

率が低く、3-12ヶ月退院率が高くなっているという報告があるが⁶⁾、今後の精神科病院のあり方に示唆を与える結果と考えられる。

3. 措置通報等の状況

措置通報等の年次別推移では、精神保健福祉法第23条、第24条、第25条、第26条とも件数が増加し、特に第24条と26条の増加が大きい(図6)。通報に対する診察の実施割合は、第23条で64.4%、第24条で63.9%、第25条で63.1%、第26条で12.9%である。また、措置診察を実施したもののうち措置入院になった割合は、第23条で79.0%、第24条で72.6%、第25条で73.9%、第26条で56.9%である。少子高齢化が進み、家族や地域のつながりが希薄になる中で、また「改革ビジョン」に示された「入院中心から地域生活中心へ」の方向に精神保健医療福祉制度が進む中で、措置入院制度に危機介入的な役割が期待される可能性がある⁹⁾。措置通報等の状況についてはモニタリングを続ける必要がある。

精神科医療はどのように変わるか

「改革ビジョン」は立ち後れた精神保健福祉体系の再編と基盤強化を行うことを目的として、「改革」をキーワードとする政治状況の中で、精神保健医療福祉分野の課題を解決するための今後10年の戦略としてまとめられた。山本七平はその著書「空気の研究」の中で、「われわれは常に、論理的判断の基準と、空気の判断の基準という、一種の二重基準(ダブルスタンダード)のもとに生きているわけである。そしてわれわれが通常口にするのは論理的判断の基準だが、本当の基準になっているのは、「空気が許さない」という空気の判断の基準である。…(中略)…現実にはこの二つの基準は、そう截然と分かれていない。ある種の論理的判断の積み重ねが空気の判断の基準を醸成していくという形で、両者は、一体となっているからである。」と述べている。「改革ビジョン」にも、当然、論理的判断と空気の判断が映し込まれていると考えるべきであるが、そのことは

「改革ビジョン」の評価を決して貶めるものではない。むしろ、状況は刻々変わるものであり、その変化を受け止めながら現実的に行動するという、精神保健医療福祉を業とする側の力が試されているように思う。退院率については1年以上の在院患者の流動性を高めることによって、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アプローチによって退院率は高くなることに留意すべきである⁷⁾。また、長期在院患者は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⁸⁾。退院促進に住居確保対策は不可欠であるが、それは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、多様かつ多彩な住居群を確保していく、現実的な考え方が必要であるだろう⁷⁾。豪州の精神保健改革は1992年に開始しているが、改革の開始前からすでに精神病床は減少期に入っており、改革は、急性期病床の増加、地域ケアへの人員配置の増加等に寄与してきた。しかし、州によって達成度が異なり、特に地域ケアにおける格差が生じていること、精神病床の減少にともなって退院圧力が高まり、必要な治療を十分提供できないままに退院となる等の問題を生じているという⁹⁾。どうも改革は長い、長い道のりらしいのである。筆者等は公平な視点から「改革ビジョン」の実現に寄与することを目的に、「精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ」<http://www.ncnp.go.jp/nimb/keikaku/vision/index.html>を立ち上げ、「改革ビジョン」についての基本的な情報、関連する研究の成果、諸外国の改革に関する情報等をまとめて提供しているが、ここにあげた情報が広く活用され、わが国に適した改革の推進に役立てられることを期待している。

文 献

- 1) 目で見る精神保健医療福祉—改革ビジョンの実現に向けて—, 平成18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(主任研究者 竹島正)」, 2007
- 2) 竹島正, 立森久照, 小山明日香, 小山智典, 長沼洋一, 箱田琢磨: 精神保健医療福祉の地域実態の把握と改革のフォローアップに関する研究. 平成18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(主任研究者: 竹島正)」総括・分担研究報告書, 11-33, 2007
- 3) 岡田靖雄: 日本精神科医療史, 医学書院, 2002
- 4) 立森久照, 木沢由紀子, 河野稔明, 他: 医療保護入院患者数の増加要因の検討. 平成13年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神病院・社会復帰施設等の評価及び情報提供のあり方に関する研究(主任研究者: 竹島正)」総括・分担研究報告書, 145-154, 2002
- 5) 長沼洋一, 竹島正, 立森久照: テイクア・訪問看護を実施している精神科病院の特徴. 日本精神科病院協会雑誌 26: 70-76, 2007
- 6) 竹島正, 立森久照, 三宅由子: 地域における危機介入. 精神医学 46: 571-577, 2004
- 7) 竹島正: 自立支援と居住施設. 日本精神科病院協会雑誌 26: 15-19, 2007
- 8) 山内慶太: 精神障害者のライフステージに応じた住居, 施設のあり方に関する研究. 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)「精神障害者の正しい理解に基づく, ライフステージに応じた生活支援と退院促進に関する研究」総括・分担研究報告書, 119-136, 2005
- 9) 竹島正, 瀬戸屋雄太郎, 立森久照, 齊藤治, 澤温, 下野正健, 宮田裕章, Chee Ng, Herrman H: 日豪共同研究成果の精神保健福祉施策における活用—オーストラリアにおける精神医療保健福祉サービスと日本への示唆—, 平成18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)「精神保健分野における地域サポート等に関する日豪共同研究(主任研究者: 中根允文)」総括・分担研究報告書, 51-79, 2007

社会的入院と言われている人、自立支援法の対象となる人、 その他で支援が必要な人

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 竹島 正

〔たけしまただし〕

1954 高知県生まれ

1980 自治医科大学卒業

1981 国立公衆衛生院専門課程修了

高知県本山保健所

1984 高知県室戸保健所(1987年4月所長)

1990 精神保健センター所長

1997 6月より国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部長

〔専門領域〕 地域精神保健／社会精神医学／精神保健の政策研究



竹島：ご紹介いただきました竹島です。略歴のとおり高知県で生まれ、高知の保健所と精神保健福祉センターで仕事をした後、1997年からこちらに来ております。研究者として生活したのが大体10年くらいで、あとは公衆衛生と精神保健の谷間のようなところで仕事をしていますので、そういうところから見た分析としてお聞きいただけたらと思います。

社会人の最初の時期を過ごしたのは、田舎の保健所で、人口が今どんどん減っています。その当時、私も保健所の仕事で、患者さんの入院に同行することがありました。連れて行った数に比べて一緒に帰ってきた人の数はどうだろう、自分の足で帰った人はどれくらいだろうと思うと、どう考えてもやっぱり連れて行った人の数のほうが多い。これが、入院患者が増えたひとつの要因ではないかという感じがしないでもありません。病院の悪口を言っても、結局、病院でがんばって退院させてくださいというのが現実ではなかったかと思っています。

それでは、今日の話に入ります。「はじめに一精神保健医療福祉の改革ビジョン、障害者自立支援法を読む」ということですが、制度の中身については新村課長がお話しになるので、

私はその中の一部をお話したいと考えています。後は、私共の研究成果等を踏まえた話に入らせていただきたいと思います。最後に「研究者として改革に望むこと」をお話したいと思います。私は研究者で、行政の立場ではありませんから、自分の研究、あるいはさらに遡って保健所等にいた経験から、自分の思うところを話させていただきたいと思います。

まず、「はじめに」に書いてありますけれど、2つの改革が同時に進むことになりました。これは、精神医療改革と、障害者自立支援法に基づく地域福祉サービスの改革の2つです。大事な課題は、その中で、国民の支持をどう得るのかということですが、つくづく思いますのは、国民にとって精神保健というのはどれほどの関心事であろうかということです。国民の多くが、あるいは2割くらいが、一生涯のうちには精神疾患の状態になるかもしれないということでは、国民の課題であると簡単に言えるのですが、精神障害者の退院促進や福祉について、国民が共通の関心を持てるかどうかというと、決してプライオリティは高くはないと思います。その中で何が言えるのか、例えば、退院促進がなぜ必要なのか、その理由を説明するには、先

自立支援が必要な人たちは、
どのくらいいるのか
—社会的入院と言われている人、自立支援法の
対象となる人、その他で支援が必要な人—

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
竹島 正

スライド1

話の構成

- ・はじめに—精神保健医療福祉の改革ビジョン、障害者自立支援法を読む—
- ・精神保健医療福祉の現状
- ・精神保健医療福祉体系の再編の達成目標の妥当性
- ・自立支援が必要な人たちは、どのくらいいるのか
- ・関係する事業等の現状(急性期治療病棟の有無と残存率、退院促進支援事業、社会復帰施設、社会適応訓練、住居確保)
- ・精神保健医療福祉の改革ビジョン、障害者自立支援法を読む
- ・研究者として改革に望むこと

スライド2

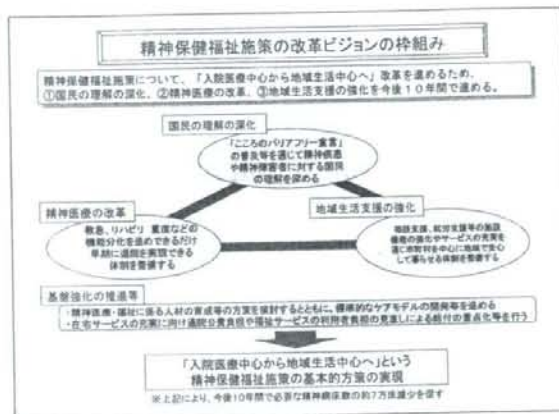
はじめに
精神保健医療福祉の改革ビジョン、
障害者自立支援法を読む

スライド3

ほど浜田先生のお話にもありましたが、素直に、我々の領域は決してプライオリティの高い領域ではないということ、とことん自覚するところから始まるのではないかと考えております。

それでは、話に入らせていただきます。右端に「いきる」というロゴが入っていますが、これは我々の研究所のもう一方の重要な仕事である自殺予防・自殺対策に関して、研究所でホームページを立ち上げておりまして、そのロゴマークをここにしました(スライド1)。

はじめに「精神保健医療福祉の改革ビジョン、障害者自立支援法を読む」という話になります



スライド4

① 国民意識変革の達成目標

○ 精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上。

※ 精神疾患を正しく理解し、態度を変え行動するという変化が起きるよう精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促す。

② 精神保健医療福祉体系の再編の達成目標

○ 各都道府県の平均残存率(1年未満群)を24%以下

○ 各都道府県の退院率(1年以上群)を29%以上。

※1 新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のGOL(生活の質)の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう質かつ適切な医療を効率的に提供する体制整備を促す。

※2 既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療(社会復帰リハビリテーション等)と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す。

スライド5

が、これは皆様もすでにご覧になったことがある図ではないかと思えます(スライド4)。国民の理解の深化、精神医療の改革、地域生活支援の強化という3本柱で改革を進めていき、「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉の改革の基本的な方策の実現、それから今後10年間で必要な精神病床数の約7万床減少を促すということが書かれています。

具体的には、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を24%以下にする、また、各都道府県の退院率を29%以上にするということで、目標を具体的な数字として示しています。この10年間の今後の数字を示したのはおそらく初めてではないかと思えます(スライド5)。それから、精神保健福祉対策本部という、大臣を本部長とする組織の中で精神保健が語られたのもおそらく初めてではないかと思えます。

精神医療体系再編の基本的方向

- 1 精神病床に係る基準病床数の算定式の見直し
- 2 精神病床の機能分化と地域医療体制の整備
- 3 入院形態ごとの適切な処遇の確保と精神医療の透明性の向上

スライド6

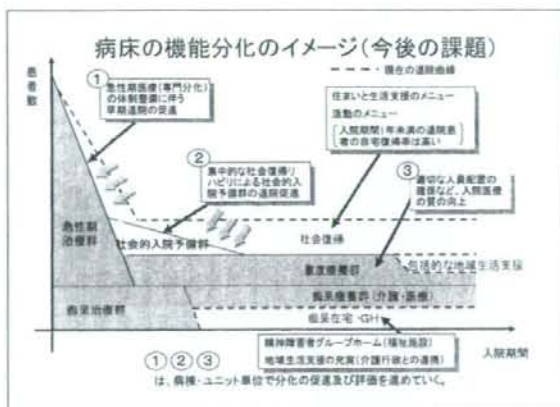
精神保健医療福祉体系再編の基本的方向

として、基準病床数の算定式の見直しと、機能分化、入院形態ごとの適切な処遇の確保と精神医療の透明性の向上が挙げられています(スライド6)。

具体的には、患者さんが入院してから退院までのこのカーブに沿って見ると(スライド7)、急性期治療を短くし、社会的入院予備群、それから重度になった人たちの退院を促進していきます。そして、包括的な地域生活支援と、今後さらに増加が予想される認知症患者の人たちへの対応を充実させていき、退院促進を図っていくことが課題となります。

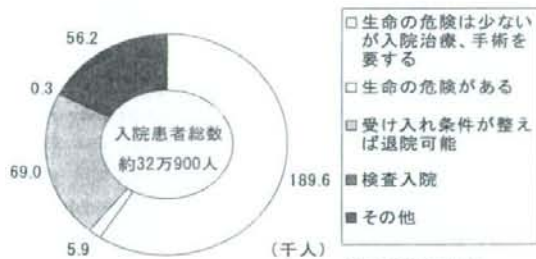
これは、ご存知のように、平成11年に始まった患者調査のデータを基に、14年のデータで数字がちょっと変わっておりますが、約7万人の「受け入れ条件が整えば退院可能」な人たちの退院を促して、7万床の減少を促すという話があげられています。改革ビジョンを受けた自立支援法の対応になるわけですが、退院促進に伴う利用者の見直し推計は、ホームヘルプサービスの利用が2万人、日中活動の利用が3万人、グループホーム等の利用が3万人という数が示されています(スライド8、9)。

利用者数の推移としましては、ホームヘルプサービスの利用者が



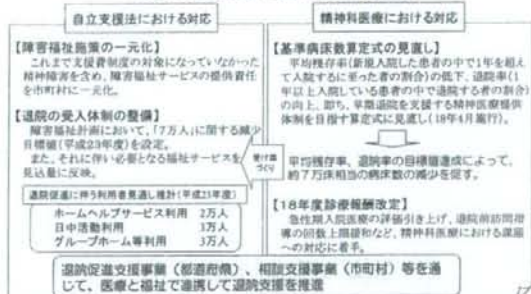
スライド7

精神病床入院患者の入院の状況



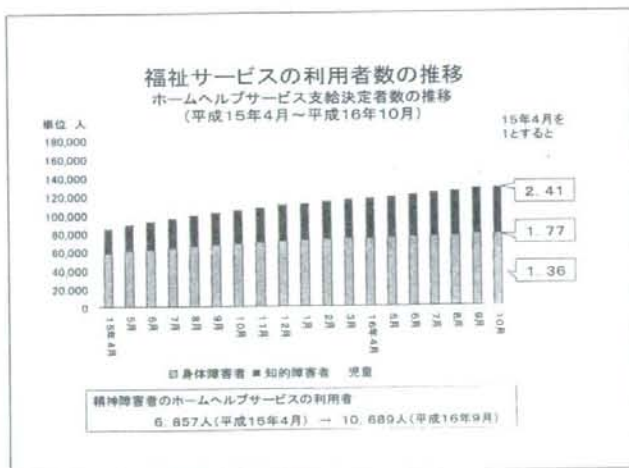
スライド8

「7万人」の解消に向けた主な対応

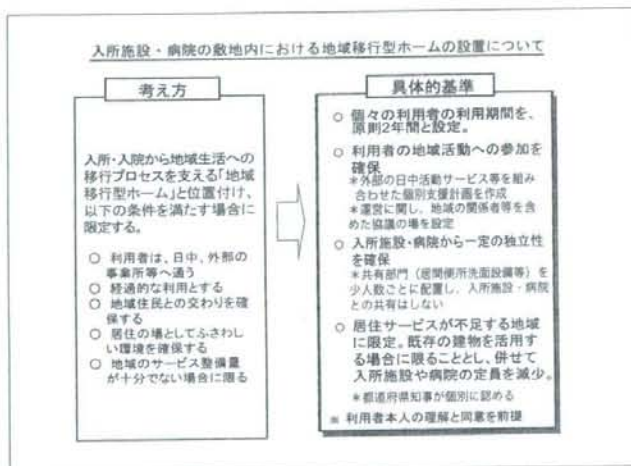


平成24年度までに退院可能な精神障害者(約7万人)の解消を目指す

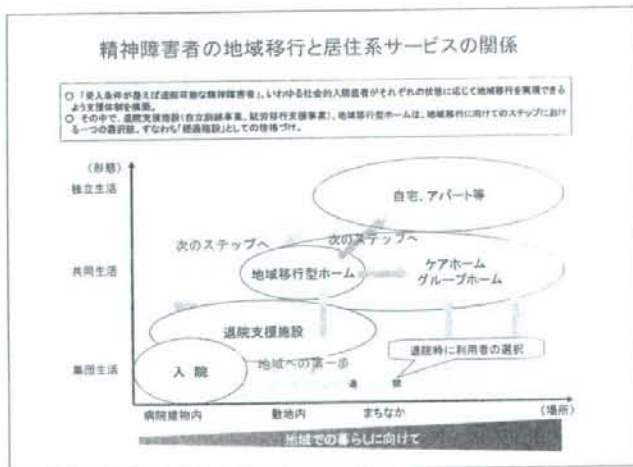
スライド9



スライド10



スライド11



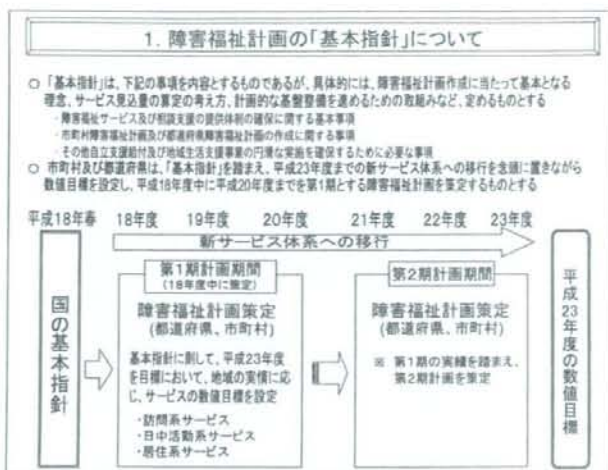
スライド12

6,800人だったのが10,700人くらいに一年半の間に増加しているという数が示されています(スライド10)。

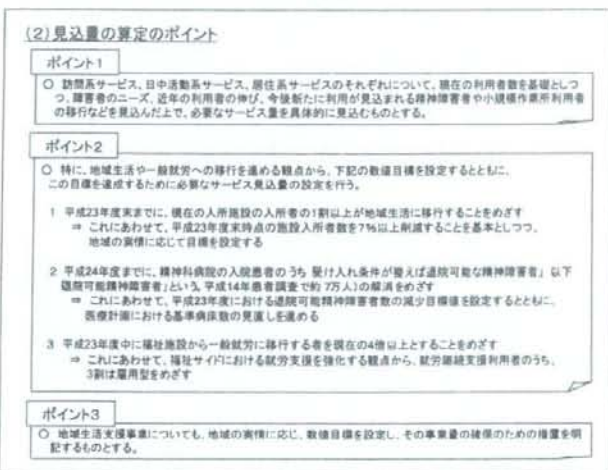
それから、地域移行型ホームの設置がここにあげられています。病床を転換するという事です。この地域移行型ホームが中間となって、入院から地域移行型ホーム、それから地域への退院、地域社会の中での生活へと促していくような形の図が描かれています(スライド11、12)。

次に、障害福祉計画の基本指針が示されています(スライド13、14)。障害基本施策の中では、24年度までに精神科病院の入院患者のうち受け入れ条件が整えば退院可能者について、退院可能精神障害者という言葉を用いています。その約7万人の解消を目指すにあたり、これに合わせて、23年度における退院可能精神障害者数の減少目標値を設定するとともに、医療計画における基準病床数の見直しを進めるということで、このあたりで自立支援法と精神保健医療福祉の改革ビジョンというものにつながりがわかるようになっていきます。これがおおまかなところであろうかと思えます。後のお話の中でまた出てくるとしますので、ここでは流れをまず見てください。

「精神保健医療福祉の現状」に移ります。まず、現状はどうかということ、15年のデータが最新のデータなのですが、いわゆる長期在院の人たちはどうなっているのかということ、長期在院とされる5年以上の在院患者数は、全国の精神科病院で減少し始めています(スライド15)。それから1年以上5

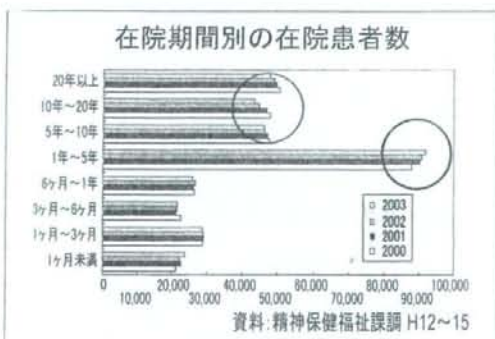


スライド13



スライド14

年未満については微増しています。入退院患者数は毎年2.6%ぐらい増えていまして、結果としての増ということがありえます。しかし、この1年以上5年未満を新たな長期在院予備群と見た場合に、これを増やさないようにする方策が



スライド15

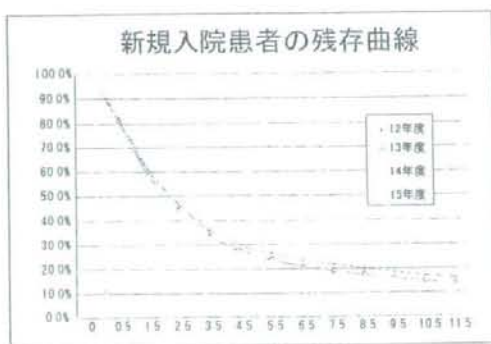
必要だと考えられます。また、5年以上の長期在院は減少し始めているけれども、この人たちの退院をさらに促していくにはどうしたらよいのか。それから、1年未満の人たちは、全国の精神病床の中では約30%を占めています。これはいろいろなところでお話ししているのですが、全国で35万床精神病床があると言いましても、実際に地域医療として機能している精神病床というのはその3分の1、12万床だろうということで、結局病床が多いのか少ないのか本当はよくわからない。足りている地域もあれば、足りない地域もあるのではないかとというのが現実と思われる。

次に在院患者の年齢構成ですが、15年のデータでも39%以上が65歳以上になっています。40歳から64歳に絞ってみると、徐々に減少しています。つまり、高齢が増えているわけです。退院促進といった場合に、65歳以上の人たちに対する退院促進という考え方はちょっと違っているのかもしれない。あるいは境目で60歳以降の人たちの退院促進という考え方と、それより若い人たち、まだ親が動ける

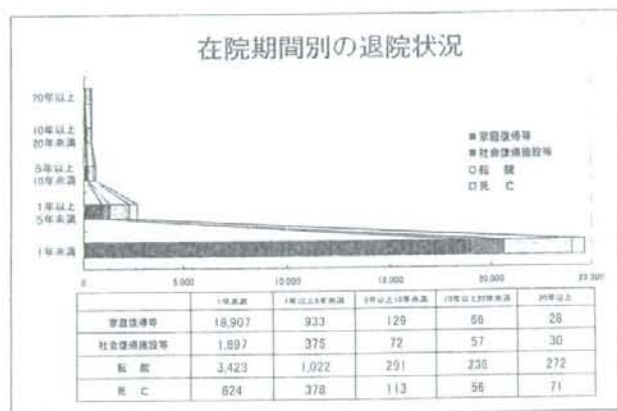
ぐらいの40代ぐらいの人たちとはやはり戦略が違うのではないかという気がしてなりません。病院による差はかなりあるとは思いますが、65歳以上がどんどん増えている事実は見落とせな



スライド16



スライド17

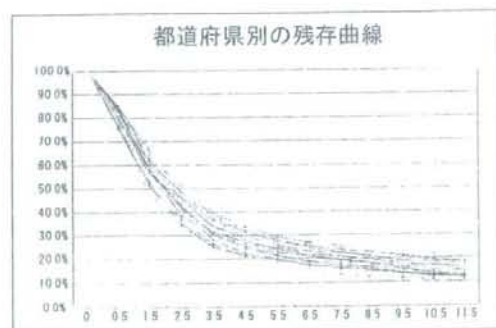


スライド18

入院患者残留率をもとにした指標

	入院患者数 (床月トット)	1年以内社会 復帰率	1年後残留率	50%退院 日数	平均在院 日数
11年度	26,155	72.1%	16.3%	70.3	406.4
12年度	26,889	73.2%	14.5%	66.2	390
13年度	27,311	73.5%	14.0%	64.6	376.5
14年度	27,959	72.7%	14.4%	64.9	373.9
15年度	27,692	72.5%	14.4%	63.6	363.7

スライド19



スライド20

と思います (スライド16)。

それから、これは入院した患者さんがどれぐらいで退院しているのかという、過去5年のデータです (スライド17)。11年度から12年度に関しては少し下がっているのですが、後はほとんど線が重なっています。つまり、このまま何もしないでおいたら、これはあまり変わらないだろうということです。11年度から12年度にどうして変化があるように見えるかというのは、まだ分析できていません。これを下げていこうというのが国の示した方向です。

次に、退院した患者さんについて、どれぐらいの期間在院していたかということですが、先ほど言いましたとおり、5年以上の在院の方で半分近いわけです。それから1年未満の在院の人が3割です。もともとの在院患者数に対する退院数ということで見ますと、1年を超えともものすごく退院の可能性が小さくなっているのがわかります (スライド18)。つまり1年未満でいかに退院させるかということが大切ではないかということです。1年未満で退院するよう社会復帰の努力をして、必要なときは短期間入院して、また退院する、それを繰り返す仕組みが必要ではないかと思います。先ほどの

精神科病院の実態に関する研究

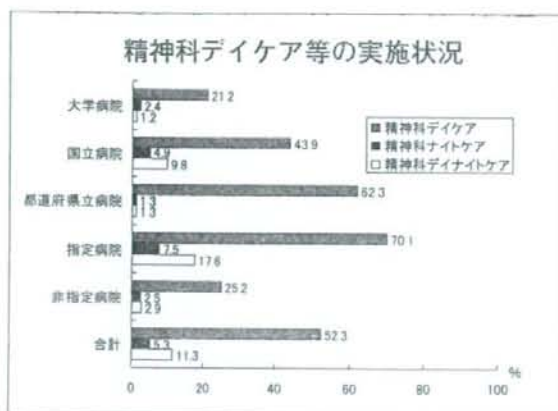
- 平成15年度調査結果内の精神科病院に関する部分をまとめた。
- 昨年度と同調査結果と比較して、本年度調査の結果に大きな違いはない。
 - 例えば、専門病床については、一部の病床は増加しており、病床の機能分化が進んでいたものの、アルコールや薬物、児童思春期および合併症の専門病床の設置率は依然低いままであった。
 - また、施設数、総病床数、病床利用率、在院患者数、入院患者数、退院患者数なども大きな変化はなかった。

スライド21

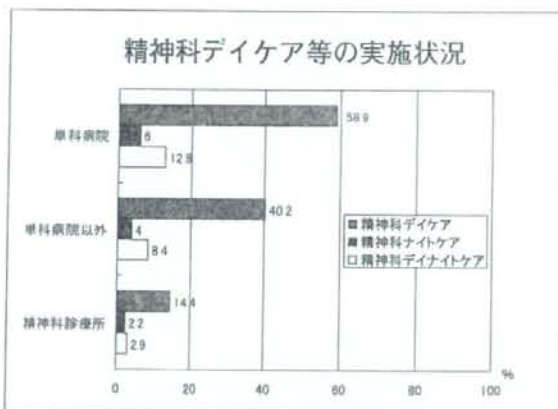
精神科デイケア等の実態に関する研究

- 平成15年度調査結果内の精神科デイケア等の調査に関する部分をまとめた。
- 約半数の精神科病院で何らかの精神科デイケアが実施されていた。
- 利用者の約7割を男性が占め、8割弱は統合失調症であった。一人あたりの月平均利用回数は約10回であった。

スライド22



スライド23



スライド24



スライド25

こちらの図（スライド17）ですが、後ろのほうになってくると、だんだん線がなだらかになってきて、これ以上いても、退院の可能性は低いように見えます。すなわち、退院可能性の高いライン、このあたりで再チャレンジする仕組みのほうがいいのかもしれないということです。

これは1年以内の社会復帰率です（スライド20）。入院した患者のうち、社会復帰する人の割合は73%くらいです。1年後に残る人の割合が14%くらいです。それから、半数の患者さんが退院する日数はだいたい2ヶ月くらいです。ただし、認知症疾患の専門病床に在院する人を除くと、私の手元計算ですから間違いがあるかもしれませんが、だいたい1年後残留率が10%以下になるのではないかと見えています。

次に、各都道府県の割合です（スライド20）。都道府県別に見たときには、ちょっと差があるように見えます。もちろん高齢の人や認知症疾患の人たちが多くと残存率は下がりにくいですが、それほど条件に大きな違いがないとしたら、下がる余地があるということです。

次に、15年度のデータで病院の状況を見ますと、総施設数、総病床数、病床利用率、在院患者数、入院患者数、退院患者数なども大きな変化はなかったと書いてあります（スライド21）。要するに、何もしなかったら現状は変わらないということだと思えます。

それから、デイケア等の実態ですが、約半数の精神科病院で精神科デイケアが実施されていました（スライド22）。精神科デイケア等の実施状況ですが、全国の精神科病院で合わせますと、52.3%が実施しているわけです（スライド23）。

同じく単科病院、単科病院以外、診療所で分けますと、診療所の14.4%が実施しています（スライド24）。

次に、デイケア等利用者の住居ですが、診療所、精神保健福祉センター等と比べますと、精神単科病院以外、単科病院のところでは、社会復帰施設でのデイケア利用が多くなっています。逆に言えば、

病院で長期在院していた人たちが退院して社会復帰施設を利用するときに、日中どうするかという部分で、現状はデイケアが一番主要な資源であるということの証かもしれません。また、退院促進ということになりましたら、事実上その患者さんたちが在院している病院が大きな力

社会復帰施設等の利用者の状況(1)

平成15年6月30日時点における施設種別・性別・年齢階級別利用実人員数

利用実人員数合計	性別				20歳未満		20～40歳未満		40～65歳未満		65歳以上		
	男性	%	女性	%	合計	%	合計	%	合計	%	合計	%	
	生活訓練施設	3,983	2,625	65.9%	1,358	34.1%	30	0.8%	1,179	29.6%	2,505	62.9%	269
福祉ホーム	1,115	745	66.8%	370	33.2%	5	0.4%	282	25.3%	730	65.5%	98	8.8%
福祉ホームB型	1,101	670	60.9%	431	39.1%	2	0.2%	139	12.6%	737	66.9%	223	20.3%
通所授産施設	5,802	4,075	70.2%	1,727	29.8%	41	0.7%	2,759	47.6%	2,870	49.5%	132	2.3%
小規模通所授産施設	3,615	2,286	63.2%	1,329	36.8%	54	1.5%	1,694	46.9%	1,771	49.0%	96	2.7%
入所授産施設	614	431	70.2%	183	29.8%	0	0.0%	156	25.4%	419	68.2%	39	6.4%
福祉工場	329	253	76.9%	76	23.1%	0	0.0%	147	44.7%	177	53.8%	5	1.5%
グループホーム	5,444	3,590	65.9%	1,854	34.1%	14	0.3%	1,075	19.7%	3,816	70.1%	539	9.9%

スライド30

社会復帰施設等の利用者の状況(2)

施設別平成14年度新規利用者の利用開始の居住地

平成14年度新規利用者数合計	在宅		社会復帰施設		精神科入院		その他		不明		
	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	
生活訓練施設	2,802	582	20.8%	79	2.8%	2,077	74.1%	39	1.4%	25	0.9%
福祉ホーム	500	107	21.4%	130	24.0%	252	50.4%	21	4.2%	0	0.0%
福祉ホームB型	583	49	8.4%	86	14.8%	439	74.9%	15	2.5%	0	0.0%
入所授産施設	256	90	35.1%	46	17.8%	152	59.2%	4	1.6%	0	0.0%
通所授産施設	1,812	1,400	77.2%	235	13.0%	197	10.9%	20	1.1%	1	0.1%
小規模通所授産施設	1,380	1,287	93.2%	126	9.1%	46	3.3%	7	0.5%	4	0.3%
福祉工場	102	74	72.5%	29	28.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
グループホーム	1,421	362	25.5%	354	24.9%	627	44.1%	76	5.3%	1	0.1%
地域生活支援センター	10,909	7,888	72.3%	1,015	9.3%	696	6.4%	399	3.7%	199	1.8%

注：「1年未満計」、「1年以上計」とは、それぞれ精神科に1年未満入院していたこと、1年以上入院していたことを示す。

スライド31

社会復帰施設等の利用者の状況(3)

施設別平成14年度退所者の退所後の居住地

施設種別	在宅		他の社会復帰施設等		精神科入院		高齢者福祉施設		その他		死亡		不明		平成14年度退所者数合計	
	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%
生活訓練施設	1,156	44.9%	461	17.9%	738	28.7%	34	1.3%	154	6.0%	26	1.0%	7	0.3%	2,575	100.0%
福祉ホーム	155	39.2%	91	20.9%	111	28.1%	5	1.3%	36	9.1%	8	1.9%	1	0.3%	395	100.0%
福祉ホームB型	51	23.9%	12	5.6%	130	61.0%	6	2.8%	8	3.8%	6	2.8%	0	0.0%	213	100.0%
入所授産施設	59	31.0%	44	23.5%	66	35.3%	4	2.1%	10	5.3%	4	2.1%	1	0.5%	187	100.0%
通所授産施設	828	68.9%	146	12.1%	151	12.5%	4	0.3%	41	3.4%	32	2.6%	6	0.5%	1,208	100.0%
小規模通所授産施設	313	66.8%	63	13.4%	55	11.7%	3	0.6%	9	1.9%	19	4.0%	8	1.7%	470	100.0%
福祉工場	41	58.6%	14	20.0%	5	7.1%	0	0.0%	8	11.4%	2	2.9%	0	0.0%	70	100.0%
グループホーム	352	40.8%	128	14.8%	238	27.7%	16	1.9%	68	7.9%	43	5.0%	17	2.0%	863	100.0%
地域生活支援センター	896	50.1%	76	4.3%	150	8.3%	16	0.9%	37	2.1%	135	7.5%	190	10.6%	1,774	100.0%

スライド32

精神保健医療福祉体系の再編の 達成目標の妥当性

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

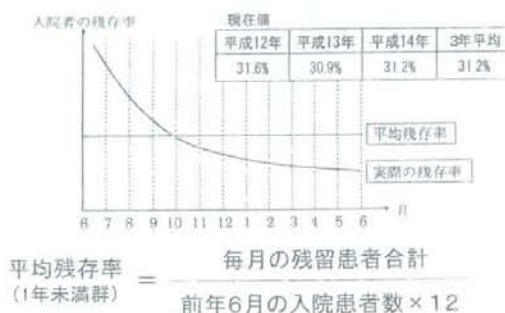
スライド33

目的

- 新たな算定式に基づく都道府県別の現在の平均残存率(1年未満群)・退院率(1年以上群)を明らかにする
- 「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン)」に示された精神保健医療福祉体系の再編の達成目標の妥当性を検証する
- 2015年度の在院患者数と基準病床数の推定値を試算する

スライド34

平均残存率(1年未満群)



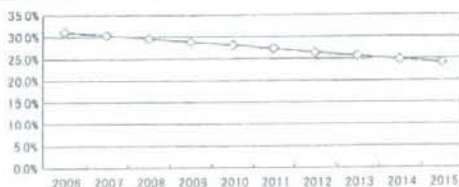
スライド35

将来の平均残存率(1年未満群)

前提とする仮定

1. 2002年度から2005年度は平成12-14年の平均値(31.2%)
2. 2006年度からは2015年度に24%を達成するよう線形に推移

年度	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
残存率	31.2%	30.4%	29.6%	28.8%	28.0%	27.2%	26.4%	25.6%	24.8%	24.0%



スライド36

間を往復しながら、結果的に退院に結びついて、適当な着地点につながるというように読んだほうが自然なのではないかと考えられるわけです。ここでも、やはり高齢の人たちの部分が気になります。

次にお話ししたいのは、24%の平均残存率とか、退院率の29%というのはいったいどういう数字なのかということ、厚生労働科学研究をもとに分析をいたしました。つまり、グランドデザインに示された「精神保健医療福祉体系の再編の達成目標の妥当性」を検証するという事です。それから基準病床数の推定値を試算するという事です。

先ほど申し上げたとおり、平均残存率は31.2%です。国の目標値よりも全国値で7.2%高いのが現状です(スライド35)。

それから、これは将来の平均残存率ですが、線形に推移していくとしたら、毎年0.8%ぐらいずつ下げていくということになります。国では、これを中間年で、2分の1を達成するわけですから、計算の枠としてはあまり変わりません(スライド36)。

同じく退院率ですが、3年平均で21.3%。国の目標は29%です。だから、これを7.7ポイント、10年間で上げなければならないということになります(スライド37、

退院率(1年以上群)

現在値			
平成12年	平成13年	平成14年	3年平均
22.3%	21.0%	20.6%	21.3%

$$\text{退院率} = \frac{\text{1か月間の1年以上在院患者の退院数} \times 12}{\text{当該年度の1年以上在院患者数}} \quad (\text{1年以上群})$$

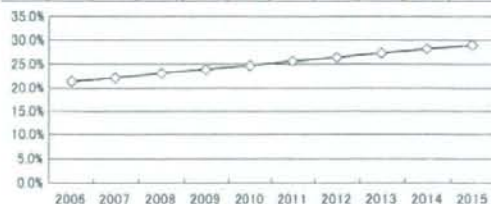
スライド37

将来の退院率(1年以上群)

前提とする仮定

- 2002年度から2005年度は平成12~14年の平均値(21.3%)
- 2006年度からは2015年度に29%を達成するよう線形に推移

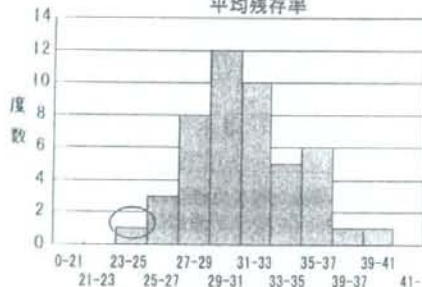
年度	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
退院率	21.3%	22.2%	23.0%	23.9%	24.7%	25.6%	26.4%	27.3%	28.1%	29.0%



スライド38

平均残存率(1年未満群)の分布

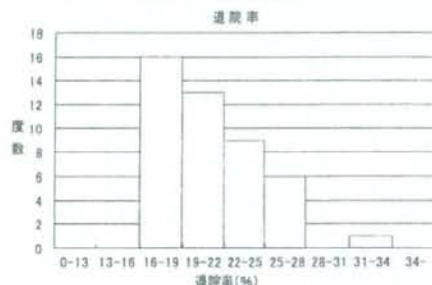
平成12~14年合計値から求めた平均残存率



スライド39

退院率(1年以上群)の分布

平成12~14年合計値から求めた退院率



スライド40

(38)

同じようにこれを達成するためには、毎年0.8ポイントから0.9ポイント上げていかなければならない。これが現状です。これは、我々の厚生労働科学研究にもとづく数値ですので、国と若干の違いはありますが、あまり変わりありません。

平均残存率を24%下回るという数値をクリアしている県は1箇所だけです。あとは軒並み高いです(スライド39)。

それから退院率に関しましても、29%を達成している都道府県は1箇所だけで、あとは軒並み低いという現状があります(スライド40)。

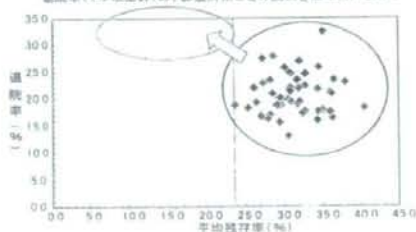
これが、平均残存率24%に線を引いて、退院率29%で線を引いたときに、どれだけの都道府県がどこにいるかということです(スライド41)。都道府県をすべて点で表しますと、どちらかが

クリアされているのは2箇所です。あとの都道府県、あとの45箇所はすべて両方まだクリアできていないということです。そして、国が目標にしているところは、このどの県も達成していないところです。

人によっては死亡退院の結果、高齢の方が亡くなって、結果的にこういうことが実現してしまうのではないかと、日和見的ではないかということをおっしゃる方もありますが、私はこういう状況を見ると、これはやっぱり本気なのだろうと思わざるを得ません。つまり、今までの現状そのままでは、何も変わらない。しかも、これがいろいろな状態でバラバラになっているということは、先ほどの浜田先生の言われた意味を解釈しますと、それぞれのところが自分なりに良いことをしているつもりでも、バラバラであ

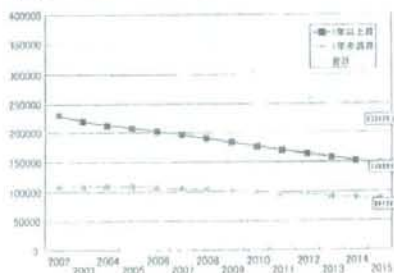
平均残存率と退院率の散布図

平成12～14年合計値から求めた平均残存率(1年未満群)と退院率(1年以上群)の、都道府県ごとの関係を散布図に表した。



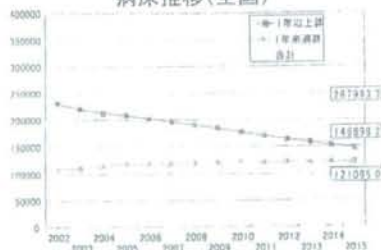
スライド41

新規入院率が一定の場合の病床推移(全国)



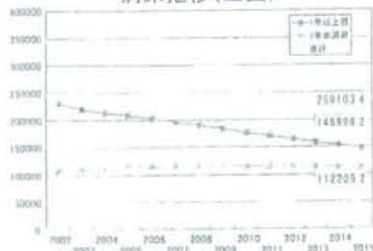
スライド42

新規入院率が2.6%で伸びた場合の病床推移(全国)



スライド43

新規入院率が2.0%で伸びた場合の病床推移(全国)



スライド44

考察

- ・現在の平均残存率(1年未満群)は31.2%、退院率(1年以上群)は21.3%
- ・2015年度の基準病床数は、新規入院率が一定なら9.2万床減の26.4万床、毎年2.6%(現在の上昇率)増なら5.8万床減の29.9万床、毎年2%増なら6.7万床減の29万床
- 精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である平均残存率24%以下、各都道府県の退院率29%以上は、一定の妥当性を有すると考えられた
- ・平均残存率低下で、退院率向上の困難化、また地域ケアの負担増大のおそれもある
- 精神保健医療福祉体系の再編はフォローアップ調査が必要

スライド45

都道府県において平均残存率の差を生じる要因の聞き取り調査

- ・平均残存率の異なる2県で聞き取り調査
- ・診療応答体制、P県は各々のブロックで医療ニーズをほぼ満たすことができる。個々の精神科病院は自院の患者は休日夜間でも診療することが基本。Q県の精神科救急事業は、受診までのプロセスが複雑である。
- ・地域ブロックの大きさ、P県における人口80万程度の地域ブロックは、Q県の人口100万程度の地域ブロックよりも精神科救急として機能的である可能性がある。
- ・歴史的経緯・精神科医師等の交流、P県では歴史的に医師間、病院間の交流が積み上げられてきた。そのことが病院間の協力と機能分化につながり、平均残存率が低いことに反映されていた可能性がある。

スライド46

入院した精神障害者の残存率および退院率についての患者調査に基づく検討

- ・平均残存率と退院率について、厚生労働省患者調査を用いて性別、年齢、診断などの患者特性との関係を総合的に検討した。
- ・「1年以上5年未満」の在院患者は「1年未満群」と比較して、年齢がやや高い、統合失調症等および痴呆の割合が高かった。
- ・入院後1年までの残存率の推移から、痴呆、精神遅滞および統合失調症等では病院に長く残存する傾向が見られた。
- ・入院後の継続在院期間長期化に伴い、著しく退院可能性が低下していた。
- ・入院後1年未満と1年以上以降では性別、年齢、診断によって退院可能性が変化することが示された。

スライド47

新たな精神科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(1)

- ・平成14年度に実施された「精神障害者社会復帰サービス」等調査のデータセットを用いて、前調査で、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」とされた入院患者を抽出して、主治医が適当と判断した退院後の「暮らしの場」を分析した。
- ・家族と同居が適当とされた入院患者の臨床特性は幅広く分布する傾向が見られた。支援の必要頻度は1週間に1回～数回程度が多いが、毎日訪問以上のケアが求められる患者もいる。また、家族に期待できるケアの程度も様々であった。患者の臨床的な特性と共に、家族の状況を踏まえたサービスの提供が求められる。
- ・単身生活が適当とされた入院患者は、家族との同居が適当とされた患者と比べて、退院後に家族などからの支援を殆ど期待できない患者が多いことが確認された。また、病状に対する洞察や薬物療法の本質性の認識も凡そ半数で十分ではなかった。単身生活の長期継続には、訪問サービスなどの支援が必要であろう。

スライド48

るということです。それに対して、国が一定の方向を示したというのが再編の達成目標ということですが。

次に、先ほど新規入院率は毎年2.6%上がっていると言いましたが、新規入院率が今後変わらない、つまり入院患者数が増えないとした場合にどうなるかと計算しますと、10年後には、23万床ぐらいの必要病床数になります。つまり11万から12万床ぐらいの減少を促すという数になってしまいます。しかし、毎年増えている入院患者さんの数が、今後急に止まるということは、少し予想し難いのではないかと思います（スライド42）。

次に、新規入院率が2.6%で伸びた場合の病床推移です。現状のまま増え続けるとしたらどうなるのか見ますと、5万から6万ぐらいの減少となります（スライド43）。

では、2.0%で増えた場合はどうかというと、国の試算している7万床の減少を促すという数に近いものが出てまいります（スライド44）。

以上のことから、国の出している目標値というのは、新規入院率が一定なら9.2万床減で、2.6%で伸びたら5.8万床減、2.0%で伸びたら6.7万床減ということで、つまり精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である「平均残存率24%以下、退院率29%以上」は、一定の妥当性を有すると言えます（スライド42～44は補正項が入っていないので、説明より減少幅が大きいのでご注意ください）。つまり、入院患者が増えないという場合と、現状どおり増えていく場合の間に位置するので、この7万床の減少を促すという数と、24%、29%という達成目標は、両方が乖離したものではないと言えます。ただ長期的に見た場合、平均残存率を下げていけば、最終的には退院できにくい患者さんが残ります。それにもかかわらず、退院率を上げるということになりますから、論理的には無理があります。だから、最初の5年間か10年間はこの数でいいのですが、その後はこの平均残存率や退院率の数はおそらく見直されることになると思います。

例えば、平均残存率がさらに下がってきたと仮定24%に置いておくということは、平均残存率を下げなくていいということになってしまいます。また、退院率が上がってきても、29%よ

り高くしなくていいということになってしまうので、これは5年か10年の改革期のための数字と読んだほうがいいのではないかと思います。それと同時に、退院の可能性というのは変わってまいりますので、フォローアップ調査は欠くことができないということです。

それからこれは患者調査と引き比べた場合に、入院後1年未満と1年以降では性別、年齢、診断によって退院可能性が変化するということが示されたと書かせていただきました（スライド47）。

では、「自立支援が必要な人はどのくらいいるのか」という話です。その自立支援が必要な人をどうやって計算するのかというのは大変難しい話です。お医者さんに聞く調査とか、当事者に聞く調査とかいろいろあるのですが、必要量の算定というのは、例えば社会復帰施設が作られるようになったけれども、いまだかつて、入所施設の利用者は100%になっていません。なぜかというと、施設ができてでもそれにアクセスするまでの時間とか、利用期間とかいろいろな要素が複雑に絡むので、例えば20%が必要と思っただけとしても、実際20%の量を作るとそこまでは利用が進まないという現象が起こるのではないかと思います。つまり、ニーズには利用期間とかアクセスといったものが要素として入ってこないため、通常の形で、例えば2割の人たちが必要だからと言っているから2割計算するという方法をとりますと、今まで病床が増えたのと同じように過剰な数を出してしまうおそれがあるということです。

このようなことを考えた場合、ニーズの算定に関しては、ある程度控えめにしないといけません。「作ってみたらあまり利用がないじゃない

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(2)

- 精神障害者用施設が適当とされた患者については、支援の必要頻度を見ると、1週間に1回程度から24時間常駐まで多岐にわたっている。多様なニーズに対応できるようにする必要がある。
- 高齢者用施設が適当とされた患者は、他に比べ臨床状態やケアの必要頻度などが重い状態にあった。高齢の精神障害者用施設の充実、精神障害者のサービス体系を見直す上で、重要な課題である。

スライド49

対象者数の推定根拠

- 患者調査(H14) 258.4万人(うち入院34.5万人)
- 入院32.9万人+精神通院公費患者数 93.3万人(H15)
- 手帳取得者数 31.3万人(H15)
- 精神科デイケア等実利用者数 6.5万人(H15.6)
- 地域生活支援センター登録者数 3.2万人(H15.6)

× 精神障害者サービスニーズ等調査(H15)

スライド50

ニーズの推定(2)

	外来	入院(7万人退院促進分)
仕事	18.9 ~ 50.7	1.8 ~ 4.1 (0.6 ~ 0.9)
訓練	14.9 ~ 21.6	5.1 ~ 7.6 (1.6 ~ 2.4)

数字はサービスニーズ等調査に基づき、「仕事」の「外来」「入院」は、「就労能力(主治医回答)」及び「退院した場合に可能と思われる就労能力(主治医回答)」の「フルタイム(一般)」「フルタイム(軽負荷)」「パートタイム」の割合合計を、各々外来数と入院数に乘じたもの。「訓練」の「外来」「入院」は、「就労能力(主治医回答)」及び「退院した場合に可能と思われる就労能力(主治医回答)」の「授産施設・作業所等」の割合を、各々外来数と入院数に乘じたもの(左は統合失調症のみ、右は全疾患についての数字)

スライド52

ニーズの推定(1)

	外来	入院(7万人退院促進分)
相談	4.8 ~ 8.7	6.7 ~ 9.7 (1.9 ~ 2.9)
ホームヘルプ	1.0 ~ 1.9	4.8 ~ 7.1 (1.3 ~ 2.0)
権利擁護	0.3 ~ 0.6	3.3 ~ 4.5 (0.9 ~ 1.3)

数字は、サービスニーズ等調査の「生活していく上で必要なサービス(主治医回答)」の「精神保健福祉専門職員」「ホームヘルプサービス」「アパートなどを借りる際の保証人の代理」の「利用している」と回答の割合を、外来および入院患者数に乘じたもの(左は統合失調症のみ、右は全疾患についての数字)

スライド51

の、あなたたちの出す数は信頼できないね」という話になったらどうしようもないのです。そこで、数値の出し方の根拠というのはいろいろあるのですが、患者調査の数では大きすぎますし、手帳の取得者というの、皆が取っているわけではないですし、デイケアとか地域生活支援は一部の人しか拾っていないだろうと考えますと、国の数字で使いやすいのは、入院患者数と、精神通院公費利用者数になります。それに、精神障害者サービスニーズ等の調査がありますので、これにかけるのが一番わかりやすいのではないかと考えました(スライド50)。

ニーズの推定ですが、これはサービスニーズ調査の中で、1番上は、精神保健福祉の専門職員の相談を利用している方の数です。外来でこれくらいの数になります。左は統合失調症のみに絞ったときです。右は統合失調症に限らず、実際に通院公費を利用している患者数にかけた場合です。入院に関しても同様です。特に7万人退院促進分ということで、7万という数をストレートにかけました。この数を見ますと、1.3万から2.0万とありますが、ホームヘルプに関し

て、国の挙げている数が2万人です。この2つの数を見比べていただきたいと思います。それから、日中活動とは何なのかという非常に難しいので、例えば相談というベースで見ると1.9万から2.9万という数があります。それから権利擁護ですが、家を借りたときのことが1番はっきりしているだろうということで、アパートなどを借りるときの保証人の代理というのを挙げるとこのような数になります(スライド51)。

同じく、仕事や訓練も、このような形で数を挙げることができます(スライド52)。

それから住居の話になりますが、住居は1.4から2.1。高齢者施設分が0.8から1.2です。これを足しますと、国の挙げている数にかなり近くなります(スライド53)。

私が何を申し上げたいかということ、国の出しているニーズ量は、かなり手堅い数を出しているのではないかということです。つまり、天ぷらで言えば薄衣の状態を出しているということです。薄衣で出しているということはどういうことかということ、これがきちんと評価されて、必要な人に必要なサービスが提供されることがないと、そのサービスをさらに充実するという、国民の支持には結びつかないだろうということです。国は手堅い数を出すことによって、実際に利用状況を見て、さらに量が必要となってきたときに、根拠として積み上げていけるような数を出しているのではないかと私は推測いたしました。

次に、「関係する事業等の状況」です。どんなことが退院促進に効果があるのかということ、これは2年ぐらい前の厚生労働科学研究で立森先生に分析してもらったものですが、急性期治

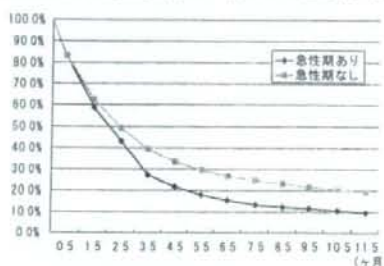
ニーズの推定(3)

	外来	入院(7万人退院促進分)
住居	221 ~ 362	50 ~ 64 (14 ~ 21)
高齢者施設	20 ~ 77	18 ~ 40 (08 ~ 12)

数字はサービスニーズ等調査に基づく。「住居」の「外来」「入院」は、「現状の暮らしの場を変えた方がよい場合の適切な暮らしの場」及び「退院後適切と考えられる暮らしの場」(ともに生活支援等)の、「生活訓練施設」「福祉ホーム」「入所療養施設」「グループホーム」の割合合計を、各々外来数と入院数に乗じたもの。「高齢者施設」の「外来」「入院」は、「現状の暮らしの場を変えた方がよい場合の適切な暮らしの場」及び「退院後適切と考えられる暮らしの場」(ともに生活支援等)の「老人保健施設」「特別養護老人ホーム」「介護老人ホーム」「その他老人福祉施設」の割合合計を、各々外来数と入院数に乗じたもの(左は統合失調症のみ、右は全疾患についての数字)

スライド53

急性期治療病棟の有無と残存率



スライド54

精神障害者退院促進支援事業

- 目的:「精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受入条件が整えば退院可能である者に活動の場を与え、退院訓練を行うことにより、精神障害者の社会的自立を促進すること」
- 平成15年から国の補助事業として開始
- 平成17年度には全国29都道府県で実施
- 障害者自立支援法においては地域生活支援事業の中に位置づけられ、一層の発展が期待されている

スライド55

分析対象

- 平成15年度と16年度分の、16都道府県からの退院促進支援事業の実績報告を分析
- 対象となった総括票は16票、個票は247名

スライド56

療病棟のある病院とない病院で残存率がどう違うかということ、急性期治療病棟のある場合のほうが残存率は低くなります(スライド54)。ある病院は比較的大規模というか、病床数が多い病院が多いのですが、それでもこういう退院促進という機能を病院の中に仕込むことによって、病院の動きが変わってくる可能性があるのではないかと思います。つまり、病棟から直接退院するのと、他の病棟に動いてそこから間接的に他の患者さんの退院を促すという仕組みが働くという、これはひとつの数字です。これが新しいデータではどうなっているかということはまだ出してみないとわかりません。

それから、「退院促進支援事業の実績分析」ですが、後ほど大阪のレポートもあるのですが、我々は厚生労働科学研究の中で15年と16年度の実績報告を基にして分析を行いました。その結果、総括票16県分、個票は247人分を分析いたしました。個票は、毎年、年度内の完結なので、翌年も事業対象になったケースは、翌年も1票として集計することになります。

年齢構成ですが、50代40代、30前の方、いろいろ幅広いです(スライド57)。

それから、入院期間も幅広いです。必ずしも長期在院ではない人たちにも制度は利用されています(スライド58)。

事業対象者の病名ですが、ほとんど統合失調症圏という現状があります(スライド59)。

次に、退院訓練の内容ですが、院外施設への見学、生活訓練とか、いろいろなものが入っていき、当事者間の交流が結構行われています(スライド60)。

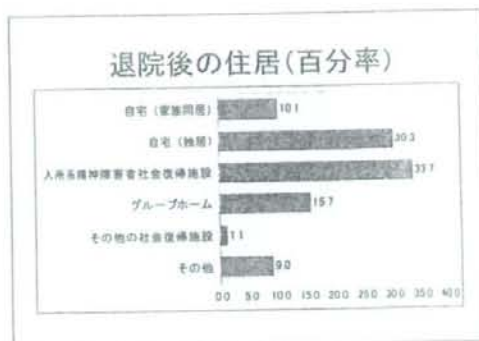
退院後の住居ですが、このうち退院している人がだいたい3分の1強ぐらいです。施設とかグループホームとか、こういった形で退院が行われているということ(スライド61)。

それから退院後の通院・通所ですが、精神科デイケアとかこういう形で書いてあります(スライド62)。つまり、私が申し上げたいことは、退院促進をしようと思ったら、やはりいくつかのサービスを組み合わせて使えるという仕組みが必要なのではないかということです。それを、こういったデータは教えてくれている気がいたします。

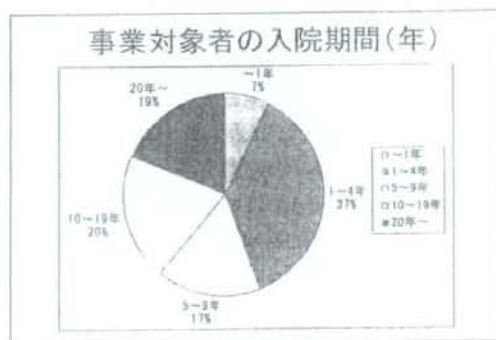
連携状況ですが、これは丸をつけさせる仕組



スライド57



スライド61



スライド58

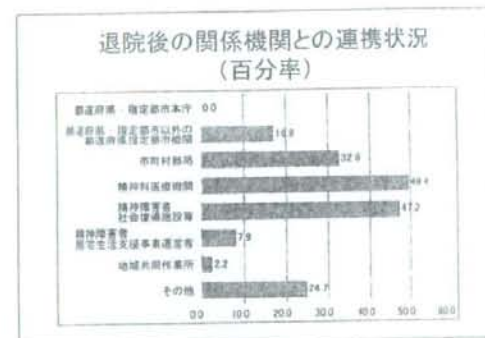


スライド62

事業対象者の病名

病名	度数	%
症状性を含む器質性精神障害	8	3.2
精神作用物質による精神および行動の障害	8	3.2
精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害	222	89.9
気分(感情)障害	7	2.8
神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	1	0.4
特定不能の精神障害	1	0.4
合計	247	100.0

スライド59



スライド63



スライド60

まとめ

- 平成15年度と16年度分の、16都道府県からの退院促進支援事業の実績報告を分析(対象となった総括票は16票、個票は247名)
- 自立支援員1~5人が16県の半数を占め、事業対象者数も10人以下である県が4割以上を占めることから、本事業は、多くの県で、一部の地域あるいは特定の地域生活支援センターで事業を実施する試行的段階にあると考えられた。
- 本事業の対象者は「中高年で入院期間の長い統合失調症の患者」を主としていたが、比較的若年の患者も本事業の対象となっていた。事業対象者247名のうち、退院したと思われる者は89名(36.0%)であった。
- 自立支援協議会の活動や訓練内容からは、精神障害者本人等との交流の重要性が示唆された。
- 本事業の実績をより正確に把握するためには、各県における本事業導入のデザインの把握を強化するとともに、実績報告様式の改訂等を行うことが必要と考えられた。

スライド64

みではないので、書いてあった言葉から拾ってきています。原票の工夫が必要ではないかと思っていますが、医療機関が中心となっていることが見ていただけるのではないかと思います(スライド63)。

結論で申しますと、退院促進支援事業というのは、行われているけれども、17年を見ていないのでわからないのですが、見る限りでは、対象としている方が10人以下である県が4割以上を占めることから、まだ多くの県で試行的段階にあると考えられます。それから、中高年で入院期間の長い人と同時に比較的若年の人も対象になっているということです。以上のことから、この事業をより正確に把握するには、それぞれの県がこの施行事業をどういうデザインで、今後どういうふうに進めようかということ、ヒアリング等をしたり、実績報告の改訂等を行ったりして、より事業の構造がわかるようにしなくてはいけないということです。

私が申し上げたいことは、退院促進支援事業は、まだこれぐらいの成果があるときちんと評価するには、まだ早いのではないかと思います(スライド64)。

「社会適応訓練」です。今までの就労支援という部分でこの事業の果たしてきた役割を評価しておく必要があるだろうということでここに挙げさせていただきました。一般財源化することによって利用対象者を全体に小さいほうにシフトしているのですが、就労者の内訳としましては、一定の成果も挙げているように見えます。したがって、この事業の持っている性質を就労支援の中に、考え方として活かしていくことには意味があるのかもしれないと思います(スライド65~68)。

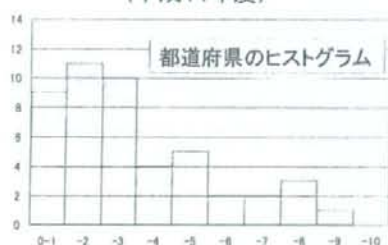
次に「住居確保」ですが、住居確保に関しましては、私が最初に申し上げたこととつながってくるのですが、15年にヒアリングしたときに、家の大家さんではなく、不動産屋さん聞きまわすと、結局家賃をちゃんと払ってくれて迷惑をかけないで、もし迷惑なことがあったら誰か飛んできてくれたら構いませんということでした。精神障害者の偏見うんぬんの話ではないのです。要是ちゃんと家賃を払ってくれて、何か困ったことがあったら誰か飛んできてくれることが条件なのです(スライド69・70)。

精神障害者社会適応訓練事業の現状と今後の動向 —平成15年度の一般財源化による影響の検討を中心に—

- 平成14年度及び16年度の精神障害者社会適応訓練事業に関する各種数値を比較し、平成15年度の一般財源化の影響を検討すること、平成15年度以降における事業内容の変更を調べ、同事業の動向について把握することを目的に、全国の県を対象に、郵送によるアンケート調査を行った(回答は42県(68.9%))。
- 平成14年度と平成16年度を比較すると、実績額は減少していた。それに伴って全般的に減少傾向を示す項目は「利用者数」「新規利用者数」「延べ訓練日数」であった。事業内容の変更や見直しについては、「訓練期間」の短縮や「事業所委託料」の減額が多かった。
- 精神障害者社会適応訓練事業の各県における見直しや変更の主なものは、予算削減に対応したものであるが、実績額の減少は県の財政難の影響があるため、一般財源化の影響と判断することはできない。
- 各県における本事業の動向に関する継続的観察とそれに基づく政策的評価が必要である。

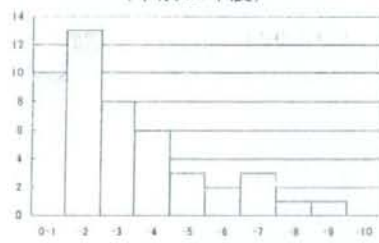
スライド65

人口10万当たり利用対象者数 (平成14年度)



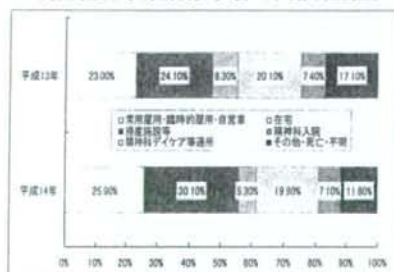
スライド66

人口10万当たり利用対象者数 (平成15年度)



スライド67

利用協力事業所修了者の内訳(全国)



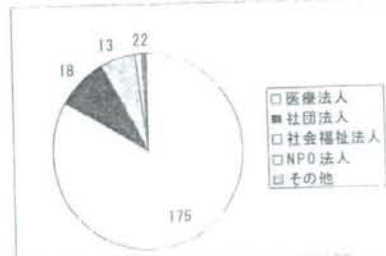
スライド68

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15・16年度厚生労働科学研究費補助金「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」の一環
- ・ 15年度は住居確保に必要な条件の聞き取りと先進的取り組み事例の収集
- ・ 16年度は精神障害者の住居確保の有効な支援策模索を目的に質問紙調査
 組織・法人によるグループホーム運営は89.0%、共同住居運営は32.9%、個別住居提供は10.5%
 共同住居を確保し生活保護の住宅扶助相当の賃料で提供する事例がある程度報告され、また援助が得られれば実行可という回答も4割以上得られた。

スライド69

組織の区分内訳(210組織・法人)



スライド72

研究から得られた重要な情報

- ・ 一般賃貸住宅の利用においては、家賃の支払い能力、問題が発生した場合の身元保証などの課題が存在した。
- ・ 住居確保対策としてさまざまな実践あり(精神病院と不動産業者等の賃貸契約のもとに精神障害者が入居する方法、病床を転換して住居として活用する方法、職員寮を住居として活用する方法、住居確保のための有限会社の設立など)。
- ・ 住居確保にあわせて日常生活の質の確保のために、精神科デイケア、訪問看護などが戦略的に利用されていた。
- ・ 実際に取り組みされている事例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。

スライド70

逆に、入居者をきちんと確保することができ、土地があれば、住宅ローンを使って新築の物件が建つのではないかと率直に考えました。そこで、そういう取り組みをしているところがどの

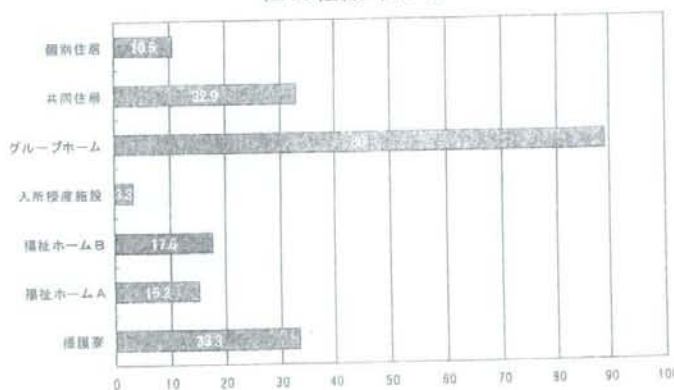
くらいあるのかということも、精神科病院協会と社会福祉施設協会に協力をお願いして、調査をいたしました(スライド71・72)。

一戸建て住宅またはアパートを確保して、病院や社会福祉法人が大家になって、障害者たちの入居場所として貸すという仕組みがすでに確立している病院、これはグループホームか共同住居を持っている病院なのですが、3分の1くらいありました(スライド73)。それから、実行にあたりどのような支援があるかということになると、住居管理、賃貸契約という部分では、運営面での支援があったらよいとのことでした(スライド74)。それから制度面での保障が必要というのは、やはり賃貸契約・住居管理の部分でそういう声があります。従って、なんらかの制度的な後押しをすると、今のところ退院が困難な人たちにも、退院させることができるのではないかと考えられます。

それから「職員が相談したり、アドバイスを得るところ」ですが、これはグループホーム、共同住居、地域生活に関わる職員です(スライド75)。保健所や、市役所の福祉のところは、地域でアパートを借りている人たちの利用の割合が高く

組織が運営する住居の場

(210組織・法人)



スライド71