

第2回自立支援医療制度運営調査検討会議事録

日 時 平成 17 年 10 月 5 日 (水) 17:30～19:15

場 所 厚生労働省 5 階 専用第 12 会議室

(議事次第)

1. 開 会
2. あいさつ
3. 議 事
 - (1) 精神通院医療における「重度かつ継続」の範囲について
 - (2) その他
4. 閉 会

(議事内容)

○佐藤座長 それでは定刻でございますので、ただいまより第2回の自立支援医療制度運営調査検討会を開催したいと思います。委員の皆様には、今日はお忙しいところをご出席いただきまして誠にありがとうございます。

8月末に厚生労働省において人事異動がありまして、新たに障害保健福祉部に中谷部長が就任なさっておるとお聞きしております。部長からごあいさついただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○中谷障害保健福祉部長 今、ご紹介に預かりました障害保健福祉部長になりました中谷比呂樹でございます。どうぞよろしく願いいたします。新村課長も変わっておりまして新しいチームでこの新法の話を進めてまいります。どうぞよろしく願い申し上げたいと思います。

そこで、背景の説明を若干させていただきたいと思います。この前、衆議院で 36 時間 45 分も論議をいただき、参議院でも 6 時間論議をいただいたところで、国会が郵政法案の否決によりまして解散となりました。解散となってしまうと、法律も廃案という形になりました。しかしながら、思い起こしていただきますと、衆議院におきましては与党の賛成によりまして自立支援法が可決をしております。そこで、私たちはこのまま放置をしていきますと、せつかく精神障害者を含めて 3 障害の方々を一緒にした福祉の改革をしようという機運がそがれてしまうこと、それからやはり支援費制度は財政的には破綻状況にありますので、そこを一刻も早く立ち直しをしなければならぬということ、こういうことから改めて自立支援法を国会に提出をいたしまして、実は明日から審議入りでございます。そこで一刻も早くその成立を見まして、具体的な施行準備に入っていきたいと思っているわけでございます。

一方で、精神の領域につきましては今まで3障害から外れていたという関係もあり、率直に言ってやることはたくさんございます。その中で1つがいわゆる32条、これを今般の自立支援法に持ってきた場合の自己負担の在り方ということで、これは大変大きな問題であると認識しておりまして、先生方のお知恵をお借りしてきたところでございます。すなわち、32条の場合には5%の自己負担であったものが、今般の自立支援法ですと原則は10%の負担になります。しかし、精神疾患の範囲が変わるではありませんし、そういう意味では変わらないわけです。

それから、実際に日精協のデータなどを見せていただきますと、精神障害者の方は大変経済的に苦しい状況でございますので、私たちが既に国会などでご答弁申し上げております費用軽減措置でしてみますと生活保護の方はお金が幾らか入る。それから、市町村民税を払っておらない方は2,500円あるいは5,000円の上限が既に決まっております。そういった中で、ではもう少し所得が大きい方で、それでありながらもやはり継続的に医療費がかかる方々をどうお救い申し上げようかということで、重度継続というような方につきまして先生方のお知恵を拝借しているところでございます。

前回、第1回目の議事録を拝見いたしますと非常にさまざまなご論議があり、例えば同じ統合失調症の患者の方にしても、軽い方もいれば重い方もいるのではないかと。あるいは、こういう当初事務局が提案いたしました3疾患以外にも検討すべきものはないか。こういう論議が交わされ、本日以降、具体的なデータに基づいたさらなる論議が期待されているところでございます。

先生方におかれましては、私たちは法律ができたなら早く成立を見まして具体的な準備を始めなければなりませんし、施行は私たちの提言は4月1日でございます。そういう意味で、余り後ろがないというような中で、この秋のうちにまとめをいただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

また、冒頭にあいさつをしながら大変ご無礼なことなのでございますが、明日国会は法案の集中審議でございまして、途中で退席をする非礼をお許しいただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○佐藤座長 どうもありがとうございました。それでは、議事に入る前に事務局より配布されました資料の確認をお願いしたいと思います。

○鷺見課長補佐 それでは、お手元の資料の確認をさせていただきます。

まず1枚目が調査検討会の議事次第でございます。

2枚目が構成員名簿、そして座席表でございます。

それから、今お配りをさせていただいたのですが、資料1という2枚紙の横の紙でございます「第1回自立支援医療制度運営調査検討会の概要」でございます。

それから、資料1の参考資料としまして6月22日に開催されました前回、第1回の議事録を入れております。こちらは先生方にご確認いただきましてホームページの方に掲載させていただいているところでございます。

資料2は「団体提供データのまとめ」ということで、日精協さん、日精診さんから提出していただいたデータを私どもの方でまとめたものでございます。

資料3は、竹島先生の特別科学研究の関係の概要の1枚紙でございます。

それから、本日別途カラー刷りで日精協資料1と書いてあるものが1枚目でございますが、こちらは日精協の花井先生の方から3枚紙で新たにデータが追加されましたので、そちらについても今回合わせてお配りさせていただいております。

もし不足乱丁等がございましたら事務局までご連絡いただければと思いますが、よろしいでしょうか。

○佐藤座長 それでは、本日は議題が2つでございますけれども、1が「精神通院医療における「重度かつ継続」の範囲について」、2が「その他」となっております。議事の1から進めたいと思いますが、まず事務局の方から説明をいただきたいと思っております。

○鷲見課長補佐 それでは、お手元の資料1、2枚紙の横の紙に基づいて説明させていただきますと思います。

まず前回から少しお時間がたっておりますので、前回どういったご議論が行われて、本日はどういった点を中心にご議論いただきたいのかという点についてお話をさせていただきますと思います。

まず「1. 本検討会における検討事項の確認」です。これは前回もお示しさせていただいているものなのですが、先ほど部長からお話をさせていただきました「重度かつ継続」の考え方について、それから再認定に係る考え方について、そしてその他の検討事項として適正化、質の確保、対象者の明確化、こういったものについてご検討いただくことになっております。ただ、当面の検討事項といたしまして、「重度かつ継続」の範囲についてご議論いただきたいというものでございます。

2番といたしまして「「重度かつ継続」の考え方について」です。こちらは、自立支援医療の対象者のうち、医療上の必要性から相当額の医療費が継続的に発生する者について、一定の負担能力がある場合も月の負担額に上限を設けるというものでございます。

この「重度かつ継続」についてなのですが、1枚おめくりいただくと図表を載せております。こちらはこれまでも何度かお示しをさせていただいているものなのですが、「自立支援医療の対象者、自己負担の概要」の紙でございます。このうち「重度かつ継続」というのはこの表の右下の部分でございますが、「重度かつ継続」で米印が付いております。こちらは中間的な所得層で申し上げておりますが、所得税が非課税の場合は負担上限額は5,000円、負担上限額が所得税額30万円未満の場合は1万円、それから一定所得以上の場合は負担上限額は2万円という形で、「重度かつ継続」に該当した場合にはこちらに該当する。

それ以外の場合につきましては、原則自己負担については1割負担ということになっておりますが、例えば一定所得以下の方であれば負担上限額は2,500円、負担上限額は5,000円、こちらは「重度かつ継続」とは関係なくこうした上限額が設けられている。

一方、右上のところでございますが、一定所得以上、所得税額が30万円以上でございますが、こうした場合については「重度かつ継続」に当たらない場合は公費負担の対象外となるという整理となっております。

それで、「重度かつ継続」の具体的範囲でございますが、もう一度1ページ目に戻っていただきたいと思っております。まず疾病にかかわらず医療保険の多数該当の者、この多数該当の者というのは医療保険の制度の中で高額医療費が4か月以上となる方については多数該当となりまして、例えば7万2,300円という高額医療費に7万2,300円プラスアルファというような高額医療費に該当する人が4か月目になりますと4万200円といったような上限額が定められることとなります。こうした場合におきましては、「重度かつ継続」の対象になるというようなことでございます。

それから、疾病別に対象となる者、こちらについてはまず精神の通院公費においては統合失調症、狭義のそううつ病、難治性てんかん、この3疾患を現時点では考えております。また、更生・育成については腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害となっているという整理でございました。

前回においてはここまでご議論いただいたわけですが、今後という部分を見ていただきたいのですが、精神通院医療については日精協さんと日精診さんから提供を受けるデータに基づいて検討をするということになっておりました。ですので、今回第2回はこの部分に関してご検討いただきたいというものでございます。

また、更生医療、育成医療につきましては現時点ではデータが少ないということから、精神のように日精協さんに精神さんから出していただけるようなデータが更生医療、育成医療にはないということから、平成17年度、厚生労働科学研究においてデータ収集に着手したところでございます。こちらは、今回この検討会の委員でもあります竹島委員に主任研究者をお願いして検討を進めることとしておりまして、結論が得られたものから随時対応していきたい。この疾患の範囲については対応してまいりたいという整理となっております。こちらが資料1でございます。

続きまして、資料2について、まず私の方からご説明させていただきたいと思っております。後ほど日精協さんと日精診さんの方から補足説明というか、追加でご説明いただけることになっております。

それでは、資料2についてご説明させていただきます。「精神通院公費制度利用者のレセプト抽出調査の概要」ということで、日精協さんから9,192のデータ、日精診さんから1,682のデータをいただいております。こちらをICDコードに基づきましてF0からG40までの種別で分類させていただきました。一部、F31については双極性感情障害、現時点では狭義のそううつ病ということで「重度かつ継続」の対象になっているわけですが、これについてはあえて抜き出すということと、それと合わせて反復性うつについてもご議論があったことから、この2つについては1けたではなく2けたのところまで分類させていただいております。こちらにつきまして罹病期間5年以上、月額医療費5万円以上の割合、そ

して月平均の医療費がどの程度かというものを示したところでございます。

こちらから向かって左側が日精協さん、右側が日精診さんのデータになっております。この表を比較いたしますと、現在対象になっているのが、統合失調症とは書いておりませんが、F2については罹病期間が77.2%、日精診さんが66.5%と比較的高いというか、長い罹病期間だということがわかると思います。また、F31でございますが、こちらは日精協さんの方が71.3%の罹病期間、そして5年以上、日精診さんの方ではややこれは傾向が異なっていますが、48.3%ということです。それから、一番下のG40のてんかんについては現時点では難治性てんかんというものが「重度かつ継続」の対象になっておりますが、これは非常に長い罹病期間ということを示しております。

それから月額医療費、月平均医療費でございますが、日精協さんのデータと日精診さんのデータの両者を比較しますと少し傾向が異なるのかなと。まずF0のところはいわゆる認知症が入るわけですけれども、こうしたものについて22.9%以上の方が5万円以上、そして日精診さんの方が3%ということになっております。また、統合失調症のF2の部分も34.8%と14%で、ややこの辺りは傾向が異なるのかなというようなことが示されております。

なぜこういった違いが出るのかということ、恐らくデイケアの利用状況であるとか、そうしたものがこうした月額医療費に影響を与えているのではないかと推測されます。こちらは、月平均医療費にもほぼそうしたような傾向が見られるということになっております。あえて5年以上、5万円以上となっておりますが、特にこちらで基準を定めるということではございませんで、まずこの両者を比較するに当たって一番長いデータについて比較させていただいたということでございます。

1枚おめくりいただきますと少し詳しく目のものが出ておまして、日精協さんのデータでございます。こちらは患者数についてもICDコード別に載せておまして、この数を見ますと大体患者さんの割合というものが疾患別でわかるのではないかと考えられます。そうしますと、現時点で「重度かつ継続」の対象となっているものがF2、F31、G40の一部ということを考えますと、大体合計で4,500人程度ということになっておりますので、半分くらいが現在の「重度かつ継続」の範囲でカバーされるのではないかと推測されます。

1枚おめくりいただきまして、日精診さんのデータにおきますと少し患者さんの傾向が違いますが、患者さん全体のデータが少ないということもあるかもしれません。F2とF31とG40を見ますと、合計で言うと800弱ということで、これも5割前後の患者さんをカバーしているのではないかと推測されるわけでありまして。それ以上の1年以上、3年以上であるとか、細かい医療費の月額については、後ほどもしよろしければそれぞれの団体の先生方から補足をいただければと思います。

以上、簡単ではございますが、私の方からの説明は終わらせていただきます。

○佐藤座長 どうもありがとうございました。それでは、もう一つ資料が出ておりますの

で、資料3について竹島先生より説明をお願いいたします。

○竹島構成員 それでは、先ほど補佐の方からお話のあった研究のことについて簡単に説明させていただきたいと思います。

特別研究について、概要を資料3にまとめてございますけれども、私ども実施の特別研究は1年限りの研究になっておりまして、主に実施する研究の内容といたしましては更生医療、育成医療、精神通院公費の給付状態の実態を分析するというので、これは無作為抽出をした診療報酬明細書を元に分析を行うということでございます。

診療報酬明細書の中で個人情報を除いたデータを収集いたしまして、それはできたら12年の特別研究で分析をしたのと同じ抽出率を用いて収集し、また育成・更生に関してはそれぞれの必要な抽出率があるかと思っておりますので、それに応じた抽出を行いまして、必要な分析を行っていくということになるかと思っております。

精神の場合には12年度以降にも相当数の増加がありますので、それがどういうところに増加しているのかということはこの調査から明らかにすることができるかと思っております。

次に、この通院公費の分析といいたしましうか、診療報酬明細書の分析は全国という形で行いますので、各都道府県によるデータはこの中では明らかになってこないという面があります。

それから、都道府県によって審査体制等、精神の場合にはその違いが見られるのではないかとありますので、それに関しましては事前に精神科の病院または精神科診療所、それから精神保健福祉センターの方、あるいは審査の委員の方々のヒアリングを行いまして、その上で調査票を設けまして、それを元に全国のセンターに質問調査を行い、その分析結果から整理すべきことを明らかにすることを考えております。

診療報酬明細書の分析というのは結構、手のかかる作業でありまして、できましたら今月、10月半ばには班会議を持ちまして、その抽出方法等について決めて研究に入っていきたいと考えております。これからこの会議の議論等もすべて踏まえて調査票、またはその分析の視点等に加えていきたいと思っておりますので、ご指導よろしくをお願いいたします。

○佐藤座長 どうもありがとうございました。では、事務局から先ほど説明いただきました資料2に関しまして、両団体の委員の方から何か補足があればお願いしたいところでございますが、最初に日精協さんの方から、資料の追加もあるかもしれませんが、それも含めてお願いしたいと思っております。

○花井構成員 ただいま驚見課長補佐から説明のあったペーパーの基礎となる1つが、今日カラーでお配りしたデータになっております。このデータは、1年未満から1年刻みで5年以上までに罹病期間を分けまして、各疾患カテゴリー別に人数、パーセント、それから各医療機関の平均医療費を表にしたものです。

なぜこういう表をつくったかといいますと、「重度かつ継続」の概念が医療上の必要から相当額の医療費が継続的に発生するということが大きな要件になっておりますので、それを各期間別に見てみたということでもあります。

ブルーのところ、いわゆる現在3疾患として言われているものであります。こういうふうに見ていきますと、特に継続的に相当額の医療費が発生する。一定所得以上であっても、それに対する負担軽減策を設ける。これが「重度かつ継続」の範囲分けの趣旨であるという話でありましたけれども、それを今までの経過としては3疾患が挙げられまして、そのほかに疾患に妥当するものがあるかどうか。つまり、疾患名をどういうふうに特定していくのかという論議とか、そういう枠組みの中で提案がずっとされてきたと思います。

それで、このデータを見る限りは、何年以上をもって継続的と言うのかという問題もありますし、それからどのぐらいの医療費負担額が相当額と言うのかという問題もいろいろありますけれども、それを疾患で見る限りにおいては、どのように考えてもこの疾患が長期間にわたって相当額の医療費が特異的にかかっていますよという疾患を抽出することはこのデータからはできないという結論に到達すると思います。

そういう負担上限額を設けるための措置として3疾患が既に提案されていますけれども、先ほどお話がありましたようにF2、統合失調症の場合がどの期間別で見ても比較的高い。これはやはりデイケアあるいはデイナイトケア、通所の人を含んでいるということが一つの大きな要因になっておりました、事前にこれをデイケア併用群とデイケアを併用しない群に分けた場合のデータを出しましたけれども、それでは随分差があつて、3分の1ぐらいの費用にデイケア非併用群は統合失調症でもなっているということは前にもお出ししたと思います。

それから、F0に関しましても比較的精協のデータが多いというのは、精神科には老人性痴呆疾患の治療あるいは療養病棟をやっていたり、痴呆老人疾患を対象にしている病院は結構あります。その中では重度痴呆デイケアというものをやっている方もいまして、これが入ってきているのでF0は比較的高目の医療費になっているというふうに私どもは考えております。

ただ、既に一応提案されている3疾患について見ましても、てんかんというか、Gの40に関しましては難治性を特に抽出しているわけではございませんけれども、てんかんに関しては確かに小さいころからずっと長期にわたって継続する例が多いので、罹病期間も長い傾向があります。

ただ、医療費から見ますと、ここにありますようにほかの疾患カテゴリーに比べてむしろ低いというのが特徴で、そういうところから見てもこの疾患がなぜ3疾患として特定されたのかが私はよくわからないと思います。

そういうことから次のグラフですが、今の表を目で見やすいようにと思つてつくったグラフで、横軸が疾患、縦軸が医療費の月平均額です。これをさっきの期間別で見ますと大体同じような傾向がありまして、その中で特にF7ですね。知的障害とか精神遅滞において3年から4年のグループと、それから1年未満のグループが比較的高くなっているという特徴はありますけれども、全体的に見ましてこれによって何か疾患別に特に長期にわたって高額な医療費が発生する特異性は、目で見てもこれから割り出していくというこ

とは不可能ではないかと私は考えております。

それで、日精協は厚生労働省の精神保健福祉課とも話し合いながらいろいろなデータを提出して分析してきましたけれども、負担上限額を設定することによって長期間にわたって相当額の医療費負担が発生する。それに対する軽減措置を設ける。それを疾患によって、この疾患はこの対象であると疾患によって設定することは不可能であるということを経験として私は申し上げたいと思います。それが1点です。

それからもう一点は、あえて「重度かつ継続」を疾患名で、今は3疾患ですが、後から5疾患、8疾患というふうに増やしていったとしても、そのエビデンスがないということですので、そういう形で増やしていくと、逆に通院公費負担医療制度の制度としての不公平性を生み出すという結果にしかならないことははっきりしているだろうと思います。既におわかりのように、例えば統合失調症がその対象疾患となった。それに対して反復性うつ病がもしならなかったといった場合、反復性うつ病においても5年以上にこれだけのパーセンテージの人がいて、これだけの医療費がかかっているんです。

他方、疾患では分裂病でデイケアに通っていない人は比較的医療費負担が少ない。そうすると、自分の方が長く、あるいは医療費がかかっているのに、反復性うつ病のために負担軽減の対象にならない。こういうふうな制度的な不公平感があらゆる疾患で出てくるということをはっきりしていると思います。

そういう点からいいましても、私としては「重度かつ継続」の範囲を負担軽減策を設けるといことは賛成なのですが、その範囲を決める方法として、疾患によってそれを特定するということではできない。不可能であるという結論に達したということを経験したいと思っております。以上です。

○佐藤座長 どうもありがとうございました。では、日精診さんの方からお願いいたします。

○三野構成員 日本精神神経科診療所協会の三野でございます。お示ししましたデータがございしますが、前回、第1回のごときにご提供させていただきましたものと若干と異なりますか、元の基礎データが違っております。

私どもは2005年、平成17年の1月、3月、6月と3回調査をしております。実は、第1回のごときにはこの調査検討会が開設されるかどうか分からないという状況で、とにかく私どもの会員のほとんどが、32条の実態として判定指針に基づいてどれぐらいの数で、なおかつどれぐらいの精神障害の分布であるのかということを知るために、約15万名の32条患者の分布とデイケアの比率をまず確認いたしました。それで、検討会が開催されるということになりまして、3月に抽出いたしまして32条患者1,700名のデータの解析をいたしまして、粗データとして第1回に提出をいたしました。

その際に、恐らく私どもはパラメータにならないだろうと思ひまして、先ほど竹島先生もおっしゃっておられたと思うんですが、レセプトから32条患者を全部点数を割り出すというのは大変な作業でございまして、私ども診療所では院外処方の方が半数くらいおいで

になるんです。そうしますと、それを何月という特定をしてやったとしても、その患者さんがどこの薬局に行っていて何点だったかを全部追跡調査するというのは結構大変なことをごさいます、とにかくそれでも頑張っやろうということをやりました。

そのときに、実は罹病期間として分析していなかったんです。それで、6月の第1回の検討会のときに事務局の方から罹病期間との相関を是非見たいというご要請がありましたので、それでは急きよやらなければいけないということで、6月にもう一度パラメータをきちんと設けまして、大体標準的と思われる10診療所を選定いたしまして、罹病期間、それからレセプト、これは厳密にいわゆる再診療、初診料、精神科、専門療法などの医療費部分と薬剤費部分を分けまして、デイケアの有無、32条の有無、そして第1回の検討会で強迫性障害や摂食障害などがかなりその疾病構造の変化に伴って重要になってくるのではないかというご指摘がございましたので、その有無等も含めまして一度徹底的にレセプトを洗い出したのがこの1,682名の数字でございます。ですから、少し第1回目のデータとは異なっているということをご承知おきいただきたいと思ひます。

資料の最初のデータを見ていただきたいのですが、先ほどの日精協さんのデータと相当異なっているところが今、驚見課長補佐からもご指摘がございましたように多くございます。これは、例えばF0が月額医療費が日精協では22.9%なのが我々は3%しかない。この差は、まさしく重度認知症デイケアがあるかないかの違いでございます。10診療所の中で重度認知症デイケアをやっておられるところは一つもございませんでしたので、このような結果になっています。もし一つでも重度認知症デイケアをやっているところが入れば、断トツにこれが高くなってくる。つまり、非デイケアの方々は大体平均が1万5,000とか、それくらいのもので、デイケアに通っていますとほとんどが5万以上になってしまう。このような方がバイアスとしてかかると、全然データが違ってしまうということがあるということをご承知おきいただきたいと思ひます。

ですから、F1及びF2におきましても日精協と日精診でデータが著しく異なるように見えますのは、これはデイケアの比率が大きく異なっている。デイケアを全く施行していない診療所がかなり入っておりますので、その差でございます。先ほど花井構成員からもご指摘がございましたが、非デイケアとデイケアで分けた分析結果も私どもの手元に今ございますけれども、それで見ますと非デイケアだけで見ますと統合失調症だから特に高いということはございません。ほとんど多くの疾患で32条の対象患者は大体同じような数値を示す。高いのは、むしろデイケア比率が高いということを示すだけであると言っても過言ではないかと思ひます。

それで、最初の資料でござらんになってわかるのは、ここには母数、数が出ておりませんので一見非常に高く出ているものもございます、次の3ページ目を見ていただいたらわかるのですけれども、患者数nがものすごいばらつきがあつて、平均だけ見ても意味がありません。3枚目の日精診データの患者数を見ていただければわかるんですが、1,682ありますけれども、統合失調症はそのうち660、それからFの3件内が87、350、230と、こ

れだけ占めております。あとは、例えばFの5とかFの90といったものは14とか13とかになりますので、ほとんどこれは統計学的には意味のない数値とさせていただいていいと思います。

ですから、この1枚目のデータだけで平均を見ると見誤ると思います。ほとんどこれは信頼できるデータ、統計学的に推計できるデータでいきますと、やはり母数からいきますとF2、F3、F4、そしてF5は14しかございませんので、F6ですね。この4つ、5つくらいが統計的に信頼のできるデータではないかと思えます。

その平均値が大体この最初のページになりますように、統合失調症が3万円になっておりますが、この中にはかなりデイケアが入っておりますので高くなっております。大体F31、F33、それ以外にF3で、2万4,000から2万5,000くらいがこの32条の患者さんの平均のデータかと思えます。

もう一つ注目すべきは、F6で成人の人格及び行動の障害というものがあります。これはn、つまり母数も結構多いです。71ありながら月平均医療費が3万4,205と非常に高い。私どものデータでは、統合失調症よりもむしろ高いデータが出ております。それで、平均罹病期間も5年以上です。

ただ、人格障害及び行動障害というのは疾患名としては特殊で、今は3疾病というふうに出ていますが、それに当てはまらないんです。ICD-10では別個の疾患単位として認められていますが、私どもがよく使いますDSM-IVという概念では多軸診断になっておりまして、例えば反復性うつ病であって、なおかつ二軸で人格障害ということがあり得るわけです。そういう意味でいいますと、ここのデータというのは人格障害であって、なおかつ例えば反復性うつだと重複する場合もある。この疾患名は32条で申請をしている疾患名になりますので、その点をご承知おきいただきたいと思えます。

3ページ目の私ども日精診のデータを見ていただきたいのですが、これほどばらつきがあるというふうに見えますけれども、これは当然のことでありまして、現行で行われております精神保健福祉法の32条に基づく患者の運営の判定指針がございます。それに基づいて精神病もしくは放置しておけば入院に至るような症例ということと言えますと、例えばF4は255ございますけれども、本来はよほどの精神病状態であるとか、あるいは入院に至るような激しい重症化をしているとか、こういうものでなければ該当しないです。それでも255ある。

しかし、これは私ども先ほど申し上げましたように、レセプトの全数調査をいたしました。32条の患者さんだけではなくて、実は今日この6月の調査のデータを持ってきてはいるんですが、今回ここでは32条の患者さんを比較するというのでデータとしてお示ししておりませんが、総数で言いますと5,303名のレセプトを全部調査しております。ですから、そのうち32条の適用患者は1,682、非32条は3,621というデータの中で、F4は255ありますけれども、実は32条ではない方が1,584ございます。つまり、非32条の方が圧倒的に多い。その中から当然高額な医療費が発生して、長期間罹病した方で判定指針に合

致する方が中に入っているのです、ある程度高く出るのは当たり前です。

しかし、それでもかなり月平均額は低いということになるかと思えます。数字及び罹病期間で分析をいたしましても、先ほど花井構成員からもございましたように、母数の問題もございますけれども、罹病期間と医療費あるいは疾患との差異というものは、この32条のデータを見る限りございません。いろいろな多変量解析とかクラッシャー分析とかも私は少しやってみなましたけれども、ほとんどないと言っていいだろうと思えます。

それから、医療費の月額に関しては差は一見あるように見えますが、この差はデイケアの方がどれだけおいでになるかということになるかと思っております。

その意味から結論を申し上げますと、やはり先ほど花井構成員がおっしゃられたのと同じように、この32条の現存の患者さんのデータの医療費の分析と疾患名というものは相関がない以上、「重度かつ継続」、そして厚生労働大臣がお示しなされた長期間にわたって罹病して高額な医療費が発生するというものを疾患で指定するということは、極めてこれを実証的に検証するということが難しいのではないかというのが私どもの結論でございます。

なおかつ、これはあえてお示しをしておりますけれども、非32条、つまり32条を申請されていない残りの3,621のデータを見ますと、F0からG40まで全疾患ほとんど月平均額は差がございません。つまり、32条の申請患者というのはそのように医療費にしてみたら大体均質な患者の中で、高額に医療費が発生してしまうのでやむを得ずご本人が32条の申請をされている。あるいは、医療機関と相談をしながら32条の申請をされて、その中で何とか外来医療を維持する。そういった制度として機能しているという逆の結果が出てきていると思えます。

私どもの結論からすれば、現行の32条の患者さんというのは、最初から本来の概念で言う「重度かつ継続」の方が32条の患者さんになっているというのが、このデータから見られる結論だろうと私は思っております。以上でございます。

○佐藤座長 三野構成員と花井構成員にご説明いただきまして、ありがとうございます。それでは、ただいま資料の内容等についてご説明いただきましたけれども、ご質問なりご意見のある方は順次発言していただきまして、我々の考えの方向を考えてみたいと思います。今お2人の方からはデータの説明と、または考え方と両方をいただいたところでございますけれども、いかがでございましょうか。

○竹島構成員 これからの研究に関わりますので感触を教えてくださいたいのですが、1つは平成12年度の特別研究の方で見ますと、例えば神経症性障害の扱いに関して、神経症性障害に関して基本的に承認するという都道府県と、重症度に応じて個々に判定するという回答が相半ばするというような状況が出ているわけです。うつというか、気分障害、それから神経性障害が統合失調症と大きく違うのは、受療率と有病率が大きく異なる可能性がある。

有病率がかなり高いであろうと予測される中で、医療を受診されている方がいて、その中に通院公費というものがあって、更にその通院公費の審査で、対応が都道府県によって

異なるかもしれないということになる。都道府県によって通院公費の制度の利用の状況が異なっている可能性というのはあるのでしょうか。それとも、今回調査をする上でその辺のところも聞く必要があるのかどうかということをお聞きしたいと思って質問させていただきました。

○三野構成員 今、竹島先生からご指摘がありましたように、地方格差と申しますか、都道府県によって大きく異なるだろうというのが私の意見です。私は、地方の香川県の出身で診療所を開設しておりますけれども、香川県はかなり厳密に運営指針を守っておりますが、恐らくいわゆる神経症と書いた場合には通らないと思います。それは内々に申しますか、私どもの中のコンセンサスであろうと思います。

例えば抑うつ神経症ですが、こういうものは通るけれども、しかし不安神経症という名前では通らない。パニック障害というのはかなり精神病性の状態になったり、重いうつ状態になることを呈して判定指針に該当すると思いますが、パニック障害というふうに出した場合には少し疑問を呈されますので、実際に二重診断としてそういうことは結果として反復性うつという形で取っている場合があります。

ところが、私は香川県におりまして別の都道府県の住所の方が移ってこられて見たときに、どう考えてもこの患者さんは単なる全般性不安障害であって、何かストレス状況がある中で過敏になっておられたり、不安状態がある方でも32条の申請がなされて通っている場合があって、どう書こうかと思う場合は結構多くございます。これは、都道府県によってはかなり格差があると言わざるを得ないと思います。この辺は、本来は判定指針というものがある以上、運営指針というものがある以上、きちんとそれを運営することが一番重要なことであろうと思いますし、実際に例えば保健所の指導員や都道府県の市町村の窓口の方が32条がありますよというときに、その状態像を確認もせずにお渡しになって、私はこの検討会の前からいろいろな精神保健福祉関係者の方にこういう判定指針があることを知っていますかと伺いましたら、ほとんどの方が知らないです。こちら辺は大きな問題ではなかろうかと思っております。以上でございます。

○佐藤座長 今、三野先生から大きな差があるだろうというご意見が出されましたけれども、花井構成員も同じようなお考えがございませうか。

○花井構成員 日精協の会員の先生方のお話を聞いた範囲では、やはりある程度違いがあるという印象は持っております。私は札幌市ですけれども、札幌市の場合には一応判定指針に基づいてこの状態像を書くということであれば神経症ならば通るとなっていますし、この辺がやはり地域によって濃淡が違うなという印象は持っております。

○佐藤座長 その件に関しては前回も多少ディスカッションがあつたのではないかと思います。桑原構成員からもそういう発言があつたように思いますが、いかがでございませうか。

○桑原構成員 皆様方がおっしゃるとおりで、通院公費の判定については、いろいろ基準があるのですが、各都道府県単位で、どのぐらい厳格に、またどこを重視して行ふのかと

ということが問題です。具体的に調べたわけではありませんが、全国の精神保健福祉センターでこの判定を行っていますので、相互の意見交換などによりますと、都道府県によって通公費制度の利用状況にはかなり差があるのが実情だと思います。

もう一点問題なのは、今回出されたデータはいずれも精神科の専門医が診断をされた結果ということで、非常に信頼性が高いと思いますが、実は、申請書を出してこられる先生方は精神科医とは限りません。抑うつ状態に類するものということで、それが精神的な疾患なのかどうかということがはっきりしないままに書類が上がってくるというようなこともありまして、そういったことが更にそういった格差に大きく影響を与えている可能性があるだろうと感じております。

ですから、これはちょっと議論が拡散しますけれども、3障害一体の制度ということで考えたときに、更生・育成の方は診断書を書く資格のある医師が判断をしているということもございます。それから、平成12年度の通公費の研究をふまえた14年度の通公費負担の適正化のあり方の検討会の中でも、やはり診断書を書く医師の資格要件のことが問題になっていますので、そういったことも考慮しながら、自立支援医療費の対象者について検討をしていくことが必要だと思います。その意味で、竹島先生が今度検討をされるときに、なかなか難しいかもしれませんが、精神科の専門医の先生と、それ以外の先生から上がってくるレセプトと、具体的な区別が付くようでしたら、是非そういったことについてのデータもお示しいただけると参考になるのではないかと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。竹島先生からのご質問に関して3人から同じようなご意見というか、ご感想等をいただいたわけですが、このことも含めて本日の主題である「重度かつ継続」というものをどういうふうに考えていくかについてご意見をどうぞ。また、先生、今の質問等を含めて、今日の主題との関連で何かございましたらどうぞ。

○竹島構成員 その制度のもともとの成り立ちから考えて、仮に統合失調症、てんかん、重症の反復性等になってきた場合に、それ以外のものがどうなるのかというお話がございましたけれども、ではそれ以外のものということになると一気に全部ということに広がっていくのか。

例えば、我が国の精神保健福祉の中にありますけれども、対象者というのは二百数十万という数で挙げられておりますので、一体この制度が適用されるのはどういう人なのか。三野構成員の先ほどの話でも、審査の場でそういうことが議論されてきている土壌があるかと思っておりますので、やはり私どもとしては質問調査をできるだけ早急にして、その中で共通項というものがどこら辺にあるかということを押さえていかなければいけないかという感じがしました。

○佐藤座長 竹島構成員からは、研究に対しても反映していきたいということでご発言いただきましたけれども。

○花井構成員 今、竹島先生がおっしゃった件に関連しまして、32条もそうですし、今回

の自立支援医療制度も精神の通院に関しては対象の疾患としては従来どおりであるということは一つのルールに載っていて、たしか土台になっているんですね。だから、そのことも今度の研究班でもう一度見直しの検討の課題にするということの意味でしょうか。そういう意味ではないですね。

○竹島構成員 そういう意味ではないです。現状分析です。

○佐藤座長 ほかにいかがでしょうか。「重度かつ継続」の件で、評価の件はまた別のときに話になると思いますけれども。

○三野構成員 「重度かつ継続」に関して限定して、今、桑原先生の方からご指摘があったように、私どもは当然精神科医でございますし、専門医でございますから、当然その判定指針を見てこうだという形で判定しますが、もちろん当然精神疾患の患者さん、あるいはてんかんの患者さんが内科、診療内科あるいは神経内科等に行かれるということはあると思います。

特に地方に行きますと、精神科診療所や病院というのはかなり偏在化しておりますので、当然あり得るだろうと思いますが、桑原先生の印象で、診断書等で見たときに精神医学的な診断ということから言うと少し難しいかなと思われる方々が多く存在するとすれば、逆に今回の「重度かつ継続」ということに関してこの3疾病、狭義のそううつ病であるとか、統合失調症であるとか、このことに関しての定義づけは私どもはある程度の範疇で持っていると思いますけれども、それがなかなか審査の対象として難しくなるということもあるのでしょうか。ちょっと質問が難しいかもわかりませんが。

○桑原構成員 私の感じていることをお話しますと、実はセンターは32条だけではなくて手帳の判定もやっております。それは、前回もちょっとお話しました。それで、現時点では、手帳が認められた人は通公費の対象になるということになっていますので、手帳申請にかかる情報があると、総合的に申請者の状態をみることができます。そうした場合と比べると、現在の通公費申請の診断書から得られる情報だけで「重度かつ継続」を判断しようとすると、例えば薬の最が多いとか、デイケアを使っているとか、罹病期間がどうかという情報で、ある程度まで判断できるにしても、やはり限界があります。特に、精神科医の先生が書かれたものであれば、ある程度の判断はできますが、それでも、例えば、薬の記載などもどこまで具体的に書かれているかによって、中には判断がなかなか難しいものがあることも事実です。

それから、具体的な評価の方法について、さきほど花井委員の言われたこととの関係で教えて頂きたいのですが、私は、精神の場合は、初年度は全疾患を一応認める。それで、2年目の更新の時点で「重度かつ継続」というものが課題になるというふうに思っていたのですが、そういう理解でよろしいのでしょうか。

○鷲見課長補佐 基本的に通院公費の対象になるのは、これまでどおり32条というのは継続的に精神医療を必要とする患者ということになっておりまして、その患者さんたちが今回の新しい自立支援医療の中での対象になるということです。