

7. 病名
8. 発病から現在までの病歴の記載内容
9. 現在の病状、状態像の該当項目を○で囲んだもの
10. 病状・状態像等の、具体的程度、病状等
11. 現在の治療内容
12. 今後の治療方針
13. 現在の精神保健福祉サービスの利用状況
14. 備考の記載内容
15. 診断書を作成した医師名
16. 医師の所属する医療機関名
17. 通院医療の担当医療機関名
18. 有効期間
19. 手帳番号
20. 公費負担者番号
21. 受給者番号
22. 上記のいずれも電子化していない

3. 現在の体制および判定の方法についてお聞きします。

1) 判定する委員会の数、および判定に携わる委員の総数をお書きください。

判定する委員会の数 () 判定に携わる委員の総数 () 名

2) 判定に携わる委員の所属と人数をお書きください。

大学病院の精神科医師	名
大学病院以外の国立・都道府県立の精神科病院 または精神病床を有する病院の精神科医師	名
上記以外の精神科病院または精神病床を有する病院の医師	名
精神科診療所の医師	名
精神保健福祉センターの医師	名
その他（具体的に：)	名

3) 判定会議の開催状況について、あてはまるものの番号に 1 つ○をつけてください。
また、() 内には数字をご記入ください。

1. 毎月定例に開催 毎月 () 回、() 時間程度

2. 毎月不定期に開催 毎月 () 回程度、() 時間程度

3. その他（具体的に：)

4) 判定における委員の役割はどのように設定されていますか。次のうちもっとも近いものの番号に1つ〇をつけてください。

1. 全委員が全申請書に目をとおす。
2. 個別の委員は振り分けられた申請書に目をとおすが、すべての申請書はかならずいずれかの委員の判定対象になる。
3. 申請書類は、必ずしも判定に携わる委員が目をとおすとは限らない。

5) 事務局は、判定会議の準備として次の作業を行っていますか。あてはまるものの番号にすべて〇をつけてください。

1. 診断書の記載漏れの有無などを確認する
2. 委員による判定の対象となる診断書を抽出する（申請のあった診断書の一部を委員が判定するため）
3. その他（具体的に： _____）

6) 精神障害者通院医療費判定指針以外に、判定業務に関して、文書化された申し合わせや内規は作成されていますか。また、作成されている場合、その申し合わせや内規は、精神科医療機関等に知らされていますか。あてはまるものの番号に1つ〇をつけてください。

1. 作成されており、精神科医療機関等に知らされている
2. 作成されているが、精神科医療機関等には知らされていない
3. 申し合わせや内規は作成されていない

作成されている場合には、同封してください

7) 通院公費の適用でないと判定された場合、申請者および医療機関への通知はどのような方法で行われていますか。申請者および医療機関それぞれについて、あてはまるものの番号に1つ〇をつけてください。

【申請者に対して】

1. 文書で通知している
2. 電話で通知している
3. その他（具体的に： _____）

【医療機関に対して】

1. 文書で通知している
2. 電話で通知している
3. その他（具体的に： _____）

国の様式と異なる文書で通知の場合、同封してください

- 8) 通院公費の適用でないと判定された場合の対応や、申請者や医療機関との対応のあり方について、気づかれていることやご意見がありましたら、お書きください。

()

4. 判定業務における判断の現状についてお書きください。

- 1) 通院公費単独で初回申請された場合に、下記の診断名が単独で記載されている場合の、貴センターにおける判定の実態をお書きください。それぞれの診断について、該当するものを右側から1つずつ選び、番号に○をつけてください。

	診断名のみ で適用	精神症状や 精神科治療の 必要性の記載 に応じて判断	基本的に 適用にならない
認知症（痴呆性疾患）	1	2	3
アルコール依存症	1	2	3
統合失調症	1	2	3
双極性感情障害	1	2	3
反復性うつ病性障害	1	2	3
その他の気分障害	1	2	3
神経症性障害	1	2	3
摂食障害	1	2	3
人格障害	1	2	3
知的障害	1	2	3
広汎性発達障害	1	2	3
多動性障害	1	2	3
てんかん（薬物療法中）	1	2	3
てんかん（発作は消失しており、半年1回の検査のみの扱い）	1	2	3

- 2) 精神障害者通院医療費判定指針に記載された下記状態が単独で見られた場合、精神障害者通院医療費判定指針と、貴都道府県・政令指定都市における通院公費の適用対象とは、どのような関係になっていると考えられますか。それぞれの状態について、該当するものを右側から1つずつ選び、番号に○をつけてください。

	指針より 広く適用	指針に ほぼ一致 して適用	指針より 狭く適用	わからない
躁および抑うつ状態	1	2	3	9
幻覚妄想状態	1	2	3	9
精神運動興奮	1	2	3	9
分裂病等残遺状態	1	2	3	9
情動および行動の障害	1	2	3	9
不安および不穏状態	1	2	3	9
癡れんおよび意識障害	1	2	3	9
精神作用物質の乱用および依存	1	2	3	9
知能障害	1	2	3	9

5. 貴都道府県・政令指定都市の判定業務において、他の都道府県・政令指定都市からの転入申請があったとき、他の都道府県・政令指定都市との間で、精神障害者通院医療費判定指針の運用に違いがあるという経験をしたことが、17年度においてありますか。あてはまるものの番号に1つ○をつけてください。

1. ある → 具体的に

()

2. ない
3. わからない

6. 現在の通院公費制度についてお聞きします。精神障害者通院医療費判定指針に沿った、各都道府県・政令指定都市間で公平な制度運用を行うために、右ページに挙げた事柄が、どの程度効果があると思われますか。それぞれの事柄について、該当するものを右側から1つずつ選び、番号に○をつけてください。

	たいへん有効	ある程度有効	あまり有効でない	有効でない	わからない
市町村に通院公費適用の対象（精神障害者通院医療費判定指針）を周知する	1	2	3	4	9
精神科医療機関に精神障害者通院医療費判定指針を周知する	1	2	3	4	9
精神科以外の医療機関に精神障害者通院医療費判定指針を周知する	1	2	3	4	9
通院公費申請書の書式を改訂し、精神障害者通院医療費判定指針にある状態像に該当する事例であるかどうか判定しやすくする	1	2	3	4	9
通院公費申請書の書式を改訂し、治療の継続の必要な理由（注）を判定しやすくする	1	2	3	4	9
通院公費申請書の書式を改訂し、通院公費期間中の治療計画を記載する	1	2	3	4	9
判定会議の開催頻度を多くする	1	2	3	4	9
判定業務に携わる委員数を多くする	1	2	3	4	9
隣接都道府県・政令指定都市との合同判定会議を行い、判定業務の標準化を図る	1	2	3	4	9
手帳制度の判定と通院公費の判定を独立させ、「手帳該当であっても通院公費非該当」というカテゴリーを明確にする	1	2	3	4	9

注) 治療の継続によって、精神障害者通院医療費判定指針にある精神症状がどのように改善されているか

その他、公平な制度運用に有効と考えられる方法がありましたら、お書きください。

()

次ページも忘れずにご回答ください

7. 自立支援医療制度への移行についてお聞きします。

- 1) 自立支援医療制度運営調査検討会における検討において、自立支援医療における「重度かつ継続」の適用に関しては、精神障害者通院医療費判定指針に沿った運用が求められています。既存体制を活用して判定の適正化を進めるため、貴都道府県・政令指定都市ではどのような取り組みを進められていますか。また、国においてなすべきと考えられていることがありましたら、お書きください。

()

- 2) 公費負担の行われる医療の範囲は、精神障害および当該精神障害に起因して生じた病態、当該精神障害の治療に関連して生じた病態（当該精神障害のために用いた薬剤の副作用等）、精神医療を担当する医師によって、通院による医療を行うことができる範囲の病態とされています。通院公費制度が、制度の範囲をこえて拡大して適用されることを防ぐためには、どのような方法があると考えられますか。貴都道府県・政令指定都市で考えられていることがありましたら、お書きください。

()

- 3) その他、自立支援医療への移行に関して、お気づきのことや課題がありましたらお書きください。

()

お手数ですが、記入漏れがないかご確認ください

こちらからの問合せ用に、ご記入いただいた方の連絡先をお教えてください。

施設名 _____

記入者氏名 _____

連絡先 _____

ご協力どうもありがとうございました。

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

研究協力報告書

通院医療費公費負担における処方の実態

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 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 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 山口 洋介（桜ヶ丘記念病院）

研究協力者 橘田 昌也（南飯能病院）

研究協力者 羽藤 邦利（代々木の森診療所）

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）

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）を明らかにすることを目的とする。

B. 対象と調査方法

本研究の分担研究「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」において作成した診療報酬明細書データをもとに，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については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のうち，精神病圏，すなわち ICD-10 の統合失調症，統合失調症型障害および妄想性障害（F2）であり，かつ処方内容に関する情報が得られた 779 名を対象として，新規抗精神病薬，新規抗うつ薬の処方状況に関

する検討を行った。

②も①と同一の 779 名の精神病圏患者が対象であり、対象患者の診療報酬額の予測因子を検証するために、段階式前向きステップワイズ重回帰分析を行った。

③の対象患者は 3,674 件の診療報酬明細書のうち、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気分障害患者 426 名を対象に、対象患者の診療報酬額の予測因子を目的として段階式前向きステップワイズ重回帰分析を行った。

なお、②および③の検証に際しては、診療報酬の総点数を従属変数とみなし、また性別、年齢、新規抗うつ薬使用の有無、従来型抗うつ薬使用の有無、新規抗精神病薬使用の有無、従来型抗精神病薬使用の有無、外来診療回数を独立変数とみなして解析を行った。

④については、3,674 件の診療報酬明細書のうち、主診断が気分障害と判断された患者と主診断以外の傷病名としてうつ病、躁うつ病、躁病、躁状態、抑うつ状態、あるいは抑うつ神経症などといった診断名が記載されていた患者を比較した。また、気分障害患者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③の研究対象と同一の患者 426 名について、A) リチウム、カルバマゼピン、バルプロ酸などといった気分安定薬が処方されていること、B) 診療報酬明細書上、甲状腺障害または甲状腺機能低下症と記載されていること、C) メチルフェニデートが処方されていること、D) 抗精神病薬が処方されていることの 4 条件のいずれかを満たす患者の割合を算出した。気分障害のうち、より積極的、かつ継続的治療を要する病態として

は、①双極性障害、②甲状腺ホルモンやメチルフェニデートなどによる増強療法を必要とするうつ病患者、③精神病症状を伴う気分障害、④反復性うつ病性障害などが考えられるが、A)はこのうち①と②に、B)とC)は②に、D)は③に相当する概念とみなされた。

(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

対象患者の性別は男性 420 名、女性 359 名、平均年齢は 48.7 ± 14.4 歳であった。

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。新規抗精神病薬のうち、リスペリドンは 263 名、オランザピンは 106 名、クエチアピンは 79 名、ペロスピロンは 58 名に投与されていた。

対象患者の 779 名のうち、年齢に関するデータの得られていた患者は 709 名であっ

た。この709名の内訳は、40歳未満の若年患者が222名、40歳以上60歳未満の中年患者が328名、60歳以上の高齢患者が159名であった。一方、新規抗精神病薬が処方され、かつ年齢に関するデータも存在した患者は390名であったが、その年齢別内訳は若年患者が165名、中年患者が173名、高齢患者が52名であった。よって、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(図1)。

次に、リスペリドン、オランザピン、クエチアピン、ペロスピロンの処方を受けている患者数を年齢別に検討したところ、40歳未満の若年患者ではそれぞれ95名、43名、39名、21名、中年患者ではそれぞれ105名、39名、24名、24名、高齢患者ではそれぞれ33名、9名、5名、8名に処方されていた。新規抗精神病薬の処方されている人数を母数とした場合、若年、中年、高齢となるにしたがって、リスペリドンに関しては57.6%、60.7%、63.5%、ペロスピロンに関しては12.7%、13.9%、15.4%と処方率が微増したのに対し、オランザピンでは26.1%、22.5%、17.3%、クエチアピンでは23.6%、13.9%、9.6%と逆に高齢になるに従って減少していた(表1)。

新規抗精神病薬の投与されていた436名のうち、処方されていた抗精神病薬が新規抗精神病薬1種類のみで、従来型抗精神病薬の併用が行われていなかった患者は190名(43.6%)にとどまり、新規抗精神病薬と従来抗精神病薬が同時に投与されていた患者が207名(47.5%)、複数の新規抗精神病薬が同時に投与されていた患者が65名(14.9%)存在した。新規抗精神病薬同士

が併用されていた65名の大半は2剤併用であったが、3剤併用が3名、4剤併用が1名で行われていた。年齢別に新規抗精神病薬同士の併用の行われる率を検討したところ、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(表2)。

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、このうちフルボキサミンは17名、パロキセチンは32名、ミルナシプランは12名で使用されていた。従来型抗うつ薬は70名で使用されていた。

②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している影響

ステップワイズ回帰分析の結果に基づいて得られた診療報酬の予測式は、診療報酬(点) = $931.61 \times \text{診療日数} + 1037.56 \times \text{新規抗精神病薬処方の有無} + 946.88 \times \text{新規抗うつ薬処方の有無}$ (*該当薬剤を処方されていた場合を1、処方されていない場合を0とする)であり、新規抗精神病薬、あるいは新規抗うつ薬の処方によって診療報酬にもたらされる影響と、診療日数が1日増大することによってもたらされる影響は金額ベースではほぼ等しいものと考えられた。さらに、診療日数、新規抗精神病薬処方の有無、新規抗うつ薬処方の有無の3独立変数のR²値は0.851、3変数の標準回帰係数はそれぞれ0.859、0.127、0.061であった。

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

対象患者の426名の内訳は男性176名、

女性 250 名，平均年齢±標準偏差は 49.2±15.6 歳であった。

対象患者のうち，何らかの抗うつ薬が処方されていた患者は 310 名であった。従来型抗うつ薬はこのうち 168 名に，また新規抗うつ薬は 209 名に処方されていた。新規抗うつ薬の処方されている 209 名のうち，フルボキサミン，パロキセチン，ミルナシプランの 3 種類の新規抗うつ薬の使用されていた患者はそれぞれ 72 名，110 名，53 名であった。

対象患者 426 名のうち，年齢に関するデータの得られていた者は 384 名であったが，フルボキサミン，パロキセチン，ミルナシプランの年齢別の処方状況を検討したところ，40 歳未満における処方率はそれぞれ 17.9%，30.8%，16.2%，40 歳以上 60 歳未満の中年患者では 19.3%，28.2%，12.2%であったのに対し，60 歳以上の高齢患者における処方率は 8.1%，15.1%，3.5%と著しく低かった。一方，これら以外の従来型抗うつ薬の処方率は若年患者が 37.6%，中年患者が 39.2%，高齢患者が 44.2%であった(表 3)。

2 種類以上の新規抗うつ薬が同時に併用されていた患者は 26 名であった。また，新規抗うつ薬と従来型抗うつ薬の併用の行われていた患者は 67 名であった。

何らかの抗精神病薬が処方されていた患者は 178 名であった。このうち，新規抗精神病薬は 29 名に処方され，リスペリドンは 16 名，オランザピンは 4 名，クエチアピンは 7 名，ペロスピロンは 3 名に投与されていた。従来型抗精神病薬の処方されていた患者は 161 名であった。

ステップワイズ回帰分析の結果に基づい

て得られた診療報酬の予測式は，診療報酬(点) = 959.07 × 診療日数 + 572.36 × 新規抗うつ薬処方の有無* (*該当薬剤を処方されていた場合を 1，処方されていない場合を 0 とする) であり，金額ベースでは診療日数が 1 日増大することによって診療報酬にもたらされる影響は新規抗うつ薬の処方によってもたらされる影響の約 1.67 倍であった。さらに，診療日数，「新規抗うつ薬処方の有無」の 2 独立変数の R² 値は 0.861，診療日数と，新規抗うつ薬処方の有無の標準回帰係数はそれぞれ 0.860，0.109 であった。

④気分障害の診断の記載のある患者の範囲および受けている治療の実態

本研究の検討対象である 3,674 名分の診療報酬明細書の ICD-10 主診断の内訳は，症状性を含む器質性精神障害 (F0) が 138 名，精神作用物質使用による精神および行動の障害 (F1) が 138 名，精神病圏 (F2) が 1,539 名，気分障害 (F3) が 1,131 名，神経症性障害，ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4) が 443 名，生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 (F5) が 25 名，成人の人格および行動の障害 (F6) が 48 名，精神遅滞 (F7) が 9 名，心理的発達の障害 (F8) が 9 名，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 (F9) が 6 名，てんかん (G40) が 188 名であった。すなわち，自立支援法では主診断が F0，F1，F2，F3，G40 である 2,964 名が「重度かつ継続」の対象と考えられる。

残りの F4，F5，F6，F7，F8，F9 の 710 名のうち，診療報酬明細書に主診断以外の傷病名としてうつ病，躁うつ病，躁病，躁状態，抑うつ状態，あるいは抑うつ神経症

などといった診断名が記載されていた患者は314名であった。

よって、自立支援医療における「重度かつ継続」の対象となる気分障害患者はICD-10主診断がF3である1,131名であるが、このほかに気分障害や気分障害と関連した診断が主診断以外に記載されていた者が314名存在したことになる。

処方薬剤データを含む診療報酬に関連した全ての情報の得られていた気分障害患者426名のうち、A) いずれかの気分安定薬が処方されていた患者が102名(23.9%)、B) 傷病名欄に甲状腺障害、あるいは甲状腺機能低下症と記載されていた患者が14名(3.3%)、C) 精神刺激薬が処方されていた患者が7名(1.6%)、D) 何らかの抗精神病薬が処方されていた患者が178名(41.8%)で、A)~D)の4条件のいずれか1つ以上を満たす患者は230名(54.0%)であった。

D. 考察

今回作成した診療報酬明細書データの解析より、2006年2月の時点でわが国の外来精神病患者では新規抗精神病薬の処方率、および新規抗精神病薬同士の多剤併用率はいずれも若年者の方が高いこと、外来気分障害患者では若年者の方が新規抗うつ薬の処方率が高いことなどが明らかとなった。一般に新規向精神薬は従来型向精神薬より副作用リスクが小さいとされるので、高齢であるほど新規向精神薬の使用が好ましいと考えられるが、今回の解析結果はこれに反する結果であった。ただし、今回の報告では治療期間の長い患者と短い患者を区別せずに解析を行っているが、長期間にわたって精神症状が安定し、著明な副作用が見

られなかった場合には、高齢者であっても従来型向精神薬から新規向精神薬に切り替えないのが普通なので、治療期間の調整を行わなかったことが解析結果に影響を及ぼした可能性があることに注意が必要である。

また、今回の結果より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。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ず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。

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1,131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(=1,131÷1,445)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。

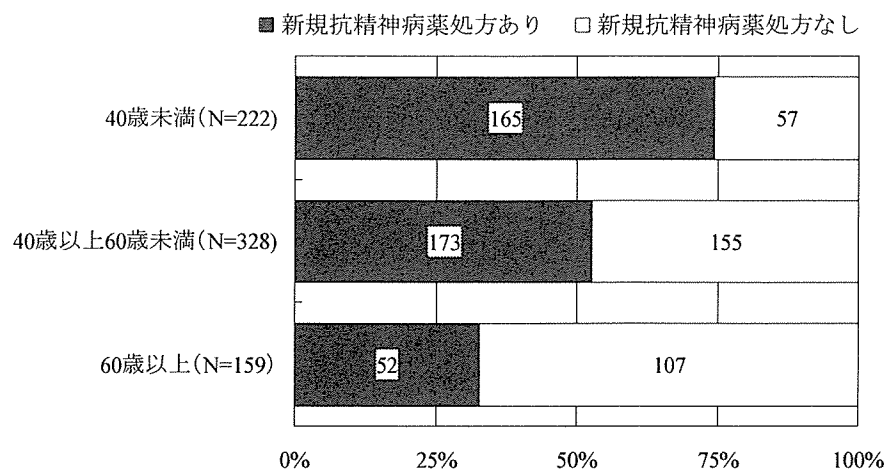


図1 外来精神病患者における年齢階層別新規抗精神病薬処方率

	40歳未満 (N=165)	40歳以上60歳未満 (N=173)	60歳以上 (N=52)
リスペリドン	95 (57.6%)	105 (60.7%)	33 (63.5%)
オランザピン	43 (26.1%)	39 (22.5%)	9 (17.3%)
クエチアピン	39 (23.6%)	24 (13.9%)	5 (9.6%)
ペロスピロン	21 (12.7%)	24 (13.9%)	8 (15.4%)

表1 外来精神病患者における各新規抗精神病薬の年齢階層別処方率

新規抗精神病薬の剤数	40歳未満 (N=165)	40歳以上60歳未満 (N=173)	60歳以上 (N=52)
1 剤	135 (81.8%)	155 (89.6%)	49 (94.2%)
2 剤以上	30 (18.2%)	18 (10.4%)	3 (5.8%)

表 2 外来精神病患者における新規抗精神病薬の年齢階層別処方剤数

	40歳未満 (N=117)	40歳以上60歳未満 (N=181)	60歳以上 (N=86)
フルボキサミン	21 (17.9%)	35 (19.3%)	7 (8.1%)
パロキセチン	36 (30.8%)	51 (28.2%)	13 (15.1%)
ミルナシプラン	19 (16.2%)	22 (12.2%)	3 (3.5%)
従来型抗うつ薬	44 (37.6%)	71 (39.2%)	38 (44.2%)

表 3 外来気分障害患者における年齢階層別抗うつ薬処方率

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」

分担研究報告書

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

分担研究者 岩谷 力（国立身体障害者リハビリテーションセンター）

研究協力者 佐藤徳太郎（国立身体障害者リハビリテーションセンター）

研究要旨

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、18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。

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。

医療費分析においては、心機能障害の総額医療費は腎機能障害や免疫機能障害に次いで高額であるものの、重度かつ継続の対象とするか否かにより自己負担額を試算し比較してみると、腎機能障害及び免疫機能障害ほどの差とはならなかった。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。

A. 研究目的

自立支援医療（育成医療及び更生医療）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。

B. 研究方法

○対象：

全国の社会保険事務所に提出された平成18年2月診療分（3月請求分）の審査前の医科レセプトの入院分及び外来分から、更生医療および育成医療として提出されたレセプトから1医療機関5件を限度とし、入院と外来の比率は概ね6：4として抽出された更生医療レセプト1106枚、育成医療レセプト938枚、計2044枚。

○研究方法：

(1) 抽出されたレセプトを記載された主病名と診療内容に基づき、

- 更生医療を腎機能障害、免疫機能障害、心機能障害、心臓ペースメーカー、肢体不自由、その他の6障害・疾患、
- 育成医療を心機能障害、内臓障害（消化器）、鼠径・臍ヘルニア、肢体不自由・中枢性、肢体不自由・骨関節性、下部尿路障害、腎機能障害、音声・言語・咀嚼機能障害、頭蓋・脳神経障害、視覚障害、聴覚障害、その他の12障害・疾患

に分類した。多数のレセプトが収集された更生医療の腎機能障害については無作為に308枚を抽出し、計1442枚のレセプトを解析対象とした。

(2) 解析内容は以下に示す。

- ① 継続的に高額な医療負担が生じる疾患（高額治療継続者<いわゆる「重度かつ継続」>）の範囲・妥当性を検証するため、初診からの期間（初診日から平成18年2月末日までの期間）と医療費について解析した。
- ② 障害別に初診からの期間を求め、初診からの期間が3年以上のレセプトが占める割合を求めた。
- ③ 障害別に診療報酬請求点数の平均値、中央値、最大値、最小値、パーセンタイル値（25, 50, 75, 90）を求めた。
- ④ 初診からの期間（年数又は月数）別に、障害別、外来入院別に平均診療報酬請求点数、標準偏差、最大値、最小値を求めた。
- ⑤ 外来における薬剤費が高額である障害については、院内処方か否かによりその医療費が大きく異なる可能性があることから、障害別に外来診療レセプトを対象にして、平均診療報酬請求点数を処方箋種別（院内処方か院外処方か）に分

類し、平均値の差の有意差を検討した。

- ⑥ レセプトから1ヶ月当たりの医療費を試算し、その結果に基づき、入院と外来の3年間（入院2ヶ月＋外来34ヶ月）の合計医療費を推計するとともに「重度かつ継続」の対象とした場合と、「重度かつ継続」の対象にしない場合のそれぞれの自己負担額を中間所得層（「市町村民税<2万の所得層」と「2万≤市町村民税<20万の所得層」）において算出した。なお、医療費を求める期間を3年間（入院2ヶ月＋外来34ヶ月）にした理由は、いわゆる継続する疾患（腎機能障害や免疫障害等）である場合、多くは3年以上継続して治療を行うこと、また、入院治療を行った場合に「月またぎになる場合」や「3年の期間内に再度の入院治療（手術）を行う場合」を想定して、入院2ヶ月としたことによる。

- (3) 集計、解析には、SPSS12.0を用いた。

C 結果

- (1) 障害別、入院外来別レセプト数を表1に示す。外来診療702枚、入院診療740枚であった。
- (2) 障害別に初診からの期間の度数分布と初診からの期間が3年以上を占める割合を表2に示す。3年以上のレセプトが占める割合が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。
- (3) 障害別の診療報酬請求点数の平均値、中央値、最小値、最大値、パーセンタイル値（25, 50, 75, 90）を表3に示す。平均診療報酬請求点数において、外来で10,000点を超えていたのは、更生医療では腎機能障害、免疫機能障害、育成医療では腎機能障害のみ、入院で100,000点を超えていたのは、更生医療では心機能障害、心臓ペースメーカー、育成医療では心機能障害であった。
- (4) 同時に治療期間と診療報酬請求点数との関係を、視覚的に捉えやすくするために、障害別に初診からの月数と診療報酬請求点数の散布図を図1-1から図1-17に示した。初診からの経過月数が長くなると、診療報酬請求点数は低くなる障害が大半であった中で、更生医療の腎機能障害、免疫機能障害は、経過月数が長期に及んでも、診療報酬請求点数は高額のままであった。

また、この散布図を確認すると、育成医療の心機能障害において、診療報酬請求点数の違いが大きな2つの群に分けられたため、診療報酬請求点数の高い群を個別のレセプトの内容までさかのぼって確認したところ、「シナジス®(注)」というRSウイルスの感染予防に用いられる非常に高価な薬剤が注射投与されていることが判明した。

(注) シナジス®

RSウイルスは冬に流行するかぜの原因となる一般的なウイルス。通常は鼻水、のどの痛み、せきなどの症状で済むが、2歳未満の心機能障害の患者等がRSウイルスに感染すると細気管支炎や肺炎などの下気道疾患を発症し、重症化した場合には死に至るケースもあることから、RSウイルス感染予防のためにシナジスが注射により投与される。1月に1回の投与で5回(5ヶ月)まで使用することが通常であり、非常に高価な薬剤であることから1回15万円以上かかるとされる。

- (5) 障害別に、外来診療レセプトの平均診療報酬請求点数を処方箋種別(院内/院外)に求め、平均値の差において有意差検定を行った結果、院内処方の平均診療報酬請求点数が院外処方によるものよりも有意($p < 0.05$)に高かった障害は更生医療の免疫機能障害と育成医療の腎機能障害であった。(表4)これらの障害の外来診療では、院内処方群の診療報酬請求点数が実際の医療費を表しているといえることから、院内処方のデータを用い試算した。
- (6) 医療費の解析については、表5、表6のとおり。下記については、特に医療費が高額とされる腎機能障害、免疫機能障害、心機能障害のみ記載を行った。

<更生医療> (表5)

- 医療費総額(3年間)で比較した場合、
 - 平均値ベースで見ると、腎機能障害:約1200万円、免疫機能障害:約680万円、心機能障害・心臓ペースメーカー:約400万円
 - 90%タイルベースで見ると、腎機能障害:約1700万円、免疫機能障害:約1300万円、心機能障害:940万円、心臓ペースメーカー:約1140万円であった。
- 一方、自己負担額(「重度かつ継続」に対象外であった場合と、「重度かつ継続」の対象であった場合の自己負担額の差額)で比較した場合、

<中間層1の場合>

- 平均値ベースで見ると、腎機能障害:約100万円、免疫機能障害:約50万

円、心機能障害：約 17 万円、心臓ペースメーカー：約 18 万円

- 90%タイルベースでみると、腎機能障害：約 150 万円、免疫機能障害：約 110 万円、心機能障害：約 23 万円、心臓ペースメーカー：約 25 万円

<中間層 2 の場合>

- 平均値ベースでみると、腎機能障害：約 85 万円、免疫機能障害：約 32 万円、心機能障害：約 16 万円、心臓ペースメーカー：約 17 万円
- 90%タイルベースでみると、腎機能障害：約 130 万円、免疫機能障害：約 94 万円、心機能障害：約 21 万円、心臓ペースメーカー：約 24 万円

<育成医療> (表 6)

育成医療についても、更生医療と同様に医療費の分析を行ったが、育成医療の心機能障害については、散布図より「シナジス®」という薬剤を使用しているケースとそうでないケースにおいて診療報酬点数において大きな差があること、また、適用が 2 4 月齢以下であり通常 5 回まで投与されることから、「シナジス®」の使用の有無により分けて分析を行った。

また、シナジス®を投与した場合の医療費は、入院 2 ヶ月 + 外来 (シナジス®投与) 5 ヶ月 + 外来 (通常ベース) 2 9 ヶ月 (計 3 年間) により推計を行った。

- 医療費総額 (3 年間) で比較した場合、
 - 平均値ベースでみると、腎機能障害：約 660 万円、心機能障害 (シナジス®有)：約 390 万円、心機能障害 (シナジス®無)：約 290 万円
 - 90%タイルベースでみると、腎機能障害：約 1800 万円、心機能障害 (シナジス®有)：約 920 万円、心機能障害 (シナジス®無)：約 780 万円であった。
- 一方、自己負担額 (「重度かつ継続」に対象外であった場合と、「重度かつ継続」の対象であった場合の自己負担額の差額) で比較した場合、

<中間層 1 の場合>

- 平均値ベースでみると、腎機能障害：約 18 万円、心機能障害 (シナジス®有)：約 3.5 万円、心機能障害 (シナジス®無)：約 1 万円
- 90%タイルベースでみると、腎機能障害：約 18 万円、心機能障害 (シナジス®有)：約 4.4 万円、心機能障害 (シナジス®無)：約 2 万円

<中間層 2 の場合>

- 平均値ベースでみると、腎機能障害：約 25 万円、心機能障害 (シナジス®有)：約 12 万円、心機能障害 (シナジス®無)：約 6 万円
- 90%タイルベースでみると、腎機能障害：約 110 万円、心機能障害 (シナジス®有)：約 17 万円、心機能障害 (シナジス®無)：約 6 万円

D. 考察

<レセプトのグループ化>

- 分析方法として、レセプトに記載された主傷病名、手術術式、処置内容を基本事項として自立支援医療における障害名に当てはめ、グループ化を行った。しかし、行われた手術がレセプトから読み取れない場合もあり、その場合は「その他」とせざるを得なかった。
- 調査対象を平成18年2月に行われた診療に限ったために小腸機能障害など高額な医療費が必要と予想される障害は解析対象に含まれていないことは、本調査の限界である。

<初診からの期間>

- 初診からの期間において3年以上のレセプトが占める割合が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。
- 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>

- 育成医療の心機能障害に含まれる先天性心疾患の種類は多く、疾患重症度、治療内容にバラツキが大きいと思われたが、レセプト記載の疾患別に診療報酬点数には大差がなかったため、まとめて解析の対象とした。
- 総額医療費及び自己負担額を試算するために、推計する期間は3年（2ヶ月の入院と34ヶ月の外来）とし、平均値を用いるとともに高額な医療費がかかっている人に配慮するため90%タイル値を用いて比較を行った。
- 総額医療費においては、心機能障害は腎機能障害や免疫機能障害ほどではないものの、比較的高額であることがわかったが、自己負担額を比較してみると、腎機能障害と免疫機能障害においては「重度かつ継続」の対象とするか否かで3年間で約100万円以上の差が出る一方、心機能障害においては約20万円程度以下であったことから、自己負担額の観点からは腎機能障害と免疫機能障害を「重度かつ継続」の対象とすることには一定の妥当性が認められた。
- また、育成医療の心機能障害においても、RSウイルス感染予防の「シナジス®」という薬剤を使用するか否かにより外来医療費において大きな差が出ることを判明したが、その使用方法に基づいて医療費の分析を行ったところ、更生医療と同様の結果であった。