

令和3年度厚生労働行政推進調査事業補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進事業)

「入院医療の評価のためのDPCデータの活用及びデータベースの活用に関する研究」
分担研究報告書

精神科リエゾンチーム加算の地理的格差に関する研究

研究分担者 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院 医療政策情報学分野 教授
研究協力者 新城 大輔 東京医科歯科大学大学院 医療政策情報学分野 准教授

研究要旨:

○研究目的

精神科リエゾンチーム加算(CLP; Consultation-liaison psychiatry)の導入～普及が広がってきているが、基礎資料としての情報が不足している。CLP に関する基本情報ならびに地理的格差を明らかにすることを目的とする。

○研究方法

DPC データから2012年4月1日から2017年3月31日までの間に退院した患者のうち、CLP 算定がある患者を抽出し対象とした。ベースライン情報のほか、都道府県別の算定状況等を評価した。

○研究結果

46,171名の患者が対象となり、合計138,866回のCLP算定がなされていた。75-84歳の患者が最も多くCLPを算定しており(29.7%)、男女比は53:47であった。2012年度から2016年度にかけてCLPは徐々に拡大してきており、2012年と2016年を比較するとCLP提供患者数・CLP提供回数ベースでは約4倍に、提供施設数も約3倍となっていた。CLP算定都道府県数について、2012年は16、2016年は33であり、その提供が拡大していることが確認できたが、導入から5年後の2016年時点でも14県において提供されていないことが確認された。

○結論

本研究により、本邦におけるCLP利用患者の現状ならびにCLPの導入後の地理的格差が明らかとなった。導入から5年がたつが、CLPの地理的格差が認められている。CLPおよび関連政策の今後の検討の基礎資料として活用され、より良い政策提供につながることを期待したい。

A. 研究目的

世界的にも高齢化が進んできており、我が国も世界で最も高齢化率が高い国の一つである。高齢化率が増加することにより、精神疾患を併存する入院患者（内科・外科治療のために入院する冠者）は増加している。精神疾患を有する患者は、精神疾患を有さない患者と比較して多くの医療資源を必要とすることが広く知られており、医療費や再入院が増加するという報告もなされている。

精神科リエゾンチーム加算(CLP; Consultation-liaison psychiatry)について、その歴史は古いが、本邦において診療報酬として評価されるようになったのは2012年である。一般病棟に入院する患者の精神状態の把握や、精神科専門医療が必要な患者の早期発見ならびに適切なケアの提供等により、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、多職種チームによる診療を評価している。

従来の研究では、がん患者等を対象とした少数報告は散見される。しかしながら、我が国におけるCLPに関する俯瞰的な情報は発信されておらず、政策学的に有用である地理的格差の検討や、十分な疫学研究がなされていない。

本研究では、CLPに関する基本情報ならびに地理的格差を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

本観察研究では、日本の診断群分類データベース（DPC: Diagnosis Procedure Combination）の情報をを使用した。2012年4月から2017年3月までに退院し、CLPを算定している患者を対象とした。CLPはFファイルの診療行為情報から定義・抽出している。なお、CLPは、精神科リエゾンチームによる診療が行われた場合に週1回に限り算定することとなっており、週に複数回CLPを実施した場合でも1回としてカウントされる（本研究では算定ベースでCLPを把握するため）。

主な変数は、様式1に記録されている情報であり、病名（ICD-10に基づく病名分類による）、年齢、性別、計画/計画外入院、退院先、退

院時転帰、在院日数、地理情報である。

統計手法として、記述統計のほか、都道府県レベルの情報集計・可視化を行った。また、入院中のCLP算定回数をアウトカムとし、他の患者因子・地理情報等を説明因子とした重回帰分析を実施した。検定はすべて両側検定とし、有意性の閾値は $P < 0.05$ とした。統計解析は、R statistical software, version 4.0.3 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria)を用いて行った。

C. 研究結果

2012年4月から2017年3月の間に入院した患者のうち、CLPを算定した46171名の患者が本研究の対象となった。これらの患者に対して合計138866回のCLPが算定されていた。2012年度は3989名の患者に計11880回のCLPが提供されており、毎年CLP提供患者は増加し、2016年度には17064名の患者に計47912回のCLPが提供されており、5年間で約4倍の規模となっていた(表1)。提供施設数についても、2012年度が30施設であったのに対し、2016年度はその3倍以上の109施設にてCLPが提供されていた。

表 1

Variables	Fiscal year					proportion (2012)	proportion (2016)
	2012	2013	2014	2015	2016		
CLP提供患者数	3,989	5,352	8,358	11,408	17,064		
CLP提供回数	11,800	17,807	26,283	35,084	47,912		
施設数	30	34	42	51	109		
年齢							
0_29	164	231	327	479	662	4.1%	3.9%
30_49	542	796	1,193	1,299	2,019	13.6%	11.8%
50_64	721	1,013	1,431	1,795	2,556	18.1%	15.0%
65_74	778	1,127	1,746	2,536	3,527	19.5%	20.7%
75_84	1,168	1,391	2,386	3,279	5,061	29.3%	29.7%
85+	616	794	1,275	2,020	3,239	15.4%	19.0%
性別							
男性	2,026	2,651	4,290	6,023	9,015	50.8%	52.8%
女性	1,963	2,701	4,068	5,385	8,049	49.2%	47.2%

CLP提供患者の特徴として、男女比は53:47でやや男性が多く、75-84歳の患者が全体の約30%を占めていた。計画外入院が全体の約67%となっていること、退院先情報が「他院への転院」となっている患者が全体の約30%となっていること、死亡患者が全体の約9%となっていることが特徴的であった(表2)。

表 2

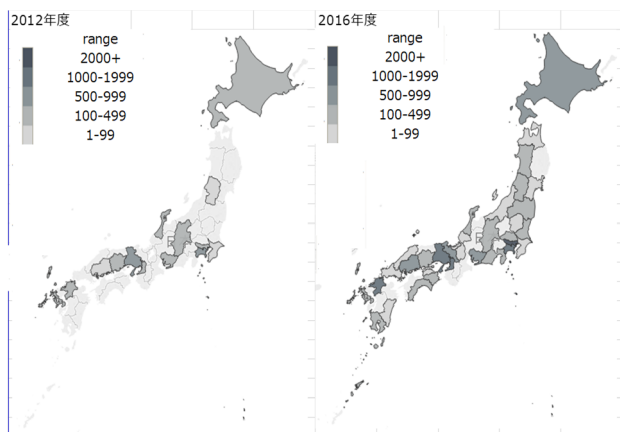
Variables	Fiscal year					proportion (2012)	proportion (2016)
	2012	2013	2014	2015	2016		
入院形態							
計画的	1,451	1,887	3,023	4,051	5,497	36.4%	32.2%
計画外	2,538	3,465	5,335	7,357	11,567	63.6%	67.8%
退院先							
外来	2,413	3,209	4,730	6,255	9,100	60.5%	53.3%
他院への転院	966	1,311	2,231	3,334	5,238	24.2%	30.7%
他の福祉施設への入所	139	173	486	611	876	3.5%	5.1%
その他	471	659	911	1,208	1,850	11.8%	10.8%
退院時転帰							
治癒・警戒	3,177	4,331	6,709	9,370	14,025	79.6%	82.2%
悪化・増悪	358	333	671	789	1,124	9.0%	6.6%
死亡	385	539	783	985	1,505	9.7%	8.8%
その他	69	149	195	264	410	1.7%	2.4%

また、病名分類のトップ 5 について新生物(C00-D48)が最も多く、循環器系の疾患、損傷、中毒及びその他の外因の影響、消化器系の疾患、呼吸器系の疾患が続いていた(表 3)。

表 3

病名分類	Fiscal year					proportion (2012)	proportion (2016)
	2012	2013	2014	2015	2016		
新生物(C00-D48)	1,083	1,333	2,036	2,795	3,906	27.1%	22.9%
循環器系の疾患(I00-I99)	614	788	1,264	1,870	2,851	15.4%	16.7%
損傷、中毒及びその他の外因の影響(S00-T98)	496	669	978	1,562	2,333	12.4%	13.7%
消化器系の疾患(K00-K93)	352	499	782	1,046	1,666	8.8%	9.8%
呼吸器系の疾患(J00-J99)	365	493	723	912	1,542	9.2%	9.0%

地理的格差について、都道府県単位で集計したところ、2012 年は 16、2016 年は 33 であり、CLP の提供が拡大していることが確認できた。一方、導入から 5 年後の 2016 年時点でも 14 県において CLP が提供されていないことが確認された。



D. 考察

本研究では、CLPの導入～普及の状況ならびにCLP提供に関する基本情報・地理的格差を明らかにした。2012年のCLP導入以後、CLP提供患者数・CLP

提供回数ともに約4倍となっており、一定程度まで普及してきたことがうかがえる。しかし、2016年度においてもまだ都道府県レベルで見た際にCLP空白地域が存在する。これらの都道府県において、精神疾患を併存する患者を中心としてCLPの恩恵を受けていない可能性があり、併存する精神科疾患に対する適切なケア提供の難しさを抱えるリスクを有していると考えられる。そのことにより、より多くの医療資源が必要となることも懸念される。CLPが提供されていない都道府県において、どのような背景によりCLP提供が難しいのか、その背景・要因を検討することが必要と考えられる。例えば、人的資源不足、CLPのノウハウ不足、施設要件等がボトルネックとなっている可能性がある。英国でもCLPの地理的格差に関する報告がなされており、共通の要因について探る研究も興味深いと思われる。

DPC患者全体のうち5.8-7.5%が退院先が他院転院であることに対し、本研究では10%とより多い割合となっていた。退院先に関する施設属性情報などは不明であるが、精神科病院への転院が多いことなどがその背景として考えられる。また、CLP提供患者のうち死亡転機となった患者が全体の約9%を占めていること(DPC全体では1.7-3.3%である)は驚きであった。CLP提供患者のうちがん患者の割合が高いことも合わせて考えると、終末期における心の支えとして、CLPが利用されている可能性が示唆された。

CLPの国際比較について、残念ながら既報とは集計基準が異なるため厳密な比較をすることは難しかった。また、DPCデータからはCLPに至った要因を明確に区別することが難しいため、既報で報告されている当該比較も困難であった。

本邦ではCLPに関するデータベースはなく、大規模医療データを活用して基礎情報を明らかにすることができた。NDBオープンデータの情報と比較した際に、本研究では全体の93%程度のカバー率を示していた。DPC研究班にデータ提供していない施設においてCLPが提供されていることも考えられ、本研究のバイアスになっている可能性がある。また、DPCではLPとしてどのようなサービスを提供したのか、CLPの効果、CLP提供の有無にかかわらずCLPを必要とす

る患者数等についての情報は不明である。本邦では CLPに関する情報は非常に乏しい。より多くの情報創出が必要であり、CLPを評価するためのデータベース構築等も有益であると考えられる。

E. 結論

本研究により、本邦における CLP の導入~普及状況、提供患者の基礎的情報、地理的格差情報が明らかとなった。CLP および関連政策の今後の検討の基礎資料として活用され、より良い政策提供につながることを期待したい。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

D Shinjo, H Tachimori, et al. Consultation-liaison psychiatry in Japan: a nationwide retrospective observational study. BMC Psychiatry. 2021 May 5;21(1):235.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし