

表3. 主傷病別請求点数の平均値とその内訳

	器質性精神障害 (F0)			精神作用物質による障害 (F1)			統合失調症圏(精神分裂病) (F2)			気分障害 (F3)		
	n	平均値	%	n	平均値	%	n	平均値	%	n	平均値	%
請求点	66	4988.4	100.0	83	3130.0	100.0	798	2914.5	100.0	444	2089.6	100.0
再診		252.9	5.1		216.6	6.9		178.8	6.1		152.5	7.3
在宅		98.2	2.0		89.2	2.9		2.7	0.1		0.7	0.0
投薬		900.9	18.1		1013.2	32.4		1231.3	42.2		1053.1	50.4
検査		21.9	0.4		107.6	3.4		47.4	1.6		39.4	1.9
画像診断		4.2	0.1		1.4	0.0		0.7	0.0		0.0	0.0
精神科DC		699.6	14.0		1074.5	34.3		800.6	27.5		250.2	12.0
痴呆DC		2576.2	51.6		6.0	0.2		49.3	1.7		15.9	0.8
通院精神療法等		343.2	6.9		553.4	17.7		565.4	19.4		551.8	26.4
注射手術等		91.3	1.8		68.1	2.2		38.2	1.3		26.0	1.2

	神経症性障害等 (F4)			生理的障害等(摂食障害等) (F5)			人格障害 (F6)			精神遅滞 (F7)		
	n	平均値	%	n	平均値	%	n	平均値	%	n	平均値	%
請求点	151	1652.9	100.0	11	1773.6	100.0	26	4851.3	100.0	7	772.3	100.0
再診		136.1	8.2		148.9	8.4		303.9	6.3		170.6	22.1
在宅		0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0
投薬		836.2	50.6		883.7	49.8		1833.5	37.8		174.6	22.6
検査		45.3	2.7		226.6	12.8		76.9	1.6		0.0	0.0
画像診断		7.3	0.4		0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0
精神科DC		105.1	6.4		0.0	0.0		1823.2	37.6		0.0	0.0
痴呆DC		0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0
通院精神療法等		501.1	30.3		482.9	27.2		763.8	15.7		388.6	50.3
注射手術等		21.7	1.3		31.5	1.8		49.8	1.0		38.6	5.0

	心理的発達障害 (F8)			小児期および青年期の障害 (F9)			てんかん (F0以外)			合計		
	n	平均値	%	n	平均値	%	n	平均値	%	n	平均値	%
請求点	3	342.0	100.0	4	513.8	100.0	93	1692.6	100.0	1686	2611.9	100.0
再診		95.3	27.9		66.8	13.0		132.0	7.8		171.5	6.6
在宅		0.0	0.0		0.0	0.0		124.1	7.3		16.5	0.6
投薬		0.0	0.0		48.3	9.4		738.8	43.6		1095.8	42.0
検査		0.0	0.0		7.0	1.4		122.0	7.2		52.4	2.0
画像診断		0.0	0.0		0.0	0.0		60.5	3.6		4.6	0.2
精神科DC		0.0	0.0		0.0	0.0		56.8	3.4		565.8	21.7
痴呆DC		0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0		128.7	4.9
通院精神療法等		246.7	72.1		334.3	65.1		118.4	7.0		522.8	20.0
注射手術等		0.0	0.0		57.5	11.2		340.1	20.1		53.8	2.1

精神科DC: 精神科デイ・ケア等
 痴呆DC: 重症痴呆患者デイ・ケア

表4. 負担額(10%)別集計

	5,000未満		5,000以上		合計	高負担群の内訳						
		%		%			%		%		%	
	5,000	%	5,000	%	合計	5,000	%	10,000	%	20000	%	
	未満		以上			～		～		以上		
	9,999					9,999		19999				
診療日数												
1	790	51.9	7	4.2	797	47.3	7	7.3	0	0.0	0	0.0
2	536	35.2	14	8.5	550	32.6	13	13.5	1	1.7	0	0.0
3～4	167	11.0	26	15.8	193	11.4	24	25.0	2	3.4	0	0.0
5～12	28	1.8	62	37.6	90	5.3	48	50.0	14	24.1	0	0.0
13～20	0	0.0	43	26.1	43	2.6	3	3.1	36	62.1	4	36.4
21～28	0	0.0	13	7.9	13	0.8	1	1.0	5	8.6	7	63.6
生活保護												
あり	385	25.3	76	46.1	461	27.3	36	37.5	33	56.9	7	63.6
本人・家族の別												
本人	887	58.3	92	55.8	979	58.1	49	51.0	36	62.1	7	63.6
家族	496	32.6	58	35.2	554	32.9	42	43.8	15	25.9	1	9.1
高齢者	138	9.1	15	9.0	153	9.0	5	5.2	7	12.0	3	27.3
主傷病												
器質性精神障害(F0)	50	3.3	16	9.7	66	3.9	6	6.3	7	12.1	3	27.3
	75.8		24.2		100.0	9.1		10.6		4.5		
精神作用物質による障害(F1)	71	4.7	12	7.3	83	4.9	6	6.3	5	8.6	1	9.1
	85.5		14.5		100.0	7.2		6.0		1.2		
統合失調症圏(精神分裂病)(F2)	694	45.6	104	63.0	798	47.3	63	65.6	36	62.1	5	45.5
	87.0		13.0		100.0	7.9		4.5		0.6		
気分障害(F3)	427	28.1	17	10.3	444	26.3	10	10.4	6	10.3	1	9.1
	96.2		3.8		100.0	2.3		1.4		0.2		
神経症性障害等(F4)	148	9.7	3	1.8	151	9.0	2	2.1	1	1.7	0	0.0
	98.0		2.0		100.0	1.3		0.7		0.0		
生理的障害等(摂食障害等)(F5)	10	0.7	1	0.6	11	0.7	1	1.0	0	0.0	0	0.0
	90.9		9.1		100.0	9.1		0.0		0.0		
人格障害(F6)	18	1.2	8	4.8	26	1.5	5	5.2	2	3.4	1	9.1
	69.2		30.8		100.0	19.2		7.7		3.8		
精神遅滞(F7)	7	0.5	0	0.0	7	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	100.0		0.0		100.0	0.0		0.0		0.0		
心理的発達障害(F8)	3	0.2	0	0.0	3	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	100.0		0.0		100.0	0.0		0.0		0.0		
小児期および青年期の障害(F9)	4	0.3	0	0.0	4	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	100.0		0.0		100.0	0.0		0.0		0.0		
てんかん(F0以外)	89	5.9	4	2.4	93	5.5	3	3.1	1	1.7	0	0.0
	95.7		4.3		100.0	3.2		1.1		0.0		
合計	1521	100.0	165	100.0	1686	100.0	96	100.0	58	100.0	11	100.0
	90.2		9.8		100.0	5.7		3.4		0.7		

表5. 負担額(10%)別請求点の平均値とその内訳

	5,000 未満			5,000 以上 合計			合計		
	n	平均値	%	n	平均値	%	n	平均値	%
請求点	1521	1740.4	100.0	165	10645.6	100.0	1686	2611.9	100.0
再診		121.2	7.0		635.3	6.0		171.5	6.6
在宅		2.2	0.1		149.1	1.4		16.5	0.6
投薬		987.7	56.7		2092.6	19.7		1095.8	42.0
検査		43.7	2.5		132.8	1.2		52.4	2.0
画像診断		2.2	0.1		26.1	0.2		4.6	0.2
精神科DC		47.2	2.7		5345.6	50.2		565.8	21.7
痴呆DC		2.1	0.1		1295.9	12.2		128.7	4.9
通院精神療法等		488.9	28.1		835.2	7.8		522.8	20.0
注射手術等		45.2	2.6		133.0	1.2		53.8	2.1

5000以上の内訳									
	5,000 ~ 9,999			10,000 ~ 19,999			20,000 以上		
	n	平均値	%	n	平均値	%	n	平均値	%
請求点	96	6764.7	100.0	58	14178.0	100.0	11	25890.9	100.0
再診		425.4	6.3		857.5	6.0		1295.2	5.0
在宅		111.9	1.7		233.7	1.6		27.3	0.1
投薬		2452.3	36.3		1687.0	11.9		1092.2	4.2
検査		138.5	2.0		118.3	0.8		159.0	0.6
画像診断		40.3	0.6		7.6	0.1		0.0	0.0
精神科DC		2326.2	34.4		8832.8	62.3		13309.6	51.4
痴呆DC		14.6	0.2		1894.2	13.4		9324.0	36.0
通院精神療法等		1099.1	16.2		442.0	3.1		605.5	2.3
注射手術等		156.2	2.3		104.9	0.7		78.2	0.3

精神科DC: 精神科デイ・ケア等
 痴呆DC: 重症痴呆患者デイ・ケア

図1. 主傷病別請求点の相対度数分布 (心理的発達障害, 小児期および青年期の障害はすべて1,000点未満のため省略)

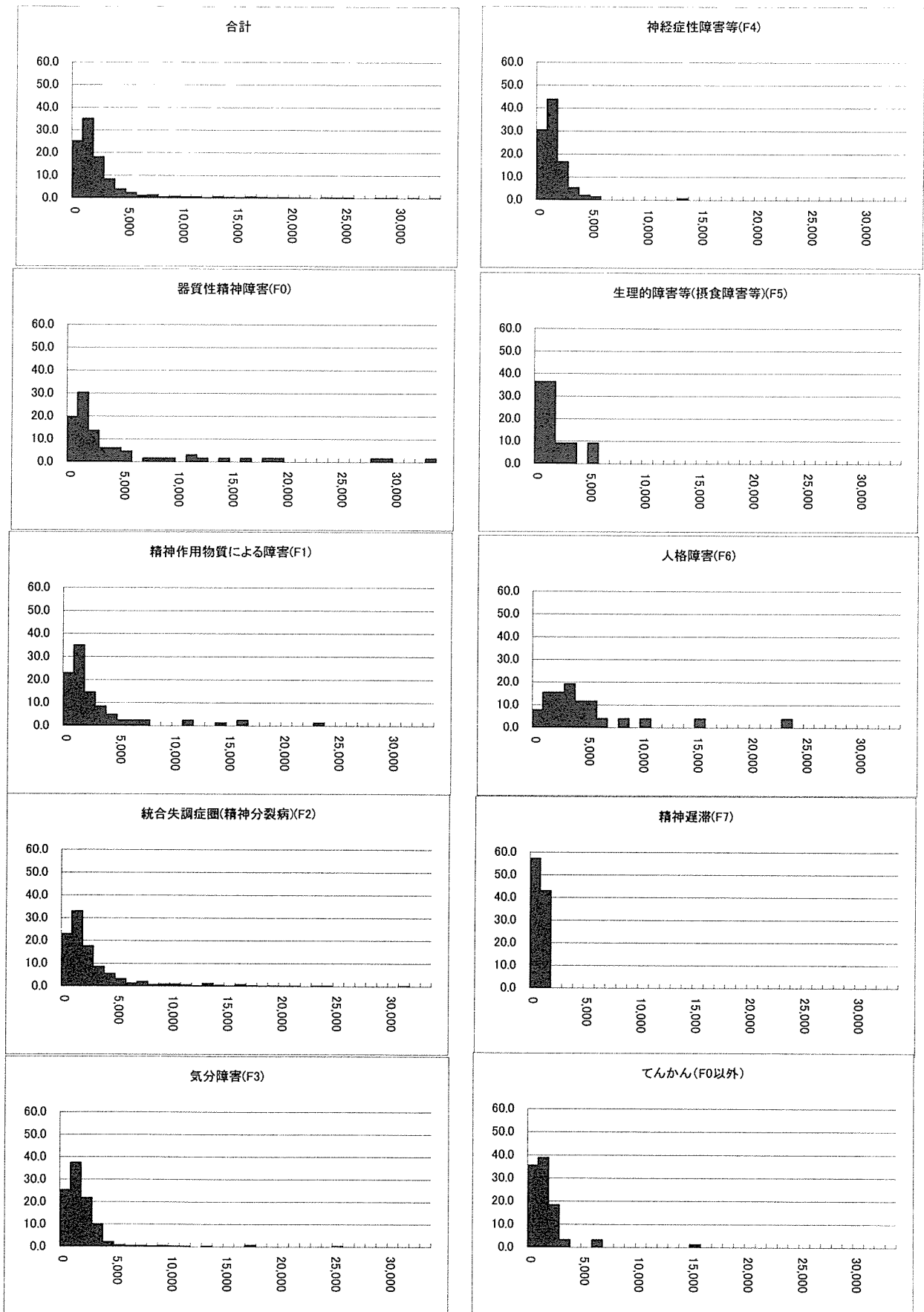


図2. 主傷病別実診療日数の相対度数分布

(心理的発達障害, 小児期および青年期の障害はすべて1日のため省略)

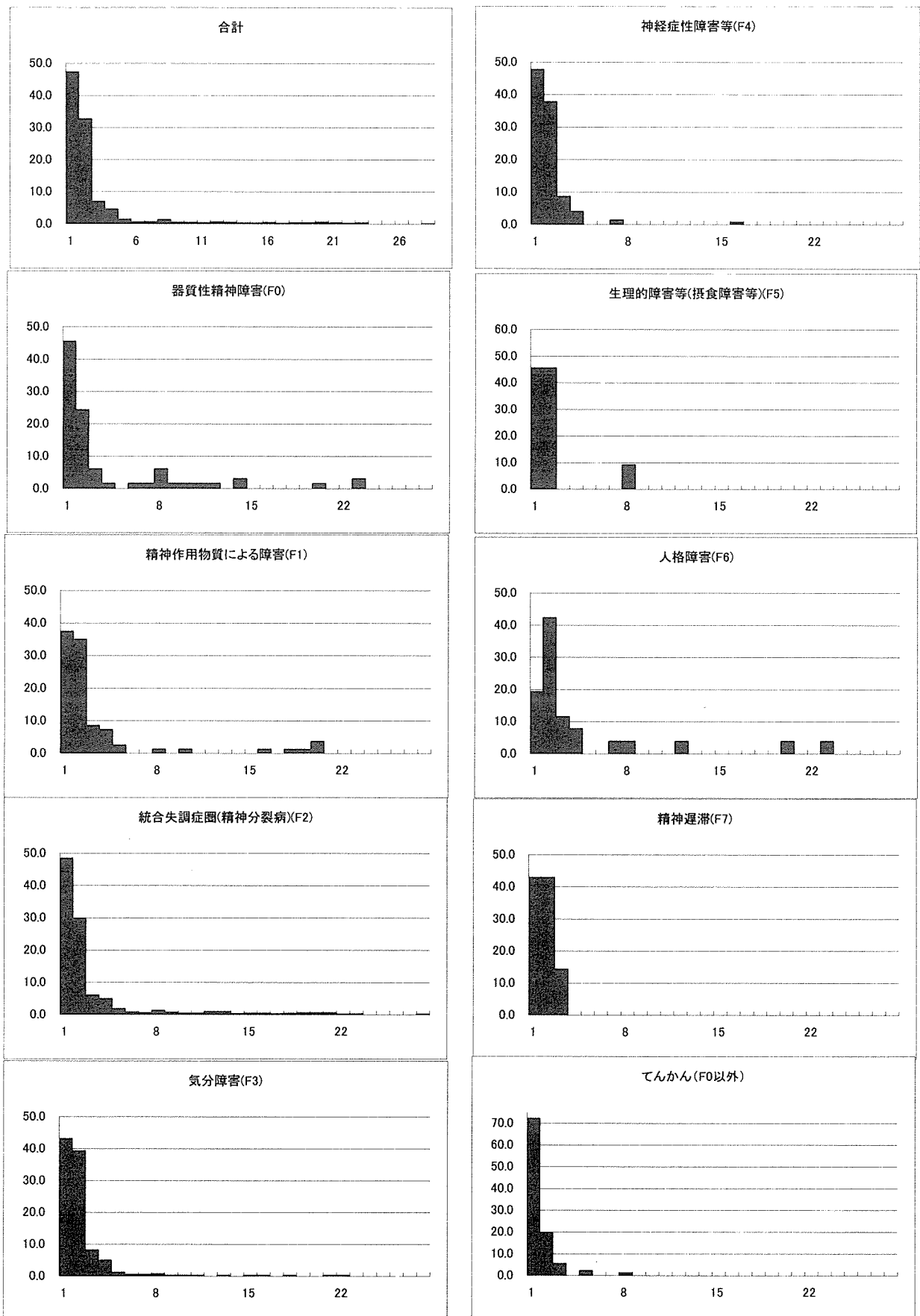
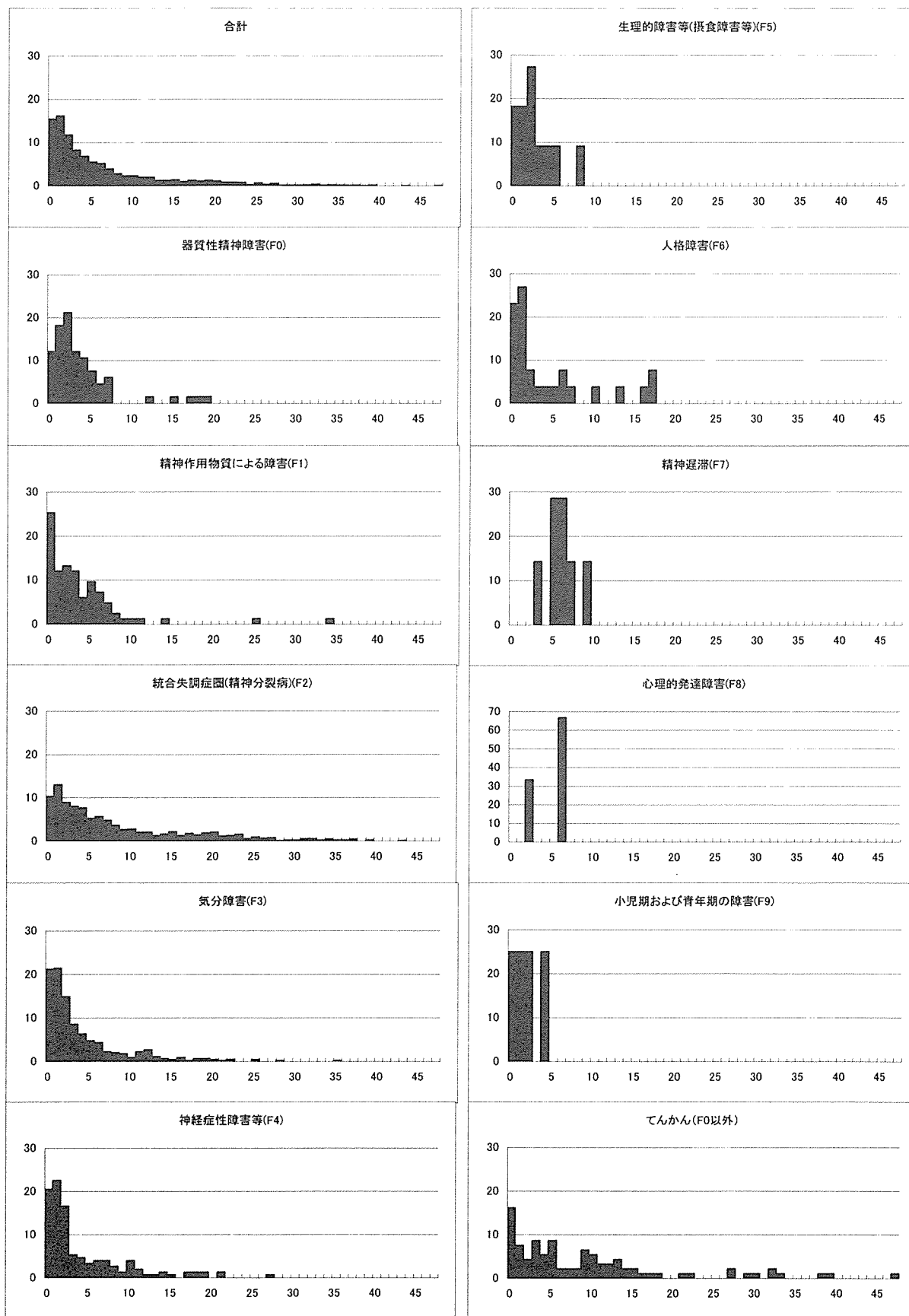


図3. 主傷病別「初診からの期間」相対度数分布



平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
自立支援医療の給付のあり方に関する研究
分担研究

精神通院公費負担制度の給付実態、および自立支援医療における
重度かつ継続の範囲と再認定の要件に関する研究

分担研究報告書(2)

自立支援医療における重度かつ継続の範囲についての聞き取り調査

分担研究者 竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
研究協力者 小山明日香 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
研究協力者 山下 俊幸 (京都市こころの健康増進センター)
研究協力者 築島 健 (札幌こころのセンター)
研究協力者 箱田 琢磨 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
研究協力者 井上 快 (東京大学大学院医学系研究科)

研究要旨 本研究では、精神通院公費制度の利用者の実態から自立支援医療の「重度かつ継続」の範囲を明らかにすることを目的として、精神通院公費の審査機関である精神保健福祉センターや精神科医療機関に自立支援医療における「重度かつ継続」の範囲について聞き取り調査を行い、現場からの意見をまとめた。その結果、自立支援医療の「重度かつ継続」の範囲として「疾病、症状等から対象となる者」として示された3疾患（統合失調症・躁うつ病（狭義）・難治性てんかんの3疾患）以外に、認知症などの器質性精神障害や気分障害も対象とすべきという意見が多かった。また、不安障害や人格障害のなかにも対象とすべき事例があるという意見もあった。平成 17 年 11 月 9 日に行われた「第 3 回自立支援医療制度運営調査検討会」で「重度かつ継続」の新たな範囲が示されたが、当初の限定された範囲と比較して、検討会で示された範囲は本研究で臨床現場から得られた意見を満たしているものと思われる。しかしながら、すでに存在している精神通院公費の問題点が自立支援医療制度の運用に影響をおよぼす可能性は否定できず、また、受療動向の変化が自立支援医療制度の利用に影響していくことも予想されるため、自立支援医療制度の運用実態をフォローしていく必要がある。

A 研究目的

障害保健福祉施策については、障害者及び障害児の地域における自立し

た生活を支援することを主題としているが、現状は、身体障害、知的障害、精神障害といった障害種別によって

福祉サービスや公費負担医療の利用の仕組みや内容が異なっている。このため政府は、これを一元的なものにし、その利用者の増加に対応できるよう、また、制度をより安定的かつ効率的なものとするよう、障害者自立支援法案を国会に提出した。障害者自立支援法案には、更生医療、育成医療、精神通院公費負担制度（以下「精神通院公費」という。）の利用者負担の仕組み等を統合し、自立支援医療として一本化することが盛り込まれている。自立支援医療の対象者は、従来の更生医療、育成医療、精神通院公費の対象者を基本に、低所得者や、障害の程度が重度でかつ継続的に医療費負担の発生する者（以下「重度かつ継続」という。）の場合は、所得水準に応じて負担の上限額を設定することとされている。そして、精神障害の当面の重度かつ継続の範囲として、「疾病、症状等から対象となる者」「疾病等にかかわらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者」が示され、重度かつ継続の対象については、実証的な研究成果を踏まえて、範囲を見直すこととなっている。しかしながら、従来の更生医療、育成医療、精神通院公費の利用者、その家族、医療機関等からは、自立支援医療への移行にともなって、医療費負担の増大や、医療の継続が困難になる事例の増加を懸念する見方がある。

本研究では、精神通院公費の審査機関である精神保健福祉センターや精神科医療機関に訪問聞き取り調査を

行い、その結果をもとに、精神通院公費の利用者における自立支援医療の重度かつ継続の範囲の考え方を明らかにすることを目的とした。

B 研究方法

調査期間は平成 17 年 10 月～11 月であった。北海道、京都市の精神保健福祉センター（以下センター）および北海道、石川県、埼玉県、山梨県、大阪府の病院・診療所計 11 施設に対し、文書で個別に調査依頼を行った。その後、分担研究者等がセンター 2 カ所及び 3 病院、8 診療所について聞き取り調査を行った。3 つの病院はいずれも民間病院であり、急性期治療病棟、老人性認知症疾患治療病棟などの機能分化された病棟を有し、また福祉ホームやグループホームなどの各種施設を併設する約 200～450 床の病院である。8 つの診療所は、思春期を対象とする精神科デイ・ケア、統合失調症を対象とする精神科デイ・ケア、アルコール専門診療などを行う、様々な特徴を有する診療所である。

聞き取り調査の項目は、精神通院公費患者と一般の外来患者の相違点、自立支援医療における「重度かつ継続の範囲」についての意見、と題して、各施設に調査依頼時に文書で紹介した。聞き取り調査の内容は、調査当日、調査対象者の了承を得てカセットテープに録音した。後日、テープ起こしによって逐語録を作成し、内容を簡単にまとめ、調査対象者に修正事項等の確認を文書で依頼した。また本報告書の

執筆段階において、改めて調査対象者に内容確認を依頼し、十分に校正を行った。これらの確認については、調査時にあらかじめ依頼した。

本研究では、当初の自立支援医療の「重度かつ継続」の範囲、及び平成 17 年 11 月 9 日「第 3 回自立支援医療制度運営調査検討会」において見直された範囲と、聞き取り調査で得られた意見とを比較考察した。

(倫理面への配慮)

聞き取り内容は、一般的な業務に関するものであり、個人情報を含むものではない。しかし個別の意見については、業務上知り得た情報や見解を含む場合があり、それが公表されることが結果として調査対象者の不利益をもたらす可能性があるため、発言者を特定できない形で公表することとした。

C 研究結果

1. 精神通院公費について

1) 精神通院公費患者と一般の外来患者の相違点

表 1 に、現在の精神通院公費を利用している患者とそれ以外の一般の外来患者の相違点、および精神通院公費適用の基準について結果をまとめた。治療継続の必要性の有無および症状の重症度を精神通院公費の主要な基準とする考えが多かった。それに加えて、経済的理由を基準に挙げる対象者もいた。

神経症性障害の扱いについては見解にばらつきがあり、精神病状態類似の重症例のみ適用、強迫性障害や重度

のパニック障害のみ適用、重症度に関わりなく適用、など様々であった。もともと、平成 14 年に厚生労働省が作成した「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 32 条の規定による精神障害者通院医療費公費負担制度の運用について(精神障害者通院医療費公費負担制度運用に関する Q&A)」において、神経症性障害も通院による精神医療を継続的に要する程度の病状にある場合は対象となることが示されたことにより、神経症性障害患者の申請が増加したことは、複数の対象者が認めていた。

申請があったものの不受理とした事例として、高額の定期検査のみのための申請、薬価基準に収載されていない治療薬の申請などが挙げられた。

2) 公費負担の増加要因

表 2 に公費負担の増加要因についてまとめた。インターネットなどを通じて患者が自発的に情報を収集することで制度の存在が広く知られるようになったことや、精神分裂病の統合失調症への呼称変更、精神科診療所の普及などによって、医師患者ともに制度利用の敷居が低下したことが挙げられた。また、背景に発達障害がある患者数が増加していること、新薬や精神科デイ・ケアの普及により医療費の負担が大きい患者が増加したこと、重度認知症デイ・ケアの通院公費利用が増えていること、などが挙げられた。また、都道府県(政令指定都市を除く)の場合、生活保護を受けている患者の

申請増加が、精神通院公費の経費増大に影響しているとの意見があった。

2. 自立支援医療における「重度かつ継続の範囲」についての意見

1) 3疾患および「重度かつ継続」以外で救済したい事例

表3に、当初段階で「疾病、症状等から対象となる者」として示された3疾患（統合失調症・躁うつ病（狭義）・難治性てんかんの3疾患）およびそれら以外でも自立支援医療の対象としたい事例についてまとめた。器質性精神障害で精神病状態が続く事例、精神病状態をとともう認知症患者、若年認知症など、器質的な問題を有する患者で精神的治療が必要な者を範囲に含むべきであるという意見が多かった。問題行動や対人関係の障害のある人格障害患者についても対象とすべきとの意見も多くあった。また、うつ病や神経症性障害患者、特に反復性のうつ病や重症の摂食障害など頻回な受診が必要なケースについては適応にすべきとの意見もあった。確定診断がされていない患者、発達障害の患者などで、3疾患に相当する状態にある患者も考慮すべきとの意見があった。また、疾患に限らず、社会生活に安定性を欠き社会生活を営む上で相当の困難性を有する患者に対しては、疾患名に関わらず「重度かつ継続」の範囲としたいとの意見もあった。

デイ・ケア利用者については、公費負担を利用しないと負担額が膨大になるために、3疾患以外でも対象とす

べきとの意見があった。

その他に、障害年金で生活しているグループホーム利用者、医療側からの積極的なアプローチでかろうじて医療を継続できている者、インテンシブな治療を要する者、児童思春期の患者で頻回な通院が必要な者、再発を繰り返す者などを対象とすべきとの意見があった。

2) 当初の3疾患に限定することへの意見

疾患名で対象を限定することに対する意見は様々であった。疾患を限定すると判定しやすさという意味ではよいとの意見もあったが、「重度かつ継続」を3疾患に限定」することに対して懐疑的な意見もあった（表4）。時代とともに疾病構造が変化し、統合失調症や狭義の躁うつ病が重度で神経症は軽度という図式が成立しなくなってきており、診断名と重症度が必ずしも関連しないことは多くの対象者によって指摘された。社会適応性といった患者の能力も十分考慮して判断すべきであるとの意見もあった。

また、「特に医師が定める者」を「重度かつ継続」の対象にすると、申請患者との対応において医師の負担が大きくなりすぎると指摘する意見もあった。

3) 3疾患に該当しないために「重度かつ継続」の対象外となった患者が発生した場合の問題点

精神通院公費の対象となっていた患者が、自立支援医療の対象ではあるものの「重度かつ継続」の対象外とな

った場合、医師は投薬や受診回数を抑えるなどの萎縮診療にならざるを得ないという危惧や、アルコール依存など疾病の受容が十分でない患者が受診しなくなり、アルコール専門医療の後退を引き起こすという問題が指摘された。(表5)

また、公費負担制度が外来精神医療を支えてきたとの意見もある一方で、従来の公費負担制度のように患者の自己負担額が極めて少ないと、患者の医療に対する要求水準が低下するという意見もあった。

4. 申請の手続きに関して

公費負担制度から自立支援医療制度への移行期には、手続き上の複雑さのためかなりの混乱が生じる可能性が指摘された。複数の保険診療機関を利用する場合の負担上限額の管理が難しいとの指摘もあった。また、相当数の人が月額負担が5,000円以内に収まると予想されるため所得証明をすべての患者が行う必要はないのではないかという意見もあった(表6)

5. 自立支援医療制度への提案

自立支援医療制度に対する全般的な提案を表7にまとめた。自立支援医療制度の対象を精神障害者保健福祉手帳保持者に限定すること、精神科デイ・ケアに対して補足給付を行うこと、申請書に「重度かつ継続」に該当する根拠となる治療計画を明確に記載すること、身体合併症については自立支

援医療の支払い対象とすべきでないこと、自立支援医療(精神通院)を申請する医師または医療機関を精神科に特定すべきこと、判断する医師を精神保健指定医に限定すべきでないこと、などが挙げられた。

D 考察

聞き取り調査の実施後、平成17年11月9日「第3回自立支援医療制度運営調査検討会」が開催され、そのなかで、「重度かつ継続」の対象とする方向が示された。それによれば、①医療保険の多数該当の者、②ICD-10における次の分類の者(F0 症状性を含む器質性精神障害、F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害、F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、F3 気分障害、G40 てんかん)、③3年以上の精神医療の経験を有する医師により、以下の病状を示す精神障害のため計画的・集中的な通院医療(状態の維持、悪化予防のための医療を含む。)を継続的に要すると診断された者として、認定を受けた者：情動及び行動の障害・不安及び不穏状態、が新たな対象基準とされた。検討会で示された範囲は、当初段階の限定された範囲と比較して、本研究で臨床現場から得られた意見を満たしているものと思われる。認知症などの器質性精神障害や気分障害患者、デイ・ケア利用を含めて通院医療費が高額となる患者を対象とすべきという意見は多く、今回の範囲見直しによりそれらの事例も対象とされることとなっ

たことは、意義あることではあるものの、「重度かつ継続」の対象範囲にあまりいさを生じさせる一因にもなりうると考えられる。

これまで基準にばらつきのあったことが本研究から示唆された神経症性障害や、今後認定に関して議論が予想される発達障害や人格障害、児童思春期の患者等の扱いについても、一定の基準（「3年以上の精神医療の経験を有する医師により、以下の病状を示す精神障害のため計画的・集中的な通院医療（状態の維持、悪化予防のための医療を含む。）を継続的に要すると診断された者として、認定を受けた者：情動及び行動の障害・不安及び不穏状態」）が定められたことにより、申請段階でのばらつきが小さくなることが期待される。しかしながら、制度運用の地域差を含めて、すでに存在している精神通院公費の問題点が自立支援医療制度の運用に影響をおよぼす可能性は否定できない。また、精神疾患の疾病構造の変化が需要に影響していくことも予想されるため、自立支援医療制度の運用実態をフォローしていく必要がある。

E 結論

自立支援医療における「重度かつ継続」の範囲について聞き取り調査を行い、臨床現場からの意見をまとめた。その結果、検討会で見直された「重度かつ継続」の範囲は、対象の基準が本研究で臨床現場から得られた意見を満たしているものと思われる。しかし

ながら、制度運用の地域差を含めて、すでに存在している精神通院公費の問題点が自立支援医療制度の運用に影響をおよぼす可能性は否定できない。また、精神疾患の疾病構造の変化が需要に影響していくことも予想されるため、自立支援医療制度の運用実態をフォローしていく必要がある。

F 健康危険情報 なし

G 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1. 精神通院公費患者と一般の外来患者の相違点／精神通院公費適用の基準)

<p>(全般的基準)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 治療が長期か短期で判断 ・ 長期は2年以上が目安 ・ 初診からある程度年月がたっていること ・ 精神症状が重症か軽症か ・ F4 (神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害) でも強迫性障害や重度のパニック障害には適用 ・ F7 (精神遅滞) でも幻覚妄想などの精神症状のある者は適用 ・ 病態と治療継続の必要性、それに経済的事情 ・ 継続した治療の必要性・重症さ ・ 受診回数が多いこと ・ 精神通院公費がないと治療が継続しない患者、継続しないと再発・再燃のおそれがある患者 <p>(地域による違い)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ある県では適用にならない患者が別の県では適用になっている場合がある(神経症性障害をすべて適応にする都道府県と、重症の記載のある者のみ適用とする都道府県が存在する) <p>(現状)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 平成14年の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条の規定による精神障害者通院医療費公費負担制度の運用について(精神障害者通院医療費公費負担制度運用に関するQ&A)」は通院公費対象拡大の契機になった(特に神経症性障害) ・ 生活保護の申請が増加している ・ 精神通院公費の割合は精神科デイ・ケアを実施している診療所で多い ・ 精神医療とは基本的に関係のない合併症まで精神通院公費申請の適応になっている例があるのではないか ・ てんかん服薬治療終了後の定期的な脳波検査などの受診にも申請されていることがある ・ 保険料の未納による保険証切れの患者が増えている印象がある <p>(不受理事例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高額な定期検査(SPECTなど)のみのための申請 ・ 薬価基準に収載されていない治療薬の申請 <p>(制度上の問題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村は、精神通院公費の適用対象であるか否かにかかわらず、すべての患者に通院公費制度があることを知らせる傾向がある ・ 生活保護の場合、行政が精神通院公費利用を薦めている ・ 認知症患者で精神症状などが無い患者は、本来は精神通院公費の対象者にはならない、しかし精神障害者保健福祉手帳の対象になり、結果的に通院公費の対象になる ・ 制度上、精神障害者手帳が取れば自動的に通院公費も取れる仕組みになっているので、そこに矛盾が生じている
--

表2. 公費負担の増加要因

<p>(患者の意識の変化)</p> <ul style="list-style-type: none">・ インターネットなどをおして、通院公費制度を知っている患者は増えてきた <p>(医療者側の意識の変化)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 精神分裂病の統合失調症への呼称変更、精神科診療所の普及などによって、医師患者ともに制度利用の敷居が低下した <p>(患者数の増加)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 通院患者数の増加・ 背景に発達障害のある患者の増加の可能性 <p>(医療費負担の増加)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 新薬やデイ・ケアの普及により医療費の負担が大きい患者が増加した <p>(制度上の問題)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 都道府県（政令指定都市を除く）の場合、生活保護を受けている患者の申請増加が、精神通院公費の経費増大に影響している
--

表3. 3疾患以外で対象としたい事例

<p>(3疾患以外の診断の患者で、対象としたい典型事例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ F 0 (器質性精神障害) : 精神病状態が続く事例、若年認知症 ・ F 1 (精神作用物質による精神及び行動の障害) : アルコール依存など ・ F 3 (気分障害) : 反復性のうつ病 ・ F 4 (神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害) : 継続した頻回な受診が必要な患者、PTSD ・ F 5 (生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群) : 精神科的に重症の摂食障害 ・ F 6 (成人の人格及び行動の障害) : 対人関係の障害で休職・退職に追い込まれる人格障害、行動化の多い境界性人格障害 ・ F 9 (小児期及び青年期に発症する行動及び情緒の障害) : 不適応をおこした広汎性発達障害 <p>(経済的問題を併せ持つ患者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 休職中などの理由で経済的余裕のない患者 ・ 経済的要件とは必ずしも絶対的な収入額ではない(所得税 30 万以上の場合に通院公費適用対象外にすることの難しい患者がいる。年収がある程度あっても、固定的な支出がその多くを占めれば、医療費の支払いは困難になる) <p>(社会生活に支援が必要な患者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 社会適応が困難で生活に安定性を欠く患者 ・ 安定した就労が確保できない、社会生活を営むうえで相当の支援を要する患者 ・ 精神障害のために、精神病状態あるいは類似の社会生活の困難性がある患者で、通院継続の必要な患者 <p>(デイ・ケア、グループホーム等の利用者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ デイ・ケアに通うことにより、かろうじて社会参加の意思を示し、社会とのつながりを保っている患者 ・ グループホーム入居で、障害年金のみの収入でなんとか生活している患者 <p>(積極的な介入が必要な患者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ インテンシブな治療を要する患者 ・ 医療側からの働きかけによりかろうじて治療が継続している患者(治療を受ける意思のない人、本人に病識がなく家族が困っているケース、近所からの通報など) ・ 精神通院公費があっがかろうじてアプローチできている患者 <p>(児童・思春期)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 児童・思春期の場合は診断名がつきにくく、診断名がない場合は 32 条を適用することは難しい ・ 児童・思春期の治療は非常に手間がかかる。200 点の診療報酬の加算があるが、患者側にはそれだけ負担が大きくなる。思春期・青年期の患者を別枠で考える必要がある <p>(特定の状態にある患者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 再発を繰り返す、病状の消長を繰り返す事例 ・ 統合失調症の診断はつかないが若年で長期の治療を要する者 ・ 20 歳未満で治療に時間と労力の必要な事例 ・ 通院回数が多い患者 <p><再認定について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 統合失調症は再認定不要が多い ・ 気分障害、摂食障害、人格障害等にも「重度かつ継続」に該当させるべき患者はいるが、再認定が必要であろう
--

表4. 3疾患に限定することについての意見

<p>(疾患名で判定することについて)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 疾患名のみで対象を区分することは難しい（精神病状態により判別しているとすれば、患者も納得する）・ 診断名で「重度かつ継続」の適用が決まるのは、医療の質の向上にとって望ましいことではない・ 疾患分類の方法だと、患判定がしやすいという側面はあるかもしれない <p>(疾病構造の変化)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 疾病構造の時代変化（精神病が重度の障害で、神経症は軽度の障害という考え方は通用しなくなっている）・ ICDカテゴリーのすべてに「重度かつ継続」の対象は存在する・ 疾病構造の変化に応じた精神医療の形を展開していくこと、それに対する公的な援助をどう組み立てるかという問題の立て方をするべきである・ 精神の様々な制度は統合失調症を対象に制度設計がなされてきているため、統合失調症以外の様々な疾患が深刻化していることに制度が追いついていない・ 伝統的な精神医学で定義されてきた重症度と、現代の実際の医療現場における重症度に大きなずれが生じてきている・ 3疾病の基準とは別に、「社会適応性」という指標を明確にしておく必要がある

表5. 3疾患に該当しないために「重度かつ継続」の対象外となった患者が発生した場合の問題点

<ul style="list-style-type: none">・ 通院期間、使用薬剤によって患者の負担が重くなる・ 地方の患者は交通費が多くかかることが多く、経済的困難を抱えた患者も多い・ 地方では通院に交通費がかかり、医療費プラス交通費という負担になる。頻回に通院すべき状態にある患者もなかなか通院できない・ 年収が確保されているようでも経済的困難を抱えている事例がある・ 全患者に就労の不安定と経済状況の悪化という問題があるため、3割自己負担をしている患者層には、医師側が気を遣ってしまい投薬や受診回数を抑えてしまう・ アルコール依存などでは、受診抑制につながる。（本人の否認が強い病気なので、負担の増加で受診しなくなってしまう）・ デイ・ケアに通院できなくなる可能性がある <p>(精神通院公費のメリットとデメリット)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 患者は、精神通院公費の利用により自己負担が減ることで、治療に対する積極性が弱まる可能性がある・ 精神通院公費が外来精神医療の発展を支えてきた。有望な治療を育てるためには、公的な援助が必要である

表6. 申請上の問題

- ・ 複数の保険医療機関（病院、薬局、精神科デイ・ケア、訪問看護ステーション）を利用する場合「重度かつ継続」の負担上限額をどのように管理するか
- ・ 複数の保険診療機関（病院、調剤薬局、精神科デイ・ケア、訪問看護ステーション）を利用する場合、負担上限額を本人も受診先も把握管理管できない心配がある
- ・ 精神通院公費から自立支援医療制度への移行期には、手続き上の複雑さのため、かなりの混乱が予想される
- ・ 相当数の人が、月額負担が¥5,000以内に収まると予想されるため、所得証明をすべての患者が行う必要はないのではないか
- ・ 所得証明をとるなどの続きが出来ない人が多い。
- ・ 所得証明を出してから病院にかかるという手続きを踏まなければならない制度だと、緊急時に制度を利用することができない

表7. 自立支援医療制度への提案

- ・ 身体合併症部分は通院公費（自立支援医療）の支払い対象とすべきではない
- ・ 精神通院公費の目的について、入院の抑制と非自発的受診の誘導という従来の考え方からもう少し発展的・前進的に考えるべき
- ・ 「重度かつ継続」を判定する医師または医療機関を精神科に特定すべきではないか
- ・ 「重度かつ継続」の適用については、精神病同様の病状があり、それが治療によって軽減または悪化が防がれているという基準であれば、医師も患者に十分説明できるのではないか。
- ・ 申請書に治療計画の記載を求めること（頻回の通院、精神科デイ・ケアの利用、SSRIの使用、カウンセリングなど）も重要であろう
- ・ 自立支援医療の適用対象を手帳取得者とするようにできないか
- ・ 精神科デイ・ケアは実質的に医療と生活支援を行っており、補足給付が行われてよいのではないか
- ・ 精神科治療が行われていない認知症は通院公費適用とすべきではない

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)

自立支援医療の給付のあり方に関する研究

分担研究

精神通院公費負担制度の給付実態、および自立支援医療における
重度かつ継続の範囲と再認定の要件に関する研究

分担研究報告書(3)

精神障害者通院医療費公費負担制度の運用状況
および自立支援医療への移行に関する調査報告

分担研究者 竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

研究協力者 小山 智典 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

研究協力者 山下 俊幸 (京都市こころの健康増進センター)

研究要旨 自立支援医療に移行する前の精神障害者通院医療費公費負担制度(以下、精神通院公費制度)の運用状況を明らかにし、自立支援医療制度の適正な運用に向けた提言を行うため、47 都道府県および 15 政令指定都市(以下、県と呼ぶ)にある精神保健福祉センターの精神通院公費の判定事務局に対して調査票を郵送し、回答を依頼した(回収率 88.7%)。精神通院公費の承認割合(中央値)は、経年的に 99.9%前後と極めて高かった。診断書・患者票のいずれかの項目が電子データ化されていたのは 50 県(90.9%)であった。本研究の結果から考えられる典型的な判定の進め方は、精神保健福祉センターの医師と外部病院の医師らによる約 5 名で構成された 1~2 の判定委員会が、月 1~2 回、2 時間程度で集まり、振り分けられた申請書を各委員が分担して判定するというやり方であった。診断名による判定の実態では、「精神症状や精神科治療の必要性の記載に応じて判断」とした回答がもっとも多かったが、神経症性障害や人格障害等についても「診断名のみで適用」している県が 1~2 割ほどあり、精神障害者通院医療費判定指針の範囲を広義に判断して適用されている可能性が考えられた。医療機関に対して判定指針を周知することは、約 9 割の県が有効であると考えており、通院公費申請書の書式を改訂することも有効であると考えた。今後は、運用実態を継続的に把握し、また比較可能にするため、より包括的なデータ化を推進し、定期的なモニタリングを行うことが重要である。また、自立支援医療制度の適正な運用に向けて、市町村や医療機関に対する精神障害者通院医療費判定指針の周知を徹底し、また、申請書の書式を適正に改めるなど、様々な方策を検討していく必要がある。

A 研究目的

これまでの障害保健福祉施策は、障害者（児）の地域における自立した生活を支援することを主題にしていたが、実際には、身体・知的・精神という障害種別によって、福祉サービスや公費負担医療の仕組み・内容が異なっていた。そのため、これらを一元的なものにし、また、利用者の増加に対応可能なより安定的かつ効率的な制度となるよう、障害者自立支援法（以下、自立支援法）が成立し、平成 18 年 4 月から施行されている。

自立支援法に示される自立支援医療の対象者は、これまでの更生医療、育成医療、通院公費負担の対象者と変わるものではないが、障害の程度が重度でかつ継続的に医療費負担の発生する者（以下、「重度かつ継続」）の場合は、所得水準に応じて負担の上限額を設定することとしている。この「重度かつ継続」の当面の範囲としては、「疾病、症状等から対象となる者」「疾病等にかかわらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者」という考え方が示されているが、実証的な研究成果を踏まえて、範囲を見直すこととなっている。

本研究の目的は、自立支援医療に移行する前の精神障害者通院医療費公費負担制度（以下、精神通院公費制度）の運用状況を、実証的なデータと制度運用に関わってきた判定機関の見解をもとに明らかにし、自立支援医療制度の適正な運用に向けた提言を行うことである。

B 研究方法

平成 17 年 12 月、47 都道府県および 15 政令指定都市（以下、県と呼ぶ）にある精神保健福祉センターの精神通院公費の判定事務局に対して調査票（資料 1 参照）を郵送して回答を依頼し、55 県（回収率 88.7%）から回答を得た。

（倫理面への配慮）

回収された調査票は厳重に保管した。作成したデータベース、および本報告書において、個別の県を特定できる情報は含まれていない。自由記載による意見等については、回答者が特定できないよう、文意が変わらない程度に必要な応じて字句等の改変を行った。

C 研究結果

1. 精神通院公費の判定状況

1) 承認割合の経年変化(表1)

精神通院公費の承認割合は、中央値でみる限り平成 8 年度（以下 H8 と表記、他も同様）～H10、H11～H13、H14～H16、H17 上半期でほぼ同じであり、いずれも 99.9%前後の極めて高い承認割合であった。しかし、承認割合が最低である県の値は、年を経るごとに徐々に低くなっていた。

H17 上半期では、承認割合が 100%を超えていた県があり、理由は「デイケア等の利用で、1 回の申請で複数の承認をしたケースがあった」ためであった。

2) 申請の内訳(表2)

申請の内訳（H14～H16）については「そのような集計は行っていない」と回答した県が多く、有効回答が得られたのは 10 県のみであった。いずれの県においても「通院公費のみの更新申請」がもっとも多かったが、申請の内訳は県によってかなり異なっていた。いずれの県においても、精神障害者保健福祉手帳（手帳）とあわせた申請は約 2, 3 割であった。

表中には示していないが、H17 上半期の「申請に占める公費のみの新規申請の割合」（有効回答数 38）は平均 23.1%（SD = 8.8%、中央値 22.0%）であり、最高で 58.7%、最低で 9.8%と、県によって大きな差があった。表 2 に示すように、H14～H16 と比較すると、10 県中 8 県で「申請に占める公費のみの新規申請の割合」が減少していたが、J 県では 28.0%から 41.2%と約 1.5 倍に増加していた。

2. 電子データ化の実態(表3)

診断書・患者票のいずれかの項目が電子データ化されていたのは 50 県（90.9%）であり、その場合すべての県で、氏名、生年月日、性別、住所、保険の種類が含まれていた。有効期間、通院医療の担当医療機関名、手帳番号、受給者番号は、ほとんどの県で含まれていた。病名、家族の連絡先、公費負担者番号も、およそ 3 分の 2 の県で含まれていた。その他の項目はあまり含まれていなかった。

3. 現在の体制および判定の方法

1)現在の体制(表4)

判定する委員会の数は、1 が 32 県（61.5%）、2 が 16 県（30.8%）、3 以上が 4 県（7.7%）であった。

判定に携わる委員の総数は平均 5.0 人（SD = 2.3）であり、2～3 人が 8 県（14.8%）、4 人が 9 県（16.7%）、5 人が 22 県（40.7%）、6 人が 10 県（18.5%）、7 人以上が 5 県（9.3%）であった。

判定に携わる委員の構成は、精神保健福祉センターの医師のみが 5 県（9.3%）、精神保健福祉センターの医師とそれ以外が 40 県（74.1%）、精神保健福祉センターの医師以外のみが 9 県（16.7%）であった。精神保健福祉センターの医師以外の者が含まれている場合には、ほとんどの県で病院の医師が含まれており、精神科診療所の医師を含む県は約半数であった。

判定会議はほとんどすべての県で定例に開催されていた。月に 2 回である県が 36 県（67.9%）ともっとも多く、月に 1 回、月に 1～2 回（多くは 3 週間に 1 回）という県もいくつかあった。1 回あたりの判定会議に要する時間は、2 時間程度であるところが 28 県（54.9%）ともっとも多かった。

2)判定の方法(表5)

判定における委員の役割について、もっとも近いものの回答を依頼したところ、「全委員が全申請書に目をとす」が 13 県（24.1%）、「個別の委員は振り分けられた申請書に目をとす」が 37 県（75.9%）であった。