

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)

自立支援医療の給付のあり方に関する研究

分担研究

精神通院公費負担制度の給付実態、および自立支援医療における

重度かつ継続の範囲と再認定の要件に関する研究

分担研究報告書(2)

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

分担研究者 竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

研究協力者 小山 智典 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

山下 俊幸 (京都市こころの健康増進センター)

研究要旨 自立支援医療に移行する前の精神障害者通院医療費公費負担制度(以下、精神通院公費制度)の運用状況を明らかにし、自立支援医療制度の適正な運用に向けた提言を行うため、47 都道府県および 15 政令指定都市(以下、県と呼ぶ)にある精神保健福祉センターの精神通院公費の判定事務局に対して調査票を郵送し、回答を依頼した(回収率 88.7%)。精神通院公費の承認割合(中央値)は、経年的に 99.9%前後と極めて高かった。診断書・患者票のいずれかの項目が電子データ化されていたのは 50 県(90.9%)であった。本研究の結果から考えられる典型的な判定の進め方は、精神保健福祉センターの医師と外部病院の医師らによる約 5 名で構成された 1~2 の判定委員会が、月 1~2 回、2 時間程度で集まり、振り分けられた申請書を各委員が分担して判定するというやり方であった。診断名による判定の実態では、「精神症状や精神科治療の必要性の記載に応じて判断」とした回答がもっとも多かったが、神経症性障害や人格障害等についても「診断名のみで適用」している県が 1~2 割ほどあり、精神障害者通院医療費判定指針の範囲を広義に判断して適用されている可能性が考えられた。医療機関に対して判定指針を周知することは、約 9 割の県が有効であると考えており、通院公費申請書の書式を改訂することも有効であるとする県が多かった。今後は、運用実態を継続的に把握し、また比較可能にするため、より包括的なデータ化を推進し、定期的なモニタリングを行うことが重要である。また、自立支援医療制度の適正な運用に向けて、市町村や医療機関に対する精神障害者通院医療費判定指針の周知を徹底し、また、申請書の書式を適正に改めるなど、様々な方策を検討していく必要がある。

A 研究目的

これまでの障害保健福祉施策は、障害者（児）の地域における自立した生活を支援することを主題にしていたが、実際には、身体・知的・精神という障害種別によって、福祉サービスや公費負担医療の仕組み・内容が異なっていた。そのため、これらを一元的なものにし、また、利用者の増加に対応可能なより安定的かつ効率的な制度となるよう、障害者自立支援法（以下、自立支援法）が成立し、平成 18 年 4 月から施行されている。

自立支援法に示される自立支援医療の対象者は、これまでの更生医療、育成医療、通院公費負担の対象者と変わるものではないが、障害の程度が重度でかつ継続的に医療費負担の発生する者（以下、「重度かつ継続」）の場合は、所得水準に応じて負担の上限額を設定することとしている。この「重度かつ継続」の当面の範囲としては、「疾病、症状等から対象となる者」「疾病等にかかわらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者」という考え方が示されているが、実証的な研究成果を踏まえて、範囲を見直すこととなっている。

本研究の目的は、自立支援医療に移行する前の精神障害者通院医療費公費負担制度（以下、精神通院公費制度）の運用状況を、実証的なデータと制度運用に関わってきた判定機関の見解をもとに明らかにし、自立支援医療制度の適正な運用に向けた提言を行うことである。

B 研究方法

平成 17 年 12 月、47 都道府県および 15 政令指定都市（以下、県と呼ぶ）にある精神保健福祉センターの精神通院公費の判定事務局に対して調査票（資料 1 参照）を郵送して回答を依頼し、55 県（回収率 88.7%）から回答を得た。

（倫理面への配慮）

回収された調査票は厳重に保管した。作成したデータベース、および本報告書において、個別の県を特定できる情報は含まれていない。自由記載による意見等については、回答者が特定できないよう、文意が変わらない程度に必要な応じて字句等の改変を行った。

C 研究結果

1. 精神通院公費の判定状況

1) 承認割合の経年変化(表 1)

精神通院公費の承認割合は、中央値でみる限り平成 8 年度（以下 H8 と表記、他も同様）～H10、H11～H13、H14～H16、H17 上半期でほぼ同じであり、いずれも 99.9%前後の極めて高い承認割合であった。しかし、承認割合が最低である県の値は、年を経るごとに徐々に低くなっていた。

H17 上半期では、承認割合が 100%を超えていた県があり、理由は「デイケア等の利用で、1 回の申請で複数の承認をしたケースがあった」ためであった。

2) 申請の内訳(表 2)

申請の内訳 (H14~H16) については「そのような集計は行っていない」と回答した県が多く、有効回答が得られたのは 10 県のみであった。いずれの県においても「通院公費のみの更新申請」がもっとも多かったが、申請の内訳は県によってかなり異なっていた。いずれの県においても、精神障害者保健福祉手帳 (手帳) とあわせた申請は約 2, 3 割であった。

表中には示していないが、H17 上半期の「申請に占める公費のみの新規申請の割合」(有効回答数 38) は平均 23.1% (SD = 8.8%、中央値 22.0%) であり、最高で 58.7%、最低で 9.8% と、県によって大きな差があった。表 2 に示すように、H14~H16 と比較すると、10 県中 8 県で「申請に占める公費のみの新規申請の割合」が減少していたが、J 県では 28.0% から 41.2% と約 1.5 倍に増加していた。

2. 電子データ化の実態(表3)

診断書・患者票のいずれかの項目が電子データ化されていたのは 50 県 (90.9%) であり、その場合すべての県で、氏名、生年月日、性別、住所、保険の種類が含まれていた。有効期間、通院医療の担当医療機関名、手帳番号、受給者番号は、ほとんどの県で含まれていた。病名、家族の連絡先、公費負担者番号も、およそ 3 分の 2 の県で含まれていた。その他の項目はあまり含まれていなかった。

3. 現在の体制および判定の方法

1) 現在の体制(表4)

判定する委員会の数は、1 が 32 県 (61.5%)、2 が 16 県 (30.8%)、3 以上が 4 県 (7.7%) であった。

判定に携わる委員の総数は平均 5.0 人 (SD = 2.3) であり、2~3 人が 8 県 (14.8%)、4 人が 9 県 (16.7%)、5 人が 22 県 (40.7%)、6 人が 10 県 (18.5%)、7 人以上が 5 県 (9.3%) であった。

判定に携わる委員の構成は、精神保健福祉センターの医師のみが 5 県 (9.3%)、精神保健福祉センターの医師とそれ以外が 40 県 (74.1%)、精神保健福祉センターの医師以外のみが 9 県 (16.7%) であった。精神保健福祉センターの医師以外の者が含まれている場合には、ほとんどの県で病院の医師が含まれており、精神科診療所の医師を含む県は約半数であった。

判定会議はほとんどすべての県で定例に開催されていた。月に 2 回である県が 36 県 (67.9%) ともっとも多く、月に 1 回、月に 1~2 回 (多くは 3 週間に 1 回) という県もいくつかあった。1 回あたりの判定会議に要する時間は、2 時間程度であるところが 28 県 (54.9%) ともっとも多かった。

2) 判定の方法(表5)

判定における委員の役割について、もっとも近いものの回答を依頼したところ、「全委員が全申請書に目をとおす」が 13 県 (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」が 37

県 (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」が4県 (7.4%)であった。

判定会議に向けた事務局の作業(複数回答)では、「診断書の記載漏れの有無などを確認する」が47県(85.5%)、「委員による判定の対象となる診断書を抽出する」が8県(14.5%)、その他として1県から「データ入力」という回答があった。

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については、「作成されており、精神科医療機関等に知らされている」が8県(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」が2県(3.7%)、「作成されていない」が44県(81.5%)であった。

通院公費の適用でないと判定された場合の通知方法では、その他として少数ながら「これまでに適用でないと判定されたケースがない」という回答があり、また、医療機関に対して「通知していない」とする記載が比較的多かった。そのため、この設問について回答がなかった県は、同様の理由による可能性が高いと考え、それぞれの回答の割合については、全体の55県で除した値を算出し、参考値として提示した。

申請者に対しては、文書で通知している県が49県(89.1%)と大半を占め、その他として、文書と電話の両方で通知している県が1県あった。医療機関に対しては、文書で通知している

県が24県(43.6%)、電話で通知している県が3県(5.5%)であった。

3) 判定に関する意見等(表6)

通院公費の適用でないと判定するにあたっては、複数委員による一致した見解が必要であるとの意見や、適用でない理由を詳細に提示する必要があるとの意見があった。また、県によって適用可否に差異があるのは悩ましいとの意見があった。

精神通院公費制度を十分に理解していない医師がいることは、複数の県の回答者から指摘された。また、「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」という意見もあった。

4. 判定業務における判断の現状

1) 診断名による判定の実態(表7)

診断名が単独で記載されている場合(通院公費単独、初回申請)、いずれの診断名についても「精神症状や精神科治療の必要性の記載に応じて判断」とした回答がもっとも多かった。しかし、「診断名のみで適用」とした県も一定の数あり、統合失調症、双極性感情障害、反復性うつ病性障害、てんかん(薬物療法中)では約4割の県が「診断名のみで適用」と回答した。神経症性障害や人格障害等についても「診断名のみで適用」している県が1~2割ほどあった。知的障害、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)の場合では、「基本的に適用にならない」とし

た県が1割ほどあった。

2) 判定指針と適用対象との関係(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では、指針に記載されているいずれの状態であっても、およそ9割の県が「指針にほぼ一致して適用」していると回答した。

5. 判定指針運用の差異の経験

平成17年度中の判定業務において、他県との間で精神障害者通院医療費判定指針の運用に違いを感じたことがあるのは1県(1.8%)のみで、具体的には「診断書を返戻した際、他県の医師から“当県ではこのような返戻を指摘されたことはない”と電話を受けたことがある」とのことであった。

6. 公平な制度運用に向けた対策についての意見(表9, 10)

精神科医療機関や精神科以外の医療機関に対して「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」ことは、約9割の県が有効であると考えていた。「通院公費申請書の書式を改訂する」ことも有効であるとする県が多かったが、通院公費期間中の治療計画を記載することについては、意見が分かれた。「判定会議の開催頻度を多くする」および「判定業務に携わる委員数を多くする」については、有効でないとする県が過半数を占めた。

その他、公平な制度運用に有効と考えられる方法については、適時Q&Aを作成・更新して情報を共有すること

や、具体的で客観的な判定指針を作成することなどの意見が挙げられた。

7. 自立支援医療制度への移行についての意見等(表11)

1) 県の取り組みと国への要望

各県においては、すでに複数の県で「重度かつ継続」の要件等について周知の試みが進められていたが、国に対しても、医療機関や市町村等に対して制度理解を広めることが求められていた。判定指針については、適用対象となる状態像をより明確化することが強く望まれており、特に神経症圏、発達障害、人格障害等に対しては、具体例を含めて提示することが期待されていた。

2) 拡大適用を防ぐための意見等

ここでも国が主導しての判定指針の周知と明確化が挙げられたが、その他に具体的な意見として、診断書を作成する医師や医療機関を(基本的には精神科に)限定すること、対象者を疾患や手帳所持の有無により限定すること、レセプトの審査を行うことなどが挙げられた。

3) その他

多くの県から、法の成立から施行までの期間が短く準備が厳しいという意見があり、現場で混乱があることが感じられた。その他では「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」「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」などの意見が

あった。

D 考察

精神通院公費の承認割合は全国的に極めて高かったが、近年では、1割弱の申請について通院公費適用外と判定する県も出てきていた。平成11年の精神保健福祉法改正により14年度から福祉サービスの相談窓口が市町村に移ったことで制度の理解と普及が促進され、その結果、対象ではない申請が含まれるようになった可能性があり、今後、審査の重要性がより高まると考えられる。また、今回の調査では「1回の申請で複数の承認をするケースがある」という事実が明らかになったが、同様の事例がどの程度、また、他の県でもあるのかどうか、調べる必要がある。

H17上半期の「申請に占める公費のみの新規申請の割合」は、H14～H16と比較すると、多くの県で減少していた。しかし、反対に「申請に占める公費のみの新規申請の割合」が5割増となった県もあり、自立支援医療への移行に対する申請者等の動向が影響したものと考えられる。

本研究の結果から考えて、精神通院公費の判定の進め方として典型的な場合は、精神保健福祉センターの医師と外部病院の医師らによる約5名で構成された1～2の判定委員会が、月1～2回、2時間程度で集まり、振り分けられた申請書を各委員が分担して判定するというやり方である。しかし、少数ではあるが、申請書類が必ずしも

判定に携わる委員にチェックされない県もあった。本調査では、各都道府県の判定業務全体の流れまでは把握できないが、判定すべき件数と審査体制に大きな乖離があり、そのために申請書類が必ずしも判定に携わる委員にチェックされない状態があるのなら、適正な判定が行われるよう、業務の改善が望まれる。

通院公費の適用でないと判定された場合、申請者に対しては文書で通知している県がほとんどであったが、医療機関に対しては通知していない県が半数程度あった。これまでは制度利用が必要である者が実際に利用している者を上回り、適用でないと判定されるケースがほとんどなかったことが影響しているのかもしれないが、今後は制度の適正な運用に向けて、通知の書式やルールの明確化が必要であろう。

診断名による判定の実態では、当然のことながら「精神症状や精神科治療の必要性の記載に応じて判断」とした回答がもっとも多かった。しかしながら、神経症性障害や人格障害等についても「診断名のみで適用」している県が1～2割ほどあり、判定指針の範囲を広義に判断して適用されている可能性があるため、さらに詳しく実態を調査するとともに、判定体制との関連について分析する必要がある。

精神障害者通院医療費判定指針と適用対象との関係では、指針に記載されているいずれの状態についても、9割の県が「指針にほぼ一致して適用」

していると回答していた。しかし挙げられた自由意見では、適用対象となる状態像を判定指針でより明確化、具体化することが望まれており、今後の要検討課題であると考えられる。

精神通院公費制度を十分に理解していない医師がいることは複数の県から指摘されており、公平な制度運用を行うためには、精神科を含めた医療機関に対して精神障害者通院医療費判定指針を周知することが有効であると考えられていた。その一方で、診断書を作成する医師や医療機関を精神科に限定することを要請する意見もあり、この点については十分に議論を重ねる必要があると思われる。

E 結論

今回の法制度施行については、多くの県から、法の成立から施行までの期間が短く準備が厳しいという意見があり、施行から約40年が経過した精神通院公費制度は、一定の課題をもって自立支援医療へと移行したと言える。今後は、運用実態を継続的に把握し、また比較可能にするため、より包括的なデータ化を推進し、定期的なモニタリングを行うことが重要である。また、自立支援医療制度の適正な運用に向けて、市町村や医療機関に対する精神障害者通院医療費判定指針の周知を徹底し、また、申請書の書式を適正に改めるなど、様々な方策を検討していく必要がある。

F 健康危険情報 なし

G 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I 参考・引用文献 なし