

表1 精神通院公費の承認割合

	H8～H10	H11～H13	H14～H16	H17上半期
有効回答数	27	38	50	51
平均値	99.86%	99.74%	99.49%	99.49%
中央値	99.96%	99.98%	99.88%	99.95%
標準偏差	0.27%	0.91%	1.20%	1.31%
最低	98.68%	94.45%	92.66%	91.45%
最高	100.00%	100.00%	100.00%	100.02%

※ H8:平成8年度, 他も同様

表2 申請に占める割合

	H17上半期	H14～H16 [※]			
	通院公費のみの 新規申請	通院公費のみの 新規申請	通院公費のみの 更新申請	手帳の交付・更新 とあわせた申請 (診断書)	手帳の交付・更新 とあわせた申請 (年金診断書)
A 県	20.7%	28.1%	49.4%	10.7%	11.9%
B 県	26.1%	30.2%	47.0%	11.0%	11.8%
C 県	25.8%	32.9%	37.5%	19.4%	10.3%
D 県	21.7%	29.4%	37.0%	20.7%	12.9%
E 県	20.5%	26.9%	40.7%	12.0%	20.4%
F 県	28.7%	25.0%	46.0%	12.9%	16.1%
G 県	15.8%	21.7%	54.9%	8.3%	15.1%
H 県	10.0%	17.1%	47.8%	22.2%	12.9%
I 県	15.4%	20.5%	54.6%	14.9%	10.0%
J 県	41.2%	28.0%	39.2%	25.2%	7.6%
平均	22.6%	26.0%	45.4%	15.7%	12.9%

※ さいたま市(表中では“県”と表記)は H15～H16

表3 診断書・患者票の電子データ化の実態

	n	電子化の割合	含まれる割合
氏名	50	90.9%	100.0%
生年月日	50	90.9%	100.0%
性別	50	90.9%	100.0%
住所	50	90.9%	100.0%
保険の種類	50	90.9%	100.0%
有効期間	49	89.1%	98.0%
通院医療の担当医療機関名	47	85.5%	94.0%
手帳番号	47	85.5%	94.0%
受給者番号	44	80.0%	88.0%
病名	37	67.3%	74.0%
家族の連絡先	33	60.0%	66.0%
公費負担者番号	32	58.2%	64.0%
医師の所属する医療機関名	9	16.4%	18.0%
診断書を作成した医師名	7	12.7%	14.0%
病状・状態像等の、具体的程度、病状等	1	1.8%	2.0%
現在の精神保健福祉サービスの利用状況	1	1.8%	2.0%
備考の記載内容	1	1.8%	2.0%
発病から現在までの病歴の記載内容	0	0.0%	0.0%
現在の病状、状態像の該当項目を○で囲んだもの	0	0.0%	0.0%
現在の治療内容	0	0.0%	0.0%
今後の治療方針	0	0.0%	0.0%
上記のいずれも電子化していない	5	9.1%	—

表4 現在の体制

	n	%
判定する委員会の数(有効回答数52)		
1	32	61.5%
2	16	30.8%
3以上	4	7.7%
判定に携わる委員の総数(有効回答数54)		
2~3人	8	14.8%
4人	9	16.7%
5人	22	40.7%
6人	10	18.5%
7人以上	5	9.3%
判定に携わる委員の構成(有効回答数54)		
精神保健福祉センターの医師のみ	5	9.3%
精神保健福祉センターの医師とそれ以外	40	74.1%
大学病院の精神科医師を含む	8	20.0%
病院の医師(大学病院を除く)を含む	35	87.5%
精神科診療所の医師を含む	19	47.5%
その他を含む	9	22.5%
精神保健福祉センターの医師以外のみ	9	16.7%
大学病院の精神科医師を含む	4	44.4%
病院の医師(大学病院を除く)を含む	9	100.0%
精神科診療所の医師を含む	6	66.7%
その他を含む	1	11.1%
判定会議の開催状況		
【開催回数】(有効回答数53)		
月1回	8	15.1%
月1~2回	7	13.2%
月2回	36	67.9%
それ以上	2	3.8%
【開催時間】(有効回答数51)		
2時間未満	10	19.6%
2時間程度	28	54.9%
それ以上	13	25.5%

表5 判定の方法

	n	%
判定における委員の役割(有効回答数54)		
全委員が全申請書に目をとおす	13	24.1%
個別の委員は振り分けられた申請書に目をとおすが、すべての申請書はかならずいずれかの委員の判定対象になる	37	68.5%
申請書類は、必ずしも判定に携わる委員が目をとおすとは限らない	4	7.4%
判定会議に向けた事務局の作業(複数回答)		
診断書の記載漏れの有無などを確認する	47	85.5%
委員による判定の対象となる診断書を抽出する(申請のあった診断書の一部を委員が判定するため)	8	14.5%
その他	1	1.8%
精神障害者通院医療費判定指針以外の判定業務に関する文書化された申し合わせや内規(有効回答数54)		
作成されており、精神科医療機関等に知らされている	8	14.8%
作成されているが、精神科医療機関等には知らされていない	2	3.7%
申し合わせや内規は作成されていない	44	81.5%
通院公費の適用でないと判定された場合の通知方法		
【申請者に対して】		
文書で通知している	49	89.1%
電話で通知している	0	0.0%
その他	1	1.8%
【医療機関に対して】		
文書で通知している	24	43.6%
電話で通知している	3	5.5%
その他	0	0.0%

表6 判定に関する意見等

通院公費の適用でないと判定された場合の対応や、申請者や医療機関との対応のあり方について、気づかれていることやご意見がありましたら、お書きください。

- 適用にならない場合は、文書通知の前に医療機関や市町村に電話連絡をしています。
- 通知を送付する前に、各区支援課（担当窓口）から申請者に電話等で連絡し、説明した後に送付することとしている。
- 年金証書による手帳との同時申請では、手帳がでないと通院公費もでないので、文書で本人と市町村長宛に通知を出す、判明した時点で市町村又は医療機関に電話で連絡している。
- 不利益処分を行う場合は、複数委員が独立した審査を行ったうえで、一致した見解が必要であるとする。
- 非該当通知の送付だけでは理由等説明不十分で、通知が届いた時点で申請者からの問い合わせが多い。適用でない理由をもう少し詳細に提示する必要がある。
- 隣県などで住所変更したりしたとき、判定が違ってきたりしたときにどうしたらいいのか？自治体によって認めるところと、認めないところがあるとしていいのか？対応が悩ましい。
- 申請する際の診断書を記入する医師が制度を理解していない。
- 医師によって診断書の記載にばらつきがあり、同じ患者でも医師の診断書の記載の仕方により、適応外になってしまうことがある。医師の中にも制度をよく知らないものもいる。
- 県外の医療機関の場合、申請書や診断書の書き方等で各県毎の差異から誤記入等で発生しやすい。書類の差し戻し等が発生した場合は、書類の書き方の説明文書を添付して返送するようにしている。
- パソコン作成で申請して来る医者で、多数の患者につき、現病歴の発症日時が違うだけで内容があまりにも近似しているケースがあった。書類の形式は保たれているが、多数の診断書を一括し、その類似性への疑義を指摘した。その後は、一部の症状・兆候の用語の置き換えがある。しかし、やはり同一疾患名、おおむね同じような経過の内容の記載である。
 - ②欄をほとんど記載しない医師がいる。プライマリケアでうつ病の治療をする内科医、認知症を抱える内科医、てんかんの患者に投薬処方を維持継続しているだけの脳外科医は自分は精神科でないので受診は「なし」と書く者が多い。返戻し書き足しさせているが、「精神科受診歴等」の文言、この欄の形式が他科の医師の誤解を招きやすい。
 - ③欄の「現在の状態像」について、「現在は安定していて症状はないので、○付けするものがない」と何も記載しない医師もいる。てんかんもあるので、この欄も誤解を招きやすい。治療を書く⑤欄では、認知症へのアリセプト、気分障害等へのSSRIを扱う内科医の症例が漸増している。この制度が内科医でも活用できると知った医師は、どんどん申請してくる印象がある。（最近、禁煙外来という試みがあるが、仮にF17ニコチン依存症で申請がきたらどう扱うべきか）
 - 公費負担の非該当事例は、①内科医から不眠症のみの治療を受けている②てんかんで投薬している患者の病歴、病状、所見を全く書けない医師からの申請③重度の知的障害者で特別な精神疾患が重畳していないもの（重度医療が妥当と判断）④“うつ病”治療で、内科医の診断書が精神医学的に不合理な内容にあるもの、などである。
- 医療機関が余りに本人の代行をしすぎており、本人の意志・同意の有無まで確認できているのか疑問に感じる。（申請に関する本人へのインフォームドコンセントのあり方）
- 本人が細かい診断内容、判定内容を理解できない場合。本人が何を申請したのか理解不十分な場合。
- 本人申請よりも代理申請がほとんどである現状は必ずしも好ましいものとは言えない。
- 当センターでは判定のみ実施しているので、直接、申請者及び医療機関との対応はない。

表7 診断名による判定の実態

通院公費単独で初回申請された場合に、下記の診断名が単独で記載されている場合の、貴センターにおける判定の実態をお書きください。

	診断名のみで 適用		精神症状や 精神科治療の 必要性の記載 に応じて判断		基本的に 適用にならない	
	n	%	n	%	n	%
認知症(痴呆性疾患)	11	20.0%	44	80.0%	0	0.0%
アルコール依存症	12	21.8%	43	78.2%	0	0.0%
統合失調症	21	38.2%	34	61.8%	0	0.0%
双極性感情障害	21	38.2%	34	61.8%	0	0.0%
反復性うつ病性障害	21	38.2%	34	61.8%	0	0.0%
その他の気分障害	13	23.6%	42	76.4%	0	0.0%
神経症性障害	11	20.0%	44	80.0%	0	0.0%
摂食障害	13	23.6%	42	76.4%	0	0.0%
人格障害	7	12.7%	48	87.3%	0	0.0%
知的障害	2	3.6%	46	83.6%	7	12.7%
広汎性発達障害	11	20.0%	44	80.0%	0	0.0%
多動性障害	10	18.2%	45	81.8%	0	0.0%
てんかん(薬物療法中)	24	43.6%	31	56.4%	0	0.0%
てんかん(発作は消失しており、 半年1回の検査のみの扱い)	13	23.6%	37	67.3%	5	9.1%

表8 精神障害者通院医療費判定指針と適用対象との関係

精神障害者通院医療費判定指針に記載された下記状態が単独で見られた場合、精神障害者通院医療費判定指針と、貴都道府県・政令指定都市における通院公費の適用対象とは、どのような関係になっていると考えられますか。

	指針より 広く適用		指針にほぼ 一致して適用		指針より 狭く適用		わからない	
	n	%	n	%	n	%	n	%
躁および抑うつ状態	5	9.1%	47	85.5%	1	1.8%	2	3.6%
幻覚妄想状態	2	3.6%	51	92.7%	0	0.0%	2	3.6%
精神運動興奮	2	3.6%	51	92.7%	0	0.0%	2	3.6%
分裂病等残遺状態	3	5.5%	50	90.9%	0	0.0%	2	3.6%
情動および行動の障害	3	5.5%	50	90.9%	0	0.0%	2	3.6%
不安および不穏状態	4	7.3%	47	85.5%	2	3.6%	2	3.6%
痙れんおよび意識障害	3	5.5%	50	90.9%	0	0.0%	2	3.6%
精神作用物質の乱用および依存	3	5.5%	50	90.9%	0	0.0%	2	3.6%
知能障害	2	3.6%	49	89.1%	2	3.6%	2	3.6%

表9 公平な制度運用に向けた対策についての意見

現在の通院公費制度についてお聞きします。精神障害者通院医療費判定指針に沿った、各都道府県・政令指定都市間で公平な制度運用を行うために、下に挙げた事柄が、どの程度効果があると思われますか。

	たいへん有効		ある程度有効		あまり有効でない		有効でない		わからない	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
市町村に通院公費適用の対象 (精神障害者通院医療費判定指針)を周知する	6	10.9%	26	47.3%	15	27.3%	5	9.1%	3	5.5%
精神科医療機関に 精神障害者通院医療費判定指針を周知する	18	32.7%	32	58.2%	5	9.1%	0	0.0%	0	0.0%
精神科以外の医療機関に 精神障害者通院医療費判定指針を周知する	9	16.4%	39	70.9%	5	9.1%	1	1.8%	1	1.8%
通院公費申請書の書式を改訂し、 精神障害者通院医療費判定指針にある状態像に 該当する事例であるかどうか判定しやすくする	12	21.8%	34	61.8%	6	10.9%	0	0.0%	3	5.5%
通院公費申請書の書式を改訂し、 治療の継続の必要な理由(注)を判定しやすくする	11	20.0%	29	52.7%	11	20.0%	0	0.0%	4	7.3%
通院公費申請書の書式を改訂し、 通院公費期間中の治療計画を記載する	5	9.1%	18	32.7%	19	34.5%	3	5.5%	10	18.2%
判定会議の開催頻度を多くする	3	5.5%	9	16.4%	23	41.8%	13	23.6%	7	12.7%
判定業務に携わる委員数を多くする	3	5.5%	11	20.0%	21	38.2%	10	18.2%	10	18.2%
隣接都道府県・政令指定都市との 合同判定会議を行い、判定業務の標準化を図る	6	10.9%	22	40.0%	13	23.6%	4	7.3%	10	18.2%
手帳制度の判定と通院公費の判定を独立させ、 「手帳該当であっても通院公費非該当」という カテゴリーを明確にする	7	12.7%	15	27.3%	14	25.5%	5	9.1%	14	25.5%

注) 治療の継続によって、精神障害者通院医療費判定指針にある精神症状がどのように改善されているか

表10 公平な制度運用に向けた対策についての意見(自由記載)

その他、公平な制度運用に有効と考えられる方法がありましたら、お書きください。

- Q&A を作成して都道府県の情報を共有できるようにしてほしい
- ①国が具体的な Q&A を絶えず更新し、問題点に応答する。②指針の中で「精神病と同等」という内容を更に具体化して適用・不適用のモデルを例示する。
- 指針にある「精神病と同等の病態」というのをもう少し具体的に明示する
- 国で症例呈示を作成する
- 判定基準を明確にする
- 医師などの専門家以外でも判定できるような客観的な判定指針の作成（実際は難しいですが・・・）
- 各都道府県・政令市間でのばらつきを解消するためには、具体的な事例を基に判定基準を標準化し、それを根拠として医療機関や申請者に提示できるようにすることが必要と考える。
- 明確な適用範囲を判定し、厳正な運用を行うのか、適用範囲に幅を持たせ、より多くの患者に適用できるよう運用していくのか、制度運用の方針自体を当初から明確にしておく。
- 疑義ケースについては診療報酬請求明細書の審査業務と連携をはかる。

表11 自立支援医療制度への移行についての意見等

1) 既存体制を活用して判定の適正化を進めるため、貴都道府県・政令指定都市ではどのような取り組みを進められていますか。また、国においてなすべきと考えられていることがありましたら、お書きください。

(都道府県・政令指定都市での取り組み)

- 診断書の記載要領を、事例モデルを作成して周知しました。
- 医療機関への自立支援医療説明会の中で「重度かつ継続」の判定基準を説明し、また、当所ホームページにも同様の内容を掲載し周知している。
- 自立支援医療制度のみなし認定の開始にあたって、各病院・診療所に、国の「自立支援医療費の支給認定判定指針（未定稿）」、本県で独自作成した「診断書の記載方法について」「重度かつ継続」の要件」を送付した。
- H18年4月の認定のための診断書の様式を全面的に改正し、より指針の主旨の記載を求めるものとした。
- 病名についてICD-10病名で記載するように指導している。
- 「重度かつ継続」の意見書には、診断名とICDコードを英数字3桁まで記載を求め、「F4～F99」については、治療内容の欄に投薬内容、用量、精神療法の欄には具体的な内容をチェックして、現在の治療状況について確認するように努めている。
- 自立支援医療制度の「重度かつ継続」の判定を円滑に勧めるために意見書の一部を選択肢型に改良している。
- 診断病名＝ICDカテゴリー＝病態像間相互の整合性をチェックする様、事務局（センター）の医師がスクリーニングし、疑義のある診断書については判定部会に語る。
- 判定業務の標準化を図るため、判定が困難な事例が生じた時は、判定委員間で協議し、方針を定めている。
- 内容の整合性について疑義がある場合は理由を記して医療機関に問い合わせをしています。
- 国の指針に沿って進める予定です。
- これまで通りの判定を行う。
- 現状では特に変更していくつもりはない。
- 現行の審議会部会にて判定を予定しています。
- 当県においては従来、できるだけ客観性、公平性を保つためセンター職員だけでなく外部の委員もふくめて判定委員会を行っている。今後も「重度かつ継続」の判定という新しい要素が加わるため、従来の判定に慣れた現行の委員体制で判定を行っていくこととしている。
- 本県では審査会方式ではなく、精神科医師2名によるチェック体制で実施しており、今後も継続予定
- 現状の判定業務のみで手一杯であり、特に取り組みは行っていない。
- 現在検討中（今後検討予定）
- 判定業務に関する申し合わせ、ないしは内規を作成し、医療機関にも知らせるべきではないかと検討しています。
- 県・政令市間では、運用をなるべく一致させるよう協議していきたいと考えている。

(国においてなすべきと考えられること)

- 該当医師機関への判定指針の周知
- 県内、医療機関、市町村への制度内容の説明、周知徹底

- 適正な判定が可能な診断書等の様式を呈示していただけるよう望みます。
- レセプトの記載要領を明示すべきだと思います。
- 診断書及び意見書の記載マニュアルを作成することが必須である。
- 差異を軽減するため詳細な指針の提示
- 国の指針だけでは細部がつかみきれいていません。全国精神保健福祉センター長会で集約したものを文章化して配布できるようにする必要があると思われます。
- 判定の差が出ないように明確な判定基準を示し、判定結果に不公平が出ないようにしてほしいと考えている。
- 明確な基準を示して頂きたい。また手帳の等級を活用すべきではないかと考える。
- 判定の基本となる指針を明確化、厳格化を図るために第三者評価を入れ見直すべきである。
- 診断書、意見書を記入する医師に対する適用対象となる疾患や状態像の明確化。同時に様式に沿った書類記入の徹底。
- 具体的な Q&A を先に行い、この制度で対象となる状態と対象とならない状態を、担当が具体的に明示することが必要
- 適用要件があいまいであり、より具体的基準の作成や該当、非該当の具体例の呈示を国において行っていただきたい。
- F4 以降の方の「重度かつ継続」の適用に関しては判定指針では分かりにくいので、もっと明解な基準を定めて欲しい。
- 依存症や神経症圏、発達障害、人格障害等の適用を明確にする指針が必要。
- 現行制度は精神障害に関わるものではなく、精神科治療に関わるものである。その点から、障害者福祉体系の中で精神疾患とその治療を障害者福祉に拡大しているが、重度かつ継続が肥大化する要因ともなっている。これについてはガイドラインが必要であり、判定者の資格はその次の問題であると考ええる。
- ICD カテゴリーを F 以下数字 2 桁以上記入する様求めるべき。
- 障害者手帳との関係を整理していただきたい。
- 判定医師を増員するなど、判定機能の強化を図る。
- 市民税額により「重度かつ継続」の判断を必要とするシステムだが、「重度かつ継続」の方であれば市民税額に応じた負担を決める方が理解されやすいと考える。

2) 公費負担の行われる医療の範囲は、精神障害および当該精神障害に起因して生じた病態、当該精神障害の治療に関連して生じた病態（当該精神障害のために用いた薬剤の副作用等）、精神医療を担当する医師によって、通院による医療を行うことができる範囲の病態とされています。通院公費制度が、制度の範囲をこえて拡大して適用されることを防ぐためには、どのような方法があると考えられますか。貴都道府県・政令指定都市で考えられていることがありましたら、お書きください。

- 本制度の範囲を超えているとみなされる診断書（例えば、てんかん発作が過去に発生していないにもかかわらず、予防的措置のてんかんなど）については、その審査結果に至った理由を明記し、周知徹底に努めている。また、上記のような診断医師に対し、当センターよりアンケートを行い、制度の周知を図っている。
- 例えば、「当該精神障害の治療に関連して生じた病態を治療するため」に医療機関の追加申請があった場合などで、事務局での判断がつかないような病態であるときは、医学的見地から主治医の意見書を提出してもらい判定している。

- 合併症について、精神障害に起因して生じた病態あるいは精神障害の治療に関連して生じた病態とするならばその説明を求める。
- 「診断書の記載方法について」で、次のように明記した。：「身体合併症」の欄は、当該精神障害の治療に関連して生じた病態や、当該精神障害の症状に起因して生じた病態のみを記載して下さい。感染症（特に慢性のもの）、新生物、アレルギー（薬剤副作用によるものを除く）、筋・骨格系の疾患は精神障害に起因するものとは考えがたいとされています。
また診断書の身体合併症欄に、「身体合併症は、当該精神障害の治療に関連して生じた病態や、当該精神障害の症状に起因して生じた病態のみを記載すること」と付記している。
しかし、主たる精神障害が「うつ病」、「神経症性障害」などの精神科のコモンディージーズと考えられる場合でも、身体合併症として「高血圧」・「高脂血症」・「糖尿病」などのコモンディージーズを申請する場合も数多く、対応に苦慮している。国として指針を示されることを強く希望します。
- 国がはっきりした基準を示すこと
- 国が主導して当該精神障害の範囲、適要範囲を明確にして都道府県に指導すること
- 32条適応以外のクスリ（かぜなど）について請求が行われているようなので医療機関に対しての指導の強化
- 国では薬品名等具体的で厳密なガイドラインが作られない限りは、地方自治体レベルで判断を示すことは根拠が希薄で現実には不可能である。また、一部の薬品のみを認めるということであれば、その事務処理手続きが確立されていないことも実際の対応を不可能にしていると思われる。
- 精神障害に起因する病態等については、Q&Aに示されてはいるもののあいまいな表現であり、よりはっきりとした国の指針が必要。地方自治体だけで防ぐのは困難。
- 厚生労働省に問い合わせのあったケースや各都道府県・政令指定都市の判定困難事例をまとめ、それに対する厚生労働省の見解を記載したQ&A集のようなものがあるとよいと思う。
- 申請のための意見書作成の主治医の用件の明確化。
- 精神医療を担当する医師の用件を明確にする。（てんかん以外は精神科医でなければならない等）
- 対象となる医療機関の条件を厳しくし、てんかんを除き精神科を標ぼうする医療機関に限定する。
- 適用できる診療科を病名毎に設定する（てんかん、小児精神疾患を除いて精神科に限定する）。単純痴呆を明確に対象外とする。
- 指定医療機関の限定（精神科、神経科を榜するなど）。手帳所持者への限定
- 精神保健指定医が診断書を記入。F0、F1、F2と躁うつ病に限定する。認知症については、精神症状が著しい場合に限るべき
- 適応疾患、期間制限、上限額限定
- 例えば、使用可能な薬剤を限定して、公費負担を行う。すると、風邪薬などは適応外なので、公費負担には絶対ならない。
- レセプト点検を強化する
- レセプトの審査、点検を確実に実施することが必要である。
- 支払い基金におけるレセプトチェックの強化
- 医療機関の監査で各個人のレセプトをチェックする方法しか考えられないが、限界はあると思われる。
- 医療機関への周知。レセプトの審査。
- 医療の範囲を具体的に明示し、かつ、レセプトの診査を行う体制を整備すべきだと思います。

- 一般医療機関のレセプトチェックを行う必要がある
- 国が主導して指定医療機関制度、指定医制度を強化すること
- 平成7年度までの疾患にもどす
- 手帳、年金受給者証による申請は通院公費用の診断書を添えることが必要
- 手帳制度とのリンクを明確にすべき。障害者のための施策であり、精神疾患を有しながら、精神障害者に該当しない人もあり、これらの人は医療制度上で考えるべきと思われる。
- 実情を真にチェックする術がないので、新たな監査、監督システムを作ることを考える必要があると思います。
- 判定部署、レセプト審査機関、公費支出部署が受給者情報を共有することが必要であると考えられる。
- 診断や治療計画を確定するためには、初診時からの申請には疑問があることなど、運用について全国センター長会で試案を作成することが必要(モニタリングも全国センター長会なら可能)。
- 問題は認識しているが、考えている方法は特になし
- 特に検討されていません(今後検討予定)

3) その他、自立支援医療への移行に関して、お気づきのことや課題がありましたらお書きください。

- 法の成立から施行までの期間が短く、都道府県の準備日程が大変厳しい
- 短期間の移行であり無理がある。未だに省令、通知等が出されていない状況での審査となっており、これまでの国の説明と異なる省令等が出されても修正は不可能である。
- 法の成立から実施までの期間があまりにも短く、現場で大混乱を起こしている。このような乱暴なやり方は承服できない。
- 試行準備のための国の事務が非常に遅れている。準備期間が不足しており、3月末までに終了するか否か分からない状況。制度そのものが非常に複雑。
- 時間がない、判定のガイドラインがない、などにより、相当に混乱が生じるものと思われる。
- 関係者間での検討が未だ具体的にない状況です。
- 重症かつ継続の明確な指針がないので、このままでは現状通りになるのではないかと危惧する。
- 改正内容から判断して、移行に係る準備期間が短い。「重度かつ継続」の範囲が不明確。制度運用に当たって「各県の判断に応じて」との部分が多く、各県の対応にバラツキがあるのは国の制度の在り方としておかしい
- 自己負担上限額管理を本人が行うことは非常に困難であると思われる。
- 受給者証及び自己負担上限管理等を患者に求めるのは・・・精神障害者の障害特性を無視した手続き方法だと思われます。支障をきたす恐れがあります。
- 収入80万円以下であれば「低所得1」となるが、年金をもらっていないことの証明は本人が申し出ない限り難しく、又、申し出ること本人のメリットにはならない。今後年金収入の確認が困難になる可能性がある。
- 所得、収入の確認が大変な作業となっており、簡便な認定方策を検討してほしい。
- 精神障害者、精神障害の加療は公費全額が望ましい。
- みなし意見書について疾患を広げすぎているのではないかと

- 精神保健福祉センターによる事前判定のみでは、自立支援医療費制度運用の適正化は困難であるとする。国においては、①レセプトチェックなどの事後審査を、各都道府県担当課において確実にを行うよう指導すること、②上記にあたって、明快・簡潔な審査指針を作成すること、を強く希望します。
- 通院医療費の判定指針を周知しすぎると、判定指針にそのような診断書の記載をする医師や、そのような症状をよそおう患者などが現れる可能性があり、書類上ではなく、実際に面接できるようなチェック機能が必要ではないか？
- 真に精神医療を必要とする人に利用しやすい、医療を受けやすいという面が失われているように感じられる。「重度かつ継続」から「高額医療継続」となって、本来は必要もないデイケアや集団療法にむすびつけられている人に適用され、医療側の都合で対象が決められかねない。
- 有効期間が違うため、「手帳の写し」での申請が今後認められないとなると利用者の負担は増大することは必至である。従って自立支援医療については、手帳との関係性が重要な課題となると考えている。
- 精神障害者保健福祉手帳申請者の多くは通院医療費公費負担制度のサービスも併せて利用しています。現行では手帳用診断書 1 枚で公費負担制度も補っていますが、自立支援医療制度施行後も現行と同様のシステムで対応していくのでしょうか？
- 利用者にダイレクトメールを送りましたが、手続きを拒否される方もあり、周知も難しいところです。一時的に病状悪化につながりかねないことを懸念しています。
- 手帳との同時申請、年金証書の写しによる申請などについて事務的な考え方が未整理のまま制度が動いており、現場で整理することが余りにも多過ぎます。
全体に、医療の現場では、“この申請診断書は、医療費を安くするための方便で、申請するのが患者にも病院にも利益である”という共通認識、姿勢があるように感じます。
従って、どのように書式を複雑にしても、クリニックや外来経営では、書くことが経営上の死活問題なので、精神科医から内科、小児科、脳外科医まで、やはり医師は書きます。書式をどのように変更しても申請が減ることはなく、いかに時間を使わずに書くかという効率、時間短縮を求める工夫（例えば、パソコンの大量の類似物の作成）がでてきます。いたちごっこです。
本音を言えば書式の改定、とくに複雑・精緻にすることの戦略的意義はあるのか？と思います。複雑になれば誤記・記載漏れが増え、周知、書類のチェック作業、返戻や確認等が増えます。患者に不当に不利益が及ばないように照会する作業量が増えます。かといって、書き方マニュアル、判定ガイドラインを明確にして伝達普及すれば、それに合わせた型どおりの記載がくるでしょう。このようなやり取りの複雑さは、センターの精神保健活動に向かうべきエネルギーを損ないます。他障害の更生相談所と異なり、多様な保健相談業務もありますので検討すべきです。