厚生労働行政推進調査事業費補助金

（障害者政策総合研究事業）

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

令和7度　総括・分担研究報告書

研究代表者　　黒田　直明

令和8（2026）年　5月

目　　次

Ⅰ．総括研究報告
効率的かつ効果的な精神保健医療福祉システム構築とそのモニタリングのための研究 ---------- 1
黒田直明

II．分担研究報告
１．　包括的なデータ利用による精神保健医療福祉のニーズと提供状況の実態把握に関する研究－基準病床算定式－ ---------- 12
黒田直明

２．　包括的なデータ利用による精神保健医療福祉ニーズと提供状況の実態把握に関する研究－非自発的入院についての検討－ ---------- 20
黒田直明

３．　精神保健医療福祉機能のモニタリングを目的とした調査・研究---------- 41
立森久照

４．　医療レセプトデータを用いた精神医療の提供体制の実態把握に関する研究
-モニタリング指標の算出および公費レセプトの影響 ---------- 57
臼田謙太郎

５．　医療レセプトデータを用いた精神医療の提供体制の実態把握に関する研究
-調査間比較- ---------- 75
臼田謙太郎

６．　精神保健医療福祉の可視化に関する研究　---------- 85
吉田光爾

III．研究成果の刊行に関する一覧表 ---------- 94

Ⅳ．倫理審査等報告書の写し ---------- 95

厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）

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

総括研究報告書

研究代表者：黒田直明[1)]

研究分担者：立森久照[2)]，臼田謙太郎[1)]，吉田光爾[3)]

1） 国立精神・神経医療研究センター　精神保健研究所

2） 国立精神・神経医療研究センター　神経研究所

3） 東洋大学・福祉社会デザイン学部社会福祉学科

研究要旨

【目的】

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

【方法】

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

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

【考察】

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

【結論】

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

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

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

技術協力
株式会社アクセライト

A.研究の背景と目的

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

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

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

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

以下分担課題ごとの背景について記載する。

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

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

2. 精神保健医療福祉機能のモニタリングを目的とした調査・研究（B 班）

精神医療の提供のモニタリングを目的とした全国調査を令和7年度も実施した。研究では全国調査を実施し、精神科外来医療、訪問看護、訪問診療等の提供体制の実態および介護福祉サービスとの連携の実態等の精神保健医療福祉の提供のモニタリングを行う。

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

本研究では NDB を活用して、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標の算出及び、新規のモニタリング指標を開発することを目的とし、精神病床への入院患者数に着目し、病院報告、匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）に基づく精神保健福祉資料、630調査、患者調査の4つの調査間で比較することおよび公費レセプトの有無による影響を検討することを目的

とした。

4. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究（D 班）

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

B. 研究方法

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

①非自発的入院についての検討

１）データソース

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

２）非自発的入院数に関する情報の整理および分析

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

②基準病床算定式

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

2. 精神保健医療福祉機能のモニタリングを目的とした調査・研究（B 班）

精神医療の提供のモニタリングを目的とした全国調査を令和7年度も実施した。調査対象は，これまでと変わりなく全国の精神科医療機関，訪問看護ステーション，および都道府県・政令指定都市の精神保健主幹課である。本調査は毎年実施されてきたものであり，令和7年度調査の調査内容はこれまでに行われてきた同種の調査の項目をほぼ踏襲した。

本調査および調査のオンライン化に向けたフィージビリティ調査は調査主体となって実施する国立精神・神経医療研究センターにおいて倫理審査の要否を諮り，倫理審査

の対象となる調査ではない（個人情報を含まない調査）との判断を得て実施した。

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

①調査間の比較

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

②モニタリング指標の算出および公費レセプトの影響の検討

NDB を基に、2013年1月から2024年5月までの間に、①精神病床入院、②精神科治療薬処方、③精神科専門療法、④精神科診断、⑤精神科管理に関する記録のある患者を特定した。適格基準に該当した患者について、診療行為情報、医薬品情報、傷病名情報を観察した。また、全年度の公費レセプトを含むNDB データを用いて、各指標を算出し、最新年度の公費レセプトを除くNDB データを用いて各指標を算出した。

4. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究（D 班）

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

C.結果／進捗

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

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

①非自発的入院

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

②基準病床算定式

新算定式では，2029年の人口あたりの慢性期の推計入院患者数（X）と一定の水準（Y）を比較して係数を算出した。最終的に係数（政策効果AおよびB）は0から0.1の間の値をとり，各都道府県の値は「X ≦ Y → 係数は0」「X >Y かつ(X -Y) / X が0.2未満 →（X - Y）/ Xを更に半分した値を係数に設定」「X > Y かつ(X -Y) / Xが0.2以上→ 0.1を係数」として，達成目標が現在の指標の値から大きく乖離した非現実的なものにならない範囲に設定した。基準病床数の計算結果は最小で1,176床（鳥取県），最大で16,836床（東京都）であった。また，各都道府県が基準病床数を調整することができる範囲は，20床（滋賀県）～363床（福岡県）で平均102床であった。第8次医療計画策定時の基準病床数と比較するとすべての都道府県で減少していた。減少幅が最も大きかったのは東京都（2,479床減）であり，以下大阪府（2,488床減），福岡県（2,232床減）であった。また，第8次医療計画策定時の基準病床数に対して平均11.5%過小になっており，最も過小になっていたのは島根県（17.1%）であった。

2. 精神保健医療福祉機能のモニタリングを目的とした調査・研究（B班）

令和7年度調査は，全国の精神科医療機関，訪問看護ステーション，都道府県・政令指定都市の自治体を対象に実施され，例年並みの高い回収率を維持した。病床を有する医療機関では96.8%の回答率を得ており，全体として正確かつ網羅的なデータが確保できたと考える。

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

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

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

①調査間の比較

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

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

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

②モニタリング指標の算出および公費レセプトの影響の検討

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

4. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究（D班）

ReMHRADについて例年に引き続き、バージョンアップを行った。ReMHRADは①医療計画における「精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」の表示、②630調査で把握された精神科病院の在院者の状況、③地域包括ケアのための資源の状況（訪問看護・障害福祉）、④発達障害を支援する社会資源、⑤社会資源マップの５つの内容で構成されてきた。本年度は、例年のアップデートに加え、実装として①630調査における各市町村の在院者の構成比の経年変化の表示機能を実装した。さらに②地域住民のメンタルヘルスの状況を反映するための指標の表示について検討した。自治体関係者と協議しながら、有効に活用されるデータベースとしての在り方を検討していく。

D.考察

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

①非自発的入院

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

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

②基準病床算定式

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

3. 精神保健医療福祉機能のモニタリングを目的とした調査・研究（B班）

本年度は、前年度からの継続的な取り組みに加え、精神保健福祉法の改正に伴う医療保護入院に関する設問の変更等が施された。さらに将来的な本調査のオンライン調査への移行に向けたフィージビリティ調査も行った。

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

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

精神病床を有しない医療機関および訪問看護ステーションについては、今後のオンライン調査導入に向けたフィージビリティ調査も行った。その結果、いずれの対象でも半数以上の施設がオンライン調査の方が回答しやすいと回答しており、今後の調査手法のデジタル移行に向けた見通しが得られた。一方で、引き続きExcelファイルを使った調査を希望する施設も一定数存在しており、またオンライン調査の機能への要望も寄せられているので、慎重な検討が引き続き必要であると考えられる。

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

①調査間の比較

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

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

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

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

②モニタリング指標の算出および公費レセプトの影響の検討

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

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

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

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

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

5. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究（D 班）

市区町村が精神保健医療福祉システムの整備状況について全国との比較の中で把握できる Web データベース（ReMHRAD）を、他データベースとの関連も踏まえながら構築した。本年度は例年のアップデートに加え、実装として①630調査における在院者の構成の推移を表示する機能を追加した。また次年度以降の実装について、②地域住民のメンタルヘルスの状況を反映するための指標の表示について検討した。

E. 結論

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

最新時点のデータを用いた今回の算定により，各区分の患者の年齢構成の変化等を考慮し，また都道府県ごとの施策の状況（外来医療の整備や福祉・介護等の基盤に基づく受け皿の充実等）を係数で調整した推計が可能となる（A 班_包括的なデータ利用による精神保健医療福祉のニーズと提供状況の実態把握に関する研究_基準病床算定式）。

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

ニタリングを目的とした調査・研究）

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

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

ReMHRADについて例年に引き続き、バージョンアップを行った。ReMHRADは①医療計画における「精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」の表示、②630調査で把握された精神科病院への在院者の状況、③地域包括ケアのための資源の状況（訪問看護・障害福祉）、④発達障害を支援する社会資源、⑤社会資源マップの５つの内容で構成されてきた。本年度は、例年のアップデートに加え、実装として①630調査における各市町村の在院者の構成比の経年変化の表示機能を実装した。さらに②地域住民のメンタルヘルスの状況を反映するための指標の表示について検討した。自治体関係者と協議しながら、有効に活用されるデータベースとしての在り方を検討していく（D班_精神保健医療福祉の可視化に関する研究）。

以上のように医療計画に関する検討はA班を中心としつつ、我が国の精神保健医療福祉に関するモニタリングや制度に関する検討は他の分担研究にて検討を進めることができた。令和8年度は今年度の成果をもとに自治体担当者向け研修の実施、更なる公表データの充実と利用しやすい環境構築、データ解析を進めていく。

F.健康危険情報

なし

G.研究発表

1.論文発表 なし

2.学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

3.その他 なし

引用文献

該当なし

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

令和8年3月26日

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

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：一法人との産学連携活動の規模が大きい場合には、当該法人との間に利害関係が存在し、利益相反による弊害発生が懸念される状況にあるといえます。当該法人の利益を優先することなく、当該研究が科学的に公正な内容となるように留意し、研究成果公表時には COI 開示を徹底ください。当該業務委託について、取引の必要性、契約手続の透明性、公正性、取引条件の適正性を確保いただくことをご留意ください。）

（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。

令和　8年　5月 28日

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

３．研究者名　（所属部局・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 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）	□　☑	□		□
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：一法人との産学連携活動の規模が大きい場合には、当該法人との間に利害関係が存在し、利益相反による弊害発生が懸念される状況にあるといえます。当該法人の利益を優先することなく、当該研究が科学的に公正な内容となるように留意し、研究成果公表時には COI 開示を徹底ください。当該業務委託について、取引の必要性、契約手続の透明性、公正性、取引条件の適正性を確保いただくことをご留意ください）

（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。

令和　8年　3月　31日

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7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　障害者政策総合研究事業

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

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）	□　☑	□		□
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。

令和8年3月26日

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

３．研究者名　（所属部局・職名）　公共精神健康医療研究部・室長

（氏名・フリガナ）　臼田　謙太郎（ウスダ　ケンタロウ）

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：一法人との産学連携活動の規模が大きい場合には、当該法人との間に利害関係が存在し、利益相反による弊害発生が懸念される状況にあるといえます。当該法人の利益を優先することなく、当該研究が科学的に公正な内容となるように留意し、研究成果公表時には COI 開示を徹底ください。当該業務委託について、取引の必要性、契約手続の透明性、公正性、取引条件の適正性を確保いただくことをご留意ください。　　）

（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。

厚生労働行政推進調査事業費補助金（疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究）

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

包括的なデータ利用による精神保健医療福祉のニーズと提供状況の実態把握に関する研究
－基準病床算定式－

研究分担者：黒田直明 1)

研究協力者：臼田謙太郎 1)，北村真紀子 1)，中下綾子 1)

研究代表者：黒田直明 1)

1） 国立精神・神経医療研究センター　精神保健研究所　公共精神健康医療研究部

研究要旨

【目的】令和 8 年度（2026 年度）中に各都道府県でおこなわれる第 8 次医療計画の中間見直しに向けて，基準病床算定式の見直しおよび最新データに基づく必要な病床数の推計をおこなう。

【方法】第 8 次医療計画策定時における基準病床数の算出方法を踏襲した。分子となる患者数の推計は急性期，回復期，慢性期それぞれにおこない，慢性期の患者数の推計値については，認知症以外・認知症のそれぞれについて政策効果に係る係数を反映させるものとした。また，基準病床数の算定では，患者数推計値に病床利用率を考慮している。今回の見直しでは，患者数推計値の算出過程で用いる各データソースの最新年のデータを用いた。病床利用率は前回医療計画時の設定を踏襲して 0.95 とした。

【結果】新算定式では，2029 年の人口あたりの慢性期の推計入院患者数（X）と一定の水準（Y）を比較して係数を算出した。最終的に係数（政策効果 A および B）は 0 から 0.1 の間の値をとり，各都道府県の値は「X ≦ Y → 係数は 0」「X >Y かつ(X -YA) / X が 0.2 未満 → (X - Y) / X を更に半分した値を係数に設定」「X > AY かつ(X -YA) / X が 0.2 以上→ 0.1 を係数」として，達成目標が現在の指標の値から大きく乖離した非現実的なものにならない範囲に設定した。基準病床数の計算結果は最小で 1,176 床（鳥取県），最大で 16,836 床（東京都）であった。また，各都道府県が基準病床数を調整することができる範囲は，20 床（滋賀県）～363 床（福岡県）で平均 102 床であった。第 8 次医療計画策定時の基準病床数と比較するとすべての都道府県で減少していた。減少幅が最も大きかったのは東京都（2,479 床減）であり，以下大阪府（2,488 床減），福岡県（2,232 床減）であった。また，第 8 次医療計画策定時の基準病床数に対して平均 11.5%過小になっており，最も過小になっていたのは島根県（17.1%）であった。

【考察】前回から 3 年経過した 2023 年の値を足元値とし，入院患者数の増減率は 2020 年から 2023 年の増減率を使用して推計患者数を算出した。第 8 次医療計画策定時は新型コロナウィルス感染拡大の影響を避けるために 2014 年から 2017 年の変化率を 2020 年の値に乗じていたが、今回の算定では最新の 3 年間（2020 年から 2023 年）の変化率を最新の値（2023 年）に乗じることでより直近の各区分の患者の年齢構成の変化等を考慮した推計が可能となったと考える。また最新の都道府県ごとの施策の状況（外来医療の整備や福祉・介護等の基盤に基づく受け皿の充実等）を係数で調整することが可能となった。

A. 研究目的

令和 8 年度（2026 年度）中に各都道府県でおこなわれる第 8 次医療計画の中間見直しに向けて，基準病床算定式の見直しおよび最新データに基づく必要な病床数の推計をおこなった。基準病床算定式は全国的に一定水準以上の医療を確保することを目的とし，全国統一の算定式により各都道府県における在院期間，年齢階級別人口，病床利用率等を用いて将来的に地域に必要な病床数を算出するために設定される（厚生労働省， 2016）。本研究では，基準病床算定式の見直しおよびを最新データに基づく必要な病床数の推計をおこなうことを目的とした。

B. 研究方法

1. 基準病床算定式の見直し

現行の第 8 次医療計画の中間見直しに向けては，「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」にて，『当初見直しの考え方を踏襲し，入院患者の年齢構成の変化等の要因と，政策効果の要因を勘案して，将来の推計をおこなうこととする。』（令和 7 年 12 月 1 日資料第 12 回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会　資料より）という方針が示されている。そのため，第 8 次医療計画策定時における基準病床数の算出方法を踏襲し算出をおこなう。基準病床算定式の分子となる患者数の推計を急性期，回復期，慢性期ごとにおこない，慢性期の患者数の推計値については，認知症以外・認知症のそれぞれについて政策効果に係る係数を反映させるものとした。また，基準病床数の算定では，患者数推計値に病床利用率を考慮している。今回の見直しでは，患者数推計値の算出過程で用いる各データソースの更新をおこなった。

1）基準病床算定式の見直しに用いたデータソース

（1）患者調査　特別抽出データ

第 8 次医療計画策定時の推計では，2014 年，2017 年，2020 年の 3 時点の患者調査の特別抽出データを用いて，2014 年から 2017 年の変化率を 2020 年の値に乗じている。これは新型コロナウィルス感染拡大の影響を避けるためにそれ以前の変化率を 2020 年の値に乗じていた。今回の見直しでは直近の 2 時点である 2020 年と 2023 年の患者調査の特別抽出データを用いて，2020 年から 2023 年の変化率を 2023 年の値に乗じて推計をおこなった。

なお，使用した患者調査の特別抽出データは下記の通りである。施設所在地ベースのデータを用いた。

①2020 年および 2023 年　精神病床の推計入院患者数：全国値

傷病別（F00-F03：各種認知症，G30：アルツハイマー病，F20-29：統合失調症等，その他），入院期間別（3 月未満，3 月以上 1 年未満，1 年以上 2 年未満，2 年以上 5 年未満，5 年以上），各歳階級別

②2020 年および 2023 年　精神病床の推計入院患者数：都道府県値，全国値

傷病別（F00-F03：各種認知症，G30：アルツハイマー病，F20-29：統合失調症等，その他），入院期間別（3 月未満，3 月以上 1 年未満，1 年以上 2 年未満，2 年以上 5 年未満，5 年以上），5 歳階級別

（2）病院報告

「患者調査」が標本調査であることを勘案し，前回と同様に対象抽出に伴う誤差を「病院報告」の精神病床における「1 日平均在院患者数」で補正した。2020 年（令和 2 年）と 2023 年（令和 5 年）の病院報告より，都道府県ごとの 1 日平均在院患者数から「精神科病院」と「その他一般病院」のうち「精神病床」の値を合算した値を使用した。

（3）人口・将来推計人口

慢性期の推計患者数についての政策効果に係る係数の設定に際し，2023 年（令和 5 年）の総務省統計局の「推計人口」（都道府県別，年齢 5 歳階級別，2023 年 10 月 1 日）と，国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口」（令和 5（2023）年推計）の 2030 年時点の推計人口を用いた。

2）患者数推計値の算出までのプロセス

（1）推計の区分の設定

基準病床算定式の分子となる入院患者数は，入院期間により急性期（3 か月未満），回復期（3 か月以上 1 年未満），慢性期（1 年以上）に分け，慢性期の入院患者数は認知症と認知症以外に区分して算出した。

なお，「認知症」は「患者調査」における傷病分類のうち，F00-F03（各種認知症）および G30（アルツハイマー病）を対象とし，「認知症以外」はそれ以外の傷病とした。

（2）患者調査の補正

「患者調査」は標本調査であることから，対象抽出に伴う誤差を補正するために「病院報告」の 1 日平均在院患者数を用いた補正をおこなった。具体的には，都道府県ごとに 2020 年「病院報告」の精神

病床における 1 日平均在院患者数を，「患者調査」の患者数で除して補正率を算出した。当該都道府県の患者調査の値については，傷病や入院期間，年齢でクロスしたすべての項目に対し，この補正率を一律に乗じた。同様に 2023 年についても補正をおこなった。以降の推計プロセスでは，補正済みの患者調査の値を用いるものとする。

（3）年齢別の増減率の算出

患者数推計においては，X 年から X＋3 年にかけての入院患者数の変化にはこの期間における入院患者の年齢構成の変化や政策効果等，入院患者数に影響する要素が含まれているものと考えられる。また，これらの影響は年齢ごとに異なる可能性があることから，増減率を年齢ごとに算出した。具体的には，2020 年から 2023 年までの 3 年間における年齢別の入院患者数の増減率を求め，今後も年齢ごとの変化が一定であり，これらの増減率は将来にわたって変わらないと仮定した。なお，年齢階級ごとの入院患者数が少ない都道府県では，推定値が不安定となるため，増減率は都道府県ごとに算出せずに，すべての都道府県で共通して全国値を用いた。

2020 年 Y 歳であった患者は，3 年後の 2023 年に Y＋3 歳になることから，この入院患者数の比（＝［2023 年 Y＋3 歳の患者数］÷［2020 年 Y 歳の患者数］）をとり，足元値が［Y 歳の入院患者数の増減率］とする。なお，患者調査の都道府県値（データソース（1）②）では年齢区分の上限が「90 歳以上」となっていることから，［2023 年 90 歳以上の患者数］を［2020 年 87 歳以上の患者数］で除して，足元値が［87 歳以上の入院患者数の増減率］として設定した。

（4）増減率を用いた患者数推計

患者数推計は各都道府県の 2026 年および 2029 年の値について，急性期，回復期，慢性期認知症，慢性期認知症以外のそれぞれについておこなった。推計の起点は 2023 年の患者調査の都道府県値（データソース（1）②）を病院報告で補正した値を用いている。当該データは 5 歳階級の値であるため，案分して各年齢の値とする。都道府県ごとに各年齢の患者数に，［各年齢の入院患者数の増減率］を乗じて，2026 年における各年齢＋3 歳の患者数推計値を求めた。次に 2026 年の各年齢の患者数推計値を起点にして，［各年齢の入院患者数の増減率］を乗じて，2029 年における各年齢＋3 歳の患者数推計値を求めた。なお，年齢ごとの入院患者数が少なく増減率が不安定になる年齢階級（急性期，回復期，認知症以外の慢性期は 25 歳未満，認知症の慢性期は 60 歳未満）については，増減率を用いた推計をおこなわず，2023 年時点の患者数が将来も変わらないと仮定し，2023 年時点の各年齢の入院患者数を 2026 年および 2029 年時点の推計患者数とした。

また，最高齢の階級について，2023 年［87 歳以上の患者数］に［87 歳以上の入院患者数の増減率］を乗じて，2026 年時点の［90 歳以上の患者数］を推計した。次の時点の推計では，2026 年時点の［87 歳以上の患者数］が足元値になるため，2026 年時点の 87 歳，88 歳，89 歳，90 歳以上を合計して［87 歳以上の患者数］を算出し，［87 歳以上の入院患者数の増減率］を乗じて，2029 年時点の［90 歳以上］を求めた。

3）基準病床数の算定プロセス

（1）概要

都道府県ごとの基準病床数は，第 8 次医療計画における算出方法を踏襲して求めた（図 1）。前述の方法で 2029 年における患者数推計値（急性期・回復期・慢性期認知症以外・慢性期認知症）をそれぞれ求め，病床利用率を考慮して基準病床数を算定した。さらに慢性期の患者数については政策効果に係る係数を反映させた。

（2）政策効果に係る係数の設定

入院期間が 1 年以上の慢性期入院患者について，今後の新たな取り組みによる現象も加味するために「政策効果に係る係数（政策効果 A：認知症以外，政策効果 B：認知症）」を前回と同様のプロセスを経て都道府県ごとに設定した。政策効果に係る係数は「慢性期の入院患者数については，地域移行を一層推進する観点から，今後の政策効果に係る係数を設定した。今後の政策効果に係る係数は，各都道府県の慢性期の入院患者数が，人口当たりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県に近づく方向で設定した。なお，ここでの政策効果とは，慢性期の入院患者について，医療の向上や基盤整備等による受け皿の充実，認知症施策の推進等により，地域移行を推進し入院患者数を減少させる効果のことをいう。」（令和 7 年 12 月 1 日資料第 12 回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会[1]　資料より）とされている。

[1] https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_66485.html

「人口当たりの入院患者数が十分に少ない県」の水準については，2023 年時点の患者調査（病院報告で補正済み）と推計人口を用いて，47 都道府県の上位 10%の値を参考とした。

このうち，認知症以外の患者については，総人口当たりの慢性期認知症以外の患者数を採用し，上位 10%の値は 0.60（京都府）であった。また，認知症患者については 65 歳以上人口あたりの慢性期認知症患者数を採用し，47 都道府県の上位 10%の値は 0.33（静岡県）であった。

各都道府県の政策効果に係る係数（政策効果 A：認知症以外，政策効果 B：認知症）はいずれも 0 から 0.1 の間をとるように設定した。目標年である 2029 年の人口当たりの慢性期の推計入院患者数（X）と「人口当たりの入院患者数が十分に少ない県」の水準（Y）を比較し，「X が Y 以下の場合⇒係数は 0」，「X が Y を上回っているが，X と Y の差が X の 2 割未満の場合⇒係数は(X - Y) / X を更に半分にした値」，「X が Y を上回っているが，X と Y の差が X の 2 割以上の場合⇒係数は 0.1」と設定した。これは，現状で既にその水準を達成している都道府県があることから，その基準を他の都道府県が達成することは可能だが，その水準と乖離が大きい都道府県がこの数年でその水準に達成することを目標とすると，目標が非現実的で意味を成さない懸念があったためである。加えて，急激に減少させることでその地域の精神科医療供給体制に影響が生じることが想定されることから，一定緩やかにすることが必要と考えた。これらの懸念に対応するため，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ように設定したものである。なお，分母となる人口は 2030 年時点の推計人口を用い，認知症以外の患者については全人口，認知症の患者については 65 歳以上人口を使用した。

都道府県ごとに設定した政策効果に係る係数を用いて，1 から当該係数を差し引いた値を慢性期の推計入院患者数に乗じ，基準病床数の算出に用いるものとした。各都道府県は前述の係数を±0.02 の範囲（最小は 0）で調整することができる。

（3）病床利用率の設定

病床利用率については，基準病床数に基づいて病床を整備した際に病床が不足することでその県の精神科医療の提供体制に問題が生じないための役割を持つ数値であるとの考えから，前回の設定を踏襲して 0.95 として採用した。

C. 研究結果

今回算出した患者数の推計値について，都道府県の各値を合計した全国値を表 1 および図 2 に示す。また，第 8 次医療計画策定時の基準病床数算定に用いた前回の患者数の推計値との比較を図 3 に示す。

患者数推計値の総数は，2026 年が 235,203 人，2029 年が 221,358 人であり，2014 年から 2023 年までの実績値の推移と同様に減少傾向であった。

また，第 8 次医療計画策定時の基準病床数の算定では 2023 年の値が推計値であったが，今回の推計では患者調査の実績値となっている。今回の推計では，2023 年の値を推計の足元値として用いており，区分別にみると，急性期 6 千人，回復期 3 千人，慢性期認知症以外 4 千人少なく，一方で慢性期認知症は 4 千人多い状態からの推計をおこなっており，その影響は以降の推計値にも見て取れる。

各区分の推計患者数の傾向をみると，急性期の患者数推計値は 2026 年が 56,928 人，2029 年が 56,387 人であり，減少傾向となっている。前回の推計では 2014 年から 2017 年にかけて患者数が増加していた影響を受け，推計値も増加傾向であったため，今回の推計値と比較して 2029 年時点で 8 千人の差異が生じた。

回復期の患者数推計値は 2026 年が 48,523 人，2029 年が 48,838 人であり，前回と同様に微増傾向であった。

慢性期認知症以外の患者数推計値は 2026 年が 101,973 人，2029 年が 88,653 人と減少傾向であった。また，2029 年時点で前回の推計値に比べて 1 万 4 千人少なくなっているが，2014 年⇒2017 年よりも 2020 年⇒2023 年の方が減少幅が大きかったことも一因と考えられる。

慢性期認知症は，2026 年が 27,779 人，2029 年が 27,480 人であり，微減傾向であった。前回の推計と比べると，減少傾向は緩やかになっていることがうかがえる。

表 2 に患者数推計値をもとに算出した，都道府県別の基準病床数算定式の計算結果を示す。基準病床数は図 1 に示す通り，各都道府県の急性期，回復期，慢性期認知症以外，慢性期認知症の患者数推計値を合計し，病床利用率で除して算出した。なお，慢性期認知症以外および慢性期認知症の患者数推計値については，政策効果に係る係数を考慮した値を用いている。

基準病床数の計算結果は最小で 1,176 床（鳥取県），最大で 16,836 床（東京都）であった。また，各都道府県が基準病床数を調整することができ

る範囲は，20 床（滋賀県）～363 床（福岡県）で平均 102 床であった。
　第 8 次医療計画策定時の基準病床数と比較するとすべての都道府県で減少していた。減少幅が最も大きかったのは東京都（2,479 床減）であり，以下大阪府（2,488 床減），福岡県（2,232 床減）であった。また，第 8 次医療計画策定時の基準病床数に対して平均 11.5%過小になっており，最も過小になっていたのは島根県（17.1%）であった。

D.　考察
　今回，第 8 次医療計画策定時における基準病床数の算出方法を踏襲し，算出の時点およびデータソースを更新して，改めて基準病床数の提案をおこなった。算出では前回から 3 年経過した 2023 年の値を足元値とし，入院患者数の増減率は 2020 年から 2023 年の増減率を使うこととした。第 8 次医療計画策定時は新型コロナウィルス感染拡大の影響を避けるために 2014 年から 2017 年の変化率を 2020 年の値に乗じていたが、今回の算定では最新の 3 年間（2020 年から 2023 年）の変化率を最新の値（2023 年）に乗じることでより直近の各区分の患者の年齢構成の変化等を考慮した推計が可能となったと考える。
　基準病床数の算定式で分子となる患者数の推計は，前回と同様に急性期，回復期，慢性期それぞれ算出し，慢性期については，認知症以外・認知症のそれぞれについて政策効果に係る係数を反映させるものとした。算定式での係数 A および B は，人口あたりの慢性期の入院患者数の将来推計値が，現時点（2023 年）で「人口あたりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県」の水準に満たない県は，よりその水準に近づける方向で将来推計値の調整（A が認知症以外，B が認知症に対応）をおこなった。これは人口あたりの病床が少なくなりすぎることでその地域の精神科医療に不都合が生じることを避ける観点から，現状でその水準を達成している県の値を基準にするのは合理性があると考えた設定である。

E.　結論
　最新時点のデータを用いた今回の算定により，各区分の患者の年齢構成の変化等を考慮し，また都道府県ごとの施策の状況（外来医療の整備や福祉・介護等の基盤に基づく受け皿の充実等）を係数で調整した推計が可能となる。

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

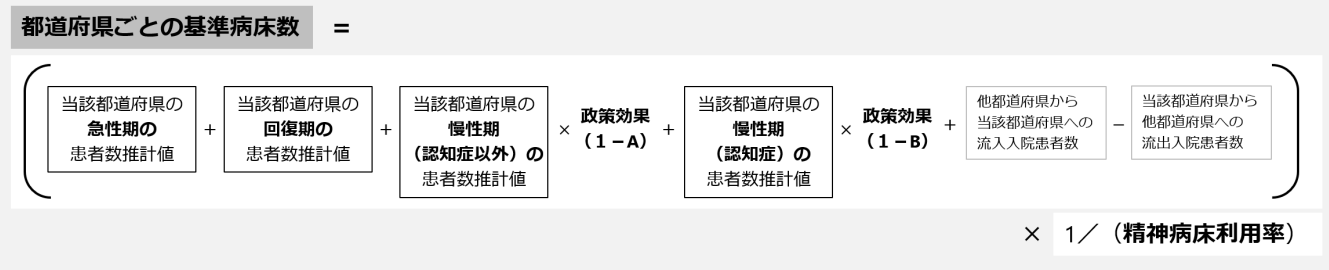
H.　知的財産権の出願・登録状況
（予定を含む。）
1. 特許取得
　該当なし

2. 実用新案登録
　該当なし

3. その他
　該当なし

I.　引用文献

厚生労働省　2016 第 3 回医療計画の見直し等に関する検討会．資料 1. 基準病床数について．
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000130335.pdf
(Accessed: 2026/5/5)



■入院期間

急性期：３か月未満、回復期：３か月以上１年未満、慢性期：１年以上

■政策効果

①政策効果A：認知症以外の慢性期入院患者に係る係数

（地域移行を促す基盤整備や治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等に関する政策効果 ）

②政策効果B：認知症の慢性期入院患者に係る係数（認知症施策の推進等に関する政策効果）

■精神病床利用率

現行の算定式と同様に、0.95を用いる

図１　基準病床算定式と各値の定義

表１　患者数推計値

	2014（実績）	2017（実績）	2020（実績）	2023（実績）	2026（推計）	2029（推計）
急性期	56,552	58,539	56,741	55,892	56,928	56,387
回復期	46,401	47,744	46,392	46,796	48,523	48,838
慢性期認知症以外	155,495	143,940	139,656	121,943	101,973	88,653
慢性期認知症	29,822	27,102	29,973	30,062	27,779	27,480
合計	288,270	277,325	272,762	254,693	235,203	221,358

※2014～2023 は患者調査の実績値

（参考）第８次医療計画における精神病床に係る基準病床算定式に用いた患者推計値

	2014（実績）	2017（実績）	2020（実績）	2023（推計）	2026（推計）	2029（推計）
急性期	56,552	58,539	56,741	62,018	63,557	64,736
回復期	46,401	47,744	46,392	50,245	50,880	50,985
慢性期認知症以外	155,495	143,940	139,656	126,400	114,167	102,610
慢性期認知症	29,822	27,102	29,973	25,697	22,648	19,912
合計	288,270	277,325	272,762	264,360	251,252	238,243

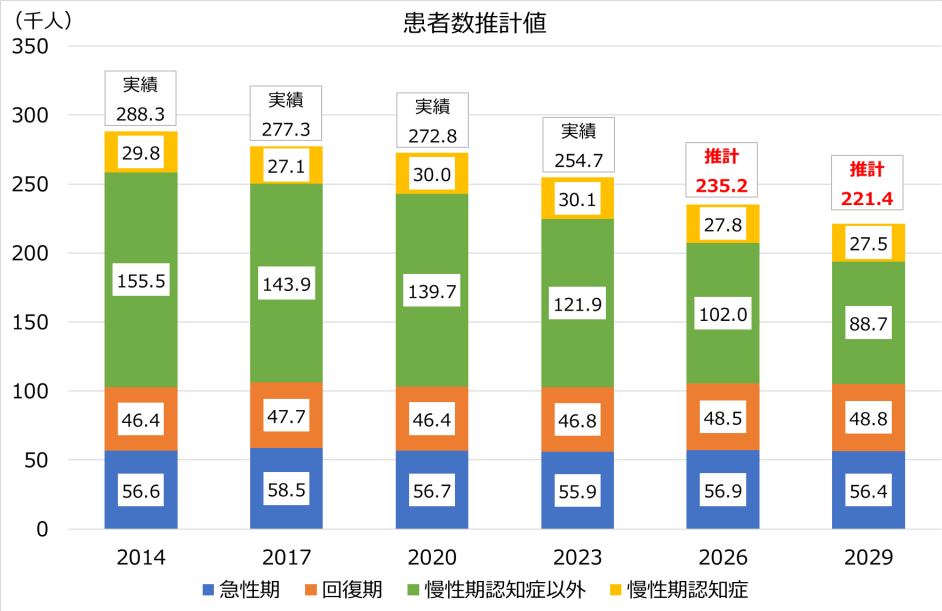


図 2　患者数推計値

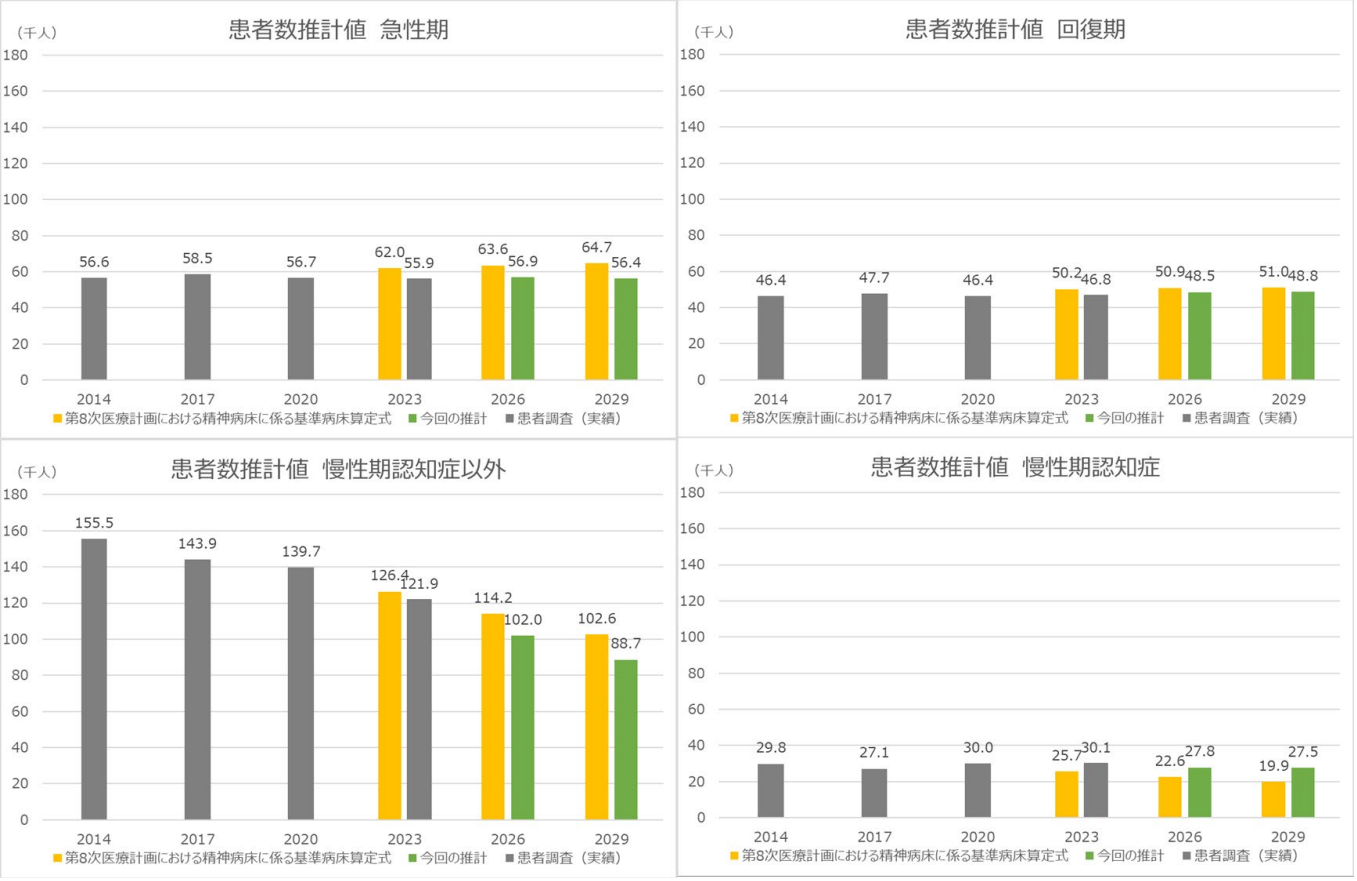


図 3　患者数推計値（第 8 次医療計画における精神病床に係る基準病床算定式と今回の推計の比較）

表２　精神病床に係る都道府県別の基準病床数算定式の計算結果（2029 年）

都道府県名	基準病床数算定式の計算結果 (注１) (注２)	都道府県名	基準病床数算定式の計算結果 (注１) (注２)
北海道	13,358 (13,196 ～ 13,522)	滋賀県	1,671 (1,655 ～ 1,675)
青森県	3,018 (2,989 ～ 3,047)	京都府	3,703 (3,664 ～ 3,720)
岩手県	2,723 (2,692 ～ 2,755)	大阪府	13,504 (13,363 ～ 13,539)
宮城県	4,293 (4,239 ～ 4,348)	兵庫県	8,632 (8,541 ～ 8,721)
秋田県	2,716 (2,683 ～ 2,747)	奈良県	2,086 (2,064 ～ 2,108)
山形県	2,538 (2,509 ～ 2,565)	和歌山	1,192 (1,177 ～ 1,205)
福島県	3,666 (3,621 ～ 3,712)	鳥取県	1,176 (1,163 ～ 1,187)
茨城県	4,788 (4,725 ～ 4,851)	島根県	1,516 (1,501 ～ 1,533)
栃木県	3,356 (3,312 ～ 3,401)	岡山県	3,547 (3,513 ～ 3,581)
群馬県	3,887 (3,837 ～ 3,938)	広島県	6,426 (6,354 ～ 6,498)
埼玉県	10,644 (10,533 ～ 10,678)	山口県	4,077 (4,023 ～ 4,132)
千葉県	8,811 (8,705 ～ 8,916)	徳島県	2,613 (2,578 ～ 2,647)
東京都	16,836 (16,689 ～ 16,863)	香川県	2,432 (2,402 ～ 2,461)
神奈川	10,701 (10,596 ～ 10,723)	愛媛県	2,795 (2,759 ～ 2,829)
新潟県	4,599 (4,544 ～ 4,654)	高知県	2,362 (2,336 ～ 2,386)
富山県	2,231 (2,201 ～ 2,260)	福岡県	14,808 (14,626 ～ 14,989)
石川県	2,581 (2,552 ～ 2,611)	佐賀県	3,089 (3,052 ～ 3,126)
福井県	1,480 (1,466 ～ 1,495)	長崎県	4,887 (4,822 ～ 4,953)
山梨県	1,531 (1,513 ～ 1,548)	熊本県	6,032 (5,961 ～ 6,101)
長野県	3,293 (3,256 ～ 3,329)	大分県	3,601 (3,556 ～ 3,646)
岐阜県	2,894 (2,854 ～ 2,934)	宮崎県	3,967 (3,916 ～ 4,017)
静岡県	5,007 (4,956 ～ 5,020)	鹿児島	6,639 (6,556 ～ 6,720)
愛知県	10,035 (9,925 ～ 10,114)	沖縄県	3,846 (3,807 ～ 3,887)
三重県	3,423 (3,382 ～ 3,464)		

注）基準病床数算定式の計算結果については，「慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合」および「認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合」を，それぞれ最大または最小に設定した時の幅を含めて記載している。

注１：慢性期／認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合に，それぞれ 0.02 を加えた場合

注２：慢性期／認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合に，それぞれ，当該割合が 0 を下回らない範囲で最も小さくなるよう，0 以上 0.02 以下の値を減じた場合

厚生労働行政推進調査事業費補助金（疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究）

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

包括的なデータ利用による精神保健医療福祉ニーズと提供状況の実態把握に関する研究
－非自発的入院についての検討－

研究分担者：〇黒田直明[1)]
研究協力者：　臼田謙太郎[1)]、〇木村祐己[1)]
研究代表者：〇黒田直明[1)]
1）国立精神・神経医療研究センター 公共精神健康医療研究部
※〇＝執筆者

研究要旨
【目的と方法】第８次医療計画の指標中間見直しが行われ、新たにプロセス指標の一つとして非自発的入院の件数が追加された。非自発的入院の実施状況は、地域の人口動態、高齢化率、精神病床数などによって異なると考えられ、各自治体が実態に沿った対策を講じることが重要である。本分担研究報告書は自治体が利用可能である NDB、630調査データおよび e-stat 衛生行政報告例の精神保健福祉分野のデータの特徴を整理し、各自治体による非自発的入院のモニタリングの実践に資する資料を提供することを目的とした。
【結果】３つのデータソースでは、非自発的入院者数を異なった基準で集計していた。すなわち NDB では新規の非自発的入院患者数を、630調査では6月30日時点の非自発的入院者数を、そして衛生行政報告例では自治体への非自発的入院に関する届出件数を集計していた。2022年の全国における非自発的入院の届出件数（人数）は、衛生行政報告例で195,044件、NDB で136,428人、630調査データで133,868人であった。年度内の新規入院届出件数（人数）の集計である衛生行政報告例と NDB の比較では、衛生行政報告例は NDB の1.43倍であった。非自発的入院者数の入院形態毎の内訳の粒度としては衛生行政報告例、630調査データが優れているが、対象者の臨床属性の情報は630調査と NDB データが優れていた。
都道府県別の非自発的入院数における衛生行政報告例と NDB との相関係数は r = 0.99であった。2022年における衛生行政報告例の人口当たりの非自発的入院届出件数、衛生行政報告例における人口当たりの非自発的入院届出件数の年次推移では都道府県ごとにばらつきがみられた。都道府県別の衛生行政報告例における人口当たりの非自発的入院届出件数と人口当たりの精神病床数の相関係数は r = 0.38であった。
【考察】衛生行政報告例、 NDB データでは年度中に新規に入院した非自発的入院届出件数（人数）が計上されるのに対して、630調査では調査日に入院中の全ての非自発的入院者数が計上されている点で異なった情報を含んでおり、目的に応じて使い分ける必要がある。
人口当たりの非自発的入院届出件数と人口当たりの精神病床数とは弱い相関を示し、一定の関連はあるものの、非自発的入院の都道府県差は他の要因も大きく影響している可能性が示唆された。

A. 研究目的

１）第８次医療計画の指標中間見直し

本年は第８次医療計画前期（3年間）の最終年度の前年であり、来年度に実施される計画指標の中間見直しに向けた議論が行われた。令和７年8月3日に行われた研究班会議における有識者アドバイザーからの意見、研究班と厚労省との事前合議等により追加指標案が提案され、それら令和７年12月１日に開催された「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」（第12回）におい

て承認された。追加指標は、令和６年の診療報酬改定を反映するための5つのストラクチャー指標（早期診療体制充実加算を算定した医療機関数、療養生活継続支援加算を算定した医療機関数、精神科入退院支援加算を算定した医療機関数、児童思春期支援指導加算を算定した医療機関数、心理支援加算を算定した医療機関数）と非自発的入院の縮減のためのプロセス指標（非自発的入院の件数（措置入院・緊急措置入院・応急入院・医療保護入院毎の件数)）である。NDB データ提供の時間ラグにより、算定の有無を確認することができないことから、現時点では新たな5つのストラクチャー指標に関してはデータが手に入らない状態である。そのため、今年度の報告では、従前からデータ収集が行われている非自発的入院に関する指標について報告する。

２）非自発的入院の縮減の指標について

精神保健福祉法に規定される精神科病院への入院形態は、「任意入院」「医療保護入院」「応急入院」「措置入院」「緊急措置入院」があり、任意入院以外は非自発的入院と扱われる。非自発的入院は、重篤な状態にあり適切な判断を行えない方には早期に治療を開始できるなど一定の利点も存在するため、我が国では長い間実施されてきた歴史があるが、一方で、障害者の権利に関する条約（CRPD）の理念や同条約に基づく国際的な議論において、障害を理由とする自由の制限や非自発的処遇のあり方が人権上の課題として指摘されている。

こうした国際的な動向もあり、令和4年度の障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律案に対する附帯決議において、「精神科病院の入院患者のより一層の地域移行を促進し、精神病床数の削減を図っていく必要があることから、第八次医療計画の中間指標では、精神科病院の非自発的入院の縮減を把握する指標例とともに、精神病床の削減のための目標値の設定について検討すること」となり、第8次医療計画の中間見直しに際し、精神科病院の非自発的入院の縮減が指標として追加された。

非自発的入院の縮減が重要な政策目標として掲げられた一方で、その実態は地域によって大きく異なる。効果的な対策を講じるためには、各自治体が抱える固有の事情（人口動態、高齢化率、精神病床数など）を踏まえることが不可欠であり、その上で、各自治体が自ら継続的なモニタリングを行える体制を構築することが重要である。現在、各自治体が非自発的入院の実態把握に活用できる主要な既存データとして、匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）や630調査データを含む「精神保健福祉資料」および「衛生行政報告例」がある。

NDB は厚生労働省保険局が管理しているレセプト情報のデータベースであり、630調査データは6月30日時点の精神保健医療福祉の実態を把握するために実施される630調査の結果をまとめたものである。衛生行政報告例は、厚生労働省が各都道府県・指定都市から収集する政府統計であり、精神保健福祉分野では入院形態別の届出件数などを都道府県単位・経年的に把握することができる。ただし、これらの既存データは、把握対象、集計単位、時間的粒度、入院形態の捉え方が異なるため、非自発的入院の縮減をモニタリングする際には、それぞれの特徴と限界を踏まえて解釈する必要がある。

本分担研究報告書では、非自発的入院のモニタリングに活用可能な既存データの特徴を整理したうえで、実際にデータを用いて日本における非自発的入院の実態を記述することで、各自治体による非自発的入院の縮減のモニタリングに資する資料を提供することを目的とする。

B.研究方法

１）データソース

精神保健福祉資料に収載されている NDB および630調査データに加え、e-stat で公開されている衛生行政報告例の精神保健福祉分野のデータを使用した。NDB では今年度から公開している公費負担医療のみで請求されているレセプト情報を含むデータを用いた。全国および各都道府県の人口は、総務省統計局の人口推計の総人口（令和4年

10月1日時点）を使用し、精神病床数は医療施設調査における令和４年医療施設（動態）調査のデータを使用した。

２）非自発的入院数に関する情報の同定

NDB は、「付表2.2 特定時点の退院患者割合（入院形態×認知症区分）」を使用し、同表において入院形態が「措置入院・緊急措置入院・応急入院」または「医療保護入院」に該当する患者を、非自発的入院に関する情報として集計した。都道府県別の集計では、「付表2.4 特定時点の退院患者割合 (同意区分×認知症区分)」を使用した。

630調査データについては、「２．精神科病院在院患者の状況 （４）在院患者数（年齢階級・入院形態×性)」および「医療機関票_診療実績の医療保護入院の1年間転帰（都道府県別)」を使用し、入院形態が「措置入院」「医療保護入院」「その他の入院」に該当する患者を非自発的入院として取り扱った。

衛生行政報告例については、措置入院に関する情報として「第1 精神障害者申請・通報・届出及び移送の状況」のうち「法第29条該当症状」を、緊急措置入院に関する情報として「第2 精神障害者措置入院・仮退院状況」における「緊急措置入院の必要ありと診察された者のその後の処遇」の合計を使用した。医療保護入院については「第3 医療保護入院・応急入院及び移送による入院等届出状況」の「医療保護入院 届出数」のうち「退院以外」の合計を、応急入院については同表の「応急入院の届出数」の合計をそれぞれ用いた（付録1)。

３）非自発的入院数に関する帳票の特徴整理

NDB、630調査データにおいては関連する帳票が多数存在するため、非自発的入院に関する情報を含む帳票のリスト（付録２）を作成した。その上で、非自発的入院のモニタリングという観点からNDB、630調査、衛生行政報告例の情報の特徴を整理した。具体的には、集計対象、集計単位、非自発的入院の定義、公開タイミング、公開場所、非自発的入院関連の帳票数、非自発的入院との関連が確認できる項目の比較・整理を行った。

４）非自発的入院の実態に関する記述的分析

2022年度データを用いて、各データソースの非自発的入院に関する情報の比較分析を行った。

また実際のモニタリング活用例として、衛生行政報告例を用いた非自発的入院の経時的推移および都道府県間比較を行った。加えて、地域における非自発的入院届出件数は、人口規模および精神病床数の影響を受ける可能性があることから、衛生行政報告例における人口当たりの非自発的入院届出件数および人口当たりの精神病床数を都道府県別に算出し、両者の関連を記述的に検討した。

（倫理面への配慮）

本研究は公開情報を用いた解析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）非自発的入院数の集計上の定義

各データソースの特徴を表1に示す。NDB は、非自発的入院の定義を「精神科措置入院診療科加算」あるいは「精神科応急入院診療科加算」の算定が入院月にある場合に，措置入院・緊急措置入院・応急入院とみなした。また，「医療保護入院等診療料」の算定が入院月にあり，前述の措置入院等の定義を満たさない場合に，「医療保護入院」とみなした。ここで「精神科措置入院診療科加算」あるいは「精神科応急入院診療科加算」は入院初日にのみ算定可能な加算ある。「医療保護入院等診療料」は、入院期間中に措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院のいずれかであった場合、1回のみ算定が可能な診療報酬である。これらの整理からレセプトデータでは入院時点の非自発的入院の有無と入院形態の同定が可能であるが、精神病床への連続した入院期間の途中で発生する非自発的入院（任意入院から医療保護入院への切り替え、措置入院から医療保護入院への切り替え等）は検出できないのが特徴である。また、NDB では少人数公表を禁ずる最小集計単位の原則があり、非自発的入院を、医療保護入院、措置入院・緊急措置入院・応急入院、およ

び医療保護入院以外の3区分あるいは同意有無（任意入院 / 非自発的入院）の２区分にまとめる処理が施されている。また国によるデータベース作成、研究班によるデータ受領、解析までに時間を要すため、集計データの公開までには現状約2年の時間差を生じている。

630調査は、年間の新規入院患者数ではなく、6月30日時点の在院患者数を集計していた。調査からデータ公開までの期間が短く、精神科医療機能の概要に関する集計群、在院患者に関するクロス集計群、退院者に関するクロス集計群から成り、入院形態に関する集計表が多数存在した。なお、退院者に関するクロス集計群には入院形態に関する集計表が存在していない。また、医療保護入院に関しては、前年6月中に新規に医療保護入院をした患者の1年後の状況（転帰、入院形態）が集計されていた。

衛生行政報告例は、1年間におけるすべての形態の非自発入院の届出件数を集計していた。行政事務を集計した悉皆調査であり、都道府県ごとの入院形態ごとの届出件数を把握することができるが、患者背景に関する情報は含まれていなかった。

新規入院患者の退院状況については、NDB の「付表2.2 特定時点の退院患者割合(入院形態×認知症区分)」「付表2.4 特定時点の退院患者割合 (同意区分×認知症区分)」「付表2.5 特定時点の退院患者割合 (同意区分×年齢区分)」に加え、630調査データの「医療保護入院の1年間転帰」から確認可能であった。630調査データの「医療保護入院の1年間転帰」は、調査年度の昨年度の6月に医療保護入院した患者について、1年間にわたり退院状況を追跡した結果をまとめた表であった。

１）データソースによる非自発的入院数の比較

各データの非自発的入院に関する情報の比較を表2、図1～図2に示す。2022年の全国における非自発的入院の届出件数（人数）は、衛生行政報告例で195,044件、NDB で136,428人、630調査データで133,868人であった。特に年度内の新規の入院届出件数（人数）を集計している衛生行政報告例と NDB の比較では、衛生行政報告例は NDB の1.43倍であった。都道府県別の非自発的入院数における衛生行政報告例と NDB との相関係数は r = 0.99であった。

図3に2022年における衛生行政報告例の人口当たりの非自発的入院届出件数の内訳を示す。全都道府県において一貫して医療保護入院が最も高い割合を占めていた。また、人口当たりの総届出件数は都道府県間で大きく異なっていた。

図4に衛生行政報告例における人口当たりの非自発的入院届出件数の年次推移を示す。2013年から2014年にかけて全体的に下降傾向を示した後は、一部の都道府県では一時的な変動が認められたものの、全体としては長期的に一定水準を保っていた。

図5に都道府県別の衛生行政報告例における人口当たりの非自発的入院届出件数と人口当たりの精神病床数の散布図を示す。人口あたり非自発的入院数と人口当たり精神病床数の間には弱い相関関係を認めた（r = 0.38）。

D.考察

本研究分担報告書では、非自発的入院の縮減のモニタリングに資する資料として、NDB、630調査データおよび衛生行政報告例の特徴を整理し、さらに衛生行政報告例を用いて、全国および都道府県別の非自発的入院の現状を記述した。

今回取り上げた3つのデータ（NDB、630調査、衛生行政報告例）は、同じ「非自発的入院」を扱っているものの、それぞれ異なる側面を測定していた。各集計値が示す特徴を理解したうえで目的に応じて使い分ける必要がある。NDB と衛生行政報告例は、入院の発生や入院形態の変更などの非自発的入院というイベントの発生を捉えている。NDB では、非自発的入院時の算定に基づいて集計される。一度精神病床から地域や一般病床に退院した後、再入院した場合には、それぞれ異なる入院として計上される。一方で、精神病床に連続して在院しながら入院形態のみが変更された場合には、最初の入院日時点の入院形態のみの1件のみが集計される。衛生行政報告例は、自治体に届け出られた入院形態別の届出件数を集計し

たものである。そのため、同一人物が同一年度内に複数回入院した場合に加え、連続して精神病床に在院しながら措置入院から医療保護入院へ入院形態が変更された場合も届出がされるため、別件として計上される。以上から、衛生行政報告例の非自発的入院届出件数はNDBのそれよりも大きくなる。

他方、630調査データでは、6月30日時点の横断的な在院者集計であり、当該時点で非自発的入院をしている患者の全員（すなわち新規入院件でない、長期在院者も含まれる）が集計される点で、NDBや衛生行政報告例とは大きく異なった情報を提供している。急性期を脱した後や長期入院中の人の非自発的入院の状況を把握するには630調査データが強みを発揮する（なお、医療保護入院に限定した場合は、6月中に入院した新規の患者数を把握可能である）。

また、衛生行政報告例では、申請方法別・都道府県別の集計は提供されていたものの、個人属性による内訳は存在しなかった。一方、NDBでは認知症の有無や年齢階級別の集計が、630調査では性別・疾患分類・年齢階級等の個人属性別の集計が、それぞれ利用可能であった。

各データは異なった側面をしめしているものの、都道府県単位の地域間相関でみると、一定の整合性がみられた。衛生行政報告例は届出件数の延べ数となるため絶対値としてはNDBよりも大きい値を示しているが、両者の間には高い相関を認めた（$r = 0.99$）。このことは、両データソースは異なる定義に基づき非自発的入院を集計しているが、都道府県間の相対的な分布は類似した傾向を示していると考えられた。

また、衛生行政報告例に基づく人口当たりの非自発的入院届出件数は、人口当たりの精神病床数と弱い相関を示し、都道府県間でもばらつきが認められた。これらより、非自発的入院の地域差は、人口規模や精神病床数のみでは十分に説明できず、その他の要因が影響している可能性が示唆された。各都道府県における実態把握や政策効果の推定などには、本報告付録２を参考に帳票を同定し、年齢群や診断（特に認知症の有無）、医療保護入院からの転帰などに着目した分析を行うことが効果的であると考えられる。

E 結論

本分担研究では、非自発的入院の縮減に対するモニタリングに資する、現在利用可能なデータソースの整理を行った。また、衛生行政報告例を用いて、長期的な推移および各都道府県の非自発的入院の内訳を記述した。これらの結果を踏まえ、非自発的入院の状況モニタリングの際の各データの使い分けの例として、図6を提案する。

各自治体において、目的に応じて適切なデータを使用し、非自発的入院の縮減のモニタリングを実施すること望まれる。

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

I.文献

1. 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律案に対する附帯決議 令和四年十二月八日 参議院厚生労働委員会
2. 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 公共精神健康医療研究部 精神保健福祉資料 https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/

(参照2026-05-08)
3. 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」精神保健医療福祉のモニタリング研究の解説2013 年 1 月~2023 年 5 月診療分
4. 総務省統計局 e-Stat 衛生行政報告例 https://www.e-stat.go.jp/statistics/00450027 (参照2026-05-08)
5. 総務省統計局 e-Stat 人口推計 https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00200524&cycle=7&metadata=1&data=1 (参照2026-05-08)

表1　非自発的入院に関するデータソースの特徴比較

データ	集計母集団	集計単位	1人が1年のうちに2回非自発的入院をした場合の解釈	非自発的入院の定義	公開時期	公開場所	非自発的入院関連の帳票数	非自発的入院との関連が確認できる属性項目
NDB（精神保健福祉資料）	精神病床の新規入院患者[*1]	入院エピソード	精神病床に連続して在院中の入院形態変更はカウントされない在院中の入院形態の変更は1回目と2回目の入院が連続している場合1回の入院として集計 退院後数日後に再度入院となった場合2回の入院として集計。	「精神科措置入院診療科加算」[*4]「精神科応急入院診療科加算」[*4]「医療保護入院等診療料」の算定[*5]	診療実施年度の2年後の年度末	精神保健福祉資料	3種類[*2]	認知症の有無 / 年齢 / 都道府県 / 特定時点の退院割合 等
630調査（精神保健福祉資料）	6月30日時点の精神病床在院患者	人	6月30日に在院していれば1人として集計。その他の日に関する状況については把握不能 ※昨年6月の医療保護入院患者については1年間の転帰を把握可能	入院形態に基づく	調査年度末	精神保健福祉資料	21種類[*3]	病院の種類 / 主診断 / 年齢階級 / 性別 / 在院期間 / 転帰 / 病院所在地 / 患者住所地 / 隔離拘束指示 / 生活保護有無 / 入院料 / 都道府県 等
衛生行政報告例（精神保健福祉分野）	病院の所在地を管轄する都道府県に届出・報告された精神保健福祉法上の入院	届出件数	届出数2件として集計	入院形態に対応する届出に基づく	調査1年後の秋	e-stat	8種類[*3]	申請者情報 / 申請方法 / 緊急措置入院の判断のための診察者数 / 都道府県 等

[*1] 公費負担医療のみで請求されているレセプト情報も含む。

[*2] 付録1参照

[*3] 付録2参照

[*4] 入院初日のみ算定可能。

[*5] 措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の患者に対し、入院期間中1回（原則）算定される。「精神科措置入院診療科加算」「精神科応急入院診療科加算」の算定がある場合は、措置入院、応急入院を優先して入院形態を同定している。

表2　各データの非自発的入院情報届出件数/人数（2022年）

2022年	衛生行政報告例		NDB		比	630調査	
	非自発的入院（件）	人口10万対	非自発的入院（人）	人口10万対	衛生行政報告例/NDB	非自発的入院（人）	人口10万対
全国	195044	156.10	136428	109.19	1.43	133868	107.14
北海道	9083	176.71	6038	117.47	1.50	6731	130.95
青森県	2956	245.51	1608	133.55	1.84	2162	179.57
岩手県	1529	129.47	1072	90.77	1.43	876	74.17
宮城県	3037	133.20	1967	86.27	1.54	2428	106.49
秋田県	2240	240.86	1322	142.15	1.69	2011	216.24
山形県	2783	267.34	1961	188.38	1.42	1887	181.27
福島県	2570	143.58	1651	92.23	1.56	2256	126.03
茨城県	3195	112.50	2209	77.78	1.45	2875	101.23
栃木県	2389	125.14	1661	87.01	1.44	2145	112.36
群馬県	3723	194.62	2505	130.95	1.49	2232	116.68
埼玉県	11255	153.40	8257	112.54	1.36	7832	106.75
千葉県	6763	107.93	5086	81.17	1.33	6359	101.48
東京都	20371	145.11	13424	95.63	1.52	8561	60.98
神奈川県	10951	118.62	7686	83.25	1.42	7913	85.71
新潟県	4055	188.34	3026	140.55	1.34	3722	172.88
富山県	1793	176.30	1244	122.32	1.44	1894	186.23
石川県	2944	263.33	2084	186.40	1.41	1884	168.52
福井県	1894	251.53	1207	160.29	1.57	1034	137.32
山梨県	1610	200.75	1093	136.28	1.47	1161	144.76

2022年	衛生行政報告例		NDB		比	630調査	
	非自発的入院（件）	人口10万対	非自発的入院（人）	人口10万対	衛生行政報告例/NDB	非自発的入院（人）	人口10万対
長野県	2888	142.97	2013	99.65	1.43	1863	92.23
岐阜県	2424	124.56	1938	99.59	1.25	1570	80.68
静岡県	4568	127.53	3023	84.39	1.51	2460	68.68
愛知県	8972	119.71	6492	86.62	1.38	4517	60.27
三重県	3397	195.01	2132	122.39	1.59	2252	129.28
滋賀県	1627	115.47	965	68.49	1.69	1104	78.35
京都府	3564	139.76	2907	114.00	1.23	2289	89.76
大阪府	14798	168.50	10374	118.13	1.43	8631	98.28
兵庫県	7512	139.06	5804	107.44	1.29	4788	88.63
奈良県	2700	206.74	2041	156.28	1.32	1603	122.74
和歌山県	1094	121.15	845	93.58	1.29	632	69.99
鳥取県	1174	215.81	823	151.29	1.43	874	160.66
島根県	428	65.05	1021	155.17	0.42	1232	187.23
岡山県	3788	203.44	2776	149.09	1.36	2460	132.12
広島県	3909	141.63	3440	124.64	1.14	3860	139.86
山口県	2371	180.58	1867	142.19	1.27	2760	210.21
徳島県	1537	218.32	1041	147.87	1.48	678	96.31
香川県	1440	154.18	976	104.50	1.48	681	72.91
愛媛県	1651	126.42	1265	96.86	1.31	1331	101.91
高知県	1644	243.20	1145	169.38	1.44	1394	206.21

2022年	衛生行政報告例		NDB		比	630調査	
	非自発的入院（件）	人口10万対	非自発的入院（人）	人口10万対	衛生行政報告例/NDB	非自発的入院（人）	人口10万対
福岡県	10696	209.07	6898	134.83	1.55	6654	130.06
佐賀県	1921	239.83	1305	162.92	1.47	1844	230.21
長崎県	1487	115.90	899	70.07	1.65	1195	93.14
熊本県	4601	267.81	3092	179.98	1.49	3628	211.18
大分県	1888	170.55	1212	109.49	1.56	2047	184.91
宮崎県	1417	134.70	844	80.23	1.68	913	86.79
鹿児島県	2746	175.69	1721	110.11	1.60	2405	153.87
沖縄県	3661	249.39	2468	168.12	1.48	2240	152.59

図1　非自発的入院届出件数（衛生行政報告例）と非自発的入院者数（NDB）の相関（2022年）

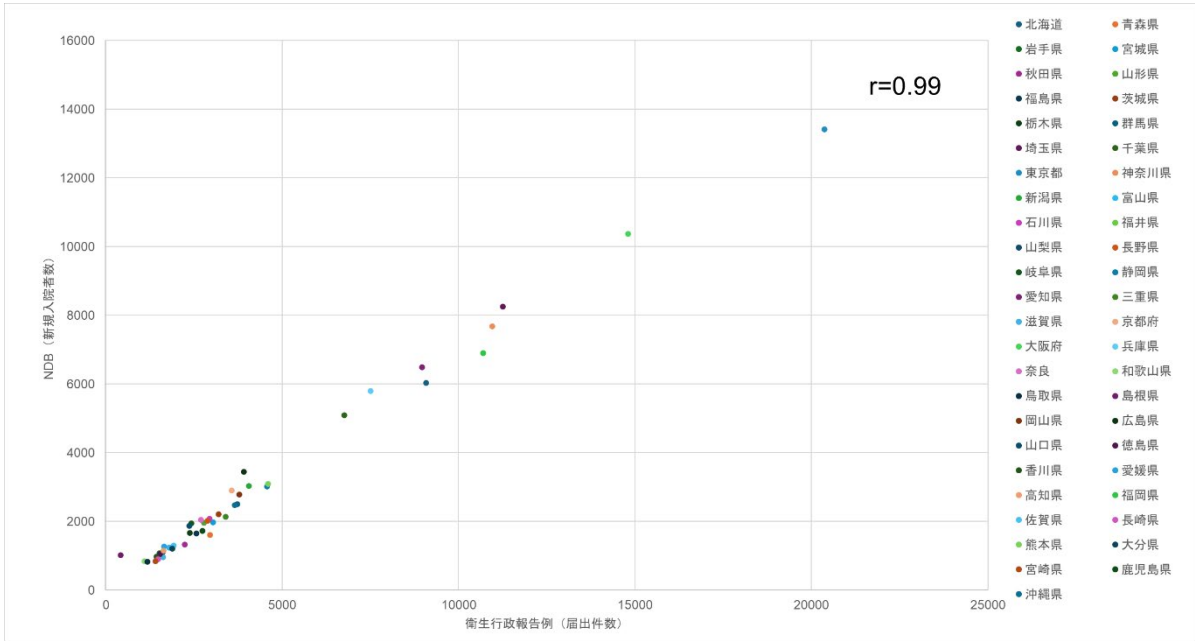

r=0.99
NDB（新規入院者数）
衛生行政報告例（届出件数）
0
2000
4000
6000
8000
10000
12000
14000
16000
0
5000
10000
15000
20000
25000
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

図2　非自発的入院届出件数（衛生行政報告例）と
非自発的入院による在院者数（630調査）の相関（2022年）

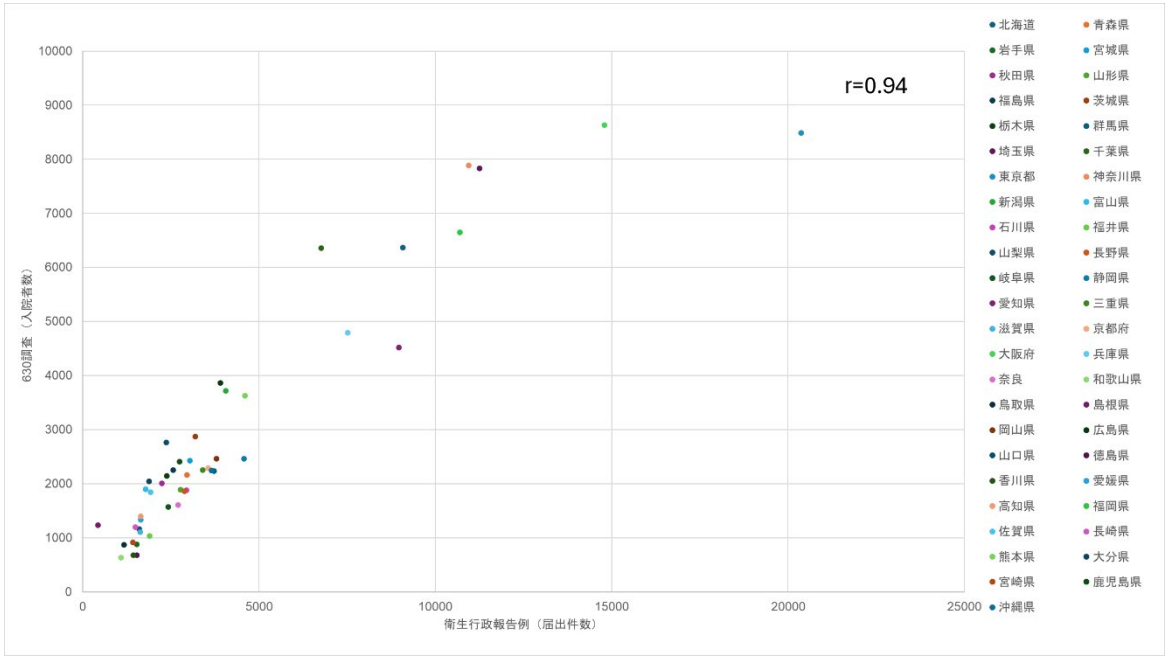


図3　各都道府県の人口当たりの非自発的入院届出件数（衛生行政報告例）の内訳（2022年）

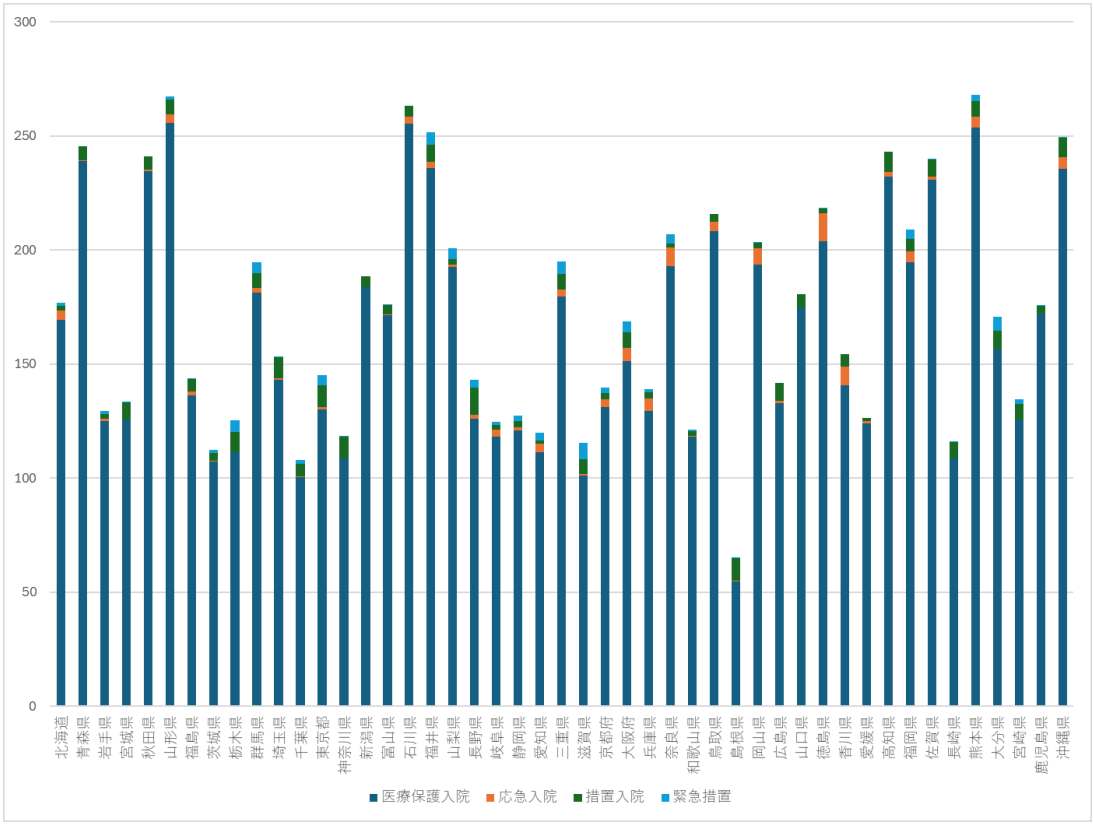

300
250
200
150
100
50
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県
医療保護入院
応急入院
措置入院
緊急措置

図4　各都道府県の人口10万人あたりの非自発的入院届出件数（衛生行政報告例）の推移

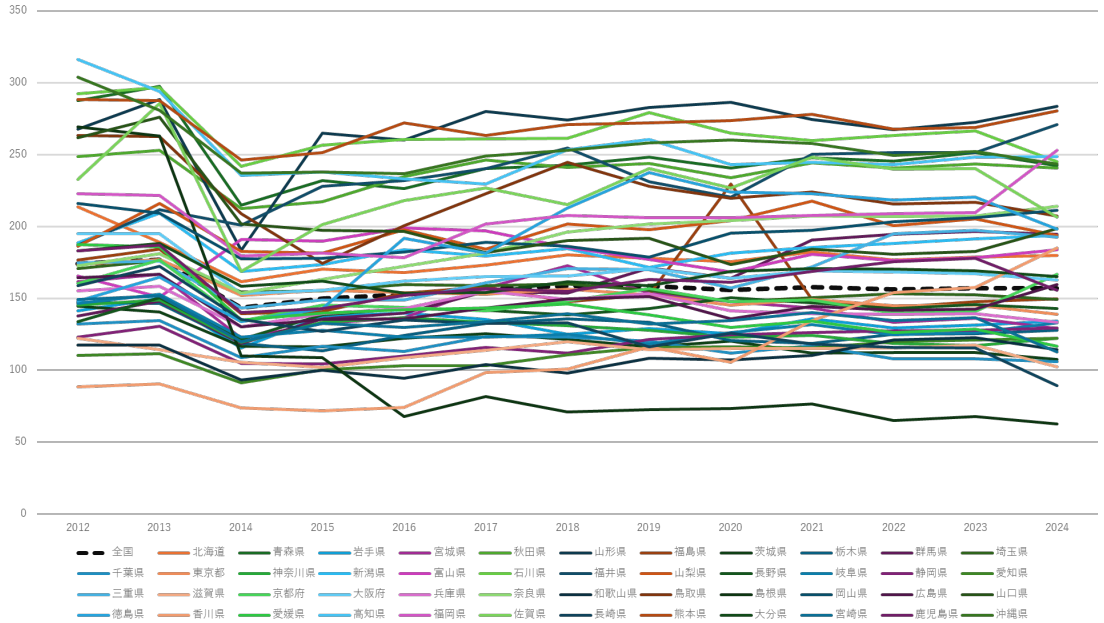


図5　人口10万人あたりの非自発的入院届出件数（衛生行政報告例）と
人口10万人あたりの精神病床数の相関（2022年）

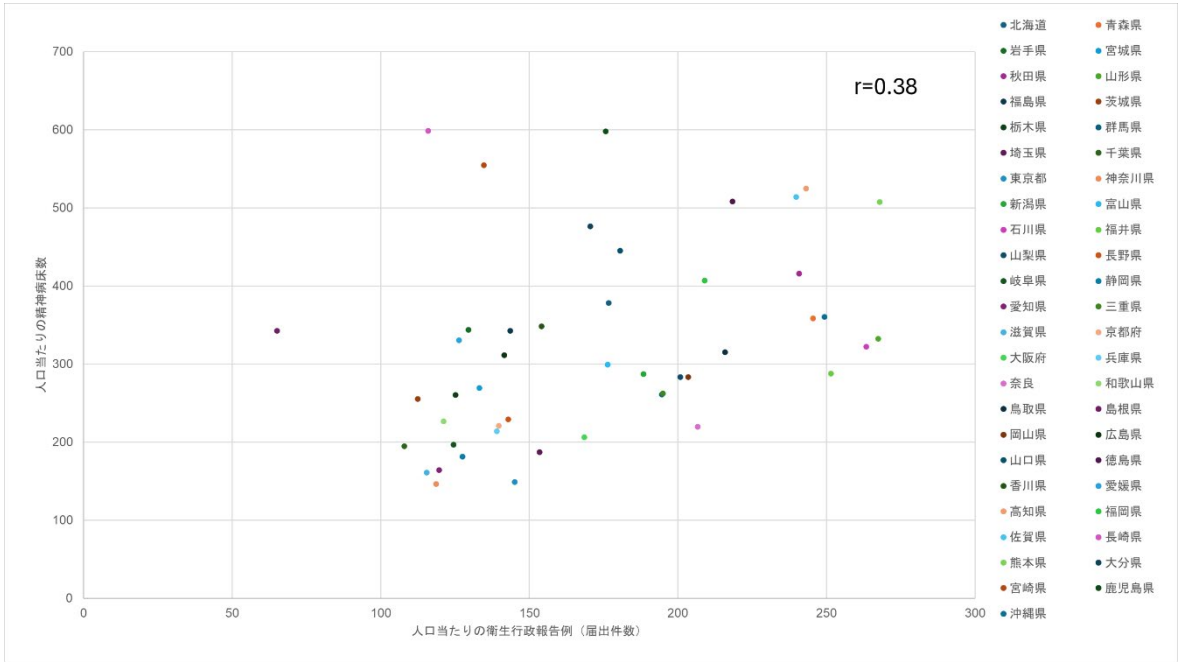
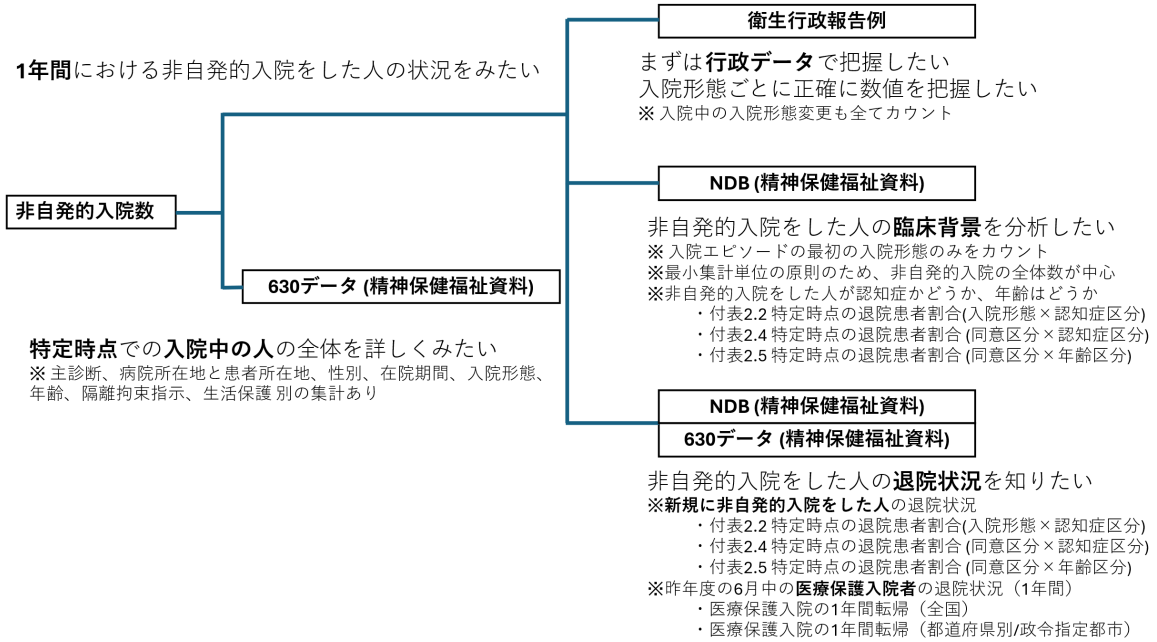

r=0.38
人口当たりの精神病床数
人口当たりの衛生行政報告例（届出件数）
0
50
100
150
200
250
300
100
200
300
400
500
600
700
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

図6 非自発入院の状況モニタリング—目的に合わせたデータの使い分け



付録1



衛生行政報告例

政府統計

統計法に基づく国の一般統計調査です。
調査票情報の秘密の保護に万全を期します。

0 6 1 0 1 0

第１ 精神障害者申請・通報・届出及び移送の状況

措置入院

都道府県
指定都市 名

令和 6 年度分

	申請通報届出件数	調査により診察の必要がないと認めた者	診察を受けた者				移送を行った件数		
			1次診察医療機関のみ	2次診察医療機関					
				法第29条該当症状の者	法第29条該当症状でなかった者				
					措置入院	措置入院以外の処遇	調査から1次診察場所まで	1次診察場所から2次診察場所まで	2次診察場所から病院まで
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
一般からの申請 (01)									
警察官からの通報 (02)									
検察官からの通報 (03)									
保護観察所の長からの通報 (04)									
矯正施設の長からの通報 (05)									
精神科病院の管理者からの届出 (06)									
心身喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に係る通報 (07)									
計 (08)									

SAMPLE

衛生行政報告例

政府統計

統計法に基づく国の一般統計調査です。
調査票情報の秘密の保護に万全を期します。

0	6	1	0	2	0				

第２ 精神障害者措置入院・仮退院状況

都道府県
指定都市　名
令和　6　年度分

	前年度末患者数 (1)	本年度中新規患者数 (2)	本年度中解除患者数 (3)	本年度末患者数 (4)
措置患者 (01)				
仮退院患者（「措置患者」の再掲） (02)				

（措置患者の転帰状況）

	前年度10月中の措置患者数 (1)	本年度10月1日までの症状消退届提出者数 (2)	症状消退届提出時の転帰状況				
			入院継続 (3)	通院医療 (4)	転医 (5)	死亡 (6)	その他 (7)
一般からの申請による措置患者 (03)							
警察官からの通報による措置患者 (04)							
検察官からの通報による措置患者 (05)							
矯正施設の長からの通報による措置患者 (06)							

（緊急措置入院状況）

緊急措置入院

	計 (1)	緊急措置入院の必要なしと診察された者 (2)	緊急措置入院の必要ありと診察された者のその後の処遇		
			措置入院 (3)	措置入院以外の入院 (4)	入院以外の処遇 (5)
診察を受けた者 (07)					

SAMPLE



第３ 医療保護入院・応急入院及び移送による入院等届出状況

政府統計

都道府県
指定都市　名
令和　6　年度分

医療保護入院

	医療保護入院												
	指定医の診察に基づく同意者						特定医師の診察に基づく同意者						退院
	配偶者	親権者	扶養義務者	後見人	保佐人	市区町村長	配偶者	親権者	扶養義務者	後見人	保佐人	市区町村長	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
届出数 (01)													
移送による入院（再掲） (02)													
入院期間更新届出数 (03)													

応急入院

	応急入院	
	指定医の診察に基づく応急入院	特定医師の診察に基づく応急入院
	(14)	(15)
届出数 (01)		
移送による入院（再掲） (02)		

SAMPLE

付録2

NDB ※同意区分は同意・非同意の区分

付表2.2 特定時点の退院患者割合(入院形態[*1]×認知症区分)

付表2.4 特定時点の退院患者割合 (同意区分[*2]×認知症区分)

付表2.5 特定時点の退院患者割合 (同意区分×年齢区分)

[*1] 任意入院 / 医療保護入院 / 措置入院・緊急措置入院・応急入院 / 医療保護入院以外

[*2]任意入院 / 非自発的入院

630調査　従来ベース

２．精神科病院在院患者の状況 （１）令和Ｘ年6月30日午前0時時点の在院患者数_病院種別毎（入院形態×開放区分）

２．精神科病院在院患者の状況 （２）令和Ｘ年6月30日午前0時時点の在院患者数（疾患分類×年齢階級・入院形態×性）

２．精神科病院在院患者の状況 （２）_２　令和Ｘ年6月30日午前0時時点の在院患者数_病院種別毎（疾患分類×年齢階級・入院形態×性）

２．精神科病院在院患者の状況 （３）令和Ｘ年6月30日午前0時時点の在院患者数（入院形態×年齢階級×在院期間）

２．精神科病院在院患者の状況 （３）_２ 令和Ｘ年6月30日午前0時時点の在院患者数_病院種別毎（入院形態×年齢階級×在院期間）

２．精神科病院在院患者の状況 （１）令和Ｘ年6月30日午前0時時点の在院患者数（入院形態×開放区分）（都道府県/政令指定都市）

２．精神科病院在院患者の状況　（４）在院患者数（年齢階級・入院形態×性）（都道府県/政令指定都市）

630調査　精神科医療機能の概要をまとめたファイル

630調査　自治体票_精神科医療機能_精神医療審査会

精神医療審査会機能 ②退院請求（都道府県/政令指定都市）

精神医療審査会機能 ③処遇改善請求 （都道府県/政令指定都市）

630調査 医療機関票_施設概要※非同意入院のみ

施設概要1（精神病床有_全病院）（都道府県/政令指定都市）

施設概要2（精神病床有_特定機能病院）（都道府県/政令指定都市）

施設概要3（精神病床有_地域医療支援病院）（都道府県/政令指定都市）

施設概要4（精神病床有_一般病院）（都道府県/政令指定都市）

施設概要5（精神病床有_精神病床のみを有する病院）（都道府県/政令指定都市）

施設概要6（精神病床有_国立・都道府県立精神科病院等）（都道府県/政令指定都市）

施設概要7（精神病床有_指定病院）（都道府県/政令指定都市）

施設概要8（精神病床有_非指定病院）（都道府県/政令指定都市）

630調査 医療機関票_診療実績 ※医療保護入院の1年間転帰の集計はこちら

医療保護入院の1年間転帰（全国）

医療保護入院の1年間転帰（都道府県別/政令指定都市）

630調査　在院患者に関するクロス集計(各項目の組み合わせごとに集計したファイル)

630調査 在院患者に関するクロス集計(各項目の組み合わせごとに集計したファイル)

主診断×入院形態（全国/都道府県）

性別×入院形態

在院期間×入院形態

入院形態×病院所在地と患者住所地

年齢×入院形態

主診断×年齢・入院形態×性別

入院形態×年齢×在院期間

入院形態×隔離拘束指示

入院形態×生活保護

630調査 入院料と各項目との在院患者に関するクロス集計（全国値）

病棟入院料×入院形態

厚生労働行政推進調査事業費補助金（疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究）

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

精神保健医療福祉機能のモニタリングを目的とした調査・研究

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)，北村真紀子2)， 神川ちあき2)， 古野考志2)

研究代表者：黒田直明2)

技術協力：株式会社アクセライト

1) 国立精神・神経医療研究センター 神経研究所 疾病研究第七部

2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 公共精神健康医療研究部

3) 聖路加国際大学大学院看護学研究科

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7年度調査のプロセスの報告，(2)令和7年度調査の方法や内容の変更・改善点の提示，(3)調査結果の公開場所の紹介，(4)精神保健福祉法改正の前後での医療保護入院についての紹介，(5)調査のオンライン化に向けたフィージビリティ調査の報告である。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，回答負担の軽減を意識した項目の削減や再構成によって調査票の最適化を図った。

令和7年度調査は，全国の精神科医療機関，訪問看護ステーション，都道府県・政令指定都市の自治体を対象に実施され，例年並みの高い回収率を維持した。病床を有する医療機関では96.8%の回答率を得ており，全体として正確かつ網羅的なデータが確保できたと考える。

今年度の調査では，医療機関票における各種届出に関する設問を見直し，地方厚生局への届出から把握可能な項目を除外することで，回答者の負担軽減を図った。また，認知療法・認知行動療法や精神科身体合併症管理加算の算定件数を追加し，利活用の促進を目指したほか，外来リエゾン票や退院後転帰に関する表記を改善し，回答精度の向上を図った。

さらに，精神保健福祉法の改正に伴い，医療保護入院患者の入院期間設定や退院支援委員会に関する運用変更を踏まえ，調査項目を見直した。令和6年度調査と比較して，入院時に推定された入院期間については，「3か月以内」の回答が95%を超え，特に「3か月」が3分の2以上を占めており，制度改正後の運用の変化がうかがえた。退院支援委員会の実施割合や患者本人・家族の参加割合も上昇していたほか，地域援助事業者の紹介についても増加がみられ，制度改正の影響が示唆された。多様な機能が求められる精神保健医療福祉の実態把握のためには，今後も調査項目の継続的な検討が必要である。今年度寄せられた問い合わせ内容も踏まえ，実態に即した調査項目や調査方法の改善が求められる。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：https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/」にて公表することができた。

また，今年度は次年度以降を見据え，精神病床を有しない医療機関および訪問看護ステーションを対象にオンライン調査のフィージビリティ調査を実施した。従来の調査方法より回答しやすいと答えた施設が半数以上であり，訪問看護ステーションでは4分の3にのぼった。自由記載でも入力や提出のしやすさを評価する声がみられた。一方で，ページ遷移や印刷機能等への要望や，従来のエクセル調査を希望する施設も一定数存在した。今後オンライン調査を導入する場合には，回答者負担の軽減や自治体による確認作業との両立を図りつつ，適切な調査方法のあり方を引き続き検討する必要がある。

A. 研究目的

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6年度に実施した調査結果の公表と令和7年度調査を実施した。本報告書の目的は，(1)令和7年度調査の調査プロセスの報告，(2)令和7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，(4)精神保健福祉法改正の前後での医療保護入院についての紹介，(5)調査のオンライン化に向けたフィージビリティ調査の報告である。

B. 研究方法

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7年度も実施した。調査対象は，これまでと変わりなく全国の精神科医療機関，訪問看護ステーション，および都道府県・政令指定都市の精神保健主幹課である。本調査は毎年実施されてきたものであり，令和7年度調査の調査内容はこれまでに行われてきた同種の調査の項目をほぼ踏襲した。

本調査および調査のオンライン化に向けたフィージビリティ調査は調査主体となって実施する国立精神・神経医療研究センターにおいて倫理審査の要否を諮り，倫理審査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. 研究結果

1. 令和7年度630調査実施プロセス

調査は2025年9月26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2025年11月14日，自治体票については2025年 11月28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2025年12月26日，自治体票は1月 5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7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7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1522機関(配布数に対する回答率96.8%)，病床を有しない医療機関5199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11610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，2025年9月2日～2026年3月5日に寄せられた問い合わせは計664件であった(図2)。

問い合わせの時期は11月が最も多く249件(37.5%)，次いで10月が212件(31.9%)，12月が160件(24.1%)となっている。

問合わせの主体別にみると，自治体からが最も多く278件(41.9%)，次いで病院・診療所が225件(33.9%)，訪問看護ステーションが135件(20.3%)となっていた。

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

問合わせの方法はメールによる問い合わせが最も多く580件(87.3%)，電話が83件(12.5%)であった(図 3)。

内容別に見ると，調査票のアップロードやダウンロードに関する問い合わせが最も多く，189件(39.8%)であった。次いで調査票の内容に関する問い合わせが98件(20.6%)，提出期限についての問い合わせが88件(18.5%)， マクロの動作やセキュリテ

ィに関する問い合わせが56件(11.8%)，調査対象施設に関する内容が41件(8.6%)であった(図 4)。

なお，調査票の内容に関する問い合わせ98件のうち，10件が精神科医療機関票の精神病床票4に関する問い合わせであった。当該調査票は医療保護入院の退院支援委員会の実施状況等に関する項目について，精神保健福祉法の改正にあわせて今年度見直した項目となっている。大きな混乱なく回答されているものの，回答者の負担軽減も求められる。

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精神病床票4を含む調査票全般について，回答負担の軽減も考慮した項目および調査票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

令和7年度調査票では，令和6年度調査と概ね同様の構成となっている。

2) 精神科医療機関票

令和7年度調査票では医療機関機能について概ね令和6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。

各追加変更の詳細は下記の通りである。

① 各種届出の有無に関する設問の削除

6月30日時点の届出の有無について，厚生労働省地方厚生局が公開している届出受理医療機関名簿から把握できる項目については，回答者の負担軽減のため削除した。

なお，「精神科充実体制加算」と「精神科救急医療体制加算（小児・周産期・精神科充実体制加算を含む)」は継続して取得する。

② 認知療法・認知行動療法，精神科身体合併症管理加算の算定件数を追加

認知療法・認知行動療法（医師による場合，医師及び看護師が共同して行う場合)，精神科身体合併症管理加算はいずれも NDB オープンデータで二次医療圏ごとの1年間の算定件数が公表されているが，より詳細に実施状況を把握するために，本調査の調査項目に追加し，6月1か月間の算定件数を収集する。

③ 「外来リエゾン票」の対象に関する表記の変更

「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おり，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)の患者としている。令和6年度調査では，てんかんや睡眠障害の扱いに関する問い合わせが多く，それを反映してより厳密に「主たる傷病名が「てんかん」や「睡眠障害」等で，ICD-10の G コードに含まれる場合は対象外とする旨を追記した。

④ 退院後の転帰先の表記変更

令和6年度調査では退院後の転帰として「グループホーム」「介護施設」を設けていたが，「認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護)」を障害者総合支援法に基づく「グループホーム」と区別するために「介護施設（認知症高齢者グループホームを含む)」と表記を変更した。

⑤ 医療保護入院に関する項目の追加変更

令和6年4月に施行された「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の改正のうち，「医療保護入院期間の法定化と更新の手続きの実施」では，令和6年4月1日以降に医療保護入院した者の入院期間は，入院時に3か月以内の入院期間を定める必要があるとされている。また，入院期間満了日の1か月前から，指定医による診察及び退院支援委員会の審議が可能となり，一定の要件を満たした場合には入院の期間を更新できる。

これらの改正に伴う内容を調査票に反映させ，改正に伴う実態の変化をより詳細に把握するために，下記の項目の追加および変更をおこなった。

・「入院期間の延長の回数」を追加し，医療保護入院期間中におこなわれた延長（更新）の回数を取得
・「退院支援委員会の実施」について，有無から回数を問う設問に変更
・「退院支援委員会への患者本人，または家族，地域援助事業者の参加」について，有無から回数を問う設問に変更
・「当初の入院診療計画書で推定された入院月数」について，選択肢を変更し，1か月未満も取得

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6年度調査と概ね同様の構成となっている。

3. 調査結果の公表

令和7年度調査の結果は，病床を有する医療機関の結果を2026年3月24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. 医療保護入院について

「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の一部を改正する法律」により改正された「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の一部が令和6年4月1日から施行された。改正では令和6年4月1日以降に医療保護入院した者の入院期間について，下記のように定められている（参考：厚生労働省　令和6年4月1日以降に医療保護入院した者の入院期間について　より）。

・医療保護入院時，３か月以内※１の入院期間を定める必要があります。
・入院期間満了日の１か月前から，指定医による診察及び退院支援委員会の審議が可能です。
・診察の結果，本人の同意に基づく入院が可能な場合は，任意入院になります。
・任意入院が行われる状態になく，引き続き医療保護入院が必要との結論に至った場合，医療保護入院に同意した家族等（２回目以降の更新の場合，直前の更新の同意をした家族等）※２に対し，入院期間の更新の同意を求める通知※３をします。

（患者の家族等がない場合等は，市町村長に対し，入院期間の更新の同意を求めます。）

・通知した家族等から，
➢同意の意思表示があった場合
➢一定の要件を満たす場合※４であって，通知後２週間の間に家族等から不同意の意思表示がなかった場合（みなし同意の場合）

（市町村に依頼した場合は，市町村から同意があった場合）

は３か月以内の期間※１を定め，入院期間を更新することができます。

また，「地域生活への移行を促進するための措置」として，下記が盛り込まれている（厚生労働省　令和４年改正精神保健及び精神障害者福祉に関する法律　施行事項別概要　より）。

・退院後生活環境相談員について，措置入院者にも選任することを義務化。
・地域援助事業者（※）の紹介（現行努力義務）を義務化するとともに，措置入院者にも適用。
・医療保護入院者退院支援委員会について，入院後１年を経過する者に対しても開催する。（更新の際に必要となる。）

※ 医療保護入院者が退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し，医療保護入院者が地域生活に移行できるよう，特定相談支援事業等の事業者や，事業の利用に向けた相談援助を行う者（共同生活援助，訪問介護事

業者 等)。市町村は，精神障害者や医療機関から紹介の問い合わせがあれば，必要に応じてあっせん・調整等を行うこと。

令和7年度調査では，改正後の令和6年6月に医療保護入院した患者を対象として調査を行った。今回の調査結果を改正前の令和6年度調査と比較をした。

医療保護入院患者数は，令和6年度が15，509人，令和7年度調査では13，861人で近年の推移と同様に減少していた。また、退院率は3か月時点で63.5%（令和6年度61.5%），6か月時点で75.9%（令和6年度73.8%），1年時点で84.3%（令和6年度83.1%）であり，各時点での退院率はいずれも増加している(図 5)。

当初の入院診療計画書もしくは入院届で推定された入院月数は，令和7年度調査では95.7%が3か月以内と回答しており，うち91.5%が3か月ちょうどであった。令和6年度調査は3か月以内が82.3%（うち3か月ちょうどが67.2%），4か月以上が17.3%であった(図 6)。

入院期間中に退院支援委員会が1回でもおこなわれた患者は全体の33.8%であり，令和6年度の31.2%から増加している。支援委員会の実施回数は1回が16.9%，2回が7.4%，3回以上が9.5%であった。また，患者本人の参加割合は16.7%（令和6年度14.6%），家族の参加割合は16.0%（令和6年度12.6%），地域援助事業者の参加割合は3.0%（令和6年度3.3%）であった(図 7，図 8)。

退院後に円滑に地域生活に移行できるよう，相談支援等を行う地域援助事業者の紹介は23.5%であり，令和6年度の15.0%から増加していた(図 9)。

令和7年度調査のみの調査項目である入院の延長について，延長が行われなかった患者は全体の70.4%，1回延長された患者が13.6%，2回以上が13.6%であった(図 10)。

また，退院支援委員会の実施回数と入院の延長回数を比べると，委員会の実施回数と入院の延長回数が同数になるケースが延長のあった患者の94.1%を占めており，延長がある場合には支援委員会の審議を経ている場合が多いと推察される(図 11)。

5. 調査のオンライン化に関するフィージビリティ調査について

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した調査では，従来は Web を介した電子調査票と，紙調査票を併用し調査を実施している。回答者の負担を軽減し，調査の効率的な実施のためにオンライン調査導入の検討を行ってきた。

令和6年度調査におこなったオンライン調査導入に関する意向調査では，4分の3以上の施設が移行は可能と回答していた。

今年度はより具体的に導入の可能性を検討するために，オンライン化に関するフィージビリティ調査を行った。

1) フィージビリティ調査のプロセス

① 実施期間

調査は令和7年度調査の実施期間を避け，2026年2月10日から2月27日におこなった。

② 調査対象

調査対象は厚生労働省地方厚生局の届出受理医療機関名簿および届出受理指定訪問看護事業所名簿から，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それぞれ1000施設，無作為に抽出した。

③ 調査方法

フィージビリティ調査では，自治体を介さずに，研究班から対象施設に郵送で直接調査案内を送付した。調査案内には調査の概要及び，オンラインフォームの QR コードと URL を掲載している。案内を受け取った施設はスマートフォン，タブレット，PC 等からオンラインフォームにアクセスし，Web 上の調査項目に回答するという流れでおこなった。

④ 調査項目

調査項目には令和7年度630調査と同じ項目を使用した。今回のフィージビリティ調

査では，アクセスや回答のしやすさ等を把握することを目的としているので，回答の正確性は問わないことを調査概要に明記している。

また，630調査の項目以外に，使用した端末の種別，回答のしやすさ，今後希望する回答方法等の項目を設けた。

⑤ 調査結果

フィージビリティ調査では，精神病床を有しない医療機関は16.7%，訪問看護ステーションは25.9%の施設から回答を得た。

回答に用いた端末の種類は，精神病床を有しない医療機関では「パソコン」が84.4%で最も多く，「スマートフォン」が12.0%，「タブレット」が2.4%であった。訪問看護ステーションでは，「パソコン」が51.0%と多かったが，次いで「スマートフォン」が34.0%，「タブレット」が14.3%と回答が分かれた(図 12)。

回答に用いた端末は，精神病床を有しない医療機関では77.8%，訪問看護ステーションでは87.3%が「組織所有の端末を使用」していた(図 13)。

回答のしやすさは，「従来の方法に比べて回答しやすい」と回答した施設が，精神病床を有しない医療機関では65.3%，訪問看護ステーションでは74.5%と過半数を占めている。対して，「従来よりも回答しにくい」と答えた施設は，精神病床を有しない医療機関では5.4%，訪問看護ステーションでは2.7%と少数であった(図 14)。

今後の調査で希望する回答方法については，「今回のようなWeb調査を希望する」施設が最も多く，精神病床を有しない医療機関では65.9%，訪問看護ステーションでは64.5%が回答していた。次いで「どれでも構わない」と回答した施設が多く，精神病床を有しない医療機関では19.8%，訪問看護ステーションでは22.4%であった。「従来のエクセルに記入し，アップロードする方法」と回答した施設は，精神病床を有しない医療機関で9.0%，訪問看護ステーションで10.0%であった(図 15)。

自由回答として，「Web形式への移行により，アップロード等の手間がなくなり，全体として回答しやすくなっている。」「画面が見やすく，操作も分かりやすいため，直感的に入力できる。」と好意的な意見が寄せられた。一方で，「次のシートに進まないと設問が表示されず，回答内容を一覧で確認しにくい。」「回答内容の保存や印刷，ダウンロード機能がないので，手元で回答を準備してからの入力や控えの保存が難しい。」等の意見もあり，今後の実装に向けた設計の課題としたい(表 2)。

また，希望する機能について，「入力内容を記録・保存したいので，データ保存あるいはプリントアウトできる機能があるとよい」「前回参照，または前回のデータの状態から追加記入できるようにしてほしい」「回答にあたり事前に各部署に依頼するため，設問一覧・選択肢一覧がほしい」等の具体的な意見も寄せられており，回答者の負担軽減および回答のしやすさ向上の観点から，機能の充実についても今後検討を進めていきたい。

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7年度（2025年9月～2026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，本調査のオンライン調査への移行に向けたフィージビリティ調査も行った。

本年度の調査は，前年度同様，精神科医療機関，訪問看護ステーション，および都道府県・政令指定都市の精神保健主幹課を対象とした。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96.8%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664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できないか検討したい。

今年度の調査では，医療機関票で各種届け出に関する設問を見直し，地方厚生局の届出から把握できる項目は除外し，回答者の負担軽減をはかった。また，認知療法・認知行動療法や精神科身体合併症管理加算の1か月間の算定件数を追加しより利活用が進む資料の提供を目指した。外来リエゾン票や退院後の転帰についても，より精度の高い回答が得られるように表記を改善した。

また，精神保健福祉法の改正に伴い令和6年4月1日以降に医療保護入院した者の入院期間は入院時に3か月以内の入院期間を定める必要がある。また，入院期間満了日の1か月前から，指定医による診察及び退院支援委員会の審議が可能となり，一定の要件を満たした場合には入院の期間を更新できるとされている。この変更を受け，医療保護入院した者の入院の実態を把握するために調査項目を変更した。令和6年度調査と比較して，医療保護入院の患者数は減少しており，各時点の退院率は上昇している。また，当初の入院診療計画書もしくは入院届で推定された入院月数は3か月以内の回答が95%を超えていてい，令和6年度調査よりも大幅に増加しており，運用の変化が見て取れる。また入院時に推定する入院期間の上限である「3か月」の回答が3分の2以上を占めていることも明らかとなった。

退院支援委員会が1回でもおこなわれた患者は全体の3分の1であり，令和6年度よりも増加しており，患者本人や家族の参加割合も上昇していた。

また，改正で義務化された地域援助事業者の紹介については，紹介があった患者は4分の1にとどまるが，令和6年度調査から大きく上昇しており制度改正の影響が見て取れる。

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，今年度は次年度以降の調査に向けて，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のフィージビリティ調査も実施し，医療機関からは16.7%，訪問看護ステーションからは25.9%の回答を得た。

医療機関，訪問看護ステーションのいずれもパソコンやスマートフォンからの回答が大部分を占めていた。従前の調査方法に比べて回答しやすいと答えた施設が半数以上であり，訪問看護ステーションでは4分の3にのぼった。また，自由意見の中にも入力しやすい，アップロードの手間がなく答えやすい等の好意的な意見が多数あり，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，ページ遷移や印刷や保存などについても要望が寄せられているので，回答者の実情にあわせた機能の追加についても検討が必要と考える。

一方で，従来のエクセルファイルの調査を希望する施設も一定数あった。来年度以降の調査方法にオンライン調査を組み入れる場合でも，併用する調査方法について引き続き議論を重ねる必要がある。

E,結論

本年度調査では，調査項目の見直しを行いながら，例年と同様に高い回答率を維持し，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。また，精神保健福祉法改正後の医療保護入院や退院支援について，一定の傾向を把握することができた。

さらに，オンライン調査のフィージビリティ調査では，多くの施設から好意的な意見が得られた。一方で，従来の方法を希望する施設も存在することから，今後オンライン調査を導入する場合には，回答者負担の軽減や自治体による確認作業との両立を図りつつ，適切な調査方法のあり方を引き続き検討する必要がある。

多様な機能が求められる精神保健医療福祉の実態を継続的に把握するために，来年度以降も制度や実態の変化に応じて，調査項目や調査方法を継続的に見直しながら，より正確かつ効率的な調査の実施が求められる。

F.健康危険情報

なし

G.研究発表

1.論文発表 なし

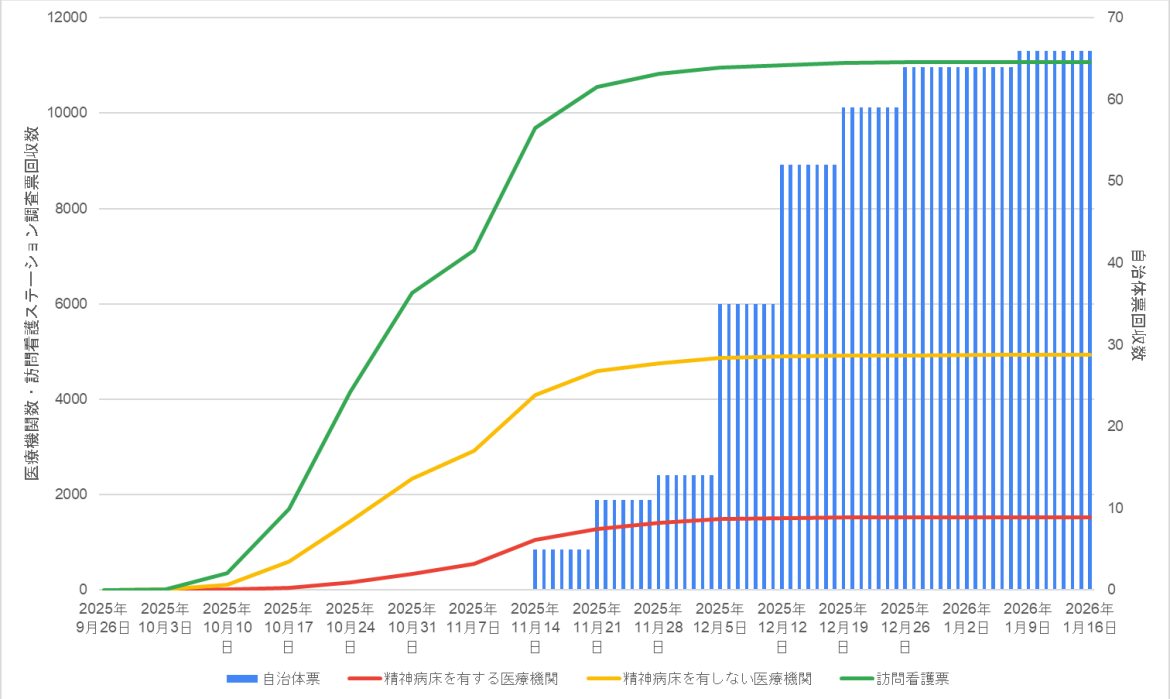
2.学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

3.その他 なし



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2025年11月14日，自治体票については2025 年11月28日とした。

図 1　令和7年度調査の回収数の推移(電子調査票のみ)

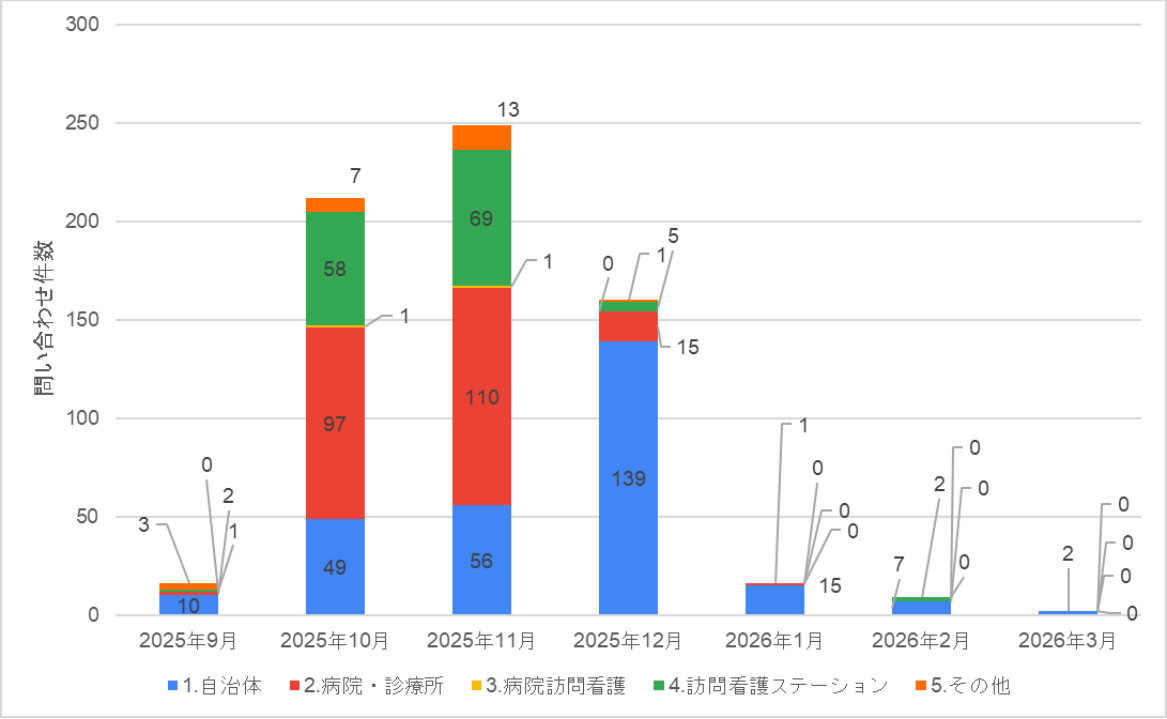


図 2　令和7年度調査の問い合わせ件数の月別推移　(N=664)

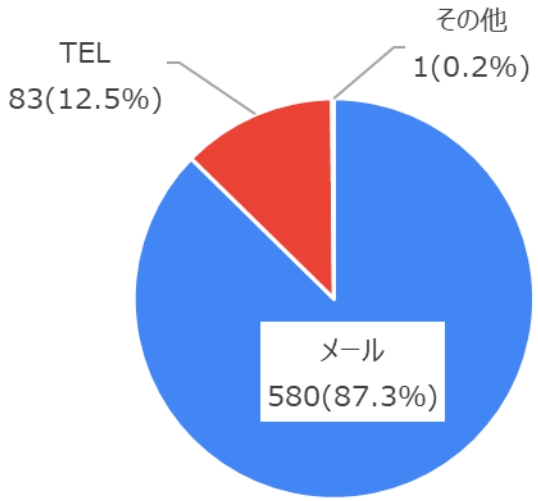


図 3　令和7年度調査の問い合わせ手段の内訳　(N=664)

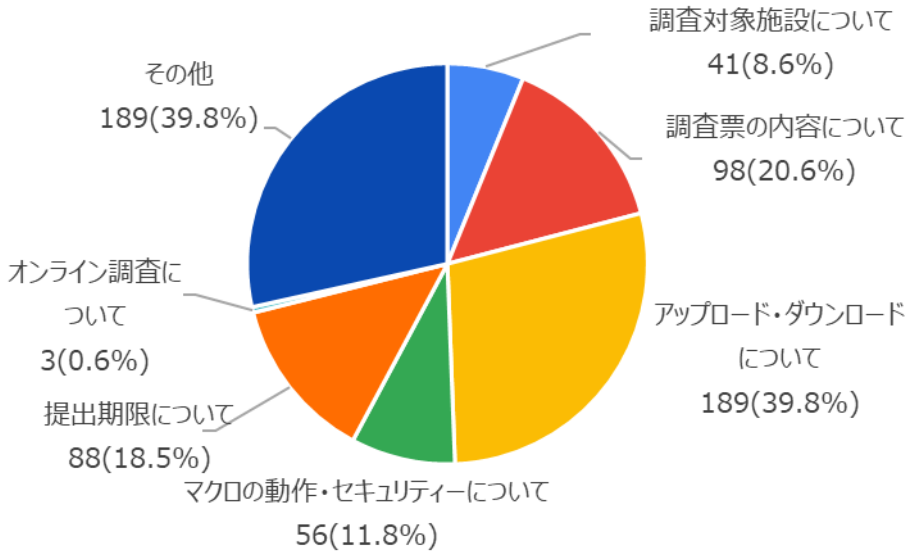


図 4　令和7年度調査の問い合わせ内容の内訳　(N=664)

表１　令和6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	
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	6月30日時点の届出の有無	削除	届出の有無に関する設問から，下記の項目を削除 1.認知療法・認知行動療法 2.精神科身体合併症管理加算 3.児童思春期精神専門管理加算 4.ハイリスク妊産婦連携指導料 5.緩和ケア診療加算 6.精神科ショート・ケア 7.精神科デイ・ケア 8.精神科ナイト・ケア 9.精神科デイ・ナイト・ケア 10.精神科急性期医師配置加算 11.依存症集団療法 12.摂食障害入院医療管理加算 13.児童・思春期精神科入院医療管理料 14.依存症入院医療管理加算 15.精神科救急・合併症入院料 16.救急患者精神科継続支援料 17.治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 18.精神科在宅患者支援管理料（１，２，３） 19.精神科退院時共同指導料（１，２） 20.総合入院体制加算 （１，２，３） 21.こころの連携指導料（Ⅰ，Ⅱ）
	各種算定加算	追加	下記について，6月1か月間の算定件数に関する項目を追加 1.認知療法・認知行動療法（医師による場合） 2.認知療法・認知行動療法（医師及び看護師が共同して行う場合） 3.精神科身体合併症管理加算
	外来・リエゾン票	変更	注釈を「※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（主たる傷病名が「てんかん」や「睡眠障害」等で，ICD-10の G コードに含まれる場合は対象外です。）」に修正
精神病床を有する医療機関調査票のみ	6月の退院者 退院後の転帰	変更	選択肢のうち，「介護施設」を「介護施設（認知症高齢者グループホームを含む）」に変更
	医療保護入院	追加	2024年6月1日から2025年6月30日までの「入院期間の延長の回数」を追加
		変更	退院支援委員会の実施に関する項目について，「参加の有無」「実施の有無」を「参加回数」「実施回数」に変更 ・退院支援委員会の実施 ・退院支援委員会への患者本人の参加 ・退院支援委員会への家族の参加 ・退院支援委員会への地域援助事業者の参加

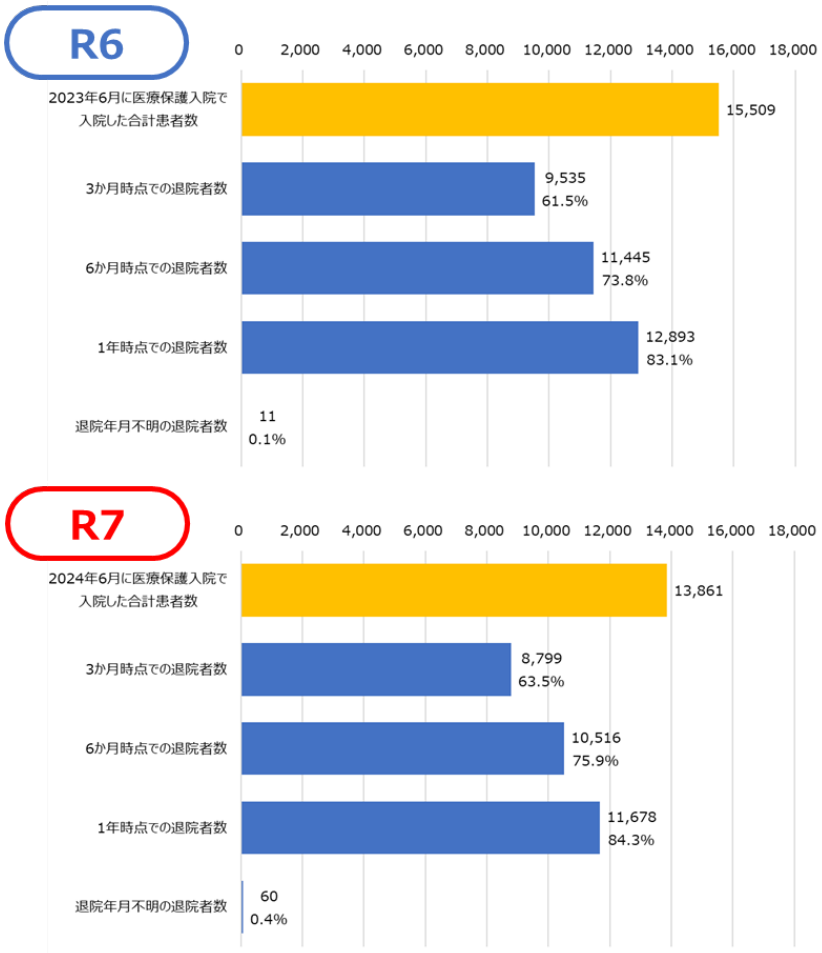


図 5 医療保護入院患者数と，各時点の退院者数・退院率

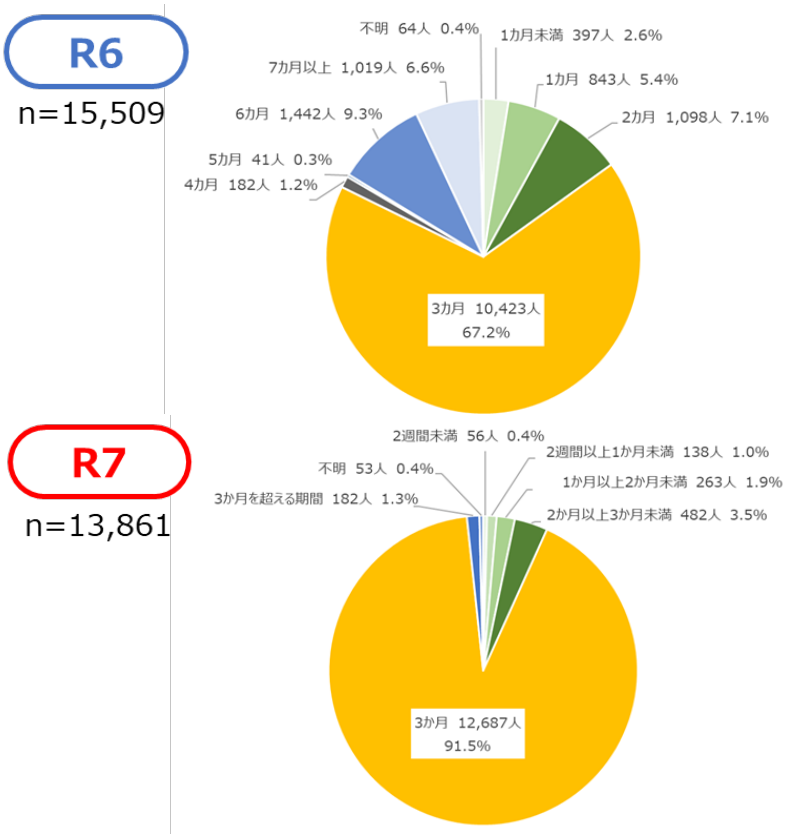


図 6　当初の入院診療計画書もしくは入院届出で推定された入院月数

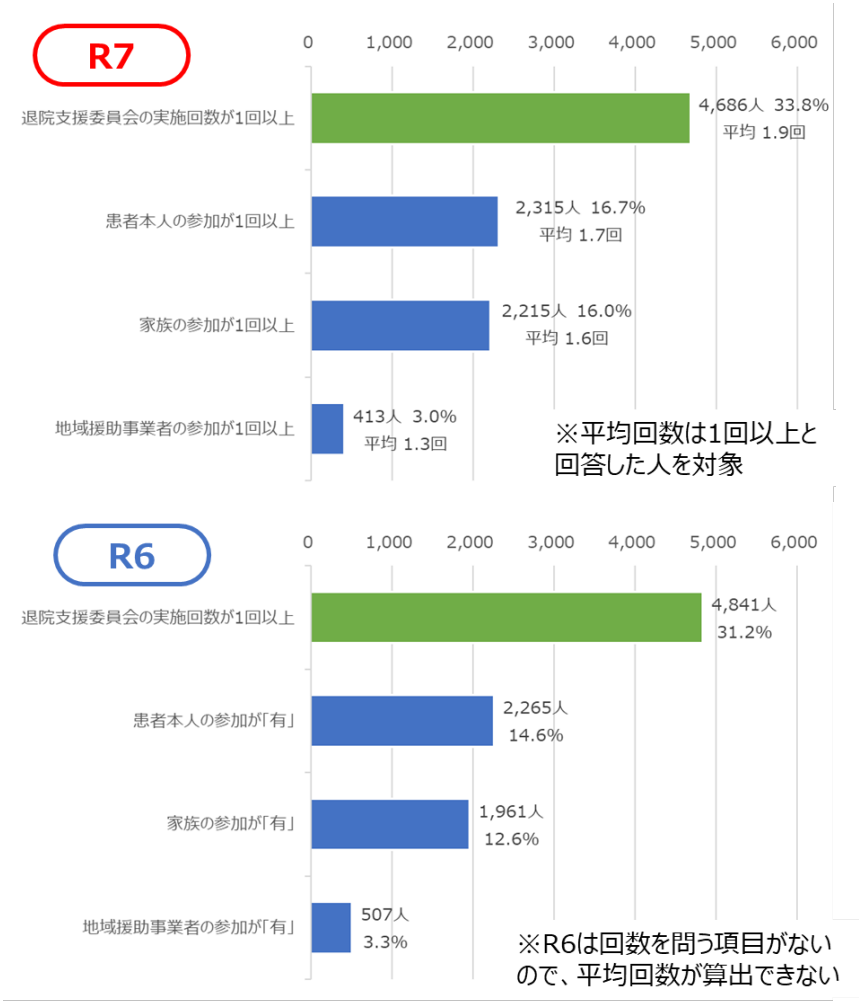


図 7　退院支援委員会の実施と，本人・家族・地域援助事業者の参加の状況

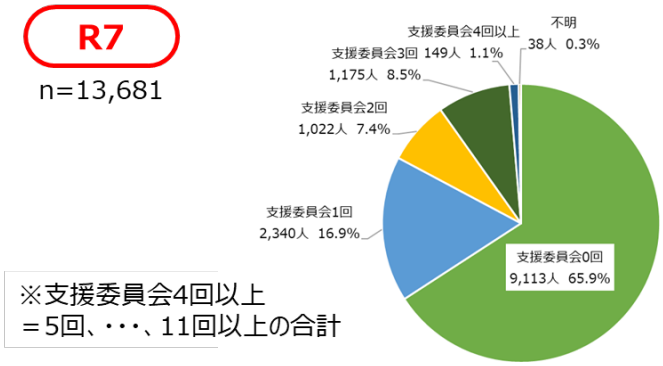


図 8　退院支援委員会の実施回数（R7のみ）

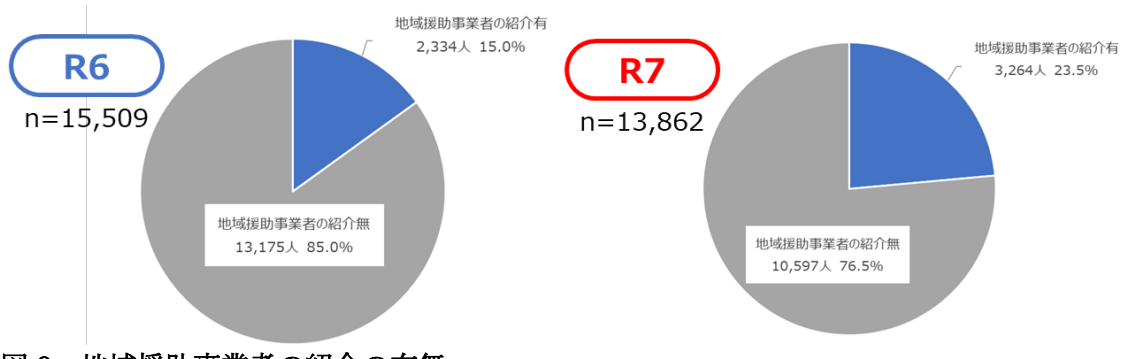


図 9　地域援助事業者の紹介の有無

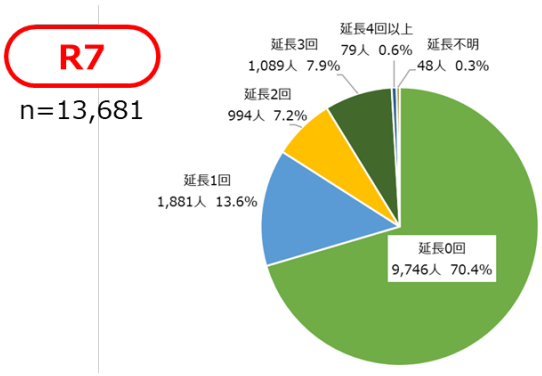


図 10　入院の延長回数（R7のみ）

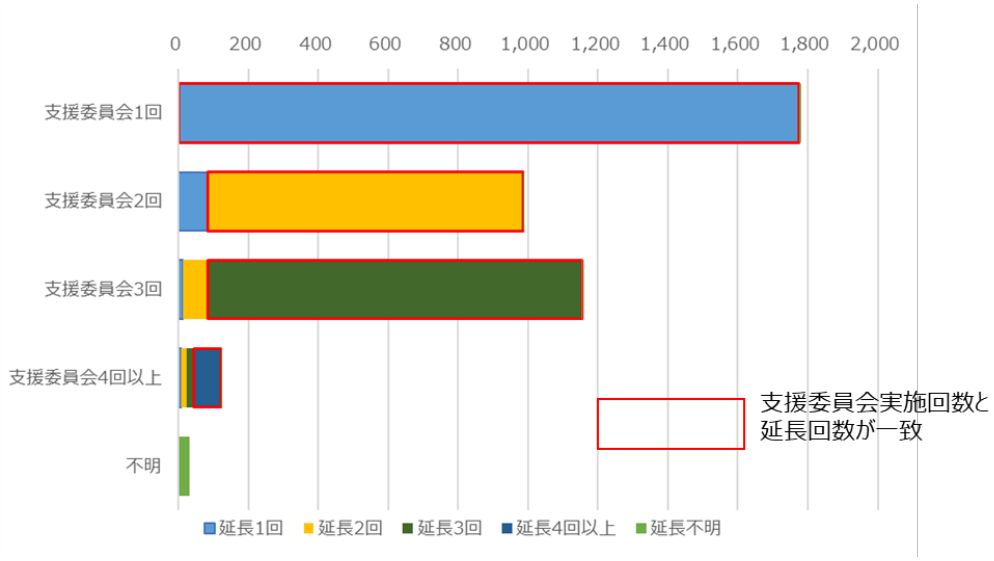


図 11　退院支援委員会の実施回数別入院の延長回数（R7のみ）

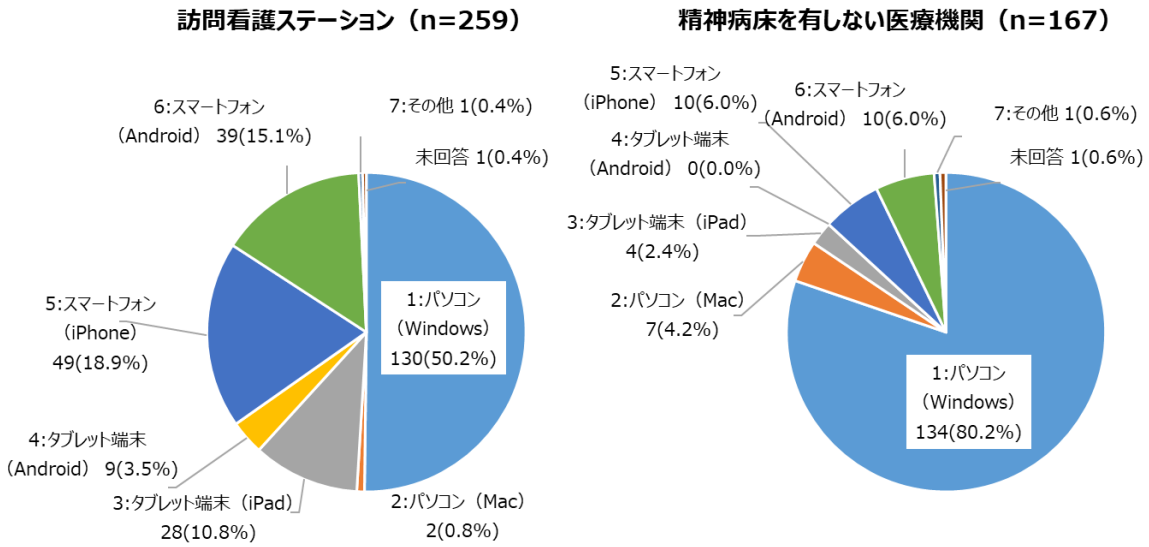


図 12　調査のオンライン化に関するフィージビリティ調査　(Q1.回答に用いた端末)

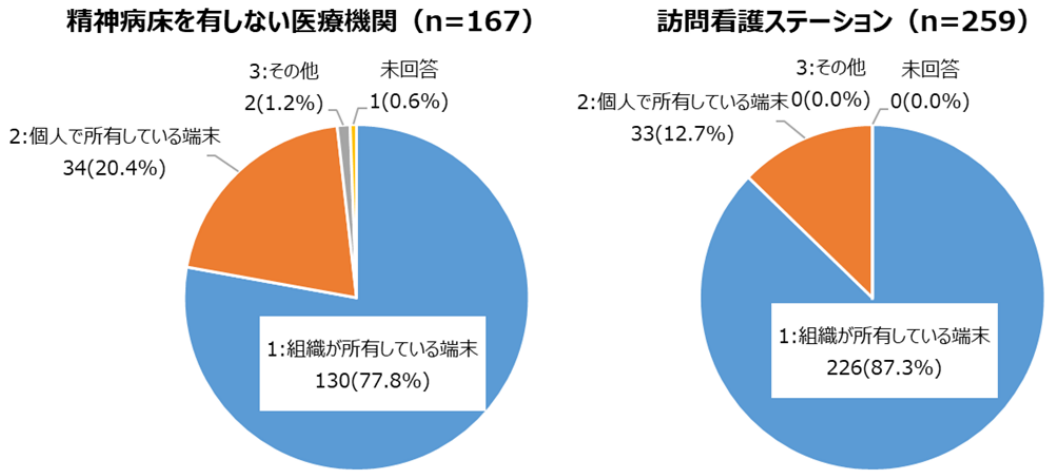


図 13　調査のオンライン化に関するフィージビリティ調査　(Q2.回答に用いた端末の所有)

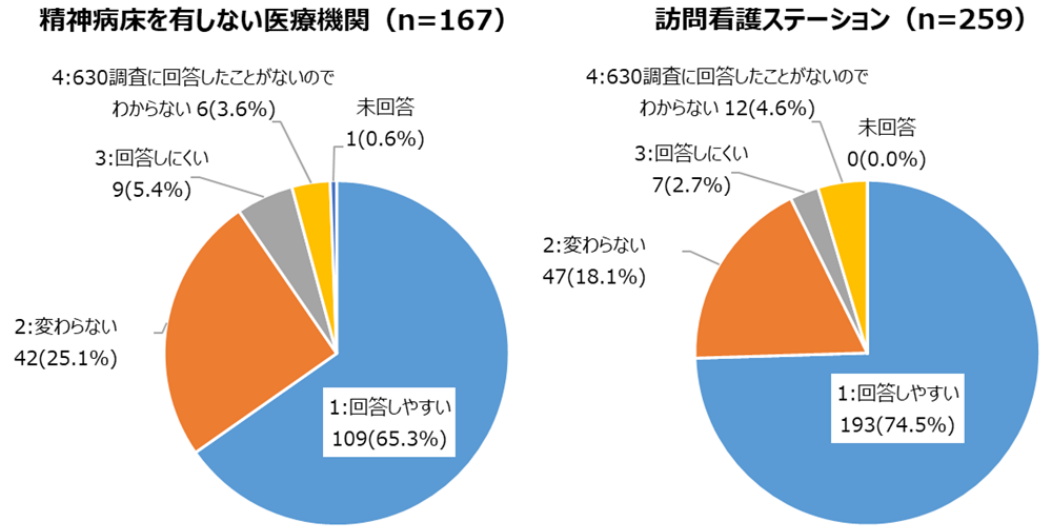


図 14　調査のオンライン化に関するフィージビリティ調査　(Q3.従来調査に比べた回答のしやすさ)

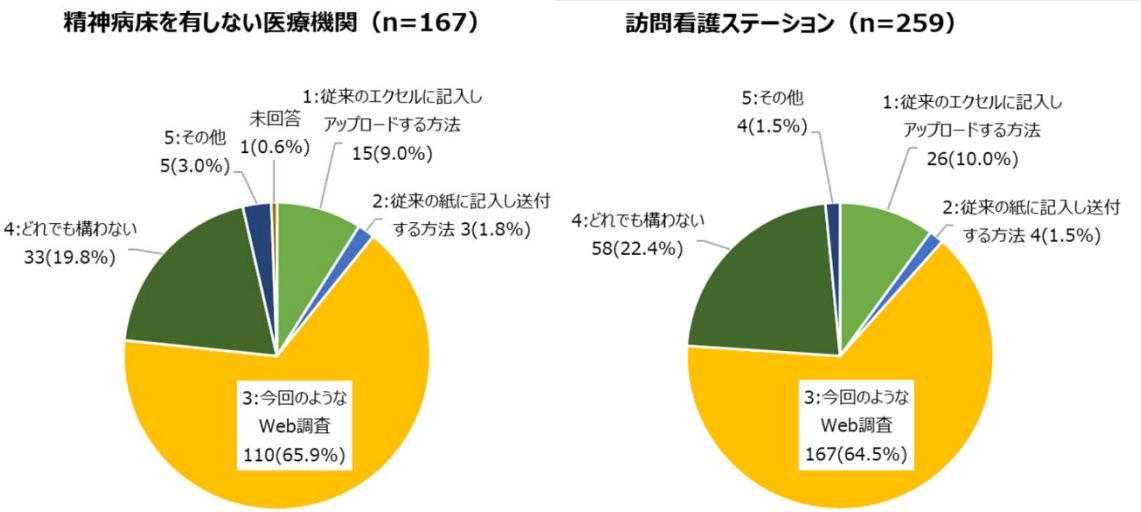


図 15　調査のオンライン化に関するフィージビリティ調査　(Q4.今後の調査で希望する回答方法)

表 2　調査のオンライン化に関するフィージビリティ調査（今回の Web 調査に関して）

■回答しやすくなった点
・ Web 形式への移行により，アップロード等の手間がなくなり，全体として回答しやすくなっている。 ・ 画面が見やすく，操作も分かりやすいため，直感的に入力できる。 ・ スマートフォンやタブレットからも回答でき，場所や時間を選ばず対応できる点が便利である。 ・ 回答にかかる時間が短縮され，業務の合間でも対応しやすい。 ・ 選択式の入力などにより，入力のしやすさや正確性の面でもメリットがある。
■回答しにくい点
・ 次のシートに進まないと設問が表示されず，回答内容を一覧で確認しにくい。 ・ 回答内容の保存や印刷，ダウンロード機能がないので，手元で回答を準備してからの入力や控えの保存が難しい。 ・ 院内での回覧や部署ごとの取りまとめなど，従来の運用が難しくなる。 ・ 入力項目の多さや，ゼロ入力，項目の選択やスマートフォンでの操作などに負担を感じる場合がある。 ・ 途中で画面が表示されないことがある。 ・ ホームページにたどり着くことが難しい。
■追加を希望する機能
・ 回答内容を PDF やデータで保存・出力できる機能があるとよい。 ・ 前年度の回答内容を表示させ，必要な個所のみ修正する機能がほしい。 ・ 一時保存や途中再開，前回回答の引き継ぎができるようになると，より回答しやすくなる。 ・ 事前に設問全体を確認できるような一覧表示や印刷機能があると準備しやすい。 ・ ID・パスワードでのログインや QR コード対応など，アクセス方法の充実が望まれる。 ・ 用語の解説表示や FAQ への導線，自動計算など，入力を補助する機能があるとより分かりやすい。

（自由回答から一部抜粋）

厚生労働行政推進調査事業費補助金（疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究）

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

医療レセプトデータを用いた精神医療の提供体制の実態把握に関する研究
-モニタリング指標の算出および公費レセプトの影響-

研究分担者：臼田謙太郎[1)]

研究協力者：奥村泰之[2)]，黒田直明[1)]

研究代表者：黒田直明[1)]

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 公共精神健康医療研究部

2) 臨床疫学研究推進機構

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を算出するとともに、新規のモニタリング指標を開発することを目的とした。また、公費レセプトを含んだデータが集計可能になったことから従来の公費単独レセプトを含まない集計と公費レセプトを含むデータ間の比較を目的とした。

【研究方法】NDB を基に、2013年1月から2024年5月までの間に、①精神病床入院、②精神科治療薬処方、③精神科専門療法、④精神科診断、⑤精神科管理に関する記録のある患者を特定した。適格基準に該当した患者について、診療行為情報、医薬品情報、傷病名情報を観察した。また、全年度の公費レセプトを含む NDB データを用いて、各指標を算出し、最新年度の公費レセプトを除く NDB データを用いて各指標を算出した。

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

【結論】NDB を活用して、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標を算出するとともに、新規指標を開発した。地域平均生活日数、再入院患者割合、退院患者割合、1日平均在院患者数などを継続的に把握することで、精神医療提供体制の変化を可視化できる基盤を整備することができた。また、公費レセプトを含むデータの活用により、従来よりも包括的なモニタリングが可能になることが示唆された。

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。都道府県および市区町村は、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)]。そのための基礎資料の一部は、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)]。

NDB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、すなわちレセプトが蓄積されている。レセプトには、医薬品、診療行為、傷病名等の情報が記録されている[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を算出するとともに、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2024年5月までの間に、①精神病床入院、②精神科治療薬処方、③精神科専門療法、④精神科診断の記録、⑤精神科管理に関する記録のある患者を特定した。適格基準に該当した者について、2013年1月から2024年5月までの診療行為情報（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）、医薬品情報（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

精神病床から退院した在院期間1年未満の患者について、退院後1年以内の地域での平均生活日数と、特定時点の再入院患者割合（90日、180日、365日）を算出した。また、精神病床に入院した患者について、特定時点（90日、180日、365日）までに退院した患者の割合を算出した。

新定義による特定時点の再入院患者割合

特定時点の再入院患者割合について、新しい定義による集計を試みた[3)]。従来定義と同様に、分母は精神病床から地域へ生存退院した者のうち、在院日数が365日以内の患者とした。評価時点は、退院日（Day 0）から90日時点（Day 89）、180日時点（Day 179）、365日時点（Day 364）とした。分子は、退院日から評価時点までの間に、初めて30日以上連続して精神病床に入院した患者とした。すなわち、精神病床への短期的な再入院を計上しない定義とした。

1日平均在院患者数

精神病床における1日平均在院患者数を、病床機能区分別および年齢区分別に算出した。

診療行為・医薬品情報に基づく患者数

表 1に示す診療行為・医薬品情報に基づき、患者数および医療機関数を求めた。付表4.59~4.60は、本年度の研究班において新規に開発した指標である。

傷病名情報に基づく患者数

表 2に示す傷病名情報に基づき、患者数および医療機関数を求めた。

月間患者延数

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月ごとに求め、人口10万対月間入院患者延数を算出した。

統計解析

全年度の公費レセプトを含むNDBデータを用いて、各指標を算出した。また、最新年度の公費レセプトを除くNDBデータを用いて各指標を算出し、前年度までの研究班で算出した値と統合した[4]。集計結果は、精神保健福祉資料のWebサイトに公表した[4]。

本報告書では、アウトカム指標について、経年変化を確認できるよう可視化した。また、最新年度の各指標について、公費レセプトを含むNDBデータと公費レセプトを含まないNDBデータとの差を可視化した。さらに、類似指標間の関連を可視化した。

（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．研究結果

地域平均生活日数と再入院患者割合

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地域および下位2地域の値の推移を図1に示す。全国の値は、2013年度から2022年度にかけて概ね向上していた。都道府県単位でみると、栃木県のように、全国平均に近づく年と、全国平均を大幅に上回る年が混在する地域があることも確認された。

次に、従来定義による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。全国の値は、2013年度から2022年度にかけて概ね向上していた。2022年度における地域平均生活日数と365日時点の再入院患者割合との相関係数は−0.57であり、一定の関連が確認された。一方で、栃木県のように、地域平均生活日数と再入院患者割合との乖離が大きい地域もあった（図3）。

新定義による特定時点の再入院患者割合

新定義による90日時点の再入院患者割合について、全国の値と、都道府県のうち上位2地域および下位2地域の値の推移を図4に示す。全国の値は、2013年度から2022年度にかけて概ね向上していた。同様の傾向は、180日時点および365日時点の再入院患者割合でも確認された。

なお、2022年度における再入院時の在院日数が28日以内であった患者の割合は32%に達していた（図5）。また、2022年度における従来定義と新定義による365日時点の再入院患者割合の相関係数は0.658であり、一定の関連が確認された。一方で、全国の再入院患者割合は新定義の方が9.4ポイント低く、さらに、栃木県のように19.5ポイントもの乖離が生じる地域があることも確認された（図6）。

特定時点の退院患者割合

精神病床入院から90日時点までに退院した患者の割合について、全国の値と、都道府県のうち上位2地域および下位2地域の値

の推移を図 7に示す。全国の値は、2013年度から2022年度にかけて大きな変動はみられなかった。都道府県単位でみると、最大値であった山梨県（74.6%）と、最小値であった山口県（51.0%）との間には、23.6ポイントの差があった。365日時点の退院患者割合でも、この差は12.7ポイントであった。

1日平均在院患者数

精神病床における1日平均在院患者数は、2013年度から2023年度にかけて減少していた。病床機能区分別にみると、認知症を除く慢性期の減少が大きいことが確認された（図 8）。また、年齢区分別にみると、20~74歳の患者の減少が大きい一方で、75歳以上の患者は増加していることが確認された（図 9）。

公費レセプトを含むデータと含まないデータとの比較

公費レセプトを含むデータと含まないデータとの相関係数はいずれも0.9以上であり、強い関連が確認された。一方で、公費レセプトを含むデータでは、公費レセプトを含まないデータと比べて、地域平均生活日数の値は低く、再入院患者割合および退院患者割合の値は高いことが示された（図 10）。

D. 考察

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

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

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

本研究では、短期的な再入院を計上しない新定義による再入院患者割合も算出した。2022年度において、再入院時の在院日数が28日以内であった患者の割合は32%であり、短期的な再入院が指標に一定の影響を与えていた。新定義は30日以上連続する精神病床への再入院に焦点を当てる一方、短期的な再入院を除外するため、再入院の全体像を十分に反映しない可能性がある。そのため、新定義は従来定義の代替ではなく、補助的な指標として位置づけることが適切であると考える。

精神病床における1日平均在院患者数は、2013年度から2023年度にかけて減少していた。病床機能区分別には、認知症を除く慢性期の減少が大きかった。一方で、年齢区分別には20〜74歳の患者が減少し、75歳以上の患者は増加しており、精神科入院患者の高齢化が進んでいることが示唆された。

公費レセプトを含むデータと含まないデータとの比較では、両者には強い関連が確認された。一方で、公費レセプトを含むデータでは、地域平均生活日数は低く、再入院患者割合および退院患者割合は高い傾向がみられた。公費レセプトを除いた集計でも地域差や経年変化の大枠は把握できる可能性があるが、指標の絶対値には差が生じるため、精神医療提供の実態をより包括的に把握するには、公費レセプトを含むデータを用いた集計が重要である。

E. 結論

NDB を活用して、精神医療提供体制の変化を継続的に可視化するためのモニタリング基盤を整備した。

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

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

I. 引用文献

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: 2026年5月11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) 厚生労働省: 第8期障害福祉計画に向けた障害福祉計画及び障害児福祉計画に係る基本指針の見直し (https://nimohoukatsu.mhlw.go.jp/wp-content/uploads/2026/02/01_260202.pdf), 2026, 閲覧日: 2026年5月11日.

4) 国立精神・神経医療研究センター: 精神保健福祉資料: 医療計画指標データ (https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/ndb.html), 2026, 閲覧日: 2026年5月11日.

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（精神科救急急性期医療入院料）	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/特定機能病院精神病棟入院基本料/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（精神病棟入院基本料/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/リスデキサンフェタミンメシル酸塩カプセル）	4.33	3
中枢神経刺激薬（メチルフェニデート塩酸塩/リスデキサンフェタミンメシル酸塩カプセル）	4.34	3
認知症ケア加算	4.35	2
認知症ケア加算１	4.36	3
認知症専門診断管理料	4.37	3
かかりつけ医における認知症医療（認知症地域包括診療料/認知症療養指導料/認知症専門医紹介加算/認知症専門医療機関連携加算）	4.38	3
せん妄ハイリスク患者ケア加算	4.39	4
精神科退院時共同指導	4.40	4
療養生活環境整備指導加算	4.41	4
ハイリスク妊産婦連携指導料	4.42	4
精神科訪問看護・指導料	4.43	2
時間外対応加算１と通院・在宅精神療法	4.44	4
時間外対応加算２と通院・在宅精神療法	4.45	4
時間外対応加算３と通院・在宅精神療法	4.46	4
精神保健福祉士配置加算（精神病棟入院基本料）	4.47	4
精神保健福祉士配置加算（精神療養病棟入院料）	4.48	4
データ提出加算と精神科関連入院料	4.49	4
データ提出加算と精神科関連入院料（病床区分別）	4.50	4
全年齢における精神科関連入院料（病床区分別）	4.51	4
小児特定疾患カウンセリング料	4.52	4
児童思春期精神科専門管理加算	4.53	4
精神科医連携加算	4.54	4
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
精神科オンライン等診療（精神科オンライン在宅管理料/精神疾患の精神療法（特例））	4.59	4
年齢区分別の通院・在宅精神療法と歯科診療	4.60	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–F19	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

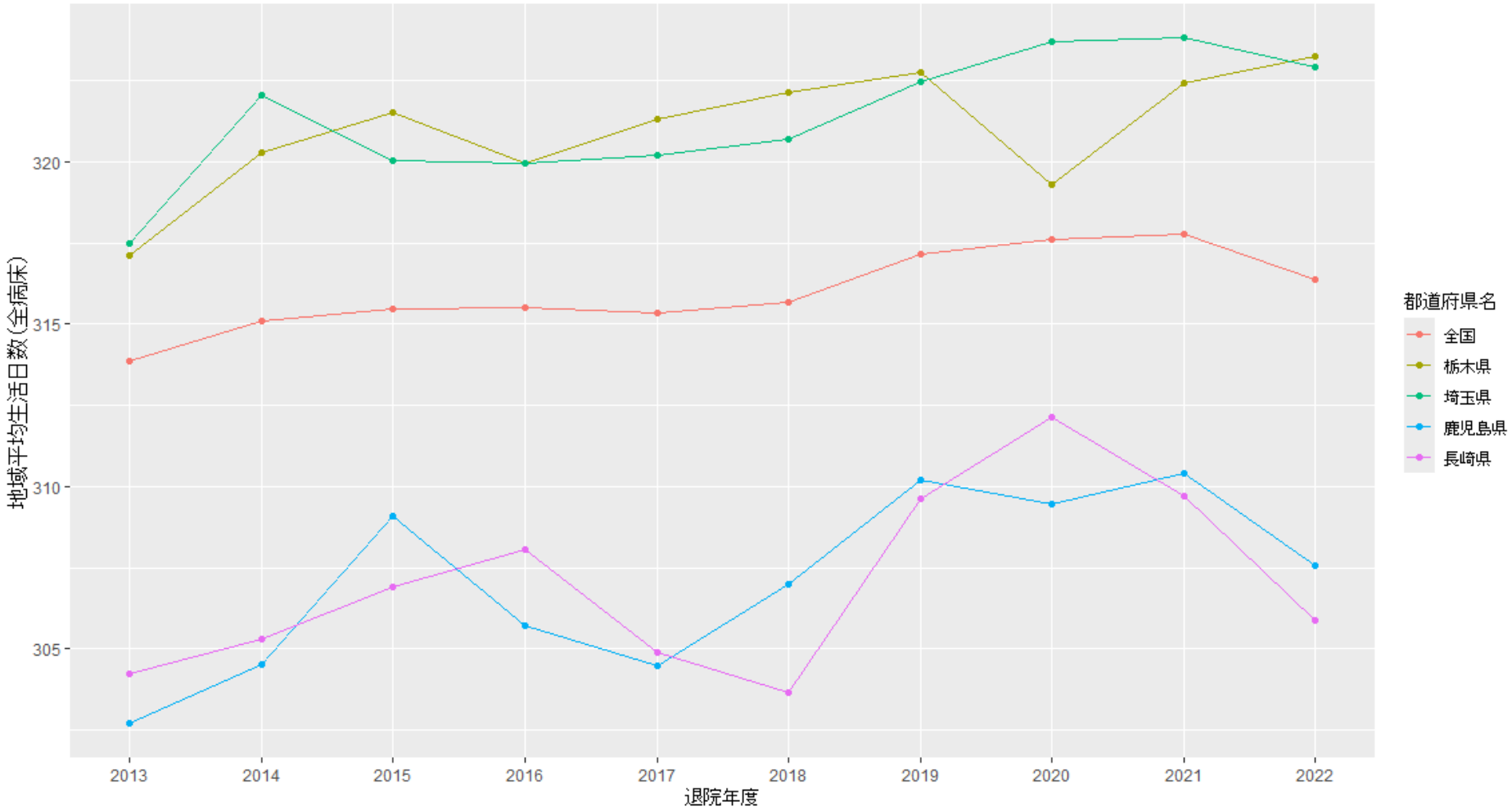

地域平均生活日数(全病床)
320
315
310
305
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
退院年度
都道府県名
全国
栃木県
埼玉県
鹿児島県
長崎県

図 1. 地域平均生活日数の推移

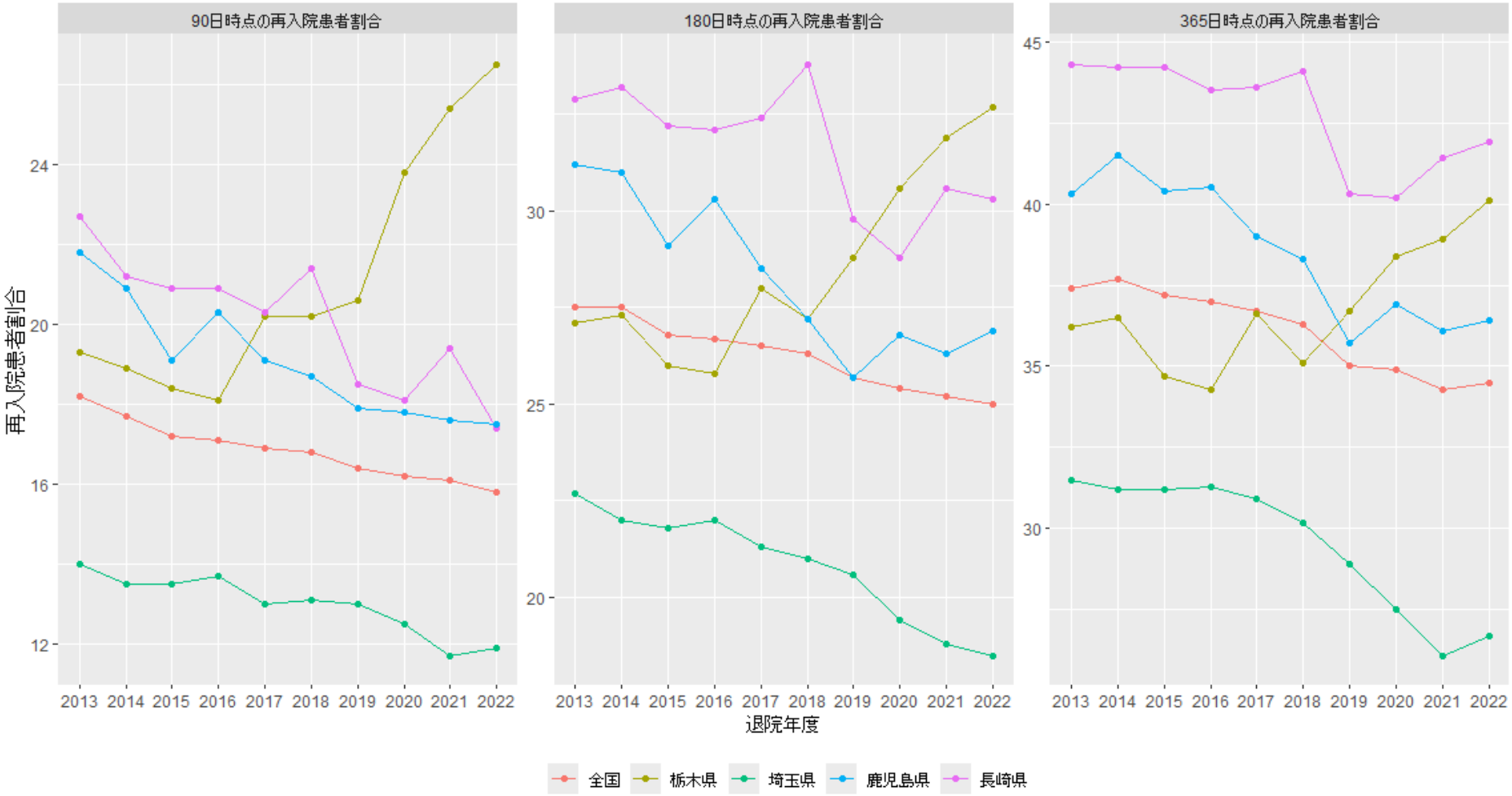


図 2. 従来定義による特定時点の再入院患者割合の推移

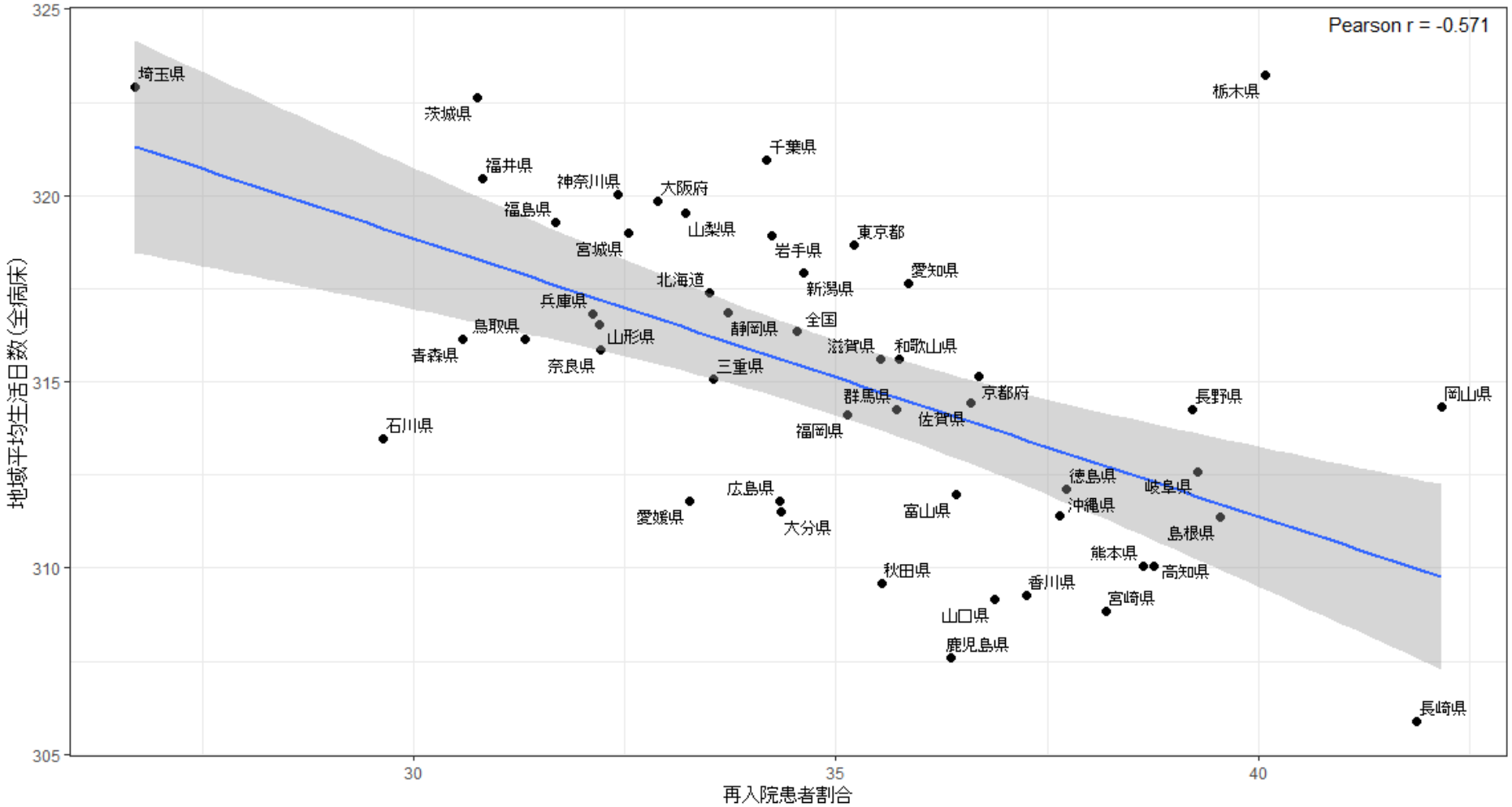


図 3. 2022年度における地域平均生活日数と365日時点の再入院患者割合の関連

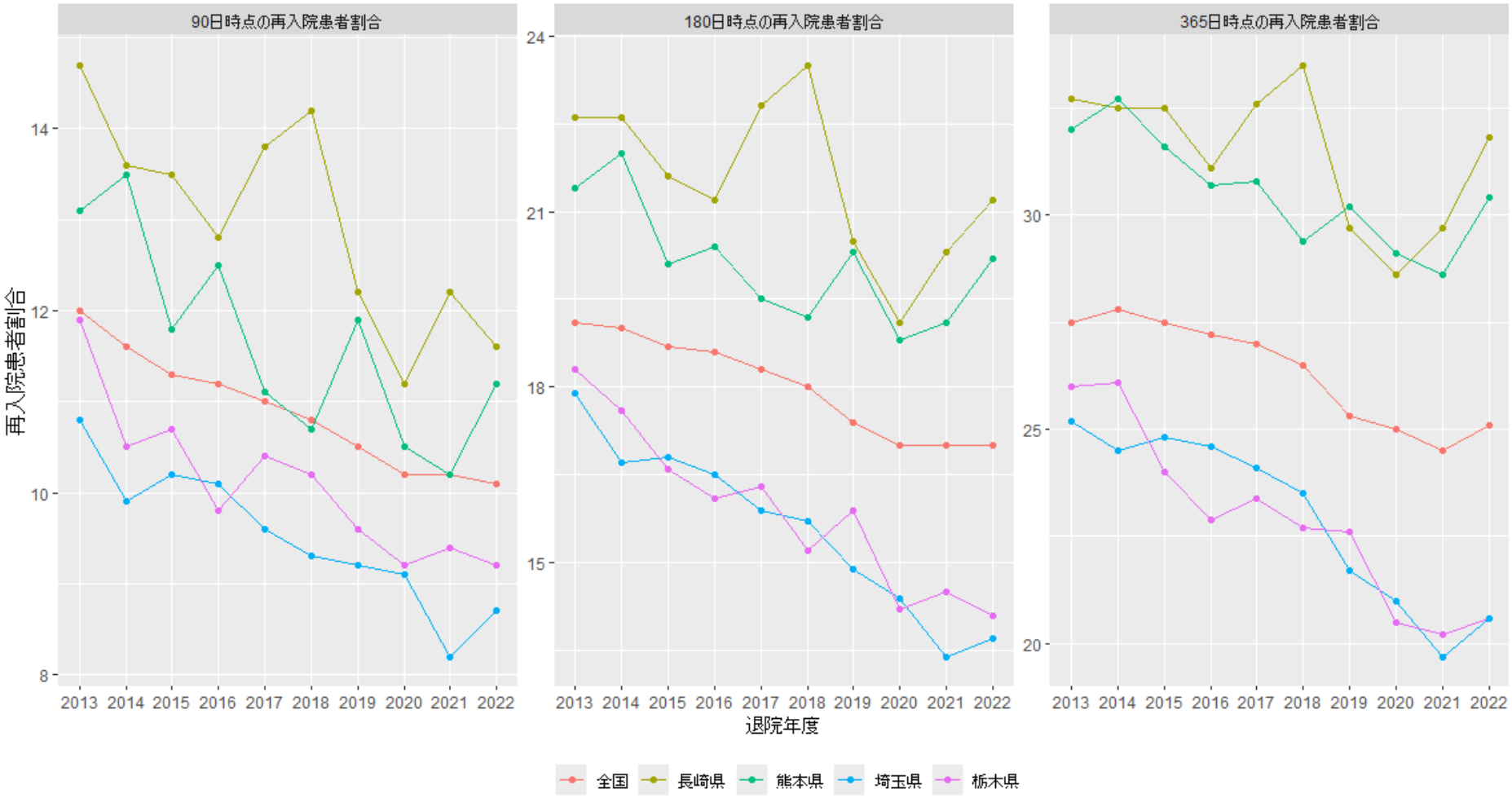


図 4. 新定義による特定時点の再入院患者割合の推移

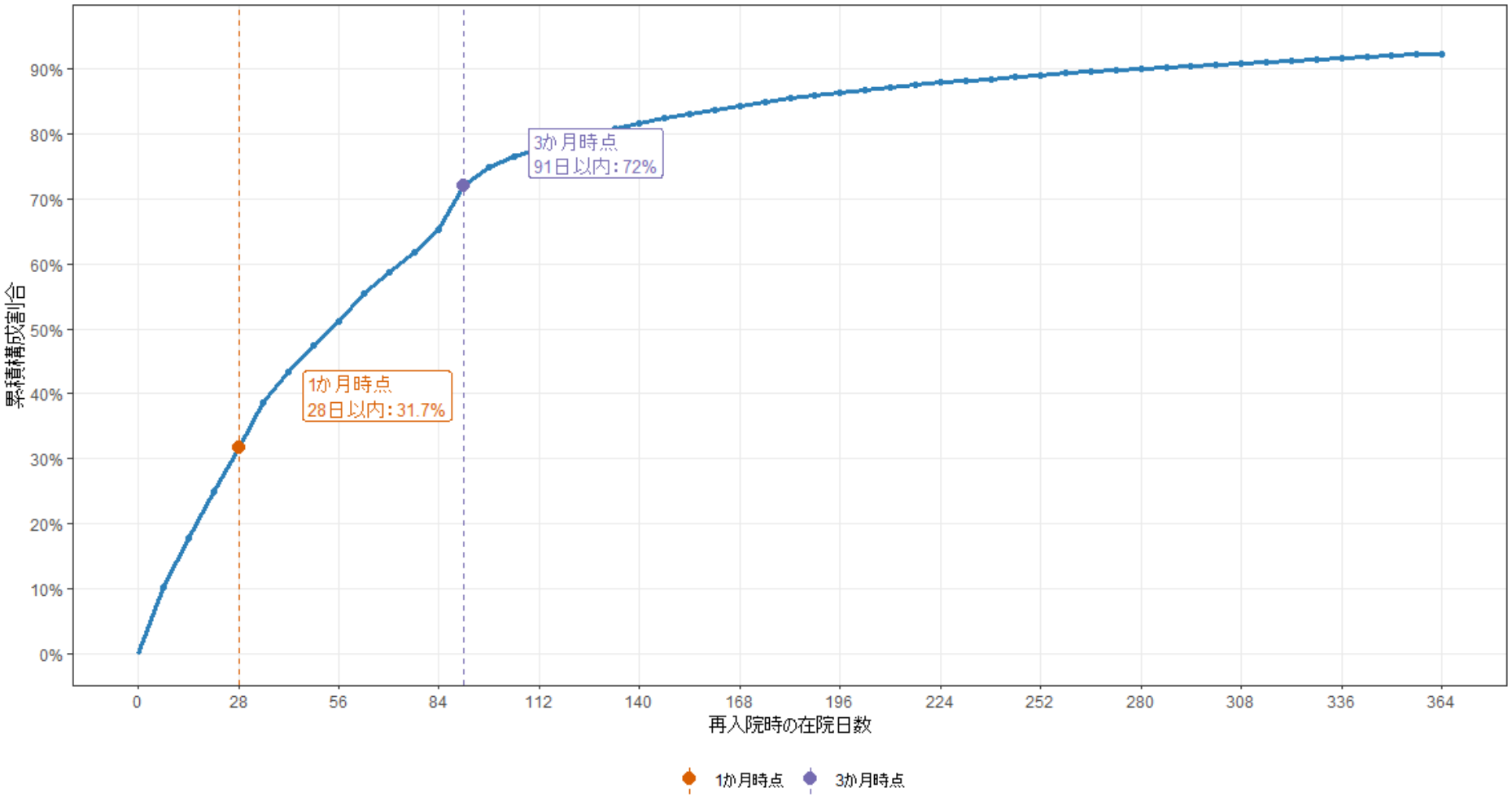


図 5. 2022年度における再入院時在院日数の累積構成割合

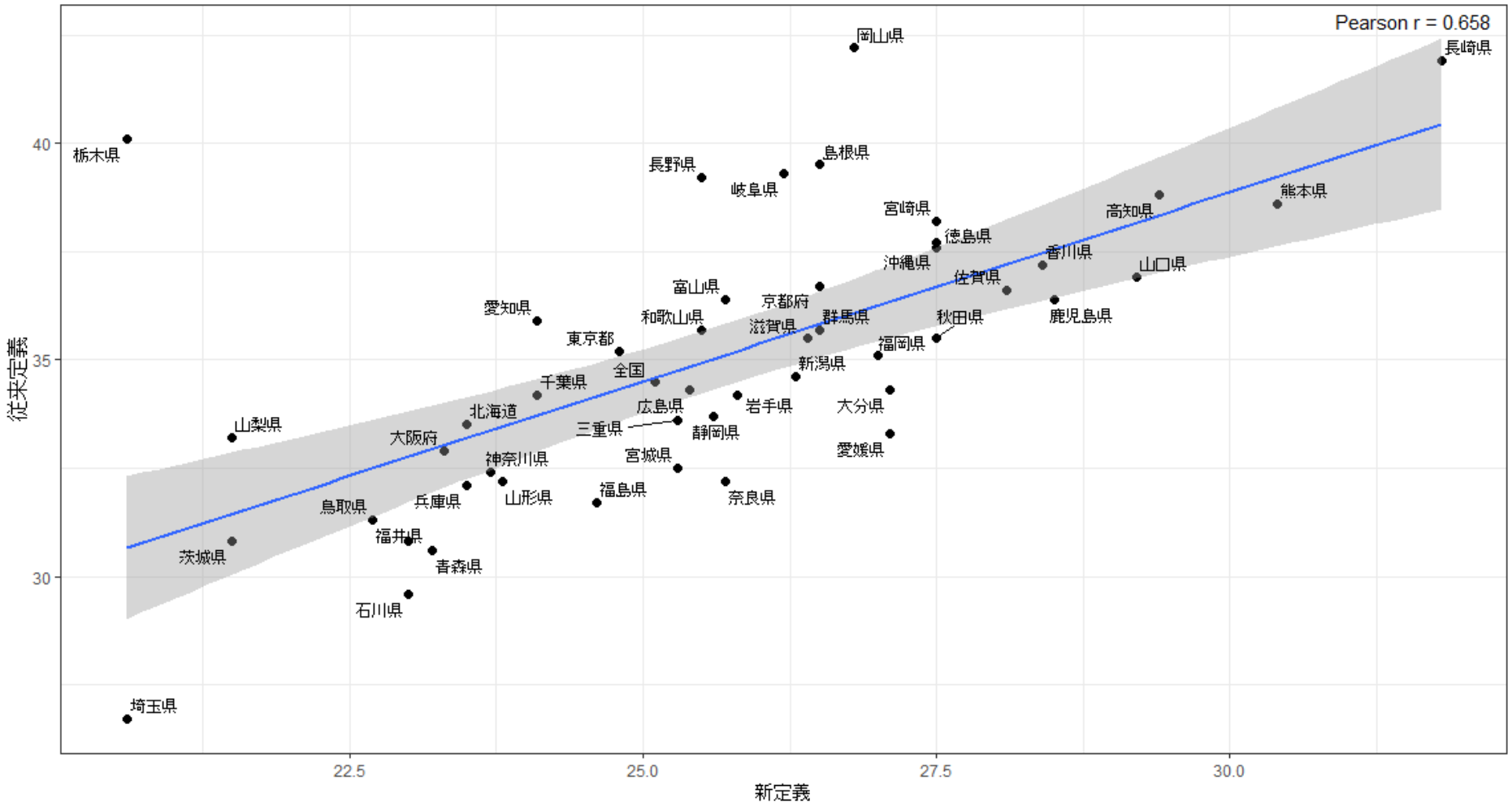


図 6. 2022年度における従来定義と新定義による特定時点の再入院患者割合の関連

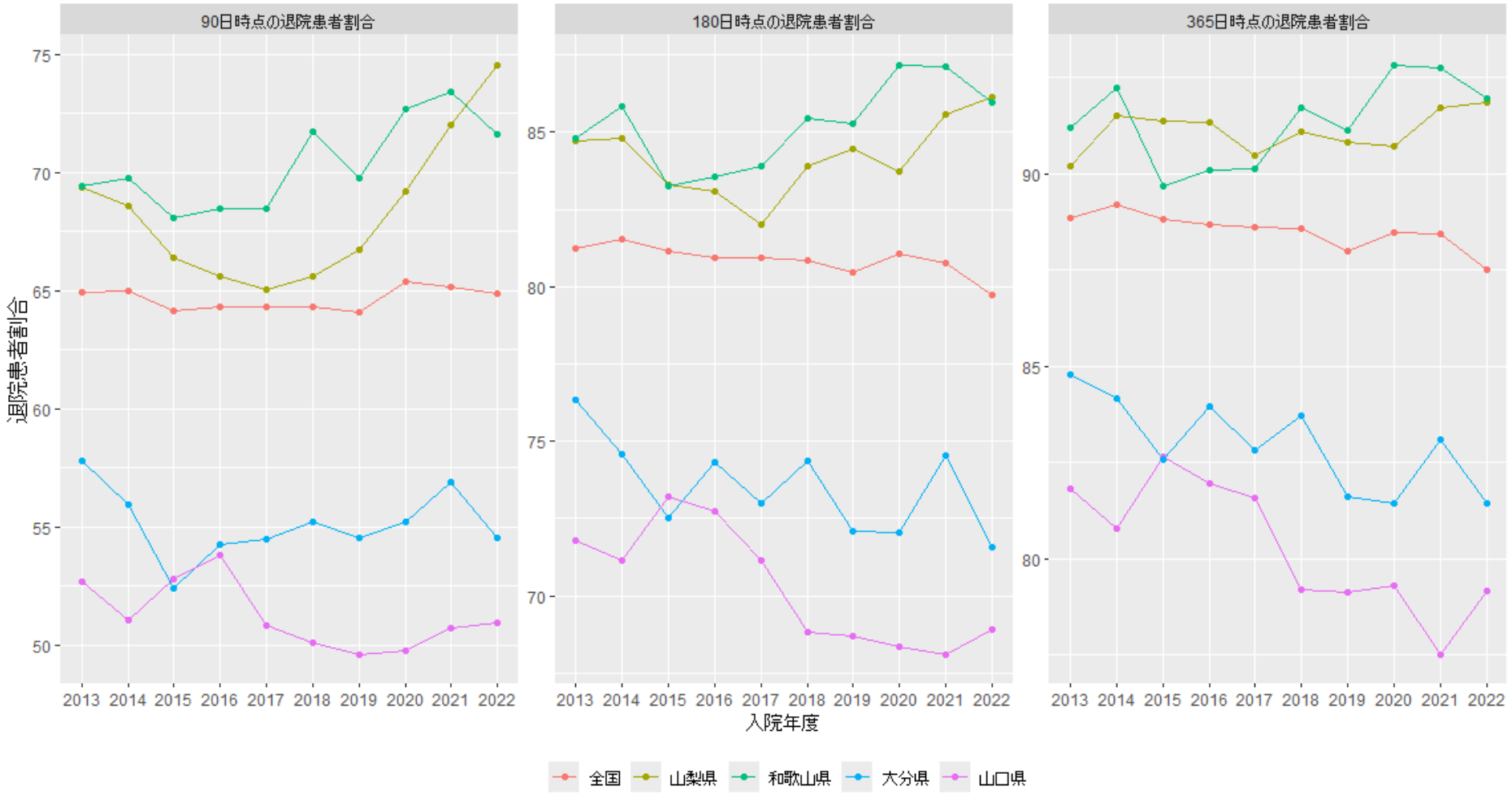


図 7. 精神病床入院から特定時点の退院患者割合

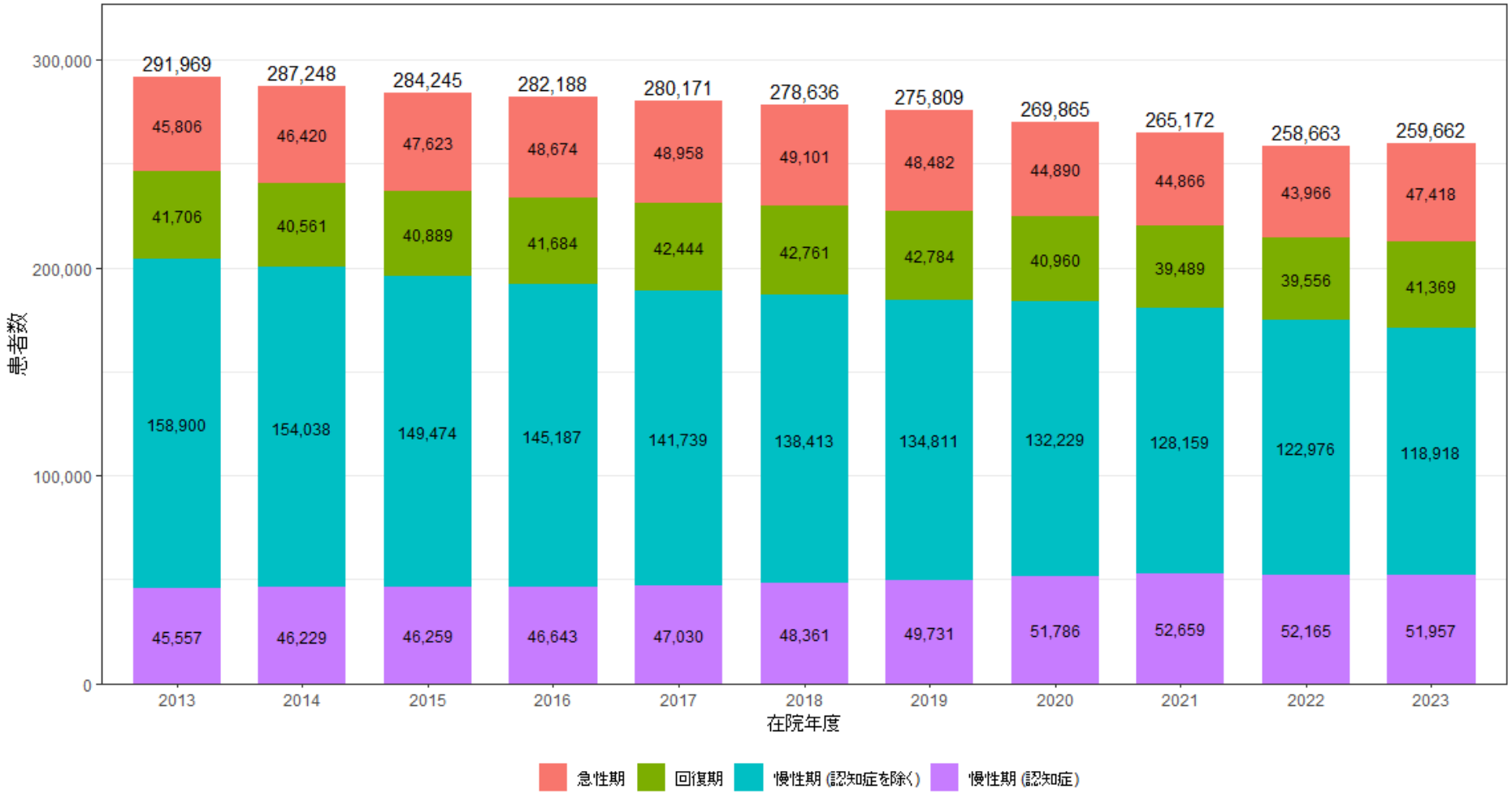


図 8. 病床機能区分別の精神病床1日平均在院患者数

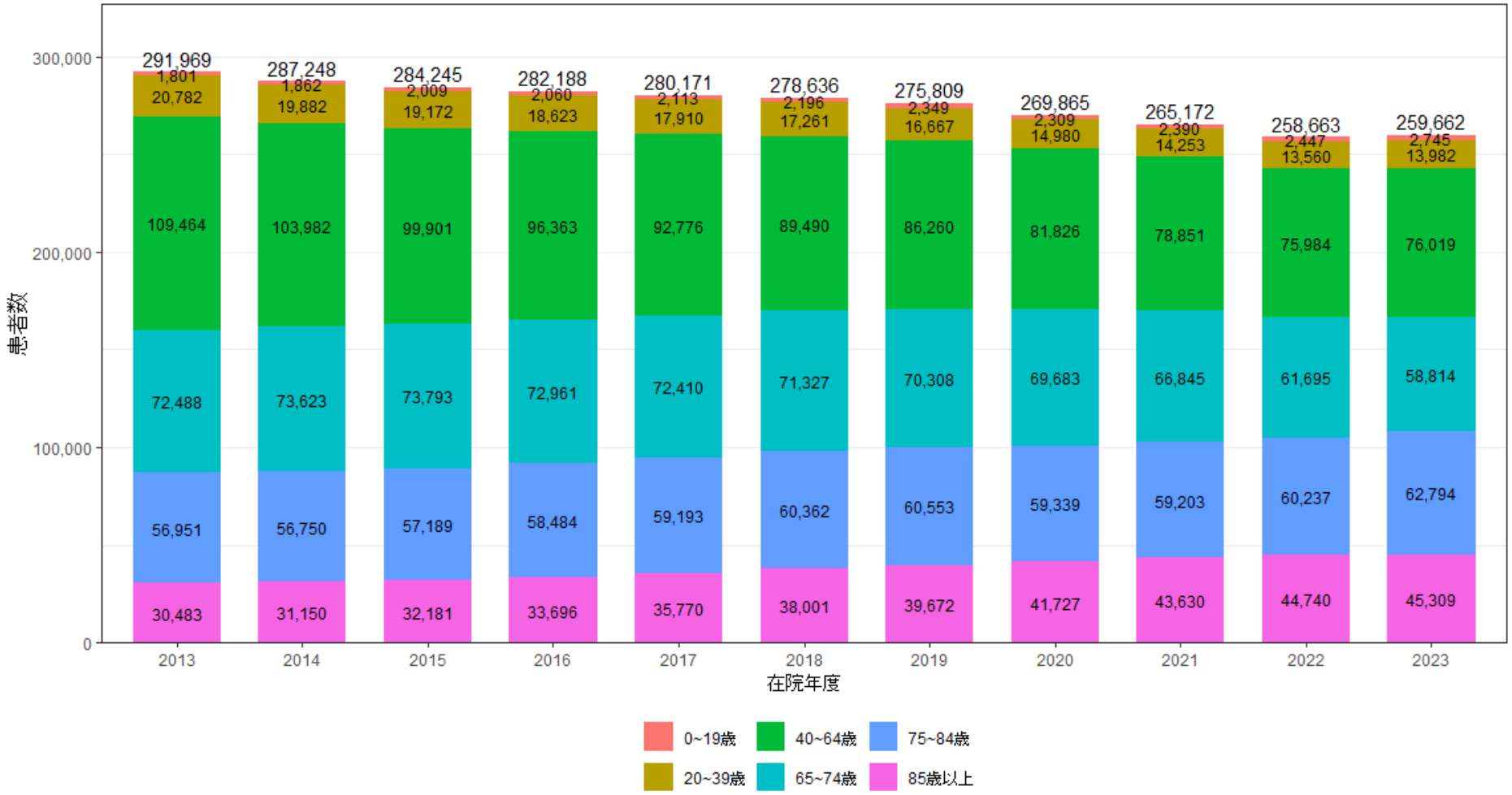


図 9. 年齢区分別の精神病床1日平均在院患者数

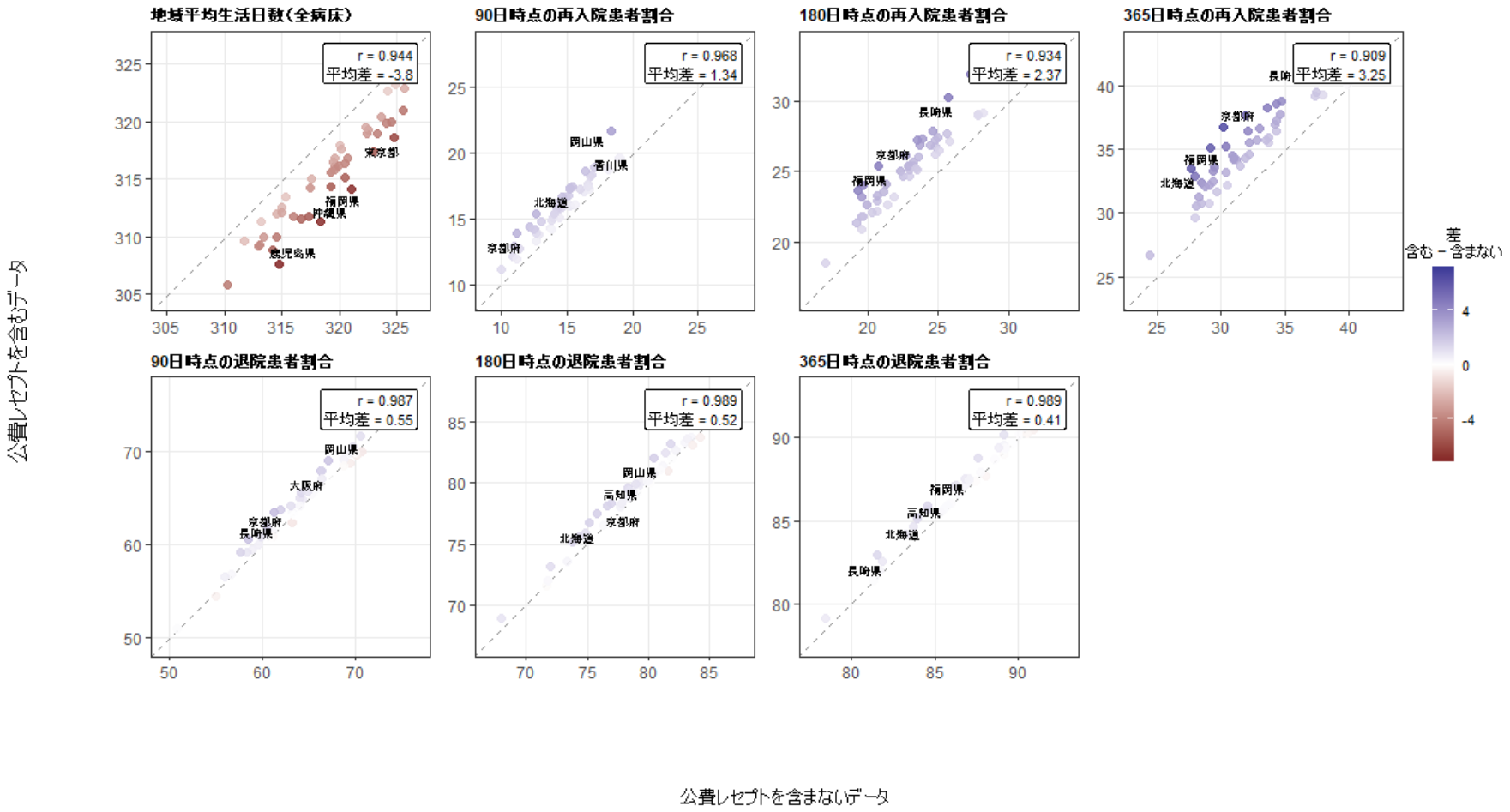


図 10. 公費レセプトを含むデータと含まないデータの比較

厚生労働行政推進調査事業費補助金（疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究）

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

医療レセプトデータを用いた精神医療の提供体制の実態把握に関する研究
-調査間比較-

研究分担者：臼田謙太郎[1)]
研究協力者：奥村泰之[2)]、黒田直明[1)]
研究代表者：黒田直明[1)]
1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 公共精神健康医療研究部
2) 臨床疫学研究推進機構

研究要旨
【研究目的】精神病床への入院患者数に着目し、病院報告、匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）に基づく精神保健福祉資料、630調査、患者調査の4つの調査間で比較することを目的とした。
【研究方法】各調査から全国の精神病床入院患者数に関する指標を取得した。病院報告、NDB、630調査については、都道府県別の患者数と人口推計の総人口を基に、人口10万人あたりの精神病床入院受療率を算出した。患者調査については、公表されている都道府県別の精神病床入院受療率を用いた。また、各調査の調査時点、標本抽出、患者数の定義、および主な誤差要因を整理した。
【結果及び考察】2023年の患者数は、病院報告で261,078人、NDB で258,953人、630調査で256,309人、患者調査で255,300人であった。病院報告と NDB の月次値の差は、2013年4月の7,852人から2024年4月の595人に縮小した。都道府県別の入院受療率では、病院報告との差分が最も小さい調査は NDB であった。一方、患者調査では一部の都道府県において病院報告との差が大きく、標本抽出および推計過程に伴う不確実性が影響している可能性がある。
【結論】精神病床への入院患者数に関する指標は、調査間で一定の差が認められた。全国および都道府県別の精神病床入院患者数を把握するうえでは、病院報告が安定した基礎資料となる。一方で、都道府県単位で年齢別の入院受療率等を把握する場合には、病院報告では詳細な層別情報が限られるため、NDB の活用が有用であると考えられる。

A. 研究目的

精神保健医療福祉のモニタリングを行うために、様々な調査結果を利用できる。しかし、これまでの研究では、調査間の比較検討が十分に行われていなかった。そこで、本研究では、精神病床への入院患者数に着目して、4つの調査間で比較することを目的とした。

B. 研究方法

病院報告[1)]

2013年から2024年の病院報告のデータを基に、全国の年次精神病床1日平均在院患者数（全国編第1表）と全国の月次精神

病床1日平均在院患者数（全国編第9表）の値を取得した。また、2023年の都道府県別の精神病床1日平均在院患者数（都道府県編第1表）と人口推計の総人口[2]を基に、人口10万人あたりの精神病床入院受療率を算出した。

匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）[3]

2013年1月から2024年5月の公費レセプトを含む NDB データを活用して集計された精神保健福祉資料を基に、全国の年次精神病床1日平均在院患者数（付表3.3）と全国の月次精神病床1日平均在院患者数（付表6.1）の値を取得した。また、2023年度の都道府県別の精神病床1日平均在院患者数（付表3.3）と人口推計の総人口[2]を基に、人口10万人あたりの精神病床入院受療率を算出した。

630調査[3]

2013年度から2025年度の630調査のデータを基に、全国の在院患者数の値を取得した。また、2023年度の都道府県別の在院患者数と人口推計の総人口[2]を基に、人口10万人あたりの精神病床入院受療率を算出した。

患者調査[4]

2014年、2017年、2020年、2023年の患者調査のデータを基に、全国の精神病床推計入院患者数（全国編第21表）の値を取得した。また、都道府県別の精神病床入院受療率（都道府県編第41表）の値を取得した。

調査間の比較

本研究で比較した4つの調査の特性を表1に示す。病院報告およびNDBは、通年データに基づく1日平均在院患者数を示す。一方、630調査および患者調査は、特定の1日における患者数を示す。そのため、病院報告および NDB では年次値において季節変動の影響が平均化されるのに対し、630調査および患者調査では調査日の影響を受けうる。

また、病院報告、NDB、630調査は悉皆的な調査であるのに対し、患者調査は標本調査であり、抽出された医療施設の情報に基づいて推計入院患者数および入院受療率が公表されている。そのため、患者調査では標本抽出に伴う不確実性が生じうる。

さらに、各調査には把握漏れや報告内容のばらつきなど、非標本誤差の影響も生じうる。病院報告では当日退院患者が含まれないこと、NDB では紙レセプトや自由診療等が含まれないこと、630調査では回答状況や報告内容にばらつきが生じうること、患者調査では標本調査に基づく推計過程の影響を受けうる。

（倫理面への配慮）

本研究は、公表されている集計情報のみを用いたものであり、個人を識別可能な情報を取り扱っていないため、倫理審査の対象には該当しないと考えられる。

C. 結果

全国の精神病床入院患者数

全国の精神病床入院患者数の調査間比較を図 1に示す。2023年の患者数は、病院報告で261,078人、NDB で258,953人、630調査で256,309人、患者調査で255,300人であった。4つの調査における患者数は、すべての年次において病院報告が最も多かった。

全国の月次精神病床1日平均在院患者数

病院報告と NDB における全国の月次精神病床1日平均在院患者数を図 2に示す。

病院報告と NDB の差は、2013年4月には7,852人であったが、2024年4月には595人に縮小した。

都道府県別の精神病床入院受療率

2023年における病院報告を基準とした都道府県単位の入院受療率の差分の分布を図3に示す。差分は、各調査の入院受療率から病院報告の入院受療率を差し引いて算出した。病院報告との差分が最も小さい調査は NDB であった。病院報告と比較して、患者調査の入院受療率は、徳島県（429 vs 333）と高知県（416 vs. 325）において大きな差が認められた（図 4）。

D. 考察

本研究では、精神病床への入院患者数に着目し、4つの調査間で患者数および入院受療率を比較した。全国値では、病院報告の患者数が最も多く、都道府県別の入院受療率では、病院報告との差分が最も小さい調査は NDB であった。これらの結果は、病院報告と NDB がいずれも通年データに基づく1日平均在院患者数を示すことと整合的である。一方、630調査および患者調査は特定の1日における患者数に基づくため、調査日の影響を受けうる。特に、患者調査では、徳島県および高知県など一部の都道府県において病院報告との差が大きかった。患者調査は標本調査に基づく推計値であり、都道府県別の入院受療率では、全国値と比べて標本抽出に伴う不確実性の影響を受けやすいと考えられる。

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

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

E. 結論

精神病床への入院患者数に関する指標は、調査間で一定の差が認められた。各調査の特性を踏まえると、全国および都道府県別の基礎的な患者数把握には病院報告が有用である一方、都道府県単位で年齢別の入院受療率等を把握する場合には、NDB の活用が有用であると考えられる。

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

I. 引用文献

1) 厚生労働省：病院報告 (https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/80-1.html), 2026, 閲覧日: 2026年5月12日.

2) 総務省統計局：人口推計 (https://www.stat.go.jp/data/jinsui/), 2024, 閲覧日: 2026年5月12日.

3) 国立精神・神経医療研究センター: 精神保健福祉資料 (https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/), 2026, 閲覧日: 2026年5月12日.

4) 厚生労働省：患者調査 (https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html), 2026, 閲覧日: 2026年5月12日.

5) 厚生労働省: 返戻再請求及び再審査申出のオンライン化等について（周知依頼） (https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001010829.pdf), 2022, 閲覧日: 2026年5月12日.

表 1. 調査間の比較

特性	病院報告	NDB	630調査	患者調査
調査時点	通年（1月から12月）	通年（4月から翌年3月）	1日（6月30日）	1日（10月）
年次値における季節変動の影響	平均化される	平均化される	調査日の影響を受けうる	調査日の影響を受けうる
標本抽出	悉皆	悉皆	悉皆	標本
主な把握漏れ・誤差要因	当日退院を含まない	紙レセプト、自由診療を含まない	調査不参加の病院の影響を受ける	標本抽出および推計過程に伴う不確実性が生じうる
患者数の定義	1日平均在院患者数	1日平均在院患者数	在院患者数	推計入院患者数

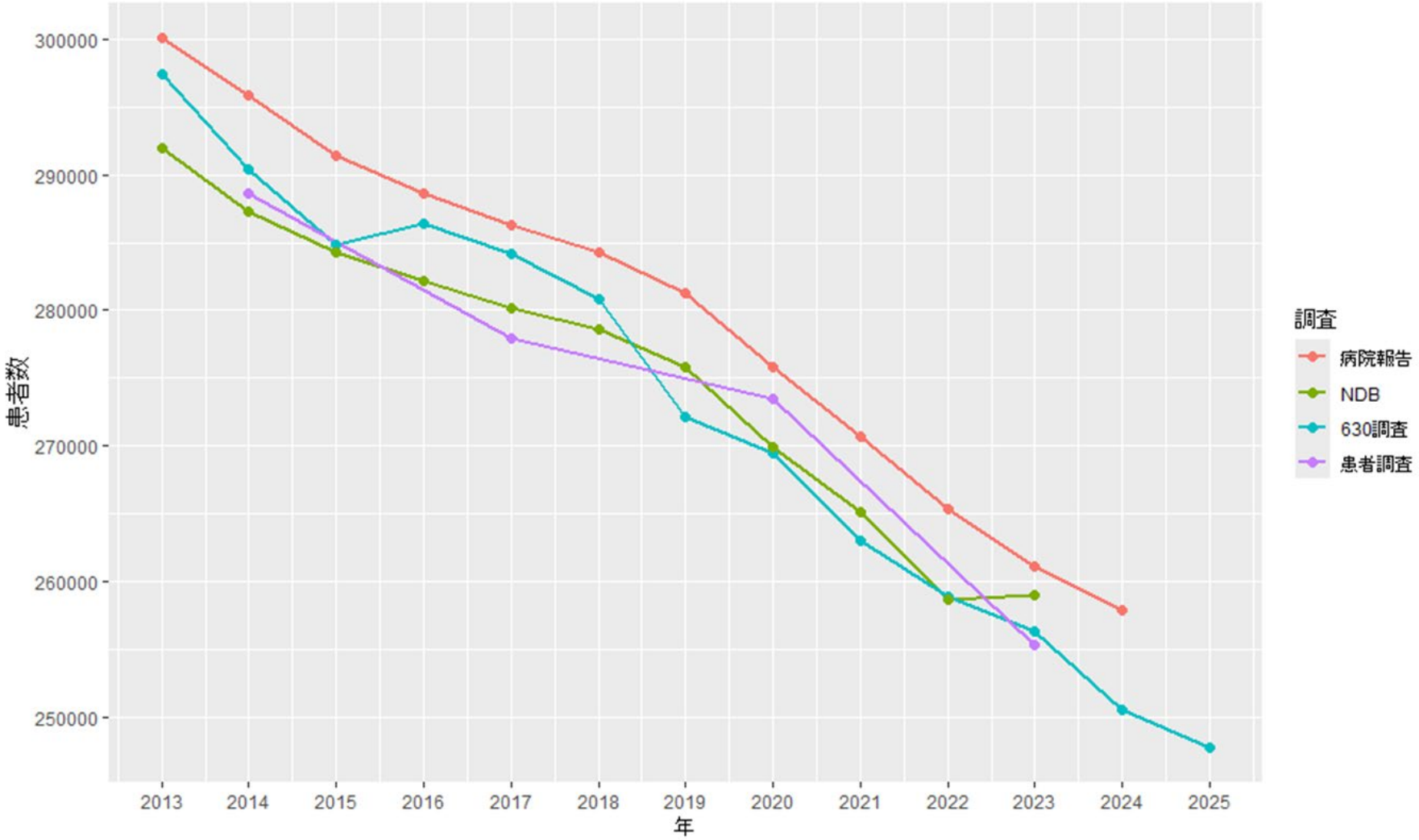


図 1. 年次別の精神病床入院患者数に関する調査間の比較

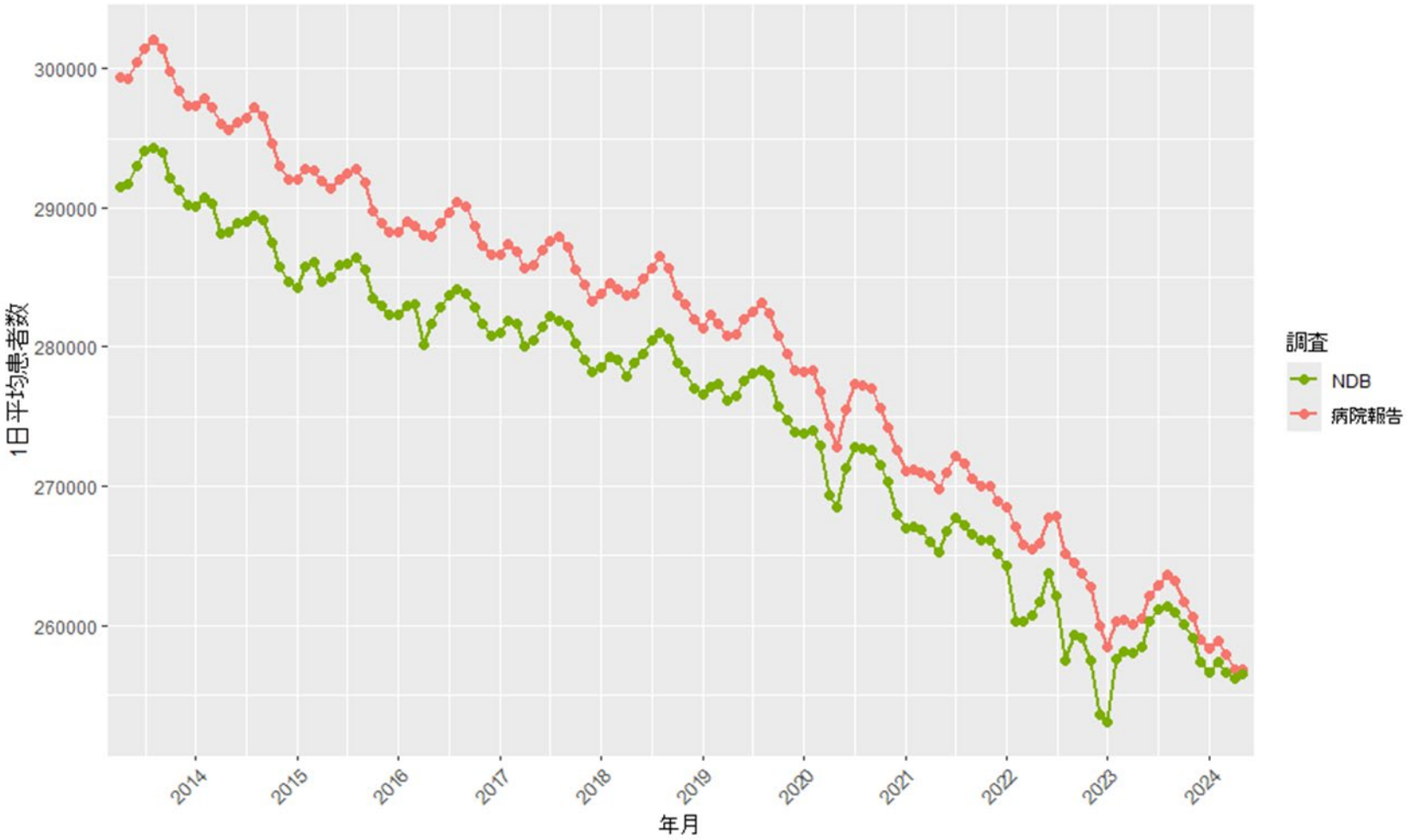


図 2. 月次別の精神病床1日平均在院患者数に関する調査間の比較

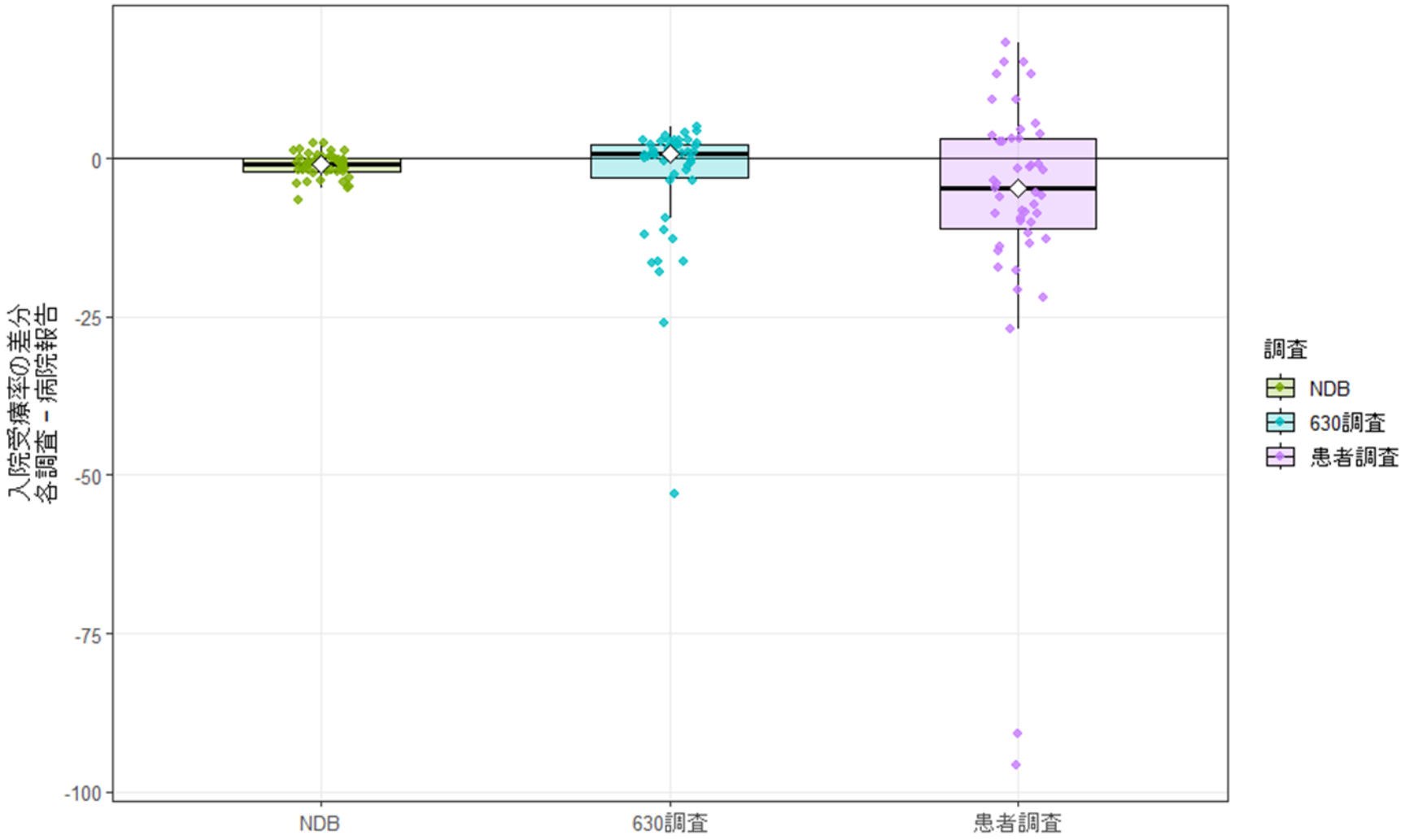


図 3. 2023年における病院報告を基準とした都道府県単位の入院受療率差分の分布

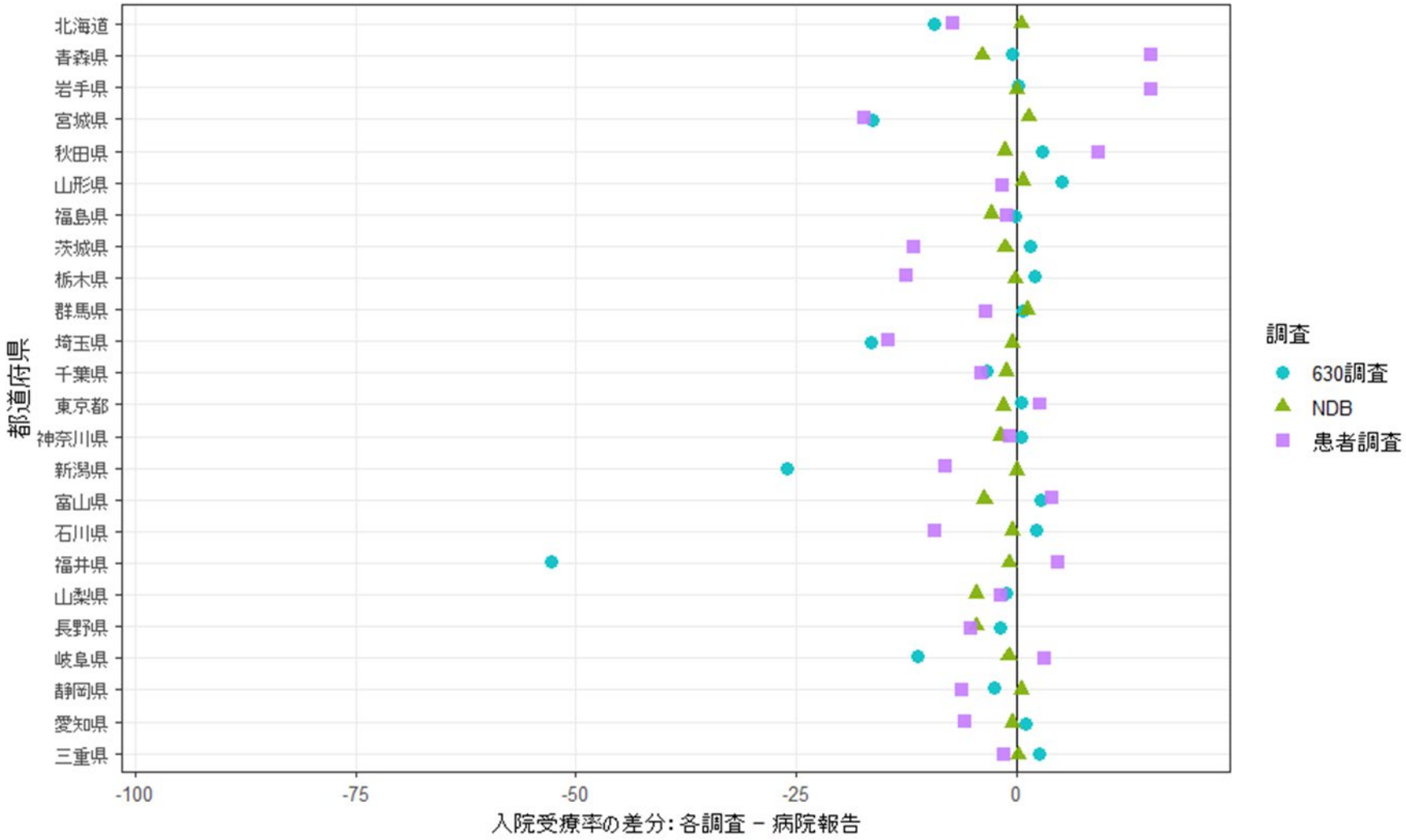


図 4. 2023年における病院報告を基準とした都道府県単位の入院受療率差分

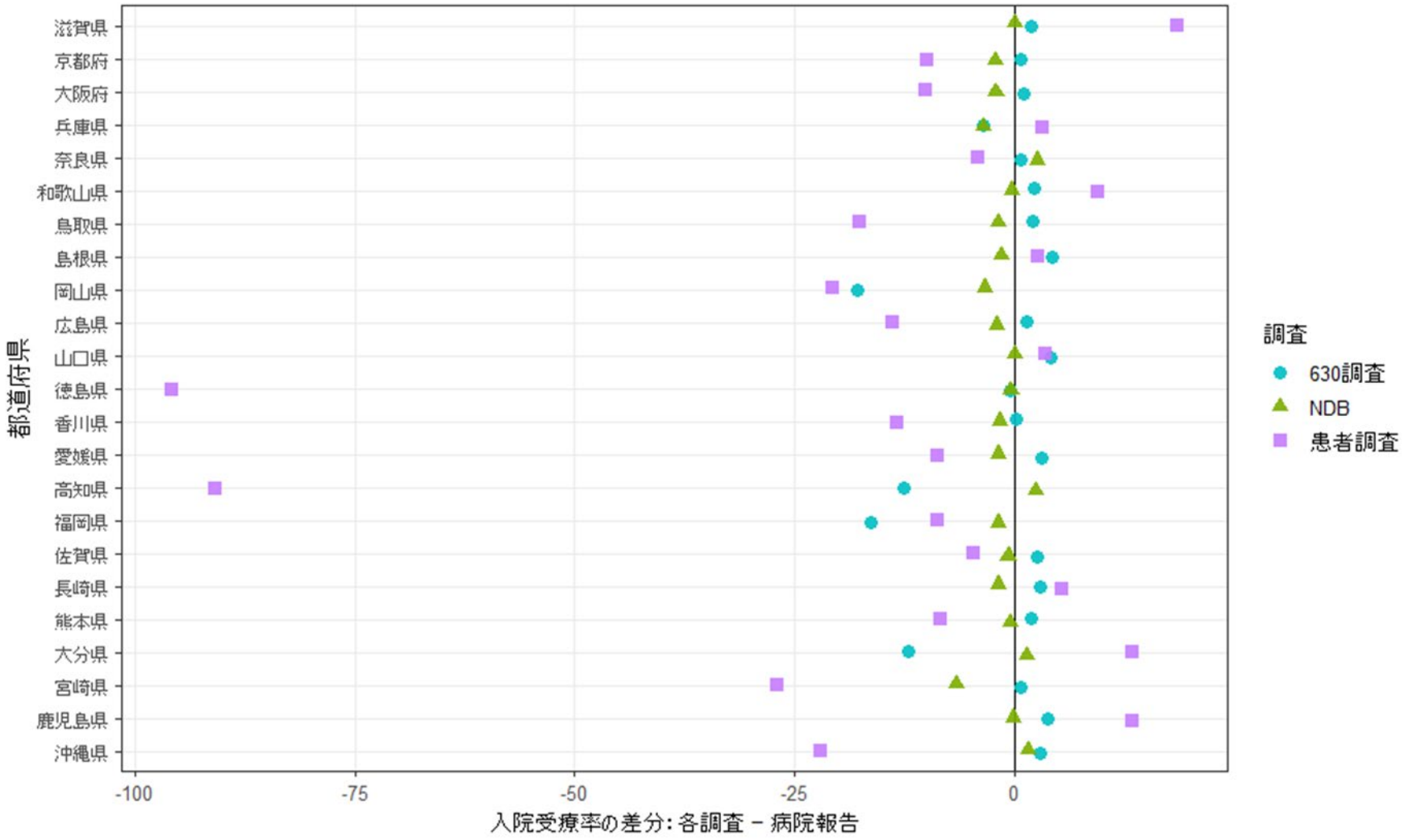


図 4（続き）. 2023年における病院報告を基準とした都道府県単位の入院受療率差分

厚生労働行政推進調査事業費補助金（疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究）

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

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)
研究代表者：黒田直明 2)
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
2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 公共精神健康医療研究部

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）について引き続き、バージョンアップを行った。ReMHRAD は①医療計画における「精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」の表示、②630 調査で把握された精神科病院の在院者の状況、③地域包括ケアのための資源の状況（訪問看護・障害福祉)、④発達障害を支援する社会資源、⑤社会資源マップの５つの内容で構成されてきた。本年度は、例年のアップデートに加え、実装として①630 調査における各市町村の在院者の構成比の経年変化の表示機能を実装した。さらに②地域住民のメンタルヘルスの状況を反映するための指標の表示について検討した。自治体関係者と協議しながら、有効に活用されるデータベースとしての在り方を検討していく。

A. 研究目的

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が、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問題がある。

総括すると「わが市の市民は何人、どこに長期入院しているのか」「それは全国と比較して多いのか少ないのか」「そのためには何を調べればいいのか」「それを数字の羅列ではなく、知りたい」等のニーズにこたえるには限界があったといえる。

これらの課題に対応するために、著者は、厚生労働科学研究にて Web 上で閲覧できる精神保健福祉上の統計指標を、1) 市区町村単位で、2) 地図データを利用し可視化してわかりやすく、3) 多自治体とも比較可能な形で、4) 各種指標を統合して表示する、データベースシステムを開発し公開している。これを ReMHRAD (Regional Mental Health Resources Analyzing Database/地域精神保健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、2026 年 4 月時点に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. 研究方法

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『第 4 回　精神保健医療福祉データ行政活用研修』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. 研究結果

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 8 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の在院者の状況、③地域包括ケアのための資源の状況（訪問看護・障害福祉)、④発達障害を支援する社会資源、⑤社会資源マップの、5 つのタブにわかれたコンテンツから構成されていたが、2025 年度にはさらに 1 つのタブを追加した。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)2025 年度のアップデート内容

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多様な精神疾患の指標

NDB データベースから得られた各種指標の数値[2]をもとに、第 8 次医療計画指標に関するデータソースを更新した。

②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 2024 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。

③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 2024 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 2025 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。

④発達障害を支援する社会資源

厚労科研「発達障害への地域支援に資する継続的な情報収集・活用方法・体制整備に向けた研究」(研究代表者　本田秀夫）と連携し、都道府県が作成する医療機関リストや子どものこころの診療機関マップ、都道府県の医療情報ネットの掲載機関をもとに、許可をえた診療資源についての情報を掲載・更新した。

⑤各社会資源のマッピング

上記の③をもとに訪問看護ステーションおよび福祉資源の情報を更新した。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・検討

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した。

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たため、グラフ形式での在院患者数の推移を表示した。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。これにより全体の増減数の推移および、疾患ごとの在院者の構成比の経年変化を、自治体ごとに表示できるようにし、実装した（図１,図２）。

2) 新しい機能についての実装検討

(1) 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。

- 自治体における自死率・自死者数
- K6 日本語版[5]
- 精神保健福祉相談の実施状況
- 生活困窮者自立支援制度の利用による就労者及び増収者数
- 生活困窮者自立支援制度の利用による就労者及び増収者数増加効果
- 生活困窮者自立支援制度の利用による就労者及び増収者数増加効果
- 生活保護受給者の後発医薬品の使用割合・障害者雇用数
- 健康日本 21：睡眠による休養を十分とれていない者の割合
- 地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合）
- 教育：不登校・就学援助関連の指標
- 暮らし：社会とのつながり
- 健康日本 21：週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合
- メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合
- 精神医療審査会の活動状況

などについて検討した。

ただし①都道府県別にはデータが存在するもの、②市町村別にはデータが存在しないもの、③市町村別データの代表性が懸念されるもの、があり、何をどのように表示していくかについてはさらなる検討が必要と考えられる。

(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各市町村・都道府県の取り組み状況について、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル」で公開されている取り組み状況に関するデータをもとに、実態を公開する様式について検討した（図3)。本来、既に公開されているデータであるのでローデータを偏りなく編集・公開することそのものに問題がないはずであるが、他方で班会議では、閲覧者に誤解を招かない表示形式・内容について関係各所と調整が必要であると議論がされ、内容を精査していくこととした。

D. 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調査における在院者の構成の推移を表示する機能を追加した。また次年度以降の実装について、②地域住民のメンタルヘルスの状況を反映するための指標の表示について検討した。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。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 文献

1) 地域精神保健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) 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（医療計画指標データ），
https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/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

6) 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支援情報ポータル：実施状況調査結果,

https://nimohoukatsu.mhlw.go.jp/aa/4a.html

図１：新規に追加された在院者の経年変化を示す機能
（例：千葉県千葉市）

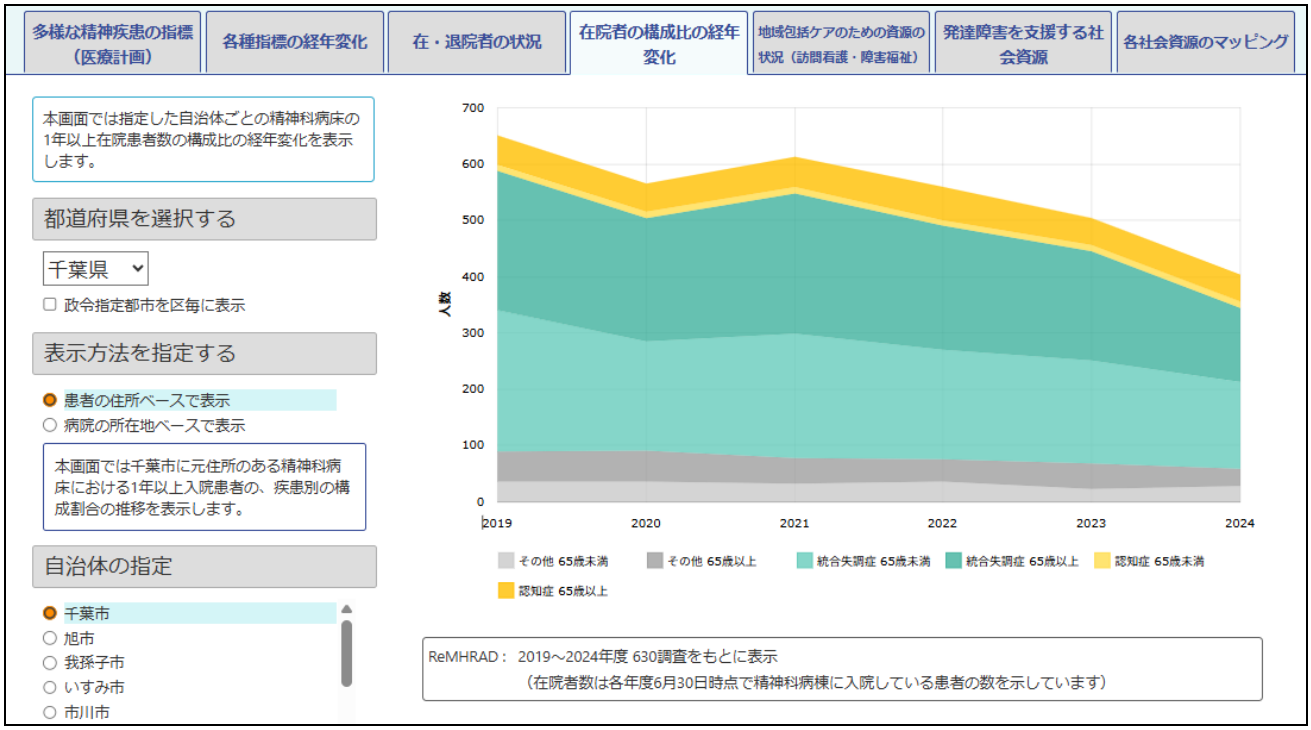


図 2：新規に追加された在院者の経年変化を示す機能
（例：山口県山口市）

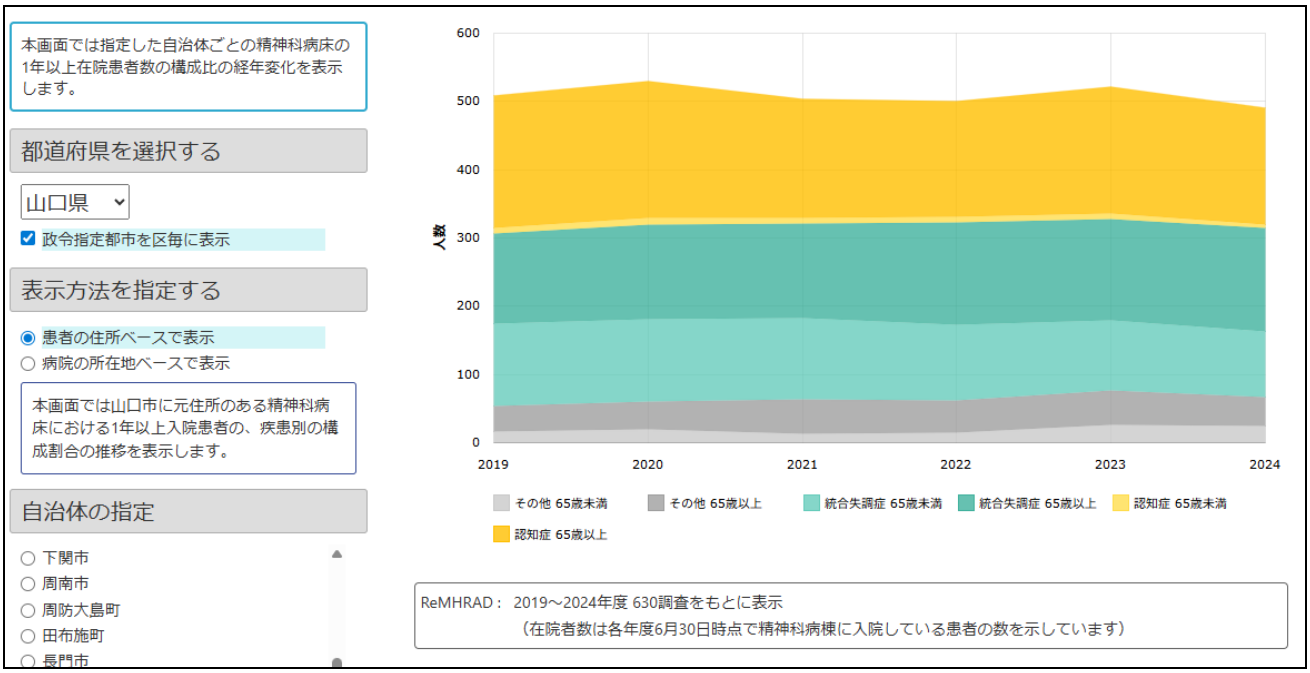


図 3：素案「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の取り組み状況の表示機能

取り組みのサマリー（市町村：XX市）

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築状況についての自治体の判断					
構築の状況（Q31(1)を利用）	施策の実行の段階				
実施内容（Q31(2)を利用）					
普及啓発	○	精神障害者の家族支援	―	住まいの確保	―
ピアサポートの活用	○	アウトリーチ支援	○	措置入院の退院後の医療継続	―
地域移行支援に関わる職員等の研修	―	入院中の精神障害者の地域移行に係る事項	―	当該地域における地域包括ケアシステムの構築の評価	―
構築推進サポーター事業	―	精神医療相談事業	―	医療連携体制の構築	―
身体疾患を有する精神障害者の医療について	―	精神障害者の社会参加について	―	精神医療について	―
障害福祉計画に係る事項	―	医療計画に係る事項	―	市町村等における相談支援体制の構築支援	―
その他	―	**総チェック数**	3		

個別の取り組み状況				
市区町村単位での協議の場設置（Q1を利用）	○	開催回数（年） 3回（Q2(3)を利用）		
ピアサポーターの養成（Q6を利用）	○	市町村独自の予算事業	養成人数 3人	
アウトリーチ支援（Q9/10を利用）	○	市町村独自の予算事業	福祉事業所に委託	実利用者数 10人
心のサポーター養成事業実施予定（Q11(1)を利用）	ない			

実施されていれば■、されていなければ■で表示する

※表中の「Qxxx（番号）」は

実施状況調査（https://nimohoukatsu.mhlw.go.jp/aa/4a.html）の調査票との対応関係を意味する

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）

