

用されている。

わが国におけるこころの健康障害に関するナショナルデータとしての地域疫学調査は、精神衛生実態調査として、昭和29年、38年、48年に実施された。しかしこれらの調査結果は、診断の判定基準が標準化されていないこと、調査における人権への配慮が不十分であったこと等の問題が指摘され、48年調査は不完全実施に終わっている。その後には、わが国でも地域住民を対象とした精神疾患の疫学調査が実施されているが⁶⁰、対象者数の問題などから、国を代表するといえるデータは得られていない。

つまり、わが国にはこころの健康の問題に関する政策を進めていくための基盤となるべき、一般人口をベースとした疫学調査データが昭和38年以降存在していないといえる。このことが国民の「こころ」の問題に対する対策を遅らせ、国民のこころの健康を改善し、予防していくための大きな障害となってきた。

この様な状況を変えるために、WHOが提唱した世界の多くの国々が共同して地域における精神・行動の障害による社会的負担を調査するための「世界精神保健プロジェクト (World Mental Health; WMH)」に参画し、「こころの健康についての疫学調査」が実施された。調査の対象は全国に設定された調査地域の住民の無作為抽出サンプルである。この対象にWHO 統合国際診断面接 (WHO- Composite International Diagnostic Interview; WHO-CIDI) をもとにしたWMH 調査票を用いて、訓練を受けた面接者による訪問面接式調査を実施した。WHO 統合国際診断面接とは、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) および International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) に準拠した現時点で最新の精神疾患の世界的に標準化された疫学調査法である。

調査は、6つの県（岡山県、鹿児島県、長崎県、栃木県、山形県、神奈川県）の11の調査地域で平成14年度から順次実施され、本稿執筆時点（平成18年）で全ての調査が完了したが、まだ最終的な分析結果は公表されていない。本研究から精神障害の有病率についての論文⁷⁾と精神保健サービスの利用についての論文⁸⁾がすでに公表されているが、本稿では、それらの論文よりも新しい執筆時点で最新の中間報告⁹⁾をもとにして、「こころの健康についての疫学調査」から明らかとなったことを以下に述べる。

地域住民の約6人に1人が、調査時点までの生涯に少なくとも1つ以上の何らかの精神障害を経験していた。また、調査時点からの過去12カ月間では地

域住民の約14人に1人が、調査時点からの過去30日間では地域住民の約22～28人に1人が、その期間に少なくとも1つ以上の何らかの精神障害を経験していた。以上のことはこころの健康問題への対応の重要性を示していると思われる。

調査時点までの生涯で少なくとも1つ以上の何らかの精神障害を経験していた者の約30%が、調査時点までの生涯に少なくとも一度はこころの健康に関する受診・相談経験があった。調査時点からの過去12カ月間に少なくとも1つ以上の何らかの精神障害を経験していた者のうちこの期間に少なくとも一度はこころの健康に関する受診・相談経験があった割合は約17%、調査時点からの過去30日間に少なくとも1つ以上の何らかの精神障害を経験していた者のうちこの期間に少なくとも1度はこころの健康に関する受診・相談経験があった割合は約7%と、さらに低い。今回の調査から明らかとなった未受診者の集団に精神科医療を受診する必要がある人がどの程度存在するか、またその人がなぜ受診しなかったのかを調べる必要がある。その上で、必要がありながら受診していなかった人についての対応および医療的対応は必要ではなかったが何らかの介入が必要であった人への対応を検討する必要があると考える。

受診・相談先の内訳をみると、他の受診・相談先と比べて医師を受診した者の割合が高い。しかし、これを精神科医を受診した者と一般医を受診した者に細分して比較すると不安障害など障害によっては一般医の受診割合の方が高いものも存在した。これ以外の障害でも精神科医を受診した者と一般医を受診した者の割合に大きな違いのない障害も多い。ここでも受診・相談先は複数回答を集計したものであるため、一般医を受診した者の中には精神科医も受診した者が一定数含まれるため単純な比較はできないが、こころの健康問題への医療面からの対応で一般医の役割の重要性を示唆している。

こころの健康問題の日常生活への影響をそれによる生活上の支障の程度と年間の休業日数により評価した。生活上の支障の程度では、評価した全ての精神障害について、慢性の身体疾患よりもはるかに大きな生活上の支障が生じていた。また、精神障害による年間の休業日数でも、多くの精神障害で、慢性の身体疾患による年間の休業日数よりも多くの休業日数を示していた。これらのことは、精神障害による社会的な影響が高いことを示しており、適切なこころの健康対策の必要性とそれによる社会的利益が大きいことを示唆している。

b. 「ひきこもり」研究について

「ひきこもり」を科学的に調査研究することは、必ずしも容易ではない。それは、「ひきこもり」が疾患ではなく状態像であり、その定義も一定のものがあるとはいえず、ケースの全体的把握が難しいからである。しかし、一方で「ひきこもり」はひとつの社会問題として近年注目されており、科学的データの必要性は増大している。

三宅ら¹⁰⁹⁻¹¹³⁾は「ひきこもり」の実態調査を、WHOの精神障害疫学調査プロジェクト¹⁴⁾の日本での調査の中で行なってきた。ここで用いられた定義は、「仕事や学校にゆかず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせずに、6ヶ月以上続けて自宅にひきこもっている」状態である。平成14年から16年までの3年間に栃木、岡山、長崎、鹿児島四県の調査地区から無作為に抽出され、調査に同意した1,186人の20歳から49歳までの対象者の「ひきこもり」経験率は1.18% (14人；95%信頼区間0.57%～1.80%)であった。またすべての年齢の対象者(20歳以上)2,974人(すべて別世帯)に、家族の中にこの「ひきこもり」にあてはまる子どもがいるかをたずねたところ、2,974世帯中0.67% (20世帯；95%信頼区間0.38%～0.97%)がありと回答し、この率から推定される全国の「ひきこもり」あり世帯は約32万世帯(95%信頼区間18万～46万)となる。この調査の特性から、「ひきこもり」経験率および「ひきこもり」のいる世帯数の推定値は最小限度を示す値として評価するのが適切である。

前記の調査以前には、斎藤¹⁵⁾によれば、「ひきこもり」の量的規模を推測した知見は、2001年に臨床教育研究所「虹」の行なった調査研究のみであるという。それによるとこの調査では、ひきこもり人口を全国で80万から120万と推測しているとのことである。この調査の対象者は「ひきこもり」問題への関心の高い集団であり、推測の根拠は不明である。また、金ら¹⁶⁾は福岡県で自記式質問紙によるひきこもりの有病率調査を行なった。現在ひきこもりである、あるいは過去にそうであったものは21人(現在7人、過去14人)、率にすると全体で3.81%、現在1.27%、過去2.50%であった。回収率が低いため、予備調査と位置づけられ、全国値の推測などは行なわれていない。その他、相談機関に来所したケースの実態調査がいくつか報告されている。高畑¹⁷⁾は平成13年に埼玉県の450施設を対象とした3ヶ月間の調査を行い、同じく平成13年に国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部¹⁸⁾は、全国の都道府県政令指定都市の精神保健福祉センター56カ所に対して質問紙調

査を実施し、各センターでの「ひきこもり」の定義は、「ひきこもり」の期間、状態像については概ね一致していることを確認した。

c. 精神障害者の住居確保

「改革ビジョン」に伴う、精神障害者の地域生活への移行において、住居確保対策は必須である。このため、平成15年度の研究において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。その結果、賃貸物件の空室数は増加傾向にあると思われ、家賃がきちんと支払われ、問題が発生したときに誰かが駆けつける体制を整えることができれば、市場の原理にしたがって、地域生活に移行する精神障害者による一般賃貸住居の確保は十分可能と考えられた¹⁹⁾、²⁰⁾。平成15年度の聞き取り調査を踏まえ、平成16年度は住居確保についての質問紙調査（日本精神科病院協会、全国精神障害者社会復帰施設協会に加盟する組織・法人のうち、グループホーム・共同住居を運営する組織・法人等の協力を得て実施。調査票の回収数は210（有効回収率48.6%）²¹⁾を行った。平成15年度の聞き取り調査から、有効かつ重要な住居確保の方法であると考えて例示した「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」については、約3分の1の組織・法人から「すでに実施している」、また4割以上の組織・法人から「何らかの援助が得られれば実行できる」との回答があった。また、「この1年間に賃貸物件などを新たに借りて地域生活を始めた」との報告のあった組織・法人は91、計540人であって、そのうち215人（39.9%）については「住居についての情報を提供し、部屋の契約においても関わりがあった」との報告があった。

本研究の成果は、平成18年度から厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究」に引き継がれ、住宅の紹介システム、契約関係、損害賠償等の保険活用、生活の支援と住宅の管理、退去時の管理、当事者の財産の保全・活用など、一般住宅を活用するために必要な取り組みの全体像を明らかにして、精神障害者の住居確保のソフト面の全体像を明らかにして「住居確保の実践の手引き・事例集」にまとめるべく研究を進めている。

3. 今後の研究の展望

わが国は、少子高齢化の進展、国際競争の激化と経済・産業構造の変化などを背景に、社会構造の改革が必要とされ、医療、年金、社会福祉などの社会保障制度も急速に改革が進みつつある。このような変革期に対応して、改革ビジョン、障害者自立支援法等、様々な施策や法制度の整備が取り組まれているが、実際の場面においては、制度設計上予想しなかった問題に直面したり、期待した効果が発揮されないことも考えられる。モニタリング研究は、精神保健福祉の現況や施策効果をモニタリングすることで、問題点の早期発見と改善に働きかけていく研究であり、精神保健福祉制度の機能測定のための研究と言ってよいものである。「改革ビジョン」は精神保健福祉制度改革のスタートに当たるものであり、モニタリングの方法を改善しつつ、また、モニタリングにおける都道府県や関係機関等との協力体制を築きつつ、公平な視点から長く続けられる必要がある。また、地域精神保健の充実が国際的な方向であり、モニタリング研究に関して関係する研究機関の交流、若手研究者の育成を図っていく必要がある。

臨床疫学研究は、精神科医療の現場における治療やリハビリテーション技術に関する科学的根拠 (evidence) を充実させるために必須のものであるが、わが国には、臨床疫学研究を行う環境の整備が遅れており、厚生労働科学研究における研究成果を充実する必要がある。その場合、現場からの研究ニーズをいかに研究者につなげるかが最も重要な課題となる。また現場の仕事の中でスムーズな資料収集を行なうための人材の確保、および現場と研究所の協力体制のモデル作りも必要とされる。

こころの健康についての疫学研究の結果、わが国に、実に40年以上ぶりに、こころの健康の問題に関する政策を進めていくための基盤となるべき、一般人口をベースとした疫学調査データを得ることができた。この結果、精神障害による社会的な影響 (impact) が高いことが示され、こころの健康対策が、英国のNSFのように、社会的に重要な課題として実施される必要のあることが示されたが、こころの健康の実態は変わっていくと考えられるため、今後は10年に一度を目安に、WMHの成果を引き継ぐ調査の準備、実施を検討すべきと考えられる。そのためにも、疫学調査の対象疾患拡大のための方法論研究は継続して実施すべきと考えられる。

政策情報研究は、社会の多様なニーズに応じていく必要があるが、少子高齢

化の精神保健サービスニーズへの影響を検討するなど、前向きに対応を促していく研究も行われてよいと考える。

文献

- 1) 竹島正, 中村健二, 重藤和弘他:精神科医療機能に関するマクロ指標の検討—入院患者残留率を中心に—. 精神神経学雑誌 104(5): 394-416, 2002
- 2) <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/mental-nmhr05>
- 3) Rosen A. The Australian experience of deinstitutionalization: interaction of Australian culture with the development and reform of its mental health services. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 429:81-9, 2006
- 4) http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4009598&chk=jmAMLk
- 5) <http://www.lho.org.uk/viewResource.aspx?id=9075>
- 6) Kitamura, T., Fujihara, S., Iwata, N., Tomoda, A. & Kawakami, N. (1999). Epidemiology of psychiatric disorders in Japan. In *Images in Psychiatry: Japan* (ed. Y. Nakane, Radford, M), pp. 37-46. World Psychiatric Association: Paris.
- 7) Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., Uda, H., Hata, Y., Nakane, Y., Nakane, H., Iwata, N., Furukawa, T. A. & Kikkawa, T. (2005). Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 59, 441-52.
- 8) Naganuma, Y., Tachimori, H., Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., Uda, H., Hata, Y., Nakane, Y., Nakane, H., Iwata, N., Furukawa, T. A. & Kikkawa, T. (2006). Twelve-month use of mental health services in four areas in Japan: findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 60, 240-8.
- 9) 竹島正. (2006). こころの健康についての疫学調査に関する研究 平成17年度総括・分担研究報告書.
- 10) 三宅由子, 立森久照, 竹島正, 川上憲人:地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査. 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 平成14年度総括・分担研究報告書(主任研究者:川上憲人), pp.141-151, 2003.
- 11) 三宅由子, 立森久照, 竹島正, 川上憲人:地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査. こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究 平成15年度総括・分担研究報告書(主任研究者:吉川武彦), pp.75-78, 2004.
- 12) 三宅由子, 立森久照, 竹島正, 川上憲人:地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査. こころの健康についての疫学調査に関する研究 平成16年度総括・分担研究報告書(主任研究者:竹島正) pp.89-93, 2005
- 13) 三宅由子, 立森久照, 竹島正, 川上憲人:地域疫学調査で把握された「ひきこもり」例の診断について. こころの健康についての疫学調査に関する

- 研究 平成17年度総括・分担研究報告書（主任研究者：竹島正），pp. 109-112, 2006
- 14) 吉川武彦：こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究 平成14年度総括・分担研究報告書，2003
 - 15) 斎藤環：社会的ひきこもりの現状と展望. 思春期青年期精神医学, 12:13-20, 2002.
 - 16) 金吉晴, 堀口逸子, 森真琴：若年者におけるひきこもり事例の有病率に関する予備調査. 「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」平成13年度総括・分担研究報告書（主任研究者伊藤順一郎），13-17, 2002.
 - 17) 高畑隆：埼玉県における「ひきこもり」の実態. 精神医学, 45:299-302, 2003.
 - 18) 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部：「ひきこもり」についての相談状況調査報告書. 平成13年3月.
 - 19) 竹島正, 蓑輪裕子, 橋本康男他：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のあり方について－, 平成15年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「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, 2004
 - 20) 竹島正, 橋本康男：退院・社会復帰に向けて多様な住居群の確保を. 公衆衛生情報 34 (9) 30-33. 2004
 - 21) 竹島正, 宮田裕章, 立森久照他：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－, 平成16年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「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, 2005

2006年6月30日発行



特集 精神障害リハビリテーションにかかわる私の研究方法論【医師】

聞き取りから実態把握へ

竹島 正

精リハ誌, 10 (1); 20-21, 2006

精神障害とリハビリテーション

第10巻第1号 (通巻第19号)

聞き取りから実態把握へ

竹島 正

精リハ誌, 10 (1); 20-21, 2006



word

索引用語：研究方法、聞き取り、実態把握
 Key Words：methodology, interview, count

□ I はじめに □

研究とは「よく調べて真理をきわめること」、真理とは「ほんとうのこと。まことの道理」、さらに道理とは「物事のそうあるべき道筋。ことわり」とある（広辞苑第五版）。

研究とは、研究を職業とする人にとっては仕事そのものである。研究を職業としない人にとっても、ある問題に気付き、調べ、工夫することは、1日のうちで何度も繰り返しており、毎日研究を行っていると言えなくもない。

精神障害リハビリテーションの研究は、日常の現場における模索の中から、大切なことを見つけて出すはたらきである。「入院医療中心から地域生活中心へ」（精神保健医療福祉の改革ビジョン）向かう時代には、地域社会から積極的に学ぶ姿勢も求められる。ここでは、筆者が15年度～16年度に関心をもって取り組んだ精神障害者の住居確保研究^{1,2)}を素材に、カッコ内の報告書の引用について筆者が研究途上で考えたことを述べることで「私の研究方法論」としたい。

□ II 住居確保研究と考えたこと □

「受け入れ条件が整えば退院可能」な約7万

2千人の対策に向けて、既存の社会復帰施設やグループホーム等の制度化されたものに限らず、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い、その結果を報告書にまとめた。

「制度化されたものに限らず」と書いたのは、制度化されていないものの中に生きた工夫や情報がたくさんあることを知らされたからである。「一般賃貸住居の確保」を重視したのは、精神障害者の公営住宅入居を進めるという考え方だけでは窮屈であると感じたからである。住宅会社、不動産業を含めて、さまざまな機関に聞き取り調査を行ったのは、借りる側だけでなく、貸す側も含めてさまざまな立場の話を聞くことで、住居確保の要件を立体的に把握したかったからである。聞き取り調査を行ったのは、筆者の場合、見ることで、つまりさわることによって、大切なことが自ずと浮かび上がってくると考えたからである。

次に聞き取り調査の結果と考察を略記する。

住居確保対策として実施されていたことは、精神科病院と不動産会社等の賃貸契約のもとに精神障害者が入居すること、病床を転換して住居として活用すること、病院敷地内外の職員寮を住居として活用すること、住居確保のための有限会社の設立等であった。住居確

Researching Steadily: Interviewing and counting

国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部, Tadashi Takeshima: Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

保対策は、その住居を利用する精神障害者のライフステージ、居住者の能力と障害、介護保険制度の動向などを背景に、戦略的に組み立てていく必要があり、そのためには病院敷地内、精神病院や社会復帰施設の近傍、さらには広く地域社会の全体を視野に、多様な住居群を確保していく考え方が必要である。

「戦略的に組み立てていく必要があり」「多様な住居群を確保していく考え方が必要」と書いたのは、理念や考え方に縛られた「あるべき論」にも、制度がないのでどうしようもないという「あきらめ」からも解放された中で、精神障害者個々の需用に応じて、地域の社会経済システムの中で、住居確保策を展開できる方法があると確信したからである。

さて、聞き取り調査の中で筆者が関心をもったのは、精神科病院等と物件所有者の、不動産会社を介しての賃貸契約のもとに精神障害者が入居する方法（共同住居）である。このような取り組みが実際のどのくらい行われているのか知るには、そのための調査を行う必要がある。16年度研究では、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・法人を対象に質問紙調査を行った（回収数210、有効回収率48.6%）。その結果は次の通りであった。

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」については約3割の組織・法人から実施例が報告され、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。（中略）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。

「約3割の組織・法人から実施例が報告」されたことは、筆者が15年度の聞き取り調査で得た情報は、たまたま出会った1例ではないことを示

すものと考えられた。「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」と書いたのは、これらの取り組みは、踏み分け道のように、個々の組織・法人が開発してきたオリジナルなものであって、それを泥足で踏みにじるようなことはしたくない、しかし制度としての支援を行う方法を模索する必要があると考えたからである。

□ III まとめ：私の研究方法論 □

筆者の友人である東野健一さん（ボトウア＝絵巻物師）と話をしていた時、「へり」に居ることがおもしろいということで話が一致した。一つのテーブルがあって、その上の真ん中に近いところでは安定しすぎておもしろくない。テーブルに決して上がることのない地面の上でもおもしろくない。一番おもしろいのは、テーブルで言えば「へり」に居ることだ。「へり」は不安定だが、その不安定さゆえにいろいろな発見があるという話である。

住居確保研究には、私の研究方法の一つの典型が見える。そのプロセスは、さわること（聞き取り調査）に始まり、これが大切だと気付くこと、それを数えること、数えた結果とはじめに思ったことを照合すること、それをまとめる中で反省することである。筆者は、政策研究という仕事柄、報告書執筆に携わることが多いが、よい報告書とは、ものごとの性質を大切にしている、道筋が明るく、おおらかなものではないかと思っている。

文 献

- 1) 竹島正：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のあり方について。平成15年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）精神障害者の社会復帰に向けた地域体制の整備に関する研究 分担研究報告書、2004。
- 2) 竹島正：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。平成16年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）精神障害者の社会復帰に向けた地域体制の整備に関する研究 分担研究報告書、2005。

自立支援と居住施設

竹島 正

国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部長

Key Words 改革ビジョン、退院率、退院促進、住居確保

はじめに

厚生労働省においては、平成16年9月に厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、改革ビジョンという）を公表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進め、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進め、10年間で7万床の病床の減少をうながすこととした。さらに、平成17年10月には、障害者自立支援法を成立させ、精神保健福祉法、障害者雇用促進法を改正するなど、障害者が地域で普通に暮らすための持続可能な制度の整備を進めた。これらの制度改革がどのような成果を挙げていくかは、制度の運用実態をモニタリングすることによって明らかにしていく必要がある。

本稿においては、精神科医療の現状と、改革ビジョンに示された精神保健医療福祉体系の再編に示された達成目標をもとに、精神障害者の退院促進において、精神科医療に求められている役割について述べる。次に、精神障害者の退院促進に欠くことのできない住居確保について、筆者らの研究成果を紹介する。

精神科医療の現状

「精神保健福祉資料—平成16年6月30日調査の概要—」（以下、16年度630調査という）¹⁾によると、平成16年6月30日現在の在院患者総数は326,125(329,096)人（カッコ内は15年度630調査結果。以下同様）であった。年齢別では、65歳以上の在院患者数は132,687(128,364)人と全

体の40.7(39.0)%を占めていた。在院期間別で見ると、全在院患者の30.7(30.3)%が1年未満の在院である一方、41.5(43.8)%は5年以上の在院であった。在院患者数は徐々に減少し、高齢化が進んでいる。

平成15年6月1カ月間に新たに入院した患者は29,644(27,692)人であった。年齢別では、65歳以上は8,935(8,245)人と全体の30.1(29.8)%を占めていた。図1に平成10～15年の6年間の6月1カ月間に新たに入院した患者の1年間の退院動態を示した。入院後約1年後（平成16年5月末）の状況は、25,587(23,694)人(86.3(85.6)%)がすでに退院し、4,057(3,998)人(13.7(14.4)%)が約1年後も入院したままであった。本調査から算出された改革ビジョンの指標である平均残存率の16年度全国値は30.1%であった。平均残存率の全国値は、平成12～15年度の各年度において、31.6%、30.9%、31.2%、31.1%であって、16年度はやや低下傾向にある。

平成16年6月1カ月間の退院患者数は29,972(28,780)人であった。年齢別では、65歳以上は9,280(8,897)人と全体の31.0(30.9)%を占めていた。在院期間別では、在院期間が1年未満は86.9(85.6)%, 1年以上5年未満は8.7(9.4)%, 5年以上10年未満は2.0(2.1)%, 10年以上20年未満は1.3(1.4)%, 20年以上は1.1(1.4)%であった。本調査から算出された改革ビジョンの指標である退院率の平成16年度全国値は20.9%であった。退院率の全国値は、平成12～15年度の各年度において、22.3%、21.0%、20.6%、21.6%であって、とくに増加傾向は見られない。

平均残存率 / 退院率

改革ビジョンに示された達成目標の1つである平均残存率は、630調査データでは、その年の6

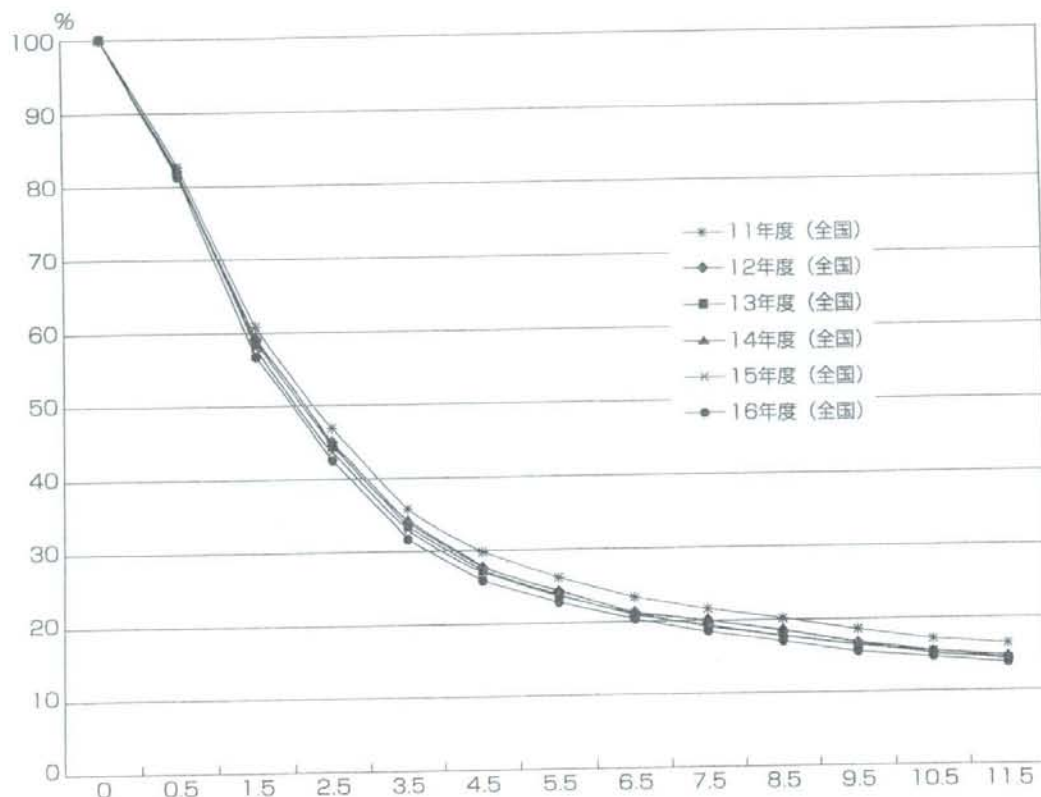


図1 新規入院患者の残存曲線

月末から翌年5月末までの、各月末の残存患者の割合の相加平均として算出される。平均残存率は、診療報酬の改定等の影響を直接受けやすい。また、精神科病院等の退院促進の努力も反映されやすい。このため、10年後の各都道府県の平均残存率を24%以下にすることは実現可能性が高いと考えられる。

ところで、もうひとつの達成目標である退院率は、1年以上の在院患者の退院促進を図るものであり、10年後の各都道府県の退院率を29%以上にするためには、地域サポート体制の充実が前提となる。しかしながら、1年以上の在院患者の流動性を高めることによっても、退院率は高くなる点に留意する必要がある。住居と一定のフォローアップ体制があれば、まずは退院させて、必要があれば再入院させるという方法を積極的に選択す

るならば退院率は高くなる。

改革ビジョンの達成目標は、新たな入院患者の短期入院化と、1年以上の在院患者の流動性を高めることに大きな意味がある。長期在院の退院患者は、おそらく精神科デイケアや訪問看護等によるフォローアップの必要な者の割合が高く、必要に応じて再入院も必要とする。精神科病院は、これら長期在院患者を地域の顧客層に加え、地域医療の対象としてケアマネジメントを進めることになる(図2)。

退院促進と住居確保

長期在院患者の退院促進は、地域生活の経験を繰り返す中から適切な居住の場を見出していく作業であり、仮に再入院が必要となるにしても、地域における住居確保は必須である。筆者らは、平

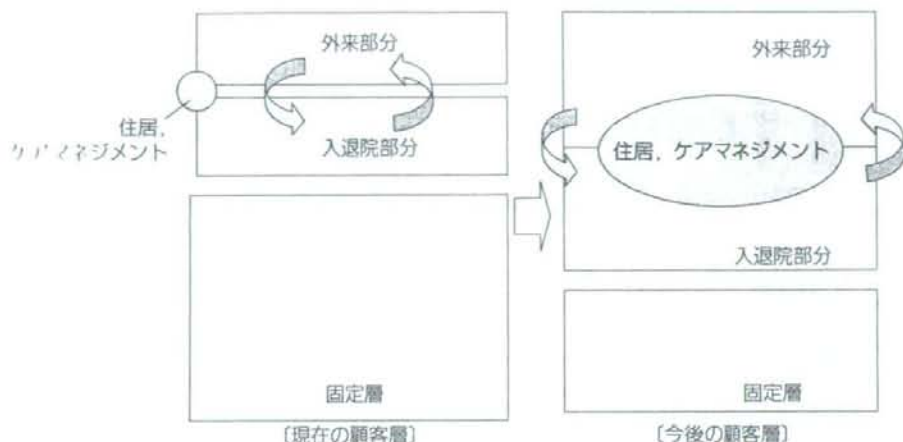


図2 精神科病院の顧客層の変化

成15年度に、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^{2,3)}。住居確保対策として実施されていたことは、精神科病院と不動産会社等の賃貸契約のもとに精神障害者が入居する方法（グループホーム、共同住居）、病床を転換して住居として活用すること、病院敷地内外の職員寮を住居として活用すること、住居確保のための有限会社の設立などであった。住居管理、居住者の健康管理等については、精神科病院の精神科ソーシャルワーカー等が蓄積してきたノウハウが随所に見られ、それを手引きとしてまとめることで、不動産会社の賃貸に向けての動きを加速できる可能性があると考えられた。また、日常生活の質の確保のために、精神科デイケア、訪問看護などが利用されており、多くの訪問先で、週2回、本人の状況を確認することができるという声が開かれた。精神障害者が一般賃貸住宅を利用する場合、家賃の支払い能力、問題が発生した場合の対応、賃貸物件の確保、地域住民の理解等、さまざまな課題があった。しかし、賃貸物件の空室数は増加傾向にあると思われ、家賃がきちんと支払われ、問題が発生したときに誰かが駆けつける体制を整えることができれば、市場の原理に従って、一般賃貸住

居の確保は十分可能と考えられた。

15年度の聞き取り調査をふまえ、16年度は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⁴⁾。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・法人等の協力を得て実施した。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%）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%、共同住居を運営している組織・法人は32.9%であった。15年度の聞き取り調査の結果、有効かつ重要な住居確保の方法であると考えて例示した「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、それぞれ32.4%、18.1%の組織・法人からすでに実施しているとの報告があり、また4割以上の組織・法

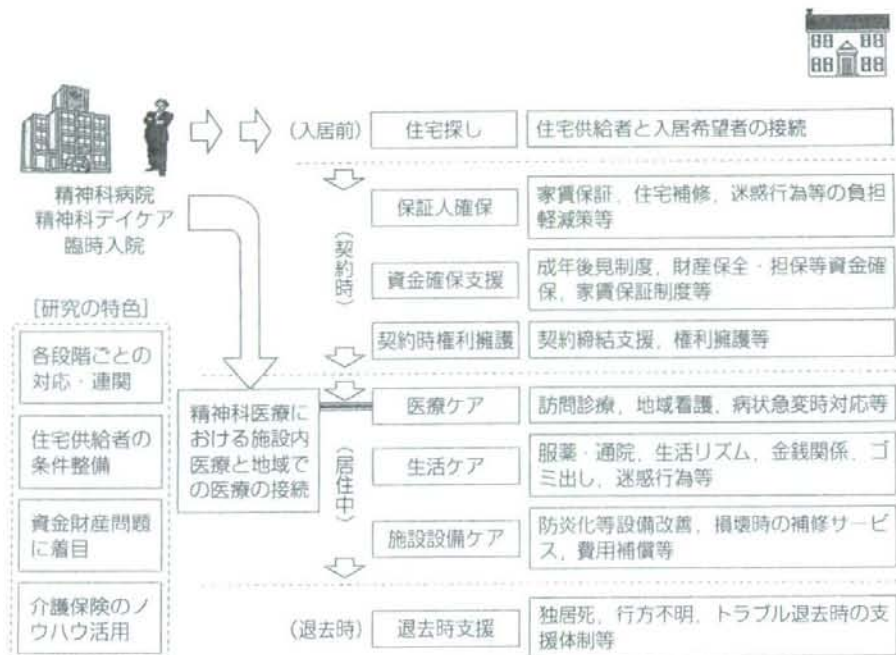


図3 精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究イメージ図

人から「なんらかの援助が得られれば実行できる」という回答があった。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、入居期限付きのグループホームは15.5%であった。共同住居アンケートの結果、128施設に916人が入居していることがわかった。また、「この1年間に賃貸物件などを新たに借りて地域生活を始めた」との報告のあった組織・法人は91で、計540人について報告があり、そのうち215人(39.9%)については「住居についての情報を提供し、部屋の契約においても関わりがあった」との報告があった。

以上の結果から、精神科病院の1/3以上は、すでに精神障害者の退院・社会復帰における住居確保の取り組みについて相当の経験があり、それらの経験をふまえた退院促進と住居確保対策の実施は、現実に長期在院患者が在院しているという事実も含め、きわめて実践的な方策と考えられる。また、共同住居は、賃貸契約の締結や解消で伸縮自在という特徴があり、これをうまく活用することで住居確保対策の大きな柱となる可能性があ

る⁵⁾。一方、精神障害者社会復帰ニーズ等調査の分析結果から、患者の年齢が上がるにつれて、日常生活能力等が低い患者の割合が増大する傾向が認められている。

以上から、住居確保対策は、その住居を利用する精神障害者のライフステージ、居住者の生活能力、介護保険制度の動向などを背景に、戦略的に組み立てていく必要がある、そのためには病院敷地内、精神科病院や社会復帰施設の近傍、さらには広く地域社会の全体を視野に、多様・多彩な住居群を確保していく考え方が必要である。障害者自立支援法には、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。

自立支援と居住施設について、筆者の考えをまとめておく。

- (1)各都道府県の退院率を引き上げ、結果として退院促進を実現するには、長期入院患者の流動性を高めることが必要になる。
- (2)長期在院患者の流動性を高めるには、週2回程度の本人の状況を把握できるような仕組み(ケアマネジメント)と、住居確保は必須である。
- (3)住居確保においては、グループホーム、共同住居、個別の居室確保を含め、一般の賃貸住宅の利用が基本になる。
- (4)住居確保には、精神科病院等の培ってきた地域に対する信頼を役立てることが有意義である。
- (5)一般住宅の賃貸利用は、賃貸料が確実に支払われること、必要などの援助が即座に行われる・行う体制が確保できれば、かなりの現実味を持つ。
- (6)既存の賃貸市場にも利用できる賃貸物件は相当数存在すると思われ、賃貸市場の活用は、精神障害者の理解促進にもつながる。

さて、厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究」(主任研究者竹島正)においては、平成15～16年度の研究成果をふまえ、精神障害者の住居確保に関して、住宅の紹介システム、契約関係、損害賠償等の保険活用、生活の支援と住宅の管理、退去時の管理、当事者の財産の保全・活用など、一般住宅を活用するために必要な取り組みの全体像を明らかにして、精神障害者の住居確保のソフト面の全体像を明らかにして「住居確保の実践の手引き・事例集」にまと

めるとともに、住居確保のための提言を行うべく研究を開始している(図3)。「住居確保の実践の手引き・事例集」は、精神科病院等が実際に取り組んでいる住居確保やケアマネジメントの事例から生きた情報を得たいと考えている。日本精神科病院協会会員の皆様の協力をお願いしたい。

文 献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、国立精神・神経センター精神保健研究所：精神保健福祉資料-平成16年6月30日調査の概要-
- 2) 竹島 正，養輪裕子，橋本康男，他：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のあり方について-。平成15年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「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，2004。
- 3) 竹島 正，橋本康男：退院・社会復帰に向けて多様な住居群の確保を。公衆衛生情報 34(9)：30-33，2004。
- 4) 竹島 正，宮田裕章，立森久照，他：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-。平成16年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「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，2005。
- 5) 田中稜一：共同住居の存続の必要性を検討する。平成13年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神科病院・社会復帰施設等の評価及び情報提供に関する研究」報告書，2002。

訃 報

(社)日本精神科病院協会

鹿児島・(特定)医療法人敬和会単人病院理事長 淵脇 工先生(84歳)におかれましては、平成19年2月21日(水)、逝去されました。謹んでご冥福をお祈り申し上げます。

なお、通夜、告別式は下記により行われました。

記

通 夜 平成19年2月22日(木) 18時より
場 所 JAやすらぎ単人斎場
霧島市単人町見次596

告別式 平成19年2月23日(金) 11時30分より
場 所 通夜に同じ
喪 主 淵脇弘子(ご令室)

第26回日本社会精神医学会：教育講演3

精神科医療はどのように変わるか
—精神保健医療福祉の改革ビジョンと
障害者自立支援法—

竹島 正

■第26回日本社会精神医学会:教育講演3

精神科医療はどのように変わるか —精神保健医療福祉の改革ビジョンと障害者自立支援法—

竹島 正

はじめに

厚生労働省は平成16年9月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下、「改革ビジョン」という)を公表し、「入院中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進めるとしてその達成目標を示した。また「受入れ条件が整えば退院可能な者(約7万人)」についても併せて10年後の解消を図ることとした。変わらないと言われ続けてきた精神保健福祉制度は、今、大きく変わろうとしている。その変化は、精神保健福祉制度をよりよいものにしたいという関係者内部の声だけでなく、少子高齢化の進展と社会構造改革、国民の精神保健ニーズの変化などを背景にしており、予想以上の速さで勢いで進んでいく可能性がある。本稿では、全国データ資料「目でみる精神保健医療福祉-改革ビジョンの実現に向けて-」およびこの分析結果をもとに、精神科病院、精神科デイケアのデータを題材に精神科医療の今後について考えてみたい^{1,2)}。

精神保健医療福祉の過去・現在・未来 —データは何を告げるか

1. 精神科病院

精神病床数は、昭和30年代から40年代前半にかけて急増し、昭和40年代後半にはそれまでの急速な増加に比べ緩やかな増加に変わっている。

この後も精神病床数の増加は続くものの、その増加率は低下し、平成8年頃をピークに減少に転じている。人口万対精神病床数も昭和40年代半ばにそれまでの急速な増加から緩やかな増加に変わり、平成3年頃をピークに横ばいまたは減少傾向に転じている(図1)。昭和30年代からの精神病床の急増は、昭和25年の精神衛生法によって自宅監置制度が廃止され、精神病床の必要性が顕在化したことを背景に、①向精神薬の導入、②法人立精神病院への国庫補助、③措置入院患者の国庫負担引き上げ、④医療法の定員特例、⑤結核患者の減少とその病床の精神病床等への転換など、精神病床の増加要件が重なった結果と考察されている³⁾。昭和62年くらいから横ばいになるのは、昭和60年の医療法改正によって都道府県医療計画が導入されて基準病床数が設定されるなど、病床数の増加に抑制要因が働き始めたためと考えられる。

精神科医療従事者数はすべての職種で増加しており、特に作業療法士、精神保健福祉士に著しい。作業療法士は昭和40年に、精神保健福祉士は平成9年に国家資格化されており、国家資格化が養成機関の設置を促し、また配置を促す施策や診療報酬上の位置づけも影響して、結果として従事者の増加が起こったものと考えられる。しかし、精神科病院の従事者、特に医師、看護師は、確保が難しい地域があるとされており、地域別の従事者数の実態については今後分析する必要がある。

在院患者数は減少傾向にあるが、在院患者に占める「65歳以上」の割合は増加し、平成16年には4割を超えている。この理由は在院患者の高齢化に加え、新入院患者にも高齢患者が増えている

国立精神・神経センター精神保健研究所
精神保健計画部長

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

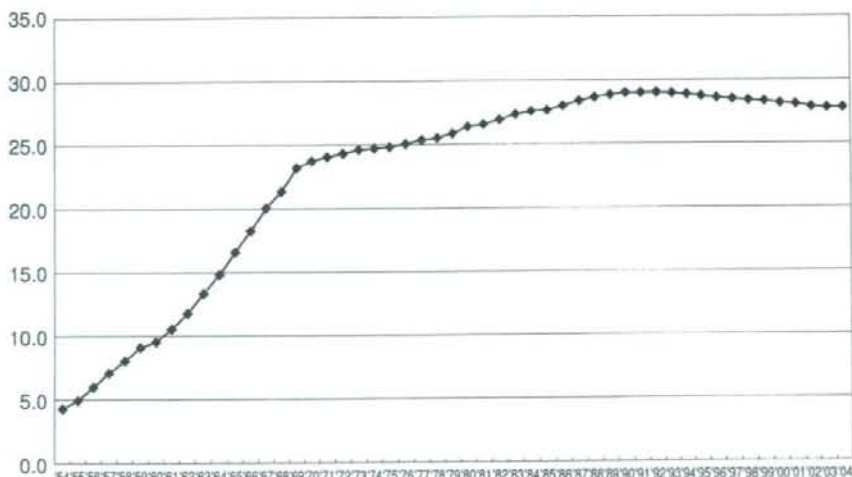


図1 人口万対精神病床数の推移

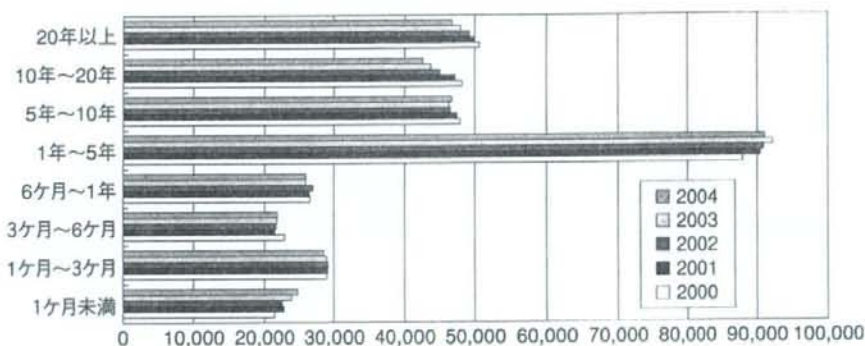


図2 在院期間別の在院患者数

こと、高齢の入院患者は退院が困難であることなどによると思われる。診断別在院患者数はF2(統合失調症等)が最も多いが、その割合は減少しており平成16年には60.6%である。増加しているのはF0(器質性精神障害等), F3(気分障害)である。在院期間別在院患者数は、「1年未満」の在院患者数、「1年以上5年未満」はあまり変化がなく、「5年以上」は減少傾向にある(図2)。「改革ビジョン」に示された精神保健医療福祉体系の再編の達成目標には、新入院患者は1年以内に速やかに退院させること、1年以上すでに入院している患者は段階的、計画的に地域生活に移行するよう促すことが挙げられている。「1年以上5年未満」の在院患者数は平均残存率が低くなれば少なくなると考えられる。また、「1年

以上5年未満」の在院患者は退院率を高くするうえで最も重要な対象と考えられる。「1年以上5年未満」の在院患者数の動向については、国レベルだけでなく都道府県単位でも注意深く観察する必要がある。

入院形態別在院患者数は昭和62年の精神保健法において現在の入院形態が制度化されて以降、措置入院と医療保護入院が減少、任意入院が増加するという傾向が続いたが、平成12年に医療保護入院が増加し、その後も少しずつ増加していた。これは平成11年の精神保健福祉法改正により、医療保護入院の要件に「精神障害によりその同意に基づいた入院が行われる状態にない」ことが追加されたためと考えられる。

外来延べ数、訪問看護延べ数は増加傾向にあ

り、平成16年の6月1ヶ月間の外来延べ患者数は、1病院あたり1404.4人であった。同じく訪問看護実施件数は1病院あたり28.1件であった。入院/外来率（外来延べ患者数を新入院患者数で割った値）は平成11年から平成16年までほとんど変化がない。入院/外来率にほとんど変化がなく、おおむね外来80件に1件入院が発生していることは、都道府県による差を調整すれば、都道府県で地域医療に必要なとする病床数を推計するのに役立つかもしれない。

6月1ヶ月間の入院患者数は増加しており、年齢別では「65歳以上」の増加の割合が大きい。入院患者の動態の指標である残存曲線は平成12年、平成14年はおおむね重なるが、平成16年は曲線全体が下方にあり早期退院の傾向を示している。1年後残存率は平成16年が最も低く13.6%である。1年以内社会復帰率は平成10年から平成16年までほとんど変化がなく72%前後である。50%退院日数は減少し、平成16年は60.8日である。平均残存率（新規入院患者の入院後1年までの各月末の残存率を平均したもの。10年後の目標は24%以下）も減少しており、平成16年は30.1%と最も低くなっている（図3）。診断別入院患者数では、F2（統合失調症）がおよそ4割を占め、F3（気分障害）、F0（器質性精神障害等）と続いていた。新入院患者数が増える中で、入院患者数が減少しているのは、F1（精神作用物質による精神および行動の障害）、F4（神経症性障害等）等である。入院患者の動態からは、新たに入院した患者の入院期間が短くなっているのがわかる。しかし1年以内社会復帰率はほとんど変化がない。この数値は「改革ビジョン」に示された精神保健医療福祉体系の再編の達成目標には含まれていないが、この数値が退院者に占める「家庭復帰」または「社会復帰施設等」へ退院した者の割合を示していることを考慮すると、退院促進の質的な実態をはかる指標として活用されることが望まれる。

退院患者数も増加傾向にあるが、退院患者の年齢構成は、平成16年は「20歳以上40歳未満」が27.2%であり、在院患者に占める割合の10.3

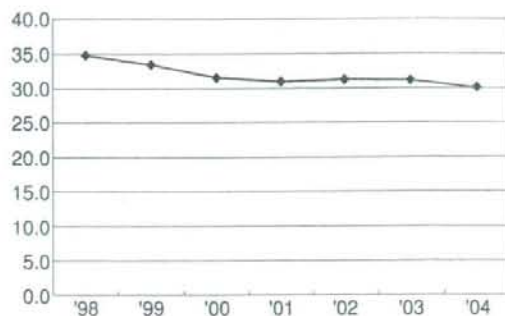


図3 平均残存率の推移

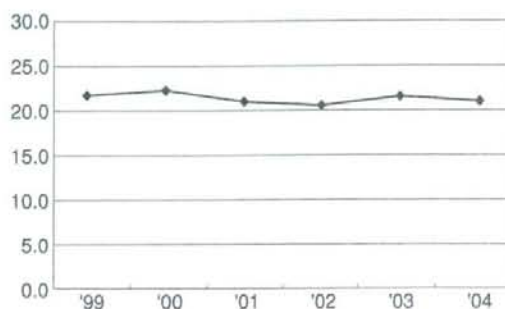


図4 退院率の推移

%に比べると高い。「65歳以上」は31.0%であって、在院患者に占める割合の40.7%に比べると低く、高齢患者の退院の困難を示す結果と思われる。診断別では、F2（統合失調症）が最も多くおよそ4割を占め、F3（気分障害）、F0（器質性精神障害等）と続く。精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である「退院率」（1年以上の在院患者のうちの退院患者の割合。10年後の目標値は29%以上）は平成11年以降ほとんど横ばいであって21%前後であり、平均残存率とは異なった動向を示している（図4）。また、在院期間別社会復帰率は在院期間が「1年未満」と「1年以上5年未満」「5年以上」の間に大きな乖離がある。すなわち、1年以上の在院患者の退院が促進されているという動きは起こっていないと考えられる。10年後の各都道府県の退院率を29%以上にするためには地域移行のための支援体制の充実は必須である。

2. 精神科デイケア等

精神科デイケア等の実施施設数はすべて増加し

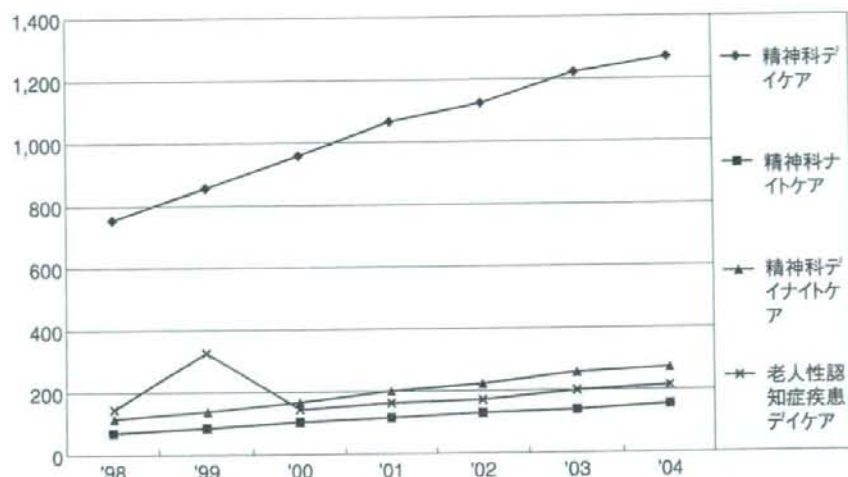


図5 デイケア等実施施設数の推移

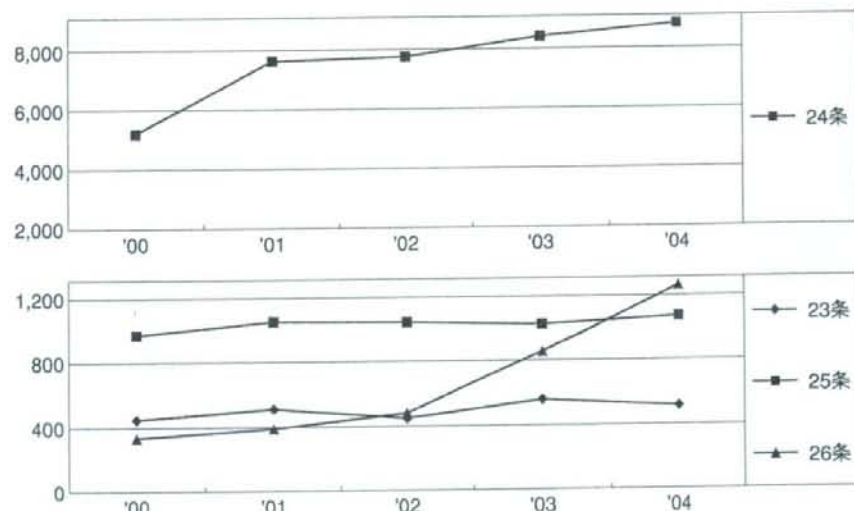


図6 措置通報件数等の推移

ており、特に精神科デイケアは増加が大きい(図5)。実施施設数の増加にともなって、延べ利用者数、実利用者数とも増加している。利用者の居住地は、精神科デイケアと精神科ナイトケア、精神科デイナイトケアでは異なり、後2者では入所型社会復帰施設利用者が高い。診断は、F2(統合失調症等)が7割以上を占め、F3(気分障害)、F1(精神作用物質による精神および行動の障害)等と続く。性別は、男性がおおよそ3分の2を占め、女性は3分の1である。年齢は、「40歳以上65歳未満」が過半数を占め、「20歳以上40

歳未満」「65歳以上」と続く。精神科デイケア等は、近年、児童思春期、ひきこもり、アルコール依存症、うつ病を対象とするものなど、機能分化が起こりつつあると言われるが、その実態は必ずしも明らかではない。「改革ビジョン」でも、精神科デイケア等の医療としての機能を明確化することが求められていることから、その実態把握が必要である。デイケア・訪問看護を実施している精神科病院の特徴を分析した結果、デイケアや訪問看護を実施している病院では、精神療養病棟等の専門病床を取得していることが多く、平均残存