

き事項に「治療状況」が含まれることから、地域において提供されうる治療に一定の制約があるなど、医療の提供に関する特別な事情がある場合については、それらに十分に配慮した判断がなされるべきである。例えば、医療機関が充足する一方で制度の趣旨を超えた不適切な制度利用の問題を抱える大都市圏と、医療機関の質と量の確保の困難の問題を抱えた医療過疎地域をもつ都道府県では、「適正医療」の指し示す内容が必ずしも一致しないことはあり得る。自立支援医療（精神通院医療）の認定が法に定められた全国一律の行政処分であって、公平かつ透明な判断が求められるとしても、そういった地域事情にかんがみ、各自自治体の責任と裁量において判断されるべきものであることは言うまでもない。従って、自治体の判断はこの論点整理の内容に決して縛られるものではなく、適宜横出しして適用する等の工夫が必要になる場合があることになる。

### 3 自立支援医療における指定医療機関の資格要件に関する検討

指定医療機関の指定基準について検討された主な論点は、「3年以上精神医療に従事した経験」と「適切な標榜科」が具体的に意味する内容は何かということであった。「3年以上精神医療に従事した経験」については、指定を受ける医療機関の責任者は、原則として、3年以上精神科を標榜する保険医療機関で精神医療に従事した経験（精神保健指定医等、精神医療に一定の経験のある医師の指導の下で）があるものとする、こと、なお、責任者は精神保健指定医または同等の精神科診療経験のある医

師であることが望ましい、とした。なお、「3年以上」とする診療従事年数については、「精神衛生法等の一部を改正する法律による改正後の精神保健法の運用上の留意事項について（昭和63年5月13日健医精発第16号厚生省保健医療局精神保健課長通知）」第三1(3)の考え方に倣い、精神保健指定医申請時と同等の判断基準が適当と考えた。

また「適切な標榜科」については、原則として、F0～F9については、精神科を標榜していること、てんかんについては、神経内科、脳神経外科、小児科、精神科を標榜していること、とした。しかし、都市部においても医療機関数は多いものの初診待ち予約期間の長い状況等から精神医療が充足しきっていないとの判断や、自殺予防の面から心療内科への受診を推奨している自治体も多いことなどを考慮し、できるだけ医療受診の機会を増やすためにも標榜科を明確に限定することは困難と考え、基本的な考え方を示すにとどめた。

指定医療機関の取り消し等の基準については、次のように定められている。指定自立支援医療機関は、障害者自立支援法の規定により、良質かつ適切な指定自立支援医療を行わなければならないものとされ（第61条、第62条、及び療担規定）、都道府県知事は、指定自立支援医療機関がこれに従っていないと認めるときは、指導（第63条）、報告徴収（第66条）、勧告・公表・命令等（第67条）を行うこととするともに、指定の取り消し又は期間を定めて指定の効力の停止（第68条）を行うことができるとされる。

取り消し等の基準は、第68条第1項第1

号～第 6 号の各号にあたる場合であるが、取り消しや指定の効力の停止は指定医療機関に対する不利益処分であることから、基準及び手続を明確化する必要がある。

指定医療機関に対する指導監督規定は、旧制度（精神保健福祉法第 32 条）には存在しなかったものであるが、障害者自立支援法の立法目的に則った適正なサービスの給付を担保するための新しい規定である。このことから、これらの指導や処分が頻繁に発動される事態は決して好ましくないものの、必要な場合には適切に行使されるものでなければならない。規定として掲げてあるだけの、実効性のない「規定」にしないためにも、明確でわかりやすいマニュアルが制定されるべきであると考えます。

#### 4 診療報酬明細書審査のあり方に関する聞き取り調査

3 自治体からの聞き取りの結果、レセプトはおおむね適正と判断されていたが、いくつか疑義が残るとの指摘もあった。その主なものは 2 点で、検査内容に関するものと合併症治療に関するものであった。

検査内容に関するものとしては、てんかんが主病名で末梢神経障害の神経伝達速度測定、中毒性精神病が主病名で肝腫瘍疑いで腹部超音波検査、腹部 CT 検査、同日に内科の受診、うつ病が主病名でウイルス性肝炎の抗体検査、SPECT を頻回に実施、統合失調症が主病名で橋本病の抗体検査、アルツハイマー病が主病名で C 型肝硬変のアンモニア、 $\alpha$ フェトプロテイン精密測定検査などであった。合併症治療に関するものとしては、腰痛のリハビリ、感冒治療、精神科以外の薬剤治療などであった。

また、高額レセプトについてはほとんどが、デイ・ケアまたはデイ・ナイト・ケアと訪問看護との併用事例で、治療計画は必要であるが、直ちに不適切と断定できるものではなく、高額レセプトのみの審査では、必ずしも課題が明らかになるとは言えなかった。

聞き取り調査の結果から、1. 自立支援医療の適応範囲（判定指針）を幅広く周知する活動を行うことで適正な給付に改善される可能性があること。2. 自立支援医療とそれ以外の医療を診療報酬上区別することについて周知を図ることで改善を図ること。3. 不適切な可能性のある事例については疑義照会をすることによって改善をはかる可能性があること。4. 疑義のある事例を検討するため引き続きレセプトのデータ蓄積を行い問題点等を明らかにすること。以上の課題が明らかとなった。

しかし、これらの実施にかかる事務量は極めて多く、現在の体制において実施することは容易でないのが現状である。また、レセプト審査については、件数が多いこと、レセプトの入手が困難であること、仮に審査をしてもその後の確認が困難なことなど実務上も多くの課題がある。また最も重要なこととして、明確な審査判定基準がなければ審査そのものが困難であること、費用対効果を考えるとどの程度の有効性があるのか不透明であることなど課題が少なくない。したがって、レセプト審査については、実施の可能性も含めて引き続き検討が必要である。

#### 5 「社会医療診療行為別調査報告」による入院外精神科診療の状況

## 1) 平成 10 年の時点での先行研究の調査結果の概要

「社会医療診療行為別調査報告」は、医療保険に関する基礎資料として厚生省大臣官房統計情報部から毎年発行されるもので、例年 6 月審査分のデータについて整理・解析がなされている。佐名手らは、その調査報告の昭和 61 年以降平成 10 年までの報告のデータを用いて、精神科入院外診療の実態把握を試みた<sup>1)</sup>。

その結果、健康保険による精神・行動障害の入院外診療の点数は、昭和 61 年から平成 10 年の間に 2.5 倍に増加していた。また、病院、診療所別に見ると、病院、診療所のいずれの点数も増加していた。疾患別では、統合失調症の件数が 1.4 倍の増加であったのに対し、認知症の件数が 3.1 倍、気分障害が 3 倍、神経症性障害が 1.9 倍に増加していた。また診療行為別の内訳については、精神科専門療法は 4.1 倍に増加し、内訳では通院精神療法と精神科デイ・ケアが、各々 3.4 倍、10.7 倍に増加していた。

なお、平成 7 年から平成 9 年にかけて診療点数の増加については、平成 7 年 7 月の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の改正で、精神通院公費医療は、公費優先の仕組みから保険優先の仕組みへと改正されたことの影響が、また、平成 10 年にかけての減少については、平成 9 年 9 月施行の「健康保険法等の一部を改正する法律」での診療報酬点数の低下などの影響があるとの考察がなされている。

## 2) 平成 16 年現在での入院外精神科診療状況の概要

今回の検討結果、平成 16 年 6 月時点での

健康保険による精神及び行動障害の入院外診療の実態は、昭和 61 年に比して入院外診療の点数は 5.4 倍に、また診療件数は 4.4 倍に増加していたが、てんかんは 1.9 倍、1.7 倍と少ない伸びにとどまっていた。

また、1 件当たりの点数は、てんかんよりも精神及び行動の障害の方が多く、年次推移では平成 9 年で最高の点数となった後、漸減の傾向にある。

施設別の検討では、近年、診療所の果たす役割が増大しているが、特に平成 15 年以降の診療実績の伸びが著しく、平成 16 年には病院での診療点数と件数を凌駕していた。疾患別の検討では、気分障害と神経症性障害の診療件数と点数が顕著に増えていた。他方、認知症は、平成 10 年時点では大幅増加が認められたが平成 16 年は減少していた。診療行為別の検討では、入院外診療点数に占める精神科専門療法の点数は増大傾向にあり、平成 16 年は昭和 61 年の 10.4 倍で、構成比でも平成 16 年は 47.5%を占めていた。また、精神科専門療法の内訳の推移では、通院精神療法は減少する一方、精神科デイ・ケアが増加する傾向にあった。

## 3) 障害者自立支援医療制度のモニタリングにかかる課題

地域精神保健医療福祉の課題が地域住民にとって普遍的かつ重要な問題となり、精神科通院医療利用者は、近年、増加の一途を辿っている。そうした状況のなか、昭和 40 年に保健所を拠点に開始された地域精神保健活動は、平成 18 年 4 月施行の障害者自立支援法によって歴史的変革期に突入した。その基本的理念は、病院医療・施設ケア中心から地域生活支援中心の地域ケア体制の

整備であり、地域住民の身近な生活圏域である市町村を基盤に 3 障害一元での支援体制を障害福祉計画に基づき整備していくこととされている。

この新たな法制度に基づく地域生活支援体制にかかる具体的な制度改変は極めて広範多岐な領域にわたり、昭和 40 年に創設された精神科通院医療費にかかる公費負担制度は、平成 18 年以降は「自立支援医療制度」の精神通院医療制度へと引き継がれることとなった。この自立支援医療の適正な給付のあり方の検討に際しては、まず、精神科にかかる入院外診療の実態把握が不可欠である。しかしながら、この点に関して現在利用しうる既存の統計資料としては、国民医療調査、衛生行政報告例、630 調査、社会医療診療行為別調査報告などがあるにすぎない。

今回は、このうち「社会医療行為別調査報告」を用いて、健康保健に基づく精神科外来診療の実態把握を試みたが、自立支援医療制度の運用状況にかかるモニタリング体制の整備は今後に残された重要な課題といえよう。

## 結論

1 自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定について、精神保健福祉センターを対象に施行から約半年たった時点での運営上の課題に関する意見を集約した。また、施行後約 2 ヶ月の短期間であるが、各自治体の認定状況について実際の支給認定件数に関する解析を行った。これらの結果から、自立支援医療(精神通院医療)の適正な給付について各自治体が考える課題が明確となった。これらの課題解決のために、重度か

つ継続の判定基準、判定医の資格確認、指定医療機関の指定などに関する、より簡潔で明確な運用のためのスタンダードの作成を求める意見もみられた。また、支給認定状況については、今回の予備的な検討で、自治体間のばらつきを示唆する結果もみられ、今後も認定状況の継続的な把握により、課題を整理して行く必要があると考えられる。

2 「重度かつ継続」又は「高額治療継続者」について、これまでの経過を踏まえて、論点整理を行った。とりわけ認定の実務において困難を伴う、①「三年以上の精神医療の経験」の指し示す内容、②「入院によらない計画的かつ集中的な精神医療を継続的に要する」という判断の指し示す内容、について自立支援医療制度運営調査検討会等の議論の経過を踏まえて整理した。また、地域事情への配慮の必要性について述べた。

3 自立支援医療の指定医療機関については、指定及び取り消しの適正な判定指針を明確に示し、一定の指定自立支援医療機関の質を確保することが、適確な運用の根本であり、結果的に適正な給付に繋がるものと考えられた。

4 自立支援医療の指定医療機関の診療報酬明細書審査については、適正な給付がなされているかどうかを確認するうえでも大切である。また疑義のある状況が認められた場合、修正のために指定医療機関に疑義照会を行う方法の必要性も示唆され、結果的に自立支援医療の適正な給付に繋がるものと考えられる。しかし、その実施に際し

ては、明確な審査基準の必要性や実務上の多くの課題があり、現時点では困難性が高くそのあり方については引き続き慎重な検討が必要である。

5 平成 18 年度に導入された自立支援医療制度の適正な運用について検討するうえで、入院外精神科診療にかかる費用の年次推移などの実態把握が必要と考えた。そこで、「社会医療行為別調査報告」のデータを用いて、昭和 61 年から平成 16 年までの間の「精神および行動障害」及び「てんかん」にかかる入院外精神医療の動向について整理検討を試みた。その結果、昭和 61 年時点と比較して、平成 16 年時点での入院外診療点数は 5.4 倍に、診療件数は 4.4 倍に増加していた。施設別の検討では、診療所における入院外診療は平成 15 年から 16 年にかけて著しく増大し、病院での診療点数、診療件数を凌駕するに至っていた。また、疾患別の検討では、近年の気分障害にかかる診療点数と件数の伸びが顕著で、点数については平成 14 年以降、件数については平成

13 年以降、最多となっていた。今後の自立支援医療費の適正な給付の実現には、入院外精神科診療の実態把握や自立支援医療制度の運用にかかるモニタリング体制の整備が急がれる。

#### 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

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究  
分担研究「自立支援医療（精神通院医療）の適正な給付に関する研究」  
研究協力報告書（1）  
自立支援医療における支給認定の状況調査

研究協力者 黒田 安計（さいたま市こころの健康センター）

**研究要旨** 平成 18 年 4 月 1 日に自立支援医療費(精神通院医療)が施行されたが、新制度移行後の重度かつ継続に関する判定基準や指定医療機関の資格要件など、各都道府県・政令指定都市での実際の運用状況に関するアンケート調査を、全国の精神保健福祉センター（以下センター）を対象に行った。さらに、平成 18 年 6 月 1 日現在の支給認定の状況について、平成 18 年 7 月に各自治体が厚生労働省精神・障害保健課に報告した資料を再度集計し分析を行った。

都道府県 43 か所・政令市 14 か所からの回答の結果、①重度かつ継続の判定基準については、ほとんどのセンターで国の基準のみで行われているが、一部では、国の基準をより明確にするためにさらに具体的な基準を追加して運用をおこなっていた、②重度かつ継続の判定基準を改定すべきであるという意見が約半数、現行のままでよいという回答が約 4 割あった、③中間所得層に関しては、8 割以上のセンターが再認定すべきであると考えていた、④重度かつ継続の判定医の資格確認は、7 割弱の自治体で自己申告のみとしていた、⑤重度かつ継続の判定医の資格確認については、約半数（53%）で現行のままでよいという回答であった、⑥指定医療機関については 9 割近い自治体で国の基準どおりに規定しているとの回答であった。回答を得た 57 自治体のうち実際に指定医療機関の申請却下を行った事例が 6 自治体から報告された。また自由記載では、その内容は、①事務処理の量の多さと対応の煩雑さに関する意見。これには、上限管理票の管理の問題、医療機関や薬局などの変更の問題、精神障害者保健福祉手帳と自立支援医療の有効期限のズレに関するものなどがあつた。②自立支援医療の対象者の範囲や申請する医師の資格に関する意見とに大別された。さらには、重度かつ継続の認定や指定医療機関の指定について、より簡潔で明確なスタンダードを（例えばセンター長会で）作成し、全国的な統一性をはかることが必要ではないかという意見もあつた。

平成 18 年 6 月 1 日現在の各センターでの自立支援医療(精神通院医療)支給認定状況を解析した結果、各センターでの支給認定件数の内訳には、センター間のばらつきの大きなものもみられた。特に重度かつ継続に該当しない中間所得の各自治体全支給認定件数に対する日に関しては、最小 0%から最大 28.0%と大きな開きがみられた。

今回のアンケート調査によって、重度かつ継続の判定基準など自立支援医療(精神通院医療)の実際の運用に関して、各自治体の抱えるさまざまな課題や意見が集約された。一方、支給認定状況についての調査では、一部の結果に自治体間での差異が大きいと考えられるものもあつた。しかしながら、今回の調査は法施行直後の短期間の資料を基にしたものであるため、今後、より長期間の認定状況を把握し、今回の解析で得られた結果を追試することによって、支給認定の自治体間格差に関する課題を整理し、将来的には一定の標準化を図る方向での議論や各自治体を取り

組みうる具体的な方法についての検討が必要であると考えられる。

- \* 厚生労働省提出資料の検討は 57 自治体のまとめ、重度かつ継続かつ中間所得 1、2 は 56 自治体のまとめである

#### A：研究目的

平成 18 年 4 月、障害者自立支援法の施行により自立支援医療（精神通院医療）が開始されたが、これまでの検討過程の中で、1) 中間所得層について、再認定を認める場合や拒否する場合の要件については、今後実証的な研究結果に基づき、制度施行以後概ね 1 年以内に明確にする、2) 「重度かつ継続」の範囲については、実証的な研究結果を踏まえ、順次、対象の明確化を図る、3) 「一定所得以上」かつ「重度かつ継続」の者に対する経過措置は、施行後 3 年を経た段階で医療実態を踏まえて見直す、とされた。

今回、自立支援医療（精神通院医療）が開始されて比較的時間もない時期ではあるが、各自治体での状況を確認するために全国の精神保健福祉センターにアンケート調査を行った。さらに、自立支援医療開始後約 2 か月間の数値を基に、各自治体での自立支援医療（精神通院医療）の支給認定の状況について、各自治体から厚生労働省に提出された資料を再度集計し解析を試み、現時点での問題点や課題を明らかにすることを目的とした。

#### B：研究方法

平成 18 年 9 月 22 日付けで、「自立支援医療の実施状況に関する緊急アンケート調査へのご協力をお願い」として、47 都道府県および 15 政令都市の精神保健福祉センター長会会員に調査表（資料 2 参照）を電子メールで送付し協力を依頼した。アンケート調査の設問 8 には、法施行後平成 18 年 6 月 1 日現在の支給認定の状況について、平成 18 年 7 月に各自治体が厚生労働省精神・障害保健課に報告した資料の提供を依頼し、再度集計し分析を行った。最終的に 58 のセンタ

ーから回答を得た（回収率 93.5%）。設問 8 の厚生労働省提出の資料については、数値に整合性がないと考えられるものもみられたため、今回は 57 センターのデータを基に検討を行った。東京都のセンターについては 3 センターを代表して、実際に自立支援医療の判定業務を行っている精神保健福祉センターより回答を得た。

（倫理面への配慮）

回収されたデータは厳重に保管し、個別の自治体名が特定されない形で本報告書を作成した。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、必要に応じて文意が変わらない程度に字句等の改変を行った。

#### C：研究結果

それぞれの設問に対する回答結果をまとめると以下ようになった。

設問 1：重度かつ継続の判定基準について、国基準どおりに規定しているか？（国の基準に自治体独自の基準を追加して運用しているか否か）

回答を得た 58 センターのうち、51 センター（88%）から「国基準どおり規定している」という回答を得た。「その他」の回答のうち 1 件は概ね国基準に従っているものと思われる内容であったため、実際は、約 90%が「国基準どおりに規定している」という回答であったと考えられる。「国基準に追加して規定している」との回答は 5 センターで、通院回数や薬物療法の有無、病気の重症度などの項目を追加して判定を行っていた。

### 設問 2：重度かつ継続の判定基準について 改訂すべきであるか？

半数（29／58）が「改訂すべきである」、約 4 割（23／58）が「現行でよい」という回答であった。「改訂すべきである」とした回答に関連しては、多くのコメントがあったが、大きく分けると、疾病の「重度」を重視する意見、医療費の「高額」を重視する意見、それから、そもそも「重度かつ継続」の判定の必要性が低いのではないかという意見、さらに診断する医師の資格や、対象疾患に関する意見の 4 つに大別された（資料 1 参照）

### 設問 3：中間所得層の再認定について

中間所得層の再認定に関しては、8 割以上（48／57）が「再認定すべきである」との回答であった。自治体で行われている独自軽減策との関連や、現在も「F0-F3, G40」該当者でも意見書が無い場合負担上限額を設けず 1 割負担していることから、申請者には再認定すべきとの意見もあった。中間所得層の再認定について、「新たな判断基準を設け事例ごとに判断する」との回答が 3 センターから得られ、内容としては、「手帳所持者は 2 年、手帳を所持していないものは 1 年で良いのではないか」という意見や、「希望する人のみ再認定すればよい」という意見もあった。「その他」の回答が 7 センターからあり、内容としては、「もし再認定しなければ、現在上限に達しないために申請を見合わせているケースが重度かつ継続を積極的に申請するだけである」、あるいは「中間所得層の大半が高額治療継続者として申請があがってきている現状から、もし対象外としたとしても、高額治療継続者として再申請がくるだけである」というものもあった。

### 設問 4：重度かつ継続の判定医の資格確認法について

約 74%（43／58）が「自己申告のみ」としており、残りは「簡易な履歴により判断している」との回答であった。重度かつ継続にかかる判定医について、詳細な履歴をチェックしているところは無く、その他の意見としては、意見書に精神科以外のその他の医師の項目を新たに設け、小児科、脳外科、内科などの記載を求めているセンターや、指定医であるかどうかを指定医の名簿で確認しているセンターもあった。

### 設問 5：重度かつ継続の判定医の資格確認の改定について

半数強（53%）が「現行でよい」という回答だったが、コメントとしては「経歴の具体的な確認が難しい」という意見がみられた。「改訂すべきである」とする意見は約 3 割（18／58）から得られ、コメントとしては、「要件をもっと厳しくして、指定医か専門医（てんかんの場合）に限るべきである」あるいは、「指定医申請時の基準を準用すべき」などの資格をより厳格化すべきとする意見が多かった。「その他」の意見も 11 か所からあり、「問題はあると感じているが、それを解決する具体案が乏しい」とする内容が多かった。

### 設問 6：指定医療機関について 国基準どおりに規定しているか？

指定医療機関の指定に関しては、89%（50／56）が「国基準どおり規定している」との回答であった。「検討中」とする回答が 6 ヶ所のセンターからあり、自治体によっては、本指定に際してより厳密な運用上の基準を検討しているところもみられた。また、地域の精神科医師の団体



から自治体に対して、適切な精神科医療普及のため更生・育成医療の医療機関の指定と整合性が取れるように、より指定基準を厳密にしてほしいという要望書が提出されているとのコメントもみられた。

#### 設問7：指定医療機関の申請却下事例について

六つの自治体で指定保留や指定の申請却下の事例が報告された（資料1）。

#### 設問8：平成18年6月の厚労省調査資料

厚生労働省に各自治体から提出された、「自立支援医療における支給認定の状況」（平成17年度中の「みなし認定」を含み、平成18年6月1日までに自立支援医療の申請および更新があったもの）、に記載されているデータをセンター長会で再度集計した。データ全体に関する各種パラメータについては、表1に結果を示した。各自治体の人口当たり（平成17年の国勢調査の資料を使用）の支給認定数、それぞれの（所得・重度継続）区分の全支給認定数あたりの百分率等を計算し、このうちの一部のものを図にした（図1～図4）。また、中間所得並びに一定所得以上で「重度かつ継続」の判定が必要となる群（表2参照）の全支給認定数に対する比率も計算し、図5に示した。各自治体で区分間の全支給認定数に占める割合をみると、かなりばらつきが大きいと考えられるものもあった。特に中間所得の重度かつ継続以外の比については、自治体によって、0%から27.99%まで非常に大きなばらつきがみられた。

#### 設問9：自由記載

自由記載欄では、多岐の問題にわたる多くの意見があった。まとめると、①事務処理の量の

多さと対応の煩雑さに関する意見。これには、上限管理票の管理の問題、医療機関や薬局などの変更の問題、精神障害者保健福祉手帳と自立支援医療の有効期限のズレに関する意見などがあった。②自立支援医療の対象者の範囲や申請する医師の資格に関する意見、に大別されると思われる。さらには、重度かつ継続の認定や指定医療機関の指定について、より簡潔で明確な運用上のスタンダードを（例えばセンター長会で）作成し、全国的な統一性をはかることが必要ではないかという意見もあった。

それぞれの設問に関する実際の数値や、付記されたコメントに関しては資料1にまとめた。

#### D：考察

自立支援医療費（精神通院医療）の支給について、各都道府県・政令指定都市での実際の運用状況に関するアンケート調査の結果、設問1の重度かつ継続の判定基準については、ほとんどの自治体で国基準どおりに規定しているとの回答であった。しかしながら、実際の支給認定状況で報告された数値を検討すると、全支給認定数に対する中間所得群（重度かつ継続に該当しない群）の比率（表2：E/全支給認定数）や、一定所得以上の重度かつ継続群などの比率（表2：H/全支給認定数）が、今回の調査では各自治体でかなり異なっている可能性が明らかになった（図2, 3）。

これらの自治体間の差異は、「国基準どおり規定している」との回答が約90%という調査結果と、必ずしも整合性がみられないようにも思われる。各自治体のそれぞれの対象となる群構成人口についてそもそも差異が大きいとの解釈も可能ではあるが、一方で、現在の国基準には各自治体の裁量に任されている部分があるためとの解釈も可能である。この点については、調査対象期間をより拡大した支給認定状況のフォローアップ調査を行い、さらに検討を加えること

が必要と考えられる。

設問 2 の「重度かつ継続の判定基準について改訂すべきであるか？」との質問について、半数が「改訂すべきである」、約 4 割が「現行でよい」との結果であった。

「改定すべきである」との回答へのコメントとしては、『重度かつ継続』の概念と、医療費の面からみた『高額治療継続者』の概念とは必ずしも一致するとは思えない。この点から、対象疾患を含め全面的に見直し、根本的に整理を行いきるだけ具体的な判断基準をつくるべきである。」との意見をはじめ、「重症度について、明確な基準を設けることや、手帳制度との連動を検討すべきと考える。」などやはり病気の重症度を中心とした基準作成を行うべきという意見や、疾病の重症度の判定のために、①入院歴の有無、回数 ②詳細な投薬内容 (mg, 錠数等) ③症状の詳細な記述。知能障害において知的障害の場合は I Q 値、認知症の場合は証明する検査データ (日常生活に支障がでるか、出現の頻度、難治性かどうか) 等の項目を設け、診断書の記載の中で判断ができるよう、詳細がわかる書式に改めるとする意見もあった。

一方で、「重症度や治療の必要性を客観的に判定するための全国的な基準を作ることはかなり難しいと思います (自治体ごとに判断が変わることは転居等を考えると好ましくない)。通院回数や通院精神療法と訪問看護との併用など、具体的な基準を明示することで明確化できないでしょうか。」といった意見があり、また、実際に通院回数やデイケアの利用回数など、利用負担額の参考になる項目が記載できるようにし、判定を行っている自治体もみられた。

さらには、「申請者の大半が高額治療継続者の該当になる基準は必要性が低い」とする意

見や、「より明確な基準を定めるか、あるいは重度かつ継続の判定そのものをなくすかの選択が必要だと思います。現実では重度かつ継続の認定が非常に緩い条件で行われているので、ほとんど判定する意味が無い様に思います。」という意見もみられた。

このように、意見は多岐にわたり、今のところ統一されたものとは必ずしも言えないが、支給認定に関する事務処理の負担増の問題などからより明確で全国的に統一された運用上の基準を求める意見と、現行の基準で各自治体の運用に委ねるままでよいとする意見に大別されるのではないかと考えられる。

設問 3 の中間所得層の再認定に関しては、概ね再認定すべきであるという意見であった。今回の設問 8 の解析からも指摘されるが、自治体によっては中間所得層のほとんどが重度かつ継続に認定されている (あるいは、重度かつ継続に該当する中間所得層しか申請していない) ため、再認定しないと、現在上限に達していないため申請を見合わせている事例が積極的に重度かつ継続申請を行うようになり、敢えて中間所得層の再認定を行わないこととしても、根本的には、大きな変化は無いのではないかという印象も持たれているようである。

設問 4、設問 5 は重度かつ継続にかかる判定を行う判定医に関する質問であるが、判定医の資格に関しては、自己申告あるいは簡単な履歴により判断している自治体がほとんどであった。詳細な履歴により判断しているとの回答は無かった。

一方、資格の確認を行っている自治体はほとんど無く、1 自治体で、指定医の名簿により指定医資格を確認しているとの回答があった。

重度かつ継続にかかる判定医については、「現行でよい」という回答が半数強だったが、「改訂すべきである」とする約3割の意見は「要件をもっと厳しくして、指定医か専門医(てんかんの場合)に限るべきである」あるいは、「指定医申請時の基準を準用すべき」などの資格をより厳格化すべきとする意見が多かった。

設問6、設問7は指定医療機関の指定に関する質問である。全体のほぼ9割が「国基準どおり規定している」との回答であった。「検討中」とする回答が6ヶ所のセンターからあり、自治体によっては、本指定に際してより厳密な基準を検討しているところもみられた。医療機関の指定に関しては、本庁主管課等他の部署の業務となっているところもあり、センターの関与が少ないところもあるようである。この問題に関する論点整理と、今後の望むべき方向性についての議論は、他の研究協力報告書(「自立支援医療指定医療機関資格要件(試案)」)で報告されている。

設問8は平成18年6月の厚労省調査資料に関する質問である。

今回は、法施行後平成18年6月1日現在の支給認定の状況について、平成18年7月に各自治体が厚生労働省精神・障害保健課に報告したものを、センター長会で再度集計し分析を行った。法施行直後の混乱した時期であり、支給認定があまり進んでいない自治体もみられ、また、短期間(約2ヶ月間)の資料でもあることから、資料の信頼性などの課題もあり、今回の検討は予備的なものにとどまっているものと思われる。

解析結果をみてみると、

支給認定件数/人口(図1):人口当たりの支給認定数の比率は1.62%~0.52%の範囲であった(0.13%と飛びぬけて低い値をとった自治体に関しては、作業の進捗状況を反映しているも

のと想定された)。精神通院医療の人口当たりの認定件数の自治体間差がどのような要因によるものかは現時点では不明である。精神科医療、福祉などに関する他のパラメータとの相関や、精神通院以外の他の障害に関するパラメータなどとの比較により、さらに詳細な解析が可能になるものと考えられる。

生活保護/支給認定件数(図2):支給認定件数あたりの生活保護の比率は20%以上の高い値をとっている自治体(最大26.42%)から10%以下(最小4.49%)のものまで、かなりの差異が見られている。支給認定件数中の生活保護が占める割合については、それぞれの自治体における生活保護の比率などにも影響を受けると考えられるので、そのようなデータとの比較を行うことによって、各自治体の特徴がさらに明らかになるものと考えられる。

中間所得(重度かつ継続を除く)/支給認定件数(図3):今回の調査結果で最も意外と考えられるのは、支給認定件数あたりの重度かつ継続を除く中間所得(中間所得1と中間所得2の2つの群を合わせたもの)群の比率が、最大28.0%から最小0%とかなりの差異がみられたことである。さらに、回答を得た57自治体のうち、重度かつ継続を除く中間所得群の支給認定件数に対する比率が1%以下のところが21か所にみられた。これらの自治体では、中間所得群ではほとんどが重度かつ継続に認定されている、あるいは、中間所得群では重度かつ継続に相当する群だけが支給認定申請を行っていることになる。設問1の「重度かつ継続の判定基準について、国基準どおりに規定しているか?」への回答との相関をみると、予備的な検討ではあるが、重度かつ継続を除く中間所得群の支給認定件数に対する比率が低いところでは、特に、「国基準をより明確化して」、すなわち、支給認定基準を詳細に規定して認定を行っているということではないようであった。

重度かつ継続一定所得以上／支給認定件数(表4)：一定所得以上の重度かつ継続群が支給認定件数に占める比率は、10%以上と高い値から2%以下(1.39%)という低い値をとる自治体まで、これもかなりのばらつきがみられた。この群は、施行後3年を経た段階で医療実態を踏まえて見直すとされる群に相当し、もし、経過措置が終了となった場合に影響を受ける比率が自治体によってかなり異なってくることを示している。

重度かつ継続認定が必要な割合(図5)：中間所得、重度かつ継続かつ中間所得1、重度かつ継続かつ中間所得2、重度かつ継続かつ一定所得以上の和が給認定件数に対する比率を降順にソートしたものを図5に示した。これは、生活保護、低所得1、低所得2の群を除いたものに相当し、重度かつ継続の判定の対象となる件数の比率を表している。最小値33.2%から最大値65.9%まで概ね2倍の範囲に分布する結果となった。この分布の要因については、各自治体のどのようなパラメータと相関するのかなど、さらなる解析が必要である。今後は、より長期間の資料について解析を行い、今回の解析で得られた結果を再度確認する必要があると考えられる。

## E：結論

自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定について、全国精神保健福祉センターを対象に施行から約半年たった時点での運営上の課題に関する意見を集約した。また、施行後約2ヶ月の短期間であるが、各自治体の認定状況について実際の支給認定件数に関する解析を行った。これらの結果から、自立支援医療(精神通院医療)の適正な給付について各自治体が考える課題が明確となった。これらの課題の解決のために、重度かつ継続の判定基準、判定医の資格確認、指定医療機関の指定などに関する、より簡潔で

明確な運用のためのスタンダードの作成を求める意見もみられた。また、支給認定状況については、今回の予備的な検討で、自治体間のばらつきの大きさを示唆する結果もみられ、今後も認定状況の継続的な把握により、課題をより明確化して行く必要があると考えられる。

表1 アンケート全国集計 (57自治体)

	支給認定件数	支給認定件数の内訳		
		生活保護	生保移行防止	低所得1
全国の合計数	912,944	139,659	15	225,908
対全支給認定件数比 (%)	100	15.30	0.00	24.75
平均値	16,016.6	2,450.2	0.3	3,963.3
中央値	10,399.0	1,687.0	0.0	2,651.0
標準偏差	15,383.8	3,106.1	0.7	3,452.7
最大値	105,563	21,626	3	23,332
最小値	2,895	146	0	644

支給認定件数の内訳				
低所得2	中間所得	重度かつ継続 中間所得1	重度かつ継続 中間所得2	重度かつ継続 一定所得以上
94,318	38,443	163,132*	195,697*	53,663
10.33	4.21	17.87	21.44	5.88
1,654.7	674.4	2,913.1	3,494.6	941.5
1,441.0	265.0	1,993.5	2,158.5	560.0
1,189.9	1,406.9	2,483.4	3,956.2	1,389.3
7,409	9,927	15,888	25,800	9,291
342	0	412	377	125

\* 1自治体を除く統計

表2 重度かつ継続の判断が必要な割合 (各自治体 E+F+G+H / 各自治体支給認定件数)

	支給認定件数	支給認定件数の内訳		
		生活保護	生保移行防止	低所得1
〇〇県実数				
%	100	A	B	C

支給認定件数の内訳				
低所得2	中間所得	重度かつ継続 中間所得1	重度かつ継続 中間所得2	重度かつ継続 一定所得以上
D	E	F	G	H

結果は図5に表示

図 1

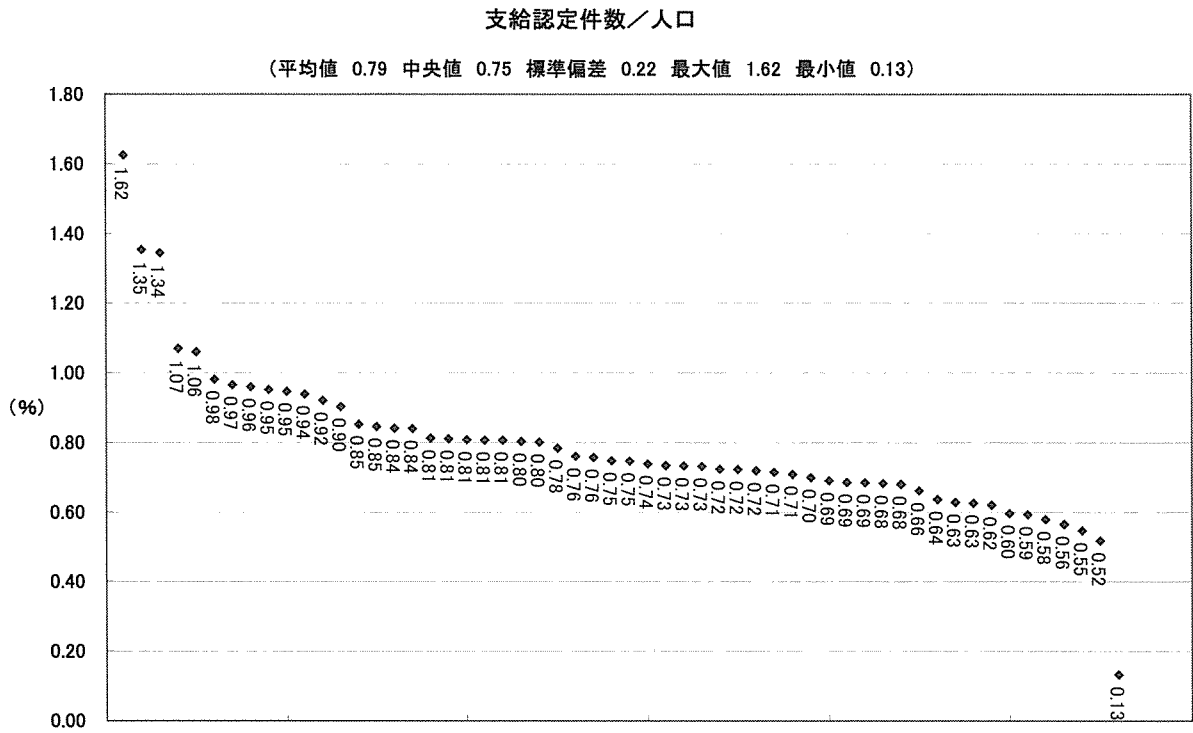


図 2

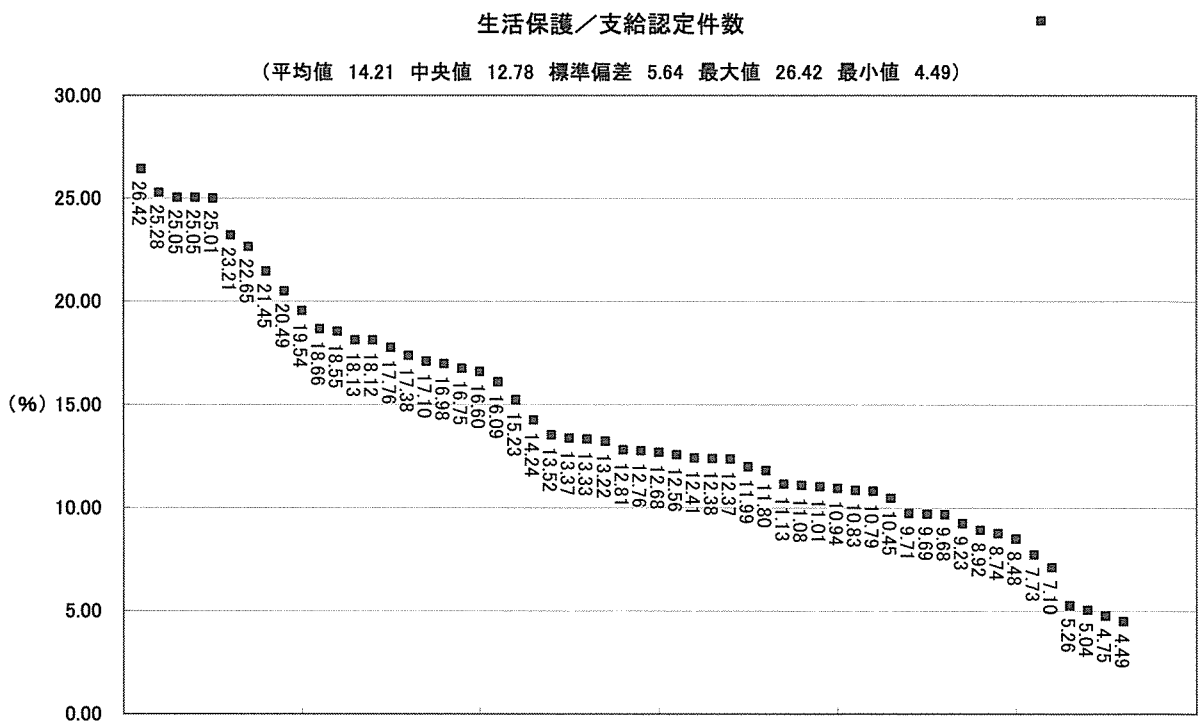


図 3

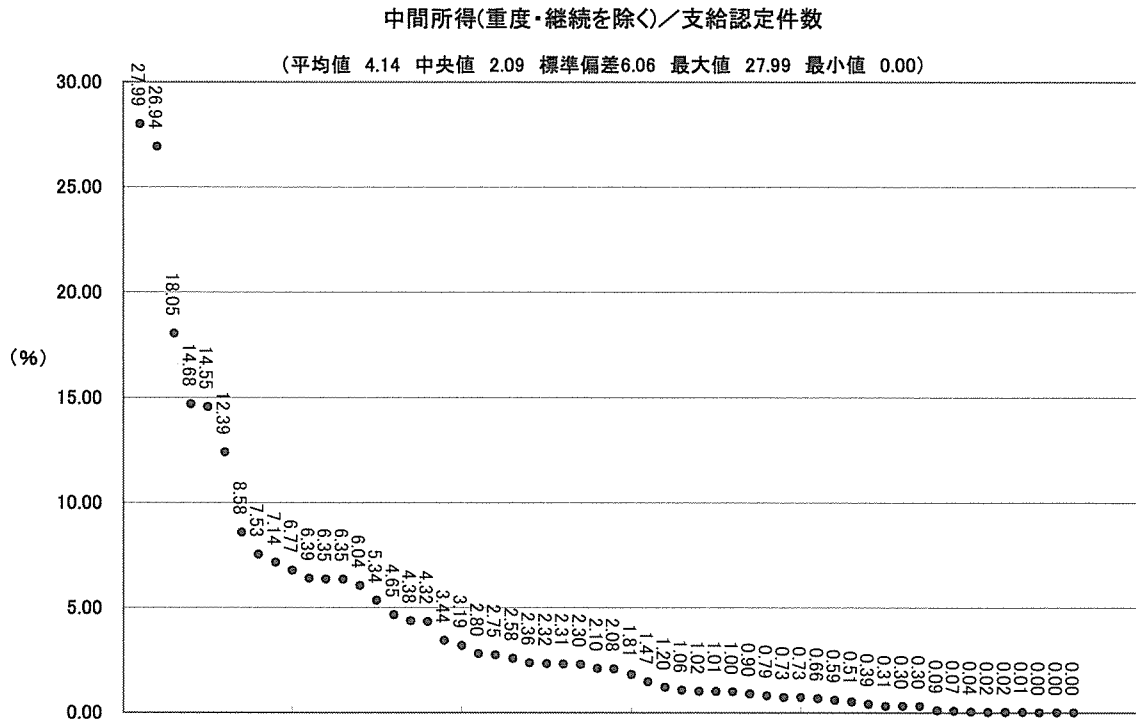


図 4

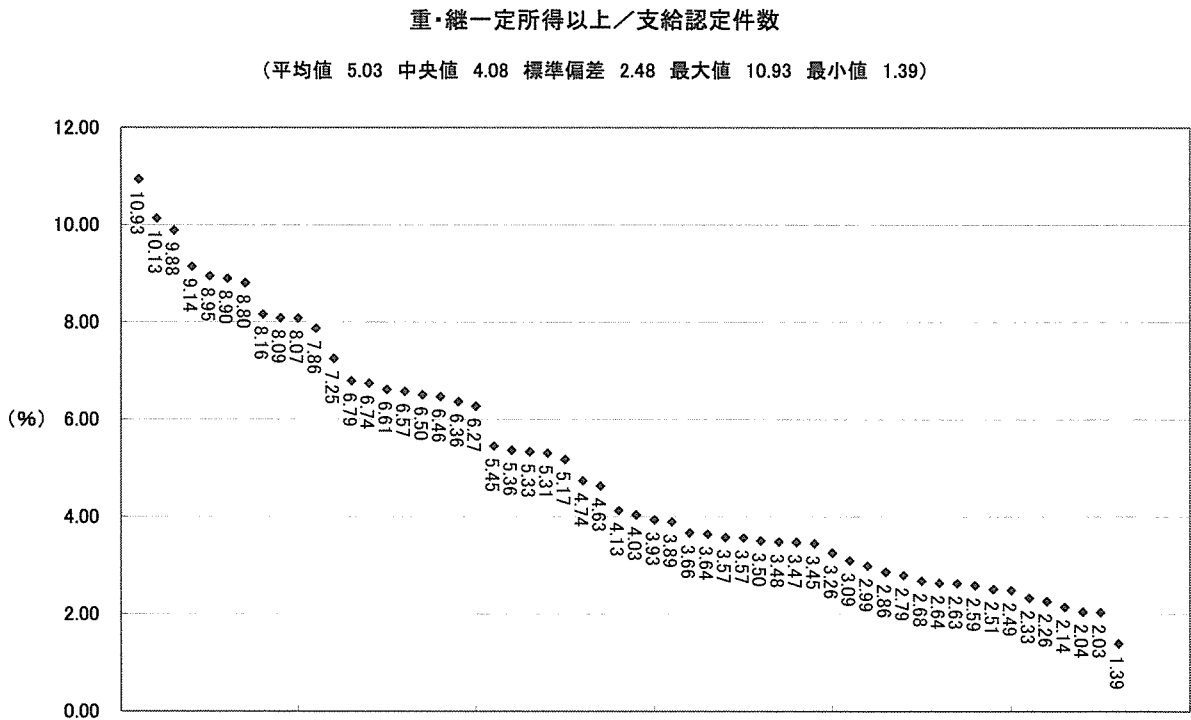
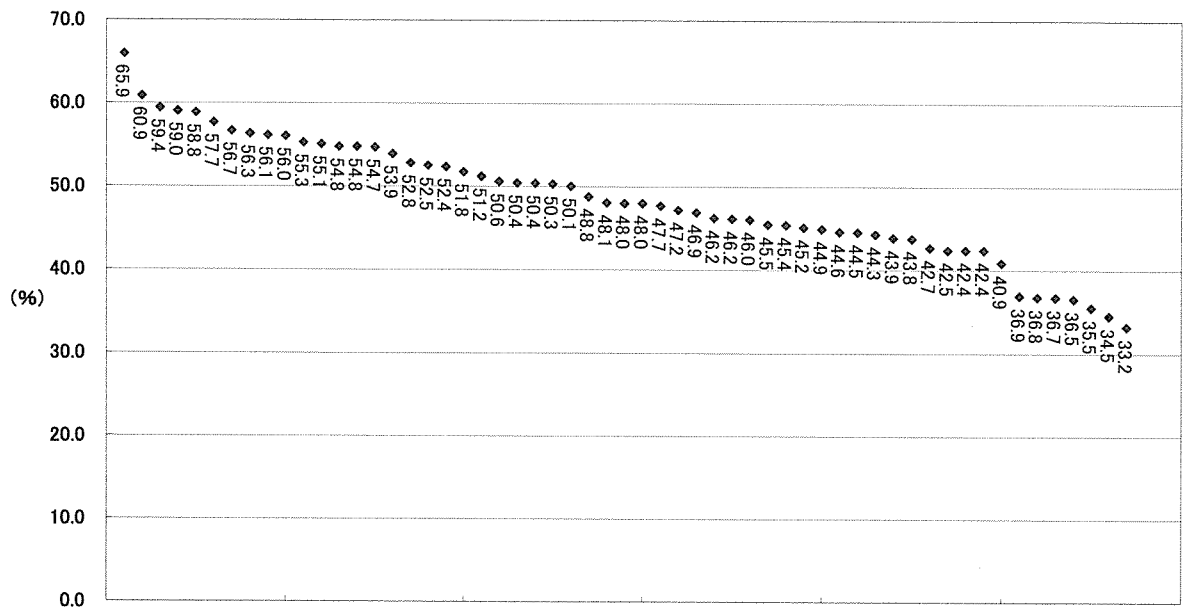


図 5

重度かつ継続認定が必要な割合

(中間所得+重度かつ継続中間所得1+重度かつ継続中間所得2+重度かつ継続一定所得以上/全支給認定件数)  
 (平均値 48.50 中央値 48.01 標準偏差 7.26 最大値 65.94 最小値 33.21)





## 資料1 「自立支援医療の実施状況に関する緊急アンケート調査」のまとめ

### 設問1 重度かつ継続の判断基準について

- |                   |    |
|-------------------|----|
| 1. 国基準どおり規定している   | 51 |
| 2. 国基準に追加して規定している | 4  |
| 3. その他            | 2  |

#### コメント

##### 1. 国基準どおり

- ・判断基準が曖昧であり、これまで不承認とした事例はない。

##### 2. 国基準に追加（明確化）

- ・F4-F99については、「少なくとも通常の医療より高額な治療が継続する」場合に限りませう。週2回までの通院は「通常の医療」の範囲内とし、毎月これを超える通院が継続的に必要なものについては「高額治療継続」とみなすことにします。ただし、画像検査等で、「毎月継続的に発生しない」ものはこれを含めた判断をしない、ということです。
- ・「高額治療」の範囲が明確でないため、また、通院回数についても特段の規定を設けていない。
- ・現在の重症度を加味して判断している。具体的には、特にF2（統合失調症）を除くものについては、現在の重症度が軽症（場合によっては中等症のものも）のものについては、「否」として扱うことが多くなっている。
- ・通院回数（精神療法等の回数）や薬物療法の有無等を総合的に判断している。通院が月1回でも認めるものもある。また、重度かつ継続（高額治療継続者）を考慮しなくてもかまわない統合失調症等の疾患であっても、精神療法等の回数を診断書に記載するように求めている。

##### 3. その他

- ・国基準に準じていますが、判定委員会の判断は、今のところかなり緩やかです。

### 設問2 重度かつ継続の判断基準について

- |             |    |
|-------------|----|
| 1. 現行でよい    | 23 |
| 2. 改訂すべきである | 28 |
| 3. その他      | 6  |

## コメント

### 1. 現行でよい

- ・追加コメントなし

### 2. 改訂すべきである

#### 「重度」重視

- ・重度かつ継続は「金」だけの問題ではないと考える。疾患の重度性を考慮すべきであり、概念を明確にするべきである。また、通院回数や治療内容に関しても一定の基準を設けるべきである。

#### 「高額」重視

- ・「重度かつ継続」により、自己負担額が設定されても、通院回数によりその額に到達しない人たちも少なくなく、そんな利用者からは「受診する際面倒です」といった意見もあり、単に疾患特性によるものだけではなく、重症度、通院回数なども考慮して適応していくべきと思われます。
- ・現行で問題点はあると考えますが、一方、重症度や治療の必要性を客観的に判定するための全国的な基準を作ることはかなり難しいと思います（自治体ごとに判断が変わることは転居等を考えると好ましくない）。通院回数や通院精神療法と訪問看護との併用など、具体的な基準を明示することで明確化できないでしょうか。

#### 重・継判定は必要か？

- ・申請者の大半が高額治療継続者の該当になる基準は必要性が低い
- ・現実的には現在の「重度かつ継続」はあまり意味をなしていません。中間所得層以上の所得区分における申請の大半が「重度かつ継続」申請です。「重度かつ継続」は廃止、疾患圏・状態像・医師の要件などを含め自立支援医療（精神通院医療）全体として適用範囲を再構築すべき時代でしょう。

#### 医師の資格や対象疾患の問題、その他

- ・①治療者歴で心療内科をどう扱うか ②病態の基準が曖昧
- ・『その他（1～5を除く）』に分類される疾患の場合、医師の資格要件の確認は内容があいまいであり、審査も難しい。
- ・たとえF0～F3であっても、他の診療科医ではなく精神科医の診断によるものであって欲しいと思う。
- ・重症度について、明確な基準を設けることや、手帳制度との連動を検討すべきと考える。

設問3 中間所得層について (複数回答あり)

1. 再認定すべきである	47
2. 再認定すべきでない	1
3. 新たな判断基準を設け事例ごと判断	3
4. その他	7

コメント

1. 再認定すべき

- ・自治体の独自軽減策を利用するために、再認定は必要と考えます。
- ・現在、「重度かつ継続」の認定は、意見書の提出を持って認めているため、F0-F3, G40 該当者であっても意見書の提出のない場合は、負担上限額を設けず1割負担としている。よって、申請に基づき再認定すべきと考えている。

2. 再認定すべきでない

- ・追加コメントなし

3. 新たな基準を設ける

- ・手帳を所持している者は2年、所持していない者は1年で良いのではないか。
- ・希望する人のみ再認定すればよい

4. その他

- ・現行の、負担上限額の設定では、大半が上限に達することはないので、「重度かつ継続」の申請を見合わせているケースもあると思われるが、「重度かつ継続」・自立支援医療の基準を厳密に定義されないまま、中間所得層が自立支援医療(1割負担)から外されるなら(再認定拒否)、「重度かつ継続」の申請を積極的にする流れを作るだけである。

設問4 重度かつ継続にかかる判定医について (複数回答あり)

1. 自己申告のみとしている	43
2. 簡易な履歴により判断している	14
3. 詳細な履歴により判断している	0
4. その他	6

## コメント

### 1. 自己申告のみ

- ・① 精神保健指定医 ② 精神科医：精神医療に従事した経験が3年以上の医師 ③ その他の医師：精神医療に従事した経験が3年以上の医師
- ・精神保健指定医、精神医療に3年以上従事した

### 2. 簡易な履歴による

- ・てんかんや小児の行動障害に対して、小児神経学会専門医？との記載をしてくる医師もいるが、基本的に学会認定医は目的が異なるので、この場合も、小児科での臨床経験期間（具体的な勤務病院）を記載してもらうようにしている。

### 4. その他

- ・精神科医以外の他科の医師（小児科、脳外・内科、内科等）がおり、その他の医師の項目を設けている。
- ・指定医であるかどうかを名簿で確認、その他は自己申告及び簡単な履歴による。

## 設問5 重度かつ継続にかかる判定医について（複数回答あり）

- |             |    |
|-------------|----|
| 1. 現行でよい    | 31 |
| 2. 改訂すべきである | 17 |
| 3. その他      | 11 |

## コメント

### 1. 現行でよい

- ・これも現行で問題はあると思いますが、経歴の具体的確認がどの程度可能かということを考えて、自己申告が適当なところであると思います。

### 2. 改訂すべき

- ・精神科医が現行通り、他科の医師の認定基準（てんかん学会認定医、児童青年精神医学会認定医であること等）を設けるべきである。
- ・要件はもっと緩和してよい。これは有名無実である。
- ・要件はもっと厳格にしてよい。指定医か専門医(制度が発足したばかりであるが)に限るべきである。

### 3. その他

- ・現在の資格要件のあり方が良いとは言えないが、かと言って、精神科医療の経験を判断す