

ハ.個別分野の評価軸設定（PSW）

精神科病院の機能評価軸の中にPSW機能評価軸を位置づけることにより、PSWの質の向上、業務の適正化を図ることを目的とした。平成17年度は、日本及び海外文献研究を行ったが、PSWの機能評価軸に関連するものはなかった。そのため、フォーカスグループの討論などをふまえ、PSWの機能について、1.適切なケアの提供に関する指標、2.利用者の権利を守ることにに関する指標、3.ケアの質に関する指標、4.他職種との連携に関する指標、5.病院内のシステムに関する指標、6.病院と地域をつなぐ視点に関する指標、7.社会への働きかけについての指標、8.PSWの教育に関する指標の8分野、80項目からなる評価軸を作成し、全国のPSWを対象にその妥当性を含め調査を行っている。

ニ.個別分野の評価軸設定（精神科看護）

わが国で過去に作成・使用された評価尺度の再検討と改変を目的とする。そのために、17年度は文献レビューを行い、38文献について検討した。その結果、内容的な重複をさけた2種類の尺度（「精神科看護機能評価マニュアル」161項目1993、日本看護協会・日本精神科看護技術協会と、「精神科看護者の臨床能力評価項目」28項目2001～2002、日本精神科看護技術協会認定評価プロジェクト委員会）を選定した。さらに、看護管理者へのインタビューなどから、それらも項目を53に絞り込んだ。

ホ.個別分野の評価軸設定（精神科作業療法）

日本作業療法士協会臨床作業療法部門自己評価票（平成9年3月15日作成）の評価項目の見直しを目的とした。そのために、日本作業療法士協会の会員のうち、ランダムに抽出した100施設の作業療法責任者に評価票を郵送し、評価票の妥当性と作業療法の機能についてのコメントも記載してもらった。

ヘ.海外の文献の概要

欧米諸国では、医療サービスの質を客観的に測ることを目的とした指標が開発されると共に、その指標を用いて機能の評価が実施されている。そこで、海外で既に用いられている機能評価指標、その評価方法などを調べ、

日本において評価指標を定め、機能評価を行う際に参考となる点を検討した。インターネットの検索により得られた海外の精神科医療機関の評価軸に関する文献4点について詳細を調べた。その結果、海外における精神科医療機能評価は、1.総合的な評価（複数のデータの使用、多岐にわたる項目、様々な立場の人への調査の実施、様々な立場の人による調査の実施、利用者の意見・参画の重視）、2.データ収集システムの存在、3.効率と費用の重視などが明らかとなった。

3) 情報の公開・透明化班

4都府県の当事者85人と家族82人、2県の精神科病院管理者25人に、10領域（病院の構造と機能・入院患者の概要・入院生活の快適性・プライバシー・権利擁護と安全管理・職員配置・治療・地域精神医療・外来診療と往診・救急医療）全86項目の質問票を送付し、情報公開に関し、領域ごとに3分の1程度の重要項目と3分の1程度の非重要項目を選んでもらった。

当事者83、家族81、病院管理者23から回答を得た。その結果、1.公開すべきと考える項目は、医療提供者と当事者および家族との間で60～70%の一致がみられた。2.「権利擁護と安全管理」では3者の違いが大きく、当事者は人権が守られる枠組みを重視するのに対し、医療提供者と家族は医療行為の安全性に関する事柄を重視していた。3.「治療」と「地域精神医療」では、当事者は治療計画や退院希望への対応に関する情報を重視し、家族はセカンドオピニオンや家族会に関する情報を重視するなど、医療提供者と異なっていた。

4) 最終年度の予定

実態調査班、評価軸設定班は引き続き各分野の研究を進めていく。評価軸設定班では、客観化可能な評価指標については客観的な基準を策定するとともに、70項目にはなかった結果の領域についても、適切な指標やそれらデータの収集を可能とする組織について調査をする。PSW、看護、作業療法については、評価票を完成し協力施設にて試行する。情報公開班は、先の86項目について2県の民間精神科病院を中心に調査する。さらに、精神科受診に至るまで、当事者とその家族は如何なる機関への相談や訪問を経たかの受診経路の

調査をし、その間に必要な情報はどのようなものであったか明らかにする。

【調査3. 精神科医療機関への聞き取り調査】

精神医療の改革に積極的に取り組んでいる医療機関のうち、平成18年度は、松原病院、湖南病院、山梨県立北病院に聞き取り調査におもむき、1) 貴院の施設や医療の概要、2) これまでの病院改革の状況とその基本的な方針、3) 国の改革ビジョンや今回の精神保健福祉法改正への貴院の対応、4) 今後の国の精神保健福祉行政に望むことなどについて、可能な限り資料に基づきお話を伺った。

1. 松原病院

聞き取り担当・長瀬幸弘（たかつきクリニック）

訪問日時：平成19年2月9日

1) 病院施設と医療概要

病院概要

開業 昭和2年5月

所在地 石川県金沢市

開設者 医療法人松原愛育会(理事長 松原三郎)

院長 山口成良

診療科目 精神科、心療内科、神経内科、内科、消化器科、循環器科、歯科

病床数 463床(精神433床、療養30床)

診療内容 精神科急性期治療病棟1(48床)、精神療養病棟、老人性認知症疾患治療病棟1、療養病棟入院基本料2、精神科デイケア、デイナイトケア、ショートケア、精神科作業療法、重度認知症患者デイケア

診療実績(平成17年度)

1日平均外来患者数 183.3人、年間外来患者数 54,805人、

年間延入院患者数 163.025人

年間平均病床稼働率 96.5%

年間平均在院日数 236.4日

関連施設 お年寄り地域福祉支援センターとびうめ(地域包括支援センター)、とびうめ居宅介護支援センター(指定居宅介護支援事業所)、ピアサポートいしびき(経

過型地域生活支援センター)、グループホーム(共同生活援助事業)、第一すみれホーム、第二すみれホーム、

第三すみれホーム、ピノ、ライムハイツ、いしびきホーム

この他にも、関連法人の施設がある。

松原病院は、日本の三大名勝に数えられる「兼六園」から徒歩数分のところに位置しており、金沢市街にあって自然に恵まれた病院である。JR金沢駅よりバスで15～20分ということで、交通アクセスの面では、利用者にとってさらに勤務者にとって非常に好環境といえる。

近隣の医療施設として、国立金沢病院と金沢大学付属病院があり、松原病院でフォローアップ困難な身体疾患・身体合併症の随時引き受けてもらう体制となっている。

松原病院は本館(一般精神科医療病棟)と、とびうめ館(内科・認知症療養病棟)の二施設からなる。

精神科医師は常勤医師13名、ほかに常勤内科医師や歯科医が勤務している。

本館はB1階～9階まであり、その構成は外来部門・検査部門(CT・MRI・脳波)・精神科デイケア部門・病棟部門(急性期48床うち保護室16床、合併症ストレスケア56床、亜急性慢性期119床、社会復帰60床)である。

とびうめ館はB1階～5階まであり、外来部門(内科・認知症外来)・デイケア部門(認知症デイケア・介護支援センター)・病棟部門(認知症治療60床、認知症療養60床、精神30床、内科15床)からなる。

2) 病院理念と基本方針

松原病院の病院理念「人にやさしく、地域に信頼される医療を提供します」

基本方針

1. 医療の安全と信頼性の確保に努め、患者様中心の医療を提供します。

医療安全体制を強化すると共に、情報公開とインフォームドコンセントを高め、職員間の協働と連携が十分に機能した患者様中心の医療提供に努めます。

2. 全職員が一体となったチーム医療を確立し、高度かつ最新の医療を提供します。各職種の密接な連携に基づくチーム医

療体制を確立すると共に、急性期からリハビリテーションまでの多様な疾患に対応できる質の高い医療技術の提供に努めます。

3. 地域精神科医療の向上に積極的に取り組んでまいります。

地域社会と密接に連携し、地域の精神科医療の充実向上に努めると共に、患者様の社会復帰を促進します。

3) 病院改革とその基本方針

平成14年1月に認知症病棟を開設し、その際528床から463床へ病床の縮小を行った。共同生活支援事業として、3つのグループホームを開設、退院者の生活援助に勤めた。平成15年4月病棟の再編を行い、9月療養病棟、12月急性期病棟の充実を図った。

さらに、長期入院者の退院促進に努めるなか、金沢大学移転に伴う金沢市街のアパート確保が容易となり、ニーズと供給がうまくマッチングするカタチとなった。

平成19年4月にはグループホームをさらに増やし、退院促進事業をすすめる予定である。

現在のところ、1年以上の長期入院患者の退院率は16.6%、1年未満の平均残存率は25.2%である(29%前後を理想的とするとほぼそれに近い実績といえる)。

今後の方向性としては、①精神科救急体制をさらに強化するため、マンパワーの量的及び質の充足を図る ②退院促進事業については、長期入院者に対して、退院困難・長期～中期といった期間別の再評価に加え、自立度・病状安定度・病態固定度など、さまざまな角度から評価し、サービスや支援内容を試算しなおす ③昨今の精神科治療・社会復帰・地域支援の変化により、PSWをはじめとするコメディカル・スタッフの負担が急速に増大している。松原病院のPSWの数は17名であるが、入院相談・デイケア・生活支援センターなど各部門ごとにフル稼働している状況にある。今後、松原病院では、退院者の生活支援において、メディカル→コ・メディカル→ノン・メディカルという支援モデルをすすめ、プロスタッフによる民間支援員の育成・協力を念頭に就労移行支援・就労継続支援に取り組む。

3) 国の改革ビジョンや行政に望むこと

自立支援法の、自己負担のもと、きちんとサービスを受けるというカタチはとても良いと考える。

行政のグランドデザインとして、「10年間で約7万床の病床削減」が掲げられている。しかしながら、問題は再入院率である。松原病院では、グループホームへの退院者の再入院率は25～30%であり、自宅(家族同居など)や単身での退院者の場合は40%強となっている。つまり、リピーターケースの取り扱いが病床削減で問題となるのではないかと。病床削減案が、地域退院者の再入院率について、どの程度考慮されているか、その点が懸念される。

2. 湖南病院

聞き取り担当・長瀬幸弘(たかつきクリニック)、藤井潤(栗田病院)

訪問日時：平成19年2月15日

1) 病院施設と医療概要

病院概要

開業 1980年

所在地 滋賀県野洲市

開設者 医療法人周行会(理事長 木田孝太郎)

院長 木田孝太郎

診療科目 精神科・神経科・心療内科

病床数 120床(精神60床、精神療養60床)

診療内容 精神科急性期治療病棟、精神療養病棟、精神科デイケア、重度認知症患者デイケア

診療実績(平成17年度)

1日平均外来患者数 73.0人

1日平均入院患者数 109.9人

年間延入院患者数 40118人

年間入院者数 329人

年間退院者数 320人

年間平均在院日数 127.1日

関連施設 グループホーム4箇所(こなんくらぶ、男性4名、かしの木、男性4名、くすの木、女性4名、石田ハウス、男性4名)、精神障害者生

活訓練施設(援護寮) 樹 定員男性 10 名、女性 10 名)、介護老人保健施設<寿々はうす>、(老人)居宅介護支援事業所、(老人)訪問看護ステーション <なかさと>。

医療法人周行会湖南病院は、周囲を水田に囲まれた広大な敷地にある 3 階建ての建物の 2 階に精神科急性期治療病棟 60 床、3 階に精神療養病棟 60 床の計 120 床を有し、精神科デイケア(小規模)、重度認知症デイケアを行っている。また、関連施設としてグループホーム 4 施設、援護寮、精神障害者生活支援センター、ヘルパーステーション、さらに、県内の津市、草津市と大阪市と奈良市に計 4 つのクリニックをあわせもつ。また、医療法人として、介護老人保健施設、(老人)訪問看護ステーションなどを併設している。現在常勤医 5 名(うち指定医 5 名)、非常勤医師 5 名が勤務しているが、更なる充実のため現在も医師を募集している。看護配置も常勤看護師 39 名を中心に、急性期治療病棟では必要数 13 名に対して 17 名、精神療養病棟では 6 名に対して 7.6 名と十分な人員を配置している。

2) 病院理念と基本方針

湖南病院の理念「安心して利用できる精神科医療の提供」

基本方針

1. 利用者の権利、生き方、意思を尊重しながら治療を行います
2. 個々人に適した現時点で最良の医療を安全に提供できるように努めます
3. 利用者の必要時にすみやかに応えられるよう、治療体制の充実を図ります
4. 精神疾患を抱えた方ができるだけ地域で生活できる医療をめざします
5. 精神疾患を抱えた方を支援する関係諸機関と協力して医療提供に努めます
6. すぐれた精神科医療提供者として機能できるように日々研鑽に励みます
7. 精神科医療の研究教育機関としての役割をはたしていきたいと考えています
8. 職員が使命と誇りを持って働ける職場をめざします

3) 病院改革とその基本方針

湖南病院の沿革

- 1980 年 10 月 湖南病院開設 当初 100 床
その後 115 床に増床
- 1989 年 8 月 医療法人周行会となる
- 1994 年 4 月 精神障害者グループホーム
<こなんくらぶ>(男性 7 名)を開設
- 1995 年 5 月 精神科デイケア(小規模)を開設
- 2000 年 3 月 新病院を新築し、移転 120 床
へ増床
- 2000 年 4 月 介護老人保健施設<寿々はうす>、
(老人)居宅介護支援事業所、(老人)
訪問看護ステーション <なかさと
>を設置
- 2001 年 4 月 精神障害者生活訓練施設<樹=い
つき=>を発足
精神障害者地域生活支援センター
<風=ふう=>を発足
- 2002 年 4 月 精神障害者居宅介護支援事業ヘル
パーステーション<凧=なぎ=>を
発足
- 2004 年 4 月 精神障害者グループホーム<く
すの木><かしの木>を開設
- 2005 年 4 月 リハビリテーション施設増築
- 2005 年 5 月 重度認知症患者デイケア<あか
り>を開設

湖南病院は、「日本の精神科医療に新たな息吹を」吹き込むことをめざして、1980 年に 100 床で開設された。その後、退院者の生活支援のため 1983 年より、訪問看護を開始。1989 年に医療法人となり、以後、地域での必要性に応じ、増床、上述の関連施設を増設し、現在に至っている。この他、滋賀県の精神科救急医療の一翼を担い、また措置入院も引き受けている。2005 年度は、滋賀県全体の措置入院者 54 名 8 名(14.8%)が湖南病院に入院した。

開業当時からの目標として、「マスではなく個々人に対応」することを挙げており、各医療スタッフが濃厚に関わりあってきた。また、家族療法のチーム(1986~)や、ダンス療法の定例化(1989~)などのユニークな治療プログラムの導入にも積極的に取り組んできた。

精神科医療機関が改革を迫られる中、湖南病院は、2000 年頃から、急性期の患者への対応を軸に再編をめざしてきた。まず、治療設備の整備として 2000 年 3 月に病棟新築移転を行い、2005 年から急性期治療病棟を認可された。治療体制の整備としては、クリニカ

ルパスの発送を導入したことや、長期入院者を対象とした退院促進のプロジェクトを立ち上げた。こうした改革の結果、述べ入院患者数は2000年度の42685人から2005年度の40118人に減少し、入院：外来の収支が2000年度8：2であったものが、2006年度には7：3になったということである。一般に入院：外来の収支は精神科病院で9：1といわれることもある中で、かなり外来収入の比率が高くなっていると言える。

現在、地域の需要に応えるために医師不足が問題となっているという。

3) 国の改革ビジョンや今回の精神保健福祉法改正に対する病院の対応

2004年において、新規入院患者の概ね85%が1値にないに退院している。長期入院している者は、もともと県外の人であった人が多い。地理的に地域との連携が取りにくく、退院促進が困難であったケースが数例認められた。また、障害としても、疾患としても、重篤な患者が残り、地域でサポートするには、支援者のマンパワーが不足し、その教育をどうするかが課題としてあげられた。

4) 今後の国の精神保健福祉行政に望むこと

自立支援法の良否は判断しかねるが、7万人の退院が可能かどうかは疑問が残る。また、これ以上、書類が増え、臨床業務に差し支えることにならないように考慮してほしい。

3. 山梨県立北病院

聞き取り担当・白石弘巳（東洋大学）

訪問日時：平成19年2月13日

1) 病院施設と医療概要

病院概要

開業 昭和29年1月

所在地 山梨県韮崎市

開設者 山梨県

院長 藤井康男

診療科目 精神科・神経科・内科

病床数 200床

診療内容 精神科救急入院料病棟(39床)、大規模デイケア(定員100人)、老人性認知症疾患センター

診療実績 (平成17年度)

1日平均外来患者数約 219人
1日平均デイケア参加者数 80人
1日平均入院患者数 212人
延入院患者数 77,481人
年間入院者数 716人
年間退院者数 750人
年間平均在院日数 105.7日

関連施設 グループホーム(コパン、ハウゼ)、
県立あゆみの家(退院支援施設)、養護学校

2) 病院理念と基本方針

北病院は、以下の3つの理念に基づいて運営されています。

- ・私たちは、最良の精神科治療とリハビリテーションレベルを達成します。
- ・私たちは、病院を利用される方々の視点を大切にしてサービスを提供します。
- ・私たちは、山梨県の精神科基幹病院としての役割の中で、最善をつくします。

3) これまでの改革

沿革

昭和29年 県立精神病院(50床)業務開始
昭和33年 県立玉諸病院(65床)と改称
昭和41年 現在の韮崎市に新病院が竣工。山梨県立北病院と改称し300床で業務開始
平成元年 老人痴呆疾患センター業務開始
平成2年 病院全面改修工事完成
平成3年 デイケア開設(定員50名)
平成9年 デイケア棟増築、県立富士見養護学校旭分校開校
平成11年 訪多飲症治療病棟完成
平成14年 デイケア定員70名となる
平成15年 急性期治療病棟入院料の承認
平成17年 病院機能強化のための改修工事開始。デイケア定員100名となる
平成18年 精神科救急入院料病棟の認可。

山梨県立北病院は、県下唯一の精神科病院として、精神科救急システムの基幹病院、児童思春期病棟、アルコール・薬物依存症の治療病棟など公的病院の機能を担い、さらには、退院促進や地域ケア、さらには医療観察法への積極的対応(鑑定入院と指定通院医療機関)なども精力的に行っている。年間入院者は700人を超え、平均在院日数は1998年の300人超

を境に減少に転じ、100日を切るところまで減少してきている。その結果、平成16年度の病床回転率は345.1%、外来・入院比率は103.3%となった。また平均残存率は10%以下、1年以上入院した患者の退院も約4年間で138人に上っている。北病院は、県下の精神病床の9%を占めるに過ぎないが、措置・応急入院の50%、医療保護入院の30%、任意入院の21%を占めている。また、公立病院間の比較で、入院件数、平均在院日数、デイケア件数、訪問件数がともに上位となっている。

こうした改革は、藤井院長のもとで、新規抗精神病薬を中心とした精神科薬物療法、精神科救急入院料病棟や多飲水病棟などのハードウェアの工夫、退院支援施設や訪問看護などの退院促進プログラムなど、多彩できめ細やかな対策の結果をして生み出されてきたものであると考えられる。

4) 国の改革ビジョンや今回の精神保健福祉法改正に対する病院の対応

北病院では、外来患者数がずっと増加してきており、年間新入院・退院件数が平成10年から急に伸び出した。平成13年から在院患者数が減りはじめたので、このままでは病院が立ちゆかなくなると考え、病床削減に踏み切った。現在、年間700人以上の入退院がある。国の目標とする平均残存率や退院率をクリアしているが、これが限界である。

隔離や身体拘束は、精神科の治療固有の問題ではなく、病院の構造を変えることによって、現在行われている隔離・拘束を減らすことは十分可能なのではないか。例えば、慢性の精神病患者が水中毒になると、隔離室を長期使用せざるを得なくなることは決してまれとはいえない。こうした事例に対処するために、水を自由に飲めないように病棟の構造を作りかえた結果、水中毒の患者を隔離する必要がなくなった。また、入院当初からいきなり保護室とするのではなく、個室で静かにすることによって、不必要な隔離・拘束が防げることも多い。それに加えて、拘束が増えている理由は入院直後の点滴療法にある。点滴療法をどうしても必要とするのか、効果が他の治療法に比べて勝っているのか。その辺を検証する必要があると思い、北病院では、点滴療法をなるべく用いない方法でやってきて、これでもいけるという感触を得てきたところ

である。

5) 今後の国の精神保健福祉行政に望むこと

障害者自立支援法で援護寮がなくなり、退院促進を進めるために、すでに県と諮り、対印支援施設を建設したので、これが認められないと困る。そういう施設があることで病院から出せた人がいるのは事実だ。これからは、重い人が地域でやれるような施設やACTなどの地域ケアに、もう少しお金をつけてほしい。

今の精神医療の評価は、退院させて外来で支えている人のことをあまり評価していない。今後は、そういった病院の努力も診療報酬などに反映させる仕組みを考えてほしい。

D. 考察

本研究の全体の研究班は「精神保健・医療・福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」である。改革ビジョンの実現の進捗状況を見ながら、改善に必要な情報を提供することが課題である。本分担研究は其中で「入院形態ごとの適切な処遇確保と精神医療の透明性の向上に関する研究」を課題としている。同様のテーマで、すでに種々の研究報告が出されているが、具体的に改革の進捗状況を反映する手堅い指標を明確にする必要がある。

研究班の共通の資料となるのは、「630調査」である。「630調査」は、誰が数えても同じように数えられる、かつ全国的に必要な基本的情報を収集する。平成19年度の「630調査」を実施するに際して、「入院形態ごとの適切な処遇確保と精神医療の透明性の向上に関する研究」というテーマに関連して、「630調査」にどういう調査項目があったらいいのか、現行のものにどういう改善をしたらいいのかとについて、提案することを求められている。また、「630調査」では収集できないものを本分担研究の中で取り組むこととする。

これまでの関連厚生科学研究の分担研究者からは、630調査の生かし方(伊藤)、隔離や身体拘束、あるいは精神科救急医療件数の評価基準を明確化(八田、益子)、医療機関評価のための項目選定結果の630調査への移行(吉住)、などの意見が寄せられた。

市民に対して精神科病院の資料を公開する

ときには、誤解を招くことがないように、特に慎重に吟味する必要がある。改革ビジョンでは、病院情報の公開について前向きに進めることとされているが、電気けいれん療法、身体拘束や隔離などの件数が一人歩きして、精神科病院のイメージが損なわれることは避けねばならない。情報は、それを専門外の人にも分かりやすく説明しなければ意味がないばかりか有害にもなる。かつて厚生労働科学研究でこの問題を調査した伊藤らは精神科病院に関する情報を読み解くためのガイドラインを作成する必要性を訴えている。以上の意見等を勘案して、630 調査に新たに加えるべき項目を検討することとしたい。

精神科医療機関に対するアンケート調査については、諸般の事情により、本報告書に結果を掲載することができなかつたので、でき次第掲載することとしたい。

本分担研究を行うに当たって、研究協力者から、基本的な概念が十分に吟味されていないという指摘があつた。例えば、「いい精神科病院」とはどのような病院であるのかといったこともなかなか定義できない。従来「開放的な病院はいい病院」という見方があつたがこれは正しくない。むしろ重症患者をとるならば閉鎖構造が必要になる。同様に、任意入院が多いのは軽い患者が多いということであれば地域の要請に十分応えていない可能性も指摘されよう。また、入退院が頻繁で回転ドアのような状態でも、長期入院よりは良いとすべきなのか、身体拘束や電気けいれん療法が多くても入院期間が短い医療機関の方がいい医療機関なのか。

今回、松原病院、湖南病院、山梨県立北病院において聞き取り調査を行うことができた。これらの病院では、精神保健福祉の改革ビジョンの実施状況を見る上で参考になる、専門病棟の開設、入院期間の短縮化、地域精神医療への取り組み、退院促進への取り組み、高齢者認知症への取り組み、関連社会復帰施設との連携、などが行われていた。今回の聞き取り調査の結果は、今後求められる精神科医療機関のあり方のモデルを示しているともいえる。こうした聞き取り調査は研究の方向性を考える上で参考になるだけでなく、改革ビジョンを実現していく上で、臨床に従事する関係者にとっても貴重な資料となるものであると認識した。以上のような論点を念頭に

置いて、来年度以降に研究を進めたいと考えている

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 なし

精神科医療機関責任者様

精神科治療（特に入院治療）のあり方に関するアンケート調査：
ご協力をお願い

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に基づく精神医療改革、障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスの体系の再編など、最近の精神保健医療福祉分野は、大変大きく変化しております。こうした状況で、精神保健医療福祉サービスの提供および利用の実態がどのように変わったのかを実証的にかつすばやく把握し、またそれに的確に対応していくことが重要となっています。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「精神保健福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」（主任研究者 竹島正国立精神・神経センター精神保健研究所部長）では、こうした状況に鑑み、「精神保健福祉の改革ビジョン」の成果を検証し、利用者や精神保健福祉の従事者の声を改革に反映させていくために、4つの分担研究を組織しています。

本研究班は、そのうちの一つで「入院形態ごとの適切な処遇確保と精神医療の透明性の向上に関する研究」について調査研究を行っております。この度、精神科医療機関を対象として、精神科治療（特に入院治療）のあり方に関するアンケート調査を実施することとなりましたので、ご協力をお願い申し上げます。

本調査は、任意入院、医療保護入院、措置入院の三つの入院形態について入院形態ごとの治療の実施状況を概括的に捉えることを目的としております。今回の調査を、今後に活かせる貴重な資料とさせていただきたいと存じます。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮ではございますが、本調査へのご協力を賜りますよう、心よりお願いを申し上げます。

平成19年 月 日

「入院形態ごとの適切な処遇確保と
精神医療の透明性の向上に関する研究」
分担研究者 白石弘巳

分担研究者勤務先

〒351-8510 埼玉県朝霞市岡48-1

東洋大学ライフデザイン学部

電話 & F a x 048-468-6658

e-mail hshiraishi@toyonet.toyo.ac.jp

アンケート記載に際してのお願い

このアンケートは、精神科医療機関における入院治療の概要を推定するために企画されました。回答に際しまして、以下の点にご留意下さいますようお願い申し上げます。

1. アンケートの回答方法

1) 任意入院、医療保護入院、措置入院者小票

平成17年10月1日以降、平成18年1月31日までの間に任意入院した患者5名、医療保護入院した患者5名を入院順に選び、入院から退院に至るまでの経緯についてアンケートにご回答ください。貴院が指定病院の場合は、措置入院した患者5名についても同様に入院順に選びご回答ください。平成17年10月1日以降、平成18年1月31日までの間の入院者が5名に満たない場合は、該当する患者についてのみご回答ください。

それぞれの対象者の主治医若しくは当該患者の状況についてご存知の先生がご回答ください。

<対象の選定についての例>

もし、平成17年10月1日に任意入院1名、10月2日に医療保護入院1名、10月3日に任意入院1名があったとすると、

平成17年10月1日に任意入院した人 →任意入院1人目とする →任意入院の小票のNO1
→任意入院-NO (1) として回答を記載してください。

同10月2日に医療保護入院した人 →医療保護入院1人目とする →医療保護入院の小票のNO1
→医療保護入院-NO (1) として回答を記載してください。

同10月3日に任意入院した人 →任意入院2人目とする →任意入院の小票のNO2
→任意入院-NO (2) として回答を記載してください。

以下、入院順に任意入院患者、医療保護入院患者各5名を選び、回答を記載してください。

2) 施設票

各施設ごとに1枚、施設の状況をよくご存知の方がご回答ください。回答は、特に断りがない限り、回答時点でのものとしてください。

2. 回答結果の返送

回答いただきました任意入院、医療保護入院、措置入院者小票の小票（最大15枚）及び施設票1枚を、同封の返信用封筒にて 月 日までにご返信ください。

3. 結果の公表と個人情報の保護

本調査の結果は、統計的に処理し、本研究の研究報告書に報告いたします。結果は、インターネットにて公表されます。また、必要に応じて学会発表等で発表いたします。いずれの場合も、個人情報は特定されません。

4. 本調査についての問合せ

本調査についてのご質問等は、分担研究者（白石弘巳）までお寄せください。連絡は、電話か Fax (048-468-6658)、若しくは、e-mail(hshiraishi@toyonet.toyo.ac.jp)でお願い致します。

施設票

A 病院の所在地（いずれか一つに○）

1) 北海道 2) 東北 3) 関東 4) 東海 5) 甲信越 6) 北陸 7) 近畿 8) 中国
9) 四国 10) 九州

病院所在地の市区町村の人口（いずれか一つに○）

1) 3万人未満 2) 3-10万人 3) 10-30万人 4) 30万人以上

B 病院の種別等（いずれか一つに○）

1) 大学附属病院 2) 上記以外の総合病院 3) 上記以外の病院

設置者等（いずれか一つに○）

1) 国立病院 2) 独立行政法人国立病院機構 3) 都道府県立病院 4) その他の公立病院 5) 医療法人病院 6) 個人病院 7) その他の法人病院

開設時期（いずれか一つに○）

1) 1965以前 2) 1965-1975 3) 1976-1985 4) 1986-1995 5) 1996以降

C 病床数

総病床（ ）床 うち精神病床（ ）床 うち指定病床（ ）床

D 入院料等の届出状況（あてはまるもの全てに○）

1) 10対1 入院基本料 2) 15対1 入院基本料 3) 18対1 入院基本料 4) 20対1 入院基本料 5) 特定機能病院入院基本料（7対1） 6) 特定基本病院入院基本料（10対1） 7) 特定機能病院入院基本料（15対1） 8) 精神科救急入院料 9) 精神科急性期治療病棟入院料 1 10) 精神科急性期治療病棟入院料 2 11) 精神療養病棟入院料 12) 老人性認知症病棟入院料 1 13) 老人性認知症病棟入院料 14) 医療観察法に関する管理料 15) その他

E 診療実績（平成17年度）

1) 精神科への年間入院件数（ ）件
2) うち措置（及び緊急措置）入院件数（ ）件※1人の入院者が緊急措置から措置
3) 平均在院日数（ ）日 入院に移行した場合1とカウントする。
4) 1日平均外来患者数（ ）人
5) 1日平均デイケア参加者数（ ）人 ※デイケアを実施していない場合は0。
6) 月平均訪問看護実施件数（ ）件 ※訪問看護を実施していない場合は0。

任意入院－NO ()

特に断りのない場合はいずれか一つに○をつけて下さい。

入院日：H17年 月 日		退院日：H 年 月 日	
入院時間帯 1)平日日中 2)平日夜間 3)休日日中 4)休日夜間			入院時同伴者()
入院者	性別	1)男性 2)女性	生活保護受給 1)無 2)有
	年齢	1)10代 2)20代 3)30代 4)40代 5)50代 6)60歳以上	
	入院前の状況	1)家族と同居 2)単身生活 3)施設入所 4)他の医療機関入院 5)その他	
	貴院受診歴	1)精神科未受診 2)貴院は初診 2)貴院通院中 3)貴院通院中断 4)その他	
	精神科入院歴	1)無 2)有 3)不明	2)有の場合：最後の退院()ヶ月前
入院時の状況	主たる疾患名	ICD 1)F0 2)F1 3)F2 4)F3 5)F4 6)F5 7)F6 8)F7 9)F8 10)F9	
	合併疾患	ICD 1)F0 2)F1 3)F2 4)F3 5)F4 6)F5 7)F6 8)F7 9)F8 10)F9	
	入院時の病状 または状態像	1)抑うつ 2)躁 3)幻覚妄想 4)精神運動性興奮 5)昏迷 6)意識障害 7)知能障害 8)人格障害 9)残遺性人格変化 10)薬物依存 11)アルコール依存	
	暴力	1)無 2)家族 3)病院職員 4)他の人	器物損壊 1)無 2)有 自傷 1)無 2)有
	その他の触法行為	1)無 2)有(具体的に)	
入院治療	要治療身体疾患	1)無 2)有(具体的に)	
	入院時の病棟	1)精神科救急科病棟 2)急性期治療病棟 3)精神一般 4)その他	
	入院直後の身体拘束	1)なし 2)あり	入院期間中の身体拘束日数(含部分開放) ()日
	入院直後の保護室隔離	1)なし 2)あり	入院期間中の隔離日数(含部分開放) ()日
	抗精神病薬(ハロペリドール等)の点滴療法	1)実施した 2)実施しなかった	
	電気痙攣療法	1)無痙攣ECTを実施した 2)有痙攣ECTを実施した 3)実施しなかった	
	退院時若しくは入院1年後の時点での処方内容	抗精神病薬()種類 抗うつ薬()種類 抗不安薬()種類 睡眠導入薬()種類 抗パーキンソン剤()種類 その他()種類 このうち主剤の種類と投与量()を()mg	
	入院中の治療(複数回答)	1)レクリエーション 2)作業療法 3)集団精神療法 4)社会技能訓練(SST) 5)家族教室(心理教育) 6)その他()	
	入院形態の変更	1)した その内容と期日() 2)しなかった	
	入院中の外泊	1)した その場合回数() 2)しなかった 3)不明	
転帰	退院時若しくは入院1年後の病棟	1)開放病棟 2)閉鎖病棟 3)その他()	
	1年後も入院中の場合、退院困難な理由(複数回答)	1)病状改善せず 2)病状不安定(再発しやすい) 3)生活能力が入院前まで回復しない 4)家族が受け入れを拒否 5)退院先が見つからない 6)その他()	
	退院した場合の退院時点の状況	1)家族と同居 2)単身生活 3)施設入所等 4)他の精神科医療機関 5)他の精神科以外の医療機関 6)死亡 7)その他()	
	退院した場合の退院直後の通院先	1)貴院 2)入院前に通院していた貴院以外の医療機関 3)貴院でも入院前の医療機関でもない医療機関 4)通院先は不明	
	貴院通院中の場合、ダイケア利用の有無	1)利用している 2)利用していない 3)不明	
貴院通院中の場合、その後の入院の有無	1)再入院した その場合 退院後再入院までの月数()ヶ月 2)再入院していない 3)不明		

改革ビジョン項目と関連する先行厚生労働科学研究等

改革ビジョン項目	法制度等による対応状況	施策及び関連する厚生労働科学研究	研究分担
エ 入院形態ごとの入院期間短縮と適切な処遇の確保			
<p>○ 措置入院を受け入れる病院について、別紙14のように病棟の看護職員配置を3:1以上にするなど医療体制の改善を、地域ごとの事情に応じて段階的に進める。</p> <p>○ 措置入院患者の在院期間の短縮化を踏まえ、事務量や費用も勘案しつつ、現状の定期病状報告の類度の見直しや都道府県による実地審査の強化の必要性について結論を得る。</p> <p>○ 医療保護入院について、定期病状報告の様式の見直しなど病識の獲得等の取り組みを促す仕組みを設ける。</p> <p>○ 保護室の利用や身体的拘束等の患者の行動制限が、病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるようにするため、現行の診療録記載に加えて一覧性のある台帳の整備を進める。</p> <p>○ 入院患者の処遇上必ず行われなければならない閉鎖病棟への電話設置について、硬質収納式電話機(旧ヒンク電話)等の設置や、携帯電話の活用を図る。</p> <p>○ 任意入院患者について、開放処遇が徹底され、また開放処遇の制限が適正に運用されていることを確認するため、必要に応じて、監査の見直しを行う。</p> <p>○ 患者への情報提供と精神医療の透明性の向上</p> <p>○ 一部地域で行われている、一定の圏域単位(二次医療圏域、障害保健福祉圏域等)で医療や福祉に係る社会資源の情報を整理して利用者によりわかりやすく提供する仕組み(ハンズレット、ホームページ等)を全国的に進める。</p> <p>○ 精神科の特性を勘案しつつ、医療に関する広告規制の緩和や、医療団体によるガイドライン作成などの自主的な取り組みをさらに促す。また、既存の第三者による評価を積極的に推進する。</p> <p>○ 当面、地域において中核的な役割を担うべき国公立病院について、患者の利用実態や機能等に関する一定の評価軸を設け、その結果を公表する等の新たな取り組みについて研究に着手する。</p> <p>○ 別紙15のように、都道府県の実地指導において処遇の改善命令を行つたにも関わらず適切な改善がなされない場合に、その内容等を公開する仕組みを具体化を図る。</p> <p>○ 精神医療審査会については、現行の委員構成の下での書類審査や実地審査において公正性が保たれているかを確認しつつ、今後の在り方を検討する。</p>	<p>済</p> <p>済(一部未)</p> <p>済</p> <p>済</p> <p>済(一部未)</p> <p>済</p>	<p>・精神保健福祉法の改正 ・厚生労働省科学研究(竹島班)→基盤となる情報の提供</p> <p>・精神保健福祉法の改正(定期病状報告制度の見直し) ・厚生労働科学研究 浦田班、特に具体的な案なし</p> <p>・精神保健福祉法の改正(定期病状報告制度の見直し)</p> <p>・精神保健福祉法の改正(台帳の整備) 「入院中の精神障害者の人権確保に関する研究」(H13～15、浅井班、八田ら)</p> <p>・通知「精神病院に対する指導監督等の徹底について」(平成13年8月6日) ・携帯電話の活用:未</p> <p>精神保健福祉法の改正</p>	<p>・19年度630調査に組み込み(竹島班) 白石分担</p>
<p>(4)精神保健福祉施策の基盤強化</p> <p>○ 入院者数(対人口)に大きな地域間格差が生じている措置入院について、これを受け入れられる病院の医療体制の見直し等による影響を見極めつつ、格差の解消策について検討し早急に結論を得る。</p>	<p>現</p>	<p>・浦田班の研究成果を630調査項目に活用(竹島班)19年度調査で対応(白石分担) 原案、検討のうえ、19年度調査に組み込み</p>	

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」

分担研究報告書

自立支援医療（精神通院医療）の適正な給付に関する研究

分担研究者 山下 俊幸 （京都市こころの健康増進センター）
研究協力者 黒田 安計 （さいたま市こころの健康センター）
桑原 寛 （神奈川県精神保健福祉センター）
白川 教人 （横浜市こころの健康相談センター）
築島 健 （札幌こころのセンター）

研究要旨

平成 18 年 4 月、障害者自立支援法の施行により自立支援医療（精神通院医療）が開始されたが、これまでの検討経過の中で、1)中間所得層について、再認定を認める場合や拒否する場合の要件については、今後実証的な研究結果に基づき、制度施行後概ね 1 年以内に明確にする、2)「重度かつ継続」の範囲については、実証的な研究結果を踏まえ、順次、対象の明確化を図る、3)「一定所得以上」かつ「重度かつ継続」の者に対する経過措置は、施行後 3 年を経た段階で医療実態等を踏まえて見直す、とされた。また、平成 17 年度の「自立支援医療の給付のあり方に関する研究」において、自立支援医療における「重度かつ継続」の範囲の明確化のために必要な実証的データが得られたが、自立支援医療の適正な給付については、なおいくつかの課題が残されている。

そこで、自立支援医療の適正な給付のあり方について検討するため、自立支援医療開始後の支給認定の状況、重度かつ継続又は高額治療継続者に関する論点整理、指定医療機関の資格要件、診療報酬明細書審査のあり方、入院外精神科診療の状況などを明らかにするために、調査、検討等を行った。

その結果、支給認定の状況については、今回の予備的な検討で、自治体間の差を示唆する結果もみられ、今後も認定状況の継続的な把握により、課題をより明確化して行く必要があると考えられた。「重度かつ継続」については「三年以上の精神医療の経験」及び「入院によらない計画的かつ集中的な精神医療を継続的に要する」について自立支援医療制度運営調査検討会等の議論の経過を踏まえて整理するとともに、地域事情への配慮の必要性について述べた。自立支援医療の指定医療機関については、指定及び取り消しの適正な判定指針を明確に示し、一定の指定自立支援医療機関の質を確保することが、適正な給付に繋がるものと考えられた。自立支援医療の指定医療機関の診療報酬明細書審査については、適正な給付がなされているかどうかを確認するうえでも大切であると考えられるが、その実施に際しては、明確な審査基準の必要性や実務上の多くの課題があり、現時点では困難性が高くそのあり方については引き続き慎重な検討が必要である。入院外精神科診療の状

況については、昭和 61 年時点と比較して、平成 16 年時点での入院外診療点数は 5.4 倍に、診療件数は 4.4 倍に増加していた。施設別の検討では、診療所における入院外診療は平成 15 年から 16 年にかけて著しく増大し、病院での診療点数、診療件数を凌駕するに至っていた。また、疾患別の検討では、近年の気分障害にかかる診療点数と件数の伸びが顕著であった。今後の自立支援医療費の適正な給付の実現には、入院外精神科診療の実態把握や自立支援医療制度の運用にかかるモニタリング体制の整備が急がれる。

研究目的

平成 18 年 4 月、障害者自立支援法の施行により自立支援医療（精神通院医療）が開始されたが、これまでの検討経過の中で、1) 中間所得層について、再認定を認める場合や拒否する場合の要件については、今後実証的な研究結果に基づき、制度施行後概ね 1 年以内に明確にする、2) 「重度かつ継続」の範囲については、実証的な研究結果を踏まえ、順次、対象の明確化を図る、3) 「一定所得以上」かつ「重度かつ継続」の者に対する経過措置は、施行後 3 年を経た段階で医療実態等を踏まえて見直す、とされた。

また、平成 17 年度の「自立支援医療の給付のあり方に関する研究」結果を参考に検討すると、①判定指針の明確化（精神病と同等の病態をより具体的な表現とする）、②「重度かつ継続」の判定基準の明確化（計画的・集中的とは何か）、③診断書等の記載マニュアルの作成（情報が不十分なため、返戻する場合がある）、④合併症治療の範囲（高脂血症、アレルギー、感冒等をはじめさまざまな疾患が合併症とされる）、⑤精神医療を担当する医師の要件（内科医等がうつ病を治療している場合等）、⑥「重度かつ継続」の場合の医師の経歴確認方法（どこまで求めるか）、⑦診療報酬明細書審査のあり方、⑧指定医療機関の要件（内科医等の精神科経験）、⑨手帳制度との関連性など、多くの課題があげられた。

本研究では、平成 12 年度厚生科学研究（厚生科学特別研究事業）「精神保健福祉法第 32 条による通院医療費公費負担の増加要因に関する研究」、平成 17 年度厚生労働科学研究（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」、平成 17 年度自立支援医療制度運営調査検討会などの結果を踏まえつつ、今後の自立支援医療の適正な給付のあり方を明らかにすることを目的とする。

平成 18 年度研究においては、「自立支援医療における支給認定の状況調査」、「重度かつ継続又は高額治療継続者に関する論点整理」「自立支援医療における指定医療機関の資格要件に関する検討」「診療報酬明細書審査のあり方に関する聞き取り調査」「社会医療診療行為別調査報告」による入院外精神科診療の状況について、調査、検討し、自立支援医療の現状把握と適正な給付のあり方を示す上での課題を明らかにすることを目的とした。

研究方法

1 自立支援医療における支給認定の状況調査

平成 18 年 9 月 22 日付けで、「自立支援医療の実施状況に関する緊急アンケート調査へのご協力をお願い」として、47 都道府県および 15 政令都市の精神保健福祉センターに調査表を電子メールで送付し協力を依

頼した。アンケート調査の一環として、法施行後平成18年6月1日現在の支給認定の状況について、平成18年7月に各自治体が厚生労働省精神・障害保健課に報告した資料の提供を依頼し、再度集計し分析を行った。最終的に58のセンターから回答を得た（回収率93.5%）。厚生労働省提出の資料については、数値に整合性がないと考えられるものもみられたため、今回は57センターのデータを基に検討を行った。

2 「重度かつ継続」又は「高額治療継続」に関する論点整理

障害者自立支援法施行により新たに導入された「重度かつ継続」については、自立支援医療制度調査検討会における議論を踏まえて、障害者自立支援法施行令に「高額治療継続者」として定められ、その内容が厚生労働省告示第158号として示された。しかし、都道府県、指定都市における認定の実務においては、困難がない程度に十分な明確化が図られているとは言えない状況にある。

そこで、実務における明確化に資するため、精神衛生法（当時）の昭和40年改正に先立つ昭和39年7月に精神衛生審議会（当時）が提出した「精神衛生法改正に関する中間答申書」、平成14年3月「精神障害者通院医療費公費負担の適正化に関する検討会報告書」（障精発第03200001号平成14年3月20日精神保健福祉課長通知）、「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」最終まとめ（平成16年8月）、この最終まとめ等を受けて出された厚生労働省精神保健福祉対策本部「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月）、平成

16年10月の「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」、改革のグランドデザイン案説明資料、自立支援医療制度運営調査検討会資料議事録等（第1回（平成17年6月22日）2回（平成17年10月5日）3回（平成17年11月9日））、平成18年1月に制定された障害者自立支援法施行令（障害者自立支援法施行令第35条平成18年1月25日政令第10号）、平成18年3月28日の厚生労働省告示第158号、これらを基に論点整理を行った。

3 自立支援医療における指定医療機関の資格要件に関する検討

適正な自立支援医療の施行の基本となる指定自立支援医療機関の指定要件及び取り消し要件について、障害者自立支援法、厚生労働省の通知、全国精神保健福祉センター長会議での議論等を踏まえつつ、分担研究班で検討を加えて作成した。

4 診療報酬明細書審査のあり方に関する聞き取り調査

診療報酬明細書審査のあり方を検討するにあたり基礎データ収集の必要を認めため、3自治体の協力を得て聞き取り調査を行い、各自治体の診療報酬明細書（以下レセプトと略す）審査の現場での疑問点、問題と感じている事項を把握し、さらに分担研究班で検討を加えた。

5 「社会医療診療行為別調査報告」による入院外精神科診療の状況

精神通院公費の対象疾患がICD分類のFコード（精神および行動の障害）とG40のてんかんであることを踏まえ、この両者を

調査対象とした。調査期間は昭和 61 年から平成 16 年までの 19 年間とし、「社会医療診療行為別調査報告」に基づいて、精神科診療にかかる入院外診療の医科診療の点数、件数、診療日数、精神科専門療法などのデータ整理を行い、併せて、施設別(病院・診療所)、疾患別(精神・行動の障害の下位疾患群及びてんかん)、診療行為別(通院精神療法、精神科デイケア等)のデータ整理を試みた。さらに、入院外診療点数を件数で割った「1 件当たり点数」、診療日数を件数で割った「1 件当たり日数」、昭和 61 年の値を 100 とした場合の平成 10 年、平成 16 年の値(以下、「伸び率」)などを算出整理し、これらの項目にかかるグラフを作成した。

研究結果および考察

1 自立支援医療における支給認定の状況調査

都道府県 43 か所・政令市 14 か所からの回答の結果、①重度かつ継続の判定基準については、ほとんどのセンターで国の基準のみで行われているが、一部では、国の基準をより明確にするためにさらに具体的な基準を追加して運用をおこなっていた。②重度かつ継続の判定基準を改定すべきであるという意見が約半数、現行のままでよいという回答が約 4 割あった。③中間所得層に関しては、8 割以上のセンターが再認定すべきであると考えていた。④重度かつ継続の判定医の資格確認は、7 割弱の自治体で自己申告のみとしていた。⑤重度かつ継続の判定医の資格確認については、約半数(53%)で現行のままでよいという回答であった。⑥指定医療機関については 9 割近い自治体で国の基準どおりに規定していると

の回答であった。回答を得た 57 自治体のうち実際に指定医療機関の申請却下を行った事例が 6 自治体から報告された。また自由記載では、その内容は、①事務処理の量の多さと対応の煩雑さに関する意見、これには、上限管理票の管理の問題、医療機関や薬局などの変更の問題、精神障害者保健福祉手帳と自立支援医療の有効期限のズレに関するものなどがあった。②自立支援医療の対象者の範囲や申請する医師の資格に関する意見、とに大別された。さらには、重度かつ継続の認定や指定医療機関の指定について、より簡潔で明確なスタンダードを作成し、全国的な統一性をはかることが必要ではないかという意見もあった。

平成 18 年 6 月 1 日現在の各センターでの自立支援医療(精神通院医療)支給認定状況を解析した結果、各センターでの支給認定件数の内訳には、センター間のばらつきの大きなものもみられた。特に重度かつ継続に該当しない中間所得の各自治体全支給認定件数に対する日に関しては、最小 0%から最大 28.0%と大きな開きがみられた。

この自治体間の差異は、「国基準どおり規定している」との回答が約 90%という調査結果と、必ずしも整合性がみられないようにも見える。各自治体のそれぞれの対象となる群構成人口について、そもそも差異が大きいとの解釈も可能ではあるが、一方で、現在の国基準には各自治体の裁量に任されている部分があるためとの解釈も可能である。この点については、今後も支給認定状況のフォローアップ調査を行い、モニタリングしていくことで一定の標準化を図ることが必要と考えられる。

2 「重度かつ継続」又は「高額治療継続」に関する論点整理

精神衛生法（当時）の昭和 40 年改正に先立つ昭和 39 年 7 月、精神衛生審議会（当時）は「精神衛生法改正に関する中間答申書」を提出し、その中で「2 医療保障の拡大」として、「外来患者にも当然医療保障を行う必要がある」と指摘した。その理由としては、次の 3 つを挙げた（要約）。

- (1)精神障害者の社会適応性が著しく低いこと。
- (2)家族の蒙る精神的・経済的損害が著しいこと。
- (3)適正な医療が行われないと措置入院を要する程度に増悪する可能性が高いこと。

そして、外来患者に対する医療保障としては、当時急速に発達しつつあった精神科医療（特に精神科薬物療法）を普及する必要があるとして、「精神障害の適正な医療を普及するため」の、精神障害者通院医療費公費負担制度が創設されたものである。

平成 17 年 10 月の障害者自立支援法の成立に当たり、参議院は附帯決議で、「五、自立支援医療については、これまでの更生医療、育成医療及び精神通院医療の趣旨を継承した公費負担医療制度としての位置付けを明確にすること。（後略）」とし、旧制度趣旨の継承を求めたことから、旧制度の趣旨が現行自立支援医療（精神通院医療）の定義に次のように盛り込まれたものである。

障害者自立支援法施行令第 1 条第 3 号
精神障害の適正な医療の普及を図るため、
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律
（昭和 25 年法律第 123 号）第 5 条に規定する
精神障害者（附則第 3 条において「精神
障害者」という。）に対し、当該精神障害者
が病院又は診療所へ入院することなく行わ
れる精神障害の医療（以下「精神通院医療」
という。）

すなわち、通院医療費公費負担制度から継承された「精神障害の適正医療の普及」という制度趣旨については、その普及すべき「適正医療」の内容がその時代によって大きく変化してきていることは当然としても、「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉の改革の基本的な方策の中で、(今日的な意味の) 適正医療の普及の必要性は現在においてもなお高いものであって、これが精神通院医療制度の趣旨として受け継がれたものである。

平成 14 年 3 月の「精神障害者通院医療費公費負担の適正化に関する検討会報告書」（障精発第 03200001 号 平成 14 年 3 月 20 日精神保健福祉課長通知）では、公費負担制度が精神科の適正な治療の普及に果たした役割を踏まえつつも、「各都道府県・政令指定都市（以下「都道府県等」という。）における公費負担申請の認定審査の適正化及び公費負担医療費の請求・支払決定の適正化に取り組む必要がある。」「一定以上の所得を有する者については、本制度の対象としないことが適当である。」「中期的な課題として、対象者のあり方、公費負担医療を行う医療機関のあり方等を更に検討する必要がある。」などと、給付のあり方の諸問題

が指摘されたところである。

「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」最終まとめ(平成16年8月)では、「精神保健福祉分野における国庫配分についても、医療に係る患者の自己負担軽減に約7割が振り向けられ、かつ毎年、急速に増加し、福祉分野に財源を配分する足枷となっている。特にこうした医療全体での重点化・効率化の可能性について検討を進めることが必要である」として、いわゆる「財源シフト」の考え方から、公費負担医療の重点化の必要性が指摘された。

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(平成16年9月)では、今後の国の重点施策群の一つとして「医療における公費負担の重点化」が打ち出された。適正医療の普及を目的とした公費負担制度は、普及の段階から適正化の段階にシフトしてきたと考えられる。

平成16年10月の「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」において、「精神通院公費、更生医療及び育成医療といった障害に係る公費負担医療制度は、福祉サービス等の基礎的なサービスとは異なり、基本的には医療保険に係る自己負担分を軽減する仕組みとして機能しており、制度運営の効率化、財源配分の重点化の観点から、現行制度を見直す。」として、「具体的には、医療保険制度で行われている低所得者対策や長期疾病対策等を基礎に、制度の対象を、負担能力の乏しい者、重度障害のため長期療養により継続的な費用負担が発生する者等に重点化し、利用者負担については、福祉サービスに係る負担の見直しと同様に、応益的な負担を基本とし、一定の負担上限額を組み合わせる

仕組みに統一する。」という方向性が打ち出された。

改革のグランドデザイン案説明資料の中で、「給付対象者を、①負担能力の乏しい者、②重度で継続して医療費負担の発生する者等に重点化」し、①経済的理由から、十分な治療を受けずに障害が固定化するおそれのあるグループと、②重度で継続的に医療費負担が毎月発生し、家計に対し大きな影響を与えるグループの2群を、継続的に公費負担の対象とすることが適当であるとした。以後、この考え方は制度実施後の現在まで踏襲されている。

平成18年1月に制定された障害者自立支援法施行令には、「重度かつ継続」という表現は存在せず、代わって、「高額治療継続者」という概念が導入されている。これは、「当該支給認定に係る自立支援医療について、費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者として厚生労働大臣が定めるものに該当する旨の市町村等による認定を厚生労働省令で定めるところにより受けた者」(障害者自立支援法施行令第35条 平成18年1月25日政令第10号)と定義された。

また、これを受けて、平成18年3月28日厚生労働省告示第158号には以下のように規定される。

1 (略)

2 疾病及び関連保健問題の国際統計分類(世界保健機関が世界保健機関憲章(昭和二十六年条約第一号)第二条(s)及び(t)に基づき作成する分類をいう。)の第五章中F0、F1、F2若しくはF3に分類される者若しくは第六章中G40に分類される者又は三年以上の精神医療の経験を有する医師により、情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態を示すことから入院によらない計画的かつ集中的な精神医療(状態の維持、悪化予防のための医療を含む。)を継続的に要すると判断された者

即ち、主治医等の診断書に記載された病状や治療状況が、一定の要件(「一定のICDのカテゴリー」又は「一定要件を満たす医師による計画的かつ集中的な精神医療を要する」とする判断)を満たす場合に認定されるものである。

「高額治療継続者」の当面の範囲については、第3回自立支援医療制度調査検討会(平成17年11月9日)の合意事項に基づく。「当面の範囲」としながらも、政令及び

告示で明文定義されていることから、基本的な枠組みについては既に確定したものであり、今後において大きな変化はないと考えてさしつかえないと考えられる。

ただし、「市町村等」(すなわち、都道府県及び政令指定都市)における認定の実務においては、困難がない程度に十分な明確化が図られているとはいいがたい。それは、高額治療継続者を定義する上で重要な2つのキーワードの範囲がわかりにくいことによる。

①「三年以上の精神医療の経験」の指し示す内容

②「入院によらない計画的かつ集中的な精神医療を継続的に要する」という判断の指し示す内容

しかしながら、これまでの議論の経過等を詳細に検討すれば、これらの2つの内容を明確化することは決して困難ではない。

検討結果をまとめると、「重度かつ継続」即ち「高額治療継続者」は次のように整理することが適当であると考えられる。

① 医療保険の多数該当の者

② ICD-10における次の分類の者

- ・ F0 症状性を含む器質性精神障害
- ・ F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
- ・ F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
- ・ F3 気分障害
- ・ G40 てんかん

③ 3年以上の精神医療の経験を有する医師により、以下の病状を示す精神障害のため計画的かつ集中的な通院医療(状態の維持、悪化予防のための医療を含む。)を継続的に要すると診断された者として、認定を受けた者

- ・ 情動及び行動の障害
- ・ 不安及び不穏状態

※ 精神科実務経験の期間については、以下に示した算定方法により算定するものとする。なお、必ずしも病棟における経験を含むことを要するとは言えないが、相当の期間については、原則として精神保健指定医等の精神科医療に十分な経験を持つ常勤の指導医により適切な指導を受けたものであること。

ア 精神科実務経験の期間については、1週間に4日以上精神障害者の診断又は治療に当たっている期間を算定対象とするものとする。

イ アにいう「4日以上」の算定は、外来又は病棟において、精神障害者の診断又は治療に1日おおむね8時間以上当たった日について行うものであること。

なお、診断又は治療に関して通常行われる症例検討会、抄読会等への参加は、これに算入できるものであること。

ウ 精神保健福祉センター、保健所におけるデイ・ケアに従事した時間及び期間については、これに算入できるものであること。また、これらの機関で嘱託医として精神障害者に対する相談業務に従事した時間についても、これに含まれるものであること。

エ 夜間当直のみをする時間及び期間については、精神科実務経験として算定できないものであること。

オ 動物実験等に携わる時間及び期間は、精神科実務経験として算定できないものであること。

カ 精神医学を専攻する大学院生にあつては、副科目及び選択科目の履修や研究のために、精神障害者の診断又は治療を行わない時間及び期間が生じるが、この時間及び期間は、精神科実務経験として算定できないものであること。

キ 外国留学等外国において精神障害者の診断又は治療に当たった場合においては、この時間及び期間は、精神科実務経験に算入できるものであること。

※ 「計画的・集中的な通院医療」とは

主治医（当該支給認定について複数の指定医療機関が指定されている場合には、当該支給認定に係る医療に関して専ら計画する立場にある医師。ただし、3年以上の精神医療の経験を有する者に限る。なお精神医療の経験年数の算定方法は指定医の申請におけるそれと同様とする）の医学的判断により、精神科薬物療法のほかに、相当期間にわたり継続的に行うことが必要であるとして意見書（診断書）に記載された精神科医療であつて、次の1から5までの各号に掲げるもの。

1. 精神科デイ・ケア（ナイト・ケア及びデイ・ナイト・ケアを含む）
2. 精神科作業療法
3. 通院集団精神療法
4. 精神科訪問看護・指導
5. 月に2回を超える精神療法（I002通院精神療法を算定できるものに限る）

なお、上記の医療の内容は、認定対象精神疾患に対する医療保険給付適応の範囲内であるもの、かつ、精神科医療の今日的水準にかなうものでなければならない。

なお、本制度が「適正医療の普及」を目的としたものである以上、地域事情において、適正とされる医療の内容に違いがある場合

は、その事情に則り判断されなければならない（地域事情への配慮の必要性）。また、自立支援医療の支給認定に当たり勘案すべ