、精神医療における重症度指標の概要を作成した。

D. 考察

今回、第7次医療計画中間見直しにおいては、これまでの取り組みの中で網羅的かつ総花的となっていた指標の考え方を整理し、実際には活用が困難な指標の修正・削除を行い、第8次医療計画に向けた概ねの方向性を示した。各指標例を「医療提供機能：地域における、一般的な医療の提供状況を反映したもの」「医療高度化：医療提供機能と比較して、専門性が高い治療の実態を反映したもの」「拠点機能：国の事業を基盤とした、地域におけるその分野の医療拠点的な機能を反映したもの」の3つに分類する、複数に渡っていた疾患領域についても、コモンディーズ、専門医療、政策的な医療の3分野に分けて検討することで、医療計画に求められる要素がより明確になったと考える。その中で、統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症などの、精神科医療機関であればすべからず診療を行っている疾患領域（コモンディーズ）においては、経年での医療機関数の変動も少なく、それらを重点指標として置く意味は乏しいものと考えられた。また、国の予算事業として行われている各拠点医療機関の設置等については、指標として採用している都道府県が比較的少なく、国の体制整備事業と自治体の施策における意識が乖離している可能性が否定できない。検討の過程で、国の各事業の実態把握においては調査項目の内容が揃っておらず、事業ごとのアクティビティを比較することが困難であるとの課題も判明した。

第6期障害福祉計画策定に向けての「精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域

における平均生活日数」の考え方は、包括的かつ継続的な地域生活支援連携体制整備を、今後も計画的に推進するという観点から必要であると考えられる。

630 調査については、予定より調査の開始時期が遅れたものの、Excel マクロシステムを導入したことにより、データクリーニングと集計作業の時間が大幅に短縮され、当初の予定通り年度内に結果公表を行うことができた。また、調査実施期間中の問い合わせ件数は平成 30 年度と同様の水準であり、新システムを導入した中で影響は最低限に抑えられたと考えられる。また、同じく本研究班の分担班である、「効果的でわかりやすい精神保健福祉資料の改善」（分担研究者 吉田光爾）との連携を高め、ReMHRAD のマップ内にデータを落とし込むことを見越した調査票の設計を行うことができた。行政や自治体においてデータの利活用が促進され、効果的なデータの示し方につながると考えられる。また、昨年度に引き続き、自治体から 630 調査のデータに関する問い合わせや、調査項目への要望等が増加しており、医療計画や障害福祉計画に 630 調査がリアルタイムで活用され始めていることは、成果の一つであると考えられた。

その ReMHRAD に関しては、現在の認知度はまだ十分に高くないと考える。提示されたデータが具体的にどのように地方自治の医療計画や障害福祉計画の立案・臨床実践に活用されていくのか、という具体的な活用の事例づくりが必要であると考えられる。また、ReMHRAD では年度ごとに、新しいデータが蓄積されていくことから経時的なデータの蓄積と表示の検討が必要である。例えば、長期入院患者数の推移を表示するなど政策的にも重要なデータである。そして、統合されるデータの拡張と精度の向上である。例えば、ReMHRAD では障害福祉資源のデータについて、独立行政法人福祉医療機構

(WAMNET)「障害福祉サービス事業所情報」を利用しているが、この情報は平成 29

年度のもので、やや古くなっており、現在運用されている「障害福祉サービス等情報検索」システムとの連携が必要な状況であり、本年度の後半にその調整を行った。より正確な、必要とされるデータを、どのように集約し、統合していくかを検討するためには、データを所管する各担当部署・省庁との調整も必要になってくる。

「ビッグデータ」の時代、と言われて久しいが、レセプトデータや障害福祉サービスの利用情報を今後連動・活用していけば、サービスの需給予測や、よりよいアウトカムをもたらす要因の研究などに、利用可能であると推測される。また、それ以上に、様々なデータを「見える化」することは、利用者にとってサービスの透明性を高めると同時に、行政やサービス提供者側の説明責任への意識を高めることにもつながり、結果としてサービスの質を向上させることに寄与しうると考えられる。現在の ReMHRAD は、地域レベルでの大枠でのデータ集計の一部を「見える」化したにすぎないが、現場のニーズも反映しつつ、こうしたデータの公開や閲覧が、精神保健福祉医療従事者の意識、そして日本の精神保健福祉医療の状況を変化させていくことの一助になることを期待したい。

「精神病床における隔離・身体的拘束に関する実態調査」では、令和元年 11 月から令和 2 年 3 月にかけて、全国の精神病床を有する医療機関 1,625 施設を対象に調査協力依頼し、313 施設（19.3%）から回答を得た。

隔離・身体的拘束指示患者増加に影響すると考えられる属性因子の 1 つとして、急性期系の病棟入院料を算定する病床の増加が挙げられた。しかしながら、特に平成 21 年と令和元年の比較はサンプル数が少なく、結果を一般化することが困難であると考えられたため、参考データとして記載するにとどめた。そして、隔離・身体的拘束は本調査の調査年（平成 21 年もしくは平成 26 年）より以前の方が顕著に増加していることが 630 調査の件数の推移から明らかになっており、今回調査

した10年前以前の大幅な増加時期については本調査の対象に含まれていない。5年以上前の診療記録の保管義務はないことから、遡って調査が可能な最大の期間を10年前として実施した調査であったが、過去のデータを遡って増加要因を明らかにするという目的で行われた本調査デザインの制約は大きかったと考えているが、新たに示唆も得られた。具体的には深夜0時でも開放観察されていると思われる事例が全体の1割弱みられ、正午では少なくとも1/4以上が開放観察とみられる状況であったことが推察された。隔離・身体的拘束指示期間においては、隔離・身体的拘束の1/2以上は1週間未満であるが、1か月以上の指示期間の患者も1割以上いることも明らかとなった。

今後、急性期型治療の普及、身体的合併症をもつ高齢者の増加、精神保健指定医をはじめ医療人材不足の中、現場の運用努力だけに頼らない、さらなる検討が求められよう。さらに、こういった医療環境の変化は精神病床だけの問題でもないと思われる。本調査の実施までの会議の間に議論にもあがった一般病床も含めた検討も今後必要であると考えられる。

精神科重症度に関しては、一般科の重症度・医療・看護必要度が精神科領域でも活用できるのか、そして人的コストを反映した医療行為とは何なのか、それらの指標案は恣意性が低く、客観性が担保されているのか、ということについて検討を重ねた。客観性・妥当性・計測容易性・検証可能性等を十分に吟味する必要がある。また、肉体的だけでなく精神的にも手間がかかる行為等への考慮も求められる。それらを踏まえ今後の臨床研究では、エンドポイントを明確にし、策定した項目・指標が、客観的・科学的に重症度を示すかどうかを十分に検証する必要があると考えている。

E. 結論

第7次医療計画・第5期障害福祉計画にお

けるモニタリング推進のため、平成28～30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」等で、総合的なデータセットを構築した。しかしながら、容易に把握できるようなデータの見せ方や集約方式、保健医療福祉の連携の把握、疫学データへの偏りなどが課題として残った。これら、精神医療の外形を俯瞰できるデータに、医療内容を表現できるデータを補完することにより、モニタリング可能な精神医療にも対応した地域包括ケアシステム構築に資することを目的とし、5つの分担班で研究を行った。

新しい指標への考え方の提案、630調査の改善と着実な実施および集計、視覚化して容易にこれらの結果がわかるべく ReMHRAD の改善と実装、普及のための研修を行った。

また、「精神病床における行動制限に関する検討」では、全国の精神病床を有する医療機関1,625施設を対象に「精神病床における隔離・身体的拘束に関する実態調査」を実施し、313施設(19.3%)から回答を得た。

隔離・身体的拘束増加に影響する可能性がある属性因子の1つとして、急性期系病棟入院料を算定する病床の増加が挙げられた。しかしながら、特に平成21年と令和元年の比較はサンプル数が少なく、結果を一般化することが困難であると考えられたため、参考データとして記載するにとどめた。そして隔離・身体的拘束は本調査の対象年(平成21年もしくは平成26年)より以前の方が顕著に増加していることが630調査の件数の推移から明らかになっており、今回調査した10年前以前の大幅な増加時期については本調査の結果に含まれていない。過去のデータを遡って増加要因を明らかにするという目的で行われた本調査デザインの制約は大きかったと考えられるが、患者属性のみならず該当要件・指示期間を総合的に調査できた初めての調査でもあった。

最後に「精神科重症度の定義づけと指標案の開発」では、精神科重症度の定義づけと指標案の開発を行った。有識者との繰り返しの

議論を経て一般科における重症度・医療・看護必要度を踏まえたうえで精神科独自の重症度指標案の策定に取り組んだ。今後、限られた医療費が適切な形で医療機関に分配され、精神医療現場における重症度の実態をより客観的に反映させるために臨床研究にて実証することとし、実用性を検討したうえでの提言が必要であると考えます。

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表
1. 論文発表

吉田光爾：精神保健福祉医療資源整備状況の

Web 上での「見える化」システム：

ReMHRAD(リムラッド)の開発と公表, 精神障害とリハビリテーション 23(2) 166-173 2019 年

2. 学会発表

吉田光爾：精神保健医療福祉状況の「見える化」～地域精神保健福祉資源データベース

ReMHRAD (リムラッド) の開発と最新版リリース～ 日本精神障害者リハビリテーション学会 第 27 回 大阪大会 2019 年 11 月 24 日

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 |