

サービス名	市町村名	内容・対象	詳細
バス・タクシー 運賃減免	津山市	バス利用券の助成(1級)	・1ヶ月15枚(1枚100円以内)
		自家用自動車 給油代助成(1級)	・1ヶ月2枚(1枚500円以内)
		タクシー利用券の助成 (1級)	・1ヶ月4枚(1枚500円以内)
	中央町	タクシー利用券の助成 (1級)	・タクシー利用券20枚/年(初乗り運賃相当額)または自家用自動車給油1,000円券6枚/年(住民税均等割非課税)
	久米南町	タクシー利用券の助成 (1・2級)	・タクシー利用券24枚/年(初乗り運賃相当額)
施設等 通所交通費 助成	阿波村	作業所通所交通費助成 (手帳所持は条件としない)	・対象:作業所通所者 JR運賃半額補助
	久米南町	作業所通所交通費助成 (手帳所持は条件としない)	・交通費の2/3助成(限度額あり)
	久米町	作業所通所交通費助成 (手帳所持は条件としない)	・対象:共同作業所「ふれんど」通所者 交通手当100円/日
	美作町	作業所通所交通費助成 (手帳所持は条件としない)	・町営バス交通費半額助成
公営住宅 入居優遇	岡山県	県営住宅入居優先(1・2級)	・抽選番号が2つ与えられる
	作楽県	県営住宅入居優先(1・2級)	・優先入居申込書により優先的に入居できる
福祉手当	中央町	精神障害者援護金(1・2級)	・1級:120,000円/年 ・2級: 78,000円/年
駐車場・ 駐輪場 利用料減免	岡山市	市営駐車場利用料(1級)	・半額
	倉敷市	市営駐車場利用料(1級)	・半額
レジャー 関連施設 利用料減免	民間	林原美術館(岡山市)(1~3級)	・本人2割引(介護者1名無料)
		大原美術館(倉敷市)(1~3級)	・全額(1級のみ介護者1名無料)
		倉敷チボリ公園(倉敷市) (1~3級)	・半額(介護者1名無料)
		ドイツの森クローネンベルク (吉井町)(1~3級)	・半額(1級のみ介護者1名無料)
		津山錦映、明宝会館 (映画館:津山市)(1~3級)	・割引(大人1,700円→1,000円)
		利用料減免(1~3級)	・美作の丘入場料(全額)

※詳しいお問い合わせは、各市町村役場または各施設にお問い合わせください。

# 障害年金

## 障害基礎年金

国民年金について一定の保険料納付要件を満たしている方が、病気やケガで障害を持つようになった場合、認定を受けた障害の等級に応じて障害者基礎年金が受けられます。障害基礎年金額は定額になっています。また、受給者によって生計を維持されている子がいれば加算額があります。

## 障害厚生(共済)年金

厚生年金保険について、一定の保険料納付要件を満たしている方が病気やケガで障害を持つようになった場合、認定を受けた障害の等級に応じて障害者基礎年金書が受けられます。

年金額は障害基礎年金と違い、加入期間や等級に基づいて計算されるため、人によって支給額が変わります。また、1級、2級に認定された場合は、障害基礎年金についても併せて受けることができます。

## 障害年金を受けるには？

障害年金は障害があれば必ず受けられるわけではありません。障害の程度や保険料の納付状況などにより障害年金を受けられない場合もあります。

まずは、主治医または、病院のソーシャルワーカー等にご相談ください。

お問い合わせ

津山社会保険事務所 まで

TEL 0868-22-7116

## 生活保護

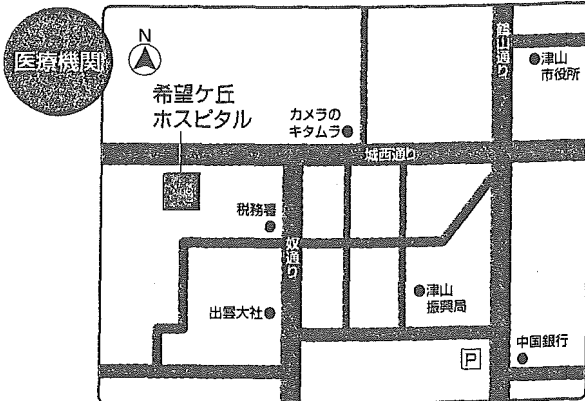
生活保護は、病気や障害のために働けない、働いていても収入が少ない場合などに、最低限の生活を保障してくれる制度です。

どのような保障が受けられるかは、年齢や家族構成等によって異なります。

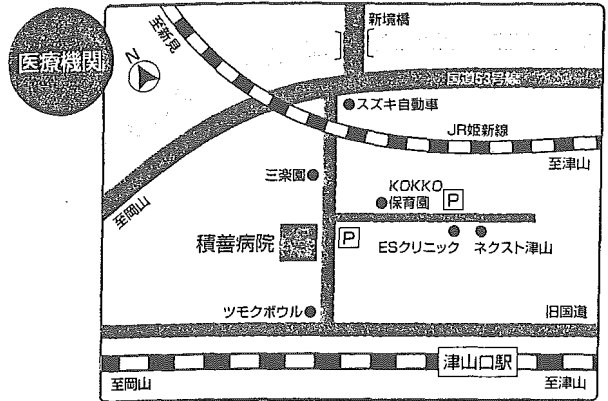
詳しい内容については、お住いの市町村までお問い合わせください。

その他、精神障害者手帳1級・2級を所持している場合は、生活保護受給の際に障害者加算の認定を受けることができます。

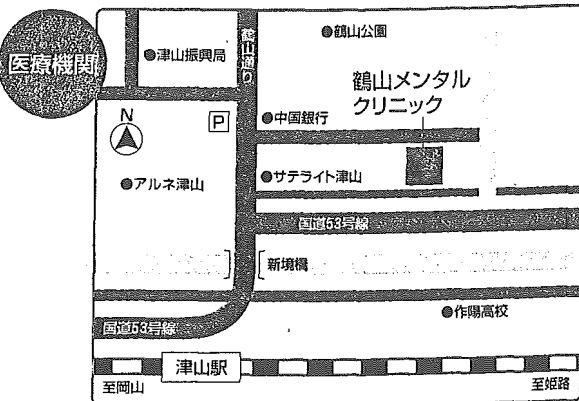
# 周辺マップ



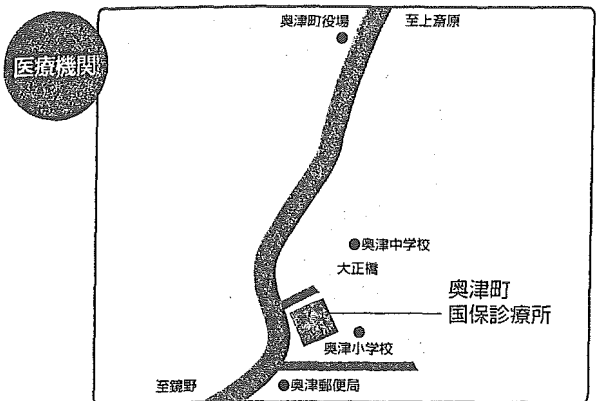
希望ヶ丘ホスピタル



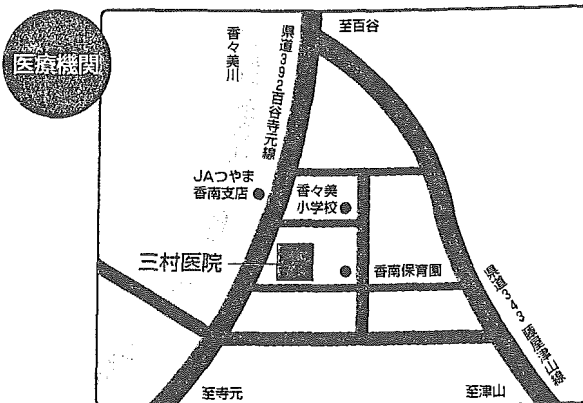
積善病院



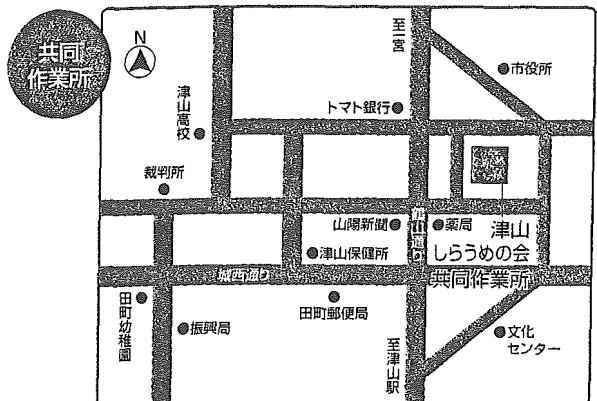
鶴山メンタルクリニック



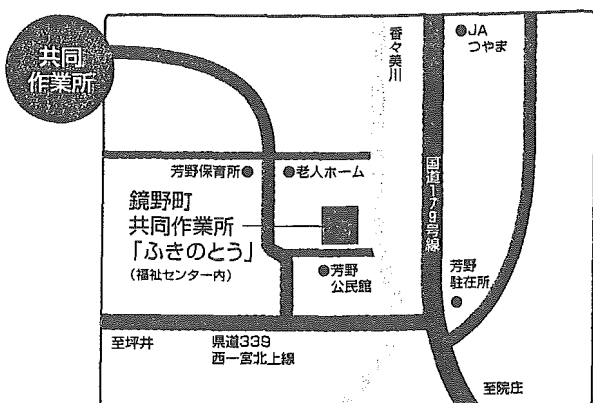
奥津町国保診療所



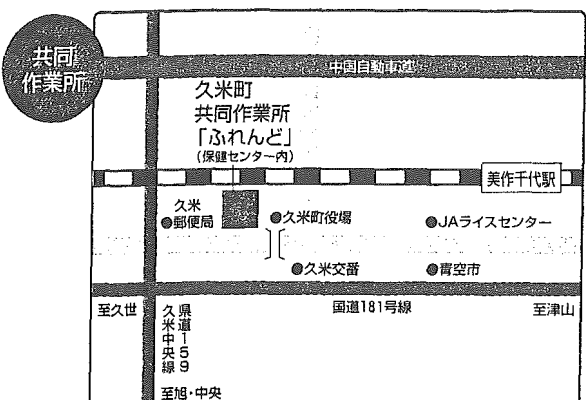
三村医院



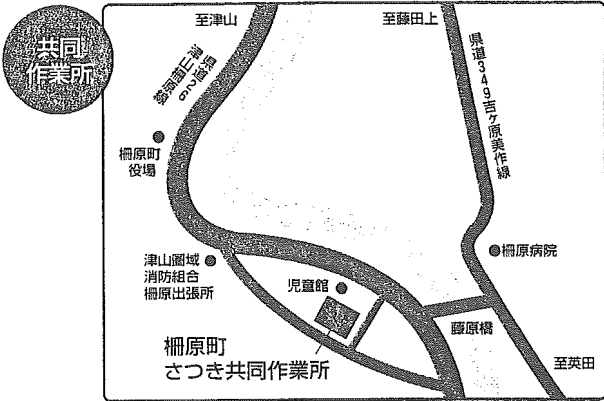
津山しらうめの会共同作業所



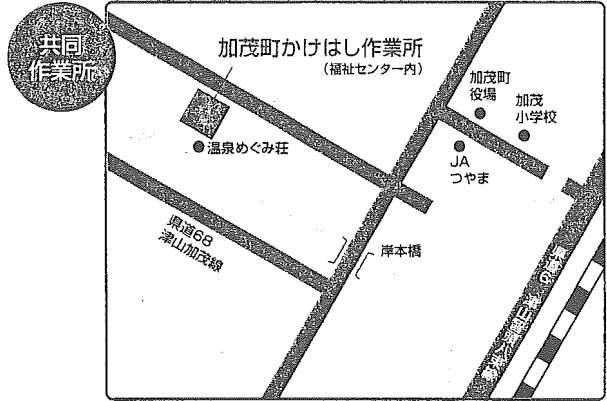
鏡野町共同作業所「ふきのとう」



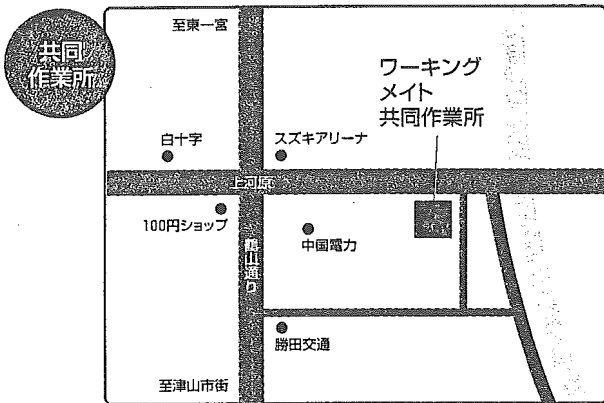
久米町共同作業所「ふれんど」



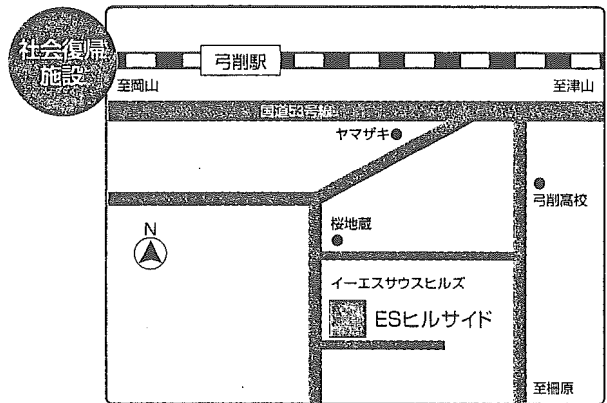
柵原町さつき共同作業所



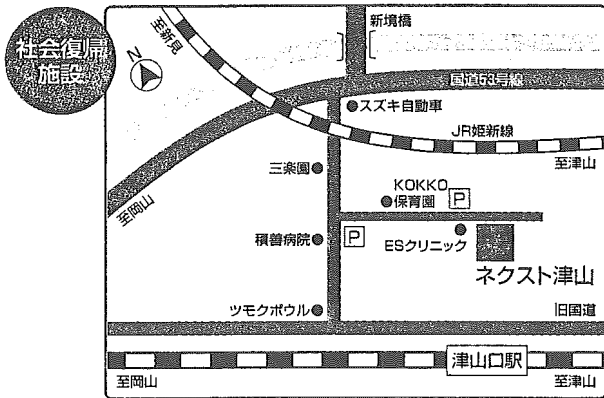
加茂町かけはし作業所



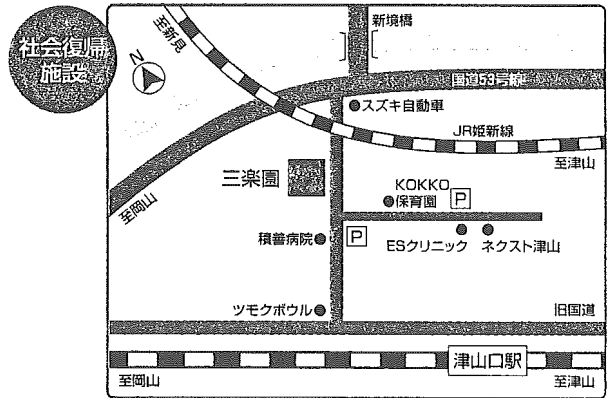
ワーキングメイト共同作業所



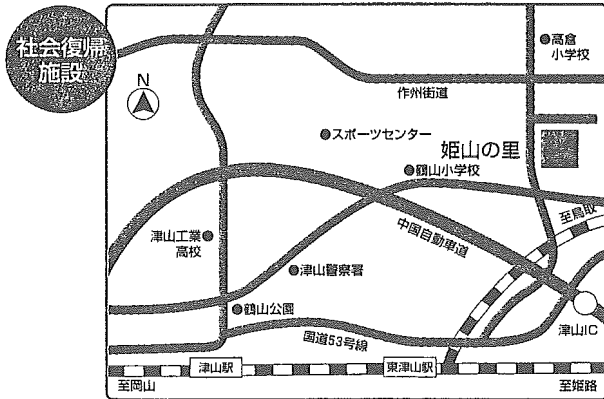
ESヒルサイド



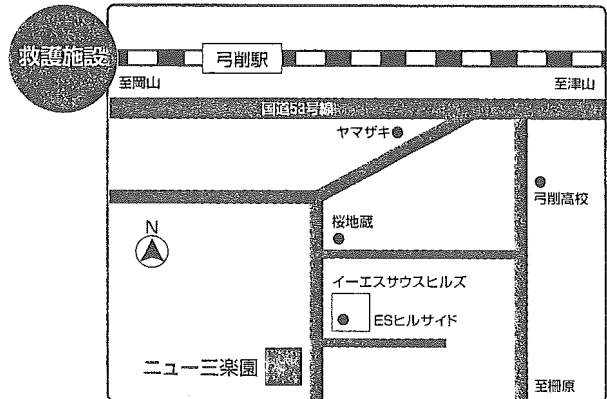
地域生活支援センター ネクスト津山



入所授産施設 三楽園



福祉ホーム 姫山の里



ニュー三楽園

# お問い合わせ先一覧

## ●相談窓口

名称	住所	電話番号
津山市役所 健康増進課	〒708-8501 津山市山北520	☎ 0868-32-2069
加茂町役場 保健福祉課	〒709-3905 加茂町塔中104	☎ 0868-42-3114
富村役場 健康福祉課	〒719-3301 富村富西谷125-1	☎ 0867-57-2755
奥津町役場 町民福祉課	〒708-0421 奥津町井坂495	☎ 0868-52-2211
上斎原村役場 保健福祉課	〒708-0601 上斎原村514-1	☎ 0868-44-2111
阿波村保健福祉センター	〒709-3951 阿波村字郷原1198	☎ 0868-46-2016
鏡野町役場 保健福祉課	〒708-0392 鏡野町竹田660	☎ 0868-54-2111
中央町保健センター	〒709-3717 中央町原田2150	☎ 0868-66-0970
旭町保健センター	〒709-3498 旭町西川1001-5	☎ 0867-27-3675
久米南町役場 保健福祉課	〒709-3614 久米南町下弓削502-1	☎ 0867-28-2047
久米町役場 保健福祉課	〒709-4603 久米町中山下1300	☎ 0868-57-7794
柵原町役場 保健課	〒708-1533 柵原町久木225	☎ 0868-62-1115
津山保健所 心の保健福祉係	〒708-0051 津山市椿高下114	☎ 0868-23-0145
夜間休日相談センター おかやま	〒700-0813 岡山市石関町2-1	☎ 086-225-9080

## ●医療機関

名称	住所	電話番号
1 希望ヶ丘ホスピタル	〒708-0052 津山市田町115	☎ 0868-22-3158
2 積善病院	〒708-0883 津山市一方140	☎ 0868-22-3166
3 鶴山メンタルクリニック	〒708-0022 津山市山下9-12	☎ 0867-31-0115
4 奥津町国保診療所	〒708-0423 奥津町女原90-1	☎ 0868-42-2121
5 三村医院	〒708-0312 鏡野町香々美850-8	☎ 0868-56-0101

## ●共同作業所

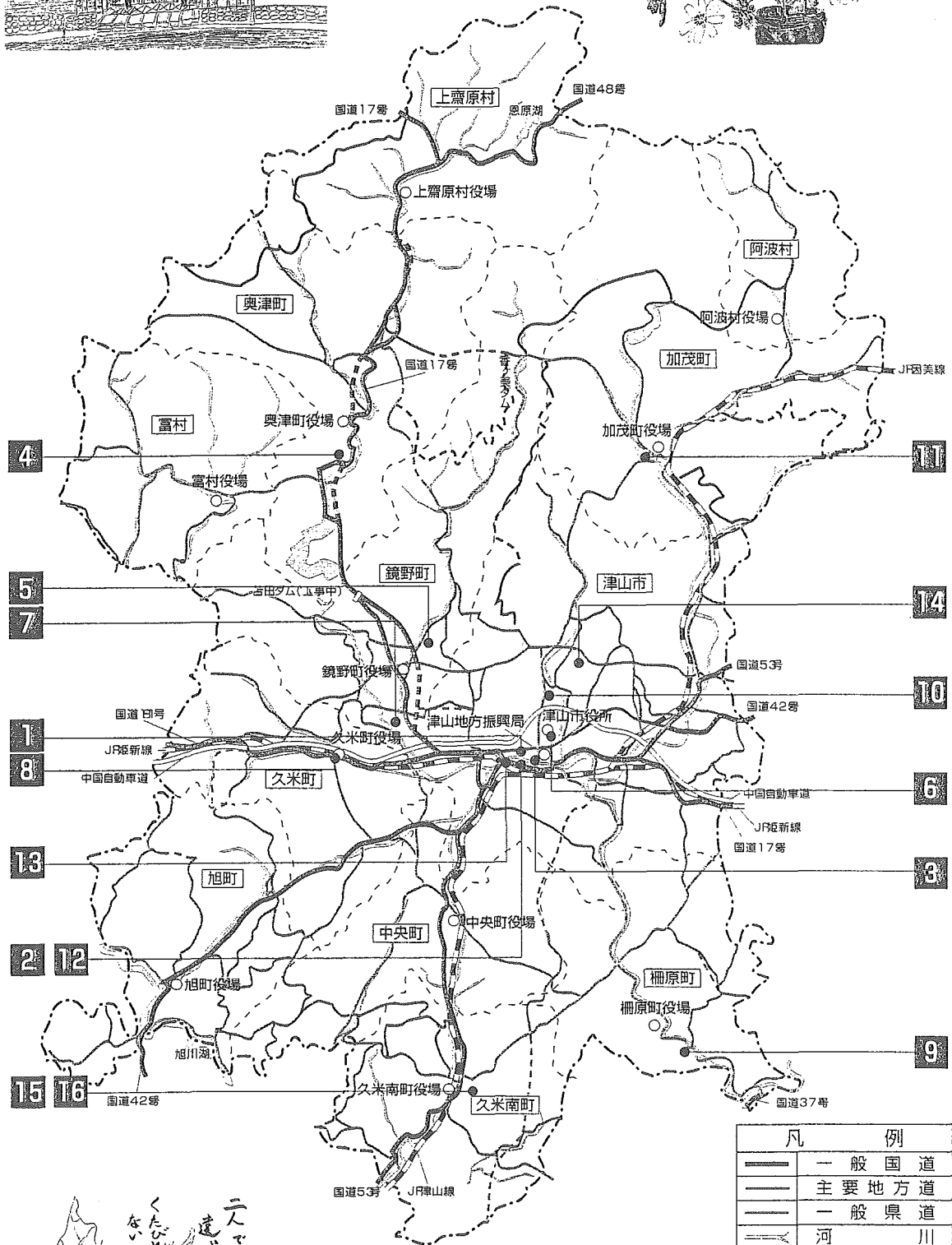
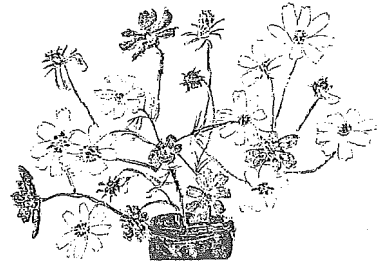
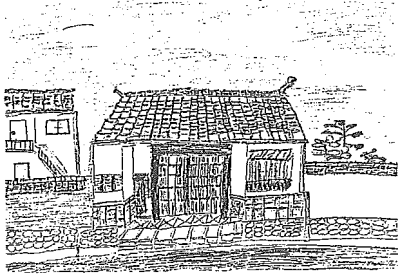
名称	住所	電話番号
6 津山しらうめの会共同作業所	〒708-0051 津山市椿高下125	☎ 0868-24-9012
7 鏡野町共同作業所「ふきのとう」	〒708-0333 鏡野町古川439-1	☎ 0868-54-2111
8 久米町共同作業所「ふれんど」	〒709-4603 久米町中北下1300	☎ 0868-57-3111
9 柵原町さつき共同作業所	〒708-1534 柵原町藤原382	☎ 0867-62-0215
10 ワーキングメイト共同作業所	〒708-0002 津山市上河原197-1-1	☎ 0868-22-0880
11 加茂町かけはし作業所	〒709-3906 苫田郡加茂町小中原143	☎ 0868-42-3114

## ●社会復帰施設

名称	住所	電話番号
12 地域生活支援センターネクスト津山	〒708-0884 津山市津山口308-5	☎ 0868-22-1177
13 入所授産施設 三楽園	〒708-0883 津山市一方281-1	☎ 0868-22-7347
14 福祉ホーム 姫山の里	〒708-1123 津山市下高倉440	☎ 0868-29-3505
15 福祉ホーム ESヒルサイド	〒709-3614 久米南町下弓削651-2	☎ 0867-28-4111

## ●救護施設

名称	住所	電話番号
16 ニュー三楽園	〒709-3614 久米南町下弓削687-1	☎ 0867-28-4111



※掲載の絵は、この冊子の中で紹介した施設の利用者が描いた絵です。

この冊子に掲載している情報は、平成15年4月～平成16年2月現在で収集したものです。内容や数値等は、変更されることがありますので、電話等でお確かめになってからお出かけください。

冊子の作成にあたっては、津山保健所管内心の保健福祉関係者連絡会を通じて、各関係機関および関係団体のご協力を得ました。

ご意見ご感想をお寄せください。 平成16年 3月

発行 津山保健所 保健課 心の保健福祉係

☎ 0868-23-0145

☎ 0868-23-6129

# 分担研究報告書

## 2. 緒方班



研究協力者 緒方 剛（茨城県つくば保健所長）  
廣瀬 省（(財)日本公衆衛生協会）  
研究協力補助者 橋本 敏恵 赤澤 浩 中島由加里  
（茨城県つくば保健所）

## 研究要旨

地域での受入れ条件が整えば退院可能な社会的入院患者の削減に向けて、今後緊急に取り組むべき事項を明らかにして、課題とその解決に向けた方向性を検討することを目的として、退院促進に関わる医療機関や保健所や市町村、社会復帰施設などの関係機関により「精神障害者退院促進支援事業」に関する情報交換を実施した。その結果、「精神障害者退院促進支援事業」の対象者として、ケースの選出条件が見直されて対象者の枠が広げられ、事業の目的達成に貢献できた。

また、精神科医師を対象に、医療機関が退院可能な入院患者の病状に関係なく「終の棲家」として受け入れている現状を問題として、意見交換や精神保健医療福祉改革ビジョンや任意入院の解釈などについて学習会を実施した。医師には任意入院患者の処遇の原則を徹底することを指導した。そして、社会的入院患者を積極的に減らすためには、医師の役割がきわめて大きくチーム医療が重要であり、地域の体制については地域ネットワークを強化するとともに、必要な資源の改革に力を入れていくという認識を深めた。

## A 研究目的

近年、我が国の精神障害者をとりまく保健福祉施策は、入院治療から外来治療を中心となり、地域での治療や社会復帰支援を行う必要性が社会でも少しずつ受け入れられつつある。しかし、精神障害者の長期入院は依然問題視されており、我が国の精神病院の平均入院日数は350日、入院患者の約半数は5年以上の長期入院をしているという実態は、諸外国に比べて非常に劣悪な状況である。現在、社会的入院の定義は統一されていないが、厚生労働省は、「受入れ条件が整えば退院可能」な精神科病床入院患者が全国におよそ7万2千人いるとしており、国は今後10年のうちに、こうした入院患者の退院を促進し社会復帰を目指し、併せて病床数の減少を促すとして、平成15年度には「社会的入院解消のための退院促進支援事業」が予算化された。

茨城県では精神病院の平均在院日数が480

日と全国第3位の長さであるが、症状が安定している精神障害者が、受け入れ条件が整わないため、長期入院している現状からの脱け出ることを目的とした「精神障害者退院促進支援事業」が実施された。平成16年度は、つくば保健所管内の社会復帰支援施設が「事業」委託を受けたことを機会に、退院促進に向けて補助的支援を行ない、今後緊急に取り組むべき事項について、課題とその解決に向けた方向性を検討し、精神科医療機関への働きかけを行うことを目的とする。

## B 研究方法

1 「精神障害者退院促進支援事業」を推進するための呼びかけと情報交換

「精神障害者退院促進支援事業」の委託を受けた施設とともに、各医療機関を訪問して事業説明を行い、また、つくば保健所管内の市町村や地域生活支援センターや作業所などの社会復帰施設、医療機関従事者と、「精神障害者退

院促進支援事業」に対する進捗状況を出し合い問題点や課題など意見交換を行った。

## 2 精神科医療機関の医師との学習会と意見交換

土浦・つくば障害者圏域の精神科医療機関医師を対象に、病状が落ち着いて入院の必要がないのに社会復帰の受け皿がなく、退院できない社会的入院は精神医療の大きな問題であることを投げかけた。更に、任意入院患者に対する法的解釈や「精神保健福祉の改革ビジョン」を中心とした学習会を実施し、社会的入院患者を解消にむけた意見交換を行った。

## C 結果

### 1 「精神障害者退院促進支援事業」に関する呼びかけと情報交換

平成16年8月4日に「精神障害者退院促進支援事業」に対する進捗状況について、市町村や医療機関、社会復帰施設関係者など21機関にて情報交換をつくば保健所で実施した。退院促進支援事業の対象者選出について、土浦・つくば障害者圏内の精神科医療機関11か所を、社会復帰施設と保健所が説明に回り、任意入院患者の選出を依頼した。また、この時点で2名の対象者しか選出されていないという現状についても、医療機関の社会復帰相談を主に担当している精神保健福祉士等を中心にその背景について意見を求めたところ、「本人が希望しているが家族が入院継続を希望している」「家族の協力が得られず家族が反対している者を地域にだすことが困難」「医師の病状回復の判断と、精神保健福祉士の回復判断の相違」「(長期入院により)病院への順応性が高すぎて退院を望んでいない」「病院側で反対している家族を説得していくことが困難」「希望がでていても病状が不安定」などの意見がだされた。また「入院当時のエピソードが時間を経ても強く残っており、家族も容易に退院に同意できない」等家族の思いが家族会からだされた。しかし、家族の協力を得られないからこそ、「精神

障害者退院促進支援事業」の対象者として選出することがのぞましいという結論に達したことにより、ケースの選出条件が見直され、その後、家族の協力が得られないという対象者が医療機関から出されるようになった。

### 2 精神科医療機関の医師との学習会と意見交換

平成17年1月7日に、土浦・つくば障害者圏域の精神科医療機関医師や市町村職員28名を対象にした学習会と意見交換をつくば保健所で実施した。特に、任意入院患者に対する入院は社会防衛ではなく本人保護の制度であり、任意入院患者が本人の意志に反して長期の入院が必要と認められた場合には法令に基づき医療保護入院に切り替えるなど、原則を徹底すべきこと力説し、また「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を推し進めていくための「精神保健医療福祉の改革ビジョン」について福祉の充実や地域医療の支援の重要性など精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化が求められていることを説明した。

意見交換では、医療機関医師による患者の自立能力の評価の低さや、「今更、家に戻られても困る」という身内の反対があり積極的に退院を進めていないという予想された実態を改めて確認した。加えて、医療機関からは、障害者を地域で支えることを目的とした会議が、精神のケースになると問題行動＝入院の依頼となり本末転倒の事態が生じていることを例にあげ、「地域の民生委員やコーディネーターでさえ理解していない」という地域の課題もあげられた。これに対して、地域でも救急時の対応の検討、様々な役割や強いケア機能をもつ施設の整備、処遇困難な精神障害者への対応としての地域ケアシステムの強化、民間アパート等の保証人問題の解決などの取り組みを強化していくことを表明した。

## D 考察

任意入院の患者は、本来自分の意志で入院を

決定し、退院を希望した際には退院を拒まれることは本来ないはずではあるが、実際には長期化する傾向にあり、その背景は複雑である。退院を促進できない要因として、家族が病院を「終の棲家」として考え、医療機関の医師などスタッフにおいても、家族の強い反対を阻止してまでも退院を進めることができないという点は大きな問題である。しかし、家族の協力が得られない精神障害者こそ、支援の必要性が高く、「精神障害者退院促進支援事業」の対象として対象条件の枠組みが拡大されたことは成果であった。

また、医療機関の医師には、任意入院患者の処遇の自己決定とともに、社会的入院をしている任意入院患者を積極的に退院させるためにはチーム医療で連携体制を組むこととした。社会復帰施設以外にも精神障害者の地域での受け皿として保健・福祉サービスの充実や地域ケア体制の整備が不可欠であり、地域資源を上手に動かしていくことに力を注ぐ必要がある。更に、社会的入院患者が退院後に地域で安心して日常生活を送るためには、適切な医療がいつでも提供されることが必要であり、特に病状が悪化した際の緊急時には、誰でもが早急に医療機関で精神科の治療が受けることができる救急時の対応が整備されるよう、県が対応することが大切である。

退院後の住まいに関しては、核家族化が進み高齢化した親や兄弟のもとへ戻して扶養の義務を負わせるというのは現実的には無理であり、これからは、財団法人や社会復帰施設等が保証人になるなどの新しい取り組みを行うとともに、これを支えていく組織を地域で作っていくことが必要である。また、高齢化した精神障害者について、介護保険を利用して老人保健等への利用ができるような体制づくり、受け入れる側の職員の知識の習得などの体制整備が必要である。

## E 結論

### 1 「精神障害者退院促進支援事業」に関する

情報交換を行い、「精神障害者退院促進支援事業」の対象者確保のため、精神病院への呼びかけに協力し、また意見交換を実施してケースの選出条件が見直されて対象者の枠が広げられ、より多くの精神障害者が「精神障害者退院促進事業」に取り組む機会を与えられた。

2 精神科医療機関の医師との学習会と意見交換を行い、医療機関が退院可能な入院患者の病状に関係なく「終の棲家」を受け入れている現状は問題であり、1人でも多くの社会的入院患者が地域へ戻るため、任意入院患者の入院が本人保護の制度である点を行政から説明することとし、社会的入院患者を減らすためには医師の役割はきわめて大きく、退院促進に重要な役割を担っている認識を強化してもらうことができた。他方、退院促進には、医療、家族、地域住民の受け入れのための啓発の強化と体制の確立が必要であることが理解できた。

F 研究危険情報 なし

G 研究発表

- 1 論文発表 なし
- 2 学会発表 なし

H 知的財産権の出頭・登録状況 なし

# 分担研究報告書

## 3. 竹島班

平成16年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉研究事業)  
精神障害者の社会復帰に向けた地域体制整備に関する研究  
分担研究報告書

「社会復帰施設機能の測定に関する研究」

－精神障害者の退院・社会復帰における住居確保についての調査－

分担研究者 竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所)  
研究協力者 宮田 裕章 (国立精神・神経センター精神保健研究所)  
立森 久照 (国立精神・神経センター精神保健研究所)  
三宅 由子 (国立精神・神経センター精神保健研究所)  
橋本 康男 (広島大学地域連携センター)  
蓑輪 裕子 (聖徳大学短期大学部)  
長尾 卓夫 (高岡病院・日本精神科病院協会)  
漆原 和代 (同和会千葉病院)

**研究要旨：**精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」(平成15年5月)においては、重点施策として、①普及啓発、②精神医療改革、③地域生活の支援、④『受け入れ条件が整えば退院可能な』7万2千人の対策を上げ、地域生活の支援として「地域における居住先の確保を支援する」ことをあげている。精神障害者の住居確保の現場での取り組みから有効な支援策を明らかにすることを目的に質問紙調査を行った。調査は日本精神科病院協会に加盟する病院、全国精神障害者社会復帰施設協会に加盟する法人等のうち、グループホーム・共同住居を運営する組織・法人、同組織・法人が運営するグループホームや共同住居の運営状況、賃貸物件確保の取り組みをよく把握している者を対象に行った。各調査票の回収数は組織・法人アンケートが210(有効回収率48.6%)、グループホームアンケートが329(有効回収率51.2%)、共同住居アンケートが128(有効回収率57.9%)、賃貸物件アンケートが91票であった。組織・法人アンケートの結果、グループホームを運営している組織・法人は89.0%であった。共同住居を運営している組織・法人は32.9%であった。個別住居(法人所有の物件や、法人が借り上げた部屋)の提供については10.5%の組織・法人が行っていた。住居確保方法として例示した「一戸建て住宅(あるいはアパート一棟)を確保し、当該地域の生活保護の住宅扶助相当の賃料で各部屋を精神障害者に提供する」または「当該法人の周辺地域に、4～6部屋程度を有する一戸建て住宅(あるいはアパート一棟)を不動産業者から一括して借り上げ、当該地域の生活保護の住宅扶助相当の賃料で各部屋を精神障害者に提供する」については、両者ともある程度の実施例が報告され、ま

た「何らかの援助が得られれば実行することができる」という回答が 4 割以上得られたことから、住居確保のための事業として展開可能性を示唆する結果であると考えられた。グループホームアンケートの結果、その多くは入居期限がない長期的な住居であるものの、他の住居に移行するまでの入居期限付きの居住の場として設けられているグループホームも少なくないことがわかった。グループホームで提供している支援は、日中・部分的な支援が最も多く、障害者自立支援法案における居住支援サービスの再編後のグループホーム（共同生活援助）の役割と大きな違いはないものと思われた。共同住居アンケートの結果、69 施設に 1649 人が入居していることがわかった。共同住居が賃貸物件を賃貸契約することで成り立ち、賃貸契約の締結や解消で伸縮自在という特徴を有することは、一定の計画的な運用が可能ならば、住居確保対策の大きな柱となる可能性がある。賃貸物件アンケートの結果、精神科病院等が支援して住居確保に至っている者は少なくないことがわかった。精神科病院等の取り組みを支援する方策等を明らかにする必要がある。

本研究によって、平成 15 年度の聞き取り調査によって得られた住居確保の取り組みに関して得られた情報が特殊なものではないことが確認された。障害者自立支援法案には、居住支援サービスの再編として、ケアホーム（共同生活介護）、グループホーム（共同生活援助）、福祉ホーム（住居提供）、居住サポート事業（障害保健福祉圏域ごとに体制確保）が示されているが、すでに組織・法人が取り組んでいる取り組みの自立性を尊重しながらも、それを支援し、積極的に活用する視点が必要と考えられる。

## A 目的

精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」(平成15年5月)においては、重点施策として、①普及啓発、②精神医療改革、③地域生活の支援、④『受け入れ条件を整えば退院可能な』7万2千人の対策を上げ、地域生活の支援として「地域における居住先の確保を支援する」ことをあげた。このように精神障害者の退院・社会復帰における住居確保の問題は、わが国の精神保健福祉における最重要課題になっている。

平成15年度は、一般賃貸住居の確保や、居住生活における生活の安定・安心に必要な環境基盤の整備等について、精神科病院、社会復帰施設、住宅会社、不動産業、行政機関等に聞き取り調査を行った。

平成16年度においては、15年度の聞き取り調査で明らかになった住居確保の取り組みや課題等をもとに、支援における有効な施策案を検討するうえで、精神障害者の住居確保の現状を広く把握するために質問紙調査を行った。調査はグループホーム・共同住居を運営する組織・法人及び、グループホーム、共同住居、一般賃貸物件の提供と支援について実態を把握している者を対象に、それぞれの立場における取り組みや困難を把握することを目的に実施した。

## B 方法

### 1. 調査対象

本研究では精神障害者の住宅支援に取り組んでいる基準として、グループホームまたは共同住居を現状(2004年10月時点)既に運営している組織を選定した。調査対象者組織としては、日本精神科病院協会に加盟する病院、全国精神障害者社会復帰施設協会に加盟する法人等から、グループホームまたは共同住居を運営している全数(432施設)を抽出した。調査票は自記式であり郵送回収法により平成16年11月から12月にかけて実施された。

### 2. 調査の概要

本研究における調査票は、「A：組織・法人アンケート」、「B：グループホームアンケート」、「C：共同住居アンケート」、「D：賃貸物件アンケート」の4種類により構成されている。

「A：組織・法人アンケート」は、組織・法人が運営する社会復帰施設、居住の場、精神科病院(運営していた場合)の全体について把握している者を回答者に指定して、記入を依頼した。

「B：グループホームアンケート」では、組織・法人が運営するグループホームの運営状況について把握している者を回答者に指定して、記入を依頼した。「C：共同住居アンケート」では組織・法人が運営する共同住居(精

神福祉法の居宅支援事業として国の補助を受けていない住居で、法人が借り上げ、または設置しているもの)の運営状況について把握している者を回答者に指定し、記入を依頼した。

「D：賃貸物件アンケート」では、賃貸物件など、社会復帰施設やグループホーム・共同住居以外の場で、地域生活を始めた精神障害者の支援について把握している者を回答者指定して、記入を依頼した。なおB、Cの調査表については1法人で複数のグループホームを運営している場合は、1施設につき、1つの調査票を使用して全ての施設に対する回答を依頼した。

各調査票の回収数は「A：組織・法人アンケート」が210（有効回収率が48.6%）、「B：グループホームアンケート」が329（有効回収率が51.2%；）、

「C：共同住居アンケート」が128（有効回収率が57.9%）、「D：賃貸物件アンケート」が91（1名以上の精神障害者に一般賃貸物件を提供している組織の数）であった。なお調査票B・Cについては日本精神科病院協会と全国精神障害者社会復帰施設協会が把握している施設数（グループホーム643施設、共同住居221施設）を全体数に設定して、回収率を計算した。

### 3. 調査票の質問項目

調査票の質問項目は昨年度の聞き取り調査から得られた取り組みや困

難についての内容を基に、項目を作成した。

「A：組織・法人アンケート」では、組織・法人が運営する社会復帰施設や居住の場について実態、法人の区分や活動状況について質問した（精神科病院を運営している法人については、病院の属性について質問した）。次に、地域で生活する精神障害者に、どのような医療的支援が必要とされるかについて質問した。また、組織・法人における退院支援の経験から、精神障害者が地域で生活する上で発生可能性のある問題について、どのような対応が必要とされるかについて質問した。最後に住居の確保の方法について、昨年度の聞き取りで一部施設が実施していた具体案を提示し、対象法人の地域での実現可能性を質問した。

「B：グループホームアンケート」では定員や利用料、行っている支援、入居者の概要などについて質問した。次にグループホームの建物に関して、立地条件や築年数、部屋割りなどについて質問した。また、グループホームで生活する精神障害者の精神症状への対応や、社会生活上の問題への対応について、どの程度の困難や負担を感じたかを質問した。なお本研究では「グループホーム」を「精神保健福祉法の居宅生活支援事業として国の補助を受けている施設」と定義した。

「C：共同住居アンケート」では上



記グループホームアンケートの項目に加え、財源の問題について質問した。本研究では「共同住居」を「精神保健福祉法の居宅支援事業として国の補助を受けていない住居で、組織・法人が借り上げ、または設置しているもの」と定義した。

「D：賃貸物件アンケート」では最初に、法人が支援を提供する精神障害者でこの1年間に賃貸物件などを新たに借りて、社会復帰施設、グループホーム、共同住居以外の場で、地域生活を始めた人の人数について質問した。次にその支援の具体的内容や、支援を提供する体制、支援を受けた人の概要について質問した。また、賃貸物件などで生活する精神障害者の精神症状への対応や、社会生活上の問題への対応について、どの程度の困難や負担を感じたかを質問した。

#### 4. 統計分析

調査票の各項目について集計し、その頻度から回答の特徴を分析した。各項目ともに回収された調査票の全数に対して頻度の記述を行っている。数値で回答を得た項目については、平均値と標準偏差に加え、中央値と四分位点を提示した。

(倫理面への配慮)

本研究は日本精神科病院協会に加盟する病院、全国精神障害者社会復帰施設協会に加盟する法人等から、グル

ープホームまたは共同住居を運営している全数を対象にした、個人情報を含まない質問紙調査である。また調査票は回収した後データ入力の前段階で、法人名や施設名を切り離して取り扱った。また本報告書の作成においても、記述回答については個別の施設が特定できない形で要約掲載を行った。

### C 研究結果

#### 1. 組織・法人アンケート(表1～表12)

##### 1) 社会復帰施設や居住の場の運営状況

組織・法人が運営する社会復帰施設や居住の場について表1に示す。表の左欄には各施設の運営の有無、右欄には運営している施設数について、それぞれ頻度を記述した。援護寮(生活訓練施設)については運営している組織が33.3%であり、そのうち1施設の運営が95.7%を占めていた。福祉ホームA型については、15.2%の組織・法人が運営しており、2施設以上運営している組織はなかった。福祉ホームB型については17.6%の組織・法人が運営しており、1施設の運営が97.3%を占めていた。入所授産施設については、運営している組織・法人が3.3%であった。グループホームを運営している組織・法人は89.0%であり、その内1施設の運営が53.8%、2施設の運営が29.0%、3施設以上が17.2%であった。共同住居については32.9%の組織・法人が運営を行っており、1施設の運営が62.1%、2施設の運営が21.2%、3施設以上の運営が16.7%であった。個

別住居（法人所有の物件や、法人が借り上げた部屋）の提供については、10.5%の組織・法人が行っており、1～5部屋を貸し出している組織・法人が36.4%、6～10部屋を貸し出している組織・法人が31.8%、11部屋以上を貸し出している組織・法人が、32.8%であった。

## 2) 組織・法人の概要

組織・法人の法人区分については医療法人が83.3%、社団・財団法人が8.6%、社会福祉法人が6.2%、NPO法人が1.0%、その他が1.0%であった（表2）。組織が最近1年間で行った活動について表3に示す。最も頻繁に行われていたのが、社会復帰施設・グループホーム職員の研修への派遣で77.6%の組織が行っていた。またその他に多くの施設で行われていたのが、ボランティアの受け入れ（66.7%）、家族会の開催・支援（65.2%）、地域ネットワークに関わる会議（64.8%）などであった。

同一組織内で運営する精神障害者を対象にした通所施設としては（表4）、精神科デイケア・ナイトケア・デイナイトケアが83.3%で最も多くあげられていた。また10%の組織はどのような通所施設も運営していなかった。

## 3) 精神障害者の必要とされる支援

地域で生活する、普段はGAF尺度で61-70相当（抑うつ気分や不眠などはあるが、目立った症状はなく、仕事、学校などの社会的関係は維持され、友人もいる状態）の精神障害者に、意志伝達困難、幻覚、緊張、抑うつ気分、

自傷他害の恐れなどが生じた場合の対応について質問した。表5にそれぞれについて分布を示す。自傷他害の恐れについては、69.0%と最も多くの施設が、精神科の即時受診が必要であると考えていた。表6では普段はGAF尺度で31-40相当（よくうつ気分や不眠などだけでなく、幻覚・妄想、判断や思考の障害もあり、仕事、学校等の社会的関係は維持できない状態）の精神障害者において、同様に、意志伝達困難、幻覚、緊張、抑うつ気分、自傷他害の恐れなどが生じた場合の対応について質問した結果を示した。幻覚、緊張、抑うつ気分、自傷他害の恐れ項目については6割以上の組織が精神科の即時受診が必要であると回答したのに対し、意志伝達困難について精神科の即時受診が必要であると回答した施設は8.1%に止まった。

## 4) 精神障害者の地域生活において発生可能性のある問題と対処

組織・法人における退院支援の経験から、精神障害者が地域で生活する上で発生可能性のある防犯・防災、生活管理、住宅・金銭管理、疾病管理、社会関係などに関わる問題について、どのような支援が必要とされるか、質問した。支援の内容としては、「個別対応または複数の担当者の連携」、「担当者の連携に加え、組織・法人が定めるガイドラインが必要」、「ガイドラインに加え行政による制度化などの支援が必要」を選択肢として用いた。結果を表7に示す。食生活、整理整頓、騒音、ゴミだし、生活時間の管理などの

生活管理の項目においては全ての項目で6割以上の組織が「個別対応または複数の担当者の連携」で対応できると考えていた。一方「ガイドラインに加え行政による制度化などの支援が必要」という回答が多く挙げられていた項目は、不動産業者との賃貸契約（36.7%）、他害行為への対応（40.5%）、地域住民とのトラブル（34.3%）であった。

### 5) 住居の確保方法と実施

精神障害者の住宅確保について2つの獲得方法を提示し、質問を行った。

確保方法1は「周辺地域で、4～6部屋程度を有する一戸建て住宅（あるいはアパート一棟）を確保し、当該地域の生活保護の住宅扶助相当の賃料で各部屋を精神障害者に提供する。住居の確保にあたる費用や火災保険料は賃料から支払う」というものである。確保方法1については32.4%が、「同様の方法を既に実行している」、8.1%が「現在実行していないが、確保方法1は当該法人の周辺地域で実現可能である」、41.0%が「何らかの援助が得られれば、確保方法1を実行することはできる」と回答した（表8-1）。次に確保方法1で住居を提供するに当たり、建物（表8-2）、土地（表8-3）のそれぞれについて、組織・法人で選択することが可能な方法について質問した。建物に関しては、「法人が現在所有する建物を一部改装して利用」31.0%が最も多かったが、「新たに住居を建築して利用」も24.0%と多かった。土地に関しては、「土地を賃借し

て利用する」が42.4%と最も多く、「法人が現在所有する土地を無償で利用」が32.4%と続いていた。表8-4では確保方法1の実行にあたり、住居管理、賃貸契約、入居者の確保、日常生活への支援、医療的支援のそれぞれの項目について、どのような支援が必要とされるかについて回答の分布を示した。支援の選択肢は「現在のままで可能」、「ノウハウの情報があれば可能」、「運営費の支援があれば可能」、「制度面での保証が必要」である。入居者の確保や、医療的支援では「組織が現在のままで可能」あるいは「ノウハウなどの情報があれば可能」と回答した組織は7割ほどに上っていた。これに対し、住居管理では、運営費の支援や制度面の保証を挙げていた組織は67.2%に上っていた。表8-5では実行可能かどうかに関わらず、確保方法1に今後取り組みたいか（取り組んでいる場合はもう一度同じ方法で取り組みたいか）という質問に対して、表8-1に示した現状の取り組みごとに、回答を示した。既に実行している組織・法人、現状のまま、支援があれば実行可能であると回答した組織・法人では何れも過半数以上が取り組みたいと考えていた。一方、実行可能性が難しいという組織は、どちらともいえないと67.6%が回答していた。

確保方法2は「当該法人の周辺地域に、4～6部屋程度を有する一戸建て住宅（あるいはアパート一棟）を不動産業者から一括して借り上げ、当該地域の生活保護の住宅扶助相当の賃料

で各部屋を精神障害者に提供する」というものである。確保方法2については18.1%が、「同様の方法を既に実行している」、11.9%が「現在実行していないが、確保方法2は当該法人の周辺地域で実現可能である」、43.8%が「何らかの援助が得られれば、確保方法2を実行することはできる」と回答した（表9-1）。表9-2では確保方法2の実行にあたり、住居管理、賃貸契約、入居者の確保、日常生活への支援、医療的支援のそれぞれの項目について、どのような支援が必要とされるかについて回答の分布を示した。支援の選択肢は「現在のままで可能」、「ノウハウの情報があれば可能」、「運営費の支援があれば可能」、「制度面での保証が必要」である。入居者の確保や、医療的支援では「組織が現在のままで可能」あるいは「ノウハウなどの情報があれば可能」と回答した組織は7割ほどに上っていた。これに対し、住居管理では、運営費の支援や制度面の保証を挙げている組織は72.9%に上っていた。表9-3では実行可能かどうかに関わらず、確保方法2に今後取り組みたいか（取り組んでいる場合はもう一度同じ方法で取り組みたいか）という質問に対して、表9-2に示した現状の取り組みごとに、回答を示した。既に実行している組織、現状のまま、支援があれば実行可能であると回答した組織では何れも過半数以上が取り組みたいと考えていた。一方、実行可能性が難しいと回答した組織については、59.5%がどちらともいえないと回答し

ていた。

回答があった組織・法人の中で精神科病院を運営していると回答した組織・法人は194（92.4%）であった。病院区分については194組織・法人のうち93.3%が法人病院、6.7%が個人病院であった（表10）。精神科病院の病床数は平均257.7（±117.5）床、平成16年度6月末の入院患者数は平均244.8（±112.4）人、最近1ヶ月の精神科退院患者数は平均21.9（±15.9）人であった（表10）。退院後の行先については、病院ごとに退院患者数が異なるため、全病院での合計人数と、四分位点を示した。最も多い行き先は、「自宅もしくはアパートなどで家族と同居」であり、合計が2253人、中央値は9.0であった。またその他の行先も多く、中央値は3.0であった（表11）。日常の交通手段（地域住民が一般に利用する交通手段で、徒歩・自転車・車・電車・バス・地下鉄など）で病院から1時間圏内にある他の組織が運営する社会資源について表12に示した。利用可能な施設がない病院は全体の1.5%ほどに止まっており、「精神科デイケア・ナイトケア・デイナイトケア」、「精神科病院」、「グループホーム」などを挙げた病院は8割以上であった。

## 2. グループホームアンケート(表13～24)

### 1) 施設の概要

本調査で回答が得られたグループホームの総数は329施設であった。グ