

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⁾※1、黒田直明¹⁾※2

研究分担者：立森 久照²⁾、福田正人³⁾※3、高瀬頭功⁴⁾、吉田光爾⁵⁾、瀬戸秀文⁶⁾

※1 令和 4 年度、令和 5 年度研究代表者

※2 令和 6 年度研究代表者

※3 令和 4 年度のみの方担研究者

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) 群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学

4) 大正大学・社会共生学部

5) 東洋大学・ライフデザイン学部

6) 福岡県立精神医療センター 太宰府病院

研究要旨

本研究の目的は精神保健医療福祉の実態を把握するための調査、レセプトデータベース等のデータ収集およびその活用を通して、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とともに第 8 次医療計画に資する指標および基準病床算定式を提案し、都道府県・市区町村による現状を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である。本研究班は①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提案、②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、※1③精神科入院患者の重症度の検討、④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、⑤精神保健医療福祉の各データの可視化、⑥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 6 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。各分担研究の成果を統合し、政策研究としての成果をあげるため、研究代表者、研究分担者のほか、人権・権利擁護、公共政策・政策評価、精神保健医療のエキスパート、政策研究、疫学・統計研究、予防・疫学研究、自治体関係者からなる研究班全体会議を組織して科学的・合理的な政策研究として遂行していくことを目指した。各分担研究の成果は以下の通りであった。

A 班：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

令和 4 年度は第 8 次医療計画指標案の検討については、前研究班での提案、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」での議論の結果、研究班内でのエキスパートコンセンサスを踏まえて、第 8 次医療計画指標案の検討を進めた。基準病床算定式の見直しについても、本研究では前研究班の議論に基づき、新算定式のパラメータの設定および、病床利用率を提案した。

令和 5 年度は 47 都道府県の精神保健福祉の主管課を対象に 2023 年 8 月 4 日～9 月 8 日に実態調査を行った。調査項目は計画の進捗プロセス、計画の策定期限、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。結果は、約 7 割の都道府県がすでに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

すべての都道府県が、厚労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。

令和 6 年度は中間見直しに向けて、追加指標候補の検討を行った。また、第 8 次医療計画指標例に採用されている精神疾患のうち、特に実態把握が困難な疾患の 1 つである「てんかん」を例に、NDB および他のデータソースと比較して、解析の定義の仕方によってどの程度患者数が異なるかを全国レベルで検証した。また、精神科専門療法、通院・在宅精神療法のそれぞれの算定によって定義される患者数にはどの程度の差が生れるか、各疾患について改めて整理を行った。

B 班：精神保健医療福祉の提供のモニタリングに関する研究（630 調査）

令和 4 年度調査では、自治体に対し同年度に行った事前調査の結果を踏まえ、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に調査対象とする医療機関の表記を変更した。また、自治体が把握する調査対象の医療機関数をより明確にするために、精神科もしくは心療内科の診療を行っている医療機関数に関する項目を変更した。また、医療機関票の同一法人内施設の施設数に関する項目については、回答者の負担軽減のため設問をとりやめた。その他、令和 4 年度診療報酬の改定を反映させた変更や、文言の修正をおこなった。

令和 5 年度調査では回答する自治体の負担を軽減のために比較的利益活用状況が少ない、非同意入院の入退院届に関する項目を調査対象の項目から削除した。医療機関票では、「6 月 1 か月間の精神病床への新規入院患者」と「(6 月の精神科の外来受診患者数のうち)療養生活継続支援加算を算定した患者数」を問う設問を追加した。その他、内容が重複する設問についての見直しや文言の修正をおこなった。

令和 6 年度調査では、第 8 次医療計画の指標例にも盛り込まれている「かかりつけ医うつ病対応力向上研修事業（都道府県・政令指定都市独自）」に関する項目を自治体票に追加した。また、医療機関票の精神科における看護職員について、専門看護師、認定看護師、特定行為研修修了者についてそれぞれを個別に問う設問に変更した。その他、改正精神保健福祉法の施行に合わせて項目の追加修正を行った。また、精神病床を有しない医療機関と訪問看護ステーションに対して、今後のオンライン調査への移行を検討するために設問を追加した。

C 班：精神医療の提供体制および実態把握に関する研究

令和 4 年度は 2013 年 1 月から 2021 年 5 月診療分の NDB データの提供を受け、集計結果を公表した。その結果、2013 年度から 2019 年度において、退院患者における地域平均生活日数は向上しつつあるものの、新規入院患者における 90 日時点の退院割合は低下していた。退院割合低下の一因として、退院割合が相対的に低い、認知症が主傷病の医療保護入院が増えていることが影響していると考えられた。

令和 5 年度は、2013 年 1 から 2022 年 12 月診療分の NDB データの提供を受け、集計結果を公表した。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ることが示された。

令和 6 年度は、2013 年 1 月から 2023 年 5 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 データを使用した。2013 年度から 2021 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。2022 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2023年3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。

D 班：精神保健医療福祉の可視化に関する研究

令和4年度は、ReMHRADの①第7次医療計画における「精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」の表示、②630調査で把握された精神科病院への在院者の状況、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うち、②および③の経年表示機能の追加、および新たに⑤発達障がいに関する社会資源情報の掲載に関して検討した。また、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た。

令和5年度は、例年のデータのアップデートに加えて実装として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。

令和6年度は、例年のデータアップデートに加えて、昨年度検討としていた①630調査の退院者転帰情報、②社会資源数の経年変化(ヒートマップ)表示機能を実装した。さらに③630調査における在院者の構成の推移、④地域住民のメンタルヘルスの状況を反映するための指標を検討した。

E 班：措置通報及び措置入院の実態に関する研究

令和4年度は、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、検察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎資料とすることを目的とした調査、措置入院患者への訪問看護支援と多職種・他機関連携の現状と課題を把握、措置診察にかかる指定医招聘システムの実態把握、身体合併症を併発した措置入院患者への対応実態を把握し、身体合併症連携体制整備に寄与する基礎資料を得ることを目的とした検討を行った。結果として、退院2年後の通院継続状況、再入院状況において、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。

令和5年度は措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究において、退院3年後の治療継続・再入院の状況を把握を行い、また、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を検討、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についての傾向を明らかにした。

令和6年度は、措置入院患者の退院後死亡リスクの検証、措置入院制度における警察官通報実態把握、身体合併症を併発した措置入院患者への治療提供体制および連携実態について検討を行った。その結果、措置要件が自傷のみであった者と退院時 **Personal and Social Performance Scale** 総得点が高かった者の退院後死亡リスクが相対的に高い可能性が示された。また、警察官通報は増加しているが、措置診察不要とされる例の増加が目立っており、2000年、2010年の調査結果と比較して、措置入院期間短縮の傾向は下げ止まっていたが、措置入院継続率は低下しており、入院継続の必要性が様々な視点で検討されていると考えられた。身体合併症を併発した措置入院患者については、措置入院患者の身体合併症対応には、都市部では「合併症転院事業」等の制度化された体制が構築されている一方、地方では医師同士の個人的連携関係に基づく対応がなされているなど、地域によって多様性がみられた。

※1 令和4年度のための分担研究課題

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
安西 信雄	帝京平成大学
稲垣 中	青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター
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
大村 重成	福岡保養院
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
吉川 隆博	東海大学
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
熊倉 陽介	東京大学
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
島田 達洋	栃木県精神保健福祉センター
鈴木 亮	地方独立行政法人 宮城県立病院機構 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
田口 真源	大垣病院
竹澤 翔	石川県立高松病院
竹島 正	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	長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター
中村 仁	長崎県病院企業団 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

牧野 秀鏡	岡山県精神科医療センター
松尾 寛子	元・長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター
満留 朱里	医療法人社団翠会 八幡厚生病院
宮崎 大輔	長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター
宮田 量治	山梨県立北病院
村田 昌彦	榊原病院
山田 直哉	田川市役所
杠 岳文	肥前精神医療センター
横島 孝至	沼津中央病院
吉川 輝	岡山県精神科医療センター
吉住 昭	医療法人社団翠会 八幡厚生病院
芳野 昭文	地方独立行政法人 宮城県立病院機構 宮城県立精神医療センター
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」（以下：「にも包括」）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、「にも包括」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ている。本研究の目的は精神保健医療福祉の実態を把握するための調査、レセプトデータベース等のデータ収集およびその活用を通して、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とともに第8次医療計画に資する指標および基準病床算定式を提案し、都道府県・市区町村による現状を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である。

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（令和4年度・5年度・6年度：A班）

令和4年度：

第8次医療計画策定に向けて、都道府県にとって良質であり、活用可能なモニタリング指標例、および基準病床算定式を提案することを目的として研究を行った。

令和5年度：

前年度に提案した指標例や基準病床算定式について、各都道府県での指標の採用予

定の有無や、医療計画作成における課題およびその検討プロセスを把握するため、都道府県の精神保健福祉主管課を対象にアンケート調査を実施した。本調査は、前年度に提案した指標等に関する現状の課題を明らかにすることを目的とした。

令和6年度：

第8次医療計画指標例に採用されている精神疾患のうち、特に実態把握が困難な疾患の1つである「てんかん」を例に、NDBおよび他のデータソースと比較して、解析の定義の仕方によってどの程度患者数が異なるかを全国レベルで検証した。また、精神科専門療法、通院・在宅精神療法のそれぞれの算定によって定義される患者数にはどの程度の差が生まれるか、各疾患について改めて整理を行った。

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（令和4年度・5年度・6年度：B班）

令和4年度、5年度、6年度：

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ことを主たる目的とした。報告書では、主に（1）各年度調査のプロセスの報告（2）次年度調査の方法や内容の変更・改善点の提示（3）調査結果の公開状況の整理を行っている。収集したデータは各年度分を精神保健福祉資料に公開している。調査内容に関しては、厚生労働省担当課や関係領域の専門家、研究班メンバー等による検討を重ね、調査項目の追加・削除・修正を行った。

3. 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 4 年度：C 班）

令和 4 年度：

精神疾患の入院医療において、病状および必要な労力、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。

4. 精神医療の提供体制および実態把握に関する研究（令和 4 年度：D 班、令和 5 年度・6 年度：C 班）

令和 4 年度、5 年度、6 年度：

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目的とした。

5. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究（令和 4 年度：E 班、令和 5 年度・令和 6 年度：D 班）

令和 4 年度、5 年度、6 年度：

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を行った。

6. 措置通報および措置入院の実態に関する研究（令和 4 年度：F 班、令和 5 年度・6 年度：E 班）

令和 4 年度：

1)、2) 本研究では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ていた。令和 4 年度は退院 2 年後の治

療継続・再入院の状況について報告した。

3) 検察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎資料とすることを目的として調査を行った。

4)、5) 措置入院患者への訪問看護支援と多職種・他機関連携の現状と課題を把握し、円滑な訪問看護体制整備への示唆を得ることを目的とした。6) 措置診療にかかる指定医招聘システムの実態を明らかにすることを目的とした。7) 身体合併症を併発した措置入院患者への対応実態を把握し、身体合併症連携体制整備に寄与する基礎資料を得ることを目的とした。

令和 5 年度：

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令和 5 年度は退院 3 年後の治療継続・再入院の状況について報告した。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療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、診療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。

令和 6 年度：

1) 措置入院患者の退院後死亡リスクの検証、措置入院患者の入院時社会機能を Personal and Social Performance Scale (PSP) に基づいてサブクラス分類、措置入院患者を措置入院時、入院 1 月後、2 月後の社会機能障害のレベルによりサブクラス分類を行った。2) 措置入院制度における警察官通報は、衛生行政報告例によると、2000 年から 2010 年にかけて 2 倍弱、

さらに 2016 年には 3 倍弱に増加している。その一方で、診察不要の件数・割合も、2000 年の 35.3%から 2010 年 46.3%、2016 年の 57.1%と増えており、診察実施の割合は相対的に低下し、診察不要の割合が増えている。警察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎資料とすることを目的として調査を行った。また、警察官通報書、事前調査、指定医による措置診察例についてそれぞれ検討を行った。3) 身体合併症を併発した措置入院患者への治療提供体制および連携実態を明らかにし、より効率的な身体合併症治療提供体制の構築に向けた基礎的知見を得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（令和 4 年度・5 年度・6 年度：A 班）

令和 4 年度：

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

令和 5 年度：

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、計画の策定期間、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。

令和 6 年度：

「てんかん」患者の比較には、精神保健福祉資料に公表されている NDB 集計結果、e-Stat の患者調査（外来患者数）を用いた。通院・在宅精神療法と精神科専門療法の患者数の比較は同じく精神保健福祉資料に公表されている NDB 集計結果を用いた。

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（令和 4 年度・5 年度・6 年度：B 班）

令和 4 年度：

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、これまでと変わりなく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 4 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。また、本調査に先立ち自治体に対して事前調査を行った。事前調査の主な目的は以下の 3 点であ

った。

- ① 医療機関票および訪問看護ステーション票の配布対象施設の把握
- ② 自治体票（非同意入院の入退院届）の活用状況の把握
- ③ ReMHRAD 上での市区町村別表示機能の活用状況の把握

令和 5 年度：

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 4 年度と同様に実施した。調査項目についても、同調査の項目をほぼ踏襲している。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。

令和 6 年度：

本調査は長期的な傾向把握を目的とし、毎年継続的に同一項目を収集することに意義があるが、同時に制度改正や社会ニーズの変化に即した調査内容の見直しも不可欠である。今年度はこれまでの調査項目を踏襲しつつ、診療報酬改定等に伴う表記の修正、回答負担の軽減を意識した更なる調査項目の最適化や項目の削減、再構成を行い、調査票の最適化を図った。

3. 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 4 年度：C 班）

令和 4 年度：

これまでの研究で得られたフィージビリティ・スタディのデータに追加解析を実施し、その結果にもとづいて重症度案を再改訂することで精神科入院患者の重症度概念を整理し、エキスパート・オピニオンを求め、世界の重症度概念と比較した。

4. 精神医療の提供体制および実態把握に関する研究（令和 4 年度：D 班、令和 5 年度・6 年度：C 班）

令和 4 年度：

2013 年 1 月から 2021 年 5 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 データを使用した。

令和 5 年度：

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。

令和 6 年度：

2013 年 1 月から 2023 年 5 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 データを抽出した。

5. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究（令和 4 年度：E 班、令和 5 年度・6 年度：D 班）

令和 4 年度～6 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」化システムを開発した。システム構築にあたっては班会議や研究班の構成メンバ

一が実施した自治体向け研修等の意見を収集してその内容を反映していった。

6. 措置通報および措置入院の実態に関する研究（令和4年度：F班、令和5年度・6年度：E班）

令和4年度：

1)、2) 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、措置入院からの退院1年後、2年後、3年後の社会転帰について検討した。3) 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。対象例について、検察官通報書と事前調査書、および措置入院に関する診断書の内容の調査票への転記を求めた。研究実施は、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会の承認を受けた。4)、5) 2021年8月から11月に措置入院の退院後に訪問看護を実施している訪問看護ステーション2機関と病院訪問3機関の計5機関の多職種スタッフに対して、訪問看護支援の現状と課題に関するグループインタビューを実施した。6) 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、アンケート調査票を発送し、返送かWEBでの回答を求めた。調査票には自治体における措置入院制度と精神科救急医療の関係、指定医招聘システムや招聘時の困りなどの記載を求めた。研究実施は、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会に呈示し、個人情報扱っ

ていないため審査不要とされた。7) 身体合併症を併発した措置入院患者への合併症の医療提供体制に関わる実態調査を行うため、研究班内で議論を行った。

令和5年度：

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) で指定医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。

令和6年度：

1) 2016年5月16日から2019年9月30日までに栃木県立岡本台病院、宮城県立精神医療センター、大泉病院、長崎県精神医療センター、井之頭病院、石川県立こころの病院、八幡厚生病院、肥前精神医療

センター、岡山県精神科医療センター、沼津中央病院、琉球病院に措置入院となった者について以下の分析を実施した。①措置入院となった後に、措置解除を経て退院となり、かつ、退院後に当該施設と1回以上接触を持った234人のKaplan-Meier法に基づく退院1年以内、2年以内、および3年死亡率を求めるとともに、厚生労働省が作成した簡易生命表に基づいた標準化死亡比（SMR: standardized mortality ratio）を算出した。②入院時のPSPの評点を潜在クラス分析によってサブクラスに分け、それぞれのサブクラスの措置入院継続期間について検討した。③措置入院時、入院1月後、2月後の社会機能障害を潜在クラス分析により分類するとともに、それぞれのサブクラスの背景因子の比較を行った。

2) 調査の対象は2023年5月17日から2023年5月31日までに受理したすべての警察官通報例とした。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。なお、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックにより保健所はじめ自治体担当課にかなりの負担がかかっている現状に配慮して、調査対象はCOVID-19を、2023年5月8日の「5類移行」後として、調査協力可否をあらかじめ自治体に問い合わせた。調査は精神保健福祉法第23条に規定される通報内容や都道府県・政令指定都市における事前調査、精神保健指定医の診察による措置入院に関する診断書、措置入院先医療機関から提出される措置症状消退届の記載内容から、本人の年齢、性別、自傷他害のおそれ、重大な他害行為の有無ならびに事前調査、措置診察、措置解除時の診断や帰住先など、所定の調査票に転記を求める形式で行った。

警察官通報例の検討について、調査の対象は2023年5月17日から2023年5月31日までに受理したすべての警察官通報例とした。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。なお、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックにより保健所はじめ自治体担当課にかなりの負担がかかっている現状に配慮して、調査対象はCOVID-19を、2023年5月8日の「5類移行」後として、調査協力可否をあらかじめ自治体に問い合わせた。調査は精神保健福祉法第23条に規定される通報内容や都道府県・政令指定都市における事前調査、精神保健指定医の診察による措置入院に関する診断書、措置入院先医療機関から提出される措置症状消退届の記載内容から、本人の年齢、性別、自傷他害のおそれ、重大な他害行為の有無ならびに事前調査、措置診察、措置解除時の診断や帰住先など、所定の調査票に転記を求める形式で行った。調査の回答をもとに、警察官通報例や通報後の転帰の実態を整理した。また、警察官通報書については、調査項目のうち、通報書の形式、通報書に記載された通報時点の本人の所在、精神科治療歴、自傷他害行為の有無、今後のおそれ、重大な他害行為に関する事項などについて検討を行った。また、事前調査についても調査項目より年齢、性別、精神症状や問題行動、治療歴、自傷他害のおそれなどに関する事項について検討した。さらに、実際に精神保健指定医の措置診察を受けた例について、措置入院に関する診断書からは診断、症状、問題行動などについて、措置症状消退届からは診断、措置解除後の処置に関する意見、帰住先などについて転記を求め、分析をおこなった。

研究実施は、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会の承認を受けた。

3) 2024年9月2日から2024年12月31日までの期間において、単科精神科病院、総合病院、行政機関における多職種対象とした半構造化インタビュー調査を実施した。インタビュー内容は、(1)措置入院の身体合併症のケース(数・症状)とその対応、(2)合併症があつて身体科の対応を検討・協働をするときに苦慮すること、(3)望ましい連携体制(以下、円滑な連携につながった要素)、(4)望ましい連携体制にするために必要なことの4項目とした。対象者の同意を得た上で、Webミーティングシステムを活用し、30分から1時間程度のインタビューを行った。インタビューデータから逐語録を作成し、質的記述的分析を行った。本研究の実施にあたり聖マリアンナ医科大学倫理審査委員会にて承認を受けた。

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(令和4年度・5年度・6年度：A班)

令和4年度：

第8次医療計画指標は、第7次医療計画の指標を基本としつつ、17の領域に分かれていたストラクチャとプロセスを4領域に整理した(「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」)。また、それぞれの領域においてそれぞれ新規指標を提案した。新算定式では、2029年の人口あたりの慢性期の推計入院患者数(X)と一定の水準(A)を比較してパラメータを算出した。最終的にパラメータmとdは0から0.1の間の値を

とり、各都道府県の値は「 $X \leq A \rightarrow$ パラメータは0」「 $X > A$ かつ $(X - A) / X$ が0.2未満 $\rightarrow (X - A) / X$ を更に半分した値をパラメータに設定」「 $X > A$ かつ $(X - A) / X$ が0.2以上 $\rightarrow 0.1$ をパラメータ」として、達成目標が現在の指標の値から大きく乖離した非現実的なものにならない範囲に設定した。また、病床利用率は前回医療計画時の設定を踏襲して0.95を提案した。

令和5年度：

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。

令和6年度：

NDBの「てんかん」が主傷病の人口10万対の精神外来の患者数は70.88人、一般外来の患者数は339.58人であり、精神外来の割合は全体(精神＋一般)に対して17.3%であった。NDBによる「てんかん」指導料の算定患者数は、498.3人であった。患者調査による外来総患者(総患者数－推計入院患者数)は367.4人であった。主傷病の外来患者の総患者数は

399.21 人、主傷病以外の場合も含む外来患者数は 1503.41 人であり、主傷病に限った場合は主傷病以外を含む場合の約 4 分の 1 の患者数であった。精神科専門療法と通院・在宅精神療法による患者数を比較では、認知症、知的障害、発達障害、ギャンブル等依存症において、特に差が見られた。

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（令和4年度・5年度・6年度：B 班）

令和4年度：

事前調査の結果より、対象機関、調査結果の活用状況について把握することができ、令和5年度以降の調査での優先度の高い項目について、検討を行った。また、令和4年度調査は、例年通りの回収率を維持しつつ、より最適な設問、正確な回答が得られるよう調査票を改善することができた。

令和5年度：

前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。

令和6年度：

令和6年度調査は、全国の精神科医療機関、訪問看護ステーション、都道府県・政令指定都市の自治体を対象に実施され、例年並みの高い回収率を維持した。病床を有する医療機関では 96.2%の回答率を得ており、全体として正確かつ網羅的なデータが確保できたと考える。調査期間中には 586 件の問い合わせがあり、特に 11 月は病院・診療所からの問い合わせが集中した。これは調査項目の理解や記載方法に関する不明点が多いことを示唆しており、今後は調査票の設計見直しや事前説明の強化などを通じて改善を図る必要がある。調査の内容については、医療計画との整合性を高めるため、自治体票に「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」に関する項目を追加したほか、医療機関票の外来・リエゾン診療に関する表記を見直し、診療報酬改定や法改正に対応した項目の追加・修正を実施した。本調査の成果として、病床を有する医療機関に関する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/>」にて公表することができた。また、精神病床を有しない医療機関の主たる診療科目についても実態把握を試みた結果、過半数が「精神科」、11.6%が「心療内科」であることが明らかとなった。精神病床を有しない医療機関および訪問看護ステーションについては、今後のオンライン調査導入に向けた意向確認も行った。その結果、いずれの対象でも 75%以上の機関がオンライン調査への対応が可能と回答しており、今後の調査手法のデジタル移行に向けた見通しが得られた。一方で、引き続き紙調査を希望する施設も一定数存在しており、段階的な移行が現実的であると考えられる。

3. 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 4 年度：C 班）

令和 4 年度：

精神科医療ニーズ（P-M）7 項目と精神科心理社会支援ニーズ（P-S）7 項目の合計 14 項目からなる「精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度」の再改訂案、および P-M 項目の 23 下位項目と P-S 項目の 10 下位項目についての評価の手引き案を作成した。P-M 項目は「精神的混乱」3 項目（自傷・他害・日常生活）と「特別な対応」4 項目（静穏化・身体合併症・専門性の高い医療・併存精神疾患）、P-S 項目は「当事者の困難」4 項目（病気の受け止め・治療の継続・自傷歴他害歴・人生の希望）と「地域生活の困難」3 項目（衣食住・身近な支援・近所付き合い）から構成され、重症度概念の構造を明示した案となった。関連 15 団体に求めたエキスパート・オピニオンについて、7 件の意見が寄せられた。

4. 精神医療の提供体制および実態把握に関する研究（令和 4 年度：D 班、令和 5 年度・6 年度：C 班）

令和 4 年度：

2013 年から 2019 年にかけて、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は低下していた。また、新型コロナウイルス感染拡大下における第 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 2021 年 5 月）を比較すると、精神科における月間外来患者延数が、15~19 歳と 20~24 歳において増加していた。

令和 5 年度：

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。

令和 6 年度：

2013 年度から 2021 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。2022 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 2023 年 3 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。

5. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究（令和 4 年度：E 班、令和 5 年度・6 年度：D 班）

ReMHRAD は(1)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。

令和4年度：

(2)および(3)の経年表示機能の追加、および新たに発達障がいに関する社会資源情報の掲載に関して検討した。

令和5年度：

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。

令和6年度：

例年のアップデートに加え、実装として①630調査の退院者転帰情報、②ヒートマップ機能を実装した。さらに③630調査における在院者の構成の推移、④地域住民のメンタルヘルスの状況を反映するための指標を検討した。なお2024年度中(2024年4月1日～2025年3月31日)までにReMHRADへのPage Viewは62268回であった。

6. 措置通報および措置入院の実態に関する研究(令和4年度：F班、令和5年度：E班)

令和4年度：

1) 患者登録は、最終的に525例(男性326例、女性200例、男女比1.6対1)となった。観察期間730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284.6日±標準誤差16.3日であった。このうち措置解除時の入院継続例372.1±23.4日、通院例317.4±37.4日、転医例74.9±38.6日であった。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730日で、全502例のうち94例(18.7%)で再入院しており、平均150.2日±標準誤差

12.2日であった。このうち措置解除時の入院継続268例では再入院66例、195.6±18.3日、通院77例では再入院13例、192.9±34.5日などであった。

2) 対象患者の性別は男性146人、女性90人、退院時平均年齢は41.7歳で、約半数

(114人)の措置解除時の精神科主診断は統合失調症圏であった。退院後の総観察日数は180,960日で、その間に11人の死亡が確認された。したがって、人年法ベースの死亡リスクは1,000人年あたり22.2件である。Kaplan-Meier法に基づく対象患者全体の退院後1年死亡率は2.8%、2年死亡率は4.0%、3年死亡率は6.2%であり、SMRは退院後1年時点で11.7、2年時点で8.05、3年時点で8.04であった。

3) ①検察官通報566例(年齢は平均48.4歳±標準偏差14.7歳)、男性456例、女性110例(男女比4.1:1)であった。事前調査は、うち513例(90.6%)で実施されていた。通報後の転帰は、指定医診察不要は278例、診察実施288例であった。指定医診察の結果は措置入院234例、措置不要54例で、調査時点で措置入院中1例、措置解除233例であった。

②566例のうち、医療観察法において重大な他害行為と定められている罪名であったのは118例で、うち診察実施65例、診察不要53例、それ以外の広義の触法行為は447例で、うち診察実施223例、診察不要224例であった。

③566例のうち、事前調査の項目ごとに指定医診察を診察実施としたか診察不要としたかの判断について検討を行った。幻覚妄想、状況認知判断、生活維持困難が明らかな例や自傷他害行為があれば診察実施と判断されていた。

④回答37自治体のうち、34自治体(24

都道府県・10 政令市）から 288 例の指定医診察例が提出された。男性 237 例、女性 51 例（男女比 4.6 : 1）、平均年齢±標準偏差は 49.8±14.4 歳であった。措置入院期間は、平均 78.3 日±標準偏差 86.5 日、中央値 56 日、措置入院 180 日目の入院継続率 7.3%であった。

4) 訪問看護の連携における現状と課題を KJ 法で分析した結果、円滑な他機関連携を示す【入院中に多職種・多機関と臨機応変に対応】、【治療的連携がスムーズ】、【入院中から訪問看護終結までの流れがある】、【訪問看護の中断がない】【訪問看護開始時の協議の場の不足】、【多機関連携がうまくいかない】、【訪問看護利用継続の困難さ】、【訪問看護の役割の見えにくさ】、【診療報酬以上のケアの必要性和経営との均衡の難しさ】、【危機介入体制の未確立】、【訪問看護中断リスクがある】のカテゴリが抽出された。

5) <精神・生活障害が不安定な中で地域生活維持支援を行うしんどさ><関係者との症状理解の不一致のジレンマ><受療・訪問看護に対する抵抗への対応の困難さ><自傷他害に至る状況の見極めの難しさ><精神症状の影響を考慮した意思決定支援の困難さ>の 5 つの分類カテゴリが抽出された。

6) 54 自治体（67 自治体の 80.6%）から回答があった。うち 53 自治体で指定医招聘に困ったことがあると回答した。何らかのシステムを有するのは 23 自治体、なし 31 自治体で、措置入院を精神科救急の一部と位置づける自治体で有意にシステム導入がなされていた。導入後の自治体からは「探す手間が大幅に削減される」「時に予想外に円滑でないことがある」などのコメントがあった。

7) 単科精神病院、総合病院精神科、行政に勤務あるいは勤務歴を有する研究班関係者を中心に総合病院と単科精神病院の医療連携に関する質問を行い、逐語録を質的に分析する研究方法の合議を行った。

令和 5 年度：

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) 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について、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) 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については、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。

令和 6 年度：

1) 退院 1 年以内、2 年以内、および 3 年死亡率および標準化死亡比の算出の対象となる対象患者の性別は男性 145 人、女性 89 人、退院時平均年齢は 41.8 歳で、約半

数 (113 人) の措置解除時の精神科主診断は統合失調症圏であった。退院後の総観察日数は 176,718 日で、その間に 11 人の死亡が確認された。したがって、人年法ベースの死亡リスクは 1,000 人年あたり 22.7 件であった。Kaplan-Meier 法に基づく対象患者全体の退院後 1 年死亡率は 2.9%，2 年死亡率は 4.1%，3 年死亡率は 6.3%，SMR は退院後 1 年時点で 12.0，退院後 2 年時点で 8.19，退院後 3 年時点で 8.11 であった。背景因子別に検討したところ、男性 (6.04～9.70) より女性の SMR (15.2～25.2) の方が高く、統合失調症圏 (2.60～8.38) や気分障害 (4.33～13.9) よりそれ以外の診断の SMR (15.0～24.1) の方が高く、措置要件に他害を含む者 (6.32～8.59) より措置要件が自傷のみの者の SMR (77.3～159) の方が高く、退院時 PSP 評点が 70 点以下の者 (4.54～5.97) より 71 点以上の者の SMR (13.4～26.6) の方が高かった。

社会機能障害のレベルによりサブクラス分類については、対象患者の性別は男性 342 名、女性 197 名、平均年齢は 45.8 歳であった。精神科主診断は統合失調症圏が 318 名、気分障害が 78 名、その他が 125 名であった。対象患者は、①PSP の 4 つの下位項目の平均点がいずれも「重度」に近い重度群 (169 人)、②4 つの下位項目の平均点がいずれも「顕著」に近い顕著群 (163 人)、③「不穏な・攻撃的な行為」のみの平均評点が「顕著」に近く、残る 3 項目の平均点がいずれも「明らかな」に近い明瞭群 (66 人)、④「セルフケア」のみの平均評点が「軽度」に近く、残る 3 項目の平均評点が「重度」に近いセルフケア可能群 (53 人)、⑤「不穏な・攻撃的な行為」のみが「重度」に近く、残る 3 項目の平均

点が1.8～2.8点といずれも比較的軽症な不穏・攻撃群(36人)、⑥4つの下位項目の平均点がいずれも「最重度」に近い最重度群(23人)、⑦4つの下位項目の平均評点がいずれも1.2～3.0点と比較的軽症な軽度群(11人)の7つのサブクラスに分類できた。7つのサブクラスの措置入院継続期間は顕著群と明瞭群(67日)、最重度群(65日)、重度群(55日)、軽度群(42.5日)、不穏・攻撃群(38日)の順に長く、また、重度群と不穏・攻撃群は顕著群より有意に措置入院継続期間が短いことが示された(それぞれ $p=0.0085$, $p=0.0115$: Bonferonni 補正)。

社会機能障害の潜在クラス分析の対象患者の性別は男性289名、女性171名、平均年齢は45.2歳であった。入院時精神科主診断は統合失調症圏が281名、気分障害が69名、その他が110名であった。潜在クラス分析の結果、対象患者は時間の経過に伴って順調に社会機能が改善する「軽度改善群(275人)」、「中等度改善群(87人)」、「著明改善群(30人)」,入院1月後の社会機能の改善の程度は小さいものの、2月後には一定の改善がみられる「遅延反応群(61人)」,入院1月後にいったん社会機能の大幅な改善が見られるものの、2月後に再度悪化する「中途悪化群(7人)」の5つのサブクラスに分類された。これら5つのサブクラスの背景因子を比較したところ、遅延反応群は器質性精神障害の者、入院歴や措置入院歴を有する者、措置要件が他害(対人)であった者が比較的多く、中等度改善群は器質性精神障害、アルコール・薬物関連障害、気分障害が比較的多く、著明改善群はアルコール・薬物関連障害、気分障害の者、措置要件が自傷のみであった者が比較的多い一方で、統合失

調症圏の者や措置入院歴がある者、措置要件が他害(対物)であった者が比較的少なく、中途悪化群は発達障害の者、措置要件が自傷のみであった者が比較的多く、措置入院歴がある者、措置要件が他害(対人)であった者、措置要件が他害(対物)であった者が比較的少なかった。Kaplan-Meier 法によって推定された措置入院開始から措置解除までの期間は著明改善群が36日、中途悪化群が39日と比較的短く、以下、中等度改善群(52日)、軽度改善群(58日)、遅延反応群(83日)の順であった。同様に措置入院から退院に至る期間についても、著明改善群が52日と最も短く、以下、中等度改善群(75日)、軽度改善群(88日)、中途悪化群(92日)、遅延反応群(114日)の順であった。

2) 措置入院制度における警察官通報について、47都道府県・20政令指定都市のうち、45自治体(32都道府県・13政令指定都市)から571例の提出を受けた。

警察官通報571例(年齢は平均43.5歳±標準偏差18.3歳)、男性273例、女性298例(男女比0.92:1)であった。事前調査は、うち559例(97.9%)で実施されていた。通報後の転帰は、措置診察不要は283例、診察実施288例であった。措置診察の結果は措置入院203例、措置不要85例で、調査時点で全288例、措置解除されていた。

571例の警察官通報のうち532例は書面で通報されていた。本人の所在は警察署499例と、大半は警察署で、警察官付添のもとにあった。通報書に通院歴や診断名が記載されていたのは207例で、記載なし282例、通院状況についても定期的に通院中128例、記載なし288例と、半数近くに記載がなかった。自傷行為は、あり215

例、なし 327 例、今後の自傷行為のおそれは、あり 221 例、なし 194 例であった。他害行為は、あり 307 例、なし 234 例、このうち対人他害行為は 263 例、対物他害行為は 134 例で該当した。今後の他害行為のおそれは、あり 273 例、なし 140 例であった。重大な他害行為については、今回のエピソードが殺人および殺人未遂にあたるもの 3 例、傷害 35 例、放火 3 例であった。また既往に傷害があるもの 6 例、強盗 1 例であった。不同意性交、不同意わいせつはなかった。

事前調査について、実際の事前調査票データで何らかの記載があった 570 例について項目ごとに措置診察を診察実施としたか診察不要としたかの判断について検討を行った。まず幻覚妄想・明白な病的言動、状況認知判断障害、生活維持困難が明らかな例、あるいは他害行為がある例では診察実施と判断されていた。また、事前調査で本人面接が実施される、治療歴がないといった場合も診察実施との判断に至るようでもあった。アルコール・薬物乱用の問題がない例では診察実施と判断される一方、診断歴、治療歴・受診の状況が不明といった例では診察不要とされていた。

指定医による措置診察の例について、回答 45 自治体（32 都道府県、13 政令指定都市）から 571 例が提出された。

このうち精神保健指定医による措置診察例は、42 自治体（31 都道府県、11 政令指定都市）から 288 例が提出された。男性 145 例、女性 143 例（男女比 1.01 : 1）、平均年齢±標準偏差は 45.1±17.3 歳であった。診断は F0 器質性精神障害 8 例、F1 精神作用物質使用障害 8 例、F2 統合失調症 117 例、F3 気分障害 35 例、なし 44 例、不一致 43 例、他であった。48 例で重

複診断があった。措置診察の結果、措置入院 203 例、措置不要 85 例であった。措置不要 85 例は任意入院 2 例、医療保護入院 27 例、精神科通院 20 例、医療不要 13 例、他の対応がなされていた。措置診察を受けた 288 例のうち、緊急措置診察を受けたのは 129 例で、うち 89 例が緊急措置入院しており、40 例は措置不要とされていた。緊急措置入院した 89 例の、後追い診察での転帰は、要措置 68 例、措置不要 21 例であった。後追い診察での措置不要直後の転帰は、任意入院 4 例、医療保護入院 8 例、通院 2 例などであった。措置入院期間は、平均 51.6 日±標準偏差 44.0 日、中央値 41 日、措置入院 180 日目の入院継続率 2.4%であった。調査期間を通じて全 182 例で措置症状消退届が提出されていた。措置解除後（緊急措置入院後の措置不要例を含む）の処置は、入院継続 127 例（任意入院 50 例、医療保護入院 77 例）、精神科通院 55 例であった。また退院後の帰住先については措置症状消退届が提出された 182 例で、うち自宅で家族と同居 71 例、自宅で単身 40 例、施設 3 例などであった。

3) 調査機関は 6 機関（単科精神科病院 2 機関、総合病院 2 機関、行政機関 2 機関）であった。インタビュー対象者の内訳は、単科精神科病院（医師 2 名、精神保健福祉士 2 名）、総合病院（医師 2 名、精神保健福祉士 2 名）、行政機関（医師 1 名、精神保健福祉士 1 名）であった。本調査により、措置入院患者の身体合併症対応には、都市部では「合併症転院事業」等の制度化された体制が構築されている一方、地方では医師同士の個人的連携関係に基づく対応がなされているなど、地域によって多様性がみられた。

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（令和4年度・5年度・6年度：A班）

令和4年度：

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

令和5年度：

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はいない現状があり、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。

令和 6 年度：

「てんかん」の患者数の各データソースによる差異と精神医療にて診療対象となっている「てんかん」の割合を明確にすることができた。「てんかん」は精神科医療福祉システム側から、状況の把握と対策を行っていくことは重要である一方、「てんかん」の全患者数から考えると精神医療にアクセスしている数は一部である。今後精神障害に関する計画の中で「てんかん」という疾患をどのように位置づけていくかは議論が望まれる。また精神科専門療法と通院・在宅精神療法については、患者数の多い統合失調症やうつ病等の疾患では、大きな違いは見られないが患者数が少ない疾患、あるいは必ずしも精神外来で継続的な精神科医による継続的な診察が必要ではない疾患においては、計上される数値に差異が生じる可能性がある。診療実態を数値で把握するのか、患者数そのものを把握するのか等必要に応じてどの数値を採用するか検討が必要である。

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（令和 4 年度・5 年度・6 年度：B 班）

令和 4 年度：

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る。改訂を加えた点としては、自治体への事前アンケート調査を行って、対象医療機関の定義をより明確化することで、調査プロセスの効率化と統一した基準でのデータ収集が進められたと考える。

令和 5 年度：

令和 4 年度と同様に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える。

令和 6 年度：

本年度は、前年度からの継続的な取り組みに加え、第 8 次医療計画に準拠した指標の導入など重要な変更が施された。さらに将来的な本調査のオンライン調査への移行に向けた検討も行った。

本年度の調査は、前年度同様、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を対象とした。1, 2, 3 の結果より、昨年度まで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る。

本調査の成果として、病床を有する医療機関に関する調査結果を年度内に精神保健福祉資料にて公表することができた。

精神病床を有しない医療機関および訪問看護ステーションについては、今後のオンライン調査導入に向けた意向確認も行った。その結果、いずれの対象でも75%以上の機関がオンライン調査への対応が可能と回答しており、今後の調査手法のデジタル移行に向けた見通しが得られた。一方で、引き続き紙調査を希望する施設も一定数存在しており、段階的な移行が現実的であると考えられる。

3. 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4年度：C班）

令和4年度：

精神科入院患者の重症度についての疾患横断的・医療機関横断的な評価は、世界的にも取り組みが少ないテーマであることが示唆された。今後の課題として、エキスパート・オピニオンの修正提案にもとづく項目と評価の手引きのさらなる改訂、フィールド・スタディにもとづく各項目の重みづけの確定と重症度判定の基準の決定が挙げられた。

4. 精神医療の提供体制および実態把握に関する研究（令和4年度：D班、令和5年度・6年度：C班）

令和4年度：

退院患者割合低下の一因として、退院割合が相対的に低い、認知症が主傷病の医療保護入院が増えていることが影響していると考えられる。また、新型コロナウイルス感染拡大が特に若者の精神科医療機関への受診行動へ影響した可能性が示唆された。

令和5年度：

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。

令和6年度:

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、12%~16%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、相対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。

5. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究 (令和4年度:E班、令和5年度・6年度:D班)

令和4年度:

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が、幾つかの検討すべき事項があると考えられる。

1) 経時的な変化を把握するための表示機能

2) 第8次医療計画指標等も踏まえた全体のレイアウト変更

1) 630 調査における退院者の転帰情報

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。令和5年度：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、表示機能を越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。

令和6年度：

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 Web データベース (ReMHRAD) を、他データベースとの関連も踏まえながら構築した。本年度は例年のアップデートに加え、実装として①630 調査の退院者転帰情報、②ヒートマップ機能を行った。また次年度以降の実装の検討として、③630 調査における在院者の構成の推移、④地域住民のメンタルヘルスの状況を反映するための指標を検討した。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必要があると考える。

6. 措置通報および措置入院の実態に関する研究（令和4年度：F班、令和5年度・6年度：E班）

令和4年度：

1) 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。

2) 措置要件が自傷のみである者と退院時PSP総得点が高い者の死亡リスクが相対的に高い可能性が示唆された。

3) ①検察官通報は増加しているが、指定医診察不要とされる例の増加が目立っていた。

②重大な他害行為の割合や精神鑑定の実施状況は2008年度と変化はみられなかった。行為の重大度と鑑定実施の関係では、大半は簡易鑑定であるものの、重大な他害行為で有意に精神鑑定が実施されていた。

③検察官通報例においては、精神症状が明らかな例や問題行動が重篤な例では診察実施されており、指定医診察を要するかどうかについての適正な事前調査が行われている様子が明らかとなった。

④措置入院した患者の大多数は観察期間のうちに措置解除されており、長期措置入院となっていたのはごくわずかであった。医

療観察法の申し立てに伴い精神保健福祉法第44条により見かけ上、短期間の措置入院が発生することなどの影響も受けていると思われた。

4) 本研究結果から、訪問看護が患者の状態に応じて他機関と円滑な連携が図れるかどうかには、訪問看護開始当初の協議の場の有無が影響していることが示唆された。

5) 本結果に見る支援の困難さが生じる背景には、措置入院を含む入院期間の短期化と、地域包括支援体制の拡充があると考えられた。

6) 措置診察を行う指定医を求める自治体と、措置診察を行ってよいとする指定医のマッチングがうまくいってない、という問題であり、この点についてはシステム化により改善が期待できると考えられる。

7) 本研究において、措置入院患者における精神科と身体科の連携方法や連携の際に生じる困難の現状と課題を抽出し、より良好な連携を築くための手法を探索的に洗い出すことができると考えられる。

令和5年度：

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。

令和 6 年度：

1) 措置要件が自傷のみであった者と退院時 PSP 総得点が高かった者の退院後死亡リスクが相対的に高い可能性が示された。また PSP のサブクラス分類について、潜在クラス分析により観察された 7 つのサブタイプには一定の臨床的意義があると考えられ、潜在クラス分析の結果、入院 1 月後にいったん社会機能の大幅な改善が見られるものの、2 月後に再度悪化する「中途悪化群」が措置入院患者の 1.5～2.5%程度存在すること、そのような患者は措置入院開始から 5～6 週で措置解除となるものの、措置解除から退院となるまで 6 週程度を要することが示唆された。

2) 警察官通報は増加しているが、措置診察不要とされる例の増加が目立っていた。今回の調査では措置解除に至った例が大半であり、入院期間の短縮や退院後支援制度の確立の影響などがあるものと思われた。また、通報の方式は、大多数が書面であり、一部、保健所や精神保健福祉センター等の担当部署で聞き取りの形式で受理されていた。通報時の本人の居場所は、大多数が警察署であり、警察署にいる場合に有意に診察実施されていた。精神科治療歴は、記載がなければ診察実施とされていた。自

傷行為や他害行為の有無と今後のおそれでは、今後のおそれがある例で診察実施とされていた。重大な他害行為については、記載がないものが多かった。35 例に傷害の記載があったが、これらは診察要否にははっきりとした影響は見られなかった。警察官通報例においては、精神症状が明らかな例や問題行動が明らかな例ではおおむね診察実施とされていた。事前調査において本人面接が行われない例が目立つことがあるが、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）について感染症法の位置づけが 5 類に移行された直後の調査でもあり、パンデミックの影響も考慮せざるを得ないと思われた。全体として、措置診察を要するかどうかにについての適正な事前調査が行われている様子が明らかとなった。措置診察の結果、2000 年、2010 年の警察官通報調査と同様に、統合失調症や気分障害が多いことには変化がないが、器質性精神障害や発達障害が増えるなど、多少、診断等に変化が見られた。また一定の割合で診断不一致例や従たる精神障害を有する例が見られたが、措置要否判断には差はなかった。措置入院期間は 50 日前後で変化なく、措置入院した患者は全例、調査期間のうちに措置解除されており、長期措置入院となっていた例は、なかった。2000 年、2010 年の調査結果と比較して、措置入院期間短縮の傾向は下げ止まっていたが、措置入院継続率は低下しており、入院継続の必要性が様々な視点で検討されていると考えられた。

3) 調査機関は 6 機関（単科精神科病院 2 機関、総合病院 2 機関、行政機関 2 機関）であった。インタビュー対象者の内訳は、単科精神科病院（医師 2 名、精神保健福祉士 2 名）、総合病院（医師 2 名、精神保健福祉士 2 名）、行政機関（医師 1 名、精神

保健福祉士 1 名) であった。本調査により、措置入院患者の身体合併症対応には、都市部では「合併症転院事業」等の制度化された体制が構築されている一方、地方では医師同士の個人的連携関係に基づく対応がなされているなど、地域によって多様性がみられた。

E. 結論

各分担研究において収集したデータの統合によって、各都道府県が医療計画等の行政計画において実態把握を進めるための基礎資料が提供できたと考える。また本研究班を構成する複数の分担研究で収集しているデータを精神保健福祉資料 (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>) や ReMHRAD (<https://remhrad.jp/>) に集約することで研究者がアクセスできるデータベースを整備することができた。

第 8 次医療計画の指標および基準病床算定式については、医政局での医療計画検討会までに指標と新算定式の提言は達成できたと考える。また 630 調査の継続実施および調査項目の最適化、NDB データのアップデートおよび第 8 次医療計画指標例の集計データ公表、ReMHRAD の第 8 次医療計画指標例表示への対応、発達障害支援リソース等の新機能の実装、措置入院制度のモニタリングおよび退院後の患者の実態について把握するための調査等、予定していた内容はおおむね達成できた。また、措置入院制度についても警察官通報調査を開始し、多職種アウトリーチの調査等、措置入院の運用実態を明らかにすることができた。本研究にて収集・公表しているデータの多くは悉皆性が非常に高く、また精神保健医療福祉各領域のシステムや法制度の運用実態を把握しており、またそれらを公表する

ことで研究者がデータにアクセスしやすい状況を作っている。特に精神保健福祉資料や ReMHRAD は各自治体の医療指標・社会資源数をダウンロード可能な形で広く公開することを通じ、研究者が研究において投入すべき環境変数を提供し、学術的環境を整備するという点で意義があると考え。また、第 8 次医療計画指標例において、第 7 次医療計画指標例を念頭に置きつつ、普及、地域、拠点など「にも包括」の構築も念頭に置いた指標を提言できたことで、我が国の行政的な目標に沿った医療計画の推進に資することができると考える。また基準病床算定式の提案は我が国の精神科病床の必要量を検討する上で、参考となる値を算出するために意義があると考え。630 調査、NDB データにより各指標例の現状値の把握が可能となり、措置入院制度のモニタリングは精神保健福祉法に基づく入院制度の運用実態を把握するための基礎データとして重要な成果を創出することができた。

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

臼田謙太郎, 立森久照, 西大輔, 黒田直明. 都道府県における医療保護入院患者の退院促進と現行制度の関連についての検討. 第 83 回日本公衆衛生学会総会. 2024 年 10 月 31 日.

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