

「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。

「重度かつ継続」として「高額治療継続者」であるとの認定がなされるには、症状が重篤である(あるいは、そうなることを予防する)ため、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が必要になる場合に認定されることになる。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。

今回の制度改革においては、公費負担の支給対象を重点化するに当たり、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べく整理されたものであって「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】

今般の改正にあたり、「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がある。医療費の公費負担が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性があると考えられる。なお、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、今後にもわたっても議論を積み重ねてゆく必要性がある。

#### 【地域事情への配慮の必要性】

地域事情において、適正とされる医療の内容や、提供される治療に一定の制約がある場合、その他の特別な事情がある場合には、その事情に則り判断される必要がある。例えば、大都市圏と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。地域事情を勘案して横出し適用する等の工夫が必要になる場合がある。

#### 【「重度かつ継続」即ち「高額治療継続者」の考え方の整理】

「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っては、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って、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（1002 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（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

研究協力者 白川 教人（横浜市こころの健康相談センター）

研究要旨

平成 12 年度「精神保健福祉法第 32 条による通院医療費公費負担の増加要因に関する研究」、平成 17 年度「自立支援医療の給付のあり方に関する研究」、平成 17 年度自立支援医療制度運営調査検討会などの結果を踏まえつつ、自立支援医療の適正なあり方を明らかにすることを目的とし、特に「自立支援医療の給付のあり方に関する研究」から得られた課題の指定自立支援医療機関の指定要件を検討し明確化することで、医療提供の源である医療機関における医療の適性さを確保しようとするものである。【指定医療機関の指定要件】（研究班案）としては、1、医療機関は要領 1 の以下の要件を満たすこと。①患者の診療を正当な理由なしに拒まない医療機関であること。②受給者証の有効期限確認後に診療を行う医療機関であること。③患者がやむを得ない事情により診療時間に受診できない場合に、受診者に便宜な時間を定めて診療する医療機関であること。④医療の担当に関し、必要な事項を診療録に記載してあること。⑤診療及び診療報酬の請求に関する帳簿及びその他の物件が 5 年間保存されていること。2、指定を受ける医療機関の責任者は、原則 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（「自己流・独学の 3 年」という意味ではない）があるものとする。なお、責任者は精神保健指定医であることが望ましい。標榜科については、3、F 0～F 9 については、精神科を標榜していること。4、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を原則とする。医療機関の体制については、5、指定医療機関には精神保健福祉士及び、臨床心理士、または、これに準ずる者が従事していること。6、当該診療を行うにあたり、通常必要とする医療機器が使用できる状況にあること。7、デイケア、ナイト・ケア、訪問看護のみの場合、医療に重複がないことである。また、【指定自立支援医療機関の取り消し等の基準】については、指定要件を遵守することが原則であり取り消し基準等の明確なマニュアルの必要性が示唆された。

A. 研究目的

平成 12 年度厚生科学研究(厚生科学特別研究事業)「精神保健福祉法第 32 条による通院医療費公費負担の増加要因に関する研

究」、平成 17 年度厚生労働科学研究(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」、平成 17 年度自立支援医療制度運営調査検討会などの結果

を踏まえつつ、自立支援医療の適正なあり方を明らかにすることを目的とする。

特に、平成 17 年度「自立支援医療の給付のあり方に関する研究」結果を参考にすると、①判定指針の明確化（精神病と同等の病態をより具体的な表現とする）、②「重度かつ継続の判定基準の明確化（計画的・集中的とは何か）、③診断書等の記載マニュアルの作成（情報が不十分なため返戻す場合がある）、④合併症治療の範囲（高脂血症、アレルギー、感冒等をはじめとする様々な疾患が合併症とされる）、⑤精神科医療を担当する医師の要件（内科医がうつ病を治療している場合など）、⑥「重度かつ継続」の場合医師の経歴の確認方法（どこまで求めるか）、⑦診療報酬明細書審査のあり方（どの程度求められているか）、⑧指定医療機関の要件（内科などの場合）⑨手帳制度との関連性など多くの課題があげられたが、これらの課題を一つずつ明確にすることで自立支援医療の給付の適正なあり方について検討したい。

## B. 研究方法

平成 17 年度の「自立支援医療の給付のあり方に関する研究」結果から、先の多くの課題があげられたが、ここでは適正な自立支援医療の施行の源となる指定自立支援医療機関の指定要件及び取り消し要件を、障害者自立支援法、厚労省の通知、全国精神保健福祉センター長会議での議論等をふまえ、さらに分担研究班で検討を加えて作成した。

（倫理面への配慮）

本研究は、個人を特定可能な情報を含んでいない。

## C. 研究結果及び、D. 考察

### I. 指定医療機関の指定基準

厚労省の通知、全国精神保健福祉センター長会議での議論をふまえ研究班で検討を加えた。【指定自立支援医療機関の指定について（障精発第 0303005 号、平成 18 年 3 月 3 日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）別紙 2 指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領第二 指定（変更）審査】（以下、「要領」という）の事項は、

- 1 指定自立支援医療機関療養担当規定（精神通院医療）（平成 18 年厚生労働省告示第 66 号。以下「療担規程」という。）に基づき、懇切丁寧な自立支援医療が行える医療機関又は事業所であること。
- 2 患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行える体制が整備されていること、また、病院及び診療所にあつては、自立支援医療を行うため、担当しようとする精神医療について、その診断、治療を行うにあつて、十分な体制を有しており、適切な標榜科が示されていること。
- 3 病院及び診療所にあつては、指定医療を主として担当する医師が、次に掲げる要件を満たしている保険医療機関であること。

ただし、当該保健医療機関における精神障害を有する者に対する医療の体制、当該保健医療機関の地域における役割等を勘案し、指定自立支援医療機関として指定することが適当と認められる病院又は診療所については、（1）のみを満たしていることとする。

- (1) 当該指定自立支援医療機関に勤務（非常勤を含む。）している医師であること。
- (2) 保険医療機関における精神医療についての診療従事年数が、医籍登録後通算して、3年以上であること。また、精神医療についての診療従事年数には、てんかんについての診療を含み、臨床研修期間中に精神医療に従事していた期間も含むものであること。

（なお本稿では薬局と訪問看護事業者に関する事項は取り扱わないものとする）と明記されているが、それぞれの項目に検討を加え指定資格要件を明確にする。

要領 1 の、『懇切丁寧な医療を行える医療機関』とは、「療担規定」に照らすと（以下、精神通院医療を受ける者を「受診者」とする）

- ① 受診者の診療を正当な理由なしに拒まない医療機関であること（療担規定第2条関係）
- ② 受給者証の有効期限確認後に診療を行う医療機関であること（療担規定第3条関係）
- ③ 受診者がやむを得ない事情により診療時間に受診できない場合に、受診者に便宜な時間を定めて診療する医療機関であること（療担規定第4条関係）
- ④ 医療の担当に関し、必要な事項を診療録に記載してあること（療担規定第5条関係）
- ⑤ 診療及び診療報酬の請求に関する帳簿及びその他の物件が5年間保存されていること（療担規定第6条関係）

以上が指定医療機関に指定される際の必要条件である。従って、この条件を守らない医療機関は指定されないことになる。

要領 2 の、『患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行える体制が整備されていること』については、医療従事者として精神保健福祉士及び臨床心理士の配置の必要性、あるいは精神保健福祉に対する十分な素養を有し且つ適切な精神療法が行える医師である必要性が示唆される。

また、『病院及び診療所にあつては、自立支援医療を行うため、担当しようとする精神医療について、その診断、治療を行うにあつて、十分な体制を有すること』については、診断機器を使用できる体制の確立及びデイケア・ナイトケア、訪問看護のある施設との連携の必要性が示唆される。

まず、診断に必要な検査及び定期的な検査を行うにあつての要件であるが、

- 1. 医療機関を複数選定せず、十分な検査機器等のある医療機関に限り指定医療機関とする考え方
- 2. 治療を行う主たる指定医療機関と、検査を行う従たる指定医療機関の複数を選定する考え方

があげられる。1の考え方が原則であるが、受診者の大学病院・大病院受診志向もあり受診者が蓄積しやすく、待ち時間が長く診療時間が短いなどの弊害も生じる。また、診療所等の場合、高度医療機器を個別に所有することは困難であり、他科のかかりつけ医と高度医療機器を有する病院との病診連携の関係から考えて2の考え方も地域の状況に応じて要件に加える検討の余地を残

しているが、医療の重複に当たるとも考えられる。ただし、通常の医療機関が当然行うべき採血等の簡易な検査については当該医療機関で行うことを基本とする。

一方、デイケア・デイナイトケア等については、これまでも医療に重複がなくやむを得ない事情があるとの判断のもとで重複指定を行ってきていることや、入院ケア中心から、地域ケア中心へのシフトを促進する政策的必要性にかんがみ、今後も継続的に複数指定の必要があるものと考えられる。

『担当しようとする精神医療について、適切な標榜科が示されていること。』については、要領3の「当該保健医療機関の地域における役割等」を勘案する必要がある。

まず、疾患を限定しない形での標榜科の問題であるが、

- ① 指定医療機関は精神科（精神神経科、神経科、小児精神科等）に限って指定する考え方

\*これは極めて理想的な案考え方であり、法律が新たにスタートした場合はこの考え方が推奨されよう。

しかし、支給認定実施要綱には「精神通院医療を担当する医師」という表記しかなく、「精神科」という標榜科の限定は見当たらないことから、制度趣旨としては必ずしも精神科に限るという考え方ではないということが示唆される。従って、「ここでいう『適切な標榜科』とはなにか」という問題が残る。

- ② 心療内科、内科まで拡大する考え方

- ③ これまで精神保健福祉法第32条が適用されてきた医療機関を全て指定する考え方

等があげられる。

次に、疾患を限定した形での診療科の標榜であるが、

- ④ てんかんは、神経内科、脳神経外科、小児科も指定、F0～F9は精神科のみ指定する考え方

- ⑤ てんかんは、てんかんの医療を担当する医師→科の指定できず（支給要綱案）等などがあげられる。

要領 3の要件、すなわち；病院及び診療所にあつては、指定医療を主として担当する医師が、次に掲げる要件を満たしている保険医療機関であること。

ただし、当該保健医療機関における精神障害を有する者に対する医療の体制、当該保健医療機関の地域における役割等を勘案し、指定自立支援医療機関として指定することが適当と認められる病院又は診療所については、(1)のみを満たしていることとする。

(1) 当該指定自立支援医療機関に勤務(非常勤を含む。)している医師であること。

(2) 保険医療機関における精神医療についての診療従事年数が、医籍登録後通算して、3年以上であること。

また、『精神医療についての診療従事年数には、てんかんについての診療を含み、臨床研修期間中に精神医療に従事していた期間も含むものであること。』の内容には多くの要件が含まれる。『病院及び診療所・・・要件を満たしてしている医師であること』の中の、『適当と認められる病院又は診療所については』これまで32条が適用されてきた医療機関を「適当と認められる病院等」と判断して平成18年4月にみなし指定したと考えるならば、何科を標榜するものであ

れ、既にみなし自立支援医療指定医療機関になっている医療機関は、全て本指定されることになる。また、(1)についても指定医療機関に勤務していさえすれば何科の医師でもよいことになる。

しかし、新たに指定する際に、この要領で指定の唯一の実効的要件となるものが(2)の条件であって、この規定は「保険医療機関で3年以上精神医療に従事した医師(てんかんを含む)」以外の条件を要さないものと読み込めることから、この条件を満たす医師が勤務する医療機関であれば指定医療機関の指定要件として十分であるといえることになる。しかしながら、例えば、「適正な精神医療ができる診療能力がなくとも、指定医療機関を転々と勤務し合計で3年過ぎてしまった医師」や、「精神科の研修を一切受けたことがないまま、開業と同時に精神科を標榜し、そのまま3年が経過した医師」が非常勤でも在籍していれば、それだけで指定医療機関になれる要件を満たしてしまうということにもなり、「精神障害の適正な医療の普及」(障害者自立支援法施行規則第1条第3号)という本制度の目的と大きく齟齬する不合理を含んでいる。従って、この弊害を防ぐ面からも、「精神医療についての診療従事年数3年以上」は、その内容においては「精神保健指定医同等」程度(精神保健福祉法第18条第1項第2号及び第3号)とするのが適当であると考えられ、その旨の明記が必要になると考えられる。

以上からすると、18年3月に厚生労働省が示した指定要領・要綱等からは、「精神障害の適正な医療の普及」という本制度の目的に則った医療機関を指定するに十分な要

件を見いだすことは困難であり、諸々の事例を検討しながら研究班案を作成する必要がある。

以上の議論を踏まえ研究班案を作成した。

#### 【指定医療機関の指定要件】研究班案

1. 医療機関は要領1の以下の要件を満たすこと

- ①患者の診療を正当な理由なしに拒まない医療機関であること
- ②受給者証の有効期限確認後に診療を行う医療機関であること
- ③患者がやむを得ない事情により診療時間に受診できない場合に、受診者に便宜な時間を定めて診療する医療機関であること
- ④医療の担当に関し、必要な事項を診療録に記載してあること
- ⑤診療及び診療報酬の請求に関する帳簿及びその他の物件が5年間保存されていること

2. 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。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。

3. <標榜科について>

F0～F9については、精神科を標榜していること。

4. 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。

5. <医療機関の体制について>

指定医療機関には精神保健福祉士及び、臨

床心理士、または、これに準ずる者が従事していること。

6. 当該診療を行うにあたり、通常必要とする医療機器が使用できる状況にあること。(簡易な検査のみを受ける場合は医療の重複にあたり指定せず。)

7. デイケア、デイナイト・ケア、訪問看護のみの場合、医療に重複がないこと。

\* 但し、各自治体の精神医療の状況に応じたやむを得ない状況によつての指定はこの要件の限りではない。

なお、平成18年12月17日班会議の議論において、標榜科の限定は、3、4は原則とし、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の結論に至った。但し、適正な医療の質を確保する面からも指定医療機関の取り消し要件を付記する必要性が示された。

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、次のように考えることが適当であり、指定審査の際に、これに沿って経歴等を確認する必要がある。

ア 精神科実務経験の期間については、一週間に四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「四日以上」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一日おおむね八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。

## II. 指定医療機関の取り消し等の基準

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られる。

#### E. 結論

自立支援医療の提供の源である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。

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（4）  
診療報酬明細書審査のあり方に関する聞き取り調査

研究協力者 白川 教人（横浜市こころの健康相談センター）

研究要旨

平成 12 年度「精神保健福祉法第 32 条による通院医療費公費負担の増加要因に研究」、平成 17 年度「自立支援医療の給付のあり方に関する研究」、平成 17 年度自立支援医療制度運営調査検討会などの結果を踏まえつつ、自立支援医療の適正なあり方を明らかにすることを目的とし、特に「自立支援医療の給付のあり方に関する研究」から得られた課題の一つである診療報酬明細書審査のあり方について試行的に検討することによって指定自立支援医療機関における医療の適性さを確認しようとするものである。

A. 研究目的

平成 12 年度厚生科学研究(厚生科学特別研究事業)「精神保健福祉法第 32 条による通院医療費公費負担の増加要因に研究」、平成 17 年度厚生労働科学研究(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」、平成 17 年度自立支援医療制度運営調査検討会などの結果を踏まえつつ、自立支援医療の適正なあり方を明らかにすることを目的とする。

特に、平成 17 年度「自立支援医療の給付のあり方に関する研究」結果を参考にする  
と、①判定指針の明確化（精神病と同等の病態をより具体的な表現とする）、②「重度かつ継続の判定基準の明確化（計画的・集中的とは何か）、③診断書等の記載マニュアルの作成（情報が不十分なため返戻する場合がある）、④合併症治療の範囲（高脂血症、アレルギー、感冒等をはじめとする様々な疾患が合併症とされる）、⑤精神科医療を担

当する医師の要件（内科医がうつ病を治療している場合など）、⑥「重度かつ継続」の場合医師の経歴の確認方法（どこまで求めるか）、⑦診療報酬明細書審査のあり方（どの程度求められているか）、⑧指定医療機関の要件（内科などの場合）⑨手帳制度との関連性など多くの課題があげられたが、これらの課題を一つずつ明確にすることで自立支援医療の給付の適正なあり方を探る。

B. 研究方法

平成 17 年度の「自立支援医療の給付のあり方に関する研究」結果から、先の多くの課題があげられたが、診療報酬明細書審査のあり方の検討の際の基礎データ収集の必要を認めたため、3 自治体の協力を得て各自治体の診療報酬明細書(以下レセプトと略す)審査の現場での疑問点、問題と感じている事項を把握し、さらに分担研究班で検討を加えた。

(倫理面への配慮)

精神保健指定医によるレセプト審査においては、個人情報はその場でのみの確認とした。また、班会議での検討場面でも個人情報は公開せず検討し、個人が特定できないよう倫理面に対する配慮は十分に行った。

### C. 各自治体の調査法と研究結果

#### <自治体 A>

自治体 A では、精神科病院実地指導時に各医療機関のレセプト審査を行った。

実施期間：平成 18 年 6 月

抽出基準：国保・生保レセプトの中から、病院ごとに高額請求の上位 5 件を抽出した。

方法：病院を訪問し、当該レセプトとカルテを照合して問題点を確認した。

調査総件数は 55 件

55 件の内訳は、5,000 点未満 18 件、5,000 点以上 10,000 点未満 8 件、10,000 点以上 15,000 点未満 4 件、15,000 点以上 20,000 点未満 11 件、20,000 点以上 25,000 点未満 5 件、25,000 点以上 30,000 点未満 8 件、30,000 点以上 1 件であった。

最高は 30,000 点超であり、その診療内容は、デイケア、デイナイトケアに訪問看護が行われたものであった。

自治体 A まとめ

- 1) レセプトは概ね適正であった。
- 2) 15,000 点以上は全て通院精神療法、投薬に加えて、デイケア、デイナイトケア、訪問看護によるものであった。
- 3) 5,000～9,999 点のレセプトには、検査・合併症が関連しているものが認められた。
- 4) どこまでの検査・治療を自立支援医療の範囲と考えるか (SPECT など) 必ずし

も明確ではない

- 5) 今後もデータの蓄積が必要ではないか等との結果で、合併症範囲の明確化の必要性、外来での検査・治療の範囲の明確化、データ蓄積の必要性が示唆された。

#### <自治体 B>

##### 病院レセプト

病院レセプトについては、精神科病院実地指導時にレセプト審査を行った。審査対象期間は、平成 18 年 2 月、3 月とし、旧精神保健福祉法の 32 条が適正に運用され給付を受けていたかをレセプトとカルテ等を照合し審査した。

また、自立支援医療については、審査所管が明確でないために、実地指導の前月の同じ人のレセプト提示をお願いし、提出していただいた医療機関で実施し、前月のレセプトとカルテを照合した。結果は参考にとどめた。

実施期間：平成 18 年 6 月～12 月

抽出基準：国保・生保レセプトの中から、病院ごとに 1～5 件を抽出した。

方法：精神科病院に旧 32 条の利用者レセプト 5 件の提出を依頼し、当該レセプトとカルテ、デイケア記録など各病院 1～5 件を照合した。

審査件数：115 件×2 ヶ月分 (旧 32 条) + 45 件×1 ヶ月分 (自立支援医療) 総数 275 件であるが、レセプト点数の全ては記録しておらず、診療点数の分布は明確にできない。

その結果としては、

1. 多くのレセプトは適切であった。
2. 腰痛のリハビリまで 32 条で請求 1 件
3. 感冒・急性咽頭気管支炎の分まで 32

条で請求 1 件

4. 統合失調症が主病名であるが橋本病の抗体検査を 32 条で請求 1 件
  5. カルテ記載がないがデイケア通所時再診料の請求をしているもの 3 件
  6. 該当病名が無いが、尿・血液一般・生化学施行 5 件
  7. 該当病名が無いが心電図施行 3 件
- などがあげられ、カルテ明記の説明の必要性、自治体 A と同様に精神疾患と合併疾患の診療報酬請求時の区別の必要性が示唆された。

#### 診療所レセプト

実施期間：平成 18 年 10 月

抽出基準：国保・生保レセプトを 300 件

方法：当該レセプトの病名と請求項目を突合して適正さを確認した。

診療点数は、最高 29,992 点で、高額診療の内容は、デイナイトケアと食事が 27 日実施されたものであった。また、最低 1,921 点であった。

自治体 B ・診療所レセプトのまとめ

1. 概ねレセプトは適切であった。
2. 感冒の分まで自立支援医療で請求 1
3. アルツハイマー病が主病名であるにもかかわらず、明らかに精神疾患との関連性がない C 型肝炎のアンモニア、 $\alpha$ フェトプロテイン精密測定検査を自立支援医療で請求 1 件
4. 該当病名が無いが尿検査施行 3 件
5. 該当病名が無いが血液一般・生化学検査施行 4 件
6. 2 万点を超えるレセプトにおいては、レセプト上問題なくても長期にわたりデイケア、デイナイトケアを利用して

いる可能性があり、治療計画等につき精査の必要が示唆された。

以上から合併症の範囲の明確化、カルテ記載の説明の必要性、疑義のある事例のデータ蓄積は必要と思われる。

#### <自治体 C >

##### 病院・診療所レセプト

実施期間：平成 18 年 6 月

抽出基準：生保申請者 6682 件のレセプトを審査した。(43 医療機関、疑義照会件数 45 件、精神科以外の処方 5 件)

方法：当該レセプトの病名と請求項目を突合して確認し、不適切と考えられる場合、当該医療機関に疑義照会した。

診療点数は、班会議での検討レセプトの最高 9,308 点 最低 781 点

自治体 C ・レセプトのまとめ

1. 多くのレセプトは適切であった。
  2. 精神科以外の薬剤の処方を自立支援医療で請求したものが 5 件あった。
  3. てんかんが主病名だが、末梢神経障害の神経伝達速度測定まで請求 1 件
  4. 中毒性精神病が主病名であるが肝腫瘍疑いで腹部超音波検査、腹部 CT 検査などまで請求、しかも同日に内科の同時受診があった。 1 件
  5. うつ病が主病名だがウイルス性肝炎の抗体検査を請求 1 件
  6. うつ状態を病名に加え甲状腺抗体検査をおこなうものあり
  7. これ以外にも SPECT を頻回に行い過剰と判断したものもあり
- 等であり、自治体 C においても自治体 A、自治体 B 同様にカルテ明記の説明の必要性、精神疾患と合併疾患の診療報酬請求時の区

別の必要性、不適當レセプトのデータ蓄積も示唆された。

#### D. 考察

これまでも通院精神公費負担の診療報酬明細書審査の分析は、適正な給付を検討するためにおこなわれた。しかし、結果は十分に反映されることはなく、本調査においても同様な結果が出され、給付の適正化を図るために以下のことが示唆された。

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す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。
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。

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。最も重要なことは、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き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。

#### E. 結論

自立支援医療の提供の源である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。また不適正な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。

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（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

研究協力者 桑原 寛 （神奈川県精神保健福祉センター）

研究要旨：平成 18 年度に導入された自立支援医療の適正給付のあり方を検討するための基礎資料の作成に向け、「社会医療行為別調査報告」のデータにもとづいて、昭和 61 年から平成 16 年までの間の精神及び行動の障害とてんかんにかかる入院外精神医療の動向につき整理検討を試みた。その結果、平成 16 年時点での精神及び行動の障害の入院外診療点数は昭和 61 年時点の 5.4 倍に、診療件数は 4.5 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 年で最高点数となった後、漸減の傾向にある。施設別の検討では診療所の診療実績の伸びが著しく、平成 16 年には病院の診療点数と件数を凌駕するに至っていた。疾患別では、気分障害の診療件数と点数が顕著に増加しており、また、診療行為別の検討では平成 16 年の精神科専門療法の点数は昭和 61 年の 10.4 倍で、構成比では 47.5% を占めていた。また、精神科専門療法の構成比の推移では、通院精神療法が減少し精神科デイケアが増加する傾向にあった。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。

#### A. 研究目的

近年、精神科通院医療にかかる公費負担制度の利用者は増加の一途を辿っている。そうした状況のなかで、平成 18 年度に導入された自立支援医療の適正給付のあり方を検討するうえで、入院外の精神科診療費用の年次推移などの実態把握が必要である。

現在、この入院外精神科診療の動向把握のため利用しうる統計資料には、「国民医療調査」、「衛生行政報告例」、「630 調査」、「社会医療行為別調査報告」、その他があるが、佐名手らは、この中の「社会医療行為別調査報告」を用いて、昭和 61 年

から平成 10 年までの間の入院外診療の動向につき検討を行っている<sup>1)</sup>。

そこで、本報告では、この先行研究の成果を踏まえつつ「社会医療行為別調査報告」のデータ<sup>2)3)</sup>を用いて入院外精神医療の動向にかかる基礎資料の作成を試みる。

#### B. 研究方法

精神通院公費の対象疾患が ICD 分類の F コード（精神及び行動の障害）と G40 のてんかんであることを踏まえ、この両者を調査対象とした。調査期間は昭和 61 年から平成 16 年までの 19 年間とし、「社会医療診

療行為別調査報告」に基づいて、精神科診療にかかる入院外診療の医科診療の点数、件数、診療日数、精神科専門療法などのデータ整理を行い、併せて、施設別(病院・診療所)、疾患別(精神及び行動の障害の下位疾患群としててんかん)、診療行為別(通院精神療法、精神科デイケア等)のデータ整理を試みた。また、入院外診療点数を件数で割った「1件当たり点数」、診療日数を件数で割った「1件当たり日数」、昭和61年の値を100とした場合の平成10年、平成16年の値(以下、「伸び率」)などを必要に応じて算出・整理し、これらの項目にかかるグラフを作成した。なお、平成6年以前の疾患分類については、平成7年以降は別表1のように対応させた。

(倫理面への配慮)本研究では、既存の資料を2次的に使用した。これらのデータには個人を特定しうる情報は含まれていない。

## C. 研究結果

今回、作成した図表を一覧表に整理して提示すると別表2の如くである。以下、それぞれの図表を参照しながら精神科の入院外診療状況の動向について概観する。

### 1. 入院外診療点数、診療件数、1件当たり点数の推移

#### (1)入院外診療点数の推移(表1、図1-1、1-2)

てんかんの診療点数が漸増傾向にあるのに対し、精神及び行動障害にかかる点数の増加は著しく、特に平成15年から16年にかけては急激に増加していた。その結果、構成比率の年次推移では、てんかんの占める比率は減少する傾向にある。

#### (2)入院外診療件数の推移(表2、図2)

入院外診療点数の年次推移と同様の動向

にあるが、平成9年から平成10年にかけての診療点数の大幅な減少に対応する診療件数の減少はさほど目立たない。また、平成11年以降の増加が著しく、特に平成15年から16年にかけての急増が目立つ。

#### (3)入院外診療1件当たり点数の推移(表3、図3)

1件当たりの点数は、てんかんで少なく、精神及び行動の障害が多い。ちなみに、その点数差は、昭和63年が最少の78点、平成4年が最大の394点、平均で251点少ない。また、年次推移では、精神及び行動の障害、てんかんともに平成9年で最高点数となった後、平成13年の増加を除き漸減する傾向にある。

## 2. 施設別の検討結果

### (1)施設別入院外診療点数の推移(表4、図4-1、4-2)

病院、診療所別の保険点数については、てんかんの施設別データがないため、今回は精神及び行動の障害にかかるデータのみについて整理した。なお、この施設別データの集計は、平成3年以降のものであるため、図表の数値もそれ以降の整理となっている。病院の診療点数は、平成3年から平成14年までは、診療所のそれを上回っていたが、平成15年以降、診療所の診療点数の伸びは著しく、平成16年は、病院の診療点数を上回っている。

### (2)施設別入院外診療件数の推移(表5、図5)

施設別診療点数の推移と同様、平成15年から16年にかけて診療所の診療点数の伸びが顕著で、平成16年には病院の診療点数を大きく上回っている。

### (3) 施設別入院外診療 1 件当たり点数の推移 (表 6、図 6)

病院と診療所における診療 1 件当たり点数の推移は、ほぼ並行しているが、その増減幅は精神科診療所の点数で大きく、また平成 12 年以降は、病院での 1 件当たり点数を下回っている。

## 3. 疾患別の検討結果

### (1) 疾患別入院外診療点数の推移(表 7-1、7-2、図 7-1、7-2)

昭和 61 年当時は、統合失調症等の診療点数が最多で、以下、てんかん、神経症性障害、気分障害の順であった。その後の推移では特に気分障害にかかる診療点数の伸びが目立つ。その結果、気分障害の診療点数は平成 14 年以降最多となっている。なお、血管性・詳細不明の認知症（以下、認知症等）については、平成 8 年から 9 年にかけてと平成 10 年から 11 年にかけて急激な増大が認められた。また、構成比の推移については気分障害の比率の増大が目立つ。

### (2) 疾患別入院外診療件数の推移(表 8-1、8-2、図 8-1、8-2)

昭和 61 年時点では、統合失調症等、てんかん、神経症性障害の入院外診療件数に大きな差はなかった。しかし、平成 16 年の時点では、気分障害が最多で、以下、神経症性障害、統合失調症等およびてんかんの順であった。また、構成比で見ると気分障害の比率が増加し、統合失調症等、神経症性障害およびてんかんは減少傾向にあった。

### (3) 疾患別にみた入院外診療 1 件当たり点数の推移 (表 9、図 9)

1 件当たり点数については、認知症等が最も多く、かつ変動のゆれ幅が最も顕著である。特に、平成 8 年から 9 年にかけてと

平成 11 年の点数の増加が目立つ。また、統合失調症等と精神作用物質の使用による障害でも 1 件当たりの点数が高い傾向にある。

### (4) 疾患別にみた入院外診療 1 件当たり日数の推移 (表 10、図 10)

認知症等で 1 件当たりの日数が最多であり、てんかんが最少であった。また、他の疾患の 1 件当たり日数の年次推移については、大きな差異は認められなかった。

## 4. 昭和 61 年を規準にした疾患別の入院外診療点数、診療件数、1 件当たり点数、1 件当たり日数の「伸び率」の推移 (表 11、図 11-1、11-2、11-3、11-4)

精神及び行動の障害の診療点数の平成 16 年の「伸び率」は 5.4 倍、診療件数は 4.5 倍であったが、てんかんは各々 1.9 倍、1.7 倍と少ない増加幅であった。また、1 件当たりの点数については、精神及び行動の障害、てんかん共に 1.2 倍で、両者共平成 10 年に比べ減少していた。

疾患別診療点数の伸び率 (図 11-1) では、平成 10 年時点では認知症等が 8.4 倍と最大の伸びを示していたが、平成 16 年時点では気分障害が 10 倍と最も大きかった。

疾患別診療件数の伸び率 (図 11-2) では、平成 10 年では認知症等が 3.1 倍と最大の伸びであったが、平成 16 年時点では気分障害が 10.4 倍と最大であった。

疾患別 1 件当たり点数 (図 11-3) と疾患別 1 件当たり日数 (図 11-4) については、平成 10 年時点では、認知症等の増加が 2.7 倍、1.9 倍と他の疾患に比べて際だっていたが、平成 16 年時点では各々 1.5 倍、1.3 倍へと減少していた。他方、気分障害と精神遅滞については、1 件当たり点数と日数共に、減少する傾向を認めた。



## 5. 精神科専門療法点数の推移

### (1) 入院外診療点数と精神科専門療法点数の推移 (表 12、図 12-1、12-2)

てんかんの該当データは集計されていない。従って、ここでは「精神及び行動の障害」についてのみ整理を試みた。その結果、入院外診療に占める精神科専門療法の点数は増大する傾向にあり、昭和 61 年の点数を規準にした伸び率は、平成 10 年が 4.1 倍、平成 16 年には 10.4 倍になっていた。また、構成比では、昭和 61 年の 24.7% から平成 16 年には 47.5% へと増大していた。

### (2) 施設別にみた精神科専門療法点数の推移 (表 13、図 13-1、13-2)

施設別の点数の推移では、特に平成 15 年から平成 16 年にかけて診療所での増加が顕著であった。その結果、平成 16 年には、診療所の点数が病院でのそれを上回っていた。

### (3) 精神科専門療法点数の内訳の推移 (表 14-1、14-2、図 14-1、14-2)

平成 16 年時点では、通院精神療法が最多で 68.5% を占め、以下、精神科デイケア 16%、精神科デイ・ナイトケア 3.5%、訪問看護 1.1%、精神科ナイトケア 0.5% の順であった。また、構成比の年次推移では、通院精神療法の比率は減少傾向にあるのに対し、精神科デイケアの比率が増加傾向にある。ちなみに、昭和 63 年度を規準に平成 16 年の伸び率を算出してみると、通院精神療法は 8.4 倍、精神科デイケアは 37.8 倍となっていた。

## D. 考察

### 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、統合失調症等の件数が 1.4 倍の増加であったのに対し、認知症等の件数が 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」の改正によって、精神通院公費医療の仕組みが公費優先から保険優先へと改変されたことの影響が、また、平成 10 年の減少については、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、①被用者保険の被用者本人の一部負担の割合が 1 割から 2 割に増えたこと、②薬剤に係る一部負担が創設されたこと、③老人医療受給対象者の一部負担金の額が改定されたこと等による影響があると思われ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の障害の入院

外診療の状況については、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、漸減する傾向を認めた。

施設別の検討では、近年、診療所の果たす役割が増大しており、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る。他方、認知症等は、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。

こうした動向に影響を与えている要件は多様多岐にわたると思われるが、就中、平成 14 年度以降、市町村が精神障害者の福祉相談の第一線機関となり、併せて平成 10 年以降、自殺者数が急増するなどメンタルヘルスにかかるニーズが多様化しつつ増大する中で都市部を中心に精神科診療所が急増しつつあるといったこと等が、近年の診療所での診療件数及び気分障害にかかる診療件数・点数の著しい増加に影響しているものと推察される。

### 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。

他方、近年、地域精神保健福祉ニーズの増大を背景に、気分障害、神経症性障害に係る診療件数が急増する傾向にあることとの関連では、今後の国策としての自殺対策の展開が本制度の運用に多大な影響を及ぼす可能性が高い。

こうした変化をふまえつつ、自立支援医療の適正給付のあり方を検討するには、まず、精神科に係る入院外診療の実態把握が不可欠である。この点に関して現時点で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」、「患者調査」、「医療施設調査」、「病院調査」などがあるが、これらの調査を有効活用するためには、まず各調査の効用と限界を見極める必要がある。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に向けた基礎資料の作成を試みた。

また、自立支援医療制度には新たに創設

導入された要素が多いが、その具体的な制度運用にかかるモニタリング項目の選定やモニタリング体制の確立は、今後可及的速やかに取り組む必要のある最要な課題であるといえよう。

#### E. 結論

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である。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 年までの間の精神及び行動の障害と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. 文献

1. 佐名手三恵、他：「社会医療診療行為別調査報告」による入院外診療点数の年次推移、平成 12 年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）精神保健福祉法第 32 条による通院医療費公費負担の増加要因に関する研究（主任研究者竹島正）研究報告書、2001,3.
2. 厚生省大臣官房統計情報部：社会医療診療行為別調査報告、昭和 61 年～平成 10 年.
3. 厚生労働省大臣官房統計情報部：社会医療診療行為別調査報告、平成 11 年～平成 16 年.

別表1 平成6年度以前の疾患分類の変更箇所

社会医療診療行為別調査報告 (H6年以前の疾患名)	今回使用した疾患名
老年期及び初老期の器質性精神病	血管性・詳細不明の認知症
アルコール依存症	精神作用物質使用による障害
精神分裂病	統合失調症等
その他の精神病	統合失調症等
躁うつ病	気分障害
神経症	神経症性障害
その他の非器質性精神障害	その他の精神・行動障害