

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6年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 黒田 直明

令和7（2025）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
黒田直明	
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-----	29
黒田直明	
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 -----	40
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：NDBに関する報告-----	51
高瀬顕功	
4. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究 -----	74
吉田光爾	
5. 措置通報及び措置入院の実態に関する研究 -----	82
瀬戸秀文	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	264
IV. 倫理審査等報告書の写し -----	265

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

研究代表者：○西 大輔 ¹⁾※1、黒田直明 ¹⁾※2

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

※1 令和 4 年度、令和 5 年度研究代表者

※2 令和 6 年度研究代表者

※3 令和 4 年度のみの方担研究者

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

2) 国立精神・神経医療研究センター 神経研究所

3) 群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学

4) 大正大学・社会共生学部

5) 東洋大学・ライフデザイン学部

6) 福岡県立精神医療センター 太宰府病院

研究要旨

本研究の目的は精神保健医療福祉の実態を把握するための調査、レセプトデータベース等のデータ収集およびその活用を通して、地域の多様な生活支援との連携による良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにするとともに第 8 次医療計画に資する指標および基準病床算定式を提案し、都道府県・市区町村による現状をモニタリングする体制の構築と各計画の推進を支援することである。本研究班は①第 8 次医療計画のモニタリング指標および基準病床算定式の提案、②精神保健医療福祉のモニタリング調査（630 調査）の企画・立案・実施・結果公表、※1③精神科入院患者の重症度の検討、④レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を活用した、精神医療の提供に関するモニタリング指標の算出、⑤精神保健医療福祉の各データの可視化、⑥措置通報および措置入院の実態に関する調査の実施とデータ解析 という 6 つの課題について各分担研究班において調査研究に取り組んだ。各分担研究の成果を統合し、政策研究としての成果をあげるため、研究代表者、研究分担者のほか、人権・権利擁護、公共政策・政策評価、精神保健医療のエキスパート、政策研究、疫学・統計研究、予防・疫学研究、自治体関係者からなる研究班全体会議を組織して科学的・合理的な政策研究として遂行していくことを目指した。各分担研究の成果は以下の通りであった。

A 班：良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究

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

令和 5 年度は 47 都道府県の精神保健福祉の主管課を対象に 2023 年 8 月 4 日～9 月 8 日に実態調査を行った。調査項目は計画の進捗プロセス、計画の策定期間、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。結果は、約 7 割の都道府県がすでに検討を始めている時期の調査となった。医療計画と障害福祉計画の関係性について、ほとんどの都道府県が一体となって、あるいは連携をして策定をしているプロセスが明らかになった。また、基準病床数をすでに設定していると回答したす

すべての都道府県が、厚労省が公表している値を使用したと回答していた。各指標について、ストラクチャー・プロセスの指標例においては、「未定もしくは未回答」もしくは「採用予定なし」の回答の割合が高かったものの、アウトカムの指標例においては、「採用予定なし」の回答の割合は低かった。独自設定の指標については、幅広く様々な指標が挙げられており、地域の課題に合わせた指標を都道府県ごとに設定をしている状況が伺えた。

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

B 班：精神保健医療福祉の提供のモニタリングに関する研究（630 調査）

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

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

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

C 班：精神医療の提供体制および実態把握に関する研究

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

令和 5 年度は、2013 年 1 から 2022 年 12 月診療分の NDB データの提供を受け、集計結果を公表した。2021 年度における入院受療率は、年齢と共に上がり、85 歳以上の認知症を有する患者が最も高いことが確認された。第 1 回緊急事態宣言の前の期間（2013 年 4 月から 2020 年 3 月）と、後の期間（2020 年 5 月から 2022 年 12 月）を比較すると、第 1 回緊急事態宣言の前後で、一部の年齢層において、入院患者数が減少し、外来患者数が増加していることが示された。

令和 6 年度は、2013 年 1 月から 2023 年 5 月の間に①精神病床入院、②精神科治療薬処方、③精神科専門療法、④精神科診断、⑤精神科管理に関する算定のある患者を特定して、診療行為・医薬品・傷病名情報を観察するための、NDB データを使用した。2013 年度から 2021 年度の入退院患者を観察した結果、地域平均生活日数は向上しつつあるものの、90 日時点の退院患者割合の変動は小さいことが示された。2022 年度における入院受療率は、年齢と共に上がり、85 歳以上の認知症を有する患者が最も高いことが確認された。第 1 回緊急事態宣言の前の期間（2013 年 4 月から 2020 年 3 月）と、後の

期間(2020年5月から2023年3月)を比較すると、第1回緊急事態宣言の前後で、一部の年齢層において、入院患者数が減少し、外来患者数が増加していた。

D 班：精神保健医療福祉の可視化に関する研究

令和4年度は、ReMHRADの①第7次医療計画における「精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」の表示、②630調査で把握された精神科病院への在院者の状況、③地域包括ケアのための資源の状況(訪問看護・障害福祉)、④社会資源マップ、の四つの内容で構成されているうち、②および③の経年表示機能の追加、および新たに⑤発達障がいに関する社会資源情報の掲載に関して検討した。また、自治体関係者と協議しながら、有効に活用されるデータベースとしての在り方を検討した。

令和5年度は、例年のデータのアップデートに加えて実装として①第8次医療計画指標の表示機能、②発達障害に関する社会資源情報の掲載をした。また追加検討として③630調査の退院者転帰情報、④ヒートマップ機能、⑤社会資源マップ冊子の自動生成を検討した。

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

E 班：措置通報及び措置入院の実態に関する研究

令和4年度は、措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究を行い、退院後3年までの実態を把握、検察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎資料とすることを目的とした調査、措置入院患者への訪問看護支援と多職種・他機関連携の現状と課題を把握、措置診察にかかる指定医招聘システムの実態把握、身体合併症を併発した措置入院患者への対応実態を把握し、身体合併症連携体制整備に寄与する基礎資料を得ることを目的とした検討を行った。結果として、退院2年後の通院継続状況、再入院状況において、後ろ向きコホート研究と大きな相違はない一方で、通院継続期間、再入院までの期間は、観察期間が平準化された今年度の時点において、研究協力施設が措置入院を受け入れた後に地域の医療機関に戻すのか、そのまま研究協力施設での医療を継続しているかの差異、またシステムとしての移送が行われ、その数も110例にのぼることも結果に影響していた。

令和5年度は措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究において、退院3年後の治療継続・再入院の状況を把握を行い、また、検察官通報において、通報を受けた都道府県・政令指定都市が、措置入院を要する際に精神保健指定医による診察を実施するかどうかの判断に際して、事前調査の各項目がどの程度、診察要否の判断に影響するかを検討、検察官通報における精神保健指定医の判断に際して、措置入院に関する診断書の各項目がどの程度、措置要否判断に影響するかについての傾向を明らかにした。

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

※1 令和4年度のための分担研究課題

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

研究協力者（五十音順）

朝倉 為豪	栃木県立岡本台病院
安西 信雄	帝京平成大学
稲垣 中	青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター
岩永 英之	独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター
牛島 一成	沼津中央病院
臼田 謙太郎	国立精神・神経医療研究センター
太田 順一郎	岡山市こころの健康センター
大塚 達以	東北大学 大学院医学系研究科 精神神経学分野
大村 重成	福岡保養院
小口 芳世	聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室
奥野 栄太	沖縄中央病院
奥村 泰之	臨床疫学研究推進機構
萱間 真美	国立国際医療研究センター 国立看護大学校
木崎 英介	大泉病院
吉川 隆博	東海大学
北村 真紀子	国立精神・神経医療研究センター
来住 由樹	岡山県精神科医療センター
久我 弘典	国立精神・神経医療研究センター
熊倉 陽介	東京大学
黒田 直明	国立精神・神経医療研究センター
小池 純子	国立精神・神経医療研究センター
河野 稔明	川崎市総合リハビリテーション推進センター
椎名 明大	千葉大学社会精神保健教育研究センター
島田 達洋	栃木県精神保健福祉センター
鈴木 亮	地方独立行政法人 宮城県立病院機構 宮城県立精神医療センター
酢野 貢	石川県立こころの病院
瀬戸屋 希	聖路加国際大学 大学院看護学研究科
田口 真源	大垣病院
竹澤 翔	石川県立高松病院
竹島 正	川崎市総合リハビリテーション推進センター
田崎 仁美	栃木県立岡本台病院
戸高 聡	独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター
富田 真幸	大泉病院
中西 清晃	国立精神・神経医療研究センター
中濱 裕二	長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター
中村 仁	長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター
平林 直次	国立精神・神経医療研究センター病院
藤井 千代	国立精神・神経医療研究センター
古野 考志	国立精神・神経医療研究センター

牧野 秀鏡	岡山県精神科医療センター
松尾 寛子	元・長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター
満留 朱里	医療法人社団翠会 八幡厚生病院
宮崎 大輔	長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター
宮田 量治	山梨県立北病院
村田 昌彦	榊原病院
山田 直哉	田川市役所
杠 岳文	肥前精神医療センター
横島 孝至	沼津中央病院
吉川 輝	岡山県精神科医療センター
吉住 昭	医療法人社団翠会 八幡厚生病院
芳野 昭文	地方独立行政法人 宮城県立病院機構 宮城県立精神医療センター
渡辺 純一	井之頭病院

技術協力

株式会社アクセライト

A.研究の背景と目的

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」（以下：「にも包括」）を推進していくために、精神疾患等の有無にかかわらず、地域のあらゆる住民が役割を持ち支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティの構築を支える精神医療の確保が求められる中で、地域に潜在する多様な精神保健医療福祉のニーズに対応するような体制構築が求められており、地域の医療・福祉諸機関等との連携が必要とされている。また、「にも包括」を推進していくためにデータを集約し、可視化した資料を公表することで、精神保健医療福祉の外形を俯瞰し、モニタリングを行っていくことも求められている。本研究の目的は精神保健医療福祉の実態を把握するための調査、レセプトデータベース等のデータ収集およびその活用を通して、地域の多様な生活支援との連携による良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにするとともに第8次医療計画に資する指標および基準病床算定式を提案し、都道府県・市区町村による現状をモニタリングする体制の構築と各計画の推進を支援することである。

1. 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究（令和4年度・5年度・6年度：A班）

令和4年度：

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

令和5年度：

前年度に提案した指標例や基準病床算定式について、各都道府県での指標の採用予

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

令和6年度：

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

2. 精神保健医療福祉の提供のモニタリングに関する研究（令和4年度・5年度・6年度：B班）

令和4年度、5年度、6年度：

本研究では全国調査を実施し、精神科外来医療、訪問看護、訪問診療等の提供体制の実態および介護福祉サービスとの連携の実態等の精神保健医療福祉の提供のモニタリングを行うことを主たる目的とした。報告書では、主に（1）各年度調査のプロセスの報告（2）次年度調査の方法や内容の変更・改善点の提示（3）調査結果の公開状況の整理を行っている。収集したデータは各年度分を精神保健福祉資料に公開している。調査内容に関しては、厚生労働省担当課や関係領域の専門家、研究班メンバー等による検討を重ね、調査項目の追加・削除・修正を行った。

3. 精神科入院患者の重症度に応じた医療

体制の確保に関する研究（令和 4 年度：C 班）

令和 4 年度：

精神疾患の入院医療において、病状および必要な労力、人手、effort を適切に評価し、良質な医療の促進のインセンティブとなるための、保険診療の「重症度、医療・看護必要度」に準じた、精神疾患のための重症度指標を確立することを目的とした。

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

令和 4 年度、5 年度、6 年度：

本研究では、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を活用して、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標の算出及び、新規のモニタリング指標を開発することを目的とした。

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

令和 4 年度、5 年度、6 年度：

本研究では市区町村が精神保健医療福祉システムの整備状況について全国との比較の中で把握できる＝「見える化」する Web データベースを、他データベースとの関連も踏まえながら構築を行った。

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

令和 4 年度：

1)、2) 本研究では措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究を行い、退院後 3 年までの実態を把握することを目的としていた。令和 4 年度は退院 2 年後の治

療継続・再入院の状況について報告した。

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

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

令和 5 年度：

1) 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究を行い令和 5 年度は退院 3 年後の治療継続・再入院の状況について報告した。2) 検察官通報において、通報を受けた都道府県・政令指定都市が、措置入院を要する際に精神保健指定医による診療を実施するかどうかの判断に際して、事前調査の各項目がどの程度、診療要否の判断に影響するか、その傾向を明らかにすることを目的とした。3) 検察官通報における精神保健指定医の判断に際して、措置入院に関する診断書の各項目がどの程度、措置要否判断に影響するか、その傾向を明らかにすることを目的とした。

令和 6 年度：

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

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

B.研究方法

1. 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究（令和 4 年度・5 年度・6 年度：A 班）

令和 4 年度：

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

令和 5 年度：

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

令和 6 年度：

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

2. 精神保健医療福祉の提供のモニタリングに関する研究（令和 4 年度・5 年度・6 年度：B 班）

令和 4 年度：

精神医療の提供のモニタリングを目的とした全国調査を実施した。調査対象は、これまでと変わりなく全国の精神科医療機関、訪問看護ステーション、および都道府県・政令指定都市の精神保健主幹課である。本調査は毎年実施されてきたものであり、令和 4 年度調査の調査内容はこれまでに行われてきた同調査の項目をほぼ踏襲した。本調査は調査主体である国立精神・神経医療研究センターにおいて倫理審査の可否を諮り、倫理審査に対象となる調査ではないとの理事長決裁を得て実施した。また、本調査に先立ち自治体に対して事前調査を行った。事前調査の主な目的は以下の 3 点であ

った。

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

令和 5 年度：

精神医療の提供のモニタリングを目的とした全国調査を令和 4 年度と同様に実施した。調査項目についても、同調査の項目をほぼ踏襲している。本調査は調査主体である国立精神・神経医療研究センターにおいて倫理審査の可否を諮り、倫理審査に対象となる調査ではないとの理事長決裁を得て実施した。

令和 6 年度：

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

3. 精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究（令和 4 年度：C 班）

令和 4 年度：

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

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

令和 4 年度：

2013 年 1 月から 2021 年 5 月の間に①精神病床入院、②精神科治療薬処方、③精神科専門療法、④精神科診断、⑤精神科管理に関する算定のある患者を特定して、診療行為・医薬品・傷病名情報を観察するための、NDB データを使用した。

令和 5 年度：

2013 年 1 月から 2022 年 12 月の間に①精神病床入院、②精神科治療薬処方、③精神科専門療法、④精神科診断、⑤精神科管理に関する算定のある患者を特定して、診療行為・医薬品・傷病名情報を観察するため、NDB データを使用した。

令和 6 年度：

2013 年 1 月から 2023 年 5 月の間に①精神病床入院、②精神科治療薬処方、③精神科専門療法、④精神科診断、⑤精神科管理に関する算定のある患者を特定して、診療行為・医薬品・傷病名情報を観察するための、NDB データを抽出した。

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

令和 4 年度～6 年度：

厚生労働行政推進調査事業（障害者政策総合研究事業）『医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究』にて開発された市区町村による精神保健医療福祉資源整備進捗の Web データベースシステムの構築に関する研究成果を発展させ、より洗練された形での「見える」化システムを開発した。システム構築にあたっては班会議や研究班の構成メンバ

一が実施した自治体向け研修等の意見を収集してその内容を反映していった。

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

令和4年度：

1)、2) 2016年6月1日から2019年9月30日までのうち連続した1年間に研究協力施設に措置入院となった患者を対象とした。措置入院時、措置解除時および退院時に、年齢や性別、診断、症状、状態像、転帰、処方などを調査し、措置入院からの退院1年後、2年後、3年後の社会転帰について検討した。3) 全国47都道府県・20政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調査への協力を求めた。対象は、2020年4月1日から2020年9月30日までに受理したすべての検察官通報例とした。対象例について、検察官通報書と事前調査書、および措置入院に関する診断書の内容の調査票への転記を求めた。研究実施は、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会の承認を受けた。4)、5) 2021年8月から11月に措置入院の退院後に訪問看護を実施している訪問看護ステーション2機関と病院訪問3機関の計5機関の多職種スタッフに対して、訪問看護支援の現状と課題に関するグループインタビューを実施した。6) 全国47都道府県・20政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、アンケート調査票を発送し、返送かWEBでの回答を求めた。調査票には自治体における措置入院制度と精神科救急医療の関係、指定医招聘システムや招聘時の困りなどの記載を求めた。研究実施は、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会に呈示し、個人情報扱っ

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

令和5年度：

1) 2016年6月1日から2019年9月30日までのうち、連続した1年間に研究協力施設に措置入院となった患者を対象とした。措置入院時、措置解除時および退院時に、年齢や性別、診断、症状、状態像、転帰、処方などを調査した。また精神症状・社会機能を1ヶ月おきに措置解除・退院に至るまで操作的な評価尺度（PSP）を用いて評価した。あわせて、措置入院からの退院1年後、2年後、3年後の社会転帰状況等について検討した。2) 全国47都道府県・20政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調査への協力を求めた。対象は、2020年4月1日から2020年9月30日までに受理したすべての検察官通報例とした。37自治体から提出された566例について、事前調査の各項目を独立変数、措置診察の有無を従属変数としてロジスティック回帰分析と決定木分析を行った。3) 2) で指定医による措置診察が行われた288例のうち267例で指定医2名の措置診察534件、21例で指定医1名の措置診察21件、あわせて555件の措置診察が実施されていた。この555件について、措置入院に関する診断書の各項目を独立変数、措置要否を従属変数としてロジスティック回帰分析と決定木分析を行った。

令和6年度：

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

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

2) 調査の対象は2023年5月17日から2023年5月31日までに受理したすべての警察官通報例とした。全国47都道府県・20政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調査への協力を求めた。なお、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックにより保健所はじめ自治体担当課にかなりの負担がかかっている現状に配慮して、調査対象はCOVID-19を、2023年5月8日の「5類移行」後として、調査協力可否をあらかじめ自治体に問い合わせた。調査は精神保健福祉法第23条に規定される通報内容や都道府県・政令指定都市における事前調査、精神保健指定医の診察による措置入院に関する診断書、措置入院先医療機関から提出される措置症状消退届の記載内容から、本人の年齢、性別、自傷他害のおそれ、重大な他害行為の有無ならびに事前調査、措置診察、措置解除時の診断や帰住先など、所定の調査票に転記を求める形式で行った。

警察官通報例の検討について、調査の対象は2023年5月17日から2023年5月31日までに受理したすべての警察官通報例とした。全国47都道府県・20政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調査への協力を求めた。なお、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックにより保健所はじめ自治体担当課にかなりの負担がかかっている現状に配慮して、調査対象はCOVID-19を、2023年5月8日の「5類移行」後として、調査協力可否をあらかじめ自治体に問い合わせた。調査は精神保健福祉法第23条に規定される通報内容や都道府県・政令指定都市における事前調査、精神保健指定医の診察による措置入院に関する診断書、措置入院先医療機関から提出される措置症状消退届の記載内容から、本人の年齢、性別、自傷他害のおそれ、重大な他害行為の有無ならびに事前調査、措置診察、措置解除時の診断や帰住先など、所定の調査票に転記を求める形式で行った。調査の回答をもとに、警察官通報例や通報後の転帰の実態を整理した。また、警察官通報書については、調査項目のうち、通報書の形式、通報書に記載された通報時点の本人の所在、精神科治療歴、自傷他害行為の有無、今後のおそれ、重大な他害行為に関する事項などについて検討を行った。また、事前調査についても調査項目より年齢、性別、精神症状や問題行動、治療歴、自傷他害のおそれなどに関する事項について検討した。さらに、実際に精神保健指定医の措置診察を受けた例について、措置入院に関する診断書からは診断、症状、問題行動などについて、措置症状消退届からは診断、措置解除後の処置に関する意見、帰住先などについて転記を求め、分析をおこなった。

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

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

C. 結果／進捗

1. 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究(令和4年度・5年度・6年度：A班)

令和4年度：

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

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

令和5年度：

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

令和6年度：

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

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

2. 精神保健医療福祉の提供のモニタリングに関する研究（令和 4 年度・5 年度・6 年度：B 班）

令和 4 年度：

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

令和 5 年度：

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

令和 6 年度：

令和 6 年度調査は、全国の精神科医療機関、訪問看護ステーション、都道府県・政令指定都市の自治体を対象に実施され、例年並みの高い回収率を維持した。病床を有する医療機関では 96.2%の回答率を得ており、全体として正確かつ網羅的なデータが確保できたと考える。調査期間中には 586 件の問い合わせがあり、特に 11 月は病院・診療所からの問い合わせが集中した。これは調査項目の理解や記載方法に関する不明点が多いことを示唆しており、今後は調査票の設計見直しや事前説明の強化などを通じて改善を図る必要がある。調査の内容については、医療計画との整合性を高めるため、自治体票に「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」に関する項目を追加したほか、医療機関票の外来・リエゾン診療に関する表記を見直し、診療報酬改定や法改正に対応した項目の追加・修正を実施した。本調査の成果として、病床を有する医療機関に関する調査結果を年度内に「精神保健福祉資料：

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>」にて公表することができた。また、精神病床を有しない医療機関の主たる診療科目についても実態把握を試みた結果、過半数が「精神科」、11.6%が「心療内科」であることが明らかとなった。精神病床を有しない医療機関および訪問看護ステーションについては、今後のオンライン調査導入に向けた意向確認も行った。その結果、いずれの対象でも 75%以上の機関がオンライン調査への対応が可能と回答しており、今後の調査手法のデジタル移行に向けた見通しが得られた。一方で、引き続き紙調査を希望する施設も一定数存在しており、段階的な移行が現実的であると考えられる。

3. 精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究（令和 4 年度：C 班）

令和 4 年度：

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

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

令和 4 年度：

2013 年から 2019 年にかけて、地域平均生活日数は向上しつつあるものの、90 日時点の退院患者割合は低下していた。また、新型コロナウイルス感染拡大下における第 1 回緊急事態宣言の前の期間（2013 年 4 月から 2020 年 3 月）と、後の期間（2020 年 5 月から 2021 年 5 月）を比較すると、精神科における月間外来患者延数が、15~19 歳と 20~24 歳において増加していた。

令和 5 年度：

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

令和 6 年度：

2013 年度から 2021 年度の入退院患者を観察した結果、地域平均生活日数は向上しつつあるものの、90 日時点の退院患者割合の変動は小さいことが示された。2022 年度における入院受療率は、年齢と共に上がり、85 歳以上の認知症を有する患者が最も高いことが確認された。第 1 回緊急事態宣言の前の期間（2013 年 4 月から 2020 年 3 月）と、後の期間（2020 年 5 月から 2023 年 3 月）を比較すると、第 1 回緊急事態宣言の前後で、一部の年齢層において、入院患者数が減少し、外来患者数が増加していた。

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

ReMHRAD は(1)医療計画における「精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」の表示、(2)630 調査で把握された精神科病院への在院者の状況、(3)地域包括ケアのための資源の状況（訪問看護・障害福祉）、(4)社会資源マップ、の四

つの内容で構成されている。

令和4年度：

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

令和5年度：

例年のアップデートに加え、実装として①第8次医療計画指標の表示機能、②発達障害に関する社会資源情報の掲載をした。また追加検討として③630調査の退院者転帰情報、④ヒートマップ機能、⑤社会資源マップ冊子の自動生成を検討した。

令和6年度：

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

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

令和4年度：

1) 患者登録は、最終的に525例(男性326例、女性200例、男女比1.6対1)となった。観察期間730日の時点で、退院後の研究協力施設への通院継続期間は、平均284.6日±標準誤差16.3日であった。このうち措置解除時の入院継続例372.1±23.4日、通院例317.4±37.4日、転医例74.9±38.6日であった。退院後の研究協力施設への再入院までの期間は、観察期間730日で、全502例のうち94例(18.7%)で再入院しており、平均150.2日±標準誤差

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

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

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

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

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

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

④回答37自治体のうち、34自治体(24

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

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

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

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

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

令和 5 年度：

1) 最終的に患者登録のあった 521 例のうち 517 例が退院に至り、うち 494 例について、研究協力施設から退院 3 年後の転帰にかかる回答が得られた。回答が得られた 494 例のうち、退院後の観察期間最長 1095 日で、研究協力施設への入院状況は、入院した 107 例、入院していない 366 例、不明 21 例であった。研究協力施設での退院 3 年後の時点での治療状況は、入院中 19 例、通院継続中 101 例、（治療を）受けていない 373 例であった。治療を継続していない理由は、治療中断 22 例、他院紹介転院 314 例、治療終了 8 例であった。退院 3 年後の生存状況は、生存 140 例、死亡 12 例、不明 352 例であった。観察期間 1095 日の時点で、退院後の研究協力施設への通院継続期間は、平均 413.1 日±標準誤差 22.5 日であった。このうち措置解除時の入院継続例 534.0±31.8 日、通院例 503.2±57.8 日、転医例 158.0±65.5 日であった。措置入院時の診断別には F2 統合失調症 401.6±29.0 日、F3 気分障害 548.9±60.7 日などであった。退院後の研究協力施設への再入院までの期間は、観察期間 1095 日で、全 494 例のうち 115 例（23.2%）で再入院しており、平均 172.6 日±標準誤差 14.0 日であった。このうち措置解除時の入院継続 257 例では再入院 84 例、236.4±21.2 日、通院 77 例では再入院 22 例、218.7±38.1 日などであった。措置入院時の診断別では F2 統合失調症 295 例では再入院 90 例、401.6±29.0

日、F3 気分障害 76 例では再入院 29 例、 548.9 ± 60.7 日であった。

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

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

令和 6 年度：

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D.考察

1. 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究（令和4年度・5年度・6年度：A班）

令和4年度：

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

令和5年度：

第8次医療計画の策定状況およびそのプロセス、指標の採用予定等についての調査を通じて、各都道府県での課題と、指標例や基準病床数の算定式の計算結果の活用状況が明らかとなった。ストラクチャー・プロセスの指標例については、多くの都道府県において、地域の現状を図るに当たって、必ずしもすべての指標例が最適ではない状況が伺えた一方で、アウトカムの指標例は、多くの都道府県が採用を予定していた。また、ストラクチャー・プロセスの指標については、独自指標のバリエーションが多く見られたため、指標例を活用しつつも、地域ごとの精神保健医療福祉の課題に合わせた独自の現状把握とモニタリングを都道府県ごとに工夫して行っており、最終的なアウトカムを達成するという目標を設

定している状況が伺える。指標例が必ずしも活用されてはいない現状があり、また中間見直しに向けた要望の中にもロジックモデルの標準例が欲しいという意見があるようにストラクチャー・プロセス・アウトカムの各指標の連動や各都道府県が行う事業や研修などの取り組みが最終成果に反映されるという、より連動性が高い指標が今後求められていくと考えられる。

また医療計画策定以外に、精神保健福祉資料（630 調査結果・NDB 集計結果を含む）や ReMHRAD への要望としてデータの速報性や二次医療圏単位でのデータ公表を求める声が多かった。ReMHRAD への要望にあった過去データの表示については「在・退院者の状況」についてはすでに経年表示機能を追加しており（精神保健医療福祉の可視化に関する研究成果）、複数年の表示が可能となっている。今後は医療計画指標についても複数年の比較を行っていくことが必要かもしれない。また NDB 集計結果の公表が遅れることについては、データ提供タイミングによる要因が大きいため、引き続きデータをできる限り早いタイミングで入手ができるように研究班として働きかけを行っていく必要があるだろう。

また、今回のアンケート結果の都道府県からの研修要望を受けて、研究班が主体となり行政担当者向けのデータ活用研修を2023年11月に実施した（第1回精神保健医療福祉データ行政活用研修 主催国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）。本研修では医療計画と障害福祉計画の概要、ロジックモデルの解説、NDB、630 調査、ReMHRAD のデータの利活用方法の講義を行った。研修後のアンケート結果よりおおむね研修について肯定的な感

想が寄せられており、特にロジックモデルの具体例や NDB データの解釈、ReMHRAD の利用方法の具体的な解説は役立ったという声が寄せられていた。研究班が主催する研修を行い指標の提案からデータの公表、そして各データを具体的に計画に落とし込んでいくところまでを含めて本研究班が各分担研究と連携をしながら自治体の更なるデータ活用を推進していくことが重要であると考ええる。

令和 6 年度：

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

2. 精神保健医療福祉の提供のモニタリングに関する研究（令和 4 年度・5 年度・6 年度：B 班）

令和 4 年度：

調査内容に改定を加えつつ、例年並みの

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

令和 5 年度：

令和 4 年度と同様に調査内容に改定を加えつつ、例年並みの水準で調査の実施、回収、集計を行うことができたと考える。改訂を加えた点としては、自治体票の非同意入院に関する項目を削除し、回答者の負担軽減をはかった。また、公表については在院患者に関する入院形態と開放区分のクロス集計等を追加し、より利活用が進む資料の提供を目指した。また、予備的な検討として行ったコメディカルの配置数についての検討では、心理職がここ数年で配置数が増えてきている傾向が示されていた。近年の診療報酬改定等の動向を踏まえ、コメディカルの配置数についてモニタリングが可能なように、精神保健福祉資料としての公開に関する検討が来年度以降必要であると考ええる。

令和 6 年度：

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

本年度の調査は、前年度同様、精神科医療機関、訪問看護ステーション、および都道府県・政令指定都市の精神保健主幹課を対象とした。1, 2, 3 の結果より、昨年度まで調査内容に改定を加えつつ、例年並みの水準で調査の実施、回収、集計を行うことができたと考える。

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

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

3. 精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究（令和4年度：C班）

令和4年度：

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

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

令和4年度：

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

令和5年度：

NDBを活用して、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標の算出及び、新規のモニタリング指標を開発することを目的とした。

● アウトカム指標

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

● 入院受療率

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

● 診療行為/医薬品情報に基づく患者数

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

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

● 傷病名情報に基づく患者数

疾患定義により、精神外来患者数の推定は、大幅に異なることが示された。精神外来患者の定義として、精神科専門療法を用いる場合は、通院・在宅精神療法を用いる場合と比べて、認知症、ギャンブル等依存症、摂食障害の患者数が、11%~17%増えることが示された。これは、精神科デイケア、精神科訪問看護・指導料や心身医学療法の算定があるものの、通院・在宅精神療法の算定がない患者が一定数存在することを含意する。ただし、精神外来患者数の推定は、診療行為の区分番号よりも、主傷

病区分の方が、想定的に大きいことが確認された。主傷病区分の利用は、疾患により蓋然性が異なることが想定されるため(例: 認知症では主傷病に限る蓋然性はないけれども、統合失調症では主傷病に限る方が自然であろう)、バリデーション研究の推進が必要である。

● 月間患者延数

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

令和6年度:

NDBを活用して、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標の算出及び、新規のモニタリング指標を開発することを目的とした。

● アウトカム指標

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

● 入院受療率

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

● 診療行為/医薬品情報に基づく患者数

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

ADHD治療薬に占める中枢神経刺激薬の割合は、年々減少してた。このことは、ADHD治療薬の中で、中枢神経刺激薬に

選択的な規制が導入されていることが一因と考えられる。

● 傷病名情報に基づく患者数

疾患定義により、精神外来患者数の推定は、大幅に異なることが示された。精神外来患者の定義として、精神科専門療法を用いる場合は、通院・在宅精神療法を用いる場合と比べて、認知症、ギャンブル等依存症、摂食障害の患者数が、12%~16%増えることが示された。これは、精神科デイ・ケア、精神科訪問看護・指導料や心身医学療法の算定があるものの、通院・在宅精神療法の算定がない患者が一定数存在することを含意する。

ただし、精神外来患者数の推定は、診療行為の区分番号よりも、主傷病区分の方が、相対的に大きいことが確認された。主傷病区分の利用は、疾患により蓋然性が異なることが想定されるため(例: 認知症では主傷病に限る蓋然性はないけれども、統合失調症では主傷病に限る方が自然であろう。)、バリデーション研究の推進が必要である。

● 月間患者延数

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

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

令和4年度:

現在、ReMHRADは上記の構成になっているが、これは開発中のデータベースで

あり、今後このデータベースがどのように活用されていくかが試されているといえるが、幾つかの検討すべき事項があると考えられる。

1) 経時的な変化を把握するための表示機能

2) 第8次医療計画指標等も踏まえた全体のレイアウト変更

1) 630 調査における退院者の転帰情報

医療計画指標やその他の情報については、我が国の精神保健福祉行政において政策的に何を目指していくかによって、求められる指標が変化していくと考えられる。令和5年度：医療計画指標やその他の情報については、我が国の精神保健福祉行政において政策的に何を目指していくかによって、求められる指標が変化していくと考えられる。ReMHRADは、それらの変化に対応し、市民や地方自治体によってそれらの情報をより活用されやすい形で提供する媒体として、引き続きデザインや機能を更新し続けていく必要があると考えられる。また蓄積されたデータを活用して冊子を作成するなど、表示機能を越えたデータ活用の在り方を検討していくことも重要であると考えられる。

令和6年度：

市区町村が精神保健医療福祉システムの整備状況について全国との比較の中で把握できる Web データベース (ReMHRAD) を、他データベースとの関連も踏まえながら構築した。本年度は例年のアップデートに加え、実装として①630 調査の退院者転帰情報、②ヒートマップ機能を行った。また次年度以降の実装の検討として、③630 調査における在院者の構成の推移、④地域住民のメンタルヘルスの状況を反映するための指標を検討した。自治体関係者と協議

しながら、有効に活用されるデータベースとしての在り方を検討していく必要があると考える。

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

令和4年度：

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

令和5年度：

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

とはいえ、このように制約はあるもの

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

2) 検察官通報されたケースの事前調査において、指定医の措置診察要否判断を検討したところ、自傷行為あり、他害行為あり、精神科治療歴あり、幻覚妄想・病的言動ありの項目で有意に診察実施と判断されていた。一方、本人面接あり、現在治療あり、生涯診断歴ありでは、有意に診察不要と判断されていた。また決定木分析においては、精神科入院歴があれば全例、措置診察が行われていた。精神科入院歴がなくても、起訴前鑑定が行われる、幻覚妄想・病的言動が認められる場合には、やはり措置診察が実施されていた。

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

3) 検察官通報において指定医の措置診察が行われた例では、ロジスティック回帰分析にて、Odds比それぞれ易怒性・被刺激

性亢進 10.9、幻覚妄想状態 4.5、衝動行為 3.5、傷害 3.2 として有意に要措置と判断されていた。恐喝 0.1 は、有意に措置不要と判断されていた。また決定木分析において、それぞれの項目の組み合わせごとの措置要否判断が明らかとなった。措置要否は、それぞれの因子ごと、また因子の組み合わせを考慮して判断されていた。そして、これらはいずれも過去の調査と類似の傾向を示しており、指定医の判断は経年的には大きな変化はないと思われた。

令和 6 年度：

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

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

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

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

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

E. 結論

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

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

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

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

H. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

3.その他 なし

引用文献

該当なし

厚生労働科学研究費(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
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

研究分担者 黒田直明(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所)

研究協力者 臼田謙太郎(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所)、
北村真紀子(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所)

研究要旨

第8次医療計画指標例に採用されている指標として「てんかん」の診療を行っている医療機関数、患者数がある。「てんかん」は特に疾患数を把握することが難しい疾患の1つであり、精神障害者保健福祉手帳の交付対象、自立支援医療(精神疾患)の対象であるものの、ICD-10での分類上はG40に分類され、一部精神症状をともなう場合はF0コードに分類されるのに加えて抗てんかん薬の適応外処方が行われることもあり、傷病名から患者数推定をすることが難しい疾患の1つである。本分担研究報告書では、「てんかん」を例に、NDBを中心に解析の定義の仕方によってどの程度患者数が異なるかを全国レベルで検証する。また、精神科専門療法、通院・在宅精神療法のそれぞれの算定によって定義される患者数にはどの程度の差が生まれるか、各疾患について改めて整理を行う。

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

NDBの「てんかん」が主傷病の人口10万対の精神外来の患者数は70.88人、一般外来の患者数は339.58人であり、精神外来の割合は全体(精神＋一般)に対して17.3%であった。NDBによる「てんかん」指導料の算定患者数は、498.3人であった。患者調査による外来総患者(総患者数-推計入院患者数)は367.4人であった。主傷病の外来患者の総患者数は399.21人、主傷病以外の場合も含む外来患者数は1503.41人であり、主傷病に限った場合は主傷病以外を含む場合の約4分の1の患者数であった。精神科専門療法と通院・在宅精神療法による患者数を比較では、認知症、知的障害、発達障害、ギャンブル等依存症において、特に差が見られた。

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

A. 研究目的
「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」(以

下「にも包括」)を構築していくために、精神疾患等の有無にかかわらず、地域のあらゆる住民が役割を持

ち支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティの構築を支える精神医療の確保が求められる中で、地域に潜在する多様な精神保健医療福祉のニーズに対応するような体制構築が求められており、地域の医療・福祉諸機関等との連携が必要とされている。

また、「にも包括」を推進していくためには、その進捗を各自治体が効率的に把握していくことが求められている。本研究の主たる目的であり、過去年度において作成をした第8次医療計画の指標例やその把握のためのデータも「にも包括」推進の一翼を担っており、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ことも本研究班全体の役割である。

本分担研究では、初年度において第8次医療計画の立案に資する指標例と新たな基準病床算定式案を提案し、次年度では前年度に提案した第8次医療計画の指標、基準病床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、普及と啓発を図ることを目的としつつ、各都道府県に対し、医療計画の策定状況や令和5年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」¹に掲載されている指標例の採用および独自指標の設定状況、策定までのプロセス等の実態を明らかにするアンケート調査を実施するなど、医療計画策定に係る現状課題を明確化してきた。

このアンケート結果より自治体からは特にデータ解釈の困難さ、最新データの遅延などの意見が多く集まった。

第8次医療計画指標例に採用されている「各疾患、各領域のそれぞれについての診療をおこなっている医療機関数、患者数」はナショナルデータベース(NDB)によって算出されており、精神保健福祉資料(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>)に公開されている。対象疾患の中には「てんかん」「アルツハイマー型認知症」等のICDコードにおいて、Fコード以外の診断コードに対応する疾患が精神医療では診療対象に含まれていることがあり、特にその数は疾患定義をどのように行うかによって変化しうるものである。その中でも特に疾患数を把握することが難しい疾患の1つとして「てんかん」が挙げられる。「てんかん」は精神障害者保健福祉手帳の交付対象疾患となっている疾患であり²、また自立支援医療(精神通院医

療)の対象にも含まれる³。

一方で先に述べた通り、ICD-10での分類上は「てんかん」はG40に分類され、一部精神症状をともなう「てんかん」はF0コードに分類されるため、NDB等のレセプトデータで患者数の推定が難しい場合がある。

加えて、双極性障害、三叉神経痛、片頭痛、パーキンソン病の疾患に対し抗「てんかん」薬が効果を示す場合もあり、その場合は「適用外処方」が行われることがあることも知られている。その場合、レセプト上は「てんかん」の診断(主傷病、副傷病いずれか)が含まれている可能性があるため、レセプト上で診断がついた患者数をカウントする場合は実患者数よりも多くの患者数が計上される可能性がある。

本分担研究報告書では、「てんかん」を例に、NDBを中心に解析の定義の仕方によってどの程度患者数が異なるかを全国レベルで検証する。

また、精神科専門療法、通院・在宅精神療法のそれぞれの算定によって定義される患者数にはどの程度の差が生まれるか、各疾患について改めて整理を行う。

B. 研究方法

1. 「てんかん」外来患者数の比較

本研究班がデータ収集、集計、作成を行っている精神保健福祉資料の医療計画指標データの中からレセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)を用いた集計の2022年度(令和4年度)の集計表、令和5年度患者調査の値を使用し、「てんかん」の患者数比較を行った。

NDBを用いた集計では、2022年度(令和4年度)の集計表⁴より、【付表4.29 てんかん指導料】、【付表5.11a「てんかん」】に掲載されている人口10万対の患者数の値を使用した。

【付表4.29 てんかん指導料】の患者数は「当該診療行為あるいは医薬品のレセプトを1回以上有する患者数」として集計されている。

なお、てんかん指導料の算定要件は「(1) てんかん指導料は、小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、当該標榜診療科の専任の医師が、「てんかん」(外傷性を含む。)の患者であって入院中以外のもの又はその家族に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。」

(一部抜粋)となっている。

また、精神保健福祉資料の NDB 集計の【付表 5.11a「てんかん」】に掲載されている「てんかん」の精神科外来の患者数は、「年度ごとに当該傷病名かつ精神科専門療法の算定を有するレセプトに制限し、当該年度内・当該医療機関において 2 日以上算定日数を有する患者を特定し、精神科外来における傷病分類別患者数」(解説書)と定義されている⁴。

同様に一般外来の患者数は「年度ごとに当該傷病名かつ精神科専門療法以外の入院外レセプトに制限し、当該年度内・当該医療機関において 2 日以上の精神科専門療法以外の算定日数を有する患者を特定し、一般外来における傷病分類別患者数」と定義されている。

患者調査の外来患者数は、e-Stat の令和 5 年患者調査の傷病中分類別患者数を用いて、「VI 神経系の疾患」の「てんかん」の総患者数から推計入院患者数を減じて算出した。

2. NDB による通院・在宅精神療法と精神科専門療法の患者数の比較

精神科専門療法と通院・在宅精神療法による患者の比較については、NDB 集計において各疾患の患者数は付表 5.1a～5.11a を主たる結果として「当該傷病名かつ精神科専門療法の算定を有するレセプト」と定義している。一方で、精神医療において精神科医による診察は精神医療における 1 つの重要な医療アクセスの指標であり、通院・在宅精神療法を用いた場合はより狭義の患者数を算出することが可能であると考えられる。

(倫理面への配慮)

本研究は文献レビューや意見交換のみで行われるため、倫理的配慮を必要とはしなかった。

C. 研究結果

1. 「てんかん」外来患者数

表 1 より、NDB の「てんかん」が主傷病の人口 10 万対の精神外来の患者数は 70.88 人、一般外来の患者数は 339.58 人であり、精神外来の割合は全体(精神＋一般)に対して 17.3%であった。

NDB による「てんかん」指導料の算定患者数は、

498.3 人であった。

患者調査による外来総患者(総患者数-推計入院患者数)は 367.4 人であった。

次に NDB と主診断の外来患者数と主診断以外の場合も含む外来患者数の比較について、表 2 より「てんかん」が主傷病の外来患者の総患者数は 399.21 人であった。一方、「てんかん」が主傷病以外の場合も含む外来患者数は 1503.41 人であり、主傷病に限った場合は主傷病以外を含む場合の 26.6%であり、約 4 分の 1 となる。これは精神外来の場合はより顕著であり、主傷病に限った場合は、主傷病以外を含む場合の 15.2%である。一般外来は主傷病以外を含む場合に対し、主傷病に限る場合は 30.8%であった。

次に、「てんかん」の精神外来患者数と一般外来患者数の割合が全国でどの程度差があるについて比較を行った。図 1 より全国値では精神外来が全体の 17.3%を占めている。都道府県別に割合を比較すると精神外来が全患者数に占める割合は最小は山梨県と奈良県の 7.5%、最大は愛媛県の 28.1%であった。

2. NDB による通院・在宅精神療法と精神科専門療法の患者数の比較

図 2～図 12 の、各疾患について、精神科専門療法と通院・在宅精神療法による患者数を比較した(2013 年度～2022 年度)。多くの疾患は主傷病に限った場合、主傷病以外を含む場合の両方で、精神科専門療法と通院・在宅精神療法の算定における患者数に大きな違いは見られなかった。

しかし、図 4 の認知症は特に主傷病以外を含む場合において精神科専門療法と通院・在宅精神療法の間に差が見られ、わずかながら毎年差が広がってきている傾向がみられる。この傾向は、差は少ないものの図 5 の知的障害の主傷病以外を含む場合においてもみられている。図 6 の発達障害もわずかながらにその傾向がみられる。図 9 のギャンブル等依存症においては、主傷病に限った場合でもそれ以外を含む場合でも精神科専門療法と通院・在宅精神療法の間に患者数の差が見られ、特に 2015 年以降はその差が広がっている。摂食障害も主傷病以外を含む場合において差が比較的大きい状態である。

D. 考察

本分担研究報告書では、「てんかん」を例に、NDBを中心に解析の定義の仕方によってどの程度患者数が異なるかを全国レベルで検証した。

また、精神科専門療法、通院・在宅精神療法のそれぞれの算定によって定義される患者数にはどの程度の差が生まれるか、各疾患について改めて整理をおこなった。

まず、「てんかん」外来患者数について、NDBによる算出では主傷病に限った場合は、総患者数は399.21人、「てんかん」指導料の算定患者数は、498.3人、患者調査による外来総患者は367.4人である。NDBはレセプト上、主傷病と登録されている患者数のカウントであるため、主たる加療の理由が他にあったとしても診療科において主傷病登録がされていればカウントされる可能性がある。そのため主傷病に限った場合においては実際よりも少ない患者数が計上される可能性が高いと考えられる。その一方で、主傷病以外を含む場合は実際よりも多くの患者数が含まれることとなる。次に「てんかん」指導料の算定患者数については、「小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、その標榜する診療科を担当する医師が、「てんかん」(外傷性のものを含む。)の患者であって入院中以外のものに対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。」という算定条件から推定するに、傷病名から推定する患者数よりも、より「てんかん」の専門医が診療を行っているケースを多く含んでいることが想定される。ただし、この場合は必ずしもレセプト上の主傷病とは一致しない可能性がありレセプト上は副傷病になっていても算定されている可能性はある。そのため、指導料の算定から患者数を推定する場合は、主たる加療の理由が「てんかん」である可能性は高いが、一方で確定していない「てんかん」様発作や主たる疾患が他にある場合の「てんかん」なども含まれている可能性がある。患者調査は主たる診療理由を選ぶため、もっとも「てんかん」の患者数の実態を表している可能性はある。一方で患者調査は全数調査ではないため特に都道府県別に患者数を見る場合は、調査年度によって多少の誤差が生じる可能性は考慮する必要があるだろう。

次に外来の「てんかん」患者全体に対して、精神外来が診療を行っている割合は17.3%であり、大半は一般外来で診療が行われていた。第8次医療計画

の精神疾患において「診療機能」の指標例の患者数の1つに「てんかん」が含まれているが、「てんかん」は一般外来側からも医療提供体制やニーズを把握することが特に重要な疾患である。特に「てんかん」は精神障害者保健福祉手帳の交付対象疾患となっている疾患であり、また自立支援医療(精神通院医療)の対象であるため、精神科での診療対象に含まれているものの、精神症状を伴わない「てんかん」発作の場合は他科での診療が想定されるため、精神医療の範囲で診るべき「てんかん」の定義は今後議論を行っていく必要があるかもしれない。また、この際に都道府県ごとに精神外来で診療している割合が異なる点も注意が必要である。

次にNDBによる精神科専門療法と通院・在宅精神療法の患者数の違いについてである。多くの疾患は2つの算定件数によって大きな乖離は生じていないことが明らかとなった。一方で、認知症、知的障害、発達障害、ギャンブル等依存症、摂食障害はその差が大きくなる可能性があるため、どちらの数値で把握するかは特に重要である。実際に各自治体から、ギャンブル等依存症について都道府県で独自に把握している患者数とNDBの患者数では、NDBの方が患者数が少なくなっていることについて研究班に問い合わせが発生したケースが過去にあった。定期的な診察を必要とせず、症状が安定している状態でデイケア等のみを利用している場合に、精神保健福祉資料のNDBで算定条件としている通院・在宅精神療法の年間2日以上診療を満たさないケースがカウントされていないことが想定されたため、現在は精神科専門療法を主たる解析としているが、このように疾患によっては患者数が変化してしまうことが生じうるため、疾患に応じてモニタリングを行う数値の定義を検討することが望まれる。

E. 結論

本分担研究により、「てんかん」の患者数の各データソースによる差異と精神医療にて診療対象となっている「てんかん」の割合を明確にすることができた。「てんかん」は精神障害者保健福祉手帳の交付対象であり、自立支援医療の対象にもなっているため精神科医療福祉システム側から、状況の把握と対策を行っていくことは重要である。一方で「てんかん」の全患者数から考えると精神医療にアクセスしている数は一部である。医療計画では拠点機能を含めて計画策定の

範囲に「てんかん」は含まれているものの、他の疾患に比べて他科との連動の要素が特に強い疾患の一つでもあると言える。今後精神障害に関する計画の中で「てんかん」という疾患をどのように位置づけていくかは議論が望まれる。

また精神科専門療法と通院・在宅精神療法については、患者数の多い統合失調症やうつ病等の疾患では、大きな違いは見られないが患者数が少ない疾患、あるいは必ずしも精神外来で継続的な精神科医による継続的な診察が必要ではない疾患においては、計上される数値に差異が生じる可能性がある。診療実態を数値で把握するのか、患者数そのものを把握するのか等必要に応じてどの数値を採用するか検討が必要である。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

該当なし

2 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

I. 引用文献

1. 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日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知(令和5年6月29日一部改正))

<https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf>

2. 障害者手帳について 精神障害者保健福祉手帳
厚生労働省 HP

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/techou.html

3. 自立支援医療制度の概要 厚生労働省 HP

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/jiritsu/gaio.html

4. 精神保健福祉資料 医療計画指標データ
レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)
を用いた集計

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/ndb.html>

5. 令和5年患者調査

①総患者数(患者住所地), 性・年齢階級(10歳) ×
傷病中分類 × 都道府県別

https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?stat_infid=000040234512

②推計患者数(患者住所地), 性・年齢階級(10歳)
× 傷病中分類 × 入院－外来・都道府県別(入院)

https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?stat_infid=000040234456

表 1 人口 10 万人当たりの患者数

	人口 10 万人当たりの患者数 全国値 () 内は年度				備考
	外来 全国値		その他 全国値		
NDB （「てんかん」が主傷病）	精神	70.88 (2022)	17.3%		
	一般	339.58 (2022)	82.7%		
	精神＋一般	410.46 (2022)			公表値の総患者 （399.21）は精神＋一般と一致しない
NDB （「てんかん」指導料）				498.3 (2022)	
患者調査	外来総患者 （総患者数－推計入院患者数）	367.4 (2023)			都道府県値は患者住所地

表 2 人口 10 万人当たりの外来患者数（「てんかん」が主傷病・「てんかん」が主傷病以外の場合も含む）

	人口 10 万人当たりの外来患者数 全国値 () 内は年度		
NDB （「てんかん」が主傷病の外来患者数）	総患者	399.21 (2022)	「てんかん」が主傷病以外の場合も含む患者数のうち、 26.6%
	精神	70.88 (2022)	「てんかん」が主傷病以外の場合も含む患者数のうち、 15.2%
	一般	339.58 (2022)	「てんかん」が主傷病以外の場合も含む患者数のうち、 30.8%
NDB （「てんかん」が主傷病以外の場合も含む外来患者数）	総患者	1503.41 (2022)	
	精神	466.17 (2022)	
	一般	1102.75 (2022)	

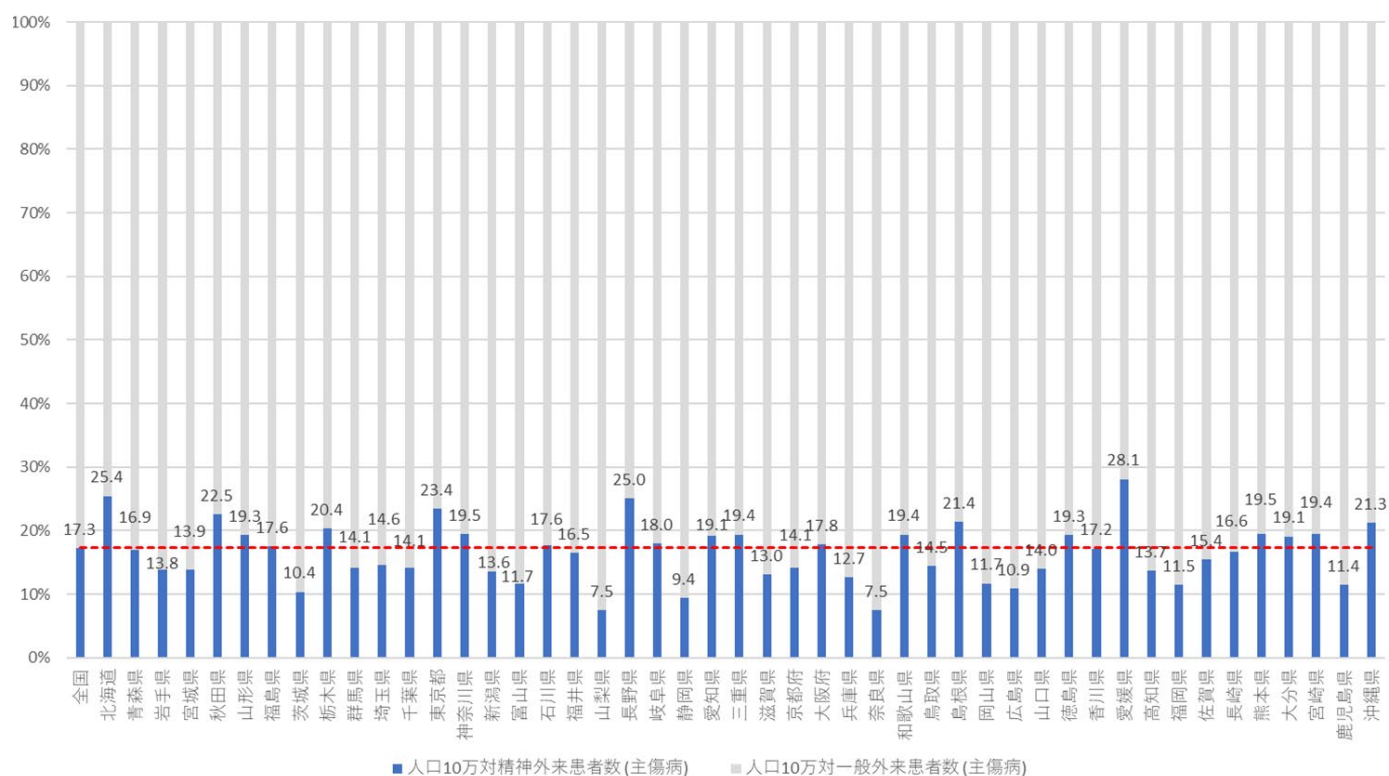


図1 都道府県別 人口10万人当たりの「てんかん」が主傷病の外来患者数(精神・一般別)

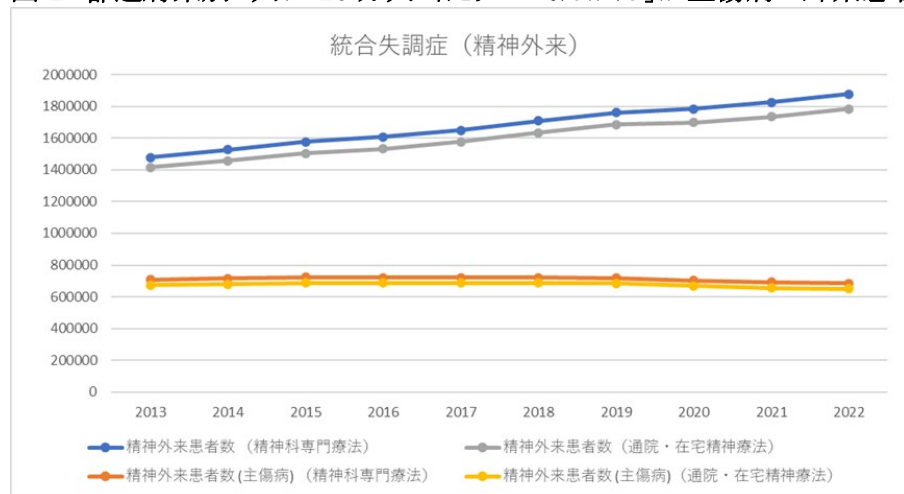


図2 NDB 精神科専門療法の算定と通院・在宅精神療法の算定の比較(統合失調症)

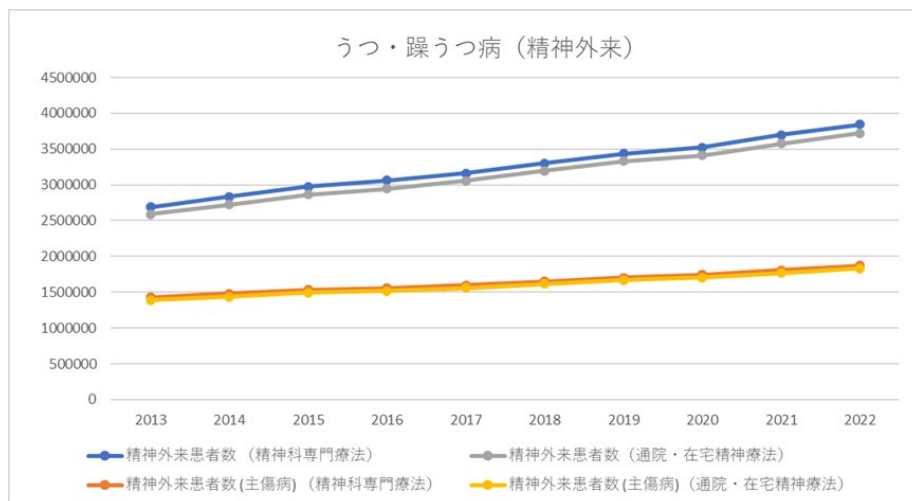


図 3 NDB 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較(うつ・躁うつ病)

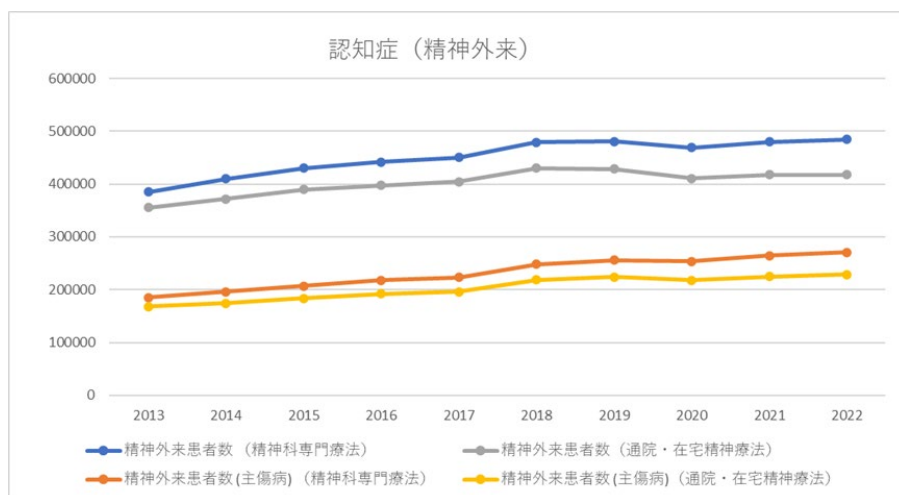


図 4 NDB 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較(認知症)

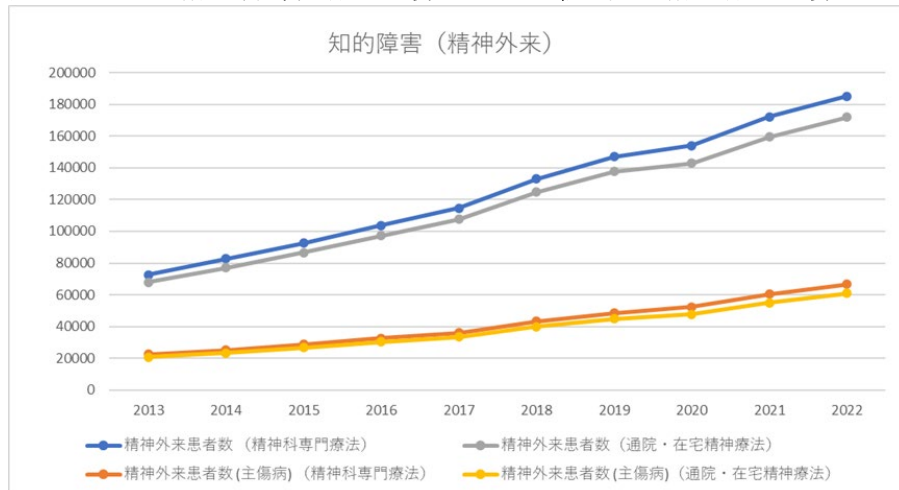


図 5 NDB 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較(知的障害)

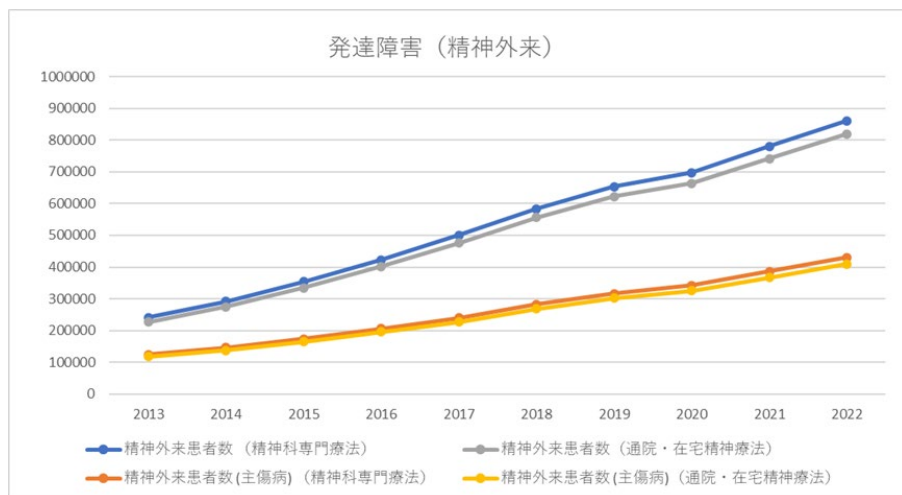


図 6 NDB 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較(発達障害)

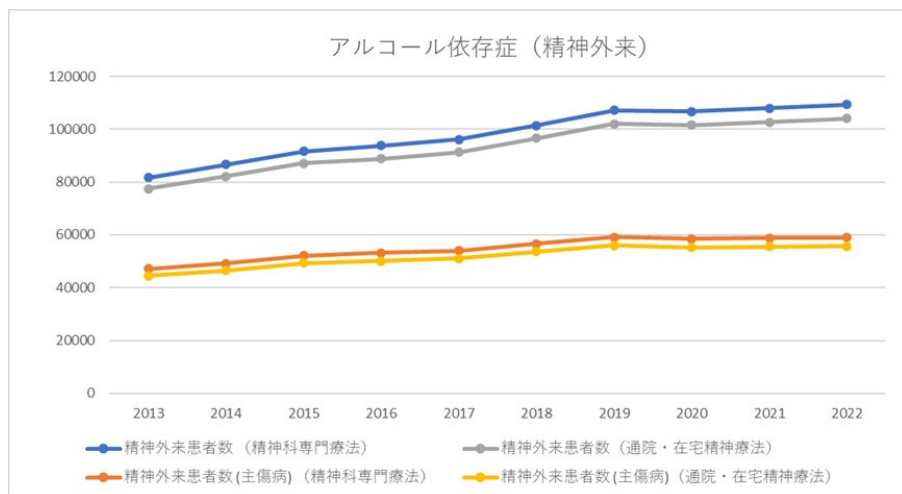


図 7 NDB 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較(アルコール依存症)

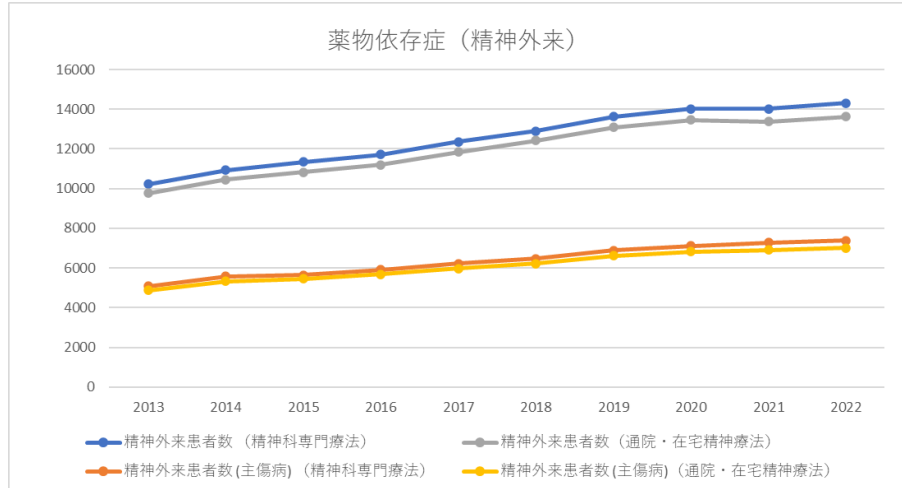


図 8 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較(薬物依存症)

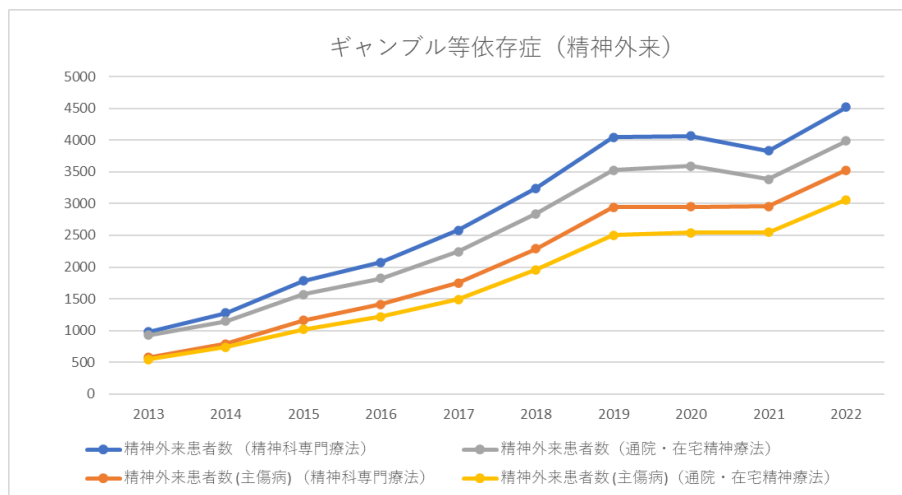


図 9 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較(ギャンブル等依存症)

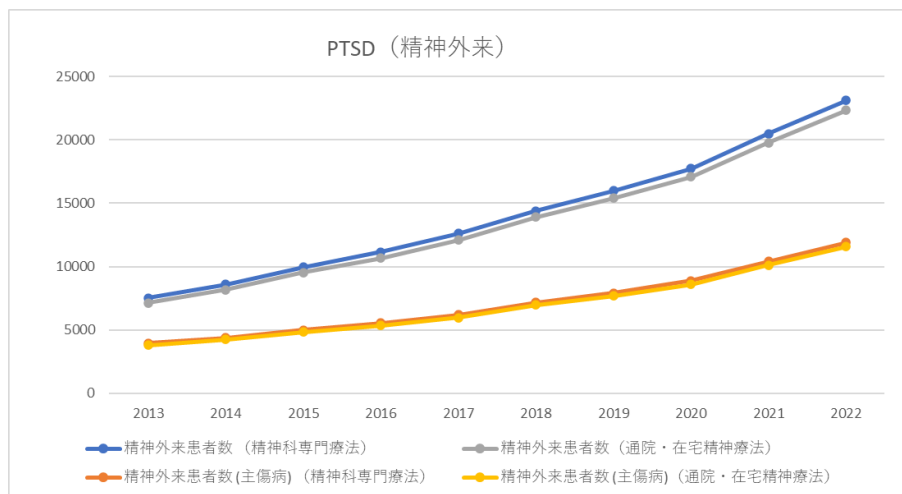


図 10 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較(PTSD)

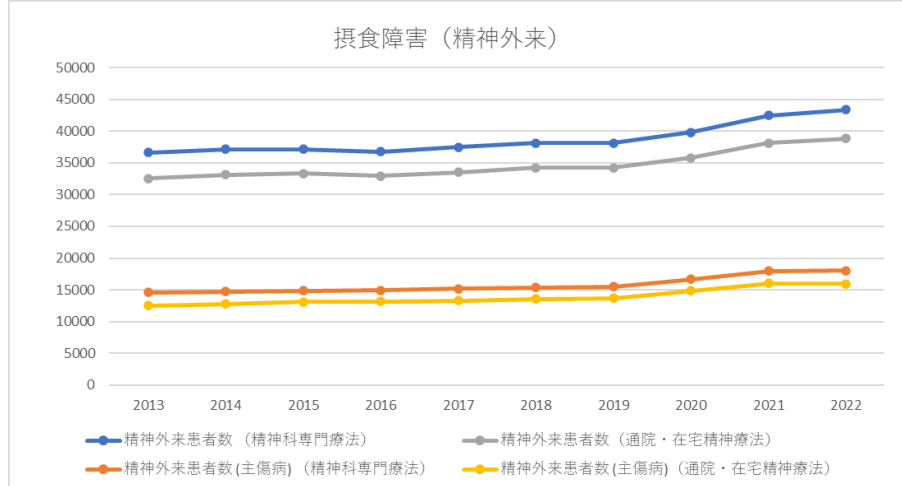


図 11 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較(摂食障害)

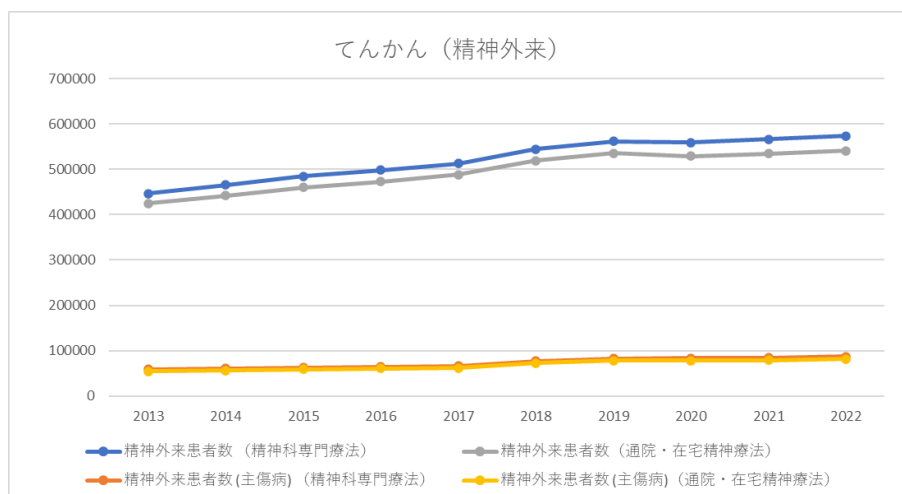


図 12 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較（「てんかん」）

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²⁾、竹島正⁴⁾、萱間真美⁵⁾、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：黒田直明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) 国立健康危機管理研究機構 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) 令和6年度調査のプロセスの報告、(2) 次年度調査の方法や内容の変更・改善点の提示、(3) 調査結果の公開状況の整理である。調査内容に関しては、厚生労働省担当課や関係領域の専門家、研究班メンバー等による検討を重ね、調査項目の追加・削除・修正を行った。

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

令和6年度調査は、全国の精神科医療機関、訪問看護ステーション、都道府県・政令指定都市の自治体を対象に実施され、例年並みの高い回収率を維持した。病床を有する医療機関では96.2%の回答率を得ており、全体として正確かつ網羅的なデータが確保できたと考える。調査期間中には586件の問い合わせがあり、特に11月は病院・診療所からの問い合わせが集中した。これは調査項目の理解や記載方法に関する不明点が多いことを示唆しており、今後は調査票の設計見直しや事前説明の強化などを通じて改善を図る必要がある。

調査の内容については、医療計画との整合性を高めるため、自治体票に「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」に関する項目を追加したほか、医療機関票の外来・リエゾン診療に関する表記を見直し、診療報酬改定や法改正に対応した項目の追加・修正を実施した。本調査の成果として、病床を有する医療機関に関する調査結果を年度内に「精神保健福祉資料：

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>」にて公表することができた。

また、精神病床を有しない医療機関の主たる診療科目についても実態把握を試みた結果、過半数が「精神科」、11.6%が「心療内科」であることが明らかとなった。

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

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5年度に実施した調査結

果の公表と令和6年度調査を実施した。本報告書の目的は、(1)令和6年度調査の調査プロセスの報告、(2)令和6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 6 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 6 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可否を諮り、倫理審査に対象となる調査ではないとの理事長決裁を得て実施した。

C. 結果／進捗

1. 令和 6 年度 630 調査実施プロセス

調査は 2024 年 9 月 20 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 2024 年 11 月 15 日、自治体票については 2024 年 11 月 27 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 2024 年 12 月 20 日、自治体票は 12 月 27 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 6 年度調査の回収数のうち、Web 調査での回収数の推移を示した。なお、精神病床を有しない医療機関と訪問看護ステーションは、Web 調査での回答が難しい施設については紙調査票も併用している。

令和 6 年度の総回収数(Web 調査と紙調査の合計)は、病床を有する医療機関 1535 機関(配布数に対する回答率 96.2%)、病床を有しない医療機関 5113 機関、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 11343 機関であった。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、2024 年 9 月 20 日～2025 年 2 月 27 日に寄せられた問い合わせは計 586 件であった(図 2)。

問い合わせの時期は 11 月が最も多く 250 件(42.7%)、次いで 10 月が 212 件(36.2%)、12 月が 96 件(16.4%)となっている。

問い合わせの主体別にみると、病院・診療所からが最も多く 232 件(39.6%)、次いで自治体が 231 件(39.4%)、訪問看護ステーションが 111 件(18.9%)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以上を占めていた。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。

問い合わせの方法はメールによる問い合わせが最も多く 511 件(87.2%)、電話が 75 件(12.8%)であった(図 3)。

内容別に見ると、調査票の内容に関する問い合わせが最も多く、134 件(22.9%)であった。次いで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 132 件(22.5%)、提出期限についての問い合わせが 51 件(8.7%)、調査対象施設に関する内容が 24 件(4.1%)、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 22 件(3.8%)、であった(図 4)。

なお、調査票の内容に関する問い合わせ 134 件のうち、26 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。また、今年度調査より追加した自治体票のうつ病対応力向上研修に関する問い合わせや(8 件)、精神病床を有しない医療機関票・訪問看護ステーション調査票の追加票に関する問い合わせ(9 件)も寄せられている。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を得るためにも、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) 自治体票

630 調査の結果は医療計画の指標例としても活用されている項目が多く、今年度調査では第 8 次医療計画の「プロセス」の指標例のうち「かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数」について、都道府県および政令指定都市が独自に行っている「かかりつけ医うつ病対応力向上研修事業」に関する項目を追加した。

2) 精神科医療機関票

令和 6 年度調査票では医療機関機能について概ね令和 5 年度調査票と同様の内容になっており、一部修正を加えている。

また、精神病床を有しない医療機関票と訪問看護ステーション調査票については、来年度以降オンライン調査への移行を検討するために、各機関の意向を問う項目を追加した。

各追加変更の詳細は下記の通りである。

① 精神病床を有しない医療機関票での「主たる診療科目」に関する項目の追加

令和 5 年度調査以前より、精神病床を有しない医療機関について、自治体から「精神科」と「心療内科」のどちらとして診療を行っているかを把握したいとの要望が寄せられており、今年度調査に主たる診療科目に関する設問を追加した。

なお、本項目の回答対象は、精神病床を有しない診療所またはクリニック(病床が 19 床以下)として、医療施設調査で回答している診療科目(精神科、心療内科)と同じ科目を回答するものとした。

② 「オンライン調査の導入」に関する項目の追加

今年度調査は主に電子調査票(Excel ファイル)を使用しており、電子調査票での回答

が困難な場合には紙での調査を併用している。今後、回答者の負担を軽減するためにも「オンライン調査」の導入が検討課題となっている。今年度調査では、オンライン調査での回答が可能かどうか、また難しい場合には電子調査票と紙調査票のどちらの回答方法を希望するかを問う設問を追加した。

③ 「入力担当者氏名」「所属部署」の削除
「入力担当者氏名」および「所属部署」に関する項目を削除した。調査の問い合わせで使用するために設けられた項目であるが、令和 5 年度以前の調査でも実際に使用する場面はあまり無く、個人情報保護の観点から各自治体が活用する際の支障となっているという意見も寄せられているため、削除した。

④ 「看護職員数」に関する項目の変更

令和 5 年度までの調査では、「精神科における看護職員(看護師・准看護師)※看護助手は除く」として、合計数で職員数を聞いていたが、今年度調査では「看護師」と「准看護師」に項目を分け、更に「看護補助者数(看護助手、看護アシスタント、ナースエイド、ケアワーカー等)」を追加した。

また「精神科における看護職員(看護師・准看護師)のうち、以下の専門看護師、認定看護師、特定行為研修修了者の人数
「精神看護専門看護師」「老人看護専門看護師」「認知症看護認定看護師」「精神科認定看護師」「特定行為研修修了者」のいずれかをもち人」としていた項目について、今年度調査ではより実態を精緻に把握するために、各項目に該当する人数を個別に問う項目に変更した。なお、「特定行為研修」については、「精神および神経症状に係る薬剤投与」に関連する研修とそれ以外の研修に項目を分けた。

⑤ 「療養生活継続支援加算」の届出の削除

6 月中の「療養生活継続支援加算を算定した患者数」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

「療養生活継続支援加算」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。

⑥ 「外来リエゾン票」の各表記の変更

令和5年度調査の「外来リエゾン票」では「精神科外来診療および精神科リエゾン診療について」と記載しており、「精神科」を強調した表記となっていた。一方で、本調査は「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医療機関を対象としており、外来リエゾン票の表記と齟齬が生じている可能性があった。

本調査の「外来リエゾン票」では精神科もしくは心療内科で、精神疾患の患者の診療状況を把握することを目的としているため、回答者が適切に回答できるように修正をおこなった。なお、対象とする精神疾患の患者は、主たる傷病名が精神疾患(ICD-10のFコードに含まれるもの)の患者とした。

「リエゾン診療の実施件数」についても、昨年度リエゾン診療の解釈についての問い合わせ(加算の算定件数か、他科に入院している患者に対し精神科医療を行った件数か等)が寄せられていたことから、診療報酬上のリエゾンチームの加算ではなく、診療を行った延べ件数を回答するように追記した。

同様に、「専門外来の設置状況」について、標榜の有無と専門外来の有無を区別した回答を得るために、専門外来(対象疾患に特化した治療等)として外部にアナウンスしている状況を専門外来「有」として回答するように追記した。

⑦ 「精神科地域包括ケア病棟入院料」の追加

令和6年度診療報酬改定にあわせて病棟の届出入院料の選択肢に「精神科地域包括ケア病棟入院料」を追加した。

⑧ 退院後生活環境相談員に「公認心理師」を追加

令和6年4月の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則」(令和5年改正)施行に伴い、退院後生活環境相談員の内訳に公認心理師を追加した。

⑨ その他

精神病を有しない医療機関票で、許可病床数、精神病床の病棟数、指定病床数、応急入院の指定の有無、認知症疾患医療センターの有無、精神科救急医療体制整備事業における役割の項目の入力を不要とし、回答者の負担の軽減に努めた。

3) 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5年度調査と概ね同様の構成となっているが、来年度以降オンライン調査への移行を検討するために、精神病床を有しない医療機関票と同様に各施設の意向を問う項目を追加した。

3. 調査結果の公表

令和6年度調査の結果は、病床を有する医療機関の結果を2025年3月18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。

4. オンライン調査の導入に関して

図5にオンライン調査の導入に関する意向の回答結果を示す。精神病床を有しない医療機関(N=5113)、訪問看護ステーション(N=11343)の回答者全体で見ると、それぞれ75%を超える施設が「オンライン調査の回答が可能」と回答していた。なお、回答数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。

令和6年度調査の回答方法ごとに見たオンライン調査の導入に関する意向について

て、精神病床を有しない医療機関を図 6、訪問看護ステーションを図 7 に示す。

いずれの調査でも電子調査の回答者のうち 8 割以上の回答者が「オンライン調査での回答が可能」と回答していた。一方、紙調査票の回答者は、精神病床を有しない医療機関で 287 機関(78.7%)、訪問看護ステーションで 307 機関(43.7%)が「オンライン調査での回答は難しい」と回答していた。そのうち、引き続き「紙調査票の回答を希望」としている回答者が大半を占めていた。なお、令和 6 年度調査では精神病床を有しない医療機関は 4748 機関(92.9%)が電子調査で回答し、紙調査は 365 機関(7.1%)にとどまっている。訪問看護ステーションも同様に電子調査の回答は 10641 機関(93.8%)、紙調査は 702 機関(6.2%)であった。

5. 精神病床を有しない医療機関の主たる診療科目について

精神病床を有しない医療機関の診療科目についての設問では、「主たる診療科目が【精神科】の診療所またはクリニック」の回答が 2712 機関(53.0%)であり、過半数を超えていた。また「主たる診療科目が【心療内科】の診療所またはクリニック」592 機関(11.6%)、「診療所またはクリニック以外の医療機関(精神病床を有しない病院)」689 機関(13.5%)であった。なお、本設問に未回答の医療機関が 1120 機関(21.9%)あり、ここには診療科目が【精神科】【心療内科】のいずれにも該当しない医療機関が含まれている。

D. 考察

本報告書は、本研究班が実施した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のうち、令和 6 年度(2024 年 9 月～2025 年 2 月)の調査プロセス、改善点、および結果についてまとめたものである。本年度は、前年度からの継続的な取り組みに加え、第 8 次医療計画に準拠した指

標の導入など重要な変更が施された。さらに将来的な本調査のオンライン調査への移行に向けた検討も行った。

本年度の調査は、前年度同様、精神科医療機関、訪問看護ステーション、および都道府県・政令指定都市の精神保健主幹課を対象とした。1, 2, 3 の結果より、昨年度まで調査内容に改定を加えつつ、例年並みの水準で調査の実施、回収、集計を行うことができたと考える。病床を有する医療機関の回答率 96.2%に代表されるように本調査の高い回収率は、対象施設・機関からの継続的な協力体制が構築されていることを示していると言える。締め切り延長措置は、回答者の負担軽減に貢献し、結果として高い回収率に繋がったと考えられる。問い合わせ件数は 586 件と多く、特に 11 月には病院・診療所からの問い合わせが突出した。これは、調査内容の理解や具体的な記入方法に関する疑問が生じやすい時期であることを示唆しており、今後の調査において説明資料を更に充実させたり、調査の事前説明会でのより具体的な調査方法の説明などを行ったりすることで対応出来ないか検討したい。

今年度の調査では、自治体票への「かかりつけ医うつ病対応力向上研修事業」に関する項目の追加や、医療機関票の外来リエゾン票の表記の見直し、診療報酬改定や精神保健福祉法の改正に伴う項目の追加変更、入力箇所の絞り込み等の改訂を加え、回答者の負担軽減をはかるとともに、より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、本調査で対象としている「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医療機

関」のうち、精神病床を有しない医療機関は 5113 機関あるが、53.0%が主たる診療科目が精神科の診療所またはクリニック、11.6%が心療内科の診療所またはクリニック、13.5%が精神病床を有しない病院であり、診療と科目の状況が一部明らかになった。

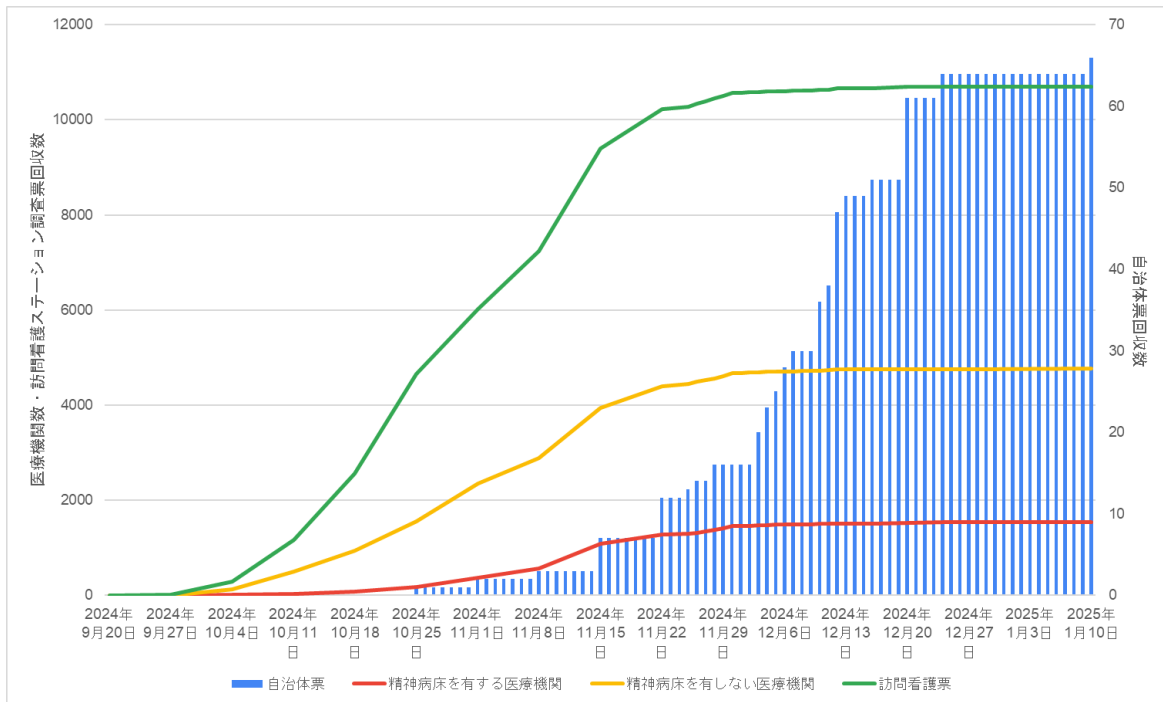
また、精神病床を有しない医療機関と訪問看護ステーションを対象にオンライン調査への移行について調査したところ、移行が可能と回答している施設が 4 分の 3 以上であった。オンライン調査導入に関する意向調査の結果、回答者の多くがオンライン調査に対応可能であると回答していることは、今後の調査手法のデジタル化に向けた前向きな兆候と言える。また、移行が難しい施設は、紙調査の継続が望ましいという意見が多く見られた。このように紙調査票を希望する施設も依然として存在するため、段階的にオンライン調査に移行することが現実的かもしれない。この結果を受けて、来年度以降の調査の方法として、回答者の負担が軽減され、自治体の確認等も従来通り行うことができ、継続して項目の収集が可能となるような検討が必要になると考えられる。調査の効率的な実施の観点からはオンライン調査が望ましいものの、現時点でオンライン調査に対応が難しいと考える施設も含めた幅広い医療機関からの情報収集を維持するためには、そうした施設がオンライン調査に対応が難しい要因などについて情報を収集して丁寧に対応していきたい。

- 1.特許取得 なし
- 2.実用新案登録 なし
- 3.その他 なし

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



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2024年11月15日、自治体票については2024年11月27日とした。

図1 令和6年度調査の回収数の推移(電子調査票のみ)

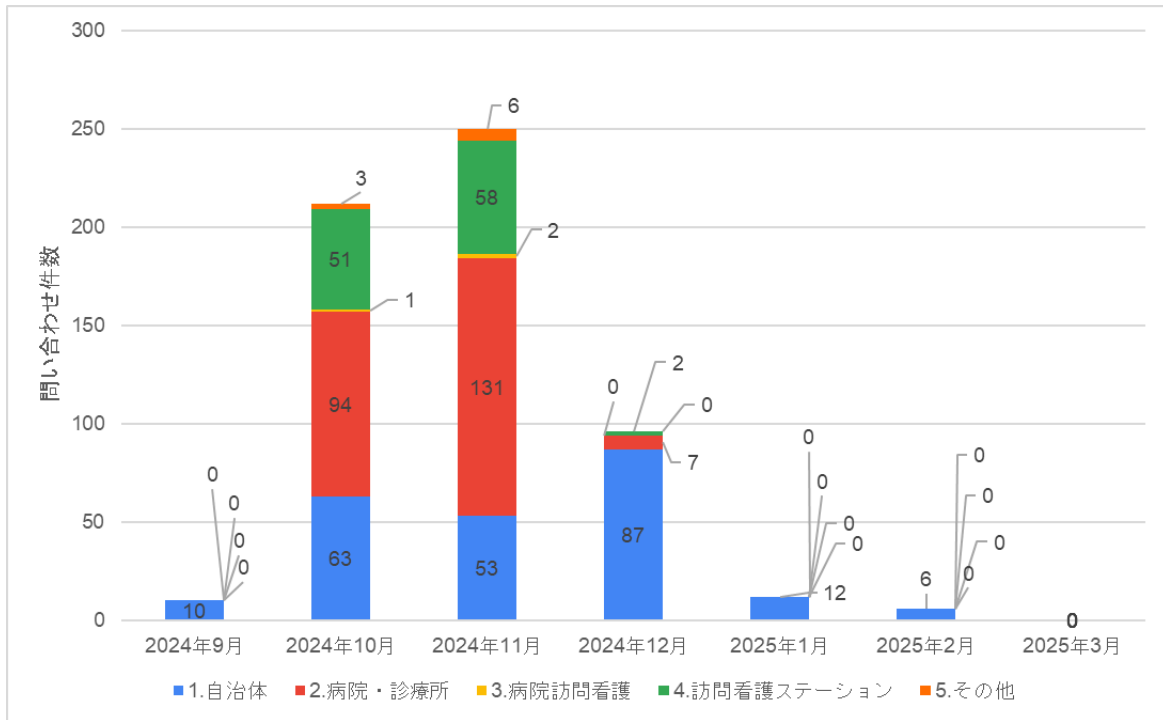


図2 令和6年度調査の問い合わせ件数の月別推移 (N=586)

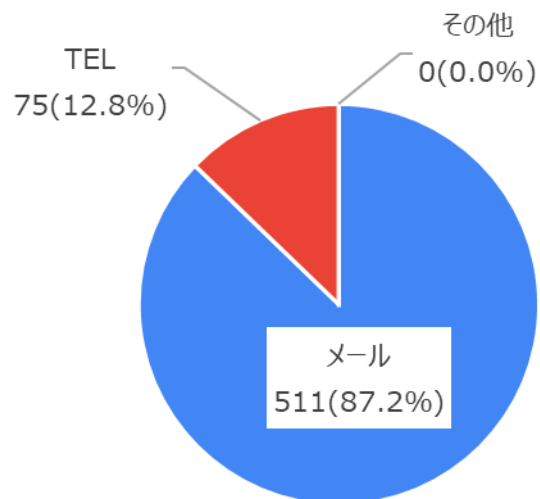


図 3 令和 6 年度調査の問い合わせ手段の内訳 (N=586)

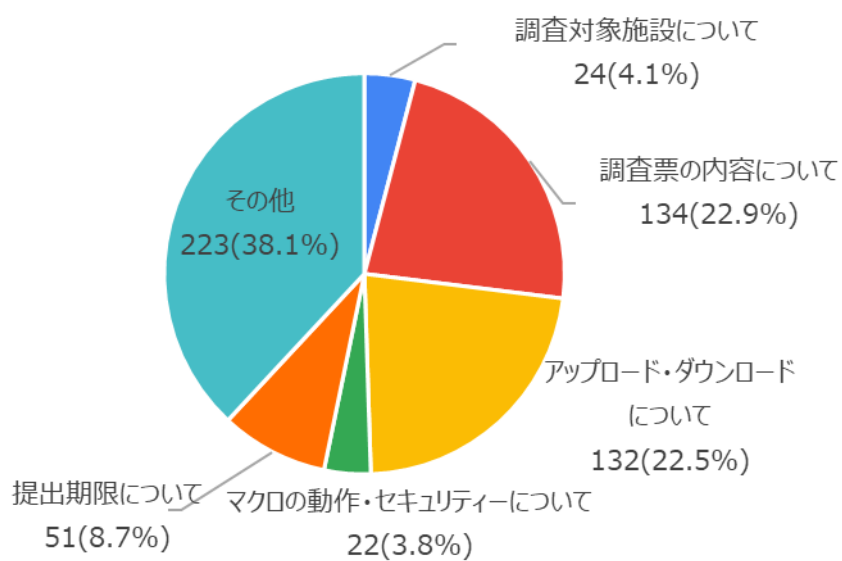


図 4 令和 6 年度調査の問い合わせ内容の内訳 (N=586)

表 1 令和 4 年度調査からの調査内容の主な変更点

種別	調査項目	変更点	
自治体票	かかりつけ医うつ病対応力向上研修事業	追加	都道府県・政令指定都市独自のかかりつけ医うつ病対応力向上研修事業について下記の設問を追加 ・令和 5 年度実施の研修における研修実施回数 ・同 研修修了者数 ・初年度からの累積の研修実施回数 ・同 研修修了者数 ※国の補助事業により開催した研修は除いて計上した数値を回答(地域生活支援事業の実績報告書に敬意する分は除く)
	当該病院情報	削除	入力担当者氏名と、所属部署を削除
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	施設職員数(精神科における看護職員)	削除	精神科における看護職員(看護師・准看護師)のうち、以下の専門看護師、認定看護師、特定行為研修修了者の人数 「精神看護専門看護師」「老人看護専門看護師」「認知症看護認定看護師」「精神科認定看護師」「特定行為研修修了者」のいずれかをもつ人
		追加	精神科における看護職員(看護師)のうち、 ・「精神看護専門看護師」,「老人看護専門看護師」のいずれかを持つ人の人数 ・「認知症認定看護師」,「精神科認定看護師」のいずれかを持つ人の人数 ・「精神および神経症状に係る薬剤投与」に関連する「特定行為研修修了者数」 ・「精神および神経症状に係る薬剤投与」以外の「特定行為研修修了者数」
			看護補助者数(看護助手, 看護アシスタント, ナースエイド, ケアワーカー等)
	6 月 30 日時点の届出の有無	削除	療養生活継続支援加算を削除
	外来・リエゾン票	変更	表題を「精神科外来診療および精神科リエゾン診療について」を「精神科もしくは心療内科における、精神疾患の患者(※1)への外来診療とリエゾン診療について」に修正
		変更	・「6 月の精神科の外来受診患者数」を「6 月の外来受診患者数(※1)」に修正 ・「6 月中の精神科の訪問診療の実施件数」を「6 月の訪問診療の実施件数(※1)」に修正 ・「6 月中の精神科の往診の実施件数」を「6 月の往診の実施件数(※1)」に修正 ・「6 月中の精神科の訪問看護の実施状況」を「6 月の訪問看護の実施状況(※1)」に修正
		追加	「※1 主たる傷病名が精神疾患(ICD-10 の F コードに含まれるもの)の患者」を追記
		追加	「診療報酬上のリエゾンチームの加算ではなく、診療を行った延べ件数をご回答ください。」を追記
			「※2 それぞれに該当する専門外来(対象疾患に特化した治療等)として外部にアナウンスしている(HP や院内のパン

種別	調査項目	変更点	
			フレット等)状況でしたら専門外来「有」とご回答ください。」を追記
精神病床を有する医療機関調査票のみ	届出入院料	追加	選択肢に「精神科地域包括ケア病棟入院料」を追加
	退院後生活環境相談員	追加	内訳に「公認心理師の人数」を追加
精神病床を有しない医療機関調査票のみ	許可病床数	変更	「回答不要」に固定する
	精神病床の病棟数	変更	「回答不要」に固定する
	措置入院の指定病床数	変更	「回答不要」に固定する
	応急入院の指定の有無	変更	「回答不要」に固定する
	認知症疾患医療センターの有無	変更	「回答不要」に固定する
	精神科救急医療体制整備事業における役割	変更	「回答不要」に固定する
	診療所またはクリニックの主たる診療科目	追加	主たる診療科目が「精神科」と「心療内科」のどちらかを問う設問を追加 選択肢 ・主たる診療科目が【精神科】の診療所またはクリニック ・主たる診療科目が【精神科】の診療所またはクリニック ・診療所・クリニック以外の医療機関(精神病床を有しない病院)
訪問看護ステーション票	入力担当者氏名と所属部署	削除	入力担当者氏名と、所属部署を削除
精神病床を有しない医療機関調査票・訪問看護ステーション地表	オンライン調査の導入に関する項目	追加	オンライン調査の導入に関する設問を追加 選択肢 ・オンライン調査での回答が可能 ・オンライン調査での回答は難しい(電子調査票の回答を希望) ・オンライン調査での回答は難しい(紙調査票の回答を希望)

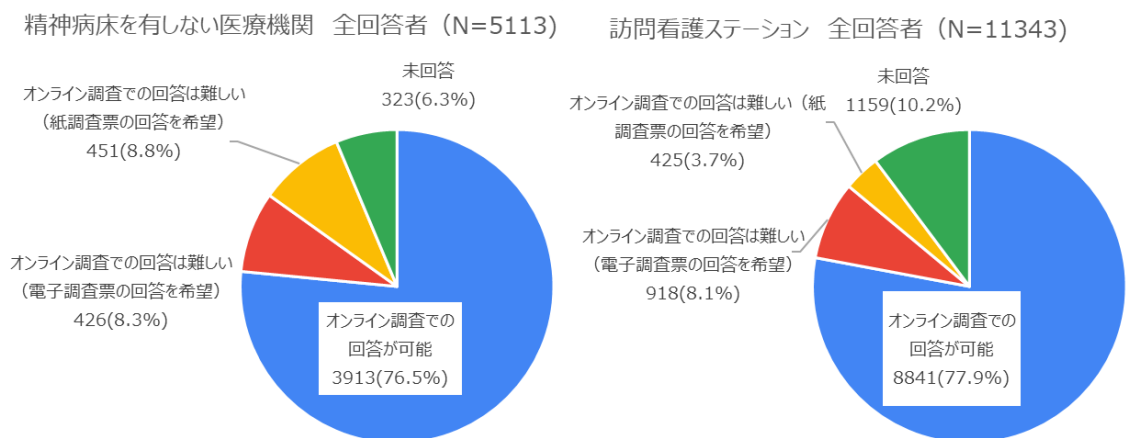


図5 オンライン調査の導入に関する意向 (精神病床を有しない医療機関・訪問看護ステーション, 全回答者)

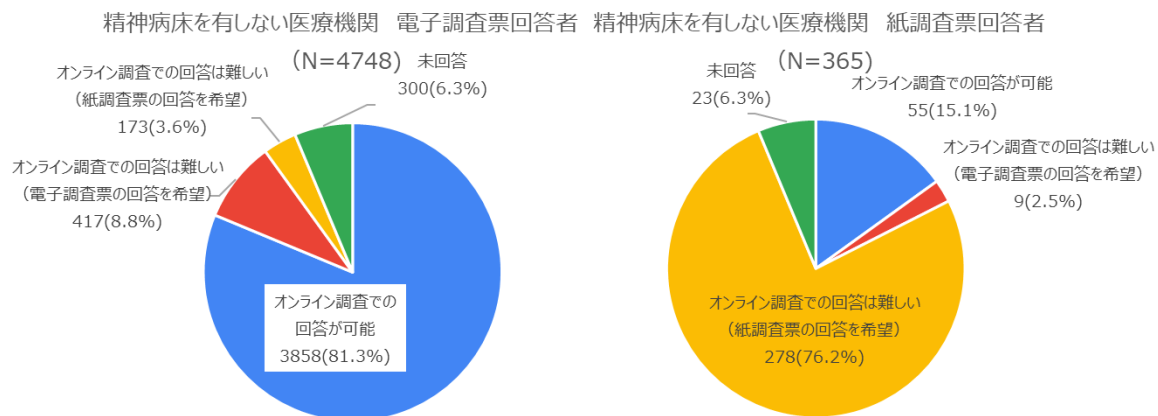


図 6 オンライン調査の導入に関する意向 (精神病床を有しない医療機関, 電子調査回答者・紙調査回答者別)

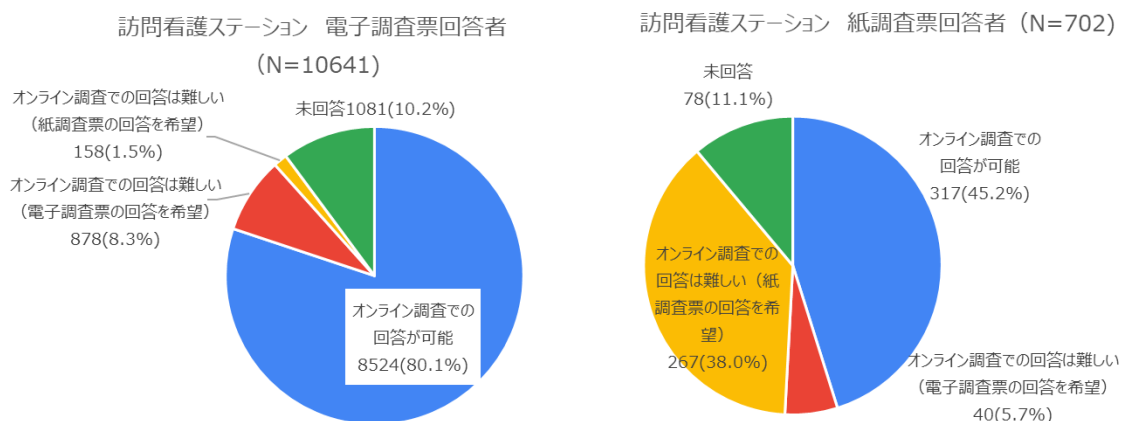


図 7 オンライン調査の導入に関する意向 (訪問看護ステーション, 電子調査回答者・紙調査回答者別)

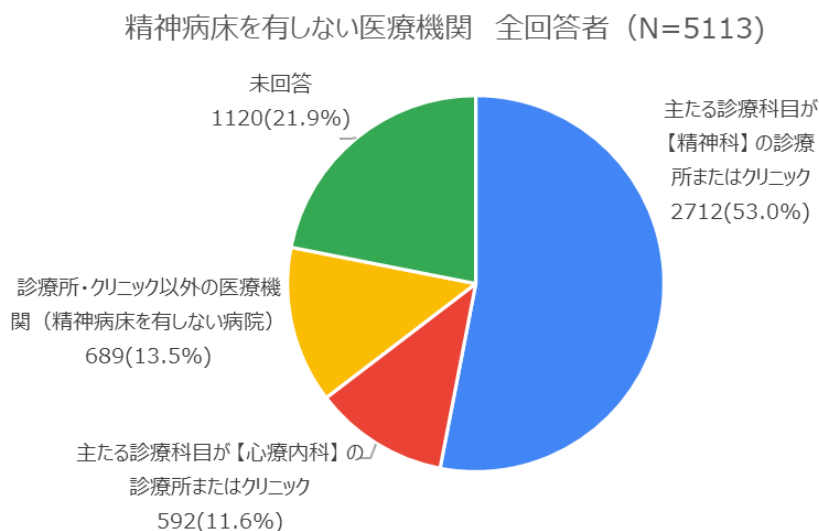


図 8 精神病床を有しない医療機関 主たる診療科目

令和6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）、臼田 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2023年5月の間に①精神病床入院、②精神科治療薬処方、③精神科専門療法、④精神科診断、⑤精神科管理に関する算定のある患者を特定して、診療行為・医薬品・傷病名情報を観察するための、NDB データを抽出した。

【結果及び考察】2013年度から2021年度の入退院患者を観察した結果、地域平均生活日数は向上しつつあるものの、90日時点の退院患者割合の変動は小さいことが示された。2022年度における入院受療率は、年齢と共に上がり、85歳以上の認知症を有する患者が最も高いことが確認された。第1回緊急事態宣言の前の期間（2013年4月から2020年3月）と、後の期間（2020年5月から2023年3月）を比較すると、第1回緊急事態宣言の前後で、一部の年齢層において、入院患者数が減少し、外来患者数が増加していた。

【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 2023 年 5 月の間に①精神病床入院、②精神科治療薬処方、③精神科専門療法、④精神科診断、⑤精神科管理に関する算定のある患者を特定した。適格基準に該当する者の、2013 年 1 月から 2023 年 5 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

2021 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、2021 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、入院日の病床区分ごとに、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

2022 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 4.55~4.58 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

2022 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。

月間患者延数

2022 年度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³⁻⁶⁾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、国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会の承認を得た。

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 2021 年度にかけて、向上していた。都道府県単位でみると、山梨県と鳥取県のように、全国平均を上回る年や下回る年が混在す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 2021 年度にかけて変動は小さかった。都道府県単位でみると、最大値の和歌山県

(72.8%) と、最小値の山口県 (49.7%) では、23.1 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 16.1 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 1 5 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 2021 年度にかけて、36.0%から 29.1%に、6.9 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。2022 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 (314.8)、ついで、65~74 歳の認知症を有さない 366 日以上在院患者 (195.3)、75~84 歳の認知症を有さない 366 日以上在院患者 (151.8)、85 歳以上の 91~365 日 在院患者 (141.5) 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 58 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⁶⁾。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 2022 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 2022 年度にかけて、18.1%から 28.2%に、10.1 ポイント上昇していることが確認された。都道府県単位でみると、最大値の島根県 (49.5%) と、最小値の香川県 (6.4%) では、43.1 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 2022 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⁶⁾。

精神外来の患者数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外来の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 (12%~16%増)。ただし、精神外来の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 (28%~660%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 2023 年 3 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^{7,8)}。

傷病名情報に基づく患者数

疾患定義により、精神外来患者数の推定は、大幅に異なることが示された。精神外来患者の定義として、精神科専門療法を用いる場合は、通院・在宅精神療法を用いる場合と比べて、認知症、ギャンブル等依存症、摂食障害の患者数が、12%~16%増えることが示された。これは、精神科デイ・ケア、精神科訪問看護・指導料や心身医学療法の算定があるものの、通院・在宅精神療法の算定がない患者が一定数存在することを含意する。

ただし、精神外来患者数の推定は、診療行為の区分番号よりも、主傷病区分の方が、相対的に大きいことが確認された。主傷病区分の利用は、疾患により蓋然性が異なることが想定されるため (例: 認知症では主傷病に限る蓋然性はないけれども、統合失調症では主傷病に限る方が自然であろう。)、バリデーション研究の推進が必要である。

月間患者延数

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

E. 結論

本研究では、2013年度から2022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://nimohoukatsu.mhlw.go.jp/archive/guide/r03-cccsguideline-all.pdf>), 2023, 閲覧日: 2025 年 5 月 19 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/>), 2024, 閲覧日: 2025 年 5 月 19 日.
- 3) 高瀬頭功, 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: 令和 3 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)「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」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: 2025 年 5 月 19 日.
- 4) 高瀬頭功, 奥村泰之, 臼田謙太郎, 黒田 直明, 西 大輔: 令和 4 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」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: 2025 年 5 月 19 日.
- 5) 高瀬頭功, 奥村泰之, 臼田謙太郎, 黒田 直明, 西 大輔: 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」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/202317045A-buntan3_0.pdf), 2024, 閲覧日: 2025 年 5 月 19 日.
- 6) 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/>), 2025, 閲覧日: 2025 年 5 月 19 日.
- 7) 松本康弘: 大きく変わるコンサータの流通管理システム
(<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/di/column/matsumoto/202002/563749.html>), 2020, 閲覧日: 2025 年 5 月 19 日.
- 8) 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: 2025 年 5 月 19 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

3. その他

なし

2. 実用新案登録

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/リスデキサンプエ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/リスデキサンプエ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
精神科救急医療体制加算	4.55	4
療養生活継続支援加算	4.56	4
こころの連携指導料（1）	4.57	4
こころの連携指導料（2）	4.58	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

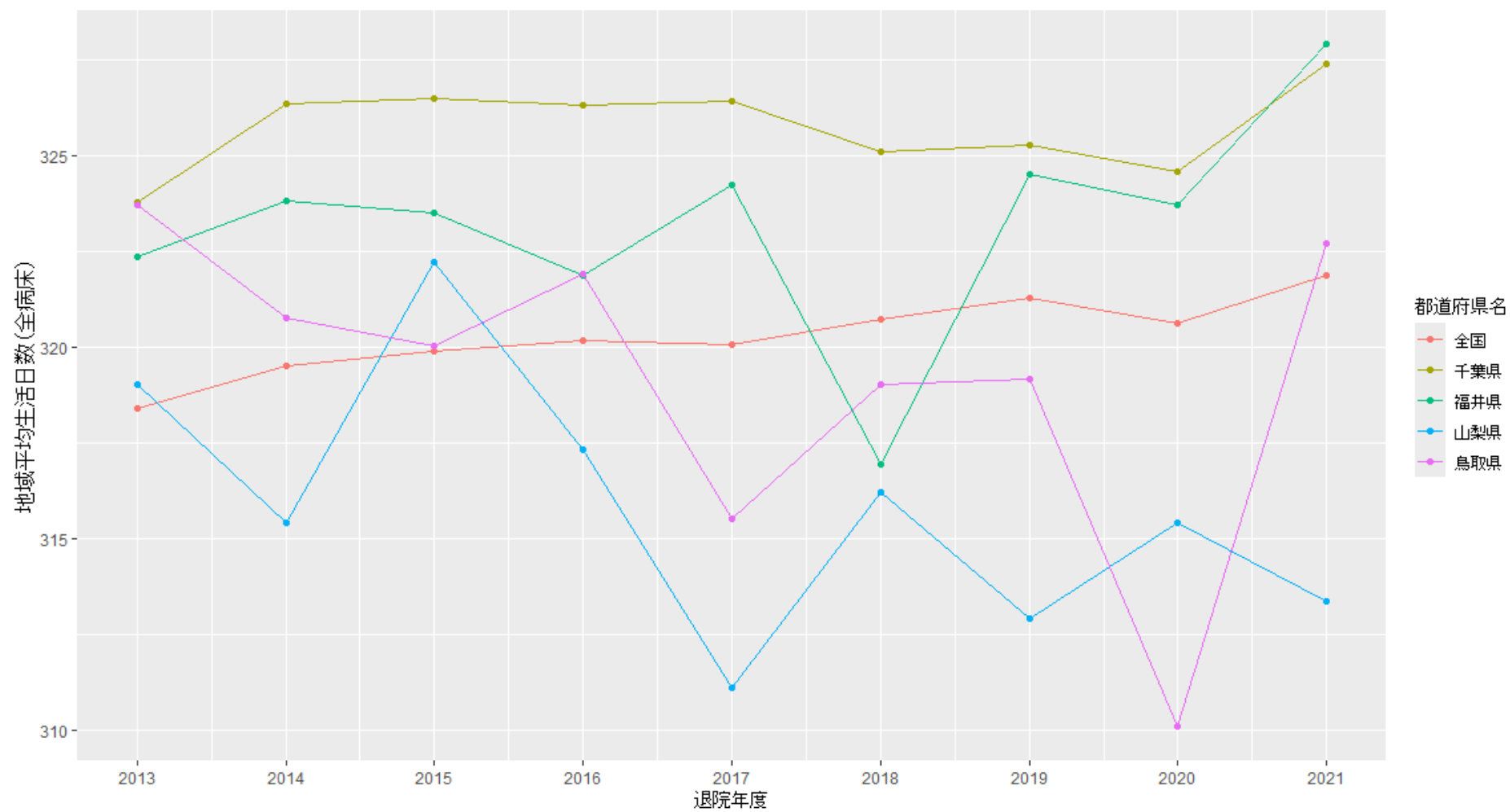


図 1. 地域平均生活日数の推移

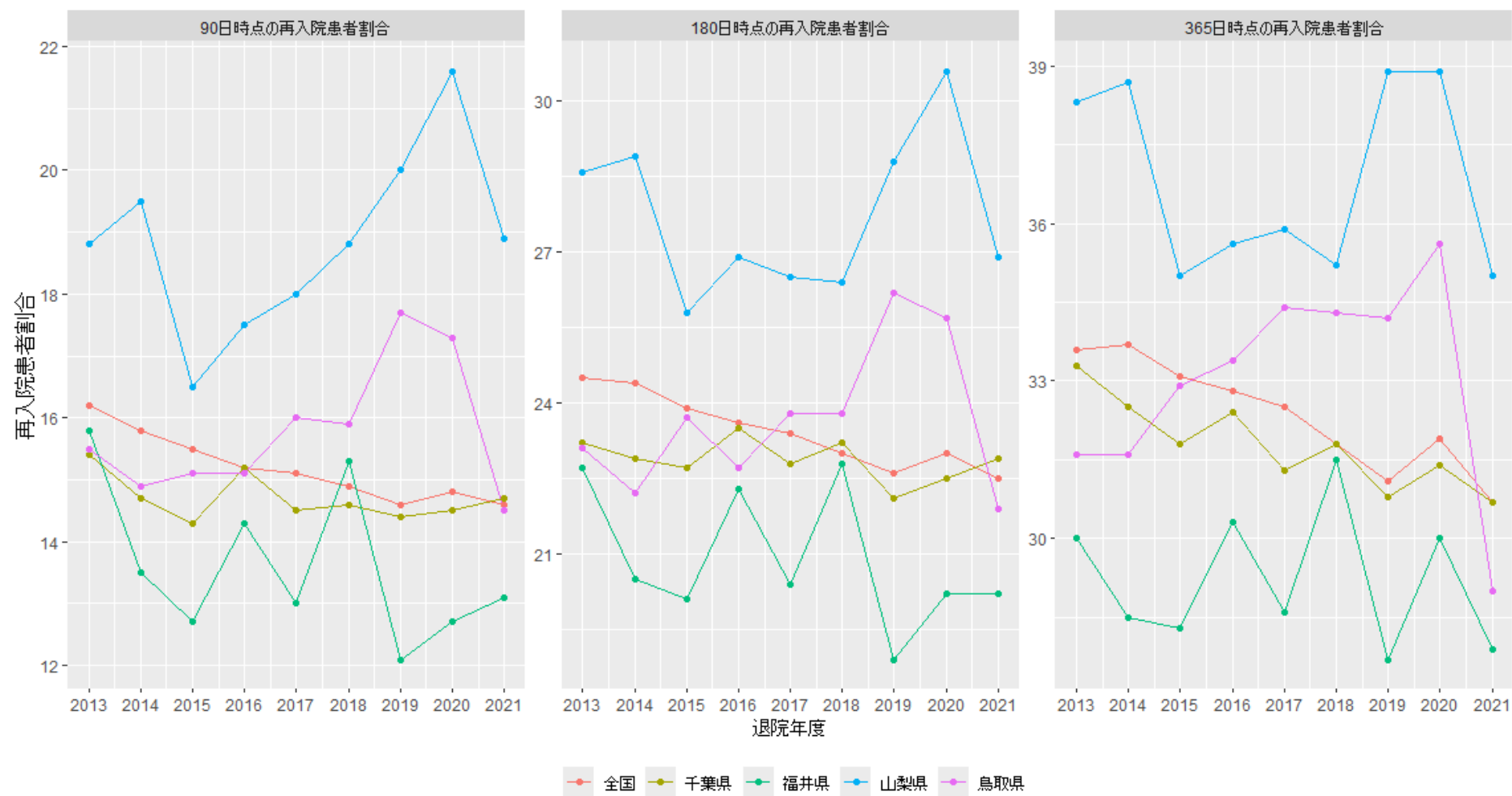


図 2. 特定時点の再入院患者割合の推移

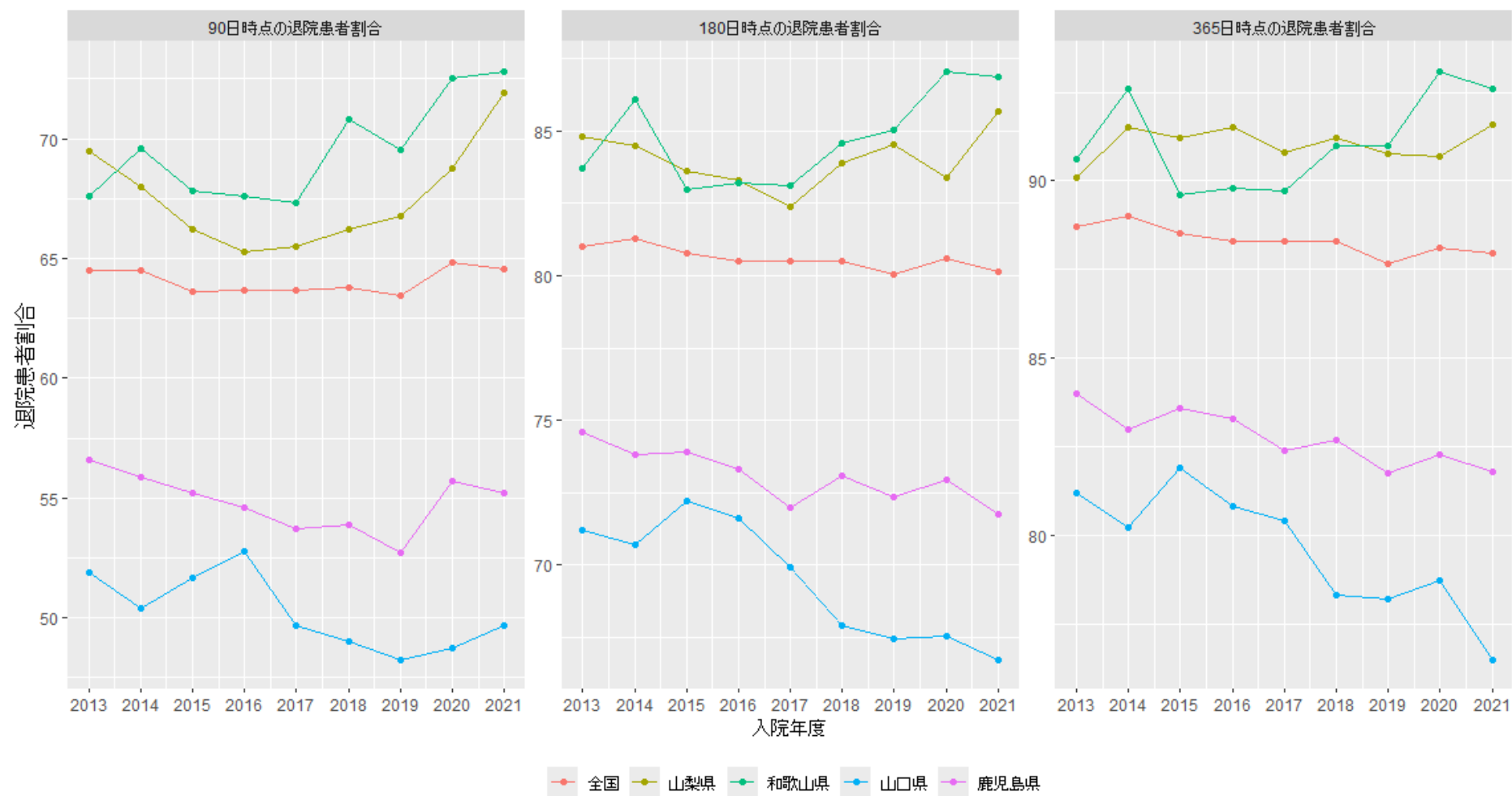


図 3. 精神病床入院から特定時点の退院患者割合

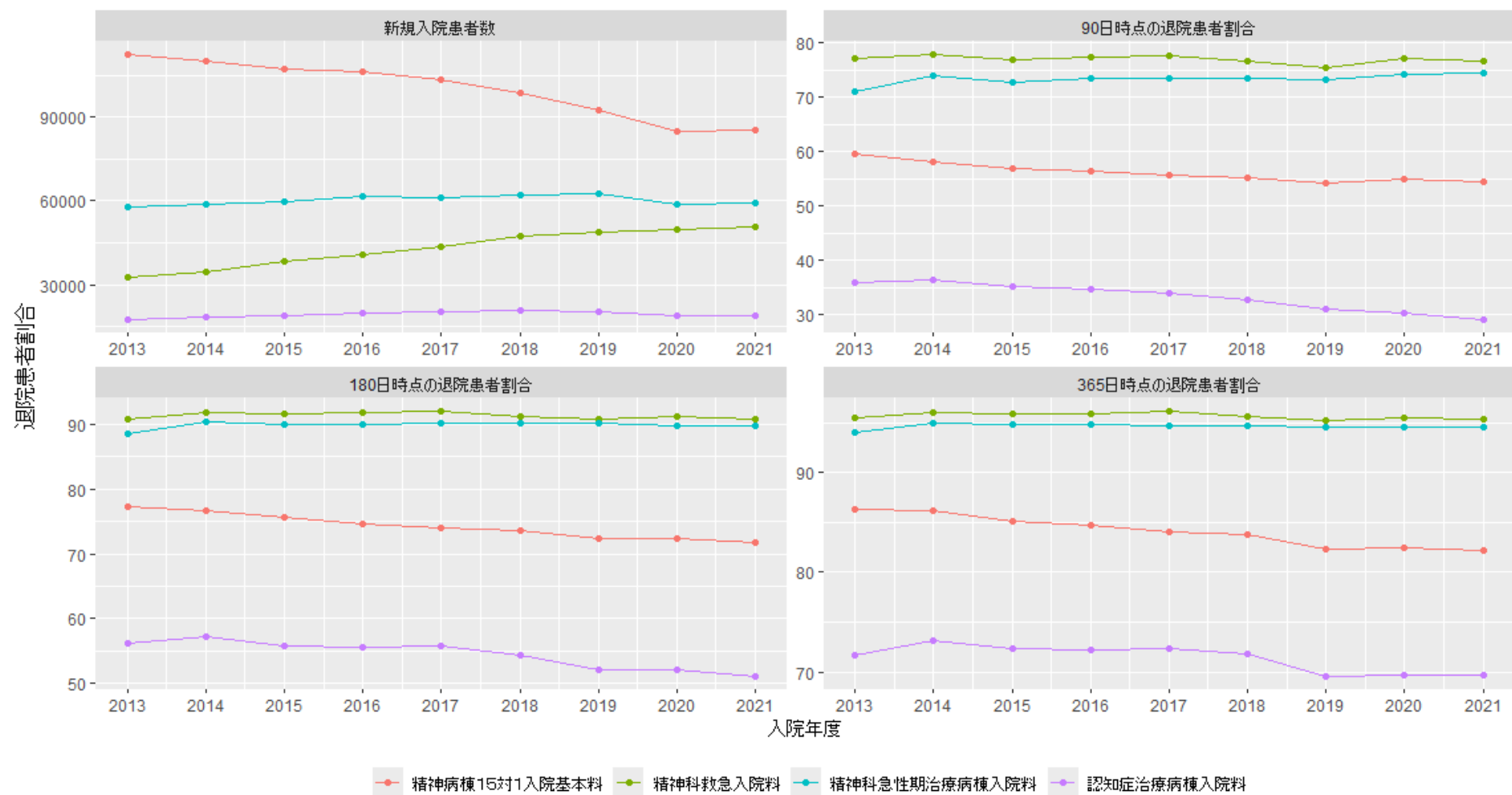


図 4. 病床区分ごとの精神病床への新規入院患者数と特定時点の退院患者割合

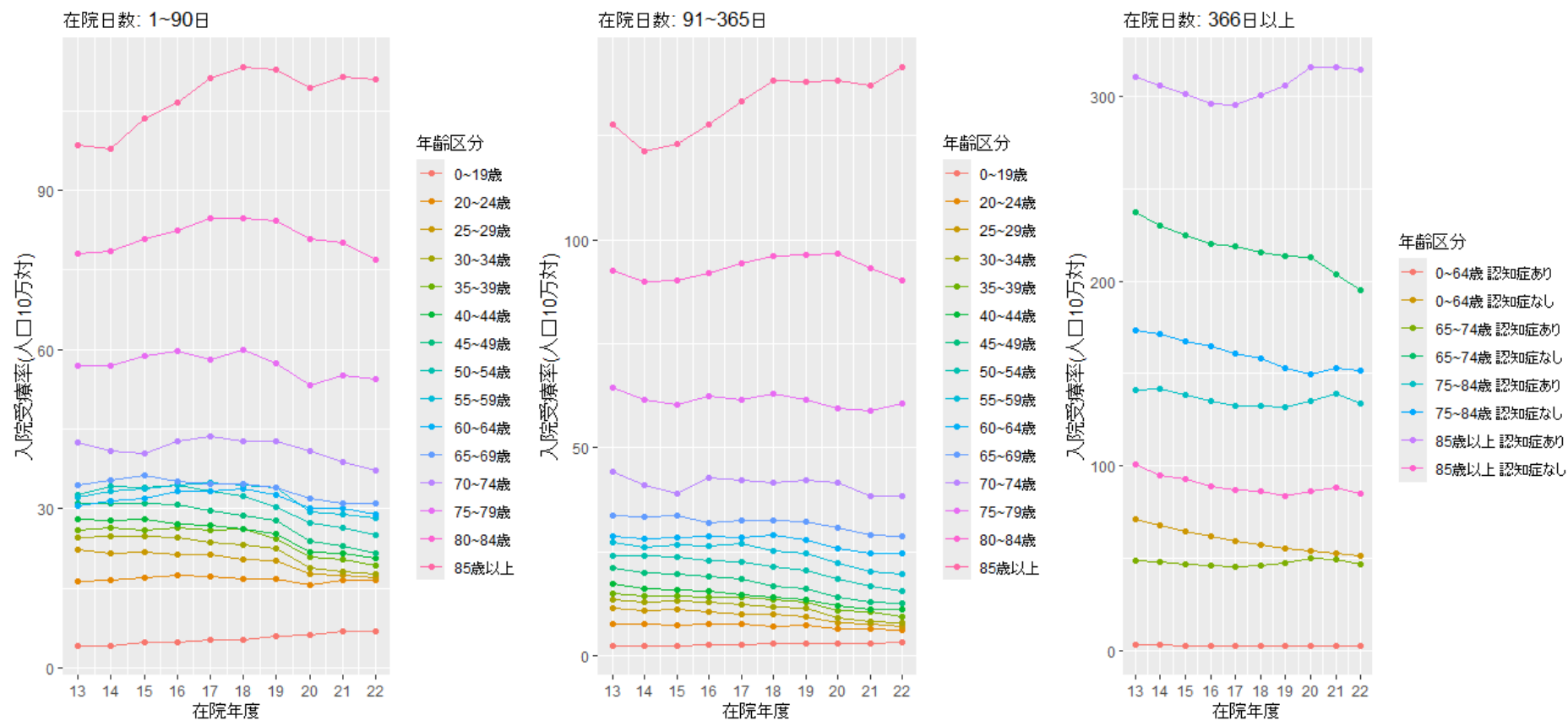


図 5. 年齢区分・在院日数・認知症区分ごとの入院受療率

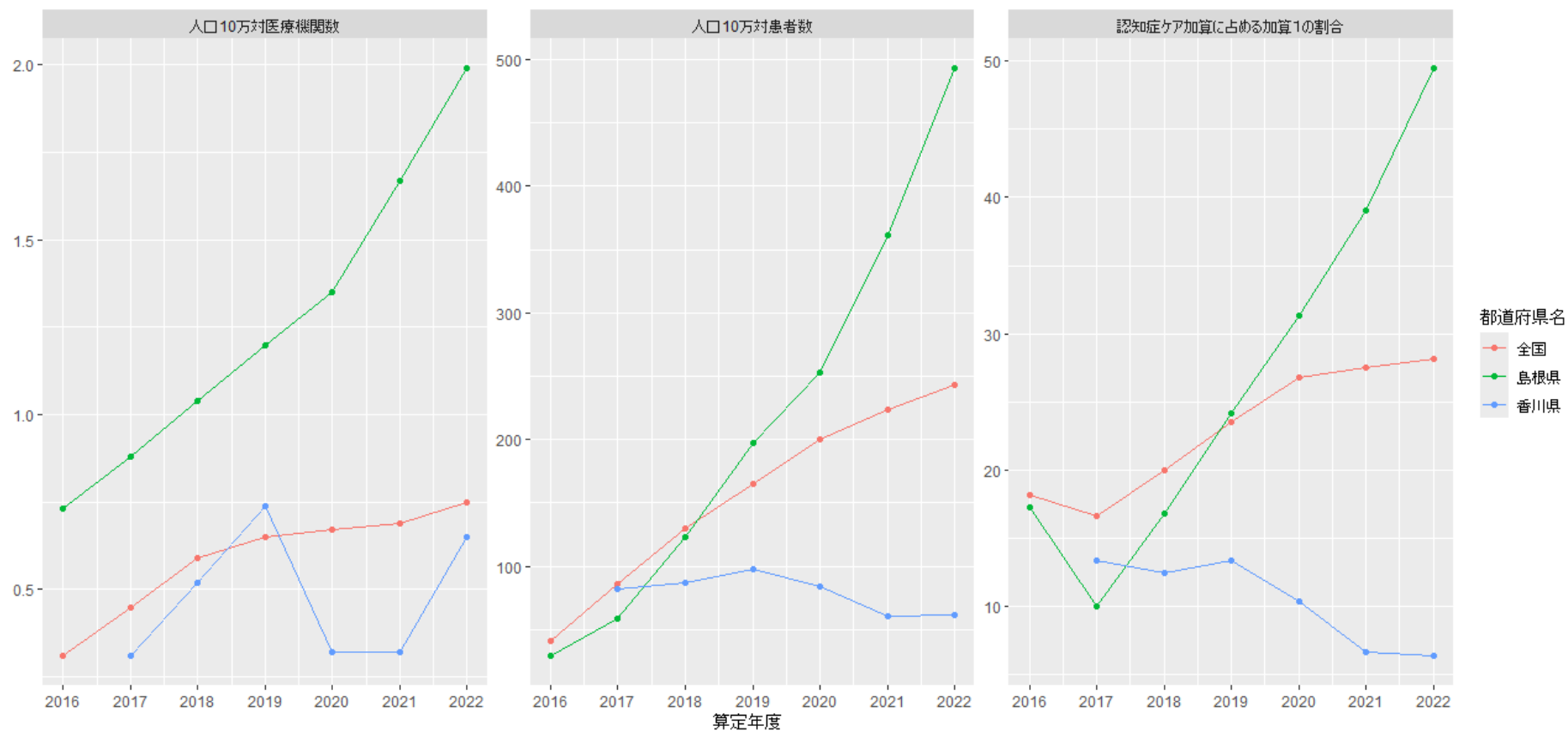


図 6. 認知症加算 1 の算定があった人口 10 万対医療機関数、人口 10 万対患者数、認知症ケア加算に占める加算 1 の割合

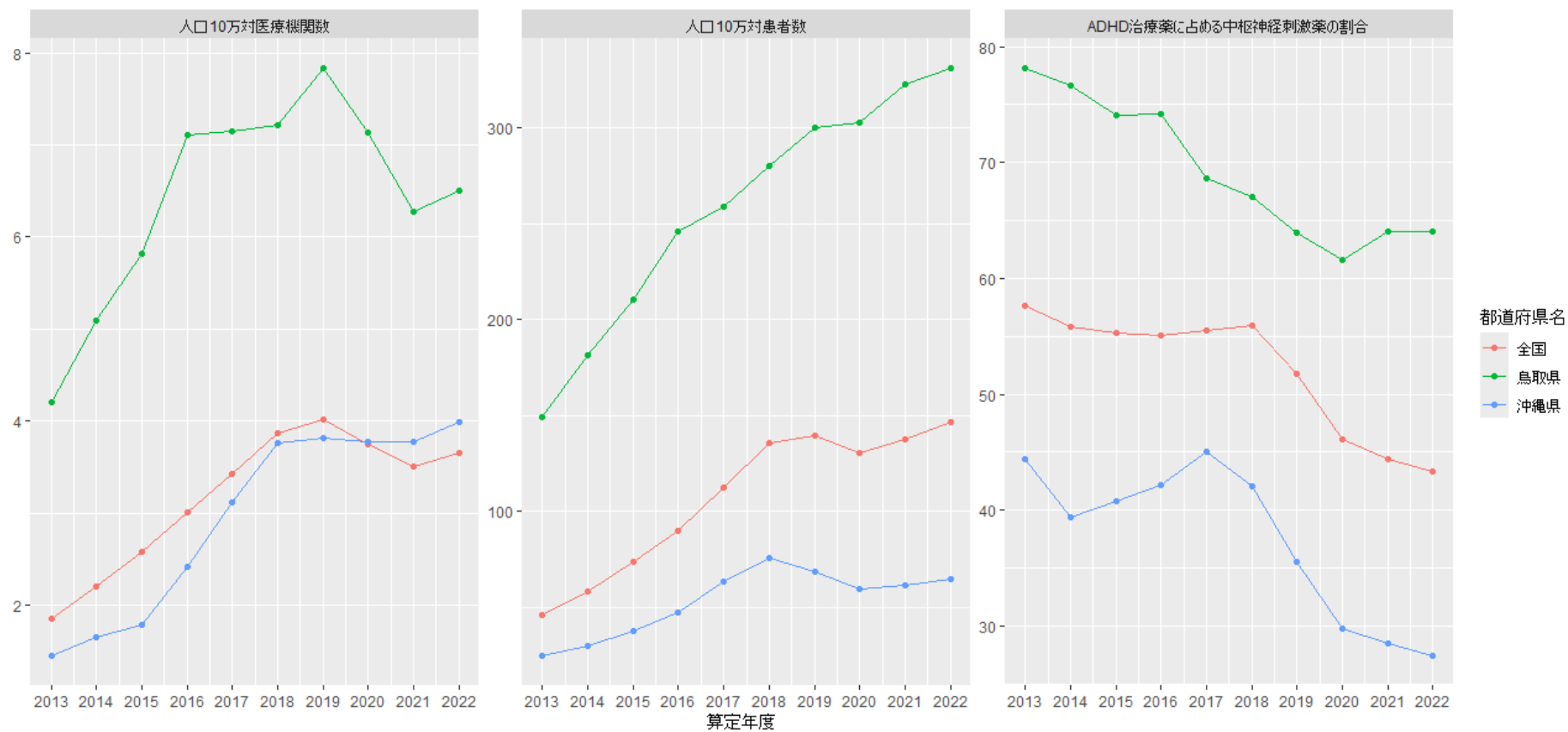


図 7. 中枢神経刺激薬の算定があった人口 10 万対医療機関数、人口 10 万対患者数、ADHD 治療薬に占める中枢神経刺激薬の割合

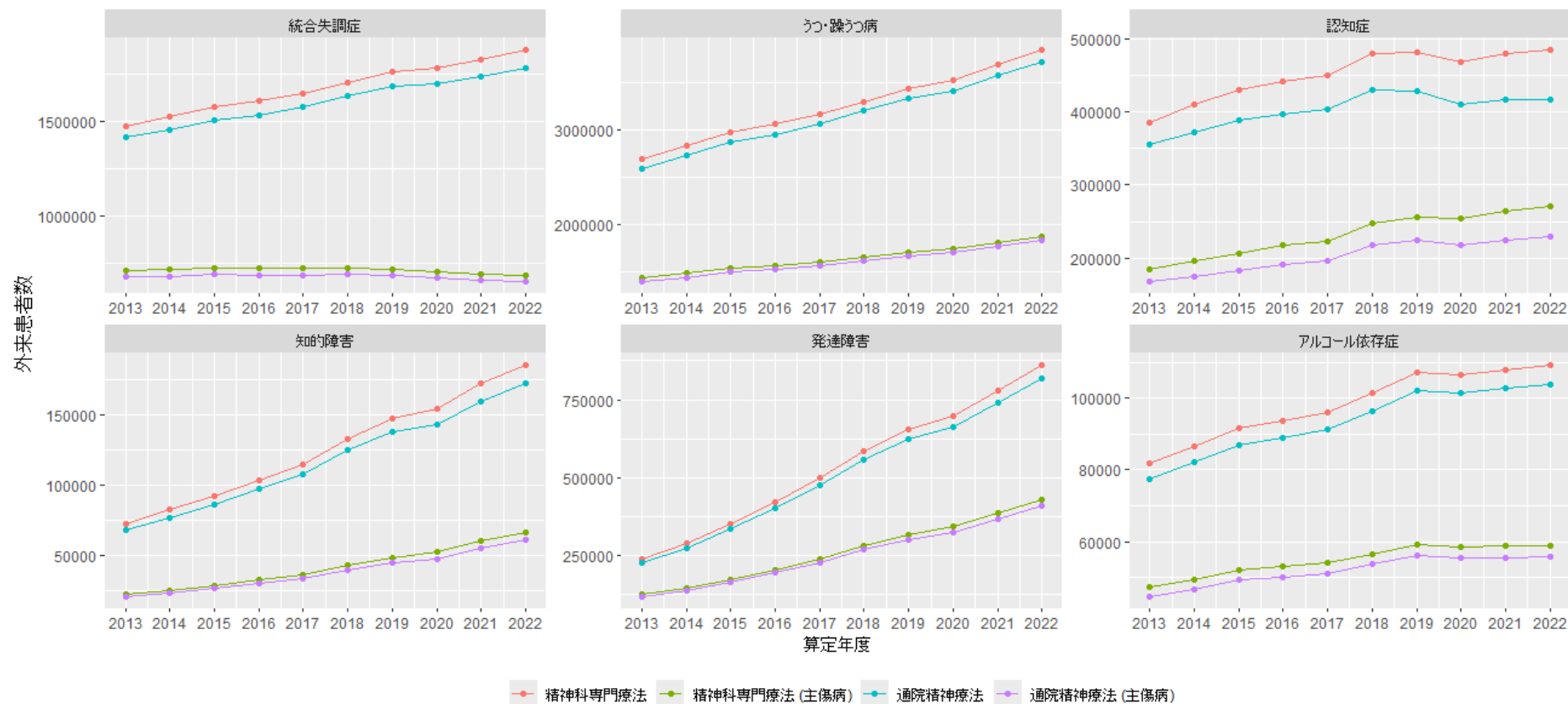


図 8. 疾患定義による外来患者数の相違（統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、知的障害、発達障害、アルコール依存症）

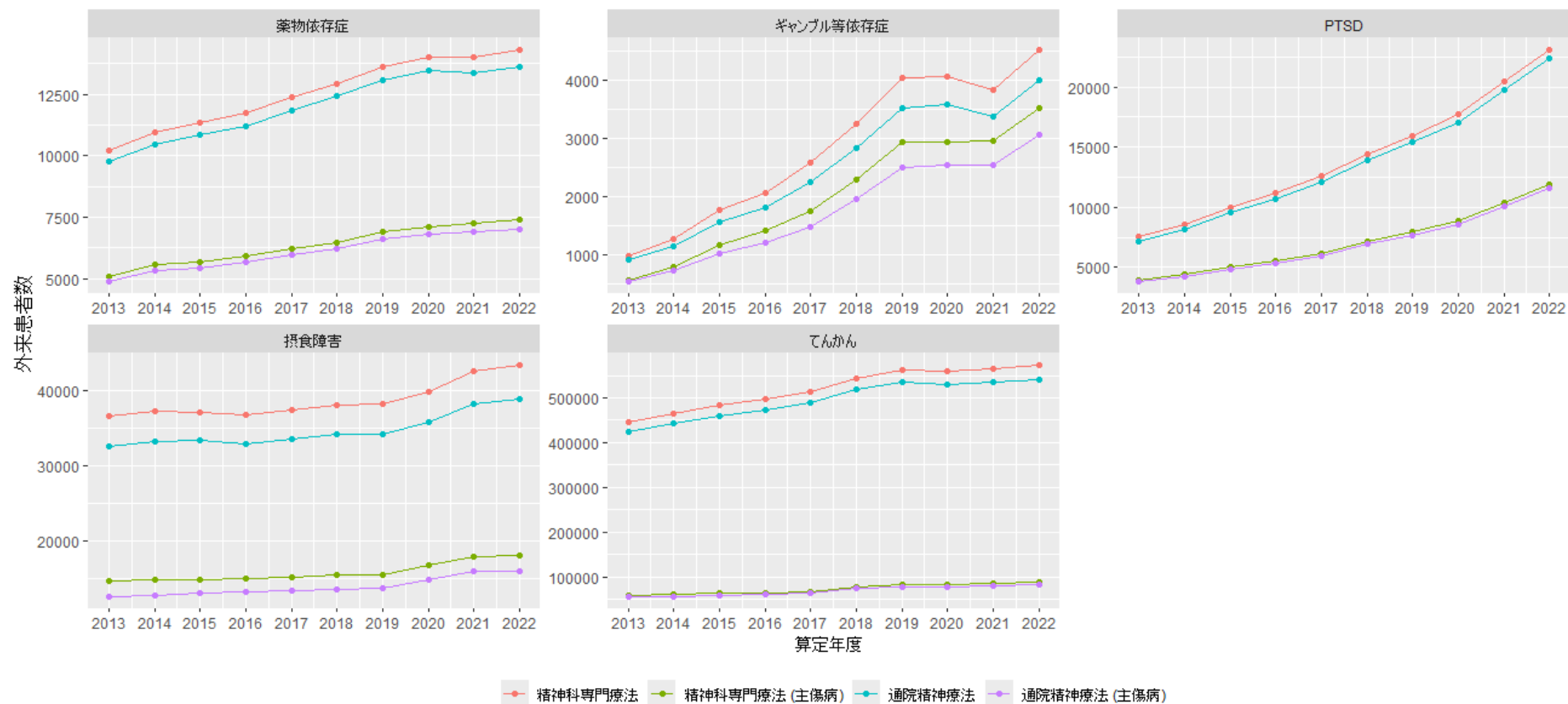


図 9. 疾患定義による外来患者数の相違（薬物依存症、ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん）

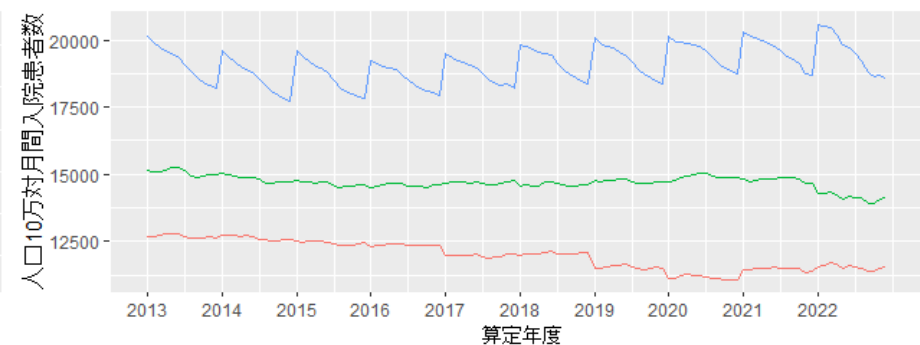
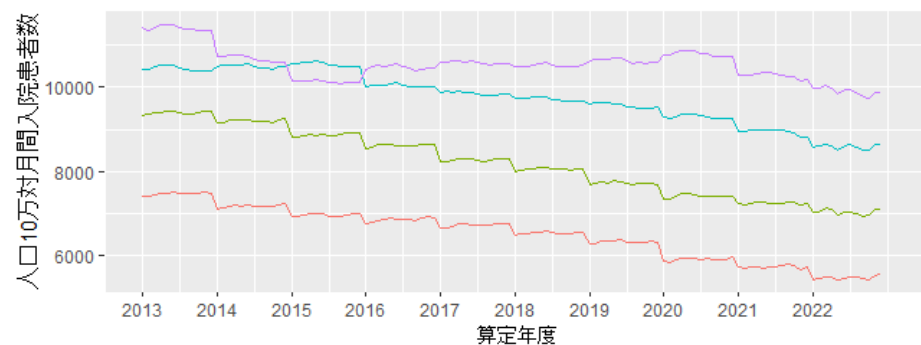
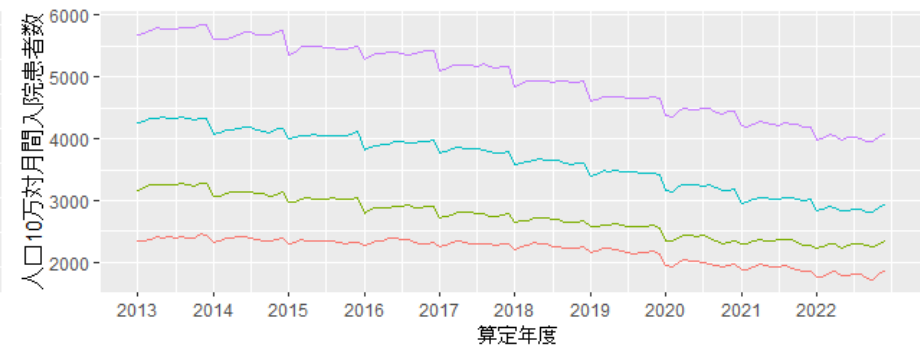
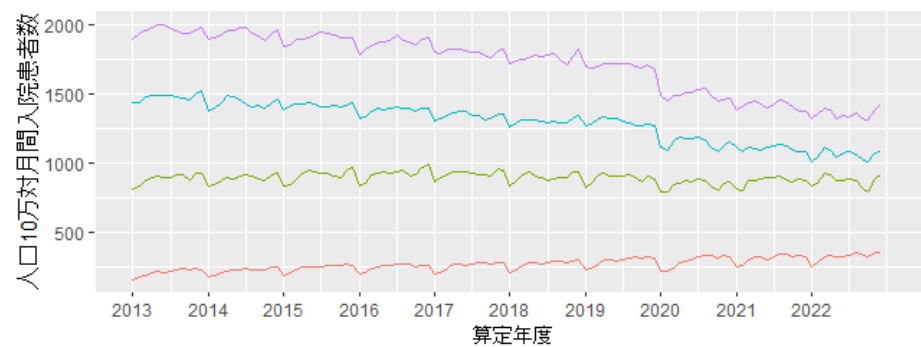


図 10. 人口 10 万対月間入院患者延数

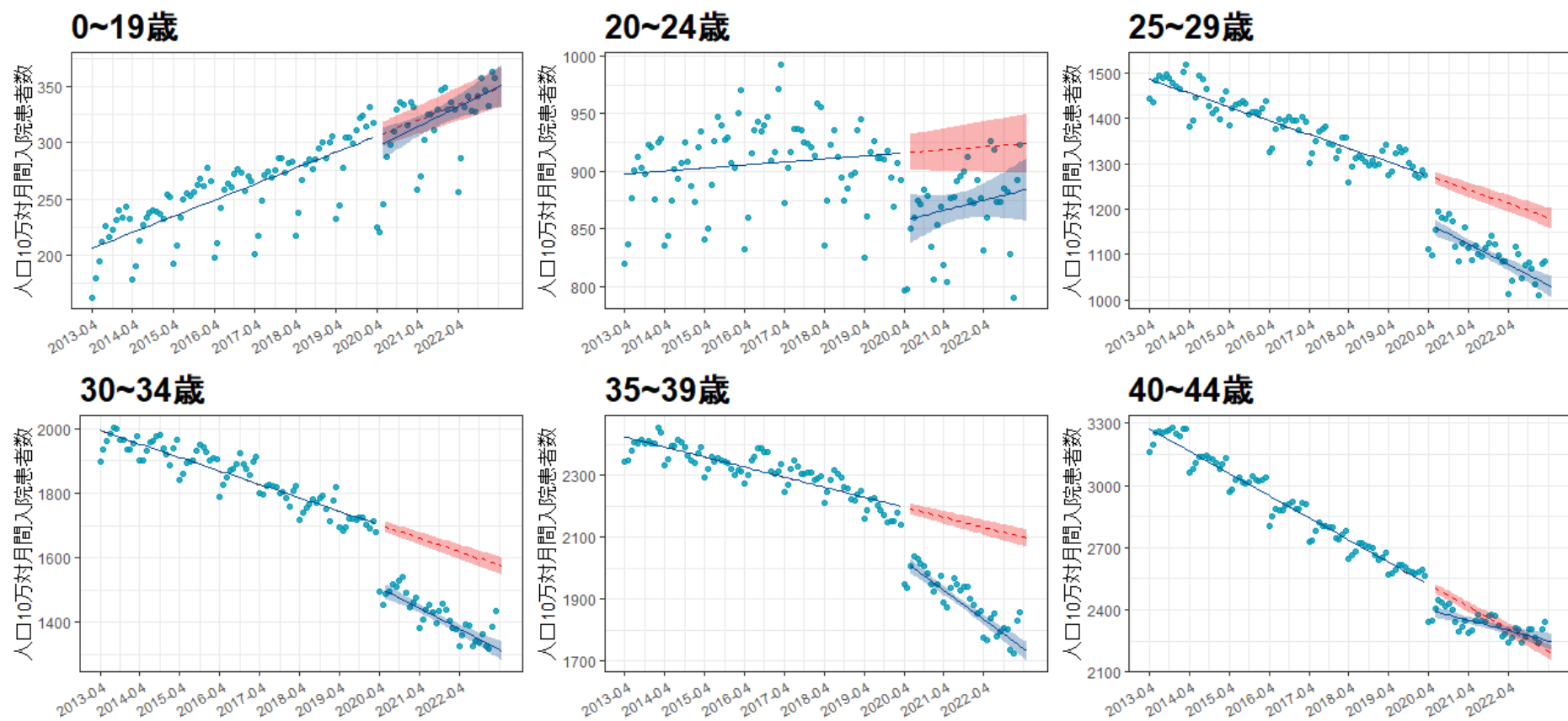


図 11. 第 1 回緊急事態宣言の前の期間（2013 年 4 月から 2020 年 3 月）と、後の期間（2020 年 5 月から 2023 年 3 月）を比較した、人口 10 万対月間入院患者数（0~44 歳）

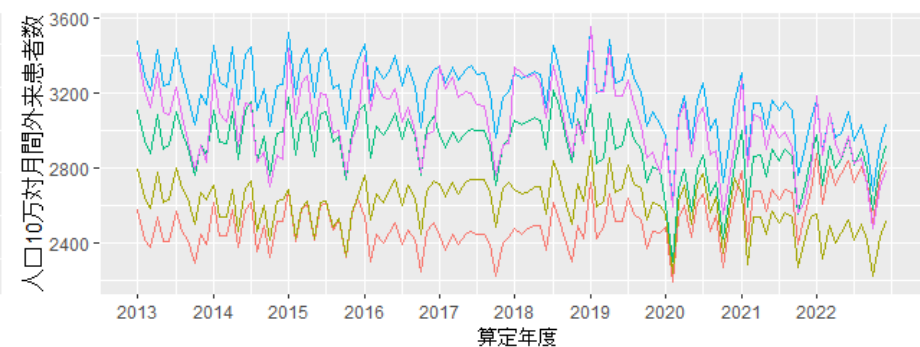
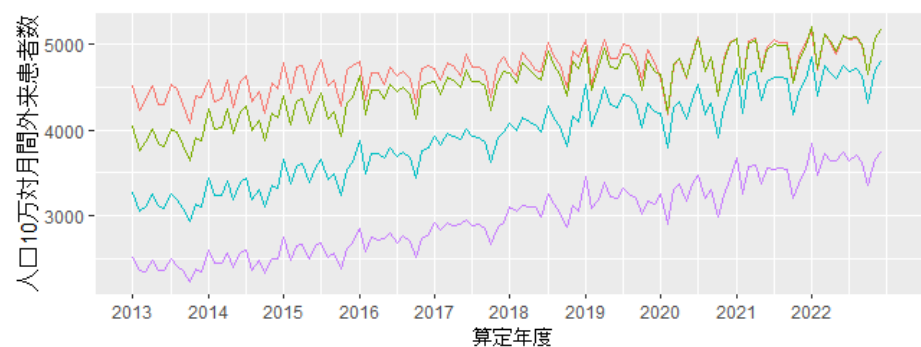
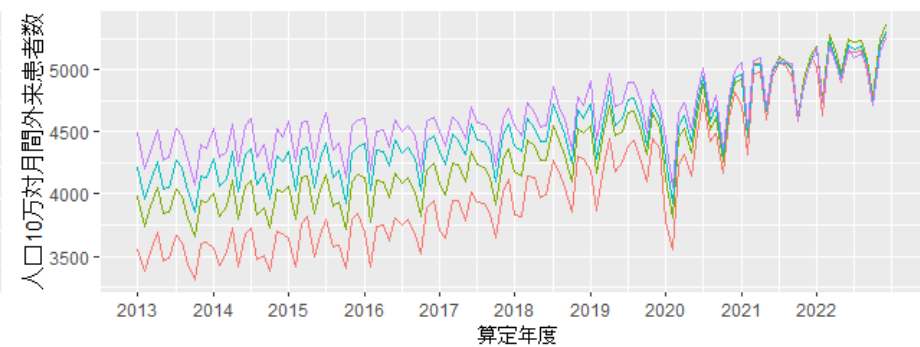
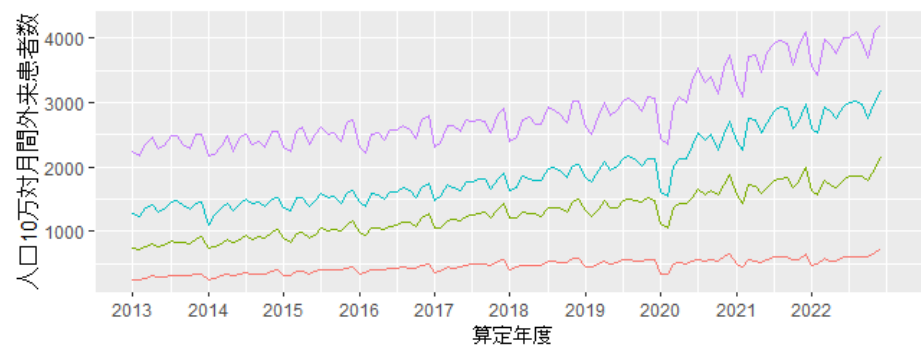


図 12. 人口 10 万対月間外来患者数

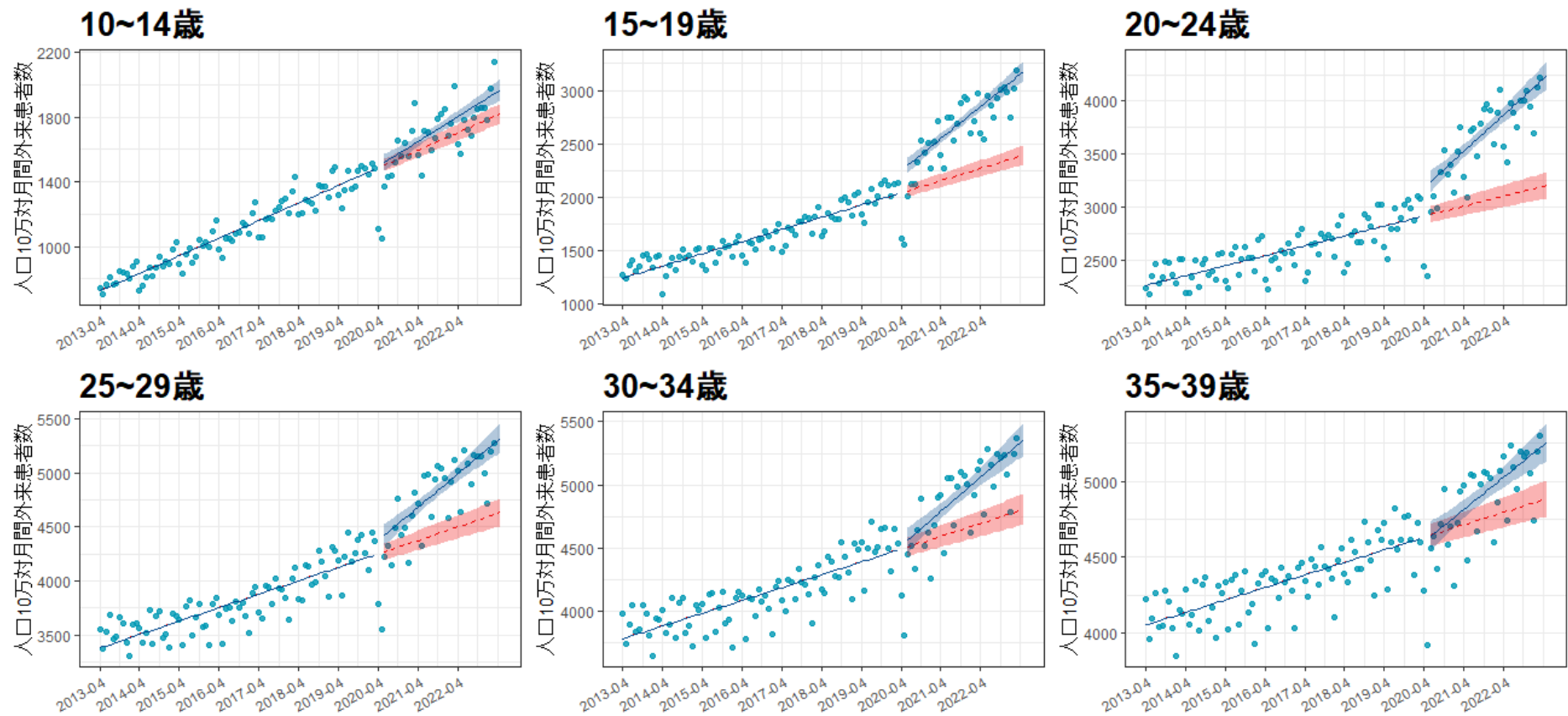


図 13. 第 1 回緊急事態宣言の前の期間（2013 年 4 月から 2020 年 3 月）と、後の期間（2020 年 5 月から 2023 年 3 月）を比較した、人口 10 万対月間外来患者数（10~39 歳）

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

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、2025 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、2020 年 11 月 27 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 などでも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 つのタブを追加検討をしている。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 2023 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 2023 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 2024 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 2023 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 にも表記する機能を実装した（図 1）。これまでの退院者情報の下部に、表形式で「在宅（独居）」「在宅（家族と同居）」「グループホーム」「障害福祉施設（グループホーム以外）」「介護施設」「他院の精神病床」「自院の精神病床以外の病床」「他院の精神病床以外の病床」「その他施設等（救護施設・母子寮・司法関係）」「死亡」「不明」からなる転帰の内訳を表示するものである。

②各社会資源の経年変化を示すヒートマップ

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、資源数が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『各種指標の経年変化』として実装した。

『630 調査』における訪問看護ステーシ

ョン数および『障害福祉サービス等情報公表システムにおける社会資源量』について、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 2・図 3）

（2）新しい機能についての実装検討予定

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中である。

①630 調査における在院者の構成の推移

630 調査における在院者の構成についても経年データが積み重なっているため、グラフ形式での在院患者数の推移を表示することを検討中である。とくに F2 の統合失調症圏の患者および F0 の認知症圏の患者の構成割合の推移は、地域における病床の性質の在り方を検討する際に重要な内容であるため、ここに着目して自治体ごとに表示することを検討したい。

②地域住民メンタルヘルスに関するその他の指標についての検討

現在、実装されていない指標の他、自治体のニーズに合わせたメンタルヘルスに関して実装が検討される指標として、以下のものを研究班内で検討した。

（1）地域住民のメンタルヘルスや、地域における精神保健福祉活動に関する指標

- ・自治体における自死率・自死者数
- ・K6 日本語版⁵⁾
- ・健康日本 21 内における指標（「最近 1 カ月間にストレスを感じた人」「睡眠によって休養が十分に取れていない人」「眠りを助けるために睡眠補助品（睡眠薬・精神安定剤）やアルコールを使うことのある人」など）
- ・障害者雇用数
- ・精神医療審査会の開催状況

（2）精神障害にも対応した地域包括ケアの活動状況など

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおけるデータベースの実態調査に関するデータの掲載など

これらについては、来年度以降、データのソースを整理し、ReMHRAD との情報共有が可能かどうかを検討の上、実装を検討していく。

3) 2024 年度のアクセス数

なお 2024 年度中(2024 年 4 月 1 日～2025 年 3 月 31 日)までに ReMHRAD への Page View は 62268 回であった。

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①630 調査の退院者転帰情報、②ヒートマップ機能を行った。また次年度以降の実装の検討として、③630 調査における在院者の構成の推移、④地域住民のメンタルヘルスの状況を反映するための指標を検討した。自治体関係者と協議しながら、有効に活用されるデータベースとしての在り方を検討していく。

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

- 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/>)
- 5) こころの健康チェック表 K6/K10 日本語版: 平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究/研究協力報告書一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究

図 1：新規に追加された機能（退院者の転帰情報）

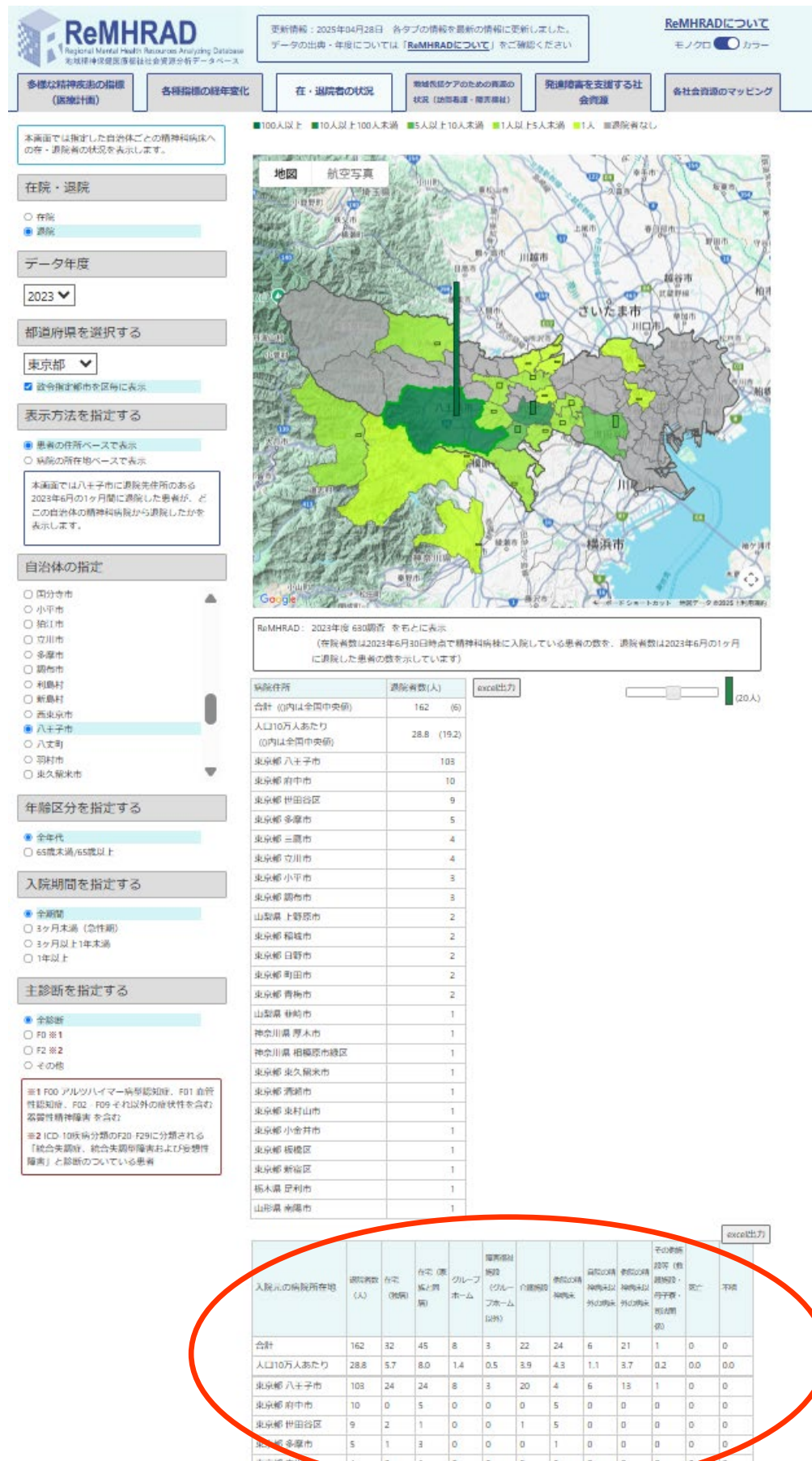


図2：新規に追加された経年変化を示すヒートマップ機能
(訪問看護ステーションの増減に関する表示機能)

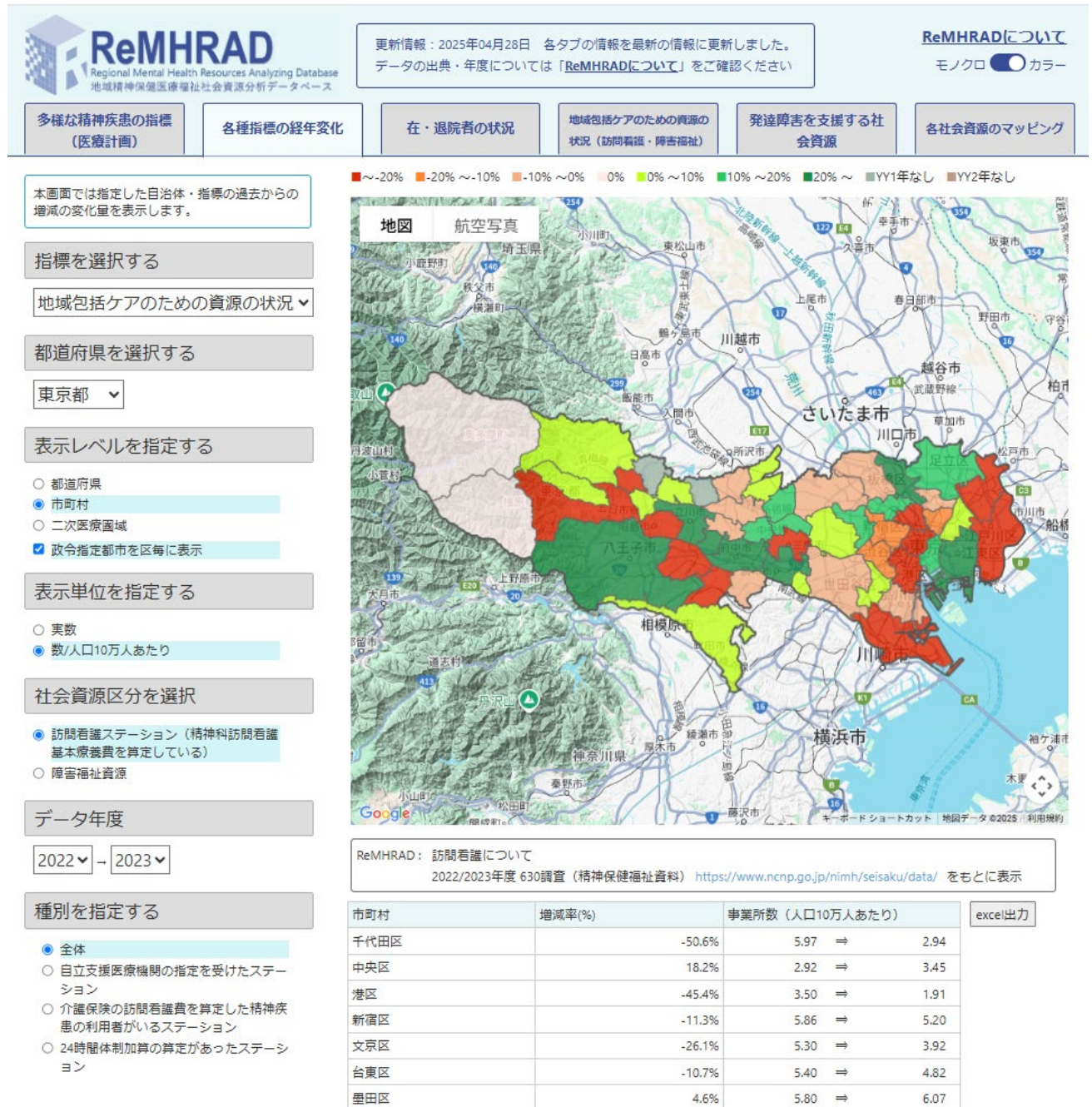


図3：新規に追加された経年変化を示すヒートマップ機能
(障害者総合支援法における就労継続支援B型事業所の増減に関する表示機能)

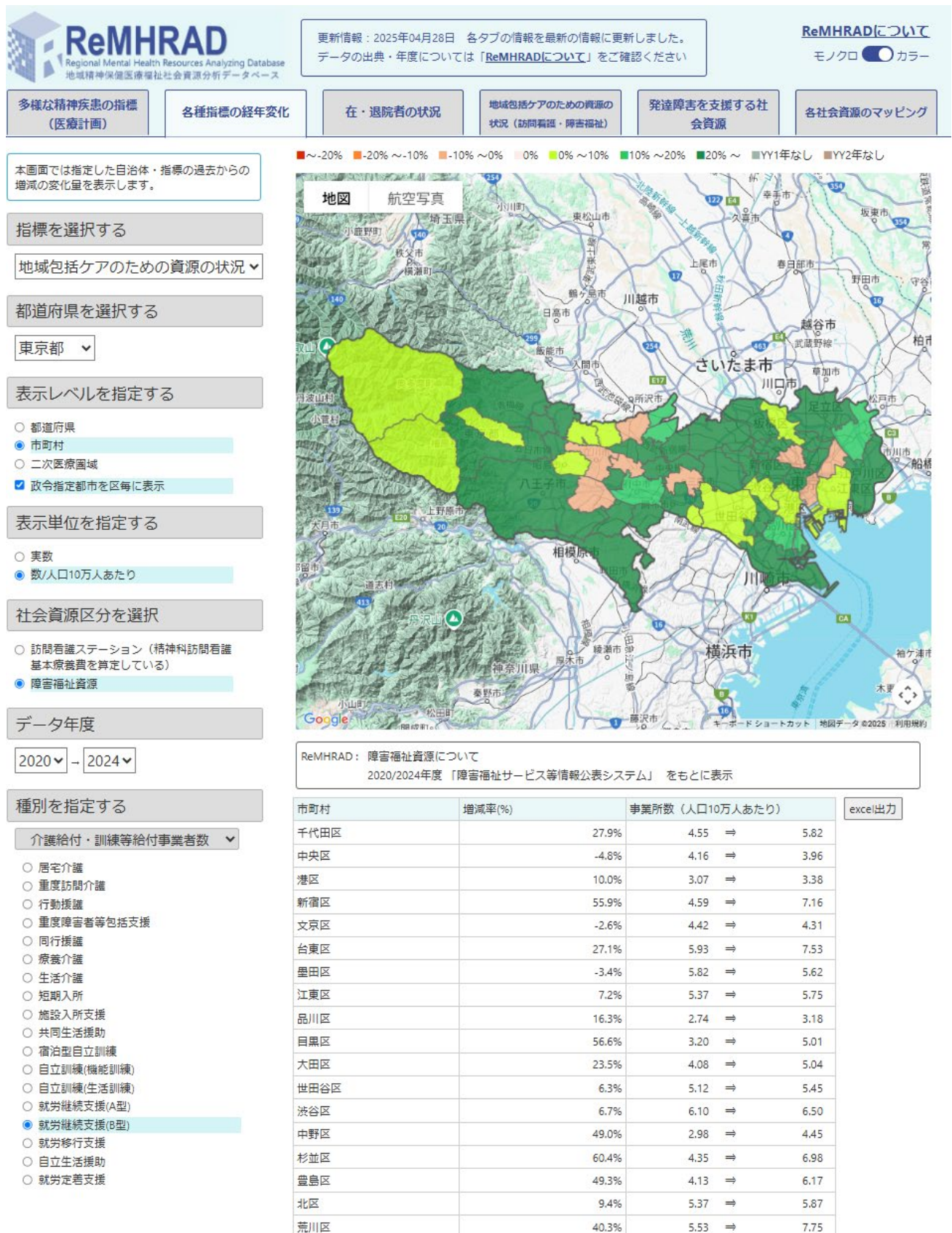
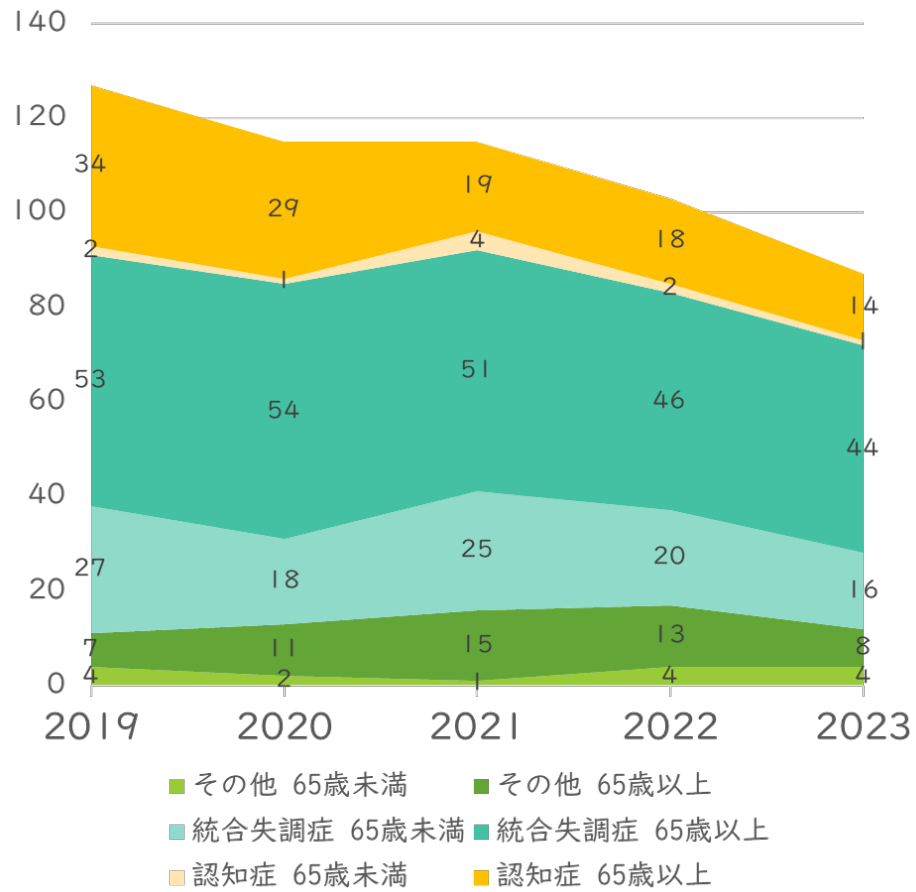


図4：自治体ごとの630調査を基にした
在院患者数の経年変化の表示イメージ（検討中）



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

退院後死亡率に関する検討

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：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），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（宮城県精神医療センター），小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室），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 聡（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），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（国立病院機構花巻病院），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）

*執筆担当：稲垣 中

要旨

【目的】措置入院患者の退院後死亡リスクを検証する。【方法】2016年5月16日から2019年9月30日までの間に栃木県立岡本台病院，宮城県立精神医療センター，大泉病院，長崎県精神医療センター，井之頭病院，石川県立こころの病院，八幡厚生病院，肥前精神医療センター，岡山県精神科医療センター，沼津中央病院，琉球病院に措置入院となった後に，措置解除を経て退院となり，かつ，退院後に当該施設と1回以上接触を持った234人のKaplan-Meier法に基づく退院1年以内，2年以内，および3年死亡率を求めるとともに，厚生労働省が作成した簡易生命表に基づいた標準化死亡比（SMR: standardized mortality ratio）を算出した。【結果】対象患者の性別は男性145人，女性89人，退院時平均年齢は41.8歳で，約半数（113人）の措置解除時の精神科主診断

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

A. 研究の背景と目的

厚生労働省公表の衛生行政報告例によれば、令和5年度のわが国では7,778人の精神障害患者が措置入院となっている¹⁾。措置入院患者はそれ以外の入院患者と比較して相対的に精神症状が重症であり、社会的・経済的な面においてもさまざまな問題を抱えていると推測されるので、措置入院患者が退院後に地域で生活するためには、彼らが受けている治療内容や長期転帰に関する実地データを反映した適切な医療・援助提供体制を構築することが望ましい。

しかしながら、措置入院患者がどの程度の期間、どのような治療を受けて退院となり、どの程度の期間通院治療が継続され、どの程度の患者が再入院となり、一般人口と比較してどの程度死亡リスクが高いかなどといった問題については、必ずしも十分なデータが蓄積されていない。かつて、本研究班の前身にあたる平成24~26年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究(主任研究者:平林直次)」内の分担研究「医療観察法による医療と精神保健福祉法による医療との役割分担及び連携に関する研究(分担研究者:吉住昭)」は『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(以下、吉住班コホート研究)』^{2,3)}を行い、措置解除となった

患者の退院後の治療継続率、再入院率、および死亡率などといった長期転帰について検討したが、後ろ向き研究という研究デザイン上の問題から精神症状の重症度をはじめとする臨床情報の収集が不十分であり、死亡イベントの捕捉率も相対的に低いという限界があった。

今回われわれは『措置入院患者の前向きコホート研究』に登録されたデータを利用して、措置入院患者の退院後死亡リスクについて検討を行った。

B. 方法

『措置入院患者の前向きコホート研究』は協力施設に措置入院となった全患者を対象とする前向きコホート研究である。入院時に対象患者は『措置入院に関する診断書』と診療録の記載に基づいて、①性別、②生年月日、③措置入院年月日、④入院時点の精神科主診断、精神科従診断、身体合併症、⑤措置入院に際しての申請等の形式、⑥精神科治療歴、⑦措置要件、⑧精神症状、問題行動、状態像などの概要などについて登録されるとともに、『個人的・社会的機能遂行度尺度(Personal and Social Performance Scale: PSP)』⁴⁾による社会機能に関する評価を行った。登録完了後、対象患者は概ね月1回のペースでPSPの評価を受け、措置解除の際にはPSP評価と併せて、『症状消退届』

と診療録の記載に基づいて、⑩措置解除時の精神科主診断、精神科従診断、身体合併症、⑪措置解除年月日、⑫措置解除後の処置に関する意見、⑬措置解除時処方に関する情報が、また、退院時にも PSP 評価と併せて、⑬退院年月日、⑭退院後の帰住先、⑮退院時処方、⑯退院時点でのケア会議の実施状況と参加者に関する情報が、さらに退院後は退院から 1 年、2 年、3 年が経過した時点の⑰生存の有無（死亡していた場合には死亡日と死因）、⑱治療継続の有無と最終受診日、⑲再入院の有無（再入院が見られた場合には再入院年月日と入院形態）、⑳ケア会議の実施状況と参加者に関する情報が収集された。

PSP とは、Morosini ら⁴⁾によって作成された精神障害者の社会機能の評価尺度で、「セルフケア」、「社会的に有用な活動」、「個人的・社会的関係」、「不穏な・攻撃的な行為」の 4 つの下位項目より成るプロフィール型評価尺度としてのパートと、Global Assessment of Functioning (GAF: 機能の全体的評定尺度)⁵⁾のように、1 点（最低レベル）から 100 点（最高レベル）の範囲で社会機能を包括的に評価するインデックス型評価尺度である「PSP 総得点」のパートから構成されている。4 つの下位項目はそれぞれアンカーポイントに基づいて、症状なし（1 点）から最重度（6 点）までの 6 段階で評価された後に、下位項目の評点から操作的に PSP 総得点の 10 以上の位の点数が決定され、最後に評価者の判断によって 1 の位の点数は決定される。PSP には Morosini らによる原版以外にも複数の版が存在するが、本研究では UBC 社版 PSP の日本語版⁶⁾を採用した。PSP は本来対象者の直近 4 週程度の状態に基づいて評価されることになっているが、措置入院の治療現場の実態としては、4 週もの長期にわたる症状に基づいて措置解除に関する判断がなされるとは考えにくいので、本研究では直

近 2 週の状態に基づいて評価した。また、措置入院に関連した判断と独立した PSP 評価を行うために、本研究では事前に訓練を受けた看護師、あるいは後期研修医によって評価された。

今回の報告では前向きコホート研究に登録された患者のうち、当該医療機関で措置解除された後に退院となり、かつ、退院後に当該医療機関と接触が 1 回以上あった者を対象として、退院後 3 年以内の死亡者の性別、年齢、精神科主診断、死因などに関する検討を行った上で、Kaplan-Meier 法に基づく退院後 1 ～ 3 年の死亡率を算出した。死亡率は対象患者全体を対象としたもののみならず、男女別、精神科主診断別、措置要件別、PSP 重症度別の死亡率も算出した。ただし、死亡率は加齢に伴って高くなり、同年齢であれば男性は女性より死亡率が高いものなので、対象患者の性・年齢の構成を考慮することなく、単純に死亡率の多寡を論ずると、誤った方向に議論を誘導する可能性がある。そこで、本稿では対象患者がわが国の一般人口と同等の死亡リスクを有すると仮定した場合の退院後の期待死亡率を別途計算した上で、Kaplan-Meier 法に基づく退院後の観察死亡率との比を標準化死亡比（standardized mortality ratio: SMR）として、死亡リスクの指標とした。本稿の検討対象患者の退院日の中央値は 2017 年 6 月 27 日であった。このため、退院 1 年目は厚生労働省作成の 2017 年⁷⁾と 2018 年⁸⁾の簡易生命表に記載された性年齢別死亡率の平均を、退院 2 年目は 2018 年と 2019 年⁹⁾の簡易生命表に記載された性年齢死亡率の平均を、退院 3 年目は 2019 年と 2020 年¹⁰⁾の簡易生命表に記載された性年齢別死亡率の平均を一般人口の死亡率とみなして期待死亡率を算出した。

統計ソフトは Easy R (EZR)¹¹⁾を使用した。

本研究を実施するに際しては、研究グル

ープの長である瀬戸秀文が研究開始当時に所属していた長崎県精神医療センター内の研究倫理審査委員会による承認（承認日：2016年4月15日）を得るとともに、UMIN試験ID: 000022500として開始前に臨床試験登録を行った。

C. 結果

1) 対象患者の抽出作業

『措置入院患者の前向きコホート研究』では11ヶ所の研究協力施設から521人の措置入院患者が登録された。これらの措置入院患者521人のうち、研究終了日までに当該研究施設で措置解除となり、かつ、退院となっていた者は402人であった。これらの退院患者402人のうち、退院日以降の転帰が一切不明であった168人を除く234人が本研究の検討対象である。

2) 背景因子

今回の検討対象である234人の性別は男性が145人、女性が89人であった。退院時の平均年齢は41.8歳であった。入院施設の内訳は、栃木県立岡本台病院が66人、宮城県立精神医療センターが44人、長崎県精神医療センターが28人、大泉病院が19人、石川県立こころの病院が15人、国立病院機構肥前精神医療センターが13人、井之頭病院が13人、八幡厚生病院が11人、沼津中央病院が10人、国立病院機構琉球病院が9人、岡山県精神科医療センターが6人であった（表1）。

措置解除時のICD-10精神科主診断の内訳は統合失調症圏（F2）が最も多く（113人）、以下、気分障害（F3: 52人）、アルコール・薬物関連障害（F1: 20人）、器質性精神障害（F0: 12人）、発達障害（F8: 11人）、精神発達遅滞（F7: 10人）、神経症性障害（F4: 8人）、パーソナリティ障害（F6: 6人）、行動・情緒障害圏（F9: 1人）の順に多かった。身体合併症は10人に見られた。

措置入院の際の申請等の形式は警察官通報（精神保健福祉法第23条:209人）が約9割を占め、以下、検察官通報（第24条: 15人）、矯正施設長通報（第26条: 4人）、親族又は一般人申請（第22条: 3人）、精神科病院管理者届出（第26条の2: 3人）の順に多かった。

措置要件の内訳は自傷が76人、他害（対人）が180人、他害（対物）が136人で（重複あり）、自傷行為のみを措置要件とした者は19人、措置要件に他害行為が含まれていた者は207人であった。今回の措置入院より前に精神科治療歴を有していた者は192人、精神科入院歴を有していた者は122人、措置入院歴を有していた者は51人であった（表2）。

措置入院時のPSPのそれぞれの下位項目の評点が顕著（4点）以上であった者は、「セルフケア」が151人、「社会的に有用な活動」が182人、「個人的・社会的関係」が187人、「不穏な・攻撃的な行為」が217人であった。下位項目の平均点はそれぞれ3.8点、4.2点、4.4点、4.8点であった。平均PSP総得点は23.7点であり、PSP総得点が30点以下、すなわち社会機能障害が重度^⑥と判定された者は177人、PSP総得点が71点以上、すなわち社会機能障害が軽度^⑥と判定された者は0人であった（表3、図1、図3）。

退院時のPSPの各下位項目の評点が顕著以上であった者は、「セルフケア」が17人、「社会的に有用な活動」が27人、「個人的・社会的関係」が32人、「不穏な・攻撃的な行為」が14人であった。下位項目の平均点はそれぞれ1.8点、2.4点、2.4点、1.7点であった。退院時平均PSP総得点は65.5点であり、社会機能障害が重度の者は6人、社会機能障害が軽度の者は79人であった（表3、図2、図3）。

平均措置入院継続期間、すなわち、措置入院の開始から措置解除に至る期間の平均値

は 64.9 日であった。平均入院継続期間、すなわち、措置入院の開始から退院に至る期間の平均値は 125.0 日であった。

退院後の平均観察期間は 755.2 日、対象患者 234 人の総観察期間は 176,718 日であった（表 4）。

3) 退院後の死亡状況

対象患者 234 人のうち、退院後 3 年が経過した時点で生存が確認されていた者は 104 人、死亡が確認された者は 11 人で、残る 119 人は途中で追跡が中断されていた。退院後の総観察期間は 176,718 日だったので、人年法ベースで示した死亡リスクは 1,000 人年あたり 22.7 件の死亡であった。

11 人の死亡者の性別は男性が 7 人、女性が 4 人であった。死亡時年齢は 20 代が 2 人、30 代が 2 人、40 代が 3 人、50 代が 1 人、60 代が 2 人、80 代が 1 人であった。死亡者の措置解除時の精神科主診断はアルコール・薬物関連障害が 3 人、統合失調症圏が 2 人、器質性精神障害が 2 人、気分障害が 2 人、パーソナリティ障害が 1 人、精神遅滞が 1 人であった。死因は自殺が 5 人、病死が 2 人、事故死が 1 人で、残る 3 人の死因は把握されていなかった。死亡時期は退院から 13 日後、22 日後、54 日後、163 日後、188 日後、258 日後、462 日後、606 日後、837 日後、929 日後、1,066 日後であった。

4) 退院後死亡率と標準化死亡比

① 措置入院患者全体の死亡リスク

Kaplan-Meier 法に基づく対象患者全体の 1 年死亡率は 2.9% (95%信頼区間 [95%CI]: 1.3~6.3%), 2 年死亡率は 4.1% (2.0~8.0%), 3 年死亡率は 6.3% (3.5~11.3%) であった（図 4）。

一方、簡易生命表に基づく退院 1 年以内の期待死亡数（期待死亡率）は 0.5658 人 (0.242%), 2 年以内の期待死亡数は 1.1708

人 (0.500%), 3 年以内の期待死亡数は 1.8181 人 (0.777%) であった。

したがって、措置入院患者全体の退院後 SMR は退院後 1 年時点で 12.0 (95%CI: 5.38~26.1), 2 年時点で 8.19 (4.00~16.0), 3 年時点で 8.11 (4.50~14.5) であった（表 5）。

② 男女別死亡リスク

Kaplan-Meier 法に基づく男女別 1 年死亡率は男性が 3.0% (95%CI: 1.1~7.9%), 女性が 2.6% (0.7~10.1%), 2 年死亡率は男性が 4.0% (1.7~10.8%), 女性が 4.3% (1.4~12.8%), 3 年死亡率は男性が 6.0% (2.9~12.4%), 女性が 6.9% (2.5~18.3%) であった（図 5）。

一方、退院 1 年以内の期待死亡数（期待死亡率）は男性が 0.4486 人 (0.309%), 女性が 0.1172 人 (0.132%), 退院 2 年以内の期待死亡数はそれぞれ 0.9276 人 (0.640%), 0.2432 人 (0.273%), 退院 3 年以内の期待死亡数はそれぞれ 1.4416 人 (0.993%), 0.3792 人 (0.425%) であった。

したがって、退院後 SMR は退院後 1 年の時点で男性が 9.70 (95%CI: 3.56~25.5), 女性が 19.7 (5.31~76.7), 退院後 2 年の時点で男性が 6.25 (2.66~16.9), 女性が 15.7 (5.12~46.8), 退院後 3 年の時点で男性が 6.04 (2.92~12.5), 女性が 16.2 (5.88~43.0) であった（表 5）。

③ 精神科主診断別死亡リスク

死亡リスクを措置解除時主診断が統合失調症圏 (113 人), 気分障害 (52 人), およびその他の診断の患者 (68 人) に層別して検討したところ、統合失調症圏, 気分障害患者では退院から 2 年目以降に死亡者が見られなかったため、Kaplan-Meier 法に基づく死亡率は 1 年死亡率, 2 年死亡率, 3 年死亡率とも統合失調症圏患者では 1.9% (95%CI: 0.5~7.6%), 気分障害患者では 4.2% (1.1

～15.8%)であり、一方、その他の診断の患者では1年死亡率が3.4% (0.9～13.2%)、2年死亡率が8.4% (3.2～21.3%)、3年死亡率が18.0% (8.8～35.0%)であり、その他の診断の患者の死亡率は統合失調症圏患者より有意に高かった ($p=0.012$, Log-rank 検定; $p=0.012$, Bonferroni 補正; 図6)。

一方、期待死亡数(期待死亡率)は、統合失調症患者では退院1年以内が0.2562人 (0.227%)、退院2年以内が0.5308人 (0.470%)、退院3年以内が0.8260人 (0.731%)、気分障害患者ではそれぞれ0.1574人 (0.303%)、0.3255人 (0.626%)、0.5046人 (0.970%)、その他の診断の患者では0.1518人 (0.223%)、0.3135人 (0.461%)、0.4861人 (0.715%)であった。

したがって、退院後 SMR は統合失調症患者では退院後1年の時点で8.38 (95%CI: 2.21～33.5)、2年の時点で4.04 (1.06～16.2)、3年の時点で2.60 (0.684～10.4)、気分障害患者ではそれぞれ13.9 (3.64～52.2)、6.71 (1.76～25.2)、4.33 (1.13～16.3)、その他の診断の患者ではそれぞれ15.2 (4.03～59.1)、18.2 (6.94～46.2)、25.2 (12.3～49.0)と推定された(表5)。

④ 措置要件別死亡リスク

措置要件別に死亡リスクを検討したところ、自傷のみを措置要件とする患者(19人)と措置要件に他害を含む患者(207人)のKaplan-Meier 法に基づく1年死亡率はそれぞれ11.9% (95%CI: 3.1～39.8%)、2.2% (0.8～5.7%)、2年死亡率はそれぞれ11.9% (3.1～39.8%)、3.5% (1.6～7.8%)、3年死亡率はそれぞれ22.9% (7.4～58.3%)、5.2% (2.6～10.4%)で、自傷のみを措置要件とする患者の死亡率の方が有意に高かった ($p=0.00921$, Log-rank 検定; 図7)。

一方、期待死亡数(期待死亡率)は自傷のみを措置要件とする患者では退院1年以内が0.0142人 (0.075%)、措置要件に他害を

含む患者では0.5303人 (0.256%)、退院2年以内がそれぞれ0.0293人 (0.154%)、1.0973人 (0.530%)、退院3年以内がそれぞれ0.0454人 (0.239%)、1.7037人 (0.823%)であった。

したがって、措置要件が自傷のみの患者の退院後 SMR は退院後1年の時点で159 (95%CI: 41.4～532)、2年の時点で77.3 (20.1～258)、3年の時点で95.8 (31.0～244.0)、措置要件に他害を含む患者の退院後 SMR は退院後1年の時点で8.59 (3.12～22.3)、2年の時点で6.60 (3.02～14.7)、6.32 (3.16～12.6)と推定された(表5)。

⑤ PSP 重症度別死亡リスク

PSP 総得点別に死亡リスクを検討したところ、退院時 PSP 総得点が70点以下の患者(155人)のKaplan-Meier 法に基づく1年死亡率は1.4% (95%CI: 0.4～5.5%)、2年死亡率は2.4% (0.8～7.4%)、3年死亡率は4.9% (95%CI: 2.0～11.6%)、71点以上の患者(79人)の1年死亡率は5.7% (2.2～14.6%)、2年死亡率は7.4% (3.1～16.9%)、3年死亡率は9.3% (4.2～19.7%)であった(図8)。

一方、退院時 PSP 総得点が70点以下の患者の期待死亡数(期待死亡率)は退院1年以内では0.3966人 (0.256%)、2年以内では0.8197人 (0.529%)、3年以内では1.2712人 (0.820%)、70点以下の患者では退院1年以内が0.1692人 (0.214%)、2年以内が0.3511人 (0.444%)、3年以内が0.5469人 (0.692%)であった。

したがって、退院時 PSP 総得点が70点以下の患者の退院後 SMR は退院後1年の時点で5.47 (95%CI: 1.56～21.5)、2年の時点で4.54 (1.51～14.0)、3年の時点で5.97 (2.44～14.1)、退院後 SMR は71点以上の患者の退院後 SMR は退院後1年の時点で26.6 (10.3～68.2)、16.6 (6.97～38.0)、13.4 (6.06～28.5)と推定された(表5)。

D. 考察

措置入院患者はそれ以外の入院患者と比較して相対的に精神症状が重症であり、社会的・経済的な面においてもさまざまな問題を抱えていると推測されるので、措置入院患者が退院後に地域で生活するためには治療内容や長期転帰に関する実地データを反映した適切な医療・援助を提供することが望まれる。中でも、措置入院者の死亡リスクを可能な限り低下させることは医療政策的観点からも最重要の課題の1つと考えられるが、これまでのわが国では措置入院患者の退院後の生命転帰について十分に検討されてきたとは言い難く、わずかに吉住班コホート研究^{2, 3)}が存在するのみであった。ただし、吉住班コホート研究は後ろ向きコホート研究であるという性質上、精神症状の重症度をはじめとする臨床情報の収集が不十分であり、死亡イベントの捕捉も完全ではない可能性があるため、前向きコホート研究を別途行うことが求められていた。本研究、すなわち、『措置入院患者の前向きコホート研究』はこれらの問題を解消するために実施されたものである。

本研究の結果、明らかになったことは以下の通りである。

第一に措置入院患者の死亡リスクは1,000人年あたり22.7件であった。この結果は吉住班コホート研究で観察された値(1,000人年あたり27.4件)よりやや低い。本研究の対象患者の平均年齢(41.7歳)は吉住班コホート研究(44.5歳)より2.8歳低いので、これら2つの研究の間の差は臨床的に意味はないと考えられる。

第二にKaplan-Meier法による措置入院患者の退院後死亡率は退院後1年以内では2.9%、退院後2年以内では4.1%、退院後3年以内では6.3%であった。吉住班コホート研究で観察された1年死亡率は2.6%であったが、退院後1年時点の死亡率についても2つのコホート研究の間に臨床的に意味

のある差はないと考えられる。

第三に措置入院患者全体の退院後1年以内のSMRは12.0(男性9.70, 女性19.7)、2年以内のSMRは8.19(6.25, 15.7)、3年以内のSMRは8.11(6.04, 16.2)であることが示された。本研究において観察された退院後1年以内のSMRは吉住班コホート研究で観察されたSMR(11.2: 男性10.3, 女性13.5)とほぼ等しく、男性に限定したSMR(10.3)に関しても大きな差は見られなかったが、女性に関しては本研究におけるSMRは吉住班コホート研究におけるSMRの1.5倍であった。もっとも、吉住班コホート研究には704人の措置入院患者が組み入れられていたのに対して、本研究にはその約3分の1の236人しか組み入れられていなかったため、発生頻度の低い死亡イベントについて検証する際には偶然の及ぼす影響が大きくなっていることに注意を要すると思われる。

第四に精神科主診断別にみると、統合失調症圏患者と気分障害患者と比較して、その他の診断の患者は死亡率、およびSMRとも退院2年目より高くなっていた。特に問題なのが、本研究で観察された退院1年以内のSMRが統合失調症圏では8.38、気分障害圏では13.9と吉住班コホート研究で観察された値(統合失調症圏: 8.6, 気分障害: 14.6)とほぼ等しかったものの、2年目以降はSMRが低下し、3年以内SMRはそれぞれ2.60, 4.33となっていたことである。その背景には本研究に登録された統合失調症圏、および気分障害の患者がそれぞれ113人、52人に過ぎず(吉住班コホート研究にはそれぞれ439人、87人)、観察された死亡イベントに関しても統合失調症圏(2人)、気分障害(2人)の双方とも退院から1年以内に発生したもので、それ以降は発生していなかったことが影響していると考えられる。これまでに海外で報告されたコホート研究では、退院後死亡リスクは退院直後

が特に高く、退院後は時間が経過するにつれて低下してゆくことが知られているが¹²⁾、吉住班コホート研究では退院後2年目に入ってから以降も散発的に統合失調症圏の死亡者が発生していたことを考慮すると、発生頻度の低い死亡イベントについて検証する際に、偶然がもたらす影響についても考慮に入れる必要があるかもしれない。

第五に措置要件が自傷のみである者の死亡リスクが措置要件に他害行為を含む者の11.7～18.5倍であることが示された。退院後1年以内の措置要件に他害行為を含んだ者のSMRは159と特に高かった。措置入院に関する臨床実務では自傷行為は他害行為ほど重視されない傾向があるが、この結果は自傷のみを措置要件とする患者が退院した後は慎重に経過観察する必要があることを示唆しているように思われる。

第六に退院時PSP総得点が71点以上の者の死亡リスクは70点以下の者の2.2～4.9倍であることが示された。このような傾向は退院後1年以内(SMR 26.6)において特に顕著であった。臨床上の常識からは社会機能が高いほど生命転帰は良好になると推測されるが、今回の結果は臨床上の常識に基づく当初の予測に反するものであった。その背景には社会機能が低い患者には訪問看護やデイケアの利用などといったさまざまな介入が行われる傾向があるのに対し、なまじ社会機能が高いと介入が行われにくくなるからかもしれない。退院時PSP総得点が高い者の死亡リスクの方が高くなる要因については今後さらなる検討を要するが、社会機能が高い者にも何らかの心理社会的介入を行う必要性を示唆している可能性が考えられた。

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) 厚生労働省. 衛生行政報告例/令和5年度衛生行政報告例/統計表/年度報 第1章 精神保健福祉/2-1/精神障害者措置入院・仮退院状況, 都道府県—指定都市(再掲)別. (2025年4月29日アクセス)

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450027&tstat=000001031469&cycle=8&tclass1=000001222480&tclass2=000001222481&tclass3=00001222482&tclass4val=0&metadata=1&data=1>

- 2) 瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋, 小口芳世, 小泉典章, 吉住昭: 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 48: 323-333, 2018.
- 3) 稲垣 中, 瀬戸秀文, 島田達洋, 小口芳世, 小泉典章, 吉住昭: 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2): 措置入院患者の退院後の死亡リスクに関する検討. 臨床精神医学 48: 335-342, 2018.
- 4) Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, et al.: Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and occupational functioning assessment scale (SOFAS) to assess routine social

- functioning. Acta Psychiatr Scand 101: 323-329, 2000.
- 5) American Psychiatric Association (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸・訳): DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 2002.
- 6) 稲田俊也, 山本暢朋, 相澤 玲, 稲垣中: 日本語版 PSP (個人的・社会的機能遂行度尺度) 評価トレーニングシート Ver.1.0. 社団法人日本精神科評価尺度研究会, 2011.
- 7) 厚生労働省: 平成 29 年簡易生命表の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life17/index.html> (2025 年 4 月 21 日アクセス)
- 8) 厚生労働省: 平成 30 年簡易生命表の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life18/index.html> (2025 年 4 月 21 日アクセス)
- 9) 厚生労働省: 令和元年簡易生命表の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life19/index.html> (2025 年 4 月 21 日アクセス)
- 10) 厚生労働省: 令和 2 年簡易生命表の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life20/index.html> (2025 年 4 月 21 日アクセス)
- 11) Kanda Y: Investigation of the freely-available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics. Bone Marrow Transplant 48 (3): 452-8, 2013.
- 12) C-Y Hsu, S-S Chang, M Large, C-H Chang, M-C M Tseng: Cause-specific mortality after discharge from inpatient psychiatric care in Taiwan: a national matched cohort study. Psychiatry Clin Neurosci 77 (5): 290-296, 2023.

表 1 対象患者の背景因子（その 1）

男性／女性	145 (62.0%)	／89 (38.0%)
退院時年齢		
平均（標準偏差）	41.8	(13.9)
中央値（第一四分位数～第三四分位数）	42	(31～50)
医療機関		
栃木県立岡本台病院	66	(28.2%)
宮城県立精神医療センター	44	(18.8%)
長崎県精神医療センター	28	(12.0%)
大泉病院	19	(8.1%)
石川県立こころの病院	15	(6.4%)
国立病院機構肥前精神医療センター	13	(5.6%)
井之頭病院	13	(5.6%)
八幡厚生病院	11	(4.7%)
沼津中央病院	10	(4.3%)
国立病院機構琉球病院	9	(3.8%)
岡山県精神科医療センター	6	(2.6%)

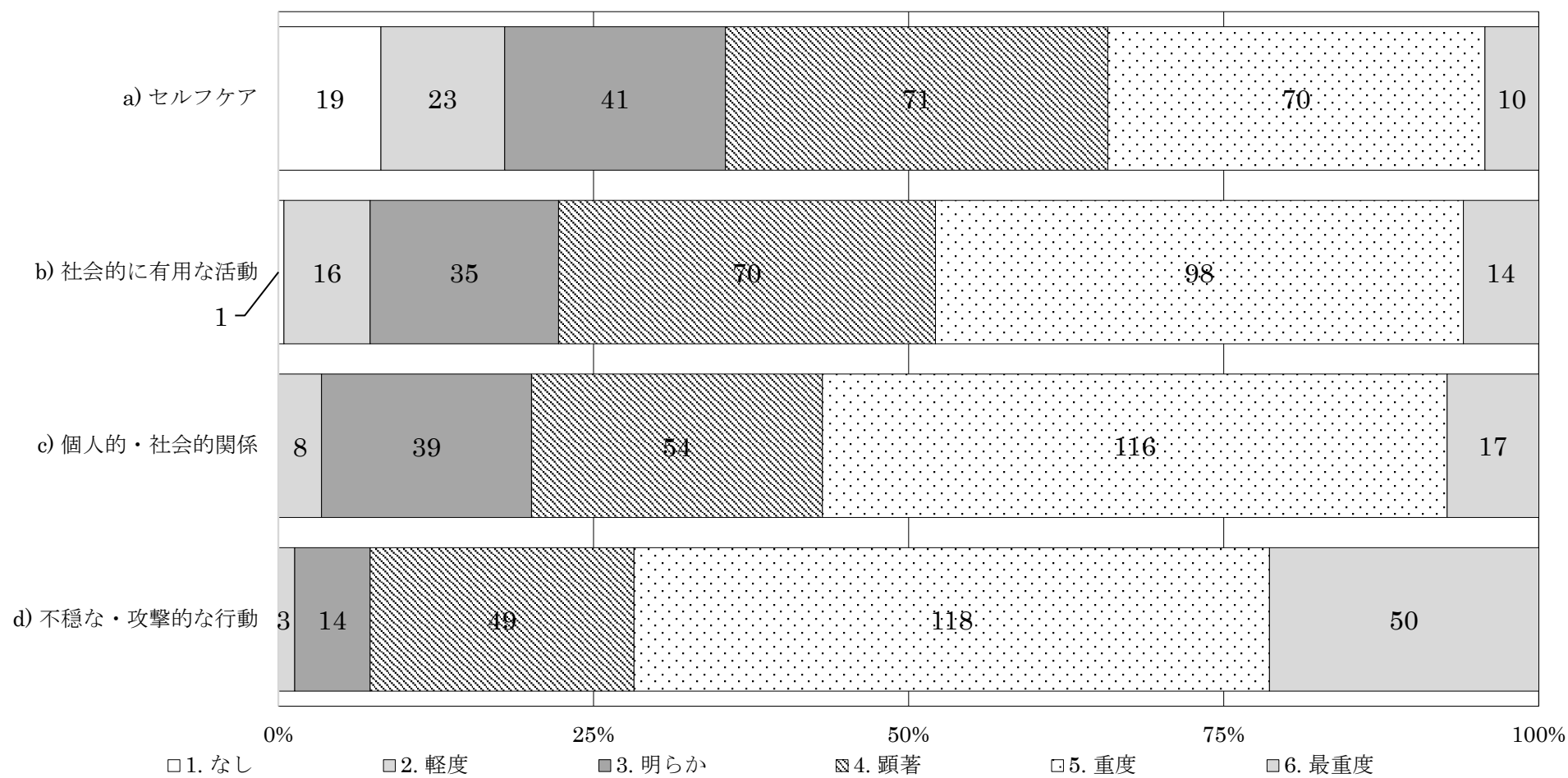
表2 対象患者の背景因子（その2）

退院時 ICD-10 精神科主診断		
F2（統合失調症圏）	113	（48.5%）
F3（気分障害）	52	（22.3%）
F1（アルコール・薬物関連障害）	20	（8.6%）
F0（器質性精神障害）	12	（5.2%）
F8（発達障害）	11	（4.7%）
F7（精神発達遅滞）	10	（4.3%）
F4（神経症性障害）	8	（3.4%）
F6（パーソナリティ障害）	6	（2.6%）
F9（行動・情緒障害圏）	1	（0.4%）
身体合併症あり	10	（4.3%）
通報の種別		
警察官通報（第23条）	209	（89.3%）
検察官通報（第24条）	15	（6.4%）
矯正施設長通報（第26条）	4	（1.7%）
親族又は一般人申請（第22条）	3	（1.3%）
精神科病院管理者届け出（第26条の2）	3	（1.3%）
措置要件		
自傷	76	（34.1%）
自傷のみ	19	（8.4%）
他害（対人）	180	（79.7%）
他害（対物）	136	（62.4%）
治療歴		
精神科治療歴あり	192	（82.8%）
精神科入院歴あり	122	（53.0%）
措置入院歴あり	51	（23.1%）

表3 対象患者の背景因子（その3）：PSP 評点

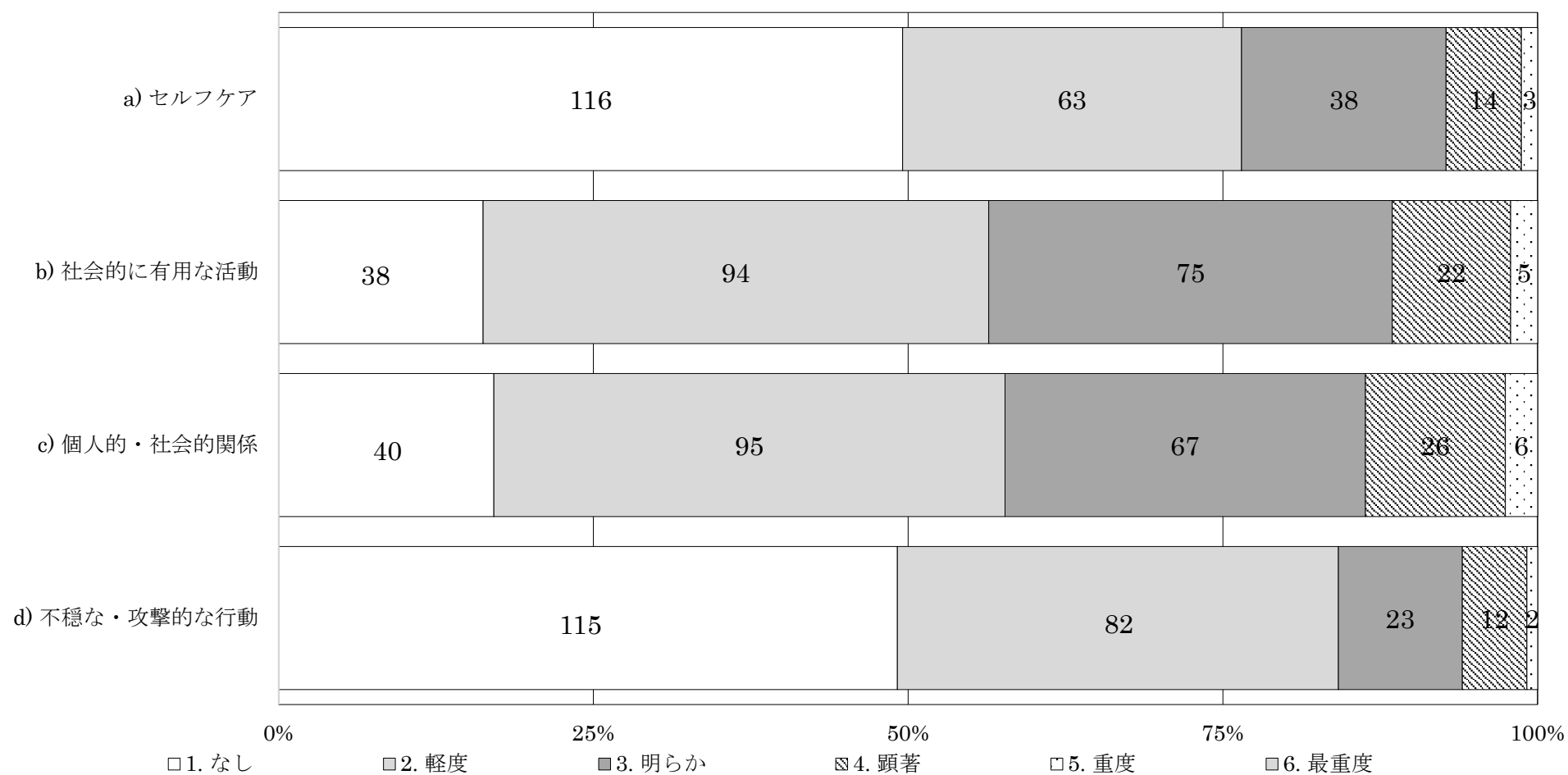
		入院時 PSP		退院時 PSP	
セルフケア	平均（標準偏差）	3.8	(1.3)	1.8	(1.0)
	中央値（第一四分位数～第三四分位数）	4	(3～5)	2	(1～2)
社会的に有用な活動	平均（標準偏差）	4.2	(1.0)	2.4	(0.9)
	中央値（第一四分位数～第三四分位数）	4	(4～5)	2	(2～3)
個人的・社会的関係	平均（標準偏差）	4.4	(1.0)	2.4	(1.0)
	中央値（第一四分位数～第三四分位数）	5	(4～5)	2	(2～3)
不穏な・攻撃的な行為	平均（標準偏差）	4.8	(0.9)	1.7	(0.9)
	中央値（第一四分位数～第三四分位数）	5	(4～5)	2	(1～2)
総得点	平均（標準偏差）	23.7	(10.0)	65.5	(13.8)
	中央値（第一四分位数～第三四分位数）	21	(18～30)	66	(61～75)

PSP: Personal and Social Performance Scale



PSP: Personal and Social Performance Scale

図1 措置入院時の PSP プロフィール



PSP: Personal and Social Performance Scale

図2 退院時の PSP プロフィール

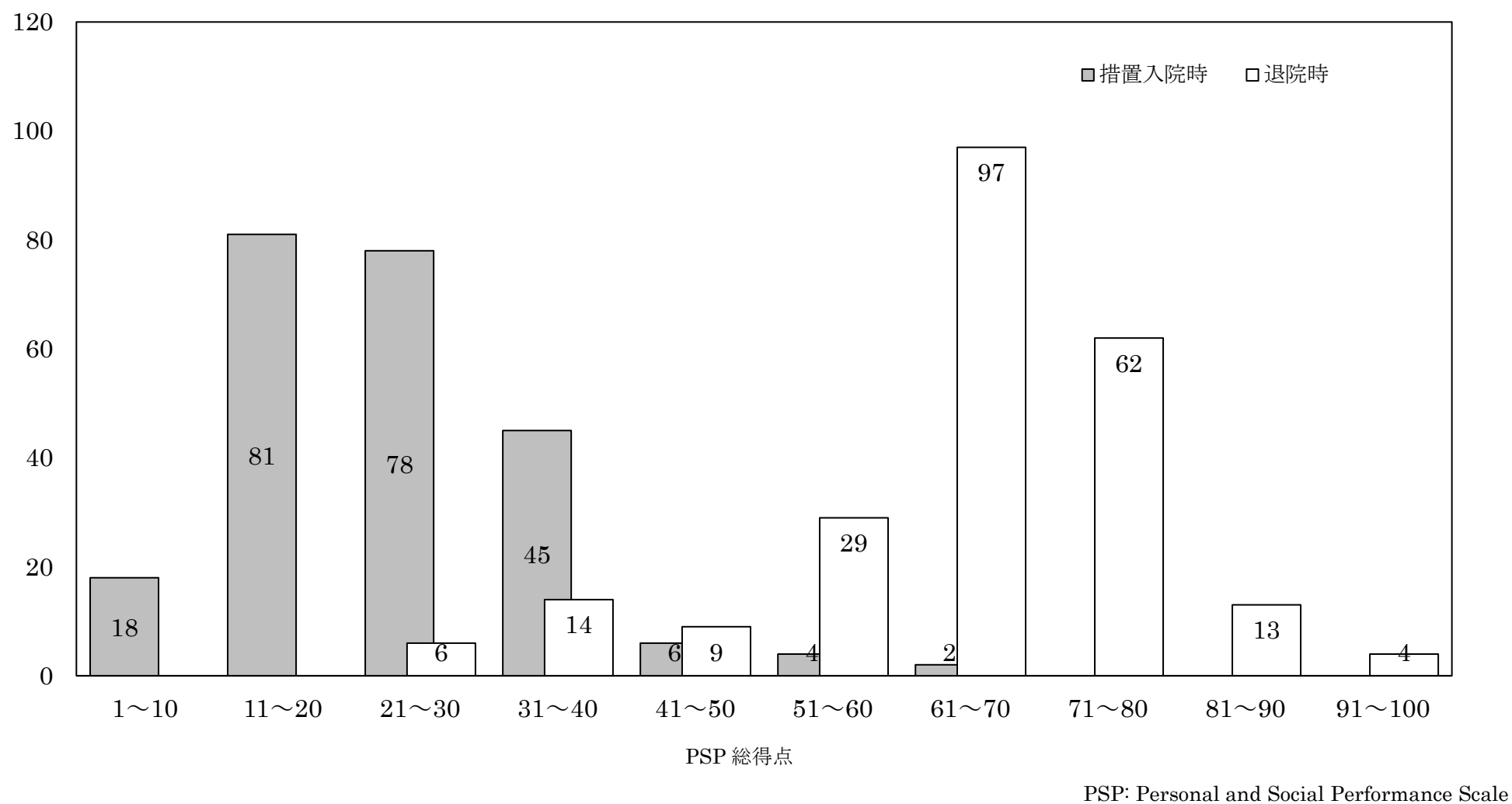
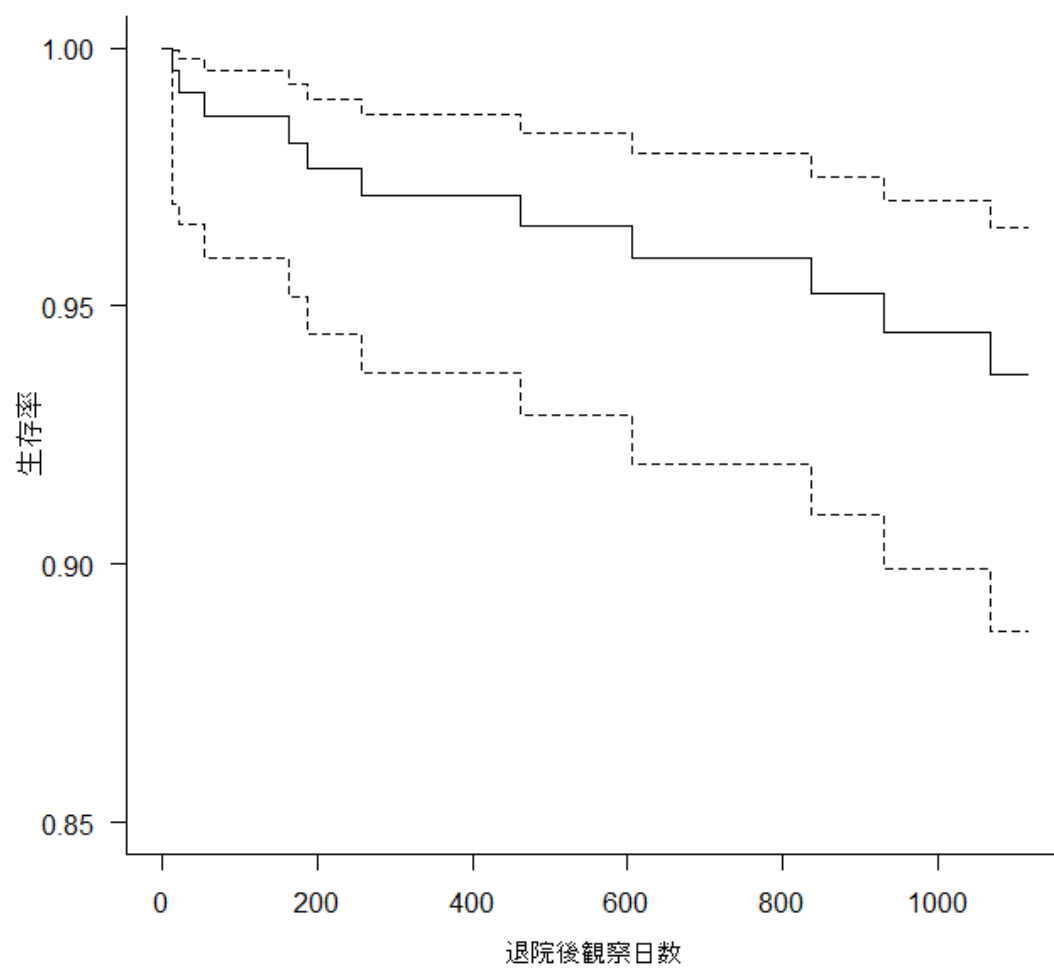


図3 措置入院時，および退院時 PSP 総得点の分布

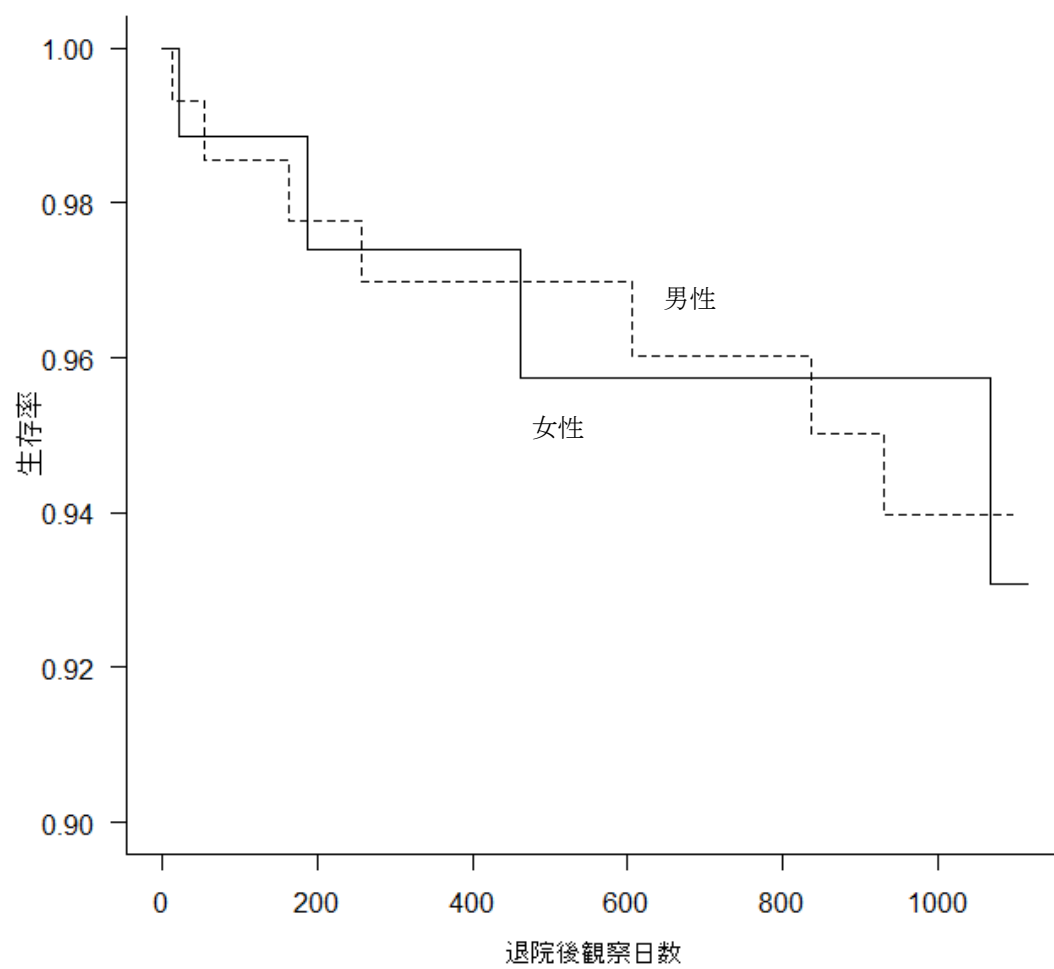
表 4 対象患者の背景因子（その 4）

措置入院期間		
平均（標準偏差）	64.9	(48.5)
中央値（第一四分位数～第三四分位数）	55	(33～84.75)
入院継続期間		
平均（標準偏差）	125.3	(151.8)
中央値（第一四分位数～第三四分位数）	88	(50.25～137.75)
退院後観察期間		
平均（標準偏差）	755.2	(412.0)
中央値（第一四分位数～第三四分位数）	1061.5	(358.75～1,095)



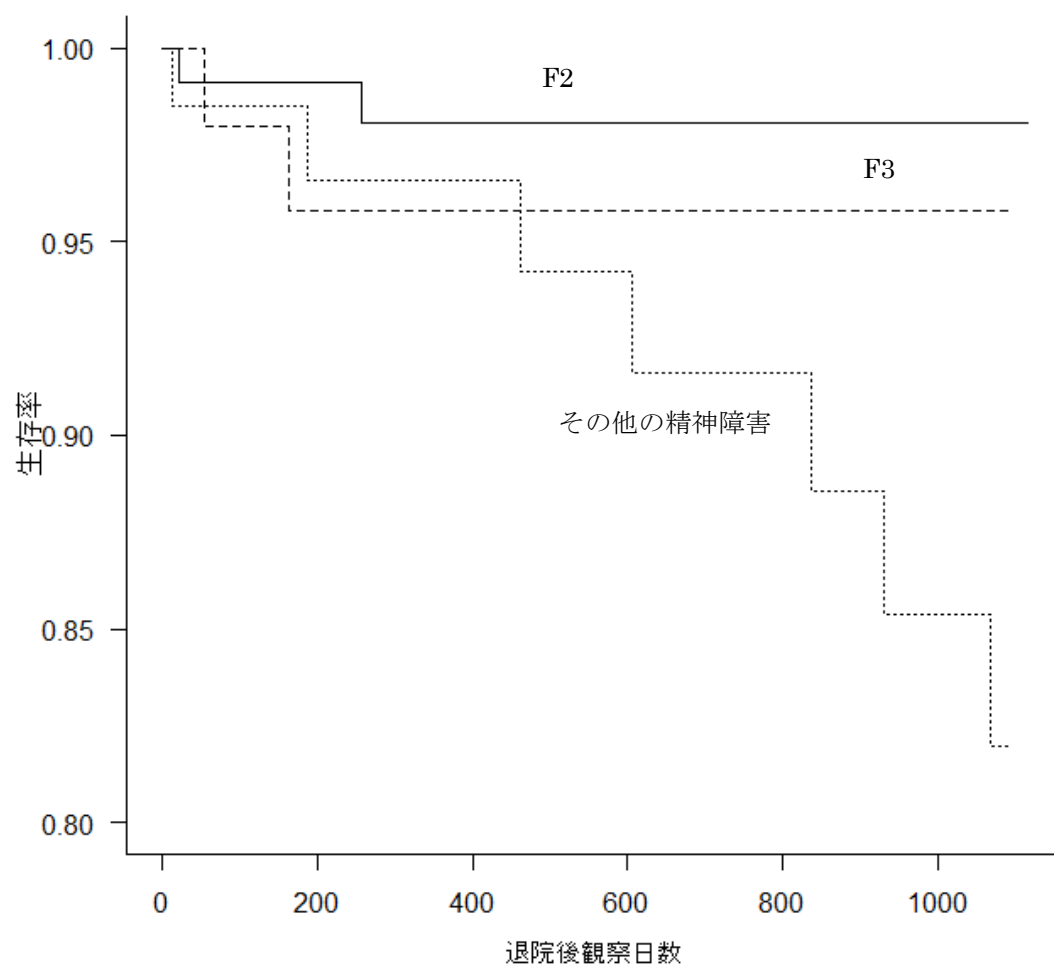
点線は 95%信頼区間

図4 措置入院患者の退院後生存率：全体



P=0.903 (Log-rank 検定)

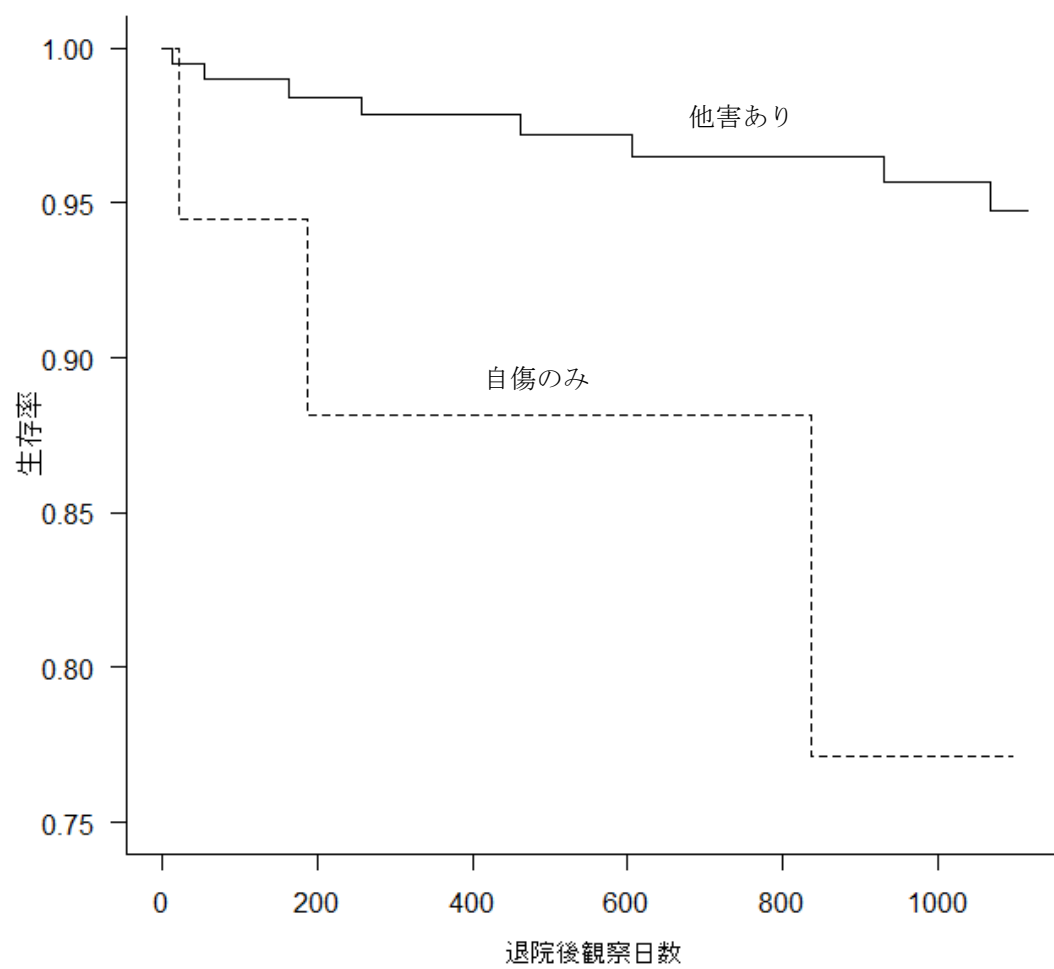
図5 措置入院患者の退院後生存率：男女別



p=0.012 (Log-rank 検定)

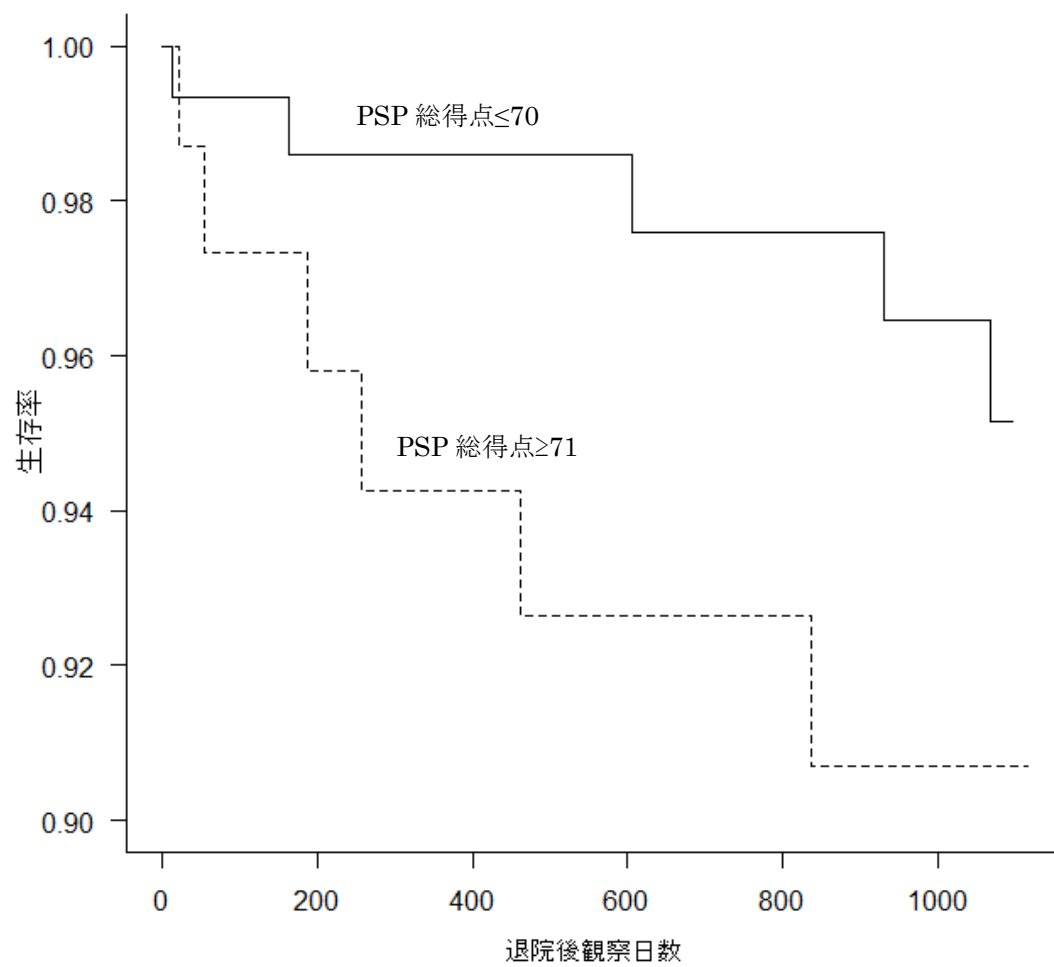
p=0.012 (F2 vs その他, Bonferroni 補正)

図6 措置入院患者の退院後生存率：措置解除時精神科主診断別



p=0.00921 (Log-rank 検定)

図7 措置入院患者の退院後生存率：措置要件別



PSP: Personal and Social Performance Scale
 p=0.153 (Log-rank 検定)

図8 措置入院患者の退院後生存率：退院時 PSP 重症度別

表 5 退院後の標準化死亡比（95%信頼区間）

		1年以内	2年以内	3年以内
措置入院患者全体		12.0(5.38～26.1)	8.19(4.00～16.0)	8.11(4.50～14.5)
性別	男性	9.70(3.56～25.5)	6.25(2.66～16.9)	6.04(2.92～12.5)
	女性	19.7(5.31～76.7)	15.7(5.12～46.8)	16.2(5.88～43.0)
診断	統合失調症圏	8.38(2.21～33.5)	4.04(1.06～16.2)	2.60(0.684～10.4)
	気分障害	13.9(3.64～52.2)	6.71(1.76～25.2)	4.33(1.13～16.3)
	その他の診断	15.2(4.03～59.1)	18.2(6.94～46.2)	25.2(12.3～49.0)
措置 要件	自傷のみ	159(41.4～532)	77.3(20.1～258)	95.8(31.0～244)
	他害含む	8.59(3.12～22.3)	6.60(3.02～14.7)	6.32(3.16～12.6)
PSP 総得点	70 点以下	5.47(1.56～21.5)	4.54(1.51～14.0)	5.97(2.44～14.1)
	71 点以上	26.6(10.3～68.2)	16.6(6.97～38.0)	13.4(6.06～28.5)

PSP: Personal and Social Performance Scale

措置通報および措置入院の実態に関する研究

その1（2）

措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究：

社会機能から見た措置入院患者のサブクラス分類の試み

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），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（宮城県精神医療センター），小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室），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），佐藤智絵（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科），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 聡（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（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（国立病院機構花巻病院），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）

*執筆担当：稲垣 中

要旨

【目的】措置入院患者の入院時社会機能を Personal and Social Performance Scale（PSP）に基づいてサブクラス分類する。【対象と方法】2016年5月16日～2020年9月30日に岡本台病院，宮城県立精神医療センター，大泉病院，長崎県精神医療センター，井之頭病院，高松病院，八幡厚生病院，肥前精神医療センター，岡山県精神科医療センター，沼津中央病院，琉球病院に措置入院となった者の入院時のPSPの評点を潜在クラス分析によってサブクラスに分け，それぞれのサブクラスの措置入院継続期間について検討した。【結果】対象患者の性別は男性342名，女性197名，平均年齢は45.8歳であった。精神科主診断は統合失調症圏が318名，気分障害が78名，その他が125名であった。対象患者は，①PSPの4つの下位項目の平均点がいずれも「重度」に

近い重度群（169人）、②4つの下位項目の平均点がいずれも「顕著」に近い顕著群（163人）、③「不穏な・攻撃的な行為」のみの平均評点が「顕著」に近く、残る3項目の平均点がいずれも「明らかな」に近い明瞭群（66人）、④「セルフケア」のみの平均評点が「軽度」に近く、残る3項目の平均評点が「重度」に近いセルフケア可能群（53人）、⑤「不穏な・攻撃的な行為」のみの平均点が「重度」に近く、残る3項目の平均点が1.8～2.8点といずれも比較的軽症な不穏・攻撃群（36人）、⑥4つの下位項目の平均点がいずれも「最重度」に近い最重度群（23人）、⑦4つの下位項目の平均評点がいずれも1.2～3.0点と比較的軽症な軽度群（11人）の7つのサブクラスに分類できた。7つのサブクラスの措置入院継続期間は顕著群と明瞭群（67日）、最重度群（65日）、重度群（55日）、軽度群（42.5日）、不穏・攻撃群（38日）の順に長く、また、重度群と不穏・攻撃群は顕著群より有意に措置入院継続期間が短いことが示された（それぞれ $p=0.0085$, $p=0.0115$: Bonferonni 補正）。【考察】今回、潜在クラス分析により観察された7つのサブタイプには一定の臨床的意義があると考えられた。

A. 研究の背景と目的

厚生労働省公表の衛生行政報告例によれば、令和5年度のわが国では7,778人の精神障害患者が措置入院となっている¹⁾。措置入院となる際には、精神障害のために自身を傷つける、あるいは他人に害を及ぼす恐れがあることが要求され、措置解除に際しては、入院を継続しなくてもその精神障害のために自傷・他害の恐れがなくなることが要件とされるが、措置入院開始から措置解除に至るまでの期間（措置入院継続期間）については個人差が大きく、比較的短期間で措置解除となる者も存在すれば、極めて長期にわたって措置入院が継続される者も存在し²⁾、同じ措置入院患者と言っても、その中には転帰が異なる複数のサブクラスが含まれている可能性がある。

そこで、今回われわれは現在進行中の『措置入院患者の前向きコホート研究』と呼ばれる研究に登録されたデータを利用して、入院時の社会機能障害に基づく潜在クラス分析を行って、対象患者のサブクラス分類を試みるとともに、各サブクラスの臨床的特性について検討を行った。

B. 方法

『措置入院患者の前向きコホート研究』

は協力施設に措置入院となった全患者を対象とする前向きコホート研究である。入院時に対象患者は『措置入院に関する診断書』と診療録の記載に基づいて、①性別、②生年月日、③措置入院年月日、④入院時点の精神科主診断、精神科従診断、身体合併症、⑤措置入院に際しての申請等の形式、⑥精神科治療歴、⑦措置要件、⑧精神症状、問題行動、状態像などの概要などについて登録されるとともに、『個人的・社会的機能遂行度尺度（Personal and Social Performance Scale: PSP）』³⁾による社会機能に関する評価を行った。登録完了後、対象患者は概ね月1回のペースでPSPの評価を受け、措置解除の際にはPSP評価と併せて、『症状消退届』と診療録の記載に基づいて、⑩措置解除時の精神科主診断、精神科従診断、身体合併症、⑪措置解除年月日、⑫措置解除後の処置に関する意見、⑬措置解除時処方に関する情報が、また、退院時にもPSP評価と併せて、⑭退院年月日、⑮退院後の帰住先、⑯退院時処方、⑰退院時点でのケア会議の実施状況と参加者に関する情報が、さらに退院後は退院から1年、2年、3年が経過した時点の⑱生存の有無（死亡していた場合には死亡日と死因）、⑲治療継続の有無と最終受診日、

⑲再入院の有無（再入院が見られた場合には再入院年月日と入院形態），⑳ケア会議の実施状況と参加者に関する情報が収集された。

PSP とは、Morosini ら³⁾によって作成された精神障害者の社会機能の評価尺度で、「セルフケア」、「社会的に有用な活動」、「個人的・社会的関係」、「不穏な・攻撃的な行為」の4つの下位項目より成るプロファイル型評価尺度としてのパートと、Global Assessment of Functioning (GAF: 機能の全体的評定尺度)⁴⁾のように、1点（最低レベル）から100点（最高レベル）の範囲で社会機能を包括的に評価するインデックス型評価尺度である「PSP 総得点」のパートから構成されている。4つの下位項目はそれぞれアンカーポイントに基づいて、症状なし（1点）から最重度（6点）までの6段階で評価された後に、下位項目の評点から操作的に PSP 総得点の10以上の位の点数が決定され、最後に評価者の判断によって1の位の点数が決定される。PSP には Morosini らによる原版以外にも複数の版が存在するが、本研究では UBC 社版 PSP の日本語版⁵⁾を採用した。PSP は本来対象者の直近4週程度の状態に基づいて評価されることになっているが、措置入院の治療現場の実態としては、4週もの長期にわたる症状に基づいて措置解除に関する判断がなされるとは考えにくいので、本研究では直近2週の状態に基づいて評価した。また、措置入院に関連した判断と独立した PSP 評価を行うために、本研究では事前に訓練を受けた看護師、あるいは後期研修医によって評価された。

今回の報告では対象患者を入院時の PSP の各下位項目の評点に基づく潜在クラス分析によるサブクラス分類を行った上で、その臨床的妥当性について検討した。なお、本来、潜在クラス分析では解析対象となった1つ1つのデータは特定のサブクラスに決

定論的に分類されるのではなく、例えば、クラス1に30%、クラス2に40%、クラス3に30%といったように、複数のサブクラスに確率論的に属するように分類されるが、今回の検討では、便宜上、潜在クラス分析より導き出された複数のサブクラスのうち、帰属確率が最も高いサブクラスのみに属していると見なして解析を行った。

統計ソフトは潜在クラス分析には Latent GOLD®5.1 を、それ以外の解析には Easy R (EZR)⁶⁾を使用した。

本研究を実施するにあたっては、研究グループの長である瀬戸秀文が研究開始当時所属していた長崎県精神医療センター内の研究倫理審査委員会による承認（承認日：2016年4月15日）を得るとともに、UMIN 試験 ID: 000022500 として開始前に臨床試験登録を行った。

C. 結果

1) 背景因子（表1，表2）

『措置入院患者の前向きコホート研究』では11ヶ所の研究協力施設より男性が324人、女性が197人の合計521人の措置入院患者が登録された。対象患者の平均年齢は45.8歳であった。

入院施設の内訳は、栃木県立岡本台病院が197人、宮城県立精神医療センターが74名、大泉病院が52人、長崎県精神医療センターが52人、井之頭病院が35人、石川県立こころの病院が25人、八幡厚生病院が22人、国立病院機構肥前精神医療センターが20人、岡山県精神科医療センターが17人、沼津中央病院が15人、国立病院機構琉球病院が10人であった。

入院時の ICD-10 精神科主診断の内訳は、統合失調症圏（F2）が318人と最も多く、以下、気分障害（F3: 78人）、アルコール・薬物関連障害（F1: 31人）、器質性精神障害（F0: 29人）、発達障害（F8: 18人）、パーソナリティ障害（F6: 16人）、精神発達遅滞

(F7: 13 人), 神経症性障害 (F4: 10 人), 行動・情緒障害圏 (F9: 6 人) の順に多く, この他に診断が不明であった者が 2 人みられた。身体合併症は 59 人に存在した。

措置入院の際の申請等の形式は警察官通報 (精神保健福祉法第 23 条:470 人) が 9 割以上を占め, 以下, 検察官通報 (第 24 条: 29 人), 矯正施設長通報 (第 26 条: 11 人), 親族又は一般人申請 (第 22 条: 7 人), 精神科病院管理者届出 (第 26 条の 2: 3 人) の順に多かった。

措置要件の内訳は自傷が 150 人, 他害 (対人) が 386 人, 他害 (対物) が 285 人で (重複あり), 措置要件が自傷行為のみであった者は 41 人であった。

今回の措置入院より前に精神科治療歴を有していた者は 417 人, 精神科入院歴を有していた者は 272 人, 措置入院歴を有していた者は 123 人であった。

措置入院時の PSP の各下位項目の評点が「顕著 (4 点)」以上の者は, 「セルフケア」が 317 人, 「社会的に有用な活動」は 385 人, 「個人的・社会的関係」は 407 人, 「不穏な・攻撃的な行為」は 477 人であった (図 1)。下位項目の平均点は「セルフケア」が 3.7 点, 「社会的に有用な活動」が 4.1 点, 「個人的・社会的関係」が 4.3 点, 「不穏な・攻撃的な行為」が 4.7 点であった。平均 PSP 総得点は 25.8 点であった。PSP 総得点が 30 点以下, すなわち社会機能障害が重度と判定された者は 352 人 (67.6%) であった (図 2)。

2) 潜在クラス分析の結果

対象患者が 1 つのサブクラスのみから構成されるモデル (1 クラスモデル) から全部で 15 のサブクラスから構成されるモデル (15 クラスモデル) まで, 15 通りの潜在クラス分析の結果を表 3 に示した。

潜在クラス分析の適合度指標である Bayesian information criterion (BIC) と Akaike's information criterion (AIC) がそ

れぞれ最小となったのはそれぞれ 7 クラスモデル (BIC=5221.2449), 14 クラスモデル (AIC=4968.7587) であったが, 第一に通常は AIC 値と BIC 値では BIC 値を優先するとされていること, 第二にサブクラスの数が多すぎると, 結果の解釈が困難となることから, 今回の検討では 7 クラスモデルを採用した。

表 4 に 7 クラスモデルを構成するそれぞれのサブクラスごとに PSP を構成する下位項目の評点別応答確率を示すとともに, 図 3 a~g にそれぞれのサブクラスの下位項目の平均評点をレーダーチャートにして示した。また, 潜在クラス分析の結果に基づいて, 今回の検討ではそれぞれのサブクラスを以下のように命名した。

① クラス 1 : 重度群 (図 3 a)

クラス 1, すなわち「重度群」は PSP を構成する下位項目である「セルフケア」, 「社会的に有用な活動」, 「個人的・社会的関係」, 「不穏な・攻撃的な行為」の平均評点がそれぞれ 4.7 点, 5.0 点, 4.9 点, 5.1 点と 4 項目とも「重度 (5 点)」に近いレベルにある患者群である。クラスサイズは 32.4%, 重度群への帰属確率が最も高かった者は 169 人であり, これら 169 人の PSP 総得点の平均値は 18.5 点であった。

② クラス 2 : 顕著群 (図 3 b)

クラス 2, すなわち「顕著群」は 4 つの下位項目の平均評点がそれぞれ 3.6 点, 3.9 点, 3.9 点, 4.2 点と 4 項目とも「顕著 (4 点)」に近いレベルにある患者群である。クラスサイズは 31.2%, 顕著群への帰属確率が最も高かった者は 163 人であり, これら 163 人の PSP 総得点の平均値は 31.9 点であった。

③ クラス 3 : 明瞭群 (図 3 c)

クラス 3, すなわち「明瞭群」は「不穏な・

攻撃的な行為」のみの平均評点が4.2点で、その他の3項目は「セルフケア」が3.0点、「社会的に有用な活動」が3.0点、「個人的・社会的関係」が3.3点と、いずれも「明らか（3点）」に近いレベルにある患者群である。クラスサイズは12.7%、明瞭群への帰属確率が最も高かった者は66人であり、これら66人のPSP総得点の平均値は33.7点であった。

④ クラス4：セルフケア可能群（図3d）

クラス4、すなわち「セルフケア可能群」は「社会的に有用な活動」、「個人的・社会的関係」、「不穏な・攻撃的な行為」の平均評点がそれぞれ4.4点、4.9点、5.4点と重症であったにもかかわらず、「セルフケア」のみの平均評点が2.4点と軽症であった患者群である。クラスサイズは10.2%、セルフケア可能群への帰属確率が最も高かった者は53人であり、これら53人のPSP総得点の平均値は19.6点であった。

⑤ クラス5：不穏・攻撃群（図3e）

クラス5、すなわち「不穏・攻撃群」は「セルフケア」、「社会的に有用な活動」、「個人的・社会的関係」の平均評点がそれぞれ1.8点、2.0点、2.8点と比較的軽症であったにもかかわらず、「不穏な・攻撃的な行為」のみが平均評点5.0点と重度であった患者群である。クラスサイズは6.9%、不穏・攻撃群への帰属確率が最も高かった者は36人で、これら36人のPSP総得点の平均値は27.0点であった。

⑥ クラス6：最重度群（図3f）

クラス6、すなわち「最重度群」は4つの下位項目の平均評点がそれぞれ5.6点、5.8点、5.9点、5.9点と、いずれも「最重度（6点）」に近いレベルにあった患者群である。クラスサイズは4.4%、不穏・攻撃群への帰属確率が最も高かった者は23人であり、こ

れら23人のPSP総得点の平均値は9.4点であった。

⑦ クラス7：軽度群（図3g）

クラス7、すなわち「軽度群」は4つの下位項目の平均評点がそれぞれ1.2点、2.1点、3.0点、2.7点と、他の6つのサブクラスよりも軽症な患者群である。クラスサイズは2.1%、不穏・攻撃群への帰属確率が最も高かった者は11人であり、これら11人のPSP総得点の平均値は59.1点であった。

3) サブクラス間の比較

ここでは、これら7つのサブクラスの性別、年齢、入院時ICD-10精神科主診断、身体合併症の有無、治療歴、申請等の形式、措置要件について比較を行った（表5、表6）。

性別については明瞭群（53.0%）と不穏・攻撃群（52.8%）では男性がやや少なかった。

年齢については軽度群の平均年齢がやや高く（54.7歳）、セルフケア可能群は平均年齢がやや低かった（41.7歳）。

ICD-10精神科主診断に関しては、最重度群（26.1%）と軽度群（27.3%）では気分障害がやや多く、セルフケア可能群（9.6%）と最重度群（8.7%）では発達障害がやや多かった。明瞭群（21.2%）と軽度群（27.3%）では身体合併症が見られる者がやや多かった。

治療歴に関しては、不穏・攻撃群と最重度群は治療歴あり（66.7%、69.6%）、入院歴あり（38.9%、39.1%）の者がやや少なかった。

措置要件に関しては、最重度群（52.2%）と軽度群（45.5%）では自傷の者がやや多く、頭著群（65.0%）と軽度群（54.5%）では他害（対人）の者がやや少なく、重度群（69.2%）では他害（対物）の者がやや多く、不穏・攻撃群では他害（対物）の者がやや少なかった（36.1%）。

4) Log-rank 検定（表7）

7つのサブクラスの措置入院継続期間、および入院期間を Log-rank 検定によって比較した。なお、措置解除されることなく他院へ転院する、いわゆる「移送」の症例については措置入院継続期間と入院期間の双方とも退院時点で「打ち切り」として扱った。

その結果、措置入院継続期間、入院期間とも有意差を認めたが（それぞれ $p=0.002$, $p=0.015$: Log-rank 検定）、多重比較では措置入院継続期間については一部の群間に有意差を認めたものの、入院期間については有意差を認めなかった。不穏・攻撃群の措置入院継続期間、入院期間の中央値はそれぞれ 38 日、60 日と最も短く、以下、軽度群（42.5 日、78 日）、重度群（55 日、87 日）の順であった。それ以外の 4 群の入院期間の中央値は 91~93 日とほぼ等しく、措置入院継続期間はセルフケア可能群（57 日）、最重度群（65 日）、顕著群と明瞭群（いずれも 67 日）の順であった。また、重度群の措置入院継続期間は顕著群よりも有意に短く（ $p=0.0085$, Bonferonni 補正）、不穏・攻撃群の措置入院継続期間は顕著群より有意に短かった（ $p=0.0115$, Bonferonni 補正）。

D. 考察

『措置入院患者の前向きコホート研究』において得られたデータを潜在クラス分析によって解析した結果、研究対象である措置入院患者は、①PSP を構成する 4 つの下位項目の平均点がいずれも「重度（5 点）」に近い重度群（169 人）、②4 つの下位項目の平均点がいずれも「顕著（4 点）」に近い顕著群（163 人）、③「不穏な・攻撃的な行為」のみの平均評点が「顕著」に近く、残る 3 項目の平均点がいずれも「明らか（3 点）」に近い明瞭群（66 人）、④「セルフケア」のみの平均評点が「軽度（2 点）」に近く、残る 3 項目の平均評点が「重度」に近いセルフケア可能群（53 人）、⑤「不穏な・攻撃的な行為」のみが「重度」に近く、残る 3 項目の

平均点が 1.8~2.8 点といずれも比較的軽症な不穏・攻撃群（36 人）、⑥4 つの下位項目の平均点がいずれも「最重度（6 点）」に近い最重度群（23 人）、⑦4 つの下位項目の平均評点がいずれも 1.2~3.0 点と比較的軽症な軽度群（11 人）の 7 つのサブクラスに分類された。もっとも、これらのサブクラスは潜在クラス分析によって機械的に分類されたに過ぎないので、このサブクラス分類が臨床的意義を有するかについては別途検討する必要がある。

そこで、今回の検討ではこれらの 7 つのサブクラスの間に措置入院継続期間、および入院期間というアウトカムに有意な差が存在し、これらのサブクラスを質的に異なる集団と見なせるかについて Log-rank 検定を用いて検討を行った。

その結果、措置入院継続期間については顕著群と明瞭群（67 日）、最重度群（65 日）、重度群（55 日）、軽度群（42.5 日）、不穏・攻撃群（38 日）の順に長く、重度群と不穏・攻撃群は顕著群より有意に措置入院継続期間が短いことが示された（それぞれ $p=0.0085$, $p=0.0115$: Bonferonni 補正）。入院期間については Log-rank 検定では有意な差が見られたものの（ $p=0.015$ ）、多重比較で群間の有意差を示すことはできなかったが、最重度群（93 日）、顕著群とセルフケア可能群（92 日）、明瞭群（91 日）、重度群（87 日）、軽度群（78 日）、不穏・攻撃群（38 日）の順に入院日数が長かった。したがって、今回観察された 7 つのサブタイプには一定の臨床的意義を有すると考えられた。

今回の検討では、顕著群の措置入院期間より重度群と不穏・攻撃群の方が有意に短いことが示された。顕著群と比較して、不穏・攻撃群の社会機能は総じて高いと考えられるので、顕著群の措置入院期間より不穏・攻撃群の方が短いことは問題なく納得できるところであるが、顕著群と比較して、PSP を構成する 4 つの下位項目の全てにお

いて約1点ずつ重度である重度群の措置入院継続期間の方が短いことは矛盾しているように見えるかもしれない。この背景には重度群の患者の多くが急性精神病に相当する患者で、薬物反応性が良好であることが関与しているかもしれないが、顕著群がPSP総得点にして10点以上高い社会機能を有するにもかかわらず、措置入院となった背景には何らかの社会的な問題も関与しているのかもしれない。

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) 厚生労働省. 衛生行政報告例/令和5年度衛生行政報告例/統計表/年度報 第1章 精神保健福祉/2-1/精神障害者措置入院・仮退院状況, 都道府県—指定都市(再掲)別. (2025年4月29日アクセス)

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist>

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450027&tstat=000001031469&cycle=8&tclass1=000001222480&tclass2=000001222481&tclass3=00001222482&tclass4val=0&metadata=1&data=1>

- 2) 瀬戸 秀文, 稲垣 中, 島田 達洋, 大塚 達以ほか: 長期措置入院している精神障害者の現状把握に関する研究. 臨床精神医学 48: 637-648, 2019.
- 3) Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, et al.: Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and occupational functioning assessment scale (SOFAS) to assess routine social functioning. Acta Psychiatr Scand 101: 323-329, 2000.
- 4) American Psychiatric Association (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸・訳): DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 2002.
- 5) 稲田俊也, 山本暢朋, 相澤 玲, 稲垣中: 日本語版 PSP(個人的・社会的機能遂行度尺度) 評価トレーニングシート Ver.1.0. 社団法人日本精神科評価尺度研究会, 2011.
- 6) Kanda Y: Investigation of the freely-available easy-to-use software 'EZ' for medical statistics. Bone Marrow Transplant 48 (3): 452-8, 2013.

表 1 対象患者の背景因子

男性／女性	324 (62.2%)	／197 (37.8%)
年齢		
平均 (標準偏差)	45.8	(15.3)
中央値 (第一四分位数～第三四分位数)	45	(36～56)
医療機関		
栃木県立岡本台病院	197	(37.8%)
宮城県立精神医療センター	74	(14.2%)
大泉病院	52	(10.0%)
長崎県精神医療センター	52	(10.0%)
井之頭病院	35	(6.7%)
石川県立こころの病院	25	(4.8%)
八幡厚生病院	22	(4.2%)
国立病院機構肥前精神医療センター	20	(3.8%)
岡山県精神科医療センター	19	(3.7%)
沼津中央病院	15	(2.9%)
国立病院機構琉球病院	10	(1.9%)

表2 対象患者の背景因子（その2）

入院時 ICD-10 精神科主診断		
F2（統合失調症圏）	318	(61.3%)
F3（気分障害）	78	(15.0%)
F1（アルコール・薬物関連障害）	31	(6.0%)
F0（器質性精神障害）	29	(5.6%)
F8（発達障害）	18	(3.5%)
F6（パーソナリティ障害）	16	(3.1%)
F7（精神発達遅滞）	13	(2.5%)
F4（神経症性障害）	10	(1.9%)
F9（行動・情緒障害圏）	6	(1.2%)
身体合併症あり	59	(11.3%)
通報の種別		
警察官通報（第23条）	470	(90.4%)
検察官通報（第24条）	29	(5.6%)
矯正施設長通報（第26条）	11	(2.1%)
親族又は一般人申請（第22条）	7	(1.4%)
精神科病院管理者届け出（第26条の2）	3	(0.6%)
措置要件		
自傷	150	(28.8%)
自傷のみ	41	(7.9%)
他害（対人）	386	(74.1%)
他害（対物）	285	(54.7%)
治療歴		
精神科治療歴あり	417	(80.0%)
精神科入院歴あり	272	(52.2%)
措置入院歴あり	123	(23.6%)

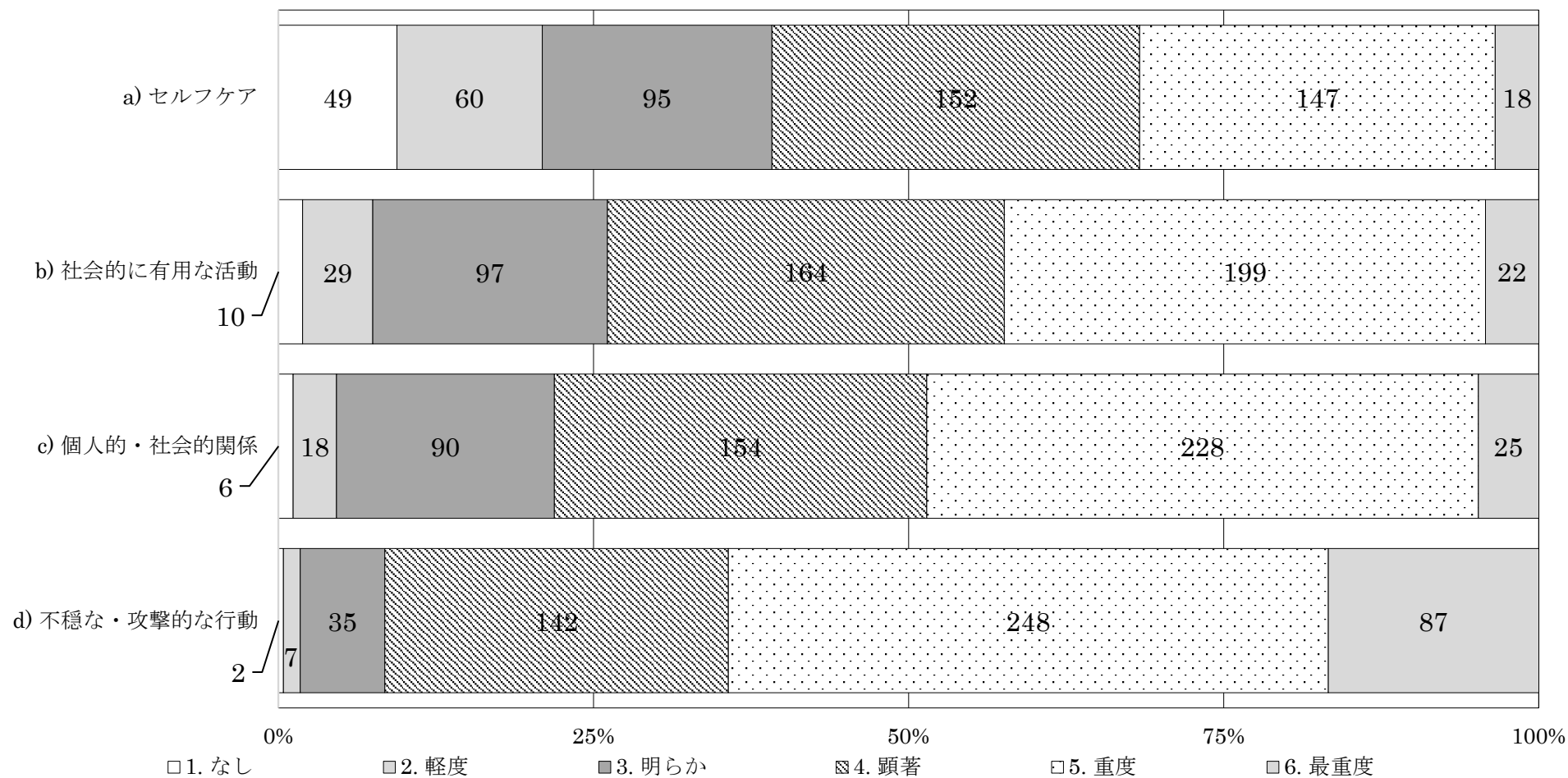


図1 措置入院時のPSPプロフィール

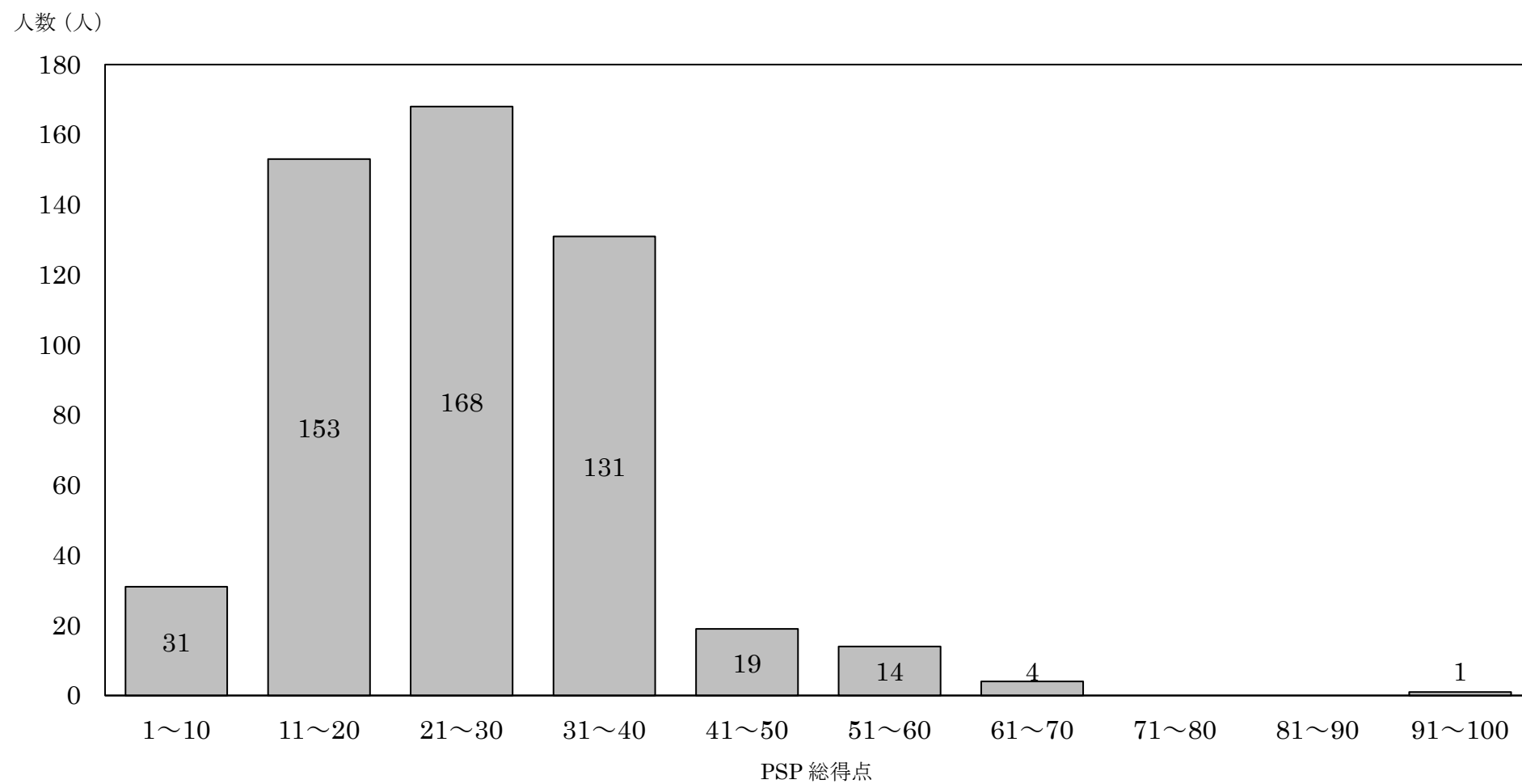


図2 措置入院時 PSP 総得点の分布

表3 クラス数の増加とモデル適合度

	BIC	AIC	L ²	自由度	p 値
1 クラス	5996.5781	5911.4631	1451.1904	501	3.1×10^{-93}
2 クラス	5440.2018	5333.8080	863.5353	496	2.7×10^{-22}
3 クラス	5364.2069	5236.5344	756.2616	491	1.3×10^{-13}
4 クラス	5296.6077	5147.6564	657.3836	486	3.2×10^{-7}
5 クラス	5300.7117	5130.4817	630.2089	481	5.2×10^{-6}
6 クラス	5312.9893	5121.4805	611.2078	476	2.6×10^{-5}
7 クラス	<u>5221.2449</u>	5008.4574	488.1846	471	0.28
8 クラス	5231.4235	4997.3572	467.0845	466	0.48
9 クラス	5244.0206	4988.6756	448.4028	461	0.66
10 クラス	5268.4380	4991.8143	441.5415	456	0.68
11 クラス	5275.3432	4977.4407	417.1680	451	0.87
12 クラス	5304.6074	4985.4262	415.1534	446	0.85
13 クラス	5321.5115	4981.0515	400.7787	441	0.91
14 クラス	5330.4975	<u>4968.7587</u>	378.4860	436	0.98
15 クラス	5352.9346	4969.9171	369.6443	431	0.99

BIC: Bayesian information criterion, AIC: Akaike's information criterion

表4 応答確率

	クラス1	クラス2	クラス3	クラス4	クラス5	クラス6	クラス7
	重度群	顕著群	明瞭群	セルフケア可能群	不穏・攻撃群	最重度群	軽度群
クラスサイズ	32.65%	30.22%	13.01%	11.10%	6.59%	4.03%	2.40%
a) セルフケア							
1点	0.00%	2.09%	9.74%	22.54%	47.18%	0.00%	78.72%
2点	0.05%	9.08%	21.60%	30.48%	32.28%	0.00%	18.01%
3点	1.57%	28.76%	34.98%	30.10%	16.12%	0.00%	3.01%
4点	26.76%	48.00%	29.85%	15.66%	4.24%	0.66%	0.26%
5点	68.08%	11.99%	3.81%	1.22%	0.17%	42.75%	0.00%
6点	3.54%	0.06%	0.01%	0.00%	0.00%	56.59%	0.00%
b) 社会的に有用な活動							
1点	0.00%	0.00%	0.04%	0.00%	23.21%	0.00%	15.99%
2点	0.00%	0.02%	4.72%	0.00%	55.30%	0.00%	54.11%
3点	0.01%	16.55%	85.69%	3.02%	21.44%	0.00%	29.80%
4点	5.27%	72.76%	9.51%	58.78%	0.05%	0.01%	0.10%
5点	91.84%	10.67%	0.04%	38.15%	0.00%	18.61%	0.00%
6点	2.87%	0.00%	0.00%	0.04%	0.00%	81.38%	0.00%
c) 個人的・社会的関係							
1点	0.00%	0.10%	2.75%	0.00%	9.40%	0.00%	5.93%
2点	0.00%	1.39%	10.45%	0.00%	19.67%	0.00%	15.74%
3点	0.11%	21.99%	47.19%	0.24%	49.00%	0.00%	49.76%
4点	9.54%	59.80%	36.68%	14.09%	21.00%	0.01%	27.07%
5点	87.06%	16.69%	2.93%	83.61%	0.92%	13.40%	1.51%
6点	3.29%	0.02%	0.00%	2.06%	0.00%	86.60%	0.00%
d) 不穏な・攻撃的な行為							
1点	0.00%	0.13%	0.10%	0.00%	0.00%	0.00%	13.76%
2点	0.00%	1.67%	1.37%	0.00%	0.01%	0.00%	27.40%
3点	0.31%	13.65%	12.27%	0.03%	0.57%	0.00%	35.61%
4点	10.94%	50.77%	49.89%	3.11%	15.11%	0.07%	21.06%
5点	68.04%	32.75%	35.15%	52.87%	68.91%	11.34%	2.16%
6点	20.71%	1.03%	1.21%	43.98%	15.39%	88.59%	0.01%

表5 各サブクラスの背景因子の比較（その1）

	クラス1	クラス2	クラス3	クラス4	クラス5	クラス6	クラス7
	重度群	顕著群	明瞭群	セルフケア可能群	不穏・攻撃群	最重度群	軽度群
人数	169	163	66	53	36	23	11
男性	111 (65.7%)	105 (64.4%)	35 (53.0%)	32 (60.4%)	19 (52.8%)	14 (60.9%)	8 (72.7%)
平均年齢（標準偏差）	45.2 (14.9)	46.7 (13.1)	47.7 (16.7)	41.7 (18.1)	44.8 (17.6)	46.2 (14.9)	54.7 (19.1)
入院時 ICD-10 主診断							
F0	10 (5.9%)	8 (4.9%)	6 (9.1%)	4 (7.7%)	0 (0.0%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)
F1	13 (7.7%)	8 (4.9%)	2 (3.0%)	4 (7.7%)	4 (11.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
F2	100 (59.2%)	111 (68.5%)	41 (62.1%)	27 (51.9%)	20 (55.6%)	13 (56.5%)	6 (54.5%)
F3	22 (13.0%)	19 (11.7%)	14 (21.2%)	7 (13.5%)	7 (19.4%)	6 (26.1%)	3 (27.3%)
F4	3 (1.8%)	3 (1.9%)	0 (0.0%)	1 (1.9%)	1 (2.8%)	1 (4.3%)	1 (9.1%)
F6	3 (1.8%)	6 (3.7%)	2 (3.0%)	2 (3.8%)	2 (5.6%)	0 (0.0%)	1 (9.1%)
F7	9 (5.3%)	2 (1.2%)	0 (0.0%)	1 (1.9%)	1 (2.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
F8	7 (4.1%)	3 (1.9%)	0 (0.0%)	5 (9.6%)	1 (2.8%)	2 (8.7%)	0 (0.0%)
F9	2 (1.2%)	2 (1.2%)	1 (1.5%)	1 (1.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
身体合併症あり	15 (8.9%)	18 (11.1%)	14 (21.2%)	2 (3.8%)	5 (13.9%)	2 (8.7%)	3 (27.3%)

表6 各サブクラスの背景因子の比較（その2）

	クラス1	クラス2	クラス3	クラス4	クラス5	クラス6	クラス7
	重度群	顕著群	明瞭群	セルフケア可能群	不穏・攻撃群	最重度群	軽度群
治療歴あり	139 (82.2%)	135 (82.8%)	50 (75.6%)	45 (84.9%)	24 (66.7%)	16 (69.6%)	8 (72.7%)
入院歴あり	94 (55.6%)	84 (51.5%)	33 (50.0%)	33 (62.3%)	14 (38.9%)	9 (39.1%)	5 (45.5%)
措置入院歴あり	48 (28.4%)	34 (20.9%)	15 (22.7%)	10 (18.9%)	10 (27.8%)	5 (21.7%)	1 (9.1%)
申請等の形式							
警察官通報	154 (91.1%)	145 (89.0%)	61 (92.4%)	46 (86.8%)	33 (91.7%)	21 (91.3%)	10 (90.9%)
検察官通報	9 (5.3%)	9 (5.5%)	4 (6.1%)	3 (5.7%)	2 (5.6%)	1 (4.3%)	1 (9.1%)
矯正施設長通報	1 (0.6%)	7 (4.3%)	0 (0.0%)	2 (3.8%)	1 (2.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
親族又は一般人申請	3 (1.8%)	1 (0.6%)	0 (0.0%)	2 (3.8%)	0 (0.0%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)
精神科病院管理者届出	2 (1.2%)	0 (0.0%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
措置要件							
自傷	53 (31.4%)	40 (24.5%)	14 (21.2%)	14 (26.4%)	12 (33.3%)	12 (52.2%)	5 (45.5%)
自傷のみ	8 (4.7%)	15 (9.2%)	2 (3.0%)	5 (9.4%)	5 (13.9%)	4 (17.4%)	2 (18.2%)
他害（対人）	138 (81.7%)	106 (65.0%)	49 (74.2%)	43 (81.1%)	27 (75.0%)	17 (73.9%)	6 (54.5%)
他害（対物）	117 (69.2%)	77 (47.2%)	28 (42.4%)	31 (58.5%)	13 (36.1%)	13 (56.5%)	6 (54.5%)

表 7 各サブクラスの措置入院継続期間，入院期間（単位：日，95%信頼区間）

	クラス 1	クラス 2	クラス 3	クラス 4	クラス 5	クラス 6	クラス 7	
	重度群	顕著群	明瞭群	セルフケア 可能群	不穏・ 攻撃群	最重度群	軽度群	検定*
措置入院継続期間	55 (51～61)	67 (57～88)	67 43～103)	57 (50～69)	38 (28～61)	65 (36～83)	42.5 (16～NA)	p=0.002*, クラス 2 > クラス 1 **, クラス 2 > クラス 5 ***
入院期間	87 (83～91)	92 (79～111)	91 (64～109)	92 (69～141)	60 (37～88)	93 (69～111)	78 (27～127)	p=0.015*

* : Log-rank 検定, ** : Bonferonni 補正 (p=0.0085), *** : Bonferroni 補正 (p=0.0115)

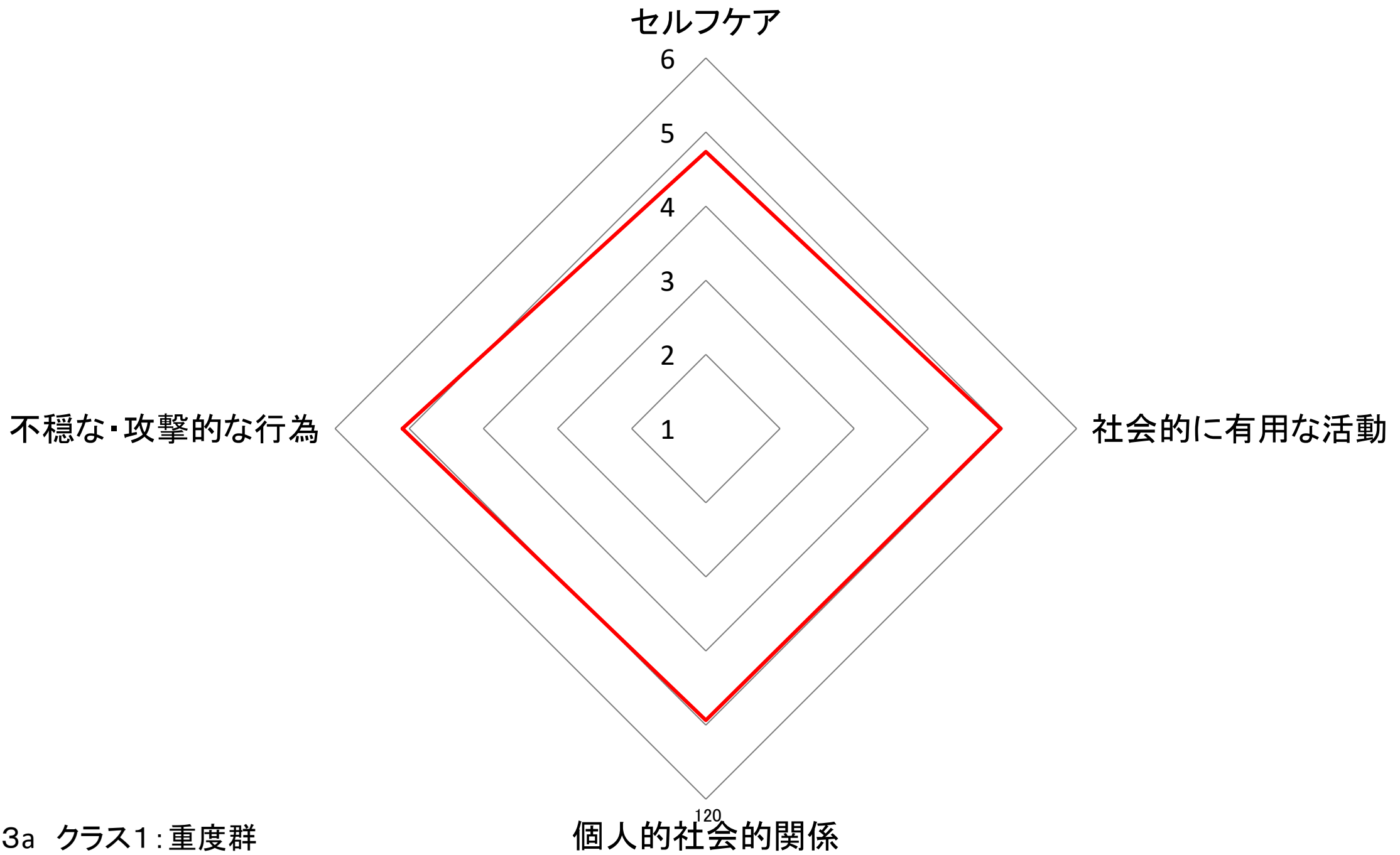


図3a クラス1: 重度群

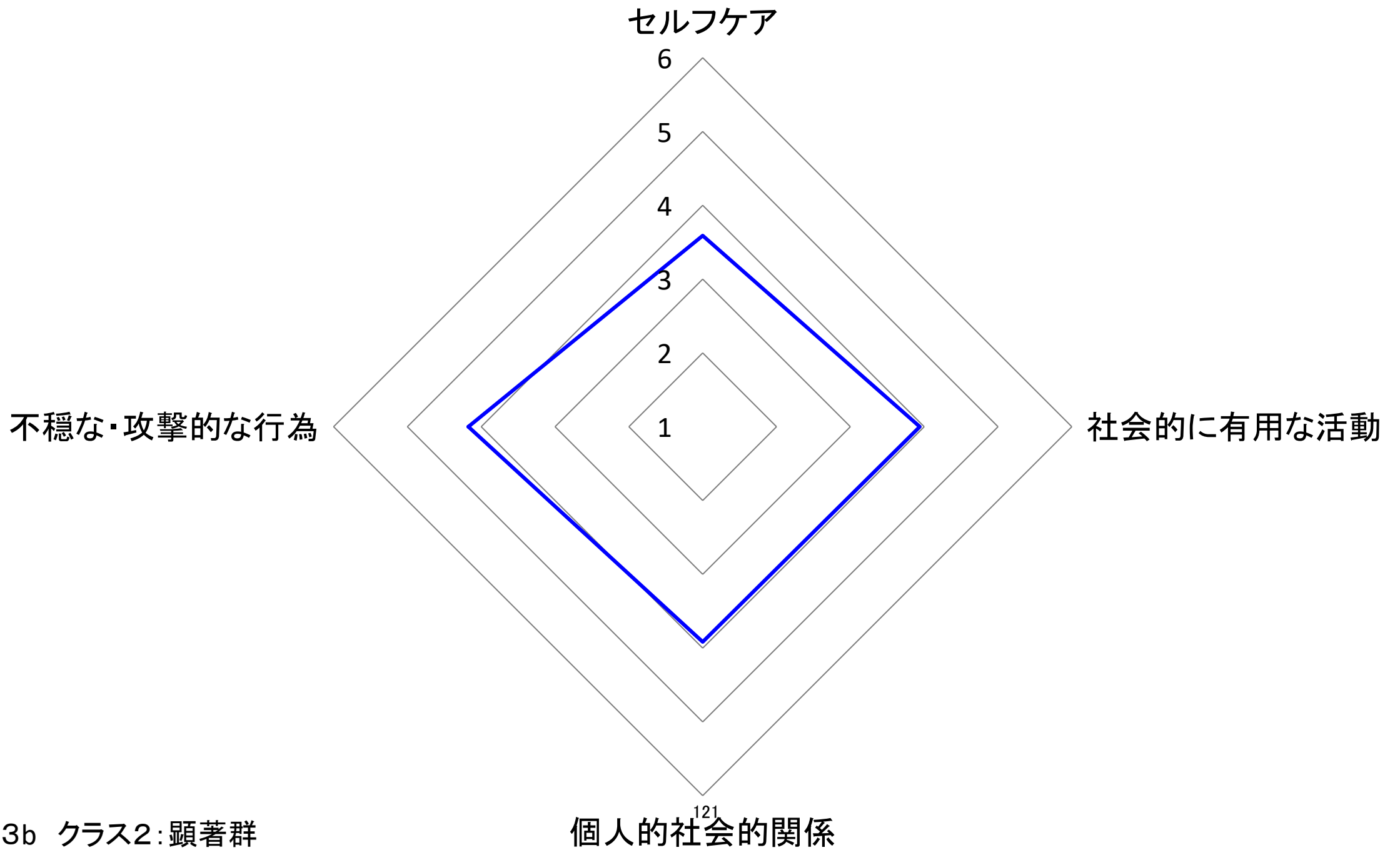


図3b クラス2: 顕著群

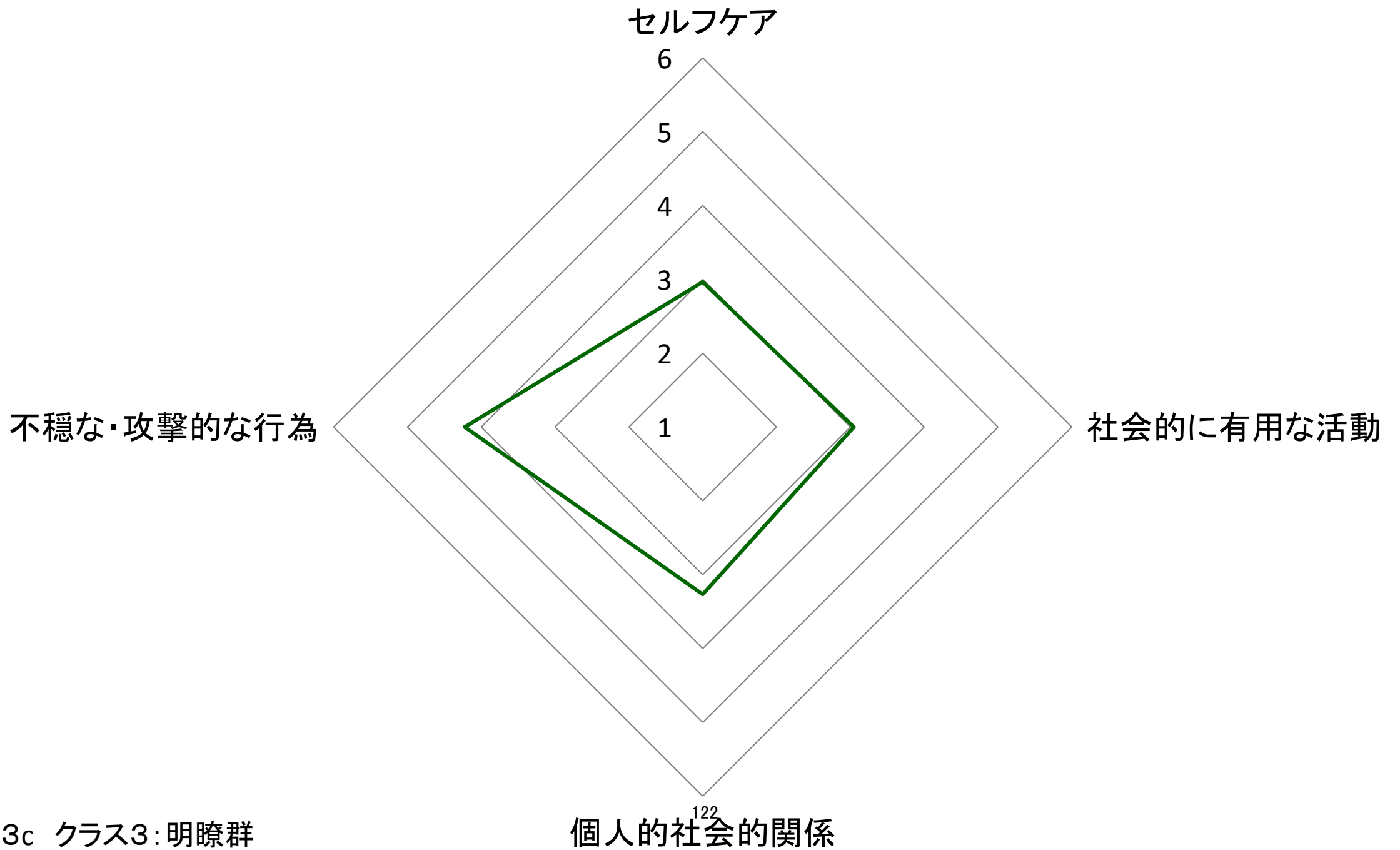


図3c クラス3:明瞭群

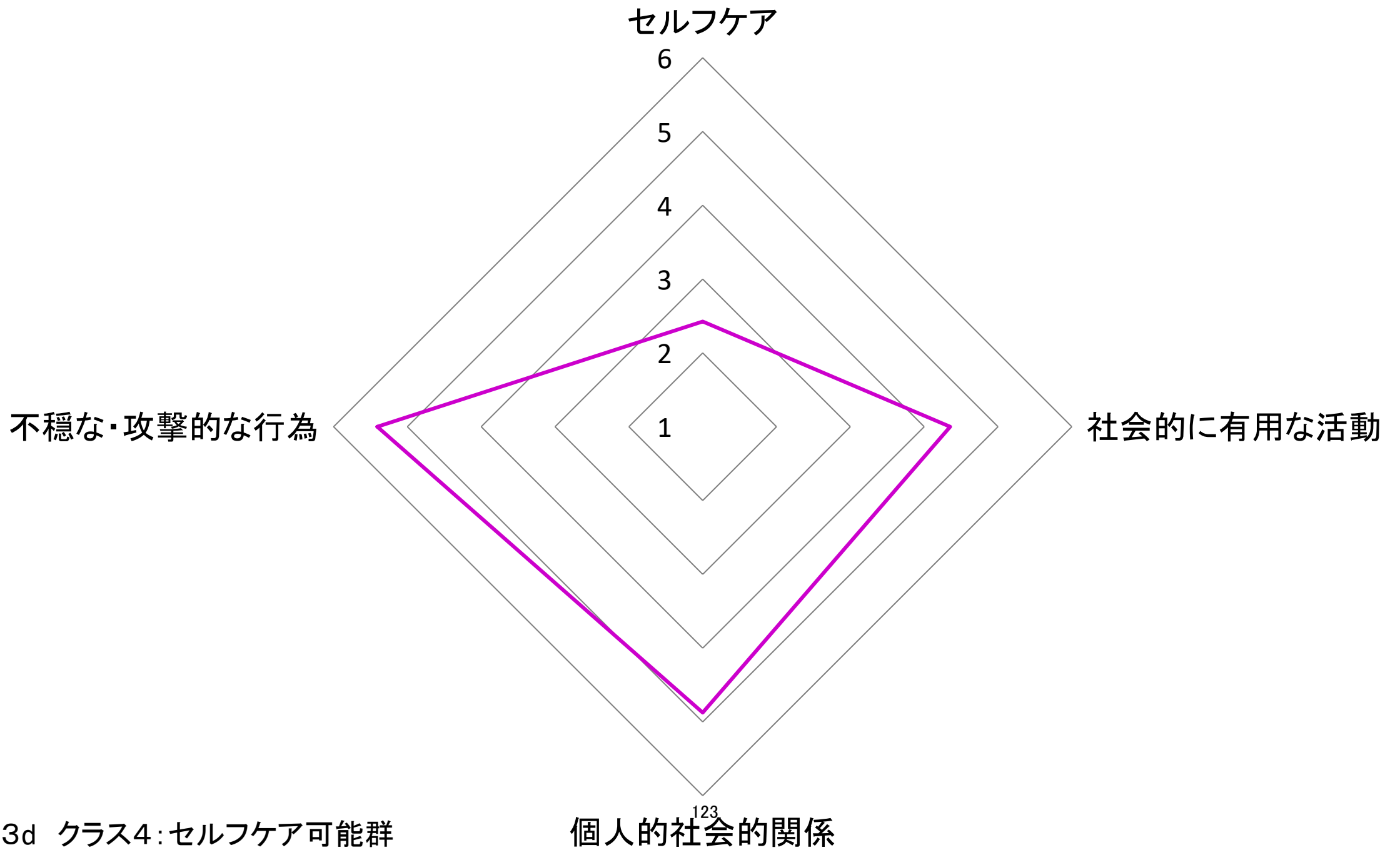


図3d クラス4:セルフケア可能群

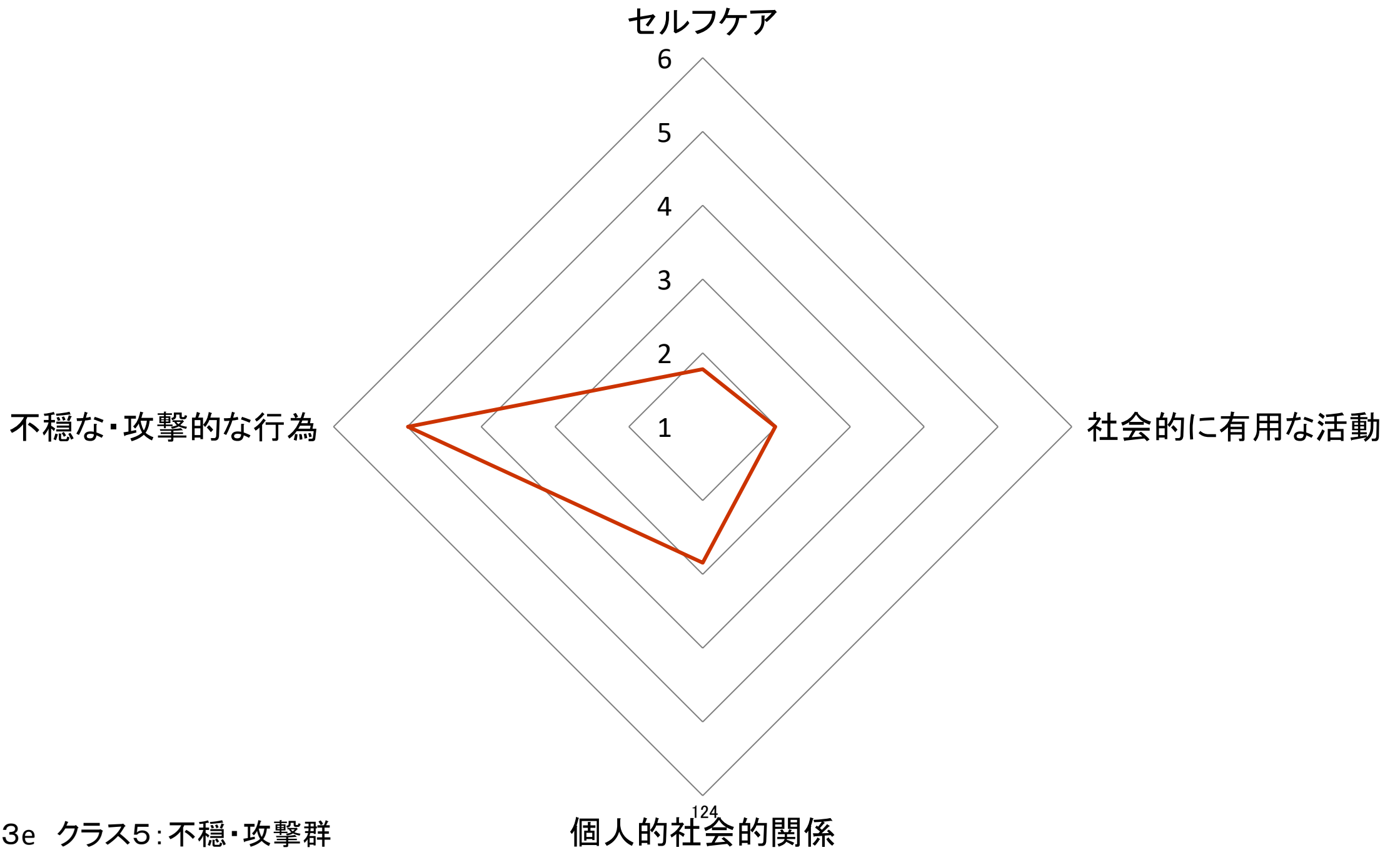


図3e クラス5:不穏・攻撃群

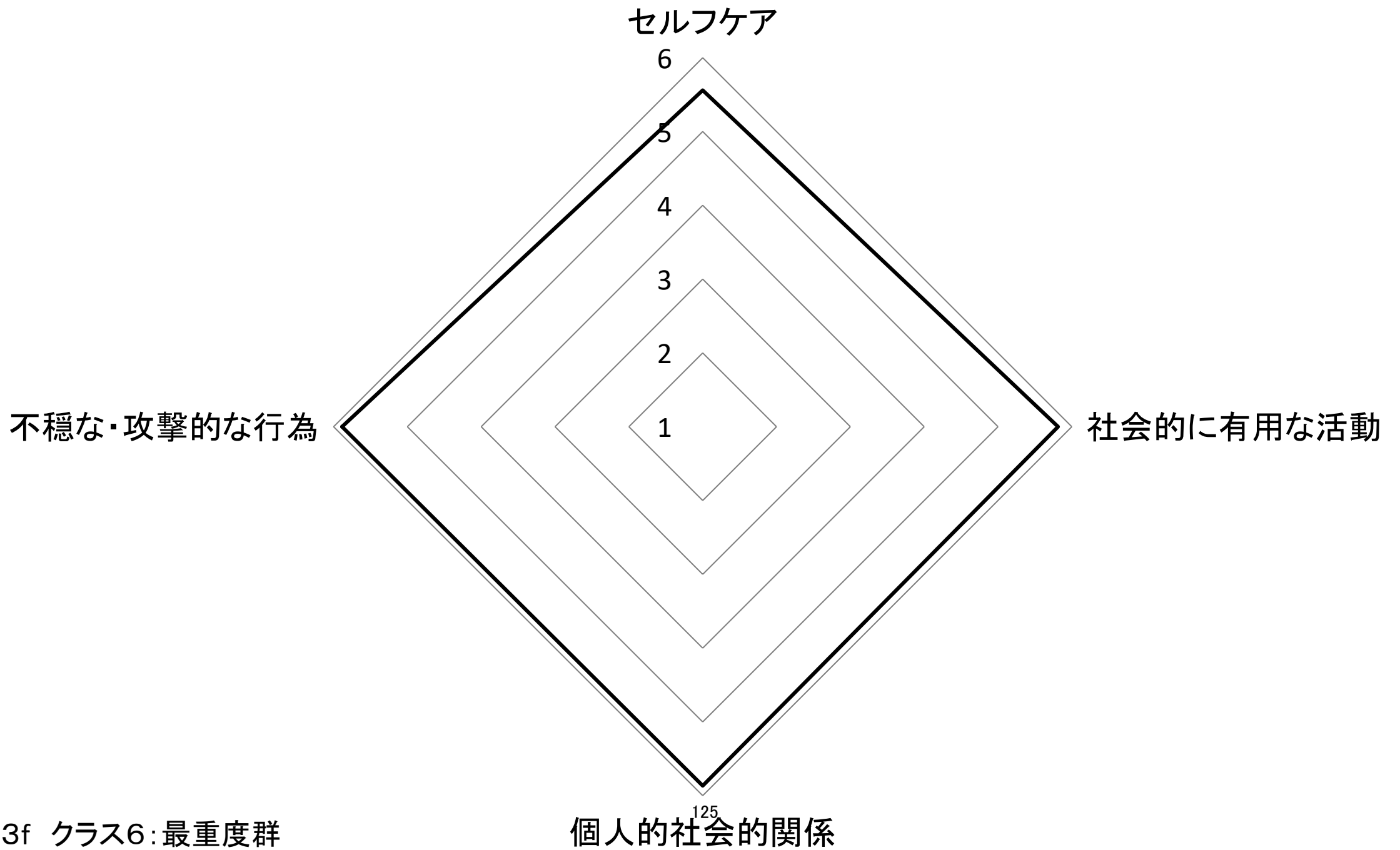


図3f クラス6:最重度群

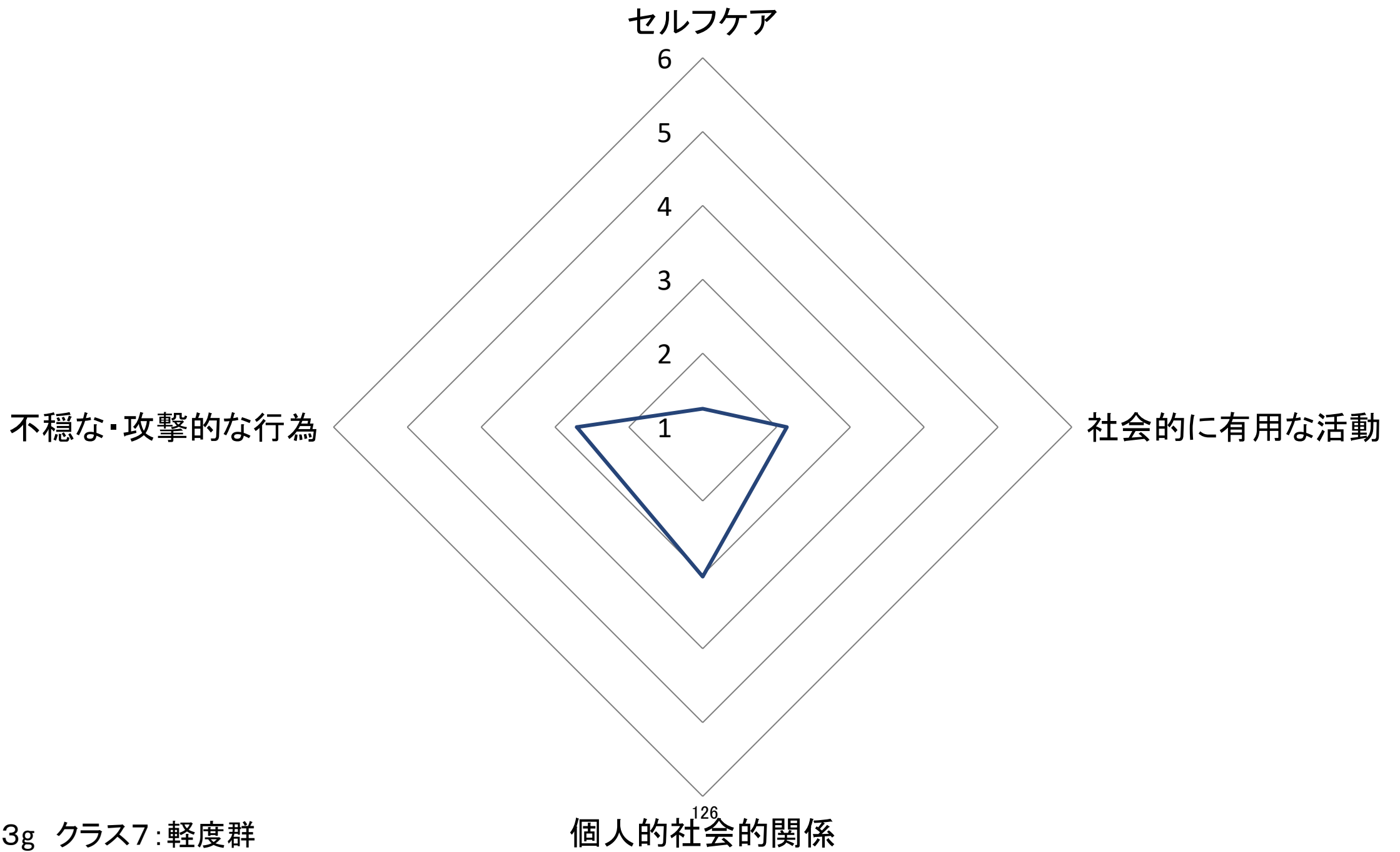


図3g クラス7:軽度群

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：

社会機能改善度から見た措置入院患者の入院後経過の類型化の試み

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），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（宮城県精神医療センター），小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室），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），佐藤智絵（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科），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 聡（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），松尾寛子（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（国立病院機構花巻病院），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）

*執筆担当：稲垣 中

要旨

【目的】措置入院患者を措置入院時，入院1月後，2月後の社会機能障害のレベルによりサブクラス分類する。【対象と方法】2016年5月16日～2020年9月30日に岡本台病院，宮城県立精神医療センター，大泉病院，長崎県精神医療センター，井之頭病院，高松病院，八幡厚生病院，肥前精神医療センター，岡山県精神科医療センター，沼津中央病院，琉球病院に措置入院となった者の措置入院時，入院1月後，2月後の社会機能障害を潜在クラス分析により分類するとともに，それぞれのサブクラスの背景因子の比較を行った。【結果】対象患者の性別は男性289名，女性171名，平均年齢は45.2歳であった。入院時精神科主診断は統合失調症圏が281名，気分障害が69名，その他が110名であった。潜在クラス分析の結果，対象患者は時間の経過に伴って順調に社会機

能が改善する「軽度改善群（275人）」、「中等度改善群（87人）」、「著明改善群（30人）」、入院1月後の社会機能の改善の程度は小さいものの、2月後には一定の改善がみられる「遅延反応群（61人）」、入院1月後にいったん社会機能の大幅な改善が見られるものの、2月後に再度悪化する「中途悪化群（7人）」の5つのサブクラスに分類された。これら5つのサブクラスの背景因子を比較したところ、遅延反応群は器質性精神障害の者、入院歴や措置入院歴を有する者、措置要件が他害（対人）であった者が比較的多く、中等度改善群は器質性精神障害、アルコール・薬物関連障害、気分障害が比較的多く、著明改善群はアルコール・薬物関連障害、気分障害の者、措置要件が自傷のみであった者が比較的多い一方で、統合失調症圏の者や措置入院歴がある者、措置要件が他害（対物）であった者が比較的に少なく、中途悪化群は発達障害の者、措置要件が自傷のみであった者が比較的多く、措置入院歴がある者、措置要件が他害（対人）であった者、措置要件が他害（対物）であった者が比較的に少なかった。Kaplan-Meier法によって推定された措置入院開始から措置解除までの期間は著明改善群が36日、中途悪化群が39日と比較的に短く、以下、中等度改善群（52日）、軽度改善群（58日）、遅延反応群（83日）の順であった。同様に措置入院から退院に至る期間についても、著明改善群が52日と最も短く、以下、中等度改善群（75日）、軽度改善群（88日）、中途悪化群（92日）、遅延反応群（114日）の順であった。【考察】潜在クラス分析の結果、入院1月後にいったん社会機能の大幅な改善が見られるものの、2月後に再度悪化する「中途悪化群」が措置入院患者の1.5～2.5%程度存在すること、そのような患者は措置入院開始から5～6週で措置解除となるものの、措置解除から退院となるまで6週程度を要することが示唆された。

A. 研究の背景と目的

厚生労働省公表の衛生行政報告例によれば、令和5年度のわが国では7,778人の精神障害患者が措置入院となっている¹⁾。措置入院となる際には、精神障害のために自身を傷つける、あるいは他人に害を及ぼす恐れがあることが要求され、措置解除に際しては、入院を継続しなくてもその精神障害のために自傷・他害の恐れがなくなることが要件とされるが、措置入院開始から措置解除に至るまでの期間（措置入院継続期間）については個人差が大きく、比較的に短期間で措置解除となる者も存在すれば、極めて長期にわたって措置入院が継続される者も存在する²⁾。したがって、同じ措置入院患者と言っても、その中には転帰の異なる複数のサブクラスが含まれている可能性がある。

そこで、今回われわれは『措置入院患者の

前向きコホート研究』に登録されたデータを利用して、措置入院時、入院1月後、2月後の社会機能障害に基づいた潜在クラス分析を行って、対象患者のサブクラス分類を試みるとともに、各サブクラスの臨床的特性について検討を行った。

B. 方法

『措置入院患者の前向きコホート研究』は協力施設に措置入院となった全患者を対象とする前向きコホート研究である。入院時に対象患者は『措置入院に関する診断書』と診療録の記載に基づいて、①性別、②生年月日、③措置入院年月日、④入院時点の精神科主診断、精神科従診断、身体合併症、⑤措置入院に際しての申請等の形式、⑥精神科治療歴、⑦措置要件、⑧精神症状、問題行動、状態像などの概要などについて登録されるとともに、『個人的・社会的機能遂行度尺度

『(Personal and Social Performance Scale: PSP)』⁴⁾による社会機能に関する評価を行った。登録完了後、対象患者は概ね月1回のペースでPSPの評価を受け、措置解除の際にはPSP評価と併せて、『症状消退届』と診療録の記載に基づいて、⑩措置解除時の精神科主診断、精神科従診断、身体合併症、⑪措置解除年月日、⑫措置解除後の処置に関する意見、⑬措置解除時処方に関する情報が、また、退院時にもPSP評価と併せて、⑬退院年月日、⑭退院後の帰住先、⑮退院時処方、⑯退院時点でのケア会議の実施状況と参加者に関する情報が、さらに退院後は退院から1年、2年、3年が経過した時点の⑰生存の有無（死亡していた場合には死亡日と死因）、⑱治療継続の有無と最終受診日、⑲再入院の有無（再入院が見られた場合には再入院年月日と入院形態）、⑳ケア会議の実施状況と参加者に関する情報が収集された。

PSPとは、Morosiniら³⁾によって作成された精神障害者の社会機能の評価尺度で、「セルフケア」、「社会的に有用な活動」、「個人的・社会的関係」、「不穏な・攻撃的な行為」の4つの下位項目より成るプロフィール型評価尺度としてのパートと、Global Assessment of Functioning (GAF: 機能の全体的評定尺度)⁵⁾のように、1点（最低レベル）から100点（最高レベル）の範囲で社会機能を包括的に評価するインデックス型評価尺度である「PSP総得点」のパートから構成されている。4つの下位項目はそれぞれアンカーポイントに基づいて、症状なし（1点）から最重度（6点）までの6段階で評価された後に、下位項目の評点から操作的にPSP総得点の10以上の位の点数が決定され、最後に評価者の判断によって1の位の点数が決定される。PSPにはMorosiniらによる原版以外にも複数の版が存在するが、本研究ではUBC社版PSPの日本語版⁵⁾を採用した。PSPは本来対象者

の直近4週程度の状態に基づいて評価されることになっているが、措置入院の治療現場の実態としては、4週もの長期にわたる症状に基づいて措置解除に関する判断がなされるとは考えにくいので、本研究では直近2週の状態に基づいて評価した。また、措置入院に関連した判断と独立したPSP評価を行うために、本研究では事前に訓練を受けた看護師、あるいは後期研修医によって評価された。

PSP総得点は、71点以上の場合には「軽度の社会機能障害」、31～70点の場合には「中等度の社会機能障害」、30点以下の場合には「重度の社会機能障害」と3つのカテゴリに分類できるが、今回の報告では対象患者の措置入院時、および入院1月後、入院2月後の社会機能障害の重症度に基づいて潜在クラス分析によるサブクラス分類を行い、その上でそれぞれのサブクラスの背景因子の比較を行った。本来、潜在クラス分析では解析対象となった1つ1つのデータは特定のサブクラスに決定論的に分類されるのではなく、例えば、クラス1に30%、クラス2に40%、クラス3に30%といったように、確率論的に複数のサブクラスに属するように分類されるが、今回の検討では、便宜上、帰属確率が最も高いサブクラスのみに属していると見なして背景因子の比較を行った。

既に述べたように、『措置入院患者の前向きコホート研究』では対象患者は概ね月1回のペースでPSP評価を受けるとともに、措置解除、あるいは退院時にもPSP評価が行われることになっており、措置入院から正確に1月後、あるいは2月後にPSPのデータが回収されるようになってはいなかった。このため、今回の検討では入院15～44日後に収集されたデータのうち、入院30日後に最も近い日付のものを「入院1月後」、入院45～75日後に収集されたデータのうち、入院60日後に最も近い日付のものを

「入院2月後」のデータと見なした。さらに、2月以内の早期退院であった場合や、何らかの事情によって、「入院1月後」、あるいは「入院2月後」のデータを回収できなかった場合には Last-Observation-Carried-Forward (LOCF) 法に基づいて欠損データを補完した。

統計ソフトは潜在クラス分析にはLatent GOLD®5.1 を、それ以外の解析には Easy R (EZR) ⁶⁾を使用した。

本研究を実施するにあたっては、研究グループの長である瀬戸秀文が研究開始当時所属していた長崎県精神医療センター内の研究倫理審査委員会による承認（承認日：2016年4月15日）を得るとともに、UMIN 試験 ID: 000022500 として開始前に臨床試験登録を行った。

C. 結果

1) 対象患者の抽出作業

『措置入院患者の前向きコホート研究』では11ヶ所の研究協力施設から521人の措置入院患者が登録された。これらの措置入院患者のうち、入院から60日以内に措置解除されることなく退院（いわゆる移送症例に相当する）となった61人を除く460人が今回の検討対象である。

2) 背景因子（表1、表2）

検討対象である460人の性別は男性が289人、女性が171人であった。対象患者の平均年齢は45.2歳であった。

入院施設の内訳は、栃木県立岡本台病院が138人、宮城県立精神医療センターが74名、大泉病院が52人、長崎県精神医療センターが52人、井之頭病院が35人、石川県立こころの病院が25人、八幡厚生病院が20人、国立病院機構肥前精神医療センターが20人、岡山県精神科医療センターが19人、沼津中央病院が15人、国立病院機構琉球病院が10人であった。

入院時のICD-10精神科主診断の内訳は、統合失調症圏（F2）が281人と最も多く、以下、気分障害（F3:69人）、アルコール・薬物関連障害（F1:28人）、器質性精神障害（F0:24人）、発達障害（F8:17人）、パーソナリティ障害（F6:14人）、精神発達遅滞（F7:10人）、神経症性障害（F4:10人）、行動・情緒障害圏（F9:5人）、診断不明（2人）の順に多かった。身体合併症は48人に存在した。

措置入院に際しての申請等の形式は警察官通報（精神保健福祉法第23条:412人）が約9割を占め、以下、検察官通報（第24条:28人）、矯正施設長通報（第26条:10人）、親族又は一般人申請（第22条:7人）、精神科病院管理者届出（第26条の2:3人）の順に多かった。

措置要件の内訳は自傷が141人、他害（対人）が346人、他害（対物）が260人で（重複あり）、措置要件が自傷行為のみであった者は38人であった。

今回の措置入院より前に精神科治療歴を有していた者は369人、精神科入院歴を有していた者は242人、措置入院歴を有していた者は113人であった。

3) PSP 総得点の推移（表3）

措置入院時、入院1月後、2月後の平均PSP 総得点はそれぞれ25.0点、50.5点、58.0点であった。社会機能障害が重度、すなわちPSP 総得点が30点以下であった者はそれぞれ326人、82人、44人、社会機能障害が中等度、すなわちPSP 総得点が31点以上70点以下であった者はそれぞれ133人、323人、325人、社会機能障害が軽度、すなわちPSP 総得点が71点以上であった者はそれぞれ1人、55人、91人であった。

4) 潜在クラス分析の結果

対象患者が1つのサブクラスのみから構成されるモデル（1クラスモデル）から全部

で 15 のサブクラスから構成されるモデル (15 クラスモデル) まで、15 通りの潜在クラス分析の結果を表 4 に示した。

潜在クラス分析の適合度指標である Bayesian information criterion (BIC) と Akaike's information criterion (AIC) が最小であったのは 3 クラスモデルにおいてであり (BIC=1840.6669, AIC=1782.8297), 同じく適合度指標である p 値が 0.1~0.2 となっていたのは 5 クラスモデルにおいてであった (p=0.12)。今回の検討では 3 クラスモデルと 4 クラスモデルと 5 クラスモデルの BIC と AIC の値に大きな差がなかったことやモデルの有する臨床的意義についても考慮して、5 クラスモデルを採用した。

表 5, および図 1 a~e に 5 クラスモデルを構成するそれぞれのサブクラスにおける各社会機能障害のレベルの応答確率を示した。潜在クラス分析の結果に基づいて、今回の検討ではそれぞれのサブクラスを以下のように命名した。

① クラス 1 : 軽度改善群 (図 1 a)

クラス 1, すなわち「軽度改善群」は、措置入院開始時の社会機能障害が重度であった者が 60.76%, 中等度であった者が 38.98%, 軽度であった者が 0.26%であったのに対し、1 月後には中等度の者が 99.24%, 軽度の者が 0.28%と改善しており、2 月後には中等度の者が 93.97%, 軽度の者が 5.54%にさらに改善した患者群である。クラスサイズは 48.78%, クラス 1 への帰属確率が最も高かった者は 275 人であった。

② クラス 2 : 遅延反応群 (図 1 b)

クラス 2, すなわち「遅延反応群」は措置入院時における社会機能障害が重度であった者が 93.97%, 中等度であった者が 6.02%, 軽度であった者が 0.00%であったものの、1 月後になっても重度の者が 87.23%, 中等度の者が 12.77%, 軽度の者が 0.00%とほと

んど改善しておらず、2 月後になってようやく軽度の者が 46.79%, 中等度の者が 53.20%, 軽度の者が 0.02%と改善を見た患者群である。クラスサイズは 19.03%, クラス 2 への帰属確率が最も高かった者は 87 人であった。

③ クラス 3 : 中等度改善群 (図 1 c)

クラス 3, すなわち「中等度改善群」は措置入院時における社会機能障害が重度であった者が 96.40%, 中等度の者が 3.60%, 軽度の者が 0.00%であったのに対し、1 月後には中等度の者が 93.68%, 軽度の者が 0.02%と大幅な改善を認めるにとどまらず、2 月後には中等度の者が 78.46%, 軽度の者が 21.45%とさらなる改善をみた患者群である。クラスサイズは 15.72%, クラス 3 への帰属確率が最も高かった者は 30 人であった。

④ クラス 4 : 著明改善群 (図 1 d)

クラス 4, すなわち「著明改善群」は措置入院時の社会機能障害が重度であった者が 51.42%, 中等度の者が 48.11%, 軽度の者が 0.47%であったのに対し、1 月後には中等度の者が 22.78%, 軽度の者が 77.22%と大幅な改善を認め、さらに 2 月後には大半 (97.67%) の者が軽度に、残りの 2.33%も中等度になるといったように、特に大きな改善が見られた患者群である。クラスサイズは 14.03%, クラス 4 への帰属確率が最も高かった者は 61 人であった。

⑤ クラス 5 : 中途悪化群 (図 1 e)

クラス 5, すなわち「中途悪化群」は措置入院時の社会機能障害が重度であった者が 40.29%, 中等度の者が 58.81%, 軽度の者が 0.90%であったが、一旦は 1 月後には中等度の者が 59.63%, 軽度の者が 40.37%と大幅に改善したものの、2 月後には重度の者が 16.77%, 中等度の者が 83.10%, 軽度の

者が 0.13%と、著しい増悪を認めた患者群である。クラスサイズは 2.45%，クラス 5 への帰属確率が最も高かった者は 7 人であった。

5) サブクラス間の比較

ここでは、これら 5 つのサブクラスの性別、年齢、入院時 ICD-10 主診断、身体合併症の有無、治療歴、申請等の形式、措置要件、重大な問題行動、および Kaplan-Meier 法による措置入院期間、および入院期間の中央値について比較を行った。

性別については中途悪化群では比較的男性が多かった (85.7%)。

年齢については中途悪化群は平均年齢がやや高かった (51.1 歳)。

入院時 ICD-10 主診断に関しては、遅延反応群では器質性精神障害がやや多く (10.3%)，中等度改善群では器質性精神障害 (10.0%)，アルコール・薬物関連障害 (10.0%)，気分障害 (20.0%) がやや多く，著明改善群では統合失調症圏がやや少ない一方で (47.5%)，アルコール・薬物関連障害 (9.8%)，気分障害 (21.3%) がやや多く，中途悪化群では発達障害 (28.6%)，身体合併症 (28.6%) がやや多かった (表 6)。

治療歴に関しては、遅延反応群は治療歴、入院歴、あるいは措置入院歴を有する者がやや多く (69.4%，39.0%)，一方、著明改善群と中途悪化群は措置入院歴を有する者がやや少なかった (13.3%，16.7%)。

通報の種別に関しては、遅延反応群は警察官通報がやや少なかった (80.5%)。

措置要件に関しては、遅延反応群では自傷、あるいは自傷のみの者は比較的少ないものの (21.0%，3.5%)，他害 (対人) の者は比較的多かった (94.0%)。著明改善群では自傷のみの者が比較的多いものの (19.6%)，他害 (対物) は比較的少なかった (32.1%)。中途悪化群では措置要件が自傷のみの者が比較的多いものの (16.7%)，

他害 (対人) と他害 (対物) の者は比較的少なかった (57.1%，14.3%)。

Kaplan-Meier 法によって推定された措置入院開始から措置解除までの期間の中央値は著明改善群が 36 日，中途悪化群が 39 日と比較的短く，以下，中等度改善群 (52 日)，軽度改善群 (58 日)，遅延反応群 (83 日) の順であった。同様に、措置入院から退院に至る期間についても、著明改善群が 52 日と最も短く，以下，中等度改善群 (75 日)，軽度改善群 (88 日)，中途悪化群 (92 日)，遅延反応群 (114 日) の順であった (表 7)。

D. 考察

『措置入院患者の前向きコホート研究』より得られた措置入院後の社会機能障害に関するデータを潜在クラス分析によって解析した結果、措置入院患者は入院時、入院 1 月後、2 月後と順調に社会機能が改善してゆく軽度改善群、中等度改善群、著明改善群、入院 1 月後の社会機能の改善は限定的であったものの、2 月後に若干の社会機能の改善を見た遅延反応群、そして、入院 1 月後には相応の社会機能の改善を見たものの、2 月後に社会機能の悪化を見た中途悪化群の 5 つのサブクラスに分類できることが示された。

ほとんどの場合、措置入院患者は治療反応が見られる速さに多少の差はあったとしても、入院から時間が経過するにしたがって精神症状が改善してゆくものであるが、入院後いったん症状が改善したにもかかわらず、しばらくして症状が増悪する「揺り戻し」と呼ぶべき現象が稀に見られることはしばしば臨床現場で経験されるところである。今回の潜在クラス分析の結果、そのような揺り戻しが措置入院患者の 1.5～2.5%程度に認められることが示唆された。また、各サブクラスの背景因子を比較したところ、中途悪化群は男性が比較的多く、年齢がやや高めで、発達障害の占める割合が相対的

に高く、措置要件が対人、あるいは対物の他害行為の者は相対的に少ない一方、自傷の者は相対的に多いことが示唆された。

中途増悪群における「揺り戻し」が、措置症状がいったん消退して、措置解除となった後に発生しうることは十分予想できるところであるが、その場合には措置入院開始から措置解除までの期間は比較的短いものの、措置解除から退院となるまでの期間が長くなり、全体の入院期間も相当に長くなると考えられるが、今回の検討結果からは中途悪化群における措置入院開始から措置解除までの期間の中央値が5～6週程度（39日）と著明改善群に次いで短いにもかかわらず、措置入院開始から退院に至る期間の中央値は約13週（92日）で、遅延反応群の次に長くなっており、措置解除から退院に至る期間の中央値は5～6週程度と他の4群より明らかに長くなっているのはこの予想が概ね正しいことを示唆していると考えられる。

なお、今回の検討結果を臨床現場にフィードバックする際にはさまざまな限界があることに注意を要する。

第一におおもとのデータセットである『措置入院患者の前向きコホート研究』のサンプルサイズが521人と必ずしも大きくなかったため、潜在クラス分析によって抽出された5つのサブクラスのそれぞれのサンプルサイズは7～257人とさらに小さくなってしまったことによる問題である。その結果、サブクラス間の背景因子の違いについては不確実性が高くなるので、今回の検討ではサブクラス間の統計学的検定は断念せざるを得なかった。

第二に臨床試験などにおいては、登録後はほぼ正確に1～2週おきに臨床評価が行われるのに対して、『措置入院患者の前向きコホート研究』では費用やマンパワーの問題もあって、毎月特定の日に評価を行うという方法を採用せざるを得なかったため、

入院1月後といっても正確には入院15～44日後、入院2月後といっても正確には入院45～75日後となることを許容せざるを得なかった。

第三にコーディネータが関与する前の臨床試験と同様に、ある程度評価漏れが発生することや、早期に措置解除・退院となる患者も少なくないこともあって、LOCF法を用いた欠損値の補完を行わざるを得なかった。社会機能障害の欠損値をLOCF法で代用したことは社会機能の改善を遅らせる方向のバイアスをもたらすと考えられるので、今回の検討における遅延反応群にこのようなバイアスが影響を及ぼした可能性は否定できないところであるが、その一方でこれらのバイアスが存在してもなお、軽度改善群、中等度改善群、著明改善群はもちろんのこと、中途悪化群の存在が確認されたことは臨床的に意義が深いと考えられる。措置入院後にいったん症状が改善したにもかかわらず、しばらくして症状が増悪する現象は臨床現場で時々経験するところであるが、そのような「揺り戻し」の症例が措置入院患者の1.5～2.5%程度に認められることが示唆されたことは今後の措置入院医療を考えてゆく上で極めて重要と考えられる。

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 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) 厚生労働省. 衛生行政報告例/令和5年

度衛生行政報告例/統計表/年度報 第
1 章 精神保健福祉/2-1/精神障害者措
置入院・仮退院状況，都道府県—指定都
市（再掲）別。（2025 年 4 月 29 日アク
セス）

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450027&tstat=000001031469&cycle=8&tclass1=000001222480&tclass2=000001222481&tclass3=00001222482&tclass4val=0&metadata=1&data=1>

- 2) 瀬戸 秀文, 稲垣 中, 島田 達洋, 大塚達以ほか: 長期措置入院している精神障害者の現状把握に関する研究. 臨床精神医学 48: 637-648, 2019.
- 3) Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, et al.: Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and occupational functioning assessment scale (SOFAS) to assess routine social functioning. Acta Psychiatr Scand 101: 323-329, 2000.
- 4) American Psychiatric Association (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸・訳): DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 2002.
- 5) 稲田俊也, 山本暢朋, 相澤 玲, 稲垣中: 日本語版 PSP (個人的・社会的機能遂行度尺度) 評価トレーニングシート Ver.1.0. 社団法人日本精神科評価尺度研究会, 2011.
- 6) Kanda Y: Investigation of the freely-available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics. Bone Marrow Transplant 48 (3): 452-8, 2013.

表1 対象患者の背景因子（その1）

男性／女性	289（62.8％）／171（37.2％）	
平均年齢		
平均（標準偏差）	45.2	（15.3）
中央値（第一四分位数～第三四分位数）	44	（34.75～56）
医療機関		
栃木県立岡本台病院	138	（30.0％）
宮城県立精神医療センター	74	（16.1％）
大泉病院	52	（11.3％）
長崎県精神医療センター	52	（11.3％）
井之頭病院	35	（7.6％）
石川県立こころの病院	25	（5.4％）
八幡厚生病院	20	（4.4％）
国立病院機構肥前精神医療センター	20	（4.4％）
岡山県精神科医療センター	19	（4.1％）
沼津中央病院	15	（3.3％）
国立病院機構琉球病院	10	（2.2％）
ICD-10 精神科主診断		
F2（統合失調症圏）	281	（61.1％）
F3（気分障害）	69	（15.0％）
F1（アルコール・薬物関連障害）	28	（6.1％）
F0（器質性障害）	24	（5.2％）
F8（発達障害）	17	（3.7％）
F6（パーソナリティ障害）	14	（3.0％）
F7（精神発達遅滞）	10	（2.2％）
F4（神経症性障害）	10	（2.2％）
F9（行動・情緒障害圏）	5	（1.1％）
不明	2	（0.4％）
身体合併症あり	48	（10.4％）

表 2 対象患者の背景因子（その 2）

通報の種別		
警察官通報（第 23 条）	412	（89.6%）
検察官通報（第 24 条）	28	（6.1%）
矯正施設長通報（第 26 条）	10	（2.2%）
親族又は一般人申請（第 22 条）	7	（1.5%）
精神科病院管理者届け出（第 26 条の 2）	3	（0.7%）
措置要件		
自傷	141	（30.7%）
自傷のみ	38	（8.3%）
他害（対人）	346	（75.2%）
他害（対物）	260	（56.5%）
精神科治療歴		
精神科治療歴あり	369	（80.2%）
精神科入院歴あり	242	（52.6%）
措置入院歴あり	113	（24.6%）

表 3 対象患者の PSP 総得点の推移

	措置入院時	入院 1 月後	入院 2 月後
平均 PSP 総得点（標準偏差）	25.0（10.9）	50.5（18.5）	58.0（16.6）
重度社会機能障害*	326（70.9%）	82（17.8%）	44（9.6%）
中等度社会機能障害**	133（28.9%）	323（70.2%）	325（70.7%）
軽度社会機能障害***	1（0.2%）	55（12.0%）	91（19.8%）

*PSP 総得点 $\leq$ 30, **31 $\leq$ PSP 総得点 $\leq$ 70, ***PSP 総得点 $\geq$ 71

表4 クラス数の増加とモデル適合度

	BIC	AIC	L ²	自由度	p 値
1 クラス	2075.7390	2050.9517	297.7346	20	2.3×10^{-51}
2 クラス	1929.0428	1887.7305	126.5134	16	3.0×10^{-19}
3 クラス	<u>1840.6669</u>	<u>1782.8297</u>	13.6127	12	0.33
4 クラス	1859.9685	1785.6064	8.3893	8	0.40
5 クラス	1883.4457	1792.5587	7.3416	4	<u>0.12</u>
6 クラス	1905.7741	1798.3622	5.1451	0	.
7 クラス	1926.5586	1802.6218	1.4047	-4	.
8 クラス	1950.9509	1810.4892	1.2722	-8	.
9 クラス	1975.3879	1818.4013	1.1842	-12	.
10 クラス	1999.8447	1826.3332	1.1161	-16	.
11 クラス	2024.3157	1834.2793	1.0622	-20	.
12 クラス	2048.7970	1842.2357	1.0186	-24	.
13 クラス	2073.2860	1850.1998	0.9827	-28	.
14 クラス	2097.7716	1858.1605	0.9434	-32	.
15 クラス	2122.2806	1866.1445	0.9274	-36	.

BIC: Bayesian information criterion, AIC: Akaike's information criterion

表 5 応答確率

	クラス 1	クラス 2	クラス 3	クラス 4	クラス 5
	軽度改善群	遅延反応群	中等度改善群	著明改善群	中途悪化群
クラスサイズ	48.78%	19.03%	15.72%	14.03%	2.45%
入院時					
重度社会機能障害*	60.76%	93.97%	96.40%	51.42%	40.29%
中等度社会機能障害**	38.98%	6.02%	3.60%	48.11%	58.81%
軽度社会機能障害***	0.26%	0.00%	0.00%	0.47%	0.90%
入院 1 ヶ月後					
重度社会機能障害*	0.49%	87.23%	6.30%	0.00%	0.00%
中等度社会機能障害**	99.24%	12.77%	93.68%	22.78%	59.63%
軽度社会機能障害***	0.28%	0.00%	0.02%	77.22%	40.37%
入院 2 ヶ月後					
重度社会機能障害*	0.49%	46.79%	0.09%	0.00%	16.77%
中等度社会機能障害**	93.97%	53.20%	78.46%	2.33%	83.10%
軽度社会機能障害***	5.54%	0.02%	21.45%	97.67%	0.13%

*PSP 総得点 ≤ 30 , ** $31 \leq$ PSP 総得点 ≤ 70 , ***PSP 総得点 ≥ 71

表6 各サブクラスの背景因子の比較（その1）

	クラス 1	クラス 2	クラス 3	クラス 4	クラス 5
	軽度改善群	遅延反応群	中等度改善群	著明改善群	中途悪化群
人数	275	87	30	61	7
男性	169 (61.5%)	60 (69.0%)	18 (60.0%)	36 (59.0%)	6 (85.7%)
平均年齢（標準偏差）	46.3 (15.8)	43.6 (15.5)	44.3 (13.3)	42.1 (13.4)	51.1 (11.8)
入院時 ICD-10 主診断					
F0	11 (4.0%)	9 (10.3%)	3 (10.0%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)
F1	14 (5.1%)	5 (5.7%)	3 (10.0%)	6 (9.8%)	0 (0.0%)
F2	180 (65.9%)	51 (58.6%)	17 (56.7%)	29 (47.5%)	4 (57.1%)
F3	39 (14.3%)	10 (11.5%)	6 (20.0%)	13 (21.3%)	1 (14.3%)
F4	6 (2.2%)	2 (2.3%)	0 (0.0%)	2 (3.3%)	0 (0.0%)
F6	8 (2.9%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	5 (8.2%)	0 (0.0%)
F7	6 (2.2%)	2 (2.3%)	0 (0.0%)	2 (3.3%)	0 (0.0%)
F8	6 (2.2%)	7 (8.0%)	0 (0.0%)	2 (3.3%)	2 (28.6%)
F9	3 (1.1%)	0 (0.0%)	1 (3.3%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)
身体合併症あり	29 (10.5%)	7 (8.0%)	3 (10.0%)	7 (11.5%)	2 (28.6%)

表7 各サブクラスの背景因子の比較（その2）

	クラス 1	クラス 2	クラス 3	クラス 4	クラス 5
	軽度改善群	遅延反応群	中等度改善群	著明改善群	中途悪化群
人数	275	87	30	61	7
治療歴あり	216 (79.1%)	76 (88.4%)	21 (72.4%)	49 (81.7%)	7 (100.0%)
入院歴あり	146 (54.3%)	59 (69.4%)	12 (41.4%)	22 (36.7%)	3 (42.9%)
措置入院歴あり	66 (26.0%)	32 (39.0%)	6 (21.4%)	8 (13.3%)	1 (16.7%)
警察官通報	250 (90.9%)	70 (80.5%)	29 (96.7%)	56 (91.8%)	7 (100.0%)
措置要件*					
自傷	80 (30.5%)	17 (21.0%)	11 (40.7%)	30 (49.2%)	3 (42.9%)
自傷のみ	20 (7.5%)	3 (3.5%)	3 (10.0%)	11 (19.6%)	1 (16.7%)
他害（対人）	201 (75.3%)	78 (94.0%)	24 (80.0%)	39 (67.2%)	4 (57.1%)
他害（対物）	169 (65.3%)	54 (66.7%)	19 (67.9%)	17 (32.1%)	1 (14.3%)
措置入院期間中央値（日：95%信頼区間）*	58 (52～64)	83 (68～88)	52 (42～61)	36 (30～38)	39 (26～67)
入院期間中央値（日：95%信頼区間）*	88 (83～94)	114 (94～143)	75 (69～87)	52 (38～70)	92 (51～NA)

注：欠損値を除外して解析を行っているため、母数は一致しない、*：Kaplan-Meier 法による推定値

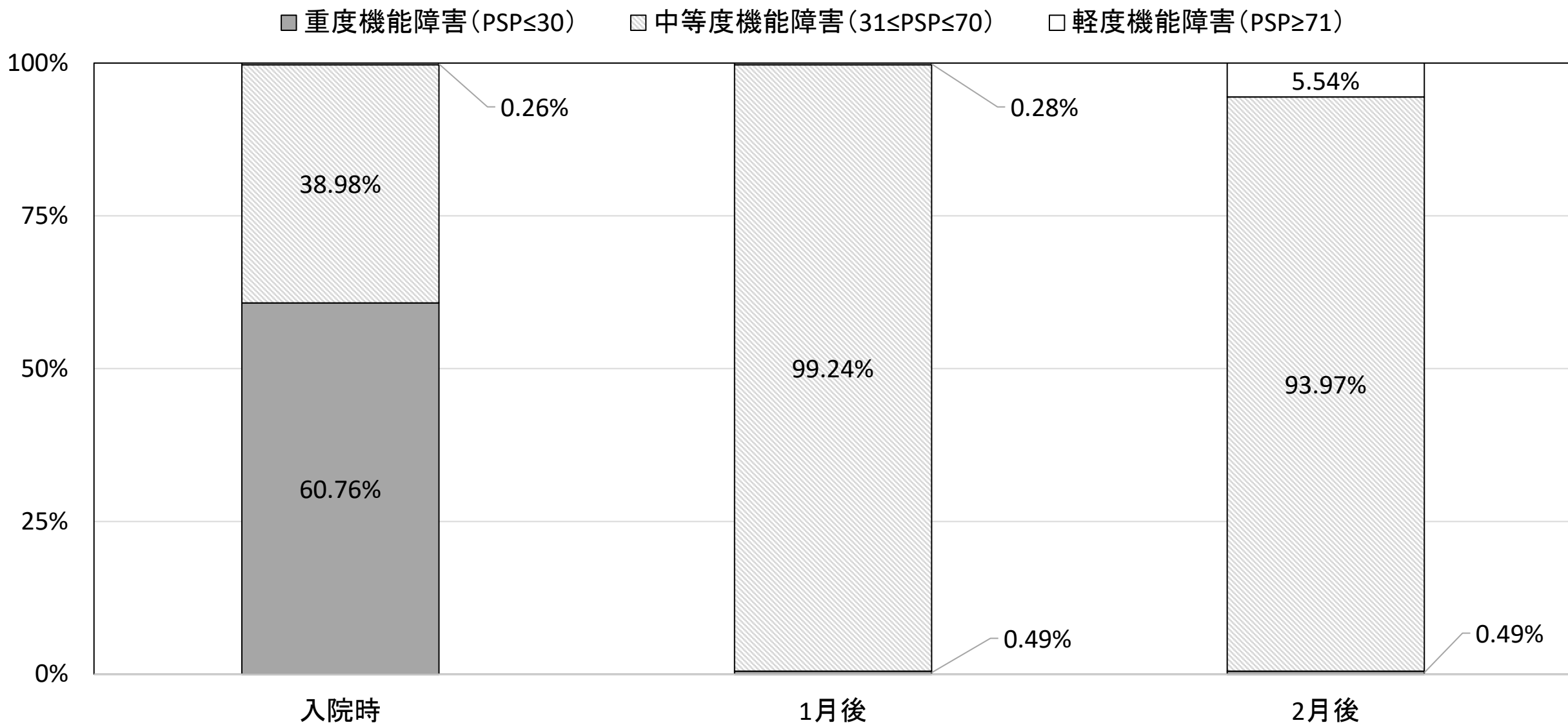


図1a クラス₁₄: 軽度改善群

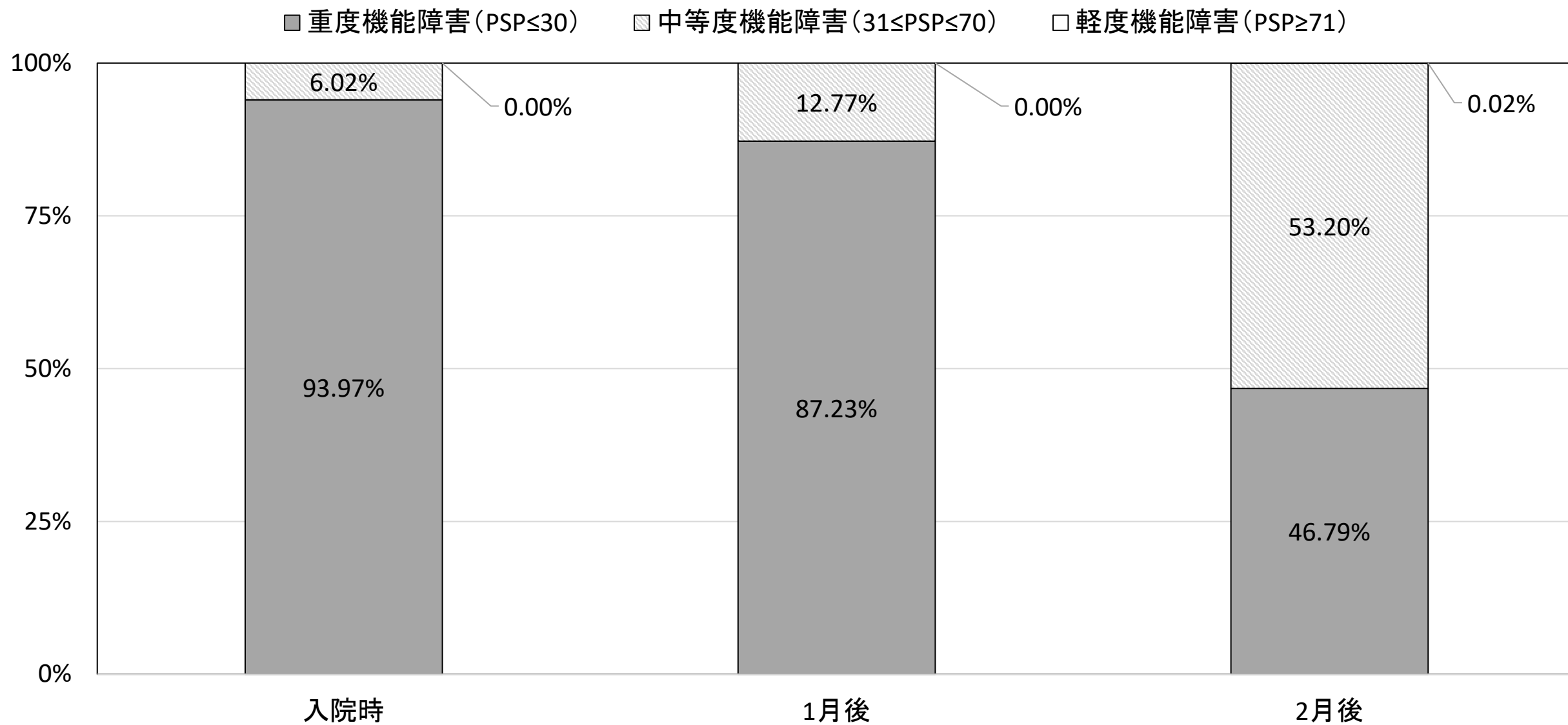


図1b クラス2: 遅延反応群

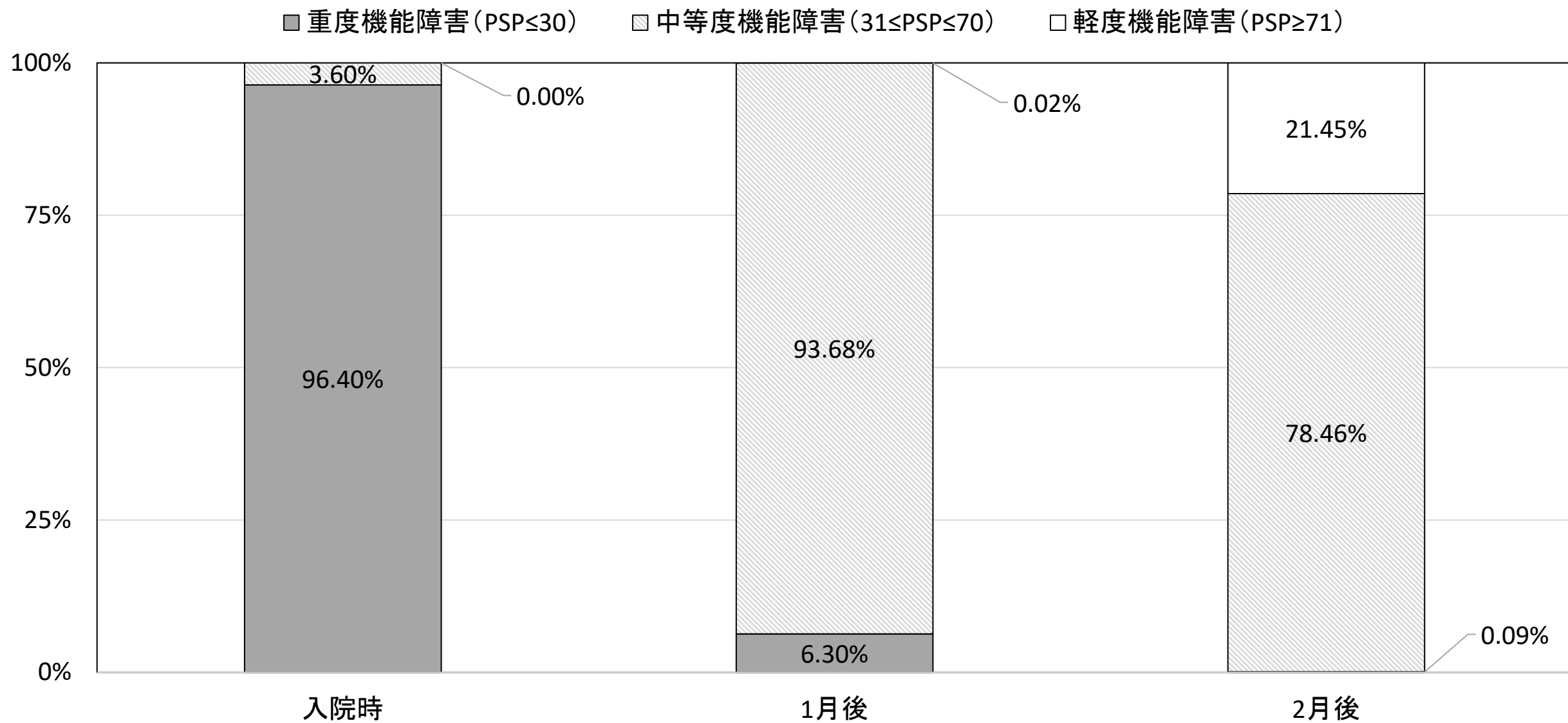


図1c クラス3: 中等度改善群

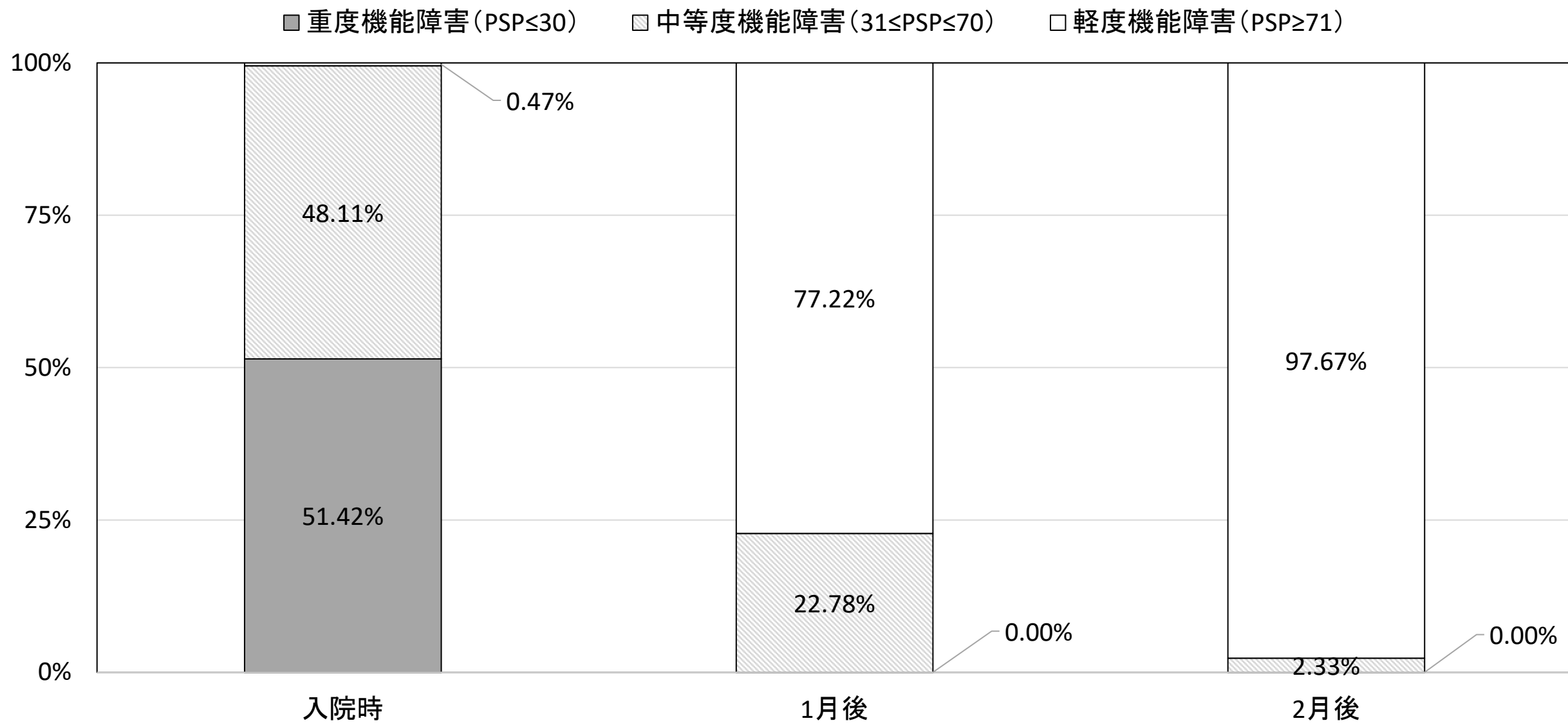


図1d クラス4: 著明改善群

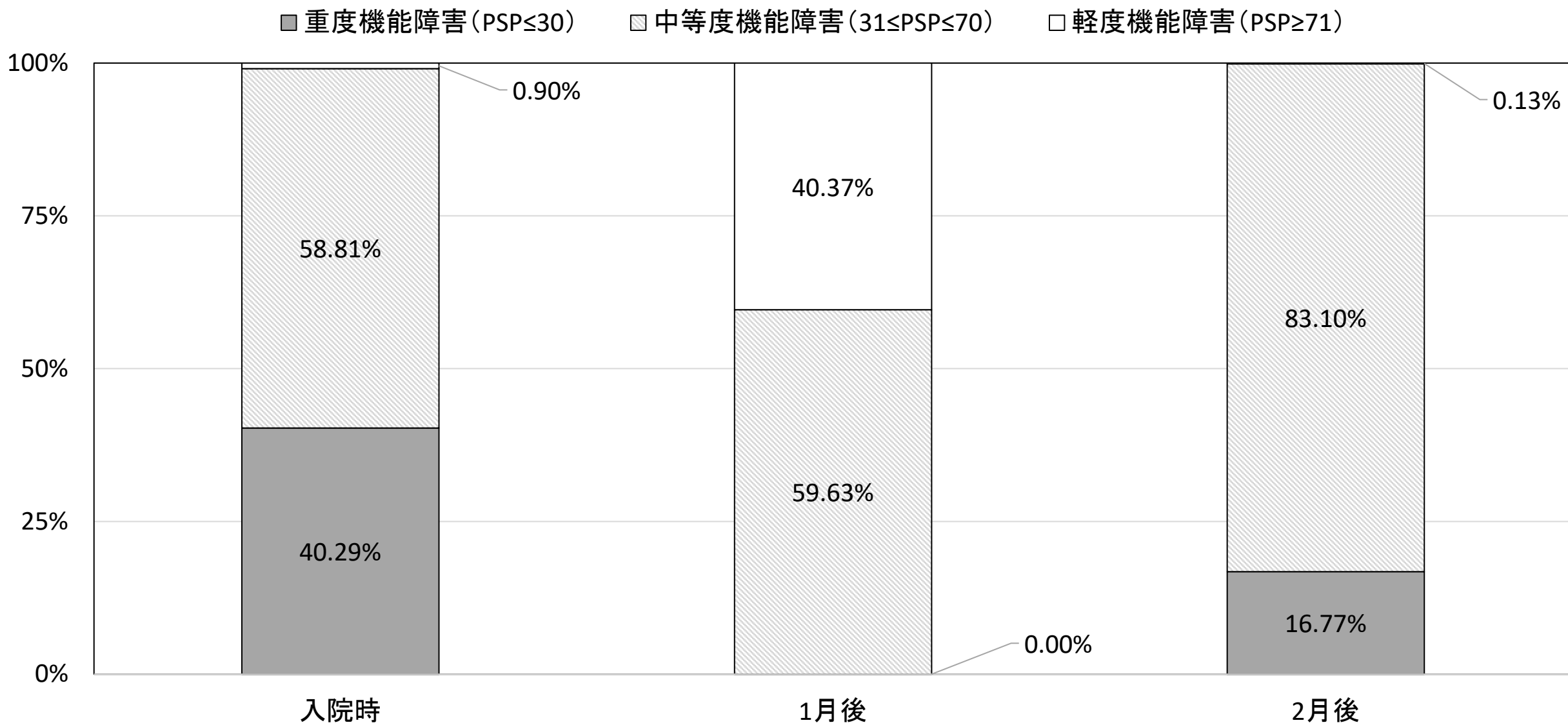


図1e クラス5: 中途悪化群

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 23 条に基づく

警察官通報の現状把握に関する研究

《1》警察官通報調査の概要と転帰

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）、大塚 達以（宮城県精神医療センター）、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 23 条に基づく警察官通報の現状を把握するため、2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日までの 15 日間における警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う。このため、この報告書は、次の 4 つに分けた。

《1》警察官通報調査の概要と転帰（2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日、n=571）

《2》警察官通報書の検討（2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日、n=571）

《3》事前調査の検討（2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日、n=571）

《4》精神保健指定医による措置診察例の検討（2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日、n=288）

なお、《1》から《4》を通しての評価ならびに数理統計的手法での検討については、2025 年度に行うこととした。

本稿では、このうち、《1》警察官通報調査の概要と転帰、について、以下、述べることとした。

《1》警察官通報調査の概要と転帰

【目的】措置入院制度における警察官通報は、衛生行政報告例によると、2000年 7557 件であったが、2010年には 12327 件と 2 倍弱、さらに 2016年には 20711 件と、3 倍弱の増加に増加している。その一方で、診察不要の件数・割合は、2000年 2668 件（35.3%）だが、2010年は 5709 件（46.3%）、2016年 11819 件（57.1%）と増えており、診察実施の割合は相対的に低下し、診察不要の割合が増えている。そこで、今回、警察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎資料とすることを目的として調査を行うこととした。

【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。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックにより保健所はじめ自治体担当課にかなりの負担がかかっている現状に配慮して、調査対象は COVID-19 を、2023 年 5 月 8 日の「5 類移行」後として、調査協力可否をあらかじめ自治体に問い合わせた。対象は、2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日までに受理したすべての警察官通報例とした。対象例について、警察官通報書では年齢、性別、通報の方式、通報時点の本人の所在、精神科治療歴、自傷行為、他害行為の詳細について所定の調査票に転記を求めた。事前調査書からは、事前調査における本人面接、幻覚妄想、状況認知・判断の障害、生活維持困難、自傷他害行為、診断歴、治療歴・受診の状況やアルコール・薬物乱用、重大な身体合併症の有無などについて調査票への転記を求めた。措置入院に関する診断書からは診断、症状、問題行動などについて、措置症状消退届からは診断、措置解除後の処置に関する意見、帰住先などについて、転記を求めた。研究実施は、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会の承認を受けた。

【結果】47 都道府県・20 政令指定都市のうち、45 自治体（32 都道府県・13 政令指定都市）から 571 例の提出を受けた。

警察官通報 571 例（年齢は平均 43.5 歳±標準偏差 18.3 歳）、男性 273 例、女性 298 例（男女比 0.92 : 1）であった。事前調査は、うち 559 例（97.9%）で実施されていた。

通報後の転帰は、措置診察不要は 283 例、診察実施 288 例であった。措置診察の結果は措置入院 203 例、措置不要 85 例で、調査時点で全 288 例、措置解除されていた。

【結論】警察官通報は増加しているが、措置診察不要とされる例の増加が目立っていた。今回の調査では措置解除に至った例が大半であり、入院期間の短縮や退院後支援制度の確立の影響などがあるものと思われた。

A. 研究の背景と目的

措置入院にかかる通報申請届出は、近年、増加傾向にある¹⁾。これらの件数の推移は、図 1（1）に示した。これによると、近年の通報の推移は、全通報で、1996 年には 6417 件であったが、2000 年度 9591 件、2002 年 11053 件と増加傾向が出現、2004 年に 13690 件と倍増、2012 年

21046 件に 3 倍増、2016 年度 28346 件と 4 倍を超えて増加し、現在に至っている（なお、衛生行政報告例は 1996 年までは年ごと、1997 年度以降、年度ごとに集計されており、表記もそれにあわせた）。

ただ、通報の対象が現在と同じ制度²⁾となった 1965 年から現在までに視野を拡大して観察すると、図 1（2）に示されるよ

うに、一般人申請の減少がみられるため、全体の推移と通報種別ごとの推移の両方を視野に入れながら検討する必要がある。

警察官通報件数の推移は、図2に示した。図1(1)と同様に、1996年と1997年度から2023年度までの警察官通報件数について、作図した。警察官通報の通報件数は、1996年に4547件、2000年度には7557件であったが、2010年度には12327件と3倍弱、さらに2016年度には20711件、2023年度には18089件と、4倍程度に増加している。その一方で、診察不要の件数・割合は、1996年1327件(29.1%)、2000年度2668件(35.3%)と少ないが、2010年度は5709件(46.3%)、2016年度11819件(57.1%)、2023年度9318件(51.5%)と増えており、診察実施の割合は相対的に低下し、診察不要の割合が増えている。なお、図1(2)に示した1965年からの推移でみると、2000年頃までの間、この頃には警察官通報は年間おおむね5000件で安定していた模様である。

あらためて1年間の通報申請届出を概観すると、2023年度の衛生行政報告例では、同年度の精神保健福祉法第22条から第26条の3に規定される通報申請届出は26403件であり、この数年はほぼ同程度で推移している。

このうち精神保健福祉法第22条の一般人申請247件、同23条の警察官通報18089件、同24条の検察官通報2874件、同25条の保護観察所長通報4件、同26条の矯正施設長通報5171件、同26条の2の精神科病院管理者届出16件、同26条の3の医療観察法対象者2件となっている。

警察官通報18089件では、通報後の対応は、診察不要9318件となっている。1次診察のみ1394件、2次診察で要措置5940件、措置不要で他の入院369件、措置不要で入院以外468件であった。

ただ、衛生行政報告例では、全通報例について措置診察が行われたか、1次診察のみか、2次診察が行われたか、の概要がわかるのみである。また衛生行政報告例には数字の不一致があり、おそらくは通報日と診察日などが年度をまたぐ、通報が取り下げられる、その他の事情があると推定され、通報されたケースがどのように判断され対応されているのか、診断や病状、問題行動の内容は、わからない。

こうした点をあきらかにするために、警察官通報については、2001年度に、2000年5月と11月の通報例を対象に、竹島が通報と事前調査³⁾、吉住が指定医の判断とその後の経過について^{4,5)}、検討した研究がある。衛生行政報告例によれば2000年度には7557例の警察官通報がなされている。この研究では5月と11月の2ヶ月で警察官通報1109例の回答が得られている。7557例の6分の1、この2ヶ月に推計1259.5件の通報があったとして、この同年度の88.1%について調査された結果である。

そして竹島による通報と事前調査を対象とした研究からは、2000年5月と11月の2ヶ月間における警察官通報1109例のうち、750例が診察実施されていた。診察不要359例は、任意入院27例、医療保護入院174例、精神科通院65例、精神科医療不要17例などであった。診察不要と判断された事例は、既に精神科医療を受けている者も多かった。

また吉住による指定医の判断とその後の経過についての研究からは、診察実施のうち診断書なく消退届のみ提出された1例を除く749例で、年齢 39.2 ± 13.9 歳、男女比3対1で、統合失調症が最も多く、精神作用物質障害、パーソナリティ障害、気分障害が続き、器質性精神障害、知的障害は少なかった。580例(77.4%)が要措置とされていた。措置入院180日目までに488例(84.1%)

が措置解除されていた。措置解除した事例の 59.5%、301 例は入院継続していた。内訳は任意入院 99 例 (19.6%)、医療保護入院 202 例 (39.9%)、通院 134 例 (26.5%) などが明らかとなった。

その後、2005 年 7 月 15 日に、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察に関する法律が施行された。また、2009 年 5 月 21 日には、裁判員の参加する刑事裁判に関する法律が施行された。

こうした状況下で、警察官通報の動向を明らかにするため、2011 年度に、2010 年度において警察官通報された事例について、再度、調査を行った⁶⁾。

2010 年度は 2000 年度と比較し、2010 年度で診察不要が増加、緊急措置入院も多用され、措置不要と措置入院後 180 日目の措置入院中が減少し、措置入院期間も短縮し、警察官通報による措置入院は精神科救急医療へのシフトが顕著であった。なお、精神科救急急性期医療入院料など診療報酬面の手当て、施設の整備など他因子の影響も考慮すべきではあると思われた。一般精神医療は入院期間の短縮が重要な課題として成果を出しつつあり、措置入院期間の短縮もその影響は大きいと思われた。

こうした状況が明らかになっていたが、以後、13 年が経過している。調査期間に大きな間隙をつくらないように、2023 年度の警察官通報について、動向に変化がないか検討する必要がある。

そこで、今回、2023 年度の警察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するに当たっての基礎資料とすることを目的として調査を行うこととした。

B. 方法

1 対象

2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日までの 15 日間において、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 23 条に基づいて警察官通報がなされた「精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者」について、対象とした。

2 調査内容

精神保健福祉法第 23 条に規定される通報内容や都道府県・政令指定都市における事前調査、精神保健指定医の診察による措置入院に関する診断書、措置入院先医療機関から提出される措置症状消退届の記載内容から、本人の年齢、性別、自傷他害のおそれ、重大な他害行為の有無ならびに事前調査、措置診察、措置解除時の診断や帰住先など、次の項目について、所定の調査票に転記を求める形式で、調査を行った。

(1)「警察官通報書」より転記を求めた項目

- ① 通報日
- ② 年齢・性別
- ③ 通報時点の本人の所在
- ④ 通報書に記載されている具体的な精神科治療歴
- ⑤ 自傷行為の有無、今後の自傷のおそれの有無、具体的な自傷行為の内容（詳細が必要な場合に記載）
- ⑥ 他害行為の有無
- ⑦ 今回の通報とそれ以前における重大な他害行為（殺人、傷害、強盗、放火、不同意性交、不同意わいせつ、それぞれについて今回および既往の有無）
- ⑧ 今回の通報における広義の触法行為（対人、対物他害行為の有無、今後の他害のおそれの有無、具体的な他害行為の内容（詳細が必要な場合に記載））

(2)「事前調査書」より転記を求めた項目

- ① 事前調査日
- ② 年齢・性別
- ③ 事前調査における本人面接の有無
- ④ 幻覚妄想あるいは明確に病的な行

動や言動の有無・状況

⑤ 社会生活における状況認知・判断の障害の有無・状況

⑥ 基本的な生活維持の困難の有無・状況

⑦ 自傷行為の有無・状況

⑧ 他害行為の有無・状況

⑨ 精神障害の診断歴の有無

⑩ 精神科治療歴・受診歴の状況

⑪ 現在（3ヶ月以内）の精神障害の治療状況

⑫ アルコール・薬物乱用の有無

⑬ 措置入院先選択に関係する重大な身体合併症の有無

（3）「措置入院に関する診断書」より転記を求めた項目

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

（4）「措置入院者の症状消退届」より転記を求めた項目

① 報告日

② 措置年月日

③ 年齢・性別

④ 病名

⑤ 措置解除の処置に関する意見

⑥ 退院後の帰住先

⑦ 措置解除希望日（または措置解除日）

（5）とりまとめ票の記載項目

所定の調査票においては、その第1ページに、通報例の年齢、性別、通報日の記載を求めた。また、とりまとめ票において

は、第2ページ目以降に詳記されている各項目のうち、事前調査を実施したかどうか、措置診察を実施したかどうか（実施していない場合にはその転帰）、診察後に措置入院していない場合にはその転帰、措置入院した場合には措置入院日と措置解除日、現在の措置入院状況、措置解除した場合にはその転帰について、改めての記載を求めた。

なお、実際の調査票ならびに調査票記載マニュアルは、参考資料の通りである。

3 調査の方法

2024年9月6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、2024年11月30日をめやすとして返送を求めた。

（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、2024年5月30日に承認を受けた。

（COVID-19 パンデミックへの配慮）

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、計画段階で延期を繰り返し、最終的に2024年9月6日に調査票発送に至ったものである。

なお、調査対象期間を2023年5月17日から同31日までの15日間としたのは、2023年5月8日にCOVID-19が感染症法の位置づけが5類とされたこと（以下「5類移行」という）を考慮したものである。

C. 結果

1 自治体の協力状況

47都道府県・20政令指定都市のうち、45自治体（32都道府県・13政令指定都市）から571例の提出を受けた。

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。6自治体（3都道府県・3政令指定都市）からは協力できないとの返答があった。3自治体（3都道府県）には必要部数等の調査票を送付したが返信がなかった。1自治体（1都道府県）からは調査協力意向が示されたが、調査票必要部数の回答がなかった。11自治体（7都道府県・4政令指定都市）からは、返答がなかった。

衛生行政報告例によれば2023年度には18089件の警察官通報がなされている。この研究では15日間で警察官通報571例の回答が得られている。1年間に18089件なら15日間では743件が相当するので、概算すると同期間の76.9%にあたる。

2 年齢・性別

年齢・性別については、図3に示した。

平均年齢±標準偏差は43.5±18.3歳、男性273例、女性298例、男女比0.92:1であった。

3 診断

診断については、措置診察が行われるまで、判明しない。そのため、通報があった例のうち、実際に診断が判明するのは、一部にとどまる。診断については、《4》指定医による措置診察例の検討、において述べた。

4 事前調査の実施状況

事前調査の実施状況については、図4に示した。

通報571例のうち、事前調査は、「実施した」559例（97.9%）、「実施していない」12例（2.1%）であった。なお、以下、百分率で示した値について、端数処理上、その総和が100とならない場合があり、その都度、示した。

5 警察官通報571例の転帰

警察官通報571例の転帰は、図5に示した。

内訳は、事前調査のみで措置診察を行わなかったもの283例（49.6%）、措置診察

を実施したもの288例（50.4%）であった。

事前調査のみで措置診察を行わなかった283例の転帰は、任意入院6例（全283例の2.1%）、医療保護入院49例（同17.3%）、精神科通院25例（同8.8%）、医療不要50例（同17.7%）、その他52例（同18.4%）、不明97例（同34.3%）、未記入と空白で4例（同1.4%）であった。

措置診察を実施した288例では、203例（70.5%、全571例の35.6%）が措置入院し、85例が措置不要となった。措置不要85例は、任意入院2例（全85例の2.4%）、医療保護27例（同31.8%）、精神科通院20例（同23.5%）、医療不要13例（同15.3%）、その他9例（同10.6%）、帰国0例（同0%）、不明7例（同8.2%）、未記入と空白で7例（同8.2%）であった。

措置診察を実施した288例のうち、緊急措置診察は129例（44.8%、全571例の22.6%）で行われていた。このうち措置不要は40例（31.0%、措置診察実施288例の13.9%、全571例の7.0%）、緊急措置入院したのは89例（69.0%、措置診察実施288例の30.9%、全571例の15.6%）であった。

措置入院した203例は、全例（234例の100%）は調査時点で措置解除され、措置入院継続は0例（同0%）であった。このうち、緊急措置入院した89例では、72時間以内に措置入院を要するかどうかの診察（以下、「後追い診察」という）が行われ、要措置68例（76.4%）、措置不要21例（23.6%）であった。緊急措置入院後の後追い診察で措置不要となった21例の、直後の対応は、任意入院4例、医療保護入院8例、通院2例、医療不要1例、不明5例、未記入1例であった。

措置解除後の転帰は、任意入院50例（全203例の24.6%）、医療保護77例

(同 37.9%)、精神科通院 55 例 (同 27.1%)、医療不要 2 例 (同 1.0%)、その他 2 例 (同 1.0%)、転医 5 例 (同 2.5%)、医療観察法 0 例 (同 0%)、帰国 2 例 (同 1.0%)、他科 3 例 (同 1.5%)、不明 5 例 (同 2.5%)、未記入 1 例 (同 0.5%)、死亡 1 例 (同 0.5%) であった (百分率の総和は 100.1%である)。

なお、この調査では、緊急措置入院も措置入院の一形態であるにとらえ、後追い診察での措置不要例は措置解除例に含めて集計している。ただ、緊急措置入院後の後追い診察で措置不要となった例は措置入院していないと取り扱う立場もある。この立場に立つと、この調査における後追い診察での措置不要 21 例は、措置入院していないことになる。この立場に立つと、措置入院したのは 203 例でなく 182 例となり、措置解除後の転帰は、任意入院 46 例 (全 182 例の 25.3%)、医療保護 69 例 (同 37.9%)、精神科通院 53 例 (同 29.1%)、医療不要 1 例 (同 0.5%)、その他 2 例 (同 1.1%)、転医 5 例 (同 2.7%)、医療観察法 0 例 (同 0%)、帰国 2 例 (同 1.1%)、他科 3 例 (同 1.6%)、不明 0 例 (同 0%)、未記入 0 例 (同 0%)、死亡 1 例 (同 0.5%) となる (百分率の総和は 99.8%である)。

D. 考察

1 自治体の協力状況

この研究では警察官通報における通報、事前調査、措置診察、措置解除時の状況を明らかにすることを目的とした。この目的を達成するためには、対象年度の、すべての通報例を収集して解析を試みればよいとも考えられる。

しかし、近年、警察官通報は顕著に増加しており、2023 年度では 18089 件と膨大である。このすべてを対象とすることは、都道府県・政令指定都市の負担が大きい。

COVID-19 パンデミックへの対応で、改めて自治体の保健医療部門の繁忙状況が注目されたが、このような状況にある自治体の協力を得やすくするためにも、統計解析に影響が少ない範囲で、対象を絞る必要があると考えられた。

このため 2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日までの 15 日間において、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 23 条に基づく警察官通報がなされた「精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者」を対象とした。

COVID-19 パンデミックの影響では、2020 年以降、都道府県・政令指定都市の担当課は、繁忙を極めた。この状況を考慮して、この調査については計画段階で延期を繰り返し、最終的に 2024 年 9 月 6 日に調査票発送に至った。調査対象の時期についても、方法に示したように、2023 年 5 月 8 日に COVID-19 が 5 類移行したことも考慮し、調査対象期間を 2023 年 5 月 17 日から同 31 日までの 15 日間としたものである。

結果、調査対象の時期は、COVID-19 により医療機関の選択に若干の影響はありうるものの、一応、感染症法の 5 類感染症として、一般医療機関での受診が差し支えないこととなった時期となった。また実際に調査を行った 2024 年 9 月から 11 月においては、COVID-19 が局地的に流行することはあっても、5 類移行を見直すほどに論じられることは見受けられなかった。

2 年齢・性別

「2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日までの警察官通報例」は、571 例、 43.5 ± 18.3 歳、男性 273 例、女性 298 例、男女比 0.92 : 1 であった。

2010 年の警察官通報では、856 例、 42.1 ± 13.9 歳、男性 492 例、女性 343 例、男女比 1.4 : 1 であった。また 2000 年

に遡ると、1109 例（39.3±14.1 歳、男性 764 例、女性 298 例、年齢不明 23 例、性別不明 47 例、男女比 2.6 : 1 であった。

2023 年と 2010 年を比較し、2023 年で有意に年齢が高かった（ $F=0.5769 < F_{0.01}(565, 1055)=1.1966, p<0.01$ ）。

年齢が高いことについては、特に認知症での形式的な通報が多い一方で、若年層の通報も増えており、様々な要因が関与しているとは思われた。ことに、年齢については、社会全体の高齢化を考慮する必要がある。2022 年の全国平均年齢は 48.2 歳であるが、2010 年には 45.0 歳、2001 年は 41.8 歳であった¹⁰⁻¹²⁾。平均年齢は 20 年間で 6.4 歳、上昇しているが、通報時の年齢は 2000 年 39.3 歳から 2010 年 42.1 歳、2023 年 43.5 歳と、4.2 歳しか異ならない。高齢者の通報例も一定数見られるが、若年者の割合が増えたためと考えられた。

ここで参考までに、検察官通報の平均年齢の変化を示すと、2008 年 44.9 歳、2020 年 48.4 歳であり、2020 年で有意に年齢が上昇している¹³⁾。そして警察官通報では 571 例で年齢 43.5±18.3 歳、検察官通報では 566 例で 48.4±14.7 歳で、検察官通報の平均年齢よりも、4.9 歳低くなっていることから、警察官通報において若年者の取扱いが多くなっているものと思われた。

なお、この調査では、約半数では措置診察が行われていない。このため、診断等を含めた考察は、＜4＞措置診察例の検討、で行うことが妥当ではある。ただ、若年者の通報例が増えていることについては、通報例全体でも考察しておく。

若年層の増加については、川崎市における調査で 10 歳台の増加が指摘されている¹⁴⁾。また、こどもの自殺が増えている等の指摘もある¹⁵⁾。これによると、小中高生の性別にみた自殺者数の推移、性別に見た小中高生の自殺の原因・動機、小中高生の自殺者急増直後に増加した自殺の原因・動機

の割合の差などでは、若年者においても、うつ病など健康上の問題による自殺が相当数生じていることが示されている。こうしたことが通報数に影響していることも考えられる。

さらに近年、発達障害や児童思春期精神障害への関心が高まったことが要因として考えられる。もちろん、精神障害へのステイグマがなくなった訳ではない。ではあるが、関心の高まりによって精神科受診のハードルは下がり、受診状況が改善したとみることでもある。このために精神科受診したことがある、あるいは受診を勧められたことがある、といった者が、受診歴があるものとして通報される事が増え、こうした経緯で若年者が増えた、といった機序を想定している。

同様に性別を比較したところ、男女比では 2000 年で男性が多く、2010 年、2023 年で女性が多かった（ $\chi^2(2)=96.638, p<.01$ ）。

この点、件数の考察から以下を言及することができるかは議論の余地はあることに留意しつつ、逸脱行動の性差という点も、視野に置く必要はある。たとえば男性の場合に他害行為となり、女性だと自傷行為になる、というような見解は、考え得るが、一方で、そのような理解は性差別的な意図であるとの反論もありうるところである。ただ、逸脱行動については、支援体制からこぼれ落ちた方々が、その表現形として自傷他害の行動に至り、その結果、支援につながるといった側面から見て取ることもできる。とはいえ、逸脱行動の性差などは慎重に取り扱うべき課題であり、たとえば男性において他害が多くなる、女性において自傷が多くなるなどの捉え方をするための資料とすることはできない。この調査では、自傷および他害、あるいは自傷または他害の区別が警察官の通報時点でのおそれにとどまるものであり、リスク評価の資料

としての検討に耐えるほど厳密に評価されたものではないことに留意する必要がある。

これらについては、高齢化や形式的通報の増加の影響があるとも考えられた。とはいえ、通報等制度は、社会構造の変化によって、支援制度の狭間にこぼれおち、通報の時点では支援が不足し、あるいはそもそも支援がないといった事例に対応しているとも考えられる。

措置入院制度は、かつては、経済措置入院あるいは触法精神障害者問題といった側面から論じられた。経済措置入院については長期措置入院を解消する方向で様々な方策がとられた。また触法精神障害者問題については医療観察法が制定されている。ただ、これらも本質的な対応ではなく、社会情勢の変化は反映され続けているものと考えられる。ただ、頻回通報事例など、日常生活の困難の表現形が自傷他害の事象となる者への緊急的な医療アクセスの経路として保たれねばならない。この点、通報事例については、日常生活の自立が困難、かつ社会からの支援が届きにくい、孤立しがちな者が含まれている可能性があり、措置要否にかかわらず精神保健医療の観点からの実態把握と支援の検討が必要で、十分に配慮を要するところである¹⁶⁾。

3 事前調査の実施状況

調査に際しては、とりまとめ票に、事前調査の実施状況の記載を求めた。

ただ、ここで、各自治体の事前調査についての認識は、多少、異なる様子であったことは留意を要する。事前調査票の各項目にはチェックが入っているのに、とりまとめ票では事前調査「実施していない」との回答も見受けられた。電話で問い合わせのみのものを調査とするかどうか等、担当者により解釈も揺らぎがあるようであった。COVID-19 パンデミックの影響を強く受け、対面しないで行う調査も一般化しつつ

ある状況はあった。今回の調査においては、事前調査票の各項目にチェックがある通報例については、とりまとめ票には「事前調査は実施していない」と回答されていても、実質的には事前調査が行われたものとして集計することとした。

4 転帰について

2023年5月17日から2023年5月31日までの全国の警察官通報例のうち、この研究班に資料提供を受けた571例では、措置診察不要は283例、診察実施288例であった。措置診察の結果は措置入院203例、措置不要85例で、調査時点で全203例、措置解除されていた。

この転帰について、2000年、2010年の転帰と比較して、図6に示した。

ここで、2000年の警察官通報例では、通報1109例のうち、749例が措置診察を実施されており、診察不要は360例であった。措置診察の結果は措置入院580例、措置不要169例で、調査時点で措置入院中76例、措置解除504例であった。また2010年の警察官通報例では、通報856例のうち、522例が措置診察を実施されており、診察不要は334例であった。措置診察の結果は措置入院387例、措置不要135例で、調査時点で措置入院中17例、措置解除370例であった。

2023年では診察不要が多く、措置解除と措置入院中が少ない、2010年では措置入院中が少ない、2000年では診察不要が少なく措置不要と措置入院中が多かった($\chi^2(6)=95.974, p<.01$)。

診察不要が多かったことについては、警察官通報で通報された事例が、比較的積極的に通報されている等の機序が考えられた。

そして、今回の調査で特筆すべきは、全例が措置解除に至っていることである。このことは2008年、2020年の検察官通報調査、2010年の警察官通報調査とも通じる

結果であるが、これは 2018 年から 2020 年にかけて示された措置入院にかかる 3 つのガイドラインにより入院、診療、退院後支援のあり方が整理されたことも影響していると考えられる⁷⁻⁹⁾。

5 まとめ

警察官通報は増加しており、特に若年者、また女性の増加が目立っていた。前回同様、措置診察不要とされる例も多かった。

また、今回の調査では全例が措置解除に至っており、入院期間の短縮や退院後支援の影響などがあるものと思われた。

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) 政府統計の総合窓口. 衛生行政報告例：
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&stat=000001031469>, last accessed on Mar. 29, 2023
- 2) 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-新版-, pp261, ぎょうせい, 東京, 1996
- 3) 竹島正, 立森久照, 三宅由子, 小山智典, 宮田裕章, 長沼洋一: 措置通報等に対する都道府県の対応状況に関する研究. 措置入院制度の適正な運用に関する研究 平成 14 年度総括・分担研究報告書 pp.13-55,

2003

- 4) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究 (3) 警察官通報により措置入院に関する診察を受けた全事例について: 措置入院制度の適正な運用に関する研究 平成 14 年度総括・分担研究報告書 pp. 105-146, 2003

- 5) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究 (1) 一般人の申請・保護観察所長, 矯正施設長の通報・精神病院管理者の届出ならびに知事等の職務により措置入院に関する診察を受けた事例を中心に: 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 pp. 77-107, 2004

- 6) 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

- 7) 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

- 8) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知: 「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」について.

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3290&dataType=1&pageNo=1

- 9) 日本精神科救急学会. 措置入院に関する診療ガイドライン 2020 年版, 春恒社, 東京, 2020

- 10) 国立社会保障・人口問題研究所: 人口統計資料集(2003) (表 12-8 都道府県別人口の平均年齢, 中位数年齢及び年齢構造指数: 2001 年).

https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2003.asp?fname=12-

08.htm

11) 国立社会保障・人口問題研究所：人口統計資料集(2012)（表 1 2－8 都道府県別人口の平均年齢，中位数年齢および年齢構造指数：2010 年）.

[https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2012.asp?fname=T12-](https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2012.asp?fname=T12-08.htm)

08.htm

12) 国立社会保障・人口問題研究所：人口統計資料集(2024)（表 1 2－8 都道府県別人口の平均年齢，中位数年齢および年齢構造指数：2022 年）.

[https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2024.asp?fname=T12-](https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2024.asp?fname=T12-08.htm)

08.htm

13) 瀬戸秀文，稲垣中，太田順一郎，他：措置通報および措置入院の実態に関する研究 その 2 精神保健福祉法第 2 4 条に基づく検察官通報の現状把握に関する研究

《1》検察官通報調査の概要と転帰. 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

(22GC2004) 令和 4 年度_分担研究報告書 pp137-175, 2023

14) 竹島正，小池純子，河野稔明，他：川崎市における精神保健福祉法第 23 条通報への対応状況の系統的分析. 日本社会精神医学会雑誌 30(1)35-44, 2021

15) 厚生労働省. 令和 6 年版自殺対策白書「こどもの自殺の状況と対策」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsuhakusyo2024.html

16) 小池純子，柴崎聡子，河野稔明，他：川崎市の精神保健福祉法第 23 条通報における複数回通報時例の特性と地域生活支援の必要性について. 精神神経学雑誌

123(11)721-731, 2021

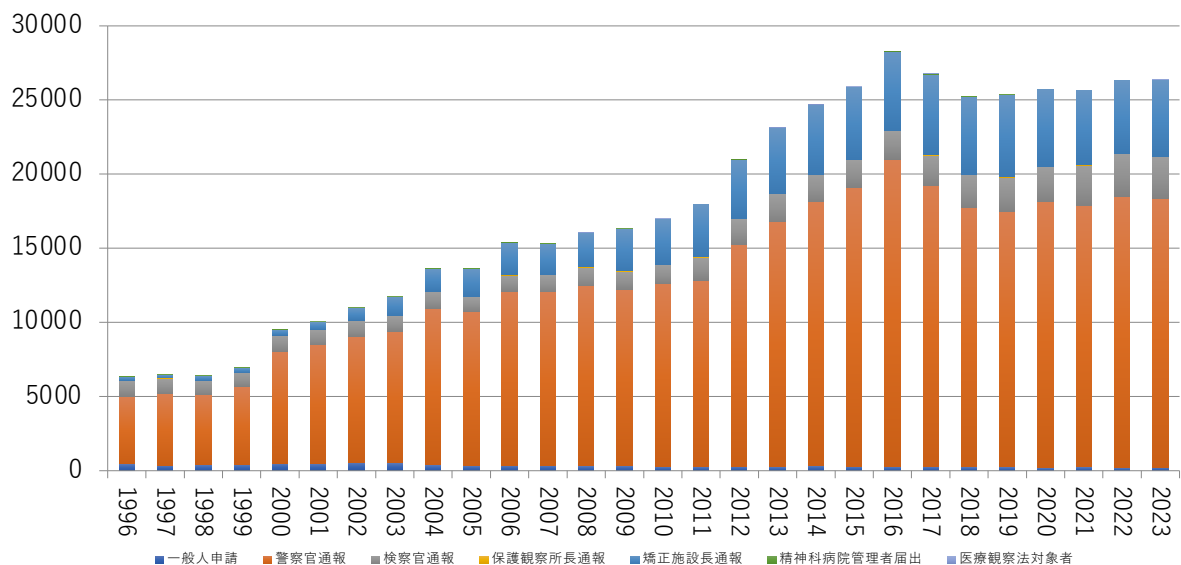


図1（1） 通報申請届出の件数

1996年と1997年度から2023年度までの衛生行政報告例から、一般人申請、警察官通報、検察官通報、保護観察所長通報、矯正施設長通報、精神科病院管理者届出、医療観察法対象者の通報の件数について、作図した。通報の年次推移は、全通報で、1996年には6417例であったが、2000年度9591例、2002年11053例と増加傾向が出現、2004年に13690例と倍増、2012年21046例に3倍増、2016年度28346件と4倍を超えて増加している（衛生行政報告例は1996年までは年ごと、1997年以降、年度ごとに集計されている。作図の都合上、1997年1月から3月のデータは除外した。）

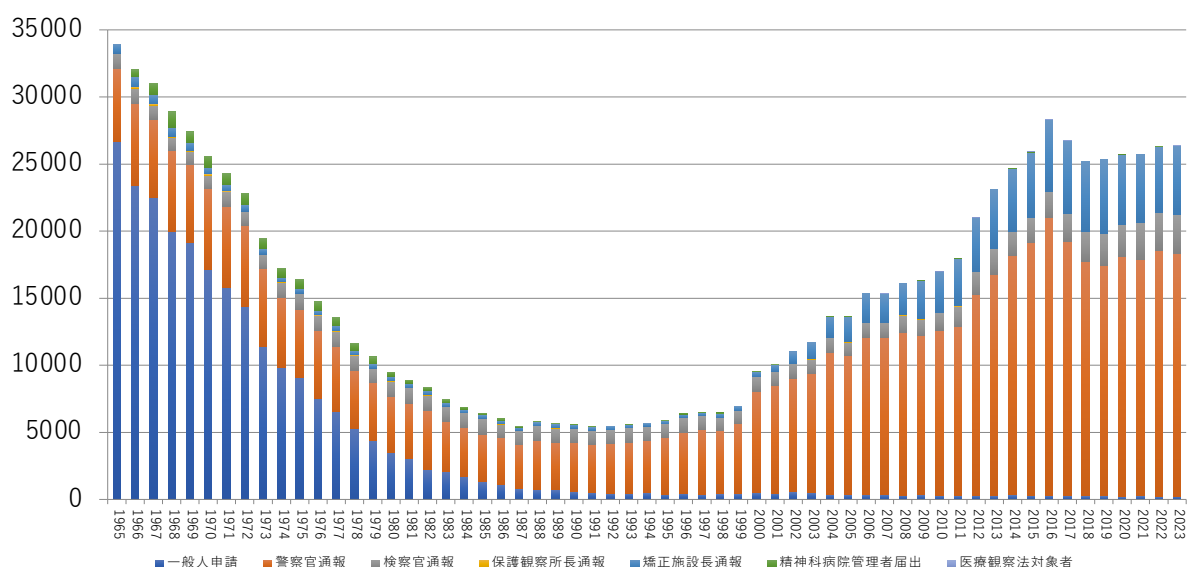


図1（2） 通報申請届出の件数

図1（1）で用いた1996年と1997年度から2023年度までの衛生行政報告例のデータに、緊急措置入院が制度化された1965年から1995年までのデータを加えて、一般人申請、警察官通報、検察官通報、保護観察所長通報、矯正施設長通報、精神科病院管理者届出、医療観察法対象者の通報の件数について、作図した。1965年から1980年頃までは一般人申請が多く、1988年に精神衛生法から精神保健法に改正が行われたことに留意を要する。（衛生行政報告例は1996年までは年ごと、1997年以降、年度ごとに集計されている。作図の都合上、1997年1月から3月のデータは除外した。）

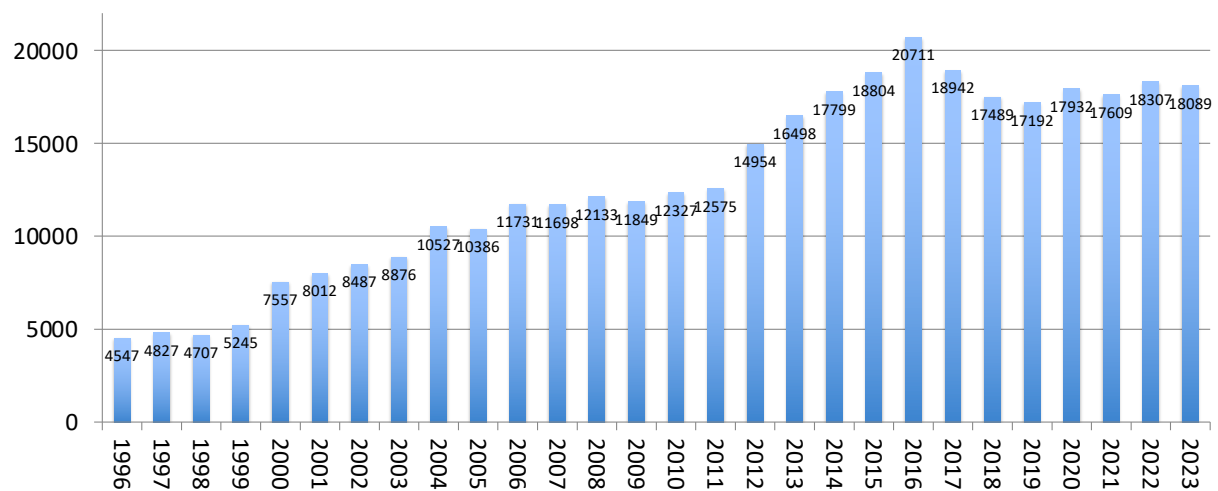


図2 警察官通報の件数

図1と同様に、1996年と1997年度から2021年度までの警察官通報件数について、作図した。警察官通報の通報件数は、1996年度に4547件、2000年度に7557件と微増傾向にあったが、2004年に10527件と倍増、2012年に14954件と3倍、2016年には20711件と4倍を越え、以後は15000件から20000件で安定している（警察の処理能力の上限かも知れない）。

余白

図3 年齢・性別

2023年5月17日から2023年5月31日まで15日間の警察官通報の年齢・性別を示した。

45自治体（32都道府県、13政令指定都市）から571例が提出された。

*ほか1自治体から該当なしの連絡。

年齢43.5±18.3歳、
男性273例、女性298例
（男女比0.92：1）であった。

通報時に年齢不明は3例であったが、うち1例は、措置解除時点で年齢が判明しており、その年齢で集計した。

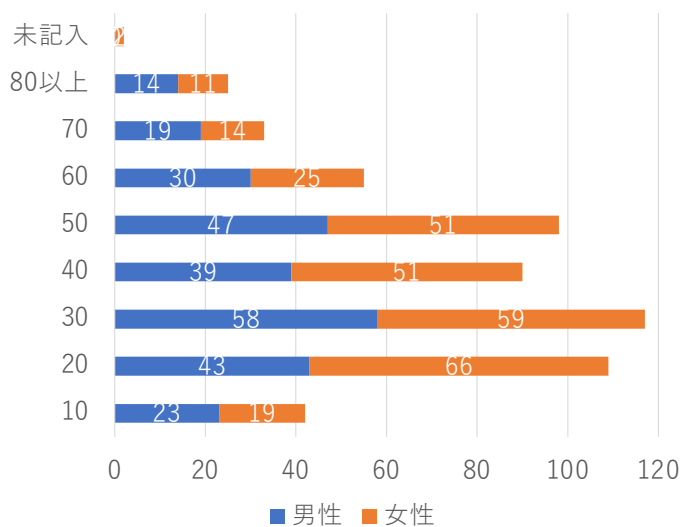


図4 事前調査の実施状況

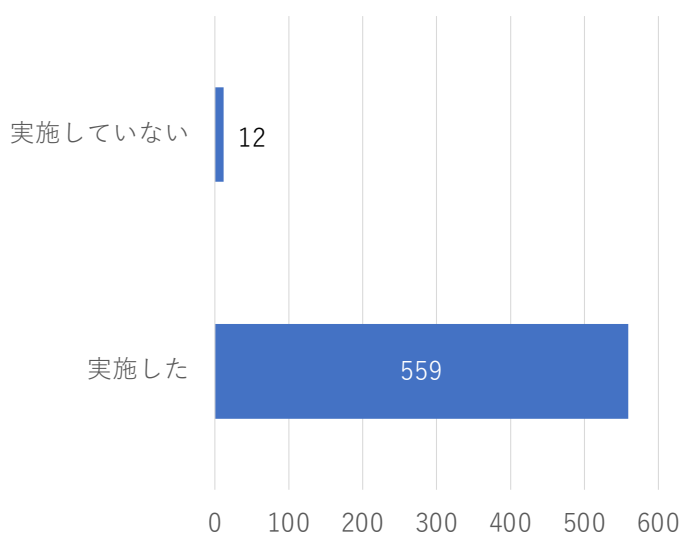
事前調査の実施状況を示した。

2023年5月17日から2023年5月31日まで15日間の警察官通報571例では、事前調査の実施状況は、

実施した 559例（97.9%）

実施していない 12例（2.1%）

であった。



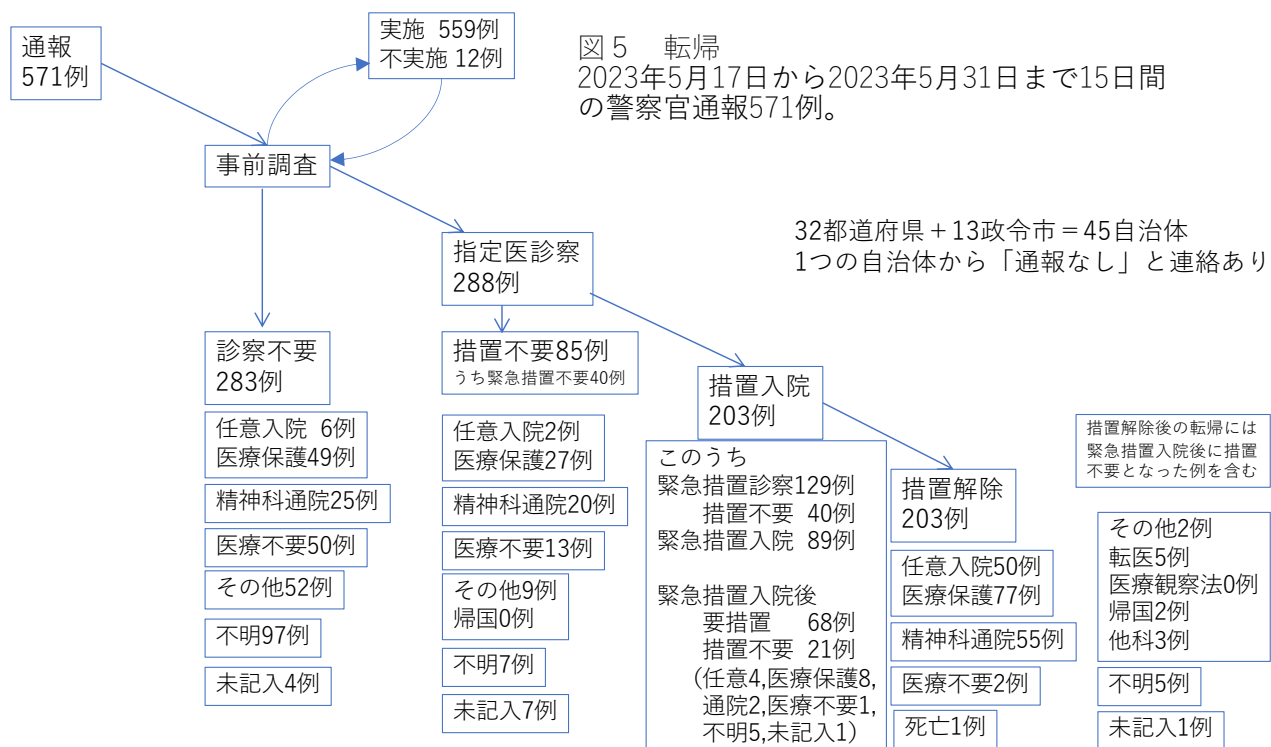
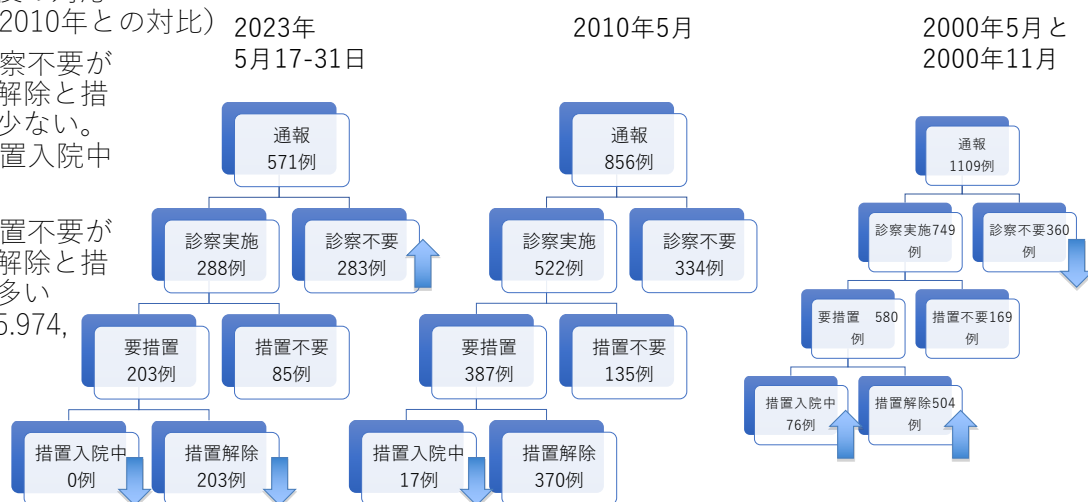


図6 通報後の対応
(2000年、2010年との対比)

2023年で診察不要が多く、措置解除と措置入院中が少ない。
2010年で措置入院中が少ない。

2000年で措置不要が少なく措置解除と措置入院中が多い
($\chi^2(6)=95.974$, $p<.01$)



措置通報および措置入院の実態に関する研究 警察官通報調査票

とりまとめ表

通 報 日	年 月 日		
年 齢 ・ 性 別	歳	男 ・ 女 ・ 未記入	

事 前 調 査 は	1. 実施した 2. 実施していない		
指 定 医 の 診 察 は	1. 実施した 2. 実施していない 		
診 察 後 の 経 過 は	1. 措置入院した 2. 措置入院していない 		
	措 置 入 院 日	年 月 日	措置解除には、緊急措置入院後の指定医診察での措置不要例も含まれます。
	措 置 解 除 日	年 月 日	

データ目録			
1	通 報 書	1. あり 2. なし	
2	事 前 調 査 書	1. あり 2. なし	
3	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）	2. なし 3. 診察実施せず
4	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）	2. なし 3. 診察実施せず
5	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）	2. なし 3. 診察実施せず
6	措 置 症 状 消 退 届	1. あり 2. なし 3. 措置入院していない	4. 医療機関から未提出

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

不明な点はマニュアル4～5ページを参照ください。

調査負担軽減のため、いわゆるダブルチェックや長時間の作業は、お願いしないこととしております。無理のない範囲でご協力いただければ幸いです。

警察官通報書・データ票

確認欄

通 報 日		年 月 日			
年 齢 ・ 性 別		歳	男 ・ 女 ・ 未記入		
通 報 は 書 面 か 口 頭 か		警察官が作成した通報書が届いた ・ 聞き取り内容から保健所で記録を作成 ・ その他 () ・ 不明			
通報時点の本人の所在	・ 場所	警察署内 ・ 自宅 ・ 通報時点では精神科医療機関に入院している ・ 警察官と同行して保健所に来訪 ・ その他 () ・ 記載なし ・ 不明			
	・ 警察官付添	あり ・ なし ・ 不明			
通報書に記載されている具体的な精神科治療歴	・ 診断	あり () ・ 記載なし ・ 不明			
	・ 通院状況	定期的に通院中 ・ 治療中断 ・ 診断治療歴なし ・ 記載なし ・ 不明			
自 傷 行 為		あり ・ なし ・ 不明			
	・ 今後の自傷のおそれの記載	あり ・ なし ・ 不明			
	具体的な自傷行為の内容 (詳細が必要な場合に記載)				
他 害 行 為		あり ・ なし ・ 不明			
今回の通報とそれ以前における重大な他害行為について	重大他害行為について (既往についてもわかる範囲で回答ください)	殺人 (記載なし・今回あり・既往あり)	放火 (記載なし・今回あり・既往あり)		
		傷害 (記載なし・今回あり・既往あり)	不同意性交 (記載なし・今回あり・既往)		
		強盗 (記載なし・今回あり・既往あり)	不同意わいせつ (記載なし・今回・既往)		
今回の通報における広義の触法行為 (重大な他害行為以外の他害行為) について	他害行為の対象が人である	あてはまる ・ あてはまらない ・ 不明			
	他害行為の対象が物である	あてはまる ・ あてはまらない ・ 不明			
	・ 今後の他害のおそれの記載	あり ・ なし ・ 不明			
	具体的な他害行為の内容 (詳細が必要な場合に記載)				

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

このページは調査票2ページ記載のための説明です。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、✓を入れていただくことができます。

調査負担軽減のため、いわゆるダブルチェックや長時間の作業は、お願いしないこととしております。無理のない範囲でご協力いただければ幸いです。

事前調査書・データ票

確認欄

事前調査日		年 月 日			☐
年齢・性別		歳	男・女・未記入		☐
事前調査の実施状況		1. 事前調査は行われた 2. 事前調査は行われていない 3. わからない			☐
事前調査における本人面接の有無		1. 本人面接は行われた 2. 本人面接は行われていない 3. わからない			☐
事前調査書の作成状況		1. 事前調査書作成された 2. 事前調査書作成されていない 3. わからない			☐
幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動		1. あり 2. なし 3. 不明			☐
社会生活における状況認知・判断の障害		1. あり 2. なし 3. 不明			☐
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)		1. あり 2. なし 3. 不明			☐
自傷行為		1. あり 2. なし 3. 不明			☐
他害行為の有無 (今回の申請・通報・ 届出に関するもの)		1. あり 2. なし 3. 不明			☐
他害行為が「1. 明らか」 「2. 軽度」は右の該当項目 に○印(複数選択可)		1. 殺人・殺人未遂 2. 傷害 3. 暴行 4. 性的問題行動 5. 侮辱 6. 器物損壊 7. 強盗 8. 恐喝 9. 窃盗 10. 詐欺 11. 放火 12. 弄火 13. その他 ()			☐
精神障害の診断歴の有無 (今回の通報時点まで)		1. あり 2. なし 3. 不明			☐
精神科治療歴・受診歴		1. あり 2. なし 3. 不明			☐
現在(3ヶ月以内)の 精神障害の治療		1. あり 2. なし 3. 不明			☐
検察官通報の場合の 起訴前鑑定の実施		1. あり 2. なし 3. 不明			☐
備考	薬物乱用	1. あり 2. なし 3. 不明			☐
	アルコール飲用	1. あり 2. なし 3. 不明			☐
	措置入院先選択に関係 する重大な身体合併症	1. あり 2. なし 3. 不明			☐
	これまでの司法処分	1. あり 2. なし 3. 不明			☐
結論		1. 指定医診察を行う 2. 指定医診察は行わない 3. 不明			☐

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

不明な点はマニュアル8～11ページを参照ください。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本に該当する記載がないものの、選択肢のいずれともいえないなど、写し間違いでない場合に、
✓を入れていただくことができます。

調査負担軽減のため、いわゆるダブルチェックや長時間の作業は、お願いしないこととしております。無理のない範囲でご協力いただければ幸いです。

確認欄

1
2
3

不明な点はマニュアル12～15ページを参照ください。

緊急措置入院と措置入院の診断書は、4ページから6ページの、どこに記載していただいても構いません。

164

確認欄

不明な点はマニュアル12～15ページを参照ください。

緊急措置入院と措置入院の診断書は、4ページから6ページの、どこに記載していただいても構いません。

165

確認欄

不明な点はマニュアル12～15ページを参照ください。

緊急措置入院と措置入院の診断書は、4ページから6ページの、どこに記載していただいても構いません。

166

措置入院者の症状消退届・データ票

確認欄

報 告 日	年 月 日			☐
措 置 年 月 日	年 月 日			☐
年 齢 ・ 性 別	歳	男 ・ 女 ・ 未記入		☐
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	☐
ICDの記載がないもののみ、病名を転記してください。	ICD ()	ICD ()		
措 置 解 除 の 処 置 に 関 する 意 見	1 入院継続（任意入院・医療保護入院・他科） 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他 ()			☐
退 院 後 の 帰 住 先	1 自宅（i 家族と同居 ・ ii 単身） 2 施設 3 その他 ()			☐
措 置 解 除 希 望 日	月 日 (曜日)			☐

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

不明な点はマニュアル16～17ページを参照ください。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、✓を入れていただくことができます。
調査負担軽減のため、いわゆるダブルチェックや長時間の作業は、お願いしないこととしております。無理のない範囲でご協力いただければ幸いです。

2024年（令和6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（精神障害分野）

措置通報および措置入院の実態に関する研究
警察官通報
調査のお願い
（調査票記載マニュアル）

2024年4月12日 版

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
（22GC2004）研究代表者 黒田 直明

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 公共精神保健医療研究部

措置通報および措置入院の実態に関する研究
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

2024年7月1日

都道府県・政令指定都市
精神保健福祉担当課 御中

令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
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 黒田 直明
(国立精神神経医療研究センター精神保健研究所 部長)
措置通報および措置入院の実態に関する研究
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 医長)

「精神保健福祉法第23条に基づく警察官通報に関する調査」 について協力をお願い

謹啓 梅雨の頃となりましたが、貴台におかれてはますますご清祥のことと存じます。平素より、私どもの研究班には、たいへんお世話になっており、厚く御礼申し上げます。

私ども、2001年度(平成13年度)以降、厚生労働科学研究費補助金・日本医療研究開発機構の研究事業のもとに、都道府県・政令指定都市における措置入院制度の運用実態を分析してまいりました。この間、2016年には相模原市において措置入院歴を有する元職員が障害者施設を襲撃する事件も発生し、措置入院制度のあり方に関しては種々の検討が行われているところであります。

このたび、精神保健福祉法第23条による警察官通報の状況について、全国的な調査を実施することとなりました。衛生行政報告例によると、2022年度では、警察官通報18307件は、全通報26345件の69.4%を占めており、措置入院制度の代表的な通報形態といえます。そして、警察官通報は2000年度には7557件でしたが、2010年度には12327件と2倍弱、さらに2016年度には20711件と、3倍弱の増加をしております。その一方で、診察不要の件数・割合は、2000年度2668件(35.3%)ですが、2010年度は5709件(46.3%)、2016年度11819件(57.1%)と増えており、診察実施の割合は相対的に低下し、診察不要の割合が増えております。

このような変化もあり、警察官通報については、前回2012年度に調査させていただいてから12年を経ており、今回、再度、現状を把握する趣旨で、警察官通報の現状把握のために調査させていただくことといたしました。この調査により、警察官通報にかかる対応がどのように変化したかなどが明らかにできるものと考えております。

具体的な調査の進め方につきましては、同封の調査手順をご参考いただきたく存じます。

調査の概要は以下の通りで、2022年度に検察官通報を対象に行った調査とほぼ同様で、再度実施いたします。なお、本研究実施については、研究分担者施設において倫理委員会の承認を得ております。

ご多用中、誠に恐れ入りますが、このことについて、よろしくお願い申し上げます。

敬具

○ 2023年度5月後半(令和5年度)に警察官通報がなされた事例を調査対象とさせていただきます。

2023年5月17日から2023年5月31日の通報例

○ 個々の事例の「通報書」、「事前調査書」、「措置入院に関する診断書」、「措置症状消退届」について、所定の調査票に転記の上、返送いただきたく存じます。

○ ご返送いただきました調査票は、研究分担者施設で厳重に管理し、解析をいたします。また、解析終了後は速やかに処分いたします。

○ 都道府県・政令指定都市ごとの集計は行いません。

○ 調査参加の申し出は2024年10月15日、調査票の提出は2024年11月30日をめやすとさせていただきます(調査にご協力いただける自治体のご都合には、最大限、配慮させていただきます)。

2024年9月6日修正(依頼日7月1日→9月6日。時候あいさつ等細部の修正は省略)

連絡先

〒818-0125

福岡県太宰府市五条3丁目8-1

福岡県立精神医療センター太宰府病院

医長 瀬戸 秀文

Tel. 092-922-3137

Fax. 092-924-406-

E-mail: setohidefumi@gmail.com

大変恐縮ながら、太宰府病院の体制の都合上、調査専従の担当者がおりませんので、お電話でのお問い合わせは、回答いたしかねる場合がございます。できるだけ電子メールでの照会をお願いいたします。お問い合わせは、電子メール(または郵便、ファックス)にて、重ねてお願いいたします。

もくじ

協力をお願い	2
とりまとめ票	4
とりまとめ票 記載例	5
通報書 データ票	6
通報書 参照の要点	7
事前調査書 データ票	8
事前調査書 参照の要点	9
措置入院に関する診断書 データ票	1 2
措置入院に関する診断書 第1面 参照の要点	1 3
措置入院に関する診断書 データ票	1 4
措置入院に関する診断書 第2面 参照の要点	1 5
措置症状消退届 データ票	1 6
措置症状消退届 参照の要点	1 7

措置通報および措置入院の実態に関する研究 警察官通報調査票

とりまとめ票

通 報 日	年 月 日		
年 齢 ・ 性 別	歳	男 ・ 女 ・ 未記入	

事 前 調 査 は	1. 実施した 2. 実施していない		
指 定 医 の 診 察 は	1. 実施した 2. 実施していない 1. 任意入院した 2. 医療保護入院した 3. 精神科への通院となった 4. 精神科医療は不要となった 5. その他 () 6. 不明		
診 察 後 の 経 過 は	1. 措置入院した 2. 措置入院していない		
	1. 現在も措置入院中 2. 既に措置解除した 1. 任意入院した 2. 医療保護入院した 3. 精神科への通院となった 4. 精神科医療は不要となった 5. その他 () 6. 不明		
	措 置 入 院 日	年 月 日	措置解除には、緊急措置入院後の指定医診察での措置不要例も含まれます。
	措 置 解 除 日	年 月 日	

データ目録			
1	通 報 書	1. あり 2. なし	
2	事 前 調 査 書	1. あり 2. なし	
3	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）	2. なし 3. 診察実施せず
4	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）	2. なし 3. 診察実施せず
5	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）	2. なし 3. 診察実施せず
6	措 置 症 状 消 退 届	1. あり 2. なし 3. 措置入院していない	4. 医療機関から未提出

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

このページは調査票1ページ記載のための説明です。

調査負担軽減のため、いわゆるダブルチェックや長時間の作業は、お願いしないこととしております。無理のない範囲でご協力いただければ幸いです。

措置通報および措置入院の実態に関する研究

警察官通報調査票

とりまとめ票

本人確認のため、性別と年齢の転記をお願いします。
なお、種々の配慮から、あえて性別を記載されない場合がありますので、氏名等からの推定は不要です。

通 報 日	年 月		
年 齢 ・ 性 別	歳	男 ・ 女 ・ 未記入	

事 前 調 査 は	1. 実施した 2. 実施していない		
指 定 医 の 診 察 は	1. 実施した 2. 実施していない 1. 任意入院した 2. 医療保護入院した 3. 精神科への通院となった 4. 精神科医療は不要となった 5. その他（ ） 6. 不明		
診 察 後 の 経 過 は	1. 措置入院した 2. 措置入院していない 1. 現在も措置入院中 2. 既に措置解除した 1. 任意入院した 2. 医療保護入院した 3. 精神科への通院となった 4. 精神科医療は不要となった 5. その他（ ） 6. 不明		
	措 置 入 院 日	年 月 日	措置解除には、緊急措置入院後の指定医診察での措置不要例も含まれます。
	措 置 解 除 日	年 月 日	

措置入院した事例は現在措置入院しているかどうか、措置解除している事例は措置解除後の状況を記載

診察実施していない事例は、調査後の状況を記載してください。

措置入院していない事例は、診察後の状況を記載してください。

データ目録

1	通 報 書	1. あり	2. なし	緊急措置診察が行われた事例では診断書の枚数が異なる場合があります。区別を記載願います。	
2	事 前 調 査 書	1. あり	2. なし		
3	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）		2. なし	3. 診察実施せず
4	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）		2. なし	3. 診察実施せず
5	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）		2. なし	3. 診察実施せず
6	措 置 症 状 消 退 届	1. あり	2. なし	3. 措置入院していない	4. 医療機関から未提出

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

このページは調査票1ページ記載のための説明です。

調査負担軽減のため、いわゆるダブルチェックや長時間の作業は、お願いしないこととしております。無理のない範囲でご協力いただければ幸いです。

警察官通報書・データ票

確認欄

通 報 日		年 月 日			
年 齢 ・ 性 別		歳	男 ・ 女 ・ 未記入		
通 報 は 書 面 か 口 頭 か		警察官が作成した通報書が届いた ・ 聞き取り内容から保健所で記録を作成 ・ その他（ ） ・ 不明			
通報時点の本人の所在	・ 場所	警察署内 ・ 自宅 ・ 通報時点では精神科医療機関に入院している ・ 警察官と同行して保健所に来訪 ・ その他（ ） ・ 記載なし ・ 不明			
	・ 警察官付添	あり ・ なし ・ 不明			
通報書に記載されている具体的な精神科治療歴	・ 診断	あり（ ） ・ 記載なし ・ 不明			
	・ 通院状況	定期的に通院中 ・ 治療中断 ・ 診断治療歴なし ・ 記載なし ・ 不明			
自 傷 行 為		あり ・ なし ・ 不明			
	・ 今後の自傷のおそれの記載	あり ・ なし ・ 不明			
	具体的な自傷行為の内容 (詳細が必要な場合に記載)				
他 害 行 為		あり ・ なし ・ 不明			
今回の通報とそれ以前における重大な他害行為について	重大他害行為について (既往についてもわかる範囲で回答ください)	殺人（記載なし・今回あり・既往あり）	放火（記載なし・今回あり・既往あり）		
		傷害（記載なし・今回あり・既往あり）	不同意性交（記載なし・今回あり・既往）		
		強盗（記載なし・今回あり・既往あり）	不同意わいせつ（記載なし・今回・既往）		
今回の通報における広義の触法行為（重大な他害行為以外の他害行為）について	他害行為の対象が人である	あてはまる ・ あてはまらない ・ 不明			
	他害行為の対象が物である	あてはまる ・ あてはまらない ・ 不明			
	・ 今後の他害のおそれの記載	あり ・ なし ・ 不明			
	具体的な他害行為の内容 (詳細が必要な場合に記載)				

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

このページは調査票2ページ記載のための説明です。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、✓を入れていただくことができます。

調査負担軽減のため、いわゆるダブルチェックや長時間の作業は、お願いしないこととしております。無理のない範囲でご協力いただければ幸いです。

警察官通報書・データ票

本人確認のため、性別と年齢の転記をお願いします。
 なお、種々の配慮から、あえて性別を記載されない場合もありますので、氏名等からの推定は不要です。

確認欄

通 報 日		年 月 日		
年 齢 ・ 性 別		歳	男 ・ 女 ・ 未記入	
通 報 は 書 面 か 口 頭 か		警察官が作成した通報書が届いた ・ 聞き取り内容から保健所で記録を作成 ・ 警察官通報が口頭や電話に加えて、書面でも行われた場合（後日到着も含む） 警察官通報が口頭や電話のみの場合		
通報時点の本人の所在	・ 場所	警察署内 ・ 自宅 ・ 通報時点では精神科医療機関に入院している ・ 警察官と同行して保健所に来訪 ・ その他（ ） ・ 記載なし ・ 不明		
	・ 警察官付添	あり ・ なし ・ 不明		
通報書に記載されている具体的な精神科治療歴	・ 診断	あり（ ） ・ 記載なし ・ 不明		
	・ 通院状況	定期的に通院中 ・ 治療中断 ・ 診断治療歴なし ・ 記載		
自 傷 行 為		あり ・ なし ・ 不明		
	・ 今後の自傷のおそれの記載	あり ・ なし ・ 不明		
	具体的な自傷行為の内容 （詳細が必要な場合に記載）	自傷・他害行為の「あり」「なし」「不明」を決めかねる場合、具体的な行為の内容を記載していただければ、研究班においてどの自傷他害行為にあたるか等を判断させていただきます。		
他 害 行 為		あり ・ なし ・ 不明		
今回の通報とそれ以前における重大な他害行為について	重大他害行為について （既往についてもわかる範囲で回答ください）	殺人（記載なし・今回あり・既往あり）	重大な他害行為にあたる、殺人、傷害、強盗、放火、不同意性交、不同意わいせつについては、今回の通報より前に行ったことが示されている場合には、既往ありに印をつけてください。	
		傷害（記載なし・今回あり・既往あり）		
		強盗（記載なし・今回あり・既往あり）	不同意わいせつ（記載なし・今回・既往）	
今回の通報における広義の触法行為（重大な他害行為以外の他害行為）について	他害行為の対象が人である	あてはまる ・ あてはまらない ・ 不明		
	他害行為の対象が物である	あてはまる ・ あてはまらない ・ 不明		
	・ 今後の他害のおそれの記載	あり ・ なし ・ 不明		
	具体的な他害行為の内容 （詳細が必要な場合に記載）	他害行為については、重大な他害行為と広義の触法行為にわけて集計しています。また広義の触法行為については、対人他害行為と対物他害行為にわけて集計しています。決めかねる場合、具体的な行為の内容を記載していただければ、研究班においてどの自傷他害行為にあたるか等を判断させていただきます。		

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、✓を入れていただくことができます。

調査負担軽減のため、いわゆるダブルチェックや長時間の作業は、お願いしないこととしております。無理のない範囲でご協力いただければ幸いです。

事前調査書・データ票

確認欄

事前調査日		年 月 日				
年齢・性別		歳	男・女・未記入			
事前調査における本人面接の有無		1. あり 2. なし 3. 不明				
幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動		1. あり 2. なし 3. 不明				
社会生活における状況認知・判断の障害		1. あり 2. なし 3. 不明				
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）		1. あり 2. なし 3. 不明				
自傷行為		1. あり 2. なし 3. 不明				
他害行為の有無（今回の申請・通報・届出に関するもの）		1. あり 2. なし 3. 不明				
他害行為が「1. 明らか」「2. 軽度」は右の該当項目に○印（複数選択可）		1. 殺人・殺人未遂 2. 傷害 3. 暴行 4. 性的問題行動 5. 侮辱 6. 器物損壊 7. 強盗 8. 恐喝 9. 窃盗 10. 詐欺 11. 放火 12. 弄火 13. その他（ ）				
精神障害の診断歴の有無（今回の通報時点まで）		1. あり 2. なし 3. 不明				
精神科治療歴・受診歴		1. あり 2. なし 3. 不明				
現在（3ヶ月以内）の精神障害の治療		1. あり 2. なし 3. 不明				
検察官通報の場合の起訴前鑑定の実施		1. あり 2. なし 3. 不明				
備考	薬物乱用	1. あり 2. なし 3. 不明				
	アルコール飲用	1. あり 2. なし 3. 不明				
	措置入院先選択に関係する重大な身体合併症	1. あり 2. なし 3. 不明				
	これまでの司法処分	1. あり 2. なし 3. 不明				
結論		1. 指定医診察を行う 2. 指定医診察は行わない 3. 不明				

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。 このページは調査票3ページ記載のための説明です。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本に該当する記載がないものの、選択肢のいずれともいえないなど、写し間違いでない場合に、✓を入れてください。

精神保健福祉法第27条に基づく調査書（参照の要点）

調査保健福祉事務所

調査員

調査内容

調査年月日

年

月

日

氏名、生年月日、
住所、職業は
ありません。

調査員

本人確認のため、
性別と年齢の転記
をお願いします。

対 象 者	(氏名)	生年月日)	年	月	日
	(現住所)	TEL			
	(職業)	(保険の種類)			
保 護 に 当 た っ て い る 者	(氏名)	(年齢)	歳 (続柄)	(職業)	
	(住所)	TEL			
被申請者の状況					
1 被申請者の行動および社会に及ぼす影響					
幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動 社会生活における状況認知・判断の障害 基本的な生活維持の困難 自傷行為、他害行為 について、記載を抜き出し、該当する項目に印をつけてください。					
ある県で使われている調査書です。 調査書を一読いただき、データ票の該当部分に印をつけてください。					
従前、「明らか・軽度・なし・不明」の4択としておりましたが、明らかと軽度の差異が不明との見解もあり、「あり・なし・不明」の3択としました。					
(本人との面接の結果)					
本人面接を行ったかどうか、記載をお願いします。					
(家族との面接)					
(調査結果)					
精神障害の診断歴の有無(今回の通報時点まで)、精神科治療歴・受診歴、現在(3ヶ月以内)の精神障害の治療、薬物乱用、アルコール飲用、措置入院先選択に関する重大な身体合併症、これまでの司法処分について、記載を抜き出し、該当する項目に印をつけてください。					
2 過去の入院歴およびその他参考事項(1日の平均飲酒量など)					
3 家族構成					
お尋ねしている事項は、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、の事前調査項目に準拠しています。					
指 定 医 に よ る 診 察 の 必 要 性	有 ・ 無				
上 記 診 察 の 場 所					

このページは調査票3ページ記載のための説明です。

精神障害者調査書（参照の要点）

本人確認のため、
性別と年齢の転記
をお願いします。

調 査 機 関 名		調 査 員 職 氏 名	
調 査 対 象 者	氏 名	生 年 月 日 ・ 年 齢	年 月 日 (歳)
	性 別	現 住 所	
	保 険 等	社保（本人・家族） 国保（世帯主・家族） 生保（申請中・受給） なし その他（ ）	
	保 護 者 氏 名	生 年 月 日 ・ 続 柄	年 月 日 (歳) ()
	職 業	現 住 所	
調 査 場 所		通 報 の 区 分	
調 査 年 月 日		通 報 受 理 年 月 日	
申請・通報に至った経過、問題行動等			
幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動 社会生活における状況認知・判断の障害 基本的な生活維持の困難 自傷行為、他害行為 について、記載を抜き出し、該当する項目に印をつけてください。 ある県で使われている調査書です。 調査書を一読いただき、データ票の該当部分に印をつけてください。			
保護の状況			
1. 自宅に保護 放置 ・ その他（ ） 2. 在宅医療の有無 有 ・ 無 3. 精神科病院に入院 病院名（ ） 入院年月日（ 年 月 日） 本人面接を行ったかどうか、記載をお願いします。 従前、「明らか・軽度・なし・不明」の4択としておりましたが、明らかと軽度の差異が不明との見解もあり、「あり・なし・不明」の3択としました。			
指定医診察の必要性 有 ・ 無			
保 健 所 長 の 意 見			
（家族歴） （現病歴） （過去の入院経過等、参考事項） 精神障害の診断歴の有無（今回の通報時点まで）、精神科治療歴・受診歴、現在（3ヶ月以内）の精神障害の治療、薬物乱用、アルコール飲用、措置入院先選択に関する重大な身体合併症、これまでの司法処分について、記載を抜き出し、該当する項目に印をつけてください。 お尋ねしている事項は、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、の事前調査項目に準拠しています。			

このページは調査票3ページ記載のための説明です。

精神障害者調査書（参照の要点）

申請通報届出区分		22条 23条 24条 25条 26条 26条の2									
調査者職氏名						調査年月日		年 月 日		本人確認のため、性別と年齢の転記をお願いします。	
精神障害者	居住地										
	氏名					月 日（ 歳）				なし その他（ ）	
精神障害者	保険等	社保（本人・家族） 国保				従前、「明らか・軽度・なし・不明」の4択としておりましたが、明らかと軽度の差異が不明との見解もあり、「あり・なし・不明」の3択としました。					
	現に保護の任にあたっている者										
症状の概要	幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動 社会生活における状況認知・判断の障害 基本的な生活維持の困難 自傷行為、他害行為 について、記載を抜き出し、該当する項目に印をつけてください。										
病歴・生活歴	ある県で使われている調査書を改変したものです。 調査書を一読いただき、データ票の該当部分に印をつけてください。										
飲酒	1日	合 飲酒開始 歳 飲酒習慣				喫煙	1日	本 喫煙開始 歳 喫煙習慣			
	合併					薬物	なし ・ あり（ ）				
本人家族	氏名	年齢	続柄	健康状態	職業	氏名	年齢	続柄	健康状態	職業	
			本人								
環境											
調査意見		本人面接を行ったかどうか、記載をお願いします。									
		お尋ねしている事項は、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、の事前調査項目に準拠しています。									

このページは調査票3ページ記載のための説明です。

確認欄

11

11

11

11

1

1

1

11

11

11

11

11

11

11

11

11

このページは調査票4～6ページ記載のための説明です。

緊急措置入院と措置入院の診断書は、4ページから6ページの、どこに記載していただいても構いません。

-179-

措置入院に関する診断書（参照の要点）

申請等の形式	警察官 ii 警察官 調査対象は、警察官通報のみです。		
申請等の添付資料	i あり ii なし		
被診察者 (精神障害者)	フリガナ	氏名、生年月日、 住所、職業は いりません。	本人確認のため、 性別と年齢の転記 をお願いします。 年 月 日 生 (満 歳)
	氏名	(男・女)	性別
	住所	府県 市区 町村 区	
	職業		
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症 身体合併症は、診断名を、そのまま転記してください。
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科 又は神経科受診歴等を 記載すること)	病名は、主たる精神障害、従たる精神障害は、ICDカテゴリーの()内に、F20、F31などのコード番号の転記いただくだけでも結構です。コード番号がないものは、病名を、そのまま転記いただくよう、お願いします。		
初回入院期間	(入院形態) 年 月 日 ~ 年 月 日		
前回入院期間 初回から前回までの 入院回数	(入院形態) 年 月 日 ~ 年 月 日 入院期間と入院回数は、いりません。		
重大な問題行動 (Aはこれまでの、Bは今後お それある問題行動)	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像（該当のローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲むこと。）		
1 殺人 2 放火 3 強盗 4 強制的性交 5 強制わいせつ 6 重大な問題行動は、○印をそのまま転記してください。 7 刃傷又は失火 8 住宅侵入 9 詐欺等の経済的な問題行動 10 自殺企図	A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B	<現在の精神症状> I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 () II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害) III 記憶 1 記憶障害 () IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心拍 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()	

このページは調査票4～6ページ記載のための説明です。

確認欄

11

11

11

11

1

1

1

11

11

11

11

10

7

1

5

このページは調査票4～6ページ記載のための説明です。

緊急措置入院と措置入院の診断書は、4ページから6ページの、どこに記載していただいても構いません。

-184-

16 自傷 17 その他 ()	A A	B B	VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () <その他の重要な症状> 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () <問題行動等> 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()
診 察 時 の 特 記 事 項			
医 学 的 総 合 判 断 I 要措置 II 措置不要			
以上のように診断する。 精神保健指定医師 年 月 日			
(行政庁における記載欄) 診察に立会った者 氏名 (親権者、配偶者等) 診 察 場 所 診 察 日 時 職 員 氏 名 この診察が、通常の診察でなく、精神保健福祉法第29条の2の規定を適用して緊急措置入院とした診察の場合、緊急措置診察の欄に印をつけてください。特に診断書が3枚ある場合、診察日が数日にまたがる場合は、緊急措置診察が実施されている場合が考えられますので、ご注意ください。 精神保健福祉法 第29条の2 都道府県知事は、前条第一項の要件に該当すると認められる精神障害者又はその疑いのある者について、急速を要し、第二十七条、第二十八条及び前条の規定による手続を採ることができない場合において、その指定する指定医をして診察をさせた結果、その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人を害するおそれ著しいと認めたときは、その者を前条第一項に規定する精神科病院又は指定病院に入院させることができる。			
行政庁の措置			
行政庁メモ			

記 載 上 の 留 意 事 項

- 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 問題行動の欄には、Aはこれまでに認められた問題行動を、Bは今後おそれのある問題行動を指し、該当する全ての算用数字、A及びBを○で囲むこと。
- 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月に認められたものとし、主として最近のそれに重点をおくこと。
- 診察時の特記事項の欄は、被診者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子、診察者が受ける印象等について記載すること。
- 診断した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

このページは調査票4～6ページ記載のための説明です。

措置入院者の症状消退届・データ票

確認欄

報 告 日	年 月 日			☐
措 置 年 月 日	年 月 日			☐
年 齢 ・ 性 別	歳	男 ・ 女 ・ 未記入		☐
病 名	1 主たる精神障害 ICD ()	2 従たる精神障害 ICD ()	3 身体合併症	☐
措 置 解 除 の 処 置 に 関 する 意 見	1 入院継続 (任意入院・医療保護入院・他科) 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他 ()			☐
退 院 後 の 帰 住 先	1 自宅 (i 家族と同居 ・ ii 単身) 2 施設 3 その他 ()			☐
措 置 解 除 希 望 日	月 日 (曜日)			☐

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

このページは調査票7ページ記載のための説明です。

確認欄は、左欄（問題行動は上欄）の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、✓を入れてください。

措置入院者の症状消退届（参照の要点）

年 月 日

病院名

所在地

管理者名

印

下記の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定により届け出ます。

措置入院者	フリガナ	氏名、生年月日、住所、職業はいりません。		本人確認のため、性別と年齢の転記をお願いします。	年 月 日 生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所	府 県	郡 市 区	町 村	
措置年月日	昭和 平成	年	月	日	措置年月日は、そのまま転記してください。
病 名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症 身体合併症は、診断名を、そのまま転記してください。		
入院以降の病状又は状態像の経過 〔措置症状消退と関連して記載すること〕	病名は、主たる精神障害、従たる精神障害は、ICDカテゴリーの()内に、F20、F31などのコード番号の転記いただくだけでも結構です。コード番号がないものは、病名を、そのまま転記いただくよう、お願いします。				
措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名	署 名				
措置解除の処置に関する意見	1 入院継続（任意入院・医療） 4 死亡 5 その他 ()		「措置解除の処置に関する意見」および「退院後の帰住先」は、○印をそのまま転記してください。		
退院後の帰住先	1 自宅（i 家族と同居） 3 その他 ()				
帰住先の住所	都道 府 県	郡 市 区	町 村 区		
訪問指導等に関する意見	措置解除希望日は、そのまま転記してください。				
障害福祉サービス等の活用に関する意見					
主治医氏名					

記載上の留意事項

措置解除希望日 年 月 日 (曜日)

届け出は希望日の1週間前までに提出のこと。

- 1 ☐ 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 3 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

このページは調査票7ページ記載のための説明です。

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23条に基づく

警察官通報の現状把握に関する研究

《2》警察官通報書の検討

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）、大塚 達以（宮城県精神医療センター）、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23条に基づく警察官通報の現状を把握するため、2023年5月17日から2023年5月31日までの15日間における警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う。このため、この報告書は、次の4つに分けた。

《1》警察官通報調査の概要と転帰（2023年5月17日から2023年5月31日、n=571）

《2》警察官通報書の検討（2023年5月17日から2023年5月31日、n=571）

《3》事前調査の検討（2023年5月17日から2023年5月31日、n=571）

《4》精神保健指定医による措置診察例の検討（2023年5月17日から2023年5月31日、n=288）

なお、《1》から《4》を通しての評価ならびに数理統計的手法での検討については、2025年度に行うこととした。

本稿では、このうち、《2》警察官通報書の検討、について、以下、述べることとした。

《2》警察官通報書の検討

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

【方法】方法の概要は、「《1》警察官通報調査の概要と転帰」に示した通りである。この報告書では、このうち警察官通報書の形式、通報書に記載された通報時点の本人の所在、精神科治療歴、自傷他害行為の有無、今後のおそれ、重大な他害行為に関する事項などについて検討を行った。

【結果】571 例のうち 532 例は書面で通報されていた。本人の所在は警察署 499 例と、大半は警察署で、警察官付添のもとにあった。通報書に通院歴や診断名が記載されていたのは 207 例で、記載なし 282 例、通院状況についても定期的に通院中 128 例、記載なし 288 例と、半数近くに記載がなかった。自傷行為は、あり 215 例、なし 327 例、今後の自傷行為のおそれは、あり 221 例、なし 194 例であった。他害行為は、あり 307 例、なし 234 例、このうち対人他害行為は 263 例、対物他害行為は 134 例で該当した。今後の他害行為のおそれは、あり 273 例、なし 140 例であった。重大な他害行為については、今回のエピソードが殺人および殺人未遂にあたるもの 3 例、傷害 35 例、放火 3 例であった。また既往に傷害があるもの 6 例、強盗 1 例であった。不同意性交、不同意わいせつはなかった。

【結論】2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日まで 15 日間における警察官通報書の内容について検討した。通報の方式は、大多数が書面であり、一部、保健所や精神保健福祉センター等の担当部署で聞き取りの形式で受理されていた。通報時の本人の居場所は、大多数が警察署であり、警察署にいる場合に有意に診察実施されていた。精神科治療歴は、記載がなければ診察実施とされていた。自傷行為や他害行為の有無と今後のおそれでは、今後のおそれがある例で診察実施とされていた。重大な他害行為については、記載がないものが多かった。35 例に傷害の記載があったが、これらは診察要否にははっきりとした影響は見られなかった。

A. 研究の背景と目的

警察官は、職務執行中に通報を要すべき精神障害者を発見することもあるとして、通報義務が定められたとされている¹⁾。

具体的な警察官通報の運用状況については、2001 年に 2000 年度の通報例を対象に、2012 年に 2010 年度の通報例を対象に調査が行われている。

2000 年度の通報例についての調査では、警察官通報では、通報例の通報から措置解除までの、おおよその流れが明らかとなり、診察不要となる例は既に医療を受けている、あるいは措置不要とされても他の形態での入院加療が行われるなど、適正に振り分けされていることが示された²⁾。そ

うえで、警察官通報では診断がなされていない例が少なくないこと、危機介入として用いられていること、自傷行為で通報される例が少なくないことなど、あきらかとなった³⁾。

その後、2005 年 7 月 15 日に、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察に関する法律が施行された。また、2009 年 5 月 21 日には、裁判員の参加する刑事裁判に関する法律が施行された。

こうした状況下で、警察官通報の動向を明らかにするため、2011 年度に、2010 年度において警察官通報された事例について、再度、調査を行った⁴⁾。

2010 年度は 2000 年度と比較し、診察不要が増加、緊急措置入院も多用され、措置不要と措置入院後 180 日目の措置入院中が減少し、措置入院期間も短縮し、警察官通報による措置入院は精神科救急医療へのシフトが顕著であった。なお、精神科救急急性期医療入院料など診療報酬面の手当て、施設の整備など他因子の影響も考慮すべきではあると思われた。一般精神医療は入院期間の短縮が重要な課題として成果を出しつつあり、措置入院期間の短縮もその影響は大きいと思われた。

こうした状況が明らかになっていたが、以後、13 年が経過している。このため、2023 年度の警察官通報について、動向に変化がないか検討する必要がある。

ここで、改めて、警察官通報を規定している精神保健福祉法第 23 条について確認すると、次の通りである。

(警察官の通報)

第二十三条 警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。

このように、精神保健福祉法第 23 条では、警察官が対応した精神障害者の事例は、ほぼすべてを通報するように規定されている。なお、警察官通報を定めた条文は、2014 年の改正で、条文番号が 24 条から 23 条に改められている。

法を参照するように、警察官通報では、できるだけ間口をひろげて、通報対象から漏れがないように立法されている。そして近年、警察官通報数が増加するなど、新しい動向も見られている⁵⁾。ただ、措置入院制度は人権への制約が著しいことから、適用に慎重さが求められること、一方で地域

における危機介入のための重要な手段であることなどを考慮すれば、通報や事前調査、診察、入院医療内容が適切かなど、様々な視点から、定期的にモニタリングして制度が適正に運用されていることを確保し続けることが大切である。

そこで、今回、警察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するに当たっての基礎資料とすることを目的として調査を行うこととした。

B. 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、調査を行った。対象は、2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日まで 15 日間に受理したすべての警察官通報例とした。

調査全体については、《1》警察官通報調査の概要と転帰、に述べた。

このうち、「警察官通報書」より転記を求めた項目は、次の通りである。

- ① 通報日
- ② 年齢・性別
- ③ 通報時点の本人の所在
- ④ 通報書に記載されている具体的な精神科治療歴
- ⑤ 自傷行為の有無、今後の自傷のおそれの有無、具体的な自傷行為の内容（詳細が必要な場合に記載）
- ⑥ 他害行為の有無
- ⑦ 今回の通報とそれ以前における重大な他害行為（殺人、傷害、強盗、放火、不同意性交、不同意わいせつ、それぞれについて今回および既往の有無）
- ⑧ 今回の通報における広義の触法行為（対人、対物他害行為の有無、今後の他害のおそれの有無、具体的な他害行為の内容（詳細が必要な場合に記載））

(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、
2024 年 5 月 30 日に承認を受けた。

C. 結果

1 自治体の回答状況、年齢・性別

自治体の回答状況、年齢・性別は、
《1》警察官通報調査の概要と転帰、に述べた。再掲すると、47 都道府県・20 政令指定都市のうち、45 自治体（32 都道府県・13 政令指定都市）から 571 例の提出を受けた。年齢・性別は、 43.5 ± 18.3 歳、男性 273 例、女性 298 例、男女比 0.92 : 1 であった

2 通報の方式

通報は書面か口頭か、について図 1 に示した。

「警察官が作成した通報書が届いた」532 例（うち診察実施 268 例、診察不要 264 例）、「聞き取り内容から保健所で記録作成」36 例（診察実施 20 例、診察不要 16 例）、「その他」1 例（診察実施）、「未記入」2 例（ともに診察実施）であった。通報が書面か口頭かで診察要否に有意差はなかった（Fisher 両側検定: $p=1.0000$ ns ($.10 < p$))。

なお、その他として「聞き取り内容から精神保健福祉センターで記録を作成した」との趣旨の記載があったものは、「保健所で記録作成」に包括して集計した。また、「当日は電話、後日に文書」としたものは、すべて聞き取りとして集計した。

2 通報時の本人の居場所など

通報時の本人の居場所は、図 2 に示した。

「警察署内」499 例（うち診察実施 262 例、診察不要 237 例）、「自宅」29 例（診察実施 11 例、診察不要 18 例）、「通報時点では精神科医療機関に入院している」8 例（診察実施 2 例、診察不要 6 例）、「警察官と同行して保健所に来訪」1 例（診察実施）、「その他」15 例（診察実施 9 例、診

察不要 6 例）、「記載なし」18 例（診察実施 3 例、診察不要 15 例）、「未記入」1 例（診察不要）であった。通報時の居場所が警察署内か、それ以外で比較し、警察署内で有意に診察実施されていた（Fisher 両側検定: $p=0.0015^{**}$ ($p < .01$))。

通報時の警察官の付添は、図 3 に示した。

「あり」489 例（うち診察実施 250 例、診察不要 239 例）、「なし」15 例（診察実施 10 例、診察不要 5 例）、「不明」60 例（診察実施 25 例、診察不要 35 例）、「未記入」7 例（診察実施 3 例、診察不要 4 例）であった。通報時に警察官が本人に付き添っているかどうかで比較し、診察要否に有意差はなかった ($\chi^2(2)=3.677$, ns)。

ここで、通報時の本人の居場所と、通報時の警察官の付添は、それぞれ独立しているため、表 1 通報時の居場所と警察官の付添状況、に示した。この表では、クロス集計を試みた。

結果、通報時の本人の居場所が警察署であるが、警察官の付添なし 8 例、不明 53 例、未記入 6 例であった。

通報時の本人の居場所と警察官の付添について、その他として具体的に記載された項目は、表 2 通報時の本人の居場所と警察官の付添状況 補足記載事項、に示した。

3 精神科治療歴

通報書に記載されている具体的な精神科治療歴のうち、診断にかかる内容については、図 4 に示した。

「あり」207 例（うち診察実施 99 例、診察不要 108 例）、「記載なし」282 例（診察実施 158 例、診察不要 124 例）、「不明」73 例（診察実施 27 例、診察不要 46 例）、「未記入」9 例（診察実施 4 例、診察不要 5 例）であった。通報書に診断名の記載が「あり」「記載なし」「不明」「未記入」において、「記載なし」で診察実施、

「不明」「未記入」にて診察不要とされていた ($\chi^2(2)=9.326, p<.01$)。

診断の詳細として記載されていた項目は、表3 警察官通報書に記載されていた診断など、に示した。

通報書に記載されている具体的な精神科治療歴のうち、通院状況にかかる内容については、図5に示した。

「定期的に通院中」134例(うち診察実施59例、診察不要75例)、「治療中断」28例(診察実施19例、診察不要9例)、「診断治療歴なし」12例(診察実施3例、診察不要9例)、「記載なし」288例(診察実施162例、診察不要126例)、「不明・その他」96例(診察実施36例、診察不要60例)、「未記入」13例(診察実施9例、診察不要4例)であった。「定期的に通院中」、「治療中断」、それ以外の3群で比較し、有意差はなかった ($\chi^2(2)=5.734, .05<p<.10$)。

4 自傷行為の有無と今後のおそれ

自傷行為の有無は、図6に示した。

「あり」215例(うち診察実施103例、診察不要112例)、「なし」327例(診察実施170例、診察不要157例)、「不明」26例(診察実施14例、診察不要12例)、「未記入」3例(診察実施1例、診察不要2例)であった。自傷行為の有無「あり」、「なし」、それ以外と診察要否に有意差はなかった ($\chi^2(2)=0.884, ns$)。

今後の自傷行為のおそれは、図7に示した。

「あり」221例(うち診察実施129例、診察不要92例)、「なし」194例(診察実施87例、診察不要107例)、「不明」35例(診察実施16例、診察不要19例)、「未記入」121例(診察実施56例、診察不要65例)であった。今後の自傷行為のおそれの有無と診察要否では、今後の自傷のおそれ「あり」で有意に診察実施が多かった ($\chi^2(2)=9.136, p<.05$)。

5 他害行為の有無、内容と今後のおそれ

他害行為の有無は、図8に示した。

「あり」307例(うち診察実施181例、診察不要126例)、「なし」234例(診察実施91例、診察不要143例)、「不明」18例(診察実施8例、診察不要10例)、「未記入」12例(診察実施8例、診察不要4例)であった。他害行為の有無「あり」で有意に診察実施、「なし」で有意に診察不要であった ($\chi^2(2)=21.500, p<.01$)。

対人他害行為、すなわち他害行為の対象が人であるかどうかを図9に示した。

「あてはまる」263例(うち診察実施154例、診察不要109例)、「あてはまらない」143例(診察実施75例、診察不要68例)、「不明」30例(診察実施21例、診察不要9例)、「未記入」135例(診察実施38例、診察不要97例)であった。「あてはまる」あるいは「不明」で有意に診察実施、「未記入」で有意に診察不要であった ($\chi^2(3)=38.587, p<.01$)。

対物他害行為、すなわち他害行為の対象が物であるかどうかを図10に示した。

「あてはまる」134例(うち診察実施80例、診察不要54例)、「あてはまらない」257例(診察実施145例、診察不要112例)、「不明」40例(診察実施25例、診察不要15例)、「未記入」140例(診察実施38例、診察不要102例)であった。「あてはまる」あるいは「あてはまらない」で有意に診察実施、「未記入」で有意に診察不要であった ($\chi^2(3)=38.587, p<.01$)。

今後の他害行為のおそれを、図11に示した。

「あり」273例(うち診察実施183例、診察不要90例)、「なし」140例(診察実施57例、診察不要83例)、「不明」29例(診察実施16例、診察不要13例)、「未記入」129例(診察実施32例、診察不要97例)であった。今後の他害行為のおそれ

「あり」で有意に診察実施、「なし」または「未記入」で有意に診察不要であった ($\chi^2(3)=69.534, p<.01$)。

6 自傷他害のおそれ

自傷および他害は、自傷他害として併存する場合、対応に際しての課題が大きくなる。

自傷「あり」とそれ以外（「なし」「不明」「未記入」）、他害「あり」とそれ以外（「なし」「不明」「未記入」）で区分して、以下、クロス集計を試みた。

図12に、自傷他害行為の有無と対応、を示した。この項目は、図6 自傷行為の有無と、図8 他害行為の有無を、クロス集計したものである。

「他害のみ」258例（うち診察実施151例、診察不要107例）、「自傷他害」49例（診察実施30例、診察不要19例）、「自傷のみ」166例（診察実施73例、診察不要93例）、「両方なし」98例（診察実施34例、診察不要64例）であった。「他害のみ」で有意に診察実施、「自傷のみ」または「両方なし」で有意に診察不要であった ($\chi^2(3)=21.524, p<.01$)。

図13に、今後の自傷他害のおそれの有無と対応、を示した。この項目は、図7 今後の自傷行為のおそれと、図11 今後の他害行為のおそれを、クロス集計したものである。

「他害のみ」164例（うち診察実施115例、診察不要49例）、「自傷他害」109例（診察実施68例、診察不要41例）、「自傷のみ」112例（診察実施61例、診察不要51例）、「両方なし」186例（診察実施44例、診察不要142例）であった。「他害のみ」「自傷他害」で有意に診察実施、「両方なし」で有意に診察不要であった ($\chi^2(3)=85.739, p<.01$)。

7 重大な他害行為

今回の通報とそれ以前の重大な他害行為について、殺人を図14、傷害を図15、

強盗を図16、放火を図17、不同意性交を図18、不同意わいせつを図19に示した。

今回のエピソードが殺人および殺人未遂にあたるもの3例、傷害35例、放火3例であった。また既往に傷害があるもの6例、強盗1例であった。不同意性交、不同意わいせつは0例であった。

傷害について詳細を見ると、「記載なし」289例（うち診察実施172例、診察不要117例）、「今回あり」35例（診察実施23例、診察不要12例）、「既往あり」6例（診察実施3例、診察不要3例）、「未記入」241例（診察実施90例、診察不要151例）であった。記載なし、で有意に診察実施が多く、未記入で、有意に診察不要が多かった ($\chi^2(2)=28.817, p<.01$)。

D. 考察

1 通報の方式について

通報の方式については、大多数が書面であったが、36例（6.3%）で「聞き取り内容から保健所で記録作成」とされていた。なお結果でも述べたが、この設問で「保健所」としたため、複数の自治体で「その他」として、届出先は精神保健福祉センターなどの担当部署であるとの回答があった。ここで、この設問の趣旨は、都道府県知事・政令市長への届出が書面なのか口頭なのかを把握することにある。このため、集計に際しては、精神保健福祉センターは保健所にまとめることとした。また、自治体により精神保健福祉センターが届出を受け付ける業務にあたっているとしても、法23条は、保健所を通じて都道府県知事に届け出ることを規定しているので、その届出を受け付けている精神保健福祉センターは、この法律に規定する保健所としての機能を果たしていると考えることができる、つまり、自治体における効率的な運営のために、保健所の業務の一部を移管されてい

るにとどまるものである。

この設問は、今回の調査にて、初めて設問したものである。これは、主として電話・口頭など、記録の残らない方法か、書面など記録の残る方法によって通報がなされているか、その度合いを確認する趣旨で、尋ねたものである。

ここで、警察官通報の方式については、「ここである通報は、前条の申請とは異なり、文書等をもってする、いわゆる要式行為たることを要しない。口頭、電話など一切の通報手段を用いることを妨げない」とされている⁶⁾。つまり書面でなく口頭でも電話でもよいこととなる。これは一般人申請では書面を要すること、検察官通報が検察庁内部の規定により書式が定められていることなどに比して、かなり柔軟な制度である。これは警察官通報制度が臨機の対応を要する場面がありうることを想定しているためと思われる。

ただ、そうはいっても、書面か口頭かで情報の量や精度は異なってくる。いくつかの調査票には、「当自治体では、警察官通報を口頭や電話でも受理はするが、必ず後ほど通報書の提出をお願いしている」といった趣旨の記載があった。

もちろん救急の場面では、情報が揃っていないことも少なくなく、限られた情報で判断を下すことも、しばしばある。

このような運用に至った経緯は、各自治体により様々であり、その是非を論じる訳にはいかない。ただ、口頭での通報から通報書が届くまでに、相当の時間がかかる場合、気がかりな点がある。つまり、措置診察が行われ、実際に措置要否が決まった後に、その判断に影響するような事実が追加された通報書が届いた場合、どのように対処するか、という懸念がある。特に、指定医が知らなかった事情を追加して再度の措置診察を行いうるか、厳しい判断を迫られる場面が生じると思われる。

現実には、そのような運用を行っている自治体においては、このような場面を想定した対応を検討する必要がある、書面については可能な限り診察要否の判断をする前に、遅くとも診察の時点では受領しておく必要がある。このことは念のために指摘しておきたいところである。

2 通報時の本人の居場所について

通報時に本人がどこにいるのか、ということ、措置診察を実際に行うことができるのかどうかに直結する。本人が所在不明であれば、そもそも診察はできない。また、本人の所在がわかっている、たとえば自宅から出てこない状況であれば、診察を行いがたいこともありうる。もちろん、精神保健福祉法27条3項の立ち入りを行う際には、現実には安全面をはじめ、様々な問題がある。このため、通報時の本人の居場所について設問した。

今回の調査では、本人が警察署内にいるかどうかで、警察署内で有意に診察実施されていた。これは前回2010年度の警察官通報についても、本人が警察署内に所在する646例では、診察不要は170例にとどまり、警察署以外では診察不要164例と多いことが指摘されており、同様の傾向であった⁷⁾。

そして、今回の調査では、初めて、実際に警察官が付き添っているかどうかも尋ねた。結果は、489例(85.6%)で警察官の付添があった。ただ、通報時に警察官が本人に付き添っているかどうかで、診察要否の判断に差はなく、単純集計だけから見ると、本人の居場所の方が判断に影響しているのではないかと考えられた。

なお、直前の設問にて本人の所在「警察署内」499例に対して、本設問では警察官の付添「あり」489例であり、警察署にいるのに警察官の付添がないような回答となっている例、あえて付添状況についての言及までなされていない例があるものと考え

られる。通報時の本人の居場所と、通報時の警察官の付添は、それぞれ独立しており、クロス集計すると、通報時の居場所が警察署であるが、警察官の付添なし 8 例、不明 53 例、未記入 6 例となっていた。

なお、この調査のデータは、警察官通報書から該当事項を抜粋して作成したものである。警察官通報は、そもそも口頭でも差し支えないというような事情がある。書面によって通報する場合でも、警察官通報書は各都道府県警察で別々の様式が用いられており、検察官通報書のように定まった形式もない。そして、通報書は、今回のような研究を実施する目的で作成されたものではなく、通報時の居場所や警察官の付添状況の詳細の明記は求められていない。可能な範囲で各都道府県の担当者が読み取り、転帰されたことへの留意を要する。

警察署内にいるケースでも、付添状況は「わからない」という回答がなされているものもあった。通報書では、本人への付添状況についての記載が求められている訳でもなく、また通報を受理する側でも特に付添の状況を確認している訳でもないの、不明という回答が増えることはやむを得ないところではある。ただ、本人が警察にいないケースでの警察官の付添状況は、診察要否に影響する可能性があり、設問としたところである。

3 精神科治療歴について

精神科治療歴のうち、診断が記載されていたのは 207 例 (36.3%) にとどまり、記載なし 282 例 (49.4%)、不明、未記入をあわせ 82 例 (14.4%) であり、「記載なし」で診察実施、「不明」「未記入」にて診察不要とされていた。この点、記載があると診察実施となりそうでもあるが、診断名によって、たとえば神経症圏やパーソナリティ障害であれば、診察不要とされることを考慮すると、記載があることが診察実施に結びつく、といった関係にはなっていない

いとも考えられた。

また、通院状況などの治療歴については、「定期的に通院中」、「治療中断」、それ以外の 3 群で比較し、診察要否の判断に有意な差はなかった。この点、2000 年度 1109 例では、通院歴あり 468 例（うち診察実施 323 例）、なし 80 例（同 59 例）、記載なし 561 例（同 368 例）で、診察要否に有意差はなく、特に判断が変化しているところはなかった。

なお、警察官通報の段階では、精神医療の専門家ではない警察官が、本人や家族など限られた情報源から聞き取ったにとどまることが多く、その範囲では、必ずしもその時点での正確な診断や治療状況には行きあたっていない等の事情も影響していると考えられた。

4 自傷行為の有無と今後のおそれについて

自傷行為の有無について、「あり」、「なし」、それ以外でわけて、それぞれ診察要否については、有意差はなかった。

この点、2000 年度では、自傷行為「なし」群は全体で 7 例にとどまるため、なしは記載なしに含めたうえで、「あり」と

「記載なし」での比較となるが、有意差はなかった。2010 年度では自傷のおそれが「記載なし」の場合は診察不要となっており、多少の変化はあるが、自傷行為の既往だけでは診察実施されるかどうかには有意な差はなかった。これは自傷行為が行われたというだけでは、通報後の時点で本人が落ち着きを取り戻している等の状況のために診察不要となる一群が存在するためと思われる。

今後の自傷行為のおそれと診察要否では、今後の自傷のおそれ「あり」で有意に診察実施が多かった。なお、2000 年度、2010 年度の調査では、これまでの自傷行為と今後のおそれへの評価は、わけられていない。今回の調査では、これまでの自傷

行為と今後のおそれには相違があることを考慮して、これらを区別して調査した。ただ結果は、これまでの自傷行為では有意差がなく、今後のおそれで有意差があるというものであった。

これまでの自傷行為では有意差がなかったことについては、悩ましいが、今回の調査では通報書を都道府県職員が読み込み、調査票の該当部分にチェックを求めるという調査の形式も影響があったのかもしれない。つまり、調査の形式に比して項目の区分けがやや厳密であったためか、差異があまり明確とならなかったものと考えられる。これまでの自傷行為と今後の自傷のおそれでは、仮に多変量解析を行っても交絡する懸念があり、調査項目の設定には留意を要すると思われた。

なお、通報書における自傷のおそれについては、前述のように警察官による聞き取りを根拠としていること、また事前調査によっても診察要否が検討されていることから、事前調査票において、改めて検討することとした。

5 他害行為の有無、内容と今後のおそれについて

他害行為の有無について、「あり」で有意に診察実施、「なし」で有意に診察不要であった。このうち対人他害行為では「あてはまる」あるいは「不明」で有意に診察実施、「未記入」で有意に診察不要であった。対物他害行為では、「あてはまる」あるいは「あてはまらない」で有意に診察実施、「未記入」で有意に診察不要であった。また、今後の他害行為のおそれについては、「あり」で有意に診察実施、「なし」または「未記入」で有意に診察不要であった。

これらは2010年度調査においては、他害ありでは診察実施が多く、診察不要は少なかった。

実際の回答においては、自傷他害のおそ

れについて、調査票に「通報書には自傷他害のおそれがある旨、記載あるが、定型文のようによみとれるため」として、実際のリスク評価を「自傷なし」「他害なし」として回答された事例が見られた。このように通報を受理する保健所の側でも、具体的な通報内容に照らして通報書は読み込まれている。実際の警察官通報にかかる実務は、1件あたり7時間程度を要するものでもある⁸⁻¹¹⁾。事前調査はその一部にとどまるとはいえ、全体としてみると通報を受理する保健所には、多大な労力を払うことが求められる。措置診察に際してはこれだけの労力を費やして積極的に評価すべきケースか、型どおりの対応にとどめて差し支えないケースか、慎重に見極められているとも言える。

なお、自傷、他害については、事前調査の段階で再度、保健所において評価がなされている。また、自傷と他害については、同一人物に併存する場合、しない場合などで、リスク評価は異なってくる懸念がある。このため、それぞれ単独の影響度については、ロジスティック回帰分析を行った方がより妥当と思われる。また、テンプレート的な記載があるとのコメントもある。このことから、その結果について、事前調査において改めて報告するとともに2025年度の報告書において、多変量解析を行うこととした。

6 自傷他害のおそれについて

自傷および他害は、自傷他害として併存する場合、対応に際しての課題が大きい。

自傷他害行為の事実が存在するかどうかでは、「他害のみ」で有意に診察実施、「自傷のみ」または「両方なし」で有意に診察不要であった。一方、今後の自傷他害のおそれがあるかどうかでは、「他害のみ」「自傷他害」で有意に診察実施、「両方なし」で有意に診察不要とされていた。

ここで、2010年調査では、自傷他害の

おそれのみ調査したが、他害のみ 432 例（診察実施 286 例、診察不要 146 例）自傷他害 198 例（診察実施 130 例、診察不要 68 例）、自傷のみ 148 例（診察実施 90 例、診察不要 58 例）、両方なし 78 例（診察実施 16 例、診察不要 62 例）で、他害のみで診察実施が多く、両方なしで診察不要が多かった。

今回の調査との比較では、今回は「他害のみ」「自傷他害」で有意に診察実施、「両方なし」で有意に診察不要であり、警察官通報の時点の情報でも他害があれば診察実施とされていた。

なお、今回の調査では、自傷他害の事実と自傷他害のおそれを別に調査した。すると、図 6、自傷行為で示したように、自傷行為の実績のみでは、診察要否の判断に有意差がなかった。

自傷他害について、臨床例を評価する際には、「これまでの自傷行為」「今後おそれのある自傷行為」「これまでの他害行為」

「今後おそれのある他害行為」など多角的な視点で評価すべきである。ただ、警察官通報全体を見渡す統計資料として自傷他害のおそれについて検討をする場合、たとえばこれまで自傷行為があった例では今後自傷行為のおそれも大きいし、それがなければおそれは小さいと言える。とはいえ、これまでに他害行為があれば今後に自傷行為のおそれもないとも言えない。つまり交絡や多重共線性のように、それぞれの因子が、互いに他の因子に影響することがあり、ひとつひとつの統計情報では、全体が見渡しにくいこともある。

この報告における、自傷行為の実績のみでは、診察要否の判断に有意差がなかったという点も、「これまでの自傷行為」「今後おそれのある自傷行為」に分けて評価した影響は考慮する必要がある。このような視点からは、すくなくとも警察官通報書においては、自傷他害のおそれとして一括して

調査する方が、実態を反映するのではないかと思われた。

7 重大な他害行為について

傷害以外の重大な他害行為は、わずかであり、統計的な検討にはなじまない状況であった。

傷害では「記載なし」で有意に診察実施が多く、未記入で、有意に診察不要が多かった。記載なしの場合は、ないことが通報書に明記されているが、未記入の場合は、通報書に何の言及もなく、保健所で評価ができず、診察不要となったと考えられる。

なお前回 2010 年調査では、856 例のうち、今回あり 59 例、既往あり 19 例で、1 例に医療観察法入院の既往があったが、特段の増減はみられなかった。

研究の限界

考察でも述べたが、この研究に用いられた資料は、もともと、今回のような調査を行うことを前提に収集されたものではない。都道府県によって警察官通報書の様式は異なるだけでなく、そもそも警察官通報は、書面によらず口頭での通報でも差し支えないといった制度であり、調査対象として収集される項目の情報については、標準化されておらず、また個々の項目に回答することを求められていない資料。このような資料を対象に調査を行っていることに留意を要する。

まとめ

2023 年度における警察官通報書の内容について検討した。通報の方式は、大多数が書面であり、一部、保健所や精神保健福祉センター等の担当部署で聞き取りの形式で受理されていた。通報時の本人の居場所は、大多数が警察署であり、警察署にいる場合に有意に診察実施されていた。精神科治療歴は、記載がなければ診察実施とされていた。自傷行為や他害行為の有無と今後

のおそれでは、今後のおそれがある例で診察実施とされていた。重大な他害行為については、記載がないものが多く、一部に傷害との記載があったが、診察要否にははっきりとした影響は見られなかった。

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) 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-新版-, pp261, ぎょうせい, 東京, 1996

2) 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: 措置入院制度の適正な運用に関する研究 平成 14 年度総括・分担研究報告書 pp.13-55, 2003

3) 竹島正, 立森久照, 三宅由子. 地域における危機介入—措置入院制度の事前調査を手がかりに—. 精神医学 46(6)571-

577. 2004

4) 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

5) 政府統計の総合窓口. 衛生行政報告例: <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&stat=000001031469>, last accessed on Mar. 29, 2023

6) 精神保健福祉研究会監修. 四訂_精神保健福祉法詳解, pp246, 中央法規, 東京, 2016

7) 吉住昭, 竹島正, 島田達洋, 他 (執筆: 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ついて. 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推進に関する研究_平成 23 年度総括・分担研究報告書. pp.69-107, 2012

8) 渡辺康子, 金田一正史, 小貫幸子, 他: 措置診察及び措置入院に関する業務の現状と課題. 精神保健シリーズ 37: 1-4, 2007

9) 小貫幸子, 金田一正史, 田村美代子, 他: 措置診察及び措置入院に関する業務の現状と課題(第 2 報). 精神保健シリーズ 38: 1-5, 2008

10) 早川裕美, 岸本益実, 馬場 年之, 他: 精神保健福祉措置診察の医師の確保事業について. 福山医学 22: 29, 2015

11) 瀬戸秀文, 稲垣中, 島田達洋, 他: 措置診察を担当する精神保健指定医の招聘システムの各自治体における現状について. 精神科救急 28 (印刷中), 2025

図1 通報は書面か口頭か

n=571

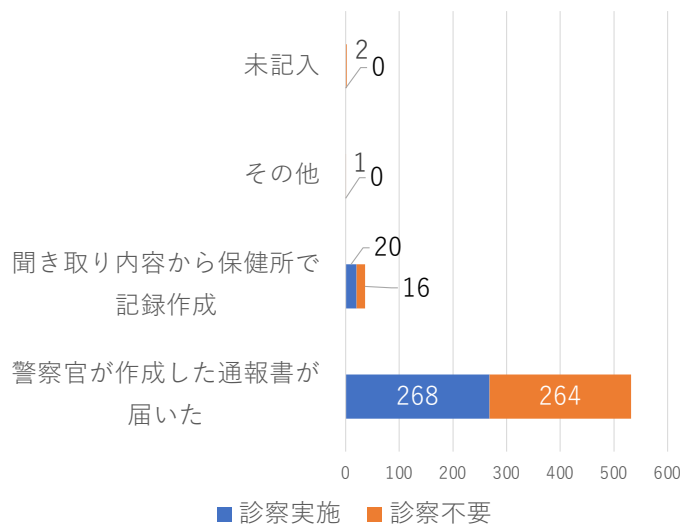
「警察官が作成した通報書が届いた」532例

「聞き取り内容から保健所で記録作成」36例

「その他」1例

「未記入」2例

通報が書面か口頭かで診察要否に有意差なし（Fisher両側検定： $p=1.0000$ ns ($.10 < p$))。



なお、その他として「聞き取り内容から精神保健福祉センターで記録を作成した」との趣旨の記載があったものは、「保健所で記録作成」に包括して集計した。また、「当日は電話、後日に文書」としたものは、すべて聞き取りとして集計した。

図2 通報時の居場所

n=571

「警察署内」499例

「自宅」29例

「通報時点では精神科医療機関に入院している」8例

「警察官と同行して保健所に来訪」1例

「その他」15例

「記載なし」18例

「未記入」1例

通報時の居場所が警察署内か、それ以外で比較、警察署内で有意に診察実施（Fisher両側検定： $p=0.0015$ ** ($p < .01$))。

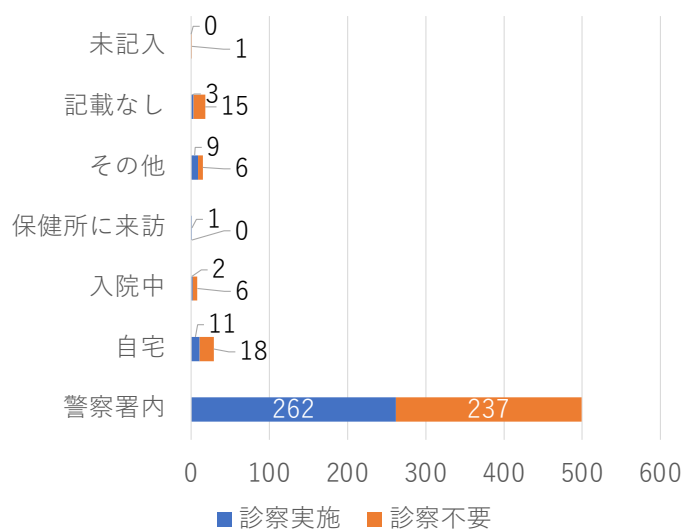


図3 通報時の警察官の付添

n=571

「あり」489例

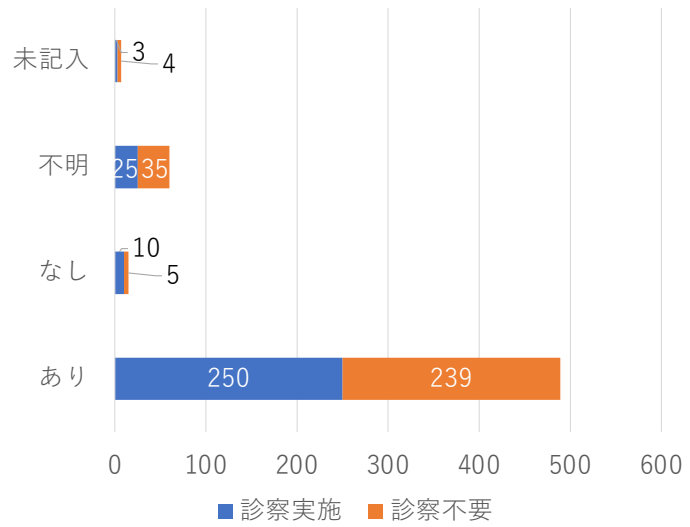
「なし」15例

「不明」60例

「未記入」7例

通報時に警察官が本人に付き添っているかどうかで比較。診察要否に有意差なし ($\chi^2(2)=3.677, ns$)。

直前の設問にて本人の所在「警察署内」499例であり、本設問「あり」489例より多い、このため、不明の中に、あえて付添状況についての言及までなされていない例があるものと考えられる。



余白

図4 通報書に記載されている
具体的な精神科治療歴：診断

n=571

「あり」207例

「記載なし」282例

「不明」73例

「未記入」9例

通報書に診断名の記載が「あり」「記載なし」「不明」「未記入」において、「記載なし」で診察実施、「不明」「未記入」にて診察不要とされていた ($\chi^2(2)=9.326$, $p<.01$)。

記載ありで診察実施となりそうでもあるが、診断名が、神経症圏やパーソナリティ障害であれば、診察不要とされる可能性が高く、記載があるから診察実施といった関係にはなっていないとも考えられる。

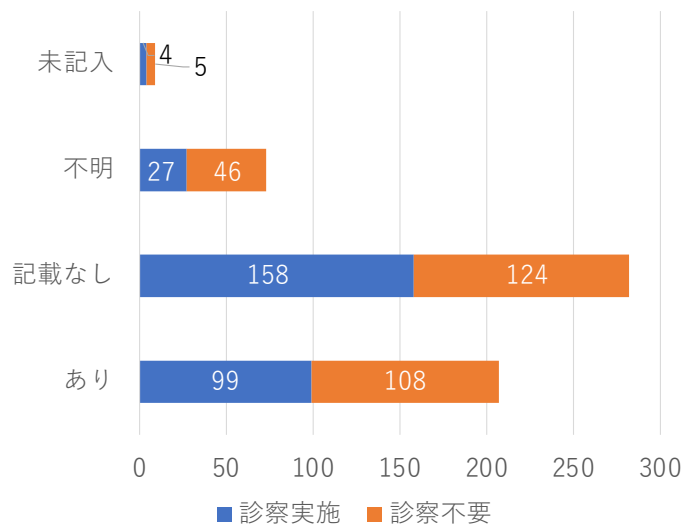


図5 通報書に記載されている
具体的な精神科治療歴：通院状況

n=571

「定期的に通院中」134例

「治療中断」28例

「診断治療歴なし」12例

「記載なし」288例

「不明・その他」96例

「未記入」13例

「定期的に通院中」、「治療中断」、それ以外の3群で比較し、診察要否にいくらか差異はあるが有意ではなかった ($\chi^2(2)=5.734$, $.05<p<.10$)。

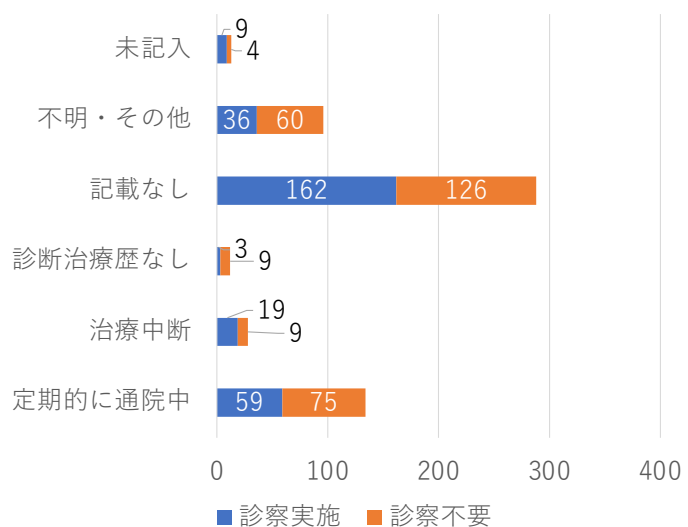


図6 自傷行為の有無

n=571

「あり」 215例

「なし」 327例

「不明」 26例

「未記入」 3例

自傷行為の有無「あり」、「なし」、それ以外と診察要否に有意差なし ($\chi^2(2) = 0.884$, ns)。

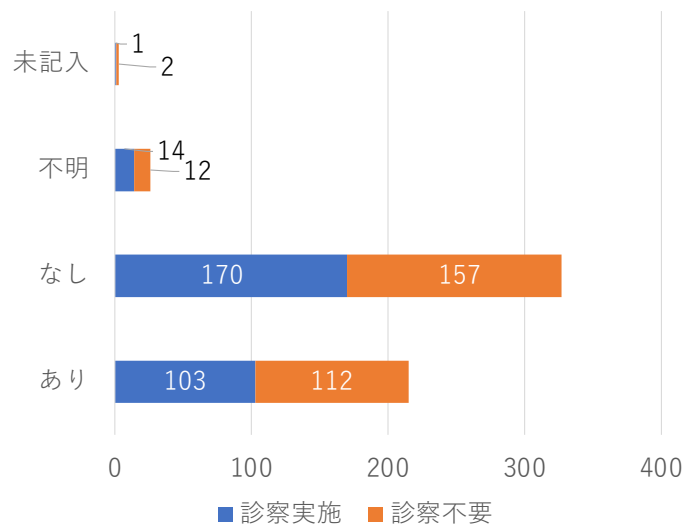


図7 今後の自傷行為のおそれ

n=571

「あり」 221例

「なし」 194例

「不明」 35例

「未記入」 121例

今後の自傷行為のおそれの有無と診察要否で、「あり」で有意に診察実施が多かった ($\chi^2(2) = 9.136$, $p < .05$)。

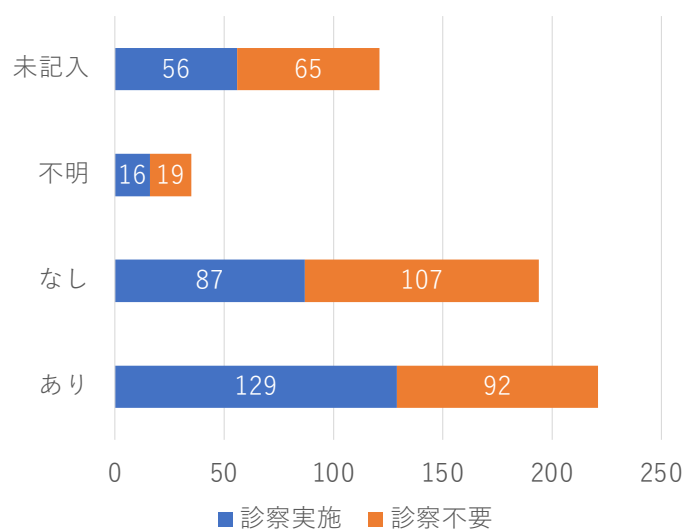


図8 他害行為の有無

n=571

「あり」 307例

「なし」 234例

「不明」 18例

「未記入」 12例

他害行為の有無「あり」で有意に診察実施、「なし」で有意に診察不要であった ($\chi^2(2)=21.500$, $p<.01$)。

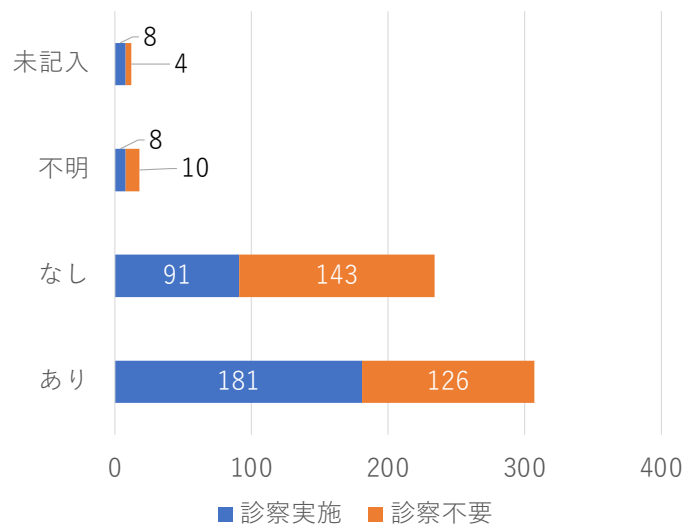


図9 他害行為の対象が人である

n=571

「あてはまる」 263例

「あてはまらない」 143例

「不明」 30例

「未記入」 135例

「あてはまる」あるいは「不明」で有意に診察実施、「未記入」で有意に診察不要であった ($\chi^2(3)=38.587$, $p<.01$)。

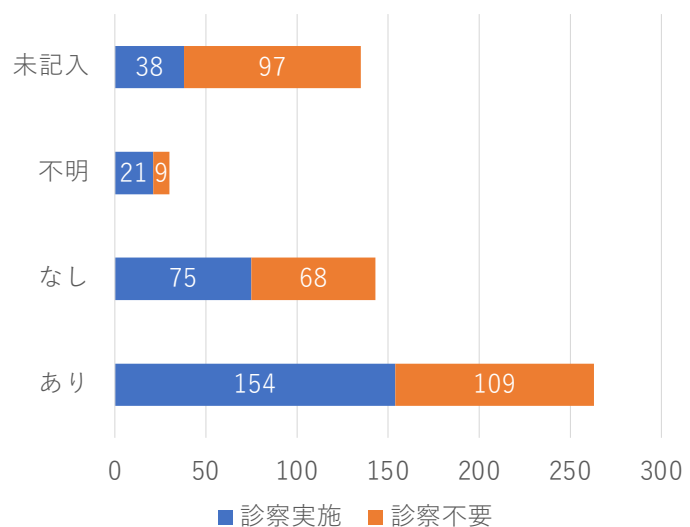


図10 他害行為の対象が物である
n=571

「あてはまる」134例

「あてはまらない」257例

「不明」40例

「未記入」140例

「あてはまる」あるいは「あてはまらない」で有意に診察実施、「未記入」で有意に診察不要であった ($\chi^2(3) = 38.587$, $p < .01$)。

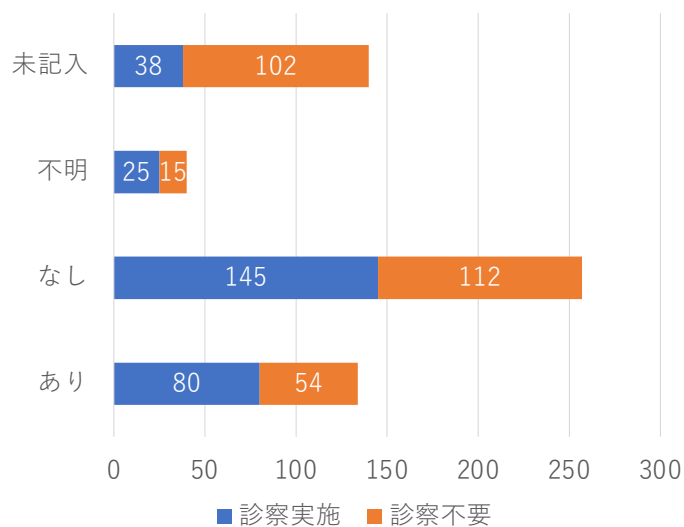


図11 今後の他害行為のおそれ
n=571

「あり」273例

「なし」140例

「不明」29例

「未記入」129例

今後の他害行為のおそれ「あり」で有意に診察実施、「なし」または「未記入」で有意に診察不要であった ($\chi^2(3) = 69.534$, $p < .01$)。

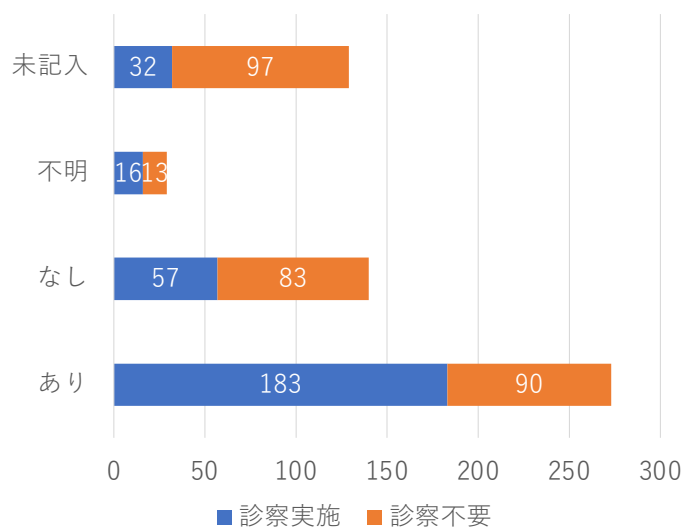


図 1 2 自傷他害行為の有無と対応

n=571

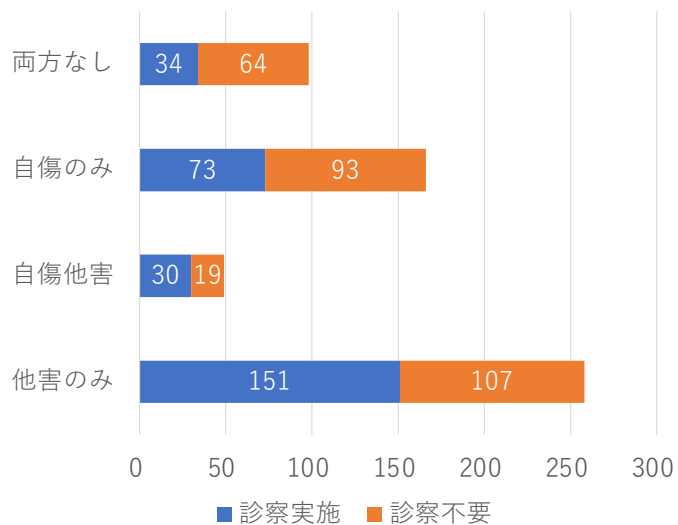
「他害のみ」 258例

「自傷他害」 49例

「自傷のみ」 166例

「両方なし」 98例

「他害のみ」で有意に診察実施、
「自傷のみ」または「両方なし」
で有意に診察不要であった
($\chi^2(3) = 21.524$, $p < .01$)。



この項目は、図 6 自傷行為の有無×図 8 他害行為の有無。
図 6 自傷行為 では、診察要否に有意差がなかったことに留意。
この項目は、事前調査でも評価されていることに留意を要する。

図 1 3 今後の自傷他害のおそれの有無と対応

n=571

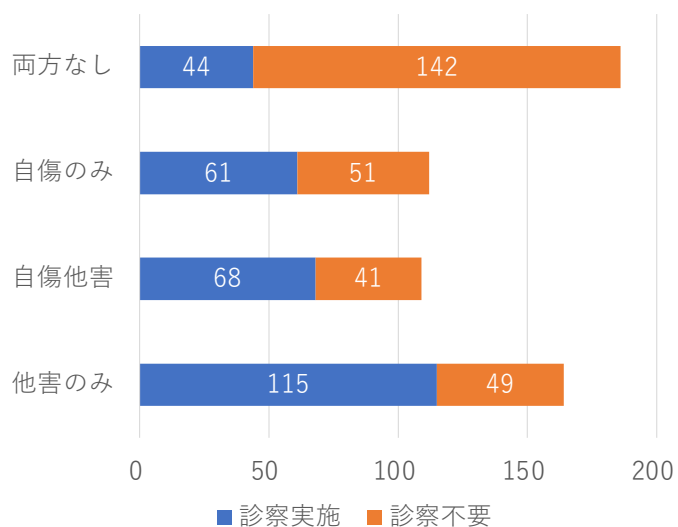
「他害のみ」 164例

「自傷他害」 109例

「自傷のみ」 112例

「両方なし」 186例

「他害のみ」「自傷他害」で有意に診察実施、
「両方なし」で有意に診察不要であった
($\chi^2(3) = 85.739$, $p < .01$)。



この項目は、図 7 今後の自傷行為のおそれ×図 8 今後の他害行為のおそれ。
この項目は、事前調査でも評価されていることに留意を要する。

図14 今回の通報とそれ以前の
重大な他害行為：殺人

n=571

「記載なし」 324例

「今回あり」 3例

「既往あり」 0例

「未記入」 244例

「今回あり」「既往あり」の件数が少なく、検定は実施していない。

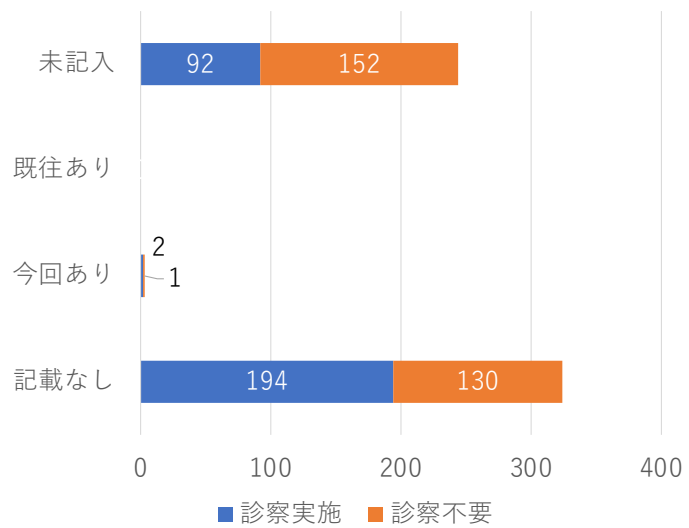


図15 今回の通報とそれ以前の
重大な他害行為：傷害

n=571

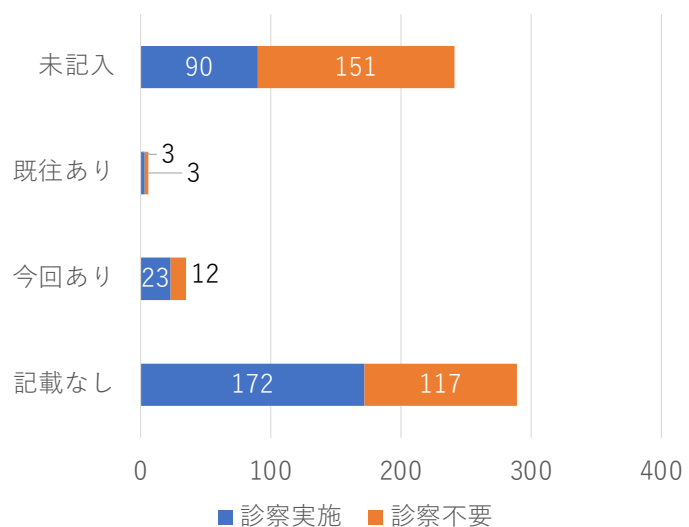
「記載なし」 289例

「今回あり」 35例

「既往あり」 6例

「未記入」 241例

記載なしで有意に診察実施が多く、未記入で有意に診察不要が多かった ($\chi^2(2) = 28.817$, $p < .01$)。



記載なしの場合は、ないことが通報書に明記されているが、未記入の場合は、通報書に何の言及もなく、保健所で評価ができず、診察不要となったと考えられる。

図1-6 今回の通報とそれ以前の
重大な他害行為：強盗

n=571

「記載なし」
「今回あり」
「既往あり」
「未記入」

「今回あり」「既往あり」の件数が少
なく、検定は実施していない。

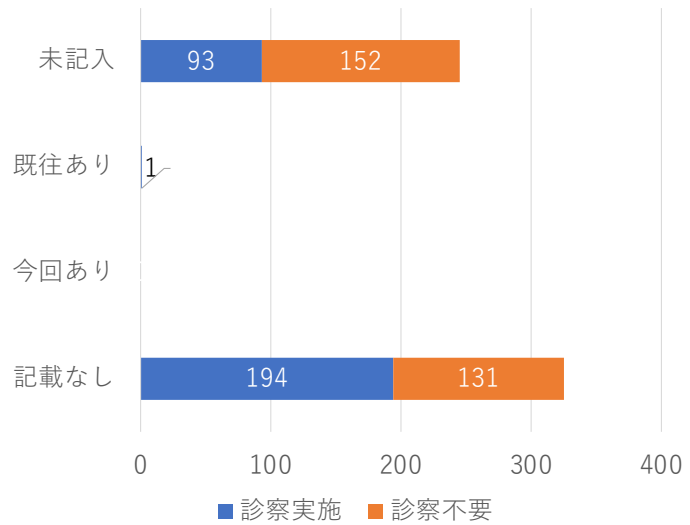


図1-7 今回の通報とそれ以前の
重大な他害行為：放火

n=571

「記載なし」
「今回あり」
「既往あり」
「未記入」

「今回あり」「既往あり」の件数が少
なく、検定は実施していない。

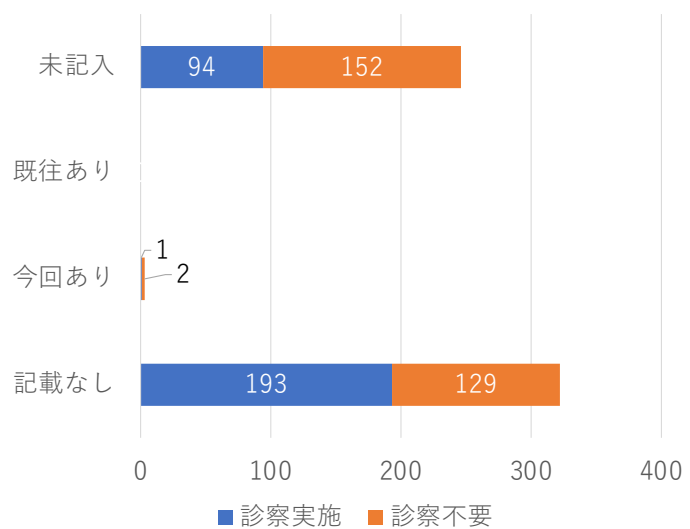


図18 今回の通報とそれ以前の
重大な他害行為：不同意性交

n=571

「記載なし」
「今回あり」
「既往あり」
「未記入」

「今回あり」「既往あり」の件数が少
なく、検定は実施していない。

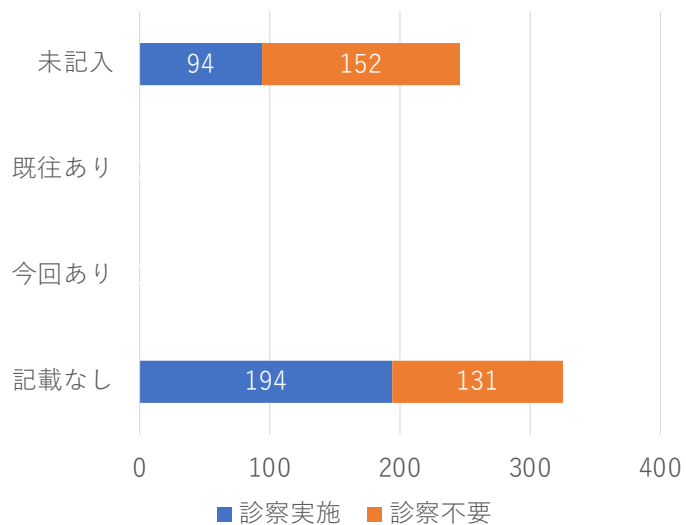


図19 今回の通報とそれ以前の
重大な他害行為：不同意わいせつ

n=571

「記載なし」
「今回あり」
「既往あり」
「未記入」

「今回あり」「既往あり」の件数が少
なく、検定は実施していない。

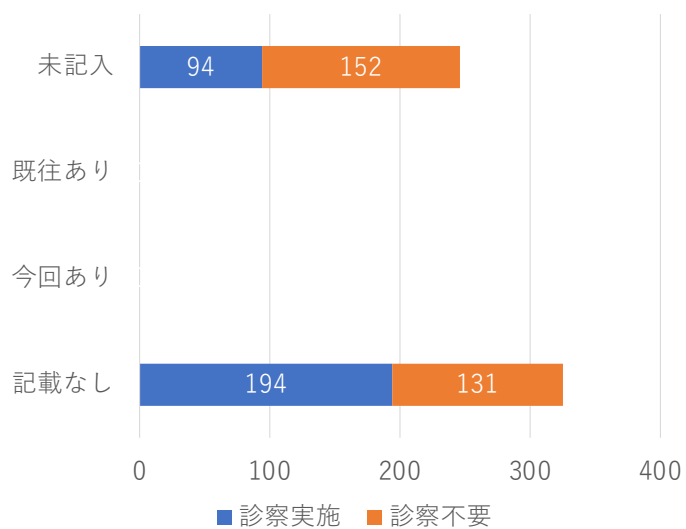


表1 通報時の本人の居場所と警察官の付添状況

	n	診察実施	診察不要
警察署内	499	262	237
付添あり	432	227	205
付添なし	8	7	1
不明	53	25	28
未記入	6	3	3
自宅	29	11	18
付添あり	26	10	16
付添なし	3	1	2
入院中	8	2	6
付添あり	5	2	3
付添なし	2		2
不明	1		1
保健所来訪	1	1	
付添あり	1	1	
その他	15	9	6
付添あり	13	7	6
付添なし	2	2	
記載なし	18	3	15
付添あり	12	3	9
不明	6		6
未記入	1		1
未記入	1		1
計	571	288	283

表2 通報時の本人の居場所と警察官の付添状況 補足記載事項

補足記載事項	n	診察実施	診察不要
(一酸化炭素中毒で入院)	1	1	
I C U	1		1
コンビニ (警察捜査車)	1	1	
一時保護センター	1		1
学校	1		1
警察車両内	1		1
警察署に搬送中	1		1
警察署へ移送中	2	2	
警察署へ移動予定	1		1
現地	1	1	
実母宅	1		1
職場	1	1	
病院	3	3	
路上	2	1	1
(空白)	553	278	275
総計	571	288	283

表3（1） 警察官通報書に記載されていた診断など

記載事項	n	診察実施	診察不要
（警察への）通報日に病院を受診し医療保護入院。その後、（精神保健福祉法の）警察官通報あり。	1		1
「精神障害2級」との記載のみ	1		1
ADHD	1		1
A D H D	2	1	1
A D H D、自閉症スペクトラム	1		1
アルコール依存症	2	1	1
アルツハイマー型認知症	1		1
うつ	2		2
うつ、アスペルガー症候群	1		1
うつ、適応障害（抑うつ状態）、ADHD	1	1	
うつ病	27	14	13
うつ病 アルコール依存症	1		1
うつ病、パニック障害	1	1	
うつ病、パニック障害、適応障害	1		1
うつ病、双極性感情障害、心因性ストレス障害	1	1	
うつ病、統合失調症	2	2	
うつ病、不安障害	1	1	
うつ病、不眠症	1		1
うつ病、複雑性P T S D、アルコール依存	1		1
うつ病疑い	1		1
てんかん、うつ病	1		1
パニック障害	4		4
パニック障害、社会不安障害	1	1	
レヴィ小体認知症	1		1
解離性障害	3	1	2
解離性障害、パーソナリティ障害	1		1
気分障害、うつ病。不眠	1	1	
急性精神病	1	1	
境界性パーソナリティ障害	1	1	
境界性人格障害	1		1
境界性人格障害、統合失調症、うつ病	1		1
強迫性障害	2	1	1
広汎性発達障害	2		2
自閉スペクトラム症	1		1
自閉スペクトラム症、不安障害	1		1
自閉症	3	2	1

表3（2） 警察官通報書に記載されていた診断など

記載事項	n	診察実施	診察不要
自閉症、軽度の知的障害、強迫性障害	1		1
自閉症、知的障害	1		1
自閉症、知的障害、発達障害	1	1	
自閉症スペクトラム、うつ病	1	1	
情緒不安定性パーソナリティ障害	1		1
情緒不安定性パーソナリティ障害、市販薬依存症	1	1	
精神錯乱	1	1	
措置入院歴を有する	1		1
双極性感情障害	1		1
双極性障害	12	5	7
双極性障害、広汎性発達障害	1	1	
双極性障害、適応障害、記憶障害、睡眠障害	1		1
双極性障害、発達障害	1		1
躁うつ、統合失調症	1		1
躁うつ病、アルコール感情障害疑い	1	1	
知的障害	2		2
知的障害、発達障害	2	2	
注意欠陥多動性障害	1	1	
適応障害	2		2
適応障害、PTSD	1		1
適応障害、うつ病	1		1
適応障害の疑い	1		1
統合失調症	59	37	22
統合失調症、人格障害	1		1
統合失調症、双極性障害	1		1
統合失調症、発達遅滞	1	1	
統合失調症、反応障害	1		1
統合失調症、躁うつ病、解離性障害。境界性パーソナリティ障害	1		1
統合失調症（本人談）	1	1	
認知症	3	2	1
発達障害	3	1	2
非定型精神病	1	1	
病名は不明と記載	1		1
不安障害	1		1
不明	2	1	1
妄想性障害	1		1
(空白)	383	200	183
総計	571	288	283

措置通報および措置入院の実態に関する研究

その 2 （3）

精神保健福祉法第 23 条に基づく

警察官通報の現状把握に関する研究

《3》事前調査の検討

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）、大塚 達以（宮城県精神医療センター）、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 23 条に基づく警察官通報の現状を把握するため、2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日までの 15 日間における警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う。このため、この報告書は、次の 4 つに分けた。

《1》警察官通報調査の概要と転帰（2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日、n=571）

《2》警察官通報書の検討（2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日、n=571）

《3》事前調査の検討（2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日、n=571）

《4》精神保健指定医による措置診察例の検討（2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日、n=288）

なお、《1》から《4》を通しての評価ならびに数理統計的手法での検討については、2025 年度に行うこととした。

本稿では、このうち、《3》事前調査の検討、について、以下、述べることとした。

《3》事前調査の検討

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

【方法】調査方法および倫理審査の概要は、「《1》警察官通報調査の概要と転帰」に示した通りである。この報告書では、このうち、通報を受けた都道府県・政令指定都市が事前調査として通報例についての調査から得られた年齢、性別、精神症状や問題行動、治療歴、自傷他害のおそれなどに関する事項について検討した。

【結果】571 例のうち、「《1》警察官通報調査の概要と転帰」では事前調査実施 559 例、不実施 12 例との回答であったが、実際の事前調査票データについては 570 例で何らかの記載があり、この報告「《3》事前調査の検討」では、この 570 例について集計した。

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検討を行った。まず幻覚妄想・明白な病的言動、状況認知判断障害、生活維持困難が明らかな例、あるいは他害行為がある例では診察実施と判断されていた。また、事前調査で本人面接が実施される、治療歴がないといった場合も診察実施との判断に至るようでもあった。アルコール・薬物乱用の問題がない例では診察実施と判断される一方、診断歴、治療歴・受診の状況が不明といった例では診察不要とされていた。

【結論】警察官通報例においては、精神症状が明らかな例や問題行動が明らかな例ではおおむね診察実施とされていた。事前調査において本人面接が行われない例が目立つことがあるが、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）について感染症法の位置づけが 5 類移行が行われた直後の調査でもあり、パンデミックの影響も考慮せざるを得ないと思われた。全体として、措置診察を要するかどうかについての適正な事前調査が行われている様子が明らかとなった。

A. 研究の背景と目的

警察官通報においては、警察官の職務執行中に発見された精神障害者について、幅広く通報を要する趣旨であるとされている¹⁾。しかし、措置入院制度においては、行動制限など人権制約も大きい²⁾ため、措置入院が必要な事例に適正に適用し、それ以外の事例については相応な処遇とすることが求められる。この点で、措置診察を要するかどうか、通報を受けた都道府県・政令指定都市において、適正な事前調査を行うことが求められている。

前述「《1》警察官通報調査の概要と転帰」および「《2》警察官通報書の検討」に示したように、近年、警察官通報件数は増加しており、事前調査は重要な役割を果たしている。事前調査についての検討は、

2000 年、2010 年の警察官通報を対象とした調査でも行っているが、「《1》警察官通報調査の概要と転帰」でも述べたように、動向が変化している可能性もある²⁻³⁾。

そこで、警察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎資料とするため、本稿では、事前調査書の検討を行った。

B. 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、調査を行った。対象は、2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日までに受理したすべての警察官通報例とした。

調査全体については、《1》警察官通報調査の概要と転帰、に述べた。

具体的には、年齢、性別、精神症状や問題行動、治療歴、自傷他害のおそれに関する事項など、以下の項目を「事前調査書」から所定の調査票に転記を求めた。

- ① 事前調査日
- ② 年齢・性別
- ③ 事前調査における本人面接の有無
- ④ 幻覚妄想あるいは明確に病的な行動や言動の有無・状況
- ⑤ 社会生活における状況認知・判断の障害の有無・状況
- ⑥ 基本的な生活維持の困難の有無・状況
- ⑦ 自傷行為の有無・状況
- ⑧ 他害行為の有無・状況
- ⑨ 精神障害の診断歴の有無
- ⑩ 精神科治療歴・受診歴の状況
- ⑪ 現在（3ヶ月以内）の精神障害の治療状況
- ⑫ アルコール・薬物乱用の有無
- ⑬ 措置入院先選択に関係する重大な身体合併症の有無
（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、2024年5月30日に承認を受けた。

C. 結果

1 自治体の回答状況、年齢・性別

自治体の回答状況、年齢・性別は、《1》警察官通報調査の概要と転帰、に述べた。

再掲すると、47都道府県・20政令指定都市のうち、45自治体（32都道府県・13政令指定都市）から571例の提出を受けた。年齢・性別は、 43.5 ± 18.3 歳、男性273例、女性298例、男女比0.92:1であった。

2 事前調査の実施状況

事前調査の実施状況について、とりまと

め票に、事前調査を、「実施した」か「実施していない」か、の回答を求めた。

とりまとめ票においては、事前調査を実施した559例、実施していない12例であった。

ただ、このような回答ではあったものの、実際に提出された調査票について、事前調査項目の記載を確認すると、571例のうち570例では、事前調査にかかる項目に回答がなされていた。実施していないとされた12例についても、うち11例では、自治体の定める形式での事前調査は実施されていないとしても、他の情報等から、事前調査票の記載がなされたものと考えられた。このため、本項ではこの570例について、そのまま集計した。

3 事前調査における本人面接

図1に事前調査における本人面接の状況を示した。

「面接した」367例（うち診察実施211例、診察不要156例）、「面接していない」203例（診察実施77例、診察不要126例）、わからない0例、事前調査票なし1例であった。

「面接した」群で診察実施が多く、「面接していない」群で、診察不要が多かった（Fisher両側検定： $p=0.0000$ ）。

4 幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動の有無・状況

幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動の有無・状況は、図2に示した。

「あり」334例（うち診察実施214例、診察不要120例）、「なし」197例（診察実施57例、診察不要140例）、「不明」35例（診察実施16例、診察不要19例）、「未記入」4例（診察実施1例、診察不要3例）、事前調査票なし1例であった。

「あり」群で診察実施が多く、「なし」群で診察不要が多かった（ $\chi^2(2)=62.286$, $p<.01$ ）。

5 社会生活における状況認知・判断の障

害の有無・状況

社会生活における状況認知・判断の障害の有無・状況は、図3に示した。

「あり」191例（うち診察実施135例、診察不要56例）、「なし」156例（診察実施51例、診察不要105例）、「不明」218例（診察実施100例、診察不要118例）、「未記入」5例（診察実施2例、診察不要3例）、事前調査票なし1例であった。

「あり」群で診察実施が多く、「なし」群で診察不要が多かった。 $(\chi^2(2)=52.775, p<.01)$

6 基本的な生活維持の困難の有無・状況

基本的な生活維持の困難の有無・状況（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）は、図4に示した。

「あり」111例（うち診察実施73例、診察不要38例）、「なし」191例（診察実施71例、診察不要120例）、「不明」265例（診察実施143例、診察不要122例）、「未記入」3例（診察実施1例、診察不要2例）、事前調査票なし1例であった。

「あり」群で診察実施が多く、「なし」群で診察不要が多かった。 $(\chi^2(2)=24.907, p<.01)$ 。

7 自傷行為の有無

自傷行為の有無は、図5に示した。

「あり」198例（うち診察実施111例、診察不要87例）、「なし」337例（診察実施153例、診察不要184例）、「不明」32例（診察実施23例、診察不要9例）、「未記入」3例（診察実施1例、診察不要2例）、事前調査票なし1例であった。

「あり」群で差異はないが、「なし」群で診察不要が多かった。 $(\chi^2(2)=8.815, p<.05)$ 。

8 他害行為の有無

他害行為の有無は、図6に示した。

「あり」298例（うち診察実施192例、診察不要106例）、「なし」253例（診察実施86例、診察不要167例）、「不明」14例

（診察実施14例、診察不要14例）、「未記入」5例（診察実施3例、診察不要2例）、事前調査票なし1例であった。

「あり」群で診察実施が多く、「なし」群で診察不要が多かった。 $(\chi^2(2)=50.879, p<.01)$ 。

他害行為の内容は、図7に示した。

傷害、暴行、器物損壊の項目については、他害行為の有無と診察実施の有無すべてのカラムでnが5を上回るため、Fisher直接確率検定を行い、いずれも有意に診察実施されているという結果であった。

9 生涯診断歴

生涯診断歴は、図8に示した。

「あり」395例（うち診察実施203例、診察不要192例）、「なし」91例（診察実施52例、診察不要39例）、「不明」80例（診察実施32例、診察不要48例）、「未記入」4例（診察実施1例、診察不要3例）、事前調査票なし1例であった。

「不明および未記入」群で診察不要が多かった。 $(\chi^2(2)=6.367, p<.05)$ 。

10 精神科治療・受診歴

精神科治療・受診歴は、図9に示した。

「あり」400例（うち診察実施211例、診察不要189例）、「なし」94例（診察実施53例、診察不要41例）、「不明」72例（診察実施23例、診察不要49例）、「未記入」4例（診察実施1例、診察不要3例）、事前調査票なし1例であった。

「不明および未記入」群で診察不要が多かった。 $(\chi^2(2)=13.621, p<.01)$ 。

11 現在の精神科治療状況

現在、すなわち3ヶ月以内の精神科治療状況は、図10に示した。

「あり」268例（うち診察実施135例、診察不要133例）、「なし」159例（診察実施92例、診察不要67例）、「不明」139例（診察実施60例、診察不要79例）、「未記入」4例（診察実施1例、診察不要3例）、事前調査票なし1例であった。

「なし」群で診察実施が多く、「不明および未記入」群で診察不要が多かった ($\chi^2(2)=7.899, p<.05$)。

1.2 薬物乱用の有無

薬物乱用の有無は、図1.1に示した。

「あり」15例（うち診察実施7例、診察不要8例）、「なし」469例（診察実施225例、診察不要244例）、「不明」75例（診察実施50例、診察不要25例）、「未記入」11例（診察実施6例、診察不要5例）、事前調査票なし1例であった。

「なし」群で診察不要が多く、「不明」群で診察実施が多かった ($\chi^2(2)=7.977, p<.05$)。

1.3 アルコール飲用の有無

アルコール飲用の有無は、図1.2に示した。

「あり」42例（うち診察実施15例、診察不要27例）、「なし」459例（診察実施228例、診察不要231例）、「不明」59例（診察実施40例、診察不要19例）、「未記入」10例（診察実施5例、診察不要5例）、事前調査票なし1例であった。

「あり」群で診察不要が多く、「不明」群で診察実施が多かった ($\chi^2(3)=10.971, p<.05$)。

1.4 身体合併症の有無

身体合併症の有無は、図1.3に示した。ここで、身体合併症については、「措置入院先選択に関係する重大な身体合併症」とした。

「あり」8例（うち診察実施1例、診察不要7例）、「なし」477例（診察実施244例、診察不要233例）、「不明」71例（診察実施37例、診察不要34例）、「未記入」14例（診察実施6例、診察不要8例）、事前調査票なし1例であった。

措置入院先選択に関係する重大な身体合併症「あり」とされたものが、ほとんどなかったため、統計的な検定は行うことができなかった。なお、妊娠は身体合併症に含めた。

1.5 過去の司法処分の有無

過去の司法処分の有無は、図1.4に示した。

「あり」9例（うち診察実施7例、診察不要2例）、「なし」199例（診察実施122例、診察不要77例）、「不明」341例（診察実施151例、診察不要197例）、「未記入」14例（診察実施8例、診察不要6例）、事前調査票なし1例であった。

過去の司法処分「あり」とされたものが、ほとんどなかったため、統計的な検定は行うことができなかった。

D. 考察

1 事前調査の実施状況について

事前調査の実施状況は、自治体から実際に提出された調査票のうち事前調査項目の記載があった例の回答をそのまま、集計した。

事前調査を実施したかどうかは、自治体の定める形式での事前調査が行われたかどうかによって、見方は相違する場面があり得るものの、実際には事前調査と同等の情報収集は、ほぼ全例で行われていることが判明した。

なお、検察官通報調査においては、自治体において、既に警察官通報など他の通報等により通報を受け付けており、情報を有しているといった状況も指摘されていた。保健所と警察が密に連携を取っている場合、あるいは保健所が事前に関わりを持っている場合など、他に十分な情報源を有する場合では、改めて事前調査を行うことはない等の判断がなされることもあるようであった⁴⁾。

事前調査を行うかどうかについては、COVID-19 パンデミックの影響も少なかった。パンデミック以前であれば、自治体が被通報者に対面して調査を求めれば、以後は警察官がそれに応じるかどうかだけであった。そして、現実には被通報例の身

柄が拘束されていれば事前調査は行われ、そうでなければ事実上、事前調査は不可能であった。

もちろん、今回の調査時点でも、その構図には変化はないものの、パンデミックによって、被通報者が感染対策に応じるかどうかといった問題も加わり、都道府県・政令指定都市の保健担当部局が極端な繁忙に見舞われる中で、被通報者に対面して調査を行うことにハードルがあがったともいえる。

2020年時点では、厚生労働省の措置入院の運用に関するガイドラインは運用されているものの⁵⁻⁶⁾、事前調査については都道府県・政令指定都市において、なお多様であり、標準化の途上にあることの影響も大きいと考えられる。

2 症状について

幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動、社会生活における状況認知・判断の障害、基本的な生活維持の困難などの症状や問題行動がある例で、診察実施と判断されることが多かった。これは精神症状が顕著に出現している通報例において入院の要否が検討されている訳で、精神科治療への円滑な導入という点で、措置入院制度はもとより、精神保健福祉法の趣旨に照らして当然と考えられた。

なお、幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動の有無、社会生活における状況認知・判断の障害、基本的な生活維持の困難、自傷行為、他害行為の有無については、過年度調査では「あり」を「明らか」と「軽度」にわけていたが、「明らか」「軽度」とは、それぞれどの程度か、との照会が多く、統計的な差異も明確ではなかったため、今回調査では「あり」「なし」と単純化して尋ねることとした。このような項目では、調査を行う際に、研究者としてはより正確な情報を得るべく、より細分化した設問を設けたくなるが、細分化する

ことで設問者と回答者の間での状態像の理解に齟齬が生じる等のために、意図に反して、結果の一致が得られにくくなる現象が生じる可能性にも留意を要する。

3 自傷他害について

他害については「あり」群では診察実施が多かったが、「なし」群で診察不要が多かった。措置入院制度が精神症状による自傷他害のおそれを要件にしている以上、自傷他害のおそれがある例において診察実施となるのは、当然ではある。

自傷では、「あり」群では差異はないが、「なし」群で診察不要が多かった。

ここで、自傷、他害それぞれの有無は独立した事象である。自傷がない例でも他害があれば診察実施されると思われる。ただ、自傷がない群には自傷のおそれもある例も含まれる。このことから、自傷なし群には、見かけ上、診察不要が多くなっているものと考えられた。「不明」と「未記入」群では、逆に他害のおそれがある事例が多いと想定され、このために診察実施が多くなっていると思われた。

このため、自傷、他害については、この報告のような記述統計的手法により評価するのではなく、数理統計的手法での検討が望ましい。これは2025年報告書において、論じる予定としている。

なお、自傷他害についても、過年度調査では「あり」を「明らか」と「軽度」にわけていたが、今回は前述「2 症状について」と同様の理由により、「あり」「なし」としている。

4 診断・既往歴について

生涯診断歴や精神科治療歴、また現在の治療状況では、「不明」群と「未記入」群で診察不要が多く、現在、すなわち3ヶ月以内の精神科治療状況「なし」群で診察不要が多かった。精神科治療歴が不明など、はっきりしない群では診察不要とされる傾向が顕著であった。

2010 年の警察官通報例の調査では現在治療あり群が措置診察となる Odds 比は 0.51 (0.34-0.79, $p=0.002$) であり、生涯診断歴あり、精神科治療歴あり群では、ともに有意差はなかった⁷⁾。警察官通報では、現在治療中であれば診察不要と判断されるようで、検察官通報の検討に類似し、矯正施設長通報の検討とは真逆の結果であった^{4,8)}。

これは、警察官通報や検察官通報は問題行動から通報まで間がないため医療を受ける関係性が切れていないが、矯正施設長通報では一定期間、矯正施設に入所しているため治療関係が途切れていることが考慮されているものと思われた。

5 薬物乱用歴について

薬物乱用歴においては、「なし」群で診察不要が多く、「不明」群で診察実施が多かった。まず、「あり」群で差が認められていないのは事例数が少ないためと考えられた。「なし」群で診察不要となるのは、薬物の問題で警察が関与した事態ではないと判断されるため、不明で診察実施となるのは、精神症状の関連を検討する必要があると判断された結果と思われた。

この点、検察官通報では、「なし」群で診察実施が多く、「不明」群で診察不要が多かった⁴⁾。検察官通報においては、薬物の問題がなければ、精神病などの可能性が高いと判断され、薬物の問題があれば、それと精神症状の関連を検討された結果であると思われた。

6 アルコール乱用について

アルコール乱用の問題においては、「あり」群で診察不要が多く、「不明」群で診察実施が多く、「なし」群では差は認められなかった。この点、検察官通報では、「なし」群で診察実施が多く、「不明」群で診察不要が多く、「あり」群では差は認められなかった⁴⁾。

通報形態によって診察要否が変動しているが、検察官通報調査や矯正施設長調査と

比較する場合には、飲酒から診察に至る時間を考える必要がある。警察官通報では問題行動から通報までの時間が短く、被通報者は酩酊状態のことさえありうる。検察官通報の場合は、酩酊状態であることはないだろうが、問題行動から通報まで早くて数日で、問題行動が酩酊の影響下にあったかどうか、また被通報者がアルコール問題を抱えているかなど、アルコールに関して多角的に検討することが求められる。一方、矯正施設長通報であれば、施設内での飲酒は不可能なので必然的に、被通報者がアルコール問題を抱えているか、退所後にそれが影響するかを検討することとなる。

この視点に照らすと、今回の調査で、「あり」群で診察不要が多く、「不明」群で診察実施が多く、「なし」群では差は認められなかったという結果については、次のように考えることができる。まず、アルコール問題「あり」群は通報の時点では酩酊状態で診察ができないか、または酩酊からさめて落ち着きを取り戻している状態で会ったと考えられる。「不明」群で診察実施が多いのは、アルコールの影響がないかわからないが、それでも通報される状態であり、何らかの逸脱行動を引き起こしているものが明確でなく、そのために診察が必要と判断されているものと思われた。「なし」群では、アルコールの影響はないため、他の要因は共通で、診察要否判断に差が出るようなことはなかったと考えられる。

7 身体合併症について

措置入院先選択に関係する重大な身体合併症については、「あり」が、ほとんどなく、統計的な検討は行わなかった。

ここで、重大な身体合併症については、一旦、措置入院となってしまうと、措置入院先医療機関には、きわめて大きな負担となってしまう。ただ、この危機感は、警察官や保健所等では十分に共有されているとはいえ

ない。このため、措置入院してしまった場合には、精神科病院、総合病院ともに深刻な問題となることがあり、入院先の選定に際して、時に大きな問題となりうる。こうしたことから、措置入院先選択に関係する重大な身体合併症については、数が少なくても、決して軽視はできない。

今回、妊娠例も報告されたが、措置入院を受け入れる医療機関で妊娠を適切に対応できるところが、どのくらいあるか考えると、大変悩ましい。身体合併症の問題についてはこの報告書でも、別に報告されており、こちらも参照されたい。

8 過去の司法処分について

ここでは、今回の通報より以前の司法処分について尋ねた。ただ、過去の司法処分「あり」とされたものが、ほとんどなく、統計的な検討は行わなかった。

ただ、この設問では「不明」が多く、警察官通報における事前調査では、情報も限られるため、本当はないのか、不明の中に問題を抱える一群が暗数として存在するのか、わからないが、後者の可能性は視野に置く必要はあると思われた。

9 警察官通報が増加していることの事前調査への影響について

通報例の増加による事前調査への影響については、検察官通報や矯正施設長通報において著増していることとも通じるが、疑わしい例については通報し、漏れないように対応するという制度が、果たして妥当か、ということでもある。

たしかに、もれなく通報することで、支援からこぼれ落ちる例を減らすことはできる。しかし、それは通報を受理する側が、きちんと対応できる体制にある、ということが前提である。

もちろん、通常時であれば問題なく対応できるかどうか、これだけ通報数が増えれば課題となる。加えて、今回のようなパンデミックのもとで保健所の機能が制限さ

れるような事情があれば、はたして、広くすくい上げて、ふるいにかける、という制度が妥当か、悩ましい課題ではある。このような状況においては、過剰な負荷により、全体として機能不全に陥る懸念があるからである。

通常時における通報を受理する保健所の側の負担も軽視できない。これについては、《2》警察官通報書の検討、でも述べたが、実際の警察官通報にかかる実務は、措置診察、移送、入院先選定等を含め、1件あたり7時間程度を要するとされている^{9・12)}。そして診察不要としても、その判断の妥当性を説明する負荷が生じる。

もちろん事前調査はその一部にとどまるとはいえ、全体としてみると通報を受理する保健所には、多大な労力を払うことが求められる。措置診察に際してはこれだけの労力を費やして積極的に評価すべきケースか、型どおりの対応にとどめて差し支えないケースかが慎重に見極められた上で、事前調査の質に直接影響しているとしているともいえる。

まとめ

警察官通報例においては、精神症状が明らかな例や問題行動がある例では、おおむね診察実施されており、措置診察を要するかどうかについての適正な事前調査が行われている様子が明らかとなった。

事前調査において本人面接が行われない例が目立つなど、パンデミックの影響も考慮せざるを得ないと思われた。ただ、全体として、措置診察を要するかどうかについての適正な事前調査が行われている様子が明らかとなった。

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) 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-新版-, pp261, ぎょうせい, 東京, 1996
- 2) 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: 措置入院制度の適正な運用に関する研究 平成 14 年度総括・分担研究報告書 pp.13-55, 2003
- 3) 吉住昭, 竹島正, 島田達洋, 他 (執筆: 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ついて. 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推進に関する研究_平成 23 年度総括・分担研究報告書. pp.69-107, 2012
- 4) 瀬戸秀文, 稲垣中, 太田順一郎, 他: 措置通報および措置入院の実態に関する研究 その 2 精神保健福祉法第 24 条に基づく警察官通報の現状把握に関する研究 《3》事前調査の検討. 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 (22GC2004) 令和 4 年度_分担研究報告書 pp191-206, 2023
- 5) 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
- 6) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉

部長通知: 「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」について.

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3290&dataType=1&pageNo=1

- 7) 吉住昭, 島田達洋, 小口芳世, 他 (執筆: 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. 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推進に関する研究_平成 24 年度総括・分担研究報告書. pp.69-91, 2013
- 8) 瀬戸秀文, 稲垣中, 岩永英之, 他. 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: 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 pp. 585-602, 2019
- 9) 渡辺康子, 金田一正史, 小貫幸子, 他: 措置診察及び措置入院に関する業務の現状と課題. 精神保健シリーズ 37: 1-4, 2007
- 10) 小貫幸子, 金田一正史, 田村美代子, 他: 措置診察及び措置入院に関する業務の現状と課題(第 2 報). 精神保健シリーズ 38: 1-5, 2008
- 11) 早川裕美, 岸本益実, 馬場 年之, 他: 精神保健福祉措置診察の医師の確保事業について. 福山医学 22: 29, 2015
- 12) 瀬戸秀文, 稲垣中, 島田達洋, 他: 措置診察を担当する精神保健指定医の招聘システムの各自治体における現状について. 精神科救急 28 (印刷中), 2025

図1 事前調査での面接の有無
n=571

「面接した」群で診察実施が多く、「面接していない」群で、診察不要が多かった（Fisher両側検定：p=0.0000）

（n=571、うち事前調査票なし1例）

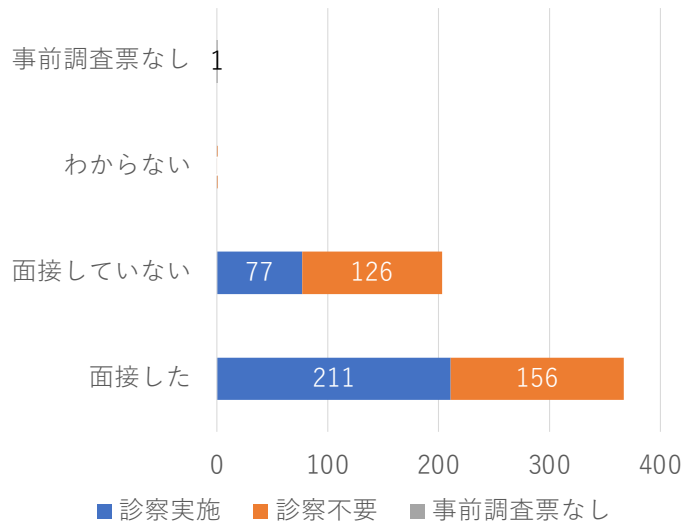


図2 幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動の有無・状況
n=571

「あり」群で診察実施が多く、「なし」群で診察不要が多い。
（ $\chi^2(2) = 62.286$ ， $p < .01$ ）

過年度調査では「あり」を「明らか」と「軽度」にわけていたが、「明らか」「軽度」とは、それぞれどの程度か、との照会が多く、統計的な差異も明確ではなかったため、今回調査では合わせて尋ねることとした。

（n=571、うち事前調査票なし1例）

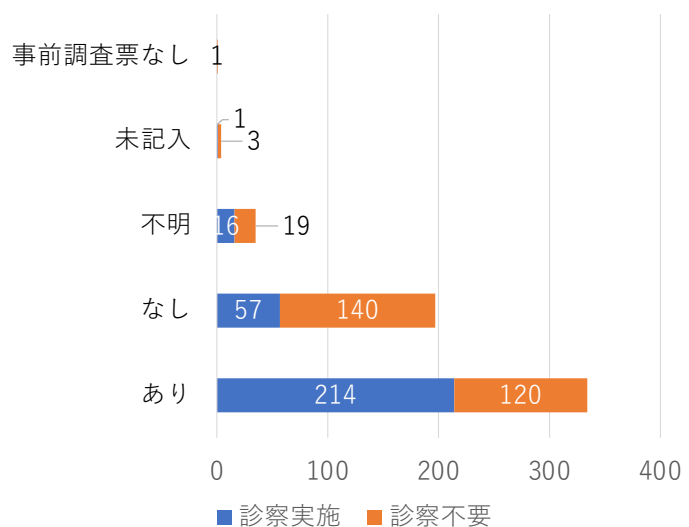


図3 社会生活における状況認知・判断の障害の有無・状況

n=571

「あり」群で診察実施が多く、
「なし」群で診察不要が多い。
($\chi^2(2) = 52.775$, $p < .01$)

過年度調査では「あり」を「明らか」と「軽度」にわけていたが、「明らか」「軽度」とは、それぞれどの程度か、との照会が多く、統計的な差異も明確ではなかったため、今回調査では合わせて尋ねることとした。

(n=571、うち事前調査票なし1例)

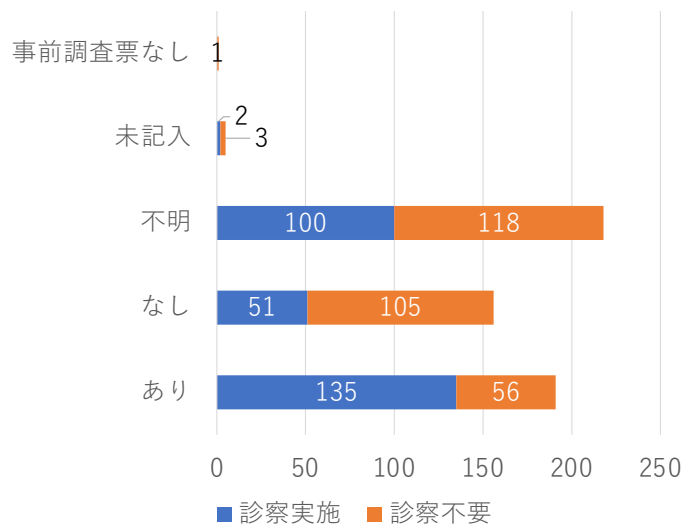


図4 基本的な生活維持の困難の有無・状況（睡眠・栄養・清潔の保持、電気・水道・ガスの確保、寒暑炎熱の防御等）

n=571

「あり」群で診察実施が多く、
「なし」群で診察不要が多い。
($\chi^2(2) = 24.907$, $p < .01$)

過年度調査では「あり」を「明らか」と「軽度」にわけていたが、「明らか」「軽度」とは、それぞれどの程度か、との照会が多く、統計的な差異も明確ではなかったため、今回調査では合わせて尋ねることとした。

(n=571、うち事前調査票なし1例)

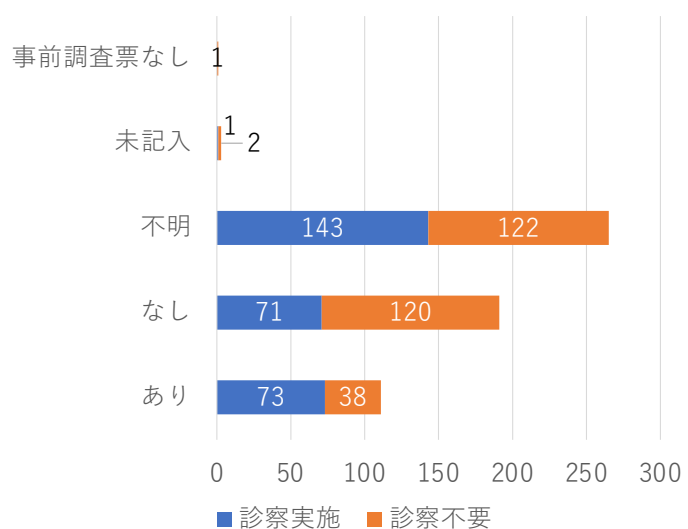


図5 自傷行為の有無

n=571

「あり」群で差異はないが、
「なし」群で診察不要が多い。

($\chi^2(2) = 8.815$, $p < .05$)

過年度調査では「あり」を「明らか」と「軽度」にわけていたが、「明らか」「軽度」とは、それぞれどの程度か、との照会が多く、統計的な差異も明確ではなかったため、今回調査では合わせて尋ねることとした。

(n=571、うち事前調査票なし1例)

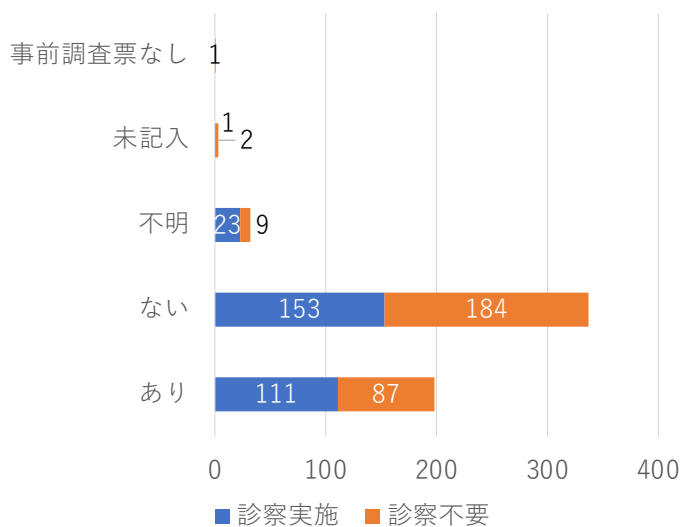


図6 他害行為の有無

n=571

「あり」群で診察実施が多く、
「なし」群で診察不要が多い。

($\chi^2(2) = 50.879$, $p < .01$)

過年度調査では「あり」を「明らか」と「軽度」にわけていたが、「明らか」「軽度」とは、それぞれどの程度か、との照会が多く、統計的な差異も明確ではなかったため、今回調査では合わせて尋ねることとした。

(n=571、うち事前調査票なし1例)

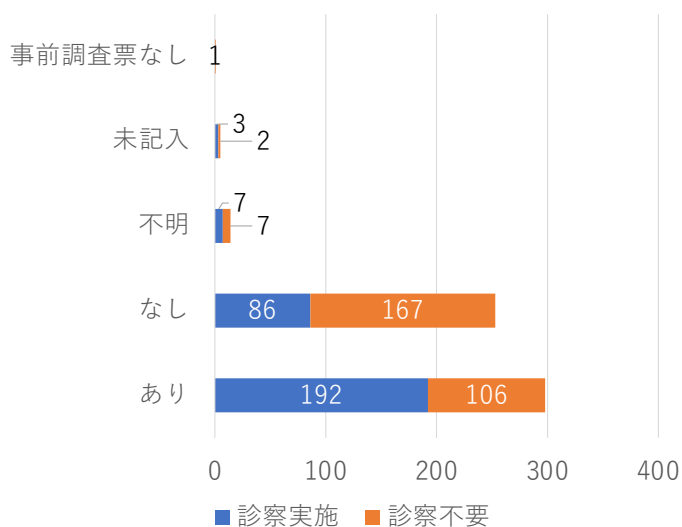


図7 他害行為の内容と
指定医診察実施の有無

n=571

暴行（Fisher p=0.0017片側）、
器物損壊（Fisher p=0.0315片
側）で、有意に診察実施されて
いた。

なお、指定医診察要否への影響
については、ロジスティック回
帰分析や決定木分析など、数理
統計的手法にて改めて評価する
予定である。

（n=571、うち事前調査票なし1例）

	あり 診察実施	あり 診察不要	なし 診察実施	なし 診察不要	Fisher 片側p=
殺人	4	3	284	280	
傷害	34	7	254	276	0.0000
暴行	73	43	215	240	0.0017
性的問題	3	2	285	281	
侮辱	1	0	287	283	
器物損壊	37	22	251	261	0.0315
強盗	0	0	288	283	
恐喝	4	0	284	283	
窃盗	3	1	285	282	
詐欺	0	0	288	283	
放火	5	0	283	283	
弄火	3	0	285	283	
その他	48	31	240	252	

図8 生涯診断歴

n=571

「不明および未記入」群で診察
不要が多い。

（ $\chi^2(2) = 6.367$, $p < .05$ ）

（n=571、うち事前調査票なし1例）

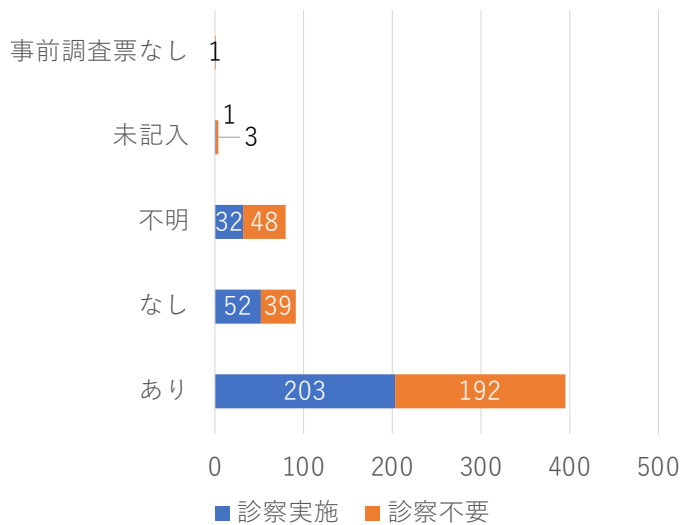


図 9 精神科治療・受診歴
n=571
「不明および未記入」群で診察
不要が多い。
($\chi^2(2) = 13.621$, $p < .01$)

(n=571、うち事前調査票なし1例)

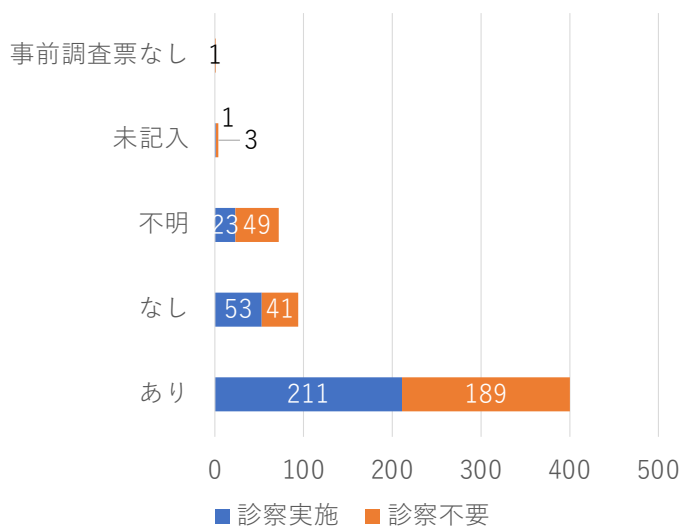


図 10 現在の精神科治療状況
現在、すなわち 3 ヶ月以内の精
神科治療状況を示した。

n=571
「なし」群で診察実施が多く、
「不明および未記入」群で診察
不要が多い。
($\chi^2(2) = 7.899$, $p < .05$)

(n=571、うち事前調査票なし1例)

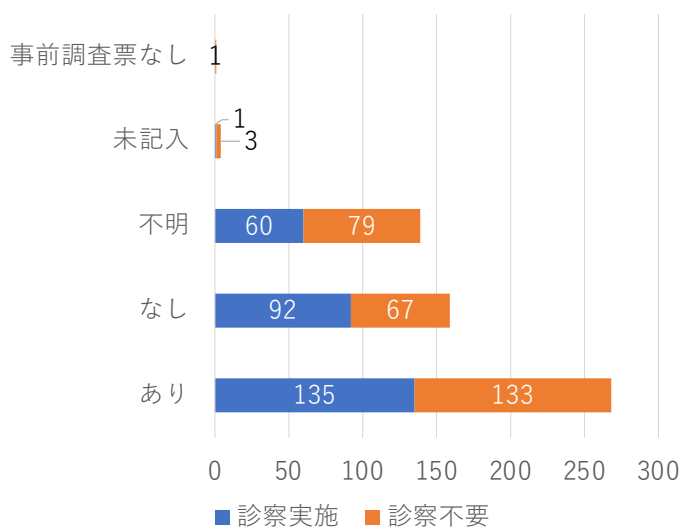


図 1 1 薬物乱用の有無

n=571

「なし」群で診察不要が多く、
「不明」群で診察実施が多い。
($\chi^2(2) = 7.977$, $p < .05$)

(n=571、うち事前調査票なし1例)

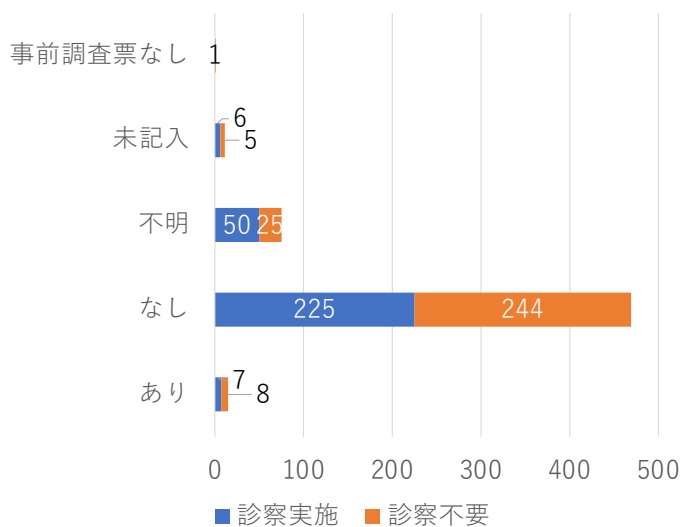


図 1 2 アルコール飲用の有無

n=571

「あり」群で診察不要が多く、
「不明」群で診察実施が多い。
($\chi^2(3) = 10.971$, $p < .05$)

(n=571、うち事前調査票なし1例)

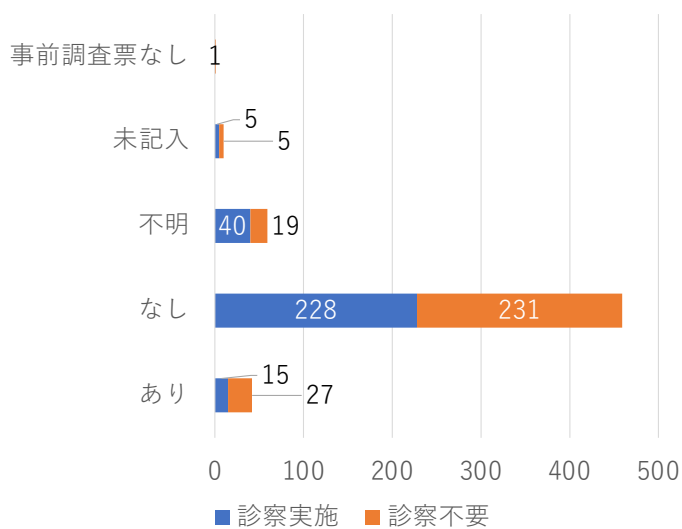


図1-3 身体合併症の有無
措置入院先選択に関係する重大な身体合併症とした。
n=571

身体合併症「あり」とされたものが、ほとんどなかったため、検定は行わなかった。
なお、妊娠は身体合併症に含めた。

(n=571、うち事前調査票なし1例)

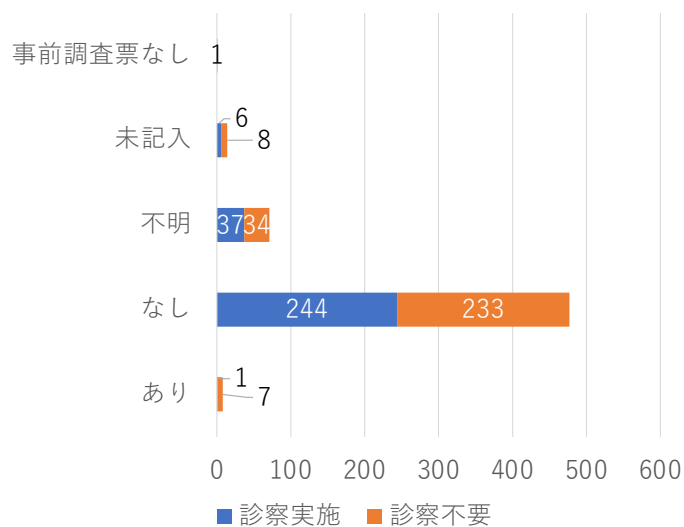
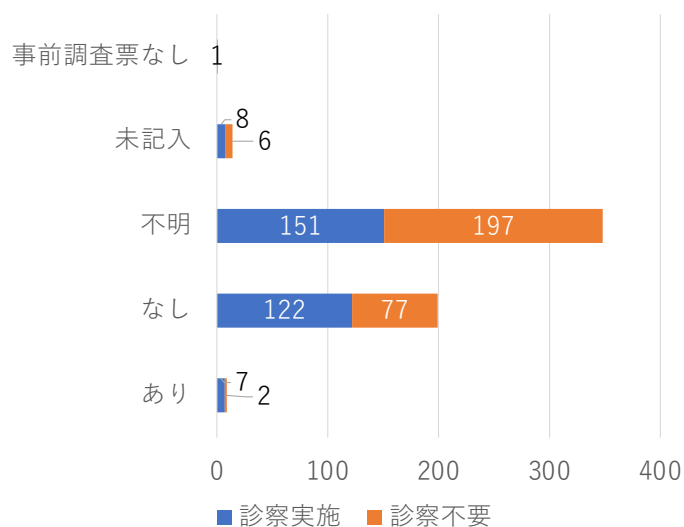


図1-4 過去の司法処分の有無
n=571
過去の司法処分「あり」とされたものが、ほとんどなかったため、検定は行わなかった。

(n=571、うち事前調査票なし1例)



措置通報および措置入院の実態に関する研究

その2（4）

精神保健福祉法第23条に基づく

警察官通報の現状把握に関する研究

《4》精神保健指定医による措置診察例の検討

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）、大塚 達以（宮城県精神医療センター）、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23条に基づく警察官通報の現状を把握するため、2023年5月17日から2023年5月31日までの15日間における警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う。このため、この報告書は、次の4つに分けた。

《1》警察官通報調査の概要と転帰（2023年5月17日から2023年5月31日、n=571）

《2》警察官通報書の検討（2023年5月17日から2023年5月31日、n=571）

《3》事前調査の検討（2023年5月17日から2023年5月31日、n=571）

《4》精神保健指定医による措置診察例の検討（2023年5月17日から2023年5月31日、n=288）

なお、《1》から《4》を通しての評価ならびに数理統計的手法での検討については、2025年度に行うこととした。

本稿では、このうち、《4》精神保健指定医による措置診察例の検討、について、以下、述べることとした。

《4》精神保健指定医による措置診察例の検討

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

【方法】調査方法および倫理審査の概要は、「《1》警察官通報調査の概要と転帰」に示した通りである。この報告書では、このうち、実際に精神保健指定医の措置診察を受けた例について、措置入院に関する診断書からは診断、症状、問題行動などについて、措置症状消退届からは診断、措置解除後の処置に関する意見、帰住先などについて、転記を求めた。この研究実施については、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会の承認を受けた。

【結果】回答 45 自治体（32 都道府県、13 政令指定都市）から 571 例が提出された。このうち精神保健指定医による措置診察例は、42 自治体（31 都道府県、11 政令指定都市）から 288 例が提出された。男性 145 例、女性 143 例（男女比 1.01 : 1）、平均年齢 ± 標準偏差は 45.1 ± 17.3 歳であった。診断は F0 器質性精神障害 8 例、F1 精神作用物質使用障害 8 例、F2 統合失調症 117 例、F3 気分障害 35 例、なし 44 例、不一致 43 例、他であった。48 例で重複診断があった。措置診察の結果、措置入院 203 例、措置不要 85 例であった。措置不要 85 例は任意入院 2 例、医療保護入院 27 例、精神科通院 20 例、医療不要 13 例、他の対応がなされていた。

措置診察を受けた 288 例のうち、緊急措置診察を受けたのは 129 例で、うち 89 例が緊急措置入院しており、40 例は措置不要とされていた。緊急措置入院した 89 例の、後追い診察での転帰は、要措置 68 例、措置不要 21 例であった。後追い診察での措置不要直後の転帰は、任意入院 4 例、医療保護入院 8 例、通院 2 例などであった。

措置入院期間は、平均 51.6 日 ± 標準偏差 44.0 日、中央値 41 日、措置入院 180 日目入院継続率 2.4% であった。調査期間を通じて全 182 例で措置症状消退届が提出されていた。措置解除後（緊急措置入院後の措置不要例を含む）の処置は、入院継続 127 例（任意入院 50 例、医療保護入院 77 例）、精神科通院 55 例であった。また退院後の帰住先については措置症状消退届が提出された 182 例で、うち自宅で家族と同居 71 例、自宅で単身 40 例、施設 3 例などであった。

【結論】措置診察の結果、2000 年、2010 年の警察官通報調査と同様に、統合失調症や気分障害が多いことには変化がないが、器質性精神障害や発達障害が増えるなど、多少、診断等に変化が見られた。また一定の割合で診断不一致例や従たる精神障害を有する例が見られたが、措置要否判断には差はなかった。措置入院期間は 50 日前後で変化なく、措置入院した患者は全例、調査期間のうちに措置解除されており、長期措置入院となっていた例は、なかった。2000 年、2010 年の調査結果と比較して、措置入院期間短縮の傾向は下げ止まっていたが、措置入院継続率は低下しており、入院継続の必要性が様々な視点で検討されていると考えられた。

A. 研究の背景と目的

警察官通報は、ここ数年、増加傾向にあるが、「《3》事前調査の検討」において報告したように、精神症状が明らかな例や問題行動が顕著な例では措置診察が実施され

ており、措置診察を要するかどうかについての適正な事前調査が行われていることが明らかとなった。

それでは、実際に措置診察の結果は、どのようなものであったのだろうか。また、

要措置となったケースは、どの程度の期間、措置入院し、措置解除後はどのように対応されたのであろうか。

2000 年の措置入院に関する通報がなされた事例についての調査では、警察官通報について要措置とされた患者は、幻覚妄想状態あるいは精神運動興奮状態のために、軽度の犯罪行為であっても、結果的に被害の乏しい迷惑行為を行ったものに多かった。一部には放火や殺人など重大な他害行為を行った患者も含まれていたものの、これらは少数で、自傷行為をあわせて行うなど著しい精神病状態のために、ただちに治療を要するような状態が多かった¹⁾。

2010 年の調査では、警察官通報の件数は増加傾向にあり、警察官通報における緊急措置入院の多用など精神科救急へのシフトが明らかとなっていた。警察官通報においては、診察不要が増加し、措置診察において要措置となる割合は変化がなく、措置入院期間は短縮し、措置入院後 180 日目の入院継続率は明らかに減少していた²⁾。

ただ、前回 2010 年の警察官通報調査結果が示されてから既に 10 年以上が経過した。この間、医療観察法が定着し、精神科救急医療体制も徐々に整備され、精神科救急急性期医療入院料を算定する医療機関が増えた。また新型コロナウイルス（以下、COVID-19 という。）のパンデミックが生じるなど、精神医療を取り巻く環境は日々、変化している。

そこで、警察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎資料とするため、本稿では、措置診察が実施された例を対象に、措置診察とその後の措置入院の状況について、措置入院に関する診断書と措置症状消退届の検討を行った。

B. 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、2024 年 9 月 2 日に調査票を発送し、下記の項目の回答を求めた。対象は、2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日までに通報されたすべての警察官通報からの措置診察例とした。

調査全体については、《1》警察官通報調査の概要と転帰、に述べた。

具体的な調査内容は、年齢、性別、病名、入院回数、精神症状や問題行動、医学的総合判断など、以下の項目を「措置入院に関する診断書」から所定の調査票に転記を求めた。また、年齢、性別、病名、措置解除後の処置、退院後の帰住先など、以下の項目を「措置症状消退届」から所定の調査票に転記を求めた。

（1）「措置入院に関する診断書」より転記する項目

- 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

（2）「措置入院者の症状消退届」より転記する項目

- ① 報告日
- ② 措置年月日
- ③ 年齢・性別
- ④ 病名
- ⑤ 措置解除後の処置に関する意見
- ⑥ 退院後の帰住先
- ⑦ 措置解除希望日（または措置解除日）

なお、病名については、国際疾病分類第 10 版（ICD-10）の精神障害カテゴリーに

基づいて、上位 2 桁 (F0、F1、F2、F3、F4、F5、F6、F7、F8、F9、F99) ならびに診断なしに区分した。

ここで、措置入院に関する診断書は、1 名の指定医で措置不要となる場合は 1 枚にとどまるが、2 名の指定医が診察した場合には 2 枚、緊急措置診察が行われた場合には 3 枚が存在することとなる。この研究では、通常診察の診断書 2 枚がある場合には、2 名の指定医の診断カテゴリーが一致している場合にはその範囲とし、一致していない場合は不一致例として取り扱うこととした。具体的な取扱い、付表 1 に示した。

(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、2024 年 5 月 30 日に承認を受けた。

C. 結果

1 措置入院に関する診断書について

(1) 年齢・性別

年齢・性別は、図 1 に示した。

2023 年 5 月 17 日から 2023 年 5 月 31 日までの警察官通報からの措置診察例は回答した 45 自治体 (32 都道府県、13 政令指定都市) から 571 例が提出された。このうち措置診察が実施された例は、42 自治体 (31 都道府県、11 政令指定都市) から 288 例が提出された。

この 288 例の年齢は、平均 $45.1 \pm$ 標準偏差 17.3 歳であった。性別は、男性 145 例、女性 143 例 (男女比 1.01 : 1) であった。

なお、前回 2010 年 5 月 1 日から 2010 年 5 月 31 日までの警察官通報・措置診察実施例は 522 例、 41.9 ± 14.8 歳、男性 327 例、女性 183 例、男女比 1.8 : 1 であった。

2023 年と 2010 年を比較し、2023 年で有意に年齢が高かった ($F=0.7318 <$

$F_{0.01}(287, 521)=1.279, p<0.01$)。性別では、2010 年で有意に男性が多かった (Fisher 両側 $p=0.0002$)。

(2) 措置診察を行った指定医数

措置診察を行った指定医の数は、図 2 に示した。

まず通常の措置診察のみ行われた場面、指定医 2 名による措置診察を受けたのは 127 例、指定医 1 名による措置診察で措置不要とされたのは 32 例であった。

一方、緊急措置診察を受けた場面では、緊急措置入院後に 2 名の指定医による措置診察を受けたのは 84 例であった。この 84 例は、合計 3 名の指定医の診察を受けたことになる。一方、緊急措置入院後に 1 名の指定医による措置診察で措置不要とされたのは 4 例であった。緊急措置診察で措置不要とされたのは 40 例であった。

(3) 診断

a 主たる精神障害

措置診察時の診断は、主たる精神障害の ICD10 コードごとに、図 3 に示した。

診断は、ICD10 コードごとに、F0 器質性精神障害 8 例 (措置入院した 7 例、措置入院せず 1 例、F1 精神作用物質使用障害 8 例 (同 4 例、4 例)、F2 統合失調症 118 例 (同 108 例、10 例)、F3 気分障害 35 例 (同 30 例、5 例)、F4 神経症 9 例 (同 4 例、5 例)、F6 パーソナリティ障害 6 例 (同 3 例、3 例)、F7 知的障害 7 例 (同 3 例、4 例)、F8 発達障害 8 例 (同 5 例、3 例)、F9 児童思春期精神障害 3 例 (同 2 例、1 例)、診断なし 44 例 (同 1 例、43 例、不一致 43 例 (同 37 例、6 例、であった。

なお、診断なし 44 例のうち、1 例で措置入院したというカウントになっている。ただ、これは、措置診察時に「診断なし」だが要措置とされた、ということではない。この調査では、緊急措置入院も措置入院の一部であるとの立場から、緊急措置入

院した時点で、措置入院例としてカウントしている。この「診断なし」とされた例も、緊急措置診察時には何らかの診断を付されて緊急措置入院しており、このため措置入院例とカウントされている。ただ、後追い診察時には診断「なし」とされたため、緊急措置入院後の措置非該当例とされたものである。このような経緯で、見かけ上、診断なし 44 例（措置入院した 1 例、措置入院せず 43 例）となっているが、これは、措置診察時に「診断『なし』であるが要措置」とされた例ではないことには、特に留意を要する。

ここで、2000 年に措置診察が行われた 749 例では、F0：18 例、F1：109 例、F2：386 例、F3：31 例、F4：7 例、F5：2 例、F6：49 例、F7：4 例、F8：0 例、F9：4 例、なし 0 例、不一致 30 例、その他 109 例であった。2010 年の 522 例では、F0：12 例、F1：38 例、F2：295 例、F3：42 例、F4：22 例、F5：2 例、F6：38 例、F7：8 例、F8：5 例、F9：2 例、なし 4 例、てんかん 3 例、状態像 3 例、不一致 46 例、不明・未記入 2 例であった。

2000 年、2010 年、2023 年の 3 群で比較したところ、2023 年で F3 気分障害、F7 知的障害、F8 発達障害、なし、不一致が多く、F1 薬物精神障害、F2 統合失調症、F6 パーソナリティ障害、その他が少なく、2010 年で F2 統合失調症、F4 神経症が多く、F1 薬物精神障害、なし、その他が少なく、2000 年で F1 薬物精神障害、その他が多く、F3 気分障害、F4 神経症、F7 知的障害、F8 発達障害、なし、不一致の診断が少なかった ($\chi^2(24)=425.176$, $p<.01$)。

2023 年と 2010 年の比較では、F1 精神作用物質使用障害、F2 統合失調症、F6 パーソナリティ障害が少なく、F8 発達障害、なし、不一致が多かった ($\chi^2(12)=$

110.994, $p<.01$)。なお 2000 年と 2010 年の比較では、2010 年で F3：気分障害と不一致が多く、F1 薬物とその他が少ないという結果であった。

b 主たる精神障害の不一致

このうち、指定医 2 名の診断が不一致であった 41 例は、表 1 左段に示した。

不一致 41 例における措置診察の転帰は、措置入院 36 例、措置不要 6 例であった。

c 従たる精神障害

いずれかの指定医の診断において、従診断が付された 48 例（措置診察を受けた 288 例の 16.6%）は、表 1 右段に示した。措置診察の転帰は、措置入院 40 例、措置不要 8 例であった。

重複診断がない 240 例では、措置入院 163 例、措置不要 77 例であった。従診断があると有意に措置入院となっていた (Fisher 片側: $p=0.0214$, $p<.05$)。

(4) 症状・問題行動

症状、問題行動は、2 名の指定医が、どのように判断したかを解析する必要がある。2 名の指定医の一致率や、それぞれの症状、問題行動が、どの程度、措置要否判断に影響するかについて検討するには、なお時間を要する。このため、これらは次年度以降に検討する予定である。

(5) 措置診察ならびに緊急措置診察の転帰

a 措置診察

措置診察の結果は、図 4 に示した（図 4 は、《1》警察官通報調査の概要と転帰 図 5 と同内容である）。また、詳細な数値は、表 2 に示した。

全例では措置入院 203 例、措置不要 85 例であった。なお、この措置入院には、緊急措置入院となった 89 例を含んでいる。

ここで、2000 年の警察官通報では措置入院 580 例、措置不要 169 例、2010 年では措置入院 387 例、措置不要 135 例であ

った。通報後の転帰については、「《1》警察官通報調査の概要と転帰」でも述べた通り、2023年では診察不要が多く、措置解除と措置入院中が少ない、2010年では措置入院中が少ない、2000年では診察不要が少なく措置不要と措置入院中が多かった ($\chi^2(6)=95.974, p<.01$)。

b 緊急措置診察

緊急措置診察は129例で実施されており、措置不要40例、緊急措置入院89例であった。

緊急措置入院した89例では、緊急措置入院後に改めて措置入院を要するかどうか、指定医による措置診察（以下、後追い診察、という）が行われた。結果、要措置68例、措置不要21例であった。措置不要となった21例の、直後の対応は、任意入院4例、医療保護入院8例、通院2例、医療不要1例、不明5例、未記入1例であった。

なお、緊急措置入院期間と後追い診察の措置要否では、1日（要措置24例、措置不要6例）、2日（要措置26例、措置不要8例）、3日（要措置11例、措置不要3例）、4日（要措置7例、措置不要4例）であり、その長短と後追い診察の措置要否に差異はなかった ($\chi^2(3)=1.246, ns$)。

（6）措置不要例の転帰

措置不要となった85例については、他の形態での入院29例（任意入院2例、医療保護入院27例）、精神科通院20例、医療不要13例、その他9例、不明7例、未記入・空白など欠損値7例であった。

なお、2000年の警察官通報では措置不要169例で、その後に任意入院7例、医療保護入院96例、精神科通院39例、医療不要14例、欠損値13例であった。2010年は措置不要135例で、その後に任意入院3例、医療保護入院52例、精神科通院38例、医療不要18例、欠損値24例であった。

入院、通院、それ以外にまとめると、それぞれ2023年29例、20例、38例、2010年55例、38例、42例、2000年103例、39例、27例となり、2023年で入院が少なく、それ以外が多い、2010年で入院が少ない、2000年で入院が多く、それ以外が少ない、といった状況であった ($\chi^2(4)=29.411, p<.01$)。

2 措置症状消退届について

（1）措置入院期間

措置入院した203例のうち、調査実施した時点では、おおむね1年3ヶ月が経過しており、全203例が措置解除されていた。

措置入院期間は、平均51.6日±標準偏差44.0日、最少1日、最大342日で措置入院を継続していた。また中央値は41日で、措置入院180日目の入院継続率は2.4%であった。

従前、措置入院継続例の措置入院期間は、調査票の提出日を基準日として計算していたが、今回の調査では該当例はなかった。

a 2000年、2010年、2023年で比較した措置入院期間

2000年、2010年、2023年で比較した措置入院期間は、図5（1）措置入院期間・経年比較2000年、2010年、2023年、に示した。

2023年度の警察官通報で措置入院した203例では、平均51.6日±標準偏差44.0日、最少1日、最大342日、中央値41日、180日目の措置入院継続率2.4%であった。

2010年度387例では中央値42日、措置入院継続率3.9%、2000年度580例では中央値50日、措置入院継続率12.8%であった。このように措置入院期間は短縮してきており、措置入院継続率も低下していた。

b 自傷他害行為で比較した措置入院期間

重大な他害行為群か否かの点で比較した措置入院期間は、図5（2）措置入院期間・自傷他害別、に示した。

警察官通報書の記載内容から「自傷他害」

「自傷のみ」「他害のみ」「なし」の4群に区分した。

「自傷他害」群 22 例では、措置入院期間は平均 $44.5 \pm$ 標準偏差 124.9 日、中央値 29 日、180 日目の措置入院継続率 0%、同様に「自傷のみ」 41.1 ± 80.5 日、30 日、2.4%、「他害のみ」 58.6 ± 61.2 日、48 日、3.5%、「なし」 40.1 ± 123.5 日、28 日、0%であった。

群間比較では、「他害のみ」群と「自傷のみ」群 (Logrank $p=0.015$)、「他害のみ」群と「なし」群 (Logrank $p=0.038$) で、有意に「他害のみ」群の措置入院期間が長かった。

c 診断別

診断別の措置入院期間は、図 5 (3) 措置入院期間・診断別、に示した。

診断ごとの措置入院期間は、F0 器質性精神障害で措置入院した 7 例では中央値 41 日、180 日目の措置入院継続率は 0%、F1 精神作用物質使用障害 4 例では同じく 57 日、0%、F2 統合失調症 108 例、48 日、1.9%、F3 気分障害 30 例、29 日、3.3%、F4 神経症 4 例、6 日、0%、F6 パーソナリティ障害 3 例、40 日、33.3%、F7 知的障害 3 例、28 日、0%、F8 発達障害 5 例、48 日、0%、F9 児童思春期精神障害 2 例、41 日、0%、なし 1 例、0%、不一致 36 例、40 日、2.8%であった。

診断が多岐にわたるため、F0 器質、F1 物質、F4 神経症、F6 パーソナリティ、F7 知的、F8 発達、F9 児童、なし群の合計 29 例を、その他群 29 例としてまとめ、改めて図 5 (4) 措置入院期間・診断別 (少数例をまとめたもの) に示した。

改めて措置入院期間の平均 $\pm$ 標準偏差、中央値ならびに 180 日目の措置入院継続率を求めると、それぞれ、F2 統合失調症 108 例 56.3 ± 51.9 日、48 日、1.9%、F3 気分障害 33.3 ± 94.9 日、29 日、3.3%、不一致群 56.2 ± 139.3 日、40 日、2.8%、その他 47.6

± 129.7 日、35 日、2.8%であった。群間比較では、F2 統合失調症と F3 気分障害では有意に F2 で措置入院期間が長かった (LogRank $p=0.001$)。また、不一致群と F3 (LogRank $p=0.041$) でも、不一致群の措置入院期間が有意に長かった。他の群間では有意差はなかった。

(2) 措置解除後の処置

措置解除された 203 例のうち、21 例は緊急措置入院後の措置不要例であった。緊急措置入院した 89 例のうち、後追い診察で要措置となった 68 例ならびに最初の措置診察が通常診察であった 114 例、あわせて 182 例について、全例、措置解除となっており、この 182 例の措置症状消退届について検討した。

措置症状消退届に記載された退院後の処置は、図 6 に示した。

入院継続 116 例 (任意入院 45 例、医療保護入院 69 例、他科 2 例)、通院医療 48 例、転医 14 例、その他 2 例、死亡 1 例、記載なし 1 例であった。入院継続が多く、通院医療が続いていた。

2000 年の警察官通報調査において、措置入院後 180 日までに措置解除された 504 例については、入院継続 301 例 (任意入院 99 例、医療保護入院 202 例)、精神科通院 134 例、医療不要 4 例、欠損値 65 例であった。なお、措置入院後 180 日は 12.8%であった。

2010 年では措置入院後 180 日の入院継続率は 3.9%と低下していたため、措置解除後の転帰については入院期間は考慮せず、措置解除となった 387 例について、措置症状消退届の措置解除後の処置の記載を、そのまま検討した。

結果、2010 年では措置解除時点において、入院継続 229 例 (任意入院 66 例、医療保護入院 163 例)、精神科通院 118 例、医療不要 6 例、転医 6 例、その他 17 例、未記入等の欠損値 11 例であった。

入院継続、通院、その他の3群で比較し、2000年、2010年、2023年で、有意差はなかった ($\chi^2(4)=4.638$, ns)。

(3) 退院後の帰住先

退院後の帰住先は、図7に示した。

帰住先は自宅・家族と同居71例、自宅・単身40例、施設3例、その他22例、記載なし3例、欠損値38例であった。

その他と欠損値が多いが、これは措置解除時点で、直後に入院継続した場合に、入院先病院名を記載したもの、またはまったく記入がないものが少なくなかったためと思われる。

(4) 診断

措置症状消退届の主たる精神障害では、F0器質性精神障害8例、F1精神作用物質使用障害8例、F2統合失調症112例、F3気分障害24例、F4神経症3例、F6パーソナリティ障害4例、F7知的障害5例、F8発達障害14例、なし1例、記載なし1例、欠損値2例であった。

措置解除時診断の詳細および入院時診断との一致度については、次年度以降に検討する予定である。

D. 考察

1 措置入院に関する診断について

(1) 年齢・性別

年齢・性別については、今回2023年5月17日から2023年5月31日までの288例と、前回2010年5月1日から2010年5月31日までの522例で比較した。年齢では、2023年で有意に年齢が高かった。これは高齢者の通報が増しているためとも思われた。ここで、《1》警察官通報調査の概要と転帰でも年齢のことを述べたが、社会全体の高齢化も考慮に入れねばならない。

あらためて、全国の平均年齢は、2000年41.8歳、2010年45.0歳、2022年48.2歳となっている¹⁰⁻¹²⁾。一方、警察

官通報時の年齢は、2000年39.3歳、2010年42.1歳、2023年43.5歳と4.2歳、上昇している。しかし、措置診察時点での平均年齢は、2000年39.2歳、2010年41.9歳、2023年45.1歳と3.2歳の上昇にとどまっている。

措置診察例の平均年齢の上昇が軽微であったことから、認知症などでの形式的な通報は事前調査において一定程度、除外され、若年者の通報について措置診察が実施されていることをあらわしているとも考えられる。

(2) 診断

2023年では、F3気分障害、F7知的障害、F8発達障害、なし、不一致が多く、F1薬物精神障害、F2統合失調症、F6パーソナリティ障害、その他が少なかった。

F8発達障害、F9児童思春期精神障害が多く、F1薬物精神障害、F2統合失調症、F6パーソナリティ障害が少ないのは、おそらく従前には統合失調症やパーソナリティ障害とされていた一群が、見立ての傾向の変化により、発達障害、児童思春期精神障害と診断されることが増えたことなどによると思われた。また、不一致例は、これまで3回の調査を通じて、常に一定数みられており、明確な要因が指摘できる状態でもなかった。また、高齢者の通報は増えてはいるものの、必ずしも措置診察には至らないようで、F0器質性精神障害は多くはなかった。

従たる精神障害、すなわち重複診断については、16.6%に認められており、従診断があると有意に要措置と判断されていた。前回までの警察官通報調査では、重複診断については検討していないが、2016年の矯正施設長通報において措置診察が行われた98例では、従診断すなわち重複診断を有する35例で有意に措置入院となっており、警察官通報と矯正施設長通報で同様の傾向が見られていた³⁾。

ただ、この点、2020年の検察官通報では、従診断の有無によって措置要否の判断には有意差は見られていない⁴⁾。このためどの程度、措置要否の判断に影響するかは他の要因の影響も検討する必要がある。

重複診断があるケースが、より要措置と判断されやすいのか、あるいは重症であるために様々な行動が顕在化しやすく、そのために重複診断がつきやすいのか、通報形態による判断の特徴なのか、他の要因があるのかは、このデータからは判断しづらいところがある。

(3) 措置診察の転帰

措置診察では、前回に比して措置不要が増えていた。措置診察それ自体の基準には変更がなく、指定医の判断は安定していることを前提にすれば、「通報例が増えたことで、従前であれば通報されなかったような軽症例が通報され、それらが措置不要とされている」等との説明はありうる。

ただ、措置入院要否の判断は、指定医2名の一致により措置入院とし、一致しなければ措置不要とするという形で、過剰な人権制約を防ぐ立法となっている。指定医の判断には幅があることを前提としているともいえる。判断に幅がある中で、措置不要が増えたのは軽症例が増えたためである、というには、やや論を立てるのに慎重さを要するかもしれない。

(4) 措置不要例の転帰

措置不要85例のうち、医療保護入院は27例にとどまり、精神科通院20例まで含めると約半数に精神科医療を要する状態であった。ただ、医療不要、その他、不明・未記入など欠損値を合わせると約半数となっていた。この分布は、2000年、2010年と比較すると、2023年で入院が少なく、それ以外が多い、2010年で入院が少なく、2000年で入院が多く、それ以外が少ないといった状況であった。

このことから、2000年当時は、特に措

置入院を要するような例で通報が行われていたが、2023年は、ある程度落ち着いているケースでも、比較的、積極的に通報されているとも考えられた。

警察官が対応する通報時点では興奮していても、診察時には十分に落ち着いているような例では、精神障害による興奮なのか正常心理の範囲内での興奮なのか、区別がつきづらいことも関与しているとも思われた。

2 措置症状消退届について

(1) 措置入院期間

措置入院期間は、平均51.6日±標準偏差44.0日、中央値は41日で、措置入院180日目の入院継続率は2.4%であった。

調査対象とした203例全例で、調査時点では措置解除されていることを考慮すると、入院継続の必要性が様々な視点で検討されている効果が発現していると考えられた。

a 自傷他害行為で比較した措置入院期間

「他害のみ」群は「自傷のみ」群や「なし」群より措置入院期間が長かった。

2000年では対人他害行為群の措置入院期間の中央値52日、180日目の入院継続率13.0%、対物他害行為群ではそれぞれ54日、9.6%、自傷行為群42日15.7%、欠損値群66日、13.1%であった。

2010年では警察官通報書の自傷他害群、自傷のみ群、他害のみ群、なし群として措置入院期間の平均±標準偏差、中央値、180日目の入院継続率を求めた。結果、自傷他害群91例、65.4±57.8日42日、3.9%、自傷のみ群62例、35.3±31.1日、29日、0%、他害のみ群224例、61.4±56.3日、47日、4.9%、なし群10例、31.2±28.9日、29日、0%であった。

今回は、「他害のみ」群と「自傷のみ」群、「他害のみ」群と「なし」群で、それぞれ「他害のみ」群の措置入院期間が長く、前回と類似の傾向が認められた。

b 2000 年、2010 年、2023 年で比較した措置入院期間

措置入院した 203 例のうち、調査実施した時点では、おおむね 1 年 3 ヶ月が経過しており、なによりまず、全 203 例が措置解除されていた。

そして措置入院期間も、前々回と前回ほど差ではないものの、前回より措置入院期間は短縮し、措置入院継続率も低下していた。

措置入院期間の短縮については、措置入院は退院率等、医療機関が出すべき成果の算定から除外されてはいるが、精神科救急急性期医療入院料は入院後 3 ヶ月を境に大幅に減額されるといった事情もあり、一般精神科医療の入院期間短縮の影響が大きいことは、軽視できないだろう。

なお、措置診察と COVID-19 パンデミックとの関係は、この調査からは、はっきりといえるものは見いだせなかった。

(2) 措置解除後の処置

措置解除後の処置は、入院継続、通院、その他の 3 群で比較し、2000 年、2010 年、2023 年で、差はなかった。

措置解除時の状態像について経年的にみて、この 3 群で差異はなかったものと考えられる。

(3) 退院後の帰住先

退院後の帰住先は、自宅・家族と同居 71 例、自宅・単身 40 例、施設 3 例、その他 22 例、未記入 38 例であった。

2000 年の警察官通報では、この項目は調査されていない。2010 年の調査では、集計を見合わせている。

欠損値が多い理由として、2016 年の矯正施設長通報における調査でも指摘したが、その他の中には退院後の帰住先について、入院先医療機関としたものが少なかった³⁾。自治体の「措置解除直後に入院継続しているのなら、将来どこに帰るかではなく、解除直後にどこにいるかを書くべ

き」との指導により、形式的な記載が優先され、実質的な帰住先について、知ることができない状況が作り出されていることには、留意を要する。

3 緊急措置入院について

まず、この調査においては、緊急措置入院も措置入院の一形態として取り扱っていることについて議論がありうる。

たしかに、2 名の指定医による措置診察をもって措置入院として、それ以前の緊急措置入院は別の形態と考える方が、調査の時点も揃っているようにも見える。また、3 ヶ月目までは入院期間に上限がない措置入院と、72 時間の制約がある緊急措置入院を同列にとらえて論じるのは相応しくないかもしれない。しかし、措置入院も緊急措置入院も、ともに、自傷・他害のおそれがある精神障害者を、本人の同意にかかわらず都道府県知事・政令指定市長の命令による行政処分として、国公立・指定病院に入院させる制度である。人権への制約が著しく、適用は慎重であるべきだが、時機を得た適用は危機介入の重要な手段であり、適正な運用の確保はきわめて重要である。

ここで、2000 年の調査では、措置入院 580 例のうち、195 例（580 例の 26.0%）で緊急措置入院が行われていた（同年の調査では措置診察か緊急措置診察かの区別は行われていない）。

2010 年の調査では、522 例の措置診察が行われ、うち 257 例は緊急措置診察で、要緊急措置 183 例、措置不要 74 例であった。後追い診察では要措置 155 例、措置不要 28 例となっていた。措置入院は合計 387 例で、うち 183 例（387 例の 47.3%）が緊急措置入院であった。

2023 年では、288 例の措置診察が行われ、うち 129 例は緊急措置診察で、要緊急措置 89 例、措置不要 40 例であった。後追い診察では要措置 68 例、措置不要 21 例となっていた。措置入院は合計 203 例で、う

ち 89 例（203 例の 43.8%）が緊急措置入院であった。

警察官通報においては、措置入院のうち、26.0%から 47.3%が緊急措置入院を経ているという状況の下で、緊急措置入院は短期間なので措置入院とは一線を画すとまで言いきると、人権への制約が著しいという点が、ないがしろになる懸念がある。

こうしたことから緊急措置入院は、措置入院の一形態として、措置入院期間に含んで検討することとしたものである。

なお、緊急措置入院期間と後追い診察での措置要否には有意差はない。この調査は 2023 年 5 月 17 日から 31 日として、いわゆる連休期間を避けた。ただ現実には連休等の状況によって、72 時間の規定を考慮して、自治体の状況に応じて措置診察と緊急措置診察が使い分けられることもあるようである。同日中または翌日に後追い診察が行われる自治体、また 72 時間ができるだけ経過した頃に後追い診察が行われる自治体があり、様々である。

ここで、緊急措置入院期間にあたる措置入院 4 日目までに、入院継続率の急峻な低下がある。精神病症状によらない興奮等では、時間が経つほど軽快することを考慮すると、入院 4 日目までに措置入院継続の要否が検討されるということには、臨床上ならびに人権擁護の視点から、大きな意義があるともいえる。措置入院には診断入院的側面があるとの指摘もあり、精神障害かどうか、ある程度、明らかとなった段階で、改めて措置要否を検討できるという点は、人権擁護上も望ましいのではないかと考えられる。

緊急措置診察、措置診察と、短期間で 3 名もの指定医診察が行われるなど、人権擁護には十分な配慮がなされているが、その結果、入院数日後の後追い診察で措置不要となる場面が少なくない。一方で、指定医の招聘に困難を覚える自治体もあり、自治

体の負担軽減を考慮する必要がある。とはいえ、妥当な入院形態選択という視点からも、さらなる活用が検討されてもよいのかも知れない。

なお、本稿では緊急措置入院は措置入院の一部ととらえたが、退院支援ガイドラインでは「緊急措置入院後に措置入院とならなかった者についても、本人や家族その他の支援者、入院先病院から求めがあった場合等で、自治体が中心となって退院後支援を行う必要性が高いと認められる場合」に限って対象とされている⁶⁾。この点、この調査の趣旨からは幾分、逸脱する話ではあるが、緊急措置入院を措置入院の一形態と位置づけた立場からは、果たしてこの対応は妥当なのか、悩ましいところではある。

措置入院期間を短縮させ、人権擁護を図ることはとても大切だが、本人の意向に反してでも入院させるからには、病状の改善により、社会適応状況を向上させることは軽視されてはならない。今年度の筆者らの報告では、本稿とは別に、稲垣らが前向きコホート研究において、措置入院後の病状の変化について、いくつかの類型があることを示している。措置入院制度は、実際の措置入院患者の多様な病状に即したものでなければならない。

4 まとめ

精神保健福祉法第 23 条に基づく警察官通報通報の現状把握を行うために、措置入院に関する診断書、措置症状消退届について分析した。

措置診察の結果、統合失調症や気分障害が多いことには変化がないが、特に今回、気分障害、知的障害、発達障害が増えるなど、多少、診断等に変化が見られた。また一定の割合で診断不一致例、診断なし例や従たる精神障害を有する例が見られたものの、措置要否判断には差はなかった。

措置入院期間は中央値 41 日で大きな変化はなく、前回から 1 日短縮にとどまり、

下げ止まりの傾向がみられた。措置入院期間については、一般精神科医療の入院期間短縮の影響、医療観察法が制定されたことで重大な他害行為群が同法に移行したことで、警察官通報の役割、位置づけが精神科救急医療への純化してきていることが影響しているといえる。

入院 180 日目の措置入院継続率は 2.4% で、調査時点では 203 例全例で措置解除されていることを考慮すると、入院継続の必要性が様々な視点で検討されている効果があるとは考えられる。

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 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: 措置入院制度の適正な運用に関する研究 平成 14 年度総括・分担研究報告書 pp.13-55, 2003
- 2) 吉住昭, 竹島正, 島田達洋, 他 (執筆: 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ついて. 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推進に関する研究_平成 23 年度総括・分担研究報告書. pp.69-107, 2012
- 3) 瀬戸秀文, 稲垣中, 島田達洋, 他: 矯正施設長通報の現状 (その 1) -通報され

た事例ならびに措置入院に関する診察を受けた事例の概要について-臨床精神医学 49(1), 1855-1864, 2020

- 4) 瀬戸秀文, 稲垣中, 太田順一郎, 他: 措置通報および措置入院の実態に関する研究 その 2 精神保健福祉法第 24 条に基づく警察官通報の現状把握に関する研究

《4》指定医診察例の検討. 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 (22GC2004) 令和 4 年度_分担研究報告書 pp207-222, 2023

- 5) 瀬戸秀文, 稲垣中, 島田達洋, 他: 措置診察を担当する精神保健指定医の招聘システムの各自治体における現状について. 精神科救急 28 (印刷中), 2025

- 6) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知: 「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」について.

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3290&dataType=1&pageNo=1

追記: 文献 2 について

同文献 pp78 左段 31 行目以下「措置解除...387 例では、入院 129 例（任意入院 66 例...、医療保護入院 163 例）...」と記載されているが、明らかな四則計算の誤りがある。「措置解除...387 例では、入院 229 例（任意入院 66 例...、医療保護入院 163 例）...」が正しい。分担研究者（瀬戸）は 2012 年当時の執筆担当者であり、本稿をもって訂正する。

図1 年齢・性別

2023年5月17日から2025年5月31日まで15日間の警察官通報、45自治体（32都道府県、13政令指定都市）から571例が提出された。

このうち精神保健指定医による措置診察例は、42自治体（31都道府県、11政令指定都市）から288例が提出された。この年齢・性別を示した。

n = 288

45.1 ± 17.3歳

男性145例、女性143例

男女比1.01 : 1

年齢不明1例は、措置不要となり、最後まで年齢不明であった。

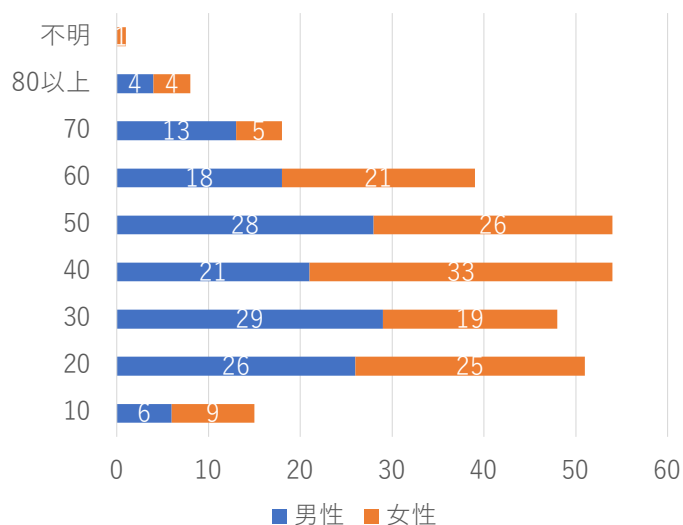


図2 措置診察を担当した指定医の数

n = 288

通常の措置診察

措置診察2名（計2名）127例

措置診察1名（計1名）32例

緊急措置診察

措置診察2名（計3名）84例

措置診察1名（計2名）5例

緊急措置診察（計1名）40例

（緑は、全例、措置不要）

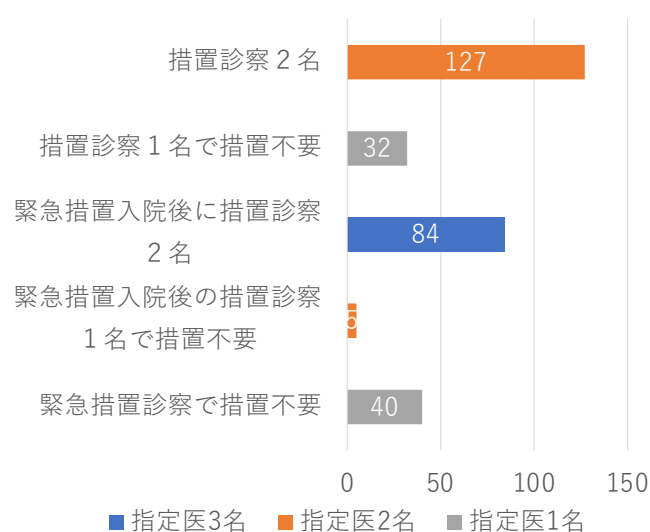
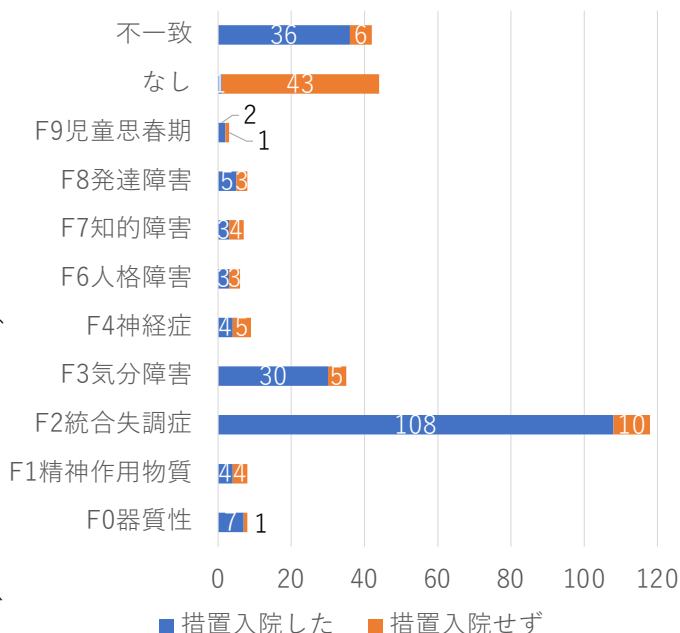


図3 診断

F0器質性精神障害8例（措置入院した7例、措置入院せず1例）、
 F1精神作用物質使用障害8例（措置入院した4例、措置入院せず4例）、
 F2統合失調症118例（措置入院した108例、措置入院せず10例）、
 F3気分障害35例（措置入院した30例、措置入院せず5例）、
 F4神経症9例（措置入院した4例、措置入院せず5例）、
 F6パーソナリティ障害6例（措置入院した3例、措置入院せず3例）、
 F7知的障害7例（措置入院した3例、措置入院せず4例）、
 F8発達障害8例（措置入院した5例、措置入院せず3例）、
 F9児童思春期精神障害3例（措置入院した2例、措置入院せず1例）、
 なし44例（措置入院した1例、措置入院せず43例）、
 不一致42例（措置入院した36例、措置入院せず6例）、であった。



緊急措置診察時に何らかの診断を付されて緊急措置入院した例についても、措置診察時の診断で集計を行っている。また、緊急措置入院した例も、緊急措置入院は措置入院の一部であり、措置入院例としてカウントした。このため、緊急措置診察時に何らかの診断を付されて緊急措置入院したが、あらためての措置診察時には診断「なし」とされ、緊急措置入院後の措置不要、措置解除に至った例が存在する。この調査でも、「なし」44例のうち、1例が措置入院しており、上記説明に該当する1例である。措置診察時に、「診断『なし』であるが要措置」とされた例ではないことには、特に留意を要する。

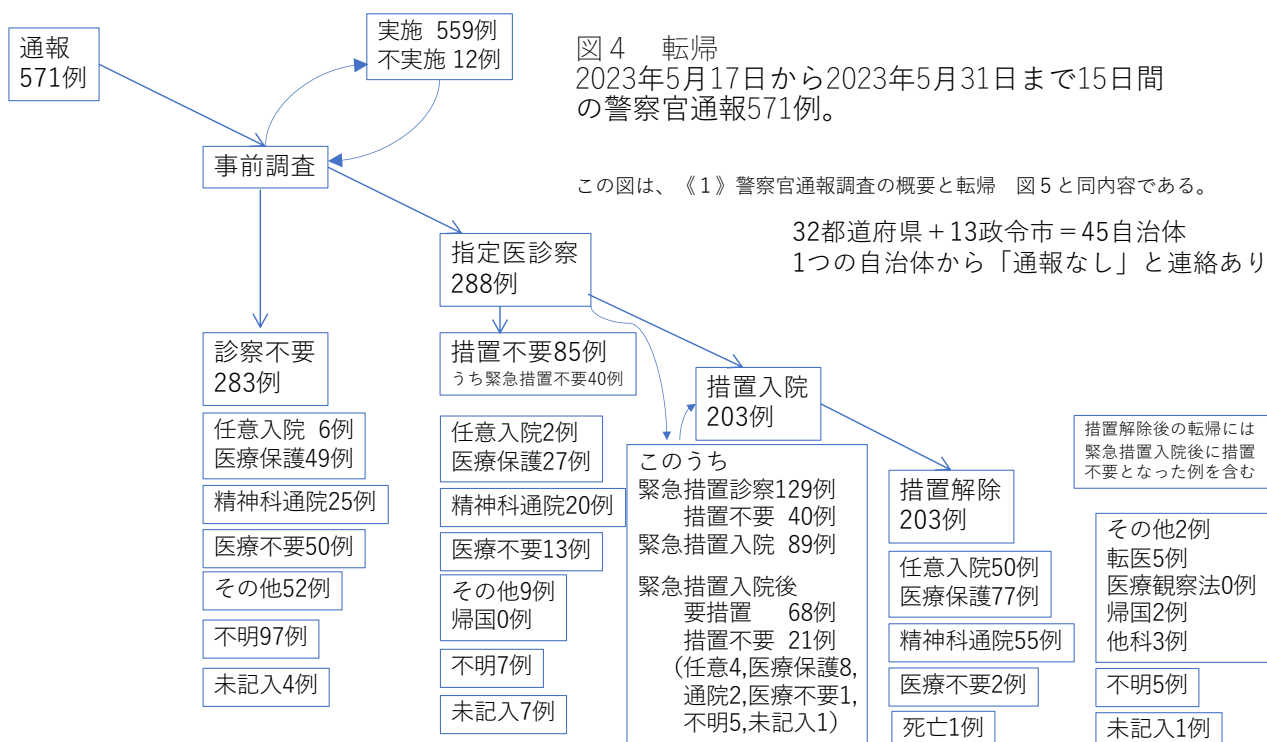


図4 転帰

2023年5月17日から2023年5月31日まで15日間の警察官通報571例。

この図は、《1》警察官通報調査の概要と転帰 図5と同内容である。

32都道府県 + 13政令市 = 45自治体
 1つの自治体から「通報なし」と連絡あり

図5（1）
措置入院期間・経年比較
2000年，2010年，2023年

2023年5月17日から31日までの警察官通報で措置入院した203例では、

平均51.6日±標準偏差44.0日、最少1日、最大342日、中央値41日、入院180日の入院継続率2.4%であった。

2000年度580例では中央値50日、入院継続率12.8%、
2010年度387例では中央値42日、入院継続率3.9%であった。

	中央値	入院継続率
2023年	41日	2.4%
2010年	42日	3.9%
2000年	50日	12.8%

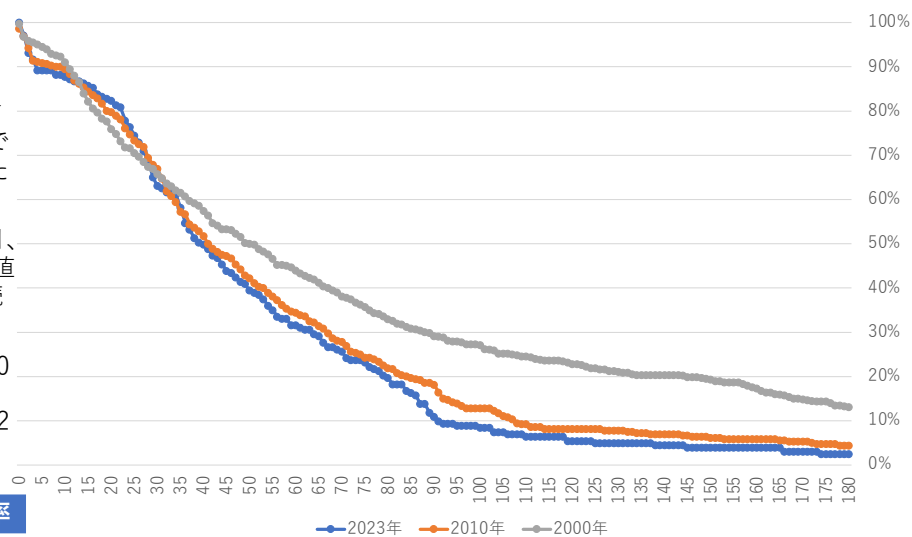


図5（2）
措置入院期間・自傷他害別

警察官通報書の記載内容から「自傷他害」「自傷のみ」「他害のみ」「なし」の4群に区分した。

自傷 他害	n	中央値 (日)	入院継続 率%
自傷他害	22	29	0
自傷のみ	40	30	2.4
他害のみ	119	48	3.5
なし	22	28	0

他害のみ⇄自傷のみ $p=0.015$

他害のみ⇄なし $p=0.038$

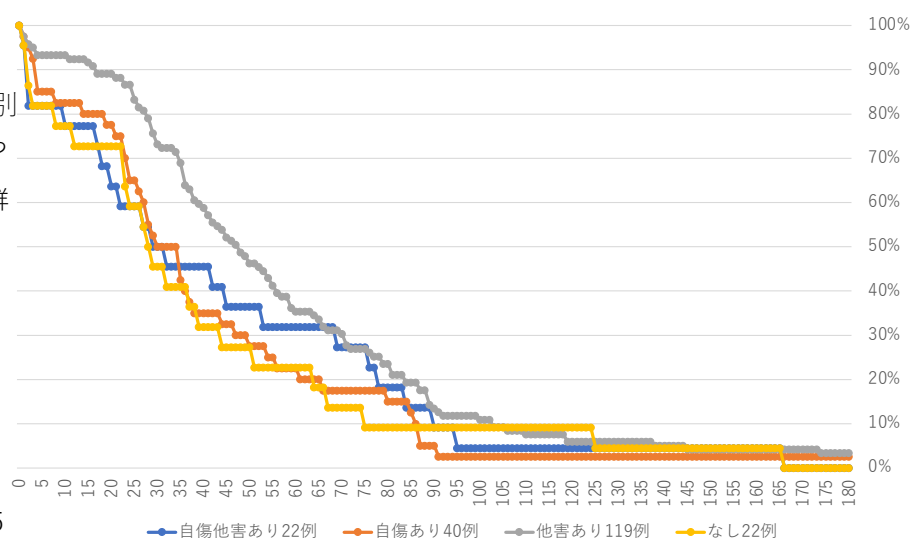


図5 (3)
措置入院期間・診断別

ICD10	n	中央値 (日)	入院継続率%
F0	7	41	0
F1	4	57	0
F2	108	48	1.9
F3	30	29	3.3
F4	4	6	0
F6	3	40	33.3
F7	3	28	0
F8	5	48	0
F9	2	41	0
なし	1	-	0
不一致	36	40	2.8

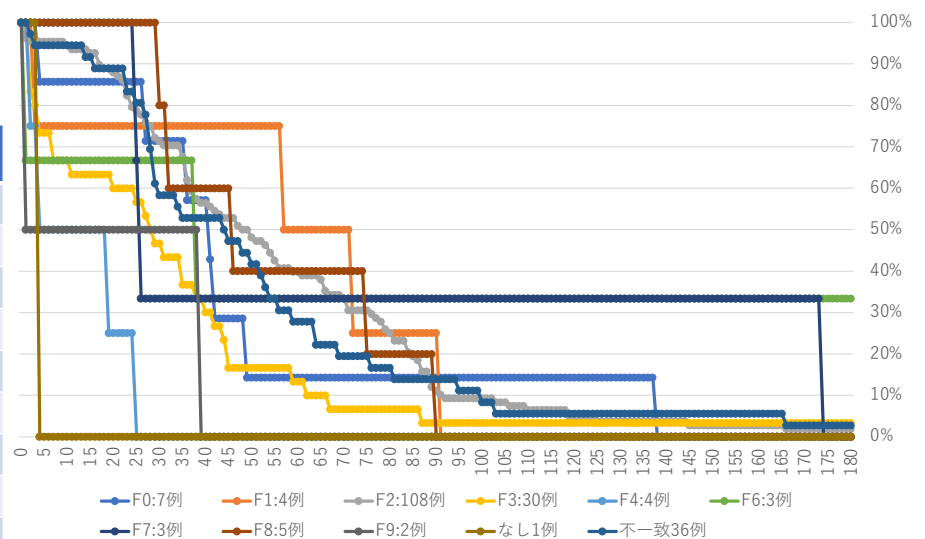


図5 (4)
措置入院期間・診断別
(少数例をまとめたもの)

F2統合失調症108例の措置入院期間平均 $56.3 \pm$ 標準偏差3.6日、中央値48日、180日目の措置入院継続率1.9%、F3気分障害 33.3 ± 6.7 日、29日、3.3%、不一致群 56.2 ± 9.7 日、40日、2.8%、その他 47.6 ± 9.1 日、35日、2.8%であった。

F2とF3(LogRank $p=0.001$)

F3と不一致群(LogRank $p=0.041$)で有意差あり。

その他群は、F0器質、F1物質、F4神経症、F6パーソナリティ、F7知的、F8発達、F9児童、なし群の合計29例をまとめた。

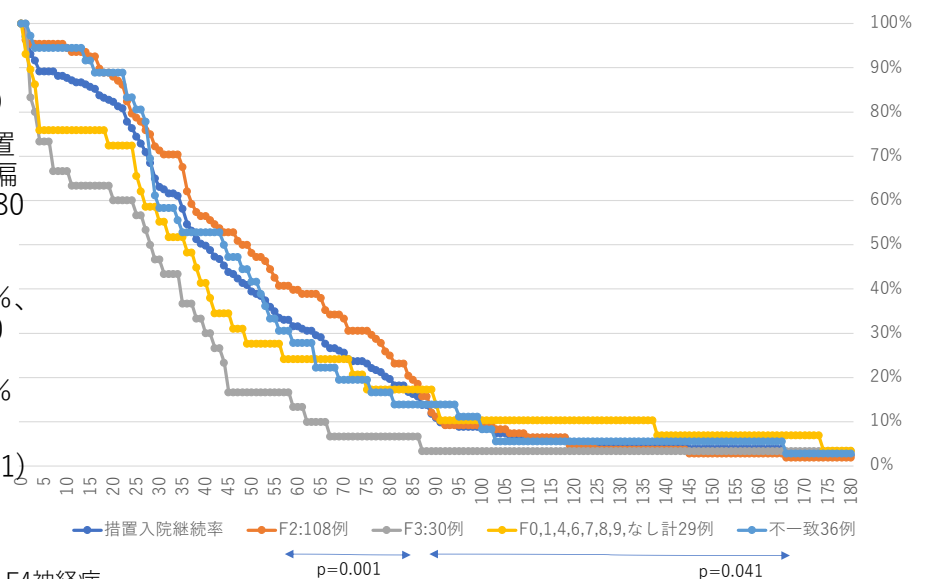


図6 退院後の処置

消退届に記載された退院後の処置を示した。入院継続116例（任意入院45例、医療保護入院69例、他科2例）、通院医療48例、転医14例、その他2例、死亡1例、記載なし1例であった。入院継続が多く、通院医療が続いていた。

右図182例には緊急措置入院後の措置不要例21例（任意4,医療保護8,通院2,医療不要1,不明5,未記入1）の転帰は含まない。

参考：とりまとめ表203例の集計

任意入院50例（ $\checkmark$ 45+4=49, +1）

医療保護入院77例（ $\checkmark$ 69+8=77, ±0）

精神科通院55例（ $\checkmark$ 48+2=50, +5）

医療不要2例（消退届項目なし+1=1, +1）

その他2例（ $\checkmark$ 2+0=2, ±0）

転医5例（ $\checkmark$ 14+0=14, -9）

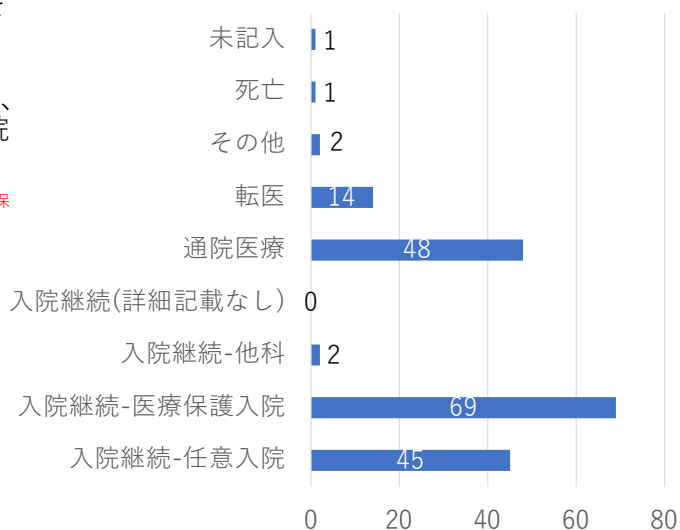
帰国2例（消退届項目なし+0=0, +2）

他科3例（ $\checkmark$ 2+0=2, +1）

不明5例（消退届項目なし+5=5, ±0）

未記入1例（ $\checkmark$ 1+1=2, -1）

死亡1例（ $\checkmark$ 1+0=1, ±0）



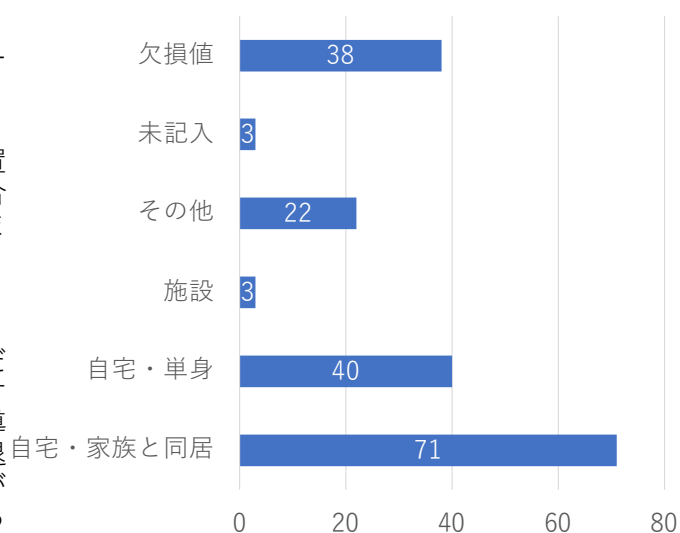
緊急措置入院も措置入院の一類型であり、消退届の他の情報も都道府県・政令指定都市が総合的に収集し、最終的に把握した転帰を集計すると、左枠の算術式のようなになる。方法は、とりまとめ表の集計、消退届の集計と視点が異なることで、一部、集計値が異なる。数値の相違は（ ）で示した。

図7 措置解除後の帰住先

帰住先は自宅-家族と同居71例、自宅-単身40例、施設3例、その他22例、記載なし3例、欠損値38例であった。

その他と欠損値が多いが、これは措置解除時点で、直後に入院継続した場合に、入院先病院名を記載したもの、またはまったく記入がないものが少なかったためと思われる。

一部の都道府県・政令市において、「措置入院の退院とは措置解除なのだから、措置解除後に病院に入院継続する場合は病院名を書くべき」との指導がなされており、この指導のため、退院後の帰住先の概況を把握することができない状況であることは指摘せざるを得ない。



*精神保健福祉法26条には、本人の帰住地、という用語が用いられている。この欄は「帰住先」であり、「帰住地」ではない。とはいえ、帰住という用語がある意義を考慮し、実質的に帰る場所を記載すべきではないかと考える。

表1 主診断が不一致例（左段）および従診断を有する例（右段）の一覧

指定医 A の		指定医 B の		措置診療 の転帰	指定医 A の		指定医 B の		措置診療 の転帰
主診断	従診断	主診断	従診断		主診断	従診断	主診断	従診断	
F0		F2		措置入院	F0	F0	F0		措置入院
F0		F3		措置入院	F0		F0	F1	措置入院
F1	F1	F2	F1	措置入院	F1	F1	F1	F1	措置入院
F1		F2	F1	措置入院	F1	F1	F2	F1	措置入院
F1		F6	F7	措置入院	F1	F4	F1		措置入院
F1	F7	F8	F1	措置入院	F1	F7	F8	F1	措置入院
F2	F0	F0		措置入院	F1		F1	F1	措置入院
F2		F0		措置入院	F1		F2	F1	措置入院
F2		F1		措置入院	F1		F6	F7	措置入院
F2		F1		措置入院	F2	F0	F0		措置入院
F2		F3	F1	措置入院	F2	F7	F2	F7	措置入院
F2		F3	F2	措置入院	F2	F7	F7	G4	措置入院
F2		F3		措置入院	F2	F7	F2		措置入院
F2		F3		措置入院	F2	F7	F2		措置入院
F2		F3		措置入院	F2	F8	F8	F2	措置入院
F2		F4		措置入院	F2	F8	F2		措置入院
F2	F7	F7	G4	措置入院	F2	F8	F2		措置入院
F2	F8	F8	F2	措置入院	F2	F8	F8		措置入院
F2	F8	F8		措置入院	F2		F2	F1	措置入院
F2		F8		措置入院	F2		F3	F1	措置入院
F2		F8		措置入院	F2		F3	F2	措置入院
F3		F1	F4	措置入院	F2		F2	F7	措置入院
F3		F2		措置入院	F2		F2	F8	措置入院
F3		F2		措置入院	F3	F6	F3		措置不要
F3		F2		措置入院	F3	F7	F3	F7	措置入院
F3		F2		措置入院	F3	F8	F3	F8	措置入院
F3		F2		措置入院	F3	F8	F7	F8	措置入院
F3		F4		措置不要	F3	F9	F3	F9	措置入院
F3	F8	F7	F8	措置入院	F3		F3	F0	措置入院
F3		なし		措置不要	F3		F3	F1	措置入院
F4		F2		措置不要	F3		F1	F4	措置入院
F4		F3		措置入院	F4	F3	F4		措置不要
F4		F3		措置入院	F4	F6			措置不要
F6		F1		措置不要	F4	F7	F4	F7	措置入院
F7	F4	F2	F7	措置入院	F4	F7			措置不要
F7	F4	F4	F7	措置不要	F4	F8			措置不要
F7	F8	F8		措置入院	F4		F4	F4	措置入院
F7		F8		措置入院	F7	F2	F7	F8	措置入院
F8		F3	F7	措置入院	F7	F4	F2	F7	措置入院
F9	F4	F4	F9	措置不要	F7	F4	F4	F7	措置不要
F9		F4		措置入院	F7	F8	F8		措置入院
状態		F2		措置入院	F8	F3	F8		措置入院
					F8	F4	F8		措置入院
					F8	F7	F8		措置入院
					F8	F7			措置不要
					F8	F9	F8	F9	措置入院
					F8		F3	F7	措置入院
					F9	F4	F4	F9	措置不要

指定医2名の場合、調査票の4ページの記載を指定医 A、5ページの記載を指定医 B とした。診察が A→B、B→A の順か、同時に行われたかは、調査していない。

左段は、2名の指定医の主診断が不一致となった41例である。指定医診察の転帰は、措置入院36例、措置不要6例であった。左段は、いずれかの指定医の診断において、従診断が付された48例である。指定医診察の転帰は、措置入院40例、措置不要8例であった。左段と右段では重複したケースがある。

表2 通報後の対応(詳細)

段階	あり	なし	要措置	措置不要	計
通報	571				571
事前調査	559	12			571
指定医診察	288	283			571
緊急措置診察	129	159			288
緊急措置入院			89	40	129
通常診察	159				159
通常診察の結果(緊急措置の後追い診察を除く)			114	45	159
措置不要 合計				85	85
緊急措置後の後追診察	89				89
後追診察の結果			68	21	89
要措置 合計	203				203
措置入院の転帰			措置入院中	措置解除済	
措置入院180日後			5	198	203
最終的な措置解除			0	203	203

付録表1 指定医の診断が不一致の場合の集計用診断決定の手順

		指定医A(1人目の指定医)の診断											
		F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	診断なし
指定医B(2人目の診断)	F0	F0	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F0	F0
	F1	不一致	F1	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F1	F1
	F2	不一致	不一致	F2	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F2	F2
	F3	不一致	不一致	不一致	F3	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F3	F3
	F4	不一致	不一致	不一致	不一致	F4	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F4	F4
	F5	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F5	不一致	不一致	不一致	不一致	F5	F5
	F6	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F6	不一致	不一致	不一致	F6	F6
	F7	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F7	不一致	不一致	F7	F7
	F8	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F8	不一致	F8	F8
	F9	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F9	F9	F9
	F99	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	F99
	診断なし	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	なし
	診断書なし	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	なし

身体合併症を併発した措置入院患者への

対応の実態に関するインタビュー調査

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：*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）、竹澤 翔（石川県立こころの病院）、遠田 大輔（富山県立大学）、中西 清晃（国立精神・神経医療研究センター）（敬称略・五十音順）

要旨

【目的】本研究は、身体合併症を併発した措置入院患者への治療提供体制および連携実態を明らかにし、より効率的な身体合併症治療提供体制の構築に向けた基礎的知見を得ることを目的とした。

【方法】2024年9月2日から2024年12月31日までの期間において、単科精神科病院、総合病院、行政機関における多職種対象とした半構造化インタビュー調査を実施した。インタビュー内容は、(1)措置入院の身体合併症のケース（数・症状）とその対応、(2)合併症があつて身体科の対応を検討・協働をするときに苦慮すること、(3)望ましい連携体制（以下、円滑な連携につながった要素）、(4)望ましい連携体制にするために必要なことの4項目とした。対象者の同意を得た上で、Web ミーティングシステムを活用し、30分から1時間程度のインタビューを行った。インタビューデータから逐語録を作成し、質的記述的分析を行った。本研究の実施にあたり聖マリアンナ医科大学倫理審査委員会にて承認を受けた（承認番号：6343）。

【結果・考察】調査機関は6機関（単科精神科病院2機関、総合病院2機関、行政機関2機関）であつた。インタビュー対象者の内訳は、単科精神科病院（医師2名、精神保健福祉士2名）、総合病院（医師2名、精神保健福祉士2名）、行政機関（医師1名、精神保健福祉士1名）であつた。本調査により、措置入院患者の身体合併症対応には、都市部では「合併症転院事業」等の制度化された体制が構築されている一方、地方では医師同士の個人的連携関係に基づく対応がなされているなど、地域によって多様性がみられた。身体合併症を併発した措置入院患者に対する適切な医療提供体制の構築の調査として必要な要素には、(1)医療機関間の連携、(2)単科精神科病院の身体管理能力、(3)アセスメント基準の標準化と柔軟性、(4)患者転院システム、(5)行政機関のコーディネート機能という複合的な要素について、地域特性を考慮しつつ多角的に検証していくことの必要性が示唆された。

A. 研究の背景と目的

精神科領域では、精神障害患者に身体合併症が発症した際の適切な治療環境への搬送等の課題が長年指摘されており¹⁾²⁾、その背景として精神科医師・看護師の人員配置の不足や検査体制の制約が挙げられてきた

³⁾。さらに、近年の新型コロナウイルス感染症（Coronavirus disease 2019、以下「COVID-19」）パンデミック下において、措置入院患者に対する他科連携を通じた身体合併症治療提供の困難性が顕在化している⁴⁾⁵⁾。このような状況を踏まえ、本研究班

では措置入院が適切な治療提供体制を阻害している可能性を検証するため、令和2年7月～8月に措置入院患者におけるCOVID-19発生状況および他科協働を含む治療体制整備の実態調査を実施し、令和2年度・3年度の厚生労働行政推進調査報告書にその結果を公表した⁶⁾⁷⁾⁸⁾。調査結果から、措置入院患者におけるCOVID-19発症率は低いものの、精神科病院・総合病院双方で治療受け入れが行われており、他科への転院等よりも措置入院継続下での治療が高率であることが明らかとなった。特に総合病院においては、概ね措置入院を維持したまま精神科治療と身体治療の両方を継続する傾向にあった。この結果からは、措置入院に起因する治療上の障壁や措置入院後の治療体制の妥当性については明確な結論は得られなかった。

またこの研究では、入院形態を問わず、COVID-19等の感染症を含む身体合併症への対応体制の不十分さが示され、精神科全体における身体合併症医療提供体制の強化の必要性が示唆された⁹⁾一方で、身体合併症治療体制整備が行政機関の介入により円滑な連携体制が構築されうることが推察された¹⁰⁾。したがって、精神科全体の身体合併症体制の円滑な構築には、行政が関与する措置入院の仕組みが有用である可能性が予測されたが、措置入院であるために問題となる身体合併症の範囲、医療資源等の地域差や医療機関機能、職員の認識、自治体の関与の程度など、表在化していない多様な課題があり、課題の全体像を整理する必要があった。

そこで本研究では、これまでの検討を踏まえ、円滑な身体合併症治療体制を検討する基礎情報として、表在化されにくい課題を含め、身体合併症を併発した措置入院患者への治療提供体制や連携実態を明らかにすることを目的とした。

B. 方法

2024年9月2日（聖マリアンナ医科大学病院生命倫理委員会承認日）から2024年12月31日までの期間において、単科精神科病院2機関、総合病院2機関、行政機関2機関における多職種スタッフを対象として、インタビュー調査を実施した。インタビューの内容は、（1）措置入院の身体合併症ケース（数・症状）（2）合併症があつて身体科の対応を検討・協働をするときに苦慮すること（3）円滑な連携につながった要素（4）望ましい連携体制にするために必要なことの4つを設定した。設定した質問を基に半構造的インタビューを実施した。インタビューの発言はインタビュー対象者同意の下、ICレコーダーに録音した。録音データから逐語録を作成し、質的記述的分析を行った。

（倫理的配慮）本研究の実施にあたり聖マリアンナ医科大学倫理審査委員会にて承認を受けた（承認番号：6343）。

C. 結果

本調査では、6機関（単科精神科病院2機関、総合病院2機関、行政機関2機関）における多職種10名を対象として半構造化インタビューを実施した。インタビュー対象者の内訳は、単科精神科病院（医師2名、精神保健福祉士2名）、総合病院（医師2名、精神保健福祉士2名）、行政機関（医師1名、精神保健福祉士1名）であった。表1に各調査対象機関における措置入院身体合併症インタビュー調査から得られたコーディングデータのまとめを以下に示す。

1 単科精神科病院（A）

（1）措置入院の身体合併症のケース（数・症状）とその対応

- ・令和5年度の自治体全体の23条による措置入院患者数（人口10万対：4.0）
- ・転院を必要とした合併症事例（3件／20

年間)

- ・内科医は週 1 回非常勤で診療している。
- ・通報時に身体合併症がある方は、県の障害福祉課が最初から大学病院・総合病院に措置入院を依頼。
- ・県の障害保健福祉課が措置入院を受け入れる病院に打診。
- ・障害保健福祉課と合併症の情報などをやりとりし、入院先選択について意見交換、依頼をする。
- ・措置入院中に合併症が出現したとき、以前は県が転院先の病院に相談してくれたが、最近、医師が動いて、結果を県に報告している。

(2) 合併症があつて身体科の対応を検討・協働をするときに苦慮すること

- ・転院候補先が満床の場合、他の病院に依頼したり、調整が大変。
- ・転院候補先が常に精神症状の顕著な方を引き受けできる体制があると限らない。隔離室も満床などで、他の病院に当たることもある。
- ・措置入院だと最初から受け入れ困難な総合病院もある。
- ・県行政の担当者が 2~3 年で代わるため、やり方が変わる。

(3) 円滑な連携につながった要素

- ・受診や転院の調整で他病院に全部拒否される、連携が取れないことはあまりない。
- ・人事的な交流、人間関係、つながりは大事。医師は異動で顔なじみになり、相談しやすくなる。
- ・相談相手先も顔なじみも多いので直接医療的情報をやり取りしたほうが早い。
- ・病院が市内の医師会、内科、市役所、障害福祉と連携を取っている。講演活動やフォーラム、医師会や市役所での勉強会にうちの医師を派遣し、普段から

の連携がある。

- ・地元の身体科 Dr が精神障害者という偏見なしに往診してくれた。
- ・入院前に身体的な課題を県が調査しトライアージしてくれている。
- ・他病院との連携や治療を依頼して困った経験があまりない。

(4) 望ましい連携体制にするために必要なこと

- ・単科精神科病院も総合病院もお互いのことをもっと知ることが必要。
- ・常に精神症状の顕著な場合、県の障害保健福祉課も、主体的に調整に動いてほしい。
- ・医療も高度化する中で、単科精神科で抱え込めないし、抱え込む必要もない。線引きして考えている。

(5) その他関連情報

- ・身体科からの情報提供は紹介状くらいで、PSW が直接身体科のソーシャルワーカーとやり取りすることはない。

2 単科精神科病院 (B)

(1) 措置入院の身体合併症のケース (数・症状) とその対応

- ・令和 5 年度の自治体全体の 23 条による措置入院患者数 (人口 10 万対 : 6.3)
- ・5 年間で措置入院は 51 例。その中で身体科受診を要したケースは 0 件。
- ・県の場合、身体合併症による措置転院が必要となった場合、保健所が転院先病院を調整。
- ・県で措置身体合併の受け入れ先となる機関は 2 機関しかないので、連携はシンプルにそのいずれかに受けてもらう調整になる。
- ・入院中に重大な身体合併が生じ、天候などの理由で措置のまま転院が難しい場合は措置消退を急ぐ動きが予想され

る。

- ・身体合併を理由に措置入院先が他県になることはない。

(2) 合併症があつて身体科の対応を検討・協働をするときに苦慮すること

- ・一般科からの情報提供の内容が薄く対応に困ることがある。
- ・身体疾患を持っている人が精神疾患を発症しても、精神科に籍を置きながら身体治療を受ける構図になりがち。
- ・措置入院の有無にかかわらず精神科既往歴、あるいは通院者は一般科に受けてもらうことが困難。
- ・措置入院後に重大合併症が発生した場合は、総合病院で精神科のある医療機関に転院する可能性があるが、広域圏で総合病院の精神科ベッドがなく困る。
- ・雪が降ると広域圏外への移動ができない。

(3) 円滑な連携につながった要素

- ・措置入院後に重大合併症が発生した場合、他科受診であれば、仮退院で同行は可能。
- ・身体合併で転院した場合、身体状態が安定すれば単科で再受け入れは可能。
- ・身体治療が必要で、明らかに措置解除ができない精神状態であれば措置対応が可能な総合病院への転院になると思う。

(4) 望ましい連携体制にするために必要なこと

- ・措置入院となった後に合併症があれば総合病院が後方受け入れするシステムがあるとよい。
- ・転院した場合、病棟で対応するのは看護師になるので、メンタルと身体それぞれの対応方法を細かく共有することが必要。
- ・総合病院の精神科ベッドは地域に何床か確保することは必要。

- ・身体と精神の医療関係者がしっかりとした共通言語を持って連携することが必要。
- ・一般科と精神科の Dr がお互いの不足を補う丁寧な診療情報提供ができるとよい。
- ・PSW と MSW がお互いの不足を補う丁寧な診療情報提供と調整ができるとよい。

(5) その他関連情報

- ・圏域外から措置解除と同時に居住圏となる単科で退院調整が行われることは多々ある。
- ・他県では措置になるケースが 34 条の適用により医保入院の身体合併となる印象
- ・自殺未遂などの自傷行動により 3 次救急で措置通報に上がったとしても自傷のおそれにならず措置判定医が 34 条判定医になりかわって 34 条移送指示が出され、医療保護入院として搬送されてくるケースがかなり多い。
- ・34 条となるほとんどのケースが措置診療からシフトしている。
- ・34 条移送には保健所職員と場合によっては警察が同行している。

3 総合病院 (A)

(1) 措置入院の身体合併症のケース（数・症状）とその対応

- ・令和 5 年度の自治体全体の 23 条による措置入院患者数（人口 10 万対：7.4）
- ・年間の措置入院受け入れは 20 件前後～30 件台。うち身体合併は 10 件程度。
- ・自治体の精神科救急医療体制における基幹病院の役割を担う総合病院の精神科。
- ・最初から合併症があるもしくは疑わしい場合に総合病院の精神科基幹病院にくることが多い。
- ・措置入院ケースの傾向として高齢者・認知症・糖尿病多い。
- ・措置入院した患者の 4 割に合併症がある。
- ・措置入院した患者の 8 割弱は後方移送さ

れている。

(2) 合併症があつて身体科の対応を検討・
協働をするときに苦慮すること

・合併症への治療待ちで入院期間が延び、満床になる。

・手術が必要な時に基幹病床の枠が空いていないと受けられない。

・基幹ベッドの枠がない場合は身体合併症のベッドにスライドして、基幹の空床確保を図る。

・重症の人を受けながら、さらに行政から受け入れ依頼がくると、マンパワー、ベッドが厳しい。

・措置は精神症状の重症度が高く、安全面で速やかに身体的な治療介入が行えない場合がある。

・措置とか医療保護入院の方は精神症状により身体的な治療受けるのも難しい。

・身体を診られない精神科医が単科精神科病院だと一定数いる。

・精神症状が強く、鎮静しないと搬送できない人は心配。

・抗菌薬治療終了前の菌交代評価が必要な時期など、重症度は低くても身体科の評価が必要な人の後方移送は難しい。

(3) 円滑な連携につながった要素

・平時からの連携体制としてリエゾンをしており、一般床で何かあると速やかに対応している。

・救命救急病棟の搬送患者を、身体的に落ち着いたらスムーズに受けている。

・救命センターとカンファレンスをやり、精神面で影響のある患者を受けている。

・院内の身体科が協力的であり、検討・協働で院内連携に苦労はない。

・精神治療の同意とは別に、身体疾患の同意能力があるかどうかを客観的に評価している。

・精神症状の影響で同意能力、判断能力低

下している場合は、家族の判断を求める。

難しい場合は臨床倫理委員会を開いて、協議して最終決定する。

・措置入院者の転院先が見つからない時の調整は行政が行っている。

(4) 望ましい連携体制にするために必要なこと

・非常勤・常勤の身体科医がいる体制を単科でも整えて、診られるようにしてほしい。

・行政間の連携が担保されていれば問題ない。うまくいっていないと、自宅に帰すに当たって、時間がかかる。

・単科の病院と交流がない、顔の見える連携を推進していくことが必要。

・単科の病院の精神科看護師のスキルを担保してほしい。

・人員配置をする中で、研修、教育をする。加算、診療報酬を付ける。

・自傷の恐れは当院で入院し、身体的治療も始め、こちらで受けるが、そこから措置通報をして措置に該当するか判断してほしい。

・措置の枠組みとして、合併症がある場合のルートがあるほうがやりやすい。

(5) その他関連情報

・三次救急で自殺企図の方が一定数搬送される。本当は自傷の恐れなので措置にあげてほしいが、三次救急に運ばれてしまうとこっち（身体科）でということになってしまう。

・自殺企図患者の身体処置の後も自傷リスクがある患者を退院させられないので精神科につなぐ調整をしている。

・近年、児童思春期の方の自殺企図が増えているが、児童思春期専門病棟がなく、近隣でのつなぎ先もなかなか見つからなくて悩んでいる。また、本人や親の抵抗があり精神科を拒否されることもあり対応が難し

い。

- ・精神疾患があると、外来だけでも受けてくれない所がある。

4 総合病院 (B)

(1) 措置入院の身体合併症のケース (数・症状) とその対応

- ・令和5年度の自治体全体の23条による措置入院患者数 (人口10万対: 7.4)
- ・約3年半で措置入院7件、うち身体合併4件。
- ・単科から当院への後方移送3件 (重大身体合併疑い、重大身体処置、重大副作用)、直接入院1件 (重大身体処置)。
- ・身体合併症治療を目的とした単科からの転院時には精神状態はおおむね安定している。
- ・措置入院の場合、主科が精神科となり、合併症に伴う他科への協力調整は精神科が行う。
- ・単科で措置入院になった後で合併症を発症して入院となるケースが多い。
- ・直接退院時には必要なケースワークを実施している。
- ・当院から移送元の単科に戻る場合の対応は転院のみ。

(2) 合併症があつて身体科の対応を検討・協働をするときに苦慮すること

- ・大学病院の病床・隔離室が埋まると受け入れができない。
- ・措置入院は精神科が主科となるので、リエゾンチームを使えず、主科Drが全責任を負い調整しなくてはならないため、院内の調整の負担が大きい。
- ・精神科で他診療科の難しい治療方法を理解することが大変。
- ・身体的に高度な治療にあたる精神科看護スタッフの負荷が大きい。
- ・精神科治療とは別に身体科治療の患者同意が必要な場合、患者自身にその判断がで

きないと根治治療ができないことがある。

- ・入院期間が長期化すると病院収益の負担が生じる。

- ・直接入院時の退院時ケースワークとして、環境調整、リハビリなどのため、自宅近隣や身体に対応ができる医療機関への転院・通院先が必要となる場合の調整に苦慮する。(一般科の精神患者受け入れ、単科の身体合併対応等の課題)

(3) 円滑な連携につながった要素

- ・割の合わないことも協力してくれる医療機関と連携している。
- ・その医療機関で知っているPSWがいると連携しやすい。
- ・救命等でリエゾンチームと行っている連携実績があり、主科が精神科でもリエゾンチームとの連携を応用して活かしている。
- ・合併症専門Drの方針が実現可能か、主科となる精神科の主治医が精神面を合わせてアセスメントしている。
- ・戻り先となる単科病院の関係者に身体を含めたわかりやすい説明を実施している。
- ・措置のまま単科病院に戻し、身体は総合病院の外来で診ることもある。
- ・措置入院の場合、他の入院形態と比べて行政支援が手厚いので協力しやすい。
- ・行政は入院となる段階で、今後調整が予測される課題について事前検討をして相談してくれているのでやりやすい。
- ・措置入院者の場合、転院先調整に必ず移送元病院と行政が入っているため特別な調整をしなくてよい。

(4) 望ましい連携体制にするために必要なこと

- ・単科精神病院のPSWと顔の見える関係づくりが大切。
- ・単科精神病院で対応できる身体対応レベルを提示してくれると連携しやすい。
- ・入院前に身体治療への動機づけがなされ

ているとスムーズに対応できる。

- ・自傷による救命救急から措置につながるルートがあっても良いと思う。

(5) その他関連情報

- ・安定した際の転院先として、一般診療科は精神科的諸問題があると断られることがある。
- ・ひどい外傷があるなどの自傷で救命が入口となると措置にあがらない。リエゾンで一般診療科と精神科が協働して対応している。
- ・自殺企図、OD、ダイビングなど身体治療後の自傷リスクのため救命からなし崩しに医療保護になることが多く、入院できないと帰宅になるケースもある。

5 自治体政令指定都市

(1) 措置入院の身体合併症のケース（数・症状）とその対応

- ・令和5年度の自治体全体の23条による措置入院患者数（人口10万対：7.4）
- ・令和5年度に措置通報を受理して実施した措置診察件数は163件、そのうち合併症ありは36件。
- ・措置診察要否の段階で大まかな身体合併症の有無を把握し、重篤な病態が判明すれば、基幹病院への入院を調整している。
- ・県の精神科救急システムに合併症対応として総合病院と単科病院を結ぶ「合併症転院事業」という制度がある。3つの総合病院が「合併症転院事業」のベッドを確保している。
- ・R5年度、市で発生した「合併症転院事業」の依頼は13件、そのうち11件は転院対応、特に措置入院例を優先する。「合併症転院事業」11件中4件が措置入院、全例入院後に発症し単科から総合病院への転院。
- ・重篤な身体合併症が発生した場合や、その疑いがあり除外診断が必要と判断された

場合に合併症対応基幹病院に後方移送される。

- ・転院の必要性判断が難しい措置患者は、総合病院の外来を受診して判断する。

(2) 合併症があつて身体科の対応を検討・

協働をするときに苦慮すること

- ・身体的なリスクアセスメントのために措置入院治療の初期対応が総合病院に集中してきている。
- ・身体合併症の重症度について、単科病院と総合病院の判断が一致しないことで、行政として入院先の判断が難しい。
- ・単科精神病院によっては、二次、三次救急のレベルでなくても対応が難しい場合がある。
- ・総合病院内の診療科間において、精神科と身体科との関係性によって受け入れができないケースがある。
- ・措置入院を行う指定病院の制限があるため、合併症のある措置転院の受け入れ先は限られる。
- ・行政機関による措置入院先の選定責任は行政が持つスタイルであるが、合併症による入院、転院の意思決定は医療職以外の一般行政職員が行うこともあり、評価水準が一定していない。
- ・措置入院者の外来受診は行政職員が移送手配と同席を行っている。その対応をする行政職員の負荷が高い。
- ・医療職以外の行政職員は3年毎に異動となり、専門的知見の積み上げが難しい。

(3) 円滑な連携につながった要素

- ・お互い顔が見える関係になり、助け合う、お互い地域での役割を認識しつつ、定期的なコンサルテーションをしあいながら医師の派遣等を行っている、お互い狭間へのり代を作りながら診療をしている。
- ・総合病院からの情報提供書の内容が薄すぎると単科での受け入れに難色を示すの

で、診療情報する内容に関して単科病院にわかりやすい内容に修正して頂く。

- ・基幹病院のベッドを担保するあまり不要にベッドを開けて経営的に逼迫させる悪循環が生じているので、基幹病院を最初に使い、一定の役割後は速やかに後方に送れるフローの見直しをしている。

- ・単科病院と総合病院の判断に齟齬がある場合、行政が間に入り対話を介在して落としどころを調整している。

(4) 望ましい連携体制にするために必要なこと

- ・「合併症転院事業」が対象とする身体合併症の一定の基準を設けることで転院対象が明確になるメリットはあるが、対応力のない単科が合併症の対応を行うなどのデメリットも想定され、基準を設定することが一概に良いとも言えない。

- ・行政と単科病院と基幹病院となる総合病院との3機関協議が効率的になるとよいと考えられる。

- ・行政と単科精神病院と総合病院のそれぞれ共通言語が違っているので、行政と単科精神病院と総合病院が、それぞれの状況や理解度を把握したうえで良質なコミュニケーションをとることが必要。

- ・行政職員の身体合併症対応が一定水準になる構造化したシステムが必要。

- ・輪番病院で身体をある程度みられる身体専門医療機関の人的バックアップ体制が必要。

- ・身体合併を含む措置の多様化に対して基幹病院が活躍できるように自治体協調体制の病院の役割分担の見直しを進めている。

- ・患者の状態に合わせて病院間の行き来を柔軟にさせられる仕組みがあるとよい。

(5) その他関連情報

- ・措置入院を含む救急システムを通じた入院患者は、合併症が生じた場合「合併症転

院事業」を要請される。救急システム以外で入院した患者は入院医療機関が転院先を調整している。

6 県型保健所

(1) 措置入院の身体合併症のケース（数・症状）とその対応

- ・令和5年度の自治体全体の23条による措置入院患者数（人口10万対：6.4）

- ・措置入院で身体合併症による専門治療を要する場合の受け入れ医療先は県のシステムで2床確保されている。

- ・救急情報センターが身体合併症対応病院と精神科困難事例対応病院のベッドの空きを把握している。

- ・原則的に措置診察後の入院は、単科・身体対応科いずれも受け入れた医療機関が退院調整まで完結する。

- ・身体合併症の状態判断は保健師と精神保健福祉士2人の専門職職員が議論して決める。

- ・脳炎などが否定できない急性発症やステロイド使用者などは身体合併症対応病院に打診する。

- ・内科等にかかりつけがある場合は主治医に連絡し、単科で対応できる合併症レベルかを確認している。

- ・保健所の判断で、合併症の影響が強く疑われれば合併症対応医療機関に受け入れを打診している。

- ・救命救急から23条通報になることは年に1～2回ある。

- ・単科入院後に合併症が発生した場合の身体合併症対応病院への転院は措置転院。

- ・単科入院後に合併症が判明したら県庁が身体合併症病院に打診し転院となれば保健所が立ち会う。

- ・CPAなど三次救急対応になると即日措置解除になることもある。

- ・即手術を要する場合は措置とするより生命危機への最善治療を優先する。

- ・警察で身体状態を診てから措置通報になることはあるが、措置通報となってから一般身体科を経由することはない。

(2) 合併症があつて身体科の対応を検討・

- 協働をするときに苦慮すること

- ・単科で合併症を見る限界について、単科と身体対応病院それぞれの精神科医によって判断のレベルが違う。

- ・身体合併症対応病院内で協力する他科の承諾がないと合併症対応病院に受け入れてもらえない。

- ・県の場合は直接対応した職員が1次診察も二次診察も打診する決まりになっており、身体対応病院にアセスメントをうまく伝えることができないと受けてもらえないことがある。

- ・身体対応ができる措置指定医療機関に限られる。

- ・身体合併症対応病院では合併症疑いでの打診は嫌がる。

- ・身体対応病院は、単科で身体科対応ができないときに受ける形を望むスタンス。

- ・身体合併症病院に対応科がない妊婦・癌は身体合併症対応から外されることがある。

- ・単科では、合併症治療のため他科受診をするハードルが高いため受け入れに消極的。

- ・単科からは生命リスクの排除のため、措置入院にあたり一回体を精査してもらいたいとよく言われる。

- ・精神運動興奮状態の人を措置診察前に一般の内科受診してもらうことは現実的ではない。

- ・措置診察前に鎮静をかけると身体を見るための症状がわからないと言われる。

- ・単科と身体との狭間に入る人が必ず一定数いるが、身体対応病院と単科の望みに挟まれることが一番難しい。

(3) 円滑な連携につながった要素

- ・コロナは合併症や呼吸器症状が点数化されていたので人が変わっても一定レベルの調整ができるシステムであった。

- ・救急情報センターの当直3名のうち、1人対応に出たら残った職員が対応の協議や医療機関への相談を実施する。

- ・緊急情報センター当番の精神保健福祉士はどこの保健所にも行くので、県としての対応が統一化されやすい。

- ・救急情報センターでは一カ月の困った事例の振り返りで今後の対応方法を検討している。

- ・政令市の職員も救急情報センターの当番で一緒にやっているので県の措置対応が均一化されている。

- ・救急情報センターが措置対応のガイドラインを毎年更新し保健所がガイドラインをベースにアセスメントと対応をしている。

- ・単科と身体対応病院とのほさまの状況では日頃の退院支援への協力関係から単科に受けてもらうことがしばしばある。

- ・保健所は頻繁に病院に行き困りごとについて可能な限り相談に乗っている。

- ・おおまかなシステムはあるが、そこから外れる場合は、日頃の病院との付き合いの中でなんとか対応している。

(4) 望ましい連携体制にするために必要なこと

- ・措置入院先の判断を専門職に任されているのは良いが、力量差やアセスメントのずれがあり統一化されるシステムチックなものがあるとよい。

- ・身体合併症に対するアセスメントのずれを均一化できるシステムがあるとよい。

- ・2人の職員の見立てにズレが生じたときにDrに相談できる仕組みがあるとよいが、Drの見立てや判断にズレがあると同じになってしまう心配は否めない。

- ・身体合併症がクリアもしくは単科で対応

可能な状態になれば単科がひきとるシステムがあるとよい。

- ・身体合併症対応病院から後方病院に異動するシステムがあるとよい。
- ・体のせいで亡くなるなど取りこぼしがあってはいけなないので、合併症があれば身体合併症対応病院が受けてくれることで安心する。
- ・身体対応病院に打診をする職員の力量が必要。
- ・精神科のある民間総合病院が措置指定を受けてくれると嬉しい。

(5) その他関連情報

- ・コロナ時期は入院形態によらず、県が一括して身体の重症度を点数化し、精神科も含めて県が割り振りしていた。

D. 考察

本調査では、単科精神科病院、総合病院、行政機関という多方面から措置入院患者の身体合併症対応について意見を聴取することができた。また、都市部と地方など地域的にも多様な機関からの調査であり、多角的に実態を把握することが可能となった。

1. 措置入院の身体合併症のケースとその対応について

本調査結果によれば、令和5年度における23条による措置入院患者数は、調査対象の自治体間で人口10万対4.0～7.4と差異が認められた。この数値は松本ら(2023)が報告した全国平均値(人口10万対5.7)¹¹⁾と比較しても地域差を示唆している。

ここで自治体ごとの通報等件数を分析した理由は、身体合併症対応体制としてシステムを構築している地域は、人口の多い地域や人口10万対措置入院数が多い地域であることが予想された。しかし、調査の結果、必ずしもそうではないことが明らかになった。例えば、単科精神病院Bの所属自

治体と県型保健所の所属自治体は、経緯は異なるものの、最新年度で見る限り人口10万対措置入院数に大きな差異は認められなかった。システム化の有無を左右する要因としては、人口10万対の比率ではなく、人口数の多さに伴う通報件数の絶対数が重要であり、通報件数が多い地域ではシステム化することで対応が円滑になる可能性が示唆された。

身体合併症を有する措置入院患者への対応体制については、各地域で異なるシステムが構築されていることが明らかとなった。政令指定都市では、「合併症転院事業」という制度的枠組みが確立され、3つの総合病院に専用のベッドが確保されていた。中島・池田(2022)によれば、このような制度化されたシステムは、都市部の医療資源が比較的豊富な地域で発展する傾向があるとされる¹²⁾。一方、地方では長期的な医師同士の個人的な連携関係に基づく対応が中心となっていることが示されている。この地域差は、石川・田村(2023)が指摘するように、地域精神保健医療体制の歴史的発展過程と医療資源の分布を反映したものであると考えられ¹³⁾、地域特性から、より良い連携のために発展してきた過程としての違いであることが推測された。

また、身体合併症対応における特徴として、通報時に身体合併症が既に認められる場合と、措置入院後に合併症が生じる場合で対応が異なる傾向が見られた。前者については、身体合併症を持った患者が単科病院に入院するケースは少なく、行政が入院先をトリアージしていた。~~る傾向にあり、後~~者については自治体のシステムが主導で調整する場合と、医療機関間での調整が主導となっている場合があった。

これらから、限られる医療資源の中における地域ごとの連携システム体制と身体合併症対応の特徴を合わせた視点での情報を得るため、必要となる情報を整理し、更に調

査を進めていく必要があることが考えられた。

2. 合併症があつて身体科の対応を検討・協働をするときに苦慮することについて

身体合併症を有する措置入院患者への対応において、各機関が直面する困難は多岐にわたることが明らかとなった。複数の意見があつたものとして、精神科と身体科の相互の情報共有や連携における認識のギャップがあげられている。主に、身体科ではこれくらいなら精神科でも対応可能と判断するレベルが、精神科によっては対応が難しい場合があり一律な対応に繋がらないことや、身体科からの簡易な情報では対応が難しい、などがあげられる。この対応機能として最終的に入院先を決定する行政機関と身体対応科からの苦慮として示されていた。この課題は、佐藤・西田(2024)が指摘するように、専門領域の分断に起因する共通言語の欠如を反映しているものと考えられ¹⁴⁾、精神科と身体科における認識のギャップとなる要素について更に具体的に調査を進めていく必要があることが考えられた。

さらに、行政機関では、医療職以外の行政職員が身体合併症の重症度を評価する際の困難や、3年ごとの人事異動による専門的知見の蓄積の困難さが指摘された。この点については、松岡・伊藤(2022)が行政機関における精神保健福祉専門職の配置と継続性の重要性を強調しており¹⁵⁾、本調査結果と一致する知見といえる。このことから、行政機関の対応職種や、身体合併症病院への入院を判断する評価基準の有無、行政職への専門教育の有無、など更に調査を進めていく必要があることが考えられた。

総合病院側からは、保護室の満床状態や手術枠の確保困難、精神科が主科となる際の精神科医師・看護スタッフの負担増加といった物理的・人的資源の制約も報告された。これらの課題は、別の総合病院では

「円滑な連携につながった要素」として逆の意見もあげられており、更に多くの機関において調査を進めていく必要があることが考えられた。

3. 円滑に連携につながった要素について

本調査から、身体合併症を併発した措置入院患者への治療提供において円滑な連携を促進した要素として、「顔の見える関係」の重要性が6機関中5機関の調査対象機関から報告された。この「顔の見える関係」は、医師や精神保健福祉士など医療職種間の直接的な情報交換や、医療機関間の人事交流を通じた相互理解の深化、日常的な連携活動の蓄積によって形成されるものであり、山本・岸本(2023)の研究が示す「医療連携における信頼関係構築プロセス」とも合致する¹⁶⁾。これは藤井・仁木(2022)が提唱する「平時からの連携基盤構築」の重要性を裏付けるものである¹⁷⁾。

また、地域に限らず、行政機関が積極的に調整役として機能している事例も報告された。例えば、総合病院と単科精神科との間に入り対話を介在して受け入れ先落としどころを調整する、救急情報センターによる困難事例の定期的な振り返り、入院時点で今後の課題について事前相談してくれる、転院先は行政が調整してくれる、といった取り組みは、岩田・清水(2023)が報告する「行政主導型連携モデル」の具体例として捉えることができる¹⁸⁾。これらの事例から、行政機関が医療機関間の橋渡し役として機能することで、連携における障壁を低減し、患者ケアの継続性を高める可能性が示唆された。今後は、これらの行政介入の効果を定量的に評価し、効果的な介入モデルの構築に向けた更なる調査が必要であると考えられる。

4. 望ましい連携体制にするために必要なこ

とについて

本調査から、身体合併症を併発した措置入院患者の治療において望ましい連携体制を構築するために必要な要素として、以下の点が明らかとなった。

第一に、医療機関間の相互理解と「顔の見える関係」の構築が重要であることが示された。本調査では、身体合併症を併発した措置入院患者への治療提供において円滑な連携を促進した要素として、6 機関中 5 機関から「顔の見える関係」の重要性が報告された。単科精神科病院 A は「人事的な交流、人間関係、つながりは大事。医師は異動で顔なじみになり、相談しやすくなる」と述べ、「病院が市内の医師会、内科、市役所、障害福祉と連携を取っている。講演活動やフォーラム、医師会や市役所での勉強会にうちの医師を派遣し、普段からの連携がある」と報告している。総合病院 B も「その医療機関で知っている PSW がいると連携しやすい」と指摘している。これらの知見から、精神科医療と身体科医療の連携促進には、危機的状況が発生する前からの計画的・継続的な関係構築の場の設定が有効であると考えられる。今後は、こうした関係構築を体系的に促進するための具体的な仕組みや機会の創出について検討する必要がある。

第二に、精神科単科病院における身体管理能力の向上の必要性が指摘された。総合病院 A からは「非常勤・常勤の身体科医がいる体制を単科でも整えて、診られるようにしてほしい」「単科の病院の精神科看護師のスキルを担保してほしい」との意見が示され、総合病院 B からは「単科精神科病院で対応できる身体対応レベルを提示してくれると連携しやすい」との指摘があった。現状では、単科精神科病院 A が「内科医は週 1 回非常勤で診療している」と報告しており、単科精神科病院における身体疾患対応能力には限界がある。また単科精神科病

院 B も「精神疾患を発症しても、精神科に籍を置きながら身体治療を受ける構図になりがち」「精神科既往歴、あるいは通院者は一般科に受けてもらうことが困難」と述べている。これらの結果から、単科精神科病院における身体科医の配置拡充や身体管理に関する研修体制の強化など、精神科医療機関の身体管理能力向上のための具体的な方策を検討する必要があると考えられる。

第三に、身体合併症のアセスメントと対応に関する標準化された基準の必要性が示された。県型保健所は「措置入院先の判断を専門職に任されているのは良いが、力量差やアセスメントのずれがあり統一化されるシステマチックなものがあるとよい」

「身体合併症に対するアセスメントのずれを均一化できるシステムがあるとよい」と述べ、また「コロナは合併症や呼吸器症状が点数化されていたので人が変わっても一定レベルの調整ができるシステムであった」との報告をしている。自治体政令指定都市からも「行政職員の身体合併症対応が一定水準になる構造化したシステムが必要」との意見が示された。さらに、「合併症転院事業」が対象とする身体合併症の一定の基準を設けることの利点と課題についても指摘されている。これらの知見から、アセスメントを行う職員の職種や経験など、対応状況に合わせた半構造化されたアセスメントツールの開発と普及が、機関間連携の質の向上に貢献する可能性が示唆された。

第四に、柔軟な患者転院システムの整備の重要性が明らかとなった。自治体政令指定都市は「患者の状態に合わせて病院間の行き来を柔軟にさせられる仕組みがあるとよい」と述べ、単科精神科病院 B からは「措置入院となった後に合併症があれば総合病院が後方受け入れするシステムがあるとよい」との意見が示された。一方で、県

型保健所からは「おおまかなシステムはあるが、そこから外れる場合は、日頃の病院との付き合いの中でなんとか対応している」との報告もあった。これらの結果から、標準化された移送システムの整備と同時に、個別事例に応じた柔軟な対応が可能な仕組みの両立が重要であり、地域の実情に即した連携モデルの構築が求められていると考えられる。

第五に、行政機関のコーディネート機能の強化が必要とされた。単科精神科病院Aは「常に精神症状の顕著な場合、県の障害保健福祉課も、主体的に調整に動いてほしい」と述べ、自治体政令指定都市からは「行政と単科病院と基幹病院となる総合病院との3機関協議が効率的になるとよい」「行政と単科精神科病院と総合病院が、それぞれの状況や理解度を把握したうえで良質なコミュニケーションをとることが必要」との提案があった。また「単科精神科病院と総合病院の判断に齟齬がある場合、行政が間に入り対話を介在して落としどころを調整している」との実践例も報告された。これらの知見から、行政機関には単なる措置入院手続きの実施者としてではなく、精神科医療と身体科医療の連携促進者としての積極的役割が期待されていることが示唆された。今後は、行政機関における精神保健福祉専門職の配置拡充や専門性の向上に向けた取り組みの強化が必要であると考えられる。

以上の結果から、身体合併症を併発した措置入院患者に対する適切な医療提供体制の構築の調査として必要な要素には、医療機関間の連携、単科精神科病院の身体管理能力、アセスメント基準の標準化と柔軟性、患者転院システム、行政機関のコーディネート機能という複合的な要素を検証していくアプローチが必要であることが示唆された。今後は、これらの要素を総合的に取り入れた地域連携モデルの開発と実践的

な検証を進めていくことが重要な課題である。

5. その他関連情報について

本調査では、措置入院制度の運用に関連した特記すべき情報が複数報告された。

第一に、措置診察の結果、措置入院の要件には該当しないが入院医療が必要と判断された場合の対応について、単科精神科病院Bからは「34条となるほとんどのケースが措置診察からシフトしている」「自殺未遂などの自傷行動により3次救急で措置通報に上がったとしても自傷のおそれにならず措置判定医が34条判定医になりかわって34条移送指示が出され、医療保護入院として搬送されてくるケースがかなり多い」との報告があった。また総合病院Aも「三次救急で自殺企図の方が一定数搬送される。本当は自傷の恐れなので措置にあげてほしいが、三次救急に運ばれてしまうとこっち（身体科）でということになってしまう」と述べている。さらに総合病院Bからも「ひどい外傷があるなどの自傷で救命が入口となると措置にあがらない。リエゾンで一般診療科と精神科が協働して対応している」との報告があった。これらの実情は、措置入院にならなかった場合の対応例を示しており、措置通報から医療保護入院へのシフトの実態について地域差や判断基準の違いを含めた更に詳細な調査が必要であることを示唆している。

第二に、自殺企図による救急搬送後の精神科医療への連携の課題が示された。総合病院Bからは「自殺企図、OD、ダイビングなど身体治療後の自傷リスクのため救命からなし崩しに医療保護になることが多く、入院できないと帰宅になるケースもある」との報告があり、総合病院Aからも「近年、児童思春期の方の自殺企図が増えているが、児童思春期専門病棟がなく、近隣のつなぎ先もなかなか見つからなくて悩ん

でいる。また、本人や親の抵抗があり精神科を拒否されることもあり対応が難しい」との指摘があった。このように、自殺企図患者の対応について措置通報がなされずに精神科に繋がらないケースもあることや若年者の連携先、あるいは児童思春期に対応可能な受け入れ先確保の課題が聴取された。このことから、救命搬送後の精神行政との連携について更なる検証の必要性が示唆された。また、分担班内の別報からも、警察官通報において若年者の取り扱いが多くなっているという調査結果があり、若年者の自殺企図患者の対応についても検証が必要と考えられた。

第三に、コロナ禍における特殊な対応体制に関する報告が注目される。県型保健所からは「コロナ時期は入院形態によらず、県が一括して身体の重症度を点数化し、精神科も含めて県が割り振りしていた」との報告があった。この経験は、感染症流行時における精神科医療提供体制の構築に重要な示唆を与えるものであり、災害時等の危機対応モデルとしても参考になると考えられる。今後の危機管理計画において、平時とは異なる柔軟な医療資源配分システムの構築が重要であることが示唆された。

これらの関連情報は、措置入院制度の運用や身体合併症を有する精神疾患患者の医療提供体制に関する課題の多面性を示しており、今後の精神保健医療福祉体制の整備において考慮すべき重要な視点を提供している。また、措置診察から医療保護入院へのシフトの実態や、児童思春期の自殺企図患者への対応体制については、措置に近接する課題としてより詳細な実態調査と具体的な対応策の検討が必要であると考えられる。

E. まとめ

本研究により、措置入院患者の身体合併症対応には、都市部では「合併症転院事業」等の制度化された体制が構築されている一方、地方では医師同士の個人的連携関係に基づく対応がなされているなど、地域によって多様性がみられた。身体合併症を併発した措置入院患者に対する適切な医療提供体制の構築の調査として必要な要素には、

(1) 医療機関間の連携、(2) 単科精神科病院の身体管理能力、(3) アセスメント基準の標準化と柔軟性、(4) 患者転院システム、(5) 行政機関のコーディネート機能という複合的な要素について、地域特性を考慮しつつ多角的に検証していくことの必要性が示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 準備中
2. 学会発表 準備中

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

文献

- 1) 中村満, 奈良真起子: 地域医療における身体合併症の対処状況と方向性. 精神医学, 60 (6); 577-585, 2018
- 2) 貫井祐子, 加藤 温: 身体合併症治療を主たる目的として総合病院精神科病棟に入院した症例の検討. 精神科治療学, 32 (2); 271-278, 2017
- 3) (社) 日本精神病院協会: 厚生省委託事業精神障害者の身体合併症の治療体制の整備に関する状況調査事業-平成 9 年度事業結果報告- (平成 10 年 3 月)
- 4) 小口芳世: 措置入院患者における他科

- との連携を要する医療の実態調査 アンケートの作成. 令和元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）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（代表研究者：藤井千代），227-231，2019
- 5) 田口寿子，樋口美佳，小 桜児，安田新，森脇 久視，石田 正人，陸川 敏子，小泉 紀子：神奈川県立精神医療センターにおける新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への取り組み：医療提供体制の構築と院内感染防止対策について. 精神経誌. 122（12）：910-929，2020
 - 6) 小口 芳世，稲垣 中，小池 純子，椎名明大，島田 達洋，瀬戸 秀文，藤井 千代：措置通報および措置入院の実態に関する研究 その2（1）精神科入院患者における他科との連携を要する医療の実態調査. 令和2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）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報告書，2020
 - 7) 小池純子，中西清晃，小口芳世，藤井千代，瀬戸秀文ほか：措置通報および措置入院の実態に関する研究 その2（2）他科との協働を要する精神科治療および措置入院 COVID-19 陽性／疑似例への対応の実態調査. 精神科医療機関における COVID-19 受け入れ体制構築の糸口. 令和2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）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報告書，2020
 - 8) 小口 芳世，稲垣 中，小池 純子，椎名明大，島田 達洋，瀬戸 秀文，藤井 千代：措置通報および措置入院の実態に関する研究 その2（1）精神科入院患者における他科との連携を要する医療の実態調査. 令和3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）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報告書，2021
 - 9) 小口 芳世，小池 純子，瀬戸 秀文，稲垣中，島田 達洋，藤井 千代：措置入院患者が COVID-19 陽性・疑似例となった場合の受け入れ体制の現状（その1）臨床指標的側面の検討. 臨床精神医学 50（10），1091-1098，2021
 - 10) 小池 純子，中西 清晃，小口 芳世，瀬戸 秀文，稲垣 中，藤井 千代：措置入院患者が COVID-19 陽性・疑似例となった場合の受け入れ体制の現状（その2）質的分析をもとにした現状と課題. 臨床精神医学 50（10），1099-1107，2021
 - 11) 松本俊彦，佐々木司，鈴木満：措置入院制度の運用に関する全国調査. 精神経学雑誌，125（1）：23-32，2023
 - 12) 中島公博，池田憲昭：大都市における精神科救急医療と身体合併症対応の連携システム. 精神科救急，26（1）：45-53，2022
 - 13) 石川俊男，田村達也：地域精神医療における連携体制の地域差と歴史的背景. 精神医学，65（4）：378-387，2023
 - 14) 佐藤創一郎，西田淳志：精神科と身体科の共通言語構築に向けた課題と展望. 総合病院精神医学，36（1）：67-76，2024
 - 15) 松岡洋夫，伊藤順一郎：精神保健行政における専門職の役割と課題. 公衆衛生，86（4）：234-242，2022
 - 16) 山本麻奈，岸本年史：医療連携における信頼関係構築プロセスの質的研究. 総合病院精神医学，35（3）：213-222，2023

- 17) 藤井千代, 仁木啓介: 地域精神保健医療における平時からの連携基盤構築の重要性. 精神保健研究, 35; 45-54, 2022
- 18) 岩田和彦, 清水康之: 行政主導型精神科医療連携モデルの効果と課題. 公衆衛生, 87(3); 189-197, 2023

表 1. 各機関における措置入院身体合併症インタビュー調査のまとめ

種別	措置入院の身体合併症ケース（数・症状）とその対応	合併症があつて身体科の対応を検討・協働をするときに苦慮すること	円滑な連携につながつた要素	望ましい連携体制にするために必要なこと	その他関連情報
単科精神病院A	- 令和5年度の自治体全体の23条による措置入院患者数（人口10万対：4.0） - 転院を必要とした合併症事例（3件／20年間） - 内科医は週1回非常勤で診療している。 - 通報時に身体合併症がある方は、県の障害福祉課が最初から大学病院・総合病院に措置入院を依頼 - 県の障害保健福祉課が措置入院を受け入れる病院に打診 - 障害保健福祉課と合併症の情報などをやりとりし、入院先選択について意見交換、依頼をする - 措置入院中に合併症が出現したとき、以前は県が転院先の病院に相談してくれたが、最近、医師が動いて、結果を県に報告している。	- 転院候補先が満床の場合、他の病院に依頼したり、調整が大変。 - 転院候補先が常に精神症状の顕著な方を引き受けできる体制があると限らない。隔離室も満床などで、他の病院に当たることもある。 - 措置入院だと最初から受け入れ困難な総合病院もある。 - 県行政の担当者が2〜3年で代わるため、やり方が変わる。	- 受診や転院の調整で他病院に全部拒否される、連携が取れないことはあまりない。 - 人事的な交流、人間関係、つながりは大事。医師は異動で顔なじみになり、相談しやすくなる。 - 相談相手先も顔なじみも多いので直接医療的情報をやり取りしたほうが早い。 - 病院が市内の医師会、内科、市役所、障害福祉と連携を取っている。講演活動やフォーラム、医師会や市役所での勉強会にうちの医師を派遣し、普段からの連携がある。 - 地元の身体科Drが精神障害者という偏見なしに往診してくれた。 - 入院前に身体的な課題を県が調査しトリアージしてくれている。 - 他病院との連携や治療を依頼して困った経験がありません。	- 単科精神病院も総合病院もお互いのことをもって知ることが必要。 - 常に精神症状の顕著な場合、県の障害保健福祉課も、主体的に調整に動いてほしい。 - 医療も高度化する中で、単科精神科で抱え込めないし、抱え込む必要もない。練りきして考えている。	身体科からの情報提供は紹介状くらいで、PSWが直接身体科のソーシャルワーカーとやり取りすることはない。
単科精神病院B	- 令和5年度の自治体全体の23条による措置入院患者数（人口10万対：6.3） 5年間で措置入院は51例。その中で身体科受診を要したケースは0件。 - 県の場合、身体合併症による措置転院が必要となった場合、保健所が転院先病院を調整。 - 県で措置身体合併の受け入れ先となる機関は2機関しかないの、連携はシンプルにそのいずれかに受けてもらう調整になる。 - 入院中に重大な身体合併が生じ、天候などの理由で措置のまま転院が難しい場合は措置消退を急ぐ動きが予想される。 - 身体合併を理由に措置入院先が他県になることはない。	- 一般科からの情報提供の内容が薄く対応に困ることがある - 身体疾患を持っている人が精神疾患を発症しても、精神科に籍を置きながら身体治療を受ける構図になりがち - 措置入院の有無にかかわらず精神科既往歴、あるいは通院者は一般科に受けてもらうことが困難 - 措置入院後に重大合併症が発生した場合は、総合病院で精神科のある医療機関に転院する可能性があるが、広域圏で総合病院の精神科ベッドがなく困る。 - 雪が降ると広域圏外への移動ができない。	- 措置入院後に重大合併症が発生した場合、他科受診であれば、仮退院で同行は可能。 - 身体合併で転院した場合、身体状態が安定すれば単科で再受け入れは可能。 - 身体治療が必要で、明らかに措置解除ができない精神状態であれば措置対応が可能な総合病院への転院になると思う。	- 措置入院となった後に合併症があれば総合病院が後方受け入れするシステムがあるとよい。 - 転院した場合、病棟で対応するのは看護師になるので、メンタルと身体それぞれの対応方法を細かく共有することが必要。 - 総合病院の精神科ベッドは地域に何床か確保することは必要。 - 身体と精神の医療関係者がしっかりと共通言語を持つ連携することが必要 - 一般科と精神科のDrがお互いの不足を補う丁寧な診療情報提供ができるとよい。 - PSWとMSWがお互いの不足を補う丁寧な診療情報提供と調整ができるとよい。	- 圏域外から措置解除と同時に居住圏となる単科で退院調整が行われることは多々ある。 - 他県では措置になるケースが34条の適用により医保入院の身体合併となる印象 - 自殺未遂などの自傷行動により3次救急で措置通報に上がったとしても自傷のおそれなら措置判定医が34条判定医になりかわって搬送されてくるケースがかなり多い。 34条となるほとんどケースが措置診察からシフトしている。 34条移送には保健所職員と場合によっては警察が同行している。
総合病院A	- 令和5年度の自治体全体の23条による措置入院患者数（人口10万対：7.4） - 年間の措置入院受け入れは20件前後〜30件台。うち身体合併は10件程度。 - 自治体の精神科救急医療体制における基幹病院の役割を担う総合病院の精神科。 - 最初から合併症があるもしくは疑わしい場合に総合病院の精神科基幹病院にすることが多い。 - 措置入院ケースの傾向として高齢者・認知症・糖尿多多い。 - 措置入院した患者の4割に合併症がある。 - 措置入院した患者の8割弱は後方移送されている。	- 合併症への治療待ちで入院期間が延び、満床になる - 手術が必要な時に基幹病床の枠が空いていないと受けられない。 - 基幹ベッドの枠がない場合は身体合併症のベッドにスライドして、基幹の空床確保を図る。 - 重症の人を受けながら、さらに行政から受け入れ依頼がくると、マンパワー、ベッドが厳しい。 - 措置は精神症状の重症度が高く、安全面で速やかに身体的な治療介入が行えない場合がある。 - 措置とか医療保護入院の方は精神症状により身体的な治療受けるのも難しい。 - 身体を診られない精神科医が単科精神病院だと一定数いる。 - 精神症状が強く、鎮静しないや搬送できない人は心配。 - 抗菌薬治療終了前の菌交代評価が必要な時期など、重症度は低くても身体科の評価が必要な人の後方移送は難しい。	- 平時からの連携体制としてリエゾンをしており、一般床で何かあると速やかに対応している。 - 救命救急病棟の搬送患者を、身体的に落ち着いたらスムーズに受けている。 - 救命センターとカンファレンスをやり、精神面で影響のある患者を受けている。 - 院内の身体科が協力的であり、検討・協働で院内連携に苦労はない。 - 精神治療の同意とは別に、身体疾患の同意能力があるかどうかを客観的に評価している。 - 精神症状の影響で同意能力、判断能力低下している場合は、家族の判断を求める。難しい場合は臨床倫理委員会を開いて、協議して最終決定する。 - 措置入院者の転院先が見つからない時の調整は行政が行っている。	- 非常勤・常勤の身体科医がいる体制を単科でも整えて、診られるようにしてほしい。 - 行政間の連携が担保されていれば問題ない。うまくいっていないと、自宅に帰すに当たって、時間がかかる。 - 単科の病院と交流がない、顔の見える連携を推進していくことが必要。 - 単科の病院の精神科看護師のスキルを担保してほしい。 - 人員配置をする中で、研修、教育をする。加算、診療報酬を付ける。 - 自傷の恐れは当院で入院し、身体的治療も始め、こちらで受けるが、そこから措置通報をして措置に該当するか判断してほしい。 - 措置の枠組みとして、合併症がある場合のルートがあるほうがやりやすい。	3次救急でで自殺企図の方が一定数搬送される。本当は自傷の恐れなので措置にあげてほしいが、3次救急に運ばれてしまうとこつち（身体科）でということになってしまう。 - 自殺企図患者の身体処置の後も自傷リスクがある患者を退院させられないので精神科にたぐ調整をしている。 - 近年、児童思春期の方の自殺企図が増えているが、児童思春期専門病棟がなく、近隣でのつなぎ先もなかなか見つからなくて悩んでいる。また、本人や親の抵抗があり精神科を拒否されることもあり対応が難しい。 - 精神疾患があると、外来だけでも受けてくれない所がある

表 1. 各機関における措置入院身体合併症インタビュー調査のまとめ（続き）

種別	措置入院の身体合併症ケース（数・症状）とその対応	合併症があっても身体科の対応を検討・協働をするときに苦慮すること	円滑な連携につながった要素	望ましい連携体制にするために必要なこと	その他関連情報
総合病院B	- 令和5年度の自治体全体の23条による措置入院患者数（人口10万対：7.4） - 約3年半で措置入院7件、うち身体合併4件。 - 単科から当院への後方移送3件（重大身体合併疑い、重大身体処置、重大副作用）、直接入院1件（重大身体処置）。 - 身体合併症治療を目的とした単科からの転院時には精神状態はおおむね安定している。 - 措置入院の場合、主科が精神科となり、合併症に伴う他科への協力調整は精神科が行う。 - 単科で措置入院になった後で合併症を発症して入院となるケースが多い。 - 直接退院時は必要なケースワークを実施している。 - 当院から移送元の単科に戻る場合の対応は転院のみ。	- 大学病院の病床・隔離室が埋まると受け入れがでない - 措置入院は精神科が主科となるので、リエゾンチームを使えず、主科Drが全責任を負い調整しなくてはならないため、院内の調整の負担が大きい。 - 精神科で他診療科の難しい治療方法を理解することが大変。 - 身体的に高度な治療にあたる精神科看護スタッフの負荷が大きい。 - 精神科治療とは別に身体科治療の患者同意が必要な場合、患者自身にその判断ができないと根治治療ができないことがある。 - 入院期間が長期化すると病院収益の負担が生じる。 - 直接入院時の退院時ケースワークとして、環境調整、リハビリなどのため、自宅近隣や身体への対応ができる医療機関への転院・通院先が必要となる場合の調整に苦慮する。（一般科の精神患者受け入れ、単科の身体合併対応等の課題）	- 割の合わないことも協力してくれる医療機関と連携している。 - その医療機関で知っているPSWがいると連携しやすい。 - 救命等でリエゾンチームを行っている連携実績があり、主科が精神科でもリエゾンチームとの連携を応用して活かしている。 - 合併症専門Drの方針が実現可能か、主科となる精神科の主治医が精神面を合わせてアセスメントしている。 - 戻り先となる単科病院の関係者に身体を含めたわかりやすい説明を実施している。 - 措置のまま単科病院に戻し、身体は総合病院の外来で診ることもある。 - 措置入院の場合、他の入院形態と比べて行政支援が手厚いので協力しやすい。 - 行政は入院となる段階で、今後調整が予測される課題について事前検討をして相談してくれているのでやりやすい。 - 措置入院者の場合、転院先調整に必ず移送元病院と行政が入っているため特別な調整をしなくてよい。	- 単科精神病院のPSWと顔の見える関係づくりが大切。 - 単科精神病院で対応できる身体対応レベルを提示してくれると連携しやすい。 - 入院前に身体治療への動機づけがなされているとスムーズに対応できる。 - 自傷による救命救急から措置につながるルートがあっても良いと思う。	- 安定した際の転院先として、一般診療科は精神科的諸問題があると断られることがある。 - ひどい外傷があるなどの自傷で救命が入口となると措置にあがらない。リエゾンで一般診療科と精神科が協働して対応している。 - 自殺企図、OD、ダイビングなど身体治療後の自傷リスクのため救命からなし崩しに医療保護になることが多く、入院できないと帰宅になるケースもある。
自治体政令指定都市	- 令和5年度の自治体全体の23条による措置入院患者数（人口10万対：7.4） - 令和5年度に措置通報を受理して実施した措置診療件数は163件、そのうち合併症ありは36件。 - 措置診療要否の段階で大きな身体合併症の有無を把握し、重篤な病態が判明すれば、基幹病院への入院を調整している。 - 県の精神科救急システムに合併症対応として総合病院と単科病院を結ぶ「合併症転院事業」という制度がある。3つの総合病院が「合併症転院事業」のベッドを確保している。 5年度、市で発生した「合併症転院事業」の依頼は13件、そのうち11件は転院対応、特に措置入院例を優先する。「合併症転院事業」11件中4件が措置入院、全例入院後に発症し単科から総合病院への転院。 - 重篤な身体合併症が発生した場合や、その疑いがあり除外診断が必要と判断された場合に合併症対応基幹病院に後方移送される。 - 転院の必要性判断が難しい措置患者は、総合病院の外来を受診して判断する。	- 身体的なリスクアセスメントのために措置入院治療の初期対応が総合病院に集中してきている。 - 身体合併症の重症度について、単科病院と総合病院の判断が一致しないことで、行政として入院先の判断が難しい。 - 単科精神病院によっては、二次、三次救急のレベルでなくても対応が難しい場合がある。 - 総合病院内の診療科間において、精神科と身体科との関係性によって受け入れがでないケースがある。 - 措置入院を行う指定病院の制限があるため、合併症のある措置転院の受け入れ先は限られる。 - 行政機関による措置入院先の選定責任は行政が持つスタイルであるが、合併症による入院、転院の意思決定は医療職以外の一般行政職員が行うこともあり、評価水準が一定していない。 - 措置入院者の外来受診は行政職員が移送手配と同席を行っている。その対応をする行政職員の負荷が高い。 - 医療職以外の行政職員は3年毎に異動となり、専門的知見の積み上げが難しい。	- お互い顔を見える関係になり、助け合う、お互い地域での役割を認識しつつ、定期的なコンサルテーションをしないが医師の派遣等を行っている、お互い狭間にのり代を作りながら診療をしている。 - 総合病院からの情報提供書の内容が薄すぎるなど単科での受け入れに難色を示すので、診療情報に関する内容に関して単科病院にわかりやすい内容に修正して頂く。 - 基幹病院のベッドを担保するあまり不要にベッドを開けて経営的に逼迫させる悪循環が生じているので、基幹病院を最初に使い、一定の役割後は速やかに後方に送れるフローの見直しをしている。 - 単科病院と総合病院の判断に齟齬がある場合、行政が間に入り対話を介して落としどころを調整している。	「合併症転院事業」が対象とする身体合併症の一定の基準を設けることで転院対象が明確になるメリットはあるが、対応力のない単科が合併症の対応を行うなどのデメリットも想定され、基準を設定することが一概に良いとも言えない。 - 行政と単科病院と基幹病院ととなる総合病院との3機関協議が効率的になるとよいと考えられる。 - 行政と単科精神病院と総合病院のそれぞれ共通言語が揃うので、行政と単科精神病院と総合病院が、それぞれの状況や理解度を把握したうえで良質なコミュニケーションをとることが必要。 - 行政職員の身体合併症対応が一定水準になる構造化したシステムが必要。 - 輪番病院で身体をある程度みられる身体専門医療機関の人的バックアップ体制が必要。 - 身体合併を含む措置の多様化に対して基幹病院が活躍できるように自治体協調体制の病院の役割分担の見直しを進めている。 - 患者の状態に合わせて病院間の行き来を柔軟にさせられる仕組みがあるとよい。	措置入院を含む救急システムを通じた入院患者は、合併症が生じた場合「合併症転院事業」を要請される。救急システム以外で入院した患者は入院医療機関が転院先を調整している
県型保健所	- 令和5年度の自治体全体の23条による措置入院患者数（人口10万対：6.4） - 措置入院で身体合併症による専門治療を要する場合の受け入れ医療先は県のシステムで2床確保されている。 - 救急情報センターが身体合併症対応病院と精神科困難事例対応病院のベッドの空きを把握している。 - 原則的に措置診療後の入院は、単科・身体対応科いずれも受け入れた医療機関が退院調整まで完結する。 - 身体合併症の状態判断は保健師と精神保健福祉士2人の専門職員が議論して決める。 - 脳炎などが否定できない急性発症やステロイド使用者などは身体合併症対応病院に打診する。 - 内科等にかかりつけがある場合は主治医に連絡し、単科で対応できる合併症レベルかを確認している。 - 保健師の判断で、合併症の影響が強く疑われれば合併症対応医療機関に受け入れを打診している。 - 救命救急から23条通報になることは年に1～2回ある。 - 単科入院後に合併症が発生した場合の身体合併症対応病院への転院は措置転院。 - 単科入院後に合併症が判明したら県庁が身体合併症病院に打診し転院となれば保健所が立ち会う。 - CPAなど三次救急対応になると即日措置解除になることもある。 - 即手術を要する場合は措置とするより生命危機への最善治療を優先する。 - 警察で身体状態を診てから措置通報になることはあるが、措置通報となつてから一般身体科を経由することはない。	- 単科で合併症を見る限界について、単科と身体対応病院それぞれの精神科医によって判断のレベルが違う。 - 身体合併症対応院内で協力する他科の承諾がないと合併症対応病院に受け入れてもらえない。 - 県の場合は直接対応した職員が1次診療も二次診療も打診する決まりになっており、身体対応病院にアセスメントをうまく伝えることができないと受け付けてもらえないことがある。 - 身体対応ができる措置指定医療機関に限られる。 - 身体合併症対応病院では合併症疑いでの打診は嫌がる。 - 身体対応病院は、単科で身体科対応ができないときに受ける形を望むスタンス。 - 身体合併症病院に対応科がない妊婦・癌は身体合併症対応から外れることがある。 - 単科では、合併症治療のため他科受診をするハードルが高いため受け入れに消極的。 - 単科からは生命リスクの排除のため、措置入院にあたり一回体を精査してもらいたいと言われる。 - 精神運動興奮状態の人を措置診療前に一般の内科受診してもらうことは現実的ではない。 - 措置診療前に鎮静をかける人と身体を見るための症状がわからないと言われる。 - 単科と身体の狭間に入る人が必ず一定数いるが、身体対応病院と単科の望みに按えられることが一番難い。	- コロナは合併症や呼吸器症状が点数化されていたので人が変わっても一定レベルの調整ができるシステムであった。 - 救急情報センターの当直3名のうち、1人対応に出たら残った職員が対応の協議や医療機関への相談を実施する。 - 緊急情報センター当番の精神保健福祉士はどの保健所にも行くので、県としての対応が統一化されやすい。 - 救急情報センターでは一カ月もの困った事例の振り返りで今後の対応方法を検討している。 - 政令市の職員も救急情報センターの当番と一緒にやっている。なので県の措置対応が均一化されている。 - 救急情報センターが措置対応のガイドラインを毎年更新し保健所がガイドラインをベースにアセスメントと対応をしている。 - 単科と身体対応病院とはさまざまな状況では日頃の退院支援への協力関係から単科に受けてもらうことがしばしばある。 - 保健所は頻繁に病院に行き困りごとについて可能な限り相談に乗っている。 - 単科と身体対応病院とのほさまの状況では日頃の退院支援への協力関係から単科に受けてもらうことがしばしばある。 - 保健所は頻繁に病院に行き困りごとについて可能な限り相談に乗っている。 「おおまかなシステムはあるが、そこから外れる場合は、日頃の病院との付き合いの中でなんとか対応している。	- 措置入院先の判断を専門職に任されているのは良いが、力量差やアセスメントのずれがあり統一化されるシステムチェックなのがあるとよい。 - 身体合併症に対するアセスメントのずれを均一化できるシステムがあるとよい。 2人の職員の見立てにズレが生じたときにDrに相談できる仕組みがあるとよいが、Drの見立てや判断にズレがあると同じになってしまう心配は否めない。 - 身体合併症がクリアもしくは単科で対応可能な状態になれば単科がひきとるシステムがあるとよい。 - 身体合併症対応病院から後方病院に異動するシステムがあるとよい。 - 体のせいで亡くなるなど取りこぼしがあつてはいけないので、合併症があれば身体合併症対応病院が受けてくれることで安心する。 - 身体対応病院に打診をする職員の力量が必要。 - 精神科のある民間総合病院が措置指定を受けてくれると嬉しい。	コロナ時期は入院形態によらず、県が一括して身体の重症度を点数化し、精神科も含めて県が割り振りしていた

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6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) 黒田 直明 ・ クロダ ナオアキ

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)	☒ ☐	☒	国立精神・神経医療研究センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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:)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 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	有 ☒ 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	有 ☒ 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	有 ☒ 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 ☐ 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 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6年度厚生労働科学研究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 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）

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 （所属部署・職名） 神経研究所 疾病研究第七部・特任研究員
（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		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）	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：）	☐	☒	☐		☐

（※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 ☒ 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	有 ☒ 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	有 ☒ 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	有 ☒ 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 ☐ 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 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6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) 地域創生学部・准教授
(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 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)	☒ ☐	☒	公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 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	有 ☒ 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	有 ☒ 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	有 ☒ 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 ☐ 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6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・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)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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：)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※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 ☒ 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	有 ☒ 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	有 ☒ 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	有 ☒ 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 ☐ 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 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 享二

次の職員の令和6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・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)	☒ ☐	☒	福岡県立精神医療センター 太宰府病院研究審査委員会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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:)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 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	有 ☐ 無 ☒ (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 ☐ 無 ☒ (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 ☒ 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 ☐ 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。