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）

効率的かつ効果的な精神保健医療福祉システム構築とそのモニタリングのための研究

総括研究報告書

研究代表者：黒田直明[1)]

研究分担者：立森久照[2)]，臼田謙太郎[1)]，吉田光爾[3)]

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） 東洋大学・福祉社会デザイン学部社会福祉学科

研究要旨

【目的】

本研究は、第8次医療計画の中間見直しに向け、精神保健医療福祉の実態を包括的に把握し、より効率的・効果的なモニタリング体制を構築することを目的とした。「効率的かつ効果的な精神保健医療福祉システム構築とそのモニタリングのための研究」（A 班）では指標例の検討、非自発的入院の実態把握および基準病床算定式の見直し、「精神保健医療福祉機能のモニタリングを目的とした調査・研究」（B 班）では全国調査による精神保健医療福祉機能のモニタリング、「医療レセプトデータを用いた精神医療の提供体制の分析」（C 班）では NDB を活用した精神医療提供体制の実態把握および指標開発、「視覚的把握による情報共有システムの構築に関する研究」（D 班）では精神保健医療福祉の可視化システムの高度化を実施した。

【方法】

A 班では、NDB、630調査、衛生行政報告例等を用いて非自発的入院の比較分析を行いた。また、最新データを用いた基準病床算定式の見直しを実施した。B 班では、全国の精神科医療機関、訪問看護ステーション、自治体を対象に全国調査を例年の調査方法を踏襲して実施した。C 班では、病院報告、NDB、630調査、患者調査を比較するとともに、NDB を用いて地域平均生活日数、再入院割合等の指標を算出した。D 班では、ReMHRAD の機能改善を行った。

【結果】非自発的入院に関する各データソースの集計対象や定義の違いを整理し、用途に応じた使い分けの必要性を示した。また、基準病床算定式では最新データを反映し、全都道府県で基準病床数が減少した（A 班）。６３０調査は高い回収率を維持しつつ調査項目を改善し、オンライン化に向けたフィージビリティ調査も実施した（B 班）。NDB は精神病床入院患者数は病院報告と NDB が近似していた。また、地域平均生活日数や再入院患者割合等の指標は全国的に改善傾向を示した一方、地域差も認められた。公費レセプトを含むデータでは、より包括的な実態把握が可能であった（C 班）。ReMHRAD に市町村別在院者構成比の経年変化表示機能を追加した（D 班）。

【考察】

A 班では、同じ非自発的入院指標でも各データが異なる側面を反映しており、目的に応じた適切な活用が重要であることが示された。また基準病床算定式では、最新の患者構成や地域施策の状況を反映できる推計手法となった。B 班では調査の継続性を維持しつつ、将来的なオンライン化への可能性が示された。C 班では、病院報告が基礎的指標として有用である一方、NDB は詳細分析に優れていた。また新規指標は地域差や経年変化の把握に有用であることが示された。

【結論】

各班において精神保健医療福祉のモニタリング体制の高度化が進展した。A 班では医療計画見直しに資する基礎資料が整備され、B 班では全国調査体制の改善、C 班では NDB を活用した精神医療提供体制の変化を可視化できる基盤を整備と公費レセプトを含む集計の影響範囲の検討、D 班では可視化システムの拡充が進められた。今後は自治体への成果還元、研修実施、データ公表の充実を通じて、精神保健医療福祉政策のさらなる推進が期待される。

アドバイザー（五十音順）
上田　容子　神楽坂ストレスクリニック
神庭　重信　九州大学
吉川　隆博　日本精神科看護協会
北村　立　　石川県立こころの病院
桐原　尚之　全国「精神病」者集団
小阪　和誠　日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構
田村　綾子　日本精神保健福祉士協会
辻本　哲士　滋賀県立精神保健福祉センター
森　隆夫　　日本精神科病院協会

研究協力者（五十音順）
臼田　謙太郎　　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
神川　ちあき　　国立精神・神経医療研究センター
北村　真紀子　　国立精神・神経医療研究センター
木村　祐己　　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
柴崎　聡子　　川崎市総合リハビリテーション推進センター
瀬戸屋　希　　聖路加国際大学大学院看護学研究科
中下　綾子　　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

技術協力
株式会社アクセライト

A.研究の背景と目的

本研究の目的は、令和６年より開始された第８次医療計画の中間見直しに向けて、最適な指標案、および基準病床算定式の値の更新を中心として現状を鑑みたより効率的であり効果的な精神保健医療福祉のモニタリングを行うことである。

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）の推進や第７次医療計画以降の多様な精神疾患に対応した医療体制の構築により、入院中心から地域生活中心を目指す施策の推進が行われ、入院期間の短縮、急性期医療の充実、病床数の削減に取り組む医療機関の出現など変化が見られている。

令和４年度～令和６年度「厚生労働行政推進調査事業費　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」では、こうした状況を踏まえて、第８次医療計画の指標の提案、基準病床算定式の提案、630調査の実施と結果の公表、匿名医療保険等関連情報データベース（NDB; National Database of Health Insurance Claims）よる現状分析と指標データの公表、地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD; Regional Mental Health Resources Analyzing Database）による可視化の推進、措置入院制度の実態把握等の成果を公表してきた。そうした成果は、多様な精神疾患に対応した医療連携の必要性や退院後の安定した地域生活維持が把握できるようなデータを示すことができ、また「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」という新たな整理に基づく医療計画の進捗についての現状把握を可能とした。

一方で、近年の精神保健福祉法改正や診療報酬改定により制度や仕組みの変更も起きている。本研究ではこれらの現状を踏まえ、従来より行われている630調査の結果、NDB の集計データを用いたデータセットの作成（精神保健福祉資料)、それらのデータを可視化した ReMHRAD を研究班内でさらに効果的に利活用することに加えて、都道府県がその他の調査やデータベース含めて総合的データを用いて医療計画の策定およびそのモニタリングを推進し、その成果を妥当かつ容易にモニタできるようデータの公表と自治体のデータ利活用を推進しようとするものである。

以下分担課題ごとの背景について記載する。

1. 包括的なデータ利用による精神保健医療福祉ニーズと提供状況の実態把握に関する研究（A 班）

令和8年度（2026年度）に各都道府県で実施される第8次医療計画の中間見直しに向けて、新たな指標例の提案とその根拠の検討、および基準病床算定式の見直しと最新データに基づく必要病床数の推計を目的とした。

2. 精神保健医療福祉機能のモニタリングを目的とした調査・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7年度も実施した。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. 医療レセプトデータを用いた精神医療の提供体制の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し、精神病床への入院患者数に着目し、病院報告、匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）に基づく精神保健福祉資料、630調査、患者調査の4つの調査間で比較することおよび公費レセプトの有無による影響を検討することを目的

とした。

4. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究（D 班）

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。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。

B. 研究方法

1. 包括的なデータ利用による精神保健医療福祉ニーズと提供状況の実態把握に関する研究（A 班）

①非自発的入院についての検討

１）データソース

精神保健福祉資料に収載されている NDB および630調査データに加え、e-Stat で公開されている衛生行政報告例を使用した。NDB では今年度から公開された公費負担医療のみで請求されているレセプト情報を含むデータを用いた。また、人口は総務省人口推計、精神病床数は医療施設調査のデータを使用した。

２）非自発的入院数に関する情報の整理および分析

NDB、630調査および衛生行政報告例について、非自発的入院に関連する帳票を整理し、集計対象、集計単位、非自発的入院の定義、公開時期、取得可能項目等の特徴を比較した。また、2022年度データを用いて非自発的入院の実態を比較するとともに、衛生行政報告例を用いた経時的推移および都道府県比較を行った。さらに、人口当たりの非自発的入院件数と人口当たり精神病床数との関連を検討した。

②基準病床算定式

第8次医療計画策定時の基準病床数算定方法を踏襲し、急性期、回復期、慢性期別に患者数を推計した。慢性期では認知症の有無別に政策効果係数を反映し、病床利用率は前回と同様に0.95とした。今回の見直しでは、患者数推計値の算出に用いる各データソースについて最新年度のデータを使用した。

2. 精神保健医療福祉機能のモニタリングを目的とした調査・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7年度も実施した。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7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。

本調査および調査のオンライン化に向けたフィージビリティ調査は調査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要否を諮り，倫理審査

の対象となる調査ではない（個人情報を含まない調査）との判断を得て実施した。

3. 医療レセプトデータを用いた精神医療の提供体制の実態把握に関する研究（C 班）

①調査間の比較

各調査から全国の精神病床入院患者数に関する指標を取得した。病院報告、NDB、630調査については、都道府県別の患者数と人口推計の総人口を基に、人口10万人あたりの精神病床入院受療率を算出した。患者調査については、公表されている都道府県別の精神病床入院受療率を用いた。また、各調査の調査時点、標本抽出、患者数の定義、および主な誤差要因を整理した。

②モニタリング指標の算出および公費レセプトの影響の検討

NDB を基に、2013年1月から2024年5月までの間に、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記録のある患者を特定した。適格基準に該当した患者について、診療行為情報、医薬品情報、傷病名情報を観察した。また、全年度の公費レセプトを含むNDB データを用いて、各指標を算出し、最新年度の公費レセプトを除くNDB データを用いて各指標を算出した。

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。

C.結果／進捗

1. 包括的なデータ利用による精神保健医療福祉ニーズと提供状況の実態把握に関する研究（A 班）

包括的なデータ利用による精神保健医療福祉ニーズと提供状況の実態把握に関する研究（A 班）

①非自発的入院

3つのデータソースでは、非自発的入院に関する集計対象が異なっていた。NDB では新規の非自発的入院患者数、630調査では6月30日時点の非自発的入院患者数、衛生行政報告例では自治体への非自発的入院届出件数を集計していた。2022年の全国における非自発的入院の届出件数（人数）は、衛生行政報告例で195,044件、NDB で136,428人、630調査で133,868人であった。入院形態別の詳細な把握には衛生行政報告例および630調査が有用であり、臨床属性の把握には NDB および630調査が優れていた。都道府県別の非自発的入院数における衛生行政報告例と NDB との相関係数は r=0.99であった。また、人口当たりの非自発的入院届出件数と人口当たり精神病床数との相関係数は r=0.38であった。

②基準病床算定式

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（Y）を比較して係数を算出した。最終的に係数（政策効果AおよびB）は0から0.1の間の値をとり，各都道府県の値は「X ≦ Y → 係数は0」「X >Y かつ(X -Y) / X が0.2未満 →（X - Y）/ Xを更に半分した値を係数に設定」「X > Y かつ(X -Y) / Xが0.2以上→ 0.1を係数」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。基準病床数の計算結果は最小で1,176床（鳥取県），最大で16,836床（東京都）であった。また，各都道府県が基準病床数を調整することができる範囲は，20床（滋賀県）～363床（福岡県）で平均102床であった。第8次医療計画策定時の基準病床数と比較するとすべての都道府県で減少していた。減少幅が最も大きかったのは東京都（2,479床減）であり，以下大阪府（2,488床減），福岡県（2,232床減）であった。また，第8次医療計画策定時の基準病床数に対して平均11.5%過小になっており，最も過小になっていたのは島根県（17.1%）であった。

2. 精神保健医療福祉機能のモニタリングを目的とした調査・研究（B班）

令和7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96.8%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。

今年度の調査では，医療機関票における各種届出に関する設問を見直し，地方厚生局への届出から把握可能な項目を除外することで，回答者の負担軽減を図った。また，認知療法・認知行動療法や精神科身体合併症管理加算の算定件数を追加し，利活用の促進を目指したほか，外来リエゾン票や退院後転帰に関する表記を改善し，回答精度の向上を図った。さらに，精神保健福祉法の改正に伴い，医療保護入院患者の入院期間設定や退院支援委員会に関する運用変更を踏まえ，調査項目を見直した。

また，今年度は次年度以降を見据え，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を対象にオンライン調査のフィージビリティ調査を実施した。従来の調査方法より回答しやすいと答えた施設が半数以上であり，訪問看護ステーションでは4分の3にのぼった。

3. 医療レセプトデータを用いた精神医療の提供体制の実態把握に関する研究（C班）

①調査間の比較

2023年の患者数は、病院報告で261,078人、NDBで258,953人、630調査で256,309人、患者調査で255,300人であった。病院報告とNDBの月次値の差は、2013年4月の7,852人から2024年4月の595人に縮小した。

都道府県別の入院受療率では、病院報告との差分が最も小さい調査はNDBであった。一方、患者調査では一部の都道府県に

おいて病院報告との差が大きく、標本抽出および推計過程に伴う不確実性が影響している可能性がある。

②モニタリング指標の算出および公費レセプトの影響の検討

地域平均生活日数は、2013年度から2022年度にかけて全国では概ね向上していた。従来定義による再入院患者割合も同期間に概ね改善しており、2022年度における地域平均生活日数と365日時点の再入院患者割合との相関係数は-0.57であった。新定義による再入院患者割合についても、90日、180日、365日時点のいずれにおいても、全国の値は2013年度から2022年度にかけて概ね向上していた。精神病床入院から90日時点までに退院した患者の割合は、全国では2013年度から2022年度にかけて大きな変動はみられなかったが、都道府県間には一定の差が認められた。精神病床における1日平均在院患者数は、2013年度から2023年度にかけて減少しており、病床機能区分別には認知症を除く慢性期の減少が大きかった。年齢区分別には、20~74歳の患者が減少する一方で、75歳以上の患者は増加していた。公費レセプトを含むデータと含まないデータとの相関係数はいずれも0.9以上であり、強い関連が確認された。一方で、公費レセプトを含むデータでは、公費レセプトを含まないデータと比べて、地域平均生活日数の値は低く、再入院患者割合および退院患者割合の値は高いことが示された。

4. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究（D班）

ReMHRADについて例年に引き続き、バージョンアップを行った。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、②630調査で把握された精神科病院の在院者の状況、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発達障害を支援する社会資源、⑤社会資源マップの５つの内容で構成されてきた。本年度は、例年のアップデートに加え、実装として①630調査における各市町村の在院者の構成比の経年変化の表示機能を実装した。さらに②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の表示について検討した。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。

D.考察

1. 包括的なデータ利用による精神保健医療福祉ニーズと提供状況の実態把握に関する研究（A班）

①非自発的入院

今回用いたNDB、630調査、衛生行政報告例は、同じ非自発的入院を対象としながらも異なる側面を測定していた。衛生行政報告例およびNDBでは年度内の新規入院件数（人数）を把握する一方、630調査では調査日時点の在院患者を把握しており、目的に応じた使い分けが必要である。また、人口当たりの非自発的入院届出件数と人口当たり精神病床数との関連は限定的であり、都道府県差には病床数以外の要因も影響している可能性が示唆された。

2. 包括的なデータ利用による精神保健医療福祉ニーズと提供状況の実態把握に関する研究（A班）

②基準病床算定式

今回の算定では最新の3年間（2020～2023年）の変化率を用いたことで、患者の年齢構成の変化等を反映した推計が可能となった。また、都道府県ごとの施策状況（外来医療や地域支援体制等）についても係数による調整が可能となった。

3. 精神保健医療福祉機能のモニタリングを目的とした調査・研究（B班）

本年度は、前年度からの継続的な取り組みに加え、精神保健福祉法の改正に伴う医療保護入院に関する設問の変更等が施された。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フィージビリティ調査も行った。

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。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フィージビリティ調査も行った。その結果、いずれの対象でも半数以上の施設がオンライン調査の方が回答しやすいと回答しており、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Excelファイルを使った調査を希望する施設も一定数存在しており、またオンライン調査の機能への要望も寄せられているので、慎重な検討が引き続き必要であると考えられる。

4. 医療レセプトデータを用いた精神医療の提供体制の実態把握に関する研究（C班）

①調査間の比較

本研究では、精神病床への入院患者数に着目し、4つの調査間で患者数および入院受療率を比較した。全国値では、病院報告の患者数が最も多く、都道府県別の入院受療率では、病院報告との差分が最も小さい調査はNDBであった。これらの結果は、病院報告とNDBがいずれも通年データに基づく1日平均在院患者数を示すことと整合的である。一方、630調査および患者調査は特定の1日における患者数に基づくため、調査日の影響を受けうる。特に、患者調査では、徳島県および高知県など一部の都道

府県において病院報告との差が大きかった。患者調査は標本調査に基づく推計値であり、都道府県別の入院受療率では、全国値と比べて標本抽出に伴う不確実性の影響を受けやすいと考えられる。

病院報告とNDBの月次値の差は、2013年4月の7,852人から2024年4月の595人に縮小した。この差の縮小には、返戻レセプトの再請求方法の変化が関係している可能性がある。従来、返戻レセプトの一部は紙媒体により処理されていたが、近年、返戻再請求のオンライン化が進められている。オンライン請求を行う医療機関・薬局では、令和5年4月以降の返戻再請求が原則オンラインで行われることとなった5)。これにより、NDBに収載されるレセプト情報の完全性が改善し、病院報告との差が縮小した可能性がある。

これらの結果から、全国および都道府県別の精神病床入院患者数を把握するうえでは、病院報告が安定した基礎資料となる。一方で、病院報告では年齢別などの詳細な層別情報を得ることが難しい。NDBに基づく精神保健福祉資料は、病院報告との差が比較的小さく、かつ年齢階級別や都道府県別の入院受療率など、より詳細な指標の算出に利用できる可能性がある。したがって、精神保健医療福祉のモニタリングにおいて、都道府県単位で年齢別の入院受療率等を把握する場合には、NDBの活用が有用であると考えられる。

②モニタリング指標の算出および公費レセプトの影響の検討

本研究では、NDBを用いて、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標を算出するとともに、新規指標を開発した。地域平均生活日数、再入院患者割合、退院患者割合、1日平均在院患者数などを全国および都道府県別に可視化し、精神医療提供体制の経年変化と地域差を把握するための基礎資料を整備した。

地域平均生活日数は、全国では2013年度から2022年度にかけて概ね向上しており、従来定義による再入院患者割合も概ね改善していた。これらの結果は、精神病床から退院した患者が地域で生活する期間が延長してきた可能性を示している。一方で、都道府県単位では年ごとの変動がみられ、単年度の値のみで地域の状況を評価することには慎重である必要がある。

地域平均生活日数と再入院患者割合との間には一定の関連が確認されたが、両者の乖離が大きい地域もあった。地域平均生活日数は退院後1年間のうち入院していない日数を表し、入院先の病床区分を問わない。一方、再入院患者割合は精神病床への再入院に限定される。また、地域平均生活日数は、多くの患者で全日が地域生活日数として計上される一方、少数の患者の短い地域生活日数の影響を受けやすい。したがって、両指標は定義と分布上の特徴を踏まえて組み合わせて解釈する必要がある。

本研究では、短期的な再入院を計上しない新定義による再入院患者割合も算出した。2022年度において、再入院時の在院日数が28日以内であった患者の割合は32%であり、短期的な再入院が指標に一定の影響

を与えていた。新定義は30日以上連続する精神病床への再入院に焦点を当てる一方、短期的な再入院を除外するため、再入院の全体像を十分に反映しない可能性がある。そのため、新定義は従来定義の代替ではなく、補助的な指標として位置づけることが適切であると考える。精神病床における1日平均在院患者数は、2013年度から2023年度にかけて減少していた。病床機能区分別には、認知症を除く慢性期の減少が大きかった。一方で、年齢区分別には20～74歳の患者が減少し、75歳以上の患者は増加しており、精神科入院患者の高齢化が進んでいることが示唆された。公費レセプトを含むデータと含まないデータとの比較では、両者には強い関連が確認された。一方で、公費レセプトを含むデータでは、地域平均生活日数は低く、再入院患者割合および退院患者割合は高い傾向がみられた。公費レセプトを除いた集計でも地域差や経年変化の大枠は把握できる可能性があるが、指標の絶対値には差が生じるため、精神医療提供の実態をより包括的に把握するには、公費レセプトを含むデータを用いた集計が重要である。

5. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究（D 班）

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調査における在院者の構成の推移を表示する機能を追加した。また次年度以降の実装について、②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の表示について検討した。

E. 結論

非自発的入院の縮減に対するモニタリングに資する、現在利用可能なデータソースの整理を行った。また、衛生行政報告例を用いて、長期的な推移および各都道府県の非自発的入院の内訳を記述した。これらの結果を踏まえ、非自発的入院の状況モニタリングの際の各データの使い分けの例として、図6を提案する。各自治体において、目的に応じて適切なデータを使用し、非自発的入院の縮減のモニタリングを実施すること望まれる（A 班_包括的なデータ利用による精神保健医療福祉ニーズと提供状況の実態把握に関する研究_非自発的入院）。

最新時点のデータを用いた今回の算定により，各区分の患者の年齢構成の変化等を考慮し，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）を係数で調整した推計が可能となる（A 班_包括的なデータ利用による精神保健医療福祉のニーズと提供状況の実態把握に関する研究_基準病床算定式）。

630調査では調査項目の最適化に取り組み、前年度までと同水準で調査を実施することができた。また、調査のオンライン化に向けたフィージビリティ調査を実施し、次年度の調査方法についての予備的検討を行った（B 班_精神保健医療福祉機能のモ

ニタリングを目的とした調査・研究）

精神病床への入院患者数に関する指標は、調査間で一定の差が認められた。各調査の特性を踏まえると、全国および都道府県別の基礎的な患者数把握には病院報告が有用である一方、都道府県単位で年齢別の入院受療率等を把握する場合には、NDBの活用が有用であると考えられる（C班_医療レセプトデータを用いた精神医療の提供体制の実態把握に関する研究_調査間の比較）。

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を算出するとともに、新規指標を開発した。地域平均生活日数、再入院患者割合、退院患者割合、1日平均在院患者数などを継続的に把握することで、精神医療提供体制の変化を可視化できる基盤を整備することができた。また、公費レセプトを含むデータの活用により、従来よりも包括的なモニタリングが可能になることが示唆された（C班_医療レセプトデータを用いた精神医療の提供体制の実態把握に関する研究_モニタリング指標の算出および公費レセプトの影響の検討）。

ReMHRADについて例年に引き続き、バージョンアップを行った。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、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発達障害を支援する社会資源、⑤社会資源マップの５つの内容で構成されてきた。本年度は、例年のアップデートに加え、実装として①630調査における各市町村の在院者の構成比の経年変化の表示機能を実装した。さらに②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の表示について検討した。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（D班_精神保健医療福祉の可視化に関する研究）。

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8年度は今年度の成果をもとに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、データ解析を進めていく。

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

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