

図13-1 施設別精神科専門療法点数の推移(精神及び行動の障害)

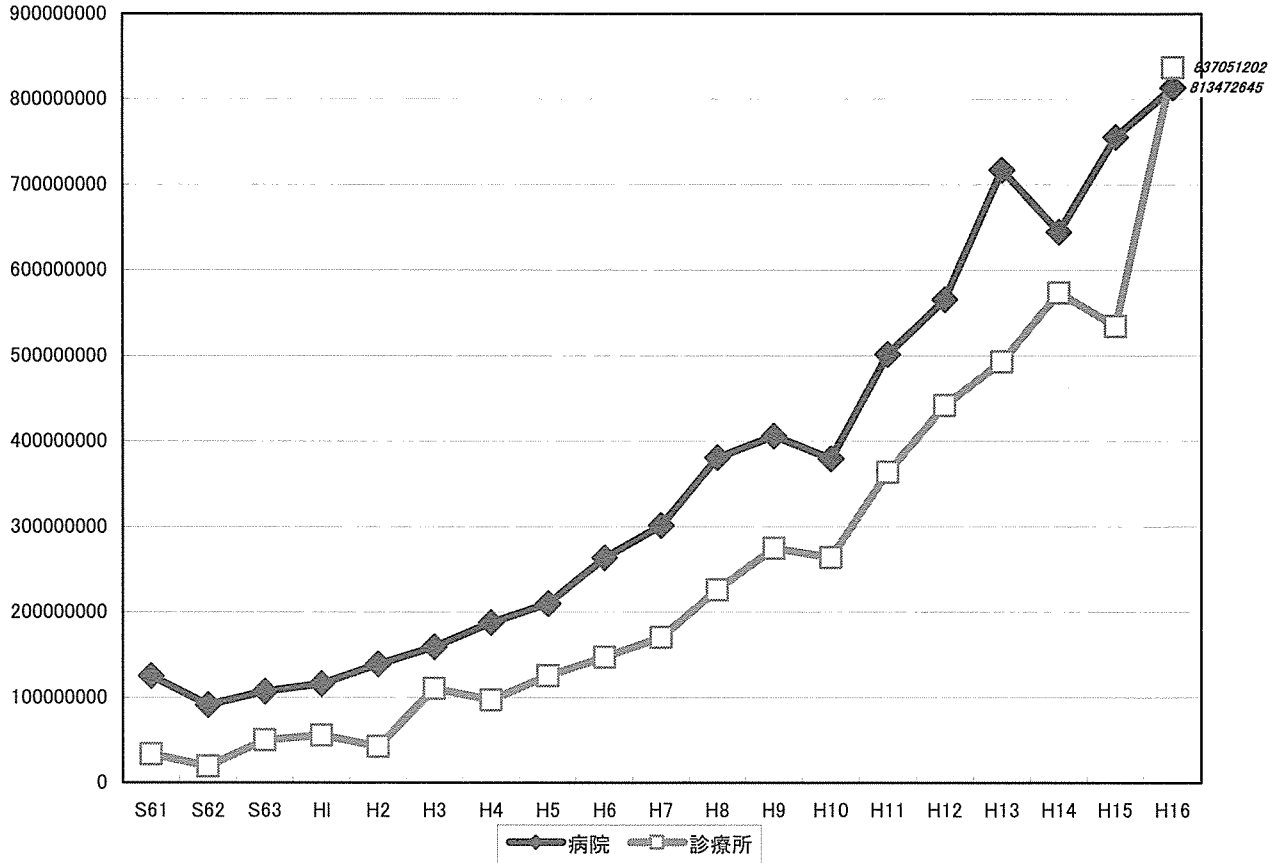


図13-2 施設別精神科専門療法点数の構成比の推移(精神及び行動の障害)

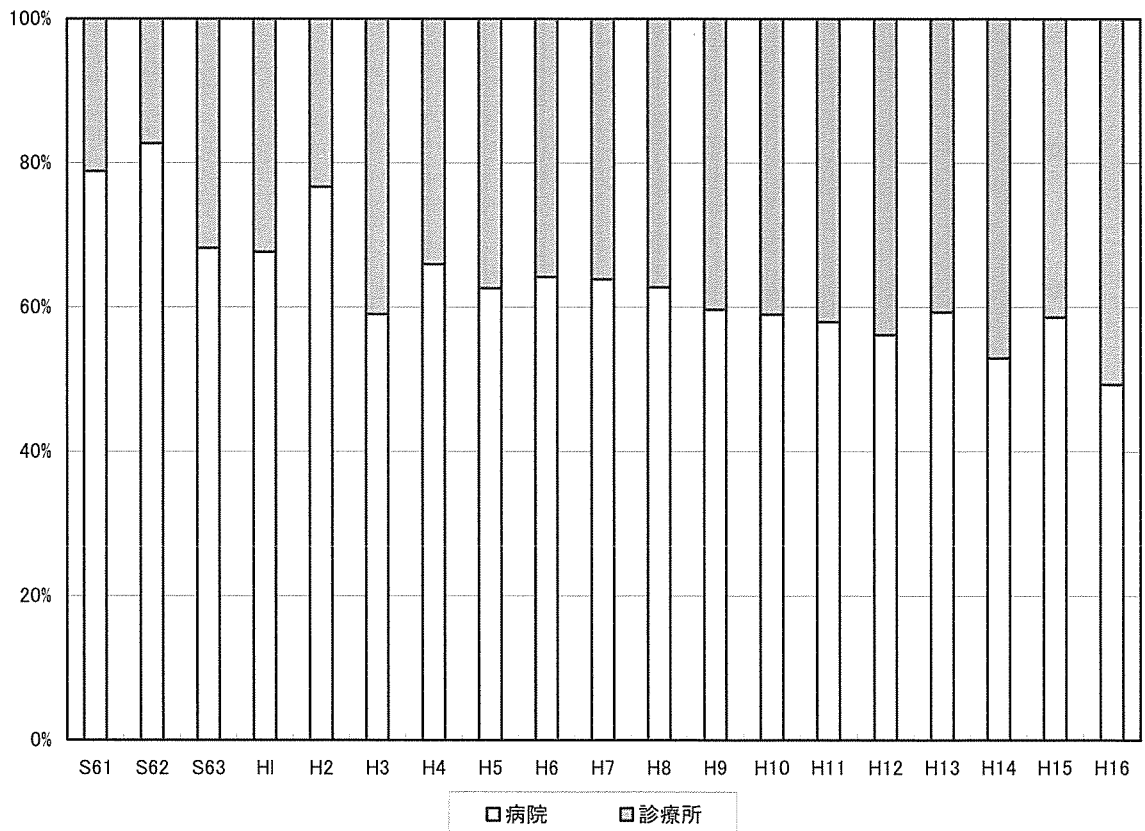


図14-1 診療行為別精神科専門療法点数の推移(精神及び行動の障害)

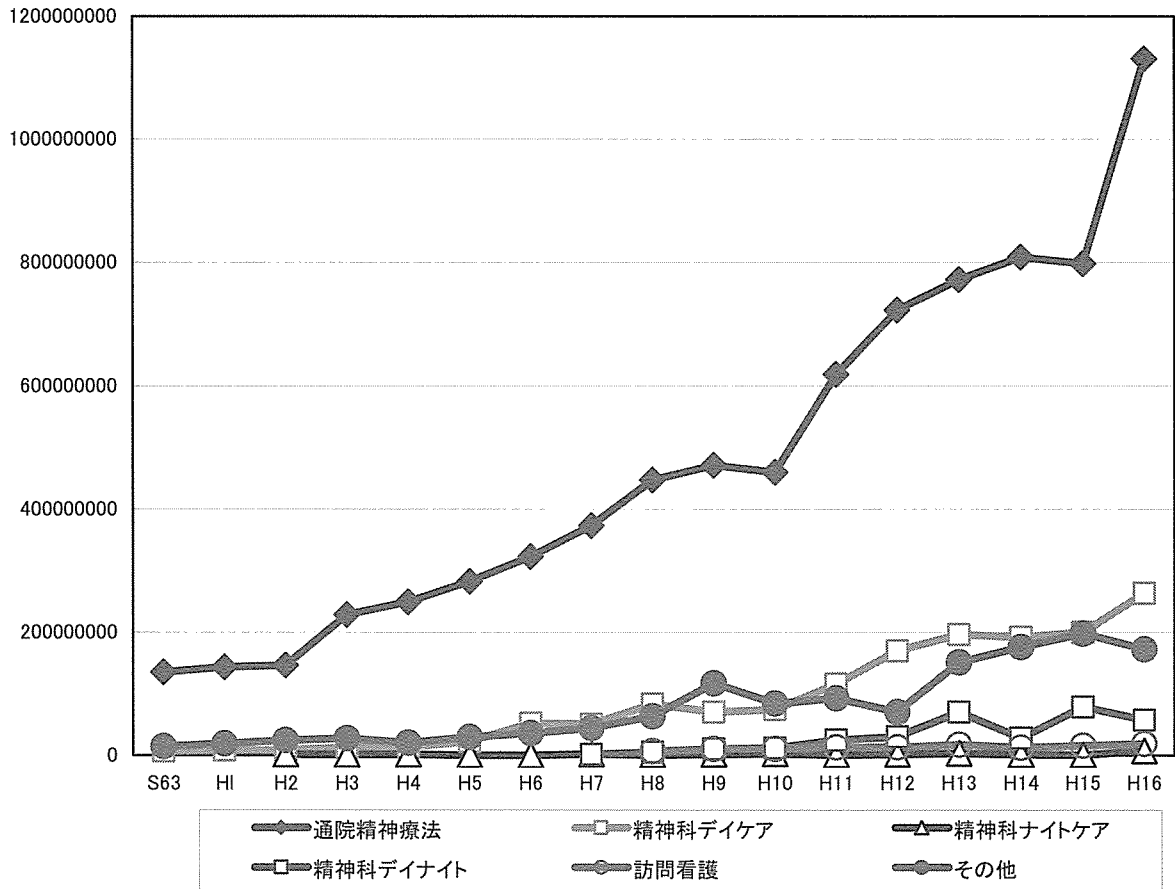
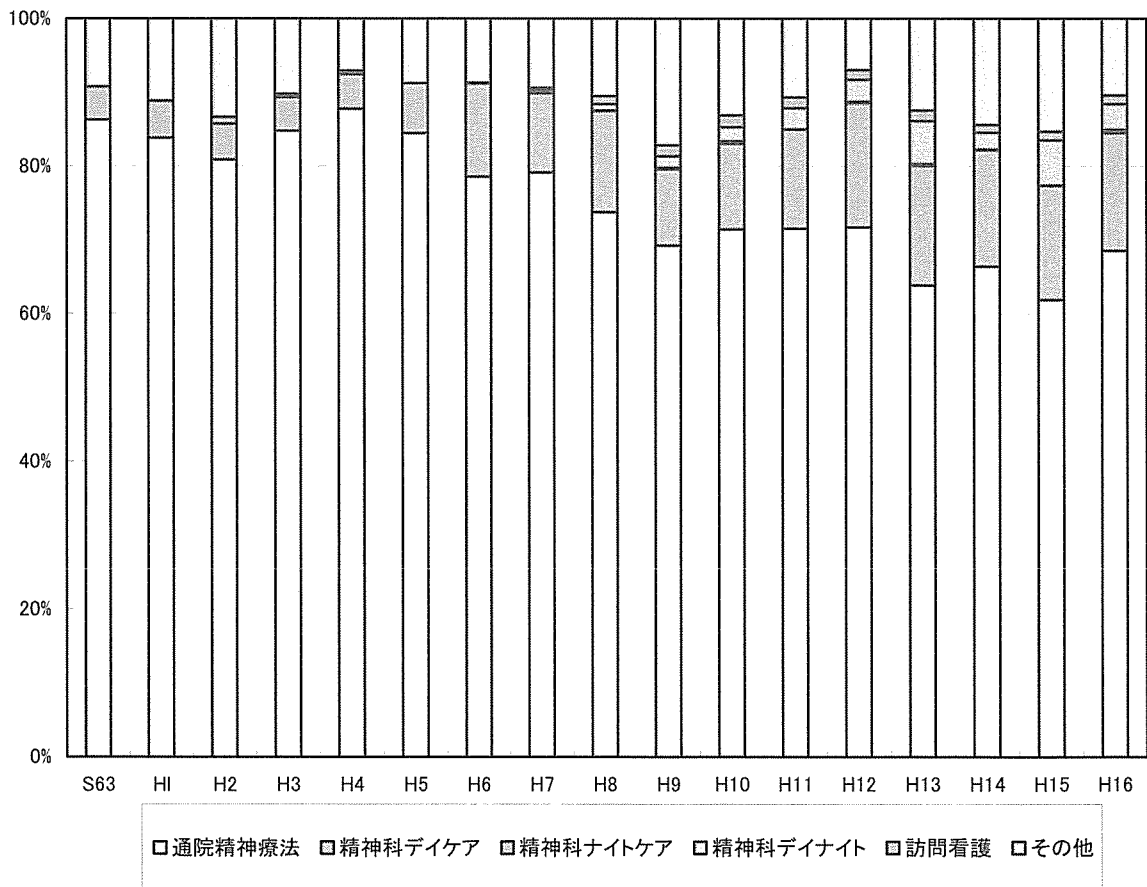


図14-2 診療行為別精神科専門療法点数の構成比の推移(精神及び行動の障害)



平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」

分担研究報告書

自立支援医療（育成医療・更生医療）の適正な給付に関する研究

分担研究者 中澤 誠（財団法人脳神経疾患研究所附属
総合南東北病院小児・生涯心臓疾患研究所）

研究要旨：自立支援医療の開始で、育成医療・更生医療が影響を受けている。この影響と同医療開始後の実態は不明である。また、心臓移植が正式に医療行為として認められ育成医療ないし更生医療の対象となっている。これらの実態を調査研究することが目的となっている。この目的を達するため、初年度には専門医のパネルによる討論を中心に次年度への具体的研究作業の内容を決定した。また、心臓移植後の患者について「重度かつ継続」の対象者としての医療給付の適否を調査研究するための調査票を作成し、次年度には結果を出すこととした。

研究の背景

平成 18 年度から開始された障害者自立支援法の中に位置付けられた自立支援医療において、外来通院に関して「重度かつ継続」する医療の支援の対象となる疾患・病態が定義されている。この自立支援医療は「精神通院医療」「育成医療」「更生医療」からなっており「精神通院医療」が従来の制度を踏襲する形で外来通院を対象としているのに対し、後 2 者は入院医療へも言及し、そして、退院後の外来通院について「重度かつ継続」の対象を、腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害の三つと定義している。

育成医療、更正医療における退院後の外来通院医療に関して、平成 17 年度の厚生労働省特別研究（岩谷研究）において、「重度かつ継続」に該当するものが既に定義されているもの以外に存在するか否かが、診療報酬支払いのレセプトから調査された。そ

の結果、腎臓疾患については本法律の基準に合致していた。小腸疾患については実際の症例は本調査内にはなかったが聞き取り調査によって、これも適切であるとされた。

一方、心臓疾患においては、結論的には「重度かつ継続」のなかに「心疾患」を含まない現在の定義は必ずしも不適切とは言えない、と結論付けている。しかし、厚生医療・育成医療とも、平均値ベースと 90% タイルベースによる値に大きな差（バラツキ）がある。心臓疾患はその種類に広い幅があり、DPC でも規定されているように医療資源投入の面からも、その診療報酬にも大きな幅がある。今回の障害者自立支援法の「重度かつ継続」対象疾患の検討では、精神通院医療については全体を「精神障害」とすることなく、個々の病態についてその適応が研究討議され決定された。心臓機能障害にも同様の議論が必要であり、「重度かつ継続」の対象となる例ないしカテゴリー

が存在するか否かを明らかにする必要がある。

更に、わが国でも心臓移植が診療報酬上に記載され、一般の医療として医療現場で採用され、実施されるようになった。周知の通り、その術後は、心臓の管理のほかに、適切な免疫抑制治療およびそれに伴う合併症への適正な対処が必須である。この医療費については現時点では基本となるデータがないが、免疫機能障害に準じて高額な医療費は継続的に発生している可能性がある。このことを調査し、今回の自立支援医療中の「重度かつ継続」に該当するか否かを検証する必要がある。

目的

自立支援医療(育成医療および更正医療)のうち、心臓機能障害を対象に、心臓移植後の患者を含み、継続的に高額な医療費を必要とする疾患やカテゴリーを明らかにする。

即ち、第一に、従来の育成医療・更正医療で扱われていた疾患群について、主に外来での診療費を調べ、「重度かつ継続」に該当するものが果たして無いのか否かを検証する。第二に、心臓移植後の外来通院の診療費について実態を調査し、自立支援法の適応の有無を検討する。

一年目は、その予備的検討を主目的とした。

方法

(1)育成医療・更正医療について

専門医パネルによる外来通院医療の現状の分析と今後の方針の決定

(2)心臓移植後の外来通院の診療費について

ての調査法の決定

研究協力者

(1)育成医療・更正医療について

村上智明(北海道大学病院小児科)・小山耕太郎(岩手医科大学病院心臓病センター小児科)・中島弘道(千葉こども病院循環器小児科)・中西敏雄(東京女子医科大学循環器小児科)・康井制洋(神奈川こども医療センター)・佐地勉(東邦大学医学部小児科)・村上保夫(榊原記念病院)・小野安生(静岡こども病院循環器科)・里見元義(長野こども病院)・松島正気(社会保険中京病院循環器小児科)・越後茂之(国立循環器病センター小児科)・浜岡健城(京都府立医科大学小児疾患研究所)・馬場清(倉敷中央病院)・福重淳一郎(福岡こども病院)・城尾邦隆(九州厚生年金病院小児科)・賀籐均(東京大学医学部小児科)

(2)心臓移植後の外来通院の診療費について

福嶋教偉(大阪大学医学部附属病院移植医療部)・布田伸一(東京女子医科大学東医療センター内科)・中谷武嗣(国立循環器病センター臓器移植部)

研究事業報告

(1)育成医療・更正医療について

1) 検討会議開催

日時と場所：平成19年2月23日午後2時～5時 東京

参加者：上記、研究協力員全員(2名の代理を含む)、山本圭子補佐、猪俣研次補佐(厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神・障害保健課)

2) 検討内容

- ・主として、先天性心疾患に関連した医療費について討議
- ・自立支援医療施行開始後、入院医療費についてのクレームは聞こえてきていない。
- ・外来通院について「重度かつ継続」について
 - 該当する疾患は多くない。
 - 一部の病態・診断・治療については相当の高額となっている。これは調査を要する。
 - 小児慢性特定疾患治療研究事業（小慢）の運用の地域差についての実態が不明。
- ・育成医療から更正医療の統合が望ましい状況が増えている。

3) 今後の研究の方針

高額な外来医療費が継続する疾患・病態を抽出して、そこに絞って実情を調査する。
小慢および乳幼児医療助成の運用状況についての地域差を調査する。

(2) 自立支援医療における心臓移植後患者の支援の必要性に関する研究

1) 調査票の作成

分担研究者及び上記3名で、外来通院状況及び医療費調査のための調査票を作成した。

2) 調査方法の検討と基本方針

- ・施設：（研究協力者）3名の所属する施設とする。
 - この3施設で、わが国の心臓移植後の約半数の患者さんの診療を行っている。
- ・調査内容

「施設におけるプロトコール」と「各患者の実際の状況」を調査する。それぞれの調査項目については、添付の調査票を参照。

・医療費の算定

診療報酬請求額の記録がある場合には、その値の使用。

請求額記録の無い場合、調査票から診療内容に相当する診療報酬を算出する。

現時点では診療報酬上算定不能だが、この医療に必須の項目から医療費を概算する。

3) 調査票

- ・施設における術後フォローのプロトコール（1施設1セット）（付録1）
- ・患者調査票（個々の患者さんの実績：1患者1セット）（付録2）

4) 今後の方針

以上、2セットを作成、3施設で、施設内の可能な範囲で調査を開始した。
来年度は、上記の方針に沿って、集計・分析を行なう。

付録 1

施設における術後フォローのプロトコル (1施設1セット)
 1) 渡航移植例と国内移植例の別があるか (フリーテキスト)

施設名: _____

2) 年齢による違いがあるか (フリーテキスト) (違いがあれば、それぞれの項目の空欄を利用して下さい)

3) 通院頻度 (時期は移植後の期間)

6ヶ月未満		6ヶ月～1年未満	1～3年	4年以降
○を付ける その他は記入 備考欄	毎週 2週毎 毎月	毎月 その他 ()	() 記入して下さい	() 記入して下さい

4) 定期入院検査の頻度 (時期は移植後の期間)

6ヶ月未満		6ヶ月～1年未満	1～3年	4年以降
○を付ける その他は記入 備考欄	毎週 2週毎 毎月	毎月 その他 ()	() 記入して下さい	() 記入して下さい

5) 臨時入院：適応などフリーテキスト：たとえば、肺炎は必ず、など。

6) 予防接種：種類などフリーテキスト (例えば、インフルエンザワクチンを毎年など)

7) カウンセリングの実情

8) 薬剤：基本の薬剤 (○を入れる：その他の薬剤は空欄に記入) (時期は移植後の期間)

	6ヶ月未満	6ヶ月～1年未満	1～3年	4年以降
シクロスポリン				
タクロリムス				
アザチオプリン				
ミコフェノール酸モフェタル				
ステロイド				

9) 薬剤：追加の薬剤 (薬剤名を記入)

適宜*	6ヶ月未満	6ヶ月～1年未満	1～3年	4年以降

* 「適宜」はどんな場合か？ (フリーテキスト)

- 1、-----
- 2、-----
- 3、-----

10) 検査項目および実施頻度 その1

(1) 15歳未満 (*) *別の基準があれば記載して下さい (体重など)

(時期は移植後の期間)

記入法：() には、具体的な期間 (ヶ月など)、また、「あり () なし () 」には該当欄に (✓) を付ける。

	6ヶ月未満		6ヶ月～1年未満		1～3年		4年以降	
	毎週 2週毎	毎月 毎月	毎月 その他 ()	毎月 その他 ()	毎月 その他 ()	毎月 その他 ()	毎月 その他 ()	毎月 その他 ()
胸部レントゲン	なし	あり ()	あり ()	あり ()	あり ()	あり ()	あり ()	あり ()
心電図	あり ()	なし ()	あり ()	なし ()	あり ()	なし ()	あり ()	なし ()
心エコー	あり ()	なし ()	あり ()	なし ()	あり ()	なし ()	あり ()	なし ()
心カテ	なし	あり (何時?)	なし	なし	なし	なし	なし	なし
IVUS	あり ()	なし ()	あり ()	なし ()	あり ()	なし ()	あり ()	なし ()
バイオプシー	あり ()	なし ()	あり ()	なし ()	あり ()	なし ()	あり ()	なし ()
核医学検査 (種類)	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
(MIBG)	あり (何時?)	あり (頻度)	あり (頻度)	あり (頻度)	あり (頻度)	あり (頻度)	あり (頻度)	あり (頻度)
()	あり (何時?)	あり (頻度)	あり (頻度)	あり (頻度)	あり (頻度)	あり (頻度)	あり (頻度)	あり (頻度)
()	あり (何時?)	あり (頻度)	あり (頻度)	あり (頻度)	あり (頻度)	あり (頻度)	あり (頻度)	あり (頻度)

頻度欄は、1年毎ならば1y、半年毎ならば6mと記載。

コメント～追加事項：フリーテキスト

10) 検査項目および実施頻度 その1

(2) 15歳以上 (*) *別の基準があれば記載して下さい (体重など)

(時期は移植後の期間)

記入法：() には、具体的な期間 (ヶ月など)、また、「あり () なし ()」には該当欄に (✓) を付ける。

	6ヶ月未満			6ヶ月～1年未満			1～3年			4年以降		
	毎週	2週毎	毎月	毎月	その他 ()	その他 ()	毎月	その他 ()	毎月	その他 ()	毎月	その他 ()
胸部レントゲン	毎週	2週毎	毎月	毎月	その他 ()	その他 ()	毎月	その他 ()	毎月	その他 ()	毎月	その他 ()
心電図	毎週	2週毎	毎月	毎月	その他 ()	その他 ()	毎月	その他 ()	毎月	その他 ()	毎月	その他 ()
心エコー	毎週	2週毎	毎月	毎月	その他 ()	その他 ()	毎月	その他 ()	毎月	その他 ()	毎月	その他 ()
心カテ	なし			毎年	その他 ()	その他 ()	毎年	その他 ()	毎月	その他 ()	毎月	その他 ()
	あり (何時?)											
IVUS	あり ()	なし ()	なし ()	あり ()	なし ()	なし ()	あり ()	なし ()	あり ()	なし ()	あり ()	なし ()
バイオプシー	あり ()	なし ()	なし ()	あり ()	なし ()	なし ()	あり ()	なし ()	あり ()	なし ()	あり ()	なし ()
核医学検査 (種類)	なし			なし			なし		なし		なし	
(MIBG)	あり (何時?)			あり (頻度)			あり (頻度)		あり (頻度)		あり (頻度)	
()	あり (何時?)			あり (頻度)			あり (頻度)		あり (頻度)		あり (頻度)	
()	あり (何時?)			あり (頻度)			あり (頻度)		あり (頻度)		あり (頻度)	

頻度欄は、1年毎ならば1y、半年毎ならば6mと記載。

コメント～追加事項：フリーテキスト

11) 検査項目および実施頻度 その2 (時期は移植後の期間)

基本検査* (欄外) 該当項目に○を 年齢による差があれば記載 (アローキスト)	6ヶ月未満		6ヶ月～1年未満		1～3年		4年以降	
	毎週	2週毎	毎月	その他 ()	毎月	その他 ()	毎月	その他 ()
薬剤モニター (薬剤名) () () () () ()	毎週	2週毎	毎月	その他 ()	毎月	その他 ()	毎月	その他 ()
年齢による差があれば記載 (アローキスト)								
その他の検査 () () () () ()	なし	(何時?)	毎年	その他 ()	毎年	その他 ()	毎年	その他 ()
	あり	(何時?)	毎年	その他 ()	毎年	その他 ()	毎年	その他 ()
	あり	(何時?)	毎年	その他 ()	毎年	その他 ()	毎年	その他 ()
	あり	(何時?)	毎年	その他 ()	毎年	その他 ()	毎年	その他 ()
	あり	(何時?)	毎年	その他 ()	毎年	その他 ()	毎年	その他 ()
	あり	(何時?)	毎年	その他 ()	毎年	その他 ()	毎月	その他 ()

基本検査：：お手数でも項目を「すべて」お書き下さい (診療報酬上請求不可のものには、印をお付け下さい)

TP, Alb, AST, ALT, LDH, Al-phos, γ GTP, TTT, ZTT, UA, BUN, Cre, Na, K, Cl, CRP, BS, 検尿 (実施しないものを×で消して下さい)

その他：

患者調査票 (個々の患者さんの実績：1患者1セット)

施設名：_____

表紙

患者 # (施設毎 1,2,3 とか、a,b,c の番号：本研究者の追跡不可能匿名化)： # _____

男 女

国内移植／渡航移植の別

年齢 (歳@移植)、
 体重 (kg@移植、 kg@最終受診) (小児のみ)

術後年数 (年@初回記載時、 年@最終受診)、

身体障害者認定 _____ 級
 その他の医療助成の認定

内容 _____、 _____ 級
 内容 _____、 _____ 級

医療機関までの公共交通機関による交通費 _____ 円

手段：バス・電車 ()、特急などの遠距離鉄道 ()、新幹線 ()、飛行機 ()

記入要領

この調査は、あくまで、医療費算定を目的とするものです。
 必要でも「現行の基準で算定されないもの」についても記入して下さい。
 検査に関しても、必要に応じた「回数」を御記入下さい。

1) 基本データ	1年未満	2年目	3年目	5年目
年齢 (歳)	カレッジ-月 月	左と同じカレッジ-月のデータ	左と同じカレッジ-月のデータ	左と同じカレッジ-月のデータ
体重 (kg) (小児のみ)				

但し「1年未満」は移植手術後6か月時点または退院後初めて翌月の1か月間の診療内容。その期間の外来診療がなければ空欄とする。
以下全ての表を同様に記入。

2) 定期通院の実際：受診頻度 (但し、2年目以降は、年間の回数を記入)
1年未満 2年目 3年目 5年目

実際の受診回数 (2年目以降は年間の回数) 診療報酬請求額(可能なら) (上に定義した月の1月分)	1年未満	2年目	3年目	5年目
	回	回/年	回/年	回/年

3) 投与薬剤：定期薬剤

欄内には「用量」を記入；その他があれば、「薬剤欄」に薬剤名を記入し、術後期間欄に用量を記載。

1年未満は、退院後初の1ヶ月分、それ以降は、その同じカレッジ-月の1ヶ月分

薬剤名	1年未満	2年目	3年目	5年目
シクロスポリン				
タクロリムス				
アザチオプリン				
ニコフェニル酸エトール				
ステロイド				

4) 投与薬剤：臨時薬剤

「薬剤欄」に薬剤名を記入し、用量を術後期間の欄に記載、その期間内での「投与期間など」をそれぞれの欄の下の空欄に記載。

1年未満は、退院後初の1ヶ月分、それ以降は、その同じか1ヶ月の1ヶ月分

薬剤名	1年未満	2年目	3年目	5年目
1: 投与期間など				
2: 投与期間など				
3: 投与期間など				
4: 投与期間など				
5: 投与期間など				

5) 検査の実際—1

記入法：また、「あり() なし()」には該当欄に(✓)を付ける。
 1年未満は、退院後初の1ヶ月分、それ以降は、その同じカルダ-月の1ヶ月分

	1年未満		2年目		3年目		5年目	
胸部レントゲン、心電図	回	回	回	回	回	回	回	回
心エコー	回	回	回	回	回	回	回	回
心カテ	回	回	回	回	回	回	回	回
IVUS	あり()	なし()	あり()	なし()	あり()	なし()	あり()	なし()
バイオプシー	あり()	なし()	あり()	なし()	あり()	なし()	あり()	なし()
核医学検査(種類)	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
(MIBG)	回	回	回	回	回	回	回	回
()	回	回	回	回	回	回	回	回
()	回	回	回	回	回	回	回	回

フリーコメント

6) 検査の実際— 2

記入法：また、「あり () なし ()」には該当欄に (✓) を付ける。

1 年未満は、退院後初の 1 ヶ月分、それ以降は、その同じカレンダー月の 1 ヶ月分

	1 年未満	2 年目	3 年目	5 年目
基本検査* (欄外)	回	回	回	回
薬剤モニター (薬剤名)				
()	回	回	回	回
()	回	回	回	回
()	回	回	回	回
()	回	回	回	回
()	回	回	回	回
基本検査の追加分 項目を夫々の欄に記入 更に追加は下の欄へ				

基本検査：：お手数でも項目を「すべて」お書き下さい (診療報酬上請求不可のものには、印をお付け下さい)

TP, Alb, AST, ALT, LDH, Al-phos, γGTP, TTT, ZTT, UA, BUN, Cre, Na, K, Cl, CRP, BS, 検尿 (実施しないものを×で消して下さい)

7) 臨時 (定期外) 外来受診

	1年未満	2年目	3年目	5年目
定期外外来受診	回	回	回	回
numbering				

「numbering」欄に No を入れて、下にその詳細を記入。

通院の詳細

	病名・理由	通院回数	検査	治療	診療報酬請求額 (可能なら)
1					
2					
3					
4					
5					
6					

通院の詳細 (続き)

	病名・理由	通院回数	検査	治療	診療報酬請求額 (可能なら)
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

追加が必要な場合、この様式をコピーして使って下さい

7) 臨時 (定期外) 入院

	1年未満	2年目	3年目	5年目
定期外外来受診	回	回	回	回
numbering				

「numbering」欄に No を入れて、下にその詳細を記入。

定期外入院の詳細

	入院日数	検査	治療
1			
			診療報酬請求額(可能なら):
2			
			診療報酬請求額(可能なら):
3			
			診療報酬請求額(可能なら):

定期外入院の詳細 (続き) (不足分は、このページをコピーして使って下さい)

	病名・理由	入院日数	検査	治療
4				診療報酬請求額(可能なら):
5				診療報酬請求額(可能なら):
6				診療報酬請求額(可能なら):
7				診療報酬請求額(可能なら):

- 8) フリーコメント
診療報酬上請求できない必須項目などについて、今の診療報酬制度の不備や改善点について、御自由にお書き下さい。