

公費給付台帳に基づく小児内分泌疾患 実態調査の問題点

(山梨医大小児科) 加藤 精彦
大山 建司

〈目的〉

公費給付は台帳に基く小児慢性疾患の実態調査には、各疾患群に共通する問題点も幾つか指摘されており、今後給付台帳に基く実態調査を継続して行っていく場合改善すべき点を明確にしておく事は、より正確な資料を得る上で重要なことと考え、今年度は内分泌疾患を中心に各疾患群に共通する問題点を調査し、次年度以降の研究課題の参考とすることを目的として検討を行った。

〈方法〉

1. 各慢性疾患が正確にその所属する疾患群に属しているか否かを調査する。
2. 診断名不明例が実態調査の分析をいかにさまたげているかを調査する。
3. 国庫対象外の医療給付を各地方自治体がどの程度認めているかを調査し、医療給付の地域差と申請疾患数との関連性を検討する。
4. 他の厚生省研究班による実態調査と本研究班による実態調査を比較し、その差異の原因を究明する。

〈結果および考察〉

現在9つに分類されている疾患群とその各々に属する疾患が正確に疾患群一疾患として一致して分類されているか否かを内分泌疾患で調査した結果を表1に示す。内分泌疾患に属する疾患のうち9疾患が、その一部を他の疾患群に属していたことが明らかとなった。即ち28例が先天代謝異常群に属しており、そのうち18例はクレチン症であった。慢性腎疾患群に7例が属しており、うち5例が尿崩症であった。さらに甲状腺腫3例が喘息群に属していた。このような所属疾患群の誤まりは、医師が申請書類に病名および疾患群を記載する際に起ったか或いは申請書類を疾患群別に分類して台帳に記載する際に起ったかのいずれかと推測されるが、このような現象は他の疾患群相互の間でも相当数認められる可能性があり、今後各疾患群別の総数を把握する上で注意すべき点と考える。

次にこれは前年度から各班員によって指摘されていることだが、診断名不明の疾患について調査した結果を表2に示す。内分泌疾患総数は3,305例で、そのうち診断不明例が708例あり、これは総数の21.5%に相当する。診断不明例の詳細は表2の如く、給付台帳に診断名を記載していないためのものが654例で92.2%を占め、特に東京都が565例で79.8%を占めており、これは内分泌疾患総数の17%に相当する。診断不明の原因が東京都他5県の診断名不記載に原因することは各疾患群に共通しており、特に症例数の少ない疾患群においては疾患総数の把握とその分析の上で大きな問題点となっている。医師による申請書類には必ず診断名を記載しており、それを台帳に写してコンピュータ

一処理することはそれほど繁雑なことではなく、今後は全国的に統一した書式で記載すべく、記載台帳、記載項目の整理検討を行い、その方針にのっとって記載するよう各都道府県を指導していくべきと考える。

次に給付台帳に基いた内分泌疾患の実態調査が実際の患者数をどの程度反映しているかを、各都道府県による医療給付条件の地域差との関連、および他の厚生省研究班による実態調査結果との比較から検討した結果を示す。表3に疾患数上位5つの疾患別、入通院別、都道府県別の症例数を示す。現在国庫負担による内分泌疾患の医療給付規定では、入院、通院共医療給付の認められている内分泌疾患は下垂体性小人症とクレチン症の二疾患のみであり、他の疾患は1ヶ月以上の入院のみ国庫負担の対象となっている。そして国庫負担とは別に一部の都府県では地方自治体の負担による医療給付の規定が設けられており、そのため、各都道府県の財政状態により、医療費の公費負担にかなり地域差が認められるのが現状である。このような公費負担の地域差が都道府県別申請症例数に与える影響は極めて大きいと考えられる。表3左端の入通院は、このような公費負担の地域差を示したもので、入通院と記載してあるのは国庫負担以外の疾患即ちクレチン症と下垂体性小人症以外の内分泌疾患でも入院、通院いずれも公費負担を認めている地域である。しかし同じ入通院可でも、例えば千葉県では入院後の通院のみを認めており、愛知県では下垂体機能障害に限り、1ヶ月未満の入院も認めており、長崎県では7才以下の小児のみ入通院を認めるといった具合に、その詳細は地域毎に微妙に異なっている。下垂体性小人症、クレチン症、副腎性器症候群については後述するが、表3の疾患別総数で最も注目されるのはグレース病が非常に少数のことである。グレース病では1ヶ月以上入院となる症例は少ないと考えられるため、国庫負担のみの規定の地域では症例数は少ないと予想されるが、入通院共可の地域でも広島県で50例申請されている以外は極めて少数である。実際、大学病院、小児病院では数十例のグレース病を治療していると予想され、グレース病患者数は表3に示した総数の10倍以上と推測される。しかし表4の272例について入通院可の地域とそれ以外の地域で症例数を比較してみても、入通院可の地域で140例、51.5%と半数以上を占めており、通院可の規定による影響は大きいと考えられる。いずれにしてもグレース病患者の申請数は実際の患者数を反映しているとは考えられず、実態把握には別の方法による調査が必要と考えられる。次に国庫対象外の入通院を認めている都府県とそれ以外の道府県での内分泌疾患上位5位までの各々の総数に対する割合を表4に示す。人口10万人当りの医療給付者数は当然ながら国庫対象外の入通院を認めている地域の方が多い。その内容を見ると、クレチン症以外の疾患では国庫対象外の入通院を認めている地方が上位5位までの4疾患の比率が高値を示している。下垂体性小人症に関しては、現在成長ホルモンによる治療が限られており、特定の都府県に集中する傾向があり、それが国庫対象外の給付を認めている地域ともほぼ一致しているためと考えられる。クレチン症以下の疾患に関しては、入通院共認めている地域ではグレース症、副腎性器症候群、尿崩症の比率が高値を示しており、これは医療給付の地域差を反映していると考えられる。国庫対象のみを認めている地域ではグレース病以下の疾患が申請対象となりにくいため申請されず、相対的にクレチン症の比率が高くなっていると考えられる。以上述べた如く、給付台帳に基いた実態調査では種々の要素がからみ合っており、この方法による実態調査は現状のままでは限度があると考えられる。そこで他の厚生省研究班による実態調査と本研究班

による実態調査と本研究班の結果を比較してみたのが表5である。先天性副腎過形成は、厚生省先天性副腎過形成の疫学的調査（諏訪らによる）によると15才以下の小児は353例で、そのうち給付台帳に診断名のない都県で78例、52年現在で死亡した症例が40例あり、これらを除くと235例となる。これに53年度の発症例を加えると、本研究班の調査より100例以上多いと考えられる。我々の調査による134例中入院共認められている地域での申請が64名で48%を占めており、本疾患を1ヶ月以上の入院のみ公費負担としている地域の多いことが、我々の調査での本疾患の症例数を少なくしている大きな要因と考えられる。下垂体性小人症、クレチン症は入院共国庫負担を認めており、医療給付の地域差がない疾患である。下垂体性小人症は50年頃より成長ホルモン治療が一般化され、全国的に低身長に対する関心が高まったため、低身長を主診とする患者が急増してきた。しかし53年度の我々の調査（図5）は50年度に行われた下垂体機能障害研究班の報告による年間予想患者数を大きく上まわっている。その原因としては、内分泌疾患の検査は高額の費用を要するため、疑わしい患者の検査を公費負担で行っている可能性もある程度推測されます。ちなみに、下垂体性小人症で、診断治療に必要な最少限の入院検査を行った場合、その保険点数は15,000～20,000点に達し、患者負担はかなりの高額となる。クレチン症は53年度の我々の調査で467例あり、他に全国調査がないため実数の比較はできないが、この患者数は実際の患者数よりかなり少ないと推測される。その理由としては、54年度から実施され、55年度にはほぼ全国的に施行されるようになった新生児のクレチン症マス・スクリーニングで55年度には99名のクレチン症が発見され、出先数5,800名に対して1例と、ほぼ他国の発生率調査の結果と一致しているにもかかわらず、マス・スクリーニングの施行されていなかった53年度の我々の調査では1才未満の申請患者数は18名と極めて少数であり、本疾患の大多数が早期発見されずに看過されていた可能性の強いことがあげられる。クレチン症で、精薄又は脳性麻痺として養護施設に入れている患者が少なくないこともその理由の1つとなると考えられる。今後はクレチン症の申請患者数は急速に増加していくと予想される。

以上、給付台帳に基いた内分泌疾患実態調査における問題点は、1) 各内分泌疾患の属する疾患群が内分泌疾患群以外の場合が一部認められ、疾患群－疾患の統一が不十分である。2) 診断名不明例は大部分が台帳への診断名不記載によっており、特に東京都がその大半を占めている。3) 医療の公費負担の規定に地域差があり、それが申請患者数の地域差に大きな影響を与えている。等があげられると考えるが、今後給付台帳に基いた実態調査をすすめていく場合、早急に改善すべき点としては、疾患群別に診断名を統一し、可能であれば診断名を列挙して、その中から診断名を選択し、きちんと台帳に記載して診断不明例を減少させることである。現在は診断名は医師の記載をそのままコンピューターに入れてあるため、55年度の研究報告によっても診断名の重複、混乱がかなり認められる。55年度の研究報告で、各疾患群別に診断の混乱していると思われる部分を大まかに示したのが表6である。各班員により次年度以降の研究課題に診断名の統一、整理をいかにすべきかという事を加えて頂けたら、今後給付台帳の記載を全国的に統一する場合非常に参考になるのではないかと考えて、ここに挙げた次第である。

〈結 語〉

内分泌疾患を中心にして給付台帳に基く実態調査の問題点をあげてその原因を探り、今後早急に改善すべき点として診断不明例の減少と診断名の統一が肝要であることを述べた。

表 1 他の疾患群に含まれていた内分泌疾患

	内 分 泌 疾 患	先 天 代 謝 異 常	慢 性 腎 疾 患	喘 息
下垂体性小人症	1035 (99.8%)	2 (0.2%)		
クレチン症	469 (96.3%)	18 (3.7%)		
先天性副腎過形成	146 (99.3%)		1 (0.7%)	
尿崩症	74 (93.7%)		5 (6.3%)	
思春期早発症	72 (98.6%)	1 (1.4%)		
睾丸機能低下症	43 (93.5%)	2 (4.3%)	1 (2.2%)	
低血糖症	40 (93.0%)	3 (7.0%)		
ターナー症候群	40 (97.6%)	1 (2.4%)		
甲状腺腫	29 (87.9%)	1 (3.0%)		3 (9.1%)
総 計	1948	28	7	3

表 2 昭和53年度
小児慢性特定疾患医療給付に関する実態調査

	男 児	女 児	不 明	計
慢性下垂体機能障害	821	439	14	1274 (38.5%)
慢性甲状腺機能障害	252	593	10	855 (25.8%)
慢性副腎機能障害	93	104	3	200 (6.1%)
慢性性腺機能障害	45	53	1	99 (3.0%)
慢性上皮小体機能障害	29	29	1	59 (1.8%)
糖尿病以外の膵内分泌障害	31	13	0	44 (1.3%)
※診断不明	300	378	0	708 (21.5%)
そ の 他	30	36	0	66 (2.0%)
総 計	1601	1645	59	3305

※診断不明 708

東 京	565 (79.8%)
和歌山	23 (3.2%)
宮 崎	19 (2.7%)
富 山	18 (2.5%)
秋 田	15 (2.1%)
高 知	14 (2.0%)
総 計	654 (92.3%)

表3 内分泌疾患における疾患別、入通院別、都道府県別症例数

(53年度現在)

	国庫対象外 の入通院	下垂体性小人症			クレチン症			グレース病			副腎性器症候群			尿崩症			都道府県別 総数
		症例数	ヨコ %	タテ %	症例数	ヨコ %	タテ %	症例数	ヨコ %	タテ %	症例数	ヨコ %	タテ %	症例数	ヨコ %	タテ %	
北海道		26	24.5	2.5	27	25.5	5.8	11	10.4	4.0	6	5.7	4.5	1	0.9	1.4	106
札幌市		8	18.6	0.8	7	16.3	1.5	7	16.3	2.6	0	0	0	1	2.3	1.4	43
青森県		4	16.7	0.4	7	29.2	1.5	1	4.2	0.4	2	8.3	1.5	5	20.8	6.8	24
岩手県		20	57.1	1.9	6	17.1	1.3	5	14.3	1.8	0	0	0	1	2.9	1.4	35
宮城県		17	53.1	1.6	2	6.3	0.4	1	3.1	0.4	4	12.5	3.0	0	0	0	32
秋田県																	15
山形県		7	26.9	0.7	7	26.9	1.5	1	3.8	0.4	1	3.8	0.7	1	3.8	1.4	26
福島県		11	64.7	1.1	0	0	0	1	5.9	0.4	0	0	0	0	0	0	17
茨城県	入通院	22	36.7	2.1	6	10.0	1.3	4	6.6	1.5	1	1.7	0.7	4	6.7	5.4	60
栃木県	入通院	40	35.4	3.9	11	9.7	2.3	15	13.3	5.5	13	11.5	9.7	1	0.9	1.4	113
群馬県		12	29.3	1.2	10	24.4	2.1	6	14.6	2.2	0	0	0	0	0	0	41
埼玉県		81	51.9	7.8	12	7.7	2.6	12	7.7	4.4	13	8.3	9.7	2	1.3	2.7	156
千葉県	通院	12	18.8	1.2	32	50.0	6.8	6	9.4	2.2	6	9.4	4.5	2	3.1	2.7	64
東京都	入通院																565
神奈川県	入通院	35	41.2	3.5	12	14.1	2.6	13	15.3	4.8	2	2.4	1.5	1	1.2	1.4	85
横浜市	入通院	23	46.9	2.2	10	20.4	2.1	0	0	0	2	4.1	1.5	2	4.1	2.7	49
川崎市	入通院	24	40.0	2.3	8	13.3	1.7	5	8.3	1.8	2	3.3	1.5	0	0	0	60
新潟県		8	38.1	0.8	3	14.3	0.6	0	0	0	2	9.5	1.5	4	19.0	5.4	21
富山県																	18
石川県	通院	12	52.2	1.2	3	13.0	0.6	0	0	0	0	0	0	2	8.7	2.7	23
福井県		10	58.8	1.0	1	5.9	0.2	0	0	0	0	0	0	1	5.9	1.4	17
山梨県		10	55.6	1.0	0	0	0	3	16.7	1.1	1	5.6	0.7	1	5.6	1.4	18
長野県		22	43.1	2.1	6	11.8	1.3	2	3.9	0.7	1	2.0	0.7	4	7.8	5.4	51
岐阜県		1	1.3	0.1	26	32.5	5.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80
静岡県		39	34.8	3.8	13	11.6	2.8	14	12.5	5.1	10	8.9	7.5	7	6.3	9.5	112
愛知県	一部入院	62	38.0	6.0	57	35.0	12.2	4	2.5	1.5	8	4.9	6.0	2	1.2	2.7	163
名古屋	同上	52	63.4	5.0	17	20.7	3.6	5	6.1	1.8	0	0	0	0	0	0	82
三重県		6	33.3	0.6	2	11.1	0.4	3	16.7	1.1	2	11.1	1.5	1	5.6	1.4	18
滋賀県	入通院	10	52.6	1.0	0	0	0	1	5.3	0.4	2	10.5	1.5	0	0	0	19
京都府		11	37.9	1.1	6	20.7	1.3	5	17.2	1.8	0	0	0	1	3.4	1.4	29
京都市		21	48.8	2.0	7	16.3	1.5	3	7.0	1.1	2	4.7	1.5	1	2.3	1.4	43
大阪府	入通院	139	57.4	13.5	14	5.8	3.0	23	9.5	8.5	16	6.6	11.9	5	2.1	6.8	242
大阪市	入通院	88	79.3	8.5	2	1.8	0.4	7	6.3	2.6	1	0.9	0.7	2	1.8	2.7	111
兵庫県		29	29.0	2.8	21	21.0	4.5	21	21.0	7.7	3	3.0	2.2	2	2.0	2.7	100
神戸市		9	33.3	0.9	6	22.2	1.3	1	3.7	0.4	1	3.7	0.7	0	0	0	27
奈良県		6	30.0	0.6	5	25.0	1.1	3	15.0	1.1	2	10.0	1.5	1	5.0	1.4	20
和歌山県																	23
鳥取県		5	26.3	0.5	3	15.8	0.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
島根県		5	29.4	0.5	3	17.6	0.6	1	5.9	0.4	2	11.8	1.5	1	5.9	1.4	17
岡山県		5	12.2	0.5	22	53.7	4.7	3	7.3	1.1	2	4.9	1.5	0	0	0	41
広島県	入通院	28	18.4	2.7	9	5.9	1.9	50	32.9	18.4	6	3.9	4.5	8	5.3	10.8	152
山口県	入通院	4	26.7	0.4	1	6.7	0.2	3	20.0	1.1	3	20.0	2.2	1	6.7	1.4	15
徳島県		14	58.3	1.4	5	20.8	1.1	5	20.8	1.8	0	0	0	0	0	0	24
香川県		12	57.1	1.2	5	23.8	1.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21
愛媛県		19	63.3	1.8	5	16.7	1.1	0	0	0	0	0	0	2	6.7	2.7	30
高知県																	14
福岡県		10	35.7	1.0	7	25.0	1.5	5	17.9	1.8	1	3.6	0.7	0	0	0	28
北九州市		8	44.4	0.8	6	33.3	1.3	2	11.1	0.7	0	0	0	0	0	0	18
福岡市		3	23.1	0.3	3	23.1	0.6	3	23.1	1.1	0	0	0	0	0	0	13
佐賀県		8	34.8	0.8	8	34.8	1.7	2	8.7	0.7	0	0	0	1	4.3	1.4	23
長崎県	2一部通院	2	4.8	0.2	9	21.4	1.9	4	9.6	1.5	2	4.8	1.5	2	4.8	2.7	42
熊本県		11	25.6	1.1	11	25.6	2.3	6	14.0	2.2	3	7.0	2.2	2	4.7	2.7	43
大分県		2	11.1	0.2	6	33.3	1.3	0	0	0	6	33.3	4.5	2	11.1	2.7	18
宮崎県																	19
鹿児島県		11	42.3	1.1	9	34.6	1.9	4	15.8	1.5	1	3.8	0.7	0	0	0	26
沖縄県		9	26.5	0.9	11	32.4	2.3	1	2.9	0.4	5	14.7	3.7	0	0	0	34
合計		1033	31.3	100	469	14.2	100	272	8.2	100	134	4.1	100	74	2.2	100	3305

(1)慢性下垂体機能障害について入院

(2)7才未満の通院

表 4 内分泌疾患に対する都道府県別単独医療給付の有無の症例数に対する影響

	医療給付者数 人口10万当	都道府県別内分泌疾患総数に対する疾患別症例数の割合※(%)				
		下垂体性 小 人 症	クレチン症	クレーブ ス 病	副腎性器 症 候 群	尿 崩 症
国庫対象外の入通院を 認めている都府県 (東京、大阪+10県)	3.8人	42.4%	12.2%	12.7%	5.4%	2.9%
同 上 を認めていない道府県 (北海道、京都+33県)	2.2人	36.8%	21.1%	8.7%	4.8%	2.7%

(※東京、他6県は診断名記載ないため除く)

表 5 昭和53年度小児慢性特定疾患医療給付者実態調査と
他の厚生省研究班による実態調査との比較

1) 先天性副腎過形成

	男 児	女 児	計
53年度小児慢性特定疾患 医療給付者	64	82	146
先天性副腎過形成の 疫学的調査(43~52年)	144	209	353

2) 下垂体性小人症

	男 児	女 児	計
53年度小児慢性特定疾患 医療給付者	710	313	1023
下垂体機能障害調査 研究班(50年度)	396	170	566

3) クレチン症

	0~11ヶ月	1~5才	総 計
53年度小児慢性特定疾患 医療給付者	18	192	467

	新生児マススクリーニングによる発見例数	
	54年度	55年度
先天性甲状腺機能低下症の 早期発見に関する研究班	41 (1/8200)	99 (1/5800)

表 6 診断名記載の有無、および
診断名重複に関して

1. 診断名記載なし

東京都、秋田県、富山県、和歌山県、高知県、宮崎県

2. 診断名の重複

a) ぜん息 慢性呼吸器疾患

喘息性気管支炎、小児喘息、慢性気管支炎



非喘息性気道閉塞性疾患(気管、気管支奇型、慢性気管支炎)

びまん性間質性肺炎

b) 慢性腎疾患

ネフローゼ症候群、慢性腎炎の分類

c) 若年型糖尿病

新らしい糖尿病分類による疾患名

d) 悪性新生物と血液疾患

白血病の分類、血小板疾患、溶血性貧血の分類

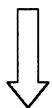
e) 内分泌疾患

副腎機能障害、甲状腺、性腺疾患の疾患名



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



目的

公費給付は台帳に基く小児慢性疾患の実態調査には、各疾患群に共通する問題点も幾つか指摘されており、今後給付台帳に基く実態調査を継続して行っていく場合改善すべき点を明確にしておく事は、より正確な資料を得る上で重要なことと考え、今年度は内分泌疾患を中心に各疾患群に共通する問題点を調査し、次年度以降の研究課題の参考とすることを目的として検討を行った。