

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）

「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」

分担研究

精神医療の提供体制および実態把握に関する研究: NDB に関する報告

分担研究報告書

研究分担者 高瀬顕功（大正大学）

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

研究要旨

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

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

【結果及び考察】2013年から2019年にかけて、地位平均生活日数は向上しつつあるものの、90日時点の退院患者割合は低下していた。退院患者割合低下の一因として、退院割合が相対的に低い、認知症が主傷病の医療保護入院が増えていることが影響していると考えられる。また、第1回緊急事態宣言の前の期間（2013年4月から2020年3月）と、後の期間（2020年5月から2021年5月）を比較すると、精神科における月間外来患者延数が、15~19歳と20~24歳において増加していた。

【結論】精神医療提供の変化を可視化できる基盤を整備することができた。

A. 研究目的

第7次医療計画・第5期障害福祉計画以降「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を背景とした指標や目標値が掲げられることとなり、そのモニタリングが求められてきた。都道府県と市区町村は、疾患別の患者数などの指標について、全国と比較しながら地域の状況をモニタリングすることが推奨されている¹⁾。そのため基礎資料の一部が、これまで、レセ

プト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を活用して作成されてきた²⁾。

ここで、NDBとは、厚生労働省保険局が構築しているデータベースであり、日本全国の医療機関で行われている保険診療の請求書（レセプト）が蓄積されているものである。レセプトには、医薬品や入退院の情報等が記録されている³⁾。

本研究では、NDBを活用して、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標

の算出及び、新規のモニタリング指標を開発することを目的とした。

B. 研究方法

データ源

NDB を基に、2013 年 1 月から 2021 年 5 月の間に①精神病床入院、②精神科治療薬処方、③精神科専門療法、④精神科診断、⑤精神科管理に関する算定のある患者を特定した。適格基準に該当する者の、2013 年 1 月から 2021 年 5 月の診療行為（受診状況／精神科入院料／精神科加算／精神科専門療法／精神科管理/検査）／医薬品（精神科治療薬）／傷病名情報（精神科診断／慢性身体疾患診断）を観察した。

アウトカム指標

2019 年度に精神病床から退院した在院期間が 1 年未満の患者における退院後 1 以内の地域での平均生活日数を算出した。また、2019 年度に精神病床に入院した患者における、特定時点（90 日/180 日/365 日）の退院患者割合を算出した。さらに、入院形態区分と認知症区分ごとに、特定時点の退院患者割合を算出した。

入院受療率

2020 年度診療分の情報を基に、年齢区分と認知症区分ごとに、入院受療率（人口 10 万人あたりの 1 日平均在院患者数）を求めた。

診療行為/医薬品情報に基づく患者数

2020 年度診療分の情報を基に、表 1 に示す、診療行為/医薬品情報に基づく患者数と医療機関数を求めた。

傷病名情報に基づく患者数

2020 年度診療分の情報を基に、表 2 に示

す、傷病名情報に基づく患者数と医療機関数を求めた。

月間患者延数

2013 年 4 月から 2021 年 5 月の診療分の情報を基に、通院・在宅精神療法の算定を受けた患者延数を月ごとに求め、人口 10 万対月間外来患者延数を算出した。同様に、精神科関連入院料の算定を受けた患者延数を求め、人口 10 万対月間入院患者延数を算出した。

統計解析

各指標について、本研究班で算出した値と前研究班⁴⁾で算出した値を統合することで、経年変化を確認できるよう可視化した。

（倫理面への配慮）

NDB の利用申出に関する研究計画は、公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター倫理審査委員会の承認を得た（22H0005）。

C. 結果

アウトカム指標

地域平均生活日数について、全国の値と、都道府県のうち上位 2、下位 2 の都道府県の値の推移を図 1 に示す。全国の値は、2013 年から 2019 年にかけて、年々向上していた。都道府県単位で見ると、高知県のように、年ごとの値の差が大きな地域があることも確認された。

精神病床入院から 90 日時点の退院患者割合について、全国の値と、都道府県のうち上位 2、下位 2 の都道府県の値の推移を図 2 に示す。全国の値は、2013 年から 2019 年にかけて、年々低下していた。都道府県単位で見ると、最大値の滋賀県

(70.7%)と、最小値の山口県(48.3%)では、22.4ポイントの差があることが示された。

全国における精神病床への新規入院患者数について、認知症区分と入院形態区分ごとの値の推移を図3に示す。2013年から2019年にかけて、認知症が主傷病の医療保護入院による新規患者数が、23,747人から33,141人に増加していた。一方で、主傷病が認知症以外の任意入院による新規患者数が、158,139人から143,204人に減少していた。さらに、全国における精神病床入院から90日時点の退院患者割合について、認知症区分と入院形態区分ごとの値の推移を図4に示す。2013年から2019年にかけて、認知症が主傷病の医療保護入院における90日時点の退院患者割合が、43.3%から40.1%に低下していた。一方で、主傷病が認知症以外の任意入院における90日時点の退院患者割合が、70.2%から71.3%に向上していた。

入院受療率

入院受療率について、在院日数区分、年齢区分と認知症区分ごとに、全国の値と、都道府県のうち東京都と山口県の値の推移を図5から図7に示す。在院日数1~90日の入院受療率は、年齢と共に上がり、85歳以上がピークであり、2013年度から2020年度の間、98.4から109.1に増加していた(図5)。在院日数91~365日の入院受療率においも、同様の傾向が確認された(図6)。2020年度における在院日数366日以上入院受療率においては、85歳以上の認知症を有する患者が最も高く(313.9)、ついで、65~74歳の認知症を有さない患者(211.2)、75~84歳の認知症を有さない患者(149.0)、75~84歳の認知症を有する患者(134.7)であった(図7)。

在院日数366日以上入院受療率の地域差は、東京都と山口県では、約4倍の差があった(図7)。

診療行為/医薬品情報に基づく患者数

表1に示す42指標の集計結果を精神保健福祉資料のWebサイトに公表した⁵⁾。ここでは、例として、中枢神経刺激薬(付表4.34)について、可視化したものを図8に示す。中枢神経刺激薬を処方した医療機関数は、2013年から2019年にかけて増加していたものの、2020年に減少に転じていた。中枢神経刺激薬の処方を受けた患者数は、2013年から2019年にかけて増加していたものの、2020年に増加のトレンドが鈍化していた。ADHD治療薬に占める中枢神経刺激薬の割合は、2013年から2020年にかけて減少していた。都道府県単位で見ると、最大値の鳥取県(61.6%)と、最小値の沖縄県(29.8%)では、31.8ポイントの差があることが示された。

傷病名情報に基づく患者数

表2に示す11指標の結果を精神保健福祉資料のWebサイトに公表した⁵⁾。ここでは、例として、うつ・躁うつ病(付表5.2)の指標について、可視化したものを図9に示す。通院・在宅精神療法の算定を有するレセプトにうつ・躁うつ病の傷病名を有する人口10万対患者数は、2013年度から2020年度の間、2,068人から2,750人と、1.33倍増加していた。

主傷病に限定した人口10万対患者数は、1,111人から1,375人と、1.24倍増加していた。主傷病に限定した方が、増加の程度が小さかった。主傷病に限定した人口10万対患者数を都道府県単位で見ると、最大値の東京都(1,839人)と、最小値の

香川県 (784 人) では、約 1,000 人の差があることが示された。

入院患者数の変化は、外来患者数と比較すると、小さかった。

月間患者延数

人口 10 万対月間外来患者延数の推移を図 10 に示す。概ね全ての年齢層で、第 1 回緊急事態宣言の間 (2020 年 4 月 7 日から 5 月 25 日) に、外来患者数が顕著に減少していた。第 1 回緊急事態宣言の前の期間 (2013 年 4 月から 2020 年 3 月) と、後の期間 (2020 年 5 月から 2021 年 5 月) を比較すると、15~19 歳と 20~24 歳において、外来患者延数が増加していた (図 11)。

人口 10 万対月間入院患者延数の推移を図 12 に示す。69 歳以下の年齢層で、第 1 回緊急事態宣言の間に、入院患者数が顕著に減少していた。第 1 回緊急事態宣言の前の期間と、後の期間を比較すると、0~19 歳においては、入院患者延数の水準が僅かに下がっていたが、トレンドは変わらなかった (図 13)。20~24 歳においては、水準とトレンドの両者が下がっていた (図 13)。入院患者の減少傾向は、25 歳~69 歳においても観察された。

D. 考察

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

アウトカム指標

地位平均生活日数は向上しつつあるものの、90 日時点の退院患者割合は低下していた。退院患者割合低下の一因として、退院割合が相対的に低い、認知症が主傷病の

医療保護入院が増えていることが影響していると考えられる。

診療行為/医薬品情報に基づく患者数

ADHD 治療薬に占める中枢神経刺激薬の処方割合の低下は、厳格な流通管理策が求められない ADHD 治療薬が増加したこと (2009 年 6 月にアトモキセチン、2017 年 5 月にグアンファシンが販売開始)、従前よりも流通管理策が厳格化された

「ADHD 適正流通管理システム」が 2019 年 12 月 2 日より開始され、2020 年 7 月 1 日から必須となったことが影響していると考えられる^{6,7)}。

傷病名情報に基づく患者数

患者定義により、患者数は大幅に異なることが示された。うつ・躁うつ病の有病率は 2.78%、精神科への受療率は 20% と推計されているため⁸⁾、人口 10 万対患者数は約 540 人となる。すなわち、本研究で推計された患者数は、過大評価されている可能性が高い。

疾患によって、患者定義の蓋然性は大きく異なるため、傷病名情報に基づく患者数は参考程度の使用に留めるべきであろう。

月間患者延数

第 1 回緊急事態宣言の前後で、15~24 歳において外来患者延数が増加していた事実は、注視する必要がある。

E. 結論

本研究では、2013 年度から 2020 年度診療分の NDB を活用して、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標の算出及び、新規のモニタリング指標を開発することを目的とした。精神医療提供の変化を可視化できる基盤を整備することができた。

【文献】

- 1) 厚生労働省: 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き (2021 年度版) (<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/guide/r03-cccsguideline-all.pdf>), 2023, 閲覧日: 2023 年 4 月 28 日.
- 2) 吉田 光爾: 地域精神保健医療福祉資源分析データベース (<https://remhrad.jp/>), 2023, 閲覧日: 2023 年 4 月 28 日.
- 3) 厚生労働省: 匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報の提供に関するホームページ (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuohoken/reseptu/index.html), 閲覧日: 2023 年 4 月 23 日.
- 4) 高瀬顕功, 奥村泰之, 竹島正, 立森久照, 吉田光爾, 河野稔明, 高橋邦彦, 岡本基: 精神医療の提供と地域支援の連携に関する研究: NDB に関する報告書 (https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202118031A%E3%83%BCbuntan6_1.pdf), 2023, 閲覧日: 2023 年 4 月 23 日.
- 5) 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/>), 2023, 閲覧日: 2023 年 4 月 28 日.
- 6) 松本康弘: 大きく変わるコンサータの流通管理システム (<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/di/column/matsumoto/202002/563749.html>), 2020, 閲覧日: 2023 年 4 月 28 日.
- 7) 厚生労働省: メチルフェニデート塩酸塩製剤 (コンサータ錠 18mg、同錠

27mg 及び同錠 36mg) の使用にあたっての留意事項について (<https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T190909I0030.pdf>), 2019, 閲覧日: 2023 年 4 月 28 日.

- 8) Ishikawa, H., Tachimori, H., Takeshima, T. et al: Prevalence, treatment, and the correlates of common mental disorders in the mid 2010's in Japan: The results of the world mental health Japan 2nd survey. *J Affect Disord* 241: 554-562, 2018.

F. 研究危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1. 診療行為/医薬品と集計内容の対応

診療行為/医薬品	付表番号	対応
入院における治療抵抗性統合失調症治療薬（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料/クロザピン）	4.1	2
外来における治療抵抗性統合失調症治療薬（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料/クロザピン）	4.2	2
入院・外来における治療抵抗性統合失調症治療薬（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料/クロザピン）	4.3	2
精神科電気痙攣療法（閉鎖循環式全身麻酔）	4.4	1,2
認知療法・認知行動療法	4.5	2
児童・思春期精神科入院医療管理料	4.6	1
重度アルコール依存症入院医療管理加算	4.7	2
依存症集団療法	4.8	2
摂食障害入院医療管理加算	4.9	2
精神科救急入院料	4.10	2
精神病床における精神科身体合併症（精神科救急・合併症入院料/精神科身体合併症管理加算）	4.11	1,2
一般病床における精神科身体合併症（精神疾患診療体制加算/精神科疾患患者等受入加算）	4.12	2
精神科リエゾンチーム加算	4.13	1,2
精神疾患診断治療初回加算	4.14	2
救急患者精神科継続支援料	4.15	2
全年齢における精神科関連入院料	4.16	3
20歳未満における精神科関連入院料	4.17	2
高医師配置の精神科関連入院料（精神科救急入院料/精神科救急・合併症入院料/特定機能病院精神病棟入院基本料/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	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

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/アトモセチン塩酸塩/グアンファシン塩酸塩/リスデキサメフェタミンメシル酸塩カプセル）	4.33	3
中枢神経刺激薬（メチルフェニデート塩酸塩/リスデキサメフェタミンメシル酸塩カプセル）	4.34	3
認知症ケア加算	4.35	2
認知症ケア加算 1	4.36	3
認知症専門診断管理料	4.37	3
かかりつけ医における認知症医療（認知症地域包括診療料/認知症療養指導料/認知症専門医紹介加算/認知症専門医療機関連携加算）	4.38	3
せん妄ハイリスク患者ケア加算	4.39	4
精神科退院時共同指導	4.40	4
療養生活環境整備指導加算	4.41	4
ハイリスク妊産婦連携指導料	4.42	4
精神科訪問看護・指導料	4.43	2

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

表 2. 傷病名と集計内容の対応

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

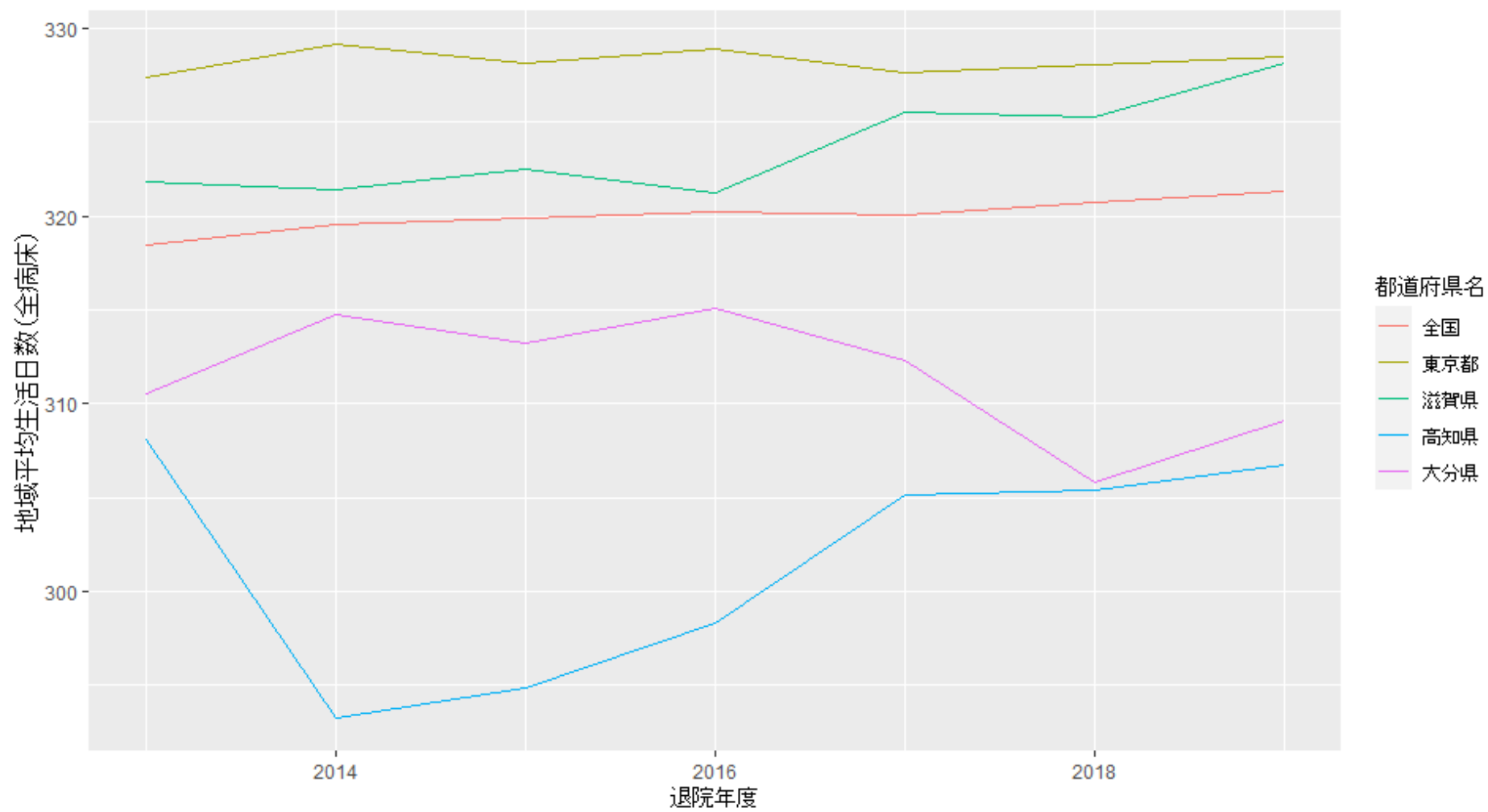


図 1. 地域平均生活日数の推移

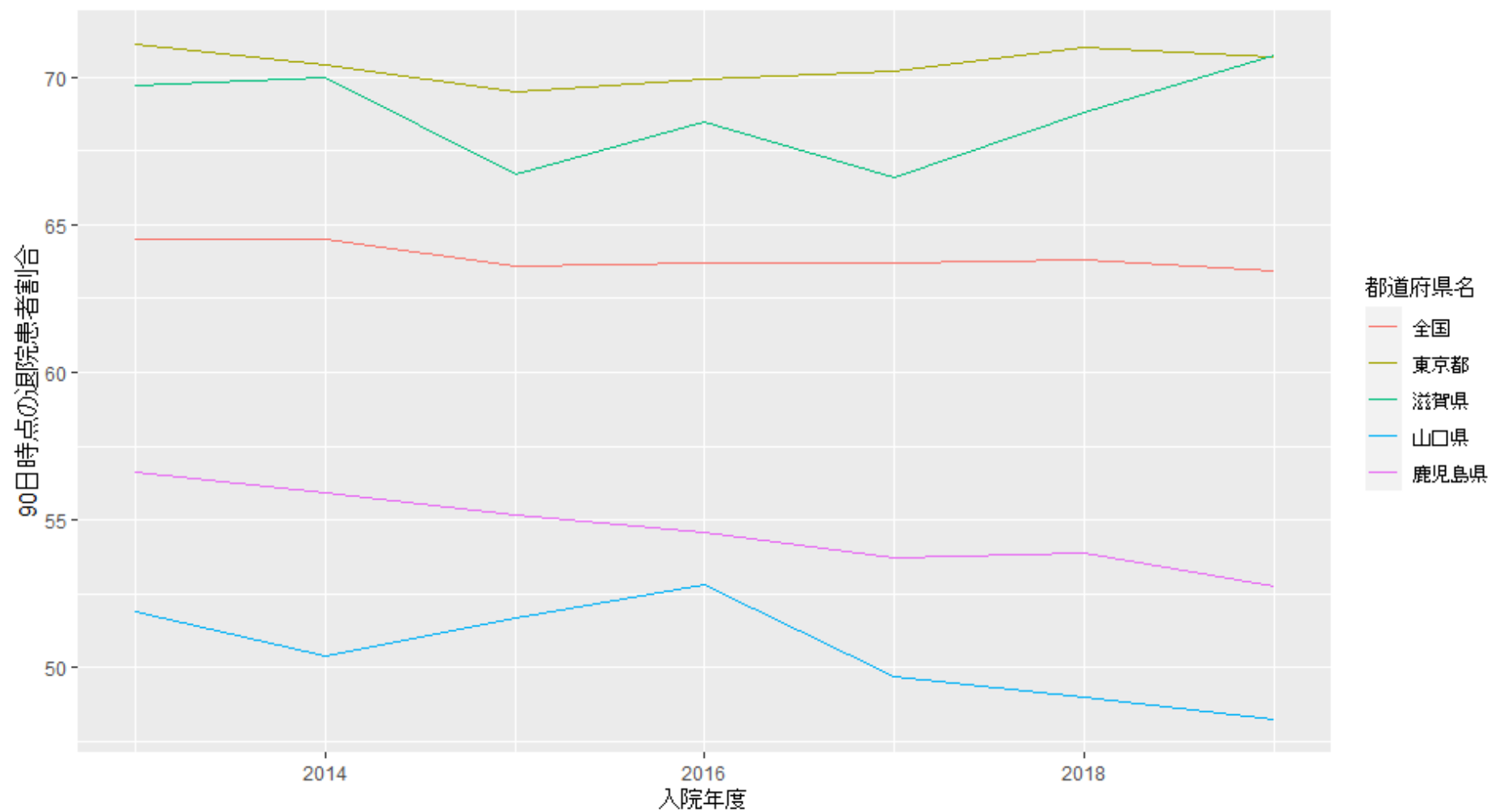


図 2. 精神病床入院から 90 日時点の退院患者割合

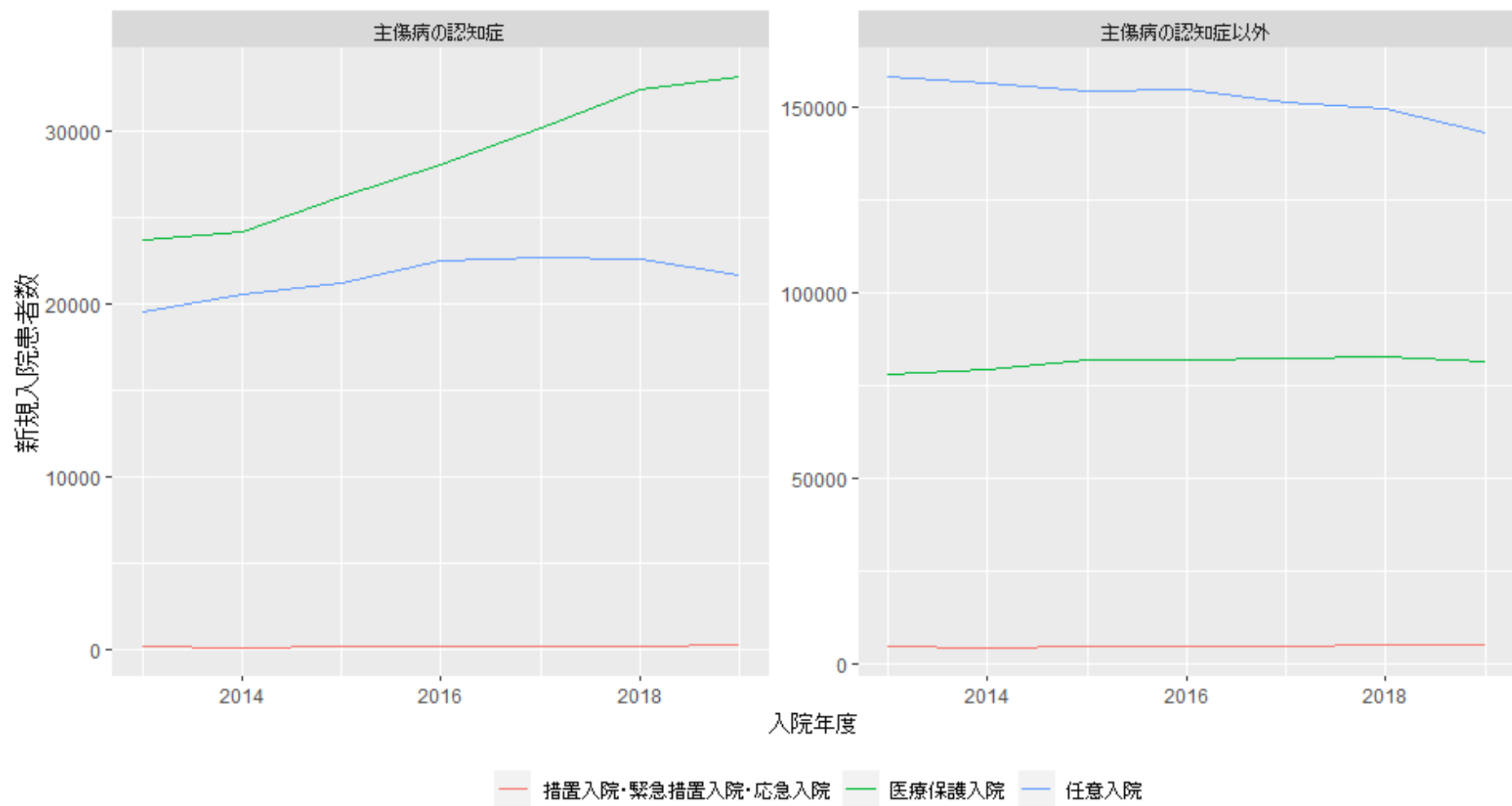


図 3. 認知症区分と入院形態区分ごとの精神病床への新規入院患者数

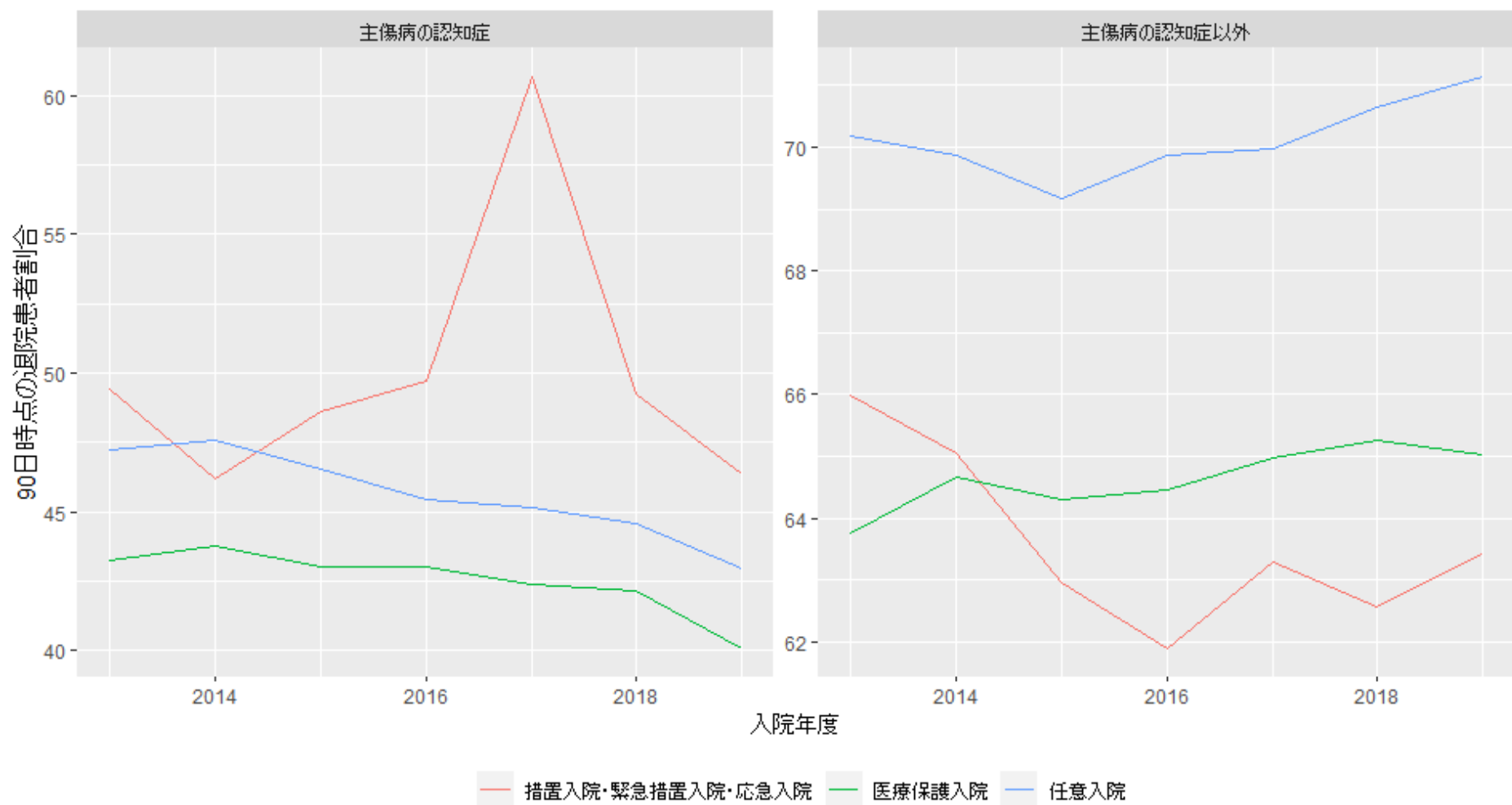


図 4. 認知症区分と入院形態区分ごとの精神病床入院から 90 日時点の退院患者割合

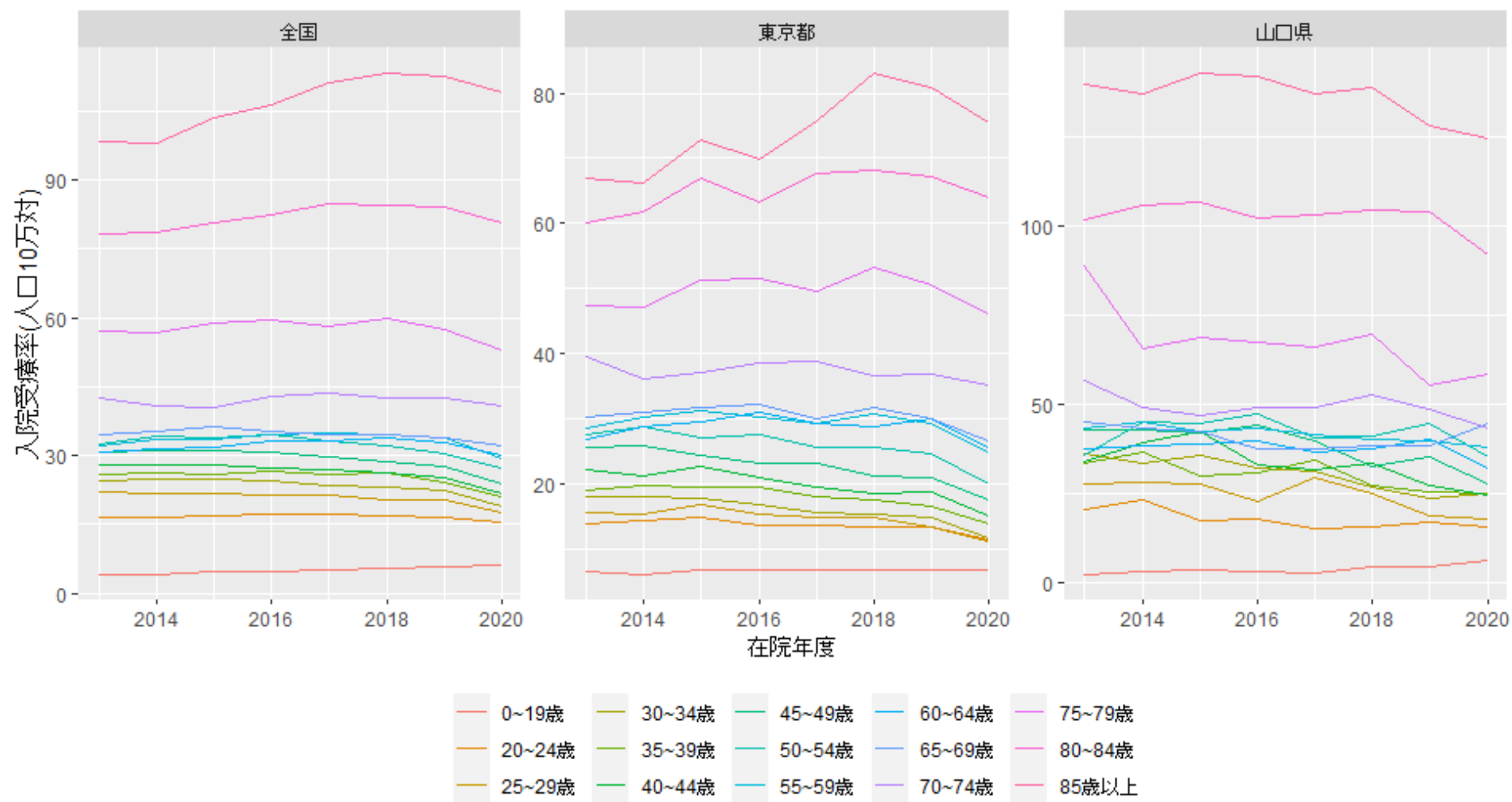


図 5. 年齢区分ごとの在院日数 1~90 日の入院受療率

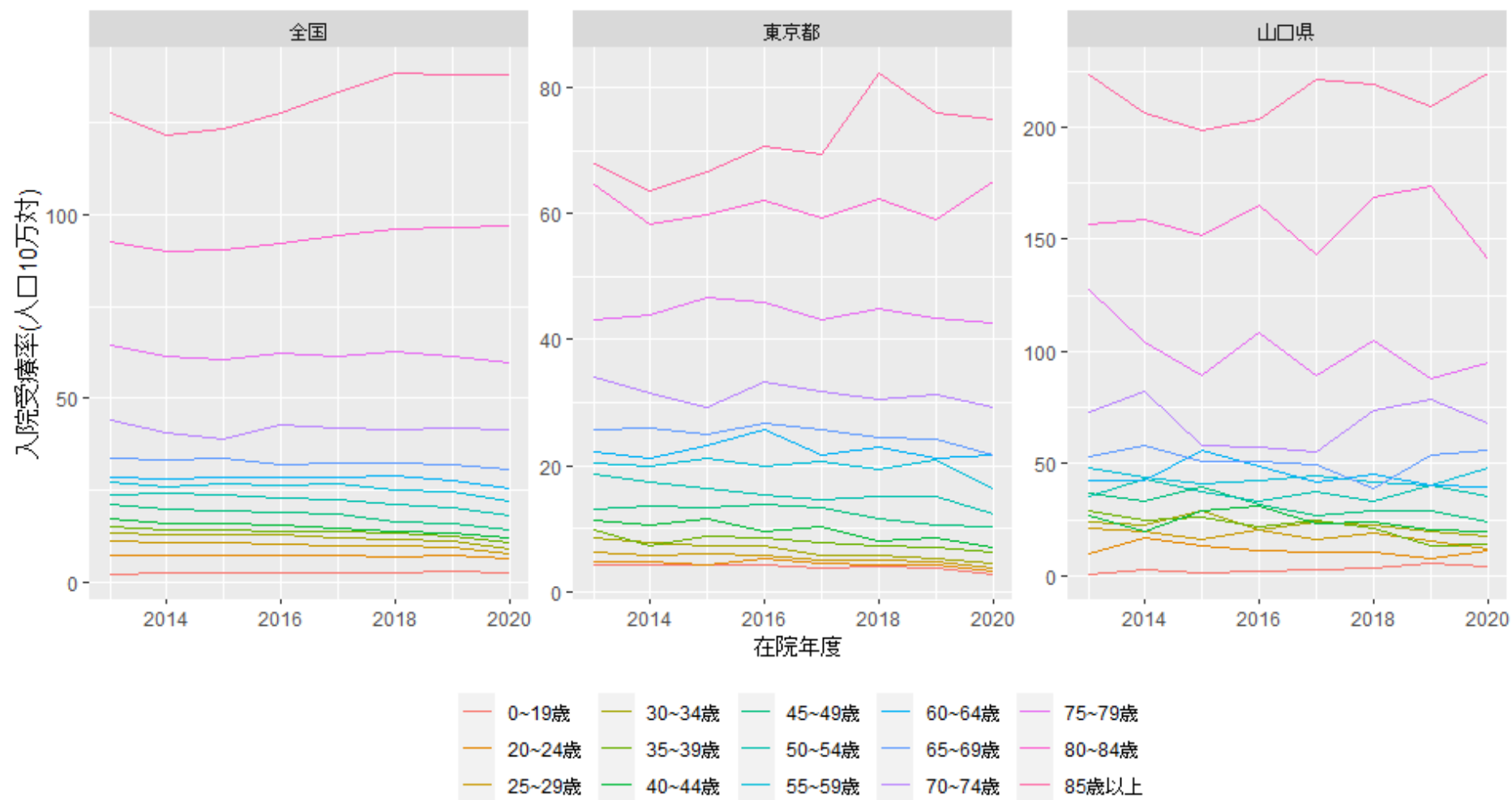


図 6. 年齢区分ごとの在院日数 91~365 日の入院受療率

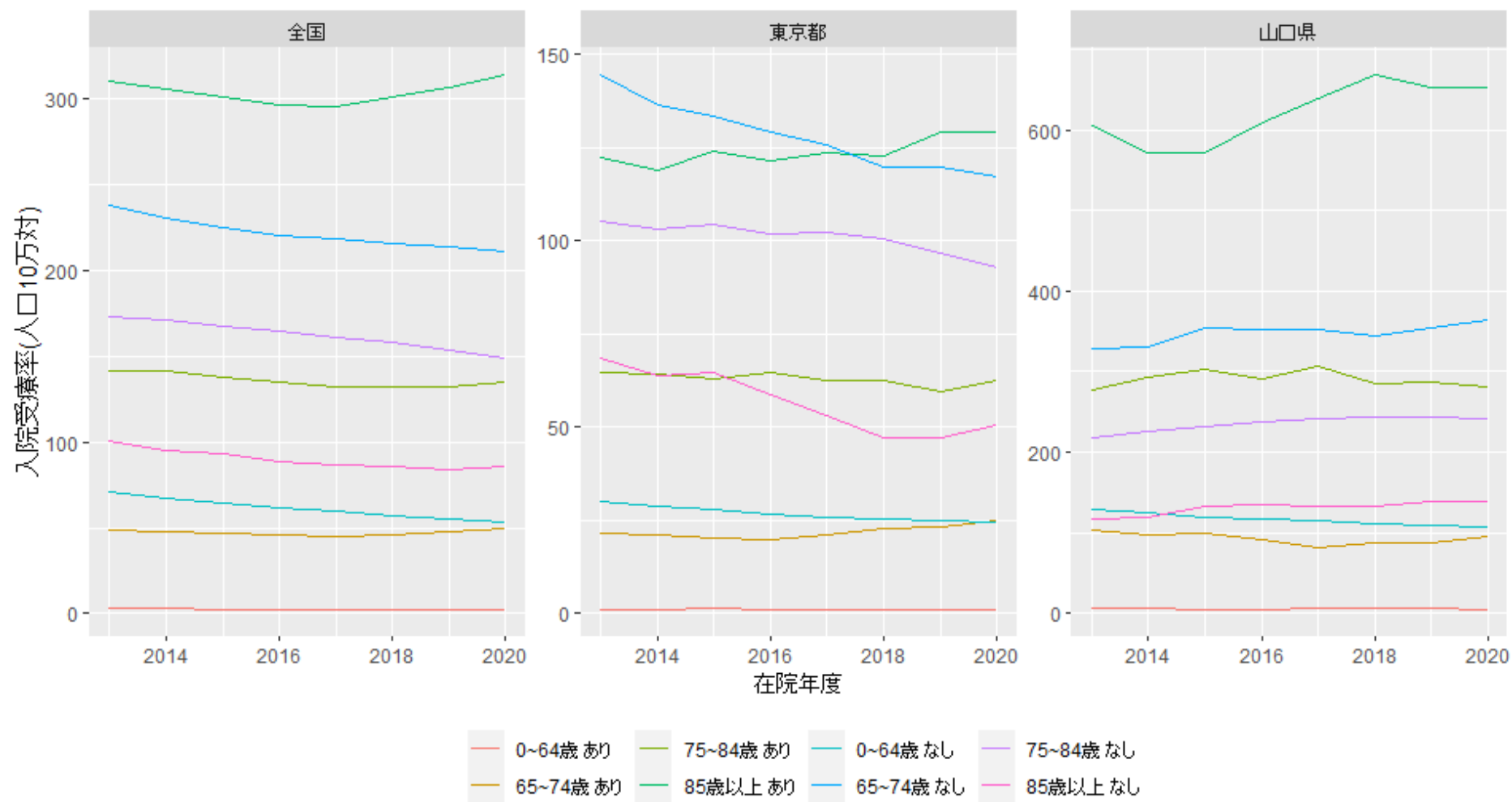


図 7. 認知症区分と年齢区分ごとの在院日数 366 日以上の入院受療率

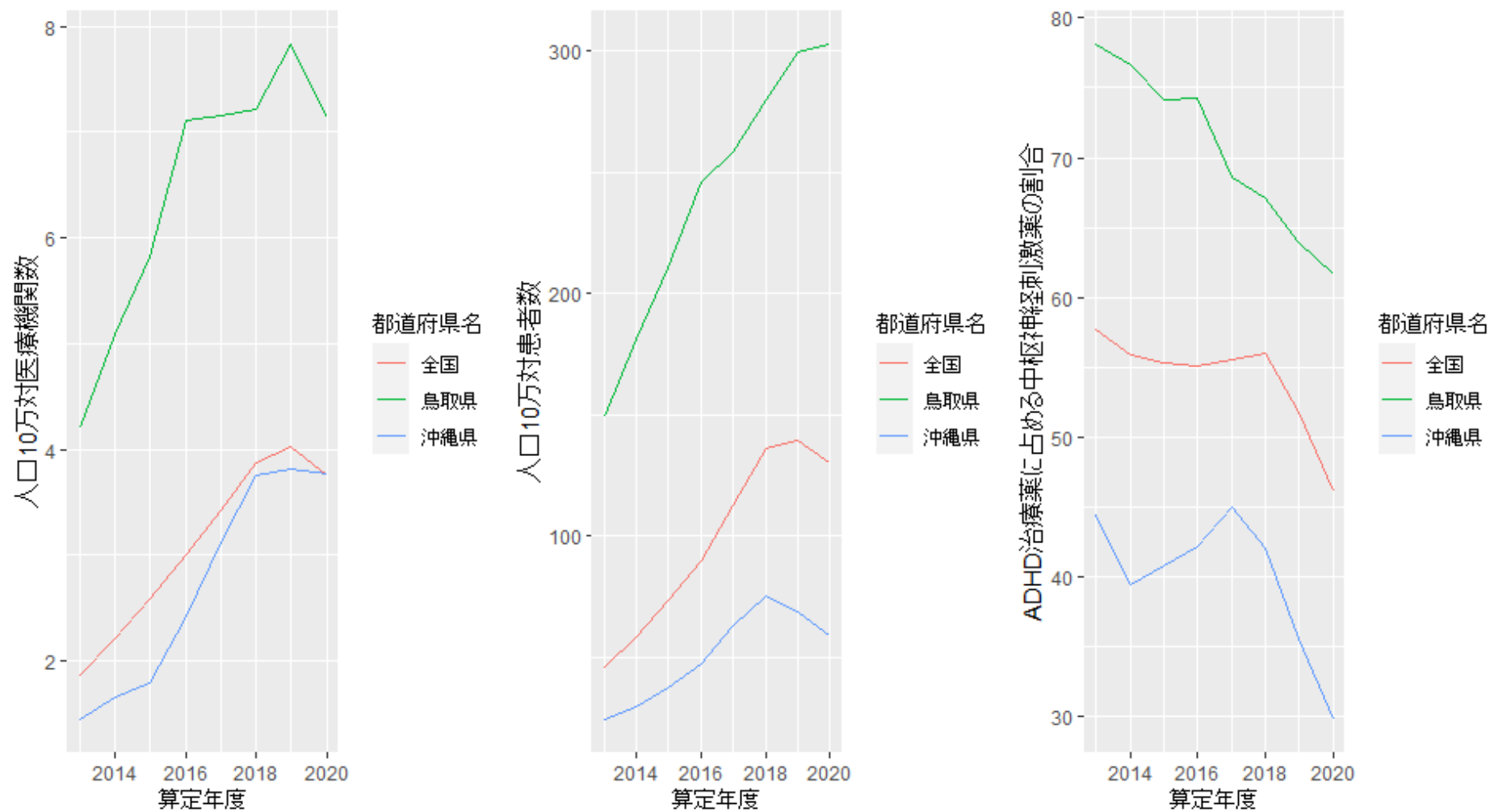


図 8. 中枢神経刺激薬の算定があった医療機関数、人口 10 万対患者数、ADHD 治療薬に占める中枢神経刺激薬の割合

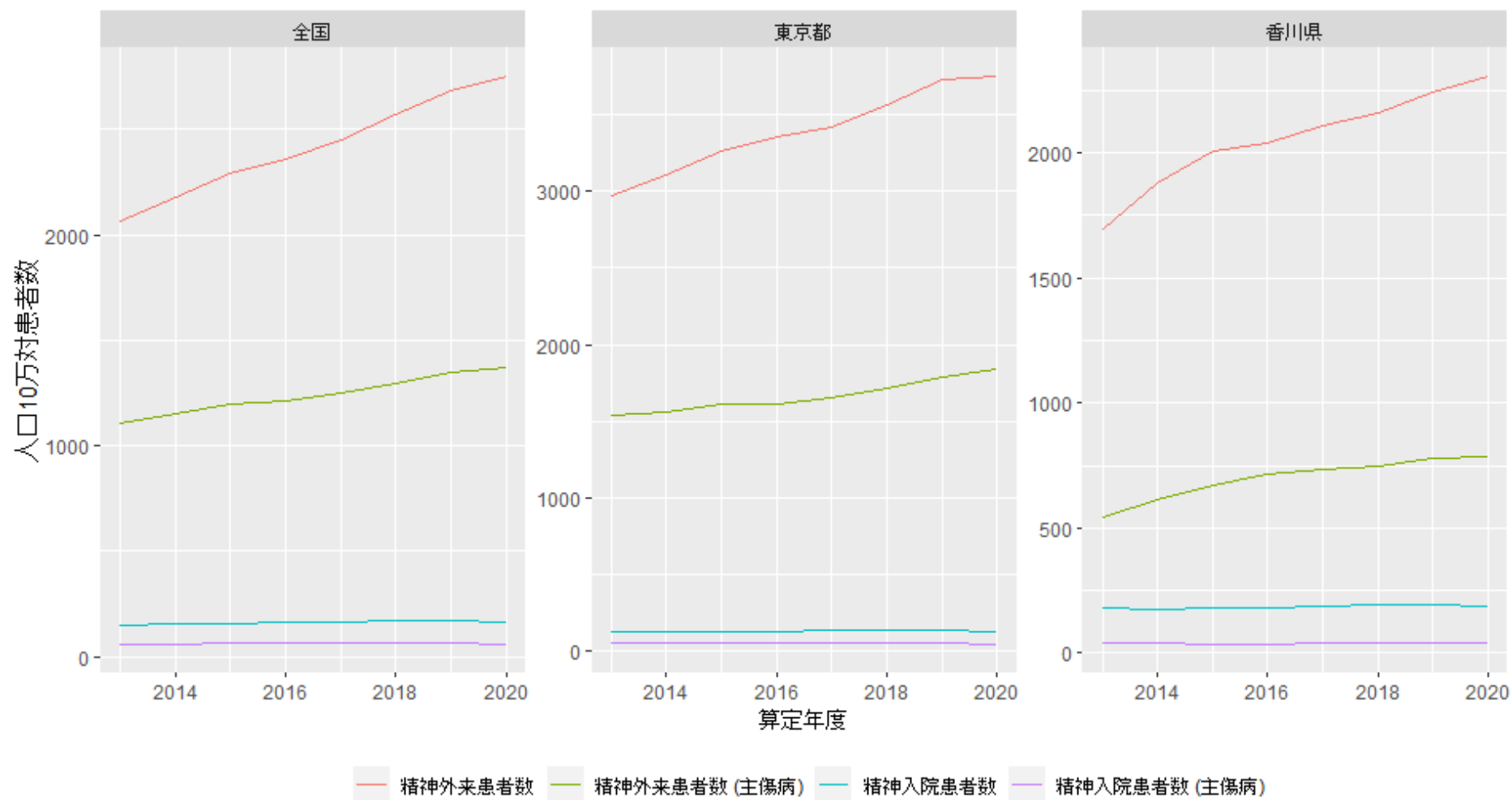
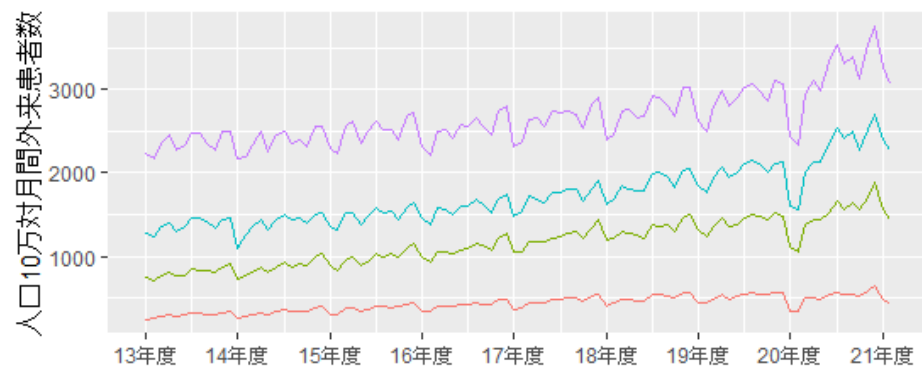
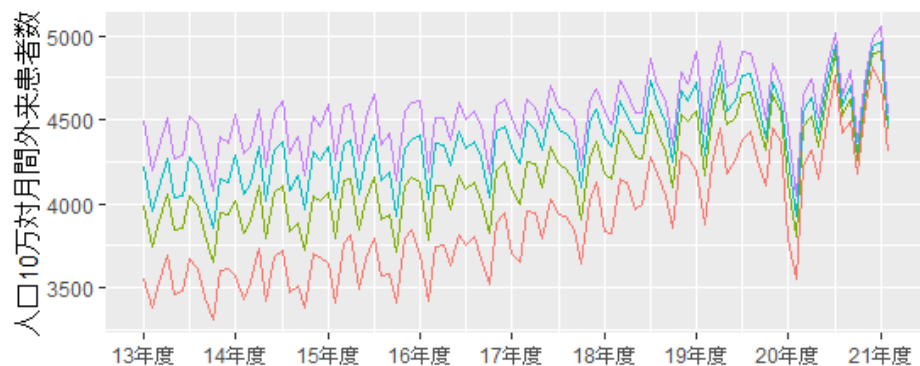


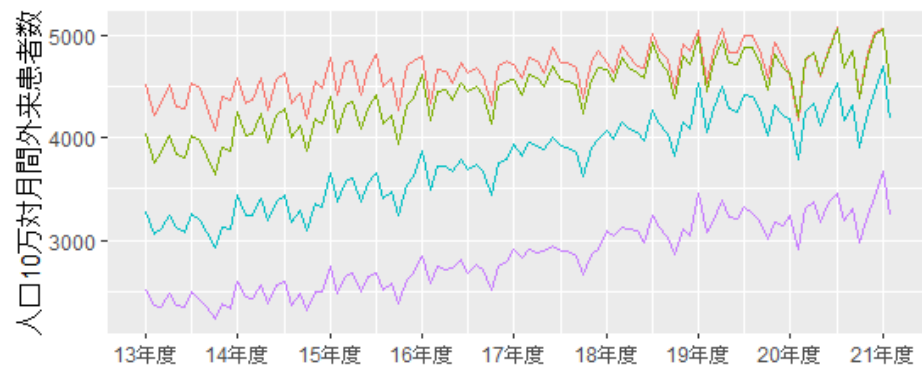
図 9. うつ・躁うつ病の精神科患者数



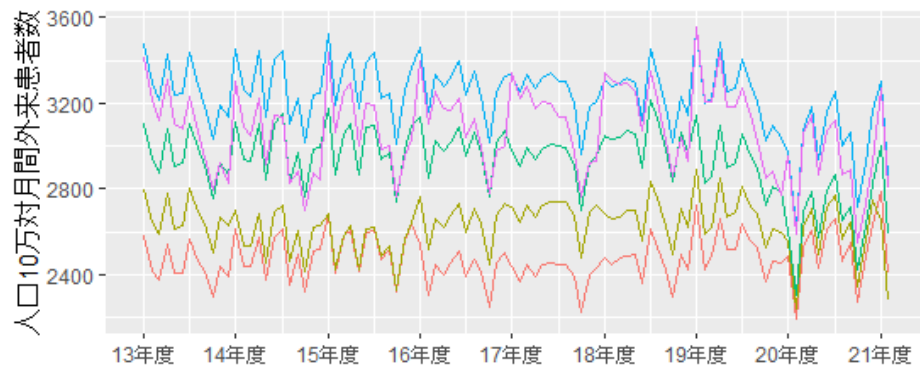
年齢区分 0~9歳 10~14歳 15~19歳 20~24歳



年齢区分 25~29歳 30~34歳 35~39歳 40~44歳



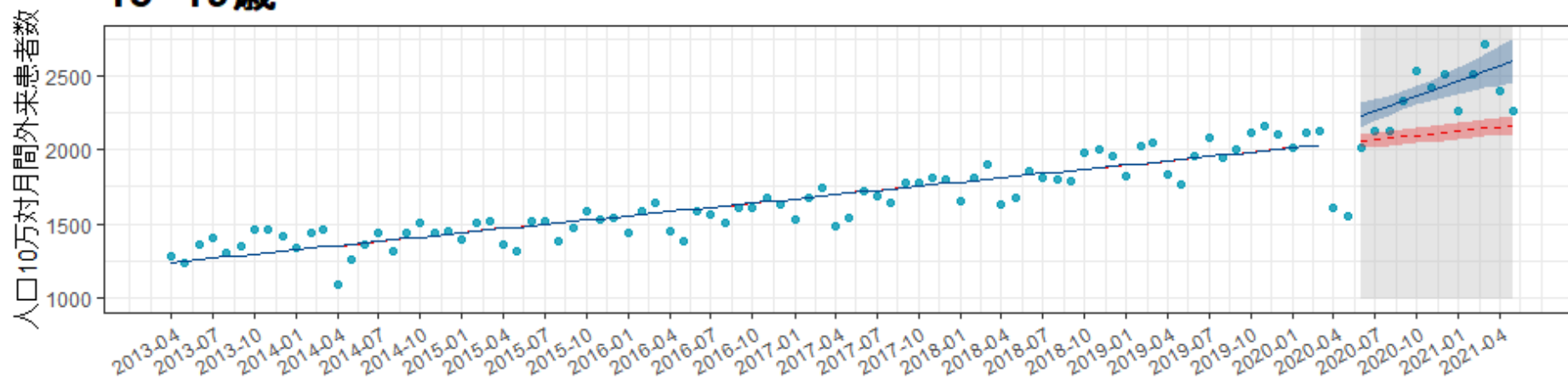
年齢区分 45~49歳 50~54歳 55~59歳 60~64歳



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

図 10. 外来患者延数

15~19歳



20~24歳

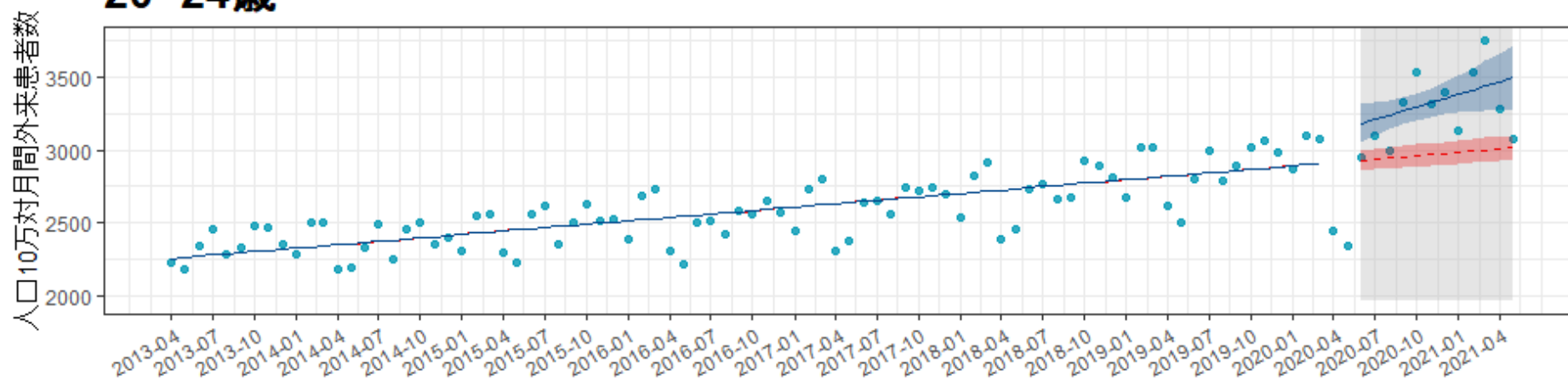
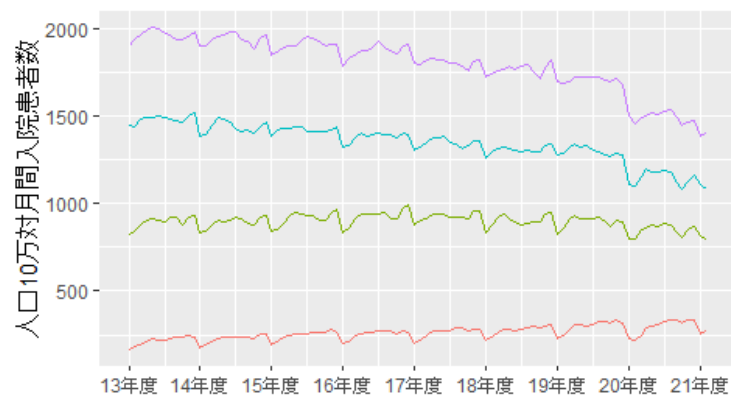
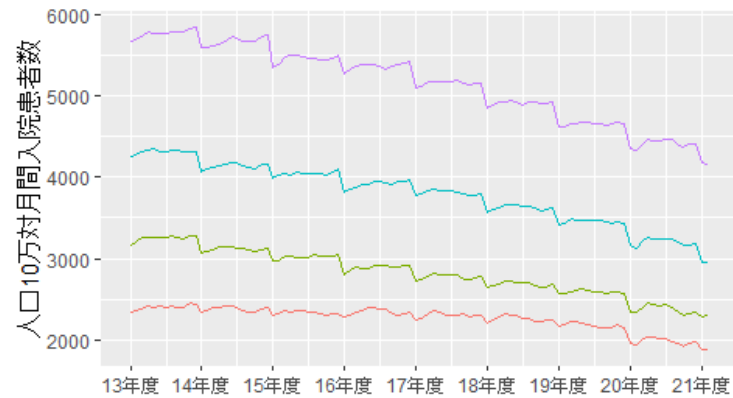


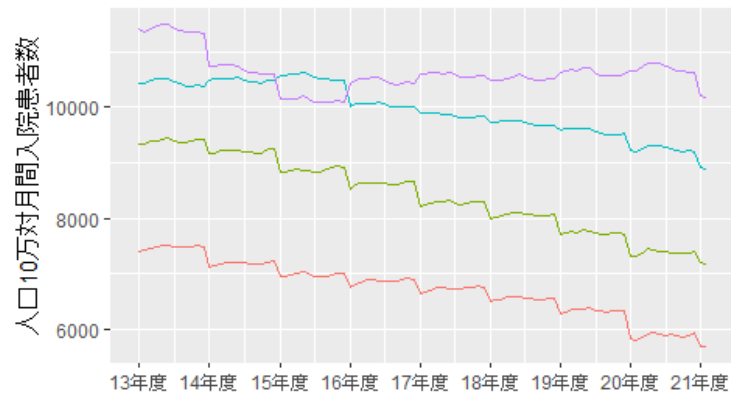
図 11. 15~19歳と20~24歳における外来患者延数



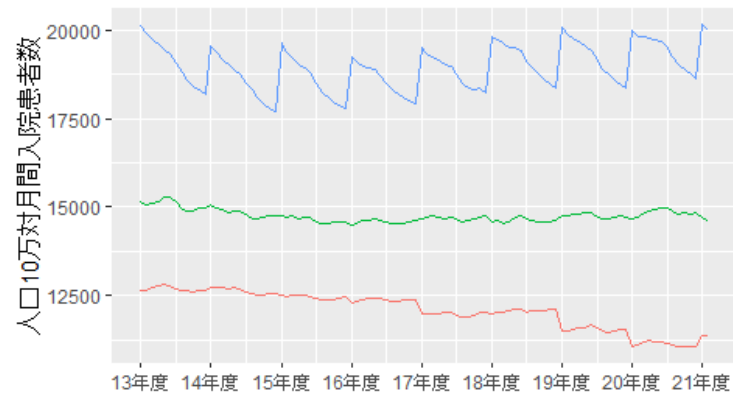
年齢区分 0~19歳 20~24歳 25~29歳 30~34歳



年齢区分 35~39歳 40~44歳 45~49歳 50~54歳



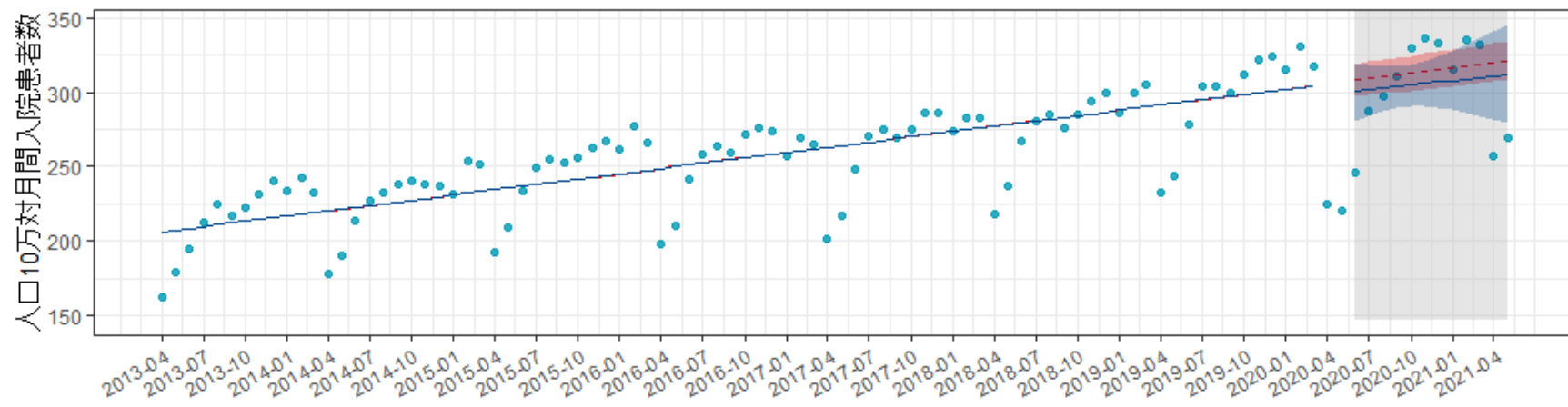
年齢区分 55~59歳 60~64歳 65~69歳 70~74歳



年齢区分 75~79歳 80~84歳 85歳以上

図 12. 入院患者延数

0~19歳



20~24歳

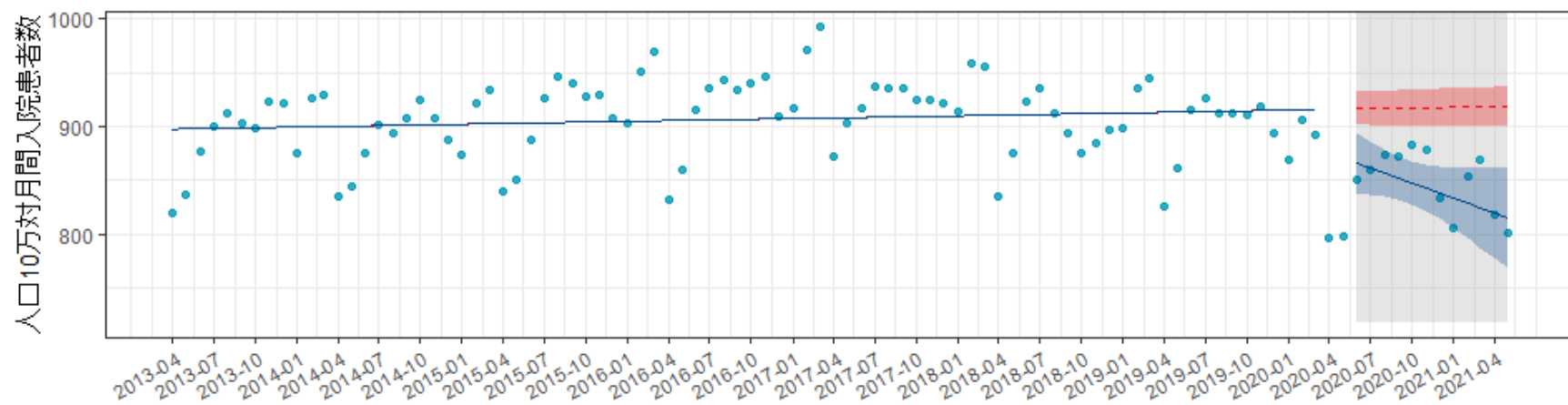


図 13. 0~19歳と20~24歳における入院患者延数