

平成 17 年 7 月 14 日

「障害者自立支援法案に関する見解について 精神科デイケア並びにデイサービスにかかわらせて 」の取り扱いについて

日本デイケア学会理事長 柏木 昭

先般 5 月 28 日の理事会において、現在国会審議中の自立支援法案に対する学会としての考え方をまとめることが決まり、理事会見解ということで公表することにいたしました。

何らかのエビデンスとして満足できるようなデータを根拠にしないと、それほど効果的ではないのではないかと思います。しかし現時点でそうしたデータを早急に集約することは困難です。そこで取りあえずデイケアに関し一定の考え方を学会としてきちんと持つておかなければなりませんので、7 月 1 日付、理事会見解として公表したところです。厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長および同部精神保健福祉課長にも提出しておきました。

さて、昨 7 月 13 日、衆議院厚生労働委員会において「障害者自立支援法案」の採決が行われ、与党賛成多数により可決しました。衆議院本会議で可決され、参議院の審議となる見通しです。

さまざまな問題のある法案であり、デイケア利用者に与える影響も少なくありません。ここにホームページを活用しひろく関係者のご関心を喚起したい所存です。

平成 17 年 7 月 1 日

障害者自立支援法案に関する理事会見解 デイケア並びにデイサービスにかかわらせて

日本デイケア学会理事会

本年 4 月厚生労働省障害保健福祉部精神保健福祉課から「精神保健福祉施策の改革と医療計画の見直しについて」が公表された。これには平成 16 年 9 月、精神保健福祉対策本部「精神保健医療福祉改革のビジョン」を基にし「立ち遅れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後 10 年の間に進めようとするものである」ことが明示されている。またその 10 年間で精神病床数について約 7 万床の減少を図るとし、精神症状が持続的に不安定な障害者も地域生活をごく普通に送ることができるように包括的なサービスを提供することが言われている。その際必要な医療デイケアや訪問看護は必要度の高い重度者に重点化することが図られている。

一方、昨年 10 月の「今後の障害福祉施策について（グランドデザイン案）」が示され、これを基に平成 17 年 2 月には「障害者自立支援法案」が国会に上程され審議に入っている。

日本デイケア学会理事会においてはこれらの提案が、地域で暮らす精神障害者にとって真に保健医療福祉施策の充実を達成するものとなり得るよう切に願うものであるとともに、デイケア（デイサービス）を中心に下記の点につき見解を表明する。

記

1. 精神科デイケア及び重度痴呆デイケアは、リハビリテーション医療として医療保険に位置づけてゆくこと。

地域で暮らす患者を支えて、入院抑制及び長期入院患者の退院促進そして再発予防に、大きな役割を果たしているのが精神科デイケア・ナイトケアである。回復期に入ったばかりの患者をリハビリテーションに導入する際、医療機関にデイケアがあってこそそれはスムーズに進むものである。病状の不安定な患者や病識に欠けた患者でも、デイケアに参加する中で、病気を受け入れ服薬も定期的にするようになり、病状の安定を得ることが少なくない。このように精神科デイケアはリハビリテーション医療として重要な役割を持っている。

重度痴呆デイケアも同様である。地域にあって閉塞的、保護的な家庭環境で時を過すの

ではなく、積極的に人々の間に入り、医学的管理の下、精神症状の除去と伴に適度の運動と心の安らぎを得ながら人とのかかわりを提供するデイケアは治療的側面から言っても、また社会生活における満足と安定を保障する上でも福祉的サービスとともに必須の存在である。また家族の介護・看護の時間と労力を軽減する上で、欠くことのできない機能を持つものである。

従って、精神科デイケア及び痴呆デイケアを一律に介護保険等の福祉サービスの枠に入れ込むのではなく、医療の有効性も制度に反映すべきである。

2．デイサービスにおいてもコ・メディカルの配置を行い、ケアマネジメント制度については現場との十分なコンセンサスのもとに進めていくべきである。

障害者自立支援法案には福祉サービスが提案されている。精神科デイケアの利用者の中には地域生活支援を志向する相談援助体制の整った福祉サービスとして位置づけられる通所サービスの方がむしろ有効な場合もあると考えられる。¹

また複数単位の大規模医療デイ・ナイトケアにおいて「かかわり」が希薄化し、適切な治療援助が十分とは言えない状況におかれる患者が居る場合、的確な区別により地域の福祉サービスの方を選択する方が患者自身にとってむしろ適切と考えられる。従って社会生活を送ることが可能な精神障害者には医師の他、看護師、保健師、精神保健福祉士、心理技術者等のうちのいずれか複数のコ・メディカルを配置したデイサービスを整備することが必須である。² 但し機能としては生活支援、地域活動および就労支援等を含むものとする。

この利用に当たってはケアマネジメント制度の導入が検討されているが、障害給付審査会のあり方、障害程度区分判定の仕組み及びケアマネジャーの質と量の確保等々多大な課題が残されており、時間をかけて十分な議論を尽くす必要があり拙速は避けるべきである。

3．障害者自立支援法案第 58 条について

自立支援医療費における応益負担はデイケア通所者に対する利用抑制につながりかねない。現行精神保健福祉法第 32 条「通院医療費公費負担制度」が廃止され、自立支援医療に関する「応益負担」が求められることは医療費増加の抑制という財政的理由がその基本にある。

政府としては上記 1．に述べたデイケアの存在意義に照らし合わせ、応益負担制度については再検討すべきである。デイケア・ナイトケアによってようやく地域生活が支えられている多くの患者が応益負担の制度により、受診や通所動機が抑制される可能性もある。その結果精神科リハビリテーションの中断や病状の再燃が多発する可能性さえ懸念される。特に、デイケアは毎日の活動であるため、自己負担額が急激に増えることになり、政策の急変によって通所中断が起因して統合失調症を再発させ、またうつ病患者による自殺の急増を招きかねない。

精神障害者に適正な医療を給付することを目的とした現行精神障害者通院医療費公費負担制度の趣旨を踏まえ、診療の抑制や中断につながらないように、十分な配慮が必要である。また「世帯」の範囲についても精神障害者の世帯特性を考えたとき、極めて限定的に設定すべきであり、自己負担についても軽減措置を図ることが求められる。

4. 自立支援医療費における対象疾患については利用実態に鑑み、「重度かつ継続」の範囲によらず状態像により適応を判断すること。

障害者自立支援法案では、所得税課税世帯においては「重度かつ継続」(統合失調症・狭義の躁うつ病・難治性てんかん)の患者に自立支援医療費の対象が限定されている。実際には、この疾患以外にも地域社会生活に困難を持つ多くのデイケア通所者が存在する。従って、診断分類によるのではなく状態像から適応を判断すべきである。

¹ 精神保健福祉施策の改革と医療計画の見直しについて、厚労省、障害保健福祉部精神保健福祉課、精神保健福祉の抜本的な改革～精神障害者が地域で普通に暮らせるために～制度改革による精神障害者の社会復帰・地域生活の確保として：精神医療の質の向上等(急性期医療や社会復帰リハビリテーションなど、病状に応じた医療を提供等)と地域生活の受け皿(支援のための福祉サービス)の整備。

目指すべき方向性、<その2>社会復帰リハの強化と地域体制強化、地域における体制作り、住、活動、生活等の支援体系の再編と充実。H17.4.28、p.16

² 同上：精神分野のノウハウを活かせる他分野への人員の再配置。