

厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）
良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究
総括研究報告書

研究代表者：○西大輔¹⁾

研究分担者：立森久照²⁾、高瀬顕功³⁾、吉田光爾⁴⁾、瀬戸秀文⁵⁾

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
- 2) 国立精神・神経医療研究センター 神経研究所
- 3) 大正大学・社会共生学部
- 4) 東洋大学・福祉社会デザイン学部社会福祉学科
- 5) 福岡県立精神医療センター 太宰府病院

研究要旨

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である。また、その促進を図るモニタリングの体制と、今後の医療計画および障害福祉計画に資する指標を提案し、各都道府県・市区町村においてデータを用いた計画の推進とモニタリングの推進を支援することを目的とした。

本研究班は5つの分担研究で構成され、各分担課題は以下の通りであった。

①A班：第8次医療計画のモニタリング指標および基準病床算定式の案について、指標の採用予定や医療計画における課題やそのプロセスの把握、②B班：精神保健医療福祉のモニタリング調査（630調査）の企画・立案・実施・結果公表、③C班：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、精神医療の提供に関するモニタリング指標の算出、④D班：精神保健医療福祉の各データの可視化、⑤E班：措置通報および措置入院の実態に関する調査の実施とデータ解析という5つの課題について各分担研究班において調査研究に取り組んだ。さらに、令和6年度は第8次医療計画の開始年度であり、各都道府県が令和5年度に策定した計画を実行する年度となるため、これまで以上に各都道府県・市区町村が利活用しやすい形でのデータ提供を行うことで、各自治体で現状のモニタリングや中間見直しに向けた議論を促進するために各分担研究の成果をまとめ、現状に合わせた柔軟な政策立案に資するデータ分析を行っていく。本研究で得られた成果が、第8次医療計画の推進 および 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に寄与することを期待したい。

オブザーバー（五十音順）

上ノ山 一寛 日本精神神経科診療所協会
北村 立 全国自治体病院協議
桐原 尚之 全国「精神病」者集団
櫻木 章司 日本精神科病院協会
辻本 哲士 全国精神保健福祉センター長会
中島 豊爾 日本公的病院精神科協会
森 隆夫 日本精神科病院協会

研究協力者（五十音順）

朝倉 為豪 栃木県立岡本台病院

稲垣 中	青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター、慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科
岩永 英之	独立行政法人国立病院機構・肥前精神医療センター
牛島 一成	沼津中央病院
臼田 謙太郎	国立精神・神経医療研究センター
太田 順一郎	岡山市こころの健康センター
大塚 達以	東北大学 大学院医学系研究科 精神神経学分野
小口 芳世	聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室
奥野 栄太	沖縄中央病院
奥村 泰之	臨床疫学研究推進機構
萱間 真美	国立国際医療研究センター 国立看護大学校
木崎 英介	大泉病院
北村 真紀子	国立精神・神経医療研究センター
来住 由樹	岡山県精神科医療センター
久我 弘典	国立精神・神経医療研究センター
黒田 直明	国立精神・神経医療研究センター
小池 純子	国立精神・神経医療研究センター
河野 稔明	川崎市総合リハビリテーション推進センター
椎名 明大	千葉大学社会精神保健教育研究センター治療・社会復帰支援研究部門
島田 達洋	栃木県精神保健福祉センター
鈴木 亮	宮城県立精神医療センター
酢野 貢	石川県立こころの病院
瀬戸屋 希	聖路加国際大学大学院看護学研究科
竹島 正	大正大学地域構想研究所、川崎市総合リハビリテーション推進センター
田崎 仁美	栃木県立岡本台病院
戸高 聡	独立行政法人国立病院機構・肥前精神医療センター
富田 真幸	大泉病院
中西 清晃	国立精神・神経医療研究センター
中濱 裕二	長崎県精神医療センター
中村 仁	長崎県精神医療センター
平林 直次	国立精神・神経医療研究センター病院
藤井 千代	国立精神・神経医療研究センター
古野 考志	国立精神・神経医療研究センター
松尾 寛子	元・長崎県精神医療センター
満留 朱里	八幡厚生病院
宮崎 大輔	長崎県精神医療センター
山田 直哉	田川市役所
横島 孝至	沼津中央病院
芳野 昭文	宮城県立精神医療センター
吉川 輝	岡山県精神科医療センター
吉住 昭	八幡厚生病院
渡辺 純一	井之頭病院

技術協力

株式会社アクセライト

A.研究の背景と目的

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を推進していくために、精神疾患等の有無にかかわらず、地域のあらゆる住民が役割を持ち支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティの構築を支える精神医療の確保が求められる中で、地域に潜在する多様な精神保健医療福祉のニーズに対応するような体制構築が求められており、地域の医療・福祉諸機関等との連携が必要とされている。また、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築」を推進していくためにデータを集約し、可視化した資料を公表することで、精神保健医療福祉の外形を俯瞰し、モニタリングを行っていくことも求められる。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である。また、医療計画および障害福祉計画に資する指標を提案し、都道府県・市区町村による現状モニタリングする体制の構築と各計画の推進を支援することを目的としている。令和5年度は令和4年度に提案した第8次医療計画の指標、基準病床数の算定式の内容を踏まえて、各都道府県の理解を促進する資料作成や自治体への説明等、普及と啓発に資することも目的とする。加えて、630調査の実施、集計、公表および匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）を用いた第8次医療計画の各指標のデータ解析は令和4年度同様に引き続き実施し、その結果を公表し、ReMHRAD（地域精神保健医療福祉資源分析データベース）にも反映するなどモニタリングデータの更新も行っていく。加えて、措置入院制度の実態についてコホート研究、検察官通報調査等の現状分析を

引き続き行っていく。

1. 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究（A班）

本研究では、各都道府県での指標の採用予定および医療計画作成における課題やそのプロセスについて、都道府県の精神保健福祉主管課を対象としたアンケート調査を実施し、前年度に提案した指標例および基準病床数の算定式に関する現状の課題を明確化することを目的とする。

2. 精神保健医療福祉の提供のモニタリングに関する研究（B班）

本研究では全国調査を実施し、精神科外来医療、訪問看護、訪問診療等の提供体制の実態および介護福祉サービスとの連携の実態等の精神保健医療福祉の提供のモニタリングを行う。

3. 精神医療の提供体制および実態把握に関する研究（C班）

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目的とする。

4. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究（D班）

本研究で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。

5. 措置通報および措置入院の実態に関する研究（E班）

1) 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究を行い、退院後3年までの実態を把握することを目的とした。令和5年度は退院3年後の治療継続・再入院の状況を把握する。

- 2) 検察官通報において、通報を受けた都道府県・政令指定都市が、措置入院を要する際に精神保健指定医による診察を実施するかどうかの判断に際して、事前調査の各項目がどの程度、診察要否の判断に影響するか、その傾向を明らかにすることを目的とした。
- 3) 検察官通報における精神保健指定医の判断に際して、措置入院に関する診断書の各項目がどの程度、措置要否判断に影響するか、その傾向を明らかにすることを目的とした。

B.研究方法

1. 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究 (A班)

2023年8月4日～9月8日に47都道府県の精神保健福祉の主管課を対象とした実態調査を行った。調査項目は事前に都道府県へのヒアリング（医療計画の検討プロセスや現状の課題等）を行い、その意見を参考に作成した。調査項目は計画の進捗プロセス、計画の策定時期、各指標の採用予定、630調査やReMHRADへの要望、中間見直しに向けた意見等であった。メールに添付した調査票を回答後に返送してもらう形式で調査を実施した。統計解析は記述統計を中心とした集計を行った。

2. 精神保健医療福祉の提供のモニタリングに関する研究 (B班)

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令和5年度も実施した。調査対象は、例年通り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り、令和5年度調査の調査内容はこれまで

に行われてきた同調査の項目をほぼ踏襲した。本調査は調査主体である国立精神・神経医療研究センターにおいて倫理審査の要否を諮り、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。

3. 精神医療の提供体制および実態把握に関する研究 (C班)

2013年1月から2022年12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、NDBデータを使用した。

4. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究 (D班)

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。

5. 措置通報および措置入院の実態に関する研究 (E班)

1) 2016年6月1日から2019年9月30日までのうち、連続した1年間に研究協力施設に措置入院となった患者を対象とした。措置入院時、措置解除時および退院時に、年齢や性別、診断、症状、状態像、転帰、処方などを調査した。また精神症状・社会機能を1ヶ月おきに措置解除・退院に至るまで操作的な評価尺度（PSP）を用いて評価した。あわせて、措置入院からの退院1年後、2年後、3年後の社会転帰状況等について検討した。

2) 全国47都道府県・20政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調

査への協力を求めた。対象は、2020年4月1日から2020年9月30日までに受理したすべての検察官通報例とした。37自治体から提出された566例について、事前調査の各項目を独立変数、措置診察の有無を従属変数としてロジスティック回帰分析と決定木分析を行った。

3) 2) で指定による措置診察が行われた288例のうち267例で指定医2名の措置診察534件、21例で指定医1名の措置診察21件、あわせて555件の措置診察が実施されていた。この555件について、措置入院に関する診断書の各項目を独立変数、措置要否を従属変数としてロジスティック回帰分析と決定木分析を行った。

C. 結果／進捗

1. 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究（A班）

本調査は約7割の都道府県がすでに「第8次医療計画の検討を始めている時期」の調査となった。医療計画と障害福祉計画の関係性について、ほとんどの都道府県が「一体となって、あるいは連携をして策定をしている」プロセスが明らかになった。また、基準病床数をすでに設定していると回答したすべての都道府県が、厚生労働省が公表している値を使用したと回答していた。各指標について、ストラクチャー・プロセスの指標例においては、「未定もしくは未回答」もしくは「採用予定なし」の回答の割合が高かったものの、アウトカムの指標例においては、「採用予定なし」の回答の割合は低かった。独自設定の指標については、幅広く様々な指標が挙げられており、地域の課題に合わせた指標を都道府県ごとに設定をしている状況が伺えた。

2. 精神保健医療福祉の提供のモニタリングに関する研究（B班）

令和4年度に行った事前調査の結果を踏まえて優先度の高い項目について検討を行った。その結果、より最適な設問で正確な回答が得られるよう調査票を改善できた。また、例年通りの回収率を維持しつつ、正確なデータの把握が達成できたと考える。また、「精神病床を有する医療機関」の調査結果を年度内に「精神保健福祉資料：<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>」に公表することも達成した。加えて令和5年度はコメディカル職員数の医療機関別の配置状況に関する予備的検討もを行い、ここ数年で心理職の配置数が増えてきている傾向が示され、受診者数が増えるほどコメディカルの配置割合が多くなる傾向が示唆された。

3. 精神医療の提供体制および実態把握に関する研究（C班）

2013年度から2020年度の入退院患者を観察した結果、地域平均生活日数は向上しつつあるものの、90日時点の退院患者割合の変動は小さいことが示された。2021年度における入院受療率は、年齢と共に上がり、85歳以上の認知症を有する患者が最も高いことが確認された。第1回緊急事態宣言の前の期間（2013年4月から2020年3月）と、後の期間（2020年5月から2022年12月）を比較すると、第1回緊急事態宣言の前後で、一部の年齢層において、入院患者数が減少し、外来患者数が増加していた。

4. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究（D班）

ReMHRAD (<https://rehmrad.jp>) を引き継ぎ、例年のアップデートに加え、実装として①第8次医療計画指標の表示機能、

②発達障害に関する社会資源情報の掲載をした。また追加検討として③630 調査の退院者転帰情報、④ヒートマップ機能、⑤社会資源マップ冊子の自動生成を検討した。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。

5. 措置通報および措置入院の実態に関する研究 (E 班)

1) 最終的に患者登録のあった 521 例のうち 517 例が退院に至り、うち 494 例について、研究協力施設から退院 3 年後の転帰にかかる回答が得られた。

回答が得られた 494 例のうち、退院後の観察期間最長 1095 日で、研究協力施設への入院状況は、入院した 107 例、入院していない 366 例、不明 21 例であった。研究協力施設での退院 3 年後の時点での治療状況は、入院中 19 例、通院継続中 101 例、(治療を)受けていない 373 例であった。治療を継続していない理由は、治療中断 22 例、他院紹介転院 314 例、治療終了 8 例であった。退院 3 年後の生存状況は、生存 140 例、死亡 12 例、不明 352 例であった。観察期間 1095 日の時点で、退院後の研究協力施設への通院継続期間は、平均 413.1 日±標準誤差 22.5 日であった。このうち措置解除時の入院継続例 534.0±31.8 日、通院例 503.2±57.8 日、転医例 158.0±65.5 日であった。措置入院時の診断別には F2 統合失調症 401.6±29.0 日、F3 気分障害 548.9±60.7 日などであった。

退院後の研究協力施設への再入院までの期間は、観察期間 1095 日で、全 494 例のうち 115 例 (23.2%) で再入院しており、平均 172.6 日±標準誤差 14.0 日であった。このうち措置解除時の入院継続 257 例では再入院 84 例、236.4±21.2 日、通院

77 例では再入院 22 例、218.7±38.1 日などであった。措置入院時の診断別では F2 統合失調症 295 例では再入院 90 例、401.6±29.0 日、F3 気分障害 76 例では再入院 29 例、548.9±60.7 日であった。

2) ロジスティック回帰分析による各項目の Odds 比は、自傷行為あり 8.6、他害行為あり 7.8、精神科治療歴あり 6.8、幻覚妄想・病的言動あり 5.7、本人面接あり 0.35、現在治療あり 0.31、生涯診断歴あり 0.1 であった。また CHAID 法による決定木分析では、まず精神科入院歴の有無で分岐した。全例では診察実施 50.7%であったが、精神科入院歴あり群では 100%であった。一方、精神科入院歴なし群では診察実施 32.5%にとどまり、起訴前鑑定の有無で分岐、両群とも幻覚妄想・病的言動の有無で分岐しており、これらの項目が措置診察の要否判断に影響していた。

3) ロジスティック回帰分析による各項目の Odds 比は、易怒性・被刺激性亢進 10.9、幻覚妄想状態 4.5、衝動行為 3.5、傷害 3.2、恐喝 0.1 であった。また CHAID 法による決定木分析では、まず易怒性・被刺激性亢進の有無で分岐した。全例では要措置 86.5%であったが、易怒性・被刺激性亢進あり群では 96.6%が要措置と判断されていた。一方、易怒性・被刺激性亢進なし群では要措置 77.2%にとどまり、妄想の有無で分岐、両群とも衝動行為の有無で分岐しており、これらの項目が措置要否判断に影響していた。

D. 考察

1. 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究 (A 班)

第8次医療計画の策定状況およびそのプロセス、指標の採用予定等についての調査を通じて、各都道府県での課題と、指標例や基準病床数の算定式の計算結果の活用状況が明らかとなった。ストラクチャー・プロセスの指標例については、多くの都道府県において、地域の現状を図るに当たって、必ずしもすべての指標例が最適ではない状況が伺えた一方で、アウトカムの指標例は、多くの都道府県が採用を予定していた。また、ストラクチャー・プロセスの指標については、独自指標のバリエーションが多く見られたため、指標例を活用しつつも、地域ごとの精神保健医療福祉の課題に合わせた独自の現状把握とモニタリングを都道府県ごとに工夫して行っており、最終的なアウトカムを達成するという目標を設定している状況が伺える。指標例が必ずしも活用されていない現状があり、また中間見直しに向けた要望の中にもロジックモデルの標準例が欲しいという意見があるようにストラクチャー・プロセス・アウトカムの各指標の連動や各都道府県が行う事業や研修などの取り組みが最終成果に反映されるという、より連動性が高い指標が今後求められていくと考えられる。

また医療計画策定以外に、精神保健福祉資料（630調査結果・NDB集計結果を含む）やReMHRADへの要望としてデータの速報性や二次医療圏単位でのデータ公表を求める声が多かった。ReMHRADへの要望にあった過去データの表示については「在・退院者の状況」についてはすでに経年表示機能を追加しており（精神保健医療福祉の可視化に関する研究成果）、複数年の表示が可能となっている。今後は医療計画指標についても複数年度の比較を行っていくことが必要かもしれない。またNDB

集計結果の公表が遅れることについては、データ提供タイミングによる要因が大きいいため、引き続きデータをできる限り早いタイミングで入手ができるように研究班として働きかけを行っていく必要があるだろう。

また、今回のアンケート結果の都道府県からの研修要望を受けて、研究班が主体となり行政担当者向けのデータ活用研修を2023年11月に実施した（第1回精神保健医療福祉データ行政活用研修 主催国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）。本研修では医療計画と障害福祉計画の概要、ロジックモデルの解説、NDB、630調査、ReMHRADのデータの利活用方法の講義を行った。研修後のアンケート結果よりおおむね研修について肯定的な感想が寄せられており、特にロジックモデルの具体例やNDBデータの解釈、ReMHRADの利用方法の具体的な解説は役立ったという声が寄せられていた。研究班が主催する研修を行い指標の提案からデータの公表、そして各データを具体的に計画に落とし込んでいくところまでを含めて本研究班が各分担研究と連携をしながら自治体の更なるデータ活用を推進していくことが重要であると考ええる。

2. 精神保健医療福祉の提供のモニタリングに関する研究（B班）

昨年度までの調査内容に改定を加えつつ、例年並みの水準で調査の実施、回収、集計を行うことができたと考ええる。改訂を加えた点としては、自治体票の非同意入院に関する項目を削除し、回答者の負担軽減をはかった。また、公表については在院患者に関する入院形態と開放区分のクロス集計等を追加し、より利活用が進む資料の提供を目指した。また、予備的な検討として

行ったコメディカルの配置数についての検討では、心理職がここ数年で配置数が増えてきている傾向が示されていた。近年の診療報酬改定等の動向を踏まえ、コメディカルの配置数についてモニタリングが可能なように、精神保健福祉資料としての公開に関する検討が来年度以降必要であると考えられる。

3. 精神医療の提供体制および実態把握に関する研究 (C班)

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目的とした。

● アウトカム指標

地域平均生活日数は向上しつつあるものの、90日時点の退院患者割合の変動は小さかった。入院時の病床区分により、早期の退院患者割合は、大きく異なることが示された。

● 入院受療率

入院受療率は、年齢と共に上がり、85歳以上の認知症を有する患者が最も高かった。

● 診療行為/医薬品情報に基づく患者数

認知症ケア加算の算定1の算定を受けた患者数は、年々増加していた。このことは、一般病院における認知症ケアの体制整備が進展していることが示唆される。

ADHD 治療薬に占める中枢神経刺激薬の割合は、年々減少していた。このことは、ADHD 治療薬の中で、中枢神経刺激薬に選択的な規制が導入されていることが一因と考えられる。

● 傷病名情報に基づく患者数

疾患定義により、精神外来患者数の推定は、大幅に異なることが示された。精神外来患者の定義として、精神科専門療法を用

いる場合は、通院・在宅精神療法を用いる場合と比べて、認知症、ギャンブル等依存症、摂食障害の患者数が、11%~17%増えることが示された。これは、精神科デイ・ケア、精神科訪問看護・指導料や心身医学療法の算定があるものの、通院・在宅精神療法の算定がない患者が一定数存在することを含意する。ただし、精神外来患者数の推定は、診療行為の区分番号よりも、主傷病区分の方が、想定的に大きいことが確認された。主傷病区分の利用は、疾患により蓋然性が異なることが想定されるため(例:認知症では主傷病に限る蓋然性はないけれども、統合失調症では主傷病に限る方が自然であろう)、バリデーション研究の推進が必要である。

● 月間患者延数

第1回緊急事態宣言の前後で、一部の年齢層において、入院患者数が減少し、外来患者数が増加していた。この施策による、精神疾患を有する患者への明らかな受療行動の変動が、自殺などより重篤なアウトカムにも影響を及ぼしているか、確認することが求められよう。

4. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究 (D班)

医療計画指標やその他の情報については、我が国の精神保健福祉行政において政策的に何を目指していくかによって、求められる指標が変化していくと考えられる。ReMHRADは、それらの変化に対応し、市民や地方自治体によってそれらの情報をより活用されやすい形で提供する媒体として、引き続きデザインや機能を更新し続けていく必要があると考えられる。また蓄積されたデータを活用して冊子を作成するなど、表示機能を超えたデータ活用の在り方を検討していくことも重要であると考えら

れる。

5. 措置通報及び措置入院の実態に関する研究 (E 班)

1) 退院3年後の通院継続状況、再入院状況を示した。退院後の研究協力施設への入院や治療状況については、後ろ向きコホート研究と大きな相違はない一方で、通院継続期間、再入院までの期間は、観察期間が平準化された今年度の時点において、研究協力施設が措置入院を受け入れた後に地域の医療機関に戻すのか、そのまま研究協力施設での医療を継続しているかの差異、またシステムとしての移送が行われ、その数も110例にのぼることも結果に影響していた。もちろん、観察期間が延長するほど、これらの期間の値は延長することに留意を要する。

とはいえ、このように制約はあるものの、措置入院した例を前向きに3年間、追跡した研究は、過去に例がない。措置入院では、本人の同意にかかわらず自傷他害のおそれがある精神障害者を都道府県知事・政令指定都市市長の命令により入院させるという制度であることから、追跡を試みることにについては大きな困難があるのは当然で、この研究においても、3年後までの結果を追跡できた数は、必ずしも多いとは言えない。ただ、本研究によって得られた値は、各研究協力施設が最善を尽くして収集した結果によるのも事実であり、これ以上の値を得ることは難しいのも、また事実である。

このようにして得られた今回の結果は、今後の措置入院医療を見渡すのにあたって、基礎となるべき資料である。

2) 検察官通報されたケースの事前調査において、指定医の措置診察要否判断を検討したところ、自傷行為あり、他害行為あ

り、精神科治療歴あり、幻覚妄想・病的言動ありの項目で有意に診察実施と判断されていた。一方、本人面接あり、現在治療あり、生涯診断歴ありでは、有意に診察不要と判断されていた。また決定木分析においては、精神科入院歴があれば全例、措置診察が行われていた。精神科入院歴がなくても、起訴前鑑定が行われる、幻覚妄想・病的言動が認められる場合には、やはり措置診察が実施されていた。

措置診察の要否は、それぞれの因子ごと、また因子の組み合わせを考慮して判断されていた。そして、これらは、いずれも過去の調査と類似の傾向を示しており、事前調査における措置診察の要否判断は経年的には大きな変化はないと思われた。

3) 検察官通報において指定医の措置診察が行われた例では、ロジスティック回帰分析にて、Odds比それぞれ易怒性・被刺激性亢進 10.9、幻覚妄想状態 4.5、衝動行為 3.5、傷害 3.2として有意に要措置と判断されていた。恐喝 0.1は、有意に措置不要と判断されていた。また決定木分析において、それぞれの項目の組み合わせごとの措置要否判断が明らかとなった。

措置要否は、それぞれの因子ごと、また因子の組み合わせを考慮して判断されていた。そして、これらはいずれも過去の調査と類似の傾向を示しており、指定医の判断は経年的には大きな変化はないと思われた。

E.結論

令和5年度の結果より、第8次医療計画の策定までのプロセスや採用予定の指標についての調査を通じて、各都道府県での課題と、指標例や基準病床数の算定式の計算結果の活用状況が明らかとなった（A

班）。また、630調査は調査項目の最適化および令和6年度に向けた公表形式の事前検討としてコメディカルの配置状況についての予備的検討を行った（B班）。NDB分析では地域平均生活日数と90日時点退院率の関連、入院受療率、認知症ケア加算、ADHD治療薬等の診療行為、医薬品情報に関する検討、精神科専門療法と通院・在宅精神療法の定義の違いによる外来患者数推計値に関する検討を行うことができた

（C班）。ReMHRADについては第8次医療計画指標に対応した表示機能に加えて、発達障害の社会資源表示機能、630調査の転帰情報、ヒートマップ機能等他の分担研究課題で進めている課題を反映した表示が可能となるように検討をはじめることができた（D班）。措置入院制度についてはは退院3年後の通院継続状況、再入院状況、検察官通報されたケースの事前調査結果、検察官通報において指定医の措置診察についてそれぞれ検討ができた（E班）。

以上のように医療計画に関する検討はA班を中心としつつ、我が国の精神保健医療福祉に関するモニタリングや制度に関する検討は他の分担研究にて検討を進めることができた。令和6年度は今年度の成果をもとに第8次医療計画の中間見直しに向けた議論や、自治体担当者向け研修の実施、更なる公表データの充実と利用しやすい環境構築を引き続き行う予定である。

F.健康危険情報

なし

G.研究発表

- 1.論文発表 なし
- 2.学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

- 1.特許取得 なし
- 2.実用新案登録 なし
- 3.その他 なし

引用文献

該当なし