

表13 退院率

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
北海道	25.7	26.1	24.6	23.6	24.8	22.4
青森県	27.7	25.9	21.7	15.1	26.6	22.4
岩手県	26.3	28.3	20.0	20.8	13.8	19.2
宮城県	26.1	23.9	19.7	22.4	20.9	26.1
秋田県	19.3	25.3	21.3	23.9	19.8	26.9
山形県	22.6	18.3	23.3	26.5	27.8	22.4
福島県	23.6	22.0	17.1	13.4	22.7	18.2
茨城県	19.1	20.4	16.6	12.3	15.4	15.6
栃木県	15.7	16.9	17.9	24.8	19.0	17.5
群馬県	15.2	15.4	16.6	19.4	14.3	13.7
埼玉県	27.1	38.1	20.4	39.3	21.2	20.7
千葉県	19.1	19.0	14.8	18.2	16.1	17.4
東京都	26.0	29.0	29.3	24.1	27.6	25.9
神奈川県	27.4	25.6	27.4	20.8	24.3	25.2
新潟県	17.3	18.5	21.0	18.7	17.5	16.7
富山県	20.8	23.4	15.9	14.5	70.9	22.1
石川県	26.3	29.0	17.5	20.2	28.6	21.6
福井県	16.2	13.9	18.7	22.3	20.3	24.8
山梨県	18.9	39.3	15.2	20.6	14.4	25.0
長野県	21.3	20.4	17.0	18.6	17.4	21.0
岐阜県	24.5	25.0	15.5	17.1	12.5	19.5
静岡県	16.5	17.7	24.6	14.4	14.9	15.9
愛知県	17.2	16.8	18.1	22.2	20.3	17.7
三重県	21.7	26.1	20.2	30.9	21.2	23.6
滋賀県	9.5	11.1	17.5	21.8	23.3	31.2
京都府	18.5	18.6	27.5	18.8	23.5	17.1
大阪府	24.2	21.0	21.1	18.0	23.0	20.1
兵庫県	15.4	16.0	16.0	21.0	19.4	19.2
奈良県	28.3	18.2	27.5	17.6	25.0	15.6
和歌山県	16.6	17.9	13.0	18.0	19.0	18.9
鳥取県	14.7	13.6	14.8	18.2	15.9	18.8
島根県	20.5	20.7	36.2	26.7	25.0	30.4
岡山県	23.3	24.6	23.3	22.0	23.9	23.4
広島県	25.2	21.7	22.0	20.2	20.3	21.9
山口県	20.2	22.6	22.9	16.9	19.7	17.0
徳島県	12.8	13.0	15.9	19.2	17.5	16.3
香川県	29.9	23.5	22.0	19.8	16.7	17.2
愛媛県	15.1	16.4	19.8	22.0	16.2	16.4
高知県	19.2	23.2	23.1	19.8	25.3	21.4
福岡県	22.7	20.4	24.3	20.5	23.9	24.1
佐賀県	27.8	25.3	27.2	24.8	24.2	22.5
熊本県	17.3	19.7	17.6	15.0	20.0	19.0
鹿児島県	20.5	21.3	21.5	13.6	16.3	19.2
大分県	19.6	19.9	21.2	20.3	19.7	19.4
宮崎県	17.2	17.1	11.5	11.1	20.0	23.5
鹿児島県	21.9	21.6	17.6	15.7	17.6	21.3
沖縄県	27.7	34.2	22.2	24.4	24.7	23.5
合計	21.7	22.3	21.0	20.6	21.6	20.9

表12 平均残存率

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
北海道	31.3	31.3	31.4	30.6	30.5	30.1	30.3
青森県	40.4	36.2	30.3	28.2	26.9	27.6	25.1
岩手県	41.9	40.7	38.7	38.1	36.8	33.9	33.0
宮城県	31.7	30.4	28.0	33.2	31.2	35.0	31.4
秋田県	34.4	28.8	30.6	32.8	31.6	32.0	30.2
山形県	28.9	28.2	27.7	28.2	26.2	25.2	28.2
福島県	36.6	35.9	32.8	34.2	31.0	31.5	32.7
茨城県	33.7	38.1	36.8	31.9	39.7	33.5	31.5
栃木県	32.7	31.7	31.3	28.3	31.8	29.6	27.7
群馬県	37.3	31.4	27.2	28.7	28.7	30.4	27.7
埼玉県	35.4	35.5	34.3	35.8	34.9	40.7	32.6
千葉県	43.2	32.1	32.5	31.9	32.9	30.6	27.9
東京都	36.7	31.1	28.8	26.5	26.7	26.8	25.4
神奈川県	35.2	35.1	33.1	31.8	33.1	30.2	29.2
新潟県	32.0	31.8	31.0	30.1	31.4	30.3	26.1
富山県	29.4	35.4	32.8	37.3	34.1	30.6	46.3
石川県	34.9	26.8	26.4	24.3	25.5	24.5	29.3
福井県	27.4	32.2	32.7	29.6	30.7	29.0	32.7
山梨県	31.3	31.4	32.0	27.1	26.5	34.0	35.1
長野県	28.5	27.6	24.8	21.4	23.2	25.4	24.3
岐阜県	30.3	25.3	25.7	27.7	26.2	30.2	26.3
静岡県	31.6	32.5	28.8	30.0	29.7	28.7	27.3
愛知県	35.2	34.4	32.4	32.1	30.9	30.8	31.6
三重県	31.8	32.0	30.2	28.8	31.1	27.9	29.2
滋賀県	35.3	38.1	25.6	26.0	29.9	29.2	28.3
京都府	30.8	31.8	32.5	32.7	30.0	32.1	30.8
大阪府	33.0	30.7	31.6	27.8	29.2	29.1	27.7
兵庫県	40.9	36.0	34.8	35.1	33.0	36.2	34.5
奈良県	39.0	37.4	37.3	32.4	38.1	31.4	31.3
和歌山県	32.3	25.9	26.1	32.4	25.7	31.2	31.0
鳥取県	30.0	35.5	26.2	30.1	33.4	30.2	25.0
島根県	30.2	26.6	30.1	30.2	28.1	30.6	23.3
岡山県	29.6	33.1	26.1	31.2	27.1	27.2	24.1
広島県	32.0	33.1	33.0	28.1	31.4	26.3	29.4
山口県	34.3	37.7	35.1	36.4	36.9	34.6	33.8
徳島県	37.9	42.4	32.4	31.9	38.6	35.0	32.7
香川県	29.7	31.9	33.1	50.3	31.8	29.4	29.4
愛媛県	34.5	35.1	33.9	27.2	35.0	32.2	30.4
高知県	28.6	37.4	22.7	25.6	29.9	26.2	26.7
福岡県	37.2	36.3	34.8	35.2	32.9	35.4	34.4
佐賀県	39.0	34.4	31.8	34.6	36.7	35.5	36.0
熊本県	40.8	39.1	36.4	37.3	34.2	31.8	32.8
鹿児島県	34.2	28.9	28.9	28.3	30.0	30.3	29.9
大分県	41.0	38.0	34.6	35.3	38.4	36.6	32.2
宮崎県	32.7	31.4	29.0	31.1	31.3	32.6	33.4
鹿児島県	42.6	40.6	40.6	39.6	40.8	37.9	40.1
沖縄県	36.9	36.2	32.0	34.3	30.1	34.4	29.5
合計	34.8	33.4	31.6	30.9	31.2	31.1	30.1

平成 19 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」
分担研究報告書
自立支援医療(精神通院医療)の適正な給付に関する研究

分担研究者 山下 俊幸（京都市こころの健康増進センター）
研究協力者 黒田 安計（さいたま市こころの健康センター）
桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）
白川 教人（横浜市こころの健康相談センター）
築島 健（札幌こころのセンター）

研究要旨：本研究においては、精神通院医療費公費負担（精神保健福祉法 32 条）から自立支援医療への移行後の運用状況等を様々な角度からフォローアップすることで、医療実態に基づいた自立支援医療の給付のあり方を明らかにし、制度の適正な運用を図ることを目的とする。

そこで、本年度の研究では、「平成 19 年 2 月末現在の自立支援医療における支給認定の状況調査」「重度かつ継続」の運用状況」「判定指針とその運用方法のあり方」「審査判定に係る疑義紹介理由の分析」について、調査、検討することとした。

平成 19 年 11 月 14 日付けで、「自立支援医療の実施状況に関する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 17 政令指定都市の精神保健福祉センターに調査票を電子メールで送付し、協力を依頼した。本調査では「平成 19 年 2 月末現在の自立支援医療における支給認定の状況調査」「重度かつ継続」の運用状況」「判定指針とその運用方法のあり方」について検討した。また、研究協力者による協力の得られた精神保健福祉センターにおいて、平成 16 年度、17 年度、18 年度（上半期）において発行した疑義照会添書の内容を全数悉皆調査し、疑義照会理由を分類同定した。また、その類型が、主治医属性、申請者属性ごとにどのように分布するかを調査した。

平成 18 年度に本研究で行った調査結果と比較すると、全体的には同様の傾向であった。昨年度のアンケート施行時には、まだ支給認定が進んでおらず人口当たりの支給認定件数が飛び離れて低い自治体もみられたが、今回は、ほぼ 1 年が経過しているためか、そのような自治体はなく、昨年度のアンケート調査後順調に支給認定が進捗していることが推察された。中間所得（重度かつ継続を除く）／支給認定件数：昨年度の報告と同様、今回の調査結果でも、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 19.9%から最小 0%とかなりの差異がみられた（昨年度報告 28.0%～0%）。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百分率が 1%以下のところが昨年の結果は 21 か所であったが、今回は 24 か所であった。これらの自治体では、中間所得群では現実にはほとんどの申請で重度かつ継続に認定されていることになる。一方、

中間所得（重度かつ継続を除く）／支給認定件数が5%をこえる自治体は、前回は15か所であったが、今回は若干減少して13か所であった。10%以上の値を示した自治体は6か所と前回と同様の結果であった。「重度かつ継続」については「医師の意見書の記載が適切であれば、病状のみで比較的広く（ほとんどすべて）認定されている」自治体が73%を占めた。判定指針とその運用については「現状でよい」という意見がほぼ半数を占めたが、改定やより厳密な運用を求める意見もみられた。

「審査判定にかかる疑義照会理由の分析」からは、支給認定に当たり選定された医療機関の構成比と比べると、脳神経外科単科病院、小児科、大学病院（小児科、脳神経外科、神経内科、精神科等を含む複数の診療科）が相対的に照会が多いことがわかった。医師の診療科は、精神科が最多であったが、内科医、小児科医、脳神経外科医の割合も高かった。また非指定医の割合が相対的に高かった。

以上の結果から、モニタリング体制の構築の必要性と「重度かつ継続」のあり方について検討の必要性が示唆された。判定指針について、身体合併症における疑義照会や非該当事例の整理を通して、運用上の留意事項やQ&A等の指針等を作成することで、全国的なばらつきを少なくし、自立支援医療（精神通院医療）のさらなる適正な給付につながるものと考えられた。

また、適正治療の普及と適正な給付の実施を確保するためには、自立支援医療（精神通院医療）を担う臨床医、すなわち精神科医に加えて、経験の浅い研修医や、精神障害者の治療に従事しない内科医や小児科医、脳神経外科医らに焦点をあてた重点的な情報提供が必要であると考えられた。

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、それまでの検討経過の中で、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等を踏まえて見直す、とされた。

本研究においては、精神通院医療費公費負担（精神保健福祉法32条）から自立

支援医療への移行後の運用状況等を様々な角度からフォローアップすることで、医療実態に基づいた自立支援医療の給付のあり方を明らかにし、制度の適正な運用を図ることを目的とする。

平成18年度の研究では、「自立支援医療における支給認定の状況調査」、「重度かつ継続又は高額治療継続者に関する論点整理」「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」「診療報酬明細書審査のあり方に関する聞き取り調査」「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について、調査、検討し、自立支援医療の現状把握と適正な給付のあり方を示す上での課題を一定整理した。

そこで、本年度の研究では、「平成 19 年 2 月末現在の自立支援医療における支給認定の状況調査」「重度かつ継続」の運用状況」「判定指針とその運用方法のあり方」「審査判定に係る疑義照会理由の分析」について、調査、検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. 精神保健福祉センター調査

平成 19 年 11 月 14 日付けで、「自立支援医療の実施状況に関する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 17 政令指定都市の精神保健福祉センターに調査票を電子メールで送付し、協力を依頼した。本調査では「平成 19 年 2 月末現在の自立支援医療における支給認定の状況調査」「重度かつ継続」の運用状況」「判定指針とその運用方法のあり方」について検討した。

「自立支援医療における支給認定の状況調査」では、平成 19 年 2 月末日現在の支給認定の状況について、平成 19 年 3 月に各自治体が厚生労働省精神・障害保健課自立支援医療係に報告した資料の提供を依頼し、それを再度集計して分析を行った。59 のセンターから回答を得た（回収率 92. 2%）。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センターより回答を得た。また、平成 18 年 4 月時点で政令指定都市に移行していなかった 2 自治体からは、「自立支援医療における支給認定の状況調査」を除き、他の設問に対する回答を得た。

なお、調査項目のうち「不承認事例の状況」「合併症についての疑義照会」についての分析は、平成 20 年度に行うことと

した。集計に際しては、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。

2. 審査判定に係る疑義照会理由の分析

研究協力者の協力の得られた精神保健福祉センターにおいて、平成 16 年度、17 年度、18 年度（上半期）において発行した疑義照会添書の内容を全数悉皆調査し、疑義照会理由を分類同定した。また、その類型が、主治医属性、申請者属性ごとにどのように分布するかを調査した。

（倫理面への配慮）

回収されたデータは厳重に保管し、最終的な報告を予定している平成 21 年 3 月末に廃棄することとした。

C. 研究結果

1-1. 自立支援医療における支給認定の状況

自立支援医療（精神通院）における支給認定の状況については、平成 18 年度と同数の 57 自治体（必ずしも同じ自治体ではない）のデータをもとに平成 18 年度の結果と比較してみると、まず、全体の支給認定件数は今回（～平成 19 年 2 月）約 110 万 4 千件であるが、平成 18 年度の調査（～平成 18 年 6 月 1 日）は約 91 万 3 千件であり（平成 18 年度報告書参照）、昨年度調査した平成 18 年 6 月 1 日の時点で概ね今回の調査の 80%以上の認定が行われていたことになる。

平成 18 年度に本研究で行った調査結果と比較すると、全体的には同様の傾向であった。昨年度のアンケート施行時には、まだ支給認定が進んでおらず人口当たり

の支給認定件数が飛び離れて低い自治体もみられたが、今回は、ほぼ1年が経過しているためか、そのような自治体はなく、昨年度のアンケート調査後順調に支給認定が進捗していることが推察された。

人口／支給認定件数：人口当たりの支給認定数の百分率は2.21%～0.35%の範囲であった。前回のよう飛びぬけて低い値をとった自治体(0.13%)はなく、支給認定作業のその後の順調な進捗状況を反映しているものと想定された。回答のあった自治体では概ね1.5%以下であったが、2つの自治体では2%を超える人口／支給認定件数を示した。

生活保護／支給認定件数：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27.8%)から10%以下(最小4.39%)のものまで、連続した値をとっている。自治体間では最大6倍以上の差があることになるが、これは昨年度の報告(26.4%～4.5%)とほぼ一致した結果であった。

中間所得(重度かつ継続を除く)／支給認定件数：昨年度の報告と同様、今回の調査結果でも、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19.9%から最小0%とかなりの差異がみられた(昨年度報告28.0%～0%)。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百分率が1%以下のところが昨年の結果は21か所であったが、今回は24か所であった。これらの自治体では、中間所得群では現実にはほとんどの申請で重度かつ継続に認定されていることになる。こうした現状から、「重度かつ継続」判定の必要性の再検討

を行うべきとする意見もみられている。一方、中間所得(重度かつ継続を除く)／支給認定件数が5%をこえる自治体は、前は15か所であったが、今回は若干減少して13か所であった。10%以上の値を示した自治体は6か所と前回と同様の結果であった。

重度かつ継続一定所得以上／支給認定件数：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1%以下(0.4%)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(昨年度報告10.9%～1.4%)。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きおり、もしも経過措置が終了となった場合にその影響が自治体によってかなり異なってくる可能性を示している。

重度かつ継続認定が必要な割合：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支給認定件数に対する比率である。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33.8%から最大値68.9%まで概ね2倍の範囲に分布する結果となった(昨年度報告33.2%～65.9%)。

1-2. 「重度かつ継続」の運用状況

平成18年度の調査結果では、重度かつ継続を除く中間所得の認定件数の全支給認定件数に対する比率は0%から約28%と自治体間で大きな差異がみられた。この差異は、F40～F99の病名(摂食障害、神経症性障害、人格障害などを含む)に関する重度かつ継続(高額治療継続)の

判断の違いを反映している可能性があると考えられるため、この点について、各自治体での判定の現状について調査を行った（複数回答可とした）。

最も多かった回答は、「医師の意見書の記載が適切であれば、病状のみで比較的広く（ほとんどすべて）認定されている」であり、全体の73%をしめた。次いで、

『情動及び行動の障害』『不安および不穏状態』に関する記載が重視されている」とするものと、「計画的・集中的な治療に関する記載が重視されている」という回答で、どちらも全体の約18%であった。一方、「原則としてF40～F99はほとんど認定されていない」とした回答は無かった。

1-3. 判定指針とその運用方法のあり方

今後の望ましい自立支援医療（精神通院）の判定指針とその運用について、全国のセンターに意見を求めた。判定指針については、54%（32センター）が「現状でよい」という回答であり、「判定指針の改定を検討すべきである」とした回答は、39%（23センター）であった。「その他」としたセンターが6か所あったが、コメントとしては、「現時点で確固たる代案がない」「高次脳機能障害、発達障害、ナルコレプシーなどの疾患で判断基準や治療基準（リハビリをどこまで認めるかなど）を明確にして欲しい」等の記載がみられた。

現行の判定指針の運用についても回答を求めたが、ほぼ半数のセンター（29か所）から、「現状のままでよい」との回答があった。「判定指針をより厳密に運用する方向で検討すべきである」とした回答が24%（14センター）、「判定指針をより

拡大して運用する方向で検討すべきである」とした回答は7%（4センター）であった。

「その他」とした回答は11センターであったが、「適用される医療の範囲が都道府県間で大きな差がでないような、運用にあたっての留意事項を出して欲しい」「全国で統一し、周知徹底しておく必要がある」という意見がある一方、「今までに積み上げられてきた実績や考え方があることから、判定指針には従うものの、ある程度柔軟な運用ができることが望まれる」とする意見もあった。

2. 審査判定に係る疑義照会理由の分析

旧制度の16年度、移行期の17年度（みなし認定含む）、新制度の18年度（上半期）の疑義照会件数は、それぞれ504件、541件、205件であり、同時期の審査判定件数が、16年度16,764件、17年度15,611件であったことから、それぞれ約3%程度であった。

疑義照会の理由は、旧制度においては、「病名に関するもの（不適切な病名や、精神障害以外の病名であるものなど）」、「治療内容に関するもの（ほとんどが、本制度が給付の対象とする病態と関係のない処方内容が含まれるもの）」、「治療方針に関するもの」が多かった。一方、新制度においては、「医療機関の選定に関するもの（医療の重複のある複数選定希望）」、「治療内容に関するもの（ほとんどが、精神科治療と関係のない処方内容が含まれるもの）」が多かった。このなかで、「申請者の名前が記載されていない」「病歴欄に何も書いていない」などの、形式的要件にすら適合しない診断書が、総じて3割程度と、非常に多かった。

医師の所属する医療機関は、実数では精神科単科病院、精神科クリニック、大学病院、脳神経外科単科病院が多いが、支給認定に当たり選定された医療機関の構成比と比べると、脳神経外科単科病院、小児科、大学病院（小児科、脳神経外科、神経内科、精神科等を含む複数の診療科）が相対的に多いことがわかった。医師の診療科は、もちろん精神科が最多であったが、内科医、小児科医、脳神経外科医の割合も高かった。非指定医の割合が相対的に高かった。

判定が保留された申請者の主病名のICD分類は、F3とG40が多く、F2はむしろ少なかった。特に、精神疾患等の通院患者の実数の構成を考慮すると、G40の突出は特筆に値する。

D. 考察

1-1. 自立支援医療における支給認定の状況

昨年度の報告で分析したデータで、今回の80%程度の支給認定が行われていたことを示す結果となり、今回の分析は昨年度の報告を確認するものとなった。人口当たりの全支給認定件数や、重度かつ継続を除く中間所得の群では、自治体間のばらつきが認められたが、昨年度の報告よりも少なくなる傾向にあった。今後、モニタリングの継続と、運用に関する留意事項やQ&Aの作成などにより、全国的な標準化をはかることに寄与する一定の論拠となるものと考えられる。

1-2. 「重度かつ継続」の運用状況

「重度かつ継続」については、全般的に、「医師の意見書の記載が適切であればF40～F99に該当する疾病が比較的広く

認定されている」という現状のようである。現行の「重度かつ継続」基準では、運用面でのバリエーションが自治体間にあると考えられるが、明確化するために、より詳細な「重度かつ継続」基準を示していくことには、さまざまな困難を伴う。このような現状を踏まえて、今後の重度かつ継続のあり方を検討していく必要がある。

1-3. 判定指針とその運用方法のあり方

判定指針とその運用については「現状でよい」という意見がほぼ半数を占めたが、改定やより厳密な運用を求める意見もみられた。現行判定指針を基本としつつ、判定のロジックや留意事項を示すことで、より適正な運用を図ることができるのではないかと考えられる。

2. 審査判定に係る疑義照会理由の分析

平成18年4月の障害者自立支援法の施行後、精神通院医療の支給認定数が急激に膨張し、平成19年6月現在判定件数が40,000件を超える現状がある。毎年更新を要することから、わずか3%とはいえ、判定の保留により、決定が遅延する案件の実数はかなり多いことになる。決定の効果は申請日に遡及するとはいえ、受給者証が届くまでは医療の受給に支障が生じることもあるので、不備な診断書が提出されることそれ自体が申請者の受給権を侵害する可能性がある。その上、疑義照会の事務は自治体の大きな負担となっている。この疑義照会をいかに少なくするかということも大きな課題と言える。

診療報酬請求の審査や指導が行われていない現状では、適正治療の普及と適正な給付の実施を確保するために、当面手

をつけるべきは、精神通院医療を担う臨床医への情報提供と言える。その対象としては、精神科医はもちろんであるが、経験の浅い研修医等の非指定医や、精神障害者の治療に従事しない内科医や小児科医、脳神経外科医らに焦点をあてた重点的な情報提供が必要であると考えられる。

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、全国の精神保健福祉センターを対象に施行から約1年半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、法施行後、平成19年2月末までの11ヶ月間の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分析を行った。その結果、人口当たりの全支給認定件数や重度かつ継続を除く中間所得層の割合において自治体間のばらつきを認めたが、昨年度より少なくなる傾向にあり、モニタリング体制の構築の必要性が示唆された。

また「重度かつ継続」については「医師の意見書の記載が適切であれば、病状のみで比較的広く(ほとんどすべて)認定されている」自治体が73%をしめ、「重度かつ継続」のあり方について検討の必要性が示唆された。判定指針とその運用については「現状でよい」という意見がほぼ半数を占めたが、改定やより厳密な運用を求める意見もみられた。判定指針について、身体合併症における疑義照会や非該当事例の整理を通して、運用上の留意事項やQ&A等の指針等を作成することで、全国的なばらつきを少なくし、

自立支援医療(精神通院医療)のさらなる適正な給付につながるものと考えられた。

また、適正治療の普及と適正な給付の実施を確保するためには、自立支援医療(精神通院医療)を担う臨床医、すなわち精神科医に加えて、経験の浅い研修医や、精神障害者の治療に従事しない内科医や小児科医、脳神経外科医らに焦点をあてた重点的な情報提供が必要であると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 山下俊幸: 自立支援医療(精神通院医療)の現状と課題—精神保健福祉法第32条から障害者自立支援法第58条へ—。精神障害とリハビリテーション, 142-147; 2007.

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 19 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」
分担研究報告書

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）

自立支援医療の実施状況に関するアンケート調査

研究協力者 黒田 安計 （さいたま市こころの健康センター）
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 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、全国の精神保健福祉センター(以下センター)を対象に、新制度移行後平成 19 年 2 月末までの支給認定の状況について、平成 19 年 3 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。また、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を行い、各自治体での不承認事例や身体合併症関連の疑義事例、居住地特例に準じた取り扱いの有無等についての調査を行った。

都道府県 44 か所・政令市 15 か所（支給認定件数等の数値については、平成 18 年度に政令指定都市に移行していなかった 2 自治体を除く 13 か所）からの回答の結果、①平成 18 年度に本研究で行った、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と比較して、平成 19 年 2 月末のほぼ 1 年間の支給認定件数等について、各センターでの支給認定件数の内訳の傾向は大きな変化は無く、前回同様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百分率については、最小 0%から最大 19.9%と大きな差異がみられた。②不承認事例については、所得基準を理由にしたものが 25 センターから計 430 例、対象外疾病を理由としたものが、25 センターから 860 例、その他の理由によるものが、20 センターから 177 例報告された。③合併症に関する疑義については、約半数の自治体から、「疑義照会のために返戻している」「電話で照会している」など積極的に対応を行っていることが明らかとなった。また、合併症関連の具体的事例として 112 例について報告があった。④「重度かつ継続」の運用実態に関しては、6 割近くの自治体で「医師の意見書の記載が適切であれば、病状のみで比較的広く（ほとんどすべて）認定されている」との回答であった。⑤施行後 1 年以上が経過した自立支援医療（精神通院）の課題として、「事務量の多さ、煩雑さ」をあげたセンターが約 28%と最も多く、次いで「自立支援医療（精神通院）実施後の件数の増加」をあげたセンターが約 22%であった。⑥申請者の居住地に関する設問では、77%のセンターでいわゆる「居住地特例」に準じた取り扱いとしていた。⑦現在の判定指針に関する設問では、54%のセンターが「現状でよい」との回答であり、39%が「判定指針の改定を検討すべきである」との意見であった。また、判定指針の運用については、半数のセンターが「現状のままでよい」とし、「判定指針をより厳格に運用する方向で検討すべきである」と回答したセンターが 24%、「判定指針をより拡大して運用する方向で検討すべきである」との回答が 7%であった。

今回のアンケート調査によって、不承認事例や合併症の疑義事例などを含め、自立支援医療（精神通院医療）の実際の運用に関して、各自治体の抱える課題や意見が集約された。今後、不承認や合併症などの具体的な問題事例を整理することによって、支給認定の運用に関する課題をさらに明確にし、自立支援医療の適正な給付のために自治体間の差異を埋める方策が必要である。

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）が開始されて最初の1年が経過したが、各自治体での実施状況を確認するために、新たに全国の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1年の数値をもとに、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、昨年度本研究で行った自立支援医療開始当初（～平成18年6月1日）の調査結果との比較を行った。

B. 研究方法

平成19年11月14日付けで、「自立支援医療の実施状況に関する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17政令指定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1では、法施行後平成19年2月末日現在の支給認定の状況について、平成19年3月に各自治体が厚生労働省精神・障害保健課自立支援医療係に報告した資料の提供を依頼し、それを再度集計して分析を行った。最終的に59のセンターから回答を得た（回収率92.2%）。なお、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センターより回答を得た。また、

平成18年4月時点で政令指定都市に移行していなかった2自治体からは、設問1の支給認定状況を除き、他の設問に対する回答を得た。

（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変更を行った。

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のようになった。

設問1: 平成19年3月の厚生労働省「自立支援医療における支給認定の状況」調査

各自治体から厚生労働省に提出された、「自立支援医療における支給認定の状況」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示した（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百分率も計算し、図5に示した。それぞれの区分の全支給認定数に占める割合をみると、各自治体でかなりばらつきが大きいと考えられるものもあった。特に全支給認定件数に対する中間所得の重度かつ継続以外の百分率については、自治体によって、0%から19.9%までと大きな差異がみられた。

平成18年度に本研究で行った調査結果と比較すると、全体的には同様の傾向であった。昨年度のアンケート施行時には、まだ支給認定が進んでおらず人口当たりの支

給認定件数が飛び離れて低い自治体もみられたが、今回は、ほぼ1年が経過しているためか、そのような自治体はなく、昨年度のアンケート調査後順調に支給認定が進捗していることが推察された。

設問2： 不承認（却下）事例について

平成18年度（平成18年4月1日～平成19年2月末日）に判定会で取り扱われたもののうち、不承認（却下）となった事例について、所得基準の理由、対象外疾病、その他の3群に分け、それぞれについて、病名、ICDコード、理由等の報告を依頼したところ、所得基準の理由で25センターから430例、対象外疾病を理由として25センターから860例、その他の理由で20センターから177例の事例の回答があった。詳細な検討は来年度に行う予定であるが、所得基準については、一定所得以上で重度かつ継続が非該当のもの、対象疾病等理由では、不眠症、認知症、感情障害などを中心に多数の疾患が報告された。その他の理由としては、入院中の申請、書類不備による審査不能、精神科医療を行っていないあるいは居住地が該当しないなどの理由による不承認事例が報告された。

設問3： 自立支援医療の対象外と考えられる処方薬や治療法の記載が見られた場合（合併症治療に関連した返戻）の対応について

合併症治療に関連した返戻の現在の対応について、「疑義照会のために返戻（35%）」「電話で照会（11%）」と何らかの対応を行っているセンターが全体の47%にみられた。一方、「特に何もしていない」と回答したセンターが34%であった。

「その他」とした回答は12センターからあったが、その内容としては、「他の理由で返戻する場合に合わせて照会、注意喚起を行う」という記載等がみられた。

設問4、設問5： 自立支援医療（精神通院）における各区分について、特定の1ヶ月のICDカテゴリー（F0～F9, G40）調査を行う場合の可能性について

自立支援医療（精神通院）における所得・重度かつ継続の各区分について、ICDカテゴリー（F0～F9, G40）の調査を行う場合、現実的に各自治体において集計が可能かどうかを調査した。ICDコードの集計を行うとした場合の状況については、「パソコン上で比較的簡単に集計をとることができる」が30%、「ICDコードはデジタル化されているが、集計は手作業となる」が30%、「全くの手作業となる」が23%と、各自治体での判定処理システムによって、大きく異なることが示された。

それらの状況をふまえた上で、各自治体に、「特定の1ヶ月または一定の件数について調査をお願いした場合、ご協力いただくことは可能か」という点について調査を行った結果、50%のセンターが「可能」、25%のセンターが「不可能」との回答であった。「その他」の回答が25%あったが、「可能であるが時間を要するため、時期や回答作成期間等の考慮が必要である」「可能であるが時間がかかる」など、通常業務に加えて作業を行った場合の業務量の多さを懸念する意見がみられた。

設問6： F40～F99の病名（摂食障害、神経症性障害、人格障害など）に関する重度かつ継続（高額治療継続）の判断についての各自治体の現状

平成18年度に行った「自立支援医療の実施状況に関する緊急アンケート調査」の結果では、（中間所得の）重度かつ継続の認定件数の全支給認定件数に対する比率は0%から約28%と自治体間で大きな差異がみられた。この差異は、F40～F99の病名（摂食障害、神経症性障害、人格障害などを含む）に関する重度かつ継続（高額治療継続）の判断の違いを反映している可能性がある

と考えられるため、この点について、各自治体での判定の現状について調査を行った（複数回答可とした）。

最も多かった回答は、「医師の意見書の記載が適切であれば、病状のみで比較的広く（ほとんどすべて）認定されている」であり、全体の73%をしめた。次いで、『情動及び行動の障害』『不安および不穏状態』に関する記載が重視されている」とするものと、「計画的・集中的な治療に関する記載が重視されている」という回答で、どちらも全体の約18%であった。一方、「原則としてF40～F99はほとんど認定されていない」とした回答は、今回のアンケートの結果では無かった。

設問7： 重度かつ継続（高額治療継続者）の判断について、昨年度のアンケート後問題となった事案

「なし」が57センター、「あり」が2センターからの回答でみられた。「あり」とした回答の内容については、「計画的・集中的な治療に関する記載が不十分な場合が多いが、基準もなく判定は困難。少なくとも今後も通院医療の継続を要することが分かる様な記載を求めるようにした」、「脳外科医による『高次脳機能障害』（しかも情動及び行動の障害なし）や、小児科医による発達障害（身体リハビリとの区切りがあいまい）等の申請が増加している」といったものであった。

設問8： 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、昨年度のアンケート後問題となった事案

この設問に対しては、55センターから「なし」との回答であったが、「あり」とした回答が3センターからあった。内容としては、「他科医師から履歴を毎回書かなければいけないのかという苦情」「医師履歴は実際には確認しようがないため、フリーパスの現状がある」、「『設問7』の回答

のように、精神科医のもとで専門的トレーニングを受けていないにもかかわらず、精神科医を標榜している（自己流で自閉症患者を3年以上診察したことなどをもって）事例がある」というものであった。

設問9： 自立支援医療移行後（平成18年4月1日～平成19年9月末日まで）、指定申請が不承認となった医療機関（医科）の有無

54センターが「なし」という結果であったが、5か所から「あり」の回答を得た。内容については、「主として担当する医師の精神医療（てんかんを含む）についての診療従事年数が3年未満であるため」「診療科目非該当、従事経験なし」「従事経験年数の不足（実診療経験年数）」「適切な標榜科目が示されていない」という記載があった。

設問10： 不承認以外で問題となった事例や、取り扱いに困った事例など

この設問に対しては16のセンターからコメントが寄せられた。まとめると、「心療内科標榜医療機関の取り扱いについて」「複数指定の申請があった場合に、はっきりとした基準が無く困っている」「精神疾患と関係の無い薬剤名を記載される場合の対応」などが主なものであった。その他、「医療機関の休止や廃止があった場合、変更申請が一度に多量になされ、事務処理に忙殺される」「返戻に対して窓口である市町村に高飛車に抗議をしてくる医療機関の取り扱い」や、「（自立支援医療の）制度の趣旨に賛同しかねるとの理由で、自立支援医療機関の指定申請をあえて行わない医療機関が存在する」などの記載もあった。

設問11： 自立支援医療の支給認定に関連して特に課題と考えられる項目について

複数回答を可として、自立支援医療の支

給認定に関連して特に課題と考えられる項目について各自治体の意見を集約した。その結果、「事務量の多さ、煩雑さについて」をあげた自治体が最も多く、全回答の約27.5%であった。次いで、「自立支援（精神通院）実施後の件数の増加」が多く、21.6%であった。現時点では取り組みに困難を伴う「レセプト審査について」が12.2%、さらに、「身体合併症の範囲について」「重度かつ継続の判定基準」「指定医療機関の指定基準について」がそれぞれ、8.1%、7.6%、7.0%であった。その他で記載された内容を抜粋すると、「単純な記載漏れ等の不備診断書の件数の増大（毎回5%程度あり）」「うつ病を中心に他科からの診断書提出が多くなっている」「都道府県によって判断や運用が異なること」「交付までに要する時間」「指定医療機関、薬局などの指導監査の方法について」などが特に課題としてあげられている。

設問 12： 自立支援医療（精神通院）の居住地特例に準じた取り扱いの有無について

自立支援医療（精神通院）の居住地特例に準じた取り扱いの有無について、47自治体（77%）で「居住地特例に準じた取り扱いとしている」との回答があった。一方、「居住地原則」としている自治体も8か所でみられた。

設問 13, 14： 今後の自立支援医療判定指針とその運用方法のあり方として望ましいもの

今後の望ましい自立支援医療（精神通院）の判定指針とその運用について、判定会の事務局である全国のセンターに意見を求めた。判定指針については、54%（32センター）が「現状でよい」という回答であり、「判定指針の改定を検討すべきである」とした回答は、39%（23センター）であった。「その他」としたセンターが6か所あった

が、コメントとしては、「現時点で確固たる代案がない」「高次脳機能障害、発達障害、ナルコレプシーなどの疾患で判断基準や治療基準（リハビリをどこまで認めるかなど）を明確にして欲しい」等の記載がみられた。

現行の判定指針の運用についても回答を求めたが、ほぼ半数のセンター（29か所）から、「現状のままよい」との回答があった。「判定指針をより厳密に運用する方向で検討すべきである」とした回答が24%（14センター）、「判定指針をより拡大して運用する方向で検討すべきである」とした回答は7%（4センター）であった。

「その他」とした回答は11センターであったが、「適用される医療の範囲が都道府県間で大きな差がでないような、運用にあたっての留意事項を出して欲しい」「全国で統一し、周知徹底しておく必要がある」という意見がある一方、「今までに積み上げられてきた実績や考え方があることから、判定指針には従うものの、ある程度柔軟な運用ができることが望まれる」とする意見もみられた。

設問 15： 自由記載

自立支援医療のあり方（現状と課題）について自由記載を求めた設問では、多岐の問題にわたる意見がみられた。抜粋すると、「都道府県間の記載要領、書式などが異なることによる問題」「精神障害者保健福祉手帳との同時申請の場合、手帳の診断書で自立支援医療の審査を行うことに対する疑問」「制度の複雑さや、事務量の多さ、有効期間が1年と短縮されたことに対する疑問」「薬局を指定することの必要性に関する疑問」「身体合併症に伴う薬の処方などの基準の明確化」などがみられた。

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

平成 18 年度に全国のセンターを対象に行ったアンケート調査では、自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定について、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データを収集し分析を行った。

本年度は昨年度の調査結果をふまえて、「自立支援医療の実施状況に関するアンケート調査」を行い、さらに、身体合併症の治療に関する問題や不承認事例の状況、重度かつ継続判定の状況などを調査し、また、昨年度調査以降新たに認識された問題についても報告を依頼した。さらに、昨年度の研究で明らかとなった各自治体の認定状況を再確認するため、より長期間（平成 18 年 4 月から平成 19 年 2 月末までの 11 か月間）の支給認定状況についても分析を加えた（回答の負担を軽減するため、今回は、平成 19 年 3 月 26 日付連絡 厚生労働省精神・障害保健課自立支援医療係報告時のデータの提供を各センターに依頼した）。

自立支援医療（精神通院）における支給認定の状況については、平成 18 年度と同数の 57 自治体（必ずしも同じ自治体ではない）のデータをもとに平成 18 年度の結果と比較してみると、まず、全体の支給認定件数は今回（～平成 19 年 2 月）約 110 万 4 千件であるが、平成 18 年度の調査（～平成 18 年 6 月 1 日）は約 91 万 3 千件であり（平成 18 年度報告書参照）、昨年度調査した平成 18 年 6 月 1 日の時点で概ね今回の調査の 80%以上の認定が行われていたことになる。

人口／支給認定件数（図 1）：人口当たりの支給認定数の百分率は 2. 21%～0. 35%の範囲であった。前回のように飛びぬけて低い値をとった自治体（0. 13%）はなく、支給認定作業のその後の順調な進捗状況を反映しているものと想定された。回答のあった自治体では概ね 1. 5%以下であったが、2 つの自治体では 2%を超える人口／支給

認定件数を示した。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明らかではないが、自治体独自の施策の有無、精神科医療・福祉などに関する他のパラメータとの相関などとの比較により、さらに詳細な分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 27. 8%）から 10%以下（最小 4. 39%）のものまで、連続した値をとっている。自治体間では最大 6 倍以上の差があることになるが、これは昨年度の報告（26. 4%～4. 5%）とほぼ一致した結果であった。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）：昨年度の報告と同様、今回の調査結果でも、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 19. 9%から最小 0%とかなりの差異がみられた（昨年度報告 28. 0%～0%）。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百分率が 1%以下のところが昨年の結果は 21 か所であったが、今回は 24 か所であった。これらの自治体では、中間所得群では現実にはほとんどの申請で重度かつ継続に認定されていることになる。こうした現状から、「重度かつ継続」判定の必要性の再検討を行うべきとする意見もみられている。一方、中間所得（重度かつ継続を除く）／支給認定件数が 5%をこえる自治体は、前は 15 か所であったが、今回は若干減少して 13 か所であった。10%以上の値を示した自治体は 6 か所と前回と同様の結果であった。

重度かつ継続一定所得以上／支給認定件

数（図 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 1%以下（0.4%）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（昨年度報告 10.9%～1.4%）。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ており、もしも経過措置が終了となった場合にその影響が自治体によってかなり異なってくる可能性を示している。

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（表 2 参照）。最小値 33.8%から最大値 68.9%まで概ね 2 倍の範囲に分布する結果となった（昨年度報告 33.2%～65.9%）。

実際には、昨年度の報告で分析したデータで、今回の 80%程度の支給認定が行われてことを示す結果となり、今回の分析は昨年度の報告を確認するものとなった。人口当たりの全支給認定件数や、重度かつ継続を除く中間所得の群では、自治体間のばらつきが大きいと考えられる点も、昨年度の報告と同様である。今回の結果は、今後、運用に関する留意事項や Q & A の作成など、全国的な調整をはかる必要性についての一定の論拠となるものと考えられる。

設問 2 の不承認事例リストについて、より詳細な検討は来年度の本研究の課題とする予定であるが、25 センターから報告された所得基準理由（430 例）ならびに対象外疾病（860 例）、20 センターから報告されたその他事例を概括することにより、不承認に関するおおよその基準案を提示することが可能になるかもしれない。また、設問 3 の合併症に関する疑義照会の結果も、現

時点で何らかの対応を行っているところは、半数弱の 47%のセンターにとどまっている。医療機関に十分に周知されているためか、合併症に関する疑義の該当例がないという自治体からの回答もある一方で、取り扱いの基準が明確ではないために、照会に困難さを感じている自治体も多いのではないかと推察される。合併症に関しても、特に治療の範囲等に何らかの基準案が作成できることが望ましいと考えられる。

設問 6 の結果が示すように、全般的に、「医師の意見書の記載が適切であれば F 40～F 99 に該当する疾病が比較的広く認定されている」という現状のようである。現在の判定指針では、運用面でのバリエーションが自治体間にあると考えられるが、たとえば重度かつ継続の判断をセンター側から強く示していくことには、論拠や自治体間の差が申請者にとって不利益になる可能性があることなど、困難を伴うことも多い（積極的にやっている自治体もある）。設問 13 や設問 14 にも関連するが、判定指針を現状でよいとするもの（54%）が、判定指針の改定を検討すべきであるとするもの（39%）よりも回答数としては多い。判定指針の運用に関しては、現状のままでよいが 50%に対して、より厳密に運用する方向での検討を考えるもの（14%）や、逆に、より拡大して運用する方向で検討すべきであるとする回答（7%）がみられる。自治体によって重点が置かれる問題に若干の違いはあると思われるが、判定指針や運用に関する意見は自治体間で一致がみられているとはいえない結果となっている。

設問 4、設問 5 の回答で得られたように、自治体の判定事務処理システムは多様であり、所得や重度かつ継続の判定などによって分けられるそれぞれの群について、支給認定を受けたものが、どのような ICD コードでどのぐらいの比率となるかについては、約半数の自治体で調査協力が可能とのことであった。しかしながら、実際の調査

は自治体によっては、非常に時間のかかる作業量の多いものとなる可能性があり、今後の調査については、調査項目や対象期間を含め、慎重に検討する必要があると思われる。

設問 7 から設問 10 では、昨年度のアンケート調査以降、新たに起こった問題について記載をお願いした。問題があったと回答したセンターはそれぞれ 2、3、5 か所とそれほど多いものではなく、昨年度のアンケートで概ね当初の問題は集約されていたものと考えられる。この設問のみに限らず、他の設問の文書記入欄でもみられたが、高次脳機能障害、自閉症などの広汎性発達障害、ナルコレプシーなどの睡眠障害について、対象疾病としての認定やリハビリなどの治療法の範囲の認定について、判断に苦慮している自治体が多いことが伺われた。また、精神科以外の診療科目（特に心療内科を標榜している医療機関等）の指定や、複数の機関の通院に関する問題に苦慮している自治体も多いと思われる。

設問 11 では、自立支援医療（精神通院）に関する種々の課題のうち、各自治体で、現状でどれを重要視しているかを調査したが、「事務量の多さや、煩雑さに特に薬局の変更が多いことによる事務量の増加」や、「自立支援医療実施後の件数の増加」など現実的な業務量の増加を問題と考えている自治体が多い。確かに、有効期間の短縮や、自立支援医療が広まることによる増加分など、どの自治体でもかなりの事務処理量の増加があったことは確実であり、一方で、諸般の事情により、それに見合った人員の確保が難しい状況にあることから、センターへの負担が大きくなっているものと考えられる。そのような現状を背景に、「事務処理量の問題や患者の費用負担などから、認定期間を旧法の 2 年に戻して欲しい」「薬局を指定する必要性が乏しいのではないか」「申請によってほとんど認定が受けられる制度であるのにもかかわらず、申請者本人や事務

の手間がかかりすぎ、また、制度も複雑すぎる」といった意見も今回のアンケートの回答の中にはみられている。

設問 15 の自由記載を含め、それ以外の意見の中には、「原則 2 年に一度の自立支援医療機関の実地指導がいられているが、国から具体的な方法が示されていないため対応に苦慮している」とする意見がみられた。

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、全国の精神保健福祉センターを対象に施行から約 1 年半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、法施行後、平成 19 年 2 月末までの 11 ヶ月間の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分析を行った。これらの結果から、事務量の多さや手続きの煩雑さ、認定期間の短さなど自治体での事務処理上のいくつかの問題点が明らかとなった。また、身体合併症における薬物治療などの範囲や、非該当となる事例の整理などを行い、それを運用上の留意事項や Q & A などについてまとめるなどして、全国的なばらつきを少なくし、自立支援医療（精神通院医療）のさらなる適正な給付につながるよう、自治体間で統一された具体的な方策を検討する必要があるものと考えられる。

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	1,103,916	175,445	23	272,756
対全支給認定件数比 (%)	100	15.9	0.0	24.7
平均値	19,366.9	3,078.0	0.5	4,785.2
中央値	14,303.0	1,679.0	0.0	3,362.0
標準偏差	19,161.6	4,100.8	1.3	4,489.0
最大値	123,992	24,840	7	27,439
最小値	3,642	241	0	965

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
107,896	34,851	196,235	257,548	66,383
9.8	3.2	17.8	23.3	6.0
1,892.9	633.7	3,442.7	4,518.4	1,164.6
1,448.0	241.0	2,408.0	2,933.0	702.0
1,445.1	835.4	2,983.5	4,916.9	1,700.9
8,487	3,434	18,302	31,105	11,137
360	0	820	777	16

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

重度かつ継続認定が必要な場合

(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 49.54 中央値 49.52 標準偏差 7.79 最大値 68.87 最小値 33.81)

