

令和6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）、臼田 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、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2023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 データを抽出した。

【結果及び考察】2013年度から2021年度の入退院患者を観察した結果、地域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の変動は小さいことが示された。2022年度における入院受療率は、年齢と共に上がり、85歳以上の認知症を有する患者が最も高いことが確認された。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2023年3月）を比較すると、第1回緊急事態宣言の前後で、一部の年齢層において、入院患者数が減少し、外来患者数が増加していた。

【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、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⁾。

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

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 2023 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 2023 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

2021 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 年以内の地域での平均生活日数を算出した。また、2021 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、入院日の病床区分ごとに、特定時点の退院患者割合を算出した。

診療行為/医薬品情報に基づく患者数

2022 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。付表 4.55~4.58 が本年度の研究班において、新規に開発した指標となる。

傷病名情報に基づく患者数

2022 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

2022 年度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、本年度の研究班で算出した値と前年度までの研究班³⁻⁶⁾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、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. 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 年度から 2021 年度にかけて、向上していた。都道府県単位でみると、山梨県と鳥取県のように、全国平均を上回る年や下回る年が混在する地域があることも確認された。

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。地域平均生活日数と同様の傾向が確認された。

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 3 に示す。全国の値は、2013 年度から 2021 年度にかけて変動は小さかった。都道府県単位でみると、最大値の和歌山県

(72.8%)と、最小値の山口県(49.7%)では、23.1ポイントの差があることが示された。365日時点の退院患者割合でも、この差は16.1ポイントあった。

精神病床への新規入院患者数と特定時点の退院患者割合について、病床区分ごとの値の推移を図4に示す。新規入院患者数は、精神病棟15対1入院基本料が最も多く、ついで、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料、認知症治療病棟入院料の順であった。90日時点の退院患者割合は、精神科救急入院料が最も高く、認知症治療病棟入院料が最も低いことが示された。また、認知症治療病棟入院料の退院患者割合は、2013年度から2021年度にかけて、36.0%から29.1%に、6.9ポイント低下していた。同様の傾向は、365日時点の退院患者割合でも確認された。

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、全国の値の推移を図5に示す。すべての在院日数区分において、入院受療率は、年齢と共に上がり、85歳以上がピークであった。2022年度における入院受療率は、85歳以上の認知症を有する366日以上在院の患者が最も高く(314.8)、ついで、65~74歳の認知症を有さない366日以上在院患者(195.3)、75~84歳の認知症を有さない366日以上在院患者(151.8)、85歳以上の91~365日在院患者(141.5)であった。

診療行為/医薬品情報に基づく患者数

表1に示す58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⁶⁾。ここでは、例として、認知症ケア加算1(付表4.36)について、可視化したものを

図6に示す。全国において認知症ケア加算1を算定した医療機関数と患者数は、2016年度から2022年度にかけて増加していた。認知症ケア加算(1あるいは2)の算定を受けた患者数に占める、認知症ケア加算1の算定を受けた患者数の割合は、2016年度から2022年度にかけて、18.1%から28.2%に、10.1ポイント上昇していることが確認された。都道府県単位でみると、最大値の島根県(49.5%)と、最小値の香川県(6.4%)では、43.1ポイントの差があることが示された。

また、中枢神経刺激薬(付表4.34)について、可視化したものを図7に示す。中枢神経刺激薬を処方した医療機関数は、2013年度から2019年度にかけて増加していたものの、2020年度に減少に転じていた。また、中枢神経刺激薬の処方を受けた患者数は、2013年度から2019年度にかけて増加していたものの、2020年度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年度から2022年度にかけて減少していた。

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⁶⁾。

精神外来の患者数集計に用いる疾患定義として、診療行為の区分番号(精神科専門療法/通院・在宅精神療法)と主傷病区分(あり/なし)の4パターンを用いて、疾患ごとの外来患者数を求めた(図8; 図9)。診療行為の区分番号による精神外来の患者数の推定に与える影響は、認知症、ギャンブル等依存症、摂食障害において相対的に大きいことが示された(12%~16%増)。ただし、精神外来の患者数の推定に与える影響は、診療行為の区分番号よりも主傷病区

分の方が、相対的に大きいことが確認された (28%~660%増)。

月間患者延数

人口 10 万対月間入院患者延数の推移を図 10 に示す。一部の年齢層 (例えば、25~29 歳、30~34 歳) 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、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 (2013 年 4 月から 2020 年 3 月) と、後の期間 (2020 年 5 月から 2023 年 3 月) を比較すると、一部の年齢層 (例えば、25~29 歳、30~34 歳、35~39 歳) において、入院患者数が減少していた (図 11)。

人口 10 万対月間外来患者延数の推移を図 12 に示す。概ね全ての年齢層で、第 1 回緊急事態宣言の間に、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と、後の期間を比較すると、一部の年齢層 (例えば、15~19 歳、20~24 歳、25~29 歳、30~34 歳、35~39 歳) において、外来患者数が増加していた (図 13)。

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

地域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の変動は小さかった。入院時の病床区分により、早期の退院患者割合は、大きく異なることが示された。

入院受療率

入院受療率は、年齢と共に上がり、85 歳以上の認知症を有する患者が最も高かった。

診療行為/医薬品情報に基づく患者数

認知症ケア加算の算定 1 の算定を受けた患者数は、年々増加していた。このことは、一般病院における認知症ケアの体制整備が進展していることが示唆される。

ADHD 治療薬に占める中枢神経刺激薬の割合は、年々減少していた。このことは、ADHD 治療薬の中で、中枢神経刺激薬に選択的な規制が導入されていることが一因と考えられる^{7,8)}。

傷病名情報に基づく患者数

疾患定義により、精神外来患者数の推定は、大幅に異なることが示された。精神外来患者の定義として、精神科専門療法を用いる場合は、通院・在宅精神療法を用いる場合と比べて、認知症、ギャンブル等依存症、摂食障害の患者数が、12%~16%増えることが示された。これは、精神科デイ・ケア、精神科訪問看護・指導料や心身医学療法の算定があるものの、通院・在宅精神療法の算定がない患者が一定数存在することを含意する。

ただし、精神外来患者数の推定は、診療行為の区分番号よりも、主傷病区分の方が、相対的に大きいことが確認された。主傷病区分の利用は、疾患により蓋然性が異なることが想定されるため (例: 認知症では主傷病に限る蓋然性はないけれども、統合失調症では主傷病に限る方が自然であろう。)、バリデーション研究の推進が必要である。

月間患者延数

第1回緊急事態宣言の前後で、一部の年齢層において、入院患者数が減少し、外来患者数が増加していた。この施策による、精神疾患を有する患者への明らかな受療行動の変動が、自殺などより重篤なアウトカムにも影響を及ぼしているか、確認することが求められよう。

E. 結論

本研究では、2013年度から2022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://nimohoukatsu.mhlw.go.jp/archive/guide/r03-cccsguideline-all.pdf>), 2023, 閲覧日: 2025 年 5 月 19 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) 高瀬頭功, 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: 令和 3 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)「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」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), 2022, 閲覧日: 2025 年 5 月 19 日.
- 4) 高瀬頭功, 奥村泰之, 臼田謙太郎, 黒田 直明, 西 大輔: 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」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 (https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202218056A-buntan4.pdf), 2023, 閲覧日: 2025 年 5 月 19 日.
- 5) 高瀬頭功, 奥村泰之, 臼田謙太郎, 黒田 直明, 西 大輔: 令和 5 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」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 (https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202317045A-buntan3_0.pdf), 2024, 閲覧日: 2025 年 5 月 19 日.
- 6) 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/>), 2025, 閲覧日: 2025 年 5 月 19 日.
- 7) 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/20202/563749.html>), 2020, 閲覧日: 2025 年 5 月 19 日.
- 8) 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.pmda.go.jp/files/000231397.pdf>), 2019, 閲覧日: 2025 年 5 月 19 日.

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

3. その他

なし

2. 実用新案登録

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/特定機能病院精神科棟入院基本料/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（精神科棟入院基本料/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/リスデキサンプエ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/リスデキサンプエ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

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

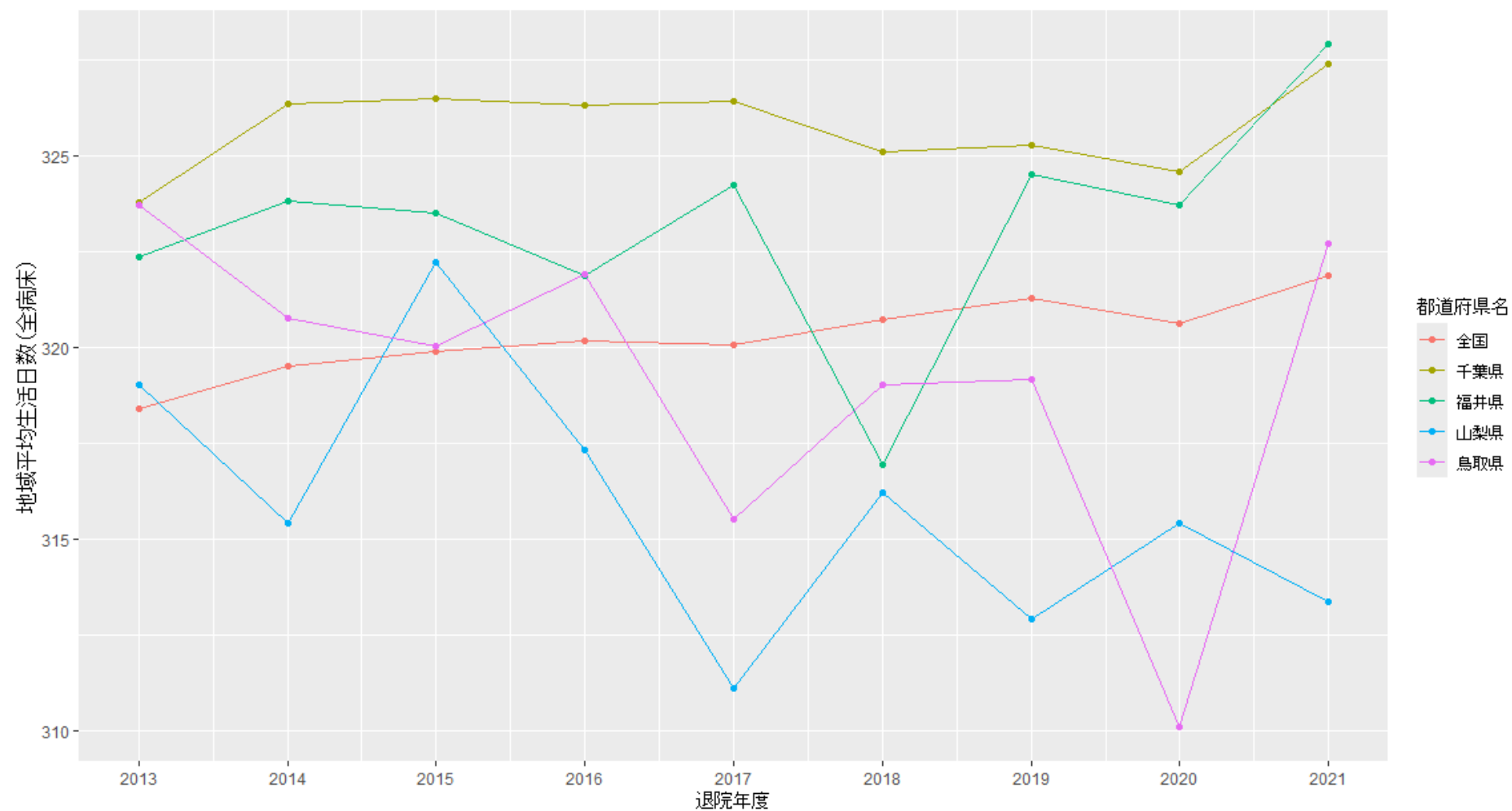


図 1. 地域平均生活日数の推移

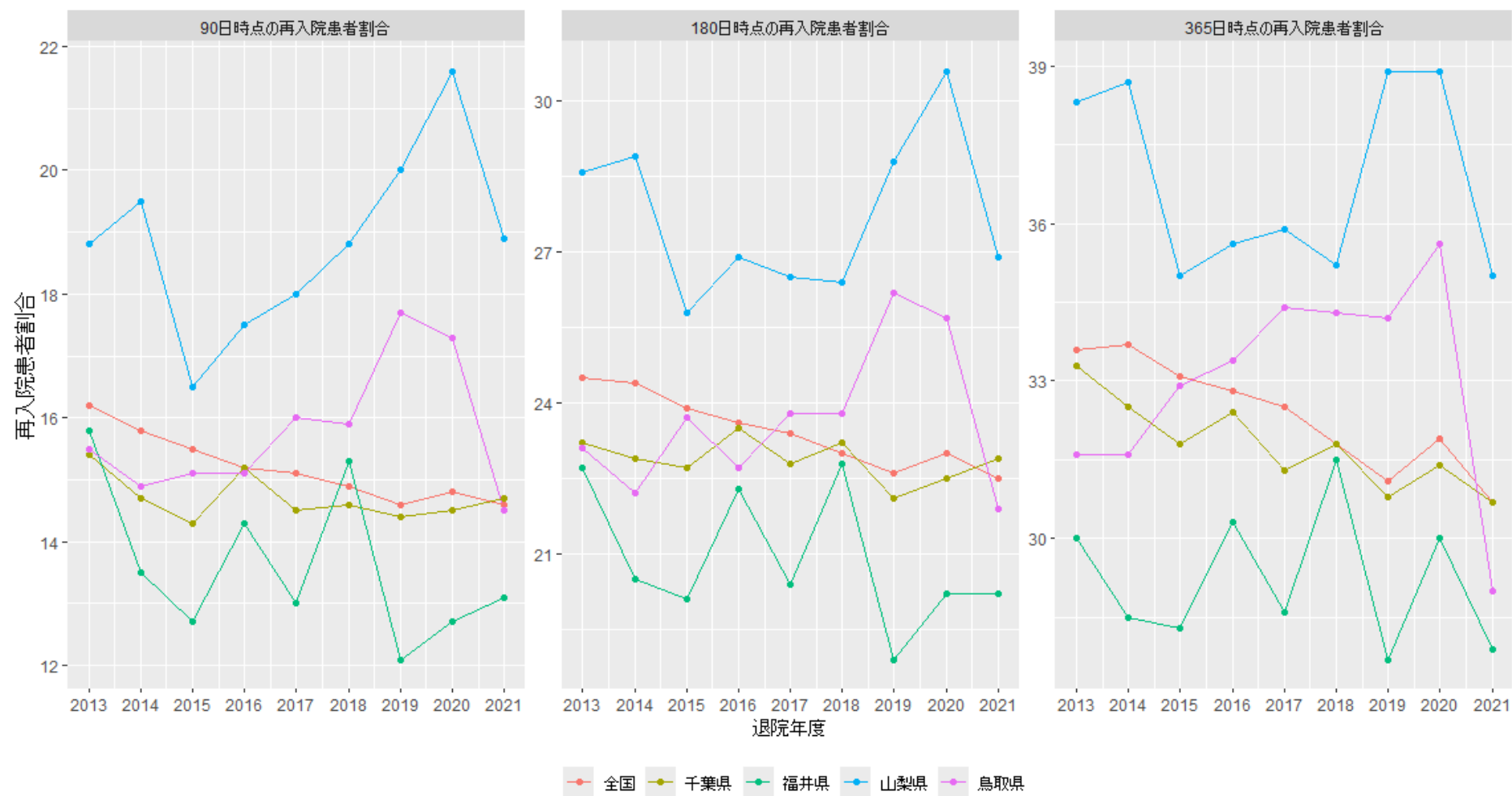


図 2. 特定時点の再入院患者割合の推移

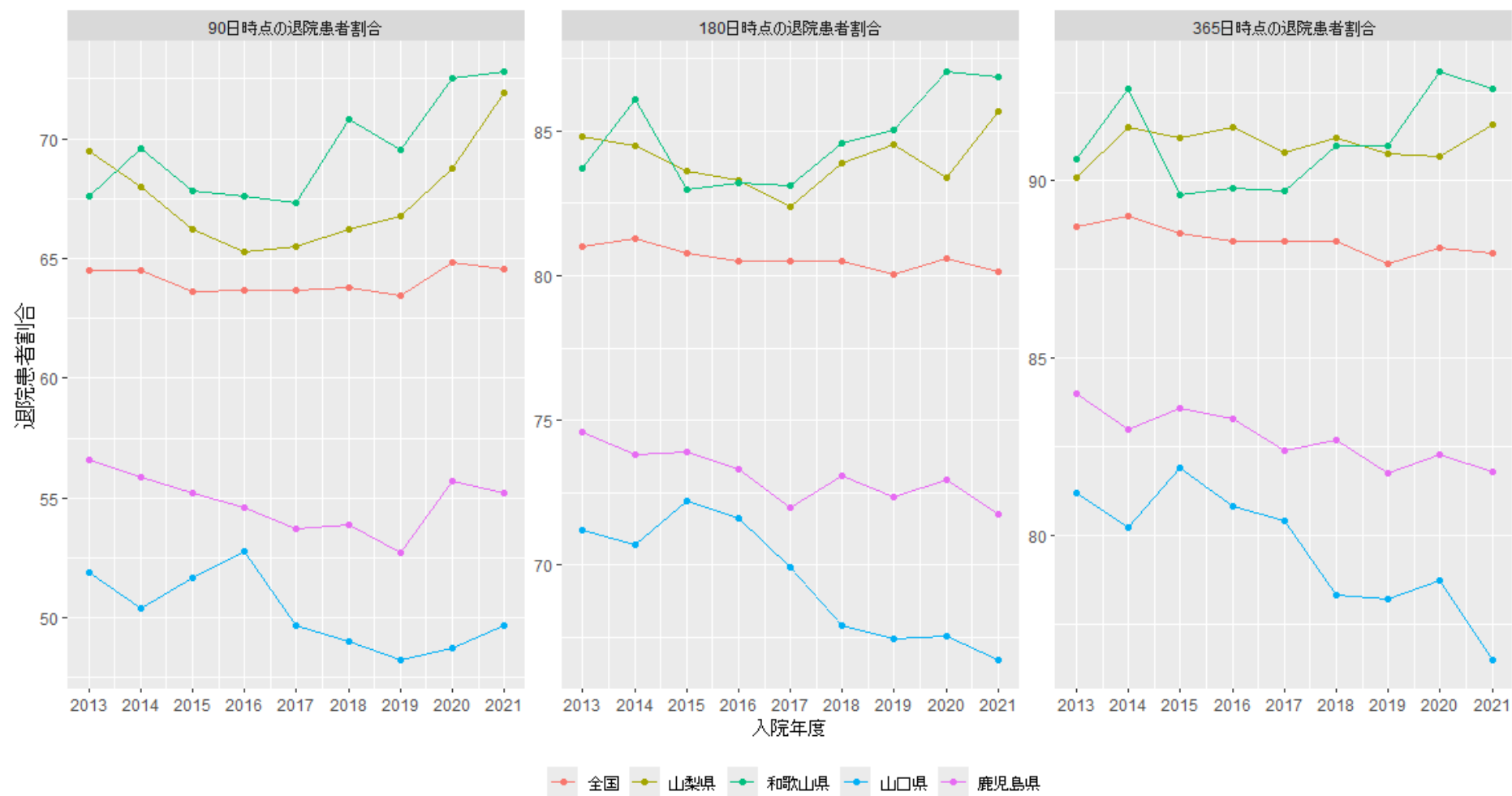


図 3. 精神病床入院から特定時点の退院患者割合

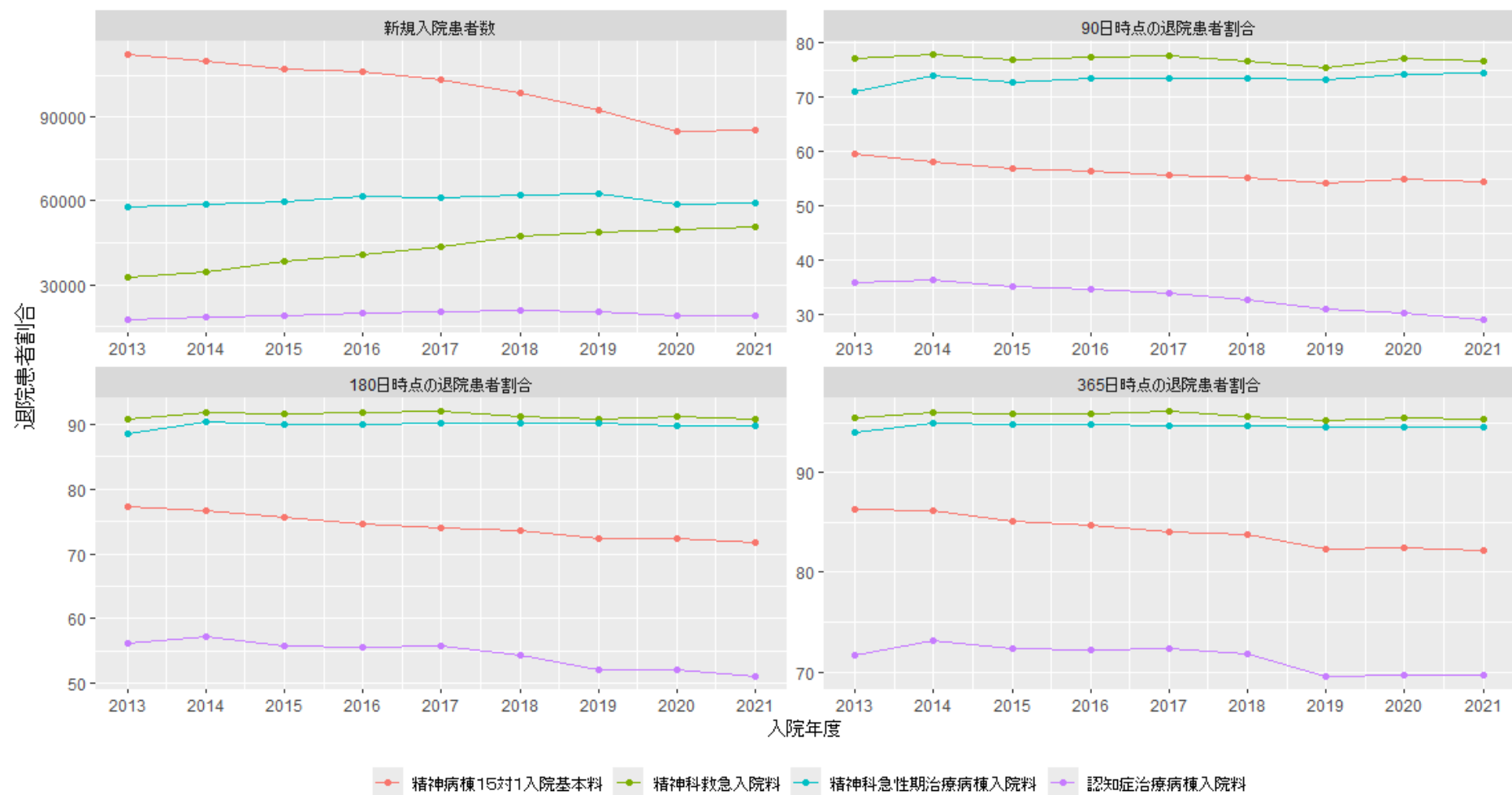


図 4. 病床区分ごとの精神病床への新規入院患者数と特定時点の退院患者割合

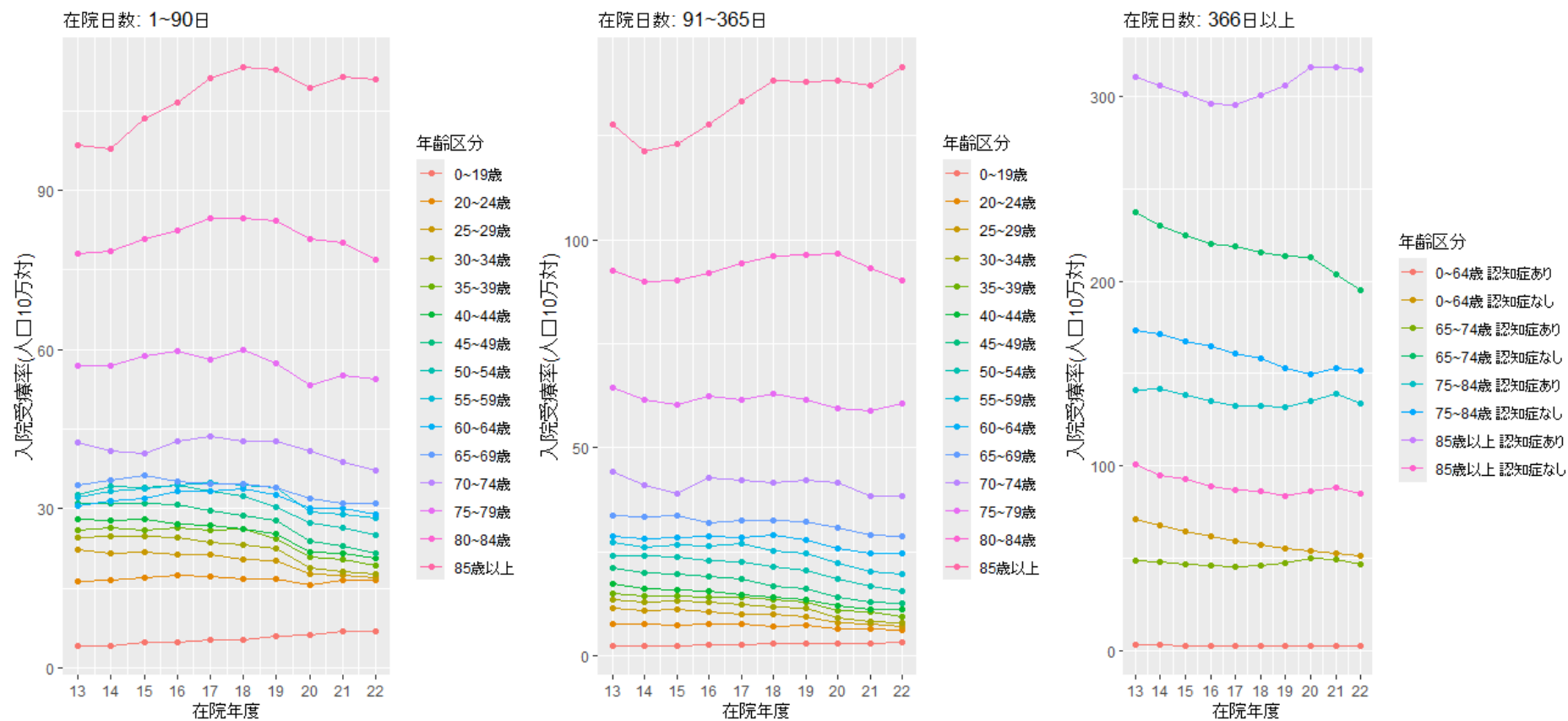


図 5. 年齢区分・在院日数・認知症区分ごとの入院受療率

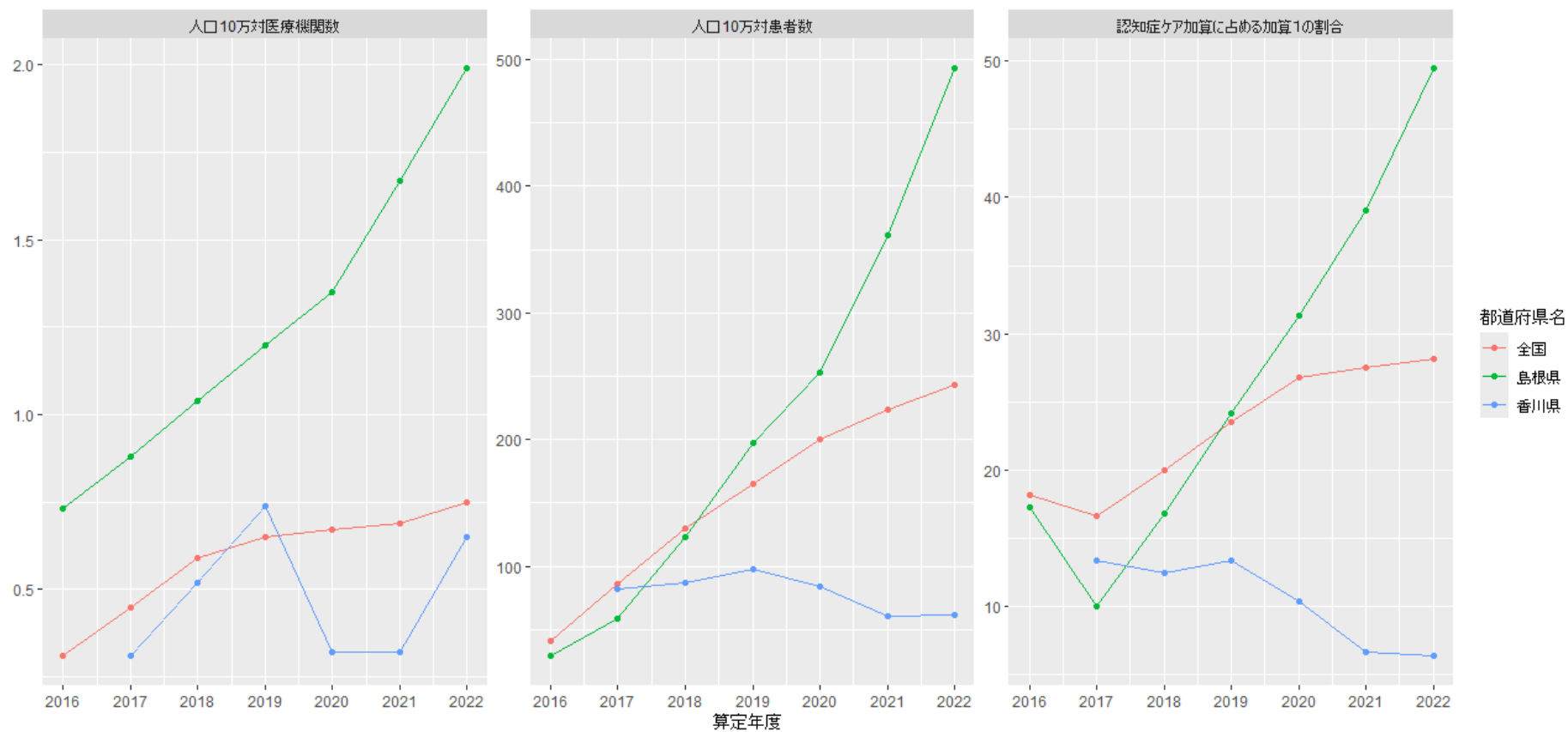


図 6. 認知症加算 1 の算定があった人口 10 万対医療機関数、人口 10 万対患者数、認知症ケア加算に占める加算 1 の割合

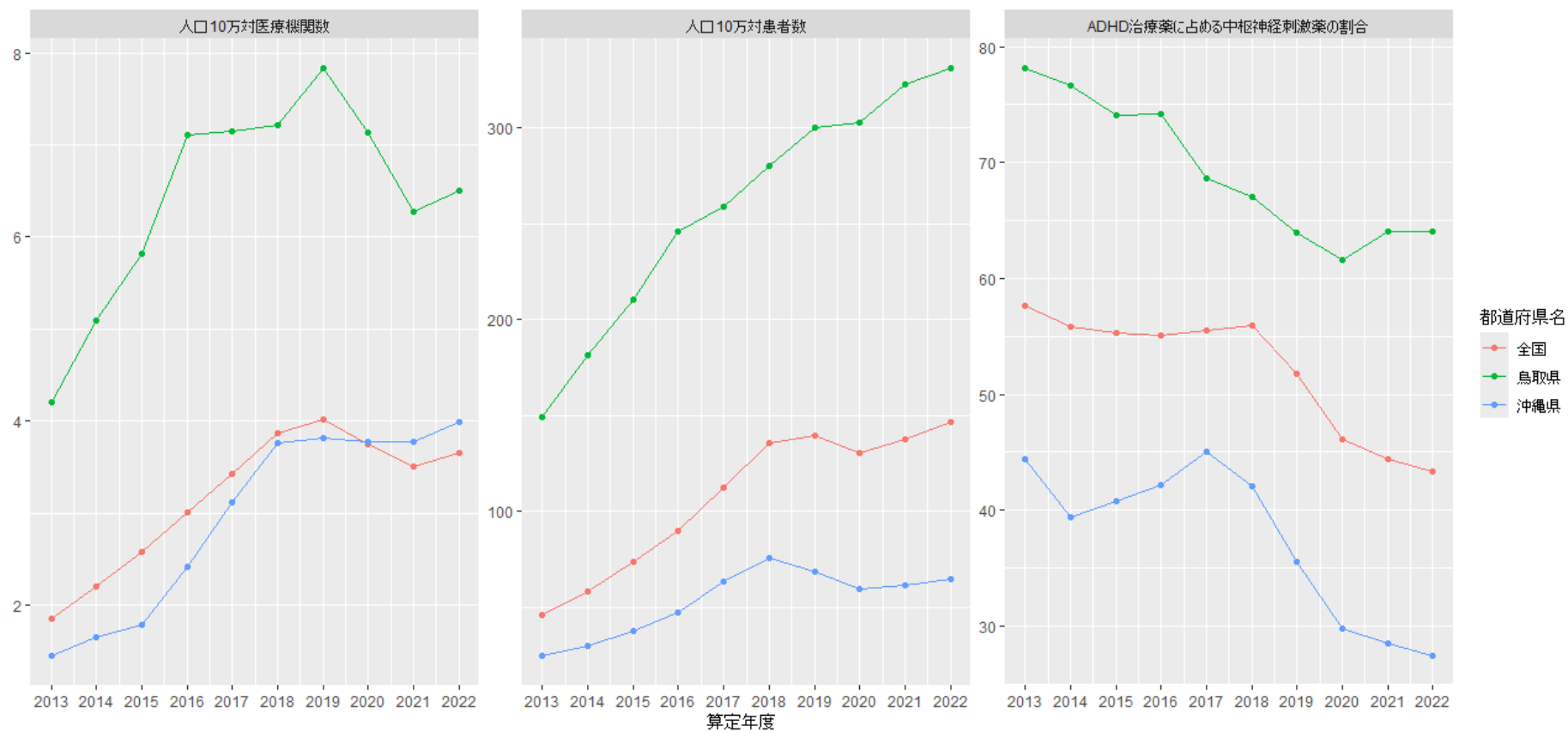


図 7. 中枢神経刺激薬の算定があった人口 10 万対医療機関数、人口 10 万対患者数、ADHD 治療薬に占める中枢神経刺激薬の割合

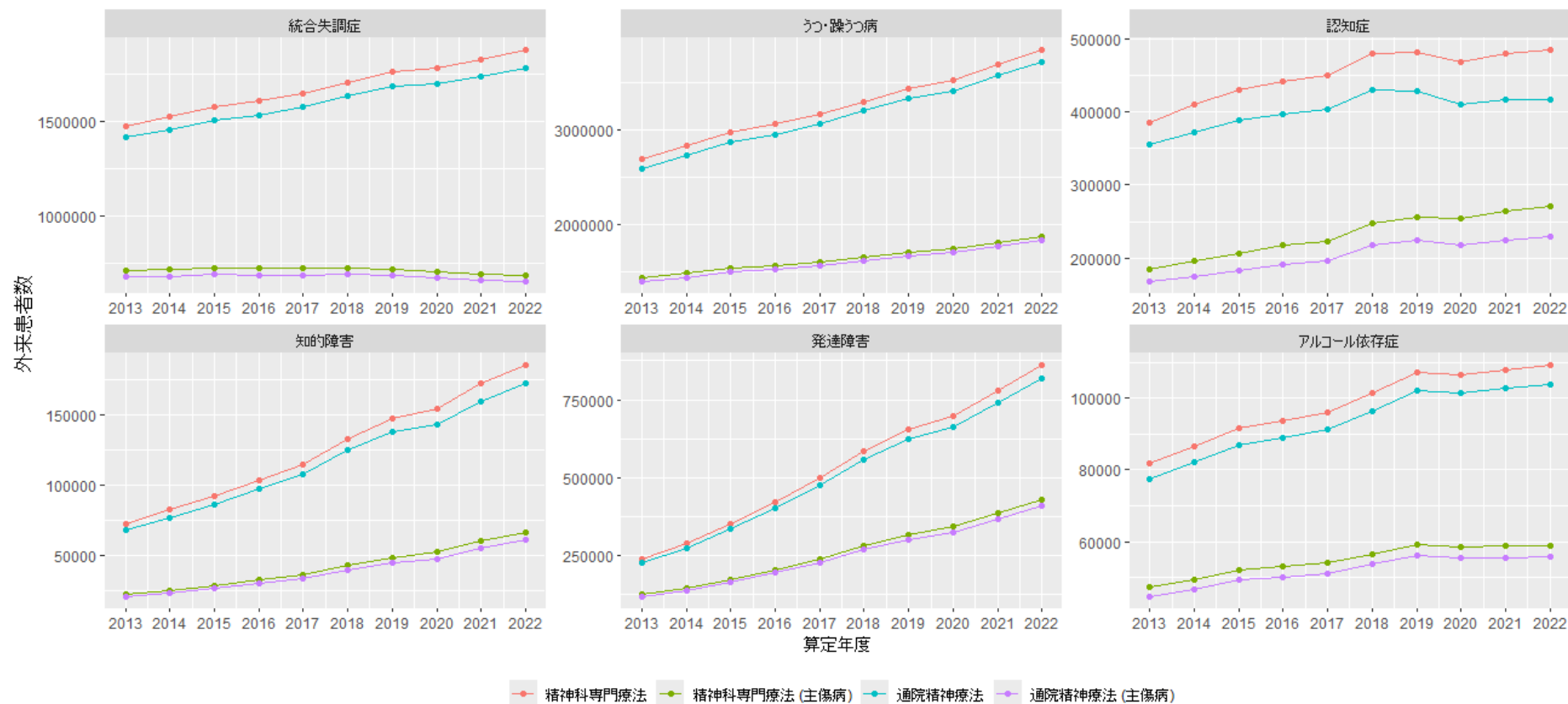


図 8. 疾患定義による外来患者数の相違（統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、知的障害、発達障害、アルコール依存症）

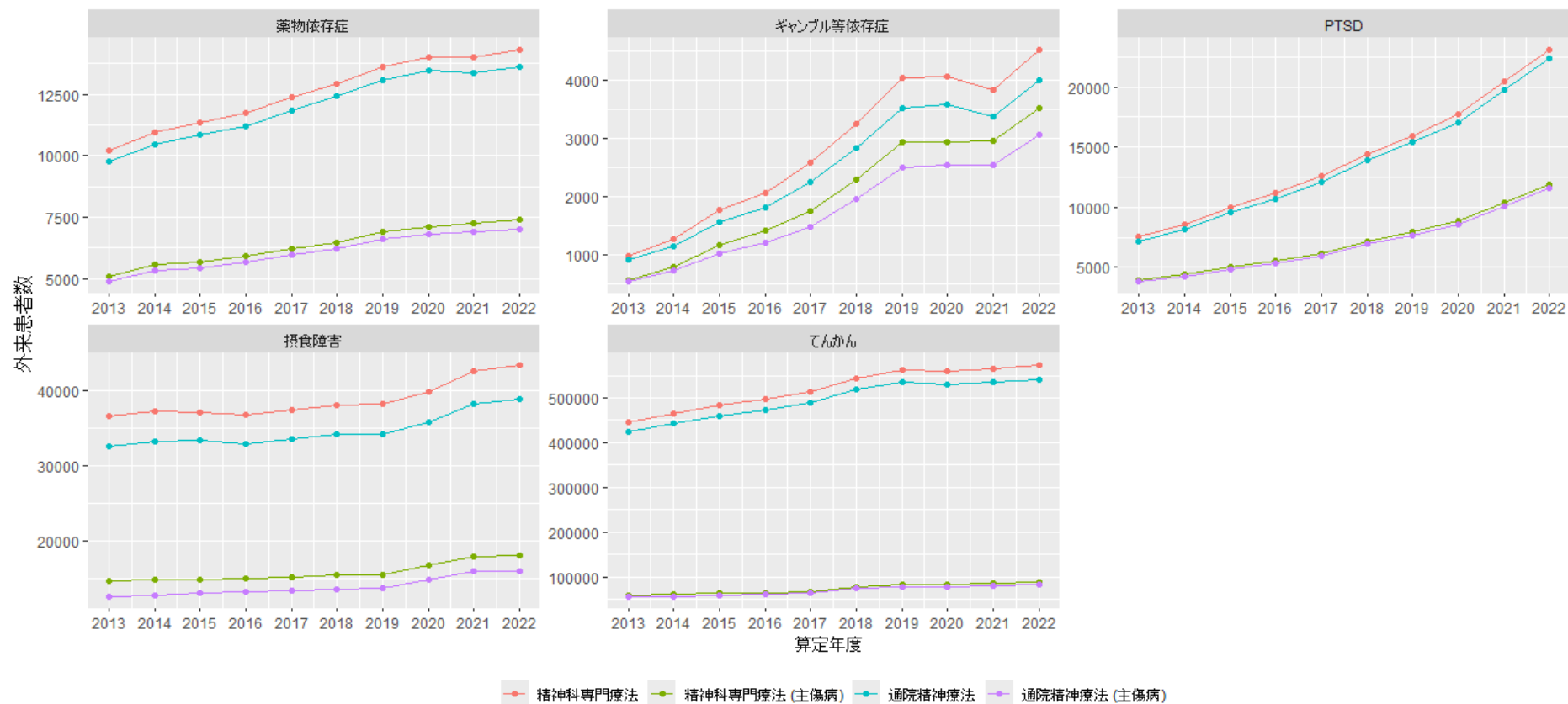


図 9. 疾患定義による外来患者数の相違（薬物依存症、ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん）

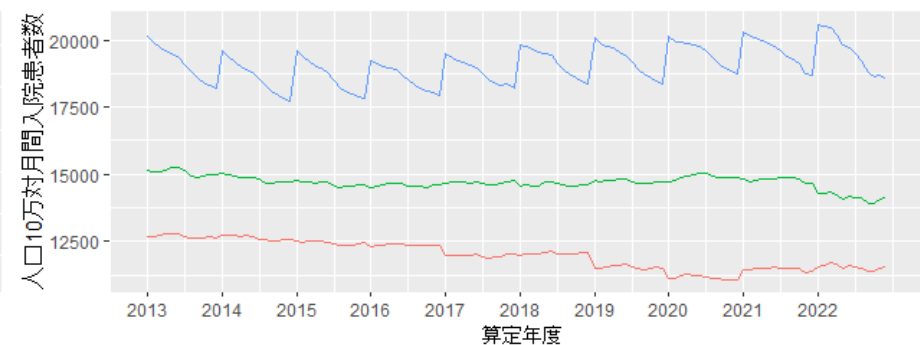
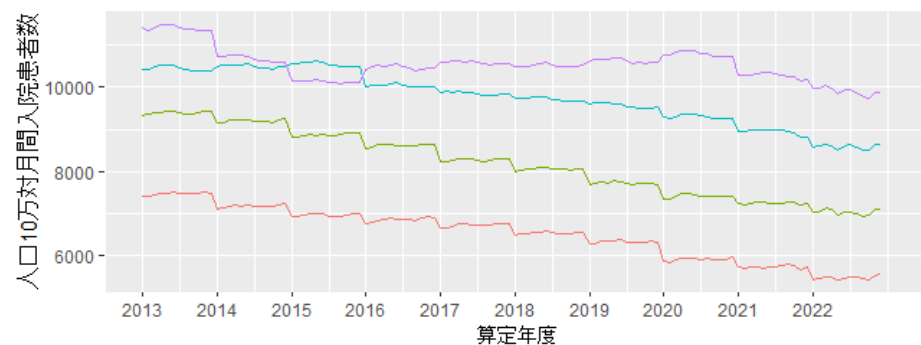
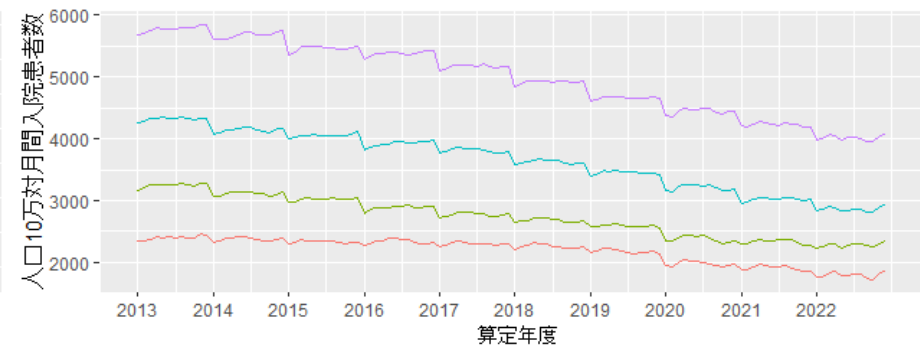
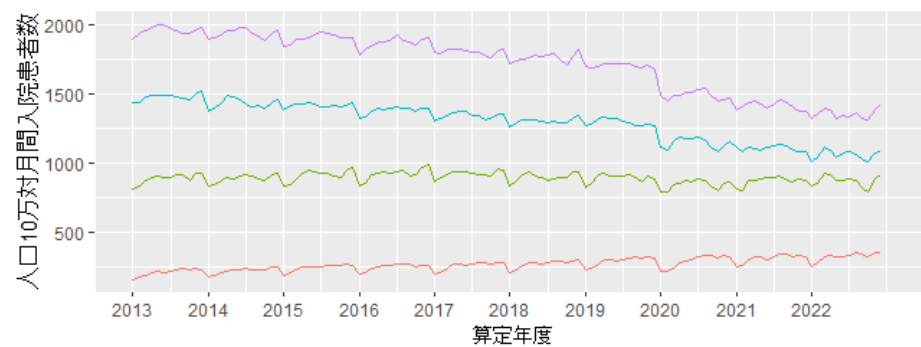


図 10. 人口 10 万対月間入院患者延数

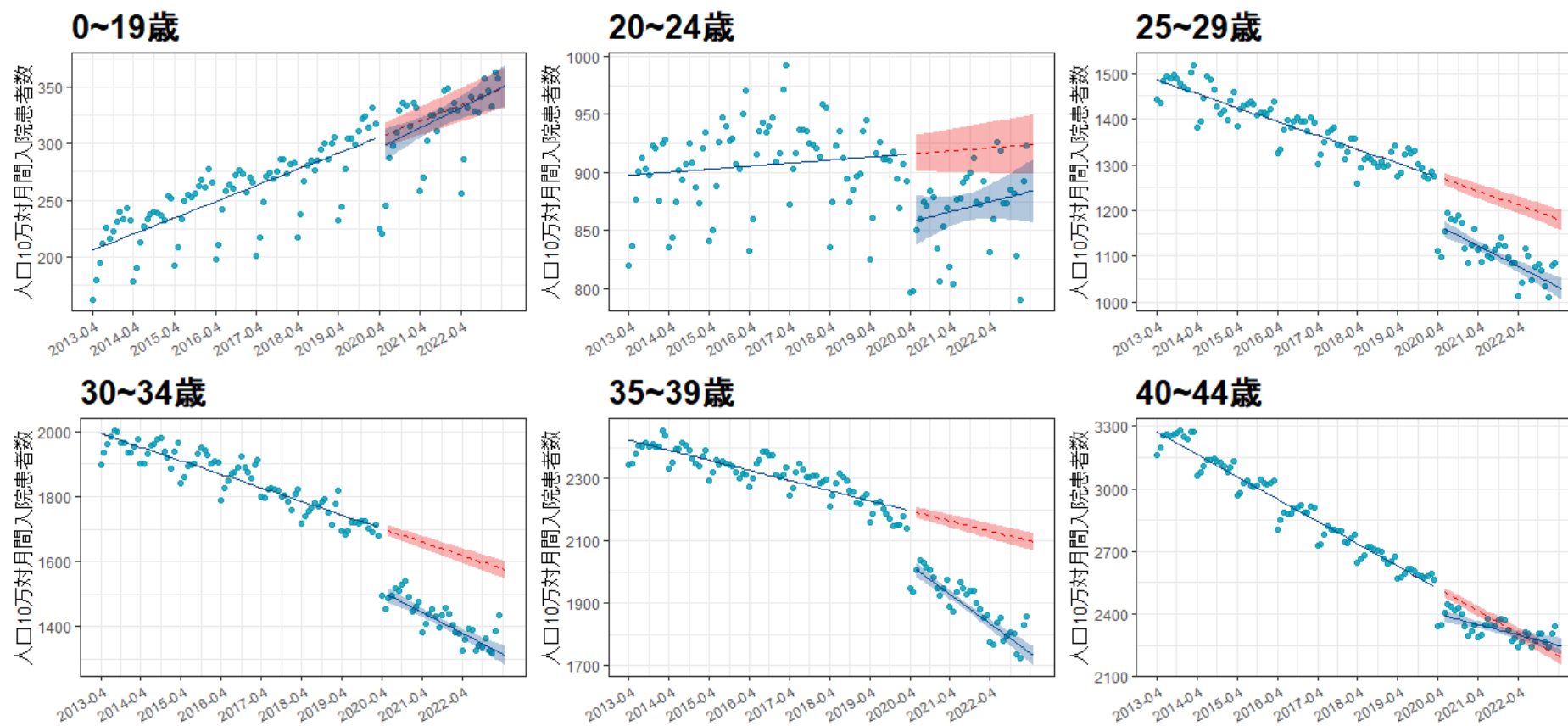


図 11. 第 1 回緊急事態宣言の前の期間（2013 年 4 月から 2020 年 3 月）と、後の期間（2020 年 5 月から 2023 年 3 月）を比較した、人口 10 万対月間入院患者数（0~44 歳）

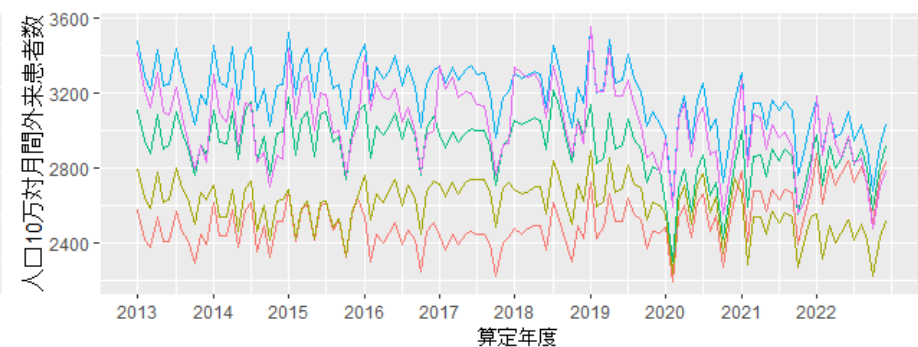
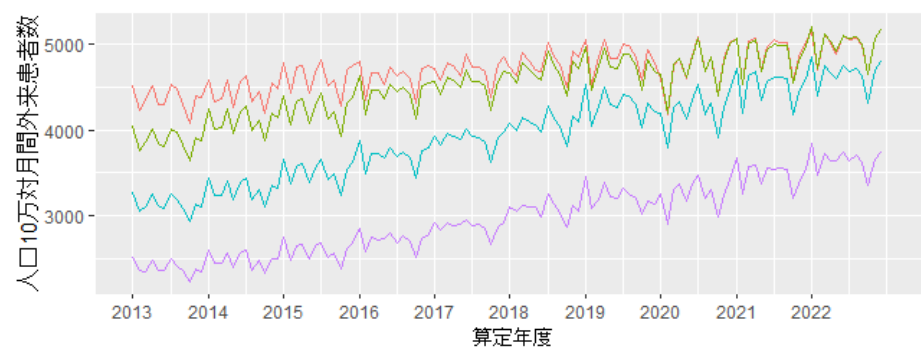
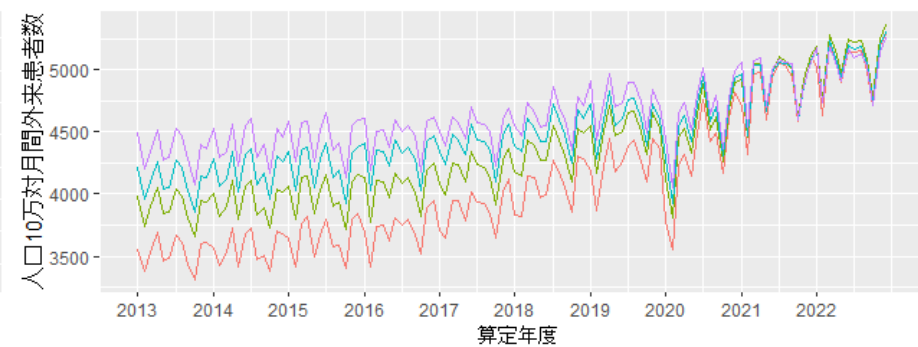
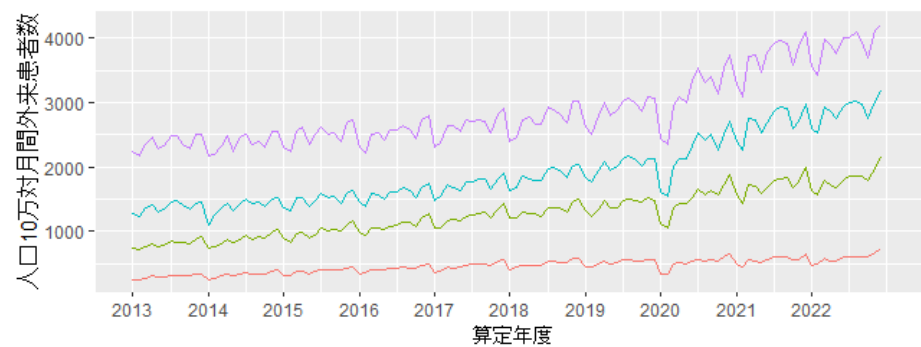


図 12. 人口 10 万対月間外来患者数

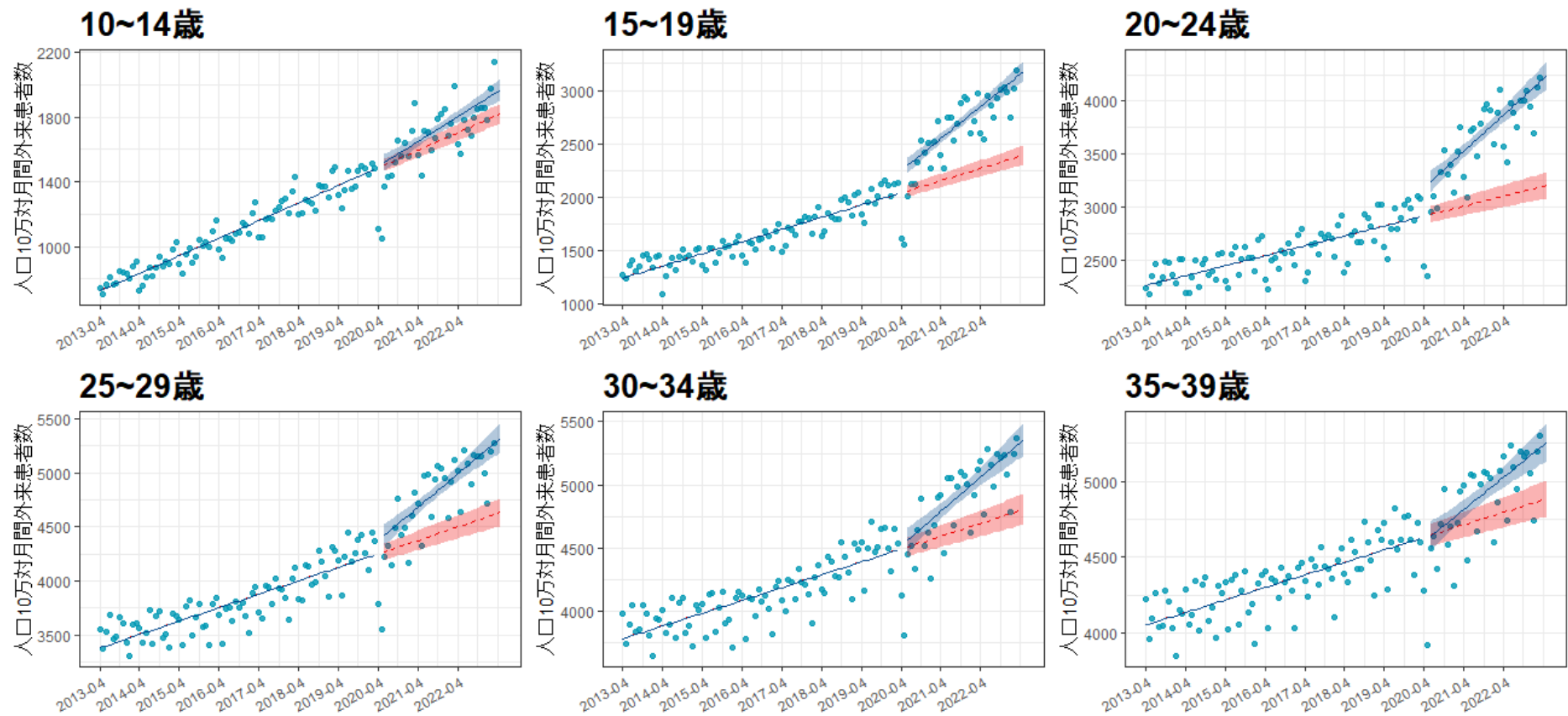


図 13. 第 1 回緊急事態宣言の前の期間（2013 年 4 月から 2020 年 3 月）と、後の期間（2020 年 5 月から 2023 年 3 月）を比較した、人口 10 万対月間外来患者数（10~39 歳）