

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

(調査協力をお願い)

平成 17 年度厚生労働科学特別研究「自立支援医療の給付のあり方に関する研究」(主任研究者 竹島正)の分担研究「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」におきましては、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)の運用状況を明らかにし、自立支援医療制度の適正な運用に役立てるため、精神通院公費の判定機関である各都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターを対象に、質問紙調査を行うことにいたしました。ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

ご多忙のところ恐れ入りますが、平成 18 年 1 月 20 日(金)までにご回答いただけますようお願いいたします。いただきましたご回答は、都道府県・政令指定都市が特定できない形で集計し、報告書にまとめ、結果を報告させていただきます。よろしくお願いいたします。

※ 複数のセンターがひとつの都道府県・政令指定都市内にある場合は、設問 1 に関しては、精神通院公費の判定および事務処理を行っているセンターで回答してください。

連絡先:

国立精神・神経センター精神保健研究所
精神保健計画部長 竹島 正
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
電話 042-341-2712 (内線 6209)
FAX 042-346-1950
e-mail:ttake@ncnp.k.go.jp

1. 精神通院公費の判定状況についてお聞きします。

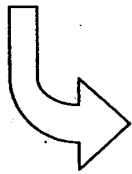
1) 平成8年度から平成13年度の各年度について、申請件数と、そのうちの承認件数をお書きください。

平成8年度	申請件数 () 件	承認件数 () 件
平成9年度	申請件数 () 件	承認件数 () 件
平成10年度	申請件数 () 件	承認件数 () 件
平成11年度	申請件数 () 件	承認件数 () 件
平成12年度	申請件数 () 件	承認件数 () 件
平成13年度	申請件数 () 件	承認件数 () 件

2) 平成14年度から平成16年度までの合計について、申請件数と、そのうちの承認件数をお書きください。申請については、その内訳（通院公費のみの新規申請、通院公費のみの更新申請など）をお書きください。

【平成14年度から平成16年度までの合計】

申請件数 () 件 承認件数 () 件



通院公費のみの新規申請	() 件
通院公費のみの更新申請	() 件
手帳の交付・更新（診断書）とあわせた申請	() 件
手帳の交付・更新（年金診断書）とあわせた申請	() 件

3) 平成17年4月～9月（平成17年度上半期）について、申請件数と、そのうちの承認件数をお書きください。申請については、通院公費のみの新規申請の件数をお書きください。

【平成17年度上半期】

申請件数 () 件 承認件数 () 件



申請のうち、通院公費のみの新規申請 () 件

2. 通院公費の適用者について、診断書・患者票にある、以下の項目を電子データ化していますか。電子化している項目の番号にすべて○をつけてください。

1. 氏名
2. 生年月日
3. 性別
4. 住所
5. 家族の連絡先
6. 保険の種類

(項目は右ページに続きます)

7. 病名
8. 発病から現在までの病歴の記載内容
9. 現在の病状、状態像の該当項目を○で囲んだもの
10. 病状・状態像等の、具体的程度、病状等
11. 現在の治療内容
12. 今後の治療方針
13. 現在の精神保健福祉サービスの利用状況
14. 備考の記載内容
15. 診断書を作成した医師名
16. 医師の所属する医療機関名
17. 通院医療の担当医療機関名
18. 有効期間
19. 手帳番号
20. 公費負担者番号
21. 受給者番号
22. 上記のいずれも電子化していない

3. 現在の体制および判定の方法についてお聞きします。

1) 判定する委員会の数、および判定に携わる委員の総数をお書きください。

判定する委員会の数 () 判定に携わる委員の総数 () 名

2) 判定に携わる委員の所属と人数をお書きください。

大学病院の精神科医師	名
大学病院以外の国立・都道府県立の精神科病院 または精神病床を有する病院の精神科医師	名
上記以外の精神科病院または精神病床を有する病院の医師	名
精神科診療所の医師	名
精神保健福祉センターの医師	名
その他 (具体的に:)	名

3) 判定会議の開催状況について、あてはまるものの番号に1つ○をつけてください。
また、() 内には数字をご記入ください。

1. 毎月定例に開催 毎月 () 回、() 時間程度
2. 毎月不定期に開催 毎月 () 回程度、() 時間程度
3. その他 (具体的に:)

4) 判定における委員の役割はどのように設定されていますか。次のうちもっとも近いものの番号に1つ〇をつけてください。

1. 全委員が全申請書に目をとおす。
2. 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づれかの委員の判定対象になる。
3. 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。

5) 事務局は、判定会議の準備として次の作業を行っていますか。あてはまるものの番号にすべて〇をつけてください。

1. 診断書の記載漏れの有無などを確認する
2. 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）
3. その他（具体的に： _____)

6) 精神障害者通院医療費判定指針以外に、判定業務に関して、文書化された申し合わせや内規は作成されていますか。また、作成されている場合、その申し合わせや内規は、精神科医療機関等に知られていますか。あてはまるものの番号に1つ〇をつけてください。

1. 作成されており、精神科医療機関等に知らされている
2. 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
3. 申し合わせや内規は作成されていない

作成されている場合には、同封してください

7) 通院公費の適用でないと判定された場合、申請者および医療機関への通知はどのような方法で行われていますか。申請者および医療機関それぞれについて、あてはまるものの番号に1つ〇をつけてください。

【申請者に対して】

1. 文書で通知している
2. 電話で通知している
3. その他（具体的に： _____)

【医療機関に対して】

1. 文書で通知している
2. 電話で通知している
3. その他（具体的に： _____)

国の様式と異なる文書で通知の場合、同封してください

- 8) 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。

4. 判定業務における判断の現状についてお書きください。

- 1) 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。それぞれの診断について、該当するものを右側から1つずつ選び、番号に○をつけてください。

	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
認知症（痴呆性疾患）	1	2	3
アルコール依存症	1	2	3
統合失調症	1	2	3
双極性感情障害	1	2	3
反復性うつ病性障害	1	2	3
その他の気分障害	1	2	3
神経症性障害	1	2	3
摂食障害	1	2	3
人格障害	1	2	3
知的障害	1	2	3
広汎性発達障害	1	2	3
多動性障害	1	2	3
てんかん（薬物療法中）	1	2	3
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）	1	2	3

- 2) 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。それぞれの状態について、該当するものを右側から1つずつ選び、番号に○をつけてください。

	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
躁および抑うつ状態	1	2	3	9
幻覚妄想状態	1	2	3	9
精神運動興奮	1	2	3	9
分裂病等残遺状態	1	2	3	9
情動および行動の障害	1	2	3	9
不安および不穏状態	1	2	3	9
癡れんおよび意識障害	1	2	3	9
精神作用物質の乱用および依存	1	2	3	9
知能障害	1	2	3	9

5. 貴都道府県・政令指定都市の判定業務において、他の都道府県・政令指定都市からの転入申請があったとき、他の都道府県・政令指定都市との間で、精神障害者通院医療費判定指針の運用に違いがあるという経験をしたことが、17年度においてありますか。あてはまるものの番号に1つ○をつけてください。

1. ある → 具体的に

()

2. ない
3. わからない

6. 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、右ページに挙げた事柄が、どの程度効果があると思われますか。それぞれの事柄について、該当するものを右側から1つずつ選び、番号に○をつけてください。

	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
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	1	2	3	4	9
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	1	2	3	4	9
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	1	2	3	4	9
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	1	2	3	4	9
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	1	2	3	4	9
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	1	2	3	4	9
判定会議の開催頻度を多くする	1	2	3	4	9
判定業務に携わる委員数を多くする	1	2	3	4	9
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	1	2	3	4	9
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	1	2	3	4	9

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

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。

()

次ページも忘れずにご回答ください

7. 自立支援医療制度への移行についてお聞きします。

- 1) 自立支援医療制度運営調査検討会における検討において、自立支援医療における「重度かつ継続」の適用に関しては、精神障害者通院医療費判定指針に沿った運用が求められています。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。

()

- 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。

()

- 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。

()

お手数ですが、記入漏れがないかご確認ください

こちらからの問合せ用に、ご記入いただいた方の連絡先をお教えてください。

施設名 _____

記入者氏名 _____

連絡先 _____

ご協力どうもありがとうございました。