

## 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 2-3 年度総合研究報告書

研究代表者 竹島 正（大正大学）

**要旨：【目的】** 本研究は、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数算定式案と指標例案を提案することを目的とする。

**【方法】** ①第7次医療計画の精神病床の基準病床数算定式（以下、「現行算定式」という。）の変更の可否を検討のうえ第8次医療計画の精神病床の基準病床数算定式案（以下、「次期算定式案」という。）をまとめた。また、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した。さらに精神保健医療福祉のモニタリングの改善について検討した。②精神疾患以外の4疾患の指標例の構成、先行研究班の研究成果、「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」における検討等を踏まえ、都道府県精神保健福祉主管課にアンケート調査を実施し、指標例案をまとめた。③精神医療の提供のモニタリングを目的とした全国調査（630調査）を改訂・実施した。またその長期データを分析した。④一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、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ため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、かかりつけ医に半構造化面接を行い、内容を質的に分析した。⑤行動制限最小化活動を推進するため、研究会議等による討論、看護職員を対象とした実態調査、精神保健福祉資料を活用したモニタリング体制の構築、都道府県単位の行政主導による普及モデルの確立、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実施し、追加的に普及活動の実践を試みた。⑥精神疾患のための重症度指標の手引き案の検討、フィージビリティスタディの実施、結果の解析を行った。⑦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を行った。⑧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。精神医療保健アンメットニーズの中老年における背景要因を探索した。⑨地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD）について、先行研究成果を発展させ、より洗練された形での「見える」化システムの開発を進めた。

**【結果及び考察】** ①次期算定式は、現行算定式の構成を引き継ぎつつ、問題点を解消する必要があると考えられた。2014年、2017年の患者調査の特別集計を用いて2029年の推計入院患者数23.9万人を算出した。政策的な変化量をm（認知症以外）とd（認知症）で表す次期算定式案をまとめ、m値とd値の最小値を示した。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、ワークシート1.2版の構造分析、外部データソースの修正の有無確認、要改修点の整理、改修の実行、動作確認、変更管理の追記の工程を経て完成させた。令和3年度630調査の調査過程、ReMHRADによるモニタリングの改善意見をまとめた。②アンケート調査をもとに「予防・相談支援」、「医療（全般、合併症・リエゾン診療・精神科と一般科の連携、拠点機能・専門医療、精神科救急、難治性精神疾患への対応）」、「地域支援」によって構成されるストラクチャー、プロセス指標例案をまとめた。またアウトカム指標案をまとめた。③令和3年度630調査において、外来機能やリエゾン機能など、調査項目の調整を行った。630調査の長期データでは、在院患者数はほぼ一貫して減少していること、さらに特に在院患者数が多い認知症等（F0）と統合失調症等（F2）の患者数別にみると、F0とF2はちょうど真逆の動態を示していることを明らかにした。④一般病院における精神科医のニーズは高く、精神科医療との連携に期待することとして、迅速・確実な精神科医療、かかりつけ医と精神科医療との連携の強化、併診システムの推進が挙げられた。⑤調査結果より、行動制限の実施は従事者にとって心的負担であること、わが国の行動制限課題の実態は最小化活動の不足に集約されることが判明し、その要因として決定的な人員不足、教育不足、知識不足があり、物理的・環境的な阻害要因を認めた。わが国特有の特徴に相応した対策として、モニタリングという科学的手法を採用し、検証された実効的な最小化活動を推進し、それが可能となるように環境を整えることが合理であることから、都道府県単位の行政主導による普及モデル「行動制限最小化方策による政策パッケージ（案）」を策定した。⑥精神科入院患者の重症度を評価するために、エキスパートオピニオンにもとづく改訂を経た精神科医療ニーズ（P-M）22項目と精神科心理社会支援ニーズ（P-S）12項目とその評価の手引き案を作成した。フィージビリティスタディの結果から、幅広い特性の患者や病状や人員配置について評価が可能で、重症度についてGAF得点とは別の側面を評価できることが示され、今後の実用化に向けた課題が明らかとなった。⑦アウトカム指標について単月のデータを用いることは、偶然誤差の影響が大きいことが示された。診療行為/医薬品情報に基づく指標として、「入院・外来における治療抵抗性統合失調症治療薬」など38指標の結果を公表した。傷病名情報に基づく指標として、「統合失調症」など11指標の結果を公表した。⑧アンメットニーズの背景要因として、個人要因（対象者個人、家族）、システム要因（身体医療関連要因、精神医療関連要因、社会福祉関連要因、システム間の連携）が見いだされた。⑨ReHMRADのバージョンアップを行った。また情報のアップデート、新機能の追加（グレースケール印刷機能の搭載、政令指定都市の集計に関する追加機能の実装）を行った。

【結論】良質かつ適切な精神医療の持続的な確保の要件として、行動制限最小化方策である政策パッケージ（案）をまとめた。また精神科入院患者の重症度の評価研究を進め、精神医療と一般医療の連携強化の必要性を明らかにした。精神医療のモニタリングの改善を行なうとともに、次期算定式案と指標例案をまとめた。

## 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（石川県立こころの病院）

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）

福田正人（群馬大学大学院）

高瀬 顕功（大正大学）

吉田光爾（東洋大学）

## A 目的

本研究は、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、医療計画における精神病床の基準病床数算定式案と指標例案を提案することを目的とする。

## 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

#### 1) 第8次医療計画における算定式と指標例の検討及び精神保健医療福祉のモニタリングの改善について

医療計画における精神病床の基準病床数算定式案および指標例案を提案すること、精神医療の確保とその促進を図るためのモニタリングの改善の視点を得ることを目的とした。

令和2年度：第8次医療計画における算定式及び指標例については、研究班全体会議を中心に、第7次医療計画の精神病床数の基準病床数算定式（以下、「現行算定式」という。）の変更の可否を検討した。また、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した。

令和3年度：厚生労働省精神・障害保健課から2014年、2017年の患者調査の特別集計を得て、2029年の推計入院患者数の試算を行うとともに、第8次医療計画の精神病床の基準病床数算定式案（以下、「次期算定式案」という。）をまとめた。また指標例について「予防・危機介入」、「医療」、「地域支援」に区分した場合の具体的な内容を検討した。

令和3年度：精神保健医療福祉のモニタリングの改善について、令和3年度630調査の全工程の諸活動をモニターし、各工程のキー活動について検討した。また、地域精神保健医療福祉社会資源分析データベース（ReMHRAD）の精神保健福祉情報の現状と活用に向けてのコメントを得た。

#### 2) 第8次医療計画における精神疾患の医療体制構築にかかる指標例の検討

令和2年度：精神疾患以外の4疾患の指標例の構成、先行研究班の研究成果、「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」における検討等を踏まえ、ロジックモデルとしてまとめられるよう、指標例の構成を検討した。

令和3年度：研究班にて取りまとめた指標例の構成に基づく指標例候補について、各都道府県の精神保健福祉主管課にアンケート調査を実施した。調査期間は2022年2月1日~3月17日で、47都道府県中の41か所（87.2%）から回答があった。その結果をもとに研究班としての指標例案をまとめた。

#### 3) 630調査による将来精神病床入院患者

## 数の推計

令和3年度：精神保健福祉資料（630 調査の集計報告）を活用して、2029 年度の精神病床在院患者数を2つのアプローチで推計した。一つはコホートの考え方に基づき、630 調査で得られた1998～2020 年度の在院期間別在院患者数を用いた。もう一つは患者調査の入院受療率の考え方に基づき、2004～2020 年度の年齢階級別在院患者数を用いた。

### 4) NDBによる将来精神病床入院患者数の推計

令和3年度：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、2029年度の精神病床1日平均入院患者数を推計した。NDBを基にした2013年度から2019年度の入院受療率、2015年度から2045年度の間の5年ごとの将来推計人口、2013年度から2019年度の人口推計を用いた。

### 5) モニタリング体制の事例提示の検討

令和3年度：川崎市を対象に、NDBデータの利用可能性等、都道府県よりも小さい単位におけるモニタリングの事例提示の可能性の検討を行った。

## 2. 精神医療の提供のモニタリングに関する研究

令和2年度：本研究班の実働開始が7月となったため、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した。また令和3年度調査に備えて、調査項目の検討を行った。

令和3年度：令和2年度における調査項目

の検討結果を踏まえて全国調査を実施した。本報告書においては、①令和3年度調査の調査プロセスの報告、②令和3年度調査の調査実施方法・内容の変更・改善点の提示、③調査結果の公開場所の紹介、④長期データの分析結果をまとめた。

## 3. 地域における医療機関間の連携に関する研究

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、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ため、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と、かかりつけ医12人に対する1時間の半構造化面接の内容の質的分析を行った。

## 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

令和2-3年度：精神保健福祉資料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、表面的な医療実態の調査のみでは把握しにくい。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る。そのため、わが国特有の課題や要因を明らかにしたうえ、合理的な解決策が何かを突き止め、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方策等を整理し、必要な行動制限最小化活動を推進するための普及策の開発を目指した。

①研究会議等による討論、②看護職員を

対象とした実態調査、③精神保健福祉資料を活用したモニタリング体制の構築、④都道府県単位の行政主導による普及モデル

「確立した行動制限最小化方策による政策パッケージ（案）」の確立、⑤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、により研究を実施し、追加的に⑥普及活動の実践を一部試みた。

## 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いて、病状にもとづいて必要となる労力人手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の、保険診療の「重症度、医療・看護必要度」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。

令和2年度：(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項目の想定症例への評価試行、を行った。

令和3年度：令和2年度の想定症例への評価試行の結果にもとづくP-M項目・P-S項目およびその評価の手引き案の改訂、②改訂案についての関連専門職団体および患者・家族団体へのエキスパートオピニオンの依頼、③エキスパートオピニオンにもとづくPM項目・P-S項目およびその評価の手引き案の再改訂、④再改訂したP-M項目・P-S項目およびその評価の手引き案

を用いたフィージビリティスタディの実施、⑤フィージビリティスタディで得られた結果の解析、を行った。

## 6. 精神医療の提供と生活支援の連携に関する研究

### 1) NDBに関する報告書

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。

令和2年度：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。

令和3年度：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た後、診療行為・医薬品・傷病名情報を観察するためのNDBデータを使用した分析を行った。

### 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）についての検討

令和2年度：(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、について検討を行った。

令和3年度：精神疾患をもっているが何らかの理由で精神医療に援助希求しないために本人が苦しむ、あるいは危機的な状況になってから精神医療以外の領域によって介入がなされるという現象を精神医療保健アンメットニーズと定義し、中高年における背景要因を探索した。東京都において実施している高齢者のコミュニティ参加型研究の場を利用して、機縁法を用いて、精神医療提供システムの周辺の支援機関のスタッフを対象としてインタビュー調査を行った。

## 7. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究

令和2-3年度：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おける研究」にて開発された地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD）を発展させ、より洗練された形での「見える」化システムを開発した。

（倫理面の配慮）

各分担研究者の所属する研究機関において、必要に応じて倫理審査を受けて研究を実施した。

## C. 結果及び考察

### 1. 良質かつ適切な精神医療の提供の指標に関する研究

#### 1) 第8次医療計画における算定式及び指

## 標例及び精神保健医療福祉のモニタリングの改善について

令和2年度：現行算定式は、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。また指標例の構成は、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病が病期に基づく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、17疾患等の区分となっていた。次期算定式は一般病床・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必要な見直しを行うことが適切と考えられた。指標例については、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病が病期に基づく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など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」の区分として指標例案を検討することとした。

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。

令和3年度：研究班全体会議等における検討を踏まえ、次期算定式は、現行算定式の構成を引き継ぎつつも問題点を解消する

必要があるとの結論に達した。このことを踏まえ、2014年、2017年の患者調査の特別集計を用いて2029年の推計入院患者数を計算したところ23.9万人であった。この推計方法に、入院期間が慢性期（1年以上）の入院患者についての政策的な変化量をm値（認知症以外）とd値（認知症）で表し、 $(1 - m)$ と $(1 - d)$ をそれぞれ認知症以外と認知症の慢性期（1年以上）の将来推定入院患者数に掛け合わせることで推計値を算出する次期算定式案をまとめた。また指標例案のアウトカム指標と整合性をもつ政策的な変化量m値とd値の最小値を示した。

精神保健医療福祉のモニタリングの改善については、令和3年度630調査の各工程において、調査側の活動は効率的な作業展開が実施されていた。そのうえで医療機関側の負担軽減として郵便番号を利用することや、価値向上としてデータ管理上のセキュリティを維持して自治体でも利活用できるようにすることの提案を得た。ReMHRADにおいて、新システムは、旧システムに比べて格段の操作性、機能性を有したシステムになっていると評価された。システム開発は「開発して完成」というわけではなく、現在のシステムを基本としながら、中長期的な展望でシステム運用、それに向けたシステム開発計画を、研究者、行政の現場、医療の現場のメンバーが総合的に議論を行いながら、引き続き検討することが望まれる。このようなかたちの研究活動に伴走する評価はPDCAサイクルの活性化に寄与するものであった。

## 2) 第8次医療計画における精神疾患の医療体制構築にかかる指標例の検討

令和2年度：「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検討を進めることとした。17疾患等については、common disordersの領域、専門性の高い領域、政策医療の領域に区分し、各自治体が課題を発見しやすいようにすることとした。アウトカムは「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まとめた。

令和3年度：都道府県の精神保健福祉主管課へのアンケート調査の結果、(1)「予防・相談支援」「医療」「地域支援」を横軸とする、(2)指標例をとおして精神保健医療の提供体制や提供状況を点検・モニタリングできるようにする、(3)17疾患等をcommon disordersの領域、専門領域、政策領域に大別して、common disordersの領域は身近な医療が確保されていることを確認できるようにする、専門領域と政策領域は都道府県レベルで提供体制の確保が進んでいることを確認できるようにする、(4)指標例候補は、都道府県が保有する情報をできるだけ活用できるようにして情報収集の事務負担を小さくする、(5)ロジック（ストーリー）として、適切な予防・相談支援、適切な地域支援による入院期間は短縮される、地域で孤立しないよう伴走することのできる地域支援体制により自殺死亡率は増加しない、(6)提供される精神医療の内容としては、行動制限を最小にした適切な処遇の促進を挙げ、ストラクチャー、プロセスに組み込むという方向性はおおむね共有されたと考えられた。そのうえでストラクチャー、プロセス指標例案として「予防・

相談支援」7個、「医療（全般）」5個、「医療（合併症、リエゾン診療、精神科と一般科の連携）」4個、「医療（拠点機能、専門医療）」としてその都道府県において必要とするもの、「医療（精神科救急）」2個、「医療（難治性精神疾患への対応）」1個、「地域支援」10個を取りまとめた。またアウトカム指標案として5個を取りまとめた。本研究班による指標例案は、都道府県における精神保健医療の提供体制や提供状況を体系的に点検・モニタリングするのに適したものであると考えられた。

### 3) 630調査による将来精神病床入院患者数の推計

令和3年度：コホートの考え方による、在院期間1年未満の患者数との比を用いるパターンにおいて、在院患者総数は2020年度の269,476人から2029年度には233,826人に35,650人（13.2%）減少すると推計された。入院受療率の考え方では、在院患者総数は2020年度の269,473人（年齢不明の3人含まず）から2029年度には211,465人に58,008人（21.5%）減少すると推計された。両アプローチとも仮定を置いた計算であり、それぞれに方法論上の限界があるものの、精神病床在院患者は、2020年度から2029年度にかけて3~6万人の規模で減少すると推計された。特に長期在院者、成人後期の患者の著明な減少が見込まれる。

### 4) NDBによる将来精神病床入院患者数の推計

令和3年度：1日平均入院患者数は、2019年度から2029年度の間、234060人から202138人に減少すると推計された。0~64歳における患者数は、83507人から53415人に減少すると推計された。一方

で、75歳以上における患者数は、92025人から104715人に増加すると推計された。NDBに含まれない生活保護受給者の補正を行った場合、2019年度から2029年度の間、274,834人から237,374人に減少すると推計された。2019年度から2029年度にかけて精神病床1日平均入院患者数は、3万人から4万人程度減少すると推計された。

### 5) モニタリング体制の事例提示の検討

川崎市を例にしたモニタリングの事例提示の検討の結果、政令指定都市レベルのNDB分析の活用が開発が課題であることが示された。

## 2. 精神医療の提供のモニタリングに関する研究

令和2年度：本研究班の実働開始が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、「精神病床を有する医療機関」、「精神病床を有しない医療機関」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を提案した。その構成は「基本機能、体制、職員数（基本機能）」「精



「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票のその部分に回答する必要をなくした。この変更により、精神病床を有する、有し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。

令和3年度：令和3年度630調査で改訂を加えた点は、平成28年の同調査で実施されていた内容の復活（精神障害者保健福祉手帳）、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を念頭に置いた精神病床からの退院先のより細かな区分での把握、外来機能やリエゾン機能、救急体制整備事業の役割、訪問看護機能の実態に即した項目の修正等であった。多様な機能がますます求められている精神保健医療福祉の現状把握を可能とするべく調査項目を検討する必要があり、今後も実態に即して調査項目の調整を行っていくことが求められる。

630調査の長期データについて検討を行った結果、在院患者数はほぼ一貫して減少していることを示した。さらに特に在院患者数が多い認知症等（F0）と統合失調症等（F2）の患者数別にみると、F0とF2はちょうど真逆の動態を示しており、F0はほぼ一貫して増加傾向、F2は減少傾向にある。この20年あまりで在院患者の背景情報が大きく変化している可能性があり、精神科医療機関（特に精神病床）において求められる機能等が変化しているかもしれない。またF0とF2の全国的な傾向を都道府県別に

検討した結果、都道府県別に傾向にばらつきがみられた。特に東北地方と九州地方は全国的なF0の増加傾向とF2の減少傾向がより顕著となって表れている都道府県が多く、同じ精神科医療機関であっても地域によって現状が異なっている可能性が改めて示された。

### 3. 地域における医療機関間の連携に関する研究

令和2-3年度：日本病院会の会員病院調査については、単科精神科病院を除いた510病院のデータを解析した結果、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%が精神病床数の削減を考えており、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

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。医師や看護師が少ないといった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。かかりつけ医が精神科医療との連携に期待することとしては、(1)迅速・確実な精神科医療、(2)かかりつけ医と精神科医療との連携の強化、(3)併診システムの推進が挙げられた。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

令和2-3年度：日本精神科看護協会の協力を得てのWEBアンケートは845の回答を得た。日常業務で行動制限に遭遇し、経験値の高い専門職を多く含む集団による回答と考えられた。結果を集約すると、行動制限について回答者は深く葛藤しており、問題意識は高く最小化に積極的、外部批判に冷静であるものの、決定的な人員不足、教育不足、知識不足を実感し、物理的・環境的な阻害要因を認めた。近年の行動制限の増加要因を治療文化や医療技術と認識する割合は少なく、コア・ストラテジーに見る最小化理念への理解、本質的な最小化活動や行政支援の重要性に関する認識は高くはなかった。モニタリングにおける行動制限指標は、政策的な有用性から「行動制限割合」を採用した。また、全国状況との対比が可能なベンチマーク方式を採用した。政策パッケージ(案)は、作業チームを組織し、海外の先行資料を参照して、活用マニュアル、教材、ベンチマーク指標、マトリ

ックス表で構成される成果物を策定した。

調査結果より、行動制限の実施とは従事者にとって心的負担を要す業務であること、わが国の行動制限最小化活動が十分ではない事実が判明した。精神科医療における人員配置不足は行動制限最小化課題に関して決定的な要因であり、標準的な最小化活動を阻害する大きな理由であった。現場従事者の問題意識や向上意欲はあるものの、本来的で必須の合理的かつ実効的な最小化活動に関する知識も、それを学習し体得する機会も限られており、そのため課題への本来的認識や最小化活動の意義に関する理解も浸透せず、治療文化の醸成や治療技術の向上は未分化と考えられた。行動制限最小化課題に対する行政支援や取り組みは、学術知見の点からも、法的な解釈からも、その運用の点からも必須と考えられるが、その考え方自体が定着しておらず、関係者の認識は希薄であった。

わが国の行動制限課題の実態は最小化活動の不足に集約され、その対策は、判明した課題を補うべく、モニタリングという科学的合理手法を援用し、検証された実効的な最小化活動を推進し、それが可能となるように環境を整えることが合理である。そのためこの普及を推進し、それを実装するための学習機会や教材、環境を整え、担当行政と医療現場が協調して取り組むことによって実効性のある成果が期待できると考えられる。一方、現在適用基準の見直しの議論が進められているが、最小化活動の普及啓発や人員不足への対策を行わないままに臨床現場側の裁量幅を狭小化することは、医療安全に少なからず影響を及ぼす可能性があることにも留意する必要がある。

行動制限指標としての「行動制限割合」は、治療期によらない代表性に優れた指標であり、データシートにおける仕様の工夫や、ベンチマーク方式はモニタリングの意義を高めた。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、今後の制度化等の環境整備の有用性が考えられた。今後のより大規模な普及および対策の取り組みにより、本来的な最小化活動が推進され、実効性のある成果が期待される。

## 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

令和2年度：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。

令和3年度：精神科入院患者の重症度を評価するための、精神科医療ニーズ（P-M）22項目と精神科心理社会支援ニーズ（P-S）12項目とその評価の手引き案が作成でき、エキスパートオピニオンにもとづく改訂を行った。95名の入院患者を対象としたフィージビリティスタディの結果から、比較的幅広い特性の患者や病状や人員配置について評価が可能で、重症度についてGAF得点とは別の側面を評価できるこ

とが示された。実用化に向けた今後の課題として、P-M項目について判断基準の明確化や総合評価項目を利用することで評価の負担を軽減すること、とくにP-S項目のうち反応割合が高い項目について重症度の項目として適切であるか検討すること、妥当性賛同割合が低かった項目について項目の内容や評価の手引きをさらに検討すること、が挙げられた。

## 6. 精神医療の提供と生活支援の連携に関する研究

### 1) NDBに関する報告書

令和2年度：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、(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。

令和3年度：アウトカム指標について単月のデータを用いることは、偶然誤差の影響が大きいことが示された。診療行為/医薬品情報に基づく指標として、「入院・外来における治療抵抗性統合失調症治療薬」など38指標の結果を公表した。傷病名情報に基づく指標として、「統合失調症」など11指標の結果を公表した。

### 2) 精神保健医療のニーズの満たされている

## ない領域や対象（アンメットニーズ）についての検討

令和2年度：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、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、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。

令和3年度：9名の専門職に対してインタビューを行い、32事例が語られた。アンメットニーズの背景要因として、個人要因とシステム要因に分けて分析した。個人要因は、(1)対象者個人の要因として「援助希求の困難」「妄想性障害」、(2)家族の要因として「家族内の不和」「家族が関わりを拒否する」「家族の援助希求の困難」「家族内の複数の事例の集積」が見いだされた。システム要因として、(1)身体医療関連要因として「医療スタッフの精神疾患への無関心」「身体疾患の治療中断」、(2)精神医療関連要因として「以前の通院での不本意な体験」「不十分な危機対応」、(3)社会福祉関連要因として「スタ

ッフの疲弊」「診断がないと支援ができない構造」「適切なサービス提供者がいない」、(4)システム間の連携の不在、が見いだされた。それ以外に、引っ越し直後が高リスクであるという指摘があった。

## 6. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究

令和2-3年度：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入院者の状況、(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。令和2年度の改修点は、(1)第7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。令和3年度は、これらのタブの情報のアップデートを行うとともに、新機能の追加（グレースケール印刷機能の搭載、政令指定都市の集計に関する追加機能）を実装した。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。

## D. 結論

良質かつ適切な精神医療の持続的な確保として、行動制限最小化方策である政策パッケージ（案）をまとめた。また精神科入院患者の重症度の評価研究を進め、精神医療と一般医療の連携強化の必要性を明らかにした。さらに一般病院やかかりつけ医の精神科医療への期待や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）の検討を行った。また、精神医療のモニタリングと改善を行なうとともに、次期医療計画における基準病床数算定式案と指標例案を提案した。

#### **E. 健康危険情報**

なし

#### **F. 研究発表**

1) 北村 立：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～. 第34回日本総合病院精神医学会総会, ウェブ配信, 2021.11.19.

2) Okamura T, Takase A, Matoba Y. Older people with urgent, un-aware, and unmet mental health care needs in Tokyo: viewpoint from outside the mental health care system. IAGG2022 2022年6月12日～16日ブエノスアイレス

#### **G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）**

##### **1. 特許取得**

なし

##### **2. 実用新案登録**

なし

##### **3. その他**

なし