

**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」**

**精神保健医療福祉のモニタリング研究の解説  
2013年1月～2023年5月診療分**

バージョン	日付	改定内容
Version 1.0	2025年3月26日	新規作成

## 目次

目次.....	2
1. 解説資料の目的.....	3
2. データ源について.....	4
3. 精神病床退院患者における地域平均生活日数 (付表 1.1, 付表 1.2).....	5
4. 精神病床新規入院患者における特定時点の退院患者割合 (付表 2.1–2.3, 付図 1).....	7
5. 精神病床在院患者延数 (付表 3.1–3.3).....	11
6. 診療行為/医薬品情報に基づく患者数 (付表 4.1–4.54).....	13
7. 傷病名情報に基づく患者数 (付表 5.1a–5.11a; 付表 5.1.b–5.11b).....	16
8. 月間患者延数 (付表 6.1–6.2).....	18
9. 詳細な解説.....	19
10. 引用文献.....	24

## 1. 解説資料の目的

本解説資料は、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」（研究代表者：国立精神・神経医療研究センター 黒田直明）（以下、「本研究班」とする）の一環で公開している、匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）<sup>1</sup> を基にしたモニタリング指標の算出法について解説することを目的とする。

## 2. データ源について

### 2.1. 匿名医療保険等関連情報データベース

本研究班は、厚生労働省が構築している NDB をデータ源として、モニタリング指標を公表している。ここで NDB とは、審査支払機関が保有している診療報酬明細書 (レセプト) が蓄積されているデータベースを意味する。レセプトには、医療機関で行われた詳細な診療情報が記録されている。

### 2.2. NDB の利用申出

2022 年 10 月 7 日に、西大輔・前研究代表者が、匿名レセプト情報等の提供に関する申出を行った。2023 年 1 月 25 日に厚生労働省より匿名レセプト情報等の提供に関する承諾を得た。黒田直明・現研究代表者に変更したことに伴い、2024 年 4 月 26 日に NDB データの提供に関する申出書の変更申出を行った。2024 年 7 月 23 日に、厚生労働省より NDB データが記録された媒体が本研究班に送付された。

### 2.3. 提供を依頼したデータ

本研究班は、2013 年 1 月診療分から 2023 年 5 月診療分の間、内科入院、内科入院外、DPC、歯科、調剤レセプトについてデータ提供を依頼した。提供を依頼したデータは、精神科医療に関する傷病名コードや診療行為コードを有する患者に限定した。

### 3. 精神病床退院患者における地域平均生活日数 (付表 1.1, 付表 1.2)

#### 3.1. 指標の定義概要

- 地域平均生活日数とは、精神病床から地域に退院した1年未満在院の患者のうち、退院後1年以内の地域での生活日数の平均をいう。

#### 3.2. 患者特定手順 (図 1)

- 2021年度の間精神病床から地域に退院した患者を特定した。
- 精神病床以外へ転院(当日または翌日)した患者、退院時に死亡した患者、長期入院の患者(退院日までの入院期間が366日以上)を除いた。
- 当該年度に複数回退院した症例は、すべての退院エピソードを採用した。

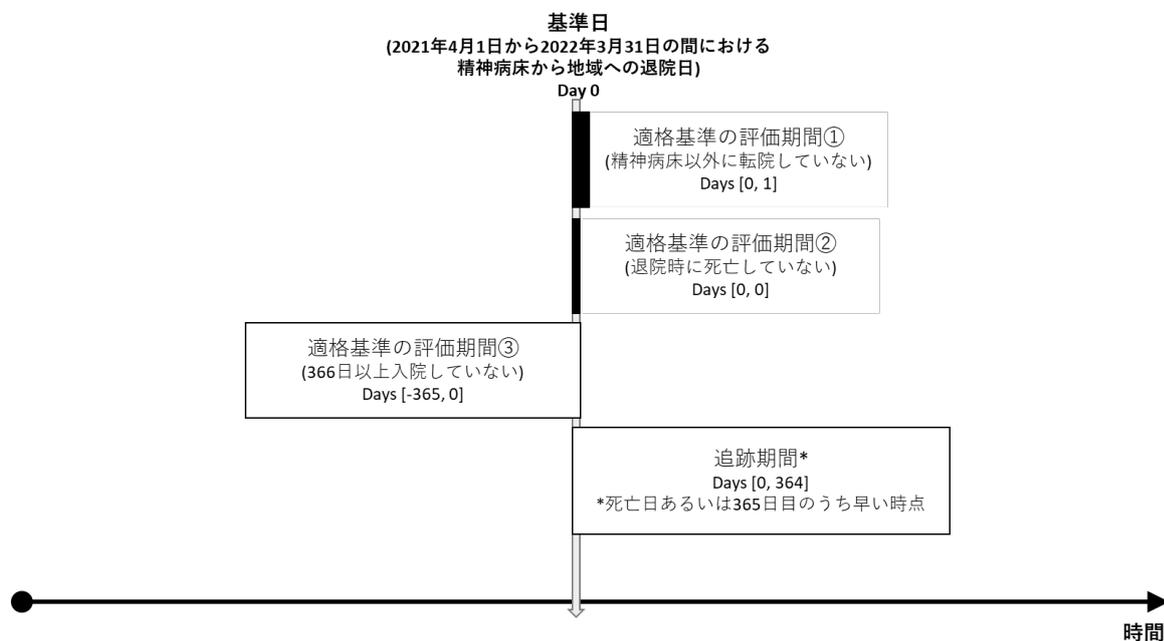


図 1. 地域平均生活日数のデザイン・ダイアグラム

#### 3.3. 追跡期間

- 特定された患者それぞれについて、退院日を基準日 (Day 0) として、死亡日あるいは365日目 (Day 364) のいずれか早い時点まで追跡した。
- 死亡日の特定法は、「9.4 死亡日の特定法」に掲載した。

### 3.4. 統計解析 (表 1)

#### 3.4.1. 主解析

- 1) 退院患者数を求めた。
- 2) 追跡期間中に入院料の算定がない日数を地域生活日数 (全病床) として求めた。
  - 退院日 (Day 0) は, 地域に生活しているとみなした。
- 3) 分子を地域生活日数 (全病床) の総和, 分母を退院患者数として, 地域平均生活日数 (全病床) を求めた。
- 4) 追跡期間中に精神科関連入院料の算定がない日数を地域生活日数 (精神病床) として求めた。
  - 退院日 (Day 0) は, 地域に生活しているとみなした。
- 5) 分子を地域生活日数 (精神病床) の総和, 分母を退院患者数として, 地域平均生活日数 (精神病床) を求めた。
- 6) 追跡期間中 (90 日時点, 180 日時点, 365 日時点) に精神科関連入院料の算定が再開された患者を, 再入院患者数として求めた。
- 7) 分子を再入院患者数, 分母を退院患者数として, 再入院患者割合を求めた。
- 8) 退院日の医療機関所在地情報を基に, 上記 1~7 の解析を都道府県ごとに行った。

表 1. 地域平均生活日数の集計 (抜粋)

都道府県名	退院患者数	地域生活日数 (全病床)	地域平均生活日数 (全病床)	地域生活日数 (精神病床)	地域平均生活日数 (精神病床)	再入院患者数	再入院患者割合	退院年度
全国	**	**	**	**	**	**	**	2021
北海道	**	**	**	**	**	**	**	2021
・	・	・	・	・	・	・	・	・
沖縄県	**	**	**	**	**	**	**	2021

#### 3.4.2. 年齢調整法

- 退院日の医療機関所在地と年齢区分情報を基に, 地域平均生活日数 (全病床), 地域平均生活日数 (精神病床), 再入院割合について年齢調整をした。
- 当該地域の退院患者の年齢分布が全国と同じだとした場合の年齢調整後の地域平均生活日数と再入院割合を, 以下の式により算出した。

$$\sum_{k=1}^K \frac{N_k d_{ik}}{N n_{ik}}$$

$d_{ik}$ :  $i$ 地域,  $k$ 年齢階級の地域生活日数の総和/再入院患者数の総和

$n_{ik}$ :  $i$ 地域,  $k$ 年齢階級の退院患者数

$N_k$ : 全国の $k$ 年齢階級の退院患者数

$N$ : 全国の退院患者数

- 調整のための年齢区分は 5 歳刻みとした。ただし, 20 歳未満及び 85 歳以上は統合した。

## 4. 精神病床新規入院患者における特定時点の退院患者割合 (付表 2.1–2.3, 付図 1)

### 4.1. 指標の定義概要

- 精神病床新規入院患者における特定時点の退院患者割合とは、精神病床に新たに入院した患者のうち、入院後 90 日/180 日/365 日以内に退院した患者の割合をいう。

### 4.2. 患者特定手順 (図 2)

- 2021 年度の間精神病床へ新たに入院した患者を特定した。
- 精神病床への新規の入院日を基準日 (Day 1) とした。
- 前日に一般病床に入院している症例を含めた (例: 2/28 に一般病床入院, 3/1 に精神病床入院しているケースは, 3/1 が基準日となる)。
- 一連の入院エピソードの中で、複数回、精神病床に入院しているケースは、初回の精神病床への入院日を基準日とした (例: 2/1~2/14 に精神病床入院, 2/15~2/18 に一般病床入院, 2/19~3/15 に精神病床入院しているケースは, 2/1 が基準日となる)。
- 当該年度に複数回入院した症例は、すべての入院エピソードを採用した。



図 2. 精神病床新規入院患者における特定時点の退院患者割合のデザイン・ダイアグラム

### 4.3. 追跡期間

- 特定された患者それぞれについて、入院日を基準日 (Day 1) として、地域または死亡による退院日あるいは特定時点 (90/180/365 日時点) のいずれか早い時点まで追跡した。

### 4.4. 統計解析 (表 2)

#### 4.4.1. 主解析

- 1) 新規入院患者数を求めた。
- 2) 特定時点 (90/180/365 日時点) の退院患者数を求めた。
- 3) 分子を特定時点 (90/180/365 日時点) の退院患者数、分母を入院患者数として、特定時点 (90/180/365 日時点) の退院患者割合を求めた。
- 4) カプラン・マイヤー法により、累積退院率を描画した (図 3)。
- 5) カプラン・マイヤー法により、在院日数の中央値を求めた。
- 6) カプラン・マイヤー曲線の上側面積 (restricted mean survival time)<sup>2)</sup> により、365 日時点の平均在院日数を求めた。例えば、図 3 の上側面積は、赤線で囲った面積 (①) の約 60%と、青線で囲った面積 (②) の約 80%を加えた値であり、平均在院日数の概算は、 $1 \times 90 \times 0.60 + 0.25 \times 275 \times 0.8 = 109$  となる。
- 7) 入院日の医療機関所在地の都道府県ごとに、上記 1~6 の解析を行った (付表 2.1)。
- 8) 入院日の病床区分ごとに、上記 1~6 の解析を行った (付表 2.3)。入院日の病床区分を基に集計しているため、例えば、精神科救急入院料から精神療養病棟入院料へ転

棟した後に退院した場合は、精神科救急入院料として集計され、精神療養病棟入院料としては集計されない。

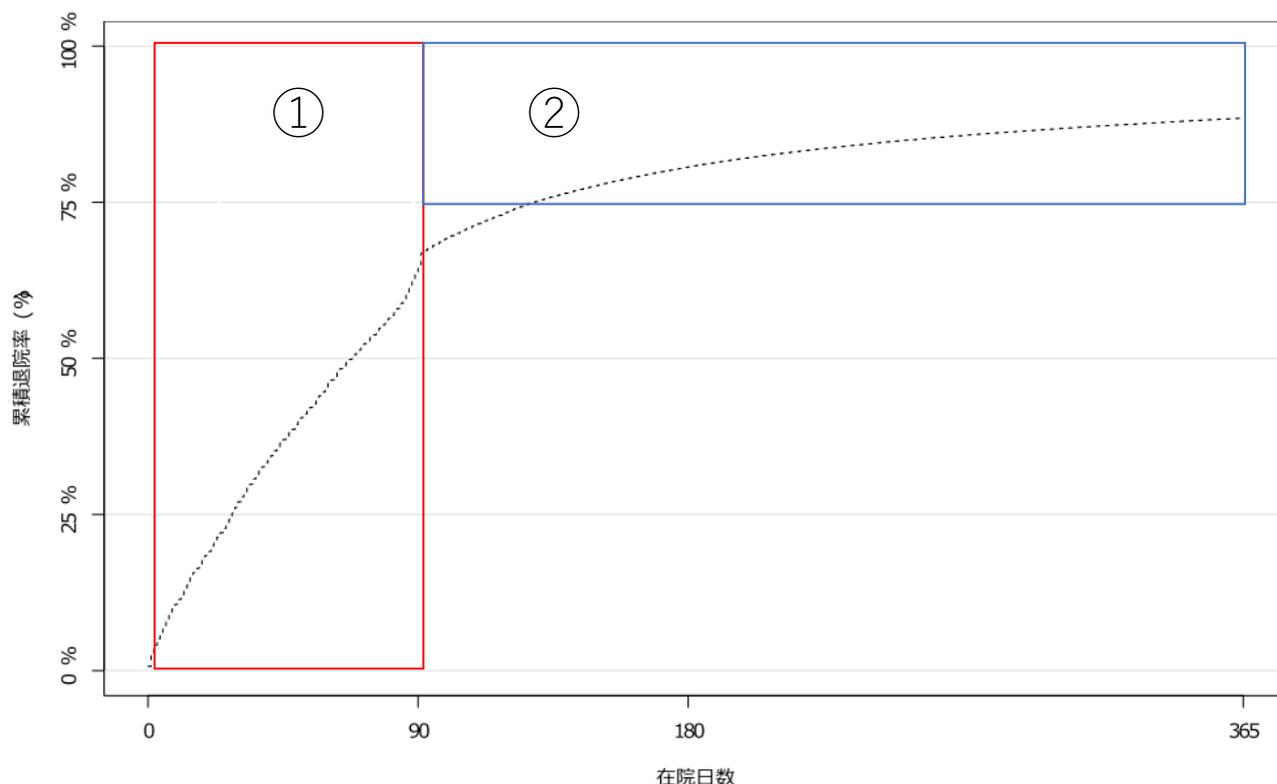


図 3. 累積退院率のイメージ

#### 4.4.2. 年齢調整法

- 入院日の医療機関所在地と年齢区分を基に、特定時点 (90/180/365 日時点) の退院患者割合について年齢調整をした。
- 当該地域の退院患者の年齢分布が全国と同じだとした場合の年齢調整後の特定時点 (90/180/365 日時点) の退院患者割合を、3.4.2 と同様の式により算出した。

表 2. 特定時点の退院患者割合の集計 (抜粋)

都道府県名	新規入院患者数	90 日時点の退院患者数	180 日時点の退院患者数	365 日時点の退院患者数	在院日数の中央値	在院日数の平均値	入院年度
全国	**	**	**	**	**	**	2021
北海道	**	**	**	**	**	**	2021
・	・	・	・	・	・	・	・
沖縄県	**	**	**	**	**	**	2021

#### 4.4.3. 追加解析 (付表 2.2)

- 1) 入院月のレセプトから入院形態を 3 種類に区分した (措置入院・緊急措置入院・応急入院/医療保護入院/任意入院)。ここで、「精神科措置入院診療科加算」あるいは「精神科応急入院診療科加算」の算定がある場合に、措置入院・緊急措置入院・応急入院とみなした。また、「医療保護入院等診療料」の算定があり、前述の措置入院等の

定義を満たさない場合に、「医療保護入院」とみなした。それ以外の入院を、「任意入院」とみなした。

- 2) 入院月のレセプトから認知症区分を2種類に区分した(主傷病の認知症/主傷病の認知症以外)。ここで、疑い病名を除いて、主傷病として認知症の傷病名コード(表6)が記録されている場合に、主傷病の認知症とみなした。それ以外の場合に、主傷病の認知症以外とみなした。
- 3) 入院形態区分と認知症区分の2変数を組み合わせた特定時点の退院患者割合を求めた。
- 4) 医療保護入院以外(措置入院・緊急措置入院・応急入院/任意入院)に制限して、上記3の解析を行った。
- 5) 認知症の区分を使用せずに、上記3~4の解析を行った。

## 5. 精神病床在院患者延数 (付表 3.1–3.3)

### 5.1. 指標の定義概要

- 精神病床在院患者延数とは、精神病床に在院した患者の年間延数をいう。

### 5.2. 患者特定手順

- 1) 2022 年度の間精神科関連入院料の算定があるレセプトを特定した。

### 5.3. 統計解析 (表 3)

#### 5.3.1. 主解析

- 1) 生年月日，入院年月日と，精神科関連入院料の算定日情報を基に，在院日数区分 (1~90 日/91~365 日/366 日以上) と年齢区分 (0~9/10~14/15~19/20~24/25~29/30~34/35~39/40~44/45~49/50~54/55~59/60~64/65~69/70~74/75~79/80~84/85 歳以上) の 2 変数を組み合わせた在院患者延数を求めた (付表 3.1)。
  - 複数の医療機関において，同一日に精神科関連入院料の算定がある患者は，重複して計上される。
  - RE レコードの入院年月日情報を使用しているため，在院日数は実態と合致しないことがある。
- 2) 入院年月日，診療行為コードと，精神科関連入院料の算定日情報を基に，在院日数区分 (1~90 日/91~365 日/366 日以上) と病棟区分の 2 変数を組み合わせた在院患者延数を求めた (付表 3.2)。
  - 「精神科急性・合併症入院料」の場合は，在院日数区分が 366 日以上の場合に，該当患者数が 10 未満となるため，在院日数区分を 2 水準 (1~90 日/91 日以上) とした。
- 3) 生年月日，入院年月日と，精神科関連入院料の算定日情報を基に，在院日数区分が 1~90 日あるいは 91~365 日について在院日数区分 (1~90 日/91~365 日)，年齢区分 (0~19/20~24/25~29/30~34/35~39/40~44/45~49/50~54/55~59/60~64/65~69/70~74/75~79/80~84/85 歳以上) と，入院日の医療機関所在地の都道府県の 3 変数を組み合わせた在院患者延数を求めた (付表 3.3)。また，生年月日，入院年月日，精神科関連入院料の算定日と，算定月の傷病名情報を基に，在院日数区分が 366 日以上について，年齢区分 (0~64/65~74/75~84/85 歳以上)，認知症区分 (なし/あり) と，入院日の医療機関所在地の都道府県の 3 変数を組み合わせた在院患者延数を求めた (付表 3.3)。
- 4) 上記 1~3 の解析について，分子を当該年度の在院患者延数，分母を当該年度の年間日数として，1 日平均在院患者数を求めた。
- 5) 上記 1~3 を基に求めた 1 日平均在院患者数について，当該年度の年齢階級別人口 (別表) で割り，10 万で乗じることにより，入院受療率を算出した。

表 3. 精神病床在院患者延数の集計 (抜粋)

都道府県名	年齢区分	在院日数区分	在院患者延数	1日平均在院患者数	入院受療率(人口10万対)	在院年度
全国	0~9歳	1~90日	**	**	**	2022
全国	0~9歳	91~365日	**	**	**	**
全国	0~9歳	366日以上	**	**	**	**
.	.	.	.	.	.	.

## 6. 診療行為/医薬品情報に基づく患者数 (付表 4.1–4.54)

### 6.1. 指標の定義概要

- 診療行為/医薬品情報に基づく患者数とは、診療行為あるいは医薬品情報を基に他の条件を組み合わせて特定された患者数をいう。

### 6.2. 患者特定手順

- 2022 年度の間、精神科医療に関する診療行為コードあるいは医薬品コード (表 4) を有するレセプトを特定した。
- なお、付表 4.44–54 については、2013 年度から 2022 年度のレセプトを特定した。

### 6.3. 統計解析 (表 5)

- 1) 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を求めた。
  - 2) 当該診療行為あるいは医薬品のレセプトを 1 回以上算定する医療機関数を求めた。
  - 3) 上記 1~2 の解析について、人口 10 万人 (別表) あたりの値を求めた。
  - 4) 医療機関所在地の都道府県ごとに、上記 1~2 の解析を行った。
- 複数の都道府県にある医療機関に同一患者が受診している場合は、重複して計上される。

表 4. 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	コメント	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	付表 5.1a と付表 5.1b の統合失調症の精神総患者数 (主傷病) に対する割合を付記した。	2
精神科電気痙攣療法 (閉鎖循環式全身麻酔)	4.4	付表 4.31 の (いずれかの) 精神科電気痙攣療法 に対する割合を付記した。	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	人口 10 万対の集計は、20 歳未満人口を基準とした。	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 (精神科救急急性期医療入院料)	4.10		2
精神科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

表 4. 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	コメント	対応
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	人口10万対の集計は、20歳未満人口を基準とした。	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	付表4.16の全年齢における精神科関連入院料に対する割合を付記した。	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（精神病棟入院基本料/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	人口10万対の集計は、20歳未満人口を基準とした。	2
10歳未満における通院・在宅精神療法	4.28	人口10万対の集計は、10歳未満人口を基準とした。	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	付表5.1aと付表5.1bの統合失調症の精神総患者数（主傷病）に対する割合を付記した。	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	付表4.33のADHD治療薬に対する割合を付記した。	3
認知症ケア加算	4.35		2
認知症ケア加算1	4.36	付表4.35の認知症ケア加算に対する割合を付記した。	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	2つの診療行為が同日・同一医療機関で算定されていることを条件とした。	4
時間外対応加算2と通院・在宅精神療法	4.45	同上	4
時間外対応加算3と通院・在宅精神療法	4.46	同上	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	2つの診療行為が同年度・同一医療機関で算定されていることを条件とした。	4
データ提出加算と精神科関連入院料（病床区分別）	4.50	全国のみの集計とした。	4
全年齢における精神科関連入院料（病床区分別）	4.51	全国のみの集計とした。	4

表 4. 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	コメント	対応
小児特定疾患カウンセリング料	4.52	人口 10 万対の集計は、20 歳未満人口を基準とした。	4
児童思春期精神科専門管理加算	4.53	人口 10 万対の集計は、20 歳未満人口を基準とした。	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 5. 診療行為/医薬品情報に基づく患者数の集計（抜粋）

都道府県名	医療機関数	患者数	人口 10 万対医療機関数	人口 10 万対患者数	算定年度
全国	**	**	**	**	2022
・	・	・	・	・	・
・	・	・	・	・	・

## 7. 傷病名情報に基づく患者数 (付表 5.1a–5.11a; 付表 5.1.b–5.11b)

### 7.1. 指標の定義概要

- 傷病名情報に基づく患者数とは、傷病名情報を基に他の条件を組み合わせで特定された患者数をいう。

### 7.2. 患者特定手順

- 1) 2022 年度の間、表 6 に示す疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (ICD-10 コード) に対応する精神科医療に関する (疑い病名を除く) 傷病名コードを有するレセプトを特定した。
- 2) 集計のために、以下の 5 項目を判別できるようにした。
  - 精神科関連入院料の算定があるレセプトを特定した。
  - 精神科関連以外の入院料の算定があるレセプトを特定した。
  - 精神科専門療法あるいは通院・在宅精神療法の算定日数を特定した。
  - 精神科専門療法以外の入院外レセプトの算定日数を特定した。
  - 主傷病を特定した。なお、DPC レセプトの場合、傷病名区分コードのうち「医療資源を最も投入した傷病名/主傷病名/入院の契機となった傷病名/医療資源を 2 番目に投入した傷病名」を主傷病とみなした。

### 7.3. 統計解析 (表 7)

#### 7.3.1. 主解析 (付表 5.1a–5.11a)

- 1) 年度ごとに当該傷病名かつ精神科関連入院料を有するレセプトに制限し、精神病床入院における傷病分類別患者数と医療機関数を求めた。
- 2) 年度ごとに当該傷病名かつ精神科関連以外の入院料を有するレセプトに制限し、一般病床入院における傷病分類別患者数と医療機関数を求めた。
- 3) 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と医療機関数を求めた。
- 4) 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医療機関数を求めた。
- 5) 上記 1~4 の解析について、入院と外来の区別を除いて、一般と精神の区別ごとに総患者数と医療機関数を求めた。
- 6) 上記 1~4 の解析について、一般と精神の区別を除いて、入院と外来の区別ごとに総患者数と医療機関数を求めた。
- 7) 上記 1~4 の解析について、入院と外来の区別及び、精神と一般の区別を除いて、総患者数と医療機関数を求めた。

- 8) 上記 1~7 の解析について、当該傷病名が主傷病のレセプトに制限し、患者数と医療機関数を求めた。
- 9) 上記 1~8 の解析について、人口 10 万人 (別表) あたりの値を求めた。
- 10) 医療機関所在地の都道府県ごとに、上記 1~9 の解析を行った。
  - 複数の都道府県にある医療機関に同一患者が受診している場合は、重複して計上される。

### 7.3.2. 追加解析 (付表 5.1.b–5.11b)

- 1) 上記 1~10 の解析について、3) の条件を、精神科専門療法を通院・在宅精神療法に変更して集計した。

表 6. 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

表 7. 傷病名情報に基づく患者数の集計 (抜粋)

都道府県名	精神入院 患者数	精神外来 患者数	精神総患 者数	一般入院 患者数	一般外来 患者数	一般総患 者数	総患者数	算定年度
全国	**	**	**	**	**	**	**	2022
・	・	・	・	・	・	・	・	・
・	・	・	・	・	・	・	・	・

## 8. 月間患者延数 (付表 6.1–6.2)

### 8.1. 指標の定義概要

- 月間患者延数とは、月あたりの患者延数をいう。

### 8.2. 患者特定手順

- 1) 2022年4月から2023年5月の間に精神科関連入院料あるいは通院・在宅精神療法の算定があるレセプトを特定した。

### 8.3. 統計解析 (表 8)

- 1) 診療月、生年月日と精神科関連入院料の算定日情報を基に、算定月、年齢区分(0~19/20~24/25~29/30~34/35~39/40~44/45~49/50~54/55~59/60~64/65~69/70~74/75~79/80~84/85歳以上)と、医療機関所在地の都道府県の3変数を組み合わせた入院患者延数を求めた。
- 2) 診療月、生年月日と通院・在宅精神療法の算定日情報を基に、算定月、年齢区分(0~9/10~14/15~19/20~24/25~29/30~34/35~39/40~44/45~49/50~54/55~59/60~64/65~69/70~74/75~79/80~84/85歳以上)と、医療機関所在地の都道府県の3変数を組み合わせた外来患者延数を求めた。
- 3) 分子を当該月の入院/外来患者延数、分母を当該月の日数として、月間入院/外来患者延数を求めた。
- 4) 上記1~3を基に求めた月間入院/外来患者延数について、当該年度の年齢階級別人口(別表)で割り、10万で乗じることにより、人口10万対月間入院/外来患者延数を求めた。

表 8. 月間患者延数の集計 (抜粋)

都道府県名	年齢区分	入院患者延数	月間入院患者延数	月間入院患者延数(人口10万対)	算定月	算定年度
全国	0~19歳	**	**	**	202204	2022
全国	0~19歳	**	**	**	**	**
全国	0~19歳	**	**	**	**	**
.	.	.	.	.	.	.

## 9. 詳細な解説

### 9.1. 入退院日の特定法 (図 4)

- 1) レセプトには正確な入退院日の情報が記録されないため、入院料が連日算定されているかを確認し、算定開始日を入院日、算定終了日を退院日とみなした。
- 2) 入院料の算定が記録されない DPC レセプトの場合、BU レコードに記録されている入院日と退院日を基に、当該期間に精神科以外の入院料が算定されているとみなした。
- 3) 短期滞在手術基本料 3 は、入院料の算定が入院初日しか算定されないため、入院時食事療養費を入院料とみなした。
- 4) 同日に入院料が重複して存在する場合、1つの入院料だけが残るように、他の入院料を削除した。なお、精神病床と一般病床 (療養病床・結核病床を含む) の入院料が同日に重複して存在する場合、精神病床の入院料を優先することとした。

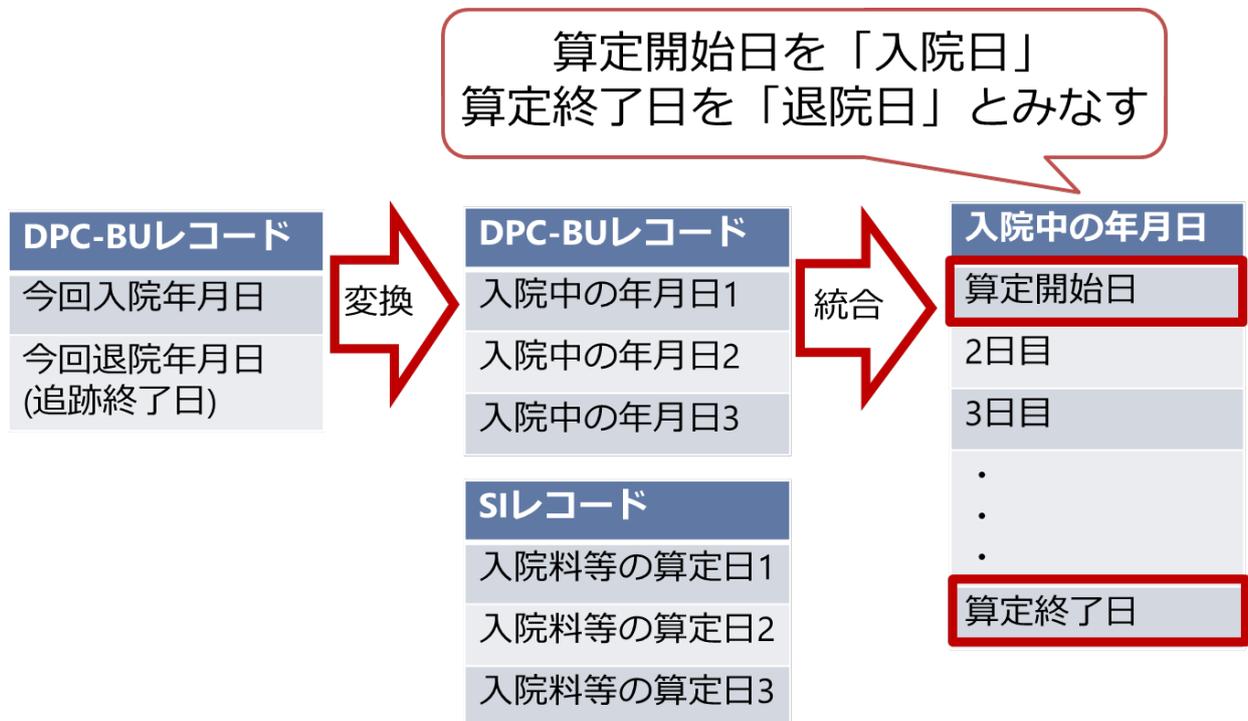


図 4. 入退院日の特定法のイメージ

## 9.2. レセプト返戻疑いへの対処法 (図 5)

- 1) NDB では紙レセプトがデータとして保存されていない。レセプト返戻のときは紙レセプトとなることが多いため、上記の入退院日の特定法を用いると、「月末に退院して、翌々月1日に再入院する」というケースが相当数発生する。この大部分は、レセプト返戻によるアーチファクトであることが想定される。
- 2) 本研究班では、月末に退院し、翌月にレセプトが発生せず、翌々月1日に同一病院に再入院したケースは、入院継続しているとみなした。ここで入院継続とみなした期間は、月末退院時の入院料が算定され続けているとみなした。

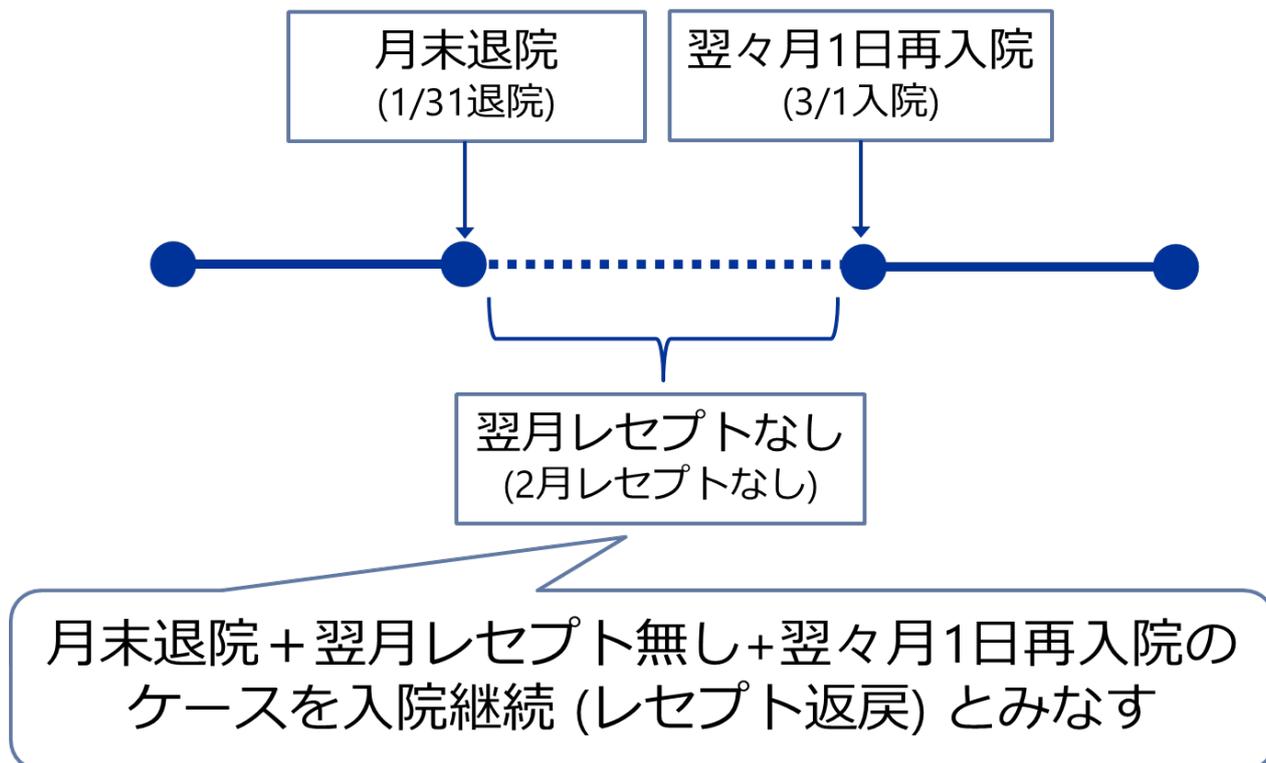


図 5. レセプト返戻疑いへの対処法のイメージ

### 9.3. 精神病床関連の入院料の定義

- 1) 精神病床に特異的な以下の入院料を精神病床関連の入院料とみなした。
  - 「精神科救急入院料/精神科救急急性期医療入院料」
  - 「精神科急性期治療病棟入院料」
  - 「精神科救急・合併症入院料」
  - 「児童・思春期精神科入院医療管理料」
  - 「精神療養病棟入院料」
  - 「認知症治療病棟入院料」
  - 「地域移行機能強化病棟入院料」
  - 「精神病棟入院基本料 (10 対 1・13 対 1・15 対 1・18 対 1・20 対 1)」
  - 「特定機能医療機関精神病棟入院基本料 (7 対 1・10 対 1・13 対 1・15 対 1)」
- 2) 精神病床と一般病床の両者が想定される以下の入院料は、RE レコードの病棟区分コードが「精神病棟」の場合に、精神科関連の入院料とみなした。
  - 「小児入院医療管理料 5」
  - 「特殊疾患病棟入院料 2」

### 9.4. 死亡日の特定法

- 1) レセプトでは、SY レコードあるいは SB レコードの転帰区分、コメントレコードのコメントコード (退院先 死亡など)、SI レコードの診療行為コード (死亡診断加算、在宅ターミナルケア加算、看取り加算) に、死亡に関する情報が記録される。本研究班では、上記 4 つのレコードのいずれかに死亡が記録されている場合、死亡情報のあるレセプトと判定した。
- 2) 死亡情報のあるレセプトについて、当該月の SI/CD レコードから最終診療日を死亡日とした。SI/CD レコードを特定できない場合は、当該月の最終日を死亡日とした。
- 3) 最終診療日は、入院時食事療養費、初・再診料 (区分番号: A000-A002)、入院料等 (区分番号: A1-A4)、在宅患者訪問診療料 (区分番号: C001)、処方箋料 (区分番号: F400) の算定により特定した。
- 4) 追跡期間の開始前より死亡フラグが付いている症例は、生存しているとみなした。
- 5) 追跡期間に複数の死亡フラグが付いている症例は、最初の死亡日を採用した。

### 9.5. 患者 ID に関する説明

- 1) NDB では、2 つの患者 ID が格納されている。ID1 は、保険者番号・生年月日・性別の組み合わせから生成される ID である。離職等の影響により ID が変わるという特

性がある。ID2は、氏名・生年月日・性別の組み合わせから生成されるIDである。改姓・氏名の表記ゆれ等によりIDが変わるという特性がある。

- 2) 本研究班では、ID1が途切れた月のID2を基に、次のID1を探すことにより、追跡性を高めるID0と呼ばれる奈良県立医科大学によるアルゴリズムを基にIDを作成した<sup>3,4)</sup>。ただし、奈良県立医科大学による解説資料<sup>4)</sup>に掲載されている、名寄せルール④は、医療機関間の表記ゆれに対応できないため、適用しないこととした。また、上記資料の名寄せルール⑤は、資格喪失したレセプトはNDBに含まれないため、適用しないこととした。

## 9.6. 傷病名に関する説明

- NDBを基にしたモニタリング指標のうち傷病名情報に基づく患者数は、レセプトの特性上、必ずしも実態を反映しているとは限らないため留意が必要となる。
- レセプトにおける傷病名情報には、いわゆる「保険病名」と呼ばれる保険請求上記載する病名が含まれるため、患者数を過剰に推計することがある。
- 逆に、適応症が存在しない疾患である場合は、患者数を過少に推計することがある。
- NDBから推計された統合失調症、うつ病・躁うつ病及びてんかんの総患者数は、想定される有病者数（それぞれ、70万人<sup>5)</sup>、336万人<sup>6)</sup>、100万人<sup>7)</sup>）よりも著しく大きく、受療率を考慮すると不自然であるため、主傷病名に限った患者数を使用する方が無難であることが想定される。
- なお、現段階では傷病名情報に基づく患者定義の精度は不確かであるため、有病率と受療率による蓋然性を確認しながら参考程度に使用するに留めるべきである。今後の研究により、患者定義の精度を検証することが望まれる。

## 9.7. 人口に対する説明 (別表)

- 人口 10 万人あたりの患者数と医療機関数を求める際、人口推計の総人口 (各年 10 月 1 日時点) から被保護者調査の被保護人員数 (各年 7 月 31 日時点) を引いた医療保険適用者数を母集団として用いた<sup>8,9)</sup>。

## 9.8. 公表基準に関する説明

- 本研究班は、NDB の利用規則を遵守するため、一部の集計結果について、「非公表」や「患者数/医療機関数を特定できない数値」に置き換えて表示している。
- 具体的には、患者数が 1~9 の場合は、患者数を 1~9 と表示した。また、医療機関数が 1~2 の場合は患者数を「非公表」、医療機関数を 1~2 と表示した。
- さらに、全国の数値から各都道府県のマスキングされた値が特定される場合、患者数/医療機関数が 2 番目に少ない都道府県の値は、1 つの値に特定できないよう修正した。
- さらに、2 つの表の差分から、ある条件の患者数が 1~9 となる場合 (例: 付表 4.31. 精神科電気痙攣療法) は、片方の表の患者数を特定できないようにした。

## 9.9. 前年度データからの主な変更点に関する説明 (表 9)

- 前年度に公開したデータ<sup>10)</sup>から、本年度は、以下の付表を追加・修正している。

表 9. 主な変更点

付表名	変更点
付表 4.55 精神科救急医療体制加算	新規追加
付表 4.56 療養生活継続支援加算	同上
付表 4.57 こころの連携指導料 (1)	同上
付表 4.58 こころの連携指導料 (2)	同上

## 9.10. 留意事項

- 1) 地域生活日数の定義は保険医療機関に入院していない期間であるため、介護医療院などの介護保険施設に入所している期間は考慮されない。
- 2) 本研究班で公表している帳票は、保険診療の患者に限定化したため、生活保護受給者等が含まれないことから、退院患者数と新入院患者数は過少評価される。
- 3) 医療機関数は、保険医療機関コードを基に集計しているため、年度途中でコード変更等がある医療機関の場合は、重複して計上される。
- 4) 月間患者延数 (付表 6.1-6.2) については、NDB データ更新のタイミングによって若干変動するため、既報と数値が変わることがある。

## 10. 引用文献

- 1) 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/iryuuhoken/reseputo/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/reseputo/index.html)), 閲覧日: 2025年3月25日.
- 2) Kloecker, D. E., Davies, M. J., Khunti, K. et al: Uses and Limitations of the Restricted Mean Survival Time: Illustrative Examples From Cardiovascular Outcomes and Mortality Trials in Type 2 Diabetes. *Ann Intern Med* 172: 541-552, 2020.
- 3) 野田龍也, 久保 慎一郎, 明神大也, 西岡祐一, 東野恒之, 松居宏樹, 加藤源太, 今村知明: レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) における患者突合 (名寄せ) 手法の改良と検証. *厚生指標*, 64: 7-13, 2017.
- 4) 久保 慎一郎, 野田龍也, 西岡祐一, 明神大也, 東野恒之, 松居宏樹, 加藤源太, 今村知明: レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) 利用促進に向けた取り組み: 患者突合 (名寄せ) 手法開発と検証 ([http://square.umin.ac.jp/ndb/PDF/NDB\\_UG\\_nayose-method\\_190902.pdf](http://square.umin.ac.jp/ndb/PDF/NDB_UG_nayose-method_190902.pdf)), 2017, 閲覧日: 2025年3月25日.
- 5) 浜田芳人, 太田保之, 中根允文: 長崎県の対馬島における統合失調症の疫学研究. *精神神経学雑誌*, 108: 117-131, 2006.
- 6) 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.
- 7) 大槻泰介: てんかんの有病率等に関する疫学研究及び診療実態の分析と治療体制の整備に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 (精神障害分野) 平成 23~平成 25 年度総合研究報告書, 2014.
- 8) 厚生労働省: 被保護者調査 (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/74-16.html>), 閲覧日: 2025年3月25日.
- 9) 総務省統計局: 人口推計 (<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/>), 閲覧日: 2025年3月25日.
- 10) 大正大学地域構想研究所: 精神医療モニタリングに関する研究 (精神保健福祉資料) (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>), 2024, 閲覧日: 2025年3月25日.

この調査は令和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」 (研究代表者 国立精神・神経医療研究センター 黒田直明) によるものです。NDB分析は一般社団法人臨床疫学研究推進機構が担当しました。引用の際は「国立精神・神経医療研究センター: 精神保健医療福祉のモニタリング研究 (精神保健福祉資料: <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>)」と記載ください。