

が設定されていくであろう。基礎医学研究での最近の大きなトピックは京都大学・山中伸弥教授による iPS 細胞の樹立であるが、聴覚医学領域においても iPS 細胞の臨床応用に向けた研究が今後活発化してくると思われる。しかしながら、iPS 細胞研究には既に潤沢な研究資金が提供されており、厚労科研費・障害者対策総合研究事業として積極的に研究資金を追加していく必要はないかもしれない。再生医療が実現されれば理想的ではあるものの、内耳の構造は他の器官と比べて複雑であり、聴覚医学領域での臨床応用は少なくとも 10 年以上先になると思われる。それまでは、従来通り薬物療法に加えて補聴器と人工内耳によるリハビリテーション（ハビリテーション）が主体となっていくことが見込まれる。そのため、今後も近い将来に臨床応用が可能そうな研究課題を中心に選定して研究費を配分していく必要がある。人工内耳に関しては、今後各社から新しく開発される機種ごとに基礎および臨床の両面より研究を行っていく必要がある。現在、低音部の残存聴力を活用しつつ高音部は人工内耳で補うという新しいタイプの人工内耳（オーストリア・メドエル社製）が導入され始めており、厚労科研費のサポートを受けつつ臨床治験が進められているところである（東京大学、信州大学）。一方、補聴器の研究開発は平成 22-24 年度の厚労科研費に採択されているが、一地方大学の行う研究であり、今年度で主任研究者（奈良県医大・細井裕司教授）が退官するため、今後研究が停滞する可能性がある。補聴器は人工内耳と違って、我が国でも開発が可能であるため、今後も積極的にサポートしていきたい分野である。

また、聴覚障害者にまつわる問題の調査など、他からの資金提供を受けづらい研究に研究費を配分していく必要もあろう。災害時における聴覚障害者の情報支援に関する研究は好例で、現在 1 件が進行中であるが、今後も継続しシステムの質の向上を図ることが望まれる。難聴児の療育に関しては、欧米では先天性難聴児に対して積極的に人工内耳を施行し、手術後のハビリテーションを終えると患児が聾学校でなく一般の学校で教育を受けられるように配慮するインクルージョンが実践されている。その結果、難聴児の就学・就労の選択肢を増やすことに繋がり、更には少人数制教育が必要な聾学校でかかる人件費が減少することになる。障害者権利条約への整合性と、こうしたメリットを考えると、今後我が国も欧米と同様の方向にシフトしていくと思われ、欧米の実状を把握し、我が国の制度と比較して政策に活かすことが必要である。

更に、厚労科研費とは直接の関係はないが、IT 技術の進歩が聴覚障害者の情報保障の向上に貢献している。京都大学・河原達也教授のグループや民間の NTT 研究所より音声認識エンジンの開発が進められており、音声の文字化がある程度実用域に達しつつある。手話通訳に関しても、JR 東日本などでインターネット接続を使ったサービスが利用可能になり、聴覚障害のある利用者が手話通訳オペレーターに質問内容を手話で伝えると、オペレーターが口頭にて駅窓口の案内スタッフに質問内容を伝える、といったようなことが実現できるようになった。

(3) 音声言語分野の研究の今後の方向性

言語障害分野においては、これまでと同様、その背景にある障害（聴覚障害・発達障害）の研究課題の中で、言語・コミュニケーションの側面を扱っていくことになるとと思われる。背景にある障害によって、問題となる言語機能の側面が異なるからである（聴覚障害などは意味論的側面、自閉症スペクトラム障害などは語用論的側面など）。

音声・発話障害については研究不足の感があるため、これまで採択歴のある吃音の研究を深めるとともに、近年吃音との類似も報告されている痙攣性発声障害などの音声障害分野についても研究を進めていく必要があるであろう。吃音に関しては過去の採択課題によって、病態の一端や治療法の一部が明らかになったものの、手つかずになっている側面も多い。現在臨床の現場で問題となっていることとして、①世間一般における吃音に対する理解・認識の不足と対応についての誤解、②治療に携わることができる専門家（言語聴覚士）や施設の不足、③治療・支援方法の未確立が挙げられる。これらの問題を解決するために、まずは発達性吃音の疫学的調査を実施する必要がある。先に述べたように発達性吃音の発症率は幼児期で 5%と言われているが、これは海外のデータであり、日本には発症率のデータがほとんどない。「吃音」という障害に対して何をすべきかを考えるためにも、早急にその実態を把握する必要があると思われる。疫学的調査の後には、その実態に基づき介入方法・システムを考えることである。試験的な介入システムを構築・実施することで吃音児・者への治療・支援モデルを呈示し、それを全国へ普及させることが、今後 10 年内の課題であると考えられる。

また、現在行き場の少ない成人吃音の治療・支援法に関する研究も早急に取り組むべき課題と考える。吃音のある成人が経験している社会生活上の困難を把握する研究から始め、その困難に対しどのような支援法があるか（障害認定なども含

む)を模索する研究につなげるのが望ましい。リハビリテーションの枠の中でできる治療・支援の実施と効果の評価を経て支援法を確立し、その治療・支援法を普及させる研究が課題として考えられる。それらの研究が進み、吃音に対応できる専門家と施設が全国に広がることを今後10年で目指すべきである。

C-2-3-3 今後取り組むべき研究課題

a 障害に関する情報収集と発信

(1)身体障害者手帳を持たないロービジョン患者の不自由度についての実態調査と緊急時における視覚障害者への情報保障の在り方に関する研究

ロービジョン患者の中で、情報不足によって身体障害者手帳に該当するにも関わらず手帳を持っていない患者と、不自由で手帳を希望するにも関わらず、基準に該当しない患者についての実態調査と緊急時における視覚障害者への情報保障の在り方を提案する。

(2)人工内耳の療育の国際比較

欧米諸国における人工内耳の療育における問題点と対処法を調査した上で我が国と比較し、我が国の人工内耳埋め込み手術後の療育の改善を図る。

(3)発達性吃音に関する疫学的調査

発達性吃音についての啓発。

b 支援技術・支援機器の研究開発

(1)網膜視細胞再生から軸索投射までの視覚再生リハビリテーション

視細胞の再生分化から2次3次ニューロンの再生まで視覚システムの総合的な再生を目指す。

(2)骨導超音波補聴器の実用化に向けての研究

骨導超音波による補聴のメカニズムを解明し、超音波補聴器の実用化に貢献する。これによって、難聴のリハビリテーションの選択肢を増やし、重度聴覚障害者の福祉の向上を図る。

(3)吃音の評価法・支援法確立に関する研究

QOLのような当事者の生活全般に及ぶ吃音の影響を軽減する吃音治療・支援方法を日本において普及させること。

c 政策立案に資する研究

(1)視覚障害者支援を専門に担う人材の国家資格化についての研究

視覚障害者対応の専門性の高い人材による視覚障害者への個別対応を全国に広げること。

(2)障害者手帳を持たない聴覚障害者に対する補聴器給付による経済効果およびQOL向上効果の調査

障害者手帳を持たない聴覚障害者に対する補聴器助成による経済効果、QOL改善効果を政策的

に調査し、聴覚障害者への補聴器支給体制を整え、聴覚障害者の福祉の向上に貢献する。

(3)吃音の障害認定を含めた制度に関する調査

吃音当事者が望む、制度上の社会的配慮を確立すること。

C-2-4 福祉工学関係分野

C-2-4-1 当該分野の研究の過去と現状

(1)福祉機器関係分野の研究の過去と現状

厚生労働科研費(障害保健福祉総合・感覚器障害)の過去10年の採択課題320件の中から、工学系の研究課題を抽出したところ49件であった。さらに、治療機器、機能訓練機器を除き、福祉機器関連の課題を抽出すると、33件が残り、全体の約10%であった。福祉機器関連の課題の障害別の内訳は、肢体不自由関連が49%であり、続いて障害一般が18%、視覚障害が15%、聴覚・言語障害が12%、盲ろうが6%であった(図5)。肢体不自由が多い点と、全体の研究課題で多くみられた精神障害が0件である点は、福祉機器関連分野の特徴といえる。また、障害一般が多い点は、制度や施策、評価手法などの研究が含まれ、厚生労働科学研究費ならではの傾向と考えられる。福祉機器関連の研究課題の中から、さらに機器開発系の研究課題を抽出したところ14件(42%)であり、半分以上であった。この点でも、制度や施策、評価手法などの研究が多く実施されていることが分かる。年度ごとの推移を見ると、やや増加傾向が見て取れるが、直近の2年間は減少しており、顕著な傾向はみられない(図6)。

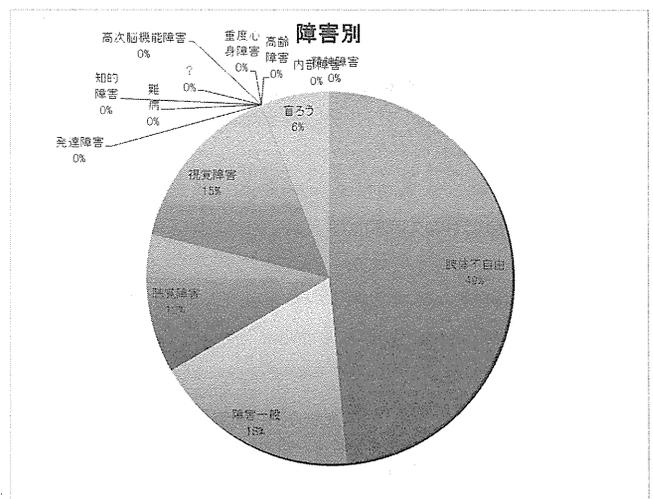


図5 障害別研究課題数

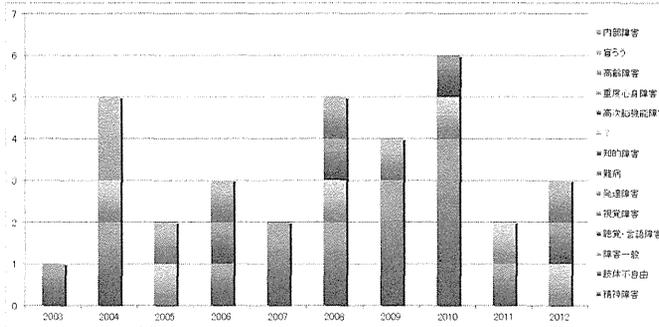


図 6 障害別研究課題数の経年変化

一方、福祉機器の開発関連の予算は、平成 5 年の福祉用具法施行以降、平成 11~12 年度（1999~2000 年度）をピークとして減少傾向にある（図 7）。福祉用具法による開発予算は、平成 11 年度で約 6 億円であったものが、平成 21 年度には約 2 億円となっている。ただし、平成 22 年度から、厚生労働省の自立支援機器開発促進事業がスタートしており（4.3 億円）、現在まで継続しているため、その分の予算はある程度確保されているといえる。また、経済産業省では、介護ロボットに関する予算も近年計上されており、平成 25 年度からはロボット介護機器関連で 24 億円の事業が実施されている。これらを含めると、非常に多くの予算が積み込まれている。しかし、根幹ともいえる福祉用具法に基づいた研究開発費の減少には、何らかの対応策が必要といえる。

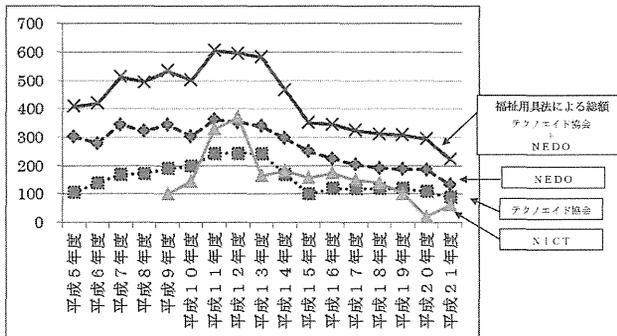


図 7 福祉機器の開発関連予算

福祉機器の市場規模の動向は、1999 年度から横ばい傾向が見られており、市場は飽和状態であることが見て取れる。図 7 の開発助成のピークが 1999 年であり、それとの関連性は不明確ではあるが、時期が一致している点は、注目すべきである。一方、高齢者や障害者に配慮した一般製品である共用品の市場は、順調に伸びている。この背景には、日本が主導して進めている国際規格の整備も関係している。

当センター福祉機器開発部の過去 10 年間の研究テーマを概観すると、当初、重度の肢体不自由

者を対象とした移動機器とコミュニケーション機器の開発、および義肢・装具・座位保持装置の試験評価、車椅子等の適合に関する研究に重点を置いて研究を実施していたが、近年では補装具費支給制度との関連での調査研究や認知症者の福祉機器に関するテーマが新たに加わり、テーマの幅が広がっている。また、直近では社会技術の手法を導入し、先端的な技術を福祉機器分野に取り込む研究も立ち上げ、徐々に成果が出ているところである。

以上の状況を勘案し、福祉機器分野の研究の現状を示す。図 8 に示されるように市場は飽和している状況にある。これは身体障害を中心に福祉機器の市場が形成されている点もその原因として考えられる。この傾向は、厚生労働科研費の動向（図 5、図 6）からも読み取れ、全体の研究費の中での精神障害に対する課題数の多さに比して、福祉機器関連で精神障害に関する研究課題は 0 件であり、極端に少ない。福祉機器開発部では、認知症者を対象とした福祉機器の研究を 2008 年から立ち上げ、徐々にではあるが成果が出てきている。これらの点から、今後身体障害以外を対象とした福祉機器の研究開発の必要性が考えられる。

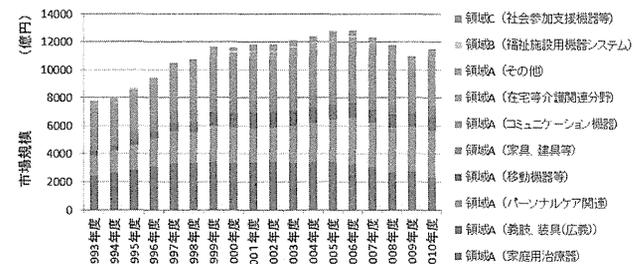


図 8 福祉機器の市場規模

また、市場の飽和状態は、補装具費支給制度・日常生活用具給付等制度や介護保険制度といった制度依存型の市場形成との関連も考えられる。制度では、生活する上での基本的な支援に重点が置かれがちである。そのため、よりよい生活の質を確保するための福祉機器を考えようとした場合、利用者もしくは家族の自費での購入を促す必要が出てくる。しかし、このプラスアルファの部分での福祉機器の活用も促進していく必要がある。制度上の変更を検討することも一つの解決策ではあるが、自費でも買いたくなるような機器の開発、自費購入を促進する社会づくりなども今後重要となるであろう。

身体障害を中心とした福祉機器の研究開発では、これまでの技術主導での機器開発の反省から、製品化を見据えた出口の議論が行われるように

なってきた。先に示した自立支援機器開発促進事業やロボット介護機器開発・導入促進事業では、開発した機器の臨床評価に重点が置かれ、現場で使える物の開発にむけて大きな一歩を踏み出したといえる。これに伴い、福祉機器の臨床評価における倫理審査に関する議論も盛んに行われるようになり、ガイドライン作成も進められている。また、厚生労働科研費の分析結果でも示したように、厚生労働省としては、技術開発以外の制度や評価に関する研究も進められており、より広い視野で福祉機器の問題をとらえる必要性が認識されるようになってきている。福祉機器開発部でも、平成25年10月1日より福祉機器臨床評価研究室を設置するとともに、本省や他部との連携により補装具費支給制度関連の研究も積極的に実施しているところである。これらの点から、今後より広い視野で問題をとらえ、福祉機器の研究開発から利活用に至るまでのプロセスを、トータルで促進するための研究が求められる。

(2) 義肢装具関係分野の研究の過去と現状

研究は多岐にわたり、開発、リハビリテーション、少数症例経験などがある。開発は、メーカーの膝継ぎ手や、足部の開発等の発表、目的別義肢の開発（スポーツ、筋電義手等）などが挙げられる。このような開発は、大企業によるものがほとんどで、学会発表としてはその使用経験や、適用についての考察などがある。リハビリテーションについては、高齢社会による疾病構造の変化に伴う、リハビリテーション手法の変化やそのノウハウについて、および希少症例の報告などがある。先天性四肢欠損児に対する取り組みはそのようなもののひとつとして位置づけられるが、長期にわたり関わっていく必要があるが、どのようなリハビリテーション、療育が必要かという点に関しては結論を見ず、手探り状態である。

当センター義肢装具技術研究部においては、臨床を通じて症例の蓄積を行い、ニーズの変遷をとらえ、切断者QOLの調査から切断者個人の有する義肢に対する要望を調べてきた。それに基づいて、吸汗性ソケットの開発、切断者の歩行解析、高齢切断者のニーズ調査と高齢切断者リハビリテーションの研究と開発、適切な義肢適合のためのデータの蓄積と発信を行った。施策に貢献するものとして補装具費支給制度の研究を行ってきた。また、筋電義手の研究的支給期間においては指定製作機関となり、筋電義手の製作と普及、リハビリテーション手法の開発等を行った。希少例として、義手の製作とリハビリテーション、療育の十分ではない先天性上肢欠損児に重点を置き、製作、リハビリテーション、療育を推し進めてきた。経験

に基づく義肢の製作に関し、客観的指標を取り入れるべく、製作に関する客観的データの蓄積を23年度より開始している。

C-2-4-2 当該分野の研究の今後の方向性

(1) 福祉機器関係分野の研究の今後の方向性

前節の研究の流れと現状の分析から、福祉機器の研究開発においてはニーズの把握から、技術開発、評価、製品化、販売、適合・制度、利用に至る一連のプロセスをサイクルとしてとらえ、そこに関与する人（ステークホルダー）の抱える課題を、包括的に解決できるプラットフォームの構築が重要である。その上で、技術開発分野、機器の安全性や有効性の評価を促進する研究分野、機器の適合手法や制度設計に関連する研究分野に重点を置いた研究が必要である。特に、技術開発の分野では、利用者のニーズと技術とのマッチングが重要であり、単なる技術開発ではなく、ニーズから技術開発に至る方法論の整備も必要である。さらに、先端技術等の新たな技術の福祉機器への導入や、逆に福祉機器開発から新たな技術開発への発展、アクセシブルデザイン製品の推進といったメインストリームの技術開発との関係構築も重要である。

また一方で、福祉機器の利用対象をさらに広げる取り組みも重要である。認知機能に障害のある方を対象とした福祉機器は、普及が進んでいないうえに、まだまだ新規の機器開発の余地がある分野である。高齢社会の問題とも関連する分野であり、今後重点を置いて研究開発に取り組むべき領域である。

さらに、既存の福祉機器の範囲を広げるために、利用者の生活の質をさらに向上させるための、一般製品と福祉機器の中間に位置するようなアクセシブルデザイン機器の研究開発も重要な研究テーマとして取り上げる必要がある。

以上を勘案して、以下の研究テーマを提案する。

- 1) 福祉機器の開発から普及にいたるプロセスを促進するための基盤構築
- 2) 明確な利用者ニーズの抽出と適切な技術とのマッチングに関する研究
- 3) 福祉機器関連の国際規格策定における日本のイニシアチブ向上
- 4) 福祉機器の臨床評価手法の構築
- 5) 福祉機器の適合手法の構築
- 6) 福祉機器の支給制度の改定に資する研究
- 7) 認知機能障害者を対象とした福祉機器の開発・普及に関する研究
- 8) アクセシブルデザイン機器の開発・普及を促進する研究

(2) 義肢装具関係分野の研究の今後の方向性

時代の流れに即し、社会の要請に応え、一人一人の障害者の生活の質の向上に資する形で研究開発を推し進めることが必要である。

- (1) 義肢の製作の上での客観的指標の構築と、その普及、必要に応じたデータに基づく製作の他機関への提言。
- (2) 時代と社会の要請に応え、個々の障害者の生活の質の向上に資する義肢装具の開発と提供、リハビリテーション手段の構築
 - ① 普及の遅れている筋電義手の製作と適合、開発、リハビリテーション手法の開発
 - ② 先天性四肢欠損児に対する義手製作とリハビリテーションサービスの提供、それらを通じた適切な療育体制の開発と情報発信
 - ③ 高齢切断者に対する適切な義肢の提供とリハビリテーション手法の開発
- (3) 障害者スポーツの用具の開発
- (4) 義肢装具とその使用者に関する情報収集とその解析、情報発信

C-2-4-3 今後取り組むべき研究課題

a 障害に関する情報収集と発信

(1) 支援機器イノベーション創出のための戦略基盤構築に関する研究

障害者・高齢者の社会参加の促進と QOL の向上を実現することを目指し、それを支える効果的な支援機器のイノベーションを、戦略的に推し進めるための基盤構築を目的とする。

(2) 認知機能支援機器に関する情報データベース、情報共有プラットフォームの構築

認知症のある人の福祉機器データベースの作成と、それを活用するポータルサイトを構築する。支援機器データベースのサイトを基に、体験談や利活用モデル、開発試用の現状報告等の情報共有を行えるページを追加する。

(3) 義肢装具とその使用者に関する情報収集とその解析

データの解析によりニーズを知り、適切な支給体制を構築する。

b 支援技術・支援機器の研究開発

(1) 超ユニバーサル化福祉機器の開発

適合技術を一般化し、人側の状態変化に追従できる技術を開発する。

(2) 福祉機器の国際規格策定に資する評価研究

義肢装具、座位保持装置、用語と分類、認知機能支援機器の国際規格作成作業グループへの参加とともに、日本の状況をふまえたエビデンスデータの収集、提示により、日本に適した国際規格を策定する。

(3) 福祉機器臨床評価のための ICT プラットフォ

ームの開発

スマートフォンなどの小型情報処理システムを用いた、ライフログシステムとその情報解釈技術による汎用的臨床評価手法を確立する。

(4) 福祉機器の遠隔適合システム構築に関する研究開発

適切な福祉機器の適合や選定(座位保持装置や車いす、コミュニケーション機器等)および視覚障害者などの就労移行トレーニング訓練を遠隔的に支援するシステムおよび手法を構築することを目的とする。

(5) 認知機能支援機器の開発・普及に関する研究
機器を用いた服薬支援と、服薬支援をめぐる関係者の連携モデルを提案し、実証評価を行う。実証評価にて効果が見られたアラーム付薬入れのほか、広く活用されている壁掛け式薬カレンダーに改良を加えた機器を開発し、両者の実証評価を行う。さらに、制度的な検討も行うこととする。

(6) 筋電義手の製作と適合、開発、リハビリテーション手法の開発

筋電義手の製作とリハビリテーションを通じて手法の開発、筋電義手の改良、リハビリテーション支援機器の開発を行う。

(7) 先天性四肢欠損児に対する義手製作とリハビリテーションサービスの提供、それらを通じた適切な療育体制の開発と情報発信

症例を積み重ね、データを蓄積し、体系化し、先天性四肢欠損児に対する義手製作とリハビリテーションサービスの提供、それらを通じた適切な療育体制の開発と情報発信を行う。

(8) 高齢切断者に対する適切な義肢の提供とリハビリテーション手法の開発

増加しつつある高齢切断者の特性に合わせたリハビリテーション体制の構築とそれに合わせた義足の適合手法、製作手法を構築する。

(9) 障害者スポーツにおける用具等の開発

障害者スポーツにおいて立ち後れた用具等の開発を競技の特性とアスリートのニーズに応える形で行う。

c 政策立案に資する研究

(1) 補装具の処方・破損データ収集システムの整備

より安全かつ、十分な機能を持った補装具の支給を可能にすることを目的とし、安全性や機能の確認の基礎となる「補装具の処方・破損データを収集するシステム」を整備する。

(2) 補装具費支給制度に関する研究

補装具の普及、適正な給付を進める。

C-2-5 障害福祉関係分野

C-2-5-1 当該分野の研究の過去と現状

過去 10 年間の厚労科研費（障害保健福祉総合・感覚器）の採択課題 320 件のうち、表題から福祉分野に関する判断される研究 99 件と過去 10 年間に社会福祉学会誌に掲載された障害に関する 124 論文について、障害種別で分類した結果を表 1 に示した。厚労科研費では、障害関係の研究課題は、他に、精神障害分野にもある。

厚労科研費では全障害と精神障害（高次脳機能障害、発達障害、その他に分類した自殺未遂者と触法被疑者）、重度障害、肢体不自由の中でも高齢障害者など新しく認知された障害および特性を対象とした研究が多いのに対し、学会誌では知的障害、肢体不自由など伝統的な障害を対象とする論文が多かった。また、厚労科研費では、福祉分野単独の研究課題だけでなく、医学分野および工学分野の研究課題の中で応用として福祉分野が取り上げられる場合もあった（13 課題）。

両者について研究の達成目的別に分類した結果を表 2 に示した。両者を比較すると、厚労科研費では制度に関する課題が多く、学会誌では家族に関する論文が多い特徴があった。また、両者共に、当事者研究が近年見られるようになった。震災に関する論文は東日本大震災後に特集が組まれたために多かったが、それ以外には見られなかった。

表 1 過去 10 年の厚労科研費採択課題と社会福祉学会誌掲載論文における障害分野別件数（重複あり）

	知的	精神	肢体	全障害	慢性疾患	視覚	聴覚	発達	高次脳機能	重度	高齢	その他	合計
厚労科研	6	22	9	26	-	4	4	9	9	11	3	2	105
社会福祉学会誌	45	23	18	14	9	6	4	3	2	-	0	-	124

C-2-5-2 当該分野の研究の今後の方向性

国際動向としては、国連障害者権利条約およびインcheon戦略で謳われた 10 項目（貧困削減と雇用促進、政策決定への参加、アクセシビリティの確保、社会保護、早期介入、女性障害者、災害、障害統計、障害者権利条約の実施、地域内外の協

力）の実現に関わる研究が実証的に推進されることが期待される。また、国際機能分類に対応する対策の研究も重要であると考え。

国内においては、障害者政策委員会意見（平成 24 年 12 月）に「新基本計画に盛り込むべき事項」として整理された課題の実現と政策化を可能にする研究が必要となると考える。日本版 NIH 構想においては障害福祉分野の研究は対象になりにくいことが予想されるため、構想の中で福祉分野の研究を各課題の応用として取り入れるのであれば、別の研究枠組みの確立が望まれる。

自立支援法により 3 障害に系統的なサービスの提供が目指され、国内外の目標設定にも障害種別による独自性は示されていないが、研究としては障害種別毎に行われることが多い。依然として、専門家養成、サービス機関、サービス内容に障害特殊性はあるが、共通する原則に基づいた政策を検討することが求められると考えられる。そのため、障害種別ごとの研究や制度を機能的横断的な課題について研究すること、および障害種別ごとの統計データを一元的に管理・運営する仕組みにより、実証的な政策提言ができることが有用であると考え。

表 2 過去 10 年の厚労科研費採択課題と社会福祉学会誌掲載論文における達成目的別件数（重複あり）

	地域移行	支援	家族	就労	制度	震災	障害者・当事者研究	統計	合計
厚労科研	25	38	3	6	30	4	1	6	113
社会福祉学会	34	32	29	9	9	7	6	0	126

C-2-5-3 今後取組むべき研究課題

a 障害に関する情報収集と発信

(1) 障害統計の整備と活用

既存の障害統計を精査し、その有効性と限界を明らかにする。また、既存の障害統計の修正案を提案する。

b 支援技術・支援機器の研究開発

(1) 災害時要援護者支援と地域インクルージョン

災害（地震、津波、原発事故）に備えた要援護者支援のあり方、準備を成立させる方法を明らかにする。

(2) 障害構造の変化に対応する支援技術と供給方法の開発

新規に施策対象となる障害に必要なサービス

とすでに提供されているサービスの共通性と差異、新規に必要なサービス技術と提供方法を明らかにする。

(3) 障害者の家族支援

多様な家族構成員に対する年代別のプログラムを開発し、その効果を実証する。また、施策における効率的な実施方法を明らかにする。

c 政策立案に資する研究

(1) 障害者の地域ケアシステムの構築

障害者福祉領域における地域における医療・福祉・介護サービスを一体的に提供する障害者の地域ケア（自立支援）システムを構築するための根拠を提示する。

D. 結論

過去 10 年間に厚生労働科研費（障害保健福祉総合・感覚器障害・障害者対策総合）で採択された 320 件の研究課題について、分野別、障害別、支援別に分析を行った。分野別に見ると、医学が 60%、工学が 25%、工学が 10%となっており、障害別では、精神障害が 30%、肢体不自由が 15%、視覚障害と聴覚障害がそれぞれ 11%、発達障害 6%であった。2008 年以降、課題数が倍になり、医学分野、特に精神障害分野の伸びが著しい。これらの分析結果並びに各分野の専門家からの意見を踏まえて、今後の研究の方向性について提言を行った。各分野に共通する課題は、障害に関する情報収集と提供、根拠に基づく支援技術の開発、高齢化への対応であった。特に、いずれの分野でも障害者の実態や障害特性を把握するためのデータベースを構築することの必要性が指摘された。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

なし

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「障害関係分野における今後の研究の方向性に関する研究」

分担研究報告書

精神障害に関する研究の方向性

研究分担者 竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究協力者 立森 久照 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

西 大輔 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

吉川 武彦 (清泉女学院大学・中部学院大学)

研究要旨：

【目的】最近の精神障害関連の行政の動向、WHO（世界保健機関）の精神保健関連の動向を踏まえ、障害関係分野における精神障害に関する研究の方向性について検討することを目的とした。

【方法】「精神保健医療福祉の改革ビジョン」、「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保する指針（案）」の記載内容、2000 年以降に成立した精神障害者が法の対象になる可能性の高い法律、WHO が 2013 年に公表した「メンタルヘルス・アクションプラン 2013-2020」の理念と方向性をもとに、障害関係分野における精神障害に関する研究の方向性について検討した。

【結果および考察】「改革ビジョン」以降、3 障害（精神障害、身体障害、知的障害）については、それぞれの特性を踏まえつつも、3 障害に共通した問題については障害の枠を超えた体制整備を行うという方向の中で研究も進められてきたが、精神障害者は精神疾患の患者（病者）であるとともに生活障害をかかえた障害者でもあるという精神障害の特性に十分配慮した研究を進める必要がある。また、障害者総合支援法の対象に発達障害、難病が含まれるようになった今日、精神障害を、身体障害、知的障害と並列的に論じてきたことを見直し、これらが合併される場合もあることに注意を向けた研究を進める必要がある。

【結論】「精神保健なくして障害福祉なし」をテーマに、精神保健領域が障害関係分野全般に貢献していく視点と、それに基づく具体的研究が望まれる。

A. 研究目的

科学技術の進展および社会情勢の変化に伴い、国内外で障害関連施策は見直しを迫られている。また、障害分野に限らず、データに基づいた実証的な政策の立案と実行が求められている。我々は 24 年度研究にお

いて、精神障害に係る公的統計の内容の検討を行った。その結果、その多くは医療に関する事項であって、ICF の心身機能、身体構造、活動と参加、環境因子という 4 つの視点から捉える統計はなく、そのごく一部を公的統計の目的外使用の承認を得て把

握できる状況であることを明らかにした。また、ICF に関連した研究動向を分析した結果、ICF の枠組み自体を導入した研究報告は少数で、研究内容に ICF の 4 つの視点の一部が含まれている研究報告はそれよりも多かったものの、精神医学分野において ICF を活用した研究の発展が必要であることを明らかにした。そして、障害の捉え方は医学モデルと社会モデルの統合の方向に進んでいることから、それに対応した障害関連分野における精神障害の統計・行政・研究データベースの構築が必要との結論を得た。

本研究は、最近の精神障害関連の行政の動向、WHO（世界保健機関）の精神保健関連の動向を踏まえ、障害関連分野における精神障害に関する研究の方向性について検討することを目的とする。

B. 研究方法

最近の精神障害関連の行政の動向として、2004 年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、「改革ビジョン」）、2009 年の今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（以下、「あり方等検討会報告書」）、2013 年の精神保健福祉法の改正による「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保する指針(案)」（以下、「精神医療指針案」）に記載されている、精神障害関連の統計・行政・研究データベースの構築、必要とされている研究について検討した。また、西暦 2000 年以降に成立した、精神障害または精神保健の問題に配慮して法を運用する必要性の高い法律について検討し、そこから浮かび上が

る社会のニーズを検討した。さらに、WHO が 2013 年に公表した「メンタルヘルス・アクションプラン 2013-2020」の理念と方向性を示し、わが国に必要とされる障害関連分野における精神障害に関する研究の方向性について検討した。

C. 結果

1. 最近の精神障害関連の行政の動向

「改革ビジョン」は、厚生労働大臣を本部長とする報告書であって、「入院医療中心から地域生活中心へ」を基本的な方向として、国民意識の変革、精神医療の改革、地域生活支援の強化を3本柱としてまとめたものである。なお、3障害（精神障害、身体障害、知的障害）については、それぞれの特性を踏まえつつも、3障害に共通した問題については障害の枠を超えた体制整備を行うとされている。また、「改革ビジョン」の翌月には「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案）が公表されたが、そこには、“精神障害固有の問題については、本案に記載するものの他、「改革ビジョン」に基づき、改革を進める”と述べられている。

「改革ビジョン」に記載されている研究関連の課題は、(1)急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能別の人員配置、標準的な治療計画等、(2)精神病床に係る医療計画上の基準病床数の算定、(3)患者への情報提供と精神医療の透明性の向上（具体的には、患者の利用実態や機能等に関する一定の評価軸を設け、その結果を公表する等の新たな取り組みについて研究）、(4)地域生活支援の施策の基本的方向（具体的には、障害者のライフステージや障害程度等の違いに

応じたサービスメニューの整理、標準的なケアモデルの開発等と、その成果の関係自治体、関係機関等への提供)であった。精神障害と、身体障害、知的障害との合併に関する記述はない。

「あり方等検討会報告書」は「改革ビジョン」の後期 5 年間の具体的な施策群を定めるための検討会の報告書であって、「改革ビジョン」とその評価を網羅的に行い、精神保健医療福祉の改革のための施策群を、(1)精神保健医療体制の再構築、(2)精神医療の質の向上、(3)地域生活支援体制の強化、(4)普及啓発(国民の理解の深化)の重点的实施、(5)改革の目標値の 5 項目にまとめている。

「あり方等検討会報告書」に記載されている研究関連の課題は、精神医療の質の向上の中に、(1)精神科における診療の質の向上、(2)精神科医をはじめとした医療従事者の資質の向上、(3)研究開発の更なる推進・重点化の 3 項を設け、集約的に記述され、(3)については (a) 精神疾患に関する研究費の確保に一層努めるとともに、国立精神・神経センター等の基幹的な研究機関を最大限に活用しつつ、その推進を図るべきである、(b)国民の疾病負荷の軽減に資するよう、精神疾患の病態の解明や診断・治療法に関する研究を、競争的資金を活用して、活発に行うべきである。特に、治療法の確立や医療水準の向上に資するよう、質の高い臨床研究を推進すべきである、(c)精神保健医療福祉施策の改革を強力に推進するため、施策の企画、立案、検証等に資する調査研究について引き続き確実な実施を図るべきである、との記述がある。精神障害と、身

体障害、知的障害との合併に関する記述はない。

「精神医療指針案」は、入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める指針である。「精神医療指針案」は、「第一 精神病床の機能分化に関する事項」、「第二 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項」、「第三 精神障害者に対する医療の提供に当たっての医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項」、「第四 その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項」で構成されている。そのうち「第四」には、精神医療に関する研究の推進として、(1)精神疾患の治療に有効な薬剤の開発の推進を図るとともに、薬物治療以外の治療法の研究を推進する、(2)脳科学、ゲノム科学、情報科学等の進歩を踏まえ、精神疾患の病態の解明、バイオマーカーの確立を含む早期診断と予防の方法及び革新的治療法の開発に向けた研究等を推進する、と記載されている。精神障害と、身体障害、知的障害との合併についての記述はない。

2. 精神障害または精神保健の問題に配慮して法を運用する必要性の高い法律の検討

西暦 2000 年以降に成立した、精神障害または精神保健の問題に配慮して法を運用する必要性の高い法律は下記のとおりである。

- ・ 児童虐待防止法 (2000)
- ・ 健康増進法 (2002)
- ・ ホームレス特別措置法 (2002)
- ・ 発達障害者支援法 (2004)

- ・ 障害者雇用促進法改正 (2005)
- ・ 自殺対策基本法 (2006)
- ・ 労働契約法 (2007)
- ・ 労働安全衛生法改正 (2011)
- ・ 障害者虐待防止法 (2011)
- ・ 刑の一部執行猶予法 (2013)
- ・ 子どもの貧困対策推進法 (2013)
- ・ 障害者差別解消法 (2013)
- ・ アルコール健康障害対策基本法 (2013)
- ・ 生活困窮者自立支援法 (2013)
- ・ 生活保護法改正 (2013)

これらの法律のうち、例えば、ホームレス、生活困窮については、そうなりやすい背景に、精神障害、知的障害等が存在する可能性があることが報告されている。

3. メンタルヘルス・アクションプラン 2013-2020 の理念と方向性

WHO においては、世界の国々において、メンタルヘルスの問題の重要性への認識が高まりつつある中、2013年の第66回総会において、「メンタルヘルス・アクションプラン 2013-2020」を採択した¹⁾。その中心となる考え方は「No health without mental health (精神保健なくして健康なし)」であって、「精神健康の増進、精神疾患の予防、精神障害を有する人の人権擁護と、死亡率、罹患率の低減を進める」ことをゴールに、下記の4つの目的と達成目標を示している。

- 1) 精神保健の効果的なリーダーシップとガバナンスの強化) ⇒国々の80%がメンタルヘルス政策・計画を整備または改訂、50%がメンタルヘルス関連法規を整備または改訂する。
- 2) 包括的、統合され、反応性のある精神保健と社会的支援が地域を基盤に提供さ

れること) ⇒精神障害における治療とサービスのギャップを20%縮小する。

- 3) 精神健康増進と予防戦略を実施すること ⇒国々の80%が2つ以上の有効な精神健康増進・予防プログラムを整備する、また、自殺死亡率を10%低下させる。
- 4) 情報システム、精神保健の科学的根拠と調査研究の強化) ⇒国々の80%がメンタルヘルスの指標を定例的に収集する。

D. 考察

2004年9月に「改革ビジョン」が公表された1ヶ月後には、障害保健福祉施策の総合化(市町村を中心に、年齢、障害種別、疾病を超えた一元的な体制を整備し、地域福祉を実現するとの方向のもと、「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案)が公表され、障害者自立支援法の成立へと進んだ。現在、障害に関する研究は、障害関連の施策と同じく、3障害(精神障害、身体障害、知的障害)に共通した研究課題は共通の枠組みの中で、障害特性を踏まえるべきものはそれぞれの枠組みの中で取り組むという方向で進められてきた。この中で精神障害については「精神医療指針案」の「精神医療に関する研究の推進」に示された方向が障害特性を踏まえたものと考えられることができるが、それは治療・疾患研究を指向しており、精神障害者は精神疾患の患者(病者)であるとともに生活障害をかかえた障害者でもあるという精神障害の特性にかかる基本的なことが含まれているかの確認が必要であろう。この観点から、精神疾患とそれによる生活障害の調査を、ICFの心身機能、身体構造、活動と参加、環境因子という4つの視点に、

精神障害の特性を加えた研究を実施・発展することが望まれる。もちろん、(独)国立精神・神経医療研究センター等の将来の方向性との整合性や、日本精神障害者リハビリテーション学会等の学術団体との連携・協働が必要とされることは言うまでもない。

さて、Prince らは、精神疾患は感染性疾患と非感染性疾患、故意でない外傷と故意の外傷のリスクを高めると述べている。また、多くの健康上の問題は精神疾患のリスクを高め、これらの合併は援助希求行動、診断そして治療を複雑にするし、予後に影響を及ぼすと述べている²⁾。この視点から見れば、これまで精神障害を、身体障害、知的障害と並列的に論じてきたことを見直し、これらを合併する場合もあることに注意を向けた研究も進める必要がある。特に障害者総合支援法の対象に発達障害、難病が含まれるようになった今日、その必要性はさらに高まったと考えられる。「メンタルヘルス・アクションプラン 2013-2020」の中心となる考え方は「No health without mental health (精神保健なくして健康なし)」であるが、これを障害関係分野にも取り込み、「精神保健なくして障害福祉なし」をテーマに研究を進め、精神保健領域が障害関係分野全般に貢献していく視点と、それに基づく具体的研究が望まれる。

E. 結論

2004年の「改革ビジョン」以降の精神障害関連の行政の動向、WHO(世界保健機関)の精神保健関連の動向を踏まえ、障害関係分野からの精神障害に関する研究の方向性について検討した。「改革ビジョン」以降、

3 障害(精神障害、身体障害、知的障害)については、それぞれの特性を踏まえつつも、3 障害に共通した問題については障害の枠を超えた体制整備を行うという方向の中で研究も進められてきたが、精神障害者は精神疾患の患者(病者)であるとともに生活障害をかかえた障害者でもあるという精神障害の特性に十分配慮した研究を進める必要がある。また、障害者総合支援法の対象に発達障害、難病が含まれるようになった今日、精神障害を、身体障害、知的障害と並列的に論じてきたことを見直し、これらが合併される場合もあることに注意を向けた研究も進める必要がある。「No health without mental health (精神保健なくして健康なし)」の考え方を障害関係分野にも取り入れることが期待される。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 なし

I. 参考文献

- 1) http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
- 2) Lancet. 2007 Sep 8;370(9590):859-77. No health without mental health.

Prince M1, Patel V, Saxena S, Maj M,
Maselko J, Phillips MR, Rahman A.

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「障害関係分野における今後の研究の方向性に関する研究」

分担研究報告書

精神障害者の実態把握に資する実地調査の現状

研究分担者 勝又幸子 国立社会保障・人口問題研究所 情報調査分析部長

研究要旨

平成 24 年度では、現存する公的統計を中心に、障害児・者に関する情報が得られるものを類型としてまとめた。類型としては、直接障害児・者を対象にした調査、障害者を抽出可能な統計などである。前年度のそのような整理を通じて、今年度は障害種別で最も情報の整備が遅れていると思われる精神障害者について調べることにした。国が実施した精神障害者を対象とした全国調査は、昭和 58 年に「精神病患者」調査として実施された以降は行われていなかったが、生活のしずらさなどに関する調査（平成 23 年全国在宅障害児・者等実態調査）ではじめて精神障害者を対象者として含む調査が実施された。しかし、同調査の二次利用による再集計が今年度実現しなかったため、ここでは全国精神障害者家族連合会が実施した調査についてバックナンバーが入手できた同会の報告書を基にとりまとめた。家族会が実施した調査には、精神障害者の家族を回答者とする調査が多く、その他病院や作業所など精神障害者が活動の場としているところの専門職を対象とする調査もあった。家族会の調査から得られる情報がどこまで代表性のあるものか、家族を通じて得られる情報が当事者の情報の代理性があるのかなど、検証の必要な課題は多い。精神障害者に関する情報をいかに把握していくかを考えることは、障害者基本計画の進捗状況を知る上で必要である。不足している公的調査を補完する意味で、家族会調査をはじめとして、民間や研究者が実施した調査情報の活用が望まれる。

1. はじめに

2014 年 2 月 19 日¹障害者権利条約が発効した。日本政府が 2007 年 9 月に署名してから批准まで約 6 年間で費やしたことになる。その間、日本における障害者政策を

めぐる変化は後世に特筆されるべき革新的な変化だったと思う。2010 年 12 月当時民主党（鳩山内閣）が政治主導で組織した障害者制度改革推進本部の下、障害者基本法が改定（2011 年 8 月）され、障害者自立支援法が改定され「障害者総合福祉法」

（2012 年 6 月）となり、「障害者差別解消法」（2013 年 5 月）が成立し、第三次

¹ 外務省 HP

http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/press4_000524.html

障害者基本計画（2014年9月）がスタートした。障害者権利条約の批准をめぐる動きとしては、国内法や政策遂行体制が整うまで批准させないという強いJDF²をはじめとする障害者団体の働きが署名直後からあった。障害者制度改革推進本部の助言機関として障害者制度改革推進会議が組織され、2011年1月から基本法と自立支援法の改定に対して意見だしをした。障害者基本法が改定され、障害者政策委員会が旧基本法の中央障害者施策推進協議会に替わる機関として設置されることになり、障害者制度改革推進会議のメンバーの多くが委員を継続することになった。推進会議の発足と同時に担当室のスタッフとして、民間から採用された職員は2014年3月まで引き続き政策委員会のスタッフとして働いた。初代障害者政策委員会の委員の任期は2014年4月までである。

中央障害者施策推進協議会が、旧法下³では基本法の策定だけがその役割だったのとは異なり、障害者政策委員会には、新法下⁴では基本計画の実施状況の監視と、内閣への勧告が役割として明記された。これは障害者権利条約が第三十三条 国内における実施及び監視で、そのような機関の必要を明記しており、条約批准後を見据えてそのような役割を果たしうる機関を政策委

²日本障害フォーラム

³ 第9条2 内閣総理大臣は、関係行政機関の長に協議するとともに、中央障害者施策推進協議会の意見を聴いて、障害者基本計画の案を作成し、閣議の決定を求めなければならないものとする。

⁴ 第32条2の三 障害者基本計画の実施状況を監視し、必要があると認めるときは、内閣総理大臣又は内閣総理大臣を通じて関係各大臣に勧告すること。

員会が提唱したからである。⁵

政策委員会の役割に監視が加わったことで、障害者政策における調査や統計の必要性がより明確になった。そのような背景をふまえて、以下では障害種別でもっとも調査や統計のデータ整備が遅れている精神障害者をめぐる現状についてまとめる。

2. 障害者基本計画における位置づけ

第三次基本計画を策定するにあたって、障害者政策委員会が出した、新「障害者基本計画」に関する障害者政策委員会の意見（平成24年12月17日）で以下のように述べられている。

5、調査及びデータの収集と公開について、

（1）障害者と障害のない人別の統計
障害者と障害のない人との比較が可能となるデータの収集が必要である。

（2）男女別統計

障害者施策に関する統計を取るときには男女別の統計を取るべきである。

（3）データ収集の在り方

監視のためのデータ収集について、これまでに全くなかったデータを収集する必要がある場合と、既存のデータについて障害という視点から再構築することで必要なデータを利用できる場合、又は、これまで行われているデータ収集に際して障害に関連する指標を入れ込むことで必要なデータとし

⁵2. 締約国は、自国の法律上及び行政上の制度に従い、この条約の実施を促進し、保護し、及び監視するための枠組み（適当な場合には、一又は二以上の独立した仕組みを含む。）を自国内において維持し、強化し、指定し、又は設置する。

て利用できる場合等があると思われるが、その際には、統計にかかる基本計画を所管する統計委員会や隣接領域の施策を所管する省庁との連携を図ることが重要である。また、独自の調査研究や情報収集が必要な場合には、事務局体制と予算が確保されなければならない。なお、これらにより収集されたデータは、プライバシー等に配慮しつつ、公開されるものとする。

(4) 都道府県等が作成する都道府県障害者計画等に関する情報収集

障害者政策委員会は、都道府県等が障害者基本法に基づいて策定する都道府県障害者計画やその実施状況、合議制の機関の活動状況に関する資料を収集し、把握することが期待される。その上で、障害者政策委員会としては、それらの状況を踏まえて、国の障害者基本計画の策定に関し意見を述べ、また、その実施状況を監視しなければならない。⁶

そして、実際の計画においては、障害者を対象にした実態調査については次のように調査を積極的に活用することが政策を遂行する国や地方自治体に求められている。

IV 推進体制 5. 調査研究及び情報提供
障害者施策を適切に講ずるため、障害者の実態調査等を通じて、障害者の状況や障害者施策等に関する情報・データの収集・分析を行うとともに、調査結果について、本基本計画の推進状況の評価及び評価を踏まえた取組の見直しへの活用を努める。また、障害者施策の適切な企画、実施、評価及び

見直し（PDCA）の観点から、障害者の性別、年齢、障害種別等の観点に留意し、情報・データの充実を図るとともに、適切な情報・データの収集・評価の在り方等を検討する。」⁷

基本計画では5年間に達成すべき数値目標を掲げている。各種福祉サービスの支給量などは業務統計から入手可能なデータだが、サービスの普及となると、そのサービスを必要としている人がどのくらいいるかという母集団の把握が必要になるから、実態の把握は簡単ではない。目標をたてたときに、それを評価するためのデータがあるかどうかを点検し、もし適切なデータが欠落していたら、データを得るためにどのような調査が必要かを検討する必要がある。

3. 精神障害者の公的実態調査について

国が実施した精神障害者を対象とした全国調査は、昭和58年に「精神病患者」調査として実施された以降は行われておらず、障害者白書等で公表されている精神障害者の数は、患者調査から厚労省の担当部局が算出した数である。

表1は、社会保障統計年報データベース⁸から精神障害者の数を転記しまとめたものである。各データの出所は障害者白書である。さらに障害者白書の該当表の脚注から、精神障害者については患者調査を基

⁷ (第3次) 障害者基本計画(平成25年9月) p.38

⁸ <http://www.ipss.go.jp/ssj-db/ssj-db-top.asp> 第244表障害者数から精神障害者の数を抜粋。

⁶ 内閣府障害者政策委員会
http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku_iinkai/index.html

にした推計値であることがわかる。⁹平成25年の白書では身体障害者と知的障害者については、生活のしづらさなどに関する調査（平成23年全国在宅障害児・者等実態調査 以下、生活のしづらさ調査[平成23年]とよぶ）を基にした推計値が用いられている。

生活のしづらさ調査[平成23年]で、抽出調査から推計した精神保健福祉手帳所持者の人数は568千人だった。同調査は調査名からわかるように在宅者しか対象にしていないので、施設入所者はふくまない。表1の在宅の精神障害者の数は患者調査の在宅（外来患者を基礎に推計）であるから、生活のしづらさ調査[平成23年]から推計した在宅の精神障害者数は患者調査の推計の5分の1と大きな乖離がある。

また別の統計データである精神保健福祉手帳所持者数で比較すると、平成23年衛生行政報告例の集計によると、平成23年度末で精神障害者保健福祉手帳交付台帳登録数（年度末現在有効期限切れを除く）は635千人となっていたから、調査から推計された手帳保持者は、登録データよりも6万7千人少ないことになる。この差が施設入所者や回答しなかった者を含む数ことになるが、患者調査の施設入所精神障害者数の33万3千人にははるかに及ばない。

患者調査の在宅者数の推計方法は、患者調査（全国）の推計外来患者数、性・年齢階級×傷病小分類別から算出されている。傷病小分類別では、V精神及び行動の障害、

⁹「精神障害者」は、ICD-10（国際疾病分類）の「V 精神及び行動の障害」から精神遅滞を除いた数に、てんかんとアルツハイマーの数を加えた患者数に対応している。障害者白書 平成25年版

V I 神経系の疾患を足し上げている。前者からは精神遅滞は控除されているので、知的障害者は含まれないが、後者にはアルツハイマーとてんかんが積算されている。手帳の交付はうけていないが精神科に通院している人がかなりいることを表している。患者調査のアルツハイマーの外来患者のうち65歳以上は97%（平成23年患者調査）¹⁰だから、アルツハイマーをはじめとする認知症高齢者の多くが手帳の交付をうけていないと考えられる。これは、高齢者が介護保険や後期高齢者医療制度によって給付を受けられる人々であることから、容易に理解できる。

認知症高齢者の多くが精神科病棟に長期入院していることの問題性を指摘するマスコミ報道があるが、手帳を必要としない高齢精神障害者の存在が、患者調査における精神障害者数と精神保健福祉手帳保持者の差を説明するもうひとつの理由だろう。入院（表1では施設入所に該当）についても外来と同様にアルツハイマーの入院患者の96%が65歳以上の高齢者だった。表2で患者調査の入院と外来から高齢者の再掲数を割合で見ると、アルツハイマーの患者のうち65歳以上は96.5%となっている。

上記のように、精神障害者の数だけでも現在の推計方法だけでは十分な情報が得られない。このような現状のなかで、精神障害者に対するサービスの拡大をどこまで目標値としておけばよいのかの判断は難しい。しかし、ここで問題とすべきは認知症の高齢者を、精神障害者から排除すべきか否

¹⁰患者調査 平成23年患者調査 上巻第10-2表 推計外来患者数、性・年齢階級×傷病小分類別

かではなく、精神障害者が必要とする医療や支援のサービス給付の需要を想定する場合に、どの精神障害者の数を基礎データとして採用するのが適切かという問題である。高齢者の医療や介護には、介護保険という財源基盤が比較的安定した制度があるのだから、そこから給付をうけられることをふまえれば、障害者の自立支援としては、介護保険にも後期高齢者医療からも給付を受けることができない精神障害者をターゲットにすべきだと考える。

4. 精神障害者のその他調査について

全国精神障害者家族連合会（以下全家連）が実施した調査について以下でまとめる。公的統計調査以外で、精神障害者の状況を長期にわたって把握してきたのは、全家連であるとの精神障害者の専門家からの助言が得られたからである。

全家連とは 1960 年代から、家族への精神疾患に関する理解や再発防止、精神障害者本人の社会復帰への協力を求める必要から、医療関係者が中心となって運営された「病院家族会」や保健所などがおこなう家族教室や相談の場で、家族が主体的に運営する「地域家族会」が発足したことから発展した団体で、現在は公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会(みんなねっと)¹¹として活動を行っている。¹²

全家連は、平成 19 年に現在の組織になった。その前 50 年近い歴史があるが、前の組織は一旦解散しているため、それまでに実施した調査報告書については、NPO法

¹¹ <http://seishinhoken.jp/>

¹² 家族会の歴史については、2012 (H24) 「家族会」全国調査 p.1 より引用。

人地域精神保健福祉機構・コンボ¹³が刊行物のバックナンバーの販売を継承している。そこで、バックナンバーとして購入可能なものから、過去の実地調査についての情報を得ることにし、現在については、みんなねっとから調査報告書をダウンロードした。全家連が実施した調査をすべて網羅できているわけではない。全家連の調査の全体を網羅した資料が得られなかった。全家連が一旦解散したことが、それ以前の調査資料を見つけにくくしている。インターネットが普及するまえの民間団体の調査資料のアクセスの困難さがある。

情報が入手できる範囲で 22 の調査がみつかり、それを一覧表にまとめた。(別表精神障害者関連調査、参照) 調査には、全家連の家族会を通じて会員の調査とそれ以外の 2 つにわかれる。前者は過去 6 回が確認できた。¹⁴

家族会の会員を対象にした調査なので、家族が回答することになり、障害当事者については最もよく世話をしている人が答えるように調査票が設計されている。

後者の、家族会会員を通さないで行う調査については、行政機関(市町村)を対象にした調査¹⁵や、精神障害者が利用する作業所¹⁶や、病院や医師看護師などの専門職を対象とする調査¹⁷があった。特に、全家連には病院家族会があるため入院患者の個

¹³ <http://www.comhbo.net/index.html>

¹⁴ 全家連が過去に実施した調査の全貌がわからないため、今回入手できたモノグラフの記述から判明したものに限った数である。

¹⁵ 別表 通し番号、4・5・11

¹⁶ 別表 通し番号、9・10・16・17・18

¹⁷ 別表 通し番号、3・6・8・15・19

人調査可能になったことで、貴重な情報が調査から得られている。

今回調べたところでは、全家連の調査の他には日本精神科病院協会が委託調査として厚生労働省から受託しておこなった調査「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」（2003年）¹⁸があった。¹⁹

5. 精神障害者に関する調査の課題

日本における障害者政策を進める上で、障害ゆえに生活上の福祉的なニーズがある人がどのくらいいるのかを知ることは、政策を進めていくうえで重要である。しかし、そのベースとなる母集団を「障害者数」として把握することは容易なことではない。

障害者の数の把握で最も情報が少ないのは精神障害者である。障害種別で精神障害者の数が把握できていないのにはいくつかの理由があるが、ひとつには手帳登録者が精神障害者の一部に限られていることである。

身体障害者や知的障害者は多くが手帳登録をしているから、把握がしやすい。身体障害者が登録する身体障害者手帳や知的障害者が登録する療育手帳などくらべて、精神保健手帳をもっていることのメリット²⁰が少ない上、精神障害があることを隠したいというスティグマがはたらいていて手帳の登録者が少ないといわれている。しかし、この説すら調査によるエビデンスに

¹⁸ 別紙 通し番号、24

¹⁹

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/08/h0829-6.html> 参照。

²⁰ 身体障害者手帳や療育手帳は、年金や手当などの現金給付やサービスの受給要件となる上、所得税法上の優遇措置も手帳保持によって保障されている。

基づくものではない。

生活のしずらさ調査[平成 23 年]は、はじめて精神障害者や難病者を含むひろい障害（インペアメント）を対象にした調査だった。障害の社会モデルを基に、障害者の全体像を調査で捉えようとするものだったと思う。個票データの解析により、精神障害者の実態が他の障害者との比較において明らかにされることが重要である。

6. まとめに変えて

前年（平成 24 年度）の報告書では、障害者のデータが含まれる公的統計についてまとめた。今年は、障害種別でも最もデータが少ない精神障害者を取り上げて、全家連という障害者の家族の会の調査について調べた。しかし、障害者のデータについては、障害当事者団体が独自に調べているデータについてはまだ着手できていない。これまで多くの障害当事者団体が、自分たちの状況を客観的に示す必要から、自分たちの団体構成員に対してアンケート調査などを行っているが、それらを総合的に調べた研究はない。社会調査の専門家からすれば、彼らのアンケート調査は分析に耐えられないものかもしれないが、障害者についてのデータが絶対的に不足している現状からはそれらのデータも貴重である。とくに過去におけるデータは取りようがないのであるからなおさら貴重である。

障害者権利条約を批准し、新たな障害者基本計画のもと、障害者政策を進めていくためには、効果的なツールとして障害者データの活用が求められている。

表1 精神障害者の数 (単位：千人)

引用白書の年度	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
患者調査年	2002年	2005年	2005年	2008年	2008年	2008年	2011年
総数	2,584	3,028	3,028	3,233	3,233	3,233	3,201
在宅	2,239	2,675	2,675	2,900	2,900	2,900	2,878
施設入所	345	353	353	333	333	333	323

表2 平成23年 患者調査による精神障害者数 (単位：千人)

	総数	不詳	65歳以上 再掲	70歳以上 再掲	75歳以上 再掲
5 精神及び行動の障害	503.5	1.6	193	148.3	105.6
5 知的障害<精神遅滞> 控除	10.7	0	2.3	1.6	0.9
6 神経系の疾患 (アルツハイマー病) 再掲	73.3	0.2	70.7	68.4	62.8
6 神経系の疾患 (てんかん) 再掲	23.2	0	6.6	5	3.6
推計精神障害者 総数)	589.3	1.8	268	220.1	171.1
5 精神及び行動の障害	100%		38.3%	29.5%	21.0%
5 知的障害<精神遅滞> 控除	100%		21.5%	15.0%	8.4%
6 神経系の疾患 (アルツハイマー病) 再掲	100%		96.5%	93.3%	85.7%
6 神経系の疾患 (てんかん) 再掲	100%		28.4%	21.6%	15.5%
推計精神障害者 総数)	100%		45.5%	37.3%	29.0%

表3 全家連の会員を対象とした調査

実施年	調査タイトル	別表
1985年	「生活実態と福祉ニーズに関する調査」	1
1991年	精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ (第2次全国調査)	2
1993年	全国家族モニター調査	7
1995年	全国家族会組織調査	13
1996～1997年	第3回全国家族調査、	20
2012年	「家族会」全国調査	23

注) 別表欄は別表の該当する通し番号を表す