

図9：県別の認知症等（F0）による人口10万対在院患者数の推移

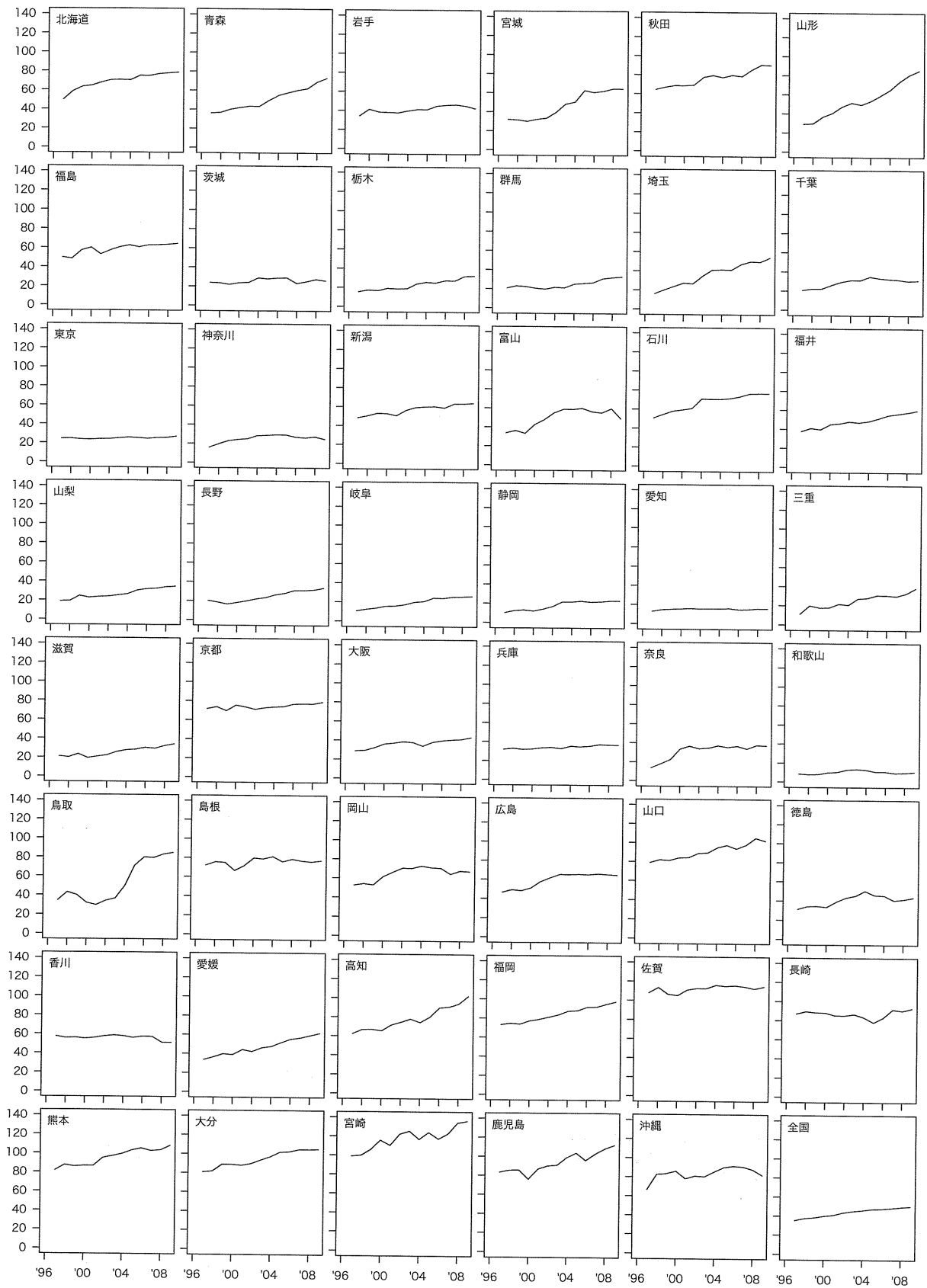
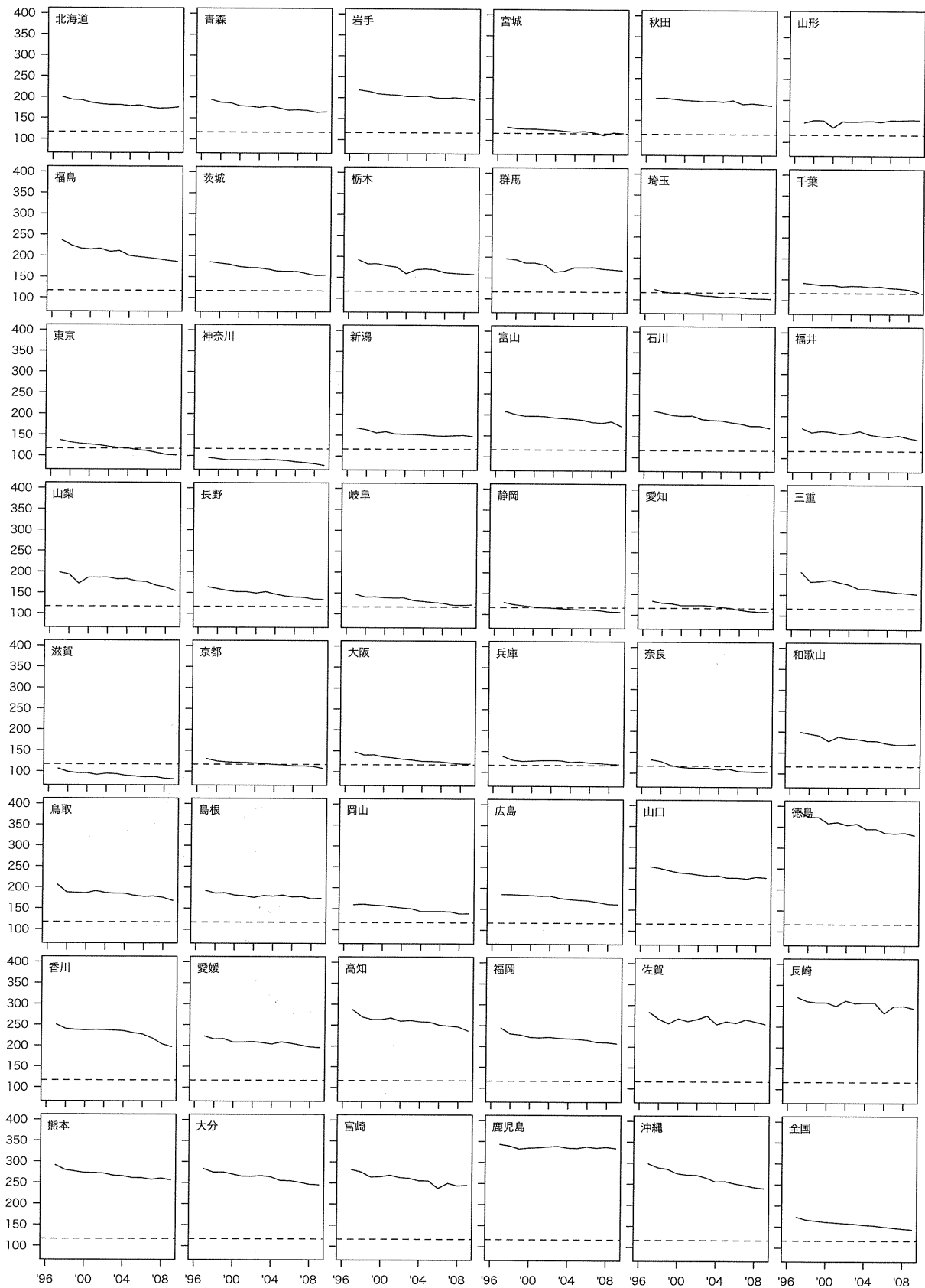


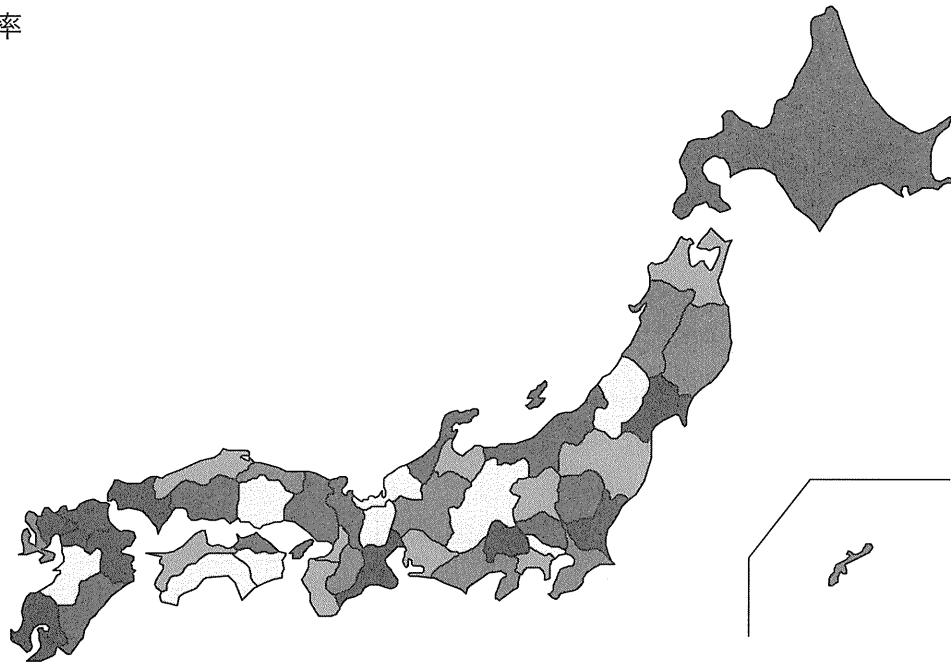
図 10：県別の統合失調症等（F2）による人口 10 万対在院患者数



注：破線は目標を達成した場合の 2014 年時の人口 10 万対在院患者数（118）を示す。

図 11：2009 年の県別の平均残存率

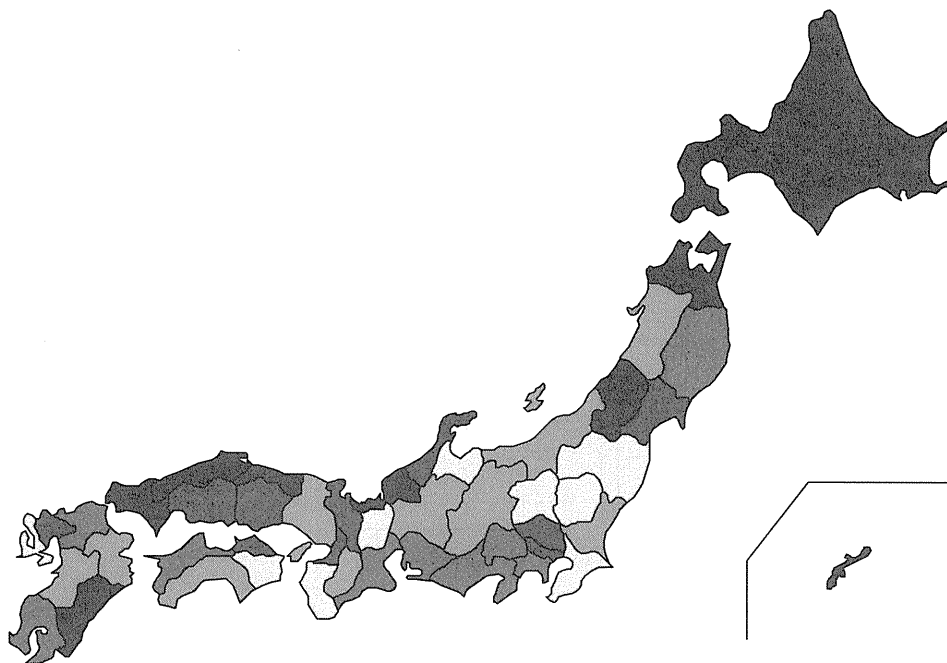
平均残存率
2009年



注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように5つに区分した。色が濃い県は平均残存率が高い（＝目標値から遠い）ことを示している。

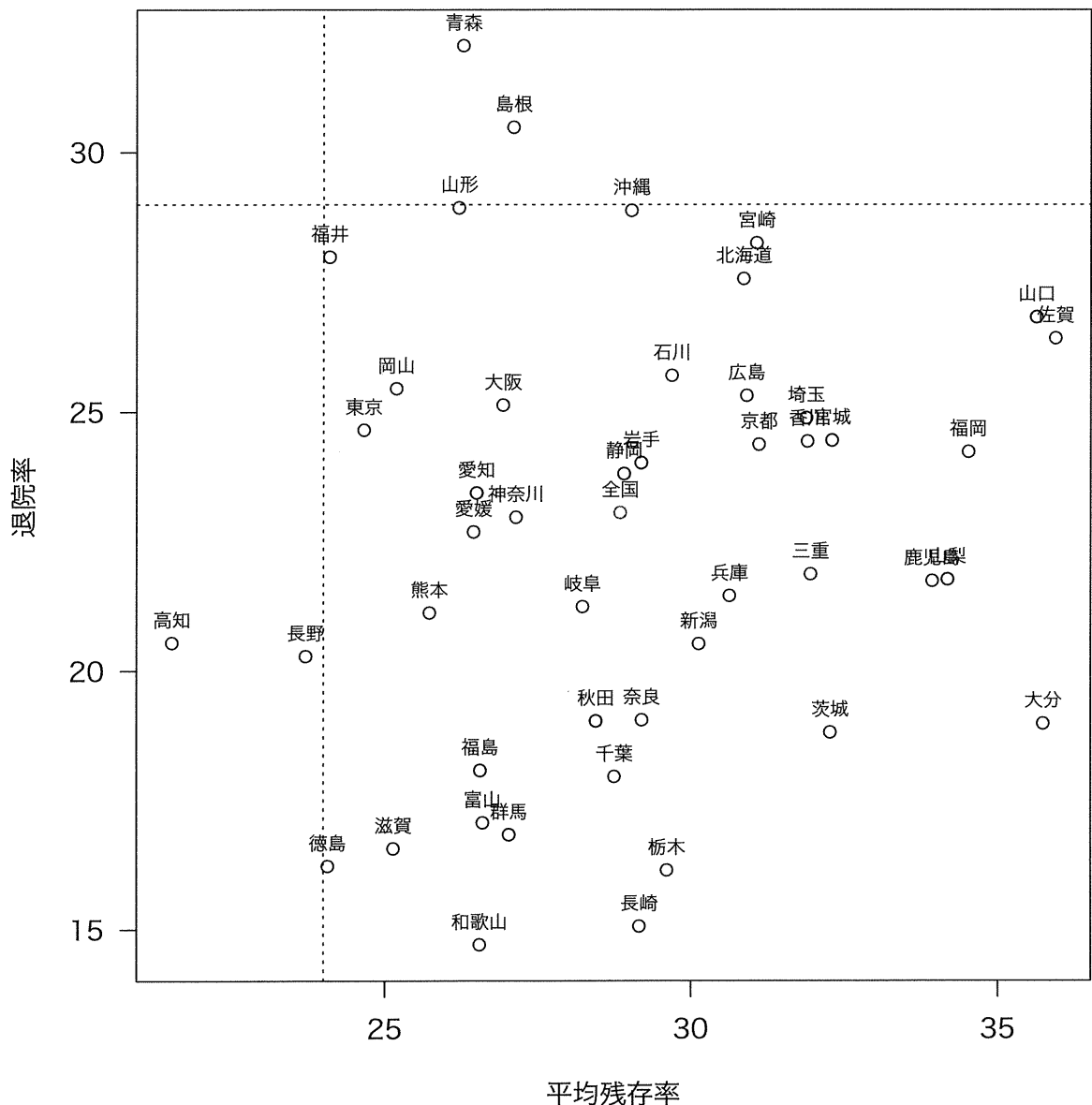
図 12：2009 年の県別の退院率

退院率
2009年



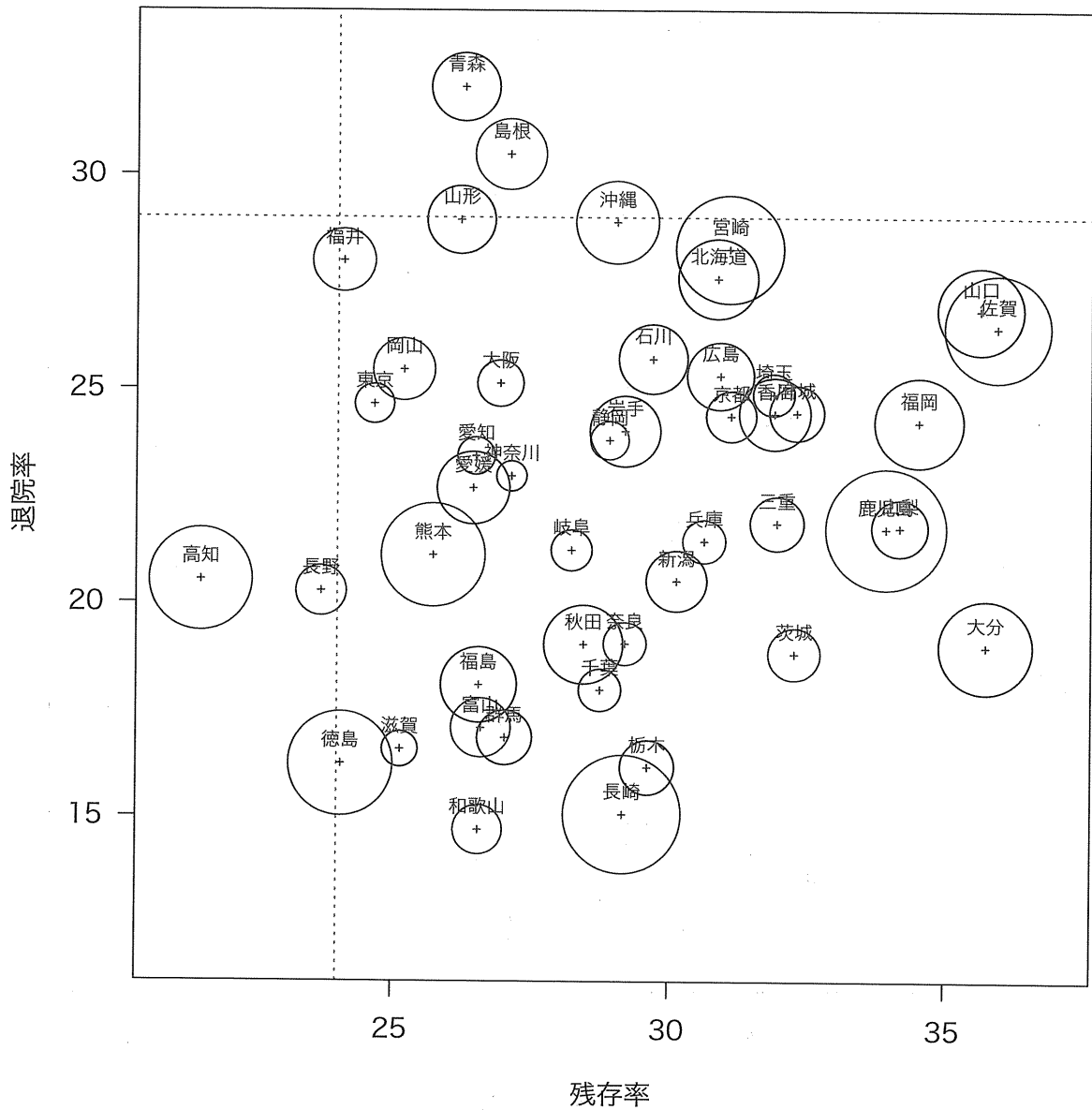
注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように5つに区分した。色が濃い県は退院率が高い（＝目標値に近い）ことを示している。

図 13：2009 年の県ごとの平均残存率と退院率の散布図



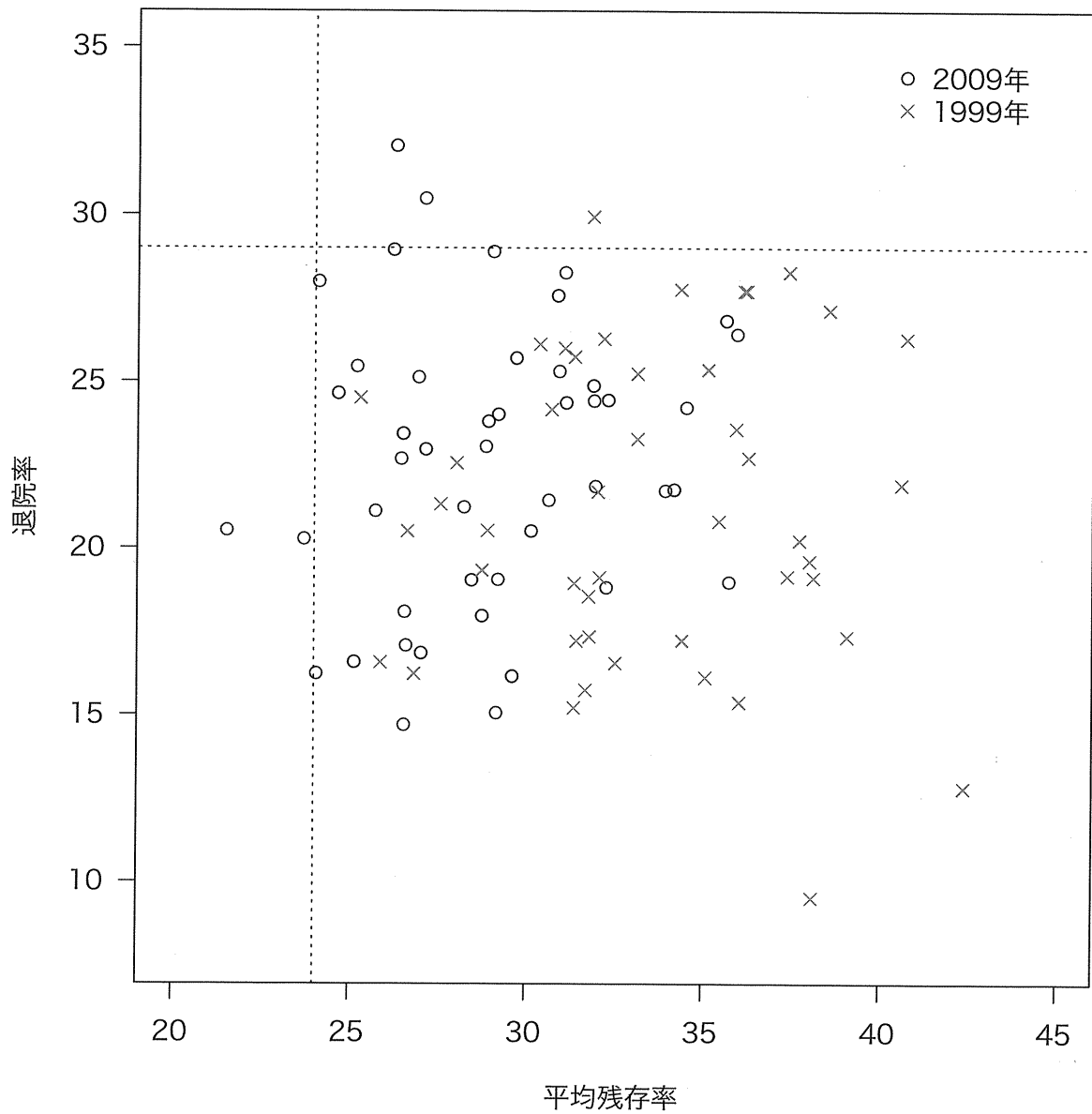
注：図中の 2 本の点線はそれぞれの軸に示した指標の目標値。病院の統廃合などの影響のためと思われるが、退院率が異常に高い数値であった鳥取県は外れ値の扱いとし図に示していない。

図 14：2009 年の県ごとの平均残存率，退院率，および人口 10 万対精神病床数の関係



注：円の面積は各県の人口 10 万対精神病床数に比例している。図中の 2 本の点線はそれぞれの軸に示した指標の目標値。退院率が外れ値の鳥取県は図に示していない。

図 15：県ごとの平均残存率と退院率の散布図の 1999 年から 2009 年にかけての変化



注：図中の 2 本の点線はそれぞれの軸に示した指標の目標値。鳥取県の 2009 年の退院率は外れ値のため図に示していない。

図 16：県別の平均残存率の推移

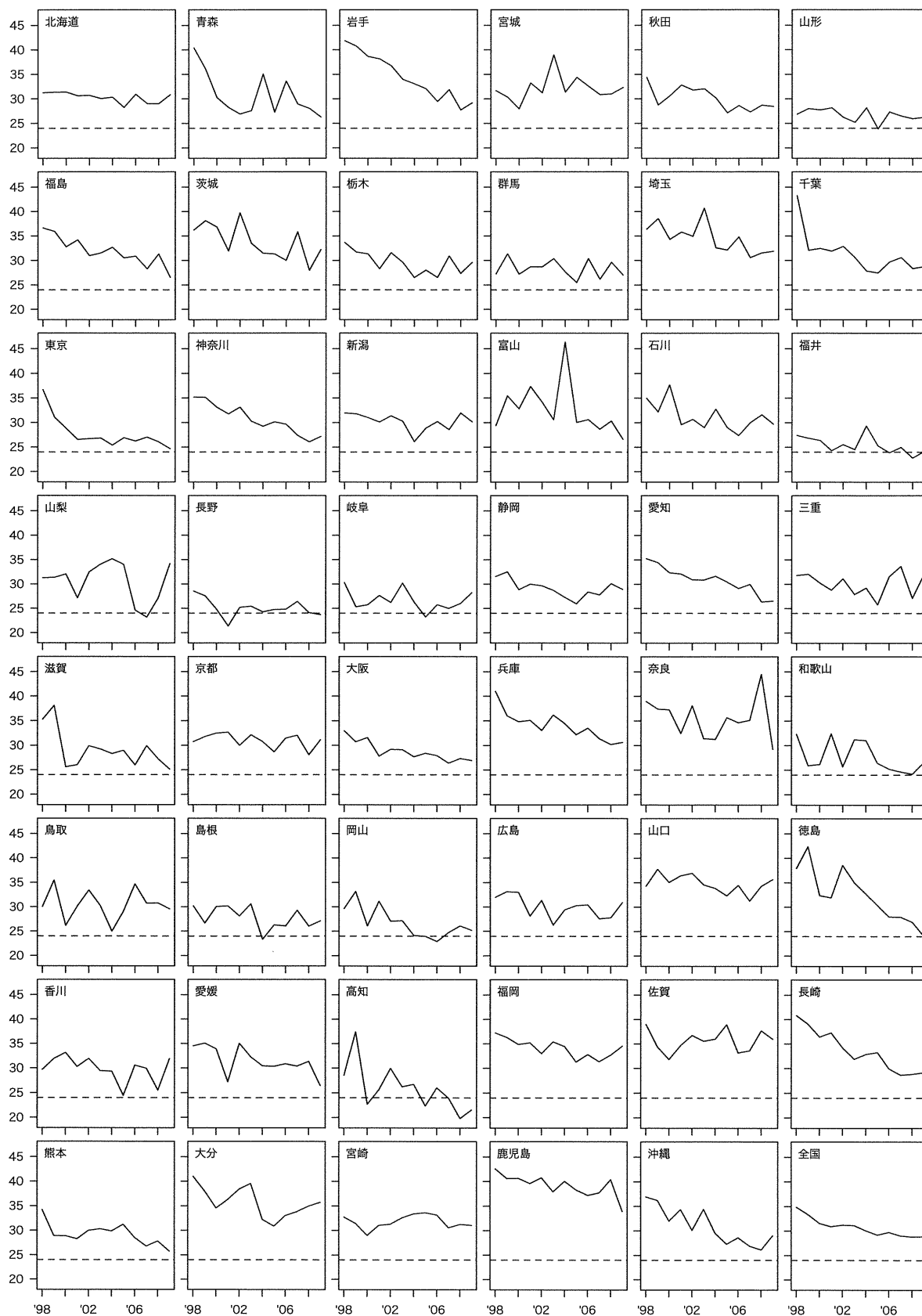
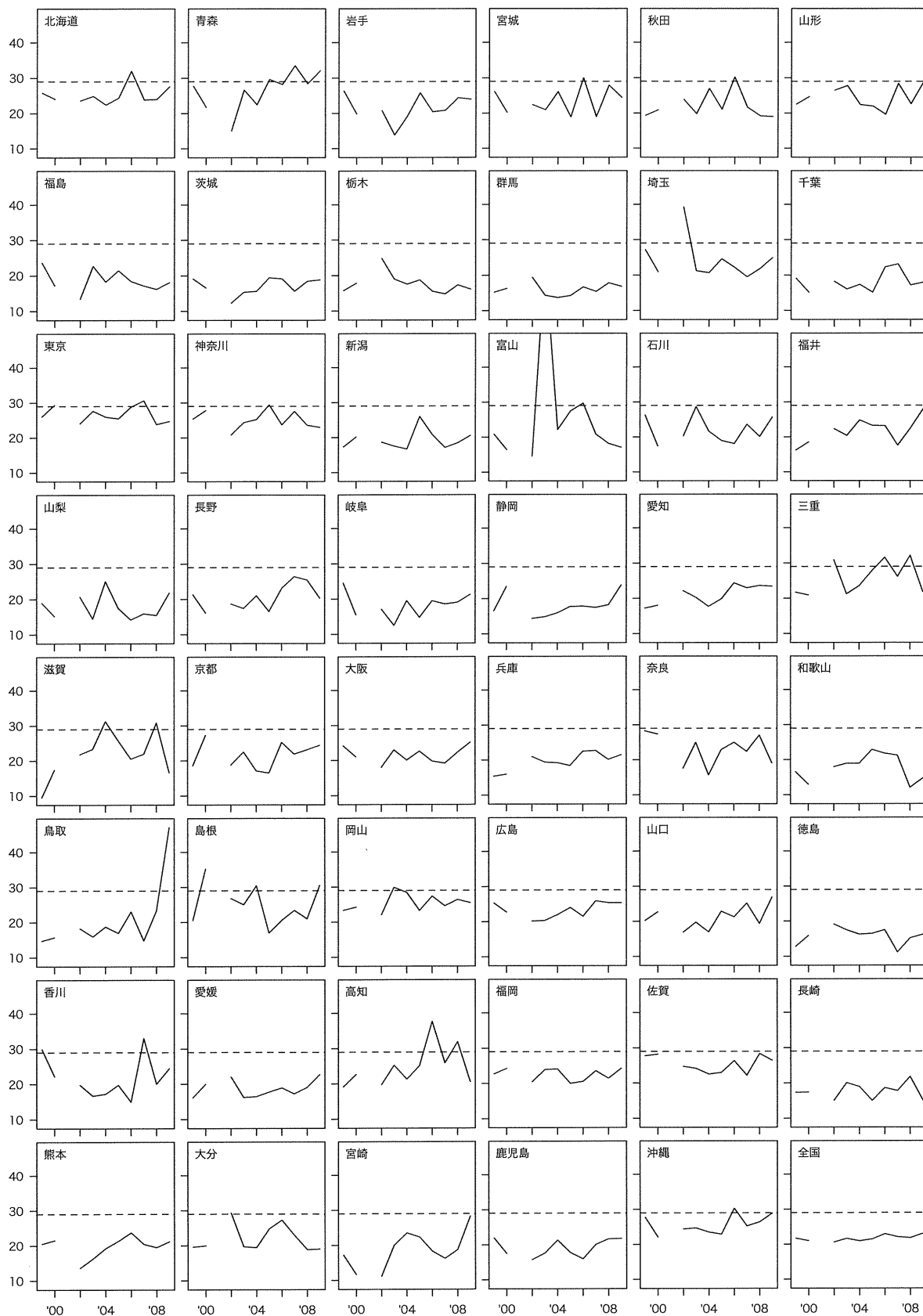


図 17：県別の退院率の推移



注：富山県、鳥取県などの異常に高い数値は病院の統廃合などによる外れ値

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」
分担研究報告書
自立支援医療の適正な運用に関する研究

研究分担者 大塚 俊弘（長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター）
研究協力者 檜本 修（宮城県リハビリテーション支援センター）
片岡 博喜（愛知県師勝保健所）
上小鶴正弘（(独)国立印刷局東京病院）
黒田 安計（さいたま市こころの健康センター）
小泉 典章（長野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）
永岡 秀之（島根県立心と体の相談センター）
正岡 悟（大阪府障がい者自立相談支援センター）
森川 将行（堺市こころの健康センター）
山下 俊幸（京都府立洛南病院）

研究要旨：

【目的】本研究では、自立支援医療（精神通院医療）および自立支援医療（更生医療）について、都道府県および政令指定都市における利用実態を分析するとともに、その結果をもとに適正な支給認定のあり方について一定の方向性も提言する。

【方法】「自立支援医療（精神通院医療）」に関して、利用の実態を把握するための診療報酬明細書（以下レセプトと略す。）の実態調査および、各自治体の支給認定審査体制の状況調査を行った。レセプトの実態調査は、平成22年度に6つの自治体の協力を得て自立支援医療と生活保護の併用レセプト（1月分）の全例および抽出調査を行った。支給認定審査体制の状況調査は、平成23年度に、支給認定審査業務を行う全国の精神保健福祉センターを対象とした電子メールによる記名式のアンケート調査を実施した。「自立支援医療（更生医療）」に関して、平成23年度に審査業務を行う全国の身体障害者更生相談所を対象とした電子メールによる記名式のアンケート調査を実施した。

【結果】自立支援医療（精神通院医療）の適用外の治療や検査の内容としては、認知症患者の身体管理、アルコール依存症の身体合併症、および統合失調症、気分障害における生活習慣病に係る治療が多かった。自立支援医療（精神通院医療）の支給認定審査体制については、多くの精神保健福祉センターが外部医師を構成員に加えた審査会方式による審査方法を採用しており、受理から認定までの平均処理期間は概ね1月以内であった。給付申請用の診断書の記載内容からは給付の適否が判断できず返戻した件数が各センターとも多く、返戻の理由については、「病像、状態像」欄の未記入や説明不足によるものが多かった。自立支援医療（更生医療）の支給認定審査体制については、多くの身体障害者更生相談所が、常勤若しくは非常勤の審査担当医師を確保し、医師が全例または一部の審査を行うという方式を採用していた。一方で、医師が関与することなく相談所の担当者だけで審査を行っている相談所も数カ所あった。受理から認定までの平均処理期間は概ね1ヶ月以内であった。給付の対象とすべきか判断に迷う事例も数多く、自治体間格差を解消するための国の明確な基準を望む意見が多かった。

【考察および結論】認知症患者の身体管理、アルコール依存症の身体合併症、および統合失調症、

気分障害における生活習慣病は、精神科疾患と全く無関係な身体疾患とは言えないものの、自立支援医療（精神通院医療）は、本来、精神障害の適正な医療の普及に対して支給されるものであり、本来の目的に対して集中的に活用されるように適正な運用に向けた関係者への情報提供と助言・指導の必要性が示唆された。支給認定の審査に関して、多くの精神保健福祉センターが、外部医師を含めた複数の医師によって構成される審査会による審査を採用していたが、常勤医師だけでなく外部の医師に参画してもらうことは、審査の公平性を保つためにも望ましい傾向であると思われた。身体障害者更生相談所においては、その多くの相談所が医師による審査を採用しているが、医師が関与することなく相談所の担当者だけで審査を行っている相談所も数カ所あった。医師の関与が望ましいが、医師確保の困難性を考慮して、事務担当で判断できるようなシステムへの変更も検討に値するが、その場合には、より明確な判断基準を国で整備する必要があると思われた。自立支援医療の支給認定業務は都道府県および政令指定都市の事務である以上、各自治体の責任で実施すべきものではあるが、医療やその周囲環境の変遷が著しい今日において若干の制度疲労や時代への不適合な部分が出てきているのも事実であり、また財政的制約も考慮しないとイケない社会状況を勘案しても、制度そのものの方向性について国レベルでしっかりと議論し、一定の方向性を提示すべき段階であると思われた。

A. 研究目的

本研究は、「自立支援医療（精神通院医療）」の利用実態を分析するとともに、精神障害者がより良い地域生活を継続することが可能となるために必要な通院治療サービスが適切に提供できる体制が充実されるよう、その支給対象や支給認定体制等に関して、一定の方向性を施策提言することを目的に、支給認定業務を担っている全国の精神保健福祉センターを対象とした調査を行うものである。

併せて、「自立支援医療（更生医療）」についても、同じく支給認定業務を担っている全国の身体障害者更生相談所を対象に支給認定の現状分析に関する調査を行い、その結果をもとに適正な支給認定のあり方について一定の方向性を提言するものである。

B. 研究方法

1) 「自立支援医療（精神通院医療）」

自立支援医療（精神通院医療）の利用の実態を把握するための診療報酬明細書（以下レセプトと略す。）の実態調査および、各自治体の支給認定審査体制の状況調査を行った。

レセプトの実態調査は平成 22 年度に実施したが、6 つの自治体（うち 3 つは政令指定都市）の協力を得て、1 ヶ月分の自立支援医

療（精神通院医療）と生活保護の併用レセプトの実態調査を行った。一つの自治体において、医科および調剤レセプトの全例調査を行うとともに、5 つの自治体において医科および調剤レセプトの抽出調査を行った。研究方法の詳細は平成 22 年度の報告書を参照されたい。

各自治体の支給認定審査体制の状況調査は、平成 23 年度に実施したが、支給認定業務を行う全国の精神保健福祉センターを対象とした電子メールによる記名式のアンケート調査を採用した。調査項目は表 1-1. に示した 12 項目で、全国の精神保健福祉センター 68 施設のうち、自立支援医療（精神通院医療）の支給認定業務を担当していない東京都の 2 施設を除く 66 センターを対象に調査を実施し、全 66 センターから回答を得た。なお、東京都には 3 つの精神保健福祉センターがあるが、自立支援医療（精神通院医療）の支給認定業務は都立中部総合精神保健福祉センターが全都の審査を担当している。

2) 「自立支援医療（更生医療）」

自立支援医療（精神通院医療）同様に、レセプトの実態調査と各自治体の支給認定審査体制の状況調査を計画したが、前者に関して

は、自立支援医療（更生医療）の支給実施の主体が区市町村であり、都道府県でのレセプト調査は個人情報管理の問題から困難であることが判明したため、後者のみの調査を実施した。

各自治体の支給認定審査体制の状況調査は、平成 23 年度に実施したが、支給認定業務を行う全国の身体障害者更生相談所を対象とした電子メールによる記名式のアンケート調査を採用した。調査項目は表 2-1. に示した 11 項目で、項目③～⑪については、9 つの障害区分（「視覚障害」、「聴覚、平衡機能の障害」、「音声機能、言語障害、そしゃく機能の障害」、「肢体不自由」、「心臓の障害」、「腎臓の障害」、「小腸の障害」、「肝臓の障害」、「HIV による免疫の機能の障害」）別の調査票を準備した。全国の身体障害者更生相談所 79 施設のうち、自立支援医療（更生医療）の支給認定業務を担当していない新潟県の 4 施設を除く 75 相談所を対象に調査を実施し、全 75 相談所から回答を得た。なお、新潟県には 5 つの身体障害者更生相談所があるが、自立支援医療（更生医療）の支給認定業務は新潟県中央身体障害者更生相談所が全県の審査を担当している。

（倫理面への配慮）

自立支援医療（精神通院医療）と生活保護の併用レセプトの実態調査については、個人情報記載されているレセプト原本を調査するものであるが、当該レセプトを管理している部署の職員および自立支援医療（精神通院医療）の支給認定業務を行う精神保健福祉センター所長が行っており、個人情報に部外者が触れることは全くなく、調査結果についても個人情報が特定できない数字や傾向に関する言及であり、倫理上問題ないものと判断された。

上記以外の調査は、特別に倫理面での配慮を要するものではない。

C. 研究結果

1) 「自立支援医療（精神通院医療）」

(a) レセプトの実態調査

1 ヶ月分の自立支援医療（精神通院医療）と生活保護の併用レセプトの全例調査を実施した自治体においては、総数 4,202 件のうち、自立支援医療（精神通院医療）の適用外の治療や検査が含まれていたレセプトは 110 件で、全体の 2.5%であった。一方、レセプトの抽出調査を行った 5 つの自治体においては、自立支援医療（精神通院医療）の適用外の治療や検査が含まれていたレセプトの割合は、9% (8/89) ～ 33% (22/67) であった。適用外の治療や検査の内容としては、内服薬では、脂質異常症治療薬、胃潰瘍・胃炎治療薬、降圧剤、抗生物質、高尿酸血症治療薬、排尿機能改善薬、抗アレルギー・抗ヒスタミン剤、外用薬では、シブ薬、点眼薬が多かった。その他、インスリン注射とそれに伴う在宅自己注射指導管理料の請求、在宅酸素療法指導管理料、創傷処置の請求など、精神科治療とは無関係の技術料の請求もあった。研究結果の詳細は平成 22 年度の報告書を参照されたい。

(b) 支給認定審査体制の状況調査

表 1-2-1. および表 1-2-2. は、各精神保健福祉センターにおける自立支援医療（精神通院医療）の支給認定業務に従事する職員体制を示したものである。常勤、非常勤を併せた職員数は、最多が 18 名、最少が 3 名であるが、自治体の人口規模、給付申請件数、職場の規模や業務内容などが均一でないため単純には比較はできない。表 1-2-1. は、審査判定に加え受給者証発行業務まで行っているセンターを、表 1-2-2. は、審査判定業務だけを行っているセンターを、それぞれ年間の審査件数 1,000 件当たりの人数が多い順に並べたものである。なお、審査件数に関しては、「平成 21 年度福祉行政報告例」の数字を用いている。今回のアンケート調査において平成 22 年度の審査件数等も調査しているが、診断書による申請数をデータとして残しているセンターもあれば、書類のみでの申請を含む全申請数としてしか把握していないセンターもあるなど、データとして均一でないため採用しなかった。審査判定に加え受給者証発行業務まで

行っているセンターでは、年間審査件数 1,000 件当たり 0.11 名～1.01 名、審査判定業務だけを行っているセンターでは 0.11 名～0.70 名で、職員配置はセンター間で最大 10 倍の差があった。

表 1-3. から表 1-8. には、審査方法や審査状況に関する項目を示しているが、複数の医師で構成される審査会での合議による審査方法を採用しているセンターが 58 ヶ所と大部分を占めていた。審査会の委員にはセンター外の医師をいれているところがほとんどで、センターの常勤医師のみで構成される審査会あるいは常勤医師のみによる個別審査をおこなっているセンターはわずか 6 ヶ所であった。

審査の回数は、月 2 回のセンターが 41 ヶ所と最も多く、文書化した独自の審査基準を策定しているのは 4 センターに留まっており、医療機関向けに公表されているのはわずかに 2 センターだった。

また、所長のほとんどが精神科医であり、その多くが審査会の構成員になるなど、審査に直接的に関与していたが、所長が審査に関与しないセンターも 11 ヶ所あった。

センターでの受理から認定までの平均処理期間については、多くのセンターが 1 ヶ月以内に処理を終えていた。

主治医が記載した給付申請用の診断書の記載内容からは給付の適否が判断できず返戻した件数については、3 ヶ月間で 50～200 件というセンターが多く、中には 3 ヶ月で 500 件を超えたセンターもあった。返戻の理由については表 1-8-2. に示してあるが、最も多いのが、診断書の「病像、状態像」欄の未記入や説明不足によるものであった。

表 1-9. および 表 1-10. には、支給の対象とすべきか判断に迷う事例、および、制度に対する意見や要望について、記載されたものをまとめて示した。判断に迷う事例としては、発達障害、認知症や高次脳機能障害を含む器質性精神障害に対する精神科以外の診療科からの申請に関わるものが多かった。制度に対する意見や要望に関しては、自治体間格差を

解消するための国の明確な基準を望む意見や、制度制定の趣旨や財源不足の観点から対象となる疾患をもっと厳格に絞り込むべき、認知症患者が増加している現状を考慮し、新薬が次々と発売されているアルツハイマー病の治療における給付対象の範囲について国として再考すべきである、といった意見が出されていた。

2) 「自立支援医療（更生医療）」

表 2-2. は、各身体障害者更生相談所における自立支援医療（更生医療）の支給認定業務に従事する職員体制を示したものである。常勤、非常勤を併せた職員数は、最多が 13 名、最少が 1 名であるが、自治体の人口規模、給付申請件数、職場の規模や形態、業務内容などが均一でないため単純には比較はできず、審査件数 1,000 件当たりの人数が多い順に並べたものである。なお、審査件数に関しては、「平成 21 年度福祉行政報告例」の数字を用いている。最大値の 114.29 名だった相談所は、同一自治体内に 4 つの相談所が設置されているうちの一つの相談所である。この場合、所管人口割で全県の申請件数を補正した数字を使用するため、実際の申請件数当たりの職員数とは異なる数字となることも想定される。複数の相談所が設置されている自治体を除くと、年間審査件数 1,000 件当たり 0.20 名～14.93 名となり、職員配置は相談所間で最大 75 倍の差があった。

ただし、表 2-3. に示したように、75 の身体障害者更生相談所のうち、単独施設はわずか 10 相談所で、その他多くは、児童相談所、知的障害者更生相談所、福祉事務所や医療機関等との統合施設であり、ほとんどの職員が他機関業務を兼務しているため、数字の上での格差が実際の職員体制を反映しているとは考えられない。

表 2-5. から表 2-8. は審査方法や審査状況に関する項目を示している。

審査方法については、事務担当者が事前チェックをした後、審査担当医師が全例審査を

行うという方式を採用している相談所が約 8 割だった。一方、医師が関与することなく相談所の担当者だけで審査を行っている相談所も 2～7 ヶ所あった。また、腎臓障害、肝臓障害、HIV による免疫障害の 3 障害に関しては実施主体である区市町村の審査としている自治体もあった。さらに、最も給付件数が多い腎臓障害については、2 つの県において県内の政令指定都市と合同で複数の医師による審査会を設置し審査を行っていた。

審査の回数は、表 2-6. に示したように障害区分により様々であり、常勤医による審査を行っている相談所では、「随時」の割合が多くなっていた。

相談所での受理から認定までの平均処理期間については、審査件数が少ないいくつかの障害区分を除いて、多くの相談所が 1 ヶ月以内に処理を終えていた。

主治医が記載した給付申請用の診断書の記載内容からは給付の適否が判断できず返戻した件数については、腎臓障害他いくつかの障害区分で数カ所、数件あるのみで、多くの相談所が 0 件だった。

表 2-9. には、支給の対象とすべきか判断に迷う事例、および、制度に対する意見や要望について、記載されたものをまとめて示した。判断に迷う事例としては、各障害区分毎に、医療の内容から期間の判断、合併症としての「〇〇に伴う医療」の範囲など、いくつかの事例が挙げられていた。

制度に対する意見や要望については、自治体間格差を解消するための国の明確な基準を望む意見が多かった。

D. 考察および結論

自立支援医療（精神通院医療）の利用実態に関して、6 つの自治体で 1 ヶ月分の自立支援医療（精神通院医療）と生活保護が併用されたレセプト調査を行った。試行的な調査であり調査方法は統一されていないが、自立支援医療（精神通院医療）の適用外の治療や検査が含まれていたレセプトの割合は、2.5%～

33%であった。適用外の治療や検査の内容を見ると、脂質異常症（高脂血症）治療薬、胃潰瘍・胃炎治療薬、降圧剤、抗アレルギー・抗ヒスタミン剤、シッフ薬の処方が多かった。また、インスリン注射とそれに伴う在宅自己注射指導管理料の請求、在宅酸素療法指導管理料、創傷処置の請求など、精神科治療とは全く関係のない技術料の請求が散見された。ICD コード別で見ると、F0 認知症患者の身体管理、F1 アルコール依存症の大量飲酒に起因する身体合併症、および F2 統合失調症、F3 気分障害における脂質異常症（高脂血症）や高血圧等の生活習慣病に係る治療が多い傾向があった。認知症患者の様々な身体管理や、アルコール依存症患者の身体合併症は、いずれも精神科疾患と全く無関係な身体疾患ではないが、自立支援医療（精神通院医療）は、本来、精神障害の適正な医療の普及に対して支給されるものであるため、本来の目的に対して集中的に活用されるように適正な運用に向けた関係者への情報提供と助言・指導の必要性が示唆された。

都道府県や政令指定都市が、自立支援医療（精神通院医療）に係るレセプト審査を実施できるかについては、財政面や人員面から各自治体によって事情は異なるだろうが、いずれにしても、支給認定業務を持つ精神保健福祉センターとしては、一定の関心を持つべき事項であることは間違いない。

精神保健福祉センターにおける自立支援医療（精神通院医療）支給認定審査体制に関して、給付申請件数当たりの職員配置数はセンター間で最大 10 倍の差があったものの、これは、各センターの規模や担当職員の業務内容、事務分掌などに応じた現実的な人員配置の結果と思われた。審査方法に関しては、多くのセンターが、外部医師を審査担当医師として招聘しており、その多くは、複数の医師によって構成される審査会方式を採用していたが、センターの常勤医師だけでなく外部の医師に参画してもらうことは、審査の公平性を保つためにも望ましい傾向であろう。受理から認

定までの処理期間については、おおむね1月以内であり妥当であった。審査の基準については、文書化された基準を作成しているセンターは少なく、特に医療機関向けに公表された基準を策定しているセンターは2カ所のみだった。一方で、主治医による給付申請用の診断書の記載内容の不備から、適否が判断できず返戻する件数が極めて多いことを勘案すると、具体的な審査基準を明記した医療機関向けの『診断書作成の手引き』といったものを整備する必要性も示唆された。特に給付の対象となる病態(=“精神病あるいはそれと同等の病態”)か否かを判断するために重要な、診断書の中の「病像、状態像」欄の記入上の留意点等を明確に伝えることが重要となろう。

身体障害者更生相談所における自立支援医療(更生医療)支給認定審査体制に関して、給付申請件数当たりの職員配置数は相談所間で大きな差があったが、これは、多くの相談所が他の行政機関や医療機関との統合施設となっており、各相談所の規模や担当職員の業務内容、事務分掌などに応じた現実的な人員配置の結果と思われた。審査方法に関しては、多くの相談所が、常勤若しくは非常勤の医師を確保し審査を行っているが、医師が関与することなく相談所の担当者だけで審査を行っている相談所も数カ所あった。自立支援医療(更生医療)の給付申請用診断書は、自立支援医療(精神通院医療)の診断書と比較して、より事務的な判断が可能な書式とはなっているが、やはり給付対象の医療の範囲を審査するものである以上、医師の関与が必要と思われる。医師の確保の困難性を考慮して、事務担当で判断できるようなシステムへの変更も検討すべきかもしれないが、その場合には、より明確な判断基準を国で整備する必要がある。文書化された審査基準の策定に関しては、診断書記載における留意点、対象となる医療の例示、Q&A等が記載された審査基準を策定し、医療機関等に公表している相談所が8カ所あったが、多くはそのような基準を策定していなかった。受理から認定までの処

理期間については、おおむね1月以内であり妥当であった。診断書の不備等に対する返戻件数は、自立支援医療(精神通院医療)と比較すると極めて少なく、医師に求める記載事項に関して比較的周知が行き届いているものと思われた。

自由記載事項に関しては、自立支援医療(精神通院医療)、自立支援医療(更生医療)いずれも、自治体間格差を解消するために国による明確な基準の策定を望む意見、また、医療の進歩や医療界の環境変化等に伴って、標準的とされる医療そのものが変遷しており、それに対応した基準の見直しも必要であり、国としての判断を望む意見が多かった。

自立支援医療の支給認定業務は都道府県および政令指定都市の事務である以上、各自治体の責任で実施すべきものではあるが、医療やその周囲環境の変遷が著しい今日において若干の制度疲労や時代への不適合な部分が出現してきているのも事実であり、また財政的制約も考慮しないといけない社会状況を勘案しても、制度そのものの方向性について国レベルでしっかりと議論し、一定の方向性を提示すべき段階であると思われる。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 なし

表1-1. 「自立支援医療(精神通院医療)の支給認定業務体制等に関する調査」の概要

調査方法	電子メールによる記入式アンケート調査
調査項目	① 自立支援医療(精神通院医療)審査業務の職員体制 ② 審査担当医師の数、雇用の形態、所属機関等 ③ 審査方法 ④ 支給認定審査基準の有無 ⑤ 指定医療機関の数 ⑥ 審査頻度 ⑦ 審査件数(平成22年度分) ⑧ 受理から認定までの期間(平成22年度分) ⑨ 返戻件数(平成23年9月~11月の3ヶ月分) ⑩ 返戻の理由 ⑪ 判断に迷う事例(自由記載) ⑫ 制度に対する意見や国への要望等(自由記載)
調査対象	全国の精神保健福祉センター66カ所(東京都は3カ所のうち審査業務を担当している1カ所のみ)
回収率	100%(66/66)

表1-2-1. 精神通院医療の支給認定業務の職員体制 A
(審査判定および受給者証発行業務を行っているセンター)

精神保健福祉センター	審査件数当たりの職員数 (件数千対 [H21 福祉行政報告例])		職員数(実数)		管轄人口当たりの職員数 (人口万対)	
	全職員(常勤および非常勤職員)	常勤職員のみ	常勤および非常勤職員	常勤職員のみ	常勤および非常勤職員	常勤職員のみ
A 1	1.01	0.90	9	8	0.083	0.073
A 2	1.01	0.87	7	6	0.090	0.077
A 3	0.95	0.79	6	5	0.070	0.058
A 4	0.90	0.48	13	7	0.065	0.035
A 5	0.82	0.46	16	9	0.113	0.063
A 6	0.72	0.56	9	7	0.063	0.049
A 7	0.71	0.26	11	4	0.076	0.028
A 8	0.70	0.58	6	5	0.071	0.059
A 9	0.68	0.34	10	5	0.072	0.036
A 10	0.68	0.58	7	6	0.067	0.057
A 11	0.66	0.49	8	6	0.057	0.043
A 12	0.64	同左	5	同左	0.051	同左
A 13	0.62	0.37	5	3	0.043	0.026
A 14	0.46	同左	7	同左	0.030	同左

A 15	0.46	0.28	5	3	0.065	0.039
A 16	0.45	0.41	11	10	0.051	0.047
A 17	0.44	同 左	8	同 左	0.047	同 左
A 18	0.42	0.35	6	5	0.053	0.044
A 19	0.41	同 左	3	同 左	0.037	同 左
A 20	0.39	0.26	6	4	0.083	0.056
A 21	0.38	同 左	5	同 左	0.043	同 左
A 22	0.36	0.29	5	4	0.034	0.028
A 23	0.36	同 左	3	同 左	0.030	同 左
A 24	0.35	0.26	8	6	0.027	0.020
A 25	0.34	0.28	6	5	0.030	0.025
A 26	0.34	同 左	5	同 左	0.019	同 左
A 27	0.34	同 左	4	同 左	0.029	同 左
A 28	0.32	0.27	7	6	0.045	0.039
A 29	0.30	0.22	4	3	0.019	0.014
A 30	0.26	0.15	12	7	0.016	0.009
A 31	0.26	同 左	6	同 左	0.026	同 左
A 32	0.26	同 左	4	同 左	0.033	同 左
A 33	0.25	同 左	7	同 左	同 左	同 左
A 34	0.25	0.15	5	3	0.071	0.043
A 35	0.22	同 左	4	同 左	0.023	同 左
A 36	0.21	0.18	12	10	0.020	0.016
A 37	0.17	同 左	7	同 左	0.017	同 左
A 38	0.16	同 左	3	同 左	0.026	同 左
A 39	0.16	同 左	3	同 左	0.020	同 左
A 40	0.14	0.10	4	3	0.029	0.021
A 41	0.13	0.04	18	6	0.017	0.005
A 42	0.11	同 左	5	同 左	0.019	同 左

(※)支給認定業務の大部分を本庁が担当している大阪府と、政令指定都市移行が平成 22 年度で平成 21 年度福祉行政報告例のデータのない相模原市を除く。

表1-2-2. 精神通院医療の支給認定業務の職員体制 B
(審査判定業務のみを行っているセンター)

精神保健福祉センター	審査件数当たりの職員数 (件数千対 [H21 福祉行政報告例])		職員数(実数)		管轄人口当たりの職員数 (人口万対)	
	全職員(常勤および非常勤職員)	常勤職員のみ	常勤および非常勤職員	常勤職員のみ	常勤および非常勤職員	常勤職員のみ
B 1	0.70	0.56	5	4	0.069	0.056
B 2	0.68	同左	5	同左	0.063	同左
B 3	0.64	0.50	5	4	0.061	0.049
B 4	0.60	0.48	5	4	0.085	0.068
B 5	0.54	同左	6		0.052	同左
B 6	0.52	0.43	6	5	0.071	0.060
B 7	0.43	同左	7	同左	0.043	同左
B 8	0.43	同左	5	同左	0.040	同左
B 9	0.39	0.33	6	5	0.049	0.041
B 10	0.38	同左	3	同左	0.031	同左
B 11	0.33	同左	3	同左	0.028	同左
B 12	0.31	0.19	5	3	0.042	0.025
B 13	0.29	0.14	6	3	0.034	0.016
B 14	0.28	同左	5	同左	0.022	同左
B 15	0.24	同左	4	同左	0.017	同左
B 16	0.20	0.12	8	5	0.025	0.016
B 17	0.18	同左	3	同左	0.013	同左
B 18	0.16	0.13	6	5	0.016	0.014
B 19	0.12	同左	3	同左	0.016	同左
B 20	0.12	同左	6	同左	0.017	同左
B 21	0.11	同左	5	同左	0.026	同左
B 22	0.11	同左	5	同左	0.019	同左

(※)支給認定業務の大部分を本庁が担当している大阪府と、政令指定都市移行が平成 22 年度で平成 21 年度福祉行政報告例のデータのない相模原市を除く。

表1-3. 審査方法

審査会・判定委員会等による審査					審査会等の設置なし			
センター常勤医師と外部医師の混合構成若しくは所長の関与		外部医師のみによる構成	センター常勤医師のみによる構成		センター常勤医師と外部医師による審査		センター常勤医師のみによる審査	
医師のみの審査	担当者の関与あり		医師のみの審査	担当者の関与あり	医師のみの審査	担当者の関与あり	医師のみの審査	担当者の関与あり
49ヶ所	3ヶ所	3ヶ所	1ヶ所	2ヶ所	4ヶ所	1ヶ所	2ヶ所	1ヶ所

表1-4. 審査回数

随時	週1回	月4回	月3回	月2~3回	月2回	月1~2回	月1回
5ヶ所	2ヶ所	3ヶ所	2ヶ所	3ヶ所	41ヶ所	7ヶ所	3ヶ所

表1-5. 文書化した審査基準の有無

有り			無し
医療機関向けに公表されている独自基準	審査医師用の非公開基準	医療機関向けに公表されているが国基準とほぼ同様のもの	
2ヶ所	2ヶ所	2ヶ所	60ヶ所

表1-6. 審査における所長の関与

所長の関与あり			所長の関与なし		
随時審査	審査会の構成員	疑義例に対する最終判断、若しくは決済段階での適否の変更等	精神科医	非精神科医	非医師
4ヶ所	39ヶ所	12ヶ所	6ヶ所	4ヶ所	1ヶ所

表1-7. 受理から認定までの期間（平均）

7日以内	8~14日	15~21日	22~30日	31~45日	46~60日	不明
3ヶ所	20ヶ所	20ヶ所	16ヶ所	1ヶ所	2ヶ所	4ヶ所

表1-8-1. 3ヶ月間における返戻件数

0	1~10件	11~30件	31~50件	51~100件	101~200件	201~300件	301~400件	401~500件	501件~	不明
7ヶ所	6ヶ所	16ヶ所	6ヶ所	11ヶ所	9ヶ所	2ヶ所	5ヶ所	0ヶ所	2ヶ所	2ヶ所

表1-8-2. 主な返戻理由

① 病像、状態像の未記入、不詳	⑨ 精神療法の具体的記載なし
② ICD-10 不一致	⑩ 複数医療機関の必要性の記載なし
③ 現病歴・治療歴の記載漏れ、不詳	⑪ 治療方針欄の記載漏れ、不詳
④ 「重度かつ継続に関する事項」の誤記、不詳	⑬ 投薬内容の不詳
⑤ 病名と病態の不一致	⑭ 治療継続の必要性が不詳
⑥ 「重度かつ継続に関する事項」非該当の医師の診断書	⑮ 非精神病性障害の生活能力障害の不詳
⑦ 病名と治療の不一致	⑯ 主たる病名が対象外。
⑧ 初診日未記載	⑰ 入院中の申請者
	⑱ EEG 所見、IQ の未記載

表1-9. 支給の対象としてよいか判断に迷う事例（自由記載）

- ・ 高次脳機能障害で精神科治療かどうか分からない場合（リハビリテーション等）。
- ・ 精神障害者（統合失調症など）の栄養指導について（精神科医療機関以外で実施する場合）。
- ・ 認知症で、精神症状が重度の中核症状のみで、身体管理が主体の場合。
- ・ てんかんで、脳外科・神経内科・小児科などで年1～2回の定期フォローのみの場合（特に、服薬なしで、脳波のみのフォロー等の場合）。
- ・ 身体表現性障害など身体化症状が著明なために、やむを得ず鎮痛薬等を継続投与している場合。
- ・ 薬物依存で全く断薬を守れない場合。
- ・ 本人への診察が6ヶ月以上にわたって行われていないことが読み取れる場合。
- ・ 小児の発達障害の事例で、親のみがペアレントトレーニングを受けている場合。
- ・ 緊急受診（救急搬送等）のための病院、診療所の追加指定。
- ・ 発達障害者の療育についての内容がまれに散見されるが精神通院医療の該当か。
- ・ 適用外の薬物療法が記載されているが、実際に請求しようとしているのか判断できない。
- ・ 主たる精神障害が「器質性障害（F0圏内）」で対象となる精神症状（周辺症状）があまり見られないケース。
- ・ 主たる精神障害が「非器質性睡眠障害（F51）」で対象となる「不眠」以外の精神症状が見られないケース。
- ・ 従たる精神障害として「ナルコレプシー（G47）」が記載されており、診断書の内容としてナルコレプシーの内容が大方を占めているケース。
- ・ 主たる精神障害が「病的賭博（F63）」であり、投薬なく、精神症状もあまり見られず、デイケアを中心に通院しているようなケース。
- ・ 制度の対象となる精神疾患が見られるが、病状のため外出が困難で通院ができなかったり、申請者本人の病識が全くなく、家族のみが通院を長期行っているケース。
- ・ 禁煙外来からの申請。
- ・ 性同一性障害のホルモン療法。
- ・ 遠方の医療機関から投薬を郵送してもらっているケース。
- ・ 病名と投薬が一致しない場合。
- ・ 病名と病状がいまいち合致しておらず詳細不明な場合（病名が「知的障害」・「心因反応」等で状態がいろいろ記載されている場合など）。
- ・ うつ病で活動性がおちて、糖尿病になったと記載があるときの糖尿病治療。
- ・ 脳血管性の認知症（F0）の治療として、言語療法、作業療法が行われている場合。
- ・ 複数医療機関の認定において、検査医療機関と診療・投薬の医療機関が異なる場合で、年数回の検査医療機関の認定。
- ・ 複数医療機関の認定において、療育やカウンセリング、言語療法などを認めるか。
- ・ 医師しかできない認知行動療法の実施の疑義。
- ・ 発達障害、知的障害で精神障害の症状の記載がない場合。
- ・ 過去に精神症状があったが、長期寛解状態である事例。
- ・ 申請書提出時点で入院中の場合であっても、退院予定日が明記してあれば支給対象としているが、退院予定日の範囲について判断に迷う。
- ・ 初診日から診断書記載日が近いケース。

- ・ 小児科で行われる自閉症に対する感覚統合療法や作業療法。
- ・ 糖尿病の服薬管理とか脳梗塞後の身体的リハビリを主体にしているにもかかわらず、精神障害を理由に精神科訪問看護として申請するケース。
- ・ 病名が急性一過性障害にも関わらず半年以上治療が継続しているケース。
- ・ 中等度以上の精神遅滞に対する通院精神療法。

表1-10. 制度に対する意見や国への要望（自由記載）

- ・ 診断書の有効期間の明示をすべきである。
- ・ 具体的な事例を明示したQ&Aの作成して欲しい。
- ・ 精神科医師不足等から、審査委員への協力医師が少なく、雇用形態や賃金等の条件も含めて要検討。
- ・ 国の判定指針を厳守する結果、他自治体と比べ非該当件数が多く、判定に対する苦情が寄せられている。指針を具体的に示して自治体間格差を縮小してほしい。
- ・ 安易とも思える支給認定が行われている状況を放置しておけば、財源不足に陥るのではと危惧している。
- ・ 医療機関の複数指定に関して、国からある程度の基準を示してほしい。
- ・ 厚生労働省は、「ナルコレプシー」に対する承認には否定的だが、精神科医がナルコレプシーを治療することあるので通院医療の対象としてもよいのではないか。
- ・ 申請時の添付書類が多く、所得区分の確認事務、D階層の取扱等、申請者への説明も難しく、申請者がわかりにくいので、わかりやすい制度にしてほしい。
- ・ 一定所得以上の者に対する経過措置は制度発足から続いており、制度の枠内に入れた方がよいと思う。
- ・ 手帳と同様に有効期間を2年以上にしてほしい。
- ・ 厚生労働省から、医療機関に説明するために、ICD-10の各コードに対応した統一的な審査基準及び治療の適用範囲を明確に示して欲しい。
- ・ 精神科以外の医師への診断書記載方法の周知ができていない現状がある。
- ・ 制度改正の内容や方向性等の情報提供については、担当窓口での事務処理に相当の準備期間を有することから、迅速かつ随時行っていただきたい。
- ・ 適用日は各医療機関等の裁量であり受給者証交付に至るまでは償還払い等を行わない機関もある。受給者証記載の有効期間開始日から適用できるようにして欲しい。
- ・ 診断書の簡略化（「病名」、「病状」、「指定医の氏名」程度）。
- ・ 薬局については、指定制度を廃止してほしい。
- ・ 本制度制定の趣旨から考えると、対象疾患は統合失調症のみとする、あるいは個々の疾患が難病にあたるかどうか、他の身体疾患とも比較して検討する必要がある。
- ・ 財政的負担が増加しており中間所得層以上で重度かつ継続の対象範囲をより厳格にすべきだと考える。
- ・ 手帳も同様だが、現在の書式は成人用であり、小児の場合記載しにくく判定もしづらい。小児用の書式が必要と考える。
- ・ 保健福祉手帳と同時申請の場合は、精神通院医療用の診断書の治療内容が記載されていないので、同一判断とは言えないのではないか。
- ・ 病状判定ではなく、事務担当レベルでも容易に判定できるように、病名と通院の定期回数等で判定できるよう支給認定指針等で示していただきたい。
- ・ 育成医療・更生医療の診断書料については、厚生労働省告示第65号指定医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程証明書又は意見書等は無償で交付と義務付けられているが、精神通院医療の診断書料については、この規定がないため経済的負担が生じている。
- ・ 多剤薬剤処方問題への対策が必要ではないか。
- ・ 「精神医療を行う医師」の範囲を厳密にすべき。認知症の場合知能障害のみでは対象外とされているが、抗アルツハイマー病薬が販売され、医療機関や患者から基準の見直しの要望が出ているので国の考えを示して欲しい。
- ・ 居住地特例を適用している自治体としてない自治体があるので、国として統一見解を示して欲しい。