

図5 支給認定件数あたりの重度かつ継続を除く中間所得の比率（百分率）

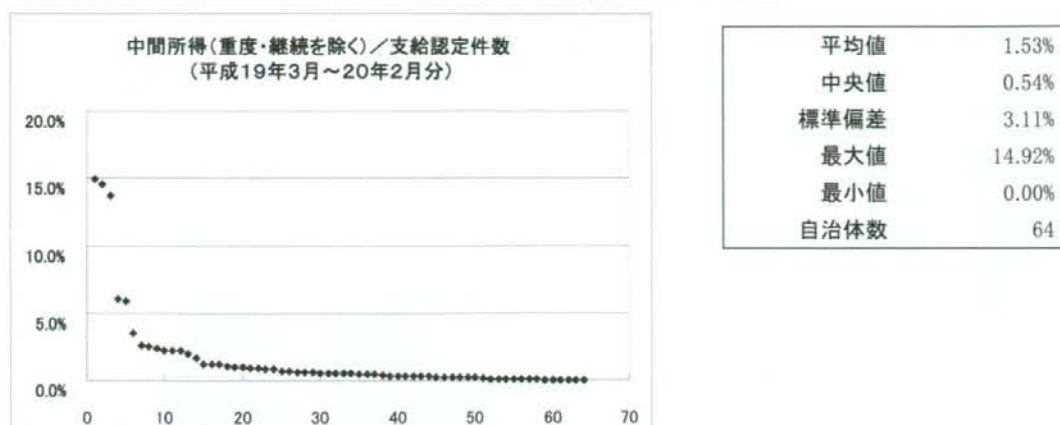


図6 支給認定件数あたりの重度かつ継続一定所得以上の比率（百分率）

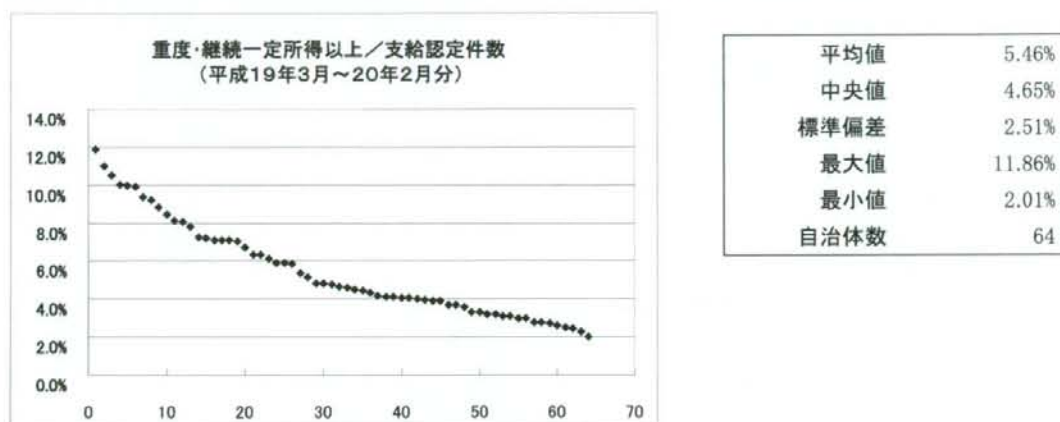


図7 支給認定件数あたりの重度かつ継続の判定が必要な比率（百分率）

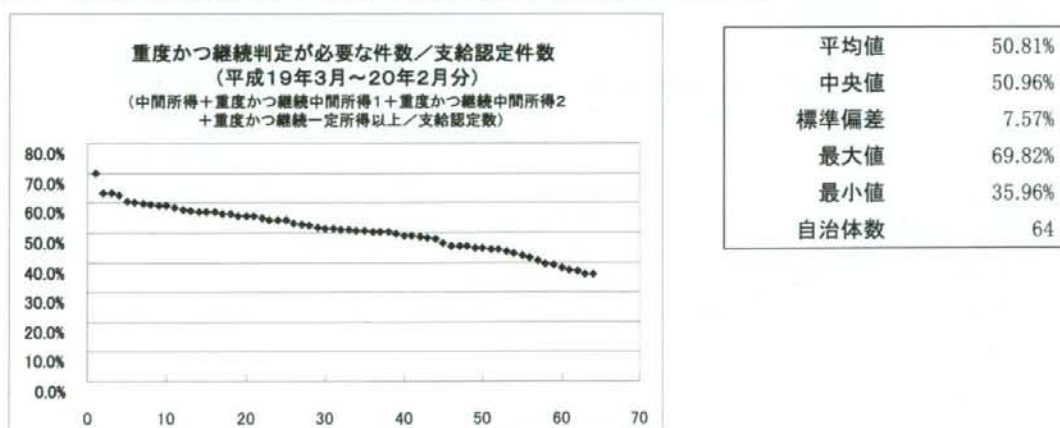
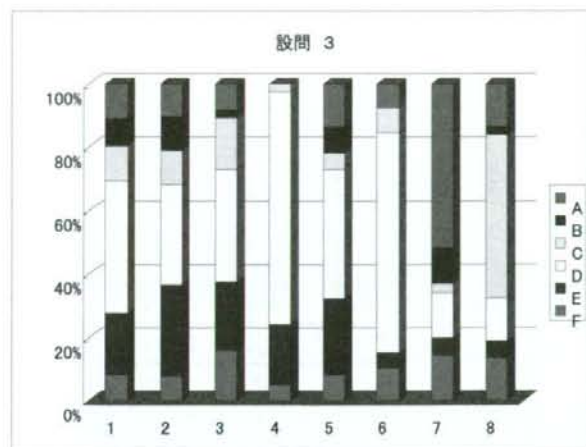


表4 設問2 平成20年7月判定分（各セルの自治体の和／自治体数）36自治体分

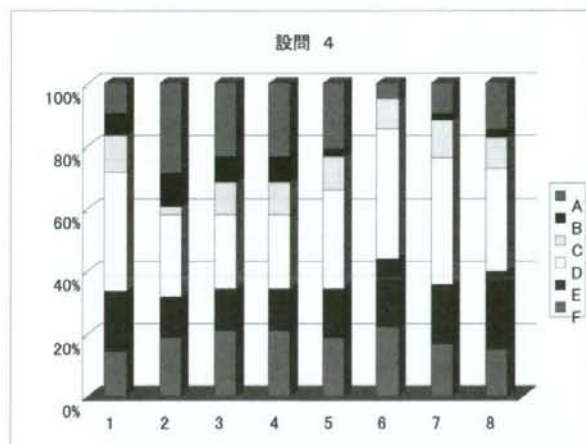
	生活保護	生保移行防止	低所得1	低所得2	中間所得	（中間所得1） 重度かつ継続	（中間所得2） 重度かつ継続	（一定所得以上） 重度かつ継続	計
F0	0.46%	0.00%	0.69%	0.53%	0.02%	0.43%	0.49%	0.09%	2.72%
F1	1.12%	0.00%	0.48%	0.15%	0.02%	0.35%	0.35%	0.08%	2.55%
F2	6.89%	0.00%	13.10%	5.13%	0.19%	6.62%	7.83%	1.68%	41.44%
F3	4.65%	0.00%	6.93%	2.64%	0.32%	5.56%	11.83%	2.25%	34.19%
F4	0.95%	0.00%	1.18%	0.27%	0.27%	0.84%	1.59%	0.26%	5.35%
F5	0.04%	0.00%	0.06%	0.01%	0.01%	0.05%	0.09%	0.04%	0.30%
F6	0.27%	0.00%	0.22%	0.05%	0.06%	0.10%	0.21%	0.05%	0.96%
F7	0.21%	0.00%	0.37%	0.26%	0.02%	0.14%	0.13%	0.04%	1.16%
F8	0.06%	0.00%	0.14%	0.06%	0.08%	0.13%	0.38%	0.07%	0.92%
F9	0.04%	0.00%	0.05%	0.03%	0.02%	0.06%	0.12%	0.01%	0.34%
G40	0.76%	0.00%	1.82%	0.95%	0.10%	1.57%	2.99%	0.65%	8.83%
その他	0.02%	0.00%	0.03%	0.01%	0.00%	0.03%	0.06%	0.01%	0.16%
不明	0.26%	0.00%	0.31%	0.09%	0.01%	0.15%	0.22%	0.04%	1.08%
計	15.74%	0.00%	25.39%	10.18%	1.12%	16.01%	26.26%	5.29%	100.00%

図8 設問3の回答



	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
A	11	8	9	0	13	4	30	8
B	5	4	1	0	6	0	8	2
C	6	10	9	1	2	4	6	33
D	21	17	18	42	17	46	8	8
E	15	18	18	16	20	2	2	2
F	3	4	6	2	3	5	7	8
計	61	61	61	61	61	61	61	61

図9 設問4の回答



	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
A	5	22	18	18	16	4	6	10
B	3	5	4	4	2	0	1	1
C	5	1	4	4	6	4	5	4
D	24	14	13	12	15	24	25	19
E	15	9	11	12	12	17	15	18
F	7	8	9	9	8	10	8	7
計	59	59	59	59	59	59	60	59

表5 設問5 (自由記載)

- ・合併症について、実際にはチェック体制の構築は難しいので、指摘すれば記載を控えて事実が隠蔽されるだけになるので困っている。
- ・自立支援医療になってから、精神通院医療の有効期限が一年となったため、一回の判定数が増え、判定に多くの時間がとられ判定委員の負担が大きくなっている。また精神科以外の医療機関からの精神通院医療の申請では、その内容をよく理解せずに申請しているところもある。
- ・精神科以外の医師が診断書を作成する例が増加しており、記述内容が不十分等の事由により、文書による照会が増えている。
- ・本県の判定は、他の自治体に比べて厳しいとの意見を申請者並びに医療機関から寄せられるが、他自治体では判定指針をどのように運用しているのか知りたい。
- ・「重度かつ継続」の判断は、病名だけでは難しく、具体的指針を決めてほしい。そうでなければ必要ないと思う。
- ・精神科専門医ではない、例えば、神経内科、脳外科、一般内科等の先生方からの申請書類に対する説明を求める返戻が多い。これまでに、問い合わせに一切応じない内科医がひとりいました。認知症に関する申請で、このような返戻が多くおきています。また、主治医が、制度を十分に理解せぬまま、ソーシャルワーカーの依頼で書類を記入する例も多いように思います。精神科領域の制度を利用するのであれば、精神科の診断体系に則った適切な記載が必要であることを、医師会等を通じて理解を求めの方針です。
- ・判定指針は、通院公費負担制度が始まった時点の枠組みが援用されており、一定の制限を加えるものとなっていますが、時代は、精神医療を拡大(普及)する流れに動いていますので(早期発見・早期治療の掛け声、一般医でのうつ病治療の理解促進、精神障害の定義がICDに包含されている疾患全てと拡大化され、旧来のカテゴリと整合性がなくなったこと等)、制限が拡大かの葛藤状況下で判定しているのが現状である。まずは、時代にそぐわない判定指針自体の見直しが急務と考えている。
- ・杜撰な診断書記載に悩まされように、診断書の様式の見直しも必要と考える。
- ・1年更新であるため、診断書料が負担であるとの苦情が寄せられている。旧制度では2年更新であったが、更新期間を2年に延長(もしくは継続加療中であるとの意見書などでは更新可とするなど)は、できないでしょうか。
- ・新規申請の場合、市町村入件日が有効期限開始日となり、受給者証が手元に届くまでに通院した場合の負担分(3割)の内、手元に届いてからの2割分の返還については、各病院に協力をお願いしているところではあるが、対応はやはり病院によって異なるため、不満の声が複数あがっているようである。
- ・設問4に関してですが、合併症治療に関してはあまり考慮に入れずに判定しています。現状の事務量から考えるとそこまで考慮を入れた判定は困難と考えます。尚、県庁としては、精神病院の实地指導の際には、精神障害と関連のない合併症についての自立支援医療による請求に関しては指導の対象としているとのこと。ただ、開業医あるいは無床の総合病院精神科においては指摘できていません。そもそも公費負担の合併症か否かという判断が非常に曖昧であるように感じます。
- ・自立支援医療の対象疾患とすべきかどうかということももう少し具体的に指針があると有難いです。今回の設問にある気分変調症の他、人格障害、認知症、高次脳機能障害はどうすべきなのか。「気分変調症、人格障害を精神病相当として考えてよいのか。認知症の場合、当初、精神症状があつて向精神薬が投与されていれば何ら考慮しなくて良いですが、その方の病状が進行し、寝たきりで緘黙となり向精神薬を投与する必要もないという状況となった場合、厳密に考えれば不承認と判断したいのですが、病状としては悪化しているのに不承認としてよいのか。高次脳機能障害の方で、精神症状はないものの、記憶障害や遂行機能障害などの神経症状が強く出ている方に対して、精神症状はないので不承認としてよいのか」な

どです。結局各自治体の運用任せでは、自治体間のばらつきが非常に大きくなってしまいうような気がいたします。

- ・精神科以外の診療科からも数多く申請されていますが、診断、治療に非常に疑問を感じるケースがあります。（精神科でもありえますが）よほどひどいケースは差し戻ししていますが、現時点ではある程度性善説として対応しております。精神医療の質を担保できるような改善策がないのでしょうか。

- ・自立支援医療の診断書での審査で見受けられるのは、精神疾患に対する適正な治療がなされているか疑問を呈する事例が見受けられる。特に、精神神経科を標榜していない医師（内科・脳神経外科等）において、事例が多い。指定自立支援医療機関の指定等の基準を明確にすることが必要である。そのことが結果的に、精神疾患に対する適正な治療を行うことになる。

- ・適用される医療について都道府県間に差異がないよう、より明確な基準が必要だと思われる。またレセプト方面からの診療内容の確認ができれば望ましい。

- ・制度の適応疾病の範囲が広く、本制度を受給する対象者が拡大しすぎていると感じる。

- ・訪問看護について ①介護保険と自立支援医療の併給関係について明確に出来ない。

- ②身体疾患と精神疾患との複合疾患の際の本制度の適応範囲の判断が難しい。

- ・利用者手続と行政事務の軽減化・ 精神障害者保健福祉手帳1～2級所持者に対して、申請に基づき手帳の有効期限に準じた（最大2年）受給者証を交付。

- ・医療機関は主のみとし、他は主医療機関の処方箋で対応。

- ・自己負担は一律5%。

- ・「IV. 合併症事例」に関してですが、本来は全て自立支援医療の対象外と判断しています。それにもかかわらず、当センターにおいて診断書の返戻が非常に少ないのは、行政コストを考慮してのことです（診断書の返戻が必要であることは承知していますが、当センターのような全国最小規模のセンターではなかなか困難です）。また、当県ではレセプトチェックが出来ていない状況のため、診断書の返戻には一定の抑止効果があるとは承知していますが、診断書の返戻だけでどこまで実効性があるのか？（エフェクトサイズが十分ではない？）という疑問もあります。そもそも、合併症治療で精神科病院への非自発的入院はありえません。また、合併症治療が「精神障害の適正な医療の普及」とどう関連するかも不明です。次回の制度見直しの際には、自立支援医療費制度の対象となる治療内容（薬剤名など）を制限し、合併症治療に一定の制限を加えたほうが良いと考えます。

- ・自立支援医療の判定において、精神保健福祉手帳用診断書には治療内容の記載欄がないので、確認することができない。

- ・新規申請等では、承認されても市町受理日から実際に受給者証が本人の手元に届くまでに約1ヶ月を要しており、その間の受診については、必ずしも当該制度の適用を受けられているとは言えない状況にある。

- ・低所得層以下の階層から中間層以上への階層変更申請の場合、重度かつ継続に関する意見書の提出を求めているが、審査時の診断書によって重度かつ継続の確認は可能かと思われる。医療機関によっては、重度かつ継続に関する意見書に診断書料を課しているところもあり、申請者にとっては、上限額が高くなる上に更なる負担を負うこととなっている。

- ・自立支援医療の申請、交付の事務量が大きく、また保険や所得区分等の変更申請が多いため、（〇〇県では変更申請が1ヶ月100件程度ある）事務が煩雑になる。

- ・年々、自立支援医療の申請件数が増えている。（年13回の審査で1回700件程度）

- ・指定医療機関のうち、てんかん以外の精神疾患で精神科以外の診療科からの認知症やうつ病等についての診断書の申請が増えている現状にある。

- ・判定指針の基準や重度かつ継続の基準の運用の仕方に苦慮している。

- ・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。

- ・適用される医療の範囲が各都道府県間（政令市含む）で大きな差がないように、全国的に運用にあたっての留意事項を出し周知を行う必要がある。
- ・自立支援医療の対象となる範囲、重度かつ継続の認定など、明確な線引きや方針について検討中の課題が多々ある状況です。今後、全国の情報を得て方向性をまとめていきたいと思えます。
- ・精神通院医療については、法改正に伴い、有効期限が1年に短縮されたことにより、事務処理量が単純に倍増。センターでは、事務処理に追われている。本人の診断書料負担、県センター及び市町村の事務量増加による人件費増のことを考えると、2年にしたほうがはるかに効率的。また、手帳の有効期間が2年であり、一つの診断書で、手帳と同時申請ができるので、期間を2年に合わせられれば便利になる。
- ・ただし、現制度下でも、自立支援医療費と手帳は、終期についての取扱が違うため、月の初日申請以外は2年後には一ヶ月のずれが生じる。できれば、現在の医療費の有効期限が1年のままでも、終期の月の取扱については、手帳と取扱を合わせるようにして欲しい。
- ・負担上限額がこまかく分かれすぎ、もっとシンプルな形にすべき。
- ・負担区分変更を、県での決定の翌月初日からとしているのは問題がある。（生活保護の開廃止にともなうものは、開廃止時点での変更としているが、その他は、決定の翌月としている。）精神通院医療以外は市町村での決定なので、申請時点ですぐに手続きできるが、精神通院医療については、市町村を経由してくるため、時間がかかる。市町村は一件々々送付するのでなく、実務上やむを得ず、ある程度まとめて送付してくるので、役場での月末申請受理ケースなどは、翌々月からの変更になったりするし、離島など送付に時間がかかる地区の住民などは、不利益を被る場合が生じ、不公平になる。市町村受理日を起点とするのが、他の制度と比べても一般的であり、平等になるのではないかと考える。
- ・中間所得以上のほとんどが「重度かつ継続」と判定されている現状では、「重度かつ継続」の該当者とそれ以外の者を区分する必要性は低く、その適用範囲や判定のあり方等について、廃止を含めた見直しが必要だと考えます。
- ・制度が複雑になり、事務が繁雑になってしまっている。たとえば所得区分を3段階にする等改善が望ましい。
- ・世帯区分認定までのプロセスが煩雑である。
- ・重度かつ継続の考え方は明確になってはいるが、実際の判断が難しい。病名ではっきりと区分する等が望ましい。
- ・指定医療機関は、事実上幅広い科目に渡っており、指定医療機関たる制限になっていない。
- ・受給者証に保険証の記号番号が必要なのか疑問である。
- ・指定医療機関に薬局が必要なのか疑問。
- ・更新は毎年必要か？
- ・指定医療機関は、誰でも閲覧できる全国データベースを作って欲しい。
- ・受給者証の有効期限は手帳に合わせて「交付日から2年が経過する日の属する月以内で月の末日」にしてほしい。
- ・一医療機関のみの指定であるため、常時通いたい病院と緊急の場合に備えての指定ができない。（夜間対応してくれるところなど）。医師から転院を進められた場合に自立支援医療機関として指定していないところをすすめる場合がある。
- ・2年ごとが1年ごとになり、業務が倍増している。
- ・レセプトをチェックする余裕がないので、医療機関への診断書についての指導を行うのがやっつである。
- ・他科で基礎疾患があり気分障害等の病名をつけて申請しても現状では認めざるを得ない。
- ・生活習慣病を認めている現状が問題で、ここはあっさりと同精神薬、抗パーキンソン剤、薬物性肝炎、便秘薬等に絞れば、審査も楽だし割り切って行えると思う。

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20年9月11日

都道府県、指定都市
精神保健福祉センター長 様

平成20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
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)
研究協力者 白川教人
(横浜市中心の健康相談センター所長)
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)

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のお願い

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。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。本年度がこの研究のまとめの時期になりますので、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けますようお願い申し上げます。

集計の都合上9月26日(金)までに、下記 (seishinboken@psn.no.jp) までE-mailにて返送いただけ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きます。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

E-mail: seishinboken@psn.no.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

E-mail: seita-h@city.saitama.lg.jp

Tel: 048-851-5787 (業務連絡専用) FAX: 048-851-5672

までお願いいたします。

平成20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

1. 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19年3月分～平成20年2月分の状況についてご記入ください (平成20年3月27日付連絡 (添付資料1, 2参照) 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 (今回ご回答いただくのは様式1, 2ならびに5(土))

*件数をご記入ください

様式1 自立支援医療における支給認定の状況

	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
精神通院医療	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)

様式2 自立支援医療における支給認定の状況

	支給認定	支給認定件数						
		生活保護 受給者	生活保護 受給者 停止	低所得1	低所得2	中間所得	高所得	重症かつ 継続 (一 所得以上)
精神通院医療 (件数)	(h)	(i)	(j)	(k)	(l)	(m)	(n)	(o)

様式5 平成19年度自立支援医療費（精神通院医療）の実績（平成19年3月診療分～平成20年2月診療分）

	給付申請 件数	給付決定 件数	支払決定					レセプト件数		支払決定実人数	延日数
			公費負担額（千円）		社会保険 負担額（千 円）	老人保 険負担 額（千 円）	自己負 担額（千 円）	医科	調剤		
			医科	調剤							
F0											
F1											
F2											
F3											
F4											
F5											
F6											
F7											
F8											
F9											
G40											
F99(その他)											
計											
生保:医療費 (再掲)											

今回の調査ではこの部分は記入不要です。

II. 自立支援医療（精神通院）各区分におけるICDカテゴリー調査

設問2 昨年度のアンケート調査でございましたように、自立支援医療（精神通院）における各区分（設問1,様式2の表のうちi~p）について、平成20年7月の判定会で承認された分についてICDカテゴリー（F0～F9, G40）の集計をお願いいたします（昨年度の予備的な質問の

	生活保護	生保移行 防止	低所得1	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)	計
F0									
F1									
F2									
F3									
F4									
F5									
F6									
F7									
F8									
F9									
G40									
その他									
不明									
計									

結果、約30の自治体から調査協力が可能とのご回答をいただいております。なお、電子データによりカウントできる範囲で結構ですので、作業が手作業になるなど調査への協力の負担が大きく時間的に難しい自治体は、この設問への回答を省略して下さい。

Ⅲ. 不承認（却下）事例に関する実態調査

設問3 昨年度のアナケートでは、不承認（却下）事例のご報告をいただきましたが、その中の代表的な事例について、各自治体での運用状況を確認させていただきたいと思えます。以下のような事例は、現状では貴自治体ではどのような取り扱いを行っているかについてご回答下さい

() 内に下記の回答より最も当てはまると思われるものをA～Eの記号で記入してください。

疾病

- ① () 情動又は行動の障害を伴っていないアリセプト単投投与の認知症
- ② () 情動又は行動の障害を伴っていない（治療薬が処方されていない）広汎性発達障害
- ③ () 薬物療法が行われていないかん
- ④ () 気分変調症 (F34.1) (含 抑うつ神経症、神経症性抑うつ)
- ⑤ () 非器質性睡眠障害 (F51)

状況

- ⑥ () 申請者が入院中の申請 (退院予定がある場合)
- ⑦ () 申請者が入院中の申請 (退院予定がない場合)
- ⑧ () 申請者が入院中の申請 (退院予定が未記入の場合)

回答

- A 原則不承認
- B 返戻して説明を求めている（説明があっても概ね保留しないしは不承認）
- C 返戻して説明を求めている（説明があれば概ね承認）
- D 承認している（特に斟酌されていない場合を含む）
- E 他の記載を含めて総合的に判断している（この条件のみでは判断が難しい）
- F その他 ()

Ⅳ. 合併症事例に関する実態調査

設問4 身体合併症に治療に関して、以下のような事例は、現状では真自治体ではどのように取り扱われているかについてご回答下さい

() 内に下記の回答より最も当てはまると思われるものをA～Eの記号で記入してください。

合併症

- ① () 血管性認知症 (F01) など、高血圧に関連した精神障害がある事例への降圧剤投与
- ② () 精神障害に直接関連しない、身体合併症として高血圧がある事例への降圧剤投与
- ③ () 高脂血症治療剤
- ④ () 高尿酸血症治療剤
- ⑤ () H2プロトンポンプ阻害剤 (proton pump inhibitor) などの抗胃潰瘍剤
- ⑥ () 摂食障害に対するエンシユアリアキッドなどの総合栄養剤
- ⑦ () うつ病に対する甲状腺ホルモン製剤
- ⑧ () アルコール依存症に対する肝臓疾患の治療

回答

- A 認めていない（自立支援医療そのものを不承認としている）
- B 返戻して説明を求めている（合併症治療に関して説明があっても、治療薬が記載されている限りは保留あるいは不承認としている）
- C 返戻して説明を求めている（合併症治療に関して説明があれば概ね承認）
- D 承認している（特に合併症治療について斟酌されていない場合を含む）
- E 他の記載を含めて総合的に判断している（この条件のみでは判断が難しい）
- F その他 ()

V. 自由記載

設問5 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)

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 20 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）

自立支援医療（精神通院医療）における不承認理由、合併症関連返戻理由の分析

研究分担者 山下 俊幸（京都市こころの健康増進センター）

研究協力者 有海 清彦（山形県精神保健福祉センター）

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

目的：平成 19 年度に実施した「自立支援医療の実施状況に関するアンケート調査」結果をもとに、不承認理由、合併症関連返戻理由を分析し、自立支援医療判定において、どのような事例が問題となっているかを明らかにすることで、自立支援医療の適正な給付について検討することを目的とした。

方法：平成 19 年度に全国 66 の精神保健福祉センターを対象に「自立支援医療の実施状況に関するアンケート調査」を実施し、このうち設問 3（不承認理由）、設問 4（合併症関連返戻理由）を分析の対象とした。

結果：「対象外疾病」における不承認理由の概要は、「自立支援医療（精神通院医療）の対象となる疾病・障害ではない」が最も多く 577 例あり、「精神病と同等の病態ではないため」「認知症で、精神病症状や情動および行動の障害を伴っていないため（認知症、アルツハイマー病）」「提出された診断書から現在の病状が読み取れない」などの理由が挙げられた。また、「その他」における不承認理由の概要は、「現在入院中のため」が最も多く 59 例あり、「当該自治体外に居住のため該当しない」「指定自立支援医療機関（精神通院医療）でない」などの理由が挙げられた。

疑義照会として合併症関連の返戻を行っている自治体は、平成 19 年度の報告によれば、22/59(37.3%)で、この内 7 カ所から回答があった。高血圧や高脂血症等の身体合併症に対する投薬内容や言語療法、訪問看護（てんかん、左片麻痺等）等の治療内容と精神疾患との関連についての照会が多かった。

考察：不承認理由（対象外疾病）として明らかになった理由としては、うつ病、不安障害等において精神病と同等の病態ではない、認知症等において精神病症状や情動および行動の障害を伴っていない（認知症、アルツハイマー病）、症候性てんかんにおける予防投薬、知的障害や高次脳機能障害において精神症状を伴っていない等が認められた。不承認理由（その他）では、現在入院中、退院見込みがない、指定

医療機関でない、居住地が他府県等であった。また、診断書から現在の病状が読み取れないとの指摘もあり、記載要領の整備等が課題である。合併症関連返戻については、1/3 程度の自治体を実施しているが、返戻はできても自立支援医療の対象かどうかの判断は極めて難しく、事例ごとに合併症治療内容を検討し、必要に応じて返戻等を行っている現状が推測された。

結論：不承認理由の分析により、いくつかの共通する項目が見い出された。合併症関連返戻については、明確な判断基準が示されていない現状では、事例ごとに検討、返戻等せざるをえない現状にあるものと推測した。診断書の記載要領についての課題を指摘した。

A. 研究目的

自立支援医療（精神通院医療）の判定では、国の示した支給認定判定指針（平成18年3月3日 障発第0303002号 障害保健福祉部長通知）に基づいて判定が行われている。判定指針から容易に判断できる事例（いわゆる中核群）については、審査会等でほとんど問題になることはないが、判定指針からは容易に判断できない事例（いわゆる境界群）については、審査会等で時間をかけて検討がなされる場合がある。

そこで、平成19年度に実施した「自立支援医療の実施状況に関するアンケート調査」結果をもとに、不承認理由、合併症関連返戻理由を分析し、自立支援医療判定において、どのような事例が問題となっているかを明らかにすることで、自立支援医療の適正な給付について検討することを目的とした。

B. 研究方法

平成19年度に全国66の精神保健福祉センター（以下、センターと略）を対象に「自立支援医療の実施状況に関するアンケート調査」を実施し、このうち設問3（不承認理由）、設問4（合併症関連返戻理由）を分析の対象とした。その他の

設問については、平成19年度分担研究報告書にて既に報告しているため、ここでは記載された不承認理由及び合併症関連返戻理由を分析することとした。

（倫理面への配慮）

個人を特定する情報は調査対象とせず、調査結果はすべて統計的に処理した。調査票は研究班で厳重に管理し、研究終了後廃棄することとした。

C. 研究結果

66センターの内、2センターは自立支援医療審査業務を行っていなかった。また、回答のあった他の2センターは平成19年4月1日開設のため、平成18年度の支給認定件数等の数値は存在しなかった。従って、分析対象の62センターの内、60センターより得られた回答を基に分析した。回収率は96.8%であった。なお、平成19年度分担研究報告書は、57センターより得られた回答を基に作成しているため、一部数値が異なっている（本報告では平成19年度分担研究報告書作成以後回答のあった3センターの結果を加えて分析した）。

1. 不承認理由

申請件数(a)1,175,187、支給認定件数

(b)1,124,250、審査中件数(c)27,287、不承認件数(d)1,506件で、不承認の内訳は「所得基準を上回る」438件、「対象外疾病」886件、「その他」182件であった。不承認率 $[d/(a-c) \times 100]$ は不承認全体で0.13%、「対象外疾病」理由で0.077%であった。

対象外疾病の内、理由の記載があったものは672例で、F0 99、F1 22、F2 8、F3 322、F4 97、F5 7、F6 10、F7 40、F8 15、F9 3、G4 34、他のGコード 5、ICDカテゴリー記載なし 10であった。F3が最も多く、F0、F4と続いた。

「対象外疾病」における不承認理由の概要は、表1の通りであるが、「自立支援医療(精神通院医療)の対象となる疾病・障害ではない」が最も多く577例あり、「精神病と同等の病態ではないため」「認知症で、精神病症状や情動および行動の障害を伴っていないため(認知症、アルツハイマー病)」「提出された診断書から現在の病状が読み取れない」などの理由が挙げられた。

また、「その他」における不承認理由の概要は表2の通りであるが、「現在入院中のため」が最も多く59例あり、「退院見込みがない」「当該自治体外に居住のため該当しない」「指定自立支援医療機関(精神通院医療)でない」「主たる精神障害がF4グループの場合は、初診日から診断書の作成日まで6ヶ月以上経過していることが必要」などの理由が挙げられた。

2. 合併症関連返戻理由

平成19年度の報告によれば、疑義照会として合併症関連の返戻を行っている自治体 22/59(37.3%)、電話で照会 7/59(11.9%)、その他の方法 12/59(20.3%)、

行っていない 21/59(35.6%)であった。返戻を行っている自治体の内、7カ所から回答があり、結果の概要を表3に示した。

高血圧や高脂血症等の身体合併症に対する投薬内容や言語療法、訪問看護(てんかん、左片麻痺等)等の治療内容と精神疾患との関連についての照会が多いことが明らかとなった。

D. 考察

平成19年度の調査結果を基に、不承認理由、合併症関連返戻理由について検討した。

不承認理由(対象外疾病)としては、「自立支援医療(精神通院医療)の対象となる疾病・障害ではない」が最多で、より具体的な理由は明らかにできなかった。一方、明らかになった理由としては、うつ病、不安障害等において精神病と同等の病態ではない、認知症等において精神病症状や情動および行動の障害を伴っていない(認知症、アルツハイマー病)、症候性てんかんにおける予防投薬、知的障害や高次脳機能障害において精神症状を伴っていない等が認められた。また、提出された診断書から現在の病状が読み取れないとの指摘もあった。

不承認理由(その他)では、現在入院中、退院見込みがない、指定医療機関でない、居住地が他府県等であった。また、診断書の不備を指摘するものもあった。

これらのことから、不承認理由については、いくつかの共通する項目を見出すことができ、今後の適正な給付を考える上で参考となる事項と考える。なお、施設入所などの場合、現居住地か前居住地かについては、事務的に明瞭でないところがあり、事務的な統一性が求められ

るものとする。

また、診断書から現在の病状が読み取れないとの指摘もあり、記載要領の整備等が課題である。

合併症関連返戻については、1/3 程度の自治体を実施しているが、返戻はできても自立支援医療の対象かどうかの判断は極めて難しく、事例ごとに合併症治療内容を検討し、必要に応じて返戻等を行っている現状が推測された。

E. 結論

不承認理由の分析により、いくつかの共通する項目を見い出すとともに、診断書の記載要領についての課題を指摘した。

合併症関連返戻については、明確な判断基準が示されていない現状では、事例ごとに検討、返戻等せざるをえない現状にあるものと推測した。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

表1 不承認理由（対象外疾病）

番号	理由	件数
1	自立支援医療(精神通院医療)の対象となる疾病・障害ではない	577
2	自立支援医療費(精神通院医療)の支給は、専ら精神障害の診断及び治療を行う医療機関であって、かつその旨の適切な標榜科が示されている医療機関(通常は精神科医療機関が該当します)での医療が対象となるため。なお、病状についても、自立支援医療費(精神通院医療)支給の対象とは判断されませんでした。	2
3	自立支援医療費(精神通院医療)支給の対象となるのは、継続して治療(薬物治療等)を行っている場合であるため。	4
4	自立支援医療費(精神通院医療)支給の対象となる医療は、専ら精神障害の診断及び治療を行っている診療科で行われた医療に限られているため。なお、病状についても、自立支援医療費(精神通院医療)支給の対象とは判断されませんでした。	2
5	精神病と同等の病態ではないため	23
6	意見書から、自立支援医療を受ける必要があるとは認められないため	4
7	提出された診断書から現在の病状が読み取れない	8
8	すでに、精神障害者通院医療費公費負担制度の対象となる程度の病状にないため。	4
9	継続的な通院治療の必要性が認められないため(言語障害)	1
10	幻覚妄想等の精神病症状が認められないため(アルツハイマー病)。	1
11	治療がなされていない状態であるため(統合失調症)	1
12	自立支援医療の対象となる疾病・障害ではない(注:病名はてんかんであるが、実際には発作の既往なく、てんかと診断できない。脳腫瘍術後のけいれん発作予防のための投薬)	2
13	自立支援医療を適用する精神症状は認めない(知的障害)	5
14	主たる障害が、長期に通院治療を要する精神障害ではないため(知的障害)	2
15	情動および行動の障害が、精神病、あるいはそれと同等の病態になく、障害者自立支援法第54条の規定に該当しないため(不眠症)	1
16	(自立支援医療の対象となる)情動または行動の障害を伴っていない(広汎性発達障害)	4
17	自立支援医療費(精神通院医療)支給は、当該精神障害の診療を、現在主として行っている医療機関(今回の場合は薬物療法を行っている精神科医療機関)での医療が対象となるため。なお、病状についても、自立支援医療費(精神通院医療)支給の対象とは判断されませんでした。	1
18	診断書面より、痙れんまたは意識障害が挿間性に発現したものと認められな	1

	いため	
19	身体合併症「クッシング症候群」の治療のため、医療機関追加を認めてほしいと申し出があったが、担当医師より「クッシング症候群からの混合性抑うつ障害発症とは考えにくい」と回答があったため、医療機関追加を非該当とする。	1
20	精神科的治療を要するような精神症状、行動異常がないため(アルツハイマー病)	3
21	精神障害の診断または治療に従事する医師(精神保健指定医含む)の作成した診断書でないため。	1
22	精神病又は精神病と同等の状態になった経緯がなく、症状、治療方針等が自立支援医療の判定基準に該当しない(心因反応)	1
23	知的障害であるがそれに随伴する精神症状が認められないため(高次脳機能障害)	2
24	不安および不穏状態が、精神病、あるいはそれと同等の病態になく、障害者自立支援法第54条の規定に該当しないため。	1
25	同時申請のあった自立支援医療費の支給認定ですが、手帳診断書からは判断できないため、決定されませんでした。必要があれば自立支援医療費診断書にて申請してください。	4
26	認知症で、精神病症状や情動および行動の障害を伴っていないため(認知症、アルツハイマー病)	8
27	病状が「てんかん」と判定できず、自立支援医療費(精神通院医療)支給の対象とならないため。	1
28	病名(診断書①)から精神疾患かどうかの判断がつかないため	3
29	精神疾患ないと判断されるため(ジストニア)	1

表2 不承認理由（その他）

番号	理由	件数
1	本人の診療が長期にわたり行われずに経過し、精神医学的に現症状を確定できないため(抑うつ症)	1
2	治療を要する精神障害が確定できないため(症候性てんかん)	1
3	現在入院中のため	59
4	長期にわたり「てんかん」の治療を必要とする状態にないため。	1
5	「てんかん」の診断に必要な反復性、発作性のけいれん、意識障害が明らかでないため。	2
6	長期にわたり抗てんかん薬投与を中止して発作が抑制されており、通院治療を要する状態でないため	1
7	主たる障害が「痴呆」となっているが、通院治療は全く受けていないため。	1
8	主たる障害が、長期に通院治療を要する精神障害でないため(不眠症)	1
9	精神障害に対して、継続的な通院による精神療法や薬物療法が必要とされていないため(脳卒中後遺症精神病)	1
10	主たる精神障害「てんかん」の発作型、発作頻度が明らかでないため	1
11	発作型、発作頻度最終発作日のいずれの情報も得られず、症候性てんかんの診断に至った経緯が不明なため。	1
12	けいれん発作の既往が認められず、「てんかん」としての精神通院医療に該当しないため	1
13	病状の詳細が不明のため判定不能	1
14	精神通院医療に相当する医療の予定がないため(知的障害)	1
15	てんかん発作が確認できないため	4
16	てんかん発作の発生しない状態での予防治療のため。	6
17	てんかん発作が長期間にわたり出現していないため	1
18	主たる精神障害「症候性てんかん」で、発作を認めず、長期に通院治療を要する精神障害でないため	1
19	申請者死亡のため	1
20	長期にわたり発作なく、抗てんかん薬も投与していないため。	3
21	現在治療がなされていないため	6
22	病状が通院治療を要する精神障害「てんかん」に該当しないため	1
23	長期にわたり通院していないため。通院再開時に申請可能です。(てんかん)	1
24	精神病と同等の病態にないため(性同一性障害)	1

25	当該自治体外に居住のため該当しない	12
26	提出診断書から現在の病状が読み取れない	1
27	指定自立支援医療機関(精神通院医療)でないため	9
28	診断書の記載内容から判断して、指定した医療機関においては、当該精神障害の治療を継続して行う予定にないため。	1
29	投薬、生活指導は「特になし」治療方針「経過観察」となっており、「重度かつ継続」非該当のため(精神遅滞)	1
30	世帯の所得について、未申告により確認できないため	1
31	主たる精神障害がF4グループの場合は、初診日から診断書の作成日まで6ヶ月以上経過していることが必要となります。	9
32	書類不備による審査不能	8
33	退院見込がないため	5
34	精神科医療を行っていない	3
35	診断書には自立支援医療の対象となる情動の障害及び行動の障害の記載がなかったため。	3
36	初診日申請で継続的な治療の必要性が読みとれない	2
37	初診後間もないので、もうしばらく経過をみるため。	2
38	診断名に対して処方内容が不適。	3
39	病名に対する症状等の記載が不十分であり、診断書が不適。	4
40	発作の頻度や今後の治療方針など、現在の状況が不明なため。	1
41	自立支援医療費(精神通院医療)につきまして、今後貴院では診察する機会がないとのことですので、不承認となりました。	2
42	診断用紙の違い(精神障害者保健福祉手帳用で申請)	1
43	診断用紙の診断日が数ヶ月前のものであるため	1
44	本人を診察したうえでの病状・状態像ではないため。	1
45	治療内容が自立支援医療の対象とならないため	1
46	自立支援医療費(精神通院医療)の対象となる症状がないため。	1
47	緊急時に受診できる医療機関追加の申し出があったが、緊急時に受診する医療機関は指定医療機関としては該当しないため、医療機関追加を非該当とする。	1
48	漢方薬を処方してくれる医療機関追加の申し出があったが、主治医より漢方薬の必要性について確認したところ「必要性はない」と回答があったことから、医療機関追加を非該当とする。	1

表3 合併症関連返戻理由

番号	I C D	病名	理由
1	F2~F4		「ブルゼニト」「ラキソベロン液」「モーラステープ」
2	F2~F4		「ラックビー」「SG4」「アシノン」「Mn-S」「ナウゼリン」「桂枝茯苓丸」
3	F2~F4		「インデラル」「ノルバスク」
4	F2~F4		「メチコパール」
5	F3	うつ病	「半夏厚朴湯」
6	F2~F4		「ガスモチン」「セルベックス Cp」
7	F2~F4		「五苓散錠」
8	F2~F4		「リタリン」
9	F3	うつ病	「半夏厚朴湯」
10	F3	うつ病	「半夏厚朴湯」
11	F2~F4		「加味逍遙散」
12	F2~F4		「ムコスタ」「バントシン」「ベンコール」「ブルセド」「アローゼン」「コンスーベン液」
13	F41.0	パニック障害	「インデラル」「ノルバスク」
14	F2~F4		「ムコスタ」「バントシン」「ベンコール」「ブルセド」「アローゼン」「コンスーベン液」
15	F2~F4		「チラージン S」「マグラックス」「ストガー」「チアトロンカプセル」
16	F00	アルツハイマー病	「サアミオン」
17	F2~F4		「ガスター」
18	F2~F4		「ビタメジン」
19	F2~F4		「ガスリック」「ブラバスタチン」「グロリアミン」「バンビオチン」
20	F2~F4		「バリエット」「コロネル」
21	F3	うつ病	「加味逍遙散」「デスマプレッシン スプレー」
22	F2~F4		「リビートル」「加味逍遙散」「コトロー三黄しゃ心湯」
23	F2~F4		「メルカゾール」
24	F2~F4		「ジヒデルゴット」「カマ」「アローゼン」「バントシン」「ラキソベロン」
25	F2~F4		「キョーリン AP」「コロネル」「ドンベリン」
26	F2~F4		「グリチロン」「リーバクト」「アシノン」
27	F3	うつ病	「加味逍遙散」「デスマプレッシン スプレー」
28	F2~F4		「キョーリン AP」「コロネル」「ドンベリン」
29	F2~F4		「プロブレス」「ラミタレート L」
30	F2~F4		「バイアスピリン」「フルイトラン」「ムコスタ」「デイオバン」
31	F2~F4		「プロブレス」

32	F00	アルツハイマー病	「シンメトレル」「アリセプト」
33	F2～F4		「マーズレン S」
34	F2～F4		「アレジオン」「メチコバル」「オーネス SP」「プリンペラン」「ベリアクテン」「ガスモチン」
35	F2～F4		「セルベックス」「メトリジン」「ジヒデルゴット」
36	F2～F4		「ケルナック」
37	F2～F4		「チラーヂン S」
38	F2～F4		「ノルバスク」「コナン」
39	F2～F4		「タスマリン」
40	F2～F4		「ガスリック」「ムコスタ」「ノイメチコール」
41	F2～F4		「メルカゾール」
42	F2～F4		「ニューロタン」
43	F2～F4		「オーネス SP」「プリンペラン」
44	F2～F4		「ケルナック」
45	F2～F4		「ケルナック」
46	F04	頭部外傷後神経障害 (器質性記憶症候群)	「アリセプト」
47	F2～F4		「ニザトリック」
48	F2～F4		「ガスター」「セルベックス」「ナウゼリン」
49	F2～F4		「アスパラ K」
50	F04	頭部外傷後神経障害 (器質性記憶症候群)	「アリセプト」
51	F2～F4		「ガスター」
52	F2～F4		「リズミック」
53	F2～F4		「メリスロン」
54	F2～F4		「アシノン」「ガスモチン」
55	F2～F4		「ツムラ 84 大黃甘草湯」「ポントール」「ノイエル」
56	F2～F4		「アシノン」
57	F2～F4		「アシノン」
58	F2～F4		「カバサール」
59	F2～F4		「ガスター」
60	F2～F4		「リビテイル」
61	F2～F4		「ローコール」「ムコスタ」
62	F2～F4		「ムコスタ」「ノイエル」「シンメトレル」「マドパー」「アキネトン」「ヒベルナ」