

2007年11月30日発行



特集 障害者自立支援法をどう展開させるか

自立支援医療（精神通院医療）の現状と課題

：精神保健福祉法第32条から障害者自立支援法第58条へ

山下俊幸

精リハ誌, 11 (2); 142-147, 2007

精神障害とリハビリテーション

第11巻第2号（通巻第22号）



特集 障害者自立支援法をどう展開させるか

自立支援医療（精神通院医療）の現状と課題

：精神保健福祉法第32条から障害者自立支援法第58条へ

山下 俊幸

精リハ誌, 11 (2) : 142-147, 2007



word

索引用語：障害者自立支援法，精神保健福祉法，自立支援医療，精神通院公費，精神障害者

Key Words : the services and supports for persons with disabilities act, the law for the mental health and welfare, medical service for the independence of persons mental disabilities, public assistance for psychiatric hospital care, people with mental disorders

□ I はじめに □

障害者自立支援法における自立支援医療が始まって、約1年半が経過した。かつては、通院医療費公費負担制度は精神保健福祉審議会で審査が行われていたが、精神保健福祉法が改正され、平成14年度から精神保健福祉センターで判定が行われることとなった。通院医療費公費負担制度（以下、精神通院公費）から自立支援医療制度への移行準備を含めて、精神保健福祉センターにとっては多忙を極める2年間であった。

自立支援医療制度の目的などは旧精神保健福祉法第32条と基本的に変わらないものとされ、法律は変わったが趣旨などは変わらない制度としてスタートした。とは言っても、1割の自己負担、高額治療継続者（重度かつ継続）、指定医療機関制度など新たな内容が盛り込まれ、運用面では大きく変化した。事務的にもたいへん複雑となり、当事者、家族、医療機関（薬局などを含む）、行政機関に大きな負担を強いるものであった。

そこで本稿では、精神通院公費のこれまでの経過を振り返り、現在実施されている自立支援医療の現状と課題、今後について検討することとした。

□ II 通院医療費公費負担制度 （旧精神保健福祉法第32条） □

本制度は、精神衛生法の昭和40年改正で、「精神障害の適正な医療を普及するため、通院医療費の二分の一を公費負担する制度」として新設された。昭和40年改正は精神衛生法全面改正の準備がなされる中で、ライシャワー米大使刺傷事件が発生し、その影響を受けた法改正であった。その結果、自己負担は、当時1割自己負担である健康保険本人であれば5%、3割自己負担である国民健康保険であれば15%となり、6カ月ごとの更新とされた。昭和40年に1日9,000人の通院患者が昭和60年には30,000人となり、公費負担承認件数は昭和41年32,762件から昭和60年240,663件と急増した。

平成7年改正において、事務などの合理化として、認定の有効期間を6カ月から2年に延長するとともに、手帳の交付を受けたものについては認定が不要となった。同時に、公費優先の仕組みから、保険優先の仕組みに改められるとともに、自己負担は、医療保険の種別にかかわらず5%に統一されることとなった。

また、精神通院公費の判定について、平成11年改正（平成14年施行）において、以前は「地方精神保健福祉審議会の意見を聴かなければなら

表1 自立支援医療の対象者、自己負担の概要（厚生労働省HP）

1. 対象者：従来の更生医療、育成医療、精神通院医療の対象者であって一定所得未満の者（対象疾病は従来の対象疾病の範囲どおり）
2. 給付水準：自己負担については1割負担（ 部分）。ただし、所得水準に応じて負担の上限額を設定。また、入院時の食費（標準負担額）については自己負担。

| 一定所得以下 | | | 中間所得層 | | 一定所得以上 |
|--------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|
| 生活保護世帯 | 市町村民税 非課税 本人収入 ≤ 80万 | 市町村民税 非課税 本人収入 > 80万 | 市町村民税 < 3万3千 (所得割) | 3万3千 ≤ 市町村民税 < 23万5千 (所得割) | 23万5千 ≤ 市町村民税 (所得割) |
| | 生活保護 負担0円 | 低所得1 負担上限額 2,500円 | 低所得2 負担上限額 5,000円 | 中間所得層 負担上限額：医療保険の自己負担限度額 育成医療の経過措置 負担上限額 10,000円 | |
| | | | 中間所得層1 負担上限額 5,000円 | 重度かつ継続(※1) 中間所得層2 負担上限額 10,000円 | 一定所得以上 (重継)※2 負担上限額 20,000円 |

※1 「重度かつ継続」の範囲

・ 疾病、症状等から対象となる者

精神……①統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害（依存症等）

②精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断したもの

更生・育成……腎臓機能・小腸機能・免疫機能障害

・ 疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者

精神・更生・育成……医療保険の多数該当の者

※2 「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。

ない」とされていたものが、精神保健福祉センターの判定業務とされた。これは、従来の方法では行政効率および全国的な公平性の確保の観点から問題があるためとされている。

このように、障害者自立支援法以前においても、本制度はいくつかの変遷を遂げてきたが、自己負担を軽減し適正な医療の普及を図る方向で改正が行われたため、大きく問題となることはないままに経過した。これまでの経過の中で、本制度が在宅精神障害者の適正な医療の確保やデイ・ケアをはじめとする精神障害者のリハビリテーションに大きく寄与したことは疑いのないことであり、自立支援医療制度においてもこの方向性は、堅持されるべきものであると考える。

平成14年3月20日には「精神障害者通院医療費公費負担の適正化のあり方に関する検討会報告書」が出され、「重要な意義を有するとされる」一方で、「制度の趣旨を越えた利用の拡大がなされている可能性が指摘されている」として、認定

審査の適正化および請求支払い決定の適正化に取り組む必要があるとされた。その後、平成14年3月29日、事務取扱要領、判定指針、同5月21日運用に関するQ&Aが定められ、その内容が自立支援医療制度においても受け継がれている。

□Ⅱ 自立支援医療制度 (障害者自立支援法第58条) □

平成18年4月の障害者自立支援法の施行により、精神通院公費は廃止され、自立支援医療制度(精神通院医療)に改められ、基本的に更生医療、育成医療と統一の制度とされた。その概要は、表1のとおりである。

成立の背景として、「障害者でも、制度の違いにより負担軽減の仕組みが異なり、統一が必要(医療費と所得の双方に着目した負担に統一)」 「精神通院公費、更生医療の対象者が急増し、財政的に厳しい(給付対象者の重点化)」³⁾などが挙げられ、指定自立支援医療機関制度、1割の自

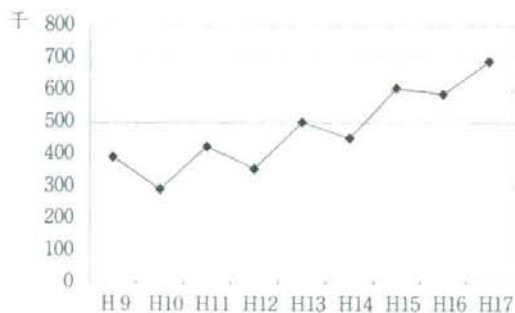


図1 通院医療費公費負担承認件数 (衛生行政報告例)

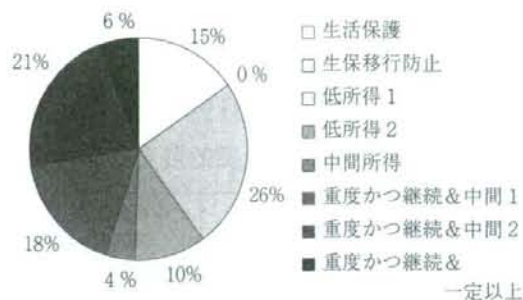


図2 支給認定の状況 (H18.6.1)

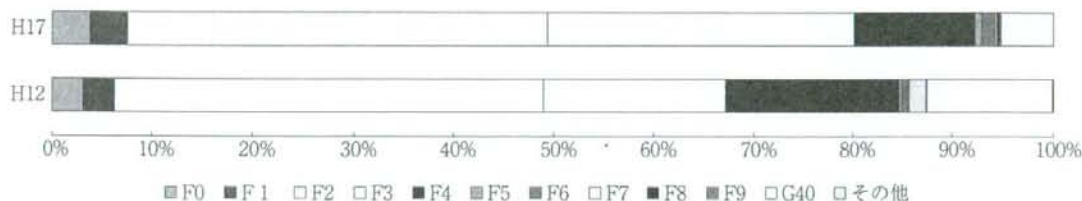


図3 精神通院公費疾患分類

己負担などが制度化されることとなった。定率負担(応益負担)については、精神通院医療は従来から定率負担となっていて、この点は他の障害と事情が異なっている。精神通院医療については、自己負担上限額が新たに設定されたことで、所得に応じた負担という福祉サービスとしての要素が盛り込まれたことになる。

国会審議過程で、精神通院公費の廃止に対して多くの危惧が寄せられたが、厚生労働省は自立支援医療制度は精神通院公費と趣旨は変わらないとの説明を行った。障害者自立支援法施行令第1条第3項によれば精神通院医療は「精神障害者の適正な医療の普及を図るため、(中略)精神障害者に対し、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」と旧精神保健福祉法第32条と同様に定められた。しかし、障害者自立支援法には、「自立支援医療費の支給を受けようとする障害者」とあり、他の2障害と同様に、福祉サービスの一環としても位置づけられていて、医療に重点を置いていた精神通院医療と福祉に重点を置いていた育成医療、更生医療を統合し、介護保険制度を視野に入れた新たな枠組みが設定されたと言える。育成医療、更生医療は入院医療も対象となること、更生医療は身体障害

者手帳を所持していることなどの違いがある。

□Ⅳ 通院医療費公費負担利用者の推移 □

平成14年3月に、「制度の趣旨を越えた利用の拡大がなされている可能性が指摘されている」として、新たな事務取扱要領、判定指針が示されたものの、利用者数は増加し今日に至っている(図1)。自立支援医療制度施行後の利用者数についてはまだ明らかにされていないが、おそらく施行後においても増加しているものと推察される。平成18年度厚生労働科学研究⁷⁾によれば、平成18年6月1日現在の支給認定件数は912,944件であり、その内訳は図2のとおりであり、約半数が高額治療継続者(重度かつ継続)かどうかの判定を必要とすることが明らかとなった。

また、平成12年厚生科学研究⁵⁾および平成17年厚生労働科学研究⁶⁾の結果によれば、疾患別分類では、平成12年と17年を比較すると、F0、F1、F2の占める割合がほとんど変化していないのに対し、F3の増加(18%→31%)、F4(18%→12%)とG40(12%→5%)の減少が特徴的である(図3)。このように精神通院公費においてもその疾病構造は大きく変化しており、今後の自立支援医療のあり方とも関連するであろう。

う。現在、うつ対策の一つとしての未受診者の受診支援、高齢化に伴う認知症の増加などから、F0、F3の増加が予想される。

□ V 課 題 □

1. 医療サービスと福祉サービスの統合

障害者自立支援法はその目的にあるとおり、「障害者の福祉の増進を図る」ことが目的とされている。そうとするならば、自立支援医療は通院医療費公費負担を精神保健福祉手帳との関連性など福祉的観点からも再検討する必要があるはずである。しかし、そういった検討は十分なされないまま、ほぼ精神通院公費が移行することとなった。

その点では、もともと定率負担であった精神通院公費は激変緩和のためもう少し現実的な進め方ができたのではないとも言える。3障害統一の理念の下、短期間にかなり無理をして統合したことが、当事者をはじめ、関係者に大きな負担を強いる結果となった。

精神科リハビリテーションの領域においてもデイ・ケア、作業療法、訪問看護、高価な薬剤などを考えると自立支援医療の果たす役割はきわめて大きい。今後は、自立支援医療の意義を踏まえて、医療サービスとしての側面と福祉サービスとしての側面について検討、整理し、統合していく必要があると考える。

2. 高額治療継続者（重度かつ継続）

これはわかりにくい概念であり、今後の再検討が望まれる。「計画的かつ集中的な精神医療」とは何か必ずしも明確ではないからである。当初、自立支援医療はGAF30以下という案や統合失調症、狭義の躁うつ病、難治性てんかんに限定するという案があったが、それではあまりに限定しすぎていくと多くの批判が出された。自立支援医療制度運営調査検討会で検討の結果、課税世帯の場合、F0～F3、G40については高額治療継続者と判定することで自立支援医療の対象とし、F4～F9については3年以上の精神科経験を有する医師が「計画的かつ集中的な精神医療を要する」と判断した場合に限り高額治療継続者として上限額が設けられることとなった。一例を挙

げると、デイ・ケア、作業療法などを併用している場合は「計画的かつ集中的な精神医療」と考えられている¹⁾。

さらに、厚生労働省告示²⁾を定める段階で「重度かつ継続」が「高額治療継続者」とされたため、病状、状態像だけでなく、医療費の額（通院回数など）で判断する要素が加わるようになり、より複雑な概念（あいまいといってもよいかもしれない）となった。たとえば、状態が悪いためなかなか通院できない場合、重度かつ継続ではあっても高額治療継続者とはいえず、また、比較的安定しデイ・ケアに継続的に休まず通えるほどに回復した場合、重度かつ継続とは言えなくても高額治療継続者となる。重度かつ継続については、施行後3年を経た段階で医療実態などに基づいて見直すとされている。

3. 判定指針

判定指針については、自立支援医療制度においても精神通院公費とまったく同じものが示されており、その点では、基本的に自立支援医療の範囲は変わらないと考えられている。しかし、近年の疾病構造の変化により、自立支援医療受給者の疾患分類は変化し、統合失調症に加えて、気分障害が増加し、近年では認知症、広汎性発達障害などにも広がりを見せている。

一方、判定指針では「精神病、あるいはそれと同等の病態」とあることから、気分障害などの場合、精神病と同等の病態とはどのような病態かが問題となる。すべての気分障害が精神病、あるいはそれと同等の病態とは言えないと考えるが、時に心療内科や神経内科の場合、混同されることがある。近年では、平成5年精神保健福祉法の改正により、精神障害者の定義が「その他の精神疾患を有するもの」と変更されたこと、平成14年診断書様式にICDコードが記載されるようになったことなどから、FコードとG40はすべて対象疾患であるという見方も広がっていったように思われる。

このような背景もあって、通院公費負担制度の利用者は増加することとなり、財政負担が増大し、自立支援医療という新たな仕組みが創設されることに至ったと推測される。もちろん必要な財源は

当然確保されなければならないが、求められる自立支援医療とは何かを検証していくことも必要である。

4. 合併症の範囲

合併症については、平成18年3月3日付、「自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱」により、「当該精神障害に起因して生じた病態に対して入院しないで行われる医療」とされている。実際には、当該精神障害に起因して生じた病態をどこまでとするかは判断しがたいことも少なくない。これも最近のことであるが、内科医などからの認知症の申請が増えるにつれて、合併症の範囲が問題となる事例が見られるようになってきている。認知症の場合、高齢のため合併症も多く、内科医などで行われる合併症治療は精神科医に比較し、格段に広がるからである。例を挙げると、高脂血症治療や水分補給の点滴などで、精神科における認知症の場合と比べると合併症の範囲が大きく広がることとなる。これらの治療は内科であれば当然行われる治療の範囲であるが、当該精神障害に起因して生じた病態として自立支援医療の範囲かどうかとなると疑問が残る。

また、「精神障害者通院医療費公費負担制度運用に関するQ&A」によると、「精神障害により自己の安全や健康を守る能力が著しく低下していることが原因であると医学的に判断される症例は対象となる」とある。このように当該精神障害に起因して生じた病態については、事例ごとに判断される必要があり、一般的に共通するような明確な区分はないのが現状である。

5. 指定医療機関の指定

指定医療機関の指定については、医療機関だけでなく、薬局、訪問看護ステーションも含まれている。精神通院公費において、精神保健福祉法⁴⁾には指定医療機関制をとっていない理由が記載されているが、自立支援医療制度においては、3障害統一化、透明性の確保の観点から新たに導入された。医療機関の指定については、公費負担制度においては精神医療を担当する医師がいる医療機関であればよかったが、昭和40年の制度発足当初とは大きく状況が異なり、精神科、心療内科、神経内科などの診療所が急増していることか

ら考えると、一定の質の確保が求められることとなった。指定医療機関の指定の条件は、指定自立支援医療機関療養担当規定（精神通院医療）（平成18年厚生労働省告示第66号）に示されているが、「精神医療についての診療従事年数が3年以上」とされた。この3年は、検討会での議論の経過から考えると精神保健指定医に準じる経験と理解される。ただし、地域における役割などを勘案し、3年未満でも認められることもあり、自治体の裁量とされている。

一方、薬局、訪問看護ステーションについては、指定医療機関の指示に基づくものであり、あえてその指定の必要があるのかどうか疑問が残る。利用者は、薬局の変更のたびに変更届が必要であり、障害者にとっても、事務を行う精神保健福祉センターにとっても大きな負担となっているため運用の改善が望まれる

6. 事務手続き

精神通院公費においては、実質的に医療機関が代行していることも多く、本人にとっては事務的な負担は少なかった。自立支援医療制度においては、受給者証、上限管理票、税調査などの関係で、本人の申請がより重要となり（障害者自立支援法上では、18歳以上は本人申請）、本人はもちろんのこと、関係者にとっても事務量が増大した。以前に行われていた医療機関の代行は確かに便利ではあったかもしれないが、社会参加の促進という視点から考えると必ずしも適切とはいえず、その点では、現行制度の方が望ましい面があることは確かである。しかし、その点を生かすためには申請手続きへの支援や事務手続きの簡素化などの工夫も求められるところである。障害者自立支援法の施行を機に当事者自らが障害者福祉等のあり方についても発言し、制度の改善につながることを期待している。

7. 精神障害者保健福祉手帳との関連

これまで、手帳があれば通院医療費公費負担申請時に診断書が要らないなど、一定の関連性を有していたが、手帳は精神保健福祉法、自立支援医療は障害者自立支援法と分離したため、直接的な関連性は有していない。これは認知症などの場合については、整理されわかりやすくなったといえ

る。一例を挙げると、ほぼ寝たきり状態の認知症の場合、これまでは手帳を所持していれば、申請があれば通院医療費公費負担の対象となるため、実際には精神医療が行われておらず内科的な治療が中心であっても、通院医療費公費負担の対象となる可能性があったが、現在では、手帳を所持していても自立支援医療に該当しない場合もあることとなる。しかし、医療サービスと福祉サービスを統合したのであるから、たとえば「高額治療継続者」に手帳を組み込むなど一定の活用を検討してもよいのではないかと思える。

□Ⅴ おわりに□

自立支援医療（精神通院医療）の現状について、精神通院公費の経過を振り返りつつ明らかにした。自立支援医療は福祉サービスに比べると比較的スムーズに移行したとも言われるが、現場の負担は大きく、なお、課題は少なくない。今後は、他障害で行われている重度心身障害者医療費助成制度、新たに創設される後期高齢者医療制度、自殺対策大綱におけるかかりつけ医などによるうつ病の診断・治療の推進といった関連する動向を踏

まえつつ、自立支援医療の趣旨が生かされるように、関係者の協力のもと制度を維持し、精神障害者の社会参加を促進していくことが望ましいと考える。

文 献

- 1) 花井忠雄：自立支援医療制度における精神通院公費負担医療。日本精神科病院協会雑誌，25(3)：261-268，2006。
- 2) 厚生労働省告示第158号（平成18年3月28日）
- 3) 坂本洋一：障害者自立支援法。中央法規，2006。
- 4) 精神保健福祉研究会：改訂第二版精神保健福祉法詳解。中央法規，2002。
- 5) 竹島正：厚生科学研究「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の要因に関する研究」，平成12年度研究報告書，2001。
- 6) 竹島正：厚生労働科学研究「自立支援医療の給付のあり方に関する研究」，平成17年度研究報告書，2006。
- 7) 山下俊幸，黒田安計，桑原寛，ほか：厚生労働科学研究「精神保健医療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），平成18年度総括・分担研究報告書，2007。

自立支援医療(精神通院医療)

築島 健

KEY WORDS

精神通院医療, 自立支援医療, 通院医療費公費負担, 診断書, 障害者自立支援法

1 はじめに

昭和39年3月, 米国の駐日大使が, 精神科病院を退院後医療中断していた統合失調症患者に刺傷されるという事件が起きた。これが世にいう「ライシャワー事件」である。この事件は, 東京オリンピックを控えて上げ潮ムードの国内を大いに震撼させた。「野放しの精神障害者を放置するな」という感情的で敵意に満ちた論調が世論を支配する中, 当時の中央精神衛生審議会(内村祐之会長)の答申を得て, 事件1年後の昭和40年に精神障害者の外来医療を保障する制度が創設された。これが自立支援医療(精神通院医療)のもととなった精神衛生法第32条「精神障害者通院医療費公費負担制度」(いわゆる「32条」)である。制度創設の目的は, 入院を要するほどに病状悪化することのないよう, 精神病性障害の患者に適正な外来精神医療を受けさせることにあった。

時は下って, 平成18年4月に, 障害種別によらない共通の障害福祉サービスの枠組みを定めた「障害者自立支援法」が施行された。昭和40年以來, 精神障害の適正医療の普及に大きな役

割を果たしてきた「32条」は, 更生医療・育成医療とともに, 障害者自立支援法の「自立支援医療(精神通院医療)」として再編成されることとなった。

精神障害者の外来医療費の公費負担制度は制度創設以降40年以上の間に数度の改正を経ており, この間, この制度の利用が大きく伸び^{2,3,5)}, 各自治体における運用の実態にも少しずつ変化がみられていた。しかしながら, 意外にも思われるかもしれないが, 制度趣旨・目的および対象は, これまで一度も改正されたことはない。特に, 今般の障害者自立支援法の自立支援医療への統合・再編成にあたり, 福祉的な医療費助成制度である更生医療・育成医療と同一枠組みになったことで, 精神通院医療の制度趣旨や目的も改正されたかのごとく(期待を込めた)誤解が一部(特に, 精神医療に精通しない医療従事者等や精神疾患の患者以外の人)に存在するが, 決してそういう事実はないのである。制度目的と制度の定義は, あくまで昭和40年の創設当時と同一であり, 「精神障害の適正な医療の普及のための給付」とされているところである。障害者自立支援法施行令第1条第3号の規定(自立支援医療精神通院医療の定義)は, 精神

The rational prescription of the medical certification for recognizing the indication of the "medical payment for services and supports for persons with disabilities (psychiatric outpatients)"

TSUKISHIMA Takeshi 札幌市精神保健福祉センター (〒060-0042 札幌市中央区大通西19丁目)

衛生法や改正前の精神保健福祉法第32条第1項と同一の文言となっているのである。自立支援医療(精神通院医療)の受給認定判定指針(「判定指針」)¹⁾に、「〇〇の場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で…」とか、「精神病、あるいはそれと同等の病態にあり」などという文言が、いささか不自然なほど繰り返されていることも、この制度の目的と定義を理解すれば、首肯できるものであろう。

2 精神通院医療の受給認定と審査判定のプロセス

審査判定は本来的には自治体の行う行政手続の一部であり、本誌の大半の読者が直接関与する機会がほとんどないことであるが、本誌本号の企画趣旨が、適正な書類を円滑に作成するための情報提供であることに鑑みれば、審査判定のポイントとプロセスを知っておくことは一線の臨床医にとっても有用であると思われるので、特に記す。

精神通院医療の受給認定の申請は申請者の居住する市町村(政令指定都市の場合は、区役所)が受理する。この段階で、記載漏れや明らかな誤記等、行政手続が求める形式的要件に満たないものは受理されずに申請者に返戻されることがある²⁾。市区町村で書類が受理されたら、これが制度の実施主体である各都道府県(および政令指定都市)に進達され、各自治体の精神保健福祉センターで審査判定が行われる。実際には、センターの職員のみではなく、その地域の精神科医師や学識経験者からなる「通院医療費審査判定委員会」などの合議体をセンター内に設けることが多い。この審査判定により、受給認定すべきものと不認定とすべきものとに分類され、これに沿って知事(市長)の決定(実務上は保健所長や福祉事務所長に知事の決定権が委任されていることもある)となる。

審査判定は後述するとおり、国の示した指針(「判定指針」)に準拠しつつ、各自治体の責任で行われるが、審査判定のために必要な情報が記

載されていないなどのほか、申請の真意を量りかねるような診断書も少なくない。行政手続の原則としては、このような場合は却下するか、申請者に書類等を返戻することになる。ただし、申請者は精神障害者であることがほとんどであって、申請者に返戻されても当事者が困惑するだけとなってしまい、審査判定の目的を達しないことが想定される。自治体の真意としては、「この制度の適用を必要としている人には、もれなくこの制度を利用してもらう」ことであるから、申請者の申請意図にはできるだけ沿いたい。そのため、審査判定を円滑に行う便宜から、実務上は申請者ではなく、診断書を作成した医師に診断書を返戻するか照会する取扱による自治体がほとんどである。全国の自治体では、このような返戻・照会の事例が著しい増加傾向にあることに問題を感じている³⁾。

都道府県・政令指定都市が行う精神通院医療の決定に係る診断書の審査判定は、国が示した「判定指針」に準拠し、自治体の判断で行うものであるが、それはおおむね以下の①～④のような過程を経て行われる。

- | |
|---|
| ①精神障害(てんかんを含む)の確認 (ICD-10 F00～F99に属するもの、およびG40であるものとして、適正に診断されていること) |
| ②精神障害に基づく状態像の確認 (申請者の状態像が適正に診断されており、それが「判定指針」の9つの状態像のいずれかであって、その程度が状態像ごとの基準に合致するものであること) |
| ③医療の内容や治療方針の確認 (当該申請にかかる医療が、支給認定実施要綱の範囲のものであること) |
| ④(必要であれば)高額治療継続の判定 |

そして、その過程は、図1のごとくの流れ図に整理されるような、極めて手の込んだ作業となる。すなわち、書類の形式審査から治療内容のチェックまでのフローすべてを「イエス・

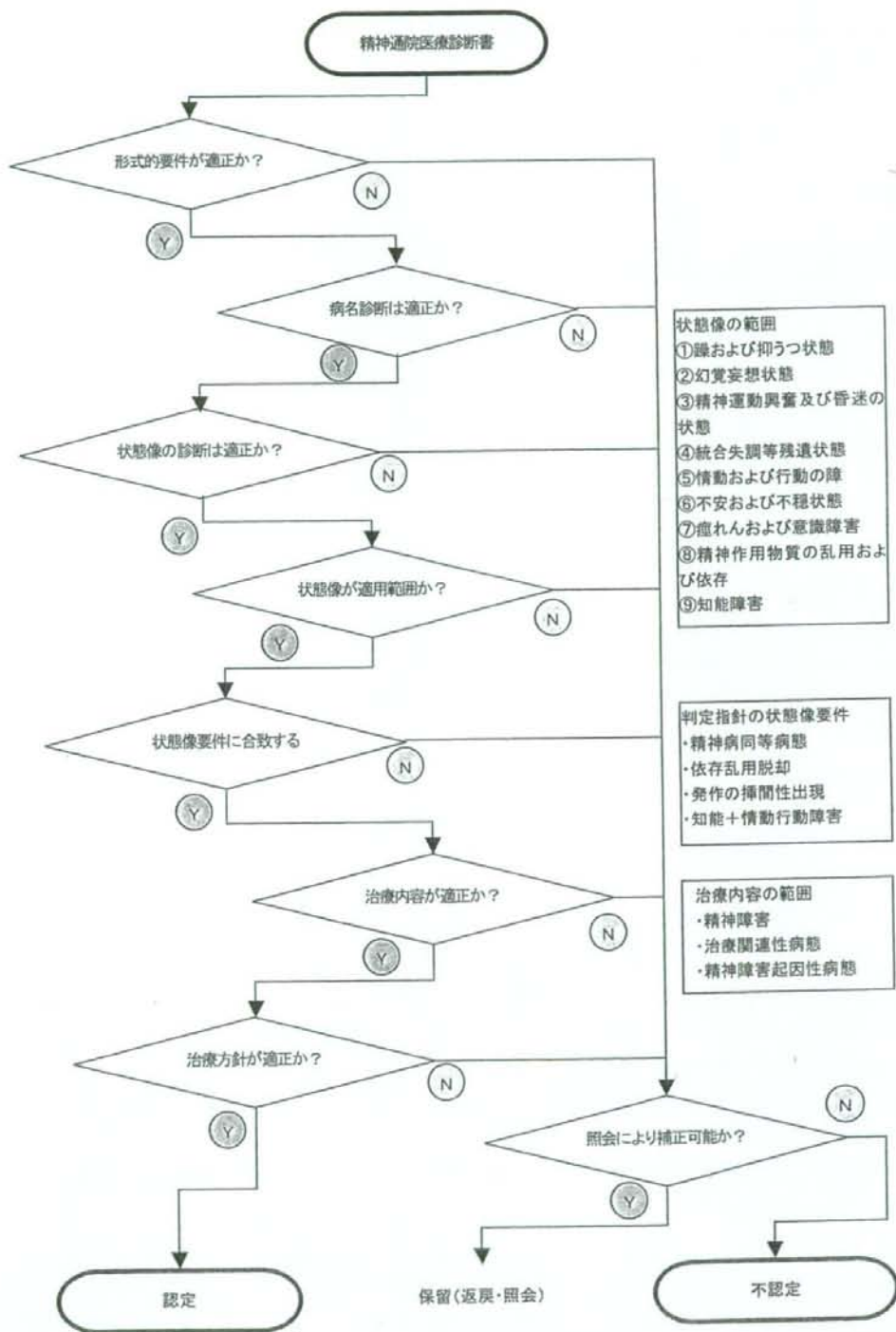


図1 精神通院医療の審査判定の流れ

セット」でクリアしてはじめて認定されるということである。実際には、後述する「高額治療継続」の判定も必要となる場合があって、作業はさらに複雑である。

3 診断書等書類の様式について

自立支援医療の支給認定の申請に添付する申請書や診断書等の記載項目については、医療保護入院の入院届等のように厚生労働省令に定められたものではない。厚労省から(技術的助言として)自治体に対して通知された参考様式に基づき、自治体(都道府県・指定都市)の規則で様式が定められている。したがって、申請者等が任意の様式で記載しても、行政手続上、申請の要件に満たないものとして受理されないことがあるので注意が必要である。

実際の審査・判定を行う都道府県(指定都市)においては、判定の便宜のため、厚労省の参考様式によらず独自の様式を自治体の規則で定める場合も多い。実務上、手帳と精神通院医療を一括して審査することが可能となるよう、これらが同時に申請できるよう統合様式を定める自治体も増えてきている。そのため、自治体によって記載項目が異なる場合も多いうえに、この制が地方自治法の「自治事務」であって基本的に自治体ごとの運用となっているがゆえに、記載事項として求めるポイントも異なることも多い。そのため、各自治体においては、管内の医療機関等に「記載にあたっての留意事項」等の文書を独自に配布して案内しているところも増えてきている。したがって、自治体ごとの事情については、本稿が優先するものではありえないが、ここでは、厚労省の通知による参考様式について、一般的な記載上のポイントを述べる。

4 自立支援医療(精神通院医療)診断書の記載のポイント

1. 「氏名、生年月日、年齢、性別、住所」欄
申請者本人の特定に関わる重要な事項であ

り、診断書としての体裁に不可欠の事項であることから、記載漏れのないように留意する。なお、年齢は診断日現在の満年齢を記載し、住所は居住の実態のある場所を記載する。法律上、精神通院医療の認定は「居住地・現地主義」によることになっているものの、障害福祉サービスの認定が「居住地特例」を適用する取扱いとなっており、事務の便宜上、精神通院医療も居住地特例を適用する自治体もある。自治体ごとに取扱いの異なる部分であるので、記載にあたり不明の場合は確認のうえ、その自治体の取扱いによらねたい。

2. ①の「病名」欄

(1)「主たる精神障害」、(2)「従たる精神障害」の欄には病名と、それに相当するICD-10のコードを必ず附記する。

精神通院医療の主たる対象疾患を「主たる精神障害」とし、副次的なものを「従たる精神障害」とする。この場合、「主たる精神障害」が、精神保健福祉法第5条の精神障害であることが特定できない病名である場合は、認定の対象とならない。

附記するコードは、統合失調症F20、てんかんG40などのように、病名との対応を意識して、「英字1桁+数字2桁」の、3桁レベルまたはそれ以上で記載するよう求める自治体が増えている。後述する「高額治療継続」の判定においては、ICDコードは重要なものとなっているが、それゆえもあって判定の実務においては、診断書全体の記載と診断名・ICDコードの整合性や正確さを厳しく求める場合もあるので、正確に記載されたい。

3. ②の「発病から現在までの病歴(推定発病年月、精神科受診歴)」の欄

推定発病年月、初発症状、その後の病状と経過を時系列に順に記載し、診断と治療の経緯がわかる現病歴とすること。病歴が空欄である、受診日と受診先だけ、病院名と入院期間だけ、または「前回と同じ」などの不十分な記載では、判定に支障をきたす。なお、精神通院医療の認

定は、法的には毎回新規認定の扱いなので、過去の診断書類を参照することは原則行わない。したがって、過去に申請履歴があることをもって、病歴の記載を省略することはできない。

4. ③の「現在の病状、状態像等」の欄

精神通院医療申請の場合、現在の病状、状態像等に該当する項目を、おおむね過去1年および今後1年に予想されるものを含めて、該当するものにつき○で囲む。

精神通院医療の認定は、病名に拠るのではなく、状態像ごとに認定される場合が判定指針に通知されている。とはいつても、症候学的観点から診断書に記載された病名と状態像が不整合であるような診断書もままあることから、病名が何であってもよいというわけではない。例えば、主たる病名が「自閉症」で、状態像が「(統合失調症の症状たる)自閉」という記載は、不適切といえる。病名と病状が不整合であるなど、不適切な記載では、判定に支障をきたすことがある。

認定される状態像は、「判定指針」に記載された9つの状態像に限られる。「判定指針」は同語反復が多く、やや読みづらい文章でもあるが、これを正しく理解しないことには適正な診断書の作成は不可能である。病名・ICDコード、対象となる条件等との対応については、「判定指針」を要約したものである表1を参考にされたい。

5. ④の「3の欄の病状、状態像の具体的な程度、症状等」欄

③欄で選択、記載した病状が、現在どのようになっているかを、具体的に記載する。「前回と同じ」などと省略することはできない。病状の記載については、精神通院医療の必要性を直接に説明するものであることが求められる。

6. ⑥の「現在の医療の内容」の欄

(1)投薬内容について

支給認定を受けようとする薬物治療の内容について、「抗精神病薬」、「抗うつ薬」などの総称ではなく、具体的な薬剤名を、略語や英字でな

く日本語(カタカナ等)で、用法用量等も含め記載する。薬物治療の内容については、注射を含む。

支給の対象となる病態の範囲は、「当該精神障害のために用いた薬剤の副作用等」(治療関連性病態)や「当該精神障害の症状である躁状態、抑うつ状態、幻覚妄想、情動障害、行動障害、残遺状態等によって生じた病態」(精神障害起因性病態)に限られることから、当該精神障害者に対して行われる医療のすべてが支給の対象となるということではないことに注意する必要がある。この欄には対象とならない投薬内容は、記載する必要はない。本来対象とならないはずの投薬内容までここに記載すると、本制度の理解が不適切なものとして指摘を受けることも想定される。また、医療の内容が不適切である場合は、支給の対象とならないことがある。

(2)精神療法等について

薬物治療以外の治療内容、精神科デイ・ケア等につき、その内容、実施頻度等を記載する。デイ・ケア等について、他の医療機関で受療する場合(複数医療機関の選定を要する場合は)はその医療機関名を特定して記載する。

(3)精神科訪問看護を行う場合は、その実施する機関と内容および頻度も記入する。なお、身体治療にかかる訪問看護(例えば、てんかんのある脳性麻痺児等に対する訪問身体リハビリや、認知症高齢者の褥瘡の処置等)については、(たとえ、当該障害者が「てんかん」や「認知症」で精神通院医療の支給認定を受けていても)精神通院医療の支給範囲には含まれるものではない。ただし、これらを実務上見分けることはしばしば困難であって、実際の取扱いを緩やかにしている自治体もあつたり、診断書のほかに訪問看護指示書を徴する自治体もあつたりと、取扱いが必ずしも統一されていない。

7. ⑥の「今後の治療方針」欄について

治療が、以下①～④の認定要件のいずれに相当するかがわかるように必ず可能な限り具体的に記載すること。

表1 精神通院医療の対象となる状態像
(自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定判定指針の要約表)

| 状態像 | 精神障害の病名 | ICD | 病状、状態像の詳細 | 対象となる条件 |
|----------------|--|---|--|--|
| 躁および抑うつ状態 | 気分(感情)障害, 症状性を含む器質性精神障害, 統合失調感情障害など | F30~34 F06.3 F25 | 躁状態: 気分の高揚, 被刺激性の亢進, 多弁, 多動, 思考奔逸, 誇大的言動など 抑うつ状態: 気分の沈み, 精神運動制止, 罪業妄想, 貧困妄想, 心気妄想などの妄想, ときに希死念慮, 昏迷状態 | 入院を要さない場合で, 躁, およびうつ状態が精神病あるいはそれと同等の病態にあり, 持続するか, あるいは消長を繰り返し, 継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合 |
| 幻覚妄想状態 | 統合失調症, 統合失調型障害, 妄想性障害, 症状性を含む器質性精神病, 精神作用物質による精神および行動の障害など | F20 F21 F22 F06.0~06.2 F1x.5~1x.7 | 幻覚, 妄想, させられ体験, 思考形式の障害など | 入院を要さない場合で, 幻覚妄想状態が, 精神病あるいはそれと同等の病態にあり, 持続するか, あるいは消長を繰り返し, 継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合 |
| 精神運動興奮および昏迷の状態 | 統合失調症, 統合失調型障害, 妄想性障害, 症状性を含む器質性精神障害, 精神作用物質による精神および行動の障害など | F20 F21 F22 F06.1 F1x.5~1x.7 | 精神運動興奮状態と昏迷状態; 減裂思考, 思考散乱などの思考障害, 拒絶, 臆断などの疎通性の障害, 常同行為, 衝動行動などの行動の障害 | 入院を要さない場合で, 精神運動興奮状態あるいは昏迷状態が精神病あるいはそれと同等の病態にあり, 持続するか, あるいは消長を繰り返し, 継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合 |
| 統合失調症等残遺状態 | 統合失調症, 統合失調型障害, 精神作用物質による精神および行動の障害等の慢性期あるいは寛解期など | F20 F21 F1x.5~1x.7 | 感情の平板化, 意欲低下, 思路の弛緩, 自発語の減少など 社会生活能力が病前に比べ, 著しく低下した状態が続く | 入院を要さない場合で, 残遺状態が精神病かそれと同等の病態にあり, 持続するか, あるいは消長を繰り返し, 日常生活の指導, 社会性の向上, および疾患の再発予防のため持続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合 |
| 情動および行動の障害 | 成人の人格および行動の障害, 症状性を含む器質性精神障害, 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群, 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害, 精神遅滞, 心理的発達障害など | F60~62 F07 F50 F90~92 F84 F7x | 情動の障害; 不機嫌, 易怒性, 被刺激性亢進, 気分変動など 行動の障害; 暴力, 衝動行為, 常同行為, 多動, 食行動の異常, 性行動の異常など | 入院を要さない場合で, 情動および行動の障害が精神病あるいはそれと同等の病態にあり, 持続するか, あるいは消長を繰り返し, 継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合 |
| 不安および不穏状態 | 統合失調症, 統合失調型障害, 妄想性障害, 症状性を含む器質性精神病, 精神作用物質による精神および行動の障害, 神経症性障害, ストレス関連障害, 身体表現性障害など | F20 F21 F22 F1x.5 F1x.7 F4x | 長期間持続する強度の不安あるいは恐怖感を主症状とし, 強迫体験, 心気症状, 不安の身体化, および不安発作などを含む | 入院を要さない場合で, 不安および不穏状態が精神病あるいはそれと同等の病態にあり, 持続するか, あるいは消長を繰り返し, 継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合 |
| 癡れんおよび意識障害 | てんかん, 症状性を含む器質性精神障害, 精神作用物質による精神および行動の障害, 解離性障害など | G40 F04~07 F1x.3~1x.7 F44 | 癡れんや意識消失などのてんかん発作, もうろう状態, 解離状態, せん妄など意識の障害など | 入院を要さない場合で, 癡れん, 又は意識障害が挿間性に発現し, 継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合 |
| 精神作用物質の乱用および依存 | 精神作用物質による精神および行動の障害のうち, 精神作用物質の有害な使用, 依存症候群, 精神病性障害など | F1x.1 F1x.2 F1x.5 | 幻覚, 妄想, 思考障害, 情動あるいは行動の障害等 | 入院を要さない場合で, 乱用, 依存からの脱却のため通院医療を自ら希望し, あるいは精神作用物質による精神および行動の障害が精神病, あるいはそれと同等の病態にあり, 継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合 |
| 知能障害 | 精神遅滞, 認知症 | F7x F01 F03 | 情動の障害; 易怒性, 気分変動など 行動の障害; 暴力, 衝動行為, 食行動異常など | 易怒性, 気分変動などの情動の障害や暴力, 衝動行為, 食行動異常等の行動の障害等を伴い, 継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合 |

- ①状態が精神病、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ために、継続的な精神通院医療を必要とする
- ②治療を要するてんかん発作や意識障害があり、継続的な精神通院医療を必要とする
- ③精神作用物質の乱用、依存の治療のために、継続的な精神通院医療を必要とする
- ④情動の障害や行動の障害のために、継続的な精神通院医療を必要とする

8. ⑦の「現在の精神保健福祉サービスの利用状況」の欄

主に障害者自立支援法のサービスの利用状況について記載する。なお、ここには医療機関で行われる精神科デイ・ケア、介護保険法によるデイ・サービスは含まれない。該当する項目がなければ「なし」と記載する。

なお、本稿の執筆時現在において、精神通院医療レセプトの全数審査(返戻・査定)を行っている自治体はないが、障害者自立支援法第73条の規定があることや、各自治体に対する厚生労働省の「公衆衛生関係事務指導監査」においては、多くの自治体で「精神通院医療レセプトの審査を実施していないこと」が監査指摘事項となっている³⁾ことから、各自治体において近い将来にレセプト審査が導入されることはほぼ間違いない。申請時のみならず請求時にも正しい理解と取扱いが必要であることは当然である。

9. ⑧の「備考」欄

上記以外に判定の参考になる事項があれば記載する。

10. 「日付、病院または診療所の名称、医療機関所在地、電話番号、診療科担当科名、医師氏名」欄

診断書を作成した日付を記載する。前述のとおり、ほとんどの自治体では診断書の内容について疑義がある場合には、記載した医師に照会することとしているので、医療機関の所在地、名称、電話番号、診療科名は正確に記載されたい。医師氏名については、診断医の氏名を明瞭に記載されたい。芸能人のサインばりの判読困

難なものも少なくない。

なお申請に使用できる診断書は、医師であれば誰のものでもよいというのではなく、精神保健指定医を中心とした「精神障害の診断または治療に従事する医師」によって作成されたものに限定されている。実務上は、精神通院医療指定医療機関に所属する医師以外は記載しないものと思われる。後述の「高額治療継続」の判定については、診断書を記載できる医師の要件がさらに狭いものとなっている。自著の場合押印は不要であるが、医師氏名にゴム印・ワードプロセッサ等を用いた場合は押印する必要がある。

最近、複数の自治体で、手帳や自立支援医療の診断書の偽造または変造の事例が散見するようになった。押印そのものには書類の真正性を証する効力はないが、このような事態に対処する有効な手段を自治体は持ち合わせていない。

また、多忙な医師に代わり事務職員等が「下書き」をすることもあるやに聞く。しかしながら、このような場合の一部には、診断や病歴の記載の医学的つじつまが合わなかったり、医学用語や薬剤名が間違っていたりするなどの欠陥があるなど、診断書の質が低すぎるにより判定に支障が生じることがままある。また、ワードプロセッサを用いた書類作成では、同時期に提出される数人分の診断書の病歴や詳細状態像が全く同一ということもある。この書類は「報告書」ではなく、医師法に規定する「診断書」であるから、医師以外の者に作成させた書類に、医師が機械的に署名のみをするという取扱いは適切ではないということにくれぐれも留意されたい。

11. 高額治療継続者の判断について

「高額治療継続者」とは、「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

される。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

すなわち、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」または「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。ただし、この告示でいう「三年以上の精神医療の経験」の指し示す内容⁴⁾や「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⁵⁾が、必ずしも明確ではないという問題がある。

高額治療継続の判定の実務上は、診断書とは別の「追加意見書」を添付するよう求める自治体が多い。この煩雑さを防ぐために、一部の自治体においては、診断書の中に上記の要件を盛り込んだ独自様式を設定するところもある。自治体ごとの取扱いが異なることから、確認のうえ、その自治体の方式によりたい。

5 おわりに

精神医療のあり方が多様化し、その守備範囲も著しく広がってきている中で、公費負担医療を拡大適用するべきであるという意見や要望は、当然ながら大きい。こういった声を直接受けているものではないにしろ、各自治体の実際

の運用は、原則よりやや緩やかなものとなっているのが実態である。しかしながら、そのことは拡大的適用が制度的に保証されたことを意味していない。非精神病性障害、認知症(特に、若年性認知症で中核症状のみのもの)、いわゆる高次脳機能障害や発達障害等、制度創設当時必ずしも精神科医療の対象の中核群として捉えられていなかったこれらの対象については、公式な見解では、あくまで「原則に照らして適用となるもののみ適用となる」ということにしかない。これらの対象疾患の医療が精神科医療機関以外で行われることが多く、公費負担の対象とならない身体合併症の医療をも一括して請求されることが多いことも、問題を複雑化させている。この問題の解決は、地方自治体の行政運用に無節操に委ねられるべきではなく、広範な関係者の意見を聞きつつ、国レベルないしは政治レベルで解決が付けられるべきことなのかもしれない。

以上、自立支援医療(精神通院医療)の診断書作成の実務に関わる精神科医に参考となりそうな情報を提供した。適正な制度理解に基づいた書類作成が行われることは、この制度の恩恵にあずかる全国百数十万人の直接の利益にかなうことであることを強調したい。

文献

- 1) 「自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定判定指針」平成18年3月3日障発第0303002号各都道府県知事指定都市市長中核市市長あて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知
- 2) 黒田安計：自立支援医療における支給認定の状況調査。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「自立支援医療(精神通院医療)の適正な給付に関する研究」研究協力報告書1, 2007
- 3) 黒田安計, 白川教人：自立支援医療の実施状況に関するアンケート調査・平成19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「自立支援医療(精神通院医療)の適正な給付に関する研究」研究協力報告書1,

2008

- 4) 白川教人：自立支援医療における指定自立支援医療機関の資格要件に関する検討・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「自立支援医療（精神通院医療）の適正な給付に関する研究」研究協力報告書3, 2007
- 5) 竹島 正：「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12年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）総括研究報告書, 2001
- 6) 築島 健：精神通院医療の審査判定にかかる疑義照会理由の分析（概要の中間報告）. 平成19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「自立支援医療（精神通院医療）の適正な給付に関する研究」

研究協力報告書2, 2008

- 7) 築島 健：「重度かつ継続」または「高額治療継続」に関する論点整理・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「自立支援医療（精神通院医療）の適正な給付に関する研究」研究協力報告書2, 2007
- 8) 山下俊幸：「自立支援医療（精神通院医療）の適正な給付に関する研究」平成19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, 2008
- なお, 2~4), 6~8)の「改革ビジョンの成果に関する研究」は, 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部「改革ビジョン研究ホームページ」において全文が公開されている。(http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/our_study.html#a4)

*

*

*

平成 19 年度老人保健健康推進事業

「老人性認知症専門病棟の機能の向上と法律的運用な

らびに地域との連携の促進のあり方に関する研究」

「スイス・ドイツにおける認知症高齢者医療視察報告書」

新垣 元、杉原克比古、田口真源

中本理和、松原三郎、村田一郎

日本精神科病院協会雑誌

第 27 卷 第 9 号

2008 年 9 月 5 日発行

平成19年度老人保健健康推進事業

「老人性認知症専門病棟の機能の向上と法律的運用 ならびに地域との連携の促進のあり方に関する研究」 「スイス・ドイツにおける認知症高齢者医療施設視察」報告書

新垣 元*¹ 杉原克比古*² 田口 真源*³ 中本 理和*⁴○松原 三郎*⁵ 村田 一郎*⁶*¹沖縄県 新垣病院 院長 *²島根県 安来第一病院 院長 *³岐阜県 大垣病院 院長 *⁴石川県 松原病院
*⁵同 理事長 *⁶岐阜県 黒野病院

(○はグループリーダー)

視察の目的と概要

松原 三郎

が開設され、医療保険による認知症専門医療が明確となった。しかし、精神症状や行動障害(BPSD)を伴った認知症高齢者への医療としては、個別に対応できるほどの人員基準は担保されておらず、さらに、診断機能や合併症対応機能が不十分であるために、長期入院部分が次第に増大する傾向が認められるようになった。もちろん、各種の介護保険施設や認知症グループホームとの連携が、十分に機能していないことも大きな要因でもある。

1. はじめに

わが国では、認知症高齢者への対策は、特別養護老人ホームへの入所、老人病院への入院、あるいは、問題行動が激しい場合には精神科病院への入院と、3本立てになっていた。昭和57年からは老人保健法の制定によって、老人保健施設、とくに、認知症専用の老人保健施設が開設され、これによって認知症高齢者の施設介護は一変した。認知症高齢者の特性に応じた質の高い専門的な介護が行われるようになった。さらに、平成12年から施行された介護保険制度では、認知症高齢者への対策の中心は、認知症対応型共同生活介護が中心となり、小集団の生活共同体が重視され、むしろ、入院治療や施設介護は否定的となった。昭和63年に老人性痴呆疾患治療病棟と同療養病棟

2. 視察の目的

上記のような状況をふまえたうえで、わが国の認知症医療と諸外国との比較を行う必要がある。検討テーマとしては、(1)認知症に関連する医療はどのような状況にあるのか？(2)その入院期間や医療内容、(3)認知症関連の施設介護・在宅介護との連携のあり方、(4)認知症関連地域医療・介護、とくに介護保険の施行状況が挙げられる。これらの疑問点を知るためには、比較的「認知症医療」が確立している諸外国として、スイス(チューリッヒ)とドイツ(介護保険との連携をみる)の2カ国を選定し、日本精神科病院協会高齢者医療・介護保険委員会の委員を中心とする6名が以下の日程で視察を行った。

3. 視察日程

出発：平成20年1月6日。1月7日：スイス・チューリッヒ、ウィンタートゥール州立病院 (IPW) 地域医療クリニック視察。1月8日：同IPW 認知症地域ステーション視察，同高齢者入院病棟視察。チューリッヒ大学精神医学教室ならびに認知症病棟視察，チューリッヒ大学認知症医

療センター視察 (Hock 教授)。1月10日：ドイツ・デュッセルドルフ・ラインニッヒ病院でBPSDに関するカンファレンス (Supprian 医師) ならびに認知症病棟視察。1月11日：介護保険施設ドロシーゾーレハウス視察，認知症センター視察。1月12日：帰路。

スイス・チューリッヒ・ウィンタートゥール Winterthur 州立病院における地域医療と老年精神医療

田口 真源, 村田 一郎



認知症高齢者向けクリニック (チューリッヒ)

1. Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW) における地域包括的な精神医療

スイスは16の小国が集まって連邦制をとっており，州 (Kanton) ごとに，医療施策は大きく異なる。Winterthur を含むチューリッヒ州では，医療費は保険会社と自治体が折半で支払うが，近年，医療費の高騰が問題となり，入院・地域を問わず，疾病ごとに包括化されるようになった。

IPW はチューリッヒ州によって作られた病院・クリニックの連携ネットワーク組織である。Winterthur 州立病院は，もともと1,000床以上を持つ大型の精神科病院であったが，現在は，それを解体して，4つの病院をベースに10のクリニックを作り，総勢450人のスタッフで地域医療中心に展開している。最初に訪れた，Gemeindepsychiatrische Zentrum (GPZ) では，Dr. Braunschweig によって，クリニックを中心とする地域医療のあり方が説明されたが，それぞれのクリニックで特徴があるが，とくにデイケア (Tagesklinik) を付設して，通院・通所を重視しているとのことである。

2. 認知症高齢者向けクリニック (Gerontopsychiatrischen Ambulatorium und der Tagesklinik : GAT)

精神疾患を合併した認知症患者の治療を行っている施設で，医療保険対応である。対象年齢は60歳以上で，うつ病などの患者も対象としている。医師，看護師，臨床心理技術者をスタッフとして，チーム医療を行っている。デイクリニックと通院 (通所) 施設，在宅ケアを行っている。在宅ケアでは在宅および入所施設への訪問を行っている。年齢が60歳以上ということは，高齢者が罹患しやすい精神疾患を対象としており，一般精神科医，家庭医，一般の在宅ケアとも連携している。一般の在宅ケアとの連携においては1週間に1回の訪問を行い，診断ないし評価を行う。さらに，通院を第一に考えるが，通院を拒否している患者の訪問も行う。9時に来院し，16時に帰宅する。スイスでは患者負担が1割で，治療経費は155スイスフラン (約16,000円) で包括している。今後時間による加算制となる予定である (5分ごとに加算される)。通所では11人の患者に対して

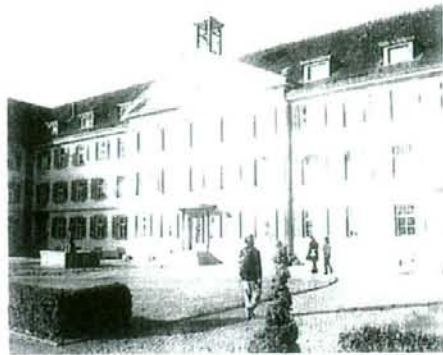


併設している認知症デイケア（チューリッヒ）

4人のスタッフが対応する。患者はおおむね1週間に2回程度の通所をしている。通所は公共交通機関を使う患者と、赤十字が運営する車を利用する患者がいる。運転手はボランティアで、クリニックから送迎するケースもある。利用者は大半が独居で、夕食は自炊できない場合は配膳サービスを受ける。通所期間は1～2年で、その間にその後の生活や対応の方針を立てる。通所では運動療法、回想法などのリハビリテーションのほか、昼食については毎日利用者がメニューを決める。その後、買い物、調理も自分たちでする。

3. Schlosstal 病院老年精神医学病棟

急性期病棟：この病院では年金受給者年齢（65歳以上）を対象とし、認知症、うつ病等、認知機能障害がある患者を収容する。急性期の収容総数は14名。主に認知症の重度の問題行動がある患者に対応する。認知症患者はBPSDを併発している。入院に際しては家庭医や臨床心理技術者、介護施設あるいは家族との密なネットワークを介して行われる。多職種間のカンファレンスや介護カンファレンス、家族との情報交換を頻繁に行い、残存する能力を探る。急性期を過ぎると、その過程で、患者のニーズを検討し、リハビリセッションに送る（開放と閉鎖の2ユニットがある）。在宅に戻る患者の場合は、GATへの引き継ぎや家庭医との連絡などの調整を行う。施設の場合は適切な薬物療法のメニューを作成して戻す場合もある。病院には臨床心理技術者や神経内科医も常駐しており、作業療法、運動療法、神経心理テスト



チューリッヒ州立ウィンタートゥール病院

等を施行する。薬物療法は抗認知症薬のほか、非定型抗精神病薬やSSRIを必要に応じて利用している。非薬物療法としては音楽療法、作業療法、運動療法などを取り入れている。在院期間については症状が安定するまで入院することができ、在院期間の規定はない。平均で6カ月～1年である。1年くらいでまだ十分安定していない場合は、自治体が運営する介護ホームに入所する場合もあり、そこは閉鎖式で運営されている。入院にかかる費用はおおむね日本円で120万くらいとなる。退院基準は心身ともに健康で、在宅または施設において生活の質を担保するプログラムを確立されたことである。半年で退院可能になるのが約50%で、在宅を第一目標とする。

4. リハビリテーション病棟（開放）

60歳以上の患者、認知症だけでなくうつ病患者も含まれる。老人が持つ喪失感に配慮しつつ、患者の持つ残存能力を維持賦活することを主眼とする。人間関係の再構築のためにグループセラピーを中心とする。総合的にアプローチをするため、家族や家庭医を含めた連携を重視する。悪化した（夫婦関係、親子関係）人間関係の解決や家族や夫婦の間で、できる限界を認識してもらう。これらには相当な時間と労力を要する。非薬物療法は個人相談、自律訓練法、運動療法、作業療法などを行う。また、お国柄、運動療法にはノルディックを利用することが多い。退院可能と判断された段階で週末自宅に外泊して生活訓練の成果を確認し、実際に生活できるかどうか確認する。