

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

令和2年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 竹島 正

令和3（2021）年 5月

目 次

I. 総括研究報告（竹島正）

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-----	1
（大正大学地域構想研究所 竹島正）	

II. 分担研究報告

(1) 良質かつ適切な精神医療の提供の指標に関する研究-----	11
（大正大学地域構想研究所 竹島正）	
・医療計画における指標および基準病床算定式の検討-----	11
・第6期障害福祉計画における長期入院患者数の目標値設定のためのワークシートの開発-----	29
(2) 精神医療の提供のモニタリングに関する研究-----	37
（国立精神・神経医療研究センター 立森久照）	
(3) 地域における医療機関間の連携に関する研究-----	45
（石川県立高松病院 北村立）	
(4) 精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究-----	52
（国立精神・神経医療研究センター 杉山直也）	
(5) 精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究-----	69
（群馬大学 福田正人）	
(6) 精神医療の提供と地域支援の連携に関する研究-----	77
（大正大学 高瀬顕功）	
・NDBに関する報告書-----	77
・精神医療と地域支援の連携-----	93
(7) 精神保健医療福祉の可視化に関する研究-----	96
（東洋大学 吉田光爾）	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表-----	105
--------------------------	-----

IV. 倫理審査等報告書の写し

令和2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）
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
総括研究報告書

研究代表者 竹島 正（大正大学地域構想研究所）

研究分担者

立森 久照（国立精神・神経医療研究センター）、北村 立（石川県立高松病院）

杉山 直也（国立精神・神経医療研究センター）、福田 正人（群馬大学）

高瀬 顕功（大正大学）、吉田 光爾（東洋大学）

研究要旨

【目的】本研究は、精神科と他の診療科との連携、地域の多様な生活支援との連携による良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにすることを目的とした。また、その促進を図るモニタリングの体制と、医療計画における指標および基準病床算定式を提案することを目的とした。

【方法】（1）良質かつ適切な精神医療の提供の指標に関する研究：医療計画における精神病床基準病床算定式及び指標例のあり方の検討、第6期障害福祉計画で定める長期入院患者数及び基盤整備量（利用者数）の目標値を計算するためのワークシートの開発を行った。

（2）精神医療の提供のモニタリングに関する研究：精神医療の提供のモニタリングのための令和2年度630調査の実施と令和3年度630調査の実施内容の検討を行った。（3）地域における医療機関間の連携に関する研究：総合病院の管理者を対象にして総合病院での精神科医の必要性、期待する役割、支障がある点などのアンケート調査を行った。（4）精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究：精神科領域における実効的な行動制限最小化のための理念の普及を兼ねた看護職員を対象とした意識調査アンケート、モニタリング体制の構築の検討、先行的な取り組みを参考とした都道府県単位の行政主導による最小化法の普及モデルの確立のための検討、エキスパートオピニオンによるさらなる最小化手段の探索を行った。（5）精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究：精神疾患の入院医療における重症度指標の確立のための検討を行った。（6）精神医療の提供と地域支援の連携に関する研究：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を活用したモニタリング指標の算出及び新規のモニタリング指標の開発の準備、精神保健医療のニーズの満たされていない領域や対象（アンメットニーズ）についての検討を行った。（7）精神保健医療福祉の可視化に関する研究：先行研究で開発された地域精神保健福祉資源分析データベース（ReMHRAD）の改訂を行った。

【結果及び考察】（1）次期医療計画における精神病床の基準病床算定式は、一般病床・療養病床の算定式の構造に近づけ、かつ「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構

築を進めるという観点から、「地域医療の確保に必要な病床」、「地域移行・地域定着を進め
てもなお必要とされる病床」、「『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』の構築に必
要な病床」の3つを加えることをベースにして、地域の基盤整備量も示すことが適切と考
えられた。指標例は「予防・危機介入」、「入院外医療・リエゾン」、「入院医療」、「地域支援」
の区分として指標例の構成案を提案した。また、ワークシートの開発は平成29年度に開発
された1.2版を改修する形で行った。(2) 令和2年度630調査は例年の調査結果公表時期
に間に合わせるスケジュールで調査を実施することができた。令和3年度630調査の大き
な変更点として、現行の調査では、精神科医療機関について、「精神病床を持つ医療機関」、
「精神病床を持たない医療機関」の2種類の調査票を用いているものを1種類に統合する
代わりに、その内容を機能に着目して構成することが提案された。この変更により、精神病
床を持つ、持たないといったストラクチャーによらず、有する(果たしている)機能につい
て共通した調査項目で把握することが可能となる。(3) 529病院から回答が得られ(回答
率21.4%)、単科精神科病院を除いた510病院のデータを解析した。一般病院における精神
科医のニーズは高いと考えられた。一方精神病床を有する病院の28%が削減を考慮しており、
精神病床は一般病床に比べ、採算面と病床利用率の面で圧倒的に劣ることは重要な案件と
考えられた。(4) 研究途上にあり、成果の提示に至らないが、順調に進捗し、有意義な検
討が実施されている。(5) 重症度指標の確立の目的が、現場に必要な労力人手 effort の適
切な評価、良質な医療の促進のインセンティブ、であることを明確にした。

(6) NDBの利用申出を行うと共に、他調査とNDBとの患者数比較、統計解析計画書の
準備を進めた。また、支援の枠組みに当てはまらないアンメットニーズの抽出のための半構
造化インタビューによる調査研究プロトコルを導出した。(7) ReMHRADについて、第七
次医療計画の中間見直しによる指標変更の反映、退院者についての表示機能の追加、「障害
福祉サービス等情報公表システム」によるデータの反映等の改訂を行った。

【結論】研究の実質的な開始は7月となったが、2年計画としておおむね順調に進んだ。
本研究は第8次医療計画の基準病床算定式と指標例を提案するものであり、「精神障害に
も対応した地域包括ケアシステム」における精神医療提供体制の基礎資料となるものであ
る。

A 研究目的

本研究は、精神科と他の診療科との連携、
地域の多様な生活支援との連携による良質
かつ適切な精神医療の持続的な確保のため
の要件を明らかにすることを目的とした。
また、その促進を図るモニタリングの体制

と、医療計画における指標および基準病床
算定式を提案することを目的とした。

1. 良質かつ適切な精神医療の提供の指標 に関する研究(研究代表者 竹島 正)

1) 精神保健医療福祉施策の方向性を踏ま
え、医療計画における精神病床基準病床算

定式及び指標例のあり方について検討することを目的とした。

2) 第6期障害福祉計画で定める長期入院患者数及び基盤整備量(利用者数)の目標値を計算するためのワークシートを開発することを目的とした。

2. 精神医療の提供のモニタリングに関する研究(分担研究者 立森 久照)

令和2年度630調査の実施、令和3年度630調査の実施方法及び内容の検討を行った。本報告書の目的は、(1)調査プロセスの報告、(2)研究班で検討した次年度調査実施方法の変更・改善点の提示である。後者には、厚生労働省担当課、調査内容に含まれる領域の専門家、研究班メンバーなどで令和3年度調査において、変更、追加、削除する調査項目について検討を重ねた結果の要点も含まれる。

3. 地域における医療機関間の連携に関する研究(分担研究者 北村 立)

総合病院の管理者に対しアンケート調査を行い、総合病院での精神科医の必要性、期待する役割、支障がある点などを明らかにすることを目的とした。また、かかりつけ医と精神科医に半構成的インタビューを行い、質的記述的に分析することで、かかりつけ医が精神科医療に期待していることや連携を困難にしている点などを明らかにすることを目的とした。

4. 精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究(分担研究者 杉山 直也)

精神保健福祉調査によってマクロに観察されてきた行動制限(隔離・身体的拘束)量は増加傾向で推移してきた。その本来要因は治療文化や医療技術、医療安全意識の変

化、急性期や高齢者ニーズの増加等が考えられ、実態調査では把握しにくい。本研究の将来目標は、本質的な行動制限最小化の実現にあり、実効性のある最小化法として知られるコア・ストラテジーや、その理念や方法論を軸とした種々の実効的方策の普及を目指し、そのために必要な関連事項の整理や提案を目的とした。

5. 精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究(分担研究者 福田 正人)

精神疾患の入院医療において、必要な労力人手 effort を適切に評価し、良質な医療の促進のインセンティブとなるために、保険診療の「重症度、医療・看護必要度」A・B・C項目に準じた、精神疾患のための重症度指標を確立することを目的とした。

6. 精神医療の提供と地域支援の連携に関する研究(分担研究者 高瀬 顕功)

(1)レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)を活用して、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標の算出及び、新規のモニタリング指標を開発することを研究期間内の目的とした。本年度は、NDBの利用申出を行うと共に、他調査とNDBとの患者数比較、統計解析計画書の準備を進めることを到達目標とした。

(2)精神保健医療のニーズの満たされていない領域や対象(アンメットニーズ)を明らかにし、地域の生活者支援の取組と精神保健医療の連携モデルを提示することを目的とした。

7. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究(分担研究者 吉田 光爾)

先行研究で開発された地域精神保健福祉資源分析データベース(ReMHRAD)につ

いて、研究、行政、市民、それぞれのニーズに対応できる構造化を進めることを目的とした。本年度は、市区町村が精神保健医療福祉システムの整備状況について全国との比較の中で把握できる（見える化する）Webデータベースを、他データベースとの関連も踏まえながら構築することを目的とした。

B 方法

1. 良質かつ適切な精神医療の提供の指標に関する研究（研究代表者 竹島 正）

1) 精神病床基準病床算定式及び指標例のあり方の検討については、はじめに一般病床・療養病床と精神病床の基準病床算定式の変遷過程を振り返り、現在の精神病床の基準病床算定式及び指標例の特徴を明らかにした。次に研究班全体会議における意見交換、全国精神保健福祉センター長会データ分析・地域分析検討委員会や全国精神保健福祉相談委員会の協力を得ての意見交換を行った。これらの結果を踏まえて研究班全体会議及び関連する分担研究の研究協力者を対象にアンケート調査を行い、その結果を踏まえた報告書（案）を作成した。最後にこの報告書（案）をもとに研究班全体会議及び関連する分担研究の研究協力者による意見交換を行い、報告書をまとめた。

2) ワークシートは、第5期障害福祉計画（平成30～令和2年度）及び第7次医療計画（平成30～令和5年度）の策定準備のため、平成29年度に当時の厚生労働科学研究班で開発され、国から都道府県に配付されたもの（ワークシート1.2版）をバージョンアップする形で開発した。その際、改修は第6期障害福祉計画基本方針に忠実かつ必要最小限にとどめ、改修箇所については本研

究班が責任をもって説明できることを基本方針とした。

2. 精神医療の提供のモニタリングに関する研究（分担研究者 立森 久照）

令和元年度の630調査の内容を精査し、今後の調査で変更の必要性があるところを整理した。その結果と令和2年度調査結果を公表すべき時期を踏まえて、令和2年度630調査の内容を決定して実施した。

3. 地域における医療機関間の連携に関する研究（分担研究者 北村 立）

日本病院会会員病院2,469施設の管理者に対し、令和2年9月16日～10月31日の期間でアンケート調査を行った。また、かかりつけ医12人に1時間の半構造化面接を行い、質的・記述的に分析した。

4. 精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究（分担研究者 杉山 直也）

(1) 行動制限量に影響する本来要因について、行動制限最小化理念の普及を兼ねた看護職員を対象とした意識調査アンケート、(2) 必要なモニタリング体制の構築の検討、(3) 先行的な取り組みを参考とした都道府県単位の行政主導による最小化法の普及モデルの確立のための検討、(4) エキスパートオピニオンによるさらなる最小化手段の探索を行った。

5) 精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究（分担研究者 福田 正人）

(1) 重症度の指標を確立する目的の明確化、(2) 「重症度、医療・看護必要度」のA・B・C項目の概念の検討、(3) 医師の労力人手としての内保連D項目の検討、(4) 精神科生物学的医療ニーズの指標としてのP-

M 項目案の作成、(5) 精神科心理社会ニーズの指標としての P-S 項目案の作成、(6) P-M 項目と P-S 項目の評価試行を行った。

6. 精神医療の提供と地域支援の連携に関する研究 (分担研究者 高瀬 顕功)

1) 2013 年 1 月から 2020 年 3 月の間に
(1) 精神病床入院、(2) 精神科治療薬処方、(3) 精神科専門療法、(4) 精神科診断、
(5) 精神科管理に関する算定のある患者を特定して、診療行為・医薬品・傷病名情報を観察するための NDB の利用申出書を作成した。NDB と患者調査における患者数と、有病率と受療率から想定される患者数の相違を先行研究から検討した。既存のモニタリング指標について、(1) 既存の解析手順、
(2) 課題、(3) 解析手順の修正案を統計解析計画書としてまとめた。

2) (1) 文献レビューによる精神医療アンメットニーズの存在する領域、(2) 専門職の事例検討による調査領域、(3) フィージビリティを考慮したうえでの調査対象地域および対象者、について検討を行った。

7) 精神保健医療福祉の可視化に関する研究 (分担研究者 吉田 光爾)

先行研究によって開発された ReHMRAD (<https://rehmrاد.jp>) を引き継ぎ、バージョンアップを行った。

(倫理面への配慮)

630 調査については、調査を主体となって実施する国立精神・神経医療研究センターにおいて倫理審査の可否を諮り、倫理審査に対象となる調査ではないとの理事長決裁を得て実施した。NDB については公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンターの倫理審査の承認を受けた。他の研究については必要に応じて所属する研究機関等の

倫理審査等を受けた。

C 結果

1. 良質かつ適切な精神医療の提供の指標に関する研究 (研究代表者 竹島 正)

1) 第七次医療法改正 (2015) に基づく精神病床の基準病床算定式は、一般病床及び療養病床のそれとは考え方や構造の異なるものとなっていた。また指標例の区分は、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病は病期に基づく 3~5 区分であるのに対して、精神疾患は多様な精神疾患等ごとの医療機能を明確化するという方針のもと、病期とは関係ない 17 疾患等の区分となっていた。研究方法に記載したプロセスを経て、次期医療計画における精神病床の基準病床算定式は一般病床・療養病床の算定式の構造に近づけ、かつ「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム (以下、「にも包括」と略す)」の構築を進めるという観点から、(1) 地域医療の確保に必要な病床、(2) 地域移行・地域定着を進めてもなお必要とされる病床、(3) 「にも包括」の構築に必要な病床の 3 つを加えることをベースにして、地域の基盤整備量も示すことが適切と考えられた。すなわち、(1) に「3 か月未満」と「3 か月以上 1 年未満」を、(2) に「1 年以上」を対応させ、それに「にも包括」の構築に必要な病床数を加えることが考えられる。ただし、630 調査によると、「1 年以上」の在院患者数の推移は入院期間によって大きな違いがあり、長期在院になるほど減少傾向が大きいことから、「1 年以上」を一括りにしない算定式にする必要がある。指標例については、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病は病期に基づく 3~5 区分に

なっていること、先行研究において「予防」、
「治療」、「地域支援」に分けて保健・医療・
福祉の流れの重要性を強調すること等の考
え方が示されていること、「精神障害にも対
応した地域包括ケアシステムの構築に係る
検討会」及び精神科救急体制整備に係るワ
ーキンググループ取りまとめも踏まえ、「予
防・危機介入」、「入院外医療・リエゾン」、
「入院医療」、「地域支援」の区分として指標
例を提案することとした。なお、先行研究に
おける議論と本研究の成果を踏まえ、「入院
外医療・リエゾン」と「入院医療」に common
disorders の領域、専門性の高い領域、政策
医療の領域を取り入れ、各自治体が課題を
発見しやすいようにすることとした。そし
て、アウトカムを「にも包括」の発展により
見込まれる変化に置いて、ロジックモデル
としてまとめられるよう指標例の構成案を
示した。

2) ワークシートの開発は平成 29 年度に開
発された 1.2 版を改修する形で行い、(1)
ワークシート 1.2 版の構造分析、(2) 外部
データソースの修正の有無確認、(3) 要改
修点の整理、(4) 改修の実行、(5) 動作確
認、(6) 変更管理の追記の工程を経て完成
させた。また、研究班主催の「良質かつ適切
な精神保健医療福祉の確保のためのデータ
の利活用に関する研修」にて、受講者(都道
府県・政令指定都市の医療計画・障害福祉計
画担当者等)に概要と活用方法を説明した。
改修工程により、(1) ワークシート 1.2 版
のシート間の連関が把握でき、(2) 外部デ
ータソースに新たな修正がないことが確認
され、(3) 出力する目標値を令和 5 年度末
の 1 時点に絞ることなどからなる要改修点
が整理されると共に、目標値の計算式及び

ワークシートの設計に関する要検討点が抽
出された。(3)に基づいて(4)改修を実
行し、(5)正常に動作することを確認し、
(6)シート「変更管理」に改修内容を追記
し、ワークシート 20201113 版を完成させ
た。研修では操作を実演しながらスライド
を用いて説明した。質疑の内容の多くは操
作方法に関するものではなく、目標値計算
式のパラメーターの設定等に関するもので
あった。

2. 精神医療の提供のモニタリングに関する研究(分担研究者 立森 久照)

本研究班の発足時期のために調査準備に
十分な時間が取れなかったが、例年の調査
結果公表時期に間に合わせるスケジュール
で調査を実施することができた。

令和 3 年度調査項目の検討については、
大きな変更点として、現行の調査では、精神
科医療機関について、「精神病床を持つ医療
機関」、「精神病床を持たない医療機関」の 2
種類の調査票を用いているものを 1 種類に
統合する代わりに、その内容を機能に着目
して構成することが提案された。機能は、
「基本機能、体制、職員数(基本機能)」「精
神科外来・リエゾン機能(外来・リエゾン機
能)」「精神病床機能(病棟機能)」の 3 つか
らなる。その機能を有しない施設は調査表
のその部分に回答する必要をなくす。

3. 地域における医療機関間の連携に関する研究(分担研究者 北村 立)

日本病院会の会員病院の管理者に対する
アンケート調査は 529 病院から回答が得ら
れ(回答率 21.4%)、単科精神科病院を除い
た 510 病院のデータを解析した。59.6%の
病院で精神科医が勤務しており、このうち
増員を希望する病院が 44.1%あった。精神

科医が勤務していない病院では、47.8%が精神科医の勤務を希望していた。一方、精神病床を有する病院の28%が削減を考えていた。

精神科医に期待する役割として「入院中のせん妄や認知症への対応」が64.5%と群を抜いており、老年精神医学の教育の重要性が示唆された。一方で、「睡眠障害への対応」、「アルコール使用障害への対応」については、期待する病院管理者は少なかった。

新型コロナウイルス感染症に罹患した精神障害者の治療環境としてふさわしいものについては、約半数の管理者が単科精神科病院でみることを基本と考えていた。

かかりつけ医 12 人の半構造化面接はデータ収集を終えて解析中である。

4. 精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究（分担研究者 杉山 直也）

(1) 行動制限量に影響する本来要因について、行動制限最小化理念の普及を兼ねた看護職員を対象とした意識調査アンケートは日本精神科看護協会の協力を得てWEB アンケートを実施中、(2) モニタリング体制の構築は、専門性を有する協力研究者により、様々なモニタリング案を検討中、(3) 先行的な取り組みを参考とした都道府県単位の行政主導による最小化法の普及モデルの確立は、行政主導の確立した最小化方策による施策パッケージ案についての意見交換、(4) エキスパートオピニオンによるさらなる最小化手段の探索は例示および討議を行った。

5. 精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究（分担研究者 福田 正人）

重症度指標の確立の目的が、(1) 現場で必要な労力人手 effort の適切な評価、(2) 良質な医療の促進のインセンティブ、であることを明確にした。

「重症度、医療・看護必要度」である重症度（広義）は、疾患の病状・病態を表す重症度（狭義）[疾患要因] および看護師と医師の労力人手の程度を表す看護必要度・医療必要度 [医療者要因] の 2 要素から構成されていた。

内保連の重症度 D 項目「医師の診療の負荷」において、精神疾患の 7 疾患・11 分類の重症度ランクが定められた。

精神科生物学的医療ニーズ (P-M) の 23 項目をまとめ、評価のための手引きを作成した。

精神科心理社会支援ニーズ (P-S) の 12 項目をまとめ、評価のための手引きを作成した。

P-M 項目と P-S 項目の 31 想定症例の評価試行から改善すべき点を明らかにした。

6. 精神医療の提供と地域支援の連携に関する研究（分担研究者 高瀬 顕功）

1) NDB の利用申出について、厚生労働省から承諾の通知を得た。統合失調症とうつ病・躁うつ病について、NDB における患者数は、有病率と受療率から想定される患者数よりも過剰であることが示された。既存のアウトカム指標である「精神病床における入院後 3 ヶ月／6 ヶ月／12 ヶ月時点の退院率」と「地域平均生活日数」では、(1) 単月の退院に限られるため、季節変動を加味できない点で課題がある、(2) 年齢調整していないため、都道府県差をみることに課題がある、(3) ID の特性上、再現性の点で課題がある、などが明らかになった。本

年度は、NDB の利用申出を行うと共に、他調査と NDB との患者数比較、統計解析計画書の準備を進めた。

(2) PubMed を使用し、精神保健、地域福祉の領域から文献レビューを行った結果、海外では精神保健分野における宗教者の役割が一定程度あることが明らかになった。また、専門職による生活支援の現場からアンメットニーズにつながる事例を検討した結果、精神医療におけるアンメットニーズには支援者の理解が浅いために再生産されるもの、対象者のニーズが満たされずに生じるもの、支援者が対象者のニーズを満せずに生じるものがあるという作業仮説が導き出された。

7. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究 (分担研究者 吉田 光爾)

ReMHRAD は (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、(2) 630 調査で把握された精神科病院への在院者の状況、(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、の四つの内容で構成されている。各タブについての本年度の改修点は、(1) 第七次医療計画の中間見直しによる指標変更の反映、(2) 退院者についての表示機能の追加、(3) 『障害福祉サービス等情報公表システム』によるデータの反映などであった。

D 考察

1. 良質かつ適切な精神医療の提供の指標に関する研究 (研究代表者 竹島 正)

1) 次期医療計画における精神病床の基準病床算定式は一般病床・療養病床の算定式の構造に近づけ、かつ「精神障害にも対応し

た地域包括ケアシステム」の構築を進めるという観点から、(1) 地域医療の確保に必要な病床、(2) 地域移行・地域定着を進めてもなお必要とされる病床、(3) 「にも包括」の構築に必要な病床の3つを加えることをベースにして、地域の基盤整備量も示すことが適切と考えられた。すなわち、(1) に「3か月未満」と「3か月以上1年未満」を、(2) に「1年以上」を対応させ、それに「にも包括」の構築に必要な病床数を加えることが考えられる。ただし、630 調査によると、「1年以上」の在院患者数の推移は入院期間によって大きな違いがあり、長期在院になるほど減少傾向が大きいことから、「1年以上」を一括りにしない算定式にする必要がある。指標例については、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病は病期に基づく3~5区分になっていること、先行研究において「予防」、「治療」、「地域支援」に分けて保健・医療・福祉の流れの重要性を強調すること等の考え方が示されていること、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」及び精神科救急体制整備に係るワーキンググループ取りまとめも踏まえ、「予防・危機介入」、「入院外医療・リエゾン」、「入院医療」、「地域支援」の区分として指標例を提案することとした。2) ワークシートの開発は平成29年度に開発された1.2版を改修する形で行い、(1) ワークシート1.2版の構造分析、(2) 外部データソースの修正の有無確認、(3) 要改修点の整理、(4) 改修の実行、(5) 動作確認、(6) 変更管理の追記の工程を経て完成させた。ワークシートの活用方法については特段の問題が生じなかったが、基本方針に定められた目標値の計算式、及びワークシートの設

計について今後検討が必要と考えられた。

2. 精神医療の提供のモニタリングに関する研究（分担研究者 立森 久照）

研究班の発足時期のために調査準備に十分な時間が取れなかったが、例年の調査結果公表時期に間に合わせるスケジュールで調査を実施することができた。これは、調査の項目の検討の時間を省いて令和元年度の調査項目をほぼ踏襲することで例年からの調査開始時期の遅れを最小限にしたことと調査対象施設・機関の協力によるものである。またこれまでに開発されて調査で用いてきた電子調査票とウェブによる配票、回収システムの貢献も大きいと思われた。

令和3年度調査項目の検討については、大きな変更点として、現行の調査では、精神科医療機関について、調査票を1種類に統合する代わりに、その内容を機能に着目して構成することが提案された。この変更により、精神病床を持つ、持たないといったストラクチャーによらず、有する（果たしている）機能について共通した調査項目で把握することが可能となる。これは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の検討、評価に利用しやすいデータとなると考える。

3. 地域における医療機関間の連携に関する研究（分担研究者 北村 立）

一般病院における精神科医のニーズは高いと考えられた。一方精神病床を有する病院の28%が削減を考えており、精神病床は一般病床に比べ、採算面と病床利用率の面で圧倒的に劣ることは重要な案件と考えられた。精神科医に期待する役割として「入院中のせん妄や認知症への対応」が64.5%と群を抜いており、老年精神医学の教育の重

要性が示唆された。一方で、「睡眠障害への対応」、「アルコール使用障害への対応」については、期待する病院管理者は少なかった。睡眠障害に対する適切な睡眠薬の使用や睡眠衛生指導、アルコール使用障害に対する節酒指導は、我が国の健康問題を考える上で重要なテーマであり、このような精神医学的なアプローチを、もっと病院管理者に周知する必要がある。新型コロナウイルス感染症に罹患した精神障害者の治療環境としてふさわしいものについては、約半数の管理者が単科精神科病院でみることを基本と考えていた。単科精神科病院の治療環境への理解は乏しいと考えられたが、一般病院における精神科医のニーズの高さが明らかになった。一般医療と精神医療を切り離して考えることは時代のニーズに合わなくなっており、抜本的な変革が必要ではないかと思われた。

4. 精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究（分担研究者 杉山 直也）

(1) 行動制限量に影響する本来要因について、行動制限最小化理念の普及を兼ねた看護職員を対象とした意識調査アンケートは日本精神科看護協会の協力を得てWEBアンケートを実施中、(2) モニタリング体制の構築は、専門性を有する協力研究者により、様々なモニタリング案を検討中、(3) 先行的な取り組みを参考とした都道府県単位の行政主導による最小化法の普及モデルの確立は、行政主導の確立した最小化方策による施策パッケージ案についての意見交換、(4) エキスパートオピニオンによるさらなる最小化手段の探索は例示および討議を行った。いずれも、研究途上にあ

り、成果の提示に至らないが、順調に進捗し、有意義な検討が実施されている。

5. 精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究（分担研究者 福田 正人）

精神疾患の重症度評価においては、疾患要因に対する適切な労力人手 effort の評価が容易ではない、重症度の基準関連妥当性が判断できる客観的な基準指標が確立されていない、という困難がある。精神疾患の重症度評価は、良質な入院医療、精神科医療の本質、人の支援の意味、そこでの専門職の役割、を明らかにすることである。精神疾患の入院医療において、現場に必要な労力人手 effort を適切に評価し、良質な医療の促進のインセンティブとなることを目的に、保険診療における「重症度、医療・看護必要度」A・B・C 項目に追加する精神疾患固有の精神科生物学的医療ニーズ (P-M) 項目と精神科心理社会支援ニーズ (P-S) 項目の案を作成し試行を行った。その取組を通じて、精神疾患の重症度概念の構造や示唆が明らかとなった。

6. 精神医療の提供と地域支援の連携に関する研究（分担研究者 高瀬 顕功）

(1) 本年度は、NDB の利用申出を行うと共に、他調査と NDB との患者数比較、統計解析計画書の準備を進めた。次年度は、実際のデータを基に、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標の算出及び、新規のモニタリング指標を開発する。

(2) 支援の枠組みに当てはまらないアンメットニーズの抽出のため、城北地域での専門支援機関を対象に、精神保健上の課題抱えた被支援者への支援の困難さ、精神科、メンタルヘルスケアの専門家との連携の実

態などについて、半構造化インタビューによる調査研究プロトコルが導出された。

7. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究（分担研究者 吉田 光爾）

2020 年度全体の各月 PV は 6,000～10,000 程度であり、利用数としては堅調であると考ええる。今後も、自治体関係者と協議しながら、有効に活用されるデータベースとしての在り方を検討していく。

E 結論

本研究は精神科と他の診療科との連携、地域の多様な生活支援との連携による良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにすることを目的とした。また、その促進を図るモニタリングの体制と、医療計画における指標および基準病床算定式を提案することを目的とした。

研究の実質的な開始は 7 月となったが、2 年計画としておおむね順調に進んだ。本研究は第 8 次医療計画の基準病床算定式と指標例を提案するものであり、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における精神医療提供体制の基礎資料となるものである。

令和2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）
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

分担研究報告書

医療計画における精神病床における基準病床算定式及び指標の検討

分担研究者

竹島 正（大正大学地域構想研究所）

研究協力者

立森久照（NCNP）、吉田光爾（東洋大学）、杉山直也（沼津中央病院/NCNP）、福田正人（群馬大学）、高瀬顕功（大正大学）、北村立（石川県立高松病院）、池原毅和（東京アドヴォカシー法律事務所）、八尋光秀（西新共同法律事務所）、山本深雪（大阪精神医療人権センター）、桐原尚之（全国「精神病」者集団）、南島和久（新潟大学）、森隆夫（あいせい紀年病院）、中島豊爾（岡山県精神科医療センター）、藤井千代（NCNP）、上ノ山一寛（南彦根クリニック）、辻本哲士（滋賀県立精神保健福祉センター）、河野稔明（川崎市精神保健福祉センター）、高橋邦彦（東京医科歯科大学 M&D データ科学センター）、奥村泰之（一般社団法人臨床疫学研究推進機構）、西大輔（東京大学）、岡本基（統計数理研究所）、大江浩（富山県新川厚生センター）、櫻木章司（桜木病院）、青木達之（青和病院）、萱間真美（聖路加大学大学院）、瀬戸屋希（聖路加大学大学院）、野田龍也（奈良県立大学）、尾崎紀夫（名古屋大学医学部）、籠本孝雄（大阪府こころの健康総合センター）、楯林英晴（福岡県精神保健福祉センター）、井川大輔（堺市こころの健康センター）、平田豊明（千葉県精神科医療センター）、山田敦（川崎市精神保健福祉センター）、白田謙太郎（NCNP）、長島三四郎（大正大学）

要旨：【目的】精神保健医療福祉施策の方向性を踏まえ、医療計画における精神病床基準病床算定式及び指標例のあり方について検討することを目的とした。

【研究方法】はじめに一般病床・療養病床と精神病床の基準病床算定式の変遷過程を振り返り、現在の精神病床の基準病床算定式及び指標例の特徴を明らかにした。次に研究班全体会議における意見交換、全国精神保健福祉センター長会データ分析・地域分析検討委員会や全国精神保健福祉相談員会の協力を得ての意見交換を行った。次にこれらの結果を踏まえて研究班全体会議及び関連する分担研究の研究協力者を対象にアンケート調査を行い、その結果を踏まえた報告書（案）を作成した。最後にこの報告書（案）をもとに研究班全体会議及び関連する分担研究の研究協力者による意見交換を行い、報告書をまとめた。

【結果及び考察】第七次医療法改正（2015）に基づく精神病床の基準病床算定式は、一般病床及び療養病床のそれとは考え方や構造の異なるものとなっていた。また指標例の区分

は、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病は病期に基づく3~5区分であるのに対して、精神疾患は多様な精神疾患等ごとの医療機能を明確化するという方針のもと、病期とは関係ない17疾患等の区分となっていた。研究方法に記載したプロセスを経て、次期医療計画における精神病床の基準病床算定式は一般病床・療養病床の算定式の構造に近づけ、かつ「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」と略す）の構築を進めるという観点から、（1）地域医療の確保に必要な病床、（2）地域移行・地域定着を進めてもなお必要とされる病床、（3）「にも包括」の構築に必要な病床の3つを加えることをベースにして、地域の基盤整備量も示すことが適切と考えられた。すなわち、（1）に「3か月未満」と「3か月以上1年未満」を、（2）に「1年以上」を対応させ、それに「にも包括」の構築に必要な病床数を加えることが考えられる。ただし、630調査によると、「1年以上」の在院患者数の推移は入院期間によって大きな違いがあり、長期在院になるほど減少傾向が大きいことから、「1年以上」を一括りにしない算定式にする必要がある。指標例については、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病は病期に基づく3~5区分になっていること、先行研究において「予防」、「治療」、「地域支援」に分けて保健・医療・福祉の流れの重要性を強調すること等の考え方が示されていること、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」及び精神科救急体制整備に係るワーキンググループ取りまとめも踏まえ、「予防・危機介入」、「入院外医療・リエゾン」、「入院医療」、「地域支援」の区分として指標例を提案することとした。なお、先行研究における議論と本研究の成果を踏まえ、「入院外医療・リエゾン」と「入院医療」に common disorders の領域、専門性の高い領域、政策医療の領域を取り入れ、各自自治体が課題を発見しやすいようにすることとした。そして、アウトカムを「にも包括」の発展により見込まれる変化に置いて、ロジックモデルとしてまとめられるよう指標例の構成案を示した。

【結論】医療計画における精神病床の基準病床算定式及び指標例について検討し、算定式及び指標案の方向性をまとめた。次年度は、データに基づく算定式の実証的な検討を行うとともに、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課を対象にしたアンケート調査などを行い、具体的な内容を明らかにする予定である。

A 研究目的

医療法は国民に適正な医療を確保することを目的として、医療施設の適正な配置、医療施設の人的構成、構造設備、管理体制等の規則、医療法人の規制等を行うものであり、1948年に制定された。

医療法の基準病床数とは、その地域にどの程度の病床数を整備すべきかという整

備目標として位置付けられるとともに、それ以上の病床の増加を抑制する基準ともなっている。この基準病床数を定めることによって、医療資源の効果的活用を通じて、全国民に対する適正な医療の確保を図るのである。

本研究班は、わが国が本格的な人口減少と高齢化を迎える中、精神科と他の診療科

との連携、地域の多様な生活支援との連携による良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにすることを目的とする。また、その促進を図るモニタリングの体制と、医療計画における基準病床算定式及び指標例を提案することを目的とする。

この分担研究は、精神保健医療福祉施策に求められる方向性を踏まえ、医療計画における精神病床基準病床算定式及び指標例のあり方について検討することを目的とする。

B 研究方法

1. 一般病床・療養病床と精神病床の基準病床算定式の変遷過程を振り返り、現在の精神病床の基準病床算定式の構造上の特徴を検討した。また指標例の構造上の特徴を明らかにした。
2. 現在の精神病床の基準病床算定式及び指標例について研究班全体会議における意見交換（2020年11月16日）を行った。
3. 全国精神保健福祉センター長会データ分析・地域分析検討委員会、全国精神保健福祉相談員会の協力を得て、都道府県等が精神保健福祉の課題を一覧的に把握できる総括シート作成のための意見交換を行った。これは指標例の参考となるものである。
4. 1～3を踏まえて、2021年3月5日～3月18日に研究班全体会議及び関連する分担研究の研究協力者を対象にアンケート調査を行った。
5. 1～4を踏まえて、医療計画における精神病床基準病床算定式及び指標例のあり方に関する報告書（案）を作成し、2021

年3月25日に、それをもとにした意見交換を行い、報告書をまとめた。

（倫理面への配慮）

本研究では個人情報には取り扱わない。

C 結果

1. 一般病床・療養病床と精神病床の基準病床算定式の変遷過程及び現在の精神病床の基準病床算定式及び指標例の構造上の特徴

表1に一般病床・療養病床と精神病床の基準病床算定式の変遷過程をまとめた。

第一次医療法以前、第一次医療法改正（1985）においては、両者の構造はほぼ同じであった。

第四次医療法改正（2000）においては、一般病床の「その他の病床」は「一般病床及び療養病床」に変更され、その基準病床数を示すこととなった。そして平均在院日数の短縮傾向を反映させるため平均在院日数推移率が採用された。精神病床は第一次医療法改正（1985）のままであった。

第五次医療法改正（2006）においては、一般病床及び療養病床の基準病床数を、一般病床の基準病床数と療養病床の基準病床数の合計に流出超過加算を行うものとした。精神病床は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（2004）における精神保健医療福祉体系の再編の達成目標として、①平均残存率（1年未満群）24%以下、②退院率（1年以上群）29%以上を掲げたことを踏まえ、「在院1年未満群」の基準病床数と「在院1年以上群」の基準病床数の合計に流出超過加算を行うものとした。すなわち、一般病床と療養病床の「一般病床」という機能が「在院1年未満」という期間

に、「療養病床」という機能が「在院1年以上」という期間に対応する形となった。すなわち機能と期間という違いはあるが、一定の対称性をもつ構造となっていた。

第七次医療法改正(2015)において、一般病床及び療養病床の基準病床算定式は、一般病床算定数と療養病床算定数の合計に流出超過加算を行うという外形を維持しつつ、療養病床算定数において、介護施設（介護療養型医療施設を除く）等で対応可能な数を引くこととなった。

精神病床の基準病床算定式は、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）に分け、さらに慢性期（1年以上）については認知症とそれ以外に分け、かつ推計人口を使用することで政策効果を見込まない将来の入院需要を推計している。そのうえで「精神病床における1年以上入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合 α 」、「地域精神保健医療体制の高度化による影響値 β 」、「地域精神保健医療体制の高度化による影響値 γ 」という政策効果を見込んだ入院需要の目標値としての基準病床数を算出し、政策効果を見込まない将来の入院需要との差から地域の基盤整備量を算出している。すなわち、第七次医療法改正(2015)における精神病床の基準病床算定式は、第五次医療法改正(2006)における一般病床と療養病床の医療機能を入院期間に置きかけることは踏襲しつつも、一般病床及び療養病床の基準病床算定式とは考え方や構造の異なるものとなっていた。

表2に第七次医療法改正(2015)における5疾患の指標例の構成をまとめた。がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖

尿病は病期に基づく3~5区分となっているのに対して、精神疾患は多様な精神疾患等ごとに医療機能を明確化するという対応方針のもと、病期とは関係ない17疾患等の区分となっていた。またそれぞれに都道府県連携拠点機能、地域連携拠点機能、地域精神科医療提供機能を置いていた。なお重点指標については都道府県における指標の採用数にばらつきがあることから中間見直しが行われた。それによって17疾患等の区分はそのままとして、重点指標の設定が行われた。

2. 現在の精神病床の基準病床算定式及び指標例についての研究班全体会議における意見交換

現在の精神病床の基準病床算定式及び指標例についての研究班全体会議における意見交換（2020年11月16日）の主要な意見を示す。

- 精神病床の基準病床算定式は、一般病床の算定式との対応を持ちつつ、精神医療の特性に配慮したものとすることが必要ではないか。
- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」と略す）の構築を後押しするような算定式が必要ではないか。
- 算定式に政策効果が組み入れられているが、これらは検証できるのか。
- 「にも包括」の構築を進めるという観点からは、地域医療の確保に必要な病床数、地域移行・地域定着を進めても必要とされる病床、「にも包括」の構築に必要な病床の3つを加えるのが現実的ではないか。

- 自治体にとってもっとわかりやすい算定式や指標例にする必要がある。
- 総合病院の精神科病床が減少し、精神疾患を持つ妊産婦の受け入れ、摂食障害の受け入れが全く立ち行かない状況になっている。
- 精神障害者のコロナの感染者をどこで治療するかは大きな問題になっている。
- 高齢化して合併症があると地域ではなかなか生活できない。きめ細かな生活支援がないと退院困難な人も多い。
- 地域のグループホーム等に退院した患者は多いが、高齢化したときに戻ってくるのは精神科病院になる。
- 現在の算定式は目標と現状追認が混ざっており、何を目標としているのか見えにくい。
- 地域ケアがうまくいくためには、必要ときに速やかに入院治療が受けられ、退院するときに速やかに社会資源を利用できるよう、それぞれに一定の空床が必要ではないか。
- 現在の算定式は生物学的な観点からの算定式になっている。精神医療には生物-心理-社会という視点が重要であり、算定式にもこの観点が組み込まれるべきである。

3. 都道府県等の精神保健福祉の総括シート作成のための意見交換

本分担研究においては、都道府県等が医療計画を策定するうえで活用しやすい総括シートを開発することとしている。これはすでに述べたように医療計画の指標案とも密接に関連するものである。

令和元年度「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」の分担研究「第七次医療計画の総合的指標に関する検討」に、(1) ストラクチャー、プロセス、アウトカムの連続性を明確にすること、(2) 指標数を50個以内にする、(3) 大枠を「予防」「治療」「地域支援」に分けて保健・医療・福祉の流れの重要性を強調すること、(4) 自治体が必要な指標をより選択しやすくすること等の考え方が示されていることや、厚生労働省の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」(以下、「にも包括」検討会と略す)の精神医療の提供体制(イメージ)に「日常の支援」「医療の高度化や身体合併症等」「急性増悪時の対応」「退院支援」の4つの医療機能が示されていることを踏まえ、この4つの医療機能のそれぞれについて、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標に関連する事項を記載して意見交換を行った。主要な意見は下記のとおりであった。

- ReMHRAD(地域精神保健福祉資源分析データベース)があるが、自治体としては次の一手を抽出する手がかりがほしい。特に一般医療、身体合併症への対応についての手がかりがほしい。
- ReMHRADは単年度データとなっているが、各都道府県の経年変化をみることも重要である。
- 情報が多いと何をみてよいかわからなくなる。活用・分析のプロセスを示すことが必要である。

- 精神医療は複雑で、疫学モデルとしての設計が難しい。特にアウトカムの設定が難しい。
- 自治体の精神保健医療のモニタリングに役立つようにしてほしい。
- 都道府県だけでなく、政令指定都市、市町村でも使いやすい資料を開発するためには、いくつかの自治体で、研究班との共同研究を行うことが必要ではないか。

4. 研究班全体会議及び関連する分担研究の研究協力者を対象にしたアンケート調査

2と3に記載した意見、研究協力者からの追加意見、2021年2月22日の研究班会議における精神科医療のフルライン化（急性期・回復期・慢性期）の必要性という意見をもとに、研究班全体会議及び関連する分担研究の研究協力者を対象に16問からなるアンケート調査を行った（資料1）。

このうちおおむねのコンセンサスの得られた4問と主要な意見をまとめる。

（質問）精神病床の基準病床算定式は、一般病床及び療養病床の算定式との対応を持ちつつ、精神医療の特性に配慮したものが適切ではないか。また「にも包括」を後押しするような算定式が必要ではないか。

- 平成24年の「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」では「結果として精神病床は減少する」と明示されている。このこととの一貫性が必要である。
- 精神医療の専門家でない人にとっても理解しやすい算定式であるとよい。
- 医療計画の基準病床数は、一般病床や療養病床と同様に、推計ではなく、現

在の性年齢階級別人口を用いるべきである。推計人口を用いるのであれば地域医療構想の機能別の必要病床数になる。

- 現行の算定式が病期（在院期間）別の項で構成されていることは精神医療の特性への配慮と考えられる。

（質問）現在の算定式は医療高度化の影響値を組み込んでいるが、その検証は困難であり、合理性が不足しているのではないか。

- 医療が高度化すると長期入院が減り、病床が少なく済むようになると思われるが、一方で緊急対応の機能を有した病床等は増やす必要が生じる。医療高度化が病床数減少に直接つながるとは考えにくい。
- 医療高度化に関する影響値が、一般病床や療養病床でも取り入れられているのであれば一定の合理性をもつが、精神病床だけでは合理性は保たれない。
- α 、 β 、 γ という複雑な3つのパラメーターを設定していることは特異的であり、修正が必要である。

（質問）国民にとって必要な病床を確保することが基準病床数の成り立ちである。精神病床については、一般病床及び療養病床の算定式にできる限り近づけつつ、精神医療のニーズを踏まえて調整するのが自然である。

- 精神病床算定式が、一般病床や療養病床の考え方と乖離したものであると、今後の地域包括ケアシステム構築の障害になる。
- 医療計画の基準病床数は資源の地域偏在の改善が目的（既に超えていれば開

設・増床を許可しない)であり、一般病床・療養病床の算定式に近づける方がよい。

- 生命の危険を伴う脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患と同一の基準で考える必要性は低いのではないか。

(質問)現在の精神医療体制構築に係る現状把握のための指標例は17疾患等に分かれていてきわめて複雑である。法律のもとに政府の推進すべき指針が定められているものについては、指標例等の記載を簡素化してもよいのではないか。

- すべての疾患や領域を、都道府県全域、圏域、地域ごととしてマトリックスで振り分けることは、地域精神保健の原理原則に沿わない。
- 全体として重点課題が見えにくくなっている。主要な指標と、詳細を検討するための指標等、分類や階層化して示す等の方法を検討する必要がある。
- 全疾患を横並びにするのではなく、主要疾患や重点項目などを絞り込んでもよい。

5. 報告書(案)をもとにした意見交換

意見交換のもとになった研究報告書(案)要旨の中心部分を記載する。

.....

第七次医療法改正(2015)に基づく精神病床の基準病床算定式は、一般病床及び療養病床のそれとは考え方や構造が異なっていた。また指標例の構成も異なっていた。

精神病床の基準病床算定式については、一般病床・療養病床の算定式の構造に近づけ、「にも包括」の構築を進めるという観点から、(1)地域医療の確保に必要な病床、

(2)地域移行・地域定着を進めてもなお必要とされる病床、(3)「にも包括」の構築に必要な病床の3つを加えるという方向におおむねの合意があった。(1)に急性期・回復期(1年未満)を、(2)に慢性期(1年以上)を対応させ、それに「にも包括」の構築に必要な病床数を加えることが考えられる。ただし、630調査によると、「1年以上」の在院患者数の推移は入院期間によって大きな違いがあり、長期在院になるほど減少傾向が大きいことから、「1年以上」を一括りにしない算定式にする必要がある。

指標案については、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病は病期に基づく3~5区分になっていること、先行研究において、「予防」、「治療」、「地域支援」に分けて保健・医療・福祉の流れの重要性を強調すること等の考え方が示されていること等を踏まえ、「予防・危機介入」「入院外医療・リエゾン」、「入院医療」、「地域支援」の区分として指標例を提案する。

.....

研究報告書(案)について、これまでに述べた以外の主な意見は下記のとおりであった。

- 高齢化により1人1疾患ではなくなっている。精神疾患を持つ方も、内科や整形外科などの疾患を合併することを踏まえた算定式や指標を示すことが望まれる。
- 指標はトータルで解釈しなければならないところもある。解釈の手引きを合わせて出したほうがよい。
- 第七次医療計画の基準病床算定式において地域での基盤整備量を示した点は評価できる。障害福祉計画との連携性

は活かした形で、新たな考え方に移行してほしい。

- 先行研究の指標例についての議論において、common disorders、専門性の高い領域、政策医療の領域にまとめるといふ提案がなされた。これも参考に、各自治体において何が欠けているかを点検できるような形で整理してほしい。
- 基盤整備量には、訪問看護とか地域における医療体制も含まれているという認識を示してほしい。
- 入院しても、緊急避難的な入院で済むケースも少なくない。指標例には、予防的に関わり、危機に介入して、重症化を防いでいく体制を作っていくという考え方、社会モデルの考え方を示すことが重要である。
- ロジックモデルとしてシャープに書くことができたら全体像が見えやすくなる。アウトカムは、本人もしくは社会にとって望ましい状態を考えるべきで、それに対してプロセス、ストラクチャーとして何が必要かを整理していく。
- 医療の質の観点からも、行動制限の最小化に関わる指標を医療計画の中で示すことは重要である。
- 精神科の場合、地域で生活して、調子を崩したら数日入院して、また退院するというような、地域生活を支える入院機能が必要である。
- 圏域については、アクセシビリティとか治療の継続性・統合性、包括性、公平性が担保されるような形で検討されるべきである。

意見交換の結果、以下の3点を共有した。

- 報告書（案）に提案した算定式、指標例の方向性については大枠のコンセンサスがあった。
- 指標例を「予防・危機介入」「入院外医療・リエゾン」、「入院医療」、「地域支援」の区分として提案する際、先行研究における common disorders、専門性の高い領域、政策医療の領域にまとめるといふ提案を取り入れ、それぞれの自治体で何が欠けているかを点検できるような形で整理する。
- アウトカムを「にも包括」の発展により見込まれる変化に置いて、ロジックモデルとして成り立つよう指標例の構成案を示す。

D 考察

1. 基準病床算定式について

一般病床・療養病床は二次医療圏単位で、精神病床は都道府県単位で算定されている。本研究においては、生命の危険を伴う脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患と同一の基準で考える必要性は低いのではないかとの意見、治療の継続性・統合性、包括性、公平性が担保されるような形で検討されるべきという意見があった。基準病床算定の圏域については、地域精神医療の確保の観点から、現在の都道府県単位の妥当性について実証的な検討を行うと共に、自治体等の意見も得る必要があると考えられた。

第七次医療法改正（2015）に基づく精神病床の基準病床算定式は、一般病床及び療養病床のそれとは考え方や構造の異なるも

のとなっていた。新たな算定式については、医療高度化の影響は指標には組み込むことが必要としても、その効果を算定式に組み込むことには疑問であるという意見が多かった。また現在の算定式は複雑であり、自治体の裁量や努力でどうにかなるものではないという意見もあった。

研究班全体会議における意見交換とアンケート調査からは、精神病床の基準病床算定式は一般病床・療養病床の算定式の構造に近づけ、かつ「にも包括」の構築を進めるという観点から、(1) 地域医療の確保に必要な病床、(2) 地域移行・地域定着を進めてもなお必要とされる病床、(3) 「にも包括」の構築に必要な病床の3つを加えるという方向にはおおむねの合意があり、報告書(案)についての意見交換においても合意があった。

このことから、(1) の地域医療の確保に必要な病床に急性期・回復期を、(2) の地域移行・地域定着を進めてもなお必要とされる病床に慢性期を対応させ、それに、(3) の「にも包括」の構築に必要な病床数を加えることを基準病床算定式の骨格として、地域の基盤整備量も示すようにすることが考えられる。しかし、回復期の精神科入院医療のあり方が明確になっておらず、精神疾患の重症度評価も研究の途上にあることから、(1) に入院期間「3か月未満」と「3か月以上12か月未満」の治療に必要な病床数を、(2) に入院期間「1年以上」の治療に必要な病床数を対応させ、それぞれの病床稼働率を勘案して基準病床数を算出し、それに「にも包括」の構築に必要な病床数を加えるのが現状において妥当と考えられた。ただし、630調査

によると、「1年以上」の在院患者数の推移は、「1年以上5年未満」、「5年以上10年未満」、「10年以上20年未満」、「20年以上」の在院期間別によって大きな違いがあり、長期在院になるほど減少傾向が大きいことから、「1年以上」を一括りにしない算定式とする必要がある。

なお基準病床数の内訳については、いわゆる総合病院や精神病床以外の病床を有する病院の医療活動の分析等をもとに、身体合併症に対応性の高い精神病床を可視化していくことが望まれる。また人口減少地域においては精神医療の確保が困難になってくことから、二次医療圏別等の精神医療の確保の実態を可視化することも必要である。

さて地域の相談支援体制の強化によって新規入院率が低くなる可能性があるが、それを算定式に組み込むことは慎重にすべきだと考える。その理由は地域の相談支援体制は今後さらに強化されるべき課題であり、現状では新規入院率の減少までは見込むことは難しいからである。

2. 指標例について

現在の17疾患等に分かれた指標例については、アンケートに「すべての疾患や領域を、都道府県全域、圏域、地域ごととしてマトリックスで振り分けることは、地域精神保健の原理原則に沿わない」、「全体として重点課題が見えにくくなっている」等の意見があった。

がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病は病期に基づく3~5区分になっていること、先行研究において「大枠を「予防」「治療」「地域支援」に分けて保健・医療・福祉の流れの重要性を強調する

こと]、「自治体が必要な指標をより選択しやすくすること」等の考え方が示されていることを踏まえ、「予防・危機介入」「入院外医療・リエゾン」「入院医療」「地域支援」として、指標例の構成案を提案した(表3)。これは、「にも包括」検討会の「精神科救急体制整備に係るワーキンググループ取りまとめ」にある「平時の対応・受診前相談」「入院外医療の提供」「入院医療の提供」にも近いものとなっている。なお指標例でなく、指標例の構成案と述べたのは、2年度研究の範囲においては、指標例を取り出すカテゴリーを示すところまでが適切であると考えられることによる。

ここで「予防・危機介入」「入院外医療・リエゾン」「入院医療」「地域支援」の概要を述べる。

「予防・危機介入」は、「にも包括」検討会の報告書の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素」のうちの「地域精神保健及び障害福祉」に関するもの、精神科救急応需体制が主体となっており、地域住民のクライシスコールへの対応とすることができる。

「入院外医療・リエゾン」は、「にも包括」報告書の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療」及び「地域精神保健及び障害福祉」のうちの、精神科外来を中心とした医療活動におおむね対応している。common disorders の領域は、各都道府県の各地において一定のアクセスの良好さの確保が期待される。

「入院医療」は、「にも包括」報告書の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療」のうちの、精神科入院を中心とした医療活動に対応してい

る。common disorders の領域は、都道府県内の各地において一定のアクセスの良好さの確保が期待される。専門性の高い領域、政策医療の領域は、各都道府県において確保されていることが期待される。

「地域支援」は、「にも包括」報告書の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素」のうちの「住まいの確保と居住支援の充実、居住支援関係者との連携、「つながりのある地域づくりと社会参加の促進」、「当事者・ピアサポーター」等の取組と連携した、あるいは連携を可能にする精神医療の提供である。

1) 予防・危機介入

ストラクチャー指標の構成案は、「にも包括」報告書を参考に、相談体制、精神科救急医療体制、市町村における多様な相談業務にあたる職員に対する研修体制、地域住民の精神保健の理解促進と初期支援の普及啓発体制等とした。

プロセス指標の構成案は、その実績等とした。

アウトカム指標は、後述する。

2) 入院外医療・リエゾン

ストラクチャー指標の構成案は、各都道府県の各地において common disorders の領域において、また通常の身体合併症治療において一定のアクセスの良好さが確保されていることを軸に、リエゾン診療体制、専門性の高い領域の拠点・医療体制等、政策的な領域(自殺対策、災害等精神医療、医療観察法)への対応体制等とした。

プロセス指標は、その実績等とした。

アウトカム指標は、後述する。

3) 入院医療

おおむね「入院外医療・リエゾン」と同

様であるが、合併症診療に対応できる地域精神医療体制を組み入れた。また、行動制限最小化のためのコアストラテジーの取組体制を組み入れた。

プロセス指標は、その実績等とした。

アウトカム指標は、後述する。

4) 地域支援

ストラクチャー指標は、「にも包括」報告書を参考に、市町村、精神科病院、地域関係機関の連携体制等とした。

プロセス指標は、その実績等とした。

アウトカム指標は、後述する。

5) アウトカム指標の構成案

「にも包括」の発展により見込まれる変化として、現在のアウトカム指標を踏まえ、いくつかの例示を追加した。

「予防・危機介入」「入院外医療・リエゾン」、「入院医療」、「地域支援」の全体にかかわる例示として、「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）」、「自殺死亡率」を記載した。

「予防・危機介入」にかかわる例示として、「精神保健福祉法による通報者数」、「初期支援や相談機関を知っている地域住民の割合」を記載した。

「入院外医療・リエゾン」、「入院医療」、「地域支援」の3者にかかわる例示として、「精神病床における入院後3、6、12か月時点の退院率」、「地域平均生活日数」を記載した。

なお、都道府県・指定都市において指標例の構成案に挙げた事項をモニタリングする機能は必須であり、各都道府県・指定都市の精神保健福祉センターにはその役割が期待される。

E 結論

医療計画における精神病床の基準病床算定式及び指標例について検討し、算定式及び指標案の方向性をまとめた。次年度は、データに基づく算定式の実証的な検討を行うとともに、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課を対象にしたアンケート調査などを行い、具体的な内容を明らかにする予定である。

F. 研究危険情報

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

表1. 一般病床・療養病床と精神病床の基準病床算定式の変遷過程

医療法改正	一般病床・療養病床	精神病床	備考
第一次医療法改正以前	「その他の病床」の必要病床数 = (一定の地域に含まれる各市町村別人口) × (病床の種類に応じて厚生大臣が定める数値)	精神病床の必要病床数 = (一定の地域に含まれる各市町村別人口) × (病床の種類に応じて厚生大臣が定める数値)	・ 病床規制の対象は公的医療機関等のみ ・ 必要病床数として記載
第一次医療法改正(1985)	「その他の病床」の必要病床数 = (性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者) ÷ 病床利用率 + 流出超過加算	精神病床の必要病床数 = (性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者) ÷ 病床利用率 + 流出超過加算	・ 医療計画制度の創設
第四次医療法改正(2000)	「一般病床+療養病床」の基準病床数 = (性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者) ÷ 病床利用率 × (平均在院日数推移率) + 流出超過加算	精神病床の基準病床数 = (性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者) ÷ 病床利用率 + 流出超過加算	・ 一般病床において「その他の病床」を一般病床及び療養病床に変更し、「一般病床+療養病床」の基準病床数とした ・ 「一般病床+療養病床」において、平均在院日数の短縮傾向を反映させるため平均在院日数推移率を採用した
第五次医療法改正(2006)	一般病床の基準病床数+療養病床の基準病床数+流出超過加算 (1) 一般病床の基準病床数 = (性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別退院率) × (平均在院日数 × 0.9) + (流入入院患者) - (流出入院患者) ÷ 病床利用率 (2) 療養病床の基準病床数 = (性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院・入所需要率) - (介護施設(介護療養型医療施設を除く)等で対応可能な数) + (流入入院患者) - (流出入院患者) ÷ 病床利用率	在院1年未満群の基準病床数+在院1年以上群の基準病床数+流出超過加算 (1) 在院1年未満群の基準病床数 = (年齢階級別人口) × (年齢階級別新規入院率) + (流入入院患者) - (流出入院患者) × (平均残存率) ÷ (入院期間が1年未満である者についての病床利用率) (2) 在院1年以上群の基準病床数 = (入院期間が一年以上である年齢階級別入院患者数) × (1 - (年齢階級別退院率)) + (入院期間が1年に達した患者数) - (退院する長期入院患者の目標値) ÷ (入院期間が1年未満である者についての病床利用率)	一般病床及び療養病床の基準病床数を、一般病床の基準病床数+療養病床の基準病床数+流出超過加算とした 一般病床算定数は、地方ブロックごとの性別・年齢階級別の退院率を採用した ・ 一般病床と療養病床の基準病床数の平均在院日数推移率は、一律に0.9を乗じることとした ・ 精神病床の基準病床算定式を、在院1年未満群の基準病床数+在院1年以上群の基準病床数+流出超過加算とした。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(2004)における精神保健医療福祉体系の再編の達成目標として、①平均残存率(1年未満群)24%以下、②退院率(1年以上群)29%以上を掲げたことを踏まえたものである
第七次医療法改正(2015)	基準病床数 = 療養病床算定数 + 一般病床算定数 + 加算数 (1) 療養病床数 = {Σ(当該区域の性別・年齢階級別人口) × (全国平均の性別・年齢階級別療養病床入院受療率) - (介護施設、在宅医療等で対応可能な数) + 流入入院患者数 - 流出入院患者数} ÷ 病床利用率 (2) 一般病床 = {Σ(当該区域の性別・年齢階級別人口) × (当該区域の性別・年齢階級別一般病床退院率) × 平均在院日数 + 流入入院患者数 - 流出入院患者数} ÷ 病床利用率	基準病床数 = {Σ(性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別の急性期入院受療率)} + {Σ(性別・年齢階級別人口) × (年齢階級別の回復期入院受療率)} + {Σ(性別・年齢階級別の推計人口) × (性別・年齢階級別の認知症でない者に係る慢性期入院受療率)} × (精神病床における1年以上入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合 α) × (地域精神保健医療体制の高度化による影響値 β) + {Σ(性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別の認知症である者に係る慢性期入院受療率)} × (地域精神保健医療体制の高度化による影響値 γ) + 流入患者数 - 流出患者数} ÷ 病床利用率	・ 一般病床及び療養病床の基準病床算定式の一般病床算定数は、地方ブロックごとの性別・年齢階級別の退院率を採用した ・ 急性期は3か月未満、回復期は3か月以上1年未満、慢性期は1年以上の入院期間の患者とした

表2. 第七次医療法改正(2015)における5疾患の指標例の構成

	指標例の分類	区分数	指標数
がん	予防・早期発見、治療、療養支援	3	44
脳卒中	予防、救護、急性期、回復期、維持期	5	25
心筋梗塞等の心血管疾患	予防、救護、急性期、回復期、慢性期・再発予防	5	24
糖尿病	予防、初期・安定期、合併症予防を含む専門医療、合併症治療	5	35
精神疾患	統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、発達障害、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症、PTSD、高次脳機能障害、摂食障害、てんかん、精神科救急、身体合併症、自殺対策、災害精神医療、医療観察	17	96

表3. 指標例の構成案

	予防・危機介入	入院外医療・リエゾン	入院医療	地域支援
概要	「にも包括」報告書の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素」のうちの「地域精神保健及び障害福祉」に関するもの、精神科救急応需体制が主体となっており、地域住民のクライシスコールへの対応といふことができる。	「にも包括」報告書の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療」及び地域精神保健及び障害福祉」のうちの、精神科外来を中心とした医療活動におおむね対応している。common disordersの領域は、各都道府県の各地において一定のアクセスの良好さが期待される。	「にも包括」報告書の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療」のうちの、精神科入院を中心とした医療活動に対応している。common disordersの領域は、都道府県内の各地において一定のアクセスの良好さが期待される。専門性の高い領域、政策医療の領域は、各都道府県において確保されていることが期待される。	「にも包括」報告書の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素」のうちの「住まいの確保と居住支援の充実、居住支援関係者との連携、「つながりのある地域づくりと社会参加の促進」、「当事者・ピアサポーター」等の取組と連携した、あるいは連携を可能にする精神医療の提供である。
ストラクチャー指標の構成案	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村の相談体制（「にも包括」報告書） ・自宅等へ訪問支援を行う多職種チームの編成（「にも包括」報告書） ・精神科救急情報センター体制（「にも包括」救急WG報告書） ・精神科救急医療体制に関する評価指標を用いた整備状況（「にも包括」救急WG報告書） ・市町村における多様な相談業務にあたる職員に対する研修体制（「にも包括」報告書） ・地域住民の精神保健の理解促進と初期支援の普及啓発体制 	<ul style="list-style-type: none"> ・common disordersに対応できる地域精神医療の体制 ・自宅等へ訪問診療を行う多職種チームの編成（「にも包括」報告書） ・リエゾン診療に対応できる地域精神医療の体制 ・専門性の高い領域（児童・思春期、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症、PTSD,高次脳機能障害、摂食障害、難治性てんかん）に対応できる拠点・医療体制 	<ul style="list-style-type: none"> ・common disordersの地域精神医療の体制 ・合併症診療に対応できる地域精神医療の体制 ・行動制限最小化のためのコアストラテジーの取組体制 ・医療の高度化への対応体制（現重点指標） ・専門性の高い領域（児童・思春期、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症、PTSD,高次脳機能障害、摂食障害、難治性てんかん）に対応できる拠点・医療体制 ・政策的な領域（自殺対策、災害等精神医療、医療観察法）への対応体制 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村、精神科病院、地域の関係機関の連携体制（「にも包括」報告書） ・住まいの確保と居住支援、居住支援関係者との連携体制（「にも包括」報告書） ・孤立しないよう伴走し、支援・助言のできる機能（「にも包括」報告書） ・当事者・サポーターの活動体制（「にも包括」報告書） ・家族支援体制（「にも包括」報告書）
プロセス指標の構成案	ストラクチャー指標に挙げた事項の実績等			
アウトカム指標の構成案と例示	「にも包括」の発展により見込まれる変化			
	精神保健福祉法による通報者数（例示）	精神病床における入院後3、6、12か月時点の退院率（現アウトカム指標）		
	初期支援や相談機関を知っている地域住民の割合（例示）	地域平均生活日数（現アウトカム指標）		
		精神病床における急性期・慢性期入院患者数（65歳未満・65歳以上）（現アウトカム指標）		
	自殺死亡率（例示）			

資料 1

令和 3 年 3 月 4 日

令和 2 年度「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」
研究班全体会議の皆様

研究代表者 竹島 正
(大正大学地域構想研究所)

精神病床の基準病床算定式の研究の方向性についてのアンケートのお願い

令和 2-3 年度「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」(竹島班)は、精神科と他の診療科との連携、地域の多様な生活支援との連携による良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにすることを目的としています。また、その促進を図るモニタリングの体制と、医療計画における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います。

令和 2 年 11 月 16 日に行った研究班全体会議では、研究班における精神病床の基準病床算定式の研究の方向性についての意見交換を行いました。

そこで示された論点や考え方等について、研究班全体会議の皆様のご意見をいただけると幸いです。

ご多忙のところ恐れ入りますが、3 月 12 日(金曜)までにご回答ください。研究分担者以外の回答者には、些少ですが、謝金をお支払いしたいと思います(公務員等は除く)。

どうぞよろしくお願いいたします。

- すべての質問に回答していただく必要はありません。
- 文字数は制限しません。
- 参考資料がありましたら添付をお願いします。

いただいたご意見は個人が特定されない形でまとめ、令和 2 年度の報告書に活用させていただきます。何卒よろしくお願いいたします。

資料 1

1. 精神病床の基準病床算定式は、一般病床および療養病床の算定式との対応を持ちつつ、精神医療の特性に配慮したものが適切ではないか。また、「にも包括」を後押しするような算定式が必要ではないか。

ご意見をお願いします。

2. 現在の算定式は医療高度化の影響値を組み込んでいるが、その検証は困難であり、合理性が不足しているのではないか。

ご意見をお願いします。

3. 国民にとって必要な病床を確保することが基準病床数の成り立ちである。精神病床については、一般病床および療養病床の算定式にできる限り近づけつつ、精神医療のニーズを踏まえて調整するのが自然である。

ご意見をお願いします。

4. 精神科医療が急性期と中長期に機能分化していくとしたら、救急は一般科に近づき、同じ尺度で見ることができるようにならないといけない。また急性期に続く回復期の精神医療の充実を後押しするような算定式が望まれる。

ご意見をお願いします。

5. 現在の算定式は、自治体の職員から見ると、どこからどこまでが自治体の責任なのか見えにくい。国の政策的なコントロールのターゲット目標はあっていいと思うが、自治体にどこまで責任を持たせるのかは、切り分ける必要がある。また、指標に用いる素材は自治体が積極的に分析・活用できるようにすることが望まれる。

ご意見をお願いします。

6. 総合病院の精神病床はどんどん削減されている。その結果、精神疾患を持つ妊産婦の受け入れ、摂食障害患者の受け入れが立ち行かない状況になっている。

ご意見をお願いします。

7. 高齢化して合併症があると、きめ細かい生活支援がないと地域移行の困難な人も多い。長期入院している人が地域で生活するときどのような支援が必要かをもっときめ細かく考えないといけない。地域のグループホーム等に退院された方が高齢化したときに戻ってくるのは精神科という現状がある。

ご意見をお願いします。

8. 精神症状を抱えてる人が、内科、整形外科、手術をして療養を受けられる環境からますます遠ざかっているように感じる。具体的には、出産後のうつ状態とか、高齢化して整形外科で手術をした後の入院治療等がうまくいかないという話をよく聞く。

ご意見をお願いします。

9. 必要なときに入院治療が受けられて、また退院するときすぐに社会資源を利用するには、両者に一定の空床が必要になる。

ご意見をお願いします。

10. 現在の算定式は生物学的視点からの算定式になっている。また根拠が不十分で、患者の希望する治療との齟齬がある。

ご意見をお願いします。

11. 現在の算定式では、1年以上在院者を長期入院と定義している。長期入院の定義を改め、もっと短くすることが必要ではないか。

ご意見をお願いします。

12. 算定式の長期入院需要については、即削減すべき病床か、諸事情で即削減できない病床として位置付けるような算定式にするべきである。

ご意見をお願いします。

13. 現行の算定式には、重度かつ慢性なる概念が登場する。重度かつ慢性は基準が不明瞭であり、これを根拠に用いない算定式にすることが望まれる。

ご意見をお願いします。

14. 現行の算定式には、修正型電気痙攣療法や治療抵抗性抗精神病薬の普及による治療影響値が根拠に組み込まれている。しかし、精神科医療を経験した者からはこれらの治療の普及への抵抗がある。これらの影響値によらない算定式にすることが望まれる。

ご意見をお願いします。

15. 現在の精神医療体制構築に係る現状把握のための指標例は16疾患等に分かれていてきわめて複雑である。法律のもとに政府の推進すべき指針が定められているものについては、指標例等の記載を簡素化してもよいのではないか。

ご意見をお願いします。

16. その他

ご意見をお願いします。

令和 2 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）

「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）

分担研究報告書

良質かつ適切な精神医療の提供の指標に関する研究

分担研究報告書（2）

第 6 期障害福祉計画における長期入院患者数の目標値設定のための
ワークシートの開発

研究分担者 竹島正（大正大学地域構想研究所 客員教授）

研究要旨

本研究では、第 6 期障害福祉計画で定める長期入院患者数及び基盤整備量（利用者数）の目標値を計算するためのワークシートを開発することを目的とした。

ワークシートの開発は平成 29 年度に開発された 1.2 版を改修する形で行い、(1)ワークシート 1.2 版の構造分析、(2)外部データソースの修正の有無確認、(3)要改修点の整理、(4)改修の実行、(5)動作確認、(6)変更管理の追記の工程を経て完成させた。また、研究班主催の「良質かつ適切な精神保健医療福祉の確保のためのデータの利活用に関する研修」にて、受講者（都道府県・政令指定都市の医療計画・障害福祉計画担当者等）に概要と活用方法を説明した。

改修工程により、(1)ワークシート 1.2 版のシート間の連関が把握でき、(2)外部データソースに新たな修正がないことが確認され、(3)出力する目標値を令和 5 年度末の 1 時点に絞ることなどからなる要改修点が整理されると共に、目標値の計算式及びワークシートの設計に関する要検討点が抽出された。(3)に基づいて(4)改修を実行し、(5)正常に動作することを確認し、(6)シート「変更管理」に改修内容を追記し、ワークシート 20201113 版を完成された。研修では操作を実演しながらスライドを用いて説明した。質疑の内容の多くは操作方法に関するものではなく、目標値計算式のパラメーターの設定等に関するものであった。

ワークシートの活用方法については特段の問題が生じなかったが、基本方針に定められた目標値の計算式、及びワークシートの設計について今後検討が必要と考えられた。

研究協力者

河野 稔明（川崎市精神保健福祉センター）

立森 久照（国立精神・神経医療研究センター）

奥村 泰之（臨床疫学研究推進機構）

A. 研究目的

第 6 期障害福祉計画では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、「にも包括」という。）の構築を推進するために、令和 5 年度末の精神病床における 1 年以上

長期入院患者数（65歳以上、65歳未満）を目標値として設定することとしている。また、指定障害福祉サービス等の種類ごとの必要な量の見込み及びその見込量の確保のための方策の一つとして、令和5年度末の長期入院患者の地域移行に伴う地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備量（利用者数）を定めることとしている。

障害福祉計画基本指針¹⁾では、「にも包括」に係る目標の達成にあたっては地域の医療サービスに係る体制の整備が重要となることを考慮し、特に医療計画との関係に留意する必要がある、精神病床における1年以上長期入院患者数の目標値の設定方法は医療計画における基準病床数の算定式に準拠している。目標値の計算式は複雑であり、基準病床数と共通のパラメーター（地域精神保健医療福祉体制の基盤整備及び高度化からなる政策効果の水準）を用いることから、都道府県の作業には正確性を確保し、省力化を図る必要がある。このため本研究では目標値の計算に使用するワークシートを開発することとした。

B. 研究方法

ワークシートは、第5期障害福祉計画（平成30～令和2年度）及び第7次医療計画（平成30～令和5年度）の策定準備のため、平成29年度に当時の厚生労働科学研究班で開発され、国から都道府県に配付されたもの（ワークシート1.2版）をバージョンアップする形で開発した。その際、改修は第6期障害福祉計画基本方針に忠実かつ必要最小限にとどめ、改修箇所については本研究班が責任をもって説明できることを基本方針とした。

具体的な工程は、(1)ワークシート1.2版の構造分析、(2)外部データソースの修正の

有無確認、(3)要改修点の整理、(4)改修の実行、(5)動作確認、(6)変更管理の追記であった。(3)の方法については開発の過程で再検討が必要と考えられたため、研究班内及び厚生労働省主管課と協議し、方法を見直したうえで(4)以降の工程を再実行した。

なお、開発したワークシートはバージョン名を「20201113版」とし、厚生労働省の承認を受けたうえで令和2年11月20日に研究班から各都道府県・政令指定都市精神保健福祉主管部（局）長あてに配付した。また、同月27日に開催された研究班主催の「良質かつ適切な精神保健医療福祉の確保のためのデータの利活用に関する研修」にて概要と活用方法を説明した。

（倫理面への配慮）

ワークシートの開発においては個人情報取扱や人に負担をかける行為はなく、特段の配慮は要しなかった。

C. 結果

1. ワークシート1.2版の構造分析

ワークシート1.2版は63枚のシートで構成されるMicrosoft Excel形式のファイルである（表1）。シート「1.入院患者数推計一覧_都道府県」で都道府県を選択し、各都道府県で設定することとなっている3個のパラメーターを入力すると、予測される長期入院患者数が政策効果を加味した場合（改革シナリオ）と加味しない場合（現状投影）の両パターンで出力され、合わせて政策効果により促進される長期入院患者の地域移行に必要な基盤整備量が出力される。また、これらを視覚的に示したポンチ絵も自動で作成される。3個のパラメーターとは、地域精神保健医療福祉体制の基盤整備に伴って低下すると想定される「精神病床における入院期間が一年以上である入院患者のうち

継続的な入院治療を必要とする者の割合」 α 、「一年当たりの治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果を勘案した地域精神保健医療体制の高度化による影響値」 β 、及び「一年当たりのこれまでの認知症施策の実績を勘案した地域精神保健医療体制の高度化による影響値」 γ である。 γ の設定では、シート「4.認知症入院受療率」に出力される当該都道府県の認知症の長期入院患者の減少率（平成17年→平成26年）に基づく実績値を参考にすることができる。

各シートの機能と、ユーザーが数値等を入力するセル、結果が出力されるセル、数式の参照先などを調査したところ、シート間の連関を把握することができた（図1）。

2. 外部データソースの修正の有無確認

ワークシート1.2版には、人口推計（総務省）²⁾の平成26年10月1日現在の各都道府県の性・5歳階級別人口、及び平成25年3月に推計された「日本の地域別将来推計人口」（国立社会保障・人口問題研究所）³⁾の平成22（2010）年から令和22（2040）年まで5年ごとの各時点における各都道府県の性・5歳階級別人口が引用されていたが、令和2年11月時点でウェブに公開されていた数値と照合したところ完全に一致した。

また、ワークシート1.2版には平成26年における各都道府県の性・5歳階級・入院期間別推計入院患者数など、患者調査（厚生労働省）⁴⁾の集計値も引用されている。令和2年11月に、ウェブに公開されている正誤情報を確認したところ、関連する表が訂正された形跡はなかった。

3. 要改修点の整理

障害福祉計画に目標値を定める長期入院

患者数及び基盤整備量（利用者数）において、第5期計画と第6期計画との相違点は、これらの数値の対象時点（令和2年度末→令和5年度末）、パラメーター α の設定範囲（0.8～0.85→0.65～0.74）、及びパラメーター β の調整係数（0.95で除す→設定しない）の3点であった。

一方、ワークシートで計算・表示される内容は、1.2版では第5期障害福祉計画の終期にあたる平成32（令和2）年度末、及び平成30年度から7年間かけて行くとされる地域精神保健医療福祉体制の基盤整備の終期にあたる平成36（令和6）年度末の各時点における数値となっている。

以上より、平成32（令和2）年度末に係る箇所は変更せず、平成36（令和6）年度末に係る箇所に第6期障害福祉計画の終期にあたる令和5年度末の数値が出力されるよう改修するのが適当と考えた。しかし、 α が令和5年度末に合わせて変更されていること（1.2版では平成36年度末の α を平成32年度末から外挿していたが、20201113版で令和2年度末の α を令和5年度末から内挿すると1.2版の平成32年度末の α と整合しなくなる）、 β の調整係数が設定されなくなったこと、 γ のべき乗数が3のままであること（1.2版では平成32年度末は3乗、平成36年度末は7乗としていたが、20201113版でこれに倣い令和5年度末を6乗とすると基本方針に反し、基本方針のとおり3乗とすると令和2年度末を何乗とすべきか判断に窮する）から、令和2年度末と令和5年度末の数値を併せて出力するのに不都合が生じた。今回のワークシート開発の趣旨を考えると、第5期障害福祉計画の目標値として1.2版で出力されていた令和2年度末の数値を引き続き出力するのは意義がないため、令和5年度末の数値のみ

を出力することとした。

このほか、ワークシートの設計について修正を要する事項が2点あったが、改修は必要最小限にとどめる方針に基づき、修正は行わなかった。1点目は β 及び γ の定義である。第6期障害福祉計画基本指針では「一年当たりの治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果」、「一年当たりのこれまでの認知症施策の実績」をそれぞれ3乗した値を β 、 γ としているが、ワークシートでは1年あたりの効果又は実績そのものを β 、 γ としている。2点目はシート「ポンチ絵 B」の下部に表示される、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等(β に対応)単独の効果量の計算方法である。この数値は全体の効果量から地域移行を促す基盤整備(α に対応)及び認知症施策の推進(γ に対応)のそれぞれ単独の効果量を減じて計算されており、単独の効果量を積算すると全体の効果量に一致することを前提としている。しかしながら、目標値の計算式において β は α と同じ項に乘じるため、全体の効果量は α 、 β 、 γ それぞれ単独の効果量の線形結合にならない。ゆえに β についても、単独の効果量は α 、 γ と同様に計算すべきである。

最終的な要改修点は、表2のとおりとなった。

4. 改修の実行

シート間の連関(図1)を参照しながら、要改修点に関連するシート及びセルを書き出し、作業を進めた。具体的には、数式の編集、不要なセルの削除、ポンチ絵のレイアウトの調整などを行った。各都道府県の性・5歳階級別将来推計人口については、令和5(2023)年の数値が必要となるため、都道府県名の47枚のシートにおいて、2020年

と2025年の間に列を挿入し、内挿により数値を入力した。また、シート「ポンチ絵 B」の下部にある表「政策効果の見込みの内訳」の「地域移行する長期入院患者数の見込み(政策効果)」の百分率を、第6期障害福祉計画の α (0.65~0.74)、 β (3乗)、 γ (3乗)に応じた数値に変更した。

5. 動作確認

都道府県及びパラメーターをさまざまに設定したところ、それに応じて変化すべき数値が妥当な範囲で変化することを確認した。また、パラメーターを変化させても「現状投影」の数値は変化しないこと、3個のパラメーターをすべて最大、最小に設定するとシート「1.入院患者数推計一覧_都道府県」の「改革シナリオに基づく入院需要の将来推計(目標値)」の「1年以上」の値が、シート「ポンチ絵 A」下部の令和5年度末における目標値のそれぞれ上限、下限に一致することを確認した。

6. 変更管理の追記

実際の改修内容に基づき、シート「変更管理」にワークシートの変更点を6件追記した。

7. 研修におけるレクチャー

「良質かつ適切な精神保健医療福祉の確保のためのデータの利活用に関する研修」では質疑応答を含めて約30分間のレクチャーを設けた。スライド9枚からなる資料を用いて説明すると共に、実際にワークシートを操作しながら実演した。その後、4件の質疑に回答した。その中で、シート「4.認知症入院受療率」に出力される γ の実績値(参考用)が設定範囲(0.97~0.98)を大きく超えるとの指摘があった。

研修後も数件の質問が研究班事務局に寄せられたが、内容の多くは操作方法に関するものではなく、3個のパラメーターの設定、又はそれらの第5期障害福祉計画との整合性に関するものであった。

D. 考察

障害福祉計画に目標値を定める長期入院患者数及び基盤整備量(利用者数)の計算は煩雑であり、またパラメーターの決定にあたっては数値を変えて計算を繰り返す必要があるため、計算結果が瞬時に出力されるワークシートは有用である。ユーザーである都道府県の担当者は、比較的速やかに操作に習熟しており、第6期計画策定作業の補助ツールとして活用されたと思われる。

しかしながら、開発の過程における気づきや研修受講者の質疑から、第6期障害福祉計画基本指針に定められた目標値の計算方法が、一部、第5期障害福祉計画基本指針⁵⁾や第7次医療計画作成指針⁶⁾との整合性を欠くことが判明した。今回のワークシートの目的は第6期障害福祉計画の作成補助であるため、同計画の基本指針¹⁾に忠実に設計し、研修受講者にもその旨を説明したが、すでに実行されている第5期障害福祉計画や第7次医療計画と一貫しない部分が生じれば、実際の施策推進では混乱をきたすおそれがある。また、 γ の実績値が設定範囲を大きく外れるなど、何を根拠にパラメーターを設定すべきかが分かりにくい。これらのことから、ワークシート設計の前提となる目標値の計算式につき今後整理、再検討が必要と考えられた。

ワークシートの設計に関しても、セクションCの3で言及したように修正を要する点があり、次回改修時に検討すべきと思われる。

E. 結論

第6期障害福祉計画で定める長期入院患者数及び基盤整備量(利用者数)の目標値を計算するためのワークシート開発し、都道府県に配付した。都道府県の担当者に活用されていることが窺われたが、基本方針に定められた目標値の計算式、及びワークシートの設計について今後検討が必要と考えられた。

【文献】

- 1) 厚生労働省: 障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第395号、最終改正令和2年厚生労働省告示第213号), 2020.
- 2) 総務省: 人口推計. (<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/index.htm>)
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所: 日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計). (<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/t-page.asp>)
- 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: 障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第395号、最終改正平成29年厚生労働省告示第116号), 2017
- 6) 厚生労働省: 医療計画について(平成29年3月31日厚生労働省医政局長通知、令和2年4月13日一部改正), 2020.

F. 研究危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし	なし
2. 学会発表 なし	2. 実用新案登録 なし
H. 知的財産権の出願・登録状況	3. その他 なし
1. 特許取得	

表1 ワークシート 1.2 版のシートの構成

シート名	シートの機能
変更管理	ワークシート 1.2 版からの変更点を記載。
0.はじめに	引用したデータと使い方の簡潔な説明を記載。
1.入院患者数推計一覧_都道府県	令和 5 年度末の現状投影と改革シナリオの入院需要を出力。
2.入院患者数推計一覧 性別・年齢階級別(1年以上のみ)	長期入院に限定した詳細な入院需要を出力。
3.改革シナリオに基づく追加の基盤整備量(目標値)	令和 5 年度末の基盤整備量を出力。
ポンチ絵 A	現状投影と改革シナリオの入院需要の差を基盤整備量として図示(政策効果は α 、 β 、 γ の設定で動きうる幅を表示)。資料作成用。
ポンチ絵 B	
4.認知症入院受療率	認知症の長期入院患者の減少率に基づく γ の実績値を出力(参考用)。
平成 26 年入院受療率_都道府県別	計算に必要なデータや、ワークシート更新の際に参考にする情報を格納。ユーザーの操作や参照は不要。
認知症・認知症以外の 1 年以上の入院受療率(H14-23)	
将来入院需要(0~3 ヶ月以内)	
将来入院需要(3~12 ヶ月以内)	
将来入院需要(1 年以上)_認知症区分する場合	
平成 26 年入院需要	
平成 26 年人口	
都道府県一覧	
北海道、青森県、岩手県、……、鹿児島県、沖縄県(47 枚)	

表2 ワークシートの要改修点

シート名	改修事項
<ul style="list-style-type: none"> ● はじめに ● 入院患者数推計一覧_都道府県 ● 入院患者数推計一覧 性別・年齢階級別 (1年以上のみ) ● 改革シナリオに基づく追加の基盤整備量 (目標値) ● ポンチ絵 A ● ポンチ絵 B ● 将来入院需要(0~3ヶ月以内) ● 将来入院需要(3~12ヶ月以内) ● 将来入院需要(1年以上)_認知症区分する場合 	<p>平成 32 年度末 (第 5 期障害福祉計画の期末) の見出し及び数値を削除。</p> <p>平成 36 年度末 (7 年間の改革の終了時期) の見出し及び数値を削除、同じ欄に令和 5 年度末 (第 6 期障害福祉計画の期末) の見出し及び数値を表示。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● ポンチ絵 A 	<p>慢性期入院需要の減少量を示すブロック矢印の中に表示する数値を、平成 26 年度から令和 5 年度末までの減少量に変更。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● ポンチ絵 B 	<p>下部の「政策効果の見込みの内訳」の表の「地域移行する長期入院患者数の見込み (政策効果)」の百分率を、令和 5 年度末 (第 6 期障害福祉計画の期末) の数値に変更。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● はじめに ● 入院患者数推計一覧_都道府県 ● 入院患者数推計一覧 性別・年齢階級別 (1年以上のみ) ● 改革シナリオに基づく追加の基盤整備量 (目標値) ● ポンチ絵 A ● ポンチ絵 B 	<p>α が第 6 期障害福祉計画のそれとなるよう該当箇所を修正 (設定範囲を 0.65~0.74 (初期値 0.65) に変更)。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 北海道 ● 沖縄県 	<p>2020 年と 2025 年の間に 1 列挿入し、2023 年の将来推計人口を内挿により追加。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 将来入院需要(0~3ヶ月以内) ● 将来入院需要(3~12ヶ月以内) ● 将来入院需要(1年以上)_認知症区分する場合 	<p>参照するシート「北海道」~「沖縄県」の将来推計人口を 2023 年の列に変更。</p>

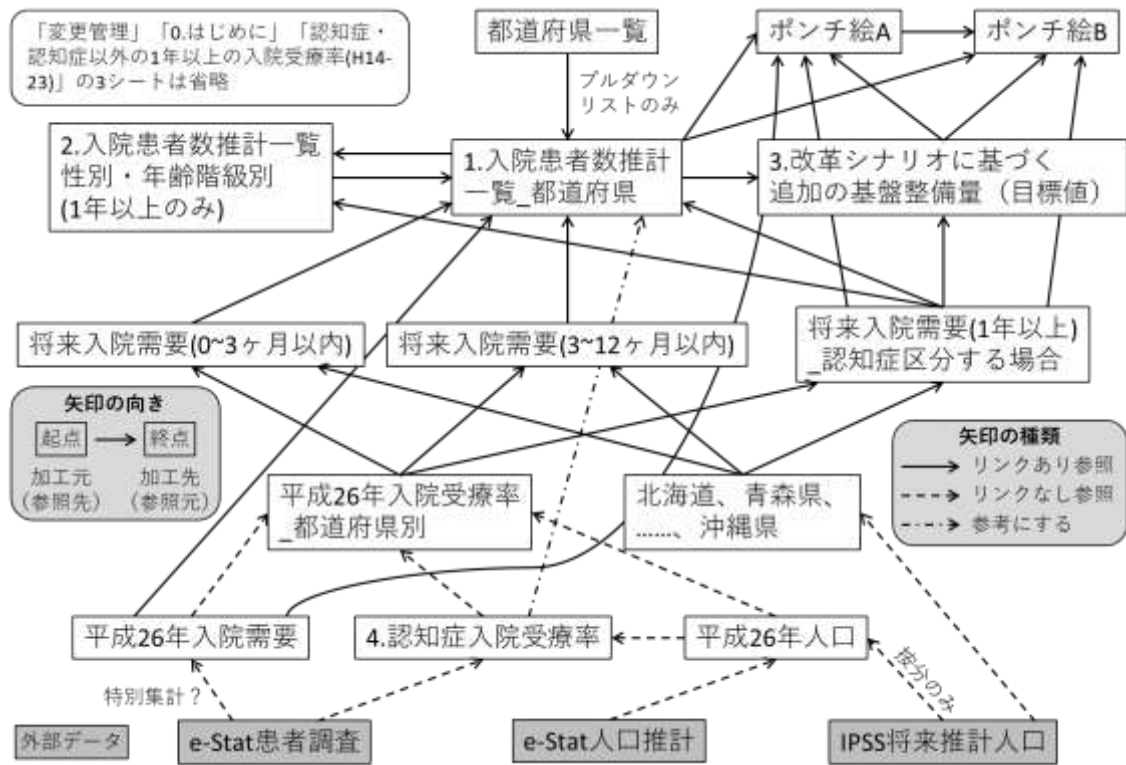


図1 ワークシート 1.2 版の構造 (シート間の連関)

厚生労働科学研究費補助金（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
分担研究報告書

精神医療の提供のモニタリングに関する研究

研究分担者：○立森久照¹⁾

研究協力者：白田謙太郎^{1,2)}，長島三四郎³⁾，瀬戸屋希⁴⁾，萱間真美⁴⁾，河野稔明⁵⁾，櫻木章司⁶⁾，辻本哲士⁷⁾，平田豊明⁸⁾

研究代表者：竹島正³⁾

- | | |
|---|---------------------|
| 1) 国立精神・神経医療研究センター トランス
レーショナル・メディカルセンター | 4) 聖路加国際大学大学院看護学研究科 |
| 2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健
研究所 | 5) 川崎市精神保健福祉センター |
| 3) 大正大学地域構想研究所 | 6) 桜木病院 |
| | 7) 滋賀県立精神保健福祉センター |
| | 8) 千葉県精神科医療センター |

要旨

本研究班では、精神医療の提供のモニタリングを目的とした全国調査を実施した。本報告書の目的は、(1) 調査プロセスの報告、(2) 研究班で検討した次年度調査実施方法の変更・改善点の提示である。後者には、厚生労働省担当課、調査内容に含まれる領域の専門家、研究班メンバーなどで令和3年度調査において、変更、追加、削除する調査項目について検討を重ねた結果の要点も含まれる。本研究班は実働開始が7月となったために調査準備に十分な時間が取れなかったが、例年の調査結果公表時期に間に合わせるスケジュールで調査を実施することができた。これは、調査の項目の検討の時間を省いて令和元年度の調査項目をほぼ踏襲することにして例年からの調査開始時期の遅れを最小限にしたことと調査対象施設・機関の協力の賜物と考える。またこれまでに開発されて調査で用いてきた電子調査票とウェブによる配票、回収システムの貢献も大きいと思われた。令和3年度調査項目の検討については、大きな変更点として、現行の調査では、精神科医療機関について、「精神病床を持つ医療機関」、「精神病床を持たない医療機関」の2種類の調査票を用いているものをこれ1種類に統合する代わりに、その内容を機能に着目して構成することが提案された。機能は、「基本機能、体制、職員数（基本機能）」「精神科外来・リエゾン機能（外来・リエゾン機能）」「精神病床機能（病棟機能）」の3つからなる。その機能を有しない施設は調査表のその部分に回答する必要をなくす。この変更により、精神病床を持つ、持たないといったストラクチャーによらず、有する（果たしている）機能について共通した調査項目で把握することが可能となる。これは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の検討、評価に利用しやすいデータとなると考える。

A. 研究の背景と目的

本研究班では、精神医療の提供のモニタリングを目的とした全国調査を実施した。本報告書の目的は、(1) 調査プロセスの報告、(2) 研究班で検討した次年度調査実施方法の

変更・改善点の提示である。

B. 方法

精神医療の提供のモニタリングを目的とした全国調査を実施した。調査対象は、全国の

精神科医療機関，訪問看護ステーション，および都道府県・政令指定都市の精神保健主幹課である。本調査は毎年実施されてきたものであるが，令和2年度調査の調査内容はこれまでに行われてきた同種の調査の項目をほぼ踏襲した。

また，令和3年度研究で実施する精神医療の提供のモニタリングを目的とした全国調査の内容について，研究班および厚生労働省の担当課にて検討を行い，方針を決定した。

本調査は調査を主体となって実施する国立精神・神経医療研究センターにおいて倫理審査の可否を諮り，倫理審査に対象となる調査ではないとの理事長決裁を得て実施した。

C. 結果／進捗

1) 調査プロセス

調査は2020年12月16日に開始した。提出締め切りは，自治体票については2021年2月4日，それ以外は2021年1月25日とした。回収状況を考慮して，締め切りを2月12日まで延長した。また延長した締め切り後に届いた回答も可能な限り集計に含めることにした。

諸事情があり研究班の発足が遅れたことで実働を開始できたのが7月となり，例年よりも調査期間を短くせざるを得なかったが，調査対象施設・機関の協力により例年とほぼ同じ数の施設・機関から回答を得ることができた。図1に令和2年度調査の回収率の推移を示した。回収率の分母は令和元年度の回収数（電子調査票と紙調査票での回答の両方を含む）とした。分子は令和2年度調査の「電子調査票」による回収数とした。最終的には，これに紙媒体の調査票での提出数が加わるために，この回収率は最終的な数値ではないことに注意する必要がある（それ以外の注意点は図の脚注を参照）。

2) 前年度調査からの主な変更点

例年と比べて調査の準備期間が大幅に短く

なったために，今年度調査は昨年度調査からの変更を最小限にして実施した。主な変更点は表1にまとめた。

3) 次年度調査項目・方法

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の観点からの精神医療に求められる医療機能の可視化を進めることを目的に調査内容を検討する方針が合意された。

(1) 自治体票

令和2年度調査では，①調査対象とする精神科医療機関の明確化，②病院の種別項目を新設，③医療保護入院・措置入院・緊急措置入院・応急入院届の前回入院の項目の削除，④精神医療審査会の請求に対する意見の区分の変更，⑤精神障害者保健福祉調査の項目の新設（平成28年度まではあった項目を復活）を行うことが提案された。

調査対象とする精神科医療機関の明確化は精神科医療機関票がどの施設に配布されるかの自治体間での差違を更に小さくし，調査結果の解釈性を高めるためである。また，自治体票で把握される医療機関数もこのより明確な定義に基づいたものになるため，利用しやすくなることが想定される。具体的な条件は，表2に示した。

病院の種別については，「病院の種別1：特定機能病院，地域医療支援病院，一般病院，精神病床のみを有する病院」，「病院の種別2：都道府県別精神科病院等，指定病院，その他」，および「病院の種別3：応急入院指定の有無」の3つの項目で把握することが提案された。「その他」は，「都道府県別精神科病院等は精神保健福祉法第十九条の七および第十九条の七の2に規定する病院，指定病院は精神保健福祉法第十九条の八に規定する病院，その他は上記以外の病院」と定義する。

医療保護入院・措置入院・緊急措置入院・応急入院届の前回入院時にに関する項目は削

除、あるいは記載の有無のみとすることが提案された。これは実際に記載を行っている者への聞き取りで、記載内容の正確性のばらつきが大きい可能性が指摘されたためである。

精神医療審査会の請求に対する意見の区分は、表3に示したように変更する。

(2) 精神科医療機関票

現行の調査では、精神科医療機関について、「精神病床を持つ医療機関」、「精神病床を持たない医療機関」の2種類の調査票を用いている。これを1種類に統合する代わりに、その内容を機能に着目して構成する。機能は、「基本機能、体制、職員数（基本機能）」「精神科外来・リエゾン機能（外来・リエゾン機能）」「精神病床機能（病棟機能）」の3つからなる。その機能を有しない施設は調査表のその部分に回答する必要をなくす。

病院の種別については、病院の種別を組み込む、あるいは、都道府県から提出された一覧表とリンクさせることとする。その場合の種別は既に示したように「病院の種別1：特定機能病院、地域医療支援病院、一般病院、精神病床のみを有する病院」、「病院の種別2：都道府県別精神科病院等、指定病院、その他」、および「病院の種別3：応急入院指定の有無」の3つの項目で把握することになる。なお、これに加えてこれまでにあった「いわゆる総合病院」を把握するための調査項目は継続して調査に含めることにした。

職員数は、精神科に勤務する常勤職員数、週1日以上勤務の非常勤職員数のみの回答とする。これまでにあった常勤換算の計算については、その数値の利用実績や回答者の負担軽減を考慮して廃止することを決定した。退院後生活環境相談員のひとり当たりの受け持ち患者数の記載を求めることは取りやめ、医療保護入院患者数を配置数で割って算出することが提案された。これも回答者の負担軽減が理由である。

6月30日0時時点の病棟の項目では、病

棟への電話機の設置の定義を厚生労働省の担当課と検討して記載を改める方針となった。また精神科急性期治療病棟入院料（16：1）に「配置加算の有無」を追加することとした。

6月30日0時時点の在院患者の項目では、住所地と所在地は「市町村（特別区の場合は区）まで同一」と「異なる」に変更し、65歳以上についてバーセルインデックスもしくは要介護度の記載を設けることも提案があった。

退院患者の転帰の項目について、住所地と所在地は「市町村（特別区の場合は区）まで同一」と「異なる」に変更し、退院後転帰に、計画相談の有無（有はセルフプランを含む）を追加する。また、退院後の転帰で「死亡」を選択した場合、退院先住所を入力しなくても良いようにする。退院後の転帰の選択肢には厚生労働省の担当課からも提案があったので、来年度研究で検討し決定することにした。

医療保護入院した患者への退院後支援委員会の実施、患者本人の参加、家族の参加、地域援助事業者の参加は有無のみの回答とする。「地域援助事業者の紹介の有無」は削除する。これも回答者の負担軽減が理由である。

(3) 訪問看護ステーション票

訪問看護ステーション票については、厚生労働省の担当課から以下の項目の追加の提案がされ、基本的にこれらを追加することになった。

- 精神科訪問看護基本療養費の区分を問う（(I) (III) (IV)の算定数）
 - 「精神科重症患者支援管理連携加算」の届出有無
 - 「精神科複数回訪問加算」の算定有無
 - 「精神科複数名訪問看護」の算定有無
 - 職員数の「看護師」のうち、「専門看護師・認定看護師」の数
 - 職員数の「看護補助者」の数
- 令和2年の改定を反映させて、(変更前)

精神科在宅患者支援管理料（イロハのいずれか）の算定の有無から（変更後）精神科在宅患者支援管理料（1・2・3のいずれか）の算定の有無に変更することも提案された。

D. 考察

本研究班は実働開始が7月となったために調査準備に十分な時間が取れなかったが、例年の調査結果公表時期に間に合わせるスケジュールで調査を実施することができた。これは、調査の項目の検討の時間を省いて令和元年度の調査項目をほぼ踏襲することにして例年からの調査開始時期の遅れを最小限にしたことと調査対象施設・機関の協力の賜物と考える。またこれまでに開発されて調査で用いてきた電子調査票とウェブによる配票、回収システムの貢献も大きいと思われた。

令和2年度調査の結果は、予定通り2021年5月末に国立精神・神経医療研究センターのウェブサイト内 (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>) に公開予定である。

令和3年度調査項目の検討の結果、大きな変更点として、現行の調査では、精神科医療機関について、「精神病床を持つ医療機関」、
「精神病床を持たない医療機関」の2種類の調査票を用いているものをこれ1種類に統合する代わりに、その内容を機能に着目して構成することが提案された。機能は、「基本機能、体制、職員数（基本機能）」「精神科外来・リエゾン機能（外来・リエゾン機能）」
「精神病床機能（病棟機能）」の3つとし、機能を有しない施設は調査表のその部分に回答する必要をなくす。この変更により、精神病床を持つ、持たないといったストラクチャーによらず、有する（果たしている）機能について共通した調査項目で把握することが可能となる。これは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の検討、評価に利用しやすいデータとなると考える。

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

表1 令和元年度調査からの調査内容の主な変更点

調査票種別	調査項目	変更点
自治体票	精神医療審査会の意見聴取の有無	(前年度)「1. 意見聴取あり」「2. 書面での意見聴取」「3. その他」 (今年度)「1. <u>対面での</u> 意見聴取」「2. 書面での意見聴取」「3. その他」
自治体票	年度またぎ(複数の年度で案件が重複する)の扱い	衛生行政報告例に合わせた。
精神病床を持つ医療機関票	同一法人内施設	(前年度) : ※自身の施設を除いた数字を計上してください。 (今年度) : ※同じ都道府県内の施設数を入力してください。 ※自身の施設は除いた数字を計上してください。
精神病床を持つ医療機関票	患者の入院前住所および退院前住所	(前年度) : 「市区町村, 政令市の区まで同一」 (今年度) : 「市区町村まで同一(政令市は市内まで同一)」

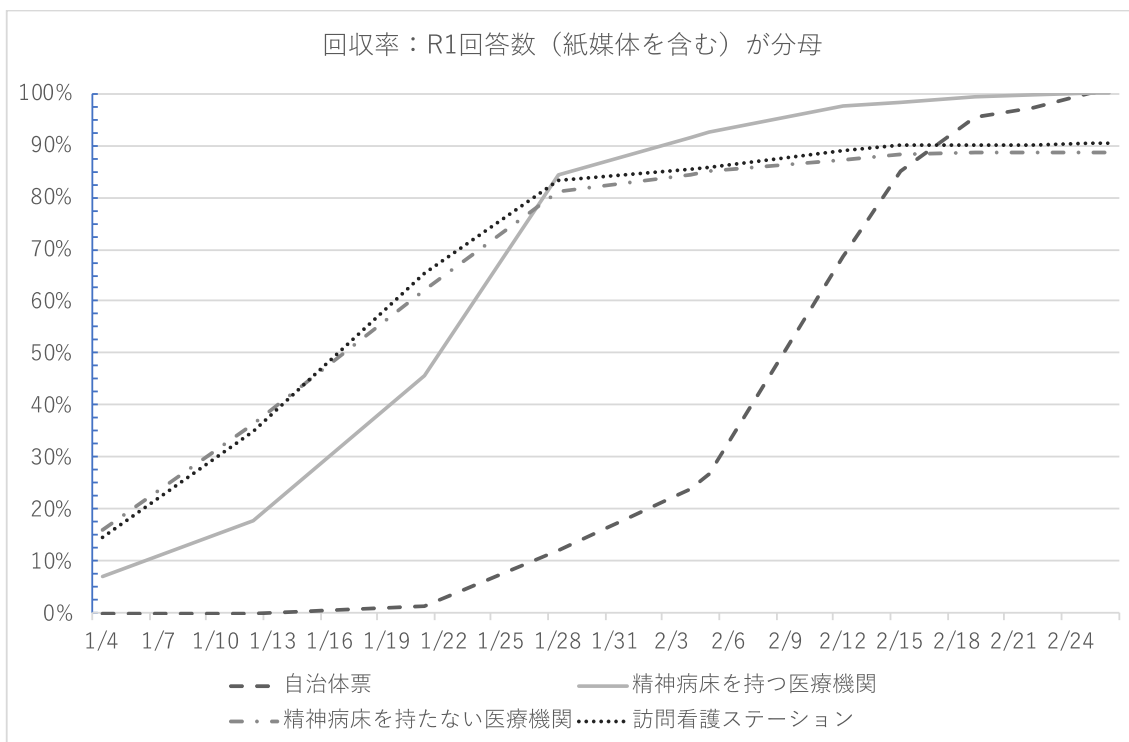
表 2 令和 2 年度調査の調査対象とする精神科医療機関の条件

番号	内容
(1)	医療法上の許可・届出を 6 月 30 日時点で行っており、健康保険法上の地方厚生局への届出も行っている医療機関番号を持つ医療機関とする。
(2)	病院については、精神病床を有する病院を対象とする。
(3)	診療所等については、(2) 以外の、各都道府県・政令指定都市の把握している診療所や病院の精神科外来、精神科リエゾン診療を行っている医療機関とする（精神病床 20 床未満の精神科有床診療所を含む）。
(4)	調査年の 6 月 30 日までに閉院および休止・休診の届出が都道府県もしくは政令指定都市に提出されている機関は調査案内配布施設からは除外する。
(5)	老人ホームの医務室や、医療刑務所等、施設内部の特定の対象のみを診療する医療機関は除外する。

表3 令和3年度調査での精神医療審査会の請求に対する意見の区分案

① (退院請求) 現在の入院形態での入院が適当
② (退院請求) 他の入院形態への移行が適当
③ (退院請求) 合議体が定める期間に他の入院形態への移行が適当
④ (退院請求) 合議体の定める期間に病状, 処遇等を報告することが適当
⑤ (退院請求) 入院の継続は適当でない
⑥ (処遇改善請求) 処遇は適当
⑦ (処遇改善請求) 処遇は不適当
⑧ 取下げ
⑨ 要件消失
⑩ 審査中
⑪ その他

図1 令和2年度調査の電子調査票による回収率の推移



注1：回収率の分子に用いたのは令和2年度調査の「電子調査票」による回収数である。これに紙媒体の調査票での提出数が加わるために、この回収率は最終的な数値ではないことに注意されたい。また、ここでは回収数は速報値を使用したため、最終的には取り除かれる同一施設からの複数回答などの無効回答を含んでいる可能性がある。

注2：令和2年度調査の対象施設数は、令和2年度調査完了時に自治体から提出される配布施設リストを参照しないと不明のため、ここでは代用として令和元年度の電子調査票と紙調査票を合わせた回答数を分母に用いた。施設の新設や統廃合、調査対象施設の定義の若干の変更などの影響で、令和2年度調査の対象施設数と令和元年度の電子調査票と紙調査票を合わせた回答数は、大きく異なることはないが、必ずしも等しくないことに注意が必要である。

注3：自治体票とそれ以外では締め切り日が異なる。当初の締切は、自治体票については2021年2月4日、それ以外は2021年1月25日とした。

令和2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）
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

分担研究報告書

地域における医療機関間の連携に関する研究

分担研究者

北村 立（石川県立高松病院・院長）

研究協力者

山口武兼（東京都保健医療公社）、中村満（成増厚生病院）、岩田和彦（大阪精神医療センター）、遠田大輔（富山県立大学看護学部）、松井隆明（三善病院）、齋藤円（ひらかた市民病院）、嶋森好子（岩手医科大学看護学部）

研究要旨：【目的】①一般病院における精神科医の勤務状況や、管理者が精神科医に期待する役割を調査する。②かかりつけ医が精神科医療に期待していることや連携を困難にする点を明らかにする

【研究方法】①日本病院会の会員病院の管理者に対するアンケート調査、②かかりつけ医12人に対し1時間の半構造化面接を行い、内容を質的に分析する

【結果および考察】① 529病院から回答が得られ（回答率21.4%）、単科精神科病院を除いた510病院のデータを解析した。59.6%の病院で精神科医が勤務しており、このうち増員を希望する病院が44.1%あった。精神科医が勤務していない病院では、47.8%が精神科医の勤務を希望していた。以上より、一般病院における精神科医のニーズは高いと考えられた。一方精神病床を有する病院の28%が削減を考慮しており、精神病床は一般病床に比べ、採算面と病床利用率の面で圧倒的に劣ることは重要な案件と考えられた。精神科医に期待する役割として「入院中のせん妄や認知症への対応」が64.5%と群を抜いており、老年精神医学の教育の重要性が示唆された。一方で、「睡眠障害への対応」、「アルコール使用障害への対応」については、期待する病院管理者は少なかった。睡眠障害に対する適切な睡眠薬の使用や睡眠衛生指導、アルコール使用障害に対する節酒指導は、我が国の健康問題を考える上で重要なテーマであり、このような精神医学的なアプローチを、もっと病院管理者に周知する必要がある。新型コロナウイルス感染症に罹患した精神障害者の治療環境としてふさわしいものについては、約半数の管理者が単科精神科病院でみることを基本と考えていた。精神科特例など単科精神科病院の特殊性への理解は乏しいと考えられた。

② データ収集は終えており、解析中である。

【結論】一般病院における精神科医のニーズの高さが明らかになった。しかし一般医療と精神医療の診療報酬面での差が大きいため、一般病院では精神科医が十分に活躍できない可能性がある。一般医療と精神医療を切り離して考えることは時代のニーズに合わなくなっており、抜本的な変革が必要ではないかと思われた。

地域における医療機関間の連携を明らかにするために、「一般病院における精神科医療の必要性と期待する役割についての研究」と、「地域におけるかかりつけ医と精神科医の連携に関する研究かかりつけ医と精神科医の連携についての研究」を行った。

研究1 一般病院における精神科の必要性と期待される役割についての研究

A.研究目的

一般病院に精神科医が常勤することは、その直接的な診療行為だけでなく、一般科との連携により、その病院の医療の質全般の向上に寄与すると考えた。最近、診療報酬面でも、精神科リエゾンチーム加算や、総合入院体制加算の要件に精神科病床が位置付けられるなど、一般病院における精神科医の診療に一定の評価が得られているが、超高齢社会を迎えた上に、複雑化しストレスの大きい我が国の社会情勢を考えると未だ不十分であると言わざるを得ない。

本調査では、一般病院における精神科医の必要性と期待される役割を明確にし、精神科と他科との連携に関して、より具体的な議論を進めることを目的とする。

B.研究方法

令和2年9月16日現在、一般社団法人日本病院会に加盟するすべての医療機関2,469施設を対象とした。PDFファイルの調査票（直接入力可）を添付し、全会員病院へメールおよびFAXによる一斉送付を行い、回答はデータ送信、メール添付、FAXいずれかによって行う方式とした。調査期

間は令和2年9月16日～10月31日である。

（倫理面への配慮）

本研究では個人情報扱わない。

C.結果

529施設から回答が得られた。[全2,469施設（令和2年9月現在）回答率21.4%] 病院内での精神科医療の実態を把握するために、単科精神科病院（19施設）からの回答を除いて集計した。

1. 精神科医勤務の状況

回答した病院のうち、304病院（59.6%）で精神科医が勤務していた。人数は、200床未満で常勤医2.1人、非常勤医1.4人、200床以上では常勤医4.5人、非常勤医3.5人であった。「精神科医の派遣が保証されるとしたら、精神科医の増員を希望するか」の問いには、「増やしたい」が44.1%、「現状維持」が52.0%で、「減らしたい」と回答した病院が5病院（1.6%）あった。

精神科医の勤務していない203病院のうち、97病院（47.8%）が精神科医の勤務を望んでいた。逆に精神科医は不要と答えたのは106病院で、全体の20.8%であった。その理由は、「病院の性質上馴染まない」、「連携がうまくいっており必要性を感じない」などであった。

2. 精神病床について

200床未満の病院で精神病床があるのは3病院（7.1%）に過ぎず、200床以上では92病院（35.1%）が精神病床を有していた。精神病床を有する病院のうち28%が精神病床の削減を考えていた。

3. 標榜科について

精神科を標榜している病院が 63.5%、心療内科が 9.5%、精神科神経科が 6.3%、神経科精神科が 3.9%などであった。とりまとめると、精神科が約 75%、心療内科が約 10%、その他が約 15%で、標榜科はないという回答もあった。

4. 精神科医に期待する役割について (表 1、図 1)

病院管理者が精神科医に最も期待する役割として、「入院中のせん妄や認知症への対応」が 64.5%で最も多く、次いで「緩和ケア」が 34.5%、「救急医療における自殺企図者への対応」が 32.9%、「職員のメンタルヘルス」が 31.6%などであった。

5. 新型コロナウイルスへの対応について (図 2)

新型コロナウイルス感染症に罹患した精神障害者の治療環境としてふさわしいものを尋ねたところ (複数回答可)、「内科医を派遣するなどして単科精神科病院でみる」「重症化した場合の受入れを保証したうえで、原則単科精神科病院でみる」と、単科精神科病院での治療環境を望ましいと考える管理者が半数近く (44.9%) を占めた。

D. 考察

約 80%の病院で、精神科医が勤務している、または精神科医を希望していることから、一般病院における精神科医のニーズが高いことが明らかになった。また精神科医の勤務する病院では 44%が増員を希望していることから、一般病院における精神科医の役割は増えていると考えられる。

これとは反対に、精神病床を有する病院のうち 28%が精神病床の削減を考えていた。精神病床は一般病床に比べ、採算面と

病床利用率の面で圧倒的に劣ることは重要な案件である。これは、小手先の診療報酬改定では修正不可能であるが、例えば総合入院体制加算 2・3 の施設基準に、標榜科としての精神科を明記するなど、少しでも工夫していく必要がある。また、どうしても採算面で折り合いがつかなければ、一般病院と精神科医療施設のより強固な連携方法を検討する必要があると思われる。

精神科医に期待する役割として、「認知症やせん妄への対応」が群を抜いていた。認知症やせん妄の分野は、精神医学の教育において歴史的に軽視されがちである。よって精神科専攻医の教育を担当する者には、老年精神医学教育の重要性を認識してもらう必要がある。また、精神科医が重要と考えている、「産後うつへの対応」や「睡眠障害への対応」、「アルコール使用障害への対応」については、期待する病院管理者は少なかった。産後うつは実数が少ないのでやむを得ないが、睡眠障害に対する適切な睡眠薬の使用や睡眠衛生指導、アルコール使用障害に対する節酒指導は、我が国の健康問題を考える上で重要なテーマと考える。特にアルコール使用障害は我が国に 1000 万人以上いると言われており、糖尿病等の生活習慣病と深い関係があることから、これに対する精神医学的なアプローチを、もっと病院管理者に周知する必要がある。

精神科医に期待する役割として、職員のメンタルヘルスへの期待も予想以上に高かった。職員のメンタルヘルス対策は現代の病院管理者にとって重要なテーマである。勤務する精神科医が直接職員を診察することは難しいが、産業医を中心として、精神

科医や公認心理師などをメンバーに加え、病院ごとに職員のメンタルヘルスを管理する部門を作る必要があるかもしれない。

新型コロナウイルス感染症に罹患した精神障害者の治療環境としてふさわしいものを尋ねたところ約半数の管理者が単科精神科病院でみることを基本と考えていた。単科精神科病院では、内科常勤医のいる病院は少なく、また患者のアメニティや危険防止を重視した病棟構造になっており、感染症対策はほとんど考慮されていない場合が多いので、現状を正しく理解されていないと思われた。さらに単科精神科病院は精神科特例のため看護師の配置も15対1など一般の病院より少ないため、単科精神科病院で感染症患者の受入れを期待されても困難な状況が理解されていないと考えられた。

E. 結論

高齢化し複雑化する現代社会においては、一般病院にも精神科的視点が必要なことは論を待たない。今回の結果でも精神科医へのニーズの高さが示された。しかし、精神科は一般科に比べ圧倒的に診療報酬が安いと、一般病院で精神科医が十分に力を発揮することは容易でない。また単科精

神科病院は精神科特例の問題があり、今回の新型コロナウイルス感染症などへの対応は困難を極める。一般医療と精神医療を切り離して考えることは時代のニーズに合わなくなっており、抜本的な変革が必要ではないか。

F. 研究危険情報

なし

G. 発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

第34回日本総合病院精神医学会総会（令和3年11月19日、福井市）シンポジウムにて、「病院管理者が精神科医に期待すること～日本病院会の調査から～」の演題で発表予定

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

表1 精神科医の役割

	実際に行っている 役割（複数回答可）		期待する役割 （上位3つ）	
	病院数	割合	病院数	割合
救急医療における自殺企図者への対応	166	54.6%	100	32.9%
入院中のせん妄や認知症への対応	275	90.5%	220	64.5%
緩和ケア	188	61.8%	105	34.5%
睡眠障害への対応	192	63.2%	39	12.8%
アルコール使用障害への対応	139	45.7%	13	4.3%
産後うつへの対応	154	50.7%	29	9.5%
物忘れ外来	110	36.2%	39	12.8%
児童思春期のこころのケア	104	34.2%	25	8.2%
高齢者などの不安や抑うつ	228	75.0%	88	28.9%
院内のクレーム対応、アドバイス	48	15.8%	8	2.6%
職員のメンタルヘルス	177	58.2%	96	31.6%

総数 304 病院

図1 精神科医の役割

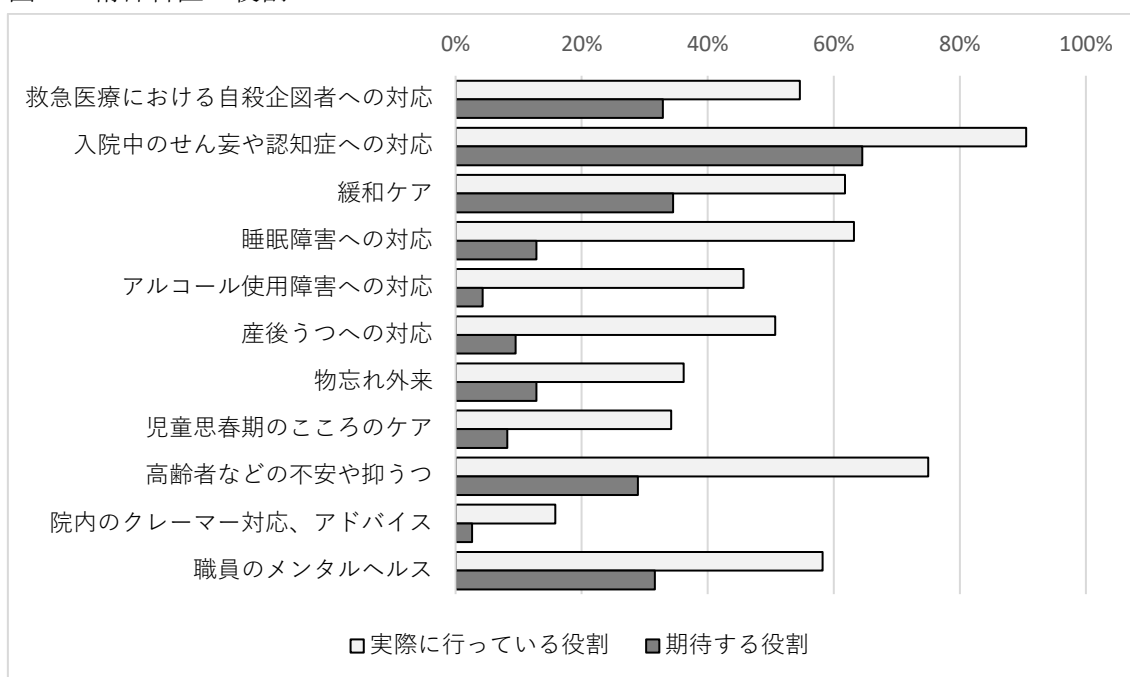
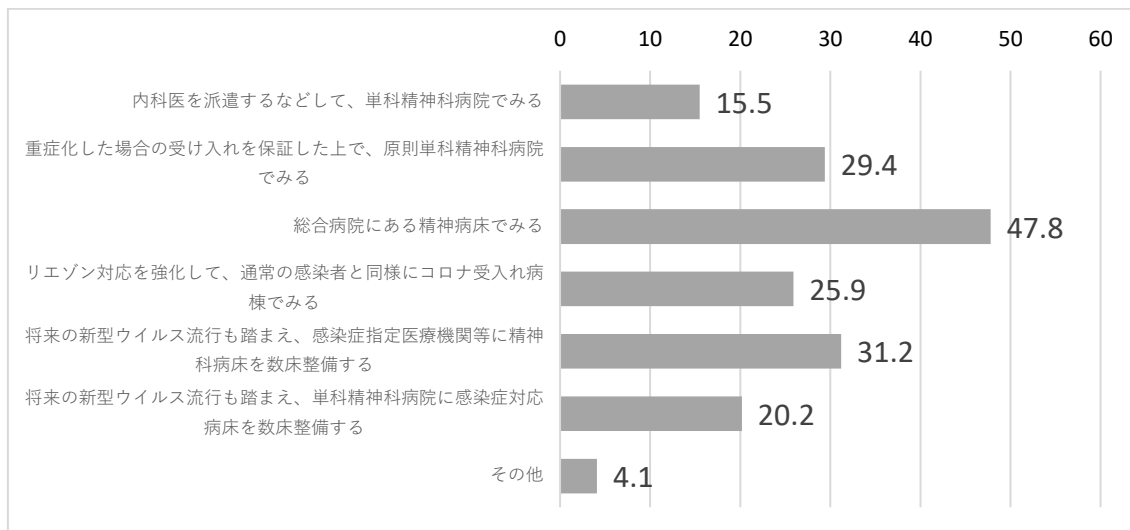


図2 新型コロナウイルス感染症に罹患した精神障害者の治療環境としてふさわしいもの



研究2 地域におけるかかりつけ医と精神科医の連携に関する研究

A. 研究目的

近年精神科疾患のすそ野が広がっている。うつ病や認知症ばかりでなく、アルコール使用障害やギャンブル依存、ゲーム依存などへの対応方法を考えるとき、精神科の専門性は不可欠である。これからの我が国において地域包括ケアシステムの構築は重要な課題だが、それを考える上でも精神科医や精神医療の役割は大きい。しかし、我が国の精神医療は精神科病院の入院治療を中心に発展しており、扱う疾患も統合失調症、双極性感情障害、中毒性精神障害、器質性精神障害などの重症例が多く、一般の人にとって敷居が高い。近年急増している精神科クリニックも、ほとんどが予約制で休日夜間の対応は難しく気軽には利用できない。このようなこともあって、精神科医と一般科医、かかりつけ医の間には大きな溝があるように感じている。そこで、かかりつけ医に半構成的インタビューを行

い、これを質的記述的に分析することで、かかりつけ医が精神科医療に期待していることや連携を困難にしている点などを明らかにする。

B. 研究方法

居住地域に偏りのない、かかりつけ医12人に対し、オンライン面談で1時間程度の半構成的インタビューを行う。インタビューはかかりつけ医と面識のない看護師で、インタビューガイドに沿って行う。録音された内容はすべて逐語録に起こし、質的記述的に分析する（テーマ内容分析：thematic content analysis）。逐語録を繰り返し読み、かかりつけ医や精神科医の考えを表した記述部分を抽出しデータとし、コード化する。コード化された意味内容の類似性と相違性を比較しながら類型化し、サブカテゴリ化し、さらに抽象度を高めカテゴリ化する。データ分析は熟練した研究者が行う。

（倫理的配慮）人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に基づいて個人情報の保

護を行った。データの解析においては個人識別情報である氏名は削除し、本人が特定できない方法で厳重に行った。石川県立高松病院の倫理審査委員会の承認（第 2002 号）を得た。

C.研究の経過

金沢市医師会へ協力を依頼し、令和 2 年 11 月～12 月にかけて、かかりつけ医 6 人のインタビューを終えた。その他の地区は東京と大阪を予定していたが、新型コロナウイルス感染の拡大のためリクルートが進まず、機縁法にて、青森県、千葉県、埼玉県、大阪府、京都府、大分県在住の、かかりつけ医 6 人をリクルートし、令和 3 年 1 月～2 月にかけてインタビューを行った。すべてのデータを逐語録におこし、現在解析中である。

精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究

研究分担者：杉山直也（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究協力者：江澤和彦（日本医師会），桐原尚之（全国「精神病」者集団），八尋光秀（西新共同法律事務所），工藤正志（日本精神科看護協会），中島豊爾（岡山県精神科医療センター），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），野田寿恵（あたま中央クリニック），田口寿子（神奈川県立精神医療センター），藤田梓（国立病院機構天竜病院），三宅美智（岩手医科大学），石井美緒（川崎市精神保健福祉センター）

要旨

【背景と目的】精神保健福祉調査によってマクロに観察されてきた行動制限（隔離・身体的拘束）量は増加傾向で推移してきた。その本来要因は治療文化や医療技術、医療安全意識の変化、急性期や高齢者ニーズの増加等が考えられ、実態調査では把握しにくい。本研究の将来目標は、本質的な行動制限最小化の実現にあり、実効性のある最小化法として知られるコア・ストラテジーや、その理念や方法論を軸とした種々の実効的方策の普及を目指し、そのために必要な関連事項の整理や提案を目的とした。

【対象と方法】1. 行動制限量に影響する本来要因について、最小化理念の普及を兼ねた看護職員を対象とした意識調査アンケートの実施、2. 必要なモニタリング体制の構築、3. 先行的な取り組みを参考とした都道府県単位の行政主導による最小化法の普及モデルの確立、4. エキスパートオピニオンによるさらなる最小化手段の探索、とした。

【結果】1について、日本精神科看護協会の協力を得てWEBアンケートを実施中、2. 専門性を有する協力研究者により、様々なモニタリング案を検討中、3. 行政主導の確立した最小化方策による施策パッケージ案についての意見交換、4. さらなる最小化手法の例示および討議を行った。

【考察】いずれも、研究途上にあり、成果の提示に至らないが、順調に進捗し、有意義な検討が実施されている。

A. 研究の背景と目的

本分担研究を括る「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」（20GC2003）の目的は、わが国が本格的な人口減少と高齢化を迎える中、精神科と他の診療科との連携、地域の多様な生活支援との連携による良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにする

ことであり、その促進を図るモニタリングの体制の確保を目指している。

精神保健福祉調査によってマクロに観察されてきた行動制限（隔離・身体的拘束）量は増加傾向で推移してきた。精神科医療の質向上のためには、可能な限り非制限的な医療の実践が求められ、隔離・身体的拘束に代表さ

れる行動制限について、本質的な最小化を実現することが、本研究の将来目標である。

精神病床における隔離・身体的拘束件数の近年の増加に関連する本来的な要因として、治療文化や医療技術、医療安全意識の変化、急性期や高齢者ニーズの増加等が考えられているが、これらは実態のみを調査することでは把握しにくい。

実効性のある行動制限最小化法として、組織改革のためのリーダーシップ、データ利用、院内スタッフ力の強化、隔離・身体拘束使用防止ツールの利用、入院施設での患者の役割、デブリーフィングの6方策からなるコア・ストラテジーが国際的に定着しており、これまでの先行研究の中で、わが国での実現可能性が検証されている。

本研究では、20GC2003の目的をふまえ、現状よりも質の高い医療の実践および提供が実現されることを目指し、実効性のある最小化法として知られるコア・ストラテジーや、その理念や方法論を軸とした種々の実効的方策の普及を目指し、そのために必要な、実態調査、モニタリング体制の構築、行政主導の確立した最小化方策による施策パッケージの策定、さらなる最小化手法の探索等、関連事項の整理や提案を目的として研究を実施した。

B. 研究方法

1. 方針決定プロセス及び討議

研究会議（オンライン）を開催し、メールによって研究員同士の意思疎通をはかりつつ、方針提示、討議等を行って、研究計画を策定、実践した。

2. 実態調査

行動制限実施に関する実態のみを調査することでは本来要因が把握しにくいことから、最小化という本来目的により有用となるよう、治療文化、組織文化、スタッフ認識、知識、スキルなどに関する調査を実施した。

調査方法は、先行研究を参考に、コア・ストラテジーによる行動制限最小化をテーマとした医療職対象の意識に関するアンケート調査を考案し、対象への周知効率、回収効率、費用などをふまえ、WEBによる調査とした。研究会議やメール審議にてアンケート案の修正、改訂を重ね、確定したアンケートについて、WEB調査の実装を発注した。

対象は、精神科診療関連業務に従事あるいは従事していた看護職員とした。

調査期間は2021年1月下旬（WEBページへの実装発注後、準備が整い次第のアップロードとし、同時並行的に対象者への案内を行ったため正確な開始期日は不定）から同年2月21日とし調査を行った。なお、進捗確認の中で回答数の不足が想定されたため、下記のように倫理手続きを経て調査期間を同年4月21日まで延長した。

手続きとしては、協力研究者が所属する日本精神科看護協会に同研究者を通じて調査協力依頼し、対象者への周知に努めた。より多くの回答が得られるようフライヤーを作成し、QRコードを用いてすぐにアンケート頁にリンクできるようにするなどの工夫を行った。

倫理的配慮として、分担研究者が所属する公益財団法人復康会の倫理審査委員会にて承認を得た（2020年12月18日）。なお、調査

開始後に回答数の不足が見込まれたことから、2021年4月21日までの調査期間の延長について同倫理審査委員会にて迅速審査を行い、承認を得た（2021年2月22日）。

3. モニタリング体制の構築

先行研究を参考に、これまでに提唱されている行動制限量に関する指標（全入院患者のうち行動制限実施者が占める割合等）に着目し、データソースは精神保健福祉資料（通称630調査）とした。同調査資料における行動制限数のカウント定義が、平成29年6月30日から精神保健福祉法に則った指示のある患者と変更され、隔離・身体拘束指示のある患者の属性（主診断、性別、在院期間、入院形態、年齢、病棟入院料、病院住所地と患者住所地、生活保護の有無など）も参照できるようになったことから、研究者間で討議し、次項に示す「行政主導の確立した最小化方策による施策パッケージの策定」での活用を見据えて、指標である行動制限量に影響を及ぼす要因などについて検討し、モニタリング体制の構築を目指した。

精神保健福祉資料を用いることから、同データソースを主要課題として扱う親研究（20GC2003）において、専門知識を有する研究者に助言等を依頼した。

4. 行政主導の確立した最小化方策による政策パッケージの策定

先行的な取り組みを行っている自治体における類似活動に分担研究者が参加していたことから、同自治体の取り組みにおける代表的メンバーを協力研究者に招き、資料や知識の共有を依頼した。

この取り組みをプロトタイプモデルとして、全国の自治体で汎用可能な最小化策を実践するためのパッケージの策定を目指した。

5. さらなる最小化手法の探索

1～4には、これまでに提唱された行動制限最小化の理念がほぼ網羅されていることから、さらに新たな対策を探索すべく、研究協力員に呼びかけるとともに、研究分担者として文献資料を検索、自施設での有用な取り組みを紹介していく手順について確認した。

C. 研究結果/進捗

1. 会議の開催等

(ア) [全体研究会議等]

- ① 2020年7月8日（オンライン）初回会議（方針提示・検討等）
- ② 2020年9月15日（オンライン）進捗報告
- ③ 2020年11月6日（オンライン）医療計画等に関する討論①
- ④ 2020年11月27日（オンライン）自治体向け研修の実施、分担研究の説明
- ⑤ 2021年2月22日（オンライン）見解提示等
- ⑥ 2021年3月25日（オンライン）医療計画等に関する討論②

(イ) [分担研究会議]

- ① 2020年10月14日（オンライン）スタートアップ（方針説明・討議等）
- ② 2021年1月14日（オンライン）関係者討議等

③ 2021年3月29日（オンライン）進捗報告・討議等

2. 実態調査

資料1に示すアンケート調査を1月下旬にWEB上に公開し、アンケートを実施した。

調査の周知について、協力を得た日本精神科看護協会によれば、会員が所属する関連機関宛に送付している毎月の月刊誌に調査の案内を掲載し、主要な関係者で構築されるメーリングリストなどでの周知の徹底を行い、回答促進を図ったとのことであった。

進捗を確認する中で、想定された回答数が不足していたため、新たに倫理委員会（迅速）を開催し、調査期間延長の承認を得た。日本精神科看護協会には、延長期間における回答協力を再度依頼し、回答促進を図った。

2021年3月18日時点での回答数は750件であり、4月21日の締め切り後、集計作業を開始する予定である。

3. モニタリング体制の構築

2020年10月14日分担研究会議（オンライン）にて、解析の例を提示し、意見を募った。

2021年1月14日の関係者討議（オンライン）にて、修正を加えたモニタリング案について討議した。

隔離割合（横軸）、身体的拘束割合（縦軸）のマトリックスを用いて、都道府県毎の年度推移について、全体、疾患圏毎、病棟種別毎に示す案が提案された（図1～4）

4. 行政主導の確立した最小化方策による施策パッケージの策定

ある自治体での先行的取り組みについて、同自治体の許可を取得したうえで、可能な資料を供覧、本取り組みに参加していた研究分担者、研究協力者からの説明を行って、全体方針を確認した。

成果物となる政策パッケージ案（資料2）を2021年3月29日の分担研究会議（オンライン）に提示し、以下のような意見と討議がなされ、課題集約された。

【政策パッケージのスキームに関して】

〔意見〕

- 先進諸外国の専門家にスーパーバイズに入ってもらう案はどうか
- 首長の号令（都道府県知事）はよいが、知事と国の関係は、裏付けはどうか
- 何よりもまず全医療従事者の意識改革を根底に行わなければ何をやってもうまくいかない。プランが行政発信に見え、むしろ現場発信であったほうが長続きする。行政と現場が共に作り上げる形にした方がよい。県知事の号令はもちろん大事だが、現場をわかっていない人の号令は重みが少ない。人員云々ではなく、現段階での防げる隔離・身体拘束について考え、施設の状況・レベルに応じて1件でも減らす自助努力を考えるべき。
- トップよりは下の充実度が大事、かつそれに反応できるトップが大事、中身勝負であるべき。現場の意欲を高めることについて、本研究のアンケートが周知にもなっ

た。アンケート結果をもとに波を起こしていく材料にしていければ良い。

- 自治体主導はよいと思うが、現場が具体的にどういう行動をとるかが大事。パッケージの中で、自治体と現場が話し合える場を。自治体に目標値だけ掲げられると現場は困ってしまう。
- 自治体を中心とした政策パッケージは大事だが、行政が言い出したこと、という受け取られ方をすると、真の意味での隔離・身体拘束の最小化にはならない。コア・ストラテジーの普及も研究目的で、アンケートはその手段でもあった。普及としての成果を出すことも重要。
- ただの治療をしているのではなく、法的な強制の契機が常にある。研究班だけの問題ではなく、また研究班のテーマでもないが、省や国がどう法律のチェックシステムを作るのかと密接に絡んでおり、その認識をもって進めないと言及モデルや政策パッケージがうまく作動しない可能性もある。
- 知事の号令は、すべての自治体で同じようにはいかない。まずは先進県などで手挙げ式で試験的に、個々の病院で考えるのではなくステークホルダーなども含めた様々な属性を含めた病院間での意見交換をし、そこで得た情報を病院に持ち帰って実践していく、成果を報告する、という動きが望ましいように思う。現場への浸透のさせ方、運営の仕方などの情報共有や、自分の病院へのアレンジなどを考えていけるような場になればいい。大枠として行政が主導になっているイメージ。
- 最小化に熱心な病院の行動が病院のメリットとなることはないのか。自主性だけを重んじるとなかなか続かない。

〔集約〕

- 首長号令の枠組みについては、国に配慮しなければいけない事情があれば、必要な手続きを踏む必要があるが、今のところ想定されない。
- 知事の号令が目立つ案であったが、それが最重要ではなく、自分たちが何ができるのかをボトムアップで探っていくことこそが重要で、最終的にそれを受けて知事が号令を発してくれれば追い風、というコンセプトである。現在できることの普及啓発も含めて最小化を目指していく研究である。
- 政策パッケージ案について、国や法律が規定するのではなく、あくまで自治体自らが改善するために動く、という理解が望ましい。

【当事者参加について】

〔意見〕

- 当事者参画について、実際に隔離・身体拘束を受けている当事者と解釈するのか、当事者団体の当事者などが参画するのか

〔集約〕

- 当事者参画の解釈については、コア・ストラテジーの中で、ピア活動が重視されているほか、協議会等への参画では団体の代表者を想定している。今後の具体的の中で当事者としての意見を提出されたい。

【法的解釈について】

〔意見〕

- 身体拘束は法的拘束であり、権力構造の中で行われているもので、本来はその適正を保持する責任、モニタリングする責任、検

証し改善していく責任は国にまずあるとともに地方公共団体の長にも義務が生じる。強制的措置を取る以上は最小限度でなければならないし、適正化されていなければならない。それを無視して現場でという議論では格差は埋まらないし、最小化できないところはいつまで経ってもできず、違法な状態が続くことになる。本研究の目標は現行システムのままだう隔離・身体拘束を最小化できるのかという位置づけと思われ、しかし、それは法的拘束の肩代わりではないか。本来はやるべきところがきちんとシステムを組まないといけないということを前提に、まずは現場の改善をしていくことが重要ではないか。そうでないと良い政策提言ができたところで活用されない。

〔集約〕

- 現場の拘束が違法か合法かについて正確な検証はなされていないが、一般に違法なものが含まれるとの認識はない。その弁別は本研究の目的や対象ではない。適法の中でも様々な内容・幅があり、少しでも最適なものを目指していく議論。

【最小化理念について】

〔意見〕

- 本研究は拘束をできるだけゼロに近づけたという主旨と理解しており、これまでとは異なる。国の方針を聞く限り、パラダイムシフトではなく、各病院、患者さんの団体、あるいはコメディカルの団体などが新しい動きをしていく中で、もっと考えていくような働きかけに変化し、制限や拘束ゼロに向かっていくのではないかと思う。

- 身体拘束や行動制限は現場職員の最も倫理的規範に基づく規律だと思うので、備えておかねばならないマストなもの。介護保険では尊厳の保持、自立支援が2本柱になり充実した。波に乗るように高齢者虐待防止法が生まれ、そのため介護現場では身体拘束についてはかなり厳格に取り扱われている。精神現場でも、介護現場での成功体験を活かしてもらいたい。

〔集約〕

- いきなり制度を変えることは難しいが、制度を変える前提として、研究成果を積み重ねてこそ、現実性・実効性のある制度が生まれる可能性がある。今後も幅広くディスカッションを続けるべき。

【その他】

〔意見〕

- 諸外国では、看護人員が手厚く、根本から日本の現状と異なる。人員を解決しないと根本的な解決にならない。事故が増えることも懸念。
- 国内の先行研究ではマンパワーの少なさと身体拘束の量は必ずしも一致していない。事故についてはマンパワーの問題なのか医療安全に関する実務者側の認識なのか、丁寧に紐解いていかなければならない。

〔集約〕

- 研究班として、最小化策について増員という結論での決着は考えていない。あくまで現状のまま、現段階でできることを探っていくことが目的。

具体的なパッケージの策定は次年度に実施予定。

5. さらなる最小化手法の探索

研究分担者により

- ① 山梨県立北病院
- ② 東京都立松沢病院

の例があることが紹介された。

また、研究分担者の施設においては、診療報酬算定対象外となる精神科集中治療エリアでの早期作業療法が一定の効果を有す可能性（別途学術成果として発表予定）について紹介された。次年度に研究会議内で討議を行っていく予定。

現在も研究班のメーリングリストにおいて、意見交換が展開されている。

D. 考察

前身となる 201918037A および、親研究である 20GC2003 の目的をふまえ、現状よりも質の高い医療の実践および提供が実現されることを目指し、実効的な行動制限の最小化を普及させるために必要な、実態調査、モニタリング体制の構築、行政主導の確立した最小化方策による施策パッケージの策定、さらなる最小化手法の探索等、関連事項の整理や提案を目的として研究を実施した。

研究の枠組みについて、201918037A にとっては次なる段階に相当し、20GC2003 にとってはコンセプトを共有しており、両研究をふまえた研究方針と言える。

会議の開催等は、コロナ禍による影響があったが、ほぼ順調に進んでいる。

実態調査（WEB アンケート）については、回収率不良から予定を変更したものの、集計に必要な回答数は既に得られており、次年度の解析は可能である。

モニタリング体制の構築については漸次検討されており、順調である。

行政主導の確立した最小化方策による施策パッケージについては、現時点で課題が多いものの、多面的な討議がなされ、有意義な検討が進行中と考えられる。

さらなる最小化手法の探索については、いくつかの魅力的な事例が抽出されており、今後の発展的な議論が期待される。

E. 結論

前身研究および親研究の目的をふまえ、一貫性と整合性を有する研究方針が立案され、ほぼ順調に進捗している。

複数年度に係る研究であり、現時点で具体的な成果は提示できないものの、プロセスとしては有意義な内容を確認できた。

今後の目標達成に向け次年度も計画に沿って取り組んでいく。

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

2. 実用新案登録

なし

3. その他

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

特になし

1. 特許取得

なし

図 1 都道府県別、隔離・身体拘束割合、F2 診断、令和 2 年 6 月 30 日、散布図

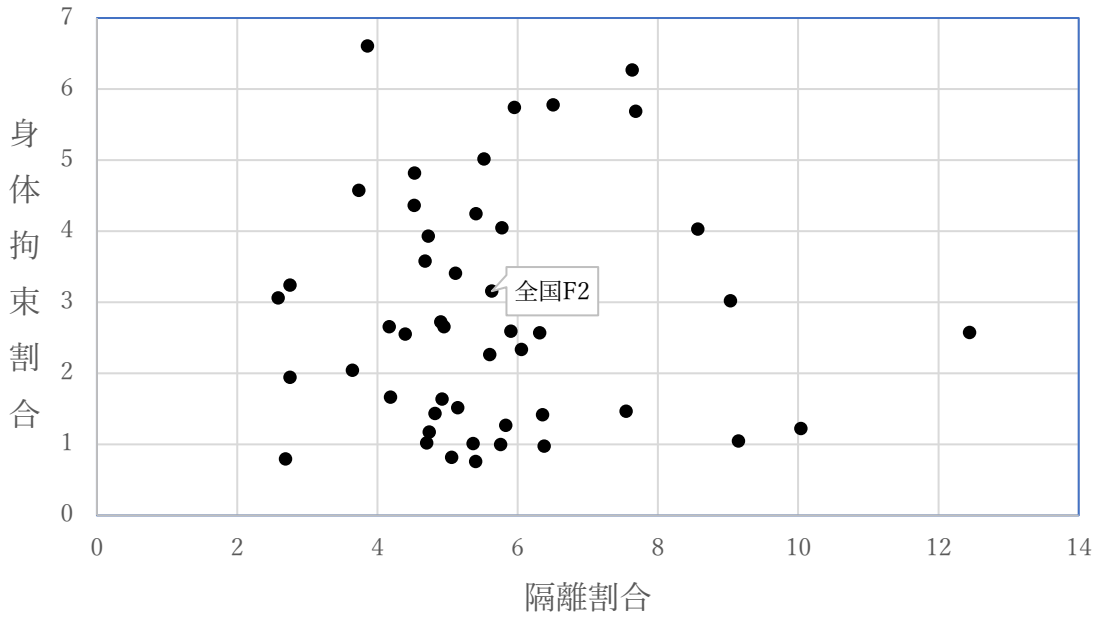


図 2 都道府県別、隔離・身体拘束割合、救急入院料病棟、令和 1 年 6 月 30 日、散布図

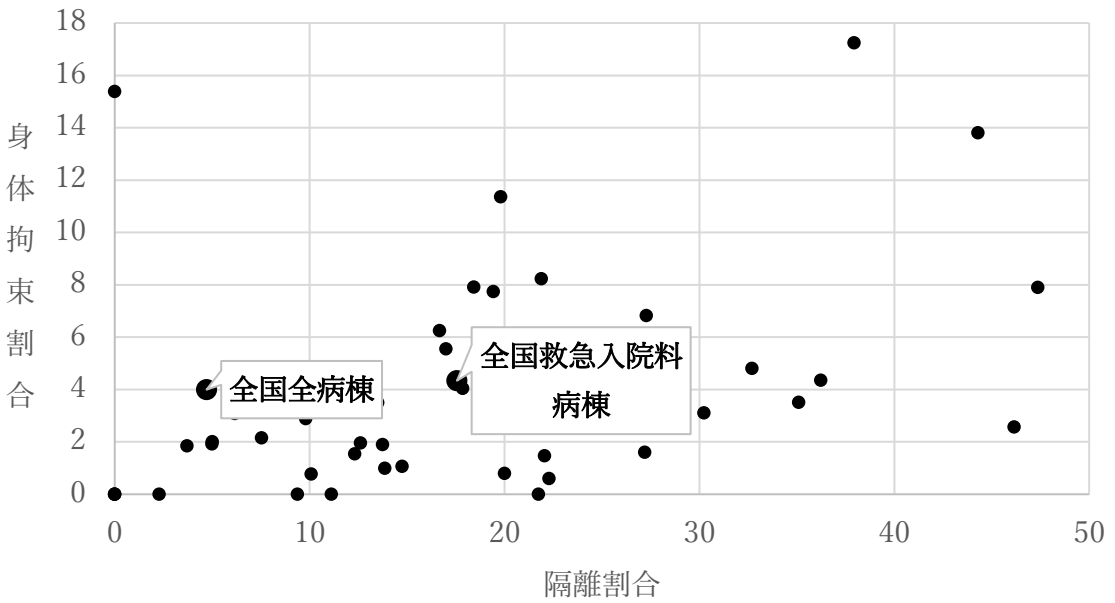


図3 ある県における、年齢別、R1年の隔離・身体拘束割合と全国3年分の平均割合

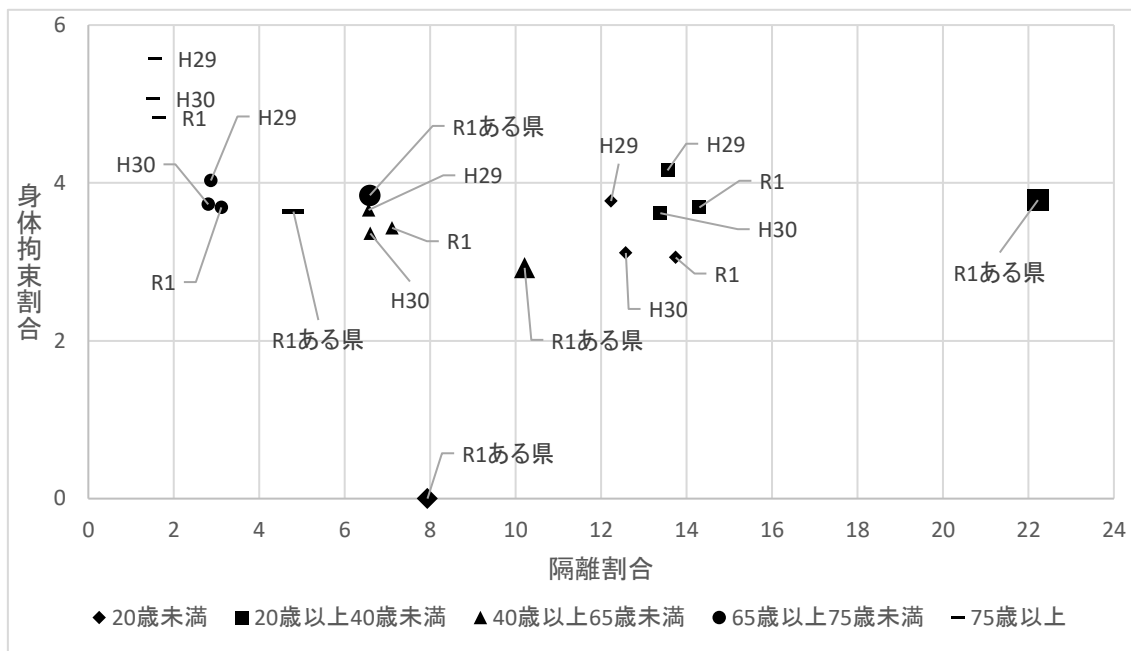
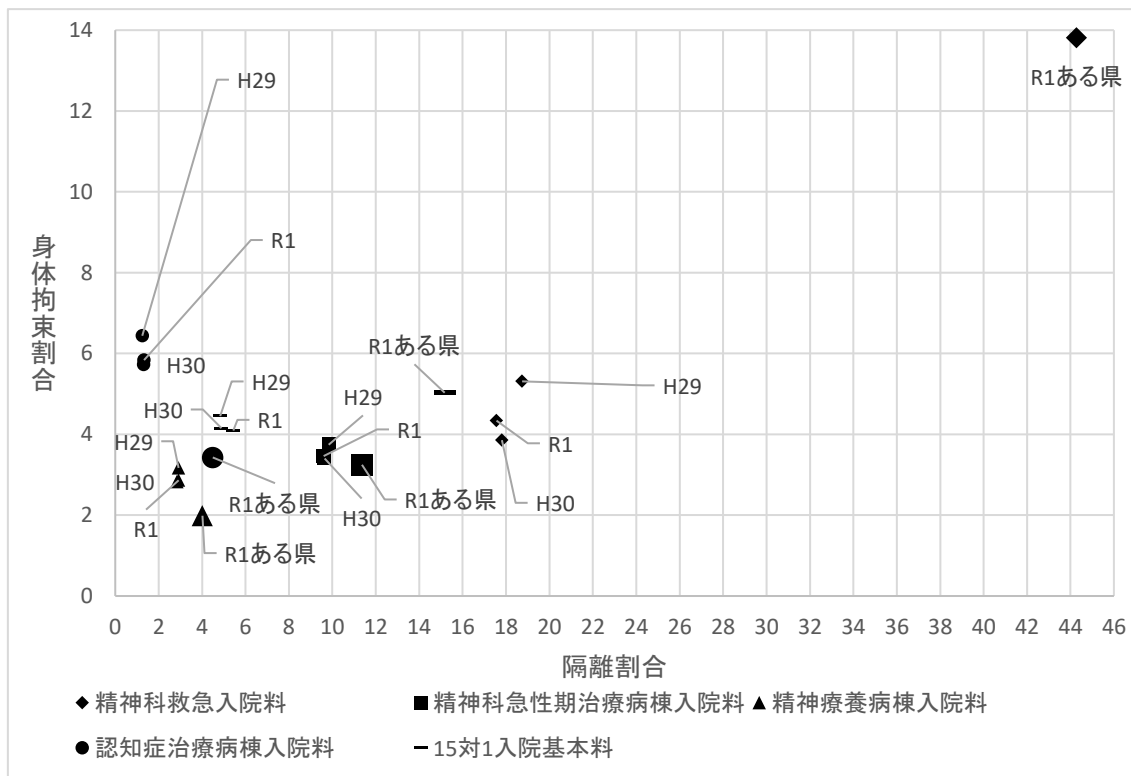


図4 ある県における、病棟入院料別、R1年の隔離・身体拘束割合と全国3年分の平均割合



精神科医療における行動制限（隔離・身体拘束）に関するアンケート【web 公開版】

Q1. お勤め先について、以下からお選びください

- ・総合病院（大学病院を含む）の精神科病棟
- ・精神科単科病院
- ・それ以外（クリニックや地域（訪問看護ステーションや地域の事業所等）等を含む）

Q2. 所属部署について、お選びください。

- ・精神科閉鎖病棟
- ・それ以外

Q3. あなたの精神科での勤務経験年数を教えてください。

- ・1年未満
- ・1年以上5年未満
- ・5年以上10年未満
- ・10年以上20年未満
- ・20年以上

Q4. あなたの職位をお教えてください（表を参照してください）

- ・看護部長以上
- ・看護師長
- ・看護主任
- ・看護師
- ・准看護師

役職	その他の呼称等	備考	職位
看護部長	病院によっては 看護科長等	看護部門全体の責任者	管理職
看護師長	病院によっては 看護科長、看護課長等	病棟師長、外来師長等 部署責任者	監督職
看護主任	病院によっては 看護係長等	師長の補佐役等	一般職
看護師		有資格看護職員	
准看護師		有資格看護職員	

Q5. あなたの勤務先では、行動制限がここ数年で増加しているとの実感はありますか？

- ・ はい
- ・ いいえ
- ・ わからない
- ・ 勤務先施設で行動制限の実施なし

Q6. 日々の業務を通じて、我が国では行動制限が増えているとの実感はありますか？

- ・ はい
- ・ いいえ
- ・ わからない

Q7. あなたの行動制限に関する考え方を教えてください。

- ・ 治療のために必要である
- ・ できれば使用したくないがやむを得ない
- ・ 使用するべきではない

Q8. 精神保健福祉資料では我が国の行動制限は増加傾向にあります。その理由は次のうちどれだとお考えですか？（複数選択可）

- ・ 治療文化の変化

例えば、より人間的な対応を目指し、双方が安全に接近できるケア環境が必要となったため、結果的に行動制限が増加した、等

- ・ 医療技術の変化

例えば、心肺モニターや注射剤等、医療界全体で全身管理技術が進歩したこと、より安全な拘束帯が開発されたこと、等

- ・ 医療安全意識の高騰

例えば裁判例などを含め、医療安全に対して社会の要請が高まり、暴力、自損、転倒転落事故防止が絶対視され、優先せざるを得なくなった結果、等

- ・ 急性期ニーズの増加

例えば地域ケアの推進により、重症の急性期患者を治療する機会が増えたため、等

- ・ 高齢者ニーズの増加

例えば人口構成の変化により、対象者の高齢化や認知症が増加し、転倒転落防止を目的とした行動制限の必要性が増えたため、等

- ・ その他

我が国の行動制限の増加傾向に関して思うところがあれば記載してください。（自由記述）

Q9. わが国での行動制限が諸外国と比べ多いとされていますが、理由は次のうちどれだとお考えですか？（複数選択可）

- ・ 人的資源の差異
- ・ 医療体制の違い（総合病院精神科の過少等）
- ・ スタッフの問題意識の差異
- ・ 制度の違い（精神保健福祉法における条件等）
- ・ 医療安全意識の違い
- ・ 身体合併症医療の取り扱いの差
- ・ ニーズの違い（疾患構成等）
- ・ 高齢化スピードの違い
- ・ 行動制限量に関する計算方法の違い
- ・ その他

Q10. わが国の行動制限最小化のために有効と思う手段を選んでください。（複数選択可）

- ・ 国や都道府県が行動制限最小化の実践を支援する
- ・ 行政の政策や法規制
- ・ リーダーシップの強化(行政のリーダーや、リーダー的な医師や看護師が主導力を発揮すること)
- ・ 監査システムの構築
- ・ 治療方針立案の強化
- ・ スタッフの増員
- ・ 行動制限の内部／外部モニタリング
- ・ スタッフ教育
- ・ 薬物治療の活用
- ・ 患者の治療参加
- ・ 治療環境の工夫
- ・ 施設の改修
- ・ スタッフの安全と労働条件確保
- ・ いずれも有効とは思わない(※)
- ・ わからない(※)

※いずれも有効とは思わない・わからないのどちらかを選択した場合には、その他の選択肢をお選びにならないよう、ご注意ください

(Gaskin CJ et al., Br J Psychiatr, 191; 298-303, 2007)

Q11. 行動制限最小化方策として貴院で実行できるものを選んでください（複数選択可）

- ・ 管理者（院長）が隔離・身体拘束の場に出向く

- ・ 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
 - ・ 隔離・身体拘束データを師長会で定期的（月 1 回）に見直す
 - ・ 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す
 - ・ 認定看護師による定期的な研修会の開催
 - ・ デイエスカラーション（言語的・非言語的な対人コミュニケーションスキルによる静穏化対応技術）研修の開催
 - ・ 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案
 - ・ 心的外傷体験歴のアセスメントツールの使用
 - ・ タイムアウト（施錠されない個室等で、短時間（1 時間以内）静養し、クールダウンを図ること）の実施
 - ・ コンフォートルーム（感覚刺激に訴えかける種々の設備、アイテムを備えた静養室。適切な内装、ソファ、オーディオ設備、ブランケット、アロマ、バブルユニット、等）の使用
 - ・ セイフティプラン（困ったときの対応を本人とともにあらかじめ決めておくエンゲージモデルで、より制限的でない対応での解決を目指すもの）の使用
 - ・ 利用者（患者）の行動制限最小化委員会への参加
 - ・ 開始直後、その場に居合わせたスタッフ間で隔離・身体拘束の振り返りを行う
 - ・ 開始から数日以降、利用者（患者）を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行う
 - ・ 勤務先施設で行動制限の実施なし
- ※勤務先施設で行動制限の実施なしを選択した場合には、その他の選択肢をお選びにならないようご注意ください

Q12.行動制限の実施状況把握のため、一覧性台帳の行政への提出は必要と考えますか？

- ・ 必要
- ・ 不要

Q13.貴院では開放観察（評価のための職員が付き沿っての開放や時間を限っての開放等）を行っていますか？

- ・ はい
- ・ いいえ
- ・ 勤務先施設で行動制限の実施なし

Q14.開放観察の扱いについてどのようにお考えですか？

- ・ 行動制限日数に含めるべき（現在はこの扱いです）
- ・ 例えば 24 時間のうち 8 時間を解放した場合、0.67 日等の係数を申告して計上すべき
- ・ 部分的な処遇として別に取り扱うべき
- ・ 行動制限には含めない

Q15.行動制限の実施状況把握のため、開放観察の詳細を含めた時間単位の実施記録が必要と考えますか？

- ・必要
- ・不要

Q16.開放観察の詳細を含めた時間単位の実施記録は可能ですか？

- ・可能
- ・不可能

あなたの気持ちに一番近い数値を選択してください。
(0に近いほど「思わない」、10に近いほど「思う」)

Q17.自施設の行動制限は過剰だと思う

- (思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)
- ・勤務先施設で行動制限の実施なし

Q18.自施設の行動制限について葛藤を感じる

- (思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)
- ・勤務先施設で行動制限の実施なし

Q19.自施設の行動制限を減らしたいと思う

- (思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)
- ・勤務先施設で行動制限の実施なし

Q20.行動制限最小化委員会について機能的だと思う

- (思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)

Q21.行動制限最小化研修について有意義だと思う

- (思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)

Q22.隔離は1時間に2回、身体的拘束は4回の看護師チェックは過剰だと思う

- (思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)

Q23. 身体拘束時の常時観察（ベッドサイドに職員が付き添い、常時目を離さずに観察する対応）は必要だと思う

(思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)

Q24. 身体拘束時の常時観察（ベッドサイドに職員が付き添い、常時目を離さずに観察する対応）は可能だと思う

(思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)

Q25.最近のメディア等による外部批判は過剰だと思う

(思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)

Q26.行動制限要件が当初（開始時）の程度でなくなった場合の対応について

- ・直ちに解除する
- ・部分開放として徐々の解除方針とする
- ・症例によって使い分ける

Q27. 行動制限実施の必要性根拠としての暴力インシデント、自傷インシデント、転倒・転落インシデントの記録や集計について（複数回答可）

- ・定型のモニタリング形式がある
- ・医療安全管理部門で取り扱っている
- ・行動制限最小化活動の中で提示される
- ・組織的な管理は特にない

「組織的な管理は特にない」をお選びの場合は、その他の選択肢をお選びにならないよう、ご注意ください。

Q28.最近 TV や新聞で身体拘束が取り上げられていますが、行動制限最小化の啓発に役立っていると思いますか？

- ・はい
- ・いいえ

TV や新聞で身体拘束が取り上げられていることについて、ご意見があればご自由にご記載ください

Q29.障害者権利条約の政府調査において事前質問事項では身体拘束のことにも言及がありましたが、行動制限最小化にかかわる国際的な動向について関心がありますか？

- ・はい
- ・いいえ

自治体（都道府県）として取り組む、精神科行動制限最小化計画

「政策パッケージ」（案）

【研究課題】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

【課題番号】20GC2003

【研究代表者】竹島正（竹島正）

【分担研究課題】精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究

【研究分担者】杉山直也

1. コンセプトの統一（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

「①首長の号令下に、②全自治体として、③行政担当者とケア担当者の協働作業によって、④感情論や批判的態度によらず、あくまで建設的な文脈として、⑤合理的な科学的手法を活用し、行動制限最小化に取り組み、⑥ケアの受け手と提供者の双方にとって有益となるよう、⑦医療の適切性と安全性を両立させる。」

2. 推進合議体の形成

- 1) 庁内担当部局の設定
- 2) 構成員の決定
- 3) リーダーの設定
- 4) スケジュールの策定

3. 最小化計画の策定

- 1) 初回ミーティング
 - ① 現状と最低限知識の確認
 - ② コアストラテジーを中心とした最小化論理の確認
 - ③ 初回ブレインストーミング
- 2) 第2回ミーティング
 - ① 630を用いた現状認識
 - ② 構成員による意見交換とディスカッション
- 3) 第3回から5回
 - ① 各構成員の所属領域による現状報告と意見提出
 - ② 最小化アクションの可否検討
 - ③ 最小化プランの策定
- 4) スタートアップミーティングに向けた最終確認
- 5) 首長号令

4. モニタリング（630）

5. PDCAによる継続的見直し

令和2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）

「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」
分担研究報告書

精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究

研究分担者 福田正人（群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学 教授）

研究要旨

【目的】精神疾患の入院医療において、必要な労力人手 effort を適切に評価し、良質な医療の促進のインセンティブとなるために、保険診療の「重症度、医療・看護必要度」A・B・C項目に準じた、精神疾患のための重症度指標を確立することを目的とした。

【方法】(1)重症度の指標を確立する目的の明確化、(2)「重症度、医療・看護必要度」のA・B・C項目の概念の検討、(3)医師の労力人手としての内保連D項目の検討、(4)精神科生物学的医療ニーズの指標としてのP-M項目案の作成、(5)精神科心理社会ニーズの指標としてのP-S項目案の作成、(6)P-M項目とP-S項目の評価試行、を行った。

【結果】(1)重症度指標の確立の目的が、①現場に必要な労力人手 effort の適切な評価、②良質な医療の促進のインセンティブ、であることを明確にした。(2)「重症度、医療・看護必要度」である重症度（広義）は、疾患の病状・病態を表す重症度（狭義）[疾患要因] および看護師と医師の労力人手の程度を表す看護必要度・医療必要度 [医療者要因] の2要素から構成されていた。(3)内保連の重症度D項目「医師の診療の負荷」において、精神疾患の7疾患・11分類の重症度ランクが定められた。(4)精神科生物学的医療ニーズ（P-M）の23項目をまとめ、評価のための手引きを作成した。(5)精神科心理社会支援ニーズ（P-S）の12項目をまとめ、評価のための手引きを作成した。(6)P-M項目とP-S項目の31想定症例の評価試行から改善すべき点を明らかにした。

【考察】精神疾患の重症度評価においては、疾患要因に対する適切な労力人手 effort の評価が容易ではない、重症度の基準関連妥当性が判断できる客観的な基準指標が確立されていない、という困難がある。精神疾患の重症度評価は、良質な入院医療、精神科医療の本質、人の支援の意味、そこでの専門職の役割、を明らかにすることである。

【結論】精神疾患の入院医療において、現場に必要な労力人手 effort を適切に評価し、良質な医療の促進のインセンティブとなることを目的に、保険診療における「重症度、医療・看護必要度」A・B・C項目に追加する精神疾患固有の精神科生物学的医療ニーズ（P-M）項目と精神科心理社会支援ニーズ（P-S）項目の案を作成し試行を行った。その取組を通じて、精神疾患の重症度概念の構造や示唆が明らかとなった。

【研究協力者】(五十音順)

安西信雄(帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科 研究科長・教授)
大村重成(医療法人緑心会 福岡保養院 理事長・院長)
奥村泰之(一般社団法人 臨床疫学研究推進機構 代表理事)
吉川隆博(東海大学 医学部看護学科 教授)
熊倉陽介(東京大学 大学院医学系研究科 精神保健学)
田口真源(医療法人静風会 大垣病院 院長)
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 院長)
村田昌彦(独立行政法人国立病院機構 榊原病院 院長)
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 院長)

A. 研究目的

本研究班の取組み「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」は、日本が本格的な人口減少と高齢化を迎える中、精神科と他の診療科との連携、地域の多様な生活支援との連携による良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにし、その促進を図るモニタリングの体制と、医療計画における指標および基準病床算定式を提案することを目的としたものである。

そのなかでこの分担研究「精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究」は、入院患者の適切な医療体制の確保について、重症度という視点から検討を行うものである。

一般医療においては、疾患名・合併症の有無・術後様態変化・看護必要度等をもとに、患者ごとの重症度がある程度客観評価され、DPC 診断群分類や、救急医療の評価等に活用されているが、精神医療においてはそうした公的な指標が存在しない。そこで、本研究に先立って 2019 年度に厚生労働行政推進調査事業補助金・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」の分担研究として行われた「届け出病棟ごとの客観的で検証可能な重症度等の把握」(以下「米田分担研究」と略称)の報告書(文献[1])を参考にして、重症度等の指標案、その客観性・妥当性・計測容易性・検証可能性について、提言の可能性について検討を行った。

米田分担研究の検討の概要

	タイトル	内容
A項目	モニタリング及び処置等	身体疾患治療
B項目	患者の状況等	日常生活動作
C項目	手術等の医学的状況	手術・侵襲的処置
D項目	ケアマネジメントに係る状況	社会的ケア状況
E項目	入院後の突発的事象	精神科的 身体治療・看護

B. 研究方法

2020 年度は、研究協力者全員との会議を 7 回開催した(2020 年 7 月 8 日、10 月 3 日、11 月 3 日、12 月 5 日、2021 年 1 月 10 日、2 月 6 日、3 月 27 日)。そこでは、(1)重症度の指標を確立する目的の明確化、(2)精神疾患以外について用いられている「重症度、医療・看護必要度」としての A・B・C 項目の具体的内容の検討と概念構造の分析、(3)医師

の労力人手として内保連から提案されている D 項目に向けた取り組みの現状、(4)精神科生物学的医療ニーズの指標としての P-M 項目の案の作成、(5)精神科心理社会ニーズの指標としての P-S 項目の案の作成、(6)精神疾患の重症度評価の課題、(7)精神疾患の重症度からの示唆について検討を行い、それらにもとづいた重症度指標の骨格案を作成した。

(倫理面への配慮)

本年度の研究においては、個人情報を取り扱わなかった。利益相反については、群馬大学利益相反管理昭和地区部会の審議を受け、承認との審議結果を得た。

C. 結果

1. 重症度の指標を確立する目的の明確化

「重症度」の指標を確立する目的が、(1)現場に必要な「労力人手 effort」の適切な評価、(2)良質な医療の促進のインセンティブ、の2点であることを明確にした。

「重症度」の概念の目的と構造

【「重症度」指標 策定の目的】

(1) 現場に必要な「労力人手 effort」を適切に評価
 (2) 良質な医療の促進のインセンティブに

【「重症度」の概念】 (①疾患&②医療者 要因)

重症度(広義) 「重症度、医療・看護必要度」

① **重症度(狭義)** : 疾患の病状・病態の程度
 ② **看護必要度** : 看護師の労力人手の程度
 (医療必要度 : 医師の労力人手の程度)

2. 「重症度、医療・看護必要度」の概念構造の分析

精神疾患以外についてすでに用いられている「重症度、医療・看護必要度」A・B・C項目の構造を検討した。その結果、「重症度、医療・看護必要度」とされる重症度(広義)

の概念は、疾患の病状・病態の程度を表す重症度(狭義)[疾患要因]、および看護師の労力人手の程度を表す看護必要度と医師の労力人手の程度を表す医療必要度[医療者要因]、の2つの要素から構成されていることが明らかとなった。

A・B・C項目においては、疾患要因と医療者要因とが対応していることが前提となっている。つまり、疾患要因が存在すれば、それに対して医療者から適切な労力人手 effort が提供されていることが前提となっている。

このことの評価は、身体疾患においてよりも精神疾患において困難が大きいと考えられる。精神疾患においては疾患要因に対して「適切な労力人手 effort」が提供されているかどうかの判定が必ずしも容易ではないからである。

「重症度」ABC項目の構造

【A項目】「モニタリング及び処置等」

- ・患者の重症度(狭義)を反映する医療行為
- ・その実施に医療者の手間がかかる

【B項目】「患者の状態等」(ADL)

- ・患者の重症度(狭義)の結果生じる状態
- ・その看護に手間をかけることが暗黙の前提

【C項目】「手術等の医学的状況」

- ・患者の重症度(狭義)を反映する手術
- ・手術の実施に医師の時間(医療必要度)

3. 内保連 D 項目の検討

内科系学会社会保険連合(内保連)が発表した重症度 D 項目について、精神疾患の観点から検討を行った。

この D 項目は、内科系の疾患について入院診療における「医師の診療の負荷」の高低を反映するためのものである。医師を対象に実施した医療技術負荷度調査の結果により負荷度点数を定め、それにもとづいて A~E ランクを定めた。精神疾患については7疾患の11分類についてランクが定められた。

この結果にもとづいて、「重症度、医療・看護必要度」に追加するD項目が提案されたが、その内容は、検査、画像診断、注射、血液代用剤、特定器材、高負荷意思決定、処方開始注射、併存症、負荷度ランクD・E疾患からなっており、精神疾患がすぐに対象となるものではなかった。

しかしこの取り組みには、精神疾患の重症度が内科疾患と同じ手続きで定められたという意味があると考えられた。

4. 精神科生物学的医療ニーズ (P-M)

項目の案の作成

昨年度に米田分担研究で検討されたE項目は「入院後の突発的事象」と概念化されており、変動しやすい病状に対する精神科としての生物学的医療を評価することが目指されていた。

ここでは、疾患要因として挙げられているのが「複雑病態・不穏」のみで他の精神症状が取り上げられていない、そうした疾患要因に対応する医療者要因をどう担保するかが検討途上、という課題があった。

米田分担研究のE項目についての課題

【E項目】「入院後の突発的事象」(変動性)

- ・ 静穏化のバイタル管理 (A項目に相当)
- ・ 精神科複雑病態の治療・処置 (B項目)
- ・ 不穏+常時観察+予防管理・ケア (D項目)

【課題】

- ・ 疾患要因を網羅できているか？
(現状は「複雑病態・不穏」、精神症状は？)
- ・ 医療者要因の担保(「常時観察」見守り)
看護師要因か医師要因か？

それらを踏まえて、精神科生物学的治療ニーズ(P-M)として23項目の案を作成した。その項目を以下に挙げる

精神科生物学的治療ニーズ(P-M)項目の案

1. 非経口静穏化が必要な精神科的病状

2. 精神科的医療を要する不穏

- 2-1. 切迫した希死念慮
- 2-2. 自殺行動・自傷行為
- 2-3. 興奮
- 2-4. 威嚇的言動
- 2-5. 暴力
- 2-6. 逸脱・迷惑行為
- 2-7. 処置を伴う異食、
早食い・つめこみ食い、盗食
- 2-8. 多飲症
- 2-9. 不潔行為
- 2-10. 拒絶
- 2-11. セフルネグレクト
- 2-12. 困惑・昏迷・解離
- 2-13. 著しいこだわり
- 2-14. 強迫・儀式的行動
- 2-15. 多動・多弁、多訴・頻コール
- 2-16. 著しい対人操作性
- 2-17. 著しい脆弱性
- 2-18. 遷延する不穏

3. 精神科における高度な医療等を

要する病態

- 3-1. クロザピンの管理
- 3-2. 向精神薬の多剤大量処方の是正
- 3-3. mECTの管理

4. 精神科身体的合併症への対応

これらの項目を評価するために、32頁の「評価の手引き」を作成した。例えば、項目「切迫した希死念慮」についての手引きは以下のようなものである。

例：「切迫した希死念慮」の評価の手引き

【項目の定義】

(1)病状要因：漠然とした希死念慮でなく、遺書を書いたり、自殺計画(自殺手段についての言及など)が認められるなど、自殺の危険性が切迫しているもの。

(2)医療者要因：直近の1週間において、不
穩への多職種による生物心理社会的対応が
実施されている。

【選択肢の判断基準】

- 0点：なし
- 1点：2点に該当しない
- 2点：常時観察／頻回のケアを要する

【判断に際しての留意点】

切迫した希死念慮ありとした根拠につい
て具体的に記載し、リスクアセスメントや
予防管理、常時観察、頻回のケアなどの不穩
への多職種による生物心理社会的対応を実
施する。7項目のうち5つ以上行なってい
る場合に1点以上と評価する。切迫した希
死念慮を2点と評価するには、②常時観察
か③頻回のケアのいずれか、もしくは、両
方の実施がなくてはならない。

【評価者】看護師もしくは公認心理士もし
しくは作業療法士

【評価頻度】毎日

5. 精神科心理社会支援ニーズ (P-S)

項目の案の作成

昨年度に米田分担研究で検討されたD項
目は「ケアマネジメントに係る状況」と概念
化されており、短期では変化しない状況に
ついての心理社会支援ニーズを評価するこ
とが目指されていた。

米田分担研究のD項目についての課題

【D項目】「ケアマネジメントに係る状況」

- ・短期には変化しない「状況」
患者要因 + 環境要因 (家族・社会)
 - ・急性期項目 + 慢性期項目で両者をカバー
- 【課題】
- ・対応の実施の規定がない (医療者要因)
「暗黙の前提」とできるか? ⇔B項目)
 - ・重複診断が知的障害とアルコール・薬物のみ
 - ・高齢化が考慮されていない

そこでは、疾患要因としてそのようなニ

ーズがあっても医療者要因として対応の実
施が取り上げられていない、重複診断の対
象の疾患が限定的である、高齢化の影響が
考慮されていない、という課題があった。

それらを踏まえて、精神科心理社会支援
ニーズ (P-S) として12項目の案を作成し
た。その項目を以下に挙げる。

精神科心理社会支援ニーズ(P-S)項目の案

1. 入院治療歴
2. 自傷・自殺歴
3. 地域生活の維持
4. 入院前の治療継続
5. 自傷・他害を契機とする入院
6. 精神科副診断
7. 入院時に家族も支援者も
同伴しなかった
8. 病気や治療の必要性の
理解や受け入れが乏しい
9. 本人が退院や社会復帰に消極的
10. 家族や地域担当者が退院を望まない
または治療に非協力的
11. 日用品や入院費の準備が
できないほどの経済的困窮がある
12. 退院後の住居の見通しがない

これらの項目を評価するために、8頁の
「評価の手引き」を作成した。例えば、項
目「地域生活の維持」についての手引きは
以下のようなものである。

例：「地域生活の維持」の評価の手引き

【項目の定義】

過去2年間に病状のために近隣住民との
トラブルが起き、このために警察あるいは
保健所介入を要しているか否か、あるいは
さらにこのトラブルにより、元の住居に戻
ることが容易でなく、地域の支援機関との

話し合いが必要、あるいは他の住居あるいは施設を探す必要が生じているかを評価する。

(1)病状要因：過去2年間に病状のために近隣住民とのトラブルを起こし、警察や保健所の介入を要した

(2)医療者要因：退院後の地域生活に向けた地域や連携機関との連携と調整が不可欠で、在宅復帰が難しい場合には、他の住居や施設を探すなどのケースワークも必要

【選択肢の判断基準】

0点：非該当

1点：過去2年間に近隣住民とのトラブルのため、警察あるいは保健所介入があった

2点：近隣住民との繰り返すトラブルのため、地域生活が困難となっており、退院に向けて今後地域の支援機関との話し合いを計画している、あるいは他の住居あるいは入所施設を新たに探す計画をしている。

【判断に際しての留意点】

「介入」とは、近隣住民が警察や保健所に連絡し、警察官や保健所職員が臨場することを意味するもので、必ずしも患者を病院、警察に連行することを意味するものではない。

「計画する」とは、元の住居への退院が容易でなく、地域の支援者ネットワーク会議などを予定すること、あるいは他の住居、施設を新たに探すことを治療方針に掲げることが指す。評価は退院の方向性を決める、概ね入院後1~2か月後とする。

【評価者】医師、看護師、精神保健福祉士

【評価頻度】入院1~2か月後に1回

6. P-M項目とP-S項目の評価試行

今回作成したP-M項目とP-S項目および既存のB項目について、評価の試行を実施した。

試行の目的は、以下の点の検討である。項目の設定が適切か？（内容、不足、重複など）、項目の定義が適切で理解しやすいか？

（定義、判断基準、留意点）、評価の実際が適切か？（得点、評価者、評価頻度、所要時間）、全体の構成が適切か？（病状全体を反映しているか？ バランスは良いか？）、概念妥当性（「重症度」を反映しているか？）

31 想定症例についての試行の結果から明らかとなった改善すべき点について、来年度の取組みで改善を予定している。

D. 考察

1. 精神疾患の重症度評価の課題

次年度に精神疾患の重症度評価を確立するうえでの課題を整理した。さまざまな実務的な課題とともに、より根本的な課題が2点指摘できた。

ひとつは、項目1.で述べたように、精神疾患においては疾患要因に対して医療者から適切な労力人手 effort が提供されているかどうかの判定が必ずしも容易ではないことである。

精神疾患の重症度評価実施の課題

【基準関連妥当性】重症度アウトカムがない
A・B項目は時間／内保連D項目は死亡／退院？

【判定】疾患要因と医療者要因の組合せ方法？
医療者要因の欠如でマイナス評価？

【対象】医師・看護師以外の医療者要因の評価？

【基準】有/無カットオフポイントの設定

【頻度】各項目 急性期／慢性期

【評価者】どの項目を誰が評価するか？

もうひとつはより根本的な課題で、精神疾患については既存の重症度アウトカムが存在しないことである。A・B・C項目はタイムスタディをもとに定義された経緯があり、その意味ではケアに要する時間が重症度ア

アウトカムとして暗黙に想定されていることになる。項目3.で述べた内保連D項目においては、死亡が重症度アウトカムに設定されている。

これらに対して精神疾患については、既存の重症度アウトカムがないため、本分担研究で取り組んでいる重症度指標がどのような要件を満たせば重症度を反映していると言えるのかという、基準関連妥当性を判断する方法がないことになる。

そのことを前提とした議論においては、入院患者については退院をひとつの重症度アウトカムとする考え方が議論された。しかし精神疾患においては、他覚的なニーズだけでなく、例えば不安が強いために医療者の長時間の寄り添いを求めるなど「患者による希求度」のような自覚的なニーズもあり、重症度という概念そのものについての引続いての議論が必要である。

「精神疾患の重症度」を検討するポイント	
ポイント	(赤太文字は現状の評価の重点)
重症度を捉える視点	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 精神疾患病状としての「症状」 ✓ 医療・支援の「必要度」 ✓ 患者による「希求度」
重症度評価の指標	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 「医師」による判断と処置 ✓ 「看護」による処置や対応や見守り ✓ 「コメディカル」による支援
医療スタッフの努力の指標（質と量）	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 対応に要する「時間」(※タイムスタディ) ✓ 「集中度」(患者一人／複数) ✓ あらかじめ必要な「習熟度」
重症度の安定性	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 安定的(急性期・慢性期) ✓ 変動性

2. 精神疾患の重症度からの示唆

精神疾患の重症度評価を確立するこの分担研究の最終的な目的は、「良質」な入院医療を提供することである。

この「良質」という意味を突き詰めると、それは「患者の病状や心理社会状況に個別に対応し、当事者の価値観や希望を尊重する医療」、「そうした個別に対応に必要な労力人手 effort をかける医療」、「最終的に

退院を可能とする医療」である。

「良質な」精神科入院医療とは何か？

- 患者の病状や心理社会状況への「**個別的な**」対応
当事者の価値観や希望を尊重する医療
- 個別的な対応に必要な「**労力人手**」をかける
〔精神科的病状〕精神療法（医師）
多職種カンファレンス
〔心理社会状況〕ケア会議
（多職種・医療機関外）
- 退院がアウトカム（入院は「社会的死」）

現場で目指されているごく当たり前の医療

これらは、特別な医療ではなく、「現場で目指されているごく当たり前の医療」である。「良質」とは「現場で目指されているごく当たり前」のことを、忠実に実現することであること、しかしそれが臨床の現場で実現するにはさまざまな困難があることが浮き彫りとなった。

それらを踏まえて考えると、精神疾患の重症度についての取組みは、「日々の精神科医療は何を行っているか？」を明確にすることであり、その背景にあるのは、「人を支援するということはどういうことか？」「そのなかで専門職はどんな役割を果たせるか？」という問題である。

精神疾患の「重症度」からの示唆

- この取り組みの本質は、「日々の精神科医療は何を行っているか？」を明確にすることである
- その背景にあるのは、「人を支援するということはどういうことか？」「そのなかで専門職はどんな役割を果たせるか？」という問題である
- 「医療者の役割の評価」という意味で、「精神療法」が認められている精神科医療は、内科や外科よりも最先端という側面がある

本分担研究においては、重症度の概念が病状要因と医療者要因の2つの要因で構成されることを明示し、病状要因に対して適切な労力人手 effort が提供されることをもって重症とみなすことにより、良質な医療

の促進のインセンティブにもなるような指標を作ろうと試みている。

E. 結論

精神疾患の入院医療において、現場で必要な「労力人手 effort」を適切に評価し、良質な医療の促進のインセンティブとなることを目的として、保険診療においてすでに用いられている「重症度、医療・看護必要度」A・B・C項目に追加する精神疾患固有の項目として精神科生物学的医療ニーズ (P-M) 項目と精神科心理社会支援ニーズ (P-S) 項目の案を作成し試行を行った。そうした取組を通じて、精神疾患の重症度概念の構造や示唆が明らかとなった。

【文献】

- [1] 米田博: 届け出病棟ごとの客観的で検証可能な重症度等の把握. 山之内芳雄「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 令和元年度 総括・分担研究報告書」, pp.88-99, 2020.

F. 研究危険情報 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

令和2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）

「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

精神医療の提供と地域支援の連携に関する研究

分担研究報告書（1）

NDBに関する報告書

研究分担者 高瀬顕功（大正大学）

研究協力者

奥村泰之（一般社団法人臨床疫学研究推進機構 代表理事）竹島 正（大正大学地域構
想研究所）、立森久照（NCNP）、吉田光爾（東洋大学）、河野稔明（川崎市精神保健福
祉センター）、高橋邦彦（東京医科歯科大学 M&D データ科学センター）、岡本基（統計
数理研究所）

研究要旨

【研究目的】本研究では、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を活用して、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標の算出及び、新規のモニタリング指標を開発することを研究期間内の目的とする。本年度は、NDBの利用申出を行うと共に、他調査とNDBとの患者数比較、統計解析計画書の準備を進めることを到達目標とした。

【研究方法】2013年1月から2020年3月の間に①精神病床入院、②精神科治療薬処方、③精神科専門療法、④精神科診断、⑤精神科管理に関する算定のある患者を特定して、診療行為・医薬品・傷病名情報を観察するための、NDBの利用申出書を作成した。NDBと患者調査における患者数と、有病率と受療率から想定される患者数の相違を先行研究から検討した。既存のモニタリング指標について、①既存の解析手順、②課題、③解析手順の修正案を統計解析計画書として纏めた。

【結果及び考察】NDBの利用申出について、厚生労働省から承諾の通知を得た。統合失調症とうつ病・躁うつ病について、NDBにおける患者数は、有病率と受療率から想定される患者数よりも過剰であることが示された。既存のアウトカム指標である「精神病床における入院後3ヶ月／6ヶ月／12ヶ月時点の退院率」と「地域平均生活日数」では、①単月の退院に限られるため、季節変動を加味できない点で課題がある、②年齢調整していないため、都道府県差をみることには課題がある、③IDの特性上、再現性の点で課題がある、などが明らかになった。

【結論】本年度は、NDBの利用申出を行うと共に、他調査とNDBとの患者数比較、統計解析計画書の準備を進めた。次年度は、実際のデータを基に、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標の算出及び、新規のモニタリング指標を開発する。

A. 研究目的

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、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保されたシステム（地域包括ケアシステム）を構築することが求められている[1]。都道府県と市区町村は、疾患別の患者数などの指標について、全国と比較しながら地域の状況をモニタリングすることが推奨されている[1]。そのための基礎資料の一部が、これまで、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を活用して作成されてきた[2]。

ここで、NDBとは、厚生労働省保険局が構築しているデータベースであり、日本全国の医療機関で行われている保険診療の請求書（レセプト）が蓄積されているものである。レセプトには、医薬品や入退院の情報等が記録されている[3]。

本研究では、NDBを活用して、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標の算出及び、新規のモニタリング指標を開発することを研究期間内の目的とする。本研究により得られる既存のモニタリング指標の一部（退院率と地域平均生活日数）は、医療計画及び障害福祉計画の成果目標となっており、政策的に重要性が高い[1]。また、既存のモニタリング指標の問題を改善し、政策・臨床ニーズの高い新たなモニタリング指標を開発することにより、地域包括ケアシステムの構築の一助になることが期待できる。本年度は、NDBの利用申出を行うと共に、他調査とNDBとの患者数比較、統計解析計画書の準備を進めることを到達目標とした。

B. 研究方法

1. NDBの利用申出

本研究では、コホート研究を実施する。NDBでは、日本における電子レセプトにより請求しているすべての保険医療機関が対象となる。また、保険医療機関を受診した患者のうち、保険診療を受けた患者が対象集団となる。すなわち、生活保護受給者の大部分や自由診療の患者は含まれないことになる。

2013年1月から2020年3月の間に①精神病床入院、②精神科治療薬処方、③精神科専門療法、④精神科診断、⑤精神科管理に関する算定のある患者を組み入れる。

適格基準に該当する者の、2013年1月から2020年3月の診療行為（受診状況／精神科入院料／精神科加算／精神科専門療法／精神科管理/検査）／医薬品（精神科治療薬）／傷病名情報（精神科診断／慢性身体疾患診断）を観察する。

2. 他調査とNDBとの患者数比較

統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、知的障害、発達障害、物質使用障害に関する有病率と受療率について、先行研究をレビューした。各疾患のNDBと患者調査における患者数と、有病率と受療率から想定される患者数の相違を検討した。

3. 統計解析計画書

既存のモニタリング指標について[2,4]、①既存の解析手順、②課題、③解析手順の修正案を統計解析計画書として纏めた。

（倫理面への配慮）

NDBの利用申出に関する研究計画は、公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター倫理審査委員会の承認を得た（20I0001）。

C. 結果

1. NDB の利用申出

7/28 に「レセプト情報等の提供に関する申出書」を厚生労働省に提出した（提供依頼申出者：高瀬 顕功）。9/29 に「レセプト情報等の提供に関する承諾通知書」を厚生労働省から受領し、条件付承諾との審査結果を得た。11/9 に、厚生労働省から承諾の通知を得た。その後、マスタ（診療行為／医薬品／傷病名／コメントコード／医療機関）を整備し、順次、第三者提供窓口へ送付した。

2. 他調査と NDB との患者数の比較（表）

統合失調症とうつ病・躁うつ病について、NDB における患者数は、有病率と受療率から想定される患者数よりも過剰であることが示された。一方で、知的障害について、NDB における患者数は、有病率と受療率から想定される患者数よりも過少である可能性が高いことが示された（注：受療率は不明であるが 10%を切ることは現実的な想定ではないと考えた）。

3. 統計解析計画書

既存のアウトカム指標である「精神病床における入院後 3 ヶ月／6 ヶ月／12 ヶ月時点の退院率」では、①精神病床関連の入院料のうち「精神科救急・合併症入院料」「小児入院医療管理料 5」「特殊疾患病棟入院料 2」が含まれていないため、悉皆性の点で課題がある、②単月の新規入院に限られるため、季節変動を加味できない点で課題がある、③複数回入院の症例を含めていないため、悉皆性の点で課題がある、④一般病床へ転院した後、精神病床に再入院した場合を入院継続とみなしているため、退院率が過小評価される、⑤年齢調整していないため、都道府県差をみることには課

題がある、⑥ID3 のロジックは、再現性の点で課題がある、⑦一般病床に関する入院料のコードが公開されていないため、再現性の点で課題がある、ことが明らかになった。また、既存アウトカム指標である「地域平均生活日数」では、①単月の退院に限られるため、季節変動を加味できない点で課題がある、②年齢調整していないため、都道府県差をみることには課題がある、③ID0 のロジックは、解析を行うたび違う ID になるため、再現性の点で課題がある、④精神病床関連の入院料のうち「小児入院医療管理料 5」「特殊疾患病棟入院料 2」が含まれていないため、悉皆性の点で課題がある、ことが明らかになった。

D. 考察

本研究では、NDB を活用して、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標の算出及び、新規のモニタリング指標を開発することを研究期間内の目的とする。本年度は、NDB の利用申出を行うと共に、他調査と NDB との患者数比較、統計解析計画書の準備を進めた。NDB の利用申出は完了し、データ抽出の順番待ちの状況である。また、既存のモニタリング指標の課題が明らかになった。NDB による患者数推計では、傷病名情報の使用法（主傷病に限るか否かなど）により患者数が大幅に変わるため留意が必要である[5]。

E. 結論

本年度は、NDB の利用申出を行うと共に、他調査と NDB との患者数比較、統計解析計画書の準備を進めた。次年度は、実際のデータを基に、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標の算出及び、新規のモニタリング指標を開発する。

【文献】

- [1] 厚生労働省：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き（2019年度版）<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/guide/r01-cccsguideline-all.pdf>
- [2] 吉田 光爾：地域精神保健医療福祉資源分析データベース <https://remhrad.jp/>
- [3] 厚生労働省：レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するホームページ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuohoken/reseputo/index.html
- [4] 国立精神・神経医療研究センター：精神保健医療福祉に関する資料 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000135460.pdf>
- [5] 奥村泰之、佐方信夫：傷病名情報の利用法による患者数推計に及ぼす影響の検討. 令和元年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（統計情報総合研究事業））NDB データから患者調査各項目及び OECD 医療の質指標を導くためのアルゴリズム開発にかかる研究.

F. 研究危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

奥村泰之：精神科におけるリアルワールド・データを活用したリアルワールド・エビデンスの創出:持続可能性のある研究体制構築に向けて. 臨床精神薬理. 2021; 24(1): 3-11.

奥村泰之：医療ビッグデータを活用した臨床疫学研究：向精神薬処方、過量服薬のリアルワールド・エビデンス. 精神科臨床 Legato. 2020; 6(2), 72-76.

2. 学会発表

奥村泰之: NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）の理解. 良質かつ適切な精神保健医療福祉の確保のためのデータの利活用に関する研修, オンライン開催, 2020.11.27.

奥村泰之: NDB を活用した臨床疫学研究: 誰もが活用できる未来に向けて. 第2回 2020年度 医療ビッグデータを活用した研究セミナー〜チームで使う医療ビッグデータの活用〜, 千葉, 2020.9.25.

清水沙友里, 奥村泰之, 堀口裕正: 分析用マスタの整備とその課題: オープンデータの整然化. 第3回 NDB ユーザー会, 東京, 2020.9.1.

奥村泰之: NDB を活用した臨床疫学研究: 誰もが活用できる未来に向けて. 第1回 2020年度 医療ビッグデータを活用した研究セミナー〜誰でも使える医療ビッグデータの活用〜, 千葉, 2020.8.28.

奥村泰之: 臨床研究の現在と未来—NDB を用いた臨床研究と医療ビッグデータに基づく政策—. NDB を活用した臨床疫学研究: 誰もが活用できる未来に向けて. 第64回日本リウマチ学会総会・学術集会, オンライン開催, 2020.8.17-9.15.

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

表. 他調査との比較

病名	有病者数 (有病率)	受療率	患者調査 ^[1]	NDB ^[2]	可能性
統合失調症	72 万人(0.6%) ^[3]	73% ^[4]	79 万人	157 万人	NDB が過剰
うつ病・躁うつ病	336 万人(2.8%) ^[5]	35% ^[5]	128 万人	299 万人	NDB が過剰
認知症	590 万人 (65 歳以上の 16.4%) ^[6]	79% ^[7]	70 万人	229 万人	患者調査が過少
知的障害	108 万人 (0.9%) ^[8]	?	7 万人	6 万人	患者調査と NDB が過少
発達障害	62 万人 (小中学生の 6.5%) ^[9]	?	25 万人	101 万人	不明
物質使用障害	132 万人(1.1%) ^[10]	14% ^[10]	7 万人	10 万人	患者調査が過少

太字・下線の文献は、海外の研究成果である。

[1] 平成 29 年患者調査 (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>); [2] 平成 29 年度精神保健福祉資料 (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>); [3] 浜田ほか: 精神神経学雑誌 2006 108:117-131; [4] Qi et al: Psychiatr Q. 2020 Sep;91(3):863-875; [5] Ishikawa et al: J Affect Disord. 2018 Dec 1;241:554-562; [6] Ninomiya et al: Environ Health Prev Med. 2020 Oct 31;25(1):64; [7] Livingston et al: Lancet. 2020 Aug 8;396(10248):413-446; [8] 令和元年版 障害者白書 (https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/r01hakusho/zenbun/siryu_02.html); [9] 通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果(https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1328729.htm); [10] Ishikawa et al: J Affect Disord. 2018 Dec 1;241:554-562.

【別添】統計解析計画書（抜粋）

統計解析計画書・解析手順書

一般社団法人臨床疫学研究推進機構

バージョン	日付	内容
Version 0.1	2021.2.4	統計解析計画書の起稿
Version 0.2	2021.3.25	統計解析計画書の修正

1. 精神病床における入院後特定時点の退院率

1.1. 既存定義の解析手順

1.1.1. 定義概要

- 当該年度の直前の3月に精神病床に新たに入院した患者のうち、入院後90日/180日/365日以内に退院した患者の割合

1.1.2. 患者特定手順 (図 1)

- 1) 当該年度の直前の3月1日から3月31日の間に精神科関連の入院料が算定された患者を特定する。
 - 精神病床関連の入院料のコードは「旧マスタ.xlsx」の「精神入院」シートに従う。
 - 患者IDは、ID3のロジックを利用する。
- 2) 2月28日(あるいは2月29日)から3月31日の間に入院料が連続して算定されているかを確認し、前日に入院しておらず3月中に精神病床へ新規入院した症例に限定する。
- 3) 入院日を基準日 (Day 1) とする。
- 4) 3月中に複数回入院している症例は、最初の入院を採用する。
- 5) 基準日から366日間観察し、入院料の算定が中断した日の前日を退院日とする。



図 1 デザイン・ダイアグラム

1.1.3. 統計解析

- 1) 分子を患者数、分母を90日/180日/365日時点の退院者数として、退院率を求める (表 1)。
- 2) 横軸を退院までの日数、縦軸を入院患者数に占める退院率として、生存曲線を描画する (図 2)。
- 3) 基準日の医療機関所在地より都道府県ごとに、上記1~3の解析を行う (表 1)。

表 1. 統計解析1と2の集計案

所在地	90日退院率	180日退院率	365日退院率	平均在院日数
全国	**	**	**	***
北海道	**	**	**	***
神奈川	**	**	**	***

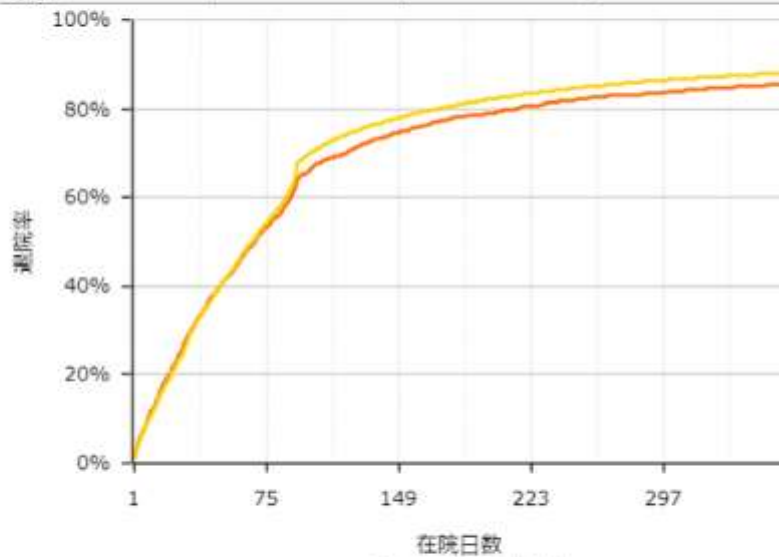


図 2 統計解析 3 の集計案

1.2. 課題

- 1) 精神病床関連の入院料のうち「精神科救急・合併症入院料」「小児入院医療管理料5」「特殊疾患病棟入院料2」が含まれていないため、悉皆性の点で課題がある。
- 2) 単月の新規入院に限られるため、季節変動を加味できない点で課題がある。
- 3) 一般病床からの入院が含まれていないため、悉皆性の点で課題がある。
- 4) 複数回入院の症例を含めていないため、悉皆性の点で課題がある。
- 5) 一般病床への退院を入院継続とみなしているため退院率が過小評価される。
- 6) 年齢調整していないため、都道府県差をみることには課題がある。
- 7) ID3 のロジックは、再現性の点で課題がある。
- 8) 一般病床に関する入院料のコードが公開されていないため、再現性の点で課題がある。

1.3. 解析手順の修正案

1.3.1. 定義概要

- 当該年度に精神病床に新たに入院した患者のうち、入院後 90 日/180 日/365 日以内に退院した患者の割合

1.3.2. 患者特定手順 (図 3)

- 1) 4 月 1 日から翌年 3 月 31 日の間に精神科関連の入院料が算定された患者を特定する。
 - 精神病床関連の入院料のコードは「新マスタ.xlsx」の「精神入院」シートに従う。
 - 「小児入院医療管理料5」「特殊疾患病棟入院料2」については、精神病床を特定するため、病棟区分情報を利用する。
 - 患者 ID は、ID3 を用いる。
- 2) 3 月 31 日から翌年 3 月 31 日の間に入院料が連続して算定されているかを確認し、前日に精神病床に入院しておらず、当該年度に精神病床へ新規入院した症例に限定する。
- 3) 入院日を基準日 (Day 1) とする。
- 4) 当該年度に複数回入院している症例は、すべての入院を採用する。
- 5) 基準日から 366 日間観察し、精神科関連の入院料の算定が中断した日の前日を退院日とする。
 - 一般病床等 (療養・結核病床を含む) への退院は、観察打ち切りとして扱う。
 - 一般病床関連の入院料のコードは「新マスタ.xlsx」の「一般入院」シートに従う。また、DPC レセプトから一般病床入院を確認する。



図 3 デザイン・ダイアグラム

1.3.3. 統計解析

- 1) 90日/180日/365日時点の観察日数の総和を分母、90日/180日/365日時点の精神病床からの退院患者数を分子として、退院率(100人×90日、100人×180日、100人×365日)を求める(表1)。
- 2) カプラン・マイヤー法により、横軸を退院までの日数、縦軸を退院率として、生存曲線を描画する(図2)。
- 3) 基準日の医療機関所在地より都道府県ごとに、上記1-2の解析を行う(表1)。
- 4) 基準日の医療機関所在地より都道府県ごとに、上記1-2の解析について年齢調整をする(表1の全国値が含まれないものと図2)。
 - 統計解析1について、当該地域の入院患者の年齢分布が全国と同じだとした場合の年齢調整後退院率は、以下の式により算出される。

$$\sum_{k=1}^K \frac{N_k d_{ik}}{N n_{ik}}$$

d_{ik} : i 地域、 k 年齢階級の退院患者数
 n_{ik} : i 地域、 k 年齢階級の観察日数の総和
 N_k : 全国の k 年齢階級の観察日数の総和
 N : 全国の観察日数の総和

- 統計解析2について、Cox比例ハザードモデルを全国と都道府県ごとに計48回行い、基準日の年齢区分を共変量として投入し、退院率の予測値を推定する。
 - 基準日の年齢を、5歳刻みとして調整する。
- 5) 基準月ごとに、上記1-2の解析を行う(表1と図2の都道府県が基準月が変わる)。
 - 6) 基準日の入院料区分ごとに、上記1-2の解析を行う(表1と図2の都道府県が入院料区分が変わる)。
 - 入院料区分は、「精神科救急入院料」「精神科急性期治療病棟入院料」「精神科救急・合併症入院料」「児童・思春期精神科入院医療管理料」「精神療養病棟入院料」「認知症治療病棟入院料」「地域移行機能強化病棟入院料」「精神病棟入院基

本料 (10 対 1・13 対 1・15 対 1・18 対 1・20 対 1)」「特定機能医療機関精神病棟入院基本料 (7 対 1・10 対 1・13 対 1・15 対 1)」「小児入院医療管理料 5」「特殊疾患病棟入院料 2」とする。

1.3.4. 感度分析

- 1) ID0 を基に上記 1-6 の解析を行う。
- 2) ID1 を基に上記 1-6 の解析を行う。

2. 精神病床における新規入院患者の平均在院日数

2.1. 既存定義の解析手順

2.1.1. 定義概要

- $\{(2018 \text{ 年 } 3 \text{ 月 } 31 \text{ 日時点の在院患者数} - 2018 \text{ 年 } 3 \text{ 月 } 31 \text{ 日時点で } 365 \text{ 日以上入院している患者数}) / (2017 \text{ 年度入院実患者数} + 2017 \text{ 年度退院実患者数})\} \times 365$

2.1.2. 患者特定手順

- 1) 年度最終日 3 月 31 日に精神科関連の入院料が算定された患者を特定する。
 - 精神病床関連の入院料のコードは「旧マスタ.xlsx」の「精神入院」シートに従う。
- 2) 年度最終日の入院年月日情報から 365 日以上在院している患者を特定する。
- 3) 2017 年度の入院実患者を特定する。
- 4) 2017 年度の退院患者を特定する。

2.1.3. 統計解析

- 1) 上記定義式より平均在院日数を求める。
- 2) 医療機関所在地より都道府県ごとに上記の解析を行う。

2.2. 課題

- 1) 医療機関報告での平均在院日数は、「在院患者延数/0.5（新入院患者数+退院患者数）」であり、この定義と整合性がない。
 - 分子の在院患者延数については、1 時点の患者数を 365 日間に拡大しているため過大評価となる。
 - 分母については 0.5 を乗じていないため過大評価になる。
- 2) 患者 ID のロジックが ID1-ID3 のいずれか不透明である。
- 3) 精神病床関連の入院料のうち「精神科救急・合併症入院料」「小児入院医療管理料 5」「特殊疾患病棟入院料 2」が含まれていないため、悉皆性の点で課題がある。

2.3. 解析手順の修正案

2.3.1. 定義概要

- 精神病床における新規入院患者の平均在院日数

2.3.2. 患者特定手順

- 1) 1.3.2 と同様である。

2.3.3. 統計解析

- 1) 分子を精神病床への入院日数の総和、分母を観察日数の総和として平均在院日数を求める (表 1)。
- 2) 医療機関所在地より都道府県ごとに上記の解析を行う。
- 3) 医療機関所在地より都道府県ごとに、上記 2 の解析について年齢調整をする (表 1 の全国値が含まれないもの)。
 - 当該地域の入院患者の年齢分布が全国と同じだとした場合の年齢調整後平均在院日数は、以下のように読み替えることにより算出される。

$$\sum_{k=1}^K \frac{N_k d_{ik}}{N n_{ik}}$$

d_{ik} : i 地域, k 年齢階級の精神病床への入院日数の総和

n_{ik} : i 地域, k 年齢階級の観察日数の総和

N_k : 全国の k 年齢階級の観察日数の総和

N : 全国の観察日数の総和

3. 地域平均生活日数

3.1. 既存定義の解析手順

3.1.1. 定義概要

- 精神病床から地域に退院した1年未満在院の患者のうち、退院後1年以内の地域での生活日数

3.1.2. 患者特定手順 (図 4)

- 1) 当該年度の直前の2月28日(あるいは2月29日)から3月31日の間に精神科関連の入院料が算定された患者を特定する。
 - 精神病床関連の入院料のコードは奈良県立医科大学保有のマスタに従う。
 - 患者IDは、ID0のロジックを利用する。
- 2) 2月28日(あるいは2月29日)から4月1日の間に入院料が連続して算定されているかを確認し、3月1日から3月31日の間に精神病床から退院した症例に限定する。
- 3) 退院日を含む前366日間観察し、366日間、精神病床に入院しているか否かを特定する。
- 4) 精神病床以外へ転院(当日または翌日)した患者、退院時死亡の患者、長期入院患者(退院日までの入院期間が366日以上)を除く。
- 5) 3月中に複数回退院した症例は、最初の退院を採用する。
- 6) 退院日を基準日(Day 1)として、365日間観察する。
 - 観察期間中の死亡症例は、診療行為の最終日を死亡日として、その死亡日までを観察期間とする。



図 4 デザイン・ダイアグラム

3.1.3. 統計解析

- 1) 観察期間中に入院料の算定がない日数を地域生活日数として求める (表 2)。
 - 分子を地域生活日数の総和, 分母を退院患者数とする。
- 2) 医療機関所在地より都道府県ごとに, 上記1の解析を行う (表 2)。

表 2. 地域生活日数の集計表

所在地	退院患者数	地域生活日数の総和	平均地域生活日数 (地域生活日数の 総和/退院患者数)
全国	**.*	**.*	***.*
北海道	**.*	**.*	***.*
.	.	.	.
沖縄県	**.*	**.*	***.*

3.2. 課題

- 1) 単月の退院に限られるため、季節変動を加味できない点で課題がある。
- 2) 年齢調整していないため、都道府県差をみることには課題がある。
- 3) IDO のロジックは、解析を行うたび違う ID になるため、再現性の点で課題がある。
- 4) 精神病床関連の入院料のうち「小児入院医療管理料5」「特殊疾患病棟入院料2」が含まれていないため、悉皆性の点で課題がある。

3.3. 解析手順の修正案 (図 5)

- 1) 3月31日から翌年3月31日の間に精神科関連の入院料が算定された患者を特定する。
 - 精神病床関連の入院料のコードは「新マスタ.xlsx」の「精神入院」シートに従う。
 - 「小児入院医療管理料5」「特殊疾患病棟入院料2」については、精神病床を特定するため、病棟区分情報を利用する。
 - 患者IDは、ID1を用いる。
- 2) 3月31日から翌年4月1日の間に入院料が連続して算定されているかを確認し、4月1日から翌年3月31日の間に精神病床から退院した症例に限定する。
- 3) 退院日を含む前366日間観察し、365日間精神病床に入院しているか否かを特定する。
- 4) 精神病床以外へ転院(当日または翌日)した患者、退院時死亡の患者、長期入院患者(退院日までの入院期間が366日以上)を除く。
- 5) 当該年度に複数回退院した症例は、最初の退院を採用する。
- 6) 退院日を基準日 (Day 1) として、365日間追跡する。
 - 観察期間中の死亡症例は、診療行為の最終日を死亡日として、その死亡日までを観察期間とする。

令和2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）

「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）

分担研究報告書

精神医療の提供と地域支援の連携に関する研究

分担研究報告書（2）

精神医療と地域支援の連携

研究分担者 高瀬顕功（大正大学社会共生学公共政策学科 専任講師）

研究要旨

本分担研究では、精神保健医療のニーズの満たされていない領域や対象（アンメットニーズ）を明らかにし、地域の生活者支援の取組と精神保健医療の連携モデルを提示することを目的とする。そのため、本年度は、(1)文献レビューによる精神医療アンメットニーズの存在する領域、(2)専門職の事例検討による調査領域、(3)フィージビリティを考慮したうえでの調査対象地域および対象者、について検討を行った。

(1)PubMedを使用し、精神保健、地域福祉の領域から文献レビューを行った結果、海外では精神保健分野における宗教者の役割が一定程度あることが明らかになった。

また、(2)専門職による生活支援の現場からアンメットニーズにつながる事例を検討した結果、精神医療におけるアンメットニーズには支援者の理解が浅いために再生産されるもの、対象者のニーズが満たされずに生じるもの、支援者が対象者のニーズを満たせずに生じるものがあるという作業仮説が導き出された。

これらをふまえ、(3)フィージビリティを考慮したうえでの調査対象地域および対象者について検討した結果、支援の枠組みに当てはまらないアンメットニーズの抽出のため、城北地域での専門支援機関を対象に、精神保健上の課題抱えた被支援者への支援の困難さ、精神科、メンタルヘルスケアの専門家との連携の実態などについて、半構造化インタビューによる調査研究プロトコルが導出された。

【研究協力者】（五十音順）

岡村毅（東京都健康長寿医療センター研究所）

的場由木（自立支援センターふるさとの会）

A. 研究目的

生活課題を抱える人の中には適切な精神医療を受けられず、生活課題が複雑化、深

刻化するケースも少なくない。また、医療以外の支援現場で被支援者の精神医療ニーズが見つかることもある。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は、精神医療と地域支援の連携が必要となる。

そこで、本分担研究では、精神保健医療のニーズの満たされていない領域や対象（アンメットニーズ）を明らかにし、その背景を分析することで、地域の生活者支援の取組と精神医療の連携モデルを提示することを目指す。

B. 研究方法

2020年度は、研究協力者全員との会議を6回開催した（2020年9月11日、2020年10月2日、2020年10月30日、2020年12月17日、2021年2月5日、2021年3月5日）。そこでは、(1)文献レビューによる精神医療アンメットニーズの存在する領域、(2)専門職の事例検討による調査領域、(3)フイージビリティを考慮したうえでの調査対象地域および対象者について検討を行い、それらにもとづいた研究プロトコルを作成した。

(倫理面への配慮)

本年度の研究においては、個人情報を取り扱わなかった。

C. 結果

(1)文献レビューによる精神医療アンメットニーズの存在する領域の検討

PubMedを使用し、「homeless」「mental health」「prevalence」「unmet needs」「religion」等のキーワードを掛け合わせ、精神保健、地域福祉の領域から文献を渉猟した。その結果、「homeless & "faith based" & "mental health"」で検索すると8件、「homeless」 & "religion" & "mental health"」で検索すると22件の文献があり、海外では精神保健分野における宗教者の役割が一定

程度あることが明らかになった。

しかし、宗教組織が後景化した日本において、寺院や神社、教会等がアンメットニーズの発見場所となることを積極的に示した研究はなく、専門職による生活支援の現場からアンメットニーズにつながる事例を検討するに至った。

(2)専門職の事例検討による調査領域の設定

生活困窮者支援、高齢者支援、触法者支援を行う専門家から、過去の事例を紹介してもらい、精神医療ニーズが顕在化しなかった背景について分析を加えた。ヒアリングの概要と議論のまとめは以下の通り。

事例1）統合失調症かつ認知症の母、統合失調症あるいは発達障害の娘の同居。かつて地域包括に相談にいったが支援につながらず、その後ゴミ屋敷になった。

- 高齢母は地域包括、娘は保健所が担当部署であり、横の連携がない。地域包括一区役所高齢支援課ー精神保健とつながるのが理想だが、それほど破たんリスクが高いケースでないのにつながらない。「虐待」の分脈だとワンストップでつながるがそれでいいのだろうか。
- 医療保護入院は未だ家族中心であるので、家族がいないケースや、家族が病気のケースだと極端に困難さが増す。
- 何とか医療につなげようと病院に連れて行っても、医療の対象ではないと言われることが多々ある。
- 地域包括は人生の物語の理解という視点がない。一方で、物語として理解して、それを押し付けるリスクもある。しかし、物語を考えて支援するよりも、さっさとケースをこなしていくことが評価されてしまうのが現実。
- ボランティア団体などの「弱い組織」がこのような人を支えやすい面もあるのでは。

事例2) 幼少期から発達障害が見過ごされていた男性。バンド活動、薬物使用、収監、心肺停止(高次機能障害?)を経て、よく分からない理由で傷害事件の被疑者となった。

- 司法は入り口支援(裁判の段階でケアプランまで見据える)、出口支援(地域定着など)を始めている。
- 「鑑定」も受けたが、これまでことごとく見逃されてきた人がわかるものだろうか?
- DARC(ダルク)は医療に多くを期待していないとのこと
- 司法が福祉化することは、福祉が司法化することとパラレルであろうが、後者は人権侵害リスク大きいのでは。司法が目指している「切れ目のない支援」「息の長い支援」のうち、後者は危ないのでは。
- 全くエビデンスのない矯正システムを作っていることが理解不能。
- 多職種協働の中でマネジメントができていない。強力な医師がうまくやることもあるが、それが正しいのかはわからない。地域包括や社会福祉士に求められる役割では。

まとめ

- アンメットニーズを掘り下げるにあたり、対象者のニーズが満たされていない面と、支援者が対象者のニーズを満たしていない面があるが、混同されている。後者が重要。支援者がきちんと対象者の全体像をみてニーズを満たすことはもっと社会が打ち出してもいいのかも(英国のCare Act 2014ではニーズを満たせ、と明示している)
- 対象者は全く社会に関わっていないのではなく、時々において、瞬間的に面として関わり、むしろ絶望してつながりにくくなっていつている。であれば、その瞬間に全体を把握して対応するケースマネジメントの思想が必要だが、社会に実装されていないのは社会福祉士が醸成されていないことも要因かもしれない。

(3) フィージビリティを考慮したうえでの調査対象地域および対象者について検討

アンメットニーズを抱える当事者への調査はそのアクセシビリティの面から困難であり、支援現場で専門職が直面する事例から支援の枠組みに当てはまらないアンメットニーズを抽出する方がフィージビリティが高いことが確認された。

また、対象地域は、東京都健康長寿医療センターがある板橋区、大正大学がある豊島区など、機縁法による対象地域設定が調査協力を得られる可能性が高いことから、城北地区を対象とすることを確認した。

D. 考察

事例検討より、精神医療におけるアンメットニーズには支援者の理解が浅いために再生産されるもの、対象者のニーズが満たされずに生じるもの、支援者が対象者のニーズを満たせずに生じるものがあるという作業仮説が導き出された。

また、アンメットニーズには、まだ存在さえ知られていない、すなわち、支援者がまだ出会ってすらいらないアンメットニーズと、支援の枠組みに当てはまらないアンメットニーズがあることも抽出され、本研究では後者のアンメットニーズに焦点を当て、研究を進めていくこととなった。

E. 結論

考察で導き出された支援の枠組みに当てはまらないアンメットニーズの抽出のため、城北地域の就労支援ホーム、地域包括支援センター、ボランティアセンター、社会福祉協議会、療養相談室、医療機関、宗教施設(寺院)を対象に、精神保健上の課題抱えた被支援者への支援の困難さ、精神科、メンタルヘルスケアの専門家との連携の実態などについて、半構造化インタビューによる質的調査を行うこととした。

F. 研究危険情報 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

令和 2 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）
「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）
分担研究報告書

精神保健医療福祉の可視化に関する研究

研究分担者

吉田光爾（東洋大学ライフデザイン学部）

研究協力者

辻本哲士（滋賀県立精神保健福祉センター）、高橋邦彦（東京医科歯科大学 M&D データ科学センター）、奥村泰之（一般社団法人臨床疫学研究推進機構）、大江浩（富山県新川厚生センター）、青木達之（青和病院）、井川大輔（堺市こころの健康センター）、籠本孝雄（大阪府こころの健康総合センター）、楯林英晴（福岡県精神保健福祉センター）

協力

株式会社アクセライト

要旨

目的：市区町村が精神保健医療福祉システムの整備状況について全国との比較の中で把握できる＝「見える化」する Web データベースを、他データベースとの関連も踏まえながら構築する。

方法：厚生労働行政推進調査事業（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」にて開発された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発展させ、より洗練された形での「見える」化システムを開発する。

結果：前述の『Regional Mental Health Resources Analyzing Database』（ReHMRAD）

（<https://rehmrad.jp>）を引き継ぎ、バージョンアップを行った。ReHMRAD は①第七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、②「精神保健医療福祉に関する資料」で把握された精神科病院への在院者の状況、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、の四つの内容で構成されている。各タブについての本年度の改修点は①第七次医療計画の中間見直しによる指標変更の反映、②退院者についての表示機能の追加、③『障害福祉サービス等情報公表システム』によるデータの反映、などである。なお 2020 年度全体の各月 PV は 6,000～10,000 程度であり、利用数としては堅調であると考えられる。今後も、自治体関係者と協議しながら、有効に活用されるデータベースとしての在り方を検討していく。

A.研究の背景と目的

我が国の精神保健福祉の概況や、精神保健福祉分野の整備状況を論じようとするとき、「精神保健医療福祉に関する資料」や患者調査を中心とした統計資料がこれまで参照されてきた。これらの基礎資料が果たし

てきた役割は極めて大きい、いくつかの課題もあると考えられる。

第一に、統計の集計単位が大きいという問題がある。「精神保健医療福祉に関する資料」や患者調査のデータ集計単位はしばしば都道府県単位となっている。精神保健福祉分野の所管業務が市区町村にも付託され

るようになっているが、メッシュの細かいデータ提供は不十分であり、市区町村が自分の地域の情報を把握するためにデータ活用することが困難な状況になっている。他方で、都道府県にとっても情報把握は大雑把になってしまう可能性がある。

第二に、「数表の解読のしにくさ」によって「公開」の意味が無効化されてしまうという問題がある。官庁等の公開データは、主に Microsoft Excel による集計表であるが、集計表の数値の羅列から、意味ある情報を読み取ることは容易ではない。データが活用されず死蔵されれば、本来の公開の意味が損なわれかねない。

第三に、数値の比較可能性の乏しさという問題である。ある指標について、全国平均値がどの程度か、自分の自治体の状況は全国平均と比してどの水準にあるかは、地域の問題把握や政策立案の上で重要だが、他の自治体と直感的に比較可能な情報の公表はされていない。

第四に、情報の分散化という課題がある。精神保健福祉分野の統計資料については、様々な媒体で閲覧できるようになっているが、情報は分散しており、複数の資料を統合して検討しないと、全体像にたどり着かないなどの問題がある。

総括すると「わが市の市民は何人、どこに長期入院しているのか」「それは全国と比較して多いのか少ないのか」「そのためには何を調べればいいのか」「それを数字の羅列ではなく、知りたい」等のニーズにこたえるには限界があったといえる。

これらの課題に対応するために、著者は、厚生労働科学研究にて Web 上で閲覧できる精神保健福祉上の統計指標を、1) 市区町村単位で、2) 地図データを利用し可視化してわかりやすく、3) 多自治体とも比較可能な形で、4) 各種指標を統合して表示する、データベースシステムを開発し公開している。これを ReMHRAD (Regional

Mental Health Resources Analyzing Database/地域精神保健医療福祉資源分析データベース：リムラッド)と呼称している。本稿では、2021年3月時点公開されたバージョンの当該データベースの概要について紹介する。

B. 方法

厚生労働行政推進調査事業（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」で開発された ReMHRAD に関する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、また新規のデータが得られたものについては、データのアップデートを行った。

改修については本研究班における班会議や、2020年11月27日に Web 上で開催された「良質かつ適切な精神保健医療福祉の確保のためのデータの利活用に関する研修」などで意見を収集し、その結果を反映させた。反映させた内容については結果欄で報告する。

（倫理面への配慮）

本研究で利用されているデータは、既に Web などで他で公開されているデータの二次利用であり、個人情報や倫理的な観点からの審査案件にはあたらない。

C. 結果

ReMHRAD は下記のアドレスを使用した Web データベース (<https://remhrad.jp/>) である。本データベースは4つのタブにわかれたコンテンツから構成されている。本年度での改修点および改修計画点について以下で述べる。

1) 多様な精神疾患の指標（医療計画）

(1) 概要

厚生労働省では第七次医療計画の作成⁴⁾

にあたり、医療計画において定める数値目標の指標例をあげており、精神疾患の医療体制の整備状況を示す指標についても例示している^{5)・6)}。この精神疾患の医療体制の各都道府県における指標の多くは、National Data Base (NDB：レセプト情報・特定健診等情報データベース)をもとに算出される。NDBでは患者が医療機関を受診し、診察・投薬を保険診療で受けると、その詳細な情報は、医療機関から支払審査機関・厚生労働省のデータベースに集積されるようになっている。このレセプト情報は平成23年から医療の質の向上などの目的で活用できるようになっており⁷⁾、上記の指標の算出を含む「精神保健医療福祉に関する資料(いわゆる630調査)」²⁾でも活用されている。1タブ目はこの指標について、マップおよびサマリーを使用して表示するものである。

(2) 本年度の改修点

第七次医療計画については中間で見直しがされ、医療計画において定める数値目標の指標例についても修正された。そのため、修正された指標内容について、新たにサマリー機能を追加した(図1)。

「中間見直し後」の指標では、「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(※いわゆる地域平均生活日数)」や、「依存症専門医療等機関」や「精神科救急医療体制整備事業」に関する指標などが追加されている。

なお本年度、このタブについてのデータの刷新は行っていない(NDBデータを使用するための申請を研究班で行っている)。

(3) 改修計画について

本タブについては①サマリーの印刷機能がないこと、また②グレースケールでの印刷機能の要望がある。現在この2点についての実装にむけ開発中である。

2. 入院者の状況

(1) 概要

2つ目のタブでは「精神保健医療福祉に関する資料」³⁾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するものである。なお本タブについては2019年度の「精神保健医療福祉に関する資料」のデータを使用し、アップデートを行っている。

(2) 本年度の改修点

本年度から、これまでの在院者に関する表示だけではなく、退院者(「精神保健医療福祉に関する資料」で把握している6月1ヶ月について)の状況を表示できるよう機能を追加した。これまでの入院者の状況での表示と同じく。「患者の住所ベース」および「病院の所在地ベース」のどちらでも表示できる。

例えば東京都青梅市について、病院所在地ベースで在院者・退院者を比較する(2および3)。青梅市の入院患者も、青梅市民のみで構成されているのではなく、東京都全域から流入していることが分かる(図2)。しかし退院者の状況を見ると、その退院者は青梅市周辺に限られている(図3)。退院促進を考えていくときに、他の自治体との連携が欠かせないことが把握できる。

(3) 改修計画について

本タブについては政令指定都市を区割りで集計しているが、区割りではなく市全体での集計結果についての要望があることから、現在実装にむけて開発中である。また「精神保健医療福祉に関する資料」では退院者の転機についても調査項目に加えることを検討しているため、今後はReMHRADにおいてもそれらの情報を生かした表示方法があるかどうかを検討する。

3. 地域包括ケアのための資源の状況(訪問看護・障害福祉)

このタブでは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する。

(2) 本年度の改修点

本タブの訪問看護のデータについては「精神保健医療福祉に関する資料」⁹⁾を使用し、2019年度のデータでアップデートを行っている。なお障害者総合支援法のデータについては、前年度までは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」⁹⁾をもとに表示していた。本年度からはデータソースを変更し、同法人が運営している『障害福祉サービス等情報公表システム』¹⁰⁾に対して各都道府県が公表しているデータ(2020年度)とした。データについては精神障害者を支援対象としている事業所についての情報を抽出し、各都道府県の共有許可のもとに提供をうけ、表示している。このことにより、我が国全体での共通のデータベースによる表示が可能になっている。

(3) 改修計画について

1 タブ目で表示されている社会資源のサマリーについて、同様の機能を3タブ目でも導入を検討している。各市町村の障害者総合支援法・訪問看護ステーションの社会資源の多寡を、全国との平均値の比較で表示する機能を実装予定である(図3は開発中の画面である)

4. 各社会資源のマッピング

本タブでは上記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する。本タブについては障害者総合支援法上の支援機関についての情報を、先の3タブ目で記述した『障害福祉サービス等情報公表システム』のデータで刷新している。

5. ReMHRADの活用状況について

図5および6にReMHRADのPVに関する状況を示す。研究費とサーバーの移行に伴いページを閉鎖・移転した2020年度4月～6月にかけてPVは一時低下しているものの、その後は6000～1万ビュー/月を確保しており、広く継続的な利用がうかがえる。

図6については、どのページ閲覧が多いか、タブごとに示したものである。新旧のバージョンのPVを合計した場合、トップページを除き、PVが最も多いのは3タブ目の『地域包括ケアのための資源の状況』(新旧合計PV20.9%)であった。ついで順に2タブ目の「精神保健医療福祉に関する資料」を基にした『在・退院者の状況』(同20.8%)、4タブ目『各社会資源のマッピング』(同9.8%)、最後に1タブ目『医療計画指標』(同5.4%)となっている。

D. 考察

現在、ReMHRADは上記の構成になっているが、これは開発中のデータベースであり、今後このデータベースがどのように活用されていくかが試されているといえる。

2020年度では2020年11月27日にWeb上で開催された「良質かつ適切な精神保健医療福祉の確保のためのデータの利活用に関する研修」などで意見を収集し、その結果を反映させたが、研究班全体としても、真に自治体にとって必要なサマリーとは何かを整理・検討している。研究班全体で検討された指標の中で、Web上のマッピングという機能をもつReMHRADの特性を生かした表示に妥当な指標が何かについて検討を行っていくべきと考える。

他方で3タブ目の「地域包括ケアのための資源の状況」や、2タブ目の「在・退院者の状況」については、他のタブに比してPVが高く、閲覧のニーズが大きいと考えられる。各自治体でどのような場面で活用さ

れているのかに関する情報を収集しつつ、より有効なページ構成・指標の示し方などを検討していく必要があると考えられる。

1) 域精神保健医療福祉資源分析データベース (Regional Mental Health Resources Analyzing Database/リムラッド),

<https://remhrad.jp/>

2) 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神医療政策研究部：精神保健医療福祉に関する資料, <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>

3) 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神医療政策研究部：精神保健医療福祉に関する資料 (630 調査),

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/year.html>

4) 厚生労働省：医療計画について：平成 29 年 3 月 31 日厚生労働省医政局長通知 (平成 29 年 7 月 31 日一部改正)。

5) 厚生労働省：疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について (平成 29 年 3 月 31 日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知 (平成 29 年 7 月 31 日一部改正))。

6) 厚生労働省：疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について (平成 29 年 3 月 31 日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知 (平成 29 年 7 月 31 日一部改正)) (別表) 医療体制構築に係る現状把握のための指標例。

7) 厚生労働省：レセプト情報・特定健診等

情報の提供に関するホームページ, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/hoken/reseptu/index.html

9) 独立行政法人 福祉医療機構：障害福祉サービス等情報検索,

<https://www.wam.go.jp/sfkohyoout/COP000100E0000.do>

10) 独立行政法人 福祉医療機構：障害福祉サービス等情報公表システム

<https://www.int.wam.go.jp/sfkohyoin/CO000100E0000.do>

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

H. その他

図 1：新規に追加された指標（地域平均生活日数）



※囲み部分 各都道府県の地域平均生活日数と、全国の中での位置づけが分かる

図 2 : 在院者の表示例 (青梅市)

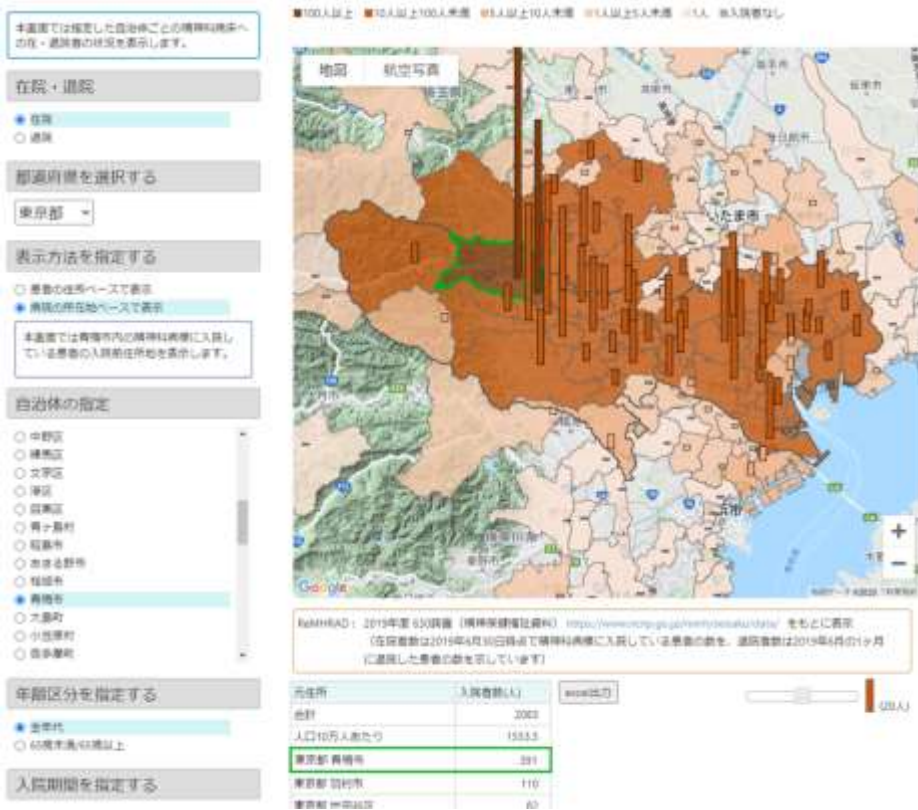


図 3 : 退院者の表示例 (青梅市)



図 4：障害者総合支援法および訪問看護の社会資源の多寡の表示（開発中）



本画面に表示されているデータは開発中のダミーである。

図 5：2020 年度における ReMHRAD の月ごとの Page View（単位 PV）

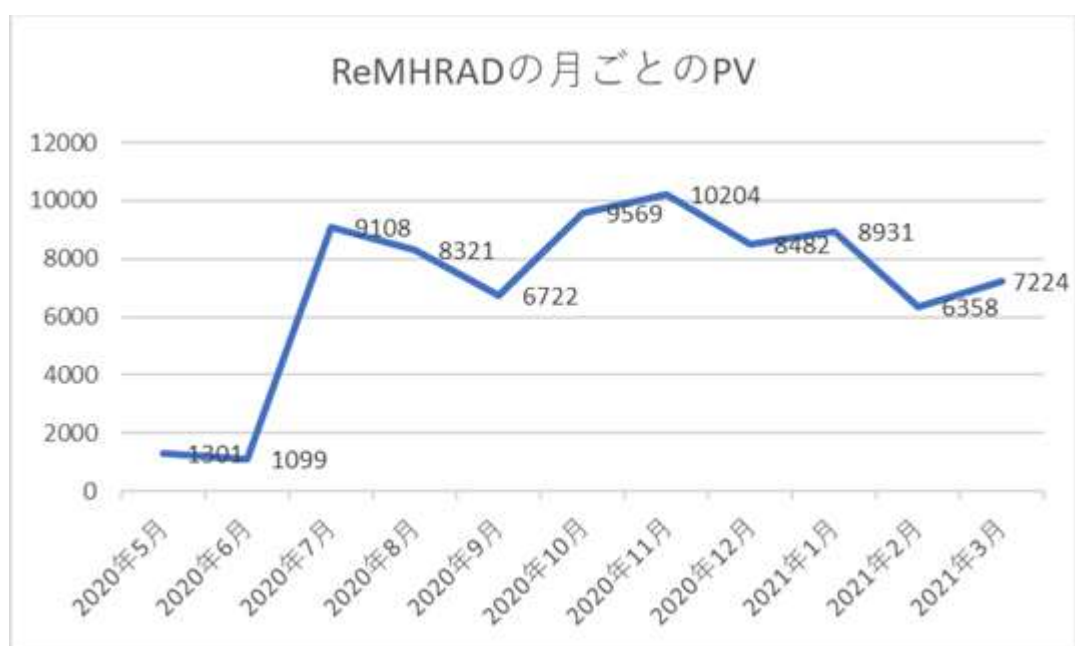
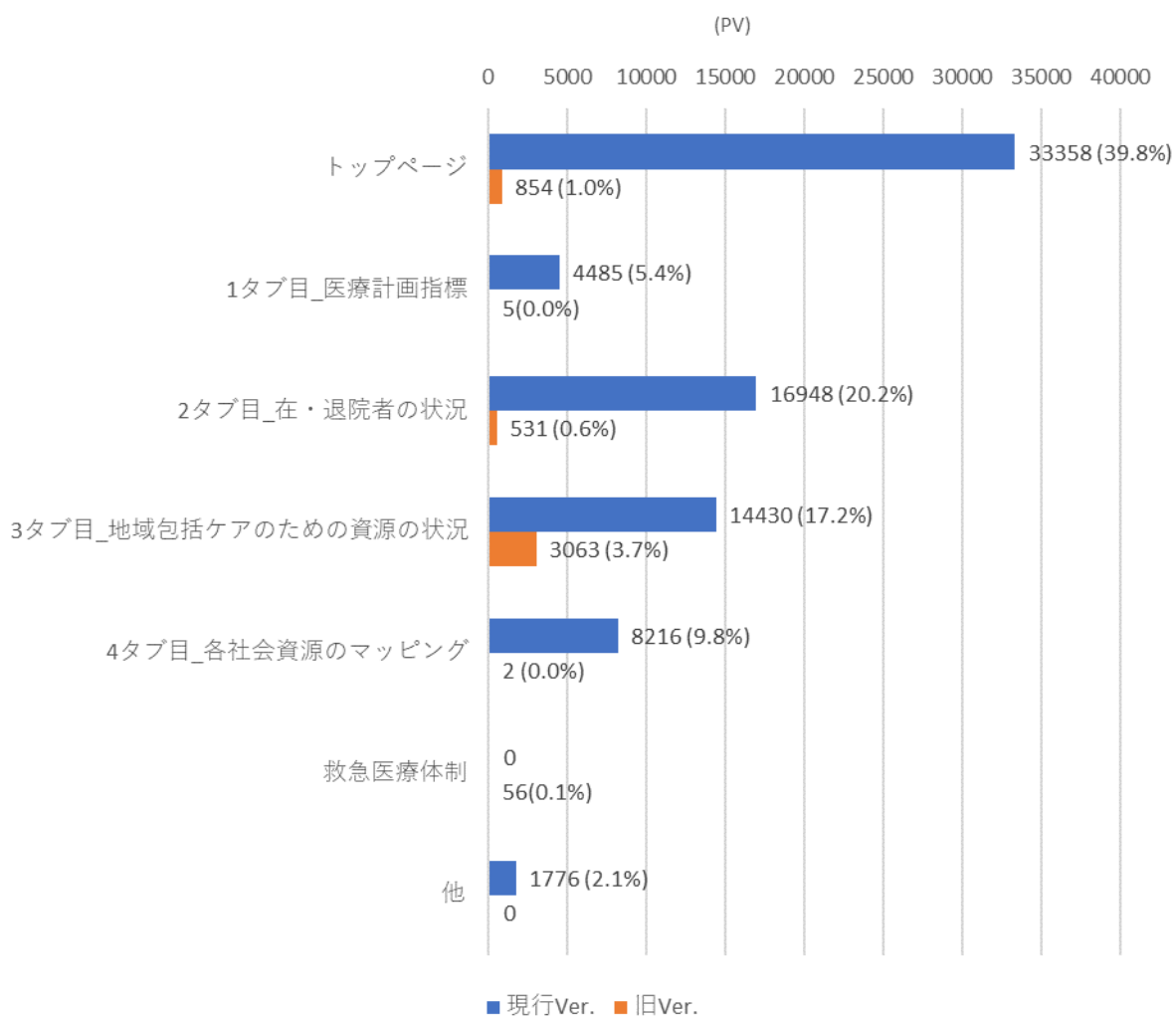


図 6 : 2020 年度における ReMHRAD の各構成の Page View



研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

令和3年5月20日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 大正大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 高橋 秀裕

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 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)
- 研究課題名 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
- 研究者名 (所属部局・職名) 地域構想研究所 ・ 客員教授

(氏名・フリガナ) 竹島 正 ・ タケシマ タダシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

研究内容が、倫理審査の承認を要する研究ではなかったため。

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター
所属研究機関長 職名 理事長
氏名 水澤 英治

次の職員の平成2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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）
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部署・職名) トランスレーショナル・メディカルセンター情報管理・解析部
生物統計解析室・室長

(氏名・フリガナ) 立森 久照 (タチモリ ヒサテル)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年5月20日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 石川県立

所属研究機関長 職名 院長

氏名 北村

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 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）
- 研究課題名 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
- 研究者名 (所属部局・職名) 院長
(氏名・フリガナ) 北村 立 ・ キタムラ タツル

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	石川県立高松病院	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3 年 3 月 31 日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿~~
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 国立研究開発
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 水澤 英洋

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 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
- 研究者名 (所属部局・職名) 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 ・ 客員研究員
(氏名・フリガナ) 杉山 直也 ・ スギヤマ ナオヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	公益財団法人復康会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年5月18日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人
所属研究機関長 職名 学長
氏名 石崎 泰樹

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反については以下のとおりです。

- 研究事業名 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）
- 研究課題名 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
- 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学系研究科・教授
(氏名・フリガナ) 福田正人 ・ フクダマサト

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年5月20日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 大正大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 高橋 秀裕

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 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)
- 研究課題名 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
- 研究者名 (所属部局・職名) 社会共生学部公共政策学科 ・ 専任講師
(氏名・フリガナ) 高瀬 顕功 ・ タカセ アキノリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	パブリックヘルスリサーチセンター、大正大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 5月 12日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿~~
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 東洋大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 矢口 悦子

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 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

3. 研究者名 (所属部局・職名) ライフデザイン学部・教授

(氏名・フリガナ) 吉田光爾・ヨシダコウジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。