

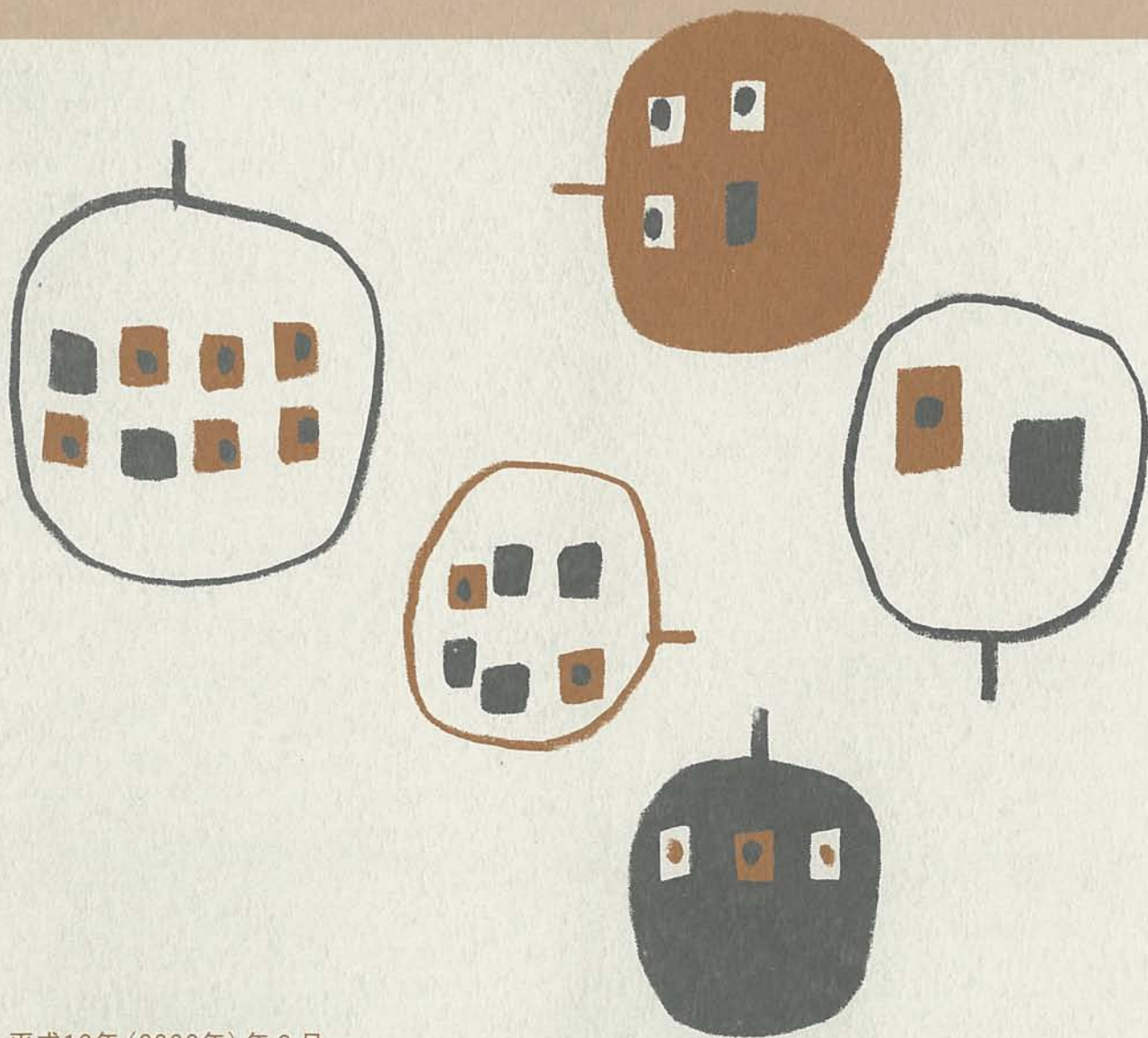
200500114A

厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業

# 自立支援医療の 給付のあり方に関する研究

平成17年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 **竹島 正**



平成18年(2006年)年3月

厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業

# 自立支援医療の給付のあり方に関する研究

平成17年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 竹島 正

平成18年（2006年）3月

# 目 次

## I. 総括研究報告書

- 自立支援医療の給付のあり方に関する研究 .....1  
主任研究者 竹島 正

## II. 分担研究報告書

1. 精神通院公費負担制度の給付実態, および自立支援医療における重度  
かつ継続の範囲と再認定の要件に関する研究 .....7  
(1) 通院医療費公費負担についてのレセプト調査  
竹島 正, 三宅 由子, 小山 明日香, 稲垣 中, 羽藤 邦利,  
伊藤 恵理子, 小原 圭司, 石黒 雅浩, 平賀 正司, 大森 まゆ,  
中川 敦夫, 橘田 昌也, 山口 洋介  
(2) 自立支援医療における重度かつ継続の範囲についての聞き取り  
調査 ..... 23  
竹島 正, 小山 明日香, 山下 俊幸, 築島 健, 箱田 琢磨,  
井上 快  
(3) 精神障害者通院医療費公費負担制度の運用状況および自立支援  
医療への移行に関する調査報告 ..... 35  
竹島 正, 小山 智典, 山下 俊幸  
(4) 通院医療費公費負担における処方の実態 ..... 65  
竹島 正, 稲垣 中, 中川 敦夫, 山口 洋介, 橘田 昌也,  
羽藤 邦利, 三宅 由子
2. 育成医療, 更生医療における「重度かつ継続」の範囲に関する検討  
岩谷 力, 佐藤 徳太郎 ..... 73

研究班名簿

# I . 総括研究報告書

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)  
自立支援医療の給付のあり方に関する研究  
総括研究報告書

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** 平成 18 年 4 月より施行された障害者自立支援法において、自立支援医療における「重度かつ継続」の範囲については、実証的な研究成果を踏まえて 2 年以内に範囲を見直すこととなっている。本研究は、精神通院公費制度、更生医療、育成医療の給付の実態と判定機関・医療機関等の報告等をもとに「重度かつ継続」の範囲の根拠となる実証的なデータを提供することを目的として、診療報酬明細書データの分析、精神通院公費制度についての聞き取り調査と質問紙調査を行った。更生医療、育成医療については、現在の「重度かつ継続」の範囲について一定の妥当性が認められた。しかしながら、引き続き自立支援医療が適切に運営されるよう継続的に実態の把握を努める必要性があると考えられた。精神通院公費制度については、診療報酬明細書の分析の結果、精神通院公費制度利用者は「第 3 回自立支援医療制度運営調査検討会」検討結果（以下、「第 3 回検討会の検討結果」と略す）に示された「重度かつ継続」の範囲に該当するものが大多数を占めることがわかった。聞き取り調査の結果、「第 3 回検討会の検討結果」に示された「重度かつ継続」の範囲は臨床現場から得られた意見を満たしているものと思われた。しかしながら、制度運用の地域差を含めて、すでに存在している精神通院公費制度の問題点が自立支援医療制度の運用に影響をおよぼす可能性は否定できないと考えられた。質問紙調査の結果、電子データ化を推進し、定期的なモニタリングを行うことを可能にするとともに、市町村や医療機関に対する精神障害者通院医療費判定指針の周知を徹底し、申請書の書式を改めるなどの方策を検討することが必要と考えられた。本研究によって、自立支援医療における「重度かつ継続」の範囲の明確化のための必要な実証的データを提供することができた。自立支援医療制度の適正な運用により、適正な医療を普及し、もって精神保健医療福祉の改革ビジョン、障害者自立支援法等に示された方向性を実現するためには、制度の運用実態のモニタリングを行うことが必要である。

**A 研究目的**

障害者自立支援法においては、自立

支援医療の対象者は、従来の更生医療、育成医療、精神通院公費負担制度の対

象者を基本に、低所得者や、障害の程度が重度でかつ継続的に医療費負担の発生する者（以下「重度かつ継続」という）の場合は、所得水準に応じて負担の上限額を設定することとされている。そして、当面の重度かつ継続の範囲として、「疾病、症状等から対象となる者」「疾病等にかかわらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者」が示され、重度かつ継続の対象については、実証的な研究成果を踏まえて範囲を見直すこととなっている。

本研究は、精神通院公費制度、更生医療、育成医療の給付の実態と判定機関・医療機関等の報告等をもとに「重度かつ継続」の範囲の根拠となる実証的なデータを提供することを目的とする。

## B 研究方法

### 1. 通院医療費公費負担についてのレセプト調査

精神通院公費負担制度の給付状況の実態を調査した。厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課を通して、診療報酬支払基金に、平成 18 年 2 月分の診療報酬明細書の抽出を依頼した。氏名等の個別情報をマスクしてコピーした 3674 件の診療報酬明細書を研究対象とした。

### 2. 自立支援医療における重度かつ継続の範囲についての聞き取り調査

全国 2 カ所の精神保健福祉センター

および 11 の病院・診療所に対し、聞き取り調査を行った。聞き取り調査の内容は、精神通院公費患者と一般の外来患者の相違点、自立支援医療における「重度かつ継続の範囲」についての意見であった。

また、聞き取り調査で得られた意見を、当初の自立支援医療の「重度かつ継続」の範囲、及び「第 3 回検討会の検討結果」に示された「重度かつ継続」の範囲と比較検討した。

### 3. 精神障害者通院医療費公費負担制度の運用状況および自立支援医療への移行に関する調査報告

平成 17 年 12 月、47 都道府県および 15 政令指定都市にある精神保健福祉センターの精神通院公費の判定事務局に対して調査票を郵送して回答を依頼し、55 県（回収率 88.7%）から回答を得た。

### 4. 通院医療費公費負担における処方の実態

1. の「通院医療費公費負担についてのレセプト調査」と同じデータを用いて、①外来精神病患者における新規抗精神病薬、新規抗うつ薬の処方実態、②外来精神病治療における診療報酬に新規抗精神病薬がもたらす影響、③外来気分障害治療における新規抗精神病薬と新規抗うつ薬の処方実態とこれらが診療報酬にもたらす影響、④気分障害の診断の記載のある外来患者の範囲および受けている治療の実態について分析した。

①および②は、精神病圏の患者 1539 名のうち処方薬剤データを含む全ての診療報酬に関連した情報の得られていた患者 779 名について分析した。③および④は、気分障害患者 1131 名のうち、処方薬剤データを含む全ての診療報酬に関連した情報の得られていた患者 426 名について分析した。

## 5. 育成医療、更生医療における「重度かつ継続」の範囲に関する検討

自立支援医療（育成医療、更生医療）において、障害別に初診からの期間を求めるとともに、継続的に高額な医療費が必要となる疾患を明らかにすることを目的に、平成 18 年 2 月診療分（3 月請求分）の更生医療レセプト 1106 枚、育成医療レセプト 938 枚、計 2044 枚のレセプトを収集し、17 の疾患・障害に分類した。更生医療の腎機能障害については、レセプト数が多かったことから無作為に 308 枚を抽出し、その他の障害とあわせ、計 1442 枚を解析対象とした。これらのレセプトについて障害別に初診からの経過期間、外来入院、処方箋種別（院内/院外）に請求診療報酬点数の平均値、最大値、最小値、パーセンタイル値（25、50、75、90）を求めた。

## C 研究結果および考察

### 1. 通院医療費公費負担についてのレセプト調査

分析は主に「処方せん料なし（投薬

を含んだ）レセプト」1686 件を用いて行なった。主傷病では統合失調症圏（F2）が 47.3%、気分障害（F3）26.3%が多く、生活保護を受けているものは 27.3%であった。1 件当たりの請求点数は 78～33223 点に分布し、5000 点未満が 9 割を占めた。請求点 2 万以上は 11 件、うち統合失調症 5 件、器質性精神障害 3 件、その他 3 件で、精神科デイ・ケア等あるいは重症痴呆患者デイ・ケアの費用が大きな割合を占めていた。傷病名から「重度かつ継続」に該当する、器質性精神障害（F0）、精神作用物質による障害（F1）、統合失調症圏（F2）、感情障害（F3）、てんかん（F0 以外）の合計では 87.9%であり、また、主傷病の初診からの経過年数が 2 年以上であるものは 68.5%であった。「第 3 回検討会の検討結果」に示された「重度かつ継続」の範囲に従うならば、精神通院公費から自立支援医療制度に移行する利用者の大多数が「重度かつ継続」に該当することとなる。このことは、精神通院公費が概ね適正に運用されてきたことを示すものと考えられるが、自立支援医療の「重度かつ継続」の範囲については、器質性精神障害（F0）、精神作用物質による障害（F1）、感情障害（F3）については、傷病名に加えて状態像をもとに「重度かつ継続」の適用とすることを検討するとともに、自立支援医療制度の適正な運用のために制度の運用実態をモニタリングする必要があると考えられた。

## 2. 自立支援医療における重度かつ継続の範囲についての聞き取り調査

自立支援医療の「重度かつ継続」の範囲として「疾病、症状等から対象となる者」として示された3疾患（統合失調症・躁うつ病（狭義）・難治性てんかん）以外に、認知症などの器質性精神障害や気分障害も対象とすべきという意見が多かった。また、不安障害や人格障害のなかにも対象とすべき事例があるという意見もあった。

「第3回検討会の検討結果」に示された「重度かつ継続」の範囲は、当初の限定された範囲と比較して、本研究で臨床現場から得られた意見を満たしているものと思われる。しかしながら、すでに存在している精神通院公費の問題点が自立支援医療制度の運用に影響をおよぼす可能性は否定できず、また、受療動向の変化が自立支援医療制度の利用に影響していくことも予想されるため、自立支援医療制度の運用実態をフォローしていく必要がある。

## 3. 精神障害者通院医療費公費負担制度の運用状況および自立支援医療への移行に関する調査報告

精神通院公費の承認割合（中央値）は、経年的に99.9%前後と極めて高かった。診断書・患者票のいずれかの項目が電子データ化されていたのは50県（90.9%）であった。本研究の結果から考えられる典型的な判定の進め方は、精神保健福祉センターの医師と外部病院の医師らによる約5名で構

成された1～2の判定委員会が、月1～2回、2時間程度で集まり、振り分けられた申請書を各委員が分担して判定するというやり方であった。診断名による判定の実態では、「精神症状や精神科治療の必要性の記載に応じて判断」とした回答がもっとも多かったが、神経症性障害や人格障害等についても「診断名のみで適用」している県が1～2割ほどあり、精神障害者通院医療費判定指針の範囲を広義に判断して適用されている可能性が考えられた。医療機関に対して判定指針を周知することは、約9割の県が有効であると考えており、通院公費申請書の書式を改訂することも有効であるとする県が多かった。今後は、運用実態を継続的に把握し、また比較可能にするため、より包括的なデータ化を推進し、定期的なモニタリングを行うことが重要である。また、自立支援医療制度の適正な運用に向けて、市町村や医療機関に対する精神障害者通院医療費判定指針の周知を徹底し、また、申請書の書式を適正に改めるなど、様々な方策を検討していく必要がある。

## 4. 通院医療費公費負担における処方の実態

① 外来精神病患者における新規抗精神病薬、新規抗うつ薬の処方実態  
対象患者のうち何らかの抗精神病薬が処方されていた患者は751名であり、うち従来型抗精神病薬は552名、新規抗精神病薬は436名に投与され



ていた。若年患者における新規抗精神病薬処方率は 74.3%で、中年患者 (52.7%)、高齢患者 (32.7%) と比べ著しく高かった。40 歳未満の若年新規抗精神病薬投与患者で新規抗精神病薬同士が併用される率は 18.2%で、40~59 歳の中年者 (10.4%) や 60 歳以上の高齢者(5.8%)より高かった。何らかの抗うつ薬が処方されていた患者は 107 名であった。このうち新規抗うつ薬が 55 名に処方されており、従来型抗うつ薬は 70 名で使用されていた。

② 外来精神病治療における診療報酬に新規抗精神病薬がもたらす影響  
ステップワイズ回帰分析の結果、精神病患者の診療報酬は診療日数、新規抗精神病薬、および新規抗うつ薬の処方の有無によって 85.1%予測できること、新規抗精神病薬と新規抗うつ薬の診療報酬に与える影響が大きいことが明らかとなった。さらに、標準回帰係数の値より、予測可能な 85.1%のうち、診療報酬が 82.9%、新規抗精神病薬が 1.8%、新規抗うつ薬が 0.4%寄与しているものと推定された。

③ 外来気分障害治療における新規抗精神病薬と新規抗うつ薬の処方実態とこれらが診療報酬にもたらす影響  
気分障害患者の診療報酬は診療日数と新規抗うつ薬の処方の有無によって 86.1%の予測ができること、新規抗うつ薬の診療報酬に与える影響は大きい、精神病治療において新規抗精神病薬と新規抗うつ薬もたらす影

響ほど大きくはないことが明らかとなった。また、標準回帰係数の値より、予測可能な 86.1%のうち、診療報酬が 84.7%、新規抗うつ薬が 1.4%寄与しているものと推定された。

④ 気分障害の診断の記載のある外来患者の範囲および受けている治療の実態

今回の研究対象者のうち、「重度かつ継続」部分に相当する気分障害患者は主診断が気分障害であった 1131 名であったが、このほかに主診断以外に気分障害に該当する傷病名が記載されている者が 314 名存在したので、治療過程において「重度かつ継続」の対象者は約 1.28 倍 (=1131÷1445) 程度に増大する可能性があると考えられた。また、自立支援医療の「重度かつ継続」部分に相当する気分障害患者のうち、①双極性障害、②増強療法を要するうつ病、③精神病症状を伴う気分障害のいずれかに相当する患者は 54%以上存在するものと推定された。

## 5. 育成医療、更生医療における「重度かつ継続」の範囲に関する検討

初診からの期間において 3 年以上のレセプトがしめる割合が 40%以上であった障害は、入院では更生医療の腎機能障害、育成医療の肢体不自由・中枢性、外来では更生医療の腎機能障害、免疫機能障害、育成医療の肢体不自由・中枢性であった。また、手術を実施する疾患においても、多くの患者は 3 年未満で外来治療が終了していることが推測された。

医療費においては、心臓機能障害の総額医療費は高額であるものの、自己負担額を比較してみると、腎機能障害患者と免疫機能患者のほうがかなり高かった。この理由は高額な入院医療費については、通常の保険制度における高額療養費制度が適用になること、また、心臓機能障害における退院後の通院医療においては、腎臓機能障害者等と比較して医療費が低いことが考えられた。

以上より初診からの期間及び自己負担額について障害別に比較をしたところ、現在の「重度かつ継続」の範囲については一定の妥当性が認められた。しかしながら、引き続き自立支援医療が適切に運営されるよう継続的に実態の把握を努める必要があると考えられた。

## **E. 結論**

本研究によって、自立支援医療における「重度かつ継続」の範囲の明確化のための必要な実証的データを提供することができた。自立支援医療制度の適正な運用により、適正な医療を普及し、もって精神保健医療福祉の改革ビジョン、障害者自立支援法等に示された方向性を実現するためには、制度の運用実態のモニタリングを行うことが必要である。

## **F 健康危険情報** 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** (予定を含む)

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

## Ⅱ. 分担研究報告書

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

自立支援医療の給付のあり方に関する研究

分担研究

精神通院公費負担制度の給付実態、および自立支援医療における

重度かつ継続の範囲と再認定の要件に関する研究

分担研究報告書（1）

### 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 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 三宅 由子（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
研究協力者 小山 明日香（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
研究協力者 稲垣 中（慶應義塾大学医学部精神神経科学教室）  
研究協力者 羽藤 邦利（代々木の森診療所）  
研究協力者 伊藤 恵理子（神奈川県精神保健福祉センター）  
研究協力者 小原 圭司（関東医療少年院）  
研究協力者 石黒 雅浩（東京都立中部総合精神保健福祉センター）  
研究協力者 平賀 正司（東京都立多摩総合精神保健福祉センター）  
研究協力者 大森 まゆ（国立精神・神経センター 武蔵病院）  
研究協力者 中川 敦夫（慶應義塾大学医学部精神神経科学教室）  
研究協力者 橘田 昌也（南飯能病院）  
研究協力者 山口 洋介（桜ヶ丘記念病院）

研究要旨：本研究は、精神通院公費負担制度の給付状況の実態（診療報酬明細書データ）に基づき、重度かつ継続の範囲、予想される自立支援医療の給付実態を明らかにすること等を目的とする。厚生労働省を通して診療報酬支払基金に平成 18 年 2 月分の診療報酬明細書の抽出を依頼し、個別情報をマスクした 3,674 件の診療報酬明細書コピーを入手した。分析は主に「処方せん料なし（投薬を含んだ）レセプト」1,686 件を用いて行なった。主傷病では統合失調症圏(F2)が 47.3%、気分障害(F3)26.3%が多く、生活保護を受けているものは 27.3%であった。1 件当たりの請求点数は 78～33,223 点に分布し、5,000 点未満が 9 割を占めた。請求点 2 万以上は 11 件、うち統合失調症 5 件、器質性精神障害 3 件、その他 3 件で、精神科デイ・ケア等あるいは重症痴呆患者デイ・ケアの費用が大きな割合を占めていた。傷病名から「重度かつ継続」に該当する、器質性精神障害(F0)、精神作用物質による障害(F1)、統合失調症圏(F2)、感情障害(F3)、てんかん(F0 以外)の合計では 87.9%であり、また、主傷病の初診からの経過年数が 2 年以上であるものは 68.5%であった。第 3 回自立支援医療制度運営調査検討会の検討結果に示された「重度かつ継続」の範囲に従うならば、精神通院公費から自立支援医療制度に移行する利用者の大多数が「重度かつ継

続」に該当することとなる。このことは、精神通院公費制度が概ね適正に運用されてきたことを示すものと考えられる。しかしながら、自立支援医療制度への移行に伴って制度の運用に変化が生じる可能性もあり、自立支援医療の適用の範囲についての検討結果をもとに、制度の運用実態をモニタリングする必要があると考えられた。

## A. はじめに

障害者自立支援法においては、自立支援医療の対象者は、従来の更生医療、育成医療、精神通院公費負担制度の対象者を基本に、低所得者や、障害の程度が重度でかつ継続的に医療費負担の発生する者（以下「重度かつ継続」という）の場合は、所得水準に応じて負担の上限額を設定することとされている。そして、当面の重度かつ継続の範囲として、「疾病、症状等から対象となる者」「疾病等にかかわらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者」が示され、重度かつ継続の対象については、実証的な研究成果を踏まえて、2年以内に範囲を見直すこととなっている。

本研究は、精神通院公費負担制度の給付状況の実態（診療報酬明細書データ）に基づき、重度かつ継続の範囲、予想される自立支援医療の給付実態等を明らかにすることを目的とする。

## B. 対象と調査方法

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課を通して、診療報酬支払基金に、平成18年2月分の診療報酬明細書の抽出を依頼した。抽出方法は、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」において行った抽出方法を参考にした

が、現在は平成12年度とは状況が異なっており、全く同様の抽出は行なえなかった。すなわち、12年度の抽出方法を参考に無作為による抽出を依頼したが、支払基金より実務上の理由から「今回は各都道府県の規模に沿って抽出数を指定し、抽出に当たった条件として、1医療機関で老人保健との併用1件、高齢者及び本人との併用3件、家族及び3歳未満との併用3件、公費との併用3件をそれぞれ上限とすること（計10件）」という提案があり、それを採用した。また提出書類の電子化が進んでおり、電子化されて提出された書類については、今回の抽出に含めることができなかった。医科レセプトの電子化率は12.8%（平成17年11月末日現在）程度である。したがって、厳密な意味での無作為抽出標本ではないが、その月の診療報酬明細書の実態を把握することのできる標本と言って差し支えないと思われる。氏名等の個別情報をマスクしてコピーした3,674件の診療報酬明細書を研究対象とした。

対象となった明細書について、まず医師により主診断を決定する作業を行なった。傷病名中に複数の精神障害がある場合には、より重要と思われるほうを選択し、処方内容などから判断できるものはそれに従った。できる限り、現在の状態での傷病を主診断とした。精神障害の分類はICD（国際疾患分類）のF分類に従い、器質性精神障害(F0)、

精神作用物質による障害(F1)、統合失調症(精神分裂病) 圏(F2)、気分障害(F3)、神経症性障害等(F4)、生理的障害等(摂食障害等)(F5)、人格障害(F6)、精神遅滞(F7)、心理的発達障害(F8)、小児期および青年期の障害(F9)、てんかん(F0 以外)の11分類とした。その他の傷病名については、合併精神障害、副作用による傷病、関係の乏しい傷病に分類した。

(倫理面への配慮)

診療報酬明細書の調査にあたっては、調査の目的を明確にしたうえで、氏名等の個別情報をマスクしたものを収集した。また、これらの保管・管理には、データ入力期間を除いて、分担研究者の所属する研究機関において、責任者のもと、鍵のかかるキャビネット内で保管した。データ入力にあたっては、厳格な資料の管理を含む契約を締結し、専門の業者に入力を依頼した。疫学研究に関する倫理指針を踏まえ、本研究の実施に関しては、国立精神・神経センター武蔵地区の倫理審査委員会に申請し、その承認を得ている。

## C : 結果

### 1. 基本属性

医科レセプトで投薬も含めた医療費を検討するには、処方せん料なしレセプトについて分析するのが適切である。すなわち、処方せんが出ていないレセプトには、処方された薬に関する請求の内容が示されているからである。医科レセプト 3,674 件中、処方せん料なしは 1,686 件であった。医科レセプト全数および処方せん料なしレセプトについて、性別、年齢階層、主たる傷病の分布、生活保護ありの割合を表 1 に示し

た。

性別は女性がやや多く、年齢層では 50～59 歳が全体の 21.4% [23.3% : □内は処方せん料なしレセプトにおける割合、以下同] を占め最も多いが、30～39 歳、40～49 歳もほぼ同じ程度の 21.1% [20.2%] および 20.7% [20.5%] であり、この 3 層で全体の 63.2% [64.0%] を占める。19 歳以下の若年層は少なく、60 歳以上の高齢者は 21.6% [22.1%] であった。主たる傷病は精神分裂病(F2)が最も多く 41.9% [47.3%] を占める。次いで気分障害(F3)30.8% [26.3%]、神経症性障害(F4)12.1% [9.0%] であった。F0 以外のてんかんは 5.1% [5.5%] であった。生活保護を受けているものは、27.5% [27.3%] であった。

以下の分析は主に「処方せん料なしレセプト」について行なったが、処方せんの出ていないレセプトは病院からのものの割合が多くなっている。すなわち、全体としては病院からのレセプトは 53% であるが、処方せん料なしレセプトではその割合が 71% になっている。

### 2. 主たる傷病別にみた請求点数および診療実日数の分布

図 1 に主たる傷病別の処方せん料なしレセプトの請求点数の分布を示した。全体では、最小値 78 点、最大値 33,223 点であり、1 件当たりの平均値は 2,612 点、中央値は 1,651 点である。2,000 点未満が 60.0%、4,000 点未満が 90.2% を占める。

主傷病別にみると、器質性精神障害(F0)では 5,000 点未満までの累積割合が比較的少なく 75.8% であり、最高点数もこの傷病であった。精神作用物質による障害(F1)、

統合失調症圏(F2)では、5,000点未満までの累積割合はそれぞれ、85.5%、87.0%であり、てんかん(F0以外)、感情障害(F3)、神経症性障害等(F4)ではそれらより高く、それぞれ95.7%、96.2%、98.0%であった。比較的例数の少ない傷病の中では、人格障害の請求点数の分布がやや高い側に偏っている。それ以外の傷病では請求点数が低いものが大多数であった。

図2は同じく主傷病別の診療実日数の分布である。最小値1日、最大値28日、1件当たりの平均値は2.5日である。診療実日数の分布は、全体としても傷病別にみても、請求点数とほぼ同じ傾向を示している。1日のみが最も多く全体で47.3%、2日までの累積で79.9%、4日までが91.3%を占めている。一方21日以上は13例0.8%であった。

### 3. 初診からの経過年数

図3に主傷病の初診からの経過年数を示した。この年数は罹病期間と必ずしも一致しないが、現在の医療機関に初診してからの年数、あるいは保険の種類が変更されてからの年数であるので、罹病期間はこれに等しいか、あるいはより長いといえる。

全体として主傷病の経過年数は0から47年におよんでおり、年数が1年に満たないものは15.4%であった。2年以上の長期にわたるものは、全体で68.5%であり、件数の多い主傷病別にみると、統合失調症圏(F2)の76.7%、てんかん(F0以外)の76.3%が多かった。精神作用物質による障害(F1)では62.7%とやや少なく、この傷病では1年未満が25.3%で最も多いのが特徴である。その他の傷病の2年以上の経過年数をもつ

ものの割合は、器質性精神障害(F0)では69.7%、気分障害(F3)では57.4%、神経症性障害等(F4)では57.0%となっている。

表2左側にその負担額別および主傷病別の平均値と標準偏差を示した。てんかん(F0以外)の9.7年、統合失調症圏(F2)の8.2年が平均値としては大きく、またばらつきも大きい。その他の傷病では、器質性精神障害(F0)4.2年、精神作用物質による障害(F1)4.2年、気分障害(F3)4.4年、神経症性障害等(F4)4.6年であった。器質性精神障害以外は、ばらつきがやや大きい。

負担額(10%)別にみると、負担額の大きいほうが初診からの経過年数も長い、細かく見ると1万~2万未満でもっとも長くなっている。これはこの群の統合失調症の割合が相対的に大きく、逆に負担額2万以上では器質性精神障害の割合が相対的に大きいことが影響しているものと思われる。

### 4. 1日当たり請求点数

当月の請求点数を診療実日数で割った、1日当たり請求点数を負担額(10%)および主傷病別に検討した(表2右側)。

負担額の大きいほうが1日当たりの請求点数も多いが、1日当たりとして最も平均値が大きいのは5,000から1万未満の群であり、この群ではばらつきも大きい。2万以上の高額負担群ではばらつきが非常に小さい。

主傷病別には、人格障害(F6)の平均値が1,459点で最も大きく、次いで器質性精神障害(F0)の1,397点であった。統合失調症圏(F2)は1,240点であった。

### 5. 主たる傷病別にみた請求点数の平均値

とその内訳

表3に主たる傷病別にみた処方せん料なしレセプト1件当りの請求点数およびその内訳を示した。全体としての請求点数の内訳は、投薬42.0%、精神科デイ・ケア等（精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアをあわせたもの、以下同）21.7%、通院精神療法等（デイ・ケア以外のその他の請求点数、以下同）20.0%が主なものであり、そのほかには、再診6.6%、重度痴呆患者デイ・ケア4.9%、検査2.0%などである。

請求件数が50件以上の傷病について平均値を比較すると、器質性精神障害が最も高く4,988点、次いで精神作用物質による障害3,130点、統合失調症2,915点、気分障害2,090点、てんかん1,692点、神経症性障害等1,653点の順であった。例数の少ないものの中では、人格障害(F6)が際立って高く平均4,851点であったが、これは1万点以上が26件中3件あり、うち1件が2.3万点であったことが影響していると思われる。それ以外の傷病では概ね平均値は低かった。

請求件数50件以上の傷病で、デイ・ケア（精神科デイ・ケア等+重症痴呆患者デイ・ケア）が請求点数に占める相対的な割合が高いのは、器質性精神障害(F0):65.6%（14.0+51.6）、精神作用物質による障害(F1):34.5%（34.3+0.2）、統合失調症圏(F2):29.2%（27.5+1.7）であった。一方、気分障害(F3)と神経症性障害(F4)では、通院精神療法等の割合のほうが大きく、それぞれ26.4%、30.3%を占めていた。てんかんではデイ・ケア、通院精神療法等ともに割合は低い。

件数の少ないものの中では、人格障害(F6)では精神科デイ・ケア等が37.6%を占めるが、生理的障害等(F5)ではデイ・ケアの請求はなく通院精神療法等が27.2%であった。精神遅滞(F7)は請求点数の絶対値が小さいため、相対的に通院精神療法等の割合が高くなっている。

デイ・ケア利用者（デイ・ケアの請求点数が0でないもの）の割合は器質性精神障害(F0):27.3%（精神科デイ・ケア8件、重症痴呆患者デイ・ケア10件）、精神作用物質による障害(F1):16.9%（精神科デイ・ケア等14件、内重症痴呆患者デイ・ケア算定あり1件）、統合失調症圏(F2):12.4%（精神科デイ・ケア等98件、内重症痴呆患者デイ・ケア算定あり10件、重症痴呆患者デイ・ケア1件）、気分障害(F3):3.6%（精神科デイ・ケア等16件、内重症痴呆患者デイ・ケア算定あり1件）、神経症性障害(F4):4.0%（精神科デイ・ケア等6件）、人格障害(F6):15.4%（精神科デイ・ケア等4件）、てんかん(F0以外):0.5%（精神科デイ・ケア等1件）であった。

4. 負担額（請求額の10%）別にみた診療実日数、生活保護、本人家族の別、主たる傷病の分布（表4）

請求額の10%が本人負担額と仮定し、負担額別に2分類し、さらに高額負担群を3分した。その分類別にみると、診療実日数は高負担ほど多いほうに分布し、特に13日以上（週3回を超えるもの）の割合は、負担額1万~2万未満では70.7%、2万以上では100%であった。

生活保護の割合は低負担群ほど割合が低く、高負担になるにしたがって増加する。



本人家族の別では、5,000 以上群全体ではやや本人の割合が低い、1 万以上の高負担群では本人の割合が高かった。

主傷病は、低負担群では相対的に気分障害(F3)が多く、0.5 万から 1 万未満、1 万から 2 万未満の 2 群では統合失調症圏(F2)が多くなる。2 万以上群では器質性精神障害(F0)が 11 例中 3 例であり、相対的な割合が大きくなっている。主傷病別にみた 5,000 以上の割合は、人格障害(F6)の 30.8%が大きく、件数の多い傷病の中では器質性精神障害(F0)が 24.2%で多い。精神作用物質による障害(F1)の 14.5%、統合失調症圏(F2)の 13.0%がそれに次いでいる。

#### 5. 負担額（請求額の 10%）別にみた請求点数の平均値とその内訳

表 5 に負担額（請求額の 10%）別にみた請求点数の平均値とその内訳を示した。

投薬、再診などはどの負担額群でも大差はないが、負担額が上がるにつれて精神科デイ・ケア等および重度痴呆患者デイ・ケアの点数が大きくなっている。特に 2 万以上の高負担群では 87.4%が精神科デイ・ケア等および重度痴呆患者デイ・ケアの請求点である。

#### D：考察

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抽出されたものであり、平成 12 年度に行なわれた調査とはやや異なるものの、概ね代表性のある資料が得られたと考えている。しかし、書類の電子化の進行など、レセプト処理の状況が変化しており、今回の分析には電子化されたレセプトのデータは含まれていない。

また請求内容の検討をする際に、投薬を含んだ「処方せん料なしレセプト」を検討対象とせざるをえないが、処方せん料の請求があるレセプトの割合は、平成 12 年度調査の 38.5%から、今回調査は 54.1%に大きく増加している。これらのことはこの資料の限界として認識しておくべきことである。

以下に、平成 17 年 11 月 9 日の「第 3 回自立支援医療制度運営調査検討会」検討結果に示された「重度かつ継続」の範囲（以下、第 3 回検討会結果という）と、精神通院公費の対象者がどのように重なるかをみて、検討結果の妥当性を述べる。

今回の対象の主たる傷病を ICD-10 に従って分類すると、第 3 回検討会結果において傷病名から「重度かつ継続」に該当する、器質性精神障害(F0)、精神作用物質による障害(F1)、統合失調症圏(F2)、感情障害(F3)、てんかん(F0 以外)の割合はそれぞれ、3.9%、4.9%、47.3%、26.3%、5.5%であった。その合計は 87.9%であり、精神通院公費の大多数が「重度かつ継続」に該当することとなる。

また、5,000 点以上の請求の割合が比較的高いのは、器質性精神障害(F0)、精神作用物質による障害(F1)、統合失調症圏(F2)であり、これらは第 3 回検討会結果において、傷病名から「重度かつ継続」の適用とされたものに一致する。感情障害(F3)でも一定の割合で高額な請求があるが、器質性精神障害(F0)、精神作用物質による障害(F1)、統合失調症圏(F2)よりも低い。てんかん(F0 以外)、神経症性障害等(F4)では 5,000 点以上の請求の割合は低い。

5,000 点以上の請求の割合が高いものは、診療実日数においても多い傾向がみられる。

また、診療実日数 1 日当たりの請求点数は、人格障害(F6)、器質性精神障害(F0)で高い傾向があり、また、請求点数が患者負担額(円)と同じとみなせば、負担額の多いほうが 1 日当たり請求点数も高い傾向がみられる。

第 3 回検討会結果において傷病名から「重度かつ継続」に該当するとされた、器質性精神障害(F0)、精神作用物質による障害(F1)、統合失調症圏(F2)、感情障害(F3)、てんかん(F0 以外)以外で 5,000 点以上に該当する者については、「情動及び行動の傷害」「不安及び不穏状態」の状態にあるため診療実日数も多く、「重度かつ継続」の適用になる者もあると考えられる。

さらに、主傷病の初診からの経過年数をみると、2 年以上の長期にわたるものが、全体の 7 割弱を占め、特に統合失調症圏(F2)、てんかん(F0 以外)で多かった。その他の精神作用物質による障害(F1)、器質性精神障害(F0)、気分障害(F3)、神経症性障害等(F4)でも、半数以上を占めていた。

以上のことから、第 3 回検討結果に示された「重度かつ継続」の範囲に従うならば、精神通院公費から自立支援医療制度に移行する利用者の大多数が「重度かつ継続」に該当することとなる。このことは精神通院公費がその制度の趣旨を踏まえて、概ね適正に運用されてきたことを示すものと考えられる。しかしながら、自立支援医療制度への移行に伴って制度の運用に変化が生じる可能性もあり、自立支援医療の適用の範囲についての検討結果をもとに、制度の運用実態をモニタリングする必要があると考えられた。

#### E : 結論

現在の精神通院公費の利用者は、第 3 回検討結果にある「重度かつ継続」に該当するものが大多数を占める。このことは、精神通院公費が概ね適正に運用されてきたことを示すものと考えられるが、自立支援医療制度への移行に伴って制度の運用に変化が生じる可能性もあり、自立支援医療の適用の範囲についての検討結果をもとに、制度の運用実態をモニタリングする必要がある。

F : 健康危険情報 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 (予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1. 医科レセプトの属性分布

		全レセプト		処方せん料なしレセプト	
		実数	%	実数	%
全数		3674	100.0	1686	100.0
性	男性	1665	45.3	774	45.9
	女性	2009	54.7	912	54.1
病院・診療所	病院	1936	52.7	1198	71.1
	診療所	1678	45.7	466	27.6
	不明	60	1.6	22	1.3
年齢階層	19歳以下	91	2.5	42	2.5
	20～29歳	468	12.7	192	11.4
	30～39歳	775	21.1	341	20.2
	40～49歳	762	20.7	345	20.5
	50～59歳	787	21.4	393	23.3
	60～69歳	385	10.5	186	11.0
	70～79歳	334	9.1	151	9.0
	80歳以上	72	2.0	36	2.1
主たる傷病	器質性精神障害(F0)	138	3.8	66	3.9
	精神作用物質による障害(F1)	138	3.8	83	4.9
	統合失調症圏(精神分裂病)(F2)	1539	41.9	798	47.3
	気分障害(F3)	1131	30.8	444	26.3
	神経症性障害等(F4)	443	12.1	151	9.0
	生理的障害等(摂食障害等)(F5)	25	0.7	11	0.7
	人格障害(F6)	48	1.3	26	1.5
	精神遅滞(F7)	9	0.2	7	0.4
	心理的発達障害(F8)	9	0.2	3	0.2
	小児期および青年期の障害(F9)	6	0.2	4	0.2
	てんかん(F0以外)	188	5.1	93	5.5
生活保護	あり	1011	27.5	461	27.3

表2. 初診からの経過年数および1日当たり請求点数の平均値および標準偏差  
(負担額(10%)別, および主傷病別)

	n	初診からの経過年数		1日当たり請求点	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
<b>負担額(10%)</b>					
5,000 未満	1521	6.5	7.3	1108.7	656.0
5,000 以上計	165	8.3	8.4	1538.3	1348.5
5,000~9,999	96	7.2	7.2	1793.6	1551.2
10,000~19,999	58	10.1	10.2	1179.1	963.6
20,000 以上	11	7.8	4.9	1204.9	155.6
<b>主傷病</b>					
器質性精神障害(F0)	66	4.2	4.1	1397.2	1303.2
精神作用物質による 障害(F1)	83	4.2	5.1	1085.4	782.3
統合失調症圏 (精神分裂病)(F2)	798	8.6	8.4	1239.9	809.2
気分障害(F3)	444	4.4	5.1	1030.9	499.7
神経症性障害等(F4)	151	4.6	5.3	951.9	478.9
生理的障害等 (摂食障害等)(F5)	11	3.1	2.2	1022.5	867.3
人格障害(F6)	26	5.0	5.3	1458.6	1053.1
精神遅滞(F7)	7	6.4	1.7	457.7	184.7
心理的発達障害(F8)	3	5.1	1.6	342.0	149.9
小児期および青年期 の障害(F9)	4	2.2	1.4	513.8	100.9
てんかん(F0以外)	93	9.7	10.1	1198.7	932.7
合計	1686	6.7	7.5	1150.7	763.2