

特集 障害者自立支援法をどう展開させるか

障害福祉計画と改革ビジョン、障害者計画

竹島 正

精リハ誌, 11 (2); 138-141, 2007



word

索引用語：障害者自立支援、精神保健医療福祉の改革ビジョン、実施計画

Key Words : support the independence of people with disabilities, mental disorder, reform vision for mental health services, action plan

□ I はじめに □

厚生労働省は平成16年に「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)において、①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進め、必要な精神病床数の約7万床の減少を促すこととした<sup>2)</sup>。「改革ビジョン」の地域生活支援の強化については、障害者自立支援法が2005年に成立したことから、同法に基づく障害福祉計画をもとに着実に推進が図られることが期待されている。本稿では、障害福祉計画、障害者計画について述べ、障害福祉計画をもとに地域移行を進めていくための課題について考察する。

□ II 障害福祉計画 □

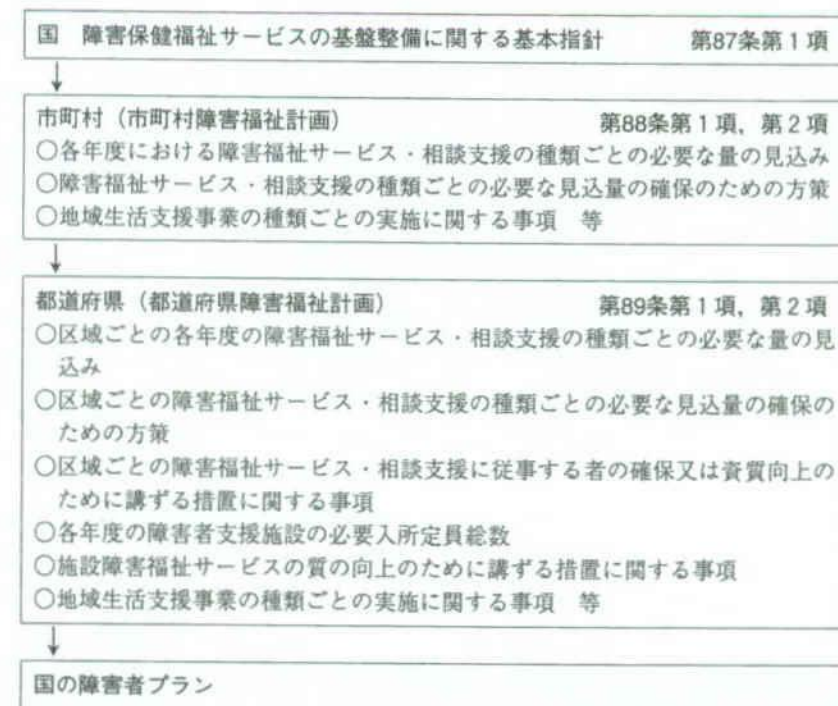
障害者自立支援法は、身体障害、知的障害、精神障害という障害種別によって異なっていた福祉サービスの利用の仕組みを一元化し、利用手続きの透明化・明確化を図るとともに、その提供主体を市町村に一元化し、国の義務的負担とサービス

量と所得に応じた利用者負担を設けるなど、今後の利用者数の増加に備えた、安定的かつ効率的な制度として整備された<sup>3,9)</sup>。

障害者自立支援法の成立により、保健・医療・福祉全般にわたる制度として発展してきた精神保健福祉法は、保健医療を中心とした制度にスリム化された。厚生労働省においても、平成18年度から「精神保健福祉課」は「精神・障害保健課」に名称変更され、「精神障害者の福祉の増進に関すること」は障害福祉課の所管となり、障害者自立支援法の「障害程度区分に関すること」が所管となった。「改革ビジョン」について言えば、「地域生活支援の強化」は、障害者自立支援法を中心とした、関係法令の整備をもって、その実現が図られることとなった。

障害者自立支援法第5章には「障害福祉計画」の記載があり、市町村および都道府県は、国の定める基本指針をもとに障害福祉サービスや地域生活支援事業等の提供体制の確保に関する計画である「障害福祉計画」を定めることとされた。すなわち、国の定める「障害保健福祉サービスの基盤整備に関する基本指針」をもとに、市町村は「障害福祉計画」を定め、それを積み上げたものが「都道府県障害福祉計画」になり、さらにそれを積み上げたものが国の「障害者プラン」になるという構造である(図1)。障害福祉計画は3年を1期としており、第1期については平成18年度中に計画を作成し、平成19年度にはすべての地方自治体において計画期間が始まり、平成20年

図1. 障害福祉計画の計画的な整備



厚生労働省ホームページ「障害者自立支援法について(資料簡略版)による  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou01/index.html>

度末までの計画を定めることとされた。障害者基本法に基づく計画等との関係については、市町村障害福祉計画は、「障害者基本法に基づく市町村障害者計画その他の法律の規定による計画であって障害者等の福祉に関する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならない」(第88条第4項)とされ、都道府県障害福祉計画についても同様の規定が設けられている(第89条第3項)。また、都道府県障害福祉計画は、「医療法に基づく医療計画と相俟って、精神障害者の退院促進に資するものでなければならない」とされ、「改革ビジョン」との整合性をもって策定することが求められている(第89条第4項)。

国の示した基本指針は、障害者等のニーズの適切な把握と障害者等の意見を計画に反映する取り組みを求めるとともに、

- 1) 平成23年度末の施設入所者数を7%以上減少する
- 2) 受入条件が整えば精神科病院から退院可能な精神障害者が平成24年度末までに退院することを目指す

3) 福祉施設利用者が一般就労に移行する実績を平成23年度に現在の4倍以上とする

の三つの数値目標<sup>1)</sup>を示すことにより、障害福祉計画第1期策定の初動期において、国の方針と、市町村、都道府県における障害福祉計画の間の乖離が起らないように配慮している。

□ III 障害者計画 □

昭和57年、「国連障害者の十年」の国内行動計画として、障害者施策に関するはじめての長期計画である「障害者対策に関する長期計画」が策定され、平成4年には、その後継計画として平成5年度からおおむね10年間を計画期間とする「障害者対策に関する新長期計画」(以下、「新長期計画」という)が策定され

た。「新長期計画」は、その後、同年改正された「障害者基本法」により、同法に基づく障害者基本計画に位置付けられた。平成7年には、「新長期計画」の後期重点施策実施計画として「障害者プラン」が策定され、障害者施策の分野ではじめて数値による施策の達成目標が示された。平成14年には、平成15年度から10年間の障害者施策を方向付ける「障害者基本計画」と、その前期5年間において重点的に実施する施策とその達成目標を定めた「重点施策実施五か年計画(新障害者プラン)」(以下、「新障害者プラン」という)が策定された。

「障害者基本計画」は、横断的視点として、①社会のバリアフリー化の推進、②利用者本位の支援、③障害の特性を踏まえた施策の展開、④総合的かつ効果的な施策の推進をあげ、重点的に取り組むべき課題として表1に示した4項目をあげ、その3番目に「精神障害者施策の総合的な取り組み」が示された。

「新障害者プラン」の基本的考え方は、新障害者基本計画に掲げた「共生社会」の実現を目的と

Action plan for supporting the independence of people with mental disorders  
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



表1 障害者基本計画に示された重点的に取り組むべき課題(平成14年)

1. 活動し参加する力の向上
  - (1) 疾病、事故等の予防・防止と治療・医学的リハビリテーション
  - (2) 福祉用具等の研究開発とユニバーサルデザイン化の促進
  - (3) IT革命への対応
2. 活動し参加する基盤の整備
  - (1) 自立生活のための地域基盤の整備
  - (2) 経済自立基盤の強化
3. 精神障害者施策の総合的な取組
4. アジア太平洋地域における域内協力の強化

して、「障害者基本計画」の前5年間(平成15年度から19年度まで)において、重点的に実施する施策および達成目標を定め、これに基づいて障害者福祉サービスの基盤整備を図るものであった。精神障害者施策の充実については、「条件を整えば退院可能とされる約72,000人の入院患者について、10年のうちに退院・社会復帰を目指す。このため、今後、更に総合的な推進方策を検討する」として、平成14年にまとめられた社会保障審議会障害者部会精神障害分科報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」を反映した内容となっている。また、障害者基本法は平成16年に改正され、都道府県および市町村の「障害者計画」の策定が努力義務規定から義務規定に改められており、障害者自立支援法に基づく「障害福祉計画」の策定義務と同じ方向が取られている。

制度的に見ると、障害者自立支援法による「障害福祉計画」は福祉サービスの量と提供体制を確保するための計画であり、「障害者計画」は福祉・教育・保健・医療・雇用・情報の利用等の関連施策が連携し、地域における障害者の暮らしの基盤を整備する計画であって、後者はより包括的な性格を有することになる。

#### □Ⅳ 精神保健医療福祉の現状□

わが国の精神保健医療福祉の現状を一覧できる資料として「精神保健福祉資料」がある。平成17年度資料<sup>5)</sup>および「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」<sup>7)</sup>をもとに精神保健医療福祉の現状を概観する。精神病床数、人口万対精神病床数とも近年は減少傾向にあり、在院患者数は324,335人である。在院患者に占め

る「65歳以上」の割合は増加が続いており42.2%となっている。「65歳以上」の割合の増加の理由は、長期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。平成9年以降の在院期間別在院患者数は、「1年未満」「1年以上5年未満」は横ばい、「5年以上」は減少傾向にある。

「1年以上5年未満」の在院患者数を減少させることは、「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)を減少させ、「退院率」(1年以上の在院患者のうちの退院患者の割合)を高くするという「改革ビジョン」の達成目標の実現と深く関わると考えられている<sup>8)</sup>。

外来延べ数、訪問看護延べ数はともに増加傾向にあり、平成17年度はそれぞれ2,509,317人、56,389人である。精神科デイケア等の実施施設数も増加しており、特に精神科デイケアは増加が大きい。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。

6月1カ月間の入院患者数は増加しており、平成16年6月1カ月間の入院患者数は31,501人である。入院患者に占める「65歳以上」の割合は30.7%である。平成16年6月1カ月間の入院患者の1年後残存率は12.9%である。1年以内社会復帰率(1年以内の退院者に占める「家庭復帰」または「社会復帰施設等」へ退院した者の割合)は1998年調査から2004年調査までほとんど変化がなく72%前後であったが、平成17年度は74.0%であった。1年以内社会復帰率は「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、この指標が退院者に占める「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なる可能性があり、今後の推移に着目したい。平均残存率は減少しており、平成17年度では29.2%ともっとも低く、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。

退院患者数は30,498人であって、入院患者数と

同じく増加傾向にある。退院患者に占める「65歳以上」の割合は31.9%である。平成17年度の「退院率」は21.4%であった。退院率は、平成11年以降ほとんど横ばいで21%前後である。「改革ビジョン」に示された退院率の目標値29%以上を実現するためには、地域移行支援と地域サポート体制の充実は必須と考えられる。

#### □Ⅴ 障害福祉計画の課題□

障害者自立支援法は、身体障害、知的障害、精神障害という障害種別によって異なっていた福祉サービスの利用の仕組みを一元化し、今後の利用者数の増加に備えた、安定的かつ効率的な制度として設計された。しかし精神障害者は、福祉サービスを利用する場合も医療の継続を要することが多く、医療の中断が福祉サービス利用の中断につながり、福祉サービスのニーズの高いケースにもかかわらず、福祉サービスが提供されない事例が生じることが懸念される<sup>1)</sup>。また、精神医療の現場からは、精神障害者の社会参加は果たして進むのかという危惧が示されている<sup>4)</sup>。障害者自立支援法施行後3年をめどとする見直しに向けては、精神保健福祉法に基づいて福祉サービスが提供されていたときに比べて、精神障害者の福祉サービスが安定的かつ効率的に提供されていることを検証することは不可欠であり、そのためのモニタリング体制を整備する必要がある。

神奈川県においては、県の障害福祉計画を策定するために、神奈川県、横浜、川崎、神奈川県精神科病院協会等が何度も話し合いの機会を設けて、1年以上の在院患者(医療保護入院・任意入院)について、それぞれ年齢、居住地、在院期間、診断名、生活保護、退院可能性、(退院不可でない場合)その人が地域で生活するために必要と思われるサービス内容(選択式)を尋ねる調査を計画中と聞いた。障害者自立支援法は、その理念および方向性としては間違っていないと思うが、制度として充実していくためには、問題発見と修正の仕組みは不可欠であろう。厚生労働省では、自

治体担当者を対象に平成19年5月に精神障害者退院促進支援研究会を開催し、さらに地域の実情および課題に対応した研修が望まれていることから、ブロック別研修を実施し、精神障害者の退院促進および地域体制整備等に関する取り組みの推進を図る予定であるが、障害福祉計画が第2期、第3期と進む過程が、障害者自立支援法の成熟につながるよう期待したい。

#### 文 献

- 1) 新居昭紀：精神障害者のライフサイクルに応じた、地域生活における危機管理のあり方に関する研究。平成17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。pp.39-66, 2006。
- 2) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン。2004。
- 3) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部：障害者自立支援法による改革：「地域で暮らす」を当たり前に。2005。
- 4) 長尾卓夫：障害者自立支援法で何が変わったか。日本精神科病院協会雑誌、26；6-8, 2007。
- 5) 精神保健福祉資料：平成17年6月30日調査の概要。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、2007。
- 6) 障害保健福祉サービスの基盤整備に関する基本指針。2006。
- 7) 竹島正、立森久照、小山明日香、他：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：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」。2007。
- 8) 竹島正：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。日本社会精神医学会雑誌、15, 2007。(印刷中)
- 9) 東京都社会福祉協議会：障害者自立支援法とは。2007。



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、予想以上の速さと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<sup>1,2)</sup>。

### 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<sup>3)</sup>。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〕

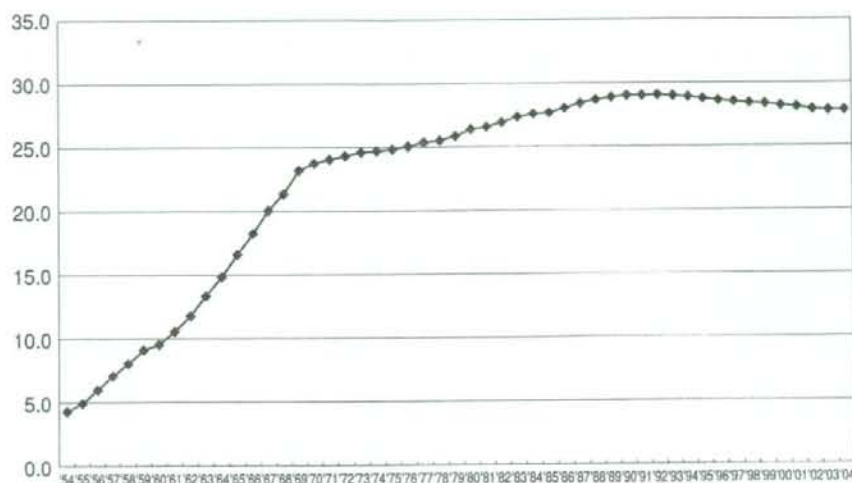


図1 人口万対精神病床数の推移

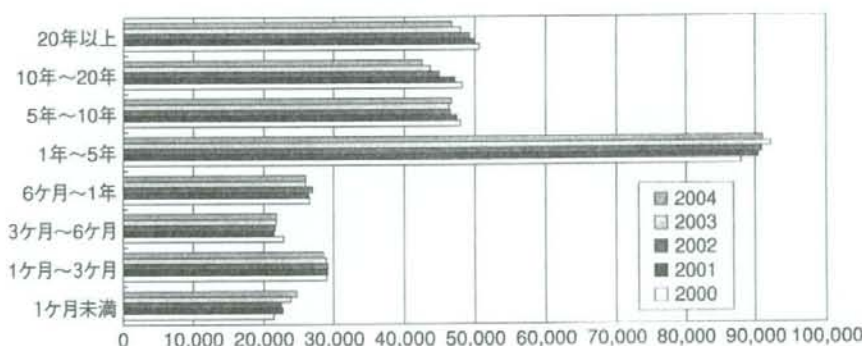


図2 在院期間別の在院患者数

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

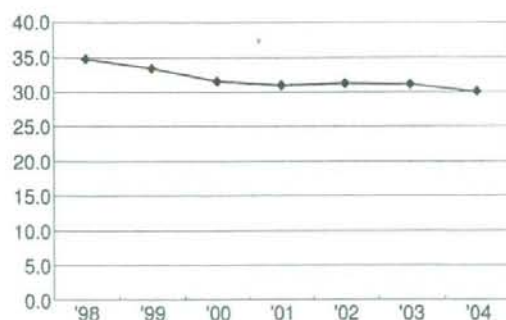


図3 平均残存率の推移

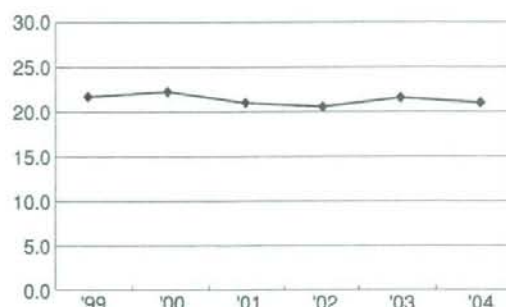


図4 退院率の推移

%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が必須である。

## 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

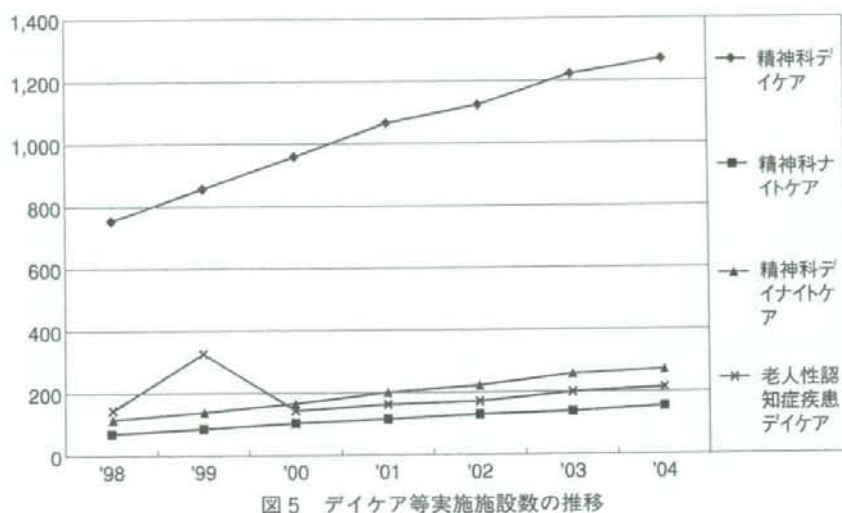


図5 デイケア等実施施設数の推移

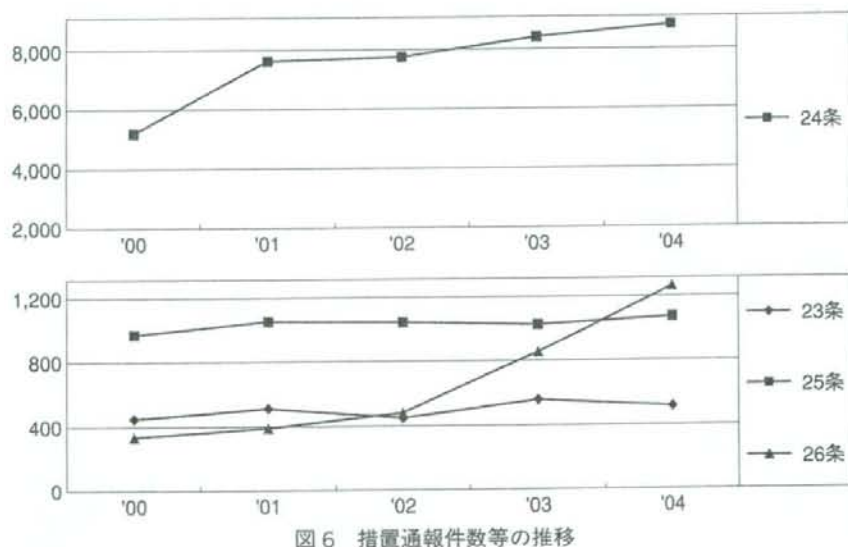


図6 措置通報件数等の推移

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



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<sup>9)</sup>、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<sup>9)</sup>。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<sup>7)</sup>。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<sup>9)</sup>。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<sup>7)</sup>。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<sup>9)</sup>。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/nimh/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) 目で見え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) 岡出靖雄：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：デイケア・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, 斉藤治, 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あれば、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、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を、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た、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

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」変革を進めるため、  
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

国民の理解の深化  
「こころのバリアフリー宣言」の普及等を通じて精神疾患や精神障害に対する国民の理解を深める

精神医療の改革  
救急、リハビリ、看護などの機能分化を進められるだけ早期に退院を支援できる体制を整備する

地域生活支援の強化  
地域支援、就労支援等の施設機能の強化やサービスの充実を、地域生活支援中心に地域で実行して要する体制を整備する

基盤強化の推進等  
精神医療・福祉に資する人材の育成等の方策を検討するとともに、標準的なケアモデルの開発等を進める  
在宅サービスの充実に向け通院・訪問員質や福祉サービスの利用者の見直しによる効率的な重点化等を行う

「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健福祉施策の基本的な方策の実現  
※上記により、今後10年間で必要な精神病床数の約7万床減少を促す

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QOL(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良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

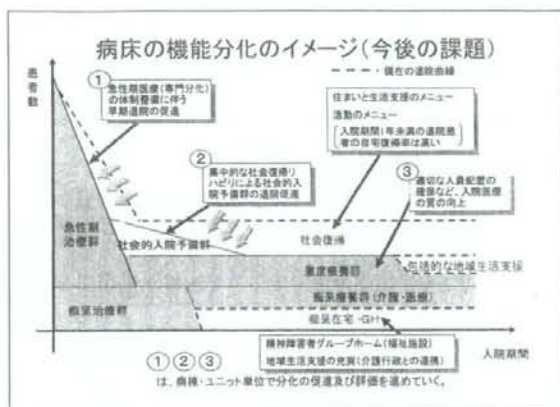
スライド6

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疾患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ります。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



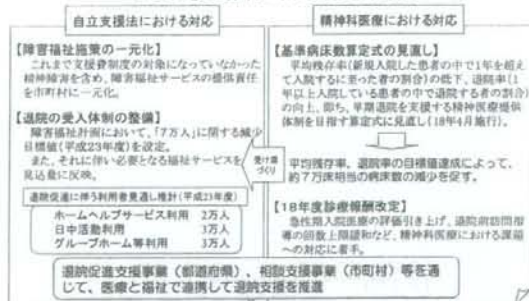
スライド7

## 精神病床入院患者の入院の状況



スライド8

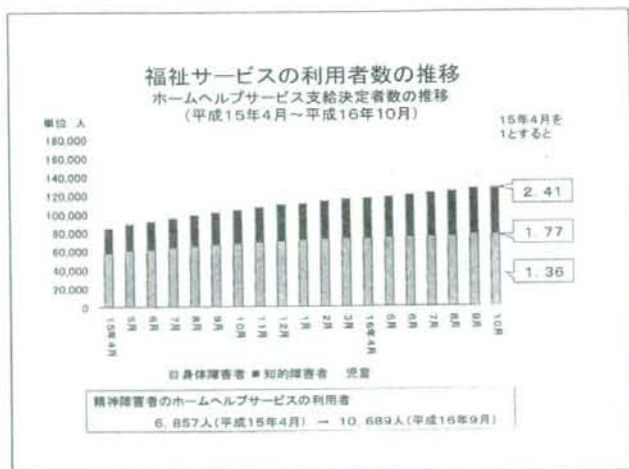
## 「7万人」の解消に向けた主な対応



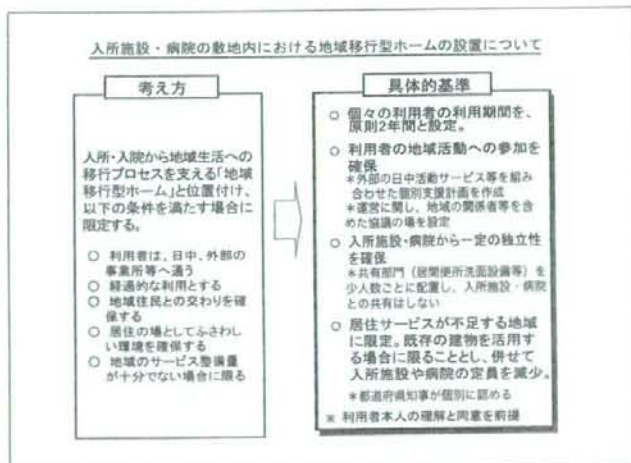
平成24年度までに退院可能な精神障害者(約7万人)の解消を目指す

スライド9

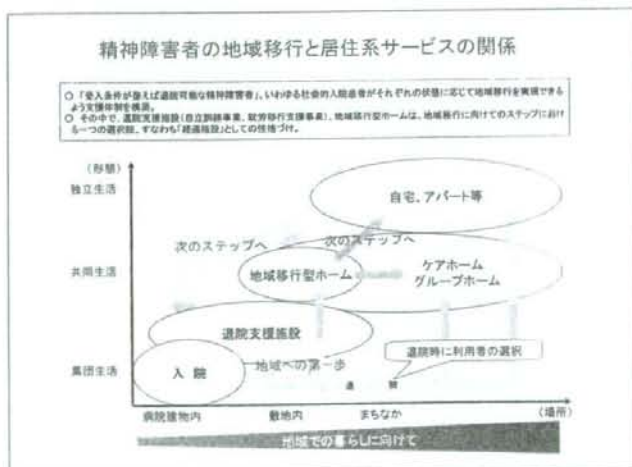




スライド10



スライド11



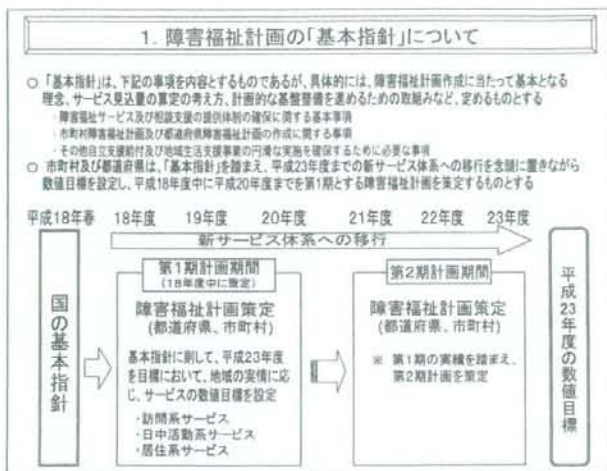
スライド12

6,800人だったのが10,700人くらいに1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）。

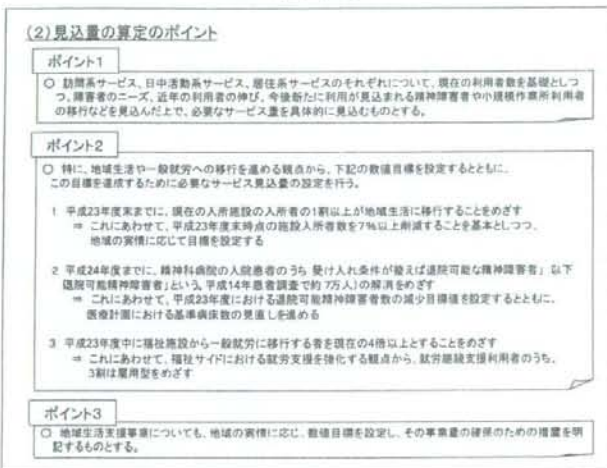
それから、地域移行型ホームの設置がここにあげられています。病床を転換するということです。この地域移行型ホームが中間となって、入院から地域移行型ホーム、それから地域への退院、地域社会の中での生活へと促していくような形の図が描かれています（スライド11、12）。

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な者について、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の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、現状はどんなのかということで、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

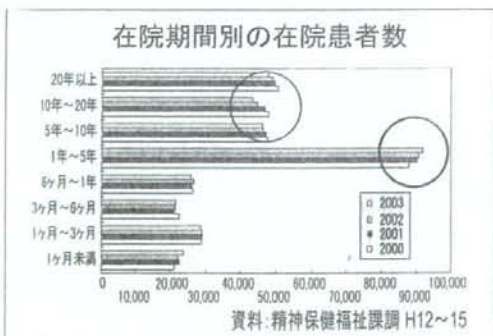


スライド13



スライド14

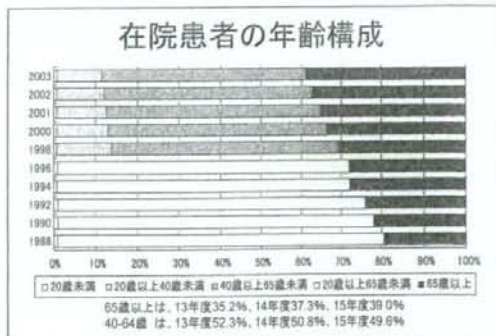
年未満については微増しています。入退院患者数は毎年2.6%ぐらい増えていまして、結果としての増ということがありえます。しかし、この1年以上5年未満を新たな長期在院予備群と見た場合に、これを増やさないようにする方策が



スライド15

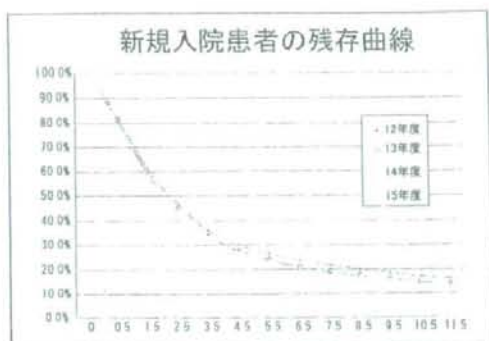
必要だと考えられます。また、5年以上の長期在院は減少し始めているけれども、この人たちの退院をさらに促していくにはどうしたらよいのか。それから、1年未満の人たちは、全国の精神病床の中では約30%を占めています。これはいろいろなところでお話しているのですが、全国で35万床精神病床があると言いましても、実際に地域医療として機能している精神病床というのはその3分の1、12万床だろうということ、結局病床が多いのか少ないのか本当はよくわからない。足りている地域もあれば、足りない地域もあるのではないかとというのが現実と思われる。

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、高齢が増えてきているわけです。退院促進といった場合に、65歳以上の人たちに対するのと、40歳から64歳の人たちに対する退院促進という考え方はちよ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

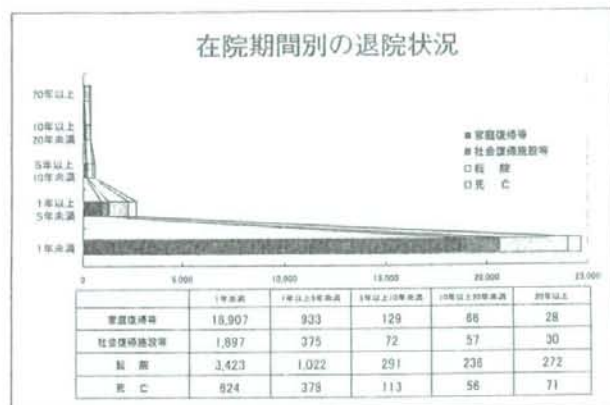


スライド16





スライド17

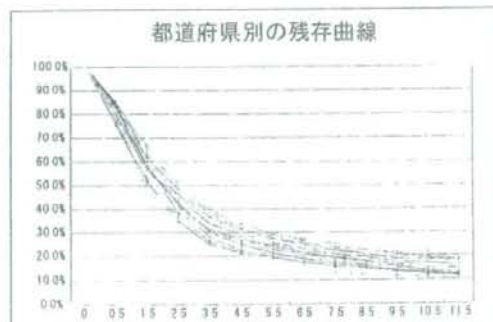


スライド18

### 入院患者残留率をもとにした指標

	入院患者数 (8月～9月)	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うちにおいたら、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ね。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病院に関する部分をまとめた。
- 昨年度の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、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。

スライド21

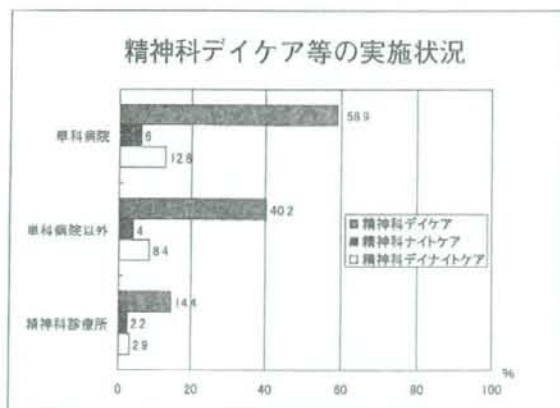
#### 精神科デイケア等の実態に関する研究

- 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いかなということ。

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い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います。

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

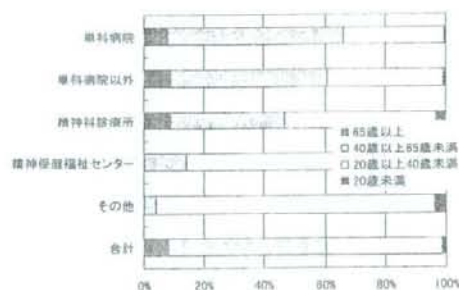


### 精神科デイケア等の利用者の性別



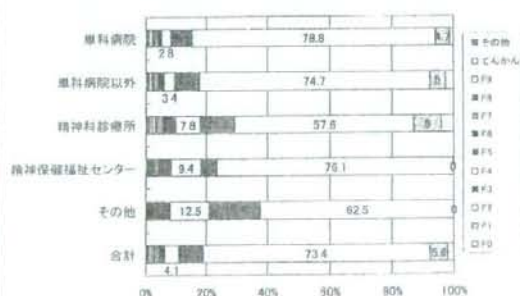
スライド26

### 精神科デイケア等の利用者の年齢階級



スライド27

### 精神科デイケア等利用者の診断別の割合



スライド28

を發揮しているとも見えるわけです(スライド25)。

デイケア等の利用者の性別ですが、これは大体的に、64%が男性です(スライド26)。

### 社会復帰施設等の実態に関する研究

- 平成15年度調査結果内の社会復帰施設等の調査部分をまとめた。
- 社会復帰施設等の設置数は、各施設前年度とほぼ同様の割合で増加していた。
- 特に福祉ホームB型、小規模通所授産施設の増加が顕著であった。
- 各施設の利用率(定員に対する利用実人員の割合)や、利用者の年代構成は前年度調査とほぼ同様の結果であった。

スライド29

年齢階級には違いがみられます。病院系は、高齢の人たちの割合が高い傾向があり、診療所とか精神保健福祉センターは、若い人たちの割合が高い。つまり客層が違う可能性があるわけです(スライド27)。

診断の割合にも違いがみられ、統合失調症の割合は、病院群で多く診療所では少ない。15年のデータで初めて、デイケアの利用者等の診断などを出しましたが、つまり、精神科診療所の客層というのは、少し若くて、診断も多様な人が多いということです(スライド28)。したがって、退院促進の軸になるのは、やはり病院ということで、病院がいかにかそういう仕事をしやすい環境を作るかということが大事なのではないかと思えます。

次に社会復帰施設ですが、各施設の利用率や利用者の年代構成は、前年度とほぼ同様の結果でした(スライド29)。ここで申し上げたいことは、何もしなければそのままに推移するということです。利用者の状況に関して、利用前の居住地が福祉ホームB型の場合には、入院していた人の割合が高いです(スライド31)。退所後の居住地は、在宅という方がここにあるような数です(スライド32)。再入院されている方たちも一定数います。つまり、これで見ると、退院促進で特に福祉ホームB型の数を見ますと、やはり再入院、あるいは入院と地域生活、施設との

### 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・年齢階級別利用者人数

施設種別	利用者人数合計	男性		女性		20歳未満		20～40歳未満		40～65歳未満		65歳以上	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
生活訓練施設	3,993	2,625	65.9%	1,358	34.1%	30	0.8%	1,179	29.6%	2,505	62.9%	269	6.8%
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	2,285	63.2%	1,329	36.8%	54	1.5%	1,694	46.9%	1,771	49.0%	95	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前の居住地

施設種別	平成14年度新規利用者数	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		不明	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
生活訓練施設	2,902	582	20.1%	79	2.8%	2,077	71.1%	885	30.6%	1,192	41.1%	39	1.4%
福祉ホーム	900	107	11.9%	120	13.3%	252	28.0%	117	13.0%	135	15.0%	21	2.3%
福祉ホームB型	589	49	8.3%	88	14.9%	433	73.5%	110	18.7%	329	55.8%	15	2.5%
入所授産施設	258	50	19.4%	46	17.8%	158	61.2%	54	20.9%	104	40.3%	4	1.6%
通所授産施設	1,913	1,400	73.2%	295	15.4%	197	10.3%	126	6.6%	71	3.7%	20	1.0%
小規模通所授産施設	1,580	1,337	84.6%	128	8.0%	46	2.9%	27	1.7%	19	1.2%	7	0.4%
福祉工場	103	74	71.8%	29	28.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
グループホーム	1,421	362	25.5%	254	17.9%	627	44.1%	193	14.0%	428	30.1%	24	1.7%
地域生活支援センター	10,909	7,888	72.3%	1,015	9.3%	698	6.4%	389	3.5%	297	2.7%	188	1.7%

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」を指す。

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	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
生活訓練施設	1,155	44.9%	481	17.9%	738	28.7%	34	1.3%	154	6.0%	28	1.0%	7	0.3%	2,575	100.0%
福祉ホーム	155	39.2%	81	20.5%	111	28.1%	5	1.3%	36	9.1%	6	1.5%	1	0.3%	395	100.0%
福祉ホームB型	51	23.9%	12	5.6%	130	61.0%	8	2.8%	8	3.8%	6	2.8%	0	0.0%	213	100.0%
入所授産施設	58	31.0%	44	23.5%	66	35.3%	4	2.1%	10	5.2%	4	2.1%	1	0.5%	187	100.0%
通所授産施設	629	68.5%	146	12.1%	151	12.5%	4	0.3%	41	3.4%	32	2.8%	6	0.5%	1,208	100.0%
小規模通所授産施設	313	66.5%	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	58.8%	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%	239	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	606	50.1%	76	6.3%	150	12.4%	16	1.3%	37	3.1%	135	11.2%	190	15.7%	1,210	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

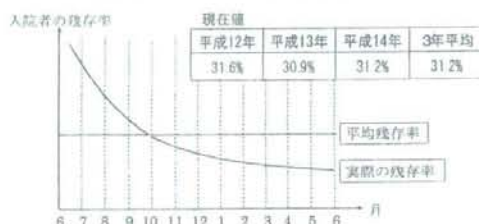
スライド33

## 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)



$$\text{平均残存率 (1年未満群)} = \frac{\text{毎月の残留患者合計}}{\text{前年6月の入院患者数} \times 12}$$

スライド35

間を往復しながら、結果的に退院に結びついて、適当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」を検証するということです。それから基準病床数の推定値を試算するということです。

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)。

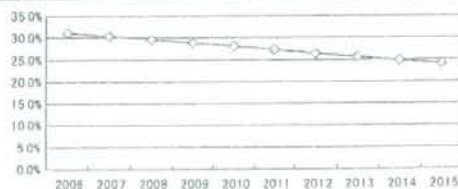
同じく退院率ですが、3年平均で21.3%。国の目標は29%です。だから、これを7.7ポイント、10年間で上げなければならないということになります(スライド37)。

## 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

## 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%

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

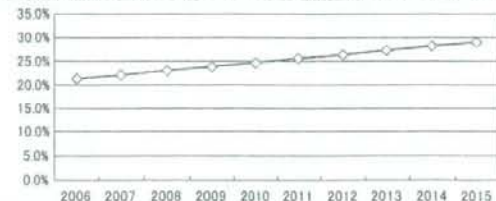
スライド37

## 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

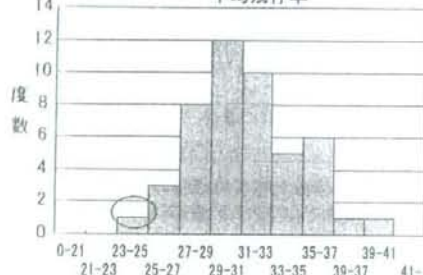
年度	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
退院率	21.3%	22.2%	23.0%	23.9%	24.7%	25.6%	26.4%	27.3%	28.1%	29.0%



スライド38

## 平均残存率(1年未満群)の分布

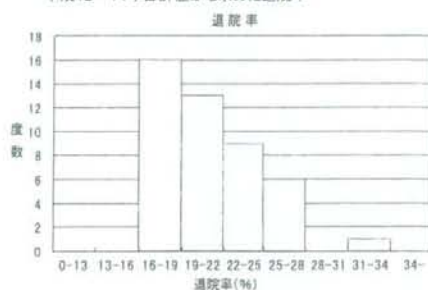
平成12~14年合計値から求めた平均残存率



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は。

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と言われる方もありますが、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