

厚生労働科学研究費(障害者政策総合研究事業)
良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究
分担研究報告書

良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究

研究分担者 黒田直明(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所)

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

研究要旨

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

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

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

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

A. 研究目的
「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」(以

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

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

また、「にも包括」を推進していくためには、その進捗を各自治体が効率的に把握していくことが求められている。本研究の主たる目的であり、過去年度において作成をした第8次医療計画の指標例やその把握のためのデータも「にも包括」推進の一翼を担っており、各都道府県・市区町村が利活用しやすい形でのデータ提供を行うことで、各自治体で現状のモニタリングや中間見直しに向けた議論を促進することも本研究班全体の役割である。

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

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

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

療)の対象にも含まれる³。

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

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

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

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

B. 研究方法

1. 「てんかん」外来患者数の比較

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

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

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

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

(一部抜粋)となっている。

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

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

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

2. NDB による通院・在宅精神療法と精神科専門療法の患者数の比較

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

(倫理面への配慮)

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

C. 研究結果

1. 「てんかん」外来患者数

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

NDB による「てんかん」指導料の算定患者数は、

498.3 人であった。

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

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

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

2. NDB による通院・在宅精神療法と精神科専門療法の患者数の比較

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

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

D. 考察

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

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

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

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

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

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

E. 結論

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

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

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

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

該当なし

2 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

I. 引用文献

1. 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について
(令和5年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知(令和5年6月29日一部改正))

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

2. 障害者手帳について 精神障害者保健福祉手帳
厚生労働省 HP

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

3. 自立支援医療制度の概要 厚生労働省 HP

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/jiritsu/gaiyo.html

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

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

5. 令和5年患者調査

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

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

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

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

表 1 人口 10 万人当たりの患者数

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

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

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

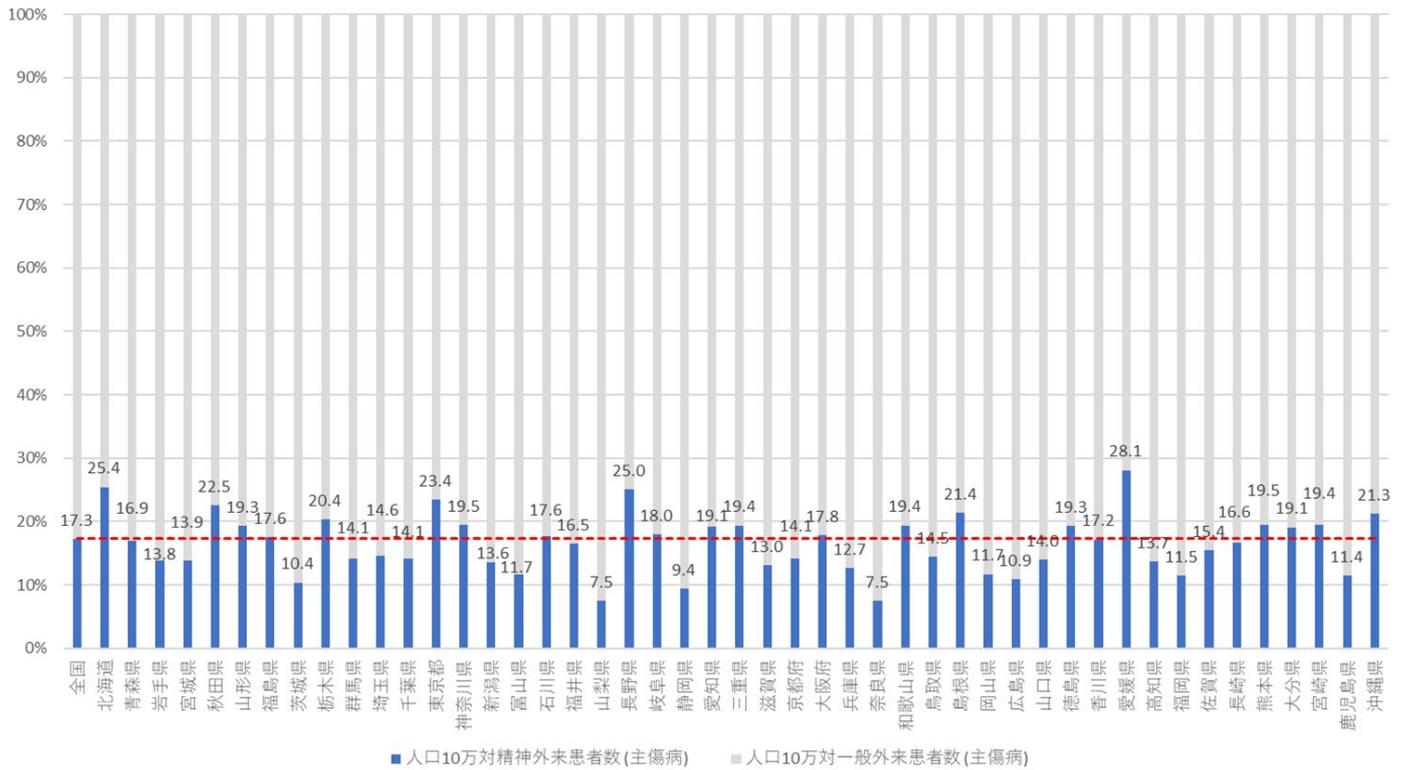


図1 都道府県別 人口10万人当たりの「てんかん」が主傷病の外来患者数(精神・一般別)

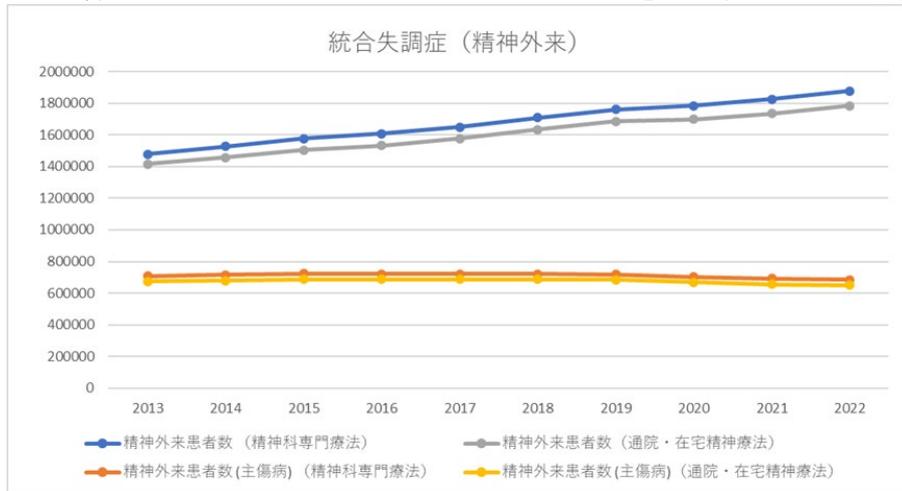


図2 NDB 精神科専門療法の算定と通院・在宅精神療法の算定の比較(統合失調症)

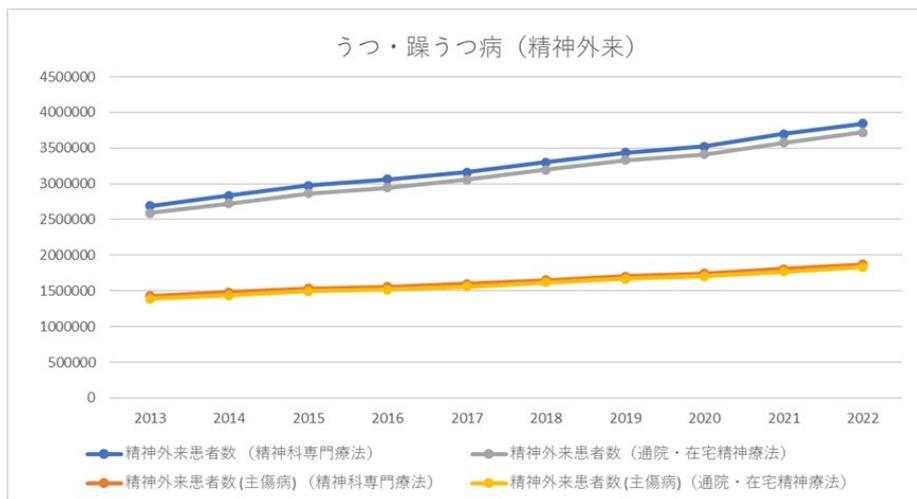


図3 NDB 精神科専門療法の算定と通院・在宅精神療法の算定の比較(うつ・躁うつ病)

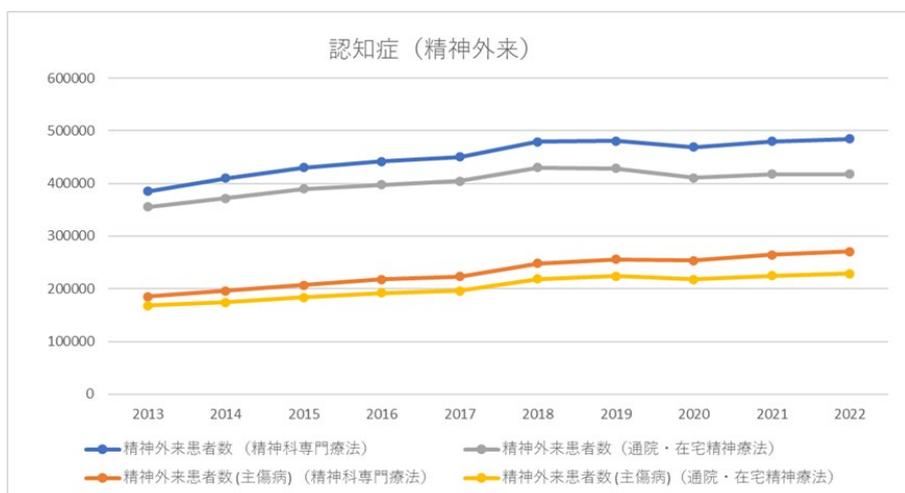


図4 NDB 精神科専門療法の算定と通院・在宅精神療法の算定の比較(認知症)

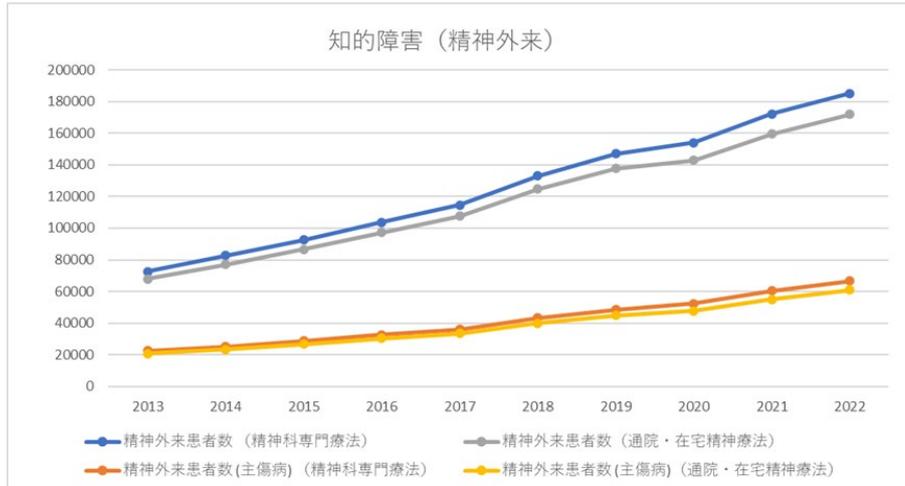


図5 NDB 精神科専門療法の算定と通院・在宅精神療法の算定の比較(知的障害)

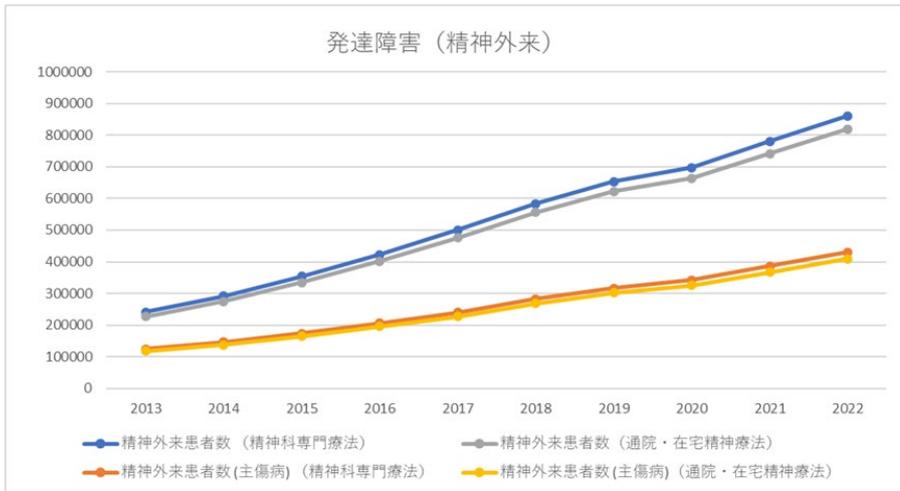


図 6 NDB 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較(発達障害)

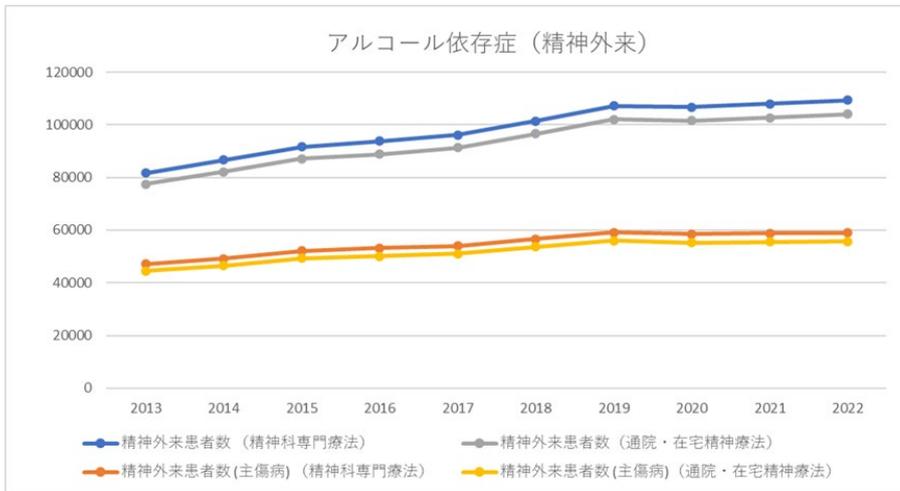


図 7 NDB 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較(アルコール依存症)

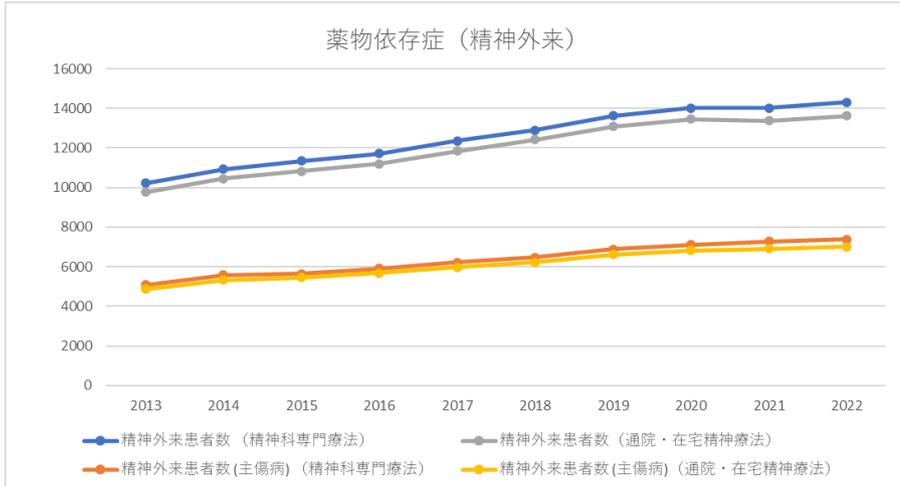


図 8 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較(薬物依存症)

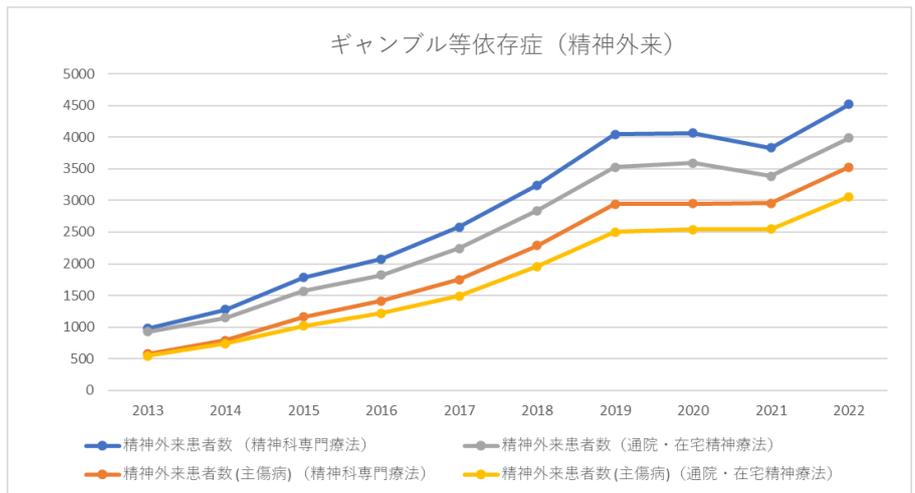


図 9 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較(ギャンブル等依存症)

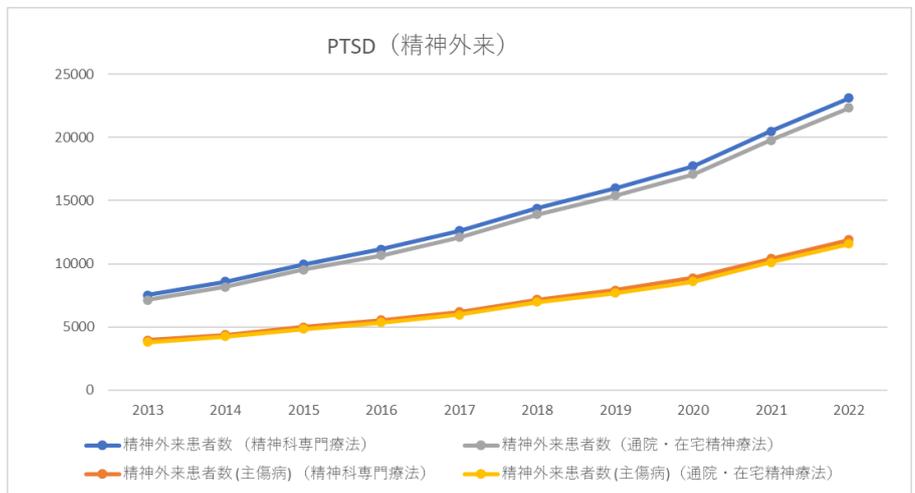


図 10 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較(PTSD)

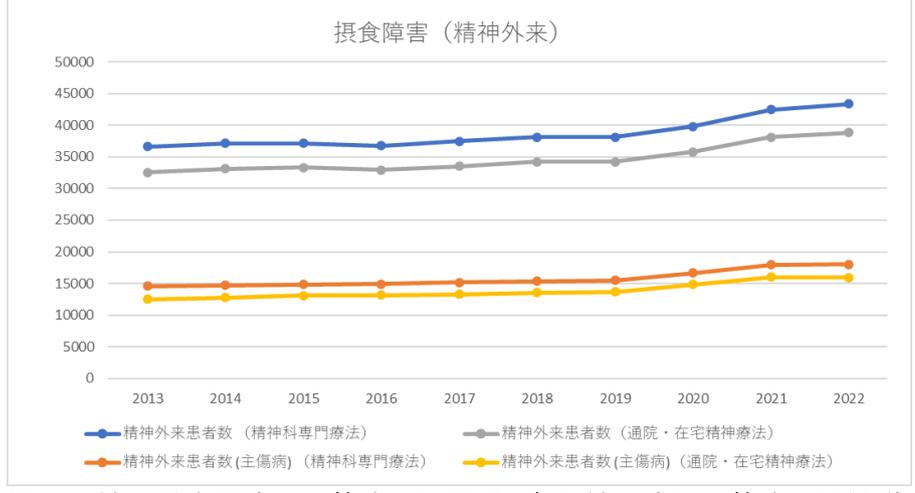


図 11 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較(摂食障害)

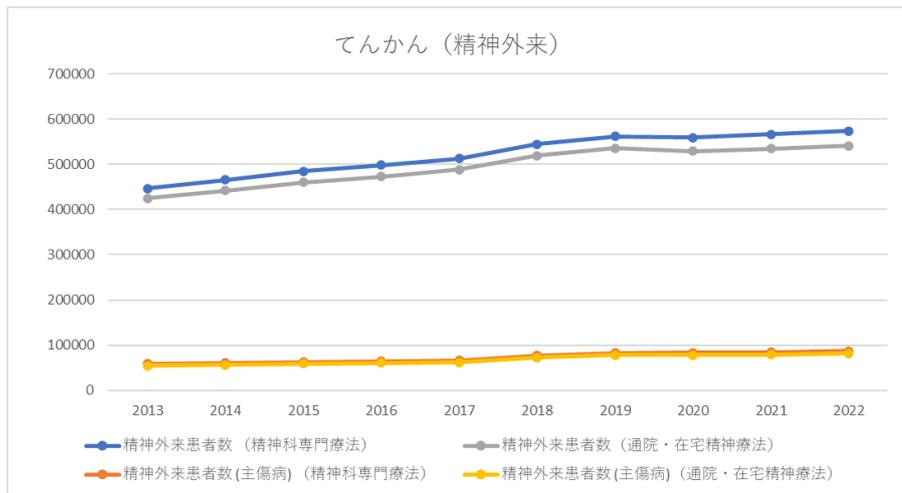


図 12 精神科専門療法の算定 と 通院・在宅精神療法の算定の比較(「てんかん」)