

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

令和5年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 西 大輔

令和6 (2024)年 5月

目 次

I. 総括研究報告	
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-----	1
西大輔	
II. 分担研究報告	
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-----	11
西大輔	
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 -----	44
立森久照	
3. 精神医療の提供体制および実態把握に関する研究 -----	56
高瀬顕功	
4. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究 -----	78
吉田光爾	
5. 措置通報及び措置入院の実態に関する研究 -----	90
瀬戸秀文	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	146
IV. 倫理審査等報告書の写し -----	147

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られる。

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られる。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

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

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
分担研究報告書

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

研究代表者・研究分担者：○西 大輔¹⁾

研究協力者：立森 久照²⁾, 藤井 千代¹⁾, 久我 弘典³⁾, 臼田 謙太郎¹⁾, 黒田 直明¹⁾

- 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) 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター

研究要旨

【目的】

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詳細に把握することで、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について明確化することを目的とした実態調査を実施した。

【方法】

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基本とした。

【結果】

本調査は約 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。

【考察】

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、必ずしもすべての指標例が最適ではない可能性が伺えた。一方でアウトカムの指標例については、多くの都道府県が採用を予定していた。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、より連動性の高い指標が今後求められていくと考えられる。

A.研究の背景と目的

第8次医療計画の策定指針では、①行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築する。精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々の病状が障害の程度に大きく影響するため、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する。

②入院患者の年齢構成の変化等の政策効果以外の要因と、政策効果の要因を勘案して、将来の推計を行うこととする。

③患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から、「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」の4つの視点から、それぞれについてストラクチャー・プロセス・アウトカムに関する指標例を設定する。

という点が挙げられていた¹⁾。

上記の方針を踏まえて、本分担研究課題は、令和4年度には医療計画指標例作成のために、「精神保健医療福祉のモニタリングに関する研究」「精神医療の提供体制および実態把握に関する研究」「精神保健医療福祉の可視化に関する研究」と密接に連携をしながら、現状の指標についてモニタリング可能なデータを示しつつ、第8次医療計画に資する指標例および基準病床数の算定式について提案を行った。

一方で、各指標例案および基準病床数の算定式の計算結果は例示であり、各都道府

県は、それぞれに抱える課題が異なっており、重点的に施策を実行している事業等が存在したりしているため、実際に採用され得る指標や、あるいはどの程度都道府県ごとに独自指標を作成予定であるか、またその採用までの決定プロセスについて明確になっていない部分があった。本年度は、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詳細に把握することで、前年度に提案した指標例及び基準病床数の算定式に関する現状の課題について明確化することが必要であると考えた。

そのため、令和5年度は前年度に提案した指標例案、および基準病床数の算定式に関して、都道府県の精神保健福祉主管課を対象に「第8次医療計画指標(精神疾患)に関するアンケート調査」を実施した。また、本研究班の分担班である「精神保健医療福祉のモニタリングに関する研究」と「精神医療の提供体制および実態把握に関する研究」が作成している精神保健福祉資料²⁾や「精神保健医療福祉の可視化に関する研究」が作成している地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:以下 ReMHRAD³⁾等の閲覧方法や公表データの定義について、各自治体の精神保健福祉主管課の担当者等を対象に研修を実施し、より効果的な利活用を推進することを目的とした。

B.研究方法

第8次医療計画指標(精神疾患)に関するアンケート調査

調査期間：2023年8月4日～9月8日

調査対象：全国47都道府県の精神保健福祉

調査方法：調査票を添付したメールにて送付し、メールに添付して提出を求めた。なお、回答者個人が特定される情報は回答項目には含まなかった。

調査項目（詳細は付録の調査票サンプルを参照）：以下に関する情報を調査した。

「計画の進捗」「医療計画所管部署」「障害福祉計画との連携状況」「基準病床数の設定状況」「指標を設定するうえでの課題」「調査時点の採用予定指標」「独自に設定する予定の指標」「重点課題」「諮問・会議体の予定と構成」「研究班研修での要望」「精神保健福祉資料および ReMHRAD への要望」

なお、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。

統計解析：本調査は実態調査であるため記述統計と自由記述分の抽出をして結果をまとめた。その際、回答した都道府県が特定され得る記述は削除して意見の集計を行った。

C.結果／進捗

1) 第8次医療計画指標(精神疾患)に関するアンケート調査

① 貴都道府県では、第8次医療計画(精神疾患)に関する指標についてすでに議論、検討を具体的に始めていますか？(図1)

調査時点では、「すでに議論を始めている」が46.4%、「すでに具体的な指標例をいくつか絞っている」が28.6%であり、回答都道府県の約7割が指標の策定中の時期であった。

② 貴都道府県では、医療計画(精神疾患)の所管部署は、精神保健福祉・障害福

祉の所管部署と同一でしょうか？(図2)

「同一」との回答が71.4%であり、多くの都道府県で、医療計画(精神疾患)は精神保健福祉の主管課が医療計画の策定をメインで取り行っていた。

③ 貴都道府県において、医療計画(精神疾患)を策定する(取りまとめる)部署は、障害福祉計画を策定する(取りまとめる)部署と同一でしょうか。また、当該部署は、障害福祉計画を策定する部署と連携をとっていますか？(図3)

「部署が同じで連携を取っている」が46.4%、「部署は違うが連携は取っている」が53.6%であり、すべての都道府県が連携している状況であった。

④ 貴都道府県において、医療計画は障害福祉計画と一体で作成をしていますか？(図4)

「一体となって作成をしている」が7.1%、「一体ではないが、連動を考えている」が78.6%であり、多くの都道府県である程度医療計画と障害福祉計画は相互連動することを念頭に計画されている状況がうかがえた。

⑤ 貴都道府県において、第8次医療計画で設定した精神病床に係る基準病床数についてご回答ください(図5)。

「まだ設定していない」が75.0%「設定した」は21.4%の割合であり、回答時期には基準病床数を設定中の都道府県が多かった。

⑥ (1) 貴都道府県では精神病床に係る基準病床数をどのように設定しましたか？(⑤で「設定した」と回答している場合のみ)(図6)

すでに設定をしている都道府県においては、厚生労働省が公表⁴⁾している基準病床数の算定式の計算結果の値をすべての都道府県が使用していた。

(2) (1)のように設定した理由 (表1)

基準病床数の設定理由は「根拠が明確」「県独自での算出が困難」「実態と乖離しない数字」等の回答が見られた。

⑦ 第8次医療計画(精神疾患)指標について、議論、決定をしていく際に特に検討が必要と思われる点(貴都道府県の方針、あるいはハードルとなること等)について当てはまる番号にすべて○を付けてください(図7)。(複数回答)

特に回答が多かったものとして、「最新データが数年前のものが多いため、最新の状況がわからない」(回答数22)「指標数が多く、どれを検討したらよいかわからない」(回答数18)「現場のニーズ(地域の実情)とデータのつながりを検討することが難しい」(回答数18)があった。

⑧ 第8次医療計画の各指標例の現段階の採用予定

(1) ストラクチャー (図8)

ほぼすべての指標例において「未定もしくは未回答」もしくは「採用予定なし」の割合が最も多かった。

(2) プロセス (図9)

プロセスの指標例も、ほぼすべての指標例において「未定もしくは未回答」もしくは「採用予定なし」の割合が最も多かった。

(3) アウトカム (図10)

「3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月時点の退院率」「平均生活日数」「急性期・回復期・慢性期入院患者数」の3つの指標例においては、「主要な目標として採用予定」が最も多い回答であった。また「新規入院患者の平均在院日数」についても「未定もしくは未回

答」とともに「主要な目標として採用予定」が多い割合であり、いずれの指標例も「採用予定なし」の割合は低かった。

(4) ストラクチャー(第7次医療計画から継続しているもののみ)(図11)

ほぼすべての指標例において、「第8次での採用の予定なし・未定・未回答」の回答が半数以上であった。

その中で「認知症サポート医養成研修修了者数」「精神科救急医療機関数(病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設)」「DPAT先遣隊登録機関数」「依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関の数」「高次脳機能障害支援拠点医療機関」「認知症疾患医療センターの指定医療機関数」は第7次医療計画で採用していて第8次医療計画でも採用を予定していると回答した都道府県の割合が比較的高かった。

また、「精神科救急医療機関数(病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設)」「DPAT先遣隊登録機関数」「精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数」は第7次医療計画では採用されていなかったものの第8次医療計画で採用予定と回答した都道府県が比較的高かった。

(5) プロセス(第7次医療計画から継続しているもののみ)(図12)

プロセスの指標例も、すべての指標例において、「第8次での採用の予定なし・未定・未回答」の回答が半数以上であった。

その中で「精神科救急医療体制整備事業における入院件数」「精神科救急医療体制整備事業における受診件数」「各疾患、領域それぞれについての入院患者数」は第7次医療計画でも採用していて、第8次医療計画でも引き続き採用予定と回答した都道

府県の割合が比較的高かった。

また「精神科救急医療体制整備事業における入院件数」「精神科救急医療体制整備事業における受診件数」「各疾患、領域それぞれについての入院患者数」「統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率」は第7次医療計画では採用していなかったものの第8次医療計画では採用予定していると回答している都道府県の割合が比較的高かった。

(6) アウトカム(第7次医療計画から継続しているもののみ)(図13)

アウトカムの指標例については、「精神病床における新規入院患者の平均在院日数」以外の3つの指標例は第7次医療計画から引き続き採用を予定しているという回答が多かった。平均在院日数は第7次医療計画では採用していなかったものの、第8次医療計画では採用を予定していると回答した都道府県の割合が比較的高かった。

⑨ 貴都道府県の医療計画で、独自に設定する予定の主要な目標の指標をご回答ください(表2)。

特にストラクチャー・プロセスの指標について、独自設定されている指標が上げられていた。自殺関連、ゲートキーパーやピアサポーター、認知症サポーターなどの自治体が主体となって養成を行っている資格者、地域連携や各種圏域数、災害関係、身体合併症対応等など広く地域の課題を反映した独自の指標例が上げられていた。

⑩ 貴都道府県の医療計画で、独自に設定する予定の主要な目標以外の指標をご回答ください(表3)。

主要な目標の独自指標よりもさらに幅広い指標が候補となっていた。主要な目標の指標と同じくストラクチャ

ー・プロセス指標が上げられていた。災害対応、依存症、自殺対策、措置入院、訪問看護等、主要な目標の独自指標と同じく各都道府県の現状に合わせた指標が上げられていた。

⑪ 貴都道府県において、特に力を入れている分野、指標について教えてください。当てはまる番号にすべて○を付けてください(図14)。(複数回答)

「依存症の拠点の強化」「長期入院者の地域移行」「精神科救急医療体制整備」「地域平均生活日数の増加」を挙げている割合が特に高かった。

⑫ 医療計画策定プロセスについて、可能な範囲で教えてください。

(1) 検討開始の時期(図15)

多くの都道府県が2023年3月～2023年6月頃までに第8次医療計画の策定検討を始めているという結果であった。

(2) 会議体への諮問の有無(図16)

「諮問あり」との回答が全体の89.3%を占めており、ほとんどの都道府県が諮問を経て決定するプロセスである。

(3) 会議体の建て付け(図17)

諮問を行う会議体の構成は「医師会」「精神科病院協会」「学識経験者」が中心となり「歯科医師会」「健康保険組合」「自治体(市町村)」「家族会」「メディカル」が次いで多いという結果であった。

(4) 諮問の回数(図18)

諮問回数は1～5回以上まで広く分布しており、都道府県によって回数にばらつきがあるという現状がうかがえた。

(5) パブリックコメントの発出時期(図19)

パブリックコメントの発出時期は2023年の12月～2024年の1月を予定している都道府県が大半を占めた。

(6) 議会決定・発出時期 (図 20)

議会決定・発出時期はすべての都道府県が2024年の2月～3月を予定していた。

- ⑬ 当研究班主催で、今後研修会を行う場合に、知りたい情報・研修内容等について当てはまるものすべてに○を付けてください (図 21)。(複数回答)

研修会で希望する情報として「データの見方と使い方」「ReMHRADの活用方法」「都道府県ごとの現状分析の方法」「医療計画進捗の評価方法」が特に多く意見として挙がっていた。

- ⑭ 第8次医療計画(精神疾患)を策定するにあたり、精神保健福祉資料(NDB・630調査・その他のデータソース)、ReMHRADで公表しているデータ以外に検討が進めやすくなる情報がありましたら具体的に教えてください。また、精神保健福祉資料やReMHRADに対する意見がありましたら記載をしてください(表4)。

NDB、ReMHRAD、630調査それぞれについて現状の機能に加えて追加を希望する内容や、調査実施の在り方、またデータの算出方法やデータ公表の時期に関する事など他の分担研究課題で行っている研究内容について改善に向けた意見集約が行えた。

- ⑮ 第8次医療計画の中間見直しに向けて現段階でもしご意見・ご要望等ございましたらお聞かせください(表5)。

ロジックモデルの標準例を求める声やデータの公表を早急に行ってほしいなどの現

状の課題を反映した意見が得られた。

D.考察

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・プロセスの多くの指標例が「未定もしくは未回答」あるいは「採用予定なし」となっていたことから、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の「3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月時点の退院率」「平均生活日数」「急性期・回復期・慢性期入院患者数」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という現状や、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、より連動性の高い指標が今後求められていくと考えられる。

また、医療計画の策定以外に、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。今後は医療計画の指標例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、データ提供の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段階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。

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（図 21）、本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、指標の提案やデータの公表、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ます。

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

引用文献

- 1) 精神疾患における第 8 次医療計画について 令和 5 年度第 1 回医療政策研修会 厚生労働省社会・援護局障害福祉部 精神・障害保健課 令和 5 年 5 月 19 日 資料 12)。
- 2) 精神保健福祉資料
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>
- 3) 地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 (ReMHRAD) [【https://remhrad.jp/】](https://remhrad.jp/))
- 4) 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課 厚生労働省医政局地域医療計画課 第 8 次医療計画における精神病床に係る基準病床数について 2023 年 5 月 10 日

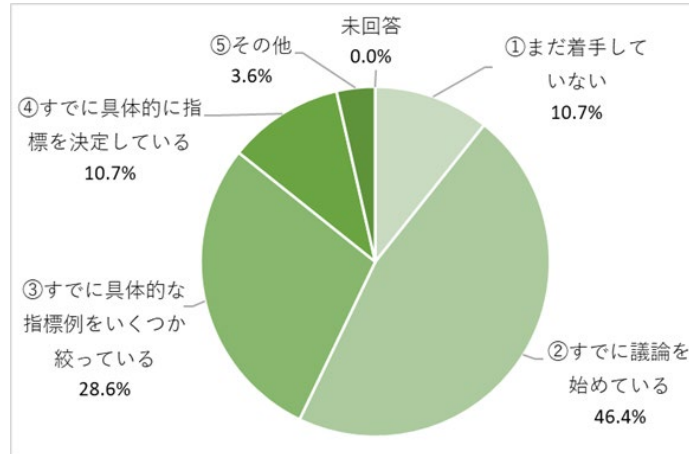


図1 貴都道府県では、第8次医療計画（精神疾患）に関する指標についてすでに議論、検討を具体的に始めていますか？

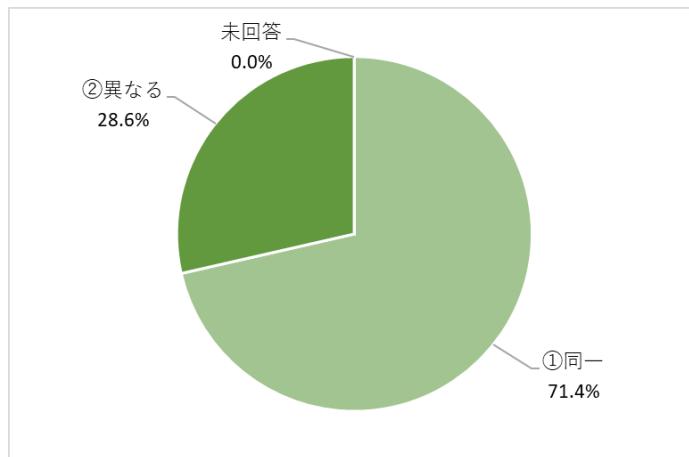


図2 貴都道府県では、医療計画（精神疾患）の所管部署は、精神保健福祉・障害福祉の所管部署と同一でしょうか？

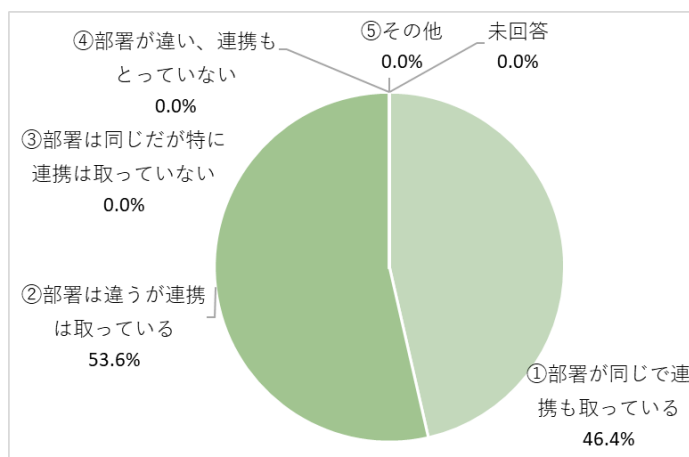


図3 貴都道府県において、医療計画（精神疾患）を策定する(取りまとめる)部署は、障害福祉計画を策定する(取りまとめる)部署と同一でしょうか。また、当該部署は、障害福祉計画を策定する部署と連携をとっていますか？

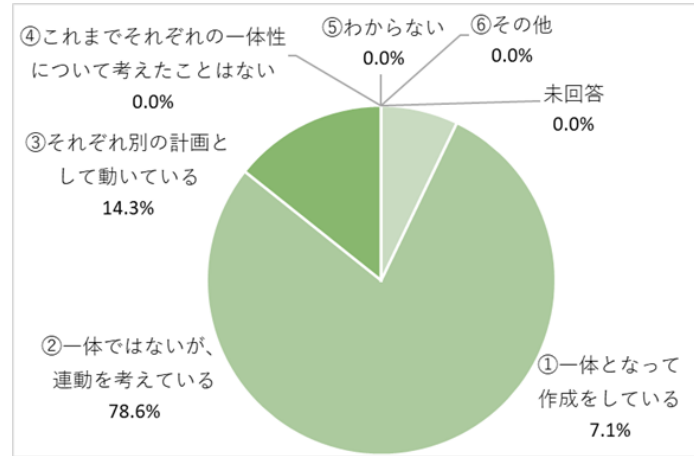


図 4 貴都道府県において、医療計画は障害福祉計画と一体で作成をしていますか？

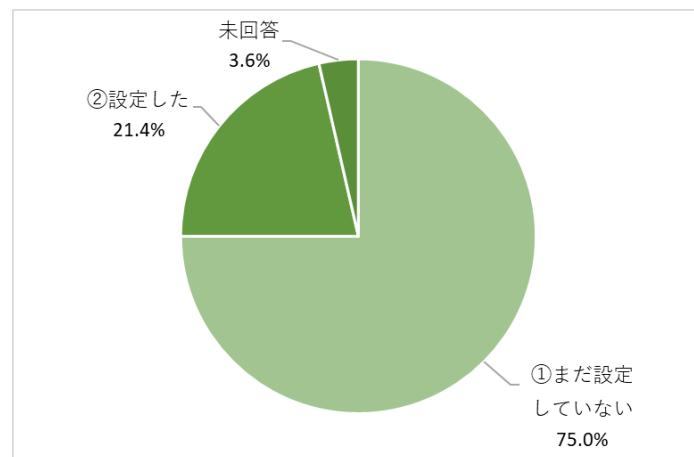


図 5 貴都道府県において、第 8 次医療計画で設定した精神病床に係る基準病床数についてご回答ください。

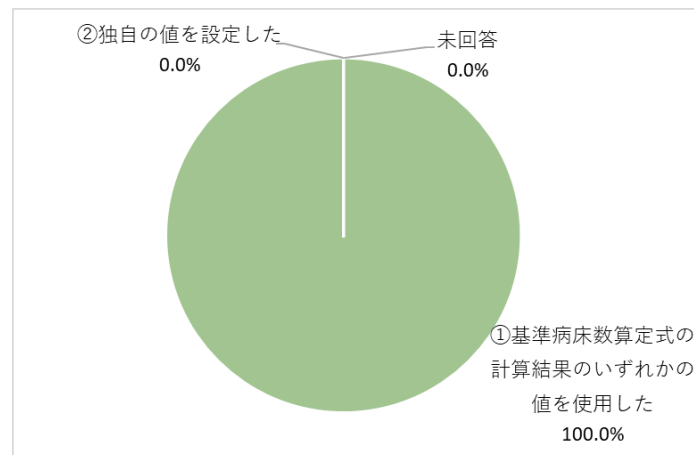


図 6 (1) (5. で ②設定した を選択した方のみご回答ください) 貴都道府県では精神病床に係る基準病床数をどのように設定しましたか？

表 1 (2) (1)のように設定した理由を (②の場合は独自の値の設定方法も) ご記入ください。

	設定の理由 (具体的に)
1	国が示す算定式は、将来の推定入院患者数や認知症の慢性期入院患者の状況を踏まえており、基準病床の設定方法として適当だと思われるため。
2	国の算定式において、「慢性期入院患者に係る政策効果」及び「認知症慢性期入院患者に係る政策効果」の算定根拠が不明なので、県独自での算定が困難なため。
3	根拠が明確であるため。
4	厚生労働省が省令、告示、通知に基づき計算した数値であるため。
5	入院患者数は減少傾向にあることから実態と乖離しない数値であるため。
6	計算式が煩雑になり、推計患者数の算定に苦慮していたところ。5/11 付け事務連絡を受け、規則や告示に即した当該計算結果を使用し設定予定。

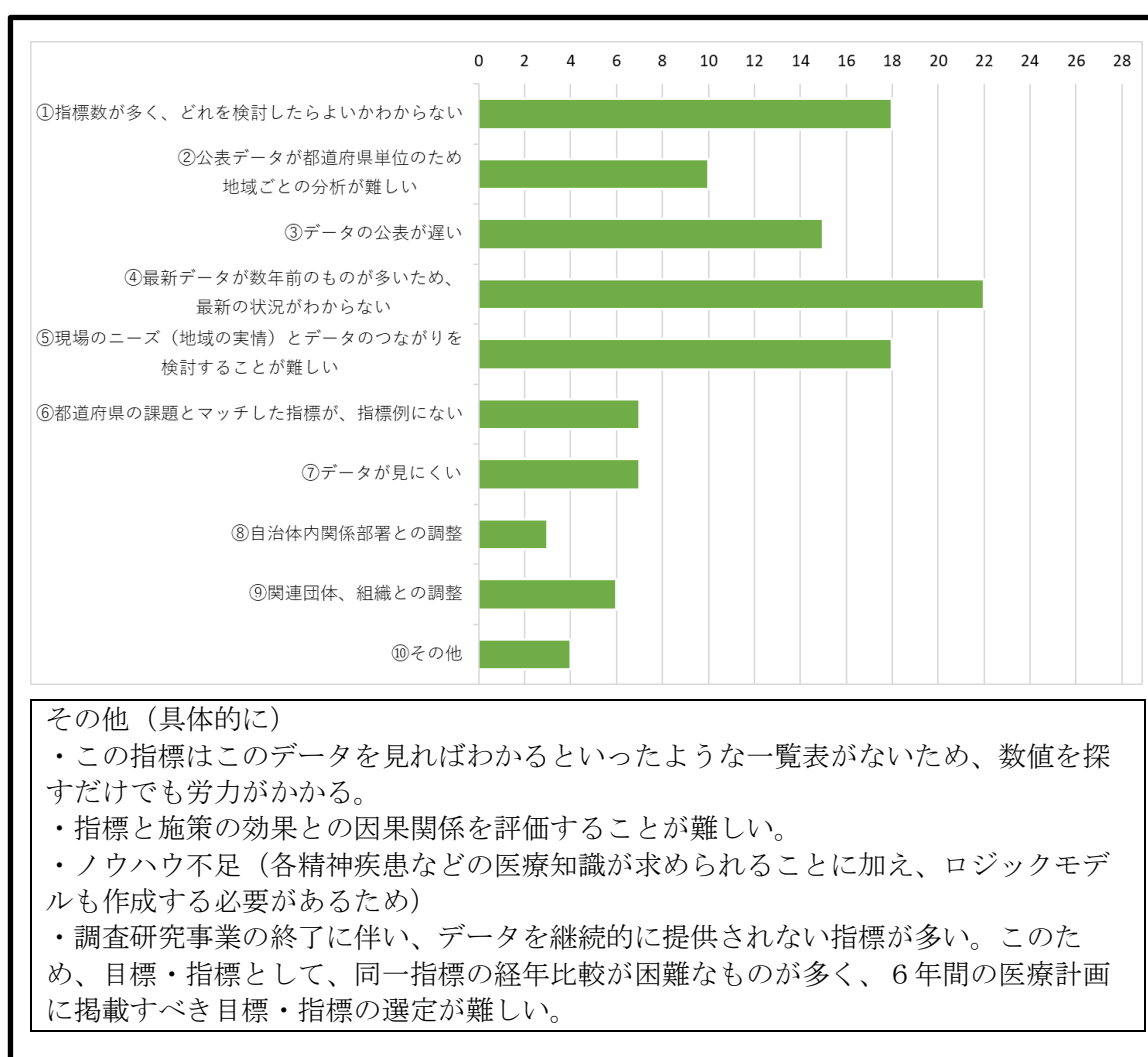


図 7 第 8 次医療計画 (精神疾患) 指標について、議論、決定をしていく際に特に検討が必要と思われる点 (貴都道府県の方針、あるいはハードルとなること等) について当てはまる番号にすべて○を付けてください。 (複数回答)

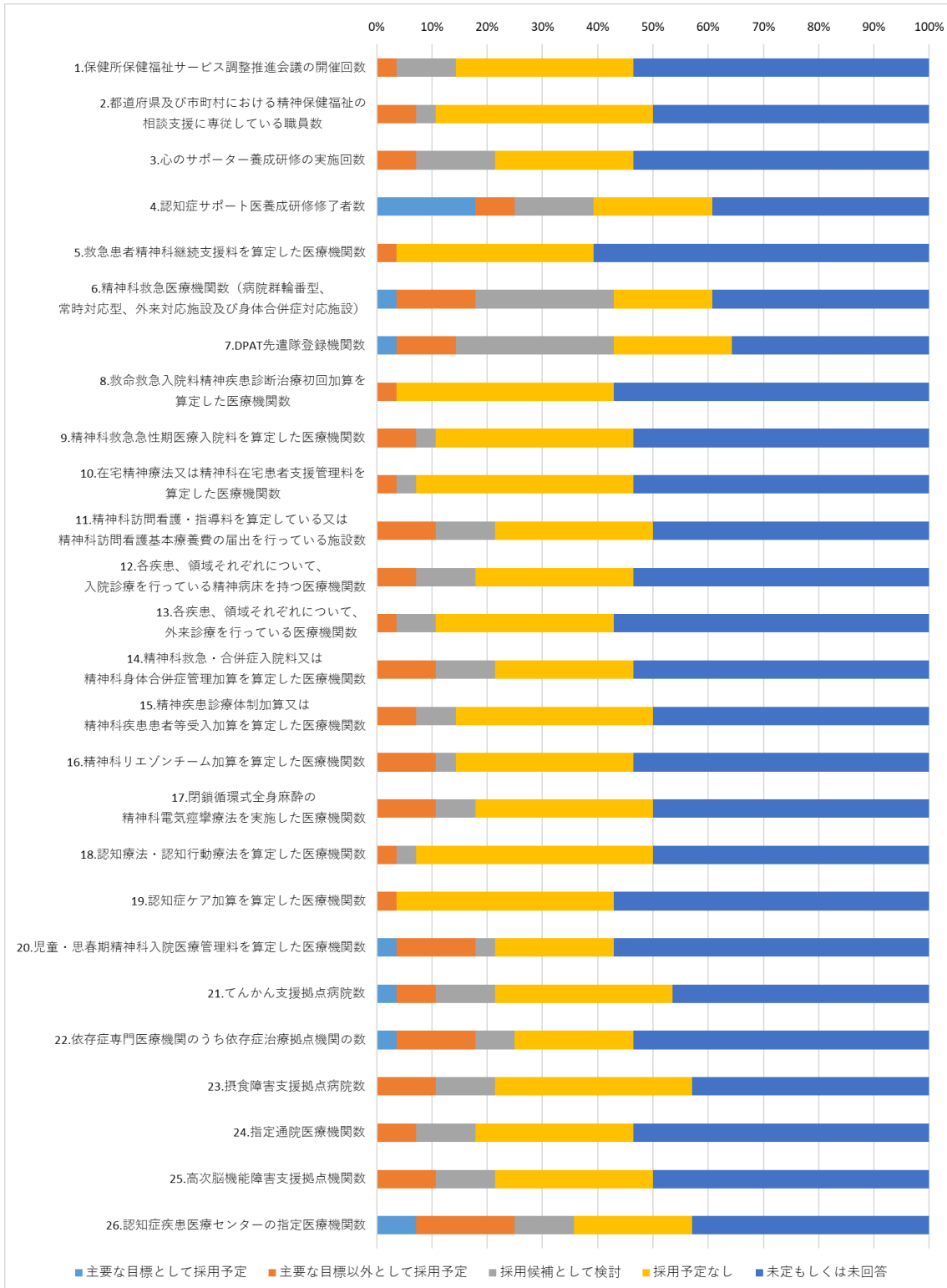


図 8 第 8 次医療計画の各指標例の現段階の採用予定：ストラクチャー

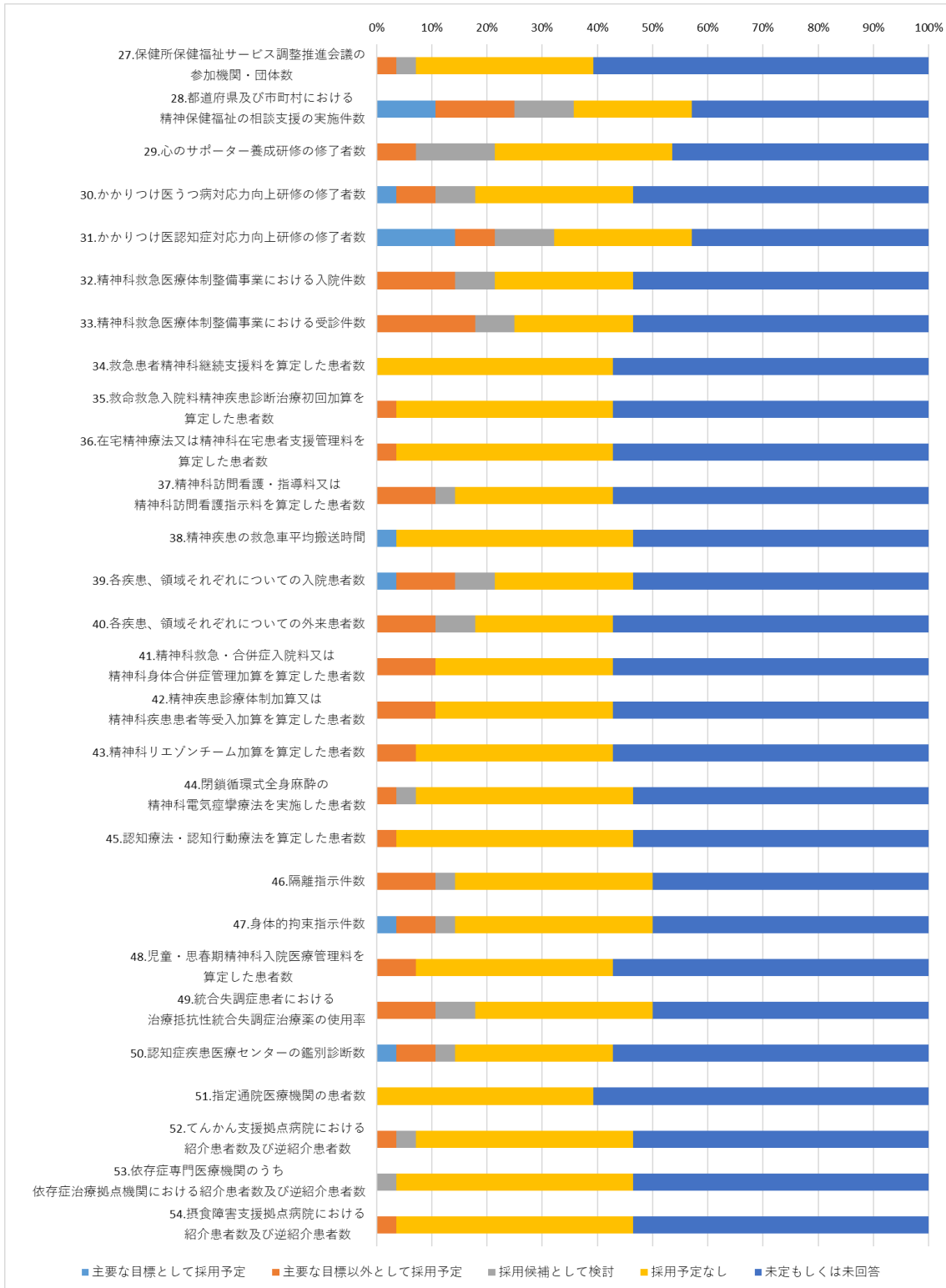


図9 第8次医療計画の各指標例の現段階の採用予定：プロセス

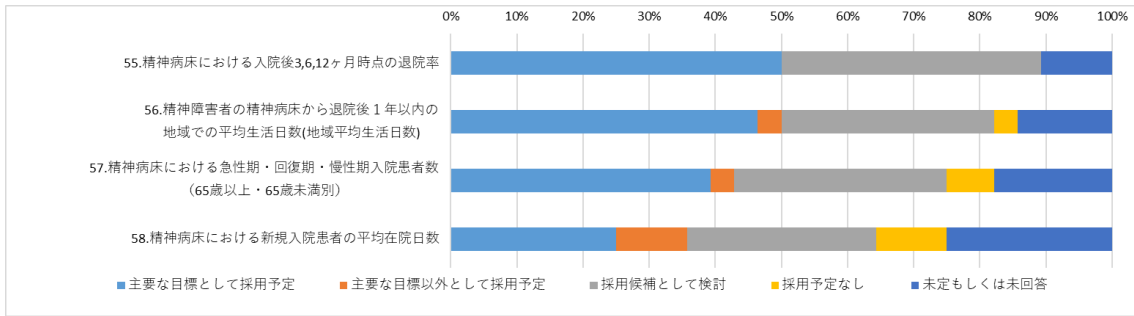


図 10 第 8 次医療計画の各指標例の現段階の採用予定：アウトカム

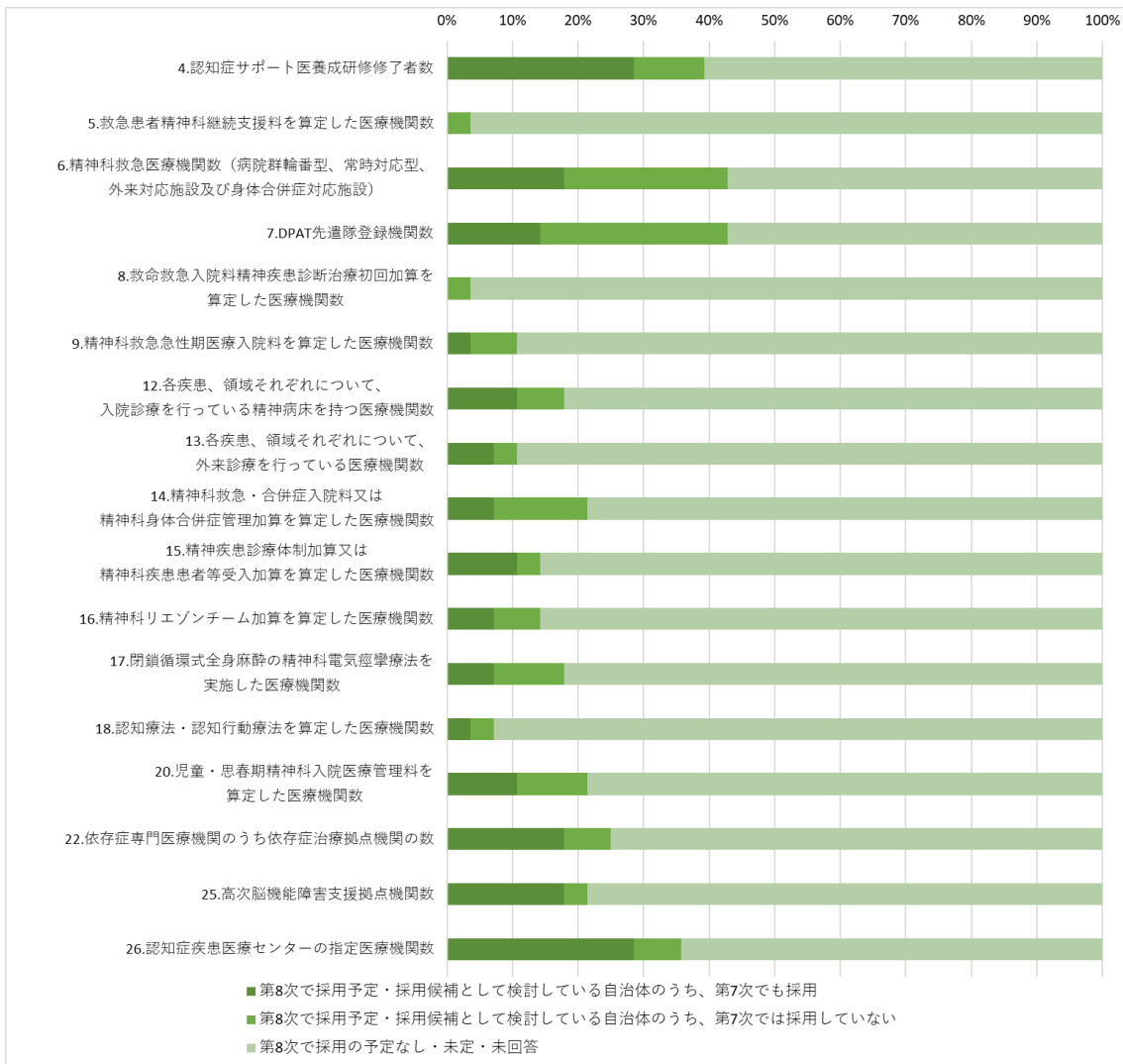


図 11 第 8 次での採用状況と第 7 次での採用の有無（第 7 次から継続している指標のみ）：ストラクチャー

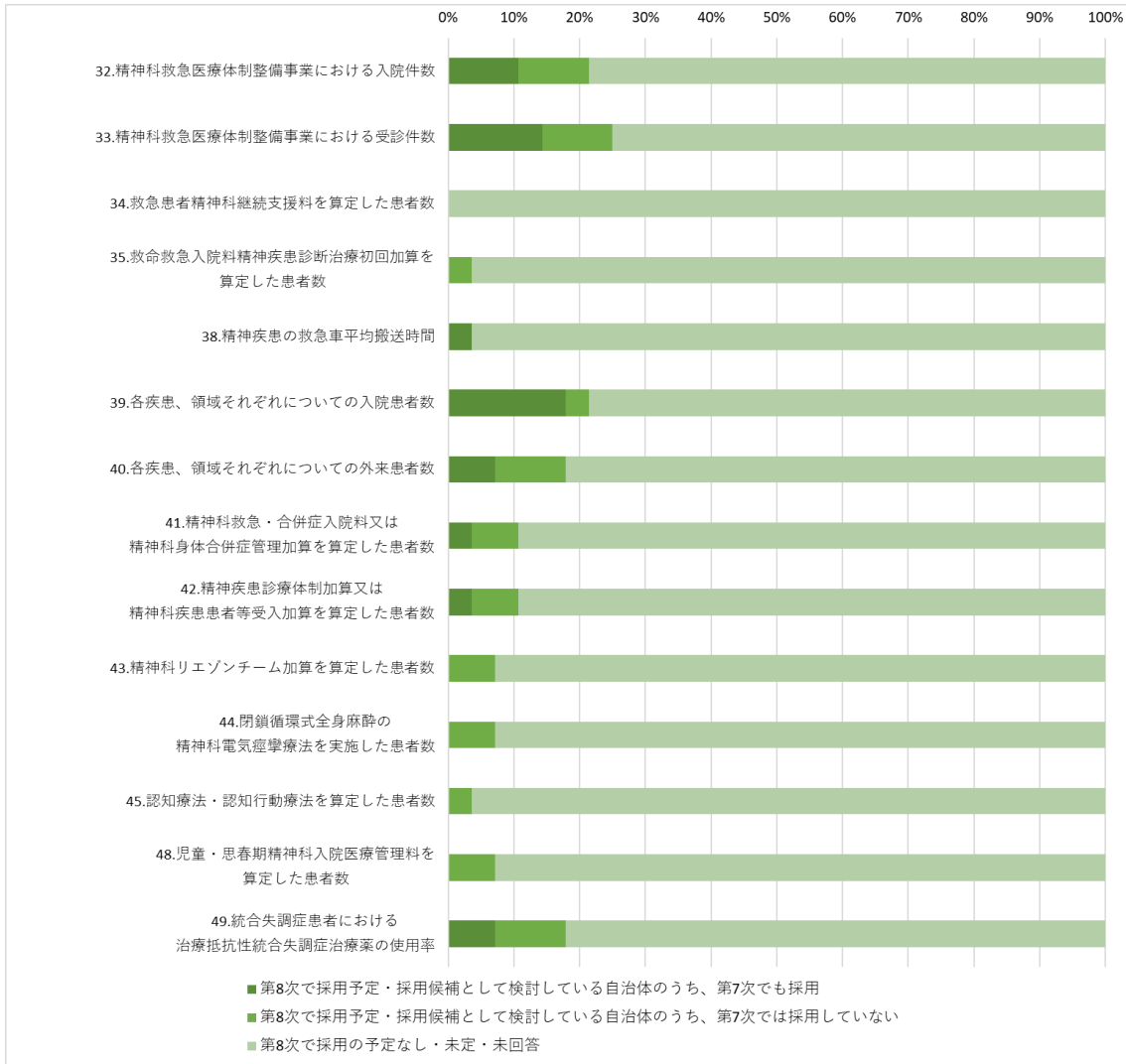


図 12 第 8 次での採用状況と第 7 次での採用の有無（第 7 次から継続している指標のみ）：
プロセス

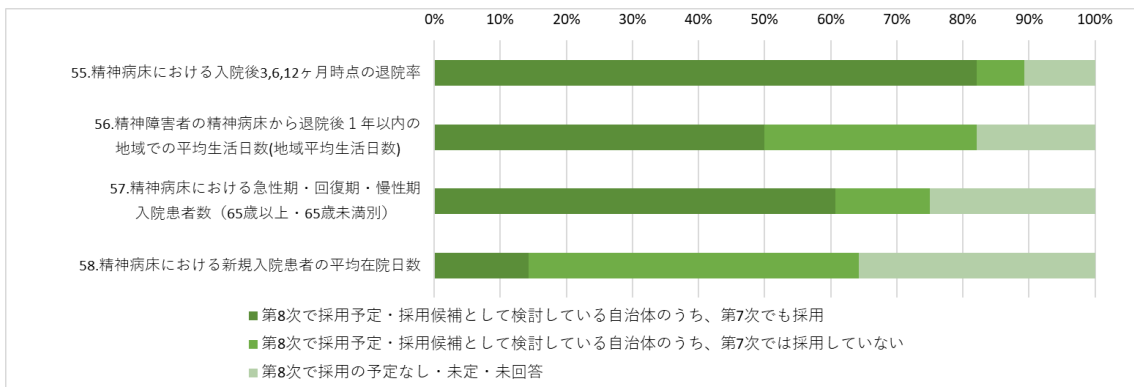


図 13 第 8 次での採用状況と第 7 次での採用の有無（第 7 次から継続している指標のみ）：
アウトカム

表 2 貴都道府県の医療計画で、独自に設定する予定の主要な目標の指標をご回答ください。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症受療者のうちの外来患者数の割合 ・ アルコール依存症等受療者数 ・ 自殺死亡率 ・ 精神科救急受診者のうち入院を要しなかった者の割合 ・ 認知症初期集中支援チームにより、医療・介護サービスにつながった者の割合 ・ 認知症対応力向上研修受講者数 ・ ゲートキーパー研修受講者数（累計） ・ ピアサポーター登録数 ・ ピアサポート研修受講者数 ・ 認知症サポーター養成講座受講者数（累計） ・ 発達障害に係る地域支援ネットワーク体制が整備された市町村数 ・ 在宅やグループホームへの退院者数 ・ 県連携拠点または地域連携拠点を整備する圏域数 ・ 県連携拠点医療機関を指定した疾患数（うち国指針別表指標例「拠点機能」として示された疾患等の数） ・ 従事者を対象とした研修会の開催回数 ・ 精神障害者の地域移行支援・地域定着支援の利用者数 ・ 保健・医療・福祉関係者の協議の場を開催している市町村数及び圏域の数 ・ 住民を対象とした普及啓発事業の開催回数 ・ DPAT チーム数 ・ 災害派遣精神医療チーム（DPAT）登録医療機関数 ・ 災害拠点精神科病院数 ・ 精神科一般救急（入院）対応時間（輪番制当番病院） ・ 身体合併症対応施設数（特例病床を有する施設）
--

表 3 貴都道府県の医療計画で、独自に設定する予定の主要な目標以外の指標をご回答ください。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神科を標榜する施設数 ・ 精神科を標榜する病院・診療所数 ・ 精神科病院数 ・ 精神科病床を有する一般病院数 ・ 医療観察法指定通院医療機関数 ・ 精神科病院で従事する医師数 ・ 精神保健指定医の数 ・ グループホーム整備数 ・ 訪問家族支援の実施数 ・ 精神保健に関する相談に対応する市町村数 ・ 精神医療相談窓口の設置状況 ・ こころの状態 ・ 精神科訪問看護を提供する病院数 ・ 精神科訪問看護を提供する診療所数

- ・ 認知症疾患医療センターの指定数
- ・ 精神科救急における通報から診察までの移送時間
- ・ 県精神科救急医療連絡調整委員会の開催回数
- ・ 救命救急センターで「精神科」を有する施設数
- ・ 入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設数
- ・ 精神科救急情報センターにおける相談受理状況
- ・ 精神科救急情報センターの開設状況
- ・ 精神科救急情報センターへの相談件数
- ・ 精神科救急情報センターへの通報件数
- ・ 精神科救急医療施設患者受入状況
- ・ 病院群輪番事業参加病院数
- ・ 精神科・一般科連携事例検討会開催状況
- ・ 大規模地震医療活動訓練等参加人数
- ・ 県が実施又は支援する精神疾患に関する研修会の参加人数
- ・ 地域移行を推進するための医療・保健・福祉関係機関連携会議の設置地域数
- ・ 精神科地域移行実施加算届出施設数
- ・ 精神障害者保健福祉手帳交付台帳搭載数
- ・ 年間措置入院患者数
- ・ 年間医療保護入院患者数
- ・ 医療保護入院患者 1 年以上入院率
- ・ 精神科病床における 1 年未満入院者の平均退院率
- ・ 治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した医療機関数
- ・ 治療抵抗性統合失調症治療薬を外来で使用した医療機関数
- ・ 依存症専門医療機関数
- ・ 依存症相談拠点数
- ・ 依存症対策に関する民間団体の支援数
- ・ 重度アルコール依存症入院管理加算を算定された精神病床を持つ病院数
- ・ 依存症集団療法を外来で算定された医療機関数
- ・ 摂食障害入院管理加算を算定された病院数
- ・ 高次脳機能障害に係る研修会等の実施回数
- ・ 高次脳機能障害支援連絡協議会の実施回数
- ・ 高次脳機能障害に係る研修会等の参加者数
- ・ 自殺者数
- ・ 自殺死亡率（対 10 万）
- ・ 自殺対策に関する研修会等の実施回数
- ・ 自殺対策に関する研修会等の参加者数
- ・ 自殺予防対策連絡協議会の実施回数
- ・ DPAT 一般隊の登録人数
- ・ DPAT 構成員に関する研修会等の実施回数
- ・ DPAT 構成員に関する研修会等の参加者数
- ・ DPAT 運営委員会の実施回数
- ・ 県内活動のみの DPAT 登録者数
- ・ 災害拠点精神科病院数
- ・ 精神科病院における業務継続計画の策定率認知症受療者のうちの外来患者数の割合

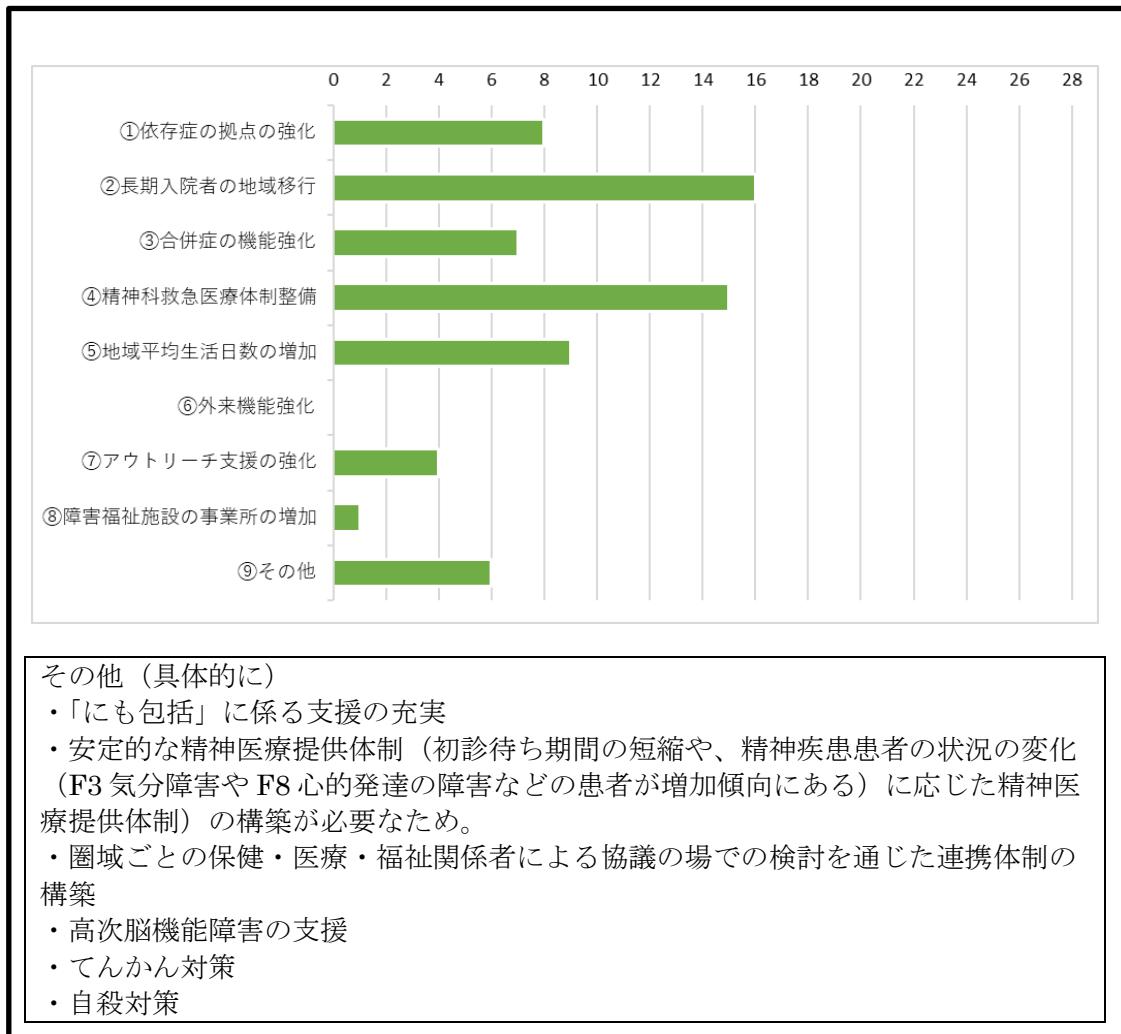


図 14 貴都道府県において、特に力を入れている分野、指標について教えてください。当てはまる番号にすべて○を付けてください。（複数回答）

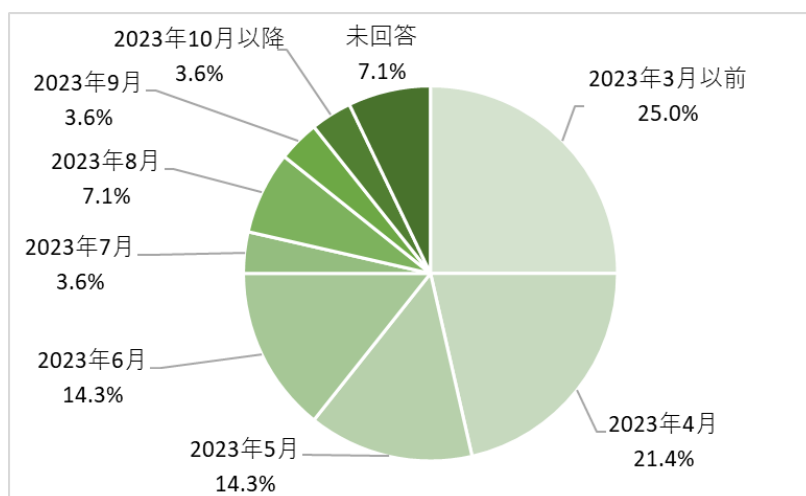


図 15 医療計画策定プロセスについて、可能な範囲で教えてください。：検討開始の時期

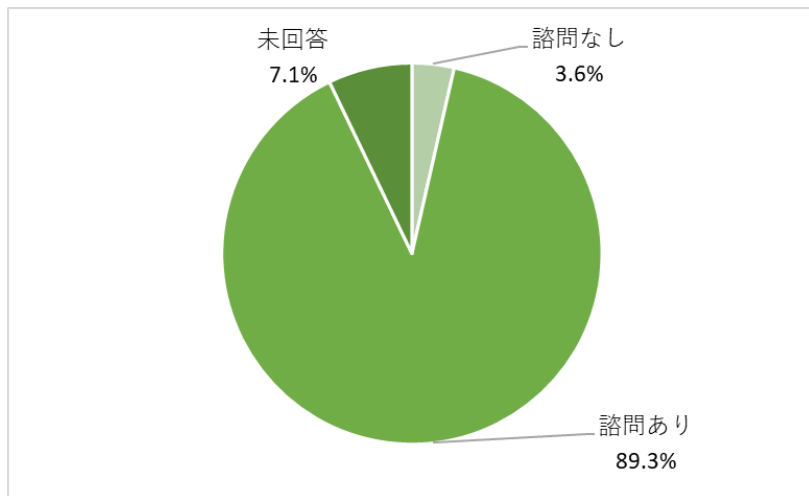


図 16 医療計画策定プロセスについて、可能な範囲で教えてください。: 会議体への諮問の有無

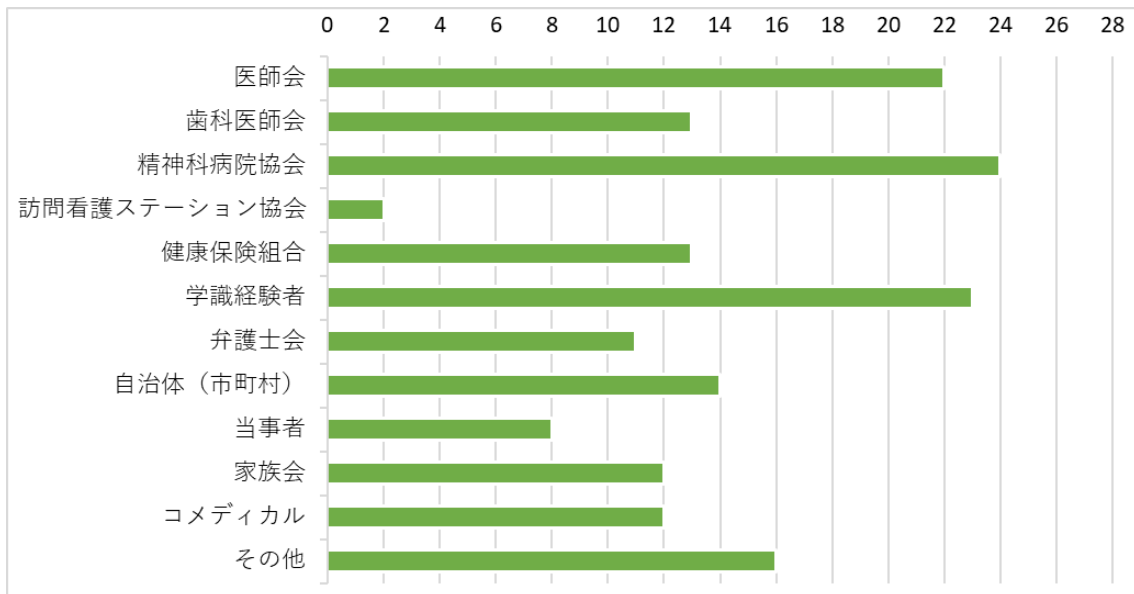


図 17 医療計画策定プロセスについて、可能な範囲で教えてください。: 会議体の建て付け

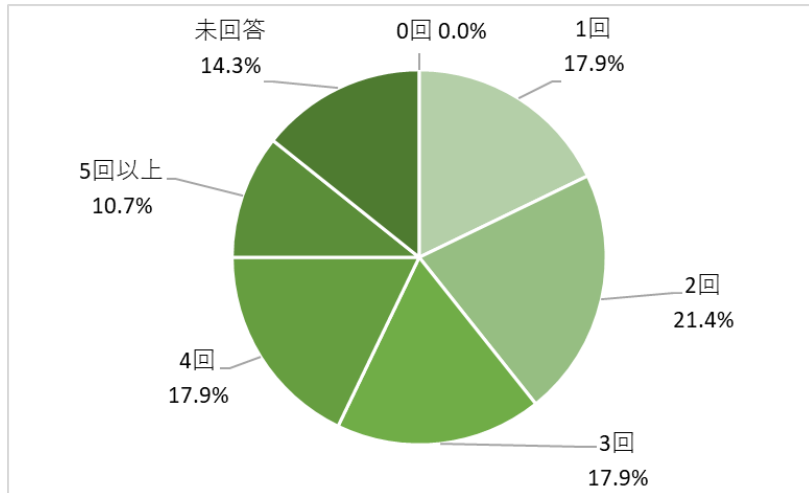


図 18 医療計画策定プロセスについて、可能な範囲で教えてください。：諮問の回数

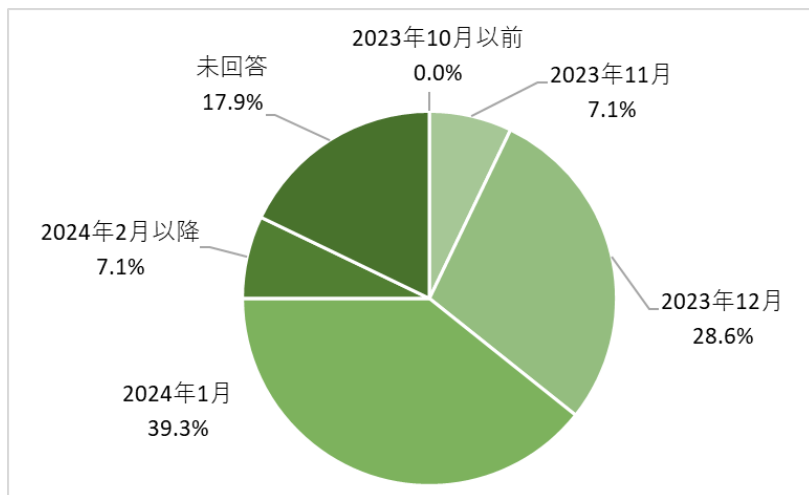


図 19 医療計画策定プロセスについて、可能な範囲で教えてください。：パブリックコメントの発出時期

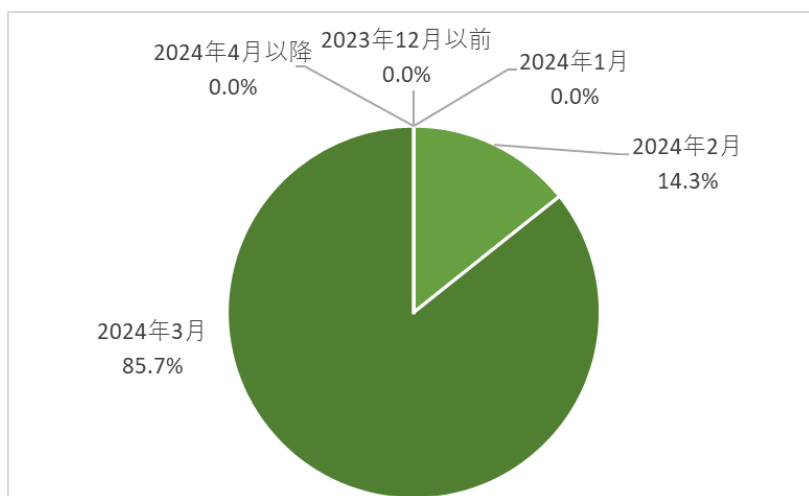
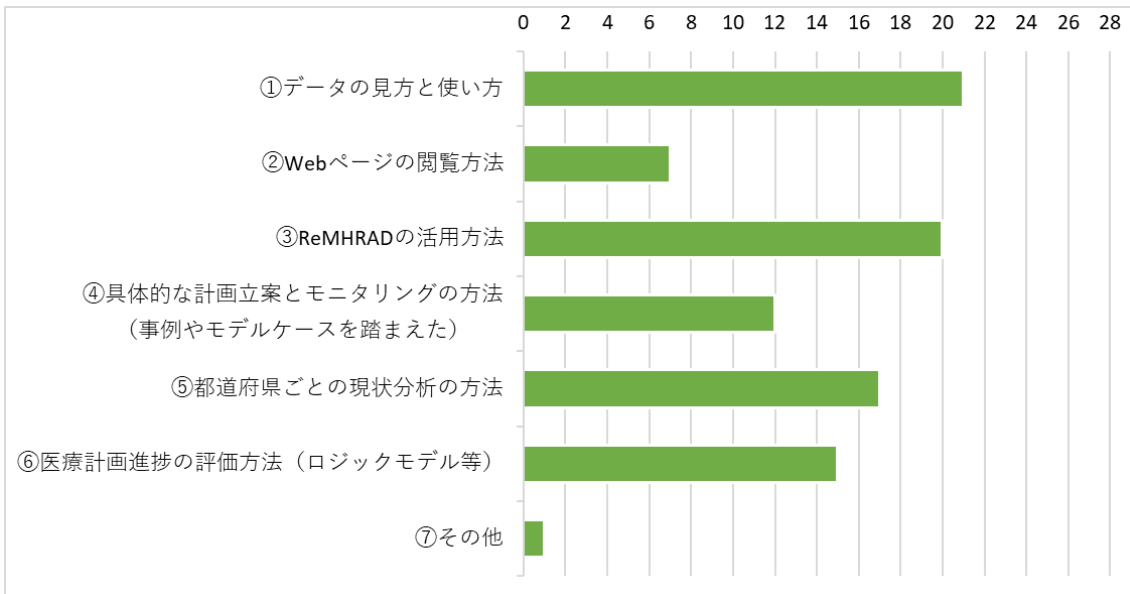


図 20 医療計画策定プロセスについて、可能な範囲で教えてください。：議会決定・発出

時期



その他 (具体的に)

- ・各疾患に対応できる医療機関を把握する方法
- ・増大する外来患者への対策
- ・自立支援医療費 (精神通院医療) の推計方法

図 21 当研究班主催で、今後研修会を行う場合に、知りたい情報・研修内容等について当てはまるものすべてに○を付けてください。(複数回答)

表 4 第 8 次医療計画 (精神疾患) を策定するにあたり、精神保健福祉資料 (NDB・630 調査・その他のデータソース)、ReMHRAD で公表しているデータ以外に検討が進めやすくなる情報がありましたら具体的に教えてください。また、精神保健福祉資料や ReMHRAD に対する意見がありましたら記載をしてください。

【ReMHRAD について】

- ・在・退院者の状況で、自治体指定の中に都道府県を入れてもらえると活用しやすい。
- ・都道府県別で、長期入院者の疾患別 (F0、F2) 年齢別で、医療的入院者数、社会的入院者数がわかると現状把握ができ、取組が検討できるのではないかと考える。
- ・630 調査及びレセプトなどの結果については、計画前年度の数値を示して欲しい。
- ・過去の指標についても閲覧できるようにして欲しい。
- ・印刷した場合、ページの途中で切れるなどするため改善して欲しい。
- ・その他のデータソースの指標を用いている場合、元データの URL を掲載してほしい。
- ・医療圏ごとの施設基準の届出情報が取り出しやすくなるとありがたいです。

【630 調査について】

- ・休止届を出さずに休止している診療所もあり、こちらで把握できていないこともある
- ・精神科または心療内科として診療しているかどうかの項目があればよい。
- ・心療内科のみの医療機関も受診患者数を記入するという説明を調査票に追加してほしい。

い。精神科受診患者数とだけ書いてあると伝わっていないところ多いため。

- ・ 630 調査をいまだに Excel で収集する方法に疑問を感じる。医療機関が Web ページから直接入力する方法が一番良いのではないか。
- ・ 隔離及び拘束についても件数で評価するのではなく、それぞれの制限期間を評価することも必要ではないか。

【その他】

- ・ 精神病床に係る基準病床数について、事務連絡により都道府県ごとの計算結果を示していただき大変参考になりましたが、定められた計算式が複雑で、県において独自に計算することは困難であり、前回（平成 29 年度）策定時と同様に、基準病床数のほか、指標の目標値算定等にも活用できるワークシートを提供いただければと考えています。
- ・ NDB の使い方がよくわかりません。
- ・ 前回の計画の指標では、算定回数やレセプト件数を記載していましたが、NDB データからの抽出方法が不明だったため、やむを得ず今回の計画においては採用しませんでした。
- ・ 前回の計画の際には存在した調査から抽出したデータが、当該調査が行われなくなった（内容が変わった）等によりデータの抽出ができず、実績を比較することがしにくいものもありました。
- ・ 同指標であるにもかかわらず NDB と ReMHRAD で異なる箇所が見受けられるため、誤りのない数値を公表してほしい。
- ・ データの公表をもっと早くしてほしい。
- ・ データが多く、検索が慣れていないとたどり着くのが難しい。
- ・ 資料自体使いにくい。簡単に検索できるといいと思う。
- ・ 計画担当の診療報酬に関する知識不足と施設基準の届出情報（医療圏ごと）の不足により、計画策定の作業に時間がかかっています。
- ・ 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和 5 年 3 月 31 日付 医政地発 0331 第 14 号 令和 5 年 5 月 26 日付 最終改正 医政地発 05 26 第 5 号）本県では二次医療圏ごとに精神医療体制を整備することを目指しているため、圏域単位で評価できるよう圏域ごとのデータがあるとよい。

表 5 第 8 次医療計画の中間見直しに向けて現段階でもしご意見・ご要望等ございましたらお聞かせください。

- ・ 中間見直しの際に担当が変更になっても容易に作業が行えるよう必要な体制整備を行ってほしい。
- ・ 作業が迅速に行えるよう医療計画の標準例（特にロジックモデル）を作成してほしい。
- ・ NDB 等各種指標データの更新を進めていただけますようお願いいたします。
- ・ 見直しをする時点の現状把握ができるよう、データを公表してほしい。
- ・ 国の示す指標例について、具体的にどんなデータを使うといいのか、データの出典元なども含めて例示してもらえるとありがたいです。
- ・ 中間見直しに向けてデータ解析が円滑に進むように、精神関連のデータの開示を早急に実施してもらいたい。

付録

第 8 次医療計画（精神疾患）に関するアンケート調査 調査票

令和 5 年 8 月 3 日

各都道府県精神保健福祉主管課
ご担当者様

令和 5 年度厚生労働行政推進調査事業費
(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」研究班
研究代表者 西大輔

第 8 次医療計画指標(精神疾患)に関するアンケート調査について (依頼)

平素より精神保健医療福祉の施策推進ならびに厚生労働科学研究班が実施する調査にご協力をいただき誠にありがとうございます。

この度の調査は、各都道府県が第 8 次医療計画の策定およびそのモニタリングを行っていくうえで、当研究班がどのようなデータ・資料の提供を行うことがより参考となるかを把握するための調査となります。

本調査は、実態把握と今後の研修や公表資料作成のための参考資料とさせていただきます、各都道府県の実名や回答内容がそのまま公表されることはありません。また、厚生労働科学研究の報告書、班会議、結果のフィードバック等に一部使用させていただくことがあります。その際も都道府県が特定されない形で集計致します。

上記の内容に、同意いただける場合は以下の設問にご回答ください。
なお、期限が短く恐れ入りますが **8 月 24 日 (木)** までにご回答をいただけますと幸いです。

ご多忙のところ恐れ入りますが、ご協力の程宜しくお願い致します。

【お問合せ先】

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 公共精神健康医療研究部
厚生労働行政推進調査事業研究班 事務局
精神保健福祉資料担当 臼田
E-mail: seishin_data@ncnp.go.jp

都道府県名	
所属部署	
役職	
医療計画担当歴	例) 3か月・1年・第7次医療計画の中間見直し後から

1. 貴都道府県では、第8次医療計画（精神疾患）に関する指標についてすでに議論、検討を具体的に始めていますか？1つ選んで○を付けてください。

- ① まだ着手していない
- ② すでに議論を始めている
- ③ すでに具体的な指標例をいくつか絞っている
- ④ すでに具体的に指標を決定している
- ⑤ その他（下記に具体的に記載してください）

その他（具体的に）

2. 貴都道府県では、医療計画（精神疾患）の所管部署は、精神保健福祉・障害福祉の所管部署と同一でしょうか？「同一」か「異なる」どちらかに○を付けてください。また異なる場合には、それぞれの所管部署をご回答ください。

医療計画（精神疾患）の所管部署と精神保健福祉・障害福祉の所管部署は

- ① 同一
- ② 異なる

【異なる場合のそれぞれの所管部署】

- (1) 医療計画の所管部署：()
- (2) 精神保健福祉・障害福祉の所管部署：()

3. 貴都道府県において、医療計画（精神疾患）を策定する(取りまとめる)部署は、障害福祉計画を策定する(取りまとめる)部署と同一でしょうか。また、当該部署は、障害福祉計画を策定する部署と連携をとっていますか？1つ選んで○を付けてください。

- ① 部署が同じで連携も取っている
- ② 部署は違うが連携は取っている
- ③ 部署は同じだが特に連携は取っていない
- ④ 部署が違い、連携もとっていない
- ⑤ その他（下記に記載してください）

その他（具体的に）

4. 貴都道府県において、医療計画は障害福祉計画と一体で作成をしていますか？最も近いものを1つ選んで○を付けてください。

- ① 一体となって作成をしている
- ② 一体ではないが、連動を考えている
- ③ それぞれ別の計画として動いている
- ④ これまでそれぞれの一体性について考えたことはない
- ⑤ わからない
- ⑥ その他（下記に記載してください）

その他（具体的に）

5. 貴都道府県において、第8次医療計画で設定した精神病床に係る基準病床数についてご回答ください。

- ① まだ設定していない
- ② 設定した【 】床

6. (1) (5. で ②設定した を選択した方のみご回答ください)

貴都道府県では精神病床に係る基準病床数をどのように設定しましたか。1つ選んで○を付けてください。

- ① 「第8次医療計画における精神病床に係る基準病床数について」（令和5年5月11日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課・医政局地域医療計画課事務連絡）に掲載されている、基準病床数算定式の計算結果のいずれかの値を使用した（下図参照）。

別表：精神病床に係る都道府県別の基準病床数算定式の計算結果

都道府県	基準病床数算定式の計算結果		都道府県	基準病床数算定式の計算結果	
	(注1)	(注2)		(注1)	(注2)
⋮					
A県	5,000 (4,400 ~ 4,600)				
⋮					

「第8次医療計画における精神病床に係る基準病床数について」より加工

- ② 独自の値を設定した

(2) (1)のように設定した理由を（②の場合は独自の値の設定方法も）ご記入ください。

設定の理由（具体的に）

7. 第8次医療計画（精神疾患）指標について、議論、決定をしていく際に特に検討が必要と思われる点（貴都道府県の方針、あるいはハードルとなること等）について当てはまる番号にすべて○を付けてください。

- ① 指標数が多く、どれを検討したらよいかわからない
- ② 公表データが都道府県単位のため地域ごとの分析が難しい
- ③ データの公表が遅い
- ④ 最新データが数年前のものが多いため、最新の状況がわからない
- ⑤ 現場のニーズ（地域の実情）とデータのつながりを検討することが難しい
- ⑥ 都道府県の課題とマッチした指標が、指標例にない
- ⑦ データが見にくい
- ⑧ 自治体内関係部署との調整
- ⑨ 関連団体、組織との調整
- ⑩ その他（下記に具体的に記載してください）

その他（具体的に）

8. 第8次医療計画の各指標例の現段階の採用予定について、各指標例について該当する箇所に○を1つ記入してください。また、第7次医療計画で採用していた指標例については、「第7次医療計画における採用の有無」に○を記入してください。

① ストラクチャー

通し番号	第8次医療計画指標例 (ストラクチャー)	該当するものに1つ○をつけてください					第7次医療計画における採用の有無
		主要な目標として採用予定	主要な目標以外として採用予定	採用候補として検討	採用予定なし	未定	
1	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数						
2	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数						
3	心のサポーター養成研修の実施回数						
4	認知症サポート医養成研修修了者数						
5	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数						
6	精神科救急医療機関数（病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設）						
7	DPAT先遣隊登録機関数						
8	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数						
9	精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数						
10	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数						
11	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数						
12	各疾患、領域それぞれについて、入院診療を行っている精神病床を持つ医療機関数（※1疾患でも採用する予定がある場合は「あり」とご回答ください）						
13	各疾患、領域それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数（※1疾患でも採用する予定がある場合は「あり」とご回答ください）						
14	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数						
15	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した医療機関数						
16	精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数						
17	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数						
18	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数						
19	認知症ケア加算を算定した医療機関数						
20	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数						
21	てんかん支援拠点病院数						
22	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関の数						
23	摂食障害支援拠点病院数						
24	指定通院医療機関数						
25	高次脳機能障害支援拠点機関数						
26	認知症疾患医療センターの指定医療機関数						

② プロセス

通し番号	第8次医療計画指標例 (プロセス)	該当するものに1つ○をつけてください					第7次医療計画に おける採用の有無
		主要な目標として 採用予定	主要な目標以外 として採用予定	採用候補として 検討	採用予定なし	未定	
27	保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数						
28	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数						
29	心のサポーター養成研修の修了者数						
30	かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数						
31	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数						
32	精神科救急医療体制整備事業における入院件数						
33	精神科救急医療体制整備事業における受診件数						
34	救急患者精神科継続支援料を算定した患者数						
35	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数						
36	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数						
37	精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数						
38	精神疾患の救急車平均搬送時間						
39	各疾患、領域それぞれについての入院患者数 (※1 疾患でも採用する予定がある場合は「あり」とご回答ください)						
40	各疾患、領域それぞれについての外来患者数 (※1 疾患でも採用する予定がある場合は「あり」とご回答ください)						
41	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数						
42	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数						
43	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数						
44	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数						
45	認知療法・認知行動療法を算定した患者数						
46	隔離指示件数						
47	身体的拘束指示件数						
48	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数						
49	統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率						
50	認知症疾患医療センターの鑑別診断数						
51	指定通院医療機関の患者数						
52	てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数						
53	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数						

通し番号	第8次医療計画指標例 (プロセス)	該当するものに1つ○をつけてください					第7次医療計画に おける採用の有無
		主要な目標として 採用予定	主要な目標以外 として採用予定	採用候補として 検討	採用予定なし	未定	
54	摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数						

③ アウトカム

通し番号	第8次医療計画指標例 (アウトカム)	該当するものに1つ○をつけてください					第7次医療計画における採用の有無
		主要な目標として採用予定	主要な目標以外として採用予定	採用候補として検討	採用予定なし	未定	
55	精神病床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率						
56	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(地域平均生活日数)						
57	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)						
58	精神病床における新規入院患者の平均在院日数						

9. 貴都道府県の医療計画で、**独自に**設定する予定の**主要な目標**の指標をご回答ください。また、その指標の採用理由もあわせてご回答ください。その指標が第7次医療計画で採用していた指標である場合には、「第7次医療計画における採用の有無」に○を記入してください。

設定予定の主要な目標指標	採用理由	第7次医療計画における採用の有無
例) 自殺死亡率	例) 引き続き対策を強化する必要があるため	○

10. 貴都道府県の医療計画で、**独自に設定する予定の主要な目標以外**の指標をご回答ください。また、その指標の採用理由もあわせてご回答ください。その指標が第7次医療計画で採用していた指標である場合には、「第7次医療計画における採用の有無」に○を記入してください。

設定予定の主要以外の 目標指標	採用理由	第7次医療計画に おける採用の有無
例) ひきこもり施策のプラットフォームの設定	例) 引き続き対策を強化する必要があるため	○

11. 貴都道府県において、特に力を入れている分野、指標について教えてください。当てはまる番号にすべて○を付けてください。

- ① 依存症の拠点の強化
- ② 長期入院者の地域移行
- ③ 合併症の機能強化
- ④ 精神科救急医療体制整備
- ⑤ 地域平均生活日数の増加
- ⑥ 外来機能強化
- ⑦ アウトリーチ支援の強化
- ⑧ 障害福祉施設の事業所の増加
- ⑨ その他（下記に具体的に記載してください）

具体的に

12. 医療計画策定プロセスについて、可能な範囲で教えてください。こちらは関係部署・関連機関との調整過程について都道府県ごとの違いを見ることで、研究班から提供する資料や研修の立案に生かすことが目的です。

非該当箇所は空欄で構いません。

① 検討開始の時期 【 】年【 】月ごろ

② 会議体への諮問の有無（どちらかに○をつけてください）

(1) 諮問なし

(2) 諮問あり

→会議体の建て付け：構成メンバーに○をつけてください（複数の会議体がある場合はすべての会議体を1つとしてご回答ください）

- ・医師会
- ・歯科医師会
- ・精神科病院協会
- ・訪問看護ステーション協会
- ・健康保険組合
- ・学識経験者
- ・弁護士会
- ・自治体（市町村）
- ・当事者
- ・家族会
- ・コメディカル
- ・その他（ ）

会議体の名前（複数の会議体がある場合はそれぞれお教え願います）

【 】

【 】

【 】

諮問の回数 【 】回

諮問の時期 1回目 【 】年【 】月ごろ

2回目 【 】年【 】月ごろ

3回目 【 】年【 】月ごろ

4回目 【 】年【 】月ごろ

③ パブリックコメント 【 】年【 】月ごろ

④ 議会決定・発出 【 】年【 】月ごろ

13. 当研究班主催で、今後研修会を行う場合に、知りたい情報・研修内容等について当てはまるものすべてに○を付けてください。

① データの見方と使い方

② Web ページの閲覧方法

③ ReMHRAD の活用方法

④ 具体的な計画立案とモニタリングの方法（事例やモデルケースを踏まえた）

⑤ 都道府県ごとの現状分析の方法

⑥ 医療計画進捗の評価方法（ロジックモデル等）

⑦ その他（下記に具体的に記載をしてください）

14. 第8次医療計画（精神疾患）を策定するにあたり、精神保健福祉資料（NDB・630調査・その他のデータソース）、ReMHRADで公表しているデータ以外に検討が進めやすくなる情報がありましたら具体的に教えてください。また、精神保健福祉資料やReMHRADに対する意見がありましたら記載をしてください。特
にない場合は記載をいただかなくて構いません。

15. 第8次医療計画の中間見直しに向けて現段階でもしご意見・ご要望等ございましたらお聞かせください。特
にない場合は記載をいただかなくて構いません。

16. 第8次医療計画の指標例の活用について、もし協力をいただける場合は各都道府県の御担当者様と電話
やオンラインでのヒアリングの機会を設けられればと考えております。ヒアリング調査への御協力の可否に
ついてご意向をお聞かせください。

- ① 調査に協力できる
- ② 調整がつけば、調査に協力できる
- ③ 調査協力は難しい
- ④ その他

具体的に

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
分担研究報告書

精神保健医療福祉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：臼田謙太郎²⁾，瀬戸屋希³⁾，河野稔明⁴⁾，竹島正⁴⁾，萱間真美⁵⁾，黒田直明²⁾，古野考志²⁾，北村真紀子²⁾

技術協力：株式会社アクセライト

研究代表者：西大輔²⁾

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 神経研究所
- 2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
- 3) 聖路加国際大学大学院看護学研究科
- 4) 川崎市総合リハビリテーション推進センター
- 5) 国立国際医療研究センター 国立看護大学校

研究要旨

本研究班では、精神保健医療福祉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5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。

本調査は中長期的なモニタリングを目的としている調査であるため、同一項目を定期的に収集していくことに意義がある。その一方で、精神保健医療福祉に関する法律・施策・調査協力機関の現状・社会的なニーズ等を踏まえた調査を実施する必要がある。そのため本年度は例年の調査内容を踏襲しつつ、主に調査対象施設の明確化、必要性が以前よりは高くなった項目の削除、診療報酬改定等に合わせた用語の修正を行い、調査票の最適化を行うことで、より効率的で、持続可能な調査とすることを主目的とした。

その結果、例年通りの回収率を維持しつつ、より正確なデータの把握が達成できたと考える。また自治体事前調査を行ったことで令和6年度以降の調査での優先度の高い項目について検討した。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できた。また、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った。引き続き、次年度以降も実態に即して調査項目の調整を行い継続した調査を実施していく。

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毎年実施する。本年度は令和4年度に実施した調査結果の公表と令和5年度調査の準備、自治体に対しての事前調査、データ収集を行った。本報告書の目的は、(1)令和5年度調査の調査プロセスの報告、(2)令和5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令和5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5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、630 調査の集計項目について、今後の集計項目を検討するために、精神病床を有しない医療機関（クリニック、病床を有しない）におけるコメディカル職員の配置数の全国値の予備的な検討を行った。

C. 結果／進捗

1) 令和 5 年度 630 調査実施プロセス

調査は 2023 年 10 月 6 日に開始した。提出締め切りは、医療機関票と訪問看護ステーション票については 2023 年 11 月 17 日、自治体票については 2023 年 11 月 29 日とした。回収状況を考慮して、締め切りを医療機関票と訪問看護ステーション票については 2023 年 12 月 1 日、自治体票は 12 月 13 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。

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 5 年度調査の回収数の推移を示した。令和 5 年度の回収数は、病床を有する医療機関 1556 カ所（配布数に対する回答率 97.0%）、病床を有しない医療機関 4810 カ所、自治体 67（47 都道府県と 20 政令指定都市）、訪問看護ステーション 9944 カ所であった。ただし、病床を有しない医療機関、訪問看護ステーションは、データクリーニング前の数のため、集計結果報告時には数が変わる可能性がある。

本調査の実施に際し、回答期間の前後も含め、2023 年 9 月 22 日～2024 年 3 月 13 日に寄せられた問い合わせは計 583 件であった（図 2）。

問い合わせの時期は 11 月が最も多く 269 件(46.1%)、次いで 10 月が 164 件

(28.1%)、12 月が 130 件(22.3%) となっている。

問合わせの主体別にみると、自治体から最も多く 282 件 (48.4%)、次いで病院・診療所が 197 件 (33.8%)、訪問看護ステーションが 87 件 (14.9%) となっていた。

9 月と 10 月は調査開始に伴う自治体からの問い合わせも多く寄せられた。11 月は病院・診療所からの問い合わせが半数近くを占めていた。調査締め切りの 12 月には自治体からの問い合わせが多くなっていた。

問合わせの方法はメールによる問い合わせが最も多く 455 件 (78.0%)、電話が 125 件 (21.4%) であった（図 3）。

内容別に見ると、調査票のアップロードやダウンロードに関する問い合わせが最も多く、149 件 (25.6%) であった。次いで調査票の内容に関する問い合わせが 113 件 (19.4%)、提出期限についての問い合わせが 79 件 (13.6%) 病床を有する医療機関票のマクロの動作やセキュリティに関する問い合わせが 40 件 (6.9%)、調査対象施設に関する内容が 19 件 (3.3%) であった（図 4）。

なお、調査票の内容に関する問い合わせ 113 件のうち、28 件が精神科医療機関票の「外来・リエゾン」票に関する問い合わせであった。各医療機関の実態にあわせ、回答者から統一した基準で回答得るためにも、来年度以降の調査では項目や調査票の設計の見直しが必要であると考えられる。

2) 前年度調査からの主な変更（表 1）

(1) 調査対象に関する表記

令和 5 年度調査では、調査における精神病床の定義を明確にするために、本調査での精神病床は、医療法第 7 条第 2 項第 1 号に規定されている病床を指すことを調査票内に追記した。また、調査対象となる医療機関の定義を一部修正した（表 2）。

(2) 自治体票

前年度調査の際におこなった自治体事前調査より、自治体票の非自発的入院の入退院届に関する項目について、公表結果の積極的な活用には至っておらず、回答する自治体の負担を軽減するためにも関連する項目の見直しが課題となっていた。これを受けて、令和5年度調査では、非自発的入院（措置入院、医療保護入院、応急入院等）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。非自発的入院は行政処理上の全数は各都道府県において把握しており、また各入院形態による在院患者数は本調査の医療機関調査で把握をしているため、改めて各自治体が回答を行うことの必要性が高くはないという考えられたためであり、また前年度の調査でも活用事例が少ないという結果であったため削除に至った。令和5年度の自治体調査にて改めて把握する調査を取りやめた項目は、下記の通りである。

- ・調査年の6月に受理した医療保護入院、措置入院、緊急措置入院、応急入院届について、入院形態、年齢、性別、主診断、入院年月日（要措置年月日）、届出受理日
- ・調査年の6月に受理した医療保護入院の退院届・措置入院の退院届について、入院形態、年齢、性別、主診断、入院年月日/措置年月日、医療保護入院退院年月日/措置入院消退届提出年月日、退院届/消退届受理日、措置解除日、退院後の処置/措置解除後の処置

(3) 精神科医療機関票

令和5年度調査票では医療機関機能について概ね令和4年度調査票と同様の構成になっており、一部修正を加えている。

まず、回答する医療機関の医療法区分と精神保健福祉法区分に関する設問について、選択肢を変更した。これは、昨年度より区分の選択肢のうち、「非該当はどのような医療機関を指すのか」といった問い合わせがあり、また、実態とは異なる区分を回答している医療機関がみられたため、回答

者が適切に回答できるように修正をおこなった。

精神病床を有する医療機関については、回答医療機関の医療法区分と精神保健福祉法区分の種別を問う設問で、選択肢から「非該当」を削除した。また、政令指定都市が設立主体の医療機関について、「指定病院」または「非指定病院」に区分することを例示に加えた。精神病床を有しない医療機関票では医療法区分および精神保健福祉法区分について、選択肢を「非該当」に固定して区分を問わないものとした。

6月中の「精神科退院時共同指導料の算定件数」と「精神科在宅支援管理料の算定件数」については、6月30日時点の「精神科在宅患者支援管理料の届出（1, 2, 3）」と「精神科退院時共同指導料（1, 2）」と趣旨が一部重複しており、回答者の負担軽減のため削除した。

また、調査票の「外来・リエゾン票」では、「6月1か月間の精神病床への新規入院患者」（精神病床を有する医療機関票のみ）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」（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票）を問う設問を追加した。

各種届出・加算については、「療養生活継続支援加算」、「こころの連携指導料（Ⅰ, Ⅱ）」、「精神科充実体制加算」、「精神科救急医療体制加算」の6月30日時点の届出の有無に関する項目を追加した。

(4) 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、令和4年度調査と概ね同様の構成となっているが、加算算定に関する項目について、「機能強化型訪問看護管理療養費に係る届出の有無」を追加した。

3) 調査結果の公表

令和5年度調査の結果は、病床を有する医療機関の結果を2024年3月26日に国立精神・神経医療研究センターのウェブサイト内「精神保健福祉資料：
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>」に公開した。

なお、今年度調査より調査結果を一部追加して公表している。平成 28 年度以前の 630 調査で公表されていた、在院患者数についての入院形態と開放区分のクロス集計表を、全国の病院種別ごとおよび都道府県別に従来のフォーマットで集計した集計表に追加した。また、在院患者のクロス集計と退院患者に関するクロス集計について、病棟入院料と各項目とのクロス集計の全国値を追加し、あわせて令和元年度から令和 4 年度調査の公表値にも同集計を追加した。

4) 精神病床を有しない医療機関（クリニック、有床診療所等）におけるコメディカルスタッフの配置状況に関する検討

図 5～図 8 が、精神病床を有しない医療機関における心理職、精神保健福祉士、理学療法士、作業療法士の常勤職員数の年度比較である。特に心理職が増加傾向にある。ほかの職種は顕著な増加見られていない。次に、精神病床を有しない医療機関に勤務するコメディカル職員数（常勤職員と非常勤職員を合算した数）について、医療機関を受診患者数別に分類し、医療機関の規模別に職種別の職員数の内訳を令和 3 年と本年度で比較した（図 9、図 10）。令和 3 年度、令和 5 年度共に受診患者数が多いほど各コメディカルの 1 人以上の配置割合は多くなる傾向にある。令和 3 年度と令和 5 年度との二つの年度比較では顕著に配置数が増加している医療機関は見られなかった。

D. 考察

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。改訂を加えた点としては、昨年度おこなった自治体への事前調査の結果をふまえて、公表結果があまり活用されていない自治体票の非同意入院の入退院届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。多様な機能が求められている精神保健医療福祉において、現状把握のためには、今後も調査項目を検討する必要がある。今年度調査で寄せられた問い合わせの内容も参考に、実態に即して調査項目や調査方法の調整を行っていくことが求められると考える。

また、予備的な検討として行った 4) コメディカルの配置数についての検討では、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ていた。また医療機関の規模別（受診患者数別）に検討した結果では医療機関規模が大きくなるほどコメディカルの配置割合が多くなる傾向になることも示唆された。これは精神科もしくは心療内科の診療がより多く行われている機関ほどコメディカルを含めた多職種による支援を行っているためと考えられる。近年は 2022 年度に「こころの連携指導料」「療養生活継続支援加算」が、2024 年度には「心理支援加算」が診療報酬改定で新設される等、コメディカルが配置されていることで算定・加算が可能な報酬も増加していることから、今後さらにコメディカルの配置が進むことが予想される。そのため来年度以降、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、本年度予備的に検討したようないくつかの集計を精神保健福祉資料として公開することを検討していくことが、来年度以降必要であると考えられた。

E. 健康危険情報

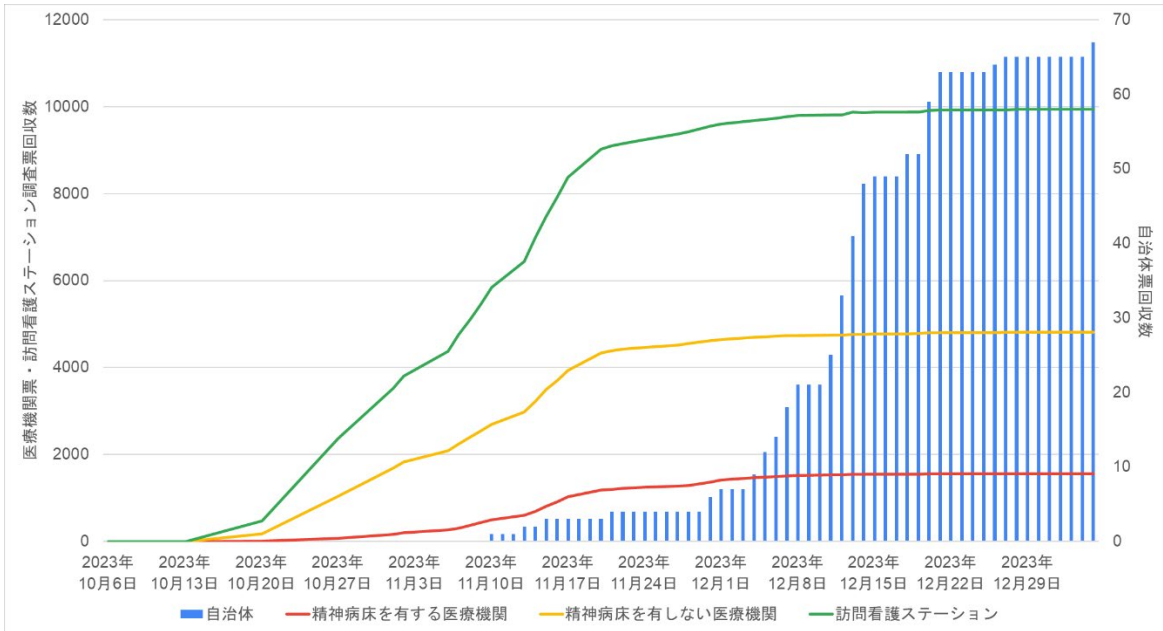
なし

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



注：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、医療機関票と訪問看護ステーション票については2023年11月17日，自治体票については2023年11月29日とした。

図1 令和5年度調査の回収数の推移（電子調査票と紙調査票）

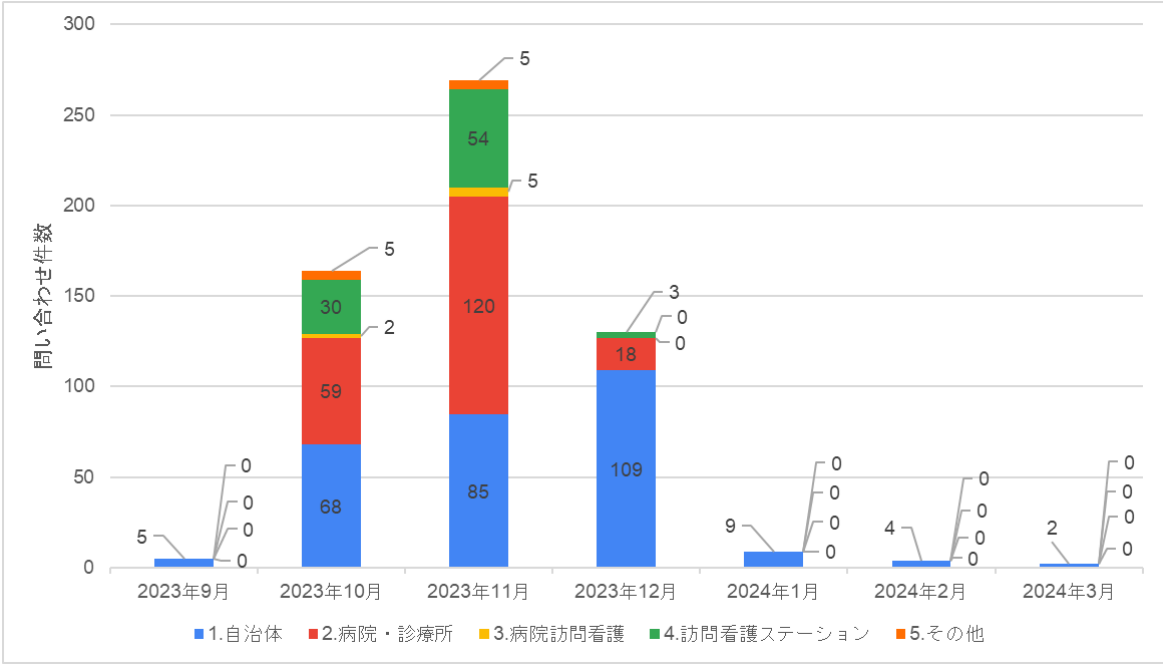


図2 令和5年度調査の問い合わせ件数の推移

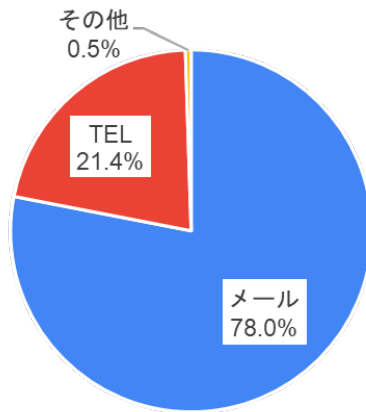


図 3 令和 5 年度調査の問い合わせ手段の内訳

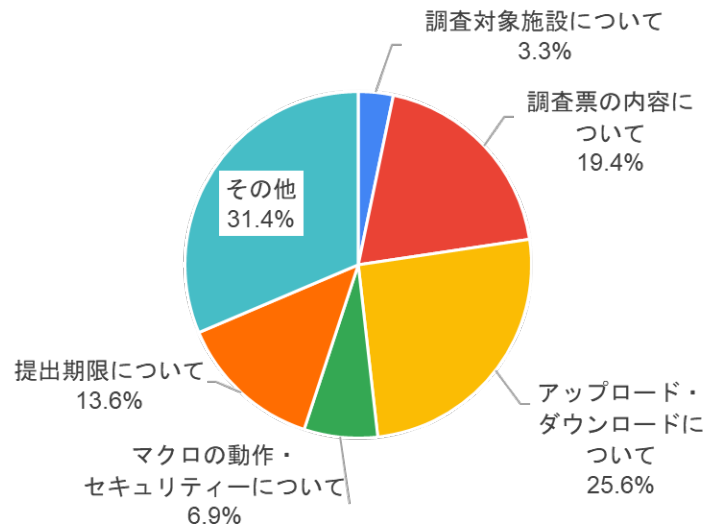


図 4 令和 5 年度調査の問い合わせ内容の内訳

表 1 令和 4 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	
調査全体	調査対象等	追加	精神病床の定義を追加 「※本調査での精神病床は、医療法第 7 条第 2 項第 1 号に規定されている病床を指します。 医療法第 7 条第 2 項第 1 号 精神病床(病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。以下同じ。)」
	調査対象	変更	調査対象となる医療機関の定義について、 「調査対象となる医療機関：1 及び 2 に該当する医療機関」を「調査対象となる医療機関：1 または 2 に該当する医療機関」に変更
自治体票	医療保護入院・措置入院・緊急措置入院・応急入院届	削除	調査年の 6 月に受理した医療保護入院，措置入院，緊急措置入院，応急入院届について ・入院形態・年齢・性別・主診断 ・入院年月日（要措置年月日）・届出受理日
	医療保護入院の退院届・措置入院の消退届	削除	調査年の 6 月に受理した医療保護入院の退院届および措置入院の退院届について ・入院形態・年齢・性別・主診断 ・入院年月日/措置年月日 ・医療保護入院退院年月日/措置入院消退届提出年月日 ・退院届/消退届 受理日・措置解除日 ・退院後の処置/措置解除後の処置
	圏域の名称	変更	「障害福祉圏域の圏域数」を「障害保健福祉圏域の圏域数」
	精神医療審査会の意見聴取日	追加	意見聴取日の回答について、「意見聴取の方法の種別に関わらず，回答してください」の説明を追加
精神病床を有する医療機関調査票・精神病床を有しない医療機関調査票共通	療養生活継続支援加算を算定した患者数	追加	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
	届出の有無	追加	下記の 6 月 30 日時点の届出の有無に関する項目を追加 ・療養生活継続支援加算 ・こころの連携指導料（Ⅰ，Ⅱ） ・精神科充実体制加算 ・精神科救急医療体制加算
	精神科退院時共同指導料	削除	6 月中の精神科退院時共同指導料の算定件数を削除
	精神科在宅患者支援管理料	削除	6 月中の精神科在宅患者支援管理料の算定件数を削除
精神病床を有する医療機関調査票のみ	医療法区分	削除	選択肢から「非該当」を削除し、「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」とする
	精神保健福祉法区分	削除	選択肢から「非該当」を削除し、「国立・都道府県立精神科病院等」「指定病院」「非指定病院」とする

調査票種別	調査項目	変更点	
		変更	例示のうち、「政令指定都市が設立主体の病院」を「国立・都道府県立精神科病院等」から「指定病院」または「非指定病院」に修正
	精神病床への新規入院患者数	追加	6月1か月間の精神病床への新規入院患者数の総数を問う設問を追加
精神病床を有しない医療機関調査票のみ	医療法区分	変更	「非該当」に固定する
	精神保健福祉法区分	変更	「非該当」に固定する
訪問看護ステーション票	届出の有無	追加	機能強化型訪問看護管理療養費に係る届出の有無の追加

表2 令和5年度調査の調査対象とする精神科医療機関の条件

<p>・調査対象となる医療機関：1または2に該当する医療機関</p> <p>1.下記ア～ウかつ精神病床数が1床以上の医療機関【「精神病床を有する医療機関票」の配布対象となる医療機関】</p> <p>2.下記ア～ウかつ精神病床数が0床の医療機関(一般病院，有床診療所，クリニック等を含む)【「精神病床を有しない医療機関票」の配布対象となる医療機関】</p> <p>ア.令和5年(2023年)6月30日時点で医療法上の許可・届出を行っている</p> <p>イ.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</p> <p>ウ.「精神科」もしくは「心療内科」の診療をおこなっていることを都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課が把握している</p> <p>※本調査での精神病床は，医療法第7条第2項第1号に規定されている病床を指します。</p> <p>・調査対象となる訪問看護ステーション：3に該当する施設</p> <p>3.医療保険・介護保険を問わず，すべての訪問看護ステーション（医療保険のみ，介護保険のみを実施しているステーションを含む）</p>
--

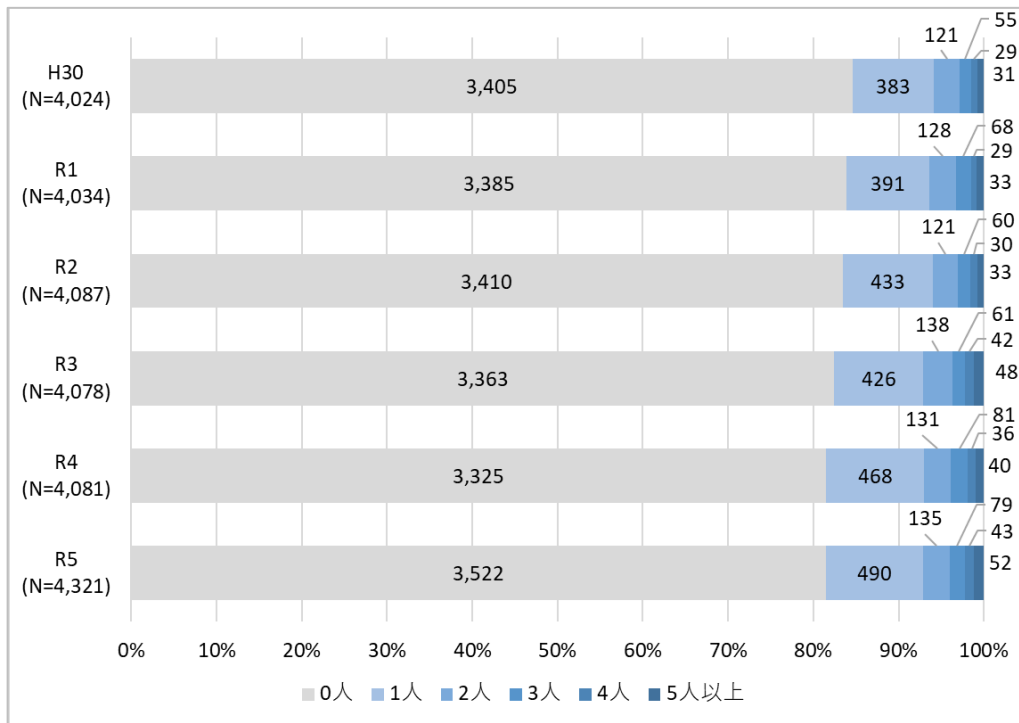


図 5 クリニック・有床診療所等の常勤職員数の内訳の年度比較（心理職）

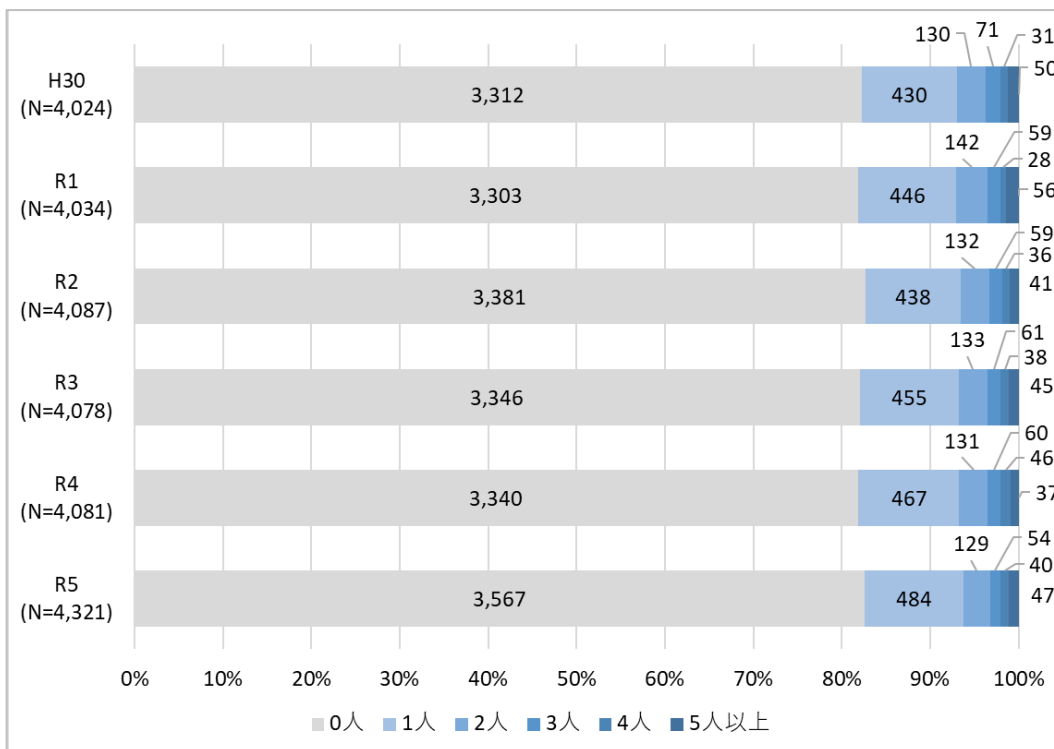


図 6 クリニック・有床診療所等の常勤職員数の内訳の年度比較（精神保健福祉士）

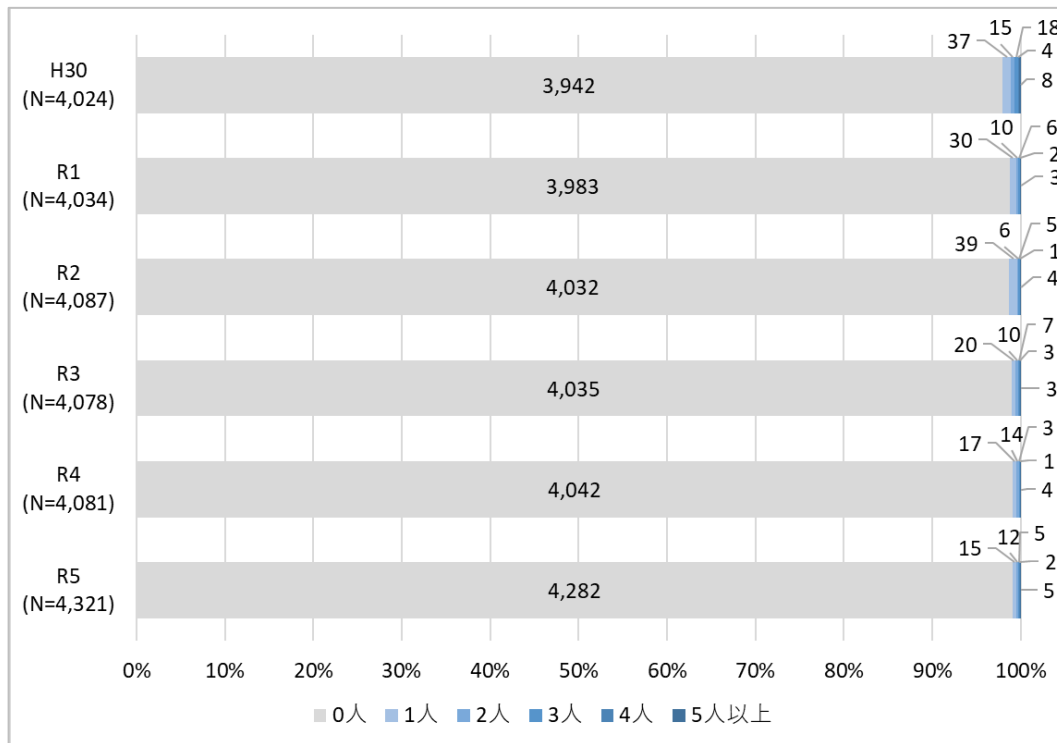


図 7 クリニック・有床診療所等の常勤職員数の内訳の年度比較（理学療法士）

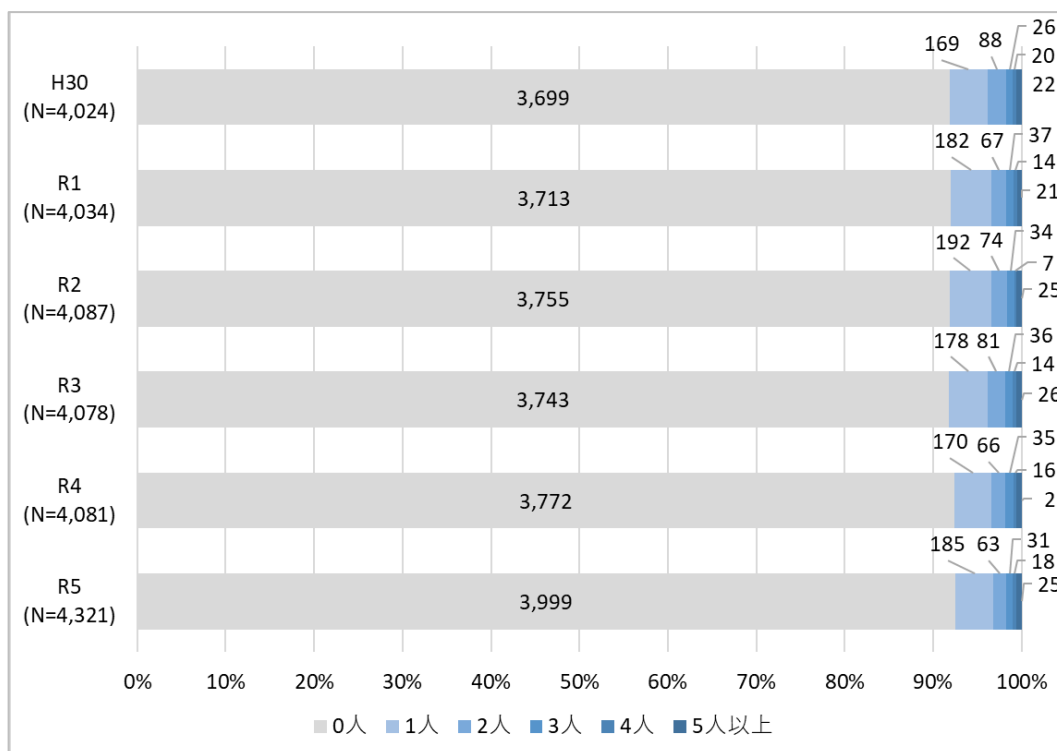


図 8 クリニック・有床診療所等の常勤職員数の内訳の年度比較（作業療法士）

※調査票上での職種の定義

【心理職】 H30：臨床心理技術者、R1～R2：精神科に関わる公認心理師、臨床心理技術者
R3～R5：精神科における臨床心理技術者（実業務において心理職である職員）

【精神保健福祉士】 H30：精神保健福祉士、R1～R2：精神科に関わる精神保健福祉士
R3～R5：精神科における精神保健福祉士（実業務において精神科ソーシャルワーカーである職員）

【理学療法士・作業療法士】 H30：理学療法士・作業療法士、R1～R2：精神科に関わる理学療法士・作業療法士、R3～R5：精神科における理学療法士・作業療法士

表 3 クリニック・有床診療所等の6月の精神科受診患者数別医療機関数

6月の精神科受診患者数	R3		R5	
	医療機関数	内訳 (%)	医療機関数	内訳 (%)
0～100人	1161	28.5%	1198	27.7%
101～500人	1187	29.1%	1237	28.6%
501～800人	898	22.0%	978	22.6%
801～人	832	20.4%	908	21.0%
合計	4078	100.0%	4321	100.0%

【6月の精神科受診患者数最大値】 R3_6228人、R5_6066人

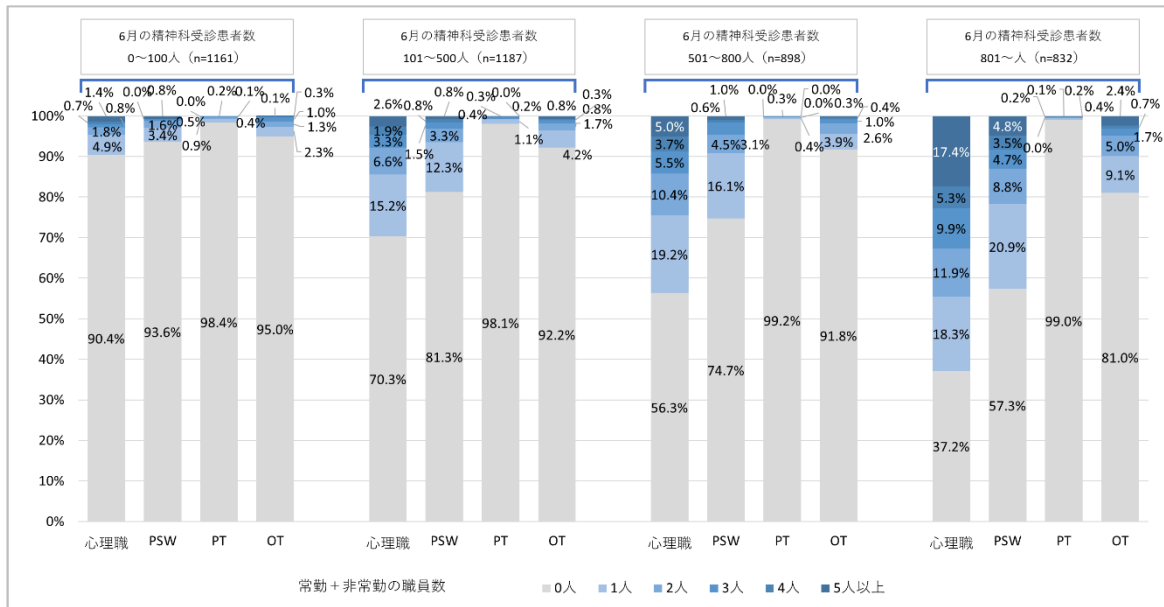


図 9 令和3年度 クリニック・有床診療所等の6月の精神科受診患者数別 各医療機関の職員数の内訳（職種別、常勤＋非常勤の職員数）

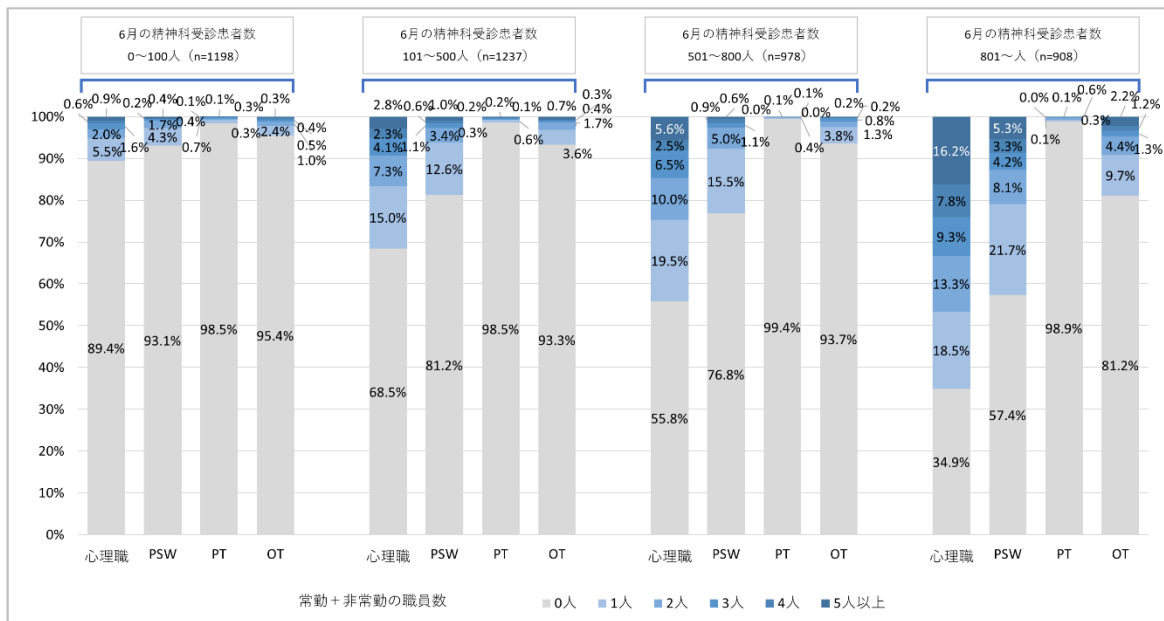


図 10 令和5年度 クリニック・有床診療所等の6月の精神科受診患者数別 各医療機関の職員数の内訳（職種別、常勤＋非常勤の職員数）

※非常勤職員数は、精神科の勤務が週1日以上を計上

令和5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）

「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」

分担研究

精神医療の提供体制および実態把握に関する研究: NDB に関する報告

分担研究報告書

研究分担者 高瀬顕功（大正大学）

研究協力者 奥村泰之（臨床疫学研究推進機構）、竹島 正（大正大学地域構想研究所）、白田 謙太郎（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）、西 大輔（国立精神・神経医療研究センター）

研究要旨

【研究目的】本研究では、匿名医療保険等関連情報データベース（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。

【研究方法】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。

【結果及び考察】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。

【結論】精神医療提供の変化を可視化できる基盤を整備することができた。

A. 研究目的

第7次医療計画・第5期障害福祉計画以降「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を背景とした指標や目標値が掲げられることとなり、そのモニタリングが求められてきた。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⁾。そのため基礎資料の一部が、これまで、匿名医

療保険等関連情報データベース（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¹⁾。

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た。

B. 研究方法

データ源

NDB を基に、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た。適格基準に該当する者の、2013 年 1 月から 2022 年 12 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）を観察した。

アウトカム指標

2020 年度に精神病床から退院した在院期間が 1 年未満の患者における退院後 1 年以内の地域での平均生活日数を算出した。また、2020 年度に精神病床に入院した患者における、特定時点（90 日/180 日/365 日）の退院患者割合を算出した。さらに、病床区分ごとに、特定時点の退院患者割合を算出した。

診療行為/医薬品情報に基づく患者数

2021 年度診療分の情報を基に、表 1 に示す、診療行為/医薬品情報に基づく患者数と医療機関数を求めた。付表 4.44~4.54 が本年度の研究班において、新規に開発した指標となる。

傷病名情報に基づく患者数

2021 年度診療分の情報を基に、表 2 に示す、傷病名情報に基づく患者数と医療機関数を求めた。なお、前年度までの研究班

では、通院・在宅精神療法の算定により、精神科の外来患者数を算出してきたが、

通院・在宅精神療法の算定がなく、精神科デイ・ケア等のみが算定されている者も存在することから、本年度の研究班では、精神科専門療法の算定により、精神科の外来患者数を算出するよう修正を加えた。

月間患者延数

2021 年 4 月から 2022 年 12 月の診療分の情報を基に、通院・在宅精神療法の算定を受けた患者延数を月ごとに求め、人口 10 万対月間外来患者延数を算出した。同様に、精神科関連入院料の算定を受けた患者延数を求め、人口 10 万対月間入院患者延数を算出した。

統計解析

各指標について、本年度の研究班で算出した値と前年度までの研究班³⁻⁵⁾で算出した値を統合することで、経年変化を確認できるよう可視化した。

（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（22H0005）。

C. 結果

アウトカム指標

地域平均生活日数について、全国の値と、都道府県のうち上位 2、下位 2 の都道府県の値の推移を図 1 に示す。全国の値は、2013 年度から 2020 年度にかけて、向上していた。都道府県単位でみると、岐阜

県と鳥取県のように、2020年度に低下している地域があることも確認された。

再入院患者割合について、先に示した都道府県の推移を図2に示す。地域平均生活日数と同様の傾向が確認された。

精神病床入院から90日時点の退院患者割合について、全国の値と、都道府県のうち上位2、下位2の都道府県の値の推移を図3に示す。全国の値は、2013年度から2020年度にかけて変動は小さかった。都道府県単位で見ると、最大値の和歌山県(72.5%)と、最小値の山口県(48.7%)では、23.8ポイントの差があることが示された。365日時点の退院患者割合でも、この差は14.4ポイントあった。

精神病床への新規入院患者数と特定時点の退院患者割合について、病床区分ごとの値の推移を図4に示す。新規入院患者数は、精神病棟15対1入院基本料が最も多く、ついで、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料、認知症治療病棟入院料の順であった。90日時点の退院患者割合は、精神科救急入院料が最も高く、認知症治療病棟入院料が最も低いことが示された。また、認知症治療病棟入院料の退院患者割合は、2013年度から2020年度にかけて、36.0%から30.2%に、5.8ポイント低下していた。同様の傾向は、365日時点の退院患者割合でも確認された。

入院受療率

入院受療率について、在院日数区分、年齢区分と認知症区分ごとに、全国の値の推移を図5に示す。すべての在院日数区分において、入院受療率は、年齢と共に上がり、85歳以上がピークであった。2021年度における入院受療率は、85歳以上の認知症を有する366日以上在院の患者が最も

高く(316.2)、ついで、65~74歳の認知症を有さない366日以上在院患者(204.1)、75~84歳の認知症を有さない366日以上在院患者(152.8)、75~84歳の認知症を有する366日以上在院患者(139.1)であった。

診療行為/医薬品情報に基づく患者数

表1に示す54指標の集計結果を精神保健福祉資料のWebサイトに公表した³⁾。ここでは、例として、認知症ケア加算1(付表4.36)について、可視化したものを図6に示す。全国において認知症ケア加算1を算定した医療機関数と患者数は、2016年度から2021年度にかけて増加していた。認知症ケア加算(1あるいは2)の算定を受けた患者数に占める、認知症ケア加算1の算定を受けた患者数の割合は、2016年度から2021年度にかけて、18.1%から27.5%に、9.4ポイント上昇していることが確認された。都道府県単位で見ると、最大値の長野県(48.5%)と、最小値の香川県(6.6%)では、40.8ポイントの差があることが示された。

また、中枢神経刺激薬(付表4.34)について、可視化したものを図7に示す。中枢神経刺激薬を処方した医療機関数は、2013年度から2019年度にかけて増加していたものの、2020年度に減少に転じていた。また、中枢神経刺激薬の処方を受けた患者数は、2013年度から2019年度にかけて増加していたものの、2020年度に増加のトレンドが鈍化していた。ADHD治療薬に占める中枢神経刺激薬の割合は、2013年度から2021年度にかけて減少していた。

傷病名情報に基づく患者数

表 2 に示す 11 指標の結果を精神保健福祉資料の Web サイトに公表した³⁾。

精神科の外来患者数の集計に用いる疾患定義として、診療行為の区分番号（精神科専門療法/通院・在宅精神療法）と主傷病区分（あり/なし）の 4 パターンを用いて、疾患ごとの外来患者数を求めた（図 8; 図 9）。診療行為の区分番号による精神科の外来患者数の推定に与える影響は、認知症、ギャンブル等依存症、摂食障害において相対的に大きいことが示された（11%~17% 増）。ただし、精神科の外来患者数の推定に与える影響は、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（29%~673% 増）。

月間患者延数

人口 10 万対月間入院患者延数の推移を図 10 に示す。一部の年齢層（例えば、25~29 歳、30~34 歳）で、第 1 回緊急事態宣言の間（2020 年 4 月 7 日から 5 月 25 日）に、入院患者数が顕著に減少していた。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、一部の年齢層（例えば、25~29 歳、30~34 歳、35~39 歳）において、入院患者数が減少していた（図 11）。

人口 10 万対月間外来患者延数の推移を図 12 に示す。概ね全ての年齢層で、第 1 回緊急事態宣言の間に、外来患者数が顕著に減少していた。第 1 回緊急事態宣言の前の期間と、後の期間を比較すると、一部の年齢層（例えば、15~19 歳、20~24 歳、25~29 歳、30~34 歳、35~39 歳）において、外来患者数が増加していた（図 13）。

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^{6,7)}。

傷病名情報に基づく患者数

疾患定義により、精神科の外来患者数の推定は、大幅に異なることが示された。精神科の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、精神科の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。

E. 結論

本研究では、2013年度から2021年度診療分の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。精神医療提供の変化を可視化できる基盤を整備することができた。

【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 (2021年度版) (<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/archive/guide/r03-cccsguideline-all.pdf>), 2023, 閲覧日: 2024年5月7日.
- 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/>), 2023, 閲覧日: 2023年4月28日.
- 3) 国立精神・神経医療研究センター: 精神保健福祉資料 (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>), 2024, 閲覧日: 2024年5月6日.
- 4) 高瀬顕功, 奥村泰之, 白田謙太郎, 黒田 直明, 西 大輔: 精神医療の提供体制および実態把握に関する研究: NDBに関する報告 (https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202218056A-buntan4.pdf), 2023, 閲覧日: 2024年5月6日.
- 5) 高瀬顕功, 奥村泰之, 竹島正, 立森久照, 吉田光爾, 河野稔明, 高橋邦彦, 岡本基: 精神医療の提供と地域支援の連携に関する研究: NDBに関する報告書 (https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202118031A%E3%83%BCbuntan6_1.pdf), 2022, 閲覧日: 2024年5月6日.
- 6) 松本康弘: 大きく変わるコンサートの流通

管理システム

(<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/di/column/matsumoto/20202/563749.html>), 2020, 閲覧日: 2023年4月28日.

- 7) 厚生労働省: メチルフェニデート塩酸塩製剤 (コンサータ錠 18mg、同錠 27mg 及び同錠 36mg) の使用にあたっての留意事項について (<https://www.pmda.go.jp/files/000231397.pdf>), 2019, 閲覧日: 2024年5月7日.

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. 診療行為/医薬品と集計内容の対応

診療行為/医薬品	付表番号	対応
入院における治療抵抗性統合失調症治療薬（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料/クロザピン）	4.1	2
外来における治療抵抗性統合失調症治療薬（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料/クロザピン）	4.2	2
入院・外来における治療抵抗性統合失調症治療薬（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料/クロザピン）	4.3	2
精神科電気痙攣療法（閉鎖循環式全身麻酔）	4.4	1,2
認知療法・認知行動療法	4.5	2
児童・思春期精神科入院医療管理料	4.6	1
重度アルコール依存症入院医療管理加算	4.7	2
依存症集団療法	4.8	2
摂食障害入院医療管理加算	4.9	2
精神科救急入院料	4.10	2
精神病床における精神科身体合併症（精神科救急・合併症入院料/精神科身体合併症管理加算）	4.11	1,2
一般病床における精神科身体合併症（精神疾患診療体制加算/精神科疾患患者等受入加算）	4.12	2
精神科リエゾンチーム加算	4.13	1,2
精神疾患診断治療初回加算	4.14	2
救急患者精神科継続支援料	4.15	2
全年齢における精神科関連入院料	4.16	3
20歳未満における精神科関連入院料	4.17	2
高医師配置の精神科関連入院料（精神科救急入院料/精神科救急・合併症入院料/特定機能病院精神科棟入院基本料/精神科急性期医師配置加算）	4.18	3
強度行動障害入院医療管理加算	4.19	3
精神保健福祉士配置加算（精神科棟入院基本料/精神療養病棟入院料）	4.20	3
精神科退院前訪問指導料	4.21	3
多職種による精神科退院前訪問指導料	4.22	3
精神科訪問診療（在宅精神療法/精神科重症患者早期集中支援管理料/精神科在宅患者支援管理料）	4.23	2
精神科訪問看護（精神科訪問看護・指導料/精神科訪問看護指示料）	4.24	1
一般病床における入院精神療法	4.25	3
全年齢における通院・在宅精神療法	4.26	3
20歳未満における通院・在宅精神療法	4.27	2
10歳未満における通院・在宅精神療法	4.28	3
てんかん指導料	4.29	3
ニコチン依存症管理料	4.30	3
精神科電気痙攣療法	4.31	3

表 1. 診療行為/医薬品と集計内容の対応

診療行為/医薬品	付表番号	対応
持続性抗精神病薬（持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料/ハロペリドールデカン酸エステル/フルフェナジンデカン酸エステル/リスペリドン/パリペリドンパルミチン酸エステル/アリピプラゾール水和物）	4.32	3
ADHD 治療薬（メチルフェニデート塩酸塩/アトモキセチン塩酸塩/グアンファシン塩酸塩/リスデキサメフェタミンメシル酸塩カプセル）	4.33	3
中枢神経刺激薬（メチルフェニデート塩酸塩/リスデキサメフェタミンメシル酸塩カプセル）	4.34	3
認知症ケア加算	4.35	2
認知症ケア加算 1	4.36	3
認知症専門診断管理料	4.37	3
かかりつけ医における認知症医療（認知症地域包括診療料/認知症療養指導料/認知症専門医紹介加算/認知症専門医療機関連携加算）	4.38	3
せん妄ハイリスク患者ケア加算	4.39	4
精神科退院時共同指導	4.40	4
療養生活環境整備指導加算	4.41	4
ハイリスク妊産婦連携指導料	4.42	4
精神科訪問看護・指導料	4.43	2
時間外対応加算 1 と通院・在宅精神療法	4.44	4
時間外対応加算 2 と通院・在宅精神療法	4.45	4
時間外対応加算 3 と通院・在宅精神療法	4.46	4
精神保健福祉士配置加算（精神病棟入院基本料）	4.47	4
精神保健福祉士配置加算（精神療養病棟入院料）	4.48	4
データ提出加算と精神科関連入院料	4.49	4
データ提出加算と精神科関連入院料（病床区分別）	4.50	4
全年齢における精神科関連入院料（病床区分別）	4.51	4
小児特定疾患カウンセリング料	4.52	4
児童思春期精神科専門管理加算	4.53	4
精神科医連携加算	4.54	4

1 = 第 8 次医療計画の重点指標, 2 = 第 8 次医療計画の参考指標, 3 = 前研究班で定義した指標, 4 = 本研究班で定義した指標

表 2. 傷病名と集計内容の対応

傷病分類	ICD-10	付表番号
統合失調症	F20-F29	5.1
うつ・躁うつ病	F30-F39	5.2
認知症	F00-F03, F05.1, G30-G31	5.3
知的障害	F70-F79	5.4
発達障害	F80-F98	5.5
アルコール依存症	F10	5.6
薬物依存症	F11-F16, F18-19	5.7
ギャンブル等依存症	F63.0	5.8
PTSD	F43.1	5.9
摂食障害	F50	5.10
てんかん	G40-G41	5.11

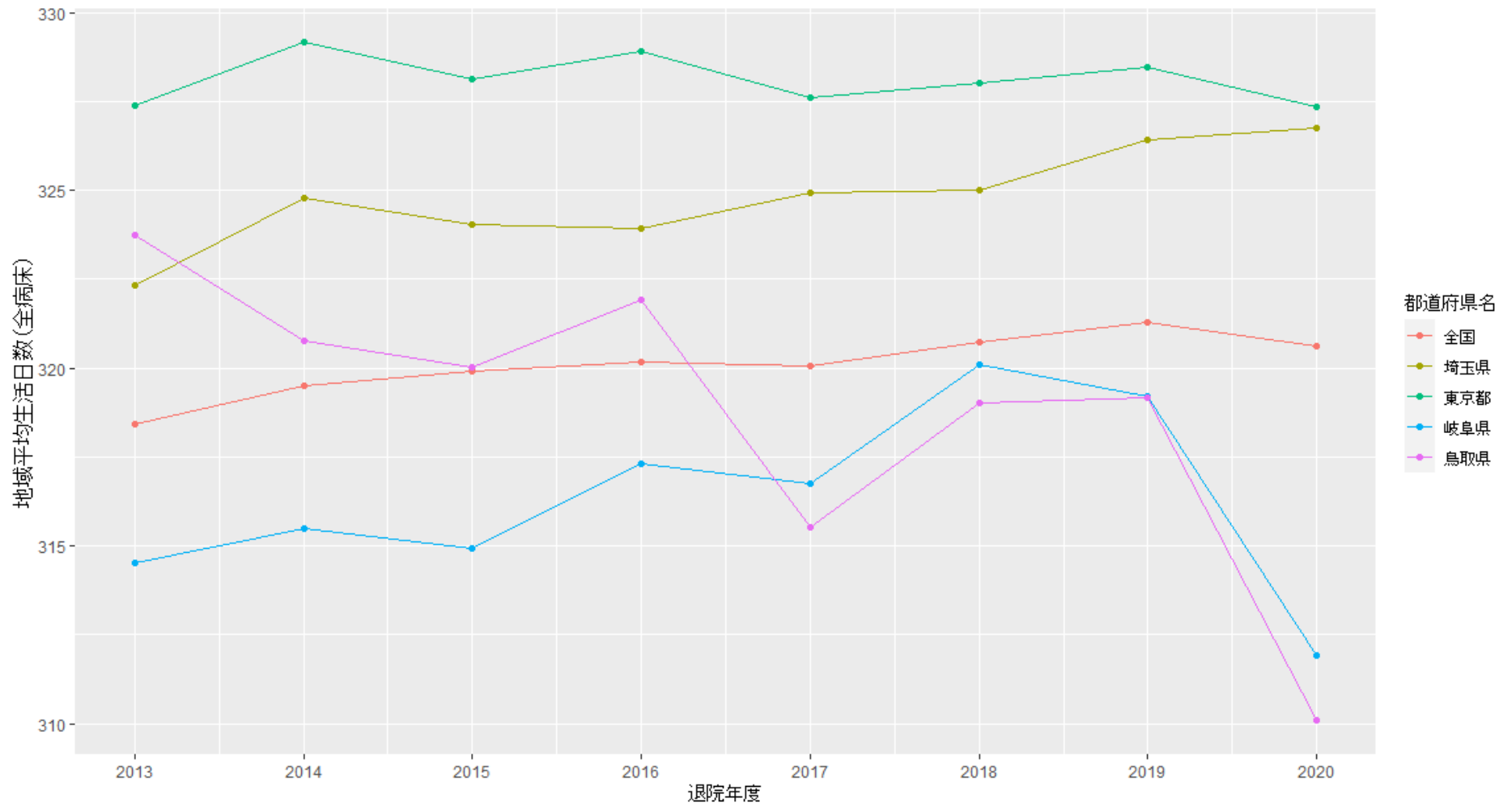


図 1. 地域平均生活日数の推移

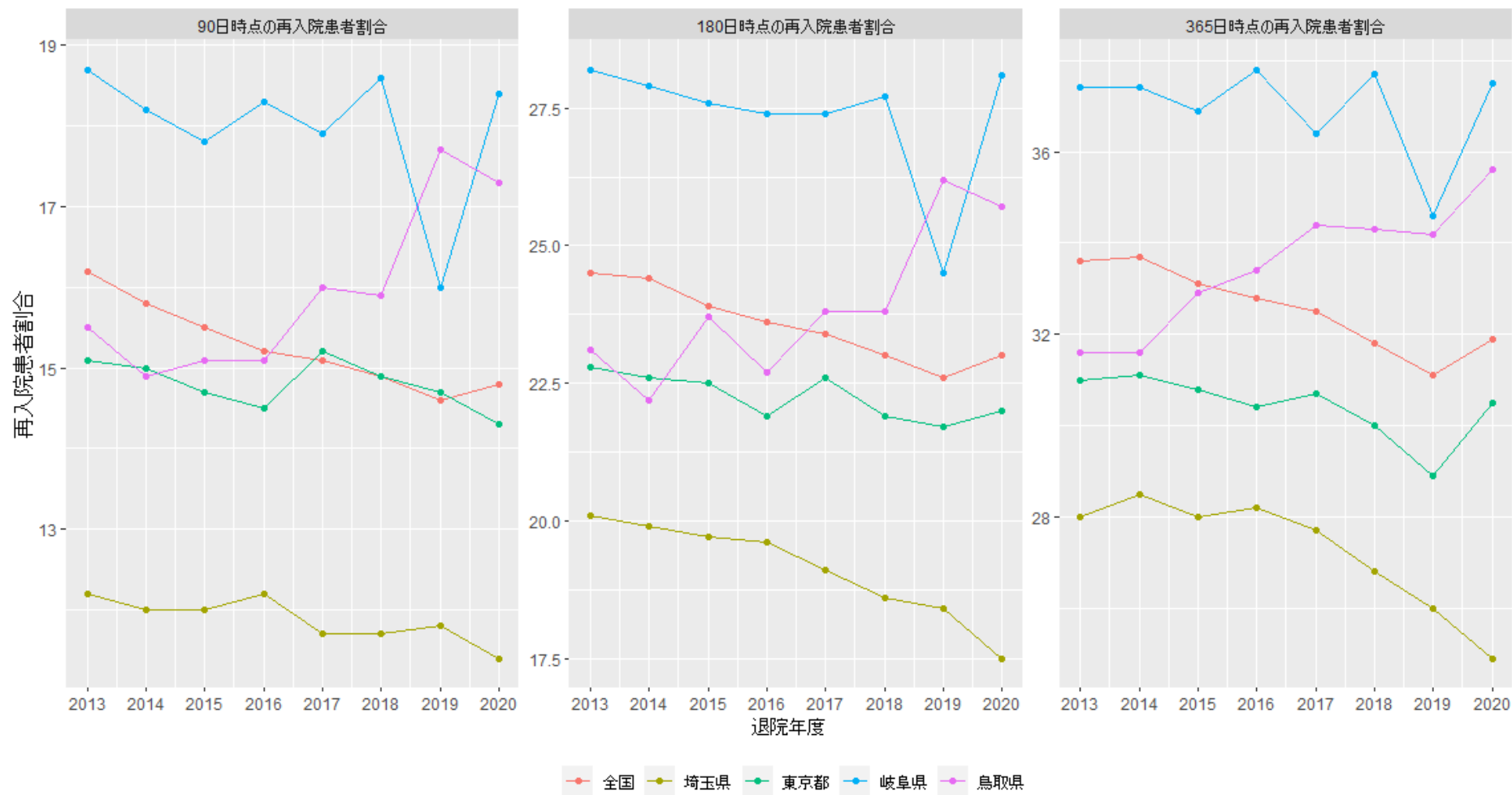


図 2. 特定時点の再入院患者割合の推移

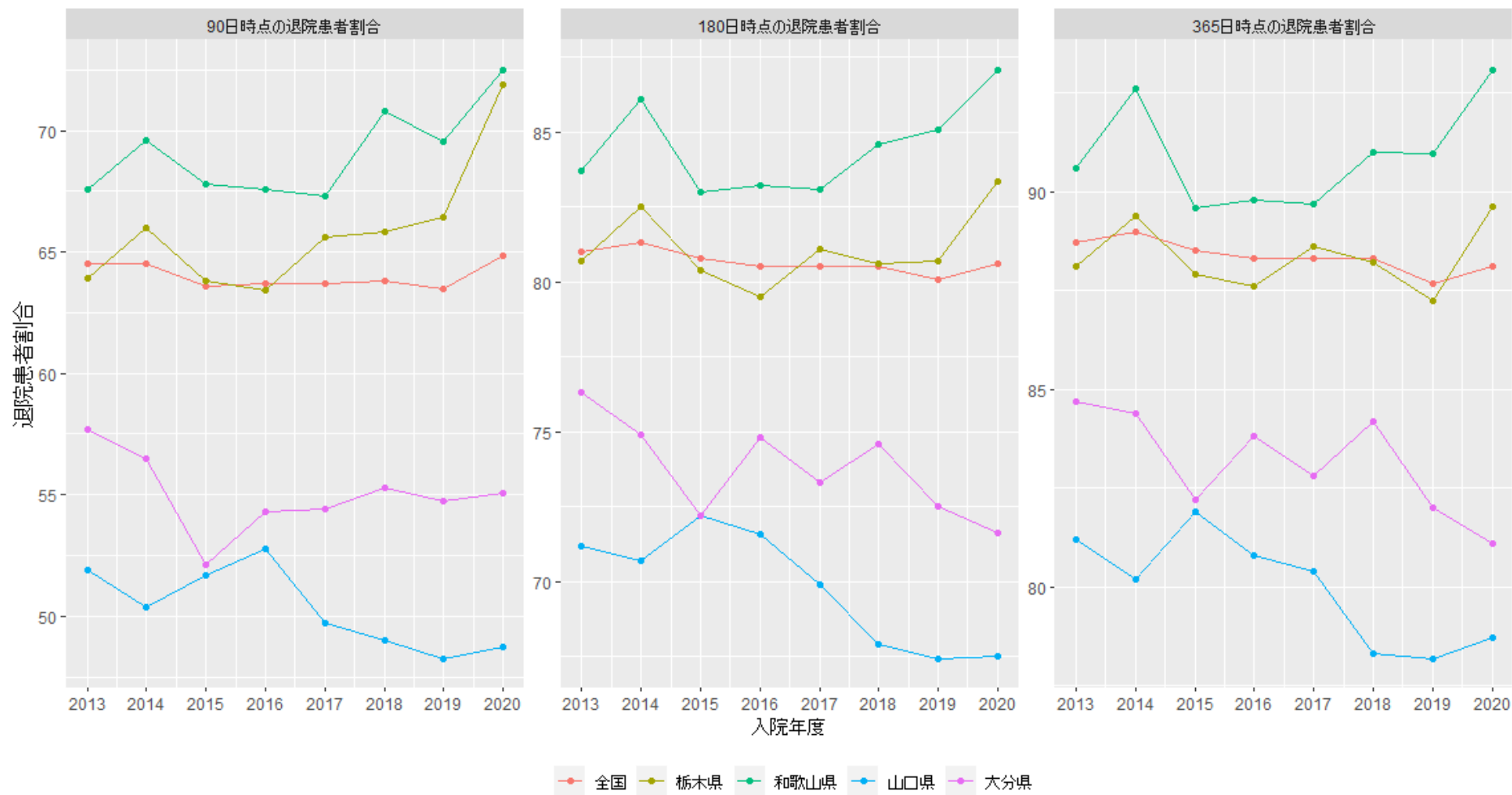


図 3. 精神病床入院から特定時点の退院患者割合

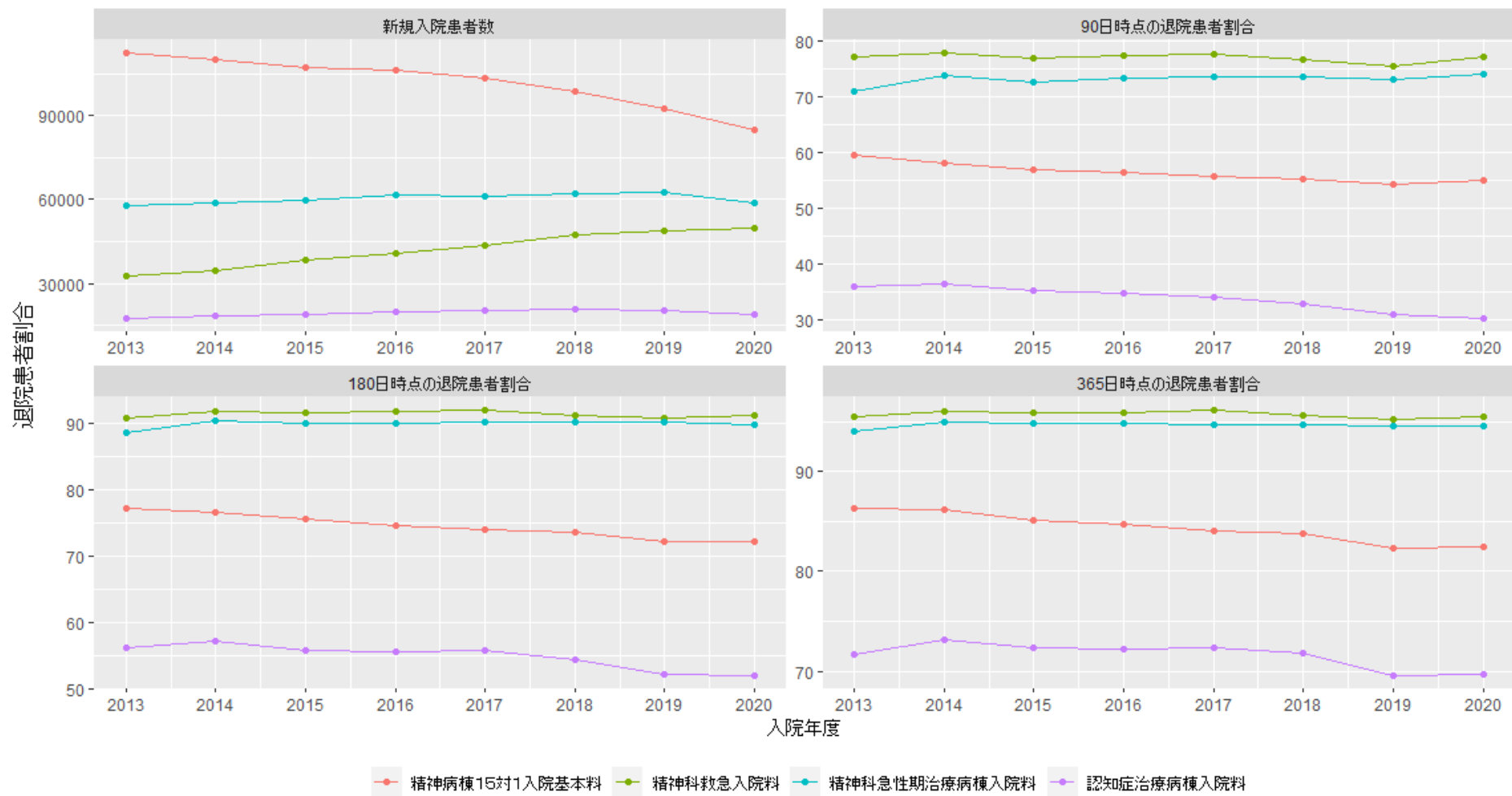


図 4. 病床区分ごとの精神病床への新規入院患者数と特定時点の退院患者割合

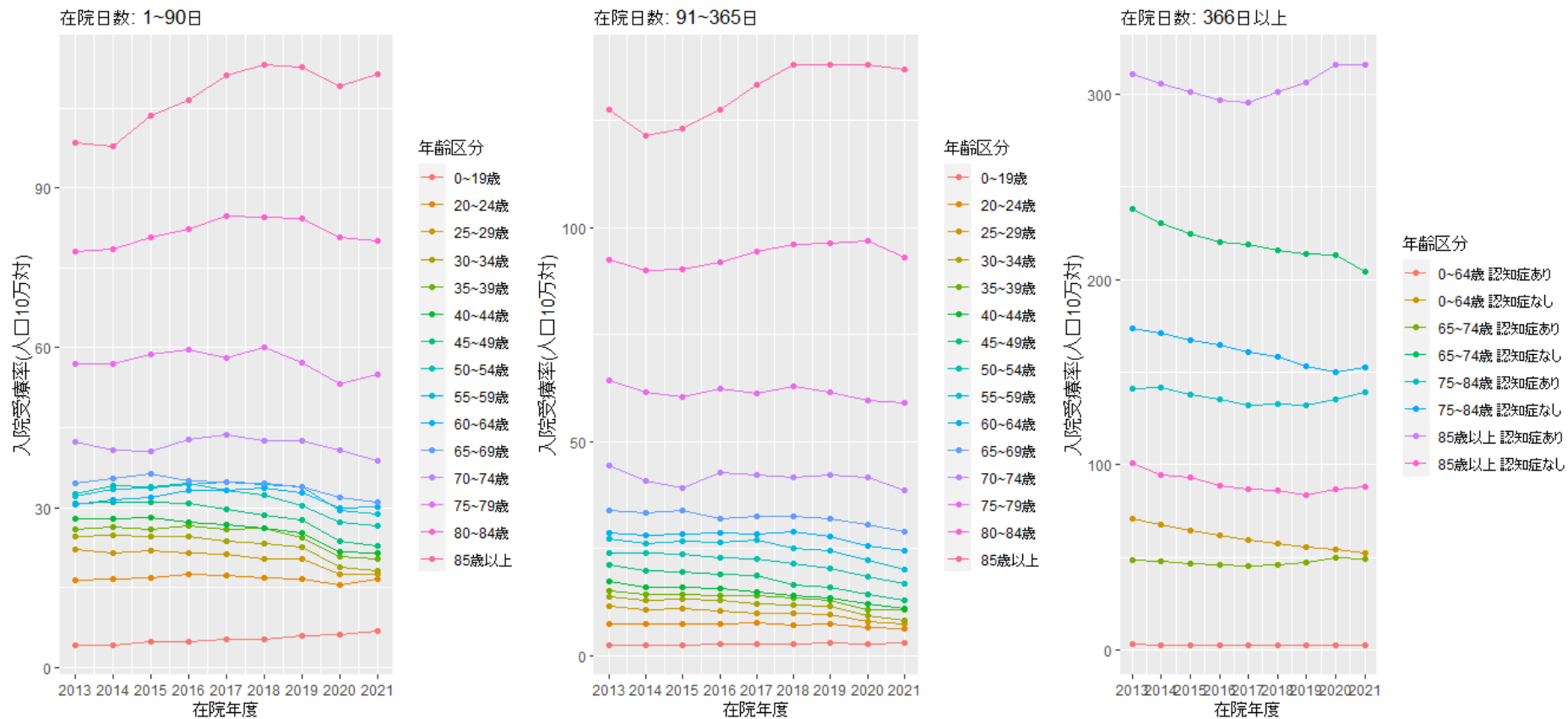


図 5. 年齢区分・在院日数・認知症区分ごとの入院受療率

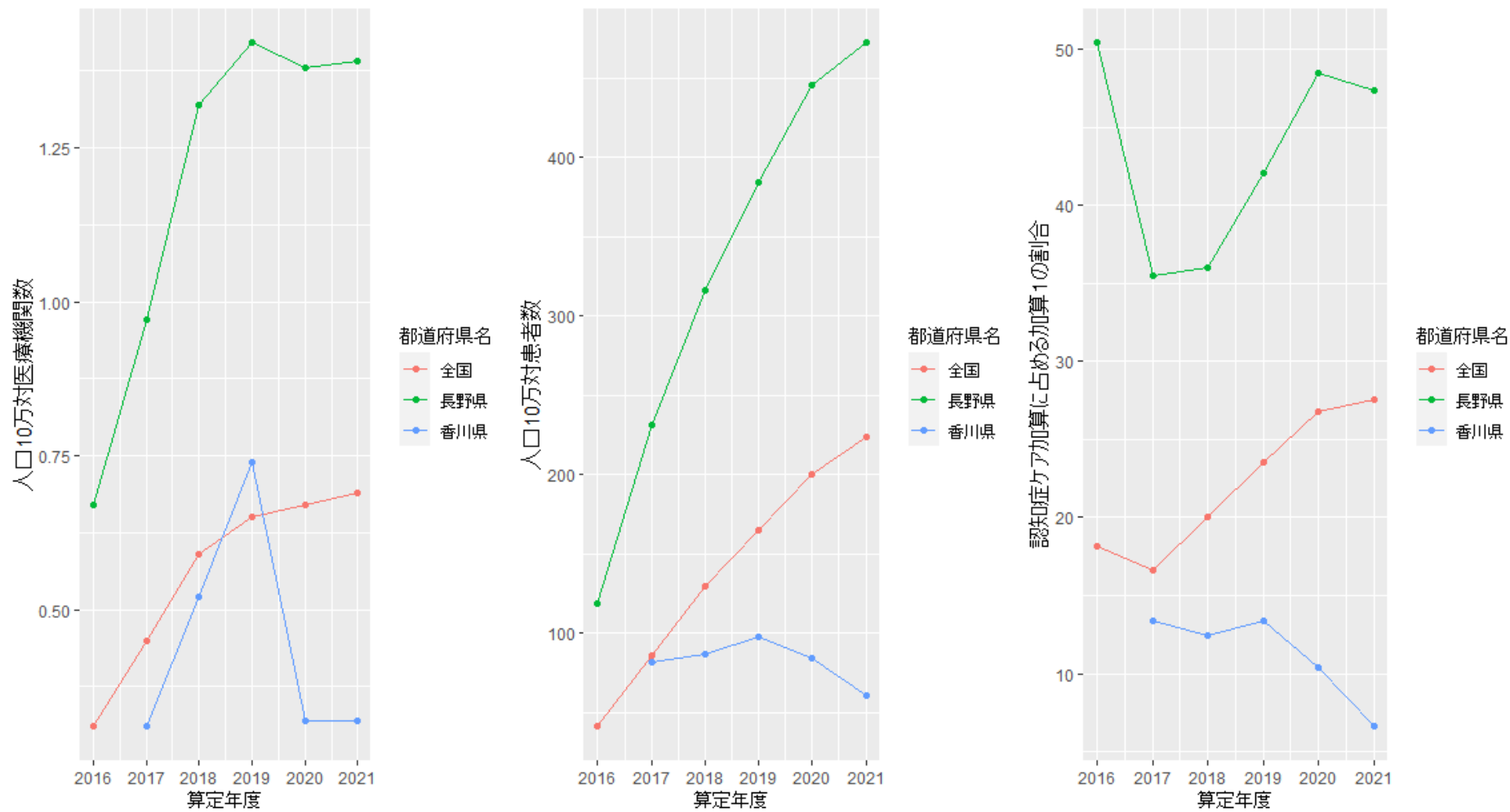


図 6. 認知症加算 1 の算定があった人口 10 万対医療機関数、人口 10 万対患者数、認知症ケア加算に占める加算 1 の割合

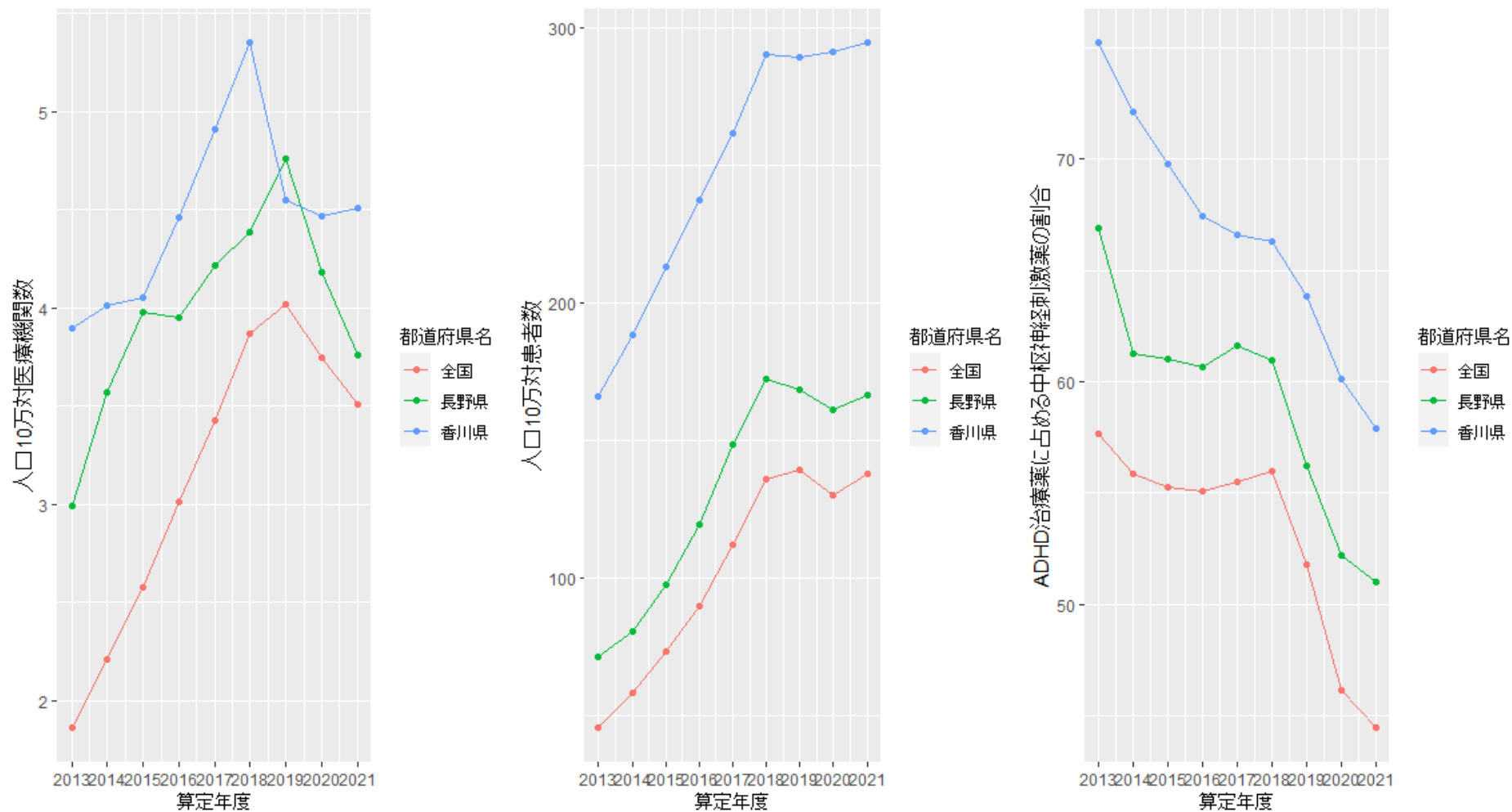


図 7. 中枢神経刺激薬の算定があった人口 10 万対医療機関数、人口 10 万対患者数、ADHD 治療薬に占める中枢神経刺激薬の割合

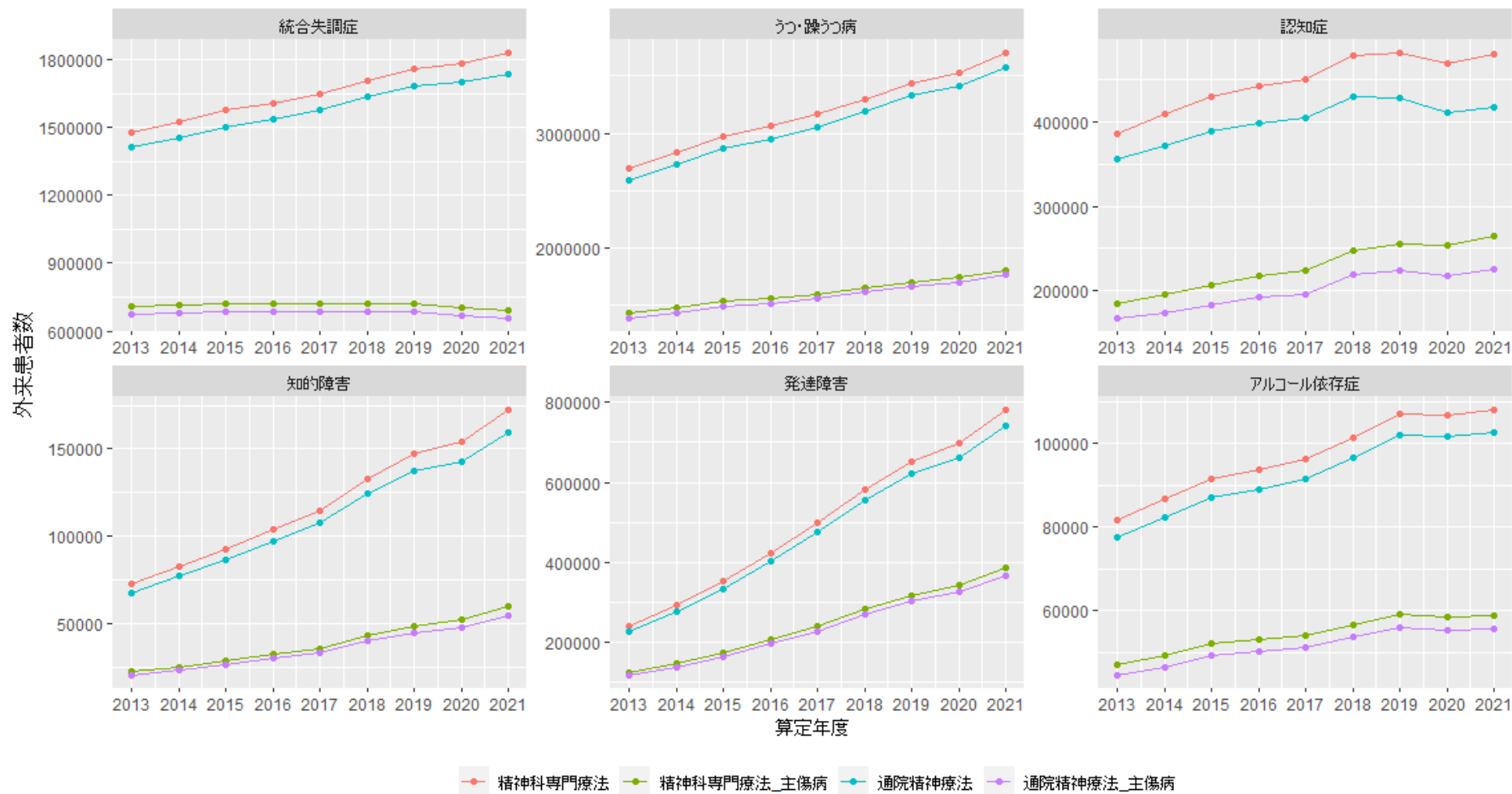


図 8. 疾患定義による外来患者数の相違 (統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、知的障害、発達障害、アルコール依存症)

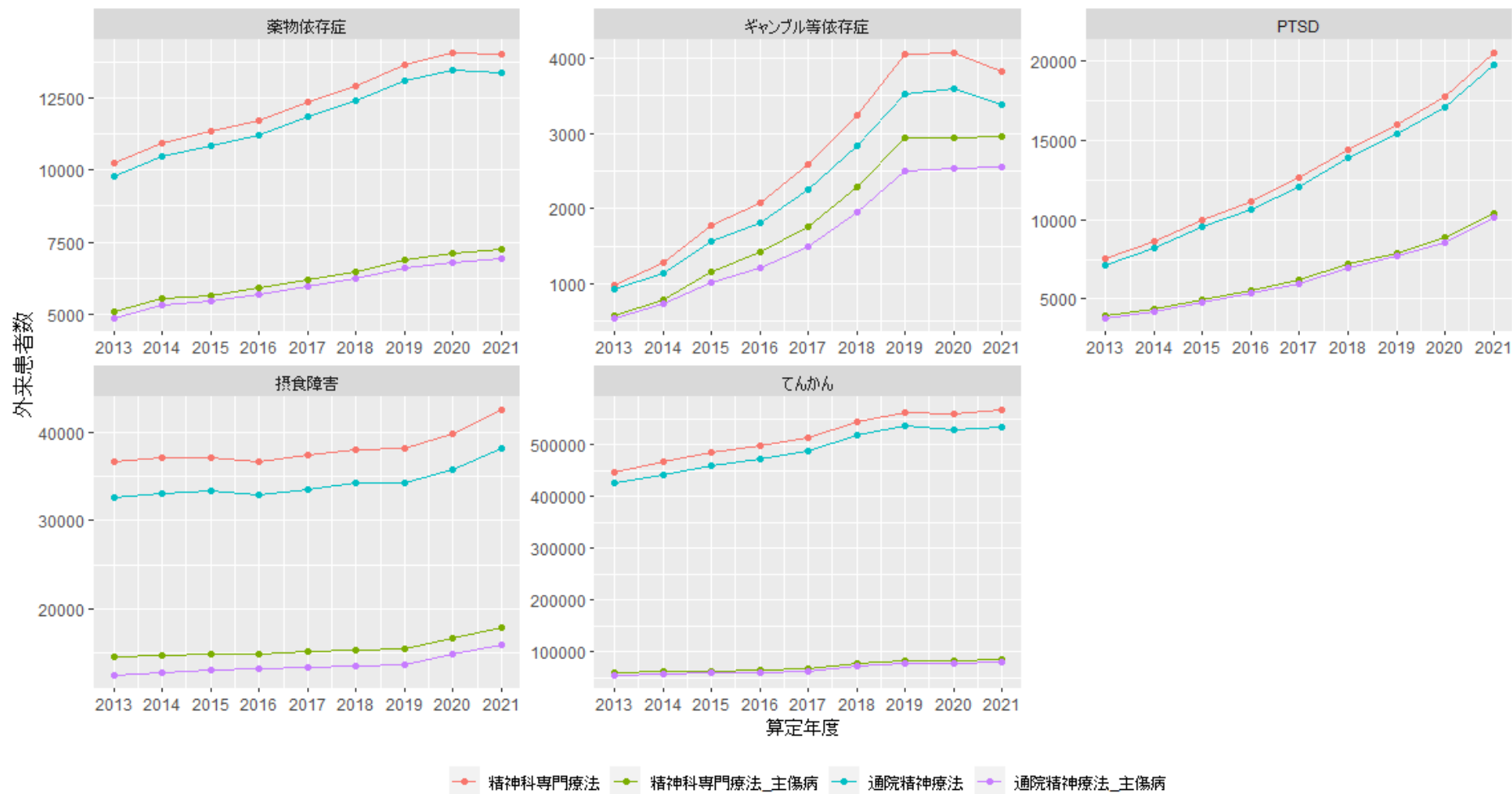
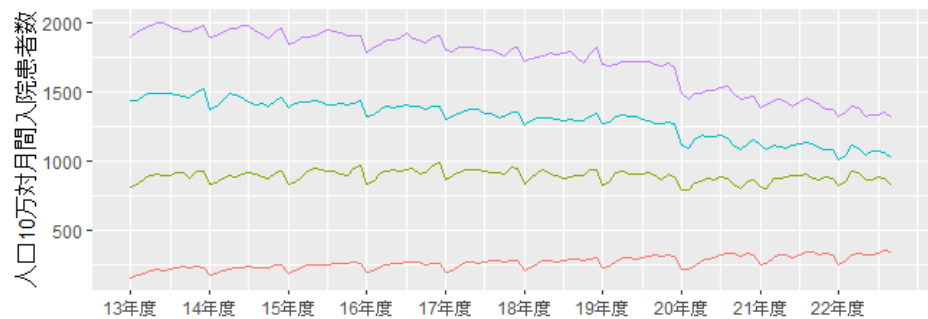
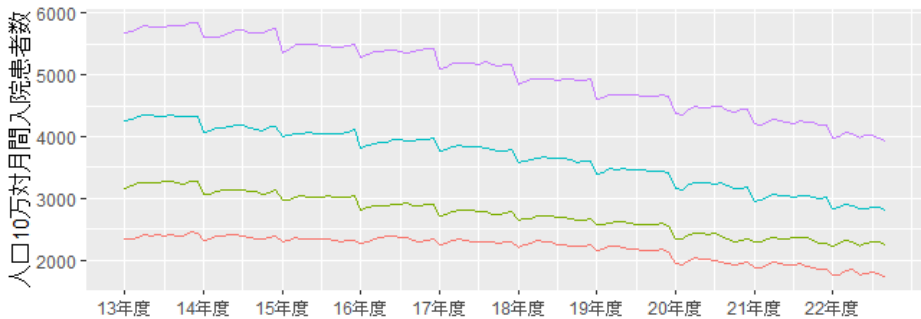


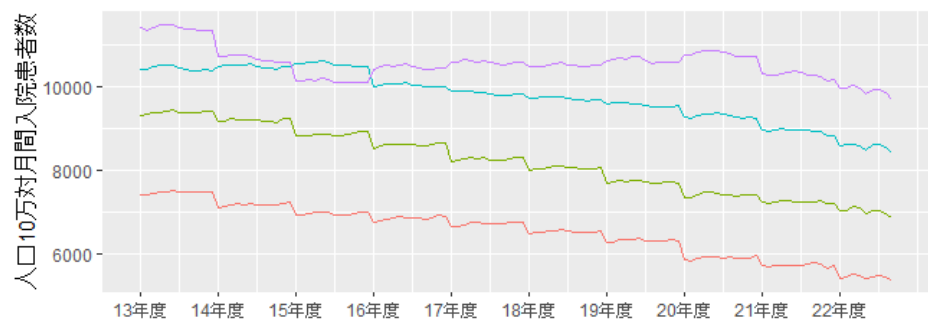
図 9. 疾患定義による外来患者数の相違（薬物依存症、ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん）



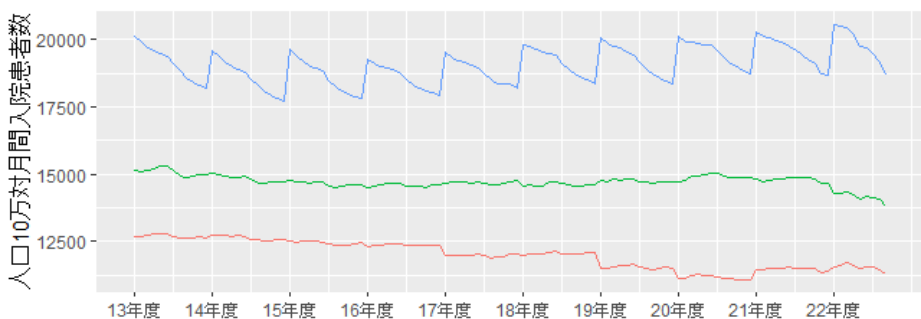
年齢区分 0~19歳 20~24歳 25~29歳 30~34歳



年齢区分 35~39歳 40~44歳 45~49歳 50~54歳



年齢区分 55~59歳 60~64歳 65~69歳 70~74歳



年齢区分 75~79歳 80~84歳 85歳以上

図 10. 人口 10 万対月間入院患者延数

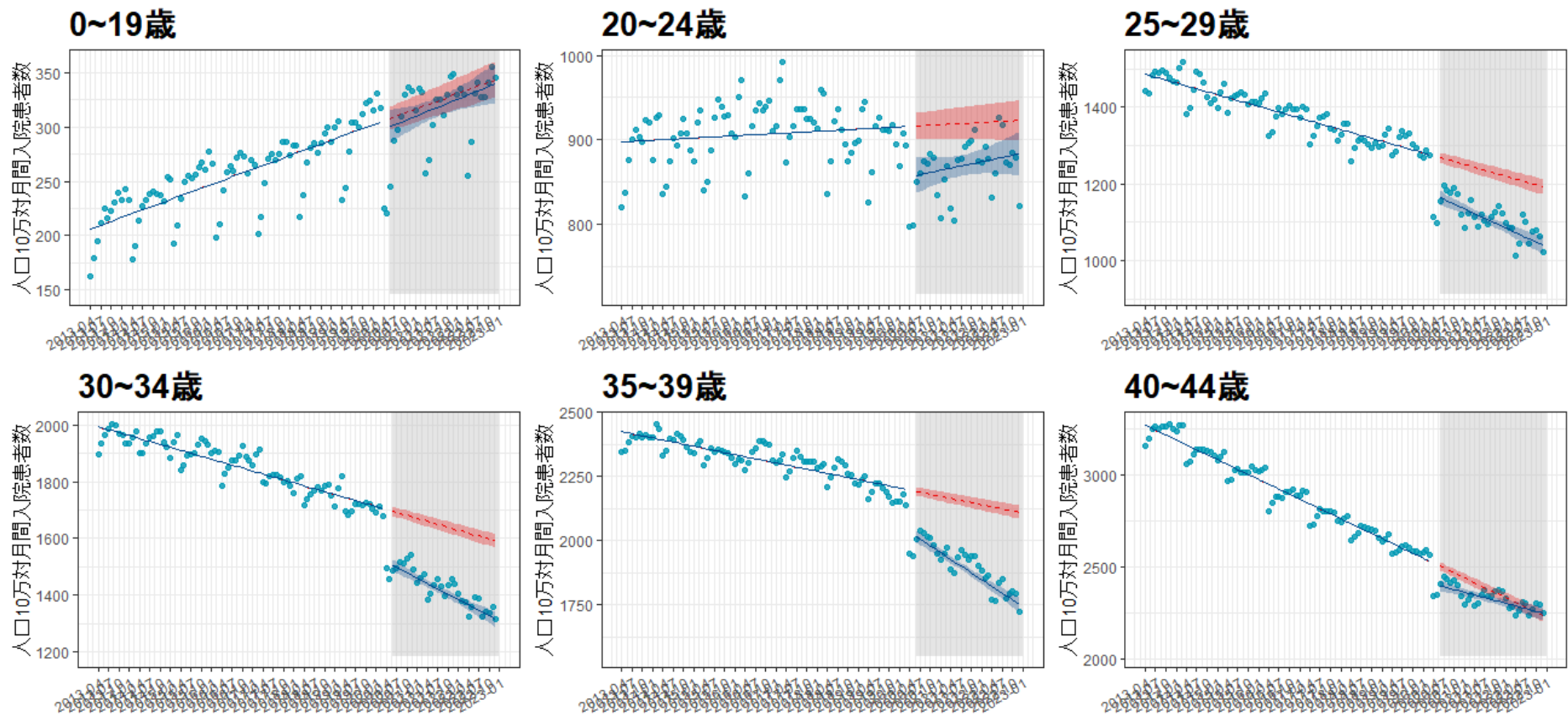
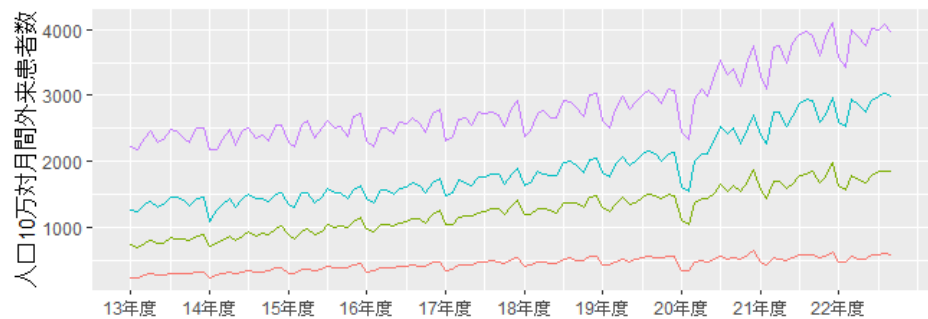
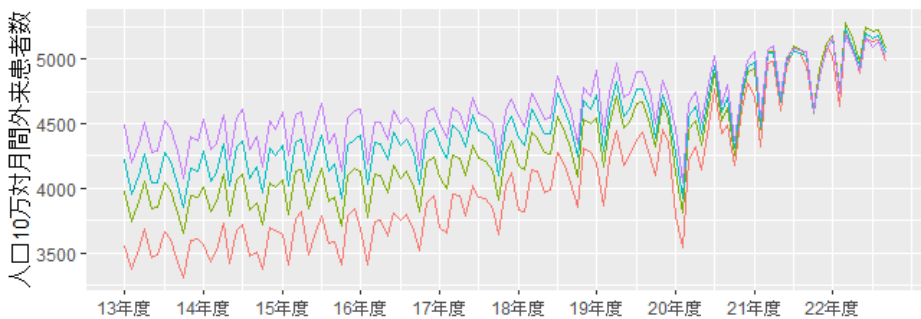


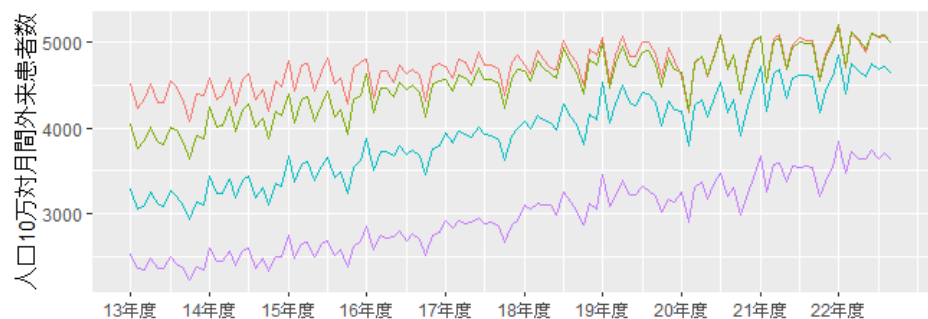
図 11. 第1回緊急事態宣言の前の期間（2013年4月から2020年3月）と、後の期間（2020年5月から2022年12月）を比較した、人口10万対月間入院患者数（0~44歳）



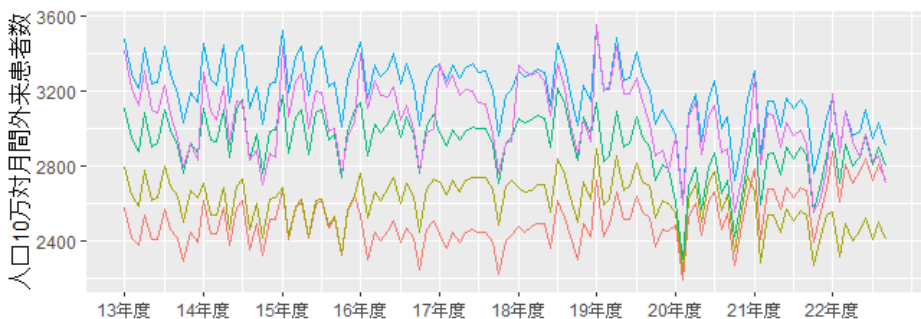
年齢区分 0~9歳 10~14歳 15~19歳 20~24歳



年齢区分 25~29歳 30~34歳 35~39歳 40~44歳



年齢区分 45~49歳 50~54歳 55~59歳 60~64歳



年齢区分 65~69歳 70~74歳 75~79歳 80~84歳 85歳以上

図 12. 人口 10 万対月間外来患者数

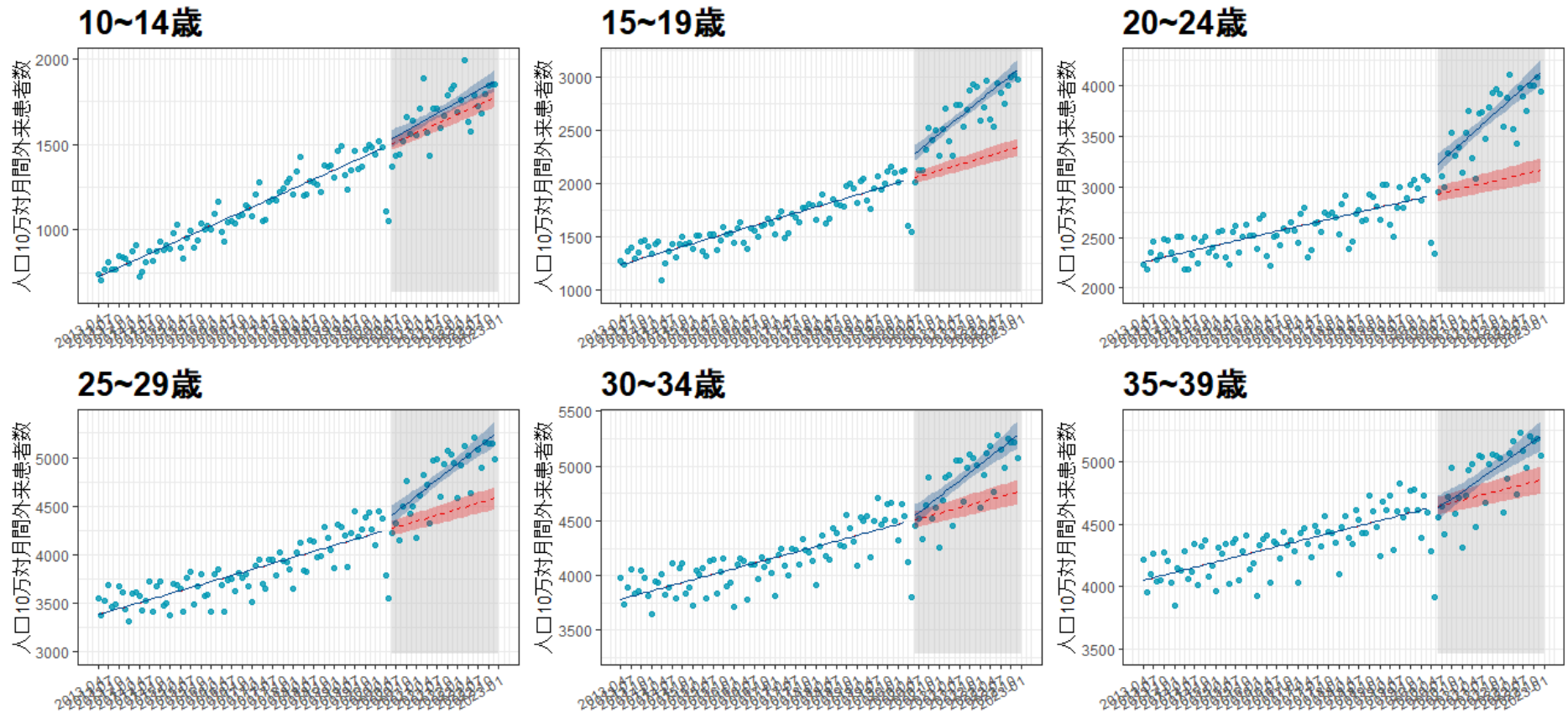


図 13. 第1回緊急事態宣言の前の期間（2013年4月から2020年3月）と、後の期間（2020年5月から2022年12月）を比較した、人口10万対月間外来患者数（10~39歳）

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¹⁾

協力：株式会社アクセライト

1) 東洋大学福祉社会デザイン学部社会福祉学科

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。

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

（<https://rehmrad.jp>）を引き継ぎ、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社会資源マップ、の四つの内容で構成されている。本年度は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。

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、630調査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。630調査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きているが、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、2024 年 4 月時点公開されたバージョンおよび今後実装する予定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における研究』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、2023 年 11 月 6 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。

なお本年度、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 は国立精神・神経医療研究センター内にて公開されている Web データベース (<https://remhrad.jp/>)¹⁾である。本データベースは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、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、4 つのタブにわかれたコンテンツから構成され、来年度に向けてさらに 1 つのタブの追加を検討している。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) 2024 年度のアップデート内容

2024 年度には以下のアップデートを行った。

(1) 既存の指標についてのアップデート

以下のタブについて情報を更新した。

①在院者/退院者の状況（630 調査）

630 調査で把握された在院者/退院者については 2022 年度まで情報が更新されたことから³⁾、これについて ReMHRAD 上へ反映させた。

②地域包括ケアのための資源の状況（訪問看護・障害福祉）

630 調査で把握された訪問看護ステーションの情報については 2022 年度まで情報が更新されたことから³⁾、これについても ReMHRAD 上へ反映させた。

また障害者総合支援法における社会資源について 2023 年度の障害福祉サービス等情報公表システムよりデータの提供を受け、情報を更新した。

③各社会資源のマッピング

630 調査で訪問看護ステーションの情報が更新されたことから³⁾、これについても 2022 年度までの情報を更新した。また精神科医療機関についての情報を「日本医師会 地域医療情報システム」⁴⁾をもとに刷新した。

2) 新機能の実装

(1) 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

新たな第 8 次医療計画指標の改定も含め、地域精神保健福祉に関する新たな指標が検討された。これを反映するために、「多様な精神疾患の指標（医療計画）」のタブに「指標一覧サマリーを見る（第 8 次医療計画）」の表示項目を作成し、新しいレイアウトでの表示機能を実装した（図 1・図 2）。

新しいレイアウトでは、ストラクチャーおよびプロセスについて「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」の 4 つの項目を表示した。また各疾患についての表示機能は「診療機能」内のプルダウンタブとして選択できるようにした。

また表示のトグルを切り替えることで、「全国平均」として各都道府県の中央値を表示できる機能を追加した（図 3）

(2) 発達障害を支援する社会資源に関する表示

厚生労働科学研究「地域特性に応じた発達障害児の多領域連携における支援体制整備」（主任研究者 本田秀夫）と連携し、発達障害に関する社会資源の表示について検討した。各都道府県が発行する「発達障害の診療を行う診療機関」、「子どものこころの診療機関マップ」、都道府県が運営する「医療情報ネット」で発達障害（自閉症・学習障害等）の情報から、各都道府県・市町村単位で発達障害を診療する医療機関の情報を表示した（図 4）。

(2) 新しい機能についての実装予定

関係者や研究班内の意見を反映し、以下の機能について、実装レイアウトを検討した。

①退院者の状況（630 調査）における退院後転帰の情報

630 調査の退院状況について、退院後転帰が調査票に掲載されているため、この内容を ReMHRAD にも表記するように計画中である（図 5）。これまでの退院者情報の下部に、表形式で転帰の内訳を表示するものである。

②各社会資源の増減のヒートマップ

経年データが蓄積されてきたため、訪問看護ステーションや障害者総合支援法における社会資源など、資源数を実数としてわかるものについて、過去複数年と現在地を比較した場合の増減がわかるようにするマップ（ヒートマップ）のレイアウトを検討した。表示したい自治体・指標・比較期間を設定すると、その比較期間の増減が色付きで表示されるものである。（図 6）

③各社会資源の自動生成マップ冊子

各社会資源の情報は、医療機関や自治

体・相談支援事業所などが、障害当事者と共に利用を検討する際に有用な情報であるが、物理的に冊子となっていると、活用がしやすいのではないかと考える。そこで、社会資源の登録情報を利用して、自動での冊子生成機能を検討している。自治体ごとに掲載したい社会資源の情報を選択すると、社会資源のマップとして印刷可能なPDFが生成される仕組みである。さらにPDFでの配布を前提に、必要時に実費での配布ができないか検討中である。(図7・図8)

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。

1) 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：地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) NDB分析 20200331 付表 ver1.5.xlsx：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HP内,
(<https://seishin-chikouken.jp/ndb.html>)

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：精神保健福祉資料 (630 調

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

4) 日本医師会：地域医療情報システム,
(<https://jmap.jp/>)

E. 結論

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。

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

H. その他

図 1：新規に追加された機能（第 8 次医療計画に関する指標の表示機能）



Regional Mental Health Resources Analyzing Database
地域精神保健医療福祉社会資源分析データベース

更新情報：2023年12月26日 在・退院者の状況に2022年度のデータを追加しました。
データの出典・年度については「[ReMHRADについて](#)」をご確認ください

ReMHRADについて

モノクロ カラー

多様な精神疾患の指標
(医療計画)

在・退院者の状況

地域包括ケアのための資源の
状況 (訪問看護・障害福祉)

発達障害を支援する社会資源

各社会資源のマッピング

本画面では、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」に示された疾患・事業領域とそれに対応した指標について表示します。

主体となる都道府県を選択

東京都

指標一覧サマリーを見る
(第8次医療計画)

指標一覧サマリーを見る
(第7次医療計画 中間見直し後)

指標一覧サマリーを見る
(第7次医療計画 中間見直し前)

疾患・事業領域と対応指標を選択

..

..

..

地図

航空写真







ReMHRAD：2020年度 NDB集計値 <https://seishin-chikouken.jp/ndb.html> をもとに表示
(※表中の「0-9」など幅のある数値表示は、技術的な問題で詳細が表示できないものです)

図2：新規に追加された機能（第8次医療計画に関する指標の表示機能）

東京都サマリー 当該都道府県 全国平均

本サマリーは、「精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指導致し」に示された疾患・事業領域とそれに対応した指標について、自治体値と全国値を比較して色付けたものです。各指標の上にマウスカーソルを移動させると、より詳細な内訳が表示されます。

多い 少ない

0%点 25%点 中央値 75%点 100%点

ストラクチャー	普及啓発・相談支援	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数	都道府県における精神保健福祉の相談支援に専従して...	市町村における精神保健福祉の相談支援に専従して...	心のサポーター養成研修の実施回数	認知症サポーター養成研修修了者数							
	地域における支援、危機介入	救急患者精神科継続受療料を算定した医療機関回数	精神科救急医療機関数（病院群輪番型）	精神科救急医療機関数（単時対応型）	精神科救急医療機関数（外来対応施設）	精神科救急医療機関数（身体合併症対応施設）	DPAT先進型登録機関数	救命救急入院精神疾患患者治療初回加算を算定した医療機関数	精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定している又は精神科...	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科...	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科...	
	診療機能	各疾患、領域について、入院診療... ...	各疾患、領域について、外来診療... ...	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管...	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加...	精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気療手法を実施し...	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数	認知症ケア加算を算定した医療機関数	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療...			
	拠点機能	統合失調症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数 うつ・躁うつ病を入院診療している精神科病棟を持つ病院数 認知症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数 20歳未満の精神疾患を入院診療している精神科病棟を持つ病院数 知的障害を入院診療している精神科病棟を持つ病院数 発達障害を入院診療している精神科病棟を持つ病院数 アルコール依存症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数 実物依存症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数 キャンセル等依存症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数 PTSDを入院診療している精神科病棟を持つ病院数 児童虐待を入院診療している精神科病棟を持つ病院数 てんかんを入院診療している精神科病棟を持つ病院数 治療抵抗性統合失調症治療薬を精神科病棟の入院で使用した病院数	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管...	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加...	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気療手法を実施し...	認知症疾患医療センターの指定医療機関数						
プロセス	普及啓発・相談支援	サポーター養成の修了者数	かかりつけ医のうち病対応力向上研修の修了者数	かかりつけ医のうち病対応力向上研修の修了者数	かかりつけ医のうち病対応力向上研修の修了者数								
	地域における支援、危機介入	救命救急入院精神疾患患者治療初回加算を算定した医療機関数	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数	精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指導料...	精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指導料...	精神疾患の救急事平均搬送時間							
	診療機能	各疾患、領域についての... ...	各疾患、領域についての... ...	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管...	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加...	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気療手法を実施し...	認知療法・認知行動療法を算定した患者数	隔離指示料数	身体的拘束指示料数	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数	統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療...	
	拠点機能	認知症疾患医療センターの個別診療回数	指定通院医療機関の患者数	てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び紹介...	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関にお...	児童虐待支援拠点病院における紹介患者数及び紹介...							

※グレーのセルは技術的な問題で算出できません
その他のセルは2020年度のNDBデータに基づいています

アウトカム	精神科病棟における入院後3、6、12ヶ月時点の退院率	3ヶ月	6ヶ月	12ヶ月	
		70.70%	85.50%	91.70%	
	精神科病棟における新規入院患者の平均在院日数	90.70日			
	精神科病棟における急性期・回復期・慢性期入院患者数（65歳以上・65歳未満別）		急性期 (3ヶ月未満)	回復期 (3ヶ月以上1年未満)	慢性期 (1年以上)
施設所在地	65歳未満	2,773人	1,320人	3,424人	7,517人
施設所在地	65歳以上	1,950人	1,845人	5,348人	9,143人
患者所在地	65歳未満	2,596人	1,318人	3,636人	7,550人
患者所在地	65歳以上	2,039人	2,011人	6,238人	10,288人


施設所在地： 東京都内の精神科病棟における入院者の数を表示しています。
患者所在地： 東京都民（＝東京都に元住所のある方）の入院者の数を表示しています。

精神科病棟における入院後3、6、12ヶ月時点の退院率、精神科病棟における新規入院患者の平均在院日数は2020年度のNDBデータに基づいています
精神科病棟における急性期・回復期・慢性期入院患者数は2021年度の630調査データに基づいています

図3 新規に追加された機能（第8次医療計画に関する指標の表示機能：全国平均値）

東京都サマリー		当該都道府県 <input type="checkbox"/> 全国平均 <input checked="" type="checkbox"/>																																									
<p>本サマリーは、「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」に示された疾患・事業領域とそれに対応した指標について、自治体値と全国値を比較して色付けしたものです。各指標の上にマウスカーソルを移動させると、より詳細な内訳が表示されます。</p>																																											
ストラクチャー	普及啓発・相談支援	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数 中央値：0.05回	都道府県における精神保健福祉の相談支援に専従している人数 中央値：0.95人	市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している人数 中央値：0人	心のサポーター養成研修の実施回数 中央値：0回	認知症サポート医養成研修修了者数 中央値：10.47人																																					
	地域における支援、危機介入	救急患者精神科連絡支援料を算定した医療機関数 中央値：0ヶ所	精神科救急医療機関数（病院群輪番型）、外来診療... 中央値：0.89ヶ所	精神科救急医療機関数（単時対応型） 中央値：0.06ヶ所	精神科救急医療機関数（外来対応施設） 中央値：0ヶ所	精神科救急医療機関数（身体合併症対応施設） 中央値：0.07ヶ所	DPAT先遭検診記録回数 中央値：0.14ヶ所	救命救急入院科精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数 中央値：0.11ヶ所	精神科救急急性期医療入院科を算定した医療機関数 中央値：5.94ヶ所	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定している又は精神科... 中央値：3.33ヶ所	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科... 中央値：7.68ヶ所																																
	診療機能	各疾患、領域について、入院診療... 統合失調症を... 中央値：1.45ヶ所	各疾患、領域について、外来診療... 統合失調症を... 中央値：4.67ヶ所	精神科救急・合併症入院科又は精神科身体合併症管理... 中央値：1.02ヶ所	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加... 中央値：0.73ヶ所	精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数 中央値：0.13ヶ所	閉鎖循環式全身麻酔の精神科術気嚥... 中央値：0.22ヶ所	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数 中央値：0.12ヶ所	認知症ケア加算を算定した医療機関数 中央値：3.72ヶ所	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療... 中央値：0.02ヶ所																																	
	拠点機能	てんかん支援拠点病院数	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関の数	児童障害支援拠点病院数	医療観察法における指定通院医療機関数	高次脳機能障害支援拠点機関数	認知症疾患医療センターの指定医療機関数																																				
プロセス	普及啓発・相談支援	保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関数... 中央値：0.22ヶ所	都道府県における精神保健福祉の相談支援の実施件数 中央値：76.97ヶ	市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数 中央値：143ヶ所	心のサポーター養成研修の修了者数 中央値：0人	かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数 中央値：62.61人																																					
	地域における支援、危機介入	精神科救急医療体制整備事業における入院件数	精神科救急医療体制整備事業における受診件数	救急患者精神科連絡支援料を算定した患者数 中央値：0人	救命救急入院科精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数 中央値：0.96人	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数 中央値：4,651.39人	精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料... 中央値：126.14人	精神疾患の救急率平均搬送時間																																			
	診療機能	各疾患、領域それぞれについて... 統合失調症を... 中央値：161.27人	各疾患、領域それぞれについて... 統合失調症を... 中央値：531.91人	精神科救急・合併症入院科又は精神科身体合併症管理... 中央値：32.02人	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加... 中央値：10.05人	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数 中央値：0人	閉鎖循環式全身麻酔の精神科術気嚥... 中央値：4.15人	認知療法・認知行動療法を算定した患者数 中央値：0.15人	隔離指示件数 中央値：11.03件	身体的拘束指示件数 中央値：7.67件	児童・思春期精神科入院医療管理料における治療抵抗性を算定した患者数 中央値：0人	統合失調症患者における治療抵抗性を算定した患者数 中央値：0.81%																															
	拠点機能	認知症疾患医療センターの差別診断数	指定通院医療機関の患者数	てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介... 中央値：0人	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関にお... 中央値：0人	児童障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介... 中央値：0人																																					
※グレーのセルは技術的な問題で算出できていません その他のセルは2020年度のNDBデータに基づいています																																											
アウトカム	精神病床における入院後3、6、12ヶ月時点の退院率	<table border="1"> <tr> <th>3ヶ月</th> <th>6ヶ月</th> <th>12ヶ月</th> </tr> <tr> <td>中央値：62.8%</td> <td>中央値：79.8%</td> <td>中央値：87.8%</td> </tr> </table>			3ヶ月	6ヶ月	12ヶ月	中央値：62.8%	中央値：79.8%	中央値：87.8%																																	
	3ヶ月	6ヶ月	12ヶ月																																								
	中央値：62.8%	中央値：79.8%	中央値：87.8%																																								
	精神病床における新規入院患者の平均在院日数	中央値：111.1日																																									
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）	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">施設所在地</th> <th rowspan="2">年齢</th> <th>急性期 (3ヶ月未満)</th> <th>回復期 (3ヶ月以上1年未満)</th> <th>慢性期 (1年以上)</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65歳未満</td> <td>中央値：21.63人</td> <td>中央値：12.04人</td> <td>中央値：54.04人</td> <td>中央値：88.83人</td> </tr> <tr> <td>65歳以上</td> <td>中央値：25.73人</td> <td>中央値：27.39人</td> <td>中央値：95.53人</td> <td>中央値：153.7人</td> </tr> <tr> <th rowspan="2">患者所在地</th> <th rowspan="2">年齢</th> <th>急性期</th> <th>回復期</th> <th>慢性期</th> <th>合計</th> </tr> <tr> <td>65歳未満</td> <td>中央値：21.44人</td> <td>中央値：11.8人</td> <td>中央値：54.76人</td> <td>中央値：88.18人</td> </tr> <tr> <td>65歳以上</td> <td>中央値：25.75人</td> <td>中央値：28.09人</td> <td>中央値：99.62人</td> <td>中央値：153.87人</td> </tr> </tbody> </table>											施設所在地	年齢	急性期 (3ヶ月未満)	回復期 (3ヶ月以上1年未満)	慢性期 (1年以上)	合計	65歳未満	中央値：21.63人	中央値：12.04人	中央値：54.04人	中央値：88.83人	65歳以上	中央値：25.73人	中央値：27.39人	中央値：95.53人	中央値：153.7人	患者所在地	年齢	急性期	回復期	慢性期	合計	65歳未満	中央値：21.44人	中央値：11.8人	中央値：54.76人	中央値：88.18人	65歳以上	中央値：25.75人	中央値：28.09人	中央値：99.62人	中央値：153.87人
施設所在地	年齢	急性期 (3ヶ月未満)	回復期 (3ヶ月以上1年未満)	慢性期 (1年以上)	合計																																						
		65歳未満	中央値：21.63人	中央値：12.04人	中央値：54.04人	中央値：88.83人																																					
65歳以上	中央値：25.73人	中央値：27.39人	中央値：95.53人	中央値：153.7人																																							
患者所在地	年齢	急性期	回復期	慢性期	合計																																						
		65歳未満	中央値：21.44人	中央値：11.8人	中央値：54.76人	中央値：88.18人																																					
65歳以上	中央値：25.75人	中央値：28.09人	中央値：99.62人	中央値：153.87人																																							
<p>施設所在地：東京都内の精神科病棟における入院者の数を表示しています。 患者所在地：東京都民（＝東京都に元住所のある方）の入院者の数を表示しています。</p>																																											
精神病床における入院後3、6、12ヶ月時点の退院率、精神病床における新規入院患者の平均在院日数は2020年度のNDBデータに基づいています 精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数は2021年度の630調査データに基づいています																																											

図 4：発達障害に関する社会資源の情報



ReMHRAD
Regional Mental Health Resources Analyzing Database
地域精神保健医療福祉社会資源分析データベース

更新情報：2023年12月26日 在・退院者の状況に2022年度のデータを追加しました。
データの出典・年度については「ReMHRADについて」をご確認ください

ReMHRADについて
モノクロ カラー

多様な精神疾患の指標
(医療計画)

在・退院者の状況

地域包括ケアのための資源の
状況 (訪問看護・障害福祉)

発達障害を支援する社会資源

各社会資源のマッピング

本画面では指定した自治体の発達障害を支援する社会資源を所在地情報をもとにマッピングします。

都道府県を選択する

東京都 ▼ -- ▼

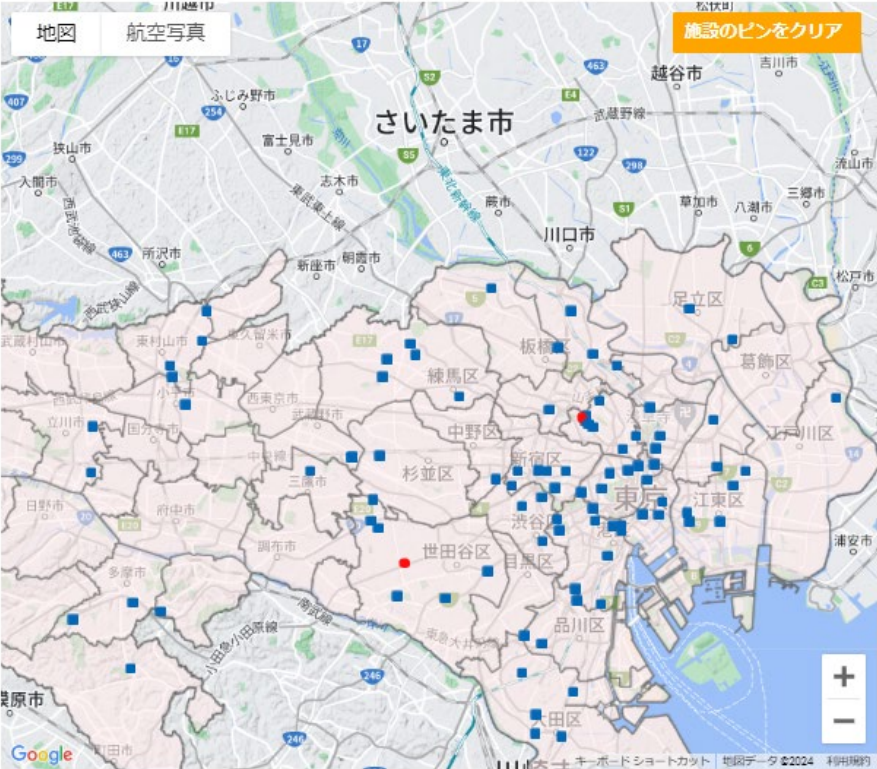
社会資源を選択

医療資源

発達障害の診療を行う医療機関

障害福祉資源

発達障害者支援センター



ReMHRAD：こちらの掲載情報は、下記①と②の両方に当てはまる医療機関です。

①各都道府県が作成する医療機関リストや子どものこころの診療機関マップ、都道府県の医療情報ネットの掲載機関


②情報掲載に許可をいただいた医療機関

ReMHRADについて

Copyright (C)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」


〔研究代表者 東京大学大学院医学系研究科 西大輔；研究分担者 東京大学大学院ライフデザイン学研究科 吉田光甫〕

※ 論文・資料・学会発表などでReMHRADに掲載されたデータやスクリーンショットを引用する際には、出典がReMHRADであることを記載くださいますようお願いいたします。



精神障害当事者の地域生活にかかわる
研究成果紹介サイト

図 5：退院者の転帰情報（実装予定）



ReMHRAD
Regional Mental Health Resources Analyzing Database
地域精神保健医療福祉社会資源分析データベース

更新情報：2023年9月22日 各タブの情報を最新の情報に更新しました。
データの出典・年度については「[ReMHRADについて](#)」をご確認ください

ReMHRADについて
モノクロ カラー

多様な精神疾患の指標
(医療計画)

在・退院者の状況

地域包括ケアのための資源の
状況 (訪問看護・障害福祉)

発達障害を支援する社会資源

各種指標の経年変化

各社会資源のマッピング

■100人以上 ■10人以上100人未満 ■5人以上10人未満 ■1人以上5人未満 ■1人 ■退院者なし

本画面では指定した自治体ごとの精神科病床への在・退院者の状況を表示します。

在院・退院

在院

退院

データ年度

2022

都道府県を選択する

東京都

政令指定都市を区毎に表示

表示方法を指定する

患者の住所ベースで表示

病院の所在地ベースで表示

本画面では八王子市に退院先住所のある2022年6月の1ヶ月間に退院した患者が、この自治体の精神科病院から退院したかを表示します。

自治体の指定

- 東大和市
- 日野市
- 日の出町
- 檜原村
- 府中市
- 福生市
- 町田市
- 御蔵島村
- 瑞穂町
- 三鷹市
- 三宅村
- 武蔵野市
- 武蔵村山市

年齢区分を指定する

全年代

65歳未満/65歳以上

入院期間を指定する

全期間

3ヶ月未満 (急性期)

3ヶ月以上1年未満

1年以上

主診断を指定する

全診断

F0 ※1

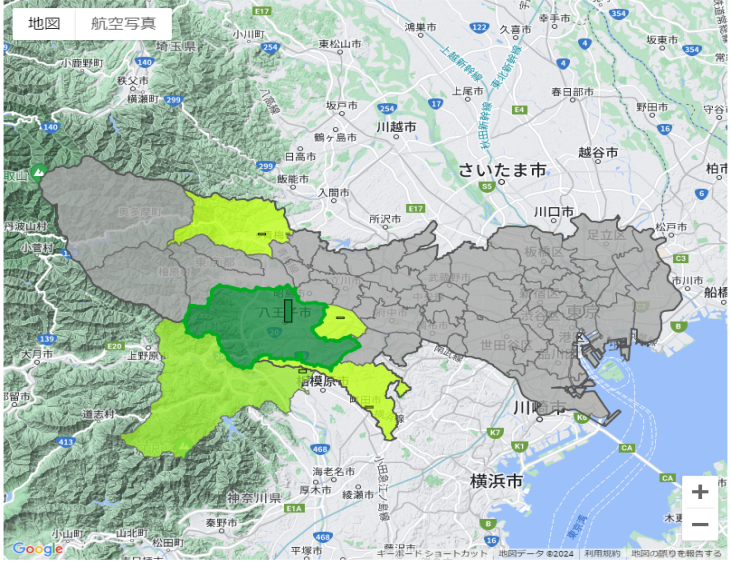
F2 ※2

その他

※1 F00 アルトツハイマー病型認知症、F01 血管性認知症、F02 - F09 それ以外の症状性を含む器質性精神障害 を含む

※2 ICD-10 疾病分類のF20-F29に分類される「統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」と診断のついている患者

地図 航空写真



ReMHRAD：2022年度 630調査 をもとに表示
(在院者数は2022年6月30日時点で精神科病棟に入院している患者の数を、退院者数は2022年6月の1ヶ月に退院した患者の数を示しています)

(20人)

病院住所	退院者数 (人)	在宅 (独居)	在宅 (家族同居)	グループホーム	障害福祉施設 (GH以外)	介護施設	他院の精神科病床	自院病床
合計 (0内は全国中央値)	19 (0)	4	7	3	4	2	1	
人口10万人あたり (0内は全国中央値)	3.4 (0.0)	0.72	1.26	0.54	0.72	0.36	0.18	
東京都 八王子市	14	2	2	0	1	1	0	
神奈川県 相模原市緑区	2	1	2	1	0	1	0	
東京都 日野市	1	0	1	1	1	0	0	
東京都 町田市	1	1	1	0	1	0	1	
東京都 青梅市	1	0	1	1	1	0	0	

excel出力

ReMHRADについて
Copyright (C)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) 「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」
(研究代表者 東京大学大学院医学系研究科 高木 輔; 研究分担者 東京大学大学院ライフデザイン学研究所 吉田光賢)

※ 論文・資料・学会発表などでReMHRADに掲載されたデータやスクリーンショットを引用する際には、出典がReMHRADであることを記載くださいますようお願いいたします。

図6：各社会資源の増減のヒートマップ（実装予定 ※数値はダミー）

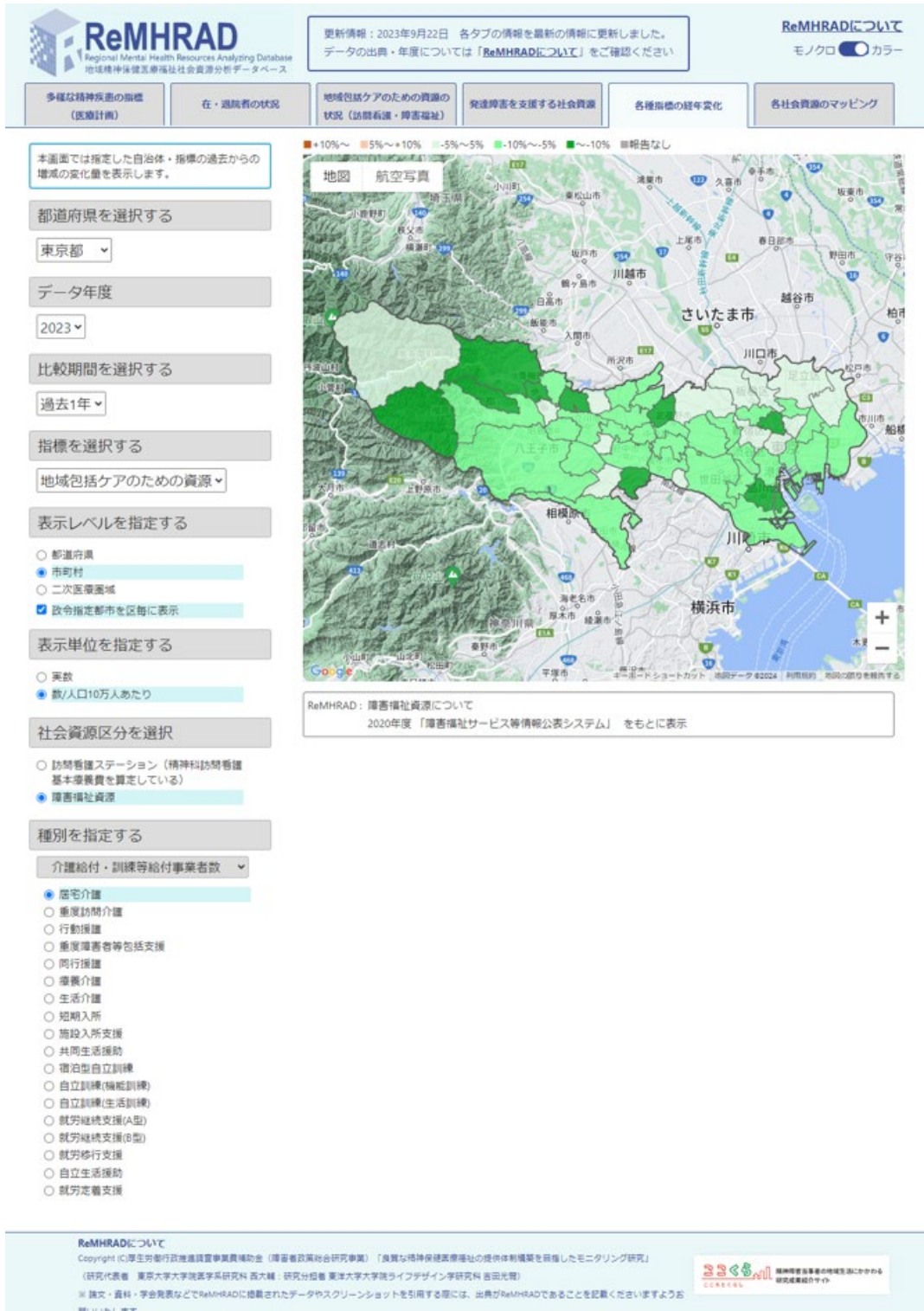


図 7 : ReMHRAD を活用した各社会資源の自動生成マップ冊子（検討中）



Regional Mental Health Resources Analyzing Database
地域精神保健医療福祉社会資源分析データベース

更新情報：2023年9月22日 各タブの情報を最新の情報に更新しました。
データの出典・年度については「[ReMHRADについて](#)」をご確認ください

ReMHRADについて

モノクロ カラー

多様な精神疾患の指標
(医療計画)

在・退院者の状況

地域包括ケアのための資源の
状況 (訪問看護・障害福祉)

発達障害を支援する社会資源

各種指標の経年変化

各社会資源のマッピング

本画面では指定した自治体の精神保健医療福祉の社会資源を所在地情報をもとにマッピングします。

都道府県を選択する

東京都 ▼ 豊島区 ▼

社会資源を選択

医療資源

- 精神科もしくは心療内科を標榜する病院
- 精神病床を有する病院
- 精神科もしくは心療内科を標榜する診療所
- ▲訪問看護ステーション（精神科訪問看護基本療養費を算定している）

障害福祉資源

- 居宅介護
- 重度訪問介護
- 行動援護
- 重度障害者等包括支援
- 同行援護
- 療養介護
- 生活介護
- 短期入所
- 施設入所支援
- 共同生活援助
- 宿泊型自立訓練
- 自立訓練(機能訓練)
- 自立訓練(生活訓練)
- 就労移行支援(一般型)
- 就労移行支援(資格取得型)
- 就労継続支援(A型)
- 就労継続支援(B型)
- 計画相談支援
- 地域移行支援
- 地域定着支援
- 就労移行支援
- 自立生活援助
- 就労定着支援



地図 航空写真

施設のピンをクリア

ReMHRAD：2023年度「障害福祉サービス等情報公表システム」
2022年度 630調査（精神保健福祉資料 <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>
日本医師会 地域医療情報システム(情報は2022年03月時点) <http://jmap.jp/> をもとに表示

社会資源マップ
(PDF) を作成

ReMHRADについて

Copyright (C)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」
(研究代表者 東京大学大学院医学系研究科 西大輔；研究分担者 東京大学大学院ライフデザイン学研究所 吉田光寛)

※ 論文・資料・学会発表などでReMHRADに掲載されたデータやスクリーンショットを引用する際には、出典がReMHRADであることを記載くださいますようお願いいたします。




精神障害当事者の地域生活にかかわる
研究成果紹介サイト

図 8 : ReMHRAD を活用した各社会資源の自動生成マップ冊子のレイアウト案（検討中）

居宅介護

ホームヘルパーが、自宅を訪問して、入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談や助言など、生活全般にわたる援助を行います。障害のある方の地域での生活を支えるために基本となるサービスで、利用者本人のために使われるサービスです。



名称		住所	指定なし	精神	身体	知的	難病	QRコード
1.	老松ケアサービス	東京都文京区大塚。	☐	○	○	☐	☐	☐
2.	くっしょん	東京都文京区大塚。	☐	☐	☐	○	☐	☐
3.	ケアリッツ巣鴨	東京都文京区千石。	☐	☐	○	☐	☐	☐
4.	SOMPOケア 白山 訪問介護	東京都文京区白山。	○	☐	☐	☐	☐	☐
5.	ピクシー介護サービス	東京都文京区本駒込。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.	有限会社加藤介護サービス	東京都文京区本駒込。	○	☐	☐	☐	☐	☐
7.	あいえるPiA 24	東京都文京区本駒込。	○	☐	☐	☐	☐	☐

措置通報および措置入院の実態に関する研究

その1（1）

措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究

退院3年後の治療継続・再入院の状況

研究分担者：瀬戸秀文（福岡県立精神医療センター太宰府病院）

研究協力者：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（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），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），木崎英介（大泉病院），来住由樹（岡山県精神科医療センター），小池純子（国立精神・神経医療研究センター），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），田崎仁美（栃木県立岡本台病院），戸高 聰（国立病院機構・肥前精神医療センター），冨田真幸（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），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），吉川 輝（岡山県精神科医療センター），吉住 昭（八幡厚生病院），芳野昭文（宮城県立精神医療センター），渡辺純一（井之頭病院）（敬称略・五十音順）

【趣旨】措置入院に関する知見は、措置入院に関する診断書や措置症状消退届など、行政資料を調査したデータが多い。ただ、こうしたデータでは、措置解除後については、あたかも別の入院であるかのように区別され、入院期間全体を見渡した医療内容、通院医療の状況、再入院、死亡リスクに関する十分な情報は、あまり得られない。このため今回、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、措置入院患者の医療の動向を措置入院時から1ヶ月ごとの病状変化、措置解除から退院後の経過等を通して観察することとした。

この研究では退院3年後まで追跡しており、このうち退院1年後の治療継続・再入院の状況については一昨年度2021年度、退院2年後の治療継続・再入院の状況については昨年度2022年度の報告書にて報告した。本稿では、退院3年後の治療継続・再入院の状況について、報告する。

【方法】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。

【結果】患者登録は、最終的に521例（男性324例、女性197例、男女比1.6対1）となった。このうち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。

【結論】

以上、退院3年後の通院継続状況、再入院状況を示した。

A 研究の背景と目的

措置入院に関する知見は、措置入院に関する診断書や措置症状消退届など、行政資料を調査したデータが多い。ただ、こうしたデータでは、措置解除後については、あたかも別の入院であるかのように区別され、入院期間全体を見渡した医療内容、通院医療の状況、再入院、死亡リスクに関する十分なデータとは、なっていない。

筆者らは2010年度に全国の精神科救急入院料を算定している76医療機関を対象に、同年度に措置解除された1421例について後ろ向きコホート研究を行い、通院継続状況や再入院状況を明らかにしたり。

ただ、この調査は措置解除となったケースを対象としたもので、措置入院となった全例を対象としたものではない。措置入院となったケースが、どのように推移するのか、最も

的確に把握するには、やはり措置入院した全例を対象として、措置入院から措置解除、退院そして退院後一定期間の動向を見渡して検討する必要がある。

こうしたことから、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、措置入院患者の医療の動向を俯瞰することとした。

このうち、年齢・性別、通報種別、精神科治療歴、通報者による自傷他害の評価、診断、入院時の症状、入院時の重大な問題行動、入院期間、転帰については2020年度の報告書において、「2020年9月18日における患者登録の状況」として報告した²⁾。同日以降に措置入院患者の新規登録はなく、措置入院時点の属性は、2020年度の報告書の通りである。ただ、2022年度において、一部の研究協力施設から追加の報告があったため、当該部分については個別に修正した。

この研究では退院3年後まで追跡を行っており、このうち退院1年後の治療継続・再入院の状況については、一昨年度2021年度の報告書にて報告した³⁾。また退院2年後の治療継続・再入院の状況については昨年度2022年度の報告書にて報告した⁴⁾。

本稿では、退院3年後の治療継続・再入院の状況について報告する。

B 方法

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。

研究協力施設およびその施設ごとの患者登録期間は、次の通りとなった。

名称	n	登録期間
宮城県立精神医療センター	74	2016年6月1日から2017年5月31日まで
栃木県立岡本台病院	197	
石川県立高松病院	25	
八幡厚生病院	22	
肥前精神医療センター	20	
長崎県精神医療センター	52	
琉球病院	10	
井之頭病院	35	2018年1月1日から2018年12月31日まで
沼津中央病院	15	2018年2月1日から2019年1月31日まで
大泉病院	52	2018年10月1日から2019年9月30日まで
岡山県精神科医療センター	19	

調査項目は、全体で、措置入院時、措置解除時、退院時ごとに、次の通りとした。

措置入院時は、「性別」「生年月日」「措置入院となった年月日」「過去の治療歴（精神科治療歴の有無）、精神科初診時期、措置入院の既往、および入院歴」「申請・通報・届出時に問題視された自傷行為、他害行為（対人）、他害行為（対物）」「措置入院に際しての申請形式」「入院時診断（主たる精神科診断、従たる精神科診断、身体合併症）」「これまでの重大な問題行動、今後おそれある問題行動」「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動、状態像」とした。

措置解除時は、「措置解除時診断（主たる精神科診断、従たる精神科診断、身体合併症）」「措置解除年月日」「措置解除後の処置」「措置解除時点の経口薬処方」「措置解除日前の4週間以内に使用された持続性抗精神病注射薬の種類と合計投与量」「措置解除直後に退院した場合には、その時点でのケア会議実施状況ならびに参加者」とした。

退院時は、「退院年月日」「退院時点の経口薬処方」「退院日前の4週間以内に使用された持続性抗精神病注射薬の種類と合計投与量」「退院時点でのケア会議実施状況ならびに参加者」とした。

このほか、入院中1ヶ月ごとに精神症状・社会機能について、日本語版PSP（個人的・社会的機能遂行度尺度、Personal and Social Performance Scale）を用いて評価した。

また退院1年後、2年後、3年後は、「生存の有無（死亡の場合は死亡日、および死因）」「治療継続の有無、および最終受診日」「再入院の有無（再入院の場合、再入院年月日、および入院形態）」、退院1年後に「措置解除時あるいは退院時のケア会議実施状況」「調査時点前1ヶ月における各種サービスの利用状況」を調査した。

本稿では、このうち、退院3年後における調査項目について報告した。

(倫理的配慮)

この研究の対象者に対して、研究の意義と研究計画、プライバシー保護に関して十分な配慮がなされることなどを記載したポスターを掲示し、研究対象者とならないとの申し出があった場合には対象外とすることとして調査を行った。

以上のことを含む研究計画書について、研究代表者が所属していた長崎県精神医療センター倫理委員会にて審査を受け、2016年4月15日に承認を受けた。なお、2020年4月に研究代表者が福岡県立精神医療センター太宰府病院に転勤したことに伴い、太宰府病院研究審査委員会にも研究継続を報告し、改めての審査は不要とされた。

なお、この研究は臨床試験登録をおこなっており、UMIN 試験 ID:000022500 である。

C 結果

1 属性

退院3年後の報告が得られた494例について、措置入院時の通報種別は、図1に示した。なお、この報告は、退院1年後、退院2年後、退院3年後と、複数年にわたる報告となっており、類似の図表が存在することとなる。図表の混同を避け、3年後であることを示すため、図表の右肩に、「☆☆☆退院3年後」の印を付している。また、文中ならびに図中のパーセント表記については、四捨五入の都合から、その和が100%とならないことがある。

494例の内訳は、一般人申請(第22条)7例(1.4%)、警察官通報(第23条)450例(91.1%)、検察官通報(第24条)26例(5.3%)、矯正施設長通報(第26条)7例(1.4%)、精神病院管理者届出(第26条の2)3例(0.6%)、欠損値1例(0.2%)であった。

診断は、図2に示した。

この494例について、措置入院時→措置解除時の主たる精神障害は、後述の欠損値が変

動した事情に留意した上で、F0器質性精神障害27例(5.5%)→20例(4.0%)、F1精神作用物質障害31例(6.2%)→37例(7.5%)、F2統合失調症300例(60.7%)→190例(38.5%)、F3気分障害72例(14.6%)→74例(15.0%)、F4神経症10例(2.0%)→13例(2.6%)、F6パーソナリティ障害16例(3.2%)→13例(2.6%)、F7知的障害13例(2.6%)→18例(3.6%)、F8発達障害17例(3.4%)→15例(3.0%)、F9児童思春期障害6例(1.2%)→2例(0.4%)、欠損値2例(0.4%)→112例(22.7%)であった

なお、この欠損値110例については、移送により措置解除に至らず研究協力施設を退院した110例が含まれる。これらの例では、研究協力施設では措置症状消退届を作成しておらず、措置解除時診断が得られていないため、欠損値とせざるを得なかった。

2 退院後の医療機関への入院

(1) 研究協力施設への入院

退院3年後までの研究協力施設への入院の状況は、図3に示した。なお、左図は退院2年後から3年後、右図は退院直後から3年後までの入院状況とした(退院1年後から2年後、退院直後から2年後までについては、昨年度の報告書に記載、作図している。以下、同様である)。

退院日からの観察期間は最長1095日で、退院2年後から3年後までの1年間に研究協力施設への入院したことが判明しているのは51例(10.3%)であった。また、退院直後からの3年間に研究協力施設に入院したことが判明しているのは107例(21.7%)、この3年間に研究協力施設に入院していないのは366例(73.6%)、不明21例(4.3%)であった。

(2) 他の医療機関への入院および入院回数

退院3年後までの他の医療機関への入院の状況は、図4に示した。なお、左図は退院2年後から3年後、右図は退院直後から3年後

までの入院状況とした。また、他の医療機関への入院回数、措置入院が含まれるかについては図5に示した。

退院日からの観察期間は最長1095日で、退院2年後から3年後までの1年間に他の医療機関への入院したことが判明しているのは9例(1.8%)であった。また、退院直後からの3年間に他の医療機関に入院したことが判明しているのは41例(8.3%)、この3年間に他の医療機関に入院していないのは127例(25.7%)、不明326例(66.0%)であった。

退院2年後から退院3年後までの1年間に他の医療機関への入院回数は、1回4例(0.8%)、2回以上0例(0%)、不明25例(5.1%)、回答なし465例(94.1%)であった。この入院に、措置入院が含まれるかは、含まれていた1例(0.2%)、含まれていない2例(0.4%)、不明26例(5.3%)、未記入0例(0%)、欠損値465例(94.1%)であった。

3 研究協力施設での治療状況

退院3年後の時点における研究協力施設での治療状況は、図6に示した。

退院3年後の時点における研究協力施設での治療状況は、入院中19例(3.8%)、通院継続中101例(20.4%)、(治療を)受けていない373例(75.5%)、欠損値1例(0.2%)であった。研究協力施設で治療を継続していない理由は、治療中断22例(4.5%)、他院紹介転院314例(63.6%)、治療終了8例(1.6%)、死亡12例(2.4%)、その他5例(1.0%)、不明6例(1.2%)、欠損値127例(25.7%)であった。

研究協力施設で治療を継続していない理由について、自由記載されていたため、2021年度の報告書の分類に沿って意見の内容を分類し、図7に示した。

身体合併症を理由とするものとして、「リハビリ病院へ転院」、距離的な事情としては「帰国」などがあった。

その他として、「他院に措置入院した」「医療刑務所収監中」「施設へ入所」「相談による連絡」などがあった。

4 生存状況

退院3年後までの生存状況は、図8に示した。

退院3年後の時点において研究協力施設が知り得た範囲で、生存140例(28.3%)、不明352例(71.3%)、死亡12例(2.4%)であった。死因は、病死2例、自殺6例、事故死1例、不明3例であった。この点、年齢によって死亡リスクは異なるため、標準化死亡比など詳細については別に報告した。

5 退院後の通院継続期間

退院後の通院継続期間は、欠損値2例を含む494例で、平均413.1日±標準誤差22.5日(95%信頼区間 下限369.1日、上限457.2日)であった。

(1) 措置解除時の処置ごとの通院継続期間

措置解除時の処置別・退院後の通院継続期間は、図9(1)、また通院継続期間の生存曲線は図9(2)に示した。

このうち措置解除時の処置別にみると、措置解除時に入院継続となった257例で534.0±31.8(471.5.0-596.4)日、通院となった77例では503.2±57.8(389.8-616.6)日、転医28例では158.0±65.5(29.6-286.5)日、その他15例では388.8±130.9(132.2-645.4)日、移送110例では133.1±30.7

(73.0-193.1)日、欠損値2例では576.5±366.6(0-1295.1)日であった。群間比較では、「入院継続と転医」、「入院継続と移送」、「通院と転医」、「通院と移送」、「その他と移送」の各群間で有意差が認められた。措置解除時の入院継続群と通院群では通院継続期間に差はなかった。

入院継続群257例のうち、研究協力施設への退院直後の通院継続167例(65.0%)、1095日で86例(33.4%)であった。通院77例では、退院直後48例(62.3%)、1095日で24例(31.2%)であった。

(2) 措置入院時診断ごとの通院継続期間

措置入院時の主たる精神障害 (ICD-10 カテゴリー別) ごとの退院後の通院継続期間は、図 10 (1)、また通院継続期間の生存曲線は図 10 (2) に示した。

このうち、措置入院時の主たる精神障害別にみると、ICD-10 で F0 器質性精神障害であった 27 例では、 320.2 ± 95.2 (133.6-506.7) 日、F1 精神作用物質障害 31 例では 408.5 ± 80.4 (251.0-566.1) 日、F2 統合失調症 295 例では 401.6 ± 29.0 (344.7-458.5) 日、F3 気分障害 72 例では 548.9 ± 60.7 (429.9-667.8) 日、F4 神経症性障害 10 例では 398.3 ± 138.6 (126.6-670.0) 日、F6 パーソナリティ障害 16 例では 184.1 ± 90.5 (6.7-361.4) 日、F7 知的障害 13 例では 242.0 ± 122.9 (1.2-482.8) 日、F8 発達障害 17 例では 548.3 ± 116.9 (319.2-777.4) 日、F9 児童思春期精神障害 6 例では 537.7 ± 219.6 (107.2-968.2) 日であった。群間比較では、「F6 パーソナリティ障害と F2 統合失調症」、「F6 パーソナリティ障害と F3 気分障害」、「F6 パーソナリティ障害と F8 発達障害」、また「F3 気分障害と F7 知的障害」の各群間で有意差が認められた。

6 退院後の再入院までの期間

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、494 例のうち入院時診断が判明した 489 例で検討した。115 例が再入院、初回再入院まで平均 172.6 日 ± 標準誤差 14.0 日 (平均値の 95%信頼区間は下限 145.2、上限 200.0 日) であった。

(1) 措置解除時の処置ごとの再入院までの期間

このうち措置解除時の処置別にみると、措置解除時に入院継続となった 257 例では 84 例が再入院していた。初回再入院まで 236.4 ± 21.2 (194.8-277.9) 日であった。同様に通院群 77 例では 22 例が再入院、 218.7 ± 38.1 (144.0-293.4) 日、転医 28 例では 1 例が再入院、 3.6 ± 3.5 (0-10.4) 日、その他 15

例では 3 例が再入院、 160.5 ± 78.4 (6.9-314.1) 日、移送 110 例では 4 例が再入院、 28.5 ± 12.98 (3.0-53.9) 日、欠損値 2 例では 1 例が再入院、 365.0 ± 258.1 (0-870.9) 日などであった。

(2) 措置入院時診断ごとの再入院までの期間

措置入院時の主たる精神障害が、ICD-10 で F0 器質性精神障害であった 27 例では、再入院 8 例、初回再入院まで 320.2 ± 95.2 (133.6-506.7) 日、F1 精神作用物質障害 31 例では再入院 7 例、 408.5 ± 80.4 (251.0-566.1) 日、F2 統合失調症 295 例では再入院 90 例、 401.6 ± 29.0 (344.7-458.5) 日、F3 気分障害 72 例では再入院 29 例、 548.9 ± 60.7 (429.9-667.8) 日、F4 神経症性障害 10 例では再入院 1 例、F6 パーソナリティ障害 15 例では再入院 1 例、F7 精神遅滞 13 例では再入院 2 例、F8 発達障害 17 例では再入院 2 例、F9 児童思春期精神障害 6 例では再入院 2 例であった。

D 考察

1 属性について

患者登録の状況については、2020 年度の報告書にて、2020 年 9 月 18 日時点での登録 523 例について、詳細を示した¹⁾。ただ、2022 年度に一部の研究協力施設から全部で 2 例の追加報告があったため、関係する部分については個別に修正している。

ここで、診断については、2021 年度報告書でも記載したが、措置入院時の診断と措置解除時の診断の双方を示している²⁾。措置入院に関する調査では、措置入院時、措置解除時、一方の診断しか得られないことも少なくない。しかも、措置入院制度は、指定医の診断が一致しないことがありうることを人権保護に活用していることから、このデータ処理には一層、悩ましい場面が生じる。先行研究でも、検察官通報では措置入院時の診断と措置解除時の診断は、比較的一致するが、警察

官通報ではその一致率は低下することが知られている^{5,8)}。この調査でも、措置解除時には措置入院時とは異なる診断とされたケースも、すくなくない。

この調査では、移送 110 例について、措置症状消退届がなく、措置解除時の主診断についての情報が得られていないため、措置入院時の診断を用いるしかなかった。この点、先行研究である措置入院者の後ろ向きコホート研究では措置解除時診断を用いており、比較に際して、留意を要する⁹⁾。

2 退院後の医療機関への入院について

退院後 1095 日以内に、研究協力施設には 494 例のうち 107 例 (21.7 %) が入院していた。

ここで、先行研究である措置入院者の後ろ向きコホート研究では退院 1421 例のうち 398 例 (28.0%) が入院しているが⁹⁾、先行研究の観察期間は最短 1 年半、最長 2 年半であり、今年度の報告では 1095 日であることから、観察期間を揃えるため、前年度 730 日の時点での結果と比較することが適切である。2022 年度の報告書にて、退院後 730 日以内に、研究協力施設には 502 例のうち 94 例 (18.7 %) が入院しており、この研究において有意に再入院は少なかった (Fisher 両側 $p=0.000$)。

他の医療機関への入院状況は、不明 326 例 (66.0 %) と、多くが不明であった。他の医療機関への措置入院が判明したのは 5 例 (1.0 %) であった。こうした調査に際して他の医療機関への措置入院について、あきらかにできる可能性は高くないと考えられた。

3 研究協力施設での治療状況について

退院 3 年後の時点では、研究協力施設では、入院中 19 例 (3.8%)、通院継続中 101 例 (20.4%)、あわせて 120 例 (24.3%) が治療を受けていた。後ろ向きコホート研究では、退院 1421 例のうち 441 例 (31.0%) が治療継続しており、この研究において有意に再入院は少なかった (Fisher 両側

$p=0.0062$)。

2021 年度の報告書²⁾では観察期間の相違を視野に置いていたが、今回、再入院、治療継続双方の割合が低い点からは、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ると思われた。先行研究である後ろ向きコホート研究では措置解除例を対象としているが、この研究では措置入院例を対象としていることにも留意を要すると思われた。

医療継続していない理由は、他院紹介転院 314 例 (63.6 %) が過半数で、欠損値 127 例 (25.7 %) など、入院先医療機関が得られた情報に限りて収集した調査の性質上、情報が得られないものが少なくなく、このことも結果に影響した可能性は否定できない。

4 生存状況について

退院 3 年後の生存状況は、不明 352 例 (71.3 %) が最も多く、生存状況が判明しているのは、生存 130 例 (26.3 %)、死亡 12 例 (2.4 %) と、おおむね 3 分の 1 が判明するにとどまった。なお、年齢によって死亡リスクは異なるため、標準化死亡比など詳細については別に報告した。

5 退院後の通院継続期間について

退院後の観察期間 1095 日で、通院継続期間は平均 172.6 日±標準誤差 14.0 日であった。後ろ向きコホート研究では、退院後の観察期間 1 年半から 2 年半で 479 日であった⁹⁾。観察期間はほぼ同等であるため、治療状況で述べたのと同様に、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 110 例あることも結果に影響していると思われた。

群間比較では、診断別では、いくつかの群の間において有意差があったが、後ろ向きコ

ホート研究でみられたような統合失調症と他群間の際ほどには明確にはならなかった。この点は、措置入院時と措置解除時で診断変更がなされることにも留意を要する。また、措置解除時の処遇別でも、転医や移送など、人為的判断によって治療の場が変更されている群で、有意に通院継続期間が短くなっているのは、やはり影響しうる因子であると考えざるを得ない。

6 退院後の再入院までの期間について

観察期間 1095 日で、退院後の再入院が判明したのは全 494 例のうち 115 例

(23.3%) で、再入院まで 172.6 日±14.0 日であった。後ろ向きコホート研究では退院後の観察期間 1 年半から 2 年半で 462 日であった。今年度の値と比較すると再入院までの期間が短くなるが、これは観察期間が相違することによると思われる。

7 まとめ

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。

E 健康危険情報

なし

F 研究発表

1.論文発表 準備中

2.学会発表

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

文献

1) 瀬戸秀文, 稲垣中, 島田達洋, 他: 措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する後ろ向きコホート研究(その1) 措置解除された患者の長期転帰に影響する因子について. 臨床精神医学 47(3) 1005-1015, 2018

2) 瀬戸秀文, 朝倉為豪, 稲垣中, 岩永英之, 牛島一成, 太田順一郎, 大塚達以, 小口芳世, 奥野栄太, 木崎英介, 来住由樹, 椎名明大, 島田達洋, 鈴木亮, 酢野貢, 田崎仁美, 戸高聡, 富田真幸, 中西清晃, 中濱裕二, 中村仁, 平林直次, 松尾寛子, 宮崎大輔, 山田直哉, 横島孝至, 吉川輝, 吉住昭, 芳野昭文, 渡辺純一. 措置通報および措置入院の実態に関する研究 その1 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究(1) 2020年9月18日における患者登録の状況: 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究_

地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究（19-GC2-003）令和2年度_総括・分担研究報告書 pp177-190, 2021

(https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202018010A-buntan4%EF%BC%88%E5%88%86%E6%8B%85_%E7%80%AC%E6%88%B81%EF%BC%89%EF%BD%90177-190.pdf)

3) 瀬戸秀文, 朝倉為豪, 稲垣中, 岩永英之, 牛島一成, 太田順一郎, 大塚達以, 小口芳世, 奥野栄太, 木崎英介, 来住由樹, 小池純子, 椎名明大, 島田達洋, 鈴木亮, 酢野貢, 田崎仁美, 戸高聡, 富田真幸, 中西清晃, 中濱裕二, 中村仁, 平林直次, 松尾寛子, 宮崎大輔, 山田直哉, 横島孝至, 吉川輝, 吉住昭, 芳野昭文, 渡辺純一. 措置通報および措置入院の実態に関する研究 その1 (3) 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究_退院1年後の治療継続・再入院の状況: 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究_地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究 (19-GC2-003) 令和3年度_総括・分担研究報告書 pp199-206, 2022

(<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/157792>)
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/%E2%85%A1-%EF%BC%94%E3%80%80%E3%81%9D%E3%81%AE1-3%E3%80%80%E9%80%80%E9%99%A2%EF%BC%91%E5%B9%B4%E5%BE%8C%E3%81%AE%E6%B2%BB%E7%99%82%E7%B6%99%E7%B6%9A%E3%83%BB%E5%86%8D%E5%85%A5%E9%99%A2%E3%81%AE%E7%8A%B6%E6%B3%81%EF%BC%88%E7%80%AC%E6%88%B8%E5%85%88%E7%94%9F%EF%BC%89p199-206.pdf)

4) 瀬戸秀文, 朝倉為豪, 稲垣中, 岩永英之, 牛島一成, 太田順一郎, 大塚達以, 小口芳世, 奥野栄太, 木崎英介, 来住由樹, 小池純子, 椎名明大, 島田達洋, 鈴木亮, 酢野貢, 田崎仁美, 戸高聡, 富田真幸, 中西清晃, 中濱裕二, 中村仁, 平林直次, 松尾寛子, 満留朱里, 宮崎大輔, 山田直哉, 横島孝至, 吉川輝, 吉住昭, 芳野昭文, 渡辺純一. 措置通報および措置入院の実態に関する研究 その1 (1) 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究_退院2年後の治療継続・再入院の状況: 厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者対策総合研究事業(障害者政策総合研究事業(精神障害分野)) 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究 (22GC2004) 令和4年度_総括・分担研究報告書 pp100-114, 2023

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/164067>
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202218056A-buntan6_0.pdf

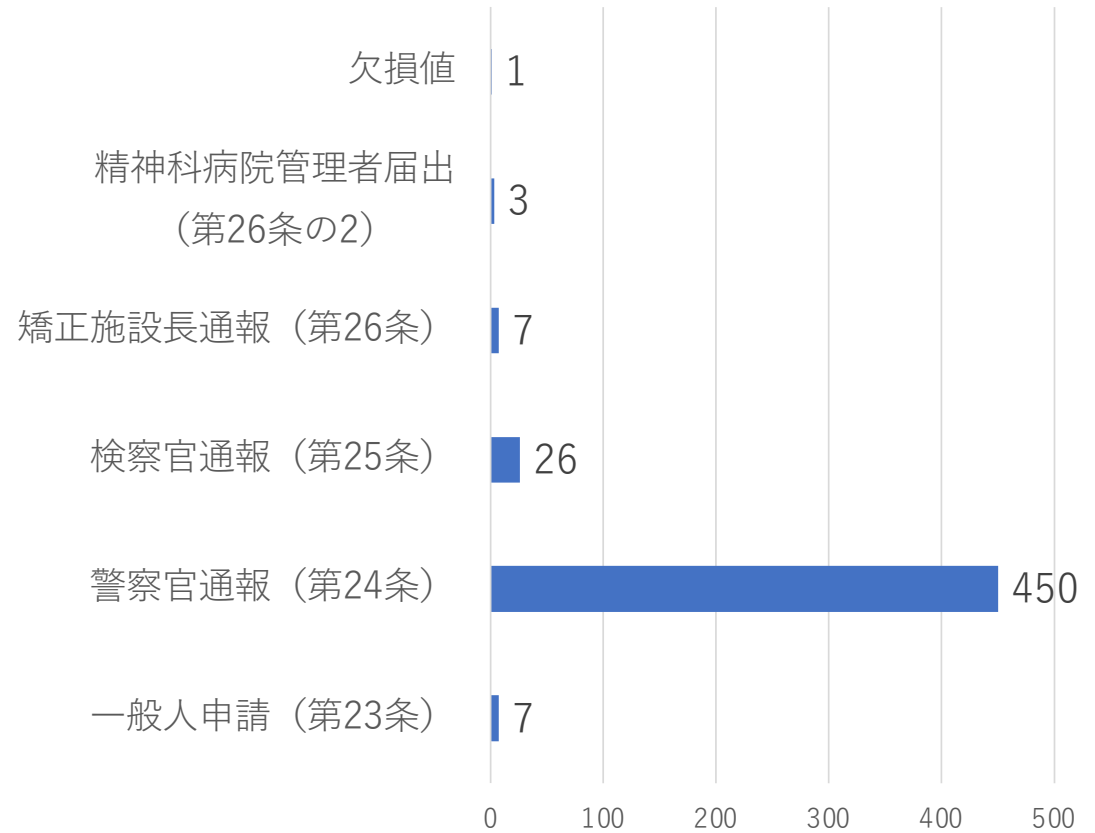
図1 通報申請届出の種別
n=494 (退院3年後)

警察官通報450例 (91.1%)

2010年後向きコホート研究に比して、今回の前向きコホートで警察官通報が多い(警察官通報と、それ以外の通報申請届出等と比較、Fisher両側 $p=0.0034$)。

2010年 後ろ向きコホート研究 n=1421例

一般人申請 (第23条) 43例 (3.0%)、
警察官通報 (第24条) 1216例 (85.6%)、
検察官通報 (第25条) 107例 (7.5%)、
保護観察所長通報 (第25条の2) 3例 (0.2%)、
矯正施設長通報 (第26条) 29例 (2.0%)、
精神病院管理者届出 (第26条の2) 5例 (0.4%)、
医療観察法対象者 (第26条の3) 0例 (0.0%)、
知事等職務診察 (第27条第2項) 11例 (0.8%)、
情報欠損7例 (0.5%)





措置解除時

措置入院時

図 2
措置入院時の主たる精神障害と
措置解除時の主たる精神障害
n=494（退院3年後）

この494例の主たる精神障害は、措置入院時→措置解除時において、

欠損値2例（0.4%）→112例（22.7%）と増加していることに留意しつつ、

F0器質性精神障害27例（5.5%）→20例（4.0%）、
F1精神作用物質障害31例（6.3%）→37例（7.5%）、
F2統合失調症300例（60.7%）→190例（38.5%）、
F3気分障害72例（14.6%）→74例（15.0%）、
F4神経症10例（2.0%）→13例（2.6%）、
F6パーソナリティ障害16例（3.2%）→13例（2.6%）、
F7知的障害13例（2.6%）→18例（3.6%）、
F8発達障害17例（3.4%）→15例（3.0%）、
F9児童思春期障害6例（1.2%）→2例（0.4%）、
となっていた。

措置入院時の主たる精神障害のICD-10カテゴリーが、措置解除時の主たる精神障害のICD-10カテゴリーと同じ範疇にあったのは、306例（61.9%）であった。

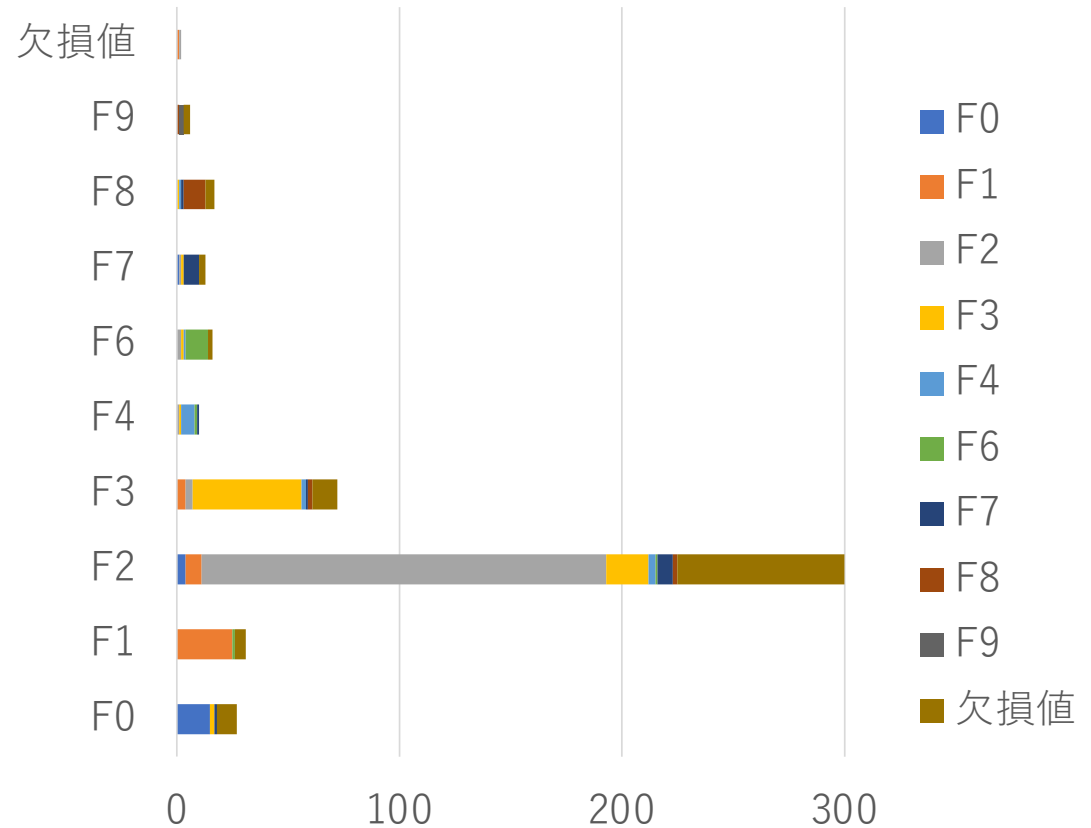


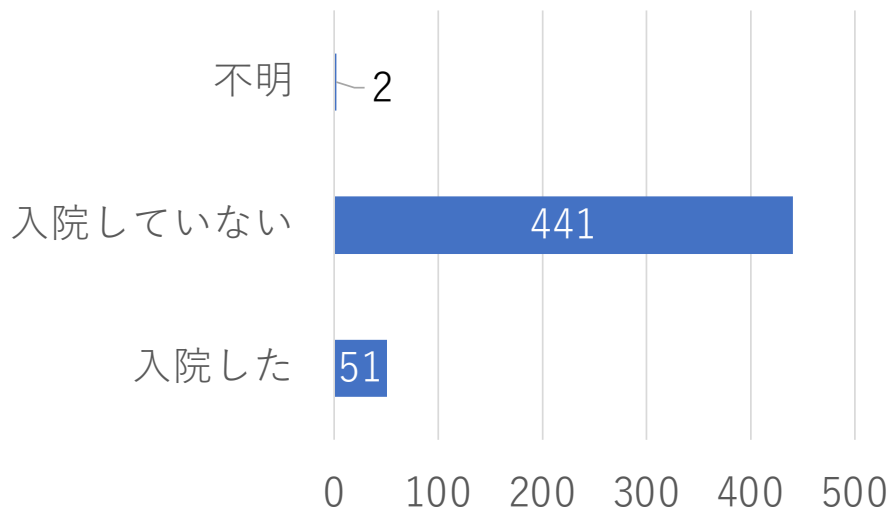
図3 退院3年後までの研究協力施設への入院（観察期間：1095日）n=494

退院2年後から3年後までの1年間に研究協力施設への入院の有無について尋ねた。研究協力施設に入院したことが判明しているのは51例であった。

退院直後から3年後までの3年間に研究協力施設に入院したことが判明しているのは107例、この3年間に研究協力施設に入院していないのは366例、不明21例であった。

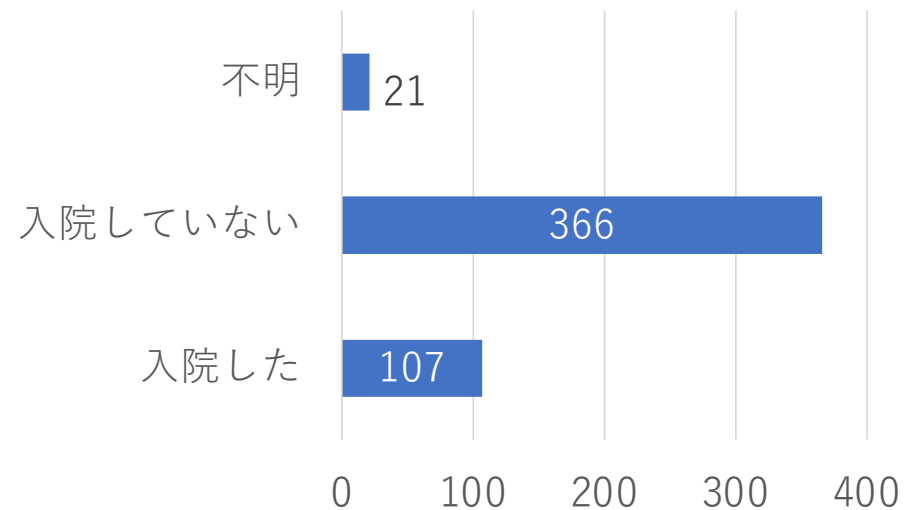
研究協力施設への入院

（退院2年後から3年後まで）



研究協力施設への入院

（退院直後から3年後まで）



なお、2021年度報告、退院日からの観察期間は最長365日で、退院1年後までの1年間に研究協力施設への入院したことが判明しているのは、対象496例のうち、入院した65例（12.9%）、入院していない411例（81.5%）、不明20例（4.0%）であった。

また、2022年度報告、退院日からの観察期間は最長730日で、退院1年後から2年後までの1年間に研究協力施設に入院したことが判明しているのは対象502例のうち、62例（12.4%）であった。退院直後から2年後までの2年間に研究協力施設に入院したことが判明しているのは94例（18.7%）、この2年間に研究協力施設に入院していないのは387例（77.1%）、不明21例（4.2%）であった。

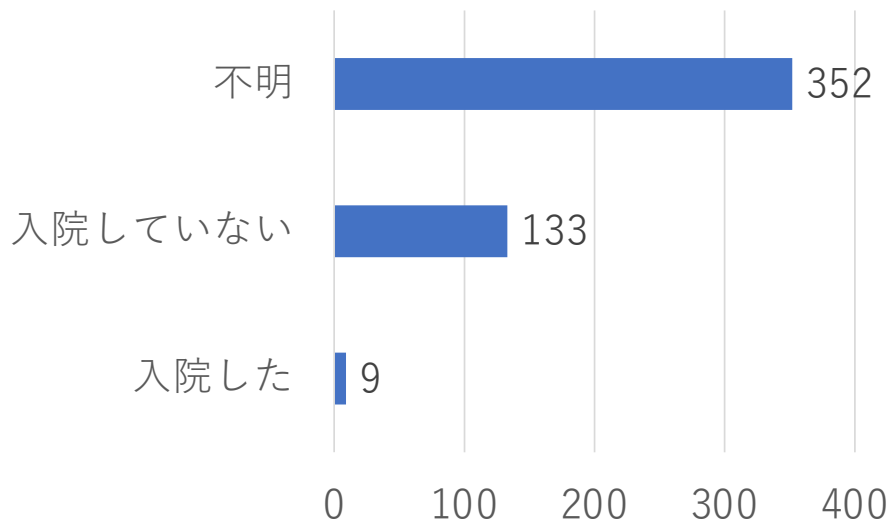
図4 退院3年後までの他の医療機関への入院（観察期間：1095日）n=494

退院2年後から3年後までの1年間に他の医療機関への入院の有無について尋ねた。他の医療機関に入院したことが判明しているのは9例であった。

退院直後から3年後までの3年間に他の医療機関に入院したことが判明しているのは41例、この3年間に他の医療機関に入院していないのは127例、不明326例であった。

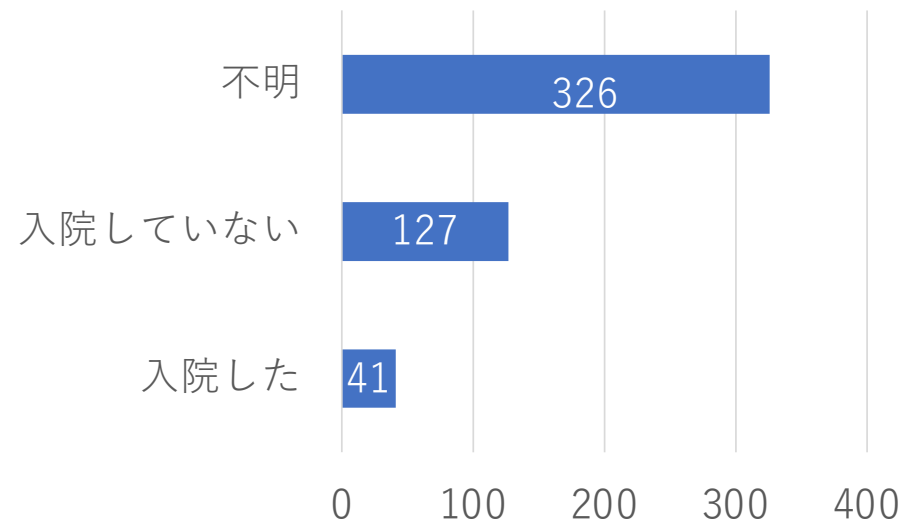
他の医療機関への入院

（退院2年後から3年後まで）



他の医療機関への入院

（退院直後から3年後まで）



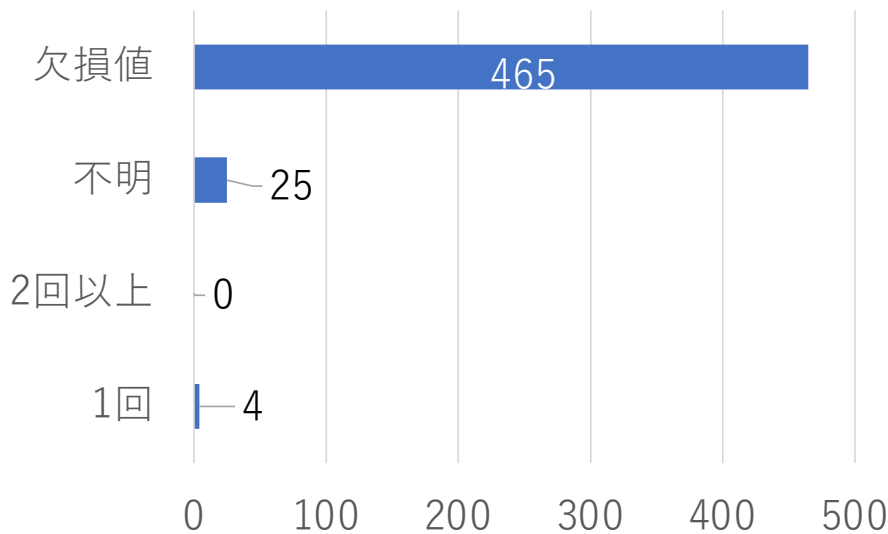
なお、2021年度報告、退院日からの観察期間は最長365日で、退院1年後までの1年間に他の医療機関への入院したことが判明しているのは、対象496例のうち、入院した25例（5.0%）、入院していない159例（31.5%）、不明306例（60.7%）などであった。

また、2022年度報告、退院日からの観察期間は最長730日で、退院1年後から2年後までの1年間に他の医療機関に入院したことが判明しているのは対象502例のうち17例（3.4%）であった。退院直後から2年後までの2年間に他の医療機関に入院したことが判明しているのは38例（7.6%）、この2年間に他の医療機関に入院していないのは123例（24.5%）、不明341例（67.9%）であった。

図5 退院2年後から3年後までの他の医療機関への入院（観察期間：1095日）n=494
 退院2年後から3年後までの1年間に他の医療機関への入院回数と、措置入院が含まれるかについて尋ねた。他の医療機関に入院したことが判明しているのは図4より51例だが、入院回数が判明しているのは4例、不明25例で、他は回答がなかった。また措置入院が含まれるのは1例（1年後まででは8例、2年後までで5例）であった。

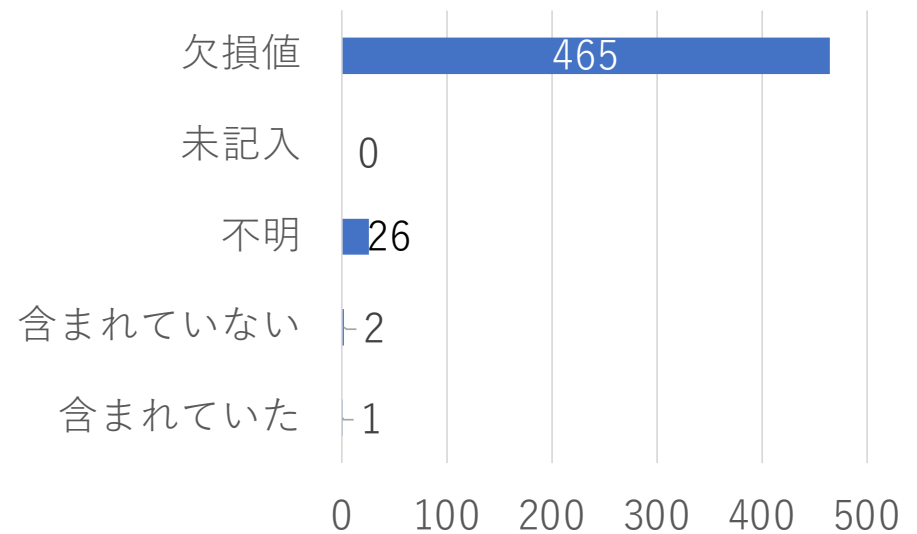
入院回数

（退院2年後から3年後まで）



措置入院が含まれるか？

（退院2年後から3年後まで）



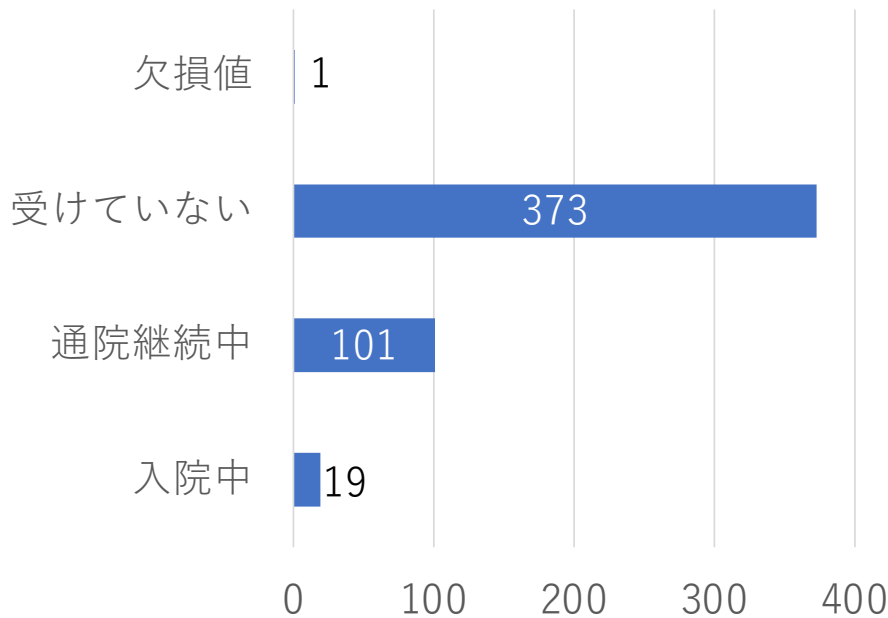
- * 本来であれば、退院3年後の入院回数、措置入院が含まれるか、については、退院1年後、2年後の入院回数、措置入院が含まれるかについて、比較検討を要する。ただ、上記に示したように、他院での入院状況については、1年後、2年後とも、ほとんど判明していない。また1年目の報告と2年目の報告で、重複を避けているか、必ずしも明確でなく、今回は上記の値のみ集計した。
- * *退院1年後から2年後までの1年間に他の医療機関へに入院したことが判明しているのは9例（1年後まででは17例）であった。また、措置入院が含まれるのは5例（1年後まででは8例）であった。

図6 退院3年後までの研究協力施設での治療状況（観察期間：1095日） n=494

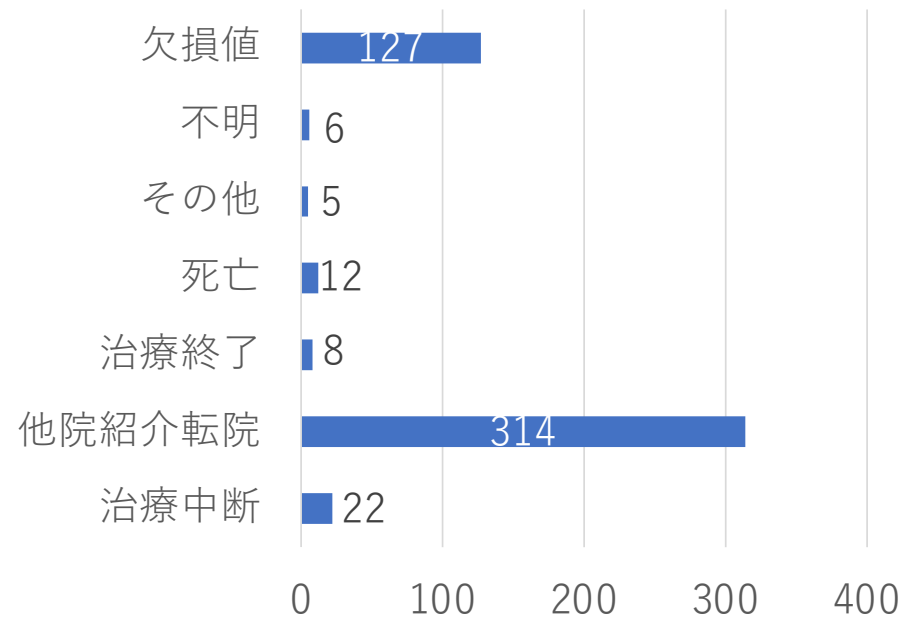
退院3年後の時点における研究協力施設での治療状況について尋ねた。

退院3年後の時点で入院中19例、通院継続中101例であった。治療が継続されていない理由は、他院紹介転院314例が最も多かった。

研究協力施設での治療状況 （退院3年後）



研究協力施設での治療状況 （退院3年後）



退院2年後の時点で入院中19例、通院継続中104例であった。治療が継続されていない理由は、他院紹介転院318例が最も多かった。

図7 研究協力施設で治療を
継続していない理由
(自由記載項目)
(観察期間：1095日) n=494

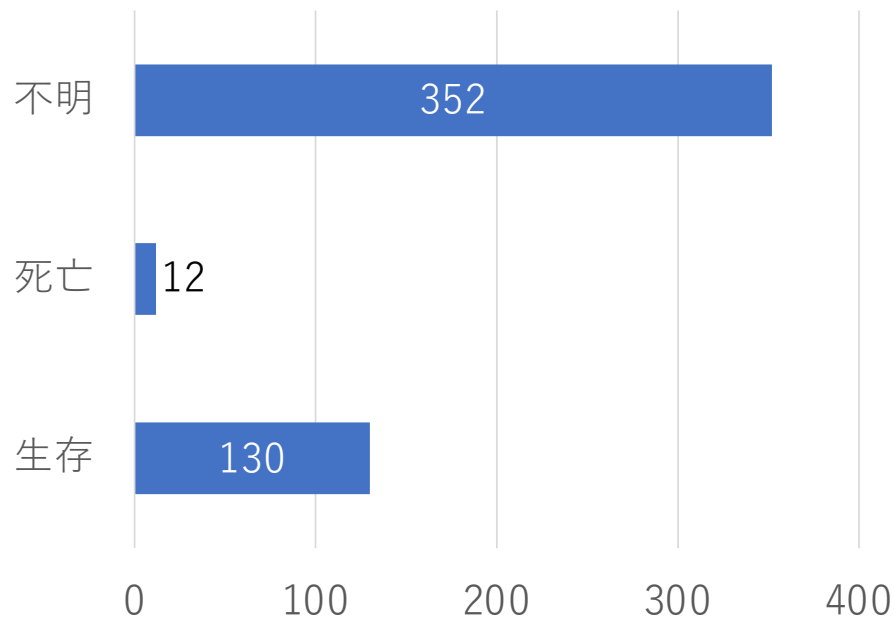
- 実質的に同一医療機関内で経過観察
 - (今回、該当なし)
- 身体合併症
 - リハビリ病院へ転院
- 距離的な事情
 - 帰国
- その他
 - 他県で措置入院した。
 - 医療刑務所収監中。
 - 施設へ入所。
 - 相談による連絡。
- 本人の希望
 - (今回、該当なし)

図8 退院3年後までの生存状況（観察期間：1095日）n=494

退院3年後の時点における生存状況について尋ねた。

退院3年後の時点で生存130例、不明352例、死亡12例であった。措置入院先が知り得た範囲で、死因は、病死2例、自殺6例、事故死1例、不明3例であった。

生存状況



死因

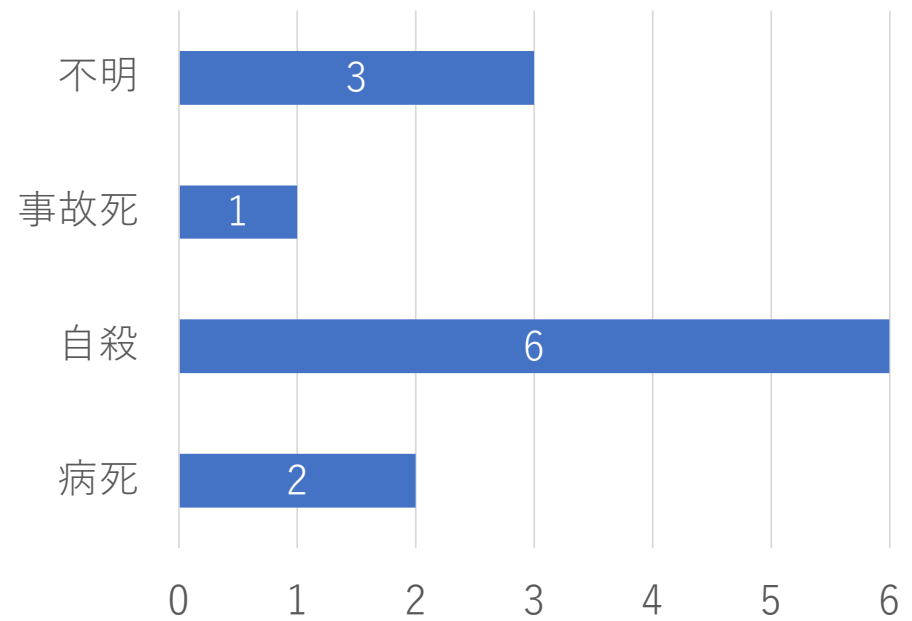
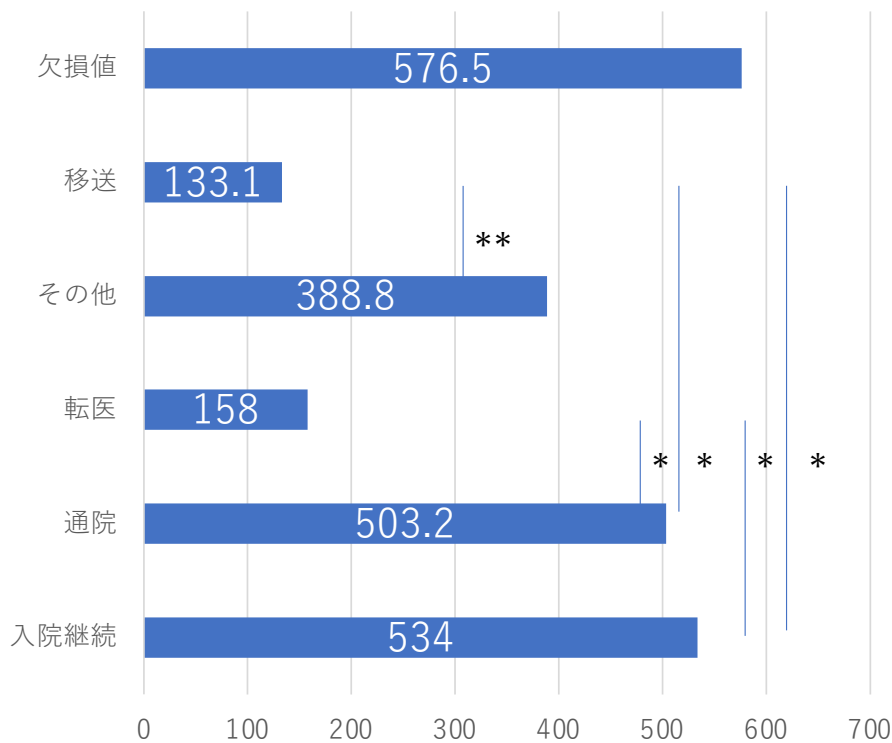


図9 (1) 措置解除時の処置別・退院後の通院継続期間（観察期間：1095日）n=494
 退院3年後の時点における措置解除時の処遇別・通院継続期間について尋ねた。
 研究協力施設における通院継続期間は入院継続群534.0日、通院群503.2日に対して、転
 医158.0日、移送133.1日などであった。



*p<0.001, **p=0.011

	n	平均値 推定値	標準誤差	95%信頼 下限	区間 上限
入院継続	257	534.0	31.8	471.6	596.4
通院	77	503.2	57.8	389.8	616.6
転医	28	158.0	65.5	29.6	286.5
その他	15	388.8	130.9	132.2	645.4
移送	110	133.1	30.7	73.0	193.1
欠損値	2	576.5	366.6	0.0	1295.1
全例	489	413.1	22.5	369.1	457.2

措置入院した医療機関を通院先医療機関とした場合の
 通院期間であることに留意を要する。

図9 (2) 措置解除時の処置別・退院後の通院継続期間（観察期間：1095日）n=494
 退院3年後の時点における措置解除時の処遇別・通院継続期間について尋ねた。
 入院継続群257例のうち、研究協力施設への退院直後の通院継続167例（65.0%）、1095
 日で86例（33.4%）であった。通院77例では、退院直後48例（62.3%）、1095日で24例
 （31.2%）であった。措置解除時の入院継続群と通院群では通院継続期間に差はなかった。

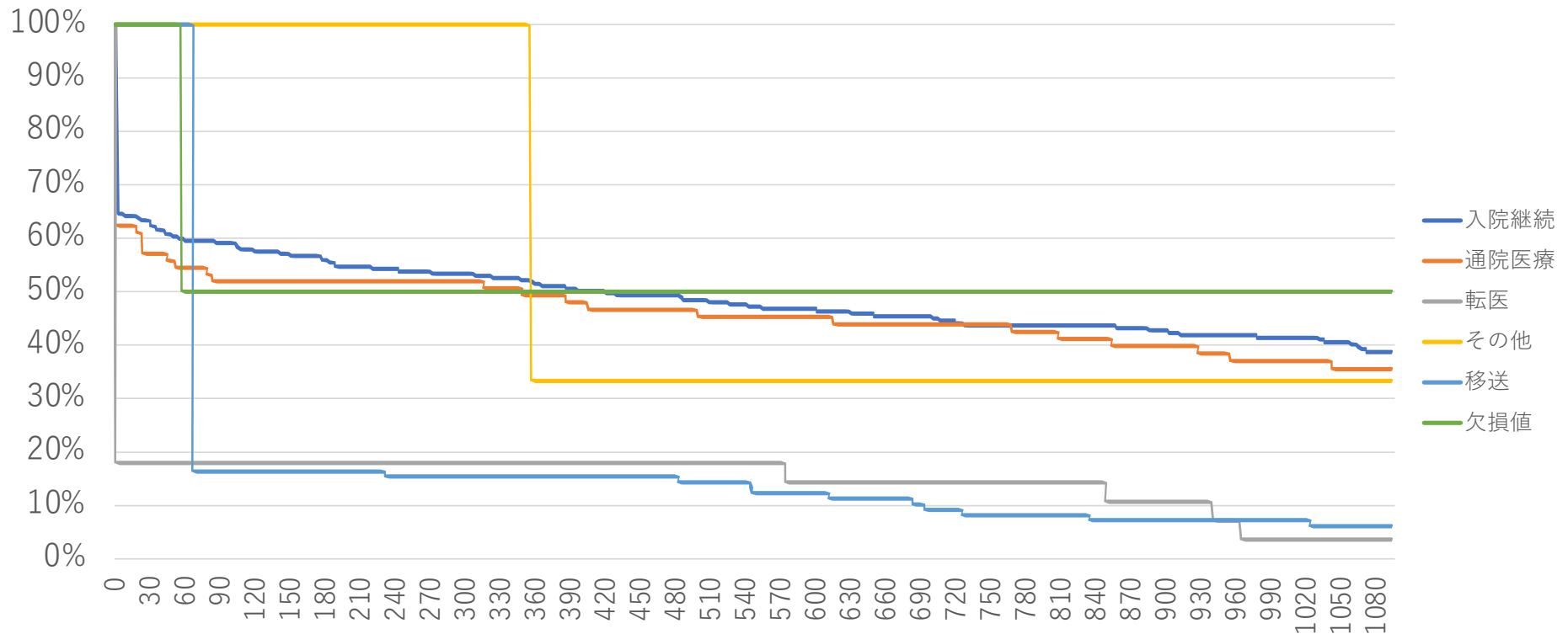
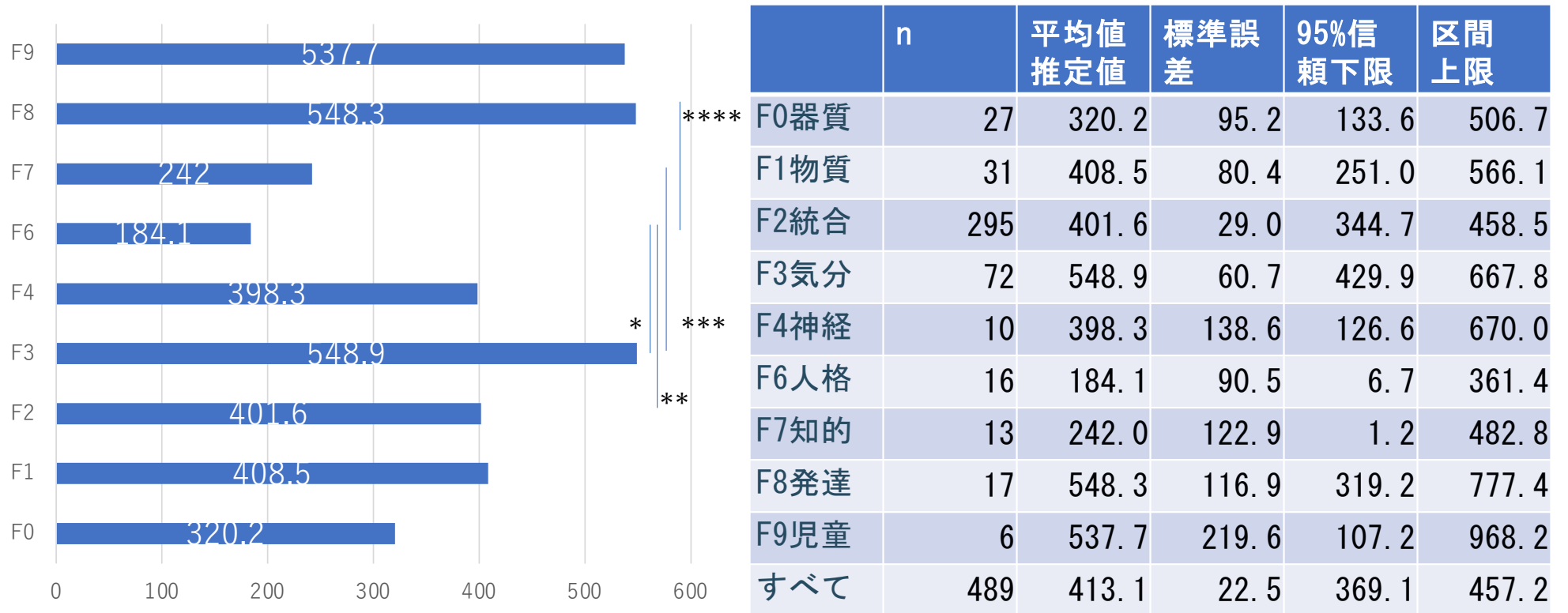


図10(1) 措置入院時主診断別・退院後の通院継続期間（観察期間：1095日）n=494
 退院3年後の時点における措置入院時の主診断別・通院継続期間について尋ねた。
 通院継続期間は統合失調症401.6日、気分障害548.9日、発達障害548.3日などであった。
 気分障害や器質性に対して、パーソナリティ184.1日、知的障害242.0日など短かった。



*p=0.028, **p=0.002, ***p=0.038, ****p=0.013 501例には欠損値（診断記載なし等）2例を含む。

図10(2) 措置入院時主診断別・退院後の通院継続期間（観察期間：1095日）n=494

退院3年後の時点における措置入院時の主診断別・通院継続期間について尋ねた。

通院継続期間は統合失調症295例のうち、研究協力施設への退院直後の通院継続143例（48.5%）、1095日で75例（25.4%）であった。気分障害通院72例では、退院直後45例（62.5%）、1095日で26例（36.1%）であった。

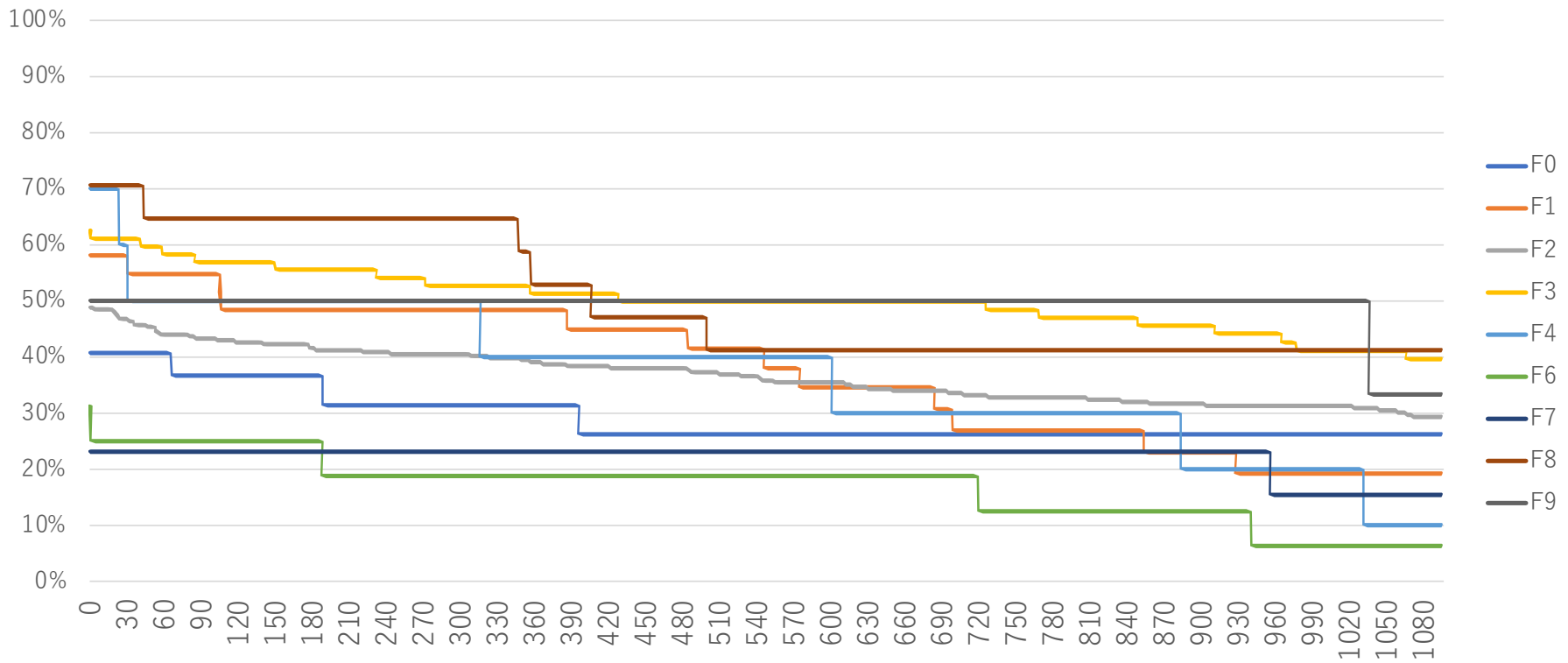
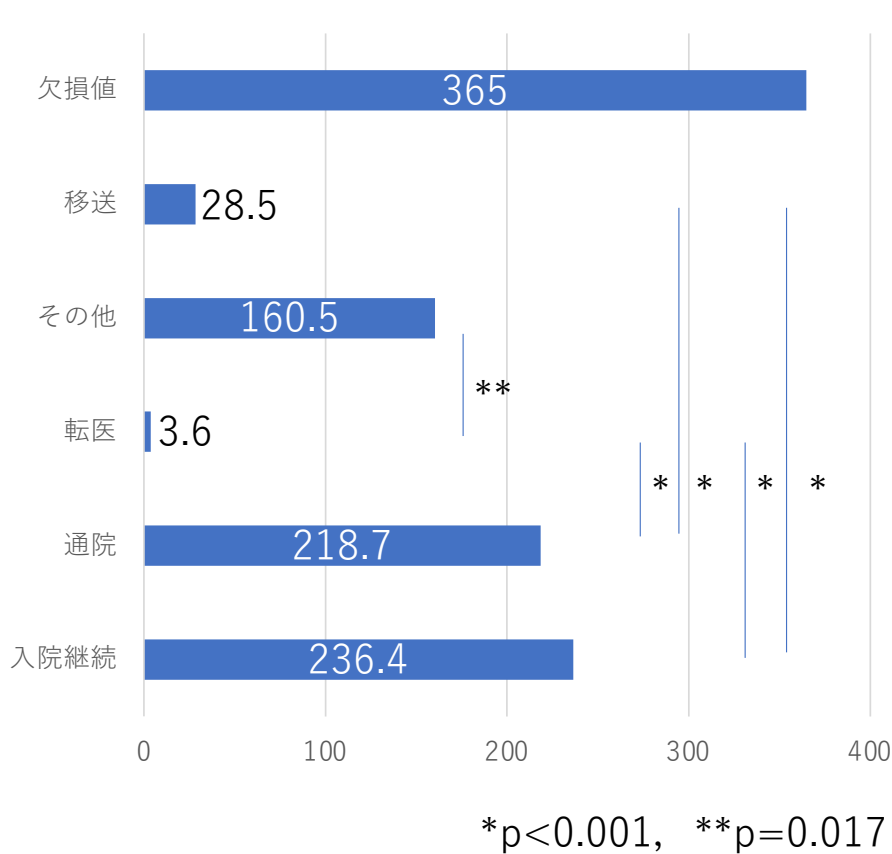


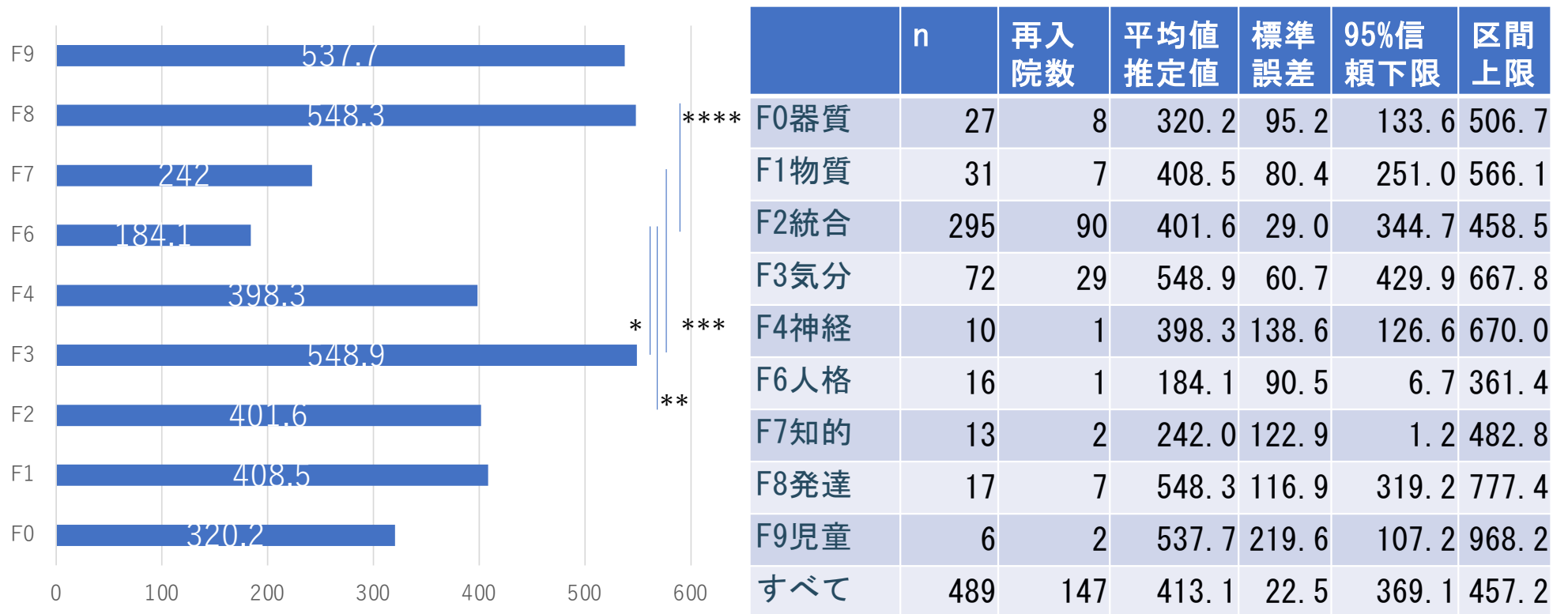
図 1 1 措置解除時の処置別・初回再入院までの期間（観察期間：1095日）n=494
 退院3年後の時点における措置解除時の処遇別・初回再入院までの期間について尋ねた。
 研究協力施設における初回再入院までの期間は全例で172.6日であり、入院継続群236.4日、通院群218.7日に対して、転医3.6日、移送28.5日などであった。



	n	再入院数	平均値 推定値	標準 誤差	95%信 頼下限	区間 上限
入院継続	257	84	236.4	21.2	194.8	277.9
通院	77	22	218.7	38.1	144.0	293.4
転医	28	1	3.6	3.5	0	10.4
その他	15	3	160.5	78.4	6.9	314.1
移送	110	4	28.5	12.98	3.0	53.9
欠損値	2	1	365.0	258.1	0	870.9
全例	489	115	172.6	14.0	145.2	200.0

494例のうち、入院時診断が判明した489例で検討。
 措置入院した医療機関を通院先医療機関とした場合の
 通院期間であることに留意を要する。

図 1 2 措置入院時主診断別・初回再入院までの期間（観察期間：1095日）n=494
 退院3年後の時点における措置解除時の処遇別・初回再入院までの期間について尋ねた。
 研究協力施設における初回再入院までの期間は全例で172.6日であり、F2統合失調症群
 401.6日、F3気分障害群548.9日、F8発達障害群548.3日に対して、F6パーソナリティ障害群
 184.1日など短かった。



*p=0.028, **p=0.002, ***p=0.038, ****p=0.013

494例のうち、入院時診断が判明した489例で検討。
 転院例は措置解除時診断がなく、入院時診断とした。

措置通報および措置入院の実態に関する研究

その2（1）

精神保健福祉法第24条に基づく

検察官通報の現状把握に関する研究

《5》事前調査における措置診察要否判断の検討

研究分担者： 瀬戸 秀文（福岡県立精神医療センター太宰府病院）

研究協力者： 稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター），太田 順一郎（岡山市こころの健康センター），小口 芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室），小池 純子（国立精神・神経医療研究センター），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），中西 清晃（国立精神・神経医療研究センター），中村 仁（長崎県精神医療センター），藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター）（敬称略・五十音順）

要旨

精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）第24条に基づく検察官通報の現状を把握するため、2020年4月1日から2020年9月30日における検察官通報例について、全国すべての都道府県・政令指定都市に協力を依頼し、調査を行った。

この研究について、1つの報告書とすると、かなりの分量となってしまふ。このため、この報告書は、次の6つに分けた。このうち《1》《2》《3》《4》については、2022年度の報告書において報告した。2023年度においては《5》《6》について報告する。

《1》検察官通報調査の概要と転帰（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《2》検察官通報の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《3》事前調査の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《4》措置診察例の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=288）

《5》事前調査における措置診察要否判断の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《6》措置診察における措置要否判断の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=555）

本稿では、このうち、《5》事前調査における措置診察要否判断の検討、について、以下、述べることとした。

《5》事前調査における措置診察要否判断の検討

【目的】 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、措置入院を要するかどうかの精神保健指定医（以下、指定医という）による診察（以下、措置診察という）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。

【方法】 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 566 例（48.4 歳± 14.7 歳、男性 456 例、女性 110 例）が提出された。このうち、指定医による措置診察が行われたのは 288 例で、278 例では措置診察は実施されていなかった。この 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。

【結果】 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。

【結論】 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。

A. 研究の背景と目的

措置入院にかかる通報・申請・届出がなされた例について、精神保健指定医（以下、「指定医」という）による診察（以下、「措置診察」という）を実施するかどうかは、通報を受けた都道府県・政令指定都市において判断することを求められる。

通報を行った警察官や検察官からは、他害

行為が再現することを懸念して、診察実施すべきであるとの見解がしばしば出される。一方で、患者本人、家族等、また受け入れた医療機関からは、措置入院以外の選択肢がなかったか、医療ではなく司法の対象ではないのか等の疑念が呈されることも、しばしばである。

措置診察要否については、2000 年度のす

すべての申請・通報・届出について対象とした調査（以下「2000年調査」という）、2008年度の検察官通報調査（以下「2008年検察官調査」という）、2010年5月と11月の警察官通報調査（以下「2010年警察官調査」という）、2016年度の矯正施設長通報調査（以下「2016年矯正施設調査」）がある。

このうち2000年調査においては、同年度になされた、すべての通報・申請・届出（ただし警察官通報については2000年5月および2000年11月に限る）を対象とした1976例が調査されているが、事前調査については、記述統計的な検討にとどまっている。ただ、この調査により、事前調査を行うべきとされた項目については、以後の各調査において事前調査の要点として列挙され、2018年に出された「措置入院の運用に関するガイドライン」においても、事前調査の要点とされている。

2008年検察官調査における992例、2010年警察官調査における847例については、ロジスティック回帰分析ならびに決定木分析により検討が行われた³⁴⁾。

2008年検察官調査における992例でのOdds比は、幻覚妄想・病的言動あり6.60、器物損壊3.64、傷害3.44、暴行3.42、自傷行為あり3.08、起訴前鑑定あり2.90、過去の司法処分あり2.46、その他の他害行為あり2.27、本人と面接した2.17、生活維持困難あり1.81、治療歴あり0.49、現在治療あり0.49であった。2010年警察官調査847例では、幻覚妄想・病的言動あり6.12、自傷あり5.06、他害あり3.56、暴行2.17、傷害1.95、本人面接あり1.66、男性1.56、生活維持困難あり0.58、現在治療あり0.51など類似する項目が影響していた。

決定木分析では、2008年検察官調査992例は、診察実施572例(57.7%)、診察不要420例(42.3%)であった。決定木は、まず幻覚妄想の有無で分岐した。幻覚妄想・病的言動あり群633例では診察実施471例

(74.4%)、診察不要162例(25.6%)であり、幻覚妄想・病的言動なし群359例では診察実施101例(28.1%)、診察不要258例(71.9%)であった。幻覚妄想・病的言動あり群は、他害行為の有無で、幻覚妄想・病的言動なし群は、起訴前鑑定の有無で分岐した。一方、2010年警察官調査847例では、まず幻覚妄想・病的言動の有無で分岐していた。幻覚妄想・病的言動あり群は、以下、何らかの他害行為、暴行、自傷行為、衝動行為の有無が影響していた。幻覚妄想・病的言動なし群は他害行為の有無で分岐し、以下、状況認知困難や自傷行為、器物損壊、幻聴の有無などが影響していた。いずれも幻覚妄想・病的言動や他害行為の有無が影響していた。

2016年矯正施設長通報調査では、通報が顕著に多く、大半が診察不要とされていたことから、記述統計的な検討にとどまった³⁵⁾。

事前調査項目のOdds比や決定木分析によって得られた樹形図は、統計的な論理だけで得られたものではあるが、事前調査要否の判断が、どのような点を考慮してなされたか、その過程を明らかにする端緒となりうるものと思われた。

こうしたことから、今回、2020年における検察官通報調査においても、措置診察要否の判断について、同様の検討を行うこととした。

B. 方法

1 対象

2020年4月1日から2020年9月30日までの6ヶ月間において、全国すべての都道府県知事・政令指定都市市長に対して、精神保健福祉法第24条に基づいて検察官通報がなされた「精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人」について、対象とした。

2 調査の方法

2022年10月15日、全国すべての都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課に調査票を送付し、転記の上、2022年11月30

日までの返送を求めた。

3 調査内容

精神保健福祉法第24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から、次の項目について、年齢や性別、その他、所定の調査票に転記を求める形式で、調査を行った。

このうち、事前調査書より転記を求めた項目は、次の通りである。

- ①精神科入院歴、措置入院歴
- ②事前調査における本人面接の有無（以下、「本人面接」という）
- ③幻覚妄想あるいは明白に病的な行動や言動（以下、「幻覚妄想・病的言動」という）
- ④社会生活における状況認知・判断の障害（以下、「状況認知判断異常」という）
- ⑤基本的な生活維持の困難（睡眠・栄養・清潔の保持、電気・水道・ガスの確保、寒暑炎熱の防御等）（以下、「生活維持困難」という）
- ⑥自傷行為
- ⑦他害行為（今回の申請・通報・届出に関するもの）。なお、他害行為については、殺人・殺人未遂、傷害暴行、性的問題行動、侮辱、器物損壊、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火、その他を別に尋ねた。
- ⑧精神障害の診断歴の有無（今回の通報時点まで）（以下、「生涯診断歴」という）
- ⑨精神科治療歴・受診歴
- ⑩現在（3ヶ月以内）の精神障害の治療（以下、「現在治療状況」という）
- ⑪起訴前鑑定の実施の有無（以下、「起訴前鑑定」という）
- ⑫備考として、薬物乱用、アルコール飲用、措置入院先選択に関係する重大な身体合併症、これまでの司法処分の有無

...

実際の調査票ならびに調査票記載マニュアルならびに記述統計結果は、2022年度報告書《3》事前調査の検討、に掲載した通りである。

4 統計

事前調査書より転記された前述①から⑫の各項目を独立変数、指定医による措置診察が実施されたかどうかを従属変数として、ロジスティック回帰分析ならびに決定木分析を行った。

ロジスティック回帰分析は IBM- SPSS 社の SPSS Statistics 29.0 for Mac OS X, Regression を用い、強制投入法を施行した。

決定木分析は同じく SPSS Statistics 29.0 for Mac OS X, Decision Tree を用い、親ノード 50 例以上、子ノード 25 例以上、有意確率を 5%として、3 階層まで、CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detection) を施行した。

（倫理的配慮）

以上の研究計画書について、研究代表者が所属する、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審査を受け、2020年12月15日に承認を受けた。

なお、調査予定の時期については、都道府県・政令指定都市の担当課は、新型コロナウイルス感染症（以下、「COVID-19」という。）のパンデミックの影響で繁忙を極めている等の状況を考慮して延期を繰り返さざるをえず、最終的に2022年10月15日に調査票発送に至ったものである。

C. 結果

1 調査対象について

47 都道府県・20 政令指定都市のうち、37 自治体（24 都道府県・13 政令指定都市）から 566 例の提出を受けた。ほか 1 つの自治体から、調査対象期間に該当例がない、との連絡を受けた。13 自治体からは協力できないとの返答があった。16 自治体からは、返答がなかった。

566 例のうち、指定医による措置診察が実施されなかったのは 278 例、実施されたのは 288 例であった。この措置診察要否について、以下、検討した。

2 年齢・性別・診断・措置診察要否判断

検察官通報がなされた 566 例については、2022 年度報告書《1》検察官通報調査の概要と転帰、《2》検察官通報の検討、《3》事前調査の検討、に、詳細を報告した。

改めて検察官通報 566 例の年齢・性別・診断・措置診察の転帰などの概要を示すと、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、診察不要は 278 例、診察実施 288 例であった。措置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。

検察官通報の内容は、565 例に罪名の記載があり、医療観察法において重大な他害行為にあたるもの 118 例で、うち診察実施 65 例、診察不要 53 例であった。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。

司法処分は、多くが起訴猶予で、心神喪失や心神耗弱など責任能力についての記載があったのは一部にとどまっていた。

起訴前鑑定が行われたのは 323 例で、重大な他害行為の場合に有意に起訴前鑑定が実施されていた。ただ、起訴前鑑定の多くは簡易鑑定であった。

事前調査の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記述統計的に検討を行った。幻覚妄想、状況認知判断異常、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。またアルコール・薬物乱用の問題がない例で診察実施と判断されていた。一方、診断歴がある、治療歴・受診の状況があるといった例では診察不要とされていた。なお、2022 年度報告書《3》事前調査の検討、にて詳細を報告したが、既に警察官通報がなされている事例について、重ねて検察官通報されることも少なくないことが明らかとなった。

3 事前調査項目の度数分布

検察官通報 566 例について、入院歴ならびに事前調査の各項目、診察実施かどうかの度数分布を、表 1 事前調査各項目の度数分布、に示した。

このうち、侮辱の 1 項目では、度数 0 であった。また、度数の出現頻度が 5%未満であったのは、自傷行為、殺人、性的問題行動、強盗、恐喝、詐欺、放火、弄火、薬物乱用、身体合併症であった。

そして、事前調査の各項目の多重共線性について、重回帰分析の方法で分散拡大係数 VIF (Variance Inflation Factor) を求め、表 2 事前調査各項目の多重共線性の評価、に示した。VIF 値は生涯診断歴 4.755、精神科治療歴 5.004、起訴前鑑定 4.464、起訴前鑑定有無 4.334 などがやや高いものの、他の項目は VIF 値 1 ないし 2 程度で、全項目、基準とされる 10 以下にとどまった。

4 事前調査各項目の診察要否判断への Odds 比

精神科入院歴等および事前調査の各項目を独立変数、措置診察実施かどうかを従属変数としてロジスティック回帰分析を行い、表 3 事前調査各項目の措置診察要否判断への Odds 比、に示した。

有意確率 5%以下で、95%信頼区間の下限、上限とも 1 を下回らないか、1 を上回らない項目の Odds 比 (95%信頼区間 下限・上限) および有意確率は、自傷行為あり 8.64 (1.56-47.78) $p=0.013$ 、他害行為あり 7.78 (2.58-23.44) $p<0.01$ 、精神科治療歴あり 6.78 (1.54-29.74) $p=0.011$ 、幻覚妄想・病的言動あり 5.72 (2.49-13.12) で、有意に診察実施されていた。一方、生涯診断歴あり 0.09 (0.02-0.39) $p=0.001$ 、現在治療状況あり 0.31 (0.14-0.66) $p=0.003$ 、本人面接あり 0.35 (0.18-0.68) $p=0.002$ の各項目では、有意に診察不要とされていた。

統計的に有意であった Odds 比については、図 1 事前調査各項目の措置診察要否判

断への Odds 比、にも示した。

5 決定木分析

精神科入院歴等および事前調査の各項目を独立変数、措置診察実施かどうかを従属変数として決定木分析を行い、図2 事前調査各項目の措置診察要否判断への組み合わせ、に示した。

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%、診察不要 49.3%であったが、精神科入院歴あり群 154 件では 100.0%、診察実施と判断され、ターミナルノードとなり分岐が終了していた。

精神科入院歴なし群 412 例では診察実施 32.5%にとどまり、起訴前鑑定の有無で分岐していた。このうち、起訴前鑑定あり群 190 例では診察実施 57.4%に上昇、一方、起訴前鑑定なし群 222 例では診察実施 11.3%にとどまっていた。

この両群とも幻覚妄想・病的言動の有無で分岐しており、いずれもターミナルノードとなっていた。起訴前鑑定あり・幻覚妄想・病的言動あり群 138 例では診察実施 68.8%、起訴前鑑定あり・幻覚妄想・病的言動なし群 52 例では診察実施 26.9%、起訴前鑑定なし・幻覚妄想・病的言動あり群 75 例では診察実施 25.3%、起訴前鑑定なし・幻覚妄想・病的言動なし群 147 例では診察実施 4.1%のようにわかれていた。

D. 考察

1 調査対象について

この報告書における調査対象および年齢・性別・診断など、属性については、昨年度の報告《1》《2》《3》《4》において述べた。

ここで、Odds 比や、決定木の分岐の差異を検討するのにあたっては、調査方法や背景についても留意しておく必要がある。ことに Odds 比は、ある事象が起きる確率の、その事象が起きない確率に対する比であり、念の

ため、それぞれの研究の母集団について確認しておく。

2000 年調査では、すべての通報・申請・届出 1976 例を対象としたが、それまで措置入院制度の実態について全国規模で調査が行われたことはなかったため、各都道府県において、どのような手順で事前調査が行われているか、まったく情報がなかった。このため、各都道府県から提出された黒塗り実施後の通報書や事前調査書、診断書、消退届を読み込み、問題点をあきらかにするといった方法で調査が行われた。なお、この時点では、事前調査の要点自体が各自治体間で必ずしも一定ではなく、記述統計的報告にとどまり、要点が措置診察要否判断に与える影響など、数理統計的な解析は行われていない。

2008 年検察官調査や 2010 年警察官調査でも、各都道府県・政令指定都市では事前調査項目は統一されてはいなかったが、今回と同様の調査票を用いており、事前調査の要点が措置診察の要否判断に与える影響をとりまとめている。なお現在でも各都道府県・政令指定都市の間では、事前調査書は標準化される様子はないが、2018 年に制定されたガイドラインには、今回の事前調査項目が調査の要点として書き込まれている。

2 年齢・性別・診断・措置診察要否判断について

詳細は 2022 年度報告書において述べた通りである。ただ、2022 年検察官調査において、検察官通報に先立って警察官通報が行われている例が多いこと明らかとなっているが、研究計画時点では同一例が別の通報形態にて重複して通報されるという事態は想定していなかったため、調査実施時点では十分に区別できておらず、この影響の度合いをあきらかにすることができていない。特に、既に警察官通報により措置入院している等の事情により、通報書の記載では重症であっても診察不要と評価されるなど、一見、不合理な判断がなされているかのように見えるケースが

存在することにも留意を要する。

また、《6》措置診察における措置要否判断の検討、において述べているが、2000年調査ではすべての通報申請届出があった1976例、2008年検察官調査では、856例のうち事前調査票に記載があった847例を対象としているが、2020年検察官調査では566例と、COVID-19により保健所が繁忙を極める等の事情もあってか、調査協力が得られた自治体がやや少なく、ケース数がやや少なかったことにも留意を要する。

3 診察要否判断のOdds比について

2000年調査では通報項目が標準化されておらず、全1976例の診察要否判断は、記述統計的報告にとどまっている。

2008年検察官調査では、847例を対象としており、項目別のOdds比および95%信頼区間は、Odds比の高い順に、恐喝8.81、幻覚妄想・病的言動6.60、侮辱5.46、身体合併症あり4.16、殺人4.03、器物損壊3.64、傷害3.44、暴行3.42、自傷行為あり3.08、起訴前鑑定あり2.90、性的問題行動2.75、過去の司法処分あり2.46、その他の他害行為2.27、本人と面接した2.17、生活維持困難あり1.81、いずれかの他害行為あり1.63、精神科治療歴あり0.49、現在治療あり0.49であった。

2020年検察官調査では、自傷行為あり8.64（2008年は3.08）、他害行為あり7.78（同1.63）、精神科治療歴あり6.78（同0.49）、幻覚妄想・病的言動あり5.72（同6.60）で、有意に診察実施されていた。また、生涯診断歴あり0.09（2008年は有意ではない）、現在治療状況あり0.31（2008年は0.49）、本人面接あり0.35（同2.17）の各項目では、有意に診察不要とされていた。

2008年検察官調査で有意に診察実施とされていた、侮辱5.46、身体合併症あり4.16、殺人4.03、器物損壊3.64、傷害3.44、暴行3.42、起訴前鑑定あり2.90、性的問題行動2.75、過去の司法処分あり

2.46、その他の他害行為2.27、生活維持困難あり1.81の各項目は、2020年調査では有意ではなかった。

自傷行為や他害行為、精神科治療歴、幻覚妄想・病的言動のOdds比が高いのは、2008年と共通していた。一方、2008年は本人面接ありで有意に診察実施となっているが、2020年は本人面接ありで有意に診察不要となっていた。2010年の警察官通報でも、本人面接あり1.66と診察実施とされやすかった。これはCOVID-19パンデミックの中で、状況に応じて本人面接を行わずに事前調査を行われることが増えたことが影響していると思われる。

とはいえ、明確に症状や病的言動があるケースでは診察実施すべきとの判断には変化はなく、経年的に大きな変化はみられないと思われた。

4 決定木分析について

2000年調査では通報項目が標準化されておらず、全1976例の診察要否判断は、記述統計的報告にとどまっている。

2008年検察官調査では、847例を対象としており、まず幻覚妄想の有無で分岐していた。幻覚妄想・病的言動あり群は、以下、何らかの他害行為、鑑定、生活維持困難、本人面接、窃盗、現在の治療、過去の司法処分それぞれの有無、年齢などが影響していた。幻覚妄想・病的言動なし群は鑑定の有無で分岐し、以下、本人面接、アルコール問題、何らかの他害行為などが影響していた。

2020年検察官調査では、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100.0%、診察実施と判断されていた。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、これらの項目が診察要否判断に影響していた。

今回の結果、まず精神科入院歴の有無を検

討し、次いで起訴前鑑定の有無を検討、さらに幻覚妄想・病的言動の有無を検討するという過程は、統計的な手順のみで得られた結果ではある。ただ、統計的な処理とはいえ、元データは事前調査担当者の思考過程を示した資料であり、その解析を行った訳なので、まず精神科入院歴があるか、起訴前鑑定は行われたか等、通報以前の精神科医師の評価はどうかを検討する、という点は、事前調査における担当者の思考過程を浮き彫りにしたものかも知れない。

また、度数の出現頻度が少ない項目については、Odds 比を求めても統計的に有意となりにくい。ただ、出現頻度が低くても、たとえば殺人のおそれなど、重要な項目はあるので、出現頻度が低く統計に影響しない項目だからといって、ただちに調査不要というようなことにはならない。

5 まとめ

検察官通報において指定医による措置診察要否判断について、自傷行為、他害行為、精神科治療歴、幻覚妄想・病的言動があれば診察実施され、生涯診断歴、現在治療状況、本人面接の各項目があれば診察不要とされていた。また、各項目の組み合わせからは、精神科入院歴の有無で分岐、あり群では100.0%、診察実施と判断されていた。精神科入院歴なし群では診察実施は32.5%にとどまった。これらは起訴前鑑定の有無で分岐し、起訴前鑑定あり群190例では診察実施57.4%に上昇、起訴前鑑定なし群222例では診察実施11.3%にとどまった。この両群とも幻覚妄想・病的言動の有無で分岐し、これらが認められると診察実施される頻度が高まっていた。

これらの結果について、一部、過去の調査と項目の入れ替わりはあるなど、多少、重視される項目に変動はみられるが、経時的には措置診察の要否判断に大きな変化はないと思われた。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1.論文発表 準備中

2.学会発表 準備中

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

文献

1) 竹島正, 立森久照, 三宅由子, 他: 措置通報等に対する都道府県等の対応状況に関する研究. pp.19-63, 厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業) 措置入院制度の適正な運用に関する研究_平成15年度総括・分担研究報告書, 2011

2) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知: 「措置入院の運用に関するガイドライン」について.

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3289&dataType=1&pageNo=1

3) 吉住昭, 竹島正, 島田達洋, 他(執筆担当: 瀬戸秀文): 医療観察法導入後における精神保健福祉法第25条に基づく検察官通報の現状に関する研究. pp55-91, 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業) 重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇および社会復帰の促進に関する研究_平成22年度総括・分担研究報告書, 2011

4) 吉住昭, 島田達洋, 小口芳世, 他(執筆担当: 瀬戸秀文): 医療観察法導入後における精神保健福祉法第24条に基づく警察官通報の現状に関する研究. pp69-91, 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業) 重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇および社会復帰の促進に関する研究_平成24年度総括・分担研究報告書, 2013

5) 瀬戸秀文, 稲垣中, 岩永英之, 他: 措置入院者の実態把握と必要な医療密度に関する研究その2 (3) 精神保健福祉法第26条に基づく矯正施設長通報の現状把握に関する研究《3》事前調査の検討. pp585-602, 厚生労働科学研究補助金 (障害車政策総合研究事業 (精神障害分野)) 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究_平成30年度_総括・分担研究報告書, 2019

表1 事前調査各項目の度数分布

事前調査項目	度数	最小値	最大値	n	平均値	標準偏差
精神科入院歴	566	0	1	154	0.27	0.445
措置入院歴	566	0	1	67	0.12	0.323
本人面接	566	0	1	218	0.39	0.487
幻覚妄想	566	0	1	340	0.6	0.49
状況認知判断異常	566	0	1	333	0.59	0.493
生活維持困難	566	0	1	189	0.33	0.472
自傷行為	566	0	1	27	0.05	0.213
他害行為	566	0	1	433	0.77	0.424
殺人	566	0	1	9	0.02	0.125
傷害	566	0	1	84	0.15	0.356
暴行	566	0	1	105	0.19	0.389
性的問題	566	0	1	15	0.03	0.161
侮辱	566	0	0	0	0	0
器物損壊	566	0	1	89	0.16	0.364
強盗	566	0	1	1	0	0.042
恐喝	566	0	1	2	0	0.059
窃盗	566	0	1	68	0.12	0.325
詐欺	566	0	1	5	0.01	0.094
放火	566	0	1	10	0.02	0.132
弄火	566	0	1	3	0.01	0.073
生涯診断歴	566	0	1	414	0.73	0.444
精神科治療歴	566	0	1	404	0.71	0.452
現在治療状況	566	0	1	213	0.38	0.485
起訴前鑑定	566	0	1	311	0.55	0.498
薬物乱用	566	0	1	28	0.05	0.217
アルコール	566	0	1	62	0.11	0.313
身体合併症	566	0	1	11	0.02	0.138
過去の司法処分	566	0	1	168	0.3	0.457
精神鑑定有無	566	0	1	323	0.57	0.495
重大他害行為かどうか	566	0	1	118	0.21	0.407
診察実施	566	0	1	288	0.51	0.5

「本人面接」は、事前調査における本人面接の有無。「幻覚妄想・病的言動」は、幻覚妄想あるいは明白に病的な行動や言動。「状況認知判断異常」は、社会生活における状況認知・判断の障害。「生活維持困難」は、基本的な生活維持の困難（睡眠・栄養・清潔の保持、電気・水道・ガスの確保、寒暑炎熱の防御等）。「他害行為」は、今回の申請・通報・届出に関するもの。

表2 事前調査各項目の多重共線性の評価

事前調査の項目	非標準化係数		標準化係数 t 値		有意確率	共線性の統計量	
	B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
(定数)	0.063	0.036		1.74	0.082		
精神科入院歴	0.518	0.042	0.461	12.286	<.001	0.505	1.982
措置入院歴	-0.007	0.053	-0.004	-0.124	0.901	0.612	1.634
本人面接	-0.045	0.029	-0.044	-1.576	0.116	0.901	1.11
幻覚妄想	0.181	0.037	0.177	4.911	<.001	0.544	1.84
状況認知判断異常	-0.013	0.036	-0.013	-0.354	0.723	0.569	1.758
生活維持困難	0.036	0.034	0.034	1.073	0.284	0.703	1.423
自傷行為	0.171	0.065	0.073	2.627	0.009	0.918	1.089
他害行為	0.218	0.044	0.185	4.9	<.001	0.5	2.001
殺人	-0.082	0.113	-0.021	-0.726	0.468	0.888	1.126
傷害	0.036	0.055	0.026	0.667	0.505	0.47	2.128
暴行	0.072	0.038	0.056	1.881	0.061	0.8	1.25
性的問題	-0.044	0.087	-0.014	-0.508	0.611	0.913	1.095
器物損壊	0.052	0.04	0.038	1.284	0.2	0.83	1.204
強盗	-0.027	0.334	-0.002	-0.082	0.935	0.904	1.106
恐喝	0.5	0.231	0.059	2.168	0.031	0.948	1.055
窃盗	-0.085	0.047	-0.055	-1.819	0.07	0.775	1.291
詐欺	0.082	0.145	0.015	0.565	0.572	0.964	1.037
放火	-0.203	0.118	-0.054	-1.719	0.086	0.732	1.367
弄火	0.353	0.201	0.051	1.762	0.079	0.837	1.195
生涯診断歴	-0.234	0.066	-0.207	-3.57	<.001	0.21	4.755
精神科治療歴	0.112	0.066	0.101	1.697	0.09	0.2	5.004
現在治療状況	-0.102	0.033	-0.099	-3.053	0.002	0.677	1.477
起訴前鑑定	0.111	0.057	0.111	1.967	0.05	0.224	4.464
薬物乱用	-0.013	0.065	-0.005	-0.195	0.846	0.902	1.109
アルコール	-0.049	0.044	-0.03	-1.1	0.272	0.934	1.07
身体合併症	0.049	0.1	0.014	0.492	0.623	0.938	1.067
過去の司法処分	0.049	0.032	0.045	1.525	0.128	0.813	1.231
精神鑑定有無	0.121	0.056	0.12	2.163	0.031	0.231	4.334
重大他害行為かどうか	0.048	0.048	0.039	0.988	0.323	0.464	2.156

「本人面接」は、事前調査における本人面接の有無。「幻覚妄想・病的言動」は、幻覚妄想あるいは明白に病的な行動や言動。「状況認知判断異常」は、社会生活における状況認知・判断の障害。「生活維持困難」は、基本的な生活維持の困難（睡眠・栄養・清潔の保持、電気・水道・ガスの確保、寒暑炎熱の防御等）。「他害行為」は、今回の申請・通報・届出に関するもの。

表3 事前調査各項目の措置診察要否判断へのOdds比

措置診断書の項目	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B) Odds比	95% 信頼区間 下限	95% 信頼区間 上限
精神科入院歴	36.191	3804.1	0	1	0.992	5E+15	0	.
措置入院歴	-3.925	4553.4	0	1	0.999	0.02	0	.
本人面接	-1.06	0.344	9.47	1	0.002	0.347	0.176	0.681
幻覚妄想	1.744	0.424	16.931	1	<.001	5.719	2.492	13.122
状況認知判断異常	-0.064	0.423	0.023	1	0.879	0.938	0.409	2.149
生活維持困難	0.366	0.372	0.966	1	0.326	1.442	0.695	2.993
自傷行為	2.157	0.873	6.108	1	0.013	8.641	1.563	47.784
他害行為	2.051	0.563	13.284	1	<.001	7.779	2.581	23.442
殺人	-1.464	1.348	1.179	1	0.278	0.231	0.016	3.25
傷害	-0.399	0.722	0.306	1	0.58	0.671	0.163	2.76
暴行	0.951	0.413	5.298	1	0.021	2.589	1.152	5.822
性的問題	-1.719	0.913	3.542	1	0.06	0.179	0.03	1.074
器物損壊	0.495	0.415	1.423	1	0.233	1.64	0.727	3.699
強盗	-15.4	40373	0	1	1	0	0	.
恐喝	20.788	28406	0	1	0.999	1E+09	0	.
窃盗	-0.795	0.532	2.233	1	0.135	0.452	0.159	1.281
詐欺	1.676	2.478	0.458	1	0.499	5.346	0.042	687.82
放火	-19.08	2320	0	1	0.993	0	0	.
弄火	18.792	2320	0	1	0.994	1E+08	0	.
生涯診断歴	-2.411	0.748	10.4	1	0.001	0.09	0.021	0.388
精神科治療歴	1.913	0.755	6.429	1	0.011	6.776	1.544	29.739
現在治療状況	-1.186	0.396	8.962	1	0.003	0.305	0.14	0.664
起訴前鑑定	0.286	0.557	0.262	1	0.609	1.33	0.446	3.968
薬物乱用	0.114	0.672	0.029	1	0.865	1.121	0.3	4.186
アルコール	-0.615	0.455	1.828	1	0.176	0.541	0.222	1.319
身体合併症	0.962	0.969	0.986	1	0.321	2.616	0.392	17.471
過去の司法処分	0.595	0.36	2.723	1	0.099	1.812	0.894	3.672
精神鑑定有無	1.955	0.609	10.316	1	0.001	7.061	2.142	23.274
重大他害行為かどうか	1.014	0.68	2.221	1	0.136	2.757	0.727	10.46
定数	-4.361	0.659	43.79	1	<.001	0.013		

有意確率5%以下の項目について、背景を黄色で示した。

「本人面接」は、事前調査における本人面接の有無。「幻覚妄想・病的言動」は、幻覚妄想あるいは明白に病的な行動や言動。「状況認知判断異常」は、社会生活における状況認知・判断の障害。「生活維持困難」は、基本的な生活維持の困難（睡眠・栄養・清潔の保持、電気・水道・ガスの確保、寒暑炎熱の防御等）。「他害行為」は、今回の申請・通報・届出に関するもの。

図 1 事前調査各項目の措置診察要否判断へのOdds比

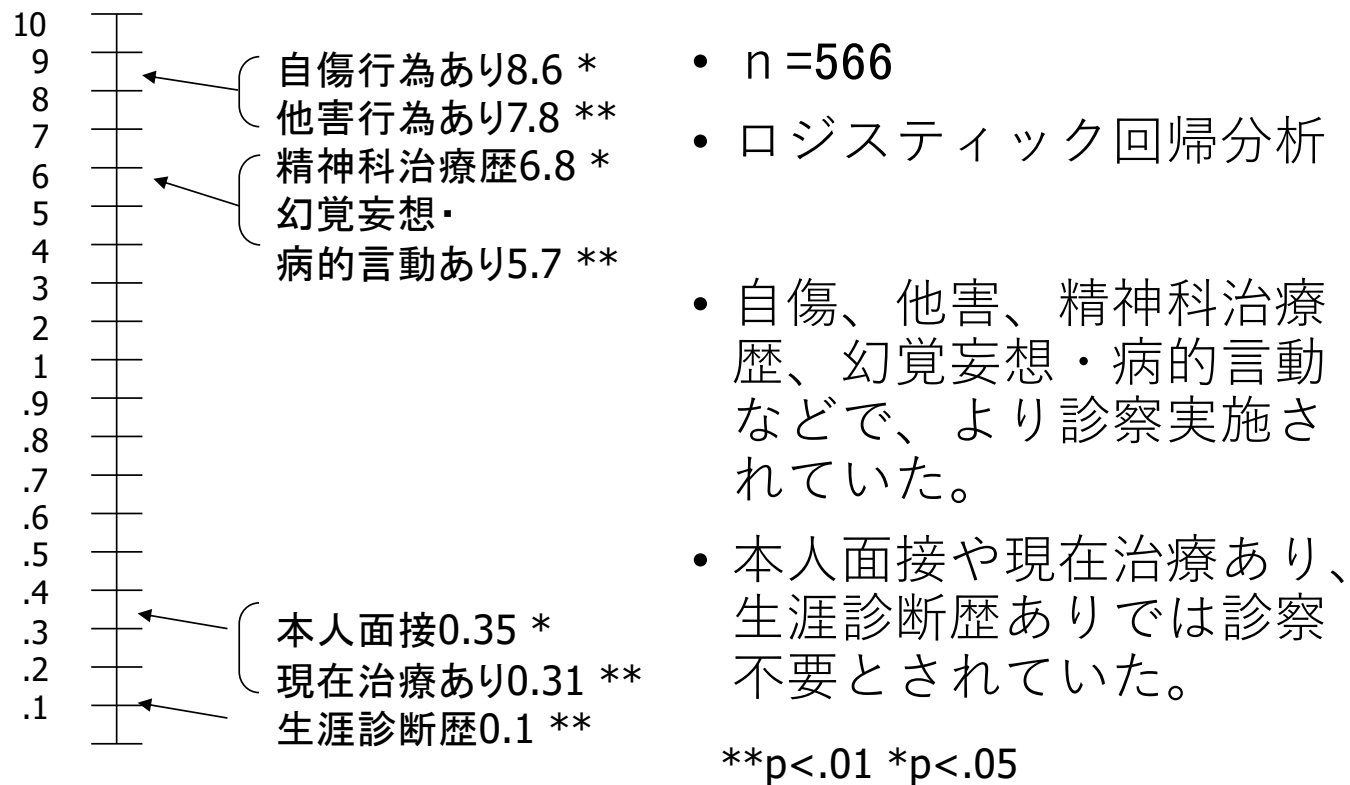
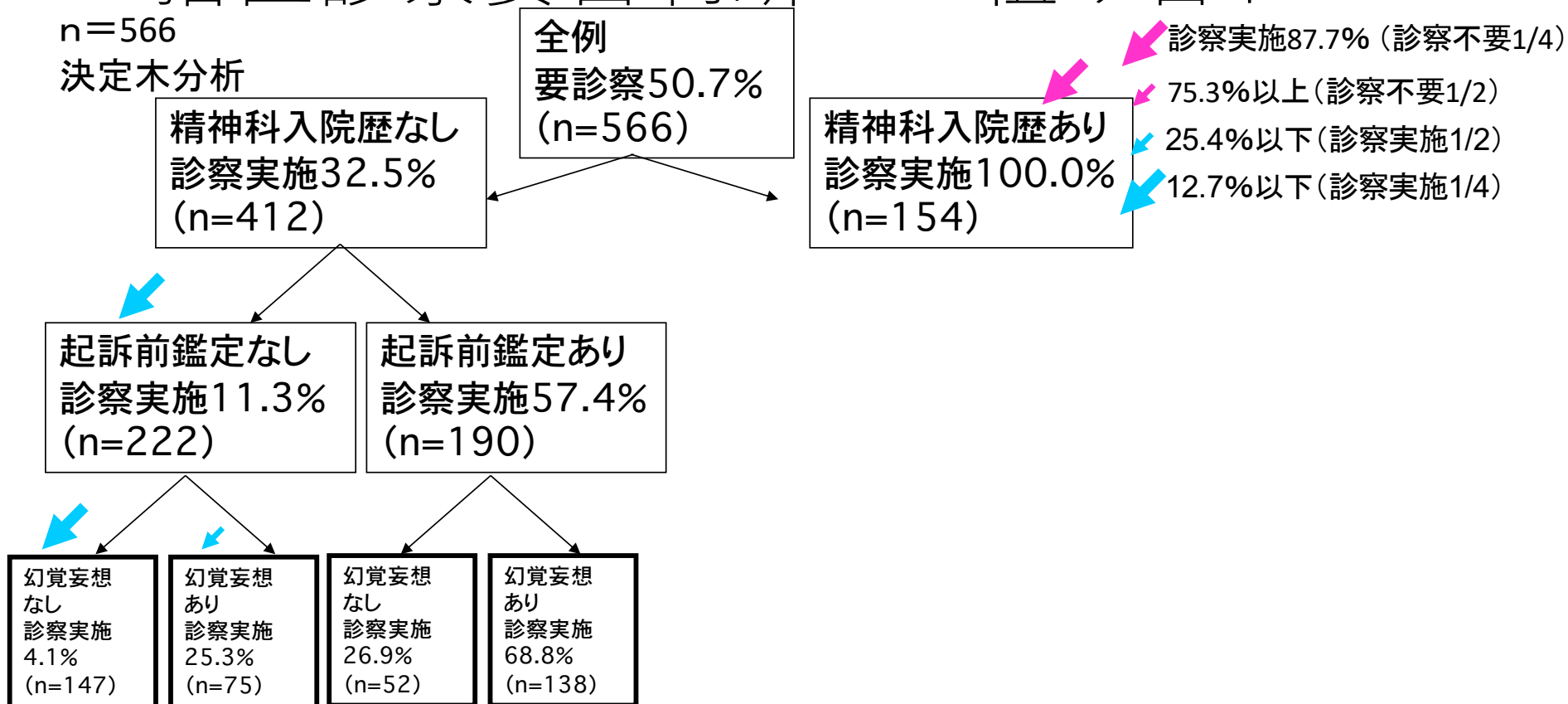


図 2 事前調査各項目の措置診察要否判断への組み合わせ



2010年度 警察官通報

措置通報および措置入院の実態に関する研究

その2（2）

精神保健福祉法第24条に基づく

検察官通報の現状把握に関する研究

《6》指定医の措置要否判断の傾向について

研究分担者： 瀬戸 秀文（福岡県立精神医療センター太宰府病院）

研究協力者： 稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター）、太田 順一郎（岡山市こころの健康センター）、小口 芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室）、小池 純子（国立精神・神経医療研究センター）、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）、中西 清晃（国立精神・神経医療研究センター）、中村 仁（長崎県精神医療センター）、藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター）（敬称略・五十音順）

要旨

精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）第24条に基づく検察官通報の現状を把握するため、2020年4月1日から2020年9月30日における検察官通報例について、全国すべての都道府県・政令指定都市に協力を依頼し、調査を行った。

この研究について、1つの報告書とすると、かなりの分量となってしまふ。このため、この報告書は、次の6つに分けた。このうち《1》《2》《3》《4》については、2022年度の報告書において報告した。2023年度においては《5》《6》について報告する。

《1》 検察官通報調査の概要と転帰（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《2》 検察官通報の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《3》 事前調査の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《4》 指定医診察例の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=288）

《5》 事前調査における措置診察要否判断の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《6》 措置診察における措置要否判断の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=555）

本稿では、このうち、《6》措置診察における措置要否判断の検討、について、以下、述べることにした。

《6》措置診察における措置要否判断の検討

【目的】 検察官通報における精神保健指定医（以下、指定医という）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。

【方法】 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 566 例（48.4 歳± 14.7 歳、男性 456 例、女性 110 例）が提出された。指定医による措置診察は 288 例に実施されており、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。

【結果】 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。

【結論】 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。

A. 研究の背景と目的

措置入院にかかる精神保健指定医（以下、「指定医」という）の判断については、要措置であっても措置不要であっても、論議の的となりやすい。

通報を行った警察官や検察官からは、他害行為が再現することを懸念して、要措置とすべきであるとの見解がしばしば出される。一方で、受け入れた医療機関からは、措置入院以外の選択肢がなかったか、医療ではなく司

法の対象ではないのか等の疑念が呈されることも、しばしばである。精神科救急入院料等の施設基準や診療報酬の基準に措置入院件数が加わったことで、受け入れる医療機関の認識に、幾分、変化はあるかも知れないが、医療経済的な手当てだけで措置入院にまつわるすべての問題が解決する訳ではない。患者本人による異議が呈されることがあることはもちろん、措置解除後に退院した患者が、再度の他害行為を行った際に、措置入院をしてい

たことを、再度の他害行為の被害者や関係者等から問題視される場面もありうる。措置診察となった患者について、指定医が措置要否を、きちんと見極めることは、とても大切である。

措置要否判断の傾向については、2000年度のすべての申請・通報・届出について対象とした調査（以下「2000年調査」という）、2008年度の検察官通報・2010年5月と11月の警察官通報調査（以下「2008年検察官&2010年警察官調査」、前者単独の場合は「2008年検察官調査」という）がある¹⁻⁷⁾。

2000年調査においては、同年度になされた、すべての通報・申請・届出（ただし警察官通報については2000年5月および2000年11月に限る）を対象として得られた、あわせて1976例において、指定医による措置診察3881件を対象に調査した¹⁻⁴⁾。指定医の判断の傾向として、診断書項目の措置要否判断へのOdds比は、殺人4.11、自殺企図4.00、幻覚妄想3.32、精神運動興奮3.15、傷害2.90、放火または弄火2.43、措置入院歴2.14、自傷2.01、躁1.98、微罪1.89、うつ0.69、精神遅滞0.58であった。また、決定木分析では、全3881件は14因子（年齢、性別、措置入院歴、躁、精神運動興奮、幻覚妄想、人格障害、薬物アルコール、残遺性人格変化、傷害、放火、微罪行為、自殺企図、自傷行為）の有無で46群に分類された。そして全例では措置率84.4%であったが、精神運動興奮があれば92.2%に、さらに傷害のおそれが加わると96.6%に上昇した。興奮がない群では73.5%にとどまり、さらに幻覚妄想もなければ60.2%に低下していた。

2008年検察官&2010年警察官調査における措置診察2211件（実人数1106例）についても、同様に検討が行われた⁵⁻⁷⁾。このうちOdds比が有意であったのは、症状の大項目では知覚3.26、思考5.21、感情・情動1.75、意欲3.89、小項目では幻聴3.23、幻視2.87、妄想5.28、思考途絶2.87、連合弛

緩3.22、滅裂思考3.28、感情平板化2.55、無為・無関心2.03、させられ体験3.10、高揚気分1.95、行為心迫7.00、易怒性・被刺激性亢進2.40、衝動行為3.45、興奮3.37、自殺念慮1.75などであった。解離0.34、食行動その他0.35、物質依存0.57などでは低下がみられた。状態像では、幻覚妄想状態5.46、精神運動興奮状態2.69などで上昇が見られる一方、もうろう状態0.29、抑うつ状態0.66、その他の状態像0.53などで低下していた。問題行動では、措置入院に関する診断書の略号として、A：これまでの問題行動、B：今後おそれのある問題行動の表記をそのまま用いると、重大な他害行為で、殺人B17.2、放火A2.38、放火B6.66、強制わいせつB12.22、傷害A1.99、傷害B8.72、広義の触法行為で暴行A2.53、暴行B9.97、恐喝B2.28、脅迫A1.62、脅迫B5.08、器物損壊A1.40、器物損壊B4.99、弄火または失火B7.45、家宅侵入A1.49、家宅侵入B5.26、窃盗B2.03、詐欺等B3.37であった。自傷行為では、自殺企図B3.27、自傷B3.37であった。その他の重大な問題行動B5.22であった。その他の問題行動では、暴言2.43、徘徊、2.48、その他1.88であった。なお、2008年検察官調査に限定すると、同調査では幻覚妄想26.2、躁11.94、放火8.61、強制わいせつ8.57、抑うつ6.58、認知症5.99、傷害3.98、自傷3.85、暴行3.40、精神運動興奮2.77、家宅侵入2.68、詐欺等2.62、器物損壊2.19、強姦0.09などであった。

決定木分析では、各項目の組み合わせと措置要否判断の割合は、暴行のおそれと妄想の有無でまず分岐しており、問題行動、精神症状の双方が指定医の判断に影響していた。そして、暴行のおそれがあり妄想がない群では最後まで精神病症状が影響しておらず、精神症状に関係なく要措置とされる余地は認められた。

たしかに措置入院に関する診断書の症状や

問題行動などの項目の Odds 比や決定木分析によって得られた樹形図は、統計的な論理だけで得られたものではあるが、指定医の思考過程に類似しており、指定医がどのような点を考慮して措置要否を判断したか、その過程を明らかにする端緒となりうるものと思われた。

こうしたことから、今回、2020年における検察官通報調査においても、指定医の判断について、同様の検討を行うことで、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当たっての基礎資料とすることとした。

B. 方法

1 対象

2020年4月1日から2020年9月30日までの6ヶ月間において、全国すべての都道府県知事・政令指定都市市長に対して、精神保健福祉法第24条に基づいて検察官通報がなされた「精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人」について、対象とした。

2 調査の方法

2022年10月15日、全国すべての都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課に調査票を送付し、転記の上、2022年11月30日までの返送を求めた。

3 調査内容

精神保健福祉法第24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、次の項目について、年齢や性別、その他、所定の調査票に転記を求める形式で、調査を行った。

このうち、「措置入院に関する診断書」より転記を求めた項目は、次の通りである。

- ① 申請等の添付資料の有無
- ② 年齢・性別
- ③ 病名

- ④ 入院回数
- ⑤ 重大な問題行動
- ⑥ 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像
- ⑦ 医学的総合判断
- ⑧ 診断日
- ⑨ この診断書の診断が措置診察か緊急措置診察かの区別

なお、実際の調査票ならびに調査票記載マニュアルならびに記述統計結果は、2022年度報告書に掲載した通りである。

4 統計

「措置入院に関する診断書」より転記された項目のうち、性別、重大な問題行動、現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像を独立変数、医学的総合判断を従属変数として、ロジスティック回帰分析ならびに決定木分析を行った。

ロジスティック回帰分析は IBM・SPSS社の SPSS Statistics 29.0 for Mac OS X, Regression を用い、強制投入法を施行した。

決定木分析は同じく SPSS Statistics 29.0 for Mac OS X, Decision Tree を用い、親ノード50例以上、子ノード25例以上、有意確率を5%として、3階層まで、CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detection) を施行した。

(倫理的配慮)

以上の研究計画書について、研究代表者が所属する、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審査を受け、2020年12月15日に承認を受けた。

なお、調査予定の時期については、都道府県・政令指定都市の担当課は、新型コロナウイルス感染症（以下、「COVID-19」という。）のパンデミックの影響で繁忙を極めている等の状況を考慮して延期を繰り返さざるをえず、最終的に2022年10月15日に調査票発送に至ったものである。

C. 結果

1 調査対象について

47 都道府県・20 政令指定都市のうち、37 自治体（24 都道府県・13 政令指定都市）から 566 例の提出を受けた。ほか 1 つの自治体から、調査対象期間に該当例がない、との連絡を受けた。13 自治体からは協力できないとの返答があった。16 自治体からは、返答がなかった。

566 例のうち、指定医による措置診察が実施されなかったのは 278 例、実施されたのは 288 例であった。

指定医による措置診察が実施されたのは 288 例で、うち 267 例で指定医 2 名の措置診察 534 件、21 例で指定医 1 名のみの措置診察 21 件であった。あわせて 555 件の措置診察について、以下、検討した。

2 年齢・性別・診断・措置診察の転帰

措置診察が実施された 288 例については、2022 年度報告書《4》指定医診察例の検討に、詳細を報告した。

改めて年齢・性別・診断・措置診察の転帰などの概要を示すと、措置診察が実施された 288 例の年齢は、平均 49.8±標準偏差 14.4 歳であった。性別は、男性 237 例、女性 51 例（男女比 4.6 : 1）であった。

主たる精神障害の診断は、ICD10 コードごとに、F0 器質性 19 例、F1 精神作用物質 16 例、F2 統合失調症 185 例、F3 気分障害 23 例、F4 神経症 4 例、F6 人格障害 3 例、F7 知的障害 9 例、F8 発達障害 5 例、F9 児童思春期 1 例、なし 2 例、不一致 21 例であった。

措置診察の転帰は、措置入院 234 例、措置不要 54 例であった。緊急措置入院したケースはなかった。

3 診断書各項目の度数分布

指定医による措置診察は 288 例に実施され、うち 267 例で指定医 2 名の措置診察 534 件、21 例で指定医 1 名のみの措置診察 21 件、あわせて 555 件の措置診察が行われた。

この 555 件について、性別、重大な問題行動、現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像、医学的総合判断の度数分布を、表 1 措置入院に関する診断書各項目の度数分布、に示した。

このうち、意識混濁、もうろう、拒食、異食の 4 項目では、度数 0 であった。また、度数の出現頻度が 5%未満であったのは、せん妄、記銘障害、見当識障害、健忘、思考途絶、思考制止、強迫観念、感情失禁、行為心迫、昏迷、精神運動制止、離人感、させられ体験、解離、拒食、てんかん、自殺念慮、物質依存、不潔行為、殺人、放火、強盗、強制性交、強制わいせつ、恐喝、弄火または失火、詐欺等、自殺企図、自傷であった。

そして、診断書各項目の多重共線性について、重回帰分析の方法で分散拡大係数 VIF (Variance Inflation Factor) を求め、表 2 措置入院に関する診断書各項目の多重共線性の評価、に示した。VIF 値は見当識障害 2.781、記銘障害 2.516 がやや高いものの、ほぼすべての項目とも VIF 値は 1 ないし 2 前後で、基準とされる 10 以下にとどまった。なお、表には示していないが、重大な問題行動について、措置入院に関する診断書では、A : これまでの問題行動、B : 今後おそれのある問題行動、として明確に区別されているため、それぞれ別の項目として分散拡大係数 VIF を求めたところ、詐欺等 A9.77、詐欺等 B10.47 など、10 を越える値となった。このため、重大な問題行動については、A : これまでの問題行動、B : 今後おそれのある問題行動をわけのではなく、まとめて集計することとした。

4 措置入院に関する診断書各項目の要措置判断への Odds 比

性別、重大な問題行動、現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像を独立変数、医学的総合判断を従属変数としてロジスティック回帰分析を行い、表 3 措置入院に関する診断書各項目の要措置判断

の Odds 比、に示した。

有意確率 5%以下で、95%信頼区間の下限、上限とも 1 を下回らないか、1 を上回らない項目の Odds 比 (95%信頼区間 下限・上限) および有意確率は、幻覚妄想状態 4.48

(1.64-12.3) $p=0.004$ 、易怒性・被刺激性亢進 10.9 (3.80-31.0) $p<0.01$ 、衝動行為 3.47 (1.57-7.68) $p=0.002$ 、傷害 3.17

(1.25-8.05) $p=0.015$ 、恐喝 0.11 (0.01-0.92) $p=0.042$ であった。統計的に有意であった Odds 比については、図 1 措置診察において、いずれかの指定医が認定した因子の措置要否判断への影響 (Odds 比)、にも示した。

5 決定木分析

性別、重大な問題行動、現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像を独立変数、医学的総合判断を従属変数として、決定木分析を行い、図 2 措置診察において、いずれかの指定医が認定した因子の措置要否判断への影響 (決定木分析)、に示した。

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%、措置不要 13.5%であったが、易怒性・被刺激性亢進あり群 266 件では 96.6%が要措置と判断され、ターミナルノードとなって分岐が終了していた。この群では要措置 96.6%、措置不要 3.4%で、措置不要は全例の 4 分の 1 以下であった。

易怒性・被刺激性亢進なし群 289 件は要措置 77.2%にとどまり、妄想の有無で分岐していた。このうち、妄想あり群 201 件は要措置 86.1%に上昇、一方、妄想なし群 88 件は要措置 56.8%に低下していた。

この両群とも衝動行為の有無で分岐しており、いずれもターミナルノード、分岐終了していた。易怒性なし・妄想あり群 201 件は衝動行為の有無で、衝動行為あり群 97 件 (要措置 97.9%) と、衝動行為なし群 104 件 (要措置 75.0%) にわかれた。一方、易怒性

なし・妄想なし群 89 件は衝動行為の有無で、衝動行為あり群 29 件 (要措置 72.4%) と、衝動行為なし群 59 件 (要措置 49.2%) にわかれていた。

D. 考察

1 調査対象について

この報告書における調査対象および年齢・性別・診断など、属性については、昨年度の報告<1>、<2>、<3>、<4>および今年度の報告<5>とは対象の性質が異なっていることに留意を要する。これら、<1>から<5>まで 5 つの報告は、いずれも 1 例につき 1 データであるが、この報告書<6>に限っては、検察官通報 566 例のうち、指定医による措置診察が実施されなかった 278 例のデータは含まれていない。しかも、措置診察が実施された 288 例は、前述のように、うち 267 例で指定医 2 名の措置診察 534 件、21 例で指定医 1 名のみ措置診察 21 件、あわせて 555 件の措置診察について検討しており、母集団に相違がある。

この点、措置診察に際して指定医 2 名が診察した例のみを対象とする方法も考えられるが、現実指定医 1 名の判断で措置不要としている自治体は多く、措置不要例が必要以上に除外されてしまい、指定医の措置要否判断の要点が見えづらくなる。このため、指定医 1 名のデータについて、あえて区別はしないこととした。

ここで、Odds 比や、決定木の分岐の差異を検討するのにあたっては、背景についても留意しておく必要がある。Odds 比は、ある事象が起きる確率の、その事象が起きない確率に対する比であり、念のため、それぞれの研究の母集団について確認しておく。

2000 年調査では、すべての通報申請届出 1976 例に対する 3884 件の措置診察を対象としている。2008 年検察官&2010 年警察官調査では検察官通報または警察官通報で措置診察が行われた 1106 例の措置診察 2211 件を

対象としている。そして2020年検察官調査は、検察官通報された566例のうち、措置診察となった288例の555件の措置診察を対象としている。

2000年調査3884件、2008年検察官&2010年警察官調査2211件、2020年検察官調査555件と、対象ケース数に限れば、2020年検察官調査に比して2008年検察官&2010年警察官調査は約4倍、2000年調査は約8倍の開きがある。また、すべての通報申請届出を対象としたのか、警察官通報と検察官通報の両方か、検察官通報だけか、といった対象による差異も考慮する必要がある。たとえば警察官通報では、興奮が著しい、あるいは、自殺企図など、必ずしも刑事手続きには至らない被通報者の問題行動が見られることも少なくないが、すくなくとも検察官通報であれば、必ず刑事手続きを経ており、少なくとも取り調べが可能な程度の問題行動となる等のバイアスが考えられる。このような差異があるために、前述のように、指定医の判断に至る際の病状の母数や程度に差異があることで、見かけ上、Odds比の差異があるような値となっている可能性は、視野に置く必要がある。

2 措置入院に関する診断書の様式変更と、それに影響を受けた項目について

2020年検察官調査の際に用いられていた措置入院に関する診断書は、2006年9月29日の、各都道府県・各指定都市精神保健福祉主管部(局)長あて厚生労働省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知「精神病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について」(平成18年9月29日・障精発第09290005号)により、2006年10月から様式変更とされたものである。特に、この変更によって、重大な問題行動として診断書に列挙されている殺人、放火、強盗、強制性交、強制わいせつ、傷害、暴行、恐喝、脅迫、窃盗、器物破損、弄火または失火、家宅侵入、詐欺等の経済的な問題行動、自殺企

図、自傷、その他の17項目については、診断書ではA：これまでの問題行動、B：今後おそれのある問題行動、として明確に区別されることとなった。それ以前に用いられていた書式は、1988年5月13日、健医精発第16号、各都道府県精神保健担当部(局)長あて、厚生省保健医療局精神保健課長通知として「精神衛生法の一部を改正する法律による改正後の精神保健法の運用上の留意事項について」にて定められている。この、従前の書式では、問題行動について、1殺人、2傷害、3暴行、4脅迫の群、5自殺企図、6自傷、7不潔の群、8放火または弄火、9器物損壊、10窃盗、11侮辱、12強盗、13恐喝の群、14徘徊、15家宅侵入の群、16性的異常行動、17風俗犯的行動、18無断離院、19無銭飲食、20無賃乗車の群、21その他の、6群として、群ごとに、A：これまでの問題行動、B：今後おそれのある問題行動を評価する様式となっている⁸⁾。

2000年調査では、当時に用いられていた診断書が、このような様式であったため、問題行動欄の印だけでは、A：これまでの問題行動なのか、B：今後おそれのある問題行動なのか、診断書をみただけでは特定できないという問題があった。

つまり、1殺人、2傷害、3暴行、4脅迫の群において、たとえば1殺人、2傷害の番号に○印が付され、A、B双方に○が付されていた場合、次の7通りの組み合わせが存在することになる。

- (1)「殺人A、殺人B、傷害A、傷害B」
- (2)「殺人A、殺人B、傷害A 」
- (3)「殺人A、殺人B 、傷害B」
- (4)「殺人A 、傷害A、傷害B」
- (5)「殺人A 、傷害B」
- (6)「 殺人B、傷害A、傷害B」
- (7)「 殺人B、傷害A 」

このため、この記載を用いて、問題行動ごとのOdds比や決定木分析を検討することができなかった。

2006年に診断書の様式変更が行われたため、2008年検察官&2010年警察官調査では、このA、Bが項目ごとに独立して検討することができた。

ただ、今回の2020年検察官調査では、A：これまでの問題行動、B：今後おそれのある問題行動を別々に検討したところ、前述のように、多重共線性の指標であるVIF値が高値となったため、結果として、重大な問題行動のA、Bを、わけずに検討することとした。

このほか、2020年検察官調査では、2008年検察官&2010年警察官調査当時に比して、診断書の様式について、刑法の改正に準拠して、強姦を強制性交と言い換える変更がなされているが、それ以外の項目は2008年検察官&2010年警察官調査と変更はなかった。

なお、これに関連して、措置入院に関する診断書については、2024年4月1日の改正精神保健福祉法の施行にあわせて、2023年7月13日の改正刑法の施行にら、強制性交を不同意性交等、強制わいせつを不同意わいせつに言い換える様式の変更が予定されている。

3 措置要否判断のOdds比について

2000年調査では通報など1976例に対する3884件の措置診察を対象とした。項目別のOdds比および95%信頼区間は、Odds比の高い順に、殺人4.11(2.14-7.89)、自殺企図4.00(2.74-5.85)、幻覚妄想状態3.32(2.67-4.13)、精神運動興奮状態3.15(2.54-3.89)、傷害2.90(2.25-3.73)、放火または弄火2.43(1.66-3.58)、措置入院歴2.14(1.48-3.10)、自傷2.01(1.47-2.73)、躁状態1.98(1.43-2.75)、微罪1.89(1.52-2.37)、うつ状態0.69(0.49-0.96)、精神遅滞0.58(0.40-0.85)であった。なお、年齢、性別、強盗、性的異常行動、不潔、昏迷状態、意識障害、痴呆、人格障害、残遺性人格変化、性心理的障害、薬物依存・アルコール

の各項目は、有意差が認められず計算の過程で自動的に除外されていた。

また、2008年検察官&2010年警察官調査では、通報1106例に対する措置診察2211件を対象とした。項目別のOdds比および95%信頼区間は、Odds比の高い順に、殺人B17.2(2.39-124.34)、暴行B9.97(7.14-13.91)、傷害B8.72(5.91-12.87)、放火B6.66(1.66-27.36)、幻覚妄想5.46(4.26-6.99)、脅迫B5.08(2.94-8.79)、自傷B3.37(2.17-5.22)、自殺企図B3.27(2.07-5.16)、精神運動興奮2.69(2.01-3.66)、放火A2.38(1.03-5.54)、傷害A1.99(1.43-2.67)、抑うつ0.66(0.41-0.98)、その他の状態像0.53(0.39-0.72)、もうろう0.29(0.09-0.93)であった。

統計的に有意であった項目とOdds比について、2008年検察官&2010年警察官調査と2000年調査を比較すると、殺人B17.2(2000年調査：殺人4.11)、傷害A1.99と傷害B8.72(同：傷害2.90)、放火A2.38と放火B6.66(同：放火または弄火2.43)、幻覚妄想5.46(同：幻覚妄想状態3.32)、自傷B3.37(同：自傷2.01)、自殺企図B3.27(同：自殺企図4.00)、精神運動興奮2.69(同：精神運動興奮状態3.15)、抑うつ0.66(同：うつ状態0.69)であった。また、2008年検察官&2010年警察官調査では、このほか、暴行B9.97、脅迫B5.08、その他の状態像0.53、もうろう0.29なども有意であった。また、2000年調査では措置入院歴2.14、躁状態1.98、微罪1.89、精神遅滞0.58などであったが、2008年検察官&2010年警察官調査では有意ではなかった。

この点、2008年検察官調査に限定すると、同調査では幻覚妄想26.2、躁11.94、放火8.61、強制わいせつ8.57、抑うつ6.58、認知症5.99、傷害3.98、自傷3.85、暴行3.40、精神運動興奮2.77、家宅侵入2.68、詐欺等2.62、器物損壊2.19、強姦0.09などであった。

2020年検察官調査では、易怒性・被刺激性亢進 10.9、幻覚妄想状態 4.48、衝動行為 3.47、傷害 3.17、恐喝 0.09 となっていた。これらの項目について、2000年調査、2008年検察官&2010年警察官調査と比較すると、まず妄想ないし幻覚妄想については、2020年検察官調査では幻覚妄想状態 4.48、2008年検察官&2010年警察官調査では幻覚妄想 5.46（2008年検察官に限定すると幻覚妄想 26.2）、2000年調査では幻覚妄想状態 3.32 となっていた。また傷害についても、2020年検察官調査では傷害 3.17、2008年検察官&2010年警察官調査では傷害 A 1.99 と傷害 B 8.72（2008年検察官に限定すると傷害 3.98）、2000年調査では傷害 2.90 など、この2項目では、大きく変わらない数字となっていた。また、2020年検察官通報では、易怒性・被刺激性亢進 10.9、衝動行為 3.47、恐喝 0.09 なども有意であった。

4 決定木分析について

2000年調査では通報など 1976例に対する 3884件の措置診察を対象とした。全例は 14因子（年齢、性別、措置入院歴、躁、精神運動興奮、幻覚妄想、人格障害、薬物アルコール、残遺性人格変化、傷害、放火、微罪行為、自殺企図、自傷行為）の有無で 46群に分類された。そして全例では措置率 84.4%であったが、精神運動興奮があれば 92.2%に、さらに傷害のおそれが加わると 96.6%に上昇した。興奮がない群では 73.5%にとどまり、さらに幻覚妄想もなければ 60.2%に低下した。

また、2008年検察官&2010年警察官調査では、決定木は、まず暴行 B の有無で分岐した。暴行 B あり群 1042例では要措置 1000例（96.0%）、措置不要 42例（4.0%）であり、暴行 B なし群 1169例では要措置 824例（70.5%）、措置不要 345例

（29.5%）であった。両群とも妄想の有無で再分岐した。暴行 B あり群 1042例は、妄想あり群 735例と妄想なし群 307例に分岐し

た。暴行 B なし群 1169例も、妄想あり群 640例と妄想なし群 529例に分岐した。

なお、2008年検察官調査に限定すると、幻覚妄想で分岐し、幻覚妄想あり群は暴行の有無、暴行あり群は器物損壊の有無で分岐していた。幻覚妄想なし群は、自傷の有無で分岐し、自傷なし群は家宅侵入の有無で分岐していた。

2020年検察官調査では、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 76.9%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。

今回の結果、まず易怒性・被刺激性亢進の有無を検討し、次いで妄想の有無を検討、さらに衝動行為の有無を検討するという過程は、統計的なロジックのみで得られた手順ではある。ただ、易刺激的かどうか、妄想はあるかどうか、そして衝動性はどうかという順番で考えるのも、指定医の思考過程に類似しているといえる。そもそも措置入院に関する診断書は指定医の思考過程を示した資料であり、その解析を行った訳なので、統計処理を行っただけとはいえ、その背景にある思考過程が表出されても不自然ではない。

そして、2000年調査、2008年検察官&2010年警察官調査でも指摘されているように、「易怒性あり、妄想なし、衝動行為あり」等の群は、精神病症状なしでも要措置とされる余地があり、慎重な判断を要する。引き続き他の問題行動や精神症状との関係性を検討することが必要である。

また、度数の出現頻度が少ない項目については、Odds 比を求めても統計的に有意となりにくいところがあった。この点、対象を検察官通報のみとしたことで、昏迷や精神運動制止などの精神症状、あるいは自殺企図、自

傷など自傷行為は、刑事司法からはかわりにくく、Oddsを求めることや、決定木の分岐の対象外となったものと思われた。

これらの結果は、過去の調査と類似の傾向を示しており、指定医の判断に大きな変化はないと思われる。

5 COVID-19の影響

この調査の対象とした2020年4月1日から2020年9月30日までの6ヶ月間は、COVID-19パンデミックの初期にあたる。この時期、3月2日に全国の学校が休校、3月24日に東京オリンピック延期、有名人の死去が報じられ、4月7日には第1波に対応して一部都府県に緊急事態宣言が発出、4月16日には全国に広げられる等で社会全体が外出自粛、感染防止に神経質となり、保健所も感染者への対応で多忙をきわめていた。その後、医療機関や福祉施設でのクラスターが問題となる一方で、5月17日の週で第1波が終息した頃には飲食店への休業要請等で産業への影響が無視できなくなり、Go To トラベルキャンペーン等の経済対策が開始され始めた。その後、第2波がおさまったのが9月21日から27日までの週とされている。なお、COVID-19ワクチン接種が開始されたのは2021年2月17日からである。この時期は、社会全体が未知の感染症に戦々恐々とし、保健所の業務逼迫が切実な問題として報じられていた。

このような状況の時期であり、通報や措置要否判断にも何らかの影響を与えた可能性はあるが、この研究で得られた指標からは、COVID-19の影響を指摘するには至らない。とはいえ、COVID-19パンデミックの初期で、その影響があった可能性は否定できないため言及しておく。

6 その他

本稿執筆に際して、かつての措置入院に関する診断書の書式を探したが、この様式が使用されていた当時の書籍にあたり、ようやく、この様式がどのような制定経緯であった

かを知ることができた。

インターネットにより、現在、必要な情報は瞬時に検索し、呈示できる一方で、すこし前の診断書様式などは、改正のたびに公式の検索からは削除されてしまい、とたんに資料にあたるのが困難となってしまっている。

このような研究を行う上で、かつての資料がさほどの困難なく入手できることは、大切であり、法改正等に際しては、その時点で改正される以前の資料は、電子的に利用可能な形で保管、公表され続けるべきであると考えられた。

7 まとめ

検察官通報において指定医の診察が行われた例では、易怒性・被刺激性亢進、幻覚妄想状態、衝動行為、傷害などが認められる例で有意に要措置と判断されていた。これらは、過去の調査と類似の傾向を示しており、指定医の判断に大きな変化はないと思われた。

たしかに措置入院に関する診断書の症状や問題行動などの項目のOdds比や決定木分析によって得られた樹形図は、統計的な論理だけで得られたものではある。しかし、統計処理の元となった措置入院に関する診断書は、指定医の思考過程をもとに作成されたものである。このため、得られた結果は単に統計的な論理によって求められた値ではなく、その背景には指定医の思考過程が存在しており、指定医の思考過程に類似するのは当然といえる。このように、指定医は症状の重さを評価し、また症状が問題行動にどのように関係しているかを考慮して措置要否を判断していることが、これまでの調査によって、その過程が、すこしずつ明らかになってきているとも思われた。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1.論文発表 準備中

2.学会発表 準備中

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

文献

- 1) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文: 精神保健指定医の措置入院の要否判断に影響する因子の影響度について. pp49-61, 厚生労働科学研究補助金(障害保健福祉総合研究事業)措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究_平成17年度総括・分担研究報告書, 2006
- 2) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について 措置入院に関する診断書のロジスティック回帰分析による検討. 臨床精神医学 36, 1067-1074, 2007
- 3) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文: 精神保健指定医の措置入院の要否判断に対する決定木分析による検討. pp97-108, 厚生労働科学研究補助金(障害保健福祉総合研究事業)措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究_平成18年度総括・分担研究報告書, 2007
- 4) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断の因子の組み合わせによる影響について 措置入院に関する診断書の決定木分析による検討. 臨床精神医学 38, 469-478, 2009
- 5) 吉住昭, 島田達洋, 小口芳世, 他(執筆担当: 瀬戸秀文): 措置入院に関する診断書各項目の措置要否判断にかかる Odds 比ならびに各項目の組み合わせと措置要否判断の割合について—ロジスティック回帰分析および決定木分析による検討. pp81-95, 厚生労働科学研究補助金(障害車対策総合研究事業)医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関

する研究_平成25年度_総括・分担研究報告書, 2014

- 6) 吉住昭, 竹島正, 島田達洋他(執筆担当: 瀬戸秀文): 医療観察法導入後における触法精神障害者への精神保健福祉法による対応に関する研究 その2 医療観察法導入後における精神保健福祉法第25条に基づく検察官通報の現状に関する研究. pp55-91, 厚生労働科学研究補助金(障害車対策総合研究事業)重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究_平成22年度_総括・分担研究報告書, 2011
- 7) 瀬戸秀文, 吉住昭: 医療観察法施行前後の措置入院の変化—特に警察官通報の現状ならびに指定医の判断傾向について—. 臨床精神医学 43(9), 1325-1334, 2014
- 8) 厚生省保健医療局精神保健課 監修: 精神保健福祉関係法令通知集. pp189-233, ぎょうせい, 東京, 1996

表1 措置入院に関する診断書各項目の度数分布（2枚組1枚目）

措置診断書の項目	度数	最小値	最大値	n	平均値	標準偏差
性別	555	0	1	454	0.82	0.386
I1意識混濁	555	0	0	0	0	0
I2せん妄	555	0	1	4	0.01	0.085
I3もうろう	555	0	0	0	0	0
II知能障害	555	0	1	34	0.06	0.24
III1記銘障害	555	0	1	21	0.04	0.191
III2見当識障害	555	0	1	16	0.03	0.167
III3健忘	555	0	1	20	0.04	0.187
IV1幻聴	555	0	1	237	0.43	0.495
IV2幻視	555	0	1	32	0.06	0.233
V1妄想	555	0	1	390	0.7	0.457
V2思考途絶	555	0	1	16	0.03	0.167
V3連合弛緩	555	0	1	147	0.26	0.442
V4滅裂思考	555	0	1	72	0.13	0.336
V5思考奔逸	555	0	1	42	0.08	0.265
V6思考制止	555	0	1	7	0.01	0.112
V7強迫観念	555	0	1	11	0.02	0.14
VI1感情平板化	555	0	1	56	0.1	0.301
VI2抑うつ気分	555	0	1	26	0.05	0.212
VI3高揚気分	555	0	1	65	0.12	0.322
VI4感情失禁	555	0	1	3	0.01	0.073
VI5焦燥激越	555	0	1	45	0.08	0.273
VI6易怒性被刺激性亢進	555	0	1	266	0.48	0.5
VII1衝動行為	555	0	1	309	0.56	0.497
VII2行為心迫	555	0	1	17	0.03	0.172
VII3興奮	555	0	1	140	0.25	0.435
VII4昏迷	555	0	1	2	0	0.06
VII5精神運動制止	555	0	1	4	0.01	0.085
VII6無為無関心	555	0	1	29	0.05	0.223
VIII1離人感	555	0	1	3	0.01	0.073
VIII2させられ体験	555	0	1	21	0.04	0.191
VIII3解離	555	0	1	2	0	0.06
IX1拒食	555	0	1	3	0.01	0.073
IX2過食	555	0	0	0	0	0

表1 措置入院に関する診断書各項目の度数分布（2枚組2枚目）

措置診断書の項目	度数	最小値	最大値	n	平均値	標準偏差
IX3異食	555	0	0	0	0	0
重要1てんかん	555	0	1	5	0.01	0.095
重要2自殺念慮	555	0	1	14	0.03	0.157
重要3物質依存	555	0	1	23	0.04	0.199
問題行動1暴言	555	0	1	100	0.18	0.385
問題行動2徘徊	555	0	1	33	0.06	0.237
問題行動3不潔行為	555	0	1	12	0.02	0.146
状態像1幻覚妄想	555	0	1	355	0.64	0.481
状態像2精神運動興奮	555	0	1	106	0.19	0.393
状態像3昏迷	555	0	1	3	0.01	0.073
状態像4残遺状態	555	0	1	50	0.09	0.287
状態像5抑うつ状態	555	0	1	18	0.03	0.177
状態像6躁状態	555	0	1	46	0.08	0.276
状態像7せん妄状態	555	0	1	4	0.01	0.085
状態像8もうろう状態	555	0	0	0	0	0
状態像9認知症状態	555	0	1	17	0.03	0.172
措置01殺人	555	0	1	15	0.03	0.162
措置02放火	555	0	1	20	0.04	0.187
措置03強盗	555	0	1	6	0.01	0.104
措置04強制性交	555	0	1	4	0.01	0.085
措置05強制わいせつ	555	0	1	19	0.03	0.182
措置06傷害	555	0	1	215	0.39	0.488
措置07暴行	555	0	1	258	0.46	0.499
措置08恐喝	555	0	1	19	0.03	0.182
措置09脅迫	555	0	1	74	0.13	0.34
措置10窃盗	555	0	1	93	0.17	0.374
措置11器物損壊	555	0	1	177	0.32	0.466
措置12弄火または失火	555	0	1	12	0.02	0.146
措置13家宅侵入	555	0	1	102	0.18	0.388
措置14詐欺等	555	0	1	18	0.03	0.177
措置15自殺企図	555	0	1	19	0.03	0.182
措置16自傷	555	0	1	21	0.04	0.191
措置17その他	555	0	1	105	0.19	0.392
医学的総合判断	555	0	1	480	0.86	0.342

表2 措置入院に関する診断書各項目の多重共線性の評価（2枚組1枚目）

措置診断書の項目	非標準化係数		標準化係数 t 値		有意確率	共線性の統計量	
	B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
(定数)	0.426	0.055		7.692	<.001		
性別	0.044	0.039	0.05	1.149	0.251	0.773	1.293
I2せん妄	0.357	0.276	0.088	1.292	0.197	0.313	3.197
II知能障害	-0.124	0.063	-0.087	-1.975	0.049	0.759	1.317
III1記銘障害	-0.087	0.111	-0.049	-0.785	0.433	0.382	2.618
III2見当識障害	-0.064	0.138	-0.031	-0.465	0.642	0.32	3.121
III3健忘	0.016	0.096	0.009	0.166	0.868	0.533	1.875
IV1幻聴	0.01	0.032	0.015	0.32	0.749	0.671	1.49
IV2幻視	0.043	0.062	0.03	0.699	0.485	0.818	1.223
V1妄想	0.131	0.04	0.175	3.273	0.001	0.512	1.952
V2思考途絶	0.071	0.09	0.035	0.784	0.434	0.75	1.333
V3連合弛緩	0.023	0.035	0.03	0.658	0.511	0.723	1.383
V4滅裂思考	0.008	0.045	0.008	0.187	0.852	0.753	1.328
V5思考奔逸	0.055	0.06	0.042	0.912	0.362	0.681	1.469
V6思考制止	0.187	0.156	0.061	1.193	0.233	0.562	1.78
V7強迫観念	0.07	0.102	0.029	0.687	0.493	0.849	1.178
VI1感情平板化	0.068	0.056	0.06	1.211	0.227	0.599	1.67
VI2抑うつ気分	-0.121	0.1	-0.075	-1.214	0.225	0.384	2.601
VI3高揚気分	0.113	0.057	0.107	1.974	0.049	0.5	1.999
VI4感情失禁	-0.211	0.193	-0.045	-1.096	0.273	0.857	1.167
VI5焦燥激越	-0.033	0.054	-0.027	-0.624	0.533	0.8	1.249
VI6易怒性被刺激性亢進	0.147	0.032	0.215	4.558	<.001	0.657	1.521
VII1衝動行為	0.103	0.03	0.149	3.43	<.001	0.771	1.298
VII2行為心迫	0.056	0.084	0.028	0.664	0.507	0.811	1.233
VII3興奮	0.008	0.039	0.01	0.209	0.834	0.592	1.691
VII4昏迷	-0.03	0.247	-0.005	-0.122	0.903	0.779	1.284
VII5精神運動制止	0.136	0.219	0.034	0.622	0.534	0.499	2.003
VII6無為無関心	0.007	0.073	0.004	0.092	0.927	0.648	1.543
VIII1離人感	0.233	0.22	0.05	1.06	0.29	0.657	1.522
VIII2させられ体験	0.111	0.074	0.062	1.487	0.138	0.85	1.177
VIII3解離	0.255	0.241	0.045	1.057	0.291	0.818	1.223
IX1拒食	0.014	0.208	0.003	0.068	0.946	0.732	1.365

表2 措置入院に関する診断書各項目の多重共線性の評価（2枚組2枚目）

	非標準化係数		標準化係数 t 値		有意確率	共線性の統計量	
	B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
重要1てんかん	-0.12	0.149	-0.033	-0.803	0.422	0.861	1.161
重要2自殺念慮	0.016	0.115	0.007	0.138	0.89	0.528	1.892
重要3物質依存	-0.095	0.073	-0.056	-1.303	0.193	0.805	1.242
問題行動1暴言	-0.032	0.042	-0.036	-0.75	0.453	0.651	1.537
問題行動2徘徊	0	0.062	0	-0.002	0.999	0.787	1.27
問題行動3不潔行為	0.033	0.105	0.014	0.313	0.755	0.731	1.369
状態像1幻覚妄想	0.105	0.041	0.148	2.596	0.01	0.452	2.211
状態像2精神運動興奮	0.044	0.044	0.051	1.006	0.315	0.569	1.757
状態像3昏迷	0.317	0.222	0.068	1.426	0.155	0.645	1.551
状態像4残遺状態	-0.01	0.056	-0.009	-0.181	0.856	0.655	1.527
状態像5抑うつ状態	0.159	0.124	0.082	1.285	0.199	0.356	2.805
状態像6躁状態	0.045	0.073	0.037	0.625	0.532	0.428	2.336
状態像7せん妄状態	-0.245	0.261	-0.061	-0.938	0.349	0.351	2.852
状態像9認知症状態	0.257	0.105	0.129	2.45	0.015	0.524	1.908
措置01殺人	-0.069	0.087	-0.033	-0.794	0.428	0.869	1.151
措置02放火	0.015	0.085	0.008	0.173	0.863	0.674	1.483
措置03強盗	0.009	0.161	0.003	0.054	0.957	0.615	1.625
措置04強制性交	-0.174	0.192	-0.043	-0.904	0.367	0.646	1.549
措置05強制わいせつ	0.055	0.088	0.029	0.621	0.535	0.665	1.504
措置06傷害	0.072	0.033	0.103	2.207	0.028	0.673	1.485
措置07暴行	0.018	0.034	0.027	0.54	0.589	0.601	1.663
措置08恐喝	-0.127	0.088	-0.068	-1.444	0.149	0.669	1.494
措置09脅迫	0.005	0.043	0.005	0.121	0.904	0.792	1.262
措置10窃盗	0.075	0.042	0.081	1.791	0.074	0.709	1.41
措置11器物損壊	0.012	0.032	0.017	0.396	0.692	0.792	1.263
措置12弄火または失火	0.038	0.113	0.016	0.339	0.735	0.634	1.578
措置13家宅侵入	0.029	0.038	0.033	0.767	0.443	0.795	1.258
措置14詐欺等	0.006	0.079	0.003	0.083	0.934	0.882	1.134
措置15自殺企図	0.107	0.098	0.057	1.085	0.278	0.535	1.869
措置16自傷	-0.105	0.082	-0.059	-1.282	0.201	0.699	1.43
措置17その他	0.052	0.039	0.06	1.35	0.178	0.739	1.352

表3 措置入院に関する診断書各項目の要措置判断のOdds比（2枚組1枚目）

措置診断書の項目	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B) Odds比	95% 信頼区間 下限	上限
性別	0.284	0.511	0.308	1	0.579	1.328	0.488	3.617
I2せん妄	61.661	27412	0	1	0.998	6E+26	0	.
II知能障害	-1.241	0.693	3.211	1	0.073	0.289	0.074	1.123
III1記銘障害	-2.305	1.518	2.307	1	0.129	0.1	0.005	1.953
III2見当識障害	-0.87	3.1	0.079	1	0.779	0.419	0.001	182.38
III3健忘	0.966	1.391	0.482	1	0.487	2.628	0.172	40.161
IV1幻聴	-0.213	0.435	0.24	1	0.624	0.808	0.344	1.896
IV2幻視	0.547	0.818	0.447	1	0.504	1.728	0.348	8.586
V1妄想	0.948	0.496	3.655	1	0.056	2.58	0.976	6.817
V2思考途絶	18.85	8160	0	1	0.998	2E+08	0	.
V3連合弛緩	0.508	0.542	0.876	1	0.349	1.661	0.574	4.81
V4減裂思考	0.31	0.698	0.197	1	0.657	1.363	0.347	5.352
V5思考奔逸	0.193	0.984	0.038	1	0.845	1.212	0.176	8.344
V6思考制止	19.822	13754	0	1	0.999	4E+08	0	.
V7強迫観念	0.714	1.218	0.343	1	0.558	2.042	0.188	22.238
VI1感情平板化	0.922	0.831	1.231	1	0.267	2.514	0.493	12.815
VI2抑うつ気分	-1.224	1.026	1.422	1	0.233	0.294	0.039	2.199
VI3高揚気分	2.251	1.184	3.615	1	0.057	9.501	0.933	96.748
VI4感情失禁	-3.179	1.742	3.332	1	0.068	0.042	0.001	1.264
VI5焦燥激越	-1.186	0.837	2.006	1	0.157	0.306	0.059	1.576
VI6易怒性被刺激性亢進	2.385	0.535	19.873	1	<.001	10.854	3.804	30.966
VII1衝動行為	1.244	0.405	9.439	1	0.002	3.47	1.569	7.676
VII2行為心迫	0.875	1.349	0.421	1	0.517	2.399	0.17	33.765
VII3興奮	0.43	0.712	0.366	1	0.545	1.538	0.381	6.203
VII4昏迷	14.334	24170	0	1	1	2E+06	0	.
VII5精神運動制止	3.103	30307	0	1	1	22.257	0	.
VII6無為無関心	0.571	1.317	0.188	1	0.664	1.771	0.134	23.422
VIII1離人感	15.856	36166	0	1	1	8E+06	0	.
VIII2させられ体験	19.786	7097.8	0	1	0.998	4E+08	0	.
VIII3解離	21.149	25529	0	1	0.999	2E+09	0	.
IX1拒食	18.463	19637	0	1	0.999	1E+08	0	.

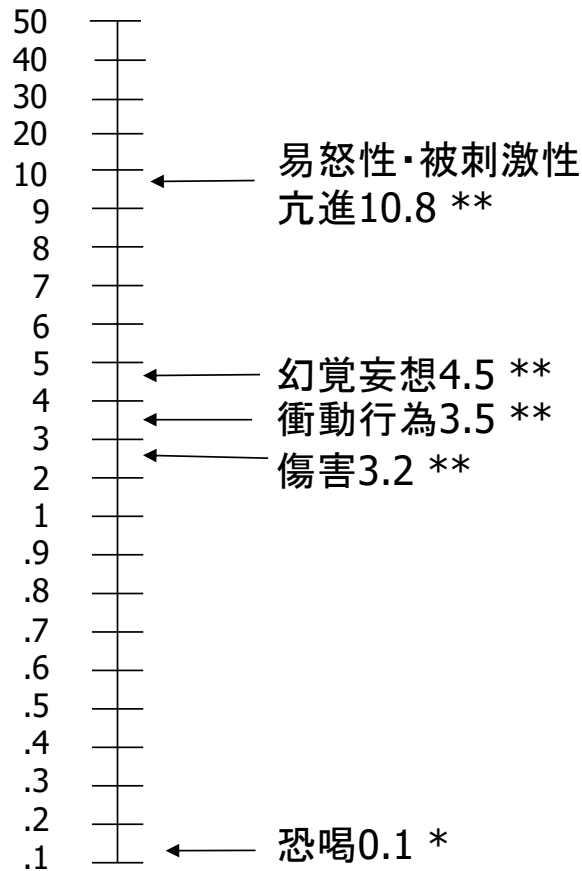
有意確率5%以下の項目について、背景を黄色で示した。

表3 措置入院に関する診断書各項目の要措置判断のOdds比（2枚組2枚目）

措置診断書の項目	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B) Odds比	95% 信頼区間 下限	上限
重要1てんかん	-2.136	1.593	1.799	1	0.18	0.118	0.005	2.678
重要2自殺念慮	-0.451	1.132	0.159	1	0.69	0.637	0.069	5.862
重要3物質依存	-0.74	0.874	0.717	1	0.397	0.477	0.086	2.645
問題行動1暴言	-0.607	0.652	0.866	1	0.352	0.545	0.152	1.957
問題行動2徘徊	-0.46	0.95	0.234	1	0.628	0.632	0.098	4.064
問題行動3不潔行為	17.541	9533.5	0	1	0.999	4E+07	0	.
状態像1幻覚妄想	1.499	0.517	8.393	1	0.004	4.476	1.624	12.339
状態像2精神運動興奮	0.862	0.793	1.182	1	0.277	2.368	0.501	11.2
状態像3昏迷	20.724	18650	0	1	0.999	1E+09	0	.
状態像4残遺状態	-0.301	0.71	0.179	1	0.672	0.74	0.184	2.978
状態像5抑うつ状態	1.559	1.547	1.015	1	0.314	4.754	0.229	98.627
状態像6躁状態	-0.198	1.091	0.033	1	0.856	0.821	0.097	6.969
状態像7せん妄状態	-39.99	23271	0	1	0.999	0	0	.
状態像9認知症状態	4.932	3.173	2.417	1	0.12	138.69	0.276	69588
措置01殺人	0.089	1.064	0.007	1	0.934	1.093	0.136	8.797
措置02放火	0.109	1.016	0.011	1	0.915	1.115	0.152	8.169
措置03強盗	2.31	2.257	1.048	1	0.306	10.075	0.121	839.98
措置04強制性交	-1.179	1.971	0.358	1	0.55	0.308	0.006	14.653
措置05強制わいせつ	0.911	1.165	0.612	1	0.434	2.487	0.254	24.385
措置06傷害	1.154	0.475	5.89	1	0.015	3.17	1.249	8.048
措置07暴行	0.014	0.44	0.001	1	0.974	1.014	0.428	2.403
措置08恐喝	-2.406	1.185	4.124	1	0.042	0.09	0.009	0.919
措置09脅迫	0.174	0.559	0.096	1	0.756	1.19	0.397	3.561
措置10窃盗	0.655	0.552	1.407	1	0.236	1.925	0.652	5.685
措置11器物損壊	0.062	0.43	0.021	1	0.885	1.064	0.458	2.473
措置12弄火または失火	-0.471	1.435	0.108	1	0.743	0.625	0.037	10.409
措置13家宅侵入	0.507	0.483	1.102	1	0.294	1.66	0.644	4.277
措置14詐欺等	-0.135	0.964	0.02	1	0.889	0.874	0.132	5.776
措置15自殺企図	1.898	1.133	2.805	1	0.094	6.674	0.724	61.53
措置16自傷	-0.686	1.033	0.44	1	0.507	0.504	0.066	3.819
措置17その他	0.629	0.501	1.578	1	0.209	1.876	0.703	5.007
定数	-1.969	0.67	8.639	1	0.003	0.14		

有意確率5%以下の項目について、背景を黄色で示した。

図1 措置診察において、いずれかの指定医が認定した因子の措置要否判断への影響（Odds比）



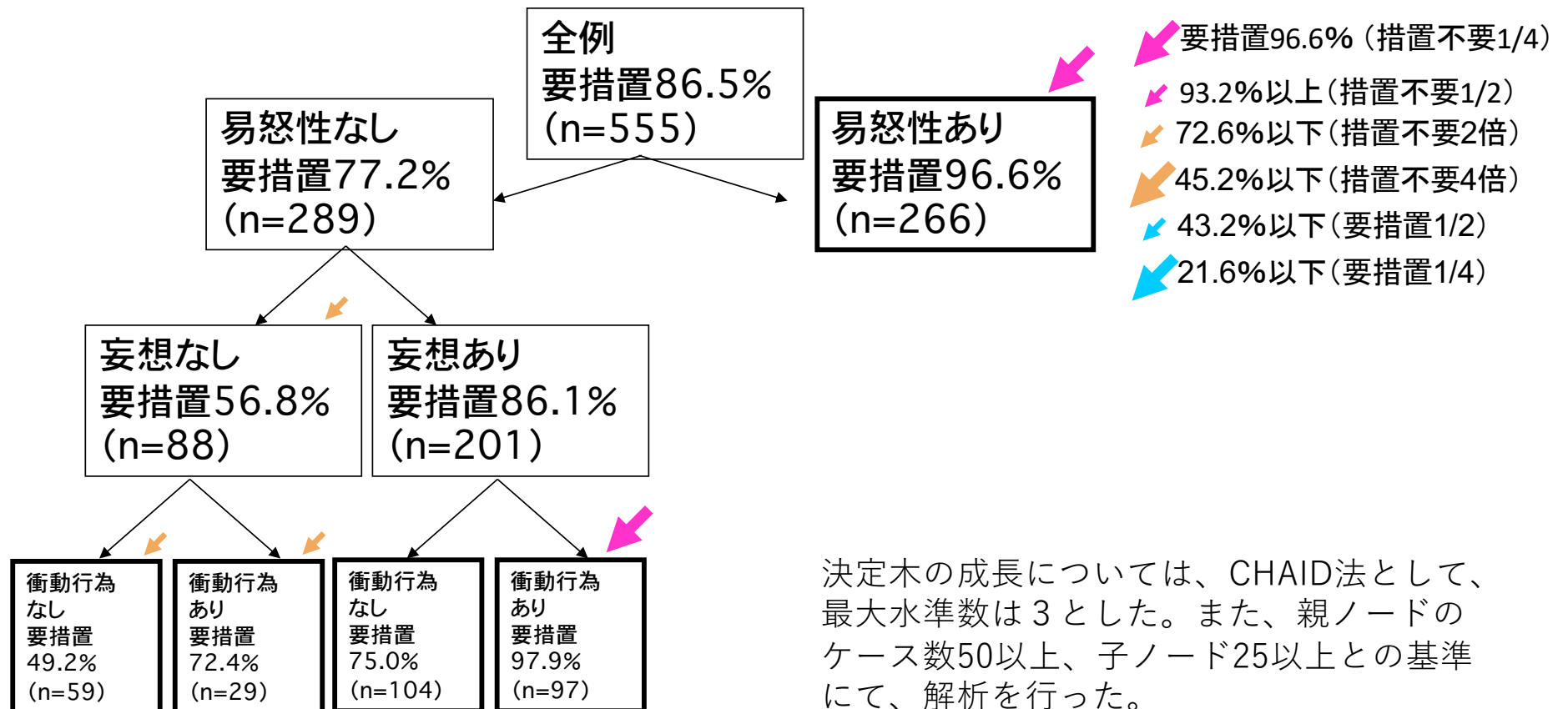
- n=555ロジスティック回帰分析
- 被刺激性亢進、幻覚妄想、衝動行為、傷害などで要措置との判断がなされた。
- 恐喝では措置不要と判断された。

独立変数同士に強い相関関係があるか線形関係が成立する場合、小数の値が追加されるだけで回帰式が大きく変化するなどの弊害が生じ、多重共線性があるという。

多重共線性を評価するVIF (Variance Inflation Factors) 値を求めたところ、強盗AB、窃盗AB、詐欺A、その他ABにおいてVIF5以上、詐欺Bにおいて10.5と上昇していた。他害行為ABをまとめると、この問題は回避できた。このため今回は他害行為ABをまとめて評価した。

*p<.05 **p<.01

図 2 措置診察において、いずれかの指定医が認定した因子の措置要否判断への影響（決定木分析）



別紙4

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍 : 該当なし

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 : 該当なし

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

厚生労働大臣 殿

機関名 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 中込 和幸

次の職員の令和5年度厚生労働行政推進調査事業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 障害者対策総合研究事業
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 公共精神健康医療研究部・部長
(氏名・フリガナ) 西 大輔 ・ ニシ ダイスケ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・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"/>	国立精神・神経医療研究センター	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容: ・一法人との産学連携活動の規模が大きい場合には、当該法人との間に利害関係が存在し、利益相反による弊害発生が懸念される状況にあるといえます。

	<p>当該法人の利益を優先することなく、当該研究が科学的に公正な内容となるように留意し、研究成果公表時にはCOI開示を徹底ください。</p> <p>・当該法人への業務委託について、取引の必要性を十分吟味し、契約手続の透明性、公正性、取引条件の適正性を確保いただくことをご留意ください。</p> <p>・同一法人との間に複数の利益関係が存在する場合には、利益相反発生の懸念が指摘されやすい事を十分留意し、研究活動の実施及び研究成果の公表の際には当該法人からのバイアスを受けることなく、科学的に公正な内容とするよう留意してください。</p> <p>・当該研究と関係ある企業との間に、個人的利益が存在するため、当該法人に対するバイアスを発生させ、または当該法人からの影響を受けることなく、科学的な公正性が確保されるよう、留意してください。)</p>
--	---

- (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。

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 中込 和幸

次の職員の令和5年度厚生労働行政推進調査事業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 障害者対策総合研究事業
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 神経研究所 疾病研究第七部
(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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<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"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<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"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<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"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

厚生労働大臣 殿

機関名 学校法人大正大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 神達 知純

次の職員の令和 5 年度厚生労働行政推進調査事業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 障害者対策総合研究事業
2. 研究課題名 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
3. 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)
人を対象とする生命科学・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"/>	公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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	<input checked="" type="checkbox"/> 受講 <input type="checkbox"/> 未受講
-------------	---

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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (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"/> <input checked="" type="checkbox"/> 無 (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。

厚生労働大臣 殿

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 5年度厚生労働行政推進調査事業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 障害者対策総合研究事業
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 福祉社会デザイン学部社会福祉学科 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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<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"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<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"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<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"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

厚生労働大臣 殿

機関名 福岡県立精神医療センター 太宰府病院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 小嶋 亨二

次の職員の令和 5 年度厚生労働行政推進調査事業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 障害者対策総合研究事業
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医療部・精神科医長
(氏名・フリガナ) 瀬戸 秀文 ・ セト ヒデフミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・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"/>	福岡県立精神医療センター 太宰府病院研究審査委員会	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 研究審査委員会にて一括審査)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 当院研究審査委員会)
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。