

神障害、F12：精神障害以外である。しかし、実際に医科レセプトに記載されている診断名は必ずしも ICD-10 に従っておらず、また複数の精神科診断名が記載されている場合もあるため、主診断の判定には、以下の基準に従った。1) F 2 は原則として最優先する、2) F 1 と他の傷病名との優先順位は個別判断とする、3) F 0 と他の傷病名の優先順位は合併症病名により総合的に判断する、4) 躁状態は、F 3 とし、うつ状態は F 4 とする、5) 神経衰弱状態、精神衰弱、および反応性と記載されているものに関しては、F 4 とする、6) 気分障害をあらゆる傷病名の場合には、反応性、初老期などの記載があっても F 3 とする、7) 単なる「てんかん」「発作」は、他の傷病名を優先させる、8) F 5 は、F 4 に優先する、9) F 6 は、F 4 に優先する、10) F 7 は F 4、F 6、F 0 に属さないてんかんに優先する、11) 症候性てんかんは、F 10 とする。

4. 処方箋の分析

処方内容が明らかなものに関しては、処方内容によって以下のように分類した。

- ① 精神病薬、② 抗不安薬、③ 抗うつ薬、④ 睡眠導入剤、催眠薬、⑤ 抗てんかん薬、⑥ 抗躁薬、⑦ 脳循環改善薬、⑧ 飲酒抑制薬（抗酒剤）、⑨ 特に抗精神病薬による副作用に対する薬物、⑩ 身体合併症に対する処方、⑪ その他

これらを基にして、以下の如くカテゴリーに分類した。1) ①から⑥および⑧を向精神薬、2) ⑨を精神障害の治療に付随した処方、3) ⑩を合併症に対する処方、4) ⑪は不明。

5. 統計解析方法

統計解析には、SAS パッケージ

(Statistical Analysis System, SAS Inc. Cary, NC, U.S.A.)を用いた。カテゴリー変数の比較解析にはカイ二乗検定を用い、連続変数の比較解析には、Student' s t 検定または、ANOVA を用いた。

C. 研究結果

1. 主病名サンプル数

全体で 1,759 件のレセプトが入手された。その主病名の内訳は、F 0 : 55 件 (3.1%)、F 1 : 53 件 (3.0%)、F 2 : 752 件 (42.8%)、F 3 : 318 件 (18.1%)、F 4 : 311 件 (17.7%)、F 5 : 6 件 (0.3%)、F 6 : 13 件 (0.7%)、F 7 : 30 件 (1.7%)、F 8 : 1 件 (0.1%)、F 9 : 0 件、F 10 : 218 件 (12.4%)、F 11 および F 12 : 各 1 件 (0.1%) と判定された。

本研究は、疾患別請求点数の比較であるため、件数の少ない F 5、F 6、F 8、F 9、F 11、F 12 に関しては比較検討より削除した。そのため、全体の調査件数は 1,737 件である。

2. 公費請求点数の主病名による比較

全体の点数分布は、2,000 点未満が 74%、2,000 点以上 4,000 点未満が 19.1% であり、4,000 点未満が全体の 93.1% を占め、分布に偏りがみられた。そこで、公費請求点数の自然対数をとって、分布を正規分布に近づけて ANOVA を行った。一方、請求点数実数の 4,000 点を基準として分類し、その割合を主病名で比較した。表 1 にその結果を示す。公費請求点数は、F 1、F 2 が有意に高く、F 10 が有意に低い結果である。4,000 点以上の割合は、F 7、F 1、F 2 の順に高かった。

3. 診療実日数の主病名による比較 (表 2)

全体で平均 2.5 日の診療日数であった。その内訳は 4 日以下が 92.1%と大部分を占める。診療実日数の平均でみると、F 7、F 1、F 2 で多く、F 10 で最も少ない。診療実日数を表 2 のように分類してもこの傾向は同様であり 5 日以上割合は F 7、F 2 で高く、F 10 で最も低い。

4. 投薬点数の比較

投薬に関する点数も公費請求点数と同様に分布に偏りがみられるため、自然対数にて補正し正規分布に近づけて比較した。表 3 に結果を示す。自然対数で補正すると、F 7、F 10 が有意に低い点数となり、その他の主病名間では有意差はなかった。投薬点数が 2,000 点以上の割合は、F 1 が最多であり、F 2 がこれに次ぐ。

5. 処方内容の比較

表 4 に処方内容が確認できたレセプトのみを対象とした結果を示す。処方内容が確認できたのは、全体で 412 件 (23.7%) であるが、内容によって向精神薬と合併症に対する処方に分類して比較した。レセプトに点数が記載されているものを有り、記載のないものをなしとしてその割合をみると、向精神薬の記載は、F 1 で低く、F 2 で高かった。その点数は主病名による有意差はみられなかった。一方、合併症に対する処方と判断されたのは、F 1 の 75%、F 7 の 80%にみられ、F 2 で最も割合が低かった。合併症に対する処方点数を表に示すように実点数で比較すると F 1 のみが有意に高いが、自然対数をとって比較すると、F 1 に加えて F 0 で高く、F 4、F 10 で有意に低かった。

6. 注射および検査点数の比較 (表 5)

レセプトに注射点数が記載されているもの

の割合は、F 2、F 1 の順に高く、F 10、F 7 で最も低い。その平均点数は F 1 で有意に高い。検査点数が記載されているものの割合は、F 7 で最多であり、平均点数も F 7、F 10 が他病名に比較して有意に高い。

7. 精神療法およびデイケア点数の比較

表 6 に示す。F 7、F 10 では精神療法点数が記載されているものの割合が有意に低い。精神療法点数は、F 4、F 3 で有意に高く、F 10 で最も低い。デイケアに関しては、点数が記載されているレセプト数が少なく、十分に検討できないが、記載のあるレセプトの割合は、F 1、F 2 の順に高いが、その平均点数は主病名による有意差はみられなかった。

D. 考察

請求点数を主診断によって分類し、比較した結果をまとめる。

- 1) 総公費請求点数は、F 1、F 2 で有意に高く、F 10 が有意に低い。
- 2) 診療実日数は F 7、F 1、F 2 で多く、F 10 で最も少ない。
- 3) 投薬点数は、F 7、F 10 で有意に低く、点数の高い割合は F 1 で最多である。
- 4) 向精神薬の点数では疾患による差はみられないが、合併症に対する処方点数は、F 0、F 1 で高く、F 4、F 10 で有意に低い。
- 5) 注射点数は F 1 で有意に高い。
- 6) 検査点数は、F 7、F 10 で有意に高い。
- 7) 精神療法点数は、F 3、F 4 で有意に高い。
- 8) デイケア点数の疾患による差はみられない。

本研究のサンプルは、無作為に抽出された 325 施設より得られた 1 ヶ月分のレセプトである。レセプト件数は 1,759 件であったが、これを疾患別に分類すると F 2、F 3、F 4、F 10 では比較的多くのサンプルが得られたのに対して、F 0、F 1、F 10 ではサンプル数が少なく、全体を代表しているとは必ずしもいえない可能性がある。また、処方内容に関しては、レセプト上に薬剤名が記載されていないものが多く、さらにサンプル数が減少した。従って、処方内容に関してはこれらの点を考慮に入れて解釈する必要がある。注射点数、検査点数、デイケア点数に関しても同様に例数が少なく、十分に検討できるとは言いがたい。

しかし、これらの点を考慮したとしても、疾患ごとの特徴がある程度明らかになったと考えられるが、これらの結果を確認するには、さらに多数のサンプルを解析する必要がある。

E. 結論

レセプト調査の結果、以下の点が示された。F 0 は、合併症に対する処方点数が高い、F 1 は、診療実日数が多く、合併症に対する処方点数、注射点数が高く、公費請求点数が高い、F 2 は、診療実日数が多く、公費請求点数が高い。F 3 は、精神療法点数が高い、F 4 は、合併症に対する処方点数が低く、精神療法点数が高い、F 7 は、診療実日数が多く、投薬点数が低い、検査点数が高い、F 10 は、投薬点数、合併症に対する処方点数が低く、検査点数が高いが、総公費請求点数は低い。

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

1. 特許取得
該当なし。
2. 実用新案登録
該当なし。

表1 公費請求点数の比較

主診断分類	件数	公費請求実点数(S.D.) ^a	公費請求点数(自然対数) ^b	4000点以上(%) ^c
FO(器質性障害)	55	1411.3 ± 1612.7	1015.3 ± 2.2	3.6
F1(精神作用物質)	53	2717.7 ± 4036.3	1535.9 ± 2.7	15.1
F2(精神分裂病)	752	2223.5 ± 2962.1	1448.9 ± 2.4	10.2
F3(気分障害)	318	1642.2 ± 1418.7	1294.5 ± 2.0	4.4
F4(神経症性障害)	311	1628.1 ± 1457.0	1258.3 ± 2.0	3.9
F7(精神遅滞)	30	2235.4 ± 2870.4	1069.9 ± 3.5	16.7
F10(てんかん)	218	960.4 ± 758.9	737.3 ± 2.1	0.5
全体	1737	1841.52 ± 2351.4	1252.6 ± 2.3	6.9

^a $p = 0.0001$ by ANOVA, ^b $p = 0.0001$

^c $df = 6, \chi^2 = 45.9, p = 0.001$

表2 診療実日数の比較

主診断分類	件数	診療実日数(%) ^a			平均回数(S.D) ^b
		1回	2-4回	5回以上	
F0(器質性障害)	55	45.5	50.9	3.6	2.1 ± 2.3
F1(精神作用物質)	53	28.3	62.3	9.4	3.2 ± 4.3
F2(精神分裂病)	752	32.9	56.1	11.0	2.8 ± 3.2
F3(気分障害)	318	25.8	67.9	6.3	2.4 ± 2.2
F4(神経症性障害)	311	26.7	66.6	6.8	2.4 ± 1.7
F7(精神遅滞)	30	40.0	43.3	16.7	3.4 ± 4.2
F10(てんかん)	218	69.3	30.3	0.5	1.4 ± 0.7
全体	1737	35.4	56.7	7.9	2.5 ± 2.7

^adf = 12, $\chi^2 = 160.9, p = 0.001$

^b $p = 0.0001$, by ANOVA

表3 投薬点数の比較

主診断分類	件数	投薬実点数 (S.D.) ^a	投薬点数(自然対数) ^b	2000点以上 (%) ^c
FO(器質性障害)	31	811.2 ± 580.3	574.8 ± 2.7	6.5
F1(精神作用物質)	31	1273.2 ± 1560.0	802.2 ± 2.5	16.1
F2(精神分裂病)	502	956.2 ± 799.9	705.0 ± 2.2	9.0
F3(気分障害)	175	877.2 ± 619.3	670.3 ± 2.2	5.7
F4(神経症性障害)	151	837.0 ± 602.2	656.8 ± 2.1	3.3
F7(精神遅滞)	19	651.5 ± 664.3	402.6 ± 2.8	5.3
F10(てんかん)	122	543.8 ± 404.4	403.4 ± 2.3	1.6
全体	1031	876.1 ± 747.5	640.1 ± 2.3	6.8

^a $p = 0.0001$, by ANOVA, ^b $p = 0.0001$, by ANOVA

^c $df = 6$, $F = 16.4$, $p = 0.012$

表4 処方内容の比較

主診断分類	向精神薬		合併症に対する処方		
	件数	有り (%) ^a	平均点数(S.D) ^b	有り (%) ^c	平均点数(S.D) ^d
F0(器質性障害)	12	9 (75.0)	734.9 ± 523.2	6 (50.0)	618.7 ± 418.9
F1(精神作用物質)	16	6 (37.5)	641.7 ± 329.2	12 (75.0)	1668.4 ± 2220.8
F2(精神分裂病)	217	181 (83.4)	952.5 ± 781.3	48 (22.1)	493.2 ± 474.7
F3(気分障害)	66	40 (60.6)	822.5 ± 494.7	33 (50.0)	342.2 ± 329.6
F4(神経症性障害)	56	38 (67.9)	674.3 ± 694.0	21 (37.5)	226.1 ± 284.2
F7(精神遅滞)	5	4 (80.0)	941.5 ± 1069.8	4 (80.0)	485.0 ± 483.2
F10(てんかん)	40	23 (57.5)	564.5 ± 355.4	21 (52.5)	179.8 ± 222.3
全体	412	301 (73.1)	857.6 ± 710.8	145 (35.2)	477.0 ± 805.6

^adf = 6, $\chi^2 = 33.1, p = 0.001$, ^b $p = 0.0985$, by ANOVA

^cdf = 6, $\chi^2 = 44.7, p = 0.001$, ^d $p = 0.0001$, by ANOVA

表5 注射箋および検査点数の比較

主診断分類	注射箋点数		検査点数	
	有り(%) ^a	平均点数(S.D.) ^b	有り(%) ^c	平均点数(S.D.) ^d
F0(器質性障害)	1 (1.8)	44.0	3 (5.5)	339.3 ± 383.7
F1(精神作用物質)	4 (7.6)	1114.0 ± 985.2	5 (9.4)	593.6 ± 412.1
F2(精神分裂病)	69 (9.2)	309.7 ± 173.5	80 (10.6)	529.2 ± 259.3
F3(気分障害)	19 (6.0)	311.5 ± 491.3	30 (9.4)	480.7 ± 236.4
F4(神経症性障害)	10 (3.2)	221.4 ± 179.9	22 (7.1)	638.7 ± 415.8
F7(精神遅滞)	0	0	10 (33.3)	740.9 ± 655.4
F10(てんかん)	1 (0.5)	498.0	30 (13.8)	744.3 ± 522.2
全体(件数)	104 (6.0)	331.7 ± 345.8	180 (10.4)	580.8 ± 374.7

^adf = 6, $\chi^2 = 33.5$, $p = 0.001$, ^b $p = 0.0001$, by ANOVA

^cdf = 6, $\chi^2 = 25.2$, $p = 0.001$, ^d $p = 0.0405$, by ANOVA

表6 精神療法およびデイケア点数の比較

主診断分類	精神療法		デイケア	
	有り(%) ^a	平均点数(S.D) ^b	有り(%) ^c	平均点数(S.D) ^d
F0(器質性障害)	28 (50.9)	579.9 ± 297.9	2 (3.6)	7043.0 ± 3262.6
F1(精神作用物質)	34 (64.2)	657.5 ± 311.3	5 (9.4)	9342.0 ± 4430.8
F2(精神分裂病)	606 (80.6)	652.3 ± 367.4	66 (8.8)	6374.8 ± 4760.3
F3(気分障害)	276 (86.8)	716.2 ± 383.5	8 (2.5)	5033.5 ± 3823.9
F4(神経症性障害)	252 (81.0)	773.0 ± 430.3	10 (3.2)	5907.4 ± 2825.8
F7(精神遅滞)	4 (13.3)	425.0 ± 170.0	2 (6.7)	8250.0 ± 3889.1
F10(てんかん)	15 (6.9)	639.7 ± 265.0	0	0
全体(件数)	1215 (70.0)	689.4 ± 383.7	93 (5.4)	6423.4 ± 4447.5

^adf = 6, $\chi^2 = 570.1, p = 0.001$, ^b $p = 0.0006$, by ANOVA

^cdf = 6, $\chi^2 = 39.7, p = 0.001$, ^d $p = 0.6408$, by ANOVA

Ⅲ. 研究協力報告書

—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—

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

協力研究者 伊藤 弘人 国立医療・病院管理研究所 主任研究官

研究要旨：本報告では、通院医療費公費負担制度の増加に関する要因を明らかにすることを目的として、通院医療制度および通院医療費の動向を分析した。**研究方法：**（1）通院医療費公費負担制度の趣旨、（2）診療報酬上の精神科専門療法の動向、（3）社会医療診療行為別調査報告における精神科専門療法の回数について分析した。**結果：**制度の趣旨は、精神障害者に関する適正な医療を提供するために通院医療を促進するというものであった。精神科専門療法は、多様になりかつ通院医療が評価されてきた。診療報酬上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年に保険優先になってからは、15%前後となっていた。**まとめ：**精神科通院医療は、通院を促進する制度に伴い増加し、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。ただし、平成7年の保険優先化で通院医療費に占める割合は低下し、平成10年の通院医療費が前年から減少していたことを考えると増加傾向は収束する可能性もあり、今後慎重に動向を検討する必要がある。

A. 研究目的

通院医療費公費負担制度は、昭和40（1965）年の精神衛生法の改正時に32条として新たに加えられ、10月から実施された制度である。

35年以上経過した現在、この制度が広く利用されるに至っている。その利用は全通院医療費の約14%を占めており、通院医療費の増加に伴い、1990年代に入り増加傾向にある。

この増加傾向は、どのようなものなのであるか。また増加に関連する制度的要因には、どのようなものがあるのだろうか。

本研究では、通院医療費公費負担制度の増加に関する要因について、通院医療制度および通院医療費の動向に焦点を当てて分析を行う。

B. 研究方法

対象は、社会保険診療行為別調査報告、国民医療費などの既存資料である。

分析は、（1）通院医療費公費負担制度創設時の意義を検討し、（2）この制度および通院医療に関する動向をまとめ、（3）1990年代の通院医療費の動向にまとめを行う。

C. 研究結果

（1）通院医療費公費負担制度創設の意義

昭和40年の法律改正に伴い創設された通院医療費公費負担制度は、（1）精神障害者に関する適正な医療を普及するために、（2）精神障害の治療上必要と認められる医療に係る費用を公費で負担する制度である。衆議院における本制度の提案理由説明では、「向精神薬の著しい開

発等精神医学の発達により、精神障害の程度のいかんによっては必ずしも入院治療を要せず、かえって通院による医療を施すことがきわめて効果的となった事情」が本制度創設の理由として述べられている。また、内村祐之は、(1) 自己の病状についての認識を欠き一般に社会適応性が著しく低く、(2) 対社会的に家族の蒙る精神的、経済的な損害が著しく、(3) 適正な医療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く、(4) 新しい治療方法(特に向精神薬の投与方法)等を周知させることが、本制度が必要な理由として挙げていた。

(2) 公費負担制度および通院医療の動向 給付率の動向

国民健康保険(以下国保とする)は、昭和34年に5割給付となり、36年に国保が全国に普及したことにより国民皆保険が達成された。国保は、その後36年に世帯主の結核・精神障害が給付7割になり、38年に世帯主の給付が7割になり、40年には世帯員給付を7割にする4カ年計画開始され、43年に7割が完全実施された。一方健康保険は、昭和48年に家族給付が5割から7割になり、59年には本人8割、家族入院8割、入院外7割となった。被用者保険本人は1割自己負担とされていたが、平成9年には、自己負担を本則の2割とした。

平成元年以前の診療報酬

昭和47年以前は、診療報酬上にインシュリン衝撃療法・持続睡眠療法および薬剤などがあるのみで、精神療法(昭和34年、50,20点)を除き現行の体系と異なっていた。その後、精神分析療法(昭和47年、40,80点)、通院カウンセリング(昭和47年、40点)、精神科デイケア(昭和49年、60点)、臨床心理・神経心理検査(昭和52年、50,100,150点)、集団精神療法(昭和57年、220点)、老人デイケア(昭和58年、100,140点)、精神科ナイトケア(昭和61年、300,345点)、精神科訪問看護・指導料(昭和61年、200点)、重度痴呆患者デイケア(昭和63年、300

点)、痴呆患者在宅療法指導(昭和63年、330点)が評価されるようになった。

平成2年4月

通院カウンセリングにかわり、「通院精神療法」(280,330点)が、さらに心身医学療法(60点)および持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料(200点)が新設された。

平成6年4月

精神科ナイトケア(500点)、標準型精神分析療法(350点)、精神科訪問看護・指導料(500点)、心身医学療法(70点)、精神科デイケア(550,660)、重度痴呆患者デイケア(690,1040,890,1240点)、臨床心理・神経心理検査(135,280,450点)が増額された。集団療法が、通院集団精神療法(250点変化なし)と入院集団精神療法(100点)に分離された。

平成6年10月

精神科デイ・ナイト・ケア(1000点)が新設された。増額されたのは、通院精神療法(320,370点)、通院集団精神療法(270点)、精神科訪問看護・指導料(520点)、重度痴呆患者デイケア(705,1060,953,1308点)である。さらに、診療情報提供料の算定対象が拡大された。

平成7年7月

「精神保健法」から「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法とする)」の改正に伴い、「精神医療の進歩」や「医療保険制度の充実」等の諸状況の変化を踏まえて、通院公費負担医療の公費優先の仕組みを、保険優先の仕組みに改正された。

平成8年

精神科標準型精神分析療法(390)、精神科訪問看護・指導料(550点)が増額された。

(3) 1990年代の通院医療費の動向

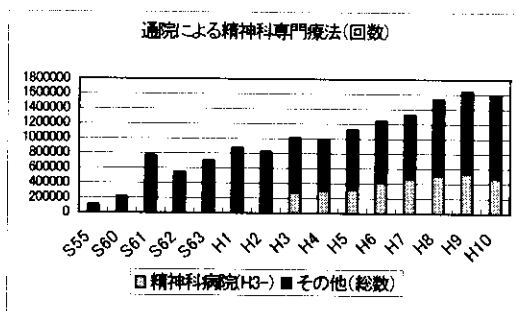
1) 通院医療公費負担の割合の変化

精神及び行動の障害に関する医療費に占める通院公費負担の医療費の割合は、昭和60年に28%、平成2年に36%、平成3・4年は32%、平成5・6年は34%であった。しかし平成7年の公

費優先から保険優先の変更に伴い、平成7年は15%、平成8年は14%となっていた。

2) 通院医療における精神専門療法の動向

通院医療における精神科専門療法の回数を、精神科病院とその他（主に精神科診療所および一般病院精神科）ごとに示したものが図1である。平成9年まで増加傾向が続いていたが、平成10年には減少傾向にあった。なお通院医療費全体に占める精神科病院の通院医療費の割合は、平成7年の35.3%を最高に、32.8%（平成8年）、32.4%（平成9年）、29.7%（平成10年）と減少していた。



出典：社会医療診療行為別調査報告から

D. 考察

保険における給付率が改善されていた昭和40年に創設された通院医療費公費負担制度は、平成7年に保険優先化がなされるまで、通院医療費全体の30%を占めていた。しかし、その後15%前後と安定する傾向が見受けられ、今後の動向を引き続き検討する必要がある。

通院医療費公費負担独自の動向の関連要因を検討するには限界があるため、この制度に関連する精神科通院医療費全体の動向を検討した。精神科医療において、通院を促進する政策は診

療報酬上に明確に現れており、昭和60年代から通院医療に関する診療報酬が新設または増額されてきたことが明らかになった。特に昭和60～平成4年の診療報酬改定は、通院医療を評価する傾向が強かった。精神科の診療所等の増加との相乗効果で、通院医療費が増加した可能性がある。

なお、この状況における精神科病院外来は、30%前後で現在は減少傾向にあり、精神科診療所や一般病院精神科外来における増加がより大きいものと考えられる。

E. 結論

精神科通院医療は、通院を促進する制度に伴い増加し、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。

ただし、平成7年の保険優先化で通院医療費に占める割合は低下し、平成10年の通院医療費が前年から減少していたことを考えると、現在増加傾向は落ち着く可能性もあり、今後慎重にその動向を検討する必要がある。

今回の分析では、診療報酬点数の動向、および社会医療診療行為別調査報告の通院による精神科専門療法の「回数」に着目して行った。その意義については、それぞれの診療行為を詳細に分析するなどして確認する必要がある。また、どのような診療報酬上の評価が、医療施設における利用（普及）にどの程度の影響があるのかについての医療経済的検討が必要となろう。

F. 研究発表

Ito H., Sederer LI. Are Publicly-Insured Psychiatric Outpatients in Japan satisfied? Health Policy (in press).

厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）
研究協力報告書

「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

研究協力者 佐名手三恵（国立精神・神経センター精神保健研究所）
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）

要旨 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。病院、診療所別に見ると、病院、診療所のいずれの点数も増加していた。その背景として件数が 1.8 倍に増加しただけでなく、1 件当たりの点数も 1.4 倍に増加していた。点数の増加要因として、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主に通院精神療法と精神科デイケアが各々 3.4 倍、10.7 倍に増加したことにより、精神科専門療法が 4.1 倍に増加したこと、⑤診療報酬点数が改定されたこと、が認められた。

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」の改正による通院医療の公費優先の仕組みから保険優先の仕組みへの改正の影響も認められた。しかし平成 10 年度には精神・行動障害の診療報酬点数は前年を下回り、その要因として平成 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。

このように入院外診療の動向をみることは、通院医療費公費負担制度の利用増加の背景を知る上で重要であり、今後も同様の検討がなされることが望ましい。

A. 研究目的

昭和 40 年に創設された精神保健福祉法第 32 条による通院医療費公費負担事業は、利用者が年々増加し、平成 11 年度利用者数は 60 万人を超え、平成 10 年度の予算額は 360 億円に及んでいる。本報告は、通院医療費公費負担制度の利用増加の背景をなすと推測される入院外診療費用の年次推移の実態を明らかにすることを目的とする。

B. 対象と方法

本報告では国民健康保険のデータが加わった昭和 61 年度版以降の「社会医療診療行為別調査報告」の中から、「入院外診療」の医科診療（一般医療＋老人医療）の件数、点数および診療日数を使用し、その年次推移を検討した。なお「社会医療診療行為別調査報告」は医療保険に関する基礎資料として、厚生省大臣官房統計情報部から毎年発行される資料で、昭和 49 年度版より「社

会医療調査報告」（政府管掌健康保険の集計）から現在の名称に改称され、昭和 61 年度版以降は政府管掌健康保険に国民健康保険を加え、一般医療と老人医療の医科及び歯科診療の診療報酬明細書をまとめたものになっている。データは全て 6 月審査分である。なお精神・行動障害の病院、診療所別保険点数については、掲載が平成 3 年度以降のデータに限られていたため、平成 3 年度以降のデータを使用した。また、その精神科における詳細をみるために、疾患（精神・行動障害およびてんかん）別、診療行為（通院精神療法、精神科デイケア等）別、病院・診療所別のデータも検討の対象とした。比較のために、点数を件数で割った「1 件当たり点数」および診療日数を件数で割った「1 件当たり日数」を必要に応じて算出した。昭和 61 年度からの増加の程度をみるために、昭和 61 年度の値を 100 とする平成 10 年度の比を「伸び率」とし

て用いた。

平成 6 年度以前の疾患分類については、平成 7 年度以降の疾患分類に次のように対応させた。

表1. 平成6年度以前の疾患分類の変更箇所

社会医療診療行為別調査報告	今回使用した疾患名
老年期及び初老期の器質性精神病	血管性・詳細不明の痴呆
精神分裂病	精神分裂病等
その他の精神病	精神分裂病等
躁うつ病	気分障害
神経症	神経症性障害等
アルコール依存	精神作用物質による障害
その他の非精神病性精神障害	その他の精神・行動障害

C. 結果

1. 精神・行動障害の入院外診療点数について

(1) 精神・行動障害の入院外診療点数等の年次推移について

図 1 に示すように点数は年々増加し、「伸び率」は 250.0%であった。また件数および 1 件当たり点数の「伸び率」も各々 179.4%、139.4%と増加していた。しかし平成 10 年度には点数、1 件当たり点数が共に対前年 91.7%と減少していた。

(2) 精神・行動障害の入院外診療点数等の病院、診療所別年次推移について

図 2 に示すように、点数は病院、診療所ともに年々増加し、平成 10 年度は平成 3 年度と比較して、病院では 1.5 倍、診療所では 1.7 倍に伸びていた。また件数、1 件当たり点数も同様に増加していた。

2. 精神・行動障害及びてんかんの入院外診療点数等の疾患別年次推移について

平成 10 年度の点数（図 3 参照）では、精神分裂病等が 478 百万点で最も高く、次に神経症性障害等が 435 百万点、気分障害が 389 百万点、てんかんが 284 百万点、血管性・詳細不明の痴呆（以後、痴呆とする）が 214 百万点の順で高かった。「伸び率」

は、痴呆が 838.1%、精神作用物質による障害が 355.4%、気分障害が 322.6%、神経症性障害等が 269.7%、精神分裂病等が 194.3%、てんかんが 161.7%の順で高かった（表 2 参照）。特に痴呆は、平成 8、9 年度に著しい増加が認められた。てんかんは平成 7 年度以降の伸びが鈍化しており、精神作用物質による障害は点数が低かった。精神遅滞は点数、「伸び率」ともに低かった。

平成 10 年度の件数（図 4 参照）では、神経症性障害等が 39 万件で最も多く、次に気分障害が 30 万件、精神分裂病等が 28 万件、てんかんが 24 万件の順で多かった。「伸び率」は、痴呆が 307.5%、気分障害が 302.4%、精神作用物質使用による障害が 283.8%、神経症性障害等が 188.8%の順で多いが、痴呆と精神作用物質使用による障害は各々 6 万件、2 万件と少なかった。てんかんの「伸び率」は 123.9%で他の疾患に比較すると低く、平成 7 年度以降横ばい傾向にあった。精神遅滞は件数、「伸び率」ともに低かった。

平成 10 年度の 1 件当たり点数（図 5 参照）では、痴呆が 3800 点と他の疾患と比較して著しく高かった。また「伸び率」も 272.6%と高く（表 2 参照）、特に平成 8、9 年度の増加が著しかった。痴呆に次いで 1 件当たり点数が高いのは精神分裂病等の 1700 点で、精神作用物質の約 1500 点も比較的高かった。気分障害は 1 件当たり点数の「伸び率」が 106.7%で、全疾患中最も低かった。神経症性障害等は、1 件当たり点数が約 1100 点と低かった。

平成 10 年度の 1 件当たり日数（図 6 参照）では、痴呆が 4.2 日で他の疾患と比較してかなり多く、「伸び率」も 185.7%と高かった（表 2 参照）。特に平成 8、9 年度の増加が著しかった。またてんかんは 1 件当たり日数が 1.6 日と少なかった。

しかし平成 10 年度は神経症性障害等と精神分裂病等以外の全疾患が対前年度を下回り、特に痴呆は対前年度 68.4%と著しく減少していた。

3. 入院外診療における精神科専門療法の点数について

(1) 精神科専門療法の点数の年次推移について

精神科専門療法の点数は、「伸び率」が405.9%と年々増加していたが、平成10年度は対前年度を下回っていた(図7参照)。

(2) 精神科専門療法の病院、診療所別点数の年次推移について

精神・行動障害全体の動向と同様に病院、診療所ともに年々増加していた。「伸び率」は病院が303.7%、診療所が786.9%であった。

(3) 精神科専門療法の診療行為別点数の年次推移について

精神科デイケア等、通院精神療法のいずれの点数も年々増加していた(図8参照)。

「伸び率」は精神科デイケア等が1068.5%、通院精神療法が339.5%であった。点数は通院精神療法が高く、平成10年度には全体の71.4%を占めていた。また精神科通院カウンセリングから通院精神療法に改正された平成3年度は対前年度155.9%という著しい伸びを示していた。しかし平成10年度は対前年度97.5%と昭和63年度以降初めて前年度を下回った。

精神科デイケア等の内訳をみると、精神科デイケアの点数が高く、平成10年度には精神科専門療法全体の11.6%を占めていた。精神科デイナイトケアも平成6年10月の点数化以降年々増加し、平成10年度の精神科専門療法全体に占める割合は1.9%であった。一方、昭和61年に点数化された精神科ナイトケアの点数は精神科専門療法全体の1%にも満たないほどわずかであった。

D. 考察

1. 精神・行動障害の入院外診療点数等の年次推移について

点数の増加は1件当たり点数及び件数の増加の両方による。1件当たり点数の増加の背景には、昭和60年代からの診療報酬点数の改定による影響があることも考慮すべきと思われる。一方、平成8年度の件数、点数の顕著な伸びは、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」の改正に伴い、通院医療の公費優先の仕組みが保険優先の仕組みに改正されたことによる影響であると推測される。また平成10年度の点数の減少については、平成9年9月に「健康保険等の一部を改正する法律」が施行され、①被用者保険の被用者本人の一部負担の割合が1割から本則の2割に増加したこと ②薬剤に係る一部負担が創設されたこと ③老人医療受給対象者の一部負担金の額が改定されたこと等による影響と考えられる。

また病院、診療所別にみると、病院、診療所ともに点数、件数の増加が認められた。

2. 精神・行動障害及びてんかんの入院外診療点数等の疾患別年次推移について

他の疾患に比較して点数が高く、増加しているのは、精神分裂病等、神経症性障害等、気分障害、痴呆であり、これらの疾患が入院外診療点数全体の動向を左右すると推測される。その中でも全疾患中最も点数の高い精神分裂病等が、入院外診療点数全体に与える影響は大きいと言えよう。また精神分裂病等は、件数だけでなく1件当たり点数も高い。

分裂病に次いで点数の高い神経症性障害等は、1件当たり点数は低いため、点数の高さは主に件数の多さによる。

気分障害は、1件当たり点数の「伸び率」が低いため、点数の著しい増加は主に件数の著しい増加による。

痴呆は、1件当たり日数と1件当たり点数が全疾患中最も高いため、件数の増加により、著しい点数の増加に結びつくと言える。実際平成8年度以降、件数、1件当たり日数、1件当たり点数がともに著しく増

加した結果、点数が著しく増加しており、入院外診療点数増加の要因の一つと考えられる。しかし平成 10 年度の点数は著しく減少しており、平成 9 年 9 月の「健康保険等の一部を改正する法律」施行により、老人医療受給対象者の自己負担が従来の 1 ヶ月 1,020 円から 1 ヶ月 4 回を限度として 1 回 500 円に改正されたこと、薬剤の一部負担が創設されたこと等の影響による診療日数や 1 件当たり点数の減少が推測される。

一方、保険点数全体の増加に与える影響が比較的少ないと考えられるのは、「伸び率」は高いが件数、点数ともに低い精神作用物質使用による障害と件数、点数、「伸び率」がともに低い精神遅滞、および件数、点数共に比較的高いが、「伸び率」の低いてんかんである。

3. 入院外診療における精神科専門療法の点数の年次推移について

精神科専門療法の点数は著しく増加しており、入院外診療点数全体の増加要因の一つであると言える。これは病院でも診療所でもともに増加し、精神・行動障害全体の動向と同様であった。しかし平成 10 年度には初めて減少が認められ、平成 9 年の法律改正による被用者保険の被保険者負担増加の影響が推測された。

一方、診療行為別に見ると通院精神療法の点数が最も高く、年々増加しており、また精神科デイケア等も通院精神療法に比較すると点数は低い、著しく増加しており、精神科専門療法の点数の増加要因であることが明らかになった。精神科デイケア等の内訳をみると、精神科デイケアの点数が高く、精神科専門療法全体に占める割合も年々増加しており、精神科デイナイトケアも点数は低いものの増加していた。

このように入院外診療の動向をみることは、通院医療費公費負担制度の利用増加の背景を知る上で重要であり、今後も同様の検討がなされることが望ましい。

E. 文献

1. 厚生省大臣官房統計情報部：社会医療診療行為別調査報告，昭和 61 年～平成 10 年。
2. 厚生省：厚生白書，平成 9 年度版。
3. 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会：精神保健福祉行政のあゆみ。中央法規出版，2000。

図 1. 入院外診療点数

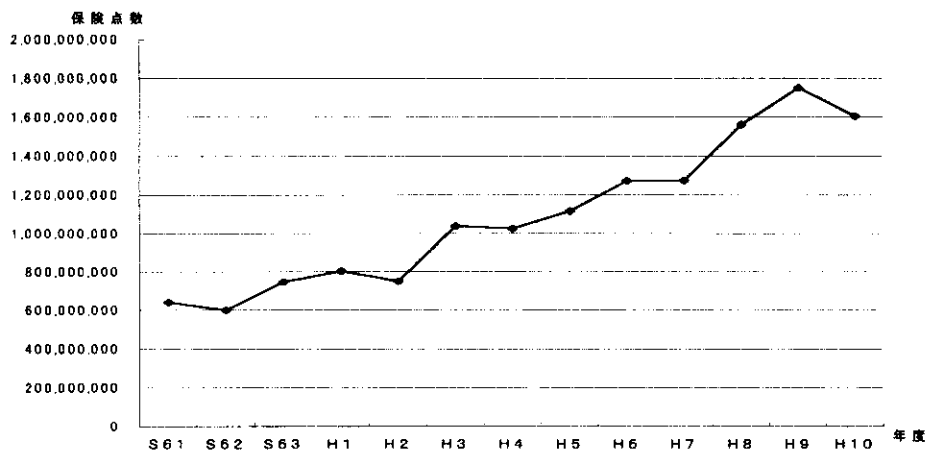


図2.入院外診療点数(病院、診療所)

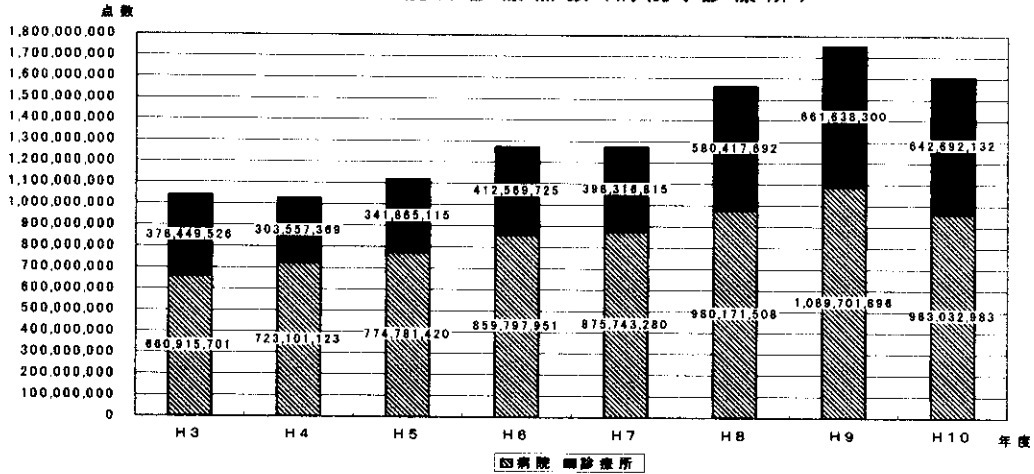


表2.平成10年度入院外診療の点数、件数、1件当たり点数、1件当たり日数と「伸び率」(総計、疾患別)

	点数		件数		1件当たり点数		1件当たり日数	
		「伸び率」		「伸び率」		「伸び率」		「伸び率」
精神・行動障害総計	1,605,725,115	(250.0)	1,093,738	(179.4)	1,468	(139.4)		
血管性・詳細不明の痴呆	213,969,477	(838.1)	55,904	(307.5)	3,827	(272.6)	4.2	(185.7)
精神作用物質使用による障害	35,232,607	(355.4)	24,085	(283.8)	1,463	(125.3)	2.3	(119.6)
精神分裂病等	477,603,438	(194.3)	281,885	(142.9)	1,694	(136.0)	2.2	(111.5)
気分障害	388,586,925	(322.6)	301,808	(302.4)	1,288	(106.7)	2.0	(92.1)
神経症性障害等	434,590,251	(289.7)	387,813	(188.8)	1,121	(142.8)	2.1	(109.5)
精神遅滞	17,897,030	(124.5)	14,341	(93.9)	1,248	(132.7)	2.0	(83.7)
その他の精神・行動障害	37,845,389	(58.1)	27,901	(42.7)	1,356	(136.3)	2.1	(101.9)
てんかん	284,403,271	(161.7)	244,459	(123.9)	1,163	(130.5)	1.6	(94.2)

*「伸び率」:昭和61年度の値を100とする平成10年度の比

図3.入院外診療点数(疾患別)

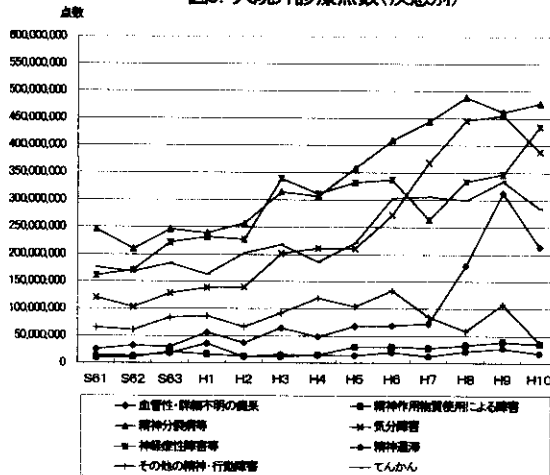


図4.入院外診療件数(疾患別)

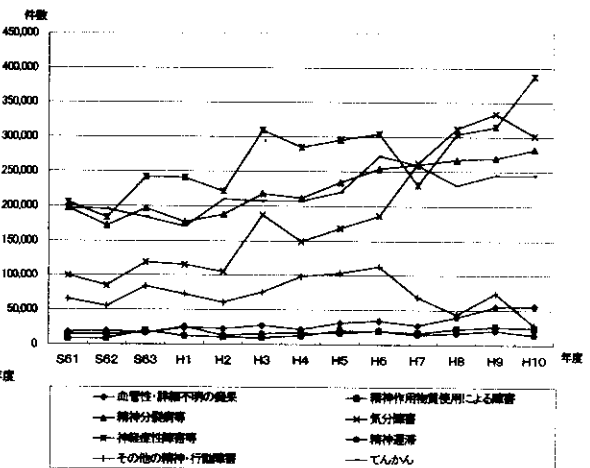


図5.入院外診療の1件当たり点数(疾患別)

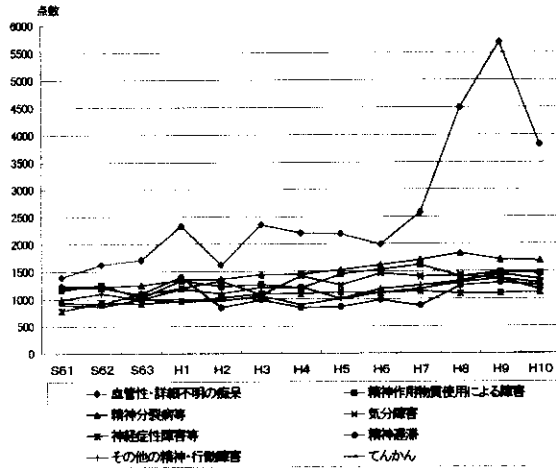


図6.入院外診療の1件当たり日数(疾患別)

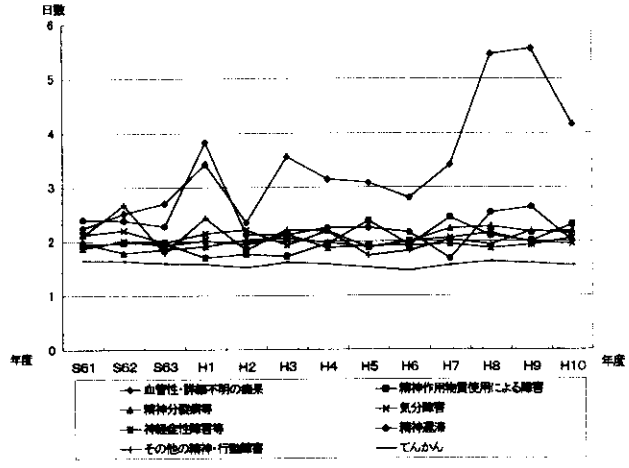


図7.精神科専門療法の点数

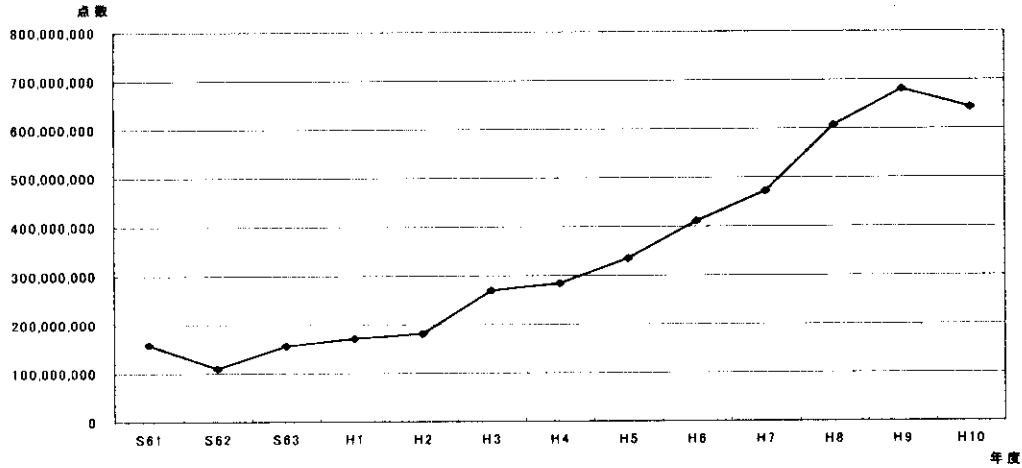


図8.精神科専門療法の点数
(通院精神療法、精神科デイケア等別)

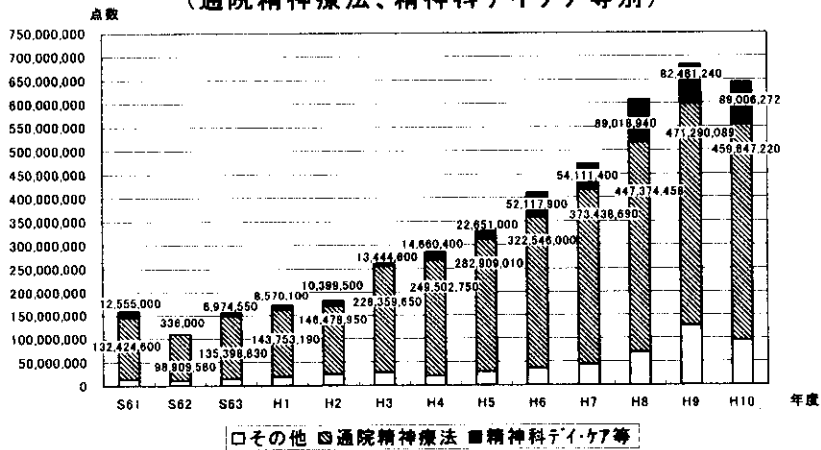


表 I - ①. 入院外診療の点数(総数、病院、診療所)

	総数(対前年度比)		病院(対前年度比)		診療所(対前年度比)		構成割合	
							病院(%)	診療所(%)
S61	642,263,119							
S62	600,939,892	(0.94)						
S63	748,389,242	(1.25)						
H1	804,623,718	(1.08)						
H2	751,606,493	(0.93)						
H3	1,039,365,227	(1.38)	660,915,701		378,449,526		63.6	36.4
H4	1,026,658,492	(0.99)	723,101,123	(1.09)	303,557,369	(0.80)	70.4	29.6
H5	1,116,646,535	(1.09)	774,781,420	(1.07)	341,865,115	(1.13)	69.4	30.6
H6	1,272,367,676	(1.14)	859,797,951	(1.11)	412,569,725	(1.21)	67.6	32.4
H7	1,274,060,095	(1.00)	875,743,280	(1.02)	398,316,815	(0.97)	68.7	31.3
H8	1,560,589,200	(1.22)	980,171,508	(1.12)	580,417,692	(1.46)	62.8	37.2
H9	1,751,340,196	(1.12)	1,089,701,896	(1.11)	661,638,300	(1.14)	62.2	37.8
H10	1,605,725,115	(0.92)	963,032,983	(0.88)	642,692,132	(0.97)	60.0	40.0

表 I - ②. 入院外診療の件数(総数、病院、診療所)

	総数(対前年度比)		病院(対前年度比)		診療所(対前年度比)		構成割合	
							病院(%)	診療所(%)
S61	609,777							
S62	538,478	(0.88)						
S63	695,654	(1.29)						
H1	668,023	(0.96)						
H2	621,808	(0.93)						
H3	844,124	(1.36)	527,602		316,522		62.5	37.5
H4	794,804	(0.94)	574,212	(1.09)	220,592	(0.70)	72.2	27.8
H5	869,179	(1.09)	600,219	(1.05)	268,960	(1.22)	69.1	30.9
H6	932,102	(1.07)	638,570	(1.06)	293,532	(1.09)	68.5	31.5
H7	879,887	(0.94)	599,374	(0.94)	280,513	(0.96)	68.1	31.9
H8	1,007,961	(1.15)	628,902	(1.05)	379,059	(1.35)	62.4	37.6
H9	1,094,183	(1.09)	721,042	(1.15)	373,141	(0.98)	65.9	34.1
H10	1,093,738	(1.00)	674,544	(0.94)	419,194	(1.12)	61.7	38.3

表 I - ③. 入院外診療の1件当たり点数(総数、病院、診療所)

	総数(対前年度比)		病院(対前年度比)		診療所(対前年度比)		構成割合	
							病院(%)	診療所(%)
S61	1,053							
S62	1,116	(1.06)						
S63	1,076	(0.96)						
H1	1,204	(1.12)						
H2	1,209	(1.00)						
H3	1,231	(1.02)	1,253		1,196		51.2	48.8
H4	1,292	(1.05)	1,259	(1.01)	1,376	(1.15)	47.8	52.2
H5	1,285	(0.99)	1,291	(1.03)	1,271	(0.92)	50.4	49.6
H6	1,365	(1.06)	1,346	(1.04)	1,406	(1.11)	48.9	51.1
H7	1,448	(1.06)	1,461	(1.09)	1,420	(1.01)	50.7	49.3
H8	1,548	(1.07)	1,559	(1.07)	1,531	(1.08)	50.4	49.6
H9	1,601	(1.03)	1,511	(0.97)	1,773	(1.16)	46.0	54.0
H10	1,468	(0.92)	1,428	(0.94)	1,533	(0.86)	48.2	51.8