

厚生労働省
令和7年度障害者総合支援事業費補助金
(障害者総合福祉推進事業)

自立支援医療制度利用者における医療サービスの利用状況
等の実態把握に向けた調査研究

成果報告書

令和8年3月
学校法人関西医科大学

目次

事業要旨	1
事業目的	3
事業等の実施内容	4
調査等の結果	9
分析・考察	43
検討委員会等の実施状況	49
成果の公表方法	50
引用文献	51
付録①：ヒアリング調査の回答	53
付録②：調査票	91

事業要旨

本事業は、自立支援医療（精神通院医療）の利用状況等を把握するとともに、レセプトデータ等のヘルスデータを活用した施策立案に資する分析手法及び留意点を整理することを目的として実施した。具体的には、①自立支援医療（精神通院医療）に関する法令、通知、解説資料等を対象とした文献調査、②福祉行政報告例、統計月報及び DeSC データベースを用いた既存データ分析、③精神保健福祉センターを対象としたヒアリング調査を実施した。

文献調査では、自立支援医療（精神通院医療）の対象は、精神疾患を有し、通院による精神医療を継続的に要する程度の病状にある者であり、給付対象は、精神障害そのものの治療または当該精神障害に起因して生じた病態に対して、指定自立支援医療機関で入院外に行われる医療に限定されることを確認した。また、認知症については、認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）に対する継続的治療を要する場合に限って対象となること、「重度かつ継続」や指定自立支援医療機関制度等を含む現行制度の枠組みは、平成 18 年の自立支援医療への再編以降に形成されたことを整理した。

既存データ分析では、福祉行政報告例における精神通院医療の支給認定件数は、2013 年度の 168 万件から 2023 年度の 259 万件へ増加し、支払決定金額（医科・調剤）も 5,389 億円から 8,097 億円へ増加した。一方で、レセプトあたり支払決定金額は 19,802 円から 19,147 円へ低下し、総額に占める公費負担割合も 38.8%から 33.4%へ低下した。統計月報では、2013 年度から 2024 年度にかけて、レセプト件数は医科で 1.7 倍、調剤で 1.9 倍、訪問看護で 7.5 倍に増加し、レセプトあたり公費負担額は医科及び調剤で低下した一方、訪問看護では上昇していた。

DeSC データベースの分析では、精神通院医療のレセプトを有する患者の割合は、2018 年度から 2022 年度にかけて、健保では 0.9%から 1.4%、国保では 2.2%から 3.2%、後期では 0.7%から 0.8%へ増加した。傷病名区分別では F3 の

増加幅が大きく、精神科訪問看護を併用する患者も、国保及び後期高齢者医療を中心に増加していた。さらに、精神通院医療の医科外来レセプトにおいては、通院・在宅精神療法の算定がないレセプトの割合が後期高齢者医療で相対的に高く、認知症の傷病名を有するレセプトや高額レセプトの存在も確認された。これらの結果から、制度利用の拡大の背景には、比較的低額な受診の増加と、訪問看護等の在宅生活支援サービスの拡大が併存している可能性が示唆された。

ヒアリング調査は、精神通院医療の支給認定申請及び制度運用に関与する 67 か所の精神保健福祉センターを対象に実施し、64 センターから回答を得た (64/67=96%)。選択式設問では、疑義や違和感のある申請について「増えているように感じる」との回答が 52%で最も多く、レセプト審査は「社会保険診療報酬支払基金または国民健康保険連合会」及び「本庁の担当部署」が中心であり、自治体独自のレセプト点検は 53%で実施されていた。自由記述では、認知症、知的障害、高次脳機能障害、てんかん、不眠症等の申請における対象範囲の解釈、精神科以外の医療機関からの申請、診断書記載の不備、身体科医療との境界、複数医療機関申請、訪問看護やオンライン診療の取扱い、レセプト点検体制の限界などが主な論点として挙げられた。加えて、「重度かつ継続」の判断基準や判定医の資格要件の確認についても、基準の不明確さや自治体間の運用差が指摘された。

以上より、自立支援医療（精神通院医療）は、支給認定件数及びレセプト件数の増加を伴いながら拡大している一方、その利用実態は、比較的低額な受診の増加、訪問看護等の拡大、傷病名や年齢区分による利用構造の差異を併せ持つことが示された。また、制度運用の現場では、対象範囲や審査基準の解釈、身体科医療との境界、診断書記載の質、レセプト点検体制等に関する課題が広く認識されていた。今後は、制度の対象範囲及び運用指針の更なる明確化、自治体間の運用の標準化、医療機関等への周知、並びにレセプトデータ等を活用した継続的なモニタリング体制の整備が重要である。

事業目的

自立支援医療は公費負担医療制度の一種であり、精神通院医療、更生医療、育成医療の3つの類型から成る。それぞれの類型における対象者は、精神通院医療では統合失調症や気分障害等の精神疾患（てんかんを含む。）を有する者、更生医療では身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者（18歳以上）、育成医療では児童福祉法第4条第2項に規定する障害児（18歳未満）である。

自立支援医療では、まず医療保険が優先的に適用され、その上で、世帯所得や重症度等に応じて算出される自己負担額を除いた部分の医療費を公費で負担する。なお、最も利用者数が多い類型は精神通院医療である。

自立支援医療は、地域で生活する障害者等の治療継続を支える重要な仕組みであるが、疾患別の利用者数や各種医療サービスの利用状況などについて、全国レベルでの基礎的な記述統計が十分に整備されておらず、制度の利用実態は必ずしも明らかではない。

本事業は、レセプトデータ等を用いて自立支援医療（精神通院医療）の利用状況等を把握するとともに、同制度について、レセプトデータ等のヘルスデータを活用した施策立案に資する分析手法や、分析に当たって留意すべき論点を提案することを目的とする。

具体的には、第1に、自立支援医療（精神通院医療）の現行制度の概要と変遷を記述することを目的として文献調査を行った。第2に、自立支援医療（精神通院医療）の利用状況等を把握することを目的として、既存データを用いた調査研究を実施した。第3に、自立支援医療（精神通院医療）の審査・運用の実態を把握することを目的として、精神保健福祉センターに対するヒアリング調査を実施した。

事業等の実施内容

1. 文献調査

自立支援医療（精神通院医療）に関する法令、通知、行政による解説資料及び解説論文等を、文献調査の対象とした。

2. 既存データを用いた調査研究

2.1. データ源

2.1.1 福祉行政報告例¹⁾

厚生労働省が公表している福祉行政報告例を利用した。福祉行政報告例は、厚生労働省が都道府県、指定都市及び中核市を対象として実施している一般統計調査である。研究期間は2013~2023年度とした。第15表「自立支援医療（精神障害者・児の精神通院医療）の支給認定件数」及び第17表「自立支援医療における支給認定件数」を集計対象とした。

2.1.2 統計月報²⁾

社会保険診療報酬支払基金が公表している統計月報を利用した。統計月報は、保険者等（国民健康保険等を除く）への請求が確定した件数及び金額等を集計した業務統計である。研究期間は2013~2024年度とした。第9表「管掌別診療報酬等累計件数・金額及び対前年度比」を集計対象とした。

2.1.3 DeSC データベース³⁾

DeSC ヘルスケア株式会社が保有する匿名加工情報である DeSC データベースを利用した。DeSC データベースには、健康保険組合（以下、「健保」と略記する。）、国民健康保険組合（以下、「国保」と略記する。）及び後期高齢者医療広域連合（以下、「後期」と略記する。）が保有する医科、DPC、調剤、歯科レセプト並びに被保険者台帳が含まれる。データ期間は2014年4月~2025年3月とした。2025年12月にフルデータの提供を受けた。なお、DeSC データベースでは IQVIA ソリューションズジャパン株式会社が収集しているデ

一タも利用可能であるが、自立支援医療の有無を特定できない形式であるため、本研究では利用しなかった。

2.2. 集計法

2.2.1 福祉行政報告例（第 15 表）

全国における「支給認定件数」「レセプト件数」「支払決定金額（医科・調剤レセプトの総額）」を年度（2013~2023 年度）ごとに特定した。あわせて、全国における「レセプトあたり支払決定金額」及び「総額に占める負担区分別支払決定金額の割合（保険/公費/自己負担）」を年度ごとに算出した。

2.2.2 福祉行政報告例（第 17 表）

全国における精神通院医療の「所得区分別の支給認定件数（総数/生活保護/低所得 1 /低所得 2 /中間所得 1 /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）」を年度（2013~2023 年度）ごとに特定した。あわせて、全国における精神通院医療の「支給認定件数に占める所得区分別支給認定件数の割合」を年度ごとに算出した。

2.2.3 統計月報

「レセプト件数」及び「公費負担額」を、レセプト種別（医科/調剤/訪問看護）×年度（2013~2024 年度）ごとに特定した。あわせて、「レセプトあたり公費負担額」を、レセプト種別ごと、年度ごとに算出した。

2.2.4 DeSC データベース（患者数）

被保険者台帳における「仮個人 ID」「個人ごとの観察可能期間（開始月及び終了月）」「保険者種別」「生年月」を基に、「被保険者数」及び「平均観察月数」を年度（2014~2024 年度）×保険者種別（健保/国保/後期）×年齢区分（全体/0~19 歳/20~34 歳/35~49 歳/50~64 歳/65~74 歳/75~84 歳/85 歳以上）ごとに算出した。

レセプト（基本情報）における「公費1コード」及び「公費2コード」を基に、公費負担者番号が精神通院医療（21）であるレセプトを年度内に1件以上有する者を精神通院医療患者と定義した。その上で、「精神通院医療患者数」及び「被保険者数に占める精神通院医療患者の割合」を、年度×保険者種別×年齢区分ごとに算出した。

公費負担者番号が精神通院医療（21）であり、かつ、（疑い病名を除く）精神通院医療の対象疾患（F00~F99、G40）の傷病名を有する入院外レセプトに基づき、傷病名区分別の「患者数」及び「被保険者数に占める患者数（人口10,000対）」を、年度×保険者種別×傷病名区分ごとに算出した。なお、複数の傷病名区分を有する患者は、各傷病名区分に重複して計上した。

公費負担者番号が精神通院医療（21）であり、かつ、精神科訪問看護（区分番号：I012、I012-2）の算定を有する入院外レセプトに基づき、「患者数」及び「被保険者数に占める患者数（人口10,000対）」を、年度×保険者種別×年齢区分ごとに算出した。

2.2.5 DeSC データベース（医療費）

レセプト（基本情報）における「公費1コード」及び「公費2コード」を基に、公費負担者番号が精神通院医療（21）であるレセプトを抽出した。その上で、「レセプト件数」及び「レセプトあたり支払決定金額（合計点数×10円）」を、年度（2018~2022年度）×保険者種別（健保/国保/後期）×レセプト種別（全体/医科外来/調剤）ごとに算出した。

医科外来レセプトについては、レセプト（診療行為）における「レセプト電算処理システム診療行為」を基に、通院・在宅精神療法（区分番号：I002）の算定の有無を特定した。あわせて、レセプト（傷病）における「レセプト電算処理システム傷病」を基に、（疑い病名を除く）てんかん（G40）の傷病名の有無を特定した。その上で、「レセプト件数」「医科外来レセプト件数に占める割合」及び「レセプトあたり支払決定金額」を、年度×保険者種別×てんかん区分（含む/除く）×通院・在宅精神療法区分（あり/なし）ごとに算出した。

医科外来レセプトについて、レセプト（傷病）における「レセプト電算処理システム傷病」を基に、（疑い病名を除く）認知症（F0）の傷病名の有無を特定した。さらに、レセプト（診療行為）における「レセプト電算処理システム診療行為」を基に、精神科専門療法（区分番号：I000~I016）の算定の有無を特定した。その上で、認知症（F0）の傷病名を有する医科外来レセプトに限定し、「レセプト件数」及び「レセプトあたり支払決定金額」を、年度×保険者種別×精神科専門療法区分（あり/なし）ごとに算出した。

レセプトあたり支払決定金額を7水準（0~3,999円/4,000~9,999円/10,000~19,999円/20,000~29,999円/30,000~49,999円/50,000~299,999円/300,000円以上）に区分し、「医科外来レセプト件数に占める各水準の割合」を、年度×保険者種別ごとに算出した。この集計は、（疑い病名を除く）てんかん（G40）の傷病名を有するレセプトを除外した集団についても同様に行った。さらに、認知症（F0）の傷病名を有する医科外来レセプトに限定した上で、精神科専門療法（区分番号：I000~I016）の算定区分（あり/なし）別に、「医科外来レセプト件数に占める各水準の割合」を、年度×保険者種別ごとに算出した。

最後に、上記で定義した低額レセプト（0~3,999円）及び高額レセプト（300,000円以上）に限定し、レセプト（診療行為）における診療行為の算定内容を集計した。その上で、頻度の高い算定パターンを確認し、代表的なモデルケースを例示した。

3. ヒアリング調査

自立支援医療（精神通院医療）の審査・運用の実態を把握することを目的として、精神保健福祉センターに対するヒアリング調査を実施した。調査対象は、精神通院医療の支給認定申請及び制度運用に関与している精神保健福祉センター（67か所）とし、各センターにおいて当該業務を担当する職員に回答を依頼した。調査の実施期間は、2026年3月3日から31日までであった。

調査は、先行研究を参考にあらかじめ作成した調査票に基づき実施した（付録②参照）^{4,5)}。調査項目は、精神通院医療の支給認定申請における疑義や違和感のある申請の増減に関する認識、その具体例、「重度かつ継続」の判断において問題となった事案、判定医の資格要件の確認方法に関する問題、制度の範囲を超えた適用を避けるための方法に関する意見を含んだ。あわせて、精神通院医療のレセプト審査体制について、本庁担当部署、社会保険診療報酬支払基金または国民健康保険連合会、精神保健福祉センター等の関与状況、自治体独自のレセプト点検の有無、基金等以外への外部委託の有無、並びに日常業務で判断に迷う事例や問題意識についても聴取した。

回答形式は、選択式設問と自由記述式設問を組み合わせた。選択式設問については各選択肢の回答分布を集計し、自由記述式設問については記載内容を整理した上で、代表的な事例及び主な論点を抽出した。主観的判断を求める設問については、各回答者の認識として取り扱った。

調査等の結果

1. 文献調査

1.1. 対象となる状態像

自立支援医療（精神通院医療）の対象は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に規定する精神疾患を有し、通院による精神医療を継続的に要する程度の病状にある者である⁶⁾。なお、病状が回復していても、その状態を維持し、かつ再発を予防するために精神医療を継続する必要がある場合は、精神通院医療の対象となる。

具体的な状態像は、「支給認定判定指針」で規定されている（表1）⁶⁾。多くの状態で「精神病、あるいはそれと同等の病態」で「継続的な通院による薬物療法や精神療法を必要とする」と記載されていることから、一定程度、重篤な状態を前提としていると考えられる（なお、「精神病」の定義は支給認定判定指針等の条文には明示されていないが、古典的な整理では統合失調症や双極症が相当する⁷⁾。）。重篤な状態像が必須とされていないものとしては、「精神作用物質の乱用、依存等」があり、この場合は、本人が希望すれば通院精神医療の対象となる整理である。なお、「知能障害等」については、認知症を有すること自体で対象となるのではなく、認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）に対する継続的な治療という限定的な記載となっている。

表 1. 支給認定判定指針で規定されている状態像

状態	徴候	対象となる状態像
躁及び抑うつ状態	気分の高揚、多弁、多動、あるいは気分の沈み、意欲減退、妄想など	精神病、あるいはそれと同等の病態
幻覚妄想状態	幻覚、妄想、させられ体験、思考形式の障害など	同上
精神運動興奮及び昏迷の状態	減裂思考、拒絶、緘黙、あるいは運動性が著しく低下した昏迷状態など	同上
統合失調等残遺状態	感情の平板化、自発語の減少、社会生活能力の著しい低下など	同上
情動及び行動の障害	易怒性、爆発性、あるいは暴力、衝動行為、食行動の異常など	同上
不安及び不穏状態	強度の不安・恐怖感、強迫体験、不安の身体化など	同上
けいれん及び意識障害（てんかん等）	てんかん発作、もうろう状態、意識障害など	症状が挿間性に発現
精神作用物質の乱用、依存等	アルコールや薬物の乱用・依存による幻覚、妄想、情動障害など	同上、あるいは通院医療を本人が希望
知能障害等	知的障害や認知症に伴う易怒性、気分変動、暴力、衝動行為など	特になし

1.2. 給付対象の範囲

制度による給付対象は、精神障害そのものの治療、または当該精神障害に起因して生じた病態（向精神薬の副作用に対する治療や、躁状態等の精神症状に起因して生じた外傷への治療等^{8,9)}）に対して、指定自立支援医療機関において入院せずに行われる医療に限定される¹⁰⁾。具体的な医療内容には、外来診療、投薬（院外処方を含む）、精神科デイ・ケア、精神科訪問看護、精神科作業療法、往診等が含まれる。なお、精神障害と直接関係のない併存症の医療費（糖尿病や風邪など）や、公的医療保険の給付対象とならない費用（診断書費用や医療機関以外でのカウンセリングなど）は、原則として対象外となる。

1.3. 申請と受給者証の交付

申請手続きは居住地の市区町村の窓口において行われ、都道府県知事または指定都市の市長（以下「都道府県等」）による認定を経て、「自立支援医療受給者証」が交付される⁶⁾。法的実施主体は都道府県等であるが、医学的専門性に基づく実質的な審査・判定は、都道府県等の専門機関である精神保健福祉センターが担っており、その具体的運用は以下の申請形態により区分される⁹⁾。

1.3.1 自立支援医療費の支給認定の申請のみを行う場合⁶⁾

指定自立支援医療機関において精神障害の診断または治療に従事する医師が作成した専用の診断書（別紙様式第8号等）を添付して申請を行う。精神保健福祉センターは、「支給認定判定指針」に基づき、精神通院医療の要否について医学的判定を行い、その結果を都道府県知事等に報告する。報告を受けた知事等は、速やかに支給認定の可否を決定し、認定時には受給者証を交付する。

1.3.2 精神障害者保健福祉手帳の交付申請とあわせて行う場合⁶⁾

精神障害者保健福祉手帳（以下「手帳」）の新規交付または再交付の申請とあわせて、支給認定の申請を同時に行うことが可能である。この場合、添付書類として手帳用の診断書を用いることができ、精神保健福祉センターは手帳の等級判定と並行して、精神通院医療の要否についても判定指針に基づき審査・判定を行う。実務上の利便性を考慮し、手帳と自立支援医療を一括して審査できる統合様式を採用している自治体もある⁹⁾。

1.4. 有効期間と更新

支給認定の有効期間は原則として1年以内であるが、継続申請（更新）において病状や治療方針に変更がない場合に限り、医師の診断書の提出は2年に1回に緩和される⁶⁾。

1.5. 医療機関の受診と支払い

受給者は、あらかじめ都道府県知事等が指定した「指定自立支援医療機関」（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）において医療を受ける必要がある。受診時には、窓口で「受給者証」と「自己負担上限額管理票」を提示する。

1.5.1 医療費の請求と審査支払のフロー（現物給付）

受給者の自己負担分（1割）を除く残余の費用については、都道府県等が受給者に代わって医療機関に直接支払う「現物給付」の形態をとる⁶⁾。具体的な支払フローは以下のとおりである。

- 1) 請求の実施：指定自立支援医療機関は、各月分の診療報酬のうち公費負担分について、翌月10日までに請求を行う。
- 2) 審査・支払機関への委託：都道府県等は、診療報酬の審査及び支払事務を社会保険診療報酬支払基金または国民健康保険団体連合会に委託している。
- 3) 審査と決定：委託を受けた審査機関に設置された審査委員会等が、国の定める基準及び契約に基づき内容を審査し、都道府県等が支払額を決定する。
- 4) 医療機関への支払い：決定された診療報酬は、審査機関を通じて都道府県等から医療機関に対して支払われる。

この仕組みにより、受給者は窓口での多額の立て替え払いを行うことなく、継続的な通院医療を受けることが保障されている。なお、都道府県等と各審査機関との間には、これら一連の事務を適正に行うための契約が締結されている。

1.5.2 重度かつ継続以外の利用者負担

利用者負担は原則として医療費の1割（10%）であるが、経済的状況に応じた自己負担上限月額（0円～20,000円）が設定されている（表2）¹⁰⁾。所得区分判定の基準となる「世帯」は、住民票上の世帯ではなく、「受診者と同じ公的医療保険に加入している世帯員」を同一の生計単位として取り扱う。

表 2. 所得区分と負担上限月額

所得区分	市町村民税	自己負担上限月額	
		高額治療継続者「以外」	高額治療継続者
①一定所得以上	235,000円以上	公費負担の対象外	20,000円（経過的特例措置）
②中間所得2	33,000円以上 235,000円未満	総医療費の1割または医療保険の自己負担限度額	10,000円
③中間所得1	33,000円未満		5,000円
④低所得2	非課税（低所得1を除く）	5,000円	5,000円
⑤低所得1	非課税（本人または保護者の年収80.9万円以下）	2,500円	2,500円
⑥生活保護	生活保護世帯	0円	0円

1.5.3 高額治療継続者（重度かつ継続）の定義

高額な治療を長期間継続する必要がある「高額治療継続者（重度かつ継続）」は、以下のいずれかに該当する者と定義され、中間所得層以上の区分でも負担上限月額が設定されている^{10,11)}。

- 1) 特定疾患該当者：①症状性を含む器質性精神障害（F0）、②精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F1）、③統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）、④気分障害（F3）、⑤てんかん（G40）を有する者。
- 2) 多数回該当者：直近12か月間に医療保険の「高額療養費」の支給を3回以上受けた者。
- 3) 医師による判断：3年以上の精神医療経験を有する医師により、情動及び行動の障害または不安及び不穏状態を示すことから、入院によらない計画的かつ集中的な精神医療を継続的に要すると判断された者。

1.6. 制度の創設と展開（昭和 40 年～平成 17 年）

1.6.1 制度創設の背景と初期の仕組み（昭和 40 年）^{8,9)}

本制度は、昭和 39 年（1964 年）のライシャワー米大使刺傷事件を契機として精神障害者に対する社会的懸念が高まる中、昭和 40 年の精神衛生法改正により第 32 条として創設された。その目的は、従来の入院中心の医療から外来医療への転換を促し、「精神障害の適正な医療を普及するため」にあった。創設当初の制度設計は、通院医療費の 2 分の 1 を公費で負担するものであった。当時の医療保険制度と組み合わせた結果、患者の自己負担率は、被用者保険（健康保険）本人が 5%、国民健康保険加入者が 15%となり、受給者証の有効期間は 6 か月とされていた。なお、創設当初から生活保護受給者も対象に含まれていた。

1.6.2 利用者増加と制度の修正（平成 7 年・平成 14 年）⁸⁾

制度の普及に伴い、承認件数は昭和 41 年の 32,762 件から昭和 60 年には 240,663 件へと急増した。これを受け、平成 7 年（1995 年）の精神保健福祉法改正において、事務の合理化と患者負担の公平化が図られた。具体的には、受給者証の有効期間が 6 か月から 2 年に延長されるとともに、自己負担率は医療保険の種別にかかわらず 5%に統一された。また、平成 11 年（1999 年）改正（平成 14 年施行）により、判定業務の主体が地方精神保健福祉審議会から精神保健福祉センターへと移管された。これは、判定の行政効率化と全国的な公平性の確保を目的としたものであった。この時期、制度の趣旨を超えた利用拡大への懸念から、「精神障害者通院医療費公費負担の適正化のあり方に関する検討会報告書」が取りまとめられ、「制度の趣旨を超えた利用の拡大がなされている可能性が指摘されている」との報告に基づき、支給認定実施要綱や支給認定判定指針が整備され¹²⁾、その内容は現行制度においても引き継がれている。

1.7. 「自立支援医療」への再編と構造転換（平成 18 年）

1.7.1 障害者自立支援法の施行⁸⁾

平成 18 年（2006 年）4 月、障害者自立支援法の施行により、精神通院公費（32 条）は、身体障害の「更生医療」、児童の「育成医療」と統合され、「自立支援医療（精神通院医療）」として再編された。この改革における最大の変更点は、負担能力に応じた負担（応能負担）の導入である。自己負担率は従来の 5%定率から原則 1 割（10%）へと引き上げられたが、同時に世帯の所得階層に応じた月額負担上限額が設定された。生活保護世帯については、引き続き自己負担上限額は 0 円とされた。

1.7.2 「重度かつ継続」と指定医療機関制度の導入⁸⁾

負担増への激変緩和措置及び医療的必要性への配慮から、統合失調症等の特定疾患や、3 年以上の精神医療経験を有する医師が判断した高額治療継続者を対象とする「重度かつ継続」区分が新設され、負担上限額が低く抑えられた。

また、医療の質の確保と公費の適正化を目的として、「指定自立支援医療機関制度」が導入された。これにより、公費負担の対象は、都道府県知事等が指定した医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）における医療に限られることとなり、指定要件として医師の経験年数（3 年以上）等が求められるようになった。

1.8. 構造転換後の主要な変遷

1.8.1 自立支援医療診断書（精神通院）提出の簡略化¹²⁾

平成 22 年度（2010 年度）より、受給者の負担軽減の観点から、再認定（更新）申請時の診断書の提出頻度を「毎年提出」から従前の「2 年に 1 回の提出」に戻すよう改正された。

1.8.2 診断書様式による発達障害の位置づけの明確化¹³⁾

自立支援医療の支給対象となっている発達障害については、従来の診断書様式では状態像の把握が容易ではなかった。そのため、平成 23 年度（2011 年

度)より診断書様式が改定され、「広汎性発達障害関連症状」等の記載欄が追加・整備された。

1.8.3 支給認定時・認定後の投薬状況確認の追加¹⁴⁾

平成24年度(2012年度)には、過量服薬対策及び医療費適正化の観点から、支給認定時に、同一種類の向精神薬(抗不安薬・睡眠薬等)が3種類以上処方されている場合、その理由を指定自立支援医療機関に確認することが求められるようになった。

また、支給認定後においても必要に応じて、指定自立支援医療機関から診療録(カルテ)の提出を求め、治療状況を把握する仕組みが導入された。

1.8.4 根拠法の改正⁶⁾

平成25年度(2013年度)には、自立支援医療の根拠法が「障害者総合支援法」に改称されたことに伴い、通知内の文言等の整理が行われた。

2. 既存データを用いた調査研究

2.1. 福祉行政報告例

福祉行政報告例における自立支援医療（精神通院医療）の支給認定件数は、2013年度から2023年度にかけて、168万件から259万件へ増加した（表3）。支払決定金額（医科・調剤）は5,389億円から8,097億円へ増加した。一方、レセプトあたり支払決定金額は19,802円から19,147円へ低下した。総額に占める公費負担額の割合も、38.8%から33.4%へ低下した。

表 3. 支給認定件数、レセプト件数（医科・調剤）、支払決定金額（医科・調剤）

年度	支給認定件数	レセプト件数 (医科・調剤)	支払決定金額 (医科・調剤)	レセプトあ たり金額	総額に占める負担区分別の割合 (%)		
					保険	公費	自己負担
2013	1,679,058	27,213,426	538,878,985,000	19,802	55.9	38.8	5.3
2014	1,786,970	28,765,068	563,388,089,000	19,586	56.0	38.8	5.2
2015	1,827,104	30,084,343	585,453,704,000	19,460	56.3	38.5	5.2
2016	1,930,478	31,422,380	606,453,309,000	19,300	56.9	38.1	5.0
2017	2,006,287	32,743,099	636,317,497,000	19,434	57.5	37.5	5.0
2018	2,105,080	34,181,676	644,010,739,000	18,841	58.3	36.7	5.0
2019	2,183,899	35,756,204	662,531,874,000	18,529	59.3	35.7	5.0
2020	2,025,937	36,942,908	673,439,081,000	18,229	59.7	35.3	5.0
2021	2,367,381	39,088,261	735,099,101,000	18,806	60.4	34.6	5.0
2022	2,470,960	40,755,772	761,319,835,000	18,680	61.4	33.8	4.8
2023	2,592,367	42,285,557	809,661,358,000	19,147	62.0	33.4	4.6

支給認定件数に占める所得区分別の構成割合をみると、2013年度から2023年度にかけて、重度かつ継続（中間所得2）は24.6%から27.6%へ、低所得2は9.5%から12.8%へ増加した（表4）。一方で、生活保護は19.3%から17.6%へ、低所得1は25.7%から22.3%へ低下した。

表4. 支給認定件数に占める所得区分別の構成割合

年度	支給認定件数	支給認定件数に占める所得区分別の構成割合 (%)						
		生活保護	低所得1	低所得2	中間所得1	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）
2013	1,679,058	19.3	25.7	9.5	0.7	15.8	24.6	4.4
2014	1,786,970	19.3	25.3	9.7	1.1	15.7	24.8	4.1
2015	1,827,104	19.3	25.2	10.0	0.5	15.7	24.8	4.5
2016	1,930,478	19.2	24.9	10.3	0.8	15.5	24.8	4.5
2017	2,006,287	19.0	24.4	10.7	0.9	15.4	25.2	4.4
2018	2,105,080	18.7	23.8	11.1	1.0	15.2	25.6	4.7
2019	2,183,899	18.4	23.3	11.5	1.0	15.2	26.1	4.5
2020	2,025,937	18.1	23.0	11.3	0.9	15.1	27.2	4.5
2021	2,367,381	17.9	22.4	12.2	0.9	15.1	27.0	4.6
2022	2,470,960	17.7	22.2	12.4	0.9	14.7	27.5	4.6
2023	2,592,367	17.6	22.3	12.8	0.8	14.3	27.6	4.6

2.2. 統計月報

統計月報におけるレセプト件数は、2013年度から2024年度にかけて、医科で1.7倍、調剤で1.9倍、訪問看護で7.5倍に増加した（表5）。また、レセプトあたり公費負担額は、2013年度から2024年度にかけて、医科では10,801円から6,866円へ、調剤では9,911円から6,250円へ低下した。一方で、訪問看護では43,358円から55,452円へ上昇した。

表5. レセプトあたり公費負担額（医科・調剤・訪問看護）

年度	レセプト件数			レセプトあたり公費負担額		
	医科	調剤	訪問看護	医科	調剤	訪問看護
2013	8,389,602	6,395,263	200,110	10,801	9,911	43,358
2014	8,871,135	6,872,741	254,052	10,395	9,708	45,130
2015	9,344,243	7,330,359	315,838	10,053	9,769	46,093
2016	9,861,212	7,821,534	389,645	9,520	8,918	47,020
2017	10,461,348	8,348,469	475,151	9,142	8,790	47,944
2018	11,011,790	8,855,038	568,712	8,711	7,878	48,503
2019	11,570,503	9,369,534	665,093	8,367	7,456	49,220
2020	11,963,817	9,800,763	808,829	7,810	7,226	50,754
2021	12,522,653	10,312,238	946,161	7,539	6,940	52,072
2022	13,120,602	10,865,982	1,103,270	7,205	6,546	52,705
2023	13,706,414	11,393,152	1,293,920	7,084	6,355	54,519
2024	14,288,729	11,968,709	1,503,062	6,866	6,250	55,452

2.3. DeSC データベース

2.3.1 動的コホートの記述

DeSC データベースに含まれる被保険者数は、2014 年度以降、健保では 36 万人から 2018 年度に 84 万人、国保では 27 万人から 2020 年度に 535 万人、後期では 18 万人から 2022 年度に 443 万人へと増加し、それぞれピークに達した（表 6）。DeSC データベースは、保険者及び被保険者の出入りを伴う動的コホートであるため、以後の分析では、各保険種別において被保険者数が比較的安定していた 2018 年度から 2022 年度の結果を中心に解釈する。

表 6. DeSC データベースの保険者種別ごとの被保険者数、平均観察月数、精神通院医療患者割合

算定年度	被保険者数	平均観察月数	精神通院医療患者数	被保険者数に占める精神通院医療患者割合 (%)
健保				
2014	359,247	9.9	1,693	0.5
2015	649,467	11.5	4,678	0.7
2016	684,096	11.1	5,277	0.8
2017	827,230	10.8	6,723	0.8
2018	839,743	11.3	7,213	0.9
2019	830,263	11.4	7,615	0.9
2020	827,078	11.5	8,033	1.0
2021	825,432	11.4	8,550	1.0
2022	665,784	11.2	9,035	1.4
2023	649,564	11.3	9,363	1.4
2024	647,364	11.0	9,868	1.5
国保				
2014	274,021	4.4	5,490	2.0
2015	2,119,629	10.5	44,008	2.1
2016	2,893,223	10.4	54,680	1.9
2017	3,482,782	10.4	71,037	2.0
2018	4,503,566	10.1	101,079	2.2
2019	4,851,856	10.4	115,640	2.4
2020	5,354,226	10.6	133,606	2.5
2021	5,112,318	10.4	155,302	3.0
2022	4,879,319	9.9	156,343	3.2
2023	2,344,514	8.4	80,283	3.4
2024	592,421	7.9	20,038	3.4
後期				
2014	176,438	11.3	0	0.0
2015	179,119	11.2	0	0.0
2016	1,103,863	11.2	6,531	0.6
2017	1,175,554	11.0	7,461	0.6
2018	3,144,879	11.1	21,601	0.7
2019	3,519,755	11.3	25,388	0.7
2020	4,077,453	11.4	28,817	0.7
2021	4,247,421	11.1	32,101	0.8
2022	4,425,819	11.1	37,004	0.8
2023	2,591,637	9.6	21,004	0.8
2024	97,235	9.1	564	0.6

2.3.2 精神通院医療の患者数

DeSC データベースに含まれる精神通院医療のレセプトを有する患者数は、2022 年度にピークに達し、202,382 人であった（表 6）。2018 年度から 2022 年度にかけて、被保険者数に占める精神通院医療のレセプトを有する患者の割合は、健保では 0.9%から 1.4%へ、国保では 2.2%から 3.2%へ、後期では 0.7%から 0.8%へ増加した。

2018 年度から 2022 年度にかけて、年齢区分別にみた被保険者数に占める精神通院医療のレセプトを有する患者の割合について、差が最も大きかった年齢区分は、健保では 20~34 歳で 0.8 ポイント（1.1% vs. 1.9%）、国保では 50~64 歳で 1.9 ポイント（3.6% vs. 5.5%）、後期では 65~74 歳で 2.2 ポイント（6.1% vs. 8.3%）であった（表 7）。また、比が最も大きかった年齢区分は、健保では 20~34 歳で 1.7 倍（1.1% vs. 1.9%）、国保では 0~19 歳で 1.6 倍（0.28% vs. 0.45%）、後期では 65~74 歳で 1.4 倍（6.1% vs. 8.3%）であった。

表 7. 保険者種別・年齢区分別の被保険者数に占める精神通院医療の割合（%）

算定年度	年齢区分						
	0~19 歳	20~34 歳	35~49 歳	50~64 歳	65~74 歳	75~84 歳	85 歳以上
健保							
2018	0.2	1.1	1.2	1.0	0.5	—	—
2019	0.2	1.2	1.2	1.1	0.6	—	—
2020	0.2	1.3	1.3	1.1	0.6	—	—
2021	0.3	1.4	1.4	1.2	0.5	—	—
2022	0.3	1.9	1.8	1.5	0.7	—	—
国保							
2018	0.3	2.4	5.0	3.6	1.0	—	—
2019	0.3	2.4	5.2	3.9	1.1	—	—
2020	0.3	2.8	5.4	4.1	1.1	—	—
2021	0.4	3.7	6.5	5.1	1.3	—	—
2022	0.4	3.7	6.8	5.5	1.3	—	—
後期							
2018	—	—	—	—	6.1	0.6	0.4
2019	—	—	—	—	6.9	0.7	0.4
2020	—	—	—	—	6.5	0.7	0.4
2021	—	—	—	—	7.2	0.7	0.5
2022	—	—	—	—	8.3	0.8	0.5

2018年度から2022年度にかけて、傷病名区別にみた被保険者数に占める精神通院医療の患者数（人口10,000対）について、差が最も大きかった傷病名区分は、健保ではF3で36.6（60.6 vs. 97.2）、国保ではF3で73.6（139.1 vs. 212.7）、後期ではF3で9.6（38.7 vs. 48.3）であった。また、比が最も大きかった傷病名区分は、健保ではF8で2.1倍（7.3 vs. 15.6）、国保ではF9で2.2倍（11.9 vs. 26.0）、後期ではF8で2.2倍（0.14 vs. 0.30）であった（表8）。

表 8. 保険者種別・傷病名区別の被保険者数に占める精神通院医療の患者数（人口10,000対）

算定年度	傷病名区分										
	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	G40
健保											
2018	1.8	2.0	34.3	60.6	34.8	2.4	1.0	1.8	7.3	10.2	16.5
2019	2.1	2.2	36.3	65.0	37.8	2.5	1.1	1.8	8.7	11.9	17.1
2020	2.1	2.4	38.3	69.1	41.3	2.6	1.3	2.1	9.9	12.9	17.8
2021	2.1	2.5	40.6	73.8	45.0	2.8	1.3	2.3	11.2	14.6	18.8
2022	2.6	3.1	53.1	97.2	61.3	3.7	1.6	3.2	15.6	20.0	23.9
国保											
2018	10.0	7.7	138.8	139.1	78.8	4.1	2.3	8.0	10.5	11.9	50.9
2019	10.5	8.4	145.6	150.4	87.9	4.5	2.7	9.1	12.5	14.4	54.8
2020	10.8	8.9	151.4	159.1	95.0	4.6	2.8	10.2	14.3	16.4	56.7
2021	13.0	10.7	180.2	197.6	118.4	5.9	3.6	12.9	19.6	22.5	67.0
2022	13.4	10.9	188.4	212.7	130.2	6.2	3.8	13.9	22.1	26.0	70.4
後期											
2018	27.4	3.1	34.3	38.7	15.1	1.3	0.1	0.5	0.1	1.8	11.1
2019	28.8	3.1	36.2	40.7	16.4	1.2	0.1	0.4	0.2	1.8	11.7
2020	27.8	2.8	36.6	40.2	16.7	1.2	0.1	0.6	0.2	1.6	12.0
2021	29.7	2.7	39.5	43.2	18.6	1.3	0.2	0.7	0.2	1.5	12.9
2022	33.2	2.7	43.7	48.3	21.7	1.3	0.2	0.8	0.3	1.5	14.5

2018年度から2022年度にかけて、年齢区別にみた被保険者数に占める、精神通院医療かつ精神科訪問看護を利用する患者数（人口10,000対）について、差が最も大きかった年齢区分は、健保では20~34歳で3.3（2.2 vs. 5.5）、国保では50~64歳で24.6（38.4 vs. 63.0）、後期では65~74歳で75.7（93.8 vs. 169.6）であった（表9）。また、比が最も大きかった年齢区分は、健保では0~19歳で8.1倍（0.2 vs. 1.8）、国保では0~19歳で3.6倍（0.5 vs. 2.0）、後期では85歳以上で3.2倍（5.5 vs. 17.5）であった。

表9. 保険者種別・年齢区別の被保険者数に占める精神通院医療かつ精神科訪問看護の患者数（人口10,000対）

算定年度	年齢区分						
	0~19歳	20~34歳	35~49歳	50~64歳	65~74歳	75~84歳	85歳以上
健保							
2018	0.2	2.2	2.2	1.9	1.8	—	—
2019	0.4	1.7	2.4	2.2	1.9	—	—
2020	0.7	2.9	3.0	2.3	2.9	—	—
2021	0.9	3.3	3.6	3.2	2.8	—	—
2022	1.8	5.5	5.2	3.9	3.5	—	—
国保							
2018	0.5	9.7	35.0	38.4	9.2	—	—
2019	0.7	10.5	38.2	43.2	10.8	—	—
2020	1.0	13.5	42.0	46.6	11.4	—	—
2021	1.4	18.9	52.1	58.7	14.0	—	—
2022	2.0	19.3	56.7	63.0	15.1	—	—
後期							
2018	—	—	—	—	93.8	8.2	5.5
2019	—	—	—	—	120.5	9.9	7.1
2020	—	—	—	—	114.8	11.1	8.8
2021	—	—	—	—	138.6	12.8	12.6
2022	—	—	—	—	169.6	15.8	17.5

2.3.3 精神通院医療のレセプトあたり支払決定金額

2018年度から2022年度にかけて、レセプトあたり支払決定金額（全体）は、健保では14,388円から12,920円へ、国保では18,300円から15,997円へ、後期では21,331円から20,557円へ低下した。精神通院医療の医科外来レセプトあたり支払決定金額は、健保では12,214円から10,921円へ、国保では18,773円から16,132円へ低下した（表10）。一方、後期では24,400円から25,020円へ上昇した。また、精神通院医療の調剤レセプトあたり支払決定金額は、健保では16,986円から15,257円へ、国保では17,664円から15,825円へ、後期では17,223円から14,828円へ低下した。

表 10. 保険者種別の精神通院医療のレセプト件数及びレセプトあたり支払決定金額

算定年度	レセプト件数			レセプトあたり金額		
	全体	医科外来	調剤	全体	医科外来	調剤
健保						
2018	110,671	60,250	50,421	14,388	12,214	16,986
2019	117,008	63,431	53,577	13,960	11,772	16,550
2020	123,831	66,861	56,970	13,548	10,901	16,655
2021	130,576	70,353	60,223	13,361	10,814	16,337
2022	137,460	74,081	63,379	12,920	10,921	15,257
国保						
2018	1,493,880	857,520	636,360	18,300	18,773	17,664
2019	1,778,901	1,015,013	763,888	17,883	18,227	17,425
2020	2,047,104	1,158,128	888,976	17,030	17,017	17,046
2021	2,350,869	1,320,626	1,030,243	16,506	16,448	16,580
2022	2,261,405	1,269,752	991,653	15,997	16,132	15,825
後期						
2018	312,452	178,869	133,583	21,331	24,400	17,223
2019	362,892	208,205	154,687	22,250	25,980	17,228
2020	416,300	235,881	180,419	21,398	25,225	16,395
2021	445,044	251,669	193,375	21,252	25,684	15,485
2022	514,041	288,989	225,052	20,557	25,020	14,828

2022年度において、通院・在宅精神療法の算定がない精神通院医療の医科外来レセプトの割合は、健保では10.5%、国保では12.5%、後期では23.9%であった（表11）。また、てんかんの傷病名を有するレセプトを除いた場合、この割合は健保では6.7%、国保では9.7%、後期では22.5%であった。さらに、2018年度から2022年度にかけて、てんかんの傷病名を有するレセプトを除いた場合の通院・在宅精神療法の算定がない精神通院医療の医科外来レセプトの割合は、後期では19.4%から22.5%へ上昇した。

また、通院・在宅精神療法の算定があり、かつ、てんかんの傷病名を有するレセプトを除外した場合においても、医科外来レセプトあたり支払決定金額については、全体と同様の傾向が認められた（表 10、表 11）。

表 11. 保険者種別×てんかん区分×通院・在宅精神療法区分別の精神通院医療の医科外来レセプト件数及びレセプトあたり支払決定金額

算定年度	レセプト件数				レセプトあたり支払決定金額			
	てんかん含む		てんかん除く		てんかん含む		てんかん除く	
	通精あり	通精なし	通精あり	通精なし	通精あり	通精なし	通精あり	通精なし
健保								
2018	53,873	6,377	46,831	3,356	10,604	25,819	10,161	33,636
2019	56,968	6,463	49,996	3,511	10,309	24,671	10,047	32,058
2020	59,407	7,454	52,501	4,120	9,826	19,470	9,591	24,164
2021	62,810	7,543	55,815	3,949	9,767	19,532	9,547	24,268
2022	66,274	7,807	59,005	4,223	9,677	21,482	9,400	28,520
国保								
2018	750,416	107,104	609,294	65,222	14,852	46,244	14,024	53,518
2019	892,343	122,670	720,514	74,537	14,664	44,147	13,896	50,999
2020	1,001,588	156,540	814,133	96,942	14,021	36,187	13,329	41,042
2021	1,150,020	170,606	940,345	105,632	13,600	35,647	12,923	40,079
2022	1,110,596	159,156	908,690	98,309	13,430	34,989	12,739	39,409
後期								
2018	141,528	37,341	122,792	29,581	15,068	59,769	14,738	64,052
2019	162,626	45,579	140,445	36,327	15,377	63,813	15,050	68,376
2020	179,230	56,651	154,883	44,622	15,439	56,186	15,160	60,298
2021	191,148	60,521	164,484	47,891	15,866	56,692	15,579	61,065
2022	219,846	69,143	188,147	54,674	15,876	54,091	15,604	58,704

通精＝通院・在宅精神療法の算定

認知症の傷病名を有するレセプトは、主として国保及び後期で観察された（表 12）。2018 年度から 2022 年度にかけて、認知症の傷病名を有し、かつ、精神科専門療法の算定がない精神通院医療の医科外来レセプトの割合は、国保では 17.4%から 19.9%へ上昇した一方、後期では 16.3%から 14.9%へ低下した。2022 年度における医科外来レセプトあたり支払決定金額は、後期では、精神科専門療法の算定がある場合の方が、算定がない場合と比べて 16,434 円高かった（39,094 円 vs. 22,660 円）。国保でも、精神科専門療法の算定がある場合の方が、算定がない場合と比べて高かった（24,408 円 vs. 14,907 円）。

表 12. 保険者種別×精神科専門療法区分別の認知症の傷病名を有する精神通院医療の
医科外来レセプト件数及びレセプトあたり支払決定金額

算定年度	レセプト件数		レセプトあたり支払決定金額	
	精神科専門療法 あり	精神科専門療法 なし	精神科専門療法 あり	精神科専門療法 なし
健保				
2018	755	259	14,233	22,878
2019	892	295	16,024	18,639
2020	843	299	13,144	11,678
2021	814	249	10,082	12,439
2022	873	234	15,492	12,756
国保				
2018	27,355	5,761	29,795	14,511
2019	32,173	6,625	28,365	15,294
2020	34,341	8,408	26,828	13,800
2021	39,458	9,244	25,401	15,434
2022	36,311	9,005	24,408	14,907
後期				
2018	55,433	10,804	37,830	22,459
2019	65,020	12,207	41,120	22,839
2020	71,668	14,950	40,188	21,300
2021	78,643	14,637	40,147	22,107
2022	91,793	16,074	39,094	22,660

2.3.4 医療費の分布

2018年度から2022年度にかけて、4,000~9,999円台の精神通院医療の医科外来レセプトの割合は、健保では67.5%から70.5%へ、国保では57.9%から61.6%へ増加した（表13）。一方、後期では54.4%から52.8%へ低下した。また、0~3,999円台のレセプトの割合は、健保では3.8%から5.1%へ、国保では3.9%から5.3%へ、後期では4.3%から5.9%へ増加した。一方、10,000~19,999円台のレセプトの割合は、健保では17.1%から15.1%へ、国保では18.0%から16.4%へ低下した。なお、後期では、50,000~299,999円台のレセプトの割合が12.4%から13.4%の範囲で推移していた。

表 13. 保険者種別×医療費区分別の精神通院医療の医科外来レセプトの構成割合

算定年度	医療費区分						
	≤3999	4000~9999	10000~19999	20000~29999	30000~49999	50000~299999	≥300000
健保							
2018	3.8	67.5	17.1	5.0	2.9	3.6	0.0
2019	3.8	68.9	16.5	4.7	2.7	3.4	0.0
2020	5.2	69.5	15.5	4.4	2.4	3.0	0.0
2021	5.0	70.2	15.4	4.1	2.4	3.0	0.0
2022	5.1	70.5	15.1	3.9	2.5	2.8	0.0
国保							
2018	3.9	57.9	18.0	6.7	5.2	8.3	0.1
2019	3.8	59.0	17.7	6.4	5.0	8.0	0.1
2020	5.3	59.8	16.9	5.9	4.6	7.4	0.1
2021	5.1	61.1	16.6	5.7	4.3	7.0	0.1
2022	5.3	61.6	16.4	5.6	4.5	6.5	0.1
後期							
2018	4.3	54.4	14.9	7.3	6.5	12.4	0.1
2019	4.5	53.4	15.1	7.1	6.4	13.4	0.2
2020	6.3	53.0	14.5	7.1	6.1	12.8	0.2
2021	5.9	52.9	14.7	7.1	6.0	13.3	0.2
2022	5.9	52.8	14.9	7.3	6.2	12.8	0.2

てんかんの傷病名を除いた精神通院医療の医科外来レセプトの分布についても、同様の傾向がみられた（表 14）。

表 14. 保険者種別×医療費区別の精神通院医療の医科外来レセプトの構成割合（てんかんを除く）

算定年度	医療費区分						
	≤3999	4000~9999	10000~19999	20000~29999	30000~49999	50000~299999	≥300000
健保							
2018	2.6	70.6	16.5	4.4	2.5	3.5	0.0
2019	2.6	71.6	15.8	4.2	2.3	3.4	0.0
2020	3.9	72.2	15.0	3.8	2.1	3.0	0.0
2021	3.6	72.9	14.9	3.6	2.1	2.9	0.0
2022	3.7	73.3	14.5	3.4	2.4	2.8	0.0
国保							
2018	2.9	60.9	17.7	6.1	4.6	7.7	0.1
2019	2.9	62.0	17.3	5.8	4.5	7.4	0.1
2020	4.2	62.7	16.6	5.4	4.1	6.9	0.1
2021	4.2	63.9	16.3	5.2	3.9	6.6	0.1
2022	4.3	64.6	16.0	5.0	4.1	6.0	0.1
後期							
2018	3.8	55.9	14.6	6.9	6.2	12.5	0.1
2019	3.9	54.9	14.6	6.7	6.1	13.6	0.2
2020	5.7	54.5	14.0	6.8	5.9	12.9	0.2
2021	5.4	54.2	14.2	6.9	5.7	13.4	0.2
2022	5.3	54.0	14.4	7.0	5.9	13.1	0.2

認知症の傷病名を有するレセプトは主として国保及び後期で観察されたため、以下ではこれらの結果を中心に記載する。2018年度から2022年度にかけて、認知症の傷病名を有し、かつ、精神科専門療法の算定がある精神通院医療の医科外来レセプトのうち、4,000~9,999円台のレセプトの割合は、国保では51.2%から53.4%へ上昇した（表15）。一方、後期では46.7%から41.7%へ低下した。また、50,000~299,999円台のレセプトの割合は、国保では14.7%から11.6%へ低下した一方、後期では21.8%から23.7%の範囲で推移した。

表15. 保険者種別×医療費区分別の精神通院医療の医科外来レセプトの構成割合（認知症の傷病名を有し、かつ、精神科専門療法の算定がある場合）

算定年度	医療費区分						
	≤3999	4000~9999	10000~19999	20000~29999	30000~49999	50000~299999	≥300000
健保							
2018	0.7	63.2	14.3	8.9	8.9	4.1	0.0
2019	1.2	65.7	12.9	8.5	6.3	5.4	0.0
2020	1.1	67.5	15.7	8.9	3.3	3.6	0.0
2021	3.6	73.8	11.1	6.0	3.8	1.7	0.0
2022	3.6	68.2	12.1	6.0	4.5	5.7	0.0
国保							
2018	1.7	51.2	16.1	8.1	7.8	14.7	0.4
2019	1.6	52.2	16.3	8.2	7.4	14.0	0.3
2020	2.4	53.1	16.5	7.5	6.8	13.6	0.2
2021	3.1	53.6	16.2	7.4	6.8	12.7	0.2
2022	3.8	53.4	16.5	7.8	6.7	11.6	0.2
後期							
2018	1.7	46.7	13.0	8.4	8.1	21.8	0.3
2019	1.8	44.7	13.6	8.0	7.9	23.7	0.4
2020	2.2	44.7	13.5	8.7	8.0	22.4	0.4
2021	2.4	43.5	14.0	9.3	7.9	22.5	0.4
2022	3.0	41.7	14.7	9.8	8.4	21.9	0.4

2018年度から2022年度にかけて、認知症の傷病名を有し、かつ、精神科専門療法の算定がない精神通院医療の医科外来レセプトでは、国保及び後期のいずれにおいても、0~3,999円台のレセプトの割合が最も高く、4,000~9,999円台がこれに続いた（表16）。これらの割合は、国保ではそれぞれ38.0%~42.1%、25.0%~28.0%、後期では24.2%~29.3%、19.6%~21.2%の範囲で推移していた。

表16. 保険者種別×医療費区分別の精神通院医療の医科外来レセプトの構成割合（認知症の傷病名を有し、かつ、精神科専門療法の算定がない場合）

算定年度	医療費区分						
	≤3999	4000~9999	10000~19999	20000~29999	30000~49999	50000~299999	≥300000
健保							
2018	45.6	26.3	8.1	5.8	9.7	3.1	1.5
2019	47.8	25.4	10.2	7.1	3.7	4.4	1.4
2020	48.8	22.1	12.4	9.4	2.7	4.7	0.0
2021	39.8	26.1	19.3	6.0	5.6	2.8	0.4
2022	44.0	25.6	12.4	8.1	4.3	5.6	0.0
国保							
2018	38.2	27.0	14.3	8.1	6.9	5.2	0.3
2019	38.1	28.0	12.9	7.8	7.0	6.0	0.2
2020	42.1	25.0	12.5	7.3	7.3	5.8	0.0
2021	38.0	26.8	13.5	7.9	7.5	6.1	0.2
2022	38.4	27.0	14.5	8.3	6.5	5.0	0.3
後期							
2018	24.2	20.5	15.5	15.3	12.7	11.6	0.1
2019	25.4	20.0	15.5	14.0	12.6	12.3	0.1
2020	29.3	19.6	14.9	12.9	11.1	12.1	0.1
2021	27.2	20.6	14.5	13.4	11.5	12.8	0.0
2022	26.1	21.2	15.3	13.4	11.3	12.6	0.1

2.3.5 低額レセプトのモデルケース

低額レセプト（0~3,999円）のモデルケースを2つ示す。第1に、低額レセプトの約72%では、通院・在宅精神療法の算定がなかった。具体的には、再診料及び処方箋料のみが算定されているようなケースである（表17）。第2に、低額レセプトの約13%では、処方料または処方箋料の算定がなかった。具体的には、外来診療料のみが算定されているようなケースである（表18）。

表 17. 低額レセプト（0~3,999円）のモデルケース①

診療行為名称	点	回数
再診料	73	1
処方箋料	68	1

表 18. 低額レセプト（0~3,999円）のモデルケース②

診療行為名称	点	回数
外来診療料	74	1

2.3.6 高額レセプトのモデルケース

高額レセプト（300,000 円以上）のモデルケースを 2 つ示す。第 1 に、高額レセプトの約 57%では、精神科デイ・ナイト・ケア（区分番号：I010-02）の算定が認められた。具体的には、精神科デイ・ナイト・ケアがほぼ毎日算定されているようなケースである（表 19）。第 2 に、高額レセプトの約 18%では、重度認知症患者デイ・ケア料（区分番号：I015-00）の算定が認められた。具体的には、重度認知症患者デイ・ケア料がほぼ毎日算定されているようなケースである（表 20）。

表 19. 高額レセプト（300,000 円以上）のモデルケース①

診療行為名称	点	回数
精神科デイ・ナイト・ケア	1000	31
再診料	73	31

表 20. 高額レセプト（300,000 円以上）のモデルケース②

診療行為名称	点	回数
重度認知症患者デイ・ケア料	1040	30
再診料	73	30

3. ヒアリング調査

精神通院医療の支給認定申請及び制度運用に関与している 67 か所の精神保健福祉センターのうち 64 センターから回答を得た (64/67=96%)。

3.1. 選択式設問への回答

疑義や違和感のある申請の増減については、「増えているように感じる (多いように感じる)」が 52%で最も多かった。「重度かつ継続」の判断で問題となった事案については、「なし」が 80%であり、判定医の資格要件の確認方法についても「なし」が 77%で最も多かった。レセプト審査を担当している機関・部署としては、「社会保険診療報酬支払基金または国民健康保険連合会」及び「本庁の担当部署」の回答が多かった。自治体独自のレセプト点検については「あり」が 53%であり、基金等以外への外部委託については「なし」が 56%であった。

表 21. 回答分布

項目	回答数	%
1. 疑義や違和感のある申請の増減		
増えているように感じる (多いように感じる)	33	51.6
変わらない・減っているように感じる (少ないように感じる)	24	37.5
わからない	7	10.9
3. 重度かつ継続の判断で問題となった事案		
なし	51	79.7
あり	10	15.6
わからない	3	4.7
4. 判定医の資格要件の確認方法で問題となった事案		
なし	49	76.6
あり	12	18.8
わからない	3	4.7
6. レセプト審査を担当している機関・部署*		
本庁の担当部署	47	73.4
社会保険診療報酬支払基金または国民健康保険連合会	42	65.6
精神保健福祉センター	5	7.8
その他	3	4.7
7. 自治体独自のレセプト点検		
レセプト点検なし	20	31.3
レセプト点検あり	34	53.1
わからない	10	15.6
8. 基金等以外への外部委託		
基金等以外への外部委託なし	36	56.3
基金等以外への外部委託あり	14	21.9
わからない	14	21.9

※複数選択可の項目であるため回答数の合計は回収数に一致しない。

3.2. 自由記述式設問への回答（付録①参照）

3.2.1 疑義や違和感のある精神通院医療の申請

疑義や違和感のある精神通院医療の申請に関する自由記述では、主に以下のような論点が挙げられた。

第1に、精神通院医療の対象範囲に該当するかが不明確な申請である。具体的には、認知症、軽度認知障害、知的障害、高次脳機能障害、不眠症、適応障害、てんかんなどについて、精神症状の記載が乏しい、または主たる精神障害としての妥当性が不明確なまま申請される事例が挙げられた。また、ICDコードがF00~F99またはG40に該当しない申請や、病名は精神障害であっても、実際の治療内容が制度の対象に該当しにくいケースもみられた。さらに、精神科以外の診療科が関与する申請や、形式上は指定医療機関であっても、実質的には身体疾患または原疾患の管理が中心とみられる事例も指摘された。

第2に、診断書の記載不備や、病名・症状・治療内容の整合性に関する疑義である。たとえば、現在の病状、状態像、検査所見、治療方針などの記載漏れ、患者本人の申告にとどまる診断書、病歴や発達歴の記載不足、病名と症状経過または治療内容との不一致、ICDコードとの不一致、定型的記載が多く個別性が読み取りにくい診断書などが挙げられた。加えて、他自治体様式の診断書で必要な情報が不足している例、診断書作成日が古い例、他院処方薬が混在し治療内容の把握が困難な例、特定の医療機関から類似した内容の診断書が集中的に提出される例もみられた。

第3に、身体疾患や身体科医療が精神通院医療に含まれているのではないかという疑義である。具体例として、内科系治療薬、アレルギー薬、持続陽圧呼吸療法、脳腫瘍または脳血管障害に対する画像検査、身体リハビリテーション、失語症に対する訓練、身体合併症に対する投薬、レカネマブ等の認知症治療薬の投与、熱傷処置を目的とした訪問看護などが挙げられ、精神障害そのものではなく、原疾患や身体症状への医療が中心ではないかとの懸念が示された。あわせて、検査や薬剤の適用範囲があいまいで、判断に苦慮するとの意見

もみられた。さらに、症候性てんかんについて、原因疾患である脳腫瘍等に対する治療や検査が精神通院医療として申請される事例も報告された。

第4に、継続的な通院精神医療の必要性が読み取りにくい申請である。初診から間もない時点での申請、年1~2回程度の受診、診断書作成時のみの受診、有事再診のみの記載、投薬のないてんかんやうつ病等の申請、デイ・ケアのみを利用しているケース、長期入院中または退院見込みが乏しいにもかかわらず再認定申請がなされるケースなどが挙げられ、継続的治療を要する状態として承認してよいか疑問が呈されていた。加えて、高齢者で、これまで精神科治療歴がなく、軽度の不安または抑うつに対して薬物療法もないにもかかわらず、精神科デイ・ケアの利用を目的として初診直後に申請される事例も報告された。

第5に、複数医療機関・複数薬局の指定申請に関する疑義である。医療の重複がないことや、やむを得ない事情が十分に確認できないまま追加申請がなされる例、利便性のみを理由とした追加申請、精神科と身体科の複数機関申請、検査のみを目的とした追加申請、診断書を作成した医療機関とは別の指定医療機関で制度利用を希望する申請、デイ・ケアや訪問看護の複数指定、複数医療機関間で頻回に変更を繰り返す事案などが挙げられた。特に、てんかん、認知症、発達障害、睡眠障害、高次脳機能障害などで、複数機関の役割分担や制度上の位置づけが不明確なまま申請されることへの指摘がみられた。加えて、レカネマブ投与に関連して、画像検査、点滴実施、交通事情等を理由に複数医療機関の指定を求める事例や、併存する精神障害ごとに医療機関を分ける申請についても、判断に迷う事例として報告された。

第6に、訪問看護、デイ・ケア、在宅医療、オンライン診療等の運用に関する疑義である。診断書に主治医の指示が明記されていないにもかかわらず、訪問看護やデイ・ケアが申請されるケース、介護保険や他制度が優先されるべきと思われる訪問看護利用、通院困難の記載がないにもかかわらず在宅訪問診療等が請求されているケース、施設入所者や高齢者を主な対象とする訪問診療・訪問看護に関連する申請、オンライン診療の取扱いなどが挙げられた。加え

て、サービス付き高齢者向け住宅等の入居者に対し、訪問看護とあわせて申請される事例も報告された。

さらに、制度運用や判断基準のあいまいさに起因する困難も指摘された。特に、認知症や知的障害に精神症状を伴う場合の判断、精神障害に起因して生じた身体病態をどこまで対象とするか、レカネマブ等の新規治療の位置づけ、複数医療機関の追加可否、居住地原則と居住地特例の適用整理などについて、自治体や判定担当者が判断に苦慮している実態がうかがわれた。また、一部には、申請件数の増加に伴い、こうした疑義事例を漏れなく把握することが困難になりつつあるとの意見や、所得確認等の事務手続、類似申請が集中する場合の確認対応など、実務負担に関する指摘もみられた。

3.2.2 重度かつ継続の判断

「重度かつ継続」の判断に関する自由記述では、問題となった事例として、診断書上は「重度かつ継続」に該当すると記載されていても、その必要性や根拠、重症度が十分に読み取れない事例が挙げられた。特に、F4・F8・F9コードに関連する事例や、発達障害等を背景に二次的な抑うつ症状が前景化している事例では、社会生活または日常生活への支障の程度が診断書から明確に把握しにくいにもかかわらず、「重度かつ継続」が「有」と記載されている場合があることが指摘された。また、記載内容の不足から返戻して追記を求めても、なお重症度が明確にならない事例があることも報告された。

さらに、多くの事例が「重度かつ継続」に該当とされ、非該当とされる事例が比較的少ないため、「重度」といえるか疑義を感じる事例があっても十分に審査しにくい、という課題も挙げられた。加えて、転入前後で「重度かつ継続」の判定が異なる事例が報告され、自治体間で判定に差がある可能性もうかがわれた。

また、F8・F9コードの対象者について、「重度かつ継続」に関する意見が記載されていても、診断書上の症状欄に「(6) 情動及び行動の障害」または「(7) 不安及び不穏」へのチェックがない場合は認めないようにしているなど、判定基準の整合性向上に関する論点も示された。さらに、自治体ごとに診

断書様式が異なるため、他自治体様式では「重度かつ継続」に関する記載の取扱いが十分に一致せず、追加の照会を要する場合があることも指摘された。以上より、「重度かつ継続」の判断をめぐっては、重症度評価の基準の明確化と、自治体間・様式間の運用の標準化が課題であることが示された。

3.2.3 重度かつ継続の判定医

自由記述では、主として「重度かつ継続」の判定を行う医師の資格要件や、精神医療に一定以上従事した経験の確認方法に関する事案が報告された。具体的には、指定医番号の記載漏れ、指定医番号の誤記や桁数の不一致、精神科医であっても経験年数が3年未満であるにもかかわらず診断書が作成されている事例などが挙げられた。また、精神科以外の医師が、精神医療に従事した経験を記載する欄に精神医療と直接関係しない経歴を記載している事例や、勤務先医療機関名の記載はあるものの勤務期間の記載がなく、3年以上の従事歴があるか判断できない事例もみられた。さらに、「担当診療科は精神科ではないが精神医療に従事したことがある」とのみ記載される場合や、略歴について個人情報情報を理由に記載されない場合もあり、資格要件の確認に苦慮する状況が示された。

加えて、診断書の不備が頻繁にみられること、記載内容が簡略であること、精神科用語の使い方が不適切であること、診断名と記載内容に不一致があることなどから、当該医師が精神医療に一定以上の経験を有するかについて疑義が生じる事例も報告された。また、てんかん専門医や神経内科医、小児科医等を精神医療従事者とみなし得るかどうかについて判断に迷うとの意見もみられ、精神科以外の医師が作成した診断書における要件該当性の判断の難しさもうかがわれた。

こうした事案に対しては、指定医によるダブルチェックを求めた例や、記載内容では「重度かつ継続」を認められない旨を返却した例が報告された。一方で、申請者を長期間診療していることを理由に承認した事例もみられ、実務上の判断には一定のばらつきがあることがうかがわれた。さらに、指定医番号や

精神医療経験年数の記載を求めても、確認が自己申告に依存しているため、明らかな疑義がない限り指摘が難しいとの意見もみられた。

さらに、自由記述では、判定医の資格要件を指定医または精神科専門医に限定すること、精神医療経験を自己申告のみに依存せず客観的資料で確認すること、「重度かつ継続」の判断基準をより客観化すること、対象薬剤の範囲を国主導で整理・周知することなど、制度運用の明確化を求める意見も示された。加えて、指定医番号を自治体横断で確認できる仕組みや、電子診断書における自動表示など、確認事務の効率化を求める意見もみられた。

3.2.4 制度の範囲を超えた適用を防ぐ方法

精神通院医療が制度の範囲を超えて拡大して適用されることを防ぐための方策に関する自由記述では、主に以下のような論点が挙げられた。第1に、制度の適用範囲や判断基準をより明確化する必要性が多く指摘された。具体的には、平成18年以降大きな見直しが行われていない判定指針について、F00~F99及びG40を含む対象範囲や、精神障害に起因して生じた病態の範囲、「重度かつ継続」の具体例、対象薬剤・対象外薬剤の整理などを、国がより具体的に示すべきであるとの意見がみられた。また、「継続的な通院」の定義、複数診療科を有する医療機関における「当該診療科」の解釈、高次脳機能障害に対する言語聴覚療法やてんかん術後フォローの取扱いなどについても、Q&Aや具体例を含めて明確に示すことが求められていた。さらに、適用外となる具体例を通知等で示すことにより、自治体や医療機関において説明しやすくなるとの指摘もあった。

第2に、医療機関等への制度周知の強化が必要であるとの意見が多くみられた。特に、精神科以外の医師や医療機関、薬局、訪問看護事業所などにおいて、制度の趣旨や適用範囲が十分に理解されていないことが、制度の範囲を超えた申請や請求につながっている可能性が指摘された。そのため、厚生労働省等による簡易なリーフレットや、全国統一の診断書作成マニュアル、審査ガイドラインの整備・周知を求める意見がみられた。また、制度の適切な利用を図

るためには、医療機関だけでなく利用者に対する周知も重要であるとの指摘があった。

第3に、レセプト審査や事後的な実績確認の強化が挙げられた。申請時点では、実際にどのような医療行為が行われるかを把握することに限界があるため、認定後のレセプト点検により、制度の適用範囲内の医療であるかを確認する必要があるとの意見が複数みられた。具体的には、レセプトの全件点検、無作為抽出による確認、AI等を活用した抽出システムの導入、国保連・支払基金と連携した点検体制の構築、外部委託の活用、除外した薬剤や治療方法のデータ蓄積、医療機関への返戻や注意喚起などが提案された。一部には、医療機関に対する罰則の強化や不適切事例の公表を求める意見もみられた。一方で、網羅的な点検には多大な人員負担を要することも課題として指摘された。

第4に、診断書や指定医療機関に関する要件の厳格化を求める意見もみられた。中身の薄い診断書や、診断名と治療内容の整合性に乏しい診断書が多いことから、診断書を作成できる医療機関を精神保健指定医在籍機関などに限定すべきであるとの意見があった。また、初診時に直ちに診断書を作成して申請する事例を問題視し、一定期間の定期通院を申請要件とすることや、本人の生活能力評価を取り入れて重症度を確認する仕組みを設けることなども提案された。

第5に、制度の範囲を超えた適用を識別する際のチェックポイントとして、病名・症状・治療内容の整合性を確認することの重要性が指摘された。具体的には、主たる精神障害及び従たる精神障害の病名と、病歴、症状、検査所見、処方内容、訪問看護指示内容、実際の治療内容との整合性を確認すること、主たる精神障害に関連しない身体科治療薬や身体疾患に対する検査・治療が含まれていないかを確認すること、複数医療機関を申請している場合には役割分担、双方の診断書、医療機関間の情報連携、主たる医療機関での必要性確認を行うことなどが挙げられた。加えて、軽症例、高額治療、身体管理が中心の訪問看護、主治医以外による複数機関申請なども、留意すべきポイントとして示された。さらに、受給者証に支給認定病名の記載がないため、医療機関変更後

や薬局、訪問看護事業所において、認定された病名に即した請求であるか判断しにくいとの指摘もみられた。

第6に、特に判断が難しい対象として、認知症治療薬や高額治療、身体疾患由来の症状を伴う事例が挙げられた。特にレカネマブ等の認知症治療薬については、高額であることに加え、BPSDを伴わない認知症への適用可否に自治体間で判断の揺れがあることから、国による明確な整理を求める意見が複数みられた。また、神経疾患や原疾患に対する検査・治療が、精神障害名を付して制度の対象として申請されることへの懸念も示された。加えて、認知症を自立支援医療の対象疾患としてどのように位置づけるか、高齢者医療や介護領域との役割分担をどう整理するかについても論点として挙げられた。

さらに、制度運用の全国的な統一や見直しを求める意見もみられた。具体的には、全国共通の審査ガイドラインや診断書様式の策定、自治体間の判定のばらつきの是正、登録指定医療機関等の要件の厳格化、経過的特例や所得区分の取扱いの見直し、再認定手続の簡素化などが挙げられた。また、一部には、対象疾病をより限定すること、精神科外来医療全体の自己負担の在り方を見直すこと、高齢者医療や他助成制度との役割分担を再整理することなど、制度設計そのものの見直しを求める意見もみられた。一方で、制度の範囲を超えた適用の有無を適切に判断するためには、まず制度の適用範囲自体をより明確に整理する必要があるとの指摘もみられた。

3.2.5 レセプト点検の内容

レセプト点検の実施状況や内容に関する自由記述では、資格点検と診療内容点検の両面が挙げられた。資格点検としては、受給者が受給者台帳に登録された有効期間内の対象者であること、当該自治体の受給者であること、受給者証の有効期間内の診療であること、指定自立支援医療機関からの請求であることなどを確認しているとの記載がみられた。

診療内容点検としては、請求内容が精神通院医療の範囲内の診療、処方、調剤であるかを確認するほか、入院治療、歯科診療、身体治療が混在していないか、傷病名と診療内容の妥当性、加算の適切さ、投薬内容の妥当性、重複請求

の有無などを点検しているとの回答がみられた。加えて、精神通院医療の国要綱や厚生労働省の過去通知等に基づき、公費負担対象に含まれる医療か否かを判断していることや、診療報酬の算定ルールに基づく審査、いわゆる保険者の二次査定を行っているとの記載もみられた。

一方で、点検は限定的にしか実施できていないとの回答もみられた。過誤調整時にレセプトを確認して還付金や追徴金を算定するにとどまる場合や、医療機関・関係機関からの問い合わせがあった場合、不審な点が認められた場合に限って点検を行う事例があった。また、支払基金から提供されるレセプト情報を民間のレセプト管理サービスにより確認しているものの、請求件数が多いため全件点検は困難であり、一部のみ点検しているとの回答があった。年間100件程度のレセプト内容点検を実施している自治体や、高額レセプト上位10件、訪問看護療養費のレセプトをランダムに10件抽出して点検している自治体もみられた。さらに、システムによる過誤判定と目視の双方により点検しているとの回答や、再審査等請求への対応、障害者総合支援法に基づく指定自立支援医療機関の指導監査を実施しているとの記載もみられた。また、一部には、生活保護受給者を対象として、傷病名と薬剤等との突合、検査・処置・注射・投薬日数等の妥当性まで確認しているとの回答もみられた。

総じて、レセプト点検の内容は、受給資格や有効期間の確認といった資格管理センターの点検から、診療内容・投薬内容の妥当性確認を含む内容審査まで幅があり、実施の程度にも差がみられた。また、請求件数の多さから、全件を網羅的に点検することは難しく、問い合わせ対応や疑義のある事案に限った随時点検にとどまる自治体もある実情がうかがわれた。

3.2.6 レセプト点検の外部委託

レセプト点検の一部を外部委託している事例が報告された。委託の理由としては、レセプト内容点検には専門的知識を要することが挙げられた。また、委託先として、医療事務を提供する事業者が示された。

委託内容としては、同一受給者について同一医療機関から同月かつ同内容の重複請求がないかの確認、診療報酬・調剤報酬・訪問看護療養費の算定方法に誤りや疑義がないかの点検、傷病名と処方薬剤の適応関係等に明らかな疑義があるレセプトの確認、並びに「自立支援医療費の支給認定について」等に照らした制度上の医療範囲との整合性確認などが挙げられた。特に、感染症、新生物、アレルギー、筋骨格系疾患といった、一般的に精神障害に起因して生じる疾患とは考え難い傷病に関する請求について点検対象としている例がみられた。加えて、調剤報酬明細書及び訪問看護療養明細書をあわせて確認し、精神障害のために用いた薬剤の副作用に関するものや症状詳記のあるものを除いた上で、精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対する医療か否かを判断しているとの記載もみられた。

さらに、生活保護受給者に係る精神通院医療レセプトについては、外部委託により、資格審査、内容点検、対応する医科レセプトのない調剤レセプト情報のリスト化、月遅れレセプト情報のリスト化、再審査請求まで含めた対応を行っているとの記載がみられた。

以上より、レセプト点検の外部委託は、専門的知識を要する内容審査を補完する手段として活用されており、重複請求の確認、算定誤りの点検、制度上の適用範囲との整合性確認、再審査請求対応等、幅広い業務を担っていることが示された。一方で、外部委託に必要な予算を確保できる自治体は限られており、多くの自治体では十分な審査体制を整えにくいことから、国保連や社会保険診療報酬支払基金において公費負担医療分まで含めた審査を求める意見もみられた。

3.2.7 その他、判断に迷う事例や問題に感じる事

その他に関する自由記述では、既述の個別論点に加え、精神通院医療の支給認定申請やレセプト審査に関する横断的課題が示された。

第1に、レセプト審査体制の限界である。行政職員による点検は形式的確認にとどまりやすく、診療内容や処方内容の妥当性まで十分に審査することが難しいこと、毎月多数の請求があるため限られた体制では十分な精査が困難であ

ることが報告された。また、厚生労働省から明確で具体的な審査基準が十分に示されていないため、どこまで審査してよいかの線引きが難しいとの指摘もみられた。

第2に、自治体間・地域間の運用差である。他自治体では認められていた投薬や検査が当該自治体では認められない場合に、受給者や医療機関から苦情が寄せられることや、全国統一の判定基準がないため取扱いにばらつきが生じている可能性が指摘された。また、医療機関の名称変更時の取扱い、公費負担番号の変更を伴う転出入時の変更手続、返戻処理や償還払いの運用などについても地域差がみられ、実務上の混乱につながっているとの意見があった。

第3に、制度運用に伴う事務的負担である。居住地原則の下での所得区分審査や住基情報との突合作業、転入者に係る診断書の写しのやり取り、受給者証への保険情報の印字確認、マイナポータル連携や Public Medical Hub 対応（マイナンバーカードを活用したデジタル化）に伴う業務など、多様な事務負担が報告された。加えて、申請件数の増加により、個別事例に十分な時間をかけて判定すること自体が難しくなっているとの指摘もみられた。さらに、精神障害者保健福祉手帳の診断書を用いた同時申請では医療内容の審査が十分に行いにくいこと、レセプト点検に要する経費が国庫補助なしに地方負担となっていること、紙レセプトや支払基金から提供されるデータの検索性の低さが実務上の負担となっていることも指摘された。

第4に、制度設計そのものに関する見直しの必要性である。制度の対象範囲や審査基準の明確化、全国的な運用の統一、医療機関への制度周知、専門的知見を踏まえた審査体制の整備に加え、高齢者医療や他助成制度との役割分担、自己負担の在り方を含めた制度設計の再整理を求める意見もみられた。

総じて、自由記述からは、精神通院医療の支給認定申請及びレセプト審査において、制度の明確化と運用の標準化、専門的審査体制の整備、並びに自治体の実務負担軽減が重要な課題として認識されていることが示された。

分析・考察

1. 文献調査

文献調査の結果、自立支援医療（精神通院医療）は、地域で生活する精神障害者等に対し、継続的な通院精神医療を保障するための公費負担医療制度として整備されてきたことが確認された。制度創設以来、入院中心の精神科医療から地域における継続的治療へと重点を移す方向で見直しが行われてきたことから、本制度は、地域生活の維持及び治療継続の支援を基本的役割とする制度と位置づけられる。

支給認定判定指針では、多くの対象状態が「精神病、あるいはそれと同等の病態」であり、継続的な通院による薬物療法または精神療法を必要とすることを前提として整理されていた。このことから、精神通院医療は、精神疾患一般を広く対象とするものではなく、一定程度重篤で継続的治療を要する状態を主な対象としていると考えられる。なお、認知症については、疾患自体ではなく、易怒性、気分変動、暴力、衝動行為等の BPSD に対して継続的な治療を要する場合に対象となることが示されていた。

給付対象は、精神障害そのものの治療または当該精神障害に起因して生じた病態に対する治療であって、指定自立支援医療機関において入院によらず行われる医療に限定されていた。対象となる医療には、外来診療、投薬、精神科デイ・ケア、精神科訪問看護、精神科作業療法、往診等が含まれる一方、精神障害と直接関係のない併存症の医療や、公的医療保険の給付対象外の費用は原則として対象外とされていた。

制度の沿革をみると、昭和 40 年の創設以降、利用者数の増加、負担の公平化、判定体制の効率化、制度の趣旨を超えた利用拡大への対応等を背景として制度改正が重ねられてきた。特に平成 18 年の自立支援医療への再編は、応能負担の導入、「重度かつ継続」区分の新設、指定自立支援医療機関制度の導入等を含む大きな転換点であった。その後も、再認定時の診断書提出頻度の見直

し、発達障害に関する診断書様式の整備、多剤処方確認の仕組みの導入等が行われてきた。

以上より、自立支援医療（精神通院医療）は、精神障害者等の地域生活を支える継続的外来治療の保障を基本目的としつつ、対象範囲の明確化や給付の適正化を図りながら発展してきた制度であると整理できる。制度の利用実態を分析するに当たっては、こうした制度の成立過程や対象範囲の考え方、特に認知症における BPSD への限定を踏まえて解釈することが重要である。

2. 既存データを用いた調査研究

既存データを用いた調査研究の結果、自立支援医療（精神通院医療）の利用は、この 10 年余で一貫して拡大してきたことが確認された。福祉行政報告例では、2013 年度から 2023 年度にかけて支給認定件数及び支払決定金額（医科・調剤）が増加しており、制度利用者数及び請求件数の増加を伴いながら制度が拡大してきたことが示された。

一方で、レセプトあたり医療費は、福祉行政報告例、統計月報、DeSC データベースのいずれにおいても、医科及び調剤を中心に低下傾向が認められた。また、医療費分布では、4,000~9,999 円台の医科外来レセプトの割合が上昇し、0~3,999 円台の割合も増加していた。低額レセプトの内容としては、再診料及び処方箋料のみ、あるいは外来診療料のみといった比較的簡素な算定が多くみられた。これらの結果を総合すると、制度利用の拡大には、集中的または高額な治療の増加だけでなく、通院・在宅精神療法の算定を伴わない再診を中心とする比較的 low 額な利用の増加、すなわち比較的軽度の診療内容を中心とする利用者層の増加も一定程度寄与している可能性が示唆された。

所得区分別では、生活保護及び低所得 1 の割合が低下し、低所得 2 及び重度かつ継続（中間所得 2）の割合が上昇していた。また、総額に占める公費負担割合は低下し、保険負担割合は上昇していた。これらの結果は、精神通院医療の利用が低所得層に限らず、より幅広い所得階層に広がっている可能性を示している。

レセプト種別別にみると、医科及び調剤のレセプト件数は着実に増加していたのに対し、訪問看護のレセプト件数は著しく増加していた。加えて、レセプトあたり公費負担額は医科及び調剤では低下していた一方、訪問看護では上昇していた。DeSC データベースでも、精神通院医療かつ精神科訪問看護を利用する患者の割合は、国保の 50~64 歳、後期の 65~74 歳を中心に増加していた。これらの結果から、精神通院医療において、訪問看護を含む在宅生活支援サービスの比重が高まっている可能性が示唆された。

傷病名区分別では、健保、国保、後期のいずれにおいても F3 の増加幅が大きく、気分障害関連の利用が制度利用の拡大に大きく寄与している可能性が示唆された。また、F8 及び F9 では、絶対数は比較的小さいものの増加比が大きく、制度利用がより幅広い傷病群に広がっている可能性がうかがわれた。

一方で、高額レセプトは、重度認知症患者デイ・ケア料または精神科デイ・ナイト・ケアの算定が中心となるケースが多く、一部のサービスに集中していた。特に、重度認知症患者デイ・ケア料が高頻度かつ長期間にわたり算定されている高額レセプトがみられた。認知症については、BPSD に対する継続的治療が制度の対象とされていることを踏まえると、このような利用の位置づけについては、今後さらに検討を要すると考えられる。

以上より、自立支援医療（精神通院医療）は、支給認定件数及びレセプト件数の増加を伴いながら拡大しており、その内容としては、比較的低額な受診の増加と、訪問看護やデイ・ケア等の在宅生活支援サービスの拡大が併存していることが示唆された。今後は、こうした利用構造の変化を踏まえつつ、傷病名、年齢区分、サービス種別ごとの特徴をさらに精査していくことが重要である。

3. ヒアリング調査

ヒアリング調査の結果、精神通院医療の支給認定申請及びレセプト審査において、自治体等の実務現場では、制度の対象範囲の解釈、診断書記載の質、身体科医療との境界、レセプト点検体制に関する課題が広く認識されていること

が示された。特に、疑義や違和感のある申請の増減については、「増えているように感じる（多いように感じる）」との回答が52%で最も多く、現場で判断に迷う事例が相応に生じていることがうかがわれた。

自由記述では、認知症、軽度認知障害、知的障害、高次脳機能障害、不眠症、適応障害、てんかん等について、精神通院医療の対象範囲に該当するか不明確な申請が多く指摘された。また、診断書の記載漏れ、病名・症状・治療内容の不整合、身体疾患や身体科医療が含まれているのではないかという疑義も多くみられた。これらの結果から、制度の形式的要件のみでは判断が難しく、実務上は病名、症状、治療内容の整合性を個別に確認する負担が大きいことがうかがわれた。

特に認知症については、BPSDを伴わない認知症に対する投薬や認知症治療薬の取扱いに関する指摘が多く、文献上の整理と実務上の判断との間で迷いが生じやすい領域であることが示された。文献調査では、認知症はBPSDに対する継続的治療を要する場合に限って対象となると整理されており、少なくともBPSDを伴わない認知症に対する高額薬剤の適用可否については、国によるより明確な整理が求められると考えられる。また、精神科以外の医療機関からの申請や、精神症状の記載が不十分な診断書への対応も、現場での大きな負担となっていた。

一方、「重度かつ継続」の判断や判定医の資格要件については、選択式設問では「問題となった事案なし」とする回答が、それぞれ80%及び77%で最も多かったものの、自由記述では、重症度や必要性の根拠が診断書から十分に読み取れない事例、F4・F8・F9コードに関連する事例、判定医の従事歴や資格要件の確認に苦慮する事例が報告された。このことから、頻度としては支給認定申請一般ほど多くない可能性がある一方、問題が生じた場合には基準の不明確さや自治体間の運用差が顕在化しやすい論点であることが示唆された。

レセプト審査については、過半数の自治体で独自点検が行われていた一方、基金等以外への外部委託は限定的であった。自由記述でも、資格確認にとどまる場合から、診療内容や投薬内容まで確認している場合まで幅があり、人的・

財政的制約の下で対応している実態がうかがわれた。請求件数の多さから全件点検は困難であり、抽出点検やシステム活用、外部委託などで補完している自治体もみられたが、点検内容や水準には差があった。

さらに、制度の範囲を超えた適用を防ぐ方法として、判定指針や対象範囲の具体化、対象薬剤・対象外薬剤の整理、全国統一の審査ガイドラインや診断書作成マニュアルの整備、医療機関・薬局・訪問看護事業所・利用者への周知強化などが求められていた。また、居住地原則と居住地特例の整理、所得確認、マイナポータル連携やPMH対応、受給者証情報の管理など、制度運用に伴う事務負担も大きな課題として認識されていた。

以上より、ヒアリング調査からは、精神通院医療の運用において、制度の対象範囲や審査基準の明確化、全国的な運用の標準化、医療機関等への制度周知、専門的知見を踏まえた審査体制の整備、及び自治体の実務負担を踏まえた運用改善が重要な課題であることが示された。特に、認知症、発達障害、高次脳機能障害、てんかん、身体科併存医療等の領域では、より具体的な運用指針の整備が求められると考えられる。

4. 継続的なモニタリングに向けて

既存データを用いた調査研究では、福祉行政報告例、統計月報、DeSC データベースの3つのデータ源を用いたが、それぞれに限界がある。例えば、近年増加が著しい訪問看護療養費の利用実態については、統計月報で把握可能であるものの、得られる情報はレセプト件数や公費負担額等に限られる。また、DeSC データベースは診療行為の詳細等を把握可能である一方、動的コホートであるため、特に経年変化を評価する際には、保険者の参入・退出の影響を受けやすく、解釈に留意が必要である。さらに、所得区分別の状況は福祉行政報告例で把握可能であるものの、得られる情報は主として支給認定件数に限られる。

匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）は、本研究で用いた既存データにはない利点を有する¹⁵⁾。NDBには、2024年7月請求分以降の訪問看護療

養費の情報が格納されている。加えて、NDBはポピュレーションベースのデータベースであるため、経年変化の解釈に当たって、DeSCデータベースほど保険者の参入・退出の影響に留意する必要がないと考えられる。NDBにおいても返戻レセプトの電子化率等による影響は残るものの、DeSCデータベースと比べれば、その影響は限定的と考えられる。

また、訪問看護療養費実態調査も、本研究で用いた既存データ及びNDBにはない利点を有する¹⁶⁾。訪問看護療養費実態調査は2011年度から隔年で実施されているため、訪問看護療養費の経年変化を把握する上では、NDBを補完する有用性がある。ただし、公費負担の状況は把握できないため、精神通院医療に係る利用を特定できない点には限界がある。

加えて、こうした既存データでは把握できない情報を明らかにすることは、今後必要となる追加調査等を設計する上で重要である。第1に、既存データでは、所得区分を多くの場合特定することができない。第2に、既存データでは、公費負担の対象となった診療報酬項目の明細、すなわち、どの項目が公費負担対象であり、どの項目が公費負担対象外であったかという仕訳を、多くの場合特定することができない。第3に、既存データでは、支給認定の基準となった傷病名を特定することができない。

5. 結論

本事業により、自立支援医療（精神通院医療）は利用の拡大が続く一方で、その実態には比較的低額な受診の増加、訪問看護の利用拡大、傷病名や年齢区分による利用構造の違いが併存していることが示された。また、制度運用の現場では、認知症、発達障害、高次脳機能障害、てんかん、身体科併存医療等をめぐり、対象範囲や審査基準の解釈に関する迷いが広く共有されていた。

今後は、制度の対象範囲及び判断基準の更なる明確化、全国的な運用の標準化、医療機関等への周知、並びにレセプトデータ等を活用した継続的なモニタリング体制の整備が重要である。本事業で得られた知見は、精神通院医療の適正かつ持続可能な運用に向けた基礎資料として活用されることが期待される。

検討委員会等の実施状況

1. 検討委員

所属	氏名	役職
学校法人関西医科大学	野田 龍也	教授
学校法人関西医科大学	内橋 洋介	助教
奈良県精神保健福祉センター	伊東 千絵子	所長
全国精神保健福祉センター長会	辻本 哲士（座長）	会長

2. 実施状況

日時	開催場所	検討事項	参加者
2025年10月6日	厚生労働省	キックオフミーティング	野田、辻本、伊東、内橋
2025年10月31日	静岡市	論点整理	野田、辻本、伊東、内橋
2025年11月12日	Zoom	ヒアリング調査の計画	野田、辻本、伊東、内橋
2025年11月18日	Zoom	データベース分析の計画	野田、辻本、伊東、内橋
2025年12月19日	Zoom	DeSC データベース解析結果の報告と共有	野田、辻本、伊東、内橋
2025年12月21日	Zoom	DeSC データベース解析結果の報告と共有	野田、辻本、伊東、内橋
2026年3月7日	京都市こころの健康増進センター	ヒアリング調査の経過報告	野田、辻本、伊東

成果の公表方法

学校法人関西医科大学の Web サイトに本報告書の PDF ファイルを掲載する予定である。

引用文献

- 1) 厚生労働省：福祉行政報告例. 2026 [<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/38-1.html>] (閲覧日：2026年3月18日)]
- 2) 社会保険診療報酬支払基金：統計月報. 2026 [<https://www.ssk.or.jp/smph/tokeijoho/geppo/index.html>] (閲覧日：2026年3月18日)]
- 3) 岡田啓, 康永秀生：DeSC データベースの概要と臨床疫学・薬剤疫学研究への活用. 薬剤疫学, 27：11-18, 2022
- 4) 竹島正, 小山智典, 山下俊幸：精神障害者通院医療費公費負担制度の運用状況および自立支援医療への移行に関する調査報告. 2005 [<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/10675>] (閲覧日：2026年3月20日)]
- 5) 山下俊幸, 黒田安計, 桑原寛, 白川教人, 築島健：自立支援医療（精神通院医療）の適正な給付に関する研究. 2007 [<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/14303>] (閲覧日：2026年3月20日)]
- 6) 厚生労働省：「自立支援医療費の支給認定について」の一部改正について. 2025 [<https://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/0000017/17029/jiritusiensikyuinntei20250609.pdf>] (閲覧日：2026年2月18日)]
- 7) 精神障害等の労災認定に係る専門検討会：精神障害等の労災認定に係る専門検討会報告書. 1999 [<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1203-5h.pdf>] (閲覧日：2026年2月25日)]
- 8) 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, 11：142-147, 2007
- 9) 鎌田隼輔：自立支援医療（精神通院医療）. 臨床精神医学, 52：173-181, 2023
- 10) 厚生労働省：自立支援医療（精神通院医療）について. 2010 [<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsu/dl/03.pdf>] (閲覧日：2026年2月18日)]
- 11) 厚生労働省：障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第三十五条第一号の支給認定に係る自立支援医療について費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者として内閣総理大臣及び厚生労働大臣が定めるもの. 2006 [https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=83aa7910&dataType=0&pageNo=1] (閲覧日：2026年2月25日)]
- 12) 厚生労働省：自立支援医療における利用者負担の平成21年4月以降の取扱いについて. 2009 [<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/tuuti35.pdf>] (閲覧日：2026年2月18日)]
- 13) 厚生労働省：「自立支援医療費の支給認定について」の一部改正について. 2011 [https://blog.canpan.info/haxtutatusien/img/586/110113_sikyuu.pdf] (閲覧日：2026年2月18日)]
- 14) 厚生労働省：「自立支援医療費の支給認定について」（自立支援医療費の支給認定に係る実施要綱）の一部改正について. 2012 [https://www.ajha.or.jp/topics/admininfo/pdf/2012/120329_1.pdf] (閲覧日：2026年2月18日)]

- 15) 厚生労働省：匿名医療保険等関連情報データベースの利用に関するホームページ. 2026
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/reseputo/index.html
(閲覧日：2026年3月18日)]
- 16) 厚生労働省：訪問看護療養費実態調査. 2026 [
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/houmonkango_ryouyouhi.html (閲覧日：2026年3月18
日)]

付録①：ヒアリング調査の回答*

1. 疑義や違和感のある精神通院医療の申請

1.1. 精神通院医療の対象範囲に関する疑義

- 精神疾患以外の内科系治療薬を自立支援医療で処方している事例がある。
- 精神症状との関連を理由として、CPAP を自立支援医療の対象としようとする事例がある。
- 身体治療や身体リハビリを含む内容で申請されるケースがある。
- 精神障害の原因となった疾患に対する治療や、身体科の投薬が精神通院医療として扱われていると思われるケースがある。
- 身体疾患に起因する精神障害に対して、原疾患に対する医療のみ（投薬、画像フォロー等）が行われているケースがある。
- 精神通院医療の範囲外の治療内容が診断書に記載され、削除を求めた事例がある。
- 精神医療が実際には提供されていないにもかかわらず、申請されるケースがある。
- ICD コードが F00～F99 または G40 以外で申請されるケースがある。
- 身体治療が主体で精神科治療が行われていないにもかかわらず、認知症の診断により内科等から精神通院医療の申請がなされるケースがある。
- 総合病院等の場合、当該医療機関が自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関である場合、診断書作成科が精神科以外であっても、形式上は指定医療機関として取り扱われるため、神経内科など医学的判断との整合性に疑義が生じるケースがある。

* 回答は、意図を損なわない範囲で編集した。

1.2. 認知症、知的障害、高次脳機能障害等に関する疑義

- 認知症や知的障害の診断で申請されているにもかかわらず、精神症状の記載がない事例がある。
- 軽度認知症で精神症状がなく、デイ・ケアのみを利用しているケースがある。
- 病名が精神遅滞や認知症である場合に、「自立支援医療費の支給認定について」別紙4の別記判定指針に該当するか判断に迷うことがある。レカネマブ注投与例も含まれる。
- 精神症状を伴う認知症として申請されているが、実際に精神症状を伴っているか疑わしい案件がある。特に精神科医以外が意見書を記載している場合に疑義が生じる。
- FOに該当する案件の中に、「精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対して、入院しないで行われる医療」に該当すると言い難い治療内容のケースがみられる。
- 主たる精神障害が高次脳機能障害であるにもかかわらず、現在の病状や治療内容が失語症や身体機能回復のためのリハビリ中心となっているケースがある。
- 高次脳機能障害について、継続的な通院服薬の必要が乏しい病状であっても申請が行われる事例が散見される。
- 認知症や知的障害のみを選択しているため対象外と判断せざるを得ないが、自由記載欄からは他の精神症状やそれに対する治療が読み取れる意見書が散見される。
- 認知症状以外の行動心理症状の項目が選択されていても、自由記載欄からは身体症状しか読み取れないケースがある。
- 周辺症状のない軽度認知症や、記憶力障害のみで精神病症状の記載がない申請がある。
- 主たる精神障害が知的障害で、理解が悪い、漢字が読めない、聞いたことを忘れる、指示が守れないなどの記載のみで、継続治療の対象となる精神症状の記載がない事例がある。

- MCI (Mild Cognitive Impairment) と、ICD-10 上の軽度認知機能障害 (F06.7) が混同されているとみられる診断書がある。

1.3. てんかん、神経疾患等に関する疑義

- 症候性てんかんについて、原因疾患である脳腫瘍等に対する治療や検査に自立支援医療（精神通院医療）が用いられている事例がある。
- 脳外科領域において、高次脳機能障害または症候性てんかんを主病名として、抗がん剤使用や脳画像検査等が申請されるケースがある。
- てんかんで投薬がなく、検査のみ施行している例がある。
- てんかんの病名で、脳腫瘍の画像検査や脳血管障害リハビリを自立支援医療で請求しているケースがある。
- てんかんを生じる身体疾患の検査治療のために、医療機関の追加認定を求める事例がある。
- てんかんで3か所受診（通院、EEG、PET）しているケースがある。
- てんかんに対するPET、SPECT、MRI等の高度検査を目的として、複数の医療機関指定を求める事例がある。
- 脳神経外科が主病院の追加医療機関申請で、迷走神経刺激装置埋め込み後のメンテナンスを地元外科クリニックで行わせたいとする内容があった。これに類似した、てんかん外科手術後のフォローに関する申請も散見される。
- 高次脳機能障害やてんかんを理由として、脳画像検査を継続的に施行しているケースがあり、その適否の判断に苦慮する。

1.4. 睡眠障害、不眠症等に関する疑義

- 不眠症の診断名で、病状も不眠のみと記載されている事例がある。
- 病名に不眠症のみ記されており対象となるか判断がつかず、医療機関に返送して追記を依頼したところ、対象となる症状の追記がなされ承認したケースがある。

- 睡眠障害や認知症等で、Fコード以外（主にG40以外のGコード）で申請されるケースがある。
- 対象外である睡眠障害（ナルコレプシー：G47.4）として記載された意見書について照会したところ、非器質性不眠症（F51）と回答されたものの、他の記載は変わっていないケースがある。
- 「ナルコレプシー」か「非器質性睡眠障害」かが不明確な診断書が散見される。

1.5. 複数医療機関・複数薬局の申請に関する疑義

- 複数の医療機関の申請があり、精神科通院中であっても、発達障害や睡眠障害、認知症等で他の専門精神科を利用するケースがある。
- 複数医療機関及び薬局の指定申請理由が、厚生労働省が定める理由と相違し、利便性のみを理由とする場合が比較的多い。
- 「医療に重複がなく、やむを得ない理由がある」ことを根拠とした医療機関追加申請がある。
- 検査のための医療機関追加申請がある。
- 複数医療機関を申請しているが、提供されている医療内容が重複していると思われる場合がある。
- 精神科専門医であれば1か所の通院で足りると考えられるにもかかわらず、2か所通院申請となっているケースがある。
- 2か所通院ではなく、2つの医療機関の間で変更を頻繁に繰り返す事案がある。
- 短期間のうちに複数医療機関を頻回に入れ替えて利用する事例がある。
- 小児科が主病院の追加医療機関申請で、「療育的支援」という医療を行うことが記述されている事例が散見される。
- デイ・ケアを通院している病院以外に、さらに2院指定することを希望するケースがある。
- デイ・ケアや訪問看護について、複数の事業所の指定を求める申請がある。

- 診断書を発行した医療機関とは別の指定医療機関で制度利用を希望する申請がある。
- 必要性が不明確な検査のために、身体科が2か所指定されている申請がある。
- 精神障害に起因して生じた病態が身体疾患であり、精神科と身体科の複数医療機関を申請するケースがある。
- 既指定の精神科医療機関の医師の指示により内科等を受診している場合でも、追加先医療機関の診断書がFコード以外の病名であると、判定指針との整合性の判断に苦慮する。
- レカネマブ投与事例において、画像検査、点滴実施、交通事情等を理由として複数医療機関の指定を求める申請がある。
- てんかん患者について、外科的治療の適応評価、PET検査、MRI検査等をそれぞれ別病院で行うことを理由に、複数の指定医療機関登録が求められる事例がある。

1.6. 診断書の記載不備・形式不備に関する疑義

- 「現在の病状、状態像」欄、「具体的程度、症状、検査所見」欄、「今後の治療方針」欄が未記入のものがある。
- 「重度かつ継続」欄において、F0~F3及びG40以外の精神障害であるにもかかわらず、医師の略歴が未記入のものがある。
- 単純な記載事項の漏れがある。
- 病名とICDコードが一致していない。
- 対象となる状態像について記載がない。
- 治療歴が全く書かれていない。
- 精神障害による評価内容となっていない。
- 本人談を記載しているだけの診断書がある。

- 精神疾患の治療に関係ない身体疾患の内容ばかり記載されている診断書がある。
- 他自治体の様式による診断書が添付され、判定に必要な情報が不足しているケースがある。
- 定型文を多用した診断書で、申請者の個別性が読み取れないケースがある。
- 診断書作成日が極めて古いケースがある。
- 現在の病状・状態像について、該当する項目がない診断書がある。
- 特定の医療機関が、複数の申請者についてほぼ同じ内容の診断書を作成している事例がある。
- 投薬内容欄に、他院で処方されている薬剤が記載されているケースがある。

1.7. 病名、症状、経過、治療内容の不整合に関する疑義

- 主たる精神障害と症状経過が整合しないケースがある。
 - ◇ 発達障害の病名だが、生育歴や病歴に幼少期学童期の発達歴がない。
 - ◇ 双極性障害の病名だが、躁病エピソードの記載がない。
 - ◇ 認知症を伴う病名だが、記憶障害等の認知機能障害の記載が不十分である。
- 主たる精神障害と治療内容が整合しないと疑われるケースがある。
 - ◇ 認知症を伴う病名であるにもかかわらず、治療方針に認知行動療法の記載がある。
- 病歴、治療経過、現在の病状、検査所見等の記載と主病名が整合しないケースがある。
 - ◇ 例えば、高齢の新規申請で、認知機能低下が読み取れる状態であるにもかかわらず、主たる精神障害が「うつ病」「不安障害」「パーソナリティ障害」等となっているケースがある。

- 併存しにくい病名（F2 と F3 等）が併記されているケースがある。
- 「適応障害」や「急性一過精神病性障害」等、本来一定期間以上持続しないとされる病名が継続しているケースがある。
- 精神療法の記載がないにもかかわらず、今後の治療方針では精神療法の継続と記載されているなど、治療内容の記載に矛盾があるケースがある。

1.8. 治療の継続性・必要性に関する疑義

- 初診から間もなく診断書が作成され申請されているケースが散見され、継続的治療が必要な状態であるか疑問との意見がある。
- 処方がない理由が読み取れないケースがある。
- 処方内容や通院頻度から、精神通院医療の必要性が認められないケースがある。
- うつ病や統合失調症等で投薬がなく、治療の実態が不明なケースがある。
- 年 1~2 回程度の通院のみで申請されているケースがある。
- 「精神障害者保健福祉手帳用の診断書取得のため 2 年に 1 回受診」と明記されているケースがある。
- 主たる精神障害が広汎性発達障害で、今後の治療方針が「有事再診」とされており、継続的な精神通院医療を要する程度であることが読み取れないケースがある。
- ごく軽度のうつ状態の内容の診断書がある。
- 定期通院を要せず、診断書作成時のみ受診しているとみられるケースがある。
- 通院頻度が診断書等から読み取りにくく、通院状況の把握が困難なケースがある。
- 投薬がなく、通院頻度も少ないため、継続的な精神通院医療の必要性が乏しいと考えられるケースがある。

1.9. デイ・ケア、訪問看護、在宅医療に関する疑義

- 診断書にはデイ・ケアや訪問看護に対する主治医の指示の記載がないにもかかわらず、申請書でデイ・ケアや訪問看護を申請しているケースがある。
- 施設またはグループホーム入居者に対する精神科訪問看護の導入申請がある。
- 認知症の在宅訪問看護を目的として、申請医療機関が内科であるケースがある。
- 診断書に通院困難と記載されていないにもかかわらず、在宅訪問診療等が診療報酬請求書に上がっているケースがある。
- 本来、介護保険や他制度が適用または優先されると思われる病状、状態像で訪問看護申請がある。
 - ◇ 主たる精神障害が認知症で、介護認定のある受診者による訪問看護利用申請。
 - ◇ 主たる精神障害が統合失調症で、重度熱傷の処置指示に基づく訪問看護利用申請。
- 訪問看護の回数が過剰と考えられるケースがある。
- 高齢者を中心に、訪問看護の新規申請が急増していると感じられるケースがある。
- 高齢者で、これまで精神科治療歴がなく、軽度の不安または抑うつに対して薬物療法もないにもかかわらず、精神科デイ・ケア利用を目的として初診直後に申請される事例がある。
- サービス付き高齢者向け住宅の入居者について、訪問看護とあわせて申請されるケースがみられる。
- 高齢者施設や在宅診療を中心とする医療機関から、訪問看護、薬局、施設利用を一体的に伴う申請が集中して提出されるケースがある。

1.10. 薬剤内容に関する疑義

- 診断書の投薬内容欄に、精神通院医療の対象となるか疑義のある薬剤（身体症状に対する投薬、アレルギー薬等）が記載されている。
- 投薬内容について、精神科外の処方、例えば高血圧等の身体合併症に対する薬剤のみが記載されている場合がある。
- 心療内科等で精神科治療と身体科治療が並行して実施されている場合、精神疾患に関連する薬剤と身体科薬剤の区分が難しいケースがある。
- 薬名のみで対象外とすることは基本的にないものの、その適用範囲があいまいなケースがある。
- レカネマブについて、自立支援医療の適用とすべきか否か判断に迷う事例がある。
- 認知症治療薬レカネマブの投与記載がある診断書が増えている印象があり、判定に苦慮する。
- 認知症予防薬（点滴投与用）が診断書の薬物療法欄に記載されているケースがある。
- 男性型脱毛症（AGA）の専門医療機関が主に治療を担当し、副作用（育毛）を目的とした処方がなされていた事例がある。
- 更年期障害治療薬について、精神通院医療の対象に含まれるか判断に迷う事例がある。
- ジスキネジア治療薬について、精神科治療開始前から症状が存在する場合に、精神通院医療の対象としてよいか判断に迷う事例がある。

1.11. オンライン診療、重複投薬、通院実態等に関する疑義

- オンライン診療での申請がある。
- 一つの病名または精神科該当疾患に対して、複数の病院から投薬が行われているケースがある。
- 主治医の記載や通院実績からみて、実質的な継続治療の実態が乏しいと考えられるケースがある。
- 投薬がないにもかかわらず、精神通院医療の診断書が作成されているケースがある。

1.12. 入院中または通院実態を欠く申請に関する疑義

- 精神科病院に入院中に申請しているケースがある。
- 長期入院中で継続的な通院による医療の提供がなされておらず、今後退院の見込みもないにもかかわらず、再認定申請がなされるケースがある。
- 入院中であっても、退院予定日が近く明記されていることを理由に申請されるケースがある。

1.13. 申請事務・制度運用上の疑義や困難

- 総合病院等で指定医療機関となっている場合、診断書作成科が精神科以外でも形式上は指定医療機関として取り扱われるため、医学的判断との整合性に疑義が生じることがある。
- 精神科以外で作成された診断書では、投薬治療が行われていないうえ、精神療法や治療方針の記載も不十分で、医療内容の把握が困難なケースがある。
- 申請件数が年々増加しており、疑義ケースを漏れなく発見することが困難になりつつある。
- 支給決定は対象者の居住地市町村が行うものとされているが、申請医療機関や加入保険の状況から、他自治体へ転出していると思われるケースがある。
- 支給決定を行う自治体が、居住地特例と居住地原則のどちらを適用すべきか制度上統一されておらず、申請時に混乱が生じている。
- 仮放免許可証による自立支援の認定について、制度運用上の判断に迷うケースがある。
- 同一医療機関が類似した文言で複数の申請を同時期に行うなど、その必要性を改めて確認するために疑義照会を行うケースがある。
- 課税・非課税の確認が速やかに取れず、申請に対する処分に時間を要するケースがある。
- 在宅診療や施設入所中の高齢者を主な対象とする医療機関から、類似した内容の申請が集中的に提出されるケースがある。
- 診断書から明らかに対象外と判断できる場合でも、不承認は行政処分であるため、十分な根拠が求められ、文書または電話による照会対応に多くの時間を要する。照会を重ねる中で、医療機関側が記載方法を学習し、形式的には制度の対象と読める診断書が提出されるようになる傾向がある。

2. 重度かつ継続の判断

2.1. 「重度かつ継続」の判断基準の不明確さに関する疑義

- 多くの事例で「重度かつ継続」に該当するとされており、非該当とされる事例は比較的少ない。そのため、「重度」といえるのか疑義を感じる事例があっても、「重度」の定義や判断基準が不明確であり、十分な審査ができていないという問題がある。
- 「重度かつ継続」に該当すると選択されているが、診断書上、その必要性が明確に記載されていない事例がある。
- 一般就労を継続中の広汎性発達障害や注意欠陥多動性障害の申請について、「重度かつ継続」と判断してよいか疑義が生じる事例がある。
- F4、F8、F9 コードの二次障害として抑うつ症状が出現し、主たる精神障害が「うつ病」と記載されているものの、診断書上は症状や出来事の程度、社会生活・日常生活への支障の具体性が乏しく、重症度の判断に苦慮する事例がある。
- F4 圏、F9 圏での申請であるが、現在は寛解しており、これまでの精神症状等の記載が乏しいため、情動及び行動の障害または不安及び不穏状態を示し、入院によらない計画的かつ集中的な精神医療（状態の維持、悪化予防のための医療を含む）を継続的に要することが判断できない事例がある。
- 記載内容の不足から返戻して追記を求めても、重症度がなお明確にならない事例がある。

2.2. 医師の判断と制度上の扱いの不一致に関する事例

- 精神疾患の者であるが、医師が「重度かつ継続」は非該当であると判断した事案がある。

2.3. 主治医の従事歴に関する疑義

- 「重度かつ継続」に該当するとの記載があるが、主治医の従事歴が規定に満たない事例がある。
- 認知症（F0）は制度上、F00~F39 及び G40 の区分に含まれるため、「精神医療に一定以上従事した経験を有する医師」であることの要件が問われず、精神医療に一定以上の経験を有していない医師の診断書であっても「重度かつ継続」に該当し得ることに疑義が示された。

2.4. 自治体間での判定差及び診断書様式の差異に関する疑義

- 他自治体では「重度かつ継続」の該当者であった者が、転入後の審査判定では非該当となる事例がある。このことから、自治体間で「重度かつ継続」の判定に差があることがうかがわれる。
- 自治体ごとに診断書様式が異なり、他自治体様式では F00~F39 及び G40 に係る申請について「重度かつ継続」の「該当」「非該当」の記載を求めている場合がある。このため、他自治体様式で提出された際には、その都度、「該当」か「非該当」かを医療機関に照会する必要がある。

2.5. F8、F9 コードにおける判定の取扱いに関する疑義

- 「主たる精神障害」が F8 コードまたは F9 コードの対象者で、「『重度かつ継続』に関する意見」欄に記載があるにもかかわらず、診断書の「現在の病状、状態像等」のうち「情動及び行動の障害」または「不安及び不穏」に該当する症状へのチェックがない場合がある。当自治体では、このような場合は「重度かつ継続」と認めていない。

2.6. 制度運用・制度設計に関する意見

- 重度かつ継続の判定についてはあまりにも煩雑なため、ICD コードのみで決定されるべき。もしくは重度かつ継続という概念自体を撤廃すべき。

3. 重度かつ継続の判定医

3.1. 判定医の資格要件に関する記載不備、形式不備

- 指定医番号の記載がない他自治体の医師による診断書がある。
- 指定医番号の記載内容が誤っている、または桁数が異なる事例がある。
- 精神科医による記載であっても、精神医療の経験年数が3年未満である事例があり、この場合は指定医によるダブルチェックを依頼している。

3.2. 精神医療従事歴の記載内容に関する疑義

- 精神科以外の医師が、「3年以上精神医療に従事した経験」を記載すべき項目に、精神医療とは直接関係のない自身の経歴を記載しており、実際に精神医療に従事していたか不明瞭なケースがある。
- 申請者を3年以上診療していることを理由に承認した事例もある。
- 具体的な勤務期間や勤務先医療機関の記載が省略されている場合、「担当診療科は精神科ではないが精神医療に従事したことがある」などの記載にとどまり、要件該当性の判断が困難な場合がある。このような場合には、判定会の意見として、「現在の記載内容では『重度かつ継続』は認められない」旨を付して返却した事例がある。
- 医師の略歴について、個人情報として記載されず、資格要件の確認が困難な事例がある。
- 勤務した医療機関名の記載はあるものの、勤務年月日等の記載がなく、3年以上従事したかが判断できない事例がある。
- 他自治体のクリニック等を経歴として記載しているが、その医療機関が精神科クリニックであるかどうか判断できず、要件該当性の確認が難しい事例がある。

3.3. 判定医の精神医療経験そのものに関する疑義

- 現状、判定医の資格要件について履歴書等の提出を求めているが、診断書の不備が頻繁にあり返戻を繰り返す中で、精神医療の経験自体に疑義があるケースがある。
- 診断書の記載内容が乏しい、または精神科用語が適切に用いられていないため、診断名と記載内容が一致しておらず、「精神医療に一定以上の経験を有する医師」といえるか疑わしい事例がある。
- 指定医番号や精神医療経験年数の記載を求めても、申告制であるため、明らかな疑義がない限り確認や指摘が難しいとの意見がある。

3.4. 精神科以外の医療機関・医師による申請に関する疑義

- 申請医療機関が内科、小児科、神経内科等の精神科以外の医療機関である場合、当該医師が判定医の資格要件を満たすか確認に苦慮する事例がある。
- 「重度かつ継続」の判定医の要件が十分理解されておらず、要件に該当しない医師の診断書により申請がなされた場合の対応に苦慮している。
- てんかん専門医を「精神医療に一定以上従事した医師」とみなせるか判断に迷う事例がある。
- 神経内科や児童神経内科等の医師について、精神医療経験の内容が不明確であるため、返戻して具体的な診療内容や経験の記載を求めた事例がある。
- 診断書を作成した医師が精神科医でない場合が多く、内科や小児科の医師による場合には、「重度かつ継続」の該当・非該当の判断が曖昧になりやすい。

3.5. 制度運用上の課題・見直しに関する意見

- 判定医の資格要件を、指定医または精神科専門医に限定すべき。
- 適用対象となる薬剤について、自治体任せにするのではなく、国主導で指定・周知すべき。
- 「精神医療に一定以上の経験を有する医師」については、その実績が分かる資料の提示を原則とすべき（例：診察した精神疾患の患者数を求める）。
- 現行制度では、「重度かつ継続」の判断基準が十分に客観化されていない。診断名だけでなく、実際の治療内容、治療継続性、症状の重症度を確認できる仕組みの整備が必要である。
- 判定医の精神医療経験の確認方法についても、経験年数の自己申告に依存しない仕組みを検討すべき。
- 指定医番号を自治体横断で確認できる仕組みや、電子診断書において自動表示される仕組みを整備し、確認事務を効率化すべきである。

4. 制度の範囲を超えた適用を防ぐ方法

4.1. レセプト審査・事後チェックの強化

- レセプトチェックを行う。AIを活用できればよいが、マンパワーは必要である。
- レセプト全件のチェックは負担が大きいため、無作為抽出によるチェックを行う。
- 精神通院医療の適用ではない請求を除外するため、レセプト審査を強化する。
- 支給認定の段階では、申請者が認定後にどのような医療行為を受けるのかを的確に把握するには限界があるため、実績審査において、受けた医療行為が制度の適用範囲かどうかを個別に確認する必要がある。
- レカネマブ投与例については、精神通院医療の適否の判定が難しいケースが少なくないため、レセプト病名との紐付けや、精神科病院実地指導の際に外来カルテの検査実施を盛り込むこと等を国で検討する。
- 診療報酬請求書（レセプト）について、「向精神薬」か、それ以外かをチェックし、向精神薬以外を医療機関に戻す仕組みを整える。
- 毎月何万件もあるレセプトを網羅的に審査することは人件費の面で困難であるため、自立支援医療用のレセプトチェック AI 等を開発し、国保連・支払基金から担当部署にレセプトを送る仕組みを設け、制度外と考えられるレセプトを抽出し、抽出分を専門家がチェックする仕組みを整える。
- レセプト審査において、疾患と治療内容に齟齬がないか、また制度の範囲内かどうかを確認できる仕組みを構築する。
- 審査委員が除外した薬剤や治療方法に関するデータを蓄積し、制度の範囲を超えた申請の傾向把握に活用する。
- 何十万件ものレセプトを一所属で確認することは困難であるため、外部委託を含む審査体制の整備を検討する。
- マイナ保険証を必須とし、リアルタイムに近いデータ連携が可能になれば、医療や投薬の重複が防げる。

- 訪問看護については、医科や調剤のように精神通院医療の対象分とそれ以外を区分して請求しにくく、制度の範囲外の医療まで一体的に請求されている可能性がある。

4.2. 医療機関、医師、薬局、訪問看護事業所等への周知

- 医療機関や医師、特に精神科以外の医師に対して、自立支援医療について説明する。
- 自立支援医療（精神通院医療）制度、特に複数医療機関等の指定に関して、厚生労働省等が簡易なリーフレットを作成し、精神科を有する医療機関や精神科医に周知する。
- 重度障害者医療費助成制度などと混同し、受給者証を持っていれば精神通院医療と捉えている医療機関や、精神科や心療内科の診療であれば精神障害に起因していない医療であっても精神通院医療の対象であると捉えている医療機関が多いため、制度の適切な周知が必要である。
- 精神科以外の指定自立支援医療機関への制度の周知を行う機会を設ける。
- 精神通院医療の支給要件や適用範囲について、病院・診療所だけでなく、薬局、訪問看護事業所などへも周知を行う。
- 精神通院以外には利用できないことについて、病院及び利用者への周知を徹底する。
- 当該制度の適切な利用について、具体的な運用基準を定め、医療機関に周知を図る。

4.3. 判定指針、審査ガイドライン、運用基準の明確化

- 平成 18 年から判定指針が見直されていない。精神障害も様々であるため、F00 から F99 及び G40 について具体的な指針を示す。
- 精神疾患を生じる元の身体疾患に係る検査治療を適用として申請されることが多く、これを認めると際限がないため、適用外となる具体例を集めて通知等で周知する。
- 自治体（精神保健福祉センター）間での判定のばらつきを解消するため、疑義が生じやすいケース（単純な記載不備、対象となる状態像について記載がない等）に対する全国共通の具体的な審査ガイドラインを策定・提示する。
- 指定自立支援医療機関に対し、制度の趣旨（医療の必要性）や審査側で疑義が生じやすいポイントを具体的に周知する。
- 制度の範囲を超えた事案を識別するためには、そもそも制度の適用範囲を明確にする。
- 「重度かつ継続」の具体例を明示する。
- 全国統一の診断書様式にし、全国統一の診断書作成マニュアルを作成する。
- 「定期的な通院」の定義を明確化する。
- 複数の診療科を有する医療機関における「当該診療科」の解釈を明確化する。
- 高次脳機能障害に対する言語聴覚療法や、てんかん術後フォローなどについて、Q&A や具体例を含めて取扱いを明示する。
- 現行の支給認定判定指針における「精神病、あるいはそれと同等の病態」等の概念について、現在の診療実態に即した整理を行う。

4.4. 診断書様式、記載内容、作成主体の見直し

- 精神障害（主たるもの、従たるもの）の病名と、①病歴・症状の内容程度、②保険診療としての治療内容の整合性を確認する。
- 主たる精神障害や従たる精神障害に限った治療内容の記載を求める診断書様式とし、その内容が認定範囲に当たるという基準や、制度の対象となる精神障害に起因して生じた病態の範囲を整理する。
- 様々な診療科の医療機関から診断書が提出されており、中身の薄い診断書が多数存在することから、診断書の精度を上げるため、精神通院医療の診断書を記載できる医療機関を限定する。
- 具体的には、精神保健指定医在籍の医療機関のみなどの条件とする。
- 神経疾患の治療で対応できると思われる内容についても、精神疾患の病名を付けて制度の適用を求める事案があるため、治療内容の詳細を記載してもらうことで、制度の範囲を超えた適用を識別しやすくする。
- 一方で、治療内容の詳細記載を求めると、判定医が膨大な量の診断書を解読する必要が生じ、対応しきれないおそれがある。
- 認知症等については、自立支援医療の対象としての位置づけを踏まえた診断書様式の在り方を検討する。

4.5. 対象病名、対象薬剤、適用範囲の明確化

- 制度の範囲がやや広すぎるため、対象を「ICD-10 上の F コード精神疾患のみ」かつ「外来通院医療のみ」とする。
- 外来での精神科医療はすべて窓口負担割合 1 割とし、無駄に手間暇と費用のかかる申請による個別対応をなくす。
- 登録指定医療機関等の数を厳格化する。
- 対象の処方薬、または対象外処方薬を明確化する。
- 適用となる薬剤について、自治体任せにするのではなく、国主導で指定・周知する。
- レカネマブなどの高額治療については、制度適用の可否を明確にする。
- 認知症予防薬であるレカネマブ等は非常に高額であり、自立支援医療費を圧迫することが懸念される。
- 認知症予防薬は、**BPSD** 等の強い問題行動や精神症状がないことが薬物療法の適応であり、自立支援医療は、認知症の中で **BPSD** 症状がないものは適用外であるため、自立支援医療で当該薬物療法を認めるかは疑義があり、自治体によって判断が揺れている。
- 「認知症予防薬」は自立支援医療適用外と厚生労働省が明示する。
- 軽症例（精神病相当でないもの）は却下する。
- 身体的治療薬をチェックする。診断書のみでは限界があるため、確認方法を整える。
- 認知症を自立支援医療の対象疾患としてどのように位置づけるかについて、制度上の整理を行う。

4.6. 複数医療機関指定、訪問看護、制度外利用の防止

- 複数の医療機関で申請があった際には、治療分担を確認する。
- 医療機関の2か所指定申請の場合、主たる医療機関での事由確認を徹底する。
- 制度の範囲を超えた適用を避ける方法として、診断書に記載された治療内容・投薬内容が精神通院医療の対象か疑義がある場合は、医療機関に照会し、対象外であると確認した場合は文書で指摘・注意喚起を行う。
- 当自治体では、在宅訪問看護の施設登録は認めていないため、身体管理が主である在宅訪問看護の診療報酬請求は上がってきていない。増加する実態不明の在宅訪問看護は、これにより防止できる可能性がある。
- 精神医学的見地から見て整合性が取れている診断内容（訪問看護指示内容、処方内容など）となっているかを確認する。
- 受給者証に支給認定病名の記載がないため、医療機関変更後や薬局、訪問看護事業所において、認定病名に即した請求であるか確認しにくい。
- 複数医療機関の登録申請の際には、双方の医療機関の診断書提出を求め、医療の重複がないことや医療機関間の情報連携が取れていることを確認する。
- 訪問看護の申請に際しては、精神科訪問看護指示書の提出を求め、主治医の指示に基づく利用であることを確認する。
- 医療機関の変更申請及び複数医療機関受診の要件を明確化する。

4.7. 医師・指定医療機関の要件見直し

- 自立支援医療機関の申請時に、医師の要件が緩いため、実質的に精神科以外の経歴の医師が指定自立支援医療機関の管理者になりうる。
- これにより、内科診療・処方や在宅訪問診療等を自立支援医療で申請する案件が散見される。

- 医師の要件を、「精神医療を主とする医療機関での精神科医としての実務経験」または「神経内科等によるてんかん診療、小児科による児童精神科医療」以外の実務経験は認定要件から除外する。
- 作成医のチェックを行う。

4.8. 申請要件、重症度評価、自己負担の見直し

- 精神通院医療を申請できる要件として、1年以上定期的に（月1回以上）通院した者のみ申請できるようにする。
- クリニック初診で即日診断書発行、即申請の事例が多数あるため、一定期間の通院実績を要件化する。
- 診断書の内容は、記載する医師によってかなりばらつきがあるため、本当に自立支援医療対象であるかを確認するため、介護保険のケアマネのように、PSW や保健師等による本人の生活能力評価を取り入れる。
- 生活能力評価により、軽症、中等症、重症の区分を設け、現行の所得区分及び重症度に応じて自己負担金額を変更する。
- 「重度かつ継続」の具体例を明示する。
- 認定基準に発症や通院開始からの期間の設定もなく、「精神病あるいはそれと同等の状態にあり」がどの程度であるか一定の基準もないため、すでに制度の範囲を超えて拡大して適用されていると思われる。精神障害者保健福祉手帳2級の人以上に限定するなど、何らかの基準が必要ではないか。

4.9. 自治体間のばらつき解消と全国統一運用

- 自治体（精神保健福祉センター）間での判定のばらつきを解消する。
- 全国共通の具体的な審査ガイドラインを策定する。
- 全国統一の診断書様式、診断書作成マニュアル、運用基準を整備する。
- 適用範囲や判断基準について、全国統一的な考え方を示す。

4.10. 医療機関への指導、罰則、公表

- 医療機関の罰則を強化する。
- 不適切な運用を行う医療機関については公表する。
- 制度の範囲外と確認された請求については、返戻、注意喚起、指導を行う。

4.11. 制度全体の簡素化・見直し

- 各市町での煩雑な手続、受給者証の保管等、患者の負担及び各地方公共団体の負担が無駄にかかっている。
- 対象を整理し、精神科外来医療は包括的に1割負担とするなど、申請による個別対応をなくす。
- 経過的特例を終了する。
- 所得区分D（一定以上）の特例措置について、3年ごとの特例措置をやめ、正式に認めるか認めないかを明確にする。
- 再認定の申請は、手帳更新に合わせて2年ごとにする。
- 自立支援医療は毎年の申請が必要となっているが、隔年は意見書を添付しない申請であり、所得区分は有効期間の途中でも変更申請ができることから、2年ごとの申請でも差し支えない。
- 高齢者医療との区分や、年齢による対象者の整理を含めた制度設計の見直しを行う。
- 他助成制度との役割分担や併用の在り方を整理する。
- 認知症の位置づけや高齢者医療との役割分担を含め、対象疾病・対象年齢の整理を行う。
- 支給認定段階における「制度の範囲」の考え方自体について、現行の診療実態に即して再整理する。

4.12. 審査の観点として重視する事項

- 投薬内容について、主たる精神障害以外の治療と見受けられる内容の有無を確認する。
- 複数医療機関指定の場合には、主たる医療機関での事由確認を徹底する。
- 精神医学的見地から、診断内容、訪問看護指示内容、処方内容等の整合性が取れているかを確認する。
- 制度の範囲内と考えられるにもかかわらず、意見書の記載によっては不認定とせざるを得ない事案が散見されるため、制度の適用範囲を明確にするとともに、診断書の記載の精度を高める。
- 身体症状を主訴とする治療については、当該症状が精神疾患に起因することを示す医学的所見や臨床経過等の具体的根拠を確認する。
- デイ・ケアや訪問看護等の利用頻度が高い場合には、症状、生活機能、支援目標との対応関係を確認する。

5. レセプト点検の内容

5.1. レセプト内容点検・資格点検の実施状況

- レセプトの内容点検（年間100件程度）及び受給者の資格点検（受給期間外の受給や、当自治体の受給者ではない者の点検）を実施している。
- 資格の確認、診療内容審査、投薬内容審査を実施している。

5.2. 点検を基本的には行っていない自治体の対応

- 点検は基本行っていないが、過誤調整の際などにレセプトを見て、還付金や追徴金の計算をすることはある。
- 医療機関・関係機関からの問い合わせがあった場合や、不審な点がある場合に点検を行っている。

5.3. 点検内容の具体例

- 当自治体の受給者番号であること。
- 受給者証の有効期間内の診療であること。
- 入院治療、歯科診療、身体治療が混在していないこと。
- 受給者台帳に登載されている有効期間内の受給者であること。
- 選定した指定自立支援医療機関からの請求であること。
- 請求内容が精神通院医療の範囲の診療、処方、調剤であること。
- 傷病名と診療内容の妥当性、加算の適切さ。
- 重複請求がないこと。

5.4. 再審査請求、指導監査等の実施

- 再審査等請求のほか、障害者総合支援法に基づく指定自立支援医療機関の指導監査を実施している。

5.5. レセプト情報の管理サービス利用と点検範囲

- 社会保険診療報酬支払基金からオンラインで提供されるレセプト情報については、民間事業者が提供するレセプト管理サービスを利用して資格点検等を行っている。ただし、請求件数が毎月2万件を超えているため、全件点検は困難であり、一部の可能な範囲での点検となっている。
- 病院または診療所については高額なもの上位10件、薬局については高額なもの上位10件、訪問看護ステーションについてはランダムに10件を抽出して点検している。
- 内容が精神通院医療として適しているかの審査を外部委託し、月数万件のうち、平均数十件返戻している（今年度末まで、社会保険分のみ）。次年度以降は、自立支援医療の有効期間内か、指定した医療機関や薬局からのレセプトかどうかを中心に審査する予定である。
- 自立支援医療受給者のうち生活保護受給者を対象に、薬価基準との突合、傷病名と薬剤等との突合、検査に係る各種算定の妥当性、各種指導料・管理料の算定回数及び算定と加算の妥当性、各種処置・検査・注射回数の妥当性、

各種薬剤の投与日数・回数の妥当性、その他請求内容の妥当性等を審査している。

5.6. 点検方法

- システムによる過誤判定及び目視により点検している。

5.7. 点検の判断根拠

- 精神通院医療の国要綱及び厚生労働省の過去通知等に基づき、精神通院医療の公費負担対象に含まれる医療か否かを判断している。
- 診療報酬の算定ルールに基づく審査、いわゆる保険者の二次査定を行っている。

6. レセプト点検の外部委託

6.1. 委託業務の内容

- レセプトの内容点検は専門的知識を要するため、外部委託している。
- 同一の受給者について、同一医療機関から同月かつ同内容の重複請求がないか確認する。
- 診療報酬、調剤報酬及び訪問看護療養費の算定方法等に誤り及び疑義がないかを点検する。
- レセプトを突合して点検する、いわゆる突合再審査に当たっては、傷病名と処方された薬剤の適応関係等に明らかな疑義があるものに限って確認する。
- 「自立支援医療費の支給認定について」等に規定する医療の範囲との照合により、診療報酬明細書で本制度の対象としている診療報酬について疑義がないかを点検する。
- 具体的には、一般的に精神障害に起因して生じる疾患とは考え難い、感染症（特に慢性のもの）、新生物、アレルギー（薬物副作用によるものを除く。）、筋骨格系の疾患について点検する。

- 点検に当たっては、調剤報酬明細書及び訪問看護療養明細書をあわせて確認し、精神障害のために用いた薬剤の副作用に関するものまたは症状詳記のあるものを除いた上で、精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対する医療か否かを判断する。

6.2. 生活保護受給者に係るレセプト点検の委託内容

- 精神通院医療に関するレセプトのうち、生活保護受給者に係るものについて、外部委託により以下の内容を行っている。
 - ◇ 資格審査
 - ◇ 内容点検
 - ◇ 対応する医科レセプトのない調剤レセプト情報のリスト化
 - ◇ 月遅れレセプト情報のリスト化
 - ◇ 再審査請求

6.3. 委託先

- 医療事務を提供する事業者に委託している。

6.4. 外部委託に関する課題・意見

- 外部委託に必要な予算を確保できる自治体は限られており、多くの自治体では十分な審査が難しい。不適切な医療費を抑制するため、国保連や社会保険診療報酬支払基金において、公費負担医療分まで含めた審査を行うべきである。

7. その他、判断に迷う事例や問題に感じる事

7.1. 制度の対象範囲の拡大と運用上の違和感

- 統合失調症や気分障害を想定して作られた制度と思われるが、現在は発達障害、てんかん、認知症、神経症圏での申請が多く、通院割引券のような状態になっている。
- 軽度の発達障害や知的障害等の申請が増え、精神通院医療の対象範囲が広がりすぎている。
- ICD-10 で F0 に当たる案件について、一部の医療機関は医療保険に該当する治療を自立支援医療として申請する傾向がみられる。受給者負担への配慮によるものと思われるが、「精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態」に当たるのかグレーな部分があり、取扱いに悩む。
- 認知症や高次脳機能障害に対する包括的支援は重要であるが、介護保険で対応できない部分のしわ寄せが自立支援医療制度に来ているように感じられる。
- 高次脳機能障害で投薬や精神療法のない申請が一定数みられ、制度対象としてよいか疑問がある。
- かなり軽症の方も利用しているが、それで適切か疑問がある。薬物療法を必要としていない程度であるというだけでは認定対象外とはできないが、一定の基準は必要と思われる。
- 「認知症」と「他の精神障害」の鑑別などで疑義が生じることが多く、判断に迷う場面が多い。
- 現行法令上、認知症、不眠症、ニコチン依存症等も対象となりうることから、今後さらに申請件数が増加し、判定の精度低下を危惧する意見がある。

7.2. 精神科以外の医療機関・診療科からの申請に関する問題

- 精神科以外の脳外科、小児科、神経内科からの申請が増えており、精神症状の記載方法を理解していない診断書が増えている。
- 内科の医療機関（精神科標榜なし）が精神科訪問診療の申請を行うことに問題を感じる。
- 美容診療や在宅診療など、明らかに精神医療の経験がない管理医師が自立支援医療機関として申請してきた場合でも、現行の規定では不承認にできないことに問題を感じる。
- 初診からオンライン診療を実施している医療機関がみられるが、自立支援医療の範囲では適正化しにくいことに問題を感じる。
- 精神科医療機関以外の医療機関から申請のある診断書等について、病名を含め適切に記載されていないものが散見され、事務局が返戻対応に多くの時間を取られている。
- 制度を十分理解していない医師による診断書が見受けられる。
- 受付窓口の市町村や診断書を作成する医療機関にも、制度について改めて理解してもらい、厳正に対処してもらう必要がある。

7.3. 診断書記載の不十分さと返戻対応の困難

- 診断書内に「状態が悪くなると生活に支障が出る」といった記載がよくみられるが、これは当然のことであり、診断書の記載内容としては不十分である。
- ICD カテゴリーF8に該当する診断名が著しく増加している。コミュニケーション障害のみの記載で、精神症状の記載がないものについて、精神通院医療を適用してよいのか判断に迷う。
- 記載内容が乏しく、このままでは判定し難い場合には保留として医療機関に追記を求めて返戻しているが、質問への回答が返ってこない、あるいは「そのような記載は診断書内に求められていない」といったクレームを受けるこ

とがある。判定される側のほうが強く、結果としてそのままの内容で判定せざるを得ない場合がある。

- 詳細に記載していない診断書も多く、精神保健福祉センターでの診断書審査の段階で適用外の診断名、治療薬、検査が記載されている場合に医療機関へ問い合わせても、難しいと感じている。
- 他自治体の医療機関だけでなく、当自治体の医療機関であっても当自治体の所定様式ではなく、他自治体様式や院内システムの独自様式で診断書が作成され、審査に必要な項目の照会を要する場合がある。
- 精神障害者保健福祉手帳の診断書を用いた同時申請では、障害認定と医療認定を1枚の診断書で判断するのが難しい。

7.4. 初診即日申請や軽症例に関する問題

- 初診でその日のうちに診断を受け、精神通院医療を申請しているケースがある。そのようなケースの診断名は、うつ病や気分変調症がほとんどである。

7.5. 認知症、高次脳機能障害等の取扱いに関する判断の難しさ

- 認知症において、記憶障害のみで自立支援医療の申請がなされているものがある。
- 支給認定判定指針「知能障害等」では、精神遅滞及び認知症については、易怒性、気分変動などの情動の障害や、暴力、衝動行為、食行動異常等を伴い、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合に精神通院医療の対象となるとされている。一方で、認知症悪化予防のために投薬が必要であることを理由に自立支援医療の申請がなされるケースがあり、これが対象になるか判断に迷った。厚生労働省へ確認したところ、「指針に従って判断してほしいが、主治医が精神通院の対象となると判断している場合は対象

となりうる」との回答であった。当自治体では指針に沿って判定し、上記ケースは不承認としたが、すっきりしない結果であった。

- 「当該精神障害に起因した病態」の範囲が厚生労働省において明確に示されていない。
- 認知症予防薬レカネマブ等を自立支援医療で認めるかどうか判断に迷う。

7.6. 検査、加算、身体疾患関連請求等に関する判断の難しさ

- 2~3 か月おきに脳画像検査を施行しているケースがあり、理由を問い合わせると、高次脳機能障害やてんかんのためと説明される。事務レベルでは判断できず、医師が判断している。
- てんかんを主病とする受給者の「SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原検査」の請求について返戻したところ、医師から「てんかん発作による発熱かインフルエンザによる発熱か不明なため請求は適当である」と反論があった。このような、自治体の立場から見て明らかに不合理と思われる医師からの主張に対し、他自治体ではどのように対応しているのか知りたい。
- 「生活習慣病管理料」「特定疾患療養管理料」「発熱患者対応加算」等の、本人の精神障害以外の病態があり、精神障害を診察するために必要とされる料について、他自治体がどのように判断しているか知りたい。
- 向精神薬以外の処方について、向精神薬の副作用止めではなく、精神症状によるめまいや痛み等を理由に内科疾患薬が処方されていることがあり、問題を感じるが、レセプトだけでは判断しにくいものがある。
- 漢方薬の処方についても、どこまで認めるか判断に迷う。
- 精神と関係ない症状での制度利用もあると思われる。例として、インフルエンザの予防接種などが挙げられる。
- 精神科在宅患者支援管理料は適用されるが、在宅医療総合管理料が必要な状態に対しては、精神以外にも総合的な在宅療養管理を要するため、自立支援医療適用外となるのかなど、線引きに迷う。
- 過去の国通知では、精神障害と直接関係のない傷病として風邪や糖尿病は原則対象外とされる一方、精神障害により自己の安全や健康を守る能力が著し

く低下していることが原因であると医学的に判断される症例は対象とされており、この取扱いをどこまで認めるべきか判断に迷う。

- 精神障害によるアドヒアランス不良を理由に、精神科が内科系疾患の治療を提供して精神通院医療として請求する例が一部にみられ、その取扱いに悩む。

7.7. 総合病院、薬局、訪問看護ステーションとの調整上の問題

- 総合病院では、事務方が当該診療科以外の請求を分けずに自立支援で請求してくることがある。説明しても事務方が理解しない例もある。その結果、返戻になった場合、患者からの苦情対応に長時間を要する。
- 薬局に直接説明しても、まず医療機関に説明し、了解を得る必要がある。
- 精神科特別訪問看護指示書の過剰な利用がある訪問看護ステーションがある。
- 明らかに通院可能な患者に対して、在宅訪問診療のレセプトを申請する医療機関がある。

7.8. レセプト審査体制・マンパワー不足

- 適用外で自立支援医療を利用している例があまりに多い印象であり、当自治体のレセプト担当者は大変苦勞している。
- 本庁にマンパワーがなく、レセプトチェックは難しい。
- 精神通院医療費が年々増加している中、自治体負担を軽減するためにはレセプト内容点検が必須である。しかし、業務委託を行うにも膨大な経費がかかり、受託できる事業者もいないという問題がある。
- 公費負担医療制度の適正な請求を促すため、レセプト内容点検に係る委託料や、点検を行う専門職員の雇用経費を国が補助することを検討してほしい。
- レセプト点検において全国共通で使用できるツールを、国主導で開発してほしい。
- 申請件数や審査件数の急増により、個別事例に十分な時間をかけて疑義や違和感を拾い上げること自体が難しくなっており、判定が機械的になりつつあることを懸念する意見がある。
- 訪問看護事業者の実地指導に係る経費についても、国の補助を検討してほしい。
- レセプト審査については、毎月2万件以上の請求が提出されるため、限られた体制では十分な精査が困難である。
- 診療報酬項目の解釈や、特定の医薬品名が精神通院医療に該当するか否かなど、判断に迷う照会が多い。
- 厚生労働省等から詳細かつ具体的なガイドラインが示されていない項目も多く、個別事例への回答や審査対応に苦慮している。
- レセプト管理システムが導入されておらず、すべて紙レセプトで対応しているため、レセプトの審査、閲覧や管理が困難である。
- レセプト審査を外部委託せざるを得ない場合でも、委託業者の審査結果に基づいて返戻した後、医療機関から説明や反論があった際に、その妥当性を行政職員が判断することが難しい。

7.9. 審査基準・判定基準の不明確さ

- レセプト審査において、厚生労働省から明確な審査基準が示されておらず、請求内容についてどの程度まで審査してよいかの線引きが不明瞭である。
- 精神通院医療の支給認定の対象範囲について、全国の自治体で統一された明確な判定基準がない。
- 他自治体では自立で通っていたのに、という苦情が寄せられることがある。
- 他自治体の医師から、「この検査は自立で通る」と説明されていることもある。
- 自治体間の判断の違いが、現場での苦情や対応困難につながっている。

7.10. 行政職員では判断できない内容と専門職配置の必要性

- レセプト審査において、行政職員では形式上の点検しかできず、診療内容を審査することができない。
- 審査の精度を高めるのであれば、医療事務を専門とする業者への外部委託が望ましい。
- 精神に関わる診療なのか、必要な薬なのかは、知識のない行政事務では判断することができない。
- これらを解決するためには、専門職をレセプト審査事務として加配する必要がある。
- 支給認定時に行われる医学的判定と、レセプト審査との間に十分な連動がない。
- 支給認定時の医学的判定をレセプト審査にも活用できる仕組みがあるとよい。

7.11. 支払基金・国保連による審査の限界

- 社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険連合会へ審査事務を委託しているが、当自治体が指定していない医療機関からの請求も確認することなく審査を行っている状況である。
- 指定医療機関からの請求であっても、受給者が申告した医療機関以外への通院に係る請求が十分把握されていない可能性がある。
- 審査内容の拡大を求めてもよいのではないかとと思われる。

7.12. 申請事務、所得区分、居住地特例、PMH 対応等の事務負担

- 精神通院医療は原則として居住地での申請であるため、申請書には居住地の住所を記載してもらい、受給者証も居住地の住所で発行している。
- 住民票を居住地に移していない申請者については、次のような問題が生じている。
- 所得区分審査に必要な情報を申請受付市町で保有していないため、審査に時間がかかったり、必要な情報が得られなかったりする。
- 負担区分認定が煩雑であり、ふるさと納税、住宅控除、扶養控除等を含めた区分判定が窓口負担となっている。
- マイナポータル連携のための住基情報と受給者証情報の突合作業では、氏名・生年月日が一致していても住所が不一致だと不突合とみなされるため、住民票上の住所を市町を通じて申請者に確認するなど、1件ずつ手作業で突合作業を行う必要がある。令和8年度から本格稼働するPMH（Public Medical Hub）の住基突合作業においても、同様の業務が見込まれる。
- 現行の国要綱で定められた受給者証様式には、加入医療保険の記号・番号及び保険者名の欄があるが、マイナ保険証への移行やPMHの本格稼働により、受給者証に表記する必要性は低いのではないかと感じている。
- 所得区分審査に必要な情報ではあるが、受給者証に印字される保険証情報の誤りがないかを一字一句確認しており、事務負担が大きい。

- 医療機関等から、受給者証に印字されている保険証情報と受診時の保険証情報が異なる場合の問い合わせや、前々保険証情報を記載した受給者証の遡及発行希望がある。
- 保険証廃止後、社会保険の被扶養者の保険確認に時間がかかっている。
- マイナンバーカードと保険証、受給者証が紐づけされたことにより、公費負担対象外の請求まで上がってくる場合があり、対応に困っている。
- 居住地特例の解釈や申請先の整理に苦慮しており、自治体間で受付先の押し付け合いが生じることがある。
- 「居住」とはどの程度を指すのか不明確であり、難病制度のように「住所地」とした方が申請先の整理が容易ではないかとの意見がある。
- 転入者の診断書の取り寄せや写しの送付対応は大きな負担である。
- 医療機関の名称変更時の取扱いや、公費負担番号の変更を伴う転出入時の変更手続に、自治体ごとの運用差があり、取下げ依頼や苦情対応が増えている。
- 他の自治体への転出入時についても、公費負担番号変更に伴う変更手続が十分行われていないケースが多く、対応に苦慮している。
- 申請方法の種類が多く、必要書類や確認事項が多岐にわたるため、事務量が增大している。
- 精神障害者保健福祉手帳の診断書を利用して自立支援医療を認定する場合、障害認定と医療認定を1枚の診断書で判断する難しさがある。
- 一部自治体では保険情報欄そのものを削除したり、「保険証情報のとおり」と表記したりしているが、自治体単独で変更すると利用者や医療機関からの苦情が想定されるため、国様式を改正してほしい。
- 「重度かつ継続」の該当・非該当の仕組みや、所得区分Dの特例措置の取扱いについても、制度上の見直しが必要ではないかとの意見がある。
- 健康保険の変更直後には、申請者のマイナポータル画面では保険情報が確認できても、自治体側の照会システムには反映されていないことがあり、審査に支障が生じる。

- 国保組合や他都市国保の加入者では、同一健康保険に加入する世帯員や所得確認対象者の範囲を申請者自身が把握していない場合があり、確認に時間を要する。
- 年金・手当の情報がマイナ照会システムで確認できない場合や、障害年金の支給決定額と実際の受給時期のずれにより、所得判定に苦慮することがある。
- マイナ照会システムの動作が遅く、申請窓口で申請者が滞留することがある。
- 入院中であっても、明確な退院予定日を記載して申請がなされる場合があり、退院見込みの電話確認が事務局及び医療機関双方の負担となっている。
- 過誤返戻や償還払いの取扱いが自治体間で異なり、医療機関との調整に苦慮することがある。

付録②：調査票

令和8年3月3日

各都道府県市精神保健福祉センター
所長 殿

令和7年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業
「自立支援医療制度利用者における医療サービスの
利用状況等の実態把握に向けた調査研究」
(事業担当 関西医科大学 協力 全国精神保健福祉センター長会)

【厚労省事業】自立支援医療に関する調査のお願い

平素より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。このたび、令和7年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「自立支援医療制度利用者における医療サービスの利用状況等の実態把握に向けた調査研究」におきまして、標題の実態調査を実施する運びとなりました。本調査は、自立支援医療（精神通院医療）の制度利用に関する現在の課題を明らかにし、制度の適正な運用に資することを目的としております。特に、精神通院医療の支給認定申請において判断に困る事例その他を把握できればと考えております。調査実施にあたっては全国精神保健福祉センター長会のご協力を得ており、対象は全国の精神保健福祉センターでございます。

集計結果は、センターやご回答自治体が特定できない形式に加工し、本事業の報告書の一部として厚労省へ提出いたします。また、結果は全国精神保健福祉センター長会を通じて共有いたします。本調査の成果は、自立支援医療（精神通院医療）制度の適正な運用をめざす施策として生かされる予定です。

ご多忙のところをたいへん恐縮でございますが、本 Word にご記入の上、下記提出先メールアドレスへ Word をご返送ください。締切として、令和8年3月17日（火）までに下記へご返送をお願いできれば幸いです。

以上

お問合せ先・ご返送先：

関西医科大学医学部メディカルデータサイエンス講座 （担当・野田龍也）

mds.hirakata+chousa@gmail.com

072-846-8671

自立支援医療の審査・運用に関する調査（R7年度）

本調査は、自立支援医療の全国的な実態を捉えるための質的な調査です。自立支援医療（精神通院医療）の支給認定申請をご担当いただいている方にてご回答をいただけますと幸いです。主観的な感覚をお聞きする設問もございますが、思われたままを回答いただけますと幸いです。集計結果は、センターやご回答自治体が特定できない形式に加工し、本事業の報告書の一部として厚労省へ提出いたします。

番号を選ぶ設問につきましては、該当する選択肢を色付きに塗っていただくか、○付きとしていただく（例：②）ことをご回答ください。

【ご回答者】

ご回答センター：

ご回答者様（問合せにのみ使用します）：

I. 精神通院医療の支給認定申請についてお聞きします。

1. 精神通院医療の支給認定申請につき、疑義や違和感のある申請が増えているか、減っているか、お考えをお知らせください。ご着任直後等で過去の状況がわからない場合は、多い／少ないという主観で結構です。

なお、精神通院医療の範囲は、精神障害や、当該精神障害に起因して生じた病態に対して、精神通院医療を担当する医師による、病院又は診療所に入院しないで行われる医療（外来、外来での投薬、デイ・ケア、訪問看護等が含まれる）が対象とされています。

- 1 増えているように感じる（多いように感じる）
- 2 変わらない・減っているように感じる（少ないように感じる）
- 3 わからない

2. 設問1に関連し、疑義や違和感のある精神通院医療の申請について、具体的にどのようなケースがあったか、代表的な例をいくつかお知らせください。お書きいただける範囲で結構です。

3. 精神通院医療における「重度かつ継続」(高額治療継続者)の判断について、問題となった事案はありますか。また、ありの場合には、どのような事案であったか、お知らせください。

なお、「重度かつ継続」とは一定の条件(① 統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害(依存症等)の者、② 精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した者)に該当した場合に年収に応じて1月あたりの医療費に上限が設定されるものです。なお、市町村民税非課税等の低所得者は「重度かつ継続」に関わらず1月あたりの医療費に上限が設定されております。

- 1 なし
- 2 あり
- 3 わからない

(2 ありの場合、どのような事案であったか、下にお書きください。)

4. 「重度かつ継続」の判定医の資格要件(上記設問内「② 精神医療に一定以上の経験を有する医師」)の確認方法について、問題となった事案がありますか。また、ありと答えられた場合にはその内容をご記載ください。

- 1 なし
- 2 あり
- 3 わからない

(2 ありの場合、どのような事案であったか、下にお書きください。)

5. 精神通院医療の支給認定に関連して、お尋ねいたします。精神通院医療が、制度の範囲をこえて拡大して適用されることを避けるためには、どのような方法があると考えられるでしょうか。また、制度の範囲をこえた適用を識別するために、どのようなチェックポイント、見どころがあると考えられるでしょうか。お考えがあればご記載ください。

8. 前の設問で「1 レセプト点検なし」または「2 レセプト点検あり」を選ばれた方にお聞きします。精神通院医療のレセプト審査において、社会保険診療報酬支払基金または国民健康保険連合会ではない組織へレセプト点検の外部委託を行っているかご存じですか。

- 1 基金等以外への外部委託なし
 - 2 基金等以外への外部委託あり
 - 3 わからない
- (内容をご記入ください)

9. その他、精神通院医療における支給認定申請やレセプト審査について日々の業務で判断に迷う事例、問題に感じるものがあればご記載ください。

本報告書は、学校法人関西医科大学が実施した厚生労働省令和7年度障害者総合支援事業費補助金（障害者総合福祉推進事業）「自立支援医療制度利用者における医療サービスの利用状況等の実態把握に向けた調査研究」（事業担当者：野田龍也）により作成したものです。なお、データ解析等に当たっては、一般社団法人臨床疫学研究推進機構の支援を受けました。

本報告書の内容を転載、引用または利用する場合には、出典を明記してください。