

女のメンバーの創造性 - - に依拠し、他の集団との交流をとおして、自分たちの集団をより豊かにすることである。そうすることによって、それぞれの発展の様式とを、自律的に創り出すことができる。」

(7) また鶴見は、地域を「地域とは、定住者と漂泊者と一時漂泊者とが、相互作用することによって、新しい共通の紐帯を創り出す可能性をもった場所」と定義し、中央政府が押しつける施策を「地方主義」として捉え、「内発的地域主義」とは異なるものとしている。

(8) 2007年12月22日～23日に開催された第1回都道府県アドバイザー等連絡会議においては、障害者地域自立支援協議を含む相談支援事業体制に関して、これまでに作成されてきた地域福祉計画および地域福祉推進と住民参加に関する「単一発展モデル」に基づく提案が行われた。

5市5町においても、聴き取り調査で明らかになってきたように、それぞれ「内発的發展」の途上にある。それぞれの地域性や歴史性をもちながらの多様な形態として発展しようとしている。現段階では、民間によるサービス・サポートに依拠する「単一発展モデル」の枠組みを当てはめて評価や理解を行うことは困難である。相談支援事業における委託の意味づけや公的責任の考え方などいくつかの論点や課題があるからである。

さらに加えれば、この民間によるサービス・サポート参加モデルでは、例えば、生活保護行政をめぐる餓死事件で問題となっているいわゆる「ヤミ北九州方式」とセットになっている市において、住民からも「市は私たち地域住民を利用しすぎている」と批判された地域福祉のモデルとの類似性もみられることが懸念される(湯浅誠、2007)。

(9) 当面は、他の都道府県、市町村において、丁寧な聴き取りと具体的な支援を行っていく中で、それぞれを「多層的発展モデル」として捉え、共通する有効な支援と個々に必要とする具体的な支援についての検証が求められよう。

例えば、さいたま市障害のある人のケアマネジメント研究会(2007)は、これまでのコーディネーター連絡会議の丁寧な積み重ねの上での優れた成果となっている。「おわりに」で、埼玉大学の宗澤は、「産地偽装」ではない「正真正銘の『さいたま市産』」であることを強調している。その上で、「障害者自立支援法には、行政と事業者に自らの責任の所在を狭く自己限定されると、地域生活における『自立』責任はもっぱら障害当事者に押しつけられかねない問題がある。ここで、消費者主義にもとづく利用契約制と苦情解決体制を有効なシステムの担保と考えるのは、能天気な楽観主義に過ぎない。それだけでは、『ともに生きる』地域をつくり上げる責任の所在は拡散し、公平性・公共性のあるサービスと地域支援システムの実現は暗礁に乗り上げるからである。だからこそ、私たちは自治と共同に立脚した実践と支援システムを創り上げ、それらの土台にさいたま市という自治体の責任を据えようと考えてきたのである。これまでありがちな『行政対抗型』に傾斜した取り組みに終始するのではなく、自治と共同を基調に、あるべき支援サービスと地域システムを、自治体に責任をもって結実させることを目標とする営みであったということが出来る」と述べている。

こうした各地での取り組みを支えることこそ求められている。この時に手がかりになるのが、鶴見和子によるこの「内発的發展」の考え方であろう。

5. 課題

今後、知多圏域において、相談支援体制のシステムを構築していく上で、ヒアリングを通して得られた結果と考察にもとづいて、いくつかの課題について、指摘しておきたい。

(1) 今後、障害者地域自立支援協議会と委託相談支援事業との関係のあり方が、一つの課題となると思われる。今回は、委託相談支援事業に焦点を当てたが、今後は、障害者地域自立支援協議会にも焦点を当て、研究を深めていく必要がある。

(2) この知多圏域は、旧の市町村障害者生活支援事業や障害児(者)地域療育等支援事業が、一つの法人によって、圏域全体の事業として担われてきた経過がある。また、新事業となった障害児(者)地域療育等支援事業や、今後も重点施策となる就労支援の要となる障害者就業・生活支援センターの事業が、現在は知多圏域全体を支援しているという特徴がある。ヒアリングの中では、圏域全体を意識して、圏域の発展を考えながら、政策立案を行っていくことは現状では難しいという発言も、担当者からは出ていたが、先述した成年後見制度利用促進事業のように、必要な連携も行われている。

大都市である名古屋市に近い市町と半島の先にある町とでは、行政の担当者にも委託された相談支援事業の担当者にも、圏域に対する期待や考え方などについては、意識や思いの差がみられる。

愛知県の障害福祉計画では、障害者地域自立支援協議会をはじめ、各圏域を意識した施策が展開されようとしている。実際には、知多圏域内での市町の独自性と福祉資源の地域差がみられたように、愛知県内の圏域ごとにも、同様の「格差」がみられる。

こうした実態を受けとめつつ、知多圏域を意識した取り組みのあり方における研究についても、今後の課題となろう。

(3) 愛知県においても、精神障害に関しては、精神障害者社会復帰促進(地域生活支援)事業(いわゆる精神障害者退院促進支援事業)が、委託相談支援事業とは別に行われており、愛知県では、四つの事業者に委託されている。知多圏域では、このうち二つの事業所(キャンパス、わっぱる)が委託を受けたが、それぞれの対象地域と知多圏域内の保健所の管轄地域が異なるなどの整合性のなさも出てきた。この事業では、社会復帰促進協議会という会も設立しなければならない。地域の障害者地域自立支援協議会との関係と連携も含めて、より当事者や家族の利益につながる方向から、実践的な整理をしていく必要がある。

(4) また、相談件数については、集まった市町と集まらなかった市町がある。当初、計画をしていた相談件数と相談内容の比較分析については、今後の課題としたい。2006年10月からの本格実施ということで、統計的には、2007年3月までの半期が一つの節目となり、2007年4月から9月までが上半期の節目となっている。2007年度における相談件数が確定していない状況にある。

各相談支援事業所においても、統計のカウントの仕方が、まちまちであった。たとえば、ヒアリングの中で、市町が民間に委託していないところでは、相談件数に入れる相談と窓口での通常業務との区別がつきにくいという指摘があった。委託された事業者では、委託した市町との関係もあり、たとえ1分にも満たない事実確認などの電話相談であっても、カウントできるものであれば、統計上、相談としてカウントしている。

厳密には今後精査が必要であるが、実態としてこのようなカウントに対する意識の差がある。相談件数の数値だけで、事業所の評価をすることは、難しいということにもつながってくる課題であろう。

(5) 障害者自立支援法下における、精神障害者を対象とした委託相談支援事業の過渡的課題としては、市町(村)にとっては費用的負担がなかったせいもあり、実感の乏しかった精神の相談が、委託をすることで気軽に受付しやすくなり、従来であれば保健所に持ち込まれるような相談種類も委託事業者へ舞い込むことが多くなったことである。特に、地域住民からの、未受診あるいは医療中断し、地域で問題視されている精神障害者に関する相談が、たびたび市町の福祉課から委託事業者に「相談」として連絡が入ることがある。委託事業者はそれに対して直接的な対応を望まれることも少なくない。改めて保健所が有する機能の確認と、そもそも障害者自立支援法でいう相談支援事業の範囲について、一考を要すると考える。

次に、市町の障害福祉関連部署(高齢の担当課、子ども・児童の担当課やそれぞれの現場)からの相談が契機となり、複合的な問題を持つ世帯にアプローチすることが増加している。そこで、こうした関連分野の専門職に対し、委託事業者がバックアップ機能や時にコンサルテーション機能を求められることも少なくない。

事例数はまだ多くはないが、少しずつ増加傾向にあるのは、精神障害者が、入院治療を終えて地域生活に戻ろうとする場合である。この場合に市町の相談支援事業を「退院支援」の計画に含めるケースが少なからずあり、市町の相談支援事業がコーディネートの機能を発することが期待されている。

いずれの場合も、障害者自立支援法下で期待される相談支援の機能を具現しているものであるのか、今後、実績を見ながら検証すべきであり、委託相談支援事業で取り組む精神障害者支援の業務内容の精査が求められる。

注:「ひろばわっぱる」と「わっぱる」の使い分けについて。2006年9月30日までは、精神障害の地域生活支援事業は、「ひろばわっぱる」という名称。10月1日以降は、相談支援支援事業は「わっぱる」、地域活動支援センターは「ひろばわっぱる」という名称である。

参考資料文献

- ・愛知県健康福祉部障害福祉課(2007)『第1期愛知県障害福祉計画』愛知県健康福祉部障害福祉課
- ・2市2町障害者地域自立支援協議会(2007.10.24)『平成19年度第2回障害者地域自立支援協議会次第』2市2町障害者地域自立支援協議会
- ・障がい者総合支援センター(2007)『相談支援事業 平成18年度 事業報告書』障がい者総合支援センター
- ・『平成19年度第2回 相談支援事業者連絡会』資料(2007年8月7日)
- ・『平成19年度第3回 相談支援事業者連絡会』資料(2007年12月4日)
- ・大府市(2007)『大府市障害福祉計画』大府市
- ・知多市(2007)『知多市障害福祉計画』知多市
- ・半田市(2007)『半田市障害福祉計画』半田市
- ・常滑市(2007)『第1期常滑市障がい福祉

計画』常滑市

・東海市(2007)『東海市障害福祉計画』東海市

・武豊町(2007)『武豊町障害福祉計画』武豊町

・東浦町(2007)『東浦町障害福祉計画』東浦町

・南知多町(2007)『南知多町障がい福祉計画』南知多町

・美浜町(2007)『美浜町障害福祉計画』美浜町

・阿久比町(2007)『阿久比町障害福祉計画』阿久比町

・さいたま市コーディネーター連絡会議『さいたま市コーディネーター連絡会議平成18年度活動報告書』さいたま市障害福祉課

・さいたま市障害のある人のケアマネジメント研究会(2007)『障害のある人とともにあるケアマネジメントと地域支援システム』やどかり出版

・鶴見和子(1997)『鶴見和子曼荼羅Ⅰ 鶴見和子の仕事・入門』藤原書店

・鶴見和子(1999)『鶴見和子曼荼羅Ⅸ 内発的発展論によるパラダイム転換』藤原書店

・湯浅誠(2007)『貧困襲来』山吹書店

・木全和巳(2007)『「障害者自立支援法」における「相談支援事業」の現状と課題』『日本福祉大学社会福祉論集』第117号

謝辞：お忙しい中、聴き取りにご協力いただきました関係者のみなさまに改めてお礼を申し上げます。

(本研究担当：木全和巳、高山京子、長谷川忍、上原久)

表7 5市5町の人口と財政力指数など

	人口	財政力指数	公債費負担の健全度
半田市	117,549	0.98	21.9%
常滑市	52,237	0.87	6.2%
東海市	105,714	1.35	15.9%
大府市	82,322	1.22	7.8%
知多市	84,258	1.10	8.1%
阿久比町	24,790	0.81	9.9%
東浦町	48,467	0.92	11.9%
南知多町	21,441	0.64	16.4%
美浜町	26,075	0.73	16.7%
武豊町	41,659	1.18	10.5%
合計	604,512		

(人口は平成17年4月17日現在、指数は平成17年度普通会計決算による)

愛知県知多圏域市町

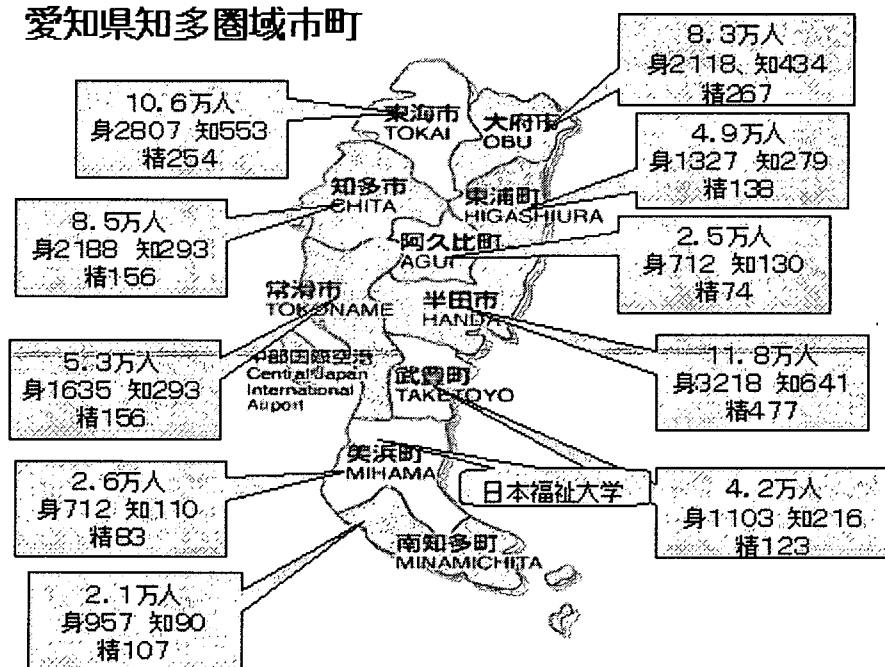


図1：人口とそれぞれの障害の手帳保持者数

表8 愛知県全体と知多圏域の手帳保持者数 (2006年4月1日現在)

	人口 (比)	身体障害者手帳	療育(愛護)手帳	精神障害者保健福祉手帳
愛知県	7,259,495人	216,258人	35,672人	22,710人
知多圏域	599,005人 (8.2)	16,426人 (7.6)	3,021人 (8.5)	1,801人 (7.9)

知多圏域 5 市 5 町の障害者手帳保持者数

表 9 身体障害者 (2007 年 4 月 1 日現在)

市町	総人口 (A) (人)	(B)/(A) (%)	障害種別 (人)					
			視覚	聴覚・平衡	音声・言語・そしゃく	肢体	内部	計 (B)
半田市	117,549	2.74%	199	268	27	1,817	907	3,218
常滑市	52,237	3.13%	128	144	23	898	442	1,635
東海市	105,714	2.66%	163	187	30	1,595	832	2,807
大府市	82,322	2.57%	106	191	28	1,172	621	2,118
知多市	84,258	2.60%	112	149	22	1,270	635	2,188
阿久比町	24,790	2.87%	35	44	9	416	208	712
東浦町	48,467	2.74%	80	92	15	778	362	1,327
南知多町	21,441	4.46%	70	90	10	576	211	957
美浜町	26,075	2.73%	62	49	11	428	162	712
武豊町	41,659	2.65%	62	59	9	602	371	1,103
知多圏域計	604,512	2.78%	1,017	1,273	184	9,552	4,751	16,777

表 10 知的障害者 (2007 年 4 月 1 日現在)

	総人口 (A) (人)	(B) / (A) (%)	重軽度別 (人)			
			重度	中度	軽度	計 (B)
半田市	117,549	0.55%	257	216	168	641
常滑市	52,237	0.56%	119	89	85	293
東海市	105,714	0.52%	205	175	173	553
大府市	82,322	0.53%	162	118	154	434
知多市	84,258	0.47%	178	101	120	399
阿久比町	24,790	0.52%	60	49	21	130
東浦町	48,467	0.58%	121	79	79	279
南知多町	21,441	0.42%	48	24	18	90
美浜町	26,075	0.42%	50	30	30	110
武豊町	41,659	0.52%	89	52	75	216
知多圏域計	604,512	0.52%	1,289	933	923	3,145

表 11 精神障害者 (2007 年 3 月 31 日現在)

市町	総人口 (A) (人)	(B) / (A) (%)	等級別 (人)			
			1 級	2 級	3 級	計 (B)
半田市	117,549	0.41%	52	301	124	477
常滑市	52,237	0.30%	12	100	44	156
東海市	105,714	0.24%	16	159	79	254
大府市	82,322	0.32%	24	166	77	267
知多市	84,258	0.26%	21	144	58	223
阿久比町	24,790	0.30%	4	42	28	74
東浦町	48,467	0.28%	18	81	39	138
南知多町	21,441	0.50%	14	76	17	107
美浜町	26,075	0.32%	8	50	25	83
武豊町	41,659	0.30%	8	78	37	123
知多圏域計	604,512	0.31%	177	1,197	528	1,902

表 1 2 知多圏域の相談支援体制

市町	障害種別・事業種別	事業実施機関・施設
常滑市	身体・知的	常滑市社会福祉協議会
	精神	知多南部障害者地域生活支援センターわっぱる
	地域活動支援事業	常滑市社会福祉協議会
大府市	身体・知的・精神	大府東包括支援センター（社会福祉協議会）
	身体・知的・精神	大府西包括支援センター
	児童（18歳未満）	大府発達支援センターおひさま
	各施設利用者、利用希望者、その家族を中心とした相談支援事業として5法人に委託して実施。	愛光園（知的）
		あけび苑（知的）
		東あけび苑（知的）
		サンサン大府（身体）
	ワーキングスペースおおぶ（精神）	
地域活動支援事業	地域活動支援センターおおぶ	
半田市	身体・知的・精神	福祉課（2008年度より社会福祉協議会に）
	地域活動支援事業（身体・知的）	ひまわり
	地域活動支援事業（精神）	地域活動支援センターひろばわっぱる
東海市 東浦町 知多市 阿久比町	身体・知的・精神	障がい者総合支援センター元浜・緒川（二法人で新しい事業を実施 社会福祉法人愛光園、社会福祉法人憩の郷）
	地域活動支援事業	同上
武豊町 美浜町 南知多町	身体・知的	ゆめじろう（一部、チャレンジド）
	精神	知多南部障害者地域生活支援センターわっぱる
		地域活動支援センターひろばわっぱる

*詳しくは、資料 1：市町村相談支援事業の実施状況について

第4章 精神障害者保健福祉手帳に関する調査

1. 研究目的

精神保健医療福祉の改革ビジョンに関連し、精神障害者保健福祉手帳（以下、手帳とする）の取得および利用状況の実態と課題を分析し、地域精神保健の充実に向けた改善策を探ることを目的とする。特に手帳の取得状況と手帳の位置づけ、とらえ方や福祉サービスとの関連性に着目し、その実態と改善すべき点を明らかにする。

2. 研究方法

手帳取得率の高い地域と低い地域を選定し、各自治体の資料に基づき当該地域での手帳サービス状況を把握する。これら事前資料の情報と、本研究会での提案に基づき質問項目を作成し、各地域で手帳業務に携わる担当者に直接インタビューを実施した。

なお本研究での手帳取得率は、通院医療費公費負担制度承認数（平成17年）と入院患者数（平成16年6月30日）の合計に占める手帳交付者数（平成17年）の割合を算出したものを用いた。

手帳取得率算出の結果、都道府県（政令指定都市を除く）平均47.8%、政令指定都市（静岡市を除く）平均56.7%であった。そこで都道府県のうち手帳取得率の高い山梨県（78.1%）と愛知県（64.0%）、低い愛媛県（34.5%）、平均的な新潟県（49.6%）、政令指定都市の代表として名古屋市（66.7%）を調査対象地域とした。

調査は平成19年11月、および12月に実施した。対象者は山梨県立精神保健福祉センター、山梨県福祉保健部健康増進課、愛知県健康福祉部健康福祉課こころの健康推進室、愛媛県心と体の健康センター、愛媛

県健康福祉部健康衛生局健康増進課、新潟県障害福祉課、新潟県精神保健福祉センター、名古屋市健康福祉局障害福祉部障害企画課の各担当者である。

以下に示す10の質問項目に基づいて半構造化面接を行い、その内容を記録した。質問項目は、①障害福祉サービスにおけるこの地域の特徴、②この地域での手帳の位置づけ、③この地域で手帳をもつことの効果・影響、④現行の手帳サービスになるまでの歴史的背景、⑤周辺の社会資源との関係、⑥特に面倒見のよい施設やソーシャルワーカーなどの存在、⑦障害認定区分との関係、⑧身体・知的障害の手帳との関係や格差、⑨この地域の手帳取得率に対する認識、⑩手帳制度への課題や要望である。

3. 結果

調査結果の概要は表13の通りである。

手帳取得者に対する自治体独自のサービス提供で目立ったのは、山梨県の重度障害者医療費助成（手帳1・2級所持者の通院・入院費自己負担分および食事療養費助成）と、名古屋市の福祉医療（手帳1級所持者の入院費全科無料）、福祉乗車券（名古屋市営地下鉄・市バス無料パスを発行、手帳1・2級所持者には介護者用パスも交付）であった。これらの地域では当事者やその家族に手帳を持つことのメリットがあるだろうとしているが、それ以外の地域ではデメリットはないが特にメリットもないと答えている。既存の社会資源についてはどの地域も不足していると認識しているが、それらと手帳取得との関係はないというのが共通した意見であった。また身体・知的障害の手帳はもともと国が制度化したサービスが多いので、比較すると精神障害との間で格差が生じているが、そこにどれだけ各自治

体独自のサービスを付加するかによって、地域間で格差の幅に違いが出てきている。例えば名古屋市では、福祉乗車券の交付により交通費の助成は他障害と同等となったが、交通費助成制度のない他の自治体では大きな差が生じている。

それぞれの地域の歴史的背景、手帳の位置づけであるが、山梨県の重度障害者医療費助成制度は、手帳制度が施行される以前から障害年金と連動して実施されていた。手帳取得については県が特に取得を促しているわけではないが、医療機関等の専門職者が手帳のメリットを十分理解し当事者等に説明している。愛知県では、全国的な流れの中で昭和48年から身体・知的障害者の福祉医療助成を行っている。精神障害については平成20年度から手帳1・2級者に全科の入院・通院にかかる医療費の全額助成を実施する予定である。これは県が市町村に助成する形で行われるため、市町村事業として開始されなければ助成金は出ない仕組みである。新潟県では以前、手帳取得による助成制度を設けていた市町村があったが、市町村合併の際に横並びとなり、サービスの低下につながった経緯がある。また新潟県では、公営の交通機関がないため、交通費助成について民間に働きかけを行ったが、JRも実施していないからと断られている。それも含め、他の障害と同等のサービスが提供できるように今後も取り組んでいきたいとしている。愛媛県は特に目立った交通費の助成は行っていない。また、当事者やその家族のみならず、専門職者も手帳制度のメリットをあまり意識しておらず、積極的に手帳の取得を勧めているという印象はなく、これらが取得率の低さに影響していると考えられる。しかし、取得すれば障害者の社会参加につながるだろうと

考えている。名古屋市の福祉乗車券は以前から身体・知的障害者対象に交付されていたため、精神の手帳事業開始とともに同様に実施された。また平成16年度に福祉医療が開始されると1級の取得割合が増えた。福祉乗車券は重度の入院患者にとってほとんどメリットがないものだったが、医療費助成はメリットが大きかったといえる。名古屋市ではこの間、高齢者の公共施設利用が無料から有料となったことに伴い、障害者の有料化も検討された。しかし障害者の社会参加に必要なことだという判断から無料の継続が決まった。

手帳の課題、要望に関しては、日本中どこに住んでいても同じサービスが受けられること、他の障害との差がないことが挙げられている。新潟県、愛媛県では特に交通に関するサービスの必要性が言われていた。また、写真を添付により利用できるサービスが増えるのではないかと期待されていることがわかった。

4. 考察

今回の調査から手帳の取得率には各地域間で差がみられ、その要因として法律に定められた手帳サービスに各自治体が上乗せした独自のサービスの有無と、行政における手帳の位置づけの関与が考えられた。手帳取得率の高い山梨県と名古屋市では医療費の無料化が実現されており、さらに名古屋市では地下鉄・バスに乗車できる市営交通の無料パスが発行されている。これらは他の自治体では行われていない独自のサービスであり、高い取得率の背景にはこういった手帳に付加されている具体的なサービスと関係があることが確認できる。加えて、取得率の高い山梨県では関係する専門職者が手帳サービスについて共通の認識と理解

を持って利用者に説明しているなど、単に利用できるサービス内容だけではなくサービス提供者側の意識や連携といったことも取得率に一定程度関係していることも推察される。いずれにしても、精神障害では長期にわたる治療や継続したリハビリテーションが求められることから、手帳を持つことで実際に利用できるサービスと当事者やその家族のニーズが連動した仕組みであることが必要だといえる。

最後に今回の調査分析では明らかにできなかった点と継続研究への課題にも触れておく。まず、対象とした各自治体における独自の助成制度は当然それぞれの自治体の裁量で決定し実施されており、例えば、山梨県の医療費助成が手帳制度施行以前から障害年金と連動して実施されている他、名古屋市では交通費助成は先行する身体・知的障害への助成に合わせて実施されている。このような地域における社会保障行政、あるいは三障害全体の中での手帳の位置づけ、障害者福祉に対する意識の違いも手帳取得率と何らかの関係があると考えられるが、この点十分な検討を行なえていない。さらに本報告のように県全体といったレベルではなく、市町村、あるいは福祉サービスの圏域といった単位で独自のサービスや助成制度を実施している自治体については今回の調査では対象としていない。これらは今後、他障害の手帳サービスも視野に入れつつ継続調査する必要があると考える。

併せて、今回は手帳業務に携わる行政側から手帳の位置付け・捉え方を調査したが、利用者の視点でも検討する必要があると考える。行政やサービス提供者側が考えている手帳取得のメリットを、サービスを利用する側である当事者やその家族はどのように捉えているのかといった意識や具体的な

手帳制度へのニーズについての調査も必要である。同様に、直接利用者の相談業務に携わる医療機関、社会復帰施設等の職員に対する調査も本研究の今後の課題としたい。また、今回各地域間で手帳の取得率に差があることが確認できたが、そのことが実際に利用者の生活や QOL にどのように影響しているのか、退院促進や地域での生活に直接関係しているのかといった点も明らかにしていくことが必要だと考える。

(本研究担当：田引俊和、吉田みゆき、安藤里恵子、二本柳寛)

表 1 3 調査結果の概要

	山梨(78.1%)	名古屋(66.7%)	愛知(64.0%)	新潟(49.6%)	愛媛(34.5%)
障害者福祉サービスにおいてこの地域の特徴	県行政と市町村、そして各地域病院との連携は良好。市町村の規模が小さいのが弱いところ。	市バス、市営地下鉄などの無料バスを発行。1, 2級者には介護者のバスも交付している。ほぼ市内全域をカバーしている。手帳 1 級者は医療費が無料(全科)。	平成20年度～ 福祉医療助成が精神障害者にも開始される。手帳の1, 2級者に精神疾患による入院・通院にかかる医療費の全額助成。	法改正を踏まえて、今回精神も課を移動した。ほかの分野・サービスにとっても有益であろうと考えている。精神医療、機関とも連携も大切にしてきた。	行政と民間で一緒にやっつけている。社会資源 NPO に病院のワーカーが参加している。
この地域での精神保健福祉手帳の位置づけ	センター、県が精神手帳の取得を促したことはない。手帳のメリットは専門職者みんなが知っている。きちんと説明していると思う。	サービスの対象者を明らかにする。写真貼付けでサービスが増えると思う。今後も手帳の必要性大きい。	手帳サービスは法律に定められた物で、特にそれ以上でもそれ以下でもない	手帳は遅い立ち上がりだった。身体・知的並みのサービスになるよう県としても動いていきたい。交通バス、減免要望は今後も取り組んでいきたい。	「うまく答えられない」→それがこの地域の弱点だと思う。共通認識というより「持った方がいいだろう」程度。基本的に社会参加につながる。
この地域で精神保健福祉手帳をもつことの効果・影響	当事者家族にとっては重度医療費助成の影響はあるだろう。一方、自立支援法以後、事務量がとても増えた。(助成のため)医療費は確実に入る。	交通費、公共施設の無料化などによって、社会参加の機会が保障されると思う。	県のセンターで「メリットになる」と勧めたが、具体的にはヘルパー利用の人ぐらいか。	効果はあるがデメリットはないと思う。本当に支援が必要な人は手帳を取らない。「持つことに意義がある」時代はあった。	あまりメリットないだろう。交通バスサービスない。路面電車も対象外。特に把握したことないがニーズはあるだろう。
現行の手帳サービスになるまでの歴史的背景	重度医療費助成は精神の手帳制度よりも前から年金1, 2級と連動していた。			市町村合併によりサービス低下にならないように働きかけはしてきた。	合併の影響は多少あるがサービスの停止や廃止は行っていない。
周辺の社会資源との関係	この地域では公的なサービス、社会資源が十分でないと思っている。			手帳と社会資源利用に直接の関係はない。	特に関係ない。社会資源は十分でないという印象。
特に面倒見のよい施設やソーシャルワーカーなどの存在	特にない。みんなよくがんばっていると思う。	特に分からない。窓口にもっと余裕があればサービスの説明ができると思う。		現在は特にいない。	この点弱い部分だと思ふ。全体的(専門職者・当事者家族)に手帳のメリットあまりないだろう、という雰囲気。
障害認定区分との関係	よくわからないが関係ないだろう。	別々に動いているので分からない。見えてこない部分が多い。		手帳を使つての判断は行っていないはず。	特にない。
身体・知的の手帳との関係や格差	身体、知的手帳よりもサービス少ないだろうが具体的にはよくわからない。交通利用や、福祉施設について身体、知的よりも少ないだろう。	交通パスについては手帳制度が出来た時に同じになった。医療費助成については格差がある。他の手当などは国や県の制度に上乗せの形なので、もともと制度が無い部分については格差がある。	身体・知的障害の福祉医療に近くなる予定。その他のサービスについては格差はある。	格差は正は必要。手帳のサービスも等しくなれば良いと思う。	3障害一元化とはいえ精神手帳にはないサービスも多い。当事者家族は同じにしてほしいだろう。
この地域の精神保健福祉手帳取得率への考え	他県と比べて特にサービスがあるとは考えていない。手帳取得率も高いとは思っていない。	確実に取得者は増えてきている。1 級者の医療費助成が始まると、1 級取得者が増えた。使えるサービスに付随して申請者が増える。		県としては増えてきている。制度が浸透してきているのではないかと。	(低いのは)「手帳の位置づけ」の意識を持っていないからだろう。積極的に取得をすすめないが増えればそれだけ社会参加につながる。
精神保健福祉手帳の課題、要望	他の障害と同等のサービス利用。また、どこでも同じサービス必要。交通サービス欲しい。手帳を持っていることが社会資源、サービス利用につながるべき。状態によっては更新(2年)を長く。	医療費助成については今後さらに検討されると思う。	今後は写真貼付で、市町村や民間のサービスが増えるのではないかとと思われる	交通が一番の問題。これに尽きる。他の障害と同じようなサービス利用になればいいと思う。雇用面で利用できれば若い方も増えるのでは。	どこにいても同じサービス利用できることが必要。他の障害との格差縮小。

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

地域における若年性認知症患者の適切な処遇に関する研究

分担研究者 千葉 潜（青南病院）

研究要旨：現在、適切な地域処遇がおこなわれていないことから、やむをえず精神科病院等で処遇されている若年性認知症の患者について、適切な処遇のあり方を検討し、それらの整備によって精神科病院から退院促進をすすめることを目的に、全国の精神科病院において入院処遇中の対象者の調査を行い、その現状と退院促進のために適切な処遇の方法などについて分析した。精神科病床を有する全国 1706 施設について調査を行い回答のあった 513 施設について検討した結果、若年性認知症で入院している患者数はおおむね 4500 人超と推察され、そのうち 3000 人程度が適切な入所施設や通所施設の利用で退院可能であることがわかった。

A. 研究目的

地域処遇サービスが貧困なために精神科病院に入院している若年性認知症患者の退院を促進し、地域生活を送ることができるサービスのあり方を示す。

B. 研究方法

処遇が困難である若年性認知症患者（高次脳機能障害を含む）の多くは、適切な地域処遇サービスが存在しないために精神科病院に入院している現状がある。これらの入院実態を調査し、地域内での生活が可能になるための適切な処遇サービスについて、在宅支援や施設モデルのあり方を検討する。

まず、全国の精神科病床を有する病院施設に対して、対象者の入院状況についての調査依頼を行い、入院中の対象者の状況と退院に必要な処遇サービスの種別などについて実態把握を行なう。

（倫理面での配慮）

医療法人青仁会倫理会議にて調査内容について審査し、匿名化を厳重におこなって調査を実施することとした。

C. 研究結果

1. 調査対象と収集結果（回答数・症例数・男女比）

全国の病棟単位で精神科病床を有する 1706 施設に対して調査票を送付し、うち 513 施設（30.1%）から回答を収集できた。設立種別は国立病院・自治体立病院・赤十字社立病院・医療法人立および公益法人立の病院・個人立病院・その他である。

このうち、該当の対象者が入院中である施設は、250 施設（回収総数の 48.7%）であり、その対象者総数は 1374 人となっている。これらのうち、調査票未記載部分などのある症

例を除き、1027症例（男性667人65.0%、女性360人35.0%）について以下の分析をした。

2. 症例の現年齢・発症年齢・入院時年齢・在院期間

現在年齢は、①60歳代47.3%・②50歳代30.5%・③70歳代11.6%の順に多く、50歳未満の入院者は合計しても全部で10.0%であった。

発症時の年齢は、①50歳代45.3%・②60歳代26.6%・③40歳代18.5%となっていて、40歳未満の発症者の総計は9.4%であった。

入院時の年齢は、①50歳代41.3%・②60歳代33.3%・40歳代13.2%となっていて、40歳未満での入院者の総計も7.9%であった。

在院期間は、①1年半以上3年未満19.4%・②5年以上10年未満15.5%・③3年以上5年未満11.0%であり、1年未満の入院期間は22.5%であった。

3. 原因疾患

認知症の症状を発症する原因となった傷病・疾患については、一般的な老年期発症の認知症（アルツハイマー型認知症・脳血管型認知症・レビー小体型認知症）の早期における発症が30.3%ほど混在しているが、若年性認知症（および高次脳機能障害）とされるものの中では、①急性脳血管障害：脳梗塞・脳出血等（19.0%）・②アルコール性認知症（15.3%）・③脳外傷（11.3%）が多く、次いで④ピック病などの前頭側頭型認知

症（7.8%）であった。その他、パーキンソン病（1.3%）・ハンチントン舞踏病などの変性疾患（1.9%）・脳炎（1.9%）・脳腫瘍（0.8%）などが、現在入院処遇にある対象者の発症の原因疾患となっている。

4. 現有する症状

症状を、「問題行動」・「記憶障害」・「注意や遂行の障害」・「行動や情緒の障害」・「失認・失行・失語」に分類して、それぞれ症状の保有具合を、①安定している・②軽度の症状は有しているが療養生活上に問題はない・③やや症状を有するか時々症状が発現し介護や看護の介入を要する・④重度の症状を有しており頻繁な介入や管理を要する・⑤極めて重度な症状を有しており常時の介入と厳重な管理を要する・・・の5段階に評価をしてもらった。

どの症状においても、③レベル以上（③+④+⑤）の割合が高く、「問題行動（61.3%）」・「記憶障害（70.7%）」・「注意や遂行の障害（75.8%）」・「行動や情緒の障害（71.3%）」・「失認・失行・失語（59.4%）」となっていて、中等度から重度あるいは最重度の各種症状を現有し入院加療している。

5. 主たる世話人

対象者の主たる世話人（介助者）となっている者については、①配偶者（33.7%）・②子供（17.8%）・③兄弟（16.4%）の順となっていたが、一方で、主たる世話人が存在しない④不在（15.3%）と相当数あ

って、深刻な状況も明らかになった。

6. 退院に必要な処遇サービス

現状から想定される、退院後の処遇として適切な処遇はどのようなものかという設問についての複数回答(1159)は、①入所：介護中心で身の回りの世話が出来る施設(30.5%)と圧倒的に多く、次いで②入所：閉鎖処遇で保護的な管理が出来る施設(18.2%)・③入所：医療的管理が充分に出来る施設(11.4%)となっている。在宅(24時間の見守りが必要や、日中の通所施設を利用。)で可能と野回答は16.0%しかなかった。一方で、現状では退院不能で入院療養継続が適切という回答は20.0%に及んでいる。

D. 考察

回収した調査票が30.1%であることから正確な推計は困難であるが、入院療養している若年性認知症患者(高次脳機能障害を含む)を有している精神科病院は、およそ1700余の精神科病院の全施設数に対して800強程度あるものと思われる、その入院者総数は4500人を超える可能性がある。今回収集した調査結果によれば男女比は男性の比率がやや高く65%である。

現在時点の対象者の年齢は、60歳以上では60.5%であるが、70歳以上となると13.2%となっていることから、65歳以上で現在の介護保険適用の施設処遇などに移行しているものと考えられる。ちなみに、生産年齢(15歳～64歳)の占める割合は73.9%であった。これらのことは、64歳以下では対応で

きる適切な処遇が十分に用意されておらず、精神科病院での入院療養から移行できないでいる状況を示している。また、とりわけ50歳未満が10%となっており、若年・壮年層の対象者への対応が重要となることが示されている。

発症の年齢は、40歳代から50歳代が過半を占めており(63.8%)、壮年期で社会および家庭生活の中核を担っている時期に発症するという、以前より指摘されている重大な問題点がここでも明らかとなっている。また、40歳未満での発症も9.4%あり、その後の人生について長期にわたる対応の必要性が示唆される。

入院時の年齢は、発症時の年齢にほぼ呼応しており、40歳代から50歳代で過半を占めている(54.5%)。また40歳未満での入院は7.9%あり、これらから、発症から入院に至るまでの時差が長くないことが推察される結果となっている。なお入院時年齢が60歳代以上の入院者も多い(37.6%)のは、一般的な老年期発症の認知症(アルツハイマー型認知症・脳血管型認知症・レビー小体型認知症)の早期における発症例(30.3%)が入院処遇となったものと混成していると考えられる。

在院期間は、1年以上の者が77.4%となっていて、3年以上入院療養している者が過半となっている(56.7%)。とりわけ10年以上の入院療養となっている者は、26.4%と入院療養者の四分の一強が長期の入院経過を辿って在院している。

原因疾患は、急性脳血管障害や脳外傷および脳炎や変性疾患によるもので高次脳機能を失われて認知症の症状となったも

のが多く（34.9%）、アルコールによる中毒性疾患で認知症の症状となったものも次いで多かった。（15.3%）ピック病などの前頭側頭型認知症は7.8%と入院療養者として多く存在している。

入院療養している対象者の現在の症状については、分類したどの症状群においても中等度から重度が大半を占めており、長い入院期間を経て治療・療養をおこなっていても回復や改善が困難であることがわかる。また、なんらかの問題となる症状を有して入院療養という処遇となっており、単に行き先のない症状の軽いものが入院加療しているというようないわゆる社会的入院ではないことも容易に読み取れる。

主たる世話人は、対象者に主体的に関わっている客体の属性を調査した結果であるが、発症年齢が壮年期に多いことを反映し、配偶者・親といったものであることが多い。一方で兄弟あるいは世話人が不在といったものが多いのは、以前より若年性認知症の生活面での問題として挙げられているように、発症から家庭の崩壊（離婚など）につながり、主たる世話人が配偶者から親・兄弟そして子へと変遷していく（あるいは不在となる）ことを示唆している。

最後に、現在入院療養中の対象者が、入院処遇から脱してさらに適切な処遇を受けるとしたら、どのような処遇が望まれるかという点については、入所施設であって介護中心で身の回りの世話が出来る施設（30.5%）と圧倒的に多く、さらに閉鎖処遇で保護的な管理が出来ることや医療的管理が充分に出来ることを前提とした入所施設を加えると、60.1%と圧倒的に入所処遇が適切という判断が

多くなる。一方で、通所などの在宅サービスに支援されれば在宅生活が可能とするものも16.0%ある。おおむね、現在入院処遇を受けている対象者の七割強は、そういった適切な施設があることで、精神科病院を退院できるものと思われる。

E. 結論

現在、精神科病院に入院している若年性認知症（高次脳機能障害を含む）の対象者は、全国におおよそ4,500人程度存在していると推察される。これらの対象者は、概して入院期間が長く、多くは現在も種々の症状や療養上の問題点を重度に有する状態が続いており、高齢となるまで入院療養し、介護保険対象の入所施設が利用できたり、高齢により身体的な能力が低下したりするまでは、精神科病院以外での処遇が難しい状況にある。

しかし、適切な入所施設や在宅支援の体制が整備されれば、現在入院処遇を受けている七割強（約3,100人程度）は精神科病院を退院し、地域の中で生活が可能であると考えられる。

F. 研究発表

現時点での発表実績はない。適切な処遇のあり方を検討し、今後、発表をする予定。

G. 知的財産権の出願・登録状況

出願・登録は行なっていない。

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

精神保健医療の現状把握に関する研究

分担研究者 立森 久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究協力者 長沼 洋一（国立精神・神経センター精神保健研究所）

小山明日香（国立精神・神経センター精神保健研究所）

主任研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：厚生労働省精神保健福祉課（当時）は毎年 6 月 30 日付けで、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部局に依頼して、全国の精神科病院、精神科デイ・ケア施設、社会復帰施設等の活動状況の資料を収集し、その概要を公表している。本研究では、2000 年から 2005 年までのこの調査データの二次解析を実施し、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の公表前から公表直後までの期間の精神病床での在院期間が 1 年以上 5 年未満の患者（以下、1-5 年在院患者と称す）の数的状況を明らかにすることを目的とした。1 年以上精神病床に入院していた患者の動態についての指標である退院率は、2000 年が 22.3%と最も高く、その後の年次推移には一貫した傾向が見られなかった。このことと 2005 年の退院率は 21.4%であることから考えて、退院率の 2014 年までの数値目標として示されている 29%以上を達成するには今後 1 年以上在院者の退院支援に力をいれる必要がある。総在院患者に占める 1-5 年在院患者数の割合に大きな地域間差はなく、特定の地域に 1-5 年在院患者が偏在をしていないことが明らかとなった。改革ビジョンの退院率の数値目標を達成するために 1-5 年在院患者を含む 1 年以上在院者の社会復帰を促進する取り組みは全国を対象として実施することが必要であるといえよう。退院の際に 1-5 年在院患者は約半数が家庭もしくは社会復帰施設へ退院しており、残りの半数は転院もしくは死亡による退院であった。また退院の際に家庭もしくは社会復帰施設に退院する割合は在院期間が長くなるに従って低下し、20 年以上の者では 20%を下回っていた。改革ビジョンの目標を達成し、約 7 万人の「受入条件を整えば退院可能な者」の解消には、既に 1 年以上の長期間在院している患者をいかに社会復帰に結びつけるかも重要である。在院期間がより長い集団ほど、退院に占める社会復帰の割合は低下することから考えても、特に 1-5 年在院者を社会復帰に結びつける方策が求められる。今後も精神保健福祉資料のデータを用いてモニタリングを続けることが改革を進める上で必要である。

A. 研究目的

「精神保健医療の現状把握に関する研究」では、(1) 2000 年から 2005 年までの精神保健福祉資料のデータを用いた、精神病床に 1 年以上 5 年未満の期間在院している患者の

数的状況、(2) 2005 年の精神保健福祉資料を用いた、精神科デイ・ケア等の機能分化の状況、について検討をした。本分担研究報告では、(1) についての報告を行う。(2) については、この「精神保健医療福

社の改革ビジョンの成果に関する研究」総括・分担報告書内に当分担研究の研究協力報告として掲載したので、そちらを参照されたい。

2004年9月に公表された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、基本方針の部分に「受入条件が整えば退院可能な者約7万人については、全体的に見れば、入院患者全体の動態と同様の動きをしており、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、10年後の解消を図るものである。」と示されている。同ビジョンでは、「精神保健医療福祉体系の再編の達成目標」として「各都道府県の平均残存率（1年未満群）を24%以下とする」および「各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上とする」との内容が今後10年間の数値目標として示されている。

平均残存率は新たに精神病床に入院した患者の動態についての指標であり、退院率は1年以上精神科病床に在院していた患者の動態についての指標である。以前と比較して近年では新たに入院した患者の入院期間は短縮化の傾向にある。しかし、改革ビジョンで指摘をされている約7万人の「受入条件が整えば退院可能な者」の解消には、新たな長期在院患者を発生させないことだけでなく、1年以上の長期在院者の退院を進めることも同様に重要である。

本報告書では、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の公表前から公表直後までの期間の精神病床での在院期間が1年以上5年未満の患者（以下、1-5年在院患者と称す）の数的状況を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課（当時）では、毎年6月30日付で、精神保健福祉課長から都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に「精神保健福祉関係資料の作成について」という文書依頼を行い、全国の精神科病院の状況についての資料を得ている。この資料は全国の精神病床を有する病院のほぼ全て（以下、対象施設と称す）が協力をしている。

2000年から2005年までの精神保健福祉資料のデータを使用した。これらの調査の対象施設数などの詳細を表1に示す。

2. 方法

2000年から2005年までの調査の結果をもとに、6月30日現在の在院患者および6月1日から30日までの30日間の退院患者のデータを使用した、二次解析を厚生労働科学研究として実施した。

1) 使用データの詳細

(1) 在院患者データ

精神保健福祉資料では、各調査年の6月30日現在（例：2005年の調査では2005年6月30日現在）の対象施設の精神病床に入院している患者について、「精神科病院在院患者の状況」として調査している。数値は対象施設単位での集計値として報告されている。本報告書では調査時点までの在院期間別の集計値を分析に使用した。なお入院期間中に入院形態の変更があった場合（例：措置入院から医療保護入院への切り替え）でも、同一施設で入院が継続している場合は一回の入院として扱って在院期間を算出した。

特に記載のない場合、報告書内で在院患者と記したものは、この各調査年の6月30

日現在の対象施設の精神病床に入院している患者のことを示している。

(2) 退院患者データ

精神保健福祉資料では、ある年の6月1日から30日までの1カ月の期間に対象施設の精神病床から退院した患者について、「退院患者の状況」として調査している。ここでの退院には、家庭に戻ったもの、社会復帰施設などに入所したもの、転院、および死亡によるもの、を含んでいる。数値は在院患者と同じく対象施設単位での集計値として報告されている。本報告書では調査時点までの在院期間別の集計値を分析に使用した。

なお、退院患者データについては、各年の調査によって、いつの時点の退院患者の状況を調査しているかが異なる点に注意が必要である。具体的には、2000年および2001年の調査では、調査前年の6月の1カ月間の状況を、2002年の調査以降では調査年の6月の1カ月間の状況を調べている。図表においては、調査実施年を記した後ろに括弧書きで何年6月1カ月間の状況を調査したかを示した〔例：2000年調査（1999）との記載は、調査は2000年に実施され、その調査では1999年6月1カ月間の退院患者数を調べたことを意味する〕。また退院患者についての本文中における年の記載では、調査実施年ではなく、いつの時点の退院患者の状況を示しているかのみを記載することとした。

特に記載のない場合、報告書内で退院患者と記したものは、ある年の6月1日から30日までの1カ月の期間に対象施設の精神病床から退院した患者のことを示している。

2) 退院の指標

以下に本研究で用いた退院の指標について、その算出方法を示した。本報告書では2000年から2004年までのそれぞれの指標

の数値は、「我が国の精神保健福祉」に掲載のものを利用し、2005年についてのみ当方で計算した数値を使用した。

(1) 平均残存率

6月1カ月間の精神科病院の入院患者数と、その入院患者におけるその後1年の月別退院患者数をもとに、平均残存率を算出した。平均残存率は新たに精神病床に入院した患者の動態の指標である。平均残存率の算出方法については、平成16年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「新たな精神病床算定式に基づく、早期退院と社会復帰促進のための精神保健福祉システムに関する研究（主任研究者：竹島正）」総括・分担研究報告書内の「新たな精神病床算定式の合理性の検証と精神医療改革の実現に関する研究—新たな病床算定式による各都道府県別の基準病床数に関する研究—」を参照のこと。

(2) 退院率

退院率は、1年以上入院している患者のうち、1年間に退院する割合を示す。2005年のこの数値は、2005年6月1カ月間の退院患者の内1年以上入院していた患者数の12倍を2005年6月30日時点での在院患者のうち1年以上在院患者数で除したものを100倍して算出した。退院率の詳細についても、平均残存率の項に挙げた報告書を参照のこと。

3) 分析項目

(1) 対象施設の状況

各調査における対象施設数、精神病床数、および在院患者数の全国値を示した。

(2) 退院の指標の年次推移

平均残存率および退院率の年次推移を示した。

(3) 1-5年在院患者数の年次推移

在院患者データを用いて、1-5年在院患者

数および総在院患者に占める 1-5 年在院患者数の割合の年次推移を分析した。

(4) 1-5 年在院患者の退院の動向

退院患者データを用いて、1-5 年在院患者数の 1 カ月の退院数、1 カ月間の全退院患者に占める 1-5 年在院患者の退院数の割合の年次推移を示した。

また利用可能な最新のデータである 2005 年の調査の退院患者データを用いて 1-5 年在院患者の退院患者の退院直後の状況について分析をした。

(5) 1-5 年在院患者の特徴

在院患者を在院期間と 5 つの年齢層（20 歳未満、20 歳以上 40 歳未満、40 歳以上 65 歳未満、65 歳以上 75 歳未満、75 歳以上）により区分して集計を行った。

次に、日本を 7 つの地域（北海道・東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州・沖縄）に分けて、1-5 年在院患者数および総在院患者に占める 1-5 年在院患者数の割合について地域間で比較を行った。それぞれの地域に含まれる都道府県については付録 1 に示した。

最後に、対象施設を 6 つの病院種別（大学付属病院、国立病院、独立行政法人病院、都道府県立病院、指定病院、非指定病院）に区分し、1-5 年在院患者数および総在院患者に占める 1-5 年在院患者数の割合について比較を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課（現、精神・障害保健課）が、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に文書依頼を行い収集した、全国の精神科病院の状況についての資料を、厚生労働科学研究として、精神・障害保健課の許可を得て二次的に分

析したものである。データは対象施設ごとの集計値として報告されており、そこには個人を特定可能な情報は含まれていない。

C. 研究結果

1. 対象施設の状況

対象施設数は、2000 年（1,666 施設）から 2005 年（1,661 施設）までの間で大きな変化はない（表 1）。また精神病床数、在院患者数についても同期間内で大きな変化はないが、精神病床数は 2001 年以降、在院患者数は一貫して、ともに若干の減少が見られ、2005 年ではそれぞれ約 35.3 万床と約 32.4 万人であった（表 1、図 1）。

2. 退院の指標の年次推移

新たに精神病床に入院した患者の動態の指標である平均残存率は、2000 年から 2005 年にかけて 31.6 から 29.2 へと 2.4 ポイント減少していた（表 2、図 2-1）。特に 2003 年以降は毎年ほぼ 1 ポイントの減少傾向にある。

1 年以上精神科病床に入院していた患者の動態についての指標である退院率は、2000 年が 22.3 と最も高く、その後は約 1.5 ポイント強の範囲で変動をしているが、一貫した傾向は見いだせない（表 2、図 2-2）。

3. 1-5 年在院患者数の年次推移

2005 年の在院患者数は 324,335 人であり、1-5 年在院患者はその 1/4 強を占める 89,804 人であった（表 3）。1-5 年在院患者数は、2003 年の 91,789 人をピークにそれ以降は毎年 1,000 人程度減少をしていた（図 3-1）。在院患者に占める 1-5 年在院患者の割合は 2000 年から 2005 年の間でほとんど変化がない（表 3、図 3-2）。

4. 1-5 年在院患者の退院の動向

退院患者数は全体では 1999 年から 2005 年にかけて一貫して増加していた。2005 年では約 3 万人と 1999 年と比べて 4 千人増であった（表 4）。一方 1-5 年在院患者の退院患者数は 1999 年以降概ね減少傾向にあり、2005 年では 2,565 人と 1999 年と比べて約 300 人の減少であった。必然的に退院患者に占める在院期間が 1-5 年であった者の割合も 1999 年以降低下を続けており、2005 年のその値は 8.4%であった（図 4）。

退院患者の退院直後の状況別（家庭復帰等、社会復帰施設等、転院、死亡の 4 区分）に見ると、2005 年において在院期間が 1 年未満の者はその約 85%（76.1%+7.9%）が家庭もしくは社会復帰施設へ退院している一方で、1-5 年在院患者のその割合は約 48%（32.4%+15.4%）であった（表 5）。この割合は在院期間が長くなるに従って低下し、20 年以上の者では 20%を下回っていた（図 5）。

5. 1-5 年在院患者の特徴

1) 年齢層別

5 つの年齢層（20 歳未満、20 歳以上 40 歳未満、40 歳以上 65 歳未満、65 歳以上 75 歳未満、75 歳以上）ごとに、各年齢層の在院患者に占める 1-5 年在院患者の割合を比較した。20 歳以上 40 歳未満、40 歳以上 65 歳未満、および 65 歳以上 75 歳未満の 3 つの年齢層でのその割合は約 25%であった（表 6、図 6-1）。最も若い年齢層でのそれは約 10%と最も低く、最も高齢の層でのそれは約 37%と最も高かった。

2) 地域別

2005 年の全国の 1-5 年在院者数に占める各地域（北海道・東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州・沖縄の 7 地域に区分）

の 1-5 年在院者数の割合を比較した。関東が 23%と最も多くを占め、続いて九州・沖縄が 22%、北海道・東北および近畿が共に 15%の順であった（表 7、図 7-1）。この数値は同図に示した全国の総在院者数に占める各地域の総在院者数の割合での数値とほぼ同一であった。

また、これら 7 つの地域ごとの在院患者に占める 1-5 年在院患者の割合を比較した。図 7-2 に示すように、その割合は 25%から 30%の間に分布し各地域間でそれ程大きな差はなかったが、中国地方および九州・沖縄地方が 29%以上と比較的高かった。

3) 病院種別

6 つの病院種別（大学付属病院、国立病院、独立行政法人病院、都道府県立病院、指定病院、非指定病院）に区分し、病院種ごとの在院患者に占める 1-5 年在院患者数の割合について比較を行った。その割合は指定病院(27.3%)および非指定病院(32.4%)が高く、国立、独立行政法人、都道府県立が約 17-20%であり、大学病院（6.6%）が最も低かった（表 8、図 8）。

D. 考察

本報告書では、2000 年から現時点で利用可能な最新のデータである 2005 年までの精神保健福祉資料のデータを用いて、1-5 年在院患者の状況を明らかにした。

2000 年以降で精神病床を有する病院数、精神病床数、および在院患者数についても大きな変化はなかった。

新たに精神病床に入院した患者の動態の指標である平均残存率は、2003 年以降毎年ほぼ 1 ポイントの減少を示しており、このペースで減少が続くのであれば、2014 年までの数値目標である 24%以下を達成できる可能性が高い。一方で、1 年以上精神科病