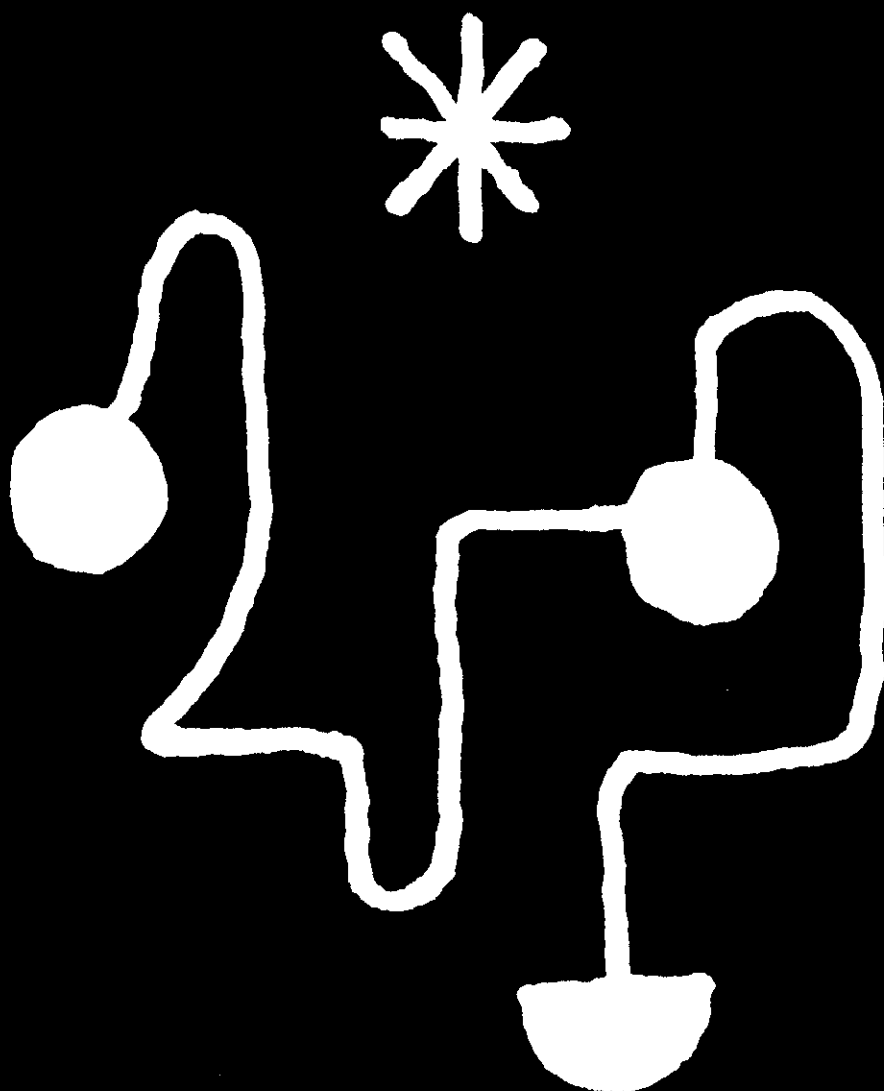


平成12年度厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)

精神保健福祉法第32条による  
通院医療費公費負担の増加要因に関する研究  
研究報告書

主任研究者 竹島 正



# 目 次

## I. 総括研究報告書

- 精神保健福祉法第 32 条による通院医療費公費負担の増加要因に関する研究 … 1  
主任研究者 竹島 正

## II. 分担研究報告書

1. 精神保健福祉法第 32 条による通院医療費公費負担についてのレセプト調査 … 7  
三宅 由子, 竹島 正, 浦田 重治郎, 松下 幸生, 伊藤 弘人
2. 疾患別請求内容の検討 …………… 17  
松下 幸生

## III. 研究協力報告書

1. 通院医療費公費負担制度に関連する要因の動向に関する分析 …………… 27  
伊藤 弘人
2. 「社会医療診療行為別調査報告」による入院外診療点数の年次推移 …………… 31  
佐名手 三恵, 三宅 由子, 竹島 正

## IV. 資料

- 「精神障害者通院医療費公費負担の適正化のあり方に関する検討会」資料抜粋 …… 43

# I. 総括研究報告書

## 厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）

### 総括研究報告書

## 精神保健福祉法第 32 条による通院医療費公費負担の増加要因に関する研究

主任研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

**研究要旨** 公費通院医療費の増加要因を明らかにするため、診療報酬明細書の内容の検討を行った。また増加の背景をなす、通院医療制度および入院外医療費の動向について検討した。その結果、公費通院医療費の増加の主たる要因は、精神科通院医療を促進する制度等の整備に基づくものであることがわかった。診療報酬明細書の内容の検討では、公費通院利用者は、性別に偏りはなく、青年期後期から中年期の精神障害者が中心であって、通院継続の必要な精神障害者におおむね適正に利用されていると考えられた。しかし公費通院制度の適用対象、適用範囲が不明確なことが、公費通院医療費の過剰な増加要因となっている懸念は否定できなかった。このため貴重な国費が必要な対象に適正に向けられるよう制度運用の原則を明らかにし、審査体制を充実するとともに、制度運用のモニタリングを行う必要がある。

### A 研究目的

精神障害者通院医療公費負担制度（以下、公費通院制度という）は、昭和 40 年の精神衛生法改正において創設された。その理由は、①精神障害者の社会適応性が著しく低いこと、②家族の蒙る精神的・経済的損害が著しいこと、③適正な医療が行われないと措置入院を要する程度に増悪する可能性が高いこと、④急速に発達した精神科医療を普及する必要があること、等であり、社会生活上の困難をかかえる精神障害者の、通院医療の継続を支援することが目的であった。利用者数は、制度創設時（昭和 41 年）には約 3 万 3 千人であったが、平成元年には 30 万人と年々増加の一途を辿り、平成 11 年には 60 万人を超えている。また公費通院制度医療費も平成 10 年度予算額が 360 億円以上となる等、公費通院制度の利用の実態と効果等を、早急に調査・分析することが求められてい

る。本研究の目的は、公費通院制度医療費の実態を把握するとともに、その増加要因を明らかにすることである。

### B 研究方法

公費通院制度医療費の増加要因を明らかにするため、診療報酬明細書の内容の検討を行った。また、公費通院増加の背景をなす、通院医療制度および入院外医療費の動向について検討した。

#### 1. 診療報酬明細書の内容の検討（レセプト調査）

全国規模で公費負担の実態を把握するためには、診療報酬明細書の内容を検討することが最も適切である。全国の保険医療機関を無作為抽出し、都道府県の健康保険診療報酬支払基金の協力を得て、対象医療機関から提出された公費負担請求分のレセプトの 20% を系統抽出し

て、医科レセプト1759件(うち処方箋なし1081件：薬剤費を含めた請求内容の分析に使用)、調剤レセプト792件、訪問看護レセプト44件の氏名をマスクしたコピーを入手し、分析した。

## 2. 通院医療制度および入院外医療費の動向分析

昭和40年の通院医療公費負担制度の創設時から現在まで、保険給付率、診療報酬の改定等、制度上の変化を検討した。また「社会医療診療行為別調査報告」をもとに、入院外診療の年次推移について検討した。

### C 研究結果

#### 1. 診療報酬明細書の内容の検討(レセプト調査)

医科レセプト1759件では、やや女性が多く、年齢層は20～50歳台が大部分であった。診療機関の種別では、精神病床を有する病院48.7%、精神科診療所28.9%で、精神科が大部分であった。診断別では、精神分裂病(F2)42.8%、気分障害(F3)18.1%、神経症性障害(F4)17.5%、てんかん12.4%等であった。診断別の請求点数等では、精神分裂病(F2)、精神作用物質による精神障害(F1)で請求点数が高く、てんかんで低かった。精神分裂病(F2)、精神作用物質(F1)、精神遅滞(F7)で診療実日数が多く、器質性精神障害(F0)、精神作用物質による精神障害(F1)で合併症に対する処方点数が高かった。気分障害(F3)、神経症性障害(F4)で精神療法点数が、精神遅滞(F7)、てんかんで検査点数が高いなど、診断によって請求点数やその内容に特徴があった。

処方箋なし医科レセプトでは、男女はほぼ同数、年齢層は20～50歳台が大部分と、医科レセプト全体と同様であった。医療機関の種別では、精神病床を有する病院からのレセプトが

61.6%と多かった。診断別では、精神分裂病(F2)が請求件数の47.8%、請求点数の56.3%を占めていた。1件当たりの点数は全体として2172点であり、診断別にみると、件数では3%に過ぎないが精神作用物質による精神障害(F1)が3185点で最も高く、精神分裂病(F2)は2556点であった。気分障害(F3)および神経症性障害(F4)は件数で16.5%と14.4%を占めるが、1件当たり請求点数は全体の平均より低かった。薬剤費は全体の37.9%を占め、その中で合併症に対応するものは4分の1程度と推測された。精神科デイケア(精神科ナイトケア、精神科デイナイトケアを含む)は件数では6.7%であるが、点数に占める割合は20.3%であった。傷病名に当該精神障害と関連の乏しい病名の含まれているレセプトは53.0%あり、傷病名が精神障害とそれに関連する病名のみレセプトと比較すると、レセプト1件当たりの請求点数は、2464点と1843点であり、前者は後者の1.34倍であった。

調剤レセプト792件について、処方された薬剤のうち、向精神薬とそれに付随する処方の請求点数は、請求点数の73.5%、明らかに合併症への対応と確認できるものは23.9%であった。調剤レセプトにおける1件当たり請求点数は1401点で、院内処方による薬剤費866点よりかなり高かった。

訪問看護レセプト44件の平均値は29,807円、主たる精神障害は「精神分裂病(F2)」が72.7%であった。

#### 2. 公費通院制度および入院外医療費の動向分析

保険給付率の動向では、昭和36年には国民健康保険が全国に普及し、5割給付で国民皆保険が実現した。昭和38年に世帯員給付が7割となったが、その完全実施は昭和43年であ

った。健康保険の家族給付率は、公費通院制度創設時は5割で、昭和48年に7割になった。

診療報酬の改定は、精神障害者の通院医療を促進する方向で進められ、精神科専門療養は多様になった。診療報酬は増加傾向が続いていたが、平成10年は若干減少していた。また通院医療に占める通院医療費公費負担の割合は、平成6年(34%)まで30%を越えていたが、平成7年に保険優先に改められてからは15%前後となっている。このように精神科通院医療は、通院医療を促進する制度に伴って増加し、それに呼応して通院医療費公費負担の利用も増加してきたが、「健康保険法等の一部を改正する法律」等の影響もあいまって増加傾向が収束する可能性もある。

「社会医療診療行為別調査報告」の年次推移によると、健康保険による精神・行動障害の入院外診療の点数は、昭和61年度から平成10年度の間2.5倍に増加していた。全体では件数が1.8倍に増加し、1件当たりの点数も1.4倍に増加していた。増加の要因は、①1件当たり点数の高い精神分裂病等の件数が1.4倍に増加したこと、②1件当たり点数および1件当たり日数の高い痴呆の件数が3.1倍、1件当たり点数が2.7倍、1件当たり日数が1.9倍に増加したこと、③気分障害、神経症性障害等の件数が各々3倍、1.9倍に増加したこと、④通院精神療法と精神科デイケアが各々3.4倍、10.7倍に増加したこと等により、精神科専門療養が4.1倍に増加したこと、⑤通院医療に関する診療報酬点数が改定されたこと、等である。

また平成7年7月の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の改正による、公費優先から保険優先の仕組みへの改正の影響も認められた。

平成10年度には精神・行動障害の診療報酬

点数は前年を下回った。その理由として平成9年9月より施行された「健康保険法等の一部を改正する法律」による被用者保険の被保険者負担の増加、老人医療受給対象者の負担金の改定、薬剤に関わる一部負担の創設による影響が推測された。

## D 考察

通院公費医療費の増加の主たる要因は、国民のニーズを背景にした、精神科通院医療を促進する制度等の整備に基づくものであり、これは望ましい変化であった。そのことを踏まえたうえで、通院公費医療費の増加が適正であるか検証することが本研究に与えられた課題である。この観点から、通院公費医療費の増加要因について、①適用対象、②適用範囲、③今後の増加要因の3点から考察した。

### 1. 適用対象

本研究で行った診療報酬明細書の内容の検討(レセプト調査)は、全国の保険診療機関が提出した明細書からの無作為抽出によるもので、その属性の分布は公費請求の実態の一側面を示す資料となる。公費通院制度利用者は、性別に偏りはなく、青年期後期から中年期の精神障害者が中心であった。診断名については「精神分裂病(F2)」が4割以上であること、「神経症性障害(F4)」の割合が精神障害外来受療患者一般よりも低いことから、おおむね精神障害による社会生活上の困難をかかえ、通院継続の必要な者に利用されているものと考えられた。また病院からの請求は大部分が精神科からのものであり、診療所では内科、小児科など他科からの請求が2割程度みられるが、小児科からの請求のほとんどは、主たる傷病がてんかんであった。このように集団としてとらえた通院公費利用者は、制度創設時に想定された対象と大

きな隔たりがあるとは考えられない。しかし、「精神障害者通院医療費公費負担の適正化のあり方に関する検討会」第4回資料「都道府県の審査体制について（本報告書に所収）」に示されたように、通院公費の審査体制が弱体な都道府県等があること、「神経症性障害（F4）」等で、公費通院適用のあり方が異なっていることから、制度創設の趣旨を超えて利用が拡大していることが懸念された。

## 2. 適用範囲

今回医科レセプトにおける処方箋を、向精神薬を含むものおよびそれに付随する症状に対するものと、明らかに合併症に対応するものに分類することを試みた。その結果、傷病名に当該精神障害と関連の乏しい病名の含まれているレセプトは53.0%あり、傷病名が精神障害とそれに関連する病名のみとのレセプトと比較すると、レセプト1件当たりの請求点数は、2464点と1843点であり、前者は後者の1.34倍であった。また医科レセプトの中で公費請求分とそれ以外を分けているものは、ごく少数であった。このことから、通院公費で対応する医療の範囲が、精神障害による受診継続中に発生した合併症まで広く適用される状態となっていることが示唆された。

## 3. 今後の増加要因

今後の増加要因として重要と思われることを、診断別や精神科デイケアの実施等について具体的に検討した。

器質性精神障害（F0）は、大部分が痴呆性疾患であって、精神症状や問題行動の程度にかかわらず通院公費の対象になり得る。今回の調査では医科レセプトに占める割合は3.1%と少なかったが、今後の増加要因として考慮する必要がある。精神作用物質による精神障害（F1）は、請求件数の3%程度に過ぎないが、1件当

りの請求点数は診断別で最も高く、精神科デイケアの点数も高い。また薬剤の内訳をみると、明らかに合併症への対応と思われる処方の割合が、他の傷病に比較してとびぬけて高い。精神作用物質による精神障害（F1）は、アルコール依存症が中核をなしており、潜在患者数は多いと考えられる。今後この傷病に対する公費負担請求が増加することがあれば、かなりの増加要因となる。気分障害（F3）と神経症性障害（F4）は、件数においては精神分裂病に次いで多いが、1件当たり請求点数は高くはなく、また最大請求点数も精神分裂病（F2）、精神作用物質による精神障害（F1）に比較して低い水準に留まっている。しかし精神科診療機関への受診が増加すれば、請求の増加につながっていくと思われる。このように診断別でとらえた場合、多くの診断区分で増加要因が潜在している。

精神科デイケアの点数は処方箋なし医科レセプトの20.3%を占めている。今後デイケアに対する請求件数が増加すれば、かなりの点数増加要因になることが予測される。

今回の調査では、調剤レセプトにおける1件当たり請求点数は、院内処方による薬剤費よりかなり高かったが、医薬分業の進展とともに、処方を院外の薬局に依頼する割合も増加してくると思われる。

以上のように、通院公費制度はおおむね適切に運用されてきており、精神障害者の医療継続の確保に大きな効果を挙げていると考えられた。しかし「精神障害者通院医療費公費負担制の適正化のあり方に関する検討会」で提出された都道府県の審査体制の資料にあるように、制度適用の対象は明確とは言えない。このため通院公費制度が適正に運用されるよう、対象者を明確にする必要がある。しかし制度創設の主旨

と精神障害者の実態を考慮すると、診断名のみで制度適用を決定することは困難である。制度適用の対象者については、精神障害に起因する能力障害や活動制限があるなど、社会経済活動への参加の困難をかかえる精神障害者の通院継続と社会復帰の支援という観点から、検討することが必要であろう。

平成14年度からは、通院公費申請事務の窓口が市町村に、審査事務局が精神保健福祉センターに置かれることとなる。このため早急に通院公費制度運用の原則を明らかにするとともに、通院公費申請の審査体制の充実に努める必要がある。

今回、診療報酬明細書の内容の検討によって、通院公費医療費の増加要因に貴重な情報を得ることができたが、通院公費制度の運用状況は変化しつつあり、通院公費申請書も含めた制度運用のモニタリングを行うことが望まれる。

## E 結論

通院公費制度利用者は、制度創設の主旨を踏まえた継続治療の必要な者が中核をなしており、精神障害者の通院医療の継続支援に重要な役割を担っていた。しかし通院公費制度の適用対象、適用範囲が不明確なことが、公費負担の過剰な増加要因となっている懸念は否定できなかった。このため貴重な国費が必要な対象に適正に向けられるよう、制度運用の原則を明らかにするとともに、審査体制を充実し、制度運用のモニタリングを行う必要がある。

## F 健康危険情報

なし

## G 研究発表

なし

## H 知的財産権の出願・登録状況

なし



## Ⅱ. 分担研究報告書

## 厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)

### 分担研究報告書

#### 精神保健福祉法第 32 条による通院医療費公費負担についてのレセプト調査

分担研究者 三宅 由子 (国立精神・神経センター精神保健研究所)  
主任研究者 竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所)  
研究協力者 浦田重治郎 (国立精神・神経センター国府台病院)  
研究協力者 松下 幸生 (国立療養所久里浜病院)  
研究協力者 伊藤 弘人 (国立医療・病院管理研究所)

**要約** 精神障害者通院医療費公費負担制度は、創設以来在宅精神障害者の医療継続性の保持に大きな役割を果たしてきた。しかし創設から 35 年を経て、その事業費は大幅に増加し、また医療保険制度や精神保健福祉を取り巻く社会状況の変化に伴い、事業のあり方の見直しが必要な時期にあると思われる。そこでその実態を把握するため、全国の保険医療機関を無作為抽出し、都道府県の健康保険診療報酬支払基金の協力を得て、対象医療機関から提出された公費負担請求分のレセプトの 20% を系統抽出して、医科レセプト 1759 件 (うち処方箋なし 1081 件：薬剤費を含めた請求内容の分析に使用)、調剤レセプト 792 件、訪問看護レセプト 44 件の氏名をマスクしたコピーを入手し、分析した。

処方箋なし医科レセプトでは、男女はほぼ同数、年齢層は 20～50 歳台が大部分であり、精神分裂病(F2)が請求件数の 47.8%、請求点数の 56.3% を占めていた。1 件当りの点数は全体として 2172 点であり、主たる傷病別にみると、件数では 3% に過ぎないが精神作用物質による障害(F1)が 3185 点で最も高く、精神分裂病(F2)は 2556 点であった。気分障害(F3)および神経症性障害(F4)は件数で 16.5% と 14.4% を占めるが、1 件当り請求点数は全体の平均より低い。薬剤費は全体の 37.9% を占め、その中で合併症に対応するものは 4 分の 1 程度と推測された。デイケアは件数では 6.7% であるが、点数に占める割合は 20.3% であった。公費請求分を分けて請求したレセプトはわずかしかなく、また医科レセプトに記載された傷病名の中に、主たる傷病と関係の乏しい傷病が含まれるレセプトは、それを含まないレセプトに比較して、1 件当り点数が 1.34 倍であった。今後は公費負担制度の審査や適用範囲を検討することが必要となると考えられた。

#### A. はじめに

精神障害者通院医療費公費負担制度は、精神障害者の社会適応性の低さ、障害者家族の蒙る精神的・経済的損害の重さ、適正な医療が行われない場合の措置入院を要する程度に増悪する可能性、急速に発達した地域精神医療を普及させる必要性などの理由から、昭和 40 年に創設された。創設以来、在宅精神障害者の医療の継続性保持に大き

な役割を果たしてきたものの、創設から 35 年を経て、医療保険制度や精神保健福祉を取り巻く社会状況の変化に伴い、事業のあり方の見直しが必要な時期にあるものと思われる。

利用者数は、制度創設時(昭和 41 年)には約 3 万 3 千人であったが、平成元年には 30 万人と、年々増加の一途を辿り、平成 11 年には 60 万人を超えた。それに伴いこの制

度にかかる事業費は、平成5年から10年にかけて2倍近くにまで増加し、事業費の拡大が続いている。平成10年度には予算額が360億円を超えており、本制度の利用の実態と効果等に関して早急に調査・分析することが必要と思われる。

本研究では、通院医療費公費負担の実態を把握するため、全国の保険診療機関から提出された診療報酬明細書等から無作為抽出によって標本を抽出し分析した。

## B. 対象と方法

通院医療費公費負担の実態を把握するために、全国の保険診療機関6,706施設から無作為に325施設（抽出率4.8%）を抽出し、各都道府県の健康保険支払基金に協力を求めて、対象として抽出された診療機関から提出された平成12年10月分の公費負担分の診療報酬明細書（医科レセプト）、調剤報酬明細書（調剤レセプト）、訪問看護医療費明細書（訪看レセプト）の中から、系統抽出によって20%を無作為に選び、氏名をマスクしてコピーしたものを入手した。全国から医科レセプト1759件、調剤レセプト792件、訪看レセプト44件が提出された。

集められた医科レセプト、調剤レセプトに記載された処方については、精神科医が1.向精神薬の含まれた処方、2.主診断の精神障害に付随した処方、3.明らかに合併症への対応、4.その他・不明、に分類した。また医科レセプト、訪問看護レセプトに記載された傷病名についても、精神科医がICD-10の分類により1.主たる精神障害、2.合併精神障害、3.副作用による傷病、4.関係の乏しい傷病、に分類した。

## C. 結果

### 1. 医科レセプト

#### 1) 基本属性

医科レセプト1759件中、処方箋なしは1081件であった。医科レセプトで投薬も含めた医療費を検討するには、処方箋なしの1081件について分析するのが適切である。医科レセプト全数および処方箋なしレセプトについて、性別、年齢階層、主たる傷病、生活保護の有無の分布を表1に示した。

性別および生年月日は氏名と同じ欄に記載されているため、氏名をマスクする際に同時にマスクされてしまったものがあり、不明が性別で9.3%〔処方箋なしレセプトでは11.0%：以下同〕、年齢で10.4%〔12.2%〕出ている。それを除けば性別は男女ほぼ半々であり、偏りはみられない。年齢層では40～59歳が全体の43.6%〔44.2%〕を占め、次いで20～39歳が28.9%〔27.8%〕である。19歳以下の若年層は少なく、60歳以上の高齢者は13.9%〔12.2%〕であった。主たる傷病は精神分裂病（F2）が最も多く42.8%〔47.8%〕を占める。次いで気分障害（F3）18.1%〔16.5%〕、神経症性障害（F4）17.5%〔14.4%〕であった。F0以外のてんかんは12.4%〔11.7%〕であった。

同じく医科レセプト全数および処方箋なしレセプトについて、診療機関の種別（病院、診療所の別）、および診療機関の主たる診療科の分布を表2に示した。病院からのレセプトが63.7%〔73.7%〕を占め、処方箋なしレセプトで有床の病院からの割合が高くなる。病院からのレセプトは95.6%〔96.8%〕が精神科から提出されているが、診療所からのレセプトでは内科、小児科など精神科以外からの請求も20.4%〔21.5%〕みられた。

通院公費分と公費分以外を区分して請求しているレセプトは26件（1.5%）のみであり、ほとんどのレセプトが点数全体を公費の対象として請求していた。

## 2) 公費請求点数の分布

図1に処方箋なしレセプトの請求点数の分布を示した。大きく左に偏った分布である。最小値70点、最大値29520点であり、1件当りの平均値は2172点、中央値は1512点である。2500点未満が78%、4000点未満が91%を占める。

## 3) 主たる傷病別にみた公費請求点数

図2は、処方箋なしレセプトの主たる傷病別の件数の割合と総点数の割合である。精神分裂病は件数では全体の47.8%であるが、点数では全体の56.3%を占める。また精神作用物質による障害は件数では3.3%であるが、点数では4.9%を占めている。一方てんかんは、件数では11.8%を占めるが、点数では6.1%にとどまっている。感情障害と神経症性障害も、件数の占める割合より点数の占める割合のほうがやや少ない。

主たる傷病別にみた、処方箋なしレセプト1件当りの公費請求点数および最小値と最大値を表3に示した。1件当り公費請求点数は精神作用物質による障害(F1)が3185点で最も高く、次いで精神遅滞(F7)の2890点、精神分裂病(F2)の2556点が2000点を超えており、ばらつきも大きい。一方てんかん(F0以外)の1件当り点数は低く、ばらつきも他の傷病に比較して小さい。

表4に示す通り、全体としての請求点数の内訳は、投薬37.9%、通院精神療法20.9%、デイケア20.3%が主なものであり、再診は8.5%、その他(在宅、検査、処置など)12.4%である。請求件数が20件以上の傷病についてその内訳をみると、デイケアの請求点数が相対的に高いのは、精神作用物質による障害(F1):31.4%、精神分裂病(F2):26.8%器質性精神障害(F0):24.5%であり、通院精神療法の点数が相対的に高い

のは、神経症性障害(F4):33.8%および気分障害(F3):31.9%であった。

主たる傷病別にみた、処方の内訳を表5に示した。レセプト上には詳細が記されていない処方が多く、全体としては65.4%が不明に分類されてしまった。明らかに合併症への対応と思われた処方は、全体としては6.9%であったが、精神作用物質による障害(F1)では44.7%を占める。向精神薬を含む処方は全体では26.9%、精神分裂病(F2)では33.8%であった。不明を除いて全体としての構成割合を計算すると、向精神薬を含む処方は78.0%、明らかに合併症への対応は20.0%となる。

## 4) レセプトに記載された傷病からみた請求点数

レセプトに記載された傷病に主たる精神障害とは関係に乏しい傷病の含まれるものは、処方箋なし医科レセプト1081件中573件あり、その1件当り請求点数は2464点であった。これに対して、主たる精神障害とは関係に乏しい傷病を含まないレセプト508件の1件当り請求点数は1843点であり、前者は後者の約1.34倍である。

## 5) デイケア

全医科レセプト中、デイケアの請求が含まれるものは、96件(5.5%)〔処方箋なし医科レセプトでは72件(6.7%)〕であった。回数別にみると、5回以下が31.3%、6~10回と11~15回が各26.0%、16~20回が14.6%、21回以上は2件2.1%のみであった。

主たる傷病別には、精神分裂病(F2)が66件、68.8%を占め、神経症性障害(F4)10件(10.4%)、気分障害(F3)8件(8.3%)がそれに次ぐ。全件数に占めるデイケア請求ありの件数は、精神作用物質による障害

(F1)9.1% [処方箋なし医科レセプトの11.1%：以下同]，精神分裂病(F2)8.8% [10.4%]，神経症性障害(F4)3.2% [2.6%]，気分障害(F3)2.5% [2.2%]であった。

## 2. 調剤レセプト

調剤レセプト792件について，その基本属性の分布と1件当り公費請求点数を表6に示した。調剤レセプトの1件当りの薬剤請求点数は1246.2点であり，処方箋なし医科レセプトにおける1件当り処方点数866.0点より高い。

調剤レセプトで処方された薬剤のうち，向精神薬を含む処方の請求点数は68.0%，主たる傷病に付随する処方の請求点数は5.5%で，合計73.5%を占め，明らかに合併症への対応と確認できるものは23.9%であった。

## 3. 訪問看護レセプト

訪問看護レセプト44件について，その基本属性と1件当り請求金額を表7に示した。請求金額の平均値(単位：円)は29,807円，主たる精神障害は「精神分裂病(F2)」が32件(72.7%)，「感情障害(F3)」6件(13.6%)，「器質性精神障害[痴呆](F0)」3件(6.8%)，その他3件であった。

## D. 考察

### 1. 通院公費負担請求レセプトの属性

今回対象としたレセプトは，全国の保険診療機関が提出した明細書からの無作為抽出であるので，その属性の分布は公費請求の実態の一側面を示す資料となる。性別に偏りはなく，年齢層は4～50歳台が最も多く次いで2～30歳台であり，青年期後期から中年期の精神障害者を中心に利用されている。また主たる傷病も精神分裂病(F2)が約半数を占め，この制度の出発時点

で想定された対象と大きな隔たりがあるとはいえないものと思われる。病院からの請求はほとんどが精神科からのものであり，診療所では内科，小児科など他科からの請求が2割程度みられるが，小児科からの請求のほとんどは，主たる傷病がてんかん(F0以外)である。

医薬分業の進展とともに，処方を院外の薬局に依頼する割合も増加していると思われる。しかし今回の調査では処方箋の内容を知ることはできないので，レセプトから投薬を含めた医療費を検討する際には，処方箋の出されているレセプトは除外せざるを得ない。今回処方箋の出されているレセプトは678件で，全体の38.5%であった。処方箋なし医科レセプトは，有床の病院の精神科から出されている割合が高く，その意味で処方箋なしレセプトは偏りをもっているとも言える。調剤レセプトにおける1件当り請求点数が，院内処方による薬剤費よりかなり高いことを考えると，より詳細な医療費の内容の実態を把握するためには，処方内容まで踏み込んださらなる調査が必要であると思われる。

### 2. 主たる傷病別にみた請求点数の特徴

主たる傷病として請求件数の半数弱を占める精神分裂病(F2)は，点数全体では56%を占めている。その内訳では薬剤費が最も多いが，デイケアの点数はそれに次いで26.8%を占めている。デイケアの請求をしているレセプト件数が処方箋なし医科レセプト件数の10.4%を占めるに過ぎないことを考えると，今後デイケアに対する請求件数が増加すれば，かなりの点数増加要因になることが予測される。

精神作用物質による障害(F1)は，請求件数の3%程度を占めているに過ぎないが，1件当りの請求点数は主たる傷病別にみる

と最も高く、点数全体の 4.9%を占めている。請求点数の内訳としては、精神分裂病と同様デイケアの点数が 31.4%を占め、これも 11.1%に過ぎない件数の割合からすると、かなりの比重を占める。また薬剤の内訳をみると、明らかに合併症への対応と思われる処方割合が 44.7%で、他の傷病に比較してとびぬけて多い。今後この傷病に対する公費負担請求が増加することがあれば、これらもかなりの増加要因として考慮する必要があると思われる。

件数においては精神分裂病に次いで多い、気分障害(F3)と神経症性障害(F4)については、1件当り請求点数は高くはなく、また最大請求点数も上記2傷病に比較して低い水準に留まっている。しかし、外来診療機関におけるこれらの傷病の割合は今回の調査における割合よりかなり高く、また今後精神科診療機関への受診が増加すれば、相対的に請求の増加につながりやすいと思われる。この2傷病への請求点数の内訳では、薬剤費以外では通院精神療法の占める割合が高く、デイケアの請求はほとんどないことが特徴である。

てんかん(F0以外)は、1件当り請求点数は低くばらつきも小さい。また小児科など精神科以外からの公費請求は、かなりの割合がこの傷病のものである。てんかんは、処方の90日投与が認められているので、他に障害がなければ、通院間隔が3ヵ月になることが考えられる。主たる傷病がてんかん(F0以外)であるもののうち、傷病名がてんかん以外ついていないものは、全医療レセプトでは73件(てんかんの33.5%)、処方箋なしレセプトでは50件(てんかんの39.4%)あった。したがっててんかんの実際の患者数は、ここに示されたものより多いと推測される。

### 3. 合併症について

今回医療レセプトにおける処方を、向精神薬を含むものおよびそれに付随する症状に対するものと、明らかに合併症に対応するものに分類することを試みた。しかしレセプト上には、薬剤名を省略したものが多く、不明が6割以上を占める結果になり、明らかに合併症に対応すると分かるものは全体として6.9%しか確認できなかった。しかし精神作用物質による障害(F1)のみで見ると、それが44.7%を占めることが確認できた。同様に、傷病名は確認できないが、薬剤名の記載がはっきりしている調剤レセプトにおける処方を分類してみると、合併症に対応するものの割合は23.9%であり、また医療レセプトにおける不明を除く合併症に対応するものの割合が20.0%であることを考えると、薬剤費に占める合併症に対応する処方の割合は、全体としては4分の1程度かそれ以下であろうと推測できる。

また、医療レセプトに記載された傷病名は、多いもので18にも及ぶが、その中に主たる傷病と関係の乏しいと思われる傷病が含まれるものでは、それを含まないものに比べて、1件当り点数にして1.34倍の請求がなされていた。また、医療レセプトの中で公費請求分とそれ以外を分けているものは、ごく少数に留まった。すなわち、このことが公費請求の点数を引き上げている可能性が指摘できるので、今後公費請求のあり方について検討を要するものと思われる。

表1. 医科レセプトの属性分布

		全レセプト		処方箋なし レセプト	
		実数	%	実数	%
全数		1759	100.0	1081	100.0
性	男性	771	43.8	484	44.8
	女性	825	46.9	478	44.2
	性別不明	163	9.3	119	11.0
年齢階層	19歳以下	57	3.2	37	3.4
	20～39歳	508	28.9	300	27.8
	40～59歳	767	43.6	480	44.4
	60歳以上	244	13.9	132	12.2
	年齢不明	183	10.4	132	12.2
主たる傷病	器質性精神障害(F0)	55	3.1	32	3.0
	精神作用物質による障害(F1)	55	3.1	36	3.3
	精神分裂病(F2)	752	42.8	517	47.8
	気分障害(F3)	319	18.1	178	16.5
	神経症性障害(F4)	308	17.5	156	14.4
	(摂食障害)(F5)	6	0.3	2	0.2
	人格障害(F6)	13	0.7	9	0.8
	精神遅滞(F7)	30	1.7	22	2.0
	心理的発達障害(F8)	1	0.1	1	0.1
	てんかん(F0以外)	218	12.4	127	11.7
	分類不能	1	0.1	1	0.1
	精神障害以外	1	0.1	0	0.0
	生活保護	あり	330	18.8	210

表2. 医科レセプトの診療機関種別と診療科の分布

	全レセプト			処方箋なしレセプト		
	実数	%	%	実数	%	%
全数	1759	100.0		1081	100.0	
病院(精神病床あり)	857	48.7	76.5	666	61.6	83.6
病院(精神病床なし)	263	15.0	23.5	131	12.1	16.4
病院計	1120	63.7	100.0	797	73.7	100.0
診療科						
精神科(有床)	840		75.0	661		82.9
精神科(無床)	231		20.6	111		13.9
内科	5		0.4	0		0.0
小児科	24		2.1	18		2.3
神経内科	3		0.3	3		0.4
脳神経外科	2		0.2	1		0.1
外科	1		0.1	1		0.1
整形外科	12		1.1	2		0.3
科別不明	2		0.2	0		0.0
診療所(精神科)	508	28.9	79.6	223	20.6	78.5
診療所(精神科以外)	130	7.4	20.4	61	5.6	21.5
診療所計	638	36.3	100.0	284	26.3	100.0
主たる診療科						
精神科	508		79.6	223		78.5
内科	68		10.7	34		12.0
小児科	23		3.6	19		6.7
心療内科	8		1.3	8		2.8
神経内科	9		1.4	0		0.0
脳神経外科	8		1.3	0		0.0
外科	14		2.2	0		0.0

表3. 主たる傷病別1件当り請求点数(処方箋なし医科レセプト)

	件数	1件当り 請求点数	標準偏差	最小値	最大値
器質性精神障害(F0)	32	1795	1967	161	10613
精神作用物質による障害(F1)	36	3185	4419	410	24199
精神分裂病(F2)	517	2556	3306	70	29520
気分障害(F3)	178	1900	1595	404	12485
神経症性障害(F4)	156	1830	1471	378	13080
(摂食障害)(F5)	2	2444	1450	994	3894
人格障害(F6)	9	1785	1509	279	5621
精神遅滞(F7)	22	2890	3036	318	12351
心理的発達障害(F8)	1	577	—	577	577
てんかん(F0以外)	127	1133	812	70	4391
分類不能	1	1922	—	1922	1922
全数	1081	2172	2700	70	29520



表4. 主たる傷病別請求点数の内訳：(処方箋なし医科レセプト)

(件数 20 件以上の傷病および全数)

	件数	投薬 (%)	精神療法 (%)	デイケア (%)	再診 (%)	その他 (%)
器質性精神障害(F0)	32	42.3	17.4	24.5	9.3	6.5
精神作用物質による障害(F1)	36	35.6	12.9	31.4	7.0	13.1
精神分裂病(F2)	517	35.5	19.0	26.8	7.9	10.8
気分障害(F3)	178	44.8	31.9	8.5	9.3	5.5
神経症性障害(F4)	156	42.0	33.8	7.0	8.8	8.4
精神遅滞(F7)	22	17.8	2.1	26.0	10.7	43.4
てんかん(F0 以外)	127	44.5	3.4	0.0	11.0	41.1
全数	1081	37.9	20.9	20.3	8.5	12.4

表5. 主たる傷病別処方内容の内訳(処方箋なし医科レセプト)

	処方の 総点数 (100%)	1件当り 点数	内訳(%)			
			向精神薬 を含む 処方	主たる傷 病に付随 する処方	明らかに 合併症対 応の処方	不明
器質性精神障害(F0)	25536	798.0	25.9	0.0	14.5	59.6
精神作用物質による障害(F1)	44818	1244.9	8.6	0.0	44.7	46.7
精神分裂病(F2)	496828	961.0	33.8	0.7	4.5	61.0
気分障害(F3)	153506	862.4	21.4	1.0	6.3	71.3
神経症性障害(F4)	117226	751.4	20.9	0.5	3.8	74.7
(摂食障害)(F5)	2348	1174.0	13.9	3.8	10.2	72.1
人格障害(F6)	4591	510.1	0.0	0.0	0.0	100.0
精神遅滞(F7)	15258	693.5	24.7	0.0	6.4	68.9
心理的発達障害(F8)	240	240.0	0.0	0.0	0.0	100.0
てんかん(F0 以外)	75219	592.3	16.4	1.1	4.3	78.2
分類不能	598	598.0	0.0	0.0	0.0	100.0
全数	936168	866.0	26.9	0.7	6.9	65.4
不明を除く構成割合			78.0	2.0	20.0	—

表6. 調剤レセプトの基本属性および請求点数

		標本数	1件当り 請求点数	標準偏差
性	男性	341	1395	1032
	女性	395	1413	1045
	性別不明	56	1354	1092
生活保護	なし	721	1390	1066
	あり	71	1512	763
年齢階層	19歳以下	72	801	794
	20～39歳	212	1332	1074
	40～59歳	302	1542	953
	60歳以上	141	1521	1140
	年齢不明	65	1382	1100
全数		792	1401	1043

表7. 訪問看護レセプトの基本属性および請求金額

		標本数	1件当り 請求金額	標準偏差
性	男性	21	24164	15256
	女性	15	30543	17655
	性別不明	8	43238	20319
生活保護	なし	34	28412	16989
	あり	10	34550	22093
年齢階層	20～39歳	7	24421	16572
	40～59歳	16	24581	13255
	60歳以上	11	28977	16287
	年齢不明	10	42850	22328
全数		44	29807	18455

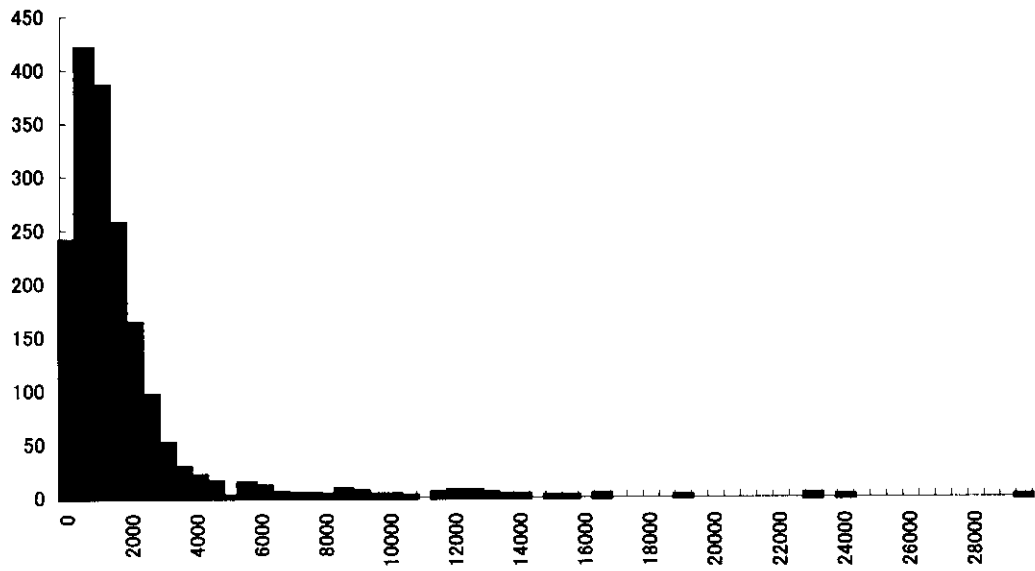


図1. 医科レセプトの請求点数の分布

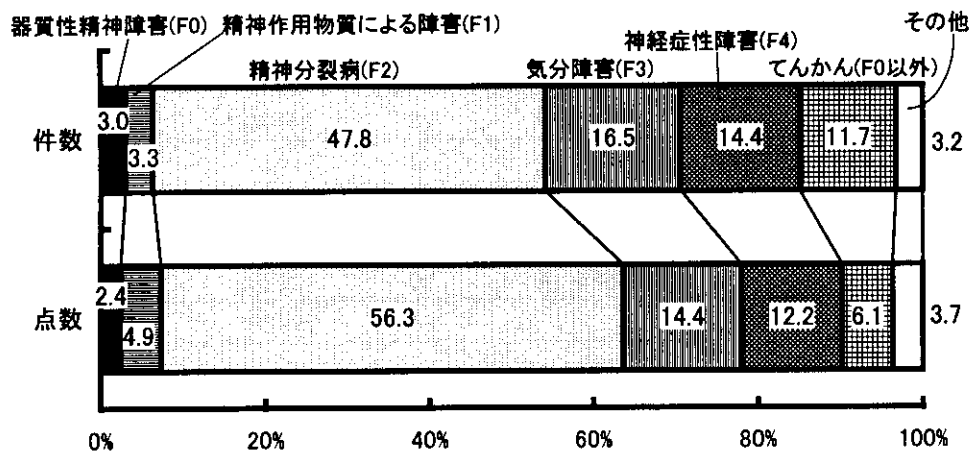


図2. 主たる傷病の件数と点数に占める割合

## 厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）

### 分担研究報告書

#### 疾患別請求内容の検討

分担研究者 松下 幸生 国立療養所久里浜病院精神科医長

研究要旨 無作為に抽出した 325 施設より得られた 1,759 件のレセプト調査を行った。レセプトに記載されている病名より精神科主診断を ICD-10 に準じて判定し、診断による点数の比較を行った。その結果、F2（精神分裂病、分裂病性障害、および妄想性障害）、F1（精神作用物質による精神および行動の障害）で公費請求点数が高く、F10（てんかん）で低い、F1、F2、F7（精神遅滞）で診療実日数が多い、F0（器質性障害）、F1で合併症に対する処方点数が高い、F3（気分障害）、F4（神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害）で精神療法点数が高い、F7、F10で検査点数が高いなど、診断によって請求点数やその内容に特徴のあることが明らかとなった。

#### A. 研究目的

本研究は、精神保健福祉法第 32 条による通院医療の公費負担について、その実態を把握するために行われるものである。精神保健福祉法第 32 条による通院医療公費負担は、昭和 40 年に創設されて以来、地域精神医療における在宅精神障害者の医療の継続性を保つ機能を果たしてきた。しかし、創設から 35 年を経て、精神保健福祉やそれを取り巻く社会状況は著しく変化し、精神科医療機関を受診して公費負担を受ける精神障害者も多様化している。そこで、公費負担の今後の在り方について検討が必要な時期にあると思われる。本研究は、特に、疾患別請求内容を中心として検討するものである。

#### B. 研究方法

##### 1. サンプルの抽出

全国の保険診療機関 6,706 施設から無作為に 325 施設（抽出率 4.8%）を抽出し、各都道府県の健康保険支払基金に協力を求めて、対象として抽出された診療機関から提出された平成 12 年 10 月分の診療報酬明細

書（以下、医科レセプト）、調剤報酬明細書（以下、調剤レセプト）、訪問看護医療費明細書（以下、訪看レセプト）の中から、系統抽出によって 20%を無作為に選び、氏名をマスクしてコピーしたものを入手した。

##### 2. データ解析

得られた各レセプトをデータ化して集計した。基本データベースは、主任研究者が集計・入力し、分担研究者に提供したものをを用いた。

##### 3. 主病名の分類

精神疾患の基本分類は、ICD-10 を基準とした。すなわち、F0：症状性を含む器質性精神障害、F1：精神作用物質による精神および行動の障害、F2：精神分裂病、分裂病性障害および妄想性障害、F3：気分（感情）障害、F4：神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害、F5：生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群、F6：成人の人格および行動の障害、F7：精神遅滞、F8：心理的発達の障害、F9：小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害および特定不能の精神障害、F10：てんかん、F11：分類不能の精