

○佐藤座長 事務局の方からよろしいでしょうか。

○椎名主査 ご指摘の強迫性障害につきましては、この強迫性障害は疾患単位といたしまして、高額な医療費が継続的に発生するというデータが当方の調査では抽出できておりませんために、当面の範囲には含めなかったところでございます。

○野村課長補佐 ちょっと補足をいたしますと、資料の4ページをご覧いただきたいのですが、すけれども、今回、厚労省の方でレセプトを抽出をいたしまして調査をしたところですが、その中で、当然医療費上位4分の1といたしますか、総額の4分の1占めるレセプトについて分析をした結果、含まれている割合の多いのが統合失調症ということで、当然統合失調症の中でも合計額4分の1に達しない、もっと低額なものもあったのですが、そういった形で医療費が多くかかりがちなケースがあるという形でデータ抽出してまいりましたので、今回とりあえず提示をさせていただいているところです。

本検討会の趣旨にもつながるところでございますけれども、そういった案をお示しさせていただいておるのですが、詳細なデータ分析をしたときに漏れているものがないか、きょう幸い資料4、5という形でご提供いただいたデータもお示しをしておりますけれども、そういったものを見ながら、また議論を深めていただければと考えております。

○佐藤座長 それではよろしいですか。

○樋口構成員 今のお答えは結構なのですが、これは当面、今の現状ではこうだということはあると思うのですが、当然のことながら、例えば重症神経症など、あるいは最近だと摂食障害とか、ああいった新しく増加してきている疾患は、場合によっては、これからは長期の、例えばデイケアにという発想は当然出てくると思うんですね。そういうものが動いていく可能性は十分秘めているので、現状では確かに調査をしてみると、強迫性障害で、私はデイケアに通っている人がいると思うんですけども、非常に少ないかもしれません。しかし、そういう可能性があって、さらに今後の精神科の医療が、もちろん統合失調症も非常に慢性的な長期の経過をたどっていくので医療を当然継続していくわけですが、それ以外の障害についても、その可能性はこれから出てくるのではないかと思いますので、どこかでそれは初めから、それはだめよというふうにしてしまわないほうがいいのかと思っております。

○佐藤座長 そのほかのご意見ございますでしょうか。

○三野構成員 よろしゅうございますでしょうか、申し訳ございません。この3ページの精神通院公費のレセプト抽出、これは厚労省が独自におやりになられたものだと思うのですが、これは当然の結果でございます、当然高額事例を出せば、ほとんどがデイケアになってしまう。そもそも通院構造、治療構造が全然違うものでございますので、これをいくらやってもほとんど意味はないだろうと思います。先ほど樋口先生の貴重なご提案にもあったと思うのですが、精神科に関しては技術料としては、精通院精神療法、薬剤費、これしかございませんので、いくら分析してもパラメータとして出てくるのは通院回数であり、どのような薬剤を使っているか、これしかないわけですね。これをいくら議論しても、

私はあまりいい結果は得られないのではないかと思います。

先ほど竹島先生が、今の施策、本来の通院精神公費の精神科通院の適正な医療を確保するということがまず施策として第一に挙げられるべきだろうし、それから、先ほど樋口先生からご指摘あった、疾病構造がどんどん変化しているわけですね。重症の神経症で、精神病化する方もあれば、強迫性障害のようにかなり精神病化する方もおいでなる。それから、児童思春期の症例もいる、それから摂食障害の方もいる。こういう方々がかかなり高率の形で自殺に至るということもあるわけでございます。疾病構造の変化ということも見据えて考えれば、ただ単に額だけで「重度かつ継続」ということをやるというのはいかがなものかというのは、先ほどから何度も申し上げているところでございます。その点について少しお考えをお聞かせいただきたいと思っております。

それから、私どもは平成14年の、ここに竹島先生おいでになりますけれども、精神通院公費にかかわるあり方検討会の結論、それを踏まえての判定指針というのは極めてすぐれた指針だと思っております。精神疾患の重さ、状態、疾病の重さというのは必ずしも障害疾病名ではなくて、やはり状態像でなければ言いあらわせないのだということがあって判定基準が出てきた。その判定基準に沿って、今、32条は本来適正に運営されていたら行われているはずですから、本来であれば、現行の32条の患者さんというのはほとんどが経済的な問題を除けば、「重度かつ継続」であるというふうに私は思っております。

ですから、この議論を単に数字だけの問題にしていまいいかどうかというのはもう一度お考えいただきたいと私どもは考えております。以上でございます。

○佐藤座長 竹島構成員から追加をお願いします。

○竹島構成員 先ほどの樋口構成員、三野構成員のお話を伺っていることなのですが、先ほど渡辺補佐の方からも研究の話が出てまいりました。やはり将来のニーズということ进行分析することは非常に重要なことだと思います。一方で、この制度自体は、いわば私の理解ではこれは成長していく制度なのだという、スタート時点とその後というのがあるので、研究の中で増大するニーズに対する対応の考え方みたいなものも1つ視点として挙げておくことが必要かと考えております。

具体的には、例えばですが、審査に当たられる精神保健福祉センター等の審査の現場における「重度かつ継続」のとらえ方の視点といったものを一旦報告の中でしておく。ただし、それがすぐに10月からの制度に反映するものではないかもしれませんが、そういった視点では分析をしておく必要があるのではないかと考えた考え方をしております。恐らくお二人の先生方が言われている論点は、いわゆるお金にあらわれない部分、あるいは同居している家族等の負担としてあらわれている重度さみたいなものの視点もあるかと思っておりますので、そのあたりが審査の立場からはある程度表に出るのではないかと考えました。

○佐藤座長 ありがとうございます。事務局からは何か。

○渡辺課長補佐 正式な返答といえますか、今のご議論でございますが、三野先生の言われた件に関しましては、基本的に疾病構造が少し状態、疾病構造といえますか、出てくる

疾病が変化してきたとしても、基本的に今の考え方については、患者さんの自己負担額に着目して行っているということでございますので、根幹の考え方は、先ほどから何度も申し上げてございますように、「重度かつ継続」についての仕組み、考え方の医療費負担のところで基本的にはまず整理させていただきたいと思っております。

今、竹島先生がまさに言われたとおりでと思うのですがけれども、お金にあらわれない大変さについては、どのように客観的に酌み取って、それを制度に反映させていくのかということにつきましては、引き続きどういうパラメータがあるか等も含めて検討していただくということになろうかと思っております。

○佐藤座長 どうもありがとうございます。

○桑原構成員 今、竹島構成員の方から、審査にあたる精神保健福祉センターでの視点はどうかというお話がありました。そこで、実際に審査に携わる立場にある者として感じていることをちょっとコメントさせていただきたいと思っております。樋口構成員もご指摘のように、疾患名でいえば、例えば統合失調症の場合、確かに全般的には、長く治療もかかりますし、様々な支援方法をとる場合でも経済的な負担が多いということは実態としてあるわけですが、ただ、実際には、統合失調症の病状は100人いたら100人違うのだというのが実感です。実際、短期間でずっと治る方もいますし、症状が重篤で長期間の治療を要する方もいらっしゃるわけですね。そういう意味では、実際に通院医療費公費負担や障害者手帳にかかる具体的な審査書類を総合的に見てみますと、相当個人差があるなということを感じております。

もう一つは、医療費ということももちろん大きな問題点だと思いますが、実は生活のしづらさという点について、具体的な生活の場面で、障害程度が重度だとか、継続的な支援を要するといったことでの判断が必要になります。地域生活の支援という観点からは、これからは医療的支援だけではなく、心理、社会的なりハビリテーションも含めて、もう少し充実させていかなければいけない部分があるわけですね。

そうしたことを考慮に入れた、将来を見据えた支援のあり方という意味で考えますと、先ほど、私が申し上げた手帳制度を活用することを考える必要があると思っております。ただ、現行の手帳制度の審査状況については、竹島構成員が先ほど指摘されたように、全国的にみても、同じような事例の判定結果について相当な格差があるというのが現実ではないかと感じています。もちろん、現時点でも手帳判定にかかる基準はありますけれども、それに基づいて審査をしても、実際の判定結果について、センター間で格差が生ずることが大きな問題だと感じておりました。全国精神保健福祉センター長会でもそのことが問題になっています。そのため、昨年度、センター長会として厚労科研で精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究を企画し、全国のセンターの協力を得て検討を試みました。そして、実際にその研究を通じて、いろいろな問題点があることが分かってきております。ですから、現行の手帳制度を、今すぐ活用できるかかどうかということについては、竹島構成員が指摘されたように、そう簡単にはいかないと思っておりますけれども、や

は「重度かつ継続」といったことを論ずるときには、病状に加えて、本来の生活のしづらさとか、そういったことも含めてきちんと判断していける、そういう視点を組み込んだ判定がなされるような仕組みにしていくことが必要であると考えます。医療費はもちろん一つの大きな要素かもしれませんが、医療費だけで云々するということには問題があるのではないかと感じております。

それから、もう一点、ちょっと長くなりますけれども、実際に通院医療費公費負担の判定業務を行っているなかでは、例数は少なくとも統合失調症、狭義の躁うつ病とか、難治性のでんかんの方以外にも、重篤で、薬もたくさん使われなければいけないとか、そういう方は実際にいますし、いわゆる神経症圏の方であっても、デイケアを使っているような場合が確かにあるということをコメントさせていただきたいと思います。

○佐藤座長 どうもありがとうございました。

○上小鶴構成員 なかなか身体障害の方から発言するチャンスがない状態ですが、かなりやはり違う制度が一緒になるのだということがよく理解できます。身体障害の方に関しては、明らかに身体障害手帳をベースにしていますし、それがあつた上での更生医療・育成医療であるということになりますから、スタートの3つの障害、腎臓、小腸、免疫機能、こういったものは今までやってきたわけですし、それで始めていくのは当然だろうと。

さらに、例えばHIVが入ってきたみたいに新しい疾病が出てきて、何か援護を考えるという場合にこういう医療の中でやる状況もあるでしょうし、それから特定疾患でやっている疾患もちろんありますし、様々な援護体系がありますけれども、今、我々が考えられる身体障害としてはこういう形でのスタートになるのでしょうか。

ただ、負担に関してはいろんな議論が障害者の中では起こっていますが、きょうの議論はそういう中ではありませんので、「重度かつ継続」に関してはこういう形で身体障害に関してはスタートを切るのだなということはよく理解できました。

○佐藤座長 どうもありがとうございました。

○花井構成員 もう一度確認で、先ほどの説明がよくわからなかったものですから、資料3の1枚目、考え方では継続的に相当額の医療費負担が発生するものについて、「重度かつ継続」についての考え方ですが、こういうふうになっていて、当面の範囲は、精神に関してはこの3疾患がここで述べられているのですが、この3疾患がここで挙がってきた根拠として、先ほどのレセプト抽出調査の話が出ていましたが、これは何でこの3疾患を抽出した根拠になるのかなというのが、このデータからはよくわからないというふうに思うんですね。むしろ、日精協と日精診が出した資料ですが、これを見る限りは、確かにデイケア、F2のうちデイケアの利用ある者は医療費が11万3,577円、これは高くなっています。これは月平均、デイケアの回数がこの調査の場合には平均月10回です。で、こういう金額が出ていますし、デイケアを利用していない場合には、その下にありますように、1万8,248円。

こういうので見ていきますと、むしろ全体の一番下の表にありますように、全部くるめ

て平均が3万4,681円で継続期間が12年というふうになっていまして、こういうものから見ますと、統合失調症、躁うつ病、狭義の難治性てんかんがここで挙がってきた根拠、先ほどの資料から説明つかないし、むしろ、これを見るとほとんどの疾患が対象になるのではないかという気さえします。これは日精診のデータを見てもほとんど同じ傾向を示しているのではないかというふうに思うんですね。だから、この資料から3疾患が抽出された説明はどれも私は理解できないということです。これはちなみに全事例というのは何例なんですか。

○佐藤座長 事例数はどうでしょうか。相当数ですよ。

○野村課長補佐 3千数百のレセプトでとったものです。高額事例というのは、医療費を高い順番に並べてまして合計していった金額が総額の4分の1を占めるに至ったところまでということをやっておりますが、たしか百数十事例から200事例の範囲以内ではなかったかというふうに思います。

○佐藤座長 事例についてよろしいですか、事例数、今のようなことで。

○石井主査 全事例が3,582例でございまして、高額事例が146例でございます。

○佐藤座長 よろしいでしょうか。

○花井構成員 そのデータから3疾患が当面の対象となる疾患として出てきた理由はともよくわからない、このデータでは。

○野村課長補佐 そのところは、4ページの下の段に書いていますけれども、そういうふうに高額事例を分析してみた場合にどういう疾病のケースにおいて高額になりがちかということで、高額事例を集めた中でのシェアリングを見てみると、統合失調症が多くなっているというような形でありましたので、統合失調症というのは医療費高額になりがちなケースに多いという形で選定をさせていただいた次第でございます。要は高額事例を集めてみて、その中でどういうのが含まれがちかというような観点で選定をしたというところでございます。

そういう選び方をしたということでありまして、範囲はあくまで当面のものということでございますので、先ほど花井先生からもご指摘ありましたような、ご提供いただいたデータなどをもとに、また議論していただければというふうに考えております。

○樋口構成員 既に作成過程でこういう議論はされているのかもしれませんが、さっきもちょっと話に出てきた疾患そのもので規定していくのはなかなか無理があるのではないかというお話は先ほども桑原先生からも出ておりましたが、最近、私もそんなにこの領域の専門家ではありませんけれども、米国において、どのような形でそういうものに取り組んでいるかというのをちょっと調べてみました。従来だと重い精神障害、シビアメンタルイルネス(SMI)と言われているような言葉ができてきているというので、これをもとにやってきましたのですが、それは実態となかなか合わないところがあると。例えば統合失調症でも非常に軽症で社会性がうまくいくケースも比較的多くなってきていますし、それに対して、より適切に重篤であるという、重いということを表現していくのは生活能力障害、ディス

アビリティという、そっちの観点の方がより適切なのではないかという考え方が出てきて、例えば米国の社会保障障害年金のための判定とかというところの基準を見せていただくと、そこにはもちろん精神障害であるということがもとになるわけですが、かつ就労不能につながるというような、要するに社会生活を行っていくことが非常に困難であるということが2点目にあって、そしてさらにその期間がある程度の期間連続していること、そういう基準が使われていたりするんですね。

そういうことについて、今まで議論されなかったのか、あるいは疾患名でいくべきであるという議論がなされてきたのか、その辺、もしディスカッションの過程で議論されたとしたら、お教えいただきたい。

○佐藤座長 関連してということで竹島構成員からお願いします。

○竹島構成員 すいません、関連してちょっと教えていただきたいのですが、今、ディスアビリティの話があったのですけれども、障害者自立支援法案の骨格自体の中で、医療の受け持つ部分と福祉サービスの連動性のことかなと思って聞かせていただいた。その辺を説明していただければありがたいかと思います。

○佐藤座長 事務局よろしいでしょうか。その生活のしづらさというか、そういう状態像、期間というものを根拠にしたものの考え方等はどのようなふう処理されているか。

○渡辺課長補佐 樋口先生の言われましたご質問なのですけれども、これまでの1年程度に及びます議論の中では、そういった生活機能障害等々の基準などをこちらの自立支援医療の方で見っていくという考え方は残念ながら、少し弱かったかと思います。それはこの1年間、ぜひ、そういうことでお答え申し上げますけれども、竹島先生言われますように、この自立支援医療にそれを当てはめるかどうかはまた別にいたしまして、福祉サービスの提供の充実ということで種々制度改正案も提案させていただいておりますので、その中には、やはり先生言われますような、生活機能障害の考え方も、いつの段階でできるかどうかわかりませんが、しっかりと考えていかなければいけないものではないかというふうに思っております。

○佐藤座長 竹島構成員、よろしいでしょうか。

○竹島構成員 はい。

○佐藤座長 そのほか、三上構成員、お願いします。

○三上構成員 「重度かつ継続」ということで議論が出ていて、いわゆる疾病を特定していくということに関してどうなのかということですが、重度ということが、先ほどからの説明ですと、いわゆる負担額というか、高額ということがあれで、疾病の重度さというのは、高額であるかどうかというのと直接の関係はないと。間接的には当然関係があるのでしょうけれども、ですから、これは「高額かつ継続」というふうなことにすれば、議論の方向というのは本来わかりやすいと。いろいろな、いわゆる摂食障害でありますとか、いろんなものでも、あるレセプトを見て、あるラインを超えれば、非常に自己負担が増えるので、それを高額療養費制度みたいな形で支援をするというふうなことになるのではない

かと思うのですが、「重度」ということを使うので疾病の性格という形になるのではないかと思います、どうでしょうか。

○野村課長補佐 ご指摘の面もあろうかと思います。疾病が重度であるからこそ継続的に医療を受け、その負担が高くなるということで、負担水準の話として、このいわゆる「重度かつ継続」という概念が出ておりますので、そういう意味ではどの病気がいわゆる疾病としての重度かどうかということよりは、制度の位置づけといたしましては、今回の制度改正の中では利用者負担を見直し、その中で負担水準をどう設定していくかという中から出てくる話でありますので、三上先生ご指摘のような観点にもつながっていくのかなというふうには考えています。どういう場合に医療負担水準として配慮すべきかどうかという観点から、また議論を深めていただければと考えております。

○佐藤座長 どうもありがとうございます。三野構成員、お願いします。

○三野構成員 先ほど三上先生から、「高額かつ継続」という話が出ましたが、要はここで議論はすべきことではないかもわかりませんが、真の隠れたテーマは、所得が何かと。生計を一にする世帯の所得は何かということがはっきりまだ国会でも議論されている上で、まだ結論は出ていない。もし、これが障害者、精神疾患患者さんご本人であれば、かなり問題はシンプルになるわけですが、それがはっきりしてないので、この辺が非常に難しいのではないかと。もちろんこれだけの収入がお一人であれば、それほど重度でもないだろうし、継続性もないだろうということは言えるだろうと思うんです。ですから、その辺の議論を置いたまま、これで勝手に「重度かつ継続」をこうだというふうにするのはいかがなものかなと、先ほどからいかがなものかということが多いのですけれども、思います。

それから、先ほどの400例ですか、3千例のうちの4分の1ということですが、これは高額医療を当然集めてみましたら、ほとんどがこのデータを見ても、恐らく95%以上がデイケアの方が集まるのは当然でございます。逆に平均で言えば、デイケアの方がどれぐらい全疾患の中の3千の中にいるかということをお示しいただきたいのですが、それほど多くないだろうと思います。私たちの調査でもデイケアに行っておられる方は10%ぐらいだろうと思いますので、それだけを根拠に疾病構造だけで言われるのはいかがなものかと私は思います。

○佐藤座長 今の点は、特別コメントは要らないですか。

○三野構成員 間違いないと思いますので、ご指摘だけにとどめたいと思います。

○佐藤座長 その他、いかがでございましょうか。竹島構成員、どうぞ。

○竹島構成員 前にやった研究の覚えていることからお話しをさせていただきたいと思います。統合失調症、こういった3つの疾患を対象にしているということについての前にやった研究の面から、その意味ということを考えますと、審査のあり方というところで見ただけの場合に、例えば神経症性障害の場合にほぼ全数を申請のあったものは通院公費の対象に適用されている都道府県と、その中で重症であるということのきちんと付記されたものでな

いと対象にならないといったところがありまして、その対象のとり方というのに違いがありました。そういう意味では、その中である程度共通している部分が、ここに括られているのではないだろうか。

逆に言うと、神経症性障害がすべて対象になっていくということが通院公費のありようとしていいのかどうかということは、これは別の問題ではないかと思うわけで、先ほど言った神経症性障害等で重症の部分と明確にし、また、確かにデイケアがとりあえず高くなるというのはそれは1つの理解なんですけど、逆に言ったら、今、潜在されているニーズということで、デイケアという方法でなくても、医療という中できちんと対応していかなければいけないのはどういうものか。これを審査会等の調査をもとにして明らかにしていくということができれば、将来のニーズへの対応、デイケア以外の外来治療の展開ということへの資料になるかと思えます。中期的な課題になるかと思えますが、資料づくりとしてはしておかなければいけないことかと理解いたしました。

○桑原構成員 ちょっとよろしいでしょうか。

○佐藤座長 どうぞ、お願いします。

○桑原構成員 竹島構成員から、先ほど、「適正な申請」という話が少し出されましたが、現時点では、精神科医療、精神科医の専門医でなくても、一般医療の中で精神疾患を扱っている先生方が申請書類を書かれて、実際の審査にあがってくるわけです。そうした場合、書類の中には精神疾患以外の合併症としての様々な疾患名が入ってきますが、本当にそれは精神疾患のためのものなのか、あるいはそうではないのかといった問題があります。また、現在は、ICDコードで精神疾患分類に属する疾患については、認知症とか精神発達遅滞とかも含めて極めて広範囲にわたる疾患が公費負担の対象疾患となってしまうわけですが、その場合、本当にはっきりとした精神症状がない場合でも公費負担の対象として扱うことが妥当なのかどうか、判断に困ることが出てきます。精神症状があるために対応が難しくなっているのか、あるいは、医療的対応が難しい知的レベルなどが主たる要因となって重症なのかといった点で、判断が難しい、そういった問題がやはりあるのですね。

そういう意味では、とりあえず1年目は、全疾患を公費負担の対象として認めるという形でスタートしても、2年目以降、関連データを集めて、何が「重度かつ継続」に該当する病態で、本当に継続的な支援が必要なのか、そういう視点での疾患の絞り込みを試みるということが必要ではないかと思えます。あるいは先ほど適正な審査のあり方というものもありましたけれども、そういった審査の仕組みについての工夫も考慮しながら、データを精査していくとか、エビデンスベースにきちんとこの制度の適正な運用に何が本当に必要なのかということを検討していくという作業が必要なのではないかと思えます。

ただ、先ほどから問題になっているように、本来あるべき論と、差し迫って判断をしなければならない問題とがあります。現在、実際にそういった支援が必要な方、支援を受けている方はたくさんいらっしゃるわけですから、その方々については、とりあえずは認める方向で考えるべきではないかと思えます。その上で、この問題についての検討する時間



として、少なくとも1年間は余裕があるわけですから、その間に、この検討会の中で「重度かつ継続」という議論を深めて、単に全部を認めればいいのかということではなく、具体的な対象疾患名などを、どういった形で絞っていくのが妥当なのか検討することが必要なのではないかと思います。

○佐藤座長 どうもありがとうございました。いろいろと本質論、または現在の自立支援法の中での位置づけをどう考えるかという部分と必ずしも一致しないところはございますのですが、身体障害について、先ほど更生医療・育成医療については3障害、3つの疾患が挙げられているけれども、これでいいのではないかという意見もありましたが、そうは言いながら、更生医療・育成医療についても実態はどうなのかというのもやはり詰めていかなければならないので、今のようなディスカッションも、またそちらの方で反映されていくのだというふうに思うわけでございます。差し当たって、きょう「重度かつ継続」についての考え方についてまとめるところまではなかなかまだいかない部分がありますし、また、当然研究というもののエビデンスを持って判断して修正していく部分があると思うわけでございますけれども、できましたら、そういう1つのエビデンスというか、そういうものとして、次に2つの資料をきょう用意していただいておりますので、説明をいただいて、また、ご議論いただくのも必要かと思いますが、よろしいでしょうか。そちらの方に移らせていただきます。

日本精神科病院協会と日本精神科診療所協会のデータということで、花井構成員からお願いしたいと思いますが、よろしく申し上げます。

○花井構成員 これは、今年の1月に32条を使って通院医療をした人たちを対象にした調査で、日精協の役員・委員等の勤務する129病院とあと自発的に申し入れのあった20病院を対象にして集計したものです。これはICDのコードの1桁ですが、これに沿って調査しましたけれども、全患者数が9,565人ということで、特に統合失調症圏に関しては、デイケア通所と非デイケア利用者においては大きな医療費の差があることは歴然としておりますので、一応統合失調症が一番全体の中では比率が多いということで、この部分に関してはデイケア利用と非利用に分けてデータをとっております。

それと通院期間に関しては、その医療機関の初診日をやると必ずしも正確ではないと、移ったりするので、そういうことがありまして、一応32条ですから、医師の診断書がありまして、そこで発病期間というのが出まして、それを中心として拾って罹病期間としたデータであります。

これを見ておわかりのように、月額医療費はデイケア利用群が、先ほど言いましたように、月平均10回で、11万3,577円。

あと、デイケアを利用していない部分につきましては、統合失調症については、1万8,243円と随分開きがございまして、ただ、ほかの疾患でF0のほうですが、これは老人性の認知症の重度デイケアの利用も一部入って若干高くなっているのかなと思います。

ずっと見ていきますと、特に際立って月額医療費が高いものはなくて大体横並びに近

いような感じになっております。

罹病期間も一番短くてF6の5月から、G40、これはてんかんなので、一番長くて21年ということで、平均12年となっております。

ここから我々が感じることは、継続的に医療負担が家計に長く響いてくる、それが受診抑制に心理的に作用することも含めて影響があると考えますと、この罹病期間だけで「重度かつ継続」の対象疾患の根拠にするのは難しいのではないかと思います。

それと、あと月額医療費、したがって、自己負担は現在5%ですけれども、この負担がさらに極端に2倍から、中には6倍に今度の制度によって値上げして、非常に激しい変化が来るので、受診抑制につながるということが非常に心配であると。この月額の負担額から見ても、各疾患ごとに特に大きな差をつけるのは難しいのではないかという気がしております。

したがって、私どもは、もちろん統合失調症にしても神経症にしても、状態像としては比較的軽度である人も含まれていますけれども、神経症にしても、例えば抑うつ神経症にしてもいろんなものにしても、再度重度化することはあり得ますし、再燃することももちろんあるわけですから、いつでも重度になり得ると。それを予防するというか、そのために通院治療の継続をきちんと適正に行うことが必要で、それが法の趣旨なわけですから、そういう意味では、負担額から疾患によって範囲を特定することは非常に難しい、困難ではないかという見解であります。

以上です。

○佐藤座長 どうもありがとうございました。質問がありましたら、また、続けて、三野構成員からいただいていると思います。

○三野構成員 簡単にご説明申し上げます。実はこのデータは、もう少し詳細に分析したのものもあるのですが、とりあえず初回ということで、これをお出しいただきたいというご指導ございましたので、出しております。

これは本年の3月のレセプトのデータから無作為に抽出した1,700例でございます。その前に先立ちまして、本年の1月に緊急実態調査として、とりあえず1月全部のレセプトの中で、ほぼ私どもの患者の中で、多くても2割ぐらいの患者さんが32条の適用になっておると思いますが、それを抽出いたしましたのが、これはこのデータに載っておりませんが、15万の32条の患者さんの疾患別の比率を見ました。その中で当然統合失調症は3割と多かったのですが、それにもまして気分障害が4割いまして、その中でも反復性うつ病性障害が2割いるという結果出ました。デイケアが全体の6.2%といった数字が出ておまして、その中からもう一度抽出をいたしまして、レセプトできちんと見ようとしたデータがこれでございます。

これは当初、日精協さんのフォーマットに合わせまして、F2、統合失調症圏内の方だけデイケアの有無を分けておりますけれども、実は全疾患にわたってデイケアの有無に関して分けております。それを言いますと、先ほど花井先生がおっしゃるように、疾患ごとの差はいくらかございますが、大きな差はございません。と申しますのは、もちろん先ほ

ど樋口先生のご指摘にもございましたように、同じ疾患の中でも、もちろん軽いものもあれば重いものもある。あるいはお金がかかるものもあれば、かからないものもあると思いますけど、32条の適用の患者さんというのは、重度であって継続的にかなり医療費がかかるから、患者さんの意思によって、あるいは主治医の判断によって選択された方でございますので、例えば、これを見ますと、F6が、成人の人格及び行動の障害といったもの、人格障害というもの、判定指針の中ではっきりと明確に規定されていませんけれども、ここはあえて数は少ないですけど、突出して多いのは、やはりそのような人格障害、私どもが受け持っている人格障害の中でもかなり重くて、精神病状態になり得るような方、高額に医療費が発生する方が出ているわけでございます、その意味から言いますと、いくら調査をしても、それはやはり重い方だけが抽出されているというしか言いようがないようなデータでございます。

また、次回にダイケアとそうでないものを分離したり、あるいは薬剤費とそれ以外のものの分離したものもありますので、お示しをしたいと思っております。以上でございます。

○佐藤座長 どうもありがとうございました。このデータについては、また、今後詳しくいただけるということでございますけれども、もし、質問がございましたらお一人か、そのくらいで、このデータについて、いかがでしょうか。

○竹島構成員 処方せんのあるレセプト、ないレセプトというのはどういう……。

○三野構成員 えっ？

○竹島構成員 院外処方さんがある、なしの。

○三野構成員 私どもはかなり院外処方の率が多いものですから、全部どこに行っているということを伺って、別個に調査をしております。ですから当然処方せん料で少し高くなる部分がありますけど、それは誤差の範囲かなと思って厳密に調査をいたしました。

○佐藤座長 よろしいでしょうか。貴重なデータをご紹介いただきましたけれども、また、きょうは「重度かつ継続」についてのいろんな点からのディスカッションをいただきまして、さらにデータを重ねながら検討していく必要があるという状況かと思いますが、きょうは時間も限られておりましたので、この辺でもしよければ、次回以降どんなふうにディスカッションを進めていくかというようなことを考えながら、事務局に説明いただきながら、次の会を予定したいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

では、事務局から次回以降の進め方について、お考えをお聞かせいただきたいのですが。

○野村課長補佐 それでは資料6をお手元にご覧いただきながらご説明申し上げたいと思います。今回、自立支援医療というのは、片や指定医療機関の導入ということである程度適正化の仕組みをつくりながら、費用を皆さんで支えをしてという形で切りかえをしていくわけでございますけれども、資料2等でご説明申し上げましたように、当面「重度かつ継続」の範囲とか、そういったあたりを重点的にご議論いただければというふうにご考慮いただく次第でございます。

資料2の方でもご報告というか、ご説明申し上げましたけれども、実証的研究というの

か、データに基づいたご議論いただくということで、最後に両構成員からご紹介いただきました精神科病院協会さん、さらには精神神経科診療所協会さんの方から提供いただきましたデータ、こちらにつきまして、さらに詳細な分析可能なデータのご提供いただきたいと思いますと考えております。例えば両方のデータの中で見ますと、統合失調症といますか、デイケアの利用なしの平均が下がったりというところでありますと、これはそれぞれのは恐らく医療費の分布の違いとか、そういったところによるものでしょうから、どちらか片方だけというわけにもまいりませんでしょうから、それぞれでご協力いただきまして、疾病分類ごとの医療費の分布や、先ほどご説明の中にありましたような要素からの分析などを加えまして、また資料をご提供いただければと思います。

そうしたデータのご提供をいただきながら、まずはデータがあるものということでございますので、精神通院の関係から、医療費負担の状況でございますとか、その期間、長さ、こういったものについて評価、ご審議を賜れればと考えております。

さらにはこの分類をいただいたデータに基づきまして、いろいろな観点からご議論いただかなければいけないかなと思っはいるのですが、そうした中で例示的に掲げますと、どういった疾患なり分野について高額な医療費負担が発生するのか、あるいはそういった高額な医療費負担が発生している患者さんの割合、医療費の分布との兼ね合いですけれども、どれぐらいいるのかというようなこと。あるいは期間は大体どれぐらいのものなのかといったような観点からの分析、ご議論。あるいは各疾病、疾病分類F0からという形でお示しをいただいておりますけれども、そういった中での診断の際の類似点とか、プロセス、こういったところについての課題、問題点、それぞれの医療費分布、医療費がどんなふう分布しているか、そういったあたりを両協会さんの方から、さらにご協力いただきまして分析をした上でご議論いただきたいと思いますと考えております。

大体次回としてはそのような形でご審議をお願いできないかなというふうに考えております。

○佐藤座長 どうもありがとうございました。先ほども桑原構成員からは、エビデンスに基づいてディスカッションしていく必要があるであろうということで、そのエビデンスとしてのデータをまた次回以降いろいろと出していただく中で、もう少し、きょうは結論にはまだまだ遠いわけですが、煮詰めていきたいと考えておるところでございます。きょうはこの辺のディスカッションで次回に持ち越したいと思っておりますけれども、よろしゅうございますでしょうか。

(「はい」と声あり)

○佐藤座長 どうもありがとうございました。では、特に事務局から何か連絡事項ございましたら、お願いしたいと思っておりますが。

○渡辺課長補佐 本日はお忙しい中、長時間ありがとうございました。次回の日程についてご連絡差し上げたいと思っておりますが、次回の日程につきましては、構成員の皆様方に日程調整表をお配りさせていただいております、いくつかお返事をいただいております。

最終的な開催日時、場所等につきましては、決まり次第、ご連絡をまた再度させていただきます。よろしくお願いいたします。

○佐藤座長 それでは、これもちまして、第1回の自立支援医療制度運営調査検討会を閉会したいと思います。きょうはご協力ありがとうございました。