

横浜市行政不服審査会答申
(第148号)

令和6年11月12日

横浜市行政不服審査会

1 審査会の結論

「特定医療費（指定難病）支給認定申請不認定処分」に係る審査請求は棄却するべきであるとの審査庁の判断は妥当である。

2 事案の概要

本件は、審査請求人が、令和5年7月21日に行った難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「法」という。）第6条第1項に基づく指定難病に係る特定医療費支給認定の更新申請について、横浜市長（以下「処分庁」という。）が行った特定医療費（指定難病）支給認定申請の不認定処分（令和5年10月12日健健推第▲号。以下「本件処分」という。）の取消しを求める事案である。

3 審査請求人の主張の要旨

- (1) 指定難病の「拡張型心筋症」で、入院中に糖尿病になり、さらにうつ病を発症した。うつ症の薬で、薬害にあい、薬を服用しないと、身体に出る症状を止められなくなっている。
- (2) 1か月に1回、受診していた。今後は2か月に1回の受診に変更する。その場合、「軽症高額該当基準」の10割（33,330円）を超える月が、5か月～6か月になる（現在、20,000円超えが9月以上）。
- (3) 本件処分の適合性について、令和3年10月から令和4年9月までの期間も1か月毎の診察だったが、その際も不認定となった。このとき、審査請求人が処分庁に説明したところ、特定医療費（指定難病）の認定が継続され、令和4年10月以降も1か月毎の診察を継続していた。しかしながら、今回は、同じ説明をしても継続されなかった。
- (4) 前年度と同じ診療内容について、同じ説明をしても継続されず不認定になることには納得できず、本件処分の取消しを求める。

4 処分庁の主張の要旨

- (1) 処分庁は、審査請求人がした申請について、令和5年8月29日、横浜市の附属機関である横浜市指定難病審査会へ当該申請を諮り、不認定の答申を受けたため、同年10月12日、本件処分を行った。
- (2) 審査請求人の指定難病の名称は「特発性拡張型心筋症」であり、軽症高額

該当の項目には「有」にチェックが付され、高額難病治療継続の項目には「無」に丸のチェックが付されている。また、本件申請書に添付された「臨床調査個人票」のページには、「重症度分類に関する事項」として、「1. 軽症」にチェックが付されている。

したがって、審査請求人は、法第7条第1項第1号にいう「その症状の程度が厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて定める程度であるとき。」に該当しない。

- (3) 審査請求人が、更新申請をした日の属する月以前の12月以内に指定難病に係る医療につき要した費用の額について、令和4年9月は34,620円と基準となる33,330円を超えるが、その他の月は超えていない。

この点、法第7条第1項第2号にいう政令で定める基準では、「同一の月に受けた指定難病に係る医療につき厚生労働省令で定めるところにより算定した当該医療に要した費用の額が33,330円を超えた月数が当該支給認定の申請を行った日の属する月以前の12月以内にすでに3月以上あるものであること」としていることから、法第7条第1項第2号の基準にも該当しない。

- (4) 審査請求人は、令和4年10月1日から令和5年9月30日までを有効期間として、横浜市特定医療費（指定難病）受給者証の交付を受けていたところ、このときの申請にあたって、添付資料として自己負担上限額管理票及び独立行政法人国立病院機構横浜医療センターの領収書（令和3年6月から令和4年7月まで）を添付していた。これらの添付資料に基づき算定した、更新申請をした日（令和4年9月5日）の属する月以前の12月以内に指定難病にかかる医療につき要した費用の額は、令和3年10月計49,420円、令和3年11月計46,780円、令和3年12月計49,720円、令和4年1月計73,100円、令和4年2月計49,420円、令和4年3月計35,750円、令和4年4月計22,280円、令和4年5月計50,340円、令和4年6月計56,790円、令和4年7月計57,420円であり、法第7条第1項第2号の基準を満たしており、そのため認定処分を行ったものである。
- (5) 以上のとおり、本件処分は法令の基準に従って適法にされたものであり、本件審査請求については理由がない。

5 審査庁の裁決についての判断

本件審査請求は、棄却するべきとし、その理由を審理員意見書の「7 判断理由」に記載のとおりとしている。

6 審査会の判断

当審査会の判断理由は、審理員意見書の「7 判断理由」と同旨であり、次のとおりである。

(1) 法令等の規定

ア 法第5条第1項は、「都道府県は、支給認定（中略）を受けた指定難病（中略）の患者が、支給認定の有効期間（中略）内において、特定医療（中略）のうち、同条第3項の規定により定められた指定医療機関から受けるものであって当該支給認定に係る指定難病に係るもの（中略）を受けたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該支給認定を受けた指定難病の患者又はその保護者（中略）に対し、当該指定特定医療に要した費用について、特定医療費を支給する。」と定める。

イ 法第6条第1項は、「支給認定を受けようとする指定難病の患者又はその保護者は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事の定める医師（中略）の診断書（指定難病の患者が指定難病にかかっていること及びその病状の程度を証する書面として厚生労働省令で定めるものをいう。）を添えて、その居住地の都道府県に申請をしなければならない。」と定める。

ウ 法第7条第1項は、都道府県は、支給認定につき、「前条第1項の申請に係る指定難病の患者が、次の各号のいずれかに該当する場合であって特定医療を受ける必要があるときは、支給認定を行うものとする。」と定め、同項第1号で「その病状の程度が厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて定める程度であるとき。」とし、同項第2号で「その治療状況その他の事情を勘案し政令で定める基準に該当するとき。」としている。

エ 法第7条第2項は、「都道府県は、前条第1項の申請があった場合において、支給認定をしないこととするとき（申請の形式上の要件に適合しない場合として厚生労働省令で定める場合を除く。）は、あらかじめ、次条第1項に規定する指定難病審査会に当該申請に係る指定難病の患者について支給認定をしないことに関し審査を求めなければならない。」としている。

オ 法第 40 条、難病の患者に対する医療等に関する法律施行令（平成 26 年政令第 358 号。以下「施行令」という。）第 13 条及び地方自治法施行令（昭和 22 年政令第 16 号）第 174 条の 38 は、上記の都道府県が処理することとされている事務は、政令市にあっては政令市が処理する旨を定める。

カ 施行令第 2 条は、「法第 7 条第 1 項第 2 号の政令で定める基準は、同一の月に受けた指定難病に係る医療につき厚生労働省令で定めるところにより算定した当該医療に要した費用の額が 33,330 円を超えた月数が当該支給認定の申請を行った日の属する月以前の 12 月以内に既に 3 月以上あるものであること又はこれに準ずるものとして厚生労働大臣が定めるものであることとする。」としている。

なお、「これに準ずるものとして厚生労働大臣が定めるもの」とあるが、これについて定められたものはない。

キ 法第 7 条第 1 項第 1 号にいう病状の程度については、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成 26 年 11 月 12 日付け健発 1112 第 1 号厚生労働省健康局長通知）の別添「診断基準及び重症度分類等」の「57 特発性拡張型心筋症」の項で定めている。

そして、「重症度分類」の項において、「中等症以上を対象とする。」とし、中等症の基準としては、「NYHAⅡ度であり、かつ、不整脈・入院歴・BNPの項目のいずれかをみたま」と定めている。

(2) 審査請求人の更新申請書について

審査請求人が提出した「特定医療費支給認定申請書（更新用）」の「指定難病の名称」には「特発性拡張型心筋症」と記載がされ、「軽症高額該当（※1）」には「有」にチェックがされ、「高額難病治療継続（※2）」には「無」にチェックがされている。

次に、「臨床調査個人票」の「重症度分類に関する事項」の「特発性拡張型心筋症重症度分類」は「1. 軽症：中等症の基準を満たさない」、「NYHA分類」は「1. I」にチェックがされ、「不整脈」は「1. なしまたは散発性期外収縮」にチェックがされ、「過去1年の不整脈・心不全治療のための入院歴」は「1. なし」にチェックがされ、「BNP（pg/mL）」は「1. <100」にチェックがされている。

(3) 法第 7 条第 1 項第 1 号該当性について

以上によれば、審査請求人は、特発性拡張型心筋症にり患しているものの、重症度分類については、中等症以上ではなく、またNYHAはI度で、過去1年の不整脈、心不全のための入院歴もなく、BNPの項目も満たしていないため、臨床調査個人票に記載されているとおり軽症であり、法第7条第1項第1号にいう「その病状の程度が厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて定める程度であるとき。」には該当しない。

なお、本件では、特発性拡張型心筋症の重症度分類の評価及びその判定手続については、特に争点となっていない。

(4) 法第7条第1項第2号該当性について

審査請求人は、「今後は2か月に1回の受診に変更する。その場合、「軽症高額該当基準」の10割(33,330円)を超える月が、5か月～6か月になる(現在、20,000円超えが9月以上。)」などと主張するところ、法第7条第1項第2号にいう政令で定める基準は、「同一の月に受けた指定難病に係る医療につき厚生労働省令で定めるところにより算定した当該医療に要した費用の額が33,330円を超えた月数が当該支給認定の申請を行った日の属する月以前の12月以内に既に3月以上あるものであること」(施行令第2条)である。

上記基準にかかる該当性の判断においては、審査請求人の更新申請が行われたのは令和5年7月21日であることから、令和4年8月から令和5年7月までが対象期間となるところ、この対象期間の中で基準を満たすのは、令和4年9月の34,620円のみ1月であり、その他の月は基準を満たさない。

したがって、審査請求人は、法第7条第1項第2号の基準にも該当しない。

ところで、審査請求人は、令和3年10月から令和4年9月までの指定難病にかかる医療に要した費用につき上記基準を満たさなかったが、審査請求人が処分庁に説明したところ、支給認定を受けたため、1か月ごとの診察を継続していたと主張する。

しかしながら、証拠等によれば、審査請求人が令和4年10月1日から令和5年9月30日までを有効期間として、横浜市特定医療費(指定難病)受給者の交付の申請にあたって添付された指定難病にかかる医療につき要した費用の額として33,330円を超える額の月については、令和3年10月計49,420円、令和3年11月計46,780円、令和3年12月計49,420円、令和

4年1月計73,100円、令和4年2月計49,420円、令和4年3月計35,750円、令和4年5月計50,340円、令和4年6月計56,790円、令和4年7月計57,420円と9月があることが認められ、3月以上との基準を満たしている
のであり、審査請求人の主張には理由がない。

(5) 法第7条第2項の手續について

本件処分は「支給認定をしないこととするもの」(法第7条第2項)であるから指定難病審査会に審査を求めなければならないが、処分庁は令和5年8月29日に横浜市の附属機関である横浜市指定難病審査会へ諮り、不認定の答申を受けた上で本件処分を行っており、手續上の問題もない。

(6) 結語

以上のとおり、本件処分に違法又は不当な点はなく、本件審査請求は棄却すべきである。

(7) 審理員の審理手續

本件審査請求に係る審理手續は、適正に行われたものと認められる。

(8) 結論

以上のとおりであるから、5の審査庁の裁決についての判断は、妥当である。

《 参 考 1 》

審理員の審理手続の経過

年 月 日	審 理 手 続 の 経 過
令和5年12月21日	・ 審査請求書（副本）の送付及び弁明書等の提出依頼
令和6年1月18日	・ 弁明書の受理
令和6年1月19日	・ 弁明書の送付及び反論書等の提出依頼
令和6年2月8日	・ 反論書の受理
令和6年2月13日	・ 反論書（副本）の送付について
令和6年6月14日	・ 弁明書（2）の提出について（依頼）
令和6年7月5日	・ 弁明書（2）の受理
令和6年7月11日	・ 弁明書（2）の送付及び反論書（2）等の提出依頼

《 参 考 2 》

審査会の調査審議の経過

年 月 日	調 査 審 議 の 経 過
令和6年10月8日	・ 審査庁から諮問書及び事件記録等の写し受理 ・ 調査審議
令和6年11月12日	・ 調査審議