

ただ、その中で継続的に非常に高い医療費が必要となる人については、別途その中である意味で中2階的かというと、その部分だけはその中で抜き出すというような形で、そういった患者さんというのはどういった患者さんなのかということを考えてときに、どういう切り口があるのかということをご議論いただいています。

これまで私どもの認識では、もちろんいろいろな切り口があるかと思うんですけども、なかなか今いい指標がない。GAFみたいな話もご指摘があったかと思うのですが、なかなか現時点ではいい指標にならないというようなことの中から、もし中2階でそういった疾患というか、あるカテゴリーをつくるとすると、現時点での疾患ということは考えられるのではないかと。その疾患を考える際には、医療機関であるとか、平均的な月額医療費というものであるとか、そういった高い金額、月額医療費の高額な割合というものがどのくらいか。そういったものが一つの指標として更には考えられるのではないかとということでもあります。

ですので、疾患で区切ったときには花井先生がおっしゃるように、一部の患者さんについてはそういった逆転現象がもしかしたら起こる可能性というのはあると思うんですが、できるだけそういうことが起こらないように、まずは割合を見ながら先生方にご議論いただきたいというようなことを今お話をさせていただいているということでございます。

○佐藤座長 いかがですか。我々の基本スタンスはそういうことでディスカッションしているわけですが、今日は精神について話をいただいているのですが、更生・育成医療に関しては同じ土俵でということになるわけで、前回、上小鶴先生からはここに挙がっている3つについてはいいのではないかとということでご意見をいただいています。

そのときは額などのコメントはなかったのですが、上小鶴先生、あえて今日は更生・育成医療のお話を参考にさせていただくとすると、更生の額について、また、更生医療においても分断されるという感覚があるかどうかということも含めてご意見をいただければと思うんですけども。

○上小鶴構成員 更生に関しては身障手帳がベースですから、それが取れることが必ず条件になります。そこで、まずそのバリアがあります。

それで、すべて現時点ではその疾患の治療に関する年単位の感じできちんと短期で見えています。長期というのは、既に書いてある疾患に関してはずっと続くものという位置付けは皆わかっていますので、再認定をしていく場合にこの辺は通していくよという考えは既にあるわけです。そういうふうには運用されているわけですので、そういう意味ではそれを確認したという形で出てきたということは理解できますという話です。

それで、現実には非常に困っている人たちが出てくることは先ほどの所得等の関係で表現されていますので、そういう声はいろいろ出てはおります。現実には困るといいますが、この費用負担の問題が現実には一番大きな問題になっていますが、今日はそこを抜きにした形での議論だろうということですので、今までのやり方の中ではそれを組まれた切り口で出されたという了解をしたということです。

○佐藤座長 更生医療・育成医療の方はまだデータはないんですけども、臨床各分野の専門の先生方から聞いている範囲で言うと、20万、40万円程度であり、示された3疾患についていろいろな計算をしてみてもそのような感じですか。3障害を一体的にというときには、今から研究の中でそういうことも含めて3障害の性格というものを多分考えてくださると思うのですが、そういう更生・育成医療の話も伺いながらこの精神をどういうふうと考えていくかということディスカッションいただければと思います。

冒頭に前の塩田部長さんからは、この制度を持続可能なシステムに持っていきたいというふうなことで、そういうものを目指して整理いただけないかというご依頼があったと思うのですが、そういうことも含めてもう少し絞るということができるのか、できないのか。今、竹島先生方が行う研究を前にしてそういうことをここで吟味していくということが研究に反映するかと思いますので、もう少しディスカッションを「重度かつ継続」のところに絞っていただければと思いますが、いかがでしょうか。

では、三野先生お願いします。

○三野構成員 「重度かつ継続」という概念は、前回も私はちょっと申し上げましたが、低所得者の方、あるいは中間的所得者の方の負担上限額を設けることで軽減するんだというお話は恐らく育成医療、更生医療に関してはそれが非常に重要な問題になるだろう。今この表を見させていただきますと、中間的な所得の負担上限額は5,000円、1万円、2万円、私どもの資料を見ても恐らく負担上限額5,000円を超える方、つまり5万円を超える方というのはデイケアの方以外にまずないんです。これは私どものデータを全部見てもそうだと思います。負担上限額1万円、つまり医療費10万円を超える。外来医療で10万円を超えるということはまずあり得ない。20万円を超えるということはまずあり得ない。

そういう意味からいいますと、これは精神だけの特殊性を申し上げているわけではないのですが、この負担上限額の話というのはほとんど「重度かつ継続」に関しては意味をなさないものだろうと思います。もし意味をなすとすれば、生活保護の方のゼロ円と2,500円の方の線だけだろう。この方はもともと非常に低所得ですから意味があると思うんですけども、この「重度かつ継続」に関して我々が非常に問題だと思っているのは、実は一定所得税額の30万円以上の白い部分ですね。該当しない。つまり、所得税が30万円以上であって「重度かつ継続」でないと言われた方々が、今までは状態像に基づいてすべて判定をされて認められていたわけですけども、それが除外されてしまうことが非常に問題ではないかと私は思います。

この所得のことにしましてはさまざまな緩和措置が先の国会の衆議院の付帯決議、あるいは厚生労働大臣の答弁の中で示されて、かなり具体化されたので救済される方も多いかと思いますが、私どもが具体的な患者さんで見ますと、やはり配偶者がおいでになってかなりの収入がある方でも、例えば奥様が重度のうつ病にかかってしまって、なかなかそのご理解が得られない場合、この精神通院公費から脱落してしまって入院に至る場合もあるだろうと思います。

それから、子どもさんの場合は自動的に扶養に入ってしまうので、その中でお父様やお母様の収入がかなり高ければ、この白い枠に入ってしまう。ですから、むしろ「重度かつ継続」というのは高額的に医療費が発生して、負担上限額が幾らかという問題は精神の場合は余り5,000円以上というものがない。1割になればないだけに、余り大きな問題にならない。むしろそれよりも枠からはみ出る方がどれだけいるか。その方々が制度の趣旨、つまり入院を阻止して外来医療を維持するという制度の趣旨に反するかどうかということが一番大きな問題になるのではないかと私どもは危惧を持っております。

○佐藤座長 ほかにございますか。

○花井構成員 やはり2点なのですが、今、三野先生がおっしゃったように適用除外の部分の設けるというのは、先ほどの部長さんのお話でもそうですし、国会での大臣の答弁でもそうですけれども、根拠となる規定、法の精神はそのまま精神保健福祉法から自立支援法の方に移るんですよ、制度の趣旨はそのまま移るんですよという説明をしているんです。そして、大臣は明らかにそれを政省令で明記するとも回答しているんです。制度の趣旨が、そのまま法が引っ越したただけで本当にそれだけなのかというのは非常に私は疑問なわけです。

というのは、ご存じのように32条の制度の趣旨というのはもちろん精神障害者の方が疾病のために就労できないなど、経済的な困難がある。それに対する支援であるというのはもちろんそうです。しかし、この制度の趣旨はそれだけではないんです。なかなか治療の必要性に理解が得られない。それで、自ら進んで通院治療を継続することが困難であったり、あるいは継続的な治療が行われないと再燃、再発してまた悪くなってしまったり、社会復帰が一層困難になる。こういうことに対してどう社会的に支援するかというのがこの32条の趣旨なわけです。

そういう趣旨を本当に大臣を含めて皆さんが理解した上で、法が引っ越したただけなんですよということであれば、こんな適用除外なんか絶対出ないはずなんです。そこが私は非常におかしいところだと思います。口では引っ越したと言いながら引っ越しになっていない。制度の趣旨を一部損ねているというところを私は徹底的に議論したいと思っています。それが1点です。

それからもう一点は、「重度かつ継続」ということはどういう形で持ち出されてきたのかの経過そのものについては私は詳しくはわかりませんが、厚生労働省のここにおられる方々のこれまでの発言を聞いていますと、「重度かつ継続」ができたいきさつは、疾病として重度であれば医療費も高くなるだろう。それで、長くなれば重度な疾患であれば医療費も長く高いものが続くだろう。だから「重度かつ継続」なんだ。それに対する負担軽減策なんだというふうな発想で考えているように思えてならないんです。「重度かつ継続」というのは、果たしてそれでいいんですか。先ほど言ったように、制度の趣旨を本当に考えれば、重度ではなくて寛解して本当に月に1回でも外来治療に来て、それで状態が安定している。

では、そういう人たちは対象にしなくていいんですか。制度の趣旨というものをしっかり考えれば、疾患が重度であるかどうかとか、この疾患は対象だけれども、こちらの疾患は対象でないというような発想が、本当に精神障害者の社会復帰や安定した生活の維持を考えていく立場から述べられているとは到底私は思えないです。

○佐藤座長 その辺のところはどういうふうに考えていくかというところも疑問として出されておりますが、事務局の方から何かコメントがございますか。

○鷺見課長補佐 今、花井先生からお話のありました、先ほどの資料1の図表の右上の部分で、いわゆる一定所得以上、所得税額30万円以上の方が今回の自立支援医療の対象外になるということは問題ではないか。これは三野先生の方からもお話がございました。

私ども、この点につきましては冒頭に部長からも私の方からも申し上げたとおりですけれども、この制度自体について費用自体急増しているというようなことから、必要な医療を確保しながら制度を持続的で、しかも安定に供給するためにはどうしたらいいのか。そういうふう考えたとき、費用を皆で支え合う仕組みにする必要があるだろうということなんです。

これについては、逆に言うと右上のところの対象外にはなるんですが、逆にその所得の低い方であるとか、「重度かつ継続」の方々には上限額を設けるということで給付の重点化を図るとというのが今回の今、先生が言った1つ目の趣旨でございます。つまり、右上のところは対象外になるけれども、その分「重度かつ継続」であるとか、所得が少ない方にはちゃんと重点配分をするというのが今回の制度で今、言った費用負担の部分でございます。

また、今の一般の負担能力がある方については先生がおっしゃるように高額な医療費が発生した場合、医療保険どおりの負担額、もし非常に高い場合には高額医療費の対象になるわけですが、今回この自立支援法というのは必ずしも医療の部分だけではなくて福祉のことも含めて一体的でやるというようなことから、法律全体の趣旨をご理解した上でご議論いただければというのが私どもの考えです。

ただ、1つ申し上げたいのは、この検討会の中でご議論いただきたいと思っているのは、もちろんその趣旨自体についてご疑問があるというのはわかるんですが、基本的にこの検討会のスコープというか、そういったものは第1回に整理させていただいたとおりでございまして、まずは「重度かつ継続」の範囲についてご議論いただくということと、もう一つは精神の「重度かつ継続」の範囲についてご議論いただくということですので、そういった観点でご議論いただければというふうに事務局としては考えております。

○佐藤座長 よろしいでしょうか。そういう意味で、先ほどのご発言と今の事務局からの答弁というところに多少ご意見もあろうかとは思いますが、我々がここでディスカッションをしてほしいというか、しなければならないことは、まさにそここの具体的なデータを元にそういうものをどういうふうに整理できるかということで、今日はこの会を設けようというふうに前回もお話をしたわけでございます。

今日いろいろ2つのデータ、または追加のデータ等をいただきながら、このデータから

そういうことを考えていけるかどうかという点について、もう一度戻ってお話をいただきたいと思います。

○鷺見課長補佐 もし1点よろしければ、ご質問をさせていただきたいと思います。

冒頭、先生の方から、今回このデータ自体は公費負担のこういうようなものだけなので、おのずと高くなる傾向が出てしまうというお話があったのですが、逆に公費負担以外のものを含めて整理をすると、疾患別に見たときに公費負担を取っている疾患群というのはこういうものなのかということが明らかになってくるのでしょうか。例えば、統合失調症であればデイケアなどを使っているからどうしても公費負担を取っている割合が高くなっているとかということで傾向が高くなるということが言えるようなことであれば、そうしたデータもあると非常に勉強というか、参考になるかと思うのですが。

○三野構成員 非32条の患者さんのデータを全てお渡ししています。この場では議論にならないことだったのですが、それを見るとわかると思います。非32条に関しては、疾患はほとんど変わらないです。これは今、持っていますのでお配りしてもよろしいですが、変わらないです。

○鷺見課長補佐 花井先生の方はいかがでしょうか。

○花井構成員 そもそも私どもの結論としては、「重度かつ継続」を疾患名で、これが対象です、これは違いますと振り分けられる根拠がこのデータから得られないという結論を述べたわけです。いやそうではない。これから得られるはずだという意見を私は聞きたいんです。

○三上構成員 「重度かつ継続」が相当額の医療費が継続的にということ、医療費の額で決めるということなので、それぞれの疾患で患者さんによって医療費というのはかなり違うわけですから、ここのデータでもそれほどはっきりといわゆる上中下みたいな形できちんと分かれるようなものではないということで、こういうふうな疾患名を決めるということ自体がナンセンスというのか、ちょっと無理があるという気は非常にいたしました。それから、そもそも論で言えば障害者自立支援法、あるいは自立支援医療というのは障害者世帯自立支援医療ではないので、個人所得にさせていただくとこの範囲というのも右上の白い部分もやはり対象者が少なくなるのではないかという気がいたしますし、なおかつ更生医療・育成医療と全く医療費が32条と精神の場合は大分違いまして、身体障害者の場合の何十万というのとこういう2、3万というのとは全く違うので、「重度かつ継続」ということを余り言う必要がないというか、精神については自動的に32条の人は「重度かつ継続」という言葉を出さずにすべて対象にするという形の方が後で混乱しないのではないかと思います。

それから、最初に桑原先生が言われた、診断書を書く場合に指定医のような資格が要るのではないかという話ですが、外来の部分につきましては余り資格ということを使うと非常に難しい。指定医と書くのもなかなか難しいですし、必ず指定医が外来で見るということではないので、それは非常に難しいのではないかという気がいたします。

○竹島構成員 持続可能な制度というところにもう一回話を戻したいと思うのですが、先ほど私が申し上げたのは、Fのゼロから9まで、またてんかんも含めた場合は国民的広がりを持っていくわけです。これをすべて通院公費とか、今の自立支援医療の中で見ていくというのは、恐らく社会全体から見たときにどれほどの公平性があるのか、非常に難しい点も出てくるのではないかと思うわけです。ですから、この制度自体を持続可能な仕組みにしていくということをやるとするならば、やはり何らかの優先順位といった考え方がそこに導入されてしかるべきではなかろうかという気がするわけです。

ただ、私どもはまだレセプトの分析とか、質問調査等でその辺りの考え方の整理をしていきたいと思うのですが、その辺りに関してはある程度の意見の一致するところがあるのか、そここのところをもう少しお聞かせいただければ、我々もまた調査に反映させていくことができるかと思えます。

○三上構成員 今の自立支援化という話ですけれども、いわゆる3障害の問題で、精神の部分というのはその3障害のうちでも非常に規模が小さかったような気がするんです。いわゆる支援費とか、あちらの方は非常に大きくて、それをカバーするために精神に入ったんですけれども、精神自体は非常に規模が小さかったのではないかと思うんです。ですから、この部分を仮にすべて認める。すべて「重度かつ継続」に入れるという形にしても影響は非常に少ないのではないかという印象というか、記憶があるのですけれども、それはどうでしょうか。

○新村精神保健福祉課長 大ざっぱな数字を申し上げますと、精神通院に出ている予算上の額が五百数十億、それから更生医療が100億、育成が20億台ということで、実は精神通院が非常に大きいです。

○桑原構成員 行政の立場からみますと、地方自治体の精神保健関連予算の中でも通公費の比重が非常に大きくなってきていることは事実です。そのために保健福祉的なサービスにかかる予算が圧迫されているということがありまして、やはり総体的にどういう精神保健医療福祉支援を展開していくべきなのかを考えますと、通公費負担についての適正な基準というものを考えていく必要があるのではないかと思います。

では、今回のデータから「重度かつ継続」に該当する疾患名を決められるのかということ、私の実感では、これでそれを決めるということは難しいのではないかと思います。例えば、前回は申し上げましたけれども、今回のデータでも、統合失調症の方で5年以上継続している方は70%前後ですが、残りの30%の方はしていない。なかには、途中で軽快する方もいらっしゃるわけです。また、どういう方がどういう形で申請して来られるかということはいろいろな事情があろうかと思いますが、そういう意味でも医療的な側面だけで、例えば、継続が何年かとか、医療費がどのぐらいかというところで線引きすることはなかなか難しいのではないかと感じます。

その意味で、私はこの前、第1回のときに申し上げた、行政の方で「重度かつ継続」というところ、文字どおり重篤で継続的な医療が必要だということを総合的に判断するに

はもう一つ別な基準が必要になると思います。これは、精神の特殊性、要するに疾患と生活のしづらさ、障害とが渾然一体となっているということもありますが、やはり障害程度区分、これもなかなか難しいのですが、手帳で言う生活のしづらさにかかる総合評価なり、場合によっては GAF という案も出ましたけれども、そういったものをもう一つ変数として持ってこない、なかなか「重度かつ継続」ということをきっちりと整理していくことは難しいのではないかという気がいたします。

結論としては、行政の場で実際に担当しているところから見ますと、全部認めてあげられれば一番いいんですが、通公費関連予算がすごい勢いで伸びているということもありますので、バランスの取れた判定基準を導入するということも含めて、考え方を整理していくことが必要ではないかと思います。

○三野構成員 今の桑原先生のご発言で1つ気になりましたので、よろしいですか。

確かに、別の概念は生活のしづらさとか障害区分というものを入れなければいけないということは、障害者自立支援法全体の障害者の中で3障害の統合ということは極めて重要だろう。しかし、この自立支援の中の精神通院公費に限って言えば、そもそも精神保健福祉法の32条にあった外来医療の精神医療における医療の普及ということが制度趣旨なんです。それは変わらないということは衆議院の先の議員での質問でも確定されております。そういう意味からいいますと、福祉制度あるいは福祉の中での障害、つまり固定化された障害の中でどうなるかということの概念が入ってしまうと、また極めて難しい問題が出てくるということは少しご勘案いただきたいと思います。

もう一つ、竹島先生が言われた制度の持続可能性ということに関してどうなのかと言え、今、増大しているものが一体どういうふうな原因で増大しているかということ、これから先、あと3年あるわけですから考えていかなければいけないけれども、やはり薬剤費が極めて高くなっているとか、失業者の増大とか、こういった社会的な要因というものもひとつあるだろうと思いますけれども、制度の持続可能性ということで言えば現在の判定指針と、それから審査体制をきちんと強化することだけでも、もう少しこれは抑制できるのではないかと。きちんとした厳正な運営ができれば、例えば合併症の問題とか、先ほど地方格差の問題がございましたけれども、それが全く触れられていない場合もあるわけです。その辺をきちんと運営していくということがまず先決であって、先ほど花井構成員からご意見がございましたけれども、そちらの方をいじらないで先に疾患を制限するという形でやっしまえば公正さを欠くのではないかと私は思います。現在の運営指針を厳正に運営する中で、制度の持続可能性はあると私どもは考えております。

○佐藤座長 時間にもなってきましたけれども、もう少し続けてやりたいと思いますので、どうぞ。

○竹島構成員 通院は、各都道府県がほとんどおしなべて99%の申請が承認されるということで並んでいる数字がございます。私の研究のところから少し外れてしまうかもしれませんが、なぜそういうことなのか。つまり、もともとの成り立っている土台というものが

各都道府県によって差が生じていて、それを都道府県の単位でなかなか修正がしにくいという問題であるのか。

そうすると、例えばこちらで書いている統合失調症、狭義のそううつ病、難治性てんかん、この辺りについて意見の相違が大きくあるものではないと思うんです。ただ、少なくともこの制度が持続的に発展していくには、そこにおいて生じた問題点や不公平を是正していく仕組みですよね。あるいは、それを分析してその次の制度の改正に生かしていく仕組みだとか、審査の仕組みに反映していく仕組みだとか、持続可能にするための仕組みというものがきちんと議論されていくことによって、制度の持続性ということはある程度担保できるのではないかと。あるいは、そのように分析することによって、社会全体にもこの制度の必要性を示していくことができるのではないかと。

○三野構成員 「重度かつ継続」がそうだということですか。

○竹島構成員 「重度かつ継続」の議論で、そういうことが必要なことなのではないだろうかという気がするんです。そういう意味で私は特別研究というものが重要だと思いますし、ここの検討会の場面で優先順位としてまずはこの人たちを第一に助けていきたいという部分がある程度議論ができると、我々は社会に対してもそれはこたえていけることなのかなという気持ちでここにおります。

○佐藤座長 今のお話で、もう一度先生の研究のためにも我々のここでのディスカッションの部分を確認したいと思います。今日のデータを見せていただいて、三野委員からまさに指摘があったように、患者数が少ないところは根拠となりませんということで、三野委員は多分七十くらいの例数があれば検討に耐えうるだろうと申されたわけですが、さらに分散を見ながら今後の研究においてどの程度の数できっちりと統計的に言えるかということも含めて検討いただくことになろうと思うのですが、是非それをお願いしたいと思います。

今日のデータを見ると、ばらつきもあるようで、患者数では1けた台のものもありますので、そういうことを含めて是非このデータをもう一回検討に載せていいデータでもって見直すことも必要かと思えます。また、「継続」でございますが、精神の場合には継続的に治療の必要性があるということで、そのところの違いがないということは、ここは明らかでございますので、「重度かつ継続」の継続という部分では大きな差がないとすると、この表にあるように医療費の上では大きな違いがあるように思うのですが、先ほど話されたように今後のことを考えたときに、こういう額の差というものを何らか検討して、今日のデータからのディスカッションということができないのか。また、今後に向けてそういうことについてどういうふうと考えていけばいいかというような方向も少しご検討いただくことがあればお願いしたいと思います。

○竹島構成員 データのことで申し上げますと、件数の分布とかはこの一覧データからも続けて出すことができるのですか。それとも、分布は難しいですか。

○三野構成員 件数の分布は全部データはございます。非32条も含めて出ております。



ただ、先ほど佐藤先生が言われたような、かなり数が少ないものに関してもう少し増やすとかということは、32条のそもそもの判定指針から言ってほとんどあり得ないような疾患群もあるわけですから、そういう意味から言うとむしろ例えば精神発達障害の方は非常に数が少ないということはあっても、これが精神病性のものになってしまえば別の疾患群に入ってしまうということになるわけです。例えば、妄想があれば妄想性障害の方にいってしまうので、幾ら母集団を増やしても数は増えないだろうと思います。

○佐藤座長 私は議長で申し上げるのもあれなんですけど、そのときに母集団が少なくてもそここのところの分布を見て、その数ではっきり言えるのかどうかということもあろうと思いますので、またそのデータも……。

○三野構成員 データはお出しします。

○佐藤座長 そういう意味でも、先生に続けてご検討いただくという方向に今日のディスカッションをさせていただければと思いますし、また先ほど三野先生の方からはF6などは重複しているので、こういうものは一応別なところでも救えているのではないかと、そういうご意見もあったのですが、そういうようなことも踏まえて少しこのデータの読みからいろいろなことが言えないかどうか。

○竹島構成員 では、もう一点教えていただきたいのですが、この診断のカテゴリーですけれども、優先順位が何かの共通の仕組みでされているのか。そここのところはどんな形なんでしょうか。

○三野構成員 私どもは生のデータとしてできるだけ客観的に出したいと思いましたが、32条に申請をしたときの病名を出しました。本来、例えば医学的に言えばDSM-IVを使えば多軸分類になって2つになる場合もありますけれども、現実に申請を出している主たる傷病名で出して、それで分類をしております。当然F7とかF8というのは非常に少なくなっていて、別の疾患群に入ってしまう場合もあるだろうと思います。

○花井構成員 ちょっとすっきりしないのでもう一回言わせてもらいますけれども、我々も制度の持続的な維持をやっていくために、ある程度負担できるものは負担していただくという考えについては、負担増は反対だというふうに少なくとも私は一概に言っているわけではないんです。例えば原則1割負担というのはやむを得ないだろう。しかも、そこに負担上限額を設けるのであれば、それを見込んでいくというのは今としては必要だろうという認識は持っているんです。

ただ、その1割負担の中で負担上限を設ける、その基準を疾患によって定めるということは不可能だという結論を私は今日、言ったのであって、それはここでの論議として、疾患でそれを決める可能性はまだ残っていますよというご意見なのか。その辺をひとつはっきりと私はしていただきたい。その辺をあいまいにして進まれるのはどうもよくないと思います。頑固ですけども。

○佐藤座長 議長がそういう誘導をしているわけではございませんけれども、今日はデータの上から客観的な分析をして我々に課せられたテーマに答えを出すという方向をどうい

うふうに進め得るかということについて、もう少しご意見をいただきたいということでございましたので、このデータの見方というのはいろいろあろう、また解釈の仕方もいろいろあろうと思いますので、その辺はもう少しいろいろな方のご意見もいただきながら今日の基本的なスタンスのディスカッションをもう少し続けたいと思います。

○花井構成員 ただ、タイムリミットがあるでしょう。話によると、11月上旬が第3回で、それで終わりたいという意向があるようですから。

○三野構成員 自治体に示すためのタイムリミットがあるわけですね。

○鷲見課長補佐 今、法案審議をしている最中にはありますけれども、このままもし審議が終わりまして、その後、予定どおり4月から施行ということになった場合、実際にある程度その準備期間が必要になるということから、ぎりぎりいっぱいのリミットが11月末だというのが私たちの認識なんです。

そう考えますと、11月中には遅くとも結論を得たいということで、次回が11月9日ということで先生方には日程を確認させていただいておりますので、そのときに改めてご議論いただければと事務局としましては考えております。

○三野構成員 何度も申し訳ないのですが、やはり疾患別のデータだけで更に新たに検討するというのは、どうやっても統計的に実証的に分析しても難しいだろうというのが私どもの結論でございます。多数該当ということでどれぐらい多数かということはわかるかもしれませんが、私どもが出したデータの中でこの疾患はこれだけ有意に高いからこうだと、統計学的に出してこれを付け加えるというのは非常に難しいのではないかと印象はございます。

○佐藤座長 そのほか、ご意見はいかがでしょうか。今の「重度かつ継続」ということで精神に限定してということでございますけれども。

○中澤構成員 専門が全く違いますのであれですけれども、花井構成員あるいは三野構成員が示されたデータがある意味でのサイエンティスとして見ますと、これを疾患でくくるのはまず無理だろう。疾患で決めてしまうのは無理ではないかという印象は持ちます。先ほど竹島構成員が言われた分布ということもやはり知りたいということはあるし、分布によりますとそういうある程度の重度かつ継続の負担群というものが出てくると思いますし、頻度も出てくるだろうし、そういうことでそういう分析をなさるといいのではないかと私は思います。

今のご議論に、私は1つは日精協さん、日精診さんがまとめられたこういうデータというのはそういうことを十分に示しているデータではないかと、私はこれをサポートしたいと思います。

○佐藤座長 そのほかにもどうでしょうか。今日の我々のディスカッションの課題についてですが、よろしいでしょうか。

では、先生から最後でございますか。

○竹島構成員 三野構成員が言われていた審査といったところの仕組みの中で、例えば神

経症性障害の中でもこれは重症であるという部分が仮にあるとしたら、その部分をどういった事例であるということによってクリアにしつつ、かつそれがどれぐらい実際に含まれるかということをはっきりとさせていくことによって議論が進まない部分が整理できるのではないだろうかという気がします。そういったところが今の構成員のメンバーで早急に整理ができる情報ではないかと考えます。

○佐藤座長 では、時間になってまいりましたので、今日はいろいろのディスカッションをいただきながら結論に至ってはおりませんが、次回の本検討会において、先ほどからもタイムリミットがあるということがございますので、結論が得られるように、もう少し関係者と議論をする必要があると考えております。次回までに新たにご意見があれば、またデータについてももう少し分析をいただくことがありましたら、そういうものを事務局に登録いただきたいと思います。

○中澤構成員 その他というところを少し待っておりましたが、自立支援ということは先ほども少しお話がありましたようにご本人の自立ということ、社会復帰ということ、あるいは社会化ということだろうと思いますけれども、この中で育成医療というのは18歳未満が対象であるとするならば、これはご家族の支援ということになるのかなど。そうしますと、その守備範囲そのものが少し違うのかなということが1つ気になります。こういうことはもうご議論が済んだ話だろうと思いますが、ただ、ここで私がこの会議に出席させていただきましてときにも最初に疑問を呈した点でございます。

それからもう一点は、これが精神の場合には外来というふうなことで限定をされておりますが、私は循環器で育成医療あるいは更生医療に深く関わっておりますけれども、特に育成医療に関しましては年に2回あるいは事によっては3回の手術を受ける方がおられる。そうすると、これから調査をしていただくということでもありますので、外来ということだけではなくて入院ということの調査も少しお含みいただきたい。私自身は育成医療をこの中に含めること自体、基本コンセプトが違うのではないかとということもあるのですが、これは議論が済んだということだろうと思いますので、そこは疑問のまま空けておきたいと思いますが、経費の負担、医療費の負担ということに関しまして言えば、育成医療というのは入院も含まれますので、その点が大きなポイントになるであろうということです。もう一つは、3障害を一緒にしていただいて、今、課長さんが言っていただきました公費負担が500億、育成医療が20億、そして全体が増えておられる。ですから、少しくらいことを考えていこうというご発言だったやに受け止めたわけですが、では個々の3障害の部分の変化率はどうなんだろうか。なぜこの育成医療が同じ土俵に踏み込んでその負担額というか、公費負担額を減らさないといけないのだろうか。その辺も私は疑問が解けない気がします。その辺のところを次のときでも事務局からお返事がいただければいいかと思っております。以上です。

○上小鶴構成員 今のことは、更生医療に関しても金額などが資料として提出がなされていないですね。実はデータは国会で非常に問題になったこともありましたし、その辺がデ

ータなしでの議論になってしまっている部分があります。我々も更生相談関係でのデータはある程度持っていますけれども、その辺も含めて検討が必要かと思っております。

○佐藤座長 竹島先生を中心にした研究会も今、動き出しているということも踏まえて、また次回にお答えいただく部分もあるかと思いますが、大分時間をオーバーしてしまいましたので、これで今日の会は終わりたいと思いますが、よろしいでしょうか。

では、最後に事務局から何かご連絡がございましたらお願いします。

○鷲見課長補佐 先ほど申し上げましたが、第3回の会議が来月の9日午後3時から開催される予定になっております。引き続きよろしく願いいたします。私どもの方で先生方とご相談させていただきながら、必要なデータなどについてご協力いただくことがあるかもしれませんので、その際はどうぞよろしく願いいたします。

○佐藤座長 それでは、これをもちまして第2回の自立支援医療制度運営調査検討会を閉会いたします。どうもありがとうございました。

(照会先)

【自立支援医療制度運営調査検討会事務局】

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部

精神保健福祉課 医療費係

岩倉 慎

TEL: 03-5253-1111 (内線 3057)

FAX: 03-3593-2008