

辿り、一部には、単に精神科に通院している者、医師により精神科治療が必要と判断された者までも制度の対象として承認してしまう例が後を絶たない結果となってしまうといえる。そして、利用者に止まらず、精神科医療関係者の中にも、本制度の趣旨・認定要件を、単に精神科医療機関に通院していること、経済的な医療費の助成を目的としていることと理解している人たちが少なくないと思われる。

3. 本県における支給認定の経過について

本県でも、同様に、地方精神保健福祉審議会の部会で判定してきた当時から、精神通院医療の対象となる病態（病状）の範囲が拡大的に解釈されてきた傾向があった。そのような中で、平成14年度の法改正により、その判定業務が精神保健福祉センターの業務として位置づけられた。当センターでも精神保健指定医3名で構成する判定会議を月2回開催し判定業務を行ってきたが、その対象となる病状（病態）の範囲が拡大的に取り扱われていた。本県が従来まで使用してきた診断書様式が余りにも簡略的のものであったために、この制度の対象となる病状（病態）を厳密に判定できなかったことも、これらの傾向を助長しまったと考えられる。また、従来部の判定基準を、当初より精神保健福祉センターも引き継いだために、この問題を更に長引かせてしまったともいえる。

そこで、本県では、平成18年4月より、診断書を現在国が示している様式に沿って大幅に変更し本県の新様式に改め、さらに新規認定及び再認定の判定において

も、現在、国が示している「自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定判定指針（H18.3.3付通知）」を拠りに適正に判定することとした。そのために、事前に各精神科医療機関には国の示す判定指針を改めて示し、本制度の適正な判定及びその運用を図る旨を周知した。なお、旧制度（通院医療費公費負担制度）で承認した平成18年4月以降の残存承認期間については、新しい判定基準を適応せず、全て新制度での「みなし認定」を行った。よって、これらの方々の再認定申請（最終は平成20年3月まで承認）は、その後順次新たな適正な判定基準で取り扱うこととなり、この作業は平成20年3月までに概ね終了している。しかし、その間、予想以上の非認定申請事例を生み出す結果となってしまった。これらの結果に対し、当然ながら利用者及び医療機関のから苦情をも含む様々な意見が寄せられ、対応に苦慮する場面も多々あった。意見の中には、私たちがまだ十分に吟味していない曖昧な部分への建設的な指摘もあり、その後の改善に向け参考とさせていただいたものもあった。

以上が、本制度の本県での取扱いの変更の経緯の概要であるが、まだ今後検討すべき課題があることは当然と考えている。

4. 自立支援医療費（精神通院医療）支給認定にかかる医学的判定について

さて、本題である自立支援医療費（精神通院医療）支給対象となる病状（病態）についての医学的判定について論じたい。

まず確認しなければならないこととして、本制度の目的がある。前述したよう

に、当初は措置入院の事前防止を主眼においていたにせよ、本制度の本来の目的は、入院治療（特に、非自発的入院である措置入院、医療保護入院等）の事前の防止を含む、精神病性障害を中心とした精神障害者の通院医療における適正な医療の確保にあり、精神医療に対する単なる医療費の助成を目的としたものではないということである。非認定に対する苦情の中には、第一に経済的理由を挙げてくる場合も少なくない。また、医療費の助成が医療の継続に有用である旨の指摘もいただく。しかし、他科での医療が公費負担なしで一般に行われている現状を考えれば、本制度に対する不適切な指摘であると言わざるを得ない。確かに、医療費の助成が医療を継続させるための重要な要因であることは否定できないが、それは我が国の医療制度全体の問題（課題）であり、一義的に本制度に科せられる課題ではないといえる。とはいえ、現行の自立支援医療費制度では、「高額治療継続者」の概念が導入されおり、重度障害のための長期療養による継続的な費用負担（いわゆる「重度かつ継続」）に対する配慮がなされている。しかし、これはあくまでも、重度障害としての対象病状（病態）をもつ場合に限られた措置であることを確認しなければならないと思う。

次に確認しなければならないものとして、この制度の対象とする病状（病態）がある。国が示す判定指針を読みとれば、一言で言うとその病状（病態）が「精神病、あるいはそれと同等の病態」と理解できる。

以上を前提に、私たちは医学的判定を行う際、原則としてその対象を以下のよ

うに考えている。

① 病状は、「精神病、あるいはそれと同等の病態」であること。

これについては、抽象的な表現であり解りにくいことは否定できない。この制度の発足からの経緯を考えれば、その中心となる対象は、統合失調症などの精神病性障害であることは前述したとおりであり、「精神病」が対象となることは異論のないことと納得していただけるものと思う。問題は、「それと同等の病態」をどのように解釈するかにある。これについては、国の正式な見解は未だなく、各方面で様々な解釈がなされているのが現状であると思われる。私たちは現在、「精神病、あるいはそれと同等の病態」を具体的には以下の②③④の考え方で判定を行っている。

② 具体的には、入院治療を要する程度、特に非自発的入院（措置入院、医療保護入院など）を強いられる程度の病状にあること、またはその疾病特性として非自発的入院に対し蓋然性があること、あるいは過去に非自発的入院が行われた病歴があること。以上の考え方を原則としているが、医学的にみてこれらに通じる病状にある場合は、それも十分考慮にしている。

要するに、まず、非自発的入院含む入院治療を要する程度の病状にあるかどうかを目安に判定を行っている。国が示す判定指針では、各精神障害及び状態像の説明の中で多くの部分を入院治療を要する病状について記載している。前述のごとく制度発足当時の目的もあり、やはり国の示す判定指針は「入院治療の防止」を意識していると理解

される。精神病性障害を中心とした精神障害は、その疾病特性として他の疾病と異なり、社会的存在としての社会適応性が損なわれたり、自己の病状についての認識を欠いたり、その結果として「医療と保護」の名のもとに非自発的入院を強いられたりし、併せて社会的・家族的に蒙る精神的・経済的な損失が著しいという特徴がある。また、病状の変化が比較的著しく、適切な医療を欠けば非自発的入院を要する程度に増悪することも希ではない。よって、これらの境遇におかれる精神障害者が適切な医療を受けその社会性を回復することに對し社会が責任を負う意味で、公費（税金）を投入する本制度が存在しているとも考えることもできる。長期的に謂われのない社会的不利益（この中には、長期的に社会参加できない、謂われのない偏見の対象に晒されやすいことも含まれる）を受けている精神病性障害と中心とした精神障害者の社会的人間としての復権を支援する恒久的意味が本制度に存在することを理解しなければならぬと思う。少なくとも、私たちはそう考えている。

- ③ 非精神病性障害（神経症性障害、非精神病性感情障害、発達障害、人格障害、知的障害、認知症、アルコール依存症など）でも、②にある病状と医学的に同等と判断されること。

この判定は、現在私たちが最も苦慮しているところである。この取り扱い次第で、この制度の対象とする病状（病態）が飛躍的に拡大する可能性があるからである。ひいては、この制度を破綻に向かわせる要因にも成り得るとも考えている。申請者や医療機関からの

問合せや苦情が多いのもこの領域のものである。考え方はあくまでも②の考え方を基本にして判定を行っている。また、精神病性障害に類似した精神症状、行動上の障害がある場合は、特にそれを考慮し判定している。問題となる病状の持続の長短あるいは反復も考慮しているが、あくまでも入院治療（特に非自発的入院）の必要性との関連で原則として判定を行っている。継続的に治療（特に薬物療法）すべき精神症状あるいは行動上の障害があり、加えて長期的かつ重大な日常生活・社会生活上の障害がある場合は特に考慮している。

- ④ 単に、精神科医療機関に通院していること、精神的に治療が必要なことのみをもって、自立支援医療費（精神通院医療）の支給の対象とは判定しない。併せて、単なる経済的理由は判定の際基本的には考慮しない。

これについては、前述のとおりである。ひとえに本制度の趣旨・目的を理解していただくことをお願いしている。苦情等の中には、非認定と判定されたことに対し、「治療が必要ないと言うのか?」「医療を受ける機会を奪うのか?」などのお叱りを受けることも少なくない。しかし、決して非認定が、申請者の精神科の治療の必要性を否定するものはないし、また、他科での医療の現状を考慮すれば、決して医療を受ける機会を妨げるものでもないことはご理解いただけるものと考えている。むしろ、これらを認定として容認していけば、この制度の対象は限りなく拡大し収拾がつかなくなり、結果として最終的には本制度の破綻へとつ

ながっていくと考えている。

以上を、まとめると、本県における自立支援医療費（精神通院医療）支給認定に関する医学的判定においては、国の示す判定指針とおり、病状が「精神病、あるいはそれと同等の病態」であることが原則であり、「それと同等の病態」とは、精神病性障害に見られるような入院治療（特に非自発的入院）を要する病状になりうる病態であり、また、疾病特性あるいはその病状が入院治療の必要性に対する蓋然性がある病態と言うことになる。加えて、精神症状あるいは行動上の障害が、継続的治療（特に薬物療法）を要し、長期的かつ重大な日常生活・社会生活上の障害がある場合である。

5. 自治体間の医学的判定の差異について

最後に、自治体間の医学的判定の差異について、私見を含め述べたい。

これらの差異については、現実的に多くの苦情や意見を多くいただいている。例えば、「他の自治体に比べて抜きん出て厳しい」などの指摘である。しかし、私たちはただ、本制度の趣旨を尊重し、国の示す判定指針に沿って適切に対応していると考えている。結果として、他の自治体と認定率に差が出ているのは十分認識しているが、基本的には本県の考え方、医学的判定に大きな落ち度はないと考えている。

では何故、他の自治体と差が出て来るのかということであるが、想像するに、やはり平成5年の精神障害者の定義表現の変更が大きく作用しているのではと思われる。そして、この制度の目的である

「精神障害者の適正な医療の確保」がその対象を十分考慮せず表面的に捉え、この対象が拡大され、結果として非認定率が1%未満という結果を生みだし、一部には申請すればほとんど認定されるという状況になっていると考えられる。

「精神科診療に必要な書式マニュアル（臨床精神医学 増刊号、アークメディア、2003）」には、A自治体が指導している本診断書の記入方法が掲載されているが、その中にも「その状態像が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、消長を繰り返すことが読みとれる記載が望ましい」と記載されている。

時に、他自治体から本県に転入された方が他自治体で作成された診断書を提出して申請が行われる場合があるが、どうしてこれで認定される診断書なのか疑問を持たざるを得ないものもある。他の自治体でも、本制度の対象の拡大は問題があると認識していると想像しているが、今のところ打つ手がないと苦慮しているのが実態であるとの印象も伺える。

本県は、制度改正を機に医学的判定に関する考え方を整理し適正と思われる判定を行うこととしたが、これは、他では余り見られなかった例と考えている。そして、その結果として、本県と他の自治体との差異が出てきているものと解釈している。本制度の事務（判定も含む）は自治事務（各自治体が責任をもって行う事務）となっており、望ましいことではないが、ある程度自治体間に差が出てくるのはやむを得ない面もあるとも思われる。しかし、改めて本県の考え方を軌道修正することは不相当であると考えているが、他自治体との判定の差異を放置しておくことも問題であり、この件について

ては今後とも他自治体の状況を参考にし、更に情報交換等を行いながら検討しなければならないと考えている。

6. おわりに

本県の自立支援医療費(精神通院医療)支給認定に係る取扱い経過を含め、その医学的判定のあり方について私見を含め述べさせていただいた。今後本制度が、引き続き多くの精神障害者の適正な医療の確保とその普及に貢献していくためには、将来に向け多くの課題が残されていると思われる。今後ともこれらの課題について多くの方々からの意見をいただき一緒に考えていきたいと思う。また、今回示した私たちの考え方に対し、是非、忌憚のないご意見・ご批判・ご助言をいただければと思う。

平成 20 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（育成医療・更生医療）の適正な給付に関する研究

- 研究分担者 中澤 誠（財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院
小児・生涯心臓疾患研究所所長）
- 研究協力者 村上 智明（北海道大学病院小児科）
小山耕太郎（岩手医科大学病院循環器医療センター小児科）
中島 弘道（千葉県こども病院循環器小児科）
中西 敏雄（東京女子医科大学循環器小児科）
康井 制洋（神奈川県立こども医療センター院長）
佐地 勉（東邦大学医療センター大森病院小児科）
村上 保夫（榊原記念病院院長）
小野 安生（静岡県立こども病院循環器科）
里見 元義（長野県立こども病院循環器科）
松島 正気（社会保険中京病院循環器小児科）
越後 茂之（国立循環器病センター小児科）
浜岡 健城（京都府立医大小児疾患研究施設）
馬場 清（倉敷中央病院小児科）
福重淳一郎（福岡市立こども病院・感染症センター）
城尾 邦隆（九州厚生年金病院小児科）
賀籐 均（東京大学医学部小児科）
福島 教偉（大阪大学医学部附属病院移植医療部）
布田 伸一（東京女子医科大学東医療センター内科）
中谷 武嗣（国立循環器病センター臓器移植部）
森嶋 重弘（南東北病院小児心臓血管外科）
小野 隆志（南東北病院小児心臓血管外科）
工藤 恵道（南東北病院小児科）
浦島 崇（東京慈恵会医科大学小児科）

研究要旨：自立支援医療の開始で、育成医療・更生医療における患者負担への影響が指摘されている。育成医療・厚生医療の対象のうち、心疾患の外来での診療報酬請求額の実態について、二つの群の調査を行った。第一は、心臓移植後の患者について、過去の診療実績を外来カルテより写し、現行の診療報酬基準から遡って算出した。一方、育成医療対象の小児期発症心疾患について、専門15施設を対象に外来診療のレセプトを収集し、分析した。その結果、心臓移植後の外来通院における月請求額は、術後1年未満が平均約25万円、2年目20.7万円と、半数以上で20万円を超えることが判明した。一方、育成医療の対象となる小児発症心疾患患者では、「重度かつ継続」該当の疾患カテゴリーはないが、RSウイルス感染症重症化防止のためのパリーブズマブ投与および在宅酸素療法・在宅呼吸管理患者において月額請求2万点を越える例が多いことが判明した。この結果から、心臓病における厚生医療・育成医療における「重度かつ継続」の対象は、施行される医療行為によって定義されることが適切と考えられた。

A. 研究目的

自立支援医療（育成医療および更正医療）のうち、心臓機能障害を対象に、心臓移植後の患者を含み、継続的に高額な医療費を必要とする疾患やカテゴリーを明らかにする。

即ち、第一に、従来の育成医療・更正医療で扱われていた疾患群について、主に外来での診療費を調べ、「重度かつ継続」に該当するものが果たして無いのか否かを検証する。第二に、心臓移植後の外来通院の診療費について実態を調査し、自立支援法の適応の有無を検討する。

B. 研究方法

(1) 自立支援医療における心臓移植後患者の支援の必要性に関する研究

1) 調査票の作成

分担研究者及び上記3名で、外来通院状況及び医療費調査のための調査票を作成した。

2) 調査方法の検討と基本方針

・施設：研究協力者（福嶋教偉、布田伸一、中谷武嗣）の所属する施設とする。

この3施設で、わが国の心臓移植後の約半数の患者の診療を行っている。

・調査内容

「施設におけるプロトコール」と「各患者の実際の状況」を調査する。

診療報酬請求に関わる診療項目について、後方視的に、調査票を使って調査。

・医療費の算定

診療報酬請求額の記録がある場合には、その値の使用。

請求額記録の無い場合、調査票から診療内容に相当する診療報酬を算出する。

現時点では診療報酬上算定不能だが、この医療に必須の項目から医療費を概算する。

3) 調査票

・施設における術後フォローのプロトコール（1施設1セット）

・患者調査票（個々の患者さんの実績：1患者1セット）

4) 診療保険請求額の算定
・診療保険請求業務請負業者に委託して、調査票から請求額を算定

(2) 自立支援医療における先天性心疾患・小児期心疾患患者(育成医療対象者)支援の必要性に関する研究

小児循環器専門の15施設(下記)に、平成19年10月11月の2ヶ月間の外来診療レセプトの提出を依頼した。この際、個人情報的一切消去した形での提出を依頼した。各施設では必要に応じて、この研究に関して、個々に倫理委員会による許可を得た。

提出されたレセプトから、主診断名、患者の年齢、手術の有無と術後経過期間、請求額、自己負担額を、集計する。

研究協力施設は、北海道大学病院、岩手医科大学病院、千葉こども病院、東京女子医科大学病院、神奈川こども医療センター、東邦大学医学部病院、榊原記念病院、静岡こども病院、長野こども病院、社会保険中京病院、京都府立医科大学小児疾患研究所病院、倉敷中央病院、福岡こども病院、九州厚生年金病院、東京大学医学部病院、である。

(倫理面への配慮)

個人情報を消去した資料を収集した。さらに協力施設では当該組織での倫理委員会審議を経て、承認を得た。

C/D. 研究結果及び考察

(1) 自立支援医療における心臓移植後患者の支援の必要性に関する研究

2施設から、50例が報告された。年齢は1歳から53歳、平均22.5歳であった。身体障害者認定に関する情報は47例に

記載され、1級が45例、2級と3級が各1例であった。

算出された外来における診療報酬請求額は、移植術後1年未満(n=47)が60,292円から729,660円で平均249,908円、20万円以上となったのは28例(60%)であった。2年目(n=48)は68,554円から650,420円で平均207,836円、20万円以上は21例(44%)であった。3年目(n=41)は68,554円から607,520円で平均199,370円、20万円以上は15例(37%)であった。5年目(n=31)は63,410円から446,420円で平均182,174円、20万円以上は12例(39%)であった。請求額は術後経過とともに次第に減少しており、1年未満と5年目では統計的に差(p<0.05)があった。

心臓移植後を専門的に診療する施設が極めて限定されていることから、患者の通院のための経費を調査した。記載のあったのは45例で520円から宿泊も含む45,000円で平均17,562円であった。一家族は、地方から診療施設の近くに転居したことが報告された。

一見、請求額に患者年齢による差が見られたので、対象患者を20歳未満(n=26)育成医療適応の上限と20歳以上(n=24)の2群に分けて、請求額を比較した。その結果、全ての時期(1年未満から5年目にかけて)、20歳未満群での請求額が、20歳以上のそれに比べて有意に低かった。(表)

表 請求額 (円) の年齢別比較

術後経過	1年未満	2年目
20歳未満		
平均	197,255	165,182
S D	95,786	85,384

20歳以上		
平均	307,911	250,047
S D	152,169	122,747

p 値	0.004	0.007

表 (続き)

経過年数	3年目	5年目
20歳未満		
平均	149,904	144,168
S D	77,075	66,632

20歳以上		
平均	247,409	220,098
S D	129,917	119,481

p 値	0.005	0.04

請求額の多寡に影響する最大の要因は、免疫抑制剤の種類と投与量であった。症例間での違いは、タクロリムス (プログラフ) およびミコフェノール酸モフェチルの投与の有無が大きな要因であった。年齢が低い群で請求額が低い理由も、体格による投与量の違いが上げられる。

以上より、心臓移植後の外来診療に関わる診療報酬請求額が、他の心疾患術後のそれに比べて極めて多額となっていることが示された。この請求額は、移植後の経過年数によって低減していくが、5年目でも約40%の患者で20万円以上の請求となっている、さらに、心臓移植後の診療が極めて特殊であり、高度の経験と知識が要求されるものだけに、診療医が限られており、その医療機関受診のための交通費は、受診回数が当初は少なくとも月に2回、5年後の至っても毎月の受診が必須のため、莫大となる。これら大多数の患者が身体障害者として医療費そのものの負担は軽減されているものと思われるが、移植術後の医療は、必須の継続的医療であり、医療制度そのものの中で直接的に対応できるものであることが本来の姿と思われる。

(2) 自立支援医療における先天性心疾患・小児期心疾患患者 (育成医療対象者) 支援の必要性に関する研究

15施設から6653件のレセプトが収集され、このうち求められデータの記載が全て揃っている“有効”数は6108件であった。この内、手術例が3716例、非手術例が2937例であった。まず、全例において、請求月額が1万点以上の例、2万点以上の例の頻度を算出し、高額請求となった主な請求項目を調査した。さらに、今回の研究目的である「育成医療対象者の外来診療における重度かつ継続」の実態を調べるため、術後例での外来診療請求月額が2万点以上の例、および、追加検討として請求月額1万点以上例も合わせ調査した。

全例対象では、1万点以上が621例

(10.2%)、うち2万点以上が268例(4.4%)であった。それぞれ2歳未満が479例(621例中77%)、223例(268例中83%)で、大半を占めた。その主要な要因として、全例対象では、RSウイルス感染症軽減のためのパリーブズマブ注射が407例(66%)、在宅酸素療法が184例(30%)であった。2万点以上の268例では、それぞれ181例(68%)、80例(30%)と、同様の結果であり、この2者が高額請求の要因となった。

術後例3280例に限ってみると、請求額1万点以上2万点未満が188例(5.7%)、2万点以上が166例(5.1%)で、非手術例も含めた全体とほぼ同様の頻度であった(図)。2万点以上請求の166例のみを年齢別にみると、2歳未満が157例、2歳以上が9例であった。2歳未満157例では、115例がRSウイルス感染症軽減のためのパリーブズマブ注射、40例が在宅酸素療法を受けていた。一方、2歳以上の9例中6例が在宅酸素療法であった。

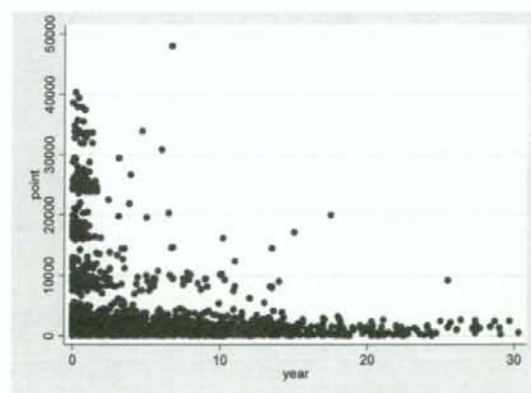


図 手術後例：術後年数と請求月額

高額請求の要因となった「RSウイルス感染症軽減のためのパリーブズマブ注射」および「在宅酸素療法ないし在宅人工呼

吸」について手術の有無にかかわらず全例で、その平均請求額を見た。前者は548例が該当し、平均請求額は(±標準偏差)は21,866±6185点で、平均として2万点を超えており、286例で2万点以上であった。後者(在宅酸素療法・在宅人工呼吸)は188例で、その平均は15,867±13,980点で、25例で2万点を超えていた。

多くの患者では、種々の公的補助があり自己負担は決して多くない。一時的にせよ窓口で自己負担金を2万円以上払った例は9例にとどまった。

以上の結果を総括すると、先になされた「岩谷班研究」の結果から導かれた、先天性心疾患は「重度かつ継続」に該当するものではないとの結論と総体として変わりはなかった。ただ、その研究では、調査対象に限られ、また、挙げられた症例も「模擬的」な例であったことから、再度、数を増やして調査した。結果を概観すると、術後の合併症などのない一般的な患者の外来診療報酬請求額については「重度かつ継続」に該当する例は例外的と思われる。しかしながら、RSウイルス感染症軽減のためのパリーブズマブ注射、在宅酸素療法・在宅呼吸管理、非経口的栄養管理などについては、高額な請求となっており、「重度かつ継続」の対象として疾患別カテゴリーによる基準ではなく、施行される医療内容によるカテゴリーの創設の必要性が示唆された。

E. 結論

厚生医療、育成医療の対象となる心臓機能障害患者を対象に、自立支援法の「高度かつ継続」に該当するものがあるかを調査した。

心臓移植後の患者で診療報酬請求月額が移植後5年経っても平均20万円を超えるが、全例が身体障害者の認定を受けており、医療費そのものの個人の負担は無いか少ない。

先天性心疾患・小児期心疾患では、高額（診療報酬請求額20万円以上）のものは4.7%であった。これらは特別な疾患群ではなく、術後の特別な医療・治療行為によるものであった。大多数で何らかの医療補助制度が使われており、自己負担金が2万円を超えたものは全体からみても多くはなかった。

結論として、自立支援法に言う「重度かつ継続」としての医療費に該当するものは一部に存在するが、種々の医療助成制度がある中で個人負担額が大きく軽減されている。ただ、疾患が特殊な故に遠方の専門機関への通院継続が強いられている患者は少なくなく、交通費や休業による患者および家族の経費負担は小さくはない。

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

平成 20 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・概要

精神障害者の、障害者自立支援法における総合的な自立支援システムの
利用の実態に関する研究

- 研究分担者 野中 猛（日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科教授）
研究協力者 大谷 京子（日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科）
山口 みほ（日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科）
木全 和巳（日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科）
吉田みゆき（同朋大学社会福祉学部社会福祉学科）
瀧 誠（愛知淑徳大学医療福祉学部福祉貢献学科）
田引 俊和（北陸学院大学人間総合学部社会福祉学科）
山田 恭子（佛教大学保健医療技術学部作業療法学科）
岩井 和子（星城大学リハビリテーション学部作業療法学専攻）
渥美 浩子（NPO 法人地域精神保健福祉支援ネットワーク駒来の家）
高山 京子（障がい者総合支援センター元浜事業所）
長谷川 忍（千種・名東障害者地域生活支援センターひまわり）
長縄 献（日本福祉大学大学院）
上原 久（社会福祉法人聖隷福祉事業団）
二本柳 寛（日本福祉大学社会福祉実習教育研究センター）

研究要旨：平成 16 年の「精神保健福祉の改革ビジョン」と、それに引き続く平成 18 年「障害者自立支援法」施行の実態を把握して改善策を探ることが本研究の目的である。特に、入院治療から地域生活支援に至る過程に焦点を当てている。最終年度である平成 20 年度は、これまでの研究成果を踏まえて、次のような 6 つの調査を実施し検討を加えた。

1) 障害者自立支援法に関する当事者の意向について、これまで 4 回のアンケート調査を継続してきた。第 4 回平成 20 年 11 月には、愛知県内にある精神障害者福祉施設の事業所責任者および当事者を対象に郵送法で実施した。その結果、事業所 53 施設（回収率 34%）、当事者 383 名のデータが得られた。自立支援法に対する職員の理解が進み、肯定的評価が増えたものの、「利用したいサービスが十分にある」の項目には否定的であった。当事者における理解はまだまだ低く、必要と考えるサービスの第一には経済的な支援が挙げられた。

2) 政令指定都市における精神障害者施策の基盤整備と行動計画の実態を継続的に調査してきた。平成 20 年度には、横浜市、名古屋市、仙台市、さいたま市の民間事業所職員を対象にヒヤリング調査を行った。今年度調査によって、障害者支援体制が知的・身体障害者支援を基盤にしているために精神障害者には使いづらいこと、

福祉施策が不足している分をデイケアなど医療体制でカバーしていること、退院促進事業は患者本人からの利用申請がほとんどないものの、行政担当者と現場との相互理解を深める機会となっていることなどが聴取できた。

3) 相談支援事業における実践上の課題を追跡するために、愛知県知多圏域5市5町に対して継続的な介入調査を行ってきた。平成20年度には、対象地域の相談支援事業者全員22名(内1名は病欠)に対して、「困っていることと解決したいこと」に関するアンケート調査と面接調査を行った。その結果、相談支援事業者の課題について8カテゴリーを抽出し、6つの提言を掲げた。すなわち、委託と指定の関係整理、財政的裏付け、複数の人数配置、業務の標準化、委託と指定の連携、自立支援協議会に法的位置づけがそれぞれ必要なことである。

4) 精神障害者保健福祉手帳の取得状況から課題を探ることを目的に、手帳取得率が高い山梨県、愛知県、取得率の低い愛媛県、平均的な新潟県と名古屋市を調査対象としてきた。平成20年度は、5つの自治体における全ての精神科医療機関と精神障害者福祉機関を対象に、調査票を用いた量的調査を実施した。その結果、配布数は788ヶ所で回収率は40.1%であった。因子分析から6つの因子を抽出し、「手帳取得の効果」「手帳サービスの理解」「消極的・否定的意識」の各地域間比較において差が確認できた。専門職側の意識がそのまま医療や福祉の不利益に結びつくわけではないかもしれないが、手帳取得率などにおいて差を生じさせる可能性が示唆された。

5) 平成20年度より施策化された地域体制整備コーディネーターに関する実情を検討した。日本精神保健福祉士協会による全国調査データについて、当該協会の許可を得て分析した。また、構想の原型とされる長野県西駒郷において聴き取り調査を行った。その結果、本施策は、平成20年12月現在において、約6割の都道府県で人を配置しているが、専任か否か、複数配置か、業務規程の有無など、多様であった。おおまかに行政主導型、官民連携型、民間委託型の類型化ができた。全国的には、コーディネーターが機能できる下地を整備している段階にあり、行政との関係や位置づけがあいまいなまま残されている。

6) 現在最新となる平成18年度における630調査のうち、精神障害者社会復帰施設等の状況について検討した。その結果、施設数では平成17年度以降開設数が激減していた。社会復帰施設利用前の利用者状況は、在宅と精神科入院がほぼ同率であるが、入院の後に利用した施設は生活訓練施設や入所授産施設が多く、在宅からの利用は通所授産施設、福祉工場などが多いといった差があった。

6つの継続的な調査は、なおも継続して追究すべき課題を残している。

A. 研究目的

平成16年に提示された「精神保健福祉の改革ビジョン」と、それに引き続いて平成18年より実施された「障害者自立支

援法」施行の実態を把握して改善策を探ることが本研究の目的である。特に、入院治療から地域生活支援に至る過程に焦点を当てている。

B. 研究方法

最終年度である今年度は、これまでの研究成果を踏まえて、次のような6つの調査を実施した。

1. 障害者自立支援法利用者アンケート調査

自立支援法に関する当事者の意向について、これまでアンケートによる調査を継続してきた。第1回平成18年10月には講演会参加者を対象に、第2回平成19年2月には福祉サービスおよび医療機関の職員、当事者と家族を対象に、第3回平成19年11月には学会サテライト企画参加者を対象に実施してきた。

第4回の平成20年11月には、愛知県内にある精神障害者福祉施設の事業所責任者および当事者を対象に郵送法で実施した。

2. 政令指定都市調査

政令指定都市における精神障害者施策の基盤整備と行動計画の実態について、継続的に調査してきた。平成20年度には、横浜市、名古屋市、仙台市、さいたま市の民間事業所職員を対象にヒヤリング調査を行った。

3. 相談支援事業調査

相談支援事業における実践上の課題を追跡するために、愛知県知多圏域5市5町に対して継続的な介入調査を行ってきた。

平成20年度には、対象地域の相談支援事業者全員22名(内1名は病欠)に対して、「困っていることと解決したいこと」に関するアンケート調査と面接調査を行った。

4. 精神障害者保健福祉手帳に関する調査

精神障害者保健福祉手帳の取得状況から課題を探ることを目的に、通院医療費公費負担承認数と入院患者数との合計にしめる手帳交付者の割合から手帳取得率を求め、それが高い山梨県、愛知県、取得率の低い愛媛県、平均的な新潟県と名古屋市を調査対象としてきた。

平成20年度は、5つの自治体における全ての精神科医療機関と精神障害者福祉機関を対象に、調査票を用いた量的調査を実施した。

5. 地域体制整備コーディネーター調査

平成20年度より施策化された地域体制整備コーディネーターに関する実情を検討した。日本精神保健福祉士協会による全国調査データについて、当該協会の許可を得て分析した。また、本構想の原型とされる長野県西駒郷に対する聴き取り調査を行った。

6. 630調査の追跡研究

現在最新の平成18年度における630調査のうち、精神障害者社会復帰施設等の状況について検討した。

(倫理面への配慮)

アンケート調査では、対象機関あるいは対象者から協力の了承を得て数的に処理している。ヒヤリング調査では、対象者の協力を得て、了承を得た範囲で報告している。

C. 研究結果

1. 障害者自立支援法利用者アンケート調査

第4回目の調査では、事業所53施設（回収率34%）、当事者383名のデータが得られた。自立支援法に対する職員の理解が進み、肯定的評価が増えたものの、「利用したいサービスが十分にある」の項目には否定的であった。当事者による理解はいまだに低く、必要と考えるサービスの第一には経済的な支援が挙げられていた。

2. 政令指定都市調査

これまでの結果、計画策定の基礎となる障害者数の算定や対象者規定は各市によって様々であり、各市独自の施策を打ち出していた。

今年度調査によって、障害者支援体制が知的・身体障害者支援を基盤にしているために精神障害者には使いづらいこと、福祉施策が不足している分をデイケアなど医療体制でカバーしていること、退院促進事業は患者本人からの利用申請がほとんどないものの、行政担当者と現場との相互理解を深める機会となっていること、区ごとの体制と市全体を集約するシステムとの間に乖離があること、民間団体相互では深く干渉できないためにネットワークへの呼びかけに限界があることなどの意見が聴取できた。

3. 相談支援事業調査

これまでに、各自自治体はそれぞれの歴史に基づいて独自の体制を形成しつつあることがわかっている。

今年度調査によって、相談支援事業者の課題について8カテゴリーを抽出し、6つの提言を掲げた。すなわち、①委託と指定の関係整理すべきこと、②財政的裏付けが必要なこと、③複数の人数配置

が必要なこと、④業務の標準化が必要なこと、⑤委託と指定の連携が必要なこと、⑥自立支援協議会に法的位置づけが必要なことである。

4. 精神障害者保健福祉手帳に関する調査

今年度の結果、配布数は788ヶ所で回収率は40.1%であった。因子分析から6つの因子が抽出でき、「第Ⅰ因子：手帳取得の効果」「第Ⅱ因子：手帳とサービス利用」「第Ⅲ因子：手帳サービスの理解」「第Ⅳ因子：消極的・否定的意識」「第Ⅴ因子：等級判断・認定区分」「第Ⅵ因子：取得への意識」と名付けた。これらを地域間で比較すると、第Ⅰ、Ⅲ、Ⅳの因子について差が確認できた（図参照）。専門職側の意識がそのまま医療や福祉の不利益に結びつくわけではないかもしれないが、手帳取得率などにおいて差を生じさせる可能性が示唆された。職員側の意識に関する地域間格差を縮小すべきであろう。

5. 地域体制整備コーディネーター調査

調査の結果、本施策は、平成20年12月現在において、約6割の都道府県で人が配置されているが、専任か否か、複数配置か、業務規程の有無など、多様であった。全国のコーディネーターを単純に合計すると211人になり、所属先で分類すると、都道府県32.2%、地域活動支援センター27.9%、指定相談支援事業所18.9%の順であった。おおまかに行政主導型、官民連携型、民間委託型の類型化が可能であった。全国的には、コーディネーターが機能できる下地を整備している段階にあり、行政との関係や位置づけ

があいまいなまま残されている。

6. 630 調査の追跡研究

調査の結果、施設数では平成 17 年度以降開設数が激減していた。社会復帰施設利用前の利用者状況は、在宅と精神科入院がほぼ同率であるが、精神科入院の退院後に利用した施設は生活訓練施設や入所授産施設などが多く、もともと在宅であった者は通所授産施設、福祉工場などの利用が多いという差があった。また、入所施設の退所後に在宅となった者は 54.4%、精神科入院した者は 17.8% などであり、比較的在宅に向かう者が多いのは生活訓練施設であり、再入院となる者が多いのは福祉ホーム B 型であった。

D. 考察

詳細は各報告書で論じた。今後も継続的に調査することが望まれる。

E. 結論

次の 6 つの継続的な調査を行った。いずれもさらに継続して追及すべき課題を残している。

1. 障害者自立支援法に関する関係者の意向について、4 回にわたってアンケート調査を行った。専門職員の理解は進展したものの、当事者の理解はなおも不十分であった。

2. 政令指定都市における精神障害者施策の基盤整備と行動計画の実態について、関係者に対して 3 年間ヒヤリングを続けた。障害者数算定や対象規定は各市によって異なり、独自の施策を展開している。しかし、知的・身体障害者用の体制が基盤であるために使いづらさがあることなどが聴取された。

3. 相談支援事業における実践上の課題を追跡するために、愛知県知多圏域において、継続的にヒヤリング調査を行ってきた。今年度は、相談支援事業者の課題を 8 カテゴリー抽出し、委託事業者と指定事業者との関係整理や業務の標準化など 6 つの提言を掲げた。

4. 精神障害者保健福祉手帳の取得率に特徴のある 5 つの自治体を継続的に調査してきた。今年度は、5 自治体に存在するすべての医療福祉機関に対して調査票による量的調査を実施し、地域間格差には専門職員側の意識が影響していることを示唆した。

5. 平成 20 年度より施策化された地域体制整備コーディネーターの実情について、日本精神保健福祉士協会による平成 20 年 12 月時点のデータを分析した。また、長野県西駒郷の関係者に対するヒヤリング調査を実施した。

6. 現在最新となる平成 18 年度における 630 調査を分析し、平成 17 年以来社会復帰施設の開設が激減していることなどを確認した。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1). 田引俊和、大谷京子、上原久、野中猛「障害者自立支援法に関する意識分析」福祉研究、No.97、2007、p52-58.

2). 木全和巳・高山京子・長谷川忍「相談支援体制に関する地域調査——愛知県知多圏域（5 市 5 町）を対象として——」福祉研究、No.99、2009、p1-21

2. 学会発表

1).二本柳覚、大谷京子、田引俊和、野中猛「障害者自立支援法における総合的な自立支援システムの利用の実態に関する調査」、2007、報告要旨集 p252、日本社会福祉学会第 55 回全国大会(大阪市立大学)

2).二本柳覚、吉田みゆき、田引俊和、野中猛「精神保健福祉手帳の取得と利用に関する地域間格差の実態研究」2008、報告要旨集 p317、日本社会福祉学会第 56 回全国大会 (岡山県立大学)

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 |

平成 20 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 1

精神障害者の、障害者自立支援法における総合的な自立支援システムの
利用の実態に関する研究

—障害者自立支援法利用者アンケート調査—

研究分担者 野中 猛（日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科教授）
研究協力者 山田 恭子（佛教大学保健医療技術学部作業療法学科）
大谷 京子（日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科）
岩井 和子（星城大学リハビリテーション学部作業療法学専攻）

1. 研究目的

平成 18、19、20 年度の 3 年間にわたって、自立支援法実務の執行実態をとらえ、実施上の課題を検討する目的で、アンケート調査を 4 回実施した。

2. 研究方法

第 1 回目（平成 18 年 10 月 15 日）は分担研究の一環として行った講演会（名古屋市）終了後に、参加者を対象に実施した。第 2 回目（平成 19 年 2 月から 3 月）は愛知県内にある障害者自立支援法下での福祉サービスにかかわる施設、医療機関の職員、当事者、家族を対象に郵送法で実施した。第 3 回目（平成 19 年 11 月 23 日）は精神障害者リハビリテーション学会（名古屋市）参加者および、同学会サテライト企画として行ったシンポジウム（名古屋市）の参加者を対象に実施した。第 4 回目（平成 20 年 11 月～12 月）は愛知県内にある精神障害者利用の事業所責任者、スタッフ、そして当事者を対象に郵送法で実施した。

3. 研究結果

回収数は、第 1 回目から順に 98、474、

214、553 であった。

分析結果は次のとおりである。第 1 回目のアンケート集計では、医療・福祉・行政関係者のうち、50 歳代以上の層で自立支援法の不服申請をする意思が低いことや、近くに当事者が使えるサービスが十分にあるという意識が低いことが明らかになった。記述統計分析によるものでは、三障害一元化を目指す自立支援法に対する肯定的な意見として、一緒に運動をしていく機会となり、福祉について広く市民が考えるきっかけになると捉えていることが推察できる。しかしそれ以外では「現場の困難さ」に関する訴え、「利用者負担への反対」、「介護保険との統合」を睨んだ否定的反応が見られた。地域で精神障害者が安心して暮らせるような支援が求められており、そのためにはサービスが不足しているという認識が明らかになった。所属機関による意識の違いについては、それぞれの機関が直面する課題が浮き彫りになった。つまり医療機関職員は当事者負担や満足、就労支援といったミクロに注目し、社会福祉関連施設職員は制度や法律、行政と対峙していることが推察できる。当事者の回答数が少な

く、専門職の職種の偏りがあったため是正することが課題となった。

第2回目では、アンケート集計および自由記述から以下のようにまとめられた。

①自立支援法下での福祉サービスに関わるすべての所属群が制度を評価していない。②自立支援法下での福祉サービスに関わるすべての所属群が制度について情報不足を感じている。③特に、当事者・家族は仕組みや利用可能なサービス体系および、具体的なサービス内容を十分に理解できていない状態のままサービス利用や費用負担をしていると考えられる。④具体的な各サービス内容の理解に関しては障害児福祉関連施設群の人々の理解が低い。第1回目につき、当事者家族がなおも障害者自立支援法の理解が不十分であることが明らかになった。当事者・家族がサービス体系をなぜ理解できないか、どうすれば理解できるか、その方策を探ることが課題となった。

第3回目では、アンケート集計から以下のようにまとめられた。①「制度の理解度」について職種別では、「社会福祉関連職種群」が制度についてはより理解をしている現状が明らかになった。当事者家族は他のいずれの群よりも低い理解を示している。実施後1年以上経っている現在でも理解が進んでいない現状がある。回答者全ての群が制度に肯定的評価よりも否定的評価を強く抱いていると考えられる。半年前に行った郵送法におけるアンケート分析結果と変わらず、当事者家族の理解は進まず「否定的評価」の認識も変化なかった。②障害者自立支援法に対する理解と同様に、当事者家族が障害者福祉サービスに関して十分理解できていない状態のままであることが明らか

になった。③当事者家族が必要としているサービスについて、当事者家族が社会福祉関連職種が考えているほどにホームヘルプサービスの必要性を感じていないことが明らかになった。当事者家族が社会福祉関連職種、セラピストが考えているほどに「訪問看護サービス」の必要性を感じていないことが明らかになった。実際にサービスをうけた経験がないことがその必要性を認識できないのか、検討する必要がある。④サービス理解の手立てについて5つの質問項目に関して分析を行った。「当事者家族」は講演会、相談会を求めている。全ての回答者が最も求めているのは「わからない点について個別に知る機会の提供」である。

第4回目では、この3年間の総括として、施行後1年半が経過した障害者自立支援法の施行状況、周知状況、必要とされている支援サービス、ことに当事者に関しては当初から法律で目的とされている就労支援に焦点をあてたニーズを探るべく、アンケート調査を実施した。今回は愛知県内にある精神障害者利用の事業所責任者用、スタッフ用、そして当事者用の3種のアンケートを用意した。事業所対象調査では、アンケート集計分析によると、4割の事業所がすでに新サービス体系に移行を果たしており、さらに移行準備中と合わせると7割強の事業所が、平成24年(2012年)までを目途に自立支援法によるサービス体系への移行を終えることとなる。

新サービス体系への移行による事業所への影響については、実際に移行を終えた事業所もこれからの事業所においても、「職員配置・施設基準の厳しさ」を挙げており、これは、現在移行を準備してい

ない事業所での移行を予定しない理由にも挙げられていた。また、新サービス体系事業所では、「収入が上がった、財源が豊かになった」と応える事業所がある一方で、「財源が厳しくなった」と応える事業所もあり、この点については、各事業所の行っているサービス事業内容や施設規模等について、詳しく見る必要があると思われる。

また、移行による利用者への影響について、新サービス体系事業所では、その有益性として「支援内容が明確で適切なサービス提供が可能」「障害を問わずサービス提供が可能」としているが、一方で、事業所における困難において、「利用者の必要にあった支援行いにくい」が挙げられており、自立支援法により、サービス内容の具体化や目標設定の明確化が図られたことにより、各事業所で融通性をもった支援が行いにくくなったことが考えられる。これらは、利用者が困難と感ずることとして挙げられた「必要に合ったサービスの不足」とも関連していると思われる。

旧サービス体系事業所による影響の予測では、全体に否定的な事柄が多く、事業所・利用者ともに「有益性はなし」とする事業所が多かった。依然、否定的評価が強いことが伺われる。一方で、肯定的評価の意見も散見される。多くはないが考えられうる有益性について、「支援目標が具体化、適切なサービス提供が可能」「収入が上がる」「財源が豊かになる」を挙げる事業所もあり、これらは新サービス体系事業所が挙げた有益性と一致しており、旧サービス体系事業所においても移行を前に、肯定的、現実的な見通しをもとうとする事業所の姿勢とも考えられる。

全体として、自立支援法により、支援サービスの内容や目的が具体化されることは、漫然と対象者への支援を行ってしまう危険性を避ける意味では、重要な視点であり、各事業所においても、そうした認識に至っている傾向にある。しかし、そのための施設基準や人員配置基準、また施設利用についての基準が設けられることへの戸惑いや、実際的な準備不足への対処に困難を感じていると思われる。記述部分でも同様のことが記されており、「手当て」が廃止され、「利用料」が発生することでの利用者減の中で迎える事業所運営の困難さに言及したものが多かった。

スタッフ調査では第3回目と比較し、「理解度」は有意に上がっていることが明らかになった。「肯定的評価」も第3回目と比較し統計的に有意に上がっていた。「否定的評価」は第3回目と比較し、下がっていたが統計的には有意ではなかった。

3回目の実施後、1年間で自立支援法制度へのスタッフの理解は明らかに進んでいた。また、肯定的評価の平均が高く、否定的評価の平均が低くなっているのは、現在ある制度に対する受容が進んだと考えられる。しかし、「利用したいサービスが十分ある」わけではないという認識は変化していない。さらに「事務手続きにかかる時間が増え」ているにもかかわらず、「サービスの質が低下している」とは認識されておらず、現状を受け止めつつ関係職員の努力によってサービスの質低下を食い止めていると推察できる。

これらスタッフ調査からは、法制度の理解が進み、肯定的評価や否定的評価をしつつ、実際には運用の段階に入って、