

るための有効な具体案を持ち合わせてはいない。

- ・現在の基準は非常にあいまいであり、資格要件を明確にすべきとは思いますが、『てんかん』や『うつ病』の治療の多くが精神科以外で行われている現状を考えると現行のままでやむを得ないかと思われる。

設問 6 指定医療機関について

1. 国基準どおり規定している	50
2. 国基準に追加して規定している	0
3. 検討中	5
4. その他	2

コメント

1. 国基準どおり規定している

- ・医療機関の本指定は所管課が行います。国基準どおりで、特に診療科の限定もしない方向だそうです。
- ・規準の明確化をはかるべきである。

3. 検討中

- ・審議会に諮る予定です。たぶん、「指定医申請時の要件」に落ちると思いますが。「てんかんのみ」という指定ができるかどうかですが、本省の考えがはっきりしないので、困ります。
- ・検討中ですが、自立支援医療として精神疾患を内科等で治療することは不適切であると考えていますので、てんかん、発達障害、認知症以外は精神科（心療内科？）標榜に限ることにすべきかと思えます。また、自立支援医療の判定指針を理解するためには、精神科臨床経験が不可欠ですので、精神科医療の経験については、指定医申請時の基準を準用すべきと考えます。
- ・県と政令市に対して、指定医療機関指定に関する要望書を精神科七者懇（国レベルの精神科七者懇に倣い、県の精神医療の質の向上、精神科卒後研修体制の充実をめざして組織したもの）より、平成18年4月24日付で提出しました。県、市とも、厚生労働省の定めたものにさらに追加する事になるので、検討させて欲しいと言っていますが、回答はまだありません。

4. その他

- ・みなし機関は原則指定。他は履歴書を見て個別に判断している。例えば、てんかん、うつ病の診療経験があれば指定している（主管課回答）。
- ・一応国基準どおりの規定で本指定のための申請を受け付けている最中である。主管課が行っているが、指定についてはセンターと協議をして行う予定にしている。基本的にはみな

し指定になっている医療機関は、申請があればそのまま本指定する予定だが、新規申請については判定医の資格要件を詳細に検討して指定する方向で協議している。

設問7 指定医療機関の申請却下事例について

1. なし 51
2. あり 6

コメント

1. なし

特にコメントなし

2. あり

- ・精神医療の書類上の従事経験年数不足で2機関保留。
- ・内科系医療機関3カ所から、指定辞退の意思表示があった。
- ・指定を保留した調剤薬局が1件あった。理由については、申請のあった調剤薬局の薬剤師の経歴に記載されていた内容（調剤経験が1年しかない）を、十分な調剤実務経験のある薬剤師ではないと本市（保健福祉局障害福祉課）で判断したため、指定保留とした。その後指定保留の連絡を受けた調剤薬局が、調剤実務経験のある薬剤師を指定してきたので、再度審査を行い指定することとなった。
- ・歯科医院—診療科目が精神通院医療の診察に該当しないため
- ・精神保健指定医であっても、過去に精神医療に関わっていたことが確認できず、また、実態として一般臨床科医であり、内科中心の診療を行っている診療所があり、その診療所を指定してきた申請を非認定とした例があった。（以前の精神衛生鑑定医は、精神科医師でなくとも取れたのではと思います）

資料2 自立支援医療の実施状況に関する緊急アンケート調査

平成18年9月22日

全国精神保健福祉センター長会会員 各位

全国精神保健福祉センター長会
会長 山下 俊 幸

平成18年度厚生労働科学研究
自立支援医療の適正な給付に関する研究
分担研究者

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

初秋の候、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。日頃は大変お世話になっております。

自立支援医療の実施にあたりましては、たいへんご尽力をされていることと推察いたします。今年度も、自立支援医療制度運営調査検討会が下記の通り9月15日（金）に開催され、昨年度に引き続き、センター長会より桑原先生にご出席いただきました。

今後、10月23日（月）、富山で開催されますセンター長会会議において、自立支援医療についての意見交換を予定しております。その際の資料作成のため、現状を把握したいと考えております。たいへん急なことで誠に申し訳ありませんが、是非ともご協力いただきますようお願いいたします。

本調査はすでに理事会構成員の方々にはお願いしておりますが、会員の皆様にもお願いしたいと思っておりますので、何卒ご協力のほどお願いいたします。なお、この調査は平成18年度厚生労働科学研究「自立支援医療の適正な給付に関する研究」の一環として行いますが、調査結果については、自治体名を外部に公表することはありません。

お忙しいところたいへん申し訳ありませんが、集計の都合上9月29日（金）までに、下記までE-mail (seishinhoken@acplan.jp) にて返送いただきますようお願いいたします。なお、調査結果につきましては、センター長会会議にてご報告いたします。すでにご回答いただいた理事の方は、あらためてご回答いただく必要はございません。

* 第4回自立支援医療制度運営調査検討会の開催について

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/s0915-1.html>

問い合わせ先、返送先（分担研究事務局）

〒612-8369

京都市伏見区村上町406

ACplanning 内 細矢幸子

TEL 075-611-2008

FAX 075-603-3816

Email seishinhoken@acplan.jp

自立支援医療の実施状況に関する緊急アンケート調査

都道府県、指定都市名 () 精神保健福祉センター

* 回答に際しては、あてはまる番号を口で囲んでください。 例 3

重度かつ継続の判断基準について

設問 1 重度かつ継続（高額治療継続者）の判断基準についておうかがいします

- 1 国基準どおり規定している
- 2 国基準に追加して規定している

その内容をできるだけ具体的にご記入ください。（例）通院回数が月に 3 回以上
(回答)

3 その他（

設問 2 今後のあり方についておうかがいします

- 1 現行でよい
- 2 改訂すべきである

その内容をできるだけ具体的にご記入ください。
(回答)

3 その他（

中間所得層について

設問 3 重度かつ継続以外の中間所得層の 1 年後の再認定についておうかがいします

- 1 再認定すべきである
- 2 再認定すべきでない（自立支援医療対象外としてよい）
- 3 新たな判断基準を設け、事例ごとに判断すべきである

新たな判断基準をできるだけ具体的にご記入ください。
(回答)

4 その他（

重度かつ継続にかかる判定医について

設問 4 重度かつ継続にかかる判定医の資格要件の確認方法について

- 1 自己申告のみとしている
例 精神保健指定医 精神医療に3年以上従事した
- 2 簡易な履歴により判断している
例 X年Y月～X+3年Y月 ○○病院精神科勤務
- 3 詳細な履歴により判断している
例 指定医申請時の基準を準用
- 4 その他（

設問 5 今後の判定医の資格要件のあり方についておうかがいします

- 1 現行でよい
- 2 改訂すべきである
その内容をできるだけ具体的にご記入ください。(例) 精神科医療の経験については指定医申請時の基準を準用すべきである
(回答)
- 3 その他（

指定医療機関について

設問 6 指定医療機関の指定要件について

- 1 国基準どおり規定している
- 2 国基準に追加して規定している
その内容をできるだけ具体的にご記入ください。(例 1) 精神科医療の経験については指定医申請時の基準を準用している (例 2) てんかん以外は、精神科に限定している
(回答)
- 3 検討中
可能な範囲で検討案をご記入ください。
(回答)
- 4 その他（

設問 7 指定せず、あるいは本指定にいたらなかった医療機関がありますか？

- 1 なし
- 2 あり ありの場合、その理由をご記入ください。
(回答)

自立支援医療における支給認定の状況について

設問 8 平成 18 年 6 月 1 日現在の状況についてご記入ください（平成 18 年 7 月中旬 厚生労働省精神・障害保健課報告時のものをご記入ください。新たに集計していただく必要はありません）。

* 件数をご記入ください

別添様式 1

	申請	支給認定	審査中	却下	却下の理由別内訳		
					所得基準を上回る	対象外疾病	その他
精神通院							

別添様式 2

	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
精神通院				

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

自由記載

設問 9 自立支援医療のあり方(現状と課題) について、お気づきの点があればご記入ください。

(例) 申請直後の医療機関・薬局の変更の多さ、精神障害者保健福祉手帳申請件数の増加、個人情報保護にかかる問題、その他、実施して初めて新たになった課題、問題等

(回答)

たいへんお忙しいところご協力ありがとうございました。

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（2）
「重度かつ継続」又は「高額治療継続」に関する論点整理

研究協力者 築島 健（札幌こころのセンター）

研究要旨

自立支援医療（精神通院医療）の「重度かつ継続」又は「高額治療継続」については、一定の要件を満たす場合に、市町村等により（すなわち、政令指定都市を含む都道府県の子どもの精神保健福祉センターの判定により）認定されるものであるが、その要件のうち、特に、平成 18 年 3 月 28 日厚生労働省告示第 158 号の第 2 号後段の「三年以上の精神医療の経験を有する医師により、情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態を示すことから入院によらない計画的かつ集中的な精神医療（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判断された者」の解釈が難しく、運用上の問題となっている。

本研究では精神障害者の通院医療費の公費負担の制度趣旨をふりかえりつつ、自立支援医療（精神通院医療）における医療費の自己負担上限額の軽減策としての「重度かつ継続」又は「高額治療継続」の意味するところ、及びその範囲について論点の整理を試みた。

【自立支援医療（精神通院医療）に継承された

精神障害者通院医療費公費負担制度の趣旨】

精神衛生法（当時）の昭和 40 年改正に先立つ昭和 39 年 7 月、精神衛生審議会（当時）は「精神衛生法改正に関する中間答申書」を提出し、その中で「2 医療保障の拡大」として、「外来患者にも当然医療保障を行う必要がある」と指摘した。その理由としては、次の 3 つを挙げた（要約）。

- (1)精神障害者の社会適応性が著しく低いこと。
- (2)家族の蒙る精神的・経済的損害が著しいこと。
- (3)適正な医療が行われないと措置入院を要する程度に増悪する可能性が高いこと。

そして、外来患者に対する医療保障としては、当時急速に発達しつつあった精神科医療（特に精神科薬物療法）を普及する必要があるとして、「精神障害の適正な医療を普及するため」の、精神障害者通院医療費公費負担制度が創設さ

れたものである。

精神障害者通院医療費公費負担制度は、制度創設当時の大きな課題であった黎明期の精神科薬物療法の普及に大きく貢献し、後には精神科デイ・ケアなど精神科外来リハビリテーション医療普及する等、その時代に応じた「精神障害の適正医療の普及」に大きな役割を果たしてきた。昭和 39 年の精神衛生審議会の中間答申は、当時のライシャワー事件を背景とした社会防衛的色彩があることや、表現の一部に適切でない部分もあるが、精神障害者に対する医療保障制度の必要性についての認識として、今日においても基本的に首肯できるものである。

平成 17 年 10 月の障害者自立支援法の成立に当たり、参議院は附帯決議で、「五、自立支援医療については、これまでの更生医療、育成医療及び精神通院医療の趣旨を継承した公費負担医療制度としての位置付けを明確にするこ

と。(後略)」とし、旧制度趣旨の継承を求めたことから、旧制度の趣旨が現行自立支援医療(精神通院医療)の定義に次のように盛り込まれたものである。

障害者自立支援法施行令第1条第3号

精神障害の適正な医療の普及を図るため、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第5条に規定する精神障害者(附則第3条において「精神障害者」という。)に対し、当該精神障害者が病院又は診療所へ入院することなく行われる精神障害の医療(以下「精神通院医療」という。)

すなわち、通院医療費公費負担制度から継承された「精神障害の適正医療の普及」という制度趣旨については、その普及すべき「適正医療」の内容がその時代によって大きく変化してきていることは当然としても、「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉の改革の基本的な方策の中で、(今日的な意味の)適正医療の普及の必要性は現在においてもなお高いものであって、これが精神通院医療制度の趣旨として受け継がれたものである。

【適正化の流れの着地点としての「給付の重点化」】

精神障害者通院医療費公費負担制度は、その後の外来精神医療の著しい発展・普及や、精神障害の概念の拡大や疾病構造の変化などにより、制度創設時の対象として想定されていた「放置すれば措置入院に至りうる者」にあてはまらない者をも広く公費負担の対象者とすべき状況が生じたことなどから、国及び自治体の負担が著しく増大していた。また、制度の普及の一方で、制度の趣旨を超えた利用の拡大がなされている可能性が指摘されていた。

平成14年3月の「精神障害者通院医療費公費負担の適正化に関する検討会報告書」(障精発第03200001号平成14年3月20日精神保健福祉課長通知)では、公費負担制度が精神科の適正な治療の普及に果たした役割を踏まえつ

つも、「各都道府県・政令指定都市(以下「都道府県等」という。)における公費負担申請の認定審査の適正化及び公費負担医療費の請求・支払決定の適正化に取り組む必要がある。」

「一定以上の所得を有する者については、本制度の対象としないことが適当である。」「中期的な課題として、対象者のあり方、公費負担医療を行う医療機関のあり方等を更に検討する必要がある。」などと、給付のあり方の諸問題が指摘されたところである。この報告を受けて、平成14年4月より判定指針と診断書の様式の改正が行われたが、対象者の認定においてICD分類を導入することにより、却って公費負担医療の対象範囲は拡大し、国及び自治体の財政負担は更に膨れ上がった。これにより国と地方の精神障害者対策費の硬直化を招き、福祉サービスへの配分が逼迫するなど、総体としての精神障害者福祉の拡充に支障が生じかねない状況となっていた。

この事情については、「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」最終まとめ(平成16年8月)では、「精神保健福祉分野における国庫配分についても、医療に係る患者の自己負担軽減に約7割が振り向けられ、かつ毎年、急速に増加し、福祉分野に財源を配分する足枷となっている。特にこうした医療全体での重点化・効率化の可能性について検討を進めることが必要である」として、いわゆる「財源シフト」の考え方から、公費負担医療の重点化の必要性が指摘された。この報告を受けて出された、精神保健対策本部の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(平成16年9月)では、今後の国の重点施策群の一つとして「医療における公費負担の重点化」が打ち出された。適正医療の普及を目的とした公費負担制度は、普及の段階から適正化の段階にシフトしてきたと考えられる。

【重点化の対象としての「重度で継続して医療費負担の発生する者」】

平成16年10月の「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」において、「精神通院公費、更生医療及び育成医療といった障害に係る公費負担医療制度は、福祉サービス等の基礎的なサービスとは異なり、基本的には医療保険に係る自己負担分を軽減する仕組みとして機能しており、制度運営の効率化、財源配分の重点化の観点から、現行制度を見直す。」として、「具体的には、医療保険制度で行われている低所得者対策や長期疾病対策等を基礎に、制度の対象を、負担能力の乏しい者、重度障害のため長期療養により継続的な費用負担が発生する者等に重点化し、利用者負担については、福祉サービスに係る負担の見直しと同様に、応益的な負担を基本とし、一定の負担上限額を組み合わせる仕組みに統一する。」という方向性が打ち出された。この説明資料の中で、「給付対象者を、①負担能力の乏しい者、②重度で継続して医療費負担の発生する者等に重点化」し、①経済的理由から、十分な治療を受けずに障害が固定化するおそれのあるグループと、②重度で継続的に医療費負担が毎月発生し、家計に対し大きな影響を与えるグループの2群を、継続的に公費負担の対象とすることが適当であるとした。以後、この考え方は制度実施後の現在まで踏襲されている。

【「重度かつ継続」は経済給付のための経済的指標】

ここまでの経過は次のように整理されよう；
・障害に係る公費負担医療制度は、福祉サービス等の基礎的なサービスとは異なり、基本的には医療保険に係る自己負担分を軽減する仕組みとして機能しており、制度運営の効率化と財源配分の重点化の観点から現行制度を見直し、給付対象の重点化を

行う。

・給付対象者の重点化は、次の2群の対象者を想定する；①負担能力の乏しい者、②重度で継続して医療費負担の発生する者等
従って、「精神障害者通院医療費公費負担制度は、通院医療の継続を支援する制度であるが、公費負担という手段をとる以上、その効果は経済的理由により通院継続が困難な者についてのみ期待できることとなる。このため、一定以上の所得を有する者については、本制度の対象としないことが適当である。」（「精神障害者通院医療費公費負担の適正化のあり方に関する検討会報告書」14年3月）という認識にみられるように、公費医療の基本的性格が、経済的困窮者に対する経済給付であるにとらえる基本的姿勢により制度改革が計画された。そして、「重度かつ継続」はその経済給付の対象者を判断する際の経済的指標にほかならないということになる。

【「高額治療継続者」の法的な定義と運用上の考え方の整理】

平成18年1月に制定された障害者自立支援法施行令には、「重度かつ継続」という表現は存在せず、代わって、「高額治療継続者」という概念が導入されている。これは、「当該支給認定に係る自立支援医療について、費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者として厚生労働大臣が定めるものに該当する旨の市町村等による認定を厚生労働省令で定めるところにより受けた者」（障害者自立支援法施行令第35条 平成18年1月25日政令第10号）と定義される。また、これを受けて、平成18年3月28日厚生労働省告示第158号には以下のように規定される。

1 (略)

2 疾病及び関連保健問題の国際統計分類（世界保健機関が世界保健機関憲章（昭和二十六年条約第一号）

第二条(s)及び(t)に基づき作成する分類をいう。)の第五章中F0、F1、F2若しくはF3に分類される者若しくは第六章中G40に分類される者又は三年以上の精神医療の経験を有する医師により、情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態を示すことから入院によらない計画的かつ集中的な精神医療(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判断された者

即ち、主治医等の診断書に記載された病状や治療状況が、一定の要件(「一定のICDのカテゴリ」又は「一定要件を満たす医師による計画的かつ集中的な精神医療を要するとする判断」)を満たす場合に認定されるものである。

【高額治療継続者の認定をめぐる実務的な問題】

「高額治療継続者」の当面の範囲については、第3回自立支援医療制度調査検討会(平成17年11月9日)の合意事項に基づく。「当面の範囲」としながらも、政令及び告示で明文定義されていることから、基本的な枠組みについては既に確定したものであり、今後において大きな変化はないと考えてさしつかえないと考えられる。

ただし、「市町村等」(すなわち、都道府県及び政令指定都市)における認定の実務においては、困難がない程度に十分な明確化が図られているとは言いがたい。それは、高額治療継続者を定義する上で重要な2つのキーワードの範囲がわかりにくいことによる。

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

しかしながら、これまでの議論の経過等を詳細に検討すれば、これらの2つの内容を明確化することは決して困難ではない。以下に、その2つのキーワードの明確化を試みる。

【「三年以上の精神医療の経験」とは】

判断をなしうる医師の要件については、第3回自立支援医療制度調査検討会の議論にある通り、「三年以上の精神医療の経験」とされたところである。しかしながら、この「3年の内容」が明確でないという問題が残ったままとなっている。

同検討会における議論においては、この判断をなしうる医師は「誰でもよいというわけではなく、何らかの要件を定める」ということでは意見の相違を見ていない。当初、「指定医」とする要件が提案されたが、議論の結果によりこれを緩和し、指定医に限ることは適当でないとして、「精神医療に一定の経験を有する医師」ということで、(精神医療の)臨床経験として3年程度がいいのではないかとということで合意が成立した。しかしながら、「精神医療の経験」を「精神科臨床経験」とするか、「精神科を標榜する医療機関における勤務経験」とするか、「精神神経学会認定医」などの認定資格によるか、「外来のみならず入院医療を含むトータルな精神医療の臨床経験」とするか、など、いくつかの意見が集約されないまま、事務局(精神保健福祉課(当時))が「三年以上の精神医療の経験」を明確化した案を作成することとして終了した。しかしながら、関係団体の意見のずれなどの問題が解決できず、その後、これ以上の明確化・具体化の作業は行われることはなかった。

ここで重要な観点は、検討会の議論の中においても、この「特別な判断」をなすにあたっては「判断の質を担保すること」が重要であって、「幅広くこの判断をなすことを普及すること」が重要であるという認識には立っていないということである。ただし、一部の委員の意見の中には「漏れがないような形で決めていただければと思います。」という主張が含まれている。ただ、その場合も、「判断の質を問わず、全て

の医師を参入させるべきである」ということにはならない。

なお、精神保健指定医制度においては、指定申請に当たって必要とされる「3年以上」の精神科実務経験の期間については、「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)に、期間の算定方法に係る考え方が示されている。その内容は7項目にわたり詳しく定義されるが、実際にはその要旨はかなり単純で、①「精神科における実務経験であること」、②「週4日、1日あたり8時間の（いわゆる『常勤換算』できる）外来又は病棟若しくは精神保健に係る公的機関における勤務経験であること」③「当直、動物実験、大学院の講義の受講等、実際の診療に当たらない時間は、症例検討会等への参加を除いては含まれないこと」である。指定医の申請にあたっては、「ケースレポート」が必要であり、そのためには精神病床を有する医療機関における「指導医」の指導のもと、自ら担当として幅広い疾患圏の診断又は治療に十分なかわりを持った症例について報告することが求められている。従って、ここでいう算定方法においては、期間の明示はないが、④「精神科病棟で、指導医に指導を受けて、6カテゴリー8症例以上の入院症例を診療した経験があること」という要件があることになる。

18年10月に改正施行された精神保健福祉法に新たに規定された「特定医」については2年以上の精神科臨床経験を要するものとされたが、その際の精神科実務経験の算定方法は指定医の申請に係る算定方法と同様とすることが通知されている。精神科実務経験の算定方法については、これ以外の方法が通知されていない。

【行政処分の根拠とするための臨床的判断をなしうる学識経験をどうとらえるか】

第3回検討会の議論の中でも、「高額治療継続者」の認定に係り「インテンシブな精神医療」（即ち、計画的かつ集中的な精神医療）が必要であるとする臨床的判断をなしうる医師については、「指定医であればこれをなし得る」としてよいとしながらも、「指定医に限る」とすることは、精神保健福祉法に則り精神障害者の人権に係る判断をなす資格的要件を定めるものである指定医制度と公費負担制度の趣旨の違いから適切ではないという委員間の合意があった。そこで指定医以外であって、一定の臨床判断の質の担保が期待できる要件として、「3年以上の臨床経験」という代替案が出てきたものである。

ここで必要とされる学識経験の内容については、「計画的かつ集中的な精神医療」の必要性に関する臨床的な判断を行い、治療を計画し、診断書を作成するという実務上の能力が問われるものである。この点においては、少なくとも診断書の審査判定を行う行政機関（都道府県・市の精神保健福祉センター）の精神科専門医と専門的なやり取りが可能であることが最低限求められるという趣旨の発言もあった。行政機関としては、申請者の状態に即した適正な行政処分をなすことがどうしても必要であるが、申請者を直接診断することは困難であるため診断書をほとんど唯一の情報とせざるを得ない。従って、その行政処分の根拠とする診断書の記載内容については厳に適正であることを求めるものである。それなのに、現実には申請に当たり精神医学的な見地から不適切な診断書が提出されることが少なくないばかりか、精神保健福祉センターからの当該診断書に係る疑義照会にすら満足に回答できないような、精神医療に関する学識が不足している医師も存在する。このような理由で審査判定の事務が

著しく停滞し、申請に対する応答が著しく遅延することが全国的に問題となっている。平成16年度厚生労働科学研究障害福祉総合研究「精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究」（主任研究者 白澤英勝）においても、「診断書を作成することができる医師の要件についても限定的・明示的に定めるなども必要と考えられる。」と指摘されている。従って、ここであいう「3年以上の精神医療の経験」についても、精神障害者の病状を適切に判断し、「計画的かつ集中的な通院医療」（通常の治療を超えた高額な治療）の必要性を判断するに当たり必要とされる学識経験ということになる。このような学識を欠く医師によって「高額治療の適正な運用」が確保されると期待する根拠はないので、この観点は制度の適正な運用のためには必須のものである。

一方、「3年以上の精神医療の経験」のある医師が判断を求められる対象は、「情動及び行動の障害」又は「不安及び不穏状態」の2つの状態像であることから、これらに対する特段の学識経験、ことに症状評価や治療計画の技術が必要とされているものである。これらについて自ら診療を担当した経験がない場合、例えばてんかんのみの診断又は治療の経験を、ここであいう3年以上の精神医療の経験に含めて算定することは適当であるとは考えがたい。また「精神科を標榜する医療機関に勤務していたことにより、精神障害者の身体合併症の治療を担当した経験のある内科医」等の場合も「情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態」に対する診断評価や治療計画を自ら経験したとは言えない。脳神経外科手術の麻酔を3年以上にわたり経験した麻酔科医がクリッピング手術の手順は知っていても手術を行うことができないことや、がん患者の心のケアを3年以上にわたり経験した精神科医が悪性腫瘍の化学療法のプロトコルを知っていても化学療法を行う学

識があるとは言えないことと同様に考えれば、そのような場合は「3年以上の精神医療の経験」としての要件を満たさぬものと整理されることには疑いを挟む余地がない。

「情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態」は、F4～F99に限らず、幅広い疾患圈において起きうる状態像であって、これらに対する適切な診断評価や治療計画は、幅広い鑑別診断、幅広い治療の選択肢から学識経験に基づき判断され実行されるものである。このように、通院医療の対象者のうち「重度」であって、かつ「継続的に高額な治療費負担が発生する」ような特別の患者群に対して「計画的かつ集中的な治療」を行うことを判断するためには、総合的な精神科臨床能力が必要とされることは明白である。これらの学識経験は適当な指導医のもとで、統合失調症、気分障害、認知症、中毒性精神障害、児童思春期精神障害、器質症状性精神障害等、幅広い領域の精神科臨床を一定期間以上経験することにより、初めて身に付くものである。従って、「インテンシブな精神医療」の必要性を判断する上で必要とされる経験については、これを「指定医の申請に係る精神科実務経験の算定方法」によるものとしないうことを適当とする合理的な理由が到底見当たらない。ただし、外来における公費負担医療における臨床判断をなす本制度においては、指定医の申請とは異なり、必ずしも病棟における入院治療の経験を含むことを要するとはいえないかも知れない。それでも、相当の期間については、原則として精神保健指定医等の精神科医療に十分な経験を持つ常勤の指導医により幅広い疾患圈について適切な指導を受けたものがなければならない。あくまでケースバイケースであるが、指導医のいない環境で独学ないしは自己流で3年経過した場合を「3年以上の精神医療の経験」と認定することは、一般的には制度趣旨にそぐわない。

【計画的かつ集中的な通院医療とは】

「計画的かつ集中的な通院医療」の範囲についても、明文の規定が用意されていないことから、運用上の問題が生じうる。一定の行政処分に係る判断を分ける指標となるので、主観的判断では足りず、一定の客観的な事実に基づく明示的な整理が行われている必要がある。

即ち、「計画的・集中的な通院医療」とは、障害者自立支援法第54条第1項に、認定に当たって勘案すべき事項として例示されている

「治療状況」に係る条件の一つと考えられ、第3回検討会において検討された「インテンシブな通院医療」が、事務局（厚労省精神保健福祉課（当時））の整理の過程で言い換えられたものである。通常に行われる外来通院医療に比べて特に濃密な医療であって、結果的に高額な治療費がかかると考えられる医療を指すと考えるのが相当である。

第3回検討会では、特に範囲の拡大の必要性に関する議論の中で、デイ・ケアを含むサービスを受けた症例が提示された。そして、「症状が安定している人は2週に1回の通院が標準である」という事実に基づき、「週1回程度の外来通院、電話相談も含めて対応が必要であること」「通院による薬物療法、通院カウンセリング以外の医療的な支援が必要」という整理が提案された。その「通院カウンセリング以外の医療的支援」の例示としては、SST、作業療法、集団療法、訪問看護が考慮されるべきとされた。この提案については全く異論なく、委員間で受け入れられた。

【医療費の多寡を指標とする根拠】

「高額治療…」とあるごとく、この枠組みは医療費の多寡が指標となっているが、医療費を指標とする理由は次の実証的データに根拠を求めることができる。

第2回自立支援医療制度調査検討会（平成17年10月25日）に提出された医療費に係るデータによれば、F4、F5、F6、F7、F8、F9の各疾患圏のレセプト抽出調査による1月当たりの医療費は、F6がやや高く25,643円であるほかは、いずれも25,000円を下回るという。これを1割負担したときの自己負担額は2,500円を超えないことになるが、生活保護世帯を除く世帯の自立支援医療の自己負担上限額は一番低いもので2,500円であるから、これらの疾患圏における平均的な医療を受ける限りにおいてはこの最も低い上限額すら超えることは考えにくいことになる。さらに、市民税課税世帯の「高額治療継続者」と認定された者の最も低い上限額は5,000円であるから、月あたりの医療費が50,000円を超えない場合には、「高額治療継続」であるか否かに関わらず、（高所得層を除けば）1割負担適用後の自己負担額にはかわりがない。従って、F4、F5、F6、F7、F8、F9の各疾患圏の平均的治療を受ける限りでは、あえて低い上限額を設定する必要性に乏しいことになる。

一方、この疾患圏においても、第3回自立支援医療制度調査検討会（平成17年11月9日）に提出された事例のように、デイ・ケアや作業療法等の集中的な治療を継続的に受療するなどで、特に高額な治療費負担が継続的に生じる者も考えられる。例えば、精神科デイ・ケア（大規模）を受療する場合は、月の実診療日数が7日を超えると1割負担適用後の自己負担額が5,000円を超えることになる。このような者の医療費の自己負担を一律に1割負担とした場合は、一定の負担能力のある者であっても、医療費負担を嫌って継続的な受療をためらうことにより、病状の一層の悪化をきたす等の弊害が生じる虞もある。従って、この疾患圏においては、継続的な受療を確保する観点から、特に高額な医療費負担が生じる治療を受療する必

要がある者に限って自己負担額の上限を低く設定する取扱となっていると考えるのが相当である。

【適正な治療計画に基づく高額な医療であること】

事実（実績）として頻回の受診をする者のうちには、医学的観点からは受診の必要性がさほど高くない者も含まれることが考えられる。また、いわゆるドクターショッピングなどと言われるような、不適切な受療のあり方により、結果的に医療費が高額になることも、決してまれなことではない。自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱（障発第 0303002 号別紙 4 平成 18 年 3 月 3 日 障害保健福祉部長通知）には、「医療に重複がない場合で、やむを得ない事情がある場合に限り」複数の医療機関において医療の受給が認められるとされるが、主治医（当該支給認定について複数の指定医療機関が指定されている場合には、当該支給認定に係る医療全体に関して専ら計画する立場にある医師）の適正な計画に基づかない治療によって結果的に高額な医療費負担が生じるような場合は、「精神障害の適正な治療の普及」（施行令第 1 条第 3 号）の観点にかんがみれば到底好ましくないことから、これを本制度の対象とすることは適切ではない。従って、あらかじめ適正に計画された医療について特に高額な医療費負担が生じる場合に限って「高額治療継続者」に認定することになる。「適正に計画された医療」の内容については、主治医の一定の裁量の範囲内にあるとしても、法第 62 条第 1 項の規定及び施行令第 2 条の表にあるごとく、自立支援医療の給付は保険給付の範囲内であることを要すると考えられることから、過剰であったり、不適切であったりしてはならない。つまり、医療保険の療養担当規則に準拠しつつ、精神科医療の今日的水準にかなうものでなければな

らない。

【「高額な治療が継続する」の示す内容は、瞬間的な負担が大きいことを意味しない】

当該支給認定に係る精神障害とは直接関係の乏しい病態に対する医療を受けることにより、治療費が高額になる場合も、このことをもっては高額治療継続者の認定の対象とはならない。高額な医療の「継続」の期間については、どれほどの期間継続することを必要とするかについては、一律に定められないものと考えられるが、当該支給認定の有効期間が 1 年間であることや、もう一方の認定の条件である「医療保険の多数該当」が「年に 3 ヶ月、医療保険の上限額（72,300 円等）の負担が生じること」をもって認定されるものであることとの均衡も考慮に入れれば、高額な検査を行うこと等により、年に 1 ヶ月又は 2 ヶ月程度の臨時的な期間において医療保険の上限額を上回らない程度のやや高額な医療費負担が生じることをもって「費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならぬ者」と認定することにはならないと考えられる。

【申請時点での症状の重篤さは認定に当たり必ずしも必要ではない】

平成 18 年 3 月 28 日厚生労働省告示第 158 号に「入院によらない計画的かつ集中的な精神医療（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」とあること、及び「自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定判定指針」（平成 18 年 3 月 3 日 障発第 0303002 号 障害保健福祉部長通知 別紙 4 別記）に、「現在病状が改善していても、その状態を維持し、かつ再発を予防するために、なお通院医療を継続する必要のある場合は、精神通院医療の対象となる。」とあることにかんがみて、「高額治療継続者」の認定の場合にあっても、あえて「症状が

重篤である」という条件を必要としないことが適当である。「高額治療継続者」であるとの申請がなされても、全ての事例が「申請時点で症状が重篤であるとは限らない。本来、「高額治療継続者」とは症状の重症度に関わらない概念だからである。例えば、病状経過のある時点において「重度」（あるいは重篤な病状）であったことがあり、それがこれまでの治療により症状がかなり軽度になっている場合や、実際に「重度」（あるいは重篤な病状）であったことはないが、その疾病の性質から潜在的に「重度」（あるいは重篤な病状）になりうると考えられる場合で、その状態の維持、悪化予防という医学的必要性から、計画的・集中的な通院医療が継続的に必要であり、実際にそのための治療計画があることにより、高額な治療費負担が継続的に生じる者であれば、「重度かつ継続」として「高額治療継続者に認定すべきである。一方で、症状が重篤であっても、現に計画的・集中的な通院医療を継続的に受けておらず、またさしあたり具体的にそのような治療計画がない者は、「高額治療継続者」とは認定されない。

ただし、「重度かつ継続」ないしは「高額治療継続」の認定に当たり、症状、病状経過、生活機能の障害などの因子を勘案しないことについては、検討会において十分に検討し尽くされているとは言えない。第1回自立支援医療制度調査検討会（平成17年6月22日）に「重度≒高額としてよいものか」という趣旨の議論があったが、各委員の立場が微妙に異なる中で論点が噛み合わずに、事務局の考えが説明されたにとどまった。第2回自立支援医療制度調査検討会（平成17年10月5日）には再び複数の委員が「十分な議論が尽くされているとは言えないのではないか」という趣旨の発言をしていた。しかしながら、実際にはその後これに関する議論が進展せず、第3回検討会において「疾患によらず高額な医療費がかかる『インテンシブな

通院医療』を行う必要性ありやなしや」という新たな指標が導入されることにより、この議論は事実上終焉している。間近に迫った法施行の準備期間を考えると、ぎりぎりのタイミングであったことから、これ以上の議論を続けられなかったという事情もあると考えられる。

一般的に言って、症状が「重度」であったり、特別であったりするような精神障害者に対しては通常のものを超えた手厚い医療ケアが提供されてしかるべきであることについては論を待たない。仮に特定の状態像に対して何らかの特別な治療が用意されている場合で、そのアクセスを容易にすべきとする政策的意義がある場合（例えば、結核予防法の公費負担）にあつては、専ら症状のカテゴリー及びその程度を指標とすることになろう。しかしながら、より一般的な医療費の自己負担の軽減をなす場合で、その対象者を重点化したいとする場合にあつては、対象者の負担能力と実際の医療費負担との関係において公費負担の対象者を決定する方法もある。今回の制度改革は、この考えに沿って整理されたものである。だから、「重度かつ継続」とは言いながらも、ここで論じられているのは「重度の者に対する特別な医療ケアの必要性」とは別の次元の議論である。従って、本質的な意味では「重度＝高額」ではあるはずもないが、支給の重点化の対象者を切り分ける便法として、このような便宜的整理がなされたということになる。

【制度改革の趣旨を表現するための指標とその表現、それに基づく判断、当座の整理】

「重度かつ継続」という用語、とりわけ「重度」という語には、病状の程度を表現することのほかにも、本人・家族の主観的なイメージ（しかもネガティブなもの）、治療的介入の必要性の示唆、福祉・社会的な支援の必要性の示唆など、客観的な判断指標を超えた非常に多くのメ

タフナー（隠喩）が伴うばかりでなく、その概念の範囲も語る人ごとに異なる可能性がある。この「重度」という語を介する限り、立場の異なる多くの人との合意形成を目的としたコミュニケーションを行うことには相当の困難があると考えられる。今般の改正に当たり、「重度かつ継続」という語については当初より「支給の重点化に当たりその対象者を判断する際の経済的指標」を超えた意味を予定していなかったと考えられるが、ここに、多義的な「重度」という語を用いたのは適切であったかどうか。この用語を法制定前の制度趣旨説明に広く用いたことでこれが人口に膾炙したことにより、却って多くの関係者の誤解を招き、制度趣旨が伝わりにくくなった可能性もあるものと考えられる。その結果、検討会においてすら議論が一部噛み合わず、ましてや地方や臨床現場では、制度発足後においてもその混乱を吸収しきれていない実情にある。

平成18年1月以降、施行令や施行規則をはじめとして「重度かつ継続」を「高額治療継続者」と換言するなどの対応は行われている。しかしながら、「重度かつ継続」は既に十分に広まった用語であってもはや撤回しがたいのも事実で、実際にはその後発出される文書にも一部この表現が残存している。医療費の公費負担が、つまるところ経済給付であるという性質から、少なくとも政策的には「重度かつ継続≒高額治療継続者」というような当面の整理になっているという周知を行うことにより、この概念の混乱をとりあえずは収束させる必要があると考えられる。さりとて、重度の精神障害者の「生活のしづらさ」に着目し、生活支援や社会参加支援及び医療保障を総合的に行うという観点から医療費の公費負担制度を考える必要性はなお重要であることから、今後にわたっても議論を積み重ねてゆく必要性はあるものと考えられる。

【地域事情への配慮の必要性】

本制度が「適正医療の普及」を目的としたものである以上、地域事情において、適正とされる医療の内容に違いがある場合は、その事情に則り判断されなければならない。また、自立支援医療の支給認定に当たり勘案すべき事項に「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。

【「重度かつ継続」即ち「高額治療継続者」の考え方の整理】

ここまでの議論を通じ、「重度かつ継続」即ち「高額治療継続者」は次のように整理することが適当であると考えられる。

- ① 医療保険の多数該当の者
- ② ICD-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

③ 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かつ集中的な通院医療（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

※ 精神科実務経験の期間については、以下に示した算定方法により算定するものとする。なお、必ずしも病棟における経験を含むことを要するとはいえないが、相当の期間については、原則として精神保健指定医等の精神科医療に十分な経験を持つ常勤の指導医により適切な指導を受けたものであること。

ア 精神科実務経験の期間については、1週間に4日以上精神障害者の診断又は治療に当たっている期間を算定対象とするものとする。

イ アにいう「4日以上」の算定は、外来又は病棟において、精神障害者の診断又は治療に1日おおむね8時間以上当たった日について行うものであること。

なお、診断又は治療に関して通常行われる症例検討会、抄読会等への参加は、これに算入できるものであること。

ウ 精神保健福祉センター、保健所におけるデイ・ケアに従事した時間及び期間については、これに算入できるものであること。また、これらの機関で嘱託医として精神障害者に対する相談業務に従事した時間についても、これに含まれるものであること。

エ 夜間当直のみをする時間及び期間については、精神科実務経験として算定できないものであること。

オ 動物実験等に携わる時間及び期間は、精神科実務経験として算定できないものであること。

カ 精神医学を専攻する大学院生にあつては、副科目及び選択科目の履修や研究のために、精神障害者の診断又は治療を行わない時間及び期間が生じるが、この時間及び期間は、精神科実務経験として算定できないものであること。

キ 外国留学等外国において精神障害者の診断又は治療に当たった場合においては、この時間及び期間は、精神科実務経験に算入できるものであること。

※ 「計画的・集中的な通院医療」とは

主治医（当該支給認定について複数の指定医療機関が指定されている場合には、当該支給認定に係る医療に関して専ら計画する立場にある医師。ただし、3年以上の精神医療の経験を有する者に限る。なお精神医療の経験年数の算定方法は指定医の申請におけるそれと同様とする）の医学的判断により、精神科薬物療法のほかに、相当期間にわたり継続的に行うことが必要であるとして意見書（診断書）に記載された精神科医療であつて、次の1から5までの各号に掲げるもの。

1. 精神科デイ・ケア（ナイト・ケア及びデイ・

ナイト・ケアを含む）

2. 精神科作業療法
3. 通院集団精神療法
4. 精神科訪問看護・指導
5. 月に2回を超える精神療法（I 002 通院精神療法を算定できるものに限る）

なお、上記の医療の内容は、認定対象精神疾患に対する医療保険給付適応の範囲内であるもの、かつ、精神科医療の今日的水準にかなうものでなければならない。

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（2）（ダイジェスト）
「重度かつ継続」又は「高額治療継続」に関する論点整理（ダイジェスト）

研究協力者 築島 健 （札幌こころのセンター）

【自立支援医療（精神通院医療）に継承された精神障害者通院医療費公費負担制度の趣旨】

通院医療費公費負担制度から現行自立支援医療（精神通院医療）に継承された「精神障害の適正医療の普及」という制度趣旨については、「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉の改革の基本的な方策の中で、(今日的な意味の) 適正医療の普及の必要性は現在においてもなお高いものであって、これが精神通院医療制度の趣旨として受け継がれたものである。

【適正化の流れの着地点としての「給付の重点化」】

精神障害者通院医療費公費負担制度は、制度の普及に伴い、国及び自治体の負担が著しく増大していた。またその一方で、制度の趣旨を超えた利用の拡大がなされている可能性が指摘されていた。

「精神障害者通院医療費公費負担の適正化に関する検討会報告書」（平成 14 年 3 月）、「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」最終まとめ（平成 16 年 8 月）、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成 16 年 9 月）などにより、「医療における公費負担の重点化」が打ち出された。適正医療の普及を目的とした公費負担制度は、普及の段階から適正化の段階にシフトしてきた。

【重点化の対象としての「重度で継続して医療費負担の発生する者」】

「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」（平成 16 年 10 月）において、「精神通院公費、更生医療及び育成医療といった障害に係る公費負担医療制度は、福祉サービス等の基礎的なサービスとは異なり、基本的には医療保険に係る自己負担分を軽減する仕組みとして機能しており、制度運営の効率化、財源配分の重点化の観点から、現行制度を見直す。」「給付対象者を、①負担能力の乏しい者、②重度で継続して医療費負担の発生する者等に重点化」するとした。

【「重度かつ継続」は経済給付のための経済的指標】

公費医療の基本的性格が、経済的困窮者に対する経済給付であると捉える基本的姿勢により制度改革が計画された。今回の制度改革に限って言えば「重度かつ継続」はその経済給付の対象者を判断する際の経済的指標にほかならない。

【「高額治療継続者」の法的な定義と運用上の考え方の整理】

平成 18 年 1 月に制定された障害者自立支援法施行令には「重度かつ継続」に代わり「高額治療継続者」という概念が導入されている。これは、「当該支給認定に係る自立支援医療について、費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者として厚生労働大臣が定めるも

のに該当する旨の市町村等による認定を厚生労働省令で定めるところにより受けた者」(障害者自立支援法施行令第35条 平成18年1月25日政令第10号)と定義される。また、これを受けて、平成18年3月28日厚生労働省告示第158号には以下のように規定される。

1 (略)

2 疾病及び関連保健問題の国際統計分類(世界保健機関が世界保健機関憲章(昭和二十六年条約第一号)第二条(s)及び(t)に基づき作成する分類をいう。)の第五章中F0、F1、F2若しくはF3に分類される者若しくは第六章中G40に分類される者又は三年以上の精神医療の経験を有する医師により、情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態を示すことから入院によらない計画的かつ集中的な精神医療(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判断された者

【高額治療継続者の認定をめぐる実務的な問題】

市町村等(都道府県、政令指定都市)における認定の実務上、「高額治療継続者」を定義する上で重要な2つのキーワードの範囲を明確化する必要がある。

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

これらは、明示的に定義されていないが、これまでの議論の経過等を詳細に検討すれば、これらの2つの内容を明確化することは決して困難ではない。

【「三年以上の精神医療の経験」とは】

この判断をなしうる医師は、指定医に限ることは適切ではないが、「誰でもよいというわけではなく、何らかの要件を定める」ということでは合意が形成されている。

精神保健指定医申請に当たって必要とされる「3年以上」の精神科実務経験の期間の算定方法に係る考え方の要旨は、①「精神科における実務経験であること」、②「週4日、1日あたり8時間の(いわゆる『常勤換算』できる)外来又は病棟若しくは精神保健に係る公的機関における勤務経験であること」③「当直、動物実験、大学院の講義の受講等、実際の診療に当たらない時間は、症例検討会等への参加を除いては含まれないこと」である。このほかに「ケースレポート」の作成に関連して、期間の明示はないが、④「精神科病棟で、指導医に指導を受けて、6カテゴリー8症例以上の入院症例を診療した経験があること」という要件があることになる。精神科実務経験の算定方法については、これ以外の方法が通知されていない。

【行政処分の根拠とするための臨床的判断をなしうる学識経験をどうとらえるか】

必要とされる学識経験の内容については、『計画的かつ集中的な精神医療』の必要性に関する臨床的な判断を行い、治療を計画し、診断書を作成するという実務上の能力が問われるものであって、少なくとも審査判定を行う行政機関(都道府県・市の精神保健福祉センター)の精神科専門医と専門的なやり取りが可能であることが最低限求められる。また、「三年以上の精神医療の経験」のある医師が判断を求められる対象は、「情動及び行動の障害」又は「不安及び不穏状態」の2つの状態像に限られることから、これらに対する特段の学識経験、ことに症状評価や治療計画の技術が必要とされるものである。

これらの学識経験は適当な指導医のもとで、統合失調症、気分障害、認知症、中毒性精神障害、児童思春期精神障害、器質症状性精神障害等、幅広い領域の精神科臨床を一定期間以上経

験することにより、初めて身に付くものであることから、「インテンシブな精神医療」の必要性を判断する上で必要とされる経験については、これを「指定医の申請に係る精神科実務経験の算定方法」によるものとしなない理由がない。ただし、外来における公費負担医療における臨床判断をなす本制度においては、指定医の申請とは異なり、必ずしも病棟における入院治療の経験を含むことを要するとはいえないかも知れない。それでも、相当の期間については、原則として精神保健指定医等の精神科医療に十分な経験を持つ常勤の指導医により幅広い疾患圈について適切な指導を受けたものであることが必要である。

【計画的かつ集中的な通院医療とは】

「計画的かつ集中的な通院医療」とは、通常に行われる外来通院医療に比べて特に濃密な医療であって、結果的に高額な治療費がかかると考えられる医療を指すと考えるのが相当である。

第3回検討会で「症状が安定している人は2週に1回の通院が標準である」という事実に基づき、「週1回程度の外来通院、電話相談も含めて対応が必要であること」「通院による薬物療法、通院カウンセリング以外の医療的な支援が必要」という整理が提案された。その「通院カウンセリング以外の医療的支援」の例示としては、SST、作業療法、集団療法、訪問看護が考慮されるべきとされた。

【医療費の多寡を指標とする根拠】

市民税課税世帯の「高額治療継続者」と認定された者の最も低い上限額は5,000円であるから、月あたりの医療費が50,000円を超えない場合には、「高額治療継続」であるか否かに関わらず、(高所得層を除けば)1割負担適用後の自己負担額にはかわりがない。第2回検討会に提出されたレセプト調査のデータによれば、F4、F5、F6、F7、F8、F9の各疾患圏の平均的治療を受ける限りでは、あえて低い上限額を設定する必要性に乏しい。

一方、この疾患圏においても、デイ・ケアや作業療法等の集中的な治療を継続的に受療するなど、特に高額な治療費負担が継続的に生じる者も考えられる。従って、この疾患圏においては、継続的な受療を確保する観点から、特に高額な医療費負担が生じる治療を受療する必要がある者に限って自己負担額の上限を低く設定する取扱となっていると考えるのが相当である。

【適正な治療計画に基づく高額な医療であること】

主治医によりあらかじめ適正に計画された医療について特に高額な医療費負担が生じる場合に限って「高額治療継続者」に認定することが適当である。「適正に計画された医療」の内容については、主治医の一定の裁量の範囲内にあるとしても、自立支援医療の給付は保険給付の範囲内であることを要する等の枠組みがある。

【「高額な治療が継続する」の示す内容は、瞬間的な負担が大きいことを意味しない】

当該支給認定に係る精神障害とは直接関係の乏しい病態に対する医療を受けることにより、治療費が高額になる場合も、このことをもっては高額治療継続者の認定の対象とはならない。当該支給認定の有効期間が1年間であることや、「医療保険の多数該当」との均衡も考慮に入れば、高額な検査を行うこと等により、年に1ヶ月又は2ヶ月程度の臨時的な期間において医療保険の上限額を上回らない程度のやや高額な医療費負担が生じることをもって「費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者」と認定することにはならない。

【申請時点での症状の重篤さは認定に当たり必ずしも必要ではない】