

# 市町村における精神障害者プラン策定時の 目標量設定に関する一般モデルの作成

平井 亨子\*<sup>1</sup> 堀口 逸子\*<sup>2</sup> 桃野 真基子\*<sup>1</sup>  
田中 充子\*<sup>1</sup> 小野 由美子\*<sup>1</sup> 今村 知明\*<sup>3</sup>

## I はじめに

障害者基本法が1993年に改正され、国における障害者プランの策定を義務づけるとともに、都道府県・市町村においてもその策定に努めなければならないとされた。これを受けて1995年12月、国は障害者プランを策定し、地方自治体での障害者プランの策定を勧奨した。

しかしながら1996年4月に実施された総理府の調査によれば障害者プランが策定されている市町村は18%に過ぎず、まだその策定状況は低いレベルにある。障害者プランの対象者は身体障害者、知的障害者、精神障害者、難病患者に分類される。精神障害者については1995年に改正されたいわゆる精神保健福祉法によって精神障害者の自立と社会参加の促進のための援助が明確に打ち出されている。しかし精神障害者のプラン策定にあたってはその疾患の特性上、社会の偏見が根強く人権配慮も必要となることから、資料の収集には限界があり、策定の根拠となる実態を把握することに困難を究める。そのため精神障害者のプランのみ未策定となっている場合も多いと考えられる。

今回われわれは佐世保市において障害者プランを策定するにあたり精神障害者プラン策定モ

デルを考案した。このモデルでは既存の資料の利用と聞き取り調査の併用によりプラン対象者を明確にでき、政策的な判断を加えることによって容易にプランを策定することが可能となる。このため市町村における精神障害者プランを策定する際に有用なひとつの方法として紹介する。

## II 対象と方法

精神障害者プラン策定モデルにおいては、まず佐世保市における精神障害者を対象としてプラン策定を試みた。次いで得られた結果から障害者プラン策定モデルのための一般解を導き出した。

### (1) プラン対象者の選定について

わが国の精神障害者施策は入院中心から地域における社会的支援中心へと変わってきている。その施策の中心となるのは「通院者の再発・再入院の防止」「長期入院者のなかで社会的要因で入院している人の社会復帰促進と長期入院の防止」の大きく2つにわけることができる。そこでプラン対象者を大きく『通院者』と『入院者』に分類した。『通院者』においては「入院を必要としない通院者」と「入退院を繰り返す者」に、『入院者』については「5年未満の入院者」「5年以上の入院者」で4分類とした(表1)。

#### 1) 通院者

##### ① 「入院を必要としない通院者」

一般に行政が把握できる精神障害者数は、精神障害者保健福祉手帳申請者、通院医療費公費

表1 障害者プランの対象者

通院者	入院を必要としない通院者 入院を繰り返す者
入院者	5年未満の入院者 5年以上の入院者

\* 1 佐世保市保健福祉部障害福祉課保健婦 \* 3 同部長 \* 2 長崎大学医学部公衆衛生学教室

負担申請者、医療保護入院者、措置入院者からである。ここで『通院者』としては精神保健福祉手帳申請者と通院医療費公費負担申請者があげられるが、精神保健福祉手帳申請者においては入院者も含んでいること、申請者が少ないことから通院医療費公費負担申請者数(A)を採用した。

「入院を必要としない通院者」を「地域における社会復帰活動が必要な者」と定義し、その対象疾患を限定し就労者や家庭復帰者を除外することにした。外来の精神疾患の種類別構成割合は厚生省の患者調査(1993年)<sup>21)</sup>によると、神経症の占める割合が最も高く33.3%、ついで精神分裂病19.2%、てんかん14.9%、そううつ病12.9%の順になっている。神経症は医療面と家庭面での対応が主となるため対象疾患を精神分裂病、てんかん、そううつ病に絞り合計割合を(B)とした。これは各地域により精神疾患の種類別構成割合が異なってくるため、各都道府県や市町村における患者調査等の資料から合計割合をそれぞれ導き出さなければならない。就労者と家庭復帰者は全国精神衛生センターによるデケア対象者において実施した調査では、就労(就学)者と家庭復帰者の合計割合は32.5%となっている<sup>22)</sup>。また、湯浅ら<sup>23)</sup>による分裂病外来初診者の10年後の予後調査では自立者53.7%となっており、岡崎ら<sup>24)</sup>の初発分裂病者の15年長期転帰にかかわる報告では約30%となっている。これらの文献を総合的に検討した結果、このモデルでは就労者と家庭復帰の率を30%と仮定し通院者を算出した。

$$\text{通院者} = A \times B \times (1 - 0.3)$$

しかしこの「通院者」の中にはある時期は入院している者も含むため「入退院を繰り返す者」を差し引く必要がある。

入院を必要としない通院者：

$$A \times B \times (1 - 0.3) - (\text{入退院を繰り返す者})$$

## ② 「入退院を繰り返す者」

精神障害者の中には退院しても地域の受け皿がなく、結果的に家に閉じこもり、病状の悪化や生活障害が強くなったり、無理な就労で再発を繰り返す者が少なくなく、そのため入退院を繰り返すものがある。「入退院を繰り返す者」と

しては「入院期間が1年以内で1年の間に退院した者」と定義した。1年間の退院者数(C)としては精神病院入退院状況数の合計(厚生省「病院報告」のために各市町村から月次報告される精神病院入退院状況合計数：以下「病院報告」)でわかるがこの中には長期入院患者が含まれている。一方標準的なある一日の在院患者数は(総ベッド数)×(病床利用率)と表現できるはずであり、この値に病院報告からの在院期間が1年以内の者の割合をかけると1年以内の在院患者数(D)が判明する。「入退院を繰り返す者」として真の値はこの1年間の退院者数と1年以内の在院患者数の中にある。この真の値を知るには全数調査を実施するしかなく困難性を極める。そこで利便性を勘案し(C)と(D)の中間値を採用することとした。

$$\text{入退院を繰り返す者} : (C + D) / 2$$

## 2) 入院者

日本精神病院協会調査(1995年)<sup>25)</sup>によると精神病院の入院患者の在院期間構成は5年以上と10年以上という長期入院者が50%を占めている。これは精神疾患という疾病の特性と長期入院のため帰るところがなくなったり、偏見や誤解のため退院が困難になっていることが重なり、特にその他の疾患に比べ入院が長期化しているためと考えられる。また長期入院者の中にはいわゆる社会的入院といわれる「保健福祉基盤が整えば社会復帰が可能な者の入院」が数多く存在していると思われる。そこで『入院者』を「入院加療の必要がない社会的入院者」と定義した。この社会的『入院者』については社会への適応を考え、比較的社会復帰が容易であろうと思われる「5年未満の入院者」と社会復帰がより困難と考えられる「5年以上の入院者」に分類した。

5年未満、5年以上の入院者数は標準的なある1日の在院患者数(総ベッド数)×(病床利用率)(E)に病院報告から出されているそれぞれの入院期間における入院者の占める割合(F, 1-F)をかけて算出できる。しかし入院者のうちの社会的入院者の割合( $\alpha$ )を示す既存の資料がなく、今回聞き取り調査を実施しその結果

を加味することとした。

聞き取り調査においては病院や精神障害者に関わる職種によって社会的入院の捉え方が違うため、病院毎各職種別に調査を実施することが望ましいが、今回われわれは病院間や職種間格差を是正し平準化を図るため一病院一職種の抽出調査を実施することにし、各職種に社会的入院者割合を電話で質問する方法をとった。この結果を参考にし「5年未満の社会的入院者」数と「5年以上の社会的入院者」数を算出した。

$$5 \text{ 年未満の入院者} : E \times F \times \alpha_1$$

$$5 \text{ 年以上の入院者} : E \times (1 - F) \times \alpha_2$$

(2) 優先順位付け

プラン策定においては各施設及び事業に対してそれぞれ対象者を絞り込む必要性があり、その方法として4分類した対象者について優先順位付けを行った。優先順位付けにあたっては各施設及び事業の特色と4分類された対象者の特質を考慮し有識者の意見を取り入れ決定した。

各施設及び事業については表2に示すように大きくは「入所型」「中間型」「通所型」の3分類とした。

「入所型」である生活訓練施設、入所授産施設、福祉ホームについては住居確保、日常生活技能の修得、自己管理能力の向上などを目的としており大きくは『入院者』が『通院者』より優先された。

『入院者』のなかでも生活習慣の基盤づくりが中心となる生活訓練施設に社会復帰がもっとも困難と考えられる「5年以上の入院者」を最優先させた。就労支援のための訓練なども含む入所授産施設、福祉ホームについては、比較的社會復帰が容易と考えられる「5年未満の入院者」を最優先させた。

グループホームについては、地域での生活を営むことから入所型と通所型の「中間型」と考え「入院を必要としない通院者」を最優先させ、次いで「5年未満の入院者」「5年以上の入院者」とした。「通所型」の通所授産施設、社会適応訓

表2 プラン対象者の優先順位付け

施設及び事業	通院者		入院者	
	入院を必要としない通院者	入退院を繰り返す者	5年未満の社会的入院者	5年以上の社会的入院者
入所型 生活訓練施設	3位	4位	2位	1位
入所型 授産施設	3位	4位	1位	2位
福祉ホーム	3位	4位	1位	2位
中間型 グループホーム	1位	4位	2位	3位
通所型 授産施設	1位	2位		
社会適応訓練事業	1位	2位		
精神科デイケア施設	2位	1位		
小規模作業所	1位	2位		

練事業、精神科デイケア施設、小規模作業所については『通院者』のみを対象とした。医療との関連性が強い精神科デイケア施設については「入退院を繰り返す者」を最優先としその他は「入院を必要としない通院者」を最優先とした。

(3) 必要配分率

必要配分率とはプラン対象となる各施設及び事業に、4分類された対象者を配分したその比率をいう。

1) 入院者について

「5年以上の入院者」を基準として「5年未満の入院者」の必要配分率を算出した。

① 「5年以上の入院者」の必要配分率

施設優先度では生活習慣の確立を目的とした生活訓練施設と入所授産施設がその他の施設と比較して高く両方で全体の80%を占めると考えた。残り20%を福祉ホームとグループホームの利用とした。次いで生活訓練施設と入所授産施設の配分について考える。施設間の配分についてはより必要性の高いものを考えた優先順位付けを基準とした。

「5年以上の入院者」は生活訓練施設対象者の中では第1位に優先され、入所授産施設対象者においては「5年未満の入院者」に次いで第2位に優先されるべきと考えた。しかし現実には「5年未満の入院者」より「5年以上の入院者」の数が多くその社会的背景を考慮して生活訓練施設と入所授産施設の配分を3:2と設定した。

福祉ホーム、グループホームの配分については「5年以上の入院者」は福祉ホーム対象者の

中では第2位、グループホーム対象者の中では第3位に位置づけられた。そのため「5年以上の入院者」においては福祉ホームのほうがグループホームより優先されるべきと考えその比率を2:1と設定した。

② 「5年未満の入院者」について

「5年以上の入院者」の施設別必要配分率を基準として算出した。

優先順位の高いものから低いものへ1ランク落ちる場合、生活訓練施設ではその20%減を必要配分率とした。入所授産施設においては理想としては「5年未満の入院者」が第1位と考えられたが先に述べたように社会的背景からその現実としては逆に低く30%減とした。

福祉ホーム、グループホームについては優先順位が1ランク高くなり同率「5年以上の入院者」の100%増とした。

2) 通院者について

通院者の施設及び事業の利用では地域の中で居宅から通う「通所型」が最優先され、次いで家庭の事情や自立に向けての生活習慣の確立を目的としての社会復帰施設等への「入所型」「中間型」が考えられる。

「入院を必要としない通院者」と「入退院を繰り返す者」の必要配分率では「通所型」と「入所型」と「中間型」の配分では大して相違なくそれぞれ約85%、10%、5%とした。病状の安定度と訓練の必要性から「入退院を繰り返す者」を基準として「入院を必要としない通院者」の

必要配分率を算出した。

① 「入退院を繰り返す者」について

「入所型」の3施設の優先順位はいずれも最下位であり、その配分では福祉ホームの定員が少ないことを考慮し、生活訓練施設、入所授産施設、福祉ホームの必要配分率を2:2:1とした。「通所型」の配分では、再入院防止のため医療とのつながりを持つことが最も重要と考え病院と社会との境界に位置する精神科デイケア施設を最優先させ全体の約50%を配分した。ついで生活習慣の確立と自立支援のための小規模作業所、就労支援のための通所授産施設、より社会適応性の向上につとめる社会適応訓練事業の順としその必要配分率を5:3:2とした。

② 「入院を必要としない通院者」

「入退院を繰り返す者」の施設別必要配分率を基準として算出した。「入所型」の3施設においては「入退院を繰り返す者」に比べ優先順位は1ランク上位であるが必要配分率はほぼ同等にした。「中間型」のグループホームは「入退院を繰り返す者」の優先順位が最も低く、「入院を必要としない通院者」が最も高いことを考慮し100%増とした。「通所型」については「入院を必要としない通院者」においては就労や家庭復帰を目指す自立支援対象者であり、「入退院を繰り返す者」より病状的に安定していると考えられるため精神科デイケア施設は50%減とした。就労訓練が目的となっているその他3施設については「入退院を繰り返す者」より優先順位が高くなり50%増とした。

表3 プラン対象者の必要配分率

施設及び事業	通院者		入院者		最終目標量	5年間目標達成量
	入院を必要としない通院者	入退院を繰り返す者	5年未満の社会的入院者	5年以上の社会的入院者		
合 計	100%	100%	100%	100%		
入 所 計 型						
生活訓練施設	4%	3%	40%	50%	⑤	⑤×β <sub>1</sub>
入所授産施設	4%	3%	20%	33%	⑥	⑥×β <sub>2</sub>
福祉ホーム	2%	2%	28%	12%	⑦	⑦×β <sub>3</sub>
中 間 型						
グループホーム	4%	2%	12%	5%	⑧	⑧×β <sub>4</sub>
通 所 型						
通所授産施設	18%	12%			⑨	⑨×β <sub>5</sub>
社会適応訓練事業	13%	8%			⑩	⑩×β <sub>6</sub>
精神科デイケア施設	25%	50%			⑪	⑪×β <sub>7</sub>
小規模作業所	30%	20%			⑫	⑫×β <sub>8</sub>
算 出 式	①	②	③	④		

(4) 5年間の目標達成量  
一般解から求められた各施設及び事業量を各市町村における「最終目標量」とする。これに向こう5年間において整備可能と考えられる係数をかけたものを「5年間目標達成量」とする。

### Ⅲ 結 果

各施設及び事業に対するプラン対象者の優先順位付けを表2に必要配分率を表3に示した。

5年間目標達成量を算出するためには最終目標量に対し、5年間の達成率である $\beta_1 \sim \beta_5$ を想定しこれをかけあわせる必要がある。

算出式

- ① 入院を必要としない通院者：  
 $AB(1-0.3)-1/2(C+D)$
- ② 入退院を繰り返す者： $1/2(C+D)$
- ③ 5年未満の入院者： $EF\alpha_1$
- ④ 5年以上の入院者： $E(1-F)\alpha_2$
- ⑤ 生活訓練施設の最終目標量  
 $(4\% \times ①) + (3\% \times ②) + (40\% \times ③) + (50\% \times ④)$   
 $1/100 \{2.8AB - 0.5(C+D) + E\{F(40\alpha_1 - 50\alpha_2) + 50\alpha_2\}\}$
- ⑥ 入所授産施設の最終目標量  
 $(4\% \times ①) + (3\% \times ②) + (20\% \times ③) + (33\% \times ④)$   
 $1/100 \{2.8AB - 0.5(C+D) + E\{F(20\alpha_1 - 33\alpha_2) + 33\alpha_2\}\}$
- ⑦ 福祉ホームの最終目標量  
 $(2\% \times ①) + (2\% \times ②) + (28\% \times ③) + (12\% \times ④)$   
 $1/100 \{1.4AB + E\{F(28\alpha_1 - 12\alpha_2) + 12\alpha_2\}\}$
- ⑧ グループホームの最終目標量  
 $(4\% \times ①) + (2\% \times ②) + (12\% \times ③) + (5\% \times ④)$   
 $1/100 \{2.8AB - (C+D) + E\{F(12\alpha_1 - 5\alpha_2) + 5\alpha_2\}\}$
- ⑨ 通所授産施設の最終目標量  
 $(18\% \times ①) + (12\% \times ②)$   
 $1/100 \{12.6AB - 3(C+D)\}$
- ⑩ 社会適応訓練事業の最終目標量  
 $(13\% \times ①) + (8\% \times ②)$   
 $1/100 \{9.1AB - 2.5(C+D)\}$
- ⑪ 精神科デイケア施設の最終目標量  
 $(25\% \times ①) + (50\% \times ②)$

$$1/100 \{17.5AB - 12.5(C+D)\}$$

⑫ 小規模作業所の最終目標量

$$(30\% \times ①) + (20\% \times ②)$$

$$1/100 \{21AB - 5(C+D)\}$$

### Ⅳ 考 察

#### (1) プラン策定を困難とする要因

市町村における障害者プラン策定状況は1996年4月現在で18%に過ぎない状況である<sup>6)</sup>。精神障害者プラン策定を困難としている要因としては、第一に精神障害者については行政が把握できる患者数に限りがありプラン対象者数の設定が難しいことが考えられる。第二に把握されるべきニーズがその疾患の特性から精神障害者本人のニーズに対する意志の確認を得ることが容易でないため、真のニーズかどうか判断が難しく数値化が困難であることが考えられる。第三に各施設及び事業に対してその特色を生かすためにどのような精神障害者の利用が望ましいかの分類と判断が難しいことが考えられる。今回われわれはこれらの要因をできるだけ簡略化することで、精神障害者プラン策定に必要な対象者数の推計を一般解で求める方法を考案した。

#### (2) プラン策定における対象者について

プラン策定に際しては対象者数を医学的な精神障害者数ではなく行政施策が必要と考えられる対象者とした。この方法では対象者数の把握は一般に普及している比較的入手が容易である資料の利用で策定が可能となり、別途膨大なコストをかけた調査の必要性が少ない等の利点がある。さらに聞き取り調査を併用することで対象者数をできるだけ真の値に近づけることができたと考えられる。

プラン策定において必要といわれているニーズ調査<sup>7)</sup>は精神障害者及び家族を対象に本市では保健婦による聞き取り調査として1995年に実施した<sup>8)</sup>。調査では精神障害者自身からのニーズの掘り起こしの困難性、精神障害者や家族が様々な保健福祉施策を理解しておらず情報として伝わっていないことがわかった。しかし、こ

の調査を行ったことで今回のプラン策定の一般モデルを作成するにあたり優先順位付けや必要配分率を定める際にその基礎となった。また、社会的入院者数については既存の資料がほとんどない。それは病院側がその存在を公式に認められない実状や社会的入院という言葉の捉え方に医師やコメディカルスタッフの間で格差があることなどがあげられる。そのため調査そのものが難しい現状にある。今回われわれが行った調査は電話による聞き取り調査という簡便な方法であったが一病院一職種抽出調査であり、病院間や職種間格差を是正し真のニーズに近い値になったと考える。しかし調査者側と病院側との関係などが重要となり調査者間のバイアスがかかることには留意しなければならない。

### (3) 今回考案した分類について

精神障害者の分類については各種調査報告書や研究によって様々に分類されている。しかしこれらの分類は医療面からのアプローチであるなどプラン策定にとって必ずしも有用な分類とはいえず、各施設及び事業の利用者を把握するための分類であることが望ましい。そのためわれわれは精神障害者の社会的背景を考慮し大きくは『通院者』と『入院者』に分類し、『通院者』については「入院を必要としない通院者」と「入退院を繰り返す者」の2分類と簡素化した。ここでは『通院者』の対象疾患を精神分裂病、てんかん、そううつ病の3つに絞ったが、この疾病別構成割合は各都道府県の患者調査資料により調整することが必要である。「入院を必要としない通院者」の推計において、われわれは就労(就学)及び家庭復帰者を過去の文献から約30%と仮定した<sup>4)</sup>。文献では30%から約50%とかなりの差がみられたが研究者によって就労や家庭復帰者の捉え方が異なっていた。このためプラン対象者を少なく見積もり過ぎる危険性を回避することと、プラン策定者の体験等を勘案し30%と仮定するに至った。これらのことから各自治体での実際のプラン策定においては各々の実状に応じて割合を考える必要があり必ずしも30%と仮定するものではない。日本精神

病院協会調査(1993年)<sup>5)</sup>によると入院期間が6カ月未満のもの16%、6カ月から1年のもの7.4%と全体で23.4%の者が入院期間が1年に満たない状況であった。精神疾患の予後はその判断が困難でありまた病状も進退を繰り返すことが多い。このため入院期間が1年に満たない者の中には以後入院の必要性がない者と入退院を繰り返す者が混在している。通院者の中には医療的なケアが中心となる「入退院を繰り返す者」と社会的支援が必要となる「入院を必要としない通院者」の2つに分類する必要があると考えた。「入退院を繰り返す者」はその実数を明らかにするには全数調査が考えられるが、膨大な予算が必要なことや期待するだけの成果が得られるのか疑問が残る。既存の資料からは1年間の退院者数と入院期間が1年以内の者の数から推計するしかなく利便性から中間値をとることとした。自治体によって調査資料がある場合はその値を参考にすべきである。いわゆる「社会的入院者」の分類については遠藤ら<sup>6)</sup>も入院期間が5年を境にその社会復帰に影響を与えるとしており、「5年未満の入院者」と「5年以上の入院者」の2つのカテゴリーに分類し簡素化することに問題はないと考える。

### (4) 精神保健福祉事業の体系化について

様々な精神保健福祉事業が展開されるためにはその政策の考え方を体系化することが重要である。そのため対象者を「入院を必要としない通院者」「入退院を繰り返す者」「5年未満の入院者」「5年以上の入院者」に、各施設及び事業を「通所型」「中間型」「入所型」と分類しそれぞれに優先順位付けを行うことにより体系づけが容易になったと考えられる。

優先順位付けでは入所授産施設においてはより社会参加・復帰が可能と考えられる「5年未満の入院者」にとって最優先されるべきである。しかし現実的には5年以上の社会的入院者が全入院者の75%を占めるとの報告があるように<sup>10)</sup>、5年以上の入院者数が多いことや5年以上の入院者の受け皿がないことから「5年以上の入院者」が最優先することになった。このように対

象者によっては理想の優先順位と現実問題との整合性をはかることが困難であることがわかった。優先順位付けを行うにあたり対象者によっては各施設及び事業の定員、受け皿の充足度など地域の特性を十分に考慮する必要があると考えられる。

数値目標の設定についてはその具現化が問題となる。今回われわれは佐世保市を例に取り具体的に数値をあげ検討を重ねることによって各保健福祉事業と施設利用について4分類した対象者の必要配分率を導き出すことができた。これは対象者が4分類と簡素化して分類され優先順位付けができたことによると考えられる。

最終目標量や5年間目標達成量の設定には聞き取り調査結果や各市町村の対象者数や地域の財政及び近隣の市町村の精神保健福祉施策などを加味し推定することが望ましいと考えられる。しかしこのようにして関連づけられた一般解で最終目標量が導きだせることは

- 1) 計画の試案を短期に作成することができる
- 2) 「5年間目標達成量」の設定がより具体性をおびる
- 3) 設定値を変動させることにより「最終目標量」が変わりシミュレーションを行うことが可能

となり、各市町村の政策における体系化が容易になると考えられた。

#### (5) 各市町村におけるプラン策定に際しての留意点

これは人口25万人規模の佐世保市をモデルにしている。そのため、人口20～50万人規模の都市での利用が望ましいと考える。また、小規模市町村におけるこの一般解の利用にあたっては、人口規模から考えると①精神障害者数自体も少ないと思われること②今回掲示した各施設が全て整備されているとは限らないこと③精神障害者に対する偏見が、当事者や家族の中にも残っている場合もあり都市よりも強い状況と考えられることなどを考慮して、各係数を再設定する必要があると考えられた。

また長崎県の精神科における人口1万人当たりの病床数及び平均在院日数は全国平均値と比較して2倍近く高く<sup>11)</sup>、入院期間も長期化の傾向を示している。そのため病院自体が福祉施設の役割を果たす傾向があると思われ、このような状況をふまえ最終目標量を設定する必要があった。また入院者の年齢構成では全国的にも50歳以上が60%以上を占めており<sup>9)</sup>、本県においては50歳以上の入院者の構成割合が1981年から1993年までの12年間に18.6%も増加し<sup>11)</sup>高齢化が確実に進んでいる。このため今後は年齢構成比を加味した施策を考えていく必要がある。

## V おわりに

今回われわれが考案したプラン策定モデルにより、他の障害者に比べ保健福祉施策がたてにくいといわれていた精神障害者のプラン策定が容易になると考えられる。それはプラン策定を困難にしていた対象者数の明確化、ニーズや現状の実態把握についてはこのモデルの利用によりある程度解決できると考えるからである。しかしながら最終目標量や必要配分率についてはその精度を高めることが重要であり今後のわれわれの課題となる。

このモデルの活用により今後精神障害者に対するプラン策定を積極的に推進していく地方自治体が増加することを期待する。

#### 参考文献

- 1) 厚生統計協会編：国民衛生の動向，P. 139, 1997.
- 2) 福島県精神衛生センター，編：全国の精神衛生センター・デイケアの現状について，福島県精神衛生センター所報，11：81～102, 1982.
- 3) 湯浅修一：長期予後，山下格編，精神分裂病の治療と予後，精神科MOOK No.9, 金原出版，1984, P. 217～227.
- 4) 岡崎祐士他：初発分裂病者の15年長期転帰に関わる社会・心理学的要因に関する研究，長崎大学，1996.
- 5) 総理府障害者施策推進部担当室，厚生省監修：障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略～，P. 18
- 6) 塚本哲司：市町村障害者計画の策定状況について：REVIEW No.18：P. 40～43, 1997.
- 7) 三品桂子：市町村障害者計画をどうつくるか：REVIEW No.18：P.12～15, 1997.
- 8) 佐世保市障害者実態調査報告書：佐世保市，平成8年.
- 9) 遠藤雅之：社会復帰活動における長期追跡調査：分裂病のリハビリテーション，精神障害者MOOK No.22：43～51, 1988.
- 10) 浅井邦彦：精神科リハビリテーションはいかにあるべきか，Facilities Net：28～34, 1997年12月号.
- 11) 精神保健の現状，長崎県保健福祉部，P. 12, 平成5年版