

資料1 平成19年度「自立支援医療の実施状況に関するアンケート調査」のまとめ

59センター（一部57センター）から回答

設問1 別紙参照

昨年度の2ヶ月間のデータを基にした予備検討と大きな差はないよう

設問2 不承認事例リスト

所得基準の理由	432 事例	(26センター)
対象外疾病	861 事例	(26センター)
その他	178 事例	(21センター)

設問3 (複数回答3か所)

- 1 疑義照会のために返戻 22
- 2 電話で紹介 7
- 3 特に何もしていない 21
- 4 その他 12

その他の記載

- ・連絡票での指導
- ・合併症関連での疑義のみでは特に何もしていない。他に理由があって返戻する際に併せて照会することはある。
- ・平成19年度は該当ありません
- ・そのような事例は殆どなし
- ・判定会議にかけたが審査継続となり、照会をかけることがある
- ・他の理由で返戻をする場合に付記して注意を喚起する

合併症関連返戻 59センター総計

全返戻数 2, 573 うち合併症関連返戻数 112

設問4

- 1 パソコン上で比較的簡単に集計を取ることができる 18
- 2 Fコードはデジタル化されているが、集計は手作業となる 18
- 3 全くの手作業となる 14
- 4 その他 10

その他の記載

- ・当センターでは業務を行っておらず、26カ所の保健所が行っているため集計は困難
- ・現在のプログラムでは集計出来ないので業者に改めて依頼しなければならない。
- ・処理データの抽出をコードではなく病名としているため病名からFコードに分類しなおし、再集計することとなり相当の時間を要する。
- ・デジタル化されているが設定の変更が必要
- ・Fコードの入力が完全ではない
- ・7月まではICDカテゴリーの入力が不十分のため、8月以降であれば可能
- ・全くの手作業ではないが、ある程度の時間を要する作業となる

設問5 調査協力

- 1 可能 30
- 2 不可能 15
- 3 その他 15

その他の記載

- ・（ICDカテゴリーと認定数のクロス集計は可能だが、これに所得区分のカテゴリーが新たに加わる

- と、所得区分については当センターで把握していないため集計は不可能)
- ・千件弱の調査となるため、時期・回答作成期間等の考慮が必要と思われます。
 - ・当県はFコードについては、全くの手作業となるため、通常業務をこなしながらになると協力するのは難しい
 - ・手作業による集計のため、かなりの時間がかかる。
 - ・「一ヶ月」は可能だが、「件数」は不可能
 - ・可能ですが時間を要す
 - ・上記の表であれば可能です
 - ・プログラムの変更が容易にできれば可能。
 - ・調査の時期や内容等により可能な場合があります。
 - ・パソコンで簡易に集計できる調査内容であれば可能
 - ・Fコード以外に、その他や不明などの分類も実際には必要である
 - ・8月以降であれば可能

設問 6 重継判断 (複数回答可)

- 1 「情動及び行動の障害」、「不安及び不穏状態」に関する記載が重視されている 11
- 2 計画的・集中的な治療に関する記載が重視されている 11
- 3 通院頻度、デイケアの利用頻度など、高額治療の継続が重視されて認定されている 6
- 4 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 44
- 5 原則としてF40～F99はほとんど認定されていない 0
- 6 その他 () 4

その他の記載

- ・精神保健指定医や医師の略歴等の記載
- ・医師が「重度かつ継続」に該当するとしておれば、原則として認めている。
- ・診断医師が、精神保健指定医若しくは、3年以上の精神科診療経験を有する者であり、且つ診断書の記載が適切であれば認定されている。
(・「みなし」で発行した受給者証が更新の時期を迎え、できる限り国の認定指針にそった認定を行うようにしている。その結果、判定委員の中から「県としての意見書内容の基準作りが必要」との意見があり、現在調整中。まず、意見書改定、ホームページ上の記入要領の更新を行い、現在Q&A改定中。具体的な返戻基準について、検討中。)

設問 7 重継判断の問題

- 1 なし 57
- 2 あり 2

内容

- ・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

設問 8 判定医の問題

- 1 なし 55
- 2 あり 3

内容

- ・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

設問9 指定医療機関の問題

- 1 なし 54
2 あり 5

内容

- ・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こと。
- ・精神医療を専門に3年以上従事している医師がいないこと。
- ・指定自立支援医療（精神通院医療）を主として担当する医師が、札幌市指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領第3の3に掲げる要件のすべてを満たしているものと認められなかったため

設問10 その他の事例（医療機関側からの取り下げ事例など）

- ・診断書内容への疑義照会の回答として医師が申請を取り下げるとの回答診断書にほとんど記載がなく、「別紙のとおり」として、他院からの医療情報通知書面の添付自立支援医療の対象となる状態像が、主治医の判別が不十分なまま診断書に記載され提出
- ・精神医療に従事した経験はないが、心療内科を標榜している医療機関や、経歴が心療内科しかない医師の指定の可否について
- ・2ヶ所通院について、客観的な基準がなく、取り扱いに苦慮している。知的障害、認知症の言語聴覚療法、デイケアについて、どこまでが精神通院で扱うべき範囲なのか？国の認定した指定医が診断しているのに却下するとは何事か！という抗議。
- ・返戻に対し、直接センターに苦情を言わず、窓口である市町村に高飛車な抗議をしてくる医療機関の扱い。診断書の記載内容が、常同的で、個別の事例を踏まえておらず、また記載者が医師以外と推定されても、判定基準に従った、教科書的な記載で、医師の署名があるため、返戻根拠をなかなか捕まえられず苦慮する。少しでも、疑義を見つけては、返戻時に注意を喚起しているが、なかなか改善されていない。
- ・申請から受給者証が交付されるまでの間にかかった医療の自己負担分の取り扱いについては、指定医療機関により取り扱いが異なっているところである。受給者証交付申請中のため申請書の写しを窓口に掲示した場合の窓口負担について、受給者証の提示がなければ3割負担としたうえでレセプト請求後は調整（レセプトの取り下げ等）に応じない指定医療機関も少なからずある。領収書のみでは償還払いができないため、認定期間内であるにもかかわらず事実上本制度を利用できないケースが発生している。
- ・申請者から医療機関の複数指定の申請があった場合の判断に困る
- ・手帳との同時申請の際、手帳不承認の場合の自立支援医療承認について（精神発達遅滞等）
- ・精神疾患の治療と関係のない薬剤名を記載される事例が散見される。
- ・医療機関（病院）がみなし指定期間終了後に申請を行わないまま、公費請求を行っていた。（医療機関内の診療部門と事務部門の連携不足が原因。）未指定の調剤薬局が自立支援医療を提供（上限額内受診者1割負担）し、公費請求を行った。（薬局が、他の指定と合わせて自立支援医療機関指定を受けているものと勘違いしたことが原因。）
- ・以前から複数の医療機関を受診していたケース（てんかん、精神科で精査、近医で投薬）では、今まで精神科からの診断書で両方の病院の通院公費をうけていたため、法施行後、もう一方の病院に診断書提出を求めても書けないと言われたケースがあった。
- ・特に困った事例というわけではないが、精神科以外の医療機関からの指定の申請は、精神医療の経験があると記載されていれば拒否することができない場合が多く、実際の精神医療がどのように行われているかについて、不安がある。
- ・精神科クリニックにもかかわらず、制度の趣旨に賛同しかねるとのことから自立支援医療機関の指定申請を行わないことで、患者の経済負担増など地域精神科医療に支障をきたしていること。
- ・文章の記載が少ない診断書の扱い。記載漏れの多さ。
- ・3カ所の医療機関に同一疾病で受診している申請者から3カ所の医療機関全部を自立支援医療（精神通院）で認めてほしいと言われた事例

である。

- ・医療機関等での受給者証確認があいまいで、「更新を忘れていた」「薬局追加をしていなかった」等、さかのぼって承認してほしいと要求されることが多い。医療機関では、受給者証を確認せずに1割負担で処理されていることも多く、上限額の管理を含めて、適正な処理がされているかが疑問である。
- ・支給認定の始期は申請受理日となっているが、受給者証が発行されるまでに受けた精神通院医療の取り扱いについては、病院等に診療報酬請求を待ってもらうなど、協力をお願いするしかない状態である。これについて、医療機関等からは対応が難しいとの声がしばしば聞かれる。
- ・1ヶ月以内の交付に努めているが、1ヶ月は遅いと言う意見もある。
- ・薬局の変更が多いことなど 高次脳機能障害の取り扱いについて
- ・高次脳機能障害や発達障害について、統一した判断基準がないこと リハビリをどこまで認めるかの基準
- ・(④、⑤に関して) 毎年申請に伴う申請件数の増加、申請書の突合項目の増加等により、事務量が增大しており、県、市町村等とも事務に忙殺されること。
- ・精神科病院以外の医療機関や薬局に対する指導監査の方法について

設問 12 居住地特例

1 居住地特例に準じた取扱いとしている 47

2 居住地原則としている 8

3 その他 () 6

その他の記載

- ・居住地特例に準じた取扱いは行っていない。例えば、政令市外・県外の施設入居者は、入所前の居住地がこちらにあるとしても、現に居住の実態のあるところで受理・決定し、給付すべきものとしている
- ・結果として申請者が自立支援医療の受給ができなくなることを避ける意味で、市町村窓口で申請先についてトラブルがあったケースについては個々にセンターに相談いただき、適宜処理している。

設問 13 判定指針について

1 現状でよい 32

2 判定指針の改定を検討すべきである 23

3 その他 () 4

その他の記載

- ・全ての疾患について、「精神病と同等であるか」というように、一次元に圧縮して判定することが困難である。
- ・現時点で確固たる代案がない
- ・高次脳機能障害、ナルコレプシー等
- ・基準を明確にしてほしい
- ・高次脳機能障害や発達障害についての判断基準や、リハビリをどこまで認めるかの基準等を示してほしい。

設問 14 判定指針の運用について

1 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

(具体的に:) 4

- ・F40～F99で継続的に治療が必要な場合、治療に要する労力はF0・F1・F2・F3・G40よりも大となるので、ICD10 codeで機械的に選別するのではなく、治療の必要性で判断すべきである。
- ・具体的に: ナルコレプシーへの適用

2 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

(具体的に:) 14

- ・現在の判定指針を拡大して運用するならば、小児科・脳外科のみならず内科等を含めた広範な疾患をこの制度でカバーすることになる。ある意味で「福祉的」かもしれないが、この制度の本来の趣旨には合致しない。

- ・精神病と同等の病態をもっと具体的に示して欲しい
- ・具体的に：特に痴呆、脳器質性疾患の治療をどの範囲に取るべきか。これらの疾患において精神療法のみしか書いてない場合それでいいのか。気分障害に関しても、受容的精神療法のみの場合、それが再発の予防的治療としうるのかなど、再発予防の治療をどこまでとるべきかの指針を作るべきである。
- ・身体合併症や認知症圏の患者の身体的治療
- ・対象となる症状を明確にする
- ・高次脳機能障害や発達障害についての判断基準や、リハビリをどこまで認めるかの基準等を示してほしい。
- ・F0～3, G40 程度に狭くする（いわゆる精神病対応）
- ・対象を抑制する方向で運用すべきものとする

3 現状のままよい 29

4 その他 11

(具体的に：)

- ・対象疾患や重度かつ継続の範囲を見直す必要がある
- ・現時点で確固たる代案がない
- ・現在の判定指針は具体性が欠けている部分があるため、拡大して運用すべき部分と厳格に運用すべき部分が混在している。運用のあり方の検討より、指針の改定が望まれる。
- ・1 指針の周知徹底が図られなければ、拡大運用も厳格運用も功を奏さないと思われる。2 意見書作成医師の何人かは指針の主旨をご理解いただいていないと思われる。3 担当や市町村が業務に習熟してきたため、以前はスルーしていた意見書も、判定指針に沿ってチェックできるようになり、特に再認定で不承認が出る。すると「何で前回承認なのに・・・」と異議申し立てが続出している。
- ・返戻や不承認判定をするに当たって、クレームに対抗できる明白な根拠があれば躊躇なくできるが、灰色的な場合は、どうしても通さざるを得ないので、判定指針をより厳密化、多義的な解釈の余地を少なくした上で実施したい。
- ・各都道府県、政令市には、今までに積み上げ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。
- ・現状では抽象的で判定しにくい。かといって、記載や判定に時間がかかるような指針になっても困る。
- ・全国で統一し、周知を徹底しておく必要があると思う。
- ・判定指針の運用はされているが、判定指針では対象にならないものについても診断書内容の総合的な判断で承認されることもある（認知症で症状が認知症しか記載がない場合）。また、F1やF3コードの重度かつ継続の判定が総合的な判断で非該当の判定になる場合もある
- ・判定指針の運用に当たって留意事項を出してほしい
- ・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、詳細な判定指針を作成してほしい。

設問 15 その他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。

(自由記載)

(回答)

- ・判定指針に則った形で今後も判定委員会では細やかに判定していく。疑義照会などを行うことが診断書作成医の本制度に対する理解促進への近道と考えている。
- ・認定の判定に関する他の自治体の判定基準の考え方について、参考のために是非知りたい。
- ・都道府県により、記載要領や書式が異なっているため、他県の医療機関で作成された診断書で判定して苦慮することがある。統一した記載要領があるとよい。
- ・本人を診察した主治医が「重度かつ継続」で支援が要るとしたものを、本人を診察していない者が覆すのは事実上不可能である。
- ・意見書の内容記載が画一的であったり、一言であったり、またパソコン作成で毎回同じ内容で提出されるため、意見書提出が形骸化してきている。「出せばとおる」制度が複雑すぎる、事務の手間がかかりすぎる、この制度改正で誰が（受給者、発行者、厚生労働省）どのくらい（自己負担の増減）、どうなったのか（良くなった、悪くなった）、がわからない。
- ・判定指針自体が、精神障害者通院医療費公費負担が始まった時の神経症等を対象外としていた時代の名残を引きずり、精神病と同等の状態を求める基準が記載され、圧縮しようとする力と、現在の精神疾患の理解促進および早期受診を推進する趨勢の中で、軽症レベルの精神疾患も対象とせざるを得ない拡張する

力の両方が働く両価的な内容であり、もう少し分かりやすい、葛藤を解消した指針の改訂が望まれる。

- ・精神保健福祉手帳と同時申請の場合、手帳用の診断書で自立支援医療の審査をすることになるが、自立支援医療用の診断書により判定する場合とでは審査精度に乖離が認められる。

- ・現在の事務量の多さと申請時の本人負担を考えると、以前の32条当時の有効期間が望ましい。

- ・支給認定を受けた者が都道府県をまたぐ居住地の移転した場合の取扱については、平成18年7月14日付け厚労省事務連絡において、その取扱を新規申請と同様とし移転先の自治体でも再判定を行っているところであるが、移転前自治体に提出した診断書の取寄せ等にかかる負担が申請者、自治体職員に共に大きい。全国で同じ指針のもとで判定が行われているのならば、有効期間内での再判定は不要と思われる。

- ・厚生労働省からの通知「自立支援医療費の支給認定について」のみでは判断に苦慮するが多い。（「別紙4 自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱」第4の第4項における医療機関の複数指定など）

- ・ICD-10コードを記載し、指定医療機関になれば精神科以外の先生が書いてもOKということで初回の判定ではほとんどが承認される傾向にある。重度かつ継続にしてもそれまでの神経症からうつ病への診断変更が見られることも多い。現在のままでは、自立支援医療そのものが通院公費制度あるいは支援費制度のように、またパンクする運命になろう。

- ・自立支援医療を申請する医師の精神疾患の治療水準を保つために、特に精神科以外の医師に一定の研修を課すなど。

- ・【現状】所得区分認定の規定が複雑。特に「低所1」認定を受けるためには複数の書類提出が必要。病状が重度であるために生活能力が低くなっていることが多いと予測される低所得者が、より多くの書類提出を求められる。【課題】パンフ等を作成しているが世帯認定及び算定対象収入のバリエーションが多いため、平易な資料作成が困難。（例：同一世帯に一般国保と退職国保が併存）

- ・自立支援医療（精神通院）については、1年更新に短縮されたことや、所得区分の判定、月額上限額管理などが加わったことから、都道府県、市町村、医療機関、薬局等において、未だ混乱状態にあり、特に医療機関等においては、多くの通院患者を抱えている中で診断書作成回数の増加や手作業で行う上限額管理など、かなりの無理をしいているように思われる。また、制度が複雑になったことから通院患者や家族、医療機関・福祉関係者等に対し制度の説明をしても、なかなか十分な理解が得にくいのが現状である。精神通院に比べ、患者数の少ない更生医療や育成医療と同様の制度とするのではなく、もう少し簡便なものにできないものかと考える。

- ・所得階層区分を判定するための添付書類の提出は患者にとって負担となっている。この制度システムが、精神障害者の特性に合致していないと思う。自立支援医療の意味やその判定に関して、また診断書の書き方に関して、ほとんど知らないと思われる医療機関や医師からの診断書があり、何らかの形で周知は必要であると考えられる。

- ・医療機関自体に制度の知識が乏しく、一般病院診療所を含めた広報周知が困難である。レセプト審査については、職員に審査能力がなく、外部に発注するには、予算当局の理解が得られない。

- ・所得の確認、年一回の継続手続きなど、申請者の手続き及び受付事務処理が煩雑になっている。

- ・薬局を指定する必要があるかが疑問である。

- ・指定医療機関制度の薬局を指定する必要性について

- ・精神通院の対象疾患の拡大。対象の明確化。受給者証の住所変更など記載内容の変更は、手帳と同様に市町村で完了する扱いとしても良いのではないかと。所得区分認定は、市町村で確認したものとし、センターに所得証明書を添付して送ることを省略できないか？

- ・申請の種類によって記入方法や添付書類が異なり煩雑である。県外からの転入者については、診断書の写しを添付することになっているが、根拠が不明瞭である。医療を継続するにも毎年申請が必要とのことで、医療機関、患者双方から不満の声がある。

- ・身体合併症に伴う、薬の処方等の基準を明確にしてほしい。

- ・診断書の提出について。おおむね3ヶ月以内という認識だが、再認定の申請をおおむね3ヶ月前から受けるとなると、場合によっては、申請から半年しか経っていない場合もあり、そんな短期間の症状の変化を見ることに有効性はあるのだろうか。および1年ごとの患者の診断書料の負担。

- ・予算上の面も含め拡大の一途を辿っており、この増加傾向の原因が一人当たりの医療費の増によるものか、あるいは精神科を標榜する診療所の増によるものか、または認定自体に課題があるのか等分析はできていないが、現状を見るにもはや判定指針の改定や重度かつ継続の厳格な適用などでは対応できる状況には無いものと思われる。むしろ、精神通院のみを公費で支えることの意義を改めて考えつつ、基本的な要件等を見直し本制度の再構築を目指す時期とも思われる。

資料 2 自立支援医療の実施状況に関するアンケート調査

平成 19 年 11 月 14 日

都道府県、指定都市
精神保健福祉センター長 様

平成 19 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 山下 俊 幸
(京都市こころの健康増進センター所長)
同 研究協力者 黒田 安 計
(さいたま市こころの健康センター所長)

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

晩秋の候、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。

さて、先の全国精神保健福祉センター長会定期総会でもお願いいたしましたように、本年度も厚生労働科学研究「自立支援医療の適正な給付に関する研究」の一環として、自立支援医療の実施状況に関して、アンケート調査を行うことといたしました。ご多忙のところ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申し上げます。

集計の都合上 12 月 14 日 (金) までに、下記 (seishinhoken@psn.ne.jp) まで Email 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、まとまり次第ご報告させていただく予定としております。ご協力のほど何卒宜しくお願い申し上げます。

なお、分担研究報告書につきましては、都道府県、指定都市名が特定されない形で報告させていただきます。

返送先 (分担研究事務局)

〒567-0048
大阪府茨木市北春日丘 1-4-36
自立支援医療研究事務局 大谷 博
電話：090-5668-2935
Fax：072-623-4271
Email：seishinhoken@psn.ne.jp

なお調査内容についての問い合わせは、
さいたま市こころの健康センター 黒田安計
Email：zez14-hlj1@city.saitama.lg.jp
TEL：048-851-5787 (事務連絡専用) FAX：048-851-5672
までお願いいたします。

平成 19 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」

自立支援医療の実施状況に関するアンケート調査

都道府県、指定都市名 () 精神保健福祉センター

I. 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

設問 1 平成 18 年 4 月 1 日～平成 19 年 2 月末日の状況についてご記入ください {平成 19 年 3 月 26 日付連絡(資料 1～3) 厚生労働省精神・障害保健課自立支援医療係報告時のものをご利用ください。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

様式 1

	申請(a)	支給認定 (b)	審査中 (c)	却下(d)	却下の理由別内訳		
					所得基準 を上回る (e)	対象外 疾病(f)	その他 (g)
精神通院							
		支給認定件数 (h)	支給認定件数の内訳				
			生活保護(i)	生保移行防止 (j)	低所得1(k)		
精神通院							

様式 2

支給認定件数の内訳				
低所得2(1)	中間所得(m)	重度かつ継続 中間所得1(n)	重度かつ継続 中間所得2(o)	重度かつ継続 一定所得以上 (p)

II. 不承認(却下)事例(表のd)について

設問2 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お尋ねします。

1. 所得基準の理由(表のe)
2. 対象外疾病(表のf)
3. その他(表のg)

それぞれについて、病名、ICDコード、理由等わかりましたら、ご記載をお願いいたします(表d～gで該当がない場合は記載不要です)。

A. 却下事例リスト(所得基準等理由)

	ICDコード	病名	理由
例	F7, F8	精神遅滞、自閉症	一定所得以上かつ「重度かつ継続」非該当
例	F4	全般性不安障害	一定所得以上で、かつ「重度かつ継続」非該当であるため
例	F8	アスペルガー症候群	一定所得以上かつ「重度かつ継続」非該当
1			
2			
3			
4			
5			

*必要に応じて、表のセルを追加してご記入下さい

*あくまで貴自治体の現況をお尋ねするものですので、理由等は貴自治体で使用された文言をそのまま記してください

B. 却下事例リスト(対象外疾病等理由)

	ICDコード	病名	理由
例	F50	摂食障害	精神病と同等の病態ではないため
例	F0	アルツハイマー病	情動または行動の障害を認めないため

設問 5 特定の一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ですか

- 1 可能
- 2 不可能
- 3 その他 ()

V. 平成 18 年度緊急アンケート後に明らかとなった課題について

重度かつ継続（高額治療継続者）の判断について

設問 6 平成 18 年度に全国精神保健福祉センター長会で行った「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ました。

貴自治体における F 40～F 99 の病名（例えば摂食障害、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、どのような現状にあると考えられますか。適当と思われる番号に○をつけて下さい（複数回答可）。

- 1 「情動及び行動の障害」、「不安及び不穏状態」に関する記載が重視されている
- 2 計画的・集中的な治療に関する記載が重視されている
- 3 通院頻度、デイケアの利用頻度など、高額治療の継続が重視されて認定されている
- 4 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
- 5 原則として F 40～F 99 はほとんど認定されていない
- 6 その他 ()

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等ございましたら御記載下さい。

- 1 なし
- 2 あり
その内容をご記入下さい
(回答)

重度かつ継続にかかる判定医（主治医）について

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等ございましたら御記載下さい。

- 1 なし
- 2 あり
その内容をご記入下さい
(回答)

指定医療機関について

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）がありますか？

- 1 なし
- 2 あり
ありの場合、件数とその理由をご記入下さい。
件数 () 件

法文上、自立支援医療に関しては、更生医療はこの取扱いが準用されるが、育成医療と精神通院医療については準用されない。(障害者自立支援法第19条第3項、第52条第2項の技術的読替)

今後の自立支援医療のあり方について

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もっとも望ましいと考えるものを一つ選択してください。

設問 13 判定指針について

- 1 現状でよい
- 2 判定指針の改定を検討すべきである
- 3 その他 ()

設問 14 判定指針の運用について

- 1 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
(具体的に:)
- 2 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
(具体的に:)
- 3 現状のままでよい
- 4 その他
(具体的に:)

自由記載

設問 15 その他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。
(回答)

VI. 資料提供のお願い

設問 16 貴自治体では、医師向けの自立支援医療診断書・意見書の記載マニュアルを作成されていますか

- 1 作成している
- 2 作成していない

各自治体で使用されている「自立支援医療(精神通院)支給認定申請書」、医師の記載する「診断書・意見書(自立支援医療 精神通院用)」、ならびに「重度かつ継続の意見書」を各一部ご提供下さい。また、各自治体で作成された自立支援医療意見書(あるいは旧精神通院公費負担)の「記載マニュアル」がございましたら、ご提供をお願いいたします。お手数ですが、後日返信用封筒をお送りいたしますので、原本あるいはコピーの郵送をお願いいたします。(スキャナーなどで取り込んだデジタルデータを添付ファイルとしてアンケート調査とともに返信いただいても結構です。)

返送先 (分担研究事務局)

〒567-0048

大阪府茨木市北春日丘1-4-36

自立支援医療研究事務局 大谷 博

電話: 090-5668-2935

Fax: 072-623-4271

Email: seishinhoken@psn.ne.jp

お忙しいところご協力いただき誠にありがとうございました。

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（2）
精神通院医療の審査判定にかかる疑義照会理由の分析（概要の中間報告）
研究協力者 築島 健（札幌こころのセンター）

研究要旨：精神通院医療の診断書の審査判定に際して、判定が保留されて主治医に疑義照会がおこなわれた審査案件につき、その疑義照会理由を分析し、不適切な診断書の類型化を試みた。

札幌市において平成 16 年度、17 年度、18 年度（上半期）に診断書を審査した案件の疑義照会添書の内容を全数調査し、疑義照会理由を分類同定した。約 3% の診断書につき判定が保留され疑義照会を要する程度の不適切な点が見られた。その類型では、病名の記載が不適切なもの、病状の記載が不適切なもの、治療内容が不適切なもの、治療方針が不適切なもの、指定医療機関の選定が不適切なもの等が多かった。また、未記載欄がある等形式的要件に不備がある診断書も多く認められた。主治医別では、小児科、内科、脳神経外科等の精神科以外の医師による診断書が相対的に多かった。

診断書が正しく記載されることは、審査判定を円滑化することで速やかな決定処分を行うことで申請者の利益にかなうことはもちろんであるが、指定医療機関の本制度に対する正しい理解により制度趣旨に添った適正な給付を促進することにもつながる。指定医療機関への適切な情報提供が必要であると考えられる。

A. 研究の背景と意義

各都道府県（政令指定都市を含む）精神保健福祉センターにて自立支援医療（精神通院医療）の支給認定を行うにあたっては、申請書に添付された診断書を「自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定判定指針」により審査判定する。診断書に記載された情報が不足する等により、直ちに判定ができない案件については、判定を保留して主治医に疑義照会をする取扱が全国的な取扱の通例となっている。この疑義照会を要するものについては、診断書を作成した医療機関に文書照会をすることになる。このような場合、当然に、判定結果が出るまでの処理期間が延長することになり、申請者の利益が大きく損なわれる結果となる。その上、疑義照会には多大な事務量を要することから、精神保健福祉センターの業務の負担は著しい。

自立支援医療（精神通院医療）は、旧精神保健福祉法第 32 条の精神障害者通院医

療費公費負担制度の趣旨を継承した公費負担医療制度として位置付けられており、既に 40 年以上の歴史のある周知され定着した制度であるにもかかわらず、一部に適正とは言いがたい給付の実態があることが夙に指摘されている。その理由は単一ではないが、指定医療機関の制度への理解不足が背景にあることもある。申請書に添付される診断書にみられる不適切な点は、そのすべてにおいてではないにしろ、そういった理解不足を反映するものであり得る。

一部の自治体においては、文書による疑義照会を行う際に、当該診断書の審査において問題となった不適切な点を指摘し、主治医が診断書を補正して記載するにあたり留意すべき点につき情報提供する添書を作成している。この返戻添書には判定が保留となった理由やその背景事情等が盛り込まれていることから、この内容を分析／検討し、類型化することにより、審査判定で問題となりがちな事柄や留意点、ひいては、

当該指定医療機関の制度への理解が不足している点を特定できることになる。これにより、精神障害の適正な医療の普及と、適正な給付の実施を確保する観点から、効果的に指定医療機関に情報提供等を行うことが可能となる。

B. 調査研究の目的

(旧) 32 条・(現) 精神通院医療の支給認定申請にかかる診断書の審査判定における診断書記載内容の問題点を特定し、類型化する。このことにより、診断書の審査判定上しばしば問題となる論点、すなわち、主治医等が陥りやすい誤りを特定し、これらにつき、別途主治医等に技術的情報提供をなすことにより、支給認定申請の適正化、制度理解の普及、診療報酬請求の適正化、疑義照会等事務の効率化、判定の透明化を可能とすることを旨とするものである。

C. 対象と方法

研究協力者が所属する札幌市精神保健福祉センター（札幌こころのセンター）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。

D. 結果

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%程度であったことがわかる。

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、非常に多かったことも特筆に値する。

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いことも特筆に値する。

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。これは、内科医、小児科医、脳神経外科医等、精神障害者の医療とかわり合いの薄い医師が、この種の診断書を書く上での問題と符合する。

E. 考察

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 40,000 件を超える（札幌市）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。

支給認定数の膨張の背景にある精神通院医療対象者の裾野拡大の背景には、小児慢性医療や重度障害者医療、老人医療などの他の医療助成制度において所得制限の導入をはじめとした制度縮小があることが推定されるが、他制度が縮小されることにより精神通院医療に流入してきた新たな受給者は、昭和40年の制度創設以来旧32条が対象としてきた「中核群たる精神障害者」とは異なる「辺縁群」であり、その医療を担う医師らは精神障害者の医療を専門領域としない医師らであることも多い。そのことが、「病名不適切」「治療内容不適切」「治療方針不適切」などに表れている可能性がある。精神通院医療の対象が著しく膨張した現状にあつて、「精神障害の適正治療の普及」という制度目的を達成するための「適正な給付のあり方」については、医療の範囲を明示的に規定し、申請時のみならず、診療報酬の請求時においても適切な審査を導入し、強力に指導する等の抜本的な対策も必要となるかもしれない。特に、診療報酬請求における審査は法に規定されているものの、実際にはごく一部の自治体を除いて実施されていない。2年に1度自治体に対して行われる厚生労働省の公衆衛生事務指導監査においても、「公費負担レセプトの審査」は多くの自治体に対して指導項目となっている実態があるが、具体的な指針や基準を欠く状況においては、到底手を出せる状態ではない。

一方で、申請者の名前を書いていない、病名を全く書いていない、病歴を全く書いていないなど、明らかな形式上の不備がある診断書が、市区町村の窓口で適正な形式審査が行われずに受理・進達されることにより、結局判定できずに疑義照会となる等の問題も著しい。形式上の要件に適合しない申請については、行政手続法の規定により申請者に補正を求めるべきことに

なっているが、診断書はそれ自体の性質により、申請者自身に加筆修正等の補正を求めることができない文書であるため、結局、不備のまま受理され、審査に回されてくることが多く、かかる場合には、精神保健福祉センターにおいて疑義照会をする必要が生じる結果となる。

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。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権利の出願・登録状況

なし

謝辞

本研究に際しては、データの集計に関して学校法人吉田学園の兵頭俊次氏にご協力いただいた。厚く御礼申し上げます。

通院医療疑義照会理由内訳

疑義の類型(複数計上)		H16年度		H17年度		H18年度(上)	
申請者欄	申請書と情報が異なる	1	0.2%	2	0.4%	1	0.5%
	住所・氏名等の記載漏れ	0	0.0%	3	0.6%	2	1.0%
病名	状態像診断のみ	121	24.0%	122	22.6%	18	8.8%
	不適切な病名	54	10.7%	26	4.8%	14	6.8%
	主従の病名が逆	17	3.4%	35	6.5%	6	2.9%
	主病名の並列記載	3	0.6%	0	0.0%	0	0.0%
	対象外の病名	16	3.2%	6	1.1%	1	0.5%
	病名とICDコードの不一致	7	1.4%	6	1.1%	5	2.4%
	病名を全く記載しないもの	10	2.0%	4	0.7%	4	2.0%
	ICDコードの記入漏れ	13	2.6%	29	5.4%	13	6.3%
病歴	推定発病年月が不適切	0	0.0%	0	0.0%	3	1.5%
	精神科受診歴の記載誤り	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%
	病歴を全く記載しないもの	14	2.8%	12	2.2%	2	1.0%
	情報不足	15	3.0%	13	2.4%	9	4.4%
現在の病状、状態像	病名との整合性乏しい	20	4.0%	10	1.8%	5	2.4%
	「情動および行動の障害」が伴わず	35	6.9%	41	7.6%	5	2.4%
	病状を全く記載しないもの	6	1.2%	4	0.7%	0	0.0%
病状の具体的な内容	選択された状態像と不一致	30	5.9%	36	6.7%	2	1.0%
	具体的内容を記載しないもの	27	5.3%	116	21.4%	26	12.7%
	記載不足	19	3.8%	20	3.7%	5	2.4%
治療内容	精神科治療以外の治療内容	143	28.3%	116	21.4%	36	17.6%
	病態との不一致	2	0.4%	3	0.6%	4	2.0%
	無投薬	4	0.8%	4	0.7%	0	0.0%
	治療内容を記載しないもの	19	3.8%	16	3.0%	5	2.4%
	記載不足	26	5.1%	11	2.0%	2	1.0%
今後の治療方針	治療方針を記載しないもの	82	16.2%	136	25.1%	27	13.2%
	記載不足	4	0.8%	1	0.2%	0	0.0%
医師署名等欄	医師の氏名を記載しないもの	3	0.6%	9	1.7%	5	2.4%
	日付を記載しないもの	6	1.2%	10	1.8%	2	1.0%
	病院住所、名称を記載しないもの	9	1.8%	9	1.7%	2	1.0%
高額治療継続意見書	病名とICDコードの不一致	0	0.0%	10	1.8%	0	0.0%
	通院の頻度等を記載しないもの	0	0.0%	11	2.0%	0	0.0%
	高額治療継続非該当疾患	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%
指定医療機関の選定	医療の重複のある複数選定希望	0	0.0%	3	0.6%	42	20.5%
	身体治療のための訪問看護	0	0.0%	0	0.0%	4	2.0%
	薬局の複数選定	0	0.0%	4	0.7%	12	5.9%
居住地	居住地の確認を要するもの(遠隔地)	20	4.0%	21	3.9%	8	3.9%
その他	通院医療を希望していない	4	0.8%	2	0.4%	1	0.5%
	診断書と意見書の記載の不一致	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%
	他科治療のための申請	1	0.2%	1	0.2%	0	0.0%
	入院中により外来治療を行わないもの	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%
	医師以外による診断書の代筆	16	3.2%	0	0.0%	0	0.0%
	様式違い	3	0.6%	4	0.7%	0	0.0%
疑義照会を行った実件数		505	100%	541	100%	205	100%
うち未記載欄がある等形式要件に不備がある実件数*		141	28%	211	39%	57	28%

* 疑義の類型のうち網かけ部分は、形式要件に不備があるもの

医療機関区分別返戻数

		H16 年度	H17 年度	H18 年度 (上半期)	* 参考
医療機関区分	大学病院	49 9.7%	56 10.4%	27 13.2%	7.4%
	精神科を含まない総合病院	9 1.8%	3 0.6%	6 2.9%	1.6%
	精神科を含む総合病院	40 7.9%	25 4.6%	14 6.8%	4.5%
	精神科単科病院	268 53.1%	187 34.6%	71 34.6%	49.5%
	精神科クリニック	92 18.2%	171 31.6%	37 18.0%	29.1%
	小児科	18 3.6%	10 1.8%	16 7.8%	2.7%
	内科(心療内科、神経内科含む)	9 1.8%	32 5.9%	13 6.3%	1.9%
	脳神経外科単科病院	17 3.4%	55 10.2%	20 9.8%	3.2%
	その他(産婦人科等)	3 0.6%	2 0.4%	1 0.5%	0.1%
	計	505 100.0%	541 100.0%	205 100.0%	100.0%

* H19.1.19 時点での札幌市の精神通院医療認定件数 27,449 件の選定医療機関割合

医師の診療科別返戻数

		H16 年度	H17 年度	H18 年度 (上)
精神	指定医	378 74.9%	393 72.6%	129 62.9%
	非指定医	46 9.1%	39 7.2%	15 7.3%
他科	脳神経外科	22 4.4%	50 9.2%	17 8.3%
	内科	4 0.8%	7 1.3%	7 3.4%
	心療内科	1 0.2%	13 2.4%	4 2.0%
	神経内科	5 1.0%	20 3.7%	9 4.4%
	小児科	40 7.9%	15 2.8%	22 10.7%
	リハビリテーション科	1 0.2%	0 0.0%	1 0.5%
	産婦人科	2 0.4%	2 0.4%	1 0.5%
	不明	6 1.2%	2 0.4%	0 0.0%
計	505 100%	541 100%	205 100%	

申請者の主病名の ICD 分類別返戻数

		H16 年度	H17 年度	H18 年度(上)
ICD 分類	F0	41	16	8
		8.1%	3.0%	3.9%
	F1	27	19	8
		5.3%	3.5%	3.9%
	F2	70	53	31
		13.9%	9.8%	15.1%
	F3	218	244	92
		43.2%	45.1%	44.9%
	F4	48	53	11
		9.5%	9.8%	5.4%
	F5	3	5	0
		0.6%	0.9%	0.0%
	F6	6	6	2
		1.2%	1.1%	1.0%
F7	11	8	3	
	2.2%	1.5%	1.5%	
F8	8	9	3	
	1.6%	1.7%	1.5%	
F9	2	0	1	
	0.4%	0.0%	0.5%	
G40	71	128	46	
	14.1%	23.7%	22.4%	

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（育成医療・更生医療）の適正な給付に関する研究

- 分担研究者 中澤 誠（財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院
小児・生涯心臓疾患研究所所長）
- 研究協力者 村上 智明（北海道大学病院小児科）
小山耕太郎（岩手医科大学病院循環器医療センター小児科）
中島 弘道（千葉県こども病院循環器小児科）
中西 敏雄（東京女子医科大学循環器小児科）
康井 制洋（神奈川県立こども医療センター）
佐地 勉（東邦大学医療センター大森病院小児科）
村上 保夫（榊原記念病院）
小野 安生（静岡県立こども病院循環器科）
里見 元義（長野県立こども病院）
松島 正気（社会保険中京病院循環器小児科）
越後 茂之（元国立循環器病センター小児科）
浜岡 健城（京都府立医科大学附属こども病院）
馬場 清（倉敷中央病院）
福重淳一郎（福岡市立こども病院・感染症センター）
城尾 邦隆（九州厚生年金病院小児科）
賀藤 均（東京大学医学部小児科）
福嶋 教偉（大阪大学医学部附属病院移植医療部）
布田 伸一（東京女子医科大学東医療センター内科）
中谷 武嗣（国立循環器病センター臓器移植部）

研究要旨：自立支援医療の開始で、育成医療・更生医療における患者負担への影響が指摘されている。今年度は、昨年度の計画に基づいて、育成医療・厚生医療の対象のうち、心疾患の外来での診療報酬請求額の実態について、二つの群の調査を行った。第一は、心臓移植後の患者について、未だに年間施行症例数が少ないことから、レセプトの収集による分析は不可能と考え、過去の診療実績を外来カルテより写し、現行の診療報酬基準から遡って算出した。一方、育成医療対象の小児期発症心疾患について、専門 15 施設を対象に平成 19 年 10 月 11 月の外来診療のレセプトを収集し、分析を開始した。その結果、心臓移植後の外来通院における月請求額は、術後 1 年未満が平均約 25 万円、2 年目 20.7 万円と、半数以上で 20 万円を超えることが判明した。一方、小児発症心疾患（その多くが育成医