

介護支援における 留意点等	家族（介護者）による介護の状況	<input type="checkbox"/> 単身独居 <input type="checkbox"/> 同居人あり <input type="checkbox"/> 家族が不在 <input type="checkbox"/> その他	1
	住居の居住性の 高い状態	<input type="checkbox"/> 風呂等 <input type="checkbox"/> 転倒・転倒 <input type="checkbox"/> 移動能力（歩行） <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚（視力） <input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 食事（調理） <input type="checkbox"/> 薬水 <input type="checkbox"/> 緊急対応 <input type="checkbox"/> その他による移動 <input type="checkbox"/> その他	5
	生活機能の維持・ 改善の現状	<input type="checkbox"/> 維持できる <input type="checkbox"/> 維持できない <input type="checkbox"/> 不明	
	医学的経過の 把握	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 看護婦等との訪問による相談・支援 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤師指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護サービス <input type="checkbox"/> 訪問栄養指導	
	医学的経過が、 把握できず	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院中	
緊急時の対応方 法・連絡先		<input type="checkbox"/> この市・町・村に相談 <input type="checkbox"/> 身体介護が必要な場合は介護支援センターに <input type="checkbox"/> 市・町・村に相談 <input type="checkbox"/> 精神科医が必要な場合は救急センターに	
	特記事項		

図 3-2 専門医療機関からかかりつけ医への診療情報提供書（返信）

が十分でなかった病院と介護関係者の連絡を強化し、在宅への円滑な移行、情報提供に基づく適切なケアプランの作成など、切れ目のない医療と介護のサービス提供を目指している。またそれらを実施するために、多職種協働事例検討会を開催し、顔の見える関係づくりに取り組んでいる。

6. 行政の取り組み

かかりつけ医が安心して認知症の診療にあたることは、鑑別診断の必要性が生じた時、BPSDの悪化時、認知症患者に入院の必要な身体合併症が生じた時などに、対応可能な連携先があることが不可欠である。そこで、堺市は、医師会の協力のもと、①認知症の鑑別診断可能な施設、②BPSDの外来診療が可能な施設/往診診療が可能な施設、③BPSDの入院治療が可能な施設、④認知症患者の急性身体合併症の入院治療が可能な施設、⑤認知症患者の慢性身体合併症の入院治療が可能な施設、⑥認知症患者の慢性身体合併症の往診診療が可能な医療機関を調査した。結果は堺市医師会のホームページに掲載されており、会員以外の者でも閲覧可能になっている。

7. 地域包括支援センターの取り組み

地域包括支援センターでは、認知症疾患医療

連携協議会での課題のうち、困難事例へのアウトリーチ機能の確立と、堺市として未整備であった若年性認知症の連携と支援を開始した。医師会の協力を得て、地域包括支援センターに認知症専門医など6名(神経内科医・精神科医・サポート医など)の嘱託医を配置した。6名の専門医がそれぞれ1回/月困難事例についての相談事業を実施している。医療的介入や介護サービスの導入が急がれるが、さまざまな理由から介入が困難な事例に、専門医がケアマネジャーや地域包括支援センターのスタッフとともに自宅を訪問し、介入することが可能になった。また若年性認知症の支援では、認知症疾患医療センターで若年性認知症の診断を受けた患者で、本人・家族から同意が得られた場合は、地域包括支援センターに情報を提供し、初期から関わりをもつようにしている。進行に応じて今後必要とされるサービスや障害福祉・介護保険など多岐にわたる相談窓口のコーディネーター役を担っている。

さいごに

上述のような取り組みにより、堺市の認知症疾患医療センターでは、平成23年度は認知症の鑑別診断の依頼のうち、41%がかかりつけ医

(様式 1)

介護（予防）連絡票

医師と介護支援専門員との連絡票

平成 年 月 日

宛先	医療機関名	介護事業所名
	住所 医師 先生(宛)	

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答をお願いいたします。

*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

- ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 年 月 日
- ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用者	氏名		介護度	申請中・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
	住所		TEL	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		男・女
照会目的	<input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について			
	<input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・病状の医学的意見・指示について			
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議における医学的意見について			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）について、医師からの医学的意見について			
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など			
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶			
<相談内容等>				
担当介護支援専門員名				

医師からの回答（返信）

*この連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします（日時： 月 日 時頃に来院ください）
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします（日時： 月 日 時頃に電話をください・します）
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> FAXで回答します
サービス担当者会議に	<input type="checkbox"/> 出席します（ <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 出席しません
平成 年 月 日 氏名	

図4 医師とケアマネジャーの連絡票

(様式 2)

介護支援専門員用診療情報提供書

平成 年 月 日

介護事業所名称

氏名

様

医療機関の所在地及び名称

医師氏名

電話番号 () —

F A X () —

患者氏名			
性別・生年月日	(男・女)	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業
患者住所	電話番号 () —		
診療形態	1. 外来	2. 往診	3. 入院(平成 年 月 日)
			情報提供回数 回
傷病名	<傷病名>		
(疑いを含む)	発症年月日	平成 年 月 日	
	受診年月日	平成 年 月 日	
	初発/再発	1. 初発	2. 再発 (年 月 日 初発)
寝たきり度(該当するものに○)	J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 A 寝たきり 1 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 B 寝たきり 1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが坐位を保つ。 C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。		
日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)	移動 自立・一部介助・全面介助 排泄 自立・一部介助・全面介助 着替 自立・一部介助・全面介助 食事 自立・一部介助・全面介助 入浴 自立・一部介助・全面介助 整容 自立・一部介助・全面介助		
認知症老人の日常生活自立度(該当するものに○)	I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。 III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。 IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。 M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。		
<認知症の中核症状>	・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない		
病状・既往症・治療状況・退院の年月日等			
訪問診療	有・無	訪問看護	有・無
必要と考える保健福祉サービス等の診療情報提供の内容	(介護支援専門員に依頼したい内容や必要と考えられる介護サービス・介護支援専門員が知っておくべき医療情報を記載して下さい。)		

上記の患者について、介護(予防)サービス等の診療情報を提供いたします。

依頼内容について、回答(必要・不要)です。

この診療情報提供書の内容を外部に提供する場合、必ず主治医の同意を得てください。

図 5-1 医師とケアマネージャーの連絡票

診療情報提供書における介護支援専門員からの回答(返信)

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

医 師

先生

介護事業所名

住 所

担当介護支援専門員
氏 名

TEL () --

FAX () --

平成 年 月 日付で、診療情報提供書により情報をいただきました下記利用者につきまして、
回答いたします。

利用者氏名			
性別・生年月日 (男・女)	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (歳)
住 所	電話番号 () --		
<回答>			

図 5-2 医師とケアマネージャーの連絡票

からの紹介となり、認知症の鑑別診断を受けた58%が「かかりつけ医」に戻り治療を継続している。それまでかかりつけ医をもっていなかった5%の患者は、新たな「かかりつけ医」に逆紹介され治療を継続しているという状況にある。

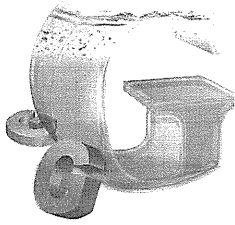
堺市のような都市部地域では、認知症の鑑別診断などを行うことができ、専門医療機関と位置づけられる医療機関は、認知症疾患医療センター以外にも複数ある。堺市の認知症疾患医療連携協議会では今後の課題として、認知症疾患医療センターとそれ以外の認知症を専門に診療できる医療機関との連携を進めていくことが重要であると考えている。

平成24年6月に厚生労働省から、65歳以上人

口6万人に1カ所程度の「身近型認知症疾患医療センター」整備を進めるといった報告がされた³⁾。どのような医療機関が身近型認知症疾患医療センターを担っていくのかは、それぞれの地域で、認知症の医療・介護の連携を進めていくうえで大きな検討課題であると思われる。

文献

- 1) 厚生労働省：認知症疾患医療センター運営事業実施要綱. 2008
- 2) 厚生労働省：認知症疾患医療センター運営事業実施要綱. 2010
- 3) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム：今後の認知症施策の方向性について. 2012



低所得者の認知症医療と施設介護の現状と課題

繁信和恵, 柏木一恵, 比良美千代, 山本めぐみ
駒野敬行, 谷口典男

抄 録

超高齢社会を迎え、精神科病床における認知症患者の入院期間の長期化や社会的入院が問題となっている。入院期間が長期化する理由のひとつに、認知症の精神症状の入院治療終了後、在宅への退院が困難な場合、経済的理由から入所施設の選択肢が狭まり、施設への速やかな移行が困難であることが考えられた。

Key words : 認知症, 低所得者, ユニット型特別養護老人ホーム, 経済的理由

老年精神医学雑誌 23 : 586-591, 2012

はじめに

近年、認知症の診断技術の向上により、早期診断が可能になった。また2011年には複数の認知症治療薬が使用可能になった。それにより初期から進行期に至るまで長期間医療機関を継続して受診する認知症患者が増えている。また介護保険開始後10年以上経過し、施設ケア、デイサービスやホームヘルパー、訪問看護等の在宅ケアも充実してきている。しかし経済的な問題から適切な医療やケアの導入がむずかしい場合があるのも現実である。本稿では低所得層の認知症医療と施設介護についての現状を紹介し、そこから考えられる問題点と現時点での対策を検討する。

① 初期鑑別診断にかかる費用

家族など周囲の人、あるいは本人自身がもの忘れ等異変に気づいた場合、できるかぎり早期に認

Kazue Shigenobu, Kazue Kashiwagi, Michiyo Hira, Megumi Yamamoto, Noriyuki Komano, Norio Taniguchi : 公益財団法人 浅香山病院認知症疾患医療センター
〒590-0018 大阪府堺市堺区今池町 3-3-16

知症か否かを見極め、認知症であれば原因となっている疾患の鑑別を行い、治療や生活支援が必要な場合は速やかにその導入を行うことが望ましいことはだれもが理解するところである。専門医療機関で認知症の鑑別診断が行われる際には、詳細な問診と診察に加えて、頭部MRIまたはCT検査、甲状腺機能やビタミン等を含む血液検査、心理検査、身体的な問題の関与が疑われる場合は心電図や胸部のレントゲン等も行われる。これらにかかる医療機関での窓口負担費用は1割負担患者で約7,000円程度、若年性認知症等の3割負担患者であれば約20,000円程度になる。さらに詳細な検査が必要とされた場合は、脳血流SPECTやより詳細な心理検査が追加で実施されることが多い。その場合1割負担患者で約7,000円程度、3割負担患者であれば約20,000円程度がさらに必要となる。

② 継続治療に必要となる費用

アルツハイマー型認知症であれば、その後進行を緩やかにする目的で、アルツハイマー型認知症

□特集

治療薬が開始になる場合が多い。現在、日本でドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン、メマンチンが使用可能である。これらの薬剤が1か月分処方された場合の薬局での窓口負担は、薬剤の使用量により差が生じるが、1割負担患者であれば約1,200~2,300円程度、3割負担患者であれば約3,800~6,800円程度である。専門医療においてドネペジルが使用された場合、QOLに関する費用対効果が期待できるという報告がある²⁾。しかし認知症治療は長期間に及ぶうえ、高齢になるほど他の身体疾患の治療費も増えるため、経済的負担はさらに増加することが推察される。

③ 認知症のBPSDに対する入院治療

認知症患者が経過の途中で幻覚妄想や興奮、暴力行為が目立つようになり、在宅あるいは施設介護が困難になった場合に選択される治療のひとつに、精神科病院にある認知症治療病棟での行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) の入院治療がある。認知症治療病棟とは認知症に伴うBPSDの症状が著しい認知症患者を急性期から入院させ、集中的な治療を提供するものである。問題となっている精神症状に対して多職種で治療に当たり、早期に退院を目指し、自宅への復帰と理想とするが、不可能であれば施設入所を検討することとなっている。しかし、現実には認知症治療病棟での入院が長期化し社会的入院となっていることが問題となっている。ここで筆者らが行ったBPSDの入院治療についての多施設共同調査の結果を紹介する。この研究の目的は①認知症患者を入院せしめる頻度の高いBPSDとその程度を明らかにする、②長期入院患者において、退院を困難にしている要因を探ることであった。方法は浅香山病院、大阪大学医学部附属病院精神科、東加古川病院にBPSD治療目的で入院した連続例(2009年5月11日~2010年11月5日)に、入院時、入院1週間時、1か月時、3か月時、6か月時、退院時にNeuropsychiatric Inventory-Nursing Home Version (NPI-NH)¹⁾を施

行した。結果は154人が登録された。そのうち6か月以内に退院したのは105人であった。入院後6か月経過しても退院困難であり入院継続していたのは45人であった。途中中止は4人(死亡1人、身体疾患の医療のため転院3人)であった。NPI-NHの総得点は入院後1か月で退院時あるいは入院後3か月時、6か月時点と同等にまで改善した。入院後6か月経過しても入院を継続していた45人の退院困難であった理由(複数回答)は、①重篤な副作用が出て治療が困難なため(1人)、②身体疾患のため(4人)、③家族がかかわりを拒否しているため(6人)、④いまだ治療できていないBPSDがあるため(13人:性的逸脱行為、大声・暴力、盗食、介護抵抗、放尿)、⑤経済的な事情によるため(16人)、⑥退院可能だが受け入れ可能な施設がないため(20人)、⑦その他(9人)であった。入院期間が3か月を超え、長期入院になり退院を困難にしている因子として挙げられたものは、①患者の年金額が低いこと、②入院前の居住地が在宅であること、③主治医の認知症診療経験年数が短いことであった。上記の結果からは在宅から入院した患者が本人の年金額が少ない等、経済的事情により退院後の入所施設の選択に制約が生じている可能性が推測された。

④ 介護施設の種類と費用

BPSDの治療を終え精神科病院を退院可能な状態になった認知症患者が、同居できる介護者がいない等の理由で在宅に戻ることができない場合は、施設入所が検討される。その際には以下の施設が受け皿になると想定される。そこで、それぞれの入所施設の費用負担を調査した。

1. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム(以下、特養))

常時介護が必要で居宅での生活が困難な人が入居して、日常生活上の支援や介護を受けられる。厚生労働省の基準費用額によれば、費用の目安はおおむね8~13万円(介護保険1割自己負担2.4~2.8万円、居住費(滞在費、室料+光熱費)1~

6万円、食費4.2万円)である。ここ数年の傾向として、新設や増床される特養はユニット型や個室が多く、室料が従来型の特養に比べて高額になっている。

2. 介護老人保健施設(老人保健施設<以下、老健>)

状態が安定している人が在宅復帰できるように、リハビリテーションを中心としたケアを行う。費用の目安は9~15万円(1割自己負担2.8~3.2万円、居住費1~6万円、食費4.2万円、加算諸経費1~2万円)である。

3. 介護療養型医療施設(療養病床等)

急性期の治療を終え、長期の療養を必要とする人のための医療施設。費用の目安は11~18万円(1割自己負担3.5~4.2万円、居住費1~6万円、食費4.2万円、加算諸経費2~3万円)である。

4. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
入所定員が30人未満の小規模な介護老人福祉施設(特養)である。費用の目安は2~3万円弱、居住費、食費、日常生活費は別途負担。個室、ユニット型などにより違いがある。当院の系列でこのタイプの施設では、1か月の総費用が18~20万円近くになっている。

5. 地域密着型特定施設入居者生活介護

有料老人ホームやケアハウスなどのうち、入所定員が30人未満の小規模な介護専用型特定施設である(費用目安は有料老人ホーム、軽費老人ホームなどを参照)。

6. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)

認知症者が共同で生活をする住居である。費用の目安は8~15万円(居住費、食費、管理費含む)、これに介護保険サービスの1割自己負担2~2.5万円(介護度による)が加わる。

7. 軽費老人ホーム(ケアハウス)

軽費老人ホームA型(食事つき)、B型(食事なし)、ケアハウス型(食事つき)の3タイプがある。介護保険の居宅サービスや地域密着サービスが利用できる。費用目安は8~20万円(介護保

険の1割負担を除く)である。

8. 介護付き有料老人ホーム(一般型、外部サービス利用型)

都道府県から介護保険の「特定施設入居者生活介護」の認定を受けた有料老人ホームのことをいい、基本的に常駐のスタッフが身体介護、生活援助などを行う一般型と施設スタッフの管理のもとに提携する外部の事業所が介護サービスを提供する外部サービス利用型がある。費用の目安は15~30万円(立地や居室の内容、提供されるサービスによってかなりの差がある)である。

9. サービス付き高齢者向け住宅

2011年10月20日の高齢者住まい法の改正法施行で、高齢者円滑入居賃貸住宅、高齢者専用賃貸住宅、高齢者向け優良賃貸住宅の3施設が廃止され、一本化された。バリアフリー構造等ハード面の一定基準を満たし、介護と医療の連携したサービスも提供する施設である。

費用の目安は、家賃が一般の賃貸住宅同様に立地や仕様により相場が違うためさまざまである。介護サービスは希望により別契約となる。

以上のような介護施設を低所得者が利用しようとするれば、可能な施設は従来型の特養か老健に限定されよう。特養の待機は地域によるだろうが、数か月から数年に及ぶといわれている。また今後増設される特養はユニット型が大勢を占めるのではないかといわれており、特養でさえ低所得者を締め出す傾向にあることが危惧される。在宅復帰を目指す老健も、現実には自宅での受け入れが困難なため、長期待機が恒常化している。介護付き有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅のなかには、生活保護の受給者も入居できる枠を設けている施設もあり、同じ低所得者でも生活保護の受給者のほうが選択肢が広がるという現象が起こっている。安価だからといって介護サービスの質が落ちると一概にはいえないだろうが、いずれにせよ選択の幅が狭いことには変わりはない。

また、特養のユニット型、グループホームやケア付き住宅などの費用は地域差が大きく、同じ都

表1 地域別の1か月の施設費用

	グループホーム	従来型特養	ユニット型特養
石川県金沢市	約9万円～	約8万円～	約12～14万円
東京都世田谷区	約20～25万円	約15～16万円	約18～20万円
熊本県熊本市	約10～13万円	約7～8万円	約13万円～
大阪府大阪市・堺市	約15～19万円	約8～16万円	約15～20万円
大阪府熊取町	約10万円	約9万円	約13万円

特養：特別養護老人ホーム

道府県であっても都市部と郡部、アクセスの不自
由さなどによっても差がある(表1)。これまで
は比較的費用の低い郡部の施設への入所を検討す
る低所得者もあったが、地域密着型施設では市を
超えての入所はできないため、それも困難になっ
ている。

5 経済的理由により入院が長期化してい る具体的事例

ここではBPSDの治療のために当院の認知症治
療病棟に入院したが、主に経済的理由で入院が長
期化している典型例を列挙する(ただし、経済状
況以外の個人情報とは大幅に加工している)。低所
得者といっても生活保護受給者や住民税非課税世
帯ばかりでない。また年金受給者といっても基礎
年金だけの人から企業年金なども受給し一般世帯
並みの所得がある人もいる。しかし、そのような
人であっても事情によっては経済的理由で入所先
が限定されている現実があり、経済的理由といっ
ても千差万別であることが明らかになってこよう。

〈事例1〉Aさん、75歳、男性、混合型認知症

家族は妻(要介護3)、子どもはいない。兄弟
とは疎遠で、妻の親族が多少のかかわりをもっ
ている。本人、妻ともに老齢厚生年金を受給し、合
わせて30万円近い収入がある。しかし現役時代
の生活感覚が年金生活になっても修正できず、ま
た認知症による判断能力の低下もあり、年金を担
保に借金を繰り返すという生活を続けていたよう
で、入院時には数百万円の借金を抱えていた。年
金額が高額なため課税世帯であり医療費負担も大
きいうえに、現在月10万円程度の返済をしてい

る。入院理由である粗暴行為は消失し、施設入
所を検討しているが、借金の返済、妻の生活費への
充当などを考慮すると、老健が従来型の特養以外
の選択肢はないが、老健はいずれ退所を考えなけ
ればならないため親族が拒否、目途のたない特
養の待機で、すでに入院して8か月が経過してい
る。

〈事例2〉Bさん、61歳、男性、若年性脳血管
性認知症

単身生活者であり、成年被後見人で弁護士が後
見人になり財産管理している。自宅を処分したた
め600万円ほどの貯蓄あり。入院後3か月は生命
保険の給付金が入り、現在は障害基礎年金(1級、
月額約8万円)を受給している。本人の年齢や状
態像からグループホーム(GH)が望ましいとケ
ア会議で結論されたが、GHの利用料の半分は貯
金の切り崩しになるため、数年後には支払い不能
となってしまう。若年というだけでも入所が困難
なうえに、その時点での生活保護申請を視野にい
れたGHは条件が限られ、本人が納得できる施設
が見つからないまま、入院が長期化している。

〈事例3〉Cさん、70歳、女性、アルツハイマー
型認知症

30歳代で離婚、2人の息子を女手一つで育てた。
長男(40歳代独身)、次男(30歳代後半、共働き
で小学生の子どもあり)はともに低所得(月15
万円程度の収入)で、母親への金銭的援助は不可
能な状況にある。本人の年金は月額3万円弱であ
るが、持ち家で長男との同居のため生活保護を申
請しても却下され、今の経済状況では特養の入所
すら困難な状況にあり、医療費も滞納したまま入

院が長期化している。

〈事例4〉Dさん、72歳、男性、レビー小体型
認知症

妻との二人暮らしで、結婚した娘2人も介護には協力的である。しかし妻も病弱なうえ、娘2人もそれぞれの事情を抱えており在宅退院は困難な状況である。月額20万円の老齢厚生年金を受給し、定年後購入したマンションのローンは妻の老齢基礎年金(約6万円)で支払っていた。しかし、本人の入院費用(医療費自己負担額4万4000円、食事代約2万3000円に加え、おむつ代4万円強、部屋代1万5000円、その他リース代などの1万円を合わせると13万円強)を支払うと妻の生活費はかなり圧迫されており、家族も早期に施設入所を希望している。しかし、妻の生活費を保障したうえで施設選びは結局従来型の特養以外に選択肢はなく、長期入院を余儀なくされている。

⑥ 費用負担軽減のための利用可能な制度

前述のような経済的な問題を抱える入院患者に対して、精神保健福祉士はさまざまな制度を利用し退院を支援している。以下に、その制度の一部を紹介する。

1. 介護保険制度における負担軽減制度

1) 介護サービス利用者負担額の軽減

一定の要件を満たす低所得者には1割の自己負担額が1/2、1/3、1/4まで市町村によっては減額される。

2) 高額介護サービス費支給制度

自己負担限度額を超えると、超過した分が払い戻しされる(同一世帯で複数の人が介護サービスを利用していると有効)。

3) 負担限度額認定制度(食費・居住費の負担額減額)

実費である食費・居住費も一定の要件を満たせば減額される。対象は介護保険施設とショートステイ利用者のみである。

4) 介護保険料の減免

一定の条件を満たせば、保険料の支払い猶予ま

たは減額を受けられる。

5) 社会福祉法人による利用者負担減額制度

社会福祉法人が提供するさまざまな介護サービスの利用者負担、食費、居住費などの支払いを、一定の要件により1/2~3/4に減額することができる。

2. 障害者自立支援法による自立支援医療

(1) 継続した通院治療が必要な精神疾患をもつ人のための外来医療費の助成制度である。

(2) 自己負担金の原則は定率10%である。

(3) 自治体によってはさらに独自の補助がある。

(4) 所得によっては上限がある。

(5) 都道府県・政令指定都市が指定した医療機関でのみ適用される(都道府県によっては、この自立支援医療をもつ65歳以上の人には、精神科以外であっても医療費の一部を助成する制度がある)。

3. 高額医療・高額介護合算制度

世帯内で後期高齢者医療制度・介護保険制度双方に自己負担がある場合で、自己負担が高額になった場合、両方の自己負担額の合算について限度額を適応できる。自己負担額は毎年8月~翌年7月末までの年額で算定される。

4. 精神障害者保健福祉手帳

(1) 精神障害のため長期にわたり、日常生活・社会生活での制約を受ける人であること。

(2) 初診から6か月で申請可能であるが、有効期限は2年である。障害等級は重いものから順に1~3級に分類される。

(3) 税制上の優遇措置、公的施設等の利用料減免、携帯電話の基本使用料の割引、NHK受信料の減免などが適用される。

5. 身体障害者手帳

視覚障害、聴覚障害、肢体不自由、内部障害など身体の障害をもつ人の障害者手帳である。利点は精神障害者保健福祉手帳と同様であるが、大きな違いは、1~2級の場合は医療費負担の免除があり、公共交通機関の割引なども可能となる。また、一部の障害を除き更新手続きの必要がない。

□特集

6. 特別障害者手当制度

20歳以上の障害者で重度の障害（1級および2級の一部）が重複しているか、または日常生活動作が一人でできない重度障害者が対象となる。支給額は月額2万6340円である。障害年金と併給可能であるが、所得制限があり、また3か月以上の長期入院者、施設入所者は対象外である。

7. 特定疾患医療受給者証

難病医療費の負担軽減制度である。認知症疾患でも対象疾患となるものがある。医療保険ならびに介護保険法の規定による訪問看護、訪問リハビリ、居宅療養管理指導および介護療養型サービスについて医療機関ごとの医療費自己負担分等から患者一部負担を控除した額が、公費で助成される。ただし訪問看護や院外処方による調剤薬局での薬剤費については自己負担はない。重度認定を合わせて受けた場合と、生計中心者が市町村民税非課税の場合は、自己負担はない。

8. 生活保護制度

生活に困窮する世帯が、その世帯員全員のもつ資力、能力などのすべてを活用してもなお国の定める最低限度の生活水準を維持できない場合、その困窮の程度に応じて生活扶助、住宅扶助、医療扶助、介護扶助などを受けることのできる制度である。社会保障制度の最後の砦ともいわれる。

9. リバースモーゲージ

不動産（自宅の土地等）を担保にして資金を借り、死後に売却して清算するという資金調達法である。

10. 長期生活支援資金貸付制度

原則65歳以上で、抵当権や貸借権などの設定がなされていない持ち家や土地に住む、非課税世帯程度の世帯に対し、評価額の7割を上限に低金利で貸し付ける制度である。借受人死亡など貸付契約の終了時に、連帯保証人や相続人らが担当物

件を売却して返却する。

11. 要保護世帯向け新貸付資金制度

持ち家や土地を所有する65歳以上の生活保護受給者が対象である。不動産を担保に生活支援資金の貸付けを受け、本人の死後に清算する。ただしこの制度を利用している間は生活保護は適用されない。

おわりに

近年は認知症の進行により単身独居生活に破綻をきたし入院に至る事例が増加している。単身者ばかりでなく、老老介護、認認介護と呼ばれる家族基盤の脆弱な世帯も多い。そのような患者は、精神症状が改善しても自宅に戻ることがむずかしく、受け入れ施設が見つかるまで入院を継続せざるを得ない状況にある。しかし、事例に列挙したように、さまざまな経済的事情から入所できる施設の選択肢が限定される層は少なからず存在する。それは単純に低所得者＝税制上の非課税世帯という図式では解決できない要素を含む。精神科病床の認知症患者の入院期間短縮を目指すのであれば、精神症状が改善した際に、速やかに入所できる経済的負担も考慮した退院後の受け皿の整備や介護費用軽減のための施策が必要であると考えられる。

文 献

- 1) Shigenobu K, Hirono N, Tabushi K, Ikeda M: Validity and reliability of the Japanese Version of the Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home Version (NPI-NH). *Brain Nerve*, **60** (12): 1463-1469 (2008).
- 2) 安田朝子, 河野禎之, 木之下徹, 内海久美子ほか: 認知症専門医診療におけるドネペジル塩酸塩によるアルツハイマー型認知症の包括的健康関連 QOL 指標の変化に関する研究. *老年精神医学雑誌*, **22** (12): 1433-1445 (2011).

