

医療計画の指標等をもとにした 精神科医療サービス提供の経年変化

——レセプト情報・特定健診等情報データベースの活用（2013～2019年度）——

奥村 泰之

本稿では、精神疾患の医療計画とその指標の変遷について解説をするとともに、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を活用した2013年度から2019年度における精神科医療サービスの経年変化を紹介することを目的とする。NDBの分析結果から、(i) 精神病床の入院医療では、超高齢化に伴う身体合併症への医療提供・評価が求められること、(ii) 一般病床の入院医療では、看護師による認知症に対する医療提供体制が構築されつつあるが、その医療機関の大部分は、精神科コンサルテーション・リエゾンを行える体制にないため、精神科医師による関与の余地があろうこと、(iii) 精神科外来では、外来患者数の顕著な増加に伴う変化に注視が必要であることを紹介した。

索引用語

医療計画, 医療政策, 臨床評価指標, 重要業績評価指標, PDCA サイクル

はじめに

2011年7月6日、社会保障審議会医療部会は精神疾患を医療計画に記載すべき疾患に追加することを合意した³⁾。本稿では、精神疾患の医療計画とその指標の変遷について解説をするとともに、レセプト情報・特定健診等情報データベース（National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan：NDB）を活用した2013年度から2019年度における精神科医療サービスの経年変化を紹介することを目的とする。ここでNDBとは、日本の保険診療に関する電子レセプトを、すべて蓄積しているデータベースのことである。

1. 医療計画と指標

1. 医療計画の趣旨

第6次医療計画（2013～2017年度）から、医療計画に記載すべき4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）に精神疾患が加えられた⁴⁾。それにより、都道府県は、「がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患の5疾病については、生活の質の向上を実現するため、患者数の増加の状況も踏まえつつ、これらに対応した医療提供体制を構築すること」が求められるようになった⁴⁾。

著者所属：一般社団法人臨床疫学研究推進機構

編注：本特集は第118回日本精神神経学会学術総会シンポジウムのもとに竹島正（川崎市総合リハビリテーション推進センター/大正大学）を代表として企画された。

doi：10.57369/pnj.23-109

2. 指標の活用方法

第6次医療計画から、都道府県のPDCAサイクル(plan-do-check-act cycle)を効果的に機能させる取り組みを支援するため、厚生労働省は、疾病・事業ごとに指標例を示している^{4,6)}。例えば、第6次医療計画の「精神疾患の医療提供体制に係る現状把握のための指標例」において、ストラクチャー指標として「精神科救急医療施設数」、プロセス指標として「精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数、入院件数」、アウトカム指標として「退院患者平均在院日数」などが、すべての都道府県で入手できる「必須指標」として設定されていた^{4,6)}。都道府県は、必須指標などにより把握した数値を、医療計画に記載したうえで、地域の医療提供体制についての現状把握をするよう求められるようになった⁴⁾。さらに、都道府県は、現状把握の結果に基づいて、課題を抽出し、課題解決に向けた数値目標を設定し、数値目標を達成するための施策を立案し、施策の達成状況を数値目標に基づいて検証するよう要求されている⁴⁾。なお、第7次医療計画の中間見直し後には、数値目標については、「精神病床における入院後3ヵ月時点の退院率」などアウトカム指標を中心に記載するように変更されている^{9,11)}。

3. 指標例の変遷

第6次医療計画から第7次医療計画の間に、厚生労働省は3回にわたり指標例を公開している^{6,7,10)}。表1に示すように、第7次医療計画では、第6次医療計画のアウトカム指標のうち、「3ヵ月以内再入院率」を除いてすべて変更されている^{6,7)}。第7次医療計画の中間見直し後には、アウトカム指標として第6次医療計画から唯一存在していた「再入院率」が、「地域平均生活日数」に変更された¹⁰⁾。その他、細かな点を含めると指標の変遷は激しく、政策効果を定点観測するという指標の本来機能を発揮できる状況であったとは想定しがたい。

4. 数値目標の実例

例えば、埼玉県の第6次医療計画では、(i)1年未満入院者の平均退院率について、2009年度に68.1%であったものが、2017年度に76.0%になる、(ii)認知症新規入院患者2ヵ月以内退院率について、2008年度に24.0%であったものが、2017年度に50.0%になるよう目標が立てられていた¹³⁾。第7次医療計画では、これら2つの目標について記述がなくなり、(i)精神病床における慢性期(1年以

上)入院患者数、(ii)精神病床における入院後3ヵ月時点の退院率、(iii)かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了医数について、それぞれ数値目標が定められていた¹⁴⁾。さらに、第7次医療計画中間見直し後には、それらに加え、自殺死亡率について目標が立てられていた¹⁵⁾。

II. 医療提供の経年変化

第6次医療計画における精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例の情報源は、精神保健福祉資料や患者調査が中心であった⁶⁾。第7次医療計画において、その情報源は、NDBが中心になるよう変更された²⁾。

第8次医療計画に活用可能な指標を提案することなどを目的として、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」(研究代表者:竹島正)が実施された。その一環で、著者らは2013年度から2019年度診療分のNDBを活用して、これまでの指標例に加えて、多様な観点で精神疾患の医療提供体制に係る現状把握のための集計を行う機会に恵まれた。本稿では、(i)精神病床の医療提供、(ii)一般病床の医療提供、(iii)精神科外来の医療提供の3つの観点から、その集計結果の一部を紹介する^{16,17)}(表2)。なお、本稿における研究成果の解釈は、著者の私見であり、研究班の解釈とは関係ないことには、留意いただきたい。

1. 精神病床の医療提供

精神病床への1日平均入院患者数は、2013年度から2019年度の間に、239,198人から228,744人に減少した(図1)。特に、0~64歳における患者数は、104,254人から82,567人に減少した。一方で、85歳以上における患者数は、28,340人から37,008人に増加した。つまり、精神病床入院医療の提供量は減少傾向にあり、その主なユーザーは高齢者であり、年々、超高齢層が顕著に増えてきている状況にある。なお、分析時点のNDBでは、生活保護受給者等を含まないため、実数よりも約20%低い値となる。

高齢になるほど、慢性身体疾患を併存するリスクは上昇する。しかし、精神病床における身体疾患管理に関する診療報酬(精神科救急・合併症入院料または精神科身体合併症管理加算)が算定された患者数は2019年度において38,725人にすぎず、その経年変化はわずかであり、精神病床入院医療において超高齢化が急速に進展しているトレン

表 1 精神疾患の医療体制構築に係る指針の変遷

特徴	改定時点		
	第 6 次医療計画 (2013～2017 年度) ^{5,6)}	第 7 次医療計画 (2018～2023 年度) ^{7,8)}	第 7 次医療計画中間見直し後 (2021～2023 年度) ^{10,11)}
めざすべき方向	<ul style="list-style-type: none"> (1) 保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医を受診できる機能 (2) 患者の状態に応じて、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供し、保健・福祉等と連携して地域生活や社会生活を支える機能 (3) 精神科救急患者（身体疾患を合併した患者を含む）、身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる機能 (4) うつ病の診断および患者の状態に応じた医療を提供できる機能 (5) 認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能 	<ul style="list-style-type: none"> (1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築 (2) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築 	同左
医療機能の区分	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予防・アクセス ・ 治療・回復・社会復帰 ・ 精神科救急・身体合併症・専門医療 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 統合失調症 ・ うつ・躁うつ病 ・ 認知症 ・ 児童・思春期精神疾患 ・ 発達障害 ・ アルコール依存症 ・ 薬物依存症 ・ ギャンブル等依存症 ・ PTSD ・ 高次脳機能障害 ・ 摂食障害 ・ てんかん ・ 精神科救急 ・ 身体合併症 ・ 自殺対策 ・ 災害精神医療 ・ 医療観察法 	同左
必須指標/重点指標の数* (うちアウトカム指標の数)	26 (3)	35 (3)	44 (3)
アウトカム指標	<ul style="list-style-type: none"> ・ こころの状態 ・ 1 年未満入院者の平均退院率 ・ 在院期間 5 年以上かつ 65 歳以上の退院患者数 ・ 3 カ月以内再入院率 ・ 退院患者平均在院日数 ・ 自殺死亡率 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神病床における入院後 3, 6, 12 カ月時点の退院率 ・ 精神病床における新規入院患者の平均在院日数 ・ 精神病床における退院後 3, 6, 12 カ月時点の再入院率 (1 年未満入院患者・1 年以上入院患者別) ・ 精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数 (65 歳以上・65 歳未満別) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神病床における入院後 3, 6, 12 カ月時点の退院率 ・ 精神病床における新規入院患者の平均在院日数 ・ 地域平均生活日数 ・ 精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数 (65 歳以上・65 歳未満別)

*第 6 次医療計画では全都道府県で入手可能な指標「必須指標」として設定されていた項目は、第 7 次医療計画から「重点指標」と表現が変更されている。重点指標は、「地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標」と異なる定義とされているものの、類似の用法となっている。

(文献 5～8, 10, 11 より著者が作成)

表2 精神疾患の医療提供体制に係る現状把握のための集計抜粋

指標	年度							医療計画における指標の区分
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
精神病床の医療提供								
1日平均在院患者数*								
全体	239,198	235,915	234,009	232,809	231,687	230,974	228,744	なし
0～64歳	104,254	99,372	95,721	92,377	88,925	85,751	82,567	なし
65～74歳	57,434	58,516	58,849	58,462	58,190	57,498	56,889	なし
75～84歳	49,169	49,012	49,399	50,479	51,142	52,184	52,280	なし
85歳以上	28,340	29,014	30,040	31,491	33,429	35,541	37,008	なし
精神科救急・合併症入院料あるいは精神科身体合併症管理加算が算定された患者数	38,557	38,091	37,571	38,928	39,196	39,296	38,725	重点指標
一般病床の医療提供								
統合失調症診断を有する患者数**	331,159	344,945	362,381	362,151	381,159	388,376	400,106	なし
うつ・躁うつ病診断を有する患者数**	408,211	411,676	419,494	410,584	417,934	415,678	421,670	なし
認知症診断を有する患者数**	642,156	697,283	729,063	809,028	907,924	959,759	975,999	なし
認知症ケア加算が算定された患者数	—	—	—	281,964	642,677	805,154	869,997	なし
認知症ケア加算を算定した医療機関数	—	—	—	2,241	3,131	3,578	3,792	なし
入院精神療法が算定された患者数	105,044	105,283	109,220	119,036	126,758	131,595	137,888	なし
入院精神療法を算定した医療機関数	1,354	1,354	1,349	1,383	1,390	1,371	1,365	なし
精神科リエゾンチーム加算が算定された患者数	6,378	9,228	13,276	21,181	25,814	28,789	32,324	重点指標
精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数	46	56	74	142	172	190	208	重点指標
精神疾患診断治療初回加算が算定された患者数	4,180	3,832	3,754	4,007	4,066	3,879	4,276	重点指標
救急患者精神科継続支援料が算定された患者数	—	—	—	97	226	173	189	重点指標
精神科外来の医療提供								
通院・在宅精神療法が算定された患者数								
全体	5,022,277	5,217,336	5,448,743	5,576,841	5,756,977	6,028,855	6,223,517	なし
20歳未満	327,212	347,655	383,735	414,500	447,784	483,655	517,795	参考指標
10歳未満	82,847	91,646	101,984	111,643	121,269	128,326	135,366	なし
通院・在宅精神療法を算定した医療機関数								
全体	6,886	7,150	7,299	7,469	7,577	7,712	7,872	なし
20歳未満	5,706	5,836	5,972	6,106	6,153	6,256	6,415	参考指標
10歳未満	1,689	1,733	1,804	1,887	1,911	2,027	2,081	なし
認知療法・認知行動療法が算定された患者数	8,856	10,390	10,254	10,618	10,336	9,110	8,926	重点指標
依存症集団療法が算定された患者数	—	—	—	68	155	159	174	重点指標

*1日平均在院患者数の年齢区分別の合計は、丸め誤差のため全体と一致しない。

**レセプトにおける診断名は、レセプト請求が受理されるよう記録されるため、実際の診断名と一致するとは限らない。(文献16より著者が作成)

ドと整合性がない。すなわち、精神病床入院医療における身体合併症への医療提供とその評価が、喫緊の課題になっているといえるだろう。

2. 一般病床の医療提供

一般病床において認知症診断を有する患者数は、2013年度から2019年度の間、642,156人から975,999人に増加した(図2)。一般病床において認知症が急増した一因として、人口全体の高齢化に加え、2016年度診療報酬改定

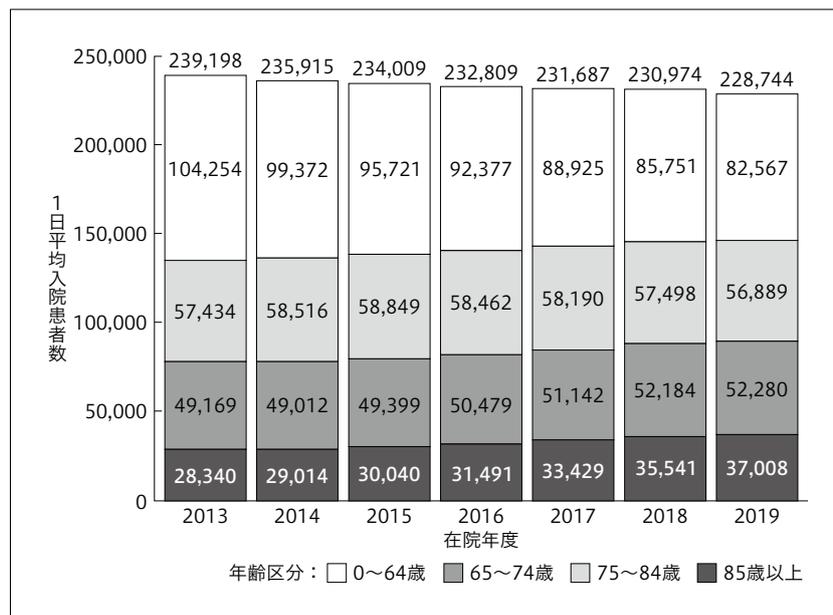


図1 精神病床における1日平均在院患者数のトレンド
(文献16, 17より著者が作成)

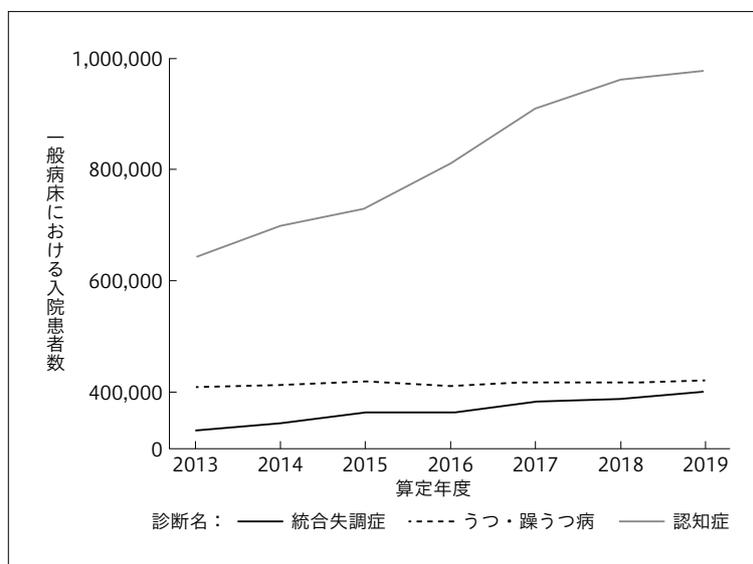


図2 一般病床において認知症診断などを有する患者数のトレンド
(文献16より著者が作成)

より、認知症ケア加算が新設されたことがあろう。ここで、認知症ケア加算とは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する患者に対する、看護師等による認知症ケアが評価されるものである。2016年度から2019年度の間、認知症ケア加算が算定された患者数は281,964人から869,997人、その医療機関数は2,241施設から3,792施設に増加した。

次に、一般病床における精神科コンサルテーション・リエゾンに関する診療報酬の算定状況を紹介する。2013年度から2019年度の間、一般病床において入院精神療養が算定された患者数は105,044人から137,888人、その医療機関数は1,354施設から1,365施設に増加した。また、同年度の間、精神科リエゾンチーム加算が算定された患者数は6,378人から32,324人に増加、その医療機関数は

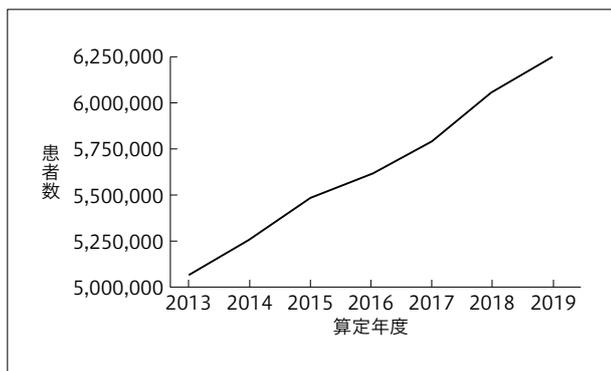


図3 通院・在宅精神療が算定された患者数のトレンド
(文献16より著者が作成)

46施設から208施設に増加した。これらの値は、認知症ケア加算の値と比べると相当に小さい。

医療施設調査によると2019年度において、一般病床を有する医療機関数は5,786施設であった¹²⁾。また、日本病院会に加盟する529施設への調査結果から、一般病床で精神科医師に期待される最も大きな役割は、「認知症やせん妄への対応」であることが示されている¹⁾。すなわち、一般病床での高齢化に伴う認知症やせん妄に対応すべく看護師によるケア体制が整備されつつあるものの、その医療機関の大部分は、精神科コンサルテーション・リエゾンを行える体制にないため、精神科医師による関与の余地があるといえるだろう。

なお、自殺対策の重点指標とされている、精神疾患診断治療初回加算が算定された患者数は2019年度において4,276人、救急患者精神科継続支援料に至っては189人にすぎない。これらは、重点指標とされているが、一般病床における精神科医師による自殺対策の、一側面しか反映できていない指標といえるだろう。

3. 精神科外来の医療提供

通院・在宅精神療が算定された患者数は、2013年から2019年度の間に、5,022,277人から6,223,517人と1.24倍に増加、その医療機関数は6,886施設から7,872施設と1.14倍に増加した(図3)。20歳未満における患者数は、327,212人から517,795人と1.58倍に増加、その医療機関数は5,706施設から6,415施設と1.12倍に増加した。また、10歳未満における患者数は、82,847人から135,366人と1.63倍に増加、その医療機関数は1,689施設から2,081施設と1.23倍に増加した。

医療機関数の伸びよりも、患者数の伸びが大きいことか

ら、1施設あたりの外来患者数が増加したと解釈すべきであろう。外来患者数の顕著な増加は、治療待機期間の延伸や診療の質の低下などにつながる懸念があるため注視が必要となろう。

なお、精神科外来の重点指標とされている、認知療法・認知行動療法が算定された患者数は2019年度において8,926人、依存症集団療法が算定された患者数は174人にすぎなかった。これらは、重点指標とされているが、精神科外来医療の、一側面しか反映できていない指標といえるだろう。

おわりに

本稿では、2013年度から2019年度のNDBの分析結果から、(i)精神病床の入院医療では、超高齢化に伴う身体合併症への医療提供・評価が求められること、(ii)一般病床の入院医療では、看護師による認知症に対する医療提供体制が構築されつつあるが、その医療機関の大部分は、精神科コンサルテーション・リエゾンを行える体制にないため、精神科医師による関与の余地があること、(iii)精神科外来では、外来患者数の顕著な増加に伴う変化に注視が必要であることを紹介した。医療計画の主眼は、都道府県が主体となり、住民の生活の質の向上を実現するため、精神疾患などの患者数の増加の状況を踏まえつつ、医療提供体制を構築することにあるものの、現状把握のための指標が、精神疾患の医療提供体制の全体像を把握できるものとは限らないことを指摘した。

利益相反

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」(研究代表者:竹島 正)の研究実施機関である学校法人大正大学は、NDB分析に関する業務委託契約を一般社団法人臨床疫学研究推進機構(代表理事:奥村泰之)と締結していた。

文献

- 1) 北村 立, 山口武兼, 中村 満ほか: 地域における医療機関間の連携に関する研究. 令和2年度厚生労働行政推進調査事業費(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」(研究代表者:竹島 正)分担研究報告書. 2021
- 2) 国立精神・神経医療研究センター: 精神保健福祉資料(NDBベース)定義と補足説明. 2019 (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/>)

- seisaku/data/assets/ppt/teigisyo (NDB). pptx) (参照 2022-11-16)
- 3) 厚生労働省：第 19 回社会保障審議会医療部会資料。2011 (<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001hx9n.html>) (参照 2022-11-19)
 - 4) 厚生労働省：第 6 次医療計画 医療計画について。2012 (https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/dl/tsuuchi_iryou_keikaku.pdf) (参照 2022-11-01)
 - 5) 厚生労働省：第 6 次医療計画 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について。2012 (https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/dl/tsuuchi_iryou_taisei1.pdf) (参照 2022-11-14)
 - 6) 厚生労働省：第 6 次医療計画 別表。2012 (https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/dl/tsuuchi_iryou_taisei2.pdf) (参照 2022-11-14)
 - 7) 厚生労働省：第 7 次医療計画 (平成 29 年 7 月 31 日改正分) (別表) 医療体制構築に係る現状把握のための指標例。2017 (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000159906.pdf>) (参照 2022-11-15)
 - 8) 厚生労働省：第 7 次医療計画 (平成 29 年 7 月 31 日改正分) 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について。2017 (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000159904.pdf>) (参照 2022-11-14)
 - 9) 厚生労働省：第 7 次医療計画 (令和 2 年 4 月 13 日改正分) (別添) 医療計画において定める数値目標。2020 (<https://www.mhlw.go.jp/content/000622631.pdf>) (参照 2022-11-14)
 - 10) 厚生労働省：第 7 次医療計画 (令和 2 年 4 月 13 日改正分) (別表) 医療体制構築に係る現状把握のための指標例。2020 (<https://www.mhlw.go.jp/content/000622639.pdf>) (参照 2022-11-15)
 - 11) 厚生労働省：第 7 次医療計画 (令和 2 年 4 月 13 日改正分) 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について。2020 (<https://www.mhlw.go.jp/content/000846518.pdf>) (参照 2022-11-14)
 - 12) 厚生労働省：令和元年医療施設 (動態) 調査。2020 (<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450021&tstat=000001030908&cycle=7&class1=000001144570&tclass2=000001144571&tclass3val=0>) (参照 2022-11-18)
 - 13) 埼玉県：埼玉県地域保健医療計画。2014 (<https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/126011/2612.pdf>) (参照 2022-11-19)
 - 14) 埼玉県：埼玉県地域保健医療計画。2018 (<https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/3048/sinkyu.pdf>) (参照 2022-11-09)
 - 15) 埼玉県：埼玉県地域保健医療計画。2022 (<https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/3048/dainanajikeikakuminaoshigo.pdf>) (参照 2022-11-19)
 - 16) 大正大学地域構想研究所：精神医療の提供と地域支援の連携に関する研究：NDB を基にしたモニタリング指標 (精神保健福祉資料) (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/ndb.html>) (参照 2023-07-26)
 - 17) 竹島 正, 奥村泰之, 立森久照ほか：NDB による将来精神病床入院患者数の推計。令和 3 年度厚生労働行政推進調査事業費 (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」(研究代表者：竹島 正) 研究協力報告書。2022

Trends in Psychiatric Service Use in Japan Using a Nationwide Claims Database (fiscal years 2013–2019)

Yasuyuki OKUMURA

Initiative for Clinical Epidemiological Research

We aimed (1) to review the trends in medical care plans for mental illness and their clinical indicators, and (2) to investigate trends in psychiatric service use in fiscal year 2013 through 2019 in Japan using a nationwide claims database (NDB). Results from the NDB suggest that : (1) because medical care needs for comorbid physical illness in psychiatric inpatients increase with aging, medical care for physical illness in inpatient psychiatric care and their evaluation are important ; (2) because the management of dementia in general inpatient care has been provided largely by nursing staff and most medical institutions do not have consultation–liaison psychiatry services, there may be a room for care by psychiatrists ; and (3) there is a marked increase in the number of outpatients in psychiatric health services ; thus, attention should be given to this trend.

Author's abstract

Keywords medical care plan, health policy, clinical indicators, key performance indicators, plan–do–check–act cycle