

表5 手帳交付者に関する電子化データベースの有無
(N=60)

	n	%
作成している	57	95.0
作成していない	3	5.0

表6 手帳交付者のデータベースの入力場所
(N=57, 複数回答有)

	n	%
県庁	12	21.1
精神保健福祉センター	39	68.4
保健所	11	19.3
外部委託	1	1.8

表7 公費負担利用者に関する電子化データベースの有無(N=60)

	n	%
作成している	54	90.0
作成していない	6	10.0

表8 公費負担利用者のデータベースの入力場所
(N=54, 複数回答有)

	n	%
県庁	11	20.4
精神保健福祉センター	36	66.7
保健所	10	18.5
外部委託	2	3.7

表9 手帳・公費負担両方のデータベースがある
自治体で、共通のデータベースの有無(N=54)

	n	%
作成している	47	87.0
		(60自治体中78.3%)
作成していない	7	13.0

表10 手帳交付者に関するデータベースに含まれる項目
(N=57)

	n	%
氏名	57	100.0
性別	56	98.2
年齢	40	70.2
生年月日	57	100.0
住所	57	100.0
保険の種別	42	73.7
添付書類	35	61.4
新規・継続の別	48	84.2
障害等級	56	98.2
手帳の交付番号	57	100.0
交付日	57	100.0
有効期限	57	100.0
通院医療費受給者番号	55	96.5
通院公費負担医療担当医療機関	45	78.9
主たる病名	38	66.7
主たる病名のICDカテゴリ	13	22.8
従たる病名	17	29.8
従たる病名のICDカテゴリ	5	8.8
身体合併症病名	3	5.3
身体合併症病名のICDカテゴリ	0	0.0
現在の病状、状態像	0	0.0
生活能力の状態	0	0.0
その他	11	19.3

表11 公費負担利用者に関するデータベースに含まれる項目
(N=54)

	n	%
氏名	54	100.0
性別	53	98.1
年齢	39	72.2
生年月日	54	100.0
住所	54	100.0
保険の種別	53	98.1
添付書類	27	50.0
新規・継続の別	48	88.9
通院医療費受給者番号	54	100.0
通院公費負担医療担当医療機関	53	98.1
提供する主な治療	21	38.9
交付日	53	98.1
有効期限	53	98.1
手帳の交付番号	51	94.4
障害等級	37	68.5
主たる病名	37	68.5
主たる病名のICDカテゴリ	13	24.1
従たる病名	17	31.5
従たる病名のICDカテゴリ	5	9.3
身体合併症病名	3	5.6
身体合併症病名のICDカテゴリ	0	0.0
現在の病状、状態像	0	0.0
生活能力の状態	0	0.0
その他	9	16.7

表12 障害者手帳記載項目 (N=60)

	n	%
氏名	60	100.0
性別	58	96.7
生年月日	58	96.7
住所	60	100.0
障害等級	60	100.0
手帳の交付番号	60	100.0
交付日	60	100.0
有効期限	60	100.0
通院医療費受給者番号	60	100.0

表13 公費負担患者票記載項目 (N=60)

	n	%
氏名	60	100.0
性別	54	90.0
年齢	3	5.0
生年月日	60	100.0
住所	60	100.0
保険の種別	60	100.0
通院医療費受給者番号	60	100.0
通院公費負担医療担当医療機関	60	100.0
患者票交付日	40	66.7
患者票有効期限	60	100.0
精神障害者手帳の交付番号	54	90.0
公費負担者番号	60	100.0
市町村名(都道府県のみ、n=47)	20	42.6
家族の連絡先	48	80.0
保健所名	25	41.7
電話	30	50.0
提供医療の内容	6	10.0
病名	1	1.7

表14 管内市町村における手帳交付者に関する
データベース作成状況の把握状況(N=47)

	n	%
把握していない	36	76.6
ほぼ全市町村	6	12.8
約半数の市町村	1	2.1
一部の市町村	4	8.5
どこにもなし	0	0.0

表15 管内市町村における公費負担利用者に関する
データベース作成状況の把握状況(N=47)

	n	%
把握していない	36	76.6
ほぼ全市町村	5	10.6
約半数の市町村	1	2.1
一部の市町村	5	10.6
どこにもなし	0	0.0

表16 市町村への手帳・公費負担利用者に関する集計
データ提供の要請の有無および提供の有無(N=47)

	n	%
要請を行い、提供を受けた	3	6.4
要請したが、提供がなかった	0	0.0
要請を行わなかった	44	93.6

表17 データ提供の要請の有無:集計データについて(N=60)

	要請があり、 データを提供した(%)	要請があったが 提供しなかった(%)	要請がなかった(%)
自県の行政組織内から	47(78.3)	0	13(21.7)
他県精神保健福祉担当課から	11(18.3)	0	49(81.7)
国の行政機関などから	37(61.7)	0	23(38.3)
研究機関/研究者から	14(23.3)	1(1.7)	45(75.0)
自県の住民から	6(10.0)	0	54(90.0)
その他	5(8.3)	0	55(91.7)

表18 データ提供の要請の有無:個別データについて(N=60)

	要請があり、 データを提供した(%)	要請があったが 提供しなかった(%)	要請がなかった(%)
自県の行政組織内から	5(8.3)	0	55(91.7)
他県精神保健福祉担当課から	0	0	60(100)
国の行政機関などから	2(3.3)	0	58(96.7)
研究機関/研究者から	0	0	60(100)
自県の住民から	0	1(1.7)	59(98.3)
その他	0	0	60(100)

表19 データベース提供上の手続き(N=60、一部重複回答)

	n	%
担当部門の判断	21	35.0
個人情報保護条例/情報公開条例等に基づく	16	26.7
集計データなら手続き不要	5	8.3
通常業務の一環として対応	3	5.0
目的等の確認できれば提供	3	5.0
提供できない	2	3.3
手続き不要	1	1.7
未定	1	1.7
無回答	9	15.0

表20 データ提供の諾否を判断する組織(N=60、一部重複回答)

	n	%
精神保健福祉主管課	39	65.0
精神保健福祉センター	18	30.0
個人情報保護条例/その担当課	14	23.3
その他	6	10.0
無回答	9	15.0

表21 手帳について、事務処理の際困っていること・制度上の問題点

制度間の整合性の問題
療育手帳所持者は精神障害者手帳交付対象外だが、チェックしにくい(特に障害年金受給で申請される方) ×3件
障害年金等級と手帳等級との質的な差がありうる
全ての年金証書による申請に対して照会により確認する必要がある
(「痴呆」については、)32条単独であれば不承認になるケースでも、手帳の判定で承認された場合は、32条も承認せざるを得なくなる ×3件
新規申請/再申請の場合、32条と有効期限の差がある ×3件
事務時間が長い
市町村が窓口になったことで経路機関が増え、申請後1ヶ月以内の交付が難しくなった
請求件数が増加し、1ヶ月以内の交付が不可能になってきた
等級変更となるケースで有効期限が切れた後に更新手続きを行う場合、開始日の設定やタイムラグの処理が大変
判定基準が明確ではないため時間がかかる
サービス内容・及びその周知の不足
身体/知的手帳に比べ、サービス内容が劣っている
全国規模のサービス内容の拡充と周知の徹底推進が望まれる
→そのために、写真貼付の検討や関係機関への働きかけ等が必要ではないか
手帳の対象ではあっても利用可能な社会資源が殆どない手帳所持者が増えている。
県独自のサービス拡大も財政難から望みにくく、取得者数の伸びが少ない
データベース入力等の問題
データベースソフトが統計処理(集中作業)に向かない/データ項目に不備が多く、財政状況が厳しいので改良も難しい
表計算ソフトにて台帳作成 → データベースソフトにかえたいが、そのまま
各手続きにおいて共通のデータベースを使用していないため、入力やデータチェックに時間を要している
区窓口とのオンライン化や、手帳と他福祉情報とリンクするシステム化が必要
結核や難病等のように、全国統一化されたデータベースの構築を希望
システムそのもののセキュリティとその利用目的をどう保障するかが課題
入力処理に相当な時間を要する
申請書や診断書などの書類についての問題
等級判定の際、診断書の記載が簡略化されたものが多い
申請書の保護者欄を削除すべきではないか
証明書の添付を求めているため、申請書の記入ミスのチェックができない
申請時に住民票のチェックは不要 → 身分証明書としての手帳の使用には問題あり
手帳と公費負担及び追加交付の申請が一枚の申請書でなされるため、混乱しがち
診断書の項目は医療に関するものが多く、福祉に関するものが少ない
診断書様式には、初診日を記載する欄がない
ICD-10カテゴリーそのものを知らない医師が少なくない
その他
年々件数と共に事務処理量が増大しており、有効期限について再考が必要 ×3
手帳申請者の低年齢化: 診断書の書式は成人を想定しており、低年齢事例では生活能力の障害等の記述が判断しにくく、判定が慎重になっている (例) 判定委員の意見を元に診断書を主治医へいったん返却、更に詳細な記述を求める
申請窓口が市町村となり、窓口に知り合いがいるため申請しにくいケースが出現
事務が精神保健福祉センターに移ったが、国による研修などのサポートが足りない
痴呆等の患者さんは本人申請ができない
障害等級の判定基準について、各都道府県で解釈に開きがある
保険証サイズの手帳にし、その中に患者票も入れ1つにしたらどうか
新しい障害に対するものも含め、診断書の審査・判定規準の詳細な提示も必要
追加交付において、訪問看護等の内容が把握しにくい。申請時の審査も必要か

表22 公費負担制度について、事務処理の際困っていること・制度上の問題点

申請から交付まで時間がかかる、およびその弊害
申請日から患者票が発行されるまでの間の費用負担適用について、制度の遡及適用が病院の判断に委ねられている ×3件
制度運用上生じる、利用者にとっての不利益
他の公費負担制度には存在する償還払制度が存在しない…制度適用をせず医療費の過払いがあった場合、手続きが煩雑
患者票を医療機関が保管し、その有効期間を本人が知らないことが多く、医療機関のミスで申請忘れがあった場合、処理に困る
担当医療機関の変更はあらかじめ届け出るよう定められているが、ほとんど変更後に届けが出るため、医療機関の変更後数回の受診が公費負担の対象とならない
他科の医師の作成した診断書への対応の苦慮
公費制度を理解していない内科・小児科医記載の診断書が増加しており、保留や記載内容の照会が増えている / 精神科医以外の場合は判断に迷うことがある
患者票／申請書の項目の検討
患者票の項目のうち、家族の連絡先や保険種別は活用度のわりに管理が面倒
申請項目の保険種別、調剤薬局・訪問看護ステーション等への患者票追加、患者票での家族連絡先の記載は、省略して良い
都道府県別の差異、利害
複数の県にまたがり重複発行のおそれあり。チェックにも限界がある
患者票の交付に際し、「医療の重複」の解釈が各都道府県によって異なる
32条の規定する「居住地」のとらえ方が各都道府県によってまちまちで、越境しての通院の場合、どちらの都道府県が公費負担するか意見が対立することがある
審査基準／体制について
診療報酬請求明細書の審査体制が不十分
全国統一の審査基準を設けることはできないのか
手帳同様「初診日から6ヶ月経過した者を対象とした方が良い
患者票の追加交付の相談や申請が多いが、その許容範囲について支障では説明できていない
公費負担適用の範囲を判断する際の困難
薬の内容で、合併症に処方されているようなものをどこまで認めるか判断に困る
公費負担の適用される範囲について、より具体的な指針が必要と思われる
手帳との公費負担の同時申請に関して
医療機関が患者票を管理しているケースで、患者が手帳と同時申請した場合、医療機関が新たな患者票を把握できずに不要な継続承認申請をする事例がある
期限切れ後の継続申請は認められていないところがあるが、手帳との同時申請の場合などその処理について迷うことがある
その他
追加／変更の事務処理に多大な時間を要する
電話会社から携帯電話の料金減免サービスに関し、本人照会のため問い合わせがあったときの対応に不明なところがある
国民健康保険未加入者・自由診療の者の取り扱いが難しい、ただ、救急場面で外国人の場合に公費負担が有効に活用されるケースもあり
身体及び知的障害者との整合性から、障害者福祉医療に統一すべき
転出・死亡等の把握が十分にできず、有効期限切れのままのデータが多い
知能／発達障害の申請者の増加が予想されるが、その判定には、工夫が必要
申請の際、手帳を所持していても診断書を添付している人が見られる

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

「精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究」

分担研究：行政・実績報告の整理と有効活用

研究協力報告書

－精神保健福祉政策研究ネットワークによる行政・実績報告の整理と有効活用に関する調査－

研究協力者 瀬戸屋 雄太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究協力者 松下 太郎（東京大学大学院医学系研究科精神看護学）

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）

研究要旨：本研究では、行政・実績報告の整理と有効活用の方策を探るため、全国の精神保健福祉センター長、保健所長、および精神保健政策研究に携わる研究者から有志を募り、精神保健福祉政策研究ネットワークを構築し、意見交換や情報提供を行った。**研究方法：**全国精神保健福祉センター長会および全国保健所長会に文書により研究への参加者を募った。また精神保健政策研究に携わる研究者からも参加者を募った。また厚生労働省精神保健福祉課にも協力を依頼した。そしてネットワーク参加者に対し、情報提供とアンケートからなる電子メールを送付し、回答してもらった。回答結果は匿名性が保持される形式でまとめ、ネットワーク参加者にフィードバックした。第一回テーマは精神障害者手帳および通院医療費公費負担制度、第二回テーマは精神障害者の住居問題とした。**結果およびまとめ：**参加者を募ったところ、20名からネットワークへの参加の希望を得た。内訳は精神保健福祉センター長8名、保健所長3名、研究者9名であった。第1回テーマである精神障害者手帳および通院医療費公費負担制度に関するアンケートには7名、第2回テーマである精神障害者の住居問題には6名から回答が得られ、それぞれのテーマについて興味深い情報や意見を得ることができ、このようなネットワークを構築することの一定の有用性を示すことができた。今後このようなネットワークを継続し、現場、行政、および研究者が感じている問題点やその対処法、情報提供や意見交換を行い、その意見のとりまとめを行うことで、精神保健福祉施策の問題提起や、対処法などの蓄積、普及を促進する可能性があることが示唆された。

A 目的

精神保健福祉施策は、地域保健・医療・福祉への転換が進んでおり、地域の第一線機関である精神保健福祉セン

ターおよび保健所の精神保健福祉における重要性は増加している。

精神保健福祉センターおよび保健所は地域福祉の担い手として日々精神障

害者への相談事業や、関係機関との調整などの援助を行っている。

そのような業務を行う中で、各施設は精神保健福祉政策についての問題点や改善への意見を蓄積していると考えられる。またそれぞれの施設でそのような問題点への独自の取り組みなどを行っていると考えられる。

しかし、現場で感じている問題点はなかなか政策に反映されず、また問題へのそれぞれの独自の取り組みや対処法は他の施設へ公開されることは少ない。

このような現場で抱えている問題点は政策や制度の改正において重要な情報であり、問題への取り組みを全国の現場へ紹介することは精神保健福祉の推進に貢献すると考えられる。

そこで本研究では、全国の保健所長、精神保健福祉センター長および精神保健政策研究に携わる研究者から、精神保健福祉政策の研究に関するネットワークへの参加者をつのり、特定のテーマについて意見交換や情報提供などを行った。

その結果、このようなネットワークを構築することの一定の有用性を示すことができたので報告する。

B 対象と方法

平成 15 年 11 月に、全国精神保健福祉センター長会および全国保健所長会に文書により研究への参加者（精神保健福祉政策研究ネットワークへの登録者）を募った。また精神保健政策研究に携わる研究者からも参加者を募った。

また厚生労働省精神保健福祉課にもオブザーバーとして協力を依頼した。

精神保健福祉政策研究ネットワーク参加者に対し、情報提供とアンケートからなる電子メールを送付し、約 1 週間で回答してもらった。回答結果は匿名性が保持される形式に 1 週間以内でまとめ、ネットワーク参加者にフィードバックした。これを 1 クールとし、今回は研究期間内に 2 クール行った。

第 1 回テーマは精神障害者保健福祉手帳および通院医療費公費負担制度、第 2 回テーマは精神障害者の住居問題とした。

参加者に送信した電子メールの内容（情報提供およびアンケート）を以下に示す（付録 1、2 参照）。

第 1 回テーマ：精神障害者手帳および通院医療費公費負担制度（付録 1）

1. 情報提供

1 県の精神保健福祉センターに精神障害者手帳および公費負担制度の問題点について聞き取り調査を行った結果をまとめたもの（①手帳の身分証明書としての代用の問題②公費負担が非該当であっても手帳は該当する場合があるが、手帳を持っていると公費負担が該当となってしまうことの問題③複数の県での患者票・手帳の重複発行の可能性④窓口が市町村／診断書等の控えも市町村にあることへの抵抗感⑤国保の未加入と公費負担制度の関係⑥精神保健福祉センターへの事務の移管に関わるサポート不足）を提示した。

2. アンケート

- 1) 情報提供した問題点についての意見や貴県における状況について
- 2) 手帳の等級の判定のばらつきおよび等級の標準化について
- 3) 手帳のサービスについて
- 4) 有効期限切れの手帳や患者票についての対策
- 5) 公費負担による医療費の増大の問題およびその対策について
- 6) その他手帳および公費負担に関して感じている問題点等

第2回テーマ：精神障害者の住居問題 (付録2)

1. 情報提供

平成15年厚生労働科学研究「精神障害者の社会復帰機能の測定に関する研究」の分担研究として行った、「精神障害者の退院・社会復帰における住居確保のあり方について」において、精神障害者の退院・社会復帰を図るための住居確保に取り組んできた精神科病院、社会復帰施設等の関係者、住居を供給する側である住宅会社、不動産業、行政機関等を対象に聞き取り調査を行った結果をまとめた報告書案をメールに添付した。

2. アンケート

- 1) 「72,000人の退院目標」や社会復帰に関する各地域の動き、取り組みについて
- 2) 精神障害者の住居確保のための組織的取り組みの事例について
- 3) 地域で単身生活している精神障害者に対し、既に実施中の援助について

またその援助方法の案について

- 4) 長期在院となった高齢精神障害者の退院における住居問題、生活支援について
- 5) 精神保健福祉センター／保健所等の関与した、住居／地域支援の確保のための地域ネットワークの取り組みについて、また将来的に可能な／必要な取り組みについて
- 6) 制度化あるいは全国普及の可能性のある住居確保対策について
- 7) 報告書案へのコメント

(倫理面への配慮)

本研究は全国精神保健福祉センター長、全国保健所長、および精神保健政策研究に携わる研究者からなる精神保健福祉政策研究ネットワーク登録者にアンケートを依頼したものであり、個人データの取り扱いなど倫理的な問題はない。しかし、ネットワーク登録者の回答に個人の得た情報や見解を含む場合があり、それが公表されることが、結果としてネットワーク登録者に不利益をもたらす可能性がある。そのため、これらの意見から得られた事項はネットワーク登録者やネットワーク登録者が所属する施設を特定できないような形で公表することとした。

C 結果

1. 精神保健福祉政策ネットワークへの参加者

全国精神保健福祉センター長会、全国保健所長会および精神保健政策研究に携わる研究者から参加者を募った結果、20名から参加希望を得て、ネット

ワークに登録した。ネットワーク登録者内訳は精神保健福祉センター長8名、保健所長3名、研究者9名であった。

2. 第1回テーマ：精神障害者手帳および通院医療費公費負担制度（表1）（回答者7名）

1) 情報提供した問題点についての意見や貴県における状況について

①手帳の身分証明書としての代用の問題および③複数の県での患者票・手帳の重複発行の可能性

「申請時に保険証などを通し、居所や氏名についてある程度の確認ができる」と一応の対策を立てているという回答があった一方、代用が原因で問題が生じたとしても、「本人の申し立ての虚偽（の責任）は本人に帰属するのではないか」という意見も見られた。

②公費負担が非該当であっても手帳は該当する場合があるが、手帳を持っていると公費負担が該当となってしまうことの問題

「両方を（データとして）登録しているので判別可能」との声もあったが、「痴呆の場合が問題」という現状の問題の記述や「手帳と公費は趣旨が違うのではないか」といった意見も見られた。

④窓口が市町村／診断書等の控えも市町村にあることへの抵抗感

「窓口が身近になり申請件数や各種の問い合わせが急増しており、対応に苦慮している」現状や反対に利点についての意見が得られた。

⑤国保の未加入と公費負担制度の関係

「説明をした上で国保加入を勧めるケースもある」、「県で統一的な取り扱い指針を示して対応している」など、国保未加入者に対し各自治体で独自の取り決めを行っているケースも見られた。

⑥精神保健福祉センターへの事務の移管に関わるサポート不足（国の研修がないなど）

現在行われている「担当者会議の意義はある」ものの、「2年に1度の厚労省監査だけでは不十分」との声もあった。

2) 手帳の等級の判定のばらつきおよび等級の標準化について

「ばらつきはある」という声が多数寄せられた。標準化については、「難しい」ながらも今後に向け「必要」という意見が得られた。

「判定は医師の診断書に基づくため、診断に客観性を保てるか、難しい」という事務側だけの責任ではないとの声がある一方、「指定医の研修会で、『判定基準が判然としていない／各自治体の窓口担当者の対応に差がある』という指摘などがあった」という医師側の意見の紹介も見られた。

〔等級の標準化についてのアイデア・意見〕

「同一のモデル診断書を各自治体で判定、全国との一致度を調べる」という試行の提案があった他、日常業務の中でも「明解な基準の設定／見直しを怠らず、連絡会議や検討会議を積み重ねていく」べきとの意見や「障害年金と

同程度にしては」という声もあった。

3) 手帳のサービスについて

〔手帳のサービスについて〕

「他障害より待遇が悪い」という意見が複数見られた。一方で「手帳や通院公費負担が適正に運用されるかどうか問題」という指摘もあった。

〔特別なサービスについて〕

県立施設の入場料／利用料の減免や各種交通機関の料金割引のほか、「市町村独自の地域住民サービスが存在／追加整備中」という複数の報告があった。

4) 有効期限切れの手帳や患者票についての対策

半数以上が「特になし」であった。その一方で「指定医会議の際に、有効期限の確認や早めの更新手続き等の依頼を行っている」「手帳と公費負担の有効期間が違う場合、本人の了解の元で合わせていく」「市町村の研修時に、片方の申請があった場合もう一方も確認するよう指導」などの取り組みも紹介された。

5) 公費負担による医療費の増大の問題およびその対策について

「対象の範囲の検討が必要」との声が多数あった。その背景として、「他の制度より有利と思われるのか、他科からの申請が増加中」「精神医療とほとんど関係のない範囲まで対象となっている」「安易に制度を使おうとする者が増加している」という問題があり、

「公費負担の対象範囲・通常の保険診療のみで対応する範囲を区分しては」

「全国レベルの共有基準を策定する必要がある」「所得制限が必要」という意見が寄せられた。

「老人性痴呆性疾患／てんかん／精神発達遅滞／人格障害の申請が急増している」「5%部分も補助する自治体も多いが、受診率が下がらない範囲で自己負担も必要」「公費負担予算の急増により、精神障害者への支援施策の充実への予算が圧迫されている」など、公費負担のあり方を検討する必要があるとの意見が多かった一方で、「利用者があまり増えていない。より利用し易くなる工夫が必要」という指摘も見られた。

6) その他手帳および公費負担に関して感じている問題点等

近年の新しい傾向として「病院周辺の社会復帰施設に退院後、デイケア等で『囲い込む』傾向を公費負担が助長しており、もう一歩進んだ社会復帰・自立援助が必要」という意見があった。制度の拡充・見直しについては「利用者の増加を目指す自治体と増加に歯止めをかけたい自治体が混在」「手帳のメリットが少なく、また申請しやすくする工夫も必要」「アスペルガーの子どもなど、どこまで対象とするか」といった声があった。またデータの管理について「データベース作成・点検に費用がかかる。共同のシステムを開発出来ないか」との要望も見られた。

3. 第2回テーマ：精神障害者の住居問題（表2）（回答者6名）

1) 「72,000人の退院目標」や社会復帰に関する各地域の動き、取り組みについて

具体的な取り組みとして、「現在退院促進に向け基礎調査中、来年度は実践を展開する予定」「保健所と県立病院で、長期入院患者の退院促進事業を行っている」といった事例が報告された。一方「障害者計画見直し中だが具体的にはまだ」「予算請求したが認められず」という段階にあるところもあった。

2) 精神障害者の住居確保のための組織的取り組みの事例について

「民間病院で、病棟を一つ閉鎖して介護寮に切り替えたところがある」「医療法人や家族会がグループホームを立ち上げたところがある」といった、民間の取り組みについての声が目立った。行政側からの働きかけとしては、「ボランティアなどとのつながりでグループホームが実現」という成果の報告があった一方、「県の住宅供給担当部門に公営住宅の提供を折衝したが、一蹴された」という現状の厳しさを示唆する声もあった。

3) 地域で単身生活している精神障害者に対し、既に実施中の援助について
またその援助方法の案について

現状行われている援助についての記載は少なかった。既存の資源の中で援助を行うための工夫として「現在各地

で行われている支援をデータベース化すれば、それを参考にして各施設で可能な援助が広がるのでは」という提案があった。

4) 長期在院となった高齢精神障害者の退院における住居問題、生活支援について

「病院とは一線を画した地域での住居確保・生活支援施策が必要」「医療スタッフに『患者に多少の生活障害があっても退院できる』という発想の転換をもたらす実績や、病院のスタッフ（看護師）が地域との交流を進めていくことも必要」というコメントのように、病院およびそのスタッフと地域で抱えている問題への認識のちがいが指摘されていた。また、「病院によって退院基準が異なる」「50歳以上では同居人も住居も無くなる。住居の確保が困難、支援は進んでいない」など、現状における課題も浮き彫りとなった。

5) 精神保健福祉センター／保健所等の関与した、住居／地域支援の確保のための地域ネットワークの取り組みについて、また将来的に可能な／必要な取り組みについて

「普及啓発のため『心のふれあいネットワーク』を展開しており、それが作業所・地域生活支援センター等の設立につながった地域もある」という成功例の報告があった。

今後の取り組みについては、「民間資源を活用のため、正確な情報の提供と適切なバックアップ体制が不可欠」

「市町村基盤のネットワーク確立に向け、求められている取り組みを継続的に検討する必要がある」「小学校区単位で当事者を交え地域懇談会を開く」といったセンター／保健所側の課題や目標、そして「医師を増やす議論が中心で、病床数を減らす議論が足りない。地域医療へシフトできる態勢がないと状況は変わらない」といった医療・福祉施策全般に対する不満の声も上がっていた。

6) 制度化あるいは全国普及の可能性のある住居確保対策について

社会資源の拡充については、「各種の入所型施設を増やすべきだが、予算的に無理」という現実を訴える声もある中で、「福祉ホームB型などへの病床転換」などの選択肢を模索する向きもあった。一方公営住宅での受け入れに関しても、「周辺住民の同意が必要と言われ話が頓挫した」「最近是不況で空きが少なく難しい」といった問題が生じていた。また、居住形態について「グループホームや民間アパートが望ましい」という意見が見られた。

D 考察

1. 精神保健福祉政策研究ネットワークへの参加者

全国の精神保健福祉センター長、保健所長および精神保健政策研究に携わる研究者から20名が精神保健福祉政策研究ネットワークに登録した。今後さらに登録者を増加させ、より多くの意見を得ることが望まれる。

2. 第1回テーマ：精神障害者手帳および通院医療費公費負担制度

回答人数は7名であったが、現場での問題点やその対処法など興味深い意見を得ることが出来た。精神障害者手帳に関しては、精神障害者手帳が身体障害者手帳及び療養手帳と比較してサービスが少ないこと、手帳の等級の判定にばらつきがあること、手帳と公費負担で該当/非該当のずれがあること、有効期限切れの問題などいくつか問題が提起され、その対応策が述べられていた。また公費負担に関しては特に公費負担のための予算の増大に関する意見が多く見られ、対象の範囲の検討が必要、所得制限が必要、などの意見が得られた。

3. 第2回テーマ：精神障害者の住居問題

6名から回答を得たが、どの回答からも精神障害者の住居確保の困難さが伺われた。行政的には計画段階にあることや予算的に困難であることが多く、あまり具体的な実践は行われていないことが示された。しかしいくつかの行政で行った取り組みや、民間における取り組みが紹介された。またなかなか患者を退院させない病院への不満も垣間見られた。今後は地域での住居確保・生活支援策が必要などの意見が得られた。

以上のように、それぞれのテーマについて興味深い情報や意見を得ることが出来た。これらの意見を今回のように個人に不利益にならない形でとりまとめを行うことで、精神保健福祉施策

に関する問題提起や、対処法の普及などが出来る可能性があり、このようなネットワークを構築することの一定の有用性が示唆された。

E 結論

精神保健福祉センター長、保健所長、政策研究に携わる研究者に、精神保健福祉政策研究ネットワークへの参加を呼びかけたところ、20名から参加の同意を得た。第1回テーマである精神障害者手帳および通院医療費公費負担制度に関するアンケートには7名、第2回テーマである住居問題には6名から回答が得られ、それぞれのテーマについて興味深い情報や意見を得ることができ、このようなネットワークを構築することの一定の有用性を示すことができた。今後このようなネットワークを継続し、現場、行政および研究者が感じている問題点やその対処法、情報提供や意見交換を行い、その意見のとりまとめを行うことで、精神保健福祉施策の問題提起や、対処法などの蓄積、普及を促進する可能性があることが示唆された。

F 健康危険情報 なし

G 研究発表 なし

H 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む） なし

表1 第1回精神保健福祉政策研究ネットワーク アンケート回答概要

テーマ：精神障害者手帳および通院公費負担 (回答者7名)

1) 6つの問題点(下記参照)について、貴県の状況・意見・改善法などについて
①手帳の身分証明書としての代用の問題・電話会社からの問い合わせの対応
③複数の県での患者票・手帳の重複発行の可能性 保険の有無を記載してもらった際保険証の提示を求めているので、ある程度は居所の確認ができる。氏名も市町村が申請時点で本人にある程度は確認を取る。 手帳は申請主義に基づく。本人の申し立ての虚偽(の責任)は本人に帰属するのでは。
②公費負担非該当で手帳該当の場合生じる問題について 公費負担と手帳申請はいずれも(データとして)登録しており、片方が非該当の場合、手帳の写しを使って公費負担を申請しても判別可能。 手帳該当、公費非該当の時間問題。痴呆に関連することが多い。手帳と公費は趣旨が違うのではないか。
④窓口が市町村/診断書等の控えも市町村にあることへの抵抗感 申請窓口が各市町村になり、手帳および公費負担の申請件数が急増している。窓口には地域住民から様々な問い合わせがあり、担当がどう応えればよいのか苦慮している。 逆に市町村が窓口になって事務の迅速化/問い合わせ等しやすい等の利点があった。
⑤国保の未加入と公費負担制度の関係 市町村の32条担当者が国保も担当していることが多く、説明をした上で国保加入を勧めるケースもある。 無保険者・保険未加入者については、県で統一的な取り扱い指針を示して対応している
⑥精神保健福祉センターへの事務の移管に関わるサポート不足(国の研修がないなど) 精神保健福祉センターのメーリングリストに疑問を載せると回答があり、全国の審査の状況を参考としている。研修の必要性はあり。 意見交換の場として担当者会議の意義はある。2年に1度の厚労省監査だけでは不十分。
{全体について} 32条制度化から40年、残されてきた課題が社会/医療状況の変化とあいまって顕現化している。 改善法は現時点では見当たらない。 32条利用者の増加を目指す自治体 ⇔ 財政面から歯止めをかけたい自治体 が混在 安易に制度を使おうとする地域住民や一般開業医が増加していることは問題。
2) 手帳の等級の判定のばらつき、および等級の標準化について
・ばらつきはある(3件) 標準化は難しいのではないか。 ある程度の標準化は必要。 判定は医師の診断書に基づく。診断に客観性を保てるか?という観点では、難しい。 指定医の研修会で、『判定基準が判然としていない/各自治体の窓口担当者の対応に差がある』という指摘、行政の対応に一貫性がない事への不満と批判が多数あった。
・等級の標準化についてのアイデア・意見 全国統一のモデル診断書を各自治体で判定、全国との一致度を調べる。(類似意見有り) 明解な基準の設定/見直しを怠らない、連絡会議や検討会議を積み重ねていく。 障害年金と同程度にしたらどうか。 → 障害年金においても同様の問題が指摘されているとの声も。
3) 手帳のサービスおよび各自治体の特別なサービスについて
・手帳のサービス 他障害と比較したときの待遇の悪さ(3件) 他障害に比較して交通機関の運賃の減免が大きく差がある/メリットが少ない。 障害間の格差をなくすことが必要、まだ不十分 手帳や通院公費負担は有効、問題はそれが適正に運用されるかどうか。
・特別なサービスについて 県立施設の入場料・利用料の減免(2件) 公営・民間のバスの料金割引(2件) 市町村による独自の地域住民サービスが存在/追加整備中(2件)

表1 (続き) 第1回精神保健福祉政策研究ネットワーク アンケート回答概要
 テーマ: 精神障害者手帳および通院公費負担

4) 有効期限切れの手帳や患者票への対策について
特になし (4件)
年に1度の指定医会議 (ほとんどの医療機関から参加) の際に、
・患者票の有効期限の確認 ・早めの更新手続き 等の依頼を行っているのみ。
手帳の申請 → 公費負担の受給者番号と有効期間まで確認できるようにした
手帳と有効期間が違う場合、本人の了解の元、手帳と公費負担の期限・期間を合わせる。
市町村の研修時に、いずれか一方の申請があった場合もう一方も確認するよう指導。
5) 公費負担による医療費の増大とその対策について
対象の範囲の検討が必要 (4件)
公費負担の対象範囲・通常の保険診療のみで対応する範囲を区分することが必要。
例) 公費負担を向精神薬とそれに伴う副作用に限定、など
他科からの申請が増加中 (他の制度より有利と思われる?)
老人性痴呆性疾患/てんかん/精神発達遅滞/人格障害の申請急増、対応が難しい。
全国で共有できるミニマム・リクアメントとしての共有基準を策定する必要がある。
多くの市町村で5%部分も補助されているが、受診率が下がらない範囲で自己負担も必要。
所得制限も必要かもしれないが、むしろ精神医療とあまり関係ない範囲まで対象となっていることが問題。
公費負担予算の急増により、精神障害者への支援施策の充実への予算が圧迫されている。
近年通院公費負担の利用者があまり増えていない。より利用し易くなる工夫が必要。
6) その他目こころ感じている問題点等について
更なる社会復帰・自立援助が必要
病院周辺の社会復帰施設に退院後、デイケア等で「囲い込まれている」ケースがある。→通院医療費公費負担が促進。 もう一步進んだ社会復帰・自立援助が必要。
手帳のメリットが少ない、また申請しやすくする工夫が必要
アスペルガーの子どもなど、どこまで対象とするか
データベース作成・点検に費用がかかる。共同のシステムを開発出来ないか

表2 第2回精神保健福祉政策研究ネットワーク アンケート回答概要
 テーマ：住居問題に関して (回答者6名)

1) 「7万2千人の退院」・社会復帰に関する各地域の動き、取り組みについて
具体的な動きについての回答は2件
現在「長期在院者調査」をテーマに退院促進に向けた基礎調査中、来年度は地域と病院の連携の進んでいる地区での実践を展開する予定。
保健所と県立病院で、長期入院患者の退院促進事業を行っている(厚生科研として)。
障害者計画見直し中だが具体的な計画はまだ
予算要求したが認められず
2) 住居確保のための組織的取り組みの事例について
民間の取り組みが目立つという共通点あり(具体的意見があったのは2件)
民間病院で、病棟を一つ閉鎖して援護寮に切り替えたところがある。
医療法人や家族会がグループホームを立ち上げたところがある。
県の住宅供給担当部門に精神障害者への公営住宅の提供を折衝したが、一蹴された。
地域のボランティアなどとの個人的なつながりでグループホーム実現することもあり。
3) 地域で単身生活している精神障害者に対し、既に実施中の援助について
ほとんどないが実状(特になし・無回答が4件)
既存の施設・制度による支援にとどまっており、ホームヘルプ程度。
3) または援助方法の案がありましたらご記入下さい。
現在の全国の施設で行われている支援をデータベース化すれば、それを参考にして各施設で可能な援助が広がるのでは。
4) 長期在院となった高齢精神障害者の退院における住居問題、生活支援について
病院(スタッフ)と地域との壁、認識のずれ
病院付属の施設ではなく、病院とは一線を画した地域での住居確保・生活支援施策が必要
精神科医療スタッフ側が退院へのハードルを高く設定している。「多少の生活障害があっても患者が退院できる」という発想の転換につながる実績を積み上げていくことが必要。そのためには、病院のスタッフ(看護師)が地域との交流を進めていくことも必要。
50歳以上では同居人も住居も無くなる。住居の確保が困難、支援は進んでいない。
病院によって退院基準が異なる
5) 精神保健福祉センター/保健所等の関与した、住居/地域支援の確保のための地域ネットワークの
保健所長・センター長中心に、厚生労働科学研究を実施中。
「こころのふれあいネットワーク」(保健所等が事務局、センターで技術援助等)を展開。普及啓発が中心だが、作業所・地域生活支援センター等の設立につながった地域もある。
5) 将来的に可能な取り組み・必要な取り組み
行政で施設を新たに建設するのではなく、民間資源を活用することが必要。その際、正確な情報の提供と適切なバックアップ体制が不可欠。
市町村基盤の地域精神保健福祉ネットワーク確立に向け、センターとして求められている取り組みを継続的に検討する必要がある。
小学校区単位で当事者を交え地域懇談会を開くなど、きめの細かい取り組みが課題
医師を増やす議論が中心で、病床数を減らす議論が足りない。保険点数を含め、地域医療へシフトできる態勢がないと状況は変わらない。
6) 制度化あるいは全国普及の可能性のある住居確保対策について
社会資源(の拡充)について
グループホーム・福祉ホーム・援護寮などを増やすべきだが、予算的に無理。
人員確保の面などで、福祉ホームB型などへの病床転換を考えている病院はある。
居住形態は、グループホームや民間アパートが望ましい
公営住宅での受け入れ
公営住宅に空きが多かった頃、精神障害者が入居できるよう働きかけたが、周辺住民の同意が必要と言われ話が頓挫した。最近是不況で空き自体が少なく、さらに難しい。
現在の病院は個室対応へ建て直さないといけな。行政の補助金で建て直すしかないと思うが、財政的には難しい。

精神保健福祉政策研究ネットワークに登録された先生方

日頃はお世話になっております。

政策研究ネットワークにご参加頂きありがとうございました。

さまざまなテーマをご提案頂きましたが、第一回のテーマと致しましては、何人かの方からご提案頂いた「精神障害者保健福祉手帳」および「精神保健福祉法 32 条による通院医療費公費負担制度」にさせて頂きました。

このメールの下の方に作成しました簡単なアンケートに一週間後までにお答え下さい。

その回答を一週間でこちらがまとめて皆様にフィードバック致します。

今後 2 週間ごとに一つのテーマという予定で進めていく方針です。

まずこちらからいくつか情報提供をさせて頂きます。

当精神保健計画部では都道府県・政令指定都市における精神障害者手帳および通院医療費公費負担制度の利用状況の変化と、データベース作成の実態、およびデータベースにある情報を都道府県・政令指定都市外の機関に提供する場合の手続き等について、調査票による質問紙調査を行っています。

またこの調査を行うにあたり、1 県の精神保健福祉センターに聞き取り調査に伺いました。そこでこれらの制度について現場で感じているいくつかの問題点のご指摘を頂きました。以下に要約します。

1) 手帳は身分証明書として使用することもあるが、申請では住民票のチェックは必要ない。誤った住所を記載しても取得できる可能性があり、これが身分証明書となるのは問題と思われる。また、NTT など企業が行っている携帯電話基本料金の減免サービス等では、本人確認をしたいということから、携帯電話会社からの照会もありうるが、具体的にどう対応したらよいのか不明のところがある。

2) 公費負担が非該当であっても、手帳は該当する場合がある。その場合、手帳の写しを添付すれば公費負担が該当となる現行の制度は問題があると思われる。

3) 住民票との一致が必要ない現行の制度の場合、公費負担および手帳について、複数の県において、複数の患者票・手帳が発行される可能性がある。こういったチェックが可能なのか。

4) 申請窓口が各市町村となり、人口の少ない市町村だと窓口に知り合いがいるなど、申請がしにくい場合がある。診断書等の控えが市町村にあることに、抵抗を感じる場合もある。

5) 公費負担については国民皆保険が前提の制度ではあるが、未加入者についての取扱いが難しい。未加入者・自由診療の者についての取扱いを、市町村窓口にもわかるよう示す必要があると思われる。故意に国民健康保険に未加入であっても、公費負担さえ適応になれば、自己負担が減額されるとの誤った認識も一部にある。ただし一方では、精神科救急場面での外国人等の場合、保険未加入のものも多く、医療費の支払いにおいて公費負担制度が有効に活用されることもある。

6) 精神保健福祉センターに事務が移ったが、国による研修などが無い。例えば担当者会議などを開催

し、事務処理を行う際のルールを説明してもらえるとありがたい。

以上のことを踏まえ、皆様にぜひご意見や現場での問題点などお聞かせ願いたいと思ひまして、簡単なアンケートを作りましたのでご記入お願い致します。

①上記の問題点について貴県での状況やお気づきのことと、改善法などご意見をご記入下さい。

②手帳の等級の判定においてばらつきがあるのではないかと、との疑問を呈する方がありますが、どう思われますか？

また等級の標準化についてなにか良い方法はありますか？

③手帳のサービスの充実やメリットについて、どう思われますか？

また貴県で行っている特別なサービスは何かありますか？

④有効期限切れの手帳や患者票について、何か対策は行っていますか？

⑤公費負担による医療費の増大の問題について何かご意見ございますか？

また何か対策が必要と思われますか？

⑥その他手帳および公費負担に関して（現場で）感じている問題点等があればご記入下さい。

締め切りは1週間後とさせていただきます。

上記の点線の間6項目の質問についてお答え下さい。

返送頂いた内容はその後1週間でおまとめして皆様にフィードバックさせていただきます。

お忙しいところ申し訳ございませんが、よろしくお願い致します。