

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

レセプト病名と処方薬を組み合わせた統合失調症等患者の抽出の妥当性検証に関する研究

研究分担者 岸 太郎 藤田医科大学医学部精神神経科学講座 准教授

研究要旨

レセプトの傷病名「統合失調症」の妥当性を検証した。某総合病院精神神経科に2020年9月～2022年8月に入院した患者全員・987人のレセプトデータを用い、複数の精神科専門医の協議によって付けられた最終診断病名（ゴールドスタンダード：真に統合失調症を有する）をもとに、レセプト情報（傷病名、処方薬）から統合失調症患者を抽出する際の陽性的中率、陰性的中率、感度、特異度を算出した。レセプトに傷病名「統合失調症」の記載があった者は235人、真に統合失調症を有していた者は97人であった。レセプトのデータを傷病名「統合失調症」だけに絞って計算した場合、陽性的中率は41.3%、陰性的中率は100%、感度は100%、特異度は84.5%であった。統合失調症を有しなかった890人のうち138人（15.5%）のレセプトに傷病名「統合失調症」が付けられていた。抗精神病薬の処方情報を加えた場合、陽性的中率は上がったが、感度は大きく下がった。

A. 研究目的

岩田研究分担者の分担研究報告書にあるように、レセプト（医療保険者に請求する診療報酬明細書）を利用して統合失調症の有病率を推定する際には、レセプト情報から真に統合失調症を有する者を抽出する際の妥当性を検証する必要がある。我々の知限り、この妥当性を検証した研究論文はなかった。本研究では、この妥当性を検証した。

B. 研究方法

【対象者】

某総合病院精神神経科に2020年9月～2022年8月に入院した患者全員・987人。

【調査項目】

a) レセプトデータ：傷病名「統合失調症」の有無および抗精神病薬の処方の有無

b) 統合失調症が真に存在するか（ゴールドスタンダード）：対象者に対しては、退院時までに複数の精神科専門医が協議して診断が確定し、退院時サマリーに最終診断病名として記載される。これを対象者が統合失調症を真に有していたかの評価とした。

【分析方法】

レセプトデータ（統合失調症の傷病名、および、統合失調症の傷病名かつ抗精神病薬の処方）と真に統合失調症であるかをもとに、陽性的中率、陰性的中率、感度、特異度を算出した。

（倫理面への配慮）

本研究はヘルシンキ宣言および人を対象

とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(文部科学省、厚生労働省、経済産業省)に則って実施した。藤田医科大学医学研究倫理審査委員会の審査を受け、藤田医科大学長の承認を得て実施した。

C. 研究結果

対象者 987 人中のうち、レセプトに傷病名「統合失調症」の記載があった者は 235 人、真に統合失調症を有していた者は 97 人であった。レセプトに傷病名として記載された「統合失調症」のいずれも「疑い病名」ではなかった。レセプトの傷病名「統合失調症」がなかった者においては、真に統合失調症を有していた者はいなかった。処方された薬のうち、統合失調症に保険適用がある抗精神病薬はシクレスト、エビリファイ、ジブプレキサ、セロクエル、クロザリル(以上、第2世代抗精神病薬)およびレボトミン(第1世代抗精神病薬)の6種類であった。

対象者における陽性的中率、陰性的中率、感度、特異度を表に示す。

レセプトのデータを傷病名「統合失調症」

だけに絞って計算した場合、陽性的中率は 41.3%、陰性的中率は 100%、感度は 100%、特異度は 84.5%であった。統合失調症を有しなかった 890 人のうち 138 人(15.5%)のレセプトに傷病名「統合失調症」が付けられていた。これらの者の中で多かった真の病名はうつ病(47人、34.1%)、双極性障害(31人、22.5%)、妄想性障害(7人、5.1%)、神経性食思不振症(6人、4.3%)であった。

いずれかの第2世代抗精神病薬の処方情報を加えた場合、陽性的中率は 54.2%と上がったが、感度は 66.0%と大きく下がった。陰性的中率と特異度も下がったが、感度のよくな大きな低下ではなかった。抗精神病薬の処方を単剤で加えた場合、感度はさらに大きく下がった。

D. 考察

今回、ある病院の入院患者についてレセプトに「統合失調症」が傷病名として記載された者が真に統合失調症であるか等を検討した結果、感度が 100%であることが明らかになった。これは、レセプトの傷病名に「統

表. 陽性的中率、陰性的中率、感度、特異度：2020年9月～2022年8月に入院した患者987人(うち、真に統合失調症を有していた者は97人)のデータから算出

	該当者	うち、真に統合失調症を有する者	陽性的中率 (%)	陰性的中率 (%)	感度 (%)	特異度 (%)
1. レセプト傷病名「統合失調症」	235	97	41.3	100	100	84.5
レセプト傷病名+第2世代抗精神病薬						
2. 1+シクレスト	28	18	64.3	91.8	18.6	98.9
3. 1+エビリファイ	63	35	55.6	93.3	36.1	96.9
4. 1+ジブプレキサ	28	18	64.3	91.8	18.6	98.9
5. 1+セロクエル	19	5	26.3	90.5	5.2	98.4
6. 1+クロザリル	15	15	100	91.6	15.5	100
7. 1+第2世代のいずれか1つ以上	118	64	54.2	96.2	66.0	93.9
レセプト傷病名+第1世代抗精神病薬						
8. 1+レボトミン	5	3	60.0	60.0	3.1	99.8

合失調症」を含む者を取り上げる場合、真に統合失調症を有する人の見逃しはないことを意味している。

特異度は84.5%であったことは、実際は統合失調症を有していなかった人の15.5%のレセプトに傷病名「統合失調症」が含まれていたことを意味している。わが国の保険制度上、レセプトに記載される傷病名は実施された診療行為や投与された薬剤と診療報酬制度で定められた範囲で結びついている必要がある。実際の臨床現場では、診断が確定した後に使用される薬剤が決定されるとは限らず、診断が確定していない状況であっても患者の症状に応じて使用する薬剤が暫定的に選択されることはしばしば発生する。入院当初は統合失調症との鑑別が困難であった患者に対して統合失調症に保険適用がある抗精神病薬が投与されレセプトに「統合失調症」が記載された場合であっても、後日改めて統合失調症以外の疾病であると診断される事例は一定程度存在しているとして大きな矛盾は無いと考えられる。診断が確定するまでに必要な期間を考慮した時系列的評価は今後の検討課題である。

本研究は特定の病院の入院患者を対象としている。有病率の影響を受ける陽性的中率の値を外来患者や他施設の入院患者についてどの程度適用できるかについて、実際に調査を行うことを含めた検討は今後の課題である。

レセプトの傷病名「統合失調症」に抗精神病薬の処方情報を加えた場合、陽性的中率が上がったが、感度が大きく減少した。このことは、抗精神病薬の処方情報を加えることによって統合失調症の定義が変化し、一定の特徴を有する統合失調症患者しか抽出

できなくなることを示している。一般的に、診断基準の定義を厳格にすれば定義に当てはまる症例数は減少するため、有病率は診断基準に影響される。統合失調症の有病率をレセプトデータから推計する場合は、診断基準すなわち統合失調症の定義を明確にすることで、レセプトデータから得られた値を正しく解釈することが可能となる。

E. 結論

レセプトのデータを傷病名「統合失調症」だけに絞って計算した場合、陽性的中率は41.3%、陰性的中率は100%、感度は100%、特異度は84.5%であった。レセプトの傷病名「統合失調症」に抗精神病薬の処方情報を加えた場合、陽性的中率が上がったが、感度が大きく減少した。

F. 研究発表

1. 論文発表

準備中

2. 学会発表

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

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし